

## 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2月2日～2月3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

貴院は開設以後、医療機能の充実に向けた診療科の増設、増床、病院建物の増築等に取り組み、地域の中核医療機関として地域医療に貢献している。地域から信頼を得られる病院を目指し、安全で質の高い医療の提供、人材の育成、経営基盤の確立、地域連携の充実などに継続的に努力しており、近年ではがん診療の体制の充実が図られている。

今回の病院機能評価は更新受審であり、院長をはじめ幹部職員がリーダーシップを発揮して、職員が一丸となって改善活動に取り組まれている。今後もさらなる医療の質と病院機能の向上に努め、地域に信頼され、安全で安心な医療の提供に貢献されることを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針をわかりやすく明文化し、病院内外への周知も適切である。院長をはじめ幹部職員は、地域から信頼を得られる病院を目指して職員の就労意欲を高めるよう努めるとともに、運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。組織運営では、幹部会が機能して重要な課題について協議を行っている。年次事業計画には、院内各部門部署の数値目標を定め、その進捗や課題について意見交換を行っている。情報の管理・活用の方針は明確であり、情報システムの導入・活用は事業計画や設備投資計画と連動する形で計画的に対応している。院内の文書は、文書管理規則等に基づいて適切に管理している。

人材の確保では、機能充実に向けた継続的な人材確保に期待したい。人事・労務管理に必要な就業規則、賃金規程、例規集は整備している。安全衛生管理では、職

員の健康管理や職業感染に関する課題の検討を行うとともに、対策を講じて職場環境の整備に努めている。面談や職員懇談会などを通じて様々な意見や提案を収集し、職場環境の改善に努めている。

医療安全や感染対策など、必要性の高い課題の教育・研修を計画的に実施し、未受講者対策も講じている。人事考課制度を活用した職員個別の能力評価・能力開発の仕組みがあり、医師については院長面談により実施している。看護師については、ラダー制度により看護師個別の能力を把握する仕組みが確立しており適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、患者・家族への周知を図っており、定期的に見直しを実施して診療の現場でも適切に擁護している。説明と同意については、方針・基準・手順を整備し、書式の承認の流れなど適切に対応している。患者との情報共有は、説明書とともに図で示すなどの工夫がなされ、退院時カンファレンスに患者・家族の参加を促すなど、患者が自分の病状への理解を深めるための支援が行われている。患者相談窓口を設置して多職種で様々な相談に対応するとともに、院内外との連携を積極的に行い、患者支援体制は適切である。各種虐待に対する方針・対応手順を整備している。個人情報保護について各種規程を整備し、掲示や研修等を通して院内外の周知に努めている。情報持ち出しに関する申請・承認等の流れは明確である。

倫理的課題についての方針を定め、日常で生ずる倫理的課題については各部署で検討し、解決困難な事例は倫理委員会で検討する仕組みとなっている。また、現場における多職種カンファレンスでは Jonsen の「臨床倫理の 4 分割表」を用いて事例を検討している。

病院へはバスやタクシーの利用が可能で、必要な駐車場や駐輪場を整備するほか、高齢者や障害者などへの対応体制を整備するなど、利便性を十分に確保している。院内は清潔で、診療やケアに必要なスペース、トイレや浴室等の利便性、安全性を確保している。敷地内禁煙であり、入院案内や掲示による周知に加え、院内外の巡回を行って禁煙の徹底に努めている。禁煙外来を設置するほか、職員の喫煙状況の把握にも取り組んでいる。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、意見箱や患者満足度調査等を通して積極的に収集され、手順に沿って検討・回答している。多職種で定期的に行う症例検討会には、がんセンターボード、糖尿病カンファレンス、CPC などがある。診療ガイドラインは参照可能な環境を整えて現場で活用している。なお、臨床指標については収集・分析を行い、結果を診療の質の向上に活用する積極的な取り組みを期待したい。「小集団活動」の取り組みを活発に行い、毎年発表会・審査をしているほか、患者サービス向上委員会で療養環境の改善を図るなど、業務の質改善は適切である。新たな診療・治療方法や技術の導入を行う際には、安全面・倫理面を含めて病院として審議する仕組みを整備している。

外来や病棟、院内各部門に責任者の氏名を表示し、主治医不在時の対応を含め診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療情報管理規程を整備して必要な記録を正確に記載している。略語集の整備や、多職種による質的点検、現場へのフィードバックも適切である。多職種から構成されるチーム医療として、AST・ICT・緩和ケア・NST などがあり、組織横断的な活動を行い、専門性の高い医療・ケアの提供を実践している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室に専従医療安全管理者として看護師長を配置するほか、兼務の医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者および各部署にはセーフティーマネージャーを配置し、役割や責任を明確にして安全への取り組みに努めている。マニュアルを適宜見直し、病院の実態に合った内容として整備している。インシデント・アクシデントは報告システムにより報告・集計し、データの分析・再発防止策を検討している。院内外の医療安全情報を収集し、タイムリーに情報提供している。

患者の誤認防止対策は、患者の名乗りやリストバンドによるバーコード認証等を利用している。指示受けマニュアルを整備して、指示出し、指示受け、実施確認等を適切に行っている。口頭指示は原則行わない方針としているが、やむを得ず行う際には、手順に沿って実行している。薬剤の安全な使用は、電子カルテ機能により禁忌、アレルギーの警告などリスク回避の手順を整備している。重複投与や過量投与は薬剤管理システムで警告を発するほか、病棟薬剤師が処方医に最終確認を行っている。入院時アセスメントで転倒・転落のリスク評価を行い、必要な患者には転倒・転落防止対策を実施している。医療機器管理指針およびマニュアルを整備し、看護師はチェック表を用いて日々の点検・確認を実施している。機器の使用については、臨床工学技士による教育を計画的に行っている。院内緊急コードを設定し、救急カートの院内配置も明確で、緊急時召集訓練およびBLS訓練を定期的に実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を月1回開催し、下部組織である院内感染対策チーム（ICT）および抗菌薬適正使用支援チームから報告を受けて、必要な感染対策を講じている。院内感染対策チームはラウンドを実施し、現場で必要な提言を行っている。院内における感染の発生状況や各種の培養結果が報告・収集され、適宜ICTニュースなどを用いて院内に周知している。アウトブレイクが定義され、発生時の対応方法を定めている。院外の感染情報を収集し、感染防御に関する連携を図っている。

医療関連感染を制御するための活動は感染対策マニュアルの標準予防策および感染経路別予防策に基づいて実践されている。一部の感染性廃棄物については、保管場所や運用の見直しを期待したい。抗菌薬の採用・中止は、薬事委員会で決定している。院内抗菌薬適正使用ガイドラインが定められ、抗菌薬使用の際には投与前に培養検査を適時実施し、アンチバイオグラムなどの結果を参考にしながら抗菌薬の

選択を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報の発信として広報誌を発行するほか、ホームページやデジタルサイネージを活用して最新の情報を提供している。その他、臨床統計を記載した医誌や、各診療科の診療内容や医師を紹介する「診療のご案内」を発行するなど、適切である。地域医療連携室を設置し、紹介・逆紹介等の連携実績を定期的に集計するほか、DPC データを活用し診療圏の状況を分析している。また、登録医との地域連絡協議会を開催して意見や要望を直接聞き取るなど、地域医療の状況やニーズの把握に努めている。

地域住民を対象とする市民公開講座や世界糖尿病デーに合わせた企画講演会の開催、がんの予防検診普及活動への参加など、患者・住民向けの医療に関する教育・啓発活動を行っている。地域の医療機関等に向けては、診療領域毎のテーマを設定した医学集談会の開催、地域連携セミナー、症例検討会の開催など、多職種の学ぶ機会を提供して地域の医療水準の向上に貢献している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや院内掲示等で提供している。総合案内を設けて患者の受診すべき診療科の相談やトリアージを行っている。外来診療では患者に関する情報を適切に収集し、病態に応じた診療を安全に行っている。診断的検査の必要性は医師の診察により判断して実施している。医学的判断に基づいて入院適応を判断し、患者・家族への十分な説明の後に入院を決定しており適切である。入院診療計画は患者の病態やリスクを評価して多職種の関与のもと患者・家族の要望を踏まえた上で作成している。各種医療相談は必要な専門職と連携して多様な相談に対応できる体制を整えている。

医師はリーダーシップを発揮し、診療科内や職種間、患者・家族とのコミュニケーションを積極的にとりながら病棟業務を適切に行っている。看護師は看護基準・手順を整備し、看護計画を立案して日常生活援助や診療の補助業務を適切に行っている。投薬・注射は、病棟担当の薬剤師も適切に関与して確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与はマニュアルを遵守して、説明と同意の取得、払い出しから投与中の観察、副作用発生時の対応など確実・安全に実施している。周術期の対応は、手術適応の検討や、麻酔に関する説明と同意の取得など適切である。重症患者は多職種協働により適切に管理されている。褥瘡の予防・治療は全入院患者のリスク評価を行い必要な対策を講じている。全入院患者に SGA を用いて栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画や食事指導、NST の活動に繋げている。症状緩和は症状別看護や、目標・観察・介入方法について基準を整備している。リハビリテーションの必要性はカンファレンスにて情報共有を行い、看護師や療法士の立場からも検討を行っている。

身体抑制はマニュアルに従って実施し、早期解除と抑制削減に向けた取り組みがある。患者・家族への退院支援では、入院時に多職種が連携して患者・家族の意向

を把握し、患者の状況に応じた支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し、説明と同意の上で実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は院内の薬品の保管・管理、持参薬の鑑別、服薬指導、処方・調剤鑑査、疑義照会など適切に行っている。検査部門は夜間・休日も含めて必要な検査の提供体制を整備し、適切な機能を発揮している。画像診断部門は休日・夜間も含めて迅速に実施可能な体制を整備している。優良な画像診断機能の発揮に努め、確認漏れを回避する仕組みもある。栄養管理部門では調理、配膳・下膳、食器の洗浄・保管など一連の業務を適切に行っている。職員の健康状態や調理室内の温湿度も厳格に管理し、安全面および衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーション部門は患者の病態に応じて多職種がカンファレンスなどで情報を共有しながら必要なリハビリテーションを提供している。診療情報管理部門は診療情報を一元的に管理し、診療記録の量的点検や統計資料の作成など機能を幅広く発揮している。なお、紙媒体の診療記録の保管方法については検討が望まれる。医療機器管理部門は定期的な点検や標準化、安全使用の教育に計画的に取り組んでいる。洗浄・滅菌部門は業務を中央化し、各種インディケータで滅菌効果を十分に確認している。

病理診断部門は病理診断の精度を確保して標本作成、診断、結果報告を行い、病理検査検体などの保存・管理も適切である。放射線科治療医が治療計画を作成し、医学物理士がサポートして放射線治療を実施している。線量確認、計画的な点検を実施し放射線治療機器の品質管理も適切である。輸血・血液管理部門は臨床検査技師を中心に適切に運営している。また、医療安全管理部門と協働して血液製剤の適正使用に向けた啓発活動を行っている。手術・麻酔部門では基準・手順を整備し、スケジュール管理、清潔管理、術中管理など、適切に機能を発揮している。集中治療部門では入退室基準等を定めて、多職種で診療・ケアを行っている。救急医療部門は、多職種が関与しながら多くの救急搬送を受け入れており、虐待が疑われるケースへの対応も整備している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は運営方針等を踏まえて予算書を作成し、予算と実績を差異分析し、幹部会や運営会議で対策を講じている。会計処理は会計規程に基づき行われ、損益計算書、貸借対照表等の財務諸表を作成している。監査法人による外部監査と機構本部の監事による内部監査を実施している。医事業務は窓口収納や診療報酬請求業務、査定・返戻対応、未収金管理、施設基準遵守体制など適切に管理している。業務委託は業者の選定・契約、管理体制、業務内容の把握・確認、事故時対応体制の整備など適切である。

施設・設備管理は年間の保守計画に基づく定期点検、日常点検を実施しており、管理責任体制は明確である。清掃や医療ガス安全管理、感染性廃棄物等の廃棄物の保管等も適切である。物品管理は院内 SPD 方式で一元的に管理し、医薬品・診療材料の選定など、部署や検討の場が明確で機能している。購入手順は明確で、在庫の

適正化が図られ、ディスプレイ製品は再使用しない方針として遵守している。

火災発生時の対応マニュアルを作成して初動手順を職員に周知しており、消防計画を作成して総合訓練、消火訓練を実施している。地域の防災訓練や緊急被ばく医療合同訓練にも参加している。保安業務は緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制、院内暴力発生時の対応を整備しており、病院および委託職員が適切に対応している。医療事故等への対応は、連絡手順や対応体制を整備し、適切に運用している。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

研修医の臨床研修プログラムを整備し、研修内容の評価と見直しを組織的に行っている。研修医の評価はオンライン臨床教育評価システムを使用し、多職種による多面的評価も行っている。看護師のほか、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、療法士等の初期研修プログラムも用意しており、定めた評価項目に沿って研修者の評価を実施し、指導者の評価および養成を行っている。

学生実習は、各種手続きを一本化し、実習受け入れに関する情報を集約・管理している。実習指導開始時にはオリエンテーションを行い、病院の理念・基本方針、機能等の説明や医療安全管理、医療関連感染制御、個人情報保護などの周知徹底を図っている。養成する資格や職種に応じたカリキュラムに沿って実習を実施し、実習生および実習内容の評価を行っている。

# 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	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	B
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	B

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	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	B
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	A
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	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	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	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	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 12 月 21 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人労働者健康安全機構 青森労災病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人労働者健康安全機構

I-1-4 所在地： 青森県八戸市大字白銀町字南ヶ丘 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	399	252	+0	74.6	17.1
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	399	252	+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		+0
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	+4
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	2	+0
人工透析	12	+0
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

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 3 人 2年目： 3 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	昨年度	2年前
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	623.50	587.89	619.36	106.06	94.92
1日あたり外来初診患者数	70.44	59.65	62.76	118.09	95.04
新患率	11.30	10.15	10.13		
1日あたり入院患者数	187.87	192.22	191.14	97.74	100.57
1日あたり新入院患者数	10.88	10.72	10.77	101.49	99.54