

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19日～8月20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、2002年に角田市、柴田町、村田町および大河原町の1市3町を運営母体として、みやぎ県南中核病院として開設された。2012年には地方公営企業法の全部適用に伴い、開設者はみやぎ県南中核病院企業団へ移行した。

現在、病床数310床を有し、宮城県県南地域の急性期医療を担う中核病院として地域医療に貢献している。24時間365日の救急医療体制を維持し、地域住民の命を守る活動を展開している。地域医療支援病院、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けるとともに、臨床研修病院として医師初期臨床研修をはじめとする医療人の育成にも貢献している。

今回の病院機能評価は更新受審であり、院長をはじめとする幹部の強いリーダーシップのもと、職員が一丸となって良質な医療を目指す組織的な取り組みが顕著に認められ、日頃の医療活動の充実ぶりも確認できた。今回の審査結果を十分に活用しつつ、さらなる診療機能の充実と医療安全の向上が図られ、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

病院理念と4項目の基本方針を明文化し、院内外への周知に努め、中・長期計画との整合を図っている。意思決定会議である管理会議での決定事項等は所属長会議やグループウェアにより組織内周知している。計画に基づいた組織運営を行い、幹部職員が課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。医療情報の活用方針を明確にし、院内で発生する医療統計データを有効に活用している。規程に基づいた文書管理を行いマニュアル類は職員が閲覧可能となっている。

適正な人員の確保に取り組むとともに、PR 動画を作成し積極的に採用活動を展開している。人事・労務管理に関する各種規程を整備し、就労管理の適正化に取り組んでいる。安全衛生委員会を毎月開催し、職員の健康状態の把握に努めている。職員の意見・要望の把握に努め、多様な就業支援制度や福利厚生制度を整備している。

職員研修年間計画を策定し、必要性の高い研修を実施している。能力評価、業績評価を行うとともに能力開発にも積極的に取り組んでいる。初期研修については、各部門の初期研修プログラムに基づき研修を行っている。多くの学生実習生を受け入れ、実習指導者によりカリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」「こどもの患者さんの権利」をそれぞれ5項目で掲げ、権利の擁護を明確にしている。診療録開示も手順に則り行っている。説明・同意、セカンドオピニオンに関する方針・手順を明記し適切に運用している。治療用パスと患者用パスを作成し、患者用パスを用いて日々の治療、ケア内容を患者と共有している。患者サポートセンターにMSW、看護師、公認心理士を配置し、入退院支援、医療福祉相談、がん相談支援、こころの相談などを多岐にわたって支援している。患者の個人情報、個人情報保護規程を整備し管理している。医療倫理は明文化しており、現場レベルでの困難事例は、緊急小委員会を開催する仕組みになっている。

病院建物はバリアフリー構造になっており、全館Wi-Fiやコンビニエンスストアを整備し利便性に配慮している。病棟には食堂談話室を設置し、患者・家族がくつろげるスペースを確保しているほか、清掃や整理整頓も行き届いている。受動喫煙対策として、施設内掲示のほかにホームページや入院案内に敷地内禁煙を明示している。

4. 医療の質

業務改善事例として、グループウェアの導入による効率化や勤務管理システムとして「IC Tag」を導入して継続的に業務の質改善に取り組んでいる。診療の質の向上に向けた活動として、各診療科のカンファレンスをはじめ、POC（術前カンファレンス）やCPCや画像カンファレンスといった多くの合同症例検討会を積極的に開催している。院内5か所に投書箱を設置し、患者・家族の意見を収集しているほか、毎年患者満足度調査を実施し、サービス改善に繋げている。新たな診断・治療法や技術の導入に際した申請の手順を整え、「倫理委員会」、「業務改善委員会」で審議して導入している。

病棟、外来等における管理・責任体制として、責任範囲や役割を明確にしている。医師の診療記録は現病歴、身体所見、検査所見、治療方針など適時に記載している。退院時サマリーの2週間以内作成率100%を目指すとともに質的点検の充実が望まれる。部門横断的な活動実績や、多職種カンファレンスを行っており、多職種が協働してチーム医療を展開している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、各部門の代表者で構成する医療安全対策委員会において、院内の安全確保に取り組んでいる。電子カルテの報告システムを用いてインシデント・アクシデント報告を収集し、分析、再発防止対策と評価を行っている。医療事故等の発生時は、医療安全対策マニュアルに沿って対応しており、必要時には第三者を委員長とした事故調査委員会を開催する体制となっている。

患者誤認防止対策は、患者本人による氏名・生年月日の申告のほか、リストバンド等での確認、手術時はタイムアウト・マーキングを実施している。電子カルテのメール機能、掲示板を活用し、指示内容、検査結果報告を正確かつ迅速に伝達している。病棟の麻薬保管庫は、テンキーによる開閉式でIDもランダムに設定されており、ログによる管理も行っている。転倒・転落防止対策は、全入院患者にリスク評価を行い危険度に応じた看護計画を立案している。医療機器の管理は臨床工学技士が担当し、マニュアルの整備や医療機器の安全使用に向けた情報発信、研修会の開催等を行っている。患者急変時の対応体制として、MET コールシステムを整備している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の組織として、専従 ICN と専任の ICD、細菌検査技師および薬剤師で構成する感染制御室を設置している。感染制御上の重要な案件は、院長を含む院内感染対策委員会により決定している。院内感染対策マニュアルの最新版は、常に活用できるように電子カルテ端末から閲覧可能となっている。各種耐性菌を含む分離菌と薬剤感受性を把握し、アンチバイオグラムを作成している。部門別サーベイランスは SSI を分析し JANIS に報告している。宮城県感染症発生動向調査週報をもとに、院内への情報提供と注意喚起を行っている。保健所と定期的にカンファレンスを行い、地域の感染症流行状況を確認し情報交換を行っている。

医療関連感染制御の活動は、ICT の感染管理認定看護師を中心に多職種で行っており、標準予防策を徹底し、手指消毒剤の使用量の調査をしている。抗菌薬の採用・削除は、随時開催される薬事審議委員会で決定している。院内感染対策マニュアル、抗菌薬適正使用マニュアルを作成し、適宜改訂・変更を行っており、電子カルテ端末で随時閲覧可能である。AST カンファレンスに東北大学の感染症専門医が参加しており、抗菌薬の適正使用に向けた助言を得ている。

7. 地域への情報発信と連携

病院広報誌として、地域住民へ向けた「中核だより」、連携関連施設に向けた「Collaboration」をそれぞれ年3回発行している。広報誌では新任医師や認定看護師の活動、連携している登録医などの情報をわかりやすく紹介している。全国自治体病院協議会の医療の質の評価・公表等推進事業に参加し、診療実績を公表している。地域医療支援病院として、年1回みやぎ県南中核病院地域医療連携運営委員会を開催し、地域からの意見やニーズを把握している。病院の登録医に対しアンケートを実施し、病院の運営方針にも反映させている。医療機関からの患者紹介は地

域医療連携係で対応しており、MRI、CTなどの医療機器の検査依頼は、機器の管轄部署が患者紹介として受け付けている。地域からの要請に基づき、公開講座を開催し、認定看護師を講師として派遣している。その他にも、企業や教育機関からの依頼を受け、医師や医療技術者を講師として派遣するなど、地域の中核病院の役割を果たしている。年3回開催している関連医療機関の登録医会では、大学教授などの講師を招いた講演会も開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の診断的検査の必要性は、医師により必要性・リスクを説明し、同意を得て実施している。入院は医学的判断により決定し、患者・家族に必要性を説明しており、入院診療計画書は個別性に配慮し作成している。患者サポートセンターを設置し、MSW、看護師、公認心理士が専門性を発揮し、さまざまな相談に対応しているほか入院に必要なオリエンテーションを行っている。

医師は病棟スタッフと情報交換を適宜行い、患者の病態を把握しており、看護師は看護基準および手順に則り、多職種と連携して役割と責任に応じた病棟業務を行っている。手術適応や術式の選択は、各診療科カンファレンス等で検討し、患者・家族に、手術と麻酔に関する説明を行い、同意を得て実施している。

入院患者全員に褥瘡発生リスク評価を行い、状態に応じた予防と治療を多職種チームで行っている。身体拘束最小化委員会を中心に活動し、直近の身体拘束率は4～6%で推移し、適正に管理されている。全患者を対象とし入院時病棟スクリーニングにて介入患者の抽出を行い、入院時から退院を見据えた介入を効果的に行っている。ターミナルステージは患者・家族の意向を尊重し対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別と管理、すべての抗がん剤などの調製・混合を行っている。臨床検査機能は、検体検査、生理機能検査などの業務を24時間体制で維持しており、画像診断機能はタイムリーな画像撮影と迅速な読影と報告を実践している。栄養管理機能は、病棟との連携により主食の変更など個別対応している。リハビリテーション機能は、入院早期からリハビリテーションを提供している。診療情報管理機能は、電子カルテを用いて一元的な診療情報管理を行っている。医療機器は臨床工学室で臨床工学技士が一元的に管理している。洗浄機能の中央化と衛生的な洗浄・滅菌機能では管理責任体制が明確である。

病理医と細胞検査士で病理組織・細胞診断、術中迅速診断などのすべての業務を実践している。放射線治療機能は、毎週カンファレンスを行い治療計画、照射位置を確認している。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会の管理のもと、手順に沿って行っている。手術スケジュールは手術室看護師長と麻酔科医師が協議し対応している。集中治療室は15床を整備し、診療各科と救急科が協働して管理運営している。救命救急センターとして求められる救急医療機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算に基づく運営がなされ、予算の執行状況を管理しており、経営状況は経営会議で報告している。地方公営企業基準会計に沿って、会計処理を行っている。窓口業務や収納業務は委託職員が行っており、会計窓口には自動精算機を設置しているほか、クレジットカード支払いに対応するなど、利便性に配慮している。業務委託の是非や委託範囲は、業者選定審査委員会で検討している。委託業者と病院は、日報や業務報告書などで委託業務の履行を確認している。施設・設備の管理・責任体制は明確であり、各種設備の日常点検や年間保守点検など計画に基づいて行っている。医薬品の採用は薬事審議委員会で、診療材料は診療材料委員会で採用を検討しており、原則として一増一減方式で購入を決定している。

リスクに対応したBCPを策定し、防災マニュアルを整備している。定期的に災害訓練を実施し、自然災害への対応体制を整えている。非常時用の食糧・飲料水の備蓄も整備している。保安業務は、委託業者の保安警備員を配置し、院内巡視、24時間体制で出入口の出入管理を行っている。防犯マニュアルが整備され、緊急時の連絡・応援体制も明確になっている。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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： 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	306	295	+23	80	10.2
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	4	4	+4		
総数	310	299	+27		

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	-12
集中治療管理室 (ICU)	0	-2
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	15	+15
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	+0
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 8人 2年目： 8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

