

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9月7日～9月8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ている。特に、がん診療においては、最新の放射線治療機器や陽子線治療装置を設置するなど、地域のニーズに応じて先進的な医療を提供している。

病院機能評価を継続して受審しており、今回の審査でも、幹部だけでなく各部門が一体となり、質向上に向けて取り組んでいる成果を確認できた。特に、放射線治療機能は高く評価したい。今回の病院機能評価が病院機能の一層の向上につながれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明文化し、患者や家族、職員に周知している。病院の意思決定会議として四役会議の開催や組織図の整備を含め、病院運営はおおむね適切に行われている。中・長期計画は基本方針を達成するための3～5年を見通した内容であり、中・長期計画に基づき、年次計画（予算）を策定している。システム運用規程に則って、電子カルテ等の情報システムを運用しており、情報の真正性や保存性、見読性を確立している。文書管理は、文書管理規程を遵守し、おおむね適切に管理している。

病院は法定人員ならびに施設基準に定めている人員を確保している。各種規程を網羅した規程集を整備し、職員に周知している。衛生委員会を毎月開催し、職員の健康診断の受診状況や長時間労働の把握、メンタルヘルス、特定化学物質の管理などについて検討している。職員の意見や要望は、職員がいつでも意見を挙げること

ができる仕組みを構築しており、福利厚生も充実している。全職員を対象とする教育・研修として、DVDの活用や受講後の小テストの実施などを行っているが、年間計画に患者の権利なども取り入れ、確実に実施することを期待したい。職員の能力評価、能力開発は人事考課制度に沿っておおむね適切に行っている。協力型臨床研修病院として、初期臨床研修医の育成に取り組み、EPOC2を使用して評価している。看護部をはじめ、各専門職種の初期研修についても、新人教育プログラムを整備している。学生実習については、医学生、看護学生、薬学生、その他の医療職の学生実習を積極的に受け入れている。窓口も一本化し、カリキュラムに沿って実習を行っている。

3. 患者中心の医療

病院として「すべての患者さんの権利章典」と「こどもの権利章典」を定め、患者の権利の擁護に努めている。「インフォームドコンセント指針」を規定し、手順、書式、説明と同意が行われる診療行為の範囲、意思表示できない患者や未成年者への対応、患者および病院側の同席ルール、同席できない場合の対応などを明文化し、適切に対応している。患者との診療情報を共有し、医療安全などの協力を求め、患者用ヒヤリハットを利用して患者の参画を促進している。多職種で構成する相談窓口を設置し、必要に応じて専門部署につなぐワンストップ方式である。個人情報保護規程を定め、患者氏名の呼び出しや表記方法などの個人情報に配慮している。臨床倫理の課題と対応方針を規定し、臨床倫理検討部会で臨床の検討内容を報告し、解決困難事例の検討を行っている。臨床現場で倫理課題を把握し、臨床倫理検討部会に報告している。

病院は最寄り駅から徒歩圏内であり、公共バスも利用が可能であり、患者用駐車場も整備している。外来・病棟は十分なスペースを確保し、ラウンジなどの患者がくつろげる空間を整備している。敷地内禁煙の方針は、各種案内で周知徹底している。

4. 医療の質

質改善管理室を設置し、質改善管理運営委員会で継続的な質改善活動を行っている。BSCを作成し、病院、部署、個人の目標管理を行っている。各種カンファレンスを開催し、各科のガイドラインは、書籍や院内ネットワークで参照が可能である。多くの臨床指標を取りまとめ対応を検討している。患者相談窓口のほかに、ご意見箱の設置や患者満足度調査などを行い、医療サービス向上への体制がある。新たな診療・治療方法や技術の導入については、倫理委員会で検討した技術導入例が見受けられた。適応外使用の許可の検討、研究倫理審査も倫理委員会で行っている。

各病棟には各部門の責任者を表示するなど、診療・ケアの管理・責任体制を明らかにしている。診療録や看護記録は適切に記載している。多職種で構成された各種専門チームが組織横断的に活動を実践している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全対策室を設置し、専従の医療安全管理者が配置され、カンファレンスを毎週開催するなど、安全確保のための活動が実施されている。速やかに情報収集を行い、分析・再発防止策を検討して、全職員へ通知し、対策実施を確認している。事故発生時の対応マニュアルを整備し、原因究明・再発防止、外部への報告機能を備えている。

誤認防止策の手順をリスクマネジメントマニュアルに明示し、適切に実施している。オーダーリング、口頭指示受けなど、情報伝達エラー防止対策を適切に実践している。薬剤師を病棟に配置し、薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。全患者に転倒・転落のリスク評価を実施し、看護計画を立案して評価している。転倒・転落発生時には初期対応フローチャートに基づき、速やかに対応している。医療機器は中央管理室で一元管理し、人工呼吸器装着中は臨床工学技士がラウンドして動作および設定を確認している。患者等の急変時対応として、緊急コードを設定し、BLS 訓練やシミュレーション研修を開催している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策室、院内感染防止対策委員会、ICT、AST、感染対策リンクスタッフ委員会が設置され、業務内容が明文化されている。ICT・AST ラウンドでは、手指消毒等の状況などを直接観察している。また、院内の感染症の発生状況、耐性菌の発生状況、抗菌薬の使用状況、血液暴露の発生状況、環境整備の状況等を把握して対応策を講じている。標準予防策を中心とした手洗い、手指消毒、PPE の着用などの研修を実施し、速乾式消毒剤の使用状況などを把握している。また、感染性廃棄物の取り扱いも適切である。抗菌薬は ICD、感染制御認定薬剤師、AST が院内の状況をよく把握してフィードバックするなど抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割について、広報誌やホームページ、動画等にて、地域等に向けてわかりやすく発信している。最新情報は、ホームページに掲載し、医師や対象疾患、治療法などを紹介している。病院年報も公開している。地域連携推進の担当者を配置し、紹介患者の受け入れや、円滑な転院・退院の支援が行える仕組みを有している。地域の医療機関・施設等で構成される協議会に参加し、地域の医療情報を共有している。地域住民への教育・啓発活動として、市民公開講座を開くとともに、病院広報誌に疾病や治療法等をわかりやすく掲載し、地域住民の健康啓発を図っている。地域の医療従事者には、専門・認定看護師等が研修会・事例検討会、講座を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を周知し、効率よく受診できる体制を整えている。外来診療は、患者情報の共有、説明と同意を得て適切に実施している。検査の必要性を判断し、施行時の観察や反応の記録、覚醒の状態、退出基準や搬送に配慮している。医

学的判断に基づいて入院を決定している。患者の病態を適切に診断・評価し、診療計画を作成し同意を得ている。患者・家族からの相談は、入退院支援部門の各専門職種が適切に対応している。入院前よりオリエンテーションが行われ、患者の円滑な入院に向けて適切に対応している。

医師は、チームにおいてリーダーシップを発揮し、病棟業務を行っている。看護師は、標準看護計画を用いて看護計画を立案・実施している。投薬・注射の準備には薬剤師が関与し、看護師が投与時に5Rを確認し、投与中・投与後に観察している。輸血は、適応を判断して同意、確認、観察の記録を適切に行っている。周術期の対応は、手術の適応を判断し、説明の上で同意を得ており、術前診察や合併症予防対策も行っている。集中治療機能としてSCUを設置しており、入室基準に沿って運用している。褥瘡リスク評価に従い、適切な予防策を検討している。褥瘡保有患者には早期に介入している。栄養管理については、入院時に看護師、管理栄養士が栄養評価し、適切な食事を提供している。症状の緩和は、緩和ケアマニュアルに基づき、緩和ケアチームも介入している。リハビリテーションは、計画に則って訓練し、定量的に実施前後の評価を実施している。身体拘束は、行動制限をしないことを原則に、手順に沿って実施し、身体拘束最小化に取り組んでいる。退院支援は、入院時にリスク評価を行い、各専門職種が協働して支援している。継続した診療・ケアについては、院内外の専門職種と協働して在宅支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を重視し、寄り添ったケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は、処方鑑査、1施用ごと取り揃え、ハイリスク薬の調剤、薬剤情報の管理、薬剤の保管・管理を適切に実施している。検体検査は24時間対応のブランチラボであり、生理検査の際は安全性、プライバシーに配慮している。パニック値の報告は確実に医師に報告する体制を整備したため、継続的な運用を望みたい。画像診断は、専門医と診療放射線技師がタイムリーに実施し、迅速に報告している。管理栄養士の管理のもとHACCPに沿った衛生管理を行い、ミールラウンドにより献立の改善について検討している。療法士は、病院の方針に則り、必要なリハビリテーションを系統的に適切に実施している。診療情報管理士は量的点検を実施し、診療情報の二次活用に取り組んでいる。医療機器を一元的に管理し、定期点検・保守点検の計画・実施・履歴管理も行っている。器材の洗浄・滅菌は、始業前点検、物理的・化学的・生物学的インディゲーターによる滅菌の精度管理を行っている。単回使用製品は原則として再利用を行わないこととしたため、継続的な運用を望みたい。

病理部門では検体の受付、処理、診断を適切に行い、迅速な報告や報告の管理、検体の保存も適切である。放射線治療は、放射線治療専従医をはじめ、充実した人員配置のもと、陽子線治療、リニアック、IMRTに対応している。陽子線治療は北海道を中心に北海道外、海外から来院する患者に対応している。安全かつ質の高い治療を行っており、放射線治療機能は秀でている。輸血運用マニュアルに沿って血

液製剤の保管や管理、在庫・返品管理等が行っている。手術室における血液製剤の保管・管理は、温度管理を確実に行うことにしたため、引き続き適切な管理を望みたい。また、緊急時の全身麻酔手術の麻酔管理は、1名の患者に対して術者以外の医師が麻酔管理を行う体制を構築したため、引き続き適切な管理を望みたい。SCUを設置し、必要な人員、機材を配置し、入退室基準に沿って運営している。二次救急を担い、必要な器材を配置、整備し、入院調整も円滑に行っている。

10. 組織・施設の管理

月次分析結果・ヒアリング等による年度予算作成と運用管理、適切な決算処理と監査体制を有している。医事請求から未収金管理まで医事業務全般を効率的に対応する仕組みがある。委託業務は、事務部総務課が管理し、効果的かつ適切に行っている。

施設・設備の日常点検を行い、記録に残しており、各設備の保守点検等は年間保守計画を策定し、計画に沿って実施している。診療材料、消耗品、日用物品等は委託業者によるSPD方式によって定数管理を行っている。大規模災害発生時における緊急時の対応体制やリスクに対応した事業継続計画を整備している。災害対策委員会を開催して、防災訓練や消火・避難・通報などの訓練を実施している。保安業務では、守衛室に業務委託の警備員を24時間体制で常時配置しており、院内の定期巡視、施錠や鍵管理、入館者の管理、暴力暴言者などに対応している。

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	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	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	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	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	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	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	A
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	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	S
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	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	B

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	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	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： 社会医療法人 榎心会 札幌榎心会病院

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三十三条東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	279	+0	79	15.2
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	279	+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)	29	+0
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	46	+0
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		
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 (DPC標準病院群)

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： 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

[illegible]

I-2-2 年度推移

	実績値					対 前年比%	
	年度(西暦)			年度(西暦)		年度(西暦)	
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2019
1日あたり外来患者数	512.39	468.39	426.01	109.39	109.95		
1日あたり外来初診患者数	53.39	44.36	32.31	120.36	137.29		
新患率	10.42	9.47	7.58				
1日あたり入院患者数	220.29	217.90	234.08	101.10	93.09		
1日あたり新入院患者数	14.47	13.11	14.66	110.37	89.43		