

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6月12日～6月13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1928年に名古屋通信診療所支所として診療を開始した。その後、民営化によりNTT西日本金沢病院と名称変更を行った。2014年には社会医療法人財団董仙会に事業継承し、社会医療法人財団董仙会恵寿金沢病院として新たな一步を踏み出した。近隣に高度な医療を提供する総合病院が位置する中で、地域に愛され、地域で輝く「地域の身近な病院」として、近隣住民が気軽に受診できる、地域密着型の医療機関であることを目指している。小規模ながら血液がんなど血液内科領域では高度治療まで行い、地域の大病院と機能分担しつつ専門医療を提供する役割もっている。また、法人として、なりたい自分を創るために「キャリアデザインプロジェクト」を構築して職員のキャリアアップを支援していることは評価できる。

今回の訪問審査では、院長のリーダーシップのもとで、幹部職員をはじめ全職員が共通のビジョンを共有し、医療の質の向上に向けて真摯に取り組んでいることを確認することができた。改善の余地もいくつか見られたが、今回の審査が貴院の抱える問題を克服し、専門医療に加えて地域に必要な医療を展開されるために役立つことを強く願う。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の創業精神と基本理念に基づき、ミッション・ビジョン・バリューを掲げ、運営会議や管理者ミーティングを通じて三役が経営課題を共有し、法人本部と連携して改善に取り組んでいる。電子カルテとレセプトシステムを導入し、法人情報管理部門がサーバーを管理し、医事課・管理課が診療実績や経営分析に活用している。3D (DX、Data、Design) 経営の理念のもと、医療DXやデータ活用を推進して

いる。文書管理規定により文書の分類・管理責任を明確化している。

法令に基づく人員配置に加え、キャリア支援、奨学金、住宅補助を整備し、人材確保に努めている。就業規則や人事評価制度を整備し、公平性を担保しているほか、健康診断やストレスチェック、相談窓口も設け、産業医、衛生管理者による職場巡視を実施している。職員満足度調査や労使対話を通じて改善提案を吸い上げ、満足度 100%を目指す行動計画を策定している。なりたい自分を創るために「キャリアデザインプロジェクト」を構築し、e-ラーニングと集合研修を組み合わせたハイブリッド型研修を行い、「Waculba ゼミ」で問題解決のロールプレイングにより職員の能力を高めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を平易な言葉で明文化して、院内やホームページ、入院案内に掲示している。患者への説明と同意の指針を定めて、必ず看護師が同席することとなっている。同席の基準については明確にすると良い。患者サポート相談窓口を設けて患者や家族からの相談に対応している。個人情報保護規定を定め、守秘義務の周知とプライバシー遵守を徹底し、SNS に関する情報漏えい防止規定も整備している。医療情報の持ち出しに関しては、病院内での承認者や情報加工に関する具体的な規定を整備することが望まれる。倫理委員会は定期的を開催され、現場で解決できない倫理的な課題について検討されている。また、看護師間で行うカンファレンスや「私の思い」など、倫理的理解を深める取り組みも進められている。これにより、倫理的問題が生じた際には、関係者間での共通理解が促進されている。

敷地内に無料の駐車場を配置し、診療・ケアのために必要なスペースが確保され、整理・整頓・清掃・清潔が保たれている。「健康経営優良法人 2025 ホワイト 500」に認定され、従業員の健康維持とともに、患者へのより良い医療サービスの提供が可能となっている。

4. 医療の質

各部門には TQM 活動を行う風土が根付いており、発表会により全職員が共有している。また、小規模単位の改善活動である EK 活動（エブリデイ改善）が始まり、各部門でミーティングなどを通じて活動が共有されている。診療科においては、各種学会の診療ガイドラインを活用し、症例検討会を定期開催して記録を残している。職種カンファレンス、多職種協働の専門チームが組織され、診療・ケアの向上に努めている。医療の標準化や質改善、業務負担軽減の視点から、クリニカルパスのさらなる運用が期待される。意見箱や患者満足度調査を通じて患者や家族の要望を広く収集して改善につなげている。新しい抗がん剤の導入も院内勉強会後に薬事委員会で議論され導入されている。

外来・病棟の管理・責任体制は明確になっており、患者や家族には管理責任者が明示されている。診療記録は電子カルテにより一元管理され、入院計画書、看護記録、リハビリ記録などを網羅している。退院サマリーも適切に記載されている。カルテの質的点検は、多職種での点検体制の強化が望まれる。

5. 医療安全

医療安全管理委員会を設置して専任の医療安全管理者を配置し、看護部長と連携して適宜院内安全ラウンドにより問題点を検討して対策を立案している。医療安全管理者をはじめ、医療機器・医薬品・医療放射線の安全管理責任者の役割を明文化して活動している。インシデント・アクシデントを収集して対策・改善案は現場にフィードバックしている。院内死亡事例のスクリーニングも含め、院長報告体制を整備している。医療事故対応については、専用マニュアルに基づき緊急時の対応フローを整備し、重大事例には事故調査委員会を設置している。

誤認防止マニュアルを整備し、名乗りやリストバンドによる3点認証により患者や薬剤の誤投与を防止している。医師の指示出し・指示受けが適切に行われ、口頭指示は原則として行わない方針である。抗がん剤は全て薬剤師が管理している。入院時に転倒・転落リスクのアセスメントを実施し、リスクのある患者に対しては多職種カンファレンスで対策が立案され、評価や見直しが行われている。医療機器の管理も看護師が中心となり、使用前後に点検が行われ、安全に使用している。院内緊急コードを設定し、BLS研修が行われているが、緊急招集訓練の実施やBLS研修の参加率向上が望まれる。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策チーム（ICT）が院内感染対策の中心を担っている。専従担当者は不在だが、ICN、ICDのほかにも、多職種が参加し、各病棟のリンクナースを統括して感染対策を行っている。ICTの院内ラウンドで現場における問題点を把握し、感染対策の助言を行うとともに改善に取り組み、感染対策委員会に報告している。院内感染防止対策マニュアルを整備し、定期的に改善活動を行っている。感染状況はICTが集計し、週報として感染対策委員会に報告している。また、JANIS登録やターゲットサーベイランスを行い、ベンチマークと比較して委員会に報告している。院外の情報も収集し、必要に応じて院内に感染ニュースとして周知している。新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクにも対応し、終息に導いた実績がある。

スタッフは速乾性手指消毒剤を携帯し、使用状況はモニタリングされている。臨床現場では手指衛生の徹底が実践されている。また、排泄介助や吸引処置時にはPPE（個人用防護具）を使用し、感染性廃棄物の分別やリネン等の取り扱いも適切である。抗菌薬の採用や削除は薬事委員会で決定され、分離菌の感受性パターンは、ICTにより特定抗菌薬の使用状況や投与期間が集計され、感染対策委員会に報告している。

7. 地域への情報発信と連携

法人広報委員会がホームページを管理し、病院からの連絡により情報を随時更新している。病院指標や臨床実績も時系列で掲載し、院外への周知に努めている。法人広報誌「恵寿」や病院発行の「Kanazawa Monthly Letter」、業績集も活用して情報発信を行っている。地域医療連携福祉相談課には看護師・社会福祉士を配置

し、前方連携では大学や医療・介護施設を訪問し関係構築に努め、紹介・逆紹介、返書状況を把握・管理している。後方支援としては退院支援に早期から介入し、医療的ケアが必要な患者にも適切な施設を紹介している。

地域貢献として、健康教室や「がんサロンこもれび」を開催し、血液がん患者や家族の交流の場を提供している。難病相談支援センターの活動にも協力し、患者会を通じてAYA世代やご遺族への支援も行っている。さらに「Foot 活プロジェクト」を定期開催し、歩行能力の測定を通じて健康増進に寄与している。一般健診や人間ドックを通じて、予防医学の推進にも力を入れている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療に関する情報についてホームページでわかりやすく案内し、患者サポートの社会福祉士と外来責任看護師によりスムーズな診療体制を構築している。地域医療連携福祉相談課の社会福祉士と看護師により、地域医療機関との連携や患者の相談、入院からの早期退院に向けた取り組みや、退院後の支援など幅広く対応している。診断的検査は医師による説明が行われ、検査中の観察も適切である。医師により入院の必要性を医学的に判断し、看護師により入院時には適切なアセスメントが行われている。また、医師や看護師、多職種により患者や家族の要望を反映し、迅速に入院診療計画書を作成している。

医師は毎日回診を行い、カンファレンスなどを通じて多職種と良好なコミュニケーションを構築している。看護師は、各種アセスメントや患者や家族の社会的・心理的なニーズを把握し、看護計画を立案している。薬剤師による服薬指導・薬歴管理や看護師による6Rに沿った投薬、注射・点滴が適切に行われている。輸血・血液製剤の投与、サインイン・サインアウト、タイムアウトの実施など、安全な周術期医療に取り組んでいる。身体抑制は原則として実施しない方針のもとで、2024年から2025年は身体拘束が行われておらず評価できる。症状緩和や褥瘡、栄養管理も多職種カンファレンスを通じて適切に行われるなど、チーム医療を実践して切れ目のない質の高い医療を提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、処方鑑査および疑義照会をマニュアルに基づいて実施し、安全な薬物療法の提供に努めている。臨床検査部門は、パニック値の取り扱いや迅速な検体検査を適切に実施している。放射線部門では、タイムリーな画像診断を実施し、検査時の異常所見は、STAT画像として医師に直接報告する仕組みがある。栄養部門は、セントラルキッチン方式で、衛生面に配慮して常に温かい食事を提供している。リハビリテーション部門は、主治医と連携して適切な計画のもとで365日切れ目のないリハビリテーションを展開している。診療情報管理機能では、診療録の量的・質的点検、退院時サマリーの作成支援を担当している。医療機器は各部署で管理している。

病理診断は外部委託しており、標本管理や結果報告は適切に行われている。輸血部門は臨床検査科が担当し、発注から破棄までの管理を適切に行い、迅速な供給に

も対応している。手術部門は、非常勤麻酔科により全身麻酔手術を安全に実施している。救急体制は、地域の救急告知病院として対応し、自院で受け入れ困難な場合は他施設へ紹介するシステムがある。

10. 組織・施設の管理

法人本部財務部門が中心となり、次年度収入や診療報酬改定、医療機器購入や設備投資を見据えた予算計画を策定し、理事会で承認している。医療機器の導入は院長・事務部長が各部署の要望を集約し、優先順位を定めて決定している。予算の進捗は運営会議をはじめ各種会議で確認し、必要に応じて法人本部と協議して対応を図っている。医事課は、窓口業務やレセプト点検、未収金管理を担い、査定や返戻情報は医師と共有している。委託業務は本部管理のもと、清掃や給食、SPD等を外部委託し、担当部署が評価した結果は業者選定に活用している。

設備は常駐の委託スタッフが管理し、医療ガスは安全管理委員会で点検されている。廃棄物処理は契約業者が実施し、保管場所は施錠管理されている。物品管理はSPD方式で定数補充を行い、医薬品は薬事委員会で「1増1減」原則に基づき採用されている。法人のBCM（事業継続マネジメント）のもとで、防災対策はBCP（事業継続計画）に基づき体制を構築し、防火訓練・備蓄・自家発電の確保も実施している。保安体制は日中を職員が相互に対応し、夜間・休日は警備員が対応している。また、巡回記録による履歴管理を徹底している。

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	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	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	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	B
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	B
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	栄養管理と食事支援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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	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： 2025年 2月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 社会医療法人財団董仙会 恵寿金沢病院
- 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 : 石川県金沢市下新町6-26

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	89	60	-29	64.51	12
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	89	60	-29		

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	19	+0
人工透析		
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	0	-10
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		
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 : 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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

