

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月19日～2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 慢性期病院 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副） 認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

基本理念と行動指針（基本方針）が明文化されている。行動指針の「医療人としての感性（低賞感微）」が法人としての基本的な考え方となっている。貴院は回復期機能と慢性期機能をもち、建物設備や運営・管理については、先進的な取り組みをされている。貴院の特徴的な取り組みは、総合病院と建物が接続した設計、ゼロ動線病棟、エコアクション21認定、BSCによるマネジメントなどとともに、早期より病院の質向上に向けた取り組みを行い、病院機能評価を継続して受審している。

今回の病院機能評価の受審においては、高く評価された取り組み、一定の水準にあると評価された項目も多いが、一部に課題も示されている。今後、課題の解決に確実に取り組み、より質の高い医療サービスの提供を目指すことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と行動指針（基本方針）は明文化され、その取り組みについては、各年度の基本方針、運営方針に示されている。職員や院外に対しての取り組みも適切である。病院の意思決定会議の決定事項は、院内スタッフ会議などを通じて院内に周知されている。法人の中長期計画が示され、部門・部署・職員の目標の設定はBSCの手法で作成されている。患者の診療情報は診療情報管理室が管理し、システム全

般については病院情報管理室がいずれも適切に対応している。文書管理規程は制定後、数回の改訂が加えられている。関連するマニュアルの作成要領も含め、わかりやすい記述内容となっている。

医療法の標準人員や施設基準等の必要人員数を満たした人員を確保しており、勤怠システムの活用により、勤務内容が効率的に管理されている。人事・労務管理に関しては、各種規則・規程や関連法規が遵守されている。健康診断は、非常勤医師を含め確実に実施されている。その他職業感染、ストレス、ハラスメントにも適切に対応している。職員からの意見などは、ストレスチェックや職場風土アンケート調査などから得ている。また、職員の就業支援策も各種講じられている。教育委員会が病院全職員の教育・研修を担当し、年間の研修計画を立てている。医療安全や感染制御など、必要性の高い研修の受講率は総じて高く、適切である。能力評価や能力開発に関する方針は明示されている。職種によって作成されたスキルアップ確認シート（BSC のスコアカード）に基づき、職員個別の能力や技術が等級で評価されている。学生実習の受け入れは、医学生、看護師、療法士、管理栄養士、臨床工学技士、社会福祉士の実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利宣言」を定め、各種権利などを明文化し、職員や院外に各種媒体で周知に努めている。説明と同意に関しては各指針や手順に定められ、セカンドオピニオンの対応マニュアルも整備されている。今後、同席ルールを明確化することを期待したい。「患者・医療者のパートナーシップ」が明示され、医療への患者参加が呼びかけられている。また、退院前カンファレンスには、患者・家族の参加を促進している。相談の窓口が設置され、院内外に周知されている。また、対応する職員も社会福祉士など複数の職員を配置している。患者・家族からの相談内容は、個人情報保護に配慮して対応している。個人情報保護規程や取り扱いの基本方針は明文化されており、職員が個人情報を使用する際は、倫理検討会に申請書を提出し許可を得るなど厳格な手順となっている。倫理検討委員会が設置され、検討会マニュアルが整備されている。月 1 回の定例会議と年 1 回の事例検討会が開催されている。毎月開催する倫理検討委員会では様々な倫理的課題について、多職種で話し合える組織的な体制が構築されている。

病院は最寄り駅から徒歩圏内であり、立体駐車場の使用も可能である。透析患者には、毎日、送迎車が複数コース運行されている。院内の床は滑り止め仕様のシートが敷かれている。意匠登録された「ゼロ動線病棟」により、スタッフの動線と患者の動線が分けられている。安全管理やプライバシーにも各種機器で対応しており、患者視点での療養環境の整備は秀でており高く評価できる。院内および敷地内は禁煙となっており、入院案内やホームページおよび、院内掲示でも周知している。

4. 医療の質

法人内の医療・介護データを統合する医療情報のDX化により、院内の電子カルテ入力などの業務効率化や情報共有の能率化を図っている。また、厚生局の施設基準等適時調査、保健所立入検査の指摘事項にも速やかに対応している。各種カンファレンスなどを多職種で活発に実施し、情報を電子カルテに記録・整理・共有し、その後の診療・ケアに役立てている。患者・家族からの意見や要望および、苦情については地域医療連携センターが窓口となり、意見箱や患者満足度アンケートおよび、現場の職員などから得ている。新たな診療・治療方法の導入は倫理検討委員会で内容を審議している。また、臨床研究についても倫理検討委員会で審議の上、許可を得て実施している。

外来や病棟には、各責任者氏名が掲示されている。主治医不在時の代行医が定められており、診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は関連する多職種が電子カルテに、必要事項をSOAP形式で適時に記載している。略語についても多職種が閲覧、利用する観点からは望ましい状態である。診療情報管理委員会で点検項目を定め、定期的に医師の診療記録の質的点検を行っている。多職種が参加する多数のカンファレンスが開催されている。また、職種横断的な取り組みとしての委員会活動も活発に開催されている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が設置されている。室長の医師の他、専任の看護師や各安全管理責任者が配置されている。医療安全管理者研修を終えた看護師長が活動している。情報収集はインシデント・アクシデントレポートで行われ、報告された事例はRCA（根本要因分析）を行い、医療安全管理者に報告されている。医療事故発生時の手順として、医療安全マニュアルが作成されている。医療メディエーターが在籍しており、顧問弁護士との契約の他、病院賠償責任保険にも加入している。

「医療安全管理マニュアル」に対応手順が明文化され、適切に運用されている。

患者誤認防止対策として、リストバンドおよびベッドネームで確認を行い、誤認防止の徹底に努めている。電子カルテで指示出し・指示受け、実施・確認まで一連の過程を伝達し、変更・中止指示にも適時に対応している。原則として口頭指示は禁止としており、その都度医師へ指示入力を依頼している。病棟における麻薬や向精神薬などの保管・管理を手順書に定めている。薬剤の取り違い防止、副作用発現の把握と対応、服薬指導などについても、薬剤師が積極的に対応している。「転倒・転落防止マニュアル」が整備され、転倒・転落アセスメントチャートにて全入院患者にリスク評価が行われている。危険度ごとの対応策も決められている。輸液ポンプなど医療機器の使用マニュアルが定められ、使用中の機器作動点検はチェックリストを用いて行われている。臨床工学技士による人工呼吸器の作動点検は毎日実施されている。院内緊急コードが設定され、招集訓練が行われている。また、救急カートの薬剤や物品は院内で統一されている。

6. 医療関連感染制御

「院内感染対策指針」を定めて、院内感染対策委員会（ICC）を毎月定期的開催し、必要時には臨時に開催している。ICCの下部組織として、医師（院内感染責任者、ICD）、看護師他、多職種から構成される感染制御チーム（ICT）を設置している。「院内感染対策指針」には、ICTの円滑な活動のために、権限付与の明文化が期待される。多剤耐性菌などの重要な感染症発生時には、外部検査機関から報告を受けた臨床検査技師から、関係各部署に情報が伝達される仕組みである。院内外の感染流行情報を収集・分析し、院内に情報を周知している。アンチバイオグラムの作成について検討を期待したい。

速乾性手指消毒剤は、病棟内の要所に設置および職員が携帯しており、使用量のモニタリングが行われている。病棟、透析室における感染性廃棄物の取り扱いは、発生場所での分別など適切に行われており、おむつ等の廃棄物も感染性廃棄物として取り扱われている。病棟には、陰圧室が整備されており、空気感染への予防対策に対応ができる状況である。院内感染委員会マニュアルに「抗菌薬の適正使用」を定めている。特定の抗菌薬は届出制とし、長期使用例などに対しては使用に際し注意喚起を促している。薬剤耐性対策の観点から、医療関連感染制御部門の積極的な関与が期待される。

7. 地域への情報発信と連携

広報に関しては地域医療連携センターが窓口となり、外部への情報提供として病院案内、入院案内、広報誌、ホームページ、年報などを発信している。年報には部門別活動報告や各種統計のグラフなどが掲載されている。診療実績はホームページに病院実績として外来、入院患者数をはじめ疾病別患者数割合など、詳細な数値がグラフなども活用し、掲載されている。地域連携は地域医療連携センターが担当している。地域の人口動態・高齢化率・疾病構造・救急医療などの把握は、行政のネットワークなどから収集している。隣接している急性期病院とは、様々なカンファレンス（胃瘻造設、褥瘡、整形、消化器等）を開催し、CT・MRIの共同利用も行っている。入院時から在宅復帰の意向を確認し、各種カンファレンスの開催や家屋調査、継続看護を含め、支援体制を取っている。地域活動の窓口は地域医療連携センターとリハビリテーション室が担っている。院長、副院長が地元医師会での活動に参加し、特定健診や各種の予防接種の実施、学校保健活動・産業保健活動などに関わっている。毎年、地域公開講座としてグローバルウェルネスデーの行事を地元のコミュニティ協議会と共催している。また、医師や療法士が転倒予防、フレイル、腰痛、認知症、摂食などのテーマで公開講座の開催に加え、地元の中学生や高校生を職業体験などで受け入れている。地域の医療関連施設等に向けた活動では、透析会の事務局を担うとともに療法士が介護予防などの講師を務めている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付に医療コンシェルジュを配置し、自動受付システムが設置されている。診察時、医師は模型などを利用してわかりやすい説明に努めている。「説明と同意の手順」で同意書の取得を要する検査・処置の範囲を具体的に定めている。原則として入院紹介患者を断らないことを受け入れ方針としている。入院診療計画書の作成には医師、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士など多職種が関与している。看護師は生活面での情報収集や認知機能、転倒・転落リスク、褥瘡リスク評価などを行い、看護計画を立案している。病棟にはMSWが担当制で配置され、多様な相談に対応しているが、相談内容によっては公認心理師への相談対応も可能である。入院前に地域医療連携センターのMSWが必要な患者情報を収集している。

主治医は必要な指示出しや看護師からの依頼にも速やかに対応するなど、臨床現場においてリーダーシップを発揮している。看護基準・手順集、看護部業務基準等が整備され、適切に病棟看護業務が行われている。医師は画像検査などに基づいて全身評価し、病棟看護師は入院時アセスメントを基に看護計画を立案している。投薬については医師が患者に必要性和リスクを説明し、薬剤師は服薬指導と薬歴管理を行い、看護師はバーコード認証の上で実施している。主治医は患者・家族に必要性やリスクを説明し、同意書を取得した上で指示している。今後は輸血・血液製剤の適正使用について、規程をまとめておくことが期待される。重症患者は患者アセスメントに基づき、医師の頻回な観察の上で管理している。高機能除圧マットレス使用などの予防対策、療法士の良肢位保持などの対応が行われている。管理栄養士および看護師は、入院時に栄養スクリーニングを実施し、栄養状態をアセスメントした上で、必要時に栄養管理計画を立案している。医局マニュアルに「緩和マニュアル」「がん疼痛の薬物療法マニュアル」が整備されている。今後は、様々な症状に対する看護ケア基準・手順を作成されることを期待する。入院早期から療法士が多職種と協働しながら、患者の個々の状態に応じたリハビリテーションを提供している。毎週日曜日の病棟レクリエーションやテレビ体操の取り組みを行い、ベッドサイドではラジオ視聴や季節ごとの壁画づくりを進め、個別対応も行っている。身体拘束を行わないことを前提とした基本方針が定められている。拘束中は定期的に患者の状態等を観察し、記録している。退院に向けた課題を明らかにして退院支援を行い、退院前には、退院前合同カンファレンスを開催している。退院後は連携する医療機関や介護サービス事業所、居宅などに診療情報提供書や看護サマリー等を送付している。ターミナルステージの判定はガイドラインに基づき主治医によって行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

外来の受診や入院相談は、地域医療連携センターの担当者が医師につなげている。リハビリテーション科外来は予約制としており、自院退院後の患者のフォローアップを中心に行っている。診断的検査は、医師の指示のもと検体検査、生理検査、画像診断等が適時行える体制である。入院は対象疾患としているが、自院で対応できない場合の他、基本的に断らない方針である。医師は入院時診察や各種情報

に基づき、治療計画とゴールおよび入院期間を設定している。専門性に応じて各職種が初期評価を行い、個別のアプローチやゴールを設定している。回復期リハビリテーション病棟担当のMSWが配置され、患者・家族からの医療相談に応じている。スムーズな入院に備え、入院案内や病院案内などを紹介元医療機関に送っている。リハビリテーション科の専門医などは、定期的な回診や実施状況の把握に努めている。看護と介護職は病棟の方針・目標を掲げ、業務分掌により業務を遂行している。内服薬は一包化され、患者名、薬剤名、投与量、用法などが印字されている。病棟で輸血療法を行うことはほとんどないが、必要な患者には自病棟で行う仕組みである。多職種で構成される褥瘡対策チームが、回診と褥瘡カンファレンスの下、方針の検討をしている。体重変化、BMIなどで、低栄養や褥瘡などを認めた場合は、NSTカンファレンスで検討している。患者の苦痛を緩和するため、訴えの傾聴やフィジカルアセスメントを行い、症状への対応や日常生活を援助している。理学療法を365日体制で提供し、個別性の高いプログラムで患者の移動能力向上に努めている。作業療法士より初期評価が行われ、目標やゴール設定をして患者の生活能力向上に努めている。標準的言語聴覚療法だけでなく、高次脳機能障害や摂食・嚥下訓練へも積極的に関わっている。更衣は生活リズムを整えるための動作として着目し、日中更衣表を用いてアプローチしている点は高く評価される。身体拘束は基本的に行わない方針だが、必要な場合はマニュアルに沿って最小限に実施している。多職種で専門性に応じた評価を行い、入院早期から退院後を想定した退院計画を設定している。退院後に継続したケアが必要な患者には、在宅生活で予測される課題について支援をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤指針に則して処方鑑査を適切に実施している。疑義照会も検査データを参考に用量調整を提案するなど、積極的に対応している。注射薬の1施用ごとの取り揃え、持参薬の管理、薬剤の温・湿度管理、紛失防止対策も適切である。院内では血算、CRP、血液ガス、COVID-19抗原検査、心電図、超音波検査などを実施している。その他の検査は全て外部委託である。異常値やパニック値を認めた際に、対応可能な医師に確実・迅速に報告する仕組みを整備することが望まれる。放射線室は一般撮影・ポータブル撮影・透視検査・腹部エコーに対応する体制である。患者の特性や摂食状態によりほぼ個人ごとに対応した食事が提供され、「季節膳」や行事食も提供している。衛生区域、非衛生区域が完全に区別され、衛生面については大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて調理されている。多数の療法士と常勤の義肢装具士の配置により、脳血管疾患等・運動器・呼吸器・がん患者等のリハビリテーションから、廃用症候群のリハビリテーションまで高齢者から小児まで多様なニーズに対応している。診療情報の管理は院長直結の診療情報管理室に、専任の診療情報管理士が配属されており、診療記録の形式的な点検は診療情報管理士と医事課職員により、全件実施されている。主な医療機器の管理は、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、モニターであり、医療機器の保管・管理は臨床工学技士によって一元管理され、業者による点検も行われている。一次洗浄・消毒は中央化さ

れ、オートクレーブおよびガス滅菌が行われている。滅菌器材は、鑷子や膿盆、泌尿器科関連の器材であり、適切に滅菌を行っている。

病理検査は全て外部委託であり、内視鏡検査での生検材料が主である。今後、病理診断報告書の未読・既読を確認する仕組みの整備が期待される。輸血担当部門を臨床検査室に置き、輸血療法委員会を開催して血液製剤の使用状況を報告している。血液の廃棄率の低減に向けて、血液製剤の適正使用の推進を期待したい。かかりつけ患者の急変時や関連施設・近隣施設からの救急患者を可能な限り受け入れることを方針として救急医療を行っている。

10. 組織・施設の管理

法人の中長期計画に基づいて年度の基本方針、運営方針を策定している。数値的に具体化したものが予算となっている。会計処理は病院会計準則に準じ、会計監査は公認会計士に依頼している。レセプトの点検は、電子カルテ上のレセプト支援システムで行われている。未収金については医事課のマニュアルに、電話、自宅訪問などの回収対応や督促の手順が定められている。委託業務の選定・決定は、費用と品質に視点が置かれ、委託業務の実施状況の把握は、契約書に沿って履行されている。

敷地内のキラメキテラス内にエネルギー棟があり、電気、温水、セントラル空調などの供給を受けている。感染性廃棄物は処理規程に沿って処理され、保管場所も適切に管理されている。購入システムで在庫状況を確認し、発注を行っている。また、物品使用の標準化を図り、コストの低減に向けて取り組んでいる。機能存続計画（BCP）は地震、津波、水害、火山噴火、火災、感染などについて策定されている。緊急時の責任体制、緊急連絡網、マニュアル、訓練、招集方法などはBCPに記載されている。施設管理部の職員と警備員が保安業務を担っており、緊急時は遠隔通報装置（監視盤）で対応している。院内の各出入口は入室制限が設定され、多数の防犯カメラも設置されている。

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	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	患者の個人情報を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	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	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	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	S
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	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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	B
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	S

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル

I-1-2 機能種別：慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：鹿児島県鹿児島市高麗町43-30

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	109	109	+109	93.5	38.8
療養病床	89	89	-90	97	135.5
医療保険適用	89	89	-90	97	135.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	198	198	+19		

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		
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	33	+11
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	55	+25
地域包括ケア病床	45	+15
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

在宅療養支援病院

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： 人 2年目： 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 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 2022	2年前 2021	3年前 2020	昨年度 2022	2年前 2021
1日あたり外来患者数	39.24	36.40	36.99	107.80	98.40
1日あたり外来初診患者数	4.82	2.73	2.12	176.56	128.77
新患率	12.28	7.51	5.73		
1日あたり入院患者数	188.66	176.56	160.90	106.85	109.73
1日あたり新入院患者数	1.99	1.63	1.06	122.09	153.77