

# 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25日～2月26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

貴院は開設後、増床・増築や名称変更などを経ている。病院の新築と同時に新たに循環器内科、心臓血管外科、健診センター等が開設され、時代の変化や地域の医療ニーズに応じて発展を続けている。病院の役割・機能は、医科・歯科臨床研修指定病院、DPC病院、千葉県救急基幹センター等のほかに、院内には心臓血管センターなど7つのセンターを設置している。循環器や消化器系疾患においては千葉医療圏におけるシェアも高く、救急医療を含む高度急性期医療、専門医療を担う地域の基幹病院としての役割を担っており、地域からの信頼も厚い。

理念には、安全かつ質の高い医療を提供し、患者さんに信頼される病院を目指すことを掲げている。今回の病院機能評価の受審にあたっては、病院長をはじめQI委員会や職員が一丸となって改善活動に取り組まれてきた。特に、手術・麻酔機能や病院の保安体制では極めて優れた取り組みが認められた。一方でさらなる充実を期待する事項もあり、今回の受審結果が、貴院の診療機能や医療安全の向上に役立つことを願い、益々の発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、具体的に分かりやすい表現で明文化され、院内外への周知も適切になされている。院長および病院幹部は、中・長期計画などにより将来計画を職員に示すとともに取り組むべき課題を運営方針として策定し、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価にリーダーシップを発揮している。情報管理に関して規程が整備され、各部門・委員会との連携、情報の一元化などがなされており適切である。文書管理に関しては、組織的な管理体制はおおむね適切である。

人的資源の確保については、貴院の機能・目的などのさらなる発展のために医師を中心とした人材確保に継続して取り組まれない。労働衛生環境は整備されており、福利厚生も適切に提供されている。必要な職員研修について、参加率向上のための工夫がされており、能力開発・能力評価については人事評価が系統的に行われているなど、適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明確であり、説明と同意に関する方針は、インフォームドコンセントガイドラインに明記されている。同意を求める診療行為の範囲、病院側の同席者の規程を定め、説明者や同席者および患者の署名も行われている。患者への情報提供については、パンフレット、DVDなどを活用して分かりやすく説明し、医療への患者参加も促している。外来における患者図書コーナーでは、専任司書により管理されている。総合相談窓口が設置され、医療、介護福祉、安全等に関する相談や意見、苦情などの対応を行っている。家庭内暴力、小児虐待、高齢者虐待などの対応手順も明確にされ、マニュアルが整備されている。個人情報保護に関する方針や利用目的などが明示され、ウイルス対策や不正アクセス防止のほか、USBメモリの使用制限などのルールが明文化されている。診療時や病棟におけるプライバシーへの配慮についても適切である。臨床における倫理的課題についての病院の方針は明確であり、臨床研究などは、外部委員を含めた倫理委員会で検討されている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は適切になされている。公共交通からのアクセス、駐車場の確保、売店や理美容などの生活延長上のサービスも確保されている。2014年に新築された院内は広く明るく快適な空間となっており、バリアフリーが完備され、駐車場には身障者等のほかに妊婦用の駐車スペースも用意されるなど適切である。療養環境の整備については、5S活動に継続的に取り組み、快適な療養環境と安全性への配慮も適切である。受動喫煙の防止に向けて敷地内禁煙の方針を院内に掲示し周知している。また、禁煙外来を設置し、患者の禁煙を促進しているなど、受動喫煙防止のための取り組みはおおむね適切である。

### 4. 医療の質

診療の質向上に向けた取り組みは、学会等のガイドラインが参照可能であり、複数の診療科による合同カンファレンスや臨床カンファレンスが開催されるなど、適切である。業務の質改善に向けた取り組みは、各種委員会等で改善を必要とする事例が検討され、具体的な改善例もあるなど適切である。

病棟の看護の責任者は明確であり、表示もされており、主治医不在時の対応も明確になっている。診療記録は必要な情報が遅滞なく記載され、医師の診療記録の質的点検は診療情報管理部門により実施されている。今後は、医師による点検の実施も望みたい。入院診療計画書は多職種で作成し、医師以外の署名もなされている。多職種で構成されたチームが定期的にラウンドやカンファレンスを行い、組織横断的活動を行っている。不定期の依頼にも対応できる仕組みがあり、チーム医療の推進を図る取り組みが行われている。

## 5. 医療安全

医療安全の組織体制は、副院長が委員長であり各部署の所属長がメンバーである医療安全管理委員会がある。週1回開催する医療安全小委員会では迅速対応を行うほか、各部門の医療安全推進者は当該所属部署でインシデント事例の検討を行い、レポートとして医療安全管理者に報告している。院内のアクシデント・インシデントレポートは医療安全管理者が常時確認し、医師のレポート報告増加のためレポート内容を簡便にして促進を図るなどの工夫がある。再発防止策は各部署でRCA分析をインシデント3a以上で年2回行っている。

患者確認は原則名乗ってもらうことで統一し、リストバンドや受診票等で確認、各部署ではバーコードによる検体確認や放射線科での撮影部位確認、タイムアウトや手術部位のマーキングも適切である。薬剤の安全な使用については、麻薬や向精神薬の施錠管理、カリウム製剤の使用・保管、注射用抗がん剤の調製・混合など適切に行われている。重複投与、相互作用、禁忌薬剤についても部門システムの活用と病棟薬剤師による監視がなされるなど適切である。転倒・転落防止対策は全入院患者を評価し、危険度2以上に対する計画的対応と再評価や有効性に向けた検討など適切である。医療機器の安全対策では、輸液・シリンジポンプの使用前・使用中の作動確認、設定条件変更時の患者観察時等は適切に行っており、取り扱い教育も適切である。誤認防止対策では、院内緊急コードを設定して各部署に掲示し、コール運用の実績がある。救急カートは統一し、DCやAEDの点検を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を中心とした感染制御の体制は適切に機能しており、マニュアルの作成と必要に応じた改訂も行っている。感染関連のサーベイランスでは微生物、SSIについて継続的にデータ収集が行われている。

感染防止マニュアルを整備し、手指衛生は速乾式消毒剤の使用状況や直接観察で徹底周知に取り組んでいる。病棟や各部署での感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いは適切である。PPE装着や感染患者の対応等も各部署で適切に行っている。抗菌薬の適正使用についてはマニュアルに指針が示されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動は人事総務課が主管し、ホームページの管理や広報誌の発行などが行われている。ホームページではクリニカルインディケーターをはじめとした診療実績が掲載され、随時更新されている。広報誌は年4回発行され、来院者のほか、近隣地域自治会でも住民に回覧されている。連携医療機関にも配布されるなど、地域への情報発信についてはおおむね適切である。地域連携室が設置され14名の職員が配置されている。定期的な連携先医療機関の訪問、年2回開催する地域連携会議での学習会や連携に関わる協議等、情報収集・共有など連携のための工夫がなされている。施設間の紹介・逆紹介の手順も明確であり、情報提供書もシステムとして管理されている。地域住民向けに各診療科から講師を派遣し、医療情報の提供を行っている。公民館などを利用し、年3～6回程度、各30～40名ほどのセミ

ナーを開催している。また、少年野球や少年サッカーチームを対象に無料のメディカルチェックを行っており、予防や早期発見などの面からサポートしており適切である。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内には看護師、事務職員が配置され、円滑な受診体制がとられている。初診時には問診票を活用して患者からの情報を得ており、必要な検査は医師が説明後、看護師が詳細を追加し、治療方針については他科医に相談するなど適切である。侵襲性のある診断的検査は、必要性和リスクに関して説明のうえ同意を得た後に、安全等に配慮され実施されている。診療ガイドラインに沿って入院治療の適応が判断され、説明後同意を得て入院を決定している。手術目的では事前に麻酔科医の評価も得ることができる。診療計画は入院後早期に多職種により作成されている。医療相談窓口は一本化され、必要に応じて各専門職に繋げている。患者が円滑に入院できるように入院の窓口を設置しており、緊急入院時には、食事の柔軟な対応、必要最低限の日用品を準備している。

医師は日々の回診と所見の記録、診療とケアに関わる指示出し、多職種カンファレンスを通しての情報共有、患者への説明など病棟業務を適切に行っており、病棟看護師は入院時各種リスク評価や心理的・社会的ニーズの把握、身体的ケアの必要性和病態の変化に応じた看護を実施している。投薬・注射は、病棟に薬剤師が常駐し、持参薬管理や服薬指導のほか、看護師に投薬・注射に関わる情報を与えるなど安全な薬物治療の提供に関わっている。輸血は、説明のうえで同意が得られた後に、ダブルチェックなどにより誤認防止策を徹底し、実施されている。周術期は、術式、麻酔法などが検討され、患者・家族への説明・同意が行われ、安全に配慮されている。術後は重症度に応じた病床の選択や多職種による検討が行われている。全患者を対象に褥瘡発生リスク評価を行い、危険因子スコアに応じた対策を立案・評価し、褥瘡対策委員会による回診で適切な治療と悪化防止に努めている。管理栄養士は、入院患者全員の栄養問題を評価し、入院時から介入、食物アレルギーも同様に把握し、多職種で共有し適切に対応している。

緩和ケアチームへのコンサルテーション方法は、緊急時も含め確立しており、週1回カルテラウンドを行い痛みの評価や困難事例に対応している。主治医の依頼により早期からリハビリテーションを開始している。身体抑制は、転倒・転落マニュアルに明記され、安全への配慮がされている。医師の指示で抑制の開始や解除が行われ、記録は定期的に安全確認シートに記載している。患者・家族への退院支援については、地域連携室の社会福祉士がリーダーシップをとって早期から介入し、多職種で対応している。患者・家族の意向を確認し、院内スタッフや介護支援専門員、訪問看護師などと連携して、退院前カンファレンスを行い、治療やケアが継続できるように支援している。インフォームドコンセントガイドラインに終末期医療やDNARの取り決めがあり、多職種での検討や患者・家族の意向が尊重されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の保管は環境整備、入退室のコントロール、監視などにより厳重に管理されている。処方鑑査、抗がん剤の調製・混合、薬剤情報の提供など薬剤の安全な使用についても薬剤師が十分に関与している。臨床検査は検体検査・生理検査ともに誤認防止や安全に配慮し適切に行われている。画像診断機能は機器の整備および職員配置が適切になされており、緊急時にも対応可能である。栄養管理機能は、クックサーブ方式の調理により、温冷配膳車による適時・適温の食事が提供されている。HACCP マニュアルに基づいて調理、盛りつけ、配膳、下膳、洗浄、食器保管など衛生的に管理されている。リハビリテーション部門では多くのスタッフを配置し、広い範囲の要求に対応している。種々の疾患において重症患者への専門的対応が可能となるよう努力が続けられている。診療録の量的点検は、今後の継続を期待するとともに、診療情報の二次的活用と診療情報部門の組織的な位置づけなどの検討が期待される。臨床工学技士により医療機器の一元管理が行われ、点検および修理など適切に機能が発揮されている。使用済み器材は一時洗浄を行わず、滅菌の保障体制は適切である。

病理診断機能では、2名の常勤病理医が確保され、関連他施設の病理診断もデジタル病理画像を用いて遠隔診断を実施しているなど、適切な機能を発揮している。輸血・血液管理機能は、責任医師が定められ24時間対応であり、輸血療法委員会が開催など適切に機能が発揮されている。手術・麻酔機能は、4名の常勤麻酔科医が確保され、誤認防止策が確実に実施され、安全に配慮のうえ適切に機能を発揮している。特に他院で手術不能とされた重症心不全や透析中の心疾患、急性腹症の患者を積極的に受け入れていることは高く評価される。集中治療機能は、入退室基準に沿って病院内外の重症患者を迅速に受け入れ、おおむね適切に機能を発揮している。救急医療機能は、各科当直医が協力して一次から二次までの多くの救急患者を受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

中期的な経営計画が作成され、計画に基づく年間予算が作成されている。毎週行われる幹部会議では経営状況が報告され、病床稼働率向上や費用削減の課題などが検討され、具体化されている。保険請求業務では、保険診療委員会で返戻・査定の内容を確認し、各診療科にフィードバックを行い検討するなど、レセプトの作成、点検、返戻・査定への対応は適切である。施設基準は、毎月遵守状況を確認している。業務委託先の選考基準があり、年1回評価し委託先の検討が行われている。毎月あるいは隔月で業務実施状況の課題や双方からの要望などについて委託先との定期的な協議の場が持たれている。委託業務従事者向けの医療安全、感染防止対策、個人情報保護などの定期的な教育が行われているなど、適切に管理されている。中期計画と年次計画が作成され、計画的に施設・設備の保守管理が行われている。医薬品は薬事委員会、医療機器・医療材料については、医療機器・材料委員会がそれぞれ設置され、購入・採用にあたっての安全性や効果など検討し、決定されている。年2回の棚卸、使用期限チェックなども行われており、適切である。

大規模災害発生時や火災発生時の責任体制、役割分担を明確にした災害マニュアル、大規模災害マニュアルが整備され、年2回の消防訓練と年1回の大規模災害訓練が実施されている。災害への対応体制は適切に整備されている。防災センターに常時複数の警備員が配置され、院内巡視や院内に設置された監視カメラ、セキュリティカードによる入室エリア管理など、職員や入院患者の安全を確保するうえで、有効なシステムとなっている。全体として高いレベルの保安業務が行われており高く評価したい。医療事故発生時の対応手順は、医療安全管理指針に明記され、事故の報告および連絡体制、事故調査委員会の開催による原因究明と再発防止に向けた審議などのマニュアルが整備されており、職員に周知されている。マスコミ、弁護士などへの担当者の配置や損害賠償責任保険への加入など、医療事故等への対応は適切に行われている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

研修管理委員会が研修の進捗状況を管理し、研修の到達度を評価する仕組みがある。看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの職種でも新入職員に対する教育プログラムが整備され、指導者を配置し、研修内容の評価・見直しをしながら初期研修に取り組まれている。学生実習の受け入れは人事総務課が主管し、医学生、薬学生、看護学生、検査、放射線、リハビリテーション、臨床工学技士、医療事務など多岐にわたる。受け入れにあたっては医療安全、感染防止対策、個人情報保護などにも配慮されており適切に行われている。

# 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	B
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	B
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	B
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	S
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	B
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	B
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	S
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 10 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	315	315	+0	84.5	9.1
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	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	315	315	+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)	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
特殊疾患病床	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(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： 12 人 2年目： 10 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

