

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11月13日～11月14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

貴院は開設以来、地域から必要とされる精神科医療に意欲的に取り組まれている。併設する介護老人保健施設などの介護事業所のほか、法人内には診療所やグループホームも整備している。さらに、認知症疾患医療センターを運営し、退院支援に至るまで地域包括ケアシステムにおける機能的な役割を発揮されている。

精神病床のほかに療養病床を有し、急性期から慢性期、認知症まで数多くの疾病に対応されている。特に、身体合併症の治療や身体疾患別リハビリテーションの提供など、患者の個別性を考慮した診療機能を有している。また、開設当初から継続的に行われている造形教室は、アトリエを設けて患者の表現活動として展示会を開催するなど特徴的な取り組みが行われている。外来機能では、一般外来のほかにネット・ゲーム症など依存症の専門外来に取り組まれている。

病院機能評価は、継続的に受審されており、この度の更新審査においても、病院長のリーダーシップのもとに多職種で積極的に課題に取り組まれ、風通しの良い組織風土の定着を確認することができた。今後もさらなる医療の質の向上に取り組まれ、より一層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

病院理念・基本方針は、わかりやすく親しみのある表現で病院内外に広く周知されており、職員一人ひとりが意識的に病院運営に取り組まれていることは評価できる。組織管理体制や必要な会議・委員会が整備されている。地域医療の動向やニーズを把握した年度事業計画が策定されている。電子カルテシステムが導入され、ネットワークセキュリティを確立している。文書管理規程が整備され、一元的な管理

が行われている。

人事・労務管理体制は整備され、必要な人材が効果的に確保されている。安全衛生管理体制では労働時間を把握し、ハラスメント防止対策や院内暴力の防止体制が確立されている。全職員からの意見を「標語」として傾聴し、病院目標として掲げる仕組みが長きにわたり継続されているほか、院内報を活用したよい気づきを伝え合う取り組みは、風通しの良い魅力ある職場づくりとして、高く評価できる。

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。学生実習は様々な職種を積極的に受け入れており、充実した学生実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利については明文化され、院内外へ適切に周知されている。説明と同意に関する方針・手順は明確にされ、セカンドオピニオンについての対応も適切である。退院に向けて患者参加型のカンファレンスを適宜開催し、患者が治療方針の決定に参加して目標を掲げている点は評価できる。病棟では、多職種で課題を共有して治療から退院支援、生活支援まで検討されている。患者の支援内容により窓口を明確にされ、多様な相談に対応している。個人情報保護方針や規程を整備して、適切に運用されている。臨床倫理についての方針は明文化され、医療現場で解決困難な事例は外部委員を含めた臨床倫理委員会で検討される仕組みである。

病院へのアクセスは確保され、入院生活上の利便性への配慮も適切である。エントランスホールや外来待合室は、家庭的な雰囲気と緊張感を和らげる印象で、陽光が差し込み緑豊かな癒しの空間が提供されている。また、院内随所に絵画が飾られて癒しを与えており、病棟内は患者がくつろぐスペースとプライバシーが保護されている。敷地内禁煙とされているが、喫煙率低減に向けた教育・啓発活動が期待される。

4. 医療の質

業務の質改善については、継続的な委員会の取り組みなどにより組織横断的に検討されている。診療の質改善に向けての活動は症例検討会が行われている。クリニカル・パスも患者用・職員用が作成されており、適切に実践されている。臨床指標に関するデータは、会議・委員会で収集・分析が行われている。苦情・意見を収集して意見の分析や対応策について組織的な検討を行い、患者・家族に適切にフィードバックされている。新たな診療・治療方法や技術の導入については積極的に取り組み、導入する場合は多職種で構成する倫理委員会を開催して審議している。

病棟・外来における責任者の業務内容や責任範囲は明文化され、責任体制も明確である。診療記録は所定の様式と手順に則り適時に記載され、質的点検も行われている。退院時サマリーの2週間以内の作成については、作成率向上の取り組みが期待される。患者の診療・ケアは多職種による定期的なカンファレンスにより課題が検討され、褥瘡対策や栄養サポートチームなどを組織している。

5. 医療安全

医療安全管理部門を設置して、医療安全対策マニュアル・指針が整備され、医療安全管理委員会が機能している。アクシデント・インシデントレポートの収集・分析・防止対策について定期的に検討され、「KYT 分析シート」を導入した取り組みが行われている。医療事故防止マニュアル内に重大な医療事故の対応方針を明示し、重大なアクシデント等の発生時における具体的な対応手順を周知されている。

患者の誤認防止はマニュアルに基づき、患者の氏名・生年月日や検体の印字ラベルとの照合など複数の確認が行われている。情報伝達については、指示出し・指示受け・実施が確実に行われている。薬剤の安全な使用については、薬剤の重複投与やアレルギーなどは電子カルテ上で警告され、麻薬・ハイリスク薬等の安全な使用と保管・管理、薬剤の取り違い防止は確実に行われている。転倒・転落リスクアセスメント評価は、入院時に全患者にアセスメントシートを活用して危険度の評価が行われ、多職種で評価して診療計画・看護計画に反映している。医療機器については、日常点検を行って管理されている。院内緊急コードが設定され、救急カートの整備・点検は適切に実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が多職種で組織され、院内ラウンドを行うなど適切な組織体制を確立している。医療関連感染の情報収集・分析・指導に関して、病院長がリーダーシップを発揮し、マニュアルを整備して全職員に周知している。アウトブレイクの定義や対応手順は明確にされている。ICDのもと、院内感染状況の把握やデータ分析と検討を適切に行っている。新型コロナウイルス感染症対策として、病院独自の対策が取りまとめられ、職員の健康管理から精神科医療におけるゾーニング、さらに各部署で留意するべき点の詳細を記載されている。

病棟における標準予防策や1処置1手袋、手洗いの遵守を励行されており、個人防具の必要な場所への配備と着用も適切である。汚染寝具の取り扱いもマニュアルに則って行われている。抗菌薬の使用指針は明文化され、採用・中止は薬事審議委員会で行われている。院内の感染症における起炎菌・感染部位の特定や感受性のパターンは院内感染対策委員会では把握され、ICDの指導のもとで医師へのフィードバックが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や診療体制、医療サービス等の情報は、病院案内やホームページ、広報誌等で広く地域に向けて発信されている。病院の最新情報をブログで紹介するほか、ホームページから広報誌のバックナンバーを確認できるなど、紙媒体のみならずWebを活用した情報発信に意欲的に取り組んでいることは評価できる。地域連携機能は前方・後方連携の機能において、医療相談科と地域生活支援科が担当し、紹介・逆紹介への対応を一元的に管理・把握されている。認知症疾患医療センターの事例検討会、一般病院からの情報提供や紹介受け入れを円滑に行うための連携システムの活用、さらには、発達障害の情報提供や施設情報を検索できるポータルサイ

トを病院独自に構築しているなど、治療を必要とする患者のニーズに応じた連携体制の確立に積極的に取り組んでいることは高く評価できる。地域に向けた様々な健康教室や福祉活動が継続的に行われている。関係団体への講演活動や外部講師を招聘した講演会を開催されるなど、地域のニーズに基づいた教育・啓発活動が行われ、さらに動画配信を活用した取り組みは、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報提供は病院案内やホームページ等で周知され、受付・診察・会計に至る一連の流れは明確にされている。外来診療は、精神疾患・精神障害、アルコール依存症、認知症、ネット・ゲーム依存症の専門外来の案内をわかりやすく掲載され、Web 問診票を活用するなど、患者が受診しやすいように配慮していることは、高く評価できる。任意入院・医療保護入院・措置入院については、適切に対応されている。診療計画については患者・家族への説明と同意で要望を反映し、必要に応じて診療計画の見直しが行われている。多様な医療相談および入院前の説明には精神保健福祉士が対応され、入院時のオリエンテーションは病棟看護師が行っている。行動制限に関するマニュアルが整備され、入院形態に応じた適切な処遇対応が行われている。

医師は必要な回診を実施して病態の把握を十分に行い、看護師は職務内容を明確にして病棟業務を行っている。投薬・注射については、誤認防止策が遵守されている。輸血・血液製剤投与や電気けいれん療法は、手順を明確にして行われている。褥瘡対策や栄養管理なども多職種で検討が行われている。症状緩和について効果的なケアの実施に努めている。精神科作業療法と疾患別リハビリテーションが導入され、急性期・慢性期ともに患者の状況に応じてプログラムの選択が行われている。隔離・身体拘束は、方針・手順を明確にして精神保健福祉法を遵守して対応されている。退院支援や継続的な診療・ケアについては、個別性を重視した状態・ニーズの把握ができるように入院当初から退院支援の調整が行われ、退院後の生活を見据えた関わりに努めている。ターミナルステージについての方針は明文化され、患者・家族の意向を尊重して説明・同意が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、処方鑑査・調剤鑑査・疑義照会は確実にされている。注射薬の払い出しは1 施用ごとに取り揃えられ、調製・混合に関する注意事項も情報提供されている。臨床検査機能および画像診断機能は、病院機能から鑑みて適切に運用されている。栄養管理機能は衛生面の管理が徹底され、患者のニーズを取り入れた安全で美味しい食事の提供が行われている。リハビリテーション機能は、患者にとって最適なりハビリテーションの提供に努められ、精神と身体的なりハビリテーションの相互性のある積極的な取り組みが行われており、高く評価できる。

診療情報管理機能については、電子カルテシステムで一元的な管理を行っている。診療記録は1 患者 1ID 番号で管理され、量的点検も行われている。医療機器管理機能は、医療機器安全管理責任者のもとで一元管理が行われている。洗浄・滅菌

機能は機器の保守管理、滅菌の質保証・保管状況も適切に行われている。病理診断機能および輸血・血液管理機能はおおむね適切に行われている。救急医療機能は、精神科患者合併症後方医療機関として適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算管理や財務諸表の作成が適切に行われ、会計処理の流れや会計監査の仕組みを明確にして、経営分析における対策に取り組んでいる。医事業務における会計業務の一連の流れは明確であり、レセプトの作成から返戻・査定への対応、施設基準の遵守体制が構築されている。未収金管理については、組織的に検討する仕組みが確立している。業務委託の統括的な管理は総務課で行い、事故発生時の対応は緊急連絡体制とマニュアルが整備され、運用する仕組みがある。

施設・設備の保守管理は、日常点検や計画的な保守点検、修繕などを行い、病院として必要な施設・設備・機能を整備している。購買管理は、購入金額に応じた稟議決裁の基準を明確にしており、適正在庫を把握して発注・納品に至る内部牽制体制が確立している。

災害時等の危機管理への対応は、消防計画に基づき火災発生時の対応をマニュアルで明確にし、緊急連絡網で責任体制を確立している。大規模災害対策として災害対策マニュアルを整備している。保安業務は、事務当直、管理当直、警備員を配置しており、マニュアルに則って緊急時の連絡体制や院内巡回と施錠管理を行っている。

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	A
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	A
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	B

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	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	NA

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	A
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	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	S
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	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	
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	S
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団光生会 平川病院

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：東京都八王子市美山町1076

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	36	36	+0	84.5	106.3
医療保険適用	36	36	+0	84.5	106.3
介護保険適用					
精神病床	307	307	+0	90.6	155.7
結核病床					
感染症病床					
総数	343	343	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	17	+0
精神科救急入院病床	0	-44
精神科急性期治療病床	44	+44
精神療養病床	133	+0
認知症治療病床	45	+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： 0 人 2年目： 0 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	91.48	97.72	91.25	93.61	107.09
1日あたり外来初診患者数	4.38	4.19	3.69	104.53	113.55
新患率	4.79	4.29	4.05		
1日あたり入院患者数	308.56	314.76	305.19	98.03	103.14
1日あたり新入院患者数	1.75	1.66	1.54	105.42	107.79