

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3月14日～3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	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、1889年に設立され、熊本市西区において地域に根ざしたより良い医療・介護サービスの提供を目指し、幾多の変遷を経て今日に至っている。

今回の病院機能評価では、病院幹部を筆頭に職員が一丸となり、より良い病院を目指し、取り組んでいる状況を確認できた。引き続き医療の質向上に取り組み、今回の病院機能評価が貴院の益々の発展の一助になることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念は基本方針とともに明文化され、内容は適宜検討がされている。ホスピス緩和ケア病院として自院の役割・機能について、職員や地域住民に理解を得るために幹部職員は積極的に取り組んでいる。院長、診療部長、看護部長、事務長はリーダーシップを発揮し、病院の在り方、人材の確保、経営課題、職員教育など課題の認識を共有している。

医療法あるいは施設基準上の必要な人員を確保している。人事・労務に関する諸規定は整備され、各部署に規程を配置して職員に周知している。衛生委員会は毎月開催され、衛生管理者、産業医、職員代表が適切に選任されている。また、職員は定期健康診断を受診し、労災の手続きも適切に対応している。職員満足度調査に取り組み、満足度向上委員会にて課題に対応するなど、魅力ある職場になるよう努めている。新入職員の研修は、理念、個人情報保護、倫理、医療関連感染制御などのテーマで実施されている。また、全職員対象の年間研修計画が確立しており、医療安全等の必要性の高い研修について進捗を把握している。人事考課制度が導入されており、職員の能力の客観的評価と評価者への教育も実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、ホームページ、院内掲示等に掲載し、周知に努めている。説明と同意の方針・基準が明確に策定されており、説明と同意が必要な場面として、侵襲を伴う検査・処置などを定めている。入院案内、入院診療計画書、検査・処置の説明書などで患者・家族と情報共有に努めている。患者からは、入院前の聞き取りやホスピス面談での情報、お薬手帳から情報収集している。また、院内各所に診療に関するパンフレットを設置し、患者の理解を深めるための支援として情報が提供されている。医療連携室において、患者・家族からの多様な相談に応じている。個人情報保護規程が整備され、院内掲示で周知している。ホスピス病棟は全て個室であり、ドアは遮閉され、病室の名札掲示は患者の意思を尊重するなど、プライバシーに配慮されている。終末期の治療方針やDNR等の主要な倫理的課題について、倫理規程を策定している。病院の機能から実際に生じる様々な倫理的課題は、日々のカンファレンスや委員会で速やかに検討している。解決困難事例に関しては、外部識者等の意見を聞く機会が整備されている。

来院者用の駐車場を確保し、院内の売店には衛生用品など入院生活に必要な備品が揃えられているなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。病棟は広くゆとりがあり、バリアフリーを確保している。歩行や車椅子移動に支障はなく、身体機能が低下した患者に配慮した施設・設備となっている。病室は全て個室で採光は十分であり、中庭が整備されるなど、快適で癒される空間が整備されている。敷地内禁煙の方針であり、ポスターなどで周知している。

4. 医療の質

毎年、患者満足度調査を実施し、院内掲示板にてフィードバックを行っている。意見箱を設置し、回収した意見は倫理委員会にて検討している。複数の緩和医療学会認定医が参加する症例検討会や医局カンファレンスを通じて、診療の方針を検討する体制が整備されている。また、患者カンファレンス、デスカンファレンス、倫理カンファレンスなど、多職種が参加するカンファレンスが頻回に開催され、診療の質の向上に取り組んでいる。満足度改善委員会が中心となり、部門横断的な業務の質改善について継続的に検討されている。症状緩和の薬剤に関しては、新しい薬剤を含め、異なる作用機序の薬剤を積極的に導入している。

病室のベッドネームには、主治医、担当看護師等が明記されている。また、当日の担当看護師については、各病室の入口に明示されており、患者・家族にわかりやすく診療・ケアの責任体制を示している。情報管理委員会により診療録・書類記載マニュアルが策定され、基準に基づき記載している。診療録の質的点検を実施し、結果は適切に医師にフィードバックされている。多職種が協働して褥瘡回診を行い、ICTなどが活動しており、医師、看護師、薬剤師、栄養師、理学療法士、パストラルケアワーカー等が組織横断的に診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全体制として医師が委員長、看護部長が医療安全管理者となり、責任体制が確立している。医療安全管理責任者、医薬品、医療機器の安全管理責任者の役割と権限を明確にしている。インシデント・アクシデント報告を収集し、データ分析している。

患者誤認防止対策として、確認基準に沿って、入院患者に常にフルネームを確認している。また、外来や検査室では、患者にフルネームを名乗ってもらい、受付票などで患者確認を行っている。ハイリスク薬が規定されており、払い出しの際には注意喚起している。麻薬・向精神薬は専用の保管庫で適切に施錠管理されている。全入院患者に、「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。現場で使用する輸液ポンプ・シリンジポンプの作動点検は、各現場で看護師が確認している。院内緊急コードを設定しており、定期的な召集訓練を実施している。また、BLS研修は、全職員を対象に継続して開催している。

6. 医療関連感染制御

ICDを委員長として、院内感染対策委員会が定期的開催されている。アウトブレイクの定義を明確にし、対応手順を整備している。

感染防止対策の指針・マニュアルに基づき、手指消毒や標準予防策、感染経路別予防策が実施されている。病室の入口に速乾性手指消毒剤を設置し、定期的に使用状況をモニタリングして改善に繋げている。ICTが院内の分離菌感受性パターンを把握し、抗菌薬の適正使用に関して担当医に助言している。抗菌薬の長期使用や広域抗菌薬の使用時には薬剤科が必要性を確認し、特定抗菌薬の使用に関しては使用届出書を義務付けている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の特徴と緩和ケア医療について、広報誌を発行し、医療機関・事業所に配布している。また、ホームページは適宜更新されている。医療連携室を中心に急性期病院との顔の見える連携に努め、訪問看護ステーションや居宅支援と連携を取り、外来緩和ケア、在宅緩和ケアの充実に努めている。地域住民を対象に、健康フェスタを取り組んだ実績があり、感染症が懸念される状況であっても、リモートにより地域の医療・介護関係者に情報を発信するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の状態に応じて、主治医により検査の必要性が判断され、患者・家族の同意を得て検査が実施されている。ホスピス病棟入退院基準が定められ、患者・家族の希望も確認して入院の同意を得ている。入院後早期に、現状の把握と各種のリスク評価が行われ、原則として入院当日に診療計画書が作成されている。多職種による個別性の高いケア方針を患者・家族に説明すると良い。医療連携室において看護

師、社会福祉士が相談に対応している。必要に応じて医師や他職種による面談を行い、患者・家族の意思が尊重される体制が整備されている。

医師は、病状・治療の評価や面談内容等を適切に記録に残している。治療やケアについて、カンファレンスを通じて多職種で十分に検討されており、担当医師は決定に関して適切にリーダーシップを発揮している。看護基準・手順、管理手順などが作成されている。患者の身体面や精神面の支援など、多職種と情報共有を行っている。入院前から患者の状態や社会的問題、患者・家族の希望が把握されており、入院後は積極的に身体的、精神的、社会的なニーズに対応している。投薬の必要性は医師から患者・家族に説明されており、薬剤師は持参薬を含めて薬歴を確認し、必要に応じて服薬指導を行っている。入院時に全患者を対象に、患者個別に褥瘡発生リスクを評価し、リスクに応じた対策を計画し、実施されている。管理栄養士は、入院時に食物アレルギーの再確認や患者の嗜好や希望を聴取し、食事内容や食事量を調節するよう工夫している。日本緩和医療学会のガイドライン等に準じて、症状緩和に対する方針や基準・手順を定めている。せん妄出現時には、医師、看護師が連携し、症状緩和や薬剤の投与など、病状に応じて対応されている。移動能力や摂食機能、排泄機能の維持・向上に向けて、患者の状態に合わせてリハビリテーションが行われている。患者の希望を尊重し、家族と十分な話し合いのもと、可能な限り患者・家族が快適に過ごせる機会を設けている。家族と面会ができない場合においても、談話室などで趣味を活かした時間を過ごせるよう工夫するなど、生活機能が維持できるように取り組んでいる。身体抑制を行う場合には、医師の指示に基づき、家族に説明し、同意を得て、解除に向けた手順を遵守している。また、家族に付き添いを依頼するなど、患者の安全性の確保に努めている。入院前の面談より、患者・家族の療養上の選定に関する意向を確認し、看護師や社会福祉士が早期から様々な視点で退院に向けた相談や連携調整に取り組んでいる。生命予後の判断は、日々の患者との関わりや病状を多職種カンファレンスなどで情報共有し、病状の変化を判断して対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、業務手順書等に準じて処方鑑査、調剤、調剤鑑査が実施されている。薬事委員会で新規採用や削除について検討し、院内医薬品集は必要に応じて改訂されている。臨床検査機能は、手順書等に準じて安全かつ確実に実施している。画像診断機能は、医師による撮影の手順が定められ、読影は主治医およびグループ内の複数の医師が確認している。

ホスピスにおけるリハビリテーションの基本方針に関して、病院全体で検討し、主治医、病棟看護師とカンファレンス等を通じて日常的に情報交換を行っている。患者の状態を評価してプログラムを検討し、退院希望のある患者には自宅退院に向けて支援している。医療機器安全管理責任者は臨床検査技師であり、使用されている医療機器は、各病棟および使用部署で適切に管理している。各病棟における使用済み器材の回収は、密閉容器に入れて回収し、滅菌物管理室で一時洗浄と滅菌を行っている。洗浄、滅菌を実施する際には、必要な防護用具を使用している。

10. 組織・施設の管理

予算管理、財務諸表の作成、会計処理を適切に行っている。財務諸表は毎月の運営会議にて、把握と分析を行っている。窓口収納業務を適切に行い、マニュアルに沿って適切に未収金管理を行っている。委託業務は給食、清掃業務、施設設備の管理、検体検査などを委託している。委託の是非について検討し、委託後の業務管理を行っている。

施設・設備は計画的な保守点検により不具合等に迅速に対応している。物品の購入にあたり、現場の意見の確認や品質評価を行い、検討の上、選定されている。診療材料については使用期限を管理し、在庫量は定数管理されている。

定期的に防災訓練が実施され、停電にも対応可能な体制である。大規模災害時への対応として、マニュアルとフローチャートが作成されている。保安業務は防犯カメラによる監視や緊急連絡網などの管理体制が整備されている。医療事故対応マニュアルが整備され、医療事故調査委員会規程、医療事故訴訟マニュアルが整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

医学部の学生の実習を受け入れている。実習前には個人情報保護等に関する研修と誓約書を得て、事故発生時の学校との取り決めを行っている。実習は、学校と契約されたカリキュラムで遂行されている。

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・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	身体機能が低下した患者に配慮した施設・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	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を确实・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	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	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	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	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： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022年 12月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人聖嬰会 イエズスの聖心病院

I-1-2 機能種別： 緩和ケア病院

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市西区上熊本2-11-24

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	37	37	+0	67.9	46
療養病床	38	38	+0	64.4	100
医療保険適用	38	38	+0	64.4	100
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	75	75	+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	37	+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

