

# 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 5 月 17 日～5 月 18 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、県北の 1 市 2 町で構成する病院組合が運営する公立病院であり「私たちは患者さん中心の医療を行います」を理念に掲げ、日夜奮闘している。今回の審査では、手術支援システム等を活用して急性期病院としての機能強化を図りつつ、訪問診療や訪問看護などによる地域包括ケアを目指す、貴院の理念にふさわしい実績を見ることができた。こうした実績は、各職種が専門性を発揮しながら「チーム FUJITA」を意識して連携するチーム医療によってもたらされている。断らないことを基本に、年間数多くの救急搬送患者を受け入れている救急医療はその典型である。

医師は診療科を超えて連携し、看護師をはじめとする医療専門職も、病棟や専門チームの活動を通じて多職種連携の実を挙げている。資格取得への援助、各部門での専門職種に応じた教育制度の整備等の人材育成が重視されている。病院幹部はリーダーシップを発揮し、部署ごとに年次計画を設定して進捗管理と達成度評価を実施するなど、職員の参画による組織運営に努めている。一方、今後のさらなる質改善に向け検討を望みたい課題もみられるが、貴院の力をもってすれば遠からず解決できることを確信し、ますますの奮闘を期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

すべての項目において、適切に基準を満たしている。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、任務を分担して運営上の会議や各種委員会に積極的に関わりリーダーシップを発揮している。中期計画および年次計画を定め、部署ごとにも年次計画が設定され、進捗管理と達成度評価が実施

されている。電子カルテシステムを中心に、放射線、薬剤などの多様な情報システムを活用している。

地元医科大学との連携、専門学校の訪問、インターンシップの実施など人材確保の努力がなされている。服務規程、給与規程などが整備され、労働基準法第 36 条に基づく労使協定の締結・届出も行われている。職員健診の受診率は 100%であり、職員の精神的サポートや院内暴力への対応も適切である。職員の意見・要望は、所属長との定期的面接などによって把握し、病児保育所の開設、育児サークルの運営、職員寮の設置などの就業支援を実施している。医療安全および感染制御について、全職員を対象とする研修を計画的に実施している。年度ごとに個人目標を設定し、所属長との面談を繰り返して、職員の能力開発につなげている。

### 3. 患者中心の医療

すべての項目において、適切に基準を満たしている。個人情報保護や自己決定などの患者の権利を明文化し、権利擁護に努めている。説明と同意の指針に則り、患者への丁寧な説明が行われている。患者誤認、転倒・転落などの防止対策への協力を呼びかけ、患者用クリニカル・パスを用いるなど、患者の医療参加を促進している。社会福祉士や看護師が患者・家族からの多様な相談に応じ、虐待等が疑われる事例にもマニュアルに沿って対応している。個人情報保護規程を定め、入職時研修等で職員に周知している。外来での患者誘導は受付番号で行うなど、プライバシーの保護にも努めている。主要な倫理的課題についての方針を定め、臨床現場で生じる倫理的課題を多職種カンファレンスで検討している。

院内に売店や食堂などを設置し、オンライン面会も行って利便性に配慮している。院内はバリアフリーで適所に手摺りや多目的トイレ等が設置されている。診療・ケアに必要な設備が確保され、院内は整理整頓されている。トイレは清潔で安全面の配慮もなされており、療養環境が整備されている。敷地内禁煙を徹底し、禁煙外来も設置している。

### 4. 医療の質

すべての項目において、適切またはおおむね適切に基準を満たしている。患者・家族の意見等は意見箱や面談、電話、満足度調査などで収集し、サービスの質改善に活用している。各種の症例検討会を開催するとともに、臨床指標の分析も行つて、診療の質向上に努めている。個別の部門での業務の質改善や、病院機能評価の継続受審等の努力がなされているが、今後はさらに組織横断的な業務改善活動にも取り組まれると良い。新たな治療法や特殊な手術は委員会での承認後に実施しており、実施に際しての職員への説明会や担当スタッフの勉強会も開催している。

外来診察担当の医師名や病棟の責任者名を掲示し、ベッドサイドには主治医や受け持ち看護師名を表示して、管理・責任体制を明確にしている。診療録は適切に記載されており、初期研修医の記載内容は指導医が評価している。記録の質的点検も委員会で行っている。複数の診療科による合同症例検討の開催や口腔ケア、褥瘡対策等の多様な専門チームの活動など、多職種によるチーム医療を展開している。

## 5. 医療安全

すべての項目において、適切またはおおむね適切に基準を満たしている。担当部署に看護師を配置し、院内の医療安全に関する情報の把握と対応を行っている。セーフティマネージャー会議には多職種が参加し、事例検討や再発防止策の策定を行っている。アクシデント・インシデントレポートが、全職種から積極的に報告され、医療安全の確保に向けて活用されている。

患者等の誤認防止に向けて、患者による氏名の申告、バーコード認証等に取り組まれている。電子カルテを活用して指示、指示受け、実施等が確実に行われ、検査結果の既読の確認、パニック値の医師への直接連絡等も実施されている。電子カルテを活用して重複投与等の回避に努め、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に取り組んでいる。転倒・転落防止に向け、入院時にアセスメントを実施し、結果に応じた対策を実践している。人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ等の、使用前・使用中の安全確認も手順書に沿って確実に行われている。患者の急変に備えて、院内緊急コードを定め、救急カートやAEDを院内各所に配置している。

## 6. 医療関連感染制御

すべての項目において、適切に基準を満たしている。医師（ICD）を委員長とする感染対策の委員会や、ICTを設置し、部署ごとにも感染対策担当者を配置している。ICTメンバーが定期的に院内を巡視し、現場の担当者と評価・検討を行っている。ICNが、患者の症状および検出菌のモニタリングを行い、耐性菌サーベイランスや医療関連感染のサーベイランスも適切に実施している。アウトブレイクにも迅速な対応がなされている。標準予防策および感染経路別予防策を遵守して、感染制御活動を展開している。

個人防護用具を、病室や汚物処理室など必要な場所に常備し、適正に使用している。ICTが、手指消毒剤の使用量測定結果を評価し、スタッフの手洗いの直接観察と併用して、手指衛生サーベイランスを行っている。抗菌薬の使用状況の把握と医師へのフィードバックはICTが実施している。ICTはさらに、特別な抗菌薬使用届、検出菌情報、分離菌の耐性パターン情報などを把握・検討して、抗菌薬の適正使用を促進している。周術期の予防的抗菌薬投与もマニュアルに沿って適正に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

すべての項目において、適切に基準を満たしている。地域への情報発信はホームページや広報誌、病院案内、病院年報などの媒体で行われており、診療内容や各部門の業務内容、利用案内など様々な情報を発信している。ホームページは、各部署からの申請を取りまとめて随時更新されており、臨床指標や病院指標もホームページや病院年報等で公表するなど広報活動を積極的に展開している。

地域連携業務はマニュアルに沿って、連携施設との紹介・逆紹介や転院、放射線等の検査受託などを行っている。県の医療福祉情報ネットワーク協議会に参加し、

連携施設との医療情報の共有を図っている。

患者や地域住民に向けた教育・啓発活動として糖尿病教室、健康フェスタや元気セミナー、オレンジカフェの開催実績が見られる。地域の医療関連施設等の職員に向けては、緩和ケア講習会の開催や、伊達地域 CKD 対策ネットワーク講演会への医師派遣などが活発に行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

すべての項目において、適切に基準を満たし、秀でた実践も見られる。外来診療では、上級医や他科医師に相談する体制も整っている。診断的検査は、患者にわかりやすく説明し、同意を得て実施している。入院は、医師が医学的根拠に基づいて必要性を判断し、入院診療計画は、多職種が関与して速やかに作成されている。社会福祉士等が患者・家族の多様な相談に応じ、入院前に書類の説明やリスクアセスメント等を実施して、円滑な入院を図っている。

医師・看護師は病棟業務を適切に実施している。病棟薬剤師による服薬指導、5Rの確認など、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血療法は厚生労働省の指針に基づいた輸血マニュアルに従って実施されている。術前の合併症対策等、周術期の対応は適切である。褥瘡の予防・治療や栄養管理は、入院時のリスク評価に基づいて計画的に行われている。症状・苦痛の緩和基準を定めて緩和ケアを展開している。

リハビリテーション療法士が患者を訪問して情報を収集し、リハビリ医とともに総合実施計画書を作成している。身体抑制は最小限の実施とし、軽減・解除にも取り組んでいる。入院時より退院困難要因を抽出して、院内の在宅支援部門で訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを実施し、夜間・休日も電話相談や緊急の訪問に対応する等、退院後の継続した診療・ケアへの取り組みは高く評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

すべての項目において適切に基準を満たしている。薬剤部では、処方鑑査を確実に実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出している。臨床検査部門は、検体の誤認防止、精度管理、異常値への対応等を適切に行っている。診療放射線技師は日当直体制をとり、緊急撮影にも速やかに応じている。栄養管理では、食欲不振患者等への個別対応やセレクト食の提供など、患者本位の食事を提供している。リハビリテーション室は、休日も交代勤務シフトでリハビリの連続性を確保している。診療情報管理課は、診療情報の管理、診療記録の量的点検など多岐にわたる業務を担っている。ME 室に配置された臨床工学技士が、医療機器の中央管理に当たり、使用後の点検・整備も点検マニュアルに沿って確実に実施している。中央材料室は、使用済み器材の搬入、洗浄・滅菌、保管までワンウェイの工程で実施している。

病理検査部門は、依頼医による報告書の既読確認も実施している。輸血部門では、輸血用血液の在庫は置かず、使用予定のものを臨床検査技師が適正に管理している。手術室では、常勤および非常勤の麻酔科医と看護師の他、薬剤師や臨床工学

技士の協力により安全に手術を実施している。救急医療では、断らない救急を基本方針とし、年間数多くの救急搬送患者を受け入れている。

#### 10. 組織・施設の管理

すべての項目において、適切に基準を満たしている。予算の進捗管理と経営状況の把握を行っており、規則に則った会計処理を行い、監査実施も含め適切な経営管理を行っている。医事業務はマニュアルに沿って、医療費の収納や施設基準の適合確認などが行われており、レセプト作成や未収金管理も適切である。業務委託は業務内容の見直しから業者選定までの契約事務が適切に行われ、業務報告書や業者との打ち合わせで実施状況が把握されている。

委託業者による施設・設備の日常点検と保守管理が行われており、経年劣化等の把握と対応も適切である。物品の購入業者を適正に選定し、発注と検収の担当者が区別されている。災害に備えてマニュアルやBCPを整備し、総合訓練の実施、災害時の電源供給や燃料の確保、食糧等の備蓄など適切な対応が取られている。保安業務は警備員や事務当直者等で対応し、定期巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われ、時間外の来院者の出入管理も適切である。医療事故や医事紛争発生時の対応指針およびフローチャートを整備し、ポケットマニュアル等で周知している。

#### 11. 臨床研修、学生実習

すべての項目において、適切に基準を満たしている。基幹型臨床研修病院として初期研修医が在籍し、教育研修センターと委員会で研修の進捗状況等を管理している。看護部やコメディカル部門でも新人職員に対して、各部門で策定した新人教育プログラムに沿って研修を行い、評価チェック表などで評価を行っている。

医学生はじめ医療系学生の実習を受け入れており、実習指導者を配置してカリキュラムに沿った実習と評価を行っている。医療安全や感染制御の教育は、実習前に学校側で実施しており、学生からは個人情報保護に関する誓約書を得ている。患者には書面での同意確認が行われ、事故発生時の賠償責任についても契約書に明記されており、学生実習を通して医療者の育成に貢献している。

# 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	B
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	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	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	S
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	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	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	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	B
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 1 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立藤田総合病院

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： 福島県伊達郡国見町大字塚野目字三本木14

## 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	299	299	+0	70.4	18.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	12	12	+0	47.1	87.1
感染症病床					
総数	311	311	+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	4	+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		
人工透析	50	+0
小児入院医療管理料病床	8	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	56	+0
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		
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(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： 5 人 2年目： 6 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

## 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

2-2 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		520.98	575.08	602.80	90.59	95.40
1日あたり外来初診患者数		27.72	36.30	41.00	76.36	88.54
新患率		5.32	6.31	6.80		
1日あたり入院患者数		216.10	237.52	236.55	90.98	100.41
1日あたり新入院患者数		10.93	12.15	12.29	89.96	98.86