

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8月9日～8月10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1979年に開設され、溪仁会グループ内の大規模慢性期病院として、札幌市の地域医療に貢献している。「親切」、「丁寧」、「敬愛」を理念とし、現在は、障害者施設等一般病床、回復期リハビリテーション病床、医療療養病床、介護医療院など特色ある病棟編成を行い、2022年1月からCOVID-19の重点医療機関の割り当て病床を受け、さらに地域貢献度を増している。神経内科、老年内科など専門的な診療科体制を構築し、多職種でのチーム医療も推進している。また、通所リハビリテーションや居宅介護支援事業など在宅サービスとの連携にも取り組んでいる。多数のリハビリテーションスタッフを擁し、患者のQOLの向上を目指し、回復期、維持期のリハビリテーションが充実している。医療の質の向上を目指して、ISOの取得、BSCの活用など目を見張るものがある。また、慢性期病院であるものの、ポストアキュートの患者以外に、診断や治療開始などを要するサブアキュートの患者の受け入れも行っており、優れている。

今般の病院機能評価受審にあたり、日頃より種々の改善・向上に取り組まれてきたことが明らかになった。今後も、貴院が一層発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念、臨床倫理方針を定め、患者・家族、職員に周知している。病院運営では、院内運営会議を設置して、重要執行方針を協議し、決定している。決定した事項は、職員に周知している。組織運営では、年度目標を策定し、実績を評価し、分析の結果、改善に取り組んでいる。情報の有効活用では、院内の情報システムの導入や更新を計画的に行っている。文書については、文書管理規程等に基づき、一覧

表を作成して管理し、職員に周知している。

病院の機能に見合った専門職種の人材については、ホームページによる募集などにより確保している。人事・労務管理では、就業規則や給与規程などを整備して職員に周知している。また、勤怠管理システムを導入し、全職員の出勤を把握、管理している。労働安全衛生委員会を毎月開催し、有給取得率、健康診断実施状況などを検討している。職員満足度調査を毎年実施し、結果を職員へフィードバックしている。職員専用の相談窓口を設置している。福利厚生への配慮として、各種制度を設けており、評価できる。

職員の教育・研修は学術研修委員会が担当している。院外の学会等の参加費などは、病院で負担している。能力開発では、ラダーや教育プログラムなどにより実施している。学生実習では、実習生を計画的に受け入れ、必要事項を確認し契約を締結して、カリキュラムに沿った実習を行い、評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、「患者さんの権利と責務」として7項目を定めている。うち1項目は責務である。医師業務マニュアルに、インフォームド・コンセントに関する方針を明文化している。部門責任者または委員会責任者が承認した説明書・同意書の書式を、文書管理規程に基づき企画課が管理している。患者との診療情報の共有は適切である。患者・家族の相談窓口を設置し、院内掲示、ホームページにて案内している。患者の個人情報保護については、個人情報保護規程等により対応し、業務上の利用目的を患者に周知している。臨床における倫理的課題へ継続して取り組んでいる。患者の倫理的課題を検討する病院としての仕組みがつけられている。

無料の送迎バスを運行し、通院患者などの利便性を図っている。車での来院についても、地図や写真によりわかりやすく案内している。入院生活に必要な設備を整備している。患者の療養スペースが確保され、トイレ・浴室の利便性と安全性に配慮されている。受動喫煙防止では、建物および敷地内全面禁煙としている。

4. 医療の質

業務の質向上を目指すとしてQI委員会活動があり、企画課で行っているBSCを用い、CSRの推進やVUCAの活用を行っている。病棟での症例検討会を、医師、看護師など多職種で開催するカンファレンスとして行っている。診療ガイドラインはMINDSなどを医師が運用している。患者・家族からの意見や要望は、院内投書箱や患者満足度調査などから収集し、投書内容や対応策の回答は、患者・家族が閲覧できるようにしている。新たな診療・治療方法や技術導入などについては、現場から「稟議書」や「購入等依頼書」が提出され審議されている。薬剤の保険適応外の使用については薬事委員会で審議することとなっている。

診療・ケアの管理・責任体制はおおむね明確である。電子カルテは、2017年より医師記録で導入し、2023年から看護記録で導入し、患者の病状に応じて、必要な記録を記載している。多職種による褥瘡回診、認知症ケアチーム、緩和ケアチーム、摂食嚥下サポートチーム、NST、ICT、ASTの専門チームが組織横断的に活動し

ている。また、多職種参加によるカンファレンスも多数開催されており、多職種協働が適切に行われている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理責任者を配置している。多職種で構成された医療安全管理委員会を毎月開催し、安全確保に向けた体制が確立している。全職種からアクシデント・インシデント事例が報告されている。院内のアクシデント・インシデント報告と、院外で発生した医療事故報道やPMDA医療安全情報等を院内で共有し事故防止に活用している。医療事故発生時の対応は、マニュアルにより職員に案内している。

「医療安全管理マニュアル」に誤認防止対策が掲載されている。薬剤部での薬剤管理や病棟、外来での定数配置での薬剤管理は確実に実施している。ハイリスク薬の表示も確実になされている。転倒・転落リスクを評価し、危険度に応じた標準看護計画を活用して防止対策を実施する仕組みがある。転倒・転落発生時の対応を定め、カンファレンスで再発防止策を検討している。医療機器は中央管理されており、使用時に点検済みの医療機器が病棟に届いている。病棟での医療機器は安全に使用されている。院内緊急コードを設定し、ナースステーション内に発動方法と対応フロー図を掲示している。

6. 医療関連感染制御

「感染対策マニュアル」を制定し、新型コロナウイルス感染症対策も作成するなど、時代に即した対応を行い、職員に周知している。ICTはICDとICNを中心に多職種で活動を行っている。ICTは、全病棟と外来において毎週院内ラウンドを行っている。

標準予防策および感染経路別予防策をマニュアルに基づいて適切に実践している。「抗菌薬使用マニュアル」に基づき、主治医は抗菌薬選定を行っており、必要時ASTのコンサルテーションを受けている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌、ホームページなどで行っている。診療実績の発信では、病院独自の臨床指標を設定し、医療の質改善につなげている。地域の医療関連施設等については、訪問やオンラインによる情報交換等により、状況を把握している。入院初回返書の確認体制、外来返書との情報共有、医師の返書確認などの検討を期待したい。地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、職員を派遣し対応している。医療公開講座は現在休止しているが、開催の準備をしているところである。

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、ホームページ、院内掲示により提供している。初診外来診療は療養病棟の入院申し込みが主である。救急告示病院ではないが、かかりつけ患

者などの外来再診を行っている。急変時にも対応している。侵襲的な検査は、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査、造影 CT 検査、造影 MRI 検査であり、主に入院患者に行っている。他院からの入院依頼は、「医療福祉相談課」が受け、電話での聞き取りや診療情報提供書で情報収集を行い、毎日開かれる「入院判定委員会」で審議し、入院受け入れの可否を判断している。入院診療計画書をもとに、看護計画、栄養管理計画、リハビリテーション実施計画を作成している。それぞれの計画に患者・家族の要望を反映させ、患者・家族へ説明し同意を得ている。医療福祉相談課の MSW は病棟ごとの担当制で、入院前に患者情報を収集し、多様な医療相談に適切に対応している。相談内容は電子カルテに記録し、医療チームで共有している。患者が円滑に入院できるよう、入院前から積極的な介入が行われており適切である。

「医師業務マニュアル」に基づき、医師は、主治医として回診を行い、患者の状態に応じた指示を行いカルテに記載し、チーム医療を率先している。看護師、准看護師、介護福祉士、ナースングサポーター（看護補助者）、クラークを配置し、職務分掌で役割を明確にしている。病棟運営基準、勤務表作成基準、看護介護部業務マニュアル等に基づいて病棟業務を行っている。医師は必要な検査を行い、入院患者の病態の変化を監視している。看護師は内服薬を配薬カートからトレイに複数患者分を移して与薬している。医師は、輸血の必要性、合併症などの説明を行い、輸血同意書を得ている。主治医は家族への病状説明を必要に応じて行い、看護師は、詳細な患者観察記録を行っている。マニュアルに基づき、褥瘡の予防・治療が適切に行われている。褥瘡対策委員会が、褥瘡発生率のデータ把握と改善に向けた検討を行っている。管理栄養士は栄養管理計画書を作成し、ミールラウンドで喫食状態を把握し、必要に応じて栄養食事指導を実施している。「緩和マニュアル」を整備し、疼痛、呼吸困難、不眠、倦怠感、せん妄について、症状緩和の基準・手順を定めている。緩和ケアチームが週 1 回活動し、依頼があれば介入できる体制をとっている。主治医は、リハビリテーション部にリハビリテーション処方箋を発行し、療法士はアセスメント後、総合実施計画書を立案し実施している。患者・家族の希望を取り入れ、リスク評価なども確実に行っている。「身体抑制予防マニュアル」を整備している。「身体抑制廃止の理念」として、スピーチロック・ドラッグロック・フィジカルロックについて定め、身体抑制を必要としないケア提供に取り組むことを明文化している。「療養・退院支援マネジメントフロー」に沿って、入院前から MSW と看護師が患者・家族の意向を把握し、介入する仕組みがある。退院後の日常生活に必要な療養指導を計画的に実施し、多職種協働による退院支援が適切に行われている。「終末期医療ガイドライン」を整備し、患者が受けたい治療を選択できるようにしている。主治医はターミナルステージの判断を多職種と共有し、逝去後にデスカンファレンスを開催している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、日中は 365 日勤務し、病棟、外来を担当し、疑義照会も適宜行っている。病棟への注射薬の払い出しは、配薬カートに入れて患者ごとに払い出してい

る。臨床検査部の臨床検査技師は、検体検査、肺機能検査、心電図、エコー検査等を行っている。放射線科技師は、単純撮影、CT、MRI 検査などを行う中、患者確認も確実に安全に行われている。栄養管理機能では、適時適温給食を実施し、献立内容を検討し改善しており、工夫を凝らした食事は、患者から好評を得ている。リハビリテーション部は多数の常勤スタッフで、広い訓練室で行う一方、病棟でのベッドサイドのリハビリテーションにも応じている。入院患者には、年間 365 日通じて、必要なリハビリテーションを行っており、適切である。診療情報管理機能では、電子カルテで一元的に管理し、診療録の量的点検を実施し、点検結果を医師にフィードバックしている。サプライサービス課が医療機器を中央管理し、保守点検計画と実績を把握している。各医療機器の使用マニュアルを管理し、日常点検、定期点検、保守点検を定め、点検結果を記録している。医療機器の標準化はおおむね完了している。単回使用医療機器（SUD）の再使用は行われていない。

臨床検査部を通じて、組織診、細胞診は全て外注で検査を行っている。検査結果は病棟を通じて主治医に伝えることになっている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、収支計画を作成し、会計処理を行っている。医事業務では、診療報酬請求について、医師による点検を全件行っている。未収金対策は、手順に基づいて督促等を行っている。委託業務の実施状況は、業務日誌などより確認し、購買委託評価をしている。委託業者との打ち合わせを行い、委託業務の改善につなげている。

病院の規模や診療機能等に応じた施設・設備を整備し、日常点検および年間保守点検を計画的に行っている。購買管理では、医薬品、診療材料について、委員会で 1 増 1 減を基本に検討し、決定している。

災害等の危機管理では、事業継続計画を策定している。大規模災害時対応として、委員会を設置し、マニュアルを整備している。保安業務では、24 時間常駐で職員等を配置し、緊急時の連絡網を整備している。

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	患者の個人情報を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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	B
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	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	B
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	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	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	B
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	
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 A

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

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 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人溪仁会 札幌西円山病院

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：北海道札幌市中央区円山西町4-7-25

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	469	469	+49	78.69	148.6
療養病床	134	134	-49	80.41	126.9
医療保険適用	134	134	-49	80.41	126.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	603	603	+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		
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	87	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床	469	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	469	+49
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

