

# 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4月25日～4月26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	条件付認定（6ヶ月）
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
  1. 患者と一体となったもので確実な患者確認が行われる仕組みを確立し、継続的に実践してください。（2.1.3）
- ・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年に創設され、その後変遷を経て近年では、地域において特殊疾患・障害者医療、緩和ケア医療に取り組む役割・機能を備えた医療機関となっている。開設の精神は現在も理念として堅持され、近年では「新たな地域包括ケアの創出とガバナンスの確立を目指す」医療機関として、患者・家族はもとより広く地域の信頼を得られていることは高く評価できる。今回の病院機能評価は更新受審であり、継続して改善に取り組まれており、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。今後も貴院の役割・機能を発揮するための継続的な取り組みが期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

2013年に理念が見直され、「1. 個別性を尊重した医療の提供」「2. 信頼されるチーム医療の実践」となり5項目の基本方針とともに病院内外への周知も行っている。病院運営を適切に執行する機関としては「経営管理委員会」が意思決定機関であるが、「医局会議」や「法人運営会議」が検討や提案を行う体制である。経営管理委員会などを中心とした組織運営が行われ、方針や必要な情報が職員・組織全体に浸透している。中・長期計画や年次事業計画など病院の将来に向けた課題を明確

にして目標管理の手法も導入されている。現在、電子カルテシステムやオーダーリングシステムは導入されていないが、患者情報を有する電子機器は有している。紙媒体の医療情報のセキュリティ管理は規程に基づいて行われている。文書管理は「文書管理規程」に沿って管理している。施設基準などの法定人員は充足されている。人事・労務管理は就業規則や諸規程も整備され、職員への周知は入職時の説明会や諸規則の閲覧などにより周知徹底が図られている。衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。産業医・衛生管理者の選任も適切である。職員の定期健康診断も法令に沿って定期的実施されている。職員の意見を収集するための取り組みは、「職員やりがい度調査」を実施し、結果や病院の取り組みを公表している。全職員を対象とした教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に年間教育・研修計画が立てられ実践されている。職員個別の能力の把握と開発については早期から「人事評価システム」を導入し、看護部はクリニカルラダーを併用して行われている。学生の実習は、リハビリテーション学校からの受け入れが行われ、学校との協定の基づき医療安全や感染制御、個人情報保護などの取り決めも適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、「患者さんが享受できること」として5項目に分け、平易な言葉で明文化され、病院玄関、ホームページ、入院のしおりなどに掲示している。「説明と同意に関する方針」が定められ、認知症や意思表示できない患者への配慮もある。説明した内容は患者・家族に手渡している。患者・家族の理解度や反応の記録がされている。患者・家族からは診療・ケアに必要な情報を得ている。患者・家族への情報提供は、図や模型を使用しての病状説明や診療計画書、ケア計画書などで対面や電話で説明している。相談体制は窓口の設置やホームページや病院案内・入院案内など広報し、医療連携機能と兼務であるが社会福祉士3名が患者ごとの担当者となり対応している。個人情報保護規程を整備し職員に周知し、教育・研修も定期的に行う課題としている。また、委託業者や学生実習の受け入れ時でも協定している。診察室や相談室は個室となっており配慮がうかがえる。臨床における倫理的課題は現場で検討され、解決できない場合は、医の倫理委員会で検討される仕組みがある。個々の患者・家族の状況に応じて議論し対応することとしている。DNRなどの要望があった場合や撤回可能なルール、宗教的な輸血拒否などについて、病院の実情に応じて決めておくなど円滑な診療・ケア等の促進支援を期待したい。年数を経た施設・設備の構造的な課題がある中で、患者本位の入院生活への配慮がされており、患者・病院利用者の利便性・快適性は適切である。院内は整理整頓され、診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースが確保されている。トイレや浴室は清潔と安全が確保されている。病院は敷地内禁煙が実現されており、患者の禁煙推進については、入院時のオリエンテーションなどで理解を得られている。

### 4. 医療の質

病院幹部がメンバーとして参加している業務改善委員会が質改善活動の中心を担っている。委員会は毎月開催され、年度毎に部門目標を設定し、内容を委員会で検討している。週1回、全医師と他職種が参加する症例カンファレンスや画像カンファレンスが行われている。問題症例や画像診断に関する項目が討議され、日常の臨床に貢献している。診療上必要なガイドラインはメディカルオンラインを整備し、Webで閲覧可能である。患者・家族の意見・要望の活用は、意見箱や患者満足度調査を通して収集・把握され、管理者や当該部署責任者にも報告されている。また、収集された投書やクレームは業務改善委員会で対応策の検討・分析が行われ、関係部署での対応が図られた後、回答内容は掲示板への掲示や投書本人への回答も行っている。新たな診療、手術などの技術を導入する場合には倫理委員会で審査しており、常勤医の増加により、PICC、CVポートなどの新規技術を導入した実績がある。適応外使用薬剤についても倫理委員会で審議され、導入された実績もある。病棟の責任体制は明示され、主治医不在時の対応も明確である。診療・ケアの遂行状況を把握し、必要時に業務調整を行っている。紙カルテを使用し、回診記録をはじめ必要な記録は適時に記載されている。診療記録の質的監査は医師を含む多職種で行われ、毎月3～4症例が抽出され、43項目についてチェックされている。病棟では、多職種が協働して業務を行っている。多職種で構成されたカンファレンス、褥瘡回診、NST、安全ラウンド、ICTなどがあり、患者を中心とした組織横断的な活動を行っている。

## 5. 医療安全

院長直属の医療安全対策部門があり、医療安全管理委員会と下部組織がある。安全ラウンド、医療安全カンファレンス、各部署のリスクマネージャは連携して、医療安全改善計画を作成し、インシデント・アクシデントの収集、設備点検、リスク把握、分析、対策の立案・評価など実働的な役割を担っている。院内のインシデント・アクシデントは分類・収集し、年間・月間統計を出し、独自分析に加え必要時にRCA分析をしている。医療安全改善計画を作成し、各部署で取り組みを実施し、インシデント報告数が約2倍に増加したことは評価できる。「医療安全マニュアル」には、紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握・対応できる仕組みがある。患者の誤認防止策として、外来ではフルネームの名乗りや診察券など2点以上で確認している。病棟では外来の確認項目に加え、リストバンドでの確認を基本としているが、例外としてリストバンドを装着できない患者の確認方法には課題があり対応が必要である。医師の指示出しから実施に至る過程は、指示箋を用いて安全・確実に行われ、指示の中止・変更への対応も適切である。口頭指示、パニック値の対応についても適切に行われている。病棟での麻薬・向精神薬は鍵管理で、記録・運用は適切である。薬剤の相互作用、アレルギーなどは薬局内の薬剤情報システムで管理され、カルテ内に記載される。病棟での注射薬は、薬剤の払い出しは1患者1施用ごとに配置され、投与に関する観察も適切に行われている。入院時に全入院患者のリスク評価をし、定期的にリスクの再検討をしている。リスクに応じて転倒・転落防止対策を立案・実施し

ており、転倒・転落発生時は対応手順に沿った対応がなされている。病棟で使用している医療機器は、使用マニュアルに則り使用している。日常点検と使用前点検を実施し機器の設定は、勤務毎に申し送りされている。また、医療機器を使用する職員を対象に、講習会を行っている。急変時の「コードブルー」を設定しており、召集訓練を実施し、医師、救急カートの到着時間、ACLSの実施など所要時間の確認や振り返りを行い、迅速な救命に繋げている。

## 6. 医療関連感染制御

医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、事務から構成された ICT が有効に活動している。ICT は週 1 回ラウンドを行い、感染対策などの指導・助言を行い、病院幹部、各部署の代表を加えた院内感染対策委員会が院内の感染制御に向けた対策をまとめている。感染発生状況の把握は ICT が行っている。特定微生物の検出状況、薬剤感受性は検査室から ICT に報告され、集計が行われている。また、ICT ニュースとして、感染のトピックスを院内に周知している。感染対策マニュアルが整備され、標準予防策・感染経路別予防策が行われている。速乾性手指消毒剤の使用量をモニタリングし感染対策委員会に報告している。抗菌薬の採用・削除は、薬事審査委員会で決定している。院内における分離菌の感受性パターンは ICT が把握し、委員会に報告するシステムである。抗 MRSA 薬、カルバペネム系などの特定抗菌薬は届出制で適切に運用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な病院情報の発信は総務課が担い、ホームページの情報発信や病院パンフレット類の編纂、広報誌発行などを行っている。西胆振 2 次医療圏を中心とした医療連携が行われ、「顔の見える関係性」を目指し、主に急性期機関からの受け入れを行い、患者のニーズで在宅となっても訪問診療などで終末期まで完結する体制となっている。連携機関とは緊密な情報交換が行われ、空床情報の提供や病院見学の受け入れなど適宜行っている。コロナ禍によって多くの活動が制限されている状況であったが、リハビリテーションスタッフが中心となり患者・地域住民に向けた「介護予防教室」が毎月、洞爺湖町役場で開催されている。また、管理栄養士や看護師による「健康講話」も行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療体制の情報はホームページやエントランスホールに詳しく掲示されている。また総合案内も機能している。紹介患者は医事課や医療相談室、外来看護師、また必要に応じて医師も関与し円滑な受け入れも行われている。外来診療は問診票を用いて患者情報を収集し、患者の誤認防止に努め、安全な外来診療を実施している。侵襲を伴う検査・治療は、書面を用いて患者・家族に説明し、同意を得ている。診断的検査に関しては、必要性和リスクについて医師が適切に説明し、実施している。検査中、検査後の観察も診療記録に記載しており、検査後の搬送も適切に行われている。入院の決定は、紹介が多いため地域連携を介することが多いが、外来担

当医が入院の必要性を医学的に判断し、入院を決定する場合もある。外来で対応困難な場合は他施設に紹介するシステムである。医師は患者の診察結果や診療情報提供書の内容をもとに、患者や家族の希望も聞き、看護師と協同して迅速に診療計画を立案し、入院診療計画を作成している。看護計画、リハビリテーション計画、栄養計画は、入院診療計画と連動し作成され、評価や見直しもされている。入院初期看護計画については、定型文だけでなく、個別性を反映させた内容を盛り込むことを期待したい。医療相談室があり、3名の社会福祉士が配置され、入院時から担当制を取り、入院前面談や入院から退院まで患者・家族からの相談に応じている。患者用の個別ファイルを作成し、医療相談室で他の相談員と共有して、カンファレンスなど必要時に病棟に情報提供している。入院前に対面または電話面談を行い、

「入院のしおり」を用いて入院の手続きや必要物品などを説明している。病棟では日課や食事時間、各設備などを説明している。夜間入院時は、貸出病衣などを準備し、円滑な入院に繋げている。主治医は毎日回診し、診療内容を記録している。他職種カンファレンスが定期的に行われており、医師と他部門とのコミュニケーションは良好である。病棟は、チームナーシングとプライマリー方式で看護・介護が実践されている。看護管理、看護手順、介護手順が整備されており、能力に見合った業務分担になっている。看護管理に介護福祉士が記載され、看護部組織図にも位置づけされている。入院時に認知機能・栄養状態の評価が行われ、カルテを介して病棟内に情報共有されている。栄養障害を認めた場合はNSTが早期から介入し、栄養改善に向けた計画が立案されている。薬剤師は入院中の服薬指導・薬歴管理を行い、カルテに記載している。病棟での注射薬の調製・混合は看護師が行い、投与時は、適切な確認を行い誤認防止に努めている。また、劇薬や抗菌薬初回投与時は、投与時、投与後の患者の状態観察も適切に行われている。輸血・血液製剤投与は

「輸血マニュアル」を整備し、遵守している。医師が患者・家族に詳細な説明を行い、同意を取得した後、看護師が患者や製剤などのダブルチェックを行い実施している。また、投与中、投与後の患者観察も適切である。重症患者に関しては、症例カンファレンスで検討し、スタッフステーションに近接した病室を利用し、生体モニターを装着することで安全に配慮している。全入院患者について、褥瘡リスク評価を行い、リスクに応じた予防計画や治療計画を立案し、定期的に評価している。必要時に皮膚科医師へのコンサルテーション体制と褥瘡回診は多職種で月1回行っている。治療や栄養サポートチームの活動などで、褥瘡の発生予防や治癒促進に取り組んでいる。入院時に全患者の栄養スクリーニングと栄養管理計画書を作成している。ミールラウンド、嚥下評価、VF検査や栄養サポートチームが関わり食事への支援を行っている。疼痛の訴えは、客観的に評価している。日常的な苦痛に対するケアは、症状対応マニュアルやその都度個別に医師の指示を受けて対応し、カンファレンスで情報共有している。リハビリテーションの必要性が評価され、患者・家族の希望もとり入れて、診察結果に基づいた実施計画が立案されている。また、カンファレンスで情報共有を行い、実施計画の見直しも行われている。集団レクリエーション、季節の催しなどに離床可能な患者が参加している。入院時にCGA評価をしており、患者に合わせた支援や社会との接点を保てるよう工夫している。今後

は、患者の特性を踏まえ、療養生活の活性化と自立支援に向けた取り組みを期待したい。2004年に身体拘束の廃止宣言をし、カンファレンスや抑制廃止委員会が開催され、身体拘束状況を把握して解除に向けた検討をしている。拘束中の患者の観察項目について、状態や反応の記載、開始・終了時の医師の指示などマニュアルに則り記録することを期待したい。患者・家族に退院の方向性を確認し、多職種によるカンファレンスで退院の方向性を共有し、早期から支援している。家屋調査や退院後のケアに関する指導を行い、退院調整を進めている。退院前カンファレンスを開催し、退院支援を行っている。後方支援病院として急な受診・入院に対応し、ベッドを準備し夜間も対応している。入院中の経過を各職種サマリーや診療情報提供書で情報提供し、かかりつけ医をはじめ関係者と連携している。「終末期医療のガイドライン」に沿ってターミナルステージを判断し、多職種カンファレンスで共有して患者・家族の意向を踏まえた方針やケア内容を話し合い実践している。療養環境にも配慮し、在宅で看取りの支援もある。デスカンファレンスにより振り返りをケアに活かしている。

#### ＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア内科の診療を希望する患者・家族の受け入れに関する方針や緩和ケア病棟入退棟基準は、病院のホームページやリーフレット、病院広報誌等を通じて適切に周知されている。入院早期に多職種が関与して病状の確認や転倒・転落、褥瘡、栄養・嚥下等のリスク評価が行われ、状況に応じた診療計画と看護計画が立案されている。経過中は頻回に多職種カンファレンスを行い、情報を共有して計画の修正を行い、チームとして患者主体のケアに心身両面から積極的に対応し、苦痛の緩和に努めている。生活環境を整え、食事、入浴、整容等に関して患者の希望を尊重した自律支援を行い、外泊・外出支援、季節のイベントや各種ボランティア活動も盛んに行われていて患者のQOLを保つための配慮が適切になされている。看取りに関しては、入院時から継続して患者・家族の希望を傾聴し、意向を確認している。予期悲嘆の対応や逝去時のエンゼルケア、手紙の郵送や追悼会の開催などを通じてグリーフケアに関する試みも適切に実施されている。遺族調査や自施設評価プログラム等にも積極的に対応し、緩和ケアの質を維持するための取り組みに関して適切に対応している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切である。温湿度管理の徹底、麻薬処方箋の患者確認について検討することが望ましい。臨床検査は血算、生化学検査が行われ、日中であれば、30分で結果を報告している。パニック値については院内の手順に従い、迅速・確実に依頼医に報告している。画像診断機能は、オンコール体制で24時間、365日、緊急検査を含めタイムリーに対応している。既往歴、アレルギー歴、血液データの事前チェックなど、オーダーから撮影に至る過程は適切である。栄養管理機能は全患者に栄養アセスメントが行われ、栄養管理計画に繋げている。業務はマニュアルに基づき実施され、職員の健康管理や手洗いなどによる衛生管理が徹

底されている。調理室は作業区域毎に清潔・不潔の区分を明確にし、食材・食品の保存など衛生面に留意している。リハビリテーション機能は入院患者を中心に適切な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スタッフとの情報共有も行われている。使用機器の保守・点検も定期的に行われている。診療情報管理は、診療情報は一元的に管理され、診療記録の取り違い防止策や診療情報管理士による貸し出し管理、診療記録の量的監査の実施など、適切な対応が図られている。医療機器安全管理責任者は看護部長で、医療機器台帳・年間保守点検計画を作成し対応している。不具合時の対応もあり、定期的な研修会の開催もある。洗浄・滅菌機能は、回収から保管まで一連の業務はワンウエイ化され、滅菌効果の確認も行われている。器材の洗浄方法や職員の交差感染防止に留意されるよう期待したい。病理検査および細胞診検査はすべて外部委託となっている。ホルマリンの管理が適切になされており、検体発生から外部提出までの過程も適切である。輸血・血液管理機能は、責任医師は輸血療法委員会の委員長であり、輸血用血液製剤の発注、交差適合試験、供給・返却は検査課で適切に行われている。地域のニーズを反映して、一次救急に対応している。かかりつけの施設入所者の状態変化に関しては積極的に受け入れを行っている。自院で受け入れ不可能な際は、速やかに他施設に紹介するシステムがある。

#### 10. 組織・施設の管理

予算編成・設備投資計画は院内各部門からの目標や意見が反映された検討が行われ、前年度の収支実績に基づいて作成されている。医事業務は、受付、会計、収納業務など適切に行われている。レセプトの点検、返戻、査定への対応は、医師も協力して、実践的に取り組まれている。委託業者選定については、価格、質の面から評価され、決定される仕組みである。現場の意見を収集する体制があり、定期的な業務の監査が行われている。施設・設備の管理は保守・点検マニュアルに基づき適切に行われている。エネルギーや防災システムは全体を監視する機能を有している。緊急時の連絡体制も明確である。購買管理は衛生材料の購入・物品管理は総務課による管理で、また、医薬品は薬剤部門にて発注・検収を適切に行っている。火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練が実施されており、有珠山の噴火や地震など大規模災害に向けた対応は洞爺湖町と連携した今後の防災計画も検討している。保安全管理は昼夜間の緊急時の連絡・応援体制は明確に整備されており適切である。また、施錠や出入りのチェック、夜間の院内の巡回、監視カメラの設置など適切に対応されている。

# 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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	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	C
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	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	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	B
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	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	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	A
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	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	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 B

---

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：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・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・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	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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	85.5	99.1
療養病床	16	16	-100	91.9	129.3
医療保険適用	16	16	-12	91.9	129.3
介護保険適用	0	0	-88		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	116	116	-100		

## 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	47	-8
障害者施設等入院基本料算定病床	35	+8
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： 1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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	42.01	57.60	55.11	72.93	104.52
1日あたり外来初診患者数	1.98	1.87	1.55	105.88	120.65
新患率	4.70	3.24	2.81		
1日あたり入院患者数	96.31	139.65	185.70	68.97	75.20
1日あたり新入院患者数	0.77	0.80	0.58	96.25	137.93