ている。肝炎ウイルス検査やワクチン接種については、実施する方向で検討されている。教育・研修の年間計画表を策定し、必要性の高い課題を中心に教育・研修に取り組んでいる。なお、医療安全や感染制御などの研修に参加できなかった職員に対するフォロー体制について工夫が期待される。診療部においては、院長による面談が実施され、診療部以外の職種については、一般職はラダー、主任以上はマネジメントラダー、係長以上はチャレンジシートを用いて到達目標やテーマを設定し、キャリアアップの段階的発展を目指す体系になっている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が設定されている。診療情報の開示請求に対する指針・手順は明文化され、手順に沿って実施されている。セカンドオピニオン、夜間・休日の対応、意思表示不可能な患者や小児対応においても、夜勤師長や勤務者同士の協力による運用が図られている。外来ロビーに総合窓口があり、看護師や社会福祉士など専門職が対応している。個室化された相談室が整備され、プライバシーに配慮した対応がなされている。虐待への対応マニュアルも整備されており、病院全体で患者支援に取り組んでいる。

輸血拒否、臓器提供に関する方針は整備され、倫理委員会では新しい手術・手技についての審議、臨床研究についての審議がなされている。市内循環バスの停留所を敷地内の正面玄関前に設置するとともに、タクシーの待ち合い、駐車場・駐輪場を整備するなど、来院時のアクセスへの配慮がなされている。また、病院で無料送迎バスも運行させている。玄関前の車寄せやバスの停留所には雨除けやベンチを設置し、障害者用駐車場や福祉車両スペースを確保するなど、高齢者・障害者に適切に配慮している。オストメイトも可能なトイレを設置し、快適性への配慮もなされている。敷地内は全面禁煙となっており、デジタルサイネージ等を利用して患者に対する禁煙教育を実施しているが、職員の禁煙推進については、さらなる取り組みが望まれる。

4. 医療の質

意見箱に寄せられた意見は、病院幹部にまで吸い上げて改善検討を行う仕組みがある。患者アンケート調査については、患者サービス検討委員会で分析・検討され、結果が公開されている。内科・外科・放射線科合同カンファレンス等、診療科・職種横断的なカンファレンスが各種開催されている。臨床指標は、全国済生会共通の項目に加えて、独自の臨床指標を設定している。QC活動、安全衛生委員会による5S活動が行われており、病院機能の改善に継続的に取り組んでいる。

病棟ではベットサイドに担当医と担当看護師が明示され、患者・家族、他職員にわかりやすく提示されている。医師は毎朝回診を行い、師長等の看護の責任者による巡視も行われている。診療記録は診療録記載基準に沿って、適時・適切に記載されている。緩和ケア・栄養サポート・呼吸ケア・褥瘡・感染対策等のチームが多職種によって構成され、活動している。さらに、皮膚・排泄ケアおよび緩和ケアの認定看護師の関与により、診療・ケアがより充実して行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制が整備され、医療安全管理者およびリスクマネージャーの権限・役割は明確になっている。インシデント・アクシデントは、オンラインシステムにより、迅速に報告される仕組みになっている。事例分析手法を用いて分析を行い、再発防止に活用している。

医療安全マニュアルに準拠し、患者・検体・部位の誤認防止は複数の手段で実施している。手術前のタイムアウトも適切に実施されている。医師からの処方箋・指示箋は電子カルテシステムを通じてオーダーされ、医師の指示出し、看護師の指示受け・実施も確実に行われている。パニック値は即座に当該部門にデータを送信し、主治医に報告する体制になっている。重複投与、相互作用などのリスク回避は、電子カルテおよび調剤前の処方チェックにおいて行われている。麻薬・向精神薬・毒薬の安全な使用と保管・管理も適切である。

入院時、転倒・転落のリスク評価を行い、リスクのある場合は患者・家族に対する注意喚起と看護計画の作成を行っている。入院1週間後に見直しを行い、転倒・転落リスクの高い患者への対応は現場で統一され、ピクトグラムを活用を積極的に勧めている。医療機器を使用する看護師への研修は臨床工学技士が担当し、年間教育計画を立てて実施している。患者の急変時には、院内緊急コードが設定されている。救急カート内の薬剤や蘇生用器具の種類・収納位置等については統一を図るよう望みたい。BLS、AEDの訓練は行われているが、外部委託の職員を含めた全職種にも実施するよう望みたい。

6. 医療関連感染制御

感染制御に関する組織体制として、院内感染予防対策委員会・感染対策チーム（ICT）が整備されている。ICTは、感染リンクナース会と議論を行って情報共有を図っている。院内感染発生状況の把握は、微生物サーベイランスが実施され、起因菌に対する抗菌薬の感受性についても、結果が定期的にフィードバックされている。目的別サーベイランスでは、中心ライン関連血流感染が把握されるようになったところであり、手術部位感染や人工呼吸器関連感染・尿路カテーテル関連感染等についても取り組むことが望まれる。

院外の流行情報は、北海道感染症情報センターや小樽市医師会の感染情報などから収集している。感染対策マニュアルに基づき、1処置1手洗いの励行に努め、処置時には手袋の着用と病棟での汚物処理や、中央滅菌室・手術室・透析室などでの个人防护服の着用をしている。分離菌感受性パターンはICTが把握し、分析・公表している。抗菌薬使用については、院内感染予防対策マニュアル内に抗菌薬適正使用マニュアルとして規定されている。また、使用については、カルバペネム系抗菌薬と抗MRSA薬が届出制になっており、ICTが入院患者の抗菌薬の使用状況について把握し、抗菌薬使用問題者には主治医に対して助言・指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや病院案内・広報誌を用い、病院機能やサービス・診療内容などについて広報している。診療実績については、ホームページ上で年報や診療実績を公開している。新病院移転の際には、地域住民や近隣医療機関関係者を招いて2,000名規模の見学会を企画するなど、地域との関わりを深めている。医療圏の施設状況を踏まえて自院の特徴を打ち出し、状況に応じた連携を進めている。

健康教室や健康フェスタなどの機会に住民から要望や意見を求めるとともに、地域医療支援課が医療機関を訪問して、地域連携についての課題や情報の共有を行っている。地域に向けた教育・啓発活動では、各種健康セミナーを年に数回開催している。また、各種出前講座を開催し、講座メニューは約20種類を数える。毎年開催される「済生会健康フェスタ」には、2,000名近い地域住民が来場している。地域の医療機関、介護・福祉施設で働く職員向けに感染管理や皮膚・排泄ケア認定看護師による研修会を開催するなど、地域の施設に向けた専門的な医療知識・技術に関する支援にも取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は全科予約制を導入しており、初診患者の電話予約にも対応している。侵襲を伴う検査や治療については、多職種スタッフが同席の上、患者・家族に書面を用いて説明し、同意を得た上で行われている。入院の決定は、外来での診察結果や患者情報を検討・判断の上、外来担当医が行っているが、必要に応じて他の医師と相談して入院の必要性を検討している。入院診療計画書は、入院後速やかに作成され、見直しが必要な場合には、その都度患者・家族に説明し、同意を得て行われている。定型的な治療にはクリニカル・パスの活用があるが、入院患者のパス適用率は約10%であり、今後のさらなる活用を期待したい。医師は毎日病棟を回診するとともに、必要に応じて診療科内でのカンファレンスや多職種とのカンファレンスを実施し、医師間および多職種との情報共有をしている。

抗がん剤投与中、投与後の観察は電子カルテに記録され、また、抗生剤初回投与時における観察ルールも適切である。輸血は指針に従って、確実に実施され、緊急輸血に対しても体制が整っている。手術前・術後診察は全例、麻酔科医によって行われている。入院時に褥瘡発生危険患者判定を行い、当日の栄養スクリーニングと併せて必要な予防策を講じている。管理栄養士は看護師と協力して入院患者全員にスクリーニングを行い、栄養管理計画書を100%立案している。また、専門的判断や優先について、医師や看護師にも積極的に提言している。

リハビリテーションの必要性は主治医によって判断され、整形外科の外傷患者には手術前から介入を行うなど、リハビリテーションは入院後早期から実施されている。身体抑制について基準を明確に定め、抑制中の多職種によるカンファレンスを積極的に行い、解除に向けて取り組んでいる。退院支援や継続診療では患者の要望に応えるため

に、社会福祉士や退院調整看護師・療法士・管理栄養士など多職種によるカンファレンスが積極的に行われ、説明時にも同席している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については調剤、調剤鑑査は薬剤師により適切に行われている。薬品数は増えない努力がなされている。院内医薬品集はイントラネットで閲覧でき、タイムリーな更新がなされている。

画像診断機能については、CTやMRIの画像診断レポートは、放射線診断医によりほぼ100%のレポートが作成されている。また、部署内のミーティングにおいて撮影結果のフィードバックを行い、個々の技師の撮影技術向上に努めている。

栄養管理機能については、調理・盛り付け・配膳までの過程は衛生的かつ安全性に配慮して対応している。また、おたのしみ食を年間50回提供するなど、食事満足度向上に向けた工夫が見られる。厨房内はよく清掃され床はドライに保たれている。

リハビリテーション機能については、急性期と社会復帰を目指した回復期リハビリテーションを行うという方針のもと、積極的に訓練が行われている。回復期リハビリテーション病棟では365日、それ以外の病棟でも週に6日はリハビリテーションを行うことによって、連続性は確保されている。

電子カルテが導入されており、診療記録の検索や取り違え防止対策も適切に実施されている。量的監査は、病棟クランクがチェック表を用いて実施した後に、ダブルチェックで診療情報管理士が監査を実施している。コーディングやがん登録にも積極的に取り組んでいる。

輸血・血液管理機能については、臨床検査室で一元的に管理しており、自記温度記録計付き専用保冷庫で保管されている。血液製剤はそれぞれの種類によって供給までの流れが明確であり、使用後の製剤のロット番号等の記録・保存も適切である。血液廃棄率の減少に向けた取り組みは、今後の課題となっている。

その他、臨床検査機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、手術・麻酔機能、救急医療機能も、おおむね適切に機能している。

10. 組織・施設の管理

設備投資計画については院長同席のもと各部署からヒアリングを行い、その上で予算編成をしている。予算執行状況は、経営企画室により分析がなされ経営会議・病院運営会議等で報告されている。医事課の業務手順は明確であり、未収金については手順を定め、回収に向け努力しており、損金処理も手順に沿って行われている。施設基準の遵守状況を自己チェックできる仕組みが構築され、適切にチェックが実施されている。

委託業者は選定基準を定め、その基準に基づいて委託業者の選定・評価が行われている。施設・設備管理はマニュアルに沿って行われており、各種法定点検も施設用度課管理のもと適切に実施され、医療ガスの安全管理体制についても適切に構築されている。

診療材料の選定は診療材料検討委員会が行い、物品の在庫量はSPDシステムによって管理され、各部署の物品の在庫量が常に施設用度課において把握されている。定数の見直しは、管理システムから抽出したデータをもとに適宜行われている。

緊急時の責任体制や連絡体制は部署ごとに明確化され、防災訓練や夜間を想定した訓練が実施されている。大規模災害に備えたライフライン確保については、地域流通大手企業と災害時の協定を締結しており、非常時に対応できる体制を整備している。医療事故発生時の対応は、医療安全マニュアルに詳細に記載され、イントラネットを用いて職員に徹底している。病院賠償責任保険にも加入しており、適切な対応が図られている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は、医学生をはじめ看護学生・薬学生・リハビリ学生等、様々な職種において多くの学生を受け入れている。実習受け入れにあたっては、実習依頼先との実習委託契約が締結され、守秘義務、損害賠償など必要な事項が明確にされている。実習生については、予め病院の方針や注意事項・実習生としてのあり方など、全職種統一のオリエンテーションを行った上で実習に就いている。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	B

1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A

2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	B
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

□ 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

□□□	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
□□□□□	理念・基本方針を明確にしている	□
□□□□□	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	□
□□□□□	効果的・計画的な組織運営を行っている	□
□□□□□	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	□
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A
□□□	人事・労務管理	
□□□□□	役割・機能に見合った人材を確保している	□
□□□□□	人事・労務管理を適切に行っている	□
□□□□□	職員の安全衛生管理を適切に行っている	□
□□□□□	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	□
□□□	教育・研修	
□□□□□	職員への教育・研修を適切に行っている	□
□□□□□	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	□
□□□□□	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	□□
□□□□□	学生実習等を適切に行っている	□

□□□	経営管理	
□□□□□	財務・経営管理を適切に行っている	☐
□□□□□	医事業務を適切に行っている	☐
□□□□□	効果的な業務委託を行っている	☐
□□□	施設・設備管理	
□□□□□	施設・設備を適切に管理している	☐
□□□□□	物品管理を適切に行っている	☐
□□□	病院の危機管理	
□□□□□	災害時の対応を適切に行っている	☐
□□□□□	保安業務を適切に行っている	☐
□□□□□	医療事故等に適切に対応している	☐

年間データ取得期間： 2014年 4月 1日 ～ 2015年 3月 31日
 時点データ取得日： 2015年 8月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部北海道済生会小樽病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 北海道小樽市築港10-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	258	258	+36	82.1	20.0
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	258	258	+36		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
救急専用病床		
集中治療管理室(ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)		
脳卒中ケアユニット(SCU)		
新生児集中治療管理室(NICU)		
周産期集中治療管理室(MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	25	0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	50	+8
亜急性期入院医療管理料病床	0	-20
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等：

--

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 人
 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ 1) あり 2) なし 院内LAN 1) あり 2) なし
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし