

# 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3月10日～3月11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、1980年那覇市立病院として発足し、施設整備方針として「市民が求める安心・安全な医療や高度医療の提供を目指して」を掲げ、2025年秋に新築移転する予定である。「和と奉仕」の理念を掲げ、基本方針の第1には、「市民の安心できる病院を目指す」ことを掲げている。貴病院は沖縄県南部医療圏における中核病院の一つとして二次救急輪番病院の役割を担い、沖縄県から地域医療支援病院と地域がん診療連携拠点病院の指定を受けている。また、地域周産期母子医療センターの認定も受けている。さらに、JMIP認証医療機関として、国際化する日本の医療にも貢献している。今回5回目の病院機能評価受審であり、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、職員一丸となって病院の質向上に継続して取り組み、より安全で質の高い医療の提供を目指し実践している。審査の結果、多くの項目で適切な医療機能を発揮しているとの評価を受けており、特に集中医療機能や救急医療機能では高い評価を受けている。今回の受審結果をもとに、課題として見受けられたものについては組織的な改善活動を継続し、貴病院がますます発展されることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院長は具体的な表現で病院の将来像や重点目標を職員に明示している。業務方法書に基づき、組織、職務分掌および職務権限を明確にし、病院運営に必要な委員会の位置づけと役割を明確にしている。意思決定会議開催や委員会運営、中期事業計画と年次事業計画の策定と評価、BCPの策定等を行い、病院幹部は課題を共有して解決に努めている。電子カ

ルテを導入し、情報システムや情報管理体制、安全確保体制を適切に整備している。文書取扱規程に基づく文書管理体制を整備している。医療法等を満たす人員を配置し、施設基準に基づく職員配置数を把握し、適正な人材確保を図っている。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握を行っている。安全衛生委員会を開催し、健康診断の実施や作業環境整備等の衛生管理体制を整備している。職員の意見を聴取し、魅力ある職場作りに努めている。医療安全・感染対策研修会等の院内研修を実施し、職員への教育・研修を実施している。職員対象の人事評価制度があり、看護部・診療協力部門等の専門職種にも能力把握や教育、資格取得に対する支援の体制がある。医師も含めて新入職時に病院全体での集合研修を行い、看護部門はクリニカルラダーに基づき、研修を実施している。医師や看護師、薬剤師、その他の職種の専門資格職種の履修学生の実習を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化しており、患者・家族・職員に周知を行っている。診療録の開示請求は規程に基づいて行っている。説明と同意の基準・手順を明文化し、書式の標準化を推進している。セカンドオピニオンは、ホームページ・入院案内・院内掲示で案内している。患者・家族の情報は電子カルテで共有され、クリニカル・パス等を活用し、理解促進の工夫をしている。相談は患者サポートセンターで関係部署に迅速にとりつぎ対応を行っている。虐待対応マニュアルを整備し院内に周知している。個人情報保護の規定を整備し、個人情報保護方針は患者・家族に周知している。外部への診療情報持ち出しは許可制である。倫理的課題の方針は明文化され、解決困難な課題を協議する体制を整備している。病棟のラウンドや Jonsen の 4 分割シートを活用したカンファレンスで課題を検討し、解決困難な場合の体制も明確である。交通アクセス、駐車場確保、バリアフリー環境は整備されており、患者の利便性及び快適性の向上を図っている。診療・ケアに必要なスペースが確保され、院内は整理整頓され、清潔である。入院患者の快適性、安全性、利便性を確保している。病院は敷地内禁煙となっており、院内掲示、入院案内に記載している。全職員の喫煙率を調査し、喫煙職員には禁煙外来受診推奨、助成金制度を設けている。

### 4. 医療の質

各部署で業務の質改善活動に取り組んでいる。病院機能評価受審は今回 5 回目であり、2024 年 3 月に JMIP を取得している。医療法や消防法に基づく立入検査への対応は適切である。多職種によるカンファレンスなどを定期的で開催し、必要時に M & M カンファレンスを開催している。クリニカル・パスの適応率は高く、バリエーション分析を行っている。患者・家族からのご意見箱は毎日回収している。新規に高難度医療技術を導入する際の検討は、規程に基づき適切に行っている。臨床研究の承認と審査は倫理委員会で行われ、研究終了までを病院として確認している。各部門の責任者を掲示しており、管理責任体制は明確である。診療責任者・看護師長は定期的にラウンドし、患者の状態把握や療養環境を把握し、多職種と連携して問題解

決に努めている。診療記録は、医師業務マニュアルに基づいて記載している。診療記録の質的点検は、多職種で構成された診療記録監査委員会が年に3回行い、結果を主治医へ報告している。多くの専門チームが協働し、また専門看護師らの支援のもとで、定期ラウンドやカンファレンスを実施している。診療科間の連携も強化している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全に関わる担当者が院内横断的に活動している。手順書の整備や委員会の設置により安全確保の体制を整備している。インシデント・アクシデントについては医療安全管理者が把握し、医療安全カンファレンスなどで検討している。医療事故発生時の手順等をイントラネットに記載し、職員に周知している。重大事故発生時は、院内事故調査委員会を開催し病院全体で取り組んでいる。誤認防止対策として、患者の氏名、生年月日を確認し、手術などでは、タイムアウトやマーキングを行って治療内容や部位を確認している。医師の指示は、電子カルテに入力し変更や中止も含めて明瞭に伝わる仕組みであり、指示受け・実施の状況も確認できる。院内でハイリスク薬を定義して、処方箋、薬袋等に統一した表示をして安全な使用、管理に取り組んでいる。患者の転倒・転落リスクを評価して、危険度に応じた対応策を実施している。輸液ポンプや人工呼吸器などの医療機器は、使用者への研修を行い、手順書や点検表に基づいて安全に使用している。院内緊急コードの発令やRRTの活動によって患者の急変時に即座に対応している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染防止対策室には専従のICN 2名が配置され、病院全体の感染制御活動の司令部として機能している。院内感染防止対策委員会は、病院長を委員長として毎月定期的で開催され、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。感染防止対策室が細菌検査室からの週報を得て、感染発生状況および薬剤耐性菌の発生状況を監視している。ICTが毎週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指導している。各種アウトブレイクへの対応法は感染対策マニュアルに記載して実行している。感染防止対策マニュアルに基づき、手指消毒の実施状況や個人防護具の着脱手順を調査して、各部署での予防策の徹底に取り組んでいる。血液・体液の付着したリネン類は、袋に入れて密閉した後に保管庫で施錠管理している。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、ASTが毎週ミーティングを実施し、検体情報、培養結果など抗菌薬の適正使用やTDMの実施状況等に関して検討し、必要時には主治医にフィードバックしている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報は、広報誌「きざはし」を始め、医療講演のチラシ、ホームページや院内掲示等で発信し、分かり易い広報活動を行っている。ホームページには、理念・

基本方針・患者の権利、病院概要、外来・入院の案内、診療実績、臨床指標、診療科、部門紹介、採用情報等を掲載し、内容の更新も適時実施している。地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関として、地域連携活動を重視した関係づくりを図っている。地域連携パス（脳卒中、大腿骨頸部骨折、心不全、がん診療など）の活用、施設の共同利用、後方連携活動を積極的に推進している。院内ロビーで多職種によるがん医療に関する講座を2か月ごとに開催している。地域の医療機関を対象としたがん医療講座、地域住民を対象とした市民公開講演会やがん講演会、さらに学校へのがん教育の開催も行っている。終了後にアンケートを回収し、今後の講座テーマとして参考になっている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診時に必要な情報をホームページや院内掲示にて提供している。外来では必要な観察と記録を実施している。診断的検査は、医師が必要性とリスクを患者に説明し同意を得ている。医師は医学的判断により入院の要否を判断し、説明と同意を得ている。多職種が関与した総合的なチームが活動している。患者・家族からの相談は「患者相談窓口」で一元化し、プライバシーに配慮している。円滑な入院に向け入院前から多職種が連携している。医師は回診の結果や評価を記録している。看護師は規定に基づいて看護を実践している。医師が薬剤の必要性を説明し、看護師は投薬時に6Rのダブルチェックを実施している。ガイドラインに基づき輸血の管理を行っている。医師が手術の必要性と術式を判断し同意を得ている。重症患者の治療と看護ケアは適切で、急な病態変化にも対応している。褥瘡発生リスクを評価し予防計画を実践している。全入院患者に栄養計画を立案している。緩和ケアチームは多職種と連携し対応している。医師がリハビリテーション実施計画書を作成し説明と同意を得ている。身体拘束は原則行わず、拘束時は同意を得て医師の指示のもと定期的な観察・評価を実施している。入院前から退院支援スクリーニングを実施し、退院支援の必要性を把握している。退院支援看護師とMSWが連携し、地域と協働して在宅療養や転院に向けた支援を実施している。「看取りの手引き」に則り、多職種で終末期のケアを行っている。

## 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、すべての病棟の薬剤の管理・保管を行っている。検査科は24時間体制で業務を行い、パニック値の報告や精度管理は適切である。24時間365日の画像診断体制で、読影依頼があった画像は放射線科医が読影している。栄養管理や職員衛生管理指導、患者の喫食調査、食欲不振患者への個別対応を行っている。急性期領域の入院・外来患者のリハビリテーションを365日体制で早期開始に取り組んでいる。診療情報管理は電子カルテにより一元管理し、量的点検を適切に行っている。医療機器の管理体制を整備し、臨床工学技士が一元的に管理している。機器・器材の洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケータを用いて質を保証している。病理診断部門では、病理診断結果未読の場合の報告体制は適切である。強度変調放射線治療機能付きリニアック装置2台を稼働

し、精密かつ安全な放射線治療を実施している。輸血部門は、輸血療法委員会で血液製剤の使用状況や副作用発生状況等を検証している。手術スケジュール管理は適切で、緊急手術にも的確に対応している。院内全ての患者の急変患者に対応し、ICUで管理しており集中治療機能は高く評価できる。総合初診外来の創設、島嶼医療を支えるためのドクターヘリ添乗など、救急医療機能における地域への貢献度は高く評価できる。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は各部門から医療機器購入リストを提出し要望聴取を行い、病院管理会議にて検討、理事会承認、市議会の決議を得ている。病院会計準則に基づく会計処理を行い、決算監査を受けている。医事業務や収納業務はマニュアルに従い夜間休日も対応している。返戻・査定は保険診療委員会で検証している。委託の必要性は病院管理会議等の判断を経て次年度予算に反映し、委託内容の見直しを毎年度検討している。実施状況は日々の報告等で把握し、委託職員の教育研修は適切である。総務企画情報課施設グループ職員が施設・設備の管理を所管し、計画的に施設・設備の定期保守管理と日常点検を実施している。清掃と清潔保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物等を適切に管理している。診療材料の管理は物流管理システムで行っている。薬剤や医療機器は所管の委員会で採用を決定し、棚卸・使用期限確認・定数管理を行っている。病院の機能存続計画（BCP）の整備、訓練実施、緊急時対応体制の整備、自家発電能力や燃料確保などを行い、食料品・飲料水の備蓄も行っている。保安業務の責任・管理体制を整備し、院内巡視やモニター監視による日常・夜間における保安体制を整備している。

# 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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	S
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	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	B
-------	------------------------	---

---

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： 地方独立行政法人 那覇市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 沖縄県那覇市古島2-31-1

## 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	470	455	+0	74.4	10.29
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	470	455	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	3	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	26	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, がん診療連携拠点病院(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： 8 人 2年目： 10 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

