

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 11 月 11 日～11 月 12 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

貴院は宮城県南部、仙南医療圏の急性期病院として開設以降、地域完結型医療センター病院として、地域の医療機関と連携を図りながら高度医療に取り組んできた。現在までに基幹型臨床研修病院、地域医療支援病院、地域災害医療センター、救命救急センター、地域がん診療拠点病院などの指定を受け、地域にとって重要な役割・機能を果たす医療機関となっている。病院機能評価の更新受審により、継続的な質改善の取り組みを行っている。「地域に信頼される、質の高い、親切的な医療サービスを提供する」の理念のもと、今後さらなる診療機能の一層の充実を図り、地域社会・医療機関と連携を強め、貴院がますます発展されることを期待する。

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され、院内外に周知されている。病院管理者・幹部は病院の将来像を明確にし、組織運営に取り組まれ適切である。病院の意思決定会議は管理会議で毎月開催され組織全体に伝達され、各診療科・部門ごとの院長ヒアリングも実施され適切である。情報管理・活用は診療情報管理提供委員会で検討され実施されている。文書管理規程が定められ、文書は適切に管理されている。

将来像に沿った役割・機能を果たすためにも看護師確保に向け、今後も継続的な活動を期待する。みやぎ県南中核病院企業団の規定が定められ労務管理が行われている。職員の安全衛生管理は、健康診断の実施・職場環境の整備・職員への精神的サポートなど適切である。職員の就業支援に向けた取り組み、福利厚生は適切であるが、職員の意見・要望の把握により一層努めることが望まれる。教育研修委員会

により年間計画が策定・実施されているが、病院として出席率の把握ができるよう、教育研修委員会にて出席率の向上および次回の研修会に役立てる取り組みが望まれる。医師を含む全職員に対し人事評価制度が行われ、研修会・学会への参加、資格取得の支援もあり適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され周知もされておりおおむね適切であるが、権利の内容を定期的に見直すことを検討されると良い。説明と同意が行われる診療行為の範囲が定められ、セカンドオピニオンについても対応されている。患者・家族が理解しやすいよう図や絵を活用し、医療への参加も促進する取り組みも行われている。医療福祉相談室が窓口となり、様々な相談に専門職が対応し適切である。患者の個人情報・プライバシーは、規程が整備され行われている。臨床における倫理的課題は、委員会を通じて組織的・継続的に取り組む仕組みがあり機能している。患者・家族、診療・ケアにおける倫理的課題は多職種で検討し、対応困難事例は倫理委員会で検討され、職員研修会も実施され適切である。

来院時のアクセスは、ホームページや入院案内でわかりやすく、入院生活に配慮したアメニティを整備している。バリアフリーや手摺りの設置や車椅子など補助備品の配置により高齢者や障害者に配慮がなされている。診療・ケア、患者や家族がくつろげるスペースが確保され、利便性・安全性が配慮され、静かで清潔な療養環境が整備されている。敷地内禁煙の方針を明確にして、院内掲示やホームページで周知するとともに禁煙外来で患者の禁煙教育を進めているが、職員の喫煙状況を把握して禁煙活動の推進が望まれる。

4. 医療の質

意見箱を院内に多数設置して意見や要望等を収集し、患者サービス委員会で改善策を検討して実行する体制となっている。検討会の開催や臨床指標の収集は適切なもので、臨床指標を診療の質向上に活用されるよう期待したい。業務の質改善は管理会議が担当委員会を決めて改善を実施している。病院機能評価を継続的行われている。新たな診療・治療法の導入や臨床研究は倫理委員会等の承認を受け、適切に行われている。

診療・ケアの管理および責任体制が明確にされ、患者に明示されており適切である。医師の記載内容の質的点検の開始、診療録記載マニュアルの更新、退院サマリーを速やかに作成されるよう期待したい。部署内外の多職種で協働して患者の診療・ケアを行い、必要に応じて専門チームに介入を依頼する仕組みがあり機能している。

5. 医療安全

医療安全管理室は室長の副院長と専従の医療安全管理者を配置し、組織横断的な活動の権限を付与し、医療安全マニュアルに明文化している。医療安全対策委員会や実働部会、毎週ミーティングを開催し適切である。インシデント・アクシデント

報告の管理も適切である。医師の報告数増加のための努力は評価される。院外情報や安全ニュースも定期的に伝達し職員研修などで周知している。

患者誤認防止対策は名前の確認、タイムアウトを実施している。手術時マーキング、チューブ誤認防止についても確実に実施され、放射線治療室では指静脈認証での患者確認を開発中であり期待したい。医師による処方、指示出し、および指示受け、実施は電子カルテシステムにて確実に行われ、病理診断レポートや画像診断レポートなどの検査結果が確実に報告される体制が整備されている。ハイリスク薬が指定されているが、薬剤部や病棟、救急カートなどの在庫薬におけるハイリスク薬の明示を期待したい。入院後、転倒・転落アセスメントシートで評価し、危険度の高い患者への対応、発生時の対応など、転倒予防対策は適切である。更に患者・家族の協力を得るため、転倒・転落の危険度や対策のパンフレットを配布し対策に工夫している。医療機器の安全な使用に向けて、機器を使用する職員への研修の定期的な開催、人工呼吸器の作動状況のダブルチェックなどが行なわれ適切である。院内緊急コードを設定し、救急カートは看護師と薬剤師が点検している。全職員を対象としたBLS講習を実施している。

6. 医療関連感染制御

細菌制御室は院長直轄の組織として位置付けられており、組織横断的に活動できるよう権限が与えられている。院内感染対策委員会が毎月開催され、出席率も高く、情報共有および感染制御上重要な案件の決定機関として機能している。感染制御チームは、毎週、環境ラウンドを実施するとともに、耐性菌の検出時やアウトブレイクが疑われる事例の発生時には、臨時にラウンドやミーティングを開催している。院内分離菌とその薬剤感受性パターンが把握され、毎年アンチバイオグラムが作成されている。ASTは培養結果の報告時に、抗菌薬の種類、投与量、投与期間の提言を主治医に行っている。また、抗菌薬の適正使用に向けた活動は活発である。

感染対策マニュアルを整備し、標準予防策や経路別予防策を徹底している。手指衛生については、宮城県でのICNネットワークのサーベイで手指消毒薬の使用量が一位である。感染性廃棄物は全職員が統一した対策を遵守しており、汚染リネンの管理も適切である。抗菌薬使用量は、毎月院内感染対策委員会で報告されているが、今後、医師へのフィードバック方法について検討されたい。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌を用いて診療内容や診療実績、医療サービスに関する情報などを地域等へ広く発信しており、情報も定期的に更新している。地域医療連携室が中心となり医療機関の訪問や登録医アンケートによって地域のニーズを把握し、他の医療機関と切れ目のない医療連携を実践している。地域住民に対する様々なテーマの公開講座を開催するとともに、地域の医療従事者を対象とした主張講座など地域に向けた教育・啓発活動を実践している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診手続きはわかりやすく案内され、待ち時間への配慮、病態・緊急性への対応も適切である。外来待合スペースを有効に利用し、看護師による検査・処置に説明が分かりやすく行われている。また、中央処置室・外来化学療法室が整備され、安全やプライバシーにも配慮されて施行されている。診断的検査は説明・同意が適切に実施されて確実・安全に実施している。

医師は、医学的な判断に基づき入院の適応を決定している。外来担当医1人での判断が困難な症例では、各診療科の症例検討会で検討し、治療方針や入院の適応を決定している。患者の病態を医師が診断し、必要時には診療科カンファレンスにて評価・検討を経て治療方針が決定され、入院診療計画書が作成されている。パス適用患者にはパンフレットを用いてわかりやすく説明している。医療福祉相談室において患者・家族からの多様な内容の相談を受け適切に対応している。緊急入院も含め、複数部署間の連携に基づいて患者が円滑に入院できる仕組みがある。医師は毎日、朝夕の回診により、患者の病態を把握し、結果を診療記録に記載している。患者と医師、医師と看護師のコミュニケーションが良好に築かれており、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されている。看護基準、看護手順が整備され、多職種連携で必要な患者への関与が行われ、看護師による病棟業務の実施は適切である。全入院患者の持参薬管理・薬歴管理・服薬指導、および、すべての抗がん剤と中心静脈栄養剤の調製・混合が薬剤師により行われている。輸血療法マニュアルに従い輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。周術期の対応は、術前・術後とも安全に配慮されており適切である。集中治療が必要な重症患者や手術患者はICUの活用等、適切に治療されている。

褥瘡の適切な評価と治療など、定期的に褥瘡回診や委員会が活動し、ケアの対策に繋げている。スクリーニング等で把握した患者の状態に応じた栄養管理・食事指導が丁寧に行われ、言語聴覚士と管理栄養士が協働して摂食・嚥下への支援を行っている。NRSや観察、スクリーニング等を通じて患者の苦痛・不快な症状等を把握し、多職種で連携・協働して症状緩和に努めている。人工膝関節の早期リハビリテーション実施率は100%であり、急性脳硬塞早期リハビリテーションの実施率も97%と高い。今後は、総合実施計画書の書式について工夫されることを期待する。患者の安全確保のための身体抑制の要件・解除に向けた取り組みが医療安全対策マニュアルに示され実践されている。今後、身体抑制後の観察の標準化に向けた検討が期待される。患者の身体的・心理的・社会的状況に応じ、退院後の生活を見据えたゴール設定により、多職種で協働して退院支援に取り組んでおり適切である。退院後も診療・ケアが継続されるよう、患者・家族の状況に応じ、自宅退院の場合は退院調整会議の開催、転院の場合は地域連携パスを活用する等、適切に対応している。ターミナルステージの判断は、ガイドラインが整備され、緩和ケアチームの介入もあり適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門はすべての入院患者の持参薬の鑑別と管理、すべての抗がん剤と中心静脈栄養剤の調製・混合を適切に行っている。今後、医薬品の厳格な温湿度管理と向精神薬の在庫管理を期待したい。臨床検査機能では、迅速な報告、精度管理、時間外体制等、適切に実施されている。CT・MRI・透視・血管撮影室を有し急性期医療に対応している。常勤の放射線診断専門医は1名であるが、主治医に確認されたかどうかのカルテチェックを自ら行い見逃し防止に力を入れている。栄養部門では適時適温の確保や嗜好調査などによる食事の改善が行われ、衛生環境の保持も徹底されている。各種リハビリテーションの施設基準を取得し、早期からリハビリテーションを提供しており、長期連休中は3日以上空けない方針で運用されている。診療情報は医療情報管理室で適切に一元管理されており、医療の質改善に向けた二次的利用を進めている。医療機器管理機能では臨床工学技士による中央管理体制が実施され、院内各部署で機能が発揮され適切である。洗浄・滅菌機能の中央化と確実な滅菌体制で実施され、リコール体制も手順化され適切である。

病理診断機能では、必要な人員は確保され、他施設との連携、環境とも適切である。非常勤の放射線治療専門医と放射線治療専門技師、品質管理士により実施され、患者認証はすべて静脈認証で行い患者誤認防止に努めている。輸血・血液管理機能では、適切な保管であり、効率的な使用である。手術・麻酔機能では、緊急手術例も含め安全な手術が実施されている。集中治療機能では、ICU、HCUを有効に活用している。救急患者は全て受け入れる方針のもと、救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

地方公営企業会計基準に基づいて会計処理され外部監査を受けている。各部署の要望を踏まえた予算書の作成や経営分析も適切に行われている。レセプト作成は全件主治医による点検が行われ、返戻・査定は所定の委員会で検証している。窓口の収納業務や未収金対応も適切である。委託内容と委託の是非を毎年検討し、業者選定審査委員会で業者の評価を行っている。年間保守計画に基づく施設・設備の点検を実施しており、感染性廃棄物の院内最終保管場所も適正に管理されている。購入物品の選定や在庫管理は適切に行われており、ディスプレイ製品は単回使用を徹底している。診療材料の発注と納品検収を全てSPD業者が行っているため、内部牽制体制の構築が望まれる。

災害対応マニュアルや消防計画に基づく訓練を適切に実施し、自家発電機を3台整備して停電時の電気供給も確保している。災害時の備蓄食料や飲料水を患者・職員ともに確保している。施錠管理や院内監視の手順を定めて保安業務を行っており、緊急時の連絡体制や応援体制を整備している。日々の業務状況は日誌により報告され確認している。医療事故発生時の対応は医療安全対策マニュアルが整備され適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修医や看護師など専門職種の初期研修は、各部門が研修計画やプログラムを作成して実施し、研修実施後の評価も適切に実施している。看護学生や薬学生など様々な職種の実習を数多く受け入れており、各部門がカリキュラムに基づいて実習にあたり、実習生や実習内容の評価を実施している。

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	B
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	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
1.4	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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	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	安全確保のための身体抑制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	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	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	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	B
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	B
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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： みやぎ県南中核病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 宮城県柴田郡大河原町字西38-1

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	310	310	+0	78.2	10.98
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	310	310	+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	12	+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)		
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	10	-14
小児入院医療管理料病床	14	+0
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), へき地拠点病院, 救命救急センター, DPC対象病院 (Ⅲ群)

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： 5 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2