

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および10月24日～10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	一般病院2	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

JA 北海道厚生連は、道内で多くの病院と診療所のほか、訪問看護施設、特別養護老人ホームなどを運営し、道内の医療・介護・福祉に幅広く貢献している。貴院は、人口30万人を超える都市にある急性期病院であり、地域医療支援病院、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受け、5疾病のうち、がん、心筋梗塞、糖尿病をカバーする役割を担っている。近年、救急患者、紹介患者などの増加がみられ、働き方改革の一環としてDX化を推進している。また、外部評価を適時に受審し、問題点の改善に真摯に努めている。

今回の審査の総括コメントを以下に述べるが、詳細な報告書も併せて、今後の貴院の質的・機能的向上に役立てていただければ幸いである。貴院のますますの発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が定められ、中・長期計画には現状・課題・今後の取り組みをまとめている。病院の意思決定会議を毎週開催し、決定事項は毎月の会議および院内LANで周知している。病院の年次事業計画を作成し、部門・部署では年間目標を定め、達成度を評価している。情報システムは定期的な更新を行っている。働き方改革の一環としてDX化を推進している。厚生連の文書管理規程に則って文書管理を行っている。マニュアルや規程は情報システムで常時閲覧可能である。

医療法や施設基準に求められる人員は確保しているが、診療機能の維持・向上のため、人材確保の推進が望まれる。勤務時間を客観的に把握しており、全職員を対

象とした人事考課制度が確立している。衛生委員会を適法に開催し、職員の安全衛生に適切に対応している。職員満足度調査や意見箱により職員の意見を吸い上げ、対応している。厚生連としての教育・研修だけではなく、新たに病院としての学術委員会が教育研修を統括することになったため、今後も継続した活動が望まれる。また、臨床能力の評価と臨床権限の付与の方針を明確に確立することが望まれる。医師の臨床研修は部署を設けて対応しており、他の多くの職種では入職後の初期研修プログラムが機能している。多職種の学生実習を受け入れ、医療人材育成に貢献している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利・小児の権利を明文化し、ホームページに掲載または院内に掲示して患者・家族や職員に周知している。説明と同意取得への対応は、「説明と同意に関する院内指針」に則って実施し、セカンドオピニオンにも対応している。医療への患者の参加促進を3項目にまとめ、患者に明示している。患者との診療情報の共有や理解を深める支援に努めている。総合相談センターを設置し、患者からの様々な相談に対応している。虐待に対する各種フローを整備している。個人情報保護規程があり、全職員への研修を実施している。診療情報は申請・承認後に仮名加工して活用している。臨床における倫理的課題については、倫理委員会や倫理サポートチームの今後の一層の活動が望まれる。倫理カンファレンスを開催し、4分割法などを用いて検討し、倫理的課題の解決につなげている。

駐車場を確保し、正面玄関に貸し出し用の車椅子などを準備している。院内には様々なサービスや店舗を用意している。院内の療養環境では、必要なスペースを確保して安全性や清潔性を保ち、患者の利便性に配慮している。敷地内は全面禁煙としており、利用者に周知しているが、地域がん診療連携拠点病院として、職員・患者に対する禁煙教育への取り組みが期待される。

### 4. 医療の質

看護部の業務改善発表会や各委員会において業務の質改善への取り組みが見受けられるが、業務の質改善を統括する部門または委員会などの組織を立ち上げ、業務の質改善活動を推進することが望まれる。臨床指標委員会、クリニカル・パス委員会を設置している。院内に意見箱を設置し、投稿された意見はご意見検討部会で検討のうえ患者の意見を反映させており、実績もある。新規医療技術は、倫理委員会で検討した後に導入している。導入後のモニタリングの仕組みや薬剤の適応外使用に関する規程は作成されたところであるため、今後の確実な実施が期待される。

患者のケアを担当する医療チームは、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを用いて、患者・家族に明示している。医師は主治医と担当医、看護師は固定チームナーシングを採用している。診療記録の記載指針や看護の経過記録運用マニュアルに準じて記録を行っている。診療記録はチェックリストを用いて多職種により点検している。多職種で構成する栄養サポート、認知症ケア、緩和ケアなどの専門チームが、依頼に応じて組織横断的に患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

医療安全を管理する部門、推進委員会やテーマ別に検討を行う小委員会を組織している。マニュアルは適宜改訂している。インシデントの分析、対応策の検討、その遵守状況の確認を行い再発防止に努めているが、医師の報告意識を高める取り組みを期待する。医療事故防止マニュアルがあり、医療事故発生時の対応手順を明確化しており、紛争に発展しそうな事案についても報告・確認を適切に行っている。

患者確認は2識別子で行っているが、マニュアルへの明文化とともに、複数のチューブ類の管理手順を整備しておくことが望まれる。情報伝達エラー防止対策として、口頭指示受け用紙に薬用量の単位を印字するなどの工夫を行っている。薬剤の安全な使用に向けた対策としてカリウム製剤は病棟に配置せず、プレフィルドシリンジ製剤を払い出しているなど、適切な運用を行っている。入院時に転倒・転落のリスク評価を実施し、必要に応じて看護計画を立案して予防策を講じている。転倒発生時はフローチャートに則り対応している。臨床工学技士は医療機器の安全な使用に関する研修会を実施し、院内ラウンドにより使用中の機器の動作確認を行っている。救急カートは毎月点検しており、院内緊急コードや院内迅速対応システムの仕組みを整備しているが、一次救命措置訓練の受講率を上げる取り組みが求められる。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて感染対策室が感染制御チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を構成し、現場には感染管理マネージャー、リンクワーカーを配置し、院内感染対策委員会が議決機関となっている。院内感染対策マニュアルは適宜改訂して院内 LAN に載せ、ICT ニュースを活発に発行するなど周知する体制も確立している。感染対策室は毎日培養検査の結果などを把握し、ICT と AST はそれぞれ毎週院内をラウンドして情報収集するなど、適宜介入している。医療関連感染サーベイランスの対象は適切であり、中心ライン関連血流感染に関してはプロセスのサーベイランスも行い、成果をあげている。

院内感染対策マニュアルに則り、標準予防策や手指消毒の遵守状況を確認しているが、今後は看護師以外の職種に関する手指衛生の実践状況についても確認し、遵守率向上へ取り組むことが望まれる。医師の個人防護具の着脱チェックが毎年実施されている。感染性廃棄物や不潔リネン類の取り扱いは適切である。抗菌薬の使用に関するガイドラインを定め、AST が活発に介入した結果、抗 MRSA 薬、カルバペネム系抗菌薬などの処方数、期間は減少傾向にあり、血液培養の2セット率は95%以上に達し、薬剤耐性の緑膿菌が近年分離されなくなるなどの優れた成果をあげている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域医療連携科が他医療機関や施設との連携を図り、広報活動の中心的役割を担っている。医療機関向けの広報誌「ラポール」を発行するほか、SNS など様々な媒体を利用して情報発信を行っている。ホームページでは、臨床指標の公表や感染症情報を発信しているが、診療実績の発信についてはさらなる充実が望まれる。地域医療連携科は患者紹介の窓口としての機能を有しており、院内の全ての紹介状の集約と返書の管理を行っているが、漏れのない速やかな返書を行うよう一層の努力が望まれる。地域の医療機関への訪問を行っており、半数以上には医師が同行している。訪問後には報告書を作成して院内共有し、訪問時には登録医への参加を要請している。

地域への健康増進の取り組みとして、各種健康診断や市と協力した HPV ワクチンの集団接種対応を行っている。院内で行う公開講座とともに、職員が他医療機関や介護施設、町内会に出向いて健康講話を行っている。出前講座を 100 テーマ用意し、健康や予防だけでなく医師による専門性の高いテーマや防災まで幅広く取り揃えている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

コンシェルジュを配置してスムーズな受診を支援している。外来診療は化学療法センターでの薬剤師と看護師の連携も含めて適切である。診断的検査は医学的判断に基づき、必要性を判断している。入院の決定は適切で、弾力的に病床を運用している。診療計画は多職種で患者の個別性に配慮して立案している。総合相談センターを設置し、様々な患者・家族の相談に対応している。入退院支援科を設置し、入院の説明や患者情報の収集を行っている。

医師は毎日回診して記録するなど病棟業務を適切に行っている。入院前から患者のニーズを把握し、継続した看護を提供している。病棟での服薬指導の充実が望まれる。輸血の適応や血液製剤の種類は医学的に検討しているが、説明・同意書の適切な記載が求められる。手術適応は、内科・外科合同カンファレンスで検討している。患者の重症度に応じて集中治療室や重症個室を選択し、適切に管理している。全入院患者に褥瘡リスク評価を行い、褥瘡回診は週 1 回実施している。入院時に栄養評価を行い、必要時には栄養サポートチームが介入している。患者の苦痛症状を把握し、症状の緩和に取り組んでいる。リハビリテーションは早期から確実・安全に行っている。身体拘束の必要性の説明を行い、同意を得たうえで実施している。退院支援を必要とする患者については、カンファレンスで方向性を決定している。退院後の訪問看護ステーション等の利用に関する調整を行い支援している。ターミナルステージにある患者個々に応じた診療・ケア計画を立案している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能に関しては、病棟薬剤師業務の優先度の見直しが望まれる。臨床検査の精度管理を確実にいき、検査結果の報告を迅速に行っている。画像診断機能に関しては、専門医による読影をさらに増やすことが望まれる。調理環境の衛生管理を行い、適時適温給食の提供や患者の個別対応に努めている。リハビリテーションは、他職種との連携の下で適切に機能を発揮している。電子カルテにより1患者1IDで診療記録を管理しているが、量的点検項目の見直しが望まれる。臨床工学技士は、医療機器を安全に使用できるように点検・整備を行っている。洗浄および滅菌の精度管理や滅菌器材の保管、在庫管理を適切に行っている。

病理検査の報告、未確認の把握や督促、他施設からの遠隔診断の受託等はいずれも適切である。放射線治療機能は、緊急の放射線治療を要するすべての患者に対応し、実績をあげている。自記温度記録計付き保冷库や冷凍庫は輸血部で集中管理している。全血液製剤の廃棄率は低い。緊急手術にも対応可能な体制を整備しており、サインイン、タイムアウト、サインアウトを適切に実施している。集中治療室では、担当診療科により治療を行い、薬剤師や臨床工学技士の協働体制を確立している。救急車の搬送件数は年々増加している。平日日中の救急外来への医師や看護師等の配置の充実が望まれる。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成のスケジュールがあり、執行状況は経営・管理職会議で確認している。損益計算書や貸借対照表を作成し、監査法人による会計監査を行っている。医事業務マニュアルにより手順を明確化し、保険請求では医師点検を行い、未収金の回収は弁護士にも依頼している。委託業務の選定・契約は厚生連本部で行い、日常の業務管理は病院が行っている。業務報告書の確認のほか、意見交換を行い、委託業務従事職員への感染防止や医療安全に関する研修も実施している。

施設・設備のメンテナンスは保守計画に基づいて行っており、医療ガスの安全管理や感染性廃棄物の処理も適切である。医療材料や医薬品は1増1減を原則とし、月1回の棚卸時に各職場の在庫を確認のうえ、必要に応じて定数の見直しを行っている。発注と検品において内部牽制が効く仕組みがある。災害や情報セキュリティに対応した病院の機能存続計画を策定しており、火災・災害訓練も実施している。病院出入口の管理、監視カメラの設置と画像の保存、定期巡回と記録などの保安体制は適切に整備されている。

# 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	B
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	B
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	B

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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	B
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	B
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	A
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	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	B

## 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	B
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	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	B
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	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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
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	B
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	B
-------	------------------------	---

---

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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2024年 5月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： J A北海道厚生連 旭川厚生病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 北海道旭川市一条通24-111

## 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	460	439	+0	77.4	10.7
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	460	439	+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)	22	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	49	+0
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	23	+0
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

地域医療支援病院, 小児救急医療拠点病院, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群), 総合周産期母子医療センター

## 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： 6人 2年目： 7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

