

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 7 月 20 日～7 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 1960 年に有床診療所として開院し、現在の病院理念は開院当初からのものである。その後、医療機能の充実を図りながら、一般内科、内視鏡など各種医療機器を用いた検査、さらにはがん患者のための緩和ケアなど、地域医療に大きく貢献している。近年、これからの地域の様々なニーズに一層応えるために常勤医を充実させ、医療環境の変化に迅速に対応すべく組織の強化にも取り組んでいる。

病院機能評価を継続して受審しており、医療・ケアの質の向上に取り組む姿勢は、今回の訪問審査においても随所に見受けられた。今後も改善活動を継続されるとともに、課題に対して病院組織として取り組み、さらなる発展へとつなげられることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

開院当初からの病院理念があり、基本姿勢・医療方針を明文化している。幹部職員は病院の役割や課題を的確に把握し、会議・委員会にて課題解決に向けて取り組んでいる。年次事業計画は、具体的な活動計画として示すことを期待したい。電子カルテや部門システム等を導入しており、院内の情報を有効に活用している。文書管理規程等を整備し、組織運営や医療現場で使用する文書を適切に管理している。

病院の機能・役割に見合った人材を確保するために継続して組織的に取り組んでいる。人事・労務管理に必要な各種の規則・規程を整備し、職員が容易に閲覧できる環境を整えている。安全衛生委員会を毎月開催し、職場環境の状況を確認している。委員会の構成員の再検討および職業感染への対応の強化が期待される。職員の意見や要望は、意見箱や継続的な職員満足度調査により収集し、魅力ある職場づく

りに努めている。

全職員を対象とする教育・研修は、e-ラーニングを導入するなど計画的に実施している。医師を含め全職員に規程に基づく人事考課を実施しており、継続的な能力評価・能力開発に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、「患者様の権利と責務」として明文化し、ホームページや院内掲示等で周知している。説明と同意に関する方針や取り組み姿勢等を規定し、同意が必要な範囲も明確にしている。疾患への理解を深める工夫として、検査や疾患のパンフレット、説明書を整え、患者の医療への参加促進に努めている。医療連携・相談室が相談窓口を担い、看護師と社会福祉士を配置している。相談内容によって多職種と連携し対応しており、適切な患者支援体制である。個人情報の保護に関しては、院内規則および研修等を通じて職員へ周知を図っている。倫理委員会指針に主要な倫理的課題の方針を示し、現場での倫理的課題は、カンファレンスにより把握・検討する仕組みがある。

院内は高齢者・障害者に配慮した設備を可能な限り整え、入院生活に必要なサービスを受けることができるよう努めている。院内の療養環境は、整理整頓がなされており、病室やデイルームなどは十分なスペースを確保している。敷地内は全面禁煙であり、院内掲示により患者・家族、職員に周知している。

4. 医療の質

組織横断的な業務の質改善については、運営会議やCS委員会、医看の役割分担推進委員会で継続的に取り組んでいる。また、病院機能評価を継続して受審することによる体系的な病院機能の向上への取り組みのほか、看護部ではDiNQLに参加して質改善に努めている。毎週、多職種が参加する症例検討会を開催している。院内に設置した意見箱や患者・家族からの口頭での意見・要望等を委員会で協議・検討し、職員に周知を図り、回答をホールに掲示している。新たな診療・治療方法等の導入においては、申請や承認の手順の明文化を期待したい。

外来・病棟の管理・責任者は明確である。病棟看護師長はラウンドを行い、ケア等の実施状況の把握に努めている。診療記録・看護記録の記載マニュアルを整備している。診療録の記載内容の充実、および質的点検の点検頻度の増加を期待したい。多職種で構成された多くの専門チーム・委員会が積極的な活動を展開している。症例検討会は、多職種が協働して患者の診療・ケアに取り組むための情報共有の場としても活かされている。

5. 医療安全

医療安全対策部門を設置し、専任の医療安全管理者を配置している。医療安全対策部門規程および医療事故防止マニュアルを整備し、適宜改訂している。医療安全対策委員会を月1回開催し、アクシデント・インシデントの情報共有や再発防止策の周知、ラウンドによる遵守状況の確認等を行っている。マニュアル内には重大事

故発生時の対応手順や医療事故調査委員会の設置を定めており、医療事故等に対応可能な体制を整備している。

患者確認は、患者本人からのフルネームの名乗りとリストバンドによる照合を基本としている。指示出しから実施までの確認は電子カルテ上で行い、やむを得ず実施する場合の口頭指示は手順に沿って適切に運用している。薬剤の安全な使用に向けた対策として、電子カルテの警告機能や薬剤師によるチェックなどを実施している。入院時に転倒・転落のリスクを評価し、必要に応じて看護計画を立案して対策を講じている。医療機器の安全な使用に向けて点検表の見直しと活用を期待したい。患者等の急変時への対応として、院内緊急コードを設定し、救急カートを標準化している。BLS 訓練は全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会や各部署のリンクスタッフからなる感染制御チーム（ICT）を設置している。感染制御に関するマニュアルや指針を整備し、必要に応じて改訂している。院内感染対策委員会において、感染発生状況、ICT ラウンドの結果、院内の分離菌・薬剤感受性・耐性菌検出状況等を報告し検討を行っている。院外の流行情報は、委員会の委員長が定期的に収集・分析し、院内に周知している。J-SIPHE にも登録している。

各病室前に速乾性手指消毒剤を設置し、個人でも携行しており、標準予防策に取り組んでいる。感染性廃棄物の処理や汚染されたリネン類の管理など、医療現場で医療関連感染を制御するための活動を適切に行っている。抗菌薬の採用や採用中止は薬事委員会で検討している。抗菌薬の適正使用に関する指針を整備しており、特別な抗菌薬は届出制になっている。分離菌感受性パターンおよび抗菌薬の使用状況を定期的に把握・検討し、必要な場合には医師にフィードバックを行うなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには、外来受診や入院時に必要な情報のほか、患者・家族に向けた医療サービスの内容もわかりやすく掲載し、情報を発信している。広報誌は、広報委員会が担当し、連携する医療・介護・福祉施設に配布している。地域の医療機関、介護施設等との連携は、医療連携・相談室が中心となり医療機関・施設の機能やニーズを把握している。紹介患者の返書は、地域連携システムを用いて漏れなく管理して確実に発送している。在宅復帰に向けて、入院早期から担当の看護師または社会福祉士が支援し、多職種と情報共有を図りながら取り組んでいる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、集合の健康教室は休止しているが、広報誌を通じて情報を掲載する活動を行っている。パイロットの身体検査を行う航空身体検査指定医療機関であり、地域の校医や産業医を務め、健診活動にも取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

かかりつけ医の機能を含めて外来診療を適切に行っている。診断的検査は、必要性和リスクを説明して同意を得たうえで実施している。多職種により入院診療計画書を迅速に作成している。入院決定後は、外来看護師および医療連携・相談室の職員、病棟看護師が連携して円滑に入院することができるようにしている。

投薬・注射は確実・安全に実施しており、輸血は必要性和リスクについて十分に説明して同意書を取得している。重症患者は、病棟のナースステーション近くの病室で管理し、多職種が関与している。褥瘡の予防・治療、栄養管理にはそれぞれ専門の委員会・チームが介入している。症状などの緩和には麻薬の使用基準を定めており、がん性疼痛看護認定看護師等により全人的ケアに取り組む姿勢があり評価できる。リハビリテーションは、多職種の協議により目標設定や訓練計画を策定している。身体拘束は、やむを得ない場合に限りガイドラインに沿って実施している。医療連携・相談室では、退院支援や継続した診療・ケアを行うための活動や院内外との適切な連携体制を整備している。ターミナルステージへの対応として、状態の変化を確認しながら、患者・家族の意向を尊重してケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査や疑義照会および調剤後の確認は、手順を遵守して実施している。注射薬の払い出し方法については検討が期待される。臨床検査は外部委託が中心であり、院内での検査は業務手順に沿って実施し、検体の誤認防止等にも取り組んでいる。画像診断は夜間のオンコール体制も整え、各種撮影は業務手順に沿って実施している。患者の食事は、管理栄養士と委託業者が連携して安全な食事を提供している。リハビリテーションの実施状況は、カンファレンス等を通じて病棟スタッフと共有している。リハビリテーションプログラムの評価・改善も定期的に行っている。電子カルテを導入しており、診療情報を一元管理している。医療機器は、計画に基づき機種ごとに定期点検計画・保管場所を記録し、一元的に把握している。洗浄・滅菌は小型の滅菌装置を有し、各種のインディケーターを用いて滅菌の質保証を行っている。

病理診断は、臨床検査部門が窓口となりすべて外部委託で実施している。輸血用血液製剤の発注・保管・廃棄等は業務マニュアルに沿って適切に行っている。使用状況等は輸血委員会で検討している。

10. 組織・施設の管理

予算書は、各部署から聴取した意見なども勘案し、前年度実績をベースに作成している。月次決算を実施しており、経営改善に取り組むために自院で取り決めた指数を分析している。多面的な視点で経時的に分析・検討して改善活動に取り組んでいる。医事業務マニュアルを整備し、適切に業務を実施している。返戻・査定内容については、全医師が出席する会議で組織的に対応している。病院経営に関するデータは電子カルテから抽出し、各種会議へ資料として提出している。委託業務については、委託の是非を協議・検討する仕組みが確立している。

施設・設備は、日常点検や定期点検の結果等により管理し、必要時には迅速に対応している。総務課が管理・責任部署となり購買を管理している。発注と検品では内部牽制機能が働くような体制の整備が期待される。

災害時の対応では、BCPを含む災害対策マニュアルを策定し、災害対策本部を設置する条件等も明確に定めている。緊急時の連絡網を整備しており、必要な部署に配布・掲示している。夜間は守衛を配置して院内巡視を行い、その記録も残して管理責任者が確実に確認している。

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	B
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	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	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	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	A
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	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	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	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	
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	B
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	学生実習等を適切に行っている	NA
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	B

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	B
-------	---------------	---

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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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：医療法人社団 銀杏会 さっぽろ銀杏会記念病院

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：北海道札幌市中央区南十一条西8-2-25

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	85	85	+0	76.3	22
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	85	85	+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		
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	45	+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

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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	64.74	62.16	53.80	104.15	115.54
1日あたり外来初診患者数	7.40	7.14	6.72	103.64	106.25
新患率	11.42	11.48	12.49		
1日あたり入院患者数	71.09	76.56	76.89	92.86	99.57
1日あたり新入院患者数	1.92	2.28	2.16	84.21	105.56