

## 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 3 月 19 日～3 月 20 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

貴院は木古内町および近隣の町の地域医療に貢献し、住民への医療提供の中心的な公的病院である。2010 年に移転新築され、保健・医療・福祉の町づくりの中核的施設として、医療提供の充実に努めている。今回の病院機能評価の更新受審にあたり、病院幹部と各部門部署が一丸となって、質向上に向けて継続的に取り組んできた成果を随所で確認することができた。一方で、新たな課題もみられたので、引き続き、質改善に取り組まれることを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明確であり、院内外には各種媒体等を通じて周知されている。病院長をはじめ幹部職員のリーダーシップは遺憾なく発揮され、課題解決にも積極的に関わっている。病院運営は、中・長期計画に基づき効果的・計画的に進められている。情報管理や文書管理は、規程に則って適切に行われている。

必要な人材はおおむね確保されているが、人事・労務管理では、年間総労働時間および有給休暇取得率の職種間の偏りの解消が望まれる。職員の安全衛生管理は適切である。働きやすい職場環境では、職員の意見箱や労働組合との交渉で意見を収集して対応している。また、就業支援や福利厚生による支援がある。全職員を対象とした教育・研修は、研修委員会の年間計画に基づき実施され、出席率向上にも努力されている。図書室は、適切に図書機能が発揮されている。職員の能力評価・能力開発は、チャレンジシートにより運用している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内・ホームページに掲載されており適切である。診療記録の開示手順も明確に定められ、開示申請に対しておおむね1週間以内に開示されている。説明と同意に関する方針や対象範囲が明確化され、患者・家族に説明のうえで同意・署名を得ている。セカンドオピニオンに関しては、院内掲示やホームページ、入院案内等に記載して周知されている。患者と医療者のパートナーシップ方針を明確にし、患者の医療参加への周知が図られている。患者支援は、在宅医療介護連携室が窓口となり、多様な相談業務に対応している。各種虐待等のマニュアルも整備されている。患者の個人情報保護・プライバシー確保に向けた取り組みは適切である。倫理的課題を共有・検討する場として倫理委員会を設置し、各部署で解決困難な事例も検討する仕組みが整備されている。

路線バスと町の巡回バスおよび送迎バスにより、交通の利便性が確保されている。医事の窓口での各種案内や売店などが設置され、患者・面会者への利便性・快適性が確保されている。院内はバリアフリーにより安全性が確保されている。院内は整理整頓され療養環境は、適切に確保されている。受動喫煙防止に向けた方針が明確であり、禁煙外来も開設されている。また、職員の喫煙率も減少傾向であるなど、適切である。

### 4. 医療の質

意見箱をはじめ意見や要望を収集し、回答や改善策を速やかに検討され、患者・家族へ掲示板等でフィードバックされている。臨床指標はホームページに掲載されている。多職種による症例検討会や画像検討会が定期的に行われている。クリニカルパスは運用疾患が少ないので、作成・見直しされることを期待する。業務の質改善の委員会等はないが、今回の病院機能評価の受審準備にあたり、部門横断的に業務を見直された活動を継続することを期待したい。新しい手技導入検討の際には、院外委員も加えた倫理委員会で適切に検討されている。

外来および病棟では診療とケアの担当者名が患者・家族に明示され、担当医師の回診や病棟責任者のラウンドが毎日行われている。診療記録には、診療・ケアに必要な情報が、適切に記録が残されている。入院診療計画書は、入院後速やかに医師の計画が作成されている。診療記録の質的点検も実施され、担当医師にその結果が的確にフィードバックされている。各種の合同カンファレンスが行われ、褥瘡、認知症ケア、糖尿病の各チームなどが活動しており、多職種が参加した診療・ケアが実践されるなど、多職種協働の診療・ケアは適切に実践されている。

### 5. 医療安全

安全確保のための方針は明確であり、専任の看護師が医療安全管理者として配置され、管理権限を与えられている。医療安全委員会が毎月開催され、委員が院内を巡視し、医療安全確保の状況を把握している。アクシデントおよびインシデントは報告・収集され、医療安全委員会で分析・検討されている。院外の安全に関する情報も収集され、職員への周知に努めている。

患者の確認は、氏名の名乗り、ID 番号・リストバンド・ベッドネーム等の確認および手術室でのタイムアウト、検査室での部位確認などが手順に従って実施されている。各種の誤認防止対策は適切に実践している。医師からの指示出し・指示受け・実施・確認は明確であり、情報伝達エラー防止対策が確実に行われている。検査結果の異常値、CT 読影および病理診断レポートの異常は、遅滞なく依頼医師へ報告されている。薬剤の取り違い防止は、規格が複数ある薬剤には注意喚起のマークをしている。薬剤師は、病棟在庫薬剤や救急カート薬剤の管理にも適切に関与している。

入院時に全患者の転倒・転落リスク評価が実施されている。その後も危険度レベルごとに再評価して、看護計画の立案・実施・評価・見直しが適切に行われている。医療機器の使用に関する研修は、新機種導入時などに計画的に行われている。医療機器の作動確認は、看護師が使用前・使用中の作動確認を行い、機器使用中の患者の観察と状態を記録している。患者等の急変時の対応体制が定められ、毎年全職員対象に BLS 研修、召集訓練も実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は、院長を含む適切な委員構成で毎月開催されている。ICD・検査技師・看護師・薬剤師等で構成された ICT メンバーによる院内感染ラウンドも毎週行われている。このラウンドで院内各部署の問題点を洗い出し、改善への取り組みの議論内容が、院内感染対策委員会に適切に提出されている。感染防止対策加算 2 を算定しており、連携病院との年 4 回の会議、感染ラウンドへの定期参加も実施されている。院内での感染発生状況は、ICT により収集・把握が行われ、院内感染対策委員会に報告されている。院外からの感染情報の収集も行われ、必要な情報は院内職員向けに随時発信されている。

感染を制御するための活動として、速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングしている。また、汚染したリネンや寝具類の取り扱いも適切であるが、個人防護用具の着用については、現場ですぐ使えるように一式設置するとともに、確実な着用・使用について周知をされたい。抗菌薬の採用・削除の検討は、薬事委員会で行われている。ガイドライン等に準拠した抗菌薬の使用指針が定められ、適切な運用がなされている。抗 MRSA 薬・カルバペネム製剤は届け出制で、薬剤科の介入により長期継続症例は極めて少ない。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会を中心に一元的に情報発信活動を推進している。広報誌を定期的に発行し、地域の医療機関や介護施設等に配付している。ホームページでは、受診案内や各診療科の照会、診療実績等を掲載している。在宅医療介護連携室を設置し、地域の開業医や介護施設、行政機関および函館地区の医療機関等と幅広い連携を図っており評価できる。地域の基幹病院として病院独自の市民公開講座や講演会を開催しているほか、患者向けに糖尿病教室等を実施している。さらには、病院祭や健康相談など、多職種で健康活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に診察できる体制が整備されている。在宅医療介護連携室と医師および病棟看護師長などが連携し、地域の医療機関や介護施設等からの患者を円滑に受け入れている。また、終末期や在宅復帰困難な患者を受け入れ、看取りにも対応している。侵襲的な検査の説明と同意の手続きは適切である。入院の決定は、適切な医学的判断のもとに行われ、入院診療計画や看護計画等は速やかに作成され、患者・家族に説明のうえで同意を得ている。患者・家族からの多様な相談や要望に対応し、支援が行われ、内容は記録して残されている。入院時には、収集された患者情報は外来看護師から病棟看護師に伝えられている。

担当医は、毎日回診を行い必要な内容をカルテに記載しているほか、各病棟で多職種との症例カンファレンス等による情報共有も適切に行われている。看護師は、患者・家族の心理的・社会的ニーズに配慮し、看護ケアが適切に実践されている。また、多職種と情報共有・連携して看護計画が立案・実践され、患者への援助が行われている。病棟責任者は、毎日の病棟ラウンドを行い、患者・家族や施設・設備における情報を収集し、適切な病棟管理業務を行っている。注射等の実施は、患者に必要性とリスクが説明され、誤認防止対策も徹底されている。輸血の適用はガイドライン等に準拠して行われ、投与中・投与終了後・翌日の患者観察結果が記録されている。

手術の適応は、担当医とスタッフより検討され、情報を共有している。手術の説明、術前・術後の対応も適切に行われている。重症患者は、ナースステーションに近い病室を使用し、入退室の基準も定められている。全入院患者に対して褥瘡リスク評価が行われ、予防と治療方法が適切な検討を経て実施されている。管理栄養士により、栄養アセスメントや多職種カンファレンスで患者の状態把握・評価に基づき、入院後全患者に栄養管理計画書の作成と栄養方法の選択が行われている。症状緩和は、個々の患者にあった看護計画を立てて対応している。疼痛の緩和は、症例ごとにWHOの基準を基に、主治医と薬剤師により緩和方法が選択されている。リハビリテーションに関しては、適切な計画に則って実施されている。身体抑制に関しても、手順に則って必要時には適切に実施されている。

退院調整は、入院早期からの情報収集をもとに多職種カンファレンスで検討のうえ、退院に向けての個別的な計画が立てられ、患者が安心して退院・転院できるように支援している。社会福祉士や看護師が外来・訪問診療・訪問看護との連携を図り、退院後も在宅などで継続した診療・ケアが提供されており、必要な在宅療養支援は適切に行われている。ターミナルステージの対応、療養環境への配慮などは適切に行われている。在宅で看取りを希望される場合は、訪問看護室との連携により行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、調剤業務・処方鑑査や疑義照会が適切に行われ、持参薬の管理も実施している。安全情報等の周知や新規医薬品の採用検討、院内薬品集の整備、救急カート薬剤の管理も適切である。臨床検査機能、画像診断機能、栄養管理機能、

医療機器管理機能はおおむね適切に機能を発揮している。リハビリテーション機能は、365日、すべて提供できる体制ではないが、看護師の協力を得て継続性を確保している。診療録は電子カルテシステムで管理されており、コード化なども行っている。洗浄・滅菌業務は適切に行われており、各種インディケータでの検証なども実施している。

病理診断機能、手術・麻酔機能は、おおむね適切に発揮されている。輸血用血液は、検査室の血液専用の保冷庫で適切に管理されている。3年間血液の廃棄がないことは評価できる。二次救急病院として、年間約90%以上の高い応需率を維持しており、救急医療機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

地方公営企業法に基づく会計規程に沿って、財務・経営管理を適正に行っている。予算編成時は各部門の意見を反映させ、予算執行の推移や経営状況は運営会議で審議され、経営改善を図っている。会計監査も適切に実施されている。医事業務は、電子カルテシステムの運用で、迅速かつ確実な情報伝達が行われている。レセプトの点検は、医師が積極的に関与し、返戻・査定対策も適正に行われている。業務委託は、指名選考委員会で業者選定が行われ、委託業務の遂行状況は各部署で管理している。

施設・設備は、適切に管理されている。緊急時の連絡体制も確保されている。感染性廃棄物の分別・表示・保管も適切に行われている。物品管理は、診療材料・医薬品ともに定期的に使用期限の管理と定数の見直しを行い、棚卸も適切に実施されている。

災害対策マニュアルを作成し、災害発生時の責任・対応体制は確立されている。各種訓練も適切に行われている。防災および当直業務は、自営の体制で巡回、施錠管理、時間外出入口での入退室管理を行っている。緊急時の連絡・応援体制は明確であり、監視カメラの設置されており、保安業務は適切に行われている。

## 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、リハビリ・救命救急士・医療事務等の実習生を受け入れている。受け入れ方針も明確であり、安全で効果的な実習を行うための体制が確立されている。その他、看護については、中高生の体験見学等も行われている。

# 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・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	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	B
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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	A
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	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	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 12 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 木古内町国民健康保険病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院1  
 I-1-3 開設者： 市町村  
 I-1-4 所在地： 北海道上磯郡木古内町字本町710

## 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	99	99	+0	53.6	16.84
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	99	99	+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	14	+0
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		
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

## 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	151.92	153.28	151.48	99.11	101.19
1日あたり外来初診患者数	15.78	15.72	15.54	100.38	101.16
新患率	10.39	10.25	10.26		
1日あたり入院患者数	53.10	60.18	62.32	88.24	96.57
1日あたり新入院患者数	2.30	2.67	2.75	86.14	97.09