

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」・「緩和ケア病院」・「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6月17日～6月18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	リハビリテーション病院	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	一般病院1（副）	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（副）	条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
 1. 身体拘束中における患者の観察頻度を増やすなど、観察の手順・基準を整備し確実に実施して下さい。（2.2.21）
- ・機能種別 一般病院1（副）
 1. 身体拘束中における患者の観察頻度を増やすなど、観察の手順・基準を整備し確実に実施して下さい。（2.2.20）
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）

該当する項目はありません。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
 1. 身体拘束中における患者の観察頻度を増やすなど、観察の手順・基準を整備し確実に実施して下さい。（2.2.20）

1. 病院の特色

貴院は1989年10月、北海道苫小牧市東部の住宅街に開院し、急性期・回復期・慢性期（生活期）の病床を備えている。一般（急性期）病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、緩和ケア病棟など、病態に応じた機能を持ち、患者一人ひとりに最適な治療を提供できる体制を整えるとともに。地域リハビリテーションの拠点として、回復期リハビリテーション病棟の充実に力を入れている。また、2014年10月には地域で初となる緩和ケア病棟を開設し、がんによる痛みや不眠、精神的苦痛の緩和に取り組んでいる。全病棟と外来には電子カルテ、オーダーリン

グ、看護支援システムを導入し、医療の質とサービスの向上を図っている。さらに、苫小牧市明野地域包括支援センターの運営や、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリも展開し、在宅医療にも積極的に関わっている。

病院機能評価について、2004年に初回認定を受けてから、継続して受審している。主たる機能である「リハビリテーション病院」に加え、「一般病院」「緩和ケア病院」「慢性期病院」の副機能も含めて受審している。また、リハビリテーション高度専門機能の認定も2006年に取得し、地域の中核的存在としての地位を強化している。今回の病院機能評価に向けては、病院幹部がリーダーシップを発揮し、全職員が一丸となって組織体制の整備と質の向上に取り組んできた。教育・研修の充実を図り、専門性の高い人材と強い団結力を培っている。今後も部門間の協力とコミュニケーションを深め、地域からより一層信頼される病院づくりを進めていくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・目標・基本方針を日常の判断や行動の基盤として活用している。院内では掲示物や研修、ネームプレートを通じて理念を周知し、外部には広報誌やホームページで積極的に発信している。病院運営は、理事会で方針を決定し、管理者会議で各部門へ伝達している。意思決定内容は議事録として電子掲示板で共有し、透明性を確保している。中・長期計画に基づき各部門はSWOT分析を行い、年次事業計画を策定する。進捗状況は半期・年度末に評価し、成果と課題を可視化。病棟・部門横断の「部活型」会議体（例：情報部会、重症患者ケア部会）を通じて課題解決に多職種で取り組んでおり、高く評価できる。情報管理では、医療情報技師を配置し、診療記録の信頼性とセキュリティを制度面・技術面から担保している。

人材配置は業務量や離職傾向を見据えて独自基準を設定している。労務状況を分析し、職員の働きやすさと業務の安定を両立している。労務管理面では、各種規程を整備し、適切に届け出・周知している。労働時間や休暇取得などの実態をデータで把握し、改善につなげている。健康管理では、健康診断や感染対策、院内暴力への初動対応体制等を整備し、ストレスチェックや外部相談窓口の設置も行い、メンタルヘルスにも配慮している。福利厚生として保育施設や食堂、保養施設を備え、クラブ活動や親睦行事を通じて職員間の交流を促進しており高く評価できる。

教育研修委員会が年間計画を策定し、eラーニングやOJT、集合研修を組み合わせ、職員が継続的に学べる環境を整備している。看護部やリハビリ部では、クリニカルリーダーやマネジメントリーダーを活用し、職能の見える化と成長支援を行っている。リハビリ部門では年間研究にも取り組み、専門性の深化を図っている。看護部門では職種別リーダーを整備し、多様なキャリアに対応。介護職には資格取得支援や専門研修を行い、質の高いケアにつなげており高く評価できる。さらに、キャリア段階に応じた教育プログラムを整備し、初期研修から管理職研修まで段階的に実施。講義・実技・テストを組み合わせ、多面的な成長を支援している。実習受け入れにも積極的で、指導体制を整え、教育機関と連携しながら、安全で質の高い実習環境を提供している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、病院案内やホームページへの掲載、院内掲示を通じて周知を図っている。診療記録の開示指針も整備し、患者からの請求に基づいて開示対応を行っている。患者への説明と同意に関しては、方針・基準・手順を明文化し、説明書・同意書は統一書式を用いている。説明時には、補足説明やクリニカルパスを活用して理解促進を図っているが、同席基準等については検討が望まれる。患者参加の促進に向け、診療情報を積極的に共有している。入院案内にリストバンドの使用を明記し、感染予防や誤認防止に努めるとともに、既往歴・服薬歴・アレルギー情報を電子カルテで一元管理し、多職種で共有している。入院診療計画書や薬剤情報、タブレット端末なども活用し、個別性に応じた説明・指導を実施している。さらに、リハビリや日常生活のスケジュール表を配布し、患者の自発的参加を促している。患者支援体制として、地域連携室に社会福祉士、看護師（緩和ケア認定看護師含）、事務職を配置し、経済面や福祉制度、心理的支援に至るまで幅広い相談に対応している。前方病院訪問により生活背景や支援ニーズを把握し、多職種連携のもと、制度活用や評価結果に基づいた個別支援を行っている。複雑な事例は「患者サポート会議」で支援方針を協議し、職員間で共通認識を図っている。退院後も在宅医療や介護サービスを含む継続的支援体制を構築している。個人情報保護については、各種規程や匿名化手順を整備している。全職員対象にeラーニングによる研修を実施し、患者名の掲示や面会対応などは同意の上で行っている。倫理的課題への対応としては、人生の最終段階における医療・ケア、輸血拒否、ACPなどの方針を明文化し、倫理委員会や患者サポート会で継続的に検討している。各部署では倫理カンファレンスを実施し、必要に応じて多職種での検討を行っている。

施設・設備面では、バリアフリー設計や院内設備を整備し、安全・快適な療養環境を確保している。清掃や空調管理、寝具交換、適切な浴室選定などを通じて衛生環境を保ち、生活上のプライバシーにも配慮している。敷地内禁煙を徹底し、掲示物やパンフレットによる啓発を行っている。また、禁煙外来で患者・地域住民の支援を実施している。

4. 医療の質

ISO9001の認証取得および更新を通じて業務の質を保証し、ISO委員会による内部監査を実施している。また事業計画に基づき、部署・病棟単位の進捗を管理表で可視化し、チーム全体で課題や教訓を共有している。病棟リハビリ部会、情報部会、スタッフ育成部会、重症患者ケア部会など、特性に応じた横断的な部会を編成し、課題解決を図っている。診療の質向上においては、リハビリテーション関連の臨床指標・質指標を収集し、一部は院内に掲示している。診療部は定期的にカンファレンスを開催して相互点検を実施している。患者・家族の声を医療サービスの改善に反映するため、院内に意見箱を設置し、サービス向上委員が毎週確認・回収している。回収した意見・要望・苦情には院内手順に従い迅速に対応している。重要な意見は、患者サポート会議やサービス向上委員会で再発防止策・改善策を多職種で検討している。さらに、外来・入院患者アンケートに加え、回復期リハビリ病

棟・緩和ケア病棟では退院時アンケートも実施し、データを比較・分析して改善に活かしている。新たな診療・技術導入にあたっては、各部署で議論した後、倫理委員会の承認を得る体制を構築している。新規医薬品は薬事審議査定会議で検討し、臨床研究の実施は倫理委員会で十分に審議している。

診療・ケアの責任体制を明確に整備し、病棟・外来では責任者名を掲示している。病棟内では、各担当者名を表示し、ベッドネームには主治医と担当看護師の氏名を明記して患者・家族に周知している。診療記録は電子カルテで一元管理し、医師・看護師・療法士・薬剤師・栄養士・相談員などが、診療記録に関する記載マニュアルに基づいて記録している。2週間以内の退院時サマリーの作成率は100%を維持しており、診療情報管理委員会が年2回記載内容を点検し、必要に応じて医師会長会議・管理者会議でフィードバックしている。多職種による協働体制も確立しており、患者に必要な診療・ケア計画を連携して策定している。定期的に合同カンファレンスを開催し、身体状況などの情報を共有したうえで方針を決定し、電子カルテに記録している。NST、褥瘡対策、認知症ケア、排尿自立などの専門チームが組織的に活動し、必要に応じてカンファレンスやラウンドを実施して専門的視点から支援している。介護福祉士も「ミニカンファレンス」に参加し、職種間の連携を図っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全対策部を設置し、専任の看護師を医療安全管理者として配置するとともに、医薬品安全管理責任者（薬剤師）、医療機器安全管理責任者（臨床工学技士）、医療放射線安全管理責任者（医師）を選任している。インシデント・アクシデントの報告は電子カルテを通じて全職種からタイムリーに受け付け、医療安全管理者が現場支援や分析・集計を行い、改善策を検討している。医療事故発生時には、医療事故防止委員会を速やかに開催し、重大事故の場合には緊急対応委員会で対応方針を協議する手順である。

誤認防止対策としては、フルネームでの名乗り、生年月日・リストバンドなど複数の識別子を組み合わせた確認を徹底し、検体・チューブの取り違い防止にもマニュアルに基づいて対応している。皮膚疾患等によりリストバンド装着が困難な患者に対しては、皮膚保護帯や柔らかい素材のリストバンドの使用、また患者移動時には必ず患者とともに移動させる運用とするなどの方法で、識別精度と安全性を高めている。医師の指示は原則オーダリングシステムで運用し、口頭指示時はメモとダブルチェックを併用する体制を整備している。情報伝達は口頭でなく電子カルテのコメント機能を使用し、伝達エラーの防止を図っている。薬剤の安全使用では、持参薬の処方鑑別や代替提案を薬剤師が行い、アレルギー情報を電子カルテで共有している。一包化やダブルチェック体制を通じて、薬剤の取り違い・重複投与を防止している。医療機器の安全使用においては、各機器の使用マニュアルを電子カルテに掲載し、職員が確認できる体制を整備している。臨床工学技士が年間スケジュールに基づいて研修を行い、機器導入時はメーカーによる説明会も実施している。

転倒・転落防止では、全入院患者に対してアセスメントスコアシートで評価を行い、危険度ごとに色分けして情報共有している。予防策は患者・家族への説明と同意を得たうえで実施し、週ごとに再評価を行っている。急変時対応としてはコードブルーを設定のうえ院内に掲示し、全館放送で対応する仕組みを整備している。救急カートは定期点検により常時使用可能な状態を維持しており、備品の確認記録も保管している。BLS 研修は救急蘇生委員会が計画・実施し、受講率の把握も行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて組織的な体制を確立し、全職員が感染防止に取り組める環境整備を進めている。院内感染対策委員会を開催し、感染制御チーム（ICT）による院内ラウンドでは、多職種が参加し、環境整備状況や感染症対応の確認を行っている。また、感染管理認定看護師（ICN）は別途ラウンドを行い、手指衛生やPPE 着脱手順などを点検し、問題点は報告書にまとめて委員会へ提出し、現場へのフィードバックを実施している。ICN を中心にマニュアルの見直し・改訂も適宜実施し、実践内容と運用の整合を図っている。感染情報の収集については、各病棟から週1回提出される感染レポートをもとに、感染状況を常時把握している。感染の拡大が疑われる場合には、アウトブレイクの定義に基づいてマニュアル通りの対応を実施しており、地域の感染対策合同カンファレンスへの参加によって得られた知見も委員会で共有している。

日常的な感染対策活動として、標準予防策と感染経路別予防策を明示したマニュアルを全職員が遵守し、個人防護具を必要な場所へ適切に配置している。病室入口には速乾式手指消毒剤を設置し、職員は携帯用消毒剤を携行しており、その使用状況は定期的に測定し各部署へフィードバックを行っている。また、入院時案内に感染対策の留意点を明記し、患者・家族の協力も得て感染制御に努めている。感染性廃棄物はハザードマーク付きの専用容器に回収し、リネン類は汚染時速やかに密封して処理室へ搬送する手順を徹底している。抗菌薬の適正使用にも注力している。薬事審議査定会議において採用薬の見直しを行い、抗菌薬適正使用支援チーム

（AST）がラウンドで使用実態を確認している。起炎菌や感染部位の特定には必要に応じて培養検査を実施し、より適切な抗菌薬へ移行できる体制を整えている。抗菌薬の使用状況は院内感染対策委員会で報告・検討され、医師へのフィードバックも行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報企画委員会を中心に広報活動を計画・管理し、各部門から集約した情報を精査・発信している。広報誌やホームページ、院内掲示、パンフレットを活用し、医療機能やサービス内容を地域住民にわかりやすく伝え、医療機関への理解促進と信頼関係の構築に努めている。また、地域のWeb サイトにも情報を掲載し、広く地域へ健康・医療情報を提供している。地域連携では、地域連携室を中心に多職種が情報を共有・分析し、個別性に応じた支援を実施している。市内の医療機関との連携

会議や施設訪問を通じて関係を強化し、緩和ケア認定看護師が初期面談から情報共有、支援まで一貫した支援を行っている。医療的課題に加え、心理・社会的な側面にも包括的に対応し、退院後は通所・訪問・入所サービスとの連携により切れ目のない支援体制を構築している。紹介・逆紹介のデータ分析などを通じて、連携の質向上と改善にも取り組んでおり、高く評価できる。

地域貢献活動としては、院内での健康教室や講演会に加え、町内会や地域イベントに積極的に参加し、医師や看護師、リハビリスタッフによる講話や実技指導を実施している。フレイル予防やACPなどをテーマとした健康講話や体操を提供し、住民の介護予防意識の向上に寄与している。さらに、地域ニーズの把握や他機関への講師派遣、専門職向けの研修開催などを通じ、地域包括ケアの推進と人材育成に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、ホームページや院内掲示等で診療体制や受診方法を案内し、予約制を原則とすることで待ち時間を短縮している。紹介患者は地域連携室が事前に診療情報を把握し、受け入れ準備を整えている。検査においては、説明と同意取得を徹底し、嚥下造影検査は多職種カンファレンスで実施可否を判断している。入院は地域連携室が一元的に対応し、ベッド調整会議で可否を判定、インテーク記録を通じて情報を電子カルテで共有している。医師は診断・評価に基づいて治療計画を策定し、各職種が初期評価や計画書作成に参画している。リハビリ計画ではFIM評価や家族の意向を踏まえ、多職種で柔軟に見直している。医療相談は地域連携室が窓口となり、必要に応じて専門職や地域資源と連携して対応している。患者が安心して入院できるよう、入院手続きや生活指導を実施し、病棟看護師がオリエンテーションを行っている。医師はリハビリの統括と安全な処方に努め、看護師はアセスメントに基づいて看護計画を実施している。介護職は日常生活支援やレクリエーションを担い、療法士と連携して自立支援を進めている。投薬や注射は薬剤師と連携し、今後は配薬時のダブルチェック強化を予定している。輸血についてはマニュアルに従い、複数名で確認を行いながら副作用に備えて対応している。褥瘡管理はマニュアルやフローチャートに沿ってケアを標準化し、リスク評価やDESIGN-R2020を用いた評価、対策チームによる定期回診を行っている。栄養管理ではNSTが連携し、アセスメントやモニタリング、アレルギー対応などを実施している。症状緩和においては疼痛や精神症状を看護基準で対応し、NRSなどで評価を可視化している。理学・作業・言語療法は、それぞれの専門性を活かし、安全性と機能回復を重視した訓練を展開し、多職種間で進捗を共有している。生活機能の向上に向けては、日常生活動作ごとに目標を設定し、チームで一貫した支援を行っている。身体拘束は最小化を基本とし、同意取得と観察・記録を行っており、観察項目のルール化や拘束中の継続的な観察、記録についても整備を進めており、確実な対応が望まれる。退院支援では、入院時からスクリーニングを行い、退院支援計画書を作成し、在宅準備や必要物品の調整、在宅サービスとの連携を図っている。継続ケアが必要な患者には、情報共有と合同会議により、在宅療養体制を整備している。

<副機能 一般病院1>

外来患者に対しては、紹介医からの診療情報提供書や初診時に記載する問診票、本人からの問診などで情報収集している。地域医療連携室に専従の社会福祉士・看護師を配置し、紹介患者は原則断らない方針で地域の医療関連施設から患者を受け入れている。患者の症状・検査所見に応じて、必要な場合は他の診療科へ依頼し、合併症などの全身的な評価を行い、十分に検討した上で入院を決定している。侵襲を伴う検査では、必要性和リスクについて説明し、同意書を取得して実施している。入院診療計画書は、患者・家族の要望や心理状況、社会的背景などを把握したうえで作成している。医師は毎日回診を行っており、患者情報を把握し、投薬・輸血・処置など必要な指示を速やかに行っている。重症患者には、臨床工学技士や療法士、薬剤師、管理栄養士などの多職種や、NST 褥瘡対策チームや感染制御チームなどの多職種によるチームが必要に応じて介入できる体制を整えている。リハビリテーションは365日毎日実施しており、実施前後の評価はFIMを用いて行っている。医師や病院スタッフ、訪問診療医師、ケアマネジャー等が参加する退院前カンファレンスを開催して退院支援を行っている。身体拘束をやむを得ず実施する場合には、主治医の指示に基づいて実施しているが、引き続き観察の頻度などを検討のうえ、確実な対応が望まれる。

<副機能：慢性期病院>

入院受け入れ方針を定め、多職種によるベッド調整会議で入院を決定している。多職種が共同して入院診療計画書を作成し、診療計画を具体化した看護計画などを作成している。地域連携室の社会福祉士は病棟担当制をとり、入院前面談から継続的に介入し、幅広い相談に対応している。医師は患者の病態を診断・評価し、必要な回診や面談を行っている。また、多職種カンファレンスに参加し、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護・介護職は、看護基準・手順などを整備し、患者の状態に応じた日常生活援助と診療の補助業務を行っている。リハビリテーション・ケアでは、摂食・嚥下機能、排泄機能、移動能力、認知機能等々を評価し、生活機能の維持・向上に取り組んでいる。また、季節の行事や飾りつけ、誕生日に祝い膳を提供するなど、療養生活の活性化を図っている。身体拘束の最小化に関するマニュアルを整備し、身体拘束は原則実施しない方針とし、アセスメントスコアシートを用いて必要性を評価しているが、観察頻度等に関して引き続き検討のうえ、確実な対応が望まれる。ターミナルステージへの対応では、指針に沿って、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを多職種で行っている。

<副機能：緩和ケア病院>

週1日の緩和ケア外来は、受診の流れをホームページなどで案内している。受診時には、緩和ケア認定看護師や外来看護師が同席し、医師の診察後、看護師は疑問への対応や意思決定支援を実施している。また、緊急時などの予約外や夜間・休日にも対応している。相談について外来では、地域連携室の緩和ケア認定看護師や社会福祉士が担当している。患者・家族の要望に応じて外来受診や病棟見学も可能で

ある。入院判定は医師や多職種で総合的に判断し、患者・家族に説明の上、不安軽減に努めている。検査は前医の結果を活用し、必要最小限とし、苦痛緩和目的の検査・処置は説明・同意の上で実施している。病棟では「その人らしく快適な生活ができる」ことを目指して、多職種でケア計画を立案し、スピリチュアルなニーズにも配慮し、イベントを充実しており、患者の自律支援やQOL向上に向けての活動は優れている。薬剤管理や褥瘡対策、栄養管理も多職種連携で実施している。リハビリや生活支援も療法士が担当している。身体拘束は原則行わず、苦痛緩和やQOL向上を重視している。退院支援も入院前から開始し、在宅医療や福祉サービスと連携している。臨死期には希望に応じた対応や家族の宿泊も可能で、デス・カンファレンスやグリーフケアも実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、薬剤師が全入院患者の薬歴を入院時に確認し、持参薬を含めた処方鑑査、処方提案、疑義照会、調剤確認を一貫して実施している。注射薬は1施用単位で病棟へ払い出している。臨床検査では、院内機能に即した検査項目を実施している。パニック値は速やかに医師と看護師へ電話報告し、不在時の対応医も定めている。生理検査では、プライバシー保護にも配慮している。画像診断では、医師の指示に基づき、単純X線、透視造影、CT、MRI、RI検査を実施している。夜間・休日は放射線技師がオンコールで対応し、必要に応じて外部に読影を依頼する。栄養管理では、温冷配膳車による適温配膳を徹底し、行事食や緩和ケア病棟でのセレクト食により食への意欲を引き出している。嗜好や嚥下機能に応じた対応も行い、多職種と連携して最適な食事を提供している。調理業務は衛生管理マニュアルに基づき、安全性を確保している。リハビリテーション部門では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、多職種と連携して質の高いチーム医療を提供している。安全で効果的な介入を心がけ、家屋調査の手順を整備して在宅復帰を支援している。診療情報管理では、診療情報管理士を配置し、管理規定・マニュアルを整備して記録の精度と安全性を確保している。1患者1IDの原則に基づき診療情報を統一的に管理し、同姓同名の識別も徹底している。記録の精度管理にも注力し、DPC様式や退院時サマリーのコーディング精査を行い、全国がん登録や統計作成にも活用している。医療機器管理では、検査科に臨床工学技士を配置し、病棟や高圧酸素室で機器管理に対応している。人工呼吸器やモニターはメーカー保守契約で管理し、新規購入時には標準化の視点で協議している。洗浄・滅菌では、SPD室が各部署からの滅菌物を確認し、委託業者へ引き渡している。一次洗浄は病棟で病棟クランクがPPE装着のうえ専用シンクで実施し、乾燥後は容器に収めて鍵付き棚で保管している。

病理診断では、消化管内視鏡検査に伴う生検を行い、検体処理から外部委託までの手順を整備している。輸血・血液管理では、院長が指導責任者として全体を統括し、製剤の保管・管理・受け払いをマニュアルに従って実施している。救急医療では、救急告示病院ではないものの、地域の需要に応じて当番医と看護師が対応している。AEDや救急カートを外来に設置し、重症化に備えている。

10. 組織・施設の管理

各部門からの収支計画をもとに、投資の妥当性や現場の意見を踏まえた予算案を策定し、理事会の承認を経て最終決定としている。設備投資については費用対効果や将来性を重視しており、予算と実績の差異は定期的に分析・共有され、経営改善に活用している。財務指標の継続的な分析と外部監査法人による二重監査体制を通じて、経営の透明性と健全性を確保している。診療報酬請求に関しては、医事課による点検体制と医師の確認を徹底し、DPC 請求においては病名漏れ防止ツールを活用して精度向上に努めている。査定・返戻への対応は薬事審議査定会議で検討し、適正請求を推進。施設基準の遵守と届出管理も体制化され、専用データベースと定例会議で確認している。未収金は月次報告を通じて分析・対応し、連帯保証人代行制度を導入することで未然防止にも取り組んでいる。委託業務においては、業務委託規則に基づく評価と契約を実施し、年1回の ISO 供給者評価や委員会で業務品質の管理・改善に努めている。

施設設備は日常点検に加え、外部業者による保守点検を年次計画に基づいて実施。医療ガスについても厳格な法定管理を行っている。緊急時に備えて連絡先リストを整備し、夜間・休日の対応体制も確保している。清掃状況や廃棄物処理も適切に管理され、感染性廃棄物は法令に基づいて分類・保管・処理を徹底している。物品管理では、購入規程と稟議書制度により、価格・品質・性能を比較検討して選定している。SPD システムにより医療材料を中央管理し、在庫の最適化と迅速な補給を実現している。年2回の棚卸しで実在庫と帳簿の整合性も確認し、無駄のない効率的な物品運用を推進している。防災体制では、防災マニュアルや緊急連絡網を整備し、年2回以上の訓練を実施している。非常用自家発電装置や医薬品・水・食料の備蓄、他院との相互支援協定などを通じて、災害時の対応力を高めている。BCP も策定し、優先業務や復旧計画を明示した上で、職員訓練により実効性を高めている。保安業務は専門警備業者と連携し、記録や定期的な打ち合わせで保安品質の維持・向上を図っている。監視カメラや出入管理の徹底、巡回による異常の早期発見など、多層的な対策を講じている。

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	B
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	S
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	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	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	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	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	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	B
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	C
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	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	NA
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	S
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	A
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	S
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	S
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
-------	---------------	---

機能種別：一般病院 1（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	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	NA
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	B
2.2.17	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	C
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

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を确实・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している	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 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	S

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	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	B
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	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	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	B
2.2.16	栄養管理と食事支援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	A
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	A
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	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	C

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	A

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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 : 社会医療法人平成醫塾 苫小牧東病院
- I-1-2 機能種別 : リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)、慢性期病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)
- I-1-3 開設者 : 医療法人
- I-1-4 所在地 : 北海道苫小牧市明野新町5-1-30

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	65	65	+0	79	20
療養病床	195	195	+0	93	93
医療保険適用	195	195	+0	93	93
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	260	260	+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		
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	104	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	15	+0
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 :

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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

