

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月24日～7月25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 | 緩和ケア病院 | 認定 |
|------|--------|----|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 緩和ケア病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1976年、杉並区西荻に開設し、2015年に現在地に移転し現在に至っている。「地域医療への貢献と緩和医療の積極的提供」という理念のもとに、緩和医療を専門に広範に患者を受け入れ、がん診療連携拠点病院や緩和ケア訪問診療を担う開業医から厚い信頼を得ている。

緩和ケア科専従医・緩和医療学会の認定資格医が在籍し、外来・訪問診療・入院と様々なステージにおいて適切な医療および医療連携が出来る様な体制を整備している。

今回の訪問においては、住み慣れた地域で人生の最期までを安心して過ごすことを目指して職員が真摯に活動する姿が確認できた。本報告書が貴院の一層の発展の一助になれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、院内外に周知している。意思決定会議である「幹部会」が開催され、運営方針や人事等が議論されている。中長期計画を確立し、改善課題を明らかにして、数値目標も明確にしている。電子カルテが導入され、部門システムと連携させた運用がなされている。電子カルテが導入され、部門システムと連携させた運用がなされている。

医療法上、施設基準上の人員は確保している。人事労務に関する各種規定・規約が整備されており、各職種の年間労働時間は平準化されている。衛生委員会が毎月開催され、職場巡視報告や労災、職員健診実施状況などの確認と対応を行っている。職員満足度調査を毎年実施し、必要に応じて改善に取り組んでいる。

緩和ケアについて、各レベルに応じた教育プログラムが活用されている。外部研修も積極的であり、看護部においてはクリニカルラダー、ポートフォリオ、目標面接などの手法が採用されている。また、緩和ケア認定看護師取得についても病院としての支援がなされている。医学部学生の臨床実習を受け入れている。実習カリキュラムに沿った対応がされ、病棟実習だけでなく、在宅・訪問系にも同行している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に周知している。診療記録の開示に関しては原則開示の方針であり、適切に対応している。説明と同意が必要な場面として、侵襲を伴う検査・処置、抑制などを整理している。医療者側からの情報提供として、入院時のオリエンテーションのほか、看取りのケアに関してのパンフレットを提供するなどし、患者が医療に参加する具体的な方法を案内している。地域相談室にて社会福祉士と看護部長が患者相談に対応している。「個人情報保護に関する規定」が整備され、掲示物等で明示している。倫理委員会を設置し、終末期の治療方針や延命措置等の主要な倫理的課題について、倫理規定を策定している。また、各部署においても日常的に発生する倫理的課題を把握し、その都度様々なカンファレンスを通して、多職種と情報共有している。

施設は全面的にバリアフリーとしており、手摺りが設置されている。入院生活への配慮として理美容サービスの導入があり、日常生活に必要な用品のレンタルサービスも導入している。病棟の病室や廊下、談話室等、診療・ケアに必要なスペースを確保している。敷地内全面禁煙の方針を徹底している。

4. 医療の質

看護部を中心に「Worry Card」を用いた現場の意見を収集するシステムを整え、全職種から意見が提出されている。緩和医療学会の研修施設としての認定を受けており、緩和医療学会等の診療ガイドラインが尊重され、カンファレンス等を通じて多職種で診療の内容が検討されている。意見箱を設置し、患者満足度調査を行い、患者・家族の要望を取り入れ改善する仕組みは整備されている治療や検査に関する最新の知見に関して積極的に収集している。新しい医療機器や薬剤の導入に関しては医療機器委員会や薬事審議会で検討されている。

病棟では、入院診療計画書やベッドネームに主治医、受け持ち看護師の氏名が明記されている。医師・看護師記録マニュアルに記録記載基準が定められており、電子カルテを使用した診療記載が適時に行われている。各種委員会やチーム活動として褥瘡回診、ICTなどがあり、いずれも医師、看護師、薬剤師、栄養師、法人内の理学療法士等の有資格者が構成員となり、組織横断的に目的に応じて介入している。

5. 医療安全

医療安全体制として副院長が医療安全管理者、医師が委員長となり、責任体制が確立している。アクシデントとインシデントのレベル規程が定められ、報告・分析している。部署からのインシデント・アクシデントは積極的に報告がなされており、安全確保に向けた病院全体での取り組みは、高く評価される。

患者誤認防止策として、入院患者にリストバンドを装着し、フルネーム呼称で患者確認を行っている。指示出し・指示受け・実施・確認は、電子カルテシステムを活用し、業務手順に沿って確実に行われている。薬剤・麻薬業務手順が整備され、安全な使用と確実な保管・管理が行われている。全入院患者に、「転倒・転落アセスメントスコアシート」を用いたリスク評価を行い、危険度別に看護計画を立案してケアに反映している。また、医療機器使用マニュアルが作成され、現場で使用する輸液ポンプ・シリンジポンプ等の作動点検を実施している。患者急変時の訓練が実施されている。

6. 医療関連感染制御

副院長を委員長とする感染小委員会が医療感染制御に関する活動の全てを管理している。感染小委員会は定期開催に加えて、緊急時には随時招集され、現場の問題に対応している。ICDを中心とした感染小委員会のコアメンバーが定期的に院内ラウンドを行い、各部署の感染制御に関する状況を把握して具体的な対策を指導している。委員会の薬剤師を中心にサーベイランスを行い、感染状況報告書が収集され、定期的に院内に周知している。

感染対策のマニュアルに基づいて、手指衛生や個人防護具の着用の徹底に努めている。速乾性手指消毒剤の使用状況を定期的にモニタリングし、結果は各部署にフィードバックして改善に繋げている。抗菌薬適正使用マニュアルが適宜改訂されていて、採用抗菌薬の特徴と適正使用の方針が周知されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動は、ホームページにて緩和ケア病院としての自院の機能や特徴が明記されている。広報誌は年3回刊行しており、主に連携医療機関に届けている。がん診療連携拠点病院との連携があり、患者の希望に応じた受け入れを含め、都内西部・多摩地域を中心に多くの実績がある。在宅療養支援病院として在宅緩和ケアの訪問診療医からの連携と紹介の実績も豊富である。地域啓発活動は、病院長が動画発信を積極的に活用し、緩和ケア、地域緩和ケアに関する理解の普及に努力している。看護部は法人内訪問看護師と連携しながら、専門看護師や緩和ケア認定看護師が地域や施設に対して緩和ケアの実際やACPなどの啓発活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

一般内科外来と緩和ケア専門外来が開設されており、来院患者が円滑に受診できるように案内されている。診療相談外来は毎日、予約制で行われている。地域の医療関連施設等からの患者受け入れは、地域相談室の社会福祉士が窓口となり、地域

連携機能を担っている。検査の必要性は医師が判断し、チーム内で評価されている。緩和ケア病棟の入退棟基準が定められていて、予め診療相談外来や外来通院、訪問診療の場で相談・確認されている。入院早期に多職種が関与してリスク評価が行われ、医師による診断・評価に基づいた入院診療計画書が作成されている。患者・家族からの医療相談は、地域相談室が窓口となって対応している。

8名の緩和ケア科専従医が3チーム体制となって、専門性を発揮しながら患者の治療にあたっている。看護提供体制はプライマリーナーシングを基本とし、日常ケアの経過は電子カルテに記録している。心身両面のケアに加え、スピリチュアルな問題や倫理的な問題を検討するためのカンファレンスも適宜施行されている。症状緩和は、ガイドライン等に準じて方針を定めている。褥瘡予防のためにリスク評価を実施し、褥瘡発生患者には、多職種による褥瘡回診を行っている。面会や外出は、最期までその人らしく過ごせるよう、面会時間を設けるなど工夫している。身体抑制を最小限にする取り組みがある。多職種カンファレンスを開催し、家族の状況や社会資源の利用可能性や在宅訪問診療・訪問看護の介入などについて連携を図り、退院後も訪問診療、訪問看護によって在宅緩和ケアが継続されている。臨死期の判定は、日々の患者との関わりや病状を多職種カンファレンスなどで情報共有している。医師や看護師からグリーフレターを送付するなど悲嘆のリスクがある遺族への支援も適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、日本緩和医療薬学会の認定薬剤師2名を含む5名の常勤薬剤師が配置され、処方鑑査、調剤鑑査等がなされている。検体検査はすべて外部委託となっている。画像診断は主治医による読影と遠隔診断による放射線読影専門医によるダブルチェックがすべてのCT検査で施行されている。栄養管理機能は、温冷配膳車を導入し、給食は適時適温で提供されている。さらに、アレルギー、嗜好、食形態と量については個別対応が細やかになされている。リハビリ機能は、法人内の理学療法士が、必要に応じて病院に関与する体制が整えられ、個別のリハビリ依頼に対応している。診療情報は電子カルテによって一元化されている。医療機器安全管理責任者は副院長であり、使用している医療機器は、各病棟および使用部署で保管・管理している。洗浄・滅菌業務は、委託業者によって行われ、滅菌の精度保証も確実に実施されている。

輸血管理機能は、輸血委員会が毎月開催され、輸血の施行状況や有害事象のチェック、記録や保管の状態などが確認されている。救急医療機能として、訪問診療等を活用しながら自宅や施設で過ごす患者からの救急受診要請には、夜間や時間外も含めて必ず対応している。

10. 組織・施設の管理

経営管理は月2回、公認会計士の援助のもと、会計処理と経営状況は把握がされている。医事業務はマニュアルに沿った丁寧な未収金管理をすすめている。業務委託の選定は価格と質の評価によってなされている。

施設設備の管理は総務課の管理下のもと、委託業者によって日常の保守・点検がなされている。医薬品の購入は、購買規定によって薬剤課から発注され、在庫管理、棚卸がなされている。

災害対策として、防災計画とマニュアルが策定され、年2回の防災訓練を実施している。緊急連絡網も整備され、役割分担と責任体制も明瞭である。非常用飲食備蓄はおおむね3日分を用意し、地震を想定した大規模災害マニュアルとBCPを整備している。保安業務は、緊急時の連絡体制が明確に整備され、警備会社との契約も結び、迅速に対応できる体制としている。

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 | 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 | 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.5 | 入院の決定を適切に行っている | A |
| 2.2.6 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | B |
| 2.2.7 | 診療計画と連携したケア計画を作成している | A |

| | | |
|--------|---------------------------|---|
| 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 | S |
| 2.2.11 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.12 | 患者主体のケアを心身両面から適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.14 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.15 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | 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 と食事支援を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | リハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる | A |
| 2.2.20 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている | A |
| 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 | 臨死期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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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： 2023 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：医療法人社団杏順会 越川病院

I-1-2 機能種別：緩和ケア病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都杉並区上井草4-4-5

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 | 46 | 46 | +0 | 78.4 | 25 |
| 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 | 46 | 46 | +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 | | |
| 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 | 34 | +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

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

| 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 |
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2022 | 2021 |
| 1日あたり外来患者数 | 28.07 | 20.05 | 19.26 | 140.00 | 104.10 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 2.51 | 2.53 | 2.34 | 99.21 | 108.12 |
| 新患率 | 8.92 | 12.62 | 12.13 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 36.04 | 36.05 | 37.10 | 99.97 | 97.17 |
| 1日あたり新入院患者数 | 1.33 | 1.30 | 1.40 | 102.31 | 92.86 |