

## 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7月5日～7月6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、医療法人の理念「年中無休24時間オープン」、「救急を絶対断らない」、「医療技術、診療態度の向上」を堅持し、循環器をはじめとした高度な医療を地域へ提供し発展している。近年は他の診療科でも最先端の診療体制を構築し、心臓センターや大動脈センター、低侵襲心臓手術センター、脳卒中センター、内視鏡センター、関節外科センターなど、複数の診療センターやICU、HCU、SCUが稼働している。また、新館および別館を開設し、更なる診療の高度化に向け「誰もが最善の医療が受けられる」体制に向け取り組まれている。院内では多職種による多くの診療支援チームが活発に活動し、十分な情報共有のもと適切な診療を実践して地域の関係機関との連携や患者の支援体制を充実させている。今後の目標としては地域に不足している放射線治療の体制構築や外来化学療法室の拡大が計画されており、地域の中核病院としての機能を向上させ、ますます発展されることを祈念する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

徳洲会の理念と基本方針を病院の基本理念として定めている。意思決定は会議にて行い診療部長会議、部署長会議、8時会等を通して全職員に伝達している。中長期計画とビジョンはがん診療の充実、心疾患の低侵襲治療の拡大などの大項目に取り組んでいる。医療情報はDPC他、統計資料や診療指標、収支状況の把握、予算立案等に活用している。文書管理規程を作成し、イントラネット内に、職員が閲覧できる環境を整備している。

医療法や施設基準を満たすために必要な人材を確保している。就業規則や給与規

程を定め、労働基準法第 36 条に基づく協定を締結している。安全衛生委員会を開催し、労災や衛生管理に関する審議を行い、産業医による職場巡視も実施している。職員の意見や要望を把握し、就業支援や福利厚生に取り組み、就労意欲の高揚と安心できる職場づくりに努めている。

病院全体の教育は、教育研修委員会と人事課が新人職員や全職員向けに企画し実施している。複数の部門でクリニカルラダー制を基盤に臨床実践能力や専門性を高める計画を立案し、資格取得も支援している。基幹型臨床研修病院として、体制を整備し研修管理委員会が機能している。多くの部門でクリニカルラダーに基づき、プリセプターを配置して新人教育を実施している。医師、看護師、臨床工学技士、療法士の実習生を受け入れ、個人情報保護や患者・家族との関わり方、実習中の事故対応等について取り決めている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利章典、患者の義務、子ども患者の権利章典を公開し、診療録開示も適切に実施している。説明と同意のガイドラインを明文化している。同意書の運用について改善し周知に取り組まれている。患者向けの医療講演を多く実施し疾患の理解に向け取り組まれている。入院診療計画書は、入院と同時に多職種が速やかに作成し説明をしている。患者相談窓口は多岐に渡る相談に適切に対応し、多職種、他部門と連携している。個人情報保護等を職員に周知し、データの抽出には安全管理措置が施されている。日常的な倫理的課題を検討する場として、医の倫理委員会や臨床倫理委員会が設置されている。

施設・設備では無料シャトルバスを運行し、建物内はバリアフリーを確保して高齢者や障害者に配慮している。院内にはカフェテリア、コンビニエンスストア、ATM、Wi-Fi なども整備し、快適に過ごせる環境を提供している。院内は整理整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースを確保している。敷地内禁煙を実施し、院内掲示や入院案内等で広報している。職員には、健康保険組合の禁煙リーフレットの配布や禁煙キャンペーン等を通じ啓発している。

### 4. 医療の質

業務改善委員会や看護部業務改善委員会に加え、QI 委員会が中心となって課題を抽出し、改善に結びつける仕組みがある。多職種が参加する各種カンファレンスや症例検討会を開催している。診療ガイドラインは最新版が電子カルテ端末で参照可能であり、クリニカルパス委員会ではアウトカム評価等を実施している。患者・家族の意見には、サービス向上委員会で連携して対応を検討し回答している。医薬品の適応外使用・自由診療に関しては医の倫理委員会、高度新規医療・保険適応外医療技術に関しては高難度新規医療技術評価委員会で検討し、モニタリングも含めた対応がある。

病棟責任者、担当者は、スタッフステーションに掲示している。診療記録等の記載と保持に関する規程を整備している。質的点検も実施されている。多職種が定期的にカンファレンスを行い、情報を共有している。複数の院内専門チームは横断的

に巡回、カンファレンスを行い、診療・ケアを実施している。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理者、医師、薬剤師、療法士が医療安全について定期的に検討する体制がある。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理室がタイムリーに把握しMRM 委員を通して周知している。医療事故発生時の対応と手順はマニュアルに定めている。医療安全管理委員会が機能し原因究明と再発防止に向け、組織的に検討を行う仕組みがある。

患者確認はフルネーム、生年月日の名乗りを原則とし、入院患者はリストバンドによる認証、外来患者は案内票のバーコードによる認証を行っている。指示出し・指示受けは、電子カルテ機能を活用し確実に実施できる仕組みになっている。薬剤は、処方監査システムによって薬剤の禁忌・重複投与・相互作用・アレルギーなどのリスク回避対策を実施している。ハイリスク薬等の表示・取り扱いは適切である。全入院患者に転倒・転落アセスメントシートによるリスク評価を行うとともに、危険度に応じ対応策を実施している。臨床工学技士は医療機器マニュアルを整備し、医療機器を使用する部署のスタッフを対象に計画的に研修を行っている。院内緊急コードの設定し、緊急時の対応手順を明確にしている。BLS 訓練は教育研修委員会が企画し、全ての部署で受講状況を管理し年度内の参加を計画している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御室を設置し、専任 ICD、専従 ICN、薬剤師、臨床検査技師の多職種で ICT、AST を構成し、ミーティング・ラウンドを実施して結果をフィードバックしている。感染対策マニュアルを策定して適宜改定し周知している。院内の分離菌・薬剤感受性・耐性菌発生状況を分析し、対策を講じて各部門へフィードバックしている。サーベイランスは SSI と CLABSI、VAP (E)、CAUTI について実施し、JANIS や J-SIPHE にデータを提供している。院外の流行情報は厚生労働省検疫所や千葉県感染症情報センターから入手し、イントラネットで周知している。感染防止対策地域連携カンファレンスにて、地域の医療機関と情報交換している。

全職員が携帯する職員用ポケットガイドには標準予防策、経路別予防策、手指衛生のタイミング等がわかりやすく明記されている。擦式手指消毒剤の使用量をモニタリングし、感染対策チームがラウンド時にフィードバックしている。抗菌薬使用マニュアルを整備し、AST は使用状況をモニタリングして適宜介入・指導を行っている。手術時予防的抗菌薬は、ガイドライン推奨の抗菌薬使用に努めている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割、診療指標などはホームページで随時更新され、病院案内も用いて地域に発信している。広報誌を関係機関や患者に配布し、病院の取り組みや最新医療技術の紹介などを掲載している。患者や地域住民参加型の催しとして、市民公開講座や高校生の職業体験を開催している。地域連携室では、在宅復帰に向けて入院初期から退院促進に向けて調整機能を発揮している。開放型病床を設置し、合

同回診や共同カンファレンスなど、地域医療機関との連携の場を構築している。医療講演会は、オンラインと対面により地域住民や地域医療機関の関心のある疾病を中心に、全診療科における演題をタイムリーに発信している。連携医療機関の医師や看護師等と医療従事者向けの研修会も開催し、ロボット支援下手術や経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）などの新しい技術についても情報を共有するなど、地域において多くの教育、啓発活動に寄与している。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者・家族が円滑に受診できるよう案内している。外来患者に関する情報を共有し外来診療を適切に行っている。診断的検査の必要性は、医学的に判断し説明している。入院の決定は、医師の医学的判断に基づいて適切に行っている。入院診療計画書は多職種が関わり、説明し同意を得ている。地域連携室で医療相談に適切に対応している。入退院支援センターで入院患者を支援している。医師は毎日診察・回診し病棟業務を適切に行っている。看護基準・手順等を整備し、患者の意向を尊重したケアの継続に取り組んでいる。

病棟薬剤師を配置し、全入院患者の持参薬管理・薬歴管理を行い、必要な薬剤管理指導も実施している。輸血・血液製剤投与は、厚労省の指針に則った院内マニュアルを整備し、輸血の必要性とリスク等を説明して実施している。手術の適応と方法を検討し、同意を得て実施している。患者の重症度に応じた病室を選択し、患者ケアには多職種が関与している。褥瘡対策マニュアルを整備し、全入院患者に褥瘡リスク評価を行い、リスクに応じて看護計画を立案しケアを実施している。管理栄養士が全入院患者に栄養スクリーニングを実施し、栄養管理計画書を作成している。症状などの緩和には、緩和ケアチームの介入も行われている。リハビリテーションは同意を得て入院早期から安全に実施している。身体抑制マニュアルを整備し、最小化に取り組んでいる。入院後早期に退院支援計画書を作成し患者・家族に説明し同意を得ている。退院前カンファレンスで診療・ケアの継続に努めている。ターミナルステージは予後予測ツールを利用し多職種カンファレンスでケア計画を立案している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査・調剤・調剤鑑査・疑義照会を手順に則り行っている。適正に精度管理された臨床検査を、安全・確実に実施している。画像診断では、緊急対応を要する所見を診療放射線技師や放射線診断医が発見した場合には速やかに依頼医へ連絡し、その後の対応まで確認する仕組みが確立している。栄養管理では、食事満足度調査や嗜好調査、残食調査の結果から協議し改善につなげている。リハビリテーションでは、多職種でのカンファレンスに加え、適宜、主治医・病棟看護師と情報共有に努め、連続性を維持している。診療情報の量的点検を全入院患者対象に実施し診療情報管理委員会に報告している。医療機器は臨床工学技士により一元管理され、主要な医療機器は標準化されている。洗浄・滅菌機能を中央化し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理診断の体制を整備し、検体の取り扱いについても対応が図られている。輸血責任医師は輸血療法委員会委員長を担当し、使用された血液製剤は輸血管理システムで記録し保管している。全身麻酔は全例を麻酔科標榜医が担当している。術中のバイタルサインチェックやWHOのチェックリストに基づく確認を実施し、集中治療体制も整備している。「24時間救急を断らない」を理念とし実践している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務諸表の作成や予算の策定及び管理は適切であり、診療統計資料も病院運営に活かしている。窓口収納は24時間対応し、診療報酬請求や査定・返戻の分析と管理、未収金回収など適切である。委託業者の選定および更新は資材・施設課が担当し、日々の業務は日報にて報告し管理されている。緊急時や時間外の連絡体制についても整備されている。

施設・設備は、資材・施設課の施設管理担当部門と防災センターが連携して管理し、年間計画・長期修繕計画に沿って実施している。防災センターは24時間体制で、緊急時の対応や業者への非常連絡に対応している。物品の管理はSPDシステムにより無在庫管理方式を導入している。

地域の災害拠点病院として、大規模災害マニュアル・BCPを定め、大規模災害発生時を想定した訓練を継続的に行っている。保安業務は24時間体制で整備し、緊急時に備えている。

# 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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	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 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 B

---

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： 2024 年 4 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 千葉西総合病院

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：千葉県松戸市金ケ作107-1

### 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	620	620	+12	94.1	11
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	620	620	+12		

### 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)	20	+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)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	26	+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	45	+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
障害者施設等入院基本料算定病床	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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院,  
 DPC対象病院 (DPC特定病院群)

### 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： 23 人 2年目： 21 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

## 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	1,192.27	1,182.90	1,143.43	100.79	103.45
1日あたり外来初診患者数	144.67	132.71	125.15	109.01	106.04
新患率	12.13	11.22	10.94		
1日あたり入院患者数	585.28	550.79	564.25	106.26	97.61
1日あたり新入院患者数	58.51	52.24	54.01	112.00	96.72