

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5月26日～5月27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、1987年に500床の病院として創設された。翌年には救急病院としての指定を受け、1990年には総合病院として承認されている。その後も急速な発展を遂げて、現在では、「地域医療支援病院」「地域がん診療連携拠点病院」「救命救急センター」「ドクターヘリ基地病院」「災害拠点病院」「臨床研修病院」「がんゲノム医療連携病院」等の指定を受けている。救急医療には特に力を入れており、道央ドクターヘリの基地病院、DMATへの積極的な関わり、救急救命センター充実段階評価ではS評価である。小児救急、産科救急を含めて地域救急医療の中核病院として、立ち位置を継続し、病院機能の充実に努めている。

日本医療機能評価機構の病院機能評価は2005年に初回認定を受け、それ以外にもISO9001認証を受けるなど患者サービスの充実に努めている。今回の訪問審査でも、サービスの質の高さが随所に確認でき、高く評価したい。今後も、医療の質向上活動に取り組みれるとともに、貴院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

わかりやすさと親しみやすさを重視した基本理念とミッション・ビジョンを明文化して院内・外に周知し、中長期経営方針を職員に示している。意思決定機関である院内運営会議における決定事項は組織全体に周知している。年度方針および病院BSCを策定し、内容を全職員に周知し、経営参加を促している。公的な文書は品質文書管理規程に基づいて管理されている。規程やマニュアルは院内ポータルで共有され、最新版の閲覧が可能である。

必要な人員を確保し、リファラル採用制度による人材確保、院内保育所の整備な

どによる離職防止に取り組んでいる。適正な人事・労務管理を実施し、人事評価制度により評価を行っている。健康診断の受診促進やハラスメント防止研修を行っている。職員の意見・要望は職員意識調査や人事評価面談等で収集している。

全職員を対象とした研修は年度研修計画に基づき開催し、受講のしやすさへの配慮も適切である。医師の初期研修は基幹型臨床研修病院としてプログラムに沿って実施し、医師、看護師以外の各部門においても研修プログラムにより実施している。多くの職種で学生実習を受け入れており、臨床教育支援室が一元的に管理している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「私たちは患者さんの患者の権利をお守りします。」として明文化し、チャイルドライフスペシャリストを配置し、小児患者への対応を必要十分なものにしている。説明と同意の規程が定められ、支援が行われている。ACPパンフレットなど患者参加を促進する取り組みが行われている。分かりやすい場所に患者サポートセンターを設置し、十分な広さと落ち着いて相談ができる環境を整えている。個人情報保護方針や利用目的等を文書上に公開、掲載し、院内・外へ周知している。現場における倫理的課題に対し、臨床倫理検討部会がタイムリーにコンサルテーションしており、高く評価できる。

来院時のアクセス、入院時の生活についての情報を提供し、随時更新をしている。各部署・病棟は整理整頓され、清潔・不潔も区別しており、清掃は行き届いている。病室は整理整頓され、面談スペースも確保されている。リネンは清潔に保管されており、患者へのプライバシーへの配慮もなされている。地域がん診療拠点病院であり、全館禁煙・敷地内禁煙の方針を明示している。

4. 医療の質

地域住民および利用者から信頼され、質の高い効率的な総合医療サービスの提供をミッションとしてTQMセンターを設置している。診療の質向上に向けては、診療科間の合同カンファレンス、キャンサーボード、CPCなど多職種が参加する症例検討会が開催されている。クリニカル・パスを活用した診療プロセスの標準化にも努めている。日本医療機能評価機構の病院機能評価は定期的に受審し、ISO9001認証も受けている。意見を活用するための収集方法とその取り扱いの仕組みは、さらなる工夫が期待される。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、薬事委員会、医療機器管理委員会、保険診療委員会、ゲノム医療センター、倫理委員会で審査、承認される仕組みとなっている。臨床研究に関しては、外部委員を含む倫理委員会での迅速審査が行われている。

病棟担当医、病棟責任者は明記されている。診療記録は、診療録記載基準、略語集に沿って適時に記載されている。質的点検は項目を定めて行われている。多職種協働については、褥瘡・緩和・NST・RST・認知症・リエゾンなどのチーム活動が行われ、求めに応じて即日対応しており、高く評価できる。

5. 医療安全

TQM センター内に医療安全管理室を設置し、副院長が室長として配置され、医療安全管理者は看護師が専従で役割を担っている。アクシデント・インシデントは、報告する仕組みがあり、再発防止策を周知し、PDCA サイクルを回す取り組みをしている。「医療安全ポケットマニュアル」には、「重大事故発生時の連絡体制」明記している。

患者の誤認防止対策として入院患者はリストバンド、外来患者は受診案内票の認証により確認を行っている。オーダーリングシステムにて指示の安全性を確保し、口頭指示は原則禁止とし、専用メモを用いた確認・記録を徹底している。薬剤の安全使用対策を実施し、研修やシステム導入により誤投与防止、ハイリスク薬などの適正管理を徹底している。転倒・転落のアセスメントは、産科、小児、新生児を除く全患者に実施している。アセスメントシートは多職種により評価を行い、転倒・転落に関する研修を全職員に実施し、啓発活動や予防への取り組みを実施している。医療機器使用マニュアルやラウンドマニュアルに基づき、機器類の点検および作動状況の確認を実施している。緊急コールへは、救急科医師と状況により救急外来の看護師も対応している。BLS 研修は、入職時に実施している他に、各部署の判断で実施している状況であるが、病院として把握することを期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染制御管理室は、副院長の統括のもと、医師・看護師・薬剤師らが毎朝ミーティングを実施している。抗菌薬適正使用や感染対策を検討し、リンクナースを通じて現場に周知し情報共有を図っている。感染対策支援システムを導入し、耐性菌を常時モニタリングしている。JANIS・JHAIS に登録して院内感染を監視し、J-SIPHE で抗菌薬使用状況を把握している。

院内感染対策指針を定め、感染対策マニュアルに基づき、標準予防策の手順や感染経路別の予防策等、感染防止対策を実施している。感染リンクナースによる定期的な院内ラウンドや速乾式消毒剤の使用量や手指衛生遵守率のモニターなど感染を制御するための活動をしている。院内抗菌薬使用マニュアルを2年ごとに更新し、ICT・AST・薬剤部で採用・中止を協議している。広域抗菌薬は届出制を導入し、ASTは週2回カンファレンスを実施している。アンチバイオグラムを年1回作成し、常時確認できるようにしている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページの管理運営は、経営企画部企画情報課が担当し、法人内の病院、事業所等の情報を知らせる広報誌は、法人本部の広報担当が作成して配布している。ホームページには、クオリティインディケーターとして、入院期間や再入院日数、身体拘束率や褥瘡の発生率等の数値に解説を付して公表し、医療の質向上の取り組みをわかりやすく発信している。地域医療支援病院として、近隣の医療機関と地域診療情報連携システムを利用して、画像データの共有等を図っている。また、看護師の連携ネットワークや相談支援活動担当者のための運営事務局を務め、医療の質

向上の中心となっている。紹介率、逆紹介率を把握し、担当者による地域医療機関の訪問が行われ、円滑な連携に努めている。地域に向けた取り組みは、がん市民公開講座の開講や患者・家族を対象としたがんサロンの実施、助産師による近隣小学校に出向いての性教育、療法士によるオリジナル体操を行っている。体操は、ホームページからもアクセス可能であり、動画サイトには健康チャンネルを公開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診の流れ、予約方法など受診のために必要な情報は、ホームページなどで案内している。外来では看護師がトリアージを行い、必要な患者情報を医師へ迅速に連絡している。診断的検査は担当医により必要性が判断され、安全性を担保して実施されている。外来担当医が入院を決定し、患者サポートセンターで情報提供を行っている。入院診療計画書は多職種の協力により作成し、患者の個別性やリスクアセスメントに基づいた看護計画や栄養管理計画を提供している。患者サポートセンターは4つの部門に分かれ、紹介予約・受診相談・医療的ケアの相談、手術のサポート体制の推進、がん相談などを行っている。入院オリエンテーションは動画視聴で行われている。

医師は、毎日回診を行い多職種と協働している。看護師は、看護業務手順書に則り、日々の患者の病態を把握し、看護計画に基づき患者に対応している。病棟薬剤師は持参薬管理や服薬指導を行い、医師の処方意図や副作用に関する情報提供を行っている。輸血・血液製剤の適用にあたっては、厚生労働省の指針や院内のマニュアルなどに沿った対応がなされている。全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔症例に関しては、麻酔科医師がすべての手術に関与している。重症患者を受け入れる救急専用病床、ICU、SCU、NICUを有し、患者の病態や重症度に応じた治療病床が選択されている。入院患者を対象に、褥瘡発生のリスクアセスメントを行い、マニュアルに基づきケアを実施している。各病棟に管理栄養士が配置され、必要に応じて栄養管理計画を立案している。緩和ケアチームでは認定看護師が中心となり、組織横断的にコンサルテーションに応じていることは高く評価できる。リハビリテーションは、主治医が療法士との連携で目標設定を行い、早期介入で定量的評価を実施している。身体拘束は実施しないことを基本としており、必要最低限の拘束にとどめていることは高く評価できる。多職種で退院支援カンファレンスを実施している。必要な患者に継続した診療・ケアができるよう情報提供している。ターミナルステージは、終末期の判断フローに基づき対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査や疑義照会を通じて安全性を確保し、薬剤の使用管理や在庫削減に取り組んでいる。臨床検査部では検体検査のほか、生理機能検査や輸血血液の管理業務に関わっており、夜間・休日を含め24時間体制での検査ニーズに応じている。診療放射線技師は24時間体制で、迅速かつ正確な画像診断を提供し、医師の判断を支援している。栄養管理機能は、NST活動が盛んであり、経口での摂取率

が高く、その取り組みは高く評価できる。リハビリテーション部門では、疾患別プロトコールに基づいた訓練を提供している。多職種カンファレンスやクオリティインディケーターを活用し、質の向上と安全な訓練環境の確保に努めている。医療機器は臨床工学部で一元管理している。安全点検マリスシステムを導入し、安全に使用できる体制が整備されている。中央滅菌業務は外部委託業者により行われ、滅菌の質保証が確実に行われている。

病理部門では、組織診検査、術中迅速診断等を適切に行っている。放射線治療医と診療放射線技師が連携し、治療計画の精度向上や品質管理を徹底している。最新のガイドラインや外部評価を活用し、患者への説明と安全性確保を行っている。臨床検査部輸血管理室では、PBSCH、瀉血療法、小児用製剤分割、緊急クリオプレシピテートの院内作製などを行い、高度な医療を提供する病院の支えとなっており、高く評価できる。手術のスケジュール管理は手術室師長と麻酔科医師により行われ、柔軟な運用が図られている。夜間・休日の緊急手術にも適切に対応し、手順に則り覚醒判断や帰室判断が行われている。救急科が24時間365日対応し、小児救急、産科救急も含めて地域救急医療の中核としての立場を維持している事は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算の作成は経営管理部の経理課が担当している。予算管理から執行状況の管理・分析、決算など経営全般の管理に取り組んでいる。外部の監査法人による監査を実施するほか、法人内の他病院から相互に監査を行う体制を整備している。医事業務は医事課が担当しており、診療受付・窓口請求・未収金請求・診療報酬請求業務を行っている。未収金が発生した場合は、担当者を配置し、マニュアルに沿って督促を行い、弁護士に依頼する仕組みが整っている。業務委託の検討は各部署からの要望に基づき、運営会議で決定している。委託期間は、自動更新の契約や契約終了日を明記した契約があるが、必ず評価表に基づいて採点をしている。

施設・設備は施設サービス課が所管し、委託業者が年間計画に基づき医療ガスなどの設備の点検・管理を実施している。感染性廃棄物の保管・処理の対応も適切である。購買管理は物流管理課が担当しており、診療材料、消耗備品、物品について委託業者によるSPD管理を行っている。期限切れ物品の管理として、半年先の状況をグラフ化して関係部署へ配布し、在庫の適正使用を促す取り組みを行っている。

自然災害やサイバーセキュリティ事案の発生を想定したBCPを策定し、防災・災害訓練を実施するなど病院の危機管理に対応している。施設の保安は施設サービス課を責任部署とし、防災管理室において24時間体制で院内の巡回、防犯カメラによる監視、不審者・院内暴力への対応等を実施している。

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	S
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	B
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	B
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	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	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	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	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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	S
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	S
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	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
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	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S
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	S

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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 12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 手稲溪仁会病院
 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： 北海道札幌市手稲区前田1条12-1-40

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	670	636	-34	75.6	9.6
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	670	636	-34		

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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	16	+0
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)	15	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	7	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	27	-6
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		
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, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域),
 DPC対象病院(DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 18人 2年目： 18人 歯科： 1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

