

# 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2月21日～2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	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、豊かな森に囲まれ静かで心地良い環境の中で、長年にわたり精神科医療を担われている。作業療法施設基準を取得し、リハビリテーション、デイケア、精神科訪問看護を開始するなど精神科医療を充実させている。また、訪問看護ステーションおよびクリニックの開院へと地域における精神科医療の運営を広げ、将来のあるべき姿として地域の精神科医療領域の中核病院を目指した取り組みが行われている。さらに、業務の質の向上に関する継続的な取り組みが行われている。

今回の受審にあたり、病院幹部職員を中心に職員が一丸となって取り組まれてきた内容が随所で確認できた。今後も医療の質と医療サービスの向上に向けて継続的に取り組み、貴院がますます発展されることを祈念したい。

### 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、患者・家族や職員に周知されている。部長会議を病院の意思決定会議とし、病院運営に必要な会議や委員会が開催されている。中長期計画とともに毎年の年次計画の策定と見直しが行われている。院内の情報管理は医療情報技師が担当してシステムの導入や活用、更新が行われている。文書管理は法人本部において行われ、文書の作成、発信、管理等の仕組みが明確になっている。

人材確保は法人本部が担当し、予算計画に沿って採用計画が策定されている。就業規則が作成されて周知され、労使協定も締結されている。労働安全衛生委員会が適切に開催されて職業感染の予防、精神的なサポート、ハラスメントへの対応などが行われている。職員の意見・要望は労使会議や定期的な職員との面談などで把握

され、就業支援等に反映されている。

職員の教育・研修は教育委員会により計画され、各種の研修や新入職者のオリエンテーションなどが実施されている。職員の能力評価・能力開発では、人事考課の実施とともに、病院独自のラダー方式ライセンス制度が構築されている。学生実習は看護師や精神保健福祉士、作業療法士の受け入れが行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや入院案内、院内掲示等により、患者・家族へ周知されている。説明と同意取得の方針や手順は明文化され、セカンドオピニオンに関する対応手順も整備されている。入院診療計画書に多職種による治療・ケア計画が明記されて情報提供が行われている。患者・家族の相談窓口には精神保健福祉士や看護師が配置され、多職種と連携した対応が行われている。個人情報保護方針が明文化され、患者の個人情報が物理的・技術的に保護されている。病院理念として「優しい医療」を掲げて倫理的課題に継続的に取り組む姿勢が示され、日々のカンファレンスにおいて多職種により検討されている。また、解決困難な課題については、倫理委員会が課題解決に向けて支援している。

利用者の利便性については、無料シャトルバスが運行され、駐車場や売店、公衆電話等が整備されている。院内のバリアフリーが確保され、整理整頓や清掃が行き届いた清潔・快適な療養環境が提供されており、衛生や安全面への配慮もなされている。敷地内禁煙とされ、患者の禁煙教育や全職員対象の研修会の開催、喫煙対策ラウンドなどが行われている。

### 4. 医療の質

病院機能改善委員会において、業務における問題点の改善等について検討されている。診療ガイドラインが整備され、ガイドラインに基づいた診療が行われている。新入院患者や退院予定患者の情報は多職種で共有され、臨床指標データが収集・分析されて院内で共有されている。患者・家族の意見・要望等が意見箱により収集され、委員会で検討のうえ回答がフィードバックされている。新たな診療・治療方針や技術の導入に際しては、倫理委員会や医療安全管理委員会において倫理面・安全面等に関する検討が行われている。

外来・病棟の責任体制は明確で、ベッドネームや病棟案内パンフレットには主治医や担当チームの看護師等が明記されており、主治医不在時の対応も適切である。診療記録に入院目的や入院時所見、治療方針等がマニュアルに従って記載され、診療記録の質的点検や退院時サマリーの作成等が行われている。多職種が参加するカンファレンスで患者情報やアセスメント結果の共有、治療方針・計画の確認等が行われ、専門チームによる多職種協働の診療・ケアが行われている。

### 5. 医療安全

指針やマニュアルが明文化されて専従の医療安全管理者が配置され、医療安全委員会や下部組織のリスク対策委員会が設置されて安全確保に向けた体制が確立され

ている。インシデント・アクシデントは多職種からの報告があり、要因分析と再発防止策の検討が行われ、ラウンドにより実践状況の確認と評価が行われている。医療事故発生時の対応は、マニュアルに明記してフローチャートも整備している。

患者・部位・検体の誤認防止対策の手順は、各業務マニュアル内に明記され実践されている。医師は電子カルテ上で処方箋や指示箋の記載、指示出し、実施確認を行っており、看護師の指示受けも適切である。院内の採用薬剤の検討や適正使用、副作用の発生等については薬事委員会で検討され、ハイリスク薬の保管・管理、アレルギーや重複投与、相互作用等のリスク回避が行われている。全ての入院患者に転倒・転落リスクアセスメントが実施され、転倒・転落防止対策の立案や再評価が適切に行われている。医療機器は使用部署で管理され、マニュアルに則った点検や職員研修が実施されている。院内緊急コードによる患者急変時等の職員の緊急招集システムが設定され、救急カートの整備や全職員を対象とした一次救命措置訓練が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会が設置され、院内感染制御チームのラウンドにより感染状況の把握や防止対策の実施等が行われ、医療関連感染制御に向けた体制が整備されている。医療関連感染制御に関する指針が整備され、定期的な改訂が行われている。院内の感染発生状況の週間感染情報レポートが作成され、院内感染制御チームで報告されて情報が共有されている。アウトブレイクが定義され、発生時には院内感染制御チームが主導する対応が行われている。院外の感染発生情報の収集や感染対策連携共通プラットフォームへの参加などが行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、感染対策マニュアルに基づいた手指消毒や標準予防策、感染性廃棄物の処理などが実践されている。また、手洗いやマスク着用について、院内各所にポスターを掲示して患者にも協力を呼びかけるなどの感染防止教育が行われている。抗菌薬は、抗菌薬使用適正マニュアルに従って使用されており、使用状況は薬事審議会に報告し、長期間使用しない仕組みが構築されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスの広報はホームページや広報誌で発信され、情報の定期的な更新は広報委員会で検討されているが、診療実績についても発信されるよう期待したい。地域の医療関連施設等との連携は、地域医療課の医療福祉係と医療連携係が担当し、協力医療機関の一覧表や施設、訪問看護ステーション、グループホーム等の福祉サービスの情報がファイリングされている。地域医療機関との連携にも定期的に取り組んで情報交換や情報共有が行われているほか、施設間の紹介・逆紹介の状況について一覧表が作成され、対応内容や担当者も記録に残されている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、市民公開講座の定期的な開催、家族相談会やこころの健康相談、看護学校への講師派遣等が行われている。

## 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わかりやすく案内され、待ち時間への配慮もあり、患者の緊急時の対応も明確にされている。診断的検査の必要性に関する説明が行われ、同意を得られた後に安全に配慮して実施されている。任意入院や医療保護入院、措置入院の各入院形態の管理については、説明と同意の取得や記録などが適切に実施されている。入院診療計画書は医学的診断に基づいて多職種で作成され、患者・家族に説明のうえ同意を得ており、病状変化時等の対応もされている。医療相談は、精神保健福祉士により多岐にわたる相談への対応が行われ、相談内容を多職種と共有している。入院生活の情報がホームページに掲載されており、入院時オリエンテーションを行うほか、緊急入院の受け入れも適切に行われている。入院中の処遇は、入院形態別対応手順に則り信書の投函や携帯電話の使用が可能とされている。

医師は定期的に回診して病状把握に努め、必要に応じて患者・家族との面談が行われている。看護師によりマニュアルや手順に基づいてアセスメントが行われ、看護計画の立案・評価や看護ケアの提供などが行われている。薬剤投与では誤薬防止の取り組みが適切に行われ、投与中や投与後の患者の状態・反応が適切に観察されている。褥瘡の予防・治療や栄養管理と食事支援、症状の緩和、急性期・慢性期のリハビリテーション、退院支援や継続した診療・ケア、ターミナルステージへの対応は適切である。

行動制限最小化の手順に隔離および身体拘束について明文化されており、隔離・身体拘束中の医師の診察や看護観察が行われて記録されている。退院支援については、患者・家族の意向を把握した上で多職種による退院カンファレンスを実施し、適切に行われている。退院後の継続的な診療・ケアとして、精神科ショート・デイケアが提供されている。主治医によりターミナルステージの判断が行われ、患者・家族の意向を確認のうえ、多職種による診療計画を立案して説明・同意が行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、院内の薬剤の管理や処方鑑査、調剤、疑義照会、持参薬の鑑別・管理が行われ、注射薬は1施用ごとに取り揃えて供給されている。院内医薬品集は定期的に作成され院内LANでも閲覧できる。臨床検査は外部委託処理も利用しており、検査結果は夜間・休日においても迅速に報告され、パニック値は確実に医師に報告されている。画像診断は一般撮影が主であるが、主治医と内科医による読影が行われて画像診断の質が確保されている。栄養管理では、調理室での下処理から調理、盛り付け、配膳、下膳・洗浄までのプロセスの衛生管理が適切に行われ、適時・適温配膳への配慮も適切である。必要なリハビリテーションが実施され、セラピストを中心に多職種との情報共有が図られている。診療情報管理では、電子カルテによる一元的な管理が行われ、診療記録の量的点検も確実に実施されている。輸液ポンプや心電図モニターなどの医療機器は、定期点検や日常点検が行われ、職員に対する医療機器研修が行われている。器材・材料の洗浄・滅菌はオートクレーブで行われているが、滅菌の精度保証に向けたさらなる検討を期待したい。県の精神

科救急事業に参加して救急輪番制に対応し、地域の救急医療への寄与に努めている。

#### 10. 組織・施設の管理

予算編成は法人本部が担当し、病院会計準則に基づいた会計処理が行われ、財務諸表の作成や収支分析、月次決算報告、税理士事務所による会計監査が行われている。医事業務は窓口の対応から保険請求業務まで適切に実施され、返戻・査定はチェックのうえ会議に報告されて情報共有が図られている。未収金への対応も適切である。委託業務は、部長会議で検討のうえ承認する仕組みがあり、委託業務従事者の院内研修への参加も行われている。

施設・設備は営繕担当者により日常点検が実施され、保守点検は計画に則って実施されている。緊急時の対応や連絡体制は一覧表にまとめられており、応援体制は明確である。購買管理は、規程が明確にされており、在庫は棚卸を実施して管理されている。

災害時等の危機管理として、病院の機能継続計画や火災・停電時の対応マニュアルが策定されており、責任体制が明確にされて緊急連絡の訓練が実施されている。保安業務は事務当直による院内巡視等が行われ、日々の業務実施状況は日誌に記録して把握されている。

# 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	B
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	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	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	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	B
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	
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	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 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：医療法人大仲会 大仲さつき病院

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：三重県員弁郡東員町大字穴太2000

## 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	242	242	+0	89	365.7
結核病床					
感染症病床					
総数	242	242	+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	10	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	62	+34
精神療養病床	60	-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	52.08	49.39	48.94	105.45	100.92
1日あたり外来初診患者数	1.58	1.14	1.11	138.60	102.70
新患率	3.03	2.32	2.27		
1日あたり入院患者数	214.90	211.58	214.87	101.57	98.47
1日あたり新入院患者数	0.57	0.45	0.45	126.67	100.00