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7月13日～7月14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

貴院は船員の健康増進や生活環境の向上、乗船員の健康相談や治療を目的として設立された歴史がある病院であり、現在はその歴史を踏襲しつつも「優しさと責任」を理念として小樽の地で地域医療を展開している。近年、新築移転を果たし施設設備を一新し療養環境も格段の向上が図られている。

診療内容は消化器外科内科がセンター化され内視鏡や手術体制が整備されており、化学療法や緩和ケアについても適切な取り組みが行われ、小樽では消化器系疾患における治療の信頼を得ている。また、整形外科についても専門的な治療が可能となり、他科と連携し早期の社会復帰を目指した治療が行われている。

医療機能の向上を目指して院内体制の整備を進め、指示命令システムや権限についても明確化に向けた検討が行われている。引き続き、病院幹部のリーダーシップと職員の意識向上をベースとした積極的な組織運営が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・方針は明文化され院内外へ広く周知されている。病院長から全職員に向けて病院の年間目標や展望が発信され、また、主任職以上の全職員と面談し意見交換が行われるなど適切なリーダーシップが発揮されている。運営会議で病院の意思決定が行われ情報も伝達され、適切な組織運営が行われている。

現状各職種における施設基準上の人員数は確保されているが、病院の事業計画に基づいた人事担当者と各職場の責任者における配置人員数についての検討が望まれる。衛生委員会が毎月開催され、職場における安全衛生について議論されているが、職員のメンタルサポートにおける体制の整備が望まれる。職員満足度調査の実施や代表者会議および個人面談等で職員の意見・要望が把握され、働く環境の整備

に取り組まれている。

看護部門が中心となり院内研修会が開催されているが、全職員が参加すべき各種の院内研修会の年間計画を策定し実施されたい。個人面談における自己評価と上司評価を通じて能力評価が行われており、看護部門ではラダーに基づく能力開発が実施されている。

3. 患者中心の医療

病院の基本方針で、患者と家族の権利を最大限尊重することを謳い、さらに「患者さんの権利と責任」を明文化し院内外へ周知している。説明と同意の方針・手順を明示し同意書が必要な範囲も明確になっている。クリニカルパスの運用や入院時の安全確保策の患者への周知また転倒・転落防止への取り組みとしてのピクトグラムの活用等、患者の医療への参加促進は適切である。

総合相談センターを設置し退院相談をはじめ、様々な相談への対応が行われ、虐待が疑われる患者へも幹部を含むチームで対応が行われる等、患者支援は適切である。個人情報については、方針や対応方法が明確である。また、病棟外来でのプライバシーは確保されている。診療現場での倫理的課題は日常的なカンファレンスで検討後、解決不能な場合は外部メンバーも参画した倫理委員会を開催し検討されており適切な対応が行われている。

患者等の利便性・快適性を考慮し、高齢者・障害者にも配慮した施設設備となっている。受動喫煙の防止については、敷地内禁煙の方針となっており院内に明示されているが、職員喫煙率の把握とその結果に伴う適切な対応が望まれる。

4. 医療の質

医師は院内症例検討会を毎週開催し、他施設を交えた地域での検討会へも積極的に参加している。診療ガイドラインや術前の説明文書およびクリニカルパス等を作成し随時改訂している。臨床指標として胃がん・大腸がん・乳がんのデータを集積し分析検討しているが、クリニカルパスのバリエーション分析や臨床指標における他施設との比較検討等についても取り組みが期待される。

全職員対象に様々なテーマの勉強会を開催し改善に向けて活動している。新たな診療治療方法や技術の導入に関しての申請手順が定められ、倫理委員会で検討されており、指導者の招聘やスタッフの研修派遣などの支援も適切に行われている。

病棟外来におけるスタッフの責任体制は明確になっている。電子カルテを採用し多職種がそれぞれ必要な記録を記載基準に沿って行っている。診療録の質的点検の充実が期待される。多職種が協働して緩和や褥瘡対策などの専門チームを設置しそれぞれが積極的に活動している。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理室に医療安全管理専従看護師を配置し、医療安全管理委員会とセーフティマネジメント委員会を中心に医療安全活動が行われている。医療安全カンファレンスを毎週開催し安全マニュアルを定期的に改訂し医療安全ラ

ウンドも行われており、体制は適切である。院内発生のアクシデント・インシデントはレポートシステムを通して報告され、医療安全管理委員会にて警鐘事例を分析し対策の検討および評価を行っている。また、院外情報も適正に収集し院内に周知している。

患者誤認防止としての氏名呼称やリストバンド確認が行われ、手術室や消化器センターではタイムアウトの実施等誤認防止対策は適切である。指示出し・指示受け・実施・確認を電子カルテ規則に沿って行い、口頭指示手順の遵守や検査パニック値の伝達等も適切に実践している。転倒・転落防止対策は入院時のアセスメントに基づき看護計画により立案されピクトグラムに掲示等により注意喚起が行われている。医療機器の使用はマニュアルに基づき安全に配慮して行われており、職員に向けた教育指導も充実している。人工呼吸器装着中の患者に対しては臨床工学技士により毎日設定指示の確認が行われ、医療機器の安全使用が図られている。院内緊急コードの設定や救急カートの整備点検およびBLS研修等も確実に実施されている。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会に加え、院内感染管理の実動部隊として、病院長直轄の医療安全管理部門に医師や看護師をはじめとした多職種からなる感染管理チームを設置し、体制を整備している。ICTは毎週定期的にミーティングとラウンドを実施し、院内での重要な感染症の発生時には検査部門と連携して発生状況を把握し早期から介入している。また、院内外の医療関連感染情報を収集・分析し対策を立案して院内に周知しており、JANISのサーベイランスへの参加や近隣病院との合同カンファレンス開催にも積極的である。

各現場では業務マニュアルに標準予防策を基本とした対応手順を明記し、職員は手指消毒や個人防護用具の適正使用に努めている。抗菌薬の使用はマニュアルに基づき抗MRSA剤・広域ペニシリン・カルバペネム注射剤等を届出制とし、ICTが抗菌薬の使用状況や使用期間を確認し検討している。細菌培養検査を奨励し検査部門で院内分離菌の薬剤感受性の把握にも努めている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページに院内の診療体制や診療に関する情報およびトピックス等が掲載され、診療実績についても年報としても取りまとめられ、関係機関へ配布される等、適切な広報が行われている。外部からの患者紹介は地域医療連携室で一元管理され経過の管理や返信等の適切な対応が行われており、消化器疾患における地域のニーズへの対応が積極的かつ適切に行われている。

また、健康に関する講座は毎年開催され、病院の機能や最新治療等における情報を地域住民へ提供し、市民健康講座で腹痛や人工肛門等についてわかりやすく解説して市民の健康の維持増進を支援している。病院開設から船員を対象とした無料健康相談や訪船診療が行われる等の独自の取り組みも積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来では医師と看護師が連携して患者情報が収集されたうえで診療が行われている。入院診療は医師が患者・家族へ必要性を説明し同意の上で決定し、入院診療計画書へ要望等を反映している。また、入院後から状況によりMSW・管理栄養士・緩和ケア認定看護師等が早期から介入して専門的な支援を行っている。

薬剤師は服薬指導と薬歴管理を行い電子カルテにおいて情報提供を行っており、看護師による薬剤投与はPDAによる3点認証も併用して抗がん剤や注射抗菌薬および輸血血液製剤投与時の観察と記録も適切である。手術の決定から患者・家族への説明と同意の取得や術前診察から術後管理までの周術期の対応は適切である。

褥瘡にはNSTと褥瘡対策チームが関与し栄養管理には管理栄養士が適切に介入している。緩和ケアチームによりラウンドが行われ、症状緩和が必要な患者にはカンファレンスや記録により情報が共有され適時に対応が行われている。緩和ケアチームは疼痛治療や精神的な援助方法を病棟スタッフにアドバイスする等、秀でた取り組みが行われており、家族と共に思いを共有しながら症状緩和に適切に取り組まれている。リハビリテーションは医師の指示を受け理学療法士が実施しているが、リスクの説明や患者・家族への要望について配慮されたい。

退院支援計画書が適切に作成され必要例には社会福祉士や退院支援看護師の支援が行われている。ターミナルステージでは多職種が協力して全人的ケアを目標に患者・家族の意向を十分に尊重したケアが展開されている。また、療養環境の整備等患者・家族の心情に配慮された特段の対応が行われており、高く評価したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では積極的に病院全体の薬剤業務に関わる姿勢を示し、関連部署の診療の質向上に大いに貢献している。臨床検査部では異常値やパニック値への適切な対応が行われ、輸血血液管理および病理検体管理業務等にも対応している。放射線部では一般撮影・CT・MRI・マンモグラフィーの即日緊急撮影が可能であり、必要な場合は遠隔診断において専門医の読影が行われている。栄養部では抗がん剤投与患者の食欲低下に対しても、見栄えや量および嗜好等を考慮した献立を工夫している。

リハビリテーション部では院内からの様々な依頼に対応している。診療情報等は一元的に管理され、量的点検やコーディングも実施されている。臨床工学部では臨床工学技士により院内全機器を対象に一元的な管理体制を構築している。中央材料滅菌部門では滅菌物が整理・整頓され在庫管理も良好である。手術室は麻酔科医の管理のもと臨床工学技士や薬剤師の関与もあり適切に稼働している。救急医療機能については消化器系の救急患者の受け入れを中心として他院からの紹介やかかりつけ患者にも対応しており、救急隊からの要請も担当医の判断で受け入れるなど適切である。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則により財務諸表が作成され、決算および会計監査が適切に行われている。医事課における各業務が手順に基づき行われており、返戻・査定や未収金に

も対応手順が明確になっており適切な対応が行われている。委託業務の質は確保されているが、委託の是非についての検討や業者選定についても病院としての基準の策定が望まれる。

施設設備は年間計画に基づき保守管理点検が行われ、経年劣化についても日頃確認が行われ適切に提案・審議されている。各廃棄物は院内で分別収集され廃棄物別のパススルー保管庫に収納され委託業者が搬出しており適切である。各部署に定数在庫制の棚が配置され元棚と共に用度担当者により適切に管理されており、診療材料等の新規購入や変更および在庫数の調整等が委員会で検討されている。

消防計画をはじめとした防災マニュアルに火災発生時や大災害時における対応手順が明記され訓練が行われている。地域の防災計画では市の北部地区災害時基幹病院となっており、拠点病院を支援する役割を担っている。防犯カメラによる監視の他保安業務手順により保安業務が行われている。医療事故発生時には事故報告が行われ、病院長の判断により医療事故対策委員会が招集され対応する体制が整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護職や放射線科等では新採用者研修としてのカリキュラムが用意され、それぞれの専門職種に応じた初期研修が適切に実施されている。学生実習については、受け入れ施設としての掲示が行われ、実習時には患者・家族の同意も得られており適切な対応が行われている。

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	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
1.4	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	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	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	B

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	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	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	S
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	S

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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	B

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	B
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 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： 小樽掖済会病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 北海道小樽市稲穂1-4-1

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	138	138	-16	71.3	13.58
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	138	138	-16		

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		
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