

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 10 月 19 日～10 月 20 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、1939 年にカトリックの病院として開院し、その後診療科の増設・閉鎖、病床種別や病床数の変更、増改築を経て、全国でも先駆けとしてホスピス病棟を設置している。病院機能評価は、今回 4 回目の受審である。病院幹部、病院職員が一丸となって病院機能の向上に向けて取り組んでいる状況が窺えた。引き続き取り組みが必要な点も見られたため、今回の病院の機能評価の結果を活用し、貴院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針はわかりやすい内容で、患者の立場に立った内容であり、理念はカトリックを母体とした博愛の理念が明記されている。病院管理者・幹部は、病院の現状の課題を認識し、検討と解決に向けて取り組んでおり、必要な病院運営について決定し、院内に情報共有している。情報システムは電子カルテ、オーダーリングシステム、PACS、医事会計システム、検査システムなどであり、多様なシステムを総合的にリンクしている。また、院内の文書は文書管理規程に基づき管理している。

法定数を満たした人員を確保しているが、常に人材の確保に取り組んでいる。各種規則・規程を整備し、職員の有給休暇取得と総労働時間を管理している。住宅手当、院内保育所などの各種福利厚生が整備されており、職員の意見・要望などの把握に努め、魅力ある職場となるよう取り組んでいる。また、職員の教育・研修は、医療安全や医療関連感染制御、臨床倫理、個人情報保護、接遇、患者の権利、ハラスメントの研修を行っている。医師を含む全職員に人事考課を実施しており、自己

評価や面談などを行っている。

3. 患者中心の医療

患者様の権利を明文化し、病院案内や院内掲示、ホームページなどで患者・家族に周知している。説明と同意に関する指針を整備し、説明と同意を要する範囲を明確にしている。患者との診療情報の共有は、問診表等を用いてアレルギー情報などを収集し、入院時には多職種カンファレンスを開催して情報共有が図られている。速やかに入院診療計画書や看護計画書が作成され、患者・家族に説明のうえで提供されている。患者との診療情報の共有は、問診表等を用いてアレルギー情報などを収集し、入院時には多職種カンファレンスを開催して情報共有が図られている。患者・家族からの相談などは多職種が関与して対応している。個人情報の保護に関する規程を整備し、適切に情報を管理している。診察室や処置室においてもプライバシーに配慮して対応している。病院として、主要な倫理的課題の対応方針を定め、臨床現場で解決できない課題などを継続的に検討している。臨床現場で生じる倫理的課題や、患者・家族の抱える解決困難な課題が判明した場合には、多職種による病棟カンファレンスなどで個別に取り上げて検討している。

病院の立地は、最寄り駅から徒歩圏内であり、バスの利用、駐車場の整備、タクシーの利用が可能であるなど、来院者の利便性を確保している。また、障害者用の駐車場を整備し、院内はバリアフリーとしており、廊下やトイレなど必要な場所には手摺りを設置している。受付窓口や洗面は、車椅子でも利用しやすい構造であるなど、高齢者・障害者に適切に配慮している。敷地内全面禁煙としており、院内掲示、入院案内により周知を図っている。職員の喫煙状況も確認している。

4. 医療の質

院内に投書箱を設置し、患者・家族から寄せられた意見を院内で検討し、回答を掲示している。多数の委員会活動などで質向上に向けて取り組んでいる。今後は病院全体として質改善に取り組める体制づくりについて検討を期待したい。新たな診療・治療方法や技術導入に向けた体制が整備されている。新しい知識・技術習得のため、学会・研修会への参加、各種資格取得に向けて時間的、財政的支援を積極的に行っている。

外来・病棟における管理・責任体制は明確であり、診療およびケアの管理責任者を患者・家族にわかりやすく示している。診療録は診療録記載マニュアルに則り、適時・適切に記載されている。多職種によるカンファレンスが毎週開催されており、患者・家族の意向を反映した治療計画やケア方針が共有されている。また、感染対策や褥瘡ケア、緩和ケアなど、それぞれ多職種の専門チームが編成されており、診療・ケアの向上に努めている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が毎月開催されており、医療安全管理者を中心として報告事例の評価・検討が行われている。インシデント・アクシデントレポートを集約し、

事例の検討、分析を行い、臨床現場に対策や改善案をフィードバックしている。

患者誤認防止マニュアルが整備されており、患者確認、手術のタイムアウトなどを確実に実施し、誤認防止に努めている。医師の指示、看護師の指示受け、実施、実施確認の一連の流れは、適切に行われている。検査結果の異常値は、医師に直接連絡する体制である。口頭指示は原則行わない方針であり、やむを得ず行う場合の手順が定められ、遵守して実施している。麻薬やハイリスク薬は、安全に保管・管理されており、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避は、調剤支援システムを活用している。入院時に全患者を対象として、転倒・転落アセスメントが行われており、一定の転倒リスクを有する患者については、多職種カンファレンスで情報共有とディスカッションが行われ、個別性のある防止対策が立案・実施されている。医療機器は使用前、使用中、使用後に点検を行っている。患者の急変時を想定した対応マニュアルが整備されており、院内緊急コードが設定され、訓練を行っている。

6. 医療関連感染制御

感染管理室が設置され、ICT が積極的にラウンドしている。感染経路別サーベイランス、手術部位と尿路感染のみであるため、病院の機能を鑑みて感染サーベイランスの拡大を期待したい。

必要な場所に速乾性手指消毒剤が設置されており、使用状況がモニタリングされている。臨床現場では手指衛生を徹底しており、1 処置 1 手袋などの基本原則が遵守されている。また、排泄介助や吸引処置などでは、手袋やエプロン、ゴーグルを使用しており、血液・体液等で汚染された感染性廃棄物の分別やリネン等を適切に処理している。抗菌薬の使用に関しては、主治医が個別に検討しているが、院内の抗菌薬使用状況を定期的に医師にフィードバックし、抗菌薬の適正使用に努めていくことを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信として、病院のパンフレット、入院案内のほか、広報誌を発行し、院内各所に配置するとともに、地域の医療連携施設、大学、行政機関などに配布している。診療実績はホームページで公表しており、年報も作成している。地域医療連携室は紹介患者の受け入れ、逆紹介などに対応しており、また、地域の医療機関、福祉機関についても把握している。

現在は新型コロナウイルス感染症の影響があるものの、患者・地域住民を対象とする学習会として継続的に認知症講座に取り組んでいる。また、地域からの講師依頼に応えており、自治体健診などの各種健診に対応している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院入り口では検温を行い、感染症疑い患者の病態、緊急性などを確認している。地域からの入院の受け入れは、地域医療連携室が窓口となり、情報収集が行われている。診断に必要な検査は担当医が必要性を適切に判断し、患者・家族に検査

内容、リスクなどを説明し、同意を得て実施している。自院では提供できない高度および専門外の医療が必要な場合は、他院への紹介の必要性を判断している。患者・家族に説明して同意を得るが、患者・家族の意向を考慮しながら、医療機関や介護施設等を紹介している。入院を決定した医師など、多職種が関与して迅速に入院時診療計画書が作成されている。入院案内には、患者の権利や入院生活上の注意事項などがわかりやすく記載されており、入院決定後には、外来看護師により入院案内を用いて様々な提出書類や留意事項等の説明が行われている。緊急入院に備えて、日用品の準備や食事の提供体制を整備しているなど、患者が円滑に入院できる体制を整備している。

主治医は毎日回診し、医師を中心とした多職種カンファレンスを行い、情報共有に努めている。看護師は、入院時に各種アセスメントを行い、看護計画を立案しており、その後も評価・検討、見直しを行っている。薬剤の準備、患者確認、与薬、服薬確認など一連の業務は確実・安全に実施する体制となっている。輸血療法マニュアルを整備しており、マニュアルに基づいて輸血を実施し、自己血輸血、緊急輸血に対応できる体制にある。手術適応は各科で検討しており、麻酔科標榜医による術前、術後の診察を適切に行っている。入院時の褥瘡の危険因子評価に基づき、ハイリスク患者の褥瘡対策計画書が作成され、予防や評価、治療が行われている。看護師や薬剤師、管理栄養士、療法士で構成された褥瘡チームがラウンドし、褥瘡の評価や処置の方法などを確認している。管理栄養士は病棟カンファレンスへの参加、昼食時の病室訪問により摂食状況の確認などを行い、問題のある患者には、栄養状態を確認のうえ栄養管理計画書を作成している。症状緩和スクリーニングシートで不快な症状、疼痛の状態を評価し、ホスピス医を交えた多職種カンファレンスや回診により、症状緩和に努めている。早期からリハビリテーションを実施しており、想定されるリスクを患者・家族に説明している。必要に応じて退院支援計画書が作成されている。患者・家族への退院支援は、必要に応じて退院支援計画書を作成している。治療方針や想定される入院期間のほか、患者・家族の要望などきめ細かな情報を収集して多職種間で共有し、各種支援制度について検討している。在宅などで継続した診療・ケアが必要な場合は、看護・介護に関する指導、在宅療養の関係機関に情報提供などを行っている。ターミナルステージは、症状やデータに基づいて主治医と関連診療科医師が検討のうえで判定している。在宅での看取りを希望する患者には、訪問診療や訪問看護で対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局内の温湿度管理を毎日確認しており、持参薬は薬局で確認するなど、薬剤管理機能は適切である。検査結果は迅速に報告され、異常値やパニック値は直接医師に伝えられている。画像診断は、一般撮影、MRI、CTなどが可能であり、適切に対応している。厨房は清潔区分・不潔区分が明確になっており、温湿度管理、温冷配膳車による配膳、調理済み食品の冷凍保存など、栄養管理機能は適切である。リハビリテーション専門医やリハビリテーションスタッフが病棟スタッフと情報共有し、適宜プログラムの内容を見直して連続性を確保しながら取り組んでいる。洗

浄・滅菌の際は、各部署で一次洗浄し、適切に搬送して洗浄・滅菌しており、質保証も適切である。

病理組織診断は外部委託しており、検体採取、保存処理、業者への引き渡し、結果報告などの手順が確立している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却を適切に行い、在庫量の見直しの結果、廃棄率が改善している。手術の際は術前、術後診断を行い、安全な麻酔管理を行っている。覚醒・帰室基準を整備している。救急告示病院ではないが、かかりつけ患者や協力施設入居者などの患者を可能な限り受け入れており、緊急入院にも対応している。

10. 組織・施設の管理

毎年予算書が作成され、毎月の進捗状況を検討し、報告・分析・改善を行っている。また、会計監査は外部監査を実施している。医事業務はマニュアルに基づき適切に行われており、未収金の管理・督促を行っている。また、レセプト点検は全件医師が点検し、返戻・査定についても院内で検討し再請求をしている。業務委託は、組織的な検討を経て業者を選定している。

主要な設備の保守管理については、定期的に日常点検と保守管理を行っている。また、院内清掃も行き届いており、廃棄物を適切に処理している。設備の日常点検や計画的な保守点検、改修計画など、必要な施設・設備・機能を整備している。医療材料・物品の発注は、内部牽制機能が働いている。災害時の対応は独自の防災マニュアルなどが整備されており、大規模災害を想定した備蓄を確保している。保安業務は毎日の出入記録、業務記録を確認し、院内巡視を行っている。重大な医療事故が発生した場合の対応手順をマニュアルに示しており、必要に応じて委員会を開催して対応する体制を整備している。

11. 臨床研修、学生実習

窓口担当者を定め、各学校の実習要領内容を確認して進めている。看護学校とリハビリテーション校の学生を受け入れており、学校と契約書などを交わし、個人情報保護については学生との誓約書を確認している。実習にあたり、医療安全や感染対策、事故対応など、必要な教育を実施している。また、学校から依頼されたカリキュラムに沿った実習・評価を行っている。

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	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・プライバシーを適切に保護している	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

1.4 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	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	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
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	A
1.6.4	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	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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
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	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	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	周術期の対応を適切に行っている	A
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	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	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	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	A
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	A
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	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	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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

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 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人聖ヨハネ会 桜町病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 東京都小金井市桜町1-2-20

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	155	155	+0	68.2	16.75
療養病床	44	44	+0	71.8	206.2
医療保険適用	44	44	+0	71.8	206.2
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
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		
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	65	+17
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		292.65	276.47	369.63	105.85	74.80
1日あたり外来初診患者数		40.30	31.22	46.49	129.08	67.15
新患率		13.77	11.29	12.58		
1日あたり入院患者数		139.76	136.02	142.11	102.75	95.71
1日あたり新入院患者数		5.65	5.40	6.80	104.63	79.41