

# 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8月5日～8月6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、大都会の中でも自然に囲まれた広大な敷地と利便性に富んだ都市圏に開設され、日本の精神科医療を支えてこられた。2022年には地方独立行政法人に移行され、円滑な組織運営に努めている。摂食障害支援拠点病院、アルコール依存症治療拠点病院、精神科三次救急の指定、身体合併症医療などの専門性を活かした医療に取り組み、関連施設との連携を図り、地域の基幹的な役割を発揮している。時代の変遷や多様性に配慮した外来診療は、相談機能に注力した受診しやすい環境を整備し、多岐にわたる専門外来が行われている。病棟は精神科スーパー救急、精神科急性期治療、精神療養、身体合併症など、精神病床と一般病床を有する幅広い診療の機能性を発揮している。入院早期より、退院に向けて患者の個別性に配慮し、多職種が協働して専門性を活かした意欲的な取り組みが行われ、質の高い治療やケアを実践している。

地域の人口増加と高齢化を背景に患者のニーズを受け止め、さまざまな視点から課題に取り組み、地域から必要とされる病院としてさらなる発展を遂げることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の運営理念・方針を明文化し、院内外に広く周知している。病院運営の意思決定、および必要な会議・委員会は規程に基づき行われている。中期計画から詳細を記した年度方針を策定され、各部門の目標に基づく個人目標を設定するなど経営参画の意識を高める工夫に努めている。電子カルテシステムを中心に情報セキュリティを確立されている。院内外の文書は文書管理規程に基づき、一元的な管理が行

われている。

人事・労務管理体制は適切に整備され、必要な人材が効果的に確保されている。安全衛生委員会は毎月開催され、メンタルサポートやハラスメント防止体制が確立し、快適な職場環境の整備に努めている。職員の意見・要望は、定期的な上長との面接、および毎年行われる職員満足度調査で把握している。職員の教育・研修では必要な研修会が効果的に行われている。職員の能力評価は、全職員を対象とした人事考課制度で把握され、専門資格の取得支援など能力開発に積極的に取り組んでいる。初期研修、および学生実習は適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を制定し、病院案内・入院のご案内、院内掲示等で患者・家族、および職員に周知している。説明と同意に関する方針と手順は明文化され、入院診療計画書やクリニカル・パスにて患者参加を促し、家族教室を開催し疾病の理解の場を提供している。患者・地域サポートセンターを中心に、さまざまな相談や支援を多岐にわたり体系的に取り組んでいることは高く評価できる。個人情報保護方針を定めて院内掲示等で患者・家族、職員に周知している。臨床現場では部署ごとに多職種倫理カンファレンスが日常的に行われ、さまざまな課題に対しての検討実績が多数あり、継続的に取り組んでいることは高く評価できる。解決困難な倫理的課題は、複数の専門家を交えて開催する臨床倫理検討会で検討する仕組みがある。

病院案内、ホームページ、入院のご案内等で病院へのアクセス方法を明示している。院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者の配慮に努めている。療養環境は「こころに、深呼吸。」をテーマに、癒しをイメージした開放的な空間が提供されている。敷地内禁煙を患者・家族に周知し、職員の禁煙支援に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

業務の質改善については、組織横断的に多職種で継続性のある質改善活動が行われている。診療の質の向上に向けた活動については、病棟ごとに症例検討会が多職種で行われ、複数のクリニカル・パスの導入や臨床指標のデータ集積、ベンチマーク分析を行い、質向上に活用していることは高く評価できる。患者・家族の意見や要望は、院内各所に設置した投書箱で収集され、意見の回答は院内各所の掲示板により患者・家族へフィードバックするほか、直接回答を行っている。新規治療・新たな技術導入・研究、医療機器の導入に関しては、手順に基づき運用されている。

病棟・外来の責任者の明示、および業務内容や責任体制を明文化され、主治医や病棟看護師長は定期的にラウンドを行い、患者全般の状態把握や療養環境の確認など、問題の解決に努めている。診療記録の記載マニュアルの基準に則って記載され、質的点検や退院後2週間以内の退院時サマリーの作成を適切に行っている。入院前から退院後まで多職種カンファレンスが日常的に開催され、多職種が協働し、個々の患者・家族の意向に沿った質の高い治療やケアを実践しており、高く評価できる。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制については、医療安全管理指針や医療事故予防マニュアル、事故発生時の手順を定め、医療安全管理者を配置している。安全確保に向けた情報収集として、定期的に行われる医療安全対策推進室会議やリスクマネジメント推進会議にて、アクシデント・インシデントレポートの分析・対策を行い、医療安全対策推進委員会で再発防止策を立案し、情報共有に努めている。医療事故等への対応は、医療事故予防マニュアル内に医療事故発生時の対応フロー図を明記して職員に周知している。

患者・部位・検体などの誤認防止については、医療事故予防マニュアルに定め、患者本人のフルネームでの名乗りを原則としている。情報伝達についての指示出し・指示受け・実施は確実に行われている。薬剤の安全な使用については、ハイリスク薬の定義を明確にし、一覧表や表記で他の薬剤と区別できるようにしている。入院時に、全患者を対象に転倒・転落アセスメントスコアシートでリスク評価し、ハイリスク患者には看護計画を立案している。医療機器安全管理責任者は、ME 機器管理ソフトで院内の医療機器を一元管理している。緊急コールは身体急変時、暴力・暴言時、および至急な情報共有に区別し、速やかに対応できる体制を整備している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関しては院内感染予防対策委員会が組織され、下部組織に院内感染対策担当者会、感染リンクナース分科会を設置し、医療現場における情報収集・分析・指導が行われている。アウトブレイクについても明確に定義し、COVID-19 感染症にも適切に対応している。感染管理専従看護師（ICN）は感染リンクナースと協働し、定期的な院内ラウンドを行い、医療関連施設等の感染予防の教育・啓発活動も行っている。

院内感染予防対策委員会や院内感染担当者会の定期開催、ICT や AST 活動を通じて、臨床で実践できる感染対策の提案など、感染防止対策の啓発活動が行われている。抗菌薬適正使用マニュアルは採用薬品に沿って整備され、適時に見直しが行われている。特別な抗菌薬は届け出制であり、その妥当性を定期的に医師にフィードバックし、客観的な評価を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

院内外の情報は病院広報誌、ホームページ、SNS や動画配信を活用して広く地域へ周知している。病院運営の透明性を確保するため、外部委員で構成する第三者評価委員会を毎年行い、地域や関係機関との良好な関係性を構築している。医療関連施設等との連携については、紹介・逆紹介のデータや、紹介元への返書管理を一元的に行い、連携登録医療機関制度を制定し、円滑な連携体制の強化に努めている。連携医療機関向けの専用ダイヤルを整備し、即効性のある受け入れ対応や調整が行われている。精神疾患を中心とする身体合併症医療のニーズに対応した最後の砦として、基幹的な連携機能を発揮していることは高く評価できる。地域における病院

の役割を明確にし、積極的な教育・啓発活動が行われている。「看護の日」イベント、メンタルヘルスデイイベントのほか、認知症講座、アルコール依存症講演会、さらにはリソースナースによる専門的な研修内容の出張ゼミナールなど、病院機能を活かした多岐にわたる地域への教育・啓発活動と健康増進活動は高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報は病院案内やホームページで公開している。また、外来待ち時間調査を毎年定期的に行い、臨床指標としてホームページに公開している。患者のニーズに合わせたさまざまな専門外来が行われていることは高く評価できる。侵襲を伴う検査の必要性和リスクについて適切に説明している。任意入院・医療保護入院・措置入院、および医療観察法による入院管理は適切に行われている。入院診療計画書は多職種で作成され、多くのクリニカル・パスを運用している。患者・家族の相談窓口を明確にし、入院における一連の流れは円滑である。入院中の処遇もルールに基づき運用されている。

医師・看護師の病棟業務は適切に行われている。抗精神病薬の多剤・大量投与に関して多職種カンファレンスで検討し、単剤化に向けた方針を推進している。輸血療法の頻度は多くないものの、指針やマニュアルに基づき、必要に応じて他科と連携しながら、安全・確実に輸血を行っている。電気けいれん療法の施行に際し、口腔ケアを導入し、術後の肺炎の合併症が減少したことは高く評価できる。褥瘡予防、栄養管理、症状緩和についてはおおむね適切に行われている。リハビリテーションの施行について目標と訓練計画を策定し、適切にリハビリテーションを行っている。身体拘束ゼロの継続を目指して取り組んでいることは、高く評価できる。退院支援、および診療・ケアの継続について多職種カンファレンスを行い、地域移行の定着を推進している。ターミナルステージへの取り組みはおおむね適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方・調剤鑑査、疑義照会や処方提案、ならびに調剤後の確認を適切に行い、注射薬は1施用ごとに取り揃えている。新規薬剤の採用や採用医薬品の品目削減に向けた検討に努めている。臨床検査機能におけるパニック値の取り決め、および精度管理は定期的に確実に実施している。画像診断機能は、必要な検査を24時間365日、タイムリーに行っている。栄養管理機能は衛生管理に留意し、食事の楽しみを引き出す取り組みを行っている。リハビリテーション機能は患者の意向と安全に配慮したプログラムに基づき行っている。診療情報管理機能は電子カルテシステムを導入し、診療記録の保存、および量的点検を確実にしている。医療機器管理機能は中央器材管理室で、臨床工学技士が一元管理している。洗浄・滅菌の質の保証のため、各種インディケーターを実施している。

病理診断機能については、病理診断報告書、標本の保存・管理、危険性の高い薬品類の保管・管理を適切に行っている。内科医師が責任医師として輸血業務全般を監督・指導し、血液製剤の発注・保管・供給を適切に行っている。麻酔科医や手術担当看護師による術前訪問、ならびに術前多職種カンファレンスを適切に行っている。救急医療機能については、医療圏域外から急性期や身体合併症などさまざまな患者を積極的に受け入れており、高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、会計規程に則り財務諸表を適切に作成し、経営状況は経営戦略会議で毎月報告・検討を行っている。医事業務における会計業務の一連の流れは円滑に行われ、返戻・査定の対応、施設基準の遵守の仕組み、未収金の回収手順に基づいた督促体制など、組織的な対応に取り組んでいる。業務委託はPFIの導入により総務課が担当し、各委託業務を主管する部署において業務の遂行状況を確認している。SPC業務の質は毎月モニタリングにて作業状況を評価し、SPCへフィードバックしている。

施設・設備は年間保守計画に基づく法定点検や日常点検をSPC職員が実施している。医療ガス、ならびに感染性廃棄物の管理は適切に行われている。購買管理は物流管理センターでSPC職員が行い、SPDシステムを導入し内部牽制機能を確立している。購入物品は一元管理を行い、使用期限の把握、および在庫管理の適正化に努めている。災害等の危機管理への対応についてBCP、災害マニュアルを整備し、指揮命令の責任体制を明確にして災害拠点精神科病院の機能性を適切に発揮している。夜間・休日の保安体制は適切に整備している。

# 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	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	S
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	S
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	S
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	S
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	A
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	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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	S
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	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	S
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援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	S
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	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	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
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	S

## 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	B
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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 年 3 月 31 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立松沢病院

I-1-2 機能種別： 精神科病院

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 東京都世田谷区上北沢2-1-1

### 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	90	45	-38	53.4	31.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	808	710	-51	77.6	68.1
結核病床					
感染症病床					
総数	898	755	-89		

### 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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	2	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	45	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	92	-2
精神科救急入院病床	98	-14
精神科急性期治療病床	40	+6
精神療養病床		
認知症治療病床	77	+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： 8 人 2年目： 8 人 歯科： 0 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 2023	2年前 2022	3年前 2021	昨年度 2023	2年前 2022
1日あたり外来患者数	417.34	432.09	415.14	96.59	104.08
1日あたり外来初診患者数	20.36	24.96	22.85	81.57	109.23
新患率	4.88	5.78	5.50		
1日あたり入院患者数	589.54	650.57	623.84	90.62	104.28
1日あたり新入院患者数	8.99	9.60	8.79	93.65	109.22