

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10月20日～10月21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、道南圏の急性期医療をカバーし、断らない救急医療を実践するとともに、総合周産期母子医療センター、北海道がん診療連携指定病院などの指定も受けている。

評価結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、院内掲示、入院案内、ホームページ等で院内外へ周知している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、自院の地域における役割や院内体制整備を中期計画に落とし込み、病院の将来像として明示している。将来像は各会議での発表、イントラネットや職員向け広報誌への掲載を通じ職員へ周知している。病院で決定する主要な事項は経営管理会議で審議している。組織や職務に関する必要な事項を定め、効率的運営を図っている。情報管理は規程を定め、情報の管理体制を整備している。文書管理は規程に定めている。

人材確保は、おおむね適切に人員を確保している。人事・労務管理は、就労に関する規則を明確にしている。有給休暇取得促進のために毎月取得進捗状況を発信している。職員の安全衛生管理は、衛生委員会において、職員健康診断や超過勤務者の状況、労災発生等について報告や検討を行っている。健康診断の受診率は100%である。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員提案制度や労働組合を通じて意見・要望を収集している。

職員への教育・研修は、全職員を対象に、医療安全、感染防止、個人情報保護、倫理、ハラスメント、接遇等について年間計画のもと研修を実施している。職員の

能力評価・能力開発は、目標管理制度を取り入れ、職員の能力向上を図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院案内や入院案内、ホームページ、院内掲示などにより周知している。手術、麻酔、侵襲の強い検査等の説明時には、院内統一の「説明書および同意書」を用いて説明し同意を得ている。同席の基準を明確にすることが望まれる。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、患者が情報を得やすいように、院内に図書情報コーナーを設置している。また、がん関連の情報コーナーを整備している。患者支援体制は、医療福祉相談室で相談に対応している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、「個人情報等の安全管理措置に関する基本方針」等を整備している。病室前の患者氏名表示も表示希望の有無を確認するなど、プライバシーに配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、現場で判断が困難な場合は、倫理委員会に諮問し、検討する仕組みがある。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、倫理的問題は、看護師が中心となってカンファレンスを行い、認知症ケア・せん妄ケアチームなどのサポートを得て対応している。他部署の意見を聞きたい場合には看護部の看護倫理事例検討会で検討している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、患者用駐車場が整備されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内は基本的にバリアフリー構造である。療養環境の整備は、診療・看護のスペースおよび患者がくつろげる環境を確保している。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙を周知している。職員に向けては、オンライン卒煙プログラムに参加しており、利用を促している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱を設置し、回答はおおむね1週間以内にロビーに掲示、または直接患者・家族に伝えている。患者の要望により、ロビーの待合椅子の入れ替えを行うなど、適切に対応している。診療の質の向上に向けた活動は、症例カンファレンスなどを定期的に行っている。CPCを年2回程度行っている。業務の質改善は、病院機能評価の受審を通じて、業務の見直しに取り組んでいる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理委員会で審議・承認されてから導入する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は、各病棟の入口掲示板に責任医師、看護師長、退院支援担当者（MSW）の氏名を掲示している。診療記録の記載は、診療に関する情報は、遅滞なく記録されている。診療記録の質的点検は医療情報委員会において行われている。多職種が協働した患者の診療・ケアは、褥瘡対策チームやがん専門サポートチームなどの専門チームも定期的なカンファレンスや回診を行い、病棟スタッフと連携・協働して治療・ケアを実施している。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、診療部長を室長、薬剤部長を副室長、専従として看護師と社会福祉士を配置している。医療安全管理委員会では、インシデント報告や部

会の報告などを行っている。下部組織として、インシデント分析・対策部会とリスクマネージャー会議、看護部リンクナース会議がある。インシデント・アクシデント報告を集計している。分析は医療安全管理室とインシデント分析・対策部会で行い、委員会に報告するとともに職員に周知している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、各部署で患者・家族がフルネームを名乗ることを原則として、生年月日の確認と、リストバンド、バーコード照合などを行っている。左右のある部位にはマーキングを実施している。情報伝達エラー防止は、医師の指示出しは電子カルテのオーダリング機能により行われ、看護師は指示受け機能を使用して指示を受け、実施している。薬剤の安全な使用は、薬剤の安全な使用に向けて、重複投与、相互作用、禁忌やアレルギーなどはオーダリングのアラート機能に加えて、ダブルチェックとして薬剤師の処方鑑査を実施している。麻薬・毒薬・向精神薬は適切に保管している。転倒・転落防止は、「転倒・転落アセスメントスコアシート」を利用して、リスク評価を行っている。危険度に応じて対策を講じている。医療機器の安全な使用は、人工呼吸器チェックリストに基づき設定条件などを各勤務帯と勤務交代時に確認している。さらに、人工呼吸器使用中は臨床工学技士がラウンドを行い確認している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定している。全職員対象の BLS と AED 講習会は年間計画のもとに実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染管理室に専従の看護師 2 名（うち ICN1 名）、専任の ICD・薬剤師・臨床検査技師・事務職員などを配置している。ICT と AST を編成し、院内感染予防対策委員会を開催している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内の感染症の発生状況は週 1 回の ICT ラウンドで定期的に把握し、抗菌薬の使用状況や適正使用は AST のミーティングで評価・検討し、適宜診療にフィードバックしている。ターゲットサーベイランスは SSI のみであり、適用をさらに拡大して、CRI・VAP・UTI などの導入の検討を望みたい。

医療関連感染を制御するための活動は、病室の入り口などに個人防護用具を準備し、感染経路別予防策を適切に行っている。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬使用指針を整備している。アンチバイオグラムを作成して、分離菌感受性を評価し、適正な抗菌薬を医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、経営企画課を中心に各部署が連携し、広報誌の発行やホームページの更新を行っている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、函館地域医療連携協議会へ参加している。紹介患者の待ち時間の軽減を図るため「事前カルテ作成システム」を導入し、スムーズな診療を実践している。経営企画課を中心に各部署が協働して地域に向けた教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受診の流れをホームページで案内している。全診療科の診療記録や多職種の指導内容などは一元的に閲覧できる。侵襲的な検査や造影検査は、担当医が説明用紙を用いて必要性やリスク等の説明が行われ、患者・家族の同意の署名を得ている。検査は手順を遵守して安全性に配慮しながら実施している。医学的根拠に基づき入院の必要性を説明し、希望を確認して、入院を決定している。患者・家族からの医療相談への対応は、相談担当部署は「総合医療支援センター」の医療福祉相談室である。患者が円滑に入院できるように、入院決定の際、医事課の入退院係は入院生活や医療費について説明している。入退院支援室では、主に手術や高齢などの入院患者に対して看護師が、治療計画などの説明を行っている。

医師は、患者の病状を把握して電子カルテに記載し、必要な指示を出している。看護師は、身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、栄養、転倒・転落、褥瘡などのリスクアセスメントを行い、看護計画に基づき看護を展開している。投薬・注射の確実・安全な実施は、病棟に専任薬剤師を配置し、持参薬管理や服薬指導、薬歴管理を行っている。重複処方、投与禁忌、配合の可否、アレルギーなどが確認され、医療者間で情報を共有している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血の際には患者名・輸血の種類・型・投与量等を確認し、投与中・後の患者の状態および反応を観察している。周術期の対応は、診療科で手術・麻酔の適応や術式を検討し、患者・家族に説明を行ったうえで同意を得ている。麻酔科が関与する患者には、麻酔科医による術前診察で麻酔に関する説明を行い、同意を得ている。重症患者の管理は、病棟に重症室が整備されている。褥瘡の予防・治療は、全入院患者に褥瘡のリスク評価を行っている。褥瘡発生時には、認定看護師と連携して看護計画を立案のうえケアを実施している。栄養管理と食事指導は、入院時に看護師が主観的包括的栄養評価を行い、必要に応じて管理栄養士が栄養管理計画書を作成している。症状などの緩和は、「症状緩和基準」に基づいて治療・ケアを行っている。リハビリテーションの確実・安全な実施は、患者の社会的背景や要望に配慮しながら、疾患の病態に応じた総合実施計画書を作成している。患者・家族への退院支援は、患者の療養上の要望や問題を捉えて、医師や病棟師長、受け持ち看護師と情報共有している。継続した診療・ケアの実施は、必要に応じて院外関係職種と退院前カンファレンスを行い情報共有している。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て、個室の利用や必要時緩和ケアチームの介入、在宅療養の支援などを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の確認は入院当日中に施行している。処方鑑査はオーダーリングのアレルギーや相互作用、配合禁忌などのチェック機能に加え、薬剤師がダブルチェックを実践している。臨床検査機能は、検体の誤認防止や迅速な検査を行っている。外部精度管理に毎年参加している。画像診断機能は、CT、MRI、核医学検査に対して、読影率は100%となっている。緊急を要する場合は、迅速に電話で

依頼医へ伝達している。栄養管理機能は、食品の検収から保管まで安全に実施している。嗜好調査、残食調査、栄養士のベッドサイド訪問結果などを給食管理委員会で検討し、食事の質向上を図っている。リハビリテーション機能は、心大血管・脳血管・運動器・呼吸器リハビリテーションⅠの施設基準を取得している。NICUの患者にも、リハビリテーションを積極的に行っている。診療情報管理機能は、カルテ全件の量的点検を行っている。医療機器管理機能は、使用後の医療機器は、ME室に返却し、清拭・整備・点検後、使用可能な状態で貸し出している。洗浄・滅菌機能は、使用後の器材は、一次洗浄を行わず、搬送後、洗浄から払い出しの工程がワンウェイ化されている。滅菌の質は保証され、リコール手順も明文化されている。

病理診断機能は、大学に標本を送っており、診断困難例は複数の病理医で検討している。悪性等の有所見例は直接担当医に報告している。輸血・血液管理機能は、発注・保管・供給・返却・廃棄は輸血検査システムにより効率的に実施している。輸血用製剤を保管する自記式温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫も整備している。手術・麻酔機能は、手術スケジュールや術中患者管理は、麻酔科医と手術室看護師長が連携し適切に行っている。集中治療機能は、NICUとGCUを運用している。救急医療機能は、時間外・休日の救急対応体制は、兼任の当直医師3名、専従の当直看護師2名となっている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、新社会福祉法人会計準則に準じて財務諸表を作成している。予算案は経営管理会議で決裁している。収支状況をグループ病院と比較検討している。医事業務は、業務手順に沿って行っている。レセプト作成には全件医師が関与している。業務委託は、価格や委託業務の質等を検討し契約している。委託業務の実施状況は、業務場所ごとの責任者が管理監督している。

施設・設備の管理は、主要設備の日常点検、法定年次点検を実施している。廃棄物は院内の保管場所へ委託業者が運搬し、処理業者に引き渡している。物品管理は、医療材料はSPD管理となっている。SPD管理以外のものは病院が調達している。在庫量は毎月の棚卸、年2回の物品倉庫棚卸、定期的な定数の見直しなどで変更され、不良在庫の減少、期限切れ物品の防止に努めている。

災害時の対応は、消防計画・防火防災マニュアル・大規模災害マニュアルを整備している。防火訓練は年2回実施している。また、防災訓練は年1回実施している。保安業務は、平日昼間は総合案内職員が保安窓口となっている。医療事故等への対応は、医療安全管理室はすべての死亡事例を確認し、予期しない死亡を疑う症例は病院長に報告している。顧問弁護士がおり、病院賠償責任保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、臨床研修管理委員会を開催し、研修プログラムや研修内容が検討されている。医師以外の職種では、新人や2年目の教育計画を構築

している。学生実習等は、受け入れは総務課が統括し、依頼元教育機関と実習契約を結び、実習中の事故・職業感染発生時の対応を決めている。看護師、助産師、薬剤師、栄養士、臨床工学技士、診療放射線技師、リハビリスタッフ等の学生実習が行われている。

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	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・プライバシーを適切に保護している	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	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	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	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	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	B
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	A
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	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	B
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	S
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	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	A
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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 7 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 函館中央病院

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： 北海道函館市本町33-2

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	527	527	+0	67.5	12.8
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	527	527	+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		
集中治療管理室（ICU）	8	+0
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）	9	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	7	-5
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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

DPC対象病院(Ⅲ群), 総合周産期母子医療センター

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： 3 人 2年目： 4 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 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		704.46	667.98	737.45	105.46	90.58
1日あたり外来初診患者数		108.04	104.06	121.92	103.82	85.35
新患率		15.34	15.58	16.53		
1日あたり入院患者数		355.86	344.04	370.64	103.44	92.82
1日あたり新入院患者数		27.81	26.69	28.19	104.20	94.68