

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 8 月 25 日～8 月 26 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 1988 年の開設以降、2000 年に病院名を三州病院に変更され、宮崎県内で最初に緩和ケア病棟を整備されている。病院機能評価については早期より取り組み、2001 年の初回認定から継続的に受審されている。この度の更新受審においても、受審に備えて病院機能評価準備委員会を立ち上げ、前回課題のあった項目を中心に質改善に取り組んでこられたことが随所で確認できた。2021 年 4 月には新院長が就任されてボトムアップによる組織運営を掲げられ、働き方改革を実現すべくリーダーシップを発揮されている。今後も引き続き取り組み、その成果が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針と運営方針が明文化され院内外に周知されており、管理者・幹部は 3 か年の中期計画を策定して計画的に組織運営にリーダーシップを発揮している。情報管理に関する方針は明確であり、システムの活用が図られている。文書管理に関する方針は明確で、保存期間も定められている。

人材確保についてはあらゆる手段で確保に向けた努力が継続されているが、人事・労務管理の状況も確認し、さらなる努力を期待したい。職員の安全衛生管理は良好に行われており、健康診断の受診率は医師を含めて 100%である。魅力ある職場づくりには院長自らが積極的に取り組んでいる。

職員教育・研修は計画的に実施されており、職員個別の能力評価・能力開発に尽力されている。病院として資格取得を支援する仕組みも整備されており、現在は緩和ケア認定看護師が在籍している。

3. 患者中心の医療

基本的人権の遵守など患者の権利が明文化され、職員手帳にも掲載するなど院内外に周知されている。説明と同意の方針は明確であり、医師の説明時には看護師が同席し、説明後の患者の反応や家族の思い、理解度について記録を残す手順となっている。また、医療への患者参加を促進する仕組みもある。患者支援体制が整備され種々の相談事例に対応しており、虐待疑い例への対応方針・連携先も明確になっている。患者の個人情報およびプライバシーは適切に保護されている。臨床における倫理的課題については、継続的に取り組まれており、主要な倫理的課題に対する病院の方針が明確になっている。

患者・面会者の利便性についてはコロナ禍のため制約もあるが、できるだけ配慮がなされており、高齢者・障害者も利用しやすい施設・設備となるよう努力されている。また、築年数は経過しているが、療養環境も快適であるよう整備されている。受動喫煙防止のため敷地内禁煙が徹底されており、緩和ケア病棟の入院患者にも禁煙指導が行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望が収集され、患者サービス向上委員会が機能して質改善が図られている。診療の質の向上にも取り組まれており、診療ガイドラインの整備、多職種カンファレンスの定期的な開催、クリニカル・パスの活用などが行われている。業務の質改善のため、業務改善委員会が毎月開催され、外来待ち時間短縮などの取り組みをすすめている。新たな診療・治療方法や技術の導入については、病院運営会議で検討する仕組みであり、導入の際には倫理・安全面に配慮しながら取り組むことになっている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、診療記録は電子カルテシステムを運用して適時・適切に記録されている。診療記録の質的点検については、医師の関与など充実を期待したい。チーム医療は実践されており、各種カンファレンスが多職種で開催され、各専門チームも活動している。

5. 医療安全

医療安全管理対策委員会が毎月開催され、医療安全指針やマニュアルも整備されている。医療安全管理者、医薬品と医療機器の安全管理責任者も配置されている。安全確保に向けた情報が収集され、必要と思われる事例では SHELL 分析を行い、要因を検討して対策を立案し、現場での遵守状況も確認している。

患者や部位・検体などの誤認防止策は診療の各場面で実施されており、情報伝達エラー防止も電子カルテを活用して行われ、各種報告書やパニック値も速やかに主治医が確認している。薬剤の安全使用対策が実践されているが、ハイリスク薬の明示と周知徹底を期待したい。転倒・転落防止については入院時に患者のリスク評価を行い、個々に応じた対応を実施している。医療機器は設定条件や使用状況を確認して安全に使用されており、患者等の急変時には院内緊急コードにより即時対応する手順があり、訓練も工夫して実施している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会が毎月開催され、委員会メンバーが院内の感染制御活動の中心的役割を担っている。感染対策マニュアルも定期的に見直しており、医療関連感染制御に向けた体制は適切に整備されている。感染制御に向けた情報収集では、院内ラウンドによる包括的サーベイランスに加えてターゲットサーベイランスも実施しており、院内分離菌や菌種別薬剤感受性も把握している。

感染制御のための現場の活動については、手指衛生の徹底や汚染リネン等の取り扱いなどおおむね適切であるが、感染性廃棄物の取り扱いについて見直しを期待したい。抗菌薬の適正使用については指針や手引きが示されており、アンチバイオグラムが作成され、院内で発生した起炎菌や薬剤感受性が把握されている。また、感染防止対策委員会のメンバーが抗菌薬の使用状況を把握・監視しており、必要に応じて医師に助言する仕組みが整備されている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスや自院の機能などはホームページや広報誌で発信しており、昨年から新たに診療実績に関する情報を 96 医療機関に配布していることは評価できる。地域連携室が設置され、自院の機能に見合った患者の紹介・逆紹介、紹介元への返書管理も行われているが、紹介患者の情報について連携室での一元的な管理を期待したい。地域貢献ではコロナ禍のため健康教室等は中断しているが、医療・介護・福祉施設や住民対象に 20 年間継続して緩和ケア研究会の事務局として研修会を開催していることは評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が円滑に外来診療を受ける仕組みが整備されている。診断的検査は、説明と同意のもとで確実・安全に実施されている。必要に応じて自院の機能に見合った紹介・逆紹介が行われ、患者・家族からの相談にも適切に対応している。

医師および看護師は適切に病棟業務を実施しており、投薬・注射、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。周術期については非常勤ではあるが麻酔科医により患者の安全が確保され、術前・術後のカンファレンスも活用し、術後は重症者病床で多職種が適切に関与している。褥瘡の予防・治療には皮膚排泄委員会が関与して個々の状況に合わせた対応がなされており、栄養管理と食事指導も適切に行われている。症状緩和については、疼痛およびその他の症状に対するマニュアルが整備され、適切にケアを行っている。身体抑制は行わない方針であるが、安全確保のためにやむを得ず実施した場合は基準に則って適切に対応している。退院支援が必要な患者は入院時より把握されており、継続療養が必要な患者もあわせて連携先とも調整し患者支援を行っている。ターミナルステージにおいて患者・家族の意向を尊重しており、臓器移植の手順も整備されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は持参薬の鑑別、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査が行われ、院外処方の疑義照会の内容も把握していることは評価できる。臨床検査機能では、内部・外部精度管理を実施して質を確保し、パニック値への対応も適切に行われている。画像診断機能については、外部の専門医に読影を依頼し、そのレポートを3名の医師が必ず確認している。栄養管理機能では、調理業務が委託され、衛生的に調理・配膳し、患者の嗜好や特性にも配慮している。診療情報管理では適切にコーディングなどがなされているが、記録の量的点検内容の充実と、診療情報管理士の確保が期待される。医療機器は一元的に管理されており、点検済みの機器が明確にされている。洗浄・滅菌機能では、各種インディケーターにより質保証され、定数管理が適切に行われている。

病理診断は外注されているが、術中迅速診断が行われ、病理診断の報告書は3名の医師が確認していることは評価できる。輸血・血液管理は臨床検査技師が輸血業務を行っており、必要時に発注・保管され、使用した製剤の情報も適切に保管されている。手術・麻酔は安全に配慮して実施され、術中・術後の患者管理も適切に行われている。救急医療については、かかりつけ患者は断ることなく受け入れており、虐待例にはフローチャートで対応方針を周知している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は病院幹部と公認会計士が前年実績と年次事業計画をもとに予算書を作成し、病院運営会議で予算の執行状況や経営状況が把握され、会計監査も適切に行われている。医事業務はレセプトを医師がチェックしており、事務長が施設基準の適合状況を確認するとともに、未収金対策も行っていることは評価できる。業務委託は効果的に行われており、施設・設備も事務長が適切に管理している。物品管理は発注者・検収者が区別されて内部牽制システムが構築されており、年2回実地棚卸を行って期限切れ防止と適正在庫に努力している。

災害時対応については防災マニュアルが整備されており、緊急時の対応・責任体制が院内に周知され、防火訓練も年2回実施されている。保安業務は、防犯カメラの設置や緊急時の連絡網の活用など適切に対応している。医療事故等に対応する仕組みは整備されており、事故発生時の対応は職員手帳にも記載され、全職員に周知している。

11. 臨床研修、学生実習

以前は実習生を受け入れていたが、直近3年間は実習生を受け入れておらず、当面受け入れる予定がないため、評価対象外とした。

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・プライバシーを適切に保護している	B
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	B
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
1.4	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	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	A

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	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	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	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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制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

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	NA
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	学生実習等を適切に行っている	NA
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 A

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 B

4.6.2 保安業務を適切に行っている B

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人 倫生会 三州病院

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：宮崎県都城市花繰町3街区14

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	67	67	+0	52.4	12.2
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	67	67	+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		
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	27	+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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	72.09	64.11	72.85	112.45	88.00
1日あたり外来初診患者数	12.50	13.19	15.44	94.77	85.43
新患率	17.34	20.57	21.20		
1日あたり入院患者数	36.06	34.67	2.75	104.01	1,260.73
1日あたり新入院患者数	2.77	2.66	2.68	104.14	99.25