

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26日～9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

北海道札幌医療圏に立地する急性期病院であるが、地域医療連携体制の拠点となる医療機関として、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）および4事業（小児医療・周産期医療・救急医療・災害時医療）の中でもがん診療への対応を重点施策に定め、優れたリーダーシップの下、医療を提供している。「悪性腫瘍の診断、治療および末期治療を一貫としておこなう」ことを目標に、病院理念として「自分の身内も含め、患者さん全員が安心して受診できる医療環境を目指します」を掲げ、これに応えている施設である。院内は整理整頓され、癒しの効果のある色調で統一され、外来患者のくつろぎを目指した快適な休憩コーナーが設置されているなど、安らげる環境を整備している。職員は温かく、チームワークを大切にしており、安心して医療が受けられるように病院全体で努力している。

前回の受審は2013年であるが、今回の病院機能評価の受審に向けて全職員が一丸となって改善活動に継続的に取り組んできたことに敬意を表したい。今回の受審結果の総括を以下に記すが、結果報告とともに、貴院の今後の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院内外への周知は適切である。各種会議・委員会を定期的で開催し、決定事項は全職員に周知している。院長は定期的に病院の現状と課題について職員に説明し、リーダーシップを発揮している。中期事業計画を策定し、計画に基づいた病院運営に注力している。医療情報システムは、システム課が適切に管理している。「文書管理規程」に基づいた文書管理を行っている。

必要人員の確保に向けた組織的かつ計画的な取り組みを行っている。人事・労務

管理体制を整備しており、就業 Web システムにより勤務時間を正確に管理し、働き方改革にも精力的に取り組んでいる。労働安全衛生委員会を定期的に開催し、身体的・精神的なサポート体制を整えている。職員からの意見・要望は、所属長からのヒアリングや職員の満足度調査で収集している。

全職員対象の教育・研修は、講義やビデオ研修、e-learning 等で行っている。職員の能力評価と能力開発への取り組みを適切に実施しており、現在人事考課制度の活用を検討中である。専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。学生実習はカリキュラムに沿って行っている。とくに看護学生の入職率が高い（約 4 割）ことは評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、適宜見直しを行っている。子どもの権利の作成を期待したい。説明と同意の指針を作成している。セカンドオピニオンについて、患者が有する権利であることをホームページや院内掲示で周知しており、がん相談室が対応している。がん診療に特化した手順書を作成し、患者への情報提供を行っている。地域連携室、入退院支援室、医療相談室、がん相談室を設置し、患者・家族からの各種相談に対応している。個人情報保護の規程を整備している。年度始めには新採用者を対象に職種共通の新人研修・オリエンテーションが総務課職員により実施されている。中途採用者についても経験に応じた研修を実施している。臨床倫理の方針が整備されており、臨床の現場で生じた倫理的課題に対しては、多職種が参加して 4 分割法を用いて検討している。臨床現場で解決できない問題については、倫理審査委員会で検討している。

十分な駐車場の確保、院内 Wi-Fi 環境の整備、コンビニエンスストアの設置、各病棟のコイン式洗濯機の設置、バリアフリーの確保など患者の利便性・快適性・安全性に配慮している。患者に必要な療養環境は整っており、清潔性・安全性を確保し、機能性にも配慮している。病院は敷地内禁煙となっている。職員の禁煙率改善に向けた対応策の検討を期待したい。

4. 医療の質

病院機能に関する問題点の把握は、サービス向上委員会で行い、検討内容と方針を周知している。各種立入検査の指摘事項に適切に対応している。症例検討会を定期的に開催している。各学会の診療ガイドラインを活用している。クリニカルパスの適用率向上に向けた取り組みとして、クリニカルパス検討委員会に各診療科から必ず 1 名ずつパス担当医を選出し、運用推進に向けて協議している。患者・家族からの意見は、意見箱等で回収し、サービス向上委員会の委員が毎週検討を行い、院内掲示などで回答している。新規の診療・治療方法・技術の導入、医薬品の適応外使用、および臨床研究の承認に関しては倫理審査委員会での検討後に運営会議で決定している。高難度新規医療技術の導入申請書の見直しと病院の確認票の整備が期待される。

病棟・外来における管理・責任体制は明確であり、患者・家族にも明示されてい

る。主治医不在時の対応や管理体制も整っている。電子カルテを運用し、診療記録の記載指針を整備している。診療記録の質的点検に関しては、診療情報管理士等の参加、および適切な症例数の検討が期待される。各専門チームが組織横断的に活動している。患者の状態に応じて診療科の枠を超えたカンファレンスが行われている。

5. 医療安全

医療安全マニュアルは電子カルテで常時閲覧可能である。医療安全管理室には常勤専従1名、専任5名が配置され、組織的な活動を実践している。インシデント・アクシデント報告が電子媒体に入力された時点で医療安全管理者が介入できる仕組みの整備を期待したい。医療事故発生時にはマニュアルに沿った対応をしている。

患者確認は、2つ以上の識別子を用いて実施している。マーキング、サインイン、タイムアウト、サインアウトを手順に沿って実施している。口頭指示の場合も含めて、医師の指示出し、指示受け、実施確認は手順に沿って行われている。パニック値の場合は医師へ直接報告している。複数規格のある薬剤やハイリスク薬は注意事項を表示し、調剤時にPDA端末でピッキングミスを防止している。転倒・転落リスクがⅡ以上の場合は看護計画の中に予防策を立案している。医師・看護師は入職時に臨床工学技士による医療機器研修を受講している。臨床工学技士は、人工呼吸器装着者に対するラウンドを毎日実施している。RRSシステムの起動基準と院内緊急コードを各部署に掲示している。BLS研修に関しては、入職時のみでなく、定期的に全職員対象に実施することを期待する。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策推進室を設置しており、院内感染防止対策委員会、感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）、看護部院内感染対策委員会と連携して活動している。感染対策チームは週1回のラウンドやカンファレンスを行い、感染症の状況を把握し、院内感染の防止と早期発見に務めている。院内感染対策マニュアルを電子カルテに掲示しており、常時閲覧が可能となっている。感染対策推進室は院内外の感染関連情報を一元的に集約・分析し、検討結果を随時電子カルテで周知している。中心ライン関連血流感染の対象部署、および手術部位感染の対象手術の拡大を期待したい。

速乾性手指消毒薬を各病室の入口に設置しており、使用開始日を記載している。各自が携帯している速乾性手指消毒薬の使用量を測定し、手指衛生の実施状況を検証している。抗菌薬の採用・採用中止は薬事審議会で検討している。抗菌薬適正使用マニュアルを電子カルテに掲示している。抗菌薬の使用状況が把握され、必要な場合の抗菌薬の変更は適切に行われている。アンチバイオグラムを作成しており、年1回更新を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報は、企画室が担当しており、ホームページを中心として病院情報を発信する

取り組みを行うとともに、地域の医療機関への訪問による情報収集・提供に注力している。地域の医療機能・医療ニーズを把握するための部署として地域連携室が設置されている。紹介医療機関との連携強化の取り組みとして、近隣の各医療機関へは返信を直接届けており、顔の見える関係性構築に努めている。高額医療機器の共同利用を積極的に受け入れ、紹介元医療機関からの各種要望に応じている。がんの診断・治療・緩和ケアを中心とした市民公開講座を3ヶ月ごとに開催している。地域がん診療連携拠点病院として、年1回地域の連携医療機関を対象としたがん医療講座の開催、小学校へ出張してがん教育を授業の中で行う取り組みを年2~3回行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページで初診・再診の受け付け、診察、会計の流れなどを説明している。外来では看護師が受診情報を収集し、医師は説明と同意を適切に行っている。医師は、診断的検査の必要性を医学的な根拠をもって判断し、安全に配慮して実施している。入院は十分な説明と同意を得て、患者の希望を聞いて決定している。患者の病態に応じた診断・評価を行い、診療計画を作成しているが、入院診療計画書は多職種で個別性のある記載となることを期待する。患者支援センターが相談窓口となり、医療福祉相談、がん相談、セカンドオピニオンなど多様な相談に対応している。予約入院患者の入院生活に関する説明は、患者支援センター内の入退院支援室で行っている。

医師は毎日回診を行い、各種病棟カンファレンスに参加し病棟業務を適切に行っている。看護師は、患者の身体的・心理的・社会的な状態を把握し、患者に寄り添うケアを多職種と協働して行っている。病棟薬剤師は、必要な患者に対して服薬指導・薬歴管理を実施している。血液製剤の使用指針に基づいて輸血の適応を判断し、安全に配慮した輸血を行っている。手術適応はカンファレンスを通じて判断している。一般病棟においても、重症患者室または回復室を整備し、機能的な運営管理を行っている。褥瘡管理は、リスク評価・予防対策を行い、褥瘡発生時はチーム医療を行っている。入院時に看護師が栄養スクリーニングを行い、管理栄養士が栄養管理計画書を作成している。症状緩和マニュアルを整備しており、麻薬を含めた薬物療法については、WHO方式がん疼痛治療法におけるガイドラインに沿って行っている。リハビリテーションは多職種で実施計画書を作成し、早期から安全に行っている。身体拘束の基準があり、実施時は説明と同意を得て行っている。状態観察も記録に残すなど適切である。解除に向けての検討も毎日行っている。退院支援計画書を作成し、退院に向けての検討を多職種で行っている。必要に応じて外部担当者も交えて退院調整会議を開催している。入院中の診療やケアに関してのサマリーを用いて情報共有し、継続した診療・ケアに取り組んでいる。退院後の初回外来受診時には、がん専門看護師が同席し専門職として寄り添う看護を提供している。ターミナルステージへの対応は、緩和チームと協力して、患者・家族の尊厳を保つケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科は、病院全体の薬剤の使用や管理に適切に関与している。臨床検査部門は、医師からの要望を把握し、必要な検査項目には的確に対応している。パニック値は医師へ確実に報告している。画像診断部門は、夜間はオンコール、休日は日直の体制であるが、CT・MRIともに365日24時間対応している。患者給食の提供体制、選択メニューや栄養指導の実施、職員の衛生管理など適切である。多職種と連携し、病院の役割に応じたりハビリテーションを実施している。診療情報の迅速な検索・提供を行っている。紙媒体の原本を1患者1IDごとに保管している。医療機器を一元的に管理し、機器の点検を適切に行っている。医療器材の洗浄・滅菌は搬送から払い出しまでをワンウェイで行い、滅菌の質を保証している。

複数の病理医によるダブルチェックにより診断の精度を確保している。放射線治療専門医が適切に関与し、安全に配慮した放射線治療を提供している。

輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却業務は365日24時間体制で対応している。耳鼻咽喉科・頭頸部外科主任部長と手術室看護師長に必要な権限が付与され、安全な麻酔・手術を実施している。HCUは入退室基準を整備し、365日24時間医師が対応可能な体制を整備している。救急患者の受け入れ方針と手順を整備し、近隣の医療機関と連携した救急医療を提供している。

10. 組織・施設の管理

医事課や地域連携からの患者動向データを活用し、財務諸表と合わせて経常収支、医業収支等を分析している。医事業務は医事課が所管し、業務の一部を委託して、窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻・査定に対応を行っている。業務委託にあたっては、総務課が責任部署となり、委託の必要性和委託業務内容の検討を行っている。委託業者の日常業務の遂行状況については、総務課の担当者と委託業者の担当者と定期的な協議を行い確認している。

施設・設備の管理を24時間体制で行っており、計画的に改修や設備更新、部品交換等のメンテナンスを実施している。診療材料の管理をSPD方式で行なっている。内部牽制は、事務職員が適切に関与している。薬事委員会、理事会にて医療機器・薬剤・診療材料の採用を決定している。棚卸・使用期限の見直し、定数の見直しを適切に行なっている。

災害対策マニュアルおよび病院の診療機能継続計画（BCP）を整備し、防火・防災訓練や災害対応訓練を定期的実施している。緊急連絡体制も整備している。保安業務に関しては、院内巡回や出入口の施錠管理、防犯カメラによる監視等が行われ、日々の業務の実施状況は病院日誌で把握しており適切である。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	A
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	B
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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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 : 社会医療法人 恵佑会札幌病院
- 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 : 北海道札幌市白石区本通9南1-1

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	229	229	+0	86.2	9
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	229	229	+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)	8	+2
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	20	-6
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		
緩和ケア病床	20	-4
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 :

がん診療連携拠点病院(地域), 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 : 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

