

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「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 10 月 23 日～10 月 24 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 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
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

貴院は北東部の太平洋沿岸に位置し、久慈医療圏唯一の救命救急センターを併設する基幹病院である。現在も医師の需給は厳しく、医療圏の中にかかりつけ医が少ないため、機能分化が極めて困難であるなどの医療環境の中において、「地域の人々の命と健康を守り、信頼される病院を目指す」の理念の実践に取り組んでいる。東日本大震災はじめとする数々の自然災害や有事の際にも、患者に必要な医療を確保するための横軸連携や県立病院とのネットワークなど全国的にも高い評価を得ている。24 時間 365 日、ドクターヘリによる救急患者の受け入れや緊急手術に対応しており、超急性期から回復期リハビリテーションや地域包括ケア病棟を備えているなど、地域住民に必要な医療と介護サービスを一体的に提供できるシステムを確立している。その他の役割・機能として、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、へき地拠点病院、さらに、地域周産期母子医療センターなど地域完結型の病院としても活躍している。

この度の更新受審では、病院長、副院長の強いリーダーシップのもとで、職員が一丸となって安全で良質な医療を目指す活動を推進してこられた。今回の受審結果を十分に活用し、さらなる診療機能の拡充と医療安全の向上が図られるよう貴院のますますの発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と具体的を明確にし、周知も適切である。病院管理者・幹部は、運営上の課題の明確化およびその解決に向けて速やかに把握・審議する体制を構築している。課題である人口減少に伴う対応策や地域包括ケアの充実などを示しており、北三陸ネットなど 67 施設とのさらなる連携強化に努めている。また、内部の改善活動としての「KAIZEN 報告会」など、職員の経営参画意識を高めるためのリーダーシップはとくに秀でている。意思決定会議として TQM 委員会があり、審議事項を具現化するための各種会議体、委員会が機能している。収支計画の達成状況含め、各課の重点目標についても進捗・達成状況が評価されるなど、PDCA サイクルが回る仕組みを確立している。情報の管理・活用の方針は規程に基づき実施しており、DPC データ分析などからは、経営面や医療技術の向上につなげるための取り組みがある。文書管理は、規程に基づき実施しており、マニュアル・議事録などがグループウェアにて検索・閲覧が可能である。

県の定数条例により人事枠が決められており、病院としても人材確保のための様々な努力が認められた。病院機能や業務量に見合う必要人員数の確保のため、今後も継続した取り組みを期待したい。人事・労務管理に関しての各種規則・規程類は整備されており、職員はイントラネットで閲覧できる。安全衛生委員会等にて超過勤務者への介入をするほか、各部門代表による「勤務環境委員会」では、医師・看護師等の業務負担軽減などの取り組みが認められた。安全衛生委員会の開催や職場巡視など法令に則った対応であり、職員の健康診断は非常勤職員も含め 100% 実施している。ハラスメントや院内暴力発生時などの安全対策、特定化学物質などの濃度測定や環境測定などについても適切に管理している。職員の意見・要望の把握は、医療局全体で職員満足度調査を隔年で実施しており、結果のフィードバックをしている。数々の就業支援や KAIZEN 報告優秀者表彰式など、モチベーションアップにつなげる工夫がある。

教育・研修は、院内職場研修委員会設置要綱および医療局職員研修計画に基づいて実施している。必要性の高い研修については各委員会との連携により、ビデオ研修の実施や理解度の確認をするなど、有効性の評価も適切である。全職員の能力評価・能力開発は、人事考課制度を導入しており、病院および個人の目標を設定し、目標面接、中間面接、育成面接ときめ細かな評価がされている。看護部では看護実践能力指標などを用いた能力の把握と業務実績評価を行っており、個々の能力開発に成果を上げている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族への周知に努めている。職員には職員手帳に記載し周知に努めている。2019 年度子どもの権利を制定し、周知に努めている。説明と同意の方針および基準・手順を明文化しており、手順に則って実施している。セカンドオピニオンに関しても手順書に明記しており、院内掲示や入院案内等によって患者に周知している。医療への患者参加については、「患者・家族参加の看護実践マニュアル」のフローチャートに則り促進している。説明・指導に用いる

リーフレット類は、理解しやすい内容で記載しており、随所に医療用パンフレット等を配備して患者の理解を深めるような支援をしている。患者・家族に係わる経済的・心理的な悩みの相談や社会復帰・在宅療養などの様々な相談は、相談窓口を設置し、ホームページや入院案内および院内掲示により周知・案内している。

患者の個人情報については、個人情報保護規程や個人情報の利用目的を作成のうえ周知している。また、教育・研修およびプライバシーへの配慮についても適切に取り組まれている。臨床倫理については、「病院職員倫理・臨床倫理の方針」が、職員手帳および「看護における倫理ガイドライン」に明文化されている。病棟看護師は毎月倫理検討会を行い、病棟全体で倫理的課題を共有している。各部署で解決困難な事柄は倫理委員会で検討する仕組みであり、病棟内の多職種カンファレンスで検討しており適切である。

来院時のアクセスとして、正面玄関前に車やタクシーの乗降への配慮があり、患者駐車場や駐輪場を確保している。院内にはレストラン、コンビニエンスストア、授乳室があり、病棟には電子レンジやコインランドリー等、生活延長上に必要な備品を整備のうえ、案内している。さらに、身体障害者専用駐車スペース、透析患者用駐車スペースを確保しており、院内には院外から車椅子で容易に入ることができ、手摺りを各所に設置しバリアフリーを確保している。療養環境についても病棟内は整理整頓され清潔が保たれている。受動喫煙の防止については、地域がん診療連携拠点病院として敷地内禁煙としており、対策・啓発への取り組みが行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情の収集については、意見箱を院内各所に設置し、病院運営会議にて幹部および部門間の共有などを図っている。他にも意見・苦情の収集として、毎年、患者満足度調査が行われており、質改善への取り組みは適切である。診療の質の向上に向けた活動では、CPC、がんサージカルボード、マンモグラフィ読影検討会等を開催し、医療の質改善に努めている。臨床指標は全国自治体病院協議会の医療の質の評価・公表等推進事業に参加し結果をホームページで公表している。業務の質改善についても KAIZEN 発表会が年2回各部署、委員会から発表され優秀報告には表彰制度がある。また、院内サーベイを行い、業務改善を継続的に実施している。新規診断・治療法の導入については、積極的に倫理委員会等で検討している。医薬品の適応外使用は、薬事委員会、倫理委員会で承認後使用している。

外来・病棟の管理責任者等を掲示しており、入院患者には主治医・担当医、受け持ち看護師・当日の担当看護師を明示している。診療記録の記載は、診療録記載マニュアルを制定し電子カルテシステムにて記載されているが、一層のマニュアルの遵守を期待したい。また、診療録の質的点検についても、さらなる充実を期待したい。診療科毎に多職種カンファレンスを行い、がんサージカルボードや外科系・内科系合同カンファレンス等によって、診療およびケア計画を立案し実践している。入院前から各種リスク評価やスクリーニングを行い、必要に応じて専門チームが介入している。

5. 医療安全

医療安全管理室に権限付与された医療安全管理者を専従配置し、各委員会等により安全に関する活動を展開している。院内のアクシデント・インシデントの報告制度は確立しており、速やかな改善につなげている。また、安全に関する研修会やニュースを発行し注意喚起を促している。

患者確認は本人が名乗る方法をとおり、全入院患者はリストバンドを着用し、点滴、注射、輸血、手術実施の際は、バーコード認証を用いるなど、本人確認を実施している。検体の取り扱いにおいてもダブルチェックを行っている。指示・指示受け・実施・実施確認は規程を遵守して行い、各記録が適切に行われている。口頭指示も手順を遵守して確実に対応しており、指示の代行入力時の承認手順も確立しているなど、情報伝達エラー防止対策は適切に行われている。薬剤科および各部署で麻薬等は適切に保管・管理されている。病棟薬剤師により全患者の薬歴管理を行い、持参薬と院内処方薬の一覧表示により、重複投与、相互作用などのリスク回避がなされている。全入院患者に転倒・転落リスクを評価し、危険度に応じた防止対策を看護計画に記載し履物への注意喚起を入院案内にて紹介している。医療機器管理は人工呼吸器や輸液・シリンジポンプ、モニター等の操作手順を整備し、使用前点検や使用中、設定変更時に作動確認を実施しながら安全使用に努めている。さらに、臨床工学技士は1日1回ラウンドし、安全使用の確認を行っている。患者急変時への対応として院内急変コードを設定し、一斉コールにより職員が参集する運用である。救急カートやAEDは院内各所に適切に配置しており、全職員対象に救急蘇生の研修を開催している。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会は協議・決定の場として機能している。感染対策部門として感染管理室を設置し、適切なメンバーで構成され必要な権限を付与している。網羅的な感染防止対策マニュアルを作成し、随時改訂も行われている。微生物検査の検出状況やMRSAのアクティブサーベイランス、ターゲットサーベイランスなどにより、感染症発生状況を把握し、結果の比較・分析や対策の検討も行っている。他の医療機関や行政との情報交換も行い、医療関連感染制御に関する情報収集、検討、対策は適切に行われている。

速乾性手指消毒薬は適切に配置しており、感染性廃棄物は性状に応じて分別し、体液・血液等の付着したリネン・寝具類もおおむね適切に取り扱っている。抗菌薬の使用については、抗菌薬適正使用マニュアルの整備、抗菌薬使用状況の把握、定期的なアンチバイオグラムの作成、ASTによる事例検討等は適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの内容等、地域への情報発信は、ホームページへの掲載や病院広報誌・連携室だより、および年報の発行、市広報誌等の活用による情報提供が行われている。地域医療連携の体制は、医事経営課にて紹介患者受入業務等を行い、地域医療福祉連携室のMSW・退院調整看護師による定期的な施設訪問を実施し、地域ニ

ーズの把握と顔の見える連携に取り組んでいる。地域医療連携ネットワーク「北三陸ネット」の活用による診療情報等の共有を行い、病診連携・医療介護連携が構築されている等、地域医療連携体制は適切である。

地域の健康増進に寄与する取り組みとして、患者・市民向けに「市民公開健康講演会」や「地域健康講演会」を開催しており、多くの市民が参加している。また、研修医が地域の中学校・高等学校に出向き、「出前授業」を実施している。地域の医療関係者に対しては、「緩和ケア医療従事者研修会」や「北いわて医療関連感染ネットワーク（NICON）」が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは受診に必要な情報を定期的に更新しており、看護師等が配置された総合案内では来院形態に応じて対応している。救急患者受け入れについても、救命・救急センターにて救急患者は断らない方針で対応している。障害者・高齢者および外国人患者受け入れについても手順に沿って適切に行っている。外来診療は患者情報を適切に収集し、得られた情報に基づき診断・治療計画を立案している。説明と同意、安全手順を遵守した治療、多職種による療養指導などを適切に行っている。侵襲を伴う検査を周知し、必要性を勘案し説明、同意を得て行われており適切である。医学的適応に基づいて各診療科において責任ある医師により入院を決定し、説明と同意のもと、入院決定している。患者の病態に応じた診断・評価に基づき、多職種の関与のもとで早期に入院診療計画を作成し、患者・家族の理解を促す工夫を行い、説明し同意を得ている。各種リスク評価を行い、看護計画を作成のうえ患者の要望も反映した診療・ケアの計画が適切に作成している。外来受診相談、医療相談、苦情等にそれぞれ看護師、MSW、医事経営課の担当者が対応している。相談内容は多職種カンファレンス等で共有し、必要に応じて、専門職種の介入や院外の関係機関との調整を行っている。入院決定時に、冊子を用いて入退院に関する説明を行っている。入院前から入院支援看護師、薬剤師、栄養士が必要な情報を得て、病棟やMSWと連携している。

医師による必要な回診や面談の実施、診療上のリーダーシップの発揮、病棟スタッフや他職種との情報交換を行っており、医師は病棟業務を適切に行っている。看護基準・看護手順に沿って患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護実践に取り組んでいる。病棟配置薬剤師により全入院患者の薬歴管理を行い、多職種の情報共有や処方鑑査に活用している。投薬・注射の安全な実施のための5原則の確認を徹底し、投薬・注射は確実・安全に実施している。輸血実施時には、ダブルチェックを行い、患者観察や記録は確実に実施されている。手術は主治医の説明により、同意を得て実施しており、周術期の対応はおおむね適切に行われている。重症患者はナースセンター近くの個室、もしくはICUで観察・ケアを実施している。

入院時、全入院患者に褥瘡の危険因子の評価を行い、危険度の高い患者は褥瘡対策診療計画書を作成しケアを実施している。褥瘡チームは治療の評価と方針の見直し、褥瘡の発生率、褥瘡の予防や治療についての協議やラウンドを行い活発に取り組んでいる。入院決定時から管理栄養士が栄養状態をアセスメントしており、入院

中は多職種カンファレンスに参加して、必要な患者に介入している。がん患者にスクリーニングを行い、必要に応じて多職種で構成された緩和ケアチームが介入している。緩和ケアマニュアルは各種ガイドライン等に基づき整備している。

リハビリテーションは、目標、実施計画に沿って早期に開始され、総合実施計画書は、患者・家族の要望や社会的背景も踏まえ作成しており、効果の評価も適切で、確実・安全に実施している。「身体抑制マニュアル」に則り、多職種カンファレンス等での協議、医師の指示、家族への説明と同意のもとに行い、実施中は観察・記録を行って、毎日多職種カンファレンスで評価して軽減・解除に取り組んでいる。「退院調整の運用に関する基準・手順」に則り、患者・家族の意向を確認しながら、多職種および院内の回復期リハビリテーション病棟等と連携して療養環境調整が行われている。訪問看護ステーションや地域包括ケアセンター等と連携し、必要に応じて退院前後の訪問や、認定看護師の同行訪問を行っている。地域の関係機関と共同で「退院時看護情報提供書」を作成・活用し、継続的したケアの実践が行われている。ターミナル期のケアは手順に沿って患者・家族へのケアを展開している。「緩和ケアを考える会」は、緩和ケアの質向上の目的で、院内外の多職種を交えた事例検討を主に行っており適切である。

<副機能：リハビリテーション病院>

リハビリテーション療法士は病院全体で PT11 名、OT7 名、ST2 名の構成である。在宅復帰率は 90%前後であり、FIM のアウトカムスコアは 40 点を上回っており、限られた人的資源の中で効率の高いリハビリテーションを提供している。計画に基づく理学・作業・言語聴覚療法の実施や安全性の配慮、計画の評価と見直しは適切である。回復期リハビリテーション病棟では毎日多くの多職種カンファレンスを実施している。入院の決定については、回復期リハビリテーション病棟の入院患者は全て一般病棟からの転棟である。主治医が回復期リハビリテーションへ転棟を考えた時期に入棟申込書を記入し、多職種で検討し、入棟を決定している。理学療法・作業療法はおおむね適切に実施している。家屋評価は患者に自宅の写真を撮影してもらい、それに基づき家屋回収の提案をしている。調理訓練や排泄訓練等の ADL 訓練を適切に実施している。自宅退院が 90%前後であり、リハビリテーション療法士の退院前自宅訪問は取り組みが始まったばかりであり、今後の充実に期待したい。言語聴覚療法はおおむね適切に実施しているが、脳卒中患者が多く、嚥下評価・訓練の必要度が高いことから、今後、嚥下評価、嚥下訓練の充実が望まれる。入棟 1 週間以内に病棟看護師、退院支援看護師、MSW、リハビリテーション療法士等の多職種で、退院スクリーニングカンファレンスを開き、退院に向けた課題の有無を把握している。その後、退院に向けての具体的な課題を把握し、退院支援計画書を作成している。必要時は担当ケアマネージャーからの情報も共有している。在宅復帰が 90%前後であり、ほとんどが自宅へ退院している。訪問看護、訪問リハビリテーションは自院では実施していないものの、かかりつけ医も少ないので、自院で主治医となり、外来フォローをしている場合もあり、その場合は患者の状況を把握している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は病棟薬剤師を配置し、法令等に則った薬剤の保管・管理、持参薬鑑別、薬歴管理、調剤鑑査、処方鑑査、医師への疑義照会などが行われている。薬品採用数の削減も計画的に進めており、薬剤科を中心に病院の薬剤管理機能は適切に発揮している。検体検査では内部および外部精度管理などで検査の精度を担保している。生理検査部門では確実・安全に実施している。画像診断機能は、緊急性のある検査へのタイムリーな対応、読影結果の迅速な報告、既読監査の実施、造影剤による副作用の低減や、検査の質を確保するための日常的な指導を行い、適切に発揮している。栄養管理では高齢者等の特性に応じた個別対応や、嗜好調査・残食調査を行い、食事の改善に努めており、地産地消メニューや介護施設への調理実習研修等、様々な取り組みも進めており適切である。リハビリテーションは少ない人員の中で他職種と協働し、急性期リハビリテーションと回復期リハビリテーションに取り組み、系統的な実施と連続性の確保、効果の客観的評価とプログラムの改善、機器の保守・点検等、その機能を適切に発揮している。診療情報管理機能は診療情報管理室により所管しており、診療記録は電子カルテにより、一元管理している。診療情報は「診療情報管理規定」に基づき、1患者1IDで管理し、活用を前提としたコーディング、がん登録等が行われている。医療機器管理は臨床工学技士がME室、救急、手術室、心臓カテーテル室、透析室等に配置しME機器類の管理を分担し、計画に基づいた保守点検を行い、機器管理システムにて管理している。洗浄・滅菌では、使用済み器材の搬入から滅菌までの工程がワンウェイであり、滅菌の質保証も適切である。

病理診断機能は全例委託検査である。術中迅速病理検査はテレパソロジーシステムを構築し診断依頼している。放射線治療機能は、治療計画の作成、シミュレーションの実施、治療終了後の経過観察、治療機器の品質管理等を適切に行っており、自院で対応できない症例の高次施設への紹介等も含めて、その機能が適切に発揮されている。輸血・血液管理機能は、24時間体制で、廃棄率も低く適切である。手術・麻酔機能はおおむね適切である。集中治療機能は、救命救急センターのICUとして機能しており、医療機器の整備、看護体制は確立している。各診療科の主治医がICU入室時も継続して診療を行っている。救急医療機能は、救命救急センターとして、「断らない救急医療」を実践している。ドクターヘリの運用もあり、地域の救急医療の中核として貢献している。

10. 組織・施設の管理

予算管理は収益費用実績や各委員会の意見を参考に予算編成を行い、損益計算書・貸借対照表等の財務諸表を作成している。会計監査を行い、経営状況も把握しており適切である。医事業務は病院職員と委託業者により業務分担し、受付窓口業務、会計・支払業務、レセプト業務等を委託している。施設基準の遵守は、医事経営課が各部署と情報共有し、確認・管理を行っている。未収金については、「医事業務ハンドブック」に基づき、回収に取り組んでおり、医事業務は適切に行われている。委託業者の選定は財務規程に基づき、一般競争入札、プロポーザル方式によ

る入札制度等により、実施している。

施設・設備の管理は、委託業者との連携により、中央監視室にて 24 時間体制で業務を遂行している。施設・設備の日常点検や保守管理等は月間および年次の計画書に則って行っており、日誌による報告体制を整備し、緊急時の連絡体制も整備している。物品管理は県立病院統一の院内供給・販売型（SPD 業者預託品）の SPD を導入し、在庫期限切れ在庫や不要在庫の発生防止に繋がっており、物品管理は適切に行われている。

災害時の対応には防災マニュアルや事業継続計画を整備し、火災、停電時や休日・夜間などの緊急時の対応体制も明確している。地域災害拠点病院として DMAT の編成、衛星電話等を整備し、消防訓練は年 2 回実施している。保安業務は院内巡視等を行い、警備日誌による報告、院内暴力対応マニュアルの整備、緊急連絡体制の整備など、保安業務は適切に行われている。医療事故発生時の対応手順は「医療事故対応マニュアル」に明文化しており、患者・家族等への対応、医療事故調査委員会の開催基準、訴訟、公表基準、連絡一覧などを対応フローとともに整備しており適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として、臨床研修プログラムに沿い、研修を実施している。研修内容は研修管理委員会および院内研修管理委員会にて、検討・見直しを行っており、EPOC と CPC による評価とフィードバックを実施している。学生実習は、医師、薬剤師、看護師、医療事務などの学生を受け入れている。各受け入れ部署で実習指導者を明確にし、カリキュラムに沿い、実習や評価を行っている。実習に関わる必要事項（守秘義務、損害賠償等）は、実習校と契約書を交わし、感染症検査・予防接種状況の確認を行っており、学生実習はおおむね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	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・プライバシーを適切に保護している	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
1.4	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	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	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	B
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	A
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	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	S
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	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	B
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	B

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

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	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	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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	B
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	安全確保のための身体抑制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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 岩手県立久慈病院
 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)
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 岩手県久慈市旭町第10地割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	287	242	+0	69.8	13
療養病床	43	43	+0	73.6	56.9
医療保険適用	43	43	+0	73.6	56.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	334	289	+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	20	+0
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	26	+6
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	43	+0
地域包括ケア病床	58	+58
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

災害拠点病院(地域)、へき地拠点病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院(地域)、DPC対象病院(Ⅲ群)、地域周産期母子医療センター

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： 5 人 2年目： 7 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

