

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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30日～1月31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 1	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、1951年に鹿児島市にて診療所を開設され、その後増床、病院機能の改変や関連施設の充実を図り、病院の基盤を固められた。医療を担う根本精神として、理念には『3S Safety（安全な医療）、Service（奉仕の精神）、Sincerity（誠実な医療）』と謳い、地域に良質な医療提供を続けてこられた。貴院では、地域住民に内科・外科系領域にわたる急性期病院としての機能を維持しつつ、亜急性期・回復期リハビリの充実を図って、地域住民が安心して生活することができるよう、医療法人全体として医療・介護・福祉機能などにわたる機能提供を使命として力量発揮を続けている。

病院機能評価は、今回4回目の受審を迎え、理事長（病院長）を中心として課題に取り組んでいる。今回の病院機能評価受審を踏まえて、さらに優れた病院として、地域医療にますます貢献されることを期待したい。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念や基本方針が策定されており、ホームページ、病院案内、入院案内および院内各部署に掲示されている。病院管理者・幹部は個々に課題を把握し、課題解決に向けて努めており、評価できる。意思決定は診療運営会議でなされている。また、決定事項の院内周知には、院内全部署の主任以上で構成されるクオリティ管理会議が設置されている。院内情報の管理・活用に関わる規程は整備されている。院内で発生する文書類に関しては、文書管理規程を基に管理されることになっている。

人材の確保では、積極的なリクルーティングが展開されている。就業規則や給与

規程等人事労務管理に必要な諸規程は整備され、院内各部署にも配置されている。職場の安全衛生に関しては、産業医および衛生委員が適切に選任されている。また、委員会等は適宜開催されている。職員の意見の聴取には、各部門での聞き取りをはじめ、職種ごとの病棟会、リハビリテーション部門会などにおいても活動を通して意見や希望などを把握しており、適切な活動が展開されている。

職員への教育・研修は職員全体の企画・実施には、教育・研修委員会が機能しており、職員の資質の向上に向けて活動が展開されている。職員の能力評価においては、人事考課制度として規程が整備されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利として5項目の条文が明示されている。病院ホームページ・院内掲示・「病院のご案内」等に記載して、患者・家族への周知を行っている。説明と同意については、書式は統一され、看護師の同席率はほぼ100%にのぼり、患者の意向も尊重されている。カンファレンスには患者・家族の参加を促し治療やケアに患者自身が積極的に参加できるように努めている。患者支援のため地域支援室は一階に設置されており、2名の職員が随時対応可能である。また、退院支援活動を通して、在宅復帰の課題にも適宜対応している。個人情報保護については、個人情報保護規程を整備している。なお、病室の扉・カーテンの運用については検討が望まれる。倫理的課題については、病院としての基本方針を明確化し、宗教・DNAR・ハラスメントなど予測される課題の検討が望まれる。

来院者のアクセスでは、市電やバスの停留所に隣接しており、駐車場も整備されている。院内は、おおむねバリアフリーが確保されている。また、敷地内禁煙が実施されている。なお、職員の禁煙推進に向けて積極的な取り組みが望まれる。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見の収集に関しては、院内に意見箱の設置をはじめ相談窓口の整備、退院患者アンケートなどを通して取り組みがなされている。診療ガイドラインは、院内のPCから関連学会などで作成したものを閲覧し、利用している。なお、医局全体もしくは多職種による症例検討会は行われていないので、実施が望まれる。職員からの改善要望については、各職場で検討の上でクオリティ管理会議で検討を行う仕組みがある。過去に、新しい治療法の導入に際して、関係各所で検討を行って実施を決定した事例がある。

医師は主治医制、看護は朝のラウンド時に、自分が今日の受け持ちであることを患者に口頭で伝えている。主治医不在時の連絡は予定表に明記され代行医師が分かるようになっている。診療記録は、電子カルテシステムを用いて作成し、英語表記や略語の少ない読みやすい記録となっている。多職種が協働する機会は、リハビリ・カンファレンスや退院前カンファレンスにおいて多職種が参加し協働して診療・ケアを実施している。

## 5. 医療安全

医療安全管理者は病院長、医療機器安全管理責任者は臨床工学技士、医薬品安全管理責任者は薬剤師が務めている。インシデント・アクシデントレポートは書式が統一されている。レポートの収集は各部門の主任が行い、委員会の担当者が集計してグラフ化して会議に提出している。

誤認防止は医療安全マニュアルに則り実施している。オーダーリングシステムを用いて、処方箋・指示箋を適切に発行している。ハイリスク薬を定め、薬剤部・病棟在庫とも見やすい表示となっている。薬剤の重複投与、アレルギー等のリスク回避は、オーダーリングシステムを用いて薬剤師が確実にやっている。転倒・転落防止対策は、リスク評価、計画立案から実施まで概ね適切に実施している。医療機器の日常点検は、マニュアルとチェックリストに基づき看護師が毎日行っている。使用中の人工呼吸器は、臨床工学技士が毎日のラウンドにより直接安全確認を行っている。患者急変時はPHSで直接医師等にコールしている。救急カートは院内に3台設置し、看護師が毎日チェックリストで点検している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を月1回開催し、病院長も参加して、院内の感染対策の最終決定機関となっている。なお、ICTについては積極的な取り組みの展開が望まれる。院外の感染状況の把握は保健所からの情報で行っており、院内感染レポートを発行し、職員に周知を図っている。医療関連感染の把握を行っていないので、今後の取り組みが望まれる。

院内感染制御対策として手洗い・PPEの実施は概ね適切である。自院で抗菌薬ガイドラインを作成しているが周知されていないため、周知が望まれる。

## 7. 地域への情報発信と連携

情報発信ツールとして、ホームページが作成されている。また、スマートフォンでの表示へも対応している。地域連携活動は、地域支援室が主体となって取り組んでいる。入院の紹介患者への対応をはじめ、紹介返書等の一元管理は支援室職員が担当している。病院活動の一環として、地域住民や行政とも協力して、活動が展開されている。また、コロナ禍において多少の制約はあるものの、健康教室、地域へのリハビリテーション講座などのプログラムに参与している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診および外来機能については、一般外来患者や紹介患者に対して丁寧に対応している。また、待ち時間調査も実施されている。看護師が体調不良患者のトリアージや優先診療の手配を行っている。侵襲的検査では説明の上で同意を得ている。画像診断で造影剤使用の場合には、担当医師が立ち合っている。患者を連携先に紹介する際は、地域支援室が介入して連携施設を紹介している。入院の決定は担当医が行い、外来看護師と病棟師長の相談の上で入院日や入院病室を決定している。入院診療計画書は患者の入院後、医師・看護師が共同で作成し、説明の上で患

者・家族に交付している。医療相談には医療支援室が関与して担当者を明確にし、適切な対応と医療者間で情報共有している。入院時の説明は医師が看護師同席で行い、その後社会福祉士からの説明と介入の必要性などを確認している。

医師は毎日の回診で患者の病態把握を行い、毎日開催するリハビリテーションカンファレンスで病棟スタッフとの情報共有を行っている。看護業務は、チームナーシングとプライマリーナーシングの混合体制で展開している。薬剤師はオーダーリングシステムで薬歴管理を実施している。服薬指導は一部の患者に実施している。輸血の必要性和リスクについて、十分な説明の上で同意書を取得しており、緊急輸血にも対応している。血液製剤輸注の際は医師が立合い、看護師が観察項目を確認し、記録に残している。褥瘡対策についてはリスクの評価・ケアプランおよび治療経過の評価と実施など適切に行われている。栄養管理は管理栄養士がアセスメントし、嚥食状況の把握を行い医師・看護師・ST等と連携して行われている。リハビリテーションの実施に当たっては、主治医が必要などを判断し、指示箋を立案している。身体抑制はしないことを基本としカンファレンスで実施と解除に向けて検討しており、抑制の説明と同意については適切に行われている。退院支援はカンファレンスの開催、患者・家族の意向を考慮し行われ、在宅ケアの継続のため訪問診療・看護、リハビリ、ケアマネジャー、連携室スタッフ等多職種で情報共有と引き継ぎを実施するなど適切に行われている。ターミナルステージの患者に対し、患者・家族の意向を踏まえ対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、オーダーリングシステムを用いて処方鑑査を行い、必要に応じて医師に疑義照会を行っている。新規採用薬については、1増1減の方針である。検査は、血算・血液ガス分析・検尿定性のみを院内で実施し、看護師が実施している。検査のパニック値は、判明後直ちに主治医に連絡する決まりとなっている。画像検査はCT・MRIも含めタイムリーに実施している。栄養管理業務は、病院直営で病院直営で給食管理や栄養管理等が行われている。リハビリテーションの実施は、年末年始なども含めて療法士が交代で出勤し、リハビリテーションの連続性が保たれている。診療情報管理には、診療情報管理士が配置されている。疾患名コーディングが行われており、データの蓄積が図られている。医療機器は臨床工学技士が一元管理しており、呼吸器等の使用中は部署をラウンドして確認している。点検は年間スケジュールを立て計画的に実施している。鋼製器材の洗浄・滅菌は一元化され、適切に実施されている。

病理診断は内視鏡の生検検体のみとなっており、外注している。輸血のオーダーから発注・保管・供給・廃棄を適切に行っている。救急告示病院として年間65件の救急車を受け入れている。休日・夜間も対応しており、地域の救急ニーズに応えている。

## 10. 組織・施設の管理

年度予算および月次財務諸表が顧問税理士により作成されている。会計監査は、月次および年度会計情報をもとに顧問税理士が関与している。窓口の収納業務は、医事課の窓口担当者がマニュアルに則して実施している。委託業務の質と実施状況の管理は、事務長および次長に集約されており、事故発生時の情報も同様に報告されている。

施設・設備管理は外注業者に委託しており、良好な稼働が維持されている。設備機器の経年対策については、対象機器の更新が逐次行われている。物品管理において、医療材料や一般物品は、各部署の依頼に基づき事務次長にて在庫量が集約され、中材室の倉庫から担当者により出庫されている。

病院の危機管理の体制については、災害対応、保安業務などが適切に行われている。夜間・休日の保安業務は看護師が行っており、院内巡視は所掌外であり、施錠管理のみを受け持っている。院内で医療事故と判断された事例は、これまでに経験されていない。

## 11. 臨床研修、学生実習

医療系学生の実習受け入れに関しては、リハビリテーション療法士、栄養士、ケアマネージャー等の養成校から学生実習を受け入れている。実習体制は構築されており、責任関係を明確にする等、必要な契約書類は取り交わされている。

# 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	B
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・プライバシーを適切に保護している	B
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	B
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	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	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	B
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	B
1.6.4	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	B
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	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	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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B



2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	B

## 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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	B
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 B

---

## 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 B

---

4.6.2 保安業務を適切に行っている B

---

4.6.3 医療事故等に適切に対応している B

---

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人敬親会 豊島病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：鹿児島県鹿児島市下荒田3-27-1

## 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	60	60	+0	82.4	23.01
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					
総数	60	60	+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	24	+0
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	4	+0
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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	34.45	31.54	36.69	109.23	85.96
1日あたり外来初診患者数	3.10	2.91	5.47	106.53	53.20
新患率	8.99	9.22	14.91		
1日あたり入院患者数	45.55	54.08	55.81	84.23	96.90
1日あたり新入院患者数	1.15	1.40	1.42	82.14	98.59