

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」・「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月14日～1月15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
機能種別	慢性期病院（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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1961年に精神医療と一般医療、および結核医療に対応する病院として開設された歴史ある病院である。現在は精神科病床377床、一般病床59床、療養病床60床の合計496床で運用されており、7か所の精神科病棟で一般精神科、長期の精神科療養、精神科身体合併症などへの対応が展開されている。また、法人としては介護老人保健施設や訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター事業などとともに、病院付属の准看護学校と法人の看護専門学校が運営されている。

医療の質の向上を目指して2004年に病院機能評価を受審して以来、現在まで継続して更新受審への取り組みが行われている。以下に述べる受審結果を糧に、病院の現状把握と課題・対応方針等の明確化を図り、今後ますます発展されていくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針が明文化され、ホームページや病院案内などで周知されている。病院運営の体制が整備され、計画的な運営に取り組んでいる。電子カルテシステムの導入など情報の活用方針は明確で、文書管理に関する仕組みも確立されている。

人事・労務管理では、法令等により求められる人員体制が整えられ、労務管理に関する規則・規程の整備や就労管理が適切に行われている。職員の安全衛生管理を担う衛生管理委員会が機能しており、産業医等の職場巡視や職員健康診断などが行われている。職員の教育・研修では、看護部門の教育チームを中心に多くの研修が実施されている。医師を除く職員の基礎力評価と臨床実践能力評価が行われ、看護部門ではラダーシステムによる専門能力の評価・開発への取り組みが行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、院内掲示や入院案内、ホームページ等により院内・外へ周知されている。説明と同意取得に関する方針・基準や手順書が整備されており、患者の意思に基づいた入院治療が行われている。患者の医療参加を促すため、リハビリテーションカンファレンスや退院に向けたカンファレンス等の多職種カンファレンスに患者・家族や地域援助支援事業者、退院先のスタッフ等が参加出来る仕組みがある。患者サポート相談窓口には精神保健福祉士が配置され、患者・家族からの多様な相談への対応が行われている。個人情報保護に関する規程が整備され、適切な取扱いに努めているが、個人情報の保護についての全職員対象の研修の定期的な実施が期待される。臨床における倫理的な課題を審議する場として倫理委員会が設置されているが、臨床研究の倫理審査が中心であるので、臨床の現場における倫理的な課題を積極的に取り上げるとさらに良い。

療養環境の整備と利便性では、路線バスによるアクセスや駐車場が整備され、建物・設備の老朽化に対する工夫をしながら療養環境の整備が行われている。受動喫煙の防止に向けて敷地内全面禁煙とされている。

4. 医療の質

業務の質改善については、多職種による目標管理チームの活動が行われている。診療の質の向上については、各種委員会での症例検討や病棟でのデスカンファレンスが行われるとともに、診療ガイドラインやクリニカル・パスの活用、臨床指標の各部署での収集などが行われている。患者・家族からの意見や要望、苦情は、各病棟や外来に設置された意見箱や患者サポート相談窓口などにより収集され、サービス向上委員会で検討されている。新たな診療・治療方法、技術の導入については、関係委員会において検討する仕組みが確立されている。臨床研究については倫理委員会で検討されている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確で、外来・病棟への掲示により患者・家族に周知されている。診療記録は診療録記載基準に則って記載されている。多職種の協働による診療・ケアでは、医師・看護師・精神保健福祉士・管理栄養士等による多

職種カンファレンスが開催されチーム医療が行われている。

5. 医療安全

医療安全管理対策委員会が、病院長を委員長として全部署の責任者で構成され、事件事例の調査分析や対策が行われている。リスクマネジメントチームによる医療安全ラウンドが定期的に行われ、対策の実施状況や改善点の検証とフィードバックが行われている。インシデント・アクシデントレポートが収集され、データの分析や再発防止策の検討などが行われている。

患者等の誤認防止対策では、患者にフルネームで名乗ってもらうことがルール化されており、患者が名乗れない場合には必ず2名でダブルチェックすることが徹底されている。情報伝達については指示出し・指示受け・実施が電子カルテを活用して確実にされている。薬剤の安全な使用については、アレルギーや禁忌薬剤は明確にされている。転倒・転落の防止については、入院時や転棟時に転倒・転落アセスメントシートを用いた評価が行われ、ハイリスクスコアの場合は看護計画に反映のうえケアが実践されている。医療機器の安全な使用に向けて、担当職員の研修が実施されている。患者急変時の院内緊急コードが設定され、対応体制も整備されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御を担う院内感染対策委員会が組織され、下部組織に感染制御チームが設置されて毎週のラウンドによる感染管理状況の検証などを行う体制が確立されている。感染情報レポートにより感染発生状況が把握され、主要感染症の把握や近隣病院とのカンファレンスによる分析・対策の検討、アウトブレイクの定義と対応などが行われている。

医療関連感染を制御する臨床現場の活動では、院内感染対策委員会が中心となり標準的予防策の徹底が図られており、感染性廃棄物の分別廃棄や保管も適切に行われている。抗菌薬の使用に際しては必要に応じて分離菌や抗菌薬感受性が把握され、結果に応じて抗菌薬が選択されている。長期使用については薬剤部から疑義照会を行う仕組みである。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動については、総務課と総合支援課が中心となってホームページの更新やリニューアルの取り組みが行われている。総合支援課のもとで地域の医療機能やニーズ、医療関連施設等の状況が把握され、地域の総合病院との連携や紹介患者の受け入れ、患者の逆紹介が行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、保健所が主催する精神障害者の家族教室に精神保健福祉士が長年講師として参加しているほか、市の医療介護連携会議や研修会への参加、看護学校への講師派遣などの協力が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療や診断的検査の説明と同意取得、施行時の観察などが行われている。任意入院・医療保護入院の法的に必要な手続きは確実に行われている。診療や看護の計画については入院診療計画書により説明のうえ同意が得られている。入院にあたっては、患者・家族の病棟見学なども行われており、患者が円滑に入院できる体制が整備されている。また、患者・家族からの相談には精神保健福祉士が対応し、通信や面会などの入院中の処遇に関しては、精神保健福祉法の趣旨を遵守した対応が行われている。医師の病棟業務は多職種と連携して行われ、看護師の病棟業務は看護基準や業務マニュアルに沿って行われている。投薬・注射の誤認防止策が行われている。褥瘡の予防・治療ではリスク評価や診療計画書の作成、栄養管理では食事指導や嚥下機能の評価と対応などが行われている。リハビリテーションについては身体的リハビリテーションや嚥下訓練、生活技能訓練等が導入されているが、精神科作業療法への取り組みがなされるとさらに良い。隔離や身体拘束の早期解除や行動制限最小化に向けた取り組み、患者・家族への退院支援、退院後の継続した診療・ケアの取り組みは何れも適切に行われている。

<副機能：一般病院1>

受診に必要な情報がホームページに案内され、内科や外科、皮膚科、整形外科、脳神経外科、歯科等の外来診療に対応しており、地域の医療機関や介護・福祉施設などからの受診や入院患者の紹介が受け入れられている。診断的検査の適応が医師により判断され、説明と同意取得のうえで安全に配慮して実施されている。入院診療計画書は多職種の協力により作成され、患者・家族からの相談には精神保健福祉士が対応している。入院の手続きや準備等が入院案内に詳細に示され、入院時には入院生活等の説明が行われている。医師の病棟業務ではカンファレンスやチーム活動により情報共有が図られ、看護師の病棟業務では看護基準、看護手順などに沿って患者ケア等が実践されている。投薬・注射では薬剤師による薬歴管理や服薬指導等が行われている。輸血・血液製剤の投与や重症患者の管理、褥瘡の予防や治療、栄養管理と食事指導、疼痛や不快な症状への対応、リハビリテーションの実施計画書の説明と同意取得、身体拘束の最小化への取り組み、入院早期からの退院支援と退院後の継続した診療・ケアへの支援、ターミナルステージでの患者・家族の意向を尊重した対応は何れも適切に行われている。

<副機能：慢性期病院>

内科外来診療は午前体制とされており、緊急性等にも配慮されている。診断的検査の必要性が医師により検討されて患者・家族に説明され、嚥下造影検査などの侵襲的な検査は説明のうえ同意を得て安全に配慮して行われている。入院の決定や受け入れは、事前の情報収集等により円滑に行われており、入院診療計画書が多職種により作成され、また、診療計画と連携したケア計画が各種リスク評価やアセスメントに基づいて立案されている。医療相談への対応は、総合支援課の精神保健福祉士により行われている。主治医による回診が毎日行われて診療チームのリーダーシ

ップが発揮され、看護・介護職では、プライマリー・チームナーシング併用制により病棟業務が行われている。患者の全身状態の把握は定期的な検査により適切に行われている。輸血・血液製剤の投与や与薬・注射の実施過程での安全確認、褥瘡がある患者への褥瘡チームの回診、栄養評価による栄養管理計画の立案と食形態などの工夫、疼痛等の症状緩和、リハビリテーション、身体拘束の最小化への努力、多職種による退院支援および継続した診療・ケアの支援は適切に行われている。自立支援への取り組みでは個別ケアプランにより対応している。終末期医療のガイドラインとして「当院における人生の最終段階における医療ガイドライン」が策定され適切に運用されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤の保管・管理や疑義照会、処方鑑査、調剤・調剤鑑査、注射薬の一施用ごとの取り揃え供給、院内への医薬品情報の提供などが行われている。臨床検査機能や画像診断機能については病院の診療機能に応じた体制が整備され機能発揮されている。栄養管理機能では、管理栄養士の管理のもとで業務委託により適切な衛生管理や食材の搬入から調理、適時・適温の配膳等の一連の業務が実施されている。リハビリテーション機能は理学療法や嚥下訓練を中心に行われ、精神科では生活技能訓練を中心とした取り組みが行われている。診療情報の管理では、電子カルテと紙媒体カルテを併用して診療情報の一元的な管理が行われ、カルテの貸し出し管理や診療記録の量的点検も行われている。医療機器管理や洗浄・滅菌業務、病理診断、輸血・血液管理、救急医療機能は何れも診療機能に応じた体制である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理においては、前年実績に基づく予算が作成され、毎月の試算表の作成や税理士よる月次報告、予算の執行状況の把握等が行われている。医事業務では、受付から会計までの手順がフローチャート化されて収納点検が行われ、レセプトの担当医による点検などともに、未収金対策マニュアルの整備と速やかな対応により発生防止に努めている。業務委託の必要性等が管理者会議の検討を経て理事会で決定され、業務の管理や履行確認、評価等が実施されている。

施設・設備は必要な耐震補強工事が実施されており、日常的な点検やメンテナンスは総務課が担当し、計画的な保守管理は専門業者に委託されている。購買管理では、院内物流管理方式が導入され、使用期限や在庫の管理の効率化が図られている。災害時等の危機管理体制として、停電時や火災に対応するマニュアルの整備や火災発生時の訓練の定期的な実施や自家発電装置の整備、大規模災害に対する病院の機能継続計画の策定などが行われている。なお、保安業務については、防犯カメラの設置等が行われているが、対応体制についての検討がなされるとさらに良い。

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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	B
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	NA
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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	B
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	B
-------	---------------	---

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	B
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	NA
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	A
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

機能種別：慢性期病院（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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人報徳会 宇都宮病院
- I-1-2 機能種別 : 精神科病院、一般病院1(副機能)、慢性期病院(副機能)
- I-1-3 開設者 : 医療法人
- I-1-4 所在地 : 栃木県宇都宮市陽南4-6-34

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	59	59	-1	40.2	23
療養病床	60	60	+0	81.4	295.3
医療保険適用	60	60	+0	81.4	295.3
介護保険適用			+0		
精神科病床	533	377	-60	78.9	270.2
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	652	496	-61		

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		
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	190	-60
認知症治療病床		

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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

