

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」及び副機能種別「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4月27日～4月28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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は熊本市において、診療科目に内科・神経内科・緩和ケア内科・リハビリテーション科を掲げ、緩和ケア病棟、障害者施設等一般病棟（地域包括ケア病床を含む）を有し、地域連携を重視して運営されている病院である。

病院機能評価を継続して受審しており、この度の審査でも、少人数の組織ではあるものの多職種が協力しチーム医療が推進されている状況と、その成果が随所でみられた。多くの評価項目について適切な状況が確認された一方、さらなる質改善のため検討が望ましい課題もみられたが、引き続き改善活動に取り組み、地域において一層の発展を遂げられるよう祈念する。

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、院内外に周知されている。病院管理者・幹部は種々の会議・委員会にも参加してリーダーシップを発揮し、病院の規模・特性も活かして効果的に組織運営を行っている。情報管理の方針は明確で、電子カルテの導入も検討されているが、規程面の内容充実を期待したい。また、文書管理規程の内容についても充実が期待される。

役割・機能に応じた人材はおおむね確保されているが、一部職種の配置について検討を期待したい。人事・労務管理では、工夫しながら有給休暇の取得促進が図ら

れ、1人職場が多い中で取得率が高率であることは評価できる。衛生委員会が開催され、職員の残業時間が把握されて、その削減方法などについて検討されている。職業感染対策が取られ、精神的なサポート体制も整備されている。魅力ある職場づくりに向け、職員アンケートで意見・要望を把握したり、各部門の管理職が面談にて業務に対するヒアリングを行ったりしている他、保育所は企業主導型施設と契約し、割安で利用できるよう病院が支援している。

職員への教育・研修は年間計画のもと、医療安全・感染制御をはじめ必要性の高い課題に関する研修会が実施されており適切である。職員の能力評価・能力開発についても病院として支援する仕組みがあり、緩和ケアの認定看護師をはじめ有資格者も在籍して現場でその能力を発揮していることは評価できる。

3. 患者中心の医療

「患者さまの権利」と「患者さまへのお願い」が明文化され、院内外に周知されている。説明と同意の方針は明確で、多職種で作成した入院診療計画書などをわかりやすく説明し、医療への患者参加を促している。患者支援体制は整備されており、社会福祉士および看護師が受診前から入院中・退院後の相談にも対応していることは評価できる。個人情報やプライバシーの保護に配慮しており、個人情報保護規程も整備されている。臨床における倫理的課題については、日常的に現場で検討されており、解決困難な場合は倫理委員会で検討する仕組みが整備されており適切である。

患者・面会者の利便性・快適性におおむね配慮されており、院内はバリアフリーが確保され、高齢者や障害者にも配慮された施設・設備となっている。療養環境は診療・ケアのスペースが十分確保され、快適な病棟・病床環境が整備されており、トイレ・浴室の清潔性・安全性にも配慮されている。受動喫煙防止対策では、敷地内禁煙が徹底され良好な環境になっており、職員には勤務中の喫煙は禁止し、希望者にはグループ病院の禁煙外来の受診を勧奨している。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を収集して質改善に活用する努力が継続されており、医療の質向上については、多職種が参加するカンファレンスや診療ガイドラインの活用で質が担保されている。今後はクリニカル・パスの作成と、臨床指標の設定を期待したい。業務の質改善については、病院全体で業務の見直しに取り組んでいるが、組織横断的に取り組む委員会の設置や、TQM活動などの導入も検討されるとよい。新たな診療・治療法や技術の導入については、医師や看護師が知識や技術を取得するための費用を病院が支援する仕組みが整備されており、適切である。

診療・ケアの管理・責任体制は明確になっているが、チーム医療が活発に行われているので、患者のベッドネームに、医師・看護師以外に関わるスタッフ名が明示されるとよい。診療記録は基準に基づき適時・適切に記載されているが、医師診療録の質的点検の実施について取り組みを期待したい。多職種が協働しての診療・ケアとして、各委員会活動やカンファレンスなどが機能しており適切である。

5. 医療安全

医療安全管理者・医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者が配置され、リスクマネジメント委員会が開催されている。リスクマネジメントチームも組織され、安全対策に取り組むなど安全確保に向けた体制は確立している。安全確保に向けた情報収集が積極的に行われているが、今後は重要事例の分析を客観的に行って、再発防止に活用することを期待したい。

誤認防止対策は適切に実践されている。情報伝達エラー防止対策について、医師の指示出しや指示受け・実施・確認の仕組みは適切であるが、一部の業務手順について遵守の徹底を期待したい。薬剤の安全使用に向けた対策はほぼ適切に実践されているが、今後はさらに、カルテに薬歴欄を設けてアレルギーや禁忌薬の内容を記載することなども検討されるとよい。転倒・転落防止対策は適切に実践されており、医療機器についても入職時研修や熟練した看護師によるOJT研修などで、安全使用が図られており適切である。急変時対応では緊急コードが院内に周知され、定期的に訓練も実施されており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染対策に関する委員会が適切な構成員で開催され、感染対策担当者の臨床検査技師と看護師による院内ラウンドも実施されている。委員会では必要な感染対策や、培養検査結果や抗菌薬の使用状況などが報告・検討されている。職員全員を対象とした研修も実施されているなど、おおむね適切に体制が整備されている。感染制御に向けた情報収集と検討では、感染情報レポートを作成して情報共有し、緊急時における対応もマニュアル化されており適切である。

現場では標準予防策が遵守され、汚染されたリネン類や感染性廃棄物の取り扱いも含め、感染制御に向けた活動が適切に実践されている。抗菌薬は使用状況が把握され、適正使用指針も整備されており、特定の抗菌薬は届出制になっている。今後は病院全体での分離菌の出現傾向の解析や、使用中の抗菌薬の感受性分析などが実施されるとよい。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内には、提供する医療サービスや医師紹介・交通アクセスなどが掲載されており、ホームページでも情報を発信している。今後、広報内容を明確に定め、診療実績も含めた情報発信などの積極的な取り組みを期待したい。地域連携室が機能し、紹介・逆紹介への対応を一元的に管理している。地域の医療機関や施設等およびそれぞれの機能が把握されており、紹介元への返信の有無も地域連携室が管理し適切である。また、脳卒中と大腿骨頸部骨折に関する連携パスの受け入れ病院として、パスの活用実績もみられる。地域貢献では、例年は地域住民を対象として定期的に健康教室を開催していたが、新型コロナ禍のため計画的に実施できていない。その状況下でも、医療従事者向けに緩和ケア研修会をWEB配信で行っている他、地域の公民館からの依頼に応え職員を講師として派遣し適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者は少ないが、基本的に 30 分単位の予約制で、円滑に丁寧な診療が行われている。診断的検査、適切な連携先への患者紹介、入院の決定、診断・評価と診療計画の作成、患者・家族からの医療相談への対応は、いずれも適切な取り組みがみられ、入院の受け入れを円滑に行い、多職種が関与して診療計画を作成・説明していることは評価できる。

医師および看護師は適切に病棟業務を実施しており、投薬・注射や輸血・血液製剤投与についても確実・安全に実施されている。重症患者はナースステーション近くの個室で適切に管理され、褥瘡の予防や治療も患者個々に合わせた対応がなされている。栄養管理は全入院患者に対して行われ、必要な患者には食事指導も実施されている。症状など緩和については対応する基準・手順等を整備し、緩和ケア専門医や認定看護師も関与しており適切である。

リハビリテーションは入院当初から必要な患者に行える仕組みであり、リハビリの継続性にも配慮して確実・安全に実施しており評価できる。身体抑制はやむを得ない場合に限り実施されているが、アセスメントや記録の面で充実が期待される。患者の退院支援や継続療養については、他の医療機関・施設等とも連携し適切に対応している。ターミナルステージへの対応は患者・家族の意向を尊重し、看取り時のケアに家族も参加できる仕組みがあり適切である。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア外来は完全予約制であり、地域連携室の MSW が情報を収集して円滑な入院にも配慮されている。地域の保健・医療・介護・福祉施設等からの患者受け入れ、緩和ケアに必要な診断的検査、入院の決定では、いずれも適切な取り組みがみられる。診療計画やケア計画は多職種も関与して作成されており、入院前から入院後も MSW が様々な相談に対応して経時的に記録していることは評価できる。医師・看護師は病棟業務を適切に行い、病棟では多職種カンファレンスで患者主体の診療・ケアを心身両面から配慮して実施しており適切である。投薬・注射、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。褥瘡の予防・治療は適切に行われており、栄養管理では個々の患者に配慮され、共通の台所を利用して家族の手料理を味わうことができるよう取り組まれている。症状緩和では、痛み以外でも様々な症状出現に対応する仕組みができており、個々の患者に寄り添って多職種が関与している。

リハビリテーションは患者・家族の希望を取り入れて行っており、自立支援や QOL 向上にも留意し、認知症患者に適切に対応できるよう努力していることは評価できる。身体抑制は行わないことを前提にしているが、やむを得ず行った際の確実な記録について検討を期待したい。退院支援や継続療養に配慮され、在宅での急変時にも緩和ケア病棟で受け入れる仕組みが整備されており適切である。臨死期の対応では、家族の心情に十分配慮した対応がなされ、デスカンファレンスも臨死期のケアに活かすことを目的に行われていることは評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤に応じた温湿度管理を行い、処方鑑査や調剤鑑査を行って質の向上に努めており適切である。臨床検査機能は、血液検査や生化学検査は外部委託であるが、速やかに結果報告できるようになっており、パニック値に対応する仕組みや、精度管理による質確保にも留意されている。画像診断機能では、グループ病院からローテーションで診療放射線技師が来院し、オンコールにも対応して検査を実施している。誤認防止や安全に配慮した検査が行われているが、読影の体制の強化が期待される。栄養管理機能は適切に発揮されており、リハビリテーション機能については体制が拡充され、専門的リハビリも行われており評価できる。診療情報管理では、診療記録は診療情報管理士が一元管理し、記録の量的点検も適切に行われている。今後は病院運営に寄与するデータの定期的な集計など一層の充実を期待したい。医療機器はグループ病院の臨床工学技士と貴院の臨床検査技師の関与のもと、おおむね適切に機能が発揮されているが、点検の有無の表示などを期待したい。洗浄・滅菌機能については、滅菌の精度保証などについて一層の検討の余地がある。輸血・血液管理機能は、輸血療法指針や輸血療法マニュアルも改訂され、安全な輸血実施に向けて取り組んでおり、輸血療法委員会では、輸血を実施した全症例の具体的な輸血状況および副作用などの検証を行っている

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は法人本部で行っているが、会計処理は病院会計準則に基づいて行い、予算の執行状況や経営状況も病院幹部が把握しており適切である。医事業務は全レセプト点検に医師が関与しており、施設基準を遵守する仕組みも整備され、未収金の管理も適切に行われている。業務委託については病院会議で検討され、委託業務の質も管理され、従事者教育にも適切な対応がみられる。施設・設備管理は事務長が担当し、院内の清掃管理も徹底しており、廃棄物の処理も適切に行われている。物品の選定・購入の仕組みは整備されており、SPD方式も導入され、医薬品の管理も適切に行われている。

災害時対応については緊急時の連絡網が院内に周知され、災害時の責任体制も明確になっており、定期的に訓練も実施されている。保安業務は適切な対応体制が整えられている。医療事故等への対応では、重大事故時には緊急に委員会が召集されて原因究明と再発防止策が検討され、訴訟等の恐れがある場合には弁護士も参画する仕組みが整備されており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

リハビリテーション養成校から継続的に実習生を受け入れており、実習開始時に医療安全や感染防止・個人情報保護に関する指導を行っている。カリキュラムに沿った実習を行い、実習生および実習内容の評価を養成校側に返している。大学の緩和ケア臨地実習を受け入れていることは評価できる。

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	B
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	B
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	B
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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	B
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	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	NA
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	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	B
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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	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	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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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

機能種別：緩和ケア病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	A
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	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	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和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	身体抑制を回避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	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2020年 4月 1日～2021年 3月 31日
 時点データ取得日： 2021年 11月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人桜十字 桜十字熊本東病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 熊本県熊本市東区三郎1-12-25

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	49	49	+3	83.2	65.1
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	49	49	+3		

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	0	-8
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	13	-4
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

- 内科 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 内科 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

