

## 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6月19日～6月20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

貴院は創設以来、脳神経外科診療を中心に発展を続けてこられた。がん・脳卒中・心臓病という三大疾患を中心とした診療、地域医療連携、医療者育成等に努め、特にがん診療においては、オーダーメイドの先進的な医療の提供を目指し最新の放射線治療機や陽子線治療装置を設置するなどして、地域の住民から厚い信頼を得ている。病院機能評価を継続して受審されており、この度の審査でも、幹部だけでなく各部門が一体となって、質向上に向けて取り組んでこられた成果が確認できた。また、放射線治療機能の発揮に関しては高く評価しておきたい。

ほとんどの評価カテゴリーにおいて良好な結果となっているが、今後の課題として取り組まれることを期待したい項目もみられた。審査結果を参考とされ、病院機能の一層の向上に向けた取り組みが進められることを期待する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、内容についても定期的に検討され、院内外への周知も各種媒体により適切に図られている。病院の将来像はBSCにより設定され、病院幹部は様々な場面で指導力を発揮している。また、職員のモチベーションを高める組織運営についても工夫されている。病院運営の意思決定会議は明確に位置づけられ、組織内への情報の伝達は円滑であるが、組織図については検討されたい。計画的な運営では、中期計画期間内における部門の取り組みや達成目標年度等を具体的に示すことが望まれる。また、リスクに対応する機能存続計画についての検討も望まれる。情報管理に関する方針と実践は適切である。文書管理が整備され、組織として文書を管理する仕組みが構築されている。

必要な人材は確保されているが、更なる確保に向けた努力が期待される。人事・労務管理や職員の安全衛生管理についても適切に対応されている。働きやすい職場環境では、就業支援や福利厚生による支援がある。全職員を対象とした教育・研修は、必要性の高い課題についての実施や、不参加者への確実なフォローの仕組みの構築について検討が望まれる。図書機能では、図書の把握や新着図書リストの伝達に関して工夫が望まれる。職員の能力評価・能力開発は、人事考課制度の中で行われているが、医師への実施が望まれる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利はホームページや院内掲示を通して、患者・家族および職員に周知され、カルテ開示なども適正に行われている。説明と同意に関する方針が明確にされており、対応されているが、方針に基づく同意の取得と、病院側の同席のルールの遵守が望まれる。患者へ診療情報を提供して理解を得る取り組みは、入院診療計画書などを用いて行われており、患者参画の取り組みも、誤認防止等の協力などについて適切に行われている。患者への支援体制として、様々な機能が適切に発揮されている。虐待患者の対応についてもマニュアルが整備され、周知が図られている。個人情報保護に関しては、おおむね適切な対応がなされている。

臨床における倫理的な課題については倫理委員会が設置されており、終末期医療・DNAR・輸血拒否・身体抑制などについての方針が規定されている。患者・家族の倫理的課題については、各病棟でカンファレンスが行われ、解決困難な場合は、看護部倫理委員会で検討されて、臨床倫理検討部会に報告されるなど、適切に対応されている。療養環境の整備と利便性については、来院時のアクセスへの配慮があり、院内がバリアフリー構造で床面は滑らない材質であるなど、安心して利用できる環境である。高齢者・障害者への配慮も行き届いた施設・設備となっている。病棟は静寂が保たれ、整理整頓と清掃が行き届き、デイルームには季節に合わせた折り紙や塗り絵などでいやしを与える工夫があり、快適な療養環境が提供されている。禁煙への取り組みも適切である。

### 4. 医療の質

意見の収集は、患者満足度調査および意見箱等により行われ、対応策が検討され、外来ホールの掲示板に掲示され、質改善に活用されている。診療の質向上に向けた取り組みは、キャンサーボードなどのカンファレンスが活発に開催され、多職種も参加しており、クリニカル・パスも活用されている。各種の臨床指標が収集されてベンチマーク分析も行われている。医療サービスの質改善に病院全体と各部署でBSCの手法を用い目標管理が行われており、各委員会・部会において業務改善活動が行われている。新しい手術・技術の導入については、会議体で安全性や倫理面について検討された上で、関連する部署に情報が共有され、外部を含めた研修が行われている。

診療・ケアの管理・責任体制については明確で、病棟には責任医師・看護科長・薬剤師・医療相談員の氏名が明示され、各科外来には担当医師名が掲示されてい

る。主治医不在時の連絡体制も明確で、看護責任者のラウンドなども適切に行われている。診療記録は、各職種の業務手順・基準に基づいて、電子カルテ上に分かりやすく記載され、使用できる略語についても定められており、手術・麻酔記録や紙運用の書類についても多職種で参照することができる仕組みが構築されている。退院時サマリーは2週間以内に作成され、多職種チームによる質的点検も行われている。多職種が協働して患者の診療・ケアを行う活動では、様々な専門チームによる介入が積極的に行われている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制としては、医療安全対策室が設置され、多職種による様々な活動が行われており、メディカルリスクマネジメント委員会と安全管理部門会議が連携した組織体制が確立されている。院内のアクシデント・インシデントは、統一された報告書によりほぼ全職種から報告され、データは医療安全管理者によってチェック・分析されており、得られた情報は検討されている。

誤認防止対策として、医療安全マニュアルに患者・検体などの誤認防止策が整備され、患者の確認は、患者基本票、バーコードやリストバンドで行われている。手術室でのタイムアウトやチューブ類の誤認防止対策は実施されているが、マーキングに関しては検討が望まれる。情報伝達エラー防止では、指示・指示受け・実施は電子カルテ画面で確認できるが、口頭指示が実施されたことを確認する仕組みについて検討が望まれる。薬剤の安全な使用については、麻薬・向精神薬・ハイリスク薬の安全な使用と保管・管理、重複投与・相互作用・副作用・アレルギーのチェック、抗がん薬の調製・混合やレジメン管理など、適切に運用されている。

転倒・転落防止に関しては、リスク評価が行われ、結果に基づいた防止対策が適切に実践されている。医療機器については、マニュアルに基づいた安全な使用が実践されている。患者等の急変時の対応については院内の緊急コードが設定され、救急カートやAEDが適切に配置されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染防止対策室が設置されており、院内感染防止対策委員会や感染対策リンクスタッフ委員会が開催され、抗菌薬使用状況や耐性菌情報などが検討されている。定期的な感染対策ラウンドも行われている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、検査科や薬剤部から一般培養結果、耐性菌情報、抗菌薬使用状況、長期抗菌薬使用者情報が感染防止対策室に報告され、ICC、ICTで検討されている。ただし、医療関連感染のサーベイランスはUTIやVAPについても取り組まれることが望まれる。

感染対策マニュアル、医療廃棄物マニュアルが整備され、ICTによるラウンドが実施されており、予防策、手指衛生、個人防護用具の着用などの評価が行われている。感染性廃棄物の取り扱いを含め、感染制御の活動は適切に実践されている。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で審議され、分離菌感受性パターンは検査科がまとめ、耐性菌情報、一般細菌情報はICCおよび医局会で報告されて、アンチバイオグ

ラムは院内 LAN に掲載されている。抗菌薬使用マニュアルが策定され、起炎菌・感染部位の特定では感染制御認定薬剤師が主治医と協議し、カルバペネム系抗菌薬など特殊な抗菌薬は届出制となっているなど、適正に使用されている。

#### 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内やホームページの他、院外広報誌が発行され連携医療関連施設や院内で広報されている。診療実績はホームページ上に病院年報として掲載され、病院情報の公表も実施されているが、診療科ごとの治療実績については、患者や連携医療関連施設が診療内容を容易に把握できるように情報公開されると、さらに良いと思われる。地域連携に必要な情報は、東区医療・介護情報ネットワーク協議会が開催され、連携する医療や介護施設等との情報交換や情報共有に有効活用されている。地域連携パスの活用はないが、開放型病床の申請が計画されており、他の医療関連施設等との連携は適切に実施されている。

市民医療講演会や健康教室などの多くの講演が開催され、患者や地域住民に向けた教育・啓発活動は評価できる。地域の医療関連施設等には、ISLS の開催や、札幌脳血管・頭蓋底手術マイクロサージェリーコースの開催を通じて、専門的な医療知識や技術等の研修会が定期的で開催されており、適切である。

#### 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各種媒体にて発信され、紹介患者の受け入れや緊急性への配慮もある。外来診療は初診患者への ID 付与、外来基本表の発行、患者情報の把握、診察、検査処置が適切に実施されている。侵襲を伴う検査は説明と同意に基づいて行われ、安全性にも配慮されている。入院の決定は医学的に判断され、患者・家族の同意のもとに入院が決定されており、適切な診断のもとに各種計画書が作成されている。医療相談を必要としている患者・家族への対応には病棟医療相談員が決められ、多様な相談に対応されている。入退院支援室での説明、看護師による情報収集や転倒・転落アセスメント、入院後のオリエンテーションなどより円滑な入院がなされている。

医師業務は適切に行われており、チーム医療のリーダーとしての役割も発揮されている。看護業務は、疾病や患者の状態に応じた生活援助や診療の補助業務、能力に応じた業務分担が適切に行われている。投薬の安全な実施に関しては服薬指導、調剤鑑査、配薬、服薬確認がなされており、注射薬は 5R に基づいて処置され、投与中・投与後の患者観察が行われている。輸血に関しては規程に従って安全に行われ、適正な使用を促す仕組みもある。周術期の対応では手術看護師の術前訪問が全例で行われ、質の高いリスク評価が行われている。SCU や重症部屋が設定され、多職種が参加しての質が高く重症患者管理が行われている。褥瘡予防対策、栄養管理、症状などの緩和では多職種による専門チームが適切に関与されている。

リハビリテーションは患者の状態に応じて、确实・安全に実施されている。身体抑制は行動制限手順に沿って実施されているが、医師の更なる関与と行動制限の最小化の検討が望まれる。退院支援と継続した診療・ケアの実施については、多職種

による支援が早期から行われている。ターミナルステージでは、患者・家族の意向が尊重された対応が行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査や疑義照会、持参薬の管理、注射薬の取り揃えや調製・混合などが適切に実施されている。臨床検査機能は必要な検査が実施され、迅速に報告もなされており、精度管理も適切に行われている。画像診断は、放射線診断医によりCT・MR・核医学検査が迅速に読影され、必要な検査は診療放射線技師により、CT、MRIなどが迅速に実施されている。栄養管理機能は、患者の特性・嗜好に応じた食事が適時・適温で提供されている。

リハビリテーション機能は、リハビリ専門医は不在であるが、継続的なリハビリが行われている。診療情報管理機能は、電子カルテにより診療情報は一元管理されており、情報の二次利用を想定したデータベースの構築や量的点検も適切に行われている。医療機器管理機能は、主要な医療機器は一元管理され定期的な点検がなされており、医療機器の標準化に努められている。洗浄・滅菌業務は中央化され、機能が適切に発揮されている。

病理診断機能は精度管理、主治医への報告、ホルマリンの管理などが適正に行われている。放射線治療機能はリニアックと陽子線治療器が配備され、放射線治療医や放射線技師により確実・安全な治療がなされており、機能は秀でている。輸血・血液管理機能も適切に発揮されている。手術・麻酔機能は麻酔科医、看護師など関係者が連携して機能が発揮されているが、薬剤師の関与を含め検討が望まれる。集中治療機能では、多職種が参加した質の高い集中医療が行われている。救急医療機能は、24時間スムーズに救急患者を受け入れている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に則って行われ、予算管理・会計処理・経営状況の把握・分析もなされており、外部監査などの状況も適切である。医事業務は、受付から収納業務まで適切に実施されており、レセプトは医師と事務担当者が関与され内容点検が実施されている。未収金回収では適宜督促を行うとともに、弁護士へ委託される。業務委託については適宜、契約内容や委託業務の質などが把握され、委託業務従事者への教育も適切に実施され、事故発生時の対応体制についても手順が明確にされている。

施設・設備については、緊急時の対応はもとより24時間365日、モニターしながら適切に管理され、清掃も行き届いている。感染性廃棄物の管理、処分も適切に行われている。物品管理は診療材料、医薬品の選定、購入プロセス、在庫管理とも適切に行われている。災害時の対応は各種マニュアルの整備や訓練の実施、自家発電装置の設置や水・食糧・医薬品等の備蓄が適切に実施されている。保安業務は、緊急時の連絡・応援体制が明確で、院内各所に設置された監視カメラによる監視などにより、適切に行われている。医療事故発生時の対応プロセスは明確で、周知も図られ、訴訟発生時の対応手順も整備されている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では年間教育計画が立案され、入職時に研修や接遇など含めたオリエンテーションが実施されている。現在、初期臨床研修医の配置はないが、看護部では到達目標に応じた新入職員の教育カリキュラムが実施され、その他の専門職種においては、BSCにより研修計画と到達目標が明確化されて、各個人の能力評価が行われている。研修内容については、研修後にアンケートが実施され、研修カリキュラム内容の見直しなども適切に行われている。

学生実習は、多くの学生を受け入れ、実習依頼先と協定書が締結されており、院内規則の遵守、守秘義務、損害賠償など必要な事項が明確にされている。臨地実習に際しては、カリキュラムに沿った実習が行われ、必要に応じて評価表による実習評価もなされている。また、実習生へは、受け入れ担当部署により、病院の基本的規則から実習生の在り方などのオリエンテーションが行われており、学生実習は適切に実施されている。

# 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	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	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	B
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	A
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	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	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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	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	S
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	B
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	B
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	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	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	B
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： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2017年 11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 禎心会 札幌禎心会病院  
 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： 北海道札幌市東区北33条東1-3-1

## 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	279	239	+112	95.08	14.76
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	279	239	+112		

## 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	15	+15
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		
地域包括ケア病床	35	+35
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

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： 0人 2年目： 0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

