

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1月28日～1月29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

医療法人社団純正会は、貴院を含めて3つの病院と介護老人保健施設、有料老人ホームを運営している。貴院は1973年に86床の老人慢性疾患の病院として開院したが、今日に至るまで主として重篤な状態の高齢者を中心に受け入れている。基本理念は「心安らぐ環境づくりに努め、患者さんの権利・人格を尊重し、信頼される医療を提供します」として、基本方針の3項目とともに、貴院の運営の根本をなしている。病院の立地は閑静な住宅地にあり、瀟洒な外観の建物と相まって、長期療養をするに相応しい環境である。重篤な状態の患者を受け入れていることもあり、理念の「心安らぐ環境、権利・人格の尊重」を日々の活動の中心としている。この度は、提供する医療サービスのより一層の質の向上と継続を目指して、病院機能評価の審査を受審された。多くの項目に関しては一定の取り組みをしていると評価されたが、いくつかの項目に関しては課題も示されているので、今後、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・基本方針は院内の掲示の他、各種媒体に明示されている。病院の将来像は中・長期計画などが策定され、事業計画書も作られている。病院長はじめ幹部職員は現下の課題を認識し、リーダーシップを発揮している。組織的な運営では、各種会議や委員会の開催、事業計画の策定なども含めて適切である。情報管理規程は制定されているが、電子化についてはPACSとレセコン、院内LANなどの導入に留まっている。各種書類は文書名や保管場所がリスト化され、一元的に管理されている。一部に新旧用紙の混在があるので、適切な文書管理に留意されたい。

人材の雇用に力を入れており、広く募集活動を行っている。就業規則などを職員へ周知し、労務に関しても適切に管理されている。職員の健康診断は非常勤の医師や夜勤従事者も含めて、確実に実施されている。各種ワクチンの接種や精神的なサポートも行われている。職員からの意見や要望は、意見箱の設置や提案制度の仕組みがある。必要性の高い研修の開催や、職員が研修に参加しやすくする工夫もされているが、今後は、病院全体の教育委員会の設置を検討されることが期待される。能力評価として「看護職人事考課」などがある。今後は看護部のみではなく、病院全体での運用が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は制定され、院内掲示や入院案内などに掲載され、全職員対象の研修会も開催されている。説明と同意の指針があり、説明すべき内容や手順の明文化がされている。今後は、説明と同意の範囲など、患者・家族によりわかりやすい内容を検討されたい。患者・家族の医療参加を促すために、入院案内やパンフレットを用いて説明がされている。家族などからの相談に関して対応する体制は整えられている。個人情報保護の対応やプライバシーへの配慮は適切である。特に、病室入口の電子ボードは、機能的に優れたものが設置されている。倫理的課題についての臨床倫理指針があり、倫理委員会の開催など、共有・検討する仕組みがある。臨床における倫理課題について共有・検討する場はあるが、現場レベルの倫理的感性を養うために継続的な職員教育が期待される。駐車場は、身体障害者用の1台分を含めて11台の駐車が可能である。入院生活に必要な設備やサービスは整っており、院内はバリアフリーとなっている。診療・ケアに必要なスペースは確保され、患者・家族用の食堂や談話スペースもある。敷地内禁煙としていて、職員に関しては喫煙率を把握し、採用時には喫煙者の採用は行わないことを打ち出している。

4. 医療の質

患者からの意見は、院内設置の意見箱から収集している。苦情受付の窓口を明示されると良い。入院時に多職種カンファレンスが開催されている。各種学会等のガイドラインの参照は評価されるが、クリニカルパス、クリニカルインディケータの運用についても検討されたい。サービス向上委員会は改善事例もあり、適切に活動されている。新たな診療・治療方法や技術を導入する際には、導入時研修の開催、倫理委員会の関与手順もある。酸素飽和度の連続測定装置の導入などの実績があり、薬剤等適応外使用については、最近手順書が策定されており適切である。

外来や病棟では担当医師や看護師・各部署責任者、日々の担当看護師・補助者の表示がされ、管理者はホームページでも紹介されている。病棟看護師長のラウンドや医師の回診も毎日行われ、管理・責任体制が明確である。紙カルテでの運用であるが、診療記録はマニュアル等で統一した記録となるよう努力されている。現症やアレルギー記載、退院サマリーなど、確実な記載や内容の充実が期待される。入院時、入院1週間後、病状変化時に、医師をはじめ多職種によるカンファレンスにより治療方針の検討がされ、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

多職種から構成された医療安全委員会があり、情報共有や対策を検討する体制がある。レポートの集計、報告、フィードバックのルートは確立され、再発予防策が各部署に周知される仕組みもある。なお、各部署での分析には、RCA、SHELL など客観的な分析ツールを用いた再発防止策の検討が期待される。

医療安全マニュアルの誤認防止確認手順に沿い、リストバンドの使用、フルネームでの確認、指示の実施にあたってのダブルチェックなど、患者・部位・検体の誤認防止対策が行われている。紙カルテ、紙伝票での運用であるが、指示出し、指示受けから実施記録までの手順は確立している。ハイリスク薬については定義や手順も定められているが、現場での適切な表示が期待される。転倒・転落のリスク評価は入院時に全例行っている。評価に基づき危険度Ⅲ以上は看護計画立案、対策を講じているが、病棟において対策を周知することが期待される。医療機器に関しては、使用マニュアルに則り看護師が日常点検を行っている。患者の急変時には院内緊急コードがあり、対応が可能である。また、使用頻度は少ないが救急ボックスの点検も毎日行われ、年1回、全職員対象に AED 研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染防止委員会は適切に活動している。また、マニュアルも適時改訂され、標準予防策や経路別感染予防策、結核や麻疹、風疹など各種疾患に対する手順も明示され適切である。検出菌ベースの院内の感染情報レポートは、毎週作成され、外部からの感染症情報も積極的に収集している。研修会は年2回開催され、参加できなかった職員に対しては、理解度の確認対応もされている。また、アウトブレイクの手順も具体的である。感染情報レポートが検出菌ベースの集計となっており、保菌と感染を区別されていないため、今後はサーベイランスとして機能するよう検討されたい。また、感染症と診断した場合の治療指針についても、整備されることが期待される。

医療関連感染を制御するための各種マニュアル、手順が整備されている。感染性廃棄物の各部署での取り扱いについて、感染性、非感染性廃棄物のバイオハザードマークの色の定義や、分別方法の意味を部署で周知し、院内で処理の方法を再検討されたい。抗菌薬の届け出制があり、使用状況も集計され薬事委員会で報告されている。抗菌薬使用指針が作成されているが、具体的な内容ではないため、指針の充実とともに抗菌薬適正使用の推進に努められたい。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページなど、外部や地域に向けての発信は事務部門が担当している。ホームページには理念・基本方針・患者の権利の他、入院に関する相談・手続きなども掲載されている。診療実績に関しては年報が発行されており、各種取り組みの集計がまとめられている。相談室の職員が、行政や紹介元病院などを訪問している。施設間の紹介・逆紹介は、相談室が対応しているが、逆紹介はほとんどない。死亡退院が多く、在宅に退院する患者は極めて少ない状況から、在宅復帰に向

けた対応方針が積極的に検討されていないが、今後検討されることを期待したい。地域の健康増進に寄与する活動では、定期開催の地域交流セミナーとして「熱中症予防」や「インフルエンザ予防」などを開催している。また、院長は介護認定審査委員として地元医師会の活動に参加している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来、入院に関する情報提供は適切で、インフルエンザ等の急患にも適宜対応されている。入院の決定は多職種で検討し、入院基準も例示されており、患者・家族への相談対応や円滑な入院手続きも適切である。

医師の回診はほぼ毎日実施され、多職種によるカンファレンスも入院時と必要時に行われており、看護・介護職は、日常生活の援助を手順に沿って行っている。転倒、褥瘡、栄養リスクの評価は行われているが、精神的な評価は総合機能評価（CGA）等も検討されたい。処方箋は手書きであるが、処方5原則の遵守に努めている。重症者はナースステーションの近くで管理されている。褥瘡発生のリスク評価はされているが、ブレーデン等の客観的スケールなどを用いて経時的な変化がわかるよう工夫が期待される。症状緩和に関しては、苦痛症状の緩和に対する方針や手順、マニュアルの整備が必要である。リハビリテーションの施設基準がない中で、非常勤の作業療法士や、看護師によるサービスが提供されている。看取りが病院の方針ではあるが、療養生活の活性化ができるようにケアの充実を期待する。身体抑制に関して一定の取り組みはあるが、対応策や評価・修正の記録欄、日付等を入れた書式の検討をされたい。ターミナルステージの判断プロセスは、「看取り医療・ケアに関するマニュアル」に多職種カンファレンスで実施する旨が明記され、判断基準は同マニュアル内の終末期に関するガイドラインに、終末期の経過や重症・要注意判定基準がフローチャートで示されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では非常勤薬剤師が増員され、全入院患者の薬歴管理、病棟カンファレンスの参加、また、TDMにも関与するなど適切である。臨床検査機能では臨床検査技師の配置はないが、外来看護師と外部委託で適切に機能している。画像診断機能では診療放射線技師は非常勤配置で、週2日の対応となっており、緊急時や読影のダブルチェック等の検討が期待される。厨房や調理は、HACCP（ハサップ）の考え方で管理されている。調理しているのは10食程度であるが、多様な食形態で提供している。リハビリテーションは施設基準が届け出されていないことから、常勤のリハビリテーション療法士も配置されていない。療養病床でもリハビリテーションのニーズはあると思われるので、今後は体制も含め充実を期待したい。

診療記録は紙媒体であるが一元管理されている。基本的に入院中の診療記録は分冊することなく病棟に保管されている。診療録の貸し出しはマニュアルに定められ、未返却のカルテはない。医療機器安全管理者は総看護師長であり、使用機器は病棟で管理され、各種点検マニュアルを用い使用部署の看護師により日常点検が行われている。トラブル発生時、夜間・休日はメーカー対応になっている。洗浄・滅

菌に関して、外来看護師がオートクレーブの点検や作業工程管理を含め一人で行っている。滅菌の質保証のためには、生物学的インディケーターの使用やリコール規程の作成、また、ディスポーザブル製品の導入を検討されたい。

10. 組織・施設の管理

予算は事業計画兼予算書が作成され、月次決算が行われている。会計処理は病院会計準則に従い、経営状況は公認会計士も関与し分析を行っている。医事業務は窓口、レセプトの点検、施設基準の確認体制、未収金の管理など適切に行われている。委託先の適否は、院長以下、関係部署の責任者が合議にて決定している。病院の施設・設備は事務部門が所管しているが、各業者が業務を遂行し、緊急時の対応体制も整っている。感染性廃棄物の保管庫は所定の掲示がされ、収納も適切にされている。購入については、物品ごとに担当部署が発注・検収しているが、いずれも内部牽制が働く仕組みである。医薬品や診療材料などの棚卸は、6か月ごとに実施している。ディスポーザブル製品は、経管栄養剤のチューブ（ルート）も含め、単回使用に徹している。

災害時の対応では、緊急連絡網や火災などの対応が防災マニュアルに定められている。自家発電機器や非常用コンセントも設置され、食料・水の備蓄は必要量が備蓄されている。保安・巡視は職員で対応し、緊急時はマニュアルや連絡網などの連絡・応援体制も整っている。医療事故の発生報告時と対応の手順は定められており、所定の委員会（医療安全委員会）で審議される体制もある。顧問弁護士との契約や医師賠償責任保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

国内の養成学校からは学生実習を受け入れていないが、外国人（インドネシア）の技能実習生を受け入れている。カリキュラムを用いて医療安全や医療関連感染制御に関する教育し、履修の評価試験を実施している。次年度も2名の受け入れを計画している。

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	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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	B
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	B

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	B
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	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	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	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	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	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	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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2019年 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 医療法人社団純正会 東大泉病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 東京都練馬区東大泉7-36-10

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					
療養病床	86	86	+0	99.1	391.3
医療保険適用	86	86	+0	99.1	391.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	86	86	+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

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

