

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7月29日～7月30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

貴院は開設以降、脳神経疾患の研究所や附属看護学校の設立・開校を経て2012年に社会医療法人の認定を受けている。開院当初から脳神経外科の専門医療機関として地域のニーズに応え、モバイルMRIによる脳の検診や脳疾患放射線治療装置の導入、高度先進医療機関の認定、回復期リハビリテーション病棟の設置、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の開設など、急性期医療から回復期医療、慢性期医療、在宅医療にまで至る幅広い医療を提供して地域に貢献している。

今般は、さらなる医療の質の向上を目指した初めての病院機能評価の受審であるが、院長を中心とする幹部職員のリーダーシップのもと、「私たちは命を尊び良質な医療を提供し地域社会に貢献します。」と謳う病院理念の実現に向け、職員が一丸となって継続的な質改善に取り組んだ成果が随所で確認できた。一方で若干の課題も見受けられたことから、今後さらなる診療機能の充実を図りつつ、地域医療に益々貢献していくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念と基本方針をわかりやすく表現して院内外に周知し、中期目標を定めて職員に示している。幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定機関である理事会で決定した内容は病院運営協議会などで組織全体に伝達している。年次事業計画を策定のうえ全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは関連規程に基づきシステム管理室が管理している。文書管理規程に基づき規則・規程やマニュアルなどの文書を管理している。

病院運営に必要な人員の採用計画に基づいた確保に努め、就業規則などの規則・

規程を整備して労務・就労管理を行っている。衛生委員会を開催し、健康診断の受診促進や職業感染の予防等に取り組んでいる。職員意欲満足調査により職員の意見・要望を把握のうえ分析・活用し、職員のモチベーション向上に努めている。

全職員対象の年間研修計画に基づいて医療安全や感染対策、個人情報保護などの研修を行うとともに、人事評価制度による能力評価やクリニカルラダー等による能力開発に取り組んでいる。医師の卒後臨床研修や職員の初期研修を各部門の教育プログラムに基づいて実施している。多くの学生の病院実習を受け入れ、カリキュラムに基づいて実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、ホームページや院内掲示で患者・家族や職員に周知している。説明と同意に関する実施基準を定めて説明内容や書式を統一し、全ての診療行為の説明への看護師の同席を基本とし、同席できない場合には患者・家族の反応を確認し記録している。各種パンフレットや患者用クリニカル・パス、外来での入院前説明など、様々な方法と機会と患者との情報共有と患者参加を促進している。患者相談窓口を設けて社会福祉士を配置し、通院・入院・退院などに関する多様な相談を受けている。個人情報保護に関する規程を定め、ホームページなどで個人情報保護の方針や利用目的などを案内している。倫理委員会を設置して臨床倫理指針を定め、主な倫理的課題への対応として「DNARに関する院内指針」、「終末期医療に関する意思決定」、「輸血拒否に対する対応」を定めている。日常診療において発生する倫理的課題については、病棟カンファレンス等で対応を検討している。

病院利用者のための駐車場の整備や売店などの院内設備を整え、入院生活での安全・快適な環境整備に配慮している。病室や処置室などに診療・ケアに必要なスペースを確保し、トイレや浴室の段差をなくし、ナースコールを設置して安全な療養環境を整備している。敷地内全面禁煙の方針を示し、入院案内や院内掲示などで周知徹底している。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、退院時アンケートや患者満足度調査などで意見や要望を収集して各部門で適宜取り組んでいる。組織として活動を評価する体制の整備が期待される。診療の質の向上に向けた活動に関しては、臨床評価指標・質指標の分析やクリニカル・パスの活用に努めているが、クリニカル・パスのブラッシュアップや各種指標の他施設との比較分析と活用の取り組みが期待される。患者・家族などからの意見・要望は、意見箱とアンケートにより収集して対応しており、院内掲示などによる検討・対応結果の公表が期待される。新たな医療技術の導入や医薬品の適応外使用は、倫理委員会で審査・承認する体制となっており、導入後のモニタリングが期待される。

診療・ケアの管理・責任体制は明確で、病棟の入り口に責任医師や看護師長等の氏名を掲示しており、病棟責任者の役割や主治医不在時の対応体制等も明確である。診療録記載マニュアルに基づいて病歴や診察記録、説明と同意取得の記録など

を記載しているが、診療記録の質的点検を多職種で実施することが期待される。多職種で構成した専門チームが定期的な回診および依頼に基づくコンサルテーション活動を行っており、診療科間では恒常的に相談対応やカンファレンスを実施している。

5. 医療安全

副院長が統括する医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者を中心に組織横断的に活動している。院内安全委員会などを定期的開催し、課題の改善に向けて検討する体制が確立している。インシデント報告を収集・分析して改善策の検討を行い、院内安全ニュースとして情報を発信している。医療事故発生時の対応を医療安全指針に明記しており、院長へ速やかに報告する手順などを整備している。

患者確認は患者本人による氏名・生年月日の名乗りと ID バンドなどでの照合を基本とし、手術時などではマーキングやタイムアウトを実施している。医師の指示出しや処方、看護師などによる指示受け・実施確認は電子カルテのオーダリングシステムを用いて実施し、ダブルチェックなどにより情報伝達エラー防止に努めている。薬剤の安全使用のための手順書を整備し、病棟薬剤師が処方鑑査や配置薬管理などを担当しているが、ハイリスク薬を判別するための注意喚起表示の検討が期待される。転倒・転落のリスク評価を行い、患者・家族および多職種と情報共有しながら防止策を実践している。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、研修の実施とマニュアルの整備により安全使用に努めている。患者等急変時の EM コールを設定し、救急カートは院内で標準化しているが、管理方法の見直しが期待される。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務担当部門として感染対策室を設置し、院長が室長および院内感染対策委員会の委員長を務めている。専従の感染管理認定看護師を含む多職種で構成する感染制御チーム（ICT）が毎週のラウンドなどで感染症発生状況を把握し、対策の検討・立案と指導を行っている。院内外の感染発生状況は、ICTによる把握・分析を経て院内各部署に通知している。なお、脳神経外科や整形外科、消化器外科において手術部位感染サーベイランスを行っているが、デバイスサーベイランスの対象病棟の拡大が期待される。

医療関連感染を制御する活動では、院内感染予防要綱を定めて標準予防策の徹底を図り、手指衛生の遵守率向上に向けて速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングしているが、手指衛生を徹底するためのさらなる取り組みが期待される。抗菌薬の使用に関しては、抗菌薬適正使用支援チームが積極的に関与し、広域抗菌薬を含む日々の使用状況の把握やラウンドなどを通じた介入を行っており、グラム染色を活用した迅速な起因菌の同定に基づく適正抗菌薬の推奨や確実な実施などの取り組みは高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信では、医療機能や病院指標、医療の質指標、各診療

科の特徴や診療体制などの情報をホームページに掲載し、常に最新の情報を発信するように努めている。また、地域医療機関に向けた広報誌を発行し、病院の取り組みや診療科の紹介、最新の医療情報を近隣医療機関へ定期的に発信している。地域医療支援部が中心となり、紹介患者の受け入れや紹介元への逆紹介など、地域連携推進に向けて取り組んでいる。また、紹介・逆紹介のマニュアルを整備し、地域ごとの医療機関や病院、老人保健施設、クリニック、有料老人ホームなどの病院情報をファイルし、迅速な逆紹介に努めている。地域に向けた教育・啓発活動では、地域住民を対象に健康普及講演会を開催するとともに、1990年から脳検診として導入しているモバイルMRIを北海道内で展開し、各地域の住民を対象にした医療講演会を実施している。さらに、「頭痛の日」や「認知症の日」には病院建物の屋上照明をテーマカラーに合わせてライトアップするなど、病院一体となって地域に向けた健康増進活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページなどで案内して円滑な受診の支援を行い、外来診療は患者情報を収集のうえに行い、侵襲的な検査は必要性やリスクを説明のうえ同意を得て実施している。入院の必要性は担当医が医学的判断に基づいて決定し、患者の病態や種々のリスク評価に基づいて入院診療計を立案し、患者・家族へ説明して同意を得ている。

主治医や診療科医師は回診やカンファレンスなどを通じて情報共有やチーム医療の実践、家族との面談等に努めている。看護師は患者の身体的・社会的・精神的・スピリチュアルな側面からニーズを把握し、必要な看護を実践している。投薬・注射には病棟薬剤師が関与し、看護師はダブルチェックなどで安全な実施に努めている。輸血・血液製剤の投与はマニュアルに基づいて同意取得や施行中の観察などを行い、周術期の対応では、説明と同意取得や術前訪問、術中・術後の評価と記録などを行っている。

褥瘡の予防・治療はリスク評価に基づいて多職種が対応し、栄養管理では全入院患者の栄養計画書を作成して栄養面からの疾患治療に努めている。症状緩和はマニュアルに沿って実施しているが、疼痛以外の症状緩和の手順・基準の作成が期待される。リハビリテーションの早期からの実施、身体拘束の最小化や早期解除の検討、関係機関との退院前カンファレンスなどによる退院支援と継続的な診療・ケアへの支援等を行い、ターミナルステージの対応では、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や疑義照会、注射薬の1施用ごとの取り揃え、医薬品情報の提供等を行っている。臨床検査は各種検査施行体制を整え、パニック値への対応などを確実にしている。画像診断は造影剤使用や誤認防止、アナフィラキシー対応に配慮して安全に実施しているが、読影率の一層の向上が期待される。栄養管理では、患者の嗜好調査等を行い、献立の見直しなど食事の質を高める工夫をして

いる。リハビリテーションでは、常勤専門医および各療法士が病棟スタッフと連携し、計画策定や進捗管理を行うとともに連続性を確保して確実に実施している。診療情報は電子カルテにより一元的に管理し、全退院患者の診療記録の量的点検を実施している。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、安全使用に向けてラウンドや教育・啓発を行っている。洗浄・滅菌業務は中央化し、各種インディケータにより滅菌精度を保証している。

病理診断は連携する大学と協力して行っている。放射線治療では、日本初の臨床応用でのガンナイフ導入以来、道内唯一の実施機関として多くの実績を有している。輸血・血液管理では血液製剤の廃棄率低下に努め、手術・麻酔ではマニュアルに沿って患者確認や術中管理などを行い、集中治療はHCUとSCUにおいて各診療科医師が連携して行っている。救急医療は、医師・看護師をはじめとする職員を配置して多くの救急搬送患者の治療に対応しており、救急応需率を高める取り組みは高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、前年度実績等を踏まえて予算を編成し、病院会計準則に基づいた会計処理により経営状況の月次報告や改善に向けた検討などを行い、所定の財務諸表を作成して会計監査を受けている。医事業務は受付から窓口収納、診療報酬請求などの業務を手順に沿って実施し、未収金対策や施設基準の管理体制も整備している。業務委託の是非や業者選定は、業務委託マニュアルに基づいて委託費用などの妥当性の検証を行い、公正に審査・選定している。

施設・設備の管理では、防災センター配置の委託業者による消防設備やエレベーター、電気設備等の管理・点検とともに、院内清掃や感染性廃棄物の保管・管理、医療ガス設備の点検などを行っている。医療消耗品の購買マニュアルに基づいて購入依頼から検収までの業務を実施し、院内物流管理システムを導入して在庫管理等を行っている。

災害時等の危機管理への対応では、自然災害を想定した事業継続計画や災害対応マニュアル、消防計画の策定や近隣病院との相互支援協定の締結を行い、患者や職員用の食料・飲料水を備蓄している。保安業務では、保安要員が常駐して院内巡視や施錠管理等を行っている。

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	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	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	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	B

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	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	B
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	B
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	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	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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	S
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	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	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	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	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： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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： 社会医療法人医仁会 中村記念病院
 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： 北海道札幌市中央区南一条西14-291-190

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	499	449	-50	81.5	28.9
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	499	449	-50		

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)	14	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
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	98	+0
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	137	+1
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： 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

