

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および11月24日～11月25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	精神科病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以来、地域に根ざした精神医療の実現のために患者ひとり一人が抱えるニーズに向き合って対応してこられた。「断らない医療」をモットーに精神科救急医療の機能性を充実させ、外来から入院、社会復帰に至るまで法人内のネットワークを活用し医療圏外からの入院も積極的に受け入れてこられた。精神一般外来の他、思春期外来・心療内科外来・認知症外来が行われ、医療動向や時代の背景を捉えた認知症疾患支援センターを開設され、医療・介護の総合的なサポート体制の充実に尽力してこられた。緑豊かな自然に恵まれた環境を活かし、病院内の採光は十分に満たされ、ゆとりのある環境が患者の癒しの空間として提供されている。長きにわたり多職種で医療の質の向上へ取り組んでこられた特徴的な数々の活動が、今回の病院機能評価受審を機会に、より一層充実し発展されることを期待したい。

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、院内外に広く周知されている。中・長期計画に基づく年度基本方針が明確にされ、院長・幹部職員はリーダーシップを発揮して喫緊の課題の解決に向けて積極的に取り組んでいる。組織体制は整備され、病院に必要な会議・委員会は定期的開催されている。情報管理については、規程が定められ適切に行われている。文書管理は一元的な管理体制が適切に行われている。

人事・労務管理体制は適切に整備され、必要な人材が効果的に確保されている。安全衛生パトロールが実施され、職場の環境改善に向けた対応に意欲的である。職員の意見や要望を反映した働きやすい環境が整備されている。職員の教育・研修は必要な研修が計画的に行われ、研修効果を高める工夫に取り組んでいる。職員の能

力評価は、全職員を対象とした人事考課制度で把握され、専門資格の取得支援や個々の能力開発に積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利について明文化されており、院内外へ適切に周知されている。入院・治療・侵襲を伴う検査などの説明と同意については明確に整備されている。セカンドオピニオンについても適切である。患者への診療情報の共有については、患者・家族の参加と多職種での入院時・退院時カンファレンスやケースカンファレンスで治療の意向や情報が共有されている。患者の支援体制については、地域連携支援室が整備され、外来・病棟担当の精神保健福祉士を配置し、患者の立場に寄り添った体制が確立している。個人情報保護規程が整備され、プライバシーの配慮も確保されている。臨床倫理の方針は倫理委員会で明確にされ、医療現場で発生する解決困難な事例はカンファレンスや意思決定支援チームから委員会に上程される仕組みである。

来院時のアクセスは確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備に配慮している。療養環境はゆとりのあるスペースが確保され、くつろぐことができる環境を整備するため定期的なラウンドを行い改善に努めるなど、患者目線で入院生活上の快適性に取り組んでいることは高く評価できる。受動喫煙については、教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

苦情や意見を収集する意見箱が外来ロビー・各病棟等に設置されるほか、定期的に患者満足度調査が行われ、検討結果の内容は患者・家族に適切にフィードバックしている。診療の質の向上については、医局会での症例検討や病棟でのデスカンファレンスが行われている。臨床指標も様々なものが把握されており、一部はホームページに掲載されている。業務の質改善については部門横断的なQC活動委員会が機能しており、長年にわたり積極的な活動が行われており活動実績については高く評価できる。新たな診療後術の導入については検討の場が確立している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確にされ、各病棟・外来入口には患者・家族にわかりやすくスタッフの役割を明示している。診療記録は記載基準が定められ、電子カルテ上で確実に記載されている。質的点検や退院サマリー作成も適切に行われている。チーム医療が重視され、入院から退院後まで各種委員会や多職種カンファレンス、ミーティングなど組織横断的な参加が積極的に行われている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理センターが組織され、医療安全管理指針に則って、リスクマネジメント委員会による医療事故防止対策の活動が適切に行われている。医療安全の情報、インシデント・アクシデント収集に努められ、分析・評価・対応など適切に行われている。

患者誤認防止は、誤認事故防止マニュアルを遵守し適切に行われている。情報伝達については、電子カルテ上で指示出し・指示受け・実施が確実にされている。薬剤の安全な使用についてはアレルギー・禁忌薬剤は明確にされており、向精神薬・ハイリスク薬の保管も確実にされている。副作用については電子カルテ内での副作用タグにより薬局で把握できる仕組みである。転倒・転落防止対策に関しては、リスクアセスメントが適切に行われ、作業療法士による予防体操などに取り組んでいる。医療機器管理については、医療機器安全管理者のもと使用する部署で動作確認が行われ、日々の点検など適切に行われている。患者の急変時の対応は、緊急コード・緊急呼び出しシステムを導入され、定期的に訓練が適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に対しては院内感染対策委員会が組織され、下部組織に ICT もあり体制は確立している。院内の感染情報は感染対策委員会で収集・検討されている。

医療関連感染制御体制は、リスクマネジメントマニュアル内の感染性予防マニュアルを遵守し適切に行われている。ICT ラウンドもチェック表を活用し適切に行われている。抗菌薬使用に際しては積極的に分離菌・抗菌薬感受性が把握され、結果に応じて抗菌薬が選択されている。薬局による処方提案や結果の検証など抗菌薬の適正使用に努めており、最小化使用への取り組みも積極的に行われている。精神科単科病院としての抗菌薬の適正使用への取り組みについては高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

広報編集委員会を中心に院内の情報を集約し、季刊誌を定期的に発行している。定期的にホームページは更新され、ブログや SNS を活用して最新の情報を積極的に発信している。年報を活用し経年的な診療実績が発信されている。地域の医療機能・医療ニーズを把握は地域連携支援室で一元的に管理され、連携機能の充実に積極的に取り組んでいる。患者の即効性のある受け入れ対応や、ベッドコントロールの調整が組織横断的に意欲的に行われていることは高く評価できる。地域や医療機関に向けた教育・啓発活動は多岐にわたり継続的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、病院案内・ホームページ・院内掲示等で周知している。外来診療や診断的検査は適切に行われている。任意入院・医療保護入院については同意能力の評価や法的に必要な手続きは確実にされている。診療計画については入院診療計画書により説明・同意が行われている。看護計画については説明が行われ、修正も行われている。病棟における患者・家族への相談対応は、主治医・担当看護師・精神保健福祉士が多様な相談に対応している。入院時は、地域連携支援室の精神保健福祉士が入院前から適切に対応され、担当看護師・精神保健福祉士によるオリエンテーションが行われている。入院中の処遇については機能分化された病

棟環境の中、患者個々のニーズを把握し、精神保健福祉法を遵守し入院形態別に適切に行われている。

医師による病棟業務は多職種と連携して適切に行われている。看護要員の配置や看護方針・看護目標・手順は明確にされ、看護師長・主任を中心に、固定チームナーシングの2交代制が適切に行われている。投薬・注射については誤認防止策が遵守されている。必要に応じて服薬指導が行われ、CP換算値も把握されており組織的な単剤化への取り組みが行われている。修正型ECTが導入されており、説明・同意取得や施行時の観察は適切である。褥瘡対策マニュアルは整備され、褥瘡リスクアセスメント評価において適切な治療・看護が行われている。全患者に栄養アセスメント評価が行われ、見直しなど適切に行われている。管理栄養士は栄養管理計画書作成・見直し、入院・外来の栄養指導のほか、委員会活動・多職種によるカンファレンスなど積極的に取り組んでいる。症状の緩和については訴えのできない患者に対する対応手順が整備され、多職種で適切に行われている。リハビリテーションについては精神科作業療法が導入され急性期・慢性期ともに患者の状況に応じてプログラム選択を行い、説明・同意も確実にしている。転棟時等での内容変更時に改めて評価する仕組みがあればさらに充実すると思われる。隔離・拘束については、精神保健福祉法を遵守したマニュアルのもと適切に行われている。隔離は行動制限最小化委員会では一元管理され診察・観察を適切に行い、早期解除に向けた検討が適切に行われている。抑制帯使用マニュアルは整備されているが、肺血栓塞栓症や深部静脈血栓を予防するためのリスクアセスメントの活用に期待したい。

退院支援に関しては、入院診療計画作成時から退院支援に向けた多職種参加の支援体制が適切に行われている。退院後の診療・ケアについては、入院中の退院支援計画に沿って多職種で退院支援計画が検討され、退院後の支援の実施に向けて患者個々の地域生活のニーズを把握し適切に行われている。ターミナルステージへの対応は死亡退院のデスカンファレンスも含め行われ、各病棟に逝去時の対応マニュアルが整備され適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については薬剤保管状況や疑義照会・調剤・調剤鑑査体制は確実に行われている。注射薬も1施用ごとに取り揃えられている。院内への情報提供も適切である。臨床検査機能・画像診断機能については病院機能からみて適切である。栄養管理機能の食事の提供は、外部委託で施設・設備の清潔が保持され適時・適温が適切に行われている。リハビリテーション機能については精神科作業療法が積極的に行われ、マニュアルも整備されている。病棟との情報共有も行われている。診療情報管理機能は電子カルテで一元的な診療録の管理が行われ、量的点検が適切に行われている。医療機器管理機能は日常点検に加え、外部委託による定期点検が適切に行われている。洗浄・滅菌業務は、手順に則って適切に行われている。精神科救急医療機能については札幌市精神科救急輪番制度に参画するとともに、依頼があれば常時対応するなど適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に沿って会計処理が行われ、財務諸表が適切に作成されている。経営状況は定期的に把握・分析され適切に行われている。医事業務では窓口収納業務が適切に行われ、レセプト作成・点検、返戻・査定の情報共有など適切に処理されている。未収金管理については、多職種での情報共有や課題の検討・対策に努めている。業務委託は、委託業者選定基準に則って、必要性や経営的データ分析をもとに評価・見直しが適切に行われている。施設・設備については、年間保守計画に基づく日常点検と定期保守点検が適切に行われている。環境についてのQC活動が意欲的に取り組み、「さっぽろエコメンバーレベル3」や「北海道グリーン・ビズ」の認定を取得している。医療ガス管理、感染性廃棄物管理も適切に行われている。物品管理については、定期的な棚卸と在庫管理が適切に行われている。

災害緊急時の責任体制は災害緊急マニュアルで明確にされ、各部署に緊急連絡体制を周知している。消防訓練も適切に行われている。夜間・休日の保安体制は確保している。医療事故発生時の対応手順は、リスクマネジメントマニュアルで職員に周知され適切に行われている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、看護師・精神保健福祉士・作業療法士・心理士を積極的に受け入れている。職種ごとの実習マニュアルが整備され、指導者は定期的に学校側とカリキュラムの評価を行い、充実した学生実習が行われている。

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	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	S
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	B
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	S
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	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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	A

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	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	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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団五風会 さっぽろ香雪病院

I-1-2 機能種別：精神科病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道札幌市清田区真栄319

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					
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	450	450	+0	98.15	301
結核病床					
感染症病床					
総数	450	450	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	35	+0
精神科救急入院病床	60	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床	280	+0
認知症治療病床	110	+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

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
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		134.35	126.99	130.68	105.80	97.18
1日あたり外来初診患者数		2.82	2.75	2.92	102.55	94.18
新患率		2.10	2.17	2.23		
1日あたり入院患者数		441.67	446.05	443.12	99.02	100.66
1日あたり新入院患者数		1.48	1.54	1.56	96.10	98.72