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8月18日～8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

大都市の中心部に位置し、循環器・腎臓・呼吸器疾患を専門とし、入院は障害者を中心とした医療サービスを提供する病院である。敷地内で新築し、消費エネルギーの低減設計を行い、環境省のZEB（Net Zero Energy Building）認定を取得している。病院は新しく、療養環境は優れており、職員は患者中心の医療に真摯に取り組んでいる。外部評価を継続して受審しており、審査結果の指摘に対して継続して改善が図られている。今回の審査について、評価の総括を以下にまとめる。本報告書と合わせて貴院の今後の改善に少しでも役立てば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が定められ、病院の役割および機能を含めて院内外に発信されている。会議・委員会や組織・組織規程・職務分掌等病院運営に必要な体制は明確に定められている。病院の年次事業計画、部門・部署目標はBSCを用いて作成され、達成度の評価を行っている。診療記録はPDFを蓄積する方式で、タイムスタンプを得ている。記録はバックアップしている。総務課が文書管理規程に則り文書管理を行っている。マニュアル類の一元管理も期待したい。必要な人員は確保されており、欠員補充を基本とした職員採用計画を立て、募集・採用を進めている。人事・労務に関する各種規程・規則は定められており、勤務時間は客観的に把握されている。労働衛生委員会が設置され、職員の健康管理や職場環境の安全管理など適切に対応している。職員満足度調査を毎年実施している。提携保育園や資格取得の費用を補助する仕組みがある。教育委員会があり、院内研修年間計画を作成している。教育研修コンテンツの配信サービスを契約している。看護部では教育計画がある

が、他の職種では明確なプログラムは定められていない。医学部学生、看護学生および放射線科、臨床工学科などで学生の実習を受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利と義務については「患者の権利章典」12 項目を定め、院内掲示や病院案内等で周知に努めている。「説明と同意に関するガイドライン」に方針を明記し、医師からの説明時は、主に看護師が同席して同意書に署名している。各種パンフレットや計画書、患者用クリニカルパス等を活用して情報提供を行っている。医療安全・感染防止等について協力を依頼している。外来カウンターで患者相談を受け付け、相談内容に応じて看護師または社会福祉士が相談対応し記録が残されている。個人情報保護規程、利用目的等はホームページに掲載され、院内での利用手順も定められている。主要な倫理的課題についての方針は定めているが、臨床倫理委員会での倫理的課題の検討がなく、今後の課題である。日常の診療・ケアの場面では、各病棟・外来・透析等部署毎に倫理問題検討シートの 4 分割法を用いて倫理カンファレンスを行っている。駐車場、売店や外来および透析室における Wi-Fi 利用、バリアフリーなど利便性は確保されている。院内は、診療・ケアに必要なスペースを有している。各階テーマカラーとモチーフの花があり、広い空間となっている。全館禁煙、敷地内禁煙となっており、職員の喫煙率は健康診断時に把握されているが、さらに禁煙の推進が望まれる。

４．医療の質

BSC 活動や「安全の取り組み発表会」にて、改善活動を行っているが、医療現場で生じる課題を解決するための委員会等の組織を明確にすることが望まれる。医局では症例検討会を実施し、病棟・透析室では多職種カンファレンスを定期的に開催している。診療ガイドラインは院内 LAN で閲覧でき、診療の標準化に努めている。サービス向上委員会では役割を分担し、患者満足度調査、コンフォータブルケア、院内接遇研修、サービス向上キャンペーン、外来待ち時間ワーキングなどの活動を行っている。知識や技術の習得のための学会・研究会出張の病院補助がある。新たな治療法の開始に当たっては、医師が情報を収集して医局で検討し、その上で可否を決定する仕組みである。診療とケアに関する管理・責任体制は明確で、病棟の責任医師、病棟看護科長、担当社会福祉士を明示している。主治医不在時は、代診医を定め病棟へ連絡するシステムになっている。診療記録は診療記録管理規定、診療記録管理指針を遵守して、適時に記載されている。退院時サマリーは速やかに作成されている。診療記録の質的点検の項目を見直すとよい。ICT、褥瘡対策、身体拘束最小化の多職種構成チームがあり、コンサルテーション、ラウンド、各カンファレンスに参加する等専門的視点で組織横断的に活動している。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全部門に部門責任者の副院長、看護主任の専任医療安全管理者を配置している。セイフティマニュアルは整備されている。インシデント・ヒヤ

リハットは電子的に収集されているが、全体的および医師からの報告数の増加が課題である。セイフティマニュアルに医療事故発生時の対応が定められ、時間経過および担当者別の実施すべき業務が明確に規定されている。患者の確認は、患者本人がフルネームと生年月日で名乗ることを基本とし、入院ではリストバンド、外来では受付伝票、透析の個人カードを併用している。確実で安全な指示出し、指示受けの仕組みは確立し、口頭指示やパニック値もマニュアルに沿った運用を行っている。ハイリスク薬 11 剤を定め、ハイリスク薬表示をしている。薬剤部の麻薬庫の鍵は、夜間は鍵のかかる引き出しに入れ、その鍵は当直医師が管理している。病棟の麻薬保管庫の鍵の管理は、リーダー看護師が持ち回りで行っている。転倒・転落防止についてはマニュアルを整備し、入院時にリスク評価し、防止策について患者・家族に説明した上で実践している。臨床工学技士は、医療機器の管理とマニュアル整備を行い、医療機器使用に関する研修を行っている。院内救急コードとして、コードブルー、コードホワイトを設定している。救急カートは院内統一して整備し薬剤師と看護師が点検している。

６．医療関連感染制御

感染対策委員会を毎月開催し、実働部隊として感染対策チーム（ICT）が活動しており、感染制御体制が確立している。院内ラウンドを毎週実施し、結果をフィードバックしている。院内全体の研修会は年 2 回実施されている。院内・院外の感染症情報を収集し、職員に発信して注意喚起している。関連病院と交流して、情報交換、適宜指導を受けている。ターゲットサーベイランスは血流関連感染および尿路カテーテル関連感染を開始しデータ集積中である。結果のフィードバックが期待される。感染対策マニュアルに基づき、標準予防策、感染経路別対策を行い、PPE を適切に使用している。感染性廃棄物や血液・体液付着のリネン類は適切に取り扱っている。ICT や感染管理認定看護師のラウンドでは、チェックリストを使用し、マニュアルの遵守状況や手指消毒の実際を確認している。抗菌薬は適正使用指針に沿った運用を行っており、特定抗菌薬は届出制である。2 週間以上継続的に使用されている抗菌薬には薬剤師が介入して担当医と協議・対応している。分離菌の情報は毎月の感染対策委員会で報告されている。

７．地域への情報発信と連携

広報委員会が広報誌「電車通り通信」を年 4 回と院内報を作成している。前者は直近で Vol. 46 夏号が、後者は Vol.66 が編集されている。ホームページの情報は総務課が管轄しており、各部署からの更新依頼に基づき情報更新を行っている。広報委員会において、今後の病院の広報のあり方を幅広く検討し、病院の役割・機能を適切に地域に発信することが期待される。地域の医師からの診療予約への対応や、退院後に利用可能な福祉・医療・介護施設やサービスについての患者への案内など、前方・後方連携がなされている。紹介外来受診に対する医師の返書は、地域医療連携室で毎週担当者が確認しており、1 年半で未返信のものは数件である。医師は入院後の経過も紹介元に返信しているので、その状況を地域医療連携室で把握

しておくとよい。健康診断に対応し、企業健診、学校健診を受けている。へき地医療の支援として、法人として医師をへき地に派遣しており、年間約 30 週間、外来と夜間当直を週 1 回ずつ受け持っている。毎月、治療食として簡単病気対策レシピを紹介しており、腎臓病対策レシピは DVD として 4 巻まで発行されている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

待ち時間調査を実施・分析し、円滑な受診に努めている。患者誤認防止、理解度確認の仕組みができている。自院の医療機能、診療範囲は明確にしており、地域医療連携室は他施設からの患者の受け入れや相談に対応している。侵襲的検査では十分な説明後に同意書が取得されている。入院の必要性を説明し、病棟で丁寧な案内を行っている。入院診療計画書を立案し、クリニカルパスも適宜使用している。患者・家族からの相談に対応し、記録を残している。入院手続きに必要な情報は、ホームページや入院案内等で案内している。医師は毎日患者回診を行い、スタッフと情報を共有している。看護師は、患者のニーズを把握し、多職種と連携して看護を実践している。病棟での薬剤投与・管理、薬剤師関与は適切である。輸血マニュアルを遵守し、安全な輸血が行われている。手術室はなく、局所麻酔による手術のみの実施である。重症度に応じた病室を選択し、多職種でケアしている。褥瘡のリスク評価を実施し、必要な患者には褥瘡対策チームが関与している。入院時に栄養スクリーニングを行い、管理栄養士が栄養管理計画書を作成している。患者の苦痛や疼痛はフェイススケールで把握し、コントロールしている。患者希望の ADL を考慮したリハビリテーションを実施している。身体拘束については、マニュアルを定め同意を得た上で実施し、拘束中の観察や解除の検討は適切に行われている。入院早期に担当の社会福祉士や看護師等で退院支援を図っている。継続的に診療・ケアの必要な患者に対し、ニーズを把握し多職種で支援している。終末期医療では、病院の方針に基づき患者・家族の思いに沿ったケアを行っている。

９．良質な医療を構成する機能

処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査が確実に実施され、内容を記録し、集計をとっている。緊急の検体検査結果は 40 分程度で報告され、結果の内部・外部による精度管理を実施している。画像検査は迅速・安全に実施しているが、必要な症例には専門医の読影が望まれる。食思不振患者に個別対応し、食事の満足度を高めるよう努力している。リハビリテーションは総合実施計画書に基づいて安全で確実な実施に努めている。診療記録の電子化への途上にあるが、診療記録は患者ごとに一元管理されている。医療機器は管理システムを用いて一元管理し、日々の点検、定期点検等の管理を行っている。洗浄・滅菌では、滅菌の各インディケーターで滅菌精度を確認した後払い出している。病理検査は内視鏡検査関連が主であり、検査室が管轄し、外部委託で対応している。輸血管理は薬局が管轄し、担当薬剤師が実務を行っている。廃棄率 0%は評価できる。血管造影室でペースメーカー留置・交換、内シャント拡張術を実施している。自院患者のみの救急対応であるが、病院規模に応じた救急機能を果たしている。

１０．組織・施設の管理

病院会計準則による会計処理は法人本部で行われ、公認会計士事務所による監査が実施されている。予算が作成され、毎月実績との対比管理がなされている。受診の受け付けから会計までの窓口業務および診療報酬請求事務は適切に行われ、未収金の管理はなされている。施設基準の遵守状況の確認もなされている。臨床検査、清掃、リネン、警備、透析患者の送迎、調理を委託しており、基本的には単年契約である。日報を総務課が確認し、定期的に委託業者と面談している。総務課が、施設・設備の日常点検、保守契約の管理を行っている。環境省の ZEB（Net Zero Energy Building）の認定を受けている。医薬品は薬事委員会、医療消耗品は診療材料検討委員会で検討し、医療機器は事務部長、副院長、病院長、理事長の承認後の購入となる。導入後の評価もなされている。災害・危機管理は総務課が担当し、災害対応と情報セキュリティの BCP が作成されている。緊急時の責任体制、連絡網があり、火災訓練、自家発電機の整備も適切である。夜間の出入り口を 1 か所に限定し、入館時の確認を行っている。監視カメラを要所に設置し、映像を一定期間保管している。入館証等の検討が期待される。

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	B
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	B
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	B
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	B

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	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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	A
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	A
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	栄養管理と食事支援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	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	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	B
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	A
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	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	
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	B
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	B
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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 社会医療法人北海道恵愛会 札幌南一条病院

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 ： 北海道札幌市中央区南一条西13-317-1

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	147	147	+0	95.6	153.1
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	147	147	+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	70	+2
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		
障害者施設等入院基本料算定病床	147	+0
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： 1 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
呼吸器内科	2	0.2	20.40	16.05	29.39	20.92	20.18	212.44	9.27	13.36
循環器内科	3.5	2	41.13	32.37	94.87	67.52	6.50	145.80	7.48	17.25
消化器内科（胃腸内科）	1	0.1	2.87	2.26	16.25	11.57	11.78	169.51	2.61	14.78
腎臓内科	3.5	2	62.66	49.32	0.00	0.00	0.30	0.00	11.39	0.00
研修医										
全体	10	4.3	127.06	100.00	140.52	100.00	5.76	158.79	8.89	9.83

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	127.06	126.53	129.66	100.42	97.59
1日あたり外来初診患者数	7.32	7.46	4.92	98.12	151.63
新患率	5.76	5.90	3.79		
1日あたり入院患者数	140.52	142.54	141.11	98.58	101.01
1日あたり新入院患者数	0.90	0.73	0.81	123.29	90.12