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 10 月 1 日～10 月 2 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、開院以来、病床の再編や医療機能の充実を図りながら、地域のニーズに対応できる医療および介護を提供してきた。現在の病棟は一般病床と地域包括ケア病床、療養病床、また、地域で唯一の緩和ケア病床を有し、地域と綿密な連携を取りながら急性期から終末期まで対応できる病院づくりをすすめてきた。地域医療に貢献しながら、地域になくてはならない病院として信頼を得てきている。

今回は更新のための医療機能評価受審であり、病院長を中心として役職員が一丸となり様々な改善活動が各部署で展開されていた。理念・基本方針の実践のために継続的な取り組みのもとで、さらなる質の向上も期待され、今後、各項目の評価内容や評価所見を参考に期中での点検を行い、特に入院を中心とした医療の提供とともに、地域住民のニーズに応えるために、地域になくてはならない病院として、さらなる貢献・活躍されることに期待したい。

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、点検や見直しが定期的に行われている。病院管理者は各自の責任分野の課題を把握し、解決に向け取り組みも含めリーダーシップが発揮されている。職員の労働意欲を高める組織運営では、各部署で面談を通し目標に対する振り返りを行うことで労働意欲を高めている。病院の年度計画の策定とともに、各部門としてもおおむね目標が立てられているが、中・長期計画の作成はこれからである。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達と確認も含め組織運営が行われている。文書管理は一元管理に向け、病院組織として管理することや改訂履歴も含め仕組の整備を望みたい。

人材の確保については、各部門において定員不足の部署の採用に関して充足に向けた対応に期待する。職員の意見や要望を聞くシステムがあり、要望の把握とともに働きやすい職場づくりを目指している。福利厚生では就労可能な労務管理の実践と、安全衛生の分野に関しても整備がされている。

教育活動については病院としての年間計画のもと、必要な教育・研修が実施されている。新入職員も含めた研修制度や学生実習などは、継続的に行われている。

３．患者中心の医療

患者の権利は「患者様の権利とご協力のお願い」として５項目にまとめられ、患者・家族および職員への周知が行われている。診療録の開示に関しては、個人情報保護の規定に沿って、全例開示の方針で対応している。説明と同意に関する方針は明確に規定され、説明時は看護師の同席を原則とし、説明後の反応は記録し情報共有している。患者への情報提供や医療への参加促進では、患者の療養に役立つ情報提供が行われている。患者相談窓口として地域医療連携室が多様な相談に対応しており、外来での窓口の案内も確立している。個人情報保護に関しては、管理体制、対応手順、セキュリティ対策など管理され、個人情報の持ち出し基準も順守している。倫理的な課題に関する病院としての方針は明文化されている。

療養環境では、患者・面会者の利便性・快適性などが整備されている。病棟においては、安全の視点で廊下の整理整頓はされており、療養環境も整備されている。一方、外来における待ち時間調査は暫く実施されておらず、待ち時間の把握とともに、待ち時間軽減に向けた具体的な取り組みに期待したい。

４．医療の質

業務改善については各部門・部署で行われているが、病院組織として全体の把握と評価を行うことに期待したい。医療機能評価は継続的な受審をしており、医療法に基づく立ち入り調査の指摘に対して速やかに対処している。患者・利用者からの意見や、職員からの改善要望など委員会として意見の集約と対応の仕組みが構築されている。多職種参加の内科・外科合同カンファレンスは定期開催されている。クリニカル・パスは活用され、徐々に増やしてきている。臨床指標については、自院の診療の質の向上に資する指標を明確にし、具体的な改善の目標を掲げた取り組みを望みたい。患者からの苦情や意見の収集がされ、理事会で検討のもと、それぞれの課題について該当部署で検討し、病院全体の改善に繋げ、患者個人へのフィードバックや院内掲示も行われている。新たな診療や治療方針の導入については、組織的に検討されているが手順の明文化に期待したい。

診療・ケアの管理・責任体制などは必要部署に明示されている。診療記録は基準に則り適時適切に記載されているが、診療録の質的点検は医師を含む多職種が参加しての実施を望みたい。退院サマリーの２週間以内の作成率については、100％に向けさらなる整備に期待する。

５．医療安全

院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理責任者として兼任の看護師が配置され、医療安全管理委員会として活動している。医療安全における院長からの権限移譲も明文化されている。医薬品安全管理責任者および医療機器安全管理責任者については任務と役割内容を明文化している。医療安全管理マニュアルが整備され、安全確保に向けた情報収集と検討を行うシステムは構築されている。院内各部署からのインシデント・アクシデントレポート提出への啓発を期待したい。

また、誤認防止の実践について病院としての取り決めやルールについて、見直された基準・手順に沿った内容で徹底することに期待する。情報伝達エラー防止対策では、医師からの指示出し、多職種による指示受け、情報伝達エラー防止対策などが実践されている。薬剤の安全な使用では、医薬品の安全使用に向けた対策や管理に関しては充実されたい。入院患者に対してリスク評価が行われ、転倒・転落防止対策を実践している。医療機器の管理では、医療機器安全管理責任者配置のもとで管理されているが、安全に使用するための工夫に期待したい。患者の急変時の対応については、緊急コードの設置や救急カートの整備が行われている。全職員に対する BLS 実技研修については、基準や手順に沿い引き続き確実な実施に期待したい。

６．医療関連感染制御

医療関連感染制御は ICN を中心に医師、看護師、薬剤師から構成される ICT が担い、定期的なラウンドの開催と、権限を持って情報収集と周知、感染制御のための活動を行っている。感染対策マニュアルの整備が整備され、適時の改定とともに職員への周知がされている。また、委員会では課題の討議は行われているが、マニュアル上に責任者の業務上必要な権限の記載はなく、権限の明文化の整備とともに院内への周知をされたい。アウトブレイクの対応基準としての院内感染対策指針は整備されている。標準予防策の徹底や感染経路別の予防策に基づいた対応が行われている。現場での感染性廃棄物の取り扱いは、感染対策マニュアルを遵守した対応がされている。抗菌薬の使用について、マニュアルが整備され適正使用に努めており、抗菌剤の適正な選択とともに適正な使用が行われている。

７．地域への情報発信と連携

当者配置のもとで、ホームページの設置と内容の充実を図り、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発信している。広報誌は定期発行され、必要部数が患者利用者、各施設などに提供されている。診療実績などの病院の特徴を示す臨床指標等の情報に関しては、さらなる充実に期待したい。地域医療連携機能として、入退院支援、患者相談、紹介・逆紹介、地域との連携など積極的な運営と連携がされている。地域との連携では、地域ネットワーク、地域救急医療への参加、地域ケア会議での情報共有、他にも連携する医療や介護事業所との情報交換や情報の共有も積極的に行われている。地域に向けた医療に関する教育活動や、健康増進活動など行われ、様々な企画・運営の取り組みや、主体的な健康教室なども行われている。また、地域の医療・介護従事者に向けた教育活動に関

しても、各専門職が病院として要望に応えるべく積極的な活動が展開されている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリ療法士、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。各部署で適切な体制が整備され、手順等を遵守して診療・ケアの実践に努めている。個々のケアについては、外来診療の実施、診断的検査の確実・安全な実施、入院の決定、医療相談や退院相談への対応、患者の円滑な入院、また医師や看護師による病棟業務の推進、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事評価に関する対応、患者や家族への退院支援、継続した診療とケアの実施等が適切に行われている。診断・評価に基づく診療計画の作成については、さらなる整備に期待したい。また、クリニカル・パスについても今後の充実に向けた取り組みを継続されたい。化学療法については安全な実施に向けた観察の仕組みづくりに期待したい。身体拘束に関しては家族に説明する仕組みを整備されたい。初診・再来患者の対応手順はマニュアルなどに基づき、受診までの円滑なシステムが確立している。一方、外来患者の待ち時間調査は暫く行われておらず、時間の把握とともに待ち時間短縮に向けた工夫や改善の取り組みが望まれる。

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。部門毎で責任体制、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。個々の機能としては、薬剤管理機能、画像診断機能、臨床検査機能、栄養管理機能、リハビリテーション機能、情報管理機能、輸血・血液管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能などの各部門は、それぞれ効率的な運営と業務が遂行されている。リハビリ部門では、リハビリの系統的かつ連続性を担保しカンファレンスを重ね、患者の選定なども積極的に行われている。一方、臨床検査機能ではパニック値の伝達方法については、改定されたマニュアに基づき、確実・迅速な伝達することに期待する。また、画像診断機能では読影の報告書の医師の確認について整備されたい。診療情報管理機能では診療録の貸し出し後の確実な返却をシステムとして確立することが望まれる。病理診断機能では病理診断報告書の医師の確認までの仕組みの整備が望まれる。洗浄・滅菌機能については質の保証や、質の向上については整備され、洗浄・滅菌の管理が確実に進められている。

１０．組織・施設の管理

予算づくりはスケジュールに基づき職員への周知も含めシステムとして稼働している。会計窓口の収納業務、医事業務、未収金の管理がシステム化され、また、医師の関与のもとでレセプト点検、査定・返戻の対応が実施されている。業務委託選定方法は業務の質や効率性、費用対効果を検討した上で決定され、見直しや監査のシステムも含め確立している。

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が整備されている。感染性廃棄物の取り扱いについては、マニュアルに沿った管理運営や掲示について整備されている。敷地内は禁煙であるが、受動喫煙に関するさらなる徹底と、職員への禁煙に関する啓発活動なども継続してすすめられたい。

災害時の備蓄は必要数が整備されており、定期的な非常用電源の確認なども行われている。緊急連絡網の整備と周知がされ、大規模災害時のマニュアルは病院規模に合った内容で作成している。保安業務や施設・設備の管理についても病院の規模に応じた体制とともに確立している。

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	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	B

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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 医療法人ときわ会 ときわ会病院

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 ： 青森県南津軽郡藤崎町榊亀田2-1

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	107	107	+0	73.2	21.6
療養病床	42	42	+0	61.2	81.3
医療保険適用	42	42	+0	61.2	81.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	149	149	+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	42	+0
地域包括ケア病床	44	+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	24	+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 ：

在宅療養支援病院

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： 1 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

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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	2	1.5	54.13	49.76	47.27	45.41	5.74	33.37	15.47	13.51
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.6	24.11	22.16	0.04	0.04	1.72	14.00	40.18	0.06
皮膚科	0	0.1	1.00	0.92	0.00	0.00	4.75	0.00	9.97	0.00
リウマチ科	0	0.1	0.64	0.58	0.00	0.00	0.53	0.00	6.35	0.00
外科	1	0.8	13.55	12.46	22.61	21.72	21.11	36.03	7.53	12.56
整形外科	1	0	10.38	9.54	19.56	18.79	9.40	71.74	10.38	19.56
リハビリテーション科	0	0.3	0.08	0.07	0.00	0.00	4.17	0.00	0.27	0.00
緩和ケア科	2	0	2.77	2.55	14.61	14.04	28.29	27.63	1.39	7.31
神経科	0	0.1	0.72	0.66	0.00	0.00	4.23	0.00	7.20	0.00
脳神経内科	0	0.1	1.40	1.29	0.00	0.00	3.37	0.00	14.02	0.00
研修医										
全体	6	3.6	108.78	100.00	104.08	100.00	7.61	36.49	11.33	10.84

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	108.78	106.55	107.59	102.09	99.03
1日あたり外来初診患者数	8.28	9.59	9.79	86.34	97.96
新患率	7.61	9.00	9.10		
1日あたり入院患者数	104.08	112.46	110.28	92.55	101.98
1日あたり新入院患者数	2.88	2.74	2.78	105.11	98.56