

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」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15日～7月16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	精神科病院	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は1964年に医療法人芙蓉会を設立、その後、三楽病院を開設した。2002年に新築移転に併せて芙蓉会病院と名称を変更し、理念である「誰からも愛される病院」を目指して、地域精神科医療の充実に貢献されている。精神科・心療内科・児童精神科・老年精神科・内科を標榜し、病床数405床で精神病棟と療養病棟に分けている。精神病床は精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、認知治療病棟、介護療養型認知症治療病棟および合併症病棟に機能分化している。法人の関連施設として、病院(一般内科系)、介護老人保健施設、住宅型有料老人ホーム、メンタルクリニック、総合ケアセンター、特別養護老人ホーム、介護サービス事業、障がい福祉サービス事業、介護サービス事業所、ストレスケアセンター、保育園などを有している。芙蓉会グループのネットワークにより、各施設が相互に協力しあい医療・介護・福祉サービスを提供していることは特筆に値する。八甲田山麓の丘陵地帯に建つ8階建ての病院は、海と山に囲まれた雄大な自然の中で、光と風が抜ける高い吹き抜け天井の外来ホール、窓外の景色が見える保護室および各病室から山並みや市内が遥かに眺望できるなど、患者に最適な療養環境である。

貴院が60年近くにわたり地域精神科医療への貢献した実績を礎に、グループをさらに充実させ、また、地域から必要とされる病院づくりに一層邁進されることを祈念したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念は「だれからも愛される病院を目指します」と基本方針「職員が誇りとやりがいをもてる病院にします。患者さん・家族にやさしい病院にします。地域に開かれた病院にします。」を掲げてそれらの達成に努めている。管理者は具体的な将来計画を職員に示し、課題の解決に組織的に取り組んでいる。また、事業発展計画発表会や各種会議で、診療部・看護部・事務部ごとの重点施策、目標値、達成率を作成している。院長は職員の意見を聞き出して、病院経営のコーディネーターとして、リーダーシップを発揮している。病院運営上の意思決定会議は幹部会議である。各種会議や委員会が定期的開催され、効果的・計画的な組織運営を行っている。診療情報管理マニュアルを整備し、円滑かつ効率的な運営を図るために診療情報管理室が組織横断的に活動している。電子カルテは2021年10月から稼働予定である。院内文書は文書管理規程に基づいて行い、組織として管理する体制が構築されている。

人材の確保に努め、病院機能に応じた職種・人数を配置している。人員確保のために職員と共に考えた工夫や努力をしている。人事・労務管理は、就業規則および各種規程を整備し、職員に健全な労働意欲をもたせるシステムである。労働安全衛生委員会は毎月開催し、職員健診や職員への精神的なサポートも適切である。部門別の事業計画書で「人材育成の方向性」の目標と達成度を図ることでやりがいのある働きやすい職場づくりに努めている。また、意見・要望は風通しの良い職場環境から積極的に取り入れ、職員が意欲を持って業務に取り組むサポート体制や充実した福利厚生を提供している。管理者が積極的に職員の意見を吸い上げている職場環境と窺えた。

教育委員会が機能し、全職員対象に継続的な教育・研修を行っている。法人全体の研究発表会を実施している。年間2回の人事評価において、行動評価、職能評価および業績評価を実施している。職員個別の能力開発として、精神科認定看護師を確保している。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示・ホームページ・研修会・入院案内などで、患者・家族や職員に周知している。精神医療審査会への対応や預り金管理などは、患者の権利擁護の観点から適正に行われている。説明と同意は患者に分かりやすくかつ丁寧に説明し、セカンドオピニオンへの対応も適切である。入院時に「ご家族様用・入院案内」を渡し、患者の退院後について生活の安全や再発防止に向けた丁寧な説明で、家族への協力と情報の共有化を図り、医療への患者参加を促進している。患者からの相談業務は地域連携室がサポートし、内容の共有化と関連部署への報告を行い、プライバシーに配慮した上で患者の支援体制の確立に努めている。個人情報保護規程を整備し、研修会を継続的に行い、職員への意識付けや周知を図っている。USBは物理的な規制で適正に使用している。

臨床倫理の課題は倫理委員会で検討している。各病棟でカンファレンスを通じて、倫理的検討が行われた結果、部署で解決できないことは倫理委員会に報告する

仕組みがある。患者・家族の倫理的課題は、多職種参加のカンファレンスで共有し、検討している。

病院へのアクセスは、通院者、面会者および地域住民に対する無料送迎バスを運行している。駐車場・駐輪場を設置し、歯科・理容・売店、インターネットルームを整えている。病院全体はバリアフリーで、手摺りの設置や車椅子の準備など、高齢者に優しい施設・設備である。受付職員は、車椅子が必要な患者に気付いたとき、速やかに支援している。外来ホールや病室などは、全般的にゆとりと温かい家庭的な雰囲気な環境である。また、八甲田山麓の丘陵地帯に建つ病院は、患者に最適な療養環境を提供している。敷地内禁煙で職員の喫煙状況も把握している。

#### 4. 医療の質

各部署に意見箱を設置している。職員は患者・家族の意見に傾聴し、意見箱からの改善事例も多くある。診療の質の向上に向けて、症例検討やデスカンファレンスに医師が参加している。臨床指標は様々なデータを収集し、ホームページで発信している。業務の質改善は、サービス向上委員会が部門横断的に活動している。また、病院機能評価は更新受審であり、継続的に取り組んでいる。新たな診療・治療方法として、臨床研究の倫理、匿名性の検討が倫理委員会で行い、クロザピンの導入には組織的な検討で実施している。

病院の玄関および病棟の入口には責任者名を明示し、チーム医療の促進に努めている。診療録記載基準に沿って、診療の質を高める検討をし、診療記録の質的点検を医師・看護師・診療情報管理士で行っている。2週間以内の退院時サマリーの作成率は100%である。患者の診療・ケアは、多職種によるカンファレンスを行い、さらに多くの治療プログラムでチーム医療の促進に取り組んでいる。

#### 5. 医療安全

医療安全管理室を中心に多職種で、リスクマネジメントを行っている。研修会の開催や医療安全ラウンドを行うなど、安全確保の体制は確立している。医療安全管理対策委員会が、各部署からのアクシデント・インシデントレポートを収集・分析し、再発防止に継続的に取り組むなど、医療安全の文化が醸成されている。

患者・部位・検体の誤認防止対策は、複数職員によるダブルチェックで注意を喚起している。医師の指示出し・指示受けは、マニュアルに基づいて適切に行い、オーダーリングにより統一した内容で指示を出している。病棟における薬剤の保管・確認は確実で、副作用についても副作用カードの活用で安全な使用に向けた対策を講じている。ハイリスク薬剤について、今後、院内で統一した明示方法により、より安全な使用と保管・管理が望まれる。

全患者に転倒・転落アセスメントチェック表でリスク評価を行い、患者の個別性を考慮して防止策を図っている。医療機器は使用マニュアルに基づいて定期的な点検を行っている。急変時マニュアルに基づいて緊急コールを設定している。

## 6. 医療関連感染制御

病院感染委員会の下部組織として、ICT が置かれており、院内ラウンドを実施している。また、他病院との連携やカンファレンスも行われており、医療感染制御活動に適切に取り組まれている。医療感染制御の情報は、病院感染委員会で報告している。アウトブレイクについては、マニュアルで規定されており、対応も適切である。

感染制御に関する指針・マニュアルが遵守され、標準予防策が適切に実施されている。抗菌薬は抗菌薬使用指針を整備し、使用状況は薬剤部で把握している。今後、分離菌・抗菌薬感受性への積極的な取り組みおよび内服の抗菌薬に関する院内での検討を期待したい。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページ・入院案内などで、病院理念、基本方針、患者の権利、受診の流れを発信している。ホームページでの診療実績および病院機能評価の結果も公表している。地域連携室が地域との円滑な連携を図り、地域とは顔の見える環境づくりを行い、地域包括ケアの充実に精励されている。特に医局とは円滑な連携を図り、断らない医療を確立している。医師、看護師、精神保健福祉士が保健所の各種相談会に積極的に参加し、地域の健康教室に講師派遣を行い地域住民の健康増進、啓発に大きく寄与している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者を円滑に受診できる体制を整え、患者情報を関係者で把握し、児童思春期、アルコール依存症、認知症など専門性のある外来も行っている。自院で行えない検査は、他の病院と連携で安全に行っている。任意入院、医療保護入院および措置入院の管理は、精神保健福祉士法を遵守し適切に行っている。医療保護・措置入院には入院形態の変更をする努力をしている。患者・家族の意見を取り入れた診療計画が多職種で作成され、クリニカル・パスも活用している。地域連携室が、患者・家族からの多様な相談に個別性を尊重し対応している。入院による不安軽減のために、患者は事前に入院案内で説明を受けた後に入院している。入院中の処遇（通信・面会・任意入院者の開放処遇の制限）は適切に行っている。

医師は定期的に回診し、チーム医療にリーダーシップを発揮し、スタッフ間の情報交換をしている。看護師は看護基準・手順などに沿って、看護計画の立案とケアを適切に提供している。今後、看護教育のさらなる充実が期待される。投薬・注射は確実・安全に行い、単剤化への取り組みも積極的に行っている。褥瘡の予防と治療は適宜リスク評価が行われ、褥瘡対策 NST 委員会に報告のうえ検討されている。多職種による摂食嚥下チームが活動し、全患者の摂食・嚥下機能を評価している。多職種カンファレンスで患者の症状緩和に努め、寄り添うケアの関わりを深めている。急性期については、症状が改善すれば早期に作業療法が導入される仕組みである。慢性期については生活機能向上を目指したプログラムが用意され、退院支援に向けた調理・社会資源利用など、退院後の生活支援に向けて取り組まれている。

隔離・拘束は精神保健福祉法を遵守し、多職種カンファレンスで情報の共有化を図って最小化に努めている。精神保健福祉士が退院支援として入院の予診時から関与している。入院中から多職種のカンファレンスで、退院後の診療・ケアのニーズを検討し、精神保健福祉士が社会資源や福祉サービスの利活用に強く関与している。また、法人全体で退院後の診療・ケアについて豊富な選択肢を提供し、患者および家族に安心感を与えるなど、地域における切れ目のない医療の提供を目指していることは高く評価できる。ターミナルステージの基準・手順は整備されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬局における薬剤管理や調剤は適切で、必要な情報を医師および看護師に提供している。臨床検査および画像診断は、病院の規模・機能から適切である。栄養管理は適時・適温の提供、厨房内の清潔管理など適正である。青森市の「あおもり食命人」に職員3名が認定され、食と健康に関する知識に基づいた独自のレシピで美味しい食事を提供している。リハビリテーションは、入院当初から訓練を積極的に行い、定期的な評価も見直されている。診療情報は診療情報管理室で診療情報の一元化を図っている。診療情報管理士を確保している。医療機器は一元的に管理され、緊急時の対応も整備されている。精神科救急は地域の精神科救急輪番制に参加し、断らない医療の徹底を図っている。

## 10. 組織・施設の管理

毎月の運営会議で予算管理、経営状況を把握している。また、幹部は安定した経営基盤の確立に向け、リーダーシップを発揮している。職員は増収対策および経費の削減など、安定経営の改善に向けた意識の高さは評価される。医事課職員は親切で丁寧な受付対応および診療報酬業務など、広範囲に及ぶ業務を迅速かつ適正に行っている。医事課担当の預り金管理および未収金への対応は適切である。業務委託は厳正に委託業者を選定し、従業員教育や事故発生時の対応手順も整備している。

施設・設備管理は、中央管理室の責任で定期点検やラウンドにより、全般的な施設管理をしている。物品管理は事務長の統括で、効率的な管理をしている。防災計画を整備し、緊急時への対応も確立している。保安業務は適切であり、緊急通報システムも整備している。医療事故は発生時マニュアルを整備し、対応も適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士および管理栄養士の実習施設として、実習教育の質向上に取り組んでいる。実習中の受け入れ体制、教育、事故への対応は適切である。

# 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	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	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	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	B
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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA



2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	S
2.2.26	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	NA
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	NA
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	NA
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	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	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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 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：医療法人芙蓉会 芙蓉会病院

I-1-2 機能種別：精神科病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：青森県青森市大字雲谷字山吹93-1

## 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					
療養病床	51	51	-2	98.1	1161.6
医療保険適用	14	14	+0	98.2	1278.2
介護保険適用	37	37	-2	98.1	1045
精神病床	354	354	+0	93.1	1433
結核病床					
感染症病床					
総数	405	405	-2		

## 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	10	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	54	+0
精神療養病床	120	+0
認知症治療病床	60	+0

## 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： 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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	138.35	155.37	152.30	89.05	102.02
1日あたり外来初診患者数	2.20	3.28	3.23	67.07	101.55
新患率	1.59	2.11	2.12		
1日あたり入院患者数	380.63	384.45	390.18	99.01	98.53
1日あたり新入院患者数	1.44	1.48	1.62	97.30	91.36