

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7月29日～7月30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1996（平成8）年4月に開設され、現在では医療療養病棟、介護医療院（棟）、短期入所生活介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業を展開し、地域高齢者が安心して暮らせる地域環境に貢献している。特に、介護医療院（棟）については全国でも先進事例の一つでもある。また、入院患者、入所者、利用者の人権と尊厳を尊重し、住民からは高い信頼を得ている。さらには人生の最終段階におけるケアのあり方について患者・家族との話し合いを重ね、実践している。

今回の病院機能評価においては、病院の質の向上に向けて職員が一丸となって取り組み、前回の受審時の課題のうち、多くを継続して改善してこられた。今後も「地域になくてはならない病院・施設」として、一層の発展や改善活動の一助に本報告書が活用されれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は2021年3月に見直しを行い、近年の病院の特徴である看取り退院の拡がりを受け、看取りの尊厳を尊重するという趣旨の内容を追加し、院内外に周知されている。病院幹部は課題を明確にしてその解決に取り組み、介護療養病棟を介護医療院（棟）に転換した際には良好なリーダーシップを発揮し、医療の質の向上と経営改善に結びついている。各会議で病院の課題と方針を確認し、組織的に実践され、中・長期計画が策定されている。情報管理については「診療支援システム」を導入しており、病院の実情にあったものとして利便性も高く有効に活用している。

施設基準に必要な人員は確保されており、絶えず人員の補充に取り組み、人事・労務にかかる諸規定は整備され就労管理が行われている。職員の健康診断の実施率は高く、必要な予防接種は病院の負担で行われ、労働安全衛生委員会は毎月開催されている。職員の就労支援の視点から、24 時間 365 日対応の保育所が整備されていることは評価できる。必要性の高いテーマについて教育研修が計画され実施されている。各テーマについての職種ごとの受講率を把握しており受講率は高い。全職員を対象に自己評価・上司評価を組み合わせた能力評価が行われている。能力評価を個々の職員の能力向上の動機付けに繋げており、今後考課者の研修等の支援をされるとさらに良い。理念達成に向けた組織運営は適切に遂行されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利として 5 項目を明文化し、患者や家族に権利の周知を図っている。説明と同意は基本的な取り組み姿勢が示されており、具体的な説明事項や意思疎通の図れない場合の対応を明確にしている。同意書の必要な範囲や医療者の同席ルールについては明文化が期待される。診療計画書に基づき各ケア計画を作成し、患者・家族に説明して協力を得ている。患者相談体制は介護支援専門員が居宅支援業務および連携室機能と兼任で担当し、介護的視点による支援は良好である。今後も経済的・社会的など多様な相談への取り組みを充実されたい。療養環境におけるプライバシー保護に努めており、個人情報保護に関する規定が明文化され職員研修もなされ、患者にも周知している。倫理委員会があり、月 1 回開催され、病院で比較的多く発生する臨床倫理的な課題を把握し、基本方針や考え方、対応についても明確にされ、多職種による検討も良好である。

患者・面会者の利便性・快適性に配慮し、院内はバリアフリーであり、手摺りは両側に設置され、身体障害者トイレも整備されている。外来・病棟ともに診療・ケアに必要なスペースが確保されており、患者がくつろげるスペースも整備されている。採光・匂い・音などの環境も良好である。トイレ、浴室の利便性や清潔性、安全性が確保され、院内全体も整理整頓されている。患者中心の医療は適切に展開されている。

4. 医療の質

患者の意見収集と患者満足度調査を実施し、検討と改善に取り組んでいる。医局で症例検討会が開催され、死亡患者全例に対して多職種が参加するカンファレンスを行い、質の向上に努めている。患者満足度調査の結果や臨床指標も、積極的にホームページに掲載している。病院機能評価の受審を重ね、継続的な業務の質向上を目指しており、改善課題を認識し共有を行い、組織的に取り組んでいる。医療機器の機種変更時には医療機器の安全研修会を開催し、倫理的な検討も行われている。

主治医、受け持ち看護師、介護士が明示され、当日の看護責任者、看護勤務者、介護責任者を表示している。主治医および看護責任者の不在時は、代理責任者や連絡先が職員に周知されている。入院診療録には、入院時所見や入院治療計画書、回診時の経過記録、指示内容、検査結果等が適切に記載されている。退院後 2 週間以

内にすべて退院時サマリーを作成し、診療録は理事長によって質的点検がなされている。さらに、多職種によるケアカンファレンスをはじめ、ICT ラウンド、安全ラウンドがある。必要に応じて歯科や精神科、皮膚科など診療科間の診療協力も行われており適切である。

5. 医療安全

医療安全対策委員会があり安全管理部門としての役割を担っている。委員会は多職種で構成されており、委員長は副院長で、医療安全管理者である。医療安全対策委員会は月 1 回開催されている。インシデント・アクシデント報告は全職種から収集・分類され毎月報告され、問題点を検討しているが、対応策を評価する点などはさらなる取り組みを期待したい。医師の報告数は増えてきており、共有すべき事例などは安全週間として病院全体に周知するなど啓発に努めている。

患者誤認防止対策としてネームバンド、患者による名乗りを原則としており、同姓同名の患者の対応も適切である。病棟薬剤は、看護師と薬剤師が定数配置薬チェックリストに基づいて確認している。転倒・転落のリスク評価はアセスメントチェック表を用いて入院時に全患者に行い、安定している場合は年 1 回見直しており適切である。医師が指示内容を紙カルテに記載し、「診療支援システム」の処方箋に入力し、担当看護師は適切に指示を受けている。病棟で使用されている医療機器は、輸液ポンプ、モニター、AED があるが、看護師が使用時点検を行い、使用する職員の研修は定期的に実施されている。患者急変時のコードが定められ、マニュアルも整備されるなど適切である。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を毎月定期的で開催し、ICD の経験を有する院長が委員長を務め、感染対策研修を受けた病棟師長が実務担当者の役割を担っている。委員会の議事録は各職場の感染委員からスタッフに伝達され周知を図る仕組みもある。中心ライン関連血流感染マニュアルを作成し実践していることは前進であると評価できる。感染対策マニュアルは必要に応じて改訂し、履歴を明確にしている。院内の医療関連感染症患者数を把握し、毎週の院内感染レポートを毎月集計している。過去にアウトブレイクの事例は発生していない。細菌培養感受性検査結果や注射抗菌薬使用患者数を収集し、感染対策委員会に報告しているが、ICT ラウンドの手法や分析、対策、改善など、体制については検討が期待される。

PPE は適所に配置され、手洗いの実施状況や手指消毒剤使用量のモニタリングを行い感染対策委員会に報告し、使用量の少ない部署への啓発を行っている。抗菌薬使用基準を定め、適正使用に関する指針を整備しており、起炎菌・感染部位同定のために、積極的に喀痰や血液、尿培養検査を提出し、感染症レポートにて報告している。特定抗菌薬を届出制としており、感染制御の活動は適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページを活用し、病院の特徴など必要な情報が発信されている。広報誌は毎月 300 部が発行され、入院患者や家族への郵送や一部の連携事業所に届けている。また、医療連携担当部門は病院の役割を把握し、急性期病院への訪問と在宅事業所との定期的な懇談を行っている。病院で開催される「連携懇話会」によって顔の見える連携に努めている。最近介護医療院（棟）の紹介にも努力されている。

地域に向けて、住民健診の他にも新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を住民対象に毎週 200 人のペースで実施している。また、住民を対象とした「健康教室」に取り組み、地域の健康増進に寄与している。地域への情報発信と連携および地域の健康増進活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の受け入れに関する方針は明確で、入院患者の受け入れは、介護支援専門員である相談員が収集した情報をもとに、毎週の運営会議の中で決定している。多職種が関与して、入院治療計画書の計画内容を記載して、診療計画に基づき入院時多職種参加のケアカンファレンス後、各ケア計画が作成されている。患者・家族の要望、経済的なことなどの情報を把握し、医療相談内容は急性期病院からの転院受け入れに関することが主であるが、入院中の医療相談に対する取り組みの充実が期待される。

医師の診療基本方針と医師業務手順に則り、病院治療指針の中でバックアップ体制も定め、定期的な回診以外に患者の状態に応じて診察を行っている。看護業務基準が整備され、看護・介護職の役割分担や日々の責任体制は明確である。日常の症状と患者の全身状態を把握し、食事時や入浴後の水分補給にも努めている。栄養障害を評価するために、管理栄養士は看護師のカルテ記入内容から、喫食量を確認し補助食品やとろみを提案している。毎週のケアカンファレンスで、患者の状況を多職種で情報共有している。意欲の指標で経過を観察し、不安や不穏の症状が強い患者には、寄り添い否定的な対応をしないよう心がけている。病状が重症化した患者は、ナースセンターからアクセスが容易な病床を選択している。

褥瘡ラウンドを行い、褥瘡の状況やケア内容を検討しており、褥瘡発生リスク評価は全員に行われている。患者の苦痛の訴えについては、フェイススケール、患者の様子や会話、体動、バイタルサインから判断して対応している。主に看護師によって嚥下機能、排尿機能、立位訓練がなされ、改善に結びつけているが、リハビリ療法士の関与が充実されることを期待したい。身体抑制は行わないことを前提としており、適応基準や手順が整備されている。退院が可能なケースは退院指導が行われ、居宅介護支援事業所と連携し継続的な医療やケアマネージャーと連携した対応が行われている。

終末期ケア委員会が月 1 回行われ、看取りケア基準に基づき患者・家族の意向を反映した診療・ケアがケアカンファレンスで検討され、「人生の最終段階における医療・ケア計画書」を作成し実践されている。デスカンファレンスは全例で行われ、他部署の看護師長にも情報共有されているなど適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査と調剤鑑査を必ず実施し、注射薬は1施用ごと、入院患者の内服薬も1回量包装として払い出している。検査機能の実務は外来看護師および看護部長が担っている。検体採取は外来や病棟で行い、一部の検体検査や生理検査を院内で実施している。画像診断機能は、非常勤の診療放射線技師3名が毎日対応しており、担当医の読影・確認と共に理事長がダブルチェックしている。栄養管理機能は、保温食器の利用で適時適温に提供し、アレルギー・嗜好・嚥下食を含む食形態など個別対応に努め、厨房の環境も清潔である。リハビリテーション機能は、指示箋に沿って標準的な初期評価を行い、リハビリテーション実施計画書を作成・実施する体制である。リハビリ療法士によるリハビリテーション機能の充実が期待される。診療情報機能は、ID番号で一元的に中央管理され誤認防止の仕組みもあり、診療録の量的点検が実施されている。

医療機器安全管理責任者は、薬局長が務めており、医療機器台帳、機器のメーカーによる定期点検、使用前・使用中・使用後点検や修理などの対応がなされている。滅菌の質保証は稼働時に物理的・化学的インディケーターを実施し、記録も保管しており、リコール規定が整備されている。

10. 組織・施設の管理

経営管理では、年次予算の作成と執行が適切に行われ、月次の損益表、貸借対照表が作成され管理者会議で分析・報告がされている。医事業務の手順は確立されており、レセプトの査定状況も医師の関与の下、適切に取り組まれている。未収金の回収プロセスもマニュアル化されている。業務委託の責任者は事務長が担当となり、質の評価が行われ、契約に基づき研修の実施や事故発生時の具体的な対応手順も定められている。

施設設備の日常の保守・点検、緊急時の対応も整備され、非常時の連絡先も明確にされている。感染性廃棄物や感染性汚染リネンの処理等も適切に管理している。医療材料は現場の意見を聞きながら適正に検討・選定され、在庫は定数管理が薬剤師助手によってなされており、年2回の棚卸を行っている。

防災マニュアルが作成され、災害時を想定した防災訓練も適切に実施されている。食糧などの備蓄も確保されている。近年、停電時対応のためのカセット式の小型ポータブル発電装置が導入されたが、大規模災害時を想定して受け入れ可能な体制について引き続き検討されると良い。保安体制は緊急時の連絡・応援体制が明確に整備されている。医療事故発生時の対応マニュアルが整備されており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

カリキュラムに基づき看護学生の実習の受け入れが行われており、学校側との事前の取り決めが確認されている。医療安全、個人情報、感染制御については学校側が確実に学生に指導している実績を確認しており良好である。

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	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	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	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	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	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	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	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	B

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	NA
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	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	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	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	NA
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	NA
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	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	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	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	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	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	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

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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：医療法人社団樫の木会 大島くるみ病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：富山県射水市大島北野48

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					
療養病床	99	99	-50	94	294
医療保険適用	99	99	+0	94	294
介護保険適用	0	0	-50	0	0
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	99	99	-50		

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： 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	19.14	20.93	22.47	91.45	93.15
1日あたり外来初診患者数	1.35	1.53	1.45	88.24	105.52
新患率	7.04	7.30	6.45		
1日あたり入院患者数	93.33	95.70	95.45	97.52	100.26
1日あたり新入院患者数	0.32	0.29	0.33	110.34	87.88