

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および6月30日～7月1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1	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1987年に、128床の脳卒中（脳血管障害）疾患を中心に扱う病院として開設した。当初より脳卒中に対する救急医療に力を注ぎ、現在では医療圏における約30%の脳卒中緊急症例を受け入れている。同時に、院内救急認定看護師や脳卒中リハビリテーション看護認定看護師など院内資格制度を設けて、職員のスキルアップ、並びにモチベーションの向上を図ってきた。院外の脳卒中初期診療に携わる医療従事者に対しても、ISLS（Immediate Stroke Life Support 神経救急蘇生）コースの事務局として対応するなど、診療、手術、救急医療並びに教育と幅広く脳卒中に向き合っている。

今回は5回目の病院機能評価の受審であるが、理事長、院長を中心に、理念に示すように、思いやりの心で職員同士が相互に連携して、日常的に患者や家族からの声に耳を傾け、患者と真摯に向き合う姿勢を確認することができた。なお、一部では改善すべき点も見られたため、今回の訪問審査を通して、貴院の医療の質向上、並びに魅力ある病院作りに寄与することを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念、基本方針が定められ、広報媒体を活用して広く周知を図っている。病院の幹部は、リーダーシップを発揮して、医療の質の向上、人材育成、経営の安定化を図っている。地域の人口や医療需要を反映した事業計画を推進し、管理会議や診療会議を通じて、病院の運営状況を共有し、計画的な組織運営を図っている。情報システムの活用を積極的に行っている。文書管理規定を定め、院内で取り扱う文書を一元的に管理している。

法令上並びに施設基準上の人員は確保し、就業規則、給与規定等の規定を定め、公正な評価基準の下で昇格・昇給を行っている。労働衛生委員会では、職員の健康管理を行うと共に「健康企業宣言」により、職員の心の健康管理、離職防止に力を注いでいる。職員との面談や職員意見箱である「職員の声」により、職員の意見を拾い上げ、改善につなげている。また、福利厚生の実施や子育てサポート企業の「くるみん」を認証し、院内保育園を始め、時短勤務の延長など様々な子育て支援を実施している。

職員教育年間計画により、全職員に対して必要な研修を実施し、主任者など階層別の研修も実施している。専門職のスキルアップを積極的に行っており、学会認定の資格取得や院内救急認定看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師などの院内認定資格制度も導入するなど、能力開発に向けた取り組みは評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に広く周知している。手術や検査など、同意や看護師の同席が必要な医療行為を定めて、理解しやすいように丁寧な説明を行っている。また、患者・家族に対して、患者用パスや動画、ベッドサイド情報端末などを活用して理解を深めている。相談機能を院内掲示やホームページに案内し、社会福祉士が様々な相談に対応している。また、相談内容はカンファレンスなどを通じて多職種で共有している。個人情報保護に関する規定を定め、職員研修や院内ラウンド、内部監査を通じて遵守状況を確認している。主要な倫理的課題は、宗教的輸血拒否について検討して職員に周知している。なお、DNAR や脳死、臓器移植、尊厳など病院の機能に沿った倫理的課題についても検討されると良い。また、日常的に発生する倫理的課題は、看護師が検討している。

無料の駐車場やシャトルバスを整備し、アクセスに配慮している。また、院内には売店などを設置し、患者や来院者の利便性に配慮している。高齢者や障害者に配慮した構造で、療養生活においても様々な患者の要望に対応している。敷地内全面禁煙で、禁煙促進に向けた取り組みにより職員の喫煙率も低下している。

4. 医療の質

意見箱の設置や、退院時に配布する「退院の声」により患者・家族からの意見を拾い上げ、改善に向けて取り組んでいる。また、結果はフィードバックしている。診療の質向上に向けて脳神経外科と麻酔科による画像カンファレンスなどを実施し、情報共有を図っている。クリニカルパスを作成し、適応率は高く、バリエーション分析や既存パスの見直しも適切に行われている。病院長を中心に、部門横断的に構成された病院機能評価プロジェクト委員会により、継続的な業務の質改善を図っている。新たな診療・治療方法、技術の導入や薬剤の適応外使用については、倫理委員会で審査しており、実績事例もある。

病棟担当医師や看護師長の氏名を病棟に掲示し、患者や家族にもわかりやすく表示している。名札をひらがな表記にするなど、患者・家族の視点に配慮しており評価できる。診療録や各種記録は各職種により適切に記載し、誰でも閲覧が可能な略

語集を整備している。日常の診療・ケアは、多職種で構成された各種チームが組織横断的に活動しており、医師や看護師などの多職種に加えて患者・家族が参加するカンファレンスにより、早期退院支援に向けた連携が図られ、チーム医療が実践されている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室には、権限が与えられた看護師である専従の医療安全管理者を配置し、様々な部署に横断的に介入している。医療安全管理室では、インシデント・アクシデント情報を収集し、要因分析や再発防止策の検討・立案を行い、安全委員会で各部署の責任者に周知している。

誤認防止対策として、患者自身による名乗りやリストバンドを活用している。また、手術室、血管撮影室の診療行為ではタイムアウトを手順に基づき実施している。検査や検体、チューブについても確認手順として、指差し呼称が徹底されている。電子カルテ上での指示出し・指示受け・実施は適切に行われている。ハイリスク薬、向精神薬の管理は適切で、麻薬、プレフィルドシリンジタイプの高濃度カリウム製剤は病棟に配置せず、薬剤部から払い出している。患者入院時に転倒・転落アセスメントスコアシートによる評価を行い、危険度に応じて看護計画を立案している。医療機器マニュアルを整備し、必要な研修の下で医療機器は安全に使用されている。緊急コードを定めて、フロアごとに除細動器及び救急カートを設置すると共に、全職員を対象としたBLS訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理室に院内感染対策部門が設置され、感染管理担当の看護師を配属している。ICD、感染管理担当の看護師、臨床検査技師、薬剤師、療法士から構成された感染対策チーム（ICT）により環境ラウンドとICT連絡会議を行い、院内各部署代表で構成される感染対策委員会で報告、承認している。ICTの下部組織である感染対策リンクナースが感染情報の周知・徹底や現場での指導・教育を行っている。院内分離菌とその薬剤感受性、分離菌薬剤感受性率を把握し、職員に共有している。部門別サーベイランスはSSI、CRI、UTIなどを把握し、全抗菌薬の使用量も把握するなど適切である。

手指消毒、PPEは適切に取り扱っている。抗菌薬の採用および採用中止はICTとの連携のもと薬事委員会で決定している。抗菌薬使用ガイドラインも整備され、抗菌薬の手術前および術中追加投与が適切に行われている。また、全抗菌薬の使用量を把握し、感染対策委員会においてフィードバックするなど感染防止に向けた取り組みは適切である。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページは、診療に必要な情報や手術実績などを掲載している。広報誌には、疾患に対するQ&Aや、患者が読みやすいコラムなどを掲載している。広報誌はパンフレットと同様に紙媒体だけでなく、デジタル媒体としてホームページに掲

載し、いつでも閲覧できるように工夫している。医療相談室の社会福祉士は、地域医療連携室の事務員と協力して前方連携、後方支援を行っている。道南地域医療連携協議会が運営する地域医療情報ネットワークに参画し、医療機関や介護施設、院外薬局などと広く診療情報の共有や連携を図り、13病院が参加する脳卒中地域連携パス協議会には多職種で参加するなど、積極的な医療連携を行っている。現在は新型コロナウイルス感染症の影響で休止しているが、地域住民に対して、健康増進を目的に健康まつりや市民公開講座の開催実績がある。また、2か月ごとに地域開業との症例検討会、救急隊との勉強会、医療従事者に向けた ISLS の研修を行うなど一般市民だけでなく、医療従事者に向けて医療に関する教育、啓発活動を適切に実践している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来待合フロアに看護師が常駐し、受診相談や患者の容態悪化に迅速に対応している。初診、再診時は必ず看護師が予診を行い、患者情報の収集や緊急性を判断している。紹介入院は、地域医療連携室が窓口で、外来紹介は外来のクラークが管理を行い、患者を円滑に受け入れている。必要な検査は医師が説明を行い、患者の同意を得たうえで安全に施行されている。また、入院早期から社会福祉士が介入して、退院に向けた計画を作成し、医師を含めた多職種が関わるファミリーカンファレンスでは、患者や家族が参画してニーズに配慮した退院支援を行っている。医師並びに多職種が入院診療計画書を作成し、患者・家族へ説明し同意を得ている。

医師は、回診を行い、多職種で治療方針を共有している。看護師は患者の心理的、社会的ニーズを把握して看護計画を立案している。投薬・注射は5Rの遵守、誤認防止に努め、安全に配慮している。輸血はダブルチェック、並びに実施時には適切な観察を行っている。診療科カンファレンスで手術の適応を検討し、麻酔科医と手術室看護師が術前診察、術前訪問を行い、安全で安心な手術体制が整備されている。栄養管理では、多職種により作成された栄養アセスメントにより、患者個々に応じた栄養管理計画を立案している。また、高齢者や嚥下困難者に対して、様々な食形態を用意して、患者の食べる力や生きる力を引き出す取り組みは高く評価できる。褥瘡対策、症状緩和に対する対応などは適切に行われている。身体抑制を行わない方針の下で、やむを得ない場合にのみ医師の指示により手順に沿って実施している。ターミナルステージの判定は主治医が中心に行い、看護師や療法士、MSW等の多職種と共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局では処方鑑査、疑義照会、調剤、調剤鑑査が適切に行われ、抗がん剤と中心静脈栄養剤の調製・混合も薬剤部で行っている。臨床検査室では、ブランチャボ方式により検体検査を実施し、内部精度、外部精度管理も適切である。放射線科では、オンコール体制により24時間検査可能で、読影は院内での画像カンファレンス並びに専門医により実施されている。診療放射線技師の専門教育も積極的に行い、質の向上に努めている。栄養管理室は、自前で調理を行い、HACCAPに準じた

衛生管理の下で、様々な食形態の食事を提供している。リハビリテーション科では、脳血管、運動器、心大血管のリハビリテーションに365日対応している。診療情報管理室では、様々な診療情報の一元管理を行い、診療録の量的点検も全例で実施している。臨床工学技士により、医療機器管理、高気圧酸素療法並びに手術室の機器管理を行っている。中央材料室では、各種インディケータを実施し、滅菌の質保証を担保している。

病理検査は外注としており、報告書は検査システムに画像登録されるとともに、結果が直接依頼医に電話連絡されている。輸血業務は臨床検査室が担当し、輸血療法委員会により輸血の適正使用の確認が行われている。全身麻酔症例は、すべて麻酔科医が管理し、覚醒基準に沿って運用している。地域における脳卒中診療の中核的医療機関として、断らない救急の方針を掲げ、地域の約3分の1の脳神経疾患救急をカバーしている。また、救急看護の知識・技術を持つ看護師の育成を目的に、院内救急認定看護師制度を導入していることは評価できる。

10. 組織・施設の管理

医療法人会計準則に則って会計処理を行い、管理会議で月次予算の進捗を評価している。医事課職員は、医師と連携してレセプト点検業務を行い、未収金に対して適切に対応している。委託業務は、委員会や会議で意見を交換し、委託業務の実施状況を確認している。

施設・設備管理は管理課が行い、院内ラウンドの実施により早期改修につなげている。医薬品、診療材料、什器備品・消耗品は各担当部署で発注と検収を行い、別部署の経理担当者が領収書と照合することで内部牽制を図っている。

地震、防災に関する規定を定めて、定期的な訓練を実施すると共に、地域が連携して災害時の協定を結び燃料等の優先契約を締結している。自家発電機、備蓄食料や飲料水などを整備するなど、災害の教訓を生かして対策を講じている。夜間・休日の保安体制は警備員2名体制で対応し、緊急時の呼び出し体制を整備している。医療事故発生時の対応フローを作成し、対応の手順に沿って家族への対応や、事故発生要因の分析、対策、再発防止策の立案を行い、予期せぬ死亡事例についてもカンファレンスなどを通じて判断する体制となっている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、療法士、薬剤師、医療事務の学生を受け入れ、各部署の指導担当者により、学校からの実習依頼に基づき、カリキュラムに沿った実習を行っている。実習生の受け入れに際しては、守秘義務に関する誓約書を学校と締結し、各職種のオリエンテーションの中で、医療安全、感染防止に関する教育や遵守事項の取り決めについて周知している。

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	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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	B
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	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	B
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 1月 1日 ~ 2021年 12月 31日
 時点データ取得日： 2022年 2月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人社団函館脳神経外科 函館脳神経外科病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 北海道函館市神山1-4-12

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	128	128	+0	97.1	15.5
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	128	128	+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)		
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)	9	+0
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		
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		
地域包括ケア病床	35	+0
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)

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

