

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8月5日～8月6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1967年の創設以降、幾多の変遷を経て現在は479床を有する地域精神科医療の基幹病院となっている。新潟県の中央部に位置し、郡部としては比較的交通環境に恵まれた立地にある。SDM等を主とした患者中心・患者主体の医療を展開しており、その考え方を職員や患者・家族そして地域社会に浸透させることに努力されている。

特筆すべきは、ISOの認証取得、QMSの実践、病院機能評価の認定など20年以上にわたる質向上への取り組みの実績である。これらの長期間の取り組みは、医療提供の在り方や職員が培ってきた良質なノウハウの蓄積となっていることが見受けられ、高く評価される。

今後も基本理念、方針に沿った患者視点の医療の提供がされると共に、貴院の益々の活躍を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の理念が明示され、そのうえで病院の理念と基本方針が策定され明確になっている。職員と院外への周知はホームページ、広報誌、病院案内に記載され、院内掲示も行われている。病院の将来像は中期計画で具体的に示されている。ISOと病院機能評価を継続的に受審しており、継続した取り組みは特筆に値する。病院運営の意思決定は幹部会で行われ、決定事項等は運営会議で周知されている。組織図や職務分掌等はISOに沿って策定されている。情報管理や文書管理に関する規定が整備され、適切に運用されている。

診療報酬上の人員基準は満たしている。就業規則・給与規定は整備され、職員はLAN上で確認することができる。業務連絡の閲覧などは職員の共通IDを設定して

全職員が閲覧できる工夫がある。保健労働衛生委員会が整備され、職員の安全衛生管理を担っている。健康診断の実施率は100%であり、職業感染や労災の申請にも適切に対応している。ストレスチェックは行われ、インフルエンザワクチン接種は全額病院負担で実施している。職員の意見・要望を収集するため、職員ご意見箱が各病棟に設置され、「もしもし院長」の職員版も用意されている。「職場委員会」でも投書等が集められ、院長自ら開箱して職員の意見・要望等の把握に努めている。

「研修委員会」が年間計画や実施内容等を取りまとめている。年次事業計画の遂行や精神科固有の項目に配慮し、医療安全、感染管理など多岐にわたる項目を網羅している。新人研修等は法人担当で2日、病院担当で2日を分担し看護部はさらに3日実施するなど積極的な取り組みが確認できる。能力評価も実施されている。職員と上司による双方向での検討の結果がまとめられ、目標等が明確になり、職員個別の状況に応じた対応を行っている。

3. 患者中心の医療

患者・家族の権利擁護に関する方針が明文化され、研修などを通じて職員へも周知されている。医師・看護師・精神保健福祉士等、多職種で患者用パスを患者と一緒に作成し、患者の意思決定の支援を行っている。この手法の充実と実績・内容は実施機関と併せ、評価できる取り組みとなっている。統合失調症、気分障害、認知症、長期入院者などの治療クリニカル・パスや、統合失調症教育入院のクライアント・パスおよび外来患者用パスなどがある。患者の希望を組み込んだ「あなたの治療パス」を作成するなど、他の模範となる秀でた取り組みであり、高く評価できる。

個人情報保護に関する規定は明文化され、職員や院外への周知に努めている。電子カルテや院内LANでの情報保護も適切に行われている。各部署で倫理的問題についてのカンファレンスが開催され、院内で共有できるよう各部署の検討内容を含め、議事内容を閲覧できる。精神保健福祉士による初期相談や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。

駐車場は整備されており、無料の送迎バスも運行されている。携帯電話は原則使用可能で、病棟内でも使用できる。診療・ケアに必要なスペースおよび病棟での患者がくつろぐことができるスペースは確保されている。院内の清掃は行き届き、清潔が保持されている。保護室は毎日清掃され、清潔に保たれている。敷地内禁煙となっており、受動喫煙防止対策は適切である。

4. 医療の質

病棟等に意見箱を設置し、意見・苦情の収集に努めている。入院患者の病期・病態に応じて、多職種での病棟カンファレンスにて治療方針が検討されている。困難症例や急性期治療から退院支援までの治療とケアにクリニカル・パスが活用されている。法人QMS委員会・病院機能向上委員会を定期的を開催し、病院機能評価とISOの受審を通して、部門横断的な改善の検討および実施に努めており、秀でた取

り組みとして高く評価できる。新たな治療や機器の導入に、医師の研修を含め積極的に取り組んでいる。

外来・入院ともに全職員の職名・氏名などを掲示し、各部署の管理責任者も明示している。主治医不在時は代行担当医の体制がある。電子カルテ記載基準が明文化され、診療情報は良好に記録されている。医師記録、看護記録の点検は実施している。SDM の考え方に沿って、患者を中心とした診療・ケアを行っている。患者が治療を選択し、患者と共につくる医療を遂行実践するために、多職種連携を超えた「超職種精神医療」として実践している。「あなたの治療パス」を作成し、一連の活動を患者サポートプランとして、積極的に展開していることは特筆すべきである。スマート精神医療・長岡モデルとして展開していることは、他の模範であり高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理に関するマニュアル・指針などが整備され、適時更新されている。下部組織の医療安全小委員会が、各部署で月 1 回開催され、再発防止策などを検討し、毎月開催される医療安全管理委員会に提言する仕組みである。インシデントレポートは診療部を含め全部署から提出されており、院内の医療安全文化が醸成されている。定期的に各部署の医療安全ラウンドを実施し、ハード面、ソフト面の医療安全監査項目を用いて点検評価を行っている。

フルネームで患者に名乗ってもらう等患者誤認防止対策を実施している。電子カルテを活用し、医師の指示の看護師による確認および医師による実施の確認を含め、情報伝達エラー防止手順が定められている。持参薬は薬剤師が鑑別し、医師に文書で報告している。麻薬、劇薬、向精神薬、ハイリスク薬の使用・保管手順が明文化されている。転倒・転落リスクアセスメント表を全患者に使用し、転倒・転落のリスクをスコア化し評価している。転倒・転落の高リスク患者、状態変化時などについても適切に対応している。主な医療機器は、ハートモニター2 台と除細動器 2 台であり、中央管理を適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

病院長および感染管理担当看護師を柱として、多職種での院内感染対策委員会が整備され、毎月開催されている。また、感染管理担当看護師と各病棟のリンクナース等からなる ICT が組織されており、ICT ラウンドや危機対応など活動に関する規定が明文化されている。法人内の総合病院との連携、地域合同カンファレンスへの参画や相互訪問実施体制は高く評価される。院内での感染症の発生状況は感染管理担当看護師がリアルタイムで把握し、委員会にて状況がフォローされている。

院内感染対策に関するマニュアル・指針などが整備され、定期的な院内感染ラウンドでチェック項目を評価している。ポンプ式携帯手指消毒剤を使用し、手指衛生使用の目標値を示して、毎月の使用量を把握し使用を推進している。抗菌薬の使用指針が診療機能に見合って整備されている。医師のラウンドに薬剤師が同行し、抗菌薬の使用状況の確認と医師へのフィードバックを実施している。

7. 地域への情報発信と連携

長岡モデルと称される「田宮病院精神科版地域包括ケアシステム」を構築し、地域の社会資源との連携を図っている。地域医療連携室会議議事録で多くの取り組みを確認でき模範的な活動がある。入院前・入院中・退院後を時系列でたどり、地域のケアマネージャーと協働した取り組みが行われている。

グループ内の「里ネット空床紹介システム」、連携医療機関の年2回の訪問とヒアリング、「長岡地域病院 SW 連絡会」など情報共有と連携への主体的な取り組みが行われている。また、社内報「SUTOKU」、患者向けの「こんにちは」での連携などもある。SDM を中心に据えた医療提供が院内に浸透している。地域の健康増進にかかる取り組みと地域社会への講師派遣等は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

外来受診時の情報提供や初診・再診・会計の手続き等は、適切に行われている。紹介患者の受け入れをはじめ、来院した患者は円滑に診察を受けることができる。新患者の外来診療にあたっては、事前の精神保健福祉士による情報収集に基づき診察が実施されている。

任意入院の判断と状況の記録・手続は良好に実施されている。医療保護入院の判断と状況の記録・手続は良好に実施されている。退院後生活環境相談員に PSW が選任され、退院支援委員会が適切に実施されている。措置入院の受け入れ・対応手順も整備され、措置要件の消退については、病棟での毎朝のショートカンファレンス、入院1週目および1か月毎のカンファレンスにて、多職種で検討されている。

入院時に、医師による診断と看護師によるアセスメントが実施され、入院診療計画書は医師により患者・家族に説明して手渡している。入院1週目の病棟カンファレンスにて、多職種による診療・ケアの方針が検討されている。大半の症例でクリニカル・パスが活用されている。精神保健福祉士、看護師が常駐する地域連携室を兼ねた相談室は、患者の相談窓口として機能している。病棟での患者、家族からの医療相談は、担当の精神保健福祉士を中心に適切に対応している。病院の入院案内や入院時病棟案内が整備され、統一した説明が行われている。電話、面会に関する手順、郵便物取り扱いに関する手順も整備されており適切である。

医師は、病期・病状に見合って回診を実施している。看護は年度単位の看護目標を立て業務を遂行している。患者情報は電子カルテで、医師、コメディカルなど多職種で情報共有されており、連携を確実にしている。投薬・注射にあたっては、患者確認・ダブルチェックを含めて、手順が整備されている。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。褥瘡チームで定期的に褥瘡巡視を行っているほか、職員研修と年4回のNST便りを発行し、情報発信と意識を高めている。管理栄養士が全入院患者の栄養状態の評価を行い、栄養管理計画書を作成している。

入院後 1 週目に、精神科作業療法および理学療法でのリハビリテーションの目標・訓練計画が検討・立案されている。また、精神科作業療法、理学療法、歯科衛生士による嚥下訓練が実施されている。隔離に関する手順が明文化され、医師による診察は毎日実施、看護師は頻回な観察と患者の状態記録を行っている。身体拘束に関する手順は明文化しており、観察と患者状態の記録を適切に行っている。行動制限最小化委員会にて身体拘束の見直しと検討を行っており、身体拘束は極力行わない方針となっており、拘束患者比率は 0.26%と全国平均より極めて低く、評価される。退院支援では各種治療パス、再入院防止、社会復帰プログラムを中心に置き、パスを使用した超職種 SDM による医療が展開されている。外来作業療法の実施や精神科デイケアの活用を行い、退院後の相談支援に加え、多職種での重疊的な支援継続と心理社会教育「希望の会」「みすみ会」などの幅広い活動がある。ターミナルステージについては、患者・家族の意向を多職種で共有し、患者の QOL を重視したケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤・薬剤管理についての業務手順は良好に整備されている。持参薬への対応も適切である。法人内総合病院との連携で、検体検査および生理検査を実施している。法人内総合病院から放射線技師が 1 名ローテーションにて配置され、CT 検査および胸部 X 線の読影は遠隔診断にて放射線科医の所見を確認している。ニュークックチルを採用し、HACCP による院外調理システムを採用している。選択メニューは週 2 回提供し、健康栄養新聞を作成し配布するなどの工夫も行っている。災害時には停電でも食事提供ができる工夫がある。

作業療法士による精神科作業療法および生活機能訓練、理学療法士による ADL 訓練の実施体制が整備されている。電子カルテが導入され、診療情報の一元管理などは適切に行われている。医療機器は中央管理にて保守点検を実施し、一元管理している。滅菌機材は外来で管理し、洗浄は中央化している。滅菌作業・衛生材料払い出しは、ワンウェイ方式でパスボックスを使用して適切に行われている。地域精神科救急輪番に積極的に参加し、地域の医療へ貢献している。

10. 組織・施設の管理

予算管理は行われ、病院会計準則に即した財務諸表が作成されている。会計監査は 2019 年度から公認会計士による監査を導入している。窓口の収納業務は規定に沿って対応され、電子カルテとレセコンが連動しているためスピーディに行われている。委託業務は ISO に基づいた内部規定に沿って対応している。担当者による取引先評価に基づいて、見直しの必要がある場合は、会議で検討する仕組みがある。

施設管理は日常点検と保守管理は適切に行われ、毎日日報が提出されている。中期事業計画には経年劣化や新規設備等も明示されている。購入物品の選定、過程、使用期限の管理等規定に沿った管理が行われており、発注者と検収者の区分など内部牽制制度も確立されている。

火災時等の緊急時の対応は体制があり、消防法等に沿った訓練も実施される。大規模災害対応については、患者分非常食が3日分、飲料水が900ℓ備蓄されている。保安業務は、常勤の保安要員を3名確保し、交代制で常時2名の配置ができるようにしている。医療事故発生時の対応手順は整備され、再発防止に向けた仕組みが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護師について通信制を含め3校対応している。その他、高校生の看護体験、中学生の職場体験など幅広く実施している。研修医、薬学師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士の学生実習を受け入れている。

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	S
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	B
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
1.4	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	S
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	S
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	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	B
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	S
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	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	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	S
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： 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：医療法人崇徳会 田宮病院

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：新潟県長岡市深沢町2300

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	0	0	-60		
精神病床	419	396	-23	88	208.7
結核病床					
感染症病床					
総数	419	396	-23		

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	10	+4
精神科救急入院病床	48	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床	288	+0
認知症治療病床	60	-23

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

