

総括

貴院は公立大学法人福島県立医科大学が設置する大学病院として昭和26年に開設されている。平成7年に特定機能病院の承認を得て、病院の整備・拡充に努め、基幹災害拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院などの指定を受け、県の基幹病院として県民の高い信頼を得るとともに、県北部地方の救急医療センターとしてドクターヘリを導入している。また、総合周産期母子医療センターは県内の周産期医療システムの中核として、地域周産期母子医療センターと連携し、高度な周産期医療を提供している。

今回は認定更新のための受審であったが、準備時期が東日本大震災における救急医療・放射線被曝医療など、地域医療の中核的役割を果たした時期と重なり、厳しい環境にあったが、院内の病院機能評価受審対策委員会において病院長自らが委員長となり、各副院長が各審査領域の責任者になるなど全職員が一体となって準備にあたられ、その成果は随所で確認された。今後も大学病院として機能の一層の充実・向上に努められ、ますますの発展を期待したい。

「1. 病院組織の運営と地域における役割」

病院の理念および基本方針は県立医科大学附属病院として県民の健康を支えるという使命も含め明文化され、定期的な見直しを行い、院内外への周知が図られている。病院管理者・幹部は院内の課題を積極的に把握し、その解決に向けて適切なリーダーシップを発揮している。組織運営は中・長期計画および年次事業計画が策定され、達成状況の評価も行われ計画的に運営されている。また、組織規程は県立医科大学の組織および運営規程が整備・活用されている。情報管理は医療情報部により情報システムの活用方針が明確にされ、管理規程も整備されている。全職員を対象とした教育・研修は医育機関であり、必要性の高い教育・研修は計画的に実施され、外部の学会への参加奨励や資格取得支援が行われており適切である。地域における病院の役割・機能については、福島県の基幹病院として先進医療、高度救命救急医療、災害医療などが明確にされ、地域連携部が適切に機能している。地域の健康増進活動には計画的に取り組まれている。継続的な医療サービスの取り組みでは、実績が認められ評価される。

「2. 患者の権利と医療の質および安全の確保」

患者の権利はリスボン宣言を骨子にして制定されている。院内掲示や「医療安全ポケットマニュアル」などにより患者・家族や職員に周知が図られている。臨床倫理に関する方針も明確にされ、大学病院として臨床研究の規程を明確にして、積極的な取り組みが見られる。患者－医療者のパートナーシップでは、説明と同意の方針・手順が明文化され、セカンドオピニオンの実施、診療情報の患者との共有、個人情報保護などに

対応している。患者の安全確保に関しては、体制が確立しており、安全確保のための各種の手順が整備され、院内外から安全確保のための情報入手に努め、適切に対応している。医療事故への対応は適切である。医療関連感染管理についても、ICD・ICN各2名の参画などにより体制が整備されており、各種の管理指針が示され、適切な組織横断的な活動が見られる。チーム医療の推進には、診療科間の連携が確立しており、多職種による診療協力のためのカンファレンスが積極的に開催され、組織的に適切に取り組まれている。また、各種の症例検討会の開催、診療の標準化などにより、診療の質向上に努めており適切である。

「3. 療養環境と患者サービス」

受付や案内には高齢者・障害者に対する配慮がなされ、適切に対応している。案内表示・掲示は、医療法や療養担当規則に基づき必要な情報は含まれているが、文字の大きさや見やすさに工夫されたい。外来待ち時間調査は定期的実施され、患者サービス向上委員会などにおいて検討し、必要な改善が図られ、待つことの苦痛軽減に対する配慮も適切になされている。医療相談には地域連携部の職員が適切に対応し、院内スタッフおよび院外機関との調整・連携が図られているが、「がん相談支援」「医療安全」などの相談窓口が明示されておらず、今後の検討が望まれる。患者・家族の意見や苦情にも適切に対応し、改善策については掲示のほかホームページにも記載されている。また、外来・入院患者の満足度調査も定期的実施され、活用されている。患者や面会者の利便性には適切な配慮が見られ、院内におけるプライバシーの確保も適切になされている。療養環境の快適性については、一部の病棟に老朽化は見られるが、静寂が保たれ、照明などの配慮がみられ、整理整頓も行き届いている。また、観葉植物や絵画・インテリアに配慮されており、トイレ・浴室などの施設的配慮も適切である。

「4. 医療提供の組織と運営」

診療部門は大学病院として多くの医師を擁し、病院長の下に医師の副院長が4名おり、それぞれの役割を明確にし、連携して診療業務の質改善に努めており、適切な体制が確立している。看護部門は体制が確立しており、特に専門看護師4名、認定看護師17名がそれぞれの分野で積極的に活動していることは高く評価したい。また、目標管理が適切に行われ、看護職員の能力評価が基準・手順に沿って行われているが、今後結果の活用が期待される。薬剤部門は次年度より体制の強化が図られる予定であり、病棟における抗がん剤の調製・混合の実施、注射薬の1施用ごとの取り揃えの充実、薬剤管理指導の向上などにさらなる努力を期待したい。臨床検査機能は適切に発揮されている。病理診断機能では、精度の高い診断機能を発揮しているが、特定化学物質障害予防規則に関わる剖検室におけるホルムアルデヒドの濃度測定ならびに病理検査標本切り出し作業室におけるキシレン濃度測定の早期実施が望まれる。画像診断機能、放射線治療機能では、それぞれの質改善が進められている中で一部機器の老朽化が見られ、更新の検討が期待される。輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、洗浄・滅菌業務、集中医療機能、

救急医療機能などは体制が整備され、適切な機能が発揮されている。栄養管理機能も体制が整備され、栄養指導の実施、NSTの活動が見られる。リハビリテーション機能では、療法士の充実による訓練の継続性への取り組みを進められたい。診療記録の管理、情報システム管理機能、外来診療機能、医療機器の管理、臨床研修機能などは体制が整備され、適切な機能を発揮している。

「5. 医療の質と安全のためのケアプロセス」

病棟における診療・看護の基本方針や目標は病棟ごとに定められ、医師・看護師の役割と責任体制は明確にされている。臨床上的倫理的問題は各病棟の特性に応じて検討され、記録されている。入院診療計画書は必要な患者情報を収集し、適切に作成され、患者の同意が得られている。また、必要な見直しと修正が行われている。医師の指示は、電子カルテにより適切に実施されている。基本的な病棟業務では、医師の回診、看護責任者の巡視が適切に行われ、特に多職種ケアカンファレンスが計画的・積極的に行われ、チーム医療の推進が図られている。ケアの実施では、侵襲を伴う検査は説明と同意を得て、確実・安全に実施されている。投薬・注射における注射薬の調製・混合には薬剤師の関与があり適切に行われているが、入院患者への抗がん剤に関するレジメン登録の実施が求められる。輸血・血液製剤の投与や周術期の対応は適切に実施されている。栄養管理は栄養アセスメントにより栄養指導・食事指導が適切に実施され、患者の症状緩和についても緩和ケアチームの介入があり適切に実施されている。リハビリテーションは担当職種が協力し、ADLの自立に向けて確実に実施しているが、リスクの説明については、さらなる充実が望まれる。身体抑制は医師の指示に基づき、必要最小限で適切に管理されている。退院支援およびターミナルステージの患者への対応には、適切な支援・配慮がなされている。ケアプロセスにおける感染対策は適切に取り組まれている。診療・看護記録に関しては、医師の組織的な監査システムの構築が望まれる。病棟での薬剤・医療機器、ベッド・マットは適切に管理されている。

「6. 病院運営管理の合理性」

人事・労務管理は規程が整備され、適切に管理されているが、さらなる役割・機能に応じた人材確保の努力に期待したい。人事考課は医師を含めた全職員を対象に実施され、有効に活用している。労働環境の整備には、衛生委員会・院内感染対策委員会・医療事故防止対策委員会が毎月1回定期的に開催され、職場の安全衛生が適切に確保されている。財務会計は、学校法人会計基準に基づく財務・経理規程に沿って会計処理が行われ、外部・内部監査も適切に行われている。医事業務は各種のマニュアルが整備され、適切に行われている。病床管理については、東日本大震災の被災者を受け入れながらの病床効率に現在も努力されていることは評価できる。施設・設備管理は、責任者も明確であり緊急時の対応も適切である。廃棄物の処理では、感染性廃棄物容器の院内における一時保管場所の検討が望まれる。物品管理は、購入物品の選定や手順が定められ、内部牽制も確立しており適切である。また、在庫管理も適切に行われている。委託

業務は、業者選定や契約内容の見直し、委託業務の管理が適切に行われている。病院の危機管理への対応は、総合避難訓練の実施や大規模災害発生時の対応体制が整備されており適切である。病院の保安体制は、施錠管理の手順、院内監視の方法、緊急時の連絡、応援体制が明確で適切である。医事紛争も事案に対応する仕組みがあり適切である。

「7. 精神科に特有な病院機能」

精神保健指定医が7名確保され、入院時の評価・説明および入院形態別の管理が適切に行われている。救急医療への対応も適切である。入院中の施設環境は閉鎖病棟で運営されているが、病棟環境は開放的で安全に配慮され処遇も適切であり、通信・面会への対応や精神医療審査会および実地指導への対応も適切に行われている。隔離・身体拘束は、法に基づいて手順が整備され、適切に対応している。また、入院時・回復期・慢性期の対応は、薬剤自己管理判断基準マップや「ケア・リハビリガイドラインVer 1.0」に沿って個々の患者に応じた段階的なリハビリテーション計画が適切に実施されている。退院支援は多職種によるカンファレンスを経て退院に向けた調整・支援が行われている。精神科における事務管理は、保護者選任、入院形態の変更などの入退院に関する法定の諸手続きや実施指導時の指摘事項が、迅速に改善されており適切である。また、作業療法や患者からの預り金管理も適切に行われている。精神障害者の身体管理に関しては、精神科専門治療が適切に行われ、身体合併症治療にも積極的な関与が認められ、評価される。

1. 病院組織の運営と地域における役割

評価判定結果

1.1 病院の理念と基本方針

1.1.1	理念および基本方針が確立されている	4
-------	-------------------	---

1.2 病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

1.2.1	病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している	4
-------	---------------------------------	---

1.2.2	組織運営が計画的になされている	4
-------	-----------------	---

1.3 病院組織の運営

1.3.1	病院は組織規程に基づいて運営されている	3
-------	---------------------	---

1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	4
-------	-------------------	---

1.4 情報管理機能

1.4.1	情報管理の体制が確立している	4
-------	----------------	---

1.4.2	診療に関わる情報が適切に活用されている	3
-------	---------------------	---

1.5 職員の教育・研修

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	4
-------	-----------------------	---

1.6 地域における役割と連携

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	4
-------	-------------------------------	---

1.6.2	地域への情報発信が適切に行われている	4
-------	--------------------	---

1.7 健康増進と環境

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	4
-------	-------------------	---

1.7.2	禁煙が徹底されている	4
-------	------------	---

1.7.3	地球環境に配慮している	4
-------	-------------	---

1.8	継続的な質改善の取り組み	
-----	--------------	--

1.8.1	継続的な医療サービスの質改善への取り組みがなされている	4
-------	-----------------------------	---

2. 患者の権利と医療の質および安全の確保

評価判定結果

2.1 患者の権利と医療者の倫理

2.1.1	患者の権利が明確である	4
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	4

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1	患者の知る権利を保障し、診療情報が患者と共有されている	3
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	4

2.3 患者の安全確保

2.3.1	安全確保のための組織体制が確立している	4
2.3.2	安全確保の手順が定められている	4
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	4

2.4 医療事故への対応

2.4.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	4
-------	---------------------	---

2.5 医療関連感染管理

2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	4
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	4
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	4

2.6 チーム医療の推進と診療の質の向上

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	4
2.6.2	診療の質の向上に向けた活動が適切に行われている	4

3. 療養環境と患者サービス

評価判定結果

3.1 案内機能と待ち時間

3.1.1	案内機能が適切である	3
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	3

3.2 相談機能および患者・家族の意見の尊重

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	3
3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	4

3.3 施設・設備の整備と利便性

3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	4
3.3.2	高齢者や障害者に対する施設的な配慮がなされている	4

3.4 プライバシーの確保

3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	4
-------	-------------------	---

3.5 快適な療養環境

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	4
3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	4

4 . 医療提供の組織と運営

評価判定結果

4.1 診療部門

4.1.1	診療部門の体制が確立している	4
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	4

4.2 看護部門

4.2.1	看護部門の体制が確立している	4
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	4
4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	3
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	4

4.3 薬剤部門

4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	3
4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	4
4.3.3	調剤が適切に行われている	3
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	3
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	3

4.4 臨床検査機能

4.4.1	臨床検査の体制が確立している	4
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	4
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	4

4.5 病理診断機能

4.5.1	病理診断の体制が確立している	3
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	4
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	4

4.6 画像診断機能

4.6.1	画像診断の体制が確立している	3
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	3
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	4

4.7 放射線治療機能

4.7.1	放射線治療の体制が確立している	3
4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	4
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	4

4.8 輸血・血液管理機能

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	4
4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	4
4.8.3	輸血・血液管理機能の質改善に取り組んでいる	4

4.9 手術・麻酔機能

4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	4
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	4
4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	4

4.10 洗浄・滅菌業務

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	4
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	4
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	4

4.11 集中治療機能

4.11.1	集中治療の体制が確立している	4
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	4
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	4

4.12 救急医療機能

4.12.1	救急医療の体制が確立している	4
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	4
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	4
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	4

4.13 栄養管理機能

4.13.1	栄養管理の体制が確立している	4
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	3
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	4

4.14 リハビリテーション機能

4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	3
4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	3
4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	3

4.15 診療記録の管理

4.15.1	診療記録を管理する体制が確立している	4
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	4
4.15.3	診療記録管理の質改善に取り組んでいる	4

4.16 情報システム管理機能

4.16.1	情報システム管理の体制が確立している	4
4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	4
4.16.3	情報システム機能の質改善に取り組んでいる	4

4.17 在宅療養支援機能

4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	4
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	4
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	NA

4.18 外来診療機能

4.18.1	外来診療・看護の体制が確立している	4
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	4
4.18.3	外来診療機能の質改善に取り組んでいる	4

4.19 医療機器管理

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	4
4.19.2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	4
4.19.3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	4

4.20 臨床研修機能

4.20.1	臨床研修体制が確立している	4
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	4
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	4

5. 医療の質と安全のためのケアプロセス

評価判定結果

5.1 病棟における医療の方針と責任体制		A	B	C
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	4	4	4
5.1.2	病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である	4	4	4
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	4	4	4
5.2 入院診療の計画的対応		A	B	C
5.2.1	入院の目的が明確である	4	4	4
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	4	4	4
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	4	4	4
5.3 適切なケアサービスの実施		A	B	C
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	4	4	4
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	4	4	4
5.4 ケアの実施（各論の流れ）		A	B	C
5.4.1	診断的検査が確実・安全に実施されている	4	4	4
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	3	3	3
5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	4	4	4
5.4.4	周術期の対応が適切である	4	4	4
5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	4	4	4
5.4.6	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	4	4	4
5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	3	3	3

5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	4	4	4
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	4	4	4
5.4.10	ターミナルステージの患者に適切に対応している	4	4	4
5.5	ケアプロセスにおける感染対策	A	B	C
5.5.1	医療関連感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	4	4	4
5.6	診療・看護の記録	A	B	C
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	3	3	3
5.7	病棟での薬剤・機器の管理	A	B	C
5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	4	4	4
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	4	4	4

5. 医療の質と安全のためのケアプロセス

評価判定結果

5.1 病棟における医療の方針と責任体制		E	F	G
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	4	4	4
5.1.2	病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である	4	4	4
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	4	4	4
5.2 入院診療の計画的対応		E	F	G
5.2.1	入院の目的が明確である	4	4	4
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	4	4	4
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	4	4	4
5.3 適切なケアサービスの実施		E	F	G
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	4	4	4
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	4	4	4
5.4 ケアの実施（各論の流れ）		E	F	G
5.4.1	診断的検査が確実・安全に実施されている	4	4	4
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	3	4	4
5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	4	4	4
5.4.4	周術期の対応が適切である	4	NA	4
5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	4	4	4
5.4.6	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	4	4	4
5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	4	4	4

5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	4	NA	4
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	4	NA	4
5.4.10	ターミナルステージの患者に適切に対応している	4	4	4
5.5	ケアプロセスにおける感染対策	E	F	G
5.5.1	医療関連感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	4	4	4
5.6	診療・看護の記録	E	F	G
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	3	3	3
5.7	病棟での薬剤・機器の管理	E	F	G
5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	4	4	4
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	4	4	4

6 . 病院運営管理の合理性

評価判定結果

6.1 人事・労務管理

6.1.1	人事・労務管理が適切に行われている	3
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	4
6.1.3	職員が安心して働ける労働環境が整備されている	4

6.2 財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている	4
6.2.2	予算管理が適切に行われている	4
6.2.3	経営管理が適切に行われている	4
6.2.4	医事業務が適切に行われている	4
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	4

6.3 施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	4
6.3.2	院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている	3

6.4 物品管理

6.4.1	物品購入が適切に行われている	4
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	4

6.5 業務委託

6.5.1	業務委託が適切に行われている	4
-------	----------------	---

6.6 病院の危機管理への適切な対応

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	4
6.6.2	病院の保安体制が適切である	4
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	4

7. 精神科に特有な病院機能

評価判定結果

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	4
7.1.2	医療保護入院の管理が適切に行われている	4
7.1.3	措置入院・医療観察法に基づく入院の管理が適切に行われている	4
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	4

7.2 入院中の処遇の適切性

7.2.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇が行われている	4
7.2.2	隔離が適切に行われている	4
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	4

7.3 精神科リハビリテーションと退院支援

7.3.1	精神科リハビリテーションが適切に行われている	4
7.3.2	退院に向けての支援が適切である	4

7.4 精神科における事務管理

7.4.1	入退院に関する事務手続きが適切に行われている	4
7.4.2	患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている	4
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	4

7.5 精神障害者の身体管理の適切性

7.5.1	精神科専門治療が適切に行われている	4
7.5.2	精神障害者の身体合併（併存）症治療が適切に行われている	4

7.5.3	(精神科を有する一般病院の場合) 単科精神科病院や他科との連携 が適切に行われている	4
-------	---	---
