

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1月17日～1月18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

貴院においては、1991年に19床の有床診療所愛和内科として開設され、1995年には病院化し、2008年には48床のすべてを緩和ケア病床として整備し、今日に至る陣容を整えた。その後、緩和ケアに関わる地域のニーズに真摯に対応し、全人的医療を目指し、患者さんの身体的、精神的、社会的、霊的痛みに対して真摯なケアを継続し今日に至っている。一方では、地域住民の健康診断および慢性疾患外来管理に注力し、地域の健康管理、健康増進に注力している実践が確認され、住民にとっては無くてはならない病院として認知されている。また、地域での「がん診療ネットワーク」構築にあたっては、どのような病態のニーズにも応じる体制を創出しており、自院においても在宅での緩和ケアを受けたい患者方のために、法人内の訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所との連携や、ほかの訪問看護ステーション、事業所と連携して、在宅訪問診療を行っている。患者個々の生き方を尊重した、様々なステージにおける緩和ケアの提供を重視している。

今回の病院機能評価にあたっては、多職種が協働して患者のために質の高いケアを実践する真摯な姿勢が確認できた。本報告書が、より一層医療の質向上のための一助となることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は統一化され、分かりやすい表現で明文化され、院内外に周知している。病院幹部は会議・委員会等でリーダーシップを発揮しつつ理念達成に向けた年次事業計画は簡潔に表現し遂行している。

医療法上や施設基準上の人員は適正に確保しており、病院医療の質の向上のため

め、継続的な人材確保に取り組んでおり、就業規則はじめ諸規則・規程は整備されている。衛生委員会を設置し毎月会議を行い、長期病休者、労働災害、健康診断実施状況などの確認と対策を行っている。健康診断は実施率 100%とし、魅力ある職場作りを目指し、病院幹部は意見を傾聴することに努力している。

看護部においては、緩和ケアについての各レベルに応じた教育プログラムが年間計画によって遂行されており、外部研修が奨励され、関連する学会へ積極的に参加している。薬剤科においても研修計画が整備されている。医療安全、感染制御、およびチャプレンによるスピリチュアルケアを含めた緩和ケアについての研修を重視しており実績もある。職員の能力開発に向けて、看護部においては、自己評価に基づく上席面談が行われている。薬剤科においてもそれに準じた仕組みがある。

3. 患者中心の医療

患者の権利については 6 項目を明文化し、院内外に周知している。説明と同意に関する方針と手順が整備され、患者の自覚する全身状態と意向を自ら発信することで、診療への主体的な参加につなげている。相談窓口が設置されており、看護部門や多職種の協力を得ながら専従の社会福祉士が相談支援に応需しており、個人情報も良好に保護されている。病院としての倫理規程の方針が定められ、臨床倫理について倫理委員会で検討する仕組みが整備されている。臨床現場で解決困難な臨床倫理事案は倫理委員会へ申請し、検討する仕組みが整備されている。また、院長および緩和ケア認定看護師の資格を持つ総看護師長が臨床現場での検討に参加し対応している。

院内はバリアフリーとなっており、手摺りも設置されている。長野駅から交通至便の地にあり必要数の駐車スペースがあり、身体障害者用駐車場も確保している。院内は清潔で整理整頓されており、清潔で利便性が保たれている。院内には礼拝堂も施設され、癒しの場としての空間を提供している。病室の名前表示は本人意思が反映され、プライバシーの配慮がされ、同フロア内に家族室、台所を整備しており、家族への配慮も浸透している。

4. 医療の質

看護部を中心に月 1 回業務検討委員会を開催し、定期的に業務の見直しを行っている。体系的な病院機能の評価としては、日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、前回の指摘事項を院内で検討し、改善につなげている。常勤医師が病棟カンファレンスに全員参加しており、多職種での意見交換の場で検討しており、デスカンファレンスは看護師が中心となって、ケアや診療の適切性を検討している。院内に意見箱を設置し、患者・家族の要望を取り入れる努力がなされ、臨床研究については倫理委員会で審議する仕組みができています。日本緩和医療学会のガイドラインに沿って診療が行なわれ、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が実施している遺族調査 J-HOPE4 に参加し、評価を院内で検討している。

診療、ケアの組織上の責任者が患者・家族に向け明示され、診療記録は診療記録記載マニュアルに沿って患者の状態や検査結果などを適時に記載している。患者状

況の適切な評価のためのアセスメントや計画を多職種が共有している。褥瘡、がんに伴う専門職チームとして組織横断的に介入し個々の患者の診療、ケアの質管理を担保しているなど医療の質向上の取り組みが行われている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、副院長を委員長とし各部門の代表者で構成された医療安全対策委員会が設置されている。医療安全の実働は、医療安全管理者でもある総看護部長が担い、医療安全マニュアルはカルテ上で周知している。院内のインシデント・アクシデントに関する報告書は組織的に収集され、P-mSHELL 分析を行い対応しており、事故発生時の対応方針や報告体制も明確にしている。

誤認防止に関してはマニュアルが整備され、患者確認は名前の名乗り、リストバンドによる確認を行っている。指示出し・指示受け・実施・確認は電子カルテのオーダーリングシステムを活用して行い、薬剤の重複投与や相互作用のチェック、アレルギーのチェックなど薬剤の安全な使用に努力している。入院時全患者に、転倒・転落アセスメントシートによるリスク評価を行い、危険度に合わせ転倒・転落予防フローを活用して対応している。転倒・転落が発生した場合は、せん妄評価も含め、多職種で個々の患者に応じた防止策の立案がされている。医療機器は、輸液・シリンジポンプは使用場所で管理し、医療機器使用マニュアルに基づく運用がなされている。患者急変時に備えて、院内救急コードや救急カート、AED を整備している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を設置し、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師等の委員と病棟のリンクナースが実働として感染制御を担っている。院内感染対策マニュアルには感染管理者の権限を明記し、標準予防策、感染経路別予防策、抗菌薬適正使用マニュアル、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症の対策を記載し、必要に応じて随時改訂して職員に周知している。院内での感染症発生状況を継続的に把握し、収集データの分析や検討を行い、アウトブレイクの定義を定めている。さらに、北信 ICT カンファレンスや長野県感染情報などから新型コロナウイルス感染症やそのほかの感染症の発生状況などの情報を収集して、院内に発信している。

標準予防策が実施できるよう適切に個人防護具が設置されている。速乾性手指消毒剤は、定められた使用のタイミングで実施しており、速乾性手指消毒剤使用量のモニタリングも実施され手指衛生徹底の取り組みを行っている。また、月 1 回リンクナースによるラウンドが実施されており、感染制御の実践を確認して抗菌薬の適正使用を推進するために抗菌薬使用マニュアルを整備している。抗菌薬の採用・削除は、薬事委員会で協議しているが、感染対策委員会も関与する仕組みになっており、医療関連感染制御に関する取り組みがある。

7. 地域への情報発信と連携

院内担当部署が作成し更新するホームページは、病院の機能や特徴が分かる工夫

がされ、分かりやすい内容である。紙媒体の広報誌は近々に再刊し、連携医療機関宛に届ける予定である。がん診療連携拠点病院の連携を含めて多くの前方連携の実績がある。また、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や在宅療養支援診療所と連携があり、ネットワークの中心的役割を果たし、共同指導の実績も豊かである。「北信連携の会」でも重要な役割を果たしており、連携施設のリストも整備している。地域における住民啓発活動として、「看取りのケア」やACPの講座をネット配信するなど活発に行っている。隣接市の市民講座において講演を行った経験もあり、県薬剤師会主催の市民向け講座も行った。また、副院長を中心に医療・介護施設関係者向けの緩和期におけるケアについて研修も実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院判定会は、緩和ケア科医師、病棟責任看護師、MSWで開催しており、入棟基準に沿って入院の決定を行っている。診療計画は、入院前情報を踏まえ予後予測、患者・家族の要望をもとに作成している。さらに多職種が患者に関わり、カンファレンスを通じて患者の全人的な苦痛の評価を行い、疼痛の把握に勤め、ケアにつなげている。服薬確認も確実に行っており、患者管理となるレスキュードーズなども適正である。全患者に褥瘡の予防評価がなされ、嚥下・栄養評価は医師が実施し、食物アレルギーと日々の喫食把握は看護師が行い管理栄養士へ情報共有されている。日々を楽しむ工夫として、茶話会、音楽会やビデオ鑑賞会、季節の行事、花壇の手入れ等様々な行事をチャプレンが年間予定として企画し、ボランティアが積極的に参加している。

患者・家族の意向に応じて可能な限り自宅での生活を支援することを病院方針としており、入院中の主治医が継続して訪問診療を行い、訪問看護ステーションと退院前から情報共有し、定期的な連携を図り積極的な在宅療養が推進されている。臨死期の判断、病状説明は医師が行い、患者の意向に合わせたケアの対応が検討され、スピリチュアルな問題にはチャプレン、臨床心理士が対応し、「お別れの会」などの実施は家族の満足度は高い。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、調剤業務や病棟業務を行っている。処方鑑査はすべての処方で行い、必要な場合には疑義照会を行っており、調剤鑑査は調剤に関与しない薬剤師が実施している。臨床検査部門は、臨床検査技師が検体検査、生理検査など必要な検査を実施し、検体検査はすべて自院にて24時間体制で対応し、パニック値は迅速に指示医に報告している。画像診断機能は、診療放射線技師により一般撮影、X線テレビ装置、乳房撮影、CTなどに安全な対応がなされている。CTは放射線科医師が読影診断しており、依頼医師も読影を行い、ダブルチェックしている。栄養管理機能は衛生マニュアルが整備され、アレルギー・嗜好・食形態と量については個別対応に配慮している。リハビリテーション機能は理学療法士により、緩和的リハビリテーションを実施計画書と患者の要望を取り入れて安全な訓練を実施してい

る。診療情報管理機能は、電子カルテ導入前の紙媒体カルテも名寄せし管理しており、傷病名コーディングもなされている。医療機器管理機能は、使用前点検、使用後の管理は看護師が実施し、トラブル発生時の連絡体制の整備がされている。

10. 組織・施設の管理

予算書および損益計算書、貸借対照表が作成され、理事以外にも事務長や医事総務課長には公開され、経営分析を深めている。医事業務では、レセプトの点検において医師が内容の確認をしている。査定に対しては検討の上で再請求がなされ、未収金の管理・対応の手順も整備しており、施設基準のチェックは医事・総務課長の管理下で毎月確認している。

業務委託の監督は事務長が行っており、施設設備の定期的な施設・設備点検も事務長の管轄下で専門性の高い委託業者によって遂行されている。医薬品の購入は、規程によって薬剤科から発注され、医療材料も在庫管理状況の把握と発注と検収のプロセスも良好であり定数管理がなされている。また、高額な物品の購入にあたっては稟議書を必要とする規則がある。

「防災管理マニュアル」が整備され、緊急時の連絡網を周知し、年2回の防火・防災訓練、非常時の医薬品・食料・飲料水の備蓄がなされている。地震災害と水害に対応した対応マニュアルも整備され、自家発電装置も設置されている。緊急時の連絡・応援体制が整備され、夜間・休日の施錠・巡視は看護師の役割としており、事件発生時には即座に警察に通報することを周知している。

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	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	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
1.3.3	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	B
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
<hr/>		
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	B

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	B
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	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	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	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	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	NA
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	S
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	B
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	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	
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	B
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
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	B
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	B
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 B

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 B

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 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人愛和会 愛和病院

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：長野県長野市大字鶴賀1044-2

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	64	48	+0	82.05	25.13
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	64	48	+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	48	+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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	125.92	86.74	86.27	145.17	100.54
1日あたり外来初診患者数	5.30	3.42	2.74	154.97	124.82
新患率	4.21	3.94	3.18		
1日あたり入院患者数	39.15	40.81	39.67	95.93	102.87
1日あたり新入院患者数	1.48	1.68	1.43	88.10	117.48