

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「一般病院1」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13日～12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
機能種別	一般病院1（副）	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。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は精神科病院として開設後、1982年に現在地に移転し、地域の期待や多様なニーズに対応して精神科のほかに一般科も併せて整備し、2006年の新病棟竣工を機に「サンピエール病院」と改称して現在に至っている。精神科急性期対応から認知症、精神療養や特殊疾患対応まで、多様な病棟構成となっている。また、一般科は、内科や整形外科などの急性期病棟と中長期対応の特殊疾患病棟で構成されている。法人グループ全体では、病院医療だけでなく、在宅・地域支援や介護・福祉までの幅広い施設や活動を提供している。

貴院は、病院機能評価制度のスタート時期より積極的に受審に取り組み、病院の質の向上や人材の育成を図ってこられたところである。今回の更新にあたり、新たな課題を発見され、改善に取り組まれることにより、地域から愛され、信頼される病院としてますます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

病院理念や基本方針は明文化され、病院の内外に周知されている。病院の意思決定会議は、部長会議で、経営状況や運営上の課題が検討され、効率的な組織運営が行われている。電子カルテや院内ネットワークが整備され、情報の管理や活用の方針は明確である。文書管理規程も整備されているが、効率的な管理体制の整備が期待される。

人事・労務管理に必要な諸規程の策定や届け出は適切であり、病院運営に必要な人材も計画的に確保されている。安全衛生委員会が機能して、職員の健康管理や職場環境の整備も行き届いている。保育施設の充実や子育て支援、休憩室や職員食堂などの整備、職員寮など福利厚生の実施に取り組んでいる。

教育・研修については、教育委員会が中心となって、年度の研修計画を作成し、各委員会と連携して必要な研修を実施している。図書室も整備され、学会等の外部研修への参加も奨励されている。職員の能力評価では、目標管理型の人事考課が活用され、看護部ではラダーシステムに取り組んでいる。また、実習指導者を養成し、看護師や作業療法士、理学療法士、精神保健福祉士などの学生実習も積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利」「患者様へのお願い」が明文化されており、入院案内・院内掲示・研修等で院内外へ周知されている。説明と同意に関する方針は、看護業務手順内に「説明と同意に関する院内方針」として記載され、関連委員会にて定期的に見直されている。

医療への患者参加では、合同カンファレンス、SST や疾病教育、医療保護入院患者の退院支援委員会などを通じ、多職種で取り組んでいる。医療福祉相談室が設置され、精神保健福祉士が配置されている。相談窓口が整備され、院内の多職種と連携して、受診や入院相談から、退院支援、医療や福祉、経済問題など多様な相談に対応している。個人情報の保護に関する方針や規定を整備し、職員には全体研修などにより周知している。臨床における倫理的な課題について検討する倫理委員会が設置されている。患者・家族の抱えている日常的な倫理的課題については、多職種による合同カンファレンスなどを通じて対応している。

院内はバリアフリーで、駐車場、コンビニエンスストアなども整備され、広く快適な療養環境が確保されている。敷地内全面禁煙である。禁煙外来も開設され、禁煙の方針は徹底されている。

4. 医療の質

業務の質改善については、看護職員負担軽減委員会があり、部門横断的に各職種が参加する仕組みになっている。病院機能評価に関して継続的に受審することにより、業務の見直しや評価につなげている。症例検討会が行われ、地域連携パスも導入されている。患者・家族からの意見や要望については、ご意見箱や患者満足度調査、相談窓口などから収集し、医療サービスの向上につなげている。新たな診療技術の導入については医局会での検討を経て、最終的には部長会議で承認する仕組みである。クロザピンによる治療などの導入実績がある。

外来や病棟における診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録・看護記録ともに記載基準が定められており、電子カルテ上で分かりやすく記載されている。退院時サマリーの作成率も良好である。多職種による入院患者の総合カンファレンスを実施され、患者情報の共有に努めている。医療安全、感染制御対策、褥瘡対策の活動も含め、多職種協働による診療・ケアは、適切に実践されている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が機能し、病院の医療安全に関する体制が整備されている。医療安全管理委員会による安全ラウンドや職員研修の実施、医療安全のリスクマネージャーの継続的な教育も充実している。医療事故に関するインシデント・アクシデントレポートの報告システムは確立されており、医療安全管理者などが集約し、委員会にて事例検討および事故情報の報告がなされている。医療事故発生時の対応手順についてはマニュアルや手順が整備されて、迅速な対応ができる体制となっている。

患者などの誤認防止に関するマニュアルは整備され、院内で共有されている。指示出しや指示受けなどにおける情報伝達エラー防止は適切に行われている。薬剤の安全な使用に向けて、劇薬・ハイリスク薬は明示されており、その他の薬剤の保管・管理状況も適切である。全入院患者に転倒・転落アセスメントスコアによるリスク評価を行い、患者の状態把握に努め、危険度別の対応策を立案し、看護計画に反映している。医療機器の安全な使用については、医療機器安全管理者のもと、定期点検や使用中の動作確認、研修などが行われている。患者等の急変時の対応については緊急コールや救急カートが整備され、定期的な訓練が実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染予防対策委員会が組織され、下部組織としては ICT があり、毎週のラウンドで現場での感染管理状況を定期的にチェックしており、マニュアルも整備されている。委員会では、感染レポートをもとにした院内の感染状況が把握・検討されている。アウトブレイクについては明確に数値基準が定められている。分離菌・抗菌薬感受性についても情報収集・検討が行われている。総合病院との定期的なカンファレンスにも参加しており適切である。

院内感染予防対策委員会や ICT が中心となった院内ラウンドが月 1 回実施され、消毒薬使用量のチェックや手洗いの指導、清潔・不潔の啓発、消毒薬の適正な使用状況や PPE の使用状況などを確認し、指導や研修にフィードバックするシステムが機能している。抗菌薬使用指針は整備されており、特別な抗菌薬は届け出制である。抗菌薬の使用状況の把握・検討については、薬剤部だけでなく院内感染予防対策委員会での情報収集・検討に期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

組織的な広報活動としては、ホームページが中心であるが、病院広報誌の作成、発行もスタートさせている。外来の待合では電子掲示板を積極的に活用している。医療福祉・地域移行退院支援部において、精神保健福祉士や看護師を中心に地域の医療関連施設の状況把握や、地域の医療ニーズを把握し、地域連携活動を推進している。認知症疾患医療センターの業務サポートや地域包括支援センターとの連携なども積極的に行われている。高齢者向けの健康教室や運動教室を定期的の実施している。また、保健所と連携して、市民健康教室を30年以上にわたって継続して開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページに案内されている。外来は予約制であるが、緊急性がある場合は対応する方針である。診断的な検査は安全に実施されている。任意入院や医療保護入院、措置入院などの精神科の入院は法的な手続きに基づいて適切に実施されている。入院診療計画書が速やかに作成され、説明と同意の手続きが行われている。入院中の患者の通信や面会に関する処遇については、法に基づいて適切に行われている。医師や看護師の病棟業務については、回診やカンファレンスなど多職種と連携して適切に行われている。投薬・注射の安全・確実な実施、服薬指導やCP換算値を活用した処方の見直しなどにも取り組んでいる。入院時に全患者の栄養状態や褥瘡発生リスクが評価され、多職種チームで褥瘡予防や摂食・嚥下などの課題に取り組んでいる。精神科特有の薬原性の症状評価も行われている。急性期や慢性期のリハビリテーションでは、作業療法士だけでなく、理学療法士や言語聴覚士なども参加して、多様なプログラムが展開されている。隔離や拘束は法に基づいて必要性に応じて実施され、常に最小化（解除）することを目指して、行動制限最小化委員会で検討されている。入院初期より、退院支援の取り組みが多職種の連携で実施されている。また、退院後の継続した診療・ケアについては、外来や充実したデイケア、訪問診療や訪問看護など、多彩なプログラムで対応している。

《副機能：一般病院1》

内科や整形外科などの診療にあたっては、必要に応じて精神科とも連携して診療を行う体制が整備されている。関係機関からの依頼で基礎疾患に精神疾患を持つケースなどは原則としてすべて受け入れる体制である。診断的な検査は確実・安全に実施されている。速やかに入院診療計画書が作成されているが、計画に個別性が反映される工夫があるとさらに良い。医師や看護師の病棟業務は適切に行われている。患者の特性に応じて投薬・注射が実施され、服薬指導も行われている。輸血が必要な場合には、準備から投与までマニュアルに従って安全・確実に実施している。手術・麻酔の実施に当たっては、説明と同意のもとに執刀医と麻酔科医が連携して適切な管理に努めている。重症度の高い患者はナースステーションに近い個室に収容し、重症度に対応した診療・ケアが行われている。褥瘡の予防・治療はチームで対応し、栄養管理や食事の支援も適切である。身体的な苦痛や精神症状などに

は、医師・看護師など病棟スタッフで対応している。苦痛や痛みの評価尺度の標準化が期待される。リハビリテーションの必要性は医師および理学療法士、病棟スタッフにより評価され、個別のニーズに配慮したリハビリテーションが提供されている。患者の安全確保のための身体拘束は、必要性の評価に基づいて説明と同意のもとに実施され、認知症看護の認定看護師を中心に解除への取り組みが行われている。入院時より、患者・家族の意向を尊重して、退院支援が行われている。また退院後の継続した診療・ケアについても情報の提供や共有、介護や福祉との連携が適切に行われている。ターミナルステージへの対応も適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査や疑義照会などの記録も適切で、注射薬は1施用ごとの払い出しである。薬事情報の提供や持参薬管理、副作用情報の収集など適切に実施されている。臨床検査機能では、病院機能に対応した検査が実施され、オンコール体制も機能している。画像診断機能はCTと一般撮影であるが、読影体制や休日・夜間の体制も整備されている。栄養管理機能では、適時・適温給食が衛生的な環境の中で実施されており、嗜好調査や食事支援などを通して患者のニーズを把握し、献立に反映させている。リハビリテーション機能では、精神科作業療法だけでなく、理学療法士や言語聴覚士などもかかわる多様なプログラムが展開されており評価できる。診療情報の管理では、電子カルテが導入され、診療記録の一元的な管理が行われている。医療機器の管理や洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理検査はすべて外注となっている。輸血・血液管理機能では、輸血療法委員会が組織され、指針に基づいて適切に機能している。手術のスケジュール管理、手術室の清潔管理や術中管理など、手術・麻酔機能は適切に発揮されている。精神科救急医療機能は、地域の輪番制に対応し、また、身体合併症患者の受け入れなど評価できる体制である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算書が作成され、各種指標に基づく経営分析が実施されている。医事部門では、受付・窓口収納など手順に基づいて適切に行われ、保険請求も医局と連携して適切である。未収金対策会議などで未収金の最小化に取り組んでいる。業務委託の管理は、事務部長を中心に実施状況が把握され、見直しや評価も適切に行われている。

施設・設備については、日常的な点検や年間の保守管理などが計画的に実施され、医療ガスの安全管理、廃棄物の管理なども適切に行われている。薬品や医療機器の購入、医療消耗品の購入や管理などについては、薬事委員会や中央材料室、物品購入委員会などにおいて適切な購買管理が実施されている。防災マニュアルが整備され、災害発生時の対応体制も確立している。県の精神科災害拠点病院としての役割が期待される。病院の保安管理は適切に行われている。

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	患者の個人情報を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	B
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
1.3.3	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	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	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	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	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	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	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	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	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
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	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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：一般病院 1（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
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	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	A

年間データ取得期間： 2022 年 7 月 1 日 ～ 2023 年 6 月 30 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人山崎会 サンピエール病院

I-1-2 機能種別：精神科病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：群馬県高崎市上佐野町786-7

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	105	105	+0	84.2	313.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	417	417	+0	93.4	4061.6
結核病床					
感染症病床					
総数	522	522	+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	2	+0
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	260	+0
認知症治療病床	53	+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： 2 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

		実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		207.96	205.23	206.32	101.33	99.47
1日あたり外来初診患者数		17.03	14.24	13.07	119.59	108.95
新患率		8.19	6.94	6.33		
1日あたり入院患者数		477.92	497.82	498.64	96.00	99.84
1日あたり新入院患者数		1.96	1.80	1.65	108.89	109.09