

# 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11月5日～11月6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1954年結核療養所として誕生し、内科・呼吸器科の2診療体制で診療を開始した。その後、消化器科、脳神経外科、腎臓内科、循環器科と地域のニーズに合わせて1987年には一般病床338床へと増床した。開設以来、地域の中核病院として一般医療から救急医療まで総合的に地域住民の要求を受け入れ、急性期病院として成長を続けている。がん医療への積極的な取り組み（診断・治療、緩和ケア）も行っている。また、在宅療養でのトータルケアに取り組み、療養生活を支援し、高齢者・健康長寿医療センターを開設するなど、地域の高齢者の生きがいをサポートし、健康維持につなげている。施設認定は、地域医療支援病院、へき地医療拠点病院、がん診療指定病院、臨床研修指定病院等の指定を受けている。

今回の病院機能評価受審において、院長をはじめとした病院幹部職員はリーダーシップを発揮し、職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査において安全で良質な医療を目指す活動が確認できた。今後も病院機能および医療の質を高められ、地域のつながりを大切に、地域の住民の安全・安心のため、引き続き安全な医療・看護を提供されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外への周知に努めている。院長や幹部職員は、経営会議を通じて病院経営状況を把握して課題について議論するなど、解決に向けてリーダーシップを発揮している。中長期計画を策定し、部門・部署ごとの目標設定・自己評価・達成度評価を適切に行っている。文書管理は整備されているが、改訂履歴の記載方法の統一化が期待される。

人事・労務管理に関する規則・規程等を整備し、職員に周知している。職場環境の整備、職業感染への対応、職員への精神的なサポート体制、ハラスメント対策も整備するなど、職員の安全衛生管理は適切である。育児・介護休暇制度、院内保育所の設置等の就業支援策が実施され、夜間保育も行われ、職員が働きやすい環境作りに努めている。全職員を対象にした研修は、年間計画を人事課が総括している。研修効果を高める努力がなされ、必要性の高い研修は医療安全や感染対策の研修と同様に参加率が100%である。職員の能力評価・能力開発は、人事評価制度に基づいて実施し、目標に対する成果・実績など、各職種の特性を勘案した評価基準に基づいた評価が行われている。専門職種に応じた初期研修や学生実習等は、適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さまの権利」として明文化し、院内掲示や入院案内とホームページで周知している。説明と同意に関する方針、手順を定めているが、同席者欄の署名や、患者・家族の説明に対する反応の記録がないものが散見されるため、手順の遵守が望まれる。患者・家族の意見を取り入れ、本人の意思決定を尊重して医療への参加とパートナーシップを推進している。相談支援体制は「なんでも相談」窓口を設け、多職種や関係部署、メディエーターも関わり、適切に対応している。個人情報保護方針を定め、管理規程、セキュリティポリシー等を整備するなど、個人情報保護体制は適切である。臨床倫理に関しては、現場での検討は実施しているが、臨床小委員会を設置して取り組みを始めたばかりであるため、今後、病院として継続して倫理的課題に取り組まれることを期待する。

患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者への施設的配慮は適切である。診療や患者のくつろげるスペースを確保し、整理整頓やプライバシーに配慮された療養環境を整備している。敷地内禁煙であり、外来のデジタルサイネージで禁煙啓発を実施している。職員に対しては喫煙者に禁煙支援を行っている。

### 4. 医療の質

TQM室が経営の質、診療の質、医療サービスの質の観点からQI指標を各部署や委員会に提案し、多職種による業務改善を実施している。診療ガイドラインは定期的に最新版へ更新し、電子カルテ上で閲覧可能となっている。TQM室で臨床指標を定め、データ収集や分析を行って職員にフィードバックし、ホームページに公開している。患者・家族の意見について、意見箱、ホームページ、患者アンケートなどにより収集し、患者サービス委員会で対策を検討するなど、患者サービスの改善に努めている。新たな診療技術や治療方法の導入に際しては、外部委員を含めた臨床倫理委員会を設置し、審議を経て導入している。導入後のモニタリングについては体制の整備が望まれる。

病棟や外来には、責任医師・看護師長の氏名のほか、コメディカル担当者など、病棟担当を明示している。診療録の質的点検を情報管理委員会のメンバーで行っているが、点検実績は少ないため、体制の整備を望みたい。患者の診療・ケアへの取

り組みは、医師は常時、患者の状態に合わせて他科にコンサルティングを行い、多職種で構成した専門チームが組織横断的に関わり、ラウンドなど様々な活動を通して診療やケアに介入し、内容を記録のうえ共有している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室は、各専門職のチーム会と連携・協働し、分析、改善策の協議を行っている。各種の会議を通じて現場に周知し、マニュアル等の改訂を行っている。2024年度から部署別身体拘束実施率の集計を行い、身体拘束最小化に向けて取り組んでいる。医療事故発生時の基本方針を定め、マニュアルに則った医療事故発生時の体制も適切である。

誤認防止策のマニュアルは、行動レベルの手順が作成され、職員に周知されて手順が遵守されている。指示出し・指示受け・実施確認は、電子カルテシステムによる院内統一の運用手順で実施し、口頭指示は、口頭指示受けマニュアルに基づき実施している。ハイリスク薬には病院統一の目印を付け、院内全部署で認識できるようになっている。病棟における麻薬の保管・管理は、今後も新たな運用で引き続き管理することが望まれる。職員が個々の患者の転倒・転落の危険性を認識できるように、ベッドネームに危険度を表示し予防対策を行っている。各病棟担当の臨床工学士と看護師が連携し、機器使用方法を含む各部署に必要な教育・研修の年間計画を立てて実施している。緊急時は「SOS システム」、暴力事案に対しては「コードホワイト」を設定している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会（ICC）は院長を委員長として毎月開催し、情報共有や課題審議を適切に実施している。院長直轄の感染制御室を設置し、感染制御室は ICT や AST の事務局として機能している。院内の耐性菌発生状況や感染症発生状況は、感染管理認定看護師が電子カルテ内のシステムでリアルタイムに確認している。週一回は ICT・AST 委員会を開催し、耐性菌発生状況や抗菌薬の使用状況などについて検討している。

手指消毒の直接観察法による遵守状況の把握を行い、感染制御活動の意識向上に努めている。一部の病棟では不潔リネン庫や感染性廃棄物を置く保管場所の入口がカーテンになっており、患者等が自由に通り抜けでき危険なため、閉鎖できるよう工夫することを期待したい。院内における分離菌の感受性パターンは感染制御室で把握し、ICC で報告している。抗菌剤の使用にあたっては、抗菌薬適正使用マニュアルに沿って適正に使用している。週1回の AST 会議で抗菌薬使用患者をチェックし、主治医に適正使用を促している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の目的や機能、医療サービスなどの多様な情報を、ホームページや医療連携誌、SNS などにより患者、医療機関、地域住民にわかりやすく発信している。イベント開催や、地域フェスタへの救急車展示参加など、積極的な活動を行っている。

前方連携業務は地域医療連携室が担当し、紹介受け入れなどについて適切に対応している。地域の医療機関を対象に定期的にアンケートを実施し、フィードバックを報告している。また、歯科衛生士を配置し、地域の歯科医院との窓口を担当している。幹部医師らによる連携医療機関への訪問や、社会福祉士が後方医療機関への訪問も行い、顔の見える連携を実践している。

地域住民を対象に、市民公開講座や出前講座を開催している。医療関連施設向けには救急合同カンファレンスや感染研修などの研修会を実施している。健診課では地域の会社職員向け健康診断の受け入れなど、地域への継続的な教育・啓発活動が活発に行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付では受診案内や受診支援を行い、初診、紹介患者窓口を設置している。外来診察は適切に行われている。運動負荷心電図の際には、医師の立ち合いの徹底が望まれる。入院の必要性は、医師により患者・家族に説明し、患者・家族などの希望を聞いたうえで同意を得ている。入院診療計画書は医師のほか、多職種の意見が反映され患者・家族の要望にも配慮している。医療相談への適切な対応、円滑な入院受け入れ、医師・看護師による適切な病棟業務の実施、投薬・注射、輸血・血液製剤投与も確実・安全に実施し、周術期の対応、重症患者の管理も適切に行っている。

褥瘡の予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントを適切に実施しており、症状緩和の方針や手順・基準も定めている。リハビリテーションは、患者・家族の希望に配慮した実施計画書を作成し、確実・安全に実施している。身体拘束の最小化を適切に行っている。患者・家族への退院支援、必要な患者に継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージの判断プロセスやフローなどは検討および作成途中であるため、運用方法を行動レベルで整備し、標準化することを期待したい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方監査や調剤監査も適切に実施している。抗がん剤はすべてレジメン管理され、薬剤部の安全キャビネットで調製・混合している。パニック値発生時において、依頼医・主治医に直接報告しているが、マニュアルには書かれていないため、実態に合わせたマニュアルの改訂と周知が望まれる。画像診断機能は、時間外も当直体制でタイムリーな画像診断を実施している。栄養管理機能は、月2-3回の行事食など、工夫した食事を提供しており、ミールラウンドなど多様な活動を積極的に行っており、高く評価できる。リハビリテーション機能は、リハビリテーションプログラムを作成して適切にリハビリテーションを実施しているが、事故防止のためにも各器具の毎日の始業前点検を実施することが望まれる。診療情報管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能は、いずれも適切に機能を発揮している。

病理診断部門は常勤専従の病理専門医は不在であるが、非常勤医と細胞検査士で

適切に運用されている。輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能および集中治療機能については、それぞれ管理体制が確立し、適切に管理・運営されている。地域医療支援病院、救急告示病院の指定を受け、救急外来で24時間救急搬送を受け入れ、地域のニーズに基づいた救急医療機能を提供している。

#### 10. 組織・施設の管理

会計処理は規程に沿って実施され、経営状況の把握・分析や監査も適切に行われている。予算策定のプロセスは適切である。年次事業計画において、骨子が明確であり、BSC 戦略マップ、将来構想の策定など、経営戦略は優れている。医事業務は、窓口業務、収納業務、請求業務、未収金管理などを適切に行っている。業務委託については、委託業者の実施状況の把握や委託業務の是非検討の対応についても明確になっているほか、定期的な話し合いや教育についても適切に対応している。

施設・設備管理は、日常管理や計画的な保守点検、修繕等を行い、医療ガス、感染性の廃棄物の安全管理、院内の清掃などを適切に行っている。物品管理では、購入手順は明確であり、医薬品や医療材料はSPDが導入され、在庫管理など円滑な管理がなされている。全国共同購入やベンチマークを活用し、費用削減に努めている。災害発生時事業継続計画（BCP）が策定され、火災発生時の対応や緊急時の責任体制は明確になっており、休日、夜間等における連絡体制も確立している。保安業務は、防犯カメラの監視や施錠管理等も適切であり、緊急時の連絡・応援体制も明確である。

# 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	B
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	S
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	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	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	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	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	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	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	B
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	A
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	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	S
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	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	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	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	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	S
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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 公益社団法人鹿児島共済会 南風病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2
- I-1-3 開設者 : 公益法人
- I-1-4 所在地 : 鹿児島県鹿児島市長田町14-3

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	338	283	-9	85.5	13.8
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	338	283	-9		

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)	16	+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	34	+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		+0
地域包括ケア病床	33	+0
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	14	+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 :

地域医療支援病院, へき地拠点病院, 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 : 4 人 2年目 : 5 人 歯科 : 0 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
- オーダーリングシステム  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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
呼吸器内科	4	0.2	15.48	4.61	13.46	5.95	10.51	16.00	3.68	3.20
循環器内科	3	0.4	12.31	3.66	8.74	3.87	6.97	25.53	3.62	2.57
消化器内科 (胃腸内科)	14	0	58.00	17.27	42.02	18.58	21.90	8.09	4.14	3.00
腎臓内科	4	0	9.55	2.84	10.83	4.79	15.71	18.55	2.39	2.71
神経内科	2	0	10.09	3.00	6.84	3.02	7.42	23.11	5.04	3.42
糖尿病内科 (代謝内科)	4	0.6	30.52	9.09	19.68	8.70	12.70	12.30	6.64	4.28
外科	5	0.8	18.64	5.55	36.72	16.24	11.74	13.85	3.21	6.33
呼吸器外科	1	0	2.65	0.79	3.19	1.41	3.08	13.56	2.65	3.19
脳神経外科	0	0.1	6.11	1.82	0.00	0.00	9.24	0.00	61.12	0.00
整形外科	9	0.95	120.79	35.96	58.97	26.08	5.79	18.64	12.14	5.93
放射線科	4	0.8	12.35	3.68	0.00	0.00	94.00	0.00	2.57	0.00
麻酔科	4	1.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	0	0.43	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケア科	1	0	0.80	0.24	8.46	3.74	13.19	28.73	0.80	8.46
肝臓内科	2	0	19.63	5.85	9.55	4.22	8.58	11.94	9.82	4.78
ペインクリニック内科	1	0.53	15.46	4.60	7.66	3.39	6.62	21.27	10.10	5.01
その他	4	1.05	3.48	1.04	0.00	0.00	10.67	0.00	0.69	0.00
研修医	10	0								
全体	72	7.1	335.84	100.00	226.13	100.00	13.68	13.82	4.25	2.86

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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	335.84	354.80	356.24	94.66	99.60
1日あたり外来初診患者数	45.94	54.32	54.87	84.57	99.00
新患率	13.68	15.31	15.40		
1日あたり入院患者数	226.13	229.32	241.08	98.61	95.12
1日あたり新入院患者数	16.36	16.62	17.45	98.44	95.24