

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「慢性期病院」・「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 7 月 22 日～7 月 23 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	慢性期病院（副）	条件付認定（6 ヶ月）
機能種別	リハビリテーション病院（副）	条件付認定（6 ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
 1. 紙媒体を原本とする診療記録を患者 ID ごとに保管してください。
(3. 1. 6)
- ・機能種別 慢性期病院（副）

該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1949 年にしろがね診療所として開設し、1962 年に城北病院として 27 床で運営を開始した。その後は増床や診療科の拡充を進め、理念に掲げる「いのちの平等」を実践するため、1974 年から無料低額診療事業を開始した。また、地域の状況やニーズを踏まえ、1981 年には救急告知病院の指定を受け、救急病棟（現在の HCU）や回復期リハビリテーション病棟、医療型療養病棟、地域包括ケア病床を開設した。2003 年には基幹型臨床研修病院の指定を受け、臨床研修施設として医師の育成や医療系学生の臨床実習、地域住民向けの健康啓発活動などにも取り組んでいる。また、同年に病院機能評価の認定を受け、今回で 5 回目の受審となる。

この間、病院長を中心にした病院幹部のリーダーシップのもと、理念である「私たちのめざすもの」に基づき、「患者の立場に立つ」「安全安心の医療福祉提供」「平和で安心して住み続けられるまちづくり」「核兵器禁止条約の支持」「全ての人に平等の社会保障拡充」の 5 つのコンセプトを掲げ、最善の医療サービス提供と質の向上に職員が一丸となって取り組んできた。一方で診療機能の更なる向上が求

められる点もあり、今後さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は具体的な姿勢をわかりやすく表現して院内外に周知し、5年間の中長期計画を作成して職員に示している。幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定機関である管理会議で決定したことは各部門の職責者会議などで組織全体に伝達している。中長期計画の達成に向けて年次の経営方針を定め、クオリティー目標も含めて全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは関連規程に基づき医療情報課情報室が管理している。院内規程や各種マニュアルなどはISOの文書管理規程に基づいて管理し、イントラネットで共有している。病院運営に必要な人員は採用計画に基づいて確保に努めている。就業規則などによって適正な人事・労務管理を維持し、勤怠システムで勤務時間を管理している。衛生委員会を毎月開催し、有給休暇の取得や健康診断の受診促進に取り組んでいる。職員の意見・要望は、職責者による個人面談や職場アンケートなどによって収集し、様々な育児支援制度や各種福利厚生を整備して職員のモチベーション向上に努めている。全職員を対象とした医療安全や感染制御、個人情報保護などの研修は年間計画に基づいて開催している。職員の専門的資格は総務課が把握し、各部門の職責者と共有している。看護部門では5段階の教育研修プログラムを定めて能力開発に取り組んでいる。職員の初期研修は採用時のオリエンテーションのほか、各職種が教育プログラムに基づいて実施している。多くの学生実習を各部門で受け入れており、患者・家族への説明を行ってカリキュラムに基づき実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「利用者の権利」として7項目を定め、ホームページや病院案内、入院案内に掲載し、病院玄関や各病棟にも掲示している。職員に向けては「職員ハンドブック」に掲載して周知に努めている。診療録の開示は原則開示の方針である。「城北病院インフォームドコンセント指針」や「説明・同意書についての考え方と診療録の記載」で、説明内容、同意書を必要とする診療行為の範囲、看護師の同席基準などを明確にしている。「利用者の権利」に基づいて正確な情報提供や医療への主体的参加を促している。「医療福祉なんでも相談窓口」を設置して相談に対応し、週1回のカンファレンスで情報を共有している。個人情報保護規程で運用方針を明確にし、患者・家族にわかりやすく周知するほか、職員へは「職員ハンドブック」や研修会で周知している。倫理・身体拘束検討委員会で主要な倫理的課題の対応を定めている。また、緊急で倫理的判断が必要な場合は、即時に委員会を開催する仕組みがある。日常診療の場で、患者・家族が抱える倫理的課題を把握し、多職種が参加するカンファレンスの場でJonsenの4分割法を用いて検討している。患者駐車場の確保やシャトルバスの運行などによって患者の利便性を確保している。診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげる食堂、デイルームを設置している。病院敷地内は全面禁煙という方針を院内に掲示し、入院案内にも掲

載している。

4. 医療の質

ISO9001 の認証を受け定期的に内部監査を実施し、PDCA サイクルを回す取り組みを継続している。病院機能評価や卒後臨床研修評価機構の臨床研修評価を継続的に受審している。各部門の運営会議や医局・職責者合同会議、職員集会などから意見を聴取し、管理会議で対策を決定して質改善に取り組んでいる。各診療科の症例検討会や手術等治療方針を決める検討会、多職種が参加する主治医カンファレンスを毎週開催し、診療の質改善に取り組んでいる。学会の診療ガイドラインを運用し、クリニカル・パスは電子パスでバリエーション分析を行っている。意見箱を設置して患者・家族からの意見を聴取し、ご意見委員会で改善策を検討している。新たな診療・治療法や技術の導入は管理会議で安全面や倫理面について検討している。医薬品の適応外使用は薬事委員会で承認後、管理会議で決定している。臨床研究は研究倫理審査委員会で審査し、ホームページで結果を公開している。病棟では、患者が見やすい位置に病棟責任医師や看護師長、薬剤師など職種別担当職員を明示している。ベッドネームに主治医と担当医、受持看護師を明記している。電子カルテは、略語集を整備して医師記録は SOAP 形式、看護記録はフォーカスチャータリングで記載している。診療記録の質的点検は、多職種で点検し、看護記録は看護記録委員会で点検している。診療科や職種の枠を超えて構成する栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、感染制御チーム（ICT）、退院支援チームなどが定期的に活動している。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理部門の医療安全管理室に、必要な権限を付与した専従の医療安全管理者（看護師）を配置している。インシデント・アクシデント報告を収集し、必要時に「M-SHELL 分析」を行って再発防止策を講じている。医療事故などの発生時における対応手順を整備し、常に対応ができるよう「職員ハンドブック」に掲載している。患者自身に氏名と生年月日を名乗ってもらい、その他患者 ID やリストバンドなどを活用して、患者誤認防止に努めている。医師の指示出しや実施確認、変更は、電子カルテや口頭で確実に行っており、各種の検査結果は医師へ迅速・確実に報告し、口頭指示も適切に行っている。ハイリスク薬や複数規格の薬剤は注意喚起を表記して保管し、払い出し時にも注意事項を明記している。入院患者全員に転倒・転落のリスク評価を行って看護計画に活かしている。医療機器は、使用マニュアルに則り使用している。臨床工学技士は、毎日ラウンドし使用状況を確認している。院内緊急コールを設定し、「職員ハンドブック」に対応手順を明記して周知している。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染防止対策部門を設置し、感染防止委員会や ICT、感染防止推進委員会と連携している。ICT は感染症の予防や早期介入、抗菌薬の適正使用の対策

を行い、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の役割も果たしている。院内感染防止マニュアルなどの感染制御の情報をイントラネットや紙媒体を配布して周知している。ICTはラウンドやカンファレンスによって、感染症の発生状況などを把握し、改善対策を実行している。サーベイランスの結果をもとに各部署と連携して改善を行い、アウトブレイクに対しても病院全体で取り組むなど感染制御に向けた情報収集と検討に取り組んでいる。速乾式手指消毒剤のモニタリングをしており、標準予防策や感染経路別予防策を確実に実施している。抗菌薬の採用は薬事委員会で検討し、抗菌薬の適正使用の指針を電子カルテで共有している。ICTは抗菌薬の使用状況を把握し、院内で検出した病原体をもとにアンチバイオグラムを作成して周知している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報は、ホームページや広報誌を活用し、ホームページには病院からの最新情報や受診方法、診療科・部門の案内、病院の方針、DPCデータに基づく病院指標などを掲載している。また、医療情報統計を作成し、他の医療機関に送付して情報発信を行うほか、QI指標や厚生労働省の「医療の質の公表推進事業」に参加した結果を公開している。医療福祉サポートセンターの地域医療連携部は、運営会議で情報共有を行っている。地域の医療機関や施設などと病院主催で交流会を開催し、連携を深めている。また、市内で基幹となっている精神科病院と合同カンファレンスを行い、精神疾患を持つ患者の受け入れを積極的に行うことで連携を強めている。合同カンファレンスには、保健所や市が運営する「こころの健康センター」からの参加もあり、公的機関との連携にも役立てている。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、直接に出向いて活動することが困難となったため、「健康友の会」と協力してメンタルヘルスに関する臨時ニュースを発行している。能登半島地震後、奥能登住民が避難している温泉ホテルに出向き、健康チェックの活動を行った。自治体健診にも積極的に取り組み、医師が小学校や成人式、保健所で講演を行っている。健康増進活動拠点病院（HPH）の加盟施設として、地域に向けた教育・啓蒙活動を行い、地域住民との健康づくり活動を継続している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の受診手順や情報をホームページなどに掲載し、外来では情報収集のうえで多職種による各種指導を行っている。診断的検査の必要性は医師が医学的に判断して患者・家族に説明している。手術室や内視鏡検査、血管造影検査、心臓カテーテル検査ではタイムアウトを行って誤認防止に努めている。入院は十分な説明と患者の希望を聞いて決定している。医学的診断と評価に基づき、多職種が連携して個別性のある入院診療計画書を作成している。患者サポート部の社会福祉士や看護師が、経済的問題や福祉制度の利用など様々な相談に対応している。日々の回診や各種カンファレンスで情報を共有し、チーム医療を行っている。看護師は看護手順に基づく看護・介護の専門性に応じた診療の補助業務や日常生活の支援を行っている。アレルギーの確認やバーコードによる3点認証を行って投薬・注射を安全に投

与している。輸血・血液製剤の投与は医師が必要性とリスクを説明し、医師の立ち会いのもとで実施している。手術・麻酔の適応は各診療科や複数科の医師で検討している。重症度の高い患者や全身麻酔手術後はHCUで集中管理し、その他の重症患者はスタッフステーション周辺の個室で管理している。患者の栄養状態を把握し、必要な患者に病棟担当管理栄養士が栄養管理計画書を作成している。疼痛評価はフェイススケールやNRSを用いている。リハビリテーションは多職種で実施計画書を作成し、早期から安全に行っている。身体拘束は三原則に基づき必要最小限としており、実施時には方法・選択・予定期間などを患者・家族に説明している。退院支援スクリーニング情報を多職種で共有し、退院支援計画書を作成している。患者・家族の意向に沿って、継続した診療・ケアが実践できるように支援している。ターミナルステージは多職種で検討し、患者・家族の意向を尊重した対応を行っている。

<副機能：慢性期病院>

医療療養病棟入院基準を定め、多職種による療養病棟入院判定会議で入院を決定している。入院初日に多職種で入院診療計画書を作成し、診療計画を具体化した看護計画などを作成している。医師は病棟業務を適切に行い、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・介護職は看護管理規程や看護基準などに基づいて病棟業務を行っている。栄養管理と食事支援では、「口から食べること」に多職種が協働し、積極的に取り組んでいる。入院患者の約95%に維持期・生活期のリハビリテーションを実施し、患者の自立支援に向けて取り組んでいる。認知症ケアでは、「認知症のある患者の看護基準」を整備し、「パーソン・センタード・ケア」に取り組んでいる。身体拘束は実施しない方針とし、最小化に向けて適切に取り組んでおり実施例は非常に少ない状況である。退院支援では早期から計画的に開始し、居宅への退院が半数以上ある。ターミナルステージへの対応では、「人生の最終段階における医療の決定方法についての指針」を定め、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを多職種で行っている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟では、医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士など多職種が協働してチーム医療による診療ケアを実践している。精神疾患を有する患者や、透析治療を要する患者も受け入れており、地域医療に大きく貢献していることは高く評価できる。入院時には医師が診察を行い、看護師や療法士、管理栄養士など多職種で初期評価を行い、リハビリテーションプログラムを多職種が協働で作成している。患者・家族からの相談内容に応じて院内外の適切な職種と連携し、社会福祉士が中心となって相談内容の解決に取り組んでいる。看護体制は固定チームナーシングであり、基礎疾患を含めた全身状態の把握について看護計画を立案し、定期的な評価を行っている。身体拘束は「身体拘束に関する基準」に沿って三原則を確認のうえ多職種で検討している。外来では、通常の外来リハビリの他に、嚥下相談外来、義肢装具外来、運転

外来などリハ科専門医による専門的で質の高いリハビリテーション診療を実施していることは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が持参薬を鑑別し、処方鑑査や疑義照会を行っている。臨床検査は検体検査や細菌検査、輸血検査、生理検査、病理検査を行い、迅速な検査結果の報告に努めている。検査のパニック値は、依頼医や主治医に直接電話連絡している。夜間・休日の画像診断は診療放射線技師1名の体制であるが、CTやMRIは24時間対応が可能であり、放射線科医師によって速やかに読影している。食事は温冷配膳車を使用して配膳している。調理室内の温度および湿度を適切に管理している。リハビリテーションは医師と療法士が連携して早期から行っており、カンファレンスで情報を共有し、効果を評価している。同意書などの紙媒体を原本とする診療記録は患者IDごとに保管することが望まれる。医療機器は臨床工学部で一元管理し、緊急時や機器トラブル時の対応手順を整えて対応している。委託業者の作業員により院内で洗浄・滅菌を行っており、リコール手順を整備して運用している。病理診断は、常勤の病理診断科医師を配置して病理組織診断や術中迅速組織診断、病理解剖などを行い細胞診検査は外部へ委託している。病理診断結果が悪性の時には、依頼医や診療科責任者にメールを送付して確実な連絡に努めている。検査部検体検査室で血液製剤の発注・保管・供給などを行っている。手術室2室を運用し、常勤の麻酔科標榜医が全身麻酔を担当して術前診察を行い、術前・術中・術後の安全性確保に努めている。集中治療機能としてHCU10床をオープンHCUとして運用し、入退出基準を定めて術後患者や重症患者などを受け入れている。救急医療は救急告示病院として地域の輪番にも参加している。救急外来を設置して医師や看護師、臨床検査技師、診療放射線技師が交代で24時間対応している。

10. 組織・施設の管理

会計基準に基づいて作成した財務諸表などは、公認会計士の監査を受けており、予算と実績を比較して管理会議で経営方針を決定している。窓口会計基準に基づいて窓口業務を正確に行っている。保険診療担当者会議で査定内容を精査し、再審査請求を行っている。外部委託している業種ごとに定例会を開催し、業務評価と業務計画を基に契約の見直しや更新を行っている。病院の施設・設備は、専門資格を有する委託職員が「インフラストラクチャー」に基づいて計画的な点検や管理を行い、医療ガス設備はME機器管理委員会で点検状況を確認している。診療材料はSPD、医薬品は薬剤部、給食材料は栄養部、検査試薬は検査部で在庫管理を行い、医薬品は年2回、診療材料は毎月の棚卸を実施し、購入委員会で評価を行っている。大規模災害を想定した事業継続計画や消防計画などを定めて定期的に訓練を行い、患者の食料・飲料水を備蓄している。非常用の自家発電機を整備し、電気設備の法定点検を実施して停電時に確実に自家発電機に切り替わることを確認している。施設の保安は委託業者を常駐させ、院内巡視と施錠確認を手順に基づいて行っている。夜間・休日は通用口を限定し、院内各部署の鍵も帳簿で管理している。

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	患者の個人情報を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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	B
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	A
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	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	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	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	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

機能種別：慢性期病院（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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援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	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

機能種別：リハビリテーション病院（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	S
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	S
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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： 公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 石川県金沢市京町20-3

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	210	210	+0	83.4	28.3
療養病床	90	90	+0	88.8	114.6
医療保険適用	90	90	+0	88.8	114.6
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	300	300	+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)	10	+0
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	29	+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	46	+0
地域包括ケア病床	42	+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		
緩和ケア病床	20	+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： 3 人 2年目： 4 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

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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	372.73	390.60	385.01	95.42	101.45
1日あたり外来初診患者数	29.65	32.29	18.13	91.82	178.10
新患率	7.96	8.27	4.71		
1日あたり入院患者数	262.45	259.62	272.83	101.09	95.16
1日あたり新入院患者数	7.07	6.35	7.37	111.34	86.16