

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 10 月 29 日～10 月 30 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 1952 年に開設され、その後、時代の変遷とともに機能・規模の充実を図りながら発展し、1981 年に現在地に移転している。その中で、救命救急センターや総合周産期母子医療センターを開設し、都道府県がん診療連携拠点病院や地域医療支援病院、基幹災害拠点病院の指定を受けるなど、高度専門・特殊医療を中心とした政策医療を提供する県立病院として多大な地域貢献を果たしている。また、がん診療センターや循環器センター、脳神経センター等を立ち上げ、診療科や部門を超えた連携を図っている。さらに、ドクターヘリの基地病院としてドクターヘリを運行し、青森県全域をカバーする救急医療の核となっている。

2000 年に病院機能評価の初回の認定を受け、今回が 4 回目の更新受審となるが、受審にあたり院長を筆頭に医療の質向上に取り組んできたことが確認できた。今回の受審が貴院のさらなる発展の一助となり、地域においてますます発展することを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針はわかりやすい表現で明文化されており、院内外への周知は適切である。病院の将来像は、「県立病院チャレンジ（挑戦）プラン」として明示されている。院長、副院長、看護部長、運営部長などの病院幹部は、それぞれの立場で課題を認識し、解決に向け取り組んでいる。病院の意思決定機関である管理会議が毎月開催され、病院運営方針が決定されている。情報システムの導入については、ICT 戦略委員会で導入費用や維持管理費用をもとに整備計画を作成し、計画的に更新を図っている。

医療法および施設基準を満たす人員が確保されているが、高度急性期医療を提供する病院としては、さらなる人材の充実を期待したい。衛生委員会は毎月開催され、職場巡視を行うなど、職場環境の改善に取り組んでいる。院内暴力に対しては院内保安対策官を配置し、警察などと連携して迅速に対応している。職員満足度調査が毎年実施されており、満足度の低い点を改善するための取り組みも行われている。

院内研修は総務課と「医療の質」総合管理センターが中心となって研修計画を立てて実施している。人事評価制度を導入し、人事評価マニュアルに沿って業績評価シートで個別の能力評価を行っている。また、専門分野の資格取得に対して支援する仕組みがあり、認定資格の取得や自己啓発を目的とした研修会へも参加が促されている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」として5項目にまとめ、院内外に周知している。説明と同意に関する方針があり、院内で定めた実施基準・手順に沿って実施されている。患者が理解を深めるための工夫として、医療連携部入り口に、各種パンフレットが設置されているほか、複数の看護専門外来などセルフケアの確立を支援するための取り組みを実施している。患者・家族からの様々な相談に対応するために相談窓口を設置し、看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等を配置し、院内の専門職や地域の諸機関と連携している。臨床における倫理的課題は、倫理サポートチームへ依頼し検討している。また、現場で解決しない場合は診療倫理委員会に諮り検討している。倫理サポートチームは定期的に病棟ラウンドし、倫理課題を吸い上げるような啓発活動を展開している。

市内循環バスの停留所を病院敷地内に誘致するなど、来院時のアクセスへの配慮がなされている。オストメイト対応のトイレの設置など、障害者や高齢者に配慮した環境が整備されている。敷地内禁煙の方針は明確であり、都道府県がん診療連携拠点病院としてがん診療に積極的に取り組むとともに、禁煙や受動喫煙防止に向けて喫煙に関する講演会等に講師として医師を派遣している。

4. 医療の質

各診療科で症例検討会を定期的に行い、多職種参加のCPCも開催している。診療上必要な診療ガイドラインを整備し、常時閲覧・利用可能な状態にある。クリティカル・パスは委員会を定期的に行い、バリエーション分析、アウトカム指標の検討、タスクの見直しを行い、パスの改善と共に適用率の向上に努めている。臨床指標は「医療の質」総合管理センターが中心となり、QIプロジェクトや「医療の質の向上・公開推進事業」に参加し、その結果を分析して診療の質の向上に役立てている。病院として新たな診療や治療方法、手術などの技術を導入する場合には、医療安全管理室でその内容を検討して決定している。また、新たな技術の導入に際しては、指導者の招聘、研修派遣を行うほか、必要な技術習得、機器整備など病院として支援することとしている。臨床研究に関する審査や症例報告などの事案は、倫

理審査委員会で審査している。

病棟入り口には診療・看護の責任者名などを明示しているほか、ベッドネームには主治医・担当医・受け持ち看護師名を記載し、患者・家族へも説明がなされている。外来も同様に責任者名の明示がなされており、診療・ケアの管理・責任体制が明確になっている。診療記録は、電子カルテを導入し、運用に即した基準などを整備しており、適切に記載されている。多職種構成の専門チームとして NST、褥瘡対策チーム、呼吸ケアチーム、緩和ケアチーム、糖尿病ケアチームなどが、組織横断的に活動する仕組みがあり機能している。

5. 医療安全

院長直轄である医療安全管理室は、副院長を室長とし、専従の看護師、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者等が配置されている。各医療安全担当者の役割や責任は明確にされ、事例の情報収集・分析・検討・改善策の立案や定期的な院内ラウンド、安全情報の発信等、安全確保の体制が確立されている。院内で発生したインシデント・アクシデントは、速やかに報告され、収集した報告内容からインシデントカンファレンス・アクシデントカンファレンスを行い、報告内容により現場介入や分析、改善策の検討・提案を行っている。また、対策の実施状況の確認や評価をするための部署ラウンドも行っている。

患者の誤認防止対策として、患者参加型の呼称確認と生年月日の確認、外来は受診票での認証、入院患者はネームバンドでの認証等を行っている。手術室における部位確認は、タイムアウト手順が整備され実施されている。処方箋・指示箋等のオーダーは、電子カルテ上で医師が指示出しを行い、看護師の指示受けの実施状況が確認できるようになっている。臨床検査のパニック値は、報告基準と運用方法が定められている。

院内緊急コードが設定され、職員に周知されている。救急時対応シミュレーションは、定期的実施され、看護部では BLS、ICLS 講習をラダーレベルに組み込んでいる。

6. 医療関連感染制御

院内には院長直属の感染管理室があり、医師（ICD）と専従の看護師（ICN）、事務職員等が在籍している。ICT ラウンドの結果はリンクスタッフ会議で報告分析するとともに、その結果や対策については感染対策委員会で検討し、院内での情報共有を図っている。各部署では手指衛生や個人防護用具の使用が遵守され、手指消毒薬の個人別使用量が解析されている。院内では、SSI や BSI、CRI のデータが収集され、その結果は感染対策委員会で検討されている。アウトブレイク発生に対するマニュアルが整備され、公表の手順も定められている。

院内感染マニュアルが整備され、標準予防策の徹底や汚染されたリネン、寝具類の取り扱い、個人防護用具の着用等、感染防止対策を実施している。専従の ICN を中心に院内ラウンドを実施し、日常的に状況把握や指導を行っている。毎年アンチバイオグラムを作成して、小冊子として医師に配布し、抗菌薬選択の目安として活

用している。SSI 対策チームは、術式別に推奨する薬剤と投与方法を定めて周知している。抗菌薬の使用状況は、AUD や DOT で解析した結果を、感染制御会議で審議し、院内周知している。抗菌薬の採用・削除については、感染管理委員会で検討した後、薬事委員会において審議・決定するなど、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会のほか、経営企画室に担当者を配置し、ホームページの更新や地域住民向け広報誌、医療機関向け広報誌の発行等の広報活動に取り組んでいる。ホームページは、外来受診の流れや入院の案内、病院機能などがわかりやすく掲載されており、診療実績も掲載している。地域医療支援病院として連携促進のために医療連携部を設置し、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介などが行われている。青森県内の基幹病院の診療情報を県内の医院や病院が閲覧できるネットワークシステム「あおもりメディカルネット」が整備されている。地域の健康増進を図るために、地域住民向けの県民公開講座を開催するほか、健康推進室が地域の各種団体から依頼を受けて行う講演会を実施している。また、生活習慣病の予防・改善、薬の減量等の健康な体づくりを目的として「メディコトリム」を開催している。地域の医療従事者等との交流と自己研鑽を目的に、県病医療連携フォーラムやスキルアップ研修会を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内には案内担当者とコンシェルジュ、看護師などが配置され、受診支援を行っている。入院や侵襲を伴う検査・治療に関しては、看護師が医師の説明に同席し、同意を得ている。診断的検査を行う場合には、医師が必要性とリスクを十分に説明し、同意を得て実施している。入院の適応は、医師によって病態や検査結果を基に判断され、適宜、診療科内や関連診療科と治療方針に関して協議を行っている。診療計画の作成にあたっては、医師が各種検査等の情報収集を速やかに行い、患者の病態に応じた医学的評価に基づき、患者・家族の希望も反映させて作成している。

主治医は病棟回診して病状を把握し、これに病棟スタッフが同行して情報を共有している。病棟では、週 1 回の多職種カンファレンスが行われ、倫理的課題も含んだ多方面からの検討が行われている。薬剤投与に際しては、5 原則での確認を徹底している。また、薬剤の投与中・投与後の患者の状態を適切に観察している。麻酔科医師と手術室看護師は術前訪問を実施して合併症の予防対策を検討し、実施している。褥瘡対策チームは医師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士等の多職種で構成され、要請に応じて定期的なラウンドも行っている。栄養状態や摂食・嚥下機能、口腔状態に問題がある場合は、多職種で構成された栄養サポートチームが週 1 回のラウンドを通じて介入し支援している。退院支援看護師や MSW を交えたカンファレンスは定期的に行われ、退院支援や療養の継続に関して多職種で検討がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

臨床検査機能については、専従医が在籍し、ISO15189を取得している。外部精度管理は日本臨床検査技師会、日本医師会などの審査を受け、好成績を収めており、内部精度管理も適切に実施している。生理学的検査では女性技師を多く配置し、かつ安全に留意している。画像診断機能については、24時間体制で対応し、読影医によるCTとMRの当日読影率は100%となっている。CT、MRI、PET-CTの他に血管造影等の検査にも対応し、教育研修体制が整備され安全で迅速な体制が確立されている。リハビリテーション機能については、心大血管リハビリテーションは、循環器病棟内の心臓リハビリテーション室で行い、がんリハビリテーションは骨転移の有無を把握してから実施計画書を作成するなど、疾患の特徴に応じた工夫が見られる。

病理診断機能については、常勤病理医および非常勤医師、細胞検査士等で実施している。病理診断では関連大学や非常勤医師とのコンサルテーションにより、細胞診では陽性、疑陽性すべて医師とのダブルチェックによって、診断精度を確保している。輸血・血液管理機能については、輸血・細胞治療部として独立しており、I&A認定施設にもなっている。学会認定輸血検査技師等を配置し、輸血部門システムを整備して発注から破棄まで、確実にを行っている。学会認定輸血看護師、アフターケア看護師、自己血輸血認定看護師を院内各部署に配置するなど、安全と廃棄低減に努めており、高く評価できる。手術・麻酔機能については、スケジュール管理は、麻酔科部長と看護師長が調整し、緊急対応も麻酔科部長、看護師長で調整している。麻酔覚醒時は抜管基準により抜管し、麻酔科医と看護師がモニタリングをしながら回復室で管理し、退室基準により退出させている。救急医療機能については、三次救急医療機関、ドクターヘリ基地病院としての役割・方針をもって、多くの救急患者に対応している。副院長が同センターの管理責任者を務めており、救急診療部、総合診療部医師が業務を担っている。

その他、薬剤管理機能、栄養管理機能、診療情報管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、放射線治療機能、集中治療機能については、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

予算の編成は、運営状況や各部門の要望、設備投資計画等を踏まえた収支積算により行われている。地方公営企業法に基づいた会計処理がなされて、予算の執行状況管理、経営マネジメント会議による分析・検討などが行われている。委託業者の選定は、原則として一般競争入札制度により、公正かつ適正に行う仕組みがある。

施設・設備管理はマニュアルに沿って行われ、中央監視室と防災センターにおいて24時間体制で監視されている。診療材料および薬品の選定は、診療材料適正化推進委員会や薬事委員会で品質や価格を検討し、調達されている。在庫管理はSPDによって定数管理され、購入金額と使用金額の差が常時管理されている。

基幹災害拠点病院としての機能を発揮するための建物の耐震構造や電源、水源が確保されている。また、DMATによる北海道胆振東部地震や熊本地震での災害救援

活動など、積極的に活動している。保安業務は委託され、警備員による院内巡視や防犯カメラでの監視、施錠、夜間の出入りチェック等により院内の保安状況が把握・管理されている。院内保安対策官として警察 OB の職員が採用されており、不審者や院内暴力等に一体となり対応できる体制がとられている。

1 1．臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として多くの指導医がプログラムに沿って指導にあたっている。初期研修医は必要な症例を経験し、研修管理委員会において研修内容の評価もなされている。看護部においては、クリニカルラダーによる教育体制を構築しており、診療技術部門では各職種に応じた基礎研修・専門研修プログラムに沿った研修が実践されている。

看護師、薬剤師など医療専門職の学生実習を実施している。実習中の事故などについて各学校との契約書が締結され、守秘義務、損害賠償など必要な事項も明確にされている。また、プログラムに沿った実習、評価が適切に行われている。

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	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	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	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S
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	B
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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：青森県立中央病院
 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：青森県青森市東造道2-1-1

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	679	679	+0	84	12.2
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床	5	5	+0	0	0
総数	684	684	+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	31	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	-6
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	39	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	24	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (II群), 総合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： 13 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

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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		3年前	
	2018			2017		2016	
1日あたり外来患者数	1,291.09	1,283.83	1,306.18	100.57	98.29		
1日あたり外来初診患者数	85.10	84.79	88.52	100.37	95.79		
新患率	6.59	6.60	6.78				
1日あたり入院患者数	570.09	573.72	583.12	99.37	98.39		
1日あたり新入院患者数	43.12	42.02	40.85	102.62	102.86		