

# 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 4 月 20 日～4 月 21 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、呼吸器および消化器、一般内科における診療を地域に提供し、療養病棟において慢性期の患者への対応も行っている。また、地域に密着した良質な医療を提供して住民の健康を守ることを理念とし、病院幹部が率先して職員とともに地域における包括的な医療提供体制の構築に努めており、各部署においても院内外で積極的に取り組んでいる。在宅療養支援病院として地域の在宅患者への支援に取り組み、関連施設の連携体制の構築にも取り組んでいる。患者のターミナルステージにおける院内の体制を継続的に検討し、より患者・家族の視点に立った対応に向けて取り組まれており、さらに ACP の普及活動を実践するなど、地域において独自の役割を果たしている。今後も地域における貴院の役割を維持、発展させて、継続的に地域医療へ貢献することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

「地域に密着した良質な医療の提供と地域住民の健康を守る一助」を基本理念として、地域住民へ「何かあれば西岡病院へ」との思いを持ってもらうことを念頭に運営されている。病院幹部より病院の方向性や将来像、現状の課題等が職員へ明示され、新興感染症における患者受け入れ体制の構築には病院幹部の大きなリーダーシップが発揮されている。組織運営においては、病院運営会議で重要事項について意思決定をすることとしているが、検討内容や決定事項等を明確に記録して病院運営に活用することを期待したい。情報システムの運用体制は、電子カルテを主とした取り扱い規程が整備されている。文書は規定に基づき一元管理され、医療文書とその他文書に大別して各文書の適切な管理・運用が行われている。

診療機能や施設基準等を基にした職員配置数が検討され定数化されており、採用計画を策定し人材が確保されている。就業規則や人事労務に関する諸規定が整備され、必要な届出も行われ職員へ通知し周知を図っている。職場内の労働安全向上に向けた取り組みが行われ、労働災害発生時の対応も手順に基づき事故報告がなされ、治療や補償が行われている。労働安全衛生委員会が毎月開催されるようになり、職員の健康管理や労働環境改善等のために積極的に議論し活動することを期待したい。

職員への教育・研修では、看護部門が中心となり研修会を計画して順次実施している。全職員が最低限理解すべき研修項目を明確にした年間研修計画を策定し、それに基づいた職員研修の実施を期待したい。看護部門では計画的な能力開発に努めており、看護技術チェックシートによる能力評価の仕組みも活用されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者様の権利について」と題して明文化され、患者・家族や職員に周知されている。説明と同意に関する方針は明確にされ遵守されている。患者と医療者のパートナーシップの方針を明確にして患者の医療参加への啓発を図っている。人生の最終段階に関する支援体制があり、病院独自に作成した冊子を用いて患者・家族と多職種で検討する仕組みがある。医療ソーシャルワーカーにより種々の医療相談に対応しており、入院案内やホームページ、院内掲示等で支援体制の周知が図られている。各種虐待についても虐待等対応フローチャートが整備され適切に対応されている。個人情報やプライバシーは患者・家族の包括的同意のもと保護されており、電子カルテにおける対応ではパスワードの更新や可搬媒体への接続について規定が整備されている。臨床における倫理的課題の検討は病棟カンファレンスやチーム等で行われており、特に ACP については積極的に取り組まれ、患者・家族の抱える様々な倫理的課題に対応している。

病院前に路線バス停留所があり駐車場も整備され、Wi-Fi の利用や売店の設置など利便性が図られている。オンライン面会にも対応しており、院内もしくは外部からのリモート面会が可能な体制が整備されるなど適切な配慮がなされている。敷地内全面禁煙の方針は、ホームページや入院案内、および院内掲示などで明示している。禁煙外来の開設のほか、看護師による禁煙指導外来が行われ、生活指導も含めた患者への禁煙教育を適切に推進している。

### 4. 医療の質

投書箱の設置や患者満足度調査により患者・家族の意見を収集し、適切に検討・対処している。症例の検討は医局カンファレンスや合同カンファレンス等で行われている。臨床指標に関するデータが収集・分析されており、診療の質向上に取り組んでいる。TQM 活動や病院機能評価の受審により業務の質改善に継続的に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入の際は、関連部門および委員会等で検討し病院運営会議で決定することになっており、臨床研究の倫理的な審査体制も整備されている。

診療・ケアの管理・責任体制については、玄関に管理責任者名が明示されている。診療記録は記載基準に沿っておおむね適切に記載されている。診療記録の質的点検については医師を含めた多職種での検討体制が整備されており、結果は医師にフィードバックされている。専門チームとして NST・ICT・褥瘡対策チーム・緩和ケアチーム等が活動しており、多職種が協働して診療・ケアが行われている。

## 5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、医療安全管理委員会は毎月定期的に開催され、各部門の責任者による医療安全確保に関する院内の状況の把握や、医療安全対策マニュアルの見直しおよび改訂について検討されている。アクシデント・インシデントが収集され、改善策の検討と再発防止策の遵守状況の評価、モニタリングが実施されている。

患者の誤認防止は、患者自身に姓名を名乗ってもらうことや ID 番号、リストバンド等の確認などで行われ、検査での部位確認や検体のラベル発行時および貼付時の確認も誤認防止対策の手順に従って実施されている。医師の指示出し、看護師の指示受けと実施、医師の確認は、電子カルテ上で確実に実施され、指示の変更も適切に行われている。検査結果等で緊急に報告が必要な場合には、検査室から医師に直接連絡されており、画像検査や病理検査の報告書における既読チェックも電子カルテ上で行われている。麻薬や向精神薬は適切に保管・管理され、重複投与や過剰投与、相互作用やアレルギー等のリスクも電子カルテ上の警告画面や薬剤師のチェックにより回避されている。病院としてハイリスク薬は定められているが、院内全部署でハイリスク薬を明確に表示し周知することが期待される。入院時に全患者を対象に転倒・転落に関するリスク評価を実施し、危険度を考慮した看護計画を立案して実施・評価・見直しを行っている。医療機器を使用する際のマニュアル等は整備されているが、専門職等による医療機器使用に関する教育・研修の実施を期待したい。患者等の急変時の院内緊急コードを設定し、全館放送による該当場所への応援体制が定められている。全職員を対象とする BLS 研修や招集訓練も行われている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、院内感染防止対策委員会や ICD を中心に多職種による ICT が組織され、院内ラウンドが毎週行われるなど体制が確立している。医療関連感染制御に関するマニュアルや指針は整備され、必要に応じて改訂されている。院内の感染発生状況は定期的に把握され、ICT や院内感染防止対策委員会で分析・検討されている。アウトブレイクへの対応手順も整備されている。

医療関連感染制御へ向けた活動では、手指消毒に関して速乾式消毒剤の使用状況のモニタリングが行われており、個人防護具も適切に使用されている。また、感染性廃棄物や汚染リネンは手順に沿って適切に処理されている。抗菌薬の適正使用に関する指針が作成されており、院内における分離菌感受性や抗菌薬の使用状況等が定期的に把握・検討、医師にフィードバックされるなど適正な使用に努めている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動は、ホームページと広報誌「にしおか小町」の発行で行われており、医療サービスや受診手順、診療に関する情報等が掲載されている。医療福祉課に連携担当職員が配置され、前方連携と後方連携の業務が行われている。適切な連携を行うために、紹介元医療機関等との患者情報の共有、紹介先の医療機関や介護保険サービス事業者等の情報収集と患者への提供が行われている。また、高度医療が必要と判断された場合は、把握している適切な医療機関に迅速に転院できる体制となっており、在宅療養支援病院として支援診療所等との連携体制も適切に整備されている。外来待合室において健康教室が開催され、医師や各専門職種により健康増進に関する勉強会が開催されている。また、病院見学会の開催や ACP の地域への普及に努めるなど教育啓発活動も積極的に行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に診察を受けることができ、地域の医療機関や介護・福祉施設等からの紹介患者も円滑に受け入れている。問診票等により収集された患者情報をもとに病態に応じた外来診療が行われ、診断的検査は十分な説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。入院は医学的な判断に基づいて決定されており、患者に関する各種情報は適切に収集され、多職種が関与した診療計画が迅速に作成されている。患者・家族からの医療相談については、病棟担当の MSW 等により種々の相談内容に適切に対応している。

医師、看護師は病棟業務を適切に実施している。投薬・注射は必要性和リスクを説明し手順に沿って実施され、輸血・血液製剤もガイドラインを遵守して確実・安全に投与されている。栄養管理は、栄養アセスメントに基づき必要な患者には栄養管理計画書を作成して対応し、リハビリテーションについても必要性を判断し、目標設定や訓練計画を策定して適切に実施している。安全確保のための身体抑制を行う場合は、患者・家族の同意のもと医師の指示にて行い、早期解除に努めている。退院支援については、入院早期から多職種によるカンファレンスで検討されており、必要な患者への在宅療養支援も実施されている。医師による判断をもとにターミナルステージであることが多職種で共有され、患者・家族の意向を尊重して診療・ケア計画が立案されている。多職種で「人生の最終段階のかかわり」を推進し、ACP を活用して患者・家族の意向を尊重した診療・看護が行われている。また、ケースカンファレンスやデスカンファレンス等で診療・ケアの振り返りが行われており、療養環境への配慮、逝去時の対応等の向上を目指した活動が行われているなど、これらの取り組みは高く評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査、持参薬の鑑別・管理、薬剤情報の収集・周知等が行われ、注射薬の 1 施用ごとの取り揃えも適切に実施されている。臨床検査は必要な検査が業務手順に沿って確実・安全に行われ、画像診断についても各種撮影が業務手順に沿って適切に行われており、機能が発揮さ

れている。栄養管理機能では、適切な作業環境が確保され、食材の搬入・下処理・調理・盛り付けに至る業務は適切に行われており、食事提供体制については検討を期待したい。リハビリテーションは業務マニュアルに沿って適切に実施されており、プログラムの定期的な評価や改善も行われている。診療情報管理機能では、電子カルテシステムにより診療情報が一元管理されており、量的点検も適切に実施されている。医療機器は台帳により管理されており、機器の定期点検が計画に沿って実施されている。使用済み器材の洗浄・滅菌業務は、外部業者に委託されており、滅菌の質保証は各種インディケーターが実施されている。

病理診断はすべて外部へ委託されて必要な検査が行われ、結果報告も適切に行われている。輸血・血液管理機能では、血液製剤が適切に保管・管理され、血液製剤の投与は業務マニュアルに沿って行われている。救急医療は、札幌市二次救急医療体制に参加し月1回程度対応しており、救急患者の受け入れ手順も明確になっている。

## 10. 組織・施設の管理

年度予算は事業計画に基づき策定され、財務処理は病院会計準則に基づき行われており、損益計算書・貸借対照表等の財務諸表が作成されている。経営状況については病院運営会議に報告されているが、財務諸表や各種診療データ等により経営状況の把握・分析を詳細に行い、より適切な経営管理体制となるよう整備が期待される。医事課では、各窓口や会計収納、保険請求や未収金回収等の業務がマニュアルに基づき実施されている。業務委託にあたり、委託内容や委託体制について検討して決定されており、委託した各業務は該当部署により業務の質の維持・向上に向けた管理・監督が行われている。

施設・設備は総務課が管理し、委託業者による定期点検や保守管理が行われている。緊急時の対応として、院内担当者のオンコール体制や委託業者の緊急連絡先が明確になっており異常時に備えている。医療消耗品等の請求と払い出しは週1回行われており、各現場では物品ごとの定数制で管理されている。

大規模災害のマニュアルや消防計画等が整備され、組織体制・役割分担・連絡系統・防災MAP等が明記され、訓練も実施されており、災害発生時に備えている。保安業務規定に基づき防犯対策のため警備員による院内巡視が定時で実施され、緊急連絡や応援体制についても整備されている。医療事故発生時の対応に関する基本方針と対応手順が明確になっており、重大事象については病院幹部を中心に対応している。また、原因究明や再発防止に向けた検討や取り組みは、医療安全対策室において行われる体制である。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師や看護師をはじめ各専門職種の学生実習を受け入れている。カリキュラムの調整や評価等は現場の実習担当者が各学校と連携して実施し、医療安全や感染防止について事前研修が行われている。実習時は、多職種による協働や連携体制についても学べるような体制を設けている。

# 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・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	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	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	A
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	B

## 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	B
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	A
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	A



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	A
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	NA
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	栄養管理と食事指導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	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	S

## 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	B
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	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	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	B
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	A
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 社会医療法人 恵和会 西岡病院

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西岡4条4-1-52

## 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	48	48	+0	29.6	14.4
療養病床	50	50	+0	92.2	145.9
医療保険適用	50	50	+0	92.2	145.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	98	98	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ群), 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

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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		144.25	142.51	172.75	101.22	82.49
1日あたり外来初診患者数		16.51	13.32	26.07	123.95	51.09
新患率		11.45	9.34	15.09		
1日あたり入院患者数		66.20	78.02	91.09	84.85	85.65
1日あたり新入院患者数		1.57	1.58	2.33	99.37	67.81