

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 4 日～11 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1943 年に設立され、以後 1971 年に病院名を改称し、現在地に移転した。2014 年に開設者の組織改編により病院名を改称し、現在に至っている。施設・設備の老朽化に伴い現在地での新築工事に着手し、2025 年 4 月に新病院がグランドオープンした。施設・設備は充実し、患者・家族および地域住民に快適な空間が提供されている。病院は千葉市中央区の南部に位置し、比較的医療機関が少ない地域において救急医療の提供や大規模な透析施設を有し、地域医療に貢献している。また、健康管理センターや介護老人保健施設、訪問看護ステーションを併設し、急性期医療のみならず地域住民の健康管理や介護福祉の面においてもその機能を発揮している。

今回の病院機能評価の受審にあたっては、病院長や幹部職員を中心に病院全体で医療の質向上に積極的に取り組んでいる姿がうかがわれた。今回の審査結果を参考にされ、貴院が地域においてさらに信頼され、なくてはならない病院として発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすく明文化し、院内外への周知も適切である。病院長をはじめ幹部職員は、地域からの信頼を得られる病院を目指して職員の就労意欲を高めるよう努めるとともに、運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。法人本部の中期計画に沿った病院の中期計画が策定され、年次事業計画は中期計画に沿った病院の目標・計画が策定されている。各部門の計画・目標を定め、その進捗確認と実績の把握、達成度評価を行う仕組みがある。職員全員

で病院の年度目標を達成するため、工夫や取り組みを行っている。電子カルテを含む各種情報システムを導入し、セキュリティ対策を講じて適切に運用している。規程に基づき、文書管理は適切に実施されている。

病院運営に必要な法定人員を満たしている。各種規程集を整備して人事・労務管理に努め、職場環境を整備している。また、魅力ある職場づくりに向けて意見や提案を求める仕組みを示し、面談などを通じて職場環境の改善に努めている。必要性の高い課題に対する職員の教育・研修は、組織的に計画・実施されている。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度の運用により業績評価制度が大きな役割を果たしている。学生実習の受け入れに関しては、多くの医療関連職種の学生を受け入れており医療安全や感染対策などの必要な教育の実施、計画に沿った実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して掲示やさまざまな媒体で患者・家族へ周知を図り、診療の現場でも適切に擁護している。説明と同意に関する手順を定めているが、同席者の基準の明確化および同意書の同席者欄への署名が望まれる。患者・家族が疾患の理解を深め、医療に積極的に参加できるよう促している。また、患者相談室を設置して、多職種で患者・家族の相談に対応している。院内外とも積極的に連携することで、きめ細やかな患者支援体制を構築している。個人情報保護について規程を整備し、掲示や研修等を通して院内外の周知に努めている。物理的・技術的な対策を施してセキュリティを高めるほか、情報の持ち出しに際しては申請・承認のプロセスは厳格に行われている。臨床倫理委員会の規程が定められ、主要な倫理的課題が設定されている。現場で解決できない臨床倫理における課題は臨床倫理委員会での検討が行われ、検討実績もある。臨床現場で検討されている事例は臨床倫理委員会へ報告があり、臨床倫理委員会で把握されている。

病院は新築されたばかりで院内は清潔で、診療やケアに必要なスペース、利便性・安全性を確保している。また、療養環境および施設・設備には、高齢者・障害者への配慮・工夫がある。敷地内は全面禁煙であり、禁煙外来も実施している。

4. 医療の質

継続的な業務の質改善については、今回体系的な病院機能の評価・改善について日本医療機能評価機構の審査を受けている。各部署での目標は定めているが、病院の業務の質改善を統括する組織等を立ち上げ、病院全体として業務改善に取り組むことが望まれる。診療の質向上に向けた取り組みは、多職種による定期的な検討会を開催し、質向上を図っている。患者・家族からの意見、要望、苦情等は、意見箱や患者満足度調査などから収集し、積極的に医療サービスの改善活動につなげている。新規医療技術の導入や薬剤の適応外使用は高難度新規医療技術評価委員会や薬事審議委員会で審査している。臨床研究計画は倫理委員会で審議を行い、研究の経過・終了・中止の報告を倫理委員会に行う体制である。

病棟の医師、看護師の責任体制を明示し、主治医不在時の対応体制や看護師長の

責任体制も明確にして運営している。電子カルテに医師記録、看護記録などを適時記載している。記載に関する要綱を整備し、略語の使用ルールも定めている。診療録の質的点検も多職種で実施し、点検結果をフィードバックしている。各専門チームにより多職種が協働して患者の診療・ケアを実践し組織横断的な取り組みを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置して、医療安全に向けた体制構築に努めている。安全管理に関するマニュアルを適宜見直し、病院の実態に合った内容として整備している。インシデント・アクシデント事案の報告を集約・集計し、再発防止策を検討している。改善策の実施状況は、ラウンド時や部署への訪問などで確認している。事故発生時の報告、公表、原因究明と再発防止対策の検討を行う体制・手順を整備している。

患者の誤認防止策は、名乗りを原則に徹底するほか、リストバンド等による認証を利用している。リストバンドが装着できない場合についても安全に配慮して、適切に実施している。指示出し、指示受け、実施・実施確認のプロセスは電子カルテ上で確実にを行っている。薬剤の取り違い防止策など、ハイリスク薬の表示も含め安全な使用に向けた保管・管理は適切に行われている。入院時アセスメントで転倒・転落のリスクを評価し、個別性のある防止対策を立案して実施し、実施後も評価・見直しを実施している。各種医療機器マニュアルを整備しており、チェック表を用いて日々の点検・確認を実施している。院内緊急コードを設定し、救急カートを院内の必要な部署に配置して患者等の急変時に備えている。定期的に AED 等の講習や操作訓練等を行っている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室が設置され、専従の ICN が配置されている。ICT および AST が多職種で組織され、感染制御および抗菌薬適正使用支援の実務をそれぞれ担っている。院内感染対策委員会がこれらの感染制御活動を統括している。感染対策マニュアルは毎年見直しており、必要時には適宜追加や修正がなされている。院内での感染発生状況は ICT が継続的にモニタリングし、感染情報レポートとしてまとめて院内に周知している。感染症情報の発信、手指衛生状況等のモニタリング、各種ターゲットサーベイランスも適切に行われている。

標準予防策や PPE の使用基準、感染予防策などを定め、遵守している。院内抗菌薬使用指針を作成している。特定抗菌薬使用患者などの把握と現場への適正使用のフィードバックが行われている。アンチバイオグラムの作成と周知、周術期予防的抗菌薬投与など抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや病院案内、病院広報誌を活用し、病院機能や診療内容、受診方法、イベント開催案内などさまざまな情報を広く地域住民に発信している。地域医

療連携・患者相談部の地域医療連携室が、紹介患者の受け入れや入退院支援を担当している。紹介患者の受け入れや連携先情報の取りまとめ、返書管理は確実に行われている。地域医療連携強化の取り組みとして、自院主催で地域連携交換会の開催や医療・介護・福祉施設および訪問看護ステーションが参加する連絡会などで情報収集や自院の機能を情報発信している。患者・家族および地域住民を対象として健康セミナーや市民公開講座を開催しており、病院機能の紹介や疾病予防等について講演し、地域の健康増進に寄与している。健康セミナーや市民公開講座の開催案内は院内掲示や連携先、関係機関へ案内するなど周知に努めている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内し、スムーズな診療受診を支援している。外来診療は、患者情報を適切に収集し、多職種が連携して安全に行っている。地域からの患者受け入れは地域医療連携室が担当し、円滑に行われている。診断的検査は、医学的根拠に基づいて必要性を判断し、患者・家族に説明のうえで、安全に配慮しながら実施している。医学的判断に基づいて適切に入院適応を判断している。入院診療計画書は速やかに作成されているが、計画に関与した各職種の名前やどのようにかわるかの記載の充実が望まれる。医療相談を必要とする患者・家族に対して患者相談室が設置され、多様な相談に対応している。適切な情報提供とともに患者が円滑に入院できるように支援している。

医師は、回診、患者状態の把握、診察記録、多職種による患者情報共有など病棟業務を適切に実施している。看護師は、各種アセスメントを実施し、社会的背景に配慮しながら看護計画を立案し、多職種と連携して日常業務を円滑に実施している。持参薬の鑑別や服薬指導、薬剤投与後の観察など投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施し、輸血後に効果判定を行っている。手術・麻酔に関しては、手術のメリット、デメリット等の説明後、同意を文書で取得している。手術室看護師は術前訪問を実施している。院内の取り決めどおりにマーキングが実施されている。手術開始時のタイムアウトは確実に実施している。手術後に頻回に観察を要する患者は、病棟の重症観察室で観察している。

褥瘡の予防・治療および栄養管理は適切に行われている。症状緩和については、マニュアルを整備し、適切に対応している。リハビリテーションは主治医が疾患や状態等を総合的に勘案のうえリハビリテーションの必要性を検討し、必要な患者に迅速に開始している。身体拘束の必要性とリスクを患者・家族に説明し、最小化に向けた体制が整備されている。患者・家族の状況を把握し、意向や社会的状況に応じた退院支援を行っており、在宅療養希望の患者に継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージでは、患者・家族の意向を尊重した対応をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤や薬剤管理、鑑査、疑義照会、医薬品集作成、採用薬見直し、注射薬の1施用ごとの取り揃えなど薬剤管理機能は適切である。臨床検査科では病院の機能に合った検査を実施している。パニック値は必ず医師に報告している。検査の精度を

確保し、通常日の夜間・休日はオンコール体制で検査を行っている。画像診断機能は、緊急検査対応など適切であり、読影報告書は診療放射線技師が既読管理している。診療放射線技師が撮影時に緊急性の高い所見や異常所見を認めた場合には、依頼医に直接電話している。栄養管理は、安全・衛生管理が行き届いた環境で調理され、行事食、地域食材の活用など工夫した食事を提供している。リハビリテーション機能は主治医との連携、病棟や診療科との情報共有、連続性の確保など適切に実施されている。診療情報管理機能は各種規程が整備されており、量的点検は項目や点検記録も整備され、全退院患者について実施されている。医療機器は一元管理しており、日常点検・定期点検も計画的に実施されている。看護師への教育にも積極的である。中央材料室において管理・責任体制は明確で、外来や病棟で使用した医療機器・機材は、中央材料室で洗浄・滅菌している。滅菌はワンウェイ化し、滅菌の質保証を適切に実施している。

病理診断機能は、非常勤医師による対応であるが診断困難例は大学の病理学講座、近隣の病院の病理医に相談できる体制にある。未読の報告書の管理も適切に実施されている。臨床検査科に輸血検査部門があり、輸血業務マニュアルに則って血液製剤の発注・保管・供給・返却などを適切に実施している。全身麻酔の麻酔管理は非常勤の麻酔科医師が全例行っている。スケジュール管理、術中患者管理は適切で、麻酔覚醒時の安全性も確保できている。二次救急対応病院として、対応可能な患者は全て受け入れる方針としている。自院で対応困難な場合は、近隣の医療機関に依頼している。受け入れ不能事例は病院長に報告している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算策定の仕組みが確立され、予算管理、会計処理、会計監査、経営状況の把握など、適切に実施している。会計処理は病院会計準則および法人の会計規程に基づいて行い、必要な財務諸表を作成している。月次収支や診療実績等の資料を各種会議で報告し、議論・検討して経営改革活動に努めている。受付から会計までの窓口業務や収納業務、レセプトの点検体制、返戻・査定の対応は適切であり、未収金についても手順に従って回収に努めている。業務委託管理は、業者の選定・契約、業務内容の把握・確認、事故発生時の対応体制の整備等、適切である。

施設・設備管理は、年間の保守計画に基づく定期点検、日常点検を実施しており、管理責任体制は明確である。清掃や衛生環境の保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物の保管等も適切である。物品管理は、診療材料などを SPD 方式で管理し、定数の見直しなど適切に実施している。医療機器購入は医療機器整備委員会で検討し、競争原理に基づき決定している。

災害発生時における役割分担を定めたマニュアルを作成し、責任と連絡体制を確立している。大規模な災害を想定した対応マニュアルと事業継続計画（BCP）を策定して、さまざまなリスクへの対応に備えている。夜間・休日は警備会社により病院の保安が確保されている。定期巡回や施錠管理など適切に実施され、緊急時の連絡体制も整っている。

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	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	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	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	A
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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	NA
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	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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人地域医療機能推進機構 千葉病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 千葉県千葉市中央区仁戸名町682

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	160	156	-4	80.3	17.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	160	156	-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		
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)	0	-4
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	72	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	52	+7
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		
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 (DPC標準病院群), 在宅療養支援病院

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： 2 人 2年目： 5 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2