

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 6 月 7 日～6 月 8 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

貴院は急性期医療を担う患者のニーズを踏まえた診療体制、救急医療の実施、高度医療機器の整備等、治療・診断・看護・健康増進等の充実に向けて取り組んできた。一般病床、ICU のほか、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床を有し、患者の高齢化等に伴い、訪問診療など在宅医療にも注力している。移り変わる医療情勢や地域包括ケアシステムの推進に向けて、退院後の QOL や身体機能の改善をサポートするため、サテライト型の訪問リハビリテーションを 3 か所整備するなど、貴院独自の急性期型地域多機能病院としてのアイデンティティを確立している。2022 年から基幹型臨床研修病院としてさらなる病院機能を高める工夫を随所で行い、人材を軸とした活動に意欲的に取り組んでいる。

この度の更新受審に伴い、機能性の再確認や新たな課題も提示させて頂いたが、院長のリーダーシップのもと、職員ひとり一人が質の向上に取り組む姿勢を感じた。今後も地域から必要とされる病院として、さらに活躍することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外に広く周知している。円滑な病院運営と新たな業務の推進役として機能的な組織体制を構築している。将来ビジョンを明確にし、10 ヶ年計画に基づく年度事業計画においては、院長・幹部職員はリーダーシップを発揮して課題の解決に向けて積極的に取り組んでいる。情報管理については方針に基づく規程を定め、データの真正性・見読性を確保し、セキュリティ対策およびバックアップ体制も適切に行っている。文書管理は一元的な管理体制で改訂履歴も適切に記録している。

人事・労務管理体制は適切に整備し、必要な人材を確保している。就業規則を適切に届け出し、各種規程・規則はイントラネットを活用し職員に周知している。衛生委員会を開催し、衛生管理における課題の解決や院内巡視を定期的に行っている。職員の意見や要望を反映し、働きやすい職場環境に努めている。

職員の教育・研修は計画的に行い、研修効果を高める工夫に取り組んでいる。能力評価は全職員が個人目標を設定し、達成度や行動基準に基づいた人事考課制度により把握している。スペシャリスト養成のための認定資格の取得支援など能力開発に意欲的に取り組んでいる。基幹型臨床研修病院であり、指導医は研修計画に沿って実施し、EPOC2を用いた評価を行うとともに多面評価や研修医による指導医評価も行っている。学生実習の受け入れは、医学生をはじめとする多岐にわたる実習生を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、入院案内、ホームページ、院内掲示等により患者・職員へ周知している。説明と同意に関する方針を明確にして、患者が理解できるような工夫に努めている。患者・家族への情報共有、および医療への参加支援は適切であるが、虐待の形態別マニュアルの整備と職員周知を期待したい。患者の個人情報については規程を定め適切に行っている。臨床倫理の方針を明文化し、現場の倫理的課題はカンファレンスで検討し解決しているが、検討した課題の傾向と対策を調査・分析し、継続的に、かつ標準化して組織的に活用する取り組みが望まれる。

来院時のアクセスは路線バスやシャトルバスの活用などの利便性に工夫し、売店・自販機コーナー・ATM等を整備し、生活延長上の快適性に配慮している。院内のバリアフリーを確保して高齢者・障害者へ配慮している。5S活動の習慣化により病院備品は整理・整頓されており、プライバシーに配慮しながら患者・家族がくつろげる環境を整備している。敷地内禁煙を遵守しているが、職員喫煙率の低減に向けた実効性のある取り組みが望まれる。

4. 医療の質

院長や幹部職員が主導して業務の改善活動を行っている。病院機能評価の受審に向けて院長はじめ、各部署担当者からなる医療機能評価受審プロジェクト会議が活動している。診療の質の向上に向けては、症例検討会や診療科横断のカンファレンスを開催し、治療方針などの情報共有が行われている。なお、クリニカル・パスの活用や臨床指標における課題の解決に向けた取り組みの充実に期待したい。患者・家族の意見等は、意見箱、患者満足度調査、さらには相談室へ直接の意見で収集しており、委員会で検討され院内掲示やホームページを活用してフィードバックしている。新たな診療・治療方法等の導入においては、方針を明確に組織的な対応手順を定めている。

各職種の病棟・外来の責任者は分かりやすく表示し、主治医不在時の責任体制も明確にしている。診療録の記載はマニュアルを活用して内容の統一を図り行っている。専門知識や技術等を活かした多職種が連携したチームを数多く構成している。

定期的かつ必要に応じてラウンドやカンファレンスを開催し、電子カルテで情報共有を図り診療やケアに繋げている。

5. 医療安全

医療安全管理指針を明示して、医療安全管理責任者を中心に、専従の医療安全管理者を配置し、組織横断的な安全管理に取り組んでいる。安全管理等に関する気づきの見られた職員へ「good job カード」を上司から渡して表彰するなど医療安全文化の醸成に工夫が見られる。集計したアクシデント・インシデントレポートは委員会で報告し、情報収集・分析・検討を行い、分析結果を職員に周知している。医療事故発生時の対応手順を具体的かつ詳細に策定し、医療安全対策マニュアルに明記している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、リストバンド装着、バーコード認証、氏名と生年月日を患者に名乗ってもらうなど2 識別子の確認を徹底している。指示受け、実施の記録等は明確であり、指示中止、変更時の手順も確立している。麻薬の管理、ならびにハイリスク薬を定義し、薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。抗がん剤はレジメン管理・登録し、誤投与を防止している。転倒・転落防止マニュアルを整備し、全入院患者に対して入院時アセスメントシートによる危険度を評価し、防止対策を検討している。医療機器については、臨床工学技士が安全な使用に向けて一元的に管理している。院内緊急コードはコードブルーを設定し、患者等の急変時に適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、ICD である副院長が専任の感染管理室長と感染防止対策委員会の委員長を兼務している。感染防止対策委員会の下部組織に ICT、AST を組織し、さらに感染リンクナース委員会と看護部門以外のマイクروبバスターズを組織している。各種サーベイランスの結果等を報告・検討し、薬剤耐性菌の検出状況、感染症の発生状況等の情報を把握・分析を行っている。アウトブレイク規定を明確にしてマニュアルで周知し、定期的な改訂を行っている。

医療関連感染を制御するための活動は、手指衛生の遵守状況や個人防護具の適正使用等の確認を行っている。また、汚染されたリネン・寝具類の取り扱いは適切に処理している。抗菌薬適正使用指針を整備し、AST が使用状況を確認して医師へ適切にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会と地域連携室が中心となって広報活動に取り組んでいる。広報誌や年報の作成、さらにはホームページを定期的に見直して、各診療科の紹介や病院指標、診療実績の内容も分かりやすく掲載している。地域医療連携業務は総合サポートセンター内に地域連携室を設置し、医療提供体制や受療動向などを分析するとともに、地域医療連携セミナーの開催など連携先からの要望の把握および顔の見える連携に努めている。紹介元医療機関への返書管理も適切に行っている。地域に向け

での教育・啓発活動として、糖尿病教室や吸入療法教室の開催、ホームページでの健康コラムの掲載などを行っている。医療講演会の開催、様々な後援会への医師や看護師、薬剤師の講師派遣なども行っており、地域住民向けの様々な活動を展開している。医療従事者向けには、看護学校やリハビリ施設への講師派遣、緩和ケア研修会や臨床研修指導医の研修会の開催、救急セミナーの開催、地域医療連携セミナーのWeb開催など、多様な取り組みを行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診するために必要な情報は、ホームページ・院内掲示などで分かりやすく周知している。入院の決定は医学的に判断され、必要性の説明は医師により行われて同意を得ている。入院診療計画書は迅速に作成し、患者・家族への説明と同意を得ており、治療内容に合わせて多職種で参画・立案できる体制が確立している。

病棟における医師・看護師の業務は適切に行っている。投薬・注射については、病棟担当薬剤師が持参薬管理や重複投与や副作用の発現等の把握も含めて薬歴管理、服薬指導を行っている。輸血・血液製剤の投与については、同意書の内容とマニュアルの遵守が望まれる。周術期の対応、および重症患者の管理は、おおむね適切に行っている。褥瘡の予防・治療、および栄養指導は適切に行っている。症状緩和はマニュアルに基づき緩和ケア認定看護師が相談窓口となり、緩和ケアチームが介入する仕組みである。リハビリテーションの実施については、安全かつ確実なリハビリテーションの実施に努めている。身体拘束についての説明と同意の体制はおおむね適切に行っている。退院支援は退院支援計画書を立案し、病棟看護師が退院調整看護師や社会福祉士と連携して介入する仕組みがある。在宅療養支援では訪問診療に加え、サテライト型の訪問リハビリテーションを地域に3か所整備し、退院後も切れ目なくサービスが提供できるように工夫していることは評価できる。ターミナルステージへの対応はガイドラインに基づく手順を明確にして、緩和ケアチームが介入する仕組みである。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方・調剤鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別など適切である。臨床検査機能はパニック値を適切に定義し、必ず医師に直接電話連絡する規定がある。画像診断機能は早期に診断を確定し、所見は指示医へ報告する仕組みがある。栄養管理機能は、適時・適温を適切に行い、患者の特性や嗜好に応じた食事の提供に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、急性期に限らず多様な病態に対応したリハビリテーションを積極的に実施している。診療情報管理機能は量的点検、がん登録やQIデータの作成、DPCコーディング等を適切に行っている。医療機器管理機能は、臨床工学技士により一元管理を行い適切である。洗浄・滅菌機能は、各種のインディケーターを用いて質の管理を適切に行っている。

病理診断機能は、外部委託でおおむね適切に行っている。放射線治療機能は、ガンマナイフ治療を提供している。輸血・血液管理機能における輸血の適正使用および保管については適切に行っている。手術・麻酔機能は、クラス1000レベルの手

術室4室を備え、必要とする手術機能を提供している。集中治療機能は、ICU 運営規則に入退室基準を明記し適切に行っている。救急医療機能は、各部門が地域の救急医療体制を積極的に向上していく姿勢が認められる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は会計基準に基づき財務諸表は適切に作成している。診療科別原価計算を毎月実施し、経営状況の把握や目標進捗における分析と改善対策を組織的に取り組んでいることは高く評価できる。医事業務は窓口収納業務を適切に行い、返戻・査定の対応、施設基準の遵守の仕組み、未収金の督促・回収など組織的な対応を適切に行っている。業務委託は契約状況を把握し、病院で必要な研修会への参加を促し、面談等を通じて業務の質の向上の検討を行っている。

施設・設備は計画に沿った保守管理や日常点検を適切に行い、医療ガス、ならびに感染性廃棄物の管理は適切に行っている。購買管理は SPD システムにより一元管理しているが、内部牽制体制の構築が望まれる。

病院の危機管理は防火防災マニュアル、および BCP マニュアルを整備し、責任体制を明確にしている。自家発電の稼働、食料・飲料水等の備蓄体制も適切である。夜間・休日の保安警備体制も適切に行っている。

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	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	B
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	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	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	B

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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	S
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	B
-------	---------------	---

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 12 月 31 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 セコメディック病院

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：千葉県船橋市豊富町696-1

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	292	274	+0	80.6	13.9
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	292	274	+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		
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
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		
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	39	+0
地域包括ケア病床	36	+0
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)

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： 4 人 2年目： 0 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 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	572.23	547.22	625.02	104.57	87.55
1日あたり外来初診患者数	19.90	49.44	52.54	40.25	94.10
新患率	3.48	9.03	8.41		
1日あたり入院患者数	225.76	236.10	233.36	95.62	101.17
1日あたり新入院患者数	11.53	11.53	12.72	100.00	90.64