

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「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12月6日～12月7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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1981年の開院以降、外来増設、新棟増築など幾多の変遷を経て今日に至っている。病院機能評価を継続的に受審しており、病院幹部を中心に多職種、多部門が協働し、チーム医療を展開していることが確認できた。今後も貴院が地域から信頼される病院として、さらに発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念は、平等・公平な医療や介護を安心して受けられることを目指す旨を謳い、周知に努めている。病院運営について管理部会議で決定を行い、組織図、職務分掌、職務権限規程を活用し、円滑な組織運営に努め、指揮命令系統は明確である。年次事業計画は、病院長が全職員に説明しており、セクション長や院内の各会議でも周知に努めている。情報の管理・活用方針を個人情報保護規程、診療情報管理規程で明確にしている。文書管理に関する方針について、文書管理規程を設け、就業規則や各種例規集、報告書類は、院内のグループウェアで保管している。

医療法や施設基準上の法定人員を満たしており、人事・労務管理は、就業規則と諸規程集を活用し、医師の働き方改革や労働法制改正にも対応している。また、労働安全衛生委員会を毎月開催し、時間外労働の軽減、労災対応、職業感染防止、職員の精神的サポート、職場環境等に関する課題を検討している。職員の意見や要望

を聴取し、結果を病院運営に活かすことを目的に、各職域の所属長によるヒアリングと目標育成面接を毎年継続的に実施している。職員の教育・研修は、職員育成委員会を設け、年初の事業計画と併せた年間の教育・研修スケジュールを策定している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、患者・家族等に周知している。説明と同意を行う範囲を定め、患者・家族が十分理解できるよう説明し、同意を得ている。患者支援体制は、医療福祉相談課と地域連携室が協働し、入退院調整や患者・家族の入院生活で生ずる様々な相談に対応している。個人情報の取り扱いは、個人情報保護に関する規程を設け、就業規則にも機密保持事項を明記している。倫理的課題について多職種や外部の第三者が参加して審議し、倫理委員会を頻繁に開催して臨床における倫理的課題に継続的に取り組んでいることは高く評価できる。

病院は函館市内に位置しており、近くにはバス停があり、複数のルートで無料送迎バスを運行するなど、患者の利便性に配慮している。また、院内売店を設置し、郵便物・宅配利用、新聞購読、理美容にも対応している。院内はバリアフリーであり、廊下や階段には手摺りを設け、高齢者や障害者が必要とする備品も適切に管理している。診療・ケアに必要なスペースは十分確保され、食堂、デイルームなど患者がくつろげるスペースを設けている。

4. 医療の質

業務の質改善として、意見箱への投書や相談窓口への苦情・要望などに基づき、各関連部署で課題の対応策を検討し、対応している。また、能動的な業務の質改善活動を組織的に取り組んでいる。患者・家族の意見や要望を病院運営に活かすため、意見箱を院内に設置し、関係する部署に意見内容の照会を行った上で検討を行い、回答を掲示している。

病棟内に、医師・看護師の責任者を明示し、責任体制を明確にしており、診療・ケアの管理・責任体制は、病棟担当職員を一覧で掲示し、日々の受持ち担当者を表示している。診療記録は、診療録記載マニュアルに則って電子カルテに入力し、カルテには、患者の病態と問題点や検査結果の評価などを適時・適切に記載している。多職種から構成される専門チームは、NST、褥瘡対策チーム、医療安全・感染チーム、自立排泄支援チームなどが活動しており、定期的なラウンドなどを行っている。

5. 医療安全

医療安全部門は、医療安全管理者を中心に、各部署の担当者が参加し、毎月医療安全委員会を開催している。インシデント・アクシデントの集計報告、事故防止策およびマニュアルを作成しており、委員会での決定事項は、医療安全担当者が各部署へ周知している。インシデント・アクシデント報告書は、部署内で改善策を話し合い、医療安全管理者に報告し、医療安全管理者は、具体的な内容の聞き取りや再

発防止を講じるための情報収集に努め、分析結果を医療安全委員会などで報告している。医療事故発生時の対応手順は、安全基準の中に明記しており、役割分担を明確にしている。

入院患者の誤認防止のため、リストバンドを装着し、フルネームでの名乗りを基本として確認している。情報伝達エラー防止対策は、医師による指示出しおよび看護師の指示受け・実施の手順を適切に定め、遵守している。薬剤を安全に使用するため、病棟には必要最小限の薬剤の配置に留め、さらにハイリスク薬や規格違いの薬剤は、配置しない方針である。患者等の急変時の対応は、院内救急コードを設定し、迅速に職員が招集できる体制となっている。また、定期的な BLS 研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染制御対策の検討・立案を行う「院内感染対策委員会」（ICC）は、必要な対策を迅速に決定・実施する権限を有する院長直轄組織として位置付けられている。ICD が委員長を務め、病院 3 役と多職種による委員で構成されている。また、院内における日々の発熱者・感染症発症者等の状況は、安全管理室に集約される仕組みであり、必要に応じて迅速に対策を検討しており、ICT は、耐性菌検出・抗菌薬使用等の状況を収集し、月毎の集約データを ICC の場で検討している。

医療感染制御に関するマニュアルを遵守し、感染対策委員会や ICT が中心となり、感染ラウンドや手指衛生の研修、注意喚起のポスター掲示などを行っている。ラウンドでは、環境チェックやマニュアルに基づく PPE の着用など、曝露予防策に努めている。抗菌薬の適正使用に関する指針を定め、指定の抗菌薬は届け出制とし、ICT が使用状況を監視している。また、抗菌薬の長期使用例や耐性菌検出例に対しては、必要に応じて ICT が介入している。

7. 地域への情報発信と連携

法人全体で地域への必要な情報の発信に取り組んでおり、法人広報誌を毎月発行し、病院友の会会員を中心に配布している。また、ホームページの情報は適宜更新し、FIM を中心に各種病院統計資料を収載している。地域の医療・介護・福祉連携は、地域連携室が担い、患者の入退院調整、療養支援に努めており、市内の急性期病院や介護施設との連携・調整を図っている。病院では、現在 250 名を超える患者の訪問診療を管理しており、また、年間多くの在宅での看取りに対応している。地域連携室の連携活動のみならず、理事長や病院長が医師会や地域医療構想調整会議、脳卒中地域連携会議、回復期リハビリテーション病棟協議会などに頻回に出向き、常に顔の見える関係づくりに取り組んでいる。地域に向けた医療・介護・福祉に関する教育・啓発活動では、健康増進活動として特定健診や学校検診に取り組み、病院友の会会員向けの医療懇談会を開催している。また、地域住民を対象とした健康教室を定例開催し、開催案内を地元地方紙で告知するなど、継続的な活動を実践している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

自院の外来ではリハビリテーション科と整形外科の診療を予約制で行っている。侵襲度の高い診断的検査には、具体的な検査手法およびリスクに関する説明書および同意書を使用し、患者の同意を得ている。入院の決定は、入院判定会議にてリハビリテーションの適応、自院で全身管理を行う際の課題などを多職種が検討し、可否を判定している。医師は、入院時点において基本診療計画を作成し、各職種は各種アセスメント結果に基づく計画を加え、診療計画を作成している。

患者の主治医はプライマリケアにも精通したリハビリテーション科専門医であり、質の高いリハビリテーションと全身管理を提供できる体制を整えている。看護・介護職は、師長、副師長を中心に、看護・介護基準や手順に基づく固定チームナースングおよび機能別看護による病棟運営を行っている。入院時より、全入院患者を対象に管理栄養士による栄養評価を行い、個別の介入を行っている。理学療法、作業療法、言語聴覚療法では、入院後速やかに初期評価およびリスク評価を行い、系統的なリハビリテーション計画を作成している。訓練開始後は、定期的に再評価とカンファレンスを通じた検証を行い、必要に応じた計画の見直しを行っている。

<副機能：一般病院1>

医師と病棟看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士、MSW、退院支援看護師など多職種がカンファレンス等で情報共有し、患者一人一人に寄り添った治療とケアを提供している。外来で円滑に受診できるように、看護師の予診により情報収集しており、患者に対する指導は看護師や薬剤師、管理栄養士が必要に応じて行っている。侵襲を伴う検査は、看護師が同席して説明を行い、同意書を取得した上で安全を確保しながら実施している。入院は、地域の医療機関や介護・福祉施設等からの紹介患者を円滑に受け入れており、病状および患者・家族の背景を考慮した上で柔軟に入院を決定している。連携先への患者紹介では、地域連携室やMSWが窓口となり、患者・家族のニーズおよび病態に対応可能な施設に紹介している。MSWや看護師、事務職員などが医療相談に対応し、要望に対する支援を行っている。

医師の病棟業務は、医療チームがリーダーシップを発揮し、毎日回診を行い、必要な指示などを出している。診療計画は、医師を中心に多職種で作成し、患者・家族に説明し、同意を得ている。看護師は、看護基準・手順を整備し、各種アセスメントを基に看護計画を作成し、病棟業務に対応している。薬剤師は、全患者に対し薬歴管理を行っており、投薬・注射を行う際は、手順に従ってダブルチェックを行うなど誤認防止に繋げている。輸血・血液製剤投与は、輸血マニュアルに従って実施している。褥瘡発生のリスクを評価し、発生した場合には、褥瘡回診による治療を行っている。栄養管理と食事支援は、入院時に栄養アセスメントに基づく栄養管理計画書を作成し、カンファレンスには管理栄養士が参加している。症状緩和は、疼痛緩和ケアマニュアルに沿ってスケールを用いた評価を行い、適用基準に沿って麻薬等を使用している。リハビリテーションは、主治医の指示に基づき早期より訓練を開始し、多職種カンファレンスで訓練内容の確認と評価を行っている。身体抑

制に関する手順に基づいて抑制を行い、抑制解除に向けた取り組みも適切である。退院調整の手順に従い、入院早期から患者の状態に基づき、退院に向けた個別的な計画を立案、支援しており、退院後は、在宅などで継続した診療を提供している。カンファレンスにおいて、医師の判断に基づきターミナルステージであることを多職種で共有し、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアに努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、全ての入院患者の持参薬の鑑別を行い、院内採用薬とのマッチングなどを医師に提案し、必要に応じて限定的に臨時採用するなど柔軟に対応している。検体検査は外部委託している。画像診断機能は、隣接する法人内クリニック施設での業務も兼務しており、診療放射線技師のオンコール体制により、必要時には休日・夜間もすべての画像検査が実施可能な体制である。栄養管理機能は、日々の調理室の衛生管理と調理従事者の健康管理に努めている。リハビリテーション機能は、カンファレンスなどで患者の情報共有を行い、課題の解決や安全確保に向けた質の高いチーム医療を展開している。

医療機器管理者は、医療機器の使用状況を管理し、計画的に保守点検を実施し、記録も残している。夜間・休日は、業者に速やかな連絡が可能となるよう手順を整備している。輸血業務全般の監督・指導を行う常勤兼任医師を定め、一連の輸血関連業務は臨床検査技師が担当し、院内における輸血・血液製剤の使用状況等は輸血委員会で検証している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における年次事業計画と年間経営計画は、各部署の要望を精査した設備投資計画と前年度の実績を踏まえて作成し、管理部会議の承認を経て法人の常任理事会で決定される仕組みである。医事業務は、経営資料として医事統計や臨床指標の収集・分析にも対応しており、データの収集と分析は共有フォルダを活用している。委託業務の是非の検討と委託先の選定は、業務の質や内容、見積もりなどを比較・精査し、委託契約の締結に際しては、法人本部と連携し、選定契約しており、効果検証と業務の質の見直しにも努めている。

施設・設備の管理は、総務課が担当し、年間の保守計画に基づき定期点検および日常点検を実施している。設備管理上の故障や不具合など、緊急時の連絡体制や対応手順も周知している。購買管理は、年度予算に計上管理しており、購買額による稟議規程を設け、法人の常任理事会の決裁を経る仕組みである。災害時の対応は、消防計画、防災マニュアルを策定しており、防災マニュアルには防火管理規定、地震発生時対応、大規模災害発生時マニュアル等が含まれている。病院では、夜間時間外の保安業務を警備会社に委託している。緊急連絡体制も整備し、病院幹部への連絡体制を周知している。

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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	S
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	S
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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	S
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	S
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	S
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	S
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	NA
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

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	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	B
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	B
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 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

機能種別：一般病院 1（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	A
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	NA
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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人道南勤労者医療協会 函館稜北病院

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道函館市中道2-51-1

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	56	56	+0	84.3	22.4
療養病床	48	48	+0	94.8	73.1
医療保険適用	48	48	+0	94.8	73.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	104	104	+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)		
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	48	+0
地域包括ケア病床	34	+16
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

在宅療養支援病院

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

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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	42.54	56.93	65.63	74.72	86.74
1日あたり外来初診患者数	3.68	3.61	2.48	101.94	145.56
新患率	8.66	6.33	3.78		
1日あたり入院患者数	92.69	95.32	97.34	97.24	97.92
1日あたり新入院患者数	1.93	1.99	2.45	96.98	81.22