

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3月11日～3月12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

貴院は開設以来、最新の医療の導入や新築移転を行って診療機能を拡大しながら、長きにわたり地域医療に貢献されてきた。北信越初となるガンマナイフの導入のほか、2004年には日本初となるリニアック「ノバリス」による高精度放射線治療を開始した。現在、2,000床規模の病院群を有する浅ノ川病院グループにおいて、地域の中核的病院として発展され、基幹病院として多くの診療センターを備えてその役割を担っている。また、24時間365日対応の救急医療に加え、石川県地域がん診療連携推進病院として、がん治療や地域連携に取り組み、これらを3つの柱として実践されている。2024年の能登半島地震では、自院対応のみならず地域への応援派遣などにも尽力されている。理念・スローガンに掲げる、救急から在宅まで、地域の医療を守り支え、『地域から選ばれる温もりのある病院』を目指して真摯に取り組まれている。

今回は4回目の更新受審であるが、病院長のリーダーシップのもとで継続的な医療の質改善に努められていた。受審を機に貴院が自らを再評価し、さらなる高みを目指して発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を定め、内外に周知し、わかりやすい表現で明文化している。病院長によるリーダーシップは病院経営会議などにおいて病院運営の課題解決に向けガバナンスを発揮している。病院の中長期経営計画や年度事業計画が策定され、経営方針を定め、BSCに沿ったより具体的な数値目標を設定し客観的評価がなされている。情報システム運用管理規程を定め、電子カルテシステムや部門システムなど

を統合的に管理・運用しているが、電子カルテの代行入力の手順のさらなる構築が望まれる。文書管理規程が作成され、最新版の文書は院内 LAN にて利用・閲覧が可能である。文書の改訂履歴や監査方法などの明確化が望まれる。

業務量に見合う適正人員や病院機能、質向上へ考慮した人材確保に努めているが、一部の職種でさらなる充実が望まれる。衛生委員会は毎月開催され、産業医、衛生管理者による職場巡視が行われている。剖検室を含め病理検査室などの作業環境測定を実施している。院内保育所の設置、育児・介護休業制度や育児短時間制度の導入、退職後の職場復帰支援など就業支援や職員の福利厚生が充実している。

職員の教育・研修は、各部門や委員会が研修計画を立案しているが、教育研修委員会の積極的な参画による活動状況の評価が行われることが望まれる。職員の能力評価・能力開発は、人事考課に加え目標管理制度の導入など新しい試みに挑戦している。専門的な初期研修の実施および学生実習など積極的な取り組みも行われている。多職種の学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行い、各部門で評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は病院内に掲示するほか、ホームページにも掲載し、個人情報やプライバシー保護にも留意し対応している。説明と同意に関する方針・手順は明文化している。同席者のルールは診療基本方針に記載されている。同意書を取得する検査・処置等の範囲や同席が必要な基準を定め、統一したガイドラインの作成・周知が望まれる。がんサロンを開設し、がんに対する知識・理解を深める環境を整備するとともに、がんサロンイベントの開催も行っている。総合相談窓口には社会福祉士、医療メディエーターおよび看護師を配置し、他部署と連携し様々な相談に対応している。個人情報保護規程を整備し、責任者を中心とした委員会活動により個人情報の保護に取り組んでいる。倫理的な課題が現場で解決できない場合は臨床倫理委員会に申請し、検討する手順が明文化されている。臨床現場で課題となった倫理的問題については多職種で検討されているが、より組織的に検討する体制が望まれる。

院内にコンビニエンスストアがあり、高齢者および障害者に配慮した備品を常備している。院内はバリアフリー化され、清掃も行き届いており、患者の安全に配慮した療養環境となっている。患者のプライバシー確保もなされている。病院敷地内全面禁煙は、院内掲示、入院案内およびホームページに掲載し、周知と対策を徹底している。

4. 医療の質

病院機能向上推進委員会や患者満足向上委員会で問題点を抽出し、取り組みを行っている。さらに、病院機能評価を継続的に受審し、業務の質改善に繋げている。各診療科カンファレンスや外部医師を含めたオープンカンファレンスを開催し、クリニカル・パスも積極的に活用している。臨床指標は DPC データのほか、病院独自の項目をホームページに掲載している。患者・家族の意見の把握は、意見箱を設置

し、患者満足向上委員会で検討している。また、満足度調査を全退院患者と外来患者に行い、待ち時間調査も実施している。臨床倫理委員会では新たな診療・治療方法の導入や、薬剤の適応外使用を検討している。臨床研究は臨床倫理委員会で審議し、ホームページ上に審査の表題を公開している。

玄関ホールには病院の責任者や診療を担当する医師、各病棟入り口には責任医師、看護師長、担当管理栄養士や薬剤師、社会福祉士の氏名を掲示している。主治医不在体制も整備されている。診療記録は作成要領に則り、電子カルテにわかりやすく記載し、情報共有している。医師の指示は電子カルテ上にマークが表示され、速やかな実施に努めている。多職種で構成された多数の専門チームが組織され、活動している。認定看護師による相談体制も整備され、効果的に活用されている。

5. 医療安全

医療安全対策委員会、医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会などを設置して、事例検討や情報共有など定期的に検討している。インシデント・アクシデントレポートは、電子カルテと連動する報告システムを整備している。重大事故発生時は、医療事故対策会議および医療事故調査委員会が開催される。有害事象については医療安全管理部にて要因分析と再発防止策を検討している。

患者誤認防止対策は、医療安全管理マニュアルに沿って実施しており、注射や点滴時にはバーコード認証システムが整備され、3点認証を実施している。院内共通の口頭指示用紙を用いている。画像診断での読影と既読チェックを行っている。向精神薬・麻薬は施錠にて管理をしている。患者入院時に全例、院内で規定した転倒・転落アセスメントシートに沿って、アセスメントを実施している。医療機器使用に関する職員教育・研修は臨床工学技士が実施し、研修内容、参加者は実績として記録し保管している。院内緊急コールなどを設定し、基準に沿って実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室があり、感染対策管理者の室長（専従 ICN）以下2名の ICN が所属している。感染対策マニュアルが整備され、毎年更新している。院内感染対策委員会をはじめ、下部組織の ICT 部会や AST 部会は定期的に会議を開催し、感染ラウンドや院内の感染状況や抗菌薬使用、各種指標の評価・検討を行っている。研修会は病院職員全体を対象に感染対策・抗菌薬の適正使用に関するものを開催し、おおむね 100%の職員が参加している。

院内感染状況の把握とデータ分析・検討を行っている。感染対策マニュアルが整備され、マニュアルに基づいて実践している。防護具、手指消毒剤、手洗い場の環境は、標準予防策による整備がされ、ICT ラウンドでは環境や廃棄物管理についての指導等を実施している。感染対策室にて院内抗菌薬の使用をモニタリングし、適正使用に向けた助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は、専門医による最新の診療情報をはじめ、数々の病院の取り組みや連携登録医の紹介など多岐にわたる内容が掲載されている。年4回発行し、院内に設置するほか、地域の医療機関などに発送している。診療実績、臨床指標および病院指標の情報は、ホームページに掲載している。地域医療連携室が窓口となり、多くの紹介患者を受け入れている。また、地域連携交流会とオープンカンファレンスを実施している。地域の医療機関と協定を結び連携体制を構築している。営業担当の専任職員が、地域の医療機関を訪問することで顔の見える関係づくりに努めている。なお、紹介元への返書については診療経過に応じた速やかな返書管理の検討が望まれる。がんサロンを開催し、多様なプログラムを企画するなど、参加者が楽しめる工夫をしている。てんかんの市民公開講座を開催しており、てんかん教育の推進のため、特別支援学校などの巡回指導を実施している。さらに、「病院祭」を開催して講演やコンサートのイベントを実施し、500名を超える来場者があった。救急症例検討会では、救急隊員の要望を取り入れている。各診療科医師等による出前講演も実施し、医療に関する多方面にわたる啓発活動は、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院受付から外来診察までの流れ、診察後の会計までを丁寧に案内している。看護師・研修医により初診患者の情報収集が行われ、カルテ入力など情報共有がされている。診断的検査の必要性を医師が判断し、侵襲的な検査時は患者・家族に説明し、同意を得て実施している。医師による入院判断が行われ、その際の上級医・他科医師との相談もスムーズに行っている。入院診療計画書は入院早期に作成され、それに基づき説明と同意を行っている。総合相談窓口を設置し、相談内容により担当職種を振り分け、適切に対応している。患者が円滑に入院できるよう、予約入院患者の情報は入院支援センターにて集約している。医師は他職種と連携しながら病棟業務を行っている。看護師は患者入院時に必要なアセスメントを行っている。

全病棟に薬剤師を配置し、持参薬の鑑別・服薬指導を行っている。輸血の適応と血液製剤の選択は医師が行い、輸血中の観察記録も残している。手術適応と術式は各科で検討し、多職種で周術期の合併症を予防している。患者の重症度により病室を選択し、観察項目や頻度を設定している。褥瘡対策マニュアルを整備して、多職種チームが介入する。管理栄養士は適切に栄養スクリーニングを実施している。緩和医療マニュアルを整備し、疼痛・苦痛症状の緩和に取り組んでいる。リハビリテーション専従医が個別性に配慮したリハビリテーションの処方箋を発行している。身体拘束開始から解除まで、マニュアルに則った対応が行われている。

入院時に退院困難要因を有する患者を抽出し、患者・家族の退院後の生活についての意向を確認している。関連施設への情報提供も適切に行われている。継続したケアが提供できるように入院中から院内外が多職種で情報共有している。終末期ケアに関する看護手順や在宅終末期ケア等を整備している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師による1施用ごとの取り揃えと払い出しを行っている。病院機能・規模に応じた臨床検査技師が在籍し、安全で精度の高い検査に努めている。緊急検査依頼に迅速に対応し、画像診断医による読影は休日も対応している。栄養管理は、委託会社と協力し適時・適温および安全な食事提供に取り組んでいる。疾患ごとのリハビリテーションの評価・実施のマニュアルを整備し、遅滞なくリハビリテーションを実施している。診療情報はスキャンデータにタイムスタンプを導入し、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインを遵守している。医療機器は、臨床工学部で、医療機器管理システムによる一元管理を行っている。中央材料室は、手術室看護師長が管理する。滅菌実施は各種インディケータによる判定を行い、滅菌精度を確認している。EOG滅菌機の生物的インディケータは週1回であるため、さらなる対策が望まれる。

病理診断機能は、病理検体が交差しないように処理方法を工夫し、病理診断結果は依頼医へ確実に報告している。ガンマナイフやリニアックを導入し、定位放射線外科センターにて運用している。輸血用血液製剤の発注、保管、供給、返却、廃棄業務を行い、使用状況を検証している。手術時の患者や部位誤認防止対策のために手術安全チェックリストを使用している。救急の専従医師は不在だが、各科およびコ・メディカルが協力し、断らない救急体制を構築している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、理事長と病院長の方針に基づき作成し、各部門から意見および要望も集約し予算に反映している。毎月の実績について、病院経営会議で分析と改善方法の検討を行っている。受付、会計、保険請求および施設基準の管理の医事業務は、業務改善により作業効率を高める取り組みを実践している。未収金の対応は、医療費回収サービスを活用している。委託先の選定は、スコアシートを用いて客観的な判断を行っている。委託業者の管理は、各担当部署で実施している。

施設・設備は24時間365日を通して管理されており、日常の管理・運用や保守点検、年間業務スケジュールに基づいた法定・定期点検が確実に実施されている。購買と在庫管理は、管財課が担当し適正に管理できている。近隣の地域医療機関と共同購入を主導的に行って、スケールメリットによる費用削減に努めるなどの取り組みがある。

近年発生 of 災害対策などを盛り込み、改訂版の災害対策マニュアルとともに、整備された機能存続計画（BCP）の見直しも行い、訓練を実施している。防災センターによる24時間の保安体制が整備され、院内巡視や施錠管理等の実施状況を管理日誌により報告している。院内各所に防犯カメラが設置され、外部からの入館者についても警備員室にて記帳、面会者カードの発行など安全確保に努めている。

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	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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	B
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	B
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	S
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	B
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	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	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	B

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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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： 医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 石川県金沢市小坂町中83

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	339	328	+0	79.5	16.1
療養病床	160	160	+0	95.7	132.6
医療保険適用	160	160	+0	95.7	132.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	499	488	+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	86	-1
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	50	+0
地域包括ケア病床	87	+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	36	+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 (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： 4人 2年目： 3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

