

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10月6日～10月7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	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、地域医療の中核として、長年にわたり住民の健康を支えてきた公立病院である。1936年の開設以来、幾度もの災害や社会の変化を乗り越え、地域に根ざした医療を提供している。2011年の東日本大震災では、津波により病院機能を喪失するという未曾有の困難に直面し、患者・職員の命を守るための懸命な全病院的対応を経験した。その後、仮設診療所を経て、2018年に新築移転し、地域包括ケア病床を中心とした柔軟な医療体制を整え、再び地域医療の要としての役割を果たしている。

病院機能評価については2020年以降の受審となる。受審にあたり、現状の課題に対し病院全体で改善に取り組んでいることを確認できた。総括および審査結果報告書を参照され、指摘した点への対応を図り、今まで以上に地域に愛される病院として存続していただきたい。今回の所見が、今後の貴院の発展にとって役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念を「安心して暮らせる地域づくりのために、信頼される医療を提供する。」と定めている。基本理念と基本方針の利用者への周知は病院案内やホームページ等で明示しており、内容は管理会議で毎年度見直しを行っている。病院運営上必要な委員会や部会を設置し、それぞれの目的や役割は明確にし、病院機能に対応した体制を整えている。5カ年中期計画に基づき事業運営方針および収支計画を作成し、病院運営を行っている。文書管理の責任者は総務担当であり、文書管理規程に則り病院として必要な文書を定め、発信から廃棄までの仕組みを明文化してい

る。

衛生委員会を定期開催し、院内巡視や健康支援、労働災害状況の把握と対策、安全衛生教育を実施している。職員の就業支援としては、産休・育休・支援制度の利用促進に取り組んでいる。

全職員を対象とした研修計画は総務担当が所管し、医療安全、感染制御、個人情報保護、医療倫理等の年間研修計画を立案して実施している。全職種を対象とした人事評価制度を導入し、運用している。医学生、看護学生を対象に、教育機関からの依頼に応じ、実習生の受け入れを行っている。個人情報保護や感染対策等のルールについて事前の教育を依頼し、カリキュラムに沿った実習や評価が適切に行われたかを振り返るなど、相互共有している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は定められ、広く周知して患者・家族のみならず職員にも浸透しており、小児に関する権利についても定められている。説明と同意は、「インフォームドコンセントの基準」に説明と同意を必要とする侵襲を伴う診療行為、同席基準の手順を定め、遵守し実施している。同意書の書式は、各診療科、各治療、各検査等の説明文書での説明であり、同意書の書式の標準化が望まれる。患者・家族が医療への理解を深めるために、病院として統一した説明をするように工夫している。相談窓口では転院、退院後のケア・リハビリテーションなど、多様な相談に対応しており、相談内容により担当部署や担当者への案内を行っている。個人情報保護条例に基づいた規程を整備し、個人情報を適切に取り扱っている。臨床倫理指針に倫理委員会で協議する倫理的課題を明文化している。倫理委員会は必要に応じて適宜開催し、病院として倫理的課題について検討・協議する体制がある。臨床現場での日常的な患者・家族が抱えている倫理的課題は、日々の業務での病棟カンファレンスで検討が行われ、必要に応じて多職種での検討も行われている。

病院へのアクセスは自家用車が多く、患者用駐車場や障害者用駐車場を確保している。病室、廊下はベッドでの移動が十分行えるスペースを確保し、病棟内は整理整頓が行き届いている。患者が利用する施設・設備についても安全に配慮された快適な療養環境が整備されている。敷地内禁煙を定め、院内や駐車場の掲示で敷地内禁煙を周知している。

4. 医療の質

業務改善検討委員会を設置している。病院主導で幅広い議論を行い各部署の取り組み事項を定め、改善活動を支援している。各部署の構成員が限られている中で病院として個々の活動を把握し、積極的に支援しており、様々な成果を上げている。県立病院間で各種臨床指標や質指標を比較検討し、診療の質改善活動に活用している。意見箱を外来と病棟に設置し、患者・家族、利用者からの意見を収集している。「職業倫理・臨床倫理の方針」が定められており、新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会で審議する仕組みとなっている。

病棟では、スタッフステーションの前に各職種の担当者の氏名を掲示している。

ベッドネームには、主治医の氏名と受け持ち看護師の氏名を記載し、入院患者・家族に対して分かりやすく示している。診療録等の記載マニュアルが設けられ、医師はマニュアルに従って、初診時や日々の状況を必要に応じて適時記載している。多職種で構成された多様な専門チームの協働により、患者・家族に必要な支援を組織横断的に積極的に活動している。多職種が協働した診療・ケアの実践は高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理部門を設置し、専任の安全管理責任者、医薬品安全管理責任者等を配置している。インシデント・アクシデント報告は、院内共有のインシデント報告書を用いて報告する仕組みがある。報告事例は医療安全管理者および各部署のセーフティマネージャーが内容を確認し、影響度や状況に応じて現場への確認やヒアリングを行い、改善策の検討および評価を行っている。

患者の確認は、患者本人による氏名と生年月日の申告を基本として確認を行い、注射・輸血・検査時には患者認証システムにより患者照合し、誤認防止を実施している。処方・指示などは電子カルテシステムを用いてオーダーされ、医師の指示出しや看護師の指示受けから実施までの手順は、適宜確認のプロセスを経て確実に行われている。病棟における麻薬・向精神薬は施錠して保管し、鍵は責任者が管理している。薬剤師は病棟配置薬の品目や数量について見直しを行っている。転倒・転落防止対策は入院時のアセスメントの実施により、危険度に応じ適切に対応している。医療機器の安全使用に対する職員への教育・研修は、年間計画を立案し行っている。人工呼吸器や輸液ポンプを使用する場合は、使用中はチェックリストに基づいて看護師が確認を行っている。院内緊急コードを設定し、日中、夜間ともそれぞれ対応する仕組みがある。救急カートは、院内統一仕様にて所定の場所に設置している。全職員を対象としたBLSの講習会を定期的実施し、職員全員が受講する仕組みになっている。

6. 医療関連感染制御

院内感染管理部門として感染制御チーム（ICT）が設けられている、専従職員はいないが医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、療法士、診療放射線技師、事務職員でチームが構成されている。各種薬剤耐性菌サーベイランスを行い、JANISやJ-SIPHEに参加している。ICTは毎週院内をラウンドし、結果を部署にフィードバックしている。

病室入口や個人携帯用消毒液の使用量調査を実施し、ICTラウンドにて確認を行っている。感染経路別予防策はマニュアルに則って実施している。抗菌薬適正使用ガイドラインに基づいてマニュアルを作成し、適正に使用している。抗MRSA薬、カルバペネム薬、ニューキノロン系などの抗菌薬は届け出制としている。入院、外来患者の抗菌薬の使用状況などを把握し、医師に抗菌薬の適正使用についてフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報や医療サービスの発信については、地域医療福祉連携室が担当し、広報誌発行やホームページの管理を行っている。地域医療福祉連携室には、入退院支援看護師や事務職員を配置している。在宅療養中の患者が休日・夜間でも迅速に入院できる事前登録制の医療支援システムを構築することにより、高齢者や通院困難な患者が急変時にスムーズな入院を可能としている。管轄消防署と連携し、救急要請から救急搬送の迅速化を図り、継ぎ目のない入院医療を提供している。このシステムは、地域の関連施設や行政と協力した地域連携システムの取り組みとして、極めて高く評価できる。地域の健康増進に寄与する活動として様々な取り組みを行っている。看護大学生を対象としたインターンシップ、地域の中高生を対象とした職場体験等を定期開催している。その他、看護師による出前講座や糖尿病透析予防チームによる糖尿病教室、近隣高校からの依頼による保健講和なども開催しており、多岐に渡る多彩な地域貢献への積極的かつ献身的な取り組みは極めて高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

他医療機関からの診療情報提供書は、事前に情報提供を依頼し、それに基づき予約を取得し、円滑に初診時の診療が行えるように配慮している。地域の医療機関・介護施設等からの紹介患者を円滑に受け入れている。診断的検査は担当医によって必要性が判断され、実施されている。特に侵襲的検査に関しては同意書の取得がなされている。入院診療計画書は医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士など多職種で作成している。患者・家族からの相談は、地域医療福祉連携室で多様な相談に応じている。

医師や看護師は病棟業務を適切に行い、担当を明確にして患者に周知している。薬剤の使用にあたっては、医師や薬剤師が必要性とリスクについて患者に説明している。輸血・血液製剤の適用にあたっては、厚生労働省の輸血療法の実施に関する指針や院内の血液製剤適正使用マニュアルに沿った対応がなされている。栄養サポートチームおよびトータルケア回診を通して、患者個々の状態に合わせた栄養管理と食事指導を行っている。症状緩和の看護手順を整備し、症状緩和を適切に実施している。医師や看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、事務職員など多職種が参加し、リハビリテーションカンファレンスを行い、患者のリハビリテーションに関する情報共有を行っている。身体拘束中は、毎日、医師や看護師が拘束の回避・軽減・解除に向けた検討を行い記録している。

退院支援は入院直後から退院支援計画書の作成を行い、多職種によるカンファレンスを通じ、患者・家族へ必要な支援を行っている。在宅療養が必要な患者には多職種カンファレンスを開催のうえ検討し、継続療養につなげている。ターミナルステージの判断プロセスは、多職種でのカンファレンスにより評価している。在宅での看取りを希望する場合は、患者・家族の要望に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では薬剤師が配置され、処方鑑査、調剤鑑査が確実に行われ、誤調剤の防止に努めている。臨床検査部門では検体検査のほか、生理機能検査や輸血の管理業務に関わっており、勤務時間内での検査ニーズに応えている。放射線部門には診療放射線技師が配置され、CT、X線TV、骨密度測定、一般撮影などに対応している。栄養管理科はクックサーブ方式であり、食材搬入から検収・下処理・調理・配下膳・洗浄に至る一連の工程と衛生管理は適切に行われている。リハビリテーション部門は理学療法士が配置され、回復期から慢性期のリハビリテーションを実施している。診療情報は一元管理されており、今後も継続して取り組むことが望まれる。電子カルテ内の診療情報の検索および提供は迅速に対応している。院内で使用する人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプは標準化されている。院内で使用済みのすべての器材は、近隣の県立病院にて一次洗浄・点検・セット・消毒・滅菌を行っている。

病理検査は全て外部委託である。標本の受付と病理報告書の管理を検査部門が担当している。輸血の実施手順等はマニュアル化され、血液製剤の発注から保管、供給、返却までの対応が適切になされている。

10. 組織・施設の管理

各部署等の意見や要望を受け、前年度予算執行状況、医療機器更新等を踏まえて次年度予算を編成し、院内決裁を経て、医療局に提出して県議会の議決により承認されている。窓口収納業務では現金引継ぎ簿を作成し、収入額と金庫保管額を日次突合している。窓口収納や未収金督促業務は債権管理規程、督促マニュアルに則り適切な処理を行っている。委託業務の履行確認と質の評価は業務完了報告書の確認と各部署による委託業者の代表者との定例会や会議等で行われ、情報交換や状況を把握するとともに、委託業務の改善に努めている。

施設管理は保守計画に基づき、日常点検と保守管理を実施している。24時間の監視体制を整備し、緊急時はマニュアル則り、緊急連絡および初動の対処を迅速に実施できる体制を整えている。医療材料の供給はSPD委託であり、購入から在庫管理、期限切れの点検を行っている。

災害拠点病院の指定はないが、災害訓練の実施、耐震構造、自家発電装置の整備、災害時の患者および職員用飲料水・食料品の備蓄等がある。時間内の保安業務は事務部門が担当し、時間外・休日は業務委託している。委託警備員は業務手順書に則り、出入館監視、施錠管理、院内巡視、業務日報の提出等の業務を行っている。

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	S
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	S
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	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	NA
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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	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	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	NA
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	NA

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	B
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： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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 : 岩手県立高田病院
- 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 : 岩手県陸前高田市高田町字太田512-2

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	60	60	+0	56	24.2
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					
総数	60	60	+0		

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		
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	43	+17
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 :

DPC対象病院(準備病院), 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 : 0人 2年目 : 0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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

