

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14日～6月15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1984年11月に病床数38床をもって開設されており、この地域における整形外科およびリハビリテーション医療機関として重要な役割を担っている。開設当初から診療機能の強化・充実を図りつつ整形外科医療に積極的に取り組むとともに、救急告示病院として緊急の入院にも可能な限り対応する姿勢を継続し、地域における医療提供体制の推進に重要な役割を担っている。貴院を頼り県外からも多くの患者が訪れるなど、一貫して患者の痛みへの対応を継続してきたことが評価されている。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善の意識が組織風土として確立されており、医療の質の向上に向けた取り組みの実践が随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開し、地域ニーズに応えようとする姿勢は大いに評価できる。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と地域医療機関からの大きな信頼と期待に応えつつ貴院が益々発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針に地域における病院の役割・使命が明確にされ、院・内外へ適切に周知されている。理念・基本方針や中・長期事業計画に基づいた年次事業計画が策定され、事業計画に沿って各部門の目標設定や個人目標の設定と評価が行われ、常にPDCAサイクルにより運用する仕組みがある。情報機器の取り扱いに関する規程に基づいて、電子カルテや各部門システムが運用され、情報の二次活用の取り組

みも積極的に行われている。文書管理規程が定められ、規定の改定や更新が適切に行われている。

法令や施設基準等により必要とされる人員確保は適切に行われている。衛生委員会が設置されて毎月開催され、職場環境の整備が適切に行われている。

全職員を対象とした教育・研修の年間計画が立案され、医療安全や感染制御、個人情報保護などの研修が行われている。また、院外研修や専門学会参加の支援体制が整えられている。能力評価・能力開発については人事評価制度が導入され、評価者との面談により助言、指導、支援等が行われている。看護師や療法士等を目指す学生の病院実習が受け入れられ、指定されたカリキュラムに基づく実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は2項目に簡潔に定められ、ホームページや入院案内等により患者・家族、職員に周知され、診療情報の開示などの権利擁護に努めている。説明と同意取得の方針や基準・手順が明示され、クリニカル・パスを入院診療計画書として患者・家族に説明し同意を得ている。診療・ケアに必要な情報の共有では、数多くのクリニカル・パスやホームページへの疾患や治療内容の掲載、入退院支援シートを活用した患者情報の収集と共有などの工夫が行われている。患者・家族の相談には地域医療福祉連携室が中心となり関係部署とも連携した対応が行われている。個人情報保護規程や機密情報及び情報機器取り扱いに関する規程が整備され、個人情報が物理的・技術的に保護されている。主要な倫理的課題に関する方針が明確にされ、患者・家族が抱える倫理的課題は、部署のカンファレンスにおいて検討され、解決困難な事例等は倫理委員会に「事例相談申請書」が提出され審議されている。

患者のアクセスへの駐車場等の整備や療養生活上の利便性、バリアフリーにも配慮されている。療養環境は整理整頓され、安全・清潔な環境が保たれている。院内・敷地内禁煙のポスターの正面玄関や各フロアへの掲示とともに、入院案内にも掲載されて禁煙啓発・受動喫煙防止への取り組みがされている。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、病院機能評価を継続して受審するとともに、病院機能評価委員会および業務改善委員会が定期的開催され、多岐にわたる業務改善の検討が行われている。診療の質の向上に向けた活動では、毎週金曜日に合同カンファレンスが開催されて多職種により手術予定患者の情報共有が行われ、整形外科手術を中心にクリニカル・パスが運用されている。患者・家族の意見は、病棟や外来に設置された意見箱で収集され、業務改善委員会等で検討のうえ掲示等による回答が行われている。新たな診療・治療方法などの導入に当たっては、倫理委員会で倫理的な問題の検討を行う旨が定められており検討の実績がある。また、多くの研究に対する倫理的な審査も行われている。

診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、病棟の責任医師と看護責任者、当日の担当看護師が明示されている。診療記録は記載基準に沿って電子カルテに記載さ

れ、診療記録の質的点検が多職種により行われている。多職種の協働による診療・ケアでは、毎週の合同カンファレンスによる情報共有、退院前リハビリテーションカンファレンス、術後の疼痛管理チームの活動など、組織的な取り組みが行われている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の医療安全管理者が配置され、医療安全管理委員会の下に院内ラウンド、院内研修、安全マニュアル、転倒・転落対策の4部門の医療安全推進部会が設けられ、医療機器部会とともに安全確保に向けた体制が確立されている。インシデント・アクシデントは医療安全管理室に報告され、必要に応じて分析・対策が行われ、対策実施4か月ごとに実践状況が検証されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、事故の発生原因や再発防止等を協議する仕組みも整えられている。

患者・部位・検体等の誤認防止マニュアルが整備され、患者の確認や手術時のタイムアウトの実践などの誤認防止対策が行われている。処方箋・指示箋の発行、看護師による指示受け・実施、やむを得ない場合の口頭指示書による指示受けも適切に行われている。薬剤の重複投与や相互作用、アレルギーの既往の薬剤師による確認が行われてリスクが回避され、ハイリスク薬や麻薬は適切に管理されている。入院時に全患者の転倒・転落リスクのアセスメントが行われ、必要に応じた対策の実施や患者・家族への指導等が行われている。医療機器の安全使用のための業務手順書が整備され、点検表に基づいた点検が実践されている。緊急院内コードが設けられて周知され、全職員を対象として一次救命措置訓練などが行われている。

6. 医療関連感染制御

感染管理委員会が院内の感染対策の最終決定機関として毎月開催され、下部組織として感染制御チームが組織され主として環境ラウンドが実施されている。詳細な感染対策のマニュアルが作成され適宜更新されている。院内でのアウトブレイクの基準や対応手順が定められている。院外の感染情報が入手され、感染ニュースを定期的に発行して職員への注意喚起が行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、標準予防策や手指衛生、個人防護具の着用の徹底が実践され、感染制御チームのラウンド等が行われているが、感染性廃棄物容器の見直しなどが望まれる。適正抗菌薬使用ガイドラインが作成され、手術前の予防的抗菌薬投与状況の把握、抗MRSA薬や広域抗菌薬の届出制による管理、自院の分離菌感受性パターンの把握等が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信は、広報誌や病院案内、ホームページ等により行われており、ホームページには、病院の方針や診療内容、診療実績、休診の情報、各種イベントの紹介等の最新の情報が発信されている。地域の医療機能・ニーズの把握や連携業務は、地域医療福祉連携室が担当し、患者紹介元医療機関への返書の管

理や関係機関との連携のための情報のファイリングと定期的な更新、地域の連携会議への参加などによる連携の促進が図られている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、自治体での健康教室の実施や地域住民向けの講演会などに積極的に参画し、また、各専門職がチームとして地域の中で専門知識を発信し啓発しており、ホームページにリハビリテーションの自主トレーニングの欄を設けて、わかりやすく発信するなどの活動も行われている。地域の民間機関との連携による整志会いきいき健康祭りの開催や3ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児健診への医師派遣、地域のお祭りなどの行事への救護支援を行うなど、積極的な活動が実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、初診患者の誘導や診察を待つ患者への配慮などが適切に行われ、診察室では医師・メディカルクラーク・看護師がチームとなった患者対応が行われている。地域の医療関連施設からの受け入れは、地域医療福祉連携室が窓口となり必要な患者情報が収集され、多職種で共有されている。侵襲的検査は、説明のうえ同意を取得したうえで行われている。入院の決定は外来担当医により行われ、手術目的の入院では手術の説明と入院の必要性の説明が同時に行われている。入院後速やかに入院診療計画書が多職種で作成され、患者用クリニカル・パスを活用して説明されている。医療相談には地域医療福祉連携室が窓口となって対応し、入院が決定すると地域連携室による退院に向けた課題の把握、病棟看護師による病棟オリエンテーション等が行われている。

医師の病棟業務では、整形外科医師のチーム制がとられ、役割分担をしつつ交代で回診が行われている。看護基準・手順、看護管理基準が整備され、看護師の役割・業務が明記されている。薬剤師により全入院患者の入院前からの薬歴管理表が詳細に作成され、服薬指導や安全な注射等が行われている。輸血の適正使用指針に基づいた実施、手術・麻酔の適応と方法の検討、褥瘡の全患者に対するリスク評価と予防対策の実践、入院時の栄養状態のスクリーニングや栄養指導・食事支援、術後疼痛管理チームによる術後疼痛緩和、リハビリテーション実施計画書の作成と実施、身体拘束の最小化と早期解除に向けた取り組み、退院支援や継続した診療・ケアの実施は何れも適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方箋の鑑査や疑義照会、調剤・調剤鑑査、注射薬の1施与ごと取り揃え供給などが行われている。臨床検査機能では、検体検査は外部委託され、生理検査として心電図や呼吸機能検査、神経電導速度検査などが実施されている。画像診断はCT・MRI検査も含めて緊急度を優先してタイムリーに実施されている。リハビリテーションは、手術後患者を中心に連続性を確保して提供するように努めている。診療情報管理機能は、電子カルテによる診療情報の一元管理などが適切に行われている。医療機器は使用場所での管理や日常点検とともに、定期点検手順書に沿った定期点検などが行われている。洗浄・滅菌では、一次洗浄が中央化さ

れ、限られたスペースの中で動線が交差しない作業環境の工夫とともに、滅菌の質の保証や既滅菌物の適切な保管管理が行われている。

病理診断は、全て外部委託され、検査結果報告書の管理は臨床検査科で行われて、直ちに診療部長に届ける仕組みである。輸血・血液製剤の発注・保管は薬剤科が担当し、輸血療法委員会により輸血件数や廃棄率などが把握されている。手術室のスケジュール管理は合同カンファレンスで最終確認が行われ、麻酔科医により多くの手術が安全・効率的に実施されている。救急告示病院であり、平日の日中は救急患者を可能な範囲で受け入れ、整形外科疾患の緊急入院への対応も行われている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則った会計処理が行われ、予算は事業計画や各部署の意見を取りまとめて法人事務局により編成され、例月の収支分析や課題の検討、財務諸表の作成と会計監査などが行われている。医事業務では、受付や窓口収納、診療報酬請求などの業務がマニュアルや手順に沿って行われ、医師との連携による査定・返戻の分析や再請求、正確なレセプト請求の仕組みなどが整備されている。委託業務の定期的な評価が行われ、事業計画・物品購入審査会議で課題解決に向けた取り組みが行われている。

施設・設備の管理は施設課が担当し、日常点検や月次点検、定期的な保守点検などが計画的に実施されている。購買管理では、事業計画・物品購入審査会議で検討のうえ調達され、医療材料は毎月の棚卸により在庫量が確認され、適正定数が管理されている。

災害時等の危機管理では、消防計画や防災対応マニュアル、病院の機能存続計画が整備され、消防訓練や災害訓練、停電時訓練が行われ、非常時用の食料・飲料水の備蓄などが行われている。保安業務は日中については自営で、時間外は委託警備員による院内・外の巡視や施錠管理等が行われている。

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	A
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	A
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	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	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	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	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	B
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	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	A

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	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	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	
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	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	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： 2024年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人社団整志会 沢田記念高岡整志会病院
- 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 : 富山県高岡市大手町8-31

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	70	70	+0	79	14.8
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	70	70	+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		
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		
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

