

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および8月1日～8月2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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は1987年7月に開院され、当初よりリハビリテーション機能の充実に注力され、急性期医療の後方支援としてポストアキュートに重点を置いて運営されてきた。当地区ではいち早く緩和ケア病棟を開設され、がんによる身体的、精神的苦痛を抱える患者に対応している。近年は近隣医療機関の医療機能の変遷もあり、在宅医療を視野に入れたサブアキュート機能の充実を推進している。現在は緩和ケア病棟はじめ障害者施設病棟、特殊疾患病棟、医療療養病棟、介護療養病棟を擁し、多様なニーズに対応する体制とされている。緩和ケアにおいては推進役として地域のリーダーの役割を發揮している。

今回の更新審査にあたり、過去の指摘事項などを踏まえて改善に取り組まれてきたことを確認できた。医療制度の変遷を見据え貴院の将来像の実現に向け、人材充実・機能充実を図りさらなる質の向上に取り組まれるとともに地域の推進役として貢献、発展されることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確にされ、院内外への周知も適切に取り組まれている。幹部は医療情勢の変化を捉えながら貴院の進むべき方向を示唆している。職務規程に基づいた組織が形成され、病院運営に必要な会議・委員会も適切に開催されている。情報管理はおおむね適切である。

採用の難しい地域事情はあるが、将来展望の実現に向けてさらなる人材確保の努力を期待したい。諸規則・諸制度は整備されており、労務管理はおおむね適切である。職員の健診、抗体検査、ワクチン接種の体制は評価できる。職員に対しては送迎バスの運行や、寮・社宅の整備、職員食の提供など福利厚生に注力している。教育・研修はおおむね適切である。職員の能力評価・開発については、人事考課制度を構築中とのことであり、昇進・昇格制度の整備と併せて早期の導入を期待したい。

### 3. 患者中心の医療

「患者権利憲章」が定められ、唱和や掲示、ホームページなど各種媒体を通して院内外に周知されている。説明と同意では、方針と手順に沿って現場での実践に努めている。情報提供書などで情報共有が図られ、医療安全への参加を促す仕組みがある。医療相談室ではMSWが種々の相談に対応し、患者との対話を促進している。個人情報保護方針、プライバシーの確保は適切である。医の倫理委員会が設置され、臨床倫理課題を検討する体制が整備されている。患者・家族の倫理的課題については、病棟などで情報を得て真摯に対応されている。

療養環境の整備・利便性については、立地条件の不利を補うため送迎バスの運行、必要物品の売店での発注、インターネット接続機器の貸与など独自性のある取り組みがなされている。院内のバリアフリーほか病棟の療養環境、設備配備、保守管理も適切に行われている。

### 4. 医療の質

意見箱の設置、患者満足度調査の実施など、患者・家族の意見を聞く体制は整備されている。投函の実績は少ないが、改善に結びついた事例もある。多職種カンファレンスを通して情報の共有が図られている。臨床指標の収集は行われており、分析・活用に期待したい。業務改善委員会、医療の質改善委員会が組織され、業務の質改善に向け部門横断的な取り組みがある。病院機能評価受審は一つの契機として、今後も継続的な活動を期待したい。新たな医療機器導入時や新規薬剤採用時の体制は適切であり、薬剤の適応外処方については、指針の整備、倫理委員会の審査など適切である。

病棟・外来の管理・責任者の掲示などは適切に行われている。診療記録の記載、質的点検の体制は適切である。多職種協働は褥瘡対策、NSTなどのチーム活動が適切に展開されている。

### 5. 医療安全

「医療安全管理体制に関する院内基準」に方針や組織体制が整備されている。委員会は毎月開催され、医療安全に向けた体制は適切に確保されている。委員会のメンバーは各部署でリスクマネージャーとして活動している。インシデント・アクシデント報告は全職種から提出され、RCAによる分析・対策の検討が行われている。また、外部情報の周知体制も適切である。

患者・部位・検体などの誤認防止、転倒・転落防止、医療機器の安全使用は、いずれも現場で確実に対策がとられ実践されている。薬剤量の単位や記載方法は院内で統一されている。病理検査で悪性所見が報告された場合の説明内容を、病理検査連絡票に記載・管理する工夫は評価される。病棟の麻薬の定数配置は数量の見直しを検討されたい。患者急変時の対応では、緊急コードを設定し、救急カート、AEDも設置され、蘇生訓練、招集訓練も実施されており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

医療安全管理部の下、感染防止対策部門として ICT、院内感染対策委員会が組織され、院内ラウンド等の活動があり研修体制も適切である。分離菌の把握、抗菌薬使用量の把握など院内サーベイランスが行われている。JANIS への参加もある。アウトブレイクについては定義があるが、模擬訓練の実施についても期待したい。抗菌薬は使用指針に沿って適切に使用されている。

速乾性手指消毒薬の使用量把握などで標準予防策の遵守状況を確認している。外来には「かぜ外来」と表示された診察室があり、感染症疑いの患者のトリアージ対応が適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の情報発信はホームページ、印刷物などを通し幅広く行われている。力を入れている緩和ケア、リハビリはそれぞれのパンフレットが作成されるなど評価できる。広報誌は近隣医療機関への配布のほか「郵便局」や「道の駅」に置くなどユニークな取り組みを評価したい。地域の連携は医療相談室の MSW を中心に、情報把握、訪問活動などが適切に行われている。特に親密先である製鉄記念室蘭病院とは共同で病院間のシャトルバスの運行を行っている。地域への教育・啓発活動については、緩和ケア、栄養管理の研究会の事務局として指導的立場にあり、研究会を開催している。その他、病院独自のセミナーの開催や、健康教室の開催、講師派遣など積極的な取り組みが行われており高く評価される。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は周知されており、受付等での案内も適切に行われている。外来では問診票の活用、看護師の予診のほか、症状に対応した体制がとられている。侵襲的な検査における説明・同意、検査中の観察・確認も適切に行われている。入院の決定は毎朝の入院担当者会議で滞りなく検討されており、不可の場合の対応も適切である。入院診療計画書は多職種の間にもありおおむね適切である。ケア計画については、入院時は定型文による説明、その後多職種カンファレンスを経て個別計画書が作成され説明されている。医療相談では MSW が患者・家族と対話し、内容により専門職への振り分けが円滑にされている。入院は入院担当者会議で決定された後病棟に連絡されており、入院判定基準や紹介患者受け入れ手順に沿って適切に行われている。

医師は問題症例や困難症例への対応、カンファレンスでの情報共有に際しリーダーシップをとっている。病棟看護師は基準・手順を遵守し、診療の補助や日常生活の支援が実践され、業務分担も適切に行われている。患者の全身状態の把握、必要な検査も適切に実施されている。注射薬の1施用毎取り揃えなど投薬・注射の実施、輸血後感染症検査を含む輸血の実施体制、重症患者の管理体制はいずれも適切である。褥瘡の予防・治療、栄養管理・食事指導、症状緩和、身体抑制は定めた手順を遵守し丁寧なケアが実践されている。リハビリテーションは療法士だけでなく多職種の関与が認められる。生活機能の向上では、患者の個別性を尊重したレクリエーションを行っている。

患者・家族への退院支援や必要な患者への継続した診療・ケアは多職種参加のカンファレンスを実施し、退院後の生活を見据えた支援が行われ、退院時に連携する医療機関等に診療情報提供書などの情報提供が行われている。ターミナルステージの対応についても適切に行われている。

#### ＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア病棟は開設以来、がん終末期の患者が身体的にも精神的にも安らぎを得られる病棟を目指している。病棟は細かな配慮が行き届き、落ち着いた雰囲気でも過ごしやすい病棟になっている。各種マニュアルやアセスメントシートなどが整備され、経験豊富な緩和ケア内科医師、看護師を中心に、多職種が連携してチーム医療を行っている。

入院までのプロセスでは、緩和ケア内科医師と外来看護師、医療ソーシャルワーカーが外来で必要な対応を行って入院や転院までの待ち日数を減らす努力を行っている。緊急の受診にも速やかに対応し、緊急入院用の病室を確保している。入院後は医師・看護師を中心に多職種によるチームで、患者・家族の個別の要望に対応した計画を作成している。薬剤師は持参薬確認、薬歴管理、必要な患者に服薬指導を行っており、看護師に対して薬剤についての注意喚起を行っている。管理栄養士は患者の嗜好調査を行い、少量でも経口摂取ができるよう工夫した食事を提供している。療法士は日常生活動作の自立性保持のために必要なリハビリテーションを実施している。症状緩和については、日本緩和医療学会のガイドラインなどに準じて治療方針を整備し、多職種によるカンファレンスにおいて症状緩和のための検討を行い実践している。QOL向上の取り組みとしては整備された屋上庭園、多くの季節の催し、週1回の常勤音楽療法士による音楽療法、アニマルセラピーなどを行っており高く評価できる。

退院支援については、退院前に退院調整カンファレンスを開催し、患者・家族の希望に沿った在宅支援を行っている。退院後の病状悪化に対する緊急対応は平日のみならず夜間・休日も適切に行っている。臨死期におけるケアは患者・家族の希望を尊重し多職種で情報共有して検討し、病状の変化に応じた対応を行っている。また、看取りの時期には、希望する看取りができるように家族の心情に配慮した対応を行っており適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理については、持参薬が5剤以上の場合のポリファーマシーの提言制度、DInewsでの不動態在庫の周知などは評価できる。検査の体制は適切であり、血液や検体採取、NST参加など検査技師の臨床への参加は評価される。画像診断の質確保のため、過去画像の撮影条件等の確認を行い検査の標準化への取り組みは評価できる。栄養管理においては患者の個別対応の取り組みは評価でき、リハビリテーションは療法士の訓練以外に、レクリエーションや病棟の生活リハビリへの指導などの取り組みがあり適切である。診療録の保管・管理、コーディング等は適切である。量的監査のチェック体制はチェックシートの活用等もう工夫願いたい。

医療機器は病棟など各部署において看護師が管理し、使用前・使用中・使用後の点検が行われている。洗浄・滅菌は器材等の洗浄業務は中央化され、各種インディケーターによる質保証、在庫管理が行われている。病理検査は外部委託であるがホルマリンの管理など適切に行われている。輸血は検査課の管理と薬剤科の管理で適切に実施されているが、一元化が実現されるとなお良い。救急は一次救急を告示しており、訪問診療先の緊急入院の対応など適切に機能している。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理、財務諸表の作成、会計監査の体制は適切であり、部署別収益計算書の作成は評価できる。自動釣銭機の導入など正確な収納に取り組んでいる。査定・返戻、未収金への対応は適切である。業務委託は総務課の管理のもとで評価、話し合いなど適切に行われている。施設・設備の保守管理はおおむね適切である。物品管理は適切に行われている。

災害時の対応は防災訓練、BCPの策定などおおむね適切であるが、災害用備蓄については方針が定められたところであり、早期に備蓄を整えられたい。保安業務は夜間の守衛配置など適切に行われている。医療事故発生時の対応も初動、報告体制、委員会の設置、弁護士参加の仕組みなどは定められており、賠償責任保険の加入、当事者のメンタルケアの体制も適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は理学療法士、作業療法士の受け入れがあり、学校側との契約、実習生への初期教育も適切に行われている。

# 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	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	A

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	B
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	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	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	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	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	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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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	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	B
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：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を確実・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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和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	身体抑制を回避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	臨死期への対応を適切に行っている	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：医療法人社団洞仁会 洞爺温泉病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院、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：北海道虻田郡洞爺湖町洞爺町54-41

## 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	100	100	+0	92.1	132.4
療養病床	116	116	+0	96	677.5
医療保険適用	28	28	+0	94.9	194.1
介護保険適用	88	88	+0	96.3	665
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	216	216	+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	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
特殊疾患病床	55	+0
緩和ケア病床	18	+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

## 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	48.23	47.15	33.72	102.29	139.83
1日あたり外来初診患者数	1.98	2.52	2.17	78.57	116.13
新患率	4.10	5.35	6.44		
1日あたり入院患者数	203.47	206.22	204.52	98.67	100.83
1日あたり新入院患者数	0.85	0.90	0.81	94.44	111.11