

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月14日～1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2 | 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。

1. 病院の特色

貴院は宮古市および周辺の医療圏を含む急性期医療を担う広域基幹病院である。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も対応しており、救命率向上に大きく寄与するなど、名実ともに地域の中核的医療機関としての役割を担っている。一方、医療環境においては、小児の人口減少や高齢者人口が加速度的に増加する中で、医療と介護の複合ニーズも課題としている。岩手県の医師の充足度は全国で最も低く、医師の需給を満たすことが依然として困難ではあるが、関連大学や県立病院との連携、医科歯科連携、オンライン診療支援など様々な取り組みを強化して実践している。その他の役割・機能として、地域医療支援病院、地域がん診療病院、地域周産期母子医療センター、地域災害拠点病院、基幹型臨床研修病院などの指定を受けている。

このたびの受審は4度目の更新であり、病院長・幹部職員の強いリーダーシップの下で安全で良質な医療を目指す活動を推進している。特に、院長、総看護師長、事務局長による継続的な院内巡視から職員と課題の共有を図っている。バランス・スコアカード（BSC）などの活用から業務改善につなげた事例、さらに、県医療局の経営計画から病院の最重点項目を掲げて達成指標を可視化し、PDCAサイクルを回すことで職員の経営参画意識の強化と組織としての成長にもつながる数々の取り組みを確認した。今回の受審を機に、貴院がさらなる高みに変革・発展していくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院幹部は、病院の方向性

を職員に明示し、BSCを活用した目標管理を通じて経営参画意識を高め、成果につながっているなど評価できる。電子カルテシステムと部門システムの統合や情報管理の一元化などを計画的に行い、DPCデータ分析やチェックシステムなどから経営面や医療技術の向上にも寄与している。病院として管理すべき共通文書や各部署独自の文書は共有フォルダに保存している。法令で定める人員数を満たし、就業規則・給与規程等に基づいて労務管理を行っている。衛生委員会を設置要綱に基づき開催し、労働・感染・環境管理に加え、ハラスメントや院内暴力対策にも注力している。職員の意見・要望を把握し、就労支援や福利厚生の実現に取り組んでいる。職員の教育・研修は、職場研修委員会が委員会要綱に沿って管理し、必要性の高い課題について、全職員対象の年間研修計画を立案し実施している。職員の能力評価・能力開発に向け、人事考課制度を導入して病院と個人の目標を設定し、上司による目標・中間・育成面接を通してきめ細かな評価およびフィードバックが行われている。基幹型・協力型の臨床研修病院として初期研修を受け入れ、臨床研修管理委員会が統括プログラムに沿った指導を実践している。学生実習は、各実習担当部門・部署にて学校と連携して作成したカリキュラムに沿って実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示などを通じて周知している。説明と同意に関する指針や手順書を定め、患者・家族が医療への理解を深めるために、疾患や治療に関するパンフレットを外来や病棟等に設置している。患者・家族の相談窓口として地域医療福祉連携室に医療相談室、がん相談支援センターを設置し、多様な相談に多職種が連携して対応している。個人情報保護方針を定め、個人情報保護規程や個人情報の利用目的を明文化し、周知している。なお、個人情報の活用の際は、申請・承認を経て、責任部署が仮名加工したデータを提供し、使用后まで管理する運用に見直している。また、入退室管理が必要な区域の電子キーのパスワードは、対象者限定で周知し、定期的に変更するなど管理を強化している。倫理委員会規程を整備し、主要な倫理的課題を明確にしている。患者・家族の抱えている倫理的課題については、多職種および専門チームにてカンファレンスを開催し検討している。解決困難な場合には、倫理コンサルテーションまたは倫理委員会で検討する仕組みがある。病院へのアクセスをホームページや病院案内等でわかりやすく案内し、院内では生活延長上のサービスの提供に努め、病室や廊下は必要なスペースを確保するとともに、患者や家族がくつろげる環境を提供している。敷地内全面禁煙の方針であり、ホームページや院内掲示および入院案内などに掲載し、周知徹底を図っている。

4. 医療の質

業務の質改善を目的として、各部署がそれぞれのテーマを決めて取り組んでいる。業務改善活動発表会を行い、表彰制度を通じて成果を共有している。さらに、BSCを活用して目標設定から評価までを体系的に行い、情報を共有している。全ての部署が緻密な分析に基づき着実に取り組む姿勢は高く評価される。診療の質の向

上に向け、診療科毎の症例検討会や診療科間でのカンファレンス、カンサーボード、CPC など、多職種が参加して開催している。また、診療ガイドラインを活用し、クリニカルパスによる診療プロセスの標準化にも取り組んでいる。患者・家族等の意見は、意見箱や患者満足度調査などから収集し、具体的な対応や改善につなげている。新たな診療・治療方法や技術を導入するにあたっては、倫理委員会で倫理・安全面からの審査・評価を行う仕組みである。診療・ケアの責任体制は明確で、病棟では医師や看護師をはじめ多職種の責任者を明示している。診療責任者や看護責任者は、患者カンファレンスや診療回診、病棟ラウンドを行い、患者情報を共有し、療養環境の整備状況を把握して診療やケアに活かしている。診療記録は、記載マニュアルに基づいて記載し、多職種による質的点検も実施している。多職種で構成している緩和ケア、褥瘡対策、栄養サポート、呼吸ケアサポート、感染、安全等の多様な専門チームは、組織横断的な活動を積極的に行っている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、専従医療安全管理者の他、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の役割や権限も明確である。医療安全管理会議やセーフティマネージャー会議、医療安全全体カンファレンスが機能している。アクシデント・インシデント発生事例は医療安全管理システムで報告する仕組みである。改善策の効果の評価を行うなど、継続的に経過を追っている。院外の医療安全に関する情報等は、院内 LAN を活用して周知している。医療事故発生時の対応手順等を整備している。患者誤認防止基準・手順を整備し、フルネーム・生年月日・リストバンド認証などを定め本人確認を行っている。情報伝達エラー防止に向け、電子カルテ機能を活用している。ハイリスク薬リストを作成し周知している。鍵管理が必要な薬剤の保管庫については、開錠者を限定し、鍵を単独で管理するなど、より責任の所在が明確になる管理体制を期待したい。全入院患者に対し入院時転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価し、危険度に応じて看護計画を立案して対策を実施している。病棟で使用する医療機器は中央管理し、使用条件や設定等に臨床工学技士が関与している。院内緊急コードは救急医療対応マニュアルに明文化し、BLS 研修は全職員が受講できるよう計画している。

6. 医療関連感染制御

院内感染管理室を設置し、実務担当の ICN の権限が明文化されている。院内感染予防対策委員会では、検査科・薬剤科・ICT 等の報告と院内感染予防対策マニュアルの変更などが報告・検討されている。マニュアル変更は年に数回行われ、改訂内容が院内 LAN や ICS を通じて職員に周知されている。感染発生状況は検査科からの菌検出状況と感染管理システムを用いた症状発生状況よりモニタリングされ、情報は専従 ICN に集約されている。必要なターゲットサーベイランスを行い、JANIS・JHAIS に参加し、また県立病院間の院外指標と比較して病院規模に合わせた検討と対策を行っている。アウトブレイクの定義と終息基準を定めている。速乾性手指消毒剤は看護師等が個人で携帯し、手指衛生のモニタリング・分析して手指衛生の遵

守率向上に活用している。抗菌薬は、院内感染予防対策マニュアル内の抗菌薬使用指針に沿って使用され、AST で検討してフィードバックしている。届出抗菌薬を定め、病棟薬剤師が関与して届出推進を図り、届出率および術前1時間以内の抗菌薬予防的投与率などが向上している。院内アンチバイオグラムを作成し、周知している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報・ホームページ委員会および総務課を中心に、広報に関する組織体制を整備している。診療機能や診療実績、病院の提供する医療サービスの内容や受診等に関する情報は、年報やホームページ、病院案内、入院案内等でわかりやすく発信している。ホームページへの掲載は医療広告ガイドライン等に則って確認し、必要時に速やかに更新するとともに、患者や地域住民また医療従事者等それぞれに向け広報内容を工夫している。地域医療福祉連携室を設置し、地域の医療機能・医療ニーズを把握するとともに、地域の医療関連施設等との連携を図っている。登録医制度を導入し、開放病床やCT・MRIなどの医療機器の共同利用、地域連携クリニカルパスを行っている。地域医療支援委員会や地域連携パス会議および医科歯科連携の会を開催するとともに、病院や連携事業所などを訪問して顔の見える関係づくりに努めている。連携医療機関等に向けた広報として、地域医療福祉連携室広報誌を発行するとともに、医療情報連携ネットワークに参加するなど、連携強化を図っている。地域住民に向けた医療に関する教育・啓発活動は、住民健康講座や市民健康講座などを行っている。地域の医療従事者に向けて、最新の医療情報や医療技術についての地域公開研修会、専門的な医療知識や技術支援として、認定看護師などを地域医療機関、介護施設等への派遣を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ等に案内し、円滑に受診できる体制がある。診断的検査の実施に際しては、説明と同意取得を確実にを行い、安全に配慮している。入院は医学的必要性により決定し、患者・家族に説明している。入院治療計画書は医師ほか多職種で作成し、クリニカルパスも活用している。患者・家族からの医療相談は医療相談室で対応し、予定入院患者には、入院支援看護師が対応している。主治医は毎日回診し、看護師は看護管理基準・手順に沿って多職種と協働し看護を実践している。病棟薬剤師は薬歴管理や持参薬鑑別を行い、輸血・血液製剤投与時は、厚労省の血液製剤の使用指針等に沿って実施している。手術の適応は合同カンファレンスなどで事前に検討し、重症患者には多職種で療養を支援している。褥瘡の予防・治療および栄養管理と食事支援においては、入院時に全患者対象に評価し、結果に応じ多職種で対応している。患者の苦痛や不快な症状は、緩和ケアマニュアルに則って症状緩和に努めている。リハビリテーションの必要性は早期に判断し、医師と多職種で病状・リスク・希望に合わせて計画している。身体拘束の最小化に取り組み、退院に向けて、入院早期から患者・家族の意向を確認し、退院支援看護師やMSWなどの多職種でカンファレンスを行い、院外のおも職種とも連携して支

援している。ターミナルステージでは、患者・家族の意向を尊重した対応を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、手順に従い調剤・鑑査を行っている。麻薬保管庫は、指紋認証に加えて開閉ログ管理を導入し、帳簿との突合により記録の整合性を確保している。臨床検査科では、24時間体制での検査ニーズに応えている。パニック値を認めた際には、主治医または検査・治療が可能な他の医師に迅速かつ確実に伝わることを担保する仕組みを整備し、医療安全委員会を通じて職員へ周知している。画像診断で緊急性のある所見を認めた際には、オーダー医に連絡する体制になっている。栄養管理は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理を実施している。リハビリテーションの連続性確保に向け、療法士代表者がPT、OT、STの状況を把握し、多職種カンファレンスに参加して情報共有を図っている。診療情報は管理規程に基づき1患者1ID番号で管理し、診療記録の量的点検は全退院患者を対象に実施している。医療機器は中央管理し、機種標準化を図っている。洗浄・滅菌は、各種インディケータで滅菌の質を保証している。病理診断では術中迅速診断にも適切に対応し、放射線治療では放射線治療医の来院日に合わせて治療計画等を行っている。臨床検査科内の輸血管理室で輸血・血液製剤の一元的な運用業務を担っている。手術・麻酔の覚醒判断や帰室判断など基準を設定し、医療圏唯一の総合病院として、圏域の救急車を全て受け入れる体制を維持している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は地方公営企業法および岩手県医療局財務規程に基づき行っている。財務諸表・決算報告書等の諸表を作成し、岩手県監査事務局および岩手県医療局による会計監査が行われている。窓口収納業務は、時間外・休日を含め業務マニュアルに沿って行い、レセプトは、担当医師による請求内容の点検を行っている。委託業務の導入や更新は、業務内容や価格、品質を比較して検討している。委託業者の選定や契約の手続き等については、岩手県医療局財務規程に基づき行っている。施設・設備は病院規模や診療機能に応じた整備を行い、日常点検や年間保守点検など計画的に行っている。診療材料・医薬品の選定は、各委員会で品質や価格の比較検討などを行い、購入は、ベンチマークの活用や共同購入など、価格の低減を図っている。地域災害拠点病院として、事業継続計画を策定し災害対策本部設置などの体制を整備している。防災・防火訓練実施要領に沿った防災・防火訓練を行い、非常時用の食糧・飲料水の備蓄なども整備している。保安業務は必要な保安要員を配置し、24時間常駐の体制をとっている。緊急時の現場への発動や院内巡回を行い、安全確保に努めている。防犯対策では、出入口の施錠管理や防犯カメラを設置し、緊急時の連絡・応援体制も明確となっている。

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 | 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 | B |
| 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 | S |

| | | |
|-------|---------------------------------------|---|
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | S |
| 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 | B |
| 4.2.2 | 人事・労務管理を適切に行っている | B |
| 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 | 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 |

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 8月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 岩手県立宮古病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 岩手県宮古市崎楯ヶ崎第1地割11-26

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 | 320 | 231 | -34 | 71.5 | 11.9 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | 10 | 5 | +0 | 14.4 | 6.7 |
| 感染症病床 | 4 | 4 | +0 | 71.6 | 6.3 |
| 総数 | 334 | 240 | -34 | | |

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 | 16 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 240 | -34 |
| 回復期リハビリテーション病床 | | |
| 地域包括ケア病床 | 0 | -36 |
| 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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群), 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： 1人 2年目： 1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

