

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9月14日～9月15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

社会福祉法人慈生会が運営する、慢性期医療を提供する病院である。病院の創立者はフランス人のヨゼフ・フロジャク神父で、病院の敷地周辺には、教会や修道院など系列の施設が点在している。理念は「創立者ヨゼフ・フロジャク神父の遺志を引き継ぎ、キリストの愛の精神に従って病める人々のため、あたたかい医療を誠実にまいります」とされ、7項目の基本方針と4項目の慈生会の誓いとともに、病院運営の基礎をなしている。開設以来、建物施設、病床数、病棟種別、リハビリテーションへの対応など幾多の変遷をしてきた。重度の患者が多く入院していることもあり、職員配置は厚い態勢となっている。現病院の建物は築年数を経ているが、整理、整頓、清掃も行き届きよく維持されている。

病院機能評価は2005年に認定を取得後、認定更新のための審査を受審しており、認定を継続している。「日本一の慢性期病院を目指します」との目標にある通り、多くの項目に関しては一定の質にあると評価された。ごくわずかな項目に関して課題も示されているので、職員の総力を挙げての取り組みに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院内外への周知も各種媒体を通じて積極的に行われている。病院の将来像は3年間の中期計画がBSCで策定されている。職員の自己申告に対して院長が答えや方向性を示しているほか、幹部職員は病院の運営にリーダーシップを発揮している。意思決定会議の審議結果および、各種会議・委員会の情報伝達も適切である。情報管理に関しては真正性・見読性・保存性を確保した対応がされており、各種の規程も適宜見直しが行われている。文書管理規則に従って策定・改訂の履歴が記載され、最新版の配付も適切である。

各職種の配置人員数については充実している。人事・労務の各種規程は法人全体で整備され、総労働時間、有給休暇の取得も適切である。また、超過勤務もほとんどなく、就業規則や労働基準法第36条に基づく協定は所定の届け出が提出されている。労働衛生委員会は開催の記録も残されており、健康診断の受診率も100%である。ほぼすべての検査・ワクチン接種が病院負担で実施され、メンタル面のサポートも対応されている。福利厚生としては、院内保育所や単身者向けの職員寮が用意されている。年間研修計画が立てられ、法定の研修や必要性が高い研修が開催されている。また、次代のリーダー養成のプログラムもあり、能力評価では「目標設定・管理シート」と定期面談を効果的に活用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確にし、ホームページや入院案内、院内掲示で周知している。「見守る」「支える」「看取る」の3つの視点から、患者権利の擁護に努めており、説明と同意への対応もおおむね適切である。患者との必要な情報の共有は、各種説明や面談、カンファレンスで数多く実施されている。患者の支援体制では、相談窓口には社会福祉士を配し、退院支援の看護師とともに適切に取り組まれている。個人情報保護の定期的な研修が実施され、個人情報の規程や院内規則、および指針、基本方針が整備されている。外部委員を含む倫理委員会が設置され、身体抑制解除、終末期の苦痛緩和などの検討がされている。臨床の場での倫理的課題については、患者の目線に立って各種カンファレンスで検討されている。

利用者の利便性に関しては、駐車場や売店をはじめサービスや設備が過不足なく整備されている。病院内はバリアフリー化され、車椅子利用者へ配慮された受付カウンター、ベッド等も年間計画で機能性の高い製品に更新されている。病棟内は空調や照度、静寂性も管理されている。また、絵画やインテリアが飾られ、療養環境への配慮が行き届いている。受動喫煙防止の観点から院内・敷地内は全面的に禁煙としている。職員の喫煙者は数人いるが、禁煙に向けての働きかけを積極的に行っている。

4. 医療の質

患者サポート相談窓口を設置し、苦情処理の窓口も明示されている。患者・家族からの意見は意見箱やアンケートから収集し、集計結果を広報誌に掲載している。慢性期特有のQIの内容を検討し、26項目を選定してホームページ上に発表している。また、BSCで策定した中長期計画に「改善」を示す数値目標を明確化している。部門横断的な組織としてプロジェクト会議があり、ボトムアップの質改善を促進する仕組みである。新たな診療技術や治療法の導入は、主に診療会議で検討されている。また、症例報告の臨床研究などは倫理委員会で検討され、外部委員からも意見が添えられている。

病棟に配属されている職員は顔写真と名字で紹介され、当日の担当者も明示されている。ベッドネームには主治医と担当する看護師、介護職員が明示されており、管理責任体制は整備されている。入院診療記録には、必要項目や経過内容が適時記

載されている。多職種による各種カンファレンスが活発に開催され、退院前カンファレンスでは院内多職種と患者・家族、外部のケアマネージャー、サービス事業所も交えて開催されている。

5. 医療安全

多職種による医療安全対策委員会において、医療安全に関する情報が集約され方針・施策が決定されている。また、医療安全、医療機器、医薬品の責任者が配置され、必要な権限が付与されている。医療安全対策委員会で、アクシデント・インシデント情報が収集・分析され、再発防止策の検討を行っている。

誤認防止対策マニュアルが整備されており、患者確認は患者に氏名を名乗ってもらうことが原則であるが、できない場合はダブルチェックしている。チューブの誤認防止対策として規格の違う製品を使用している。指示出し・指示受け・実施の経過が記載され、指示の変更・中止や口頭指示の対応も的確である。病棟担当薬剤師も患者の状態を把握し、全件薬歴管理を行っている。また、重複投与、相互作用、副作用、ハイリスク薬への対応などのリスク回避にも関与している。転倒・転落のリスク評価は全患者に行われ、看護計画へ反映されている。新たなベッドの購入により、転倒・転落防止に活用されている。保有する医療機器はモニターと輸液ポンプ、AED であるが、使用する職員には事前に研修が行われている。救急カートの点検は看護師により月 1 回行われている。院内緊急コードとしてコード・ブルーが設定され、年 2 回の訓練が実施されているが、全職員対象の AED、BLS 訓練は定期的な開催を望みたい。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を定期的に行っているほか、インフルエンザ発生時には随時招集している。委員会メンバーで ICT ラウンドを実施し、巡回報告と対策を立案している。感染対策研修会も工夫をしながら開催している。感染発生時の報告ルート図を作成し、自院の感染関連情報として収集すべき情報を明確化している。週間細菌検査統計表で、入院患者の細菌検査結果を毎週集計し、院内全部署で情報共有されている。東京都感染情報センターや管轄保健所、看護協会から近隣の感染情報を取得している。

手指消毒用の速乾性消毒薬は病室ごとの設置と、看護職などは個人携帯し使用期限、使用量のモニタリングが行われている。1 処置 1 手袋が実践され PPE の着用も適切である。感染性廃棄物はルールに則って処理され、感染性リネンやオムツの取り扱いは、搬出者への感染防御の配慮がされている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、抗菌薬使用量、投与日数等を月別に表に作成している。また、細菌の薬剤感受性情報をまとめ、年間のアンチバイオグラムを作成して院内感染対策委員会で分析している。さらに、薬剤委員会において感染動向、使用適正の審議を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として広報誌を年6回発行し、ホームページにも病院の概要や機能が詳細に掲載されている。また、ホームページ内のブログは毎月更新し、特にリハビリテーション部門のホームページは別途設けているなど、リハビリテーションに強い療養型病院としてアピールしている。診療実績に関しては、ホームページに26項目掲載されており、就労支援や学習支援等の地域貢献活動も指標として載せられている。地域の医療関連施設等の状況把握は、医療相談・地域連携室の他、各職種も周辺施設の状況把握に努めている。地域において、終末期医療を提供するという役割が明確だが、在宅復帰の可能性を検討し、支援している。地元地域の健康増進などに寄与する活動としては、職員が講師となって年6回の公開健康講座を開催している。また、健康まつりや平日は毎日開催する無料健康相談の他、地域公益活動として「ベトカフェ」「ワークサポート」「学習支援はなみずき」を開催している。さらに、地元の医療関連施設等に向けた活動では、メディカル・ケア・リンクなど9つの地域連携事業に参加している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は提示され、一部の診療科では予約診療を開始している。熱発者の対応にも配慮されている。多職種が関与して生活習慣病看護ケア外来や無料健康相談を開催している。基本的に侵襲的検査は行わない方針だが、嚥下内視鏡検査を実施する場合は承諾書を作成し、同意を得ている。入退院調整計画委員会は、頻回に開催している。入院時に多職種で患者の病態を評価し入院診療計画を作成し、長期療養目的か退院支援・退院調整か評価している。診療計画は看護計画・リハビリテーション計画・栄養管理計画に反映され、患者・家族に説明が行われ、同意が取得されている。医療相談は医療相談室に3名の相談員が配置され、退院支援看護師1名も関与している。相談員により病院概要、室料差額や食事療養費などが説明され、看護師により入院時のオリエンテーションが行われている。

病棟は主治医に統括され、医師は病棟スタッフと身近に情報共有できる環境がある。看護師によって身体的・精神的・社会的ニーズの把握がされ、病棟の衛生面の点検、備品の保守点検など療養環境の維持が行われている。不穏の患者にはパストラル・ケアワーカーが関与し、認知症の研修として、ユマニチュードの技術も応用されている。指示内容に基づき安全に配慮し投薬・注射を実施している。注射薬は高カロリー輸液製剤を含めて、ほとんど調製・混合しておらず、リスクの低減に努めている。重症度に応じて個室病床を選択し、酸素・吸引設備や心電図モニターおよび輸液ポンプを確保している。

入院時、全患者に褥瘡診療に関する診療計画書で褥瘡リスク評価が行われている。多職種で褥瘡回診されているほか、皮膚科医へのコンサルテーションの仕組みもある。入院時に全患者へ栄養アセスメントを行い、多職種と連携して食事形態、投与方法等についても検討している。症状緩和には医師の指示や看護基準による対応があり、精神面ではパストラルケア室や精神科医の関与がある。リハビリテーション・ケアについて、看護師とリハビリテーション療法士が、ポジショニングの徹

底と統一化を図っている。経口摂取や排泄自立に向けた取り組みが行われ、離床しての庭の散歩や試験外泊にも取り組まれている。身体抑制を行わないことを前提とした基本方針がある。抑制以外に方法がない場合様々な取り組みをしているが、自主作成した手袋による取り組みは効果を上げている。

入院時に患者・家族に意向が確認され、退院の可能性の検討と退院支援が検討されている。在宅療養の事例は少ないが支援の仕組みがある。ターミナルステージの判断は基準が定められており、主治医を中心に多職種で検討が行われている。デスカンファレンスの開催も多く、「追悼祈りの集い」による遺族との交流会など病院独自の取り組みもある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、持参薬の鑑別や薬歴を管理し、注射は1施用ごと内服薬も1回量包装としている。病棟担当薬剤師を配置している。臨床検査では、外来や病棟で定期的な採血を行い、内部・外部の精度管理を定期的に把握している。画像診断では、病院の有する機能に応じた放射線画像検査を実施している。

栄養管理では、食事の提供に温冷配膳車を使用し、適切な配膳時間で多様な食種の提供をしている。リハビリテーションでは、入院患者ほぼ全員にリハビリテーションを提供し、訓練実施記録を作成している。療法計画を立案し、多職種と双方向に情報共有している。診療記録は紙媒体であるが一元管理され、診療記録の貸し出し管理も適切である。リハビリテーションカルテは病棟でカルテと一緒に閲覧できるように対応されている。保有する医療機器は医療機器管理台帳、医療機器点検計画が整備され、定期点検も実施されている。洗浄・滅菌では、中央化されPPEの着用も適切である。化学的・生物学的・物理的インディケーターも適切に記録、保管されている。

病理診断機能については、臨床検査技師が管理責任者となり、外部委託されているが、手順は明確化されている。

10. 組織・施設の管理

予算書が策定され、月次決算が管理会に報告されている。また、社会福祉法人の会計基準を適用し、会計監査は監査法人により行われている。経営状況は職員にも知らされ、ホームページにも決算報告が掲載されている。医事業務は業務マニュアルに定められ、施設基準の確認や未収金の管理も適切に実施されている。委託業務は業者の選定、実施状況の評価・把握、従事者に対する教育、事故発生時の対応も適切である。

施設・設備に関しては、年間の保守管理計画があり、緊急時の対応態勢、建物・設備の経年劣化等に対しての検討も適切である。感染性廃棄物に関するものも含めて対応されている。物品管理は選定する物品の選定方法、内部牽制が働く仕組みの発注と検収業務、棚卸の実施など適切に管理されている。

火災発生時の対応として、設備的には各種設備機器が設置され、幹部に自動的に連絡するシステムとなっている。緊急時の体制は防災マニュアルとBCPに規定され、食料や飲料水は患者、職員で3日分を確保している。保安体制は、事務部門を担当として管理体制が組まれている。防犯カメラの設置、保安業務日誌も記載され、緊急時には一斉メールのシステムがある。医療事故の組織的な対応では、医療安全管理室の設置、医療安全対策委員会が開催されている。事故発生時の対応マニュアルは、職員へ研修会などを通じて周知されている。これまで訴訟に発展した事例はないが、手順書や法人の関与、顧問弁護士との契約、医師賠償責任への加入もされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

理学療法士の評価実習生を受け入れており、カリキュラムは養成学校と病院のものを併用している。医療関連感染や医療安全に関する教育、および家族への承諾、学生の事故対応などはオリエンテーション時に実施している。また、実習中の事故に関しては養成学校側との連絡体制がある。実習生の評価に関してはマンツーマンで評価実習を行っているが、総括する実習指導者を置き実習チームでの教育体制を組んでいる。

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・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	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	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	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	B
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	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	A
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	A
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	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	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	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	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： 2019 年 1 月 1 日 ～ 2019 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 1 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 慈生会 ベトレヘムの園病院

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： 東京都清瀬市梅園3-14-72

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	0	0	+0	0	0
療養病床	92	92	+0	98.3	280.9
医療保険適用	92	92	+30	98.3	280.9
介護保険適用	0	0	-30	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	92	92	+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		
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	67.71	64.63	60.95	104.77	106.04
1日あたり外来初診患者数	2.81	3.15	2.98	89.21	105.70
新患率	4.15	4.88	4.88		
1日あたり入院患者数	90.74	90.41	91.51	100.37	98.80
1日あたり新入院患者数	0.33	0.32	0.36	103.13	88.89