

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」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13日～6月14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	一般病院1	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は札幌市南部地域に位置し、急性期医療から慢性期医療・緩和ケア医療を担う機関であるが、地域における貴院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは高く評価できる。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。

この度の病院機能評価における更新受審では、早期から改善に向けた取り組みが行われ、多くの項目が一定の水準に達していると評価された。また、「緩和ケア」に特化した取り組みにも継続的に努力されていることは特筆したい。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開しているかにも視点をあて評価した。貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

「生命を安心して預けられる」「健康と生活を守る」「ホスピスの心を大切にする」病院を理念とし、5項目の基本方針を掲げ、良質で安全な医療の実現など患者中心の医療を目指す病院としての精神が堅持されている。さらに、医師をはじめ各スタッフ部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し日々努力している状況を確認できた。患者中心の医療を実現するために毎年目指す将来像や運営方針が明示され、病院全体で課題の解決に取り組んでいる。さらに、優秀な人材の確保と育成に努め、チーム医療の実践に努力されている。研究・研修など専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。また、ワークライフバランスの活動を支援す

る組織運営も行われているなど、評価できる。運営会議を中心とした組織運営が行われ、必要な情報が全体に浸透している。病院の将来に向けては課題を明確にして人材の育成など、次の世代を見据えた組織的な取り組みも行われている。

情報管理の重要性は認識され、情報管理担当者も配置されている。情報を管理・活用するための規程の策定、データの真正性や見読性など統合管理への取り組みも明確に行われている。文書管理については文書管理規定が定められたばかりの段階であり、管理する体系の明確化や、病院が管理する文書の作成、保存、改訂履歴など規程に基づき適切に行われるよう今後に期待したい。地域の急性期医療から慢性期医療を担う中核的な機関として必要な人材の確保や育成に努力されているが、病院の役割・機能の向上の基幹となる人材の確保について、医師、薬剤師、看護師、リハビリテーションスタッフなどの確保に向けて継続的な努力が期待される。

職員の教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」が中心に、「患者の権利」「個人情報管理」「接遇」など必要な課題についても毎年教育研修計画を策定し継続的に取り組んでおり、成果の検証も行われている。院外への研修についても奨励されており適切である。職員個別の能力の把握と開発については「個人目標シート」による評価制度が始まっており、その成果も見られる。能力開発については積極的に奨励され部門ごとに職員も資格取得などに努力している状況を確認でき、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、「患者様の権利」として5項目が示されている。更に患者・家族の医療への参加を促進するために「患者様-医療職間パートナーシップ」を掲げている。説明と同意に関する方針は明確にされている。説明と同意時には、ほぼ看護師が同席しカルテにも患者の様子や理解度が記載されている。説明と同意書に関する基準を定め署名欄を設け実践することが望まれる。患者からの情報も外来診察時や入院時に問診表に記入されたものがカルテ内に入力され、情報共有している。糖尿病教室が開催され患者の理解を深めている。相談機能は患者の病態に沿った取り組みが適切に行われている。

患者の個人情報・プライバシー確保は規程、ルールに沿って適切に行われている。技術面においても適切である。多職種カンファレンスで倫理的課題が検討された事例が1例あるが日常的に倫理的課題の事例検討が少ないため、課題の抽出に取り組まれることが今後期待される。

患者・面会者の利便性については交通アクセス・入院中の生活延長上のサービスなど適切な状況である。療養環境も病室の採光、空調、静寂性など適切である。受動喫煙防止活動も敷地内禁煙を実現し、おおむね適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、患者満足度調査および意見箱により収集されている。意見は、運営会議や関係部署で対応策を検討される仕組みであり、意見の回答も掲示されており適切である。症例検討会は認知症・画像診断カンファレンスも開催されて

いる。デスカンファレンスは院内死亡症例に行われているが、一般病棟での死亡症例の検討も期待したい。また、診療方針は各学会が示しているガイドラインに準拠している。クリニカルパスは2種類が示されているが、クリニカルパス作成・適用拡大を検討されたい。業務の質は、業務改善委員会で検討され、改善に取り組んでいる。TQM活動が活発で高く評価される。臨床研究、医薬品の適用外使用は倫理委員会に諮問され、審議、許可のもとで行われている。

病棟・外来における管理・責任体制は明確であり、病棟入り口に責任者の医師と看護師の名前の掲示がされている。ベットネームには主治医と担当看護師が明記されている。診療録記載基準は明文化されているが、今後、診療録記載基準の遵守を徹底されたい。また、診療記録の質的点検を実施するよう検討されたい。多職種が毎週カンファレンスを行い、診療やケアが実施されている。感染対策チームや褥瘡チーム・NST・摂食嚥下チーム・緩和ケア委員会が設置されており、多職種協働の専門チームにより診療・ケアの向上に努められている。

5. 医療安全

医療安全の組織体制は明確になっており、月1回医療安全委員会の医療安全ラウンドが行われ問題があれば検討されている。医療安全の研修会は同じものを数回開催しスタッフが研修を受けやすい工夫がされている。医療安全管理者のみの院内ラウンドが週1回行われているが、リスクマネージャーも参加し課題の検討と記録が望まれる。インシデント・アクシデントレポートの集約が行われ検討されている。検討された議題や対策はリスクマネージャーが現場にフィードバックし周知されている。

患者確認はリストバンドや患者の名乗りなどで確認が行われている。内視鏡室では開始前に医師・看護師とそれぞれタイムアウトを行い記録されている。入院時すべての患者の転倒・転落のアセスメントが行われ転倒のリスクのある患者については多職種でカンファレンスが行われ情報が共有されている。院内全職種を対象にBLSの研修が行われている。院内緊急コードが設定され見やすい場所に掲示されている。各部署でシミュレーション研修を行い、課題の検討を期待したい。医師の指示、看護師の指示受けは電子カルテ上で実施されている。口答指示も「口頭指示メモ」に記載し、ダブルチェックで実施している。持参薬鑑別、アレルギー確認は適切に実施されている。医薬品投与時には6R、3点認証で行われている。病棟での麻薬、向精神薬の管理は適正に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療感染制御の体制は、院内感染対策委員会、下部組織としての院内感染防御チーム、リンクナースが活動している。各種感染マニュアルが整備されているが、マニュアルには改訂履歴も記載しておくとなお良い。院内の微生物サーベイランス、目的別サーベイランスが的確かつ確実に実施され、病棟別に分離菌を週間レポートとして報告されている。感染情報は公的機関、道内、全国のグループ病院から得ている。院内感染防止マニュアルに沿って標準予防策・感染防止対策が遵守されてい

る。速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングされ手指衛生の徹底が図られている。ICTによるラウンドが行われ、適時、現場にフィードバックのうえ改善され、感染対策委員会に改善状況が報告されており、適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページをはじめ病院案内、入院案内、広報誌など良く検討され、多くの情報が発信されている。必要に応じた更新もされており、診療実績の発信も臨床指標などをわかりやすく行われており評価できる。札幌医療圏南部に位置し比較的高齢化の高い地域でもあり、早期から地域医療に取り組んでおり、医療連携機能は重要視されている。医療連携室が中心となり、専従スタッフが紹介患者の受け入れと情報提供などを行っている。地域連携に必要な情報は、医療圏内の医療情報ネットワークや地域の連携会議などで収集され、連携する医療や介護施設・福祉施設、行政等との情報交換や情報共有されており評価できる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、医師をはじめ多くの職種が参加して、健康増進活動や健康講座など毎月頻回に行っている。医療・福祉機関向けには毎年地域研修会、特別講演、地域感染管理カンファレンスなど、地域住民も参加できる講座も開催しているなど高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は速やかに受診できる体制が整っており、外来診療部門もおおむね適切に運営されている。初診の患者には問診票を依頼し、待合での待機中は事務員、看護師が状況を観察している。地域連携室が窓口になり必要な情報収集を行っている。紹介先リストが作成され入退院支援看護師が返信の有無を確認している。ベッドの状況を把握するため毎日カンファレンスが行われ情報交換が行われている。毎週病床管理会議が行われ待機日数の短縮に取り組まれている。診断的検査は医師により検査の必要性が判断され同意を得て実施されているが、侵襲を伴う検査一覧表の作成を関係医療職に周知するよう取り組まれるとなお良い。初回患者の入院決定は入院判定会議を開催し決定されており適切である。入院診療計画書の作成は適切に行われ、治療方針変更の場合の対応も適切である。入院時オリエンテーションは冊子を見ながら患者にわかりやすく説明が行われている。緊急入院の際は日用品の準備や食事が速やかに提供できる体制が整っている。

医師の回診は毎日行われ、情報の共有のため多職種によるカンファレンスを実施している。また、院長回診も行われている。看護基準・手順が整備され日常の看護ケアは適切に行われている。入院時患者のアセスメントが行われ看護計画が立案され実践・評価がされている。多職種カンファレンスで情報共有が行われ、個別ケアに反映されている。注射薬は毎日1施用ごとに病棟へ配送、3点認証で実施され、内服薬は6Rで対面内服が行われており適切である。輸血・血液製剤の投与、重症患者のケアは安全・確実に行われている。入院時全患者に褥瘡リスクアセスメントシートを利用し評価が行われている。褥瘡のある患者は体位交換スケジュール表を作成し多職種で共有している。褥瘡対策チームのラウンドにより治療・ケアが行わ

れ、褥瘡発生率・治癒率をデータ化され褥瘡委員会で報告されている。リハビリテーションは、主治医の依頼で計画書が作成され、患者・家族に要望も聴取され、安全に実施されている。患者情報は地域連携室が窓口になり必要な情報収集を行っている。紹介先リストが作成され入退院支援看護師が返信の有無を確認している。ベッドの状況を把握するため毎朝カンファレンスが行われ、情報交換が行われている。毎週病床管理会議が行われ待機日数の短縮に取り組まれている。

身体抑制・行動制限の必要がある患者は、入院時リスク評価に基づき医師が家族に説明し同意を得ている。各勤務帯で観察チェックシートに基づき観察が行われ、記録されている。毎日解除に向けてカンファレンスが行われ早期解除に向けて検討されている。入退院支援看護師・地域連携室の社会福祉を中心とした支援体制が整えられている。退院時は病棟看護師が退院時サマリーを記入し継続看護が必要な場合は外来の看護師が退院サマリーを活用している。退院前カンファレンスが行われ、診療やケアの必要性に応じて訪問診療や訪問看護が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、調剤、調剤鑑査は適切に行われている。麻薬、向精神薬、ハイアライト薬の保管管理は適切である。夜間の薬局入室についても適切に行われている。臨床検査機能部門では、院内精度管理が適切に行われ、異常値・パニック値への対応は適切に行われている。CTの画像診断は、遠隔画像診断システムで100%実施している。オンコール体制で緊急検査にも対応している。栄養管理機能は全患者に栄養アセスメントが実施され患者の特性や嗜好が把握され、随時提供する献立に活かされ、栄養管理計画書に連動し評価見直しが適切に行われている。また、患者個々の摂食機能についてはリハビリテーションも介入し、個別対応が行われている。さらに、行事食への取り組みや季節食などを定期的実施するなど努力もうかがえる。調理室内の衛生管理や温・湿度管理も適切に行われているなど評価できる。リハビリテーション総合実施計画書が適切に作成され、患者・家族の同意を得てリハビリテーションが実施されている。定期カンファレンスが月1回開催され、訓練記録は迅速に電子カルテに記載され、情報の共有化が図られている。

診療情報管理は診療録が電子化されており紙媒体の過去診療記録も一元管理されている。量的点検や貸し出し管理も適切に行われている。診療の質向上に向けては急性期機関としての臨床指標への取り組みが医師と連携して行われており評価できる。医療機器は一元管理されており、日常点検は点検表に沿って各部署で使用前・使用中看護師により適切に行われている。使用後は臨床工学技士が行っている。医療機器安全管理者が機器の保守管理を行っている。洗浄・滅菌機能は業者委託されており、使用済みの機材は密閉された容器に入れられ業者による回収が行われているため、一次洗浄は行われていない。滅菌の質の保証を委託業者から定期的に報告を受け確認されている。滅菌済みの機材は適正に保管されており、毎日在庫確認が行われている。病理報告書は依頼医師が確認後に保存されており適切である。輸血・血液管理部門では検査部技師が輸血用血液の発注から廃棄まで担当している。輸血用血液の保管管理・払出管理も適切である。

10. 組織・施設の管理

財務経営管理は、各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は徳洲会病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。会計監査の仕組みもあり、運営会議において達成度を評価する仕組みもある。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みされている。日々の会計処理も適切である。業務の委託については、業務内容や価格などを考慮し適切に業者選定がなされている。管理面に関しても研修実施や事故発生時の具体的な対応手順も定められており適切である。施設・設備の管理は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。感染性医療廃棄物の処理についても適切な状況である。物品管理は現場の意見を聞きながら購入・管理を行い、棚卸も毎月実施している。火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練は適切に行われている。地震など大規模災害に向けた対応は札幌市と連携した防災計画も検討されている。停電時の対応についても適切である。食料や飲料水の備蓄は現在3日分以上が確保されている。保安業務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。医療事故への対応は、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でき対応でき、患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

学生の実習の受け入れは社会福祉士養成の学校からの受け入れが行われ、学校との協定に基づき医療安全や感染制御など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	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・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	S
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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	A
2.2.17	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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

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	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	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	B
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	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： 2018年 4月 1日～2018年 12月 31日
 時点データ取得日： 2018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： 医療法人徳洲会 札幌南徳洲会病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市清田区里塚1条2-20-1

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	88	88	+0	96.4	66.9
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
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	88	88	+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	17	+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	0	+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

在宅療養支援病院

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： 0人 2年目： 7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

