

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 23 日～7 月 24 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 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、患者・家族に寄り添った診療・ケアを提供し、救急医療は原則として断らないとの方針にて、地域医療への貢献を続けている。地域の医療ニーズに応じて病院機能の拡大・整備を続け、医師派遣を通じて、へき地医療にも貢献している。

今回、病院機能評価の更新審査にあたり、病院長や幹部職員のリーダーシップのもと、職員が協力して医療の質改善・向上に取り組んできたことが確認できた。審査の結果、秀でたリハビリテーション機能の提供を始め、多くの項目で適切との評価を得ているが、一方で一部では課題もみられた。

今回の更新審査の内容を参考にいただき、さらに高いレベルを目指しての一層の取り組みを实践され、地域から信頼をより高められることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念は、基本方針と共に明確であり、院内外に周知されている。病院の将来像や目標は明確に示され、病院長の主導の下に病院幹部は経営課題を共通認識し、解決に向けた努力やガバナンスの強化に取り組んでおり、それぞれが適切にリーダーシップを発揮している。意思決定会議の開催、委員会規程の整備や運営、組織内の情報伝達、中期事業計画など組織運営は適切に行われている。

法的に必要な人材は確保されている。各種規則、規程等が整備されており、年間総労働時間や有給休暇取得はおおむね適切に管理されている。職員の安全衛生管理面では、医療安全衛生委員会の開催、職員健康診断、予防接種の実施など適切である。

職員の教育面では、学会・外部研修参加への積極的な支援制度を設けている。全職員対象研修は年間計画に基づき企画・実施されているが、個人情報・医療倫理・コンプライアンス研修などを年間計画に組み込むことなどが望まれる。職員の能力評価については、看護・コメディカル・事務部門では適切に行われているが、医師については、今後の検討に期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、貴院の掲げる「暗黙知」の理念を基に作成されている。患者への説明と同意取得については、基準を定めて運用しているが、書式の統一化など運用面の検討が望まれる。患者への情報提供は、入院案内や入院診療計画書、クリニカル・パス等を活用し、患者が主体的に入院生活を送れるように工夫している。患者・家族からの相談は「患者サポート窓口・医療相談窓口」に一元化され、患者からの要望、苦情などを含む相談支援に係わる情報が集約されている。個人情報に関する規程類が整備され、個人情報の物理的・技術的保護は適切である。倫理的課題への取り組みについては、臨床現場で解決困難な事例を倫理委員会にて審議要請する仕組みのさらなる整備や、倫理的課題をピックアップする職員意識の啓発などの課題がみられるため、病院としての積極的な後押しを期待したい。

病院は札幌市の中心に位置し、アクセスは良好であり、入院生活への配慮が適切になされている。院内はバリアフリーが確保されており、廊下や階段・トイレ・浴室等には手摺りの整備など、高齢者や障害者への配慮がなされている。病院建物は建築後相当年数を経ているが、整理整頓・清掃、診療・ケアに必要なスペースの確保など療養環境を整備している。敷地内禁煙の方針が明確であり、院内掲示等により患者・家族へ周知されている。

4. 医療の質

意見箱や患者満足度調査の定期的実施により、患者・家族の意見を収集して、患者サービス向上委員会等にて検討・改善に積極的に取り組んでいる。診療の質の向上に向けた取り組みとして症例検討会が積極的に実施されている。今後は、クリニカル・パスのバリエーション分析や、臨床指標の分析とそのフィードバックを期待したい。業務の質改善活動は各部門・センター単位で実施されているが、加えて病院全体での課題や方向性を示しての継続的な改善活動を望みたい。新たな診療・技術の導入や臨床研究の審査などは倫理委員会で適切に検討され記録されている。

診療やケアの責任・管理体制は明確であり、病棟責任者は毎日の診察やラウンドにより患者・家族の状況を把握している。診療記録は、診療・看護共に詳細に記載されている。診療録の質的点検は、今後、件数の増加や点検内容の充実を図り、医師へのフィードバックを効果的に実施されるように望みたい。診療科や職種を超えた連携があり、多職種カンファレンスが活発に行われ、各専門家チームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理対策委員会の下に、病院長直属の医療安全管理室に専従の医療安全管理者が配置され、関連マニュアル類の整備や院内巡視等による事故防止活動に取り組んでいる。インシデント・アクシデント報告は、医療安全管理対策委員会が分析・対策立案・院内周知を適切に実施している。

患者誤認防止対策は、医療安全マニュアルに明記されており、本人の名乗りによる患者確認、手術室でのマーキング手順の遵守、サインイン・タイムアウト・サインアウトの徹底などが適正に行われている。医師の指示出し・指示受け、ならびに薬剤の指示出し・変更・中止の手順も適切である。検査結果等は迅速・確実に報告されている。薬剤の安全使用については、入院時持参薬、処方薬の重複投与、副作用の有無、アレルギー歴に関しては病棟担当薬剤師が評価している。麻薬・ハイリスク薬は適切に管理され、薬剤の取り違い防止へ対策も図られている。抗がん剤は薬剤師の管理のもとにレジメン登録されているなど、薬剤の安全使用に向けた対策は適切に実践されている。転倒・転落防止は、入院時アセスメントで自立度・認識力等を把握しており、入院時に患者・家族に説明が行われている。医療機器については臨床工学技士による一元管理が行われ、計画的な保守点検や、年間計画に基づいた機器研修など積極的な対応が行われている。患者急変時の対緊急コードが設定され、急変時対応に関する定期的研修が実施されている。

6. 医療関連感染制御

院長直属の院内感染対策委員会（ICC）と専従 ICN を配置した感染対策部門が設置され、感染対策部門内には ICT、AST、ならびに 4 つの活動部会が設置され、ICC にてそれぞれの活動報告が討議されている。ICT が中心となって感染関連情報を収集し、保健所や厚生労働省などからの情報は必要時に院内共有されている。感染関連情報の各部門や医師へのフィードバックは適切である。症例数の多い SSI や CLABSI のサーベイランスが行われている。

院内感染対策マニュアルに従って、手指衛生や経路別予防策に努めているが、病棟での汚染リネン類の回収・保管についての検討が望まれる。抗菌薬使用ガイドラインを定め、適宜改訂している。届け出制対象の抗菌薬申請率は 100% であり、ICT・AST が抗菌薬の使用状況を把握しており、適時の介入実績もある。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報は、広報委員会の企画・立案に基づいて、病院案内、法人広報誌、ホームページ等を活用して発信されており、ホームページには、病院概要、診療案内、担当医師表などのほか、健康セミナーや不妊教室の開催案内などが掲載され、適宜更新されている。地域の医療関連施設との連携は地域連携課に必要な人員を配置し、連携医療機関等と日々情報交換を行い、地域の医療ニーズの把握に努めている。紹介元医療機関への報告については、紹介全件に対しての状況の把握、返信実施に向けて取り組まれると良い。地域の健康増進活動では、医師をはじめ多職種の職員が講演者となり「時計台健康セミナー」や不妊教室などを定期的で開催するな

ど、病院として積極的に教育・啓発活動に取り組んでいる。地域の医療関連施設等に向けた支援では、へき地医療事業として医師の派遣を行っており、今後も継続されるように期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を適切に案内しており、総合案内にはコンシェルジュを配置して円滑な受診への支援を行っている。外来診療における患者確認や病状説明等は適切に行われており、侵襲を伴う検査はいずれも安全に実施されている。入院の必要性は病状や医学的背景から判断されており、病床利用は、患者・家族の意向に配慮しつつ弾力的な運営が図られている。患者治療計画は患者・家族の要望に配慮しながら作成され、入院に際しては入退院支援看護師がオリエンテーションを実施し、入院後は、相談員が諸問題の解決に向けて積極的に介入している。

主治医は毎日回診し、多職種カンファレンスなど診療科を越えた横断的情報共有に努めるなど、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師は基準・手順に沿って病棟業務を確実に遂行し、専門・認定看護師が組織横断的に活動している。薬剤師による服薬指導や薬歴管理・抗がん剤の調製・混合、投与時の5R確認、副作用確認、薬剤投与前の説明・同意などが適切に行われている。輸血投与にあたっては、説明時の看護師の立ち会い基準等の明文化が望ましい。周術期の対応はほぼ適切である。重症患者には重症度に応じた病室が選択され、多職種が参加して安全なケア・管理を実践しており、褥瘡管理は、入院時のリスク評価から褥瘡対策チームによる対策まで適切に行われている。管理栄養士・看護師が全入院患者をスクリーニングし、栄養管理計画書を作成し、食形態の選択や栄養指導などを適切に実施している。患者の疼痛は、緩和ケアマニュアルに基づき、症状緩和が行われている。リハビリテーションは、患者・家族の希望に配慮した実施計画を立案し、実施記録を多職種で情報共有しつつ早期からのリハビリテーションを確実に安全に実施している。身体抑制に関しては、基準となるマニュアル類を速やかに策定し、医師が適切に介入するように取り組みを期待したい。

入院早期から多職種カンファレンス等を行い、院内外の専門職等と連携により適切な退院支援に努めており、在宅療養の模擬体験ができる法人所有のシミュレーションセンターを活用した介護・療養指導については、評価したい。ターミナルステージにおいては、患者・家族の意向を尊重しながら診療・ケアが実施され、必要時には緩和ケアチームが関与している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤処方・調剤の鑑査などの業務は適切であるが、各部署の薬剤管理について、薬剤管理機能の強化を望みたい。検査はブランチラボ形式であるが、病院として検査業務内容を適正に把握・管理することを期待したい。画像診断機能は、緊急検査への対応、外部専門医による読影、患者誤認・部位誤認防止対策の実践など適切である。栄養管理面では、食事は適時・適温で提供され、選択メニューや行事食、献立改善等、おいしい食事の提供に努めている。地域の医療ニーズに対応して全ての

リハビリテーションを 365 日実施している（心大血管の土・日曜を除く）。病棟スタッフとの緊密な情報共有を図りつつ急性期から慢性期・在宅復帰までを意識した、系統的な訓練が計画的・効果的に実施されている。また、独自の教育システムの開発、活発な研究・学会活動を行っているなど、秀でた機能を発揮しており、高く評価できる。診療情報の管理は、紙媒体の診療録管理、量的点検等を適切に実施している。院内の医療機器は一元管理され、臨床工学技士による定期点検・使用中の機器管理、職員教育が適切に行われている。使用済み器材の洗浄・消毒は中央化が図られ、滅菌の質が担保されており、既滅菌物の保管・管理も適切に行われている。

病理業務は、検査センターへの委託であるが、適切に行われている。輸血・血液管理は、血液の搬送・保管等に係る規程・手順についての再検討が望まれる。手術部門は、予定手術および緊急手術に適切に対応し、安全な患者管理に努めている。重症循環器病棟の一部を CCU（施設基準の取得はない）として運用し、院内の重症症例を引き受けて適切に治療している。救急医療は病院の機能に応じて、循環器科や脳神経外科領域の疾患に対応する救急設備を整えており、札幌市の循環器ネットワークに参加するなど、適切に活動している。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則り、予算書、財務諸表、決算報告書等が適正に作成され、定期的な外部監査の実施、経営状況の確認と分析など適切に行われている。レセプトの点検体制、返戻・査定など一連の請求業務は適切であり、医師の関与も確実に行われている。収納業務や施設基準管理、未収金に対する取り組みなど、医事業務は適切である。業務委託では、事故発生時の対応が整備され、委託業務の実施状況の把握や評価が行われている。施設・設備管理の日常点検や年次計画による保守管理、緊急時体制、清掃と清潔保持、医療ガス管理体制、感染物廃棄なども適切に実施されている。SPD を導入しており購入物品の選定や在庫管理は適切である。

災害時の対応では、消防計画の策定や、緊急時の連絡体制の整備、防災訓練の実施、必要な電源や備蓄品の確保など適切である。保安業務は、緊急時連絡網の整備、定期的な巡回による施錠管理等が実施されている。医療事故への対応手順は明確であり、原因究明と再発防止を目的とした委員会を開催する体制が確立している。紛争化の場合の対応も仕組みを整えている。

11. 臨床研修、学生実習

新採用者の初期研修は、各部署で計画に沿ってプログラムが実施されている。学生実習では、看護学生・薬学生など多くの職種を受け入れており、契約書や誓約書などが交わされている。必要な教育や事故等への対応を確認して、カリキュラムに沿った実習や評価が実施され、学生が患者に関わる場合には患者・家族の同意書を取得している。

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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	B
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	S
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	B
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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
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	B
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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	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 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： 社会医療法人社団カレスサッポロ 時計台記念病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市中央区北1条東1-2-3

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	250	250	+0	65.38	15.43
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用		0	+0		
介護保険適用		0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	250	250	+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	11	+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	42	+0
地域包括ケア病床	33	+33
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	0	-13
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

DPC対象病院(Ⅲ群)

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	6.73	9.54	11.75	70.55	81.19
1日あたり外来初診患者数	1.77	1.79	1.81	98.88	98.90
新患率	26.32	18.72	15.44		
1日あたり入院患者数	174.08	181.62	192.87	95.85	94.17
1日あたり新入院患者数	10.57	10.63	10.64	99.44	99.91