

# 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9月27日～9月28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1929年に私立福岡医院として開設され、1950年に県に移管され岩手県立福岡病院となった。2004年に新築移転し岩手県立二戸病院と改称し、岩手県北部医療圏と青森県南部において、中核的な総合病院として地域医療に貢献している。また、がん診療拠点病院、災害拠点病院の役割を果たすとともに、地域住民の高齢化や疾患の変化に対応し、地域医療福祉連携室が機能し患者の多様なニーズに対応している。病院機能評価の受審は今回が4回目であり、様々な改善が確認できた。今後も環境や制度の変化に対応し、地域完結型医療を目指し、貴院がますます発展されること期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を定め、院内掲示・入院案内・ホームページにて周知を図っている。職員へは職場内の掲示・職員のしおりで周知している。病院管理者・幹部は、病院運営上の問題を明確化し、毎年度事業運営方針を策定して、全職員に周知するとともに方針に沿った運営を行っている。組織運営では、病院の意思決定会議である管理会議は毎週開催されている。経営計画が策定され、年度ごとの病院運営方針が定められている。情報管理は、システムの運用規程を定め、医療情報システムの安全かつ合理的な運用を図っている。医療情報は診療情報管理室で管理し、情報は統計資料、がん登録等に活用されている。文書管理は、県立病院共通の医療局行政文書管理規程に基づき、文書の管理を組織的に行っている。病院として定めた規則や院内の各委員会の会議録は総務課が管理している。医療現場で必要なマニュアル等は電子カルテで一元管理されている。

役割・機能に見合った人材は、おおむね確保されている。引き続き病理医の採用への取り組みを継続されたい。人事・労務管理は、就業規則、給与規定等が整備されている。医師の業務負担の軽減のために医師事務補助者の確保・増員等の取り組みを行っている。健康障害の防止およびワーク・ライフバランスの推進に努めている。職員の安全衛生管理は、衛生委員会を毎月開催し、職員の健康診断、公務労災、職業感染への対応も適切に行われている。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員満足度調査や職員ポストにより職員の意見・要望などを把握している。夜間専従や育児短時間勤務等の就業支援を図り、職員のニーズに配慮している。

職員への教育・研修は、職場研修委員会が中心となり、全職員対象の研修会が計画的に行われている。職員の能力評価・能力開発は、医療局職員人事考課制度が整備され、医師を除いた職員について人事考課を行っている。医師については、県立病院の医師にかかる人事考課制度を実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、明文化され、院内掲示、ホームページ、入院案内等で公開している。説明と同意は、医療安全マニュアルに、説明し同意を得る手術や検査がまとめられている。必要時には看護師等の同席がなされ患者家族の反応が記録されている。説明・同意書の項目は統一されている。説明内容に漏れ等がないよう、院内で説明内容の標準化を図ると共に、書式の充実が望まれる。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院申し込み時より患者パスシートを活用し治療の方向性を共有している。病棟内図書コーナーや図書館、情報コーナーが整備され、多様なツールを用いて患者が情報を得やすいよう配慮している。患者支援体制は、患者・家族からの様々な相談に対応するため、患者サポートコーナーを設置し、院内掲示や入院案内等で分かりやすく案内している。患者の個人情報保護は、個人情報保護規程が整備され、各職員に配布・携帯されている。患者のプライバシーは、診察室・相談室および病室において配慮されている。臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理指針が策定されている。臨床倫理コンサルテーション部会が現場の倫理的な課題の迅速な解決支援をしている。臨床で発生する倫理的な課題について倫理委員会で積極的に取り上げ、病院として継続的に検討されると良い。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、看護部の各部署の倫理カンファレンスで検討している。カンファレンスに多職種が参加できるよう調整されるとさらに良い。

患者・面会者の利便性・快適性は、病院玄関前に路線バスの停留所が設置され、駐車場も確保されている。オンライン面会の体制を整備し、分娩や手術のための家族控室も準備されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、バリアフリー環境が確保されている。廊下の広さは十分確保されており、車椅子などによる移動も容易である。療養環境は、病室や廊下は十分なスペースが確保され、整理整頓されている。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙の方針は明確であり、ホームページ、院内掲示、入院案内等に掲載するほか、禁煙外来を毎週開設している。職員の喫煙状況は定期健康診断実施時に確認している。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見を聞いた質改善は、患者・家族などの意見を意見箱や患者満足度調査、退院時アンケート、相談窓口等で収集し、意見箱に寄せられた意見・要望への回答は玄関前の掲示板やファイルで確認できる。診療の質の向上に向けた活動は、診療科カンファレンスのほか、外科・内科合同カンファレンスやCPCなどが開催されている。クリニカルパスのバリエーションおよび臨床指標を利用した医療の質向上に向けて積極的な取り組みを望みたい。診療ガイドラインは、非専門医をはじめ病院職員が院内で閲覧できる仕組みの構築を期待したい。業務の質改善は、部門横断的かつ継続的に取り組む仕組みは整備されていないため、病院が主体となった仕組みの構築を望みたい。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理委員会による検討を通して適切に実施される仕組みである。薬剤の適用外使用についても、基本的に倫理委員会で検討された後に薬事委員会で承認される仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟のスタッフステーションに診療科別医師名、看護師長、担当薬剤師および多職種の各責任者が一覧で記載されている。医師不在時の連絡体制は共有されており、病棟師長はラウンドやカンファレンスで状況を把握している。診療録は、診療記録等記載マニュアルに基づき、電子カルテに必要な記録が経時的に記載されている。質的点検は、より網羅的に実施されることを期待したい。多職種が協働した患者の診療・ケアは、多職種で構成されたチーム（緩和ケア・化学療法・栄養サポート・褥瘡対策・感染対策）が規定に基づき、ラウンドや委員会と連動して、現場のケアの向上に寄与している。

#### 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理室が設置されている。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ャー会議を設け、マニュアルの改訂や事例検討を行っている。安全確保に向けた情報収集と検討は、全職種からインシデントレポートをタイムリーに医療安全管理室に報告する仕組みがある。収集した事例は医療安全管理室会議で原因分析と再発防止に向けて具体的な対策を立案している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、医療安全対策マニュアルの患者誤認防止の手順に則り、患者確認は、本人による氏名と生年月日の申告を定めて遵守している。注射剤実施時誤認防止策として携帯端末での照合を実施している。検体誤認防止は、検体誤認防止マニュアルに則り、防止対策が実施されている。手術時のタイムアウト基準を定めて実施している。情報伝達エラー防止は、指示出し、指示受け、実施、実施確認などは、電子カルテ上で明確に確認でき、適切に実施されている。病理レポートの結果未読・既読管理はシステムを構築し管理している。パニック値は基本的に主治医に連絡し不在時にも必ず医師に伝わる体制となっている。口頭指示は原則として行わない方針であるが、やむを得ない場合は口頭指示受け書を使用して実施している。口頭指示受け書は自由に記載できる書式となっているため、情報伝達エラー防止の観点から書式の検討を期待したい。薬剤の安全な使用

は、ハイリスク薬の安全な使用として、インスリン使用時のスライディングスケールの院内統一やカリウム製剤のプレフィルドシリンジ使用などを取り決めている。薬剤の取り違い防止として、薬剤処方時の3文字入力や、採用薬剤の削減などに取り組んでいる。転倒転落防止は、入院時の全患者に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を実施している。評価結果に応じた看護計画を立案して、定期的に再評価している。医療機器の安全使用は、管理システムで医療機器の使用状況を常時把握している。臨床工学技士は院内の各部署を毎日ラウンドし、使用中の人工呼吸器の作動確認を行っている。看護師は人工呼吸器指示書兼チェック表を用いてマニュアルに則って、各勤務交代時、設定変更時、使用中の作動確認および設定条件の確認、伝達を実施している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、手順を各部署の所定の位置に掲示して全職員に周知している。招集訓練も実施している。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

医療関連感染制御に向けた体制は、感染管理室が設置され、専従のICNが配置されている。院内感染防止対策委員会が毎月開催されている。ICD、ICN、感染制御認定薬剤師、臨床検査技師などから構成されるICTは、ラウンドや会議などを定期的に行い、AST、ICMとも合同で各職員への情報提供などに努めている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内において感染症発生時や薬剤耐性菌が分離された場合は、検査科から感染管理室に連絡し、ICTによる分析・検討が行われている。医療関連感染に関わるターゲットサーベイランスとして、循環器病棟におけるCLABSIと消化器外科を対象としたSSIを開始している。

医療関連感染制御のための活動は、院内感染対策マニュアルに則って、標準予防策を実施している。手指消毒薬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。病棟や外来における感染性廃棄物の取り扱いは適切である。抗生剤の適正使用は、CT、ASTにより体制が作られている。手術前抗生剤投与は抗菌薬適正使用マニュアルに記載され、実施されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

情報の地域等への発信は、診療内容や医療サービスの広報として広報誌を年4回発行している。連携医療・福祉機関向けに診療体制等の情報を年3回発行している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と他の医療関連施設等との連携は、地域医療福祉連携室を設置し、紹介患者の受け入れ、入退院時の関係機関との調整などを行っている。地域連携のネットワークの事務局を担っており、地域の医療機関、介護福祉施設など関連施設等との連携や協力に積極的に取り組んでいる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、カシオペア地域医療福祉連携研究会（ひめはたるネット）の活動として、医師や認定看護師が講師を担って講演会や研修会などを行っている。地域の中学校や高校から要請を受けて助産師による思春期講座などの出前講座などを開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、病院ホームページに受診に必要な情報が掲載されている。外来診療は、患者情報の収集、説明・同意、上級医・他科医師への相談などが適切に行われている。診断的検査は、侵襲的検査では患者へ検査の必要性和リスクについて説明の上、同意を得て実施している。造影剤使用時のアレルギー対策や腎機能・内服薬のチェックも適切に行われている。入院の決定は、担当医師が医学的な判断をもとに行い、必要に応じて他科医とも相談できる体制になっている。入院決定後には外来の看護師などにより入院の説明が行われている。診療計画の作成は、多職種により迅速に入院診療計画書、看護計画書などが作成されている。入院診療計画書は多職種により記載されているが、充実した記載を期待したい。患者・家族からの医療相談は、患者サポート窓口で看護師や社会福祉士が配置されている。相談内容により医療相談や退院支援看護師へと連携している。患者が円滑に入院できるよう、予約入院の場合、外来での手続き後に入院支援看護師が面談し、基礎情報などを聴取し、入院案内の説明をしている。入院生活の流れは患者パスシートを使って説明している。面談内容を踏まえて、社会福祉士や相談室と連携している。

医師の病棟業務は、日々の回診と記録、診療行為の指示などが行われている。医師、看護師の情報交換は適切に行われている。患者・家族との面談はプライバシーに配慮するなどし、適宜行われている。看護師の病棟業務は、入院時の患者の基本情報に基づき、ニーズの把握とリスク評価を踏まえて看護計画を立案・実施している。多職種カンファレンスで情報を共有している。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師により患者持参薬が確認され、その情報をもとに医療者間で、重複処方、投与禁忌の疾病、配合の可否、アレルギーなどの確認がなされている。輸血・血液製剤の確実・安全な実施は、マニュアルが整備され輸血の適応などが定められている。輸血投与中・投与後の患者の観察については実施後、必要事項が電子カルテに記録されている。周術期の対応は、手術適応は主治医だけでなく当該科のカンファレンス等で検討され、患者情報の共有や術式の決定がなされている。手術前のサインイン・タイムアウト・サインアウトが確実に実施されている。重症患者の管理は、各病棟に重症室が整備されており、重症患者の診療や術後リカバリーなどに活用されている褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者に褥瘡発生リスクのアセスメントを実施している。ハイリスク患者には、具体的な看護計画を立案し、ケアしている。栄養管理と食事指導は、入院時のスクリーニングを基に管理栄養士が嚥食状況の確認をし、多職種カンファレンス等で栄養方法を提案している。NSTは摂食・嚥下チームと歯科口腔グループとして横断的に活動している。症状などの緩和は、症状緩和に関する方針や症状に対する手順などが定められており、チーム回診やカンファレンスも定期的に行われている。リハビリテーションの確実・安全な実施は、リハビリテーションスタッフと医師がリハビリテーション実施計画書を作成している。365日のリハビリテーションが実施できる体制が整備されている。安全確保のための身体抑制は、必要性を複数名で評価し医師の指示のもと実施している。患者状態の観察も定期的に行われている。身体抑制の最小化に向けたラウンドも実

施されている。患者・家族への身体抑制に関する説明の充実と徹底を期待したい。患者・家族への退院支援は、入院決定時から退院支援のスクリーニングがされ、入院後早期から退院支援看護師が介入している。退院後の継続した診療・ケアは、ケアマネージャーや訪問看護、介護事業所間で、地域で統一された患者シートを活用し、情報共有がされている。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向を尊重して療養環境に配慮しつつ、診療・ケアを実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、麻薬やハイリスク薬の保管・管理、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査など適切に機能している。抗がん剤は薬剤師が抗がん剤キャビネットを使用して全て調製・混合している。臨床検査機能は、必要な検査は24時間実施可能である。機器の精度管理は毎日適正に実施され、検体は所定の期間保存された後、適切に廃棄している。画像診断機能は、CT、MRI、核医学検査、血管造影検査などの検査を行っている。緊急時にはCT、MRIなどすぐに撮像できる体制となっている。読影は100%なされ、検査後ほぼ30分以内に電子カルテ上に入力されている。栄養管理機能は、食材の検収から下処理、調理、配膳、下膳、洗浄、保管までのプロセスは衛生管理に十分配慮されている。温冷配膳車により適時・適温での配膳を行っている。早朝の調理師業務の負担軽減を図るため、朝食にクックチル方式を取り入れるなど、業務改善を継続しながら栄養管理機能を適切に発揮している。リハビリテーション機能は、圏域内の急性期リハビリテーション機能を担っている。リハビリテーション実施計画書に患者・家族のニーズを記載できるところが無く、把握がしにくくなっているため、書式の検討を期待したい。診療情報管理機能は、診療情報を一元的に管理し、患者登録は1患者1IDとなっている。診療記録の量的点検は、点検項目が定められ、チェックリストを用いて退院患者全例で点検が行われている。医療機器管理機能は、臨床工学技術科に臨床工学技士を配置し、医療機器に関するマニュアルを整備している。医療機器管理システムを用いて、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等の貸し出し、返却、各部署での使用状況、使用後の保守点検および定期点検や点検履歴を中央管理している。洗浄・滅菌機能は、中央滅菌材料室で洗浄、点検、滅菌、保管を行っている。物理的・化学的インディケータを毎回、生物学的インディケータを毎日使用して精度を保証し、リコール規定も整備している。

病理診断機能は、基本的に専門業者に委託している。がん診療連携拠点病院、基幹型臨床研修病院としての機能・役割を踏まえると、病理医の確保が望まれる。放射線治療機能は、放射線治療専門医による指導のもと、放射線治療専門放射線技師、放射線治療品質管理士、看護師などが協力し、行われている。緊急照射が必要な疾患に対しても放射線治療医から主治医への治療勧奨などの情報提供がなされるなど、放射線治療機能は適切に発揮されている。輸血・血液管理機能は、マニュアルに規定された手順に則り行われている。輸血用製剤の保管は自己血も含め自己温度記録付き専用保冷庫で行われ、緊急時には近隣の血液センターから製剤が届けられる。廃棄率は減少傾向にある。手術・麻酔機能は、スケジュール管理は麻酔科

医・手術室看護師長が行い、緊急手術にも対応できるよう配慮されている。手術全例でタイムアウトが実施され、サインイン・サインアウト、体内異物残置予防策等の実践も適切である。救急医療機能は、医療圏の基幹病院として24時間、基本的に全ての2次救急に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算編成から会計処理まで、県医療局財務規程に則って実施されている。経営状況は管理会議で病院幹部に報告され、運営会議で経営状況の把握や目標進捗における分析結果が報告され、院内の各部門へも周知されている。医事業務は、業務手順が整備され、窓口収納業務、査定・返戻への対応、施設基準遵守のための対応、未収金の回収などが適切に行われている。業務委託は、業務の質や実績を評価した上、指名競争入札で委託業者を選定している。委託業者の従業員に必要な研修を実施している。

施設・設備の管理は、年間計画に沿った保守管理や日常点検を行っている。感染性廃棄物の回収・保管は適切に行われ、放射線性廃棄物の管理・廃棄も手順に沿って行われている。物品管理は、診療材料はSPDシステムにより管理されている。棚卸は年2回、在庫定数の見直しは毎月行っている。ディスプレイ製品は、再利用は行わない方針とし、遵守している。

災害時の対応は、災害対策マニュアルが整備され、防災・災害時医療対策委員会が災害時のBCPを策定している。年2回の防災訓練が行われている。大規模災害を想定した訓練は現在実施していない。実施可能な規模や内容での訓練実施を検討するほか、マニュアルの見直しなど、災害拠点病院として継続的に取り組むことを期待したい。保安業務は、平日は保安専門職員を配置し、夜間・休日は保安要員が入退館者のチェック、院内巡回と施錠管理を行っている。医療事故等への対応は、医療安全対策マニュアルに定められている。原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組む体制が整備されている。訴訟への対応、医療事故の公表基準・マスコミ対応なども整備されている。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型・協力型臨床研修病院として、プログラムに沿った研修を実施し、評価を適切に行っている。看護部では教育専従職員を配置し、クリニカルラダーによる教育体制を構築している。その他の診療技術部門、事務部門についても各職種の研修プログラムに則り、独自の到達目標も定めて研修を行っている。学生実習等は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などの養成校の学生、救急救命士を対象に積極的に実習受け入れを行っている。受け入れのための各学校との契約書、実習生の誓約書、ワクチンの接種状況なども提出されている。実習指導者による実習生や実習内容の評価も行っている。

# 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・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	B
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	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	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	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	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	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

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 岩手県立二戸病院

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： 岩手県二戸市堀野字大川原毛38-2

## 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	248	225		69.9	15
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	5	5	-5	11.3	9
感染症病床					
総数	253	230	-5		

## 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	2	+0
小児入院医療管理料病床	180	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	50	+50
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), 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： 0 人 2年目： 4 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

## 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	477.89	475.88	516.09	100.42	92.21
1日あたり外来初診患者数	25.17	25.64	35.40	98.17	72.43
新患率	5.27	5.39	6.86		
1日あたり入院患者数	157.82	159.61	161.32	98.88	98.94
1日あたり新入院患者数	10.51	10.89	11.32	96.51	96.20