

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月7日～2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	精神科病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は「全人的な医療の実践」という理念のもと、地域の精神科医療に多大の貢献をして来られた。全国でも数少ない精神科救急病棟を設置し、精神障害者の急性期治療のみならず、処遇困難障害者への治療的対応までの取り組みが行われている。病院機能評価を継続して受審され、病院の質改善のため継続的に努力して来られた貴院の運営の状況を随所に確認することができた。今後も、日常の改善活動に加え、医療の質と安全の確保へ向けた真摯な取り組みのもと、発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化されている。基本理念等の見直しは、法人会議で患者の立場に立った医療のための検討がなされている。法人会議を病院運営の意思決定会議として開催しており、幹部職員は病院の将来像や現状の諸課題を共有し、その解決に取り組んでいる。また、病院運営に係る事項についても協議し決定している。将来計画の検討が行われ、それに基づいた年次事業計画が策定されている。

院内で取り扱う全ての情報システムは、導入から管理まで電算室で統合的な管理が行われている。操作者氏名や操作内容についての虚偽性を排除する仕組みを整え、データの真正性、保存性が確保されており、複数のサーバーを設置してシステム障害への備えとするなど、院内の情報は安全かつ有効に管理・活用されている。文書管理規程が整備され、管理部署を事務部として、一元的管理がされている。作成責任者および承認の仕組みが明確にされており、改訂履歴の把握が可能となっている。

各部門・部署に必要な人材の確保と人員の充実に向けた努力がされており、看護補助者や医師事務作業補助員を配置するなど、実情を把握した体制が整えられている。人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程を整備し、職員への周知が図られており、職員の就労管理も適切に行われている。

労働安全衛生委員会が設置されており、活動状況も適切である。健康診断を確実に実施し、適切な職場環境の整備に努めている。メンタル面に関しては「こころの健康づくり活動」を実施し、マニュアルやプログラムを整備している。職業感染、院内暴力への対応体制も適切に整備されている。職員満足度調査の実施により、職員の意見を収集し、法人会議で課題を共有し検討が行われている。院内託児所を設置しており、「職場復帰プログラム」「育児短時間勤務規程」なども整備されている。

全職員を対象とした教育・研修が計画的に行われている。必要性の高い課題を明確にした教育・研修が行われており、効果を高める努力や工夫も適切になされている。職員個別の能力を把握し、個々の職員の能力開発についての努力が見られる。認定看護師等の育成にも取り組んでおり評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、院内掲示などを通じて患者・家族への周知が図られ、職員は毎朝の始業時にデスクトップ上で確認することが習慣化されている。説明と同意に関する方針は明文化され、入院形態の告知や作業療法開始時等、説明し同意を得て行われており適切である。患者・医療者相互に必要な情報を共有し、患者の理解を深め主体性を促進するための支援・工夫がされている。電子カルテを活用し、患者と診療情報を共有する仕組みが整えられている。

地域連携室に精神保健福祉士を配置し、患者・家族からの様々な相談に対応する窓口が設置されている。相談内容は電子カルテに随時入力することによって、多職種間で情報の共有がされている。個人情報保護規程が整備され、職員・委託職員への研修により周知されている。委託職員やボランティア、病院に出入りする業者への対応についても取り決められている。倫理的問題は倫理委員会で検討されている。

生活延長線上のサービスを整備し、入院中の情報入手や通信手段を確保するなど、入院生活を患者本位とするための適切な配慮が随所にみられる。院内はバリアフリーを基本とっており、車椅子などでも利用しやすい施設・設備が整備されている。必要な備品は整備され、手摺りの設置もされており、全体が高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースおよび患者がくつろげるスペースが確保されており、快適な病棟・病室環境となるための配慮もされている。全館禁煙の方針を明示しており、職員の喫煙率に改善がみられる。産業医による禁煙指導が実施され、禁煙啓発・禁煙推進に継続的に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望・苦情の収集のため、各病棟・外来に意見箱が設置されている。収集した意見・苦情の検討内容は院内掲示等によって、フィードバックが図られている。症例検討会が多職種で実施されている。臨床指標の把握・検討の充実が期待される。体系的な病院機能の評価に基づく部門横断的な改善活動への継続的な取り組みがなされている。各種立入検査の指摘事項へも速やかに対応していることが確認できる。新しい技術、治療方法の研修への参加については病院としても支援体制がある。

診療・ケアの管理・責任体制は明確にされている。ベッドネームなどに、関与する多職種についても明示されている。診療記録の点検は実施されているが、量的点検に偏る傾向が見られた。今後、医師の積極的な参加による質的点検の充実を期待したい。定期的な多職種カンファレンスや、外来・病棟間での症例検討会が行われ、部署間の連携は図られている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会は、組織横断的な職種の参加で毎月開催されている。また、日常的に取り組むが必要な課題を設定して、安全ラウンドを行っている。評価機構や日本看護協会等から安全確保に必要な情報を得て、必要時に委員会等で発信している。患者確認にはフルネーム呼称、ダブルチェックを行っている。医師の指示は電子カルテによって確実に伝達され、実施されている。口頭指示は可能な限り行わない方針であるが、あった場合の手順が決められている。薬剤の安全管理手順が明文化されている。病棟配置薬剤は毎日病棟スタッフが確認し、使用した場合は翌日には補充される仕組みである。

転倒・転落のリスクアセスメントは、入院時、患者全員に実施され、リスクに応じた看護計画が立案されている。今後、効果が認められた対策をまとめ病院独自の転倒・転落防止策として活用することが期待される。医療機器の安全な使用については、定期的な点検が行われ、医療機器操作研修によってマニュアルの周知も図られている。急変時の訓練は、救急コードの演習など、全職種において実施されている。教育委員会による研修は毎年実施され、看護師は院外の研修にも参加している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が十分に機能し、感染制御に関するマニュアル、指針の改訂も適宜実施されている。ICT ラウンドによる部署での感染対策の評価・指導が定期的実施されている。アウトブレイク時の対応手順も整備されている。マニュアルが整備され、標準予防策や感染経路別予防策が明記されている。個人防護用具、血液等を含む汚染リネンの取り扱いについても適切に行われている。抗菌薬の使用基準が明文化され、抗菌薬の使用状況は医師にフィードバックされており、適切に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

定期的に更新された情報をもとに、診療内容や医療サービスに関する広報が行われている。病院年報には診療実績や病院機能について詳細に記載し、患者や医療関連施設等への発信が行われている。圏域の医療計画策定への参画や、精神障害者の就労支援を目的としたハローワークとの連携事業への関与など、公的連携が良好に図られている。各種会合への出席によって地域の医療の状況やニーズの把握がなされており、地域の医療関連施設等との連携は適切になされている。

認知症カフェや、認知症に関する疾患教育会が開催され、定期開催の学術講演会は地域向けの健康増進に寄与する啓発活動として定着しており、地域の医療関連施設等に向けた自院の機能・特性に応じた専門的な医療知識や技術等に関する支援を通して、地域に対する教育・啓発が図られている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報が案内され、様々な来院形態に適切対応し、診療につなげている。入院については予約制が導入されており、待ち時間の短縮が図られている。外来診療は基本的に同一法人内のクリニックで行われている。診療体制・手順は情報収集を含め整備されており、近隣の総合病院からの入院依頼にも同一法人内の連携で円滑に対応している。医療観察法に基づく通院への対応も適切になされており、実効的な外来診療機能が発揮されている。検体検査・生理検査の判断と結果の評価は適切に記録されている。貴院で行えない検査は近隣の総合病院に依頼している。

任意入院の同意能力の有無の判断などはすべて精神保健指定医によりなされており、手続きは手順に基づいて良好に実施されている。医療保護入院はすべて精神保健指定医の診察により同意能力の判断がされ実施されている。入院継続の妥当性については多職種で検討されており、退院支援委員会は適切に運営されている。精神保健福祉法に沿った措置入院の運用が行われている。措置入院の継続の妥当性などについては適宜検討されている。医療観察法に伴う入院はないが、鑑定入院の実績があり、マニュアルも適切に整備されている。

患者・家族への説明と同意に基づき入院計画書は速やかに作成されている。アルコール依存症とクロザリル投与についてのパスが運用されている。患者、家族の要望などは看護部の記録や意見箱からの情報などを参考にして反映されるようにしている。院内スタッフ間の調整・連携は適切に行われており、患者・家族からの相談にも迅速に対応している。相談内容はデータ化され、電子カルテ内で自動的に分類されるシステムが整備されている。院外の社会資源との調整・連携も適切に行われている。

入院は予約制を基本としているが、入院前の説明や入院時の病棟でのオリエンテーションは、患者が円滑に入院できるよう配慮されており、夜間緊急入院についても適切な対応がされている。入院中の処遇は、閉鎖病棟における任意入院患者の処遇についても、処遇マニュアルが整備され、患者個別の説明と同意も行われて適切になされている。

看護手順に、看護部長から看護補助者まで、職位・職種に応じた看護業務が明文化されている。看護基準が整備され、看護記録、症状、疾患、継続看護等が整備され、活用されており、適切である。

安全な薬剤の準備および投薬は自己管理を含め良好に実施されている。抗精神病薬の大量投与、多剤投与についても検討されている。褥瘡委員会を定期的に開催している。入院時および状態変化時はアセスメントを行い、評価に応じた対策が立てられ実践している。入院時患者全員に栄養アセスメント、摂食・嚥下評価を行っている。褥瘡委員会、多職種カンファレンスへの参加によって、患者個々の栄養に関する状態や問題を把握し対応している。急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションについて、急性期では多職種との連携を図り疾患教育等が行われている。精神疾患別の作業療法マニュアルが整備されている。

患者の高齢化に鑑み、身体面の維持向上を図るとともに、臨床心理士と共同で回想法が認知症患者に導入されている。目標設定・計画の立案および訓練の実施状況は良好である。精神保健福祉法を遵守し、適切な隔離対応が行われている。行動制限の最小化に関する委員会は、最小化に向けた検討をするとともに、精神保健福祉士や作業療法士・臨床心理士等を含めたミニカンファレンスでも検討し、医師に情報提供している。身体抑制は精神保健福祉法に則り、適切に実施されている。行動制限の最小化に関する委員会の討議後の記録用紙には、解除時間を延ばすことを求める等が記載されて、医師へ回答される仕組みがあり、きめ細かに検討されている。

退院後の生活の場の調整や関係機関との連携を行い、退院支援としてプレデイケアや退院前訪問などを行っており、患者・家族や地域の住民を含めて退院後の生活に関して手厚く組織的支援ができるよう適切に取り組んでいる。患者・家族の意向を尊重した、ターミナル期への対応がされている。療養環境への配慮としての個室対応が評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門での業務手順が明文化され、調剤、医薬品情報提供、持参薬管理など良好に実施されている。処方鑑査・調剤鑑査も適切な手順で実施されている。臨床検査は全て外部委託で委託先との連携が良好にとられ適切に行われている。読影は主治医が行い疑問、読影の問題がある場合は近隣の専門病院への紹介をする仕組みとなっている。栄養管理機能の発揮にあたっては、意見箱などを通して収集された意見・要望が献立に反映され、嗜好調査での問題点に対して速やかに取り組まれている。高齢化および認知症患者の増加によって、身体面の維持、向上を主体としたリハビリテーションが実施されている。

診療情報は電子カルテマニュアルに沿って一元的に管理されている。活用を前提としたコーディング、診療記録の量的点検の実施など、病院の機能・規模に見合った管理が適切に行われている。医療機器マニュアルが整備され、一元管理されている。機器の点検は点検項目に沿った日常の実施と業者が行う定期点検はそれぞれ記録されている。滅菌の保証は物理的・化学的・生物学的インディケーターにより確

認されている。365 日 24 時間体制での患者受け入れが理念として掲げられ運営されている。山口県西部の精神科救急輪番制に参画し、精神保健指定医の日当直体制で土・日の受け入れが整えられており、積極的で優れた対応がなされている。

10. 組織・施設の管理

予算管理は適切に行われ、病院会計準則に基づく会計処理を通して財務諸表は作成されている。適正な会計監査の仕組みを整え、法人会議において経営状況の把握と分析が適切に行われている。窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応は、マニュアルに沿って適切に行われており、施設基準を遵守するための体制、未収金への対応体制も適切に整えられている。業務内容と委託の是非の検討を経て委託業者が選定されている。委託業務従事者に対する教育は病院職員との合同で行われている。事故発生時の対応体制も整備されている。

施設・設備は、年次保守計画に基づく日常点検と保守管理が行われ、緊急時の対応体制も確立している。院内は清掃が行き届いており、廃棄物の処理も規程に則り適切に行っている。購入物品の選定のルールがあり、物品購入の過程が明確にされ、使用期限の管理が行われている。ディスプレイ製品の再利用は行わない方針がとられている。在庫管理の状況は適切である。

病院災害対応計画等に基づく危機管理に関するマニュアルを整備し、火災発生時や停電時の対応など、緊急時の責任体制が明確にされている。事業継続計画

(BCP) の策定にも取り組んでいる。保安業務についての業務内容を明確にして確実に実施されている。日々の業務実施状況を把握する仕組みがあり、緊急時の連絡、応援体制も明確にされている。医療事故に対する院内検証など、事故発生時の対応手順を定めて、その原因究明と再発防止に向け組織的に検討する体制が整えられている。訴訟となった場合に適切に対応する仕組みも整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士の学生実習について医療安全・医療関連感染制御等に関する教育カリキュラムに沿った実習が行われている。実習生および実習内容の評価が行われ、実習中の事故等に対応する仕組みも整えられている。

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	B
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	S
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	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	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	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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	A

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	B
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.13	看護師は病棟業務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	B
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	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	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	A

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人水の木会 下関病院

I-1-2 機能種別：精神科病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：山口県下関市富任町6-18-18

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					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	296	296	+5	92.2	240
結核病床					
感染症病床					
総数	296	296	+5		

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	30	+3
精神科救急入院病床	48	+0
精神科急性期治療病床	0	-32
精神療養病床		
認知症治療病床	50	+50

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

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

年度推移	実績値			対 前年比	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	6.16	6.74	5.37	91.39	125.51
1日あたり外来初診患者数	1.16	1.26	1.18	92.06	106.78
新患率	18.78	18.72	21.97		
1日あたり入院患者数	268.44	278.31	274.70	96.45	101.31
1日あたり新入院患者数	1.13	1.16	1.25	97.41	92.80