

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 2 月 17 日～2 月 18 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、2011 年の東日本大震災で被災し、全ての医療機能を消失した未曾有の経験を有する病院である。その直後から、避難所において診療活動を再開し、同年 7 月には仮設診療所の設置により、大災害に見舞われた地域の被災者に対して、唯一の医療提供施設となった。そして 2018 年 3 月、待望の新病院が高台整備地に新設された。それ以来、名実ともに県立病院として公益性を担保し、地域になくてはならない病院として力を発揮されている。

貴院は、地域住民が安心して生活することが出来る医療提供を存立の使命として位置付け、一次医療を率先され、医療資源の乏しい当該地域における医療の担い手として奮闘を続けている。当該地域では、震災による人口減少に加え、少子高齢化が著しく進行する地域特性の中で、医療ニーズの変化にも適宜対応されている。

病院機能評価は、2009 年に初めて受審し、認定を取得したものの冒頭の災厄に見舞われたため継続が不可能となった。病院の体制が整ったことを契機として、今回の受審に至っている。新たな病院において、医療の質改善活動の礎を構築され、病院長を中心として果敢に課題に取り組まれている。今回の病院機能評価の結果を踏まえて、さらに優れた病院として、地域医療にますます貢献されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

貴院の理念や基本方針は、新病院開設に伴って新規に制定されたものであり、患者に対する姿勢に言及し明文化されている。制定以後、積極的に機会をとらえて職員に説明されてきた。理念達成のための組織運営が展開されており、病院管理者・

幹部はその実現に向けて努力されている。病院管理者や幹部は、個々に課題を明確にされ、その克服に向けて熱意をもって取り組んでいる。

情報管理に関しては、電子カルテを導入され、種々の合理化に取り組まれている。院内 LAN や PACS の活用も行われている。今後は、ICT 活用の高度化に向けて、情報分析・データ活用におけるシステムの効果的な活用の検討を望みたい。

人材の確保については、病院機能や施設基準で必要とされる人員は充足している。臨床工学技士、社会福祉士、認定看護師等は近隣の県立病院からの協力などもあり、必要な業務が担われており、一人部署における休暇問題も、人材の応援によって可能になっている。職員の安全衛生に関しては、委員会の開催や健康診断等の実施が適切に行われている。職員への教育・研修の実施は、職員個々人の資質の向上に向けて活動が展開されている。職員個々のモチベーションの向上に向けて、学会参加が督励されており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明確にされており、患者・家族、職員に対して周知徹底に努めている。インフォームドコンセント指針に基づき、説明と同意の取得が行われており、看護師が同席し、患者の理解度を確認している。セカンドオピニオンに関しては指針の策定が求められる。診療・ケアの情報提供と共有に関しては、入院診療計画書の作成や疾患を理解するためのパンフレット等を活用して適切に行われている。

患者の相談窓口は、総合案内に明示されている。職員の配置、患者・家族への周知、虐待事例への対応準備等々、患者の支援体制は適切である。ICT 等のシステム管理は、規程や管理に関する手順が整備されている。USB 等の外部メモリの物理的な遮断がなされており、抽出されるデータも適宜管理されている。

臨床倫理の方針については、2019 年 11 月に作成したところである。今後、倫理的課題への対応方針と対策を規定することが期待される。また、看護科で倫理研修やカンファレンスが始まったところであるため、病院全体での取り組みを期待したい。

療養環境の整備と利便性の観点では、院内は非常にゆったりとし、患者の利便性への配慮も見受けられ、清潔性、安全性、感染対策等いずれも適切である。診療、ケア、処置に必要なスペースや患者のくつろぎスペースが確保されており、癒しへの配慮も適切である。敷地内禁煙は徹底されており、病院職員の喫煙率も低い。今後も継続して、地域住民および職員の健康を守るべく、禁煙の推進に邁進されることを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見の収集に関しては、院内に設置された「ふれあいポスト」や相談窓口の設置などにより取り組まれている。患者の意見については、必要に応じて管理会議に挙げられて、対策の立案や意思決定が行われている。これらの取り組みにより、多くの患者の便益を増し、質改善に繋がられている。

病棟では医師も含めた多職種参加の病棟カンファレンスが開催され、チーム医療が実践されている。クリニカル・パスは「ほっとつばきパス」と「糖尿病コントロールパス」が運用されているが、パス作成の取り組みの拡大や今後、貴院の役に立つ臨床指標を明確にして、医療の質改善に向けた取り組みの強化が期待される。看護部は、看護の質検討委員会を開催し業務の質の改善に取り組み、5S 活動にも取り組んでいる。部門横断的な課題については、各部署で抱える課題を積極的に取り上げ、業務の質改善に資する仕組みを期待したい。

診療、看護、薬剤の管理・責任体制は明確である。新規の医療機器の導入は医療機器等整備委員会で検討され、臨床研究や学会発表については倫理委員会で審査する仕組みがある。診療記録は、診療記録記載マニュアルに基づき、SOAP 方式で適切に記載されている。診療録の質的点検は、看護記録は看護記録委員会にて点検を行っているが、医師の記録については途上であるので、今後充実が期待される。多職種によるカンファレンスが開催されており、診療・ケアの適切性が検討されている。栄養状態や褥瘡の改善を目的としてトータルケア回診が毎週実施され、内容の濃い医療の提供に繋がっている。ICT、NST、DM・透析予防、認知症予防等の専門チームが設置され、多職種協働は適切に機能している。

5. 医療安全

医療安全管理部門が設置され、医療安全の核となる活動を行っている。医療安全管理委員会、医療安全推進者会議が適切に開催され、患者の安全確保に向けた検討を行っている。インシデント・アクシデント事例は収集され、改善策が検討されている。改善策の効果は、安全パトロールで検証し、改善報告書に記録されている。安全に関わる院外の情報も収集し、職員に周知されており適切である。

患者誤認防止対応はマニュアルに基づき行われ、部位・左右等の誤認防止、タイムアウト等も手順に沿って具体的に実施されている。医師の指示はオーダリングシステムを介して行われており、指示受け、指示の実施も明確である。口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ない場合は手順に基づいて適切に実施されている。薬剤の安全使用については、薬局、病棟麻薬、劇薬・毒薬、向精神薬、ハイリスク薬等の管理は適切である。病棟配置薬の管理は、平日は薬剤師が行い、土日は看護師が定数確認を行って記録している。入院時、全患者を対象として転倒・転落リスクアセスメントが実施され、危険度ごとの対策が立案・実施されており適切である。医療機器は基幹病院の臨床工学技士が月 2 回来院して、管理している。使用前、使用中は看護師がマニュアルとチェックリストに基づき点検しており、医療機器安全使用に向けた研修も実施されている。

院内緊急コードは設定されているが、招集訓練は病院新設後の 2 年間に 1 回実施されているが、定期的な実施が期待される。BLS 訓練は、全職員が研修を受講しており適切である。必要な場所への救急カートの配置と点検は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた組織体制は、感染管理委員会、ICT が活動している。院内感染制御に関するマニュアルが整備され、必要に応じて改訂されている。院内での医療関連感染菌の情報は、毎週感染症レポートとしてまとめられ、ICT ならびに感染管理委員会にて報告され、検討されている。年 1 回、抗菌薬の感受性分析結果に基づきアンチバイオグラムが作成され、医師や診療の現場にフィードバックされている。新病院開設後の 2 年間はアウトブレイクを経験していないが、アウトブレイクの基準は適切に整備されている。

標準予防策に基づき感染対策がなされ、ICT ラウンドにて実施状況が確認されている。感染性廃棄物の取り扱いと汚染されたりネンの取り扱いも適切である。抗菌薬は、基準に基づいて使用されている。カルバペネム系や抗 MRSA 治療薬など特殊な抗菌薬は届出制であり、その妥当性も検討されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信に関しては、病院広報誌「ほっとカメラ」の定期的な発行が続けられている。広報誌は年 4 回発行されており、院内での来院者への配布、近隣の医療機関・介護保険施設等への配布もされている。情報発信ツールとしてのホームページは整備されている。診療情報の公表に関しては、未だ着手されていない。アウトカム情報は、患者・家族等が病院を正確に理解するための発信情報であることから、種々のデータ発信が行われることを期待したい。

地域連携活動に関しては、地域医療福祉連携室を中心として、紹介患者への対応を始め、紹介返書等の第一報の管理にも適切に取り組まれている。地域の医療機関との関係づくりには病院三役（病院長、総看護師長、事務局長）で地域の医療機関等への訪問に取り組まれており、活動は適切である。

地域住民への健康づくり運動として、市民公開講座をはじめ地域の医療機関、介護施設などの職員が集い医療情報を共有する勉強会の開催、さらに三陸復興プロジェクトとしてのオープンスクールを開催し、小学生から高校生にいたる職業体験講座など、極めて多くの取り組みがなされている。さらには、看護師による出前外来など、地域への多彩な貢献が行われている。必ずしも、十分な職員数が確保されているわけではなく、限られた人員の中で、地域への貢献に積極的に取り組まれている姿勢を極めて高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来機能については、受診患者には医師が丁寧に説明し、看護師や多職種が参加して外来診療を行っている。地域連携担当看護師は、患者の紹介や入院に適切に対応している。登録制のバックベッドシステムにより、緊急入院にも適切に対応している。

侵襲を伴う検査には、必要性やリスクも含めて十分に説明し、同意を得て実施しており、検査中の観察、記録も適切である。入院の判断は外来担当医が行っており、入院後、多職種カンファレンスでその妥当性を評価し、情報共有を図っている。

る。入院後、医師と多職種で入院診療計画書を作成し、病状の変化や治療方針変更の際には、病状説明書で説明・同意を得ている。医療相談には、基幹病院から週3回社会福祉士が来院して、医療福祉相談などに対応している。

医師は病棟カンファレンスやトータルケア回診などを主導し、看護師や他職種との情報交換を積極的に行っている。看護体制はチーム・デイパートナー方式であり、看護基準・手順に基づき診療の補助や日常生活援助および病棟管理業務が適切に行われている。内服薬の投与や注射には薬剤師が関与し、輸血は医師が適正使用基準に従って実施し、確実・安全に行われており、記録も適切である。重症患者のケアは、医療機器の設置が可能な個室で適切に管理されている。褥瘡リスクはDESIGN-Rで評価され、褥瘡診療計画が立案されており、基幹病院の皮膚・排泄ケア認定看護師により指導されている。管理栄養士は1名体制だが、各種委員会および専門チームへの参加、トータルケア回診等の中心的役割を担い、患者の栄養管理に尽力している。毎日のミールラウンドや食事指導の実施、訪問栄養指導など多くの活動を担っており、その活動は高く評価できる。

疼痛および不快な症状緩和への対応は適切である。リハビリテーションは医師が処方箋を発行し、リハビリテーション計画書に基づき説明し、同意を得て実施し、病棟カンファレンスでも評価されている。身体抑制については、抑制しない看護に取り組み、抑制率の減少が見られる。抑制中の観察、解除への取り組みも適切である。多職種で退院調整カンファレンスを開催し、在宅復帰、施設入所等の支援を適切に行っている。また、看護師が在宅訪問して状況を確認し、指導等を行っている。ターミナルステージの判断は個々の医師が行っているが、対応指針の充実と判断プロセスを明確にした対応が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬は薬剤師が鑑別し、医師が継続・中止の指示を出しており適切である。内服薬の調剤、鑑査は適切に行われており、病棟注射薬はピッキング後、薬剤師がチェックし、調剤鑑査を行って、1施用ごとに取り揃えられている。薬歴管理は入院患者全例に実施し、服薬指導は医師の指示に基づき実施している。臨床検査は血液検査、生理検査、超音波検査などを担当しており、パニック値、異常値の対応も適切である。画像検査は、一般撮影・CTなどの検査を行っている。毎日夕方に医師と放射線技師でフィルムカンファレンスを行い、所見を検討しており適切である。訪問診療に同行してポータブル撮影を行っていることは高く評価できる。

栄養管理業務のうち、献立作成、材料調達を含め一連の調理業務が委託されている。栄養管理は管理栄養士が実務を担っており、患者の嗜好、食形態への配慮、郷土料理をメニューに取り入れる等の活動は評価できる。リハビリテーションは、急性期後の回復期、慢性期のリハビリテーション機能を担い、在宅や施設への入所につなげる役割を果たしている。診療情報管理は、医事課職員で対応されている。現状、疾患コーディングや退院カルテの量的点検も行われており、データの蓄積が図られている。医療機器は、基幹病院の臨床工学技士が月2回来院し、管理している。保守点検状況は基幹病院で台帳管理しているが、当院内でも把握できる方法が

望ましい。使用済み機材は安全に配慮して運搬され、基幹病院で洗浄滅菌している。滅菌済み機材のインディケーターを確認し、洗浄・滅菌の質は適切に担保されている。

病理診断は外部委託であるが、検査科が窓口になっており、台帳管理なども適切である。輸血を担当する医師は明確になっており、輸血委員会に参加して指導している。輸血業務の担当は検査科であり、発注・保管・供給などの業務は適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

予算の作成や管理、会計監査の仕組みは適切である。医事業務も適切に行われており、窓口の収納業務をはじめレセプト業務等も適切である。委託業務については、それぞれの関係部署において業務の質的評価が行われており適切である。

施設・設備管理も適切である。診療材料は、SPDにて供給されている。医薬品類は、医療局が調達に関与しており、食材は委託業者による提供を受けている。適正な購買管理が行われている。

災害時への対応体制、保安業務も適切である。医療事故発生時に備えた対応体制やマニュアル・手順が整備されている。原因究明と再発防止に向けた組織体制も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医学生をはじめ、看護師・薬剤師等の養成校からの実習生を受け入れている。地域の医療職者養成への取り組みは適切である。また、基幹病院からの研修医の受け入れも適切に行われている。

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	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・プライバシーを適切に保護している	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	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	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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	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	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	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	B
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	B
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	NA
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	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
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	安全確保のための身体抑制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	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	NA
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	NA

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 岩手県立高田病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 岩手県陸前高田市高田町字太田56(T512-1)

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	60	60	+19	46.4	18.2
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	60	60	+19		

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	26	+26
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

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： 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

[illegible]

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)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	157.59	177.67	176.94	88.70	100.41
1日あたり外来初診患者数	22.77	27.00	28.80	84.33	93.75
新患率	14.45	15.20	16.28		
1日あたり入院患者数	27.83	19.49	18.34	142.79	106.27
1日あたり新入院患者数	1.45	1.02	0.90	142.16	113.33