

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12月18日～12月19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、北海道室蘭市に位置し、高度急性期医療から慢性期医療までを担う、地域における基幹病院である。1911年に診療を開始し、その後も診療科を拡充して充実を図り、2001年には地域周産期母子医療センターの認定と緩和ケア病棟を開設している。ICUや療養病床も備え、あらゆる病期の患者に確実に対応できる体制を整えるとともに、災害拠点病院として、災害発生時には迅速に救護活動にあたることができるよう備えている。一方、基幹型の臨床研修病院として研修医を採用し、看護学校を併設するなど、後進の育成にも力を注いでいる。さらに、同一法人が運営している透析施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などと連携し、地域住民の医療・保健・福祉の支援を行っている。

病院運営については、理事長・院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、医療の質向上に積極的に取り組んでいる。病院機能評価を継続して受診しており、その過程において病院の医療・看護の質は漸次改善している。今回の受審においては、一部の業務において課題も見受けられたが、貴院の理念としている、「ほっとしてもらえる病院」、「一歩前を目指す病院」、「職員を財産と考える病院」の具体化に引き続き取り組まれない。今回の受審が貴院の今後の発展について、検討の一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の使命、理念、行動目標、病院の基本方針を明文化している。定例幹部会にて意思決定を行っており、会議・委員会を適切に設置している。各部門にてBSCを用いた目標管理および評価を行い、これをもとに事業計画を策定している。情報セキュリティについては基本方針、運用管理規程に基づき、システム総括室職員が管理・運営している。文書管理規定を策定し、管理文書一覧にて管理・把握している。

医師、薬剤師については、病院機能・業務量に見合った人員の確保が期待される。人事考課制度マニュアルを策定し、賞与に反映される人事考課を行っている。職員の健康診断受診率は100%である。職員の意見・要望は、職員意見箱の設置や職員やりがい度調査等によって把握している。職員研修会では患者の権利・虐待、暴言・暴力等、新入職員総合オリエンテーションにて個人情報、守秘義務等のテーマを実施している。看護部は、マネジメントラダー、クリニカルラダーを行っている。基幹型臨床研修病院として、フレキシブルローテートにて、EPOCなどによる評価とフィードバックを行っている。学生実習は、看護学生、医学生等を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」、「患者さんへのお願い」、「こどもの権利」を明文化し、院内掲示、ホームページ、入院のご案内などで周知に努めている。文書での同意を必要とする診療行為の範囲を定め、標準化された説明・同意書で患者・家族の理解を得ている。ホームページ、入院のご案内などに、病院の理念と基本方針等を明示し、医療への患者参加、協力を促している。患者支援体制は、患者サポート窓口を設置して一元的に患者・家族からの相談を受ける体制であり、多職種と連携しながら相談に応じている。患者の個人情報の保護に関する方針をホームページや入院案内に掲載し、職員対象の研修を実施して周知している。臨床倫理コンサルテーション委員会が多く倫理的課題について検討、審議している。臨床における現場での事案は、「臨床倫理検討シート」を用いて多職種カンファレンスで検討しており、現場で解決できない事案は看護部や委員会が介入、助言・支援している。

病院へのアクセスについては、駐車場の確保、路線バスの運行状況揭示など、利便性を確保している。院内は必要な設備が整っており、すべてバリアフリーで安全、快適である。また、定期的に院内を清掃し、清潔な療養環境の整備に努めている。受動喫煙防止に向けた方針は、院内掲示や入院案内、ホームページで明示し、敷地内禁煙を周知している。職員には、定期健康診断時に喫煙調査および禁煙指導を行っている。

4. 医療の質

QC 推進委員会が継続的に院内業務の質改善活動に向けて取り組んでいる。各種立入検査の指摘事項に対しては、迅速かつ適切な対応を行っている。各診療科のカンファレンスに加え、複数診療科・多職種が参加するカンファレンスを開催している。臨床指標の分析結果を活用した診療の質向上活動については、今後の取り組みが望まれる。患者・家族の意見・要望は、患者サポート窓口や意見箱を設置し、また、患者満足度調査を毎年実施し、意見・要望を改善につなげている。新たな診療・治療方法や技術を導入するプロセスが整備されている。薬剤の適応外使用は倫理委員会で検討し、審査の上、承認している。

外来・病棟ともに責任者を明示し、病棟看護課長・主任は患者の状態や診療・ケアの状況を把握し、必要に応じて患者・家族へのサポートに努めている。主治医不在時の対応についても職員に周知している。診療記録の質的点検を定期的に行っているが、点検回数・件数・担当者の構成やフィードバックの方法について、今後検討することを期待したい。院内では、多職種で構成された専門チームを編成しており、専門的立場から診療・ケアの支援を積極的に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理体制として医療安全対策室を設置し、医療安全管理者を配置している。月1回、医療安全対策委員会を開催し、セーフティマネジャーによる改善活動を実施している。インシデント・アクシデント報告を収集し、分析および改善計画を立案している。医療事故発生時のマニュアルを整備し、対応手順は明確である。医療事故調査委員会が設置される仕組みがあり、原因究明と再発防止策を検討する体制が整っている。

患者誤認防止は、名乗ることを基本とし、一部バーコードを用いて運用している。手術部位のマーキング実施の方法については、病院として手順を整備することを期待したい。医師による処方箋の発行、指示のオーダー、看護師による指示受け・実施は確実である。口頭指示は原則として禁止であるが、やむを得ない場合はルールを遵守して運用している。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行っている。ハイリスク薬を病院で規定し、薬剤師および看護師が安全に管理・使用している。抗がん剤はすべて薬剤部で調製・混合しており、副作用情報も薬剤部で集約している。転倒・転落についてのアセスメントを全入院患者に対して評価しており、アセスメント結果を患者と共有し、注意事項について説明している。医療機器管理マニュアルに基づき始業前、作動中の点検を実施している。医療機器は、職員への研修および新規に医療機器を導入した際の説明会を実施している。院内救急コールの番号を設定し、24時間365日対応している。救急カートは、薬剤や器材を標準化して配置している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として院長直轄の感染制御室を設置している。院内感染対策委員会および ICT・AST が組織され、感染対策コアスタッフ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 は定期的に各部署をラウンドしており、近隣医療機関とのミーティングや相互訪問も実施している。院内外の感染発生状況をタイムリーに把握し、感染制御室が情報を分析・検討し、必要な情報やデータをまとめ、周知することにより情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに対応手順などを整備している。

手指消毒薬や個人防護具を必要な箇所に設置し、手指衛生の遵守状況を月 1 回確認してフィードバックしている。汚物処理室での感染性廃棄物の管理については、今後の検討を期待したい。AST が中心となって抗菌薬の適正使用を推進しており、使用マニュアルが遵守されている。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て、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にラウンドして把握・検討し、問題がある患者には、主治医に助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信については、広報誌を定期的に発行し、患者・家族や地域医療連携施設、室蘭市および隣接市の行政機関等に配布している。また、SNS による配信や地域の FM ラジオで医療健康情報を発信し、さらに病院見学会を実施して病院機能を広報している。病院実績等はホームページで公表している。地域の医療関連施設との連携は、患者支援センターに設置された地域連携室、入退院支援室、医療福祉相談室、在宅療養支援室で様々な情報を共有し、業務手順を定めて連携を推進している。地域医療連携室が中心となって関連施設を訪問し、地域医療のニーズの把握と分析を行っている。地域連携協議会の開催や地域医療連携システムに参加し、地域連携クリニカルパスを策定するなど、地域の医療機関との連携を図っている。

地域の健康増進活動については、地域に出向いて講演会等を実施し、地域の FM ラジオによる講話や健康アドバイスなどを放送している。各種健康講座を開催し、地域に向けて医療に関する教育啓発活動を行っている。健診センターでは、各種健診や早期発見から専門治療の実施までを一連でサポートできる体制を整えている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を案内掲示し、総合案内に職員を配置するなど円滑な受診につなげている。外来担当医は、患者に関する情報を収集し、病名・病態とその治療方針等を患者・家族に説明している。診断的検査は確実・安全に実施しており、入院の決定は、希望を聞き、同意を得て行っている。ベッドコントロールも適切に行っている。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ている。患者・家族からの相談は患者サポート窓口で一元管理しており、入院時には、入退院

支援室看護師が面談を行い、問診表の確認や患者・家族の要望を聴き、病棟看護師と情報共有している。

医師は適時に診察・評価を行った上で、その内容を診療録に記載しており、他職種との情報共有も適切である。看護師は入院前から患者のニーズを把握し、チームナーシングにて、経験や能力を考慮した支援体制を整備している。投薬や注射の際には医師が患者に説明し、薬剤師・看護師が支援している。投薬時の患者観察も適切である。輸血・血液製剤投与や周術期の対応も適切である。褥瘡についての初期評価は確実であり、対策チームがラウンドを実施している。全入院患者の栄養状態を評価し、必要に応じて管理栄養士が聞き取りを行い、希望の食形態や付加食等で調整している。NST も適切に介入している。疼痛緩和ケア基準や症状別看護ケアマニュアルに沿って、症状緩和や不安軽減に努めている。リハビリテーションの依頼から実施の流れは確実である。実施時のリスクについても、評価の上、計画書に記載している。身体拘束は行わない方針であり、やむを得ない場合は説明し、同意を得て実施しており、拘束中は定期的なカンファレンスを行っている。早期から医療ソーシャルワーカー、担当看護師が患者の身体的・心理的状态、社会的状況等について把握し、多職種と情報共有し継続的に介入している。地域の関係機関や施設との調整など状況に則した対応を行っている。緩和ケアチームガイドラインを整備し、必要な患者についてはコンサルテーションを行う仕組みがある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査、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、薬剤の温度管理も確実である。臨時注射薬の払い出しの仕組みや病棟での TPN の調製・混合については、今後の課題である。臨床検査機能は、必要な検査を 24 時間迅速に提供できる体制を整え、検体の誤認防止や保存・廃棄のルールを遵守している。パニック値については、確実かつ迅速に依頼医または代行医へ連絡する仕組みであり、連絡経過も記録に残している。画像診断部門では、必要な検査をタイムリーに実施し、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応している。栄養管理機能は、適時・適温で配膳され、行事食など食事の快適性に配慮している。リハビリテーションセンターでは、療法士が積極的に計画を立案し、訓練に取り組んでおり、多職種による意見交換・情報共有を行っている。診療情報管理では疾病統計の作成や診療記録の量的点検を全件実施している。スキャン後の同意書など紙媒体を原本とする診療記録等は患者 ID ごとに管理する保管形態になっている。輸液ポンプやシリンジポンプは中央管理であり、機器管理ソフトを活用して、整備・点検や貸出・返却を確実に行っている。洗浄・滅菌部門では、ボウイー・ディックテストを毎日実施し、各種インディケーターにて滅菌の質保証を確認している。

病理診断機能は適切に発揮されており、放射線治療部門における治療の一連の過程も適切である。輸血・血液管理業務は、マニュアルに沿って運用しており、輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄までの管理を行い、緊急時にも迅速かつ円滑に対応している。手術・麻酔機能・集中治療機能は管理責任者を明確に定

め、手術枠の設定、患者の管理等を適切に行っている。救急部門は地域の中核病院として大きな役割を果たしている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいて行い、会計監査の仕組みは明確である。経営状況の分析検討を行い、職員に周知している。医事業務は、マニュアルに沿って行っており、レセプト点検は、医師が関与し委員会で検討している。未収金は、マニュアルに沿って回収に努めている。業務委託は、導入の是非や仕様を定例幹部会で審議決定しており、委託業務従事者の教育研修や事故発生時の対応も明確にしている。

施設・設備の全般的な管理は施設管理課が担当し、設備の専門的な保守点検管理は中央監視室の委託業者により行われている。感染性廃棄物の処理については管理処理規定を策定し、電子マニフェストで処理状況を確認している。購買は、用度課および一部 SPD による定数管理を行っている。購入物品を各委員会等で審議し決定している。棚卸しを実施し、不良在庫を排除するなど経費節減に取り組んでいる。

地域災害拠点病院として、地震、津波、風水害・土砂災害、火山噴火を想定した事業継続計画の策定や、DMAT の編成、衛星電話等の整備、ヘリポートの設置を行っている。保安業務として、警備員が 24 時間体制で対応している。平日日中は、警察 OB 職員による防犯・防災を目的とした院内巡視を複数回実施し、不審者等に対応している。

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	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
1.3.3	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	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

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	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	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	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	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	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	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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B
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	A
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	
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	B
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	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
-------	---------------	---

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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人母恋 日鋼記念病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道室蘭市新富町1-5-13

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	303	303	-39	57.4	14.6
療養病床	45	45	-47	72.4	518.1
医療保険適用	45	45	-47	72.4	518.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	348	348	-86		

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	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	2	+0
ハイケアユニット (HCU)	6	-18
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	4	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	1	+0
人工透析	23	+0
小児入院医療管理料病床	17	-4
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	22	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

災害拠点病院(地域), がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群), 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： 4 人 2年目： 6 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

[illegible]

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	605.90	604.55	603.75	100.22	100.13
1日あたり外来初診患者数	68.72	56.63	55.82	121.35	101.45
新患率	11.34	9.37	9.24		
1日あたり入院患者数	253.81	298.76	313.10	84.95	95.42
1日あたり新入院患者数	13.44	15.36	15.69	87.50	97.90