

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 5 月 17 日～5 月 18 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、開設より病院機能の拡充を進め、現在は一般病床・療養病床・回復期リハビリテーション病床と人工透析を中心に地域医療の中核を担う専門医療施設として貢献している。また、在宅療養のため訪問診療・訪問看護やデイサービスとも切れ目のない連携を図っている。このたびの病院機能評価は更新受審であるが、病院幹部、病院職員が一丸となってよく努力してきたことが窺えた。今回の結果を参考に、より良い病院を目指す努力を継続され、貴院のさらなる発展につながれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針はわかりやすい内容で、患者の立場に立ったもので周知も適切である。病院管理者・幹部は、病院の現状の課題を認識し病院運営会議で検討され、解決への取り組みを行っている。また、必要な病院運営のための決定をしている。さらに、各種規程が整備され多くの会議・委員会を設置・運営している。リスクに対する事業継続計画も作成されている。文書管理は規程に基づき文書が管理されており適切である。

各職種は法定数を満たしているが、常に人材確保の努力が続けられている。各種規則・規程の整備は適切であり、就労管理では時間外勤務と有給休暇の取得は事務

部において把握し、就労環境の整備に取り組んでいる。労働安全衛生委員会を毎月開催し、職員健康診断も適切に行われている。さらに、各種福利厚生が整っている。

職員の教育・研修は教育委員会が担当し、必要性が高い教育・研修はおおむね行われている。職員の能力評価・能力開発は人事考課表を用いて、自己評価と一次考課および二次考課の上席者評価を行っている。全考課終了後、人事審議会で評価判定し、結果は職員にフィードバックしている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者の責務とともに明文化されて院内に掲示され、入院案内やホームページにも掲載されている。説明と同意に関する指針や、説明のうえ同意を得る手術・検査等の範囲が明文化されている。入院時間診表を用いて患者のアレルギー情報などが収集されている。また、独自のわかりやすいパンフレットが作成され活用されている。医療連携相談室を設置し、社会福祉士、看護師を配置して患者相談や入退院支援、地域連携に対応している。個人情報保護は規程に基づき管理し、USBは物理的にブロックされ、学会の資料作成など情報へのアクセスについては申請・承認を行っている。

倫理委員会の規程が定められ、主要な倫理的課題が設定されている。臨床の様々な場面で発生した倫理的課題や、患者・家族の抱える個別の解決困難な課題が判明した場合には、多職種カンファレンスで取り上げて検討されている。解決困難な場合は倫理委員会で検討される仕組みになっている。

最寄り駅から病院の巡回送迎バスが運行しているほか、路線バスの利用も可能であるなど利便性に配慮され、院内には日常生活の延長上のサービスが整っている。院内はバリアフリーで、障害者用駐車場を確保している。廊下やトイレなど必要な場所には手摺りを設置しており、車椅子用トイレがある。敷地内全面禁煙であり、院内掲示、入院案内により周知が図られている。職員の喫煙率を把握している。

### 4. 医療の質

院内に意見箱を設置し、寄せられた意見は月1回サービス向上委員会で検討の上、院長に報告し、回答は院内各部署に報告し、院内に掲示をしている。診療の質向上の取り組みは、病院の合同カンファレンスが毎月1回行われ、看護師、管理栄養士など多職種が参加している。クリニカルパスを作成し適用している。業務改善委員会が開催され、各部門の問題点が抽出されており、患者意見箱からの意見も俎上に上げて部門横断的に質改善に取り組んでいる。新規の医療技術の導入や薬剤の適応外使用については倫理委員会に諮る仕組みができている。

外来・病棟における管理・責任体制が明確にされ、診療とケアの管理責任者が患者・家族に明示されている。電子カルテが導入され、診療録記載マニュアルに則って記載が行われている。多職種によるカンファレンスが毎週開催されており、患者・家族の意向を反映した治療計画やケア方針が共有されている。さらに、感染対策や褥瘡、NST、DSTなど多職種協働の専門チームが編成されており、診療・ケア

の向上に努めている。

## 5. 医療安全

医療安全管理室が設置され、医療安全管理者は毎日院内安全ラウンドを行い、問題点を検討し対策を立てている。必要に応じてマニュアルの見直しも行われ、院内 LAN で職員に周知されている。インシデント・アクシデントレポートは、医療安全管理者に集約され、Ⅲa 以上はすべて ImSAFER で分析のうえ検討され、対策・改善案が立案され現場にフィードバックされている。

誤認防止マニュアルが整備され遵守されている。オーダーリングシステムが導入されており、医師の指示は処方箋含め安全・確実に行われ実施されている。ハイリスク薬は定義され、定数配置の場所への明示を行い薬剤師により毎日チェックされている。重複投与・投与禁忌薬が薬剤師によりチェックされている。高カロリー輸液製剤の調製は、薬剤師のさらなる関与を望みたい。入院時に全ての患者を対象として転倒・転落のリスクアセスメントが行われ多職種で情報交換のうえ、転倒・転落防止対策が立案され実施されている。医療機器は看護師による使用前・使用中・使用後の日常点検が行われ、専門業者による年 2 回の定期点検も行われており、人工呼吸器は臨床工学技士により組み立てられ、いつでも使用できるようになっている。緊急時の対応マニュアルが整備されており、院内緊急コードが設定されている。全職員を対象に BLS・AED 等の研修が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御の体制は、院長を委員長として感染対策委員会が月 1 回定期的に行われている。ICT、AST による院内巡視が毎週 1 回行われ、ラウンド後に ICT カンファレンスも行われ、環境チェックや抗生剤の使用状況などがチェックされている。院内感染状況は病棟ごとに把握され定期的に検討がなされている。JANIS、JHAIS に参加して情報提供や収集を積極的に行っている。

必要な箇所に速乾性手指消毒剤が設置されて手指衛生対策が行われ、1 処置 1 手袋や手洗いが遵守されている。血液・体液で汚染されたリネンを入れたランドリーボックスや医療廃棄物のボックスの保管場所の検討が望まれる。抗菌薬適正使用の指針は整備され、起炎菌・感染部位の特定、起炎菌の感受性パターンの把握、抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバックは AST の活動もあり適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院のパンフレット、入院案内のほか、法人発行の広報誌を発行している。院内への配置のほか、病院の連携施設へ郵送するなど、病院情報を地域等へわかりやすく発信している。地域医療施設や福祉施設の状況を把握しており、紹介・逆紹介を管理し、返書管理も適切である。さらに、地域の医療・介護施設を訪問し、それらの施設のパンフレットなど多数の資料を整備するなど医療関連施設との連携は適切である。

患者・地域住民を対象とした健康教室や糖尿病教室を実施している。地域の老人クラブからの講演依頼や地域でのリハビリの体力測定、特定健康診断事業、予防接種事業などの取り組みもある。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内があり、コンシェルジュが配置され円滑な診察に繋がっている。外来診療は、患者への説明と同意は、院内ルールに基づいて適切に行われている。侵襲的検査は明確にされ、同席者のもとに説明と同意書の取得を行っている。医学的な判断に基づき入院の必要性が検討され、カルテに記録されている。患者の病態に応じた診断・評価が行われ、それに基づき診療計画が迅速に作成されている。入院後には病棟看護師からオリエンテーションが行われ、緊急入院の際の日用品の準備や食事の提供体制も整えられている。

医師・看護師の病棟業務は適切である。服薬指導が行われ、薬剤治療の必要性和リスクについての説明と同意が行われて診療録に記載されているなど、投薬・注射はおおむね安全に実施されている。主治医が手術の適応を判断して手術の説明と同意がなされ、術前・術後の訪問も適切になされている。臨床工学技士や療法士などの多職種や専門チームが関与する体制もあり、重症患者の管理は適切である。入院時の褥瘡の危険因子評価に基づきハイリスク患者の褥瘡対策計画書が作成され、予防や評価、治療が行われている。疼痛はフェイススケールを用いて客観的に評価・記録されており、医師の指示のもと薬剤等による疼痛緩和に努めている。

身体抑制・行動制限の必要性は入院時のリスク評価に基づいてカンファレンスにより検討され、医師から患者・家族に説明のうえ同意を得て実施されている。医療連携相談室の社会福祉士や受け持ち看護師を中心にした支援体制が整えられている。カンファレンスを開催して支援の必要性やニーズの把握、医療処置が必要な患者の看護・介護に関する指導、在宅療養を支える関係機関への情報提供などが行われている。ターミナルステージの判定は、症状やデータに基づき主治医と関連診療科医師により検討され、家族の意向等が把握されて療養環境が整えられている。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

診断的検査の代表例は嚥下造影、嚥下内視鏡であるが、医師、看護師、言語聴覚士、放射線技師などによる体制で検査を施行しており、評価も適切に行われている。入院の決定は社会福祉士が紹介元より事前情報を得ており、多職種での受入検討会議が行われている。患者の病態に応じた診断・評価はまず医師により行われ、各職種がそれぞれの専門性に応じた初期評価を行い、入院診療計画書等を作成している。リハビリテーション総合実施計画書は多職種により作成され、初期カンファレンスは入棟後1週間以内に多職種により行われ、目標設定や退院後の生活について検討されている。医師・看護師の病棟業務は適切であり、投薬・注射も確実・安全に行われている。褥瘡予防はポジショニングと体位変換の方法・頻度の検討など看護師と療法士の連携のもと、適切に取り組まれている。各療法は医師の指導に基づき確実・安全に実施され、在宅復帰を意識した生活機能の維持・向上について、

多職種によるチームアプローチを行っている。入院時から退院支援を強く意識し、社会福祉士の十分な関与のもと、各職種が専門性を活かした支援を行っている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は1施用ごとの取り揃えを行い、処方鑑査、疑義照会、調剤後のダブルチェックなども適切に行っている。臨床検査は適切に精度の担保を図っており、パニック値は定義され、異常値が出た場合は医師もしくは代行医師に連絡している。画像診断については外部委託で遠隔画像診断がなされている。夜間、日曜、祝祭日はオンコール体制で対応している。厨房の清潔・不潔区分や温湿度管理、温冷配膳車による配膳、調理済み食品の冷凍保存、職員の健康管理などは適切である。必要なすべての患者にリハビリテーションを実施しているが、リハビリテーション機器の保守点検について記録に残されたい。診療情報は電子カルテで一元管理し、1患者1IDである。また、量的点検を全件実施している。医療機器は、臨床工学技士の医療機器安全管理責任者により適宜整備・点検が行われており、適正に管理されている。滅菌業務は委託で行われ、滅菌の質保証や滅菌物の保管管理も適切である。

病理診断は検査科が窓口となり外部委託により実施されている。標本や報告書の保管管理も適切である。輸血・血液管理は発注から払い出し・廃棄に至るまで、輸血マニュアルに沿って行われている。スケジュール管理や定期的な HEPA フィルターの点検・清掃・交換など、手術・麻酔機能を適切に発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

年間事業計画に基づいた予算計画に基づき月次の進捗状況を管理・確認している。また、会計監査は公認会計士による外部監査も行われている。医事業務はマニュアルに基づき適切に行われている。未収金の管理・督促も適切であり、レセプトは医師点検を行い、返戻・査定についても医事・医局で検討し再請求をしている。委託業務は委託先業者担当者と定期的に面談を持ち、意見交換を行い問題点等の確認および改善を行っている。

施設・設備管理は、日常点検と保守管理が定期的に行われている。院内清掃も行き届いており、廃棄物の処理も適切である。物品管理については、医薬品以外の衛生用品資材は SPD を運用している。SPD システムは外部委託であり、3 日分の在庫を院内各部署に配置し、使用分は毎日補充される。棚卸も適切に行われている。災害時の対応は、災害時対応マニュアルで火災や災害発生時の対応などが整備され、食料品・水を確保しており、緊急連絡網を作成し周知している。保安業務も適切に行われている。医療事故等に対する対応手順や弁護士への相談体制も整えられている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は医学生のほか、看護師、療法士、MSW、管理栄養士の学生を受け入れている。受け入れは養成校との契約書などを交わし、個人情報保護については学生との誓約書を確認している。実習にあたり、医療安全や感染対策、事故対応などの

必要な教育を実施している。養成校から依頼されたカリキュラムに沿った実習・評価を行っている。

# 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	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	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
1.4	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	B
1.6.4	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	B
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	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	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	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	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	B
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	NA

## 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	A
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	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	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	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	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

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	A
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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： 2023 年 2 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人豊生会 東苗穂病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 北海道札幌市東区東苗穂3条1-2-18

## 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	60	60	+0	87.7	17.4
療養病床	101	101	+0	95.7	108
医療保険適用	101	101	+0	95.7	108
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	161	161	+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	37	+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	41	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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(準備病院), 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



[illegible]

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		164.79	167.01	173.98	98.67	95.99
1日あたり外来初診患者数		9.97	10.55	13.93	94.50	75.74
新患率		6.05	6.32	8.01		
1日あたり入院患者数		149.30	149.45	152.69	99.90	97.88
1日あたり新入院患者数		3.44	3.73	4.10	92.23	90.98