

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26日～6月27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、1979年の開院以来、急性期医療を中心に千葉県東葛北部圏域の医療ニーズに基幹病院として積極的に応えてきた。「高度な医療で愛し愛される病院」を基本理念に掲げている。基本方針は全人的医療の提供や地域住民への健康増進、地域医療の向上や臨床研修病院、専門医教育病院である教育実習施設としての次世代医療人の育成、医療人としての全職員の成長など7つを定め、病院運営に取り組んでいる。地域において多くの前方・後方連携施設との関係を構築する中で、心臓血管センターや消化器病センター、さらには新松戸高精度放射線治療センターを立ち上げ、信頼される高度な医療と専門性を追求している。また、年間7,000件を超える救急搬送の受け入れ、ベッド稼働率92.3%、新規入院患者数8,326件の実績を持つ。

このたびの受審に向けて全病院的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果を随所に確認できた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる地域医療への貢献の一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の基本方針は毎年幹部会で見直しを行い、中期計画・長期計画を策定している。病院長、副院長、看護部長、事務長の任命は、法人本部により承認され、それぞれに権限と責任が与えられ明確にされている。年次事業計画の策定と年度目標を定めて、幹部会で議論や検討を行い、達成度を評価している。病院の情報管理はシステム開発室が所管し、常勤職員4名を配置している。電子カルテ、オーダーリング、各検査等システムの一元管理を行っている。文書の管理責任は総務課であり、

公文書等については、文書管理規程に基づき機密文書、重要書類、普通文書が区分され発信、受付、保管、保存、廃棄についても明確にしている。

医療法や施設基準の要件を満たす人員は確保されている。人材の確保に向け就職祝い金や家賃一部補助等の工夫が見られる。労働法制の改変等に対応した就業規則改訂届出も行われている。労働基準法第36条に基づく協定は職場代表者を専任し、締結・届出されている。ハラスメントへの対応としてハラスメント防止規程があり、研修会の開催や相談窓口設置を職員に周知している。職員満足度調査を毎年実施している。改善事例として、議事録等を全職員が閲覧できるメール配信の実施や職員食堂スペースの検討を行っている。

全職員を対象にした研修は教育委員会が所管し、各部門、委員会等が主催する研修計画をまとめている。医師と看護師を除く職種に人事考課を実施し能力・スキルを伸ばすための8要素に個々の目標を設定し、面談・評価を実施している。医師の初期臨床研修は、臨床研修センターと臨床研修委員会のもとで「初期臨床研修医の手引き」に沿って実施している。実習の契約手続等については総務課が所管し、ワクチン接種状況、実習中の事故等の対応等、必要事項を確認し、契約を締結している。

3. 患者中心の医療

患者の権利5項目・こども憲章11項目を明確にし、患者・家族に周知している。診療の場で患者の権利が擁護されている。説明と同意に関する規程に基づき、患者が理解できるように工夫した説明を行っている。医療安全への患者協力の呼びかけ、病状や治療内容の患者理解を深める工夫により、診療・ケアへの患者参加を促している。患者相談窓口は正面玄関横の1階に設置し、相談内容に応じて適切な部署に取り次いでいる。個人情報保護方針を策定し、規程に基づき、各種のセキュリティ対策や診療情報の適切な利用および職員教育を行っている。臨床医療倫理委員会を設置し、倫理規程により審議内容が明確になっている。臨床医療倫理委員会の開催は年3回行われており、多職種で臨床倫理に関する課題を検討している。日常の診療やケアで生じた問題は、多職種でカンファレンスを行い、多職種カンファレンスの内容が電子カルテ上で共有できる仕組みになっている。

最寄り駅から徒歩で3分の立地で、駅から病院までのサインタイルが敷かれている。駐車場および駐輪場の整備や日曜・祝日も営業する売店の設置、全館バリアフリーであり、患者用Wi-Fiを設置する等、来院者の安全性・利便性・快適性に配慮している。病院内は整理整頓が行き届き、清潔で、患者のプライバシーの保護や療養生活における安全への配慮がされている。浴室、給湯設備には熱傷予防の注意喚起を明示している。敷地内禁煙を徹底し、患者や職員へ禁煙啓発を実施している。

4. 医療の質

IMSグループ業務点検委員会の内部監査を受け、指摘事項の改善を行っている。日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、業務の質改善に継続的に取り組んでいる。多職種による定期的な検討会を行い、診療の質の向上を図っている。臨床

指標については、厚生労働省の医療の質の評価・公表推進事業へ参画し、データを活用して改善活動に取り組んでいる。患者の意見を投書箱やアンケート等で収集し、患者サポートチームカンファレンスにて取りまとめ、関係会議体、医療安全管理対策委員会、業務連絡会等にて報告する仕組みがある。薬剤の適応外使用は、臨床医療倫理委員会で検討して承認する仕組みである。臨床研究は臨床医療倫理委員会の承認を得て行われ、同委員会において研究終了までフォローしている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確で、患者にわかりやすく掲示されている。責任者は、病棟巡視や多職種カンファレンスで患者・家族の状況を把握している。電子カルテに医師記録、看護記録等を適時記載している。診療録記載マニュアルを整備し、略語の使用ルールも定められている。診療科間が連携し、必要に応じて多職種構成の専門チームが協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部門は院長直属で、副院長の管理のもと専従の医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を含む多職種で構成し、情報共有と対策の検討を行っている。インシデントは報告システムで収集し、医療安全管理部や医療安全管理対策委員会で分析し再発防止策を検討している。医療事故の基準を明確化し、重大事故は医療事故調査委員会で原因究明や再発防止策を検討する仕組みがある。

患者の確認はリストバンドと患者による氏名と生年月日の申告で行い、手術部位は主治医と患者で確認しマーキングしている。処方箋・指示箋の記載、および指示出し・指示受け・実施確認を適切に行っている。入院時転倒・転落アセスメントを行い、転倒・転落防止計画説明書で患者・家族の同意を得て患者の状態に合わせた対策を実施している。医療機器を使用する職員への教育を定期的に行い、臨床工学技士は毎日のラウンドで使用中の機器の作動状況を確認している。緊急対応はコードブルーを設定し各部署で周知し、救急カートは統一し看護師と薬剤師で適切に点検している。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた組織体制が確立しており、適切に機能している。院内外の感染関連情報は、ICTで集約・分析し、検討結果を感染対策委員会で報告するとともに、Webマニュアルを介して周知している。

感染対策マニュアルに従って標準予防策の徹底や感染経路別予防策を実施し、感染性廃棄物の分別・廃棄、汚染リネンの取り扱いを適切に行っている。抗菌薬の採用・採用中止は、毎月開催の薬事委員会で決定しており、投与前の培養検査を適時行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会や地域医療連携室が広報を担当し、広報誌やホームページ、SNS等を活用した各種の情報提供を積極的に行っている。広報誌は病院の特徴をわかりやす

く発信することに努めており、ホームページでバックナンバーも公開している。地域医療連携室にて紹介患者の予約・返書管理から地域の医療関連施設との連携強化に努めている。特に2024年から紹介受診重点医療機関として紹介患者数が増えており、医師、放射線技師、MSW等との多職種による同行訪問を行うことで広報や情報収集を行っている。病院主催の院内公開講座のほか、町会・自治会・福祉施設等への出張講座等、総講座数は34回、参加人数は約700人にのぼる。併せて、動画配信サイトによるLIVE配信も行う等、多様な世代が選択できるよう企画している。新松戸高精度放射線治療センター（SMARTセンター）の開設を受けて、低侵襲な放射線治療であることをわかりやすく発信している。有益な健康情報を継続的に提供するなど地域に向けた教育啓発活動は秀でている。

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で案内しており、緊急度の高い患者は救急外来と連携し対応する仕組みがある。外来での問診、トリアージ、診療科間の連携、療養指導を適切に行っている。診断的検査の開始から終了までの手順を遵守し、検査終了後の安全確認も十分に行っている。入院の必要性と目的についての患者への説明を適切に行っている。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士等が共同して総合的な診療計画書を策定している。相談窓口を設置し、患者・家族からの相談を関係部署、専門チームへつなぎ、多様な相談に対応している。外来で冊子を用いた入院案内や、病棟でのオリエンテーションにより円滑に入院できる体制が整っている。

医師は関連多職種と連携し、病棟業務を適切に行っている。看護基準・手順を活用し、患者のニーズと病態に応じたケアを提供している。説明と同意後に患者の特性に応じた投薬・注射を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。手術についての説明は主治医が行い同意を得ている。麻酔についての説明は麻酔科医が行い、麻酔の同意書を取得している。また、麻酔科医が術前訪問によって患者の状態を把握している。患者の重症度に合わせた病床の選択を行っている。多職種が関与して適切な診療・ケアを提供している。入院時全患者に褥瘡危険因子評価を行い、看護計画を立案・実施している。全入院患者の栄養スクリーニングをし、栄養管理がされている。患者個々に適した食事提供、多様な食事指導に対応している。症状緩和は緩和ケアマニュアルに沿って、評価、ケアを行い、緩和ケアチームの介入も積極的に行っている。患者の状態に応じたリハビリテーションを適切に実施している。身体拘束は原則禁止の方針のもと、やむを得ず実施する場合は、説明と同意を得て実施している。入院時から退院支援スクリーニングを行い、患者の退院後の生活を見据えた支援を行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者には、院内外の関係機関と情報共有し、切れ目のない支援の提供に努めている。ターミナルステージでは多職種で患者・家族の意向を尊重したケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は、病院全体の薬剤の使用や管理に適切に関与している。臨床検査部門は病院の機能として必要な検査を行っている。検査の精度を確保し、夜間・休日は日当直体制で検査を行っている。各種検査に24時間365日対応しており、予約・緊急いずれの場合にも、診療放射線技師は業務手順に沿った最適な検査を行い、迅速な画像提供を行っている。HACCPに基づく衛生管理を徹底している。NSTチームや看護師と行うミールラウンド、緩和ケアチームの専門性を生かし、患者の特性に応じた取り組みは特に秀でている。行事食等の食の楽しみにも配慮され、疾病別の栄養教室も多数開催している。多職種と連携し、病院の役割に応じたりハビリテーションを実施している。診療情報管理室にて診療情報の管理、疾患・手術のコーディング、量的点検、質的点検、スキャナ取り込み等を行っている。量的点検は「量的点検マニュアル」に従って退院患者を対象に全件実施している。輸液ポンプ等の医療機器は中央管理し、貸し出し・返却はQRコードで管理している。使用済み器材の洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケータによる精度保証は適切に行われている。

術中迅速凍結切片病理検査を含め、数多くの病理診断を実施しており、病理診断報告書は電子カルテに保存されている。放射線治療専門医が適切に関与し、安全で高精度な放射線治療を提供している。放射線治療機能は高く評価できる。検査科に輸血部門が設置され、輸血療法マニュアルに則って血液製剤の発注・保管・供給・廃棄等を適切に実施している。全身麻酔の麻酔管理は麻酔科医が全例行っている。スケジュール管理、術中患者管理、麻酔覚醒時の安全性も確保できている。ICUは入室基準に沿って重症患者を受け入れている。機能に応じた人材配置であり、感染対策可能な陰圧個室も用意している。断らない救急を表明し、年間に約21,000名の救急患者を受け入れる等、病院全体で協力して地域の救急医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

事業計画等のヒアリングをもとに予算編成を行い、幹部会や理事会にて審議・承認の仕組みがある。さまざまな経営分析や費用削減策等、経営改善に向けて積極的に取り組んでいる。医事課が受付や保険請求を担当し、査定対応や未収金管理を実施している。DPCデータを活用して診療や経営分析を行っている。業者委託は設備管理や寝具類の洗濯業務、廃棄物処理等を行っており、選定時には職員の採用と委託との比較検討を行っている。

医療廃棄物は「廃棄物処理マニュアル」が整備され、産業廃棄物処理のマニフェストも保管されている。最終処分場の確認も現地確認が行われている。高額医療機器の購入は金額に応じて院内の決裁および本部の承認が必要である。診療材料や日用品はSPDシステムで管理しており、不正発注の内部牽制を行うために、検品と発注者は別人が担当する手順となっている。

「消防計画」が整備・周知され、緊急時の連絡体制も整っている。法令による防災訓練は年2回、大規模、夜間訓練を実施している。院内各所に28台の防犯カメラを設置し、モニターにて常時監視が行われている。

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 | S |
| 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | S |
| 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 | 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 | S |
| 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 | S |

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 | B |
| 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 | B |
| 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： 2025年 2月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人財団明理会 新松戸中央総合病院
 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： 千葉県松戸市新松戸1-380

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 | 342 | 342 | +9 | 86.08 | 16.4 |
| 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 | 342 | 342 | +9 | | |

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) | 15 | +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 | 47 | +7 |
| 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 | | |
| 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

エイズ治療拠点病院, 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： 6人 2年目： 6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

