

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 11 月 21 日～11 月 22 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

貴院は開院後、地域における多様な医療要求に応えるために、診療体制の整備と技術の導入、施設・設備・先端医療機器の整備をすすめてきた。また、道南医療圏における急性期病院としての役割を担い、地域住民や地域の医療・福祉施設との連携活動を積極的にすすめている。がん、循環器疾患、救急、周産期医療をはじめ各分野で、患者さんを支えるチーム医療の推進を病院運営の基本とし、「地域で完結するシームレス医療」の実現をめざして奮闘している。

6 項目の基本方針を院内外に宣言し、これを担う職員の確保と育成は、職種別、階層別、課題別に重層的に組み立てており、中期・年次計画で具体化して取り組んでいる。今回の病院機能評価を更新受審しており、適切に準備されていた。この取り組みを継続し、病院活動に生かしていくよう期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念（使命）と 6 項目の基本方針を明示して、広報誌やホームページ等で周知している。また、理念や基本方針として掲げるだけでなく、業務と活動の行動指針として扱っており、評価できる。病院の将来像は中期計画で明確にし、具体的課題は年次事業計画を策定し、部門と職員個々の目標として管理している。病院の意思決定は、運営会議（事前に三役会議開催）、科・課長・主任会議、部門・部署会議で周知・徹底されており、各級幹部のリーダーシップは極めて高い。また、目標・課題は春と秋に達成度評価を行っており、効果的組織運営が実践されている。

情報管理機能と文書管理は、方針と規定にそって確実にすすめられ、人材確保の取り組みと人事・労務管理も積極的にすすめている。業務実績や専門チーム活動は

年度で評価され、顕彰制度も行われている。職員の安全衛生管理、魅力ある職場づくりは、職員の要望・意見の聴取、各種の就労支援策が機能している。職員の教育・研修は、年間を通した全職員対象の詳細な計画を策定しており、院外教育・研修（医師の海外研修も含む）の奨励、資格取得支援の手厚い運用実績など、いずれも高く評価できる。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」と題し、平等で最善の医療を受ける権利、プライバシーや個人情報保護の権利、説明・診療情報を受ける権利、自己決定権、セカンドオピニオンの5項目を明文化し、院内掲示やホームページで周知している。説明と同意は「同意書運用指針」で明確にし、同席者の署名もとられている。また、同意撤回の手順も説明しており、適切である。患者との診療情報の共有は、各種説明書や患者用パスの活用、患者の名乗りとリストバンド装着、患者・家族向けのイベントなど、医療参加の工夫をしている。患者支援体制の整備は、相談受けから各種の支援業務、退院に向けたルートとアフターケアまで、課題別に各部署が専任で担当しており、高く評価できる。患者の個人情報・プライバシーの保護は規程を整備しており、電子カルテへのアクセス・パスワード設定と更新期間も適切である。臨床倫理の病院方針と職員研修はよく実践され、臨床現場における対応も適切である。

患者・面会者の利便性の確保も適切であり、院内のバリアフリーや整理整頓・清潔保持、診療・ケアに必要なスペースの確保など療養環境もよく整備されている。受動喫煙防止は職員の禁煙活動をさらにすすめるとなお良い。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や提案・苦情等は、意見箱や患者満足度調査等で収集し、患者サポート室や各部署、関係する委員会等で検討し対応・改善している。診療の質向上は、定例医局症例検討会や安全管理室主催の死亡症例検討会、CPCほか、いずれも定例開催している。臨床指標はQIプロジェクトで収集・分析しており、組織的な検討と改善活動にも取り組んでいる。クリニカルパス大会と委員会の開催なども旺盛にすすめている。新たな技術や治療方法の導入は、組織的な検討と必要な対応が行われ適切である。

診療・ケアの責任体制と運用は、医師回診、看護責任者の巡視も定期化している。診療記録は記載基準が定められ、退院時サマリーの作成率も高い。また、診療記録の質的点検も定期的に実施しているが、診療記録の抽出数とコ・メディカル職種への対象拡大も期待したい。多職種協同の診療・ケアの実践は、多職種合同カンファレンスや症例検討会の開催、専門チームや認定看護師の支援、診療科間連携など、積極的である。とりわけチーム医療推進のために、職員育成と資格取得を支援する病院の方針が貫かれており、評価できる。

5. 医療安全

院長直轄である医療安全管理室は、副院長を室長とし、専従の看護師、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者等が配置されている。各医療安全担当者の役割や責任は明確であり、事例の情報収集・分析・検討・改善策の立案や定期的な院内ラウンド、安全情報の発信等、安全確保の体制が確立されている。アクシデント・インシデント報告書は、速やかに医療安全管理室へ報告している。収集した報告書から必要な事例に対して、現場確認、分析、改善策の検討・提案を行っている。患者の誤認防止対策として、患者参加型の呼称確認と生年月日の確認、外来では受診票で、入院患者ではリストバンドでのバーコード認証を実施している。手術室では、タイムアウトで部位確認も実施している。また、術前に主治医がマーキングも実施している。医師の指示出しから実施に至る過程は、電子カルテシステムで安全・確実に行われ、さらに指示の中止・変更への対応も適切である。臨床検査のパニック値は検査室から直接主治医に報告する運用となっている。また、病棟の薬剤管理については、おおむね適切である。

入院時、全患者について転倒・転落アセスメントスコアシートで危険度を評価し、結果に応じた看護計画を立案し、対策を講じている。緊急院内コードが設定され職員に周知されている。全職員対象のBLSやAED等の講習に関しては、病院組織として職員の受講状況を把握し、定期的な訓練を計画するなどの組織的な対応が期待される。

6. 医療関連感染制御

ICN、ICD等が積極的に活動しており、ラウンドで感染対策・抗菌薬使用の指導・助言を行っている。感染対策マニュアルも適切である。院内研修会も頻回に行われており、欠席者にはeラーニング形式で行われており、参加率は高い。また、感染発生状況の把握は、ICTwebを用いたシステムがあり、感染者の病棟マップも容易に確認可能で、1クリックで熱型や採血結果が把握可能である。JANIS登録が行われており、ターゲットサーベイランスも行われている。アウトブレイクの対処フローがあり、実際、疥癬のアウトブレイクを経験し、適切に対応が行われていた。手指衛生や个人防护用具の着用、感染経路別予防策、鋭利な感染性廃棄物の取り扱いは規定に準じて行われている。院内感染対策マニュアルを整備し、標準予防策の徹底などおおむね適切であるが、汚染リネンの取り扱いについては見直されると良い。抗菌薬の採用・削除は、薬剤購入委員会で決定している。抗菌薬の使用はマニュアルに則っており、特定抗菌薬は届け出制で、長期投与を防ぐ取り組みがあり、適切に使用されている。医療関連感染制御は全般的に適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として患者や地域住民向け、医療機関向けの広報誌を定期的に発行し、各診療科の紹介や診療体制の変更、患者向け講演会に関わる情報を発信している。ホームページでは診療時間、外来休診情報、面会についての連絡、治療実績、講演会情報などが案内されており、診療実績も紹介されている。地域の医療機

関との連携を促進するために地域連携室が設置され、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介、患者相談などが行われている。

地域関係医療機関との連携として、道南医療圏情報共有会、はこだて地域連携実務者協議会など、複数のネットワークの会を立ち上げ、中心的な役割を果たしている。自院の地域における役割を明確にし、病院の専門性や機能を活かした活動や、地域の健康増進に寄与する活動として、定期的に専門医による地域住民対象の講演会を各地区で開催している。また、小学生に向けたがんの講演を小学校に出向き開催するなど、がん連携拠点病院としての役割も含めた活動を積極的に実施している。年 60 回程度であり、啓発活動に熱心に取り組んでいる。その他、特定健診や企業健診のほか、予防接種事業等、地域の健康増進に寄与する活動が行われている。

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適切に広報・周知されており、院内の案内や掲示等も適切である。待ち時間調査と対応、紹介患者・救急患者の流れもスムーズである。また診療の進行状況の表示や病態急変時の観察と対応も適切である。診断的検査は必要性を医学的に判断し、安全・確実に実施し、入院決定も十分検討のうえ、行っている。診療計画、看護計画は各種リスク評価を実施のうえ入院後速やかに立案しており、必要となる各職種の関与も適切である。クリニカルパスの適応率も高い。医師、看護師の病棟業務は適切にすすめられており、病棟内外との情報交換や各種のカンファレンスが頻回に開催され、チーム医療体制が機能している。薬歴管理と服薬指導、注射・抗がん剤・麻薬投与時の安全管理はいずれも適切であるが、今後、薬剤師の病棟業務強化を期待したい。

輸血・血液製剤の安全な投与はガイドラインに沿って行われている。周術期の対応は適切であり、術後患者や重症患者は ICU と各病棟の重症病床が選択されている。褥瘡予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントが適切に実施されており、症状緩和は看護基準と緩和ケアマニュアルに沿って適切に対応している。リハビリテーションは個別性と病態に応じて早期開始を実現しており、退院支援と継続した診療・ケアの実施は、入院初期から検討しすすめている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し、緩和チームの介入や多職種間の情報共有も図り適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査・投与チェックの重複化、疑義照会情報の蓄積、医薬品の安全使用と管理に取り組んでおり、抗菌薬・抗がん剤・持参薬の管理も適切である。臨床検査は内・外部精度管理、緊急検査の対応などいずれもよく機能を発揮し、異常値・パニック値の対応も的確である。画像診断は緊急撮影や夜間・休日対応体制が整えられ、造影剤検査等の安全確保にも努めているものの、今後は読影率の向上を期待したい。栄養管理は衛生的な調理環境で、嗜好・喫食調査のうえ患者個別対応に努力している。リハビリテーションは患者・家族の要望を取り入れた総

合実施計画書にそって日曜日以外は年間を通して実施しており、連続性の確保は評価できる。診療情報管理機能は診療情報管理士 10 名を配置して、活発に活動している。また、質的点検への関与、システムダウン時の対策等も適切である。医療機器管理、洗浄滅菌管理はいずれも適切である。

病理診断は 2 名の病理医のもとで病理診断システムを活用し、診断精度の確保、学会や外部施設との連携を強化している。放射線治療は主治医と情報共有して治療計画を作成し、安全性に配慮した業務が実施されている。輸血・血液管理、手術・麻酔機能、集中治療機能は、いずれも業務基準やマニュアルに沿った安全・確実な業務遂行状況である。救急医療は地域の中核病院として体制を整備し、不応症例検証を定例で実施しており、評価できる。

10. 組織・施設の管理

会計処理は社会福祉法人会計基準、病院会計準則に則って適正に処理されている。月次決算を行って財務諸表を作成し、監査法人による会計監査を受けている。医事業務では自動精算機、窓口収納業務などがシステム化されており、合理的に行われている。レセプト点検は医事課点検後、各医師における点検において、病名チェックや症状詳記が加えられて完成している。業務委託の導入に際してはプロポーザル入札方式をとり、質も重視し業務水準を保てるかを基準とした選定をおこなっている。委託開始後は、各委託業者と定期的な会議を行い、業務内容の把握で質の担保に取り組んでいる。物品管理は SPD により効果的な発注・搬送・在庫管理に努めている。

災害時の対応は BCP を策定して、部署ごとのアクションリストが整備・配布されている。緊急時の責任体制を明確化し周知している。備蓄品は食料品および飲料水について、患者用、職員用として備蓄されている。停電検査や自家発電機の確認も行っており、継続的に非常時への対策を実施している。

11. 臨床研修、学生実習

研修医については、臨床研修管理委員会が開催され計画に則った研修が実施されている。看護部においても、新人と現任それぞれの初期研修プログラムに則り、指導者による定期的な面談による業務進捗と達成度の評価がなされている。その他、検査科、薬剤科、リハビリテーション科、臨床工学科などにおいてもカリキュラムを作成して、プリセプターの適切な教育がなされている。

学生実習については、看護師の他、多くの専門職過程の実習生を受け入れている。指導者育成研修により実習指導者を育成し、養成校とカリキュラム調整を行って必要な課題が確実に実施されるよう取り組まれている。実習前に各感染症抗体検査の実施を義務付け、実習中の感染防御策への対応がなされるようになった。患者・家族には十分な説明を行い、同意を取得して協力を得ている。実習開始時にはオリエンテーションが実施され、医療安全や感染対策などの院内ルールや、プライバシー保護や守秘義務の順守などを徹底している。

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	S
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
1.4	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	A
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	A

1.5.3	業務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	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	B
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	B
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	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	B
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	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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	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	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A
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	B
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	A
4.5.2	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 6 月 30 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	-19	88	11.3
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	-19		

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	10	+10
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	1	+0
人工透析	42	+10
小児入院医療管理料病床	0	-42
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+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(Ⅲ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： 11 人 2年目： 7 人 歯科： 0 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2