



ご購入ありがとうございます

1月21日(木)

発行所 長野日报社

〒392-8611 諏訪市高島3 ☎0266-52-2000(代)

©長野日报社2016

こころの医療センター(駒ヶ根)認定

チーム診療・ケアを实践

病院機能評価

駒ヶ根市下平の県立こころの医療センター駒ヶ根(樋掛志彦院長)は、精神単科病院として県内で初めて病院機能評価の認定を受けた。病棟の改築や電子カルテの導入等でハード整備が終わった同センターが、医療の質の第三者評価でも一定の水準を満たした。特にチーム医療による診療・ケアの実践で高い評価を得た。(倉田高志)



認定証を手にする県立こころの医療センター駒ヶ根のスタッフ

客観的な評価を受けることで医療の質の向上やサービスの改善、医療と病院経営の透明化に役立てようと、2014年2月から受審に向けた準備に着手。同年4月に樋掛院長がキックオフを宣言した。以降、院内巡視や模擬審査などを行いながら、職員一丸となって院内の療養環境を整え、マニュアルや基準の見直しを行ってきた。審査は昨年9月に行われ、12月に認定が決まった。認定期間は5

年。第三者機関の日本医療機能評価機構が審査した。評価対

象は▽患者中心の医療の推進▽良質な医療の実践1▽同2▽理念達成に向けた組織運営の4領域で、約90項目について評価付けされた。審査では、患者の視点に立った医療の実践の評価として受診から退院までのケアプロセスが重視され、見える化された記録に基づいた監査が行われた。チーム医療の在り方が問われる内容で、治療開始についてチームの中で話し合

って決めたかどうかや、治療の際の患者への説明と同意、治療に対する評価とその繰り返しなどが求められたという。「精神科病院の中では難しさがあつたが、そこを評価していただいたことは、次のステップにつながる自信になる」と担当者。今後は院内で「自己評価を行うための組織を作り、内部監査を通してさらに医療の質を向上させていく

方針だ。精神科病院は転換期であり、治療の仕方そのものも大きく変わりつつある。同センターの森腰孝之事務部長は「県立病院として多くの精神科病院に情報を提供し、参考にしていただけのようなものをつくってあげれば、県全体の精神科医療の質を上げることができる。機能評価の認定を受ける意義はそんなところにある」と強調している。

病院機能評価
審査結果報告書

2015年度実施

長野県立こころの医療センター駒ヶ根

訪問審査実施日 2015年9月10日～9月11日

公益財団法人

日本医療機能評価機構

ご 挨拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

当機構の医療機能評価事業は、評価によって明らかになった問題を改善することによって、病院サービスの質の向上を図ることを第一の目的としております。本報告書が貴院の業務の改善と患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 井原 哲夫

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

- ご挨拶
- 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- 総括
- 評価判定結果

2. 報告書の内容

（1）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（2）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で3ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

中項目評価は4段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

- ※ 評価結果のNAは、対象となった病院の機能に照らして当該評価項目で求めている機能を有さないことが妥当と判断される場合に付されるものです。Not Applicable（非該当）の略です。

施され、職員意見箱や満足度調査などを活用して働きやすい職場環境の整備に努めており評価できる。

職員の教育・研修では、教育研修委員会と各委員会が連携して多くの研修が計画的に実施されており、アンケートや複数回の研修の実施などの工夫により研修の効果を高めている。院外の学会や研修会への参加の奨励や図書整備も適切であり、教育・研修への取り組みは評価される。

3. 患者中心の医療

患者の権利については「患者さまの権利と責任について」が明文化されており、院内外への周知は適切である。説明と同意に関する病院の方針は明確で、分かりやすい入院案内やクリニカル・パスなどにより、患者との情報共有を図っている。患者支援体制としては、地域連携室に相談窓口が設置され、専任の精神保健福祉士が多様な相談に対応している。個人情報・プライバシーについては適切に保護されており、研究等で個人情報を利用する場合の内部牽制体制も確立している。病棟などにおけるプライバシーへの配慮も行き届いている。

臨床倫理について方針は明文化されているが、倫理委員会では臨床研究の検討がほとんどである。病棟では倫理的問題は把握されており、倫理研修を通じて院内事例を収集し始めたところである。今後の倫理委員会での院内事例の検討に期待したい。

よく整備された広くゆったりとした敷地内に、新しい病院が患者の視点で整備され、快適な療養環境が提供されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見や苦情は、院内に設置された意見箱や定期的に行われる患者満足度調査などから収集し、組織的に質の改善に活用している。診療の質については多職種での症例検討や診療部での症例検討会・抄読会などが行われている。臨床指標も検討されており、クリニカル・パスも活用され適切である。

医療サービス・業務改善については各部署での検討を基に運営委員会で部門横断的に検討されている。新たな治療技術については修正型ECCT・クロザピン導入事例があるが、安全な導入については医局会・運営委員会で検討されており適切である。

診療・ケアの責任者は、業務分掌により明確にされており、報告、情報共有は、敏速に行われている。患者に関わる各種委員会は、多職種で行われており連携されているため、協力的である。また、専門的な人材の育成にも力を入れており、チームとして活動していることから、病院のガバナンスが優れているものと評価できる。

診療記録はわかりやすく記載されている。今後は看護記録の質的監査への取り組みや、2週間以内の退院サマリーの完成率向上に期待したい。

5. 医療安全

医療安全管理システムは、組織全体から細部にわたり予防的情報伝達、発生時の対

応、分析、対策の周知、教育が連携しており、専任医療安全管理者を中心に、PDCAサイクルを回している。安全に関する委員会（医療安全管理委員会、リスクマネジメント委員会）は機能的であり、ITシステムの活用も効率的である。職種間の連携がよく、事故防止へ貢献していることは適切である。

情報伝達については電子カルテ上で指示出し・指示受け・実施が確実に行われている。薬剤について、保管やチェック体制は適切であり、持参薬・アレルギー・禁忌薬剤も明確にされている。

転倒・転落の防止についてはリスク評価や事故防止対策などの対応が適切に実施されている。医療機器の安全使用や患者の急変時への対応なども適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会や下部組織の感染対策チームが機能しており、院内情報の収集・検討が適切に行われている。マニュアルも整備されており、アウトブレイク時の対応手順も明確であり発生を防いでいる。

院内感染防止のため、入院患者や面会者に手指衛生の教育を行っている。入院患者の特性から難しい面もあるが、根気よく教育していることは評価できる。

抗菌薬使用については使用指針が整備されており、必要に応じて分離菌・抗菌薬感受性が把握されている。また抗菌薬の使用状況も把握・検討されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信については、ホームページや広報誌、病院年報の発行など、積極的に取り組んでいる。地域連携室を中心に、病院の中期計画の柱としての連携活動が幅広く展開されている。地域住民を対象にした公開講座や出前講座の定期的な開催や病院祭り、市や県の事業への積極的なかかわりやリーダーシップなど、公的な病院であるが病院の規模からみて高く評価できる取り組みが行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は専門性を生かした取り組みが行われている。検査については主治医により確実に評価されており、パニック値も迅速に報告されている。任意入院・医療保護入院での入院の必要性の判断は適切に行われており、法的に必要な手続きも確実に行われている。措置入院・医療観察法入院も適切に行われている。

診療計画については入院診療計画書が迅速に作成され、説明・同意が行われている。入院形態変更時には再発行され、看護計画も病状に応じて見直されている。入院診療計画書の看護記載について個別性のある内容への取り組みに期待したい。患者・家族からの相談や患者支援体制は適切に実施されている。入院中の処遇は精神保健福祉法に則り適切に行われている。

医師や看護師の病棟での責任体制は確立しており、病棟業務は適切に実施されている。投薬・注射については誤認防止策に基づいて行われている。服薬指導・薬歴管理の

取り組みもあり、C P換算についても把握され薬剤量の最小化への取り組みが行われている。修正型E C Tは説明・同意が確実に実行されており、麻酔科医の関与により確実・安全に行われている。

褥瘡の予防や治療については褥瘡対策委員会やN S Tの活動が展開されている。栄養管理や食事指導は管理栄養士を中心に取り組まれている。症状緩和への対応も適切である。リハビリテーションは精神科作業療法が積極的に行われており、急性期・慢性期ともに病期・病棟特性に応じたプログラムが展開されている。

隔離・拘束への対応では、必要な観察や行動制限最小化委員会における隔離・拘束の最小化への取り組みなどが積極的に行われている。各病棟に精神保健福祉士が配置され、退院支援に向けて多職種での活動が実施されている。救急・急性期での積極的な取り組みにより、早期の退院が実現しているが、デイケアや外来作業療法、訪問看護、地域連携の充実などがその支えとなっていることは高く評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤の保管・処方監査・調剤・調剤監査などが確実に実行されている。院内への情報提供や医師への処方提案なども行っており、病棟業務へ積極的に関わっている。臨床検査機能・画像検査機能については適切に行われており、夜間・休日も他病院との契約により確実に実行できるような体制が取られている。

栄養管理機能では、適時・適温給食が実施され、食事アンケートや要望などを取り入れ、食事の工夫に取り組んでいる。リハビリテーションは作業療法士が確保され、手順が整備されており、説明・同意取得・評価などの業務も明確にされている。病棟担当も定められ、病棟特性に応じたリハビリテーションが展開されており適切である。

診療情報管理機能では、電子カルテが導入され、診療情報の一元化が実現している。診療情報管理士が配置され、精神科における臨床指標などの収集・分析の展開が期待される。医療機器管理機能や洗浄・滅菌については適切に実施されている。

精神科救急については長野県唯一の24時間365日の救急体制であり、精神科救急情報センターとしての機能も有している。救急機能を明確に打ち出し精神科救急・急性期治療病棟・児童思春期病棟も整備しており、多彩な救急患者を受け入れる体制を築いている。精神科救急への積極的な対応や重要な拠点となっていることは高く評価したい。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、県立病院機構の本部と連携して、会計処理から財務諸表の作成、分析と病院運営会議などでの検討が適切に実施されている。医事業務の実務的な分野は委託であるが、管轄する部署との連携により、受付や収納業務、請求事務などが効率的に運営されている。業務委託の管理や物品管理については、県の契約事務規程に則り、必要な見直しやチェックが行われている。

施設・設備の管理は担当部署が総括して、専門業者による保守点検などが計画的に実

施され、緊急時の対応体制も整備されている。災害時対応マニュアルに基づき、消防や地域住民の参加による防災訓練が実施され、地域の防災の拠点としての役割も果たしている。医療事故等の発生時への対応体制や事故調査委員会の仕組みなども整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

県立看護大学をはじめとする看護系の学生実習、および作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士などの医療スタッフの学生実習を行っている。医療安全や感染対策、個人情報保護などの基本的なオリエンテーションをはじめ緊急時の対応など、安全で良質な学生実習の実現に努めている。

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 「患者さまの権利と責任について」が明文化されており、院内掲示、ホームページ、パンフレット、研修などで適切に周知されている。診療録開示規程は整備されており、開示実績もある。
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 説明と同意に関する病院方針は「医療行為における説明と同意に関する指針」に明示され、説明は精神保健福祉法に則り患者や家族にわかりやすく、丁寧に行われている。同意書は、プリントアウトした書式に患者または家族の自署サインがなされ、原本が患者へ渡されており、複写が院内保管になっている。セカンドオピニオンへの対応方針も明確である。
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 患者が持参する紹介状、地域連携室が受ける相談から把握する患者背景、精神保健福祉士が行うインタビュー等から、医師・看護師は情報を得て治療方針決定の材料にしている。また、決定した治療方針は、クリニカル・パスや診療計画書等で説明し、患者・家族と情報を共有している。現在パスは、5種類作成されており、患者参加が促進されている。患者の疾病学習用にDVDも使用されている。服薬指導も行われており適切である。
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 地域連携室に総合相談窓口が設置され、専任の精神保健福祉士が配置されている。相談窓口が分かりやすく案内され、多様な相談に迅速に対応する体制が確立している。また、児童・思春期の精神科専門治療対応施設として、児童虐待対策にも積極的に取り組んでおり評価できる。
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 長野県の個人情報保護規程があり、研修で周知されている。USBが使用できるパソコンは決められており、研究等で情報が必要な場合は管理者の下で取り出す仕組みであり、内部牽制ができています。診療上や病棟などでの療養生活上のプライバシーについても適切に保護されている。
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	B 外部委員が含まれる倫理委員会があり、臨床倫理の方針も定められているが内容は一般論的である。臨床研究規程も整備されている。倫理委員会での検討事例は臨床研究に関するものがほとんどであり、院内事例については、倫理研修で職員から集められた倫理的問題を今後は検討していく予定である。今後の倫理委員会での倫理的問題の検討に期待したい。

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	新病院の開設に合わせ、広報体制をリニューアルし、より積極的な広報と情報公開を目指している。ホームページの充実や新しい広報誌の定期発行、病院年報の作成・発行など、事務局の管理のもとで広報委員会を中心に組み立てており適切である。
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	日常診療に関する連携業務については、副院長が室長である地域連携室が実務的に対応している。紹介・逆紹介についても連携室が一元的に管理している。県立の精神科専門施設として、関係行政機関・大学や地元の関係者、患者・家族などをメンバーとする「病院運営協議会」が年2回開催され、現状把握とともに情報の収集や課題の検討が行われている。地域の関係機関へは連携室担当者だけでなく、院長や副院長も訪問するなど、地域連携への取り組みは適切である。
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	地域住民を対象とした公開講座や出前講座を、それぞれ年4回実施している。また、地域住民参加の病院祭も開催され、多くの参加者がアルコールパッチテストや病院食の試食など、病院の取り組みや健康増進についての理解を深めている。市の認知症対策ネットワークに協力医療機関として参加するだけでなく、「初期集中支援チーム事業」へのスタッフの派遣などにも力を入れている。また、県内の市町村が実施する研修会や講演会への講師の派遣などにも積極的に対応しており、大いに評価できる。

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	医療安全管理室は、院長直下の組織であり、室長は副院長が兼務し、医療安全管理者は、専任で看護副部長が配置されている。安全管理者の権限は明確である。医療安全管理委員会の下部組織にリスクマネジメント部会が置かれ、各委員会は月1回会議を開催している。また、両委員会が連携を取り効率よく活動している。他の委員会とも連携が取れており、重要なインシデント・アクシデント等は、院長に報告される仕組みになっている。口頭指示は、原則禁止、やむを得ない場合は復唱するルールがある。
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	ITシステムにインシデント報告システムが組み込まれており、誰でもが発生部署から簡便に報告できる体制である。各部署のリスクマネージャーは、いつでも発生したインシデント報告等を見ることができる。レベル5の重大事故情報でも情報制限を掛けることなく職員に知らされるため、職員は常時正確な情報を得ることができる。インシデント等の分析は、リスクマネージャー部会で行われ、医療安全委員会で対策が決定されており適切である。なお、医師・薬剤師のインシデント報告件数が少ないが、より積極的な報告と情報共有を期待したい。

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	院内感染対策委員会が組織され、下部組織に感染対策チームがあり体制が確立しており適切である。マニュアルは整備されており、必要時には見直しも行われている。
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	委員会で週報を基にした情報が検討されており、分離菌・抗菌薬感受性なども把握・検討されている。院外・院内の情報が感染対策ニュースで提供されており適切である。アウトブレイクの基準や対応策も明確であり、ノロウイルス・インフルエンザについてはフェーズ表による対応策が取られている。現在までアウトブレイク事例はない。
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	外来や病棟に意見箱を設置し、毎日総務担当者によってチェックされている。対応などについては必要に応じて月例会議で検討され、回答は専用ファイルで掲示されており誰でも閲覧が可能である。また、患者満足度調査を実施して、その結果も広報誌などで公表するとともに、病院運営会議で検討するなどの組織的な対応が実施されている。
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	症例検討については、毎朝の多職種による新入院紹介や診療部での毎月の検討会・抄読会が行われている。臨床指標は様々データが取られており、経年的な検討が行われ、年報にもまとめられている。クリニカル・パスはアルコール依存・薬物依存・統合失調症・感情障害等が導入されている。
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	A	医療サービスや業務改善については各部署で検討され、最終的には運営委員会で部門横断的に検討・承認が行われており適切である。立入検査についても迅速な対応が行われている。
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	修正型ECTやクロザピン導入などが行われているが、医局会・運営委員会で倫理面や安全面などの検討がなされ、研修への参加支援なども積極的に行われており適切である。

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	広い敷地が確保され駐車場・駐輪場が整備されている。病院専用の無料送迎バスが運行されている。売店や喫茶室、理容なども整備されており、入院生活をサポートしている。
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	2011年度に全面改築された新病院は全体がバリアフリー仕様となっている。外来や病棟には車椅子が準備され、いつでも使用可能である。シャワートイレや車椅子対応の洗面台・トイレなどが整備されている。
1.6.3	療養環境を整備している	S	緑に包まれた広くのびやかな環境が確保されている。院内は清掃が行き届き、診療・ケアに必要なスペースが十分確保されている。外来や病棟の壁面や空間を活用して、地元写真家による写真の展示などもある。4床室はユニット式で個室感覚の快適な空間が確保され、病室の窓には障子、ダイルームの照明には和紙のシェードなどが使用されており、柔らかな雰囲気作り出されている。トイレや浴室の清潔性・安全性、保護室の環境なども適切に整備されており、療養環境は高く評価される。
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	建物全館が禁煙で、建物外に一部喫煙場所が設置されており、分煙が徹底されている。ポスターなどの掲示による禁煙啓発を実施している。職員の喫煙率も年々低下しており、今後、敷地内全面禁煙に向けての検討を継続していく予定である。

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	責任者氏名は、各病棟入口に明示されており、入院時に担当医師、師長、担当看護師が挨拶し、入院の説明を行っている。患者に関わる他職種の説明もなされている。病棟責任者の業務内容は、業務分掌に明示されており、適切な管理がなされている。また、毎朝8時30分から病院全部署の代表職員が一堂に会し情報交換および不在医師の代行者の周知を行っており、全部署が院内診療体制や当日の予定等を把握していることは、高く評価できる。月2回院長と副院長の回診が行われており、管理者は確実に患者把握をしている。
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B	診療記録は電子カルテ上で確実な記載が行われている。退院時サマリーの2週間以内の作成率は以前は50%程度であったが、訪問審査の数か月前には約80%、直近の1か月は95%であり、今後の継続に期待したい。質的監査は医師については医師同士のチェックシステムがある。看護記録については現在体制を検討中であり、今後の質的監査への取り組みに期待したい。
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	患者誤認防止マニュアルが成文化されており、職員は遵守している。入院患者の外来受診や検査においては、必ず看護職員が同行し、臨床検査技師等に引き継ぐため、患者確認のダブルチェック機能を果たし誤認防止に努めている。同姓同名患者の与薬ボックスは、ラインが引かれ注意喚起されている。検体誤認防止は、検体採取部署のスタッフと検査室がダブルチェックで確認している。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	指示出し・指示受け・実施は電子カルテ上で確実に行われている。口頭指示の手順も明確であり適切である。
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	アレルギー・禁忌薬剤などは電子カルテ上で分かりやすくなっており、薬歴で重複投与などもチェックされている。ハイリスク薬は明確に定義されており、明示もなされている。病棟薬剤も適切に保管され、看護師・薬剤師によるチェックが行われており適切である。

2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	入院時に全患者の転倒・転落リスクのチェックを行っており、リスクの程度に合わせ事故防止対応を行っている。ベッドの高さ調整、低ソファの使用等、備品にも留意されている。ナースコール板で転倒リスクの高い患者には、分かりやすくテントウムシシールが貼られており、コール対応時の対応にも配慮されている。転倒・転落防止のための、安易な身体抑制は見受けられない。また転倒・転落は、インシデントとして医療安全管理室に報告され検討されている。
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	輸液ポンプ5台が中央管理されており、中央材料室に置かれている。使用後は、各部署が清掃し、滅菌室担当者に渡す。在庫状況は、ノートで管理している。2週間に1回、担当看護師が機器の作動状況を確認し、1年に1回他の県立病院の臨床工学技士が点検している。業者点検は、年度点検計画の中で状況に合わせて行われている。心電図モニター、AED等は部署管理になっているが、点検は上記同様に定期的に行われ、点検記録がある。
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	緊急時は院内25か所に設置された非常用のブザーにより緊急召集する体制である。救急カートは外来・各病棟に設置されており、カート内の医薬品は統一され、薬剤師によって定期的に点検されている。全職員対象の救急研修会も実施されており適切である。なお、非常用ブザーだけの召集では、身体的急変か暴力行為などの区別がつきにくいなどの課題については、今後の検討を期待したい。
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	PPE（個人防護用具）は、必要時すぐに使用できるように整備されており、使用器具の一次洗浄時に着用している。感染性廃棄物の区分けはルールに基づいて行われている。汚染リネンは、全て、細菌・ウイルス飛散防止袋に入れ、業者へ出している。手指消毒は、携常用容器に消毒液を入れ持参し、必要時使用している。なお、消毒液の詰め替えが行われているが、消毒液の使用状況のモニターを含めて検討が期待される。
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	抗菌薬使用手順が整備され、特別な抗菌薬は届出制である。抗菌薬の使用状況も把握され、院内感染対策委員会で検討されている。長期使用の場合は薬剤部からチェックが入る仕組みであり、必要に応じて分離菌・抗菌薬感受性が把握されており、適切である。
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	病棟における倫理的問題は把握されており、カンファレンスで問題が検討されている。解決困難な場合は倫理委員会で検討する仕組みである。今後、倫理委員会での活発な議論が期待される。

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	褥瘡対策委員会、栄養委員会、院内感染対策委員会、医療安全管理委員会等、多職種で行っており、検討された内容は、病院運営会議に報告される。職種間の連携が強く、協働体制が取られている。専門的な人材の育成にも力を入れており、チームとして活動していることが窺える。
--------	------------------------	---	---

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	受付から外来診察、会計に至る手続きや流れは適切に実施されている。定期的に外来患者満足度調査を実施し、待ち時間の実態把握に努め、予約制などの導入により着実に待ち時間の短縮を図っている。受付だけでなく、外来看護や地域連携室との連携により円滑な診療体制の確保に努めている。
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	外来診療については、一般の診療以外にアルコール・薬物依存・児童思春期外来が行われており、専門性を活かした取り組みがある。予約制の導入により待ち時間を少なくする配慮も行われており、適切である。
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	侵襲的な検査はないが、必要に応じて検査がオーダーされ、結果も主治医により確実に評価されている。パニック値もすぐに主治医へ報告される仕組みであり適切である。
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A	任意入院の同意能力の判断は確実に行われ、診療録に記載されている。告知や法的に必要な書類、閉鎖病棟へ入院する場合の同意書なども確実に取得されており適切である。
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A	医療保護入院は精神保健指定医により確実に判断されており、告知や法的に必要な書類なども確実に取得されている。多職種カンファレンスでの継続の必要性あるいは入院形態変更への取り組みも行われており、適切である。
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A	措置入院は閉鎖病棟で処遇されており、病棟外へ出る場合は2名以上のスタッフが付き添う仕組みである。病院管理者により定期的に回診が行われ措置患者の状況が把握されている。病状が安定すれば早期に入院形態を変更する方針であり適切である。
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	医療観察法入院については、6床のユニット式の専用病棟であるが、指針・マニュアルが整備され、入院治療プログラムに準じて適切に行われている。治療評価会議などの必要な会議などもガイドラインに則り実施されている。
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	入院後に速やかに入院診療計画書が作成され、同意・署名を得ている。入院形態変更時には再発行され、看護計画も病状に応じて変更されている。入院診療計画書の看護記載について画一的なものが多かったため、個別性のある内容へ取り込まれることを期待したい。クリニカルパスはアルコール・薬物依存・統合失調症・気分障害等が用いられている。

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	病棟担当精神保健福祉士がカンファレンスや退院支援会議などに参加し、相談や調整などを積極的に実施している。また、患者・家族への説明時は、看護師が同席し相談も受けやすくしている。退院後の相談は、訪問看護や精神保健福祉士につないでいる。心理的な相談は、心理ミーティングで検討している。相談内容は報告書に記録し、月1回の患者・家族相談月例会議で情報交換を行っている。
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A	入院時のインテークは精神保健福祉士が行い、担当医・担当看護師の説明等へと移っていく。治療計画の説明、入院オリエンテーション、持参薬の確認と、専門職が連携した中で円滑な入院ができています。
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	入院中の処遇に関する規程は明文化され、遵守されている。閉鎖病棟に入院している任意入院の患者の処遇に関しては、口頭で説明されているが、内容の掲示があるとわかりやすいと思われる。行動制限についての研修会が行われており、制限の早期解除に向けてカンファレンスを行っている。
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A	病棟医が定められ、主治医不在時の責任体制も整備されている。多職種カンファレンスや朝会への参加により情報共有が図られている。総合内科・小児科出身の医師による身体的コンサルトの体制もあり適切である。
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	患者のニーズを把握し、適切なケアを提供するために、担当看護師2人体制とする場合もあり、柔軟に運用している。業務基準は明文化されている。中途採用者の研修は採用時から3日間教育を行っている。患者の状態の変化や家族の希望等は、医師やコメディカルに伝えられ、情報共有に基づいて業務が行われている。
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	必要な患者には服薬指導が行われ、薬歴は電子カルテ上で閲覧できる。投薬にあたっては誤認防止策が遵守されており、観察が必要な場合はマニュアルに従って観察が行われている。CP換算については薬剤部で把握されており、主治医へのフィードバックもある。多剤大量療法患者をできるだけ少なくする方針で臨んでおり適切である。
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA	輸血・血液製剤投与は行われておらずNAとした。
2.2.16	電気けいれん療法（ECT治療）を適切に行っている	A	修正型ECTが行われており、非常勤麻酔科医の立ち会いの下で行われている。説明・同意は確実に行われており、事前に麻酔科医には情報が提供されており、麻酔前の評価が行われている。施行や評価については病棟医を含めて複数人の医師により必ず行われており、適切である。
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	褥瘡は、入院時にDESIGN-R（褥瘡評価）でチェックしている。褥瘡対策委員会に加え2015年度から栄養委員会（NST）で患者の状態がチェックされており、適切な食事の提供、体圧分散マット等が使用されている。

2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	2015年度から栄養サポート委員会を立ち上げ、週1回のラウンドを行い、栄養管理を行っている。2泊3日以上入院患者全てに栄養計画が立てられ、管理状況は、患者に関わる医療職と共有されている。また、嚥下機能の評価も行っており、食事形態の変更等で対応していることは適切である。
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A	薬剤治療による患者の苦痛評価を、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて把握している。また、患者とのコミュニケーションや観察から苦痛症状を把握し、適切な職種が対応している。
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	急性期患者ではできるだけ早期に介入して、OTへ導入する取り組みが行われている。個別対応やストレッチ・疾病教育などによる、患者の状態に応じたプログラムが展開されている。最初は2週後、その後は1か月ごとの評価が行われており適切である。ADL低下については個別対応によりベッドサイドでの身体リハビリテーションなども行われている。
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	慢性期患者については慢性期病棟独自のプログラムが展開されており、社会復帰や生活機能向上への取り組みが行われている。評価は半年ごとに行われ、ADL低下患者には個別対応での取り組みがあり適切である。
2.2.22	隔離を適切に行っている	A	隔離の手順・基準は明文化され、精神保健指定医が診察を行い、根拠を診療録に記載している。隔離室は、安全であるとともに患者の快適さも考慮されている。観察は、常時1時間に2回行われており、適切である。隔離の早期解除を目指し、行動制限最小化委員会を月1回開催し検討している。毎朝のカンファレンスでも検討されている。
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A	精神保健指定医による診察のもとに身体拘束を行っている。身体拘束時の説明と同意の手続きも適切に実施されている。身体抑制はマニュアルに明示されている。観察は、1時間に4回行われており、記録されている。行動制限最小化委員会や日々のカンファレンスで早期解除の検討がなされている。
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	全病棟に精神保健福祉士を配置し、患者・家族の意向を確認している。意向に添い、訪問看護や地域のサービスを紹介している。また、退院後も情報を収集し、患者の経過を見守っている。

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	入院中の経過は、関連職種で情報交換される他、毎朝の多職種カンファレンスで周知されている。患者が退院後は訪問看護（9時～17時15分）や訪問診療でフォローし、在宅で療養できるように支援を行っている。またOTは、各病棟に1名配属し外来・入院患者を問わず、デイケアではその患者に合ったプログラムを準備し、参加を促している。プログラム内容は、アルコール・薬物依存、思春期用プログラム、就労支援プログラムなど多彩なものが準備されており、月1回評価している。デイケアが困難な場合は外来作業療法を実施するなど、患者の回復過程に沿ったシステムを構築し実施している。継続した診療・ケア体制の充実が精神科救急の展開や早期の退院に寄与しており、高く評価できる。
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	過去に1件ターミナル患者を看取った経験がある他、入院患者にターミナルはいない。そのため臓器提供の確認を必要としないが、保険証確認時患者の意思確認を行っている。ターミナルになる前に、身体疾患は、他院へ紹介しているが、逝去時の対応などは手順が整備され適切に実施されている。

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	薬品の保管は適切に行われている。処方監査・疑義照会が確実に行われ、記録も残されている。調剤・調剤監査も確実に行われており、調剤過誤の結果も記録され部門内で共有されている。また医師への処方提案も積極的に行っている。注射薬は1施用ごとに取り揃えられ、調製・混合に注意すべき薬剤は払い出し時に注意事項のカードが添付されている。病棟にも注射薬配合変化表が用意されている。持参薬は薬剤部で必ず把握されている。薬事委員会は年に2回であるが、その他で必要性がある場合は医局会への参加で補っている。2015年4月より外来は全て院外処方へ移行しており、今後は病棟業務へより積極的に取り組む方針であり適切である。
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	院内では抹消血液一般・CRP・生化学・薬物血中濃度・下肢静脈エコー・腹部エコー・尿検査・脳波・心電図などが行える体制にある。夜間・休日は他院と契約して行う仕組みが確立している。休日が5日以上続く場合は、診療部と検討の上で出勤日を設けるなどの対応がある。院内では緊急時は20分で検査ができ、パニック値は主治医へ迅速に報告されている。内部精度管理・外部精度管理は確実に行われており、外注業者の精度管理結果も定期的に確認している。臨床検査体制は適切に整備されている。
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	院内ではCT・一般撮影・ポータブル撮影が可能である。待ち時間なく対応できており、夜間・休日は他院と契約して行う仕組みが確立している。また信州メディカルネットで他病院の放射線科医の診断を受けることも可能であり、画像検査機能は適切である。
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	適時・適温給食が実施され、選択食メニューが採用されている。食材の検収から下処理、調理から配膳・下膳・洗浄に至るプロセス、および食器の保管・管理まで、職員の衛生管理や施設・設備の整備も含め適切に実施されている。食事アンケートや要望などを踏まえて、献立の改善に取り組んでいる。
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	リハビリテーションについてはOTが確保されており、手順も整備されている。説明・同意取得も確実に行われている。病棟ごとに担当が定められており、毎朝の申し送りにも参加し病棟との情報共有が図られている。プログラムも病棟特性に応じたものが用意されていて、必要に応じて見直し・検討が行われており適切である。

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	電子カルテが導入され、診療情報の一元管理、迅速な検索などが適切に実施されている。カルテ室が整備され、診療情報管理士により、紙カルテなどの貸し出し管理や量的監査などが実施されており、診療情報管理機能は適切である。また、精神科における臨床指標の収集や分析・検討などが進められており、今後の成果が期待される。
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	輸液ポンプ5台が中央管理になっており、AEDやモニターは部署管理である。点検年度計画が作成されており、年に1度他院の臨床工学技士が点検し、必要に応じて業者点検を行っている。点検は確実に実施されている記録がある。
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	滅菌を必要とする医療機材は、主に鑷子であり他はディスポーザブル製品を使用している。鑷子は使用部署で一次消毒し、他病院で滅菌している。滅菌インディケータは適切である。ディスポーザブルを含めた使用期限の確認は、担当看護師が定期的に行っており、管理状態は適切である。
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	病理診断機能はなくNAとした。
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA	放射線治療機能はなくNAとした。
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	NA	輸血・血液管理機能はなくNAとした。
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA	手術は行われておらず、また麻酔については2.2.16で評価したためNAとした。
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	集中治療機能はなくNAとした。
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S	長野県唯一の24時間365日の救急体制であり、同時に精神科救急情報センターとしての機能も有している。応急入院・緊急措置入院なども受け入れ、常に空床を確保する努力も行われている。精神保健指定医でない医師の当直の場合の、精神保健指定医のバックアップ体制も適切になされている。また病院新築にあたっては病床数を減らし、救急機能を明確に打ち出して、精神科救急・急性期治療病棟・児童思春期病棟も整備し、多彩な救急患者を受け入れる体制を築いており、実績も挙げている。これらの精神科救急への積極的な対応や、地域にとって重要な拠点となっていることは高く評価したい。

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 基本理念と基本方針が明文化されている。また、毎年定期的に見直しの必要性を病院運営会議において検討し、ニーズの変化や状況に的確に対応するように努めている。基本理念・基本方針・「患者さんの権利と責任について」・「職員倫理綱領」などは院内各所への掲示、ホームページやパンフレット、病院年報などへの掲載、新人職員の研修や仕事始めなどでの唱和などにより、病院の内外に周知されている。
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 病院管理者・幹部は長野県立病院機構の基本理念と目標を踏まえて、自らの病院に求められているものを職員に明示し、第1期中期計画の成果と今後の方向性について、全職員に向けての説明会を実施して理解を深めるよう努めるなど、適切にリーダーシップを発揮している。
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A 第2期中期計画のもと、医療の質の向上と、院外との連携の強化をキーワードにして、病院運営の意思決定機関は病院運営会議であり、毎月開催されている。ベッドコントロールをはじめ日々の運営上の具体的な課題の検討から、各部署の業務の調整などは、毎朝開催される830会議が効率的な業務運営の要としての役割を果たしている。必要な委員会や会議体が組織され、議事録が整備されており、相互の連絡・調整も効率的に行われている。
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 情報管理に関する病院方針は明確であり、電子カルテの導入と併せて、多様な診療統計の収集などにも積極的に取り組み始めたところである。情報管理システムの運用については、診療情報管理係が対応し、活用などの課題については、情報化推進委員会がシステムの運用や活用に関する検討を行う体制であり適切である。
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A 県立病院機構の文書管理規程のもと、病院独自の文書管理規程を定めたところである。文書管理は総務課が担当し、各部門の文書管理担当者と連携して一元的な管理を進めている。

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	地方独立行政法人化されたことにより、必要な職員の採用について柔軟に対応できるようになった。医師をはじめ看護師・薬剤師など必要な人材は適切に確保されている。欠員への対応なども、早めにチェックしてタイムリーな採用を工夫している。
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	人事・労務管理に必要な就業規則などの諸規程は、県立病院機構本部が組織的に整備している。時間外や有給休暇などの就労管理についても人事勤怠システムが適切に機能している。
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	安全衛生委員会が機能し、職員の健康診断や公務災害への対応、職業感染への対応などが適切に実施されている。職員のメンタルヘルスサポートについては県の相談窓口の周知、各部署への相談員の配置などの対応が取られている。ハラスメント対策では、2014年度に院長が「ハラスメント撲滅宣言」を発表し、研修会なども開催するなど積極的な取り組みがあり、評価できる。
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	S	県の職員提案制度の他に病院独自の工夫として、職員向けの意見箱を設置し活用している。職員満足度調査を毎年実施し、分析・検討している。職員向けの院内報「病院運営会議だより」の発行や中期計画の策定にあたっては、検討会を開催して職員の意見を積極的に取り入れるなど、職員との意思の疎通に大変力を入れている。労働組合との定期的な協議、職場環境の整備や福利厚生への配慮など、職員が意欲的に業務に取り組むことができる支援が様々に展開されており、大いに評価できる。

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	教育研修委員会が中心となり、医療安全や感染対策などの必要な研修や新人研修、権利擁護、個人情報保護などの様々な研修が企画され、実施されている。また、研究のまとめとして毎年院内研究発表大会が開催されている。院外への研修派遣や学会発表も活発に行われている。受講者へのアンケートの実施や複数回の開催、資料配布など研修効果を高める工夫をしている。必要な図書の整備や文献検索システムの導入なども適切である。
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	県立病院機構として能力評価制度が導入されている。病院独自のシステムとして、看護部においては能力評価システムとしてキャリアラダー制度が導入され、レベルに応じた目標管理や教育プログラムが実施されている。
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	A	同じ地域にある県立看護大学を中心に4校の看護学生実習を受け入れている。医療安全・感染対策・個人情報保護などの基本的なオリエンテーションを実施し、安全な実習の実施に努めている。看護実習の指導者の養成や配置についても組織的に取り組んでいる。またOT・臨床心理士・精神保健福祉士などの学生実習についても積極的に受け入れ、実習生用の控室などの整備も適切に実施している。

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	病院会計準則に則った「県立病院機構会計規程」に基づいた会計処理が実施されている。病院機構の本部において財務諸表が作成され、第三者による年3回の外部監査も実施されている。毎月経営状況表が作成されており、病院運営会議に報告され、検討されていて、必要な改善策の策定や実施がなされている。
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	受付や収納、レセプト作成など医事部門の主要な業務は委託業務であるが、事務局の経営企画課が適切に管理している。受付や会計、請求事務などは手順に従い適切に実施され、返戻や減点、再請求などへの対応、未収金の管理も適切である。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	委託業務の管理は総務課が総括しており、業者の選定は県の契約事務規程により競争入札により契約することが原則である。2014年度より契約者個別評価が実施され、より質の高い委託契約になるよう努めている。感染対策や個人情報保護に関する従事者研修については、病院の研修への参加も奨励されている。緊急時の対応体制も明確であり適切に運営されている。

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	施設・設備の管理は総務課の統括の下で、各専門業者が点検や保守管理を担当している。緊急時の対応体制も整備されている。院内の清掃も業務委託で、日常清掃と特別清掃が実施されている。院内の感染性廃棄物や産業廃棄物などの管理も適切に実施されている。
4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	県の契約事務規程に基づいて購入物品の選定などが実施されている。医療機器などは県立病院機構の審査を受ける仕組みである。医薬品については薬事委員会が、検査材料については臨床検査科と総務課が協議の上購入品目を決定している。食材は委託費に含めず、栄養科と総務課で協議の上、地元の食材などを中心に購入している。ディスプレイ製品の再利用はしていない。在庫管理も適切に実施されている。

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	災害時対応マニュアルに基づいて、緊急時の連絡・責任体制が整備され、各部署に周知されている。自衛消防隊が組織されており、年2回の防災訓練が地域住民も参加されて実施されている。停電時の対応や大規模災害への備えなども適切に整備されている。
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	保安業務については、業務内容などが明確で、平日を含め警備会社への委託で対応している。夜間や休日は、看護の管理当直と専門の警備員とが連携して管理している。緊急時の連絡や応援体制も明確である。
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	医療事故等の発生時には、医療安全管理指針に基づき緊急時の連絡ルートにより速やかに報告され、専任リスクマネージャーから関係幹部職員による対策会議などが開催される仕組みである。また、事故原因の究明や再発防止対策などについては、重大事故の場合は事故調査委員会が召集され、事故の調査や再発防止策などが検討される。現在、医療法の改正に対応するために指針や体制の見直しを進めているところである。