

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「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4月20日～4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	慢性期病院	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は1969年の開院当初から一貫して地域の高齢者が安心して入院できる病院を目指し、その精神は現在に至るまで受け継がれている。病院の機能の充実に向け、リハビリテーションにも積極的に取り組み、1987年には特例許可老人病院として道内で初めての「リハビリテーション施設」の認定を受けている。その後も札幌市初の老人保健施設を開設するなど、グループの社会福祉法人と連携して地域の高齢者を中心とした慢性期・回復期医療、介護・療養・福祉分野の先駆的かつリーダー的な存在として、地域社会に大きく貢献している。また、一般障害者病棟、医療療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、介護医療院を擁する病院として、さらなる地域貢献に努力されている。

この度の病院機能評価の更新受審において、随所に優れた取り組みが確認された。今後ますます理念に裏付けされた発展を祈念したい。

### 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ており、院内外に周知されている。自院のあるべき病院像を明確にし、病院幹部はそれぞれの立場で課題解決に向けて取り組み、リーダーシップを発揮している。組織運営について意思決定会議は明確で、決定事項は院内に周知されている。情報管理に関する規程が整備されている。収集されたデータの有効活用への取り組みに期待したい。文書管理規程については記載内容の検討を期待したい。

必要な人材が確保され、就業規則のほか、諸規則・規程が整備され、人事・労務管理は適切に行われている。職員の安全衛生管理について、衛生委員会が毎月開催

され、院内巡視で職場環境を確認している。職員の健康診断も行われている。職員の意見・要望は人事考課面談で把握されており、看護部では、職員意見箱・満足度調査により意見を収集している。

職員への教育・研修では、委員会が設置されて職員研修の企画・運営が行われている。年間計画が策定され、接遇など法人の全体研修も含めて必要性の高い課題についてほぼ網羅されている。職員の能力開発は、各部署でラダーに基づいた教育制度が設けられ、能力評価・開発に取り組んでいる。

### 3. 患者中心の医療

病院理念に基づく基本方針に患者の権利の尊重が謳われており、患者の権利と責務が明文化され周知に努めている。説明と同意の方針を定め、同意書を取得する際は、病状、治療方針や計画、侵襲が伴うリスクなどが説明され、署名を得ている。入院前面談や入院時にパンフレットなどを活用し、診療情報の共有、情報提供など患者の医療への参加を促す取り組みがなされている。地域医療連携室に患者サポート相談窓口を設置してMSWを配置し、各種相談・苦情に対応している。個人情報に関する基本方針、利用目的が定められており、院内掲示や職員研修を通じて周知を図っている。倫理規程が整備され、主要な倫理的課題についての方針が定められている。日常的に患者・家族の意向、治療やケアから臨床倫理に関する問題の把握に努めている。毎日のカンファレンス等で、積極的に多職種により臨床倫理検討シートを用いて検討されているなど、倫理的課題に対する意識が高く職場風土が醸成されていることは高く評価できる。

来院者の利便性については、無料シャトルバスの運行、入院生活に必要な施設・設備の整備など配慮されている。院内のバリアフリーが確保され、新築リニューアルにより明るく優雅で静寂な環境が整備されている。診療・ケアに必要な十分なスペースがあり、整理整頓や清潔が保たれ、きめ細やかな配慮がなされた快適な療養環境が提供されていることは高く評価できる。敷地内禁煙を徹底し、受動喫煙対策にも適切に取り組まれている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱や患者満足度調査により収集され、内容により当該部署での対応、あるいは地域医療連携室と連携して対応する体制を整備している。診療の質向上に向けて、多職種による各種カンファレンスで情報共有が図られている。業務の質改善に向けて、院内の部門横断的な業務改善に関わる業務推進改善委員会で検討し、入浴補助者を導入した実績などがある。新たな診療・治療方法や技術の導入、実施に際しては、病院管理者会議で審議・対応し、倫理的問題があれば倫理委員会で検討することになっている。

外来・病棟の責任体制は明確で、担当者の明示もなされている。診療記録は、電子カルテにより各職種のマニュアルに基づいて適時に記載され、略語の使用に関する定めも整備されている。多職種によるカンファレンスが積極的に行われ、情報共有されている。専門チームが活動し、診療科の枠を超えた診療の実践や、認定看護

師の専門的なコンサルテーションの体制を整えており、部署の枠を超えた組織横断的な協力体制と情報共有は高く評価できる。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、院長直轄の医療安全管理室に、医療安全防止対策室と院内感染防止対策室が設置されている。医療安全防止対策室には専従の看護師が配置されている。多職種で構成された医療安全管理委員会、リスクマネージャー会議、安全対策カンファレンスなどが定期的開催されている。アクシデント・インシデント報告が収集され、医療安全管理責任者を中心に、医療安全対策カンファレンス、院内ラウンドを行い再発防止策の実施状況の確認や効果検証をしている。多職種が関与した事例にRCAなどが行われ、マニュアルの改定につなげている。

患者誤認防止対策として、患者にフルネームを名乗ってもらうことを基本とし、手順に則って確認している。情報伝達エラー防止もルールに則り確実に行われており、検体検査や生理検査のパニック値は依頼医へ直接電話連絡している。薬剤の安全な使用に向けた対策では、薬剤の取り違い防止、副作用発現の把握と対応、服薬指導等についても薬剤師が積極的に対応している。転倒・転落マニュアルに沿って、個別対応策を計画に反映、実施し、定期的に評価している。病棟で使用される医療機器はマニュアルに則って使用されており、臨床工学技士による作動確認も毎日実施されている。患者急変時の対応は、院内緊急コードの設定、招集訓練やBLS研修の実施など適切な取り組みがなされている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染防止対策委員会が毎月開催され、多職種からなる院内感染防止対策室が院長直属の医療安全管理室内に設置されている。ICTが組織され、各種ラウンドや教育・研修など、部門横断的に積極的に活動している。感染防止対策マニュアルは種々のガイドライン等に準拠し、適時の改訂・追加で内容の充実を図っている。重要な感染症発生時は、ICTと連絡網で院内全体に伝達される仕組みである。院内外の感染流行情報の収集・分析、院内周知がなされており、近隣病院との合同カンファレンスなどの取り組みも行われている。

感染防止対策マニュアルに則り、PPEの設置、手指消毒剤使用量のモニタリング、標準予防策や感染経路別予防策が実施されている。抗菌薬の適正使用については、指針を定め、届出抗菌薬の指定、アンチバイオグラムの電子カルテ上での参照などに取り組んでいる。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの情報は、主にホームページを通じて提供している。広報誌が発行され、近隣の医療関連施設に配布されるとともに、院内にも設置している。地域に向けた診療実績や臨床指標の公開については、積極的な取り組みが期待される。地域の医療機関や人口動態などの地域の情報は、地域医療連携室を中心に把握されている。地域医療連携室のスタッフを中心に、時には病院三役による他院

訪問が実施されている。地域に向けた教育・啓発活動は、研修会への講師派遣や、毎月開催される「健康教室」などの取り組みがなされている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に際して、総合案内を設置してスムーズな案内を実施している。外来受診専用リストバンドを装着し、患者確認に利用している。診断的検査の際の説明と同意は適切に実施されており、自院で行えない検査は、地域医療連携室を通じて速やかに他院へ紹介している。入院の判断基準をフローチャートとして定めている。受け入れに関して MSW が積極的にに関わり、様々な問題について相談を受け、患者の希望に可能な範囲で対応している。入院判定会議が毎日開催されるなど、入院決定のプロセスは高く評価できる。入院診療計画書の作成には多職種が関与し、患者・家族の要望にも配慮している。入院時の診療計画に基づいた各種ケア計画が作成されている。医療相談は、各病棟に担当の MSW が配置され、各種相談に対応している。相談内容は日々のカンファレンスで共有している。入院は主に紹介であり、事前の情報提供、入院当日の病棟案内など適切に行われている。

医師の病棟業務は、カンファレンスでの患者の病態に関する情報の共有など適切である。看護・介護職の病棟業務は、看護・介護業務基準などが整備され、それぞれが専門職として役割分担と連携をすることにより、ケアの質が担保されていることは高く評価できる。患者主体の診療・ケアの取り組みは、定期的な検査に加え、SGA 評価や NST の介入、DCT のチームの回診など患者に寄り添った取り組みがなされている。投薬・注射は確実・安全に実施されており、輸血・血液製剤投与も指針に則り適切に実施されている。重症患者の管理は、必要に応じて多職種による専門チームが介入している。全入院患者に褥瘡リスク評価が行われ、リスクに応じた予防計画や治療計画を立案し定期的に評価している。栄養管理は、食の楽しみを念頭に、毎月のお誕生日特別食や、誤嚥のリスクが高い患者への QOL を考慮した食事の提供など、栄養状態の改善や摂取量アップに向けて多職種が連携し支援していることは秀でた取り組みであり、高く評価できる。疼痛の緩和は各種スケールを活用して対応している。リハビリテーションは、訓練室での機能訓練をはじめ、家庭での生活を想定したリハビリテーションに多職種で取り組んでおり、積極的に患者の自立支援に関わっており高く評価できる。療養生活の活性化に向けて、可能な限り離床に取り組み、介護福祉士による毎週のレクリエーションなどが行われている。身体抑制は行わない方針のもと、やむを得ない場合は、患者・家族の同意を得て医師の指示のもと実施している。退院支援は、早期より患者・家族の意向を確認し、多職種で取り組んでいる。ターミナルステージへの対応は、患者の希望を確認し、患者・家族への説明と同意を得て対応している。在宅での看取りについても対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤の温・湿度管理、持参薬の鑑別、注射薬の1施用ごとの取り揃え、などいずれも適切に取り組んでいる。疑義照会も積極的に行われている。臨床検査はブランチラボ方式であり、院内で必要な検査に対応している。画像診断は、一般撮影、CT検査など迅速に対応できる体制を整備し、遠隔読影を利用できる体制としている。栄養管理では、調理を外部委託しており、従業者や調理現場の衛生管理が適切に行われている。リハビリテーションは、「寝たきりにしない。食事をあきらめない」を方針として、130名以上の療法士が多様なニーズに対応している。診療情報管理は、電子カルテが導入され、チェックリストによる量的点検が実施されている。院内で使用する医療機器について、医療機器台帳と定期点検年間計画が作成され、点検等が適切に行われている。洗浄・滅菌機能では、使用済みの器材は中央材料室で一次洗浄後、委託業者で洗浄・滅菌が行われている。滅菌の質保証の確認と記録の保管もなされている。輸血・血液管理機能では、血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄等の業務が適切に行われている。使用量を委員会で報告し、血液製剤の廃棄率は0%である。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は年度別・月別の予算が策定されており、経営状況は本部経営会議で検討されている。監査法人による会計監査が行われている。医事業務は、窓口の対応、レセプト点検の医師の関与、未収金の管理などが適切に行われている。施設基準の変更などについて「医事課通信」で発信し周知を図っている。業務委託は、業者選定など法人本部と連携して決定している。

施設・設備の点検は総務課の管理のもと年間の計画表に沿って計画的に実施されている。物品管理は、診療材料はSPD方式が導入されており適切に運用されている。消耗品の管理も適切に行われている。

災害時の対応は、マニュアルの整備、防災訓練の実施、非常時の備蓄など適切である。保安業務は、夜間・休日は警備会社の職員の常駐し、施錠管理、院内巡視、業務日誌の記載・回覧など適切に行われている。防犯カメラも設置されている。医療事故等への対応は、マニュアルに患者の救命優先、発生時の連絡体制などが定められており、弁護士への相談体制が整備され、賠償責任保険の加入もなされている。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護師、薬剤師、各療法士、管理栄養士の学生実習を受け入れており、受け入れにあたり、各学校とのカリキュラムの調整などが適切に行われている。受け入れ時のオリエンテーションは、研修内容を院内で統一して実施している。実習生が関わることにについて、患者・家族への説明と承諾も適切に行われている。

# 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	B
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	S
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	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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	S
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	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	S
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	S
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	S
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	A
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

## 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	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	NA
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	B
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	B
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

---

年間データ取得期間： 2021 年 7 月 1 日 ～ 2022 年 6 月 30 日  
 時点データ取得日： 2022 年 6 月 1 日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人愛全会 愛全病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道札幌市南区川沿十三条2-1-38

## 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	239	239	+40	89.1	245
療養病床	256	256	-39	88.3	253
医療保険適用	256	256	-39	88.3	253
介護保険適用	0	0	-115		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	495	495	+1		

## 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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	55	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等：

--

## 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
1日あたり外来患者数	66.57	61.87	66.00	107.60	93.74
1日あたり外来初診患者数	5.86	4.37	5.74	134.10	76.13
新患率	8.80	7.06	8.69		
1日あたり入院患者数	431.17	446.41	540.20	96.59	82.64
1日あたり新入院患者数	1.84	2.07	2.22	88.89	93.24