

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9月7日～9月8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

貴院は、1993年に日野原重明氏の主導により、日本で初の独立型ホスピスとして開設され、病院は安らぎの家であり、患者個々の尊厳と生き方を尊重する旨を理念として掲げている。病院は神奈川県西部の富士山を望む緑豊かな高台に位置し、入院患者に安らぎを与える環境を整えている。病院の特性を活かして、風通しのよい組織風土のもと良質なチーム医療を展開している。また、多くのボランティアが病院職員と協働して病院や患者を支援していることは、貴院が地域に信頼され親しまれている証であり、患者のみならず家族・遺族への支援など継続した全人的ホスピスケアが実践されている。今後、緩和ケア外来や訪問診療の実施なども計画しており、さらなる病院機能の充実とともに病院の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、内容の見直しや院内外への周知が行われている。病院運営に必要な会議・委員会は定期的開催され、決定事項の院内への周知も適切に行われている。院長をはじめとする幹部職員は、運営会議や日々のカンファレンスを通じて病院の現状、今後の方向性・課題について議論し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。中・長期計画を策定し、進行中である。年次事業計画に基づいて部門の活動計画を策定し、振り返りも実施されている。院内の情報管理について、診療録は紙媒体で運用されており、医療情報は事務部で一元管理している。文書管理については、規程に基づき適切に運用している。

施設基準、役割・機能に見合った人材はおおむね確保されている。人事・労務管理の体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態の把握が適切に行われている。安全衛生委員会の開催、健康診断や職員のメンタルサポート等について適切に行われている。職員の意見・要望は、毎年実施する職員満足度調査、倫理ポストの設置、人事評価制度における面談などを通じて収集されており、福利厚生への配慮もなされている。

全職員を対象とした研修について年間計画を策定し、緩和ケアに携わる者にとって必要な研修も実施している。人事評価制度を導入し、公平公正な人事評価を実施するとともに、面談により業務に対する意欲や意識を把握し、多角的で透明性の高い評価に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示やホームページ等で周知しており、権利擁護も適切に行われている。「臨死期に向かう自然の経過を大切にした全人的症状緩和を提供するホスピスである」というコンセプトのもと、侵襲的検査や処置は基本的に行わない方針であり、DNARに言及した入院診療計画書や身体拘束に関する同意書などを取得している。入院時オリエンテーションのほか、入院診療計画書や臨死期パンフレットなどで患者・家族の意思決定支援が多職種で展開されている。患者支援体制が整備され、相談内容の大半はホスピスの利用に関する相談である。個人情報保護の指針や利用目的を定め、ホームページや院内掲示等で周知している。相談記録の保管・取り扱いについて検討を期待したい。患者・家族の抱える倫理的課題は日常的に発生し、病院幹部も参加する毎日の多職種カンファレンスで共有、検討されている。倫理委員会を設置し、様々な方針を定めている。解決困難事例を含めた課題についての検討は、日々の多職種カンファレンスで行っている。「倫理ポスト」を設置し、職員からの意見について倫理委員会が検討し、現場へフィードバックしている。

患者・家族の利便性・安全性・快適性が確保されており、院内は静寂が保たれ、ハウスキーパーやボランティアによって快適で癒される安らぎの家をイメージした空間が整えられている。緑豊かな吹き抜けのアトリウムや、富士山の景観、四季折々の木々から自然を満喫できる環境が整えられていることは関係者の努力も含めて高く評価できる。

4. 医療の質

院長をはじめとする運営会議で病院全般にわたる業務の見直しを行っており、毎日の多職種カンファレンスなどの時間を利用して病院全体で業務を見直し、情報を共有して改善に努めている。診療の質の計画的な向上を目的として、事例検討会、臨床倫理検討会、ワンポイント学習、はなみずき会、研修活動の報告会など、各種の勉強会を年間スケジュールに沿って実施していることは評価できる取り組みである。患者・家族からの意見・要望・苦情は、患者満足度調査、遺族調査、意見箱等から収集し、積極的に業務の改善に活用している。臨床研究は、長年の研究活動に

基づいた指針に従って倫理的判断のもとに実施されている。自己啓発や自己学習のために、病院として学会や研究会への参加を支援している。

診療・ケアの責任体制は明確で、周知もなされている。診療記録の記載マニュアルが整備され、SOAPに従って診療プロセスを分かりやすく紙カルテに記載している。病状説明を行った際は、医師は説明内容と患者・家族の反応を診療録に記載し、同席した看護師は患者・家族の理解の程度や受け止めの状況を看護記録に記載している。多職種によるチーム医療が高い専門性を発揮して展開されている。

5. 医療安全

医療安全指針や対策マニュアルを整備し、随時改訂が行われている。院長直轄の医療安全対策室の下に、各部署代表などで構成される医療安全対策委員会が設置されている。医療安全管理者の診療部長のもと、実務担当看護師が現場での実践を担っている。2a以上の事例をアクシデントと規定し、全職種から報告が行われている。医療安全対策委員会で、分析、具体的な対策などを立案し、現場へフィードバックしている。医療事故発生時の対応手順は、医療安全指針に明確に示している。

患者誤認防止策としてマニュアルが整備され、実践している。客観的かつ確実な本人確認が可能となる方法の検討を期待したい。処方や検査などの指示出しや指示受けは、紙カルテに適切に記載されている。麻薬やハイリスク薬を含めて、薬局および病棟における薬剤の管理と保管は適切に行われている。入院時、全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いてリスク評価を行い、危険度別に看護計画を立案してケアに反映している。転倒・転落に関しては、臨終期の患者に対して害を与えてはならないという組織の信念に基づいて特に予防に注力している。医療機器は現場の保管場所で管理されている。全ての機能がワンフロアにあり、環境に適した院内緊急時の対応が定められ、実施手順が整備されている。BLS研修は、ボランティアを含めて全職員を対象に継続して開催されている。

6. 医療関連感染制御

院長を委員長として、感染対策委員会が組織され、定期的に感染防御に関する情報共有と感染防止に向けた対策が検討されている。感染ラウンドは実務担当の看護師を中心に実施し、指摘事項は次回の感染対策委員会で共有、改善結果を翌月の感染対策委員会に報告している。

感染対策のマニュアルが整備され、手指消毒に関しては速乾式手指消毒剤のモニタリングが感染担当スタッフによって行われている。また、現場ではPPEの使用、感染性廃棄物の取り扱い、汚染したリネン類の取り扱いも手順を遵守して行われている。緩和ケア専門病棟であり、起炎菌を特定するための検査は、患者の病態や検査結果から得られる利益を考慮して実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や医療サービス等の情報について、ホームページや活動報告「ピースハウスふれんず」などで地域や連携先に向けて発信している。ホームページは、定

期的に最新の情報に更新されている。また、病院の活動実績等を掲載した財団全体の年報も発刊されている。大学病院や県内の大規模病院などが主な紹介元になっている。連絡会や協議会などで連携に関する情報の収集や交換がなされており、紹介元・紹介先ごとの件数も把握され活動実績等で公表されている。単独型緩和ケア病院である特性上、緩和ケアに関する教育・啓発が主となっている。ホスピス教育研究所が講演会やボランティア講座等の開催を担当している。また、医療職を対象にした緩和ケアセミナーや講座、地域の公民館での「人生最終段階の医療やケア」に関するセミナー開催、病院見学等が実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

緩和ケア病棟への入院を目的に患者・家族が来院した際は、緩和ケアに対する理解を深めてもらうためにパンフレットなどを用いて説明し、病棟見学で現場を確認してもらい入院後の療養生活を説明している。また、緊急入院となる際には受け入れが可能な体制を整えている。緩和ケア専門病院であり、患者にとって必要な検査や処置は何かをチームで検討しており、専門的な検査や治療が必要と判断される際は、患者・家族の同意を得たうえで検査や治療が可能な病院を紹介している。入院の依頼があった際に、患者・家族と入院相談（ホスピス相談）を実施し、入院判定会議で速やかに入院の可否を決定している。ケア計画は、倫理的課題・社会的側面・精神的側面・家族の様子・患者の病状、意向の変化などの情報を毎日の多職種カンファレンスで共有している。多様な患者・家族からの相談に多職種が連携して対応している。

緩和ケア病棟には常勤の医師が配置され、夜間・休日の当直も他院からの派遣を含めて緩和ケアを担っている医師が対応している。スタッフと医師は安心して話し合える良好な関係が構築されており、そのうえで医師はリーダーシップを発揮している。看護方式はパートナーシップナーシングであり、役割分担は明確にされている。残された時間が限られた患者・家族の苦痛や苦悩を軽減するために、ケア評価用紙を用いて言語化し医療者チームが対応すべき課題を共有している。医師や看護師をはじめ、相談員、ボランティアなどそれぞれの立場から、患者・家族の苦痛軽減という目標に団結して取り組んでいる。多職種で提供可能なケアや協働できるケアについて検討しているなど、緩和ケア専門病院として全人的なケアを目指す真摯な取り組みは高く評価できる。緩和ケアの領域においてはリスクが高い薬剤や、必要ではあるものの患者が望まない効果を持つ薬剤について、投与時に医師および薬剤師が、薬剤がもたらす利益と不利益の説明を丁寧に行っている。褥瘡の予防および栄養管理と食事支援は適切に実施されている。自立性の保持はスピリチュアルケアに通じるため、医師と情報共有し、看護師が中心となり、移動や排泄・更衣などの日常生活動作の援助とリハビリテーションを実施している。面会や外出、外泊は患者の希望を尊重し、可能な限り快適に過ごせる機会を作っている。ボランティアや看護師などの協働により、ピアノ演奏会のイベント、アロマセラピーや理容サービスなど個々のニーズに応じて提供されており、社会や家族とのつながりを感じられる取り組みにより生活のQOLが高めている。身体拘束を行わないことを前提とし

た方針である。患者・家族が在宅療養を希望する場合は、退院に向けた相談や地域の主治医、ケアマネジャーや訪問看護ステーションなどと連携・調整している。臨死期の判定は、予後予測基準を活用している。家族にはパンフレットを活用し、今後起こり得る変化や様々な準備について説明している。揺れ動く感情に寄り添いながら受容に向けて援助している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注意喚起が必要な薬剤の場合は1施用ごとに看護師に周知しており、外部からの薬剤に関する情報は、スタッフルームにおいて看護師等に周知している。臨床検査機能は、院内では血液検査のみが実施されており、検査の必要性は医師やスタッフにより検討されている。画像診断機能は、一般撮影装置が1台設置されており、定期的な管理が実施されている。栄養管理機能は、施設は清潔・衛生管理が行き届き、食形態やメニューの内容は個々の患者で対応され、栄養管理の視点のみならず美味しさと食べやすさに重点を置いた患者本位の取り組みがなされている。ターミナル期の患者には、患者の意向を聞きながら少しでも食べられる終末期スペシャル食を提供するなど患者の立場に立った取り組みは秀でており高く評価できる。医師や看護師が日常生活動作の維持を目的としてベッドサイドで運動訓練を行い、ボランティアによる散歩時の見守りやアートプログラムへの参加などを通じて発動性の維持に努めている。診療情報管理機能では、紙カルテの運用であり、量的点検について点検項目や点検表が整備されている。医療機器管理機能は、日常点検や保守点検が計画的に行われている。また、医療機器の払い出し・返却はノートにて管理されている。

10. 組織・施設の管理

年度予算は事務部が統括し、事業計画や各部署からの要望を聴取して運営会議で検討し予算案を作成、財団本部に提出し決定されている。会計処理は公益会計基準に基づいて行い、必要な財務諸表を作成している。法人監事および公認会計士による定期監査が行われている。医事業務は、受付から収納まで一連の業務を業務マニュアルに則って行っている。委託業務については、委託の是非の検討や業者の選定、および業務の遂行状況の把握などが適切に行われている。

施設・設備は、日常点検は病院職員で実施し、異常時に委託業者に連絡、対応する仕組みである。院内は清掃が行き届き、整理・整頓され、廃棄物の処理も適切に行われている。特に、環境整備において、ボランティアの支援が大きいことは評価できる。購買管理は、適切に行われている。

大規模地震を想定したBCP、防災マニュアルを策定し、地震・火災・停電時・大規模災害時に対応しており、各部署に配備して職員に周知している。停電時の対応や飲料水・食料品の備蓄も適切に行われている。保安業務については、夜間・休日・事務当直により安全が確保されており、緊急時の連絡体制も明確にされている。

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	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	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	A
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	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	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	S
1.6.3	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	B
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	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	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	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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	S
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	A
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	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	S
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	NA
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	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
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	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	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	A
-------	-----------------	---

4.5.2	購買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	A
-------	---------------	---

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 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 一般財団法人 ライフ・プランニング・センター 日野原記念 ピースハウス病院
 I-1-2 機能種別： 緩和ケア病院
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 神奈川県足柄上郡中井町井ノ口1000-1

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	22	22	+0	60.6	26
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	22	22	+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	22	+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

