

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4月5日～4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

1988年に個人病院として開院し、現在では、予防治療から救急医療、急性期、回復期など複数の病棟機能を有する病院である。サイバーナイフ放射線治療などの高機能先進医療から訪問診療までの幅広い医療を地域へ提供している。2018年に茨城県より「地域医療支援病院」の指定、2019年には災害拠点病院の指定も受け、市を中心とした地域医療・災害医療の中核的な役割を担っている。

病院機能評価の受審については、今回は更新受審であり、現状の課題に対して病院全体で改善に取り組んでいることが確認できた。今回の訪問審査で指摘した点への対応を図り、今まで以上に地域に愛される病院として存続していただきたい。今回の所見が少しでも貴院の役に立てれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念を定め、院内外に周知している。院長を中心に法人経営会議で将来像を共有し、医局会や部門連絡会議にて病院の将来像や運営方針を発信している。中期計画、年次事業計画を立て、病院目標や部門別目標を設定し、進捗管理や評価が行われている。医療情報システム運用規程を定め、データの真正性、保存性が確保されている。文書管理においては、管理責任部署や責任者を明確にし、文書管理規程の整備を期待したい。

医療法の標準人員や施設基準の人員は確保されている。労働安全衛生委員会は毎月開催されており、産業医からの報告や労働災害状況の把握、対策の立案、検討が行われている。各部門の上長は部下職員と年2回以上の個人面接を行い、意見や要望を収集し、職場環境の改善と業務改善に反映している。

医療安全および感染管理の全体研修については、オンラインやDVD視聴などを取り入れた研修方法を実施し、レポート提出を義務付けるなど、研修の習熟度を高める工夫をしている。目標管理ツールのチャレンジカードを利用した人事考課制度を導入している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内の掲示は大きなパネルを用いて患者・家族や職員に周知し、遵守している。説明と同意に関する基準・手順は明文化されている。医療相談室を設置し、患者・家族に周知している。相談担当者は院内外の専門職や諸機関と連携している。個人情報保護規程が定められ、管理体制、収集や利用、開示などについて明記され、病院ロビー掲示、ホームページ等に掲載し、個人情報の取扱いについて周知している。臨床場面での倫理的問題や課題については、退院支援カンファレンスやなどで看護師間での話し合がされ、カルテに記載されている。

十分な駐車場の確保、送迎バスの運行など、アクセスに配慮がある。院内に入院生活に必要な設備を設置し、入院中の情報入手や通信手段を確保している。車椅子等でも利用できる施設・設備を整備し、院内はバリアフリーを確保している。全館を通し清潔で、静寂が保たれている。敷地内禁煙の方針を周知し、禁煙遵守の状況を確認している。患者への禁煙推進は、禁煙外来を紹介している。

4. 医療の質

院内に投書箱を設け、患者・家族の意見・要望を収集している。投書は毎週回収され、内容に応じて関係部署で検討した後、対策・対応を幹部会議で確認している。診療の質の向上に向けた活動として、診療科内や各種合同カンファレンスを開催している。また、クリニカル・パスが積極的に活用されており、クリティカルパス委員会がバリエーション分析、見直し、新規パスの審査・承認を行っている。部門横断的な改善活動としては各部門でのBSC活動と5S活動を行っている。適応外の薬剤使用は薬事委員会で審議している。新しい診療技術や医療機器を導入する際には、担当医の院外研修、職員への説明会やスタッフ間の勉強会の実施および指導者の招聘や担当チームの先進病院への派遣研修などを行っている。

病棟において、入院患者ごとに主治医や担当看護師がベッドネームに明確に表示されている。主治医不在の時は診療科のチームで代行医を含めた対応体制が整備されている。診療記録は電子カルテの運用であり、診療情報管理規程の診療録記載規程に則りSOAPで記載している。認知症ケアチーム、緩和チーム、退院支援チーム、NST、褥瘡チーム、排泄ケアチームなど多職種が連携して患者の診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

医療安全管理部に医療安全管理者、医薬品・医療機器安全管理責任者および各部署に医療安全担当者を配置するなど医療安全体制は整備されている。インシデント・アクシデント報告は報告システムより集計され、データの分析・再発防止策を

検討・評価し、業務改善計画により継続的に取り組んでいる。

誤認防止対策としては、患者からの名乗り、バーコード認証の実施、手術時・侵襲的検査時のタイムアウトなどが実施されている。医師の処方箋、指示簿への記載や実施確認は確実に行われており、やむを得ない場合の口頭指示は、手順を遵守して確実にを行っている。検査のパニック値や画像検査、病理検査結果においても、速やかかつ確実に医師が確認できるようになっている。転倒・転落防止対策としては、マニュアルに基づき、全入院患者にリスク評価を行い、看護計画を立案し実施している。医療機器の使用については、臨床工学技士により、必要な職員に教育を行い、使用中の点検など機器マニュアルに基づき安全に使用している。全職員へのBLS研修の実施や院内緊急コードの設定、救急カートの整備など、患者急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、病院長直轄の感染対策委員会が設置されている。また、日々の業務は医師、看護師、薬剤師、検査技師で構成される感染対策チーム（ICT）が適切かつ積極的に行い、チームによる院内ラウンドなどの結果が委員会に報告、対策が検討されるなど感染制御に取り組んでいる。抗菌薬の適正使用や感染防止対策についてはマニュアルが整備されている。部門別のサーベイランスとしてはJANISなどに参加しSSI、UTIなどについて検討されているが、データの登録は一部の診療科に限られており更に対象を増やして検討されることを期待したい。

感染対策マニュアルに基づき手指衛生の徹底、個人防用具の着用、感染性廃棄物の分別など、感染を制御する活動は適切に実施している。抗菌薬の採用と削除についての検討は薬剤・材料委員会で行われ適切な抗菌薬が配置されている。特定抗菌薬の使用や長期使用などに関しては感染対策チームが介入し、抗菌薬適正使用マニュアルを基に医師へのフィードバックがなされている。

7. 地域への情報発信と連携

毎月の広報誌や毎年の業績集を発行し、地域の医療機関等へ送付している。患者向けには院内設置のモニターで情報発信し、メールマガジンを毎月配信している。地域医療連携室が連携実績を定期的に集計・分析し、院内で共有している。院長や医師同行の医療機関への訪問が活発で、地域行事で聞き取りするなど、地域医療の状況やニーズの把握に努めている。放射線機器の共同利用、医用画像参照システムの導入、地域連携パスの活用など、地域医療連携を推進している。地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動は、勉強会やセミナー、技術普及講習会の院内開催や外部への講師派遣など、地域の医療水準の向上に寄与している。住民向けには、市開催の健康講座で医師の講演を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は説明と同意が確実に実施され、各種検査なども安全に配慮されている。診断的検査はリスク等の説明を行い、同意書を取得後、安全に配慮して実施

し、経過観察の記録も確実である。入院の決定については医学的判断に基づいて決定され、必要時には上級医や他科の医師とも相談できるシステムがある。入院診療計画書が作成され、患者に説明し同意を得て、治療方針の変更時には再度計画書を作成し説明を行っている。患者サポートセンターには看護師が配置され、カンファレンスで共有すべく情報は電子カルテに記録されている。

医師はリーダーシップを発揮し良好なチームワークで病棟業務を適切に行い、患者急変時なども適切に対応している。看護師は看護基準・手順を整備し、看護計画に沿って、日常生活援助や診療の補助業務を適切に実施している。全病棟に常在薬剤師を配置し、看護師と情報を共有しながら、投薬・注射の業務を安全・確実に実施している。血液製剤投与は説明・同意後に実施され、実施中の観察の記録も確実である。手術の説明、同意取得は確実であり、誤認防止策を実施して手術は安全に実施している。重症患者はHCUや重症室を用いて多職種で協同して治療している。管理栄養士は全患入院者に栄養スクリーニングによる評価を行っている。看護師は症状を問診し、不快な症状の評価を行い、患者の状態によって治療・ケア方法の選択をするなど症状の緩和に努めている。リハビリテーションは病棟との情報共有を基に早期介入を図っており、長期の休日などにも連続性を持った対応を行っている。身体抑制について安全マニュアルに身体抑制の方針、実施手順・方法が明文化されている。退院支援看護師が介入し、患者・家族の意向を尊重した療養の継続や今後の方向性について退院支援チームで検討している。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し、説明と同意のうえで実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は薬品の保管や調剤、服薬指導などを確実に行い、病棟への注射薬は一施用毎に払い出している。ブランチラボと自院職員で病院機能に応じた臨床検査機能を発揮している。画像診断部門は当直体制であり、読影も速やかに行われ、結果が提出医へ確実に伝わるシステムがある。食事は、適時適温に配慮し、患者の嗜好に対応している。また、食事の評価を行い、組織的に検討している。リハビリテーション部門は早期介入し、患者の個別性を重視しながら安全、適切に行っている。専従の診療情報管理士を配置し、規程とマニュアルに則り、診療記録の量的点検、診断・手術名のコーディングなど、診療情報管理機能を担っている。医療機器は一元管理され、定期的な点検や標準化への取り組みが行われている。使用済み器材の一次洗浄・消毒は中央化され、洗浄・滅菌が適切に実施されている。

病理診断は外部委託だが、受け取った報告書は確実に依頼医に届いている。放射線治療部門はサイバーナイフや県内唯一のトモセラピーなどの機器を有し、患者のニーズに合った高精度放射線治療を提供している。輸血血液は院内在庫を置かず、必要時のみ発注しており、未使用時の取り決めは適切である。手術スケジュール管理、手術室マニュアルどおりの安全な手術が実施されている。二次救急病院として職員の配置、救急診察室、病床等、患者受け入れ態体制は適切に整備している。

10. 組織・施設の管理

会計基準に則った会計処理、財務諸表の作成、外・内部監査を実施している。予算と実績を差異分析し、経営改善に向けた具体的な取り組みがある。患者負担金の領収は、迅速性・利便性に配慮がある。レセプトの点検や返戻・査定対応、施設基準の遵守管理、未収金対応は、定めに従い組織で行っている。委託の業務内容と是非を検討して業者選定を行い、契約締結している。

自院の規模・機能等に応じた施設・設備を整備し、日常・定期点検を実施している。管理責任体制は明確で、緊急時の対応体制もある。購入物品の新規採用を薬剤材料委員会で検討している。安価な購入や在庫・使用期限の管理に努めている。医療材料はSPDの運用形態を採用し、内部統制機能を確保している。

消防計画・マニュアル、災害対策マニュアル・BCPを作成し、定期訓練を実施している。自家発電装置の設置、井水ろ過装置の導入等によるライフラインや、衛星電話等の通信手段を確保している。夜間警備員や防犯カメラで出入口を管理し、業務日報で確認できる。医療事故発生時の対応手順、インシデント報告手順は、医療安全管理指針に明記され、職員周知が図られている。重大な医療事故が発生した場合、医療事故報告ルートに従い対応している。

11. 臨床研修、学生実習

臨床研修の窓口は総務課で、研修管理委員会で組織的に検討している。研修医の評価は、オンライン臨床教育評価システムを使用している。指導医の講習会受講経験人数は16名で、研修医からの評価を受ける仕組みがある。研修医以外の職種の初期研修プログラムを整備しており、定めた評価項目に従って研修者を評価している。実習生受け入れ窓口は総務課で、契約締結等の手続きを一本化し、情報を集約・管理している。実習生の健康状態やワクチン接種状況の確認、個人情報保護に関する誓約など、受け入れに当たっての必要事項を定め、オリエンテーションで周知している。実習中に事故等が起きた場合の対応について、予めの取り決めがある。

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・プライバシーを適切に保護している	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	B
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	B
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	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	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	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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	A
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	NA
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	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	B

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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2022 年 1 月 1 日 ～ 2022 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院

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： 茨城県牛久市柏田町1589-3

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	313	313	+0	83.6	13.1
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	313	313	+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)	8	+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	81	+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	55	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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 (地域), DPC対象病院 (Ⅲ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： 2 人 2年目： 0 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 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	323.86	307.05	334.96	105.47	91.67
1日あたり外来初診患者数	8.57	7.85	9.49	109.17	82.72
新患率	2.65	2.56	2.83		
1日あたり入院患者数	270.11	261.27	268.73	103.38	97.22
1日あたり新入院患者数	15.70	14.04	15.07	111.82	93.17