

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「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 1 月 19 日～1 月 20 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	精神科病院（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 精神科病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1934 年に設立された有限責任購買利用組合気仙病院を前身として、幾多の変遷を経て 1950 年に岩手県立気仙病院となり、1965 年に現在の「大船渡病院」に改称した。気仙医療圏の基幹病院として、地域災害拠点病院、救命救急センターや地域がん診療連携拠点病院などの指定を受け、救急医療や各種がん診療、生活習慣病、精神科医療など、地域住民の声に応えながら幅広く診療を行っている。また、臨床研修指定病院として多くの初期研修医が在籍し、医師たちへの教育と地域医療を両立させている。

この度の病院機能評価は更新受審であり、院長および病院幹部のリーダーシップのもと、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審がさらなる質向上の一助となり、貴院が地域において一層信頼される病院として発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、および地域の要望に応える医療の提供などの項目からなる経営方針、さらに行動指針「GTR」Greet（挨拶する）、Thank（感謝する）、Respect（敬意を払う）が定められている。気仙医療圏における自院の位置づけや自治体病院としての医療提供体制などの課題を明確にし、その解決に向けて院長をはじめ幹部が積極的

に取り組んでいる。病院運営に関する重要事項は管理会議で協議・検討し、病院経営会議で最終決定・承認を行う仕組みになっている。県医療局による経営5ヶ年計画を踏まえた病院事業運営方針などが策定されており、効果的・計画的な組織運営が図られている。情報管理ではシステム障害発生時に備えたデータバックアップ体制の整備や、臨床現場などからの情報活用の要望への迅速な対応がなされている。規程やマニュアルに基づき病院として管理すべき文書が明確にされ、一元的に管理されている。

医療法および診療報酬施設基準等で定める人員は確保されているが、貴院の機能を踏まえるとさらなる人材確保に向けた取り組みを期待したい。人事・労務管理に必要な規則・規程が整備されており、就労管理ではICカードを用いた出退勤管理システムを導入し、客観的な管理を行っている。衛生委員会が開催され、職場巡視が適切になされており、職場環境や労働災害への対応、職員への精神的なサポート体制も整備されている。魅力ある職場づくりに向け、職員の意見・要望を反映する仕組みがあり、就業支援や福利厚生制度も設けられている。職員の教育・研修は医療局研修と院内研修が実施されており、院内研修では職場研修委員会が関係委員会や研修担当者と連携して、年間計画を作成し実施している。今後、継続的な教育・研修を統括する部門としての充実が図られるとよい。能力評価・能力開発に関して、診療部門では人事考課シートを用いて個別評価を行い、看護科では臨床看護能力実践指標を導入し、専門資格の取得などが推進されている。薬剤科や臨床検査技術科、栄養管理科、事務部門などではキャリア開発ガイドラインによるキャリア支援を行う仕組みがあるなど、適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し院内各所への掲示や入院案内、ホームページへの掲載などにより周知している。診療記録の開示請求については全例開示の方針である。説明と同意の際には看護師の同席を原則とし、同席できない場合は患者の理解度や反応などを確認して診療録に記録している。説明内容について他の医療機関の専門医の意見を参考にしたい場合や不安がある場合にはセカンドオピニオンや、患者総合支援センターのメディエーターを活用できる仕組みがあるなど、説明と同意のプロセスは適切である。医療への患者参加の促進では「患者さんと医療者のパートナーシップ」を策定し、各病棟や外来に掲示しており、患者との診療情報の共有には入院診療計画書や200種類以上の患者用クリニカル・パスを活用している。医療福祉や入院、がんなどの多様な相談について、患者総合支援センターに看護師、MSW等を配置し対応している。個人情報保護に関する方針や規程を整備・案内しており、外来診察室や病室などにおけるプライバシーへの配慮も適切である。終末期医療や輸血拒否等の主要な倫理的課題の他、臓器移植のための脳死判定などについても方針が定められており、臨床現場で解決困難な倫理的課題は、外部委員を含んで設置された倫理委員会で検討する仕組みとなっている。

病院へのアクセス情報はホームページや入院案内などで提供されている。一般患者用や障害者用の駐車場等が整備され、院内には生活延長上の快適性に配慮した設備がある。院内外のバリアフリー化が図られ、車椅子等は病院機能に応じた台数が確保されているなど、高齢者・障害者にも配慮している。敷地内を全面禁煙としており、ホームページや入院案内、院内掲示等により患者・家族や職員に周知している。職員の定期健康診断に併せて喫煙のアンケート調査を実施しており、職員の喫煙率は減少傾向にある。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望等は「ふれあいポスト」やメディエーター、満足度調査を通じて収集しており、院内での検討を経て改善策を周知・実施している。診療の質向上に向け、各診療科のカンファレンスの他にCPCや消化器内科・外科カンファレンス等を開催している。約300種類のクリニカル・パスを作成し、多くのパスは患者用パスもセットで作成している。新たなパスの承認や見直し、バリエーション分析は委員会で適切に行っている。業務の質改善に向け、医療の質改善委員会がバランススコアカード（BSC）による部門横断的な改善活動を担当し、BSC成果を検証している。また、病棟や外来、各部門でも改善活動を行い、発表会で実績を報告している。新たな治療法の導入や薬剤の保険適応外使用は倫理委員会で審査する仕組みとなっている。新たな技術の導入にあたっては指導者の招聘や、研修のための職員の他施設への派遣などを適切に実施している。

病棟等の責任者名は明示されており、ベッドネームには主治医名や受け持ち看護師名を記載している。病棟師長のラウンドや担当医師の回診およびカンファレンス等によって診療・ケアの実践状況を適切に把握している。診療記録はマニュアルに従って主訴、現病歴、入院時所見、入院診療計画、日々の所見や検査結果の評価等を記載している。質的点検は医師診療録、看護記録ともに実施してフィードバックしており、初期研修医の記載内容は指導医が確認している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理者（看護師）を配置している。医療安全管理委員会、医療安全管理室会議およびセーフティマネジメント部会会議を設け、マニュアルの改訂や事例検討を行っている。インシデント・アクシデントレポートは、部門システムにより全職種からタイムリーに医療安全管理室へ報告される仕組みである。会議で報告の集計や統計の作成等を行い、さらに各部署のセーフティマネージャーが中心になって、報告事例の原因分析・再発防止に向けた具体的な対策を立案し、医療安全管理者が実施状況や効果を定期的なラウンドにより評価している。

患者誤認防止の手順において、入院患者のリストバンド装着、患者本人による氏名・生年月日の申告等を定めている。手術時のタイムアウト基準を定め、手術部位のマーキング、検体等および複数チューブの誤認防止についても明文化して実施している。情報伝達エラー防止対策では、指示出し・指示受けのルールは院内で統一

されており、放射線読影レポートについては診療放射線技師も全例をチェックし、カルテとの照合を行い適切な対応がとられているかを確認しており、評価できる。病院として注意が必要な薬剤をハイリスク薬に指定するとともに、ハイリスク薬については保管場所ごとに識別可能となっている。薬剤による副作用発現時には医師から病棟薬剤師、DI 部門へ報告され、必要に応じて PMDA への届け出を含めて対応している。転倒・転落については入院時に全患者にリスク評価を行い、評価結果に応じた看護計画を立案している。医療機器については使用マニュアルが明文化されており、臨床工学技士が病棟をラウンドし、使用中の人工呼吸器の設定状況および作動状況を確認している。医療機器を使用する職員への教育・研修も、医療安全管理者と連携し採用時に行うとともに、年間計画に沿って実施している。患者急変時の緊急コードを設定し、参集訓練も実施しており、BLS 研修は全職員を対象に実施している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染制御室が設置され、感染管理認定看護師が配置されている。感染制御に関連するマニュアル類は整備され、適宜改訂されている。検査部門や薬剤部門の協力を得て必要なサーベイランスを実施し、求められる感染管理活動を適切に実践している。院内の感染発生状況は遅滞なく把握し、院内感染対策委員会で報告する他、院内情報共有システムにも掲載し周知を図っている。JANIS サーベイランスの SSI 部門・ICU 部門に参加しており、院外の流行情報を収集し、必要に応じて院内への周知を図っている。

感染制御に関するマニュアルに沿って、委員会や定期的な ICT ラウンド等で適切に感染制御活動が実施されている。手指消毒液の使用量等を調査し、手指衛生に対する意識向上に努めている。血液・体液の曝露が危惧される状況では個人防護用具が使用されており、病棟や外来における感染性廃棄物の取り扱いや血液・体液の付着したリネンの取り扱いも適切である。抗菌薬の採用・中止に関する検討は、医師からの依頼があった場合に抗菌薬適正使用支援チームで予め検討されてから薬事委員会で決定される仕組みである。適正使用の指針が整備され、院内の分離菌感受性パターンが把握されており、起炎菌・感染部位の特定も検査室との協力で適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

患者・地域住民向け広報誌の発行やホームページの随時更新などが行われている。ホームページには患者の権利や外来受診の手順、診療カレンダー、入退院の手続き、各部門の紹介や施設案内などが掲載されている。また、臨床指標や、病院指標として診断群分類別患者数などのデータが掲載されている。気仙圏域県立病院連携協議会や地域連携連絡会議を主催しており、行政、各種団体、住民などに情報発信して意見を収集し病院運営に反映させている。患者総合支援センターにおいて、紹介・逆紹介、検査依頼の速やかな受け入れとともに、紹介元医療機関への受診報告、検査結果や治療方針等の二次報告などの進捗管理が行われている。地域におけ

る患者情報の共有は「未来かなえネット」や県立病院間の「おたすけ（OTASUKE）ネットワーク」を利用している。

地域住民の健康増進に寄与する活動として出前講座や糖尿病教室等を実施している。また、地域の医療関連施設の職員等に向けた緩和ケア勉強会、がん化学療法研修会などを開催し、これらに医師や看護師、薬剤師などの多職種が講師として参加するなど、地域における医療に関する教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診察は問診票を用いて情報収集がなされ、検査・治療は医師から患者に説明し同意を得た上で実施している。入院の適応は医学的判断に基づいて検討するとともに、必要時は他診療科医と協議する仕組みが確立している。入院が決定すると入院案内を活用してオリエンテーションを実施し、クリニカル・パスの説明、患者プロフィールやアレルギーの確認、転倒・転落や認知機能等の各種アセスメントを行い、病棟と情報共有している。予定外入院についても可能な限り入院支援看護師が病棟を訪問し、オリエンテーションとアセスメントを実施している。患者・家族からの相談には患者総合支援センターで対応している。

医師は原則として毎日回診して病態を把握し、多職種とカンファレンスを適宜実施して情報を共有している。看護師は入院時の患者の基本情報に基づき身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護計画を立案・実施している。薬剤師による持参薬鑑別はすべての患者で実施されており、病棟における服薬指導・薬歴管理も適宜実施されている。輸血・血液製剤投与では患者・家族へ輸血の必要性や効果、リスクについて説明し文書で同意を得ており、実施時にはバーコードによる患者・輸血製剤・実施者の3点確認を行っている。周術期の対応では術前カンファレンスを開催し、手術室看護師の術前・術後訪問を確実に実施しており、手術部位のマーキングや、開始時のサインイン・サインアウト、タイムアウトも確実に実施している。集中治療が必要な重症患者や手術患者は院内措置のICU・HCUで治療しており、多職種が適切に関与している。褥瘡の予防・対策では褥瘡対策チームが評価や助言を行い、発生率減少に向けて活動している。栄養管理と食事指導では全患者に対し栄養管理計画書を作成しており、アレルギーのある患者には管理栄養士が訪問して、食事の提供にあたっては配膳トレイの色を変えるなど安全な食事の提供に努めている。症状などの緩和はマニュアルに沿って行い、多職種が関与している。

主治医からの依頼で患者の評価を行い、リハビリテーションの目標・実施計画を設定・立案している。入院早期からの訓練の開始は主治医の判断により積極的に行っている。必要時、認知症ケアチームと連携し、積極的な離床を進めるなど速やかな身体抑制解除への取り組みを行っており、抑制率が減少している。予定入院の患者には入院支援看護師が入院前から退院困難要因をアセスメントし、病棟看護師も速やかに、退院支援に向けたスクリーニングを行っている。必要な患者への継続した診療・ケアでは、訪問看護師が院内において退院前の患者の褥瘡処置を体験し、医療的ケア児等については退院前訪問や退院後訪問を行うなど、適切な取り組みがみられる。ターミナルステージは、受け持ち看護師や緩和ケア認定看護師等も参加

するカンファレンスを経て、主治医が判定している。患者・家族の意向を尊重し、療養環境に配慮しつつ診療・ケアを実践しており、適切である。

<副機能：精神科病院>

外来は予約制になっているが、緊急患者の受け入れも随時行っている。夜間・休日は救命救急センターの当直医と連携し、精神科医がオンコールで対応している。患者情報は問診票などにより収集され、電子カルテ内で共有されている。任意入院、医療保護入院の患者管理については、精神保健福祉法に則り必要な手続きや診断・評価による診療計画の作成等が適切に実施されている。医療相談には患者総合支援センター内の精神保健福祉士が対応しており、地域および関係機関と連携を図りサービス調整を適切に行っている。入院時は、看護師が精神科病棟の特性に合わせた入院のしおりをもとに入院生活についての説明を行っている。身体面のスクリーニングを実施して合併症を把握し、多職種による入院カンファレンスを実施して入院診療計画書を作成の上、患者・家族への説明が行われている。任意入院の開放処遇はマニュアルに基づき適切な対応を行っており、面会は、新型コロナ禍においては感染防止の観点から窓ガラス越しおよび電子媒体を活用し実施している。

医師は回診を行い、病棟スタッフと情報共有している。看護師は基準・手順に沿って看護を実施し、転倒・転落、肺梗塞、褥瘡、摂食・嚥下のリスクアセスメントを行い、看護計画を立案している。病棟担当薬剤師により服薬指導が行われており、多剤・大量投与の減少を目的としてCP換算を行い、多職種による薬剤カンファレンスにて情報共有、単剤化に向けての検討を行っている。病棟担当管理栄養士が配置され、病棟看護師と協働しロコモ体操を行うなど、摂食・嚥下機能の低下を予防している。褥瘡の予防・治療、症状などの緩和、急性期・慢性期のリハビリテーションの取り組みは適切である。行動制限としての隔離や身体拘束は精神保健福祉法を遵守し安全に行われており、行動制限最小化委員会を開催し、多職種により処遇の妥当性を検討している。退院後の生活支援を要する際は、精神保健福祉士が関係機関との連絡・調整を適切に行っている。必要な患者への継続した診療・ケア、ターミナルステージの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については薬剤師が24時間体制で配置されており、持参薬の鑑別は病棟薬剤師が実施している。注射薬の1施用ごとの取り揃えを薬剤科で実施し、病棟へ供給している。臨床検査機能は検体や生理、輸血、細菌の検査などに対応しており、臨床検査技師はパニック値や異常値の発生時には依頼医に直接報告し、医師の対処を電子カルテ上で確認している。画像診断については診療放射線技師が24時間体制で配置され、心臓カテーテル検査等に対してはオンコールでの応援体制もある。今後、機能の一層の充実を期待したい。栄養管理機能では患者の希望や特性に応じた食事を提供しており、地産地消の取り組みとして「岩手食材の日」の食事提供の他、誕生日祝いや出産祝い膳、行事食などの提供にも積極的に取り組んでいる。リハビリテーション機能は主に運動器・脳血管疾患・廃用症候群等の急性

期・回復期、また精神科領域のリハビリを提供している。評価はFIMを使用し、365日体制でリハビリの継続性を担保している。診療情報は電子カルテシステムおよび部門システムの統合により一元的に管理されている。診療記録はICD-10およびKコードによって記録し、DPCコーディングやがん登録、疾患別症例登録、病院統計等の作成に活用されている。医療機器管理に関して、マニュアルが整備されており、システムを用いて機器の貸し出し、返却等が一元管理されている。院内で使用済みのすべての器材は、現場での一次洗浄は行わず、専用コンテナに格納して中央材料室に搬送している。感染管理認定看護師が適宜介入し、専門的領域の視点から関わっているなど、洗浄・滅菌業務は適切である。

病理診断機能では電子カルテでの報告書の未読防止のため、報告書は印刷して依頼医に届けており、病理結果が確実に伝達されている。放射線治療は、提携している大学病院と専用のネット回線で接続し、治療計画の修正・変更をオンラインで行っている。輸血・血液管理部門は臨床検査室内に設置され、血液製剤の発注・保管・供給を迅速に行っている。手術・麻酔機能はおおむね適切な取り組みがみられる。集中治療は多職種が協働して患者の治療に当たっており、入退室基準を明文化し、病床の有効活用に取り組むなど、機能を適切に発揮している。救急医療機能については、救命救急センターを設置し水準1の救急医療機関として対応している。ドクターヘリを運用し、年間約2,400人の救急車搬送患者を受け入れている。さらに、救急患者はすべて受け入れる方針を掲げ、不応儒例がないことは高く評価できる。

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、予算執行管理や経営状況の管理・分析などが適切に行われている。診療報酬請求にかかるレセプトは、医事部門の事前点検の後に医師が確認している。委託する業務については委託の是非、専門性、効率性、実績、費用対効果を検討し、業務の質も考慮して業者を選定している。病院の建物および防火設備の保守については、県が専門業者と業務委託契約を締結し、定期点検が実施されているなど、施設・設備管理は適切である。診療材料等の物品の購入は、各部門・部署からの要請に基づき、委員会における必要性や安全性、同種同効品の価格の比較などの検討等を経て、稟議・承認による調達が行われている。

地域災害拠点病院としての機能を発揮するために、病院の機能存続計画（BCP）が策定され、雑用水として利用している雨水の濾過装置導入による飲用水の確保、衛星回線の確保などがなされている。保安業務は委託され、警備員による院内外の巡視や防犯カメラの設置、夜間の出入りチェック等により院内の保安状況が管理されている。医療事故が発生した際や可能性がある場合には、速やかに院長ならびに医療安全管理室へ報告して現場保全や診療記録等の確認を行い、患者・家族への説明や、当事者のケアを行うことになっている。医療事故の原因究明や再発防止に向けた動き、訴訟発生時の対応も明確であり、適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として多くの初期研修医が在籍しており、プログラムに沿って指導が行われている。EPOC2によるプログラム管理と指導医や看護師による評価が行われている他、医療研修科長によるフィードバック面談も実施されている。その他の専門職については、県医療局が主体となり各職種の教育・研修プログラムを作成し、さらに同じ県立病院の同職種の職員を集めて初期と実務年数に応じた専門分野の研修を適切に実施している。

看護師や薬剤師、臨床検査技師、療法士などの養成課程の学生実習を、積極的に受け入れている。実習時のオリエンテーションについては個人情報保護やプライバシーへの配慮、医療安全、感染制御、院内規程の遵守、接遇などの内容が標準化され実施されている。学生が特定の患者を担当する場合には予め患者・家族に説明し承諾を得ている。

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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	S

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	B
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	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	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	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	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：精神科病院（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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 岩手県立大船渡病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 岩手県大船渡市大船渡町字山馬越10-1

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	370	289	+62	72.4	13.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	105	105	+0	30.4	260.9
結核病床	10	10	+10	0	0
感染症病床	4	4	+0	13.2	7.2
総数	489	408	+72		

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	15	+0
小児入院医療管理料病床	50	+26
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	45	+45
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)、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： 7 人 2年目： 5 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

[illegible]

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	618.68	676.28	676.62	91.48	99.95
1日あたり外来初診患者数	45.94	60.25	62.29	76.25	96.72
新患率	7.43	8.91	9.21		
1日あたり入院患者数	241.77	259.88	241.56	93.03	107.58
1日あたり新入院患者数	14.41	16.30	15.45	88.40	105.50