

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5月16日～5月17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、1987年に鹿児島県の徳洲会病院の基幹病院として開院し、2021年12月に鹿児島市谷山地区に新築移転し、24診療科310床の急性期病院として「生命を安心して預けられる病院」「健康と生活を守る病院」を基本理念に新しい鹿児島徳洲会病院を開院した。新病院では「救急・災害医療」「リハビリテーション」「離島・へき地医療」という3つの柱の充実を掲げ、加えてシンプル（動線に配慮）とフレキシビリティ（将来を見据えて）をコンセプトとした姿勢が貫かれている。回復期リハビリテーション病床と障害者病床も有し、地域の様々な医療需要に総合的に応える病院である。新病院開院に向けて病院全体で熱心・真摯に取り組まれ、病院長をはじめとする幹部職員および職員全員が一体となって療養環境整備と質改善に取り組まれたことを確認することができた。また中核となる「離島・へき地医療」の対応は屋上ヘリポートの整備計画など将来に向けて確実に進んでいる。今回の受審が新病院のさらなる医療機能充実と運営強化に向けた継続的な質改善活動の一助となることを願い、貴院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念、実行方法は、病院案内、入院案内、ホームページ等で患者・家族等に周知している。病院目標、各部門の目標は病院運営方針に基づいて設定しており、達成度の評価を行っている。院内の情報システムの運用及び管理、活用について、規程等を定め方針を明確にしている。文書管理規程を定め、文書台帳により一元管理している。病院の機能に見合った専門職種の人材を採用している。勤務時間等に関する就業規則や給与規程、育児短時間勤務等の諸規程を整備している。職員

の安全衛生管理では、労働安全衛生委員会を毎月開催している。職員満足度調査、人事考課での面談などにより職員の意見、要望を把握している。教育委員会を設置し、職員に対する必要な研修の実施などを一元的に把握している。職員の能力評価は人事考課制度などにより実施し、研修会参加等の費用負担の支援をしている。専門職種に応じた初期研修をプログラムなどにより計画的に実施し、学生実習では研修・実習の受け入れに関する規程により実習生を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利・義務をホームページや入院案内に明示しており、職員にはポケットガイドで周知している。インフォームドコンセントについて、医療安全管理則に、説明と同意に関する方針や同意書が必要な診療行為、同席基準、意思表示できない患者への対応手順等を明示している。診療・ケアに必要な情報提供は面談や診療計画書、各種文書により行っている。入退院支援部門に「患者相談窓口」を設置し、多職種の連携による診療相談、入退院支援、セカンドオピニオン対応等の機能を備えている。個人情報保護の方針と規定を定めて、患者の個人情報を適切に取り扱い、イントラネットでの周知や集合研修により理解を深めている。「倫理委員会標準業務手順書」を整備し、臨床倫理方針や主要な倫理的課題を明文化している。患者・家族の倫理的課題を把握し多職種カンファレンスを開催している。看護倫理委員会では分析結果を職場にフィードバックしている。施設・設備の利便性では、独自の無料巡回バスを配備し、院内はバリアフリーで玄関に置かれた車椅子、病棟の設備、備品など高齢者・障害者への対応も適切である。院内は整理整頓され、療養環境は整備されている。患者および職員の禁煙による健康増進に向けて適切に対応している。

4. 医療の質

病院の目標計画に基づき、部署毎に改善報告を行い、業務改善発表会を開催するなど、目標管理型アプローチによる部門横断的な活動を行っている。DPC データに基づく臨床指標をホームページに公表しており、他施設と比較する仕組みがある。患者・家族からの意見や要望は毎日開かれる八時会に適宜報告され、緊急度・必要度に応じて患者サービス向上委員会で検討を行い、関係部署と連携して必要な対応策を講じている。新たな技術の導入に関しては、倫理委員会で審査依頼の必要性を検討した後、複数の外部委員が参加するグループ共同委員会で審議する仕組みがある。病棟、外来等における診療・ケアの責任体制は明確である。主治医不在時の体制は整備している。診療録の質的点検の仕組みがあり、全科の医師の診療録を網羅している。多職種による褥瘡予防対策チーム、NST、ICT、RST の専門チームが活動し、毎朝複数の医師と多職種合同カンファレンスを開催している。認定看護師と特定看護師は領域の専門性を発揮しチーム医療を推進している。

5. 医療安全

病院長直轄に医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会や全体セーフティマ

ネジメント委員会を月1回開催し、毎週病院幹部も交えた医療安全カンファレンスを開催して情報を共有している。医療事故が発生した場合は、院内医療事故調査委員会にて規程に則った調査・審議により原因究明と対応策の検討を行う体制を整備している。患者確認や各種誤認防止はバーコード認証などマニュアルに沿って適切に行われている。口頭指示は原則禁止されており、やむを得ない場合に緊急時オーダー伝票を用いて実施する手順が整備されている。麻薬、ハイリスク薬などは適切に管理されている。転倒・転落マニュアルを整備し、リスク評価や危険度別対策、事故発生時の対応手順を定めている。医療機器マニュアルを整備し、職員研修も計画的に実施している。院内緊急コード「ドクターブルー」を設置し、事後検証も実施している。BLS研修は実技研修とeラーニングを実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策向上加算2の施設基準を取得し、医療関連感染予防委員会とICTが整備されている。委員会は定例の会議に加え、必要に応じて臨時開催されている。感染対策マニュアルは適時改訂され、職員用ポケットガイドなどにて周知されている。細菌検査は外注であるが、院内スマートフォンを用いて迅速に結果を確認できる体制がある。感染関連の情報は、ICTによって毎週作成されるレポートを通じて現場にフィードバックされている。SSIに加えてデバイス関連感染症のサーベイランスも開始し、また多剤耐性菌発生時の保健所や地域との連携も適切である。感染予防はICTラウンドで感染性廃棄物に係る環境の点検を行い、リンクナース会で標準予防策の実施状況を確認している。感染経路別トリアージについては外来での対応手順が定められ、病衣やリネン・寝具類の取り扱い手順も遵守できている。抗菌薬使用マニュアルが整備され、広域抗菌剤の届出率は100%である。届出抗菌薬の適正使用に関しては、週1回ICTにて検討され、必要に応じて現場の医師に助言が行われている。手術前予防的抗菌剤投与はほぼ全例に実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は総務課広報担当が入退院支援室や看護部等関連部署と連携しながらホームページを中心に新しい情報を適時に発信している。またInstagramを活用した動画配信など積極的な広報活動に取り組んでいる。一方で患者向けの病院広報誌「か・とく」を発行し、連携先施設や健康友の会会員などに配布している。入退院支援室では紹介・受け入れなど活発に活動し、併設された患者相談窓口と相互連携を取りながら地域連携機能を発揮している。紹介患者の受け入れや連携先情報のとりまとめは電カル内の専用アプリで管理されている。医療機関や介護施設を組織して連携機能を強化するとともに、市内のMSWで構成する地域ネットワークに参加して情報交換と相互連携を深めている。地域に向けた活動は入退院支援室が担当し、地域住民に向けた健康増進活動として「いきいき健康講座」を開催し、地域の福祉機関を対象とした専門的な講座も実施している。新しい地に移転新築された病院であり、地域の夏祭りや菜の花マラソンへの救護活動参加、さらに地域住民を対象にした病院見学会等の計画など病院の役割に応じた地域の教育・啓蒙

活動を積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者相談窓口や外来に配置した自走式案内ロボットが診察室や各種検査室へ患者を案内し、円滑な診察・ケアを提供している。初診患者の情報収集は、AI 問診票や診療情報提供書により行われ、受診番号と氏名、受付票により患者誤認を防止している。患者への説明、同意は医師が行い、外来看護師によってその理解度などが確認されている。診断的検査は同意書を取得し、実施手順に沿って安全に実施している。入院の決定は、担当医師により医学的な判断のもとで行われ、毎朝多職種により全入院症例の治療方針が討議されている。入院時は看護師による入院説明や病棟オリエンテーションが行われ、予定入院や緊急入院への対応も適切になされている。医師は病棟スタッフと連携し、各種アセスメントや多職種カンファレンス、専門チームを活用して患者個々に合った診療・ケアを展開している。入院患者の薬歴管理や薬剤業務は薬剤師が行っている。輸血はガイドラインに準拠して必要性を検討し実施している。周術期では多職種カンファレンスと術前訪問を適切に実施し、患者の重症度に応じて HCU と複数の重症室を弾力的に運用している。褥瘡発生リスク評価や予防対策・褥瘡ケアは、創傷ケア特定行為看護師を中心にチーム医療が展開されている。全病棟に管理栄養士を配置し、患者の状態に応じた栄養管理と退院を見据えた栄養指導を実施している。「緩和ケアマニュアル」に沿って疼痛評価とコントロールを行い、必要時に精神科医師が介入し症状緩和に努めている。リハビリテーションが必要な患者には、療法士が早期に介入している。入退院支援担当者を全病棟に配置し、入院早期に退院支援を実施し、退院先医療連携機関等へ診療情報提供書等で情報提供している。ターミナルステージへの対応は方針・指針に沿って適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は安全に配慮した適切な薬剤管理を行っている。必要な臨床検査を迅速に実施しており、パニック値の医師への連絡は適切である。画像診断は放射線科医師が行い、重要所見の対応も適切である。栄養管理部門は、完全自主運営で清潔な環境で調理から栄養管理まで適切に行っている。病院運営の中でリハビリテーションは重要視され、専門資格を有しているスタッフも多い。診療情報管理士が「診療情報管理規程」により診療情報を電子カルテで一元的に管理し、診療録の量的点検は点検表に基づいて実施されている。医療機器管理システムにより臨床工学室が機器を一元的に管理し、グループ病院のある離島・へき地医療にも携わり、精力的に活動している。使用済み器材の洗浄・滅菌作業は、中央材料室にてワンウェイ化された中で適切に行っている。病理検査は外部委託であり、検体採取、業者引き渡し、結果報告までの手順を整備している。放射線治療が必要な場合は他施設に紹介している。輸血療法マニュアルに沿って業務を安全に行い、血液管理体制も適切である。麻酔標榜医が全身麻酔を管理しており、手術室の清潔管理も適切である。HCU では医師、看護師を含めた多職種が連携して高度集中医療を提供している。救急災

害医療は新病院のコンセプトであり、救急担当医と救命士が中心に 24 時間 365 日の救急医療を積極的に提供している。

10. 組織・施設の管理

病院の予算編成は、中期経営計画と各部門・部署から提出される次年度の業務計画を確認・調整して作成している。診療実績は、計画の進捗確認と問題点の把握・分析・対策を実行し、幹部会議に報告している。徳洲会グループ他施設の実績をベンチマークした経営分析結果は、中長期事業計画や次年度の事業計画策定の指標として活用している。医事課では、手順に沿ったレセプトの査定対応やコーディングにより適切な保険請求に繋げている。施設基準は医事課が管理し、徳洲会グループ他施設の情報などをもとに診療単価向上に取り組んでいる。委託業者の選定については、総務課資材係が担当し、適切に更新や見直し等の運営管理をしている。施設・設備は診療機能等に応じた適切な整備がなされ、日常点検及び年間保守点検を計画的に行っている。購買管理は徳洲会グループと連携し、統一の購入管理システムで適切に管理している。棚卸は毎月実施し、適正な在庫と費用管理行っている。高額な医療機器については、幹部会議で検討・選定し、グループ本部医療機器部を通して購入している。災害時等の危機管理への対応では、災害対策委員会を毎月開催している。自然災害リスクの対応 BCP は策定予定であり今後に期待したい。保安業務は必要な保安要員を配置し、24 時間常駐の体制としている。日々の院内巡回の実施状況、施錠管理などについては日誌で報告を受け確認している。

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	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	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	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	B
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	A
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	B
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	A
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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
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	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 1 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：鹿児島県鹿児島市南栄5丁目10-51

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	250	250	+0	82	40.3
療養病床	60	60	+0	100	180.9
医療保険適用	60	60	+0	100	180.9
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		
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)	10	+0
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	25	+8
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	40	+0
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		
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

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： 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	117.81	111.38	93.35	105.77	119.31
1日あたり外来初診患者数	31.96	18.91	11.47	169.01	164.86
新患率	27.13	16.97	12.28		
1日あたり入院患者数	275.68	247.85	258.64	111.23	95.83
1日あたり新入院患者数	6.09	4.10	3.66	148.54	112.02