

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月24日～7月25日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、函館市に位置する、南渡島保健医療圏における急性期機能を担う地域中核病院である。1950年に歴史ある社会福祉法人函館厚生院の1施設として開設され、増改築を繰り返して現在に至っている。地域がん診療連携拠点病院、二次救急指定病院、臨床研修指定病院として、地域の中心的な役割を果たされている。とりわけ北海道胆振東部地震によるブラックアウトの際には、地域の透析医療機関の診療がストップする中で、全ての透析患者を受け入れて地域医療を守られた実績があるなど、多くの地域住民から厚い信頼を受けている。病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。

今回の受審にあたっては、職員が協働して組織的・継続的に準備に取り組まれており、ほとんどの項目で適切に取り組まれていることが確認できた。一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。そして貴院の理念である「安心 信頼 満足を患者さんと地域に」を具現化されるとともに、「健康の維持・病気からの回復・病める方への最大限のケア」を行い、地域住民からより信頼される病院づくりに向けて、一層の充実に取り組むことができるよう、今回の受審が役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針を明文化し、院内掲示や広報物で内外に周知している。病院幹部職員の選任の仕組みや職位に応じた業務分掌が明確になっている。年度事業計画があり、達成のための職場目標、個人目標へ繋げている。情報システムの管理体制

を整え、データの真正性、保存性、見読性を確保している。データの二次利用により多くの業務の効率化および安全性の向上につなげており高く評価できる。文書管理は規程を定めて管理し、マニュアルなどはイントラネットに掲載して常時確認できる環境を整えている。

医療法や施設基準上の必要人員を配置し、組織的に人材確保に取り組んでいる。労務管理に必要な各種規程を整備し、年2回の人事考課の面接により職員評価を行っている。安全衛生委員会を開催して職場環境の整備や職業感染の防止などに取り組んでいる。院内暴力、ハラスメント、メンタルヘルスサポート等の体制も整備している。職員満足度調査などにより職員の意見を収集するとともに、充実した福利厚生制度を整えて魅力ある職場づくりに取り組んでいる。職員への教育研修は、職員教育研修委員会を設置して実績の把握と評価を行うとともに、eラーニングなどで受講率向上に取り組んでいる。人事評価制度を導入し、面接を実施し到達評価を行っている。研修や学会参加に対する補助や、院内認定制度などにより能力開発につなげている。臨床研修指定病院として指導医体制を整え、プログラムに沿って初期研修を行っている。その他の職種についても到達目標を設定して評価し、専門職種に応じた初期研修を行っている。学生実習は、医師・薬剤師・看護師をはじめ様々な職種を受け入れ、実習開始前には必要なオリエンテーションを行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族・全職員に周知している。「インフォームド・コンセント指針」に則り患者への説明を行い、セカンドオピニオンを求める権利を保障しているが、説明書の書式の標準化などされるとさらに充実する。各種の文書を用いて患者へ情報提供を行い、医療への参加を促進している。また、患者個別に意思決定を支援している。患者支援体制として相談支援窓口を設置し、看護師・社会福祉など専門職種と連携して多様な相談に応じている。個人情報に対する基本方針や規定類を整備して患者・職員に周知して運用しており、この度、ダウンロードに関する管理体制を見直しており、継続した取り組みが今後も望まれる。

主要な倫理的課題への対応方針を定めている。現場で解決できない倫理的課題は、倫理委員会で方針を決定している。臨床現場で発生する倫理的課題は、カンファレンスで検討し、解決困難事例は倫理委員会に審議を求める仕組みである。駐車場は十分な台数を確保し、コンビニエンスストアを設置しWi-Fi環境も整備している。院内はバリアフリー化しており、来院者の安全性・利便性・快適性に配慮した施設・設備となっている。病棟内の各室とも、清潔性と安全性などを確保し、患者のプライバシー保護に努めている。敷地内禁煙を徹底するなど、受動喫煙防止に努めている。職員の喫煙率は減少傾向にある。

4. 医療の質

医療の質向上委員会が院内統括の役割を担い、部門・部署でKPI（重要業績評価指標）を設定し、質改善に継続的に取り組んでいる。診療の質向上に関しては多数の部署横断的なカンファレンスを開催している。クリティカル・パスに関しては委

員会の積極的活動のもとパス適用率も高く、診療の標準化に寄与している。患者・家族の意見や要望は、意見箱、投書用紙の郵送、患者経験価値調査などを通して収集し、改善に向けて検討し、院内掲示などでフィードバックしている。数多くの臨床研究を実施して倫理委員会で審査・承認を行っているが、新たな診療・治療方法の導入については、手順の明文化等が望まれる。

診療と看護の責任者を所定の場所に掲示している。看護提供方式はチームナーシングを採用している。責任者は、回診や病棟ラウンドを定期的実施して状況を把握している。診療記録は記載マニュアルに基づき適切に必要な事項を記載している。診療録の質的点検は多職種で行い、評価結果は本人と科長にフィードバックしている。NSTをはじめ多くの専門チームが組織横断的に活動している。それぞれのチームは、臨床現場の依頼に対し実践やコンサルテーションを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室は、副院長である医療安全管理責任者の下、看護師・薬剤師・臨床工学技士・事務職員の5名で運営している。インシデント・アクシデントは医療安全管理室で収集し、事例の分析や再発防止策の検討・実施・評価を行っている。医療事故発生時の対応手順、患者・家族への説明手順、訴訟時の対応体制を整備し、訴訟等に備えて病院賠償責任保険にも加入している。誤認防止は、患者の名乗りを基本とし、ネームバンド装着時や注射実施時等の確認、検体のダブルチェック、手術部位のマーキングなどの対策を実践している。情報伝達に関して、病棟での指示出しから実施確認までの流れ、「口頭指示メモ」を用いた口頭指示の手順は適切である。病棟における麻薬・向精神薬・ハイリスク薬の管理は適切である。

転棟・転落のリスク評価を実施し、対策を実施するとともに、転棟・転落発生時のフローにより対応や手順の統一を図っている。医療機器は、使用する看護師が使用前動作確認等を行い正しく使用している。医療機器の職員研修を臨床工学技士が実施し、受講管理をしている。急変時の対応では、院内緊急コード「コードブルー」を設定し、RRS導入により24時間相談可能な体制を構築しているが、BLS研修の実施体制について検討が期待される。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する権限を付与した感染情報管理室を設置し、各部門の責任者で構成する感染対策委員会と各部門の実務者で構成する感染対策スタッフ連絡会を組織して院内外の感染情報の共有と対策を検討している。ICTは検査部門および病棟と連携し、院内の感染情報を収集・把握するとともに定期的に院内をラウンドして感染対策状況をチェックしている。自院の機能に応じた医療関連感染制御のため、手術部位感染の解析対象手術の拡大、収集した中心ライン関連血流感染、尿路カテーテル関連感染、人工呼吸器関連肺炎に関する情報の分析と活用が望まれる。

感染対策マニュアルを整備し、標準予防策および感染経路別予防策を実践している。感染性廃棄物容器は、部署内の定められた場所に設置し、分別・保管を適切に

行っている。各部署の速乾性手指消毒剤の使用量を測定し、手指衛生の遵守に向けた啓発活動を実施している。AST（抗菌薬適正使用線チーム）は抗菌薬の使用状況を適切に把握・監視し、抗菌薬を適正に使用している。近隣の医療機関と情報を共有し地域におけるアンチバイオグラムを作成し利用している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌、ホームページ、SNS などにより病院の提供する医療サービスを発信している。診療実績は各診療科のページに掲載するとともに、臨床指標やDPCデータに基づく病院情報を発信している。アクセスログを分析して結果を更新時に活用しており、必要な情報を地域に向けて分かりやすく発信している。地域医療連携は、地域医療連携実務者協議会などの連携会議を主催するとともに医療機関を定期的に訪問し、必要な情報を院内にフィードバックしている。地域医療ネットワークシステムに参加して医療機関と情報共有に努めている。後方病院とのネットワークを構築するとともに入退院支援クラウドシステムを活用することで転院調整日数の短縮を図っている。地域の透析クリニックと無線によるネットワークを構築し災害時対応に高く貢献するなど、地域の医療関連施設等との連携の取り組みは高く評価できる。

地域に向けた教育・啓発活動は、公開講座を定期的で開催するとともに、がん患者・家族サロンや、疾患別の教室も開催している。地域の小・中・高校に学校医やがん教育の講師を派遣している。また健康管理センターを設置して、健康増進に努めている。医療関連施設等に向けては各種講演会やセミナーなどを開催し、地域の医療従事者のスキルアップにつなげている。ドクターヘリ事業にフライトスタッフを派遣するなど、地域に向けた教育啓発・支援活動を積極的に実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ、院内掲示などで周知し、待ち時間対策に取り組むなど、円滑に診察を受けられる体制を整備している。外来診療は安全性を確保し、適切に行っている。診断的検査は主治医が必要性を検討のうえ、患者へ説明し、同意を得て実施している。医師は医学的判断に基づいて適切に入院を検討・決定している。入院診療計画書は、医師による診断と多職種による種々のリスク評価を行って作成している。相談窓口は一元化しており、多様な相談に対応している。

「入院のしおり」や動画などを用いて丁寧に入院案内を行っている。医師は毎日回診し、他職種との情報交換を適切に行っている。患者のニーズを踏まえ、看護管理基準等に則り看護業務を行っている。薬歴管理、内服処方箋における5Rの記載、薬剤投与時の状態観察は適切である。

輸血は適正使用指針を遵守し、血液製剤の認証や取り違えの防止に努めている。周術期の対応は、術前カンファレンスで検討のうえ患者に必要性和リスクを十分に説明後、同意を得ている。麻酔科は全例術前訪問を行い、麻酔のリスクについて説明している。重症患者はHCUや病棟の観察室で多職種によるチームにより安全に管理している。全入院患者を対象に褥瘡リスクアセスメントを行い、予防対策を実践

している。栄養評価に基づいて栄養管理計画を策定している。症状緩和は、緩和ケアマニュアルに則った対応と緩和ケアチームの介入がある。必要なりハビリテーションを速やかに開始し、安全・確実に実施している。身体拘束は、チームを立ち上げ組織横断的に活動している。全入院患者に対し退院支援スクリーニングを行い、リスクに応じた支援を実施している。退院後も診療・ケアが必要な患者については、関係者間で情報共有を図っている。患者の意思を確認し、適切にターミナルケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科における薬剤管理、薬剤師による処方への関与は、いずれも適切である。臨床検査機能は、24時間体制で必要な検査を実施しており、結果報告も迅速で、パニック値も必ず医師に報告して履歴を残している。必要な画像検査をタイムリーに実施し診断しており、追跡すべき症例を規定して診療録への反映を確認している。栄養管理部門は、衛生面に配慮し、患者の意見を基に献立や調理法の見直しを行い、患者の特性に応じた食事を提供している。必要なりハビリテーションを速やかに開始し、安全・確実に実施している。診療情報管理機能は、診療記録を全て電子化して一元的に管理するとともに、量的点検を行い、ICD-10等のコーディングによる二次的利用も図っている。医療機器は臨床工学技士が一元的に管理し、計画に沿った保守点検を実施している。洗浄、滅菌の業務を中央化し、各点検を適切に実施して精度管理している。病理診断機能では正確かつ迅速な診断を行い、病理診断報告書は主治医が確実に確認している。放射線治療部門ではIMRTなどの放射線治療を安全かつ適切に実施している。輸血・管理機能は責任医師と認定輸血検査技師が適切に管理しており、輸血療法委員会において安全で適正な輸血業務の検討を大々している。手術・麻酔機能は、手術室を効率的に運用しており全身麻酔は全て麻酔科医による管理の下で実施しており、緊急手術にも対応している。集中治療機能は、オープンシステムとして主治医とHCU責任医師が管理し、多職種が関わって治療にあたっている。救急医療機能は、輪番制で多くの患者を受け入れ、救急車の応需率も高く、地域の救急医療を担っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部門の要望および実績を基に予算を編成し、会計処理や財務諸表は適切である。毎月収支や患者数などの指標およびKPIの達成状況を取りまとめて経営戦略会議および運営会議に報告し、改善策を検討している。医事業務では自動精算機および後払い受付機を導入するなど合理化を図っている。入院レセプトは全件医師が確認して請求し、未収金は計画的に督促して回収に努めている。委託業務については、相見積もりにより業者を選定し、契約手続き、各部門での実施状況の把握、委託業務従事者に対する教育などを確実に実施し、事故発生時の対応体制も取り決めている。

施設・設備は職員が365日、24時間対応して管理している。電気・水道設備は公共のインフラに合わせて自院でも設備を保有し、平行稼働することで効率的な施

設管理につながっており高く評価できる。購買管理は、医薬品・診療材料については、採用・購入・在庫数の見直し等を適切に実施している。医療機器についても採算性等を充分検討して購入している。災害時の危機管理としてBCPを策定し、避難訓練を実施している。災害時の備蓄も患者・職員併せて3日分の飲料水と食料を確保し、燃料供給に関する協定も結んでいる。保安管理は総務課が担当し、日中夜間に職員が定期巡回を行っている。院内での暴言暴力には緊急コードにより職員が参集する仕組みがある。

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	B
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	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	S
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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	A

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	A
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	A
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	A
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	栄養管理と食事支援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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	S
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	S
-------	-----------------	---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2
- I-1-3 開設者 : その他法人 (社会福祉法人等)
- I-1-4 所在地 : 北海道函館市五稜郭町38-3

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	480	480	+0	88.8	11.8
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	480	480	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	0	-10
集中治療管理室 (ICU)	0	-10
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)	20	+20
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室	1	+0
人工透析	47	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
障害者施設等入院基本料算定病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

I-1-7 病院の役割・機能等 :

がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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 : 12人 2年目 : 11人 歯科 : 1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

