

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4月24日～4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

熊本県の中部に位置する人口約34,000人の上益城郡に立地し、1950年の開設以来、今年75周年を迎える歴史のある精神科病院である。病院は、2016年4月14日、16日に「平成28年熊本地震」において国内観測史上最大の計測震度で被災されたが、地域における精神科医療の事業継続のため、早くも2019年には移転し、新病院を開設された。「患者さんやご家族、地域とのつながりを大切にすること」をテーマに理念達成のため永年に渡り努力され、地域の精神科医療を担う中核病院として、また、地域の精神科救急医療に中心的に関わるとともに、各種の精神疾患や児童思春期、認知症、アルコール依存症など幅広い年代と疾患を対象に精神科における専門医療を提供されている。また、理事長による「患者さん、ご家族、スタッフとの出会いを大切にする。」という尊い考えのもと、入院初期からその患者に見合ったリハビリテーションが積極的に導入されるとともに、早期の患者の社会復帰に貢献されている。また、スタッフについてもコミュニケーション技術の向上など人材の育成にも継続的に力を入れている。

同法人運営によるサテライトクリニックや犬飼記念美術館「こころと心のミュージアム」、訪問看護ステーション、就労支援事業「ましきの風」、地域生活支援施設「ましき童夢」をはじめ多くの関連施設を運営するとともに「患者さんの権利と義務」や「職員の倫理」、「5つの誓い」を設定し、精神障がい者への「正しい理解」や「アンチ・スティグマ」などの啓発活動を積極的に働きかけ、地域との交流を目的とした催しを通じて地域の方々とのコミュニケーションを大事にされていることは模範とすべきことである。

今回の病院機能評価は6回目の受審であり、組織が一丸となり医療の質向上を目指す力強い意気込みを十分にうかがうことができる審査であった。今後も更なる躍進により、地域に一層貢献されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と行動指針および5つの誓いを明文化して、ホームページや院内掲示、広報誌などにおいて周知している。中長期計画は、2025年度内に「将来ビジョン2025」を取りまとめているところである。意思決定会議は経営管理部会であり、連絡や情報の共有、課題解決など、きめ細かく行い、職員の就労意欲や経営への参画意識の醸成に寄与している。セキュリティ対策やデータのバックアップ体制も整備している。

文書管理規程を整備して院内規程や議事録、マニュアルなどの承認の仕組みがある。医療法や施設基準等において必要な人材を確保し、就業規則を整備している。労働安全衛生委員会において職場環境の整備について積極的に取り組んでいる。ストレスチェックや公認心理師によるサポート、CVPPPによる院内暴力対策なども導入している。教育・研修は年間計画に基づいて実施し、院内学会を開催し、優れた研究は表彰している。また、院外の研修や学会への参加も積極的に推奨している。事業計画に基づいた予算を策定し、会計基準に従って会計処理を行い、公認会計士による外部監査を行っている。レセプトの点検、返戻や査定には医師の協力がある。医療ガスの安全管理や感染性廃棄物の管理等は、法令やガイドラインを遵守している。ライフラインの確保や医薬品、食料品、水などの備蓄についても様々な工夫を行っている。体育館は地域の方の避難場所として活用できるようになっている。DPAT先遣隊（日本DPAT）を配置し、災害派遣ができる体制を構築している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者憲章」に明文化され、病院ホームページ、パンフレット、広報誌や院内掲示等で周知している。患者への医療情報の媒体は、入院診療計画書、同意書や転倒・転落、日常生活動作、褥瘡、嚥下機能、自殺防止などのアセスメントがある。説明と同意に関する基準や手順を策定し、定期的に見直ししている。セカンドオピニオンを整備し受け付けている。患者や家族からの相談は総合医療相談室が担当し、精神保健福祉士が多様な相談や苦情などに応対している。個人情報保護に関する研修会等を実施し、個人情報保護の徹底を行っている。倫理的な課題は多職種におけるカンファレンスなどを通じて対応し、解決困難事例は病院全体で協議している。施設や設備は、利用者の安全性や利便性、快適性を十分に配慮された構造となっている。衛生委員会の積極的な活動により職員の禁煙啓発を推進し、喫煙者の減少に向けて適切に取り組んでいる。虐待防止委員会を発足させ、虐待防止に努めている。広い駐車場を整備し、院内はバリアフリーで、売店や軽食・喫茶を開設し、患者・家族だけでなく、地域の人達にも利用できる環境を提供している。

病室内は清潔で、外来待合室は広い空間を確保し、開放的で自然の風景を醸し出す緑と水の空間演出がある環境となっており、利用者に対して最適な空間の提供に努めている。

4. 医療の質

日本医療機能評価機構の病院機能評価の受審は6回目であり、継続的に受審することにより改善活動の仕組みが担保されている。また、「ピアレビュー委員会」や「危機管理委員会」が機能し、患者満足度調査や職員満足度調査、外来待ち時間調査、業者アンケートなどを実施し、改善すべき事案に早急に取り組んでいる。医局会において症例検討会を実施し、診療の質の向上を図っている。新たな診療・治療方法や技術の導入などにおいて倫理的諸問題が発生した場合は、協議し適切に対応している。病棟、外来の担当医や看護師長の管理、責任体制などは明確である。診療録は規定に沿って記載されている。多職種ミーティングや病棟回診、ケースカンファレンス、チームカンファレンス等において、入院初期の段階から多職種が協働して診療、ケアを実施している。また他業種の外部講師を招いた講演会の開催など、質の向上のための取り組みは長年続いている。患者・家族からの意見や要望は、意見箱や患者満足度調査などを通じて改善に活用されている。難治性疾患の治療のためにCPSM登録病院（クロザピン）となっており、また認知症のレカネマブ点滴治療導入やm-ECTにも積極的に取り組んでいる。医師記録の質的点検の対象拡大を期待したい。

5. 医療安全

「医療安全管理委員会」と、その下部組織である「医療安全推進委員会」が安全確保に向けた体制を構築している。医療安全管理に関するマニュアルを整備し、医療安全管理講習会を修了した医療安全管理者や多職種で構成されたスタッフの担当により、医療機器安全管理部会や医薬品安全管理部会と連携している。医療安全に関する専門の講習会を終了した看護師が在籍し、担当者によるリスクマネジメント活動を通じて院内ラウンドや医療安全活動を展開している。医療事故に関するインシデント・アクシデントレポートの報告システムは確立され、再発防止に関する対策を共有している。分類のレベルの数値に関係なく、委員会判断においてインシデントレベルにおいてもアクシデントとする場合がある。

医療事故発生時の対応手順は、明文化されている。誤嚥防止に関するマニュアルを策定し、患者からの名乗りやスタッフ間のダブルチェックを基本としている。検体スピッツはバーコードで管理し、生年月日、年齢、名前が記載されたシールを貼付し、誤認を防止している。オーダーリングシステムを導入し、指示出し・指示受けは電子カルテ上で確実にを行っている。検査結果は医師に確実に報告されている。

ハイリスク薬は院内で決定し、注意喚起している。薬剤師は医師に対して積極的に疑義照会を行っている。麻薬保管庫の鍵は薬局長が常時管理している。全入院患者に対して転倒・転落アセスメントスコアによるリスク評価を行い、看護計画に反映している。生命の危機（身体的危機）や暴力的行為（精神運動興奮時）に対する

緊急コールがあり、職員間で共有し周知されている。AEDや救急救命士の在籍があり、スタッフは必ずBLS関連の講習会に参加するよう義務化されており、患者等の急変に対応できるよう体制を整えている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が機能し、マニュアルに沿って速やかに対応している。マニュアルは、定期的に見直されている。リンクナースを各部署に配置し、院内ラウンドにより手指消毒薬使用量のチェックや手洗いの指導、清潔・不潔の啓発、消毒薬の使用状況、PPEの使用状況などを確認するとともに、現場の整備環境を行っている。感染者や発熱者を把握し、掲示板を用いてスタッフに情報発信を行っている。入院時の感染症についてもチェックされている。感染の発生状況は感染対策委員会において常時把握され、アウトブレイク時は迅速に対応している。感染情報は、県による感染情報、および感染対策として感染管理認定看護師が所属している地域の連携病院などから収集している。

インフルエンザウイルスや新型コロナウイルスなどの感染制御についても対応マニュアルを作成し、標準予防策の徹底で集団感染を防ぐ努力、工夫を行っている。抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを整備し、長期処方時には適正な使用を図っている。

7. 地域への情報発信と連携

診療機能や医療サービスの手続きなどに関する案内をはじめ、病院の取り組みなどの情報を集約したホームページを作成し、適宜の更新により最新情報を配信している。広報誌、各部署の紹介パンフレット、SNSなど様々な媒体を活用して情報を発信している。病院のマスコットキャラクターを作成し、地域や職員に親しまれる存在となっており、このような積極的な広報活動は高く評価できる。

診療実績など統計資料はホームページへの掲載により公表している。秋祭りや文化祭、美術館など、地域との交流、精神科病院の垣根やスティグマを取り払うための様々な取り組みは高く評価できる。診療相談室と地域連携室を兼ねる精神保健福祉士により、地域の医療ニーズや関係機関の情報が把握され、積極的な取り組みにより医療機関などとの密接な連携体制が確立されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診察は初診・再診ともに予約制であり、必要とする患者本位の診療を目指して柔軟で早急な対応がなされている。初診患者や紹介患者の受け入れは、地域連携室が窓口となっている。入院管理については、精神保健福祉法に基づく入院形態ごとの手続きが適切に行われている。精神保健福祉士が患者・家族からの多様な相談に対応し、院外機関との連携も適切に行われている。入院中の処遇は精神保健福祉法に基づき適切に行われている。病棟での薬剤の投与では誤認防止策が遵守されている。栄養管理については、全入院患者の栄養状態の評価により栄養管理計画書を作成し、食物アレルギーのある患者は電子カルテ上で情報を共有するなど、リスクの

高い患者の栄養管理に注意深く取り組んでいる。

リハビリテーションについては、入院早期から各期に応じた作業療法が検討され、主治医の指示に基づき、同意を得た上でプログラムが実施されている。隔離室にいる患者については、多職種によって早期解除に向けた取り組みがなされている。隔離・身体拘束は、「隔離・拘束の手順」を遵守し、行動制限最小化委員会での検討により精神保健福祉法に沿った対応が行われている。患者・家族への退院支援では、入院から退院まで多職種による検討会を行い、全入院患者に精神保健福祉士を担当制で配置し、退院支援を積極的に行っている。入院時よりゴールを「退院」と設定し、医師・看護師・精神保健福祉士などが担当となり、患者本人や家族参加型の退院前カンファレンスを開催し、早期退院を目指している。継続した診療・ケアの実施では、訪問看護や精神科デイケア、在宅支援部門の機能により、地域との連携が構築され、患者のニーズに合ったプログラムが提供されている。病棟では退院後の患者・家族の意向を反映し、訪問看護の実施や外来看護師、相談室、デイケアなどが退院支援に介入するシステムを構築している。また患者の退院後の支援も適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤における処方鑑査と疑義照会、調剤後の確認、注射薬の1施用ごとの取り揃え、持参薬の鑑別と管理等は適切に行われている。臨床検査技師は必要に応じた検査だけでなく、ルーチン検査や緊急検査についても対応している。パニック値や異常値があった場合は、早急に直接医師へ報告する仕組みがある。放射線技師はCT検査やレントゲン撮影について、待機時間を少なく実施できるように努めている。

給食業務は直営であり、適時・適温給食が実施され、患者に喜ばれる食事の提供に取り組んでいる。食材搬入から下処理、調理、配膳、下膳、洗浄・保管に至る一連のプロセスが徹底した衛生管理のもと実施されている。入院初期から主治医や作業療法士を含む多職種でのカンファレンスを行い、患者の情報共有を密に取り、その患者に見合ったリハビリテーションが提供できるように協議している。十分なスペースの中で多岐にわたる必要なリハビリテーションを提供して、多彩な患者ニーズに応じた取り組みを行っている。診療情報については、電子カルテにより一元的な管理を行っている。

医療機器安全管理委員会が機能し、日常点検および年間保守点検計画を整備している。滅菌用品はディスポーザブルが多く、少量の金属物品については、外部委託で滅菌を行っている。熊本県精神科救急医療体制事業や熊本県精神科病院協会精神科救急輪番制度に参画し、そのための病床を確保している。

10. 組織・施設の管理

経営管理では、事業計画に基づいた予算を策定し、経営管理部会で予算の進捗状況を確認している。経営戦略室を強化し、経営・人事・情報・広報企画・危機管理などの視点から経営改善に取り組んでいる。受付から会計、レセプトの作成など医事業務は手順に従って適切に行われている。施設基準や未収金の管理も適切であ

る。業務委託については、契約は経理課で、業務管理については総務課が担当している。関係部署と業務の実施状況を評価し、委託の是非を検討している。

施設・設備の管理は、施設管理係の担当で、年間の保守管理計画に基づいて、日常の点検や定期点検を実施している。医療ガスの管理も適切に実施されている。医薬品や医療機器の購入等の管理は適切である。医療消耗品の管理にはSPDを活用している。災害時等の危機管理については、2016年4月の熊本地震で大きな被害を受けた経験を踏まえて、大規模災害に対応するBCPを作成し、常に内容の見直しを行っている。最近はシステム障害に関するBCPを作成している。精神科病院における災害対応では、先進的な取り組みを行っており高く評価できる。

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	S
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	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	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	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	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	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	A
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	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	
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	S
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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 社会医療法人ましき会 益城病院
- 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 : 熊本県上益城郡益城町馬水123

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	198	198	-12	93.3	162.42
結核病床					
感染症病床					
総数	198	198	-12		

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	56	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床	106	-12
認知症治療病床	36	+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 : 1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

