

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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15日～2月16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
------	-------	----

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は1977年の法人設立後に開設され、その後の変遷を経て糖尿病を中心に慢性期、リハビリテーションおよび在宅医療に力を注ぎ、地域の医療を支えている。療養病床では在宅復帰に力を注ぎ、多職種が連携してその機能を発揮している。居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、訪問介護事業所、訪問リハビリテーションに加え、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、地域型保育事業（保育園）を併設しており、様々なサービスを提供できる体制が構築されている。また、他の機関との連携にも力を入れ、地域での慢性期・回復期・在宅医療の提供機関としての地位を確立している。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内および院外にホームページや病院案内、広報誌等を通じて周知されている。また、病床機能を設立時より変更してきたが、それに合わせて基本方針の見直しも行っている。見直しの検討も定期的に行うなど地域の医療ニーズに合わせた病院づくりに取り組んでいる。様々な委員会や会議体があるが、どれもが機能し、それぞれが連携しながら効果的な組織運営が病院管理者や幹部のリーダーシップの下、適切に行われている。

魅力ある職場づくりや、やりがいのある職場づくりを目指し、人事考課、ラダー研修など様々な取り組みを行い人材の確保に向けて努力している。人事・労務管理も法令に則り委員会や規程が整備されている。職員の衛生、安全管理は全職員に対し年2回の健康診断の実施や、予防接種の全額病院負担、就業形態では時短制度の導入や福利厚生も充実させ、職員にとって働きやすい、そして職員にとって優しい病院づくりを行い、そのうえで理念達成に向けた組織運営が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、周知にも取り組み、院内での研修も毎年行われているほか、カルテの開示実績もある。患者への説明も一方通行ではなくパンフレットや分かりやすい図や絵などを利用して理解しやすいように配慮している。患者の支援体制が整備され、患者や家族が相談しやすい体制が構築されている。また、家族会を年1回開催するなど患者支援への取り組みは積極的である。プライバシーに関しても厳格であり、職員への教育も行き届いている。倫理的課題については、必要時に委員会を開催することになっている。

患者や家族の利便性については様々なサービスが受けられる配慮があり、かつ患者と家族との関係が希薄にならないような働きかけも行っている。院内は広く、バリアフリーとなっている。清潔で明るく、療養環境は充実している。

### 4. 医療の質

様々な方法で患者や家族の意見を積極的に聞き、質改善へ取り組む姿勢が見受けられる。新規入院患者については、全例多職種による共同指導カンファレンスが実施され情報共有も図られている。クリニカルパスがあり、取り組みが始まったところであるが、地域連携パスへの参加もある。業務改善への取り組みは積極的であり、業務改善委員会やQCサークルが活動している。地域住民の代表との「病院づくりの会」なども行われている。新たな治療方法についても倫理面や安全面に配慮して幹部会議で検討したうえで導入している。

診療やケアの責任体制は明確で、責任者不在時の対応も院内で周知徹底されている。各責任者はベッドネームや部屋の入口に担当者を明示し、患者や家族に伝えるよう取り組んでいる。退院時サマリーの2週間以内の作成率はほぼ100%である。

### 5. 医療安全

安全確保に向けた取り組みは、専任の医療安全管理者を中心に多職種で行っている。医療安全標語を掲げ職員への医療安全に対する啓発活動も積極的に行い、マニュアルについても必要に応じて適切に改訂が行われている。インシデントやアクシデントレポートも各職種から提出され分析が行われており、再発防止に向けた取り組みもみられる。

誤認防止も原則は患者自身による名乗りとなっており、バーコードなども導入し安全対策に取り組んでいる。やむを得ず口頭指示を行う場合については、決められたルールに沿って適切に対応されている。転倒・転落防止対策として、入院時には全患者に対してリスク評価を行い、リスクのレベルに応じた看護計画を策定し個々に応じた看護・ケアができるよう実行されている。院内で使用する医療機器の安全管理は、各病棟の看護師が日常点検を行い管理している。また、年1回は業者による定期点検も実施され、医療機器の安全確保が行われている。緊急時への対応もコードブルーが院内で周知徹底されており、救急カートも各病棟に加え外来等に配置し、薬剤は日々のチェックに加え薬剤師も月1回介入しチェックしている。

## 6. 医療関連感染制御

ICC および ICT が組織され、院内で医療安全対策に関する活動が行われている。マスクの払い出し量や手指消毒薬剤の使用量の把握等、院内で適切に感染対策に取り組んでいる。また、ICT による環境ラウンドや抗菌薬使用に関するラウンドのほか、感染対策に関する研修も行っている。感染制御の活動として、地域の合同カンファレンスへの参加や JANIS への参加に加え感染情報は市の感染症情報を基に ICT ニュースとして院内に情報提供している。

必要箇所には PPE を設置し、適切な感染予防対策が行われている。また、個人用として手指消毒剤を携帯し、使用量の確認なども行っている。抗菌薬適正使用マニュアルがあり、特殊な抗菌薬は届け出制となっている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院が提供するサービスおよび実績などは、広報部会が中心となり、広報誌やホームページ、および県の総合医療情報システムで関係機関や地域へ情報発信し、連携強化に努めている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページ等で受診に必要な情報が提供され、円滑に受診できる体制が整備されている。初診や再診、会計への流れもスムーズであり、紹介患者の受け入れも適切に行われている。また、待ち時間への配慮もあり、自院で対応できない疾患や患者の緊急転送等へも適切に対応できる体制が構築されている。糖尿病療養指導士によるフットケア外来も月に 20 件程、実施されている。入院する場合、多職種による病床運営会議が週 5 日開催されて情報共有がなされ、患者・家族の意向や状況を把握して診療計画が立てられている。

入院相談に対しては連携室が窓口になり対応している。医療メディエーターの有資格者も在籍し、患者サポート会議が開催され、多職種との連携も図りながら対応している。入院のほとんどは紹介患者であり、MSW から入院前に患者や家族へ説明が行われ、入院後は看護師からオリエンテーションが行われている。看護基準や介護基準が整備され適切に業務分担も行われている。抗菌薬の初回投与時や輸血時の患者の状態観察記録については記録の充実を望みたい。褥瘡予防に対してもリハビリテーション療法士と連携し、評価を行い対応している。摂食・嚥下療法は看護師も含めて行われ、歯科医師、歯科衛生士、看護師や言語聴覚士による口腔ケアも行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査と疑義照会は良好に実施され、処方や調剤等の業務、麻薬管理も適切である。入院患者の内服薬は 1 包化され、注射薬は 1 施用ごとに取り揃えている。臨床検査機能や画像診断機能は適切に発揮されている。病理所見や画像診断も遠隔診断を行うなど、報告体制が確立している。画像診断については医師の既読を確認するシステムもある。栄養管理機能は、適温で適切な時間に配膳さ

れている。嗜好調査も行われ、患者の特性にも対応するなど、評価と改善を行っている。行事食だけでなく月1回のデザートデイを実施したり、選択メニューを一部の治療食にも導入したりするなど配慮されている。リハビリテーションは、主治医の指示後、リハビリテーション基準や中止基準、安全管理基準、評価基準等に基づいて実施計画書を作成したうえで実施している。月1回実施計画書を作成し、長期療養患者の定期的な再評価、ゴールの見直しを行っている。情報管理機能については電子カルテに移行しており、紙カルテも含めて診療情報の一元的な管理が診療情報管理室にて行われている。主な医療機器は、輸液ポンプ・心電図モニター・除細動器などであり、病棟の看護師が日常点検を行っている。医療機器業者による保守点検は計画的に年1回実施されている。使用済みの器材は、各部署から回収して中央材料室にて洗浄・消毒・オートクレーブによる滅菌作業を行っている。

病理検査は全て外部委託であり、病理診断報告書のファイリングや臨床検査室における標本の保存も適切である。輸血用血液製剤の発注・保管・供給は検査科が担当し、血漿分画製剤に関しては薬剤科が担当している。薬事（輸血）委員会を隔月開催し、使用状況の把握や検証を実施している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、中・長期計画を単年に落とし込んだ事業計画が作成されており、財務諸表も適切な会計基準に則り作成されている。医事業務は、マニュアルに則って初診や再診への対応、収納業務およびレセプトの作成や点検、減点や返戻への対応が行われている。業務委託は、委託業者の選定基準に基づき適切な対応が行われている。

施設・設備の日常点検は業務課が行い、月例や年間保守、法定点検は年間の業務計画も立てて実施している。感染性廃棄物の処理方法についても適切である。購入物品の選定は各部署と相談のうえ、総合的に決定している。使用期限の管理や在庫状況も棚卸を年2回行い対応している。

大規模災害、防災、BCPへ対応できるマニュアルが作成され訓練も行われている。緊急時の招集訓練も行われ、緊急時に駆けつけることが可能な人数も把握するなど災害に対する意識は非常に高い。保安機能は事務職員が中心となり、365日体制で夜間および日中の保安業務にあたっている。緊急時の対応などの体制も明確であり、火災時等は消防と直接自動で電話がつながるシステムが導入され、院内には防犯カメラも設置されるなど、適切な保安体制が確立している。医療事故発生時の対応手順が定められ、顧問弁護士に相談・指導を受けられる体制が確立している。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護部、リハビリテーション、連携室、医事課、栄養科、薬剤科にて学生実習の受け入れを行っている。総務課が感染や安全および守秘義務等についての学生実習の基本契約について確認し、一元管理している。患者・家族からの同意を得たうえで、受け入れ部署で作成された研修プログラムに従い適切に実習を行っている。

# 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・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	B
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	S
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	S
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	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	A
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	栄養管理と食事指導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	A
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	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	NA
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	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	NA

## 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	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	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	S
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 11 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人成仁会 くまもと成仁病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市東区戸島2-3-15

## 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	37	37	+0	87	21.2
療養病床	143	143	+0	99.1	109.7
医療保険適用	143	143	+5	99.1	109.7
介護保険適用	0	0	-42		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	180	180	+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		
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		
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	50	+5
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		
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

## 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	117.84	111.29	113.33	105.89	98.20
1日あたり外来初診患者数	4.99	5.25	4.82	95.05	108.92
新患率	4.24	4.72	4.25		
1日あたり入院患者数	214.16	212.48	205.70	100.79	103.30
1日あたり新入院患者数	1.64	1.71	1.76	95.91	97.16