

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および12月13日～12月15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3 条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院3

1. 鎮静剤の使用について、基準・手順を整備し、確実に運用するよう努めてください。（2.2.3）

1. 病院の特色

貴院は、特定機能表院として高度専門医療の実践、人材教育・育成、臨床研究といった機能を充実させて今日に至っている。特に各センター機能を整備して活躍している状況が随所にみられ、県内の各地域から信頼を得ており高く評価される。職員は宮崎県内唯一の大学病院として医療の最後の砦としての自覚を持ち、一丸となって診療に従事している点が印象的な病院である。組織運営では、幹部職員のリーダーシップが十分に発揮され、自由に意見が交わされる風通しの良い職場環境が病院の活力を生み出している。病院機能評価の受審を機会に更なる病院機能の向上に努められ、地域医療に貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念を明示し、基本方針を策定している。これらの理念・基本方針は、病院案内やホームページ、ポケット版医療安全管理マニュアル等に掲載して周知に努めている。病院の幹部職員は、各種会議や委員会活動を通して病院全体の課題を把握し、解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも副病院長、病院長補佐が個々の役割を明確にして実績を重ねている点が評価される。病院運営に関する事項では、KPI（重要業績評価指標）を用いてデータを分析・検討し、材料費の削減等の効果を上げており評価される。病院運営の意思決定会議として「病院運営審議会」が設置され、運営上の課題と経営改善について具体策を検討する会議として「病院執行部会議」が機能している。病院の目標を具現化する各部門の目標管理については、目標の設定と達成度の評価を全部門で実施することが望まれる。情報管理については、診療情報管理部を設置し、情報セキュリティ、個人情報保護につい

て積極的な活動をしている。文書管理は、「文書管理要領」等に従い一元的な管理が行われている。

人事・労務管理では、各種規程も整備され、勤務時間管理システムを導入し、勤務時間の適正化を図る取り組みも行われている。職員の意見・要望については、職員満足度調査や職場環境づくりのミーティングの開催、さらには院長のラウンドにて把握しており良好である。職員への教育・研修は、DVDやeラーニングも活用して必要な研修を実施している。また、「病院職員教育推進委員会」が教育・研修を統括して、内容改善を検討する体制が整備されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務および子どもの患者の権利が明文化され、院内掲示や病院ホームページ、等を利用して周知されている。説明と同意に関する方針、基準、手順等が定められ、書式の管理や責任者による確認なども適切に行われている。患者支援体制では、患者支援センターに看護師やケースワーカーなどの多職種が配置され、入院退院支援と地域連携、相談支援などの多様な支援業務を展開している。診療に関する情報提供として、手術・検査等の説明書や患者パスが活用され、がん診療などの各種疾患に関する冊子などが準備され有効活用されている。患者の個人情報保護については、職員研修が毎年開催されている。臨床における倫理的課題について、主要な課題に対する方針が示され導入時、中断の判断における意思決定の透明性を確保するための公平性を保つ指針が定められており評価される。また、倫理的課題の検討の場としては、臨床倫理委員会と臨床コンサルテーションチームによるシームレスな対応がなされており、チーム活動は質的、量的にも高く評価できる。

病棟の療養環境は、デイルーム、面談室など十分に確保され、廊下の障害物もなく、トイレ・浴室等の安全面や清掃などの清潔面についても適切に整備されている。院内はバリアフリーで、コンビニエンスストアや理美容室、郵便局なども設置され、来院者の利便性にも適切に配慮されている。

4. 医療の質

意見箱や患者満足度調査などを通して患者や家族からの意見や要望を収集し、具体的な改善につなげている。クリニカル・パスは、バリエーション分析、定期的な見直しも行われており、適用率も60%を維持している。臨床指標は、「病院評価指標」としてホームページに公開している。医療の質管理については、トータルクオリティマネジメント会議において継続的に検討されている。会議は多職種からのメンバーで構成されており、様々な課題に対して部門横断的に検討している。

診療記録は、記載基準を遵守し、必要な医療情報を遅滞なく記載しており、質的点検も多職種が関与して適切に実施されている。新たな診療・治療方法や技術を導入するプロセスについては、倫理・安全面などに配慮して整備され、実施後のモニタリング体制も適切である。臨床研究は、認定臨床研究審査委員会が整備されており、臨床研究法、研究指針に則り適切に実施されている。病棟・外来の診療・ケアの責任体制は明確であり、掲示により周知されている。また、多職種による専門チ

ームとしてNST、ICT、褥瘡対策、緩和ケア、がん診療チームなどが活動し、定期的回診やカンファレンスなどが適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理部は医療安全管理責任者である副病院長のもと多職種で構成されている。患者安全に関するマニュアルが適切に整備され、インシデント報告すべき状況が明示され、安全確保のための情報収集が適切に行われている。また、収集された事例は適切に検証され再発防止策も立案されている。担当者による医療安全ラウンドも適切に実施されている。

患者確認は本人が氏名を名乗ることを原則とし、リストバンドなどを加えた2つの識別子を用い確実に実施している。左右確認のマーキングやタイムアウトの実施によって患者誤認防止を図っている。情報伝達エラー防止対策では、口頭指示を含めて確実に伝達される方法が構築されている。検査結果のパニック値は医師へ確実に報告されており、画像診断、病理診断報告については、「診療情報共有伝達確認室 (NoERR)」により未読防止と事後対応の適切性を確認するなど秀でた対策が継続的に実践されている。薬剤の管理は薬剤部を中心に安全確保するためにバーコードの活用を徹底して取り間違い防止にしている。また、持参薬管理およびアレルギー情報など一元的に情報を共有している。小児病棟では注射薬の調製について医師が具体的に希釈方法、投与量などを処方箋に記載して安全に努めており、高く評価できる。適応外の医薬品の使用にあたっては、医薬品安全管理責任者の下で、迅速に有効性・安全性が評価され臨床で使用できる仕組みが整備されており適切である。転倒・転落に関するリスク評価に基づき、多職種協働で対策を講じており、転倒・転落発生時の対応手順も定め、迅速に対応できるよう整備されている。医療機器の管理では、臨床工学技士が中心となって研修や安全点検を実施している。緊急時の対応として、院内緊急コードの設定やRRSの機動によって全職員が迅速に対応されている。また、救急蘇生カートに常備する備品や薬品は標準化し、日常点検も確実にやっている。

6. 医療関連感染制御

感染制御部、ICT、ASTの設置や、専従・専任者の配置など、医療関連感染制御に関する体制が整備されている。感染対策委員会に病院長と各部署責任者が常に参画し、感染対策に関する病院の意思決定機関として機能している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、感染対策に関する多くのデータを収集し、改善活動が進められている。また、JANISへ参加するなど、院外の情報も積極的に収集している。

手指消毒薬の目標使用量を定め、手指衛生の徹底を図っており評価される。感染防護具の着脱訓練も実施している。感染性廃棄物や汚染リネンなども交差感染がないよう正しく取り扱われている。感染管理部に配置している薬剤師を含むスタッフが連携し、抗菌薬の使用を管理し、使用状況を把握している。抗MRSA薬は必要に応じて血中濃度モニタリングが実施され、投与量や期間が適切に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページを中心に、大学の動画配信サービスなども利用して積極的に発信されている。また、ホームページには広報誌の電子版や病院年報なども掲載され、診療実績や最新の取り組みなどが紹介されている。地域連携は患者支援センターが担当し、病院訪問やニーズの把握などを継続して行い患者紹介や逆紹介、返書の管理などが適切に行われている。県のがん診療連携拠点病院、地域連携協議会の中心的な役割を担う活動や、難病対策協議会などの活動についても積極的に関わっている。県内唯一の大学病院として、地域住民や医療関連施設、患者・家族に向けた教育や啓発活動を展開しており評価される。また、県民向けの公開講座や健康講座、がんサロン勉強会や医療者向けの緩和ケア研修会など、多くの教育・啓発活動が活発に行われており適切である。

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などに分かりやすく紹介されており、通院支援サービスのアプリも利用されている。外来診療では、侵襲的検査における説明と同意取得も適切に取られている。また、診断的検査は、説明と同意のうえ、確実、安全に実施されている。鎮静剤の使用については、院内基準を設けて使用手順に従い実施する必要がある。入院は、必要性を医学的に判断して決定している。診療計画は、医師・看護師を含む多職種が協働して作成している。

医師は、病棟業務を適切に行っている。看護師は、身体・心理・社会的ニーズを把握し看護実践に取り組んでいる。患者の薬剤の使用にあたっては、医師から事前に必要性とリスクの説明がされており、薬剤師・看護師の支援がある。輸血・血液製剤は確実・安全に実施されている。手術適応、術式はカンファレンスで検討され、必要に応じて他診療科へのコンサルトが行われている。麻酔科専門医の術前訪問により、麻酔の説明と同意取得が行われている。手術室内では、サインイン・タイムアウト・サインアウトが適切に実施されている。ICU、NICU等の集中治療部門では、多職種が適切な役割分担のもと専門性を発揮して対応している。リハビリテーションは、主治医が必要性を判断して適応患者に実施している。身体抑制については、方針・適応基準、マニュアルに基づいて倫理的配慮から安全確保まで適切に実施されている。退院支援は、病棟看護師と患者支援センターが連携した支援が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、必要な薬剤は休日・夜間にも調剤・払い出しすることで病棟の配置薬を10品目以下として運営している。持参薬は全患者を対象に薬剤師により鑑別され継続または中断を確認しており、必要に応じて医師と協議している。臨床検査機能では、バーコード認証を活用して、誤認防止、検体の取り違えが起これにくい仕組みを確立している。画像診断機能は迅速な検査の実施に努めるとともに、読影結果の緊急性と重大性を7段階にランク付けし、主治医の報告確認と事後対応の適切性を継続的にモニタリングしている。栄養管理機能では、管理栄養士と

調理師による病棟訪問や嗜好調査などから個々の要望を踏まえた献立の工夫などに取り組んでおり高く評価できる。リハビリテーション機能では、連続性を確保できる勤務体制を構築している。診療情報管理機能では、診療録の量的点検も基準を明確にして100%実施しており、質的点検にも積極的に協力している。医療機器管理機能では、輸液ポンプやシリンジポンプ、人工呼吸器、除細動器などは使い回しを防ぐ仕組みを構築し一元管理され、日常点検、定期点検、故障時の対応を行っている。

病理診断機能では、検体交差が起こりにくい仕組みが確保されており、適切に機能が発揮されている。放射線治療機能は、緊急・緩和照射も含めて、必要な放射線治療を提供している。輸血・血液管理機能は、輸血製剤を供給するプロセス全般が適切に管理され、適応の判断、出庫後の投与プロセスチェック、副作用のモニタリングを行うなど質の高い取り組みは高く評価できる。手術・麻酔機能では、緊急手術に配慮した効率的な運用がなされている。集中治療機能は、多職種が参加するカンファレンスが毎朝開催され、入院患者の病態や治療方針等の共有が図られ、適切に運営されている。救急医療機能は、三次救急に対応し、一方で救急医を育成に尽力し県内の救急医の増加に貢献し、医師不足地域の救急医療の拠点病院の医療レベルの底上げを達成しており高く評価される。

10. 組織・施設の管理

予算書は各部門のヒアリングを経て病院運営審議会で審議し承認されている。また国立大学法人会計基準に則って財務諸表が作成され、監査法人による監査も受けている。医事業務では、保険請求に医師も関与し、施設基準の遵守も人事と連携して適切に対応している。業務委託は、業者の選定、委託業者職員への教育、さらに事故発生時の対応も含めて適切に実施されている。高額な医療機器の購入は執行部会議にて検討される仕組みである。施設・設備は24時間体制で適切に管理されている。医療材料は委員会での選定のもと、SPDによる供給・管理が行われ在庫管理も適切である。また、共同購入によるコスト削減にも取り組んでいる。院内の清掃や廃棄物の管理、医療ガスの安全管理なども適切に行われている。

基幹型の災害拠点病院として常時派遣可能な災害派遣医療チーム(DMAT)を編成し、防災倉庫には必要な飲料水や食料品、医薬品や医療材料なども備蓄されている。災害時の対応では、防災対策マニュアルや機能存続計画(BCP)が策定され、訓練などを通して適宜改訂している。防災センターに保安要員が配置され、24時間体制で院内巡視や防犯カメラの監視を行っており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師・歯科医師の初期研修については、卒後臨床研修センターにおいてプログラムの管理・運営が行われ、EPOC2を活用した評価が行われ、看護師などによる360度評価も取り入れている。県内の基幹型施設とのネットワークや研修医のメンタルサポートも充実している。看護部門では年間計画に基づいた新人教育が実施され、サポート体制や指導者の養成なども適切に行われている。薬剤部門では、初期研修

プログラムを基本として夜勤に対応できるレベルを目標に指導と評価が実施されている。その他の専門職種についても初期研修プログラムを作成して、計画的な育成に取り組んでいる。学生実習については、総務課が一元的な窓口となり、必要な抗体検査やワクチン接種歴も確認して多種類の学生を受け入れている。また、専門や認定の資格を得るための実習も受け入れ、カリキュラムに従った実習と評価が行われ、安全や感染の教育、事故発生時の対応も整備されている。

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	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	S
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	B
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・治療方法や技術を開発・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	A
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	S
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	A
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	C
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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	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	S
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	B
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	S
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	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	S
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
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	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	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	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： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022年 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 宮崎大学医学部附属病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3
 I-1-3 開設者： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 宮崎県宮崎市清武町木原5200

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	596	596	+0	69.1	12.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	36	36	+0	44.1	55.2
結核病床					
感染症病床					
総数	632	632	+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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	16	+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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室	2	+0
無菌病室	16	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	35	+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
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	1	+0
精神科隔離室	2	+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

特定機能病院, 災害拠点病院(基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(I群), 総合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： 13人 2年目： 34人 歯科： 7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

