

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 9 月 21 日～9 月 22 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

貴院は開設以降、理念に基づき、施設規模の拡大と医療内容の充実を図っており、京都市北西部の中核病院として「一般診療」と「透析医療」を 2 本柱として、院内各職種が相互に連携を取りながら、チーム医療で総合診療を行っている。急性期病棟、地域包括ケア病棟、障害者病棟の機能を有し、患者個々の療養状況に応じた切れ目のない医療を提供している。透析医療についてはワンフロアで展開する、京都でも有数の透析専門施設となっており、高齢者の増加に伴い、様々な合併症の患者が増えている現状から透析治療のみならず、全身性疾患の治療にも多職種の連携の下、最善の診療を提供できる体制となっている。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の更新受審では、職員間のコミュニケーションもよく、診療科および職種間の垣根が低い特徴が活かされ、病院職員が医療の質の向上に向けて一丸となって取り組んでいる状況が確認できた。今後も受審結果を十分に活用され、迫る地域医療構想のもと構築される新たな医療・介護の枠組みの中で、基本方針を実践し、地域に根差した病院、地域に必要とされる病院として、貴院のより一層の発展を期待する。

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、多様な方法で職員や院外への周知に努めている。また、理念・基本方針を定期的に見直し、2014 年には基本方針の改訂も行っている。病院幹部の選任過程や評価の仕組みは明確であり、意思決定機関である管理会議やその他の会議体、委員会の開催状況も適切である。病院幹部は課題の把握と問題解決に取り組むとともに、人事考課制度の導入や病院長からのメッセージの発信など、職員の就労意欲の向上に努めている。各診療科を含めて全部門を対象として

目標管理を継続的に行っていることは評価できる。医療情報の活用方針は明確であり、情報の有効活用やセキュリティ管理も適切に行っている。文書管理体制を明確化し、規程に基づいた文書管理を行っており、おおむね適切である。

必要人員の確保に向け積極的に取り組んでいる。人事・労務管理は規程に基づきおおむね適切に行われている。安全衛生委員会の開催状況や健康診断の受診状況は適切である。また、職場環境の整備や職員の精神的なサポート体制、ハラスメント対応も適切に取り組んでいる。職員の意見・要望の把握に努め、福利厚生 of 各種制度を適切に整備している。

医療安全と感染管理の研修に際しては、参加率の一層の向上が望まれる。また、患者の権利や接遇、ハラスメントなどの必要性の高い課題についても全職種を対象に計画的な実施が望まれる。すべての職種を対象に人事考課制度を導入し、能力評価を行っている。また、能力開発に向けての支援体制も適切に整備している。多くの職種で初期研修のプログラムを整備しており、きめ細かな育成に取り組んでいる。多くの学生実習を受け入れており、プログラムに基づいた指導体制を整備している。実習に際しての協定書や契約書については、記載内容の確認や書類の一元的な保管・管理を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・家族・職員へ周知し、権利の擁護に努めている。説明と同意マニュアルは整備され、多くの説明と同意書を運用しており、同席基準も作成しているが、反応記録を充実させ、診療・ケアに活用することが望まれる。患者に必要な情報は医療者側から提供し、診療・ケアに必要な情報を患者から受けるなど、診療情報の共有および医療への患者参加の推進は適切である。相談窓口には、社会福祉士、医療推進対話者研修を受けた事務員を配置し、マニュアルに沿って、社会福祉相談、退院相談、医療安全、在宅療養支援、また、苦情など様々な領域に対応しており、相談内容により、医療福祉相談室、院内各専門部署および地域の福祉施設などと連携している。個人情報保護方針を整備し、「個人情報保護便覧」として関連要綱をまとめており、パスワードの更新の徹底や業務目的以外での電子カルテ閲覧については、アクセスログを確認可能とするなどプライバシーに配慮している。主要な倫理的課題を病院として整理し医療従事者が困らないような方針を作成している。透析患者の ACP などについて取り組みも始めており、継続して取り組まれることを期待したい。臨床で発生する倫理的課題はチームカンファレンスで取り上げ解決に向け対策を立てている。

正面玄関前には、一般車両の乗降スペース、タクシーの利用スペースが確保されており、警備員による誘導を行っている。病院機能は公共道路を挟んで本館と西館・北館に分かれているが、行政と調整の上、地下通路で接続する工夫をしている。診療・ケアに必要なスペースを確保し病院内は明るく、廊下はいやしの風景写真を各所に掲示し、携帯電話の使用可能場所には椅子を配置する配慮をしているなど、療養環境は適切に整備されている。職員の喫煙状況を継続的に把握するなど、禁煙の推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

多職種による TQM 委員会を通じて業務の質の課題を抽出し、業務改善に取り組んでいる。また、院内で TQM 活動発表会を定期的に行い、他の医療機関で TQM 活動の講演を行うなど、積極的に活動している。病院として臨床指標を定め、診療の質改善活動に取り組んでいる。クリニカルパス委員会を定期的に行いバリエーション分析を行っており、診療の実際に適合するようにクリニカル・パスに細かい修正を加えている。患者・家族からの意見・要望を、意見箱により収集し、病院幹部に報告した上で回答を院内に掲示し、患者・家族にフィードバックしている。病院として医薬品の適応外使用についての倫理委員会による検討を行っているが、貴院において初めて行う手技などについて、安全性、倫理性などを考慮して教育体制も含めて体制の充実を期待したい。

病院内の管理責任者および病棟の診療・ケアの責任者が明確となっており、医師は回診で、看護科長は病棟ラウンドで診察・ケアの実施状況を把握している。また、管理栄養士は病棟担当制とし、退院支援者は患者担当制であり、責任を持って対応している。診療記録の質的点検が医師を含む多職種で定期的に行われているが、医師による診療記録記載の徹底と記載方法の標準化が望まれる。患者の診療・ケアは多くの専門チームを設置し、多職種で組織横断的な活動として取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全対策室は組織図上の位置づけが明確になっており、医療安全管理責任者は病棟看護科長が兼任し、組織横断的な活動を実施している。収集されたアクシデント・インシデントデータは事故防止対策に役立てられている。また、死亡症例は全件チェックする体制が構築されている。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに沿って行われる仕組みになっている。重大な医療事故が発生した場合の原因究明や再発防止等に向けて検討する仕組みは適切である。

患者誤認防止対策は方針を決め取り組んでいるが、院内の周知・徹底が望まれる。医師からの指示出し、多職種による指示受け、検査データの伝達など、情報伝達エラー防止対策を実践しているが、口頭指示において、より確実な伝達に向け検討が望まれる。注射用カリウム製剤、抗がん剤などのハイリスク薬の使用に際し、安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落防止対策としてアクシデント事例から対策を講じている。看護師および臨床工学技士が協働して医療機器を安全に使用している。院内において ICLS コースを開講し人材育成に取り組んでいる。しかし、BLS 訓練については実施責任者を決め、参加者を把握するなど一元的な管理が望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策室の設置と多職種の配置、感染予防委員会の開催、感染予防対策指針と院内感染予防対策マニュアルの整備など、医療関連感染制御に向けた体制を整備しているが、感染防止対策室に関する規程の明文化を期待したい。医療関連感染

制御に向け、細菌培養結果、抗菌薬使用状況の把握、手術部位感染、中心ライン関連血流感染などの情報収集と検討を行っているが、尿路カテーテル関連感染のサーベイランスの実施が望まれる。

手指衛生については、手指消毒薬が個人配布されており、使用量は部署ごとにモニタリングされ現場にフィードバックされている。抗菌薬の適正使用に向け、院内ガイドラインの整備、感染防止対策室による使用状況の把握、周術期予防的抗菌薬の標準化、治療難渋症例に対する感染症専門医との検討などを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は、広報委員会により組織的に行っている。広報誌「西陣病院だより」は隔月で発行し、患者や地域の医療機関などに配布している。ホームページには病院情報、受診の流れ、診療科の紹介などをわかりやすく掲載し、病院指標、病院で取り決めた臨床指標を公開し、年報も発刊している。地域医療機関との連携は、地域医療連携室を設置し、紹介患者の受け入れ、地域の医療ニーズの把握や関連施設との連携強化に努めており、顔の見える連携として病院長と担当者が訪問し情報交換を行っている。画像診断、生理機能検査、内視鏡検査などの検査を受託しており、慢性腎不全地域連携パスの運用も行っているが、逆紹介率および返書管理において、データ集積および分析が望まれる。患者や地域住民を対象とした健康教室として腎臓病教室、透析教室、糖尿病教室を開催している。また、世界糖尿病デーに合わせたイベントの開催や地域のいきいきサロンに看護師を派遣し、健康測定や病状相談なども実施している。地域の医療関連施設等に対しては、認定看護師による出張研修会の実施や西陣糖尿病オープンカンファレンスを毎月開催するなど、専門的な医療知識や技術の研修も行っている。また、毎年開催している西陣クリニカルカンファレンスに、多くの関連施設が参加するなど、地域に向けた教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

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等で案内され、1階ホールでは医事課職員およびボランティアによる受診サポートを行い、看護師による受診相談も可能としている。患者に関する情報を収集し、病態に応じた外来診療を安全に行っている。特に、透析療法では、多職種が協働し、安全かつ質の高い透析療法の実施に努めている。診断的検査は医学的判断により必要性和リスクを説明し、同意書を得て確実・安全に実施している。医学的に入院の必要性を判断し、患者に十分な説明と同意を行った上で、入院の決定を適切に行っている。医学的診断・評価に基づき診療計画を作成している。医療相談窓口を設置し、医療福祉相談室と連携している。入院案内は患者・家族に分かりやすく、外来・入退院支援室により入院前支援を行い、入院後も適切なオリエンテーションを実施している。

医師は、疾病や患者の状態に応じて必要な回診や面談を行い、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師は看護基準・手順に沿って日常生活援助や診療の補助業務を実施している。患者の特性に応じて投薬・注射を確実に実施している。輸血療法は厚生労働省の指針に則り実施している。主治医と麻酔科医、看護スタッフ等との連携により適切な手術を実施しており、重症患者を評価して重症度に応じた病床を準備している。全入院患者に対して入院時に褥瘡発生評価を行い、リスクのある患者には看護計画を立案し予防に努めている。褥瘡がある患者には褥瘡チームによる巡回を実施し評価を行っている。摂食・嚥下は高齢者にも言語聴覚士と管理栄養士が関わり、必要時は近隣歯科医師と提携しており、NST 活動も活発に行っている。症状緩和は看護基準に記載しており、緩和ケアは多職種による振り返りを行っている。患者の状態に応じた、必要なリハビリテーションを確実に・安全に実施している。身体拘束を実施する場合は、手順に則り説明と同意を取得し、観察・解除を行っている。外来・入退院支援室を設置し、患者担当制で、退院支援が困難な患者には早期から介入し多職種で支援・調整を行っている。医療依存度の高い患者の在宅療養は、外来において継続的に対応しており、施設入居・転院などは、情報提供により継続性が保てるよう努めている。終末期の対応は患者・家族の意向を確認し必要な支援が行われているが、ターミナルステージの判断は、多職種が関わり院内の判断基準に従って実施することが望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部の薬剤管理、病院全体の薬剤の使用・管理への薬剤師の関与など、薬剤管理機能を適切に発揮している。特に入院患者に使用する注射薬の処方鑑査、取り揃えが強化されている。臨床検査機能は、必要とされている検査項目に対応し、パニック値を医師に報告する体制も整っている。画像診断機能では、病院の機能・規模に対応したCT、MRI等の画像診断を適切に実施している。栄養管理機能は、選択メニューの実施、行事食、特別メニューの提供など患者に応じた個別対応をしている。リハビリテーション機能は、病院の役割・機能に対応し、脳血管、運動器、がん、透析、糖尿病、高齢患者等を対象に適切に実施しており、特に、廃用症候群の予防に力を入れている。診療情報管理機能は、診療情報が電子カルテにより一元化されており、診断名や手術名のコード化、量的点検も適切に行われている。医療機器の日常点検および定期点検は適切に実施され管理している。洗浄・滅菌機能として、中央化で扱われている機器・器材は手術室で使用されるものに限定しており、洗浄、消毒、滅菌工程はワンウェイ化されている。

病理診断機能は、外注検査で対応しているが、迅速・正確な病理報告がされる体制を保持している。輸血委員会の管理・監視のもと、安全な輸血療法を実施している。手術・麻酔機能は麻酔科医の管理の下、適切に行われている。救急医療機能は、新型コロナウイルス感染症が5類に変更となつてからは救急応需率も上昇し、地域医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、病院長や管理会議メンバーによる各診療科・各部署のヒアリングを基に作成している。財務諸表の作成、会計処理・監査も実施しており、管理会議に毎月の収支状況が報告・分析されるなど組織的な経営改善に取り組んでいる。受付、収納業務、診療報酬請求などの医事業務は手順に沿って実施しており、未収金対応も適切に行われている。委託業務の遂行状況は、日報や定期のミーティングなどで把握しており、随時業務内容の見直しや改善に努めている。

施設・設備の管理体制は明確であり、整備状況も適切である。医療ガスの点検・整備体制や感染性廃棄物の保管・管理状況等も適切である。総務室・SPD 室が物流・購買の担当部署となり、診療材料および薬品の管理は自営による SPD 方式としている。診療材料に貼り付けるバーコードラベルは一般医療材料と特定保険医療材料とで色分けし、請求漏れ対策として工夫をしている。

災害時対応のマニュアル類を整備し、訓練等も定期的の実施している。事業継続計画を策定し、発電設備や貯水能力の増強等にも計画的に取り組んでいる。24 時間体制で警備員を配置し、病院内の安全確保に努めている。巡回時の気付き事項や特記事項についても迅速に対応するなど、保安業務は全般的に適切に行われている。

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	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	B
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	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	A
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	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	B
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	B
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	B

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	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	A
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	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	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	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
-------	---------------	---

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 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： 社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）
 I-1-4 所在地： 京都府京都市上京区五辻通六軒町西入溝前町1035

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	300	290	+0	75.8	85.9
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	300	290	+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	133	+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	51	+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	68	+0
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： 0 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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

2022年度推移	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	432.73	420.24	409.72	102.97	102.57	
1日あたり外来初診患者数	39.60	38.11	32.66	103.91	116.69	
新患率	9.15	9.07	7.97			
1日あたり入院患者数	215.30	223.05	232.69	96.53	95.86	
1日あたり新入院患者数	12.36	11.97	11.28	103.26	106.12	