

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および9月28日～9月29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2	条件付認定（3ヶ月）
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
  1. 引き続き、薬剤師の確保に努めてください。（4.2.1）
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
 

該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は北海道旭川市の市街地に立地し、地域包括ケア病床、緩和ケア病床、人工透析などを有する地域医療を支える総合的性格を持った医療機関である。

「予防・がん・在宅」それぞれの医療課題を病院の果たすべき課題と位置付け、法人関連の医療・保健・福祉施設や高度医療機能を有する地域の中核病院、さらには地域の診療機関等との連携に取り組み、地域医療のハブ機能的役割を目指し、持てる機能の発揮に努めている。最近は緩和ケア医療の推進に向けて医療体制の充実に取り組む等、将来に向けての意欲も見られるところである。

今回の病院機能評価受審は更新受審であり、これまで見られた多くの課題に対する病院を上げての取り組みが随所に認められたが、改めていくつかの課題も見出されたところである。課題への取り組みに加え、今後の地域医療向上への貢献と医療機能のさらなる向上と発展を期待したい。

### 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、広報媒体や院内掲示等により病院の内外への周知が図られている。病院管理者・幹部は病院運営の手法としてバランススコアカード（BSC）を導入し、ビジョンと戦略、行動計画を明確に病院運営に取り組んでいる。組織の末端にまで取り組むべき課題が明確にされ、人事評価制度を組み合わせることにより、職員の参画意識と就労意欲の向上が図られている。病院運営の意思

決定をはじめとする機関運営は、会議や委員会等を通じておおむね適切に行われ、組織内の情報の伝達も会議や院内 LAN、文書等を用いて実施されている。中期計画から年次計画、計画に対応する予算が作成されている。また、BSC を活用した運営の中で年間の経営活動は実践され、部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価も行われている。

情報の管理・活用の方針は明確で、電子カルテシステムを中心に院内情報管理システムは統合管理されている。また、診療情報システムの運用・管理に冠する規程も整備されており、データの真正性、保存性の確保に配慮した運用が行われている。文書管理規程は整備され、文書の管理ルールは明確になっており、院内で一元管理されている。

医師、看護師、薬剤師等の人材の確保には、常々努力されている。特に、薬剤師については、2018 年 4 月に 3 名の採用が決まり人材確保の見通しが立ったところである。現時点では配置標準数を満たしていないが、2018 年 4 月以降の体制の確立と薬剤機能のさらなる充実が望まれる。人事・労務管理の仕組みは整備され、各種規則・規程の周知も適切に行われている。衛生委員会が毎月開催され、職員健康診断や労働災害対応、職業感染対応も適切に実施されている。メンタルヘルス対策や院内暴力対策も講じられている。職員面談や満足度調査により職員の意見・要望の把握に努めており、福利厚生事業も実施されている。就業支援や業績評価、勤続表彰等、様々な取り組みが行われているが、満足度調査のさらなる有効活用については検討を望みたい。

教育委員会が開催され、医療安全や感染管理、個人情報管理等の年間研修計画が策定されている。研修効果を高める工夫が行われ、院外研修等参加支援策も講じられている。また、人材育成型の人事考課制度の運用が定着し、全職員に対する能力評価と能力開発のシステムが確立されており評価したい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、病院の内外への周知が図られているが、職員全体に対する働きかけには工夫を望みたい。臨床現場における実践は良好であり、診療記録の開示請求に対する対応も適切である。説明と同意に関する基本方針や同意を取得する範囲を明確にして、統一書式により適切に運用されている。患者特性に応じ、病状や治療の説明には、看護師の同席や図解等を用いた丁寧な対応に努めている。

3 階フロアには情報コーナーが設置され、医療関係のパンフレットの配置やインターネット利用環境の整備が行われており、その他外来総合待合室等においても健康や医療関係のパンフレット等が配置されている。

相談窓口は医療相談課であり、関連部署との連携のもとに社会福祉士が中心となって患者支援に取り組んでいる。相談窓口と対応内容等については、入院案内や病院ホームページ等で周知が図られており適切である。

個人情報保護に関する規程類は整備され、職員研修等を通じて院内浸透が図られている。個人情報の物理的・技術的保護は適切に行われている。外来でのマイク呼

び出しと病室ドアのガラス窓はめ込み構造の2点については、プライバシー保護の観点から、患者観察業務との兼ね合いも含めて、十分な検討が望まれる。

日々臨床現場で出現する倫理的課題への対応手順は「臨床倫理の方針」において明確にされているが、臨床における主要な倫理的課題に対する病院の方針の整備については、対象範囲の拡大等、内容の充実を期待したい。臨床研究に関する倫理的審査は円滑に行われている。病棟においては、チームカンファレンスを開催して倫理的課題を抽出し、解決に取り組み、解決困難な事例については倫理委員会に上申し倫理委員会で検討されている。

病院へのアクセスは確保され、病院ホームページ等に案内されており、生活延長上の設備やサービスもおおむね適切に整備されている。入院中の情報入手や通信手段も確保され、入院生活中の留意事項など入院に関する必要情報は適切に案内されている。

患者・家族が利用する院内の施設・設備は、おおむねバリアフリーに配慮した整備が行われており、高齢者・障害者等に対する来院者支援スタッフも必要な場所に配置され適切な対応が行われている。診療ケアに必要なスペースやくつろぎのスペースは確保されているが、病棟の整理・整頓および浴室の設置状況の現状には課題があり、それぞれに的確な対応が望まれる。あわせて、入浴施設や給湯設備の利用に関しても安全確保の視点からの適切な対応を望みたい。

受動喫煙防止対策として敷地内禁煙を病院の方針に定め、周知徹底のための取り組みを行っている。しかしながら、職員の喫煙率については、貴院はがん医療を重点医療課題としていることもあり、禁煙に向けての一層強力な取り組みを望みたい。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見等については、年2回の患者満足度調査と投書箱の設置により収集されている。満足度調査の結果については分析・検討が行われ、質改善に活用され、投書についても適切な対応が実施されている。

診療の質向上を目指し、いくつかの取り組みが行われているが、症例勉強会については今後の発展、診療ガイドラインの活用については治療の標準化や質の高い医療の実現、クリニカルパスについてはバリエーションの分析を含めた内容の充実等、それぞれに課題があり、臨床指標の活用も含めて、将来に向けての積極的な取り組みに期待したい。TQM推進委員会を中心にしたTQM活動、積極的な第三者評価の受審、行政機関等による立ち入り調査への対応など、医療サービスの質改善への取り組みが認められるが、今後は患者視点からのさらなる対応の充実を期待したい。

新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、知識・技術面から慎重な検討が行われ、採用決定会議において審議して決定されている。必要な場合には倫理的問題や安全性を確認する仕組みも設けられている。今後の課題として、新規導入するときの手順について、導入前の配慮から導入後のアウトカムが確認できる仕組みの整備を期待する。外来・病棟の診療・ケアの管理・責任体制は掲示等により明示さ

れている。診療においては主治医制を取り、病棟看護師長とともに診療・ケアの実施状況や療養環境の把握に努め、適切な管理に取り組み責任が果たされている。

診療記録管理には、電子カルテシステムが運用されており、規程に基づいて適切に記載されている。診療記録の質的監査については、看護部では適切に行われているが、医師の記録に対しては緒に就いたばかりであり、今後の推進と定着が望まれる。なお、退院時サマリーは、ほぼ全例にわたって2週間以内に作成されている。

患者の病態や抱えている課題に応じて必要な場合は、多職種でチームを編成して診療・ケアに取り組んでいる。多職種によるカンファレンスや専門チームによる介入も行われ、多職種協働による診療・ケアが適切に行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理委員会のもとに、安全関連の複数の委員会が活動し、各委員会で検討された内容が医療安全管理委員会に集約され、必要な事項は、院内各部門・部署に周知が図られている。また、医療安全に関する指針やマニュアル類も適切に整備されている。アクシデント・インシデントレポートは収集され、医療事故防止対策委員会において検討の上、改善策に合わせて毎月の強化目標が立案され、さらに改善策と目標の達成状況が評価されている。なお、医師からの報告事例は極めて少なく、提出促進のための検討が望まれており、院外からの情報収集や日常の予防活動への取り組みについてもさらなる充実に期待したい。

患者・部位・検体などの誤認防止手順は行為別に明文化されており、臨床現場においてそれぞれが適切に実践されている。医師の処方から指示出し、指示受け、実施・確認の一連の仕組みは手順に則って適切に行われている。口頭指示への対応、緊急検査結果やパニック値出現時の対応も的確に行われている。

薬剤師による処方鑑査や疑義照会は的確に行われ、重複投与などのリスク回避の対応も行われている。ハイリスク薬や麻薬・向精神薬の管理も適切に実施されており、抗がん剤や病棟在庫薬剤の使用・管理も適切に行われている。

入院時、全患者を対象に転倒・転落リスク評価を行い、リスクの高い患者に対しては転倒・転落クリニカルパスを用いて看護計画を立案し、計画に沿って観察が継続され、離床センサーの設置などの対応が検討されている。使用後の医療機器は、臨床工学技士による点検・整備が行われ、使用可能状態で保管されている。使用中の作動確認は使用マニュアルに従って実施され、臨床工学技士による使用職員に対する教育・研修や1日1回の使用状況確認ラウンドも行われている。急変時対応として院内緊急コードが設定され、救急カートも適切に配置・管理されている。全職員を対象にBLS訓練の実施は見られるが、AED等の院内配置数については検討を期待したい。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染防止対策部が設置され、院内感染対策委員会以下、ICT 会議、リンクスタッフ会議等の委員会・会議がそれぞれ機能している。また、感染対策に関する指針やマニュアル類も適切に整備されている。週 1 回の ICT ラウンドや旭川医科大学との合同カンファレンス等の活動が継続的に行われており、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。院内での細菌やウイルスによる感染発生状況は把握され、院内に伝達・周知が図られている。院外での流行情報の収集なども積極的に行われ、アウトブレイクへの対応も手順が明確になっている。また、院内研修は多数回実施され、未受講者に対する補習対応が実施されている。

病棟等では、院内感染対策マニュアルに則った感染防止対策が実践されている。抗菌薬の採用・削除は薬事審議委員会で検討され、抗菌薬適正使用指針・基準等も整備されている。院内における分離菌感受性パターンについては、アンチバイオグラムが作成され、把握されている。起炎菌検出への対応や抗菌薬の使用適正化等への取り組みも適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容や医療サービス等の情報は、広報媒体を用いて提供されており、診療実績についても業務実績に加えて医療の質に関する実績値等が、地域等に向けて発信されている。病院ホームページの掲載記事の更新も随時行われており、おおむね適切である。

保健・医療に関する情報収集は主として関係行政機関等から行い、地域の医療機関等とは日常の医療連携活動を通じて情報交換と情報収集に取り組んでいる。患者紹介業務は、医療連携室を中心に院内関連部署との連携のもとに円滑に進められている。

病院機能を活かした健診・検診事業に取り組むとともに、地域の医療関連従事者や地域住民、中・高校生を対象に種々の教育・啓発活動に取り組み、地域の保健・医療・福祉の向上に貢献している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な手続きや病院情報等は病院ホームページにより案内され、来院時は院内の掲示や案内表示、案内窓口の職員等により、適切に案内、誘導されている。初診、再診、会計などの手続き、紹介患者の受け入れ手順も分かりやすく、スムーズに流れている。また、待ち時間対策、患者の病態・緊急性への配慮のいずれも的確に行われている。外来の診療体制は整備され、感染症への対応、がん化学療法への対応についても体制と手順が明確になっており、的確で安全な外来診療が行われている。

診断的検査の必要性は医師が判断し、実施前に患者・家族に対して必要性とリスクを説明したうえで同意を得て実施している。造影剤使用時のアレルギー対策等、検査実施時の安全対策についても十分な配慮が行われている。検査中、検査後の患

者観察、自院で実施できない検査への対応も適切である。

入院の必要性は医学的な判断に基づいて検討され、患者・家族の希望にも配慮しつつ、説明のうえで同意を得て決定している。空床状況は的確に把握され病床は弾力的に活用されている。患者の病態や感染・褥瘡のリスク評価等を踏まえ、入院診療計画書は速やかに作成され、患者・家族に対する説明と同意取得手続きが行われている。また、必要に応じてクリニカルパスが活用され、計画書の見直しも行われている。

患者・家族からの医療相談には医療相談課が対応し、病棟看護師や院外の医療機関、福祉施設等と連携して課題解決に取り組んでいる。近々、医療相談窓口の一元化が検討されており、早期実現に期待したい。入院病床の決定は医療連携室が中心になって検討され、入院生活に関する説明は外来看護師より入院案内を用いて行われている。施設・設備の利用案内、災害時対応、入院中の規則、日課等、入院中の生活については、詳細にわたって病棟の担当看護師から説明されている。

医師は日々の病棟回診を行い、患者・家族との面談等にも取り組んでいる。回診後に多職種カンファレンスが行われ、看護師との意思疎通を図るための打ち合わせも行われているが、多職種によるカンファレンスの定期的な開催と内容の充実を望みたい。看護師は患者のニーズの的確な把握に努め、診療の補助業務を中心に看護実践に取り組んでいる。また、他職種との情報共有や連携促進に努め、病棟看護師長による病棟管理業務も適切に行われている。

薬剤師は薬歴管理と服薬指導、注射薬の1施用ごとの払い出しを行うとともに、注射薬の調製・混合もおおむね適切に行っている。投薬時の確認、薬剤投与中と投与後の患者の観察等いずれもおおむね的確に行われている。輸血・血液製剤投与の際には、手順に則って輸血の適用と血液製剤の種類の見直し、必要性とリスクの説明と同意の取得、投与時の確認、投与中・投与後の患者の観察が行われ、輸血療法効果の検証も適切に実施されている。院内に集中治療室は設置されていないが、濃厚な治療を要する患者に対しては、ナースステーション近傍の病室を使用し、必要に応じて医療機器を配置し、臨床工学技士が対応するとともに、専門チーム等の関与もあり、可能な限りの医療の提供に努めている。

褥瘡予防・治療のためのガイドライン等が整備され、リスク評価等が実施され、リスクに応じた褥瘡対策診療計画書が作成され、種々の対策が講じられている。また、専任医師、皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に褥瘡対策チームが編成され、ラウンドを通じて治療の評価と治療方針の見直し等が行われている。入院時に全患者を対象に栄養状態の評価が行われ、栄養管理計画書が作成されている。摂食・嚥下障害対策には言語聴覚士の関与があり、NST活動による患者の抱える栄養課題への取り組みや患者情報の共有による食物アレルギー対応など、積極的な実践が認められた。

症状緩和への取り組みには、緩和計画として標準計画を策定し、苦痛や症状の的確な把握に基づき、患者特性や患者の個別性に応じた対応に努めている。麻薬の使用基準も明確になっている。

急性期リハビリテーションの事例は少ないが、リハビリテーションの必要性と適応は多職種参加によるカンファレンスで検討され、リハビリテーション総合実施計画書が作成されている。安全性・リスク対応についても基準・マニュアルに則って適切に行われ、実施前後の評価も的確に行われている。身体抑制はやむを得ない場合に限り実施することとし、必要性についての評価を行ったうえで医師の指示により実施され、実施中の観察や解除に向けての取り組みも適切に行われている。

入院早期から患者・家族の退院に関する要望を把握し、電子カルテ記載により、関係職種間で情報の共有が行われている。退院支援に関する院内外の会議やカンファレンスが精力的に開かれ、退院に向けての調整と円滑な退院支援が実施されている。退院前カンファレンスには、家族や訪問看護師も参加して、退院支援の延長線上で在宅療養支援が検討されており、在宅療養支援部門による退院後の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションが継続して実施されている。ターミナルステージの判定は、対応指針に示されており、ターミナルステージの診療・ケア計画は患者・家族に説明し、同意が得られている。必要な場合は緩和ケアチームの支援を受けるなど患者・家族の要望やQOLに配慮した診療・ケアが実践されている。なお、過去10年間、手術は実施されていない。

#### <副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟は、開棟後1年を経過したばかりの新しい病棟であり、近隣の基幹病院と連携し、高い平均病床利用率が維持されている。多職種によるカンファレンスが適切に機能し、看護師やMSWを中心に細かな配慮が行き届いた、穏やかな雰囲気療養環境となっている。なお、緩和ケア病棟専従医が不在で、専門外来も開設されていないとの課題があり、入院前の患者・家族との相談の重要性を再認識し、外来での診療や相談機能を充実させる方法に関する検討が望まれる。また、主治医不在時の回診の基準・手順や標準的な指示の共通化に関する検討を望みたい。

開棟からの日は浅くスタッフも限られているが、患者の安全と権利を尊重した標準的な対応は適切になされている。今後は、緩和ケア病棟としてより専門性の高い診療やケアの充実に向けて、チームとしての積極的な検討を望みたい。また、第三者評価や全国的な遺族調査に参加するなど、医療の質を保つための試みの継続についても期待したい。今後は、さらに地域の基幹病院との連携を強め、医師・看護師や学生の緩和ケア研修の場としての役割も期待される。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤課に薬剤師4名が配置されており、注射薬は全て1施用ごとでの供給であり、抗がん剤の調製・混合も安全キャビネット内で薬剤師によって行われている。医薬品情報の収集と院内周知、院内医薬品集の管理、薬剤の温・湿度管理等も適切に行われている。臨床検査部門の体制は整備されており、オンコール体制を含めて必要な検査ニーズに対応している。検査結果の報告や精度管理、パニック値への対応、検査後の検体の廃棄等も、おおむね適切に行われている。画像診断部門の体制

は整備され、オンコール体制を含めて必要な検査ニーズに対応している。撮像はタイムリーに実施され、診断結果も当日中に報告されている。自院読影率は100%であり、放射線科医と主治医によるダブルチェックも行われている。

食事の提供体制は整備されており、適時・適温の給食が安全かつ衛生的に提供されている。管理栄養士は、患者の嗜好状況や喫食状況の把握に努め、病棟との連携を図りつつ、きめの細かい個別対応型の食事の提供に取り組んでいる。リハビリテーション部門の体制は整備されており、主として地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟の患者を対象に訓練が実施されている。リハビリテーション関連のマニュアル類は整備され、主治医、病棟、関連多職種との連携のもとに取り組まれており、連続休日への対応やプログラムの評価と改善にも取り組んでいる。

診療情報管理機能については、診療情報管理士と診療情報管理委員会が提携して業務が推進されており、電子カルテシステムの運用もほぼ定着している。また、紙保存の診療記録も、適切に管理・保管されている。さらに、診療情報等のデータ提供の求めに応ずるとともに、診療記録の量的監査にも取り組んでおり、退院時サマリーの早期作成率は100%である。医療機器管理については、臨床工学技士がローテーションで、人工呼吸器等の中央管理業務に携わっている。使用後機器の点検・整備は適切に行われ、貸し出しや整備の経過記録も実施されている。各部署での使用済み医療器材は、一次洗浄は行わずに業務委託により滅菌作業が実施されている。滅菌の質保証の確認やリコール発生時の対応手順は明確になっており、滅菌済み器材の保管も適切に行われている。

病理検査は全て業務委託され、検査・診断依頼から報告書の受け取りに至るまで一連のプロセスは手順化されている。診断の精度管理は委託機関に任されているが、報告書や返却プレパラートは適切に保管されている。輸血療法委員会が定期的で開催され、輸血療法の効果や副作用等が報告されている。輸血業務管理は臨床検査課が担当し適切に行われている。輸血用血液製剤の保管は適切であり、使用状況も的確に把握されている。通院歴・入院歴のある患者や救急隊からの要請患者は救急患者として受け入れ、診療機能に見合った救急医療に対応しており適切である。

## 10. 組織・施設の管理

予算は編成方針に基づいて、所定の手続きを経て決定され、執行状況は業務実績や損益計算書等とともに、病院運営会議に報告されている。会計処理は病院会計準則に則り処理され、会計事務所の点検指導を受け、法人監事からの監査も受けている。なお、種々の経営指標や経営に関する分析資料も作成され、検討されている。

医事業務は一部が業務委託されているが、業務の基準・手順がマニュアルとして整備されており、全体としておおむね適切に実施されている。医事業務、清掃、警備等多くの分野で業務委託が行われているが、規則に則って業者選定や業務管理の適切な実施に努めている。病院の役割・機能に応じた施設・設備は設置され、適切に整備・管理されており、緊急時の対応手順も明確になっている。また、院内清掃や感染性廃棄物の分別・搬送・保管等の管理もおおむね適切に行われている。

物品の調達手順はルール化され、購入金額に応じて定められている。物品購入の発注・検収分離のルールは守られており、定期的な実地棚卸の実施により、在庫の確認と適正化の取り組みが行われている。

災害時対応マニュアルが整備され、緊急時の責任体制は明確になっており、消防訓練や広域防災訓練等の訓練に取り組み、災害備蓄の確保にも努めている。停電時対応として自家発電設備が設置されている。保安管理業務は総務課が所管し、警備業務は業務委託されており、業務内要はマニュアル等により明確になっている。また、日々の業務は日誌により報告されており、緊急時の連絡・応援体制も的確に整備されている。医療事故発生時の対応体制は整備され、訴訟発生時の対応手順等も明確になっている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

医療、看護、リハビリテーション、事務等の分野で臨地実習生を受け入れ、高校生等の体験学習にも対応している。いずれの場合も依頼元との綿密な協議を行ったうえで実習に必要な事項を明確にし、目的に沿った実習が適切に実施されている。

# 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	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	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
1.4	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	医療サービス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	B
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	B
1.6.4	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	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	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	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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導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	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	B
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	文書を一元的に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	C
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	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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	NA
4.3.4	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	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：緩和ケア病院（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	B
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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	B
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

---

2.2.20	身体抑制を回避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	臨死期への対応を適切に行っている	A

---

年間データ取得期間： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2017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： 医療法人社団慶友会 吉田病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 北海道旭川市4条西4-1-2

## 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	263	263	+0	87	53.8
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	263	263	+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	50	+50
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	11	+11
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

