

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6月24日～6月25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1968年に精神科・神経科として開設された。その後、幾多の変遷を経て、2000年代に精神科救急医療指定、応急入院指定病院の指定を受け、現在の病院に改称されている。現在は認知症治療病棟と精神科一般、精神療養病棟を運営している。2011年には県地域拠点型認知症疾患医療センターの認定を受けており、認知症初期集中支援チームを市から受託して、地域の認知症初期からの支援を行っている。認知症疾患医療センターを中心として入院相談から地域住民への教育・啓発、介護施設との連携など様々な活動を通じて認知症に取り組んでいる。今後は病院の役割として慢性的な処遇困難な患者の人権を守られた社会的価値を見出し、地域生活へ移行でき、就労へつながる在宅サービスを地域と連携を図り進めている。

今回の受審にあたり、院長をはじめ幹部職員と医療スタッフが一丸となって医療安全、感染制御をはじめ医療サービスの継続と医療の質の向上に取り組んでこられたことが随所に見受けられた。今後も引き続き貴院における精神科医療の発展と向上を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は定期的に見直しが行われ、院内外へ適切に周知されている。病院の幹部職員は運営上の課題を明確にし、患者中心の対応を行っている。中長期計画は3年計画で重点課題が挙げられて、年度計画にも反映している。リスクに対応する機能継続計画も策定されている。情報管理は2022年電子カルテ導入の検討が進行中である。文書管理は規程が整備され、適宜改訂なども行われている。

人材確保は事務部長、看護部長が担当し、学校訪問などの活動を通じて求人活動を行っている。人事・労務に関する各種規程は整備され、閲覧もできるようになっている。労働安全衛生委員会は規程に沿って開催されており、議事録も残されている。健康診断の実施や、労働災害の手続きなども明確に定められ、適切に行われている。職員の意見要望を把握するための業務改善箱が設置されて、夜勤体制の変更など職員の意見が取り入れられている。託児所が設置されて復帰しやすい環境が整備されている。

教育委員会が全職員を対象とした教育研修の計画を策定している。職員の能力評価、開発は全職員を対象に自己目標管理シートにより評価しており、個別の能力評価の支援が行われていることは高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、院内に掲示されている。また、広報紙、年報、ホームページなどに掲載され周知が図られている。診療録開示はマニュアルが整備され、適切に開示されている。説明と同意の領域を明文化し職員に周知しているが、セカンドオピニオンの他院受診希望時の体制を整備されるとさらに良い。クリニカルパスを活用しており、患者用のパスを用いて患者の医療参加を促している。患者・家族からの相談は外来の看護師と地域連携医療相談室の精神保健福祉士が連携をして担当している。継続治療に向けてケアマネージャーや地域の担当者と支援の取り組みがある。個人情報保護マニュアルが定められているが、パソコンの物理的・技術的な保護の工夫や観察室等における患者のプライバシーへの配慮についてさらなる取り組みを期待したい。倫理委員会が設置され、現場で解決できない倫理的課題は倫理委員会で審議するシステムが整備されている。また、各部署で倫理カンファレンスを開催し、倫理的課題を共有している。

駐車場や駐輪場が完備されているほか、敷地内に売店が設置されているなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮されている。院内はバリアフリーとなっており、手摺りも設置されている。療養環境はくつろげるスペースがあり、整理整頓が行き届いた清潔感のある環境が整えられている。敷地内禁煙が定められ、職員の喫煙率も減少している。

4. 医療の質

意見箱が院内に設置されて、患者・家族の意見・要望が収集されている。意見の回収は毎週行っており、回答は各病棟にファイリングされてフィードバックされている。症例検討会は多職種で入院時や退院前カンファレンス等で実施されている。また、ガイドラインを参考に入院診療基本指針を作成し、診療の質向上に向けた取り組みを行っている。臨床指標は委員会で検討、分析されている。業務改善意見箱を設置し、業務改善を図っている。収集した意見は会議、委員会にて課題を分析評価し、改善に取り組んでいる。臨床研究は倫理委員会で審査を行い、進捗状況の把握、支援を行っている。

主治医と担当医が明確化され、主治医不在時の対応も周知されている。診療録は診療録記載基準に従い記載されており、院内略語集も作成されている。入院診療計画書、退院時サマリーは適切に作成されている。入院後情報収集やリスクをアセスメントして定期的なカンファレンスを開催し、委員会の横断的な活動を行っており、多職種が協働している。

5. 医療安全

院長の直轄化で兼任の医療安全管理者と各部門からの委員会メンバーが医療事故防止対策活動を行っている。また、タイムリーな収集と情報の共有に取り組んで、分析を行い、各部署にフィードバックして再発防止に努めている。

患者の誤認防止は、患者の名乗りによって防止している。また、名乗れない患者についても対応が定められ、適切に取り組んでいる。処方箋の記載は医療安全マニュアルに則って適切に記載されている。口頭指示は原則禁止であるが、やむをえない場合の対応も明確になっている。

麻薬の管理は適切で、ハイリスク薬品は一覧表を作成し薬局内に表示するとともに各病棟にも配布し通達している。処方箋の重複、禁忌投与を確認している。病棟在庫薬品は病棟スタッフと薬剤師が適切に確認している。転倒・転落防止は、入院時からスコア表に基づきリスクをアセスメントし、ケアプランを作成している。また、必要時は再評価して対応策を変更しているなど、適切である。医療機器は管理担当者が定められ、定期的な保守点検や異常発生時はメーカーと連絡を図っている。患者の急変時対応のマニュアルが整備され、院内緊急コードを設置し、急変時の訓練を年間計画立案して行っており適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染委員会が定期的に開催され、毎朝のミーティングで必要な感染の報告がされている。責任者による医療安全・感染制御合同の院内ラウンドがほとんどの部署で実施され、必要に応じて改善の指導や対策の実施をしている。感染防止対策マニュアル、指針が明文化されて定期的に改訂されている。院内感染状況は発生報告が提出され、検討されている。アウトブレイクの手順・基準は整備され、発生時は直ちに保健所などに報告し指導を仰いでいる。

手洗い状況の定期的な評価、一処置毎の手袋とエプロン交換、不潔物搬送の安全面の配慮など感染制御活動が適切に実践されている。抗菌薬の採用、削除の検討は薬事委員会で検討され、毎月、細菌薬薬剤耐性率を把握し検討している。院内感染対策マニュアルに抗菌薬使用指針が明文化され各部署に配布されている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの広報は広報委員会が広報誌、年報の作成を行っている。ホームページは定期的な情報の更新が行われており、診療実績も発信されている。地域医療機関の連携は地域連携医療相談室が担当し、連携病院のリスト化や紹介・逆紹介はパソコンの一覧表で管理されている。地域の教育・啓発活動は多職種が講師派遣し

ているほか、行政の健康福祉まつりにも参加して専門的な知識の支援活動を行っている。

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案内されており、受付から診察までの配慮もされている。新患来院時は精神保健福祉士が患者情報を聴取し、診察医に情報を報告している。検査の必要については医師が標準診療ガイドラインに沿って判断し、指示している。侵襲的検査は行っていないが、必要に応じて同一法人病院や近隣の病院に紹介して実施している。任意・医療保護・措置入院の管理は適切である。入院診療計画書は診断・評価に基づいて迅速に作成されている。患者や家族からの医療相談は、入院時から担当の精神保健福祉士や各職種で課題を共有し、適切に対応している。入院相談を受けた精神保健福祉士が医師と相談して受診日や入院日を決定し、毎朝の管理者会でベッドコントロールし円滑な入院受け入れを行っている。行動制限に関わるマニュアルや任意入院患者の閉鎖病棟での処遇マニュアルが整備され、精神保健福祉法や行動制限の研修が開催されている。

医師は回診を行い、診療録へ記載しているほか、患者・家族との面談も行っている。なお、定期的な病棟カンファレンスへの参加や、情報の共有化、提供があるとさらに良い。看護基準・手順などを整備し、入院時から看護計画を立案すると共に、看護管理者、看護師、准看護師、看護補助者の業務内容を明文化して円滑なサービス提供に取り組んでいるなど、看護師の病棟業務は適切である。投薬・注射は手順に従い適切に実施されている。定期的な単剤化率の算出と服薬指導の実施が増えるとさらに良い。褥瘡予防のマニュアルに基づき入院時からリスクをアセスメントし、作業療法士と連携し運動療法を活用して発生率を制御している。入院時から栄養管理計画を作成し、食事量や検査データを把握し、栄養指導も適宜を行っており適切である。症状などの緩和は、患者が訴えられない様々な症状のアセスメントとケアのマニュアルを整備している。

リハビリテーションは急性期の患者には必要性を確認して実施されており、慢性期ではADLの維持などを主体に、定期的な評価のもと実施している。隔離の対象者を明文化してマニュアルを整備し、指定医の指示のもとに実施され、必要な観察や記録が行われている。拘束は指定医の指示のもとに実施され、必要な観察や記録が行われている。患者・家族への退院支援は、患者・家族の希望を踏まえた目標に向けて多職種で検討し、訪問看護やデイケア、関連する外部機関とのカンファレンスを行い、退院前訪問を実施している。サマリーや申し送りでの確に情報伝達がなされ、外来診療、訪問看護、デイケア、地域機関と継続した治療・ケアを実施している。ターミナルケアのガイドラインや手順が整備され、患者や家族の希望に沿って環境や心理面へ対応を行っており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は調剤から鑑査までは適切に行われており、持参薬管理や医薬品集の定期的な発行がされている。臨床検査について、異常値やパニック値への対応は明確になっている。レントゲン、エコー検査は適切に実施されており、読影も専門医により実施されている。夜間・休日は近隣病院へ紹介する体制である。栄養管理における調理室の衛生管理は適切で、嗜好調査も実施されて患者の希望や要望に対応した献立もある。使用した食材の食品の保存も適切である。

リハビリテーションが必要な患者に実施されており、ADLの向上につながっている。また、法人内の言語聴覚士が嚥下訓練も行っている。診療録管理は一元管理されており、診療記録の管理、閲覧・貸し出しも適切である。また、量的点検も実施されている。医療機器は担当者が定期的な点検を実施し、異常発生時はメーカーと連携を図って対応している。職員対象に医療機器に関する研修会を開催しており適切である。各病棟で一次洗浄と滅菌を適切に行っている。救急医療は月1回休日、夜間当番日を担当して、認知症患者の虐待の対応も行われている。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門からの要望をヒアリングして策定されている。会計監査は外部の公認会計士により毎月実施されている。管理運営会議で経営状況の把握と分析も行われている。医事業務の収納、レセプトの作成から点検は適切で、未収金の督促も手順がある。業務委託の委託業者選定は明確になっており、従事者の教育も内容が確認されている。

施設・設備は総務課が担当し、緊急時の対応も定められている。院内の清掃、廃棄物の処理も適切である。物品管理は選定から購入の過程は適切で、棚卸は年2回実施されている。

災害時の対応について、マニュアルが整備されており、見直しも適宜行われている。保安体制は管理当直を事務職員、コメディカルスタッフが担当している。日々の記録も日誌に記載され、緊急時の対応も体制が整備されている。医療事故は発生時から原因究明、再発防止まで対応手順が明確にされ、訴訟の担当は事務部長となっている。また、必要に応じて顧問弁護士に相談する体制もある。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、精神保健福祉士、作業療法士の学生実習の受け入れが行われている。学校と実習指導者が会議を行い、医療安全、感染制御と精神医療に必要な内容も含めて説明がされている。また、実習中の事故や内容は学校と協議されて適切に実施されている。

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・プライバシーを適切に保護している	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	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	B
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	A

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	A
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	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	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	B
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	B
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	S
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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：医療法人洗心会 荒尾こころの郷病院

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：熊本県荒尾市荒尾1992

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	272	272	+0	91.4	654.9
結核病床					
感染症病床					
総数	272	272	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	5	+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	56	+0
認知症治療病床	102	+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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	72.75	77.10	82.87	94.36	93.04
1日あたり外来初診患者数	2.10	2.83	2.90	74.20	97.59
新患率	2.89	3.68	3.50		
1日あたり入院患者数	249.40	257.20	249.60	96.97	103.04
1日あたり新入院患者数	0.37	0.32	0.35	115.63	91.43