

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1月30日～1月31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、1956年に創立され、メンタルケア水準の向上を担うことを創業の使命とし、最善の医療の提供によって人々の幸福に貢献することを目指して、半世紀以上にわたり県内の精神科医療の中核としての役割を担ってきた。2008年の初回の病院機能評価認定後も、診療や業務の質改善に向けた日々の取り組みが継続されている。進化発展する精神科医療や精神保健福祉において、地域社会との共存と融和を重視し、多職種のチームによる医療および福祉の提供が実践されている。

この度は4回目の病院機能評価の受審であるが、初回の受審以降、15年間の努力の成果を随所に確認することができた。今後も、日常の改善活動に加え、医療の質と安全の確保に向けた真摯な取り組みが、創業以来の使命感をもって持続発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針と中・長期計画との整合が図られ、病院運営が適切に行われている。組織構造と指揮命令系統が適切に整備されている。各部門の目標の設定と達成度の評価を通して計画的・効果的な組織運営が行われている。統合的な情報の管理によって、院内で発生する情報が有効に活用されている。文書管理に関する方針が明確にされ、組織として適切に管理されている。

診療機能に必要な人材の確保に向けて多様な工夫が行われている。人事・労務管理は、各種規則・規程が整備されて適切に行われている。職場環境の整備に向けて、職員の衛生管理が適切に行われている。職員意見箱による意見収集や定期的な話し合いを通して意見・要望が把握され、職員にとって魅力ある職場となるよう努

めている。

職員への教育・研修が年間計画に基づいて適切に行われている。人事考課に基づき、職員の能力評価・能力開発が行われている。学生実習はカリキュラムに沿って適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されて院内掲示等で周知されており、毎年検討し必要に応じて改定されている。診療記録の開示、精神医療審査会への対応等も適切に行われるなど、患者の権利の擁護に努めている。説明と同意に関する指針・基準・手順が整備され、適切な対応が行われている。入院診療計画書を含む患者用クリニカル・パスなどの各種文書による説明が行われ、患者・家族の参加による退院支援委員会において目標設定が共有されるなど、医療への患者参加が促進されている。医療相談には内容ごとに担当部署が対応し、多職種・他部門等との連携を図り、情報を共有して患者支援体制の充実に努めている。個人情報保護については、物理的・技術的保護、同意の取得など、適切な対応が行われている。臨床における倫理的課題については、日常的な課題の検討、解決困難事例への対応ともに継続的に取り組み誠実な対応がされている。

安全性・利便性・快適性に配慮した施設・設備が整備されている。自然と融合した安全で圧迫感のない心安らぐ療養環境が整備されている。敷地内禁煙を方針とした取り組みが行われている。

4. 医療の質

業務改善委員会が毎月開催され、各部署からの業務改善に向けた意見交換や提案をもとに、臨床上有用な取り組みを含めて業務の質改善に向けた継続的な取り組みが行われている。多職種でのカンファレンスの実施とともに症例検討会や抄読会が継続的に開催され、診療の質の向上に向けた取り組みが行われている。医療サービスの質向上に向け、意見箱を設置して患者・家族の意見や要望が収集され活用されている。新たな診療・治療方法や技術の導入では、新規薬剤についての勉強会や情報収集の実施、薬剤の適応外使用に関する規程の整備などに努めている。

主治医不在時の代行医師を含め、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされている。診療記録は適時に記載され、精神保健福祉法に関する記載も適切である。退院時サマリーの2週間以内の作成率はほぼ100%となっている。診療記録の質的点検は、監査評価基準に基づき退院時に実施されている。統合失調症パスなど多種のクリニカル・パスが使用され、入退院の各段階での多職種による診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

医療安全対策会議における安全対策の検討、医療安全対策チームによる全部署の安全ラウンド等により安全確保に向けた体制が整えられている。院内の医療安全情報は医療安全管理担当者のもとに集約され、院外情報は医療安全調査機構や看護協

会などから収集されている。医療事故発生時の体制は対応マニュアルを策定するなど適切に整備されている。

誤認防止対策のマニュアルが整備され、患者確認や経管栄養などが安全に配慮して実践されている。指示出し・指示受け・実施については診療録内で明確にされ、口頭指示はマニュアルに沿って迅速に診療録に記載する手順である。薬剤アレルギー・禁忌等の回避が行われ、副作用は医師の診察や看護観察で対応されている。ハイリスク薬に関する全職員対象の研修や麻薬の施錠管理、薬剤の取り違い防止など安全な使用に向けた対策が組織的に実践されている。転倒・転落防止対策では、入院時に全患者を対象に評価が行われており、転倒・転落パスを使用することで多職種での情報共有が容易となっている。医療機器の日常点検および定期点検が実施され安全に使用されている。院内緊急コードが設定されて患者等の急変時の対応が行われるとともに薬品や備品の点検が行われ、必要な訓練が実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が多職種で組織され、環境ラウンドの実施やマニュアルの整備・更新が行われるなど、医療関連感染制御に向けた体制が確立されている。微生物サーベイランスによって耐性菌の状況が毎週把握されるとともに、自治体の週報等から把握された院外の感染症流行情報をもとに、医療関連感染制御に向けた検討が行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、感染ラウンドの定期的な実施や速乾性手指消毒剤の使用量の把握、手洗いの励行、感染性廃棄物のマニュアルに従った取り扱いなどの活動が実践されている。抗菌薬の適正使用に関する指針がマニュアルに明文化され、適正に使用されている。特定の抗菌薬は届け出制とされ、院内感染対策委員会で使用状況と評価を検討のうえ周知されている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信では、広報誌が年4回発行されるとともに、患者・家族の意見等への回答や診療実績など、定期的に更新された多様な情報がホームページ等で発信されている。地域の医療関連の会議への出席や研修会への積極的な参加によって地域の医療機能・医療ニーズが把握され、施設間の患者紹介・逆紹介が行われるなど他の医療関連施設等との適切な連携が行われている。地域に向けた教育・啓発活動では、医療・介護に関する連絡会の主催とともに、地域との交流勉強会への講師派遣などを通して精神科医療に関する啓発活動が積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

任意入院の管理は患者の同意能力を踏まえ適切に行われている。医療保護入院の継続の必要性は多職種で検討され管理されている。措置入院は立入検査においても、特段の指摘事項はなく、適切に管理されている。医療観察法による入院では、鑑定入院に関する治療・安全管理指針等のマニュアルが整備され管理されている。

医師の病棟業務では回診が確実に行われて情報共有が密に行われるなど、診療上の指導力が発揮されている。看護師の病棟業務は、看護基準・手順に沿って適切に実践されている。管理栄養士の日々のラウンドが行われて患者の喫食状態が把握され、食形態等の工夫などが行われている。錐体外路症状などの早期発見に努め、多職種によるカンファレンスで症状などの緩和が検討されている。急性期のリハビリテーションは、説明と同意に基づいて行われ、慢性期のリハビリテーションは、患者の状態と意向を踏まえ適切に行われている。隔離の基本的方針や手順は明文化され、医師の診察や看護師の観察が適切に行われている。身体拘束の方針や手順は明文化され、減少に向けた多職種によるカンファレンスが行われている。必要な患者への継続した診療・ケアの実施に向け、退院前訪問等による在宅療養支援が進められている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向に沿って丁寧になされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能が適切に発揮され、薬剤の保管や温・湿度管理、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、在庫管理が確実に行われている。医薬品の採用・削除、品目削減は薬事委員会で検討されている。診療機能に応じた検査機能が整備されて内部精度管理や外部精度管理が行われ、臨床検査機能は適切に発揮されている。診療放射線技師が配置されて一般撮影と単純CTが可能であり、病院の規模・機能に見合った画像診断機能が発揮されている。栄養管理機能では、適時・適温配膳への配慮や献立の評価など、継続的な改善の取り組みが行われている。個々の患者の目的に応じたリハビリテーションプログラムが提供され、説明・同意の取得も確実に行われている。診療情報管理では、業務手順に沿って1患者1IDによる診療情報の一元管理などが行われている。医療機器は標準化が図られ、配置や保守点検の状況が一元的に把握されている。

洗浄・滅菌機能は病院の規模・機能に見合っているが、滅菌の質の保証に関する検討が望まれる。救急医療では、大分県精神科救急医療システムに参画し、輪番制で救急患者の受け入れが行われている。なお、自院の外来患者については、病状により時間外・休日での診療への対応も行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、収入と設備投資等の見込みに基づいて予算が編成され、収支分析に基づき経営状況の把握や課題の検討、データを活用した経営改善活動などが行われている。医事業務ではマニュアルや手順書が整備され、診療報酬請求や未収金管理などが適切に行われている。委託業務の履行確認と質の評価によって、効果的な業務委託が行われている。

施設・設備の管理では日常・定期点検が行われており、緊急時の対応体制も確立されている。物品の購入・払い出し・保管には院内物流管理方式が導入されており、購買管理が合理的に行われている。

防災マニュアルをはじめとする危機管理対応のマニュアル等が整備され、防災避

難訓練の実施や発電装置の整備など、実効的な防災体制の整備に向けた取り組みが行われている。保安業務は、不審者対応や患者無断離院への対応マニュアルの整備などにより業務内容が明確にされ、確実に実施されている。

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	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	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	B

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	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	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	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	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	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 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人同仁会 大分下郡病院

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：大分県大分市大字下郡1410

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	384	384	+0	89.5	706.9
結核病床					
感染症病床					
総数	384	384	+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	20	+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	60	+0
認知症治療病床	120	+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

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	72.96	69.88	74.91	104.41	93.29
1日あたり外来初診患者数	0.96	1.03	1.21	93.20	85.12
新患率	1.31	1.48	1.62		
1日あたり入院患者数	343.74	355.96	362.04	96.57	98.32
1日あたり新入院患者数	0.45	0.47	0.58	95.74	81.03