

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「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 8 月 30 日～8 月 31 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	慢性期病院（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 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1956 年に開設以来、札幌市の中心地で一般内科、消化器内科を中心に地域に密着した医療を提供している。また、看取りも含めた慢性期の医療も実施している。施設の老朽化や緩和ケアの実施など新たな診療機能の充実に対応すべく病院の移転新築も計画している。診療機能の充実や病院運営においては、医師をはじめ看護師等の人材確保、病床稼働率の改善およびそれに伴う経営の健全化など多くの重要な課題が見受けられた。

今回の病院機能評価の受審においても、病院の医療の質向上に継続的に取り組んでいることを確認できた。少ない医師数で献身的に地域医療に貢献されている姿には敬意を表したい。今後は、現在病院が有している諸課題の解決に向けて病院全体で取り組まれ、さらに良い病院を目指し、この地域での益々の発展と新病院の早期実現を祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と 6 項目の基本方針が示されており、内容の見直しや改訂が行われている。院内外への周知も適切である。院長をはじめ幹部職員は、それぞれの立場で医師の確保、病床稼働率の向上、施設の老朽化への対応など重要な課題に向けて積極的に取り組んでいる。重要事項の決定や検討は部門長会議で行われ、運営会議などを通

じて院内に周知されている。中・長期計画は、将来数か年の収支計画が策定されているものの算定根拠に乏しい。病院の移転新築などを含めた目標や計画が具体的に示され、病院全体の目標や計画に基づいた各部門の計画やアクションプランの作成と達成度評価などにより PDCA サイクルがより円滑に展開されることを期待したい。情報管理については、電子カルテ等の導入や活用が期待される。文書管理は、文書管理規程に沿って適切に行われている。

人事・労務管理は、医師、看護師をはじめとする医療スタッフの確保、職員の安全衛生管理および福利厚生など働きやすい職場づくりに取り組んでいる。医師の確保については、さらなる努力と現在勤務している医師の負担軽減のための工夫を期待したい。職員の研修・教育は、教育委員会が担当し年間計画に沿って実施されている。医療に携わる者にとって必要な医療安全管理、感染制御、医療倫理、個人情報保護などの研修はおおむね適切に行われている。職員の能力評価・開発は、人事考課制度により面談等が実施され、組織の活性化や処遇等に活用されている。

3. 患者中心の医療

基本方針および患者の権利と責務は、見直しや改訂が行われている。高齢者や障害者に配慮する文面や「患者様と医療者のパートナーシップ」への改訂がなされており、受療者に分かりやすく丁寧な表現が用いられている。診療録開示の規程は整備されており、検討する場が「医の倫理委員会」と定められている。説明と同意の基準・手順を明文化しており、医師の説明にあたっては、絵図などを使用し理解しやすい説明をして同意を得ており適切に実践されている。また、各種診療情報は現場で患者と共有し、患者の理解を促す努力がなされている。患者相談窓口が設置され、必要な患者への介入、各種カンファレンスの実施、記録の整備など、適切に実施されている。患者の個人情報・プライバシー保護は適切である。

倫理的課題として、宗教的輸血拒否、看取りの指針、人生の最終段階における医療の意思決定の対応方針等を定めている。日常的に発生する臨床倫理の課題は、多職種カンファレンスで話し合っており誠実に対応している。

療養環境については、病室、デイルームなど患者が利用するスペースも確保され、寝具類の清潔や適切なベッド・マットの提供など快適な環境が提供されている。受動喫煙防止対策については、敷地内禁煙が実施されている。今後も職員喫煙率の継続した把握とさらなる低減に向けた取り組みに期待したい。

4. 医療の質

患者意見箱の設置や患者満足度調査の実施により意見や要望を収集し、検討後に適切な対応がなされており改善に活かされている。毎日の CT カンファレンスにて画像診断を共同で行いながら症例の検討を行っており、免疫・リウマチ、消化管および肝胆膵、循環器の専門医とは必要に応じて外来および入院患者の症例相談を行っている。定期的に病棟スタッフおよび療法士、栄養士などを含めた多職種でカンファレンスを行っている。入院患者のクリニカル・パス適用率が低いため、今後は運用実績を増やしながらか見直していくことを期待したい。各委員会で報告された内

容は週 1 回開催される部門長会議で共有され、改善に向けての部門横断的な話し合いが行われている。今回の病院機能評価の受審にあたって、基本方針やパートナーシップの制定、ホームページの見直し、各種マニュアルの改訂を行い、職員との情報共有などを通じて業務の質改善につなげている。新たな診療や治療手技を開始する際には、ガイドラインに従って安全に導入する手順が整っている。臨床研究については、医の倫理委員会にて審査が行われているが、今後はホームページなどへのオプトアウトについても検討が期待される。

診療・ケアの責任体制は適切である。看護記録についてはオーディット委員会により質的点検が実施されているが、医師の診療録の質的点検は実施されていない。今後は、質的点検の実施と 2 週間以内の退院サマリー作成率 100%に向けての取り組みを期待したい。多職種からなる ICT や褥瘡対策チームが組織横断的に活動し、多職種による多くのカンファレンスを行い診療やケアの方針を検討されている。

5. 医療安全

医療安全管理の組織体制は、多職種で構成された医療安全管理委員会を毎月開催し、下部組織の医薬品管理部会および医療機器安全管理部会、看護部リスクマネジメント委員会も活発に活動されている。インシデント・アクシデントレポートは、各部署で検討し、事故の内容によって SHELL 分析を行い、再発防止策等を検討しており適切である。

患者・部位・検体などの誤認防止は適切に行われている。口頭指示をやむを得ず実施する場合のルールは院内で統一されている。医師の処方の際に処方箋のコピーをとって、指示受けと実施、調剤、医事請求におけるエラーを防止している。病理組織診断検査において、悪性所見が医師に確実に伝わるような仕組みの構築を期待したい。薬剤部の調剤システムにて重複投与や相互作用、アレルギー歴や副作用歴の確認を含めて処方鑑査を行っている。ハイリスク薬の払い出しの際には、注意事項を記載した用紙を添付している。高カロリー輸液および抗がん剤の調製・混合は薬剤師により適切に行われている。ポリファーマシーについても、患者の薬剤の安全な使用に向けて、病院全体での取り組みを期待したい。入院時に、転倒・転落アセスメントスコアシートによる評価を行い、必要に応じて予防策を看護計画に立案し実施している。医療機器は、マニュアルに基づいて安全に使用されている。院内緊急コードを設定し、急変時の対応研修も行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策マニュアルが改訂され、新型コロナウイルス感染症の対策マニュアルも整備されている。ICT ラウンドを定期的 to 実施し、医療関連感染管理委員会が毎月開催され、ICT ラウンドの結果を含め感染に関わる情報が共有されている。医療関連感染管理委員会には院内で発生する感染発生状況が毎月報告され、アンチバイオグラムは毎年作成されている。北海道内の感染症情報は「感染症エクスプレス」により収集し、周知している。院内の感染レポートが毎週作成され、北海道地区感染症サーベイランスに報告している。アウトブレイクが定義されており、ノロ

ウイルス感染症のアウトブレイクに対して適切に対応して制御された。感染防止対策加算を算定することにより、他の医療機関と合同のカンファレンスへの参加が可能となり、感染情報の共有や自院の感染対策の見直しのために取得を期待したい。

標準予防策は徹底しており、感染経路別の予防策マニュアルも遵守している。感染性医療廃棄物等の管理や血液・体液の付着したリネン寝具類の取り扱いも安全に行われている。院内における分離菌の感受性パターンや抗菌薬の使用状況は毎月の医療関連感染管理委員会に報告され、院内 LAN に情報を掲載し周知している。カルバペネム系や抗 MRSA 薬は届け出制とされ、VCM や TEIC などの抗菌薬の使用には TDM が実施され適切である。抗菌薬が漫然と長期間使用されないための対応も適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に対して必要な情報は、ホームページ、広報誌などで発信されている。広報誌は年 2 回定期的に発刊され、地域の医療機関や患者・家族に配布されている。診療統計などをまとめた統計表も毎年作成されている。地域連携室にて紹介患者の受け入れおよび退院支援などの業務が行われている。返書管理、紹介元や紹介先のデータの取りまとめ等も適切に行われている。地域住民への教育や啓発活動は、新型コロナウイルス感染症の影響もありあまり実施されていない。今後は、市民公開講座や講演会など地域に向けた積極的な健康教育・啓発活動を期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が円滑に診療を受けられるように、総合案内の設置、待ち時間の目安の表示、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。常勤医による消化器内科診療などのほか、近隣の大学病院より肝臓専門医、リウマチ専門医、循環器専門医を招聘して専門外来を設置している。保健・医療・介護・福祉施設などの紹介元の最新情報は地域連携室が把握している。紹介元からの患者の病状は的確に情報収集され、外来受診時には看護師が問診を行って診察前に情報を得ている。侵襲的な検査の同意は、看護師や他の医療者の立会いのもとで得られており、患者の検査への理解の確認も適切である。高度な医療や専門外の医療を要する場合は、医師が患者・家族に十分説明し、同意のもとに転院が適切に行われている。入院の判断は外来診療医の医学的な判断に基づいて実施されており、他の医療機関等からの紹介の場合は地域連携室が適切に対応している。病棟の運用は、医師・看護師・理学療法士・地域連携室などが参加する病床運用会議で相談され、速やかな入院の受け入れにつなげている。入院時の診断結果と事前情報を基に医師の診療計画が作成され、看護師は各種のリスク評価を基に看護計画を作成している。入院診療計画書の作成にあたっては、入院時の評価で必要と見込まれるリハビリテーションや栄養療法、薬物療法など、多職種による個別性が高い入院診療計画書の作成が期待される。患者・家族からの医療相談は、多様な相談に応じており、また、安心して入院できる体制となっており適切である。

医師は病棟回診を毎日行い、治療の進捗状況を把握・評価の上、関係するスタッ

フと情報共有を行い、診療録の記載等を行っている。看護師は、看護基準・手順を整備し、クリニカルラダーを活用して、業務分担に役立てており、病棟業務は適切に行われている。投薬・注射は、禁忌や配合注意など看護師に注意喚起が必要な場合は、薬剤に直接に注意事項を記載した用紙を添付して伝達している。輸血の適応は適正使用ガイドラインに従って検討され、輸血の必要性やリスクの説明および同意を得る手段は適切である。重症患者には医師を中心に多職種が関与し、ナースステーションに近い個室で管理を行っている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和については適切に行われている。身体抑制は行わない方針であるが、必要時はマニュアルに沿って適切に実施されている。リハビリテーションについては、入院時の多職種カンファレンスで検討され、主治医は必要に応じて速やかにリハビリテーションの指示を行い、翌日には理学療法士が面談・評価を行っている。

退院支援については、入院時に退院支援スクリーニングを実施し、入院早期および定期的に多職種でカンファレンスを開催し、患者・家族の意向に配慮し適切に行われている。在宅療養支援についても、退院前に家屋調査を行うなど、地域での生活が円滑にできるように適切に行われている。ターミナルステージは、患者・家族の思いに沿った計画を立案し、治療選択の希望や意向を尊重してケアが行われている。在宅での看取りについてはサポート体制を整えている。

<副機能：慢性期病院>

療養病棟入院患者の9割は長期臥床患者であり、中心静脈栄養法や経腸栄養の患者が多く入院している。医師、病棟師長をはじめ地域連携室の入退院支援看護師、社会福祉士参加による入院判定会議にて入院決定を行っている。入院時、入院診療計画書が速やかに作成・交付されている。医師と看護師のみの記載となっているため、多職種の記載ができるよう書面の見直しを含めた検討を期待したい。看護師は、認知機能の評価、褥瘡、転倒・転落等のリスク評価を行い看護計画に反映している。多職種参加のカンファレンスや、看護師と介護福祉士によるナースカンファレンス等で患者情報を共有し看護計画の評価、見直しを行っている。主治医、看護師・介護職はそれぞれの役割に応じて適切な病棟業務を行っている。医療相談は、地域連携室の社会福祉士が対応している。代謝障害、栄養障害などの把握と管理は適切に行われ、精神症状への対応はメンタルクリニックの精神科医師にコンサルテーションできる仕組みがあり、適切な診療・ケアが行われている。療養病棟担当薬剤師が配置され、持参薬の鑑別、薬剤の管理など、投薬・注射は確実・安全に実施している。輸血・血液製剤の投与も適切に行われている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状の緩和、リハビリテーション・ケアなど適切に行われているが、患者の状態に合わせた療養生活の活性化およびアクティビティを高める具体的、個別的ケアの実践をさらに進められることを期待したい。身体抑制の解除・中止に向けての取り組みは適切に実践されている。ターミナルステージの判断は主治医によって行われ、延命処置等の意思を書面にて確認している。デスカンファレンスを実施し振り返りを行う中で、家族への配慮や環境づくりなど、思いを汲み取った終末期ケアの必要性を学び看護の質向上につなげている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤の保管・管理、調剤鑑査と疑義照会、重要な注射薬の調剤手順、安全情報と副作用報告の発信など、いずれも適切である。臨床検査機能は、夜間・休日もオンコールで緊急検査に対応し、緊急検査の結果は40分程度で報告されている。緊急性がある検査結果やパニック値の伝達も適切に実施されている。画像診断機能は、夜間・休日はオンコールで緊急性がある検査にも対応している。患者や撮影部位の取り違い防止を目的に呼称確認を行って照射箋と照合している。CT検査の読影は3名の常勤医師が毎日のカンファレンスで実施しており、専門外来の医師による読影も実施されている。栄養管理機能は、多彩な季節食や行事食の提供や全患者へのミールラウンドの実施などが行われ、栄養管理委員会で課題が検討され改善が図られている。入院患者はリハビリテーションのニーズが高く、個別に必要とされるリハビリテーションを入院早期から実施している。毎週、主治医が参加する多職種カンファレンスでは、患者の情報を共有し、リハビリテーションの方向性を確認している。診療情報管理機能は、紙カルテ運用であるが規程が整備され保管・閲覧・貸し出しの手順も適切である。量的点検については、点検内容の明確化および点検結果が分かるような仕組みの構築を期待したい。医療機器は一元管理され、医療機器安全管理責任者が中心となり、安全に使用する努力がなされている。洗浄業務は中央化しており、消毒・滅菌は外部委託としている。

病理検査は全て外部委託であり、診断結果は迅速に報告され、問い合わせへの対応も適切に行われている。輸血・血液管理機能は、常勤専任で輸血業務の責任医師が定められており、医薬品管理部会で輸血業務を把握し、廃棄率の低減に向けての方針を検討している。至急の輸血指示の場合には、発注から2時間以内で輸血が実施されている。救急医療機能は、虐待やDVを疑われる患者の来院に備えて、通常の診療時間帯および夜間・休日の時間外帯に分けて対応を定めている。救急告知病院ではないものの、自院の通院患者や自院を退院した患者が救急受診や救急入院を希望した場合には受け入れ可能と判断される限り、自院への受け入れを行っており適切である。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、監査は公認会計士である法人監事によって行われている。必要な財務諸表は作成されている。予算の策定プロセスも各部門の要望を聴取し、病院幹部や所属長が出席する会議に予算の執行状況・月次収支、診療実績などの医事統計や詳細な経営分析資料が提出されている。医事業務は、窓口業務、レセプト、未収金の管理対応など適切に行われている。業務委託は、委託業務の遂行状況や質の確認、委託職員の研修の実施など適切に対応されている。施設・設備の管理は、日常点検や年間保守計画に基づく定期的な点検が行われ、清掃も行き届き医療ガス等も含め適切に行われている。日常の物品管理は中央材料室が行っており、発注・検収の仕組みも適切である。

災害時の対応については、マニュアルや施設・設備の整備、大規模災害を想定した訓練の実施などが適切に行われている。建物の耐震対策については新病院建設に

期待したい。保安業務は、夜間・休日は警備員が常駐し、緊急時の連絡・応援体制も明確にされており適切である。医療事故発生時の対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規定も整備されており、病院賠償責任保険の加入など適切になされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

現在は、新型コロナウイルス感染症の関係で受け入れは実施していないが、学生実習は看護師の養成課程から実習生を受け入れており、窓口は総務課に一元化されている。カリキュラムが整備され、指導担当者を明確にして養成校との契約に基づき実施されている。

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	B
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	B

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	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	B
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	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	B

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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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：慢性期病院（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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人 札幌同交会病院

I-1-2 機能種別：一般病院1、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：北海道札幌市中央区南2条西19-291

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	118	55	-59	44.4	20.5
療養病床	48	48	+0	87.5	537.1
医療保険適用	48	48	+0	87.5	537.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	166	103	-59		

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	0	-5
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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2