

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 7 月 16 日～7 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、1951 年に医療法人開設に始まり、1992 年に地域の医療状況に迅速に対応できる組織を目指し、外科部門を分離し新たに現病院として設立した。現在では、住民の要望に応じ南薩地区の医療・介護・福祉に貢献している。その間、医療情勢の変化や地域の高齢化に伴い、急性期病棟に加え回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟などを開設し、法人・関連グループ全体で継続的なケアシステムを構築し、地域における医療と介護・福祉体制による地域包括ケアシステムの一躍を担っている。これらの取り組みは、設立理念と基本方針に基づいた理事長、病院長ほか病院幹部のリーダーシップの下、職員のたゆまぬ努力によるものであり高く評価したい。

一方で、学生の実習施設として多くの実習生の人材育成や、医師や多職種による医療啓発活動にも多岐にわたって尽力している。

今回の更新受審にあたり、機能向上への努力や組織活動の充実など、優れた取り組みが随所に見受けられた。また、前回指摘事項に対する見直しも確認しつつ新たな課題も提示させて頂いた。医療機能の標準化や運営強化に向け、継続的な活動の一助となることを願い今後のさらなる活躍を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を院内外に明示し職員に周知している。病院の意思決定は運営委員会であり、承認・伝達は全体ミーティングや院内 LAN 等で確実に行っている。中・長期計画に基づく年次計画や部門計画、個人目標を設定し、職員個々のモチベーション向上に努めているが、病院組織図と職務規程の整合性を図り職員に明示す

るよう期待する。病院の情報管理は適切であり、機械的・技術的な保護に努めている。病院の様々な文書の取り扱いは、文書管理規程を整備し、特に重要な文書については法人事務室が管理している。

医療法や施設基準等に定める必要人員は確保しており、労務管理についてもおおむね適切である。労働衛生における職場巡視については法に準拠し実施・記録して、引き続き職場の作業環境整備に努められたい。職員の意見・要望には対応する仕組みがあり、職員満足度調査も行っている。

院内研修の充実や職員の資格取得への支援など、職員の教育・研修にも意欲的である。看護部やコメディカル部門では個人の能力を育成する仕組みがあり、さらに学生実習の施設として地域の人材育成にも尽力している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し擁護に努めている。説明と同意の方針や基準・手順を整備しているが、看護師の同席ができない場合のルールを周知すればさらに良い。入院案内冊子やパンフレット・説明文書を使って診療・ケアに関する必要な情報を患者に提供している。患者支援相談室に相談窓口を設けており、専任の看護師、医療ソーシャルワーカー等が医療福祉相談、医療安全相談等に応じている。個人情報保護方針を明確にし、保護規程も定めている。臨床倫理を取り扱う事項等を明記し患者・家族の課題に対応している。

病院へは路線バスの停留所が近くアクセスは良く、患者用・身障者用駐車場、駐輪場を確保している。建物内はバリアフリーで、玄関では車椅子を貸し出し高齢者や障害者には注意の声掛けや介助等に配慮している。外来や病棟の病室、関連する廊下など十分なスペースを確保しており、院内には絵画を展示するなど癒しの空間がある。敷地内禁煙を実施し禁煙外来も設置している。職員へは、病院長から積極的な禁煙の呼び掛けも行っている。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、多職種で構成する業務改善委員会を開催し、多種多様な問題を組織横断的に検討している。さらに、多職種による週間症例検討会を実施し、診療の質改善にも継続的に取り組んでいる。患者・家族の意見・要望は、相談窓口やご意見箱等から収集しており、直接病院に意見を述べる機会も設けている。新たな医療機器等の導入に関して、物品管理・医療機器選定委員会へ申請し許可を得るシステムである。新たな診療・治療法の導入に関しては、職員の申請手順などを整備するよう期待する。

病棟には、当日担当看護師や多職種スタッフの氏名を掲示している。診療録には、診療上必要な情報の収集や日々の医師診察経過、患者への説明内容など、遅滞なく記載している。診療録の質的点検表でのチェック項目を更新するとさらに良い。また、多職種が参加する病棟カンファレンスで治療方針や問題点を検討し、協働して診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部に医療安全管理室を設置し、院長や副院長の支援の下、権限を有して組織横断的に活動している。院内のインシデント・アクシデントレポートは電子カルテシステムを活用して収集している。医療事故発生時の対応手順は明確で、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みもある。

患者・部位・検体などの誤認防止のためにマニュアルを整備し、患者のフルネーム確認やバーコード認証などを確実に実施している。医師の指示出し・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ている。ハイリスク薬には印を付け、院内全部署で認識できるようにしている。病棟配置薬と救急カート内の薬剤は看護師と薬剤師が毎日チェックしている。配合変化表を作成し、病棟に配置している。転倒転落防止対策は、医療安全管理マニュアルの中の転倒転落防止対策に準じて実施している。医療機器については、使用する看護師へ臨床工学技士が新人研修や勉強会を実施している。また、院内緊急コードを全館放送にて9番コールで患者の急変に対応し、0番コールを暴力時として設定している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染対策委員会は病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。院内感染対策チーム（ICT）による週一回のラウンドを行い感染対策についての指導・助言を現場に行っている。耐性菌発生状況はICDに連絡され、感染関連の専門医師（ICD）は患者発生報告書に耐性菌の薬剤感受性状況や感染対策方法を記載し、発生部署に出向く仕組みである。耐性菌の発生状況や薬剤感受性などの情報は、ICTで検討して院内感染対策委員会で報告している。

標準予防策の使用基準や着脱手順、感染管理経路別の予防策については、誰でもわかるよう院内感染対策マニュアル内に記載している。また、不潔リネンの一時保管場所も考慮するとさらに良い。抗菌剤は、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。特定抗菌薬は届出制になっており、使用前に主治医がICTの薬剤師に相談している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は広報委員会を設置し、病院パンフレット、ホームページ、広報誌などで行っており、病院の活動状況や診療実績、医療サービス、人材募集などを地域にわかりやすく発信している。医療連携は患者支援相談室が担当し、看護師や社会福祉士が前方連携・後方連携業務に従事している。連携病院や介護施設を一覧表にて確認でき、紹介から入院に至る一連の作業は適切である。「顔の見える連携」として、担当職員による連携病院・施設への定期訪問や関連施設との面談などに取り組んでおり、地域の医療情報の収集に努めている。地域の健康維持や医療啓発活動として、健診センターで住民健診・職域健診など健康増進事業に努めており、保健師等による特定保健指導も行っている。また、医師や看護師、薬剤師や療法士、管理栄養士などにより、地域住民を対象とした講演会への派遣や公開講座、健康教

室、専門性のある各種セミナーの実施など、地域住民の疾病予防や健康保持、医療啓発活動など、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

外来では円滑に診察を受けることができ、問診票や紹介状、検査結果等を合理的にチェックするシステムがある。侵襲を伴う診断的検査は説明・同意を得て実施している。入院の決定は必要性を医学的に判断し、患者の診察結果や画像診断、検査結果等に基づき、患者や家族の希望も考慮して多職種で診療計画を立案している。また、患者支援相談室では相談内容に応じて院内外の専門職種や専門機関と連携している。

入院時説明基準により入院すると、医師は毎日回診を行い患者の状況を把握している。看護師は、看護管理基準、看護基準、看護手順に沿って病棟業務に従事している。病棟薬剤師は薬歴管理、服薬指導などを実施し、投薬・注射の安全な取り扱いに努めている。輸血業務での医師は、輸血の適応や血液製剤の種類の検討後、患者・家族に必要性和リスクを説明している。周術期の対応は、術前・術後カンファレンス等において適応を検討し、説明・同意後、看護師による術前訪問も行っている。術後の患者はリカバリー室で管理し、重症患者は病棟の個室等でも管理している。

入院時全患者に褥瘡のリスク評価をし、必要に応じて診療治療計画書に沿って対応をしている。また、全入院患者に栄養スクリーニングを行い栄養状態や摂食嚥下機能を評価する栄養アセスメントも実施している。症状の緩和は、緩和ケアマニュアルにより患者の症状をアセスメントする体制を整えている。リハビリテーションは、医師の処方箋に基づきリハビリテーション総合実施計画書を作成し、病態に応じた目標や要望に配慮して実施している。身体拘束に関しては必要に応じ実施するが、解除に向けた取り組みに努めている。

退院支援は、入院時に身体的・心理的状态や患者・家族の社会的状況に配慮して早期から介入している。さらに、継続した診療・ケアを実施するため、円滑な退院調整に早期から患者情報を把握している。ターミナルステージの判断は、主治医を含む多職種カンファレンスで行い、患者の状況、治療の効果、副作用、今後の見通しなど、治療計画や看護計画に反映している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、疑義照会、TPN 調製・混合など適切に実施している。臨床検査部は迅速な検査結果の提出に努めている。画像診断機能では、検査予約待機はなく緊急検査も当日対応可能であり、画像読影は当日にはほぼ 100%である。栄養管理・調理・洗浄業務はすべて直営であり、確実・安全な美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション機能は、リスク評価や患者・家族の要望を考慮し、明確な中止基準も設定し実施している。診療情報の管理は、電子カルテを利用した一元的な管理に努め、全退院患者の量的点検も適切である。医療機器は人工呼吸器や心電図モニター、輸液ポンプなど

定期的な点検も行っている。洗浄・滅菌業務は手術室師長を管理者として配置し適切である。

病理検査は外部への委託であるが、病理診断は大学病院の病理医が行い、術前・術後カンファランスに出席するなど熱心に関与している。放射線治療機能は、非常勤放射線治療医の勤務時に計画・治療を行う仕組みである。輸血・血液の管理においては、外科部長が監督責任者となり輸血用血液製剤の発注・保管・供給・破棄など適切である。手術室は2室を運用し、病院長を委員長とした手術運営委員会を月1回開催し手術関連情報を共有している。救急医療体制も整備し、休日・時間外も医師・看護師およびオンコールスタッフが従事している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいた会計処理を行い、適宜に財務諸表を作成し予算管理に努めている。窓口収納業務からレセプト請求に至る一連の業務は適切であり、レセプトの査定・減点については、委員会で検討し、各診療科医師に報告している。未収金は、督促のルールに沿って随時に対応している。業務委託を行っているのは清掃業務であり院内は清潔を保持している。実施状況については必要に応じて委託業者と面談の機会を設けている。委託業者との契約締結は適切である。

廃棄物の処理については、廃棄物最終保管場所での一般廃棄物と感染性廃棄物を明確に区分し管理している。物品の購買管理については、医薬品の価格交渉に県外の3病院との比較により検討しており、医療機器や診療材料は「物品管理・医療機器選定委員会」にて購入の検討を行っている。

災害時の対応は、防災対策マニュアルとBCP（機能存続計画）を策定し、食料・水・医薬品等を備蓄している。病院の保安全管理は24時間監視可能な体制である。

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	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	B
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	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	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	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	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	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	A
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	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	
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	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	B
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	B
-------	---------------	---

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： 社会医療法人聖医会 サザン・リージョン病院

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： 鹿児島県枕崎市緑町220

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	81	81	+0	72	22.2
療養病床	50	50	+0	85.9	262.4
医療保険適用	50	50	+0	85.9	262.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	131	131	+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	2	+0
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	35	+0
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	30	+0
地域包括ケア病床	38	+0
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	11	+0
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), 在宅療養支援病院

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

[illegible]

I-2-2 年度推移

①-2 年度推移	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	198.93	195.75	202.42	101.62	96.70
1日あたり外来初診患者数	12.65	15.09	13.77	83.83	109.59
新患率	6.36	7.71	6.80		
1日あたり入院患者数	101.69	100.56	101.62	101.12	98.96
1日あたり新入院患者数	3.79	3.58	3.84	105.87	93.23