

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 3 月 26 日～3 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 2	条件付認定（6 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. 紙が原本の診療記録については、過去の分についても 1 患者・1ID ごとに管理してください。（3.1.6）
- ・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 1981 年に病院を開設し、病床や機能拡大を重ねて現在に至っている。肝臓病センター、人工腎臓センター、内視鏡センター、糖尿病・生活習慣病センター、在宅医療福祉センター、緩和ケアセンターを設け、専門的な医療を提供している。新型コロナウイルス感染症流行期には、感染症病床を開設するなど、地域や医療ニーズに対応している。人間ドックや健康診断等の予防医療や、医師、看護師をはじめ多職種による在宅医療を提供している。

病院の理念である「医療の主人公は患者、生活者の皆様です。」を実現すべく事業展開を行い、地域を支え続けている。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内掲示、入院案内、病院案内、ホームページを通じて院内外に周知している。病院の意思決定会議である病院運営会議を月 2 回開催し、月次および累計収支実績報告や、各種協議事項の決定を行っている。慶友会グループ中期マスタープランのなかに病院中期計画を盛り込み、それに基づいて BSC にて年次事業計画を策定している。システム管理者を病院長とし、その傘下に診療情報管理委員会を配置し、情報やセキュリティの管理を行っている。規程やマニユ

アルは文書ごとに、表題、作成日、作成者、更新日を明確にしている。

内視鏡室においてホルマリンの希釈と分注を行っていたが、分注済みのホルマリン容器を使用することとした。引き続き職員の安全衛生に配慮した環境となるよう管理が望まれる。定期的な職員満足度調査や、クレーム・アイデア票にて職員の意見・要望を集める工夫をしている。QHC 委員会が院内の研修を取りまとめており、全職員対象に医療安全、医療関連感染制御、個人情報保護・情報セキュリティの年間研修を計画し実施している。各資格を取得した際の手当の基準を整備し、知識・技術を習得するよう資格取得を促している。実習生の受け入れを総務課が一元的に管理しており、担当部門・部署が医療安全、医療関連感染制御、個人情報保護教育を含めた事前オリエンテーションを行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務を明文化し、患者・家族や職員に対して周知している。説明と同意書、病状説明書を用いて説明と同意を行っているが、病院として説明と同意の書式と運用を再検討すると良い。外来に継続して受診する患者には検査データを渡し診療情報を共有している。ACP の相談手順を整備している。患者相談窓口を設置し、多職種が参加するカンファレンスで患者支援内容の評価や情報共有を行っている。個人情報保護の方針・規程等を定め、全職員を対象に勉強会を実施している。比較的多く発生する倫理的課題を集約し、病院としての方針や対応を定めるとなお良い。院内はバリアフリーとなっており、生活延長上に必要な設備やサービスも整備している。

院内は外来全域と病棟の一部で無料 Wi-Fi を設置するなど、患者・家族や面会者の利便性と快適性に適切に配慮している。病棟の廊下の大きな窓を設置し、旭川の四季を感じることができる癒しの療養環境になっている。敷地内全面禁煙を実施し、患者・家族に禁煙の方針を周知している。職員の喫煙率は減少傾向ではあるが、禁煙啓発の研修会の実施など、積極的な禁煙支援の取り組みを行うと良い。

4. 医療の質

QHC 委員会を立ち上げ、業務の質改善の活動をしている。実績も上がっているが、部門を超えた共有の場を整備するなど、部門横断的な取り組みを積極的に行うことを期待したい。臨床指標に関しては、QHC 委員会の下に Qi 管理部会を設置し体制を整備しているが、指標を活用して診療の質改善の取り組みを行うことを期待したい。患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査などで収集し、病院運営会議で組織的に改善策の検討・実施を行っている。回収された意見は、全て各部署長を通じて全職員にフィードバックしている。新たな診療・治療方法や技術の導入の仕組みを整備している。

医師、看護師、コメディカルなど様々な職種の責任体制が明確である。回診記録や説明と同意書類など、必要な記録を診療録に適時に記載している。質的点検においては、医師主導で点検を行い、全診療科を網羅している。患者・家族の倫理的課題等を把握して誠実に対応しており、多職種が協働して患者の診療・ケアを行って

いる。

5. 医療安全

安全に関わる担当者の配置や委員会活動により、安全確保に向けた体制を整えている。マニュアルは適宜見直しを実施している。医療安全管理室に報告されたインシデント・アクシデントは、基準に沿って分析を行い、全職員が閲覧できる体制を整備している。医療事故発生時の対応手順を整備し、有害事象発生時は臨時の医療事故調査委員会で調査・検証を行い、経過や客観的なデータをもとに原因究明や再発防止策を検討する仕組みがある。

患者確認、検査・治療部位確認、検体確認などの誤認防止に向け、基準を作成し適切に取り組んでいる。医師の処方、指示出し、指示受け、実施、確認は医師指示手順書に沿って、電子カルテシステムで安全・確実に行っている。薬剤課内の麻薬保管庫は鍵の管理者を明確にしてより厳重に管理することとしたため、継続的な運用を望みたい。入院時、全患者を対象にリスクアセスメントを実施し、リスクに応じた看護計画を立案している。緊急コール（コードブルー）を整備しているが、夜間の手順を見直すとなお良い。毎年 BLS 研修を実施し、ほぼ全職員が受講しており評価できる。

6. 医療関連感染制御

病院長の諮問機関である院内感染対策委員会と病院長直轄の院内感染対策室を組織し、医療関連感染制御に向けた体制を確立している。院内感染対策委員会を月に1回開催し、サーベイランスの結果報告や ICT 活動の報告、ルール of the 審議など、具体的な検討を行っている。標準予防策に対するマニュアルがあり、職員へ周知している。

職員の擦式アルコールの使用量を調査し、評価している。抗菌薬の採用・削除は医薬品導入決定規則に基づいて月1回開催の薬事審議委員会で検討し、抗菌薬適性使用指針、抗菌薬適性使用介入実施表・ワークシートを整備している。抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

総務課と IT ソリューション課が中心となり、地域へ必要な情報発信を行っている。各部署と連携して、患者や地域の医療介護施設向けに広報誌を発行している。また、SNS や行政の発刊する会報誌も活用して情報を発信している。ホームページに最新の医療サービスに関する情報や診療実績、臨床指標などを掲載し定期的に更新している。医療連携室は、地域の医療関連施設等を訪問して意見交換や情報共有を行い、医療介護連携の質向上に努めている。地域の医療機関が参照できる医療情報システムや、訪問看護ステーション等と連携しているシステムを導入するなど、連携強化に努めている。経営管理部が中心となり、地域に向けての教育・啓発活動を立案している。コロナ禍の影響で中止していた医学講演会を今後再開予定であり、中止前の講演会では予防医療・がん・緩和ケアをテーマに、地域の医療従事者

や住民などの多数の参加がある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

侵襲的な検査は、主治医が説明を行い、患者・家族の同意を得ている。入院後は速やかに医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士などの多職種が関与して入院診療計画書を作成している。主治医は病棟回診を毎日実施し、回診などで得た情報を遅滞なくカルテに記入している。看護師は看護業務指針に基づき病棟業務を適切に実践し、看護補助者の業務手順を明確にしている。投薬、注射の際は、患者名・薬剤名・用法・用量・時間の5原則を確実に確認している。入院時に各アセスメントを実施し、フローに基づいて対応している。褥瘡患者には皮膚・排泄ケア認定看護師によるコンサルト体制があり、褥瘡対策チームも介入している。管理栄養士、言語聴覚士が嚥下障害の有無や、その程度を評価し摂食機能訓練を行っている。退院後も継続した診療・ケアが必要な患者は、外来、在宅、転院先と情報共有を図っている。ターミナルステージにある患者には、終末期対応指針に基づき、患者の意向を踏まえ、多職種カンファレンスを実施して対応している。

<副機能：緩和ケア病院>

穏やかな療養生活を送ることのできる環境を整備している。医師、看護師を中心に療法士、管理栄養士、社会福祉士等の多職種が協働し、患者・家族を支えるチーム医療を円滑に進めている。緩和ケア病棟の入退棟基準や運用に関わる手順を整備し、病態に応じて柔軟に対応している。また、緩和ケア病棟独自の治療実施計画書は、多職種で個別性のある評価を行い、患者・家族の気持ちに寄り添った柔軟な内容であり、高く評価できる。医師・看護師を中心に多職種が連携して、患者・家族の意向を重視しながら病状の進行に合わせた症状緩和に努めている。イベント企画するなど、多職種で患者の生活機能の自立等の支援に努めている。退院後も患者・家族の希望に沿った支援ができる体制を整備している。臨死期・逝去時には、患者・家族の意向を尊重した最善の療養環境の整備に努めている。遺族ケアに関しては、お悔やみレターを送付するなど、遺族の心情に配慮した対応を実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査を行い、必要な場合には医師への疑義紹介も適切に行っている。臨床検査課は生理検査、検体検査、輸血管理業務を行い、夜間・休日もオンコール体制で対応している。輸血・血液管理機能は確実に効率的な運用を行っている。パニック値は主治医に連絡し、主治医が不在の場合にも確実に医師に報告することとした。また、その後の対応についても確認する仕組みとしたため、継続的な運用を望みたい。CTとMRIの読影率は100%であり、主治医とのダブルチェックが行われ、当日中に報告している。栄養管理機能は、嗜好調査を基に、栄養委員会で献立改善の協議を行うなど、患者の様々な要望を献立改善に反映させている。多職種によるカンファレンスを行い、リハビリテーションを進めている。全退院患者員の診療録の量的点検を実施している。紙面を原本とする診療記録等は1患者1IDで

管理することとしたが、限定的な対応であるため、過去の分についても1患者・1IDごとに管理することを望みたい。

臨床工学技士が医療機器を一元管理し、看護師への教育・研修にも取り組んでいる。自院のかかりつけ患者を中心に、受け入れ可能である場合は救急患者に対応している。

10. 組織・施設の管理

前年度実績を基準に事業計画を立案し、全部署とのヒアリングを基に予算案を作成し、病院運営会議と理事会で承認している。毎年、法人監事による内部監査を実施し、会計処理の妥当性や内部統制の状況を点検している。医事課による返戻・査定への対応や施設基準を順守する体制がある。委託業者の選定は病院運営会議で費用対効果を協議し、理事会で承認している。購買管理は総務課が担当している。新規採用品の選定は、必要性・効率性・経済性などをSPD委員会で協議し、価格を精査している。採用にあたっては1増1減の基準に則って承認している。発注者と検収者を分けるなど内部牽制する仕組みを構築している。

施設や設備は施設管理課が管理しており、年間保守計画のもと空調設備、消防用設備、受水槽、ボイラー、昇降機等の点検を行っている。院内の感染性廃棄物の最終保管場所の管理責任者、管理方法などを見直したため、引き続き適切な管理を望みたい。リスク評価を行い、洪水による水害を自院のリスクにあげているが、今後はBCPの策定や、それに伴う訓練の実施を行うとなお良い。

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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	C
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	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	
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	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	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	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	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 B

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

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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・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	S
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	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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 10 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	74.9	31.45
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	24	+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	56	+0
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	92	+0
緩和ケア病床	11	+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

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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	199.86	187.24	151.05	106.74	123.96
1日あたり外来初診患者数	15.89	10.67	7.03	148.92	151.78
新患率	7.95	5.70	4.65		
1日あたり入院患者数	196.96	179.11	191.95	109.97	93.31
1日あたり新入院患者数	3.76	3.73	3.46	100.80	107.80