

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7日～10月8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、1897年に弘前衛戍病院として開設した後、1936年に弘前陸軍病院に、1945年には国立弘前病院となり、2004年に独立行政法人国立病院機構弘前病院に移行し、さらに、2022年に弘前市立病院と統合のうえ弘前総合医療センターとして新たに開院した。救急医療や周産期医療の提供とともに政策的医療へ取り組み、地域の中核病院としての役割を果たしている。また、地域医療支援病院や地域災害拠点病院、臨床研修病院、地域周産期母子医療センター等の施設認定を受け、救急医療やがん診療、小児・周産期医療などの分野の専門医療人材の育成等に努め、地域の住民から厚い信頼を得ている。

病院運営においては、病院長を中心とする幹部職員のリーダーシップのもと全職員が一丸となって、医療の質の向上に向けて取り組んでいる。病院機能評価は初めての受審であるが、これまで改善に取り組んだ成果により殆どの評価項目において適切と判断したが、病院の機能に照らし、さらなる工夫や改善が期待される項目もみられた。今回の審査結果を踏まえ、地域の住民や医療機関の期待に応えながら、基本理念に謳う「思いやりの心と質の高い医療で、地域の皆さまから信頼される病院」の実現に向けて、病院機能の向上を図り、ますます発展を遂げられるよう念願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および5項目の基本方針を分かりやすく明文化し、患者・家族や地域住民、職員に周知している。幹部職員や役職者の選任プロセスは明確であり、病院の意思決定会議も機能している。国立病院機構の中期計画と理念・基本方針に基づいて年間事業計画と目標を作成するとともに各部門・部署の目標を設定している。情報シ

システムを医療情報システム運用規程に基づいて管理・運用し、セキュリティ対策も行っている。文書管理は文書管理規程と文書取扱規程により行い、文書管理の責任部署も明確である。

法令や施設基準に沿った人員を確保し、診療機能に見合った専門職種の人材採用に向けて様々な努力をしている。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、法令に基づいた職員の安全衛生管理を行っているが、ストレスチェックの回答率の向上が期待される。職員の意見・要望を労働組合との協議や職員カードで収集して魅力的な職場作りに努めている。全職員対象の教育・研修計画により医療安全や感染制御をはじめ、必要性の高い課題の研修を実施している。業績評価制度を導入し上司面談等により能力評価や能力開発につなげている。基幹型・協力型臨床研修病院として充実した臨床研修を行い、看護職等においても専門性に応じた初期研修に取り組んでいる。医学生や看護学生など多数の職種の病院実習を受け入れ、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」や「子供の患者の権利」を明文化して個人情報保護や自己決定権等の権利の擁護に努め、診療記録の開示請求にはすべて応じている。説明と同意取得に関する指針や手順をマニュアルに定め、文書同意が必要な診療行為の範囲を明示している。患者・家族の医療への理解を深めるために、統一した説明の工夫や治療に関するパンフレットの活用などを行っている。総合患者支援センターを設置し、看護師や医療ソーシャルワーカーなどを配置して多様な相談に対応している。個人情報保護方針を定め、診療情報の複写や外部への持ち出しは規定に則り実施している。臨床上の倫理的課題への対応方針を定めており、患者・家族が抱える倫理的課題は医師・看護師等の多職種カンファレンスで検討し、解決困難な事案は臨床倫理委員会で検討する仕組みである。

正面玄関に福祉駐車場やタクシー乗降場を設置し、循環バスを運行している。外来・病棟に無料 Wi-Fi を整備している。院内はバリアフリーで、多機能トイレを設置し、浴室や脱衣室、トイレなどにナースコールを設置している。敷地内禁煙としてホームページなどで周知しており、敷地内ラウンドも実施している。

4. 医療の質

病院全体の業務の質改善活動は TQM センターが担い、各部署では年度当初にテーマを決めて QC サークル活動による業務改善に取り組んでいる。診療の質の向上に向けて症例検討会やカンファレンスの開催、臨床指標の分析などとともに、クリニカル・パスの承認や見直し、バリエーション分析を実施している。患者・家族の意見は、意見箱や患者満足度調査により収集し、医療サービス向上委員会で対応を検討のうえ直接回答や院内掲示によりフィードバックしている。新しい診療技術や治療法の導入時には、臨床倫理委員会で審査のうえ承認を受けた後に開始する体制を構築しているが、申請し審査すべき診療技術に関する規程の策定と周知、実施後のモニタリングが期待される。

診療・ケアの責任体制は明確で、病棟では責任医師と看護師長、担当薬剤師の氏名を明示している。診療記録は診療録記載基準に則って電子カルテに記載しており、全ての常勤医師の診療記録を対象に質的点検を行い、記載者にフィードバックしている。多職種協働による診療・ケアでは、多職種による定期的なカンファレンスとともに、栄養サポートや緩和ケア、褥瘡対策などのチームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会や医療安全推進部会、週間カンファレンスで安全対策の検討を行い院内周知しているが、医療安全管理者の権限の明示が期待される。電子カルテシステムによりインシデント・アクシデント情報を収集し、各委員会で分析のうえ再発防止対策を検討している。医療事故発生時の対応手順を医療安全管理規程に定めて 24 時間体制の対応体制を整え、必要時には臨時医療安全管理委員会を開催して原因究明や再発防止策を協議している。

患者・部位・検体等の誤認防止では、患者本人の氏名と生年月日の名乗りを基本とし、注射や輸血では氏名とリストバンドによる確認を行い、手術時は手順に則りマーキングやタイムアウトを実施している。医師による処方・指示等には電子カルテを活用し、原則として口頭指示は受けないが、やむを得ない場合は投与単位が記載された口頭指示受け用紙の使用を義務づけている。麻薬や向精神薬は別個に施錠管理し、ハイリスク薬は注意事項をマニュアルに定めている。転倒・転落のアセスメントを実施して危険度に応じて対応している。医療機器のマニュアルを電子カルテ上に整備し、使用中のチェックリストによる確認を行い、併せて安全使用の職員研修を実施している。患者等の急変時対応の院内緊急コールを設定し、全職員に一次救命措置研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室のもとに、専任の感染管理医師と専従感染管理認定看護師を中心とした多職種からなる感染制御チーム（ICT）を設けて定期的な院内ラウンドやミーティングを行っている。感染対策マニュアルは随時更新のうえ、紙媒体や電子カルテへの掲載を通じて各部署への周知を図っている。臨床検査部門から報告される分離菌情報をはじめ、院内・外の感染関連情報を一元的に集約・分析し、院内感染対策委員会に報告するとともに、ICT ニュースや院内メールで全部署に周知している。ICT ラウンドやターゲットサーベイランスによる情報収集、評価も行っている。

医療関連感染を制御するための活動では、病室入口前と個人携帯の手指消毒液の使用量の調査を行い、ICT ラウンドにおいて取り組み成果を確認している。また、感染経路別予防策のマニュアルに則り、ピクトグラムのカードを掲示して注意喚起している。ガイドラインに準じた抗菌薬適正使用の手引きを整備しており、耐性菌検出と抗菌薬感受性の把握、指定抗菌薬の届出と使用量の管理を実践しており、手

術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与の管理も適切に行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は、管理課と広報委員会が担当して掲載内容等を検討し、患者・家族・地域住民向け広報誌や連携医療機関向け広報誌の発行、病院ホームページの運用、弘前総合医療センター運営委員会などの場を活用して病院紹介情報や診療実績、患者満足度調査の結果を公表するなど、積極的な情報発信に努めている。

地域の医療機関・施設などとの医療連携強化のために地域医療連携推進室を設置し、地域の多くの医療関連施設と登録医制度を通じて連携している。患者紹介に伴う受診後の返書対応を行い、逆紹介も推進している。行政や医療機関で構成する「津軽地域救急医療情報ネットワーク協議会」で地域の医療機関と毎週情報を共有している。医療に関する教育・啓発活動では、地域医療支援病院として地域の健康増進を図るため、研修会の年間計画を策定し、Web対応などの参加者への配慮も行っている。医療関連施設や教育機関からの依頼に応じた医師・看護師等の派遣、看護の職場体験などの活動を通じて地域住民や医療関係者に医療情報や健康知識を提供するなど、地域の健康増進に寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報をホームページ等で案内し、受付から診察、会計までの円滑な流れや救急対応体制を整えている。外来診療は医師による問診や診察を中心に行い、診断的検査は必要性を説明のうえ文書で同意を得てから安全に配慮して実施している。医学的な判断に基づいた入院の必要性を医師から説明して入院を決定し、病態や病状評価などに基づいて入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明している。患者相談窓口には看護師や医療ソーシャルワーカーを配置して多様な相談に対応し、入院決定後には入院支援センターにおいて入院中の生活などの説明を行っている。

医師の病棟業務では、主治医や担当医による切れ目のない患者管理が行われ、看護師の病棟業務では、看護基準や手順に沿ったケアを実施している。投薬・注射は、バーコード認証などを活用して安全・確実に行っている。輸血・血液製剤の投与は、マニュアルに則り患者に必要性和リスクを説明して同意を得た後に実施している。手術・麻酔の適応等の検討や患者・家族への説明、術前・術後の管理、重症患者の多職種協働による治療、褥瘡ケアマニュアルに則った予防と治療、必要な患者への栄養指導や食事支援、緩和ケアマニュアルに沿った症状緩和、リハビリテーションの安全な提供、患者・家族への退院支援や退院後の継続療養への支援、ターミナルステージへの対応は、何れも適切に実践している。なお、身体拘束マニュアルを定めて必要性の評価や早期解除に向けた取り組みをしているが、説明・同意書の記載方法の徹底を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や疑義照会、持参薬の鑑別、抗がん剤や中心静脈栄養剤の無菌調製、注射薬の一施用ごと払い出しなどを行っている。臨床検査は、業務委託を含めて診療機能に応じた検査を実施しており、異常値やパニック値の発生時の連絡も確実である。画像診断は、時間外・休日を含む対応体制を整え、放射線科医師による画像読影を行っている。栄養管理では、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて調理や配膳を行い、月に1度の季節に合わせた食事の提供を行っている。療法士は多くのカンファレンスに参加して他職種との情報共有を図り、適切なリハビリテーション機能を発揮している。診療情報は1患者1IDで管理し、診療記録の量的点検や診断名等のコード付与、院内がん登録等を行っている。医療機器は、臨床工学室において一元管理し、点検・整備のうえ貸し出している。洗浄・滅菌は中央化のうえマニュアルに則り処理している。

病理診断は、複数の常勤病理医の体制で迅速に診断して報告している。放射線治療の計画立案や設定線量の確認、輸血・血液の管理や最少量での払い出しなどの運用、手術麻酔のスケジュール管理や安全対策の実践、術中・麻酔覚醒時・術後の管理、集中治療室の入退室基準の明文化や多職種協働による治療、二次救急病院としての救急患者の受け入れや不応儒の把握などは、何れも適切に機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門ヒアリング等を経て編成し、法人本部の承認を得る仕組みである。予算の執行は経営評価会や経営企画委員会で管理している。会計処理は国立病院機構会計基準に基づいて行い、所定の財務諸表を作成のうえ外部監査法人や機構本部の内部監査を受けている。医事業務では、自動精算機やクレジットカードの利用で利便性の向上や待ち時間の短縮に努めている。また、レセプト点検業務には医師も関与し、未収金はマニュアルに基づいて適切に管理している。清掃や給食、滅菌などの業務委託では、競争入札で業者を選定し、契約締結後は定期的に打ち合わせを行い、業務履行状況を管理している。

施設・設備の管理は、中央監視室や防災管理室による常時監視とともに、日常点検や年間計画に基づく定期点検を実施し、不具合にも適切に対応している。医薬品や医療消耗品は関係委員会で選定し、発注や納品は規則に基づいて行い、院内物流管理システムによる各部署への供給や在庫管理、棚卸、定数見直しなどを行っている。災害時等の危機管理では、リスクに対応する病院機能存続計画や各種災害に対応するマニュアル等を整備して訓練も実施している。保安業務では、委託警備員による定期巡視や施錠管理、夜間の入館者チェック、監視カメラによる監視などにより保安体制を強化している。

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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	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	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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 弘前総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 青森県弘前市大字富野町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	442	442	+100	72.2	15.2
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	442	442	+100		

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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+0
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		
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：

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群)
--

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： 10 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

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

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	544.61	526.28	484.67	103.48	108.59
1日あたり外来初診患者数	56.12	56.38	54.02	99.54	104.37
新患率	10.31	10.71	11.15		
1日あたり入院患者数	320.25	295.88	234.04	108.24	126.42
1日あたり新入院患者数	22.85	20.99	16.60	108.86	126.45