

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 26 日～7 月 27 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、1984 年に開院し、理念と方針を遵守しつつ地域医療機関と連携を図りながら、診療科の増設や医療機器の導入など機能の充実を図ってきた。現在においては急性期疾患を中心に、267 床を有する地域の基幹病院に発展するに至っている。その間に、地域災害拠点病院、地域医療支援病院に承認されている。集中治療室（ICU）や総合周産期センター、高度な循環器治療、緩和ケア病床などの取り組みは、地域の医療情勢に対応した病院幹部のリーダーシップの下、職員の弛まぬ努力によるものであり高く評価したい。一方で、大規模災害の有事に備え二次医療圏を越えた対応が求められ、行政等からの要請もあり、2020 年 8 月に現在の地へ新築・移転した。その際、働き方改革に備え、搬送用ロボットの導入、ロボット専用エレベーターの配備など、積極的な IT 技術の導入にも取り組んでいる。

今回の更新受審にあたり、病院機能の向上に向けた努力や組織的な活動の充実など、優れた取り組みが随所に見受けられた。また、前回指摘事項に対する見直しも確認しつつ、新たな課題も見受けられた。医療機能の標準化や運営強化に向け、継続的な活動の一助となることを願い、今後のさらなる活躍を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明文化しており、院内掲示のほか、ホームページなどにも掲載して院内外への周知を図っている。また、理念と方針を踏まえて病院長や幹部職員は課題を明示し職員に周知している。病院の意思決定は病院運営会議であり、決定の伝達も会議や院内 LAN 等で確実に行っている。病院の情報管理も適切であり、機械的・技術的な保護に努めている。病院の様々な文書を一覧表にて管理

し、職員全員が閲覧できる仕組みがある。

医療法や施設基準等に定める必要人員は確保しており、年度計画や各部門との調整により、業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上へ考慮した人材確保に努めている。労務管理はおおむね適切であり、働き方改革へ積極的な取り組みがされている。労働安全衛生委員会を定期に行い、職員の意見・要望にも対応する仕組みがある。

院内研修の充実や職員の資格取得への支援など、職員の教育・研修にも意欲的であり、必要性の高い研修を職員全員が受講するよう徹底している。また、人事考課で個人の能力を把握する仕組みがあるほか、専門資格取得や学会発表の推進、資格取得のための費用補助など、積極的な人材育成体制を構築している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明確にし、院内掲示やホームページで周知を図っている。患者への説明と同意についてはマニュアルに明文化し、看護師の同席が必要な診療行為の範囲も明確に定めている。入院診療計画書やクリニカル・パスを活用して、患者・家族との情報共有に努め、患者の医療への参加を促進している。患者相談窓口を設置し、専門の担当者が様々な相談に対応している。また、個人情報保護方針を定め、保護規程に沿って対応している。個人の診療データの取り扱いも適切である。倫理委員会を設置し、臨床における倫理的課題について、病院の方針が決定している。日常的に生じる課題については、多職種によるカンファレンス等で検討を行っている。

敷地内に駐車場が整備されているほか、路線バスの乗り入れや連携医療機関との無料送迎バス等、患者の利便性に配慮している。また、生活延長上の設備やサービスも充実している。2020年8月に新築した建物はバリアフリーで、施設・設備は高齢者・障害者にも配慮しており、安全である。院内は整理整頓が行き届き、静寂・清潔であり、診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるスペースを確保している。敷地内全面禁煙は院内掲示や冊子等で周知している。

4. 医療の質

患者・家族および利用者からの意見・要望・苦情は相談窓口や、意見箱を通じて収集している。また、患者満足度調査を年1回実施し、意見やアンケート結果への対応も適切である。診療の質の向上に向けた活動においては、死亡症例検討会を行っているほか、臨床指標を収集・分析し、ホームページで自院の診療特性を分かりやすく掲載している。業務の質改善として経営健全化推進委員会が各部門のアクションシート、バランス・スコア・カードを取りまとめ、質向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入については、外部委員、女性委員を含めた倫理委員会で適宜に検討し、有害事象の報告や検討記録も適切で、倫理・安全面などに配慮している。

外来、病棟における診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、医師や看護師は定期的に病棟をラウンドし、患者の状態把握や療養環境のチェック等、課題改善に

努めている。診療記録の質的点検も定期的実施しているが、診療の妥当性を示す診療記録となっていることを確認するためにも、医師による点検を期待したい。多職種で構成する専門チームが有効に機能しており、多職種が協働する診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全の方針は明文化しており、病院長直轄に専従の看護師長を配置している。毎週安全管理に関するミーティングの開催や医療安全委員会を毎月開催し、インシデントや重大事故に関する報告や分析対策について検討している。院内のインシデント・アクシデント報告は、報告しやすい工夫を行っており、必要に応じて医療安全管理会議に報告して業務改善につなげている。

誤認防止はマニュアルを遵守し、2項目以上の確認により誤認防止に努めている。処方箋や指示出しはすべて電子カルテで行われ、やむを得ず医師が口頭指示を出した場合には、口頭指示受け用紙を用いて記載することとし、手順を定めている。薬剤の安全な使用においては、麻薬やハイリスク薬等の保管・管理・使用について見直しが行われ適切である。なお、今後の薬剤師の積極的な関与を期待したい。転倒・転落防止対策では、入院時には全患者対象に転倒転落アセスメントにてリスク評価を行っており、リスク軽減への取り組みを立案し実施している。医療機器は一元管理、システム化にて計画的な点検や管理を行い、部署による使用前・使用中の作動確認も適切である。患者等の急変対応は、救急対応システムの導入や院内緊急放送により対応している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、病院長直轄の感染対策室があり、専任医師や専従の看護師等を配置している。ICCを月1回開催し、感染制御に関する報告・審議を行っている。専従ICNが収集した情報をもとに院内感染状況を把握・監視・検討している。ICT・ASTラウンドを毎週適切に実施し、現場にフィードバックしている。なお、サーベイランスの取り組みは高く評価できるが、今後は比較的对象症例が多いと思われるVAPの部門別サーベイランスをもとにさらに良い。

医療関連感染制御の活動は活発であり、感染対策マニュアルに基づき个人防护具は病室等の必要な場所に設置し使用されている。速乾性手指衛生消毒薬の使用頻度も調査し、手指衛生の徹底に努めている。抗菌薬については、「院内抗菌薬使用の手引き」を作成し、薬剤耐性菌対策システムを導入するなど、抗菌薬の使用体制は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、毎日更新する病院ホームページや地域に向けた「News Letter」を通して診療活動や紹介外来の情報を提供している。また、医師会会員向けに「医師会病院だより」で連携医療機関に診療に関する情報が計画的に提供している。患者支援センターには連携業務を担う地域医療連携室、入退院支援および予

約管理係を配置し、緊密な情報共有の下に協力して市郡医師会病院として連携機能を発揮している。医師会員との紹介患者の受入れや逆紹介の手順を明確にし、情報も一元管理している。また、周産期センターでは県央 20 施設とオンラインネットワークを用いて当院を中心とした周産期支援体制を構築している。

地域活動では、地域住民を対象とした「市民公開講座」を定期的を開催し、中高校生を対象とした「ブラックジャックセミナー」や「看護ふれあい体験」、学校への出張講演会などを積極的に実施している。新型コロナウイルス感染症に対しては宮崎市と協働し、高齢者施設を対象とした感染対策研修会の開催や、感染防止に関する相談窓口の開設など、医師会病院の役割に応じた活動は高く評価したい。

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周知されており、来院した患者は円滑に診察を受けることができる。外来では、看護師が確実な患者確認を行い、必要に応じて診断に必要な検査や処置等を説明し、患者にリスクと共に同意を得ている。入院の決定は医学的判断に基づいて医師が判断しており、弾力的な病床管理を行っている。医師による診断・評価に基づいて患者・家族の要望を反映させた入院診療計画を立案しているが、患者個々の状況に合わせ、多職種の支援により治療が計画されていることが具体的に伝えられるよう記載の見直しを期待したい。地域医療連携室の患者相談窓口には看護師、保健師、社会福祉士などを配置し、患者・家族からの様々な相談に応じている。入院が決定した段階で、患者基本情報の収集、各種アセスメントを実施し、病棟と共有して円滑な入院に繋げている。

医師は診療チームの中でリーダーシップを発揮し、病棟スタッフや関連する他職種と情報を交換・共有して、必要なカンファレンスを行っている。看護師は、転倒転落・褥瘡・嚥下障害などの評価を行い、多職種カンファレンス等で情報を共有し看護計画に活かしている。薬剤師は患者の持参薬の鑑別、薬歴管理を行い、必要とされる患者の服薬指導を行っている。薬剤の投与前には 2 名で 5R をダブルチェックし、注射実施時にはバーコード認証し、患者との間で 3 点確認を行って、安全・確実に実施している。輸血・血液製剤は、ガイドラインに沿って医師が検討し、必要性と副作用等について説明・同意を得ている。周術期の対応では、麻酔担当医による術前・術後診察が全症例で実施されており、看護師も可能な限り術前・術後回診を実施している。患者の重症度に応じて ICU または CCU を選択し、多職種から構成する対策チームが関与・活動している。褥瘡発生のリスク評価は入院時に全患者を対象に実施され、リンクナースを中心に対策に取り組んでいる。また、皮膚・排泄ケア認定看護師は、必要な患者ラウンドを実施すると共に、毎月開催している褥瘡対策委員会にて医師や薬剤師など多職種で検討している。管理栄養士は、患者入院時のアレルギー、栄養状態、嚥下障害等の情報および医師の指示に基づいて、栄養管理計画を立案している。必要に応じて、医師の指示で栄養指導、食事指導、NST の介入などが行われている。症状などに緩和は、WHO 方式疼痛治療法に基づき行っている。リハビリテーションでは必要性を説明し、実施計画書に基づいた訓練を行っている。身体抑制は安全管理マニュアルに明文化しており、抑制の必要性に

についてはフローチャートに従って検討している。患者の状態や患者・家族の希望に沿った退院支援を実施しており、担当看護師や医療ソーシャルワーカーが中心となり、患者がスムーズに在宅療養に移行できるよう支援している。ターミナルステージの判断プロセスは、患者・家族の意向を尊重した方針となっており、主治医により患者・家族へ説明がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温・湿度管理は適切に行われており、新規採用医薬品は、年3回開催される薬剤委員会で審議している。なお、注射薬の1施用ごとの取り揃えはさらなる取り組みを望みたい。検査は外注となっているが、24時間体制で行っており、夜間・休日の検査にも対応している。画像診断機能は24時間体制で必要な検査を安全・確実に実施している。栄養管理部門の調理業務は、一連のプロセスを機能的・衛生的に実施しており、各診療科の特性に合わせた食事提供の継続的な努力は評価できる。リハビリテーション科はないものの、理学療法士10名が様々なリハビリテーションに対応しており、整形外科と循環器のリハビリは高いレベルを保っている。診療情報は電子カルテで一元的に管理し、診療録に関する管理規程を整備している。診療録の量的点検は点検票に基づいて適切に実施している。医療機器は、管理システムによって一元管理しており、取り扱いマニュアルや在庫管理もシステムで確認することができるようになっている。洗浄・滅菌業務は中央化し、清潔と不潔が交差することはない。また、物理的、化学的、生物学的インディケータにより滅菌の精度も保証している。

病理解剖は、すべて死亡症例検討会で症例検討を行い、病理診断医も参加している。輸血・血液の管理体制は、輸血療法委員会で事例の検証、副作用の検討、破棄症例の検討などを行っている。全身麻酔は、全例麻酔科標榜医が行っており、手術時の確認や麻酔覚醒の判断基準、退室基準を整備・順守している。集中治療機能は、入退室基準が定められ、毎日ベッドサイドで多職種カンファレンスを行っている。救急医療機能は24時間体制で対応しており、月1回のメディカルコントロール委員会では、市内の他施設の医師や救急救命士も参加し、症例検討実施している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算や計画が理事会で承認され、外部監査法人による会計監査などが行われている。医事業務は手順に沿って迅速・確実であり、医師によるレセプト点検や返戻査定、再審査請求等の対応も適切である。業務委託については、総務課にて業務の実施状況や質を管理している。

設備管理業務は計画的に実施し、電力供給設備等をまとめたエネルギーセンターは24時間365日体制となっている。医療ガスや廃棄物は管理規程に則って適切に管理されている。物品管理は、医療材料はSPDシステムで対応しており、購入にあたっては比較検討が委員会にて行われている。

災害拠点病院として南海トラフ地震を想定した BCP を策定し、県の災害対策本部と連携し、県の防災訓練に参加している。保安業務は保安警備マニュアルに基づき 24 時間体制で確実に行っており、緊急時は警察直通の非常ボタンによる連絡など迅速な体制を確保している。また、医療事故等が生じた場合は、速やかに事故調査委員会を開催し、適宜に弁護士が介入する仕組みがある。

1 1. 臨床研修、学生実習

現在は協力型臨床研修病院として卒後臨床研修管理委員会による運営・評価管理を行っている。2022 年度より基幹型臨床研修病院として初期研修を実施するため準備を進めている。看護師には初期集合研修から始まる「新人看護師研修」、その後は「キャリア開発研修」による看護師育成制度を整備している。コメディカルは各職種において文書化したプログラムと評価票を用いた研修体制が整っているなど、専門職に応じた初期研修は適切である。

学生実習は各教育機関と実習に関する契約書を総務課が一括管理し、看護師、医療技術職、医療事務職等を目指す学生の他、宮崎消防局から救急救命士の病院実習生も受け入れている。実習は各部門と各学校との協議を経て取り決めたカリキュラムに沿って実施しており、多職種による評価制度など、各職種・各部門での病院実習は適切に行っている。

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	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	S
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	B
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
1.4	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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B

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	B
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	B
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	B
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	A
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	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	物品管理を適切に行っている	B
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 宮崎市郡医師会病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 宮崎県宮崎市大字有田1173

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	267	267	+19	73.6	9.5
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	267	267	+19		

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)	14	+2
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	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	5	-1
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	12	+0
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), DPC対象病院 (Ⅲ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： 3 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	103.06	68.97	64.29	149.43	107.28
1日あたり外来初診患者数	48.75	12.41	11.56	392.83	107.35
新患率	47.30	17.99	17.99		
1日あたり入院患者数	207.63	216.79	207.32	95.77	104.57
1日あたり新入院患者数	19.87	19.98	19.75	99.45	101.16