

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10日～9月11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1951年の開院以来、増改築を重ねながら機能の充実を図ってきた。2017年に新病院として開設して以降も、群馬県藤岡多野地域を中心に、埼玉県北部地域を含む診療圏とする地域の中核病院として、地域医療に貢献し、地域住民の信頼と期待に応えながら今日に至っている。また、多数の自治体からなる医療事務組合により運営されていることから、地域に密着した医療機関としての役割を果たしている。

「地域住民から信頼される医療」を理念に掲げ、急性期医療、救急医療、がん治療、予防医学、災害対応など多岐にわたる医療を一貫して提供している。さらに、訪問看護事業所の併設や回復期リハビリテーション病棟の設置などにより、在宅復帰支援や多職種によるチーム医療を推進しており、時代に即した診療機能の整備に取り組んでいる。2025年度の基本方針には「勤務環境の整備と効率的かつ健全な病院経営に努めます」を追加し、経営の改善、チーム医療および医療の質の向上のため、職場環境の整備にも注力している。

現病院執行部は、①地域医療、②救急医療、③がんチーム医療、④小児・周産期、⑤災害・感染、⑥教育研修の6つの使命を掲げ、病院運営に取り組んでいる。今回は初回認定以来5回目の病院機能評価受審となるが、病院長のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質の向上に向けて取り組んでいる状況が確認できた。

今後も審査結果を十分に活用され、地域包括ケアシステムの中核的役割を担いながら、地域に必要な医療機能を持つ病院として、さらなる発展を遂げられることを心より祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針を明文化し、病院内外へ周知するとともに、定期的な見直しを行っている。病院運営の意思決定機関である幹部会議を月1回開催し、決定事項は院内へ周知している。中期計画として「公立病院経営強化プラン」を策定し、これに基づき年度事業運営方針の課題・目標を提示し、各部署で行動計画を作成して中間評価・最終評価を行っている。システムダウン時の対応手順や外部接続時の確認体制、情報セキュリティ対策を整備している。文書管理は総務課を責任部署として管理している。

医療法や施設基準等で定める人員を確保しており、各部署の要望を取り入れた採用計画となっている。人事・労務管理に必要な就業規則などを整備し、職員の出退勤時刻はICカードにより管理されている。安全衛生委員会は毎月開催し、産業医による職場巡視が行われている。職員の意見・要望は、職員満足度調査、職員意向調査、人事評価時における面談などで収集している。

全職員対象の研修は、研修委員会で年間スケジュールが管理されている。人事評価として、職員の能力評価および実績評価を行っている。各部署で初期研修プログラムを作成し計画的な研修が行われている。臨地実習受入実施要綱に基づき、依頼施設と実習に関する臨地実習委託契約書を締結し、多くの学生を受け入れている。実習開始時には、各部署でオリエンテーションを実施しているが、医療安全や感染制御などの重要な共通事項は、病院として内容を標準化し、確実に伝達することを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利5項目および患者の責務4項目を病院の理念のもとに制定し、定期的に見直している。説明と同意に関する方針や手順は、医療行為等の説明取得に関する規定を設けている。同席できない場合の意思決定支援の体制や、署名できない人や代諾者不在の場合の対応について基準・手順の整備が望まれる。入院診療計画書、クリニカルパス等を用い、患者に説明し、診療情報を共有している。転倒・転落防止や誤認防止対策等、医療への患者参加を促進している。総合相談室に社会福祉士、看護師を配置し、相談内容によって専門部署への振り分けを行うなど院内連携が行われている。個人情報保護基本方針の整備など、個人情報の取り扱いについて周知を行っている。

院内倫理審査委員会を設置し、倫理課題の方針を定めている。委員会では、臨床研究の審査が主となっているが、倫理事例の共有も行っている。現場で発生する倫理的課題は、多職種カンファレンスを開催し対応している。看護部緩和ケア・臨床倫理部会では、毎月1～2例の事例分析をしている。臨床倫理サポートチームが発足しており、今後の倫理的課題のタイムリーな把握と対応に期待したい。

患者・家族が利用できるデイルームがあり、寛げる場所を確保している。スタッフステーション、廊下、病室、外来は、整理整頓が行き届き、静寂で清潔感のある快適な環境を整備している。病院敷地内全面禁煙の方針を明確にし、患者への啓発活動や職員の喫煙状況調査を行い、受動喫煙防止に繋げている。

4. 医療の質

病院機能評価を継続的に受審しており、卒後臨床研修評価機構（JCEP）や日本輸血・細胞治療学会輸血機能評価（I&A）、人間ドック検診施設機能評価の認定など、第三者機関の評価を経て質の改善に取り組んでいる。CPCなどのカンファレンスを多職種参加で定期的に開催している。患者・家族から寄せられた意見を検討し、サービスの質向上に向けた取り組みを行っている。新たな診断・治療方針や技術の導入に際して、幹部会議や経営戦略会議で把握し、倫理審査委員会、医療安全管理委員会を経て実施される手順である。

看護部運用基準に病棟看護責任者、外来看護責任者の業務内容を明記し、医師業務指針に主治医の基準や役割を明記している。医師不在時の周知方法など診療、ケア管理の責任体制は明確である。診療記録は必要な情報を遅滞なく電子カルテ上に記録している。退院時サマリーの2週間以内の作成率はおおむね97%を維持している。多職種による質的点検も毎月行っている。緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、感染制御チーム、褥瘡対策チーム、抗菌薬適正使用支援チーム、せん妄・身体拘束最小化チーム、呼吸ケアサポートチーム、腎臓病チーム、糖尿病チームなど、多職種が協働で組織横断的に活発な医療チーム活動を展開している。

5. 医療安全

病院長直属下に診療統括部長をセンター長とする医療安全管理センターを設置し、看護師長を専従者として配置している。医薬品・医療機器・診療用放射線の各安全管理者を任命し、役割や権限を明確化している。報告事例は事例レベルに応じて医療安全管理センターおよび医療安全管理委員会で検討されている。医療事故発生時の対応手順は職員へ周知されており、発生した医療事故の原因究明と再発防止策の検討は医療事故対策委員会において行われている。

患者・部位・検体の誤認防止は手順に沿った運用を実施している。処方や指示は電子カルテに記載し、医師・看護師が統一手順で確認を行い、電子カルテで情報共有を行っている。口頭指示は原則禁止だが、やむを得ず行う場合は共通指示書を用い、復唱・ダブルチェックを徹底している。ハイリスク薬には注意喚起シールを貼付している。麻薬保管庫および向精神薬保管庫の鍵は個別管理として運用している。転倒・転落防止は、全入院患者にリスク評価を行い危険度に応じた対策を講じている。おもな医療機器類は、臨床工学技士がME機器管理ソフトで中央管理し、研修などにより安全な使用に配慮している。患者急変の対応は、院内緊急コールを設定し職員に周知している。救急カートは常に使用できるように整備点検をしている。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理センター内に感染管理部門を設置し、ICTとASTにおいて感染対策を推進している。院内感染予防対策委員会を毎月開催し、ICTは毎週のラウンドと24時間対応を行っている。院内感染対策マニュアルを整備し、院内端末から閲覧

可能としている。感染状況は細菌検出情報や報告、感染管理システムによる有熱患者検索で把握している。CLABSI・CAUTI や術式別 SSI サーベイランスを実施している。ICT は情報収集と緊急連絡網で迅速対応し、ICT ニュースで情報共有を行っている。

感染管理に関するマニュアルを整備し、ICT ラウンドを毎週行い手指衛生の状況を把握しているが、さらなる手洗い遵守率向上に期待したい。抗菌薬については、院内感染対策マニュアルに使用ガイドラインを明記し、抗菌薬の採用や中止は、院内感染予防対策委員会で検討した後に薬事委員会で協議・決定し、感染管理部門の意向が反映される仕組みとしている。広域抗菌薬や抗 MRSA 薬は届出制とし、AST が培養結果に基づき提案する体制を整備している。長期投与や同系統薬剤の継続使用に対しては、AST が監視・是正に関与する体制が整っている。アンチバイオグラムを毎年作成し、公開している。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けて様々な情報発信を行っており、年 3 回発行している広報誌のほか、近年は Instagram や YouTube など活用し、タイムリーな情報提供に取り組んでいる。あわせて、市民講座を継続的・定期的で開催するなど、地域住民の健康増進にも寄与している。臨床指標等、病院選択の参考となる情報についてもホームページで公開している。また、地域の医療機関・医師と連携し、定期的な交流会を開催して情報交換を行うなど関係構築にも注力し、自院で対応困難な専門領域については適切な紹介先を確保している。地域連携パスを活用し、入退院支援室の看護師・社会福祉士が早期介入して退院支援を行っている。地域がん診療連携拠点病院としての機能・特性に応じた取り組みを積極的に実践している。がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師を講師とした緩和ケア研究会の開催や、小学校へ職員派遣して教室を開催するなど、地域住民に対する教育・啓発活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ上でわかりやすく提供している。来院患者は受付から会計までスムーズな受診手続がとれるよう、システムやスタッフの体制が整備されている。外来では看護師が生活指導を行い、外来化学療法は専従認定看護師と薬剤師が安全に実施している。侵襲を伴う検査は、必要性やリスクなどの説明を行い、同意書を取得後、安全に配慮し実施されている。病床は副看護部長が中心となり効率的に運用し、緊急時も迅速に対応している。患者支援センターの総合相談室に社会福祉士と看護師を配置し、患者・家族からの多様な相談に対応している。入退院支援室には入院支援担当者として看護師を配置し、予約入院患者の入院説明を行い、緊急入院では病棟看護師が対応し、円滑な入院に向けて支援している。

医師は多職種チーム活動にも参加し、助言や指導を行っている。看護部は看護管理基準、看護手順などを整備し計画的な病棟業務を遂行している。病棟薬剤師は薬歴管理や服薬指導を行っている。抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットで調製し、本人確認や観察を実施している。院内の輸血マニュアルが整備され適切に運用して

いる。手術・麻酔の説明の際には看護師が同席し患者支援を実施するルールが定められている。患者の重症度を優先し、HCU、病棟の重症個室、ナースステーションに隣接する観察部屋でそれぞれの入退室基準に沿って運用している。褥瘡対策チームが毎週巡回を行い、治療・ケアの相談に応じている。NSTは必要な患者に介入し、管理栄養士は個別の喫食状態を検討し状態の改善に努めている。緩和ケアセンターを設置し、がん相談や情報提供を行っている。緩和ケアチームは緩和ケアガイドラインに基づき、緩和ケアを提供している。リハビリテーションは中止基準を定め安全に訓練を行い、FIMや疾患別バッテリーで効果を評価している。身体拘束最小化委員会、せん妄・身体拘束最小化チーム、看護部身体拘束最小化部会を組織し、身体拘束の最小化に向け取り組んでいる。

入退院支援室に退院調整支援担当者を配置し、入院早期より退院支援を実施している。病院併設の訪問看護ステーションとの連携、地域連携パスの活用、退院先への栄養情報提供書、患者情報提供書、看護サマリー提供等、必要な患者に継続した診療、ケアを実践している。緩和ケアガイドラインに準じ、患者・家族の希望を最優先とした診療ケア計画を立案している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能として、薬剤師は24時間体制で対応し、処方鑑査や疑義照会、薬剤管理、持参薬の確認や服薬指導を行っている。医薬品の採用や削除は薬事委員会で採否を検討し、医薬品集を適宜改訂している。臨床検査機能として、検査室では急性期病院としての機能に応じた設備・機器を整備し、検体、生理機能検査、細菌検査を担っている。画像診断機能として、読影レポートの未読を毎月確認し、依頼医に注意喚起を行っている。栄養管理機能として、栄養室では患者の治療状況や宗教上の特性などに向き合い、「ふじ食」として患者に寄り添った食事提供を行っている。リハビリテーション機能として、リハビリテーション室ではHCU専属療法士が早期リハビリテーションを実施し、各病棟では週1回カンファレンスを行い情報共有している。休日にも必要な患者には継続したリハビリテーションを行っている。診療情報管理機能として、患者の診療情報が容易かつ迅速に検索閲覧できる環境が整備されている。量的点検では診療情報管理士業務指針を参考とし必要な項目の点検を行うことが望まれる。医療機器管理機能として、医療機器は、ME機器管理システムを採用し一元的な管理を実施している。洗浄・滅菌機能として、医療機器・器財の洗浄・滅菌は手術室看護師長が管理責任者となり、実務は委託業者が担当している。

病理診断機能として、未読の病理報告書は毎月確認され、担当科主任部長に報告される。病理検査室内でのホルムアルデヒドなどの暴露対策・保管・管理は安全かつ確実である。放射線治療機能として、リニアック装置を利用した質の高い放射線治療を行っている。連休中も必要に応じて治療を継続し、装置の品質管理はガイドラインに則り実施している。輸血・血液管理機能は検査室内で独立し、血液内科医を責任医師として適切に運用されている。2025年度に日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価認定(I&A)を更新し、輸血・血液管理機能の質向上に向けた取り組

みを行っている。

手術麻酔機能として、手術室は6室を稼動しており、緊急手術にも柔軟に対応している。手術室の入退室に当たっては、患者確認・手術部位などのサインインや手術開始時、閉創後タイムアウトの手順を定め運用している。集中管理機能として、HCUを整備・運用し、脳神経外科部長を管理責任者医師としている。ハイケアユニット運用要綱を基準に入室基準と退室基準を明確にし、遵守・運営している。救急医療機能として、藤岡医療圏を中心とした西部医療圏及び埼玉県北部地域を含む救急医療の拠点として二次救急に24時間365日の体制で、救急患者の受け入れを行っている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいた会計監査により、財務状況ならびに予算の執行状況は明瞭に把握できており、監査の結果を受けて経営改善に向けた検討も行っている。レセプトの点検において、査定・返戻の対策に医師が組織的に関与している。医事業務から提供されるデータを経営指標として二次活用している。業務委託契約は必要事項が明記され、適正な契約となっている。委託業務の履行状況を定期的に評価し、確認する仕組みづくりが望まれる。

施設・設備の維持管理として計画的な環境整備を行っている。医療ガス安全管理委員会の構成メンバーや点検などは法令を準拠している。ベンチマークシステムのデータを活用し、医療材料や医薬品などの購入価格について妥当性の検討を行うことで経費節減に貢献している。消防計画、防火・防災管理規程、BCPを作成している。年2回の消防訓練を実施し1回は火災避難訓練として夜間を想定した訓練を実施している。災害時の非常食の備蓄として、患者用5日分、職員用3日分の飲料水、食料品の確保のほか、県を通しての燃料確保や市役所から優先的に備蓄品が供給される体制を整えている。保安業務は施設安全管理課が管轄している。日中は職員による体制とし、時間外・休日は警備員が、時間外に来館する業者の受付、院内巡回などの業務を行っている。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
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	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
1.3.3	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	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	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	A
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	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	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	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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	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	
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	A
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	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	B

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	A
-------	------------------------	---

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： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 5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番地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	331	-64	77	14.8
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	0	-4	0	0
総数	399	331	-68		

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)	12	+12
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	+0
人工透析	29	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
回復期リハビリテーション病床	48	+0
地域包括ケア病床	0	-47
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	8	+0
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(DPC標準病院群), 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： 5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

