

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17日～6月18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

東京女子医科大学附属八千代医療センターは八千代市からの誘致に应运えて2006年に159床で開院した。地域完結型医療体制の展開を目指して段階的に増床し、現在は500床となっている。特に災害医療・救急医療・小児周産期医療・循環器疾患・がん医療などに力を注いでおり、救命救急センターの指定を受け、地域の3次救急要請には全て対応し、小児救命救急センターを運営するなど地域への貢献には、目を見張るものがある。また総合周産期母子医療センター、千葉県小児拠点病院、地域災害拠点病院、千葉県がん診療連携協力病院の指定を受けるなどの重責を担っている。2014年に日本医療機能評価機構による初回認定を受け、今回が3回目の受審である。2020年にはJCI認定も受けており、発展を追い求める姿は賞賛に値する。「地域社会に信頼される病院として心温まる医療と急性期・高機能・先進医療との調和」という理念のもとに、病院職員が一丸となって、より良い医療を目指す姿に感銘を受けた次第である。これからも職員の熱意に支えられ地域医療活動に積極的に取り組み、人口増加が見込まれる八千代市の将来を見据えて発展し続けることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明文化され、院内外に周知している。病院の将来像や運営方針が、各種会議等により職員に明示されている。組織図、職務分掌を整備し、病院運営に必要な会議・委員会が設置されるとともに、意思決定会議、連絡会議等の目的や役割が明確になっている。中長期計画に基づいた年次事業計画および各部署の年次目標が策定され、達成度の評価が行われるなど、PDCAサイクルにより運

用する仕組みがある。情報管理では、データの二次利用に取り組んでいる。文書管理規定に基づき、文書が適切に管理されている。

業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上へ考慮した人材確保に努めている。就業規則をはじめ給与規程等の各種規程が整備され、勤怠管理システムにより出退勤時間を客観的に把握している。職員の安全衛生管理では、健診受診率、安全衛生委員会の開催など適切に行われている。職員の意見・要望は、やりがい度調査などで把握している。

全職員を対象に多様な研修会を開催している。人事評価制度が導入され、能力評価・能力開発に取り組んでいる。医師・歯科医師の初期臨床研修は、卒後初期臨床研修管理委員会のもとで研修プログラムに沿って実施し、医師以外の初期研修については、初期研修プログラムを各部署で整備し実施している。学生実習は、医師・薬剤師・看護師など数多く受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さんの権利」として明文化されている。文言（5項目）には、公平で良質、かつ安全な医療を受ける権利、十分な説明を受け治療法について自己決定できる権利、個人情報を守られる権利、セカンドオピニオンを希望する場合は情報を受け取る権利などが網羅されている。説明に関する方針と手順を明文化し、同席基準も定め、患者の意思を尊重した意思決定支援を行っている。入院診療計画書、患者用クリニカル・パス、各種説明書を使用して患者と情報を共通し、司書を配置した「からだ情報館」は患者の理解を深め、医療参加を促す取り組みとして高く評価できる。患者相談窓口は一本化し、MSW, メディエーター、認定看護師などを配置して各種相談に対応している。個人情報保護に関する院内規程は整備され遵守されている。臨床倫理に関して臨床倫理認定士、上級臨床倫理認定士を有し、コンサルテーションチームとして活動している。全職種対象の研修を行うとともに、地域において事例検討会や研修会を開催しているなど、高く評価できる。

駐車場は24時間利用可能で障害者、療養手帳持参者は無料であり、入院患者はデイコーナーで面会時なども給茶機が使用可能で、利便性・快適性に配慮されている。診療・ケアに必要なスペース、患者がくつろげるスペースを確保している。施設内全面禁煙であることを明示し、禁煙外来は呼吸器内科医師が行っている。職員の喫煙率は毎年把握をしており喫煙率は低下している。

4. 医療の質

病院として医療の質の理念「6つの骨太の方針」（患者の安全、感染予防、薬剤管理、患者サービス、職員管理及び教育、施設設備の充実）を定めている。業務の質改善を目的としてQIセンターを設置し、院内各部署にセイフティ・クオリティ・マネージャーを配置して実績を上げている、院内では診療科間での合同カンファレンス、ハイリスク症例検討会、がんサーボード、CPC、M&Mカンファレンスなど多職種が参加する症例検討会が開催されている。患者・家族の意見は、患者サービス室運営委員会にて多職種で情報共有し、対策を検討している。患者満足度調

査も毎年実施している。新たな診療・治療方法や技術を導入するにあたっては、院内多職種委員で構成される高難度新規医療技術評価委員会において審査・評価している。

病棟では診療・看護の責任者や主治医・受持ち看護師を明示し、外来では責任者や担当医を表示している。診療科長や師長は回診やラウンドで患者の状態、業務の遂行状況を把握し、診療・ケアに活かしている。診療記録記載に関して、特に医師による初診時や日々の記載は、必要十分な内容で適時的である。病棟では多職種カンファレンスを行い、治療・ケアについて情報交換しチームで共有している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全対策室を設置し、権限が付与された医療安全管理者等が組織横断的に活動している。医療安全管理委員会の下部組織に SQM 委員会を設置し、全職員が医療安全活動に参加する体制となっている。インシデント報告は、報告システムで収集される仕組みがあり、職種を問わず報告実績がある。医療事故発生時の対応手順が定められており、患者・家族への対応は担当者を決め対応している。

患者認証は、患者本人による氏名・生年月日の申告を基本し、現場で実践している。指示の伝達から実施までの一連の経過が電子カルテ上で確認できる。口頭指示も安全・確実に伝達できるように工夫している。薬剤の調製と実施においては、一人双方向確認を導入するなど、より安全で確実な方法を追求している。入院時に、全患者に対して転倒・転落アセスメントシートで評価を行い、リスクがある場合、看護計画を立案し対策を実施している。医療機器は中央管理され、安全性が担保された医療機器を各部署で使用している。院内緊急コールは、ハリーコールと RRS を構築し、24 時間対応している。救急カートの管理や設置場所も適切である。BLS 研修は全職員が受講をしており、更新研修も定期的に行われ実績を管理している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会は毎月開催され、感染対策室に ICT、AST が組織され活動している。感染対策マニュアルを整備し、アウトブレイクへの対応なども規定している。感染対策室は院長直轄の組織であり、感染管理責任者へ権限も委譲されて、体制の強化が図られている。定期的な ICT あるいは AST のラウンドやサーベイランスを積極的に行い、感染対策の状況を把握している。感染症に関する情報は積極的に収集・分析して診療に反映させている。院内感染対策マニュアルに標準予防策等を定めている。

手指衛生促進のため、手指衛生遵守状況を QI 指標とし各部署で改善活動に取り組んでいる。個人防護具の使用基準、血液・体液等の付着したリネン類の取り扱いマニュアルに沿った対応である。抗菌薬使用指針を定め、AST を中心に、抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページ、広報誌で行っており、内容は広報委員会で検討されている。地域医療支援病院運営委員会、地域医療連携フォーラム開催通知も地域医療機関向けに行っている。病院独自の臨床指標を公開するなど必要な情報を発信する体制は適切である。地域の医療連携施設への訪問を行い、地域のニーズを把握している。地域医療支援病院として検査連携も行い、緊急時に直接医師へ連絡が取れる体制を整備している。紹介状の返書管理に取り組み、返書率が非常に高いことなどは高く評価できる。市民対象の八千代健康フェスタ、医療連携フォーラム、講演会などで医療に関する教育、啓発活動を行っている。千葉県東葛南部地域の拠点となって、カスタマーハラスメント等の動画作成を行い、ACPについてのガイドブックを作成し、地域包括支援センターと連携するなど、地域に対する教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ等に掲載され、院内では総合案内に受診相談の看護師を配置している。外来診療では、患者情報を適切に収集し、多職種、他科の医師で共有している。医師は、必要に応じて上級医師や他科の医師とも相談しながら、治療方針や入院の要否を決定している。医師が基本的診療計画を作り、多職種で診療計画を立てて、入院診療計画書を作成している。患者相談窓口で社会福祉士と看護師が相談を受けている。予定入院では、患者用クリニカル・パスも活用している。

医師は診療科内での症例カンファレンスあるいは多職種でのカンファレンスにも参加して情報共有に努めている。看護基準や看護手順を整備し多職種と協働して看護を実践している。薬剤師は薬歴管理、持参薬などの管理を行い、必要な説明や指導を行っている。輸血・血液製剤投与や周術期対応、褥瘡予防・治療、症状緩和については、評価のもと手順に沿って実施している。病院として救命救急センターの指定を受けている状況下、重症患者を受け入れる病床を確保し、更に小児周産期医療の拠点としてPICUを有している。管理栄養士が栄養管理計画を作成し、ITを活用して食物アレルギーの確認を行い、喫食量から摂取栄養素を算出して栄養管理に活かしている点は優れている。リハビリテーションではリスクや患者背景等の検討を行い、患者の希望や要望にも配慮して実施計画を作成している。身体拘束の指針を明示し、身体拘束最小化チームやリンクナースが最小化に努めている。入退院支援看護師が入院前から退院後の療養支援の必要性をスクリーニングし、入院後は退院支援看護師が退院困難患者に早期から計画的に支援を行っている。「適切な意思決定支援に関する指針」、「人生の最終段階における医療・ケアの指針」にターミナルステージの定義や判断プロセス、終末期の対応を明記し、方針を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、調剤、注射薬の調製・混合への関与、持参薬の管理、薬歴管理、服薬指導など機能を適切に発揮している。中央検査部では検体検査（採血業務を含む）や生理機能検査や輸血血液の管理業務に関わり、24時間体制での検査ニーズに応えている。CT・MRI検査もタイムリーに実施されている。毎食後喫食状況を把握し、栄養アセスメントに利用している。リハビリテーションは、カンファレンスなどを通じて情報を共有し、必要に応じて訓練計画の見直しも行い、安全かつ効果的に実施している。診療記録は1患者・1IDで、医療情報システムの安全管理に対するガイドライン第6版に基づき管理されている。量的点検は退院患者リストを基に退院患者全例に対して点検を行い、質的点検は年間で全ての診療科医師を網羅できるように調整している。院内の全ての医療機器を中央管理し、保守業務を行っている。また、使用する職員に対し、医療機器の研修を適切に実施している。洗浄・滅菌管理責任者は手術室看護師長が兼務し、委託業者が実際の洗浄・滅菌業務と在庫管理業務を担当し滅菌の質を保証している。

病理部門では、診断報告書をダブルチェックし、既読確認にシステム等を活用している。輸血・血液は、中央検査部の輸血室で一元的に管理している。手術・麻酔は、麻酔科医が全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔に直接関与している。集中治療部門として集中治療科と救急科が管理するICU・CCUや救命専用EICUは、常勤専従医が24時間体制で運用している。病院として救命救急センターの指定を受けており、救急患者の受け入れ要請は原則断らないという対応方針のもと、日中は1次～3次救急、夜間は3次救急に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成手順が定められ、病院会計準則に従い財務諸表を作成し、会計監査も実施している。毎月予実管理が行われ、収支分析による課題を収支改善ワーキンググループで検討している。窓口収納業務はクレジットカード利用で24時間対応している。未収金は専任の担当がマニュアルに基づき管理し、施設基準は業務管理課と連携して管理している。病院指標のデータを定期的に院内に配信している。業務委託の是非に関する検討は病院管理者会議で検討している。委託の状況は報告され、評価表を用いて評価し契約更新している。委託業務従事者も職員同様の研修機会があり、事故発生時の報告体制は各部署でマニュアル化されている。

施設・設備は、防災センターにおいて日常の管理・運用や保守点検、年間計画に基づいた法定・定期点検が確実に実施され、状況が報告されている。購買は事務部購買課が担当し、要望に基づき検討され、法人本部で一括管理している。払い出しはSPD方式で一元管理し、棚卸を行い適正管理に努めている。

大規模地震等を想定した病院の機能存続計画（BCP）や消防計画、災害対策マニュアルを整備し、緊急時の責任体制など、災害に対する体制が構築されている。保安業務は24時間の保安体制を構築している。毎日定時の院内巡視や施錠管理等が行われている。

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	S
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	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	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	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	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	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	S
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	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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	S
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	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	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	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	B
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	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 3月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東京女子医科大学附属八千代医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 千葉県八千代市大和田新田477-96

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	500	384	-117	65.59	9.8
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	500	384	-117		

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	22	+0
集中治療管理室 (ICU)	18	+2
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)	9	+3
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	-6
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	3	-1
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	63	-11
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, DPC対象病院(DPC標準病院群), 総合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： 9人 2年目： 8人 歯科： 2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

