

# 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1月30日～1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2019年に開設し、附属病院の高度専門医療と連携しながら、迅速な検査・診断を行う外来機能やプライマリ・ケアの充実等をすすめ、地域医療に貢献されている。病院理念として「地域の皆様に、良質な医療を、まごころを込めて提供します」を掲げ、優しい病院づくりに日々励んでいる。このたびの受審にあたり、病院管理者・幹部を中心として職員が一丸となり、継続的な改善活動が各部署で展開されていることが確認できた。今後も充実した医療の提供とともに、地域住民のニーズに応えるために、貴院のさらなる貢献・活躍を期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は適正な内容で確立し周知され、点検や見直しについても必要に応じ確認している。病院管理者・幹部は、現状の課題を把握し解決に向け取り組んでおり、リーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達など、組織運営は適切に行われているが、病院としての将来設計に基づく単年度の計画・予算作成については検討を期待したい。情報管理は、システムは一元管理され、規程に基づき各種対応がされている。文書管理は規程が整備され、文書の保管・作成・承認などの仕組みも確立している。

必要な人材は確保され、説明会の開催や施設見学など充足に向けた工夫もある。人事・労務管理は就業規則等が整備され院内周知されている。衛生委員会は定期的に関かれ、公務災害や職業感染への対応、職員の安全衛生に関する学習会などに取り組んでいる。職員の意見や要望については、投書箱や幹部との意見交換により収集する仕組みがあり、働きやすい職場づくりを目指している。

各委員会・部門が必要な教育の計画を策定して教育・研修が実施され、アンケートにより次回の企画に繋げる工夫もある。今後は組織としての年間計画のもと実施する仕組みの構築を望みたい。職員の能力開発は、継続的な人事考課制度として、全職員を対象とした勤務評定が継続的に実施されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知に努め、診療の場も含めて患者の権利は適切に擁護されている。説明と同意に関する方針・手順・対応について、システムの整備と明文化がされており、同意の書式なども統一化されている。患者への情報提供や医療への参加促進では、様々な媒体を活用しながら患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として患者サポートセンターが多様な相談に対応し、患者・利用者の視点で各種相談に適切に応えている。個人情報保護に関する規程や個人情報の持ち出し基準、USBメモリの取り扱いやパスワードの管理体制が整備されている。倫理的課題の対応方針を定めており、臨床現場で日常的に発生する倫理的課題については各現場で検討し、解決困難な場合は組織的に検討する仕組みがある。

駐車場の設置や路線バスの利用など利便性に配慮され、療養環境では生活延長上のサービスと設備が整備され、おおむねバリアフリーが確保されている。車椅子用トイレや介助浴室は介助が行える広さを確保し、ナースコールや手摺りの設置など安全面に配慮している。敷地内禁煙が施行され、職員に対する経年的な喫煙率も把握され、啓発活動が進められている。

### 4. 医療の質

患者・家族からの相談や苦情、要望等に関して、意見箱の設置や患者満足度調査が実施されている。診療の質向上に向けた活動として症例検討会やカンファレンスが開催され、チーム医療が推進され、臨床指標の把握と公開の取り組みもある。医療の質向上委員会が中心となり、各部会が多様な改善活動に取り組んでいるほか、業務の質改善は業務改善推進部会が担当して様々な取り組みを展開しており評価できる。新規の診療・治療方法や技術、保険適応外の薬剤使用等は、倫理性・安全性の見地で審議のうえ承認後に導入する手順がある。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は記載基準に沿って適時・適切に記載しており、質的点検を多職種で実施している。入院早期から多職種によってチーム医療を開始し、日常的に多職種で情報共有を図るほか、必要に応じてカンファレンスを開催するなど多職種が協働して診療・ケアを行っている。

### 5. 医療安全

副センター長を医療安全管理部長とし、多職種で構成したセンター長直轄の医療安全管理部を設置している。また、各部門のリスクマネージャーで構成する医療安全対策委員会を毎月開催し、安全管理に関する状況把握や検討を行っている。アクシデント・インシデントはシステムにより収集され、分析・検討、再発防止策の作成

や安全対策の見直しが適切に行われている。各種安全情報は、医療安全レターで発信するなど安全確保に対する取り組みは適切である。

誤認防止対策は、患者確認や検査・治療部位、検体の確認が適切に実施されている。医師の指示出しや看護師による指示受け、実施に至るプロセスは確実かつ安全に行われており実施記録も含め適切である。薬剤の重複投与・相互作用等は、処方鑑査システムに加えて、薬剤師の確認により回避している。なお、麻薬保管については責任の所在が明確になるよう検討を期待したい。転倒・転落防止対策では、リスク評価に基づき看護計画が立案され、転倒・転落発生時の対応手順等が明文化されている。医療機器はマニュアルに則り安全に使用し、職員への教育・研修も適切に行われている。院内緊急コールが設定され全職員が迅速に対応できるように周知徹底されている。BLS 研修は定期的に行われ、全職員が受講するなど患者等の急変時対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

ICD であるセンター長、専従の感染管理認定看護師、検査技師、薬剤師等から構成される感染制御部が中枢を担い、権限を持って活動している。院内感染対策委員会は、主に感染制御部が決定する方針・対策に承認と助言を与える機能を担っている。マニュアルの内容は適切で、年 1 回を目安に改定している。院内の感染発生状況は感染制御部が遅滞なく連絡を受けて情報を収集し、院外からの情報収集も県や保健所等のほか、附属病院からの情報を集約・分析して必要な情報発信を行っている。各種サーベイランスを実施し、早期に異常を探知する仕組みがある。

医療関連感染を制御するための活動は、各マニュアル・指針に基づき、各部署で感染防止対策が実施されている。抗菌薬の適正使用に関する指針を定め、抗 MRSA 薬とカルバペネム薬は届け出抗菌薬として定めている。AST は広域抗菌薬や血液培養陽性症例等を中心に状況を確認し、必要に応じて担当医に適正使用を促しており、適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり情報発信が一元管理されている。医療・保健・福祉事業について、パンフレットや入院案内、院内掲示、ホームページ、地域に密着したメディアの活用などで情報提供をしている。また、患者・利用者向けの広報紙を定期発行している。地域との連携は、患者サポートセンターで入退院支援、患者相談、医療関連施設との連携が図られている。入退院支援業務と共に紹介・逆紹介のシステム、施設との連携を幅広く展開している。地域との連携では医師会も含めた地域医療懇談会、実務者ネットワーク会議を定期的を開催している。

地域への医療に関する啓発活動では、メディアを通し診療機能の紹介とともに、疾病や健康に関する情報を多岐にわたり発信している。大学の市民公開講座に積極的に参加するほか、医師会向けに感染防御学習会などを多数開催しており、地域に向けた啓発活動が積極的に実践されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

新患、再来、紹介患者など円滑に診察が受けられるシステムが確立され、待ち時間調査を定期的実施している。診断的検査の必要性は担当医が判断し、侵襲的検査に対しては医師が説明したうえで書面にて同意を得ている。外来担当医が医学的判断に基づいて入院の適応を判断し、診療科のカンファレンスや他科と連携をとりながら診療方針を決定している。担当医が中心となって病態評価を行い、これをもとに看護師、管理栄養士等が協働して入院診療計画書を速やかに作成している。入院案内の冊子やホームページでの掲示、患者サポートセンターによる入院の手続きなど円滑な入院に配慮している。

医師はチーム医療の中でリーダーシップを発揮し、病棟業務を適切に行っている。看護師は看護基準を整備し、職務規程や勤務体制などを定めて診療の補助業務や日常生活援助を行っている。病棟担当薬剤師が関与しながら、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血は使用指針に沿って担当医師が判断し、必要事項に関する説明を行い、同意を得ている。頻回の観察等を必要とする患者は、スタッフステーションに近接する病室内で観察が容易な病床を使用して多職種が関与しながら管理している。褥瘡リスク評価を行い、結果に応じて「褥瘡に関する診療計画書」を作成しケアを実施している。疼痛評価は NRS を標準的に用いて症状変化を確認し、必要な患者に対しては認定看護師も介入して緩和ケアを実践する体制がある。

身体抑制は医師の指示に基づいて行い、緊急避難的に看護師判断で開始した場合の手順も明確である。抑制中の観察と記録、解除に向けた多職種によるカンファレンスを行うほか、人権の尊重を重要視し、職員が一丸となって身体抑制の回避に向けて努力しており評価できる。患者・家族への退院支援は患者サポートセンター、病棟で入退院支援スクリーニングを行い、必要な場合は退院支援計画に繋げている。多職種による退院前カンファレンスを実施し、必要な社会資源が活用できるよう対応している。地域の訪問看護ステーションとの協働関係の強化、フットケアやがん相談など認定看護師による看護外来の開設など継続した診療・ケアの実施に努めている。ターミナルステージの判断はガイドラインに基づき、多職種の医療チームによって検討し、患者や家族の意向を踏まえて方針を決定している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は処方鑑査や内服薬管理、注射薬の1施用ごとの払い出し、DI 業務、疑義照会など適切に機能を発揮している。臨床検査は迅速で確実な検査を提供し、内部・外部の精度管理の実施やパニック値の医師への連絡体制など適切である。画像診断は非常勤医師が読影を行っているほか、PACS による附属病院内での医師の読影、さらに遠隔診断も活用している。読影率については一層の取り組みを期待したい。栄養管理は検収、保管、配膳、下膳、洗浄の作業はスムーズであり、適時適温にも配慮され適切に食事提供が行われている。リハビリテーションは連続性に配慮し、情報共有は週1回の多職種カンファレンスを活用している。診療情報管理は、診療情報の一元管理、診療録の量的点検、取り違え防止、診療録の閲覧・貸出

のシステム、診断名や手術名のコード化など適切である。医療機器管理は臨床工学技士が医療機器管理システムを用いて一元管理している。洗浄・滅菌は各種インディケータによる滅菌の質保証やリコール対応など適切である。

病理診断は手順に従って取り違え防止に十分な配慮がされている。輸血・血液管理は輸血療法委員会を定期開催して必要な情報の確認やマニュアルの検討を行っている。手術・麻酔はスケジュール管理や誤認防止など安全・確実に実施している。救急医療は必要な器材が準備され、虐待を疑う症例の対応を検討する手順を備えている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、会計処理は規程が定められ、予算作成は各部門の要望を取り入れ確定している。月次決算も各部への報告とともに次月の対策を講ずるシステムがある。学校法人会計基準に則った会計処理と経営分析・評価が行われ、外部による監査も実施している。受付・収納業務はマニュアルに基づき実施され、請求業務やレセプト点検、査定・返戻、未収金対応などもすべて適切に行われている。業務委託は病院組織として業務内容と継続の判断、導入後の評価などを行っている。委託職員への院内学習会への参加促進や事故発生時の対応も含め適切に管理されている。

主要な施設・設備の日常点検や保守管理、緊急時の体制は整備され、院内の清掃および感染性廃棄物の扱いや管理などは適切に処理されている。物品管理は新規採用および変更する品目に関し、安全性・効率性・経済性を考慮し選定している。責任体制や発注から検品までチェック機能なども適切に行われている。

緊急時の責任体制、火災時の対応、火災・避難訓練が行われている。また、災害時の防災規程、地震を想定したマニュアルが整備され、職員への配布と周知が徹底されている。保安業務は、日中・夜間それぞれ保安要員が配置され、院内巡回、施錠の点検等にあたり、日報の整備ならびに緊急時の対応や応援体制などを確立している。医療事故発生時にはセンター長が緊急対策本部を発動し、原因究明と再発防止に向けた組織的な検討を行っている。

## 11. 臨床研修、学生実習

臨床研修医の研修状況は専任部署として附属病院が管理し、研修医はメディカルスタッフと患者からの評価がされ、研修医による指導医評価も行われている。初期研修医の方針と計画、計画に沿った研修の実施、研修内容の評価と見直しもされている。看護師の制度研修についても適切に行われている。学生実習は、看護部門、リハビリテーション部門、歯科部門、薬剤部門などで継続的に受け入れが行われている。特に看護実習に関しては、実習指導者研修の修了者を各部署に1名以上配置し、附属病院教育研修のカリキュラムに基づき実習指導者の育成も行っている。他部署での実習についてもカリキュラムに沿った内容で実施され、評価も適切である。守秘義務や、医療安全や感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する内容なども適切に確認されている。

# 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	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	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	S
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	B
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	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	S
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	B

## 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	B
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	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	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	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 10 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 岩手医科大学附属内丸メディカルセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 岩手県盛岡市内丸19-1

## 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	50	47	+0	39.5	1.8
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	50	47	+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		
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

## 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： 18 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

