

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月28日～1月29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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は先人の創造した伝統のもと、今日では医療療養病棟、介護療養病棟、緩和ケア病棟の3病棟体制にある。法人の同一グループにおいては、介護老人保健施設、グループホーム、ケアハウスおよび地域包括支援センターが展開されている。このような医療、介護、福祉の複合体をとりまとめる中心的な役割を貴院が発揮して地域住民の期待をあつめている。

今回の受審にあたって、院長および病院幹部のリーダーシップの中で全職員が院長を信頼し、患者中心の医療を遂行する取り組みが確認できた。また、現状の課題に向き合う姿は、分析と改善活動により病院の質を高めようとの意欲が感じられた。さらには機能性豊かな施設と設備のもと、患者の尊厳を重視した医療に対する姿勢が確認できた。貴院が今後、住民のための地域包括ケアを担う病院として、一層の存在感を輝かせるために本報告書が活用されれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化され、掲示物・病院案内・入院案内・ホームページ等によって周知している。院長の院内諸会議への参加率は高く、すべての面でリーダーシップの高さがうかがえる。病院をさらに発展させるために、病院幹部は現局面の課題を共通の認識とし、その改善に向けた努力を継続している。意思決定会議の運営会議をはじめ各委員会は、定例開催され報告書も作成されている。

病院の機能と質を一層高めるために、病院幹部は充実が必要な職種を認識して、多様な形態で求人活動に尽力している。就業規則は整備され、介護休暇等の規程も整備されている。労働安全衛生委員会は定例開催され、健康診断はほぼすべての職員で実施されている。介護福祉士の資格取得のための支援として、奨学金制度が整

備されている。病院にとって必要性の高い研修が年間計画のもとに看護部を中心に
なされている。また、院外の研修参加は奨励されている。職員個別の能力開発のた
めに人事考課を導入し、個々の職員の次年度の目標と到達を確認している。また、
緩和ケア認定看護師を育成してきた実績もあるなど、理念達成に向けた適切な組織
運営が遂行されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務は明文化されており、各病棟での掲示、病院パンフレッ
ト、入院のしおり、ホームページで周知されている。カルテ開示の規程は整備され
ている。説明と同意に関する方針は「インフォームドコンセントガイドライン」に
定められ、この視点で検査説明や病状説明時に使用する様式は統一されている。患
者が相談しやすいように、相談窓口は明示され、社会福祉士や病棟師長が相談に応
じており、体制は確立し院内掲示や入院案内にて相談室が案内されている。個人情報
保護規程は整備され、患者にも掲示物等で周知され、診療におけるプライバシー
保護に配慮し、病棟での生活上のプライバシー保護にも配慮が確認できる。倫理綱
領が定められており、倫理委員会が設置され、委員会規程も整備されている。臨床
における場面では、抑制の回避や他病院から継続している抑制を解除する取り組み
や、経口摂取困難な患者への対応事例など、倫理的側面からの検討を積極的に行っ
ている。現場で倫理的課題について解決ができない場合は、倫理委員会に提案し、
病院として検討する仕組みがある。

院内はバリアフリーであり、洗面台は車椅子での利用可能であり、車椅子の取り
揃えも障害の状況に応じた準備がなされており適切である。病院敷地内禁煙の方針
は周知され、禁煙指導・教育も実施されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、サービス向上委員会で検討する仕組みがあり、フィ
ードバックも適切に行われている。放射線科専門医、医師、診療放射線技師が参加
するフィルムカンファレンスは、診療の質向上に向けた取り組みとして適切であ
り、今後多職種参加型のカンファレンスにすとなお良いと思われる。各種学会の
診療ガイドラインが医局に整備されており、常時閲覧できるようになっている。臨
床指標は残存能力向上委員会等で把握されている。改善活動に関連して部門間で調
整が必要な場合には、運営会議で調整が図られる仕組みとなっている。新たな医療
機器の導入時の対応、臨床研究に対する審査は適切に行われている。

診療・ケアの責任体制は明確であり、掲示も全病棟で同一の様式で明示されてい
る。診療記録は各職種で適宜適切になされている。残存能力向上委員会にて褥瘡対
策、身体抑制対策などの検討が行われており、緩和ケア専門医によるカルテ回診も
あり、多職種が協同して診療・ケアの実践を適切に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理体制は、指針に沿って毎月定期的に医療安全管理委員会が開催され、アクシデント・インシデントレポートを収集し、要因分析を行い安全対策を検討している。

患者の誤認防止対策は、手順も明確にされ薬剤、検査、処置などの誤認防止もマニュアルに沿って実践されている。処方、注射、画像、採血等の指示は、指示箋の作成およびカルテ記載となっており、指示内容、指示出し、指示受けサインは適切に行われている。薬剤の安全使用は、薬剤アレルギー情報がカルテに記載され、職種間で情報共有されており、相互作用や投与量など薬剤師による鑑査が実施されている。また、院内のハイリスク薬や麻薬の使用・管理も適切である。転倒・転落防止対策は入院時に全ての患者にリスク評価を行い、患者個々の状況に応じた安全対策に取り組んでいる。医療機器の安全な使用は、輸液ポンプ、シリンジポンプ、モニターの使用があり使用マニュアルが定められ、使用場所にて看護師による日常点検が行われている。患者の急変時の対応は、院内緊急コードが定められており、緊急時の召集訓練、AED 訓練が実施されている。BSL 訓練については、新人看護師を対象に訓練が行われている。

6. 医療関連感染制御

多職種からなる院内感染対策委員会が設置されており、毎月開催されている。院内感染の情報収集、マニュアル整備、委員による院内ラウンド・教育が行われている。研修は年2回行われており、参加できなかった職員へは資料を配布し感想を書かせるなど、適切に対応されている。

マニュアルは個別対策が整備されており、改訂も行われ、手指消毒剤の使用状況の報告も行われている。院内感染対策委員会メンバーによる院内ラウンドが行われており、環境、廃棄物の取り扱い、標準予防策の状況、針刺し事故等への対応、リネン関連等が確認されている。また、アウトブレイク時の対応方法は個別に用意されている。汚物処理室や各病棟にPPEの設置があり、血液や体液が付着したリネン・寝具の取り扱いも適切に行われている。感染を制御するための活動は適切である。抗菌薬の使用は、院内抗菌薬使用指針に沿って行われており、初回抗菌薬使用時の観察も適切に行われている。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は、薬事委員会で適切に行われている。また、抗菌薬の使用量・使用方法のフィードバックも適切に行われている。特殊抗菌薬は届出制となっており、内容、実績ともに適切である。

7. 地域への情報発信と連携

年に3回400部発行の広報誌によって、病院の診療内容・医療サービスを患者や近隣病院・在宅事業所に向けて発信している。ホームページには広報誌の内容を掲載し、情報の定期的な更新に努めている。また、地域に所在する医療機関や在宅事業所および施設の機能を把握し、円滑な連携が図られている。道南地域ネットワークへの関与も積極的で「顔の見える連携」に各職種が取り組んでおり適切である。

紹介・逆紹介への対応の流れも整備されている。リハビリ療法士が町会・老人クラブで介護予防に関する講演を行い、管理栄養士が町会で健康教室の講師を務めているほか、緩和ケア認定看護師が介護老健施設で緩和ケアに関する講演を行った実績がある。それらは住民の健康増進に貢献するなど、地域への情報発信と連携は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は患者への説明、プライバシーへの配慮がなされ、診療記録も適切に記載されている。入院決定は、入院前に病状や患者・家族の希望を聴取し、基準に沿って適切な入院判定が実施され、医師は速やかに診察を行い治療方針の決定をしている。入院時、患者・家族参加のカンファレンスおよびリスク評価を実施し、多職種により入院診療計画書が作成され、診療計画に連動した看護計画も適切に作成されている。医療相談員は入院前の段階から情報収集を行い、患者・家族をめぐる療養上の課題等の把握ができ、医師や看護師等への情報提供、共有を図っている。看護師・介護職の病棟業務は、基準・手順が整備され、患者のニーズに応じて多職種と連携し行っている。

投薬・注射の実施は、薬剤師の関与のもと確実・安全に管理されている。褥瘡の予防・治療、栄養管理は、全入院患者にリスク評価・アセスメントが実施され、残存能力向上委員会で検討され適切な管理が行われている。症状緩和は看護基準が定められ、慢性疼痛やがん性疼痛に関するマニュアルが整備され、緩和ケア専門医の回診がある。リハビリテーションは、医師の指示のもと、多職種により確実・安全に実施されている。療養生活の活性化に向け「生き立ちフェイスシート」の活用や、生活の自立支援に向けたレクリエーションの取り組みがある。身体抑制は、原則実施しないという方針のもと、2010年以降身体抑制ゼロを実現しており、その取り組みは高く評価できる。退院支援は、入院前からMSWが介入し、多職種により適切な支援を行い、継続した診療・ケアは、院内外関係機関と連携して在宅療養に繋がる援助が行われている。ターミナルステージの判定は主治医によって行われ、患者・家族とともに検討され、その後のケアも適切に対応されている。

9. 良質な医療を構成する機能

少数の薬剤師体制の中、鑑査システムの導入や1名の時は時間差で鑑査を行うなど、調剤・鑑査は適切に実施されている。持参薬の鑑別、疑義照会、温度・湿度管理も適切に行われている。検査部門では、検体検査はすべて外部委託との方針を採用している。画像診断部門では、放射線科専門医、医師、診療放射線技師の参加するフィルムカンファレンスが毎週行われており、画像診断の質の確保は適切に行われている。栄養管理部門では、床はドライで管理され、ダクトの定期清掃も良好である。温湿度管理はエアコンで管理し、衛生面に配慮した食事の提供が行われている。リハビリテーションの必要な患者に適切に介入がなされ、ナースカンファレンスへの療法士の参加やカルテ記載によって、多職種とリハビリテーションの進捗情報やADL変更が共有されている。

紙診療録はターミナルデジット方式で、過去の複数回入院カルテは名寄せして一元的に管理されており、正確で迅速な検索と提供、診療記録の取り違い防止を可能にしている。輸血に関するマニュアルは整備されており、オーダーから投与までの流れ、輸血前後の観察方法、血液製剤やロット番号保管方法などの内容は適切である。その他、内視鏡部門、医療機器管理部門についても適切である。

10. 組織・施設の管理

年次予算は策定され、月次で執行状況の管理がなされている。その内容は病院会計準則に沿った会計処理がなされている。医事業務は、レセプトの返戻・査定は各医師にフィードバックされ再請求がなされている。未収金への対応は手順書があり、督促が適切になされ、必要な場合は社会福祉士が社会保障制度の活用につなげている。業務委託の是非の検討は運営会議にてなされ、選定にあたってはサービスマーク認定業者を対象にしている。

施設設備の日常の保守・点検、緊急時の対応も適切に整備されている。また、医療ガス安全委員会が設置され、保守点検も定期的の実施されている。物品管理は現場の意見を聞きながら購入品が選定され、内部牽制も機能している。診療材料、その他の物品についても定期的な棚卸が実施され、在庫状況や使用量も把握されている。火災報知器盤は病棟にあり、病棟看護師と事務職員が対応する仕組みになっており、業務マニュアルが整備されている。防災・大規模災害発生時のマニュアルを作成されており、各職場に配備している。防災訓練は年2回実施しており、緊急時の連絡・責任体制の整備、非常用備蓄、自家発電装置による停電時の対応体制等を整備しており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

看護学生を中心に学生実習を受け入れている。学校との取り決めがなされ、医療安全・医療関連感染制御・個人情報保護に関する指導を行っている。カリキュラムに沿った実習がなされ、実習中の事故等に対応する学校との取り決めも適切である。

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	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・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	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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	A
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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	S
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	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	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	NA

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	B
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	B
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 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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人聖仁会 森病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道函館市桔梗町557

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	35	35	+0	56.2	54
療養病床	100	100	+0	87.8	282
医療保険適用	48	48	+0	89.5	225
介護保険適用	52	52	+0	86.2	368
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	135	135	+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	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
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	0	
人工透析	0	
小児入院医療管理料病床	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	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	35	+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

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
1日あたり外来患者数	27.15	27.78	24.17	97.73	114.94
1日あたり外来初診患者数	1.59	1.63	1.54	97.55	105.84
新患率	5.87	5.88	6.39		
1日あたり入院患者数	110.47	106.75	107.08	103.48	99.69
1日あたり新入院患者数	0.64	0.60	0.58	106.67	103.45