

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」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26日～9月27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	一般病院2	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は開設以来、良質な医療の提供に努められ、透析を含む腎疾患を中心とした医療の提供と共にSCUを整備した脳卒中センターを開設し、群馬県の高崎・安中保健医療圏を中心とした救急医療・地域医療に貢献されている。新型コロナウイルス感染症禍の折には、いち早く発熱外来を開設し、専用病床の運営やワクチン接種の推進等にも積極的に対応され、地域に貢献されている。さらに、近年では内視鏡手術支援ロボットを導入して、安全で高度な最新の医療が提供されている。

また、病院附属クリニックの職員とも有機的に連携され、円滑な病院運営が行われている。理事長、病院長の強力なリーダーシップのもとに、各種の会議・委員会を有効に機能させながら職員が一丸となり、ISO9001やプライバシーマークの取得など、第三者評価を活用した医療の質向上に取り組まれている。今回の病院機能評価における受審結果も参考とされ、さらなる医療の質向上に向けて取り組まれるとともに、良質な総合医療サービスを提供する医療機関としてますます発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

経営理念および基本方針が明文化され、内外への周知を図るなど病院運営の基本を示している。病院運営における意思決定のプロセスは明確であるが、実態を反映した組織図の作成を期待したい。中長期事業計画のもとに年次事業計画を策定し、部署ごとの目標の設定や評価も行われている。情報システム・ネットワークの管理規定を定めて適切に管理され、有効に活用されている。文書管理規程を策定しており、組織として管理する仕組みはあるが、職員が容易に参照できる仕組みの構築を

期待したい。

隣接する同一法人のクリニックとの連携のもとに必要な人材を確保している。人事・労務管理に必要な規則、規程を整備し、適切に就労管理が行われている。職員の安全衛生管理は適切に行われている。職員の意見・要望を把握し、職員が意欲をもって仕事に取り組めるよう支援している。

総務部総務課が担当部署となって委員会とも協働し、計画的な教育・研修を実施している。各職種のキャリアパスを策定し、能力開発の仕組みを明確にした取り組みを期待したい。各専門職種の初期研修の手順やプログラムを定めて初期研修が行われている。学生実習の受け入れ体制を整備して、カリキュラムに沿って適切に学生実習が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示のほか、ホームページや入院案内等に掲載し周知している。方針は、医療安全管理マニュアルに明文化され、侵襲を伴う治療等は同意を得る手順を定めて実施している。同席基準の策定や院内書式の統一を期待したい。患者による名乗りなど患者自らが安全管理に参加する仕組みを構築している。患者が情報を得られる環境を整備し、入退院支援センターを設置して様々な相談に応じており、必要な場合には専門職による対応体制も整備されている。個人情報保護の院内手順を定めて対応しており、診療情報は物理的・技術的保護を確実にしている。倫理的課題に対する方針が明文化されているが、臨床における倫理的課題の意識向上に向けた取り組みを期待したい。日常的に発生する倫理的課題について、倫理教育を含め組織として全職員の倫理意識向上を期待したい。

院内は、Wi-Fiを整備し、売店、銀行ATMなどを設置して患者・面会者の利便性や入院生活に配慮されている。病棟内は医療安全・感染制御に配慮し、患者の療養環境は整えている。職員による定期的な敷地内禁煙を巡視し、患者・職員への受動喫煙の防止に向けた取り組みも適切に行われている。

### 4. 医療の質

ISO9001 やプライバシーマークの取得など、外部評価を利用した業務の質改善活動を積極的に行っており、7年連続で健康優良法人に認定されている。業務の質改善に向けた活動は活発である。臨床指標に関するデータを扱う部署を定めて有効に活用できる体制を整備し、診療の質向上に向けて臨床指標を利用した組織的な改善活動を期待したい。患者・家族の意見は、院内各所に設置している意見箱や退院時アンケートなどによって収集し、医療サービスの質向上への取り組みに活用されている。新たな技術を導入する際の手順や審議の場を明確にされるよう期待したい。

病棟には多職種の責任者が表示され、ベッドサイドには担当医が表示されて責任が明確となっており、休日・夜間や緊急時の連絡体制も周知されている。診療記録は電子カルテを活用し、略語集も整備され、SOAP形式で読みやすく適切に記載されている。2週間以内の退院時サマリーの作成率も100%と評価できる。それぞれのチームが多職種協働により定期的に回診やカンファレンスを行い、情報を共有し

て治療方針・ケアが検討されている。

## 5. 医療安全

医療安全管理室は診療統括部長が室長を務め、専従の看護師が配置され日々安全管理に努めている。医療安全管理委員会を毎月開催し、多職種での検討や伝達が適切に行われている。インシデントレポートは項目別に収集され、医療安全管理者が分析している。再発防止策の周知および現場確認も適切に行われている。医療事故対応手順を整備し、医療事故発生時における原因究明と再発防止に向けて検討する仕組みも明確になっている。

リストバンドなどを活用して患者確認手順に沿って確認しており、手術室でのタイムアウトも適切に行われている。また、サイトマーキングや検体交差などの誤認防止対策を実践している。電子カルテシステムにより、医師による処方、指示出し、検査オーダーや指示受け、実施確認が確実に行われている。在庫管理システムを整備し、病棟在庫薬使用時の取り違え防止対策がなされている。麻薬の保管管理において鍵の管理を徹底されることを期待する。入院時アセスメントで転倒・転落のリスク評価を実施し、必要な患者には転倒・転落防止対策に努めている。医療機器は臨床工学技士が管理ソフトを使用し、適切に管理している。患者等の急変に対しては、院内緊急コードが設定され院内周知している。救急カートは全部署で統一し、毎日看護師が確認しており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

救急外来と兼務する感染管理者を中心に感染制御チームを組織している。今後、感染管理認定看護師の配置やリンクナース会の発足等を予定されており、感染制御に向けた組織体制の強化を期待したい。感染制御チームは院内ラウンドと ICT 会議を開催し、耐性菌の検出状況や手指衛生遵守の状況を共有して改善に結びつけている。現在、SSI サーベイランスを行っているが、貴院の診療実績からも CAUTI や VAP、CLABSI などのデバイス関連サーベイランスの実施を期待したい。

院内感染対策マニュアルを整備し、マニュアルに則って標準予防策を実施している。感染管理担当看護師長が中心となり、速乾性消毒剤の使用量調査を実施し、遵守状況の把握や環境ラウンドを行い、感染制御活動の意識向上に努めている。PPE の着用や備品の配置、手指衛生なども適切に行われている。また、抗菌薬の採用・削除は、毎月開催する薬事委員会で検討し決定している。院内分離菌と薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成しており電子カルテで閲覧可能である。抗菌薬の適正使用に向けて、院内感染マニュアルに各種学会のガイドラインに準拠した抗菌薬の種類、投与期間を明記されることを期待する。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の発信は、総務部企画課を通じて院内外の様々な活動内容を組織的に検討し、院内広報誌を発行している。また、地域医療連携だよりを毎月発行して、院内情報をわかりやすく紹介している。ホームページでは、院内行事、診療実績指

標を掲載し、効果的な情報発信に努められている。地域連携活動は、高崎・安中保険医療圏を中心とする各病院、診療所および介護サービス施設などへの訪問や面談を行っている。また、地域の医療関連施設の機能などを把握して、積極的な地域医療連携活動を推進している。また、群馬脳卒中医療連携の会に参加して、脳卒中センターを設置している計画管理病院として地域連携パスも活用しながら積極的な連携推進を図っている。従前から取り組まれていた病院祭を再開しており、地域住民の参加者は通算で数千人規模となっているなど、地域の健康増進に寄与されている。また、医師による健康講座の開催、前立腺がんの早期発見・適切な治療を推進する運動に取り組まれているほか、「子宮頸がんワクチンキャッチアップ接種キャンペーン」を行うなど、地域に向けた教育・啓発活動状況は高く評価できる。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者が円滑に診察を受けることができるよう配慮されている。病態に応じて説明し、同意のもとに適切に外来診療を行っており、診断的検査についても安全に配慮して行っている。診療科カンファレンスを通じて医学的な判断に基づき入院の適応を決定し、病態に応じて診療計画や看護計画を適切に作成している。相談窓口では多様な相談に対応し、プライバシーにも配慮されている。入院案内や入退院支援の対応により安心して入院できるように配慮している。

医師は毎日回診を行い、チーム医療のリーダーシップを発揮している。看護基準、看護手順は整備され、定期的な見直しも行われている。入院患者は入院時よりニーズに配慮しながらケアを実践し、入院から退院までの継続的なケアが行われている。病棟での注射薬の準備において、1患者1トレイでの運用を徹底されるよう期待したい。輸血はガイドラインに従って安全に投与している。手術・麻酔の方法はカンファレンスで決定し、安全に手術が行われている。重症患者への対応では、重症度に応じてSCUと重症個室を利用して管理している。褥瘡管理マニュアルに基づき全入院患者に発生リスク評価を行っている。また、高機能マットレス配置やチームによる対応など、褥瘡予防・治療を適切に行っている。

入院時栄養スクリーニングにて患者に合わせた食形態や指導を行っている。緩和ケア手順に沿い疼痛やそれぞれの症状緩和に努めているが、実態を反映した手順となるよう期待したい。入院早期から急性期リハビリテーションを提供しており適切である。身体抑制に関する基準や手順に沿って観察・実施しているが、院内書式について検討を期待したいが。入院時より入退院支援センターと連携し、患者に合わせた退院支援を行っている。情報はカルテ内で関係者が共有し、院内・院外施設とも連携して継続したケアに努めている。患者・家族の意向を確認し、カンファレンスを実施して治療方針や情報を共有している。個別性に配慮した終末期医療が行われているが、DNAR時におけるケアの基準・手順の整備を期待したい。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

病院全体の薬剤に関連した業務は適切に行われているが、毒薬保管庫について検討を期待したい。併設するクリニックと合わせて検体検査・生理検査・細菌検査等

の必要な検査が提供されている。救急の迅速な画像診断ニーズに応え、ストロークセンターとしての重要な役割を担っている。食事提供業務では、選択メニューなど嗜好に応じたきめ細かな対応がなされている。各病棟にリハビリスペースを確保して入院早期からリハビリテーションを提供している。療情報の保管・管理は適切に行われている。医療機器管理システムにより保守点検や日常点検などが一元的に管理され、医療機器管理は適切に機能している。滅菌業務は手術室看護師長が管理しており、使用済器材の拡散防止、清潔・不潔エリアの区分、滅菌の質保証が適切に行われている。

病理診断機能は適切に発揮されている。輸血・血液管理機能では、払い出された血液製剤の返却ルールをマニュアルに明記されるよう期待したい。ハイブリッド手術室を含む手術室を設置し、全身麻酔は全て麻酔科医による管理下で適切に手術を行っている。SCUを設置し、脳卒中以外の重症患者や術後の患者も含めて集中治療を行っている。脳卒中の超急性期医療を提供し、年間で多数の救急車を受け入れており、その救急医療機能は高く評価できる。

#### 10. 組織・施設の管理

法人本部が主体となって財務・経営管理を行っており、病院会計準則に沿った会計処理を適切に行っている。医事データ等を活用し、経営改善に役立っている。医事業務は、施設基準を遵守し、返戻・査定など保険請求内容は各医師と情報共有し防止・削減に向けた対策に努めている。業務委託の是非の検討を行い、委託先の検討を行っている。また、委託業務の実態を把握して質評価も実施しており、事故発生時の対応も明確になっている。

施設・設備の管理は庶務部が担当責任部署となって日常点検や年間保守計画を策定し、適切に管理されている。感染性廃棄物の保管・管理状況は適切である。医薬品の新規購入の際には、薬事委員会を有効に機能させて決定している。診療材料や消耗品などは、SPDシステムによって適切に購買管理を行っている。

火災や大規模災害時を想定したマニュアルを整備して定期的な訓練も行っている。新興感染症、システム障害に対応したBCPを早期に策定するよう期待したい。夜間・休日には病院およびクリニック職員によって保安業務を行っている。院内や敷地内巡視を行っており、緊急時における連絡体制や応援体制も整備されている。

# 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	B
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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	S
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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	B
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	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	B
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	B
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	B
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	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B

## 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	B
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	B
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	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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	B
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	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

---

## 4.6 病院の危機管理

---

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

---

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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 : 医療法人社団美心会 黒沢病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2
- I-1-3 開設者 : 医療法人
- I-1-4 所在地 : 群馬県高崎市矢中町187

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	130	130	+0	94.8	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	130	130	+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)	12	+0
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	60	+0
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	18	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等 :

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 在宅療養支援病院

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

