

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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6月12日～6月13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1	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、青森県南部の八戸市を中心とする2次医療圏の南西に位置し、全国に先駆けて少子高齢化が進んでいる地域である。現在、この地域の高齢化率は43.1%に達し、75歳以上の後期高齢者は23%である。この地で貴院は2024年11月で創立51周年を迎えた歴史のある病院である。この間の地域医療・救急医療の取り組みが認められ、2008年12月には、地域医療の中核を担う医療機関として、青森県内では初めて、日本では16番目の社会医療法人に認定された。

病院機能評価の取り組みは、1996年に病院機能評価運用調査を受審し、2000年には医療機能評価一般Aの認定を受け、今回は6回目の受審である。この間、病院幹部、病院職員が一丸となって努力し、受審準備を進めてきたことが窺えた。今後は今回の結果を十分活用し、よりよい病院を目指して引き続き取り組みを進められ、貴院のさらなる発展と、今後も地域住民に親しまれ、信頼される病院として良質な医療の提供を継続されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針はわかりやすい内容で病院の役割を踏まえ明文化しており、毎年見直しをしている。病院運営のための意思決定は、病院運営委員会で検討され、各部署からのデータ分析を基に経営課題や業務の質改善等の対策検討を行い、解決への取り組みを行っている。文書は文書取扱規程に基づき管理が行われており、規程には、管理者、文書の管理一覧、管理部門、責任者、保管・保存期間、廃棄などを定めている。

各職種とも法定数は満たしているが、常に人材確保の努力を続けている。人材確

保はホームページ、ハローワーク、紹介会社、職員による紹介等で行っている。さらに、各種福利厚生が整っている。

職員の教育・研修は法令に基づく研修と病院運営に必要性が高い教育・研修は行われている。院外への研修参加は積極的に行われており、多くの実績が認められた。人事考課規程はないが、個々の職員は目標を設定し、上司面談で評価を受けている。学生実習は医学生や看護学生、療法士、管理栄養士の学生実習を受け入れている。実習にあたり、医療安全や感染対策、事故対応など、必要な教育を実施している。また、養成校から依頼されたカリキュラムに沿った実習・評価等を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の諸権利は明文化され、適切な内容であり、ホームページ、院内に掲示しており、地域住民、患者への周知に努めている。説明と同意の範囲を明確にし、同意書を必要とする項目は、書式を統一し、同席者は説明後の患者・家族の理解等について確認しカルテに記録している。整形外科手術の患者用パスを作成し、患者との診療情報を共有している。患者・家族と情報共有を行い、医師は画像や説明書を準備し理解が深まるように工夫している。患者・家族からの相談等については、地域連携室に社会福祉士と看護師を配置して対応している。個人情報保護は、ホームページ、院内掲示等で患者・家族、職員に周知されている。倫理委員会を隔月開催し、身体拘束・終末期医療・DNARに関する方針を検討し策定・実践中である。

「臨床倫理の基本方針」に基づき倫理的課題等に多職種チームで検討し対応している。

療養環境は環境整備課を中心に清掃等が行われ、清潔性・利便性・安全性が保たれている。病室の患者氏名の表示は希望者にはイニシャル表記をしている。敷地内は禁煙としている。

4. 医療の質

業務改善委員会が設置され、月1回開催される委員会において各科のデータを共有、その結果を病院運営会議に報告、データ分析に基づいて運営方針を検討している。診療科ごとに多職種参加のカンファレンスが開催され、各症例の治療方針等について検討、チーム医療の充実が図られている。新たな診療・治療方法の導入は、担当診療科の会議で検討、病院運営委員会で決定、関係職員に対する研修を行い、体制を整えて導入している。「臨床研究に関する倫理指針」を定め、必要時、倫理委員会の審査・承認を行っている。

病棟の管理・責任者は、医師・看護師・薬剤師名を掲示し役割を明確にしている。電子カルテを活用し、各職種が診療情報を共有できる仕組みを構築している。医師の患者に対する説明内容が記載され、看護師はその説明に対する患者の理解度の確認等をカルテに記載している。医師の診療録の質的点検が定期的実施され、その内容を各医師にフィードバックしている。入院時に多職種がそれぞれの専門領域におけるスクリーニングを実施し、患者の課題を把握し入院診療計画を立案し、

診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全委員会は、各部署から委員を選出し体制を構築している。感染対策部門を含む医療安全管理部門を設置し、毎週のカンファレンスで安全状況の把握をしている。各職種から積極的にインシデントおよびアクシデント情報を収集している。事例によって SHELL 分析等が行われ再発防止の対策を講じている。

「患者誤認に関する方針と手順」は図や写真を用いて分かりやすく整備し、誤認防止対策を実践している。医師の指示出し、看護師の指示受け、実施、医師の実施確認にはオーダリングシステムを活用し、確実に行われている。薬剤部は、薬剤の安全な使用に向け、処方に記載方法等注意喚起対策を実施している。病棟定数配置薬、救急カート内の薬剤はチェックリストを活用し、毎日確認、補充している。入院時、全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて評価している。リスクに応じて看護計画を立案し、実践・評価を行い、転倒リスクの軽減を図っている。医療機器は使用場所ごとに医療機器担当の看護師が保守・点検を実施している。院内の緊急コード「コードブルー」を設定し、職員が見やすい所に掲示し周知している。年1回、全職員を対象に緊急召集訓練やBLS研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

組織図上、感染対策委員会は医療安全管理部門の下に設置され、毎月会議を開催し、院内感染予防対策指針に従い、院内感染に関する情報収集、分析、評価を行い、院内感染対策の決定機関としての役割を果たしている。感染対策制御チームは週1回院内ラウンドを実施し環境チェックを行うとともに、微生物サーベイランス、デバイスサーベイランス等、感染症発症状況を把握（ICT機能）、また、抗菌薬の使用状況を確認し、抗菌薬の適正使用に努めている（AST機能）。

隔月に感染対策ニュースを発行し、職員に周知している。感染対策マニュアルに基づいて標準予防策や手指衛生の徹底を図っている。感染性廃棄物は、鋭利なものの廃棄には非貫通性の缶を使用し黄色のバイオハザードマークを表示し、その他の血液などの感染性廃棄物は赤のバイオハザードマークを表示した容器を使用している。血液や体液の付着したリネン・寝具はビニール袋に入れ密閉しており、廊下の奥まった患者から見えないところに保管している。

7. 地域への情報発信と連携

病院のパンフレットや入院案内のほか広報誌を年4回、発行している。広報誌は院内への配置のほか、病院の近隣の医療施設、介護施設等へ郵送している。内容は、病院の活動の紹介、新任医師の紹介、病気のはなし、栄養科だより、研修参加報告、診療担当表等を発信している。ホームページには理事長・院長の挨拶、各診療科の案内、医師の紹介、医療機器の紹介、病気の説明、病院行事・健康診断等の案内、診療実績、診療担当表等を掲載している。医療関連施設との連携は地域連

携室が担当し、業務は業務手順に基づいて対応しており、他院からの紹介データは一覧表にまとめ、返書のチェックを行っている。地域連携パスの会議での情報交換で、地域のニーズを把握し、さらに地域の医療機関の機能を把握している。地域住民の健康講座、町の保健推進委員研修会等に医師、スタッフを派遣し講演などを行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来において担当医が入院の必要性を判断し、患者・家族に説明して入院の同意を得ている。医師が患者の病態を評価、診断し、看護師は症例ごとに転倒・転落、褥瘡リスク等について標準化されたアセスメントを実施する等、多職種協働で入院診療計画を作成している。

薬剤師は、患者が使用している薬剤の情報を医師、看護師らと共有し、患者に対する服薬指導も適宜行っている。内服薬は看護師が患者に与薬し、服薬の確認を行っている。輸血は、ガイドラインに基づき、患者に必要性とリスクを説明し、同意を得て実施している。輸血中、輸血後の患者の状態を観察、記録している。手術の説明は執刀医が、麻酔の説明は麻酔科医が行い、患者の同意を得て実施している。主治医がリハビリテーションの必要性を判断し、必要な患者には早期からのリハビリテーションを提供している。身体拘束の最小化の取り組みが行われている。身体的・心理的・社会的課題を抽出し、地域連携室の担当社会福祉士が退院支援計画を立案し、入院時より退院支援を行っている。自院で訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等を実施している。在宅看取りは積極的に取り組んでおり、継続した在宅診療・ケアは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

医師によって処方された薬剤は薬剤師によって処方鑑査がされ、必要に応じて医師に疑義照会を行っている。臨床検査機能は、自院で必要な検査を実施し、パニック値は確実に医師に連絡する仕組みがある。CTやMRI等の画像診断の結果は整形外科疾患については自院の整形外科医が読影し、それ以外は遠隔画像診断にて外部へ読影を依頼している。地域性を加味した食材、献立を基本としながら、新たな料理を取り入れた食事提供をしている。給食会議では、献立内容、食材調達など、栄養科業務全般について検討を行っている等、その取り組みは評価できる。休日も含め継続的にリハビリテーションを提供している。在宅療養に移行予定の患者に対しては在宅での継続的リハビリテーションを推進しており、高く評価できる。医療機器管理は日常の医療機器の保守・点検を台帳に記録し、医療機器管理責任者が報告を受け管理している。洗浄・滅菌業務はすべて中央滅菌室にて一次洗浄から滅菌まで1WAYの作業環境である。

病理診断は外部に委託しており、検査結果は迅速に報告書により医師に伝えられている。手術患者の情報はスタッフ間で共有、サインイン・タイムアウトは確実に実施されている。地域の二次救急を担い、自院で対応困難な患者は地域の医療機関に紹介している。

10. 組織・施設の管理

年間事業計画に基づいた月次の進捗状況を管理・確認している。毎月開催の病院運営委員会で前月の主要計数を発表、確認、意見交換をしている。レセプトはルールに基づき、医師が点検している。また、返戻・査定については、内容を検討し、医師が確認、検討して再請求等を行っている。未収金は毎月発生状況を把握し、督促している。毎月の診療データは経理部、業務改善委員会で報告し病院経営に活用している。

設備の日常点検や計画的な保守点検、改修計画等、必要な施設・設備・機能を確保している。医療ガス安全委員会の開催や点検、感染性廃棄物の保管を適切に行っている。医薬品は薬局で発注・購入し、医療衛生材料・消耗品・事務用品は用度が担当している。発注から購入までの過程は内部牽制も含めて適切に行われている。

「BCP・防災マニュアル」が整備され、各職員の災害発生時の役割、夜間・休日等における連絡体制が確立している。災害時の備蓄は、患者用60人分、職員40人分をそれぞれ7日分確保している。平日夜間および休日の警備・日当直業務は男子職員1名で保安業務をマニュアルに基づき行っている。緊急連絡網を整備し、必要な場所に防犯カメラ4台を設置している。

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	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	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	B
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	B
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	B

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	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	A

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	A
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	S
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

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	NA
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	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	B
4.3.3	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 3月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人博進会 南部病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 青森県三戸郡南部町沖田面字千刈52-2

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	60	60	+0	96	17.7
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	60	60	+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		
地域包括ケア病床	24	+4
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

在宅療養支援病院

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

