

## 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12月10日～12月11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、1949年新治協同病院谷田部病院として創設された75年の歴史がある筑波地域の基幹病院である。1975年、財団法人筑波麓仁会を設立して同年7月1日、一般財団法人筑波麓仁会筑波学園病院と改称し、開設した。二次救急指定病院であり、脊髄治療を中心とした整形分野、男女それぞれ専門の不妊治療分野、つくば市と提携している産科病棟、結核病棟を有する呼吸器内科が特徴である。また、腎センターは、2011年の東日本大震災、2015年の関東・東北豪雨時には多数の透析患者を受け入れた実績があり、現在は35の診療科、病床数317床をもつ地域の中核病院である。

今回の受審に際して、病院長はじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、職員が一丸となって、安全で良質な医療を目指している姿に敬意を表す。適切な取り組みの一層の充実、また、さらなる検討が望ましい課題への対応など、今後とも継続的な活動を通じて、貴院が地域になくてはならない急性期病院として益々発展することを祈念する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

「真心で医療と福祉に貢献します」との理念は、法人の理念であるが、病院の基本理念としている。基本方針は、毎年、見直しがされ、各種媒体を通して院内外に周知徹底している。理念・基本方針と整合性を持たせた中期計画に基づき年次事業計画を策定している。病院長は病院の将来像や運営方針を年頭のあいさつやイベント等での訓示などで明示している。病院の指揮命令系統を示す組織図はおおむね実態を反映しているが、法人の部署・役職等が一部混在しており、職務分掌の整理が

望ましい。また、委員会においても、同様な混在がみられ、委員会組織図も整理されることが望まれる。

法人経営会議で示された経営目標、部門・部署の目標は四半期ごとに評価を行い、年間数値目標から達成評価に至るPDCAサイクルを回している。

事務部診療情報システム課が院内で取り扱う情報の統括的な管理を行い、権限を持って、情報セキュリティの確保を行い、システムの真正性・保存性を確保している。院内の文書管理は文書管理規定により一元的管理を行っている。施設基準上および法定人員は確保しているが、役割・機能に応じた人材の確保の点では、放射線読影医の確保、臨床工学技士の充足に対する努力や工夫が求められる。人事・労務管理および職員の安全衛生管理は適切に行われている。労働災害や職業感染への対応およびメンタルヘルスサポートおよびパワーハラスメントの対応に注力している。職員の意見・要望については、理事長・常務理事による職員個々への面談により直接聴取する仕組みがある。また、職員の就業支援に向けた取り組み、福利厚生への配慮も適切に行っている。

全職員を対象とした教育・研修のプログラムがあり、医療安全・感染制御等必要性の高い課題の研修を実施している。入職時・新人研修も適切に研修を実施している。全職員を対象とした人事考課制度があり、個人別目標管理の仕組みがある。初期研修については、医師部門は、基幹型臨床研修病院として、1年目5名、2年目2名の初期研修医を指導医31名で指導している。看護部および医療技術部についても新人研修実施要領に基づき、各々初期研修プログラムにより一定の専門業務が単独で行うことができる基準を設定し、それを到達目標として指導者によるフィードバックを行う仕組みがある。学生実習は窓口を事務局総務課として、医学生はじめ検査科、薬剤科、リハビリテーション科の学生を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」、「小児患者さんの権利」を明文化し権利擁護に努めている。説明と同意の方針は、2024年6月に見直された看護基準を院内基準として統一し周知することが望まれる。患者との診療情報を共有し、患者参加の一環として患者誤認防止の診察券用の顔写真撮影を行っている。患者相談窓口を設置し、様々な相談に対応している。各種虐待に対応するマニュアルが整備され職員に周知している。

個人情報保護方針と規定を院内外に周知し、職員は入職時に研修を実施するほか電子カルテ端末のデバイスロックなどの物理的対策がされている。

倫理的課題に対する方針、仕組みを職員に周知し、病院としての継続的な審議実績が望まれる。病棟や外来で把握された倫理的課題は部署のカンファレンスで検討されているが、多職種での検討が望まれる。来院者にとって安全で利便性に配慮された施設であり、入院生活にも支障のない設備が整っている。エリアごとに整理整頓され、デイルームは患者家族がくつろげる空間になっている。電子タバコを含めて敷地内禁煙としており、ホームページやパンフレットで周知しており、健診時職

員への禁煙指導を実施している。

#### 4. 医療の質

法人経営企画部が各部署をBSC管理し、病院事業計画で各科のSWOT分析を行っている。

クリティカルパス委員会はパス適応率を把握し、看護部がアウトカム評価やバリエーション分析を行っているが、病院のクリティカルパス委員会が統括することが期待される。

患者・家族からの意見は意見箱やメール、直接意見を聴取するなど幅広く収集している。2種類の先進医療を病院の倫理委員会で審議しているが、回覧による審議で外部委員の出席がない。先進医療の臨床研究こそ外部委員も含めた審議が望ましい。

病棟のデイルームに病棟責任医師、看護師長、病棟薬剤師、管理栄養士が表記されているが、MSWや退院調整看護師も追加されるとなお良い。電子カルテを導入し適時に基準に基づく記載をしているが、医師の診療記録の質的点検は、質的点検の規程がないので、他職種による幅広く、全科にわたる点検が求められる。多様な多職種チームがあり、病棟を定期的にラウンドし専門的立場から診療やケアの助言を行い、横断的に活動を行っている。

#### 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置し、医療安全管理責任者を病院長が務め、医療安全管理者として権限を付与された専従の看護師1名を配置し、医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者を選任している。それぞれの役割は明文化され、組織横断的に活動している。委員会で検討された医療安全対策やアクシデント・インシデントの改善策は、管理者の連絡会議や各会議および院内LANを通して現場に通知している。医療事故発生時の対応マニュアルが整備され、事故発生時の手順や連絡先が明らかになっている。患者確認は、患者誤認防止対応マニュアルに則り、患者本人による氏名や生年月日の申告の確認や、左右のある検査部位の確認等の手順を定めている。外来・入院患者は顔写真付き診察券の使用を基本とし、注射・輸血・検査時にはバーコード認証を実施している。手術部位の確認は、診療科ごとに相違があり、院内の統一化が望まれる。画像読影結果に対する未読や既読後のカルテ記載のチェックが行われている。院内共通の口頭指示様式があるが、その活用方法が病棟や部署によって異なっているため、共有した運用が望まれる。薬剤の安全確認は適切に実施している。一部の部署での向精神薬の管理は検討が望まれる。

転倒転落防止については、転倒転落対策QCチームが月1回ラウンドを行い、組織横断的に活動している。医療機器の取り扱いマニュアルが整備され、中央で一元管理している。医療機器の職員への教育・研修は、臨床工学技士により月2回実施している。

院内緊急コードを設定し、日中、夜間とも対応する仕組みがある。救急カート

は、院内統一仕様で各所に設置しているが、病棟の救急カートはナースステーションにて配置・管理することが期待される。全職員を対象としたBLSとAEDの講習会を実施し受講率は100%である。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会やICTなどの組織はICDや専任看護師により活動している。抗菌薬の適正使用は各診療科別で把握されている。SSIは消化器外科手術に限定していたが、対象を整形外科に拡大し収集した情報の分析、およびその結果を活用する取り組みを進めている。感染対策マニュアルを整備し、マニュアルに則って標準予防策を実施している。抗菌薬の適正使用では外部医師へのコンサルトも実施し、ICTが長期投与に対しての助言も行っている。診療科によっては、助言に対する対応にばらつきが見られるため、ICTへのさらなる権限付与が望まれる。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の情報は医療活動、診療体制、臨床指標などがホームページに掲載されている。広報誌の発行や公式LINE、YouTube、Instagramなどで病院の特徴や医療活動を発信している。地域連携室では地域との窓口の役割があり、紹介・逆紹介の管理や診療・オープン検査予約対応などを行っている。地域の医療機関や消防署を訪問し直接ニーズを聞き取り、自院の開催する症例検討会や他医療機関との勉強会などで連携を強めている。各種健康診断を実施し、地域住民向けに公開講座を実施している。直近ではリハビリテーション科の「息苦しくない生活のススメ」を開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関横に職員を配置し、来院患者の案内や誘導を行い、予約患者と予約外患者の動線を分けスムーズに各科に案内している。診断的検査は医師が判断し、侵襲的検査も含め説明し、看護師の付き添い、検査前後の観察や記録など検査を安全に実施している。医師により入院の必要性が判断され、必要に応じて上級医や他の診療科へのコンサルテーションを行っている。入院診療計画書は多職種により作成され、説明と同意を得ている。検査の説明に使用される書式は、それぞれの検査に合わせた個別的内容の同意書による運用を期待したい。患者家族からの相談は、MSWが窓口となり、相談内容で担当者へ引き継いでいる。予約入院患者を対象に入退院支援の看護師が入院前面談を実施している。医師および看護師は病棟業務を適切に実施している。服薬指導が必要な患者にはほぼ100%薬剤師により実施されている。患者毎に1日分の調剤が薬剤部により管理されており、24時間365日運用されている。

輸血は医師が判断し、看護師は3点認証して確実な輸血を実施、輸血管理システムを用いて管理し記録している。手術は各科カンファレンスで検討して、麻酔科医が術前診察を行い、合併症やリスクを評価して、安全な手術に努めている。HCUと病棟の重症個室で、重症度に応じて病床を選択し、毎朝多職種によるHCUカンファ

レンスを行い重症患者の治療を行っている。入院時に全患者に「褥瘡に関する診療計画書」を用いて褥瘡発生リスク評価を行い、必要時、マニュアルに沿ってケア計画を立案、実践、評価している。リスクの高い患者には褥瘡対策チームが早期に介入している。看護師の評価と管理栄養士の重症度判断を基に栄養管理計画書を作成している。緩和ケアは、NRS またはフェイススケールで客観的評価を行い、緩和ケアチームが支援している。主治医により処方されたリハビリテーション内容については、リハビリテーション科医師が確認検討し、適切な内容やリスク管理を実施している。身体拘束の必要性を評価し患者・家族へ説明後、同意を得て実施し、解除に向けたカンファレンスも実施している。継続した診療・ケアが必要な患者は、MSW と退院調整看護師で分担し、関係機関との調整を行っている。必要な場合は、栄養やリハビリテーションのサマリーも作成し、情報共有している。終末期の判断基準を定め、終末期の対応は看護部が基準を作成している。ターミナルステージの判断は多職種で情報共有を行い、主治医が決定している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は処方・調剤鑑査を適切に実施し、内服薬は病棟在庫を原則置かず、365日24時間1施用毎に処方調剤している。101mL以上の点滴や全ての抗がん剤調製を全て薬剤師が実施しており高く評価できる。検査部はラベル付きスピッツを払い出し、検査結果は電子カルテに掲載し、異常値、パニック値は適切に報告している。放射線部は、技師は24時間365日画像診断が可能なように、休日でも常時1名の当直体制をとっている。非常勤医師および遠隔診断にて画像診断読影を行っているが読影率の向上が望まれる。栄養科は、適時適温給食の提供を行い栄養指導に力を入れている。リハビリテーションは365日実施され、病棟カンファレンスもリハビリが関与する8病棟全てで週1回実施されている。診療記録は1患者1IDで一元管理されているが、量的点検の項目を整理し明文化されることが望まれる。ME室は、院内で使用している医療機器を一元管理している。医療機器の保守点検、定期点検は、計画に基づいて実施し記録している。中央材料室の洗浄・滅菌業務及び診療材料の管理は、滅菌技師・滅菌管理士を有する外部業者に全て委託している。中央化された機器器材の洗浄・滅菌業務は適切に実施され、滅菌の質も保証されている。病理診断は病理写真も入れた報告書を作成し、2週毎に未読者リストを作成しPHSで確認を促している。輸血機能は確実・適切に実施されている。手術室はすべて清浄度クラス1000で、スケジュール管理、サインイン、タイムアウト、ガーゼ・機器カウント、サインアウトなどを適切に行い、覚醒基準や退出基準を遵守している。HCUでの集中治療は、認定看護師、呼吸療法士、臨床工学技士および呼吸ケアチーム、感染対策チームが関与して、入・退出基準に則って適切に管理している。2次救急病院で、内科・外科の救急担当医を決め、夜間は当直医が整形外科や消化器内科を中心に受け入れ、救急医療に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

事業計画と整合性のある予算を編成し、幹部会にて予算執行状況を確認してい

る。病院会計準則に準じた会計処理がされ、会計監査人による監査を実施している。医事業務については、医事業務マニュアルに沿って、円滑に実施している。業務委託は、委託業者と定期的にミーティングを実施し、業務履行の確認と質の評価を行っている。委託業者の従業員に対して安全、感染、個人情報の研修を実施することが望まれる。事務局施設課が管理を担当し、主要な施設・設備を整備し、日常点検と年次保守点検を計画的に実施している。定期的点検および法定点検は適正に実施し記録を残している。夜間・休日や緊急時の対応は緊急連絡網を整備し適切に対応できる仕組みがある。感染性の廃棄物の管理・処理については、最終保管場所は、感染性廃棄物以外の廃棄物と区分し適正に処理している。診療材料は診療材料等選定委員会で、医薬品については薬事委員会にて採否の検討を行い、医薬品では1増1減、同効同種3種までと具体的なルールを定めている。診療材料はSPDを導入し、各部門の定数については物品の払い出し状況を確認しながら適宜見直しを行い、在庫管理を適切に行っている。リスクに対応する病院の機能存続計画は大規模災害時の対応策と、情報セキュリティー対応策を作成し、院内感染はコロナ対応について見直している。今後は、アクションカードによる訓練および見直しを行うとなお良い。防災マニュアルがあり、緊急時の責任体制を整備している。非常電源装置は、停電時は平時の約7割以上の動力も含めて電力供給が可能であり、3日間以上の燃料も確保できる仕組みがある。非常電源で井戸水を利用でき、他施設からの透析患者の受入れた実績もある。事務局施設課が保安体制を担当し、保安・警備・施設管理および事故防止等を実施している。警備は警備員を業務委託とし、日々の業務実施状況は保安業務日誌に記録している。

# 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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	B

## 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	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	B
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	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	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	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	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	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 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2024年 7月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 一般財団法人筑波麓仁会 筑波学園病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院2  
 I-1-3 開設者： 公益法人  
 I-1-4 所在地： 茨城県つくば市上横場2573-1

## 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	295	295	+0	58	10.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	33	19	+0	50.2	53.9
感染症病床	3	3	+0	24.6	5.2
総数	331	317	+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)	10	+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	55	+0
小児入院医療管理料病床	14	+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		
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： 7人 2年目： 5人 歯科： 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

