

# 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「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 3 月 27 日～3 月 28 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 リハビリテーション病院（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 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、1988 年に脳神経外科を中心とした病院として開設した。急性期医療ならびに周術期における術前術後管理、リハビリテーションを 3 本の柱として運営している。また、診療科目を充実させるとともに救急医療や多職種連携による在宅サービスにも力を注いでいる。理念が示す「急性期から在宅療養まで」、「誰でも家に帰れます」を目指して、地域に根差した医療や介護を提供してきた。脳血管内治療センター、脳卒中センター、脊椎・脊髄外科センターを中心に地域の医療機関や介護サービスと連携して良質な医療を提供している。特に脳卒中治療を 24 時間 365 日実施できる病院として一次脳卒中センター（Primary stroke center）の認定を受けていることは、病院の大きな強みとなっている。今回の初めての受審では、院長をはじめ職員全員が医療の質の向上に向けて真摯に取り組んでいる姿を確認できた。今後も、貴院が抱える課題を解決し、地域医療を支えるために今回の審査が少しでも役に立つことを強く願う。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

法人ならびに病院の理念、コンセプトなどを病院の実態に即したわかりやすい内容で定め、職員や患者、一般市民に広く周知している。病院の意思決定会議である病院幹部会や各部署の責任者が参加する病院運営会議で、病院が抱えるさまざまな

課題について、活発な議論により決定事項を職員に周知している。法人の中期計画に基づいて、病院の年度計画を立案して、連動した部署目標を立案している。これらの進捗は年度目標として、さまざまな視点で可能な限り数値化により評価を行っている。医療情報部と診療情報管理士により院内情報システムの管理運営、医療情報の2次的活用を行っている。電子カルテシステム障害発生時の対応も明確にしている。医療法上、施設基準上の人員は確保しているが、病院の機能から不足と感じる職種があるので必要性について検討されたい。人事考課や等級制度は2024年4月から開始予定であり、職員人事考課や能力評価が公正に行われることを期待する。産業医、衛生管理者による院内ラウンドや、ハラスメント撲滅にも積極的に取り組んでいる。法人ならびに各委員会が主催して、医療だけでなくキャリアアップにつなげる研修会を実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利をわかりやすく明文化して、入院案内やホームページ、院内掲示して患者・家族および職員へ周知している。「説明と同意マニュアル」により、基本的な考え方、手順を明確に定め、説明時は必ず看護師や社会福祉士などが同席して、患者・家族の理解と意思決定を促している。診療・ケアに必要な情報は、入院診療計画書やリハビリテーション計画書など患者・家族にわかりやすく治療計画や看護計画が伝えられるよう作成されている。「総合相談あい・ふらっと」に看護師、社会福祉士、精神保健福祉士を配置し、患者や家族からのさまざまな相談に応じている。個人情報保護に関する規定や基本方針を定め、ホームページにも明記し患者や家族にも周知している。「臨床倫理指針」を定め、宗教的輸血拒否など主要な倫理的課題について病院としての対応方針を定めている。患者・家族の抱えている倫理的課題は病床カンファレンスや退院支援カンファレンスなどで多職種により検討し、解決困難な倫理的課題は倫理委員会へ協議を依頼するフローがある。院内ならびにワークスペースは整理整頓され、随所で患者のプライバシーに適切に配慮している。

### 4. 医療の質

医療サービス向上推進委員会や業務改善委員会ならびに病院職員負担軽減会議で、患者からの意見の対応やさまざまな課題改善に向けた検討を行い、検討結果は患者や家族にフィードバックしている。症例カンファレンスやM&Mカンファレンスを多職種参加で行いクリニカルパスもバリエーションなどを検討している。新たな診療技術や治療法の導入や臨床研究についての審査は倫理委員会にて行われることが倫理委員会規定にて明記されており、薬剤の適応外使用などの検討が規定に沿って実施されている。病院各所に意見箱を設置し、患者や家族からの意見を拾い上げて、医療サービス向上委員会で改善に向けて検討している。病棟・外来における管理・責任体制や主治医・担当医や病棟師長・外来師長の役割・責任について明確になっているが、患者・家族から病棟、外来の管理・責任体制がわかるように掲示されたい。入院診療計画書やリハビリ記録、服薬指導記録など必要な記録を作成し、

診療録の質的点検も医師を含む診療情報管理委員会で行っている。多職種カンファレンスが目的別に定期的開催され、患者や家族の要望などが共有されるなど、日々の診療・ケアにおいて多職種協働が実践されている。

## 5. 医療安全

院長直属に権限委譲された専従の医療安全管理者を配置して、多職種で構成された医療安全管理委員会で企画し、医療安全対策委員会で検討・承認を得る体制が構築されている。病院独自のインシデント・アクシデントレポートを活用して、病院職員が閲覧可能であり、事故情報が共有される仕組みとなっている。医療安全管理者はレポートの状況、対応方法を確認し、分析・考察を行い医療安全対策委員会で毎月全例報告している。患者確認は外来・入院患者ともに必ず2つの識別子で確認している。検体やチューブの誤認防止対策も適切に実施している。オーダリングシステムにより、医師の指示は処方箋を含め安全・確実に行っている。口頭指示も、単位の統一をルール化して対応している。入院時全患者に対して、転倒・転落のリスク評価を実施して、スタッフで共有し、転倒・転落防止の看護計画を立案して対策を講じている。臨床工学技士により医療機器の職員への安全使用教育が行われ、緊急時の対応も RRS により早期認識・早期介入する体制となっている。救急カートの利便性を向上した取り組みは、2023 年度北海道厚生局ワークショップ医療安全コンテストで最優秀として表彰されている。

## 6. 医療関連感染制御

脳神経外科部長を委員長として感染対策委員会を院長参加のもと定期的開催し、ICT 会議を定期的実施して、ICT による院内巡視を行い環境チェックや抗菌薬の使用状況などをチェックしている。マニュアルは適宜改訂し見直している。定期的開催する地域合同カンファレンスにも参加し医療関連感染制御に向けた体制は確立している。院内感染状況は耐性菌検出を中心にデータ収集して、新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクにも、厳格なゾーニングなどにより終息させた経験がある。地域の感染症治療の基幹病院とも連携して情報収集を行っている。抗菌薬適正使用の指針を整備して、抗菌薬の採用・中止は毎月開催の薬事審議会で検討している。起炎菌・感染部位の特定、起炎菌の感受性パターンの把握も行っている。標準予防策の徹底のため感染マニュアルにスタンダードプリコーションを整備し、新入職者や在職職員に向けて個人防護具着脱訓練を行い、受講状況を ICT で把握している。病棟における感染性廃棄物の運用も適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院利用者および地域の住民に向けて、最新の診療トレンドや病院の活動報告等を掲載した広報誌「秀友会便り」をホームページや院内掲示により定期的発行し、病院の特徴を広く周知している。ホームページでは、病院のコンセプトや特徴である脳神経疾患や脊髄疾患の治療についてわかりやすく紹介している。また、病院実績や臨床指標、倫理指針、行事食など病院のさまざまな情報を広く発信してい

る。看護師、社会福祉士、精神保健福祉士を配置した「総合相談あい・ふらっと」により前方連携、後方支援を行い、関連病院や開業医、介護事業所を定期的に訪問して顔の見える関係を構築している。また、地域医師会や行政と連携して、一般市民に対して新型コロナ感染症ワクチンの接種協力や健康教室、体力測定、トレーニングいきいきサロンなど健康増進に向けた活動を実践している。トップアスリートを講師に招聘した「秀友会アカデミア」では、医療だけでなく、広く社会に共通する考え方を学べる機会を設けるなど病院の特色を発揮している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受審前のAI問診など、受診に向けてスムーズな取り組みを行っている。「総合相談あい・ふらっと」が窓口となり、地域からの患者を受け入れ、医療相談や退院支援も行っている。侵襲的な診断的検査を行う場合は、医師が必要性和リスクを患者や家族に説明して同意の下で安全に実施している。医師の病状説明時などで対象患者のACPを支援し、患者のニーズを把握するよう努めている。医学的な判断に基づき入院の必要性を検討し、患者の病態に応じた診断・評価により入院診療計画書を速やかに作成している。医師は毎日回診により患者の状況を把握し、看護師は多側面から情報収集して多職種で共有し、看護計画を立案して患者のニーズを踏まえた看護を展開している。注射・点滴、輸血の投与も安全性に配慮しているが、抗菌薬の初回投与時の観察については徹底されたい。周術期管理、褥瘡予防、栄養管理、重症患者の管理も適切である。身体拘束は医師により説明と同意が行われており、カンファレンスにも積極的に関与している。「総合相談あい・ふらっと」の入退院支援看護師と社会福祉士が病棟を担当し、入院早期から患者・家族と面談を行い、早期退院ならびに多職種で在宅療養支援を行っている。ターミナルステージの判断は院内規定に基づき医師が判断し、家族に説明を行っている。

### ＜副機能：回復期リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟では適切な評価の下、ゴール設定を行い、質の高いリハビリテーションを行っている。病棟との連携も良好でADLに対するアプローチにリハビリテーション治療場面と病棟で差が出ない工夫をしている。買い物訓練、職業前訓練、公共交通機関利用、実車を含めた自動車運転評価など患者の退院後の社会生活を見据えたリハビリテーションを行っているところは高く評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科では処方鑑査・調剤鑑査ならびに持参薬の鑑別管理は行われているが、疑義照会は照会内容の精査や医師へのフィードバックについて検討されたい。臨床検査科では、FMS方式による検体検査から生理検査まで対応し、パニック値も必ず医師に報告している。診療放射線科では、24時間体制で検査に対応し、脳神経外科専門医により迅速な読影が行われている。病理診断は外部委託しており、紙ベースによる既読の確認を行っている。栄養管理はHACCPに準じた調理工程により安全な食事を提供している。診療情報管理士により全退院患者の量的点検がチェックリス

トにより漏れなく実施されている。リハビリテーション科はリハビリテーション科専門医と療法士により、リハビリテーションの連続性を維持して、すべての疾患別リハビリテーションに対応している。手術室でのスケジュール管理、サインイン・アウト、タイムアウトはマニュアルに沿って実施している。救急告知病院として地域医療を支えている。

#### 10. 組織・施設の管理

前年度の実績を踏まえて収入計画を立案し、必要経費をまとめて予算を策定している。月次予算の進捗は病院運営会議で各部署責任者と協議して対策を講じている。EF ファイル分析からベンチマークや疾病統計により自院の立ち位置を把握している。医事課により窓口収納業務、保険業務を行うと共に、医師と連携してレセプト点検業務並びに、返戻、査定、未収金管理業務を行っている。管理課が委託業務を管理して、「委託業務履行確認書」により委託業者から定期的な報告書をもとに評価を行い質の改善につなげ、業者選定に反映している。委託業者の職員への教育研修も参加者を把握して実施している。病院の規模に応じた設備を整備し、電気設備、空調設備、水質検査、医療ガス設備などの日常的な施設・設備管理は自院の管理課の担当により管理し、法定点検は業者により実施し、緊急時の連絡網も整備している。外部 SPD により診療材料の定数管理を行い、在庫管理により定数の見直しを図っている。高額医療機器は理事長決裁により購入し、医薬品は薬事審議会で1増1減のルールにより購入を決定している。法令に沿った防災訓練や大規模災害に対応した安否確認システムの導入、安定した自家発電稼働のための燃料確保など災害対策を徹底している。

# 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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	A
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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	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
-------	---------------	---

## 機能種別：リハビリテーション病院（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	A
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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：医療法人秀友会 札幌秀友会病院  
 I-1-2 機能種別：一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者：医療法人  
 I-1-4 所在地：北海道札幌市手稲区新発寒五条6-2-1

## 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	141	141	+0	85.5	21.7
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	141	141	+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	60	+0
地域包括ケア病床	12	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	4	+0
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

## 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	115.42	118.67	117.34	97.26	101.13
1日あたり外来初診患者数	4.54	4.82	4.63	94.19	104.10
新患率	3.94	4.06	3.94		
1日あたり入院患者数	120.22	115.18	114.30	104.38	100.77
1日あたり新入院患者数	2.91	3.42	3.04	85.09	112.50