

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10月12日～10月13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、1981年に自然豊かな定山溪温泉地域に開院され、当初より慢性期医療を推進し、患者や地域住民から信頼され地域医療に貢献されている。高齢者医療やケアのみならず、神経難病や重度障害への長期療養、在宅復帰の支援やリハビリテーションにも注力され、幅広い年齢層を受け入れている。急性期の後方支援などの病院機能や役割は、地域にとって重責を担い、職員のチーム力が質の高いケアやリハビリテーションなどの機能を支えている。課題への職員の実直な取り組み姿勢は評価でき、病院機能の高い水準を保持すべく日夜努力されている。

病院機能評価は、慢性期病院の種別で第一号を認定され、永きに渡り継続して受審されている。多くの項目で評価でき、総合的にチーム力を発揮されている。20年以上前に抑制廃止を宣言し、継続維持しているノウハウを地域にも還元する活動などは特筆に値する。また、種々の活動を通し健康・介護予防などに寄与する実績も同様であり、個別性に配慮された食事提供なども高く評価でき、病院機能の水準を高めている成果が表れている。今後も絶え間ない工夫・努力の成果を発揮し、目指すべき病院像に向け、地域住民や職員が誇れる病院へとさらに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

理念・基本方針は、入院案内やホームページ掲載など種々の媒体を通し周知している。中期経過ビジョンで「つながり支える医療の提供」をテーマとし、戦略マップを策定し毎期の経営方針を定めている。院内運営会議が意思決定機関であり、会議・委員会は機能し実態に応じた組織図である。BSCによる年2回の評価を行い、

働きやすい職場環境も目標課題に掲げ工夫されている。電子カルテやオーダーリングなどのシステムは、システム開発課が関与しセキュリティ対策も講じている。文書管理規程に則り文書類を分類し管理している。

医師など法的に必要な人員は満たされており、病院機能や業務実態を考慮し看護職などの人員確保に努力している。就業規則などの規程類は法人で整備され、就労実態も把握している。職員衛生委員会が機能し、健診や予防接種なども行われ、精神的サポート体制も確立している。職員の満足度調査を行い、意見・要望への改善事例もある。院内保育所は夜間・休日に運営し、就労支援策も講じており、福利厚生制度も整えている。

法人・グループで階層別の研修が行われ、病院では医療安全や感染制御などの研修も行っている。看護やリハビリテーション部門ではラダー制を導入し、事務は法人全体で人事考課を実施している。また、各部署でBSCによる半期毎の評価も行われている。看護師やリハビリ療法士などの養成校から実習を受け入れている。カリキュラムに基づき実施され、医療安全や感染制御などの注意点も説明している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者権利宣言として明文化され、種々の媒体を通して周知を図り、診療記録の開示にも応じている。説明と同意は、基本的な取り組み姿勢が示され、自己決定を重視し意思疎通が難しい場合にも配慮している。説明文と同意書は一体で運用し、セカンドオピニオンにも対応している。入院前から診療・ケアに必要な情報を得ており、面談は対面で行い丁寧に説明している。カンファレンス参加など治療や療養に参加を促す取り組みもある。地域連携室が患者・家族からの相談に応じ、相談体制は周知している。相談内容は地域連携システムに記録し、電子カルテとリンクしており、伝言機能も活用し必要な情報は共有している。また、関係職種や機関との連携も図り病院機能を支えているが、外来も含めての体制を強化されるとさらに良い。個人情報保護規程は法人で策定され、研修も行われている。システムのセキュリティや各種媒体の取り扱いも評価でき、診察室や相談室などの個室化、外部からの問い合わせなど個人情報に配慮している。倫理委員会が機能し、「みとり指針」も策定している。また、倫理コンサルテーションチームを発足させ、倫理カンファレンスの開催や助言などが行われている。日本臨床倫理学会認定の臨床倫理認定士も活動の一躍を担っている。日常的に患者・家族の意向や治療、ケアから臨床倫理的な問題の把握に努めている。カンファレンスで検討し、倫理コンサルテーションチームも関与するケースもある。

駐車場・駐輪場が整備され、無料送迎バスも運行し個別の無料送迎にも対応している。入院案内などで入院に必要なものは掲載し、冷蔵庫などを配置し入院生活に支障ない設備を整えている。売店も完備され、歩行器などの備品の点検も行われている。院内は整理整頓され、診療・ケアに必要なスペースは確保し、温泉大浴場もある。機械浴へのサポートは良好であり、リネンなどの清潔も保持しプライバシーにも配慮している。敷地内禁煙であり、職員の喫煙実態も把握している。禁煙外来はないが、グループ機関での禁煙外来を紹介している。

4. 医療の質

BSC や内部監査委員会の活動があり、ISO9001 も取得している。個別課題への取り組みのPDCA サイクルを構築している。多職種が参加する種々のカンファレンスによる情報共有・検討の体制が確立されている。症例検討を行い、多くの臨床指標を策定している。各階に意見箱を設置し、患者・家族などからの申し出は、関係部署や委員会が主導し組織的に対応している。入院患者の満足度調査による改善事例があり、今後は外来患者も含めた実施を期待したい。新たな診療・治療方法や技術を導入する際は、院内運営会議などで検討し、必要に応じ倫理委員会にも諮る体制である。

主治医や病棟責任医、病棟看護責任者は分かりやすく明示され、「入院のしおり」には担当医や病棟師長などを明記している。主治医不在の体制も確立している。各種カンファレンスは多職種が関与し、医療安全チームなどは日常的にチーム医療を実践されている。また、専門医や専門・認定看護師などによるコンサルテーション体制も整っている。

5. 医療安全

医療安全の組織体制は、医療安全管理委員会やTQM 室を機能させ、医療安全ラウンドなども行い、医療安全の実務を担っている。また、グループ病院で医療安全管理ラウンドも行い組織体制は確立している。院内のインシデント・アクシデントを収集・分析し、再発防止も講じている。院外の情報も収集し、医療安全に関する通信を随時発行している。重大な事故は発生していないが、事故発生時の対応体制は確立している。

患者の誤認防止は、フルネームの名乗りや電子カルテ表示と外来基本票との確認などが行われている。また、病棟では外来の確認項目を加え、リストバンドも活用している。検体や撮影部位での確認が行われ、点滴など誤接続防止も図っている。医師の指示出し・指示受け・実施の確認ならびに指示変更・中止は、電子カルテ上で適正に運用している。口頭指示は確認手法を定めている。薬剤の安全使用は、ハイリスク薬の使用や保管は適切であり、アレルギーや重複投与のリスク回避にも努力されている。全入院患者に転倒・転落リスクアセスメントで評価し、再発防止に努めている。低床ベッドの使用など工夫され、防止策の実施状況を確認・評価している。病棟の使用機器は、始業前や使用中の点検が行われ、人工呼吸器などの設定条件は確実に申し送られ、機器の必要な研修も行っている。院内緊急コードは設定され、救急カートは看護師・薬剤師が点検している。ICLS 研修を修了した職員がBLS 研修を担当している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会は毎月開催され、種々の報告のもと検討や対策が行われている。下部組織のICT が実務的な役割を担い、環境ラウンドも行っている。微生物サーベイランスを実施し、院内の感染発生状況を把握され、感染防止活動に努めている。標準予防策や感染経路別予防策は整備され、手指消毒や手洗いは問題なく実施

している。個別防護用具は使用場所に設置し、感染性廃棄物などの取り扱いも良好である。抗菌薬の使用実績は把握され、委員会にフィードバックしている。指定抗菌薬は届出制であり、今後もエンピリックセラピーを避ける努力を継続されたい。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は法人で策定し、本部より関係機関・施設などに配布し、病院にも配置している。ホームページは随時更新し、褥瘡治癒率などの臨床指標も掲載され、ブログを立ち上げ動画共有サービスも開設している。病院機能やサービス内容などの情報提供で病院独自の広報誌を検討している段階である。関連機関や施設の情報は把握され、紹介入院も一覧表にまとめている。地域ケア会議など地域連携に必要なネットワークに参加している。「いきいき地域づくり講座」や「まちの保健室」を開催し、「いきいき健康フェア」での活動実績や北海道抑制廃止研究会の開催など多様に取り組み、医療・療養・介護における教育・啓発活動は高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科目や施設基準などが掲示され、初診や再診はスムーズに受け付けている。内科を中心に外来診療が行われ、有熟者外来も実施している。侵襲的検査は、検査中・検査後の観察は良好であり、自院で行えない場合は他の医療機関に依頼している。地域連携室があらかじめ情報収集し、毎日開催の入院判定会議で入院を決定している。入院時、病状や患者・家族の要望を踏まえ、各種のリスク評価を行い多職種で診療計画を作成している。また、入院診療計画に基づき看護計画などが作成され、患者・家族に説明している。地域連携室が相談窓口となり、退院相談を主に多岐に渡り相談に応じ、内外の関係者との調整も図っている。病院案内や入院のしおりを用いて入院前に説明し、入院時のオリエンテーションが行われている。

医師はほぼ毎日の回診と診療業務手順に沿って医学的管理を行い、患者・家族への説明も良好であり、主治医不在時の体制も整えている。看護体制も確立し、基準・手順は整備している。専門看護師や認定看護師も活躍され、多職種とも連携し評価できる。入院時、種々のアセスメントが行われ、長期療養患者の心身両面の診療・ケアを実践している。投薬は重複投与や禁忌疾患の有無などを確認し調剤している。薬歴管理が行われ、注射薬の調製も良好である。抗菌薬の観察・記録は、手順に則り対応している。輸血は、患者・家族への説明・同意は適切である。重症度に応じた診療・ケアを実践しており、治療方針の意思確認も行っている。褥瘡のリスク評価は全患者に行われ、褥瘡対策チームも活動し、栄養やポジショニングの意見交換も行っている。皮膚科医などへのコンサルテーションも行い、ケア統一を図っている。栄養評価は入院時に行い、NST 回診やミールラウンドも実施し、嚥下障害への工夫も確認できる。疼痛の訴えはフェイススケールを使用し、日常の動作・表情を観察し、ケア計画に反映させている。リハビリテーションは、ほぼ全ての患者にリハビリ療法士が介入し、廃用維持や摂食・嚥下機能の維持・向上に努めている。経口摂取可能な患者などへの離床を促進し、病棟のレクリエーションは週 2 回実施している。院内デイケアも活用し、療養生活の活性化を図っている。身体拘束

は、30年前から廃止宣言し、現在まで拘束ゼロを継続している。抑制廃止検討委員会は積極的に機能し、種々の代替え手段を講じ多職種の協力・工夫で拘束に至っていない実態は高く評価したい。MSWは入院前・入院時に患者・家族の意向を確認し、ケースカンファレンスにて今後の方針を話し合い、多職種が関わり退院支援している。在宅療養支援病院であり、関係機関には情報提供し連携を図り、退院後も継続して診療・ケアを提供できるよう努力されている。ターミナルステージは主治医が判断し、終末期の意思確認も行われている。在宅での看取りにも対応し、デスカンファレンスは多職種で全症例を検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、持参薬は全て鑑別し、薬歴管理も全例で実施している。注射薬は一施用毎の払い出しであり、薬剤の保管・管理も良好である。ポリファーマシー対策チームを結成し、処方提案にも尽力している。検体検査は院内と外部委託で実施している。異常値やパニック値は医師に直接報告し、精度管理も適切である。画像診断では、主治医による読影体制であるが、関連病院に診断依頼の仕組みもある。造影検査では、医師・看護師が立ち合い、緊急時の対応手順も整えている。栄養管理では、調理室や一連の業務における衛生面は問題なく、管理栄養士は毎日病棟ラウンドを行い、調理スタッフも週1回ラウンドを実施し、患者の声を聞き要望や嗜好に可能な限り応えている。また、行事食とは別に「ごちそうメニュー」を月2回実施し、病棟に出向いて食事を提供しており、栄養科の取り組みは高く評価できる。リハビリテーション機能は、長期療養患者にも積極的にリハビリ介入し、医師の指示により評価基準に基づき計画書を策定し、実施している。多職種によるカンファレンスを行い、情報共有を図り定期的に計画書を見直している。診療情報管理は、同意書などは紙カルテとして保管し、管理体制は確立している。量的点検はチェックリストに基づき確認し、病名のコーディングを行い疾病実績などが把握されている。医療機器管理は、サプライサービス課が管理され、緊急時の対応体制も確立している。日常点検や保守点検も行われ、適切に機能を発揮している。滅菌は外部委託し、使用場所で一次洗浄している。滅菌の質は確認しているが、使用器材の回収・運搬時の容器などは工夫されるとさらに良い。

病理診断は全て外部委託であり、検査結果の報告体制やファイリングは適切である。輸血用の血液製剤の発注から廃棄までの一連の業務は適切であり、マニュアルに則り実施している。また、使用状況の検証も行われている。救急医療は、訪問診療などかかりつけ患者について、状況に応じ受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門のヒアリングのもと策定し、法人での承認後に説明している。月次決算により予算の進捗状況などを確認し、関連病院とのベンチマークも行い課題を検討している。窓口業務の手順を整備し、新患や再診の受付もスムーズに行われている。保険請求には医師も関与し、施設基準の要件確認も行われている。委託業者の選定は組織的に行われ、業務評価は法人が主導し評価され、結果は業者にフィードバックされている。

ドバックしている。

施設・設備は、電気や空調などの日常点検が行われ、計画に基づき業者の保守点検も実施している。清掃面も良好であり、廃棄物や医療ガスの取り扱いも評価できる。診療材料はSPDシステムで業者が管理している。薬剤などは関連部署で対応し、在庫も確認している。新規や高額機器の購入の仕組みも確立している。

火災や地震など災害対策としてBCPマニュアルを整備し、緊急連絡手法も整えている。また、自家発電装置も設置し、食料は備蓄している。夜間の保安は、事務当直と夜警2名で業務を担い、院内巡視も行われている。

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	B
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	S
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	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	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	A
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	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	B

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 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：医療法人溪仁会 定山溪病院

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：北海道札幌市南区定山溪温泉西3-71

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	151	149	+0	90	186.2
療養病床	163	146	+0	92	109.4
医療保険適用	163	146	+0	92	109.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	314	295	+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		
地域包括ケア病床	40	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	48	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	101	+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

在宅療養支援病院

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

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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	136.17	109.08	107.99	124.83	101.01
1日あたり外来初診患者数	4.41	2.45	2.07	180.00	118.36
新患率	3.24	2.25	1.91		
1日あたり入院患者数	268.41	278.30	268.30	96.45	103.73
1日あたり新入院患者数	1.92	1.76	1.69	109.09	104.14