

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25日～1月26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1971年に開設され、病床数の増加に加えて老人保健施設やグループホームなど様々な社会資源を有されるようになった。病棟はそれぞれ機能が明確になっており、精神科救急から慢性期退院支援への取り組みや、認知症への対応など幅広く地域のニーズに応えるべく活動されている。法人内には多岐にわたる介護サービスが整備されており、軽度認知障害へのリハビリテーション活動への取り組みなど認知症のどのレベルでも利用できる体制が整備されている。また、精神科救急について常時受け入れる積極的な取り組みを行っている。

今後は後期研修医の入職や修正型ECTの導入予定があり、診療機能の活性化を図っている。また、時代の変化に伴う地域のニーズを敏感に感じ取り、将来計画も策定されており、病院のさらなる発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は明文化されており、執行部会で見直し・検討を行っており周知している。病院管理者・幹部は病院の将来像を中・長期計画等で具体的に明示し、職場環境の整備に努めるなど十分なリーダーシップを発揮している。意思決定会議である執行部会は毎月開催され、決定事項は医局会・管理運営会議を通じて職員へ周知している。情報管理課を設置し情報管理システムの運用に必要な諸規程を整備しており、文書管理についても一元管理している。就業規則等の諸規程は、院内LANなどで職員への周知を図っている。

医療法・施設基準等に必要な人員は確保されており、安全衛生管理が行われている。離職率減少への取り組みとして各職種では業務軽減を図り、執行部会では離職

率の把握に努めている。職員の意見・要望は自由に意見が発信できる体制を整備しており、対応する仕組みがある。

全職員に必要な教育・研修は教育委員会において立案・実施している。職員の能力評価、能力開発として、「働き方考課」「業務考課」による新しい人事考課制度を検討している。

3. 患者中心の医療

患者の権利について明文化されており、院内外へ周知されている。説明・同意については手順が整備されており、診療計画・看護計画が共有されている。セカンドオピニオンについて確実に対応している。患者支援体制は医療相談室に専任の精神保健福祉士を配置し、多様な相談への対応は精神保健福祉士を中心に関係部署と連携して患者支援に取り組んでいる。患者虐待対応は、病院機能に応じたマニュアルとして連絡体制等について明文化されるとさらに良い。患者の個人情報・プライバシーは、確実に保護している病棟での倫理的課題はカンファレンスで収集・検討されており、解決困難な場合は人権委員会で検討する仕組みである。

患者・家族の利便性には配慮されており、施設はバリアフリーで高齢者へ配慮している。療養環境は整備されており、廊下も幅広く快適な空間が提供されている。敷地内全面禁煙であり、院内に禁煙ポスターを掲示し周知している。職員への受動喫煙防止については入職時オリエンテーションで啓発を行っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱で収集され、内容を検討し結果を掲示でフィードバックしている。診療の質の向上については医局会での症例検討やクロザピン・ECT 導入事例検討が行われている。臨床指標も収集・検討されている。業務の質改善については職員意見箱や職員アンケートで収集され、部門横断的に検討されている。新たな診療後術の導入については検討の場が確立している。

診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は記載基準が定められ、確実に記載されている。質的点検が行われ、退院時サマリー作成率は100%を維持している。多職種による取り組みは多職種カンファレンスや各種委員会活動により行われている。

5. 医療安全

医療安全については医療安全対策委員会が組織され、専従看護師を軸にして院内の情報収集・検討が行われている。院内のインシデント・アクシデントの報告はシステム化されタイムリーに共有される仕組みがある。重大事故に繋がる事例は発生現場の確認がなされ、毎月開催の委員会や部会で再発防止策を検討している。

誤認防止策は手順が整備され、現場で順守されている。情報伝達については指示出し・指示受け・実施が確実に行われている。薬剤の安全な使用についてはアレルギー・禁忌薬剤は明確にされており、向精神薬の保管が確実に行われている。劇薬・ハイリスク薬が明示されている。転倒・転落については入院時にアセスメント

を行い、看護計画に反映させ危険度に応じた対応を行っている。医療機器の管理・点検は確実に行われている。急変時の対応については身体・暴力のコードが定められ、救急カートの点検が実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に対しては感染対策委員会が組織され、下部組織に ICT があり体制は確立している。院内の感染情報は委員会で収集・検討されている。また、分離菌・抗菌薬感受性についても収集・検討されている。アウトブレイク時の対応は明確である。

病棟では感染対策マニュアルが順守され、適切な感染対策が採られている。抗菌薬使用に際しては必要に応じて分離菌・抗菌薬感受性が把握され、結果に応じて抗菌薬が選択されている。院内での抗菌薬使用状況は感染対策委員会で報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌を定期的に発行し、連携機関等へ配付している。また、広報誌をホームページに掲載している。診療実績は毎月更新し、病院の必要な情報とともにホームページに掲載している。地域連携活動に積極的に参加して、地域の精神科医療の役割を果たしている。医療連携については医療相談室が担い、地域の医療ネットワーク協議会を通じて、医療機関や福祉施設などの情報を把握し、医療ニーズについて情報を収集している。認知症については認知症疾患サポートセンターを設置し、認知症専門医、認知症認定看護師、精神保健福祉士など認知症の専門スタッフがチームとなって総合的な支援を行っている。施設間の紹介・逆紹介を行っている。地域への教育・啓発活動は地域医療機関、地域ケアマネージャー連絡協議会などで講演を行っている。地域への医療知識に関する研修会は、安全対策委員会の CVPPP チームによる暴力対策プログラムの研修会、認知症サポートセンター担当者による認知症疾患医療や認知症の方への介護技術の向上を目指した研修会を開催しており、積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、病院案内・ホームページ・院内掲示等で周知している。受付から診察、会計などの流れはスムーズである。外来診療については予約制の導入によりスムーズな受診体制が採られており、また認知症専門外来もあり疾患に応じた確実な取り組みが行われている。入院に際しては精神保健福祉法が順守され、各種の検査・処置についても説明・同意取得は確実に行われている。

各種アセスメントに応じて看護計画が立案され、診療計画についても主治医より説明が行われている。病棟には精神保健福祉士が配置されており、迅速な相談体制も整備されている。入院時の説明や入院後の処遇について患者の思いを尊重している。投薬・注射については誤認防止策が順守され、服薬指導が必要に応じて行われている。薬物療法については CP 換算値が主治医にフィードバックされ、最小化へ

取り組んでいる。輸血・ECTは手順が整備され、説明・同意取得が確実に実行されており、安全に実施されている。褥瘡・栄養管理はアセスメントをもとに多職種による取り組みが行われている。リハビリテーションについては急性期・慢性期ともに個別対応を重視して行われ、ADL低下に対しては理学療法士・言語聴覚士による対応が可能である。隔離・拘束については手順が整備され、観察・記録も確実に実行されている。特に拘束を最小限にする病院方針があり、最小化へ積極的に取り組んでいる。退院支援については入院時より退院に向けた情報収集を行い、多職種カンファレンスで活用し退院後の診療・ケアの充実に繋げている。退院後の継続した診療・ケアについては生活サポートセンターの多彩なプログラムや、法人内の訪問看護ステーションによる積極的な介入がなされている。また、法人内には就労支援施設やグループホームなど多くの介護サービスが整備されている。法人全体で病状に応じて様々な段階での社会資源利用が可能であり、充実した退院後の選択肢を提供している。患者・家族の意向を尊重した方針を明記したマニュアルを整備し、ターミナルステージの対応を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については薬剤保管状況や疑義紹介・調剤・調剤監査体制は確実に実行されている。注射薬も一施用ごとに取り揃えられ、院内への情報提供や副作用収集体制が整備されている。臨床検査機能・画像診断機能については病院機能からみて適切に発揮している。栄養管理機能については、患者の要望や嗜好を取り入れるために、定期的な嗜好調査、病棟へのミールラウンドは毎日実施しており、患者の特性や嗜好に配慮した食事の提供に努めている。リハビリテーション機能については精神科作業療法が積極的に行われ、マニュアルが整備されている。理学療法士・言語聴覚士が在籍しており、身体的リハビリテーションを積極的に行っている。診療情報管理機能については電子カルテを導入し、診療情報の一元的管理を行っている。システムダウンやランサムウェアから電子カルテを守る対策を確実に実行している。医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能は病院機能からみて適切である。

精神科救急については常時受け入れる体制であり、緊急措置・措置入院へ積極的に応需している。空床を確保するためのベッドコントロールの対応や、総合病院のリエゾン診療の介入により自殺企図患者の入院対応など精神科救急への対応は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は適正な会計処理であり、予算管理や財務諸表の作成について確実に実施している。執行部会で経営状況を把握・検討し、管理運営会議で対策を講じている。窓口収納業務からレセプト請求に至る一連の業務は確実に実行しており、レセプトの返戻・査定については、医局の協力で円滑に行っている。未収金の管理については個人台帳を作成し、損金処理は稟議決裁承認により処理している。委託業者の選定は執行部会で選定会議を行い、物品購入の品質や価格について検討して

おり、必要に応じて委託業者との面談の機会を設けている。

施設・設備の管理は日常点検・定期点検を行い、整備記録・点検記録を管理している。必要に応じて緊急連絡表による業者への連絡体制を整備している。物品管理については経費削減委員会を適時開催し、物品購入などの見直しを行っている。

災害時は、災害対応危機管理マニュアルを策定し、緊急時の責任体制や連絡方法を明確にしている。保安全管理については、院内暴力への対応として緊急コールを整備しており、緊急時の連絡は緊急連絡網を整備している。医療事故発生時の対応手順は明確で、組織的な検討が行われる体制を整備している。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は多職種で受け入れており、実習の受け入れ窓口は各部署が担当し、事務部門において実習依頼元との実習委託契約を一元管理している。臨床実習については、医療安全、感染制御、事故発生時の対応や個人情報保護、守秘義務についてオリエンテーションを実施している。

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	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	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	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	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	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	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	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	A
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	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	S
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	A
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 B

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： 2021 年 1 月 1 日 ～ 2021 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人重仁会 大谷地病院

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：北海道札幌市厚別区大谷地東5-7-10

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	50	50	+0	97.8	210
医療保険適用	50	50	+0	97.8	210
介護保険適用					
精神病床	265	265	+0	93.9	141
結核病床					
感染症病床					
総数	315	315	+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	60	+0
緩和ケア病床		
精神科隔離室	34	+0
精神科救急入院病床	46	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床	109	+0
認知症治療病床	50	+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： 0 人 2年目： 2 人 歯科： 0 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

平成27年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		181.52	177.95	178.83	102.01	99.51
1日あたり外来初診患者数		2.96	2.78	2.64	106.47	105.30
新患率		1.63	1.56	1.48		
1日あたり入院患者数		284.68	297.67	298.44	95.64	99.74
1日あたり新入院患者数		1.63	1.87	1.72	87.17	108.72