

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3月13日～3月14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、1980年に開放的な精神科医療を目指して県東部に開院し、福祉関連施設の併設やクリニック・訪問看護ステーションの開設など、多角的な医療・福祉サービスの展開を進めている。長年取り組んできた依存症治療については、県より「依存症専門医療機関」に指定され、多職種で構成されるアディクション委員会を中心に、認知行動療法プログラム「SMARPP」を導入し、外来・入院・家族支援を含めた体系的な対応を行っている。また、社会医療法人として「断らない精神科救急」を指針に、常時対応型の精神科救急病院としての責務を果たしており、病院全体で多職種が協力しながらベッドコントロールに取り組むことで、積極的な受け入れと社会復帰支援の両立を実現している。精神科救急病棟を含め、病院全体の稼働率は全国平均を大きく上回る高い水準を維持している。さらに、病院が独自に設置した、こころの医療福祉相談センターでは、24時間365日の電話対応を行い、患者・家族からの生活相談や救急受診の窓口としての役割を果たしている。退院後も患者およびその家族を継続的に支援することで、不安の軽減と地域での安定した生活の実現に寄与している。今後も地域生活を支える存在としての役割を果たすことを願い、病院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化し、院内外に周知している。意思決定会議である「運営・経営会議」で病院経営に関する状況の審議や方向性の決定を行っている。中期計画・事業計画を策定し、社会変化への対応や経営、運営の安定化などを掲げ、職員周知会で明示している。医療情報システムを情報機器管理規程に沿って運用し、

患者情報の管理に努め、データを技術的・物理的に保護している。文書管理規程を整備し、多岐にわたり管理する文書を明確にしている。

医療法、施設基準等に必要な人員確保は適切である。就業規則等の各種規程を整備し、院内 LAN などで職員への周知を図っている。安全衛生管理は、衛生委員会を適切な構成員で開催し、健康診断を実施するとともに精神的なサポート体制等も整備している。院内暴力対策としては、職員が CVPPP を受講するなどの対策を実施している。職員からの意見や要望は、理事長への直接メールが可能であり、自由に意見が発信できる体制を整備している。

全職員を対象とする教育・研修は、年間計画を企画・立案し、職員の能力評価や能力開発に取り組んでいる。学生実習の受け入れ窓口は各部署が担当し、事務部門において各養成校との実習委託契約を一元管理している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、病院玄関に掲示するとともに病院案内、ホームページ等で周知している。説明と同意は、入院診療計画書やデイケア診療計画書、クロザリル治療などで行い、書式を把握し管理している。セカンド・オピニオンは専門外来を設置している。クリニカル・パスを運用し、多職種カンファレンスには患者も主体的に参加可能な体制が整っている。医療福祉サポートセンターで多様な相談に対応し、関係部署と連携して患者支援に取り組んでいる。法人設置のこころの医療福祉相談センターでは、24 時間 365 日の電話相談体制を整備している。個人情報保護に関する院内規則を整備し、個人情報保護研修を新入職者や職員を対象に開催し、院内 LAN で周知に努めている。日常の診療やケアの場面で把握した倫理的課題は、多職種で構成された院内倫理委員会で検討し、職員周知会議で共有している。

施設・設備は、患者・面会者の利便性・快適性に配慮し、院内全体はバリアフリーで清潔な環境を維持している。救急病棟は全室個室で療養病棟の多床室はカーテンで仕切られプライバシーを確保し、十分なスペースの確保と安全への配慮がある。敷地内全面禁煙であり、禁煙外来を設置するとともに、ホームページや掲示、入院のしおり等で周知している。

4. 医療の質

業務の質改善は各部署で検討し、必要に応じて運営経営会議にて協議の上、部門横断的な検討後に判断している。診療の質の向上に向け、医局や病棟で難治例に対する症例検討を行い、症例に応じ積極的にクリニカル・パスを利用し、患者の参加も促して早期退院を目指す仕組みを構築している。電子カルテのデータ分析ソリューションを導入し、臨床研究や病院運営の判断材料として有効活用している。患者・家族の意見や要望は、意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口などから収集し、改善に努めている。依存症治療におけるアディクションプログラムとして、病院オリジナルのワークブックを導入し、退院後も患者・家族を対象としたミーティングや勉強会の実施など、多職種による切れ目のない支援を行っていることは高く評価できる。各病棟において看護研究を計画し、院内倫理委員会で承認を得て院内

外の学会活動につなげるなど、院内の教育や研究が盛んに行われており評価できる。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にし、病棟責任者はラウンドして患者の状態やケアの状況を把握している。診療記録および看護記録の記載基準を定め、質的 point 検も実施している。入院時カンファレンスや退院支援委員会を開催し、多職種で情報共有しながら早期退院に向け検討している。アディクションチームは、依存症研修修了の看護師と精神科認定看護師が中心となり、多職種での集団・個別の依存症治療を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会の下部組織として医療安全推進部会を組織している。医療安全管理者は副院長であり、医薬品安全管理責任者は薬局長、医療機器安全管理責任者は看護部長、医療放射線安全管理責任者は院長が担当している。ヒヤリハット報告の集計データを医療安全推進部会で報告し、部署で SHELL 分析を行い、対策を周知している。院外の医療安全情報は、日本医療機能評価機構および PMDA など で収集し、周知している。医療事故発生時の対応は医療安全管理指針を定めている。

新規患者の登録は同姓同名患者の有無を確認し、患者の確認は患者本人に名乗ってもらい、名乗れない場合は複数スタッフやリストバンド等で確認している。情報伝達は指示出し・指示受け・実施が確実に行われている。アレルギーや禁忌薬の情報は、電子カルテ上にて確認可能であり、アラート機能も活用している。入院時に全患者へ転倒転落アセスメントを行い、結果に応じた対策を講じている。医療機器の使用前、使用中の点検を行い、機器の使用状況は医療機器安全管理委員会で報告している。各病棟および外来に救急カートを配置し、カート内の薬品および器材の作動点検は看護師と薬剤師で実施している。院内緊急コードを定め、BLS および緊急非常招集の訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を設置し、下部組織に感染管理認定看護師を中心に多職種で構成された ICT を配置して体制を確立している。感染対策マニュアルは必要に応じて改定している。院内での感染状況は検査部門で集計し、委員会を通じて各部署に報告する仕組みである。アウトブレイクの定義を明文化し、必要に応じてフェーズ表により対応している。近隣の総合病院との定期的なカンファレンスを実施している。標準予防策および感染経路別予防策マニュアルを整備し、感染管理認定看護師が職員周知会議で周知している。ICT ラウンドを実施し、手洗い状況のモニタリングなどを通じ、状況を確認することで適切性を判断し、指導を行っている。培養・感受性検査の結果よりアンチバイオグラムを作成している。抗菌薬使用マニュアルを作成し、特別な抗菌薬の使用は届出制、また抗 MRSA 薬などは要時購入としている。抗菌薬の使用状況は薬局にて処方を確認して把握し、投与量や投与期間などを医薬品管理委員会にてフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動として、広報誌や年報を発行し、連携機関等へ配布している。広報誌は、来院者の閲覧用として院内に設置し、ホームページにも掲載している。診療実績は、相談件数、診療件数などをホームページに掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握、医療関連施設等との連携は、医療福祉サポートセンターが担当し、保健所と「こころの医療地域連携推進会議」を開催し、自立支援協議会などにも参加している。地域の医療機関との連携強化として、連携医療機関へ訪問活動を行い、「顔の見える関係」に取り組んでいる。地域の健康増進として、依存症対策総合支援事業市民向け普及啓発講演会などの市民公開講座を開催している。依存症関連では、県の依存症専門医療機関として、アルコール・薬物・ギャンブル等の講演会を開催し、学校カウンセリングゼミナールや支援学校公開研修会、薬物依存症家族講座および支援者スキルアップ研修などに、医師・精神科認定看護師・精神保健福祉士を講師として派遣している。アルコール関連従事者研修会や地域支援者向け研修会、事例検討会などに医師を講師として派遣するなど、地域に向けた教育・啓発活動の取り組みは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を周知し、外来診療は初診・再診共に原則として予約制としている。初診患者に対しては精神保健福祉士や公認心理師によるインテークを行い、精神保健福祉法に基づく入院形態ごとの手続きは適切である。入院診療計画書に沿って看護計画を作成し、クリニカル・パスも積極的に活用している。

患者・家族からの医療相談には、精神保健福祉士が対応し、医師は回診して情報共有を図り、病棟看護師は、チームナーシングとプライマリーナーシングの混合型で看護を提供している。CP換算値および単剤化率を集計し、医薬品管理委員会に報告している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和については、評価と観察を行い、手順に沿って対応している。リハビリテーションは早期からプログラムを開始し、ADL低下例には、身体リハビリテーションを実施し、精神科身体合併症にも対応可能な体制を構築していることは評価できる。隔離に関する基本的な方針や対応手順を明文化している。保護室は、患者の意思伝達が可能な環境を整備している。身体拘束は病院の方針として可能な限り行わない取り組みがある。入院早期から多職種カンファレンスを実施し、退院支援計画を共有して訪問看護やデイケア通所等につないでいる。入院時に急変時の対応に関して患者・家族へ確認し、病状の変化や症状の発現に伴い主治医から説明し確認している。逝去時の対応マニュアルを整備し、その内容に基づいて実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、薬剤の保管・管理を適切に行い、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会は、確実に実施している。臨床検査での異常値やパニック値は、主治医に連絡し、電子カルテ上に分かりやすく表示して情報を共有している。画像診断では、遠隔読影システムを導入し、必要に応じて即日、通常は翌日には結果を確認することが可

能である。栄養管理では、適時・適温給食を実施し、衛生管理は、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って取り組んでいる。リハビリテーションでは、各病棟に作業療法士を配置し、ローテーションすることで、様々な病状の患者への対応力など、質の向上に努めている。診療情報を一元的に管理し、診療情報を二次活用している。量的点検を実施しており、今後、更なる充実を期待したい。医療機器の取り扱いに関する研修は、新入職時および各部署でのOJTやラダー教育で実施している。洗浄・滅菌の運用方法を定め、保管する専用棚の管理についても明確にしている。

理事長、院長の強力なリーダーシップのもと、「断らない精神科救急」を理念に掲げ、常時受け入れ可能な体制を整えている。理念の実現に向け、病院全体で空床の確保に努め、救急急性期病棟においても高い病床稼働を維持している。地域における公益性の高い医療を提供するという社会医療法人の使命に適っており、高く評価される。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に準じて会計処理を行い、財務諸表を作成している。医事業務は窓口会計、レセプト作成・点検、査定・返戻の対応、施設基準管理、未収金管理等を確実にやっている。業務委託の必要性・業者の選定は、「運営・経営会議」で検討し、委託業務の内容は各部署責任者が実施状況を業務日誌や報告書などで確認し、委託業者との面談の機会も設けている。

施設・設備の管理は営繕係が担当し、日常点検を行い、月間・年間点検を計画的に管理している。医療材料の管理は外来部門が担当し、物品購入は物品購入依頼書による申請を行い、医薬品購入事案とともに医薬品管理委員会において検討している。高額医療機器の購入と検討は、「運営・経営会議」で協議し、承認している。物品購入の発注・検収は内部牽制を担保し、棚卸を行い、適正在庫に努めている。

災害時の対応は、消防計画やBCPなどを策定し、訓練を実施している。DPATを編成し、患者用・職員用の飲料水、食料品を備蓄している。停電時の対応として、自家発電装置、太陽光発電システムを整備している。保安管理の体制を整備し、日々の保安業務の実施状況は日誌に記録して事務部長が確認している。緊急時の連絡は、緊急連絡網を整備している。

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	B
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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	S
<hr/>		
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	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	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	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	B
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	
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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 11 月 30 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	0	0	+0	0	0
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	228	228	+0	95.76	156.84
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	228	228	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	18	+0
精神科救急入院病床	60	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	168	+0
認知症治療病床	0	+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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

