

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 1 月 14 日～1 月 15 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 1925 年に開設されて以来、小樽後志地域における基幹病院となるべく努力され、急性期医療を役割として地域医療機関との連携を図り、地域完結型医療を目指している。また、地域周産期母子医療センターに認定され、産科・小児科双方からの総合的な体制に努めるなど地域の医療ニーズを捉えながら地域に根ざした医療を行っている。2016 年に地域包括ケア病棟を開設し、さらに 2019 年には電子カルテシステムを導入するなど活動の幅を広げ、医療の質の向上や安全に向けて積極的に取り組んでいる。人材の確保では、前回の訪問審査で課題とされていた看護師・薬剤師・理学療法士などの職種において、病院の規模・機能に見合った必要な人材を確保し、充実に向けた努力や工夫が見られ適切に対応している。病院経営においては、院長を中心に幹部職員のリーダーシップのもと、職員が医療の質向上と改善、健全経営の確保に取り組んでいる。今回の訪問審査では一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。そして、貴院の病院機能のさらなる向上に期待するとともに、今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、その内容は患者中心の医療の推進を示している。院内外への浸透を図るとともに、職員への周知に努めており適切である。病院幹部は、地域完結型医療を果たすために、医療の質向上や運営上の課題解決に取り組んでいる。また、各種会議・委員会を通じて効果的・計画的な組織運営に取り組んでいる。情報管理に関する方針を明確にし、システムの安全性や医療の質確保、患者の利便性、業務の効率化、個人情報保護に努めている。文書管理は文書管理

規程に基づき実施されているが、病院として管理すべき文書が一元的に管理されるよう体制の整備を望みたい。

役割・機能に見合った人材確保に取り組んでおり、法的および施設基準などで定める必要人員は確保されている。人事・労務に必要な各種規則・規程を基に適切に管理されている。人事評価制度の導入を予定していることから、今後の取り組みに期待したい。職員の衛生管理は、衛生委員会を毎月開催し、審議、検討がなされている。健康診断受診率の向上については、今後の取り組みを期待したい。職員の意見・要望を反映する仕組みや就業支援、福利厚生など職員にとって魅力ある職場作りに努めているが、今後は職員満足度調査の実施を期待したい。職員への教育・研修も適切に行っており評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を守るという病院の理念は明確化され、診療の現場に浸透しており適切である。地域の小児医療の中核をなしており、小児の権利に関する条文を定めるとさらに良い。侵襲を伴う検査・処置等の実施に際しては、文書同意が必要となる範囲を明確にし、書式の統一や統括管理する部門を明確にされたい。患者支援センターでは、予約入院の患者に対して事前説明やリストバンドの装着、呼称確認、転倒・転落予防への患者協力を行うなど患者参加の促進をはじめ、地域医療・介護機関との連携を深めている。地域連携室に相談受付を設置しMSW5名を配置するなど、患者支援体制を整備しており適切である。意識的に倫理課題を取り上げる啓発活動やDNARなど日常的に発生しやすい課題は病院の方針を定め、継続的に取り組むことが望まれる。患者や家族からの訴えなどから倫理的課題の把握やインシデント・アクシデント事例からの倫理カンファレンスを行い記録するなど患者・家族の倫理的課題等に適切に対応している。

患者・利用者の利便性は必要な施設・設備の整備を図り、入院生活も快適に過ごせるよう工夫している。安全性・快適性にも配慮し、患者・病院利用者の療養環境は適切に整備されている。敷地内は禁煙とし、禁煙外来も開設している。今後は職員の喫煙率低減化に努められたい。

4. 医療の質

患者・家族の意見や苦情は、院内6か所に意見箱を設置し収集している。また、年1回患者満足度調査を実施し、課題ごとに対応策を明確にし、職員に周知しており適切である。2019年の電子カルテ導入以降、クリニカルパス委員会が開催されていないため、パス作成を推進するための取り組みを望みたい。また、臨床指標の活用も一部の診療科にとどまっており、病院機能向上委員会を中心に継続的な医療の質向上に取り組むことを期待したい。各種立入検査に対応しているほか、各種委員会活動も活発でそれぞれに決定する権限を付与しているなど、業務の質改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法の導入における支援や審査の仕組みはあるが、審議の実績が無く各診療科の判断となっていることから、病院全体の問題として捉えるよう取り組まれない。

病院正面玄関に各科診療責任者を明示し、各病棟には責任医師・師長等を入口に明示している。医師不在時の対応も明確しており、診療とケアの管理体制は適切である。診療記録の質的点検では点検数の拡大と医師の関与を望みたい。また、診療録への英語記載や略語の標準化、退院時サマリーの2週間以内の作成率などに関しても検討を期待したい。多職種からなる専門チームが組織横断的に活動している。また、診療科ごとのカンファレンスや退院支援カンファレンスが開催され多職種が協働し、個々の患者に対してチームとして診療と看護のケアの質向上に努めている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理者を配置している。医療安全マニュアルを整備し、全職種で構成する医療安全管理委員会や医療安全対策ワーキンググループが機能している。インシデントやアクシデント報告は医療安全管理室で収集し、分析や検討をしている。院外の安全情報を収集し、全職員へ周知を図っている。

患者誤認防止はリストバンドの活用や氏名、生年月日の名乗りを基本とし、患者が意思表示できない場合の確認方法も明確である。タイムアウトやマーキングなどの左右確認の方法は、病院として誤認対策の標準化が望まれる。医師による処方箋の発行、指示出し、看護師による指示受け・実施は確実である。口頭指示はマニュアルに基づき、適切に運用している。検査のパニック値の報告体制や読影レポートの既読管理の仕組みも整備している。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適切に行っている。ハイリスク薬は病院で規定している。抗がん剤は安全キャビネットを用いて調製・混合している。なお、院内で発生した副作用情報の報告ルールについては今後の課題である。全患者を対象に転倒・転落リスクを評価し、リスク分類を行って看護計画を立案し、再評価のタイミングも定めて適切に実施、記録している。医療機器は臨床工学技士が点検した機器を使用し、人工呼吸器装着中の患者は毎日、作動状況確認をするなど安全に使用し、マニュアルも整備している。急変時の対応は緊急コードを設定し、病院全体に浸透している。BLS、AEDの訓練は全職員の受講を期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染制御の組織として病院長直轄の感染対策管理室を設置している。院内感染対策委員会およびICTが組織され、ICTはリンクスタッフ会のメンバーと連携して活動している。院内感染対策マニュアルはわかりやすく、適時に改訂を行っている。ICTは各部署をラウンドし、記録を作成して各部署にフィードバックしている。近隣の医療機関と合同ミーティングや相互訪問も実施するなど体制と活動は適切である。院内外の感染発生状況をタイムリーに把握し、ICTはこれらの情報を分析・検討して必要な情報やデータをまとめ、周知し情報共有に努めている。

個人防護用具の使用状況や手指消毒の実施状況を ICT ラウンドなどで評価している。感染経路別の予防策は院内感染対策マニュアルに基づいて行われている。汚染リネンの病棟での保管状態や畜尿用カップの回収方法については感染対策を十分に考慮した工夫を期待する。薬剤師が中心となって抗菌薬の適正使用を推進しており、マニュアルが遵守されている。また、院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成し各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況を定期的ラウンドに把握・検討し、問題がある患者には、主治医に直接助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページ、広報誌等で行っている。健康ふれあい教室の開催や市民健康教室への講師派遣など、病院の診療実績や医療提供状況を積極的に発信している。医療関連施設との連携は、地域連携室が中心となって、市内および地域（後志地域）の医療機関と密接な連携が図られている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、市医師会主催の健康教室への講師派遣、病院主催の健康ふれあい教室（年5回）が開催されている。また、専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援にも積極的に取り組まれており、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、必要な手順を遵守し多職種が協力して外来患者に説明や指導を行っている。入院の決定は外来での診察結果と希望を聴取した上で、同意を得て行っている。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら速やかに作成し、多職種で定期的にカンファレンスを実施している。入院診療計画書への多職種の関与やクリニカルパスの活用については今後の課題である。患者・家族からの医療相談は、院内の各専門スタッフと連携し課題の解決に努め適切に対応している。患者支援センターで入院時オリエンテーションを適切に行っている。

医師・看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬や注射を行う際には、医師がその必要性とリスクについて説明し、薬剤師や看護師が支援しており評価できる。投薬時の患者観察や記録については検討を望みたい。輸血の必要性は輸血ガイドラインに沿って担当医師が判断し安全に行われている。肺動脈血栓塞栓症の予防は各診療科に任されている。また、術後の X 線撮影のルールがあるが医師の判断で行われない場合があり再度検討を望みたい。重症患者の管理は多職種が連携して適切に行われている。

褥瘡管理や食事指導は適切に行われている。また、患者の症状や訴えにも適切に対応されている。主治医が病態に応じてリハビリテーションの必要性を判断し依頼している。療法士は多職種スタッフと協議しながらリハビリテーションを実施しており、評価も確実であるが、実施時のリスク計画書への記載や説明については、検討を期待したい。身体抑制は実施中の観察記録や医師による抑制指示の記録などについて検討を望みたい。

患者・家族にとって安心して退院できる支援が適切に行われている。退院後も継続的に診療・ケアが必要な患者に対しては、入院早期から退院調整看護師、MSW、院外関係機関、訪問看護師等を含めた退院カンファレンスを実施し、療養支援が適切に行われている。ターミナルステージの判断は、患者や家族の意思決定を尊重しながら複数スタッフで決定しているが、病院として一定の基準を定め、その基準を基に検討されるとなっている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科では、処方鑑査、外来処方の疑義照会への対応、調剤鑑査を適切に実施している。持参薬の鑑別、医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の温度管理、鍵管理も確実である。臨床検査機能は内部および外部精度管理を含め、適切に発揮されている。画像診断部門では、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応している。診断医による読影体制も適切に整備している。温冷配膳車を使用して適時・適温で食事を提供している。また、疾患別食事の提供、食欲がない患者への個別対応など、患者に寄り添う細やかな活動状況が見られ評価できる。リハビリテーション科では、各療法士が積極的に計画を立案し、訓練に取り組んでいる。他職種との意見交換・情報共有も適切である。スタッフの知識・技術の向上にも努めている。診療情報は1患者1ID番号で一元管理され、取り違い防止も行っている。診断名や手術名のコーディングも適切であり、量的点検もチェックリストで退院全件を確認している。臨床工学技士が人工呼吸器、輸液ポンプなどの医療機器を中央管理し、貸出管理や日常点検を行っている。定期点検が必要な機器は年間計画を立て実施するなど医療機器管理は適切である。洗浄・滅菌に関わる職員が一連の工程を一元管理している。機器の日常点検を実施し、各種インディケーターを用いて滅菌精度の保証を行うなど洗浄・滅菌業務は適切である。

病理診断機能は他院からの検査以来も請け負う等、適切に機能を発揮されている。血液製剤廃棄率に関しては、病院として問題解決に向けての積極的な取り組みが望まれる。手術・麻酔機能は適切に発揮されている。集中治療機能も適切である。救急医療機能は、依頼を断らないという理念のもと、地域での役割を果たしており適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

予算作成は、各診療科や部署の要望などを把握して調整を行い、病院経営会議を経て決定している。また、月次で予算の執行状況を分析・検討し、財務諸表の作成と会計処理、会計監査等は法人規程に沿って実施されている。窓口収納業務、診療報酬の請求やレセプトの返戻・査定対応、未収金管理はいずれも適切である。業務委託の是非の検討と業者選定は規程に沿って実施され、業務実施状況の把握は、委託業務担当者と定期的な打ち合わせや業務報告書をもとに行っている。

施設・設備の管理は財務管財課が担当しており、委託事業者と共同で年間計画に沿って実施している。院内清掃、廃棄物処理、物品管理も適切である。災害時の対応は、消防計画により年2回の火災訓練（防火管理委員会）を実施している。大規模災害時の対応体制（BCP マニュアル）は整備され、緊急時の責任体制・連絡体制は明確である。なお、災害時の非常電力供給能力や燃料の確保については検討を期待したい。保安業務は適切に行われている。医療事故発生時の対応マニュアルを整備し、手順を定めている。医療事故等の原因究明や再発防止に向けた組織的な検討も適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院であり、初期研修は必要な指導医により、プログラムに沿って実施されている。看護部はラダーに則して行っており、他の専門職種は各部署のプログラムに沿って日当直業務、部署ごとの基礎的業務習得を目標に行っている。実習の受け入れは、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、リハビリ療法士、事務など各職種の学生を受け入れている。いずれもカリキュラムに沿った実習が行われ、評価を実習依頼元に報告している。実習中は、患者・家族には説明し同意を得ており、事故防止、情報管理、感染制御など必要事項は確認して進めており適切である。

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	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	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	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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	B
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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人北海道社会事業協会 小樽病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他（公的）

I-1-4 所在地： 北海道小樽市住ノ江1-6-15

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	240	240	+0	85.3	15.6
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	240	240	+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）	8	+0
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	16	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	60	+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）、地域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： 3 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

[illegible]

	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		
		2019	2018	2017	2019	2018		
1日あたり外来患者数	297.46	288.36	277.90	103.16	103.76			
1日あたり外来初診患者数	37.47	38.19	37.87	98.11	100.84			
新患率	12.60	13.24	13.63					
1日あたり入院患者数	205.29	202.57	187.75	101.34	107.89			
1日あたり新入院患者数	12.09	12.59	11.28	96.03	111.61			