

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 11 月 18 日～11 月 19 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 1951 年に札幌共済病院として開設された後、名称変更や再編など幾多の変遷を経て、2016 年に現在の地に新築移転した。現在は 283 床を備えた地域の基幹病院として高度医療を担い発展し続けている。特に放射線治療の分野では、手術、化学療法、放射線治療が一貫して行える集学的治療により、がん診療連携指定病院としての役割を果たしつつ、消化器疾患においても胃がん症例数が全国 6 位という成績を収めている。「良質で優しい医療を目指します」を病院理念に掲げ、その実現のために質の高いチーム医療に取り組んでいる。また、断らない救急医療を目指し、年間約 1,600 台の救急車を受け入れ、約 2,500 名の救急患者に対応している。

このたびの受審は 3 度目の更新であり、病院長の強いリーダーシップの下で職員が一丸となった取り組みが確認された。一方で、課題も見受けられたが、貴院の組織運営力をもってすれば、遠からず解決できるものと確信する。今回の受審結果を十分に活用され、貴院の今後の奮闘とますますの発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念には、「良質で優しい医療を目指します」を掲げ、理念達成のためのより具体的な行動指針として 4 項目の基本方針を定めている。内容には患者の権利の尊重や、安全で良質な医療を担う人材確保と育成などがわかりやすく示されている。職員には中長期計画、年度重点施策が示され、病院管理者・幹部はその実現に向けた病院運営に指導力を発揮している。毎年、院長によるヒアリングも実施されており、職員が病院運営に積極的に参画する体制を構築している。医療情報システム運

用管理規程が整備され、データの真正性、見読性、保存性を確保し、システム管理委員会や診療情報管理部門を中心に適切な情報管理に努めている。文書管理規程に基づき、発信、受付、保管、廃棄等を適切に実施しているが、各部門のマニュアル作成・承認や改訂履歴等の文書管理体制の構築が望まれる。

法定人員、施設基準などの規定された人員は充足しており、病院の機能や業務量等を考慮し、継続的に人員の確保に努めている。育児・介護、短時間勤務、再雇用等の人事・労務管理に必要な制度を整備しており、周知している。衛生委員会を毎月開催し、職場環境の整備や職業感染の防止等に取り組んでいる。職員の意見や要望を把握し、職員の意欲を高める取り組みを実施している。

職員の教育・研修は、教育研修委員会が組織され、年間計画を立案し、全職員対象に医療安全、感染制御、個人情報等に関する研修を実施している。能力評価については、目標管理制度によるプロセス評価を行い、自己評価、面接等を通じて達成度評価に加えて自己啓発の支援を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は5項目で構成される「患者さんの権利と責任」を定め明文化しており、院内各所に掲示し権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針を定め、手順も明確である。説明・同意文書は院内で承認され、取り扱いから保管まで統一され、診療・ケアについての説明は各職種が協働で行っている。安全な入院生活のために、誤認防止や転倒・転落防止策に向けた情報提供がされており、外来や情報コーナーで各診療科のパンフレットや書籍等が閲覧できる。患者支援センターが設置され、専門性の高い職員が配置され多様な相談に対応している。家庭内暴力に対する方針も明確である。個人情報保護に関する規程が整備され、基本方針や個人情報の取り扱い、利用目的や開示に関する事項等がホームページや掲示にて周知されている。主要な倫理的課題の方針を定め、倫理委員会、倫理サポートカンファレンス、委員会等で倫理的課題を検討している。臨床倫理サポートチームが現場の倫理的問題解決に向けた支援を積極的に行っており、検討内容は診療・ケアに反映させている。

来院者は自家用車など様々な手段を利用した来院が可能であり、コンビニエンスストアや自動販売機、個室病室にはWi-Fi環境も整備している。Web面会も用意されるなど利便性・快適な環境が整えられている。高齢者・障害者に考慮し、バリアフリー化されており、手摺りの設置や障害者専用駐車場の整備など適切である。療養環境は、患者が快適に過ごせるよう安全性や清潔性に配慮し、整理整頓に努めている。また、季節ごとの飾りの展示は、患者の癒しとなっている。受動喫煙防止の取り組みは、敷地内禁煙の導入や禁煙外来の開設、職員の喫煙率の管理や講演会を実施するなど教育・啓発を適切に行っている。

4. 医療の質

患者・利用者からの意見などは意見箱により収集され、苦情処理委員会で検討のうえ関係部署へ報告している。各診療科での症例検討会や合同カンファレンスを頻

回に行っており、多職種によるカンサーボードも開催している。業務の質改善については、多職種で構成する外来運営委員会と病棟運営委員会が部門横断的な活動を実践している。また、各部門でも改善活動に取り組み、優秀な部門には院長より表彰状を贈るなど、継続的に取り組んでいる。倫理委員会で高難度新規医療技術の採用を審議しており、薬剤の適応外使用についても倫理委員会にて判断している。臨床研究を実施する際は倫理委員会が審査しており、倫理・安全面に配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している。

診療・ケアの責任体制は明確であり、主治医・担当医、看護師のほか、担当する専門職が患者・家族に伝えられている。夜間・休日・不在時の連絡体制を整備し、診療を滞りなく行う体制が確立している。診療記録は、電子カルテを用いて「診療記録の管理に関する規定」に則り記載しているが、質的点検の取り組みはさらなる体制の充実が望まれる。緩和ケア、リエゾン、栄養サポートなどの専門チームはコンサルテーションやラウンドを行い、専門職が協働して役割を発揮し、適切な医療・ケアの提供に貢献している。

5. 医療安全

安全確保の体制は、副院長を室長とする医療安全管理室を設置し副看護師長1名を専従者として配置し、必要なマニュアル、委員会を整備している。医療安全に係る情報は電子媒体と紙レポートで医療安全管理室が収集し、委員会などで検討している。なお、死亡事例の報告体制や収集した情報の詳細な分析について取り組みを期待したい。

患者確認の方法は医療安全管理マニュアルに記載され、複数以上の認証を実践している。電子カルテ・オーダーリングシステムにより、指示出しから指示受け、実施までの手順を確立している。病理・放射線などの診断報告書等はシステムでの既読管理を実施することで、確実に情報が伝わるようにしている。薬剤の使用時の確認や抗がん剤のレジメン管理などがルール化されており、安全な使用に努めている。なお、一部の病棟での向精神薬の保管方法、手術室での麻酔薬の管理方法については、安全に配慮するよう検討を期待したい。転倒・転落防止対策は、アセスメントを実施の上適切に行われている。医療機器は臨床工学技士による管理が行われており、職員研修についても適切に実施されている。患者急変時の対応は、緊急コードを設定し適切に対応している。急性・重症患者看護のCNSや医師が中心となりRRSの取り組みを始めている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染対策委員会を構成し、毎月感染対策に関する事項の報告・決定を行っている。医療関連感染管理マニュアルを整備し、ICT・ASTを組織して、院内感染対策の実践や、抗菌薬使用状況を把握し適正な使用に対応している。感染症発生情報・耐性菌検出情報が的確に医療関連感染対策管理室に伝達され、ICT・ASTが活動している。また、適切な手指消毒の確認を行い、サーベイランスとしてJANIS・JHAIS・J-SIPHEのサーベイランスに参加し、その結果を院内にフィードバ

ックしている。院外の感染症発生状況を定期的に確認し、院内に周知している。

感染管理に関するマニュアル・指針を整備している。ICN が中心となり、ICT ラウンドは毎週 1 回以上行い、手指衛生の遵守状況、個人防護用具の適正使用等を現場で指導している。手指衛生は使用量を遵守指標にしているほか、現場観察法、手洗い後の培養、チェックシートによる客観的評価を実践している。抗微生物薬の適正使用のマニュアルを作成・周知しており、AST がその使用状況を確認し、適切に指導している。届出制の抗菌薬の指定もあり、TDM についても薬剤師が適切に関与している。アンチバイオグラムを作成し、結果を解析し周知している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、患者や住民、地域医療機関向けの広報誌およびホームページにより行われている。なお、診療実績の発信については、患者や住民にとって理解しやすい自院の機能や特徴を積極的に広報するための取り組みを期待したい。患者支援センターが窓口となり、地域医療機関からの紹介や検査の受け入れを行っている。連携医療機関の登録医制度を実施し、登録医療機関には「斗南ホットライン」を導入して、検査の結果や処方内容などの情報共有を図っている。紹介元医療機関の把握も行い返書管理についてもおおむね適切である。健診センターを設置し、各種がん検診など様々な健康診断に対応している。地域住民を対象にした健康セミナーなどを開催し、動画の作成も検討している。医療関連従事者への講演会を継続的に行っている。

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、院内掲示やホームページのほか、総合案内に配置された職員やコンシェルジュが案内・誘導を行っている。患者情報は問診票や看護師等の聞き取りなどにより収集し、他診療科の併診もスムーズに行われている。病状や医学的根拠に基づき検査の必要性を判断しており、侵襲性の高い検査では同意書を取得し検査を実施している。検査中はモニターなどを装着し、定期的にバイタルサインを測定するなど診断的検査を確実・安全に実施している。入院の決定は医学的根拠に基づき患者に説明し同意を得ている。入院診療計画書は多職種が関与し迅速に作成され、患者・家族に説明し手渡されている。患者・家族、来院者からの様々な医療相談に多職種で対応する体制を整備している。入院決定と同時に入院の受け入れ準備を進める仕組みを整備している。

医師は毎日回診し、得られた情報は診療録に記載している。多職種カンファレンスにも参加し診療チームのリーダーシップを発揮している。看護提供方式は PNS を取り入れ、支援・協力体制を強化している。また、新人・中途採用者への教育体制を整備し、病棟の管理業務を適切に行っている。全病棟に薬剤師を配置し、持参薬確認や薬歴管理、服薬指導を行っており、抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットで作製・混合を行っている。輸血療法に関するマニュアルを整備し、3 点認証を実践し誤認防止に努め、実施時は必要な観察を行い、輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。カンファレンスにて手術・麻酔の適応を検討しており、リスクを

含めた十分な情報提供をして同意を取得している。サインイン等を実践しており、患者の重症度に応じて病床を選択し必要な看護を提供するなど、周術期の対応を適切に行っている。重症者はICUに収容する方針とし、必要な医療機器を取り揃え、臨床工学技士、薬剤師、療法士など多職種が関与しており、早期離床チームなどの医療チームが介入できる体制も整えており重症者の管理を適切に行っている。

褥瘡予防・治療は組織横断的なチームが関わり、適切に行われている。栄養管理においても栄養管理計画書に基づき、栄養状態の改善、摂食・嚥下に対する支援にチームで取り組んでいる。様々な疼痛や苦痛に対しては、緩和ケアチームが速やかに介入し、患者の訴えを把握し、症状の緩和に努めている。リハビリテーションは主治医の処方後、多職種により総合実施計画書を作成し、適切にリハビリを実施している。身体抑制については、身体抑制中の観察記録を残すよう期待したい。退院支援では、患者・家族の意思を尊重し、退院支援計画に基づいた支援を行っている。退院後は、院内外の専門職が連携し、継続療養に向けた支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、家族と本人の希望を可能な限り達成することに努めるほか、緩和ケア外来の中にグリーフケア外来も開設しているなど、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では内服薬・注射剤ともに処方・調剤鑑査を適切に実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃え、処方の疑義照会の記録を適切に管理している。院内で実施するルーチンの検査は60分、緊急検査は30分で結果を報告しており、パニック値は電話で情報を伝達しており、臨床検査機能を適切に発揮している。画像診断機能の体制は確立しており、誤認防止策、良質な画像・報告書の提供・放射線被曝対策など、適切に機能を発揮している。栄養管理では、選択メニュー実施のほか、行事食の実施やメッセージカードの配布など喫食率の向上に努めている。リハビリテーション機能は、急性期を中心としたリハビリテーションを適切に提供している。診療情報管理機能は、診療情報が一元化され、がん登録やコーディング業務、量的点検などを適切に行っている。医療機器は臨床工学技士が機器管理システムにより一元管理している。洗浄・滅菌機能は委託業者により実施し、洗浄から滅菌、保管までのワンウェイ化や滅菌の質保証など適切である。

病理診断の結果について確認を促す仕組みを整え、診断情報が適切に伝達されるように取り組んでいる。放射線治療機能は、患者誤認対策、良質な治療、治療機器の品質管理など、適切に機能を発揮している。輸血・血液管理は、マニュアルに則り、血液製剤の保管・管理と輸血を実施し、血液製剤の使用状況の把握など適切に実施している。手術は年間約3,500件を実施しており、安全面への対応や退室基準も定めるなど、手術・麻酔機能を適切に発揮している。集中治療機能はオープンICU形式を採用し、必要な医療機器も整備しており適切である。救急医療は、基本的に断らない方針のもと空床がある限り救急患者を受け入れており、虐待の対応マニュアルも整備するなど、機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門とヒアリングを行い作成し、連合会本部へ提出する仕組みになっている。予算の執行状況や対前年実績比較表などは、管理会議にて分析報告し、運営推進会議にて職員に周知している。会計監査は、財務局監査や法人本部監査にて適宜行っている。外来の受付から請求まで一連の業務は委託化を含め医事課が管理している。レセプト点検はシステムを導入し効率よく行っている。返戻・査定および未収金対策についても手順に沿って対応しており、適切である。委託契約は庶務課にて一元管理し、委託の是非は費用対効果と病院運営面の両面から組織的に検証している。

施設・設備の管理は委託業者との保守契約に基づき管理している。各種設備は年次保守計画に基づき定期点検や法定点検を実施している。夜間・休日のトラブルなどへの対応も整備している。感染性廃棄物の処理は、電子マニフェストを導入し、保管、運搬、処分も適切である。物品の購入については、ベンチマークシステムの導入や共同購入事業にも参加し、質や価格の検討を行っている。

火災時における連絡体制やマニュアルを整備し、夜間を想定した自主訓練も実施している。患者用の備蓄食料や飲料水の確保も行われている。庶務課が保安業務を管理し、24時間委託職員が常駐し、夜間の管理体制も適切である。監視カメラを設置して、映像も14日間程度保存が可能である。また、防犯対策として警察OBを配置している。医療事故発生時の対応体制が明示され、必要に応じて医療事故調査制度に繋げる体制を整備している。なお、原因究明や再発防止に向けた検証の記録を残すことや、医療対話の教育を受けた職員の介入手順の明記については検討を期待したい。

11. 臨床研修、学生実習

初期臨床研修医については、EPOC2を用いたプログラム管理や、シミュレーターなどの環境を整備している。なお、一部の職種においては、委員会を中心とした各職種の初期研修計画やプログラムの策定などの管理体制の拡充に期待したい。

学生実習は、多職種にわたり積極的に受け入れている。契約書も締結し、カリキュラムに基づいた実習を計画的に行っている。また、病院基本方針、個人情報、医療安全や感染管理などの教育は、病院の基準に従い実施している。実習中の事故への対応体制も整備するなど、学生実習の受け入れは適切である。

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	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	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	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	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	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	B
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	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	A
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	A
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	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	B

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	A
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	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	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	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	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	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	B

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 国家公務員共済組合連合会 斗南病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 北海道札幌市中央区北4条西7丁目3-8

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	283	283	+40	89.2	8.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	283	283	+40		

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)	6	+1
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	8	+0
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

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 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： 7 人 2年目： 6 人 歯科： 0 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

