

# 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 12 月 19 日～12 月 20 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 1945 年に開設され、1995 年に現在の「市立輪島病院」として改称された。高齢化が著しく進展する能登半島北部地域において、災害拠点病院としての役割や救急医療、へき地医療等の地域に必要な医療のニーズに応えている。2019 年 2 月には「市立輪島病院改革プラン」を策定し、地域に必要な医療提供体制を確保・堅持するとともに、地域の病院として持続可能な病院経営の実現に向けて改革に取り組んでいる。また、行政機関、医療機関、介護施設と連携し地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守ることを掲げ、この理念を実践するために病院幹部として積極的な姿勢がうかがえた。今回、病院機能評価受審では管理部を中心として職員が一丸となり、理念・基本方針に基づき、継続的な質向上に向けた取り組みを続けていることが各部署で確認された。今後、各項目の評価内容や評価所見を参考に、外来・入院における医療の提供とともに、地域住民のニーズに応えるために、さらなる貢献・活躍を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は適正な内容で確立し周知されているが、点検や見直しについては変更の必要性についても含めて適宜、検討することを望みたい。病院管理者・幹部は、各自の責任分野の課題を把握し解決に向けた取り組みなど、リーダーシップが適切に発揮されている。職員の労働意欲を高める組織運営では、資格取得の奨励や積極的な教育・研修への参加などを仕組みとして構築しており、効率的な業務の運営に繋がっている。病院として将来像を掲げ中期的な方向性を職員に周知している。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達と確認など、組織運営は適切である。

必要な人材の確保では、基本方針を推進するためにも医師体制の充実と薬剤師、他職種について、確保が困難な地域ではあるが病院の規模や機能に見合った人材確保に期待したい。職員の意見や要望については、定期的に職員満足度調査が行われ、他にも必要に応じ幹部が意見や要望を聴取する仕組みがあり、管理者の積極的な職場との関係づくりがすすめられている。特に、院内保育の体制と受け入れが充実しており、他の福利厚生も含め魅力的な職場作りが実践されている。職員の安全衛生の管理では、職員が安心して働けるよう配慮されている。教育・研修の実施では、各委員会により医療安全、感染管理、個人情報保護などの教育・研修が実施されているが、病院全組織として必要な職員教育や研修などを年間計画として示し、把握するなどの仕組みを整備されたい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知に努め、セカンドオピニオンや診療録開示が明文化され、患者の権利について適切に遵守されている。説明と同意に関しては、説明と同意の範囲、同席者の基準と看護師の記録などシステムとして整備されたい。患者への情報提供や医療への参加促進では、外来および病棟で情報提供に関して、様々な媒体を駆使しながら患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として地域医療連携室を設置し、地域連携機能と患者相談など多様な相談に対応している。患者サポートの体制も確立しており、医療安全管理や患者相談機能など振り分けを行い、患者・利用者の視点で各種相談の対応を行っている。個人情報保護に関しては、体制や問い合わせ対応手順、パスワード管理についても重要な情報の漏洩を防ぐためのシステムが構築されているが、個人情報の持ち出し基準は整備をされることを期待したい。倫理委員会の規程が定められ、病院として主要な倫理的な課題は倫理委員会で取り上げられ検討される仕組みとなっている。臨床の場における倫理的な課題を認識し、継続的な検討と記録を残すよう期待される。

交通アクセス整備、駐車場設置、生活延長上のサービス提供等、患者・面会者の利便性・快適性には適切な配慮が見られる。手摺りの設置、車椅子への配慮がされ、院内はバリアフリー対応であり、特に療養環境の整備では外来患者へのアンケートにより適切に対応している。病院内での照明の工夫や快適性や癒しの対応がされ、療養生活に必要な情報提供も含め適切である。

### 4. 医療の質

外来や各病棟に意見箱を設置し、患者・家族の意見や要望を収集して必要に応じて主管者会議で話し合いが行われている。診療の質に関しては、院内研究発表会や多職種カンファレンスが開催されており、チーム医療が推進され、診療は学会等の診療ガイドラインに沿って行われている。

外来・病棟における管理・責任体制はおおむね明確にされており、病室のベッドネームには主治医や担当看護師の名前が記入され、主治医不在時は朝礼で周知されている。診療記録は、患者の病状に応じて多職種により必要な記録が経時的に記載され、情報共有がされている。多職種協働による治療・ケアについては、感染対策

チームや褥瘡チーム・NST・認知症対応力向上委員会など、多職種協働の専門チームにより患者の診療・ケアの向上に努められており、適切な活動が行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理対策委員会の設置と担当者の配置のもと権限委譲が行われ、日常的なラウンドやカンファレンスにおいて問題点の分析などが行われ、適切に対応されている。医療安全の研修内容や参加率を上げるための工夫も行われている。院内のアクシデント・インシデント報告の分析・検討、再発防止策の作成や安全対策なども適切に行われている。

誤認防止対策では、患者確認や検査・治療部位、検体の確認が適切に実施されている。医師の指示出しや薬剤師、看護師による指示受けなども、確実かつ安全に行われており実施記録も含め適切である。薬剤管理では、救急カートや各部署で定数配置されているハイリスク薬や劇薬は、表示や使用方法の注意喚起などを整備することが期待される。転倒・転落防止対策では、転倒・転落のリスク評価に基づき看護計画が立案され、転倒・転落事故発生時のマニュアル等が明文化されている。また、転倒・転落対策の実施計画について、患者・家族への説明と、評価・見直しについても適切に行われている。医療機器は、看護師による使用前・使用中・使用後の日常点検が行われ、業者による定期点検も実施されている。院内緊急コードが設定されており緊急時の対応・マニュアルが整備されているが、各部署への周知徹底とともに、召集訓練のマニュアル整備と訓練などを実施されたい。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が毎月開催され、多職種で構成された ICT も定期的にラウンドしている。感染対策マニュアルが作成され、必要に応じ追補・改訂しているなど記録も含め適切である。

院内感染対策マニュアルに沿って標準予防策・感染防止対策が遵守され、各病室の入口や処置台等での速乾性手指消毒剤を設置し、適切に手指衛生対策が行われている。また、ICT によるラウンドは毎週行われ、問題点などを現場にフィードバックし、改善が図られており感染対策委員会には改善状況が適切に報告されている。排泄介助等の処置時には、処置台や病室入口に設置されている手袋やエプロン、ゴーグルが使用され、感染性廃棄物やリネン等の処置が適切に行われている。抗菌薬適正使用指針が定められ、病院全体での抗菌薬の使用状況を把握し、注射抗菌薬の扱いなどは適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスや活動内容、外来や入院の受診手順等についてホームページで発信している。年報がホームページ上に掲載され診療実績の紹介も適切に行われている。患者・利用者向けの広報誌が定期発行され、地域医療機関・施設などへ紹介するための手段として適切に活用している。ホームページなどとともに、必要な情報を掲載した各種パンフレットを充実されると良い。地域の病院とし

での活動を患者・利用者に広げるために、診療の情報の紹介や、診療圏内の医療機関や施設へ情報提供を行い、地域の保健・医療・福祉関係機関と定期的な連携会議などに主体的に参加し、紹介・逆紹介などにも地域医療連携室が適切に機能し連携が図られている。

患者・家族を対象とした健康教室や出前講座などが頻繁に開催され、地域住民の健康増進活動なども積極的に行われている。また、地域の医療従事者向けに講演会を実施するなど、教育・啓蒙活動が適切に行われている。自院および地域で開催されるイベントへの参加や、病院組織として、施設間の紹介・逆紹介の対応や連携室のシステムも含め適切に運営している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師、看護師、薬剤師、各療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、事務職員等の多職種が協力して、チーム医療による適切な診療・ケアを実践している。各部署に適切な体制と配置がされ、手順等を遵守して診療・ケアの実践に努めている。初診・再診・入院などの流れはホームページで案内し、受付での案内担当者の配置のもと、診察を円滑に受ける仕組みが機能している。外来診療では、待合室、診察室ともに十分なスペースがあり、円滑に審査を受けられる流れになっている。

地域の医療機関等とは、地域医療連携室が窓口となり紹介元から必要な情報収集が行われている。消化器内視鏡検査などの侵襲的な検査は、検査中の観察と記録が確実に実施されている。入院の決定は迅速に行われ、入院の必要性について説明を行い、患者・家族の希望も配慮している。入院診療計画書は、薬剤師や療法士もより関与されると良い。相談窓口は各部署に設置され、患者・家族がわかりやすいように掲示がされており、それぞれ必要に応じ専門のスタッフによる様々な相談に対応できるよう努めている。入院が決定されると、入院説明やオリエンテーションなどが適切に行われている。

主治医は毎日回診し、必要に応じて患者・家族との面談も実施している。入院時に転倒・転落や栄養状態などに関するアセスメントが行われ、看護問題なども抽出され看護計画が立案されている。病棟管理者が定期的に巡回を行い、安全面や療法環境などの把握に努めており、看護師による適切な病棟業務が実施されている。薬剤師は必要に応じて病棟での服薬指導を行っている。輸血・血液の安全・確実な実施では、輸血時のチェック機能や輸血後の感染症検査の実施率向上に向けたシステムが整備されている。麻酔に関する患者・家族への説明書と同意書は作成され、説明も含めおおむね適切である。疼痛緩和に関しては症状緩和マニュアルの整備が期待される。がん患者リハビリテーションや術後早期のリハビリテーションが行われており、患者・家族の希望を取り入れ、リスク評価と説明も確実に行っている。安全確保のための身体抑制では、身体抑制に関する医師の指示と説明を確実に行い、より頻度の高い観察と評価を実施することが期待される。入院患者全てに退院支援に関するスクリーニングが行われ、必要に応じ退院支援計画書が作成されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能について、病院の規模や地域の需要に合った体制が整備されている。部門ごとで責任体制、管理体制なども整備され、機能も含め適切に発揮されている。

薬剤管理機能ではより充実した薬剤師の体制整備に期待したい。臨床検査機能は異常値・パニック値の対応も適切に行っている。患者確認を確実にし、CT 検査や MRI 検査などが実施されている。栄養管理機能では栄養相談に関して、治療の一貫として医師との連携のもとでさらなる充実に期待したい。リハビリテーションは、ベッドサイドのリハビリテーションにも応じており、リハビリテーション機能は適切に発揮されている。医療機器の日常点検は、医療機器の学習を受けた看護師によって実施され、定期点検は各業者に依頼し実施されている。洗浄・滅菌機能では、病院の規模に応じた医療器材の洗浄が行われ、滅菌の質、精度の保証に関して適切である。

輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会が開催され、輸血件数や廃棄率などが把握されている。全身麻酔は、非常勤の麻酔科医によって行われている。術中の患者管理が確実に行われている。地元で唯一の救急告示病院として、救急患者を受け入れる方針があり、かかりつけ患者やそれ以外の初診患者の急変にも対応しており、救急医療機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理体制が整備され、予算と実績の比較・分析など経営方針に基づいた予算書が作成されている。会計監査においても監査委員による定期監査が実施されている。主管者会議で経営報告と分析・評価がなされ、病院連絡会議で各部門に報告している。予算づくりの仕組みがあり、職員への周知や経営面での目標設定など適切に行われている。会計窓口の収納業務、未収金管理等、医事業務は適切であり、医師の関与のもとでレセプト点検、査定・返戻対応が行われている。業務委託選定方法については市財務規則に基づき行われ、業務の質や効率性、費用対効果を検討した上で決定され、監査のシステムも確立しており適切である。委託職員についても病院主催の医療安全や感染の研修会の参加、独自の研修実施など適切に行われており、事故発生時の対応も含め適切に管理されている。

主要な施設・設備の日常点検や年次保守計画に基づく保守管理と緊急時の体制は整備され、院内の清掃および感染性廃棄物の扱いや管理、感染性廃棄物の最終処理場の確認などは適切に行われている。敷地内禁煙であり、ポスターや禁煙外来はあるが、職員の喫煙率の把握と禁煙に向けた取り組みを強化されたい。

大規模災害時のマニュアルの整備と緊急連絡網が整備され、訓練も実施されている。災害時の備蓄に関しては、災害用物品や自家発電能力の確保はされているが、食料品・飲料水・医薬品の備蓄などを充実されるよう見直されたい。保安業務や緊急時の連絡などは適切である。保安業務は日中と夜間・休日の保安管理は警備職員が対応している。入院患者への面会については、受付と病棟ともにチェック機能があるが、入院患者の安全確保に向けてより充実されたい。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は医師をはじめ、薬剤師、看護師、助産師、療法士、栄養士の各部門で年間 30 人前後の実習を受け入れ、継続して行われている。実習はカリキュラムに沿った内容で実施され、実習内容の評価も行われている。実習前に守秘義務や、医療安全、感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する確認も行われている。中学生や高校生の職業体験なども積極的に行われている。

# 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・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	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	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	A

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	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	A
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	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	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	B
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	B

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	B
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	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	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	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	B
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	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	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

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 7 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：市立輪島病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：石川県輪島市山岸町は1-1

## 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	147	147	+0	91.8	21
療養病床	48	48	+0	67.2	168.6
医療保険適用	48	48	+0	67.2	168.6
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	199	199	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	25	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	51	+51
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

災害拠点病院(地域)、へき地拠点病院、DPC対象病院(Ⅲ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

[illegible]

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
		2018	2017	2016	2018	2017
	1日あたり外来患者数	505.75	518.00	521.96	97.64	99.24
	1日あたり外来初診患者数	47.20	48.88	51.88	96.56	94.22
	新患率	9.33	9.44	9.94		
	1日あたり入院患者数	167.18	160.27	160.70	104.31	99.73
	1日あたり新入院患者数	6.29	6.64	6.22	94.73	106.75