

# 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 25 日～7 月 26 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 1938 年に「愛の君津病院」として開設された後、1951 年に君津郡国民健康保険団体連合会に移管されたが、地域の公的・公立医療機関として長年にわたり、地域医療に貢献されてきた病院である。現在は千葉県内房地域の君津医療圏を構成する 4 市によって設立された君津中央病院企業団が運営する地域の急性期医療を担う中核病院である。また、地域医療支援病院、基幹災害拠点病院、小児救急医療拠点病院、地域周産期母子医療センター、がん診療拠点病院等の機能を発揮し、その役割を果たすべく地域連携を積極的に推進している。さらに、君津医療圏唯一の救命救急センターとしてドクターヘリを運用して、自院に関わる対応だけでなく県南部の救命救急医療連携にも貢献していることは高く評価できる。

企業長をはじめ病院長は自院の置かれた地域特性などを踏まえながら、高度急性期医療を担う最後の砦として、専門性の高い医療提供に努めている。病院機能評価を継続的に受審しており、病院長のリーダーシップのもとに副院長や病院幹部はそれぞれ管轄する部門で指導力を発揮し、職員の協力のもとに効率的な手法も取り入れながら医療の質向上に取り組んでいることを確認できた。今回の審査結果がさらなる医療の質向上に役立てられ、君津医療圏域における高度急性期医療を担う中核病院として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

病院の理念・基本方針を明文化し、院内外への周知を図っており、病院の将来像を明示している。病院の意思決定の場である管理運営会議を有効に機能させて病院運営面での成果を上げている。中・長期計画に基づいた年次計画を策定し、計画

的・効果的な組織運営を行っている。院内の基幹システムと部門システムは有効に機能しており、利活用されている。文書管理規程のもとに文書管理を行っているが、文書策定の承認の仕組みをより明確にすることを期待したい。

法令や施設基準に見合った人材は確保されているが、薬剤師、臨床工学技士等を確保し、さらなる充実を期待したい。人事・労務管理に必要な各種の規則・規程が整備されている。今後は、年間総労働時間の職種間の偏りについて検討を期待したい。衛生委員会を設置し適切に機能しており、職業感染等にも対応している。職員の意見要望を積極的に把握し、職員が働きやすい職場となるよう努めている。年間の教育・研修計画を策定し、計画的な教育・研修を行っている。人事考課のなかで職員の能力評価を実施しているが、今後は医師の能力評価の仕組みの構築を期待したい。医師をはじめ、各職種における初期研修はマニュアルに基づいて計画的に行われている。各職種の学生を受け入れており、受け入れ手順に基づいて学生実習を適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

小児を含めて患者の権利を明文化し、患者・家族、職員への周知を図りながら患者の権利擁護に努めている。説明と同意の方針や同席基準は明確であり、標準化され、院内で承認された文書で適切に運用している。「患者の権利の尊重」や患者誤認防止について明示し、治療や医療安全への患者参加を促進している。患者相談には、患者さま相談室や患者総合支援センターにおいて、多職種が関与して多種多様な相談に応じている。個人情報保護は、院内手順を定めており、職員に教育研修を行い周知している。また、診療情報システムも物理的・技術的に確実に保護している。倫理的課題について臨床現場、倫理コンサルテーションチーム、臨床倫理委員会で検討され、解決に向けて取り組んでいる。倫理的課題については各部署で検討しており、臨床現場で丁寧に対応している。

院内は、Wi-Fi 設備、売店、介護ショップ、レストランなど患者・面会者の利便性・快適性を図っている。診療やケアに必要なスペースも確保されており、トイレや浴室も安全性と利便性に配慮し、療養環境を整えている。職員による定期的な敷地内禁煙状況を巡視し、患者・職員への受動喫煙の防止に向けた教育指導を行っている。

### 4. 医療の質

病院機能向上委員会が各部署からの改善報告や改善提案の取りまとめを行うとともに、病院機能評価の受審を通じた体系的な質向上の取り組みを行っている。キャンサーボードやM&Mカンファレンスが行われており、クリニカル・パスが適切に運用されている。臨床指標は複数の外部事業に参加して、結果を院内該当部署と連携して分析し公表している。患者・家族の意見は、院内各所に設置した投書箱「声」や患者経験値(PX)調査を通じて、定期的に収集、検討し、診療現場の業務の改善に活かしている。

新たな診療・治療方法や技術の導入については、準備状況の確認、導入の承認、

導入後のフォロー体制などの手順を明文化して対応することが望まれる。診療科部長、看護師長の氏名を明示し、主治医やプライマリーナースの氏名を患者へ伝えている。責任者の役割や業務も明確であり、責任体制は確立している。各職種の診療記録が適切に記載されており、医師の診療記録の質的点検についても適切に行われている。診療科や病棟ごとの合同カンファレンスによる治療方針の検討を行い、医療チームの介入により、多職種が協働して診療やケアを実施している。

## 5. 医療安全

病院長直轄に医療安全部を設置し、専従の医療安全管理者が中心となって安全確保に向けた取り組み体制を整備している。インシデント管理システムを利用し、インシデント・アクシデントを収集している。院外の医療安全に関する情報を共有している。医療事故発生時には、医療安全委員会や外部有識者を含む医療事故調査委員会により、情報収集と対策の検討を行っている。

各場面における患者確認の手順を明確にして職員、患者に周知し、患者誤認防止対策に適切に取り組まれている。指示出し・指示受けは電子カルテのシステムにより確実にを行っている。口頭指示は、口頭指示受け用紙を用い、ルールに沿って実施している。薬剤の安全な使用に向けた取り組みでは、カリウム製剤を含めたハイリスク薬の保管・管理が適切に行われている。病棟の麻薬、向精神薬については常時施錠管理している。抗がん剤をレジメン登録制で管理している。入院ご案内のパンフレットで転倒・転落への注意喚起を行い、転倒・転落後のプロトコールに沿って事故分析を行い、事故後の患者観察、対応策を図っている。医療機器安全管理者が医療機器を使用する職員への教育、研修計画を立案し、臨床工学技士が職員教育を行っている。患者等の急変時は、救急医直通の緊急コールを定め、24時間救急医によって適切に対応している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を毎月開催し、院内感染制御に向けて組織的に取り組んでいる。ICTは毎週院内ラウンドを行っており、院内感染予防対策マニュアルはグループウェアから閲覧可能で、情報の共有が図られているなど、感染制御に向けた体制が確立している。感染制御室が院内の医療関連感染に関する情報を収集しており、ターゲットサーベイランスおよび微生物サーベイランスを行い、出現頻度を把握している。アウトブレイクの定義、発生時の初動・対応手順を明確にして、院内感菌制御に向けて適切に対応している。

院内感染予防マニュアルに基づいて、手指衛生の徹底が図られ、個人防護具が適切に使用されている。病棟における感染性廃棄物の取り扱いや一時的に保管・管理を適切に行っている。また、血液、体液の付着したリネン類は、患者が触れないように配慮され、適切に取り扱っている。抗菌薬の適正使用については、培養検査の検体を24時間体制で受け付けており、ASTが抗菌薬の適正使用に関して情報提供を行っている。アンチバイオグラムは電子カルテ上で閲覧可能であり、院内における分離菌感受性パターンを把握できる仕組みを整備している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会を通じて院内外の様々な活動内容を組織的に検討し、医療機能や各種サービス、病院案内、入院案内、院内広報誌「クローバー（年4回）」にて、わかりやすく紹介している。ホームページでは、院内行事、診療実績（がん登録、QIプロジェクト指標など）、地域連携活動実績など適時更新し、効果的な情報発信を行っている。地域連携活動は、君津医療圏（木更津市・君津市・富津市・袖ヶ浦市）を中心とする各病院、診療所など連携医療機関等と訪問や面談を通じて顔の見える連携活動を進めている。地域医療連携推進委員会では、地域の医療社会資源等の情報収集、分析、広報活動、定期的な病診連携症例検討会を開催するなど地域医療支援病院としての適切な組織的活動を行っている。

地域がん診療連携拠点病院事業、地域難病相談支援センター事業、地域リハビリテーション広域支援センター事業を展開し、地域の患者・地域住民への健康増進に寄与する活動を実践している。地域の医療関連施設従事者に対しては、NST 研修会や消化器病研究会など、各専門診療科医師による専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援を継続的に実施しており評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者への円滑な診療を受けられるために配慮されており、外来患者の情報を収集して電子カルテで共有している。外来で悪性腫瘍について告知する際は看護師が同席している。侵襲的検査は必要性和リスクを含めた説明と同意取得後に実施されており、必要に応じて中止薬や腎機能の確認、検査中・検査後の患者状態も適切に把握している。外来担当医が患者・家族へ説明し、同意を得て入院を決定している。当該科主病棟に入院できない場合は、弾力的な病棟運用によってベッドコントロールを行っている。入院診療計画書は多職種が協力して作成している。看護師は転倒・転落、褥瘡、栄養状態等のリスクを評価し、電子カルテ上で情報共有している。患者からの相談に対し、窓口を設置して対応しており、オリエンテーション等により入院支援を行っている。

医師と病棟スタッフは毎日の情報交換に加え、週に1回多職種が参加する病棟カンファレンスを行っている。看護方式は、チームナーシングを採用して身体的、心理的、社会的ニーズを把握し、多職種と連携して必要な援助を行っている。看護師は薬剤投与時に、患者名、薬剤名、用量、方法、時間、目的を確認している。薬剤師は服薬困難な高齢者に対して、患者と家族に指導している。輸血は説明と同意取得後に安全・確実に実施されており、輸血後の感染症検査も行われている。手術に際しては、適応と術式の検討、手術および麻酔に関する説明と同意、入退室時の申し送りやタイムアウトを実施し、搬送時には安全に配慮するなど、適切に対応している。緊急入院、術後、状態急変などの重症例は状態に応じてICU/CCU、HCU、病棟スタッフステーション近くの病室において患者を管理しており、必要に応じて専門チームや多職種が関与している。スキンケアチームは、定期的に病棟ラウンドを行い、褥瘡ケア・創傷ケア・ストーマケアについて、入院患者の把握や管理、スタッフへのスキンケアの情報提供・教育などを行っている。栄養管理と食事支援で

は、栄養アセスメントやチーム介入によって適切な支援を提供し、疼痛などの症状緩和にも適切に対応している。リハビリテーション総合実施計画書には患者の個別性に配慮した注意事項、患者家族の要望も記載している。長期休祝日の際には3日以上以上の休止がないようにリハビリテーションの連続性を確保している。身体拘束回避に向けた検討を行っており、最小化に取り組んでいる。退院支援については、多職種が協働して支援を行い、継続的なケア等ができるように調整や支援を行っている。緩和ケア病棟では、「これからのことに関する話し合い～アドバンス・ケア・プランニング～」を作成し、人生の最終段階における適切な意思決定への支援を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、全ての抗がん剤の調製を安全キャビネットで行い、TPNの調製・混合はクリーンベンチで行っている。院内医薬品集はグループウェアで閲覧可能である。検体検査は24時間体制で適切に行われ、パニック値の扱い、検査後検体の処理、検査精度管理なども適切である。生理検査はプライバシーに配慮して実施されている。緊急性の高い画像検査には夜間休日も含め24時間365日体制で対応しており、撮影室ではタイムアウトを実施している。食事提供業務は、選択メニューなど嗜好に応じたきめ細かな対応を行っている。多職種リハビリテーションカンファレンスを毎週行っており、退院時にはイラストや写真入りのパンフレットを使って自宅でのリハビリを指導している。診療情報管理は電子カルテで一元的に管理し、量的点検も適切に行っている。手術室の麻酔器や鎮静剤用の専用輸注ポンプも24時間体制の臨床工学技士が毎日点検している。滅菌機器、器材は各種インディケーターで適正に質評価を行っており、単回使用医療機器は再使用されていない。

病理検査は標本受付から報告までの取り違え防止策が図られており、複数の病理医により診断精度の担保、既読管理、劇物試薬の管理などが適切に行われている。放射線治療部門全員が参加するミーティングを毎朝行い、看護師がすべての患者のケア・心理サポートを行うなど、多職種が一体となって放射線治療に取り組んでおり、高く評価できる。輸血・血液製剤の発注・保管・管理、使用製剤の記録保存は適切に行われている。手術のスケジュール管理、手術室の清潔管理、手術中の患者管理等が適切に実施されている。ICU/CCUにおいて入退室基準に沿って緊急入院、術後、状態急変などの重症例を受け入れており、チーム・多職種が関与して治療を行っている。三次救急医療機関として多数の救急患者を受け入れている。ドクターヘリは県南部全域の救急医療の連携・発展を考慮して活動しているほか、消防隊員・救急救命士の教育・研修にも貢献している点は高く評価される。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、開設主体である君津中央病院企業団のガバナンス体制で、年次および月次事業計画による事業予算の策定や経営実績の管理を行っている。医事業務は、施設基準を遵守し、保険請求内容は医事・DPC委員会を通じて、各医師と情報共有し返戻・査定の防止・削減に向けた対策に努めている。業務委託は、業務

委託検討委員会を通じて業務管理の妥当性や教育指導などの評価検討を行い、事故発生時の緊急連絡体制、代行業務補償の有無も明確である。

施設・設備等の定期的な点検や保守管理業務は計画に基づいて適切に行っている。感染性廃棄物の保管・管理を適切に行い、確実な処理の確認を行っている。購買管理は、薬事委員会、診療材料委員会などを通じて、エビデンスや経済性などを考慮して検討のうえで購入し、着実な棚卸にて各部署在庫の適正管理に努めている。災害時の危機管理対応では、基幹災害拠点病院として体制を整備し、各種災害に対応した BCP を策定している。基幹災害拠点病院の備蓄要件に基づいて、非常用発電設備や水・食料・医薬品等を確保している。保安業務は 24 時間体制のもと業務委託従事者によって適切に行っている。院内暴力や迷惑行為等への対応手順・緊急コードを整備し、職員等に周知している。

# 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	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	患者の個人情報を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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 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： 国保直営総合病院 君津中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 千葉県木更津市桜井1010

## 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	636	636	+0	72.9	11.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	18	18	+0	27.9	6
感染症病床	6	6	+0	0	0
総数	660	660	+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	33	+0
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)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	46	+0
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	20	+0
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹), 小児救急医療拠点病院, 救命救急センター,  
 がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群),  
 地域周産期母子医療センター

## 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： 18 人 2年目： 14 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-2-2 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	1,102.85	1,134.80	1,081.13	97.18	104.96
1日あたり外来初診患者数	89.63	90.12	86.51	99.46	104.17
新患率	8.13	7.94	8.00		
1日あたり入院患者数	468.37	483.88	476.13	96.79	101.63
1日あたり新入院患者数	37.77	37.43	36.47	100.91	102.63