

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7月7日～7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、1958年に三八城病院を八戸市が買収し市民病院として発足した。1965年には総合病院としての指定を受け、1997年に現在の場所に移転し救命救急センターが開設された。その後も発展を遂げて、現在では「地域医療支援病院」、「地域がん診療連携拠点病院」、「ドクターヘリ基地病院」、「災害拠点病院」、「臨床研修病院」等の指定を受けている。救急医療には特に力を入れてDMATへの積極的な関わり、ドクターカーの活用などには目を見張るものがある。そして救命救急センター充実段階評価ではS評価認定、更に周産期センターも充実させるなど小児救急、産科救急を含めて地域救急医療の中核としての立場を維持し、発展させている姿には、国内のモデル病院としての自負が感じられ敬意を表する。日本医療機能評価機構の病院機能評価は2000年に初回認定を受けて、今回が6回目の受審である。今回の訪問審査でも、充実したサービスを提供する患者サポートセンターの質の高さには、感銘を受けた次第である。今後も、これまでに貴院が成し遂げてきた医療の質向上活動に取り組み、青森県八戸地域医療圏の基幹病院としての、さらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針を定め、基本方針に基づき経営強化プランを策定し、実現に向けて取り組んでいる。病院幹部の選任過程が明確で、病院運営の意思決定は管理会議で行われ、運営協議会を通じて職員に伝達される。経営強化プランを策定し、年次ごとの達成状況を評価している。課題認識や意見交換を運営協議会で行って改善に努め、職員表彰制度を設けて職員の意識高揚を図っている。診療情報を一

元管理し、情報の二次利用も行っている。公文書は八戸市文書取扱規程に準じて管理している。病院固有のマニュアル等は部署ごとに作成・管理しているが統括部署が定められていない。病院運営に必要な人員を確保している。採用は年次計画に基づき行うほか、必要時には臨時採用等、柔軟に対応している。全職員の労働時間を把握し、職場環境の改善や職員の健康管理を行っている。職員の意見・要望を把握し、職員やりがい度調査も活用している。管理課研修グループが全体を統括している。全職員を対象とした人事評価制度を導入している。初期研修医を受け入れ、医師以外の部門でも研修計画を作成して新人教育を行い、学生実習も積極的に受け入れられている。

3. 患者中心の医療

説明を受けて十分納得・同意した上で医療を受ける権利、セカンドオピニオンを求める権利、医師その他の医療スタッフから説明を受ける権利などの擁護が定められている。患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている。患者には参加と共同の責任があります、と示し、患者参画を促している。患者サポートセンターで多様な相談に対応しており、虐待等対策マニュアルに則って対応している。個人情報保護規程等を整備し、職員の遵守状況の確認などを行って、個人情報の保護・管理に努めている。倫理委員会では、臓器提供に関する検討実績がある。宗教上の輸血拒否に関しては、病院としての方針が明示されている。日々発生する倫理的課題は、多職種で検討が行われている。院内には入院生活に必要な設備を設置している。また、高齢者や障害者にも配慮した施設・設備を整えている。病棟は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、掃除も行き届いている。患者の利便性を考え、自動販売機・無料テレビの設置や公衆電話・携帯電話をかけるスペースも確保されている。敷地内全面禁煙の周知や遵守状況の確認が行われており、職員の喫煙状況調査を行って喫煙率等を把握している。

4. 医療の質

各部署での業務改善活動は行われているものの、病院として個々の活動を把握する仕組みが無い。TQMセンターなどを設置し、改善活動を主導することを期待したい。病院の臨床指標や質指標は分析、公表され、クリニカルパスは現在ほぼ全ての診療科で登録されている。患者・家族からの意見等は投書箱や患者満足度調査等で収集している。意見等への対応策を協議して改善に活用するなど医療サービスの質向上に繋げている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、薬事委員会、医療機器選定委員会、保険診療委員会、診療材料等検討委員会、外部委員を含めた倫理委員会で審査、承認される仕組みとなっている。ステーションの入口には責任医師と病棟責任看護師名、患者のベッドネームには主治医と担当看護師名、日々の担当看護師名も掲示している。電子カルテには必要な診療情報が的確に記載されている。各診療科で用いられる新しい略語を調査し略語集を作るなど、適切な略語管理が期待される。入院情報は共有され、病棟看護師・退院支援看護師が連携を行うと共に、多職種カンファレンスも行われている。また、多職種で構成された専門チ

ームや専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者などの看護師などによる支援もある。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が医療安全に関する活動を継続している。各部署のセーフティマネージャーらと日常的に協働しながら活動の支援を行っている。院内LANを利用してインシデント報告を収集している。事例や自分たちの課題を基にテーマを決めて活動を行っている。医療事故発生時の報告や対応の仕組みが確立され、訴訟時には顧問弁護士や損害賠償保険会社等と連携して対応する体制を整えている。患者確認は氏名と生年月日など2識別子以上での確認が徹底されている。バーコードを併用し患者写真を登録して確認行為の補助としている。情報伝達エラー防止対策として、「指示出し・指示受け・実施確認等の基準」に則り、誤入力防止とアラート機能を活用している。麻薬保管庫の鍵は適切に管理されている。転倒予防に関する説明を入院前から行い転倒・転落アセスメント評価を実施している。MEセンターが年間の医療機器研修を行い年度途中の研修も柔軟に対応している。院内緊急コールとして「ダイレクトブルー」、患者急変前コールとしてRRTが機能している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室がICT・ASTを構成し、委員会を含めた組織的な感染管理を推進している。BCPを含むマニュアル類は改訂履歴を明記し、アウトブレイク時には対応・評価・終息・予防までの行動基準を整備している。ICT・ASTが連携し、CLABSI・CAUTI・VAP・SSI等のサーベイランスを把握・分析している。JANIS・J-SIPHE等のデータ活用を通じて傾向把握と診療科への改善支援を行っている。手指消毒液やPPEを配置しピクトグラムや直接連絡などして患者感染情報を共有している。ICTは各部署に感染対策リンクナースと連携して実践的に活動している。抗菌薬マニュアルに基づき、アンチバイオグラムやTDMを活用した適正使用に取り組んでいる。ASTがde-escalationや提案支援を実施し、SSI発症事例の振り返りと記録体制も整備、JANIS登録等を通じてサーベイランス活動に注力している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌、SNSなどで行われ、ホームページには診療科や部局等が提供する医療サービスの内容等を広報している。また、診療実績もホームページで公表している。地域医療連携室が連携施設との紹介・逆紹介や画像検査等の受託に対応している。医師や地域医療連携室職員が連携する医療関連施設等を訪問して、意見・要望の把握に努めている。地域連携パスや入院支援クラウドを活用して、円滑な施設間連携を構築している。外来受診時と診療が終了した際に、確実に返書を発行しているか確認している。患者や地域住民に向けて、市民公開講座やがん相談ブースの設置、がんサロンミニ勉強会、糖尿病教室、病院

見学会などを開催している。地域の医療関連施設等の職員に向けては、救命救急講習会やがんに関する講演会、緩和ケア研修会、地域連携懇談会などを開催しており、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診が円滑にできる仕組みが確立している。診断的検査は担当医によって必要性が判断され実施されている。各医師が医学的判断に基づき入院を適切に決定し、計画的な支援を実施している。患者サポートセンター内に相談窓口があり、専門的な知識を有する職員が配置され、社会福祉相談・退院相談・苦情相談・がん相談・医療相談などに対応している。外来では、入退院支援看護師により、入院生活中に必要なオリエンテーションが実施される。医師は病棟回診と多職種連携により診療体制を維持している。入院患者に各種のリスク評価を行い、看護ケア計画を立案・実践している。オーダリングシステムにて指示を受けたのち、投薬・注射前にはバーコード認証を行っている。輸血・血液製剤の適用にあたっては、輸血療法マニュアルなどに沿った対応がなされている。手術の適応はカンファレンスで事前に検討され、術式の選択や術者等の決定が行われている。重症患者を受け入れる病床として救急専用病床 30 床、ICU 6 床、NICU 6 床を有している。入院時に褥瘡のリスク評価を行い、リスクに応じたケアが実施されている。褥瘡専門チームが毎週褥瘡患者の診察ラウンドを行っている。評価基準に基づいた栄養アセスメント評価、栄養管理計画書の作成、病棟カンファレンスへ参加している。フェイススケールや NRS を用いた評価を実施し、患者の意向を踏まえた多職種でのカンファレンスが行われ、症状緩和のための薬剤調整や食事支援などが検討されている。リハビリテーションは患者・家族の適応と希望に応じて確実・安全に実施している。身体拘束は、ガイドラインに準じ医師が説明を行っている。患者や患者家族の意向に基づき、病棟看護師、退院支援看護師・多職種が介入し連携して退院支援に取り組んでいる。切れ目のない診療のため、地域の医療機関と連絡を取り合い、訪問看護にもつなげている。ターミナルステージへの対応では、患者や家族の希望を確認し共有しながら多職種によるケアを実践している。患者と家族の希望に沿った柔軟な対応が高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は医師からの投薬・注射の指示を受け、処方と調剤の鑑査を行っている。検査部門では検体の取り違え防止、業務の効率化を目的に、RFID システムを導入しているのは評価できる。画像診断は 24 時間体制で安全に実施している。リハビリテーション機能は高い専門性を発揮して、連続性を保っている。栄養管理部門では、行事食や選択メニューを実施し、個別対応や食事の改善を行って、喜ばれる食事を提供している。診療情報部門は多岐にわたる業務を担い、診療情報を適切に管理している。ME センターが院内の医療機器を一元管理している。中央滅菌室では、リコール手順を整備し滅菌上限回数のある器材は手術室で管理している。病理

部門では、年間 12,398 件の組織診検査が行われている。専門職連携により高精度な放射線治療を実施している。輸血部門では院内の輸血・血液製剤の一元的な運用業務を担っている。小児用製剤分割、クリオプレシピテートの院内作製などを行っていることは評価できる。手術部門では麻酔科医が全身麻酔・硬膜外麻酔・腰椎麻酔に直接関与することで、年間 5,077 件の手術に対応している。集中治療部門として ICU（6 床）を整備し、医師が 24 時間体制のもと集中治療機能を担っている。複数の救急科専従医と研修医が各科専門医と協力し 24 時間 365 日対応し産科救急、小児救急を含めて地域救急医療の中核としての立場を発展的に維持している事は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算の編成と管理、会計処理の仕組みが確立され、財務諸表の作成と定期的な監査を実施している。経営分析資料を活用して、経営改善に向けた協議を行っている。業務マニュアルに則って医事業務が行われ、未収金や施設基準の管理を行っている。査定分析が行われ、再審査請求も実施している。委託業者は現契約内容の見直しを行って、規程に則った選定方法で決定している。提出された日報やミーティングを行って業務の質改善に努めている。病院機能に見合った施設・設備を有し、物流施設課の一元管理のもと、円滑に運用されている。計画に基づく保守点検が行われ、非常時の連絡体制も整備されている。廃棄物の管理はマニュアルに沿って行われている。薬事委員会や診療材料等検討委員会、医療機器選定委員会等の審議を経て物品等を購入している。棚卸や固定資産の除却処分を行って適正に管理している。消防計画、大規模災害を想定した BCP を策定している。訓練を実施して職員の防災意識を高めている。自家発電装置を備え、患者の食料と飲料水を備蓄している。院内巡視、防犯カメラによる監視を行い防犯に努めている。夜間休日は全館施錠され、通用口は守衛室前の 1 か所となる。非常時の連絡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	患者の個人情報を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	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	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	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	B
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	S
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	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	S

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	S
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	B
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	S

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	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	B
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： 2025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： 八戸市立市民病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 青森県八戸市田向3-1-1

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	572	572	+0	80	12.9
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	30	0	-50	45.6	33.7
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	6	6	+0	0.1	1
総数	608	578	-50		

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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
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)	6	+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	15	+0
小児入院医療管理料病床	17	+0
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	20	+10
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, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(DPC特定病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 18人 2年目： 19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

