

# 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 7 月 30 日～7 月 31 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

## ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 1

1. 全身麻酔手術では、1 名の患者に対して 1 名の医師（執刀医・助手以外）が確実に麻酔管理を行うよう工夫してください。（3. 2. 4）

### 1. 病院の特色

貴院は、県立中央病院と県内各二次医療圏に開設されている基幹病院を補完する地域病院として設立されており、両磐医療圏の東磐井地域の中心的な役割を担った病院である。病院理念は「すべての人びとに安らぎと希望を」であり、地域に密着した病院として地域医療の推進に努力し、総合診療・救急医療・透析医療に加え、地域包括ケア病床の設置によるポストアキュート・サブアキュート患者の積極的な受け入れをしている。人口減少が進んでいる反面、高齢者は増加傾向にある地域において、近年救急車の依頼件数は増加傾向であり、応需件数も比例して増加している状況である。救急隊との連携を強化して、救急車の応需率を高めて地域からの期待に応える取り組みを実践されている。また、院内において、医師・薬剤師・療士・管理栄養士等様々な専門職が協働して患者の診療・ケアの質を高めていることも病院の特徴となっている。

病院機能評価について継続して受審しており、院長筆頭に職員全体で医療の安全と質への向上意欲は高く、今後も院長・幹部職員を中心に良質な地域医療の提供に継続して努力されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、明確である。見直しについては、病院運営委員会で自院が取り組むべき内容を考慮して毎年検討している。病院運営の意思決定会議は管理会議であり、院長はじめ幹部職員を中心に毎週開催している。年度における事業運営方針は県医療局で策定している経営計画に沿って作成し、具体的な数値目標、達成目標を示している。情報管理は、電子カルテシステムを中心に多様な部門シス

テムを構築し、确实・安全な受診につなげており、医療の質・安全性・効率性に関わるデータの作成にも活用している。

医療法上の人員配置標準は満たしており、届け出た施設基準上の必要人員を確保しているが、麻酔科医については確保が望まれる。

職員対象の教育・研修は、県医療局の職員研修計画に基づき実施されている。医療局主催で計画している研修以外の病院での全体研修は、医療安全・感染制御・個人情報保護・ハラスメント防止研修等を集合研修、eラーニングで実施している。職員の能力評価・能力開発の取り組みとして、人事考課を全職員対象に実施するとともに、能力開発として医師・看護師・診療技術職等全ての職種にわたり専門分野の資格取得を推奨している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、入院案内、ホームページ、院内掲示等で周知している。患者への説明と同意取得については、マニュアルに同意に関する組織としての方針、具体的な手順などを定めている。説明に際しては、患者個別に作成した詳細な説明、術式などの手書きイラストを記載した説明書を作成しているなど、患者・家族の理解を促進する工夫がなされている。

患者への支援体制として、相談窓口を医療安全管理室と地域医療福祉連携室に設置し、様々な相談内容に対応している。また、高齢者・障害者・配偶者等の虐待が疑われる際のマニュアルを整備し、研修会の開催により周知にも努めている。個人情報の取り扱いについては、取り扱い方針、利用目的をホームページ・入院案内・院内掲示等を通して、患者・家族・地域住民へ周知している。主要な臨床倫理的課題は病院としての対応方針を定めている。

病院へのアクセスは至便であり、院内は整理・整頓、清掃が行き届き明るく眺望も良く、プライバシーに配慮した環境になっている。敷地内は禁煙であり、職員の喫煙率も毎年低下傾向である。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けた組織横断的な改善活動については、院内各部署はBSCを用いて継続的に業務の質改善に取り組んでいる。医療の質向上委員会は、病院機能評価受審について活動するとともに、各部署のBSC活動の取り組み状況を検討している。診療の質の向上に向けた取り組みは、日々の診療に際して、診療科・多職種間で様々なカンファレンスを通して議論と情報共有を行っている。クリニカル・パスについては、パス委員会で適宜見直しを行うとともに、適用率を向上させるための活動を行っている。患者・家族からの意見や要望・苦情については、院内に設置している意見箱と患者満足度調査から得ている。収集した意見・要望・苦情は医療安全カンファレンスで分析・検討し、本人あるいは院内掲示を介して回答している。職員へのフィードバックも実施している。新たな診療技術、薬剤の適応外使用については、診療業務指針で定めている。院長・倫理委員会での承認後、関係医師・関係職種を含めた勉強会を開催し、導入に必要とされる内容を周知している。臨床研

究については、規程を整備し、倫理委員会での承認を必要としている。

## 5. 医療安全

医療安全に関する組織体制は院長直下に医療安全管理室を設置し、専従配置している医療安全管理専門員（医療安全管理者）を中心とした医師、看護師、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者が管理部門として活動している。医療安全管理専門員は医療安全管理者研修を受講しており、組織横断的に活動する権限を付与されている。安全確保に向けた情報収集は、セーフマスタースystemを通してインシデント・アクシデントレポートの発生を速やかに把握し、現場の状況確認を行っている。医療事故発生時の対応については、医療安全マニュアルに掲載しており、事故発生時の対応手順をフロー図で示している。予期せぬ死亡事例等については、医療事故調査委員会を開催するなど、医療事故調査制度に則った対応を整備している。

オーダリングシステムで薬剤の重複処方、相互作用やアレルギーをチェックし、必要時は薬剤師が医師に対して積極的に疑義照会をしている。入院時、全患者にアセスメントシートを用いて転倒・転落リスクを評価し、転倒・転落防止対策に取り組んでいる。患者の急変時対応として院内緊急コードを設定し、対応訓練は年1回以上行っている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院長が委員長を務める感染対策委員会を毎月開催し、院内の感染対策に関する事項の報告と決定を行っている。感染管理室にICT（感染対策チーム）とAST（抗菌薬適正使用支援チーム）および院内各部署のスタッフが組織横断的に感染対策活動を行うICS（感染対策担当者）を置き、定期的なラウンドと情報収集によって現場における感染管理上の問題点を把握し、感染対策委員会に報告している。ターゲットサーベイランスについては、SSIに加えてUTIについて取り組みを始めたところである。

医療関連感染を制御するための活動については、感染対策マニュアルに標準予防策、感染経路別予防策を定めている。ICT、ICSを中心に標準予防策に重点をおいて、感染ラウンドや教育研修を行っている。抗菌薬の採用は、薬事委員会で決定している。感染対策マニュアルに抗菌薬適正使用指針を定め、届け出が必要な抗菌薬を規定し、定期的に見直している。抗菌薬使用に関して介入が必要な場合は、カルテに記載し、主治医と情報の共有を図り、de-escalation等についてのアドバイスを行っている。アンチバイオグラムを年1回作成し、抗菌薬使用量等と合わせて院内に周知している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は広報委員会を設置するなど積極的な対応を図っている。広報誌は定期的に発行し、自院の活動・医療情報・取り組み等を紹介している。医療関連施設や行政へは、毎年年報を作成して配布している。ホームページには、病

院の理念・運営方針、診療サービス、診療機能、臨床指標を掲載しており、地域住民・地域の医療関連施設等が自院を選択する際の有用な情報源になっている。地域の医療関連施設等との連携は、地域医療福祉連携室の地域連携室が担当している。地域連携パスの受け入れ病院として、脳卒中・大腿骨頸部骨折の患者の受け入れを行っている他、地域包括ケア病床の患者の受け入れも行っている。地域の健康増進に寄与する活動として、市町村と連携し、予防接種、がん検診等を実施している。地域への医療に関する啓発活動については、健康づくり委員会が窓口になり、ホームページに開催案内、開催受付を掲載するなど積極的に活動を行っている。医療に関する啓発活動の実施状況については、健康教室の開催、多職種連携による出前講演等活発に行っている。

## 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、院内掲示、入院案内等で周知している。入院は外来担当医が決定しているが、必要に応じて同科の医師、他科専門医等へコンサルトする体制がある。

主治医は毎日回診し、多職種カンファレンスなど様々な方法で患者の情報を多職種間で共有し、診療に活用している。看護師の病棟業務は、医療局看護業務基準・看護管理基準に基づき行い、他職種と協働して看護業務を実践している。全病棟に薬剤師を配置し、薬剤管理業務として医師とともに投薬・注射の必要性や副作用を説明し、全患者の薬歴管理を行い、電子カルテに入力し多職種と共有している。手術の適応と手技、リスクを含めて患者・家族にわかりやすい図を用いるなどして理解を深める工夫をした上で説明し同意を得ている。リハビリテーションについては、実施計画書をもとに必要性とリスクなどを患者・家族へ説明し、必要な患者には365日体制で休日にもリハビリテーションを実施している。身体抑制マニュアルが整備され、身体抑制は患者の人権に配慮し、やむを得ない場合に同意書を得て行うことや身体拘束の三原則に沿って判断することが規定されている。退院支援として、入院時に退院支援困難要因のスクリーニングを実施し、退院先の想定、退院支援が必要な否かを判断し、患者・家族の状況に合った退院支援計画を作成し、患者・家族の不安や要望に沿った活動を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については常時薬剤師がおり、注射薬は全例1施用ごとに払い出している。検査結果における異常値・パニック値の報告は、前回検査値と比較し、臨床検査技師から担当医師へ直接報告する体制である。画像診断機能は、24時間当日の撮影依頼にも待ち時間なく対応している。栄養管理機能については、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って、検収・調理・配膳・食器等衛生的に管理している。リハビリテーション機能は、脳血管疾患、運動器疾患、呼吸器疾患、廃用症候群の各領域に対してリハビリテーションを行い、廃用症候群と脳血管疾患では早期からリハビリテーションが介入している。診療情報は一元的に管理し、1患者・1IDとなっており、診療記録の量的点検はチェックリストを使用して、退院患者全

件に実施している。使用済み機器・器材は洗浄を中央化し、滅菌物の質保証は物理的・化学的・生物学的の各インディゲーターを用いて滅菌効果を確認している。

手術・麻酔機能については、全身麻酔の場合の麻酔管理は、術者以外の医師が麻酔管理を担当するよう改善が望まれる。救急医療機能については、「断らない救急」を目標に、多職種連携のもと救急医療の遂行に努力しており高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

予算の作成は、県立病院等の経営計画、病院事業運営方針に則り、病院事務部門で作成し、最終的に議会で承認されて成立している。会計は公営企業法に基づき会計処理が行われている。医事業務については、受け付けから会計までの業務手順を定め、レセプトの作成、返戻・査定、再請求については、いずれも医師が関与している。未収金は、マニュアルに従って督促している。業務委託については、業務内容の履行と質の維持・向上のため、委託先担当者と定期的に打ち合わせを実施している。

施設・設備管理は、保守点検計画に基づき計画的・定期的な保守管理を実施している。医薬品の採用は薬事委員会で検討しており、医療消耗物品については、SPDシステムにより各部署への適正な納入が図られている。

危機管理体制の整備は防災委員会が担っており、BCP等の作成にも携わっている。災害発生時の責任体制・連絡体制は夜間・休日を含めて明確である。病院の建物は耐震構造であり、水・医薬品・食料は職員分を含めて3日程度備蓄しており、電源は5日程度分を確保している。保安業務については、出入口の施錠時間、院内巡視の方法等の手順を定め、緊急時の連絡体制は明確になっている。

# 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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	B

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	B
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	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	S
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	A
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	A
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	B
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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	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	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	C
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	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	
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	A
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	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	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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： 岩手県立千厩病院

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： 岩手県一関市千厩町千厩字草井沢32-1

## 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	148	116	-32	55.6	16.7
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	4	4	+0	0	0
総数	152	120	-32		

## 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	4	+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	20	+0
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	23	-4
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

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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	218.67	219.61	216.12	99.57	101.61
1日あたり外来初診患者数	19.72	18.44	18.52	106.94	99.57
新患率	9.02	8.40	8.57		
1日あたり入院患者数	65.40	61.93	73.64	105.60	84.10
1日あたり新入院患者数	4.58	4.58	4.14	100.00	110.63