

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 12 月 2 日～12 月 3 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

貴院は群馬県の南部に位置する藤岡市にあり、群馬県二次医療圏の藤岡医療圏にある。臨床研修病院、地域災害拠点病院（地域災害医療センター）、県地域周産期母子医療センター、地域医療支援病院などの指定を受けており、地域中核病院としての役割を担っている。現在は、藤岡医療圏のみならず、高崎市や埼玉県北部を含む地域の基幹病院として、急性期医療から慢性期医療、健診事業から介護事業まで幅広く展開し、地域住民から信頼される医療を提供している。

病院機能評価を継続的に受審しており、医療の質改善を図るべく院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。今後、貴院が地域住民に益々信頼される病院として益々発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

記念と基本方針が明文化されており、院長は、幹部会議のほか諸会議・委員会等を通じ、自院の役割・機能や将来像を良く示している。主要な課題の解決に向けて主導的に関わっているなど、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。また、病院運営の意思決定会議である幹部会議は月 1 回開催されている。病院事業中期計画に基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標を設定して効果的・計画的な病院運営を行っている。情報管理と活用の方針は規程内で明確になっており、院内で取り扱う情報を統合的に管理している。また、文書は文書管理に関する方針を明確にして、組織として適切に管理している。

医師・薬剤師等の法定人員・施設基準の必要人員を満たしている。安全衛生委員会は適正な構成員で設置され、毎月開催している。ホルムアルデヒド等を使用する

職場の作業環境測定は全て適正である。職員満足度調査、職員意向調査を年1回実施し、職員の意見・要望を把握し、勤務改善や人材の適正配置に努めている。また、福利厚生への積極的な取り組みにより魅力ある職場となるよう努めている。

病院教育・研修年間計画を立案し、各委員会と協働して必要性の高い課題の教育・研修を実施している。人事評価制度があり、個人別の目標管理を実施し、能力評価シートにより職員と評価者との面談や実績の検証を行い、職員の能力や技術力を定期的に評価するなど能力評価・能力開発を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利はわかりやすい内容で明文化され、院内掲示をはじめ入院案内、ホームページなどに掲載され、患者・家族および職員への周知に努めている。説明書や同意書は基本的な書式が統一されており、診療情報管理委員会で管理・運用されている。患者との診療情報は適切に共有され、医療への患者参加を促進している。患者支援体制が整備され、患者との対話を促進している。患者の個人情報の保護は明文化され、院内外に周知を図っている。診察室・相談室および病室入口の患者名表示や面会の取り次ぎ等の配慮もあり、プライバシーを適切に保護している。倫理に関する指針は職員手帳に掲載している。倫理審査委員会は毎月開催しており、倫理的課題を共有検討する場を確保している。臨床での様々な場面での倫理課題の把握や、解決困難事例をさらに検討する場として周知するとさらに良い。

駐車場が整備されており、病院利用者の利便性に配慮している。広い車寄せと大きな庇により降雨時に濡れることなく来院できるほか、玄関前のボランティアスタッフの介助もあり、ハード・ソフトの両面から車椅子でも利用しやすい施設となっている。また、療養環境は適切に整備されている。敷地内禁煙の方針であり、院内外に周知している。

4. 医療の質

患者満足度調査の実施や意見箱の設置により、患者・家族の意見を収集している。収集した意見は、患者サービスの向上に至った具体的な事例もあり、質改善に活用している。診療の質向上の活動では、症例検討会のほか、M&MやCPC、カンサーボードなどを開催し、診療ガイドラインに沿った診療が行われている。また、クリニカルパスの作成・見直しもクリニカルパス委員会で行い、パス大会も開催され適切である。新たな治療方法、研究的な診療は倫理審査委員会での承認を得ている。新たな知識、技術の習得には、部門内での検討、講演会の開催や研修委員会での確認がある。治験に関しては厚労省の指針に準じて治験審査委員会での検討があり適切に運用されている。

病棟の入口や外来ブース毎に関与する職員氏名が職種ごとわかりやすく掲示されている。診療記録は、マニュアルに基づく記載はされているが、質的点検のさらなる充実などが望まれる。多職種によるラウンドや定期的なカンファレンスを行い、積極的に患者に介入して適切に運用している。職種間の垣根が低く、専門性が発揮され、活発な論議が日常的に行われており評価できる。

5. 医療安全

安全管理センターは院長直属で、病院長補佐を医療安全管理責任者とし、専従管理者を配置しており、体制は確立している。院内のインシデント・アクシデント報告はシステムを利用して分析し、再発防止策を立案・実施して評価を行うなど適切である。

患者誤認防止のため確認は、患者本人に名乗ってもらうことを基本とし、リストバンドや外来患者受付票を用いて確認している。情報伝達のエラー防止対策として、臨時指示や指示の変更・中止、および口頭指示に対する手順を統一しているが、口頭指示における薬剤の投与量や単位を統一するとさらに良い。薬剤の安全管理においては、ハイリスク薬品の保管場所、麻薬保管庫の施錠等は適切である。注射用抗がん剤はレジメン管理するなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を適切に実践している。全入院患者に転倒・転落スクリーニングを用いてアセスメントを行い、危険度や個別に応じて対策を図っており、再評価や発生後の対応も適切である。医療機器の取り扱い説明書は電子カルテ内で閲覧できるよう整備し、使用時は作動確認や設定状況の確認を行っている。院内の緊急コードを設定し、職員全体に周知している。

6. 医療関連感染制御

感染管理対策部門を設置し、院内感染管理者を配置している。各部署の代表から構成される院内感染予防対策委員会（ICC）を配置し、病院全体の院内感染に関わる方針を協議している。ICD、ICN、臨床検査技師などから構成され感染制御チーム（ICT）を配置し、院内感染の日常的発生状況の把握、予防対策の提言・指導などを行っている。感染管理者は、継続的な微生物サーベイランスや医療関連感染サーベイランスを実施している。収集したデータは ICT で検討し、ICC に報告している。院外での流行情報も積極的に収集しており、医療関連感染制御に向けた取り組みは適切である。

院内感染防止対策指針およびマニュアルに基づき、手指衛生、感染経路別予防策、个人防护用具の装着を行い、各部署の遵守を推進している。抗菌薬使用ガイドラインを整備し、抗菌薬を適切に使用している。特殊な抗菌薬に関しては届け出制とし、AUD は毎月報告し、アンチバイオグラムは定期的に更新している。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、入院案内、年報等のほか、医療機関向けの広報誌ならびに、地域住民向けの広報誌を発行し、最新の情報を発信している。各種データを定期的に収集・分析し、地域の医療ニーズの把握に努めている。院外開催の講演会や勉強会へ講師を派遣するなど、他の医療関連施設等との顔の見える関係づくりを図っている。患者・地域住民の健康増進のため、市民公開講座やがん市民講座、糖尿病教室等を開催している。地域の医療従事者の知識・技術向上のため、蘇生トレーニングコース、脳卒中病院前救護コース、緩和ケア研修会等を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

自院の役割・機能、診療内容・診療時間、医師の配置状況など受診に必要な情報が案内されている。外来診療においては、患者誤認防止に配慮し、侵襲性の高い検査や処置を行う際には院内共通の書式を用いて説明し、同意を得ている。入院の必要性は症状や検査結果などから医学的に判断し、患者・家族に説明と同意を得たうえで入院を決定している。入院診療計画書は各種リスク評価の結果を踏まえ迅速に作成している。患者相談センターの相談窓口で患者・家族からの多様な相談に適切に対応している。相談内容によって社会福祉士、看護師など職種の専門性を活かして多視点から支援している。

医師は毎朝回診し、電子カルテに記録をしている。他職種とのカンファレンスにも参加し、チーム医療においては中心的役割も果たしている。看護師の病棟業務および運営は病棟特性に応じ、チームナースング・機能別看護・プライマリー看護を取り入れ、看護基準・手順も整備している。各病棟に病棟担当薬剤師を配置し、服薬指導・薬歴管理を適切に行っている。輸血・血液製剤の投与、周術期の対応は適切である。褥瘡対策マニュアルを作成し、手順に沿って全入院患者に危険因子評価を行い、必要時には褥瘡対策チームが患者ケアや予防対応にあたり、褥瘡治療も遅滞なく対応している。また、入院患者全員を対象に栄養アセスメントを実施し、個々の患者の栄養状態を把握し栄養管理計画書に反映させている。リハビリテーションの必要性が主治医ならびにリハビリテーション担当医によって判断され、個別性に応じた実施計画書を作成している。その際には説明と同意を得るなど、確実・安全に実施している。安全確保のための身体抑制の実施は適切に行われている。退院支援計画マニュアルを整備し、入院時から退院スクリーニングを行い、必要に応じて患者支援センターの社会福祉士が早期から介入し、退院支援を適切に行っている。家屋調査も含め、患者の病状や生活状況にあった継続支援を自宅に出向いて行うなど、必要な診療やケアが行われており評価できる。ターミナルステージへの対応については、院内で作成された「人生会議のススメ」を活用して終末期医療における患者の意思決定が尊重できるよう取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、注射薬1施用ごとの取り揃えなどの対応を適切に行っている。臨床検査は、結果の報告、精度管理など機能を適切に発揮している。画像診断機能は、24時間体制で、タイムリーに検査を実施して、診断結果を迅速に報告している。栄養管理機能では、食事の提供は、適時・適温に配慮し、患者の病状や嗜好に応じて個別に対応する工夫している。リハビリテーション機能は、365日休むことなく心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器、がん、廃用症候群のリハビリテーションを適切に発揮している。電子カルテを導入し、診療情報を一元的に管理している。医療機器はME危機管理システムを導入して中央管理し、点検を計画的に実施している。機種の特長も活用し、教育も適切である。中央滅菌室はワンウェイ化され、洗浄から確実な滅菌の質保証に努めている。

病理診断機能は、依頼医の診断結果確認を行い、確実な結果報告に努めている。放射線治療機能は、体制、治療のプロセス、治療器の品質管理など、適切に発揮している。輸血・血液管理機能は、発注・保管・供給・返却などの管理が適切に行われている。手術・麻酔機能は、麻酔科医の管理のもと安全性に注意して適切に行われている。重症患者を集約的に治療およびケアするため HCU を運用し、明確な基準に従って入退室が行われている。救急医療機能では、設備・医療機器は三次救急救命センターに匹敵し、年間約 4,700 件の救急車を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は会計基準に基づき会計処理が行われ、経営状況の把握と対策立案に努めておりおおむね適切である。医療費の計算・収納を 24 時間 365 日行っており、自動支払機を導入し、患者の利便性に配慮している。また、委託業務従業員に対する教育は病院職員に対して行う研修会にも参加できるよう配慮し、病院作成の「職員手帳」を委託業務従業員にも配布して様々な院内ルールを周知している。

地域が必要とする役割に応じた施設・設備を整備し、担当者を配置して維持管理している。必要な時期に応じて保守点検を行い、毎月の院内巡視により施設・設備の現状を把握し、今後の対応を図っている。購入物品の選定は組織的に検討し、購入にあたっては納入価格の適正化を図っている。高額医療機器の導入にあたっては、採算等の経済性評価を行っているが、導入後の検証を行うとさらに良い。

消防計画に基づく消防訓練を実施し、火災発生時の対応などを「職員手帳」に記載して職員に周知している。大規模災害時の対応は、災害対策マニュアルと包括的なリスクマネジメント計画（BCP）を作成し、災害訓練を実施している。警備員を配置し、警備マニュアルを整備して、出入口管理や院内巡視、緊急時の対応を行っている。医療安全管理指針に医療事故発生時の対応手順があり、原因究明と再発防止に向けた委員会が設置され、顧問弁護士等も参画するようになっている。訴訟が発生した場合の対応も明確になっている。

11. 臨床研修、学生実習

初期研修医の評価では、多角的な評価の仕組みがあり、職種を超えて病院全体で初期研修者を育成・支援する文化を醸成しており、高く評価できる。看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション療法士等、多くの実習生を受け入れており、学生実習の受け入れを一元的に管理している。

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	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	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	B
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	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	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	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	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	A
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	A
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	B
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 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： 多野藤岡医療事務市町村組合 公立藤岡総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 群馬県藤岡市中栗須813-1

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	395	395	+4	82.7	17.7
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	4	4	+0	0	0
総数	399	399	+4		

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	8	+0
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	13	+7
人工透析	29	+4
小児入院医療管理料病床	38	-5
回復期リハビリテーション病床	48	+48
地域包括ケア病床	47	+8
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	8	+8
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

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), DPC対象病院 (Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター

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： 7 人 2年目： 7 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

