

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9月3日～9月4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1955年に福島県唯一の公立単科精神科病院として開設された。その後、改革や試行錯誤を繰り返しながら、県南地区中心に社会復帰重視の先進的な医療を提供している。早くから精神科作業療法、精神科デイケア、精神科訪問看護を取り入れ、現在は訪問看護ステーションや認知症疾患医療センターを有している。児童思春期外来では、豊富な経験と知識から共に成長することを目的とするペアレントトレーニング、家族会、料理クラブなど、多様なプログラムによる治療実績があり評価したい。また、県立病院改革プランである措置入院患者や処遇困難患者の受け入れ体制の充実強化、心身喪失者等医療観察法に基づく患者への支援などにも取り組んでおり、職員が県の精神科医療の生き残りを懸けて病院の経営改善や安定基盤の確立に不惜身命の精神で挑んでいる姿勢は評価したい。

2022年には新病院が開設予定であり、今後も快適な医療環境の下で地域ニーズに応え、貴院が県精神科医療のトップランナーとして邁進することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は親しみやすく分かりやすい表現で明示され、職員の行動規範として組織内に浸透している。職員には病院改革プランを具体的に示し、課題解決に向けて組織的に取り組んでいる。管理者はじめ幹部は新病院の将来像を具体的に示し、経営の安定基盤の確立、強力な組織力の構築、優秀な人材育成などにリーダーシップを遺憾なく発揮している。管理者と各責任者との会議で情報の共有化を図り、事業計画の目標達成に精励している。診療情報は県の情報管理システムに沿って、情報管理業務を円滑かつ効率的に運営している。また、院内文書は県の文書管理規程に基づいて適切に行っている。

人事・労務管理は必要な人材確保に努め、働き方改革を検討している。衛生委員会は毎月開催し、定期検診や職員への精神的なサポートの実施など適切に行っている。意見・要望は職員がいつでも自由に発言できる体制があり、職員が意欲を持って業務に取り組める職場環境である。教育・研修は看護部の教育担当者が年間研修計画に基づいて全体の教育・研修会を積極的に行っている。地方公務員法による新たな人事評価制度で能力評価を行い、意欲のある職員の能力開発に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示、ホームページ、病院案内などで患者・家族や職員に周知している。今後は、患者からの診療録の開示請求に対して迅速に対応できるシステムの構築に期待したい。説明と同意は患者に分かりやすく丁寧に実施しており、入院、隔離、拘束、ECT 治療の同意書は診療録で管理している。診療・ケア情報は多職種カンファレンスで情報の共有化を図ると共に、児童・思春期の心理教室や保護者を対象にした家族教室を行い医療への患者参加を促している。患者支援体制は総合相談・地域連携室が様々な相談に対応しており、児童虐待、高齢者虐待、配偶者からの暴力虐待が疑われる場合には対応マニュアルを整備するなどしている。県の個人情報保護規程を遵守し、県の情報セキュリティ研修会や院内研修会を実施している。入院案内、ホームページでも個人情報やプライバシーの重要性について周知を図っている。USB 使用の規制対策もあり適切である。臨床倫理の方針は、研究倫理委員会が倫理的配慮に努めている。毎年、臨床倫理の院内研修会を開催しており、患者・家族の抱える様々な倫理的課題は主任会議で検討している。

歯科診療、食堂、売店、洗濯機など入院生活への配慮、病院へのアクセス、生活延長上の設備やサービスは適切である。病院全体はおおむねバリアフリーであり、手摺りの設置や車椅子の準備など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。広大な土地に管理棟・診療棟、3つの病棟・作業療法棟、生活療法棟が立ち並ぶ景観の中で、遥かに山々を眺望できる療養環境は最適である。2019 年から敷地内禁煙を実施している。

4. 医療の質

外来および各病棟に投書箱を設置し、毎月回収している。意見は「患者さまの声チーム」やサービス向上委員会が活動し、回答を掲示している。また、外来・入院患者を対象にアンケートを実施するなど、質改善にも取り組んでいる。症例検討会は随時開催し、診療ガイドラインを必要時に使用している。業務の質改善には、医療機能評価を継続的に受審しているほか、精神保健福祉士法、医療法、消防法などによる行政の立入検査にも適切に対応している。新たな診療・治療方法として、難治性疾患の治療としてクロザピンの導入を積極的に行い、運営委員会や審査会を経て適切に検証している。

患者・家族には各部署に顔写真付きで責任者を明示している。ベッドネームには主治医、担当看護師を記載している。診療録は必要な情報が適時かつ正確に、判読できる文字で記載されており適切であるが、今後は診療録の定期的な質的点検の実

施を期待したい。チーム医療を心がけており、入院時から退院前・退院後の支援まで多職種が関与している。多職種カンファレンスやワーキンググループ活動などを実施しており、多職種が協働して専門性を活かしており、情報共有や治療・療養の向上を図っている。

5. 医療安全

医療安全管理室は患者・家族の安全を最優先に考え、職員の安全確保も包括した安全で質の高い医療の提供に努めている。医療安全に関するマニュアルが整備されている。リスクマネジメントチームが活動し、医療安全に関する院内研修、インシデント・アクシデント報告の分析と対応、情報の共有化を図っている。院外情報は日本医療機能評価機構や配信サービスを活用し、職員に情報提供している。

患者の部位・検体の誤認防止対策は、複数職員のダブルチェックなど、マニュアルに沿って確実にを行っている。医師の指示出し・指示受けなどは、マニュアルに沿って安全かつ確実にを行っている。ハイリスク薬はマニュアルで適切に管理され、薬剤使用時や夜間・休日の薬局への入室は必ず複数職員によるダブルチェックを徹底している。全患者に転倒・転落アセスメントシートでリスク評価を行い、防止策を看護計画に反映している。医療機器は医療機器安全管理者が統括管理を行い、日常点検は各部署で毎日行われている。急変時マニュアルを整備し、緊急コールの設定で急変時に対応している。救急カート内の統一や定期的な点検も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策に関するマニュアルが整備されている。院内感染対策委員会およびICT委員会を設置しており、医療関連感染制御に関する組織体制は確立している。ICTが現場ラウンドや院内外の感染関連情報の収集・分析を行い、感染防止に向けてリーダーシップを発揮すると共に、アウトブレイク時の対応も整備している。また、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策も適切である。感染発生状況は毎月の委員会で把握し、収集データの分析と検討も行っている。

マニュアルに基づき、スタンダードプリコーションなどの感染予防を適切に実施している。感染性廃棄物の処理も適切である。抗菌薬使用ガイドラインを明文化し、抗菌薬の使用状況を把握している。院内感染対策委員会が機能し、起炎菌や感染部位の特定も明確である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌、病院案内、ホームページなどで、病院の将来像や診療実績、医療サービスなどの内容を発信している。「矢吹病院まつり」を毎年開催し、地域団体の出演やバザー開催、体験コーナーなどを通じて、地域住民と深い心の触れ合いの場を提供している。地域医療連携室に専任看護師を配置し、様々な疾患に応需している。紹介・逆紹介とも看護師が病状を把握して迅速な連携を図ると共に、地域ニーズを示すデータを収集・分析して病院の役割を明確にしながら地域の医療機関に情報提

供している。自院の専門性を活かし、認知症研修会や児童講演会などの研修会を実施している。また、専門職の講師派遣など、地域の健康増進に献身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

予約制を導入しており、それ以外の患者には責任番の医師が対応するなど来院患者が円滑に受診できる体制を整えている。外来診療は多職種が連携して適切に行われており、県内唯一の児童・思春期患者の外来および入院治療においては、職員が一丸となって「ふくしまモデル」の構築の促進に積極的に取り組んでおり、高く評価できる。

診断的検査は主治医が説明し、侵襲的検査の同意書を得ている。任意入院、医療保護入院および措置入院は、精神保健福祉士法に沿って適切に行われている。医療観察法への対応手順やプログラムも整備されている。患者の病態に応じた診断・評価を行い、患者・家族の要望を反映した診療計画書を作成している。患者・家族の多くの医療相談には、精神保健福祉士が対応しており医師や看護師との情報の共有を図っている。患者は円滑に入院でき、担当看護師が病棟のオリエンテーションを行っている。病棟は3つの病棟に機能分化しており、個々のニーズに対応して適切な治療環境を提供している。精神保健福祉法を遵守し、入院中の処遇も適切である。

医師は定期的に回診し、チーム医療促進にリーダーシップを発揮している。看護師は看護基準・手順に基づき看護計画の立案とケアを適切に実施している。投薬・注射は確実・安全で、服薬指導、CP換算、単剤化への取り組みも適切である。褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡予防対策に努めている。入院時の栄養アセスメント評価を基に、栄養管理と食事指導をしている。患者の訴えには、バイタルサインや表情変化を把握し、苦痛緩和に努めている。急性期および慢性期のリハビリテーションは、個別性を重視した計画立案と訓練が行われている。隔離・拘束は精神保健福祉士法を遵守し、最小化に努めている。退院支援は入院当初から退院後の患者・家族の意見を踏まえて検討しており、多職種で支援計画を立案している。退院後は外来通院、デイケア、訪問看護などを提供している。ターミナルステージは医師の判断のもと多職種ミーティングを開催し、家族の意向を聞き入れながら適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部における薬剤管理や調剤は適切で、必要な情報を医師・看護師に提供している。必要な検査は適正に行っており、画像診断の撮影には即対応している。夜間・休日の対応も適切である。食事は保温・保冷配膳車で提供し、厨房内の清潔管理も適切である。リハビリテーションは入院当初から積極的に介入しており、定期的に評価の見直しをしている。診療情報管理は規程に基づき行っており、診療録は一元的に管理されている。医療機器は担当者による定期点検を行い、緊急時の対応も整備している。洗浄・滅菌は物理的および化学的インディケーターで質保証して

いるが、今後、生物学的インディケーターによる精度管理に期待したい。

病理診断は適切に実施されており、薬品の保管・管理も適切に行われている。救急医療は地域の精神科救急輪番制に参加しており、輪番以外の場合にもかかりつけの患者を原則的に受け入れるなど、県立病院としての使命を果たしている。

10. 組織・施設の管理

毎月の主任者会議で予算管理、経営状況を把握している。県の財務管理規程により財務諸表の分析と対策を行い、安定した経営基盤の確立に向けて組織全体で取り組んでいる。窓口業務は医事課職員が受付から会計、診療報酬業務など広範囲に及ぶ業務を迅速かつ適正に行っている。業務委託は厳正に委託業者を選定しており、委託従業員の教育も徹底している。

施設・設備管理は、総務担当者が定期点検やラウンドで適正に管理し、廃棄物の処理も適切である。医薬品の在庫管理や使用期限の確認は適切であり、診療材料なども県のSPDによる供給と在庫管理を行っている。

防災マニュアルを整備し、防災訓練も消防署の指導で定期的に行っている。夜間・休日は警備員が保安業務を行い、緊急時の連絡体制も整備している。医療安全管理委員会が医療事故の防止を図っており、事故発生時には県病院と連携するシステムになっている。

11. 臨床研修、学生実習

医学生、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士の実習施設として、実習教育の質向上に意欲的に取り組んでいる。医療安全、医療関連感染制御、実習中の事故対応、実習時の患者への同意などは適切に行っている。

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	B
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	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	B

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	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	S
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	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	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	A
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	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 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 福島県立矢吹病院
 I-1-2 機能種別： 精神科病院
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 福島県西白河郡矢吹町滝八幡100

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	196	146	-3	68.3	221
結核病床					
感染症病床					
総数	196	146	-3		

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	14	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	44	+0
精神療養病床		
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

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	91.52	82.23	68.19	111.30	120.59
1日あたり外来初診患者数	1.99	1.57	1.03	126.75	152.43
新患率	2.18	1.91	1.51		
1日あたり入院患者数	99.79	108.74	117.09	91.77	92.87
1日あたり新入院患者数	0.45	0.57	0.52	78.95	109.62