

## 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1月31日～2月1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	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

貴院は鹿児島・日置医療圏に位置し、昭和40年に中村外科医院として創設され、幾多の変遷を経て現在では慢性期医療と回復期リハビリテーション医療を担う機関として、地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に継続的に貢献し信頼を得られていることは高く評価される。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが多くの委員会活動を展開し、理念達成に向けた取り組みが行われている。このたびの病院機能評価は更新審査であるが、早期から改善に向けた取り組みが行われており多くの項目が一定の水準に達していると評価された。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。以下に述べる総括を参考にされ、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展が期待される。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念、5項目の基本方針には一貫して患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。医師をはじめ各スタッフ部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し、日々努力している状況は評価できる。運営会議のほか、幹部会などを中心とした組織運営がおこなわれ、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。掲げた理念・基本方針を実現す

るために「職員中心の組織構築」を目指し実践されている。また、地域医療構想に沿った将来計画を職員とともに検討している。「医療情報管理規程」を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見続性を確保している。病院が管理する文書は、医療法関係書類、人事労務関係書類、財務・経営関係書類などもあるので、それらも系統立て管理することも重要である。「文書管理規程」にも明確にして管理されたい。施設基準などの法定人員は充足されている。人事労務管理は現在勤務負担軽減を目的に取り組みが始まっており、その成果も見られるなど就労管理は適切に行われている。安全衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。職員の定期健康診断も法に基づき定期的実施されている。「職員満足度調査」を行い、収集された意見や要望は「患者サービス向上委員会」で検討され職場環境整備、医師・看護師の負担軽減などについて検討されている。職員の教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に年間教育・研修計画が立てられ、実施後の検証も適切に行われている。人材育成を目的とした人事考課制度が導入され職員個別の能力の把握については、継続的な取り組みが行われている。看護師とリハビリテーションスタッフの学生実習を受け入れている。受け入れに当たっては医療安全、感染制御、個人情報保護に関する取り決めを含めた協定が学校間で決められている。

### 3. 患者中心の医療

適切な内容で構成された患者の権利を定め、さまざまな手段を用いて患者・家族・職員らに周知させている。権利擁護の状況については、現場において院内各部署の所属長らが日々監督・指導しており、適切である。患者説明指針及び患者説明手順により明文化され、同意書はフォーマットがあり、看護師またはMSWが同席するルールが遵守されている。患者・家族の反応を確実に記録されることが望まれる。入院時に「病院ガイドブック」と「入院のご案内」パンフレットを用いて説明し、患者・家族のカンファレンス参加や、皮膚疾患の経過を写真に残し、患者・家族が理解しやすいよう工夫されており、適切である。患者支援体制は医療福祉相談や退院支援、医療安全に関する相談などに対応している他、回復期リハビリテーションの医療相談など内容によっては他の職種も相談に応じている。個人情報保護方針は規定を整備され、ホームページに掲載されている。個人情報の利用目的も明確で職員にも周知されている。倫理委員会において多職種で検討し、意思決定に関する指針や看取りの指針を定めている。現場で解決できない課題は倫理委員会へ報告される仕組みも整っている。研究倫理に関しては方針、手順が遵守され実績も記録されており適切である。ターミナルケアにおける治療の選択や身体拘束、栄養療法の適応であることを職員が認識し、倫理の4分割法を用いてカンファレンスを行っている。現場で解決できない課題は現状発生していないが、事例を院内で共有するなどの工夫により、職員が積極的に取り組むよう期待される。

患者・面会者の利便性・快適性に努力していることがうかがえる。患者が快適に過ごせるよう開放的な空間が整備され、整理整頓し清潔な環境が保たれている。病棟は温泉浴ができ、個浴は他病棟を利用し個別の要望に応えている。ケア時に病室

のドアが閉まっていない状況が、時間帯により確認されたため、プライバシーの配慮を徹底されるよう期待したい。早期から敷地内禁煙を実現されており、院内および敷地内へのポスター掲示の他、ホームページや入院案内、院内の掲示板に掲載して禁煙の周知が図られている。

#### 4. 医療の質

退院時アンケート結果などに基づいた受動的な業務の質改善については活発に行っているが、能動的な質改善活動については、再度活性化されるよう期待したい。体系的な病院機能評価の重要性を認識したうえで、医療機能評価を継続して受審しており、今回は3回目の受審である。公的立入検査の指摘事項に対しては迅速に対応を済ませており、適切である。多職種参加型のカンファレンスを繰り返し開催し、治療・ケア・リハビリ計画等を検証・見直しを行っており、適切である。自院にとって特に重要と考える臨床評価指標については、結果の年次総括・次年度の目標値設定・その実現に向けた計画策定などを通じたさらなる活用が進むよう期待したい。患者家族からの意見の収集は、各病棟と外来前に意見箱を設置して意見を収集している。臨床研究や学会発表を行う場合には事前に申請するよう規定し、倫理委員会場で実施の可否を審議しており、適切である。新たな治療方法・技術の導入を行う際の事前審議手順は明確となっていないので、規定を見直されたい。病棟担当医、病棟責任者および多職種職員の氏名と顔写真を掲示し、当日の担当看護師と看護補助者はボードに表示しているほか、ベッドネームに主治医と担当看護師、担当介護福祉士、名札には資格職種も記載され、診療・ケアの管理・責任体制が、患者・家族に分かりやすいよう工夫している。診療・ケアの責任者は、毎日のラウンドや回診等で業務状況を把握しており適切である。診療記録は診療録記載マニュアルに則って電子カルテ上に記録している。カルテには患者の病態、回診記録や検査結果の評価などを適時・適切に記載している。最近再開された診療記録の質的点検は、医師を含めた多職種による質の高い点検として継続されるよう期待したい。褥瘡委員会、NST委員会、口腔ケア委員会、身体抑制廃止委員会が専門チームとして活動している。多職種カンファレンスを開催している。日時、参加者氏名と職種、検討内容を記載したカンファレンスシートは電子カルテで情報共有され、適切である。

#### 5. 医療安全

医療安全管理指針、医療安全管理者の業務分掌が明文化されている。医療安全管理委員会の下部組織として多職種からなるリスクマネージャー委員会を置き、毎月会議を開催している。各種マニュアルは医療安全管理委員会が一括管理し、遵守状況はリスクマネージャーにより集積されており適切である。インシデント・アクシデントはAccessシステムにより全職員がいつでも入力できる。重要事例はリスクマネージャー委員会で分析され再発防止策を検討し、結果は院内報告会で全職員に共有している。死亡症例は数日以内に全例スクリーニングされ、適切に運用されて

いる。「医療安全マニュアル」には医療事故発生時、紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況を掌握して対応する手順が明記されている。誤認防止マニュアルを整備し、患者確認は、バーコードによる3点認証を行っている。検体の確認は検査科が電子カルテで一元管理し、採血管の選択誤認防止に努めている。ネームバンドを装着できない方はベッドネームに印刷したバーコードを使用しているが、離床した場合に誤認防止策が機能しない。多様な状況下にあっても誤認防止が図れるよう手順を整備することが望まれる。個々の患者に関する重要情報は電子カルテの掲示板機能等も利用し、スタッフ全員で共有している。指示出し・指示受け・実施の手順を適切に定め、現場ではそれらを遵守している。止むを得ず口頭で指示受けする場合の手順を定め、遵守している。処方オーダーリングシステムの薬物アレルギーに対する回避機能や、薬剤師による重複投与・過量投与・相互作用チェックなど、薬剤の安全な使用に向けた対策が適切に機能している。様々な合併疾患を有する高齢患者が多く入院していることから、病棟薬剤師機能が今後強化されていくよう期待したい。転倒・転落アセスメントスコアシートは、入院時と転倒・転落発生後、それ以外は定期的に評価し、危険度Ⅱ以上の患者には看護計画が立案され、予防策がとられている。患者の状態および対策について、家族へ「転倒・転落の危険度に関する説明書」や「転倒や転落を防止するために」というパンフレットを用いて説明し、同意を得て実践しており、適切である。医療機器については、職員の教育は病院全体での研修会を行っているほか、休日・夜間はリーダー看護師を配置している。異常やトラブルが発生した場合、点検済の代替機が使用できるよう準備されている。設定条件の指示変更時は医師と看護師がベッドサイドへ行きダブルチェックし操作している。設定変更時もチェック表に記載し、明確に変更時点と内容が分かるようにするとさらに良い。院内緊急コールはコードブルーとし、各部署に短縮番号が見やすく表示されている。AEDは外来、DCは2階の病棟に配置されている。救急カートは毎日確認しサインを残している。看護職員は急変対応研修を実施しているが、BLS研修は行われているが、急変時を想定した招集訓練が実施されていない。多様な想定での招集訓練を行い、訓練結果を分析し、いついかなる場所での急変にも対応ができることが望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御対策の検討・立案を行う感染対策委員会は院長直轄の組織として位置付けられている。加えて、その委員長は院長であり、必要な対策を迅速に決定・実施できる体制となっている。感染対策委員会は感染対策マニュアルに最新の知見に基づいた改定や追加を繰り返しているほか、感染対策に関する院内研修会を定期的に開催しており適切である。

ICTは院内における感染関連情報を毎日収集し、必要に応じた対応を迅速に開始している。また、耐性菌の検出結果や保菌患者への対応状況に関する情報を感染対策委員会場で検討し、必要な対策を立案している。前回受審時の指摘事項であった医療関連感染サーベイランスは始まったばかりであり、今後の発展を期待した

い。

手指衛生については、アルコール使用量を把握し、ICT ラウンドで確認と指導が行われている。感染性廃棄物や血液・体液で汚染されたリネン類は患者が曝露しないよう設置されている。標準予防策の徹底が引き続き望まれる。抗菌薬については、適正使用指針を定めている。指定した抗菌薬は届け出制とし、その使用時には適切な使用となっているかを ICT が監視し、必要に応じて ICT が介入しているなど、抗菌薬の安全使用に適切に取り組んでいる。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内に病院の概要や院内各部門の紹介が掲載され、ホームページには各診療科の診療内容や医師の紹介、病院施設などが掲載されている。広報誌を定期的に発行し、近隣の医療機関や介護関連事業所への送付、入院患者への配布しているほか、ホームページにも掲載されている。鹿児島・日置医療圏内の医療機関および福祉施設等との紹介・逆紹介の対応などが行われている。地域の医療機関との研修会や地域医療連携会議などに参加して、地域のニーズなどを情報収集している。地域の健康増進に寄与する活動として、特定検診や地域住民を対象とした公開講座の定期的開催、健康教室、認知症カフェ、地域の運動会など積極的な活動が行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報などの案内はホームページなどでわかりやすく案内され、円滑な受け入れが行われている。かかりつけ患者を主な対象とした外来診療を提供しており、必要に応じた在宅療養上の外来指導も適切に行っている。診断的検査は具体的な検査手法およびリスクに関する説明と同意取得後に行い、手順と観察・記録項目を検査および看護マニュアル内に分かりやすく示し、遵守している。入院患者の多くは地域医療機関や施設からの紹介入院であるが、転院照会に関する受け入れ可否判定は、患者・家族の社会的背景や希望などにも考慮しながら入退院判定会議の場で適切に行っている。

チームを構成する各職種は、入院後速やかに実施する各種アセスメント結果に基づいて作成した計画を加えて総合的チーム診療計画を立案している。看取りまでを目的とした入院患者も多いが、最期をどう迎えさせて差し上げるかについての検討を家族と共に重ねたうえで診療計画に反映させており評価できる。入院診療計画書に基づく多職種協働でのケア計画書を作成し1週間以内に患者・家族へ説明し同意を得ている。面談時に、診療に関する要望や意向を反映し見直されている。看護計画は3ヶ月以内に評価し修正、リハビリテーション計画や栄養管理計画は多職種カンファレンスにより評価修正しており、適切である。相談体制は退院支援看護師と社会福祉士が初期対応を行い、院内外と連携し対応されている。相談内容の件数や

内容を分析し、診療・ケアの改善に努めるような活用が期待される。入院前に電話連絡し入院生活への要望や意向を確認している。入院時は、入院のご案内を用いて説明し、病棟オリエンテーションがマニュアル化されており、十分な配慮ができるよう整備し運用しており適切である。医師らは多職種参加型カンファレンスなどを通じて診療情報の共有に努めながら、チーム医療における指導的役割を適切に果たしている。患者・家族の身体的・心理的・社会的ニーズは NANDA 看護診断を用いて把握されアセスメントし援助を導いている。看護師、介護福祉士および看護補助者とのタスクシフト/シェアを進め、介護福祉士が専門性を発揮できるよう業務分担され、適切である。認知機能低下に伴う不穏・せん妄などを呈する入院患者も少なくないが、できるだけ身体抑制や薬剤による鎮静等に頼らず、頻回の声かけやナースステーション内での見守りなど患者に寄り添った形で対処するよう心掛けており評価できる。ベッドサイドでの確実な服薬確認実施や、バーコード3点認証システムを導入しているなど、投薬・注射を確実・安全に実施するための各種取り組みを適切に実践している。輸血製剤の払い出しおよび病棟での輸血準備時にはダブルチェックを行っているほか、輸血実施はバーコード3点認証システムも導入して確実に行っている。

判断基準や医師の指示によって重症として取り扱うことになった患者はナースステーションに隣接した観察室等を用い、各種生体モニタリングを行いながら適切に管理している。褥瘡については、褥瘡危険因子評価票を用いて評価しリスクに応じた看護計画を立案している。体圧分散寝具やポジショニングピローは一元管理され、患者ごとの良肢位は写真にとり多職種で共有している。難治性の褥瘡が改善した事例もある。スキンケアやMDRPUについても検討されており、引き続きの取り組みが期待される。栄養管理は管理栄養士が栄養管理計画書を作成し栄養状態を評価している。摂食・嚥下機能は、多職種で連携し評価をしている。ミールラウンドにより、喫食、摂食、嚥下状態を把握しチームでケアを行っている。食物アレルギーは電子カルテで確認できるようになっており、入力漏れがない工夫がされ、適切に運用されている。疾患別看護手順のなかに症状緩和についてのマニュアルが含まれている。疼痛緩和に関しても手順に含まれているが、評価スケールの明確化や記録に課題が見られる。院内で統一した症状緩和マニュアルを作成し運用することが望まれる。リハビリテーションについては、療法士らは排泄および経口摂取・嚥下機能の維持・向上のほか、入院中の転倒・転落事故防止や誤嚥性肺炎合併予防などに対しても、チームを構成する多職種と協働して適切に取り組んでいる。自立支援については、移動と座位保持が可能な患者はディルームで食事を摂取してもらい、生活リズムを整えている。食事以外にも、アクティビティを高めるプログラムや認知症患者へのレクリエーションを検討されたい。食事前の嚥下体操や日中の着替え、患者が好む活動などを積極的に取り入れた療養生活となるよう多職種で検討されることが望まれる。身体抑制を行わないことを前提とした方針があり、アセスメントシートを用いカンファレンスを行い解除に向け取り組んでいるが、一層の取り組みが期待される。身体抑制中の患者の苦痛や要望、介入した看護が記録され、最小化に向け活用されることが望まれる。入院時にスクリーニングし退院困難要因を

評価し、退院に向けた患者・家族の意向を把握し、退院支援計画書を作成している。支援計画に基づいて多職種によるカンファレンスを行い退院調整や介入を行っており、適切である。退院時には、必要に応じて在宅療養を支える院外機関の関係者と家族がカンファレンスに参加する仕組みになっている。退院先には各種サマリーが提供されている。院内から訪問診療を行い継続した診療・ケアが行われるよう努めており適切である。ターミナルステージは、主治医が判断し「症状変化時のご本人・ご家族の意向確認について」という同意書を基に意向や要望を把握している。患者・家族の気持ちの揺れにも配慮し、繰り返し話し合える場を調整している。逝去時は見取り指針に基づき、療養環境を配慮し、在宅看取りに関しても可能な限り検討しており、適切である。

#### 副機能：回復期リハビリテーション病棟

各部門とともに自らの業務を適切に実施されており、患者・家族の希望や意向を受け入れられるよう日々努力されている。今後も、多職種協働、カンファレンス、ディスカッションを深めることにより高い水準を実現されたい。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤師が全ての入院患者の持参薬鑑別を行い、院内採用薬とのマッチングなどを医師に提案している。薬剤師はすべての患者の薬歴を管理し、検査データも参照しながら処方鑑査・疑義照会を適切に行っている。検体検査は基本的に外部委託しているが、医師らも取り扱える簡易型検査機器を院内に設置しており、緊急検査として必要な主要項目については院内で迅速に実施できる体制を整えている。検査機器の点検・精度管理も適切に行っている。画像診断機能は医療放射線安全利用のための院内指針を定め、線量管理も適切に行っている。放射線科医は在籍しないが、遠隔診断システムを導入しており、すべてのCT・MRI検査の画像診断レポートが作成されている。

栄養管理機能は、全患者に栄養アセスメントが実施され、食事提供については、献立の多様化にも工夫されている。担当管理栄養士による喫食状況が把握され病態に応じた調整が行われている。衛生管理は適切に行われている。温冷配膳車による食事が速やかに提供されている。さらに食事の評価と改善にも取り組んでいる。

リハビリテーション機能は、介護必要度の軽減、認知機能を含めた残存機能の維持および廃用の進行予防等をリハビリ基本方針として掲げ、学会ガイドラインに基づいた標準的訓練計画の立案に努めると同時に、褥瘡発生や誤嚥の予防にも適切に取り組んでいる。診療情報管理室に診療情報管理士が配置され、業務マニュアルに沿って臨床指標・統計データの作成などが行われ、診療録の量的点検も実施している。

医療機器は兼任の医療機器安全管理責任者により一元管理されている。故障中の医療機器やマニュアルの改訂、保守点検計画と実績、研修会の企画等を検討されて

いる。機器の払い出しや職員の配置も配慮されている。夜間や休日はオンコールで速やかに対応されており運用も適切である。洗浄・滅菌機能は、中央材料室は医療器材の洗浄とオートクレーブ、EOG 滅菌による滅菌業務をしている。使用済の器材は密閉容器に保管され、中材室が2回/日回収し定数と有効期限を確認している。滅菌精度は、物理的インジケータと化学的インジケータにより管理されているが、生物学的インジケータが施行されておらず、引き続きの課題として検討を望みたい。病理診断検査はすべて外部委託しているが、検体受付・外部委託・報告書管理など一連業務の担当者を定め、手順に則って適切に実施している。輸血業務全般の監督・指導を行う常勤兼任医師を定め、院内における輸血・血液製剤の使用状況等は輸血療法委員会の場で検証している。年間廃棄率0%を長く維持しているほか、輸血記録の管理・保存も適切に行っている。

#### 10. 組織・施設の管理

年度事業計画に基づいて予算が策定され、予算に対しての進捗状況が毎月把握されている。病院会計準則で会計処理が行われ、損益計算書や貸借対照表、試算表、決算書などの財務諸表が作成されており、会計監査も実施されている。医事課業務マニュアルに基づいて医事業務が遂行されており、医師によるレセプト点検が実施され、必要に応じて医師への照会が行われている。また、返戻・査定については、医師の協力を得て再審査請求を実施している。業務委託は契約更新時等に業務内容の見直しが行われている。委託業者は見積などを実施して選定され、業務の実施状況は、業務報告書の確認や委託業者との打ち合わせなどを実施して把握している。施設・設備の管理は、電気・空調・給水・医療ガス・消防設備などの日常点検が行われ、主要設備年次保守計画一覧表に沿って定期点検が実施されている。購買管理は適切に行われている。

防災マニュアルに緊急時の責任体制、役割分担、連絡網が明示され、火災と地震など大規模災害時の対応手順も網羅されており、院内各部署に配布して周知している。

保安体制は保安室が設置され、夜間は20:30までは事務スタッフが施錠管理などに対応し以後は夜勤看護師が担っている。検討中の夜間の体制強化を進められたい。

# 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	B
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	B

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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	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	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	
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	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	B
-------	---------------	---

---

## 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	A
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	A

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 10 月 1 日 ～ 2023 年 9 月 30 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：医療法人春風会 田上記念病院

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：鹿児島県鹿児島市西別府町1799

## 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	0	0			
療養病床	199	199	+0	79.9	429.26
医療保険適用	199	199	+0	79.9	429.26
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	199	199	+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		+0
集中治療管理室 (ICU)		+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室		+0
人工透析		+0
小児入院医療管理料病床		+0
回復期リハビリテーション病床	30	+0
地域包括ケア病床	24	+8
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
障害者施設等入院基本料算定病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

## 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
1日あたり外来患者数	30.45	30.24	31.64	100.69	95.58
1日あたり外来初診患者数	2.56	6.97	0.99	36.73	704.04
新患率	8.40	23.06	3.13		
1日あたり入院患者数	159.21	166.04	160.44	95.89	103.49
1日あたり新入院患者数	0.98	0.92	0.95	106.52	96.84