

# 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4日～12月5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

貴院は医療法人社団誠馨会に属する346床の急性期病院で、多数の診療科やセンターを有している。2024年1月に理念を「信頼と共創 永続的で誰一人取り残すことのない医療を目指して」と改訂し、千葉医療圏の救急基幹センターとして年間5,700件以上の救急車を受け入れるなど、病院の社会的責任を果たしている。院長をはじめ病院幹部のリーダーシップの下、経営の安定化とさらなる機能強化に努めており、2024年11月には地域医療支援病院の認可を受けている。また、8月にはこれまでの院内処方から院外処方への切り替えと薬剤師の不足地域への派遣、救急車の受け入れと手術件数の一層の増加など、救急医療を含む高度急性期医療、専門医療を担う地域における基幹病院としての役割はさらに大きくなっている。

今回の病院機能評価の受審にあたっては、職員が一丸となって改善活動に取り組み、高く評価される点があった。一方で新たな課題も見受けられた。今回の受審を契機として、今後も継続的に質改善・質向上に努めていただければ幸いであり、貴院のますますの発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と行動指針は、社会の変化を踏まえ2024年1月に改訂し、院内外に周知している。病院運営に係る意思決定会議は幹部会で、決定事項は診療部長会、運営連絡会等を通して職員に周知している。年度運営方針に掲げた各課題の実現に向けて幹部を先頭に病院全体で取り組んでいる。病院情報システムの管理・運用方針は「病院情報システム運用管理規程」で明確にしている。文書管理規程を整備し、各種マニュアル・手順書類や院内規程等は一元的に管理している。

法令や施設基準および診療機能に必要な人員は計画的に採用し、人事や労務管理に必要な就業規則や給与規程を整備して職員の就労管理を行っている。労働衛生委員会の開催、職場環境の整備、健康管理、メンタルヘルスやハラスメント対策は適切に行っている。職員の意見・要望を把握し、魅力ある職場となるよう努めている。全職員対象の教育・研修は必要性の高い項目について計画的に実施している。人事考課制度、院長との面談などにより能力評価し、個々に応じた能力開発を行っている。初期研修は、各職種の研修プログラムにより実施し、到達度を評価している。医師、看護師をはじめ多職種の学生実習を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は小児患者の権利とともにホームページ、院内掲示等で周知している。診療録の開示は適切に行っている。説明と同意に関する方針は明記しているが、基本様式の標準化が望まれる。セカンドオピニオンは、「入院のご案内」への明記や院内の各所に掲示している。患者・家族が医療への理解を深めるために、病院として統一した説明をするように工夫している。各種相談を総合相談窓口に集約し、内容に応じて院内の専門職に振り分け、院外の諸機関と連携している。個人情報保護方針と規程類を定め、職員と患者に周知し、物理的・技術的な保護を施している。

主要な倫理的課題について対応方針を定めている。現場では患者・家族の抱えている倫理的課題を多職種カンファレンスで検討し、解決困難な事例については倫理委員会で協議する仕組みがある。通院アクセスが容易で、入院生活上のアメニティを整え、患者に説明している。また、院内はバリアフリーで、診療・ケアに必要なスペースは確保され、病棟ごとにデイルームを設置するなど、療養環境を整備している。「禁煙ポリシー」を制定・明示し、遵守状況を確認している。職員の喫煙状況は職員健診の問診票で把握している。

### 4. 医療の質

業務の質改善については、多職種によるプロジェクトチームを立ち上げ、部門横断的に活動している。各種立入検査の指摘事項には迅速に対応している。各診療科、多職種が参加する症例検討会、近隣施設の参加を募るベイサイドフォーラムを開催している。クリニカル・パスを使用し、バリエーション分析を行っている。臨床指標はデータ提出に留まらず、結果の分析を期待したい。患者・家族の意見・要望を収集するため、投書箱設置や外来・入院患者満足度調査を行い、組織的に検討したうえで、結果を職員と患者・家族に周知している。

新たな診療・治療方法の導入および薬剤の適応外使用に関しては、倫理委員会で協議・審査を行っている。導入後のモニタリングを実施することが望まれる。病棟に医師と看護師の責任者の氏名を明示している。主治医不在時の対応体制を整備している。診療記録はマニュアルに則り、必要な記録を適時に記載している。診療録の質的点検は各職種および診療情報管理士が行い、結果をフィードバックしている。多職種で構成された多様な専門チームの協働により、患者に必要な支援を組織

横断的に積極的に活動している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室は院長直下の組織であり、専従の看護の権限も明確にされており、多職種で構成され活動している。インシデント発生時にはRCA分析が行われ改善策の実施状況をラウンドで確認している。医療事故発生時の対応の大原則と手順を「医療安全管理指針」に明記し、フローチャートを「医療安全手帳」に掲載している。

患者誤認防止については、患者にフルネームで名乗ってもらうこととフルネームが確認できる書類で確認することで統一している。指示出しから実施までの手順は確実で、口頭指示は原則として行わない方針である。病理診断および画像診断レポートの結果未確認を防止するため安全管理室が関与する手順を整えている。病院として注意が必要な薬剤をハイリスク薬に指定し、明確に表示している。病棟薬剤師は、病棟在庫薬剤を管理するとともに、看護師による注射剤の調製についての指導、内服薬の管理にも関与している。転倒・転落のリスクは、入院患者全員にアセスメントスコアシートを用いて評価している。転倒・転落事故発生時の対応も定めている。臨床工学部による医療機器が適切な管理の下に使用されている。患者の急変対応にはRRTを中心に迅速に対応が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

適正な職種で構成し、毎月開催する院内感染対策委員会で感染対策に関する事項の報告・決定を行い、確実な伝達に努めている。感染管理室のもとにICTが組織され、感染制御を実行する権限を付与されているが、ICT、ASTについて感染管理室、院内感染対策委員会との関係をマニュアル上で明確にすることを期待したい。院内感染対策上問題となる分離菌が検出された場合の報告体制は周知が図られている。

医療関連感染に関わるサーベイランスはSSI、CLABSIについて行い、CAUTI、VAPについては2024年度よりサーベイランスを開始したところである。今後もサーベイランス体制を充実させるとともに結果を実臨床に活かすことが望まれる。感染管理マニュアルが整備され、ICTによる適切な指導が行われている。院内感染対策マニュアル内に「抗菌薬適正使用ガイドライン」を整備し、院内感染対策委員会は院内における外来経口抗菌薬処方状況を含めた抗菌薬の使用状況について把握している。ASTは、抗菌薬ラウンドを通して、担当医へ抗菌薬使用方法について提案・指導している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報の担当者を置き、広報委員会で組織的な検討を行っている。一般向けの広報誌「すこやか」、医療機関向けの広報誌「ちばめNEWS」を発行している。ホームページに診療機能や診療実績等を掲載し、ユーザーの検索行動状況やページごとのアクセス数を測定・分析している。院内にデジタルサイネージを導入し、来院患者

に必要な情報を効率的に配信している。地域医療連携室に担当者を配置し、マニュアルに則り業務に当たっている。院長や医師同行の訪問活動を積極的に実施している。紹介状は地域医療連携室で一元的に把握され、受診報告を送信するほか、医師の返書作成率を把握している。

地域医療連携パスを活用し、地域のネットワークシステムに参加している。医療機器、図書室、会議室等の共同利用を推進している。地域住民対象の教育・啓発活動は、市の高齢者利用施設での健康講座や、近隣小学校のサッカークラブの児童を対象に「少年サッカーメディカルチェック」を開催している。地域の医療関連施設等を対象とする教育・研修活動は、症例検討会「ベイサイドフォーラム」、「スポーツ医学運動器障害勉強会」、ICLS コース、救急隊員向けの勉強会を開催している。

#### 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院内掲示やホームページにて案内している。がん相談、ストマケア、自己注射などを、認定看護師や外来看護師が指導している。診断的検査を実施する際は、必要性和リスクについて説明し、同意を得ている。入院決定に際しては、必要性の説明と希望に配慮し、病態に応じて多職種による診療計画書で同意を得ている。医師は毎日診察・回診し、カンファレンスなどで情報を共有し、看護師は病棟業務を適切に行っている。薬剤師は全入院患者の薬歴管理、服薬指導、リスクの説明を行っている。

輸血療法は指針に沿って投与と観察を行っている。手術は主治医、麻酔医と手術部門が協働して安全に実施している。重症患者は基準に則り集中治療室または重症室でケアしている。褥瘡予防のためリスクアセスメントを定期的に行っている。管理栄養士は全患者の栄養状態を評価し、必要な栄養指導を行っている。症状緩和はマニュアルに則って対応している。リハビリテーションは主治医が処方し、入院早期から開始している。身体拘束は早期解除に向けて取り組んでいる。入院時から多職種により退院支援を実施し、退院後の継続療養にも対応している。終末期はガイドラインを整備し、患者・家族の意向を尊重している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、麻薬等の管理、薬剤の温・湿度管理、薬歴管理、持参薬の鑑別・管理などを適切に行っている。臨床検査機能は精度管理された検査を24時間体制で提供している。画像診断については、読影体制のさらなる充実を望みたい。食事は適時適温で、個別対応の質を高め、衛生管理に努めている。リハビリテーションは患者情報を共有して実施し、訓練は2日以上休止しない体制である。診療情報管理士を配置しており、業務指針・マニュアルを策定して診療情報を管理し、量的点検は全退院患者に実施している。臨床工学部は臨床支援業務と医療機器管理業務に積極的に関わっており、それらの取り組みは高く評価できる。洗浄・滅菌機能は、委託業者や感染管理室と課題を共有して改善に取り組んでいる。

病理医は臨床検査技師とともに適切な病理診断機能を発揮している。輸血療法委

員会を設置し、安全・確実な輸血療法を行っている。手術・麻酔機能は麻酔医と看護師のスケジュール管理下で安全に手術を実施している。集中治療機能は必要な体制を整備し、多職種で連携して診療を提供している。救急医療機能は、日当直医に加えてオンコール体制を敷き、地域の二次救急医療を担っている。

#### 10. 組織・施設の管理

予算編成は、ヒアリングのうえ、法人本部の承認を経て決定している。財務諸表を作成し、外部監査と内部監査を実施している。経営データを活用し、経営向上に取り組んでいる。レセプトチェックソフトを活用し、医師による点検もある。返戻・査定を保険診療委員会で検討している。施設基準は管理表で管理し、未収会議は毎月開催している。業務委託の導入是非と業者選定は、質と価格の両面で検討している。業務の履行状況を日・月報や打ち合わせで確認し、質を年1回評価表で評価している。

病院の機能に応じた施設・設備を整備し、施設・設備管理は防災センターで委託業者が24時間体制で実施している。医薬品、医療材料、医療機器の購入は、各委員会で質・経済性を評価して決定している。棚卸を実施し、期限切れの確認と定数の見直しを行っている。災害時の事業継続計画（BCP）を整備し、緊急時の責任体制や連絡体制等は明確にしている。自家発電装置や無停電電源装置を設置し、井水の活用や備蓄など災害時の対応を準備している。24時間体制で警備員を配置し、面会者へのセキュリティカードの貸与、防災センター出入口の出入管理、防犯カメラや電子錠の監視、巡回管理などを行っている。

# 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	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
1.3.3	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	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	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	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	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	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	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	S
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	
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	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	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	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	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： 2023年 4月 1日 ～ 2024年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2024年 7月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 医療法人社団誠馨会 千葉メディカルセンター

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： 千葉県千葉市中央区南町1-7-1

## 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	348	346	+0	75.9	10.5
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	348	346	+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	10	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+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	0	+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
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+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：

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

## 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： 8人 2年目： 7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

