

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 20 日～7 月 21 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

大都市の郊外の衛星都市にある急性期の病院であり、圏域にある 4 病院で機能を分担し、消化器系と緩和ケアに特化している。全国に傘下の病院を展開する公益性を有するグループの病院である。特化した機能に関しては優れた医療機能を有し、多職種が協力してチームワークのよい医療を展開している。地域性からいくつかの職種について限られた人的体制で対応している状況が認められる。現状は職員の努力でカバーしているが、職場として魅力的な病院である状況を広く発信して、同じ意欲をもつ人材を登用し、機能の安定的かつ向上的な提供に一層努めていくことが期待される。病院機能評価は更新受審であるが、審査において発見された課題に真摯に取り組み改善を図る姿勢は顕著である。今回の審査結果について、総括を以下に述べるが、詳細な報告書と併せて、貴院の今後の発展に参考になれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が整備され、適宜見直し・検討がなされている。病院の最終意思決定会議および周知会議が明確で、決定事項は電子的な情報共有システムを活用し、職員がいつでも閲覧できる。中・長期計画に基づいた年次事業計画があり、これを受けた部門目標を設定して運営されている。達成度の評価もなされている。直近で更新された電子カルテシステムが運用されている。災害時を想定したデータの遠隔地バックアップについては今後の検討課題である。文書管理規程が作成され、受信・発信文書等、管理番号を付して台帳管理されている。今後、管理対象文書の一元的な管理が望まれる。

医療法等で求められる必要な人的配置は満たしている。機能強化のための職員採用計画があり、人材確保に努めている。勤怠管理システムを用いて全職種の勤務時間が客観的に把握されている。衛生委員会を毎月開催し、安全な労働環境の整備や職員のメンタルサポート体制を整えている。職員の満足度調査を実施し意見や要望を聞くとともに、短時間労働制度、保育の支援など就業を支援する仕組みが整備されている。教育委員会が全職員を対象とした教育計画を立案し、実施状況の把握・管理を行っている。所属長による職員の能力評価を基本とし、職種によっては具体的な技術評価を実施して、能力開発に努めている。医師の臨床研修施設ではないが、職種ごとに新人教育プログラムが整備され、入職後1～2年間の指導体制がある。看護、薬剤、放射線、栄養などの学生教育を受け入れている。安全や感染に関するオリエンテーションは職種によらず標準化して適切に対応している。

3. 患者中心の医療

患者が安心して医療を受けられるように、患者および職員に患者の権利を明文化している。説明と同意に関する指針・手順は定められ、同意書を取得する診療行為の範囲や同席のルールが定められている。病棟、外来で医療者から患者に必要な情報を提供し、患者自身の医療参加を促進するように支援している。外来ロビーに入退院総合相談センターを配置し、相談内容によって担当者が対応する仕組みがある。個人情報保護方針、利用目的は明文化され、ホームページにも掲載されている。業務目的外の不適切な診療情報の閲覧を防止する複数の手段を講じている。臨床倫理に関する課題を検討する場として多職種倫理カンファレンス、倫理委員会がある。病院の主要な倫理的課題として8つの課題をあげ方針を明確にしている。各部署で患者・家族の倫理的課題の事例を見出し多職種倫理カンファレンスを開催して判断している。

病院へのアクセスは容易で、生活延長線上の設備やサービスは整備されている。バリアフリーへの対応も適切である。清潔で安全な療養環境を整備している。敷地内禁煙としているが、職員の喫煙率減少に向けた努力は継続を期待したい。

4. 医療の質

病院機能評価受審の準備活動などで業務改善が図られた実績はあるが、業務改善委員会など、継続的活動を行う体制を作り、業務の質改善を推進することを期待したい。クリニカル・パスは積極的に活用されている。臨床指標を含めて、データを取得・分析し、改善活動に結び付けるPDCAサイクルを確立することが望まれる。投書箱や相談から患者や家族の声を聞き、委員会で対応を検討する仕組みが整備され稼働している。新たな診療・治療方法や技術については、原則として倫理審査委員会で検討審議しているが、手順を規程として整備しておくことが期待される。

診療・ケアの責任者を明確にし、患者、家族に明らかにしている。医療者は必要な診療情報を記録している。病歴管理委員会が設置されており、定期的に診療録の質的点検を行っている。多職種が協働して診療ケアにあたっており、診療科間も協働する体制が整備されている。

5. 医療安全

医療安全管理体制が整備されており、必要な委員会を開催している。各責任者の役割、権限が明確である。医療安全管理者は院内、院外の医療情報を集め事故防止に活用している。医療事故発生時の対応体制は整備され、警察への届け出や公表基準、原因究明、再発防止の検討体制も適切に整備されている。患者取り違え防止、治療部位の誤認防止、検体等の取違え防止、手術前の誤認防止策等を取り決め、確実に実施している。電子カルテ上で指示から実施までの記録を確実にを行い、指示変更にも速やかに対応している。検査結果異常はパニック値を定め、主治医へ確実に伝達している。注射薬の調製・混合は原則として薬剤師が行っている。ハイリスク薬の安全な使用に留意している。転倒・転落の危険度および看護師が離れない見守りが必要なことを明示するシールをベッドボードに貼るなど様々な取り組みを行った結果、転倒・転落の事故は減少している。医療機器は中央管理されており、人工呼吸器を使用する際は臨床工学技士が設定を行い毎日点検している。院内緊急コードが設定されており、救急カートはすべて標準化され最小限の配置とし、看護師が毎日点検している。

6. 医療関連感染制御

ICTを構成するCNIC、医師、感染制御認定・抗菌化学療法認定の薬剤師、臨床検査技師が適切に活動して、医療関連感染制御体制が確立している。ICTは感染状況を把握し、アウトブレイクなどが懸念される場合は早期に介入している。サーベイランスの成果が期待される。

病院全体で、医療関連制御マニュアルに基づいた感染防止対策が行われている。PPEは病室ごとに準備されている。特定抗菌薬の使用にあたっては、どの臓器の何菌による感染症を疑うとのカルテ記載を残し、検体採取することを徹底している。ASTラウンドを週1回行っており、チーム内で介入が必要と思われる症例について議論し、診療録に記載している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を発行し、ホームページはタイムリーに情報を更新して病院機能の発信に努めている。地域の医療関連施設との連携の促進に努めている。紹介患者への返書の管理は行っているが、返書までの期間を短縮する努力が望まれる。新型コロナウイルス感染症の影響で休止していた公開講座が再開される予定である。さらに活発な地域への健康情報の発信・啓発活動を期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療の流れは適切であり、診察待ちの順番表示があり、待ち時間に大きな問題はない。看護師が診察前のアセスメントを行い、医師の診療補助と患者の理解促進および意思確認に努めている侵襲を伴う検査は、説明と同意の上、患者状態・反応観察等安全に留意して実施している。入院の適応は、医師の医学的判断に患者の希望を加味して決定している。診療チームで病状を診断・評価し、診療方針を決定して

いる。クリニカル・パスを活用しており、逸脱した場合は治療・看護計画の見直しをしている。入退院総合相談センターで医療相談に対応している。がん相談は認定看護師が相談に対応している。入院生活に関する入院前説明が行われ円滑に入院できる。

医師は適切に回診、カンファレンス、面談、書類作成を行っている。看護師は整備された基準・手順に則り、日常生活援助や診療補助業務を適切に行っている。注射薬の混注は原則として薬剤師が行っている。投与中および投与後の反応については、看護師がきちんと確認している。輸血の必要性と必要な製剤に関しては、個別に患者説明がなされ、同意を得ている。投与中・投与後の観察は、看護師により適切に行われている。手術と麻酔は、それぞれ外科医および麻酔科医が中心となって検討し、患者に説明した上で同意を得ている。手術室看護師および麻酔科医は適切に術前・術後訪問を行っている。術後管理は重症管理加算室や回復室を用いて術後観察を行っており、患者の重症度にあわせた病室の選択基準に沿って対応している。褥瘡リスクの評価が行われ、褥瘡対策チームは病棟ラウンドを実施している。全入院患者に入院時栄養状態に関するリスクや栄養状態の評価を行い、課題の有無を確認している。術後の疼痛、がん性疼痛に対して評価指標が整備されており治療・ケア計画が整備されている。緩和ケアチームが活動しており薬剤効果の評価、治療ケアの見直しを実施している。リハビリテーション実施計画書で予め想定されるリスクを患者側に説明して同意を得るようにしている。抑制が必要と判断した時は家族に説明と同意をとっている。看護管理室は抑制に関する統計をとり抑制が最小限になるように指導している。入院時より、患者の状況に応じた退院支援が行われている。連携先に必要な情報の提供も行われている。退院後も継続的な治療が必要ながんの患者さんは緩和ケア外来、看護外来で必要な在宅療養支援が行われている。病院オリジナルの「わたしの思いをつなぐノート（ACP）」を作成し患者・家族の意向、患者のQOLに配慮したターミナルケアが実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、医薬品の管理業務、調剤業務、DI 業務等を少人数で適切に実施している。臨床検査機能については、夜間・休日はオンコールであるが、検体検査は遠心分離が必要なものでも 30 分程度で結果を報告している。画像診断機能に関しては、検査依頼医が必要と判断した場合、遠隔読影システムを利用して放射線診断医に読影を依頼している。栄養管理機能では、全国の郷土食を月代わりで提供するなどメニューの工夫があり、食欲不振患者への個別対応にも取り組んでいる。リハビリテーション機能では、がんリハビリテーションをメインとして、緩和ケア・終末期ケアや抗がん剤継続治療中、外来維持期の患者に対して総合的に関与している。診療情報管理機能では、電子カルテを使用し、同意書等の紙の記録の原本はスキャナーで取り込んでいる。取り込み後の紙記録は患者別にターミナルデジット方式で保管されている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士が使用後点検、保守点検、定期点検を行っている。洗浄滅菌機能では、環境を考慮して、低温蒸気ホルムアルデヒドを採用している。

外注により病理診断機能を適切に発揮している。オーダー医による報告書閲覧は、臨床検査技師がフォローする仕組みをとっている。臨床検査部で臨床検査技師が発注・保管・供給・返却・廃棄等の輸血業務管理を全て担当している。手術・麻酔機能では、手術スケジュールは師長が麻酔科医と相談しながら管理している。吐血などの消化器救急は周辺を含めて積極的に受け入れる方針をとっている。

10. 組織・施設の管理

予算と実績の管理が行われ、経営状況の監査法人による監査が行われている。診療報酬請求業務や関連する施設基準の遵守状況の確認など適切に行われている。業務の質を考慮して委託の検討が行われており、一部自営への切り換えも含めて適切に対応されている。施設・設備のメンテナンスは計画的に実施されている。廃棄物の処理は委託している。医薬品、医療機器等それぞれ委員会で検討して購入している。購買管理では、定期的な在庫管理と部署への定数配置の見直しがなされている。防災計画、事業継続計画が作成されており、災害時を想定した水・食品、医薬品の備蓄がなされている。夜間の入口の制限や施錠管理、入館の確認などが安全に配慮して実施されている。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	S
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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	B
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	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	B
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	B
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	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	
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	B
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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 3 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	103	-35	69.1	12.3
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
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	138	103	-35		

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)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
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	0	+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

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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	104.15	102.20	104.84	101.91	97.48
1日あたり外来初診患者数	14.91	11.74	12.71	127.00	92.37
新患率	14.31	11.48	12.12		
1日あたり入院患者数	78.27	82.51	93.00	94.86	88.72
1日あたり新入院患者数	8.27	7.84	8.87	105.48	88.39