

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「慢性期病院」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 11 日～3 月 12 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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は「朝里診療所」として開設以降、幾度の改称を経て、新たな地に「朝里中央病院」として新築移転し再出発した。「充実した医療と介護の連携を通し、地域に信頼される病院」を目標に、地域のなかで大きな役割を発揮している。現在はケアミックスの病棟編成を組み、多種多様な医療と地域のニーズに応えている。

今回、初めての病院機能評価受審にあたり、管理部を中心として職員が一丸となり、理念・基本方針の実践に向けた取り組みが、各部署で確認された。一方、いくつか部門では課題も見受けられた。今後はさらなる質の改善を図るとともに、地域住民の健康増進と地域医療の確保にますます貢献・活躍さ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・基本方針は適正な内容で確立し周知がされ、定期的な点検や見直しについて実施している。病院管理者・幹部は、各自の責任分野の課題を把握して解決に向け取り組むなど、リーダーシップを適切に発揮している。病院としての中期的な方向性を決めているが、将来像については、より具体的に職員に周知されることに期待したい。意思決定会議の開催や、組織内の情報伝達と確認などの組織運営は適切である。

必要な人材の確保では、基本方針を推進するための薬剤師をはじめ幾つかの職種において、体制の充実に期待したい。職員の意見や要望については、各部として個人面談を実施し、必要に応じ幹部が意見や要望を聴取する仕組みがあり、管理者の積極的な職場との関係づくりがすすめられている。特に院内保育の体制と受け入れが充実しており、他の福利厚生も含め魅力的な職場作りが実践されている。職員の安全衛生の管理では、職員が安心して働けるよう配慮されている。

病院内の教育・学習の実施では、おおむね必要性の高い研修などの実施を企画されているが、病院組織として全体的な把握をするために病院組織として年度の研修計画の策定を期待したい。病院全体で職員育成を目的とした能力開発が継続的に実施され、方針達成に向けた組織運営は適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知に努め、セカンドピニオンや診療録開示が明文化され、患者の権利について適切に遵守されている。説明と同意に関する方針・手順・対応についても、基準等が明文化されている。患者への情報提供や医療への参加促進では、外来および病棟で疾患別パンフレットの活用など、患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として、医療連携室を設置し、地域連携機能と患者相談など多様な相談に対応している。総合受付で医療安全管理や患者相談機能など様々な相談の振り分けを行い、患者・利用者の視点で各種相談に対応している。

個人情報保護に関しては、体制や問い合わせ対応手順や、個人情報の持ち出し基準など整備されている。倫理的な課題に関しては、倫理委員会が稼働しているが、さらに倫理課題を明確にし、継続した取り組みを期待したい。

利用者の利便性に関しては、巡回バスの運行、交通アクセス整備、駐車場設置、生活延長上のサービス提供等、患者・面会者の利便性・快適性には適切な配慮が見られる。手摺りが設置されるほか、院内はバリアフリー対応であり、浴室やトイレの安全性なども適切に整備されている。敷地内禁煙ではあるが、喫煙率を下げるための教育などは行われていないことから、今後の継続的な取り組みに期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見や患者の相談対応や担当者の配置も含め、意見や苦情に適切に対応しているが、患者へのフィードバックの仕組みについて整備されたい。診療の質に関しては、多職種参加による症例検討会、カンファレンスの開催のもと、チーム医療が推進され、診療は学会等の診療ガイドラインに沿って行われている。臨床指標については、他院との比較やプロセス指標を中心に増やすなど、診療の質改善に向けた活動が期待される。立入検査での指摘事項もなく、グループ内での定期的な点検も継続されている。

外来・病棟の責任体制については患者・家族がわかりやすいように表記されている。診療録の質的点検については、より一層の整備と充実を望みたい。多職種協働による治療・ケアについては、多職種カンファレンスやNST・整形外科カンファレンスなどが機能し、積極的な活動を展開している。部門間の協力についても多職種協働の活動を適切に実践しており、各部署の連携も適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会の設置と担当者の配置がされ権限委譲が行われているが、委員会体制に関して実態に合った組織図を設備されたい。日常的なラウンド等の活動の実践について検討が望まれる。医療安全マニュアルおよび規程などは整備されている。院内のアクシデント・インシデント報告の分析・検討、再発防止策の作成や安全対策の見直しについては整備を期待したい。

誤認対策では、患者確認や検査・治療部位、検体の確認が適切に実施されている。医師の指示出しや薬剤師、看護師による指示受けなども、確実かつ安全に行われており実施記録も含め適切である。薬剤管理では、院内各部署に定数配置されている劇薬やハイリスク薬など、薬剤師によるさらなる関与が望まれる。同時に各部署での定数配置や救急カートでの薬剤の表示や薬品・定数の実態に基づく配置など整備されたい。

転倒・転落防止対策では、転倒・転落のリスク評価に基づき看護計画が立案され、転倒・転落事故発生時のマニュアル等が明文化されている。一方、対策等の実施計画の患者への説明と、評価・見直しについて充実が望まれる。医療機器は、臨床工学技士による病院全体の医療機器管理が適切に行われている。緊急の召集では、院内救急コードが設定され、適切に連絡体制が整備されている。BLS 訓練は全職員対象に年1回定期的に行われ、救急カートやAEDは定期的に点検・整備されるなど、緊急時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する議論の場として院内感染対策委員会が毎月開催され、それぞれ感染対策が検討されている。感染制御に関するマニュアルや指針は整備され、必要に応じて改訂されている。院内感染対策委員会の下部組織としてICT委員会が設置されているが、院内ラウンド等の活動に関して実働組織としての活動が望まれる。病棟別の分離菌や耐性菌は定期的に把握・検討されている。アウトブレイクへの対応手順は整備されている。主要な医療関連感染の発生状況については中心ライン関連血流感染について把握されているが、さらなる充実を期待したい。

医療関連感染制御を制御するための活動では、マニュアル・指針に基づいた感染防止対策が実施されている。抗菌薬の使用では、適正使用に関して薬事委員会として活動のもとで把握している。抗菌薬の適正使用指針の作成や院内の分離菌や耐性菌が定期的に把握・検討され、手術前の予防的抗菌薬投与も指針に沿って適切に実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスや活動内容、外来や入院の受診手順等についてホームページで発信している。診療実績の紹介の掲載はされているが、臨床指標等の情報提供についてさらなる充実に期待したい。また、患者・利用者向けの広報誌の作成を期待したい。診療の情報の患者・利用者への紹介や、診療圏内の医療機関や施設へも情報提供は適切に行われている。地域の保健・医療・福祉関係機関との定期的な連携会議等に参加している。

病院職員が主体となり患者・家族、また、地域の医療従事者向けの情報提供の共有など、教育・啓発活動が適切に行われている。地域住民の健康増進のための健康教室なども積極的に行われており、病院組織として、施設間の紹介・逆紹介の対応も含め、適切に運営している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再来患者、紹介・救急患者が手順・マニュアルに基づき、受診までの円滑なシステムが確立している。待ち時間調査は行われているが、定期的の実施と分析にもとづく具体的な待ち時間の短縮への工夫や改善に向け、より一層の取り組みに期待したい。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、管理栄養士、事務職員等の多職種が協力して、チーム医療による適切な診療・ケアを実践している。各部署におおむね適切な体制が整備され、手順等を遵守して診療・ケアの実践に努めている。地域における貴院の役割・機能を明確にした地域連携は適切に図られている。クリニカルパスについては、患者ニーズに基づき教育のためのクリニカルパスなども行われているが、稼働についての充実に期待したい。薬剤師による服薬指導や薬歴管理はこれからであり、体制整備とともに充実されたい。症状などの緩和の実践については、評価方法や治療方針に基づく実施など整備に期待したい。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し適切に行われている。

<副機能：慢性期病院>

チーム医療による適切な診療・ケアを実践している。各部署で手順等を遵守して診療・ケアの実践に努めており、適切である。特に医師による病状説明時等には看護師が同席のもとで記録が行われ、家族への報告も含め適切に行われている。同時に法人内の介護施設との連携も医療相談室を窓口患者・家族の要望を基本とした対応が行われている。一方、薬剤師による服薬指導などの薬剤師の関わりや、リハビリテーション職員の関与、疼痛等の客観的な評価などは今後の取り組みを充実されたい。また、身体抑制の回避や軽減に関する取り決めはあるが、抑制の実施数が多く今後の取り組みに期待したい。終末期医療に関する指針を周知し具体的実践をすることや、ターミナルステージの判断基準を定め周知することなど望みたい。

9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能について、病院の規模や地域の需要に合った体制が整備されている。部門毎で責任体制、管理体制なども整備され、機能も含め適切に発揮されている。個々の機能としては、薬剤管理機能、画像診断機能、臨床検査機能、栄養管理機能、医療機器管理機能、病理診断機能、輸血血液管理機能、手術麻酔機能が、必要な体制の配置なかで各機能としての役割を担っており、それぞれ人数が少ない中で効率的に運営されている。特に医療機器管理機能では、臨床工学技士の配置のもとで適切に各種機器の中央管理がされ、すべての機器の管理とともに職員への安全な教育がされている。薬剤管理機能では、処方鑑査・調剤鑑査について継続した取り組みを望みたい。栄養管理機能では栄養相談に関して、治療の一貫として医師との連携のもとでさらなる充実に期待したい。医療機器管理機能では、臨床工学技士の配置のもとで適切に各種機器の中央管理がされている。診療情報管理機能ではサマリーの作成率は直近ではほぼ100%であるが、臨床指標の作成など医師との協力のもとで質向上に向けた充実に期待したい。診療録の質的点検および量的点検について、それぞれ仕組みとしての整備と点検をされたい。洗浄・滅菌機能では、病院の規模に応じた医療器材の洗浄が行われ、滅菌の質・精度の保証は適切である。

10. 組織・施設の管理

予算管理体制が整備され、会計処理および税理士による監査も実施されている。経営部会議で経営報告と分析・評価され、病院運営会議で各部門に報告している。予算づくりの仕組みはあり、職員への周知や経営管理など適切に行われている。会計窓口の収納業務、未収金管理等、医事業務は適切であり、医師の関与のもとでレセプト点検、査定・返戻対応が行われている。業務委託選定方法については相見積もりを基本とし、業務の質や効率性、費用対効果を検討した上で決定され、監査のシステムも確立しており適切である。主要な施設・設備の日常点検や年次保守計画に基づく保守管理と緊急時の体制は整備されている。感染性廃棄物の扱いでは、病院の処分場所の感染性廃棄物の掲示について整備されたい。

災害時の備蓄は、災害用物品や自家発電能力の確保、食料品・飲料水・医薬品の備蓄は適切に用意されている。大規模災害時のマニュアルの整備と緊急連絡網は整備されているが、緊急時の連絡網や大規模災害を想定した訓練など今後の課題とされたい。保安業務や緊急時の連絡などは適切である。また、医療事故発生時の対応手順、原因究明と再発防止に向けた取り組みは適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は医師、看護師、臨床工学技士、医事等で継続して行われており、おおむねカリキュラムに沿った実習を実施している。実習内容の評価も行われ、守秘義務や、実習前に医療安全や感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する確認も行われている。今後は、安全・感染や実習内容や評価など、病院としての基準としてマニュアル等の整備を期待したい。

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	B
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	B
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	B
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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	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	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	B
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	B
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	B

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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	NA

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	B
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	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	学生実習等を適切に行っている	B
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	B
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

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B

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	B

年間データ取得期間： 2017 年 12 月 1 日 ～ 2018 年 11 月 30 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：医療法人北光会 朝里中央病院
 I-1-2 機能種別：一般病院1、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：北海道小樽市新光1-21-5

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	95	95	+0	97.3	39.45
療養病床	60	60	+0	98.5	234
医療保険適用	60	60	+0	98.5	234
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	155	155	+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	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	33	+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	75	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	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

在宅療養支援病院

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

[illegible]

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		193.81	189.71	189.87	102.16	99.92
1日あたり外来初診患者数		16.43	15.95	14.09	103.01	113.20
新患率		8.48	8.41	7.42		
1日あたり入院患者数		149.62	150.99	149.19	99.09	101.21
1日あたり新入院患者数		2.15	2.37	2.24	90.72	105.80