

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2月13日～2月14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、国立病院機構が開設する地域医療支援病院である。北毛地域唯一の放射線治療施設として広域から紹介患者を受け入れ、また、年間多くの救急車を受け入れている。

今回の病院機能評価では、多職種が協働して医療の質の向上に取り組んでいることが確認できた。いくつかの課題も見られたが、引き続き病院幹部のリーダーシップのもと、多職種が協働して取り組み、益々貴院が発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、ホームページ等で周知している。病院幹部は、病院運営に積極的に関わり、リーダーシップを発揮している。「第4期中期計画」に沿って病院および部門ごとの年度目標を設定して計画的な組織運営を行っている。電子カルテを中心に、放射線、薬剤などの多様な情報システムを活用し、統計資料や臨床指標の作成などに情報を活用している。

年度ごとに各部署にヒアリングを行い、人員計画を策定し、採用活動を推進している。就業規則、給与規程等を定め、労働基準法第36条に基づく協定の締結・届出も行っている。安全衛生委員会を毎月開催して院内巡視の結果等を検討し、職員の精神的サポートとして、ストレスチェック、産業医による面談を実施している。育児・介護休業制度、職員宿舎の設置等、職員の就業支援制度を整備している。年間計画を作成し、医療安全、感染制御等の職員研修を実施している。国立病院機構（NH0）の業績評価制度により、能力評価・能力開発に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、原則として診療記録の開示には応じる方針としているなど、患者の権利の擁護に努めている。医師は患者に、図なども用いて丁寧に説明し、治療方針に対する同意を得ている。診療計画書、クリニカル・パス等を用いて患者との情報共有に努めている。「患者相談支援センター」を設置し、看護師、医療ソーシャルワーカー等が患者・家族の多様な相談に応じている。個人情報保護方針を定め、電子カルテのパスワード設定等によって患者情報の保護に取り組んでいる。また、相談室や採血室の整備、患者の呼び出しにおいても、プライバシーの保護に努めている。主要な倫理的課題への方針を定め、課題を共有・検討する場として臨床倫理委員会を設置している。患者・家族の倫理的課題は、多職種カンファレンスで検討し、現場で解決困難な課題は、臨床倫理委員会で検討する仕組みを整備している。

患者用駐車場を整備し、院内には売店や自動販売機、病室にはテレビ等を設置して、患者の利便性に配慮している。病院全体がバリアフリーとなっており、車椅子で利用可能なトイレや洗面台、受付カウンター、記帳台等が整備されているなど、高齢者や障害者に配慮されている。また、診療・ケアに必要なスペースを確保し、患者が安全に療養できる環境であるなど、適切な療養環境を整備している。地域がん診療連携拠点病院として、建物内、通路、駐車場、駐車中の車内を含め、敷地内禁煙としている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査で収集し、医療サービス向上委員会では対応策を検討している。各科カンファレンス、死亡症例検証委員会、医療安全事例検証会等を定期的に開催し、症例検討や診療内容の振り返りを行っている。部門横断的な業務改善活動のテーマとして病院全体で5S活動に取り組むとともに、「医療安全への取り組み発表会」を開催して、各部署の業務改善の成果を共有している。病院として新たな治療・技術を導入する際には、臨床倫理委員会で検討し、必要な知識・技術の修得に向けて、病院として支援している。

病院入口には、管理者および診療を担当する医師の氏名を掲示するとともに、病棟には、責任医師、看護師長等の氏名を掲示して、診療・ケアの責任体制を明確にしている。診療記録等記載マニュアルに沿って記録を作成し、質的点検も実施している。病棟カンファレンスには医師、看護師、薬剤師等が参加し、組織横断的に専門チームが活動している。センター化による診療科の枠を超えた連携に取り組んでおり、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室を設け、医療安全管理者として看護師長を配置している。アクシデント・インシデントを収集し、医療安全部会が改善策を立案し、実施後の評価も行っている。

患者による氏名の名乗り、病理検体への1検体1容器の使用、手術部位へのマーキング等により、誤認防止を図り、手術時には、サインイン・タイムアウト・サインアウトを実施している。医師の指示出し、指示受け、実施確認の一連の業務は、電子カルテ上で確実に行われている。異常値・パニック値は依頼医に直接連絡し、未読確認システムも活用している。電子カルテにより、重複投与、相互作用、アレルギー等のリスクを回避し、抗がん剤は全て化学療法委員会の審議を経てレジメン管理するなど、薬剤の安全な使用に努めている。入院時に転倒・転落アセスメントを行い、リスクに応じた看護計画を立案し、実践している。医療機器に関する教育・研修を実施し、マニュアルに沿って適切に使用している。患者の急変時に備えて、院内緊急コードを設定し、全職員を対象に定期的にBLS研修を開催している。救急カートおよびAEDは必要箇所に配置している。

6. 医療関連感染制御

院内感染予防対策委員会および感染管理室を中心に、組織横断的な感染制御に向けた体制を整備している。感染制御推進委員会（ICT）、感染対策リンクナース会、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は、現場における感染制御活動を担っている。ICT、ASTは、毎週のラウンドなどにより、各部署の感染関連情報、抗菌薬の使用状況等を把握し、ICTは、収集したデータを分析して感染防止対策を策定している。今後、医療関連感染サーベイランスの拡充を期待したい。

臨床現場では、標準予防策および感染経路別予防策を実施し、手指衛生や个人防护用具の着用を徹底している。感染性廃棄物は他の廃棄物と分別し、適正に保管・管理している。ICTが感染制御に向けて現場の確認や指導を行っている。抗菌薬の採用・中止はASTと薬事委員会で検討し、特定の抗菌薬の使用は届け出制としている。ASTは、院内ラウンドも実施し、起炎菌、細菌検出結果、抗菌薬の使用状況等を把握して、不適切な使用へのフィードバック、抗菌薬の変更やde-escalationなどの指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容や診療実績等は、広報誌を年5回発行し、情報発信している。ホームページに診療科ごとの診療実績等を公表し、連携協力医や調剤薬局等へ、毎年診療科・医師紹介冊子を配布している。患者相談支援センターを設置し、地域医療機関、介護福祉事業者と連携を図っている。地域支援病院として他の医療関連施設と連携し、紹介・逆紹介に積極的に取り組んでいる。渋川地区在宅医療介護連携支援センターの退院調整ルール運営部会や前橋渋川医療連携の会に参加し、共同して地域医療を支えている。

地域住民を対象に、市民公開講座を開催し、YouTubeにも公開している。新型コロナウイルス感染症に対する対応についてもYouTubeに公開し、啓発活動の一助としている。また、療法士を介護予防教室に派遣し、医師、専門・認定看護師等も院外の講演や講師派遣に対応し、地域の看護師向けにメール看護相談も行うなど、教育・啓発活動を適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療や診断的検査は、医師が治療方針や検査の必要性を説明し、患者の同意を得て実施している。医師は医学的な根拠に基づいて入院の必要性を判断し、患者の希望にも配慮して入院を決定している。多職種が協働し、速やかに入院診療計画書を作成している。患者相談支援センターにおいて患者・家族の多様な相談に応じ、入退院センターで事前説明等を行うことにより、円滑な入院に繋げている。

医師は毎日回診して患者の病態の把握に努め、看護師は、看護管理基準、看護業務手順等に基づき業務を行っている。薬剤師が持参薬の鑑別や服薬指導を行い、投薬・注射を確実・安全に実施している。血液製剤の確認、輸血中の観察などを確実にを行い、安全に輸血を実施している。手術・麻酔を実施する際には、合併症対策を行い、抜管や退室の基準を明確にしている。病状が重篤な患者や術後等のため、常時監視を要する患者には、各病棟のスタッフステーション近くの重症個室を使用している。緊急時に備えて呼吸器、モニター類を整備し、臨床工学技士が管理している。入院時に、褥瘡発生のリスク評価および栄養スクリーニングを行い、結果に応じた診療・ケアを提供している。全てのがん患者に苦痛スクリーニングを実施し、疼痛コントロールや精神的サポートを行っている。リハビリテーションの効果を定量的に評価し、急変時対応や中止基準を定めている。原則として身体抑制は回避することとしており、抑制の回避に向けた介入に努めている。やむを得ず身体抑制を実施する場合は、身体拘束に関するマニュアルの適応基準に即して、医師、看護師等の多職種で実施の可否を検討している。入院時から退院支援の必要性を評価し、結果に基づいて介入を開始している。毎週が多職種カンファレンスで具体的な支援について話し合い、退院指導に繋げている。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬の鑑別は薬剤師が24時間実施し、電子カルテを通じて医師や病棟薬剤師と情報を共有している。臨床検査科に臨床検査を担当する常勤医師を科長として配置し、血液、生化学、微生物等の検査を実施している。画像診断部門は24時間体制で撮影依頼に応じ、CT・MRIは全て常勤医が迅速に読影している。栄養管理部門は、衛生的に調理業務を行い、適時・適温の食事を提供している。リハビリテーション部門は、早期にリハビリテーションを開始し、多職種で進捗状況を確認している。診療情報は、電子カルテ上で一元的に管理している。医療機器は、臨床工学技士により、人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ、モニター類を中央管理している。手術室看護師長の管轄のもと委託事業者によって洗浄・滅菌業務を実施している。使用済み器材は、現場において一次洗浄は行わず、密封容器に格納して中央材料室に適切に搬送している。

病理診断部門では、迅速に診断し、報告書の到着通知が表示される仕組みである。また、定期的に未読を確認し、未読防止に取り組んでいる。病理検査室のホルマリンの保管は、より安全な管理体制となるよう検討を期待したい。放射線治療部門は、主治医と放射線治療医の協議のもと、高精度の照射を行っている。血液製剤は、臨床検査科の輸血管理室が管理し、在庫を最小限にしている。また、輸血を実

施する際には必要量の払い出しを徹底しており、返却はなく、廃棄は発生していない。手術・麻酔部門では、全身麻酔は全て麻酔科標榜医が担当し、予定外の手術にも円滑に対応している。救急医療部門は、二次救急に対応し、受け入れ不能事例は記録して救急委員会で検討している。

10. 組織・施設の管理

国立病院会計規程に則った適正な会計処理が行われている。また、月次で予算進捗管理などが実施されている。医事業務は事務部企画課医事係が担当し、窓口業務は委託している。夜間・休日にも医療費の計算・収納を行っている。レセプトの作成・点検には医師が関与している。業務委託は、経営効果や関連部門の意見を勘案し、幹部会で決裁し、委託先は一般競争入札によって選定している。

施設・設備の管理にあたり、年次保守計画に則って法定点検・自主点検を実施している。診療材料の新規採用にあたっては、SPD 委員会で重複材料の統一や価格等について検討し、医薬品は薬事委員会で購入を検討している。高額な医療機器の購入申請は、医療機器整備委員会や仕様書決定委員会で検討されている。災害時に備えて、消防計画および災害対応マニュアルを整備し、緊急時の連絡体制が確立している。災害拠点病院として、災害対応訓練を実施し、DMAT 派遣にも応じている。保安業務は警備員を配置し、院内巡視、施錠管理などを行い、敷地内には防犯カメラを設置している。医療事故発生時の対応を定めており、事故発生時には、医療安全管理委員会が原因究明と再発防止策の検討を行う仕組みが確立している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型および協力型臨床研修病院として、臨床研修指導医を配置し、研修医が在籍している。初期臨床研修プログラムを整備し、到達目標、診療録記載基準などを定めている。看護職員に関しては、国立病院機構の看護職員能力開発プログラムに則り、計画的に教育が行われている。また、臨床検査技師、薬剤師等の専門職種の初期研修プログラムも整備している。

看護学生をはじめ、療法士、診療放射線技師、管理栄養士、診療情報管理士など、積極的に多職種の学生実習を受け入れている。実習生の受け入れオリエンテーションの際に、医療安全、感染対策、事故発生時の対応手順等を説明し、実習時の基本ルールを周知している。

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	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	B
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	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	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	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	A
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	栄養管理と食事指導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	A
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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	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	B
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	A
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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 渋川医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 群馬県渋川市白井383

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	400	400	+0	76.5	17.1
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	46	46	+0	37.4	81.6
感染症病床	4	4	+0	5.4	17.6
総数	450	450	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	6	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	25	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ群)

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： 6 人 2年目： 6 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

⑦ 年度推移	実績値			対 前年比	
	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	440.93	408.05	445.96	108.06	91.50
1日あたり外来初診患者数	30.65	26.84	30.86	114.20	86.97
新患率	6.95	6.58	6.92		
1日あたり入院患者数	323.42	305.72	339.24	105.79	90.12
1日あたり新入院患者数	18.29	16.82	18.75	108.74	89.71