

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12月22日～12月23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、精神科病床400床を精神科救急急性期病棟、急性期治療病棟、認知症治療病棟、依存症および児童・思春期病棟に機能分化した公立の精神科病院である。評価結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、院内外への周知に努めている。病院管理者・幹部の病院運営に関して、幹部は、優秀な人材の確保、安定した経営基盤などの確立にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議は管理運営会議であり、中期事業計画は各部門別の数値目標を設定し、達成度の評価も行われている。情報管理は、医療情報室を設置し、医療情報管理者を配置している。文書管理は、適正に行っている。

人材確保は、施設基準および法定人員を確保し、定期的に必要な職員について県に要求している。人事・労務管理では、就業規則・規程を整備している。職員の安全衛生管理では、衛生委員会を開催しており、健康診断受診率は100%である。

職員にとって魅力ある職場づくりでは、職員の意見・要望について、幹部が年3回行う職員面談や院内ラウンドなどで収集している。職員への教育・研修では、診療スタッフ研修委員会が院内研修を企画・運営している。職員の能力評価・能力開発は、県統一の人事評価を用いて、能力評価、業績評価に分けて評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内掲示やホームページへの掲載、研修会などで周知されている。説明と同意は、説明と同意に関する方針、基準書、手順書を整備している。患者が理解できるよう対面で分かりやすく説明している。手順書には、患者および病院側の同席者のルールを定め、患者・説明者・同席者の署名欄を設けている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加では、患者の回復への理解を深めるため、各種パンフレットや「こころの健康教室」などの疾病教育を実施している。患者支援体制では、相談窓口を設置し、地域医療連携室の医療相談科が様々な相談に対応し、社会的・心理的な側面から患者・家族を支援している。患者の個人情報とプライバシーの保護では、個人情報保護に関する規程を明文化し、職員への周知徹底を図っている。臨床における倫理的課題への取り組みとして、主要な倫理的課題について倫理委員会で検討し、病院の方針を判断する仕組みである。比較的多く発生する倫理的課題などについては、あらかじめ検討して病院としての方針・対策を定めておくことが望まれる。看護部の委員会において、各部署で検討された倫理的課題について意見交換している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮として、売店、自動販売機、郵便ポスト、ランドリーなど生活延長上の設備やサービスを整備している。院内はバリアフリーであり、改築した診察棟やエントランス棟は、「明るく・軽やかに・開放的に」を設計コンセプトとしているなど、療養環境を整備している。敷地内禁煙であり、職員が巡回している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善では、患者・家族からの意見・苦情をサービス向上委員会で検討して結果をフィードバックしており、改善事例もある。診療の質の向上に向けた活動では、医局において症例検討会や抄読会が定期的に行われている。様々な臨床指標が把握されており、経年的な変化に対する分析も行われている。業務の質改善では、今後、組織横断的に院内の業務改善を行う体制の構築が望まれる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入の際は、多職種が参加する委員会で検討する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制では、各部署の職員の職制および氏名を掲示している。責任者不在時のバックアップの責任体制、連絡体制も明確である。診療記録の記載について、診療録記載基準が定められている。医師記録の質的点検を組織的に実施することが望まれる。多職種が協働した患者の診療・ケアでは、多職種からなる医療チームで毎週スタッフミーティングが開催されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理者は、権限をもって組織横断的に活動している。医療安全管理委員会を開催し、再発防止策を検討している。医療安全カンファレンスにおいて、アクシデント事例などを対象にタイムリーな検討と対応がなされている。インシデント・アクシデント報告は、全部署から提出されてい

る。医療安全管理者は、定期的に各部署の医療安全ラウンドを実施している。ラウンドの評価と合わせて、毎月各部署単位で医療安全点検表に沿って医療安全確認行動の実施状況の評価も行っている。

患者・部位・検体などの誤認防止では、誤認防止手順に沿って、患者のフルネームでの名乗り、フルネームの呼称を徹底している。情報伝達エラー防止では、電子カルテ上で指示出し・指示受け・実施について明確に行われており、口頭指示の手順も整備されている。薬剤の安全な使用では、アレルギーや禁忌の薬剤について、病棟や薬剤部で把握されている。それらの薬剤が処方されると、電子カルテ上でアラートが表示される仕組みである。病棟でのハイリスク薬や向精神薬の管理も適切に行われている。転倒・転落防止では、全患者に転倒・転落リスクアセスメントを実施し、リスクを評価して転倒防止に努めている。医療機器の安全な使用では、主な医療機器は統一され、標準化が図られている。日々の点検は、各部署で適切に実施している。患者等の急変時の対応では、全館一斉コールできる仕組みである。また、全職員対象の AED および BLS 訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、感染防止対策委員会が組織され、開催されている。ICT がラウンドを通じて各部署を毎月チェックする体制である。院内の感染情報は、週報をもとに感染防止対策委員会へ報告されている。

医療関連感染を制御するための活動として、手指消毒剤の使用を推進するために各部署の使用量を把握し、モニターしている。また、各部署において PPE を設置し、使用環境を整えている。抗菌薬の適正な使用では、抗菌薬使用指針が整備されており、特別な抗菌薬は届出制としている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信では、将来像、県立病院としての使命、診療実績、会議、講演や研修会の活動実績をホームページ、広報誌や年報などに掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携では、地域医療連携科が各医療機関と連携し、患者の円滑な受診を支援している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、精神科医療、保健予防など心身の健康増進として地域住民を対象に健康増進の公開講座を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、総合案内を設置し、初診患者や紹介患者が円滑に受診できる仕組みとしている。外来診療は、初診・再診ともに基本的には予約制であるが、緊急性があれば予約がない場合においても柔軟に対応している。診断的検査における説明や評価は確実に行われている。任意入院の際の同意能力の判断は確実に行われており、法的に必要な書類も取得されている。医療保護入院は、指定医により確実に判断されており、診療録への記載、法的に必要な書類の作成、告知が適切に行われている。措置入院は、県の精神科救急基

幹病院として、緊急措置入院を含めて積極的に受け入れる体制である。医療観察法による入院では、鑑定入院が行われており、マニュアルが整備されている。入院後は速やかに入院診療計画書が多職種で作成され、患者・家族に説明し同意を得ている。患者・家族からの医療相談への対応では、地域医療連携科、および医療相談科が相談窓口となっている。患者が円滑に入院できるよう入院案内や入院時病棟案内を用いて入院について説明している。入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）は適切に行われている。

医師の病棟業務は、回診が行われており、多職種カンファレンスへの参加により情報共有が行われている。身体的チェックも確実に行われている。看護師の病棟業務は、患者情報をケア会議などの多職種カンファレンスで共有して連携を図り、看護業務を遂行している。投薬・注射の確実・安全な実施では、投薬について誤認防止対策が遵守されている。単剤化率は約 50%で、CP 換算 1000 以上の患者については、主治医に注意喚起を行うなど適切に対応している。褥瘡の予防・治療は、全入院患者を対象に褥瘡発生のリスク評価を行い、発生リスクのある患者の早期発見、体圧分散マットの使用など褥瘡の予防に努めている。栄養管理と食事指導は、全入院患者の栄養状態の評価を管理栄養士が行い、栄養管理計画書を作成している。個別の嗜好や摂食状況に合わせた個別対応が多く、通常のオーダーリングシステムで対応できない患者はフリーコメントを使用するなど工夫している。症状などの緩和では、がん患者などターミナルステージでの終末期ケアについて、がん緩和ケアガイドブックにより対応している。急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションは、早期に作業療法を開始する方針であり、病棟からの情報提供により病状が安定したら速やかに開始している。慢性期のリハビリテーションは、病状や病棟特性に応じて様々なプログラムが導入されており、退院支援についても退院後の生活機能回復へのプログラムが導入されている。隔離は、手順を明文化している。早期解除への取り組みとして、毎朝のカンファレンスで検討し、記録も残されている。身体拘束は、手順を明文化している。身体拘束の可否を毎朝のカンファレンスで検討し、記録も残されている。患者・家族への退院支援は、入院時からリハビリテーション計画に沿って、多職種で退院に向けた支援を退院後まで継続し、シームレスな関わりを実践している。継続した診療・ケアの実施では、多彩なプログラムのデイケアにおいて就労支援につながるリワークプログラムを提供し、退院後支援や復職支援が行われている。ターミナルステージへの対応は、終末期医療について医局会の判断と多職種による病棟スタッフミーティングで決定し、ターミナルケアに対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査、調剤、調剤鑑査が行われ、それぞれの記録印も確実に残されている。注射薬の約 80%が 1 施用ごとで払い出され、調製・混合で注意すべき情報は払い出し時に注意文書を添付している。臨床検査機能では、一般検査・血液検査・生化学検査・CRP・脳波・心電図などが院内で実施されている。内部精度管理は毎日行っており、外部精度管理に参加している。画像診断機能では、

CT・一般撮影が院内で実施されている。栄養管理機能では、盛り付けから配膳まで温冷配膳車で迅速に行っており、衛生管理を徹底している。リハビリテーション機能では、作業療法士が確保されており、マニュアル・手順が整備され、説明・同意の取得が確実に行われている。診療情報管理機能では、診療録が1患者1IDで管理されている。診療録の量的点検を行っている。医療機器管理機能では、輸液ポンプなどの医療機器が標準化されており、管理簿にて業者の保守点検の結果を含めて一元管理している。洗浄・滅菌機能は、中央材料室で中央化しており、滅菌精度を担保している。救急医療機能では、県精神科救急の基幹病院として、365日24時間の救急や措置入院の受け入れに対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、県財政課の指示により予算要求書を作成し、査定結果が予算書となっている。財務諸表は県監査委員会の指示で作成し、監査事務局による定期的な対面監査および書類監査を受けている。経営状況は毎月の管理運営会議で検討している。医事業務は、患者受付窓口の対応、窓口会計精算・収納、診療報酬請求業務、患者小遣い管理、未収金管理など多岐におよぶ業務を円滑に行っている。業務委託は、県の業者選定、入札方法に沿って業者を選定し、業者からの報告書で業務内容と質を確認している。

施設・設備の管理では、安全で快適な環境の提供に努めている。施設面で不具合が生じた場合は、速やかに改善している。物品管理では、マニュアルに基づいた物品購入および管理を行っている。SPD 担当者が在庫管理、使用期限の確認、年2回の棚卸を行っている。

災害時の対応では、火災や大規模災害対策として、火災避難訓練を年2回実施し、自家発電や非常用コンセントを設置している。県の災害拠点精神科病院である。日勤帯は職員、夜間帯は委託警備員が保安業務を担当している。医療事故等への対応として、事故発生時は、速やかに主治医から家族へ状況を報告する手順である。訴訟になりそうな場合は、速やかに事故調査委員会で検討する仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士の職種の実習生を受け入れている。

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	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	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
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	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	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	A
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	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
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	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	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	B
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 4 月 8 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 石川県立こころの病院
 I-1-2 機能種別： 精神科病院
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 石川県かほく市内高松ヤ36

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	400	400	+0	86.8	303.1
結核病床					
感染症病床					
総数	400	400	+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	6	+0
精神科救急入院病床	44	+0
精神科急性期治療病床	50	+0
精神療養病床		
認知症治療病床	50	+0

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： 12 人 2年目： 4 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	113.51	107.22	113.97	105.87	94.08
1日あたり外来初診患者数	4.20	3.03	3.45	138.61	87.83
新患率	3.70	2.83	3.02		
1日あたり入院患者数	347.09	346.68	344.91	100.12	100.51
1日あたり新入院患者数	1.14	1.19	1.27	95.80	93.70