

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 29 日～5 月 30 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、千葉県東葛南部医療圏の中にあって、地域の中核病院の役割を担っている。小児病棟を持つ数少ない病院であり、船橋市重症救急当番ネットワーク（小児科の救急受入れ）に参加し、小児リハビリテーションにも積極的に取り組んでいる。小児科・産婦人科を含めた急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を持つ地域密着型の病院として機能分担を明確にして診療機能の充実および向上に努めている。

この度の病院機能評価の審査においては、いくつかの検討課題が残るものの、院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および病院運営上の基本方針をわかりやすく策定している。理念・基本方針は院内各所に掲示し、病院案内・ホームページに掲載している。院長および幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議は毎週 1 回開催されており、決定事項は各管理会議等を通じて職員に伝達している。事務部コンピュータ室には、情報技師が配置され、院内で取り扱う情報の統合的な管理を行っている。文書管理は、病院文書管理規程に基づき文書管理台帳を整備している。

医療法による標準人員が満たされ、施設基準の必要人員も確保している。病院機能に見合った医師・看護師の確保については、ホームページにリクルート専用 Web サイトを立ち上げ、求人サイトの活用、就職援助金制度を設けるなど多方面にわたる努力と工夫がみられる。人事・労務管理は事務部総務課が行っている。短時間労働

者を含めた就業規則・育児・介護休暇、時短、再雇用制度等を整備している。労働安全衛生委員会を設置し、長時間労働やストレスによる健康障害の防止について協議している。専従の労働衛生管理者を配置し、産業医とともに定期的に職員面談を実施している。労働組合との定期的な協議の場があるほか、職員意見箱・職員専用メールにより職員の意見や要望を把握する仕組みがある。また、上司との面談を定期的に行い、管理職からの進言も把握している。職員の就業支援に向けた取り組みや福利厚生への配慮も行き届いている。

教育・研修は、各委員会や部署主催で実施されているが、教育委員会が主体となって、全職員を対象とした院内教育体系を整えた年間計画の立案が望まれる。職能としての個別能力評価は、職種ごとに ISO 基準で設定した力量チェック表を基に年 1 回評価している。経験年数による目標管理を設定し業務遂行能力評価を行い、能力に応じた役割や業務範囲を設定している。殊に、多数の認定資格者を有する薬剤科・リハビリテーション科等における専門性に配慮した育成の仕組みは評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、病院案内やホームページで周知している。IC の方針や、文書同意が必要な診療行為の範囲等を定めている。また、セカンドオピニオンを希望する患者には要望を聞き取り、応じている。患者・家族に対する情報提供は、入院診療計画書、各種説明書、クリニカルパス等を用いて行っている。地域連携センターの医療福祉相談室が窓口となり、様々な相談を他職種と連携して対応している。個人情報保護規定、医療情報システム運用管理規程等を整備し、個人情報を物理的・技術的に保護している。倫理的な問題を検討する場があり、主要な倫理的課題について議論がなされている。臨床の現場で倫理的課題が発生した場合は職場内で検討し、倫理コンサルテーションメンバーにも相談するなど多職種で協働し、患者の意向を尊重した医療の提供に努めている。

病院へのアクセスは無料送迎バスの運行など、患者、面会者の利便性に配慮している。駐車場から正面玄関への入場、エレベーター、トイレ、フロア内はバリアフリーとなっている。院内の環境整備について、整理整頓による環境整備が望まれる快適な療養環境の確保に努めている。敷地内禁煙の掲示などを適切に行っている。今後、休止中の院内パトロールの再開を検討するなど、禁煙推進活動の再開が望まれる。

4. 医療の質

各病棟に投書箱を配置し、患者・家族の意見を収集している。各種症例検討会や診療ガイドラインの活用はおおむね適切に実施されている。各部門においては、バランススコアカードを用いた質改善活動を行っている。部署横断的な質改善についても院内の質指標を整備されることを期待したい。

病棟入口に入院診療科責任医師名、看護責任者名を明示している。また、ベッドネームには主治医を記入している。電子カルテシステムを用いた診療録の記載は適

切に行われている。認知症ケアサポートチーム、褥瘡対策チーム、NST などの専門チーム活動を推進し、円滑な多職種チームの活動をしており、適切である。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部門の下、医療安全管理室を整備している。医療安全管理責任者は院長が務め、医療安全に関しての権限を付与された専従医療安全管理者が配置され、組織横断的な安全管理に取り組んでいる。各部署のアクシデント・インシデントレポートは医療安全管理者が確認し、迅速に対応している。事例や集計結果は医療安全委員会に報告している。

患者確認、手術部位、検体検査採取時や病理検体の取り扱い時に、誤認防止対策を適切に実践している。指示や処方内容はオーダリングにより情報共有され、指示受け・実施も電子カルテシステムを利用して実践されている。検査のパニック値、画像診断結果の報告は連絡手順を見直し、診断結果等における緊急性のあるものや重要なものは、確実に依頼医師に伝わるよう改善している。薬剤科の麻薬保管庫の鍵管理については、責任の所在を明確にしている。入院時の転倒・転落リスク評価に基づき、ハイリスクの患者には看護計画を立案し、実践している。医療機器は、点検済みの機器を使用する仕組みになっており、使用前点検、使用中の確認を行っている。臨床工学技士が巡回を行い、職員研修も行っている。院内緊急コードを各部署に掲示している。内容を統一した救急カートが各部署に配置され、看護師が物品、薬剤師は薬剤を点検している。

6. 医療関連感染制御

院長直属組織として、医療安全管理部の下に感染制御部を置き、専従の院内感染管理者として感染管理認定看護師を配置し権限付与している。感染対策委員会、感染対策チーム、抗菌薬適正使用チームを組織し、感染対策マニュアル・抗菌薬使用基準・院内感染対策指針を整備し適宜更新している。院内の感染症発生は、患者の発症時、職員出勤時に上長が把握し感染制御部に報告している。

手指消毒アルコール使用量をモニターし、リンクナースが手指消毒場面ごとの遵守率を定期的に評価している。標準予防策および感染経路別予防策を遵守するとともに、医療関連感染を制御するための活動を展開している。抗菌薬適正基準には、予想される原因菌に対する適正な抗菌薬の選択基準が示されており、広域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

広報は管理事務会議にて検討し、広報誌を毎月発行している。地域連携業務は、地域連携センターが行っている。入退院支援看護師が前方連携を中心的に担い、連携担当事務員が地域の診療所等へ訪問による連携活動を中心に行っている。地域住民向けの健康啓発活動として、約 8,000 人の会員で構成する健康友の会を組織し、各種患者会も開催している。各地域で健康講座を開催するなど、地域住民向けの健康啓発活動を積極的に行っている。

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、院内の必要な場所に分かりやすく案内表示を設けている。受診患者の情報を共有し、的確な診断と患者の病態に応じた診療計画により、外来診療を実施している。診断的検査の必要性は医学的な根拠をもって主治医が判断している。医学的判断に基づき、患者・家族の希望に配慮して入院を決定している。多職種で患者の病態を把握・診断し、診療計画を作成して説明し同意を得ている。医療相談は医療福祉相談室が窓口となっており、MSW が対応している。医師による入院決定に伴って、入院後はオリエンテーション、データベース入力、各種リスクアセスメントを行い円滑に受け入れできる体制となっている。

医師による回診が毎日実施され、多職種カンファレンス等で情報交換を行っている。看護師は、入院時に患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握して、個別にケア計画を立案し、多職種や専門チームと連携している。薬剤はリスクに応じて、説明・同意取得し、5R のチェックが徹底されている。また、投与中の患者状態を記録している。輸血前には患者名、輸血の種類などをダブルチェックするとともに、輸血中の患者の状態の観察・記録を確実にを行っている。手術の適応は、カンファレンス等で検討され、必要時には他科へコンサルトする体制がある。患者確認・部位確認はタイムアウトなどを実施するなどの手順が遵守されている。疾患、症状および重症度に応じて、HCU や一般病床個室等の病床選択が行われている。HCU における診療・ケアの責任者を明確にし、必要に応じて多職種が関与し診療を行っている。入院時、全患者に褥瘡発生のリスク評価を行い、リスクのある患者には看護計画を立案している。入院患者にはアレルギー食物の確認や栄養状態を評価し、必要時、NST チームが介入して安全な食事の提供および栄養管理を適切に行っている。緩和ケアに関するガイドラインや緩和マニュアル・手順書（含む麻薬使用基準）を作成し、院内 LAN で周知している。リハビリテーションは専門医も参加して計画が策定され、リスクに配慮・対応してリハビリテーションを実施している。身体抑制は「身体抑制基準」に定義、回避基準、手順など詳細に明示し安全で必要最小限の身体抑制に努めている。入院後退院支援スクリーニングを行い、退院が必要な患者には病棟看護師と退院支援看護師・ソーシャルワーカーで情報共有を行い円滑な退院支援を行っている。入院中の経過を診療情報提供書や看護サマリーで情報共有し、関連する医療機関やクリニック、介護施設等と情報交換を密に行い診療・ケアを継続している。ターミナルステージは、主治医、受け持ち看護師等によるカンファレンスを経て主治医が判定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は内服薬処方、注射薬調製・混合を 24 時間対応で実施している。院内薬品集はイントラネットに整備し、DI 室から薬剤に関する情報を適時発信している。検査科として、24 時間体制で各種検査に対応している。各種検査の必要性・効率性・安全性は担保され検査ニーズにも応えている。画像診断は、診療放射線技師が 24 時間対応している。CT、MRI 読影率は 100% である。給食業務は、適時適温での配膳をはじめ、厨房内の温度管理および調理器具や食器の洗浄から乾燥・保管

まで清潔に維持している。リハビリテーションは、学会等の認定資格を有する療法士が多数在籍し、質の高いリハビリテーションを行っている。情報管理機能は、診療情報管理室が行っている。病名や手術名のコーディングやIDの付与が適切に行われ、退院患者全件に対して量的点検を実施している。臨床工学技士は透析室を中心に手術室、HCU、病棟などでME機器の管理とサポート業務を行っている。現場での一次洗浄は行われず、滅菌効果の確認は、物理的・化学的・生物学的インディケーターを用いて行い、リコール規定も整備している。

病理診断科として病理検査検体、報告書の保存・管理は的確で、標本作成の際の誤認防止対策も行われ安全に実施されている。輸血・血液管理機能は、検査科が担っている。輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め適切に行われている。年間約1,000件の手術・麻酔管理を行っている。並列麻酔とならないような手術室運用手順を整備するとともに、手術室退室基準を作成し、退室基準を記録した麻酔チャート記録により、適正な手術室退室を行っている。HCU5床を設置し主に救急からの重症患者、院内発生の重症患者、術後の患者を対象として診療を行っている。重症管理に必要な設備・機器を備え、マニュアルに則った入退室基準のもと適切に機能している。小児の二次救急を含めた二次救急病院として他施設と連携をとりながら地域の救急医療の重要な役割を担っている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は会計準則に基づいて行っており、年2回の公認会計士による会計監査も適切に実施している。予算実績の進捗、課題の分析は、月2回開催する管理会議で適切に行っている。医事業務は医事課を主幹とし、窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定の対応を行っている。査定、返戻は月1回開催する減点返戻委員会で確認、協議している。業務委託の選定は、管理事務会議で、費用対効果の検討等を行い決定している。日々の業務内容の管理は、業務日誌の提出で確認している。

施設・設備の管理は総務課が行っている。日常点検、月次点検、年次点検を計画的に実施している。物品購入管理は、総務課が行っている。医薬品、医療材料はSPDによる委託管理方式により、購入から納品、検品、部署への配置までの流れも適切になされている。

災害時の対応は、消防計画を策定し夜間想定を含む防火訓練を毎年2回実施している。緊急時の責任体制を明確にして連絡体制についても各部署へ周知徹底するなど適切に対応している。保安業務は夜間については業務委託をしている。管理職による管理当直体制を整備している。院内巡視や出入口管理、施錠管理、時間外の入退出者の管理を実施している。暴言、暴力に対するマニュアルを整備し、適切に管理している。医療事故発生時の対応手順が整備され、訴訟担当・総括責任者を定めて、顧問弁護士も参画して組織的に取り組む仕組みがある。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師については、卒後臨床研修評価機構の認定研修施設として、指導から評価、指導者評価、指導医の評価など丁寧な研修体制を整備している。研修医が単独で行える診療行為を明確にしている。看護部をはじめ各技術部門の専門職においても、初期研修体制を整備している。

学生実習については、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、放射線技師などで実習生の受け入れを行っている。各部署におけるそれぞれのカリキュラムに沿った実習を行っている。実習生に対するオリエンテーションの内容は院内で統一して実施している。

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	B
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・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	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	B
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	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	B

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	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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B

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	B
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	B
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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会 船橋二和病院

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： 千葉県船橋市二和東5-1-1

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	299	249	-50	65.9	15.7
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	299	249	-50		

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)	5	+0
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	20	+0
回復期リハビリテーション病床	31	+0
地域包括ケア病床	52	+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

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
1日あたり外来患者数	105.48	90.88	93.17	116.07	97.54
1日あたり外来初診患者数	23.32	15.91	16.24	146.57	97.97
新患率	22.11	17.51	17.43		
1日あたり入院患者数	164.19	190.44	245.76	86.22	77.49
1日あたり新入院患者数	9.80	9.55	12.15	102.62	78.60