

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 26 日～7 月 27 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

1981 年に札幌恵北病院として開設した貴院は、法人合併で札幌優翔館病院と名称変更をした。診療科は内科、外科、消化器内科、消化器外科、呼吸器内科、循環器内科、神経精神科、リハビリテーション科、人工透析外科、整形外科、麻酔科を標榜している。札幌市北区に位置し、石狩市、当別町、札幌市東区に隣接し、その地域を主な診療圏としている。患者は管理している施設在宅の患者が中心であり、この地域にはなくてはならない病院としての役割を果たしている。

病院機能評価受審は今回が初めてであり、準備に多大な労力を費やしたことが窺えた。引き続き病院機能向上の努力を継続し、さらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、わかりやすく患者の立場に立った内容で、中・長期計画はその実現を目指す内容になっている。組織図、各種規程などを整備し、多くの会議・委員会を設置・運営しており、管理運営体制はおおむね適切であるが、組織図については検討を期待したい。文書は文書管理規程に基づき管理されている。

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。人事・労務管理は、各種規則・規程が整備され、職員への周知も適切である。安全衛生管理は、衛生管理委員会を定期的に行い、職員の健康診断、精神的サポート相談窓口の設置、ストレスチェックなど適切に行われている。各種福利厚生は整っている。また、保育室は夜間保育も行っている。

職員の教育・研修は法令に基づく研修などが行われている。新型コロナウイルス感染症の流行で研修は動画研修が多くなっている。外部研修への参加は「職員の研

修等に関する規程」に沿って行われている。能力評価・能力開発については、人事考課規程が制定され、人事考課を開始されたところである。学生実習はリハビリテーション科が受け入れている。医療安全や感染対策、事故対応など、必要な教育を実施し、カリキュラムに沿った実習・評価などを行っており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、8項目にまとめ、患者・家族、職員への周知徹底に努めている。説明と同意に関する方針や基準・手順書の運用規程が整備され、侵襲の高い検査・治療実施時の説明時は同席し、同意書に署名することになっている。患者支援体制は、社会福祉士が担当し、相談業務はマニュアルに基づいて行っている。臨床倫理に関する基本方針を整備し明示している。認知症問題や終末期ケアおよび在宅での看取りなど、患者・家族が抱えている倫理的課題を入院時のスクリーニングシートや回診時に把握し多職種カンファレンスで検討し、誠実に対応している。

院内は患者がくつろげる場が確保され、提供される寝具は清潔に管理されている。浴室の利便性や安全性など療養環境は適切である。禁煙は院内掲示、入院案内により周知している。職員の喫煙習慣が調査されている。

4. 医療の質

業務の質改善は、課題ごとに業務改善委員会を立ち上げ、改善に取り組んでいる。また法人が一定期間監査に入り、課題の改善に向けて援助している。診療の質については、毎朝、医師と多職種で合同回診を行った後、引き続きカンファレンスを開催している。クリニカルパスは現在検討中である。臨床指標は医事データの一部が公開されている。患者などの意見や要望は、投書箱やホームページで受け付けており適切に対応している。新たな診療・治療方針の導入、新規の機器の導入などは幹部会の論議を経て導入している。臨床研究・学会発表などは申請書に基づき幹部会で検討する仕組みがある。

診療・ケアの責任範囲は規程に明確に定められ、ベッドネームには主治医名・担当看護師名が記載され患者・家族に周知されている。診療録記載基準が作成されている。多職種によるカンファレンスを積極的に開催し、部署間が協調・協力してチームで患者の診療・ケアの向上が図られている。

5. 医療安全

医療安全管理部門が設置され、医療安全管理委員会が機能している。安全確保に関するマニュアルの整備、委員会機能、組織体制が確立している。医療安全に関する情報を組織的に収集し、事例の背景、要因が報告されている。検査や手術部位の確認は口頭で申し送りを行っている。

患者の本人確認については、患者自身によるフルネームの名乗りと生年月日に加え、患者基本伝票との照合など、複数の確認方法により誤認防止に努めている。指示出し、指示受け、口頭指示等の情報伝達は確実に行われている。ハイリスク薬を指定しており、薬局で表示されている。転倒・転落防止対策は、入院時全患者に対

して、リスク評価を行い、危険度に応じた看護計画を立案し、頻回の見守りや環境整備が行われている。院内緊急コードが設定され、心肺蘇生訓練やAEDの使用方法の研修会が定期的、計画的に行われ、患者急変時の対応は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向けた体制は明確になっており、院内感染対策マニュアルを整備し、適宜更新されている。医療関連感染菌に関して集計されている。

感染防止対策委員会が機能し、標準予防策や感染予防対策がマニュアル化されている。血液・体液の付着した病衣やリネン・寝具類は、ベッドサイドで定められたビニール袋に入れ指定場所へ搬送されている。手洗い・手指消毒の徹底、個人防護用具の使用は適切に行われている。抗菌薬の適正使用の方針が作成されている。抗MRSA薬やカルバペネム系の抗菌薬は届け出制となっている。抗菌薬の採用、取り消しは薬事委員会で審議し決定している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには、医療機能や各科の診療内容、検査・治療内容および診療実績などを掲載している。地域の医療機関との連携を図っている。紹介患者の受け入れ、逆紹介などが管理されており、返書管理も適切である。また、地域の医療・福祉機関の機能についても把握しており、パンフレットなどの収集により情報を得ている。さらに、在宅クリニックと定期的にカンファレンスを行い、患者情報などを共有している。また、介護施設にも訪問し情報交換を行っている。地域に向けた教育・啓発活動は、地域の集会所等医療公開講座を行っている。講演は定期的に行われ、理学療法士による特別養護老人ホームの職員への移乗介助、ポジショニングの研修等の実績がある。自治体検診も実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医療相談室では、紹介患者の受け入れが円滑にできるよう努め、待機期間短縮のためにベッドコントロールミーティングで空床状況を把握し情報共有している。侵襲的検査を実施する場合には、検査の必要性を医学的判断に基づき判断して、リスクも含めて説明し、同意を得て実施している。紹介する場合は、紹介先の情報を提供し、要望を確認している。入院の決定は、外来医師が行い、毎朝の合同回診やカンファレンスで、入院の妥当性と治療方針の確認が行われている。入院診療計画書は多職種で作成している。

医師および看護師は病棟業務を適切に行っている。薬剤の安全使用については、誤投与の防止のため、抗菌薬の1施用量を崩さずに準備するとともに、初回の投与時は観察記録の充実が望まれる。輸血・血液製剤投与は安全に実施している。周術期に関しては、術前カンファレンスが開催され、患者・家族に手術の必要性和リスクを十分説明し、同意を得て実施している。術後などの重症患者は、ナースステーション近くの個室で管理され、多職種が関与してケアを行っている。褥瘡の予防・治療は、全入院患者のリスク評価を実施し、評価結果に基づいた褥瘡診療計画書を作

成している。栄養管理と食事支援は適切に行っている。症状緩和は、疼痛スケールを用いて客観的に評価し、精神面へのサポートが積極的に行われている。身体拘束は、回避・軽減・解除に向けた積極的な取り組みが行われている。退院支援、継続した診療・ケアは適切に行っている。ターミナルステージの判定は主治医が行っている。在宅での看取りを希望する場合には、訪問診療医師や訪問看護師と協働して支援が適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、おおむね適切に行われている。臨床検査機能は、検体検査、生理検査、超音波検査などを行っており、緊急の生化学検査は外部委託している。外画像診断機能については、CT 検査を予約制にしており、緊急の場合はほぼ待ち時間なしで検査ができる体制である。栄養管理機能は適切に発揮されている。リハビリテーション機能は、地域の高齢者施設の入所者のリハビリテーションに関わり、これらの施設に入所している患者が入院した場合には、再び施設に戻れるように援助している。診療情報管理機能は、診療記録の量的点検が行われ、コーディングも適切に行っている。医療機器管理機能は、医療機器の日常点検・定期点検等が行われ、適切に発揮している。洗浄滅菌業務は中央化し、滅菌の質保証を実施し適切な洗浄滅菌機能を発揮されている。

輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会が設置され、輸血に関する業務は検査科が行うこととした。また、新たに自記温度記録計付き保冷庫を設置して、輸血用血液製剤専用としている。手術のスケジュール管理は、手術担当医師と麻酔科医で協議し決定している。地域の救急医療に貢献し、特に高齢者の救急患者の搬送が多く、役割が期待されている。

10. 組織・施設の管理

経営管理は、年度予算に基づき月次の進捗状況を管理・確認している。経営資料は幹部会で毎月検討され、運営調整会議で報告を行っている。医事業務は、未収金の管理・督促など適切である。また、レセプト点検はルールに基づき医師点検を行い、返戻・査定についても医事課と幹部会で検討し再請求している。業務委託は、委託先業者担当者と不定期だが意見交換を行うなど問題点の改善を行っている。

施設・設備管理は、主要な設備の保守管理が行われ、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、医薬品の採用は薬事委員会で検討し、検討後に採用申請を行い、承認を受けるようにしている。医療消耗品は見直しを行い、感染にかかわるものは感染対策委員会で検討し、現場でサンプリング評価を行うなどしている。発注と検収なども適切である。

災害時等の危機管理は、大規模災害対策計画が整備され、リスクに対応する病院の機能存続計画が策定されている。大規模災害を想定した備蓄もしている。保安業務は、警部会社と事務職員で行っている。院内施設と院内巡視およびかかりつけ患者の受付や電話対応を行い、緊急連絡網の整備もされている。

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	B
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	B
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	B
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	B
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	A
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	B

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	B
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	B

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	B
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	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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
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	
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	B
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
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	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	B
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 購買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 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：医療法人社団 翔嶺館 札幌優翔館病院

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：北海道札幌市北区東茨戸2条2丁目8番25号

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	86	86	+0	96.9	25
療養病床	48	48	+0	94.5	64
医療保険適用	48	48	+0	94.5	64
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	134	134	+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	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	10	+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	0	+0
地域包括ケア病床	23	+23
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	48	+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

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
1日あたり外来患者数	104.83	66.65	65.13	157.28	102.33
1日あたり外来初診患者数	3.03	1.53	0.74	198.04	206.76
新患率	2.89	2.30	1.14		
1日あたり入院患者数	128.70	129.05	130.79	99.73	98.67
1日あたり新入院患者数	2.06	1.39	0.58	148.20	239.66