

第3者委員会報告書について

第4章 再発防止策の提言

第1節 看護・医療に関する提言

第1 看護部門について

<評価>

できてる	概ね達成	不十分	できてない
31	19	5	6

1 看護管理体制について	できていること	できていないこと	評価	担当
(1) 看護管理責任者（看護部長）を配置すること。	①令和5年12月より看護管理課長を副看護部長とした。 ②令和5年4月より助言を行える人材を招聘し、令和6年1月より看護部顧問として指導にあたっている。 ③令和4年度より役職者が日本看護協会の看護管理者研修を受講している。 ・ファーストレベル3名 ・セカンドレベル1名 ④令和6年11月より看護部長を配置。			病院幹部 看護部
(2) 看護部門の全職員の役割（職務定義）を具体的に明確に定めること。	①令和6年8月に職務提議を明確化し、成文化した。			病院幹部 看護部
(3) 上記（2）の各役割に応じた必要な能力（職能定義）を具体的に明示すること。	①当院のマネジメントラダーを作成し、職能定義を具体的に明示した。 ②クリニカルラダーの素案を作成した。	・マネジメントラダー、クリニカルラダーの活用 ・補助者のラダー作成		病院幹部 看護部
(4) 看護部門として、病棟看護業務標準（例えば、看護基準、看護手順、看護業務の各マニュアル）を策定・明示すること	①看護手順・看護業務基準・疾患別マニュアルを見直し、作成した。	・新たな項目の追加		看護部
(5) 病棟看護業務標準に基づき看護を実践すること。	①看護手順・看護業務基準をもとに看護が提供できるように、師長、主任、看護部教育委員、業務委員などが中心になり、現場で都度確認しながら実践している。 ②参考図書を各病棟に配布し、基本的な技術として参考にし実践している。			看護部
2 人員配置について				
(1) 患者に関する速やかな情報共有、医療事故及び不適切対応の防止・早期発見のため、病棟毎に、少なくとも、毎週1回の看護職員によるケアカンファレンスを開催すること。	①一般病棟は、おおむね週に1回程度の看護職員によるカンファレンスを行っている。 ②療養病棟は、週に1回から2週に1回程度開催している。	・全病棟での毎週1回の看護職員によるケアカンファレンスの開催		看護部

<p>(2) 看護師の適正配置を計画的に行うためには、適正な人事制度体系の構築と人材育成が必要である。そのために、具体的な人事制度(例えば、錦秀会グループで行われている新人、スペシャリスト、管理者毎に定められたクリニカルラダーを用いた看護部現認教育計画の実践。)を取り入れること。</p>	<p>①マネジメントラダーの作成、クリニカルラダーの素案を作成した。 ②モデル病棟において、新人看護師サポートプログラムを作成し使用している</p>	<p>・マネジメントラダー、クリニカルラダーを用いた教育計画の再構築</p>		<p>病院幹部 看護部</p>
<p>(3) 手厚い看護体制で事故の起こりにくい環境を整備していくために、看護要員に、通常の日勤勤務、夜勤勤務とは別に、早出勤務、遅出勤務を作り、人員が必要な時間帯(食事時間、入浴など)にマンパワーを増やす取り組みを行うこと、夜勤の人員を増やし、夜間の看護管理当直(各病棟の師長が休日、夜間に交代で当直にあたる制度)を配置すること。</p>	<p>①A1病棟においては、補助者1名を含む3人夜勤体制をとっている ②A4病棟においては、遅出勤務を取り入れている 他病棟は、必要時に遅出勤務を実施している ③人員が少ない日には、他病棟より人員を配置し応援体制を取っている ④夜間においては、21時まで師長・主任が待機する管理体制をつくっている。21時以降は電話で相談できる師長を決め、体制を整えている</p>	<p>・夜間の看護管理当直の配置</p>		<p>病院幹部 看護部</p>
<p>3 適切な看護行為について</p>				
<p>【基本的な心構え】</p>				
<p>(1) 職場生活の基本動作(社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い、身だしなみ)や標準的な看護心得の習得不足の看護職員について、早急に職場生活の基本動作及び標準的な看護心得を習得させること。</p>	<p>①接遇委員会において、月間目標を設定しこれに基づく各部署の目標を立てて、毎月振り返りを行っている。接遇カンファレンスを取り入れている病棟もある ②接遇委員会のメンバーが、毎月病棟ラウンドし、患者への聞き取りや、身だしなみ・挨拶・言葉遣いなどについてチェックし、各部署にフィードバックしている。 ③個人指導が必要な職員に対しては、面接を行い改善してきている。 ④良い行動にも焦点を当てて行動モデルにするために、「good job! 活動」として職員のちょっとした良いことを見つけたらカードに記入し、職員全体に向けて公表、発信している。</p>	<p>・今後も正しい言葉遣いや社会人としての基本的なマナーを学んでいく。</p>		<p>接遇委員会 看護部</p>
<p>(2) 職場生活の基本動作及び標準的な看護心得に反する行いのあった看護職員には、改善に取り組む前提として、自省を求め、自分の行いや態度が恥ずべきものであると認識させること。</p>	<p>①看護師として不適切な対応がみられた職員には、所属長や幹部が面接し、内省させ、改善してきている。 ②特に必要な職員には、幹部職員による毎月1回程度の面接を継続しており、行動は改善してきている。</p>			<p>看護部 虐待防止委員会 接遇委員会</p>

<p>(3) 自分だけでなく、他の職員が職場生活の基本動作や標準的な看護心得に反する行為をなす場合には、職位の上下に係わらず注意しあう職場文化を醸成すること。</p>	<p>①「見て見ぬふり」を是正すべく接遇委員会・虐待防止委員会を通して、各部署の接遇向上、互いに注意・監督する風土の定着を目指し、毎月目標を立てて取り組み、進捗状況の確認と課題把握を行っている。</p> <p>②教え合える仲間作りを目指し、気づいたことは良いことも、悪いことも口に出し、話し合い、改善してきている。職員からは、「話しやすくなった」という声もでている。</p> <p>③先輩には言いにくいという職員もいるが、髪の色や言葉遣いがきつと感じる時には、後輩から先輩に指摘する場面が見られている。</p>	<p>・更なる、教えあう職場文化の醸成</p>		<p>看護部</p>
<p>【疾患に応じた対応】</p>				
<p>(4) 疾患に応じて看護の方法は異なることを理解し、疾患別の看護マニュアルを作成すること。</p>	<p>①当院で主に取り扱う疾患（統合失調症、気分障害、知的障害、発達障害、認知症）についての疾患別看護マニュアルを作成した。</p>			<p>看護部</p>
<p>(5) 看護計画を立案した後も、患者の安全・安心・安楽に繋がっている計画か、定期的に見直すこと。</p>	<p>①週に1回程度実施している看護カンファレンスを通して、看護計画の見直しを行っている。</p>			<p>看護部</p>
<p>(6) 研修やカンファレンスなどで、治療的関わりを積極的に学ぶこと。</p>	<p>①教育委員会にて年間院内研修を計画し、原則毎週木曜15時より院内研修を実施している。</p> <p>②外部研修に積極的に参加し、疾患理解や技術的な向上に努めている。</p> <p>③多職種によるカンファレンスを行い、実践を通して治療的関わりを学んでいる。</p> <p>④研修動画を活用し、必要な職員は後日視聴している。</p>			<p>看護部</p>

<p>【慣習的な規則制限の見直し】</p> <p>(7) 入院生活において制限の設定は不可欠なものであるが、神出病院では根拠や意味が十分でない慣習的な規則や制限（例えば、トイレにトイレットペーパーを設置せず、都度、「チリ紙」を看護師詰所に取りに来させる運用や、水中毒防止のためか、看護師の許可なく患者が水分を摂取できない病棟がある。）が多くみられる。精神科医療も変化を遂げていることを踏まえて、治療に意味のない、何より患者の自由や自律を阻害しているような制限がないか、常に見直すこと。</p>	<p>①各病棟の洗面所やトイレに、泡石鹸とトイレットペーパーの設置を行った。</p> <p>②各病棟の安全上の問題を検討した上で、各病棟デイルームや詰所に給茶機を設置した。</p> <p>③患者が売店で自由に購入できるように、必要な患者には同行している。</p> <p>④入浴について、自立の患者のシャワー浴を自由にするため、モデル病棟にて準備している。</p> <p>⑤リース服から個別の洋服に変更する患者が増えてきている。</p> <p>④改善が必要なことについては、委員会や全体ミーティングで提案し、具体的に見直しを行っている。</p>	<p>・売店の取り扱い商品の見直し</p> <p>・自立の患者のシャワー浴を自由にする</p> <p>・リース服から私服への変更</p> <p>・持ち物の制限の見直し</p>		看護部
<p>【職員中心の業務から患者中心の業務への見直し】</p>				
<p>(8) 職員中心の業務計画ではなく、患者中心の業務計画の立案・実施をすること。</p>				
<p>神出病院では、オムツ交換については、定時交換しか行われていない上、交換回数も少ない病棟もあり、尿汚染だけの場合は陰部洗浄を行っていない。本来は、患者の訴えに応じて、排尿、排便後に速やかに交換するべきである。</p>	<p>①1日1回9時のおむつ交換時には、必ず陰部洗浄を実施し、清潔を保っている。</p> <p>②患者の訴えに応じて、尿意・便意のある患者ではトイレ誘導し、おむつの方には速やかに交換を行っている。</p> <p>③患者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導やオムツ交換、ポータブルトイレの交換を行っている。</p>			看護部
<p>おむつを使用している患者であっても、トイレでの排尿、排便をする意思を示した患者には、トイレでの排尿、排便ができるよう介助することが必要であり、おむつをしているから、そのまま排尿、排便するよう求めるのは虐待となることを心するべきである。</p>	<p>①おむつ使用している患者であっても、食事の前後や就寝前、患者の訴えに応じてトイレ誘導している。</p>			看護部
<p>陰部洗浄は、感染防止のため、排尿の際にも実施するべきである。神出病院では、現在、入浴が週2回ほどしか実施できていないことを前提とすると、排尿時に陰部洗浄をしない運用は、尿路感染をおこしやすい状態となるから、早急に、この運用を改めること。</p>	<p>①頻回の陰部洗浄は、皮膚のバリア機能が低下するため、1日1回の陰部洗浄を実施しており、汚れが激しい時などには個別に行っている。</p> <p>②尿汚染の時には、陰部清拭を行っている。</p>			看護部

<p>女性患者のおむつ交換を男性看護要員が当該患者の同意なく単独で行うことは、認知症や統合失調症の患者にとっても恐怖を感じる可能性があると考えられるものであるから、直ちに中止すること。</p> <p>女性のおむつ交換は女性が行うか、少なくとも1名は女性看護要員とする2人以上で行うようにすること。感情を表出できない患者に対して嫌がらないからとおむつ交換を異性が行うことは虐待に繋がる行為である。</p>	<p>①女性患者のおむつ交換は、男性看護要員が当該患者様の同意なく単独で行うことはしていない。可能な限り異性の看護要員によるおむつ交換とならないように勤務作成時には配慮している。</p>			看護部
<p>重症患者のおむつ交換や移乗介助は常に二人以上の看護要員で行い、患者に怪我をさせないように配慮すること。</p>	<p>①重症患者のおむつ交換や移乗介助は常に二人以上の看護要員で行っている。</p>			看護部
<p>4 プライバシー配慮について</p>				
<p>(1) 診察では他人に聞かれたくないことも話すことがあるため、診察室や面会室、相談室などを設置すること。居室についても、個室の数を増やすこと。</p>	<p>①2床室を個室として使用し、増設を行った。 ②面会室を設置した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診察室の個室化 ・外来診察室の個室化 		病院幹部
<p>(2) 精神科疾患により、十分な意思疎通を図れず、カーテンを閉めて欲しいという要望を示せない患者に対しても、患者の立場に立って考え、おむつ交換のように、みだりに他人に見られたくない看護行為を行う際には、きちんとカーテンを閉めて行うこと。</p>	<p>①おむつ交換や処置時は、必ずカーテンを閉め、羞恥心への配慮やプライバシーの保護を遵守している。 ②職員や他病棟の患者、面会者が通行する廊下から臥床の患者が見えないよう扉を閉める。ベットのモニターが見えないようにしている。</p>			看護部
<p>5 看護観察や記録について</p>				
<p>(1) 看護記録の目的は「看護実践を証明する」こと、「看護実践の継続性と一貫性を担保する」こと、「看護実践の評価及び質の向上を図る」ことにある。このように記録を残すことが質の高い看護の実践に繋がっていくので、記録に責任を持ち正確に記載することが求められる。看護さえしていれば記録はおろそかになってもよいと考えるのは根本的に間違っている。</p>	<p>①看護記録記載基準、SOAP記録記載事例集を作成した。 ②正しい記録を行うために、記録について師長会、主任会で説明を行い、8月に全看護職員に記録の勉強会を行った。 ③主任が中心となり、記録の不備がないかチェックし、フィードバックしている。 ④正しい用語集の作成中</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の監査 ・不正確な略語の是正 ・正しい用語集の作成 		看護部

<p>(2) 精神科病棟では、患者が身体的な症状を的確に訴えられるとは限らないため、看護師には、患者からの訴えがなくとも、患者の不調を察知する観察力が必要である。看護の基本は観察であると言われてるように、入院中の患者のいつもの状態を把握した上で、日々の注意深い観察により、小さな変化を見逃さず、医師に正確な報告ができる体制を整えていく必要がある。</p>	<p>①フィジカルアセスメントについては、検査データや画像を見て、薬との関連性や体内で起こっている現象を考えて観察している。</p> <p>②当院で発生事例の多い転倒・転落事故と、患者間や患者から職員への暴力事故の発生対応フローチャートを作成。</p> <p>③頭部打撲や骨折等、状態異常時の観察項目のポイントをまとめ全病棟に配置した。</p> <p>④SBARを用いた報告の研修を行い、それに沿った報告を行っている。</p> <p>⑤観察力強化のために、内科医による心電図の勉強会を行った。</p> <p>⑥精神面の観察においては、患者からの訴えがなくとも、日ごろの状態と異なっている点を把握し、医師に報告している。</p>	<p>・予測した観察</p>		<p>看護部</p>
<p>6 感染対策について</p>				
<p>(1) 患者本位に考え、十分な感染対策を行う観点から、他院同様、医療材料と医療機器のディスポーザブル製品を取り入れること。</p>	<p>①ガーゼ滅菌パック、プッシュ綿棒の導入。</p> <p>②尿道バルーンカテーテルの交換キットの導入、吸引ピンのディスポ化を一部導入した。</p> <p>③随時、医療材料のディスポーザブル製品の導入を行っている。</p>			<p>看護部</p>
<p>(2) 一患者ごとにディスポーザブル手袋の交換が行われていなかったことや、タオルの共有、入浴後に身体が接する備品類の清潔不保持は、疥癬やインフルエンザの流行を招いた要因と考えられるが、このような環境が漫然と維持されてきたのは、看護要員が、感染経路別予防策を理解していなかったためであると考えられる。看護要員に標準予防策、感染経路別予防策を学ばせる必要がある。また、院内感染対策委員会で設置したという感染症対策チームにより、適切な予防策を講じることも必要である。さらに、リースの服やタオルの必要枚数などを再検討し、現在の状況に合致した契約の見直しを行う必要がある。</p>	<p>①院内感染発生時には、感染対策チームが中心となり、感染病棟へのゾーニング及び指導、援助を行い、システムティックに活動している。</p> <p>②令和6年9月より患者のトイレ、洗面所の石鹸、ペーパータオルの設置した。</p> <p>③年に2回感染対策研修を行っている。</p>			<p>看護部 感染対策委員会</p>

7 研修・教育について				
<p>(1) 院内研修、外部研修</p> <p>医療の質の向上を目指すためには、人材育成が必要になってくる。看護要員の全てに対し、倫理研修、医療安全管理研修、行動制限最小化研修、感染対策研修などを受講させること。看護助手も研修の対象であることに留意されたい。特に、ケアの担い手である看護職員の臨床実践能力を高め、患者中心の適切なケアを提供できる人材育成をするため、現任教育（集合研修と現場教育）を推進し、教育委員会や看護師長が中心となって、看護師毎のスキルにあった研修計画を立てること。</p>	<p>①教育委員会を設置し、年間を通した研修計画を立て、実施している。特に医療安全、感染対策研修、行動制限最小化研修は全職員参加必須の研修であり、必ず受講している。</p> <p>②日本看護協会の医療安全管理者養成研修を2名受講。</p> <p>③令和4年度より役職者が日本看護協会の看護管理者研修を受講している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ファーストレベル3名 ・セカンドレベル1名 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師ごとのスキルにあった研修計画を作成。 		<p>教育委員会 看護部</p>
<p>(2) 第2事件のような虐待行為を再発させないための研修、教育 第2事件のような虐待行為を再発させないよう、アンガーマネジメントやCVPPP（包括的暴力防止プログラム）の研修を実施し、研修成果を看護現場に浸透させること。</p> <p>なお、他の職員が患者から付きまともわれている場合には、積極的に援助するために介入できるよう職員に対する教育を実施すること。休憩中だから援助しなくてもよいという認識は改めさせなければならない。</p>	<p>①年に1回、アンガーマネジメント研修を実施し、感情コントロールの手法を学んでいる。</p> <p>②CVPPPの外部研修に参加し、トレーナーを5名育成。</p> <p>③院内でCVPPPワーキングを立ち上げ、CVPPPの知識を普及している。</p> <p>④患者不穏時や暴力発生時に、院内で応援体制を整備し、一人に対応しないシステムづくりを行った。</p> <p>⑤疾病理解のための研修や、事例検討及びカンファレンスを行い、暴力等困難事案への具体的な対応方法を学んでいる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外部からCVPPPのインストラクターの講師を招き研修予定。 		<p>虐待防止委員会</p>
<p>(3) 他の病院への見学、研修</p> <p>標準的な精神科病院の看護実務を学ぶため、他の精神科病院へ見学、研修（短期間）に行かせるべきである。その対象者は、特に師長クラスの看護師を優先するべきであり、研修先は、神戸市の推薦を受けることが望ましい。</p>	<p>①外部からの見学を受け入れており、外部の視点や意見を取り入れている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・他の精神科病院への見学。 		<p>病院幹部 看護部</p>

<p>8 設備改善について</p> <p>病棟はその大部分が療養生活の場であるため、早急に療養の場にふさわしい環境を整えることが必要である。患者にとって癒される生活空間をつくること、また看護要員にとって、働きやすい場をつくること。</p> <p>なお、プライバシー確保、看護行為と関連して、大規模な施設改修を行う際には、診察室、面会室、相談室に加え、個室や保護室の増床を検討し、看護師の導線を考慮し、看護観察がしやすい設計とすべきである。</p>	<p>①病棟内の浴室カビ対策に令和4年7月から着手し、令和4年12月に完了した。</p> <p>②A1病棟の病室及び廊下のカビ対策は、令和5年3月20日に完了。</p> <p>③給湯設備の改善には令和5年1月から着手し、令和5年5月に完了。</p> <p>④空調設備の改善は、令和6年5月末に完了。</p> <p>⑤令和6年6月末医療ガス増設工事完了。</p> <p>⑥A4病棟に1部屋、A5病棟に2部屋個室隔離室を増設。</p> <p>⑦現在、ナースステーション内の整備中。ナースステーションの必要物品を随時購入。</p> <p>⑧超音波検査の新規購入</p> <p>⑨レントゲンの更新</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診察室の個室化 ・電子カルテの導入 ・カビに対する抜本的な対策 ・保護室エリアの増設 ・患者私物用個人ロッカーの配備など 		<p>病院幹部 法人本部</p>
<p>9 行動制限（隔離・身体拘束）について</p>				
<p>(1) 日本精神科看護協会の精神科看護職の倫理綱領(3)無危害 3-3 行動制限に関する責務</p> <p>行動制限は、対象になる人々の尊厳及び人権を侵害する行為であり、自尊心の低下のみならず、多大な苦痛や不安、さらには身体・精神機能の低下という弊害があることを認識しておく必要がある。</p> <p>精神科看護職は、行動制限を回避できるような看護の提供に努めなければならない。やむを得ず行動制限を実施することになった場合には、どうしたら早く行動制限を解除せきのかを、業務の中で検討する。その際、切迫性、非代替性、一時性の三原則と照らし合わせ、できる限り早期に解除できるよう、チームで一丸となって取り組まなければならない。</p> <p>また、行動制限中は、通常よりも頻繁に観察を行い、基本的欲求を満たせるよう個別の看護を提供し、二次的な身体的障害等の不利益が生じないように努める。</p> <p>上記倫理綱領の内容を理解して行動していくこと</p>	<p>①精神科看護の倫理綱領を毎日朝礼で各病棟で読み合わせを行っている。</p> <p>②看護部課長1名が、R6年11月1日に倫理指導者養成研修に参加予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実践に即した倫理研修の実施。 		<p>看護部</p>

<p>(2) 感染症拡大防止のための隔離</p> <p>「ガムテープ隔離」という違法な隔離を再び繰り返さないようにするため、以下のとおり、対応するマニュアルを作成し、実践するべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症拡大防止の隔離については、医師と相談し、医師の指示に基づき、感染患者の個室対応、ゾーニング（患者を感染者、感染回復者、非感染者、身体状態、精神状態に応じて分類し、ゾーンの区分けを行う。）により、できる限り回避するべきである。 ・ゾーニングが理解できず、「他の患者に対する著しい迷惑行為」と評価されるような感染拡大を行う患者で、他の方法では防ぎきれない場合にはじめて、医師の指示により、精神保健福祉法上の隔離を検討するべきである。この場合、複数の患者を同室で隔離することがあってはならない。 ・医師は、このような訴えが看護要員からあった場合、素知らぬ態度、看護要員の判断任せにするのではなく、積極的に介入し、病棟での現場指揮を行うべきである。 	<p>①感染対策本部を設置し、医師及び感染対策チームを通じて、感染をコントロールし、違法な隔離が行われないよう徹底している。</p> <p>②院内感染マニュアル及びcovid-19感染対策マニュアルを作成し、対応の統一化を図った。</p> <p>③感染対策チームをつくり、講義による研修だけでなく、実技指導を行っている。</p>		<p>感染対策委員会</p>
--	--	--	----------------

<p>(3) 身体的拘束</p> <p>「簡易拘束」という通称の違法な身体的拘束を再び繰り返さないようにするため、下記のとおり、対応するマニュアルを作成し、実施するべきである。但し、以下はあくまで一例であり、身体的拘束以外の代替的手法については、書籍（例えば、「『身体拘束最小化』を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開」）等を研究し、さらなる手法の導入、安易な身体的拘束に頼らないための対応器具の購入を含め、看護職員が様々な患者に対応できるようになるための手法を増やしていくべきである。</p> <p>点滴・胃管チューブ・尿道カテーテルの自己抜去の防止のために行動制限を検討せざるを得ないときでも、以下のような代替手段を検討するべきである。</p> <p>点滴の場合・・・そもそも持続点滴を回避するべきである。持続点滴をせねばならない場合でも、点滴ラインの走行を工夫するべきである（例えば、患者の目に見えない範囲に点滴ラインを設けたり、包帯やネットを使用し、患者が刺入部に直接手を触れられないようにするなど。）。</p>	<p>①身体固定は、全て医師の指示のもとに行い、定期的に見直し検討を行っている。</p> <p>②『身体拘束最小化』を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開』等の書籍を参考にしながら、身体的拘束のマニュアルを作成した。</p> <p>②行動制限最小化委員会にて、行動制限が長引いているケースに関して、委員会として主治医に勧告的意見を出し、処遇を検討している。</p> <p>⇒結果、令和4年6月以降、身体拘束の件数、期間が減少。</p> <p>③持続点滴をせねばならない場合でも、点滴ラインの走行を工夫している。（患者の目に見えない範囲に点滴ラインを設けたり、包帯やネットを使用し、患者が刺入部に直接手を触れられないようにする、点滴時間を持続にせず日勤で行うなど。）。</p> <p>胃管チューブの場合でも、より細いチューブの選択、注入毎の挿入を徹底するなどして、自己抜去防止の工夫をしている。</p>			<p>行動制限最小化委員会</p>
<p>胃管チューブの場合・・・より細いチューブの選択、注入毎の挿入を徹底するなどして、自己抜去を防止することを工夫するべきである。</p> <p>尿道カテーテルの場合・・・カテーテルは留置した状態で、採尿バッグを小型にし、衣類の中に格納し、患者の行動を妨げないようにするなど、代替手段を検討することで、自己抜去を防止することを工夫するべきである。</p> <p>また、神戸市の指導を受けながら、身体固定（旧厚生省と日本精神科病院協会との協議により身体拘束にあたらなと解釈されたものである。）に関し、明確かつ適切な院内基準（身体固定の目的、継続時間、方法について）を定めて文書化し、周知徹底するべきである。</p>				

<p>(4) 倫理コンサルテーション体制</p> <p>神出病院では、本来、自傷他害を防ぐためにやむを得ず実施するか否かが検討されるべき「身体的拘束」や「隔離」が、患者が「〇〇するから仕方ない」という理由で、安易に行われてきた。「身体的拘束」や「隔離」は、病棟ミーティングや患者カンファレンスなどを通して患者の病態像、個別性を日々把握しつつ、身体拘束・隔離の最小化を念頭に置き、「人権」と「医療安全」の視点から、それが最良の形であるとして正当化されるものでなければならない。神出病院で行われる「身体的拘束」や「隔離」がその要件を満たすものであるかを確認するために、外部の識者等を入れた倫理コンサルテーション体制を整備すべきである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外部弁護士が行動制限最小化委員会に参加することにより、倫理コンサルテーションを行っている。 ・外部弁護士による人権研修の実施。 			<p>医療安全委員会 病院幹部</p>
<p>10 精神科看護に内在するストレスから看護要員を守るために</p> <p>精神科看護要員はさまざまなストレスに対し、ストレスマネジメントを行い、専門職としてストレスに対処できるようにしていかなければならない。個人としては自らの心身を強化することも大切であるが、同時に医療チームや病棟チームで看護要員個人を支えていくことも重要であるので、カンファレンスやケース検討などを通して、感情体験の共有だけでなく、看護要員としての役割や援助の方向性について改めて考えるようにすべきである。</p>	<p>①看護師が対応困難と感じている事例について、多職種カンファレンスで思いを共有し、看護要員としての役割や援助の方向性について考える場を作っている。</p> <p>②希望者には心理師によるカウンセリングを実施している。</p>			<p>看護部 病院幹部</p>
<p>11 患者との信頼関係の構築</p> <p>精神科では、患者に対するインフォームドコンセントの困難さなどから、「患者のため」という名目で、実際には家族の意向や医療者の都合を優先し、医師や看護職員が患者の嫌がることでも敢えて実施してしまう場合があり、「患者の権利」という基本理念がないがしろにされる危険が内在している。</p> <p>このため、精神科の医師、看護職員は、常に「患者の権利」を念頭に置き、患者の気持ちとやかに「寄り添っていくか」を検討しながら、患者との信頼関係を構築すべきである。また病院側も、問題行動状況の解消に取り組んだ医師・看護職員を評価するような人事評価基準への転換を図るべきである。</p>	<p>①病院理念に基づき、看護部理念を再構築した。</p> <p>②患者が拒否されることもあるため、患者にとって心地よい援助を行いながら、カンファレンスで方針を決め、あきらめずにチームで関わっている。</p> <p>③患者は、信頼関係構築した看護師に話を聞いて欲しいと希望される。</p>			<p>看護部</p>

<p>12 ミスを支えるリスクマネジメントへの転換</p> <p>神出病院では、これまで、問題事案やその手前のヒヤリハット事案について、看護要員のミスを指摘し、始末書を提出させたり、異動させるなどの対処を行ってきており、ミスが発生した要因を分析し、同種事案を回避するために職場全体としてどうしていけばよいかという視点での対処に欠けていた。今後は、従前なされていた「ミスを指摘するリスクマネジメント」ではなく、「ミスを支えるリスクマネジメント」への転換を行うべきである。</p>	<p>①インシデントレポートの見直しと報告ルートの明確化を行い、小さなことから報告しやすいシステムを構築した。</p> <p>②医療安全管理者研修を受けた職員が中心となり、状況を把握し、職員と一緒に問題解決に努めている。</p> <p>③事故が生じた場合には、P-mSHELL分析による検討も取り入れ、原因の明確化と改善を試みている。</p>			<p>リスクマネジメント委員会</p>
<p>第2 医師について</p>				
<p>1 診療に対する姿勢を改める</p> <p>医師として患者と家族、関わる方のために求める医療を提供することに真摯に向き合い、自らの医師としての矜持、信念を持ち、能動的な姿勢で診療を行うことという原則に立ち返るべきである。</p> <p>チーム医療のリーダーである医師がこのような姿勢を示さなければ、看護師や他の職種が患者に尊厳を持って対応することに悪影響を与える。1人の患者を大事に扱わない姿勢が医療専門職だけでなく、他の職種の職員にまで悪影響を与え、その風土を病院全体にもたらすことにつながることを自覚し、自ら率先して他の職種の見本となるような患者中心の、患者のための医療を能動的に行う姿勢を見せるべきである。</p>	<p>①院長、法人部長、弁護士により、医局員との面談を行い、報告書内容の確認と個別の指導を行った。</p> <p>②病棟からの依頼があれば、積極的に診察するよう指導しており、ほとんどの医師が積極的に診察を行っている。</p> <p>③病棟カンファレンスの参加により、多職種に向け医師より発言している。</p> <p>④病棟から診察依頼があった際、主治医が不在である場合は主治医不在時対応医師が対応に当たる。その医師がやむを得ず病棟に行くことができない場合は、さらに他の医師がバックアップする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師間のバックアップ体制をより強化していく。 ・医局での診療上の問題が発生した場合は、医局の医師間で話し合い、速やかに改善を図っていく。 		<p>医局</p>
<p>2 チーム医療のリーダーとして積極的な現場指揮をとる</p> <p>医師は、患者や家族、同僚医師、看護要員等他の職種が困ったとき、チーム医療のリーダーとして迅速かつ能動的に、親身になって、自らが対応するほか適切な指導と助言を行うべきである。</p>	<p>①病棟カンファレンスに協力的な医師が増え、積極的な発言が増えており、個別カンファレンスも多く開催されるようになった。</p> <p>②療養病棟も含め、各病棟で医師参加のもと、病棟全体カンファレンスが行われるようになってきており、個別の症例について多職種で話し合いながら治療を行うようになりつつある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟から急を要する依頼があった時に、診察等ですぐに対応できない時には、他の医師に相談するなど、医師間で連携を行う。 		<p>医局</p>

<p>3 積極的な診察</p> <p>医師は、日勤、当直にかかわらず、患者の変化について連絡を受けたときには、必ず病棟へ行って直接患者を診察し、対応の可否を判断すべきである。</p> <p>看護要員から診察を要請された際に、医療指示簿だけで対応させるといふ振る舞いがあるてはならないし、勤務時間でありながら理由をつけて診察に出向かないことは許されず、このような医師の問題行為が判明した場合、医局長、副院長、院長等の管理部門の職員は、厳重に指導、注意すべきである。</p>	<p>①病棟からの依頼があれば、積極的に診察するよう指導しており、以前よりも積極的に診察を行っている。</p> <p>②今後は医局の問題が判明した場合には、院長、副院長等の管理部門の職員が注意、指導を行っている。</p> <p>③令和4年7月より、非指定医が当直の際の身体的拘束に対する緊急時対応として、指定医による宅直制を導入した。</p>	<p>・病棟から急を要する依頼があった時に、診察等ですぐに対応できない時には、他の医師に相談するなど、医師間で連携を行う。</p>		<p>医局</p>
<p>4 患者の退院促進に向けたチーム医療の取り組み、整備</p> <p>現在医療では可能な限り早期に治癒・寛解することを、さらに社会復帰することを目指している。その結果、入院期間は短期間となる。神出病院では現在も入院患者の多くが長期入院中の方であるが、治療については安定した入院生活を治療の目的とするのではなく、標準的な医療、つまり可能な限り寛解、そしてリハビリを目指した取り組みを行う。具体的には他職種によるチーム医療の取り組みを行うこと、個々のケースワークを行い、本当に入院継続が必要なのか、自宅や入所施設に退院するか決めていかなければならない。入院の継続が必要な患者に対しても可能な限り退院させる取り組みを続ける。退院のためには患者の社会的環境の整備も必要であり、これは医師だけでは対応できない問題であるが、神出病院の医師の多くは、チーム医療の必要性を感じていないように見受けられ、多職種への敬意、連携の必要性への理解が不十分に見受けられるので、個々の医師においても、退院促進のためのチーム医療を勉強し、病院全体としてもチーム医療の取り組みを整備、推進していくべきである。神出病院においては、いかに慢性期の患者が多くても、患者の家族が入院継続を希望したとしても、その取り組みを今から始めるべきである。</p>	<p>①病棟カンファレンスでは全職種が参加し、各症例に応じてチーム医療を行っている。</p> <p>②必要に応じて退院後を見据えた目的を持った作業療法を実施している。</p> <p>③関係機関を巻き込んだケースワークを教育し、実践している。</p> <p>④退院支援のための心理教育プログラム「神出リハビリプログラム」を立ち上げ、運用している。多職種が協力し、再発を予防しつつ、患者の意思を尊重しながら、安心して地域に戻ることができるよう丁寧な退院支援を行っている。</p> <p>令和5年度からピアサポーターの協力を得ている。</p> <p>⑤多職種参加のチーム医療を推進していることで、退院を見据えた治療、リハビリ、ケースワークが行われるようになっている。</p> <p>⑥職員研修として、「神出病院におけるリハビリとは」を行い、ピアサポーターの体験談を聞かせていただき、職員の当事者の方への気持ちに対する理解を深めた。</p>			<p>病院幹部 全職種</p>

<p>なお、厚生労働省の「第5回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において、令和4年2月17日付で「精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院支援、権利擁護等について」と題する検討結果が公表されていることから、これも踏まえて、退院支援を行う体制を整備するべきである。</p>			
<p>5 患者の退院促進のための治療内容のシフトチェンジ 入院が不要な患者を退院させ、必要な患者を入院させるという病院としての機能を取り戻すべきである。 慢性期患者に病状の悪化を防ぐことを目的とした入院治療から、先端医療を含めた標準的な精神科医療を導入し、寛解・治癒、社会復帰へ取り組む方向に治療内容をシフトチェンジするべきである。</p>	<p>①長期入院患者に対しては、多職種によるアセスメントを行いながら、家族調整や環境整備も含め、段階的に退院支援を行っている。また、必要に応じてリカバリープログラムを導入している。 ②新規入院患者に対しては、入院当初から目標設定を明確にし、カンファレンスを通して課題を共有し、寛解・治癒・社会復帰に向けて治療を行っている。</p>		全職種
<p>6 指定医が役割を果たすこと 指定医が違法な行動制限となる「ガムテープ隔離」や「簡易拘束」を黙認していたことは、重大な問題であり、指定医が精神保健福祉法により定められた義務や役割を理解していないと言わざるを得ない。 指定医としては、今一度、違法な行動制限が再発しないよう、違法な行動制限を認識した場合は、精神保健福祉法37条の2に基づき、管理者への報告を含めた患者の処遇改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。 また、指定医の指示のもとで行われた行動制限についても、厚生労働省の告示に定められた基準を満たさない違法な行動制限であった疑いが強いことから、行動制限について勉強し直すとともに、病院の医師全体、看護要員を含めた共通認識を形成するための研究会、協議を行うべきである。</p>	<p>①病院内の入院や行動制限に関わるルール作りや行動制限最小化委員会の正常な運用、全職種への精神保健福祉法準拠徹底、教育・周知により、指定医としての役割を果たしており、行動制限に関して厳格な運用がなされている。</p>		医局 行動制限最小化委員会

7 行動制限に関する院内基準の作成、実施及び浸透			
<p>(1) 身体固定と身体的拘束の区別</p> <p>短時間の身体固定と指定医の指示が必要となる身体的拘束の区別として、身体固定を伴う処置ごとに、短時間として許容されると考えられる時間の目安、判断の指針を規則又はマニュアルとして作成するべきである。</p> <p>なお、この規則又はマニュアル作成にあたっては、これまで、行動制限に関するほとんどの神出病院の医師、看護師の判断、認識、感覚が精神保健福祉法の趣旨や規程に反していた現状を踏まえ、外部有識者（例えばであるが、神戸市推薦の医師等が望ましい）の意見、監修のもとで作成するべきである。</p> <p>そのうえで、規則又はマニュアルに関する院内の医師、看護要員を含めた勉強会、検討会を行い、これを実践、浸透させるべきである。</p>	<p>①車いす安全带、ミトンについては身体固定としているが、厳格に運用するため精神保健指定医の診察、判断を基に実施している。</p> <p>⇒上記以外、1～2時間の短時間点滴等においても例外を作らず、身体的拘束が必要な場合、精神保健福祉法に準拠して精神保健指定医の診察・判断の基実施している。</p> <p>⇒院内での身体固定具は拘束帯を含め、安全ベルト、ミトンのみとし、固定バンドは行動制限最小化委員会が責任を持って全病棟から回収し、保管している。</p> <p>②身体固定に関して曖昧であった領域について、院内での対応を明確化し、統一した対応が取れるよう、身体安全確保のための車いす安全带、ミトンに関するマニュアルを作成した。</p> <p>⇒結果、職員に精神保健福祉法上の身体拘束と身体固定の明確な意識づけ、患者様の自由を制限せざるを得ない際の自らの職責の重さを再認識することに繋がった。</p>		<p>行動制限最小化委員会</p>
<p>(2) 長期間にわたる身体的拘束の禁止</p> <p>長期間にわたる身体的拘束は許されない。いかなる理由があろうと、認められない身体拘束の期間について、上記同様の方法により、院内基準、目安となる規則又はマニュアルを作成し、実践、浸透させるべきである。</p> <p>なお、当然ながら、行動制限の解除に向けた積極的治療（内服薬の調整や解除時間の段階的な延長）とセットで対応を検討しなければならない問題であるため、これについても合わせて勉強し、積極的治療のバリエーション、メニュー、知識を拡充し、治療薬もあらたに整備すべきである。</p>	<p>①病棟カンファレンス・個別カンファレンスでの検討、行動制限最小化委員会での検討、教育、隔離室の増設、患者中心の医療への転換、法令遵守の徹底により、個別の身体的拘束期間、拘束件数は飛躍的に減少している。</p> <p>②長期の行動制限（当院では1か月以上）に至っている患者の処遇に関しては、行動制限最小化委員会にて、多職種がアプローチ法を全方位的に審議している。審議した内容は、委員会からの勧告的な意見として、主治医の治療においても反映されている。</p>		<p>行動制限最小化委員会</p>

<p>(3) 身体固定の終了時間の確認</p> <p>看護要員、医師を含めた義務として、身体固定の終了時間を確認するよう、院内の規則を制定すべきである。もちろん、この際、あらたに作成した院内の規則又はマニュアルに記載された範囲の時間となっていることを含め、内容、状況自体を確認するべきであることは言うまでもない。</p>	<p>①ミトン及び安全ベルト等身体固定を行った際には、医師の指示とその指示を受けて看護師が身体固定を行った旨カルテに記載する。また、開始時間と終了時間を記載している。</p> <p>②身体固定は精神保健指定医の診察の上、その必要性和開始日時、必要性がない場合は速やかにその理由と日時を診療録に記載する旨を改めて委員会から各部署に周知徹底した。その上で安全確保のための車いす安全带・ミトンの使用に関するマニュアルを作成した。</p>			<p>行動制限最小化 委員会 医局 看護部</p>
<p>(4) カルテの記載</p> <p>行動制限をなす際には、患者の病態を診察し、必要性判断を正確に行い、詳細な記録を残すべきである。</p> <p>現状、行動制限に関するカルテの記載が不十分であり、行動制限の根拠となる具体的な患者の生の事実、エピソードに関する記載が不足しているので、医師においてこれらを記載するよう周知、徹底するべきである。</p> <p>また、患者を定期的に診察し、その病態をカルテに正確に記載するべきである。</p> <p>さらに、違法な「簡易拘束」が二度と横行しないよう、身体固定の内容、身体固定の目的として行われた処置の内容、身体固定の開始時間、身体固定の終了時間、これらを行った看護職員名、これらを確認した医師名を全て明記するべきことを、院内の規則又はマニュアル上も明文化し、全職員に周知徹底させるべきである。</p> <p>なお、これらのカルテ記載を透明化し、周知させるためにも、早期に、電子カルテを導入することも必要である。電子カルテを導入できるまでの間、カルテその他の患者情報の合理的な保管ルールを策定し、ルールに則った運用を徹底するべきである。</p>	<p>①精神保健福祉法に準拠した記載（隔離開始及び終了時間、精神症状、判断に至った理由、指定医の氏名等）とともに、個別性を持ったカルテ記載を周知徹底している。</p> <p>②医師の記載に漏れがないよう精神保健福祉士及び看護師によるダブルチェックを行っている。</p>	<p>・電子カルテの導入を検討しており、予算・人員の確保等も含めて早期実現に向けて取り組む。</p>		<p>行動制限最小化 委員会 医局 看護部</p>

<p>8 管理部門の役職者変更</p> <p>現在の副院長と医局長は、管理する立場としての仕事をしておらず、特に医局長は医局長としてどこか、医師としての問題行為も見られたもので、いずれも役職者として適切ではない。単なる在職期間ではなく、能力、見識、適格性に応じて副院長と医局長を交代するべきである。</p>	<p>①副院長に対して、報告書の内容及び病院の状況等の聞き取りを行った。前体制では、役職者の役割が不明確であったことや発言の場が与えられていなかったことを鑑み、まずは病院内の問題を共有し、改善の方向性を示した。現在は、診療や他の医局員のフォローやマネジメントのみならず、医局の改善に率先して取り組んでいる。</p> <p>②医局長は交代した。</p>			病院幹部
<p>9 院長以外の常勤医に明確な役割と責任を持たせること</p>				
<p>(1) 副院長と医局長</p> <p>副院長と医局長の明確な責任と役割を制定し、形だけのものではなく、実態として運用するべきである。</p>	<p>・副院長や医局長の業務を具体的に整理し、それぞれの役割に専念できるようにしていく。</p>			病院幹部 法人本部
<p>(2) 委員会運営に関する医師の関与について</p> <p>神出病院に設けられている行動制限最小化委員会、褥瘡対策委員会、院内感染防止 対策委員会、医療安全管理委員会、リスクマネジメント委員会の、各委員会の委員長（もしくは副委員長）を分担して常勤医に担当させ、他の常勤医にも明確な役割と責任を持たせるとともに、専門性を持たせるよう勉強させるべきである。</p> <p>なお、各種委員会の検討結果を病院全体に報告し、周知させ、医療水準の向上に役立てるため、これらの委員会が主催する勉強会、研修会も開催するべきである。</p>	<p>・各種委員会に医師が参加して意見を述べ、病院の改善に関与している。委員会内での決定事項等は、毎月第3水曜日に行われ、幹部職員が参加する運営会議にて定期的に報告がなされている。</p>	<p>・医師の出席が積極的でない委員会がある。</p>		医局
<p>(3) 病棟医</p> <p>各病棟の責任者として、病棟ごとに別々の病棟医を任命し、病棟医の明確な責任と役割を与えるべきである。</p>	<p>病棟担当医を配置している。</p>			医局

<p>10 勉強会・研修・学会</p> <p>精神科医としての専門性を維持するために、全ての精神科医が自己研鑽を行うべきである。</p> <p>また、指定医だけでなく、日本精神神経学会の専門医など核となる資格を取得し、さらにサブスペシャリティとして専門医資格（例：老年精神医学会、認知症学会等における専門医）取得を奨励、推進し、神出病院としてもこれを支援する制度設計を行うべきである。</p> <p>さらに、病院内においても、医師のための定期的な抄読会、勉強会を定期開催するべきである。</p> <p>加えて、ケーススーパーバイズなどの事例検討の場や研修会も行うべきである。</p>	<p>①日々の自己研鑽を行っていくと同時に、症例に関する相談やカンファレンスを医局内で頻回に行っている。</p> <p>②当面は朝のミーティングを活用した情報共有や意見交換をシステマティックに行っていく。</p>	<p>・医師のための定期的な抄読会、事例検討会の定期開催。</p> <p>・リカバリープログラムにおける医師の参加や講義の実施。</p>		<p>医局</p>
<p>11 他の職種の教育を担うこと</p> <p>チーム医療の質を高めるため、医師が講師となり、全職種を対象に、系統的な勉強会や研修会等の教育を行う。</p> <p>また、医師と他の職種と合同での事例検討会も行うべきである。</p> <p>さらに、他の職種が主催する勉強会等についても、病棟医等が、オブザーバーとして積極的に参加するべきである。</p>	<p>①教育委員会主催の研修を行っている。</p> <p>②病棟主催のクローズドの研修講師を医師が担っている。</p>	<p>・事例検討会などの実施。</p> <p>・病棟でのカンファレンスにより教育的要素を持たせる。</p>		<p>教育委員会 医局</p>
<p>12 チーム医療の実践</p>				
<p>(1) カンファレンス</p> <p>毎日、あるいは定期的なカンファレンスを開催するべきである。</p> <p>病棟ごとのカンファレンスは、看護要員だけでなく医師も含め、定期的に行うべきである。（これと別に看護要員だけのカンファレンスは適宜行う）。</p> <p>病院全体のカンファレンスは、医師の責任者、看護部長、師長、OT等の各部門の長、事務長、人事労務部長、経理部長等を含めた職種全体として病棟全体の管理運営方針について、短時間でも毎日行うことが望ましい。これらのカンファレンスについては、カンファレンスごとの目的、方法、参加</p>	<p>①定例の多職種カンファレンスは、毎月、A4病棟は第1・第3金曜日、A5病棟は第2・第4金曜日に実施している。</p> <p>②定期的なカンファレンスだけでなく、困難事例に対して、各病棟で多職種による症例検討を行っている。</p> <p>③病院全体のカンファレンスは、毎週月曜日の朝礼後に所属長が集まり、院内で生じた問題の共有を行っている。</p> <p>④家族関係者、外部支援者（施設職員、弁護士等）や行政職員の参加を促進し、定着している。</p>			<p>病院幹部 看護部</p>

<p>(2) クリニカルパスの導入</p> <p>神出病院は、これまでチーム医療を実践し、患者を退院に導くことについて十分な取り組みを行ってきたとは言い難い。入院した患者についてそれぞれの職種が一定水準の治療・取り組みを過不足なく行い、一定期間内に治療を完結し、退院に導くことを目的にクリニカルパスを導入すべきである。これによりチーム医療の実践、治療の標準化を行い、質の高い医療を患者さんに提供することを目指すべきである。</p>		<p>・精神保健福祉法の改正に伴い、クリニカルパスを検討中。</p>		<p>病院幹部</p>
<p>(3) 患者の治療プログラムへの参加</p> <p>チーム医療のため、医師も心理教育プログラムで講師をつとめるなど治療プログラムに参加するべきである。</p>	<p>①リカバリープログラムの計画や対象患者選定会議に医師が参加している。</p>	<p>・退院支援のための心理教育プログラム「神出リカバリープログラム」への医師の参加を予定。</p>		<p>医局</p>