

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8月7日～8月8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

緑に囲まれたこの地に約30年前から365日24時間体制の精神科救急対応を中心とした貴院は、治療共同体に基づく力動精神医学的チームにより病院づくりを実践されている。また、地域には生活訓練施設、地域生活支援センター、宿泊型自立訓練事業、共同生活援助事業、共同住居など様々な地域における社会復帰事業に取り組んでいる。コロナ禍における3年間も初診数、外来総数、入院・退院数もコロナ前よりも増加している。

治療方針としては心理社会的治療システムとして縦糸に病棟・社会復帰施設・外来の治療プログラムとし、横糸に疾患・課題別治療プログラムとして多岐にわたる疾患と課題に対応している。

今回の受審も継続した取り組みが院長先生を中心に運営されていることを様々な場面で確認することができた。今後も精神科医療の病院づくりの発展を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は医療方針として明文化されて中・長期計画は中期計画3年を中心に年度計画が策定されている。毎週病院幹部が参加する運営会議を意思決定会議としている。情報管理はシステム管理担当者により管理活用されてセキュリティ対策のシステム導入も検討されている。文書管理は事務部長が責任者で規程も整備されて病院全体の文書は仕組みが明確になっている。

採用計画に基づき人材確保に努めており、作業療法士や精神保健福祉士の採用に向けて工夫している。人事・労務管理は規程が各部署に配布されていていつでも閲覧できるよう整備されている。安全衛生管理委員会は毎月開催されて、議事録も整備

されている。労働災害はマニュアルで対応が明確になっており、職員の精神的なサポートもある。職員には職場アンケートが実施されて結果が分析されている。就業支援も通信教育や資格取得のための支援があり、保育所の補助もある。職員の教育・研修は必要性の高い課題が認識されて取り組みがある。新人教育体制も整備されている。職員の能力開発は現在準備中であるため今後に期待する。学生実習は医師をはじめ看護師、コメディカルスタッフの育成が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、各病棟、外来、デイケアに掲示されている。カルテ開示要請は原則的に開示され、カルテ開示委員会による検討の上、適切に対応している。説明と同意は方針も明文化し整備されている。セカンドオピニオンは、入院案内や院内掲示等で案内され適切に対応されている。短期間の入院治療を掲げており、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・公認心理士・薬剤師・管理栄養士などの多職種が関与している。患者（時に家族）参加型の多職種カンファレンスが、各病棟、デイケアで定期的に行われ、患者、職員の情報共有を促進している。患者支援体制は地域連携室が対応し、病棟の精神保健福祉士との連携がある。臨床の倫理的課題は、各部署で倫理カンファレンスが定期開催され、解決困難な場合は、総合診療会議、倫理委員会で検討、判断する仕組みがある。個人情報規程・運用手順が整備され、全職員対象の研修会も定期的に行われている。

来院時のアクセスは配慮されて入院生活に必要な設備・備品も整備されている。療養環境は、緑の多い環境、バリアフリー化、入院生活上の利便性は適切である。今後、職員の禁煙推進があるとさらに良い。

4. 医療の質

業務改善委員会で、医療サービスの改善や実施指導の内容も組織的に検討し、継続した取り組みがある。毎朝の回診および毎日院内全職種が参加して開催される総合診療会議において、治療方針を含めた症例検討会が適切に行われている。臨床指標は適切に分析されている。患者・家族からの意見・クレームは各病棟、外来に意見箱が設置され、毎朝の総合診療会議で内容確認が行われ、各病棟にフィードバックされて、外来・入院患者満足度調査も行われて意見・クレームに対応している。新たな診療・治療方針や技術の導入は、総合診療会議や医局会で議論され、倫理委員会や医療安全管理委員会でも検討されている。新たな治療方法は、クロザリル、持続性注射剤やr-TMSの導入があり、医薬品の適応外使用は、病院の方針があり、使用する場合には適応外使用である旨の説明と同意が適切に行われている。

外来、病棟は管理責任者の掲示があり、当日の夜勤を含め担当職員の氏名を明示している。緊急時、時間外の責任体制、連絡体制は明確である。診療記録は診療に必要な情報が治療方針・診療経過のみならず、総合診療会議やカンファレンスでの議論に至るまでの内容が適時記載されていることは高く評価できる。また、全職種による質的点検も行われている。精神科救急・急性期および児童思春期の中核病院として、先進的に精神科医療を実践し、多職種連携の医療遂行を多種・多彩なチー

ムで確実に実践し、治療プログラムの提供に加え、多職種による患者個別のプランの作成や地域関係者を含めた支援会議の実践は高く評価できる。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理者が適切に配置され、医療安全管理マニュアルは、指針、規定ともに整備され、適宜更新されている。安全確保に向けた情報の収集・分析を実施し、現場へフィードバックがされて、対応改善策の実効性の評価を定期的に行っている。医療事故発生時は対応手順が明確で毎日の総合診療会議で原因究明や再発防止が検討されている。患者誤認防止や検体誤認防止などが適切に実施されている。医師は処方箋・指示箋の記載、指示出し・実施確認を適切に行い、多職種の指示受け・実施の確認は適切で、口頭指示は原則行われていない。薬剤の安全な使用は、持参薬は処方内容を含め、薬剤部で把握、整理保管され払い出されて、ハイリスク薬は明示され、区分している。病棟配置薬剤の保管は適切である。転倒・転落リスクアセスメントを全患者に実施し、患者の転倒・転落のリスクを評価し、事故防止対策につなげている。医療機器管理については、保守点検マニュアルが整備され適切に管理されている。緊急コードは統一され職員招集の体制が確立している。救急カートの整備・点検、BLS 訓練の実施など適切に実施されている。

6. 医療関連感染制御

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全職員に周知されている。院内での感染発生状況の把握は毎週感染レポートを作成し、病棟ラウンド時の所見や要因分析の情報を関係部署に報告し、適切に情報が共有されている。アウトブレイクに関しては新型コロナウイルス感染症のクラスター対応が、適切な感染管理のもと、約1ヶ月で収束し、また、その事実をホームページに掲載して、その対応策として感染専門看護師を招き勉強会を開催し、積極的に感染予防を行っている旨を公表していることは高く評価したい。

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いる。起炎菌・感染部位の特定や分離菌感受性パターンの把握は医師回診、総合診療会議の多職種で議論検討がなされている。カルバペネム系の抗菌剤は届け出制で評価され、使用期間の制限もある。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの広報は広報誌やホームページで行われて、「のぞえの杜新聞」が毎月、臨床活動報告論文集が定期的に発刊されて公的機関や大学、学会関係者、連携施設、医療機関に配布されている。地域連携室に精神保健福祉士と事務員が配置されて疾患別や連携医療機関のマップの掲示や社会資源別のファイルも整備されている。紹介・逆紹介は地域連携室の精神保健福祉士と病棟精神保健福祉士とが連携して確実な対応を行っている。地域に向けての教育・啓発活動は近隣の中学校・高

校に「心の授業」を継続して実施して、海外の病院との姉妹病院連携や多くの来院見学者の受け入れ、医師をはじめ多職種の地域の医療知識や技術の支援の実施は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は 365 日、24 時間体制で医師は内科医、麻酔科医、精神保健指定医が十分に確保され精神科と身体合併症に対応する体制があることは高く評価できる。また、医療保護入院の継続の妥当性や入院形態の適切な変更は高く評価できる。入院体制は断らない医療の実践が行われて緊急入院の対応も可能な体制が整備されていることは高く評価できる。外来から直接病棟に別ルート入院できる仕組みがある。病棟の閉鎖領域における開放処遇も適切である。

医師は毎日回診、総合診療会議を行い、患者・家族との面談やカンファレンス記録が充実していることは高く評価できる。看護師は看護基準、看護手順など業務手順が整備されて、各種院内研修も充実している。電気けいれん療法は常勤麻酔科医の管理のもと、説明と同意は適切で施行回数や頻度の検討など治療効果の判定等は高く評価できる。急性期リハビリテーションは必要性と評価を行い、随時患者・家族の希望を取り入れ見直しが行われ、毎日カルテに評価を記載し、全職種と情報共有していることは高く評価できる。隔離、拘束はマニュアルが整備されて観察、状態記録が適切に対応され、毎日の総合診療会議で行動制限最小化が検討されて患者の状況にタイムリーに対応されていることは高く評価できる。多職種連携のチーム医療推進を最大の特色として、入院前から退院後までのシームレスな関わりを実践して、休日を含め毎朝総合診療会議が病院全体の中核的機能となり、多職種連携を強化し、退院後の支援体制も整備されていることは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、注射薬の 1 施用ごとの取り揃えや調製・混合への薬剤師の関与は適切に行われている。院内医薬品集は整備され、疑義照会にも適切に対応している。臨床検査機能では、必要な検査が実施され、検査結果は迅速かつ確実な報告がなされている。画像診断機能では、画像診断結果は迅速に報告され、画像診断の質の担保として外部専門機関医依頼し、読影結果の報告があり、主治医とのダブルチェックが確実に行われている。栄養管理機能では適時・適温への配慮はあり、患者の嗜好に応じたメニューや毎月スペシャルメニューの提供が行われている。調理室の下処理から洗浄までのプロセスは衛生的に運用されている。リハビリテーション機能では、総合診療会議で日々の報告がなされ、主治医のみならず多職種に共有されている。系統的な実施と連続性の確保という点では、365 日続けられている。プログラムの評価と改善は患者・家族の希望を取り入れて立案された内容を総合診療会議に報告し、適切に行われている。診療情報管理機能では電子カルテが運用されて量的点検やコーディングが中項目まで行われている。精神科救急は、365 日 24 時間の常時受け入れ体制が整えられて必要なスタッフの体制も整備されている。自院で受け入れ困難な症例として、重篤な身体合併症があるが、近隣の身体科の病院

と連携し適切対応している。虐待が疑われる症例は速やかに多職種で協議し、必要に応じて関係機関と連携する体制が整備され、地域における精神科救急の中心的役割を果たしていることは高く評価したい。

10. 組織・施設の管理

予算編成は事務部長が把握して各部門からの意見聴取が行われている。会計処理は適切に実施されて会計監査の仕組みもある。収支分析は業績見込計画表で行われてデータの活用は各部門長へフィードバックされている。医事業務の窓口業務は適切に運用されて保険請求の手順や医師の関与もある。施設基準は総合診療会議で検討されている。未収金は台帳管理されて対応マニュアルも整備されて、職長会議で確認されている。業務委託は検討や選定の手順が整備されている。

施設・設備は建物の老朽化に伴い3年計画で予算化が行われている。医療ガスの安全管理も適切である。購買管理は高額医療機器から医療消耗品までマニュアルが整備されて手順が明確になっている。医薬品の棚卸は定期的に行われている。在庫管理は各部門責任者が把握して適正管理している。機能継続計画は確定されて今年度見直しが行われている。防災計画に火災発生、停電時、大規模災害時のマニュアルが整備されている。保安体制は確保されており、緊急時の連絡も緊急連絡網が確立して応援体制がある。

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	S
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	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	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	S
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	S
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	B
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	S
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	S
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	S
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	A

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	S
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	S
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	S
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	S
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	S
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	S
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	S
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	NA

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	B
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	NA
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	S

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	B
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 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人コミュニテ風と虹 のぞえ総合心療病院

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：福岡県久留米市藤山町1730

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	146	146	-2	100	45.4
結核病床					
感染症病床					
総数	146	146	-2		

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	120	-24
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	362.86	356.43	342.57	101.80	104.05
1日あたり外来初診患者数	6.44	5.33	4.31	120.83	123.67
新患率	1.77	1.49	1.26		
1日あたり入院患者数	139.47	138.84	143.99	100.45	96.42
1日あたり新入院患者数	3.08	2.96	2.99	104.05	99.00