

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 17 日～5 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	留保
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
 1. 代行入力後の医師の承認について、遅延なく速やかに行ってください。（2. 1. 4）

1. 病院の特色

貴院は 1980 年に開院して以来、地域の中核病院としての役割・機能を果たし、特に救急医療には注力している。2015 年 3 月に現在の地に新築移転してからは、機能を一層充実し、市川市や浦安市のみならず、近隣の自治体からも多くの救急搬送を受け入れている。救急センターをはじめ、心臓病・血管病センターなど、8 つのセンターを設置し、診療機能は充実してきた。2020 年からは GID（性同一性障害）外来を開設し、2021 年には GID 学会認定施設になるなど近隣の医療機関にはない独自の特色も打ち出している。

医療・ケアの質を向上させるために、今回初めて病院機能評価を受審した。病院幹部職員は運営上の課題を的確に捉え、常に改善に取り組んで病院運営にあたっている姿勢が随所に見受けられた。今後は、今回の受審結果をもとに改善活動を継続されるとともに、一層の発展へと繋げら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、適切に院内外に周知している。短期・中期・長期の事業計画に基づく年次の運営計画を策定し、理念と基本方針の実現を図っている。幹部職員は現状の課題を把握し、四役会や運営会議等を通じて課題解決に向けて取り組んでいる。院内で発生する情報を統合的に管理し、有効に活用している。組織として必要な文書類や医療現場のマニュアル等は、文書管理規程により適切に管理している。

人員体制が充実している部門・部署が多く、継続して人員確保に努めている。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、職員は常時閲覧・確認することができ

る。職員の意見・要望を定期面談や満足度調査等で把握している。福利厚生も充実しており、魅力ある職場づくりに努めている。

全職員に対して必要性の高い教育・研修は、計画的に実施している。人事考課制度を導入しており、各職種で能力開発の仕組みも確立している。基幹型および協力型臨床研修病院であり、医師を含め各職種の初期研修体制は適切である。多くの職種で学生実習を受け入れている。実習指導者研修の受講などで実習内容の質を高め、カリキュラムに沿って実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は11項目を制定しており、適切な内容である。子どもの権利や患者の責務についても定め、患者・家族、地域住民および職員に周知している。説明と同意の方針や手順を規定し、さまざまな場面を想定して対応できるように整備している。説明者以外の医療者が同席することをルールとしている。各種の計画書や疾患に関するリーフレット、医療安全への協力依頼などにより、患者の医療への参加を促進している。患者・家族からの相談は医療福祉相談室と患者相談窓口が担い、多様な相談に応じ、適切な患者支援体制がある。個人情報の保護に関しては、院内規則および教育・研修を通じて職員へ周知を図っている。医療現場では倫理的課題の把握に努めている。

院内は診療・ケアに必要なスペースを十分確保しており、施設・設備に関しては施設課職員が定期的に院内ラウンドを実施し確認している。車椅子等は使用時点検を欠かさず、不具合時の対応体制は確立している。敷地内は全面禁煙であり、院内掲示等で患者・家族に周知している。

4. 医療の質

業務の質改善では、各部門における業務の仕組みについて見直すなど、積極的に活動している。診療の質向上に向けた活動として、症例検討会を各科単独やM&Mカンファレンス等の多職種参加で開催している。患者アンケート、医療相談等により患者・家族からの意見や要望を聴取し、医療サービスの質向上に努めている。新たな診療・治療方法等の導入の検討は、倫理委員会で審議する仕組みを構築している。

各部門における管理・責任体制を明確にし、患者・家族に明示している。診療記録は、規程に則って適時に記載している。看護記録や各種の指導なども適切に記録している。診療記録の質的点検は診療情報管理委員会で全診療科対象に実施し、結果のフィードバックを行っている。多職種で構成した数多くの専門チームが積極的に活動し、多職種による協働体制がある。専門チームは、あらゆる場面で診療・ケアに介入するだけでなく、病棟スタッフの相談・支援を活発に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部門を設置して専従の医療安全管理者を配置している。医療安全管理対策委員会とその下部に医療安全推進担当者会議を設けている。医療安全管理指

針と医療安全管理マニュアルを整備し、適宜改訂している。医療安全管理者の役割・権限、委員会規程等を指針内に明文化しており、安全確保に向けた体制は確立している。医療安全管理部門でインシデント・アクシデント事例に応じて RCA 分析を行い、対策を講じている。医療事故発生時の対応は、必要な事項を医療安全管理マニュアル内に明記し、職員手帳にも発生時のフローを示すなど、適切に取り組む体制がある。

患者確認は、患者本人からの氏名と生年月日の申告、場面に応じて患者基本票やリストバンドの照合で実施している。電子カルテの承認状況を継続して把握し、適切に取り組まれない。ハイリスク薬、麻薬・向精神薬は適切に管理している。入院時に転倒・転落のリスクを評価し、評価に応じて対策を実施している。医療機器の安全な使用に向けた適切な運用体制がある。患者等の急変時に際して、院内緊急コードを設定している。救急カートは標準化し、看護師と薬剤師により点検を行い、記録している。

6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする院内感染防止対策委員会を毎月定期的で開催している。その直下に専従 ICN、専任 ICD、薬剤師、臨床検査技師を擁する感染防止対策部門を設置し、有機的に機能している。ICT ラウンドや部門ミーティングを開催し、感染防止対策活動の管理や支援を行っている。院内や地域の感染状況は各種報告や周辺医療機関との会議で共有し、ICT ラウンドや院内感染防止対策委員会で分析と検討を行っている。アウトブレイク基準を病原体ごとに設定し、臨床的対応の標準化や薬剤耐性菌の早期察知などに役立てている。

个人防护具は必要な場所に配置し、適時に使用が可能である。標準予防策の遵守状況は、手指消毒剤の使用量で評価し、防護具の着脱は ICT ラウンドで確認している。抗菌薬の適正使用指針を整備している。経路別予防策では、感染情報の多職種間での共有はピクトグラムを活用している。培養検査を積極的に施行し、起炎菌を速やかに同定している。また、AST は長期投与症例に対する使用薬剤変更などに介入するなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報誌は、医療機関向けと患者・家族、地域住民向けの 2 種類を発行している。ホームページには患者・家族、地域住民に向けて医療サービスの内容をわかりやすく掲載している。文字だけではなく、SNS を用いて利用者にとって興味深い内容を動画としても多く配信しているなど、地域への情報発信に関してさまざまな工夫が見られる。地域の医療・福祉施設等との連携は、地域医療連携室と医療福祉相談室が担当している。地域医療構想調整会議への参加等を通じて、地域医療機関のニーズの把握に努めている。紹介患者は地域医療連携室で管理し、確実に返書も送付するなど、地域の医療関連施設等との連携は適切である。地域の健康増進に寄与する活動では、市の健康診断・特定健康診断、企業の健康診断などを多く受けている。定期的に公開講座も開催している。地域の医療機関との「病診連携カンファ

レンス」や救急隊との「救急フォーラム」を主催し、情報交換や事例検討を行い、適切な連携体制の構築に努めている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、新患・再診・紹介患者に分かれている。必要時には上級医や他の診療科の医師に相談できる体制が確立している。診断的検査は十分な説明と同意を得たのちに実施している。診療計画におけるクリニカル・パスの活用は、多種類の稼働を予定しており、さらなる充実が期待される。

入院のオリエンテーションは病棟看護師が行い、入院後に薬剤師による持参薬確認や専門職によるアレルギー情報の確認、リストバンド装着など、医療安全に配慮しながら入院に対応している。投薬・注射および輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施しており適切である。手術・麻酔の適応、術式選択等は術前カンファレンスで検討している。管理栄養士はミールラウンドを行い、栄養状態や摂食・嚥下機能を評価し、積極的に栄養状態改善に向けて取り組んでいる。早期退院を目指したりハビリテーションを 365 日提供している。身体拘束の手順は認知症ケアマニュアル・医療安全管理マニュアルに整備し、病院として原則身体拘束は行わないという人権擁護の方針を明文化している。退院支援スクリーニングにより退院困難の要因を把握し、退院支援を行っている。患者・家族の状況に応じて各種サービスを調整するなど、継続した診療・ケアは適切である。人生の最終段階の判断は、多職種カンファレンスで検討し、患者・家族の意向を尊重して患者の思いに寄り添ったケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

常勤専従薬剤師 32 名で中央部門と病棟部門（サテライト薬局）の業務を行い、日勤時間帯は薬剤師を全病棟に 1 名、病棟によっては 2 名配置している。サテライト薬局に薬剤師の 2/3 を配置し充実させ、確実な処方確認や鑑査を行うなど、薬剤管理機能は高く評価できる。臨床検査・画像診断は病院の役割・機能を十分に発揮できる体制を整備しており適切である。適切な衛生管理のもと、患者へ快適な食事を提供している。多職種カンファレンスで意見交換を行い、適切なリハビリテーションを実施している。診療記録の量的点検を実施し、点検結果は適切にフィードバックしている。医療機器は臨床工学技士により一元的に管理している。臨床工学技士が人工呼吸器装着患者には 1 日に 2 回訪室し、輸液ポンプ使用中の患者には毎日ラウンドを行うなど、医療機器管理機能は高く評価できる。滅菌業務の工程はワンウェイであり、各種のインジケーターを用いて滅菌保証を確認している。

病理診断は外部委託で実施している。診断結果は、生検は 7 日で、手術検体は約 14 日で報告し、クラスⅢb 以上では臨床検査技師が臨床医に直接連絡することで見落としを防止している。輸血部門は検査科内に設置し、保管・実施状況は適切である。専従の麻酔科医・看護師により、緊急手術を含めた手術室の運営を円滑に行っている。HCU にはクリティカルケア認定看護師を含む、機能に応じた人材を配置している。多職種の関与や専門チームの支援もあり適切である。二次救急指定医療機

関として多くの救急患者・救急車を受け入れ、地域で求められる救急医療体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門責任者のヒアリングから始まり、法人本部の承認まで編成の仕組みは明確である。月次で予算比較を行い、運営会議で報告し、課題等を検討して改善策を講じている。診療報酬請求においては医師がレセプト点検に関与し、返戻・査定については、組織的に対応している。マニュアルに則って未収金にも対応している。委託業務では委託業者との定例会を行い、業務の質を確認している。病院側からの必要な教育・研修を計画的に実施し、委託業者が自身の従業員に実施している研修状況も把握している。

病院の機能に見合った施設・設備を整備し、施設課が管理を担当している。診療材料等はSPDを導入しており、適切に管理している。医薬品は薬事審議会で選定を行い、医療機器の購入・更新は予算編成時での検討を基本とし、法人本部で承認する仕組みが確立している。

災害時の対応では、BCPや災害対策マニュアル等を整備し、定期的な訓練の実施に加えて消防や医師会と協力し、合同訓練にも参加している。保安要員を配置して24時間体制で保安業務にあたっており、緊急時の連絡体制も確立しており適切である。

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	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	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	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	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	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	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	C
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	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	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	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	S
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	S
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	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	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 1 月 1 日 ～ 2023 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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 行徳総合病院

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：千葉県市川市本行徳5525-2

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	307	307	+0	95.9	15
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	307	307	+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		
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)	28	+10
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	24	+0
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	45	+0
地域包括ケア病床	0	-35
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

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： 4 人 2年目： 5 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

	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	468.43	440.77	381.77	106.28	115.45
1日あたり外来初診患者数	69.07	62.15	50.90	111.13	122.10
新患者率	14.74	14.10	13.33		
1日あたり入院患者数	248.63	260.15	252.19	95.57	103.16
1日あたり新入院患者数	14.45	14.21	13.89	101.69	102.30