

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 8 月 21 日～8 月 22 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 1948 年の開設以来、今日まで県立病院として宮崎県の医療計画に基づき運営されてきた。その間、少子高齢化の急速な進行や人口減少の到来など、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、救急・急性期医療を中心に周産期医療体制、地域包括ケア体制、がん診療体制等を整え、安心・安全な医療を提供してきた。また、地域の中核病院として、地域住民の信頼や医療圏での地域医師会の協力を得て地域医療支援病院として活動するに至っている。これらの取り組みは、地域の医療状況に対応した病院長をはじめとする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、臨床研修病院や学生実習施設として多くの人材育成を行い、多職種での医療啓発活動にも尽力している。さらに、災害拠点病院として DMAT を派遣するなど、災害救護活動にも従事している。

今回の更新受審にあたり、機能向上への努力や組織運営での優れた取り組みが随所に見受けられた。また、前回指摘に対する見直しも確認しつつ、新たな課題も提示させていただいた。医療機能の標準化や運営強化に向け、継続的な改善活動の一助となることを願い、貴院が今後ますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と方針を整え、来院者や職員に周知している。病院の意思決定は病院運営会議で行い、決定事項は代表者会議や各委員会等で確実に伝達している。宮崎県病院事業経営計画に基づく年次計画や部門計画、個人目標を設定し、職員のモチベーション向上に努めているが、病院組織図と業務所掌との整合性を図るよう望みたい。院内の情報は機械的・技術的に保護し管理している。病院の文書は管理規程を整備している。

医療法や施設基準等に定める必要人員の確保に努めているが、病院機能のさらなる充実のため、引き続き必要な職種の人材確保が望まれる。職員の衛生管理の面では、職種ごとの総労働時間数や有給休暇取得率の平準化、産業医・衛生管理者の定期的な職場巡視を望みたい。職員の意見・要望に対応する仕組みがあり、福利厚生面も充実している。職員の教育研修体制は整っているが、必要性の高い必須研修の充実に期待する。職員の資格取得への支援や個人の能力を開発する継続的な教育プログラムを作成しており、また、初期研修医の育成や多職種の実習生の受入れなど、全病的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者憲章を明文化し、「医療における子ども憲章」も小児科などに掲げ、患者の権利を擁護している。説明と同意に関する方針を明示し臨床現場で実践している。また、患者支援センターを中心に患者情報収集を行い、治療に必要な情報提供を行っている。患者支援相談室・がん相談支援センターでは多様な相談に対応し、相談内容は多職種で共有できる体制があり、虐待等に対応するマニュアルも整備している。個人情報保護方針はホームページや入院案内に掲載して周知しているが、問い合わせ窓口の明記が望まれる。臨床における倫理的課題や医療現場で日常的に生じる倫理事項については、課題解決に向けてさらなる組織的・継続的な取り組みが望まれる。

病院へのアクセスは容易で、バリアフリーの確保や衝突防止ミラーの設置など、安全性に配慮しており、Wi-Fi 環境も全館整備し、利便性と快適性は適切である。院内は清潔・静寂であり、整理整頓されており、療養環境はおおむね整備されている。病院敷地内は禁煙であり、院内掲示や入院案内冊子等で周知している。職員・患者に対してさらなる禁煙推進活動を期待したい。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、宮崎県立3病院企画のTQM活動を行い、医療の質評価委員会を中心に「医療の質可視化プロジェクト」に参加している。また、診療の質の向上のため、各科症例検討会、多科合同カンファレンスや多職種参加の症例検討会を開催し、診療ガイドラインやクリニカル・パスを活用している。臨床指標は病院独自の臨床指標を検討するとさらに良い。患者・家族の意見は、意見箱や患者相談窓口での意見を多職種によるカンファレンス等にて検討後、病院運営会議に報告しているが、既存部会の積極的な活動に期待したい。新規医療技術の導入は、倫理委員会で検討事例もあるが、倫理委員会の「迅速審査」の要件の再検討・見直しをするとさらに良い。

診療・ケアの責任体制を明確にしている。診療記録は電子カルテを導入し、診療記録記載マニュアルを規定して基準に沿った記載を行っている。医師の診療記録の質的点検は始まったばかりであるため、今後の継続した取り組みに期待したい。多職種協働によるNST等の専門チームは適切に活動しており、診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理指針を定め、医療安全管理科を設置して組織横断的に活動している。アクシデント・インシデントは、電子カルテの報告システムから情報収集・集計を行っており、医療安全カンファレンスで報告・検討している。医療事故発生時には対応手順を定め、事故調査委員会にて原因究明と再発防止策を検討する仕組みがある。紛争事案等の対応は県や顧問弁護士等と連携している。

誤認防止対策として患者誤認防止マニュアルを定め、患者の氏名と生年月日の名乗りを基本としている。医師の指示は、変更や中止も含めて明瞭に伝わる仕組みである。薬剤の安全な使用に向けて、薬剤師はハイリスク薬について病棟へ情報を提供しており、薬剤アレルギー、併用禁忌薬、重複投与などをチェックし、化学療法はレジメン登録のうえ施行している。また、転倒・転落防止のため、運用基準に則って全入院患者のリスク評価を行い、危険度が高い患者には看護計画を立案のうえ対応している。医療機器は、医療機器安全マニュアルを整備して安全確認ができており、職員への研修は年間計画を立てて看護部と協働して実施している。患者等の急変時には、院内緊急コードとしてハリーコールを設定し、事例検証や急変時対応シミュレーションも行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向け、感染管理科は専従の看護師や専任医師、薬剤師などを配置し、感染制御活動の司令部として機能している。院内感染対策委員会を毎月定期的開催し、院内外での感染情報の検討と対策の立案、感染対策マニュアルの整備や改訂を行っている。情報収集と検討においては、臨床検査部門の協力を得て薬剤耐性菌の発生状況を監視している。感染制御チーム ICT が毎週院内全部署のラウンドを行い、現場での対策実施状況を確認し不十分な場合には適宜に指導している。また、各種アウトブレイクへの対応法を感染対策マニュアルに記載している。

医療関連感染を制御する活動として、各病室入り口に擦式アルコール手指消毒薬を設置している。職員も携帯しており、感染管理認定看護師によるモニタリングを行うなど、手指衛生遵守率向上のための取り組みを行っている。抗菌薬については、院内感染対策マニュアルに抗菌薬適正使用に関する指針を示し、抗菌薬適正使用支援チームが毎週ミーティングを実施している。検体情報、培養結果、届出抗菌薬の使用状況を確認して抗菌薬の適正使用について検討し、必要時には主治医へフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民に向けて、医療サービスおよび病院情報等を広報誌、ホームページ等で定期的にわかりやすく発信している。病院年報も作成しており、病院全体および各部門の取り組み、臨床指標・診療実績等を発信している。患者支援センターでは、地域の医療関連施設を把握して医療連携に取り組んでいる。地域医療支援病院としての委員会や医師会主催の各種会議等を通じて地域の状況や医療ニーズの把握に努めている。紹介状管理はルールを定め、早急に返書できる体制や進捗管理も一元的

に管理している。さらなる連携強化のため、円滑に紹介患者を受け入れる手順の再整備および医療ニーズに応じた診療体制の再構築が望まれる。

地域の健康増進に寄与する多くの活動は、新型コロナウイルス感染症禍により一時中止しているが、順次、再開を計画中である。最近では市の事業に参画した啓発セミナーやがんに係わるセミナー等を県民に向けて広く周知のうえ、開催している。地域の医療関連施設とは、各種会議等により情報交換や勉強会を行い、認定看護師によるセミナーも定期的を開催するなど、技術指導・支援等の活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者は円滑に診察を受けることができ、外来診療では必要事項を系統的に収集し、事前に安全を確認して説明・同意を得たうえで、患者の状態や反応を観察・記録している。医師は医学的判断に基づき入院の可否を判断し、弾力的な病床コントロールの下に入院できており、入院診療計画書を多職種で作成している。患者支援センターでは様々な相談に対応し、入院支援センターが早期から介入し支援している。

医師は毎日回診し、病棟スタッフと診療情報の共有に努め、看護師は看護管理マニュアルに基づいて病棟業務を実施している。投薬・注射は、医師および病棟薬剤師が説明し、看護師が注射薬のダブルチェックを行い、抗菌薬やハイリスク薬には患者の観察・記録を確実にしている。輸血・血液製剤は、輸血の必要性やリスクを説明・記録し、副作用は輸血療法委員会に報告している。周術期では外科医が手術を判断、術式等を検討して同意を得たうえで施行している。麻酔科医や手術室看護師は術前訪問し、合併症対策を確実にしている。重症患者にはHCUや救急専用病床、各病棟の重症個室や観察室で重症度に応じて対応している。褥瘡の予防・治療では、入院時に全患者にリスクアセスメントを実施し、患者の状態に応じて治療計画を立てている。

管理栄養士は栄養状態の評価・摂取状況の把握・栄養指導を適切に行っている。また、症状緩和には多職種で取り組んでいる。リハビリテーションは、主治医を中心に目標達成に向けた総合実施計画書を作成し、訓練内容やリスクについて説明している。場合により身体抑制を行う際は、手順に則り説明・観察・早期解除に取り組んでいる。

入院時より患者に必要な情報を収集して退院支援を行い、必要時地域の施設等と連携のうえ、診療・ケアの継続を図っている。ターミナルステージでは、患者の状態、患者・家族の意向に沿った診療・ケアに努め、丁寧な説明を行い記録に残しているが、ターミナルステージの判断基準等を病院として明確にすることが望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査を行い、定期の注射薬は1施用毎に払い出しており、病棟担当薬剤師が薬剤の温・湿度管理や安全な保管を行っている。

臨床検査は24時間体制であり、検査結果は早期に電子カルテに掲載し、パニック値は依頼医に直接連絡している。診療放射線技師はオンコール体制で時間外・休日の撮影に対応している。CT、MRI、RI検査の読影は、放射線科専門医が不在で遠隔読影にて対応しているため、常勤放射線科医の確保を期待したい。栄養管理機能では、給食に関する一連の作業や、職員・委託職員の健康管理、衛生管理はHACCPに基づき適切になされている。療法士は、専任の医師と連携して心大血管疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、運動器疾患、がんの急性期領域のリハビリテーション訓練を適切に行っている。診療録は電子カルテにより1患者1ID番号で一元的に管理しているが、量的点検の実施率が低い状況であるため、管理体制の強化を期待する。多くの医療機器はほぼ標準化しており、臨床工学科で一元管理している。病棟・外来・手術室で使用した診療材料等は、一時洗浄することなく密封容器にて回収し、洗浄・滅菌している。

病理診断機能は、常勤病理医や細胞検査士等を配置して対応している。病理結果については、結果が出次第、電子カルテに掲載し、術中迅速診断は約30分で速やかに報告している。放射線治療でのリニアック装置を保有し、県南地域唯一の放射線治療を実施している。輸血は、担当技師が発注、保管、供給、廃棄等を行っているが、輸血廃棄率の逡減に向けた取り組みを期待する。手術・麻酔に関しては、予定外手術や緊急手術に適切に対応し、手術室内でのタイムアウト、ガーゼ・機器カウントなど、覚醒基準に基づき判定してHCUや病室へ患者を安全に搬送している。HCUは各科主治医制で入退室基準を設けている。毎朝多職種でカンファレンスを行い回診している。救急医療機能は、二次救急病院として救急担当医を決めている。夜間は当直医が対応、小児科と産科はオンコール体制で対応している。

10. 組織・施設の管理

年次予算は県の編成プロセスに沿って策定し、執行状況も確認している。会計処理は地方公営企業法に則り処理し、県による監査も実施している。医事業務は、受付や会計業務をはじめ、レセプトの返戻・査定対応など、いずれも適切である。未収金は手順を定めて督促等の対応を行っている。委託業務の実施状況は、主管部署や業務日誌の報告書等から確認し、委託業務の質向上のため定期的な会議で意見交換も行っている。さらに、必須研修も病院職員と同様に計画して参加するよう配慮している。

機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検や保守点検を行っている。また、医療廃棄物や感染性廃棄物の保管も適切である。各種購入物品の選定・採用については各種委員会にて審議している。棚卸を適宜に実施して適正な購買管理に努めている。消化・避難訓練、災害訓練を実施しており、停電時の自家発電装置・無停電装置を整備し、災害マニュアル、BCP（機能存続計画）を整備している。保安業務は、防犯カメラの設置や院内巡回など、適切に対応している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	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
1.3.3	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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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： 2024 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： 宮崎県立日南病院
I-1-2 機能種別： 一般病院2
I-1-3 開設者： 都道府県
I-1-4 所在地： 宮崎県日南市木山1-9-5

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	277	277	+0	64.8	15.1
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	4	4	+0	14.6	5
総数	281	281	+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	5	+0
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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+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	8	+0
小児入院医療管理料病床	224	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	50	+0
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：

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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： 1 人 2年目： 2 人 歯科： 0 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
オーダーリングシステム ☒ 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	343.65	346.12	364.39	99.29	94.99
1日あたり外来初診患者数	29.06	27.58	30.33	105.37	90.93
新患率	8.46	7.97	8.32		
1日あたり入院患者数	182.75	174.32	181.45	104.84	96.07
1日あたり新入院患者数	11.63	10.57	11.12	110.03	95.05