

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および3月13日～3月14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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

1966年、青森県内の脳卒中及び高血圧の予防、診断、治療及びリハビリテーションに関する研究及び調査を行い、社会福祉の増進に寄与するために「財団法人黎明郷」が設立された。1967年には「黎明郷リハビリテーション病院」が60床で開設され、2005年「弘前脳卒中センター」開設（145床）に伴い「黎明郷リハビリテーション病院」（103床）となった。そして2011年に「弘前脳卒中センター」と「黎明郷リハビリテーション病院」を統合し、「弘前脳卒中・リハビリテーションセンター」として開設（248床）された。県内初の脳卒中に特化した病院であり、脳卒中救急とリハビリテーションを行っている。弘前大学医学部附属病院と連携のもと、血栓溶解療法やカテーテルによる血栓回収療法を含む超急性期治療も積極的に行っている。また回復期リハビリテーション病棟は（169床）では急性期のリハビリテーションを病状に配慮しながら実施し、廃用予防のための早期離床や早期起立、誤嚥性肺炎の予防や早期の栄養状態の安定のための口腔ケアや摂食嚥下評価を積極的に実施している。病院機能評価は今回が初めての受審となるが、病院全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組んで来られた。特に医師集団がリーダーシップを発揮し、準備から受審当日に至るまで、積極的に参加されたことが印象的である。教育や研修にも積極的に取り組まれており、超急性期から回復期に至るまでの医療やケア、リハビリテーションを広く担う充実したマンパワーと高い団

結力を持っておられる。今回の整備・改善を土台に、今後も部門間の協力やコミュニケーションをさらに活発にし、ますます地域から信頼される医療機関として発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としている。病院管理者・幹部は病院の将来像を示し、実現に向けた病院運営に指導力を発揮されている。効果的・計画的な組織運営がなされているが、組織図については再整備し、各部門・部署の機能や組織的な位置づけ、組織運営上の責任と権限等も明確に示せるようにされたい。中期経営ビジョンに基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標が設定されているが、達成度の評価を確実にを行い、PDCAサイクルを確立されたい。病院としての情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されている。病院として管理すべき文書の範囲を定め、文書の改訂とその管理、特に最新版の周知方法に関する手順を明確にすることが期待される。

法定人員の確保に留まらず、病院の規模や機能、業務量等を考慮して、必要な職種と人材が確保されている。必要な患者に十分なリハビリテーションを提供できるよう療法士の数が確保されている。職員の就労管理や快適な職場環境づくりなど、健全な労務環境の確保に努力されている。安全衛生管理についても、衛生委員会の設置と活動状況・健康診断の確実な実施・職場環境の整備・労働災害への対応・職業感染への対応・職員への精神的なサポート・院内暴力対策が適切になされていた。

全職員を対象とした教育・研修は計画的に行われ、教育・研修効果を高める努力や工夫もなされている。院外の教育・研修機会への参加が支援され、専門分野の資格取得については、休暇、費用などの支援体制がある。職員の能力評価・能力開発については、職員個別の能力を把握し、自己啓発への支援など、優れた人材を育成する仕組みを整備している。ラダープログラム等を用いた介護職員の能力開発のさらなる充実を期待したい。初期研修についても専門職としての系統的な教育計画が整備されており、初期研修の方針と計画の立案、計画に沿った研修の実施・評価が行われている。学生実習については、各職種において、指定されたカリキュラムに沿った実習が適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明確にされ、患者・家族、職員への周知や実践の場面で擁護が適切にされている。ホームページ・院内掲示のみならず、病院パンフレットや入院案内にも明記し、患者家族に周知されるとなご良い。患者の請求に基づく、診療記録の開示も適切である。医師による説明時は看護師等が同席し、患者・家族に十分な説明と同意が行われると共に、説明者・同席者の署名と患者・家族の同意署名がとられている。診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、患者と医療者相互に必要な情報が提供されている。患者の理解を深めるための支援・工夫もなされて

いる。患者の自己管理に関する支援としては栄養教室・糖尿病教室・脳卒中教室やパンフレットがあり、リハビリテーションの自主訓練指導や再発防止のための「脳卒中体験会」も行われている。患者支援体制としては、10名の社会福祉士が、それぞれ病棟のリハビリテーション部門に所属し相談窓口を明確にし、専門の職員が配置され、患者・家族からの様々な相談に対応している。患者の個人情報・プライバシーの保護に関する規程の整備と職員への周知も適切に行われている。個人情報の物理的・技術的保護、診療上また生活上のプライバシーへの配慮も十分になされている。病院としての臨床における倫理的課題についての取り組みは、倫理委員会規程を整備し、活動している。臨床研究に関する倫理的な審査も適切に行われている。臨床現場で生じる患者・家族の抱える倫理的課題は各部署において多職種カンファレンスで検討され、解決に向けた介入が行われている。

患者や家族、面会者の来院時のアクセスや生活延長上の設備やサービスの整備、また入院生活も患者本位のものとなるよう配慮されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっており、院内のバリアフリーや必要な備品も整備されている。療養環境も整備されており、必要なスペースの確保、快適な病棟・病室環境、整理整頓、清潔な寝具類の提供等に配慮されていた。特に病棟の中央にあるアトリウムは開放感のある吹き抜けで食堂に面し、病棟リハビリテーションや余暇活動に使用されている。心身ともに安らげ、リハビリテーション意欲を引き出せる環境として整備されており、高く評価できる。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性も適切である。受動喫煙防止のため、敷地内禁煙の方針が明確にされ、外来者・職員を含めて遵守されている。禁煙と受動喫煙防止に向けた啓発、教育活動としては「脳卒中教室」を定期的で開催し、スタッフによる禁煙指導を実施している。喫煙者である職員を対象とした教育や禁煙希望者への支援などに、より積極的に取り組まればなお良い。

4. 医療の質

業務改善委員会のような部門横断・組織横断的な改善活動はないが、各委員会から各部署に課題や問題点が投げかけられ、それを解決する形で改善が進められてきた。今回の病院機能評価受審を機に、体系的な病院機能の評価も行われている。各種立入検査の指摘事項への対応も適切に行われている。症例検討会は全常勤医と弘前大学の教授も参加し、実施されている。最新の脳卒中治療ガイドラインがいつでも参照できるようになっており、院内のクリニカル・パスは、血管造影検査、頸動脈ステント留置術、埋め込み型心電計、ペースメーカー埋め込み術、ボツリヌス療法について作成・運用されている。地域連携パスは、津軽エリア大腿骨近位部骨折ネットワークを運用している。臨床指標については、データを集積中である。院内に意見回収箱が設置され、意見については病院幹部職員も関与し検討され、対応策を実行している。

また、入院患者は退院時に、外来患者は受診時にアンケートを行っている。調査結果は過去のデータと比較・分析が行われるなど、問題点の抽出・検討・改善が行われ、改善のサイクルが確立している。診療・ケアの管理・責任体制は明確であ

り、各責任者により診療・ケアの実施状況が把握され、患者・家族へも明示されている。診療の記録は正確に遅滞なく作成され、診療記録の質的監査も行われている。退院時サマリーは病院機能評価受審にむけて作成率の改善に取り組まれてきた。患者の利益を尊重するために、必要に応じて多職種が協働し、診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施や多職種からなる専門チームの介入等、チームとして患者の診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制が整備され、インシデント・アクシデント報告結果と医療事故に対する対策・改善に対する検討・決議が行われている。全職員対象の研修は年2回実施し、患者の安全確保に関するマニュアルも整備され、必要に応じて改訂されている。院内外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用している。院内のアクシデント・インシデントを収集し、アクシデントに対してはSHELL分析を使うシステムになっている。医療安全管理者はラウンドで対策の実施・効果のモニタリングを行うなど、安全対策の成果の確認と必要に応じた見直しが適切に行われている。

患者の取り違い防止、検体等の取り違い防止などの誤認防止策が導入され、適切に実施されている。注射は電子カルテと連動したスマートフォンによる3点認証で確認実施が行っている。情報伝達エラー防止対策という点でも、電子カルテシステム運用マニュアルに基づいて、処方箋の記載、医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施が適切におこなわれている。薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されている。ハイリスク薬は、使用時や保管の際の注意点を明確にし、特性に見合った取り扱いを病院として徹底することが期待される。病院の特性に応じて定め、薬剤師を含め全職員が共有することが望まれる。薬局内においても麻薬金庫の鍵は、その日の責任者による携帯が望ましい。転倒・転落防止対策としては、入院時、全患者に対して転倒・転落アセスメントシートに基づいたリスク評価を行い、結果に基づく防止対策が実践されている。安全の確保のため、転倒・転落ワーキングチームの活動があり、対策の立案・評価見直し、情報の周知、転倒事例の発生要因の分析・検討、スタッフ教育などの活動を行っている。医療機器については、必要な知識を有する職員によって整備、管理され、使用マニュアルの作成や使用する職員への教育・研修も適切に行われている。患者等の急変時に適切に対応についても、全職員を対象に心肺蘇生（CPR）の訓練が行われ、院内緊急コードが設定され、適切に対応されている。救急カートや蘇生装置の整備・配置状況も適切である。心臓リハビリテーションチームは急変時のシミュレーションを実施しているが、屋外訓練時の急変対応のタイムトライアルが行われると良い。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されている。感染対策マニュアルは年度初めに点検・改定を行う規則であるが、近年の感染状況の変化に伴い随時点検、改定を行っている。院内での感染状況の把握は、院内感染対策室と ICT が連携して、院内感染サーベイランスを行っている。また院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用している。

院内アウトブレイク発生時は、速やかに患者の隔離と原因微生物に応じた感染対策が行われている。標準予防策・感染経路別予防策について全職員を対象とした研修の遵守状況を ICT が月 1 回のラウンドで確認・指導している。手指消毒薬の使用量が少ないスタッフや手指消毒薬を携帯していない療法士に対して、5 つのタイミングで使用しているかをラウンドで確認し、注意喚起を図る活動が行われることを期待したい。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は、月 1 回の薬事委員会の中で検討されている。抗菌薬の使用指針は、院内採用薬で構成し作成されている。起炎菌・感染部位の特定のため、抗菌剤使用前に血液培養検査を含む培養検査が行われている。抗菌薬の使用状況も医師へ定期的にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

自院の役割や診療機能などについてはホームページで情報提供されており、定期的に更新されている。ホームページだけでなく、広報誌をはじめとする様々な媒体による発信の整備を行い、必要な情報が速やかに入手しやすい形で提供できるように工夫されたい。また、医療機関や保健・福祉施設に提供する情報についても、医療連携の観点から連携先にとっても有用な取り組みの工夫を検討されたい。地域医療連携室を中心に、圏域の救急医療情報ネットワーク会議やケアネットワークシステムに参加し、地域の保健・医療・介護・福祉施設等に積極的に連携している。また、周辺医療機関からなる津軽地域ケアネットワークに参加し、地域の医療・介護・福祉に対する課題等の検討と情報共有に努めている。施設間の紹介・逆紹介への対応も適切である。地域の健康増進や脳卒中予防の啓発に寄与する活動等、患者・地域住民に向けた教育・啓発活動を行っている。地域の保健・医療・介護・福祉施設等に従事する者を対象として、リハビリテーションに関する専門的な医療知識・技術に関する研修会や技術指導・支援等の活動が期待される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるよう整備されている。入院の決定も適切に行われ、患者に十分な説明と同意が行われている。診療計画は、医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された計画が作成されている。リハビリテーションプログラムについては、多職種によるカンファレンスを定期的に行い、評価されたうえで作成されている。患者・家族からの多様な相談に対して、担当の社会福祉士が院内外のスタッフとの調整・連携し対応している。

医師は原因疾患や併存症、合併症に関する医学的管理とともに、リハビリテーシ

ョンに関する診療上のリーダーシップを発揮している。看護・介護職は、看護業務基準・手順に沿って専門性に応じた診療の補助業務、日常生活の支援を行っている。患者への投薬・注射が確実・安全に実施されており、必要な投与中、投与後の患者の状態・反応の観察も適切に行われている。褥瘡の予防・治療については、全患者に対してリスク評価を行い、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されている。栄養管理と食事指導については、全ての患者に対し栄養アセスメントを行い、栄養状態、摂食・嚥下機能の評価、食形態、器具、安全性、方法の工夫等が行われている。患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている。症状別マニュアルを整備し、統一された症状コントロールが行われる事が期待される。理学療法・作業療法・言語聴覚療法は、それぞれリハビリテーションプログラムに基づいて、確実・安全に実施されている。リスク評価に基づく安全性への配慮、訓練効果の客観的な評価と計画の見直し等も適切に行われている。ケアについては、生活機能の向上を目指してチームで実践されており、在宅復帰を意識して実施されている。身体抑制については、患者の安全確保のための必要性を評価し、必要性とリスクなどについての説明と同意の上で実施されている。抑制・制限中の患者の状態・反応の観察や回避・軽減・解除に向けた取り組みも適切である。患者・家族への退院支援は、患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じて早期から行われている。必要な患者には、退院後も継続的に診療、リハビリテーション・ケアが提供され、また必要な在宅療養支援が行われている。

<副機能：一般病院1>

入院症例の多くは脳卒中を中心とした緊急入院が多く、紹介医もしくは救急隊からの情報で、手術など脳外科的治療を必要としない入院依頼は断らない方針である。予定入院の場合は地域医療連携室で得た情報を、連携室長である医師および事務係長、相談員で入院の適応を判断されており、入院の決定は適切と評価する。入院診療計画書は個別性のある記載がなされている。医師・看護師以外の職種も入院後速やかに専門性が高い医療を提供しているので、簡潔にそれぞれの医療内容の記載があると、さらに良い。

入院時および必要時に、転倒・転落、摂食・嚥下、高齢者認知症などの各種リスクが評価され、患者・家族の要望を反映した看護計画が立案されている。また、多職種カンファレンスにおいても情報が共有されており、適切なケアの提供に繋がっているものと評価される。患者の栄養管理を進めるうえで、栄養状態および経口摂取の状況を看護師と管理栄養士が評価している。嚥下レベルに応じた言語聴覚士による評価・摂食指導は、経口摂取改善への多職種での取り組みとして評価される。症状の緩和については、認知症の存在や疾患により意思表示や苦痛の表現が困難な患者に対して、苦痛症状の客観的な評価方法を検討することが期待される。また、せん妄や耐え難い苦痛に対して鎮静を導入するような場合には、臨床倫理的な考察を交えたガイドラインに沿ったチーム医療が期待される。患者の苦痛軽減のために、さらに一歩進んだ取り組みを期待したい。リハビリテーションにおいては、毎日の回診に療法士も同行して日々の患者情報を医師や病棟スタッフと共有し、毎日

開催される多職種カンファレンスに参加して、患者の状態や要望に添ったリハビリを提供している。「リハビリテーションセンター」という名のもとに、財団の理念や病院の基本方針を実践するための、適切なリハビリテーションが提供されているものと評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は病院全体の薬剤の使用や管理に関与している。注射薬の1施用ごとの取り揃え、注射薬の調製・混合への関与、持参薬の鑑別と管理も適切に行われている。臨床検査機能も整備されており、異常値やパニック値の取り扱いも適切である。また夜間・休日問わず待機技師が緊急検査に対応している。画像診断機能についても、24時間365日、画像検査が実施できる体制を整えている。栄養管理機能については、HACCPに沿った衛生管理を実施し、一連の業務において、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されるように、十分な配慮や注意が払われている。季節ごとの行事食や年3回の食事会の実施、また個々の嗜好に応じた対応を行っている。リハビリテーションについては、必要なリハビリテーションプログラムが作成され、主治医との連携や病棟等との情報共有も適切に行われている。理学療法士・作業療法士はそれぞれチームで患者を担当しており、リハビリテーションの質が個人の力量に左右されない体制をとっている。言語聴覚士は指導者が病棟の垣根を越えて若手の教育を行っている。診療情報は一元的に管理され、活用を前提としたコーディングもなされ、量的監査も実施されている。医療機器管理では、定期的な点検や夜間・休日の対応体制、医療機器の一元管理や標準化に向けた取り組みが行われている。滅菌業務は外部へ委託し、業務案内書や滅菌センター標準作業書により業務の確認を行っている。

病理診断については、検体の採取後、検体交差が起これぬよう、看護師と検査技師によるダブルチェックを行ったのち、外部に委託している。輸血・血液管理機能については、一般病棟にて赤血球製剤と血小板製剤を使用している。輸血製剤はその都度発注し、即時使用され、オーバーナイトで保管されることはない。手術・麻酔機能は、局所麻酔による手術のみであるが、関係者が連携して円滑・安全に実施されている。一般病棟にSCUを設置し、治療・リハビリテーションが出来るよう管理している。入退室基準に則った運用もなされており、適切である。脳卒中救急を基本的には24時間365日受け入れる方針である。脳卒中専門医以外の医師が当直の場合も専門医と相談する体制が整備されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、会計処理が適正に行われ、予算管理により、経営状況の把握と分析による経営管理が的確に実施されている。会計監査については、法人監事による決算時の監査とともに、契約している税理士事務所による実務監査も実施している。医事業務については、窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われている。返戻・査定については会議にて資料提示し、査定の続く項目については関係する委員会や担当者と情報共有し、対策がとられている。施

設基準を遵守するための体制や未収金への対応も整備されている。業務委託については、契約書の締結、委託業務に関する病院側の管理者の配置と検収システム、委託業者の職員教育、事故発生時の対応などが適切に行われている。

施設・設備の管理では、日施設運用委員会が窓口となり、日常点検の励行のほか、保守計画に基づき定期的な点検が確実に実施されている。緊急時の対応や廃棄物の処理が適切に行われている。物品管理については、購入の過程が明確であり、品質管理や在庫管理が適切に行われている。

緊急時の責任体制、火災発生時・停電時の対応や大規模災害時の対応マニュアル等が整備されている。非常時の備えについては、患者分として3日程度の飲料水・食料品を備蓄しているが、職員用の備蓄をすることが期待される。地震以外のパンデミックや個人情報の漏洩、サイバー攻撃等に対応するBCPの策定作業も引き続き進められたい。保安業務についても、業務内容は明確化され、日々の業務実施状況が把握されている。緊急時の連絡、応援体制も整備されている。

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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	B
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
1.3.3	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	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	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	A
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	S
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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	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	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	B
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	B
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	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	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	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

機能種別：一般病院 1（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：青森県弘前市扇町1-2-1

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	79	79	+0	74.1	20
療養病床	169	169	+0	90	84
医療保険適用	169	169	+0	90	84
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	248	248	+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	169	+0
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

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
1日あたり外来患者数	49.21	50.95	47.56	96.58	107.13
1日あたり外来初診患者数	5.52	4.82	4.36	114.52	110.55
新患率	11.22	9.46	9.16		
1日あたり入院患者数	215.50	227.40	223.72	94.77	101.64
1日あたり新入院患者数	3.40	3.62	3.60	93.92	100.56