

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 9 月 25 日～9 月 26 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

貴院は、札幌市の南東部に位置する豊平区で亜急性期の医療を中心に消化器内科、脳神経内科などで診療実績を有し、地域密着型の医療を展開し地域医療に貢献している。障害者病棟を含む一般病棟および療養病棟を有しケアミックス型病院として地域の診療所、介護・福祉施設及び高度急性期病院と密接に連携を図りながら地域住民に寄り添った医療を提供している。法人全体では他に、慢性期病院や在宅ケアセンター及びサービス付き高齢者住宅などを運営している。

医療の質向上を図るため、継続して病院機能評価を受審しており、今回の受審においても院長をはじめ職員全体で業務改善を図り、質向上に真摯に取り組む姿勢がうかがわれた。地域行事・活動への参加や医療講座での講演等により地域での健康教育活動に熱心に取り組んでいることは、評価できる。今回の訪問審査においても病院全体でチーム医療を推進し、継続的に質向上を図る取り組みが確認できた。この度の審査結果を参考にし、貴院が地域住民にますます信頼され地域において更に発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念及び基本方針は明文化され院内外への周知も行われている。病院の意思決定は運営会議で決められている。2022 年度から 3 か年の中期経営計画が策定されており、院長をはじめとする幹部職員はその達成に向けてリーダーシップを発揮している。現在、次期計画の策定に向けて取り組んでいる。中期経営計画に沿った各部門の年次事業計画も策定されている。中期経営計画及び部門目標に沿った個人目標が BSC にて策定され、目標管理制度の活用により計画が実践されている。情報の管

理・活用の方針は明確であり、診療情報の管理・責任体制も整備されている。文書の取り扱いについて「文書取り扱い規定」を整備して対応している。職員の安全衛生管理として、法令に基づいて産業医による職場内巡視が行われている。職員の教育・研修は、医療に携わる者にとって必要な研修はおおむね実施され、参加率も高い。職員の能力評価・能力開発においては、医師を含む全職員に BSC 評価が組織的に導入されており、人材育成や組織の活性化に寄与している。学生実習については、病院として職種共通のオリエンテーション等を統一して実施することを期待する。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内やホームページ等で周知している。患者の権利にはカルテ開示やセカンドオピニオンについても述べられている。患者への説明と同意の取得は、マニュアルに同意に関する組織としての方針、具体的な手順などを定め、説明時には医師以外に看護師が同席することを定め、実践している。患者との診療情報の共有や医療への患者参加の働きかけは促進されている。患者支援体制は地域医療連携室（患者サポートセンター）を中心に実施されており、必要に応じて関連部署と協働している。患者の個人情報保護については、規程に則り実施されている。

臨床における主要な倫理的課題は、病院としての対応方針を定め、患者・家族の倫理的課題は多職種カンファレンスで検討されている。現場で解決困難な倫理的課題が発生した場合は、院内倫理委員会に申請し、病院としての対応を検討する体制が取られている。来院者は自家用車やバス等様々な手段を利用した来院が可能であり、院内には売店を設置し、患者・家族の利便性に配慮している。院内は整理整頓され、安全とプライバシーに配慮した環境になっている。受動喫煙防止の取り組みは、敷地内禁煙が実施され職員に向けた禁煙への啓発・教育も実施されている。喫煙率も毎年把握され減傾向にある。

4. 医療の質

業務改善を目的に業務改善管理部会の下部組織として病院機能評価部会、医療情報改善管理部会、施設改善管理部会を設置して病院の質改善に取り組んでいる。部署間の課題や患者意見箱の投書などについて検討がなされ記録に残されている。症例検討会をはじめ多職種カンファレンス、リハビリカンファレンス、画像カンファレンスが定期的開催され、クリニカル・パスは胃瘻交換や CV ポート増設など数種が作成されている。クリニカル・パス、クリニカルインディケータのへの取り組みも病院機能評価受審に際して強化しており評価できる。患者・家族からの意見・要望・苦情は、患者満足度調査・意見箱等から収集し、積極的に質改善に活用している。新たな診療・治療方法、技術の導入については、医局会や医療品安全・薬事医療材料審議会で検討されている。

診療の責任体制は明確にされているが、掲示については分かりやすいように工夫されるとよい。診療録の質的点検はチェックシートを用いて点検が行われ、記載医

師へのフィードバックも行われている。多職種協働では NST、感染対策チーム、褥瘡対策委員会、排尿ケアチームなど多くのチームが構成され、認定看護師も関与しているなど積極的な活動が行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制は院長、運営会議の直下に医療安全管理部を設置し、副院長である医療安全管理部長、医療安全管理部専任の医療安全管理者を中心とした医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者が中心となって活動している。医療安全管理者は組織横断的に活動する権限が付与されている。安全確保に向けた情報収集はインシデントシステムで速やかに把握し、現場の状況確認を行っている。死亡症例スクリーニングは院長および医療安全管理部で死亡診断書を全例確認している。医療事故発生時の対応体制を整備し、地域医療連携室や医療安全管理部に医療メディエーターが配置され、紛争を事前に防止する取り組みも行われている。

患者誤認、検査・治療部位の確認、検体、チューブトラブルなどの誤認防止対策を実践している。指示出しから実施までの手順は確実であり、看護師による指示受け・実施の署名もされている。病棟では処方された麻薬のみが麻薬保管庫に保管され、薬剤師が払い出しをしている。向精神薬も施錠管理されているが、日常の在庫管理を期待する。入院時、全患者にアセスメントシートを用いて転倒・転落リスクを評価し、患者参加を促した転倒・転落対策を実践している。急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、発生後は振り返り評価を行い、緊急対応がスムーズに行えるよう取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理部に専任の ICD および ICN を配置し、多職種で構成する ICT および AST が組織されている。ICT は、院内すべての部署に立ち入り、指導を行う権限を付与されている。感染対策委員会は、院長を含む適正な職種で構成し毎月開催している。院内感染状況は微生物サーベイランスや血流感染のデバイスサーベイランスが行われている。JANIS、J-SIPHE への参加などを通じ、情報収集が行われている。デバイスサーベイランスは尿路感染等へも広められればさらに良い。医療関連感染を制御するための活動は、感染対策マニュアルに標準予防策、感染経路別予防策を定めている。ICD、ICN を中心に感染ラウンドで遵守を指導している。院内における抗菌薬の使用状況を把握し、AST は広域抗菌薬投与例、長期投与例、耐性菌などに介入し、適宜主治医へ指導を行っているなど、抗菌薬の使用は適正に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌「しらかばの風」、病院案内、ホームページなどを活用し、必要な情報を発信している。地域との連携は地域医療連携室が担当し、紹介・逆紹介・依頼検査など連携機能を発揮している。紹介元への迅速な受診報告や速やかな返書により適時に情報が提供されている。地域の医療機関との症例検討会や情報交換会の実施により連携強化に努めている。地域に向けて医療に関する教育・啓発活動の推進は、健康意識の向上や疾病予防知識の普及向上を図るため、地域の公共施設、老人クラブ、町内会を対象に医療講座の講演や地域の祭りでの医療班の派遣などを実施している。また、道内のへき地診療所への医師派遣など診療支援も行っていることは評価できる。

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、ホームページや院内掲示等で案内し、スムーズな診療受診を支援している。入院の決定は、医学的な判断に基づき入院の必要性が検討され、患者・家族へ十分な説明を行い同意を得ている。診断的検査はその必要性が医学的に判断され、内容や効果、リスクを患者・家族に説明して希望に配慮しながら同意を得て実施している。入院後は速やかに患者基本情報が収集され、各種アセスメントと結果を踏まえ、必要な治療方針が計画され実施されている。地域医療連携室が中心となり、地域からの患者の受け入れ、医療相談、入退院支援を実践している。投薬・注射は6Rにて実施しているが、抗菌薬の初回投与時は緻密なバイタルサインチェック、意識レベルのチェックなどを行い、記録に残すことが期待される。重症患者の対応はスタッフステーションの近くの病室で患者の治療と看護を実施している。褥瘡の予防・治療に際しては、褥瘡予防、ケアに加え、スキンケア、MDRPU対策も実践している。疼痛緩和治療ガイドラインが整備され、全身倦怠感、消化器症状、呼吸困難、不眠、せん妄など症状緩和に取り組んでいる。リハビリテーション治療に際しては、患者家族へ十分なリスクの説明がなされることを期待したい。身体抑制実施中の患者の観察は、マニュアルに従って行われ記録されており、身体抑制開始後は抑制カンファレンスを週1回開催している。療養の継続性に関する検討は多職種カンファレンスで検討され、患者の状態や生活状況に対応した支援が実践されている。ターミナルケアガイドラインが整備され、ターミナルステージの判断を多職種で行っており、患者・家族の希望にも配慮しながら対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、抗がん剤の調製・混合に加え、医薬品集の整備をしている。疑義照会については、集計と分析を期待したい。また、麻薬保管庫の麻薬は、定期的な在庫確認を期待する。臨床検査機能については、パニック値の報告は主治医に報告され、検体検査の精度管理も行われている。画像診断機能については、画像診断の質の確保の観点から画像診断専門医の積極的な活用が期待される。栄養管理機能は、衛生管理を徹底し、適時・適温の食事提供や個別対応・行事食を提供している。リハビリテーション部門は、脳血管

障害、運動呼吸器障害、廃用障害の患者へのリハビリテーションを実施している。診療情報管理機能において量的点検は退院時全件確実に実施され、同意書等は署名システムにより電子カルテに保存されている。医療機器は一元管理しており、日常点検・定期点検も計画的に実施されている。使用済み機器・器材は洗浄を中央化し、洗浄、滅菌の質保証も各インディゲーターで確認している。

病理診断は外部委託であるが、報告書の結果について依頼医師が未読の場合は、全件医師に注意喚起している。輸血・血液管理機能は薬剤科が兼務で行っており、発注から製剤管理まで手順に沿って行っている。手術室における清潔管理やその他の安全にかかわる行為は手術室マニュアルに則り行われている。救急告示病院ではないが、病院機能に合わせた院内救急受け入れ基準に合致した患者は、かかりつけでなくても受け入れを行う方針で、救急委員会も定期開催し、不応症例の検討も行っている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、監査は公認会計士によって行われている。必要な財務諸表は作成され、予算の策定は各部門の要望を聴取して運営会議での検討を経て法人理事会で承認・決定されている。予算の執行状況や経営状況も毎月把握され、院内への周知も図られている。医事業務は、業務マニュアルに基づき、受け付けや会計、レセプト作成、返戻・査定対応、再審査請求等の業務をしている。未収金の請求・督促は、マニュアルに沿って実施している。

委託業務については、委託の是非の検討や業者の選定及び業務の遂行状況の把握などを行っている。施設・設備は、病院担当部署および委託業者により日常点検・定期点検が行われ、緊急時の対応体制も整備されている。建物は清掃も含め維持・管理が行き届いている。物品管理は不正発注防止のため、内部牽制として発注と検収は同一人が行わない取り決めがある。災害発生への対応として、防災マニュアル・BCPの整備、停電時の対応や水・食料品の備蓄が行われており、大規模災害を想定した訓練も実施している。保安業務は、警備会社への委託等により安全が確保されている。緊急時の連絡・応援体制も明確にされている。

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	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	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	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	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	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	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	B
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	B

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	B
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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	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	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	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	B
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	学生実習等を適切に行っている	B
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 4 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人康和会 札幌しらかば台病院

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： 北海道札幌市豊平区月寒東二条18-7-26

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	162	162	+0	88.5	56.4
療養病床	100	100	+0	97.6	260.9
医療保険適用	100	100	+0	97.6	260.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	262	262	+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	3	+0
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	102	+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

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： 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

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	101.89	105.87	100.66	96.24	105.18
1日あたり外来初診患者数	12.22	11.64	8.21	104.98	141.78
新患率	11.99	10.99	8.15		
1日あたり入院患者数	241.70	232.85	230.47	103.80	101.03
1日あたり新入院患者数	2.21	2.09	2.16	105.74	96.76