

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11月25日～11月26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、1950年に内科、外科、産婦人科の3診療科で「磐城共立病院」として開設し、病床数50床で診療を開始して以来、急性期・専門医療を提供する中核病院として地域医療に貢献してきた。1966年には「いわき市立総合磐城共立病院」の名称でいわき市立病院となり、病棟の増築により1986年には1082床まで増床し、最終的に地域の医療状況に合わせて病床の適正化を図り2018年からは700床（一般679床、結核15床、感染症6床）となっている。2018年に新病棟の竣工にあわせ「いわき市医療センター」と改称し33診療科に拡充、高度医療器や設備の導入、人材確保・育成、救急医療の推進など診療機能の向上をはかってきた。その結果、地域医療支援病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター、地域周産期母子医療センター、エイズ治療拠点病院など地域になくはない多くの機能を網羅した県沿岸地域での基幹病院となっている。これらの取り組みは、歴代の病院長ほか病院幹部のリーダーシップのもと、職員の弛まぬ努力によるものであり高く評価される。さらに、今回の機能評価更新受審にあたっては、職員の機能向上への努力、取り組みが随所と感じ取れた。また、前回指摘された事項に対する見直し、改善も行われており適正である。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と6項目の基本方針を明文化し、院内外への周知に努め、中期経営計画との整合を図っている。実態に沿った組織図を整備し、職位・部門ごとの分掌業務や職務権限を明確にしている。中期経営計画を踏まえ、数値目標・達成目標を明確にして、積極的に取り組んでいる。医療情報の活用は関連規程に基づき明確であ

り、情報の有効活用やセキュリティー管理を適切に行っている。文書等取扱規程に基づいた文書管理を行い、総務課において文書類を一元管理している。

各職種の適正人員の確保に取り組むとともに、積極的な採用活動を組織的に展開している。人事・労務管理等の関係規程を整備し、職員に周知を図り適正な就労管理に取り組んでいる。衛生委員会が毎月開催され、職員の健康状態の把握に努め、衛生管理者による院内巡視も行われている。「職員の声」などにより職員の意見・要望の把握に努め、多様な就業支援制度や福利厚生制度を整備している。

医療安全と感染管理などの研修を実施している。能力評価、業績評価を行い、職員個々の能力の把握・評価に努め、能力開発も積極的に行っている。看護部では、新人教育としてプリセプターシップを導入し、その他の部門でも育成プログラムに基づいた初期研修を行っている。学生実習は、多くの実習生を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し、患者・家族に対しては、病院案内、入院案内、病院ホームページ、院内掲示などで周知している。子どもの患者の権利も病院ホームページに掲載されている。説明と同意は、診療行為を定め統一した書式を用い運用している。セカンドオピニオンの実績がある。医療の患者参画を促進するため、入院前の説明、パンフレットの活用、医療安全や感染予防の協力依頼を行っている。社会福祉士、看護師などの専門職種によって社会福祉相談、退院相談、がん相談、医療相談等に対応している。個人情報保護管理マニュアルを定め、個人情報保護方針、個人情報の利用目的等を患者・家族にホームページで周知している。主要な臨床倫理的課題への対応を明示し、継続的に取り組んでいる。必要とする臨床倫理的課題を倫理委員会に審議を求める手順を整備し職員へ周知している。

来院時に十分な駐車場や駐輪場、利便施設、通信設備を整備し、利便性に配慮している。また、院内はバリアフリーで、高齢者・障害者に配慮した安全な施設環境を整えている。療養環境は、快適性や安全性が確保され、プライバシー等への配慮がなされ、清潔な寝具を提供している。敷地内禁煙として受動喫煙を防止しており、禁煙講習会の開催などにより禁煙外来への受診を勧めている。

4. 医療の質

TQM 委員会を中心に、継続的に業務の質改善に対して検討・実施を行っている。診療の質向上に向け、診療科毎の症例検討会や複数の診療科の合同カンファレンスを定期的で開催している。患者・家族の意見等は、意見箱、相談窓口等への意見、ホームページ、患者満足度調査等で収集しており、必要に応じて患者等にフィードバックしている。薬剤の適応外使用や自院で初めて実施する手術・手技については、外部委員2名を含めた倫理委員会において適切なプロセスで検討のうえ承認している。

病棟では、医師・看護師長名は、患者・家族が確認できる場所に明示している。診療・ケアの責任体制は明確であり、主治医不在時の代行医師のルールも適切に運

用している。入院・外来ともに診療に関する情報は電子カルテシステムを用いて記録している。診療録の質的点検は、点検の強化や件数の増加に取り組んでいるが、さらなる実績の積み重ねが望まれる。NSTなど専門チームは、多職種が協働して回診・カンファレンスを行い診療やケアを行っている。また、各診療科の連携によるチーム医療を推進している。

5. 医療安全

医療安全管理に係る組織やマニュアルが整えられ、安全確保に向けた体制を整えている。院内外の情報収集を行い、分析した結果を院内で検討し、医療安全確保に向けた体制を整えている。医療事故等の対応は、相談窓口等の情報を関係部署間で共有し、診療や医療行為に係る患者・家族の理解に努めている。

誤認防止は、患者参加を求め患者と共に対策を実践しているが、リストバンドが装着できない場合の対応について検討が望まれる。医師の指示出し、指示受け、実施の確認などは、電子カルテを用いて適切かつ確実に行われている。報告書の未読に対しては、電子カルテ上で確認できる仕組みであり、一定期間未読であると各科長を通じて注意することで未読を防止している。病棟薬剤師を配置し、病棟配置薬は適切に管理している。転倒・転落防止策を実践し、事故発生時には速やかに対応できるよう体制を整えている。医療機器を安全に使用するために、関連職種が機器の使用法の習得に努めている。患者等の急変に備え緊急コードやRRSが機能している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を設置し、ICT、ASTが実働部隊として積極的に院内の感染制御活動を行っている。感染管理担当者の役割・権限も明確である。ICT、ASTが院内の感染発生状況をモニタリングし、適時対策をたて実行している。CLABSI、CAUTI、SSIなどのターゲットサーベイランスは発生状況を収集し分析している。SSIも消化器外科に加え整形外科領域の全人工関節手術を対象を拡大している。課題であったVAPに関してもICUを中心にサーベイランスを開始している。

医療機関連感染を防止するため、手指衛生や感染対策の習得に努めている。抗菌薬の使用量もモニターされており、抗MRSA薬やカルバペネム系などは届出制で運用している。抗菌薬適正使用マニュアルも定期的に見直し、院内のアンチバイオグラムを作成のうえ医師にフィードバックし適切に利用している。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの広報は、広報誌、ホームページ、病院案内、入院案内などにより行っている。広報誌は、医療機能や診療科の紹介などを取りまとめ年3回発行し、地域の医療機関や市内公共機関等に配布している。患者サポートセンターが、医療機関からの紹介患者の受け入れ、紹介患者の受診・入院の報告、返書の管理などの業務を行うとともに、地域の医療ニーズの把握や関連施設との連携に努めている。地域住民に向けた健康啓発活動として、緩和ケアやがん医療をテーマと

した市民公開講座を実施するとともに、地域の公民館などにソーシャルワーカーが出向き、がんになっても自分らしく生活していくためのアドバイス等を講演する出前講座も実施するなど医療に関する様々な教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、受診に必要な情報や手続きを提示し円滑に診療を受けることができる。検査の必要性は医学的な必要性に基づき決定し、十分な説明・同意を経て実施している。入院の適応や診療計画も医師が医学的判断に基づいて決定し、患者・家族への説明と同意も適切である。入院病床は患者サポートセンターにおいて集約的にベッドコントロールし柔軟な病床運用を行っている。患者相談窓口で初期対応し、関係職種に繋いでいる。

医師、看護師は適切に病棟業務行っており、薬剤師をはじめ多職種連携も充実している。輸血の適応と血液製剤の種類について主治医が必要性とリスクについて説明のうえ、患者・家族の同意を得て安全に運用している。周術期においては、麻酔科医による術前診察が行われ、リスク管理を徹底している。多職種が参加した各種サポートチームが必要に応じて重症患者に適切に関与している。褥瘡予防に向けて対策をとり、発生した褥瘡について早期に介入できる体制を整えている。入院患者全員の栄養状態を評価し栄養管理・指導を行っている。患者の疼痛や苦痛を把握し、症状緩和に努めている。療法士が病棟カンファレンスに参加し情報共有のうえ、継続したリハビリテーションを実施している。身体拘束の継続、解除の判断は医師、看護師で検討して行っている。退院支援は、在宅療養や外来への継続に向けて多職種が協働している。ターミナルステージの適応を評価し、患者に合わせたケアが提供できる体制を整えている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門での薬剤保管・管理状況、注射薬の病棟への払い出し、疑義照会は適切である。院内で定義されているパニック値の報告は、直接医師に報告する手順である。画像診断部門は、常勤医師と非常勤医師で読影を行っている。食事は温冷配膳車を用いて適時・適温で提供しており、食材の納品・検収から下処理、調理、配膳、下膳、洗浄、保管までのプロセスを適切に行っている。早期リハビリテーションの重要性を理解し、長期休暇でも3日以上空けないよう継続性を担保した運用を行っている。診療記録は電子カルテシステムにより運用・管理し、退院時サマリーの点検、診療記録の量的点検、DPC コーディングなどを行っている。医療機器は定期的に点検し、安全に使用できる環境を整えている。使用後器材は一元的に洗浄・滅菌し、各部署で安全に使用できる体制を整えている。剖検やCPCを含めた院内の病理検査への対応を適切に行っている。放射線治療部門は機能を適切に発揮している。輸血・血液管理機能は中央検査室が担当し、医師を委員長とする輸血療法委員会で輸血業務の管理・検討を行っている。手術に関しては、麻酔科医師が術前診察を行い、手術室専任の放射線技師、薬剤師を配備し、円滑なチーム医療が実施されている。集中治療部門では、多職種が関わり高度急性期の集中治療を行っている。

救急部門は救命救急センターであるが、地域の特性から、一次から三次救急まで多様な救急患者に対応している。虐待に対しては各種マニュアルや診療チャートを整備し、対応手順も明確になっている。

10. 組織・施設の管理

予算は経営会議に諮り、市議会の承認を得て決定しており、執行状況の評価や会計監査等も行われている。受付から会計までの窓口業務や収納業務は委託職員および病院職員で行っており、マニュアル等に基づき査定・返戻、施設基準および未収金の対応も行っている。業務委託は、受託者の能力・資格、業務内容および業務水準等を確保しており、実施状況は日報や定期的なミーティングを活用し適正な管理に努めている。

施設・設備の管理・責任体制は明確であり、各種設備の保守点検を定期的に行っている。緊急・障害時の発生における対応は、各部署に連絡体制を周知している。医薬品、医療材料および医療機器の購入は、各委員会で審議・承認する仕組みであり、在庫管理はSPD業務委託を活用して効率的な発注・納品および各部署への払出しを行っている。

地震や火災などを想定した災害時対応マニュアルやBCPを整備している。非常用自家発電装置を整備し、備蓄食品および飲料水を確保している。保安業務は、警察OB職員による院内巡視を実施し、防犯とトラブル等の未然防止に取り組んでいる。警備員による24時間体制での出入管理のほか、管理区域には電子施錠を設置している。

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 | 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 |
| 1.3.3 | 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | |
| 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 | 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 | 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： いわき市医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 福島県いわき市内郷御厩町久世原16

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 | 679 | 641 | -38 | 71.1 | 12 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | 15 | 15 | +0 | 0 | 0 |
| 感染症病床 | 6 | 6 | +0 | 0 | 0 |
| 総数 | 700 | 662 | -38 | | |

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) | 10 | +0 |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | | |
| ハイケアユニット (HCU) | 12 | +0 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | | |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | 6 | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | |
| 放射線病室 | | |
| 無菌病室 | 21 | +0 |
| 人工透析 | 20 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 41 | +0 |
| 回復期リハビリテーション病床 | | |
| 地域包括ケア病床 | | |
| 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 | 20 | +0 |
| 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), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域),
 エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(DPC特定病院群), 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： 12人 2年目： 12人 歯科： 1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

