

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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6日～7月7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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1939年に開設され、時代の変遷と共に機能や病床数の変革を行い、現在に至る。設立当初より地域医療に貢献されており、現在では、緩和医療・ケアに特化した体制で終末期医療を展開している。

早期から第三者評価による医療の質向上活動にも熱心に取り組んでおり、今回が4回目の病院機能評価の受審となった。5年前に指摘された諸課題の多くが解決に至り、充実が図られていることが随所で見受けられた。取り組みの成果は、病院長・副院長を始めとし、事務部長・看護部長を主に幹部職員の優れたリーダーシップの結果であると評価できる。一方で今回新たに明らかとなった課題もあることから、今後も引き続き組織的な改善活動を継続されることが望まれる。この取り組みを通じて、貴院がますます地域にとってより必要不可欠な医療機関として発展を遂げられるよう祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は分かりやすく定められ、基本方針と病院目標も明確にしている。病院管理者は、地域医療への貢献と課題を明示し、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。組織運営では、意思決定機関が適切に機能し、中長期計画や年次事業計画が明確に策定されている。また、達成度の評価は事業報告で詳細に報告し情報の共有が図られている。文書管理の規程は策定され運用されているが、院内LANに掲載されている文書の管理が望まれる。

人事管理はおおむね適切であり、就業規則等が適正な手続きにより届け出や周知が図られている。また、労働時間や休暇取得についても適切に管理されている。職員の安全衛生については、おおむね適切に取り組まれている。職員の要望等を把握し、福利厚生の実施を図るべく努力している。

全職員対象の教育・研修は、必要性の高い課題が e-ラーニングで計画的に行われている。職員の能力評価や能力開発については、個人目標管理シート、ポートフォリオの活用とクリニカルラダーが運用されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、種々の媒体を通して周知を図っている。診療記録の開示にも応じている。説明と同意に関する方針、説明すべき内容については明文化されている。なお、説明と同意の範囲を明確にすることが望まれる。患者支援体制は常勤の社会福祉士3名を配置し、患者・家族がいつでも多様な相談ができるように配慮している。個人情報保護規程が整備され、職員に周知され適切に機能している。臨床上の倫理的問題は、委員会で適切に検討している。患者・家族の倫理的問題は、部署内でカンファレンスが開催される仕組みがある。

患者・家族の利便性は、外来駐車場を整備しているほか、売店を設置し入院生活に必要な日用品を提供している。病院は全館バリアフリーが確保されており、高齢者や障害者にとっても支障のないよう施設・設備が整備されている。診療およびケアに必要なスペースは十分確保されており、浴室やトイレは快適性とともな安全面にも配慮が行き届いている。敷地内禁煙となっており、院内にも禁煙が明示されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱により収集されている。診療の質の向上は、多職種参加の種々のカンファレンスによる情報共有・検討の体制が構築されている。医療サービスの質改善は幹部が中心となり、医療サービスの改善に努めている。新しい治療や技術の検討は、管理会議等で検討し、導入する体制となっている。

診療・ケアの管理体制は、ナースステーションに病棟責任医師、看護師長の氏名が明示している。ベッドネームには主治医・担当看護師の名前が記載し、周知している。診療記録の内容は適切であり、退院時サマリーも適切に作成されている。多職種で構成されるチーム医療として、リハビリテーションカンファレンス、症例カンファレンス、栄養カンファレンス、緩和ケアカンファレンス、褥瘡対策チームがあり、適切に機能している。

5. 医療安全

多職種で構成された医療安全管理委員会が整備され、看護部長と副院長がリスクマネージャーの役割を担い組織横断的に活動している。インシデント・アクシデント報告は、全職種が対象となっている。改善策は医療安全管理委員長が確認し、必要に応じて再度検討している。

患者・部位・検体の誤認防止は、入院患者は全員リストバンドを装着し、患者確認に活用している。チューブ類の誤接続ができないように誤接続防止コネクタの導入がされている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出し・指示受け・実施の確認ならびに指示変更・中止は、診療録や処方箋・指示箋上で適切に運用されている。薬剤の安全使用については、ハイリスク薬の使用や保管は適切であり、注意喚起にも努めている。救急カートの整備なども適切であり、安全使用への対策を確実に実践している。転倒・転落防止対策は、転倒・転落チェックリストを用いてリスク評価を行い、看護計画を立案している。緊急コールは「コードブルー」が定められており、BLS 研修も全職員を対象として実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染予防対策委員会は毎月開催され、報告に基づく対策の検討などを行っている。下部組織である ICT が実際の活動を担っており、毎週ラウンドを実施するなど組織体制は確立している。医療感染制御に向けた情報収集と対策は、微生物サーベイランスを実施し、ICT による院内の感染発生状況の把握や院内感染防止活動に努め、感染制御に活用する体制を構築している。

医療感染制御へ向けた活動として、手指消毒の遵守状況をチェックするなどの取り組みが行われている。抗菌薬の適正使用は、使用数が集計・把握され、フィードバックもされており、適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌やホームページの活用で適切に行われている。広報誌を関連医療機関等に発送していることは評価できる。また、ホームページに詳細な患者動向や一部臨床指標を掲載している。地域連携室が機能し、年間の全ての入院患者に地域連携室が関与し、他の医療関連施設等との連携を適切に図っている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、動画サイトの活用や関連施設であるケアハウスや特別養護老人ホームでビデオ講座を数回開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者は同一敷地内の関連施設からの患者で、予約診療が推進されており待ち時間等は発生していない。診断的検査が必要な場合には、必ず説明を行い同意を得ている。入院の決定は、種々の情報を基に多職種で決定している。診療計画書の作成は、入院時、病状や患者・家族の要望を踏まえ、各種のリスク評価を行い多職種で診療計画書を作成している。患者の相談は、社会福祉士が対応している。入院の調整は社会福祉士が担っており、全ての入院患者は紹介患者である。事前に診療情報提供書で病状の確認や病院の方針を説明し家族の意向を把握している。

医師は回診と記録を行い、多職種カンファレンス等を通じて情報共有をしている。主治医不在時の対応も適切である。看護師の病棟業務は、看護管理基準が定められ業務規程が明文化・整備されている。長期療養患者が多い中で、病状が変わらなくても定期的に検査などを実施し、患者の状態を把握している。投薬・注射は、

重複投与や禁忌疾患の有無などを確認して調剤され、安全・確実に実施している。重症患者の管理は重症度に応じた診療・ケアを実践しており適切である。褥瘡予防は入院時に評価が行われ、必要に応じて看護計画が立案される。栄養管理も入院時に栄養状態を評価し、栄養管理計画を立案している。症状緩和は適切に実施している。リハビリテーションは、ADL維持のため理学療法士が介入しているが、嚥下機能評価や摂食機能療法の検討を期待したい。身体抑制は行わない方針としているが、必要な場合は、抑制の目的・方法・期間を検討し、同意書は必要時その都度取得している。ターミナルステージの判断は、多職種で合議し判断している。デスカンファレンスは行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査や疑義照会などが適切に行われている。注射薬は1施用ごとに取り添えており、持参薬も鑑別されている。臨床検査機能は、検体検査は院内検査と外部委託であり、異常値、パニック値への対応も適切である。精度管理も行われており、機能は十分に発揮されている。画像診断機能は、放射線科医による読影体制の導入を期待したい。栄養管理機能は、管理栄養士を配置し、調理業務は外部委託で対応している。日々の現場では食材の搬入から検収、下処理、調理、盛り付けまで適切に運営され、衛生管理が徹底されている。リハビリテーション機能は、長期療養患者に介入が行われ、医師の指示により評価基準などにに基づき計画書を作成し実施している。多職種によるカンファレンスを行い、情報共有し定期的に計画書を見直している。

診療情報管理機能は、1患者1IDで管理している。また、ターミナルデジット方式で管理し、保管・管理、閲覧、貸し出しが適切に行われている。医療機器管理機能は、看護師による点検が点検票に沿って行われており、月1回医療機器管理委員会のメンバーがラウンドして動作状況等を確認している。洗浄・滅菌において一次洗浄は、洗浄室で外来看護師により行われている。滅菌業務は、すべて外注になっており、滅菌物の受領については外来の担当者が行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・会計は、管理会議で予算執行状況や前年と比較するなど毎月業績が検討されている。財務会計諸表は病院会計準則に沿って行われ、公認会計士の監査を受けている。レセプト作成への医師の関与も適切である。また、未収金の発生防止や回収促進のほか、施設基準の適正な維持に組織的に取り組んでいる。業務委託は事務部長が受託業者と面談を行うなど質の担保に努めている。主要なライフライン設備は、担当者による日常点検に加えて専門業者による定期的な保守点検が確実に実施されている。

施設・設備の管理は総務課が担当となっている。電気・給水などの必要な設備・機器が整備され、計画に基づき保守点検が行われている。物品管理は、診療材料委員会が機能し、現場担当者の意見を踏まえた選定が行われている。また、金額による決済権限も明確で物品購入の仕組みが構築されている。

消防計画を策定して防火訓練を実施し、大規模災害を想定したマニュアルや備蓄品のほか、緊急連絡網が適切に整備されている。日曜・祭日と夜間の警備については定時の巡視や施錠管理が適切に実施されている。医療事故が発生した場合に備えたマニュアルが整備され、組織的に取り組む体制が構築されている。

1 1．臨床研修、学生実習

実習生は受け入れていない。

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・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	A
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	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	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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	NA
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	NA
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	NA

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	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	B
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	A
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	NA
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	B
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 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： 宗教法人救世軍 救世軍清瀬病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 東京都清瀬市竹丘1-17-9

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	25	25	+0	71.4	53.8
療養病床	117	117	+0	87.5	389
医療保険適用	74	74	+0	84.9	290.4
介護保険適用	43	43	+0	91.8	847.5
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	142	142	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	25	+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

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
1日あたり外来患者数	25.26	16.94	19.21	149.11	88.18
1日あたり外来初診患者数	5.89	3.35	3.16	175.82	106.01
新患率	23.33	19.80	16.46		
1日あたり入院患者数	120.16	114.25	113.24	105.17	100.89
1日あたり新入院患者数	0.52	0.50	0.57	104.00	87.72