

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21日～11月22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

■ 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1965年の設立時から精神科医療を担い、第三者評価（病院機能評価やISO）も積極的に受審して質改善活動に取り組まれている。病院は患者が落ち着ける外観であり、病院内も患者が心和むような配置が行われている。また、ストレスケアユニットは全室個室で開放感があり、アロマセラピー、音楽療法などゆっくりと療養ができる環境を提供している。病院内に訪問看護ステーションが開設され、地域の精神科訪問事業に貢献している。今後も医療の質と医療サービス提供の向上に向けて継続した取り組みをされることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、基本方針に関しては年度目標と同様に毎年検討されている。また、ホームページや広報誌などを活用して、周知されている。病院幹部は人材育成を課題としており、中堅層の育成を行っている。病院の意思決定会議は毎月開催され、毎週の朝礼や責任者会議で情報伝達が行われている。また、その他、病院運営に必要な会議・委員会も適切に開催されている。年次計画や3年間のアクションプラン等が作成されており、各部門の目標は目標管理シートで評価されている。情報管理は情報セキュリティ管理室により管理されている。文書管理に関する規程や管理文書一覧などが整備され、発信から廃棄までの仕組みが明確である。

事務次長がハローワークをはじめ様々な媒体で求人活動を行い、必要な人材確保にあたっている。人事労務管理は各種規程が整備され、周知されている。安全衛生委員会の開催、議事録により健康診断や労働災害への対応も適切に実施されてい

る。また、職員の精神的なサポートや暴力対策、職員向けの意見箱もある。就業支援として奨学金制度が利用できる。職員への教育・研修は年間計画に基づいて実施されており、職員の能力開発は、力量一覧表により明確にし、クリニカルラダーも活用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、外来・病棟内に掲示されている。また、ホームページや各種パンフレット、職員ハンドブックへの記載などを通じて、院内外へ周知されている。カルテ開示や精神医療審査会への対応も適切である。説明と同意に関する方針は明確になっている。セカンドオピニオンへの対応も適切である。患者支援体制は地域連携室に看護師、精神保健福祉士、相談員が配置されており、様々な相談に対応している。虐待防止マニュアルや患者支援の取り組みもある。個人情報保護は情報セキュリティ委員会によるマニュアルの整備や物理的・技術的保護がある。院内は生活上プライバシーも確保されている。倫理的課題への病院としての方針が明文化され、組織的に検討される仕組みがある。職員へは、毎朝行われる全体朝礼により院長から説明がなされている。また、入院時情報記録表により情報収集され、多職種のカンファレンス、病棟症例検討会、人権委員会などで検討する仕組みがあり、機能している。

病院へのアクセスは、患者の送迎バスが運用されている。院内に売店があり、宅急便、郵便などの取り扱いもある。携帯電話使用ルール、使用する場所も設定されている。院内はバリアフリーで手摺りも整備されている。療養環境は、高齢者・障害者等、長期療養生活患者への安らぎの配慮がなされている。受動喫煙の防止対策については、敷地内禁煙の方針で対応されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱にて収集し、意見への対応について組織的に検討されている。また、各病棟や意見箱の横に「みなさまの声」というファイルがあり、回答が綴られている。医局会で症例検討会が行われており、病棟内では事例検討会が定期的に行われている。臨床指標の収集・分析は行われているが、今後は内容の公表があるとさらに良い。業務の質改善への取り組みとして、病院機能評価の認定を継続して取得している。また、ISO9001とISO27001を継続して取得しており、業務の質や情報セキュリティの確保に力を入れている。各種立入検査の対応も適切である。学会や研修会に積極的に参加し、新たな知識・技術の習得に取り組んでいる。

医療・ケアの管理・責任体制が明確になっており、患者・家族にも分かりやすく外来や病棟に掲示されている。診療記録の記載は、精神症状や身体症状も適時記載されており適切である。患者の治療方針の共有は、多職種によるカンファレンスや毎朝の朝礼で実施されている。また、各種委員会など多職種の専門チームの介入により活動や診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

医療安全の体制については、多職種で構成された委員会が毎月開催されている。委員会では、各部署で発生したインシデント・アクシデントについて分析と意見交換が行われ、対策が検討されている。また、医療安全強化月間を設け、テーマを掲示し職員への意識付けに努めている。リスクマネージャーは、院内全体の発生状況を集約し、迅速な対応を要する事象へ対応をしている。

医療安全マニュアルに誤認防止について明文化されており、患者確認などは適切に行われている。指示出し・指示受けは電子カルテ上で適切に行われている。検査結果については、主治医不在時も確実に報告されている。ハイリスク薬の管理は適切である。アレルギー歴や禁忌薬については、入院時に外来・病棟、薬剤科において本人、家族に確認している。転棟・転落アセスメントスコアシートにより、入院時、入院1週間後、患者の状態が変化した場合に評価されている。医療機器は、看護師により日々の点検が行われており、機器ごとに点検日が決められ、チェック表を用いて点検・整備が行われている。患者の急変時の対応も適切である。

6. 医療関連感染制御

感染管理の体制については、感染対策に関する委員会が毎月開催されている。院内外の感染情報が収集され、職員に周知されている。ICTが設置され、感染管理担当者としてICDを1名配置し、毎週院内ラウンドが実施されている。入院時には感染症チェックが行われ、感染者の状況が把握されている。感染の発生状況は感染関連ニュースを作成し、全部署に配布されている。感染対策ネットワークに参加しており、感染発生、感染防止対策の情報は、定期的に合同カンファレンスなどから収集している。

病棟や外来での手指消毒は適切に実施されているが、病棟における感染性廃棄物容器の設置場所や表示などについては検討を期待したい。抗菌薬適正使用ガイドラインが整備され、適正な使用が図られている。また、特定の抗菌薬については届出制となっており、抗菌薬の使用状況が把握されている。抗菌薬使用時は、起炎菌特定のための検査を行い、感受性結果の把握も適切に行われている。抗菌薬使用状況は、感染対策委員会でまとめられ、医師にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域への発信は、ホームページ、広報誌、年報などを活用して行われている。地域の医療連携機関の把握は、地域連携室により適切に行われている。また、紹介、逆紹介は地域連携室や医事課、外来看護師により適切に実施されている。地域への教育・啓発活動は、クリスマスコンサートを地域の住民を招き実施している。地域における健康増進や地域の医療連携施設との研修会は副院長が地域の世話人となり、薬剤師が講師として研修会を開催している。地域の労働安全の講習会には、副院長を講師として派遣している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な案内や情報は明確になっており、予約人数や待ち時間にも配慮されている。円滑な入院の仕組みについては、精神保健福祉士により初診日の日程が調整され、受診日は、入院説明や病棟の見学などが行われている。患者からの入院相談、入院中の処遇は適切に行われている。入院診療計画は、主治医が診断・評価に基づいて初期計画を立て、迅速に作成している。看護計画や栄養計画、リハビリテーション計画なども個別に立てられ、定期的に評価され、見直しが行われている。患者・家族からの相談は、地域医療連携室を窓口にし精神保健福祉士を主とし看護師も配置して、外来・病棟・訪問看護とも連携し、患者や家族の意向に沿った多職種による計画立案により展開されている。

医師の診察は定期的に病棟内診察室で行われ、プライバシーに配慮されている。看護師は基準・手順に基づいて適切な看護を提供している。各勤務帯の看護師や看護補助者の業務分担も明確になっており、他職種との連携も適切に行われている。薬剤管理は薬剤師が全体を管理・監視しており、抗精神病薬は、CP換算値をチェックするシステムになっており、その結果は医師へフィードバックされている。服薬指導は、2018年度は月間約140件の実績がある。副作用に関しては病棟看護師と連携し、発現時に主治医へ報告したり、医師に注意を促し、副作用を未然に防止している。全入院患者に対して、入院時に褥瘡対策に対する診療計画書でリスクの評価がされている。また、褥瘡対策チームの専任医師・看護師・皮膚科医師による週1回の回診と褥瘡状態のアセスメントがなされるなど、褥瘡予防対策の取り組みが評価できる。隔離および身体拘束は、観察や記録が明確になっており、必要性や安全性、減少に向けての検討も適切に実施されている。入院患者の退院支援から継続的なケアは在宅支援カンファレンスが開催されており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は処方鑑査や疑義照会が適切に行われており、疑義照会記録も残されている。注射薬は1施行ごとの取り揃えとなっており、持参薬の鑑別・管理、薬剤の温・湿度管理も適切に行われている。臨床検査技師は常勤1名で、主に心電図、脳波を担当しており、特に脳波検査は外部の電磁波の影響を受けないシールドルームで行われている。血液検査は全て外部委託で、迅速な報告がなされている。

栄養管理機能は定期的な嗜好調査によって、患者からの要望に応じている。使用した食材や調理済みの食品管理も適切である。リハビリテーションは、定期的にケースカンファレンスで評価と改善が行われ、新しいプログラムの立案、主治医や多職種との連携、情報共有ができています。機器等の保守点検は、定期的に実施されている。診療情報管理は適切である。医療機器は、定期的に点検・整備がなされ、適切に管理されている。使用済みの器材の一次洗浄は、各部署で行われ、滅菌は、医療材料室に設置されたオートクレーブで部署ごとに実施されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は予算管理が適切に行われ、病院会計準則に則った会計処理が行われている。また、経営状況も把握され、検討されている。医事業務として、窓口の収納業務は適切に行われている。また、レセプト点検には医師へ確認も行われている。未収金の対応は手順が明確で地域連携室と情報共有して対応している。業務委託はISOの品質マネジメントを利用して選定から評価まで行われている。施設・設備は担当による日常点検が実施され、保守点検は業者委託で対応している。院内の清掃、廃棄物の処理なども適切である。物品管理は選定から在庫管理まで適切に管理されている。

災害時の対応は防災対策、マニュアルが制定され、地震体験を踏まえての改善や改定が行われている。保安業務は、事務が当直として実施し、日々の業務実施状況や日誌等も整備されている。また、離院時の対応も明確になっている。医療事故等の発生時の対応手順は明確となっており、原因究明や再発防止の仕組みもある。また、訴訟が発生する前の情報収集や対応の工夫もある。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師の受け入れ体制があり、実習の内規や配属予定表、情報保護に関する誓約書等も準備され、医療安全や感染制御の教育も適切に行われている。また、患者・家族等への実習生受け入れ体制についての配慮もある。

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	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	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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	B
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	B
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	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	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	A
-------	-----------------	---

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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 医療法人美喜和会 美喜和会オレンジホスピタル

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： 大阪府高槻市大字奈佐原10-10

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	240	240	+0	84.6	275.73
結核病床					
感染症病床					
総数	240	240	+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	60	+60
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	12	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	60	+0
精神療養病床		
認知症治療病床	60	+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： 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)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	31.85	28.17	31.55	113.06	89.29
1日あたり外来初診患者数	1.15	0.98	0.79	117.35	124.05
新患率	3.63	3.47	2.50		
1日あたり入院患者数	203.10	208.03	204.53	97.63	101.71
1日あたり新入院患者数	0.72	0.72	0.68	100.00	105.88