

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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2月16日～2月17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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、北見・網走・オホーツク広域診療圏に位置し、置戸町唯一の病院として、一般病床、医療療養病床を運用するとともに救急告示病院として地域医療に貢献し、地域住民より多大な信頼を得ている。病院機能評価は初回から継続的に受審しており、日本赤十字社の精神を堅持し、早期から質改善に取り組まれ多くの項目が一定の水準に達していることが確認された。今後も、貴院が目指す患者中心の医療に取り組まれ、引き続き自院の役割・機能を発揮されていか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・基本方針は明確であり、良質で安全な医療の実現と患者中心の医療を目指して、全職員が日々努力している。病院の将来に向けて課題を明確にして、中・長期計画が策定され経営の安定と機能の向上が図られている。情報管理の重要性は認識され、コンピュータ委員会が機能し、管理担当者も配置されている。病院が管理する文書は、規程に基づき作成、保存、改訂履歴の記載などが行われている。

人材の確保については、地域の急性期と慢性期医療を担う中核的な医療機関として、必要な人材の確保や育成に努力されている。人事・労務管理は各種規程や就業規則に沿って行われ、産業医の関与による、過重労働へのバランスを考慮した指導などの取り組みは評価できる。衛生委員会が設置され、産業医による職場巡視、労務災害防止への取り組み、職員への精神的なサポート支援、ハラスメント対策などが実施されている。

全職員を対象とした研修については、委員会等を設置することにより、自院で定

めた必要性の高い研修の計画的な実施に取り組まれることを期待したい。職員個別の能力の把握については、自己評価調査書とヒアリングによる評価が行われ、能力開発も職員の資格取得が奨励され、その成果も見られる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示、ホームページ等に掲載している。職員には、研修会、ネームカードなどで周知している。説明と同意の方針は明確であり、手順に沿って実施されている。診療・ケアに必要な情報は、面談や診療計画書等を通して患者や家族の要望を確認している。相談体制は看護部長と医事課職員が担っている。外来患者については在宅支援地域外来情報共有シートを用いて内容を把握し対応している。入院患者の相談は、退院調整係が対応して必要に応じて医師も介入している。個人情報保護に関する規程が定められ、患者にはホームページへ掲載し、職員には初任時研修や職員手帳に記載して周知している。主要な倫理的課題の方針や考え方は明確となっている一方、現場で解決が困難な課題は、倫理委員会への検討手順について研修会等を通して職員に周知し、倫理委員会での活発な課題の検討を期待したい。

来院者へのアクセスは、駐車場・バス停・タクシー待機所が設置されている。病院内はバリアフリーであり、高齢者や障害者に対する介助・支援も行き届いている。敷地内禁煙であり、禁煙外来を設置するなど禁煙が推進されているが、職員の喫煙については禁煙に向けた啓発活動により、喫煙率の低減化を目指されたい。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、病棟と外来に投書箱を設置し、また、面談や電話での意見聴取も行って、患者・家族からの提言を収集している。収集された意見は、患者サービス向上委員会で検証と対応の検討を行い、管理会議で承認された後に回答を院内に掲示している。診療の質向上に向けた活動については、病棟内で多職種の参加によるカンファレンスが行われている。部門横断的な改善活動として、患者サービス向上委員会があり改善の実績もある。新たな診療の機器の導入に際しては、院内の委員会等による組織的な検討を得て承認される仕組みとなっている。臨床研究に関する審査は少数であるが、倫理委員会で承認するシステムとなっている。

診療記録は、「診療録記載に関するマニュアル」に基づいて、必要な記録が適時電子カルテに記載され、退院時サマリーの2週間以内の作成率は継続して高い作成率を維持している。多職種協働による患者の診療・ケアについては、多種のカンファレンスが実施され、NST等専門チームによる診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全における組織体制は、医療安全管理委員会があり、下部組織に医療安全推進室がある。医療安全管理者は看護係長であり、組織横断的に活動している。院内のインシデント・アクシデントは収集され、月間統計を作成し必要に応じてRCAを行っている。

医師の指示出しから実施に至る過程は、電子カルテで安全・確実に行われ、さらに指示の中止・変更への対応も適切である。ハイリスク薬、麻薬の使用は規程に則り適切に行われている。全入院患者にリスクアセスメントと個別対応策を実施している。毎週、転倒・転落、身体抑制カンファレンスを行い事故発生防止に努めている。病棟で使用される医療機器は、毎日看護師がチェック表を用いて点検している。モニターのアラームは医師に確認し設定をしている。院内緊急コード「ドクターコール」が設定されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた組織として、院長を中心に多職種から構成された院内感染防止対策委員会がある。医療関連感染制御に関するマニュアルを整備し、ICD、ICN を中心に多職種から構成された ICT が有効的に活動しており、院内の感染状況の把握やラウンドを通じた改善活動を行っている。ICT は院内感染状況を把握するとともに、外部からの感染情報を医師会や保健所から収集し、ICT 内で情報を共有している。アウトブレイクに対しては ICT が主導し、患者隔離、職員の PPE 指導、保健所連絡など手順に沿って対応し終息した実績がある。地域の基幹病院と合同カンファレンスを行っており、アンチバイオグラムデータの集計の報告をしている。

医療関連感染を制御するための活動として、標準予防策の遵守に努めるとともに、ICT によるラウンドや手指消毒剤のモニタリングが行われ、使用量の少ない部署への啓発が行われている。感染性リネンや感染性医療廃棄物の取り扱いも手順に則り行われている。抗菌薬の採用・採用中止は、薬事委員会で検討し、抗菌薬の適正ガイドラインが設定されている。抗菌薬の使用は届け出制となっている。院内における分離菌感受性パターンは ICT 内で共有され、適正な使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の発信は、ホームページ、病院案内等を通して積極的な対応が図られている。ホームページには、病院の理念、基本方針をはじめ各診療科の概要や医師紹介、診療実績、診療ガイドライン等を掲載するなど、患者が自院を選択する際の参考になるような具体的な情報が掲載されている。また、それらの情報は地域の医療・介護・福祉施設にとり、連携の観点から有用なものとなっている。地域連携については、二次医療と慢性期医療を担う重要な機関として、地域の医療ニーズを踏まえた連携に努めている。市の急性期医療機関との連携や地域の診療所・福祉関連施設との連携は、患者の病態に沿ったきめ細かな対応がされている。紹介元や紹介先との定期的な医療連携会議やケースカンファレンスも継続的に行われている。地域への啓発活動は町の依頼で「自立支援型地域ケア会議」「地域リハビリテーション支援事業」「介護予防活動支援事業」に看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフを派遣している。また、リハビリテーション部門では、高齢者向けのリハビリテーション教室を実施するなど、積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の際の初診、再診、紹介患者案内、会計などの窓口は、わかりやすく案内されている。診断的検査は、医師が必要性とリスクについて説明している。入院に際して、医師は患者の診察結果をもとに患者や家族の要望も入れ、看護師と協働して迅速に入院診療計画書を作成し、ていねいに患者・家族へ説明した後同意も得ている。

主治医は毎日回診し、病態を把握するとともに診療内容を診療記録に記載している。看護方式はチームナースングと機能別を用いて、看護・介護が実践されている。患者の身体的・心理的・社会的ニーズは看護師によるものと介護士によるアセスメント表も作成されているなど、多職種と情報共有されている。介護福祉士の介護係長が配置されており、介護福祉士の専門性を活かして日常生活の活性化や自立支援に大きく関わり、看護師と協働されていることは、高く評価できる。入院前面談で在宅復帰の意向を把握し、医療相談個人表や在宅スクリーニングシートを作成して患者と情報共有している。退院にあたっては、退院調整看護師が中心となり患者の要望に沿った退院支援が行われている。ターミナルステージの指針を、終末期マニュアルに明記し、患者・家族の意向に沿った終末期ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬の病棟への払い出しは、1患者1施用ごとの取り揃えであるなど薬剤管理機能はおおむね適切に発揮されている。臨床検査機能は、臨床上必要な検査項目の実施が対応可能であり、結果は速やかに報告されている。パニック値は院内の手順に従い、医師に電話で迅速に報告している。画像診断機能は、レントゲン検査とCT検査が必要時にいつでも検査ができる体制である。リハビリテーション機能は、入院患者を中心に計画に基づいた訓練が行われている。主治医との連携は適時行われ、病棟での多職種カンファレンスを通じて情報共有も行われている。診療情報管理は、業務マニュアルに沿って、診療情報の登録、量的点検、がん登録など多岐にわたる業務が行われている。中央滅菌材料室では、各種のインディケータを実施して、滅菌の精度を確認しているが、リコール規定の明確化を期待したい。

輸血部門の責任者・担当者は明確で、発注から廃棄までの過程は輸血マニュアルに沿って行われている。町内唯一の医療機関として、断らない医療を実践しているが、自院で対応が困難な場合は、近隣の病院に搬送している。休日前には常にベッドを開けておき、緊急入院に対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算作成・会計処理・会計監査・経営状況の把握など規程に則り実施されている。医事業務はマニュアルに沿って医事課により行われ、一部負担金や未収金の管理も適正に行われている。医師によるレセプト点検が行われ、査定・返戻については再審査請求も実施している。施設基準の適合確認も毎月行い、新規や上位基準取得の検討も行っている。委託業者の選定は、一般競争入札で選定され、業務の実施状況は、業務日誌の確認や委託業者と打ち合わせを行

って把握している。病院が開催する医療安全や感染対策等の研修に委託業者の職員も参加している。

施設・設備の管理は24時間体制で、電気、空調、防火設備などの日常点検と保守管理を行っている。感染性廃棄物はマニフェストを電子システムで管理し、最終処分場の確認も行っている。

災害対策マニュアルや消防計画が整備され、緊急時の責任体制、初動対応などが確立されている。大規模災害に備えて食糧や飲料水なども確保され、大規模災害時の日赤病院間の支援についても検討されている。紛争の恐れがある事案や訴訟が発生した場合の対応も整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医学生、看護学生などの学生実習を受け入れており、感染症対策に配慮された受け入れとなっている。カリキュラムに沿った実習が行われ、学校の評価方法に沿って評価を行っている。医療安全や感染対策、個人情報保護等に関する教育を、オリエンテーション時に実施している。患者には、事前に学生実習についての説明を行い書面で同意を得ている。事故発生時の賠償についても契約書や実習要領に明記している。

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	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	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	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	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	B
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	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	S
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	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	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	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	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	B
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	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	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	A
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 置戸赤十字病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 北海道常呂郡置戸町字置戸77

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	47	47	+0	78.1	30.6
療養病床	48	48	+0	70.6	257.02
医療保険適用	48	48	+0	70.6	257.02
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	95	95	+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		
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： 2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	69.25	70.16	81.78	98.70	85.79
1日あたり外来初診患者数	2.36	1.89	3.53	124.87	53.54
新患率	3.41	2.69	4.31		
1日あたり入院患者数	70.62	79.92	86.86	88.36	92.01
1日あたり新入院患者数	1.13	1.05	1.10	107.62	95.45