

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 10 月 27 日～10 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
------	--------	----

■ 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

貴院は、旭川市内の民間による血液浄化療法の草分け的存在であり、現在では、血液透析、腹膜透析の他、血漿交換療法や吸着療法など、様々な血液浄化療法を実施している。また、腎臓内科の体制を充実し、腎不全の悪化を出来る限り遅らせる治療や予防にも積極的に取り組まれている。その他、ESWL（体外衝撃波結石破碎装置）による、腎・尿路結石の治療、前立腺癌などの悪性腫瘍の治療に力を注ぎ、腹腔鏡手術などの低侵襲医療も積極的実施することにより、旭川市内はもとより道北全域から患者が来院している。

地域の医療関連施設等との連携を深めるための取り組みは、積極的である。市内の各病院、診療所、介護施設に加え自院が所属する法人の関連施設との協力・連携を図り、良好なパートナーシップを構築して地域医療の充実に大きく寄与するとともに、地域住民への医療・介護に関わる教育・啓発活動にも努力している。

病院機能評価受審は 4 度目であるなど、安全・安心な医療の提供に努力することに加え、女性の働きやすい職場や職員の就業環境向上を目指して人材の育成に努力しているなど、患者・職員にとり良好な病院運営に邁進しており、今後のさらなる発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の基本理念・基本方針は、分かりやすい表現で明文化され、患者・家族や地域医療関係者に周知し、見直しも定期的に検討されている。病院の将来像を見据えた中・長期計画は、職員からのアンケート調査を基に作成し、全職員に配布される年度計画誌にて示している。病院長の強いリーダーシップのもと全職員が課題達成

に努力している。病院の意思決定会議は経営会議であり、運営上必要な会議・委員会は規程に基づいて開催し、会議内容の共有も図られている。年次事業計画は中・長期計画に沿って作成され、部門・部署ごとの目標設定や自己評価・達成度評価が適切に行われている。情報の管理・活用の方針は診療情報管理マニュアルに明確に示されている。院内の文書は、文書管理規程が整備され、作成・承認・保管・保存・廃棄の手順は明確である。

人材の確保については、医療法および施設基準の必要人員は確保されている。職員の就労管理については、人事管理システムを導入し、勤務表の作成・勤務時間の把握・有給休暇の取得等適切に実施されている。全職員を対象とした教育・研修は、教育検討委員会で計画され、人事評価制度は、医師も含めた全職員を対象に適切に実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示や入院案内、ホームページ等により患者・家族・職員に周知している。説明と同意については、指針・基準を明確にしており、説明と同意の際は、ほぼ100%看護師が同席し、実施後に患者の反応や理解度などの確認とその対応を記録している。セカンドオピニオンについては、治療説明時に医師が説明し、希望者への対応も適切である。患者サポート部門に地域医療連携室を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応し必要に応じて専門職への振り分けも行われている。個人情報保護の規程は整備され、方針については入院案内・ホームページ・院内掲示等を通じて院内外に周知している。臨床倫理に関しては、倫理委員会と下部組織として医療倫理会議を設置し、治療拒否などの症例に対して方針の検討などを行っている。

病院は、駅前にありアクセスは至便である。また、隣接しているコンビニエンスストアへは院内通路から利用が可能であるなど、患者・面会者の利便性が図られている。高齢者・障害者への対応は適切であり、院内も整理整頓が行き届いている。敷地内禁煙であり、受動喫煙の防止および禁煙の推進が図られている。職員の喫煙率については、低減化に向け継続的に努力されることを期待する。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望・苦情は、院内各階に設置されている意見箱や外来待ち時間調査により収集している。回答は、院内の掲示板に掲載し、グループウェアを通して職員にも連絡して、質改善につなげている。クリニカル・パスは、適用件数だけでなくアウトカム指標の設定・バリエーションの分析等を実施して、より実効的なパスの運用が望まれる。部門横断的かつ継続的な業務の質改善のために、医療の質専属担当師長を配置し、取り組みを強化しており、具体的な改善例も見られる。各種立ち入り検査の指摘事項には、速やかに対応している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、医師赴任前にカンファレンスを行い、院長が許可し、経営会議で周知している。また、必要に応じて教育・研修を行っている。

病棟における責任者は明確であり、診療記録はおおむね適時・適正に記載されて

いる。退院時サマリーは2週間以内にほぼ全件作成されており、用語・略語集は、電子カルテ内に明示されている。診療記録の質的点検の実施については、医師を中心に多職種で点検を実施している。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、医療安全管理者である副院長には、医療安全に関する業務遂行上の必要な管理・権限が付与されている。医療安全管理委員会とリスクマネジメント会議等は定期的開催され、院内の医療安全の改善活動状況の把握、アクシデント事例の報告・検討、医療安全対策マニュアルの見直しおよび改訂を検討している。安全確保に向けた情報収集については、電子カルテシステム上で行われ、医療安全管理室室長と実務担当看護師長は毎朝、報告内容の確認・情報収集・対策などについてミーティングを行い、報告者および現場からの補充情報収集やインシデント発生に対し原因分析を行っている。

誤認防止対策は適切に運用され、医師の指示出しから看護師による指示受け、実施に至るプロセスは電子カルテ上で確実に行われている。麻薬・向精神薬・ハイリスク薬等の使用は適切である。患者急変時の対応については、院内緊急コード「ドクターコール」を設定し、発動ルールを定めて適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理部門に感染管理認定看護師（ICN）を配置し、医師・薬剤師・検査技師が感染制御に向けた業務に適切に関与し、医療関連感染制御に向けた体制も明確になっている。感染症対策委員会を定期開催し、院内での感染から発生状況や課題の検討、対策の実施などの審議を行っている。感染制御に関するマニュアルの作成と、必要に応じた改訂も適宜に行っている。ICN・感染対策チームは、一定の権限を持って各部署の感染対策の現状を把握し、CLABSI・CAUTI・VAP・SSI等の部門別サーベイランスを実施して、結果を院内に周知している。

感染防止対策は、感染防止対策マニュアルに従い適切に実践され、マスクとゴーグル等を全職員が常時装着するなどケアに応じたPPEの使用を実行している。感染性廃棄物はマニュアルに則り指定の容器に分別投棄され、最終保管場所まで安全に搬送されている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で検討され、使用に関する指針は院内感染対策マニュアルに記載されている。また、周術期の予防的抗菌薬投与は100%行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民への情報提供体制の充実に向けて、法人本部・広報チームを中心に地域に分かりやすい情報発信に努力している。ホームページには、自院の診療サービスや診療実績・イベント情報・アクセス情報等を掲載するなど、患者・地域住民が自院を選択する際に参考になる具体的な情報を適切に提供している。地域の医療関連施設等の状況把握については、地域医療連携室が調査を実施するなどして把握に努めている。連携を深める活動として、旭川市内に加えて道北圏内の連携医療機関を

対象に複数回地域医療連携室の担当者が直接訪問するとともに連携医療機関が主催する研修会への参加等を通じて連携を深める取り組みを実施している。紹介・逆紹介の返書管理は適切に実施されている。地域の健康増進に寄与する活動として、市民講演会・糖尿病教室等、積極的に実施されているが、現在は感染症流行のため休止中であり、終息後には開催が予定されている。現在は地域住民向けに、様々な健診等が実施されている。地域の医療関連施設等に向けた教育の支援として市内の介護事業所のスタッフと定例の研修会を実施されていたが休止中であり、感染症終息後に再開が予定されている。

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、ホームページや院内掲示等で案内している。外来には専属の担当者が常駐し、検査室への案内や問い合わせに対応している。医師は医学的な判断に基づき、診療ガイドラインや自院の診療マニュアルに則り、必要に応じて上級医・他医師と検討して入院を決定している。また、医師は毎日病棟回診を行い、診療の内容や患者への説明を記録し、必要時にスタッフとの情報交換を行っている。患者個々の病態の把握に努め、多職種カンファレンスを適宜実施し、医師のリーダーシップのもと、適切な治療を実施している。看護師は看護基準・手順、運用基準に則り、病棟業務を遂行している。患者情報をカンファレンス等で共有し、多職種が協働してケアを実践できるように努めている。疼痛緩和における麻薬の適正使用については、使用基準の周知と基準に則って使用されることが期待される。身体抑制を実施した場合は、継続・解除について医師・担当看護師を中心に毎日のカンファレンスで評価を行い、多職種で共有し安全確保のための抑制に心がけている。退院支援については、多職種が協働して退院に向けて準備・支援し、患者・家族の希望を踏まえて退院先の説明と同意を得て、適切な退院先を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、おおむね適切に発揮されている。臨床検査機能については、ブランチラボ方式を採用しており、依頼可能な範囲等は明確であり、精度管理も適切である。画像診断部門の放射線科専門医は不在であるが、CT・MRI 画像の読影はほぼ全例遠隔診断を導入して、画像診断の質を保証している。栄養管理機能は、温冷配膳車の使用により適時・適温であり、美味しく安全な食事の提供に取り組まれており、評価できる。リハビリテーション機能は、訓練の連続性の確保として、各部署が協力して何らかの形で継続したリハビリテーションの実施に努めている。診療管理機能については、診療記録の量的点検は全件実施されており適切である。医療機器は、臨床工学技士が一元管理し、機器の安全な取り扱いについて研修を実施している。洗浄・滅菌機能は中央化され、物理的・化学的・生物学的な滅菌精度が確認されている。手術・麻酔機能においては、手術室業務マニュアルの遵守を徹底し、並列麻酔が発生しないよう術中患者管理の適切な運用を行っている。救急医療機能については、診療機能に応じて、泌尿器関連疾患・透析患者を中心に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理・会計監査・経営状況の把握など、適切に実施されている。窓口業務や収納業務は、業務手順が整備され医事課を中心に適切に行われている。レセプトの作成・点検並びに返戻・査定は、医師が関与すると共に組織的な関与が見られ、未収金もマニュアルに沿って回収の努力がされている。業務委託業者の選定は、業務内容・費用・品質・人員等を考慮して検討され、検討後、稟議書にて病院長の承認を得ている。委託業務の実施状況については、実施状況が仕様書に沿っているか確認するとともに現状の課題を検討して、委託業務内容の質向上を図っている。

施設・設備は、施設係により日常点検と計画的な保守管理が実施され、緊急時に備えて、施設課が24時間の監視体制を実施しており、緊急時の対応手順も明確になっている。医療ガス安全管理委員会は、適切に開催されている。防災訓練は確実に実施され、水・食料・医薬品等についても患者・職員用として十分な備蓄を備えている。医療事故発生時の対応手順は、安全対策マニュアルに記載されており、周知も図られている。訴訟に対しての担当者は定められ、病院賠償責任保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習の受け入れは、看護師・臨床工学技士・管理栄養士・事務等の職種について実施されている。実習委託契約書を事前に交わし、実習者のワクチン接種状況も確認している。実習生は名札着用で実習に臨み、各職種の実習指導者は、カリキュラムに沿った実習と評価を行っている。実習中の事故等への対応も明確にされている。

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	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
1.4	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	業務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	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	A
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	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	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	A
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	栄養管理と食事指導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	B
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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	A
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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人仁友会 北彩都病院

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：北海道旭川市宮下通9-2-1

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	116	116	+0	51.3	14.5
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	116	116	+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	115	+0
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		
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

DPC対象病院(準備病院)

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	263.91	259.08	271.82	101.86	95.31
1日あたり外来初診患者数	17.54	17.11	18.83	102.51	90.87
新患率	6.64	6.60	6.93		
1日あたり入院患者数	59.54	64.79	75.56	91.90	85.75
1日あたり新入院患者数	4.08	4.37	4.89	93.36	89.37