

# 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7日～2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

貴院は地域の精神科医療を担い、地域生活支援センターなども運営している一方、県精神科救急医療システムに参加して24時間365日の対応を行っている。各専門職の活動内容の充実が図られており、特に、県下でも数少ない依存症専門医療機関としてアルコール、薬物、ギャンブルの各依存症への対応を行っている。

今回の病院機能評価でも、公益性の高い医療機関である社会医療法人として、幹部職員を中心に質改善活動に取り組んでいる状況と、その成果が随所でみられた。今後も精神科医療を推進し、地域からの厚い信頼と期待に応えつつ、さらなる発展を遂げられることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されて院内外に周知されている。また、必要に応じて基本方針の見直しも行われている。病院幹部職員は人材確保や病棟運営を課題として認識しており、解決に向けた活動がある。意思決定会議が開催され、事業計画などが策定されている。各部署の事業計画も策定され、目標達成状況が把握されている。また、リスクに対応した機能継続計画も策定されている。情報の管理・活用に向け、システムの導入計画が検討されている。文書管理に関する方針は明確であり、文書は一元的に管理されている。

必要な人材が確保されており、人事・労務に関する各種規程は整備され周知されている。職員の安全衛生管理ではメンタルヘルス・心の健康づくり計画など、精神的なサポートもなされている。職員の満足度調査が実施されており、永年勤続者表彰や保育手当など福利厚生も充実している。全職員を対象とした教育・研修が実施

され参加者状況も把握されている。院外への教育・研修の機会の仕組みもあり、図書室も運営されている。職員の能力開発についても定期的な面談が実施されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は病院としての「人権宣言」を掲げ、職場や院内掲示、ホームページなどで提示し、周知に努めている。説明と同意についての方針も明文化し整備されており、セカンドオピニオンについては院内掲示等で案内され対応も適切である。クリニカル・パスは多職種が関与しており、患者参加型の看護計画も実施している。相談室が設置され、患者・家族からの相談に対する担当者も配置されている。個人情報に関する規程が定められ、物理的・技術的な保護も整備されている。臨床の倫理的課題については、各部署でカンファレンスが開催されており、解決困難な場合は、院内全体での委員会で検討する仕組みがある。また、患者情報の聴取時に、倫理的課題についての情報把握と共有に努めている。

患者・面会者の利便性については、地域性を鑑みて駐車場スペースが多く取られているなど、配慮されている。また、院内に売店があり、患者の利便性が図られている。携帯電話は申込書により利用できるようになっている。バリアフリー化、アメニティの確保などを含め、院内は利便性や療養環境に配慮されている。受動喫煙防止については、早期から敷地内禁煙の取り組みが開始されており、職員入職時の禁煙の推奨も行われている。

### 4. 医療の質

意見や苦情は、意見箱や会議を通して収集されている。内容に応じて各専門職が検討し、対策は確認されて掲示されている。クリニカル・パスは統合失調症、気分障害、依存症について作成されている。多くの臨床指標が収集され年報に掲載されており、一部はホームページ上に公開され、経年変化も検討されている。業務の質改善では、部署ごとに様々な改善の提案がなされており、多くの改善例がある。また、各部署から新しい治療や研究テーマが、ボトムアップで積極的に提案されている。

外来・入院ともに各職種の管理責任者を明示しており、当日の担当看護師も紹介し、患者への責任体制を明確化している。電子カルテが導入されており、各職員は確実な記載を行っている。今後は医師における診療記録の質的点検に期待したい。多職種でのクリニカル・パスの運用があり、患者個々におけるカンファレンスや会議、委員会などが開催され、患者の早期退院が促進されている。

### 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理者が配置され、マニュアルも整備されている。安全確保に向けた情報の収集・分析や、対応改善策の実効性についての評価を定期的実施している。インシデントレポートは全部署から提出されており、定期的に医療安全監査表を用いて、各部署の院内ラウンドを実施し点検している。

ダブルチェックでの確認、フルネームで患者に名乗ってもらうことやリストバンドでの確認をルール化し、患者誤認防止対策を実施している。情報伝達についての指示出し・指示受け・実施は電子カルテ上で明確にされている。薬剤の安全な使用に関して、持参薬は処方内容を含め薬剤部で把握・整理されている。転倒・転落リスクアセスメント表を全患者に使用し、患者のリスクをスコア化して評価している。医療機器については保守点検マニュアルが整備され適切に使用されている。急変時対応では緊急コードが統一されており、職員召集の体制が確立している。救急カーットの整備・点検、BLS 訓練の実施なども適切である。

## 6. 医療関連感染制御

定期的に、院内感染のラウンドチェック項目を評価しており、感染防止に関する委員会が開催されている。感染制御のマニュアルは特にインフルエンザ・ノロウイルス、疥癬、結核などを重点的に作成されている。院内感染レポートも定期的に作成されており、感染報告は感染部位、起炎菌、抗菌薬感受性、使用された抗菌薬などがある。

感染対策マニュアルが整備され、感染対策委員会が毎月開催され、定期的な院内感染ラウンドが行われている。他施設の ICN から定期的な指導やコンサルティングを受けており、手指衛生のタイミングなど手指消毒剤の使用推進の環境を整えている。抗菌薬の適正使用指針が策定されており、抗菌薬の使用や分離菌感受性パターンが把握されている。今後はさらに、分離菌感受性パターンや同定された起炎菌・感染部位などの情報を収集・分析し、治療にフィードバックできることを望みたい。

## 7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの広報はホームページと広報誌で行われており、年報も作成されている。診療実績はホームページで発信されている。地域における連携施設や医療関連機関の把握について、医療と介護の連携に係る医療機関窓口一覧にまとめられて、連携が明確になっている。紹介・逆紹介の対応は医事課と相談室で担当して医事課でチェックしている。地域における教育・啓発については、専門性のある依存症の様々な活動を実施している。また、市民公開講座が開催されている他、地域の保健所に出向いての精神保健相談や他施設の家族会への講師派遣など、精神科の専門知識・技術の支援活動も高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者については、自動受付機が導入され、会計までの手続きが明確になっている。外来受付時には患者の様子をみて、必要があれば看護師が直ちに対応し、主治医に情報が伝えられている。診察前に精神保健福祉士や臨床心理士が情報収集を行い、問題点があれば多職種に周知するように努めている。侵襲的な検査は、必要なときには他院に紹介しているが、放射線や生理検査の場合は適宜、看護師が付き添い安全を図っている。精神保健福祉法に則って任意入院、医療保護入

院、措置入院が行われ、定期的な病棟カンファレンスなどによってその妥当性が検討されている。入院診療計画書は多職種の見点で具体的に記載されており、家族や患者の希望も取り入れるようにしている。患者・家族からの医療相談は、主に精神保健福祉士が24時間365日、精神科救急を含め多様な相談に対応している。県の精神科救急医療システムとは別に、院内独自に機能させている点で評価される。病棟における患者・家族からの医療相談などは、担当の精神保健福祉士を中心に適切に対応している。また、相談内容は院内LANで、全職員が情報を共有化できるようになっている。入院のしおりや入院オリエンテーション用紙が整備され、統一した説明が行われている。

医師は定期的に回診を行い、多職種による病棟カンファレンスにて積極的な情報交換が進められている。看護師は看護部理念・基本方針に沿って、病棟業務を適切に行っている。有けいれんのECTが、患者への十分な説明のもとに行われている。全入院患者に褥瘡発生のリスク評価を行い、ハイリスク患者の早期発見、予防に努めている。また、委員会で褥瘡予防に対する検討を行っている。管理栄養士が、全入院患者の栄養状態の評価を行っている。入院時の食物アレルギーをチェックし、電子カルテ上に表示される。症状緩和の取り組みは抗精神病薬の副作用など、看護手順に観察マニュアルが作成されている。リハビリテーションは、患者の個別性に合わせたプログラムが計画されている。隔離・身体拘束に関する手順を明文化しており、入室患者には医師による診察を毎日実施し、看護師による定期的な観察と患者の状態記録を行っている。保護室の環境、行動制限最小化委員会の運営も適切である。退院支援では患者・家族の意向を確認し、入院前から退院後までのシームレスな関わりを行い、入院直後より、退院先の確認や支援計画の策定を行っている。また、地域移行について意識的にプログラムを実施する仕組みがある。平均在院日数は全国平均を大きく下回っており、退院促進への取り組みと成果は高く評価される。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では医薬品集が整備されており、注射は1施用ごとで、注射の情報提供も行われている。今後、調剤薬局からの疑義照会について薬剤師の関与があるとさらに良い。臨床検査では、血液検査について自動分析器が導入されており、迅速な結果が得られている。画像診断機能は病院機能に応じて発揮されている。栄養管理の適時・適温管理、調理室のプロセスが確実に行われている。患者の特性への対応は糖尿病教室により脱水症、減塩の内容など様々な取り組みを行っている。また、他部門と連携して病棟における活動は、食事評価と改善の取り組みが行われており高く評価できる。

リハビリテーションは病棟を中心に実施されており、医師との連携もある。また、多職種で共同実施する内容もある。診療情報管理は量的点検を含め適切である。医療機器は看護部で一元管理されており、夜間・休日の対応もあり、定期的な点検が実施されている。洗浄・滅菌もインディケーターで滅菌を担保しているなど、適切である。

精神科救急医療機能においては、長年に亘り「あいざと・こころの医療福祉相談センター」が 365 日 24 時間体制で運用されており、極めて充実していることは高く評価できる。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理においては予算から財務諸表の作成、会計処理から監査まで仕組みが明確であり、会議で経営状況が把握・分析されている。医事業務は自動受付機が活用され、外来、入院のレセプトの作成から医師による点検までのプロセスは明確になっている。また、未収金については会議が定期的開催され、金額も把握されている。業務委託は、委託の是非の検討から質の把握まで会議で検討されており、業者の教育体制も把握されている。

施設・設備は、日常点検や業者による保守点検、院内の清掃や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が明確になっており、棚卸も行われている。

災害時の対応ではマニュアルが整備され、DPAT に多職種が参加してトリアージの訓練も行われている。火災発生時の対応や緊急時の責任体制も明確になっている。保安体制は看護管理当直が行っており、夜間の巡視など業務内容も適切に実施されている。医療事故発生時の対応は明確であり、訴訟への対応の仕組みもある。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士の学生を受け入れ、実習指導者が学校と連携を図っている。医療安全・感染制御の教育に関しては学校に確認している。患者からは事前に了解を得る仕組みがある。

# 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	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	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
1.4	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	B
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	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	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
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	S
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	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	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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 11 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人あいざと会 藍里病院  
 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： 徳島県板野郡上板町佐藤塚字東288-3

## 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	240	240	+0	85.95	165.3
結核病床					
感染症病床					
総数	240	240	+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		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	60	+0
精神療養病床	180	+0
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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	108.28	113.78	111.72	95.17	101.84
1日あたり外来初診患者数	3.55	2.29	2.34	155.02	97.86
新患率	3.28	2.01	2.10		
1日あたり入院患者数	223.82	222.60	223.85	100.55	99.44
1日あたり新入院患者数	1.34	1.22	1.35	109.84	90.37