

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 10 月 26 日～10 月 27 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、救急とがん診療の二本柱を中心とした地域の中核病院として、その機能を十分に果たしてこられた。この度の病院機能評価の訪問審査では、病院長を中心に職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子うかがえた。審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組み、ますます発展されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と活動方針はホームページ、入院案内、院内掲示などで病院内外に周知している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、病院長や幹部職員は健全経営、急性期病院としての機能維持、看護師の確保と育成など、運営上の課題を明確にし、会議・委員会を通じて課題の解決にリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営は、病院経営会議で病院運営に関する重要事項を協議・決定している。決定された内容は診療・運営連絡会で病院長から伝達している。中期事業計画のもと、学習の視点、業務プロセスの視点、顧客の視点、財務の視点で年次事業計画を策定している。さらに、部門・部署ごとの目標を設定し、発表会を実施するなどして達成度を評価している。情報管理は、情報システムの取り扱いや管理に関する事項を定め、適正な保存および利用を図るため、診療情報管理規程を整備している。文書管理は、病院の文書管理規程を整備し、文書の管理体

制、文書の作成・承認・改訂・保管、文書の保存、文書の廃棄および保存の延長、文書の紛失への対応などを明確にしている。

人材確保は、法令や施設基準を満たした人員が確保されるとともに、病院の規模や役割に見合った人材が確保されている。人事・労務管理は、就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備している。診療科長会や各部門の部会で、36協定の遵守と超過勤務の削減を呼びかけている。職員の安全衛生管理は、安全衛生委員会が設置されている。健康診断は確実に実施され、非常勤医の受診状況も確認している。労働災害では、労災保険適用の手続きが速やかに行われている。職員にとって魅力ある職場づくりは、全職員を対象とした「職員やりがい調査」の実施や、所属長による年3回の目標評価面接によって、職員の意見・要望を把握している。

職員への教育・研修は、教育・研修委員会が職員への教育・研修の年間計画を作成している。全職員を対象とする必須研修は、医療安全、感染管理、個人情報保護、情報セキュリティとし、確実に受講されている。職員の能力評価・能力開発は、全職員を対象に目標管理による能力評価を行っている。キャリア開発支援制度を制定し、専門分野の資格取得や大学院通学等について支援している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、「患者さんの権利と責務」として、ホームページや入院案内への掲載、玄関フロアなどへの提示にて患者・家族や職員に周知している。説明と同意は、説明と同意の方針や基準を定め、マニュアル化している。院内統一で説明と同意を得る診療行為の範囲が定められ、動画などを用いて丁寧な説明が行われている。説明時に医療関係者が同席できなかった場合は、看護師が患者の反応を把握し、診療録に記載している。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、「患者の権利と責務」の趣旨に沿って、患者と情報共有が行われ、医療への患者参加を促している。患者支援体制は、患者家族相談支援センターの相談窓口で窓口や電話での相談を受ける体制を整備している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護方針を明確にするとともに、個人情報保護規程を策定し、教育・研修を通じて職員に周知している。外来診察室や相談室は個室化され、病棟の病室入口には患者名を表記しないなど、患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している。

臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理的な課題を共有・検討する場として、臨床倫理委員会が設置されている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、現場での倫理的課題については、多職種でカンファレンスを行い、検討している。現場で解決困難な事例については、臨床倫理委員会に緊急コンサルテーションを依頼する手順がある。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、駐車場を確保している。外国人の患者に対して、医療通訳や電話通訳サービス、翻訳機を利用している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、玄関や通路、トイレ・浴室などのバリアフリーを確保している。廊下や階段、トイレ・浴室など必要な場所に手摺りを設置している。療

養環境の整備は、病室は診療・ケアに必要なスペースや環境が確保され、デイルームや食堂など、患者がくつろげるスペースも確保されている。受動喫煙の防止は、敷地内全面禁煙としている。職員の禁煙推進については、健康診断時に喫煙率を調査している。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、投書箱を設置している。患者・家族からの意見・要望は、広聴管理委員会で月1回検討し、1階フロアに掲示し、フィードバックしている。患者満足度調査を実施し、改善結果等は広報誌への掲載や院内掲示を行っている。診療の質の向上に向けた活動は、カンファレンスを開催し、医師だけでなく多職種も参加している。クリニカル・パスのアウトカム指標の設定やバリエーション分析を行っている。DPCデータに基づく病院指標と日本病院会のQIプロジェクトの結果を、ホームページに掲載している。業務の質改善は、病院機能管理委員会が、チーム医療の推進と患者サービスの向上を目指し、病院機能評価の視点に基づき活動している。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、医療安全管理部内の高難度新規医療技術評価部で倫理面も含めて審議・決定し、病院長や病院経営会議に報告している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟では責任医師と看護師、多職種の担当者氏名を患者・家族の見やすい場所に掲示している。主治医不在時の連絡体制も決められている。診療記録の記載は、医師や看護師は、必要な医療情報を毎日遅滞なく記載し、各種計画書や実施記録、退院時サマリーを作成している。診療記録の質的点検は多職種で実施し、点検項目をはじめ点検状況も適切である。多職種が協働した患者の診療・ケアは、各診療科で多職種カンファレンスが行われている。多職種で構成された褥瘡対策、栄養サポート、緩和ケア、退院支援、認知症ケア、精神科リエゾンなどの専門チームが組織横断的に活動している。さらに、専門チーム間でも情報を共有し、連携して診療・ケアを行っている。

#### 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理部が設置されている。部長は副院長が務め、専任医療安全管理者が配置され、組織横断的な安全管理に取り組んでいる。医療安全管理委員会や医療安全推進チームによって、医療安全に関する方針や対策が決定され、マニュアルの改訂や決定事項の周知が図られている。安全確保に向けた情報収集と検討は、アクシデント・インシデントレポートは、医療安全管理者が確認し、迅速に対応を行っている。事例や集計結果は医療安全推進会議に報告している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者確認は、フルネームと生年月日を名乗ってもらう以外に、患者が持参したIDカードや外来受付票などを補助確認物品と規定している。左右のある手術の場合は、主治医が病変近位部に黒ペンで印を付けている。検体検査採取時や病理検体の取り扱い時も、依頼書の確認を行っている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出しや看護師の指示受けから実施までは、適宜

確認のプロセスを経て適切に実施されている。口頭指示受けの方法を再度検討するとともに、決められたルールを遵守することが望まれる。薬剤の安全な使用は、ハイリスク薬、劇薬、抗がん剤等は処方箋に注意喚起のマークをし、電子カルテ上の表記も工夫されている。高濃度カリウム製剤はすべてプレフィルド製剤であり、定数配置はICU等限られた部署のみになっている。抗がん剤はすべてレジメン登録・管理されている。転倒・転落防止は、入院後、全患者に転倒・転落のリスク評価を実施している。リスク評価に基づき、ハイリスクの患者には看護計画を立案している。医療機器の安全な使用は、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、モニター類などの機器はチェック表に基づき、使用前点検を行うとともに、使用中はアラームなどの設定や作動中の確認を行い、安全に使用している。臨床工学技士は人工呼吸器装着中の患者訪問を行い、機器の確認と患者状況の観察を行っている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定している。BLS研修は全職員が受講し、更新年を定めて名簿管理している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、医療感染管理部が置かれ、医療感染管理者が配置されている。医療感染管理部には感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームなどがあり、院内の感染対策の実務を担っている。医療感染管理委員会が設置されている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、医療感染管理部は院内での感染発生状況、分離菌情報、抗菌薬の使用状況を把握し、重要な情報は診療科へ適宜フィードバックしている。医療関連感染サーベイランスもCLABSI、CAUTI、SSI等に対して実施している。地域の医療機関とも連携し、定期的にカンファレンスを行って感染症情報の共有に努めている。

医療関連感染を制御するための活動は、擦式アルコール手指消毒剤や個人防護用具は必要とする場所に設置し、適切な場面で使用している。擦式アルコール手指消毒剤の払い出し量を測定し、一人あたり一日使用量を評価している。感染性廃棄物は蓋付き足踏み式容器に廃棄し、一時保管せず速やかに、最終保管場所に運搬するなど、適切である。抗菌薬の適正な使用は、ASTが広域抗菌薬、抗MRSA薬使用中の患者を全例把握し、必要な対応を行っている。カルバペネム系抗菌薬、抗MRSA薬、タゾバクタム・ピペラシリンナトリウム等は届け出制となっている。院内における分離菌感受性はアンチバイオグラムを作成し、年に1回更新している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、医療サービスに関する広報はホームページ、広報誌、SNSの有効活用のほか、各種イベントを開催し発信している。ホームページでは診療実績やQI指標等も公開している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地域医療関連施設等の状況は、地域医療連携課において地域医療計画やDPCデータにより把握している。つくば市を中心として茨城県内の登録医と連携している。紹介率・逆紹介率は高い水準を維持している。紹介元への返書や、医療の提供を終えた患者の逆紹介を確実に実施している。こうした取り組みは、高

く評価できる。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域住民を対象としたイベントや講演会を継続して開催してきた。また、地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会をオンラインで開催している。地域の中核病院として、地域住民や医療関連施設等への教育・啓発活動を途切れることなく、工夫を凝らして実施していることは、他の模範となる取り組みとして、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受診に必要な情報はホームページ、病院案内、入院案内、院内掲示などでわかりやすく案内しているほか、総合案内に事務職員を配置している。外来診療は、外来担当医が必要に応じて他科にコンサルトできる体制が整っている。外来での重要な事項の説明時には看護師が同席し、意思決定支援に関与している。診断的検査の確実・安全な実施は、医師は、必要性和リスクを十分説明し、同意書を取得している。患者の安全対策や緊急時の対応手順を整備し、必要部署には救急カートを配備している。入院の決定は、外来担当医が医学的に入院の必要性を判断している。その際、必要に応じて、他科の医師や上級医に相談できる体制となっている。入院の必要性を患者へ説明し、同意の上で入院を決定している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、入院診療計画書は多職種で迅速に作成され、患者・家族に説明し、同意の署名を得ている。患者・家族からの医療相談への対応は、患者家族相談支援センターの相談窓口が様々な相談に対応している。相談内容によって院内各部署と連携して対応している。患者が円滑に入院できるように、予定入院患者は入退院サポートステーションで看護師、薬剤師、MSW、事務職員など多職種が、入院生活やクリニカル・パスの説明、内服薬の確認等を行うほか、患者の不安や疑問等に対応している。

医師の病棟業務は、回診は適切に行われている。病棟内で医師も参加する患者カンファレンスが行われ、綿密な情報交換を行っている。看護師の病棟業務は、入院時の基礎情報などの情報収集を行い、患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護計画の立案・修正を行い、看護実践に取り組んでいる。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師がすべての入院患者の薬歴管理を行い、必要な患者には服薬指導を行っている。投薬・注射を実施する場合は、手順に基づき確認を行い、実施している。決められた薬剤は、投与後も一定の時間ごとに観察・記録が行われている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血実施前には患者氏名、輸血の種類・型・ロット番号などを電子カルテの認証システムを利用しながらダブルチェックし、投与開始から投与後の患者の状態・反応を観察・記録している。周術期の対応は、手術の適応は各科カンファレンス等で検討・決定し、主治医が患者・家族に手術適応や方法、合併症、輸血の必要性等を図や動画を用いてわかりやすく説明し、同意を得ている。麻酔科医と手術室看護師は術前・術後に訪問し、患者の病態やリスクを検討して全身状態を把握している。重症患者の管理は、入室基準に該当する重症患者は救急病棟や集中治療病棟で治療を行い、退室後も重症度に応じた病床を選択して治療を行っている。

褥瘡の予防・治療は、入院時、全患者に褥瘡発生のリスク評価を行い、リスクのある患者には看護計画を立案している。褥瘡発生時には標準化した治療やケアを行っている。栄養管理と食事指導は、管理栄養士が入院時から禁止食品や、食物アレルギーなどの情報を把握して対応している。摂食・嚥下障害や褥瘡予防などで、栄養管理が必要な患者には栄養サポートチームが介入している。症状などの緩和は、院内基準に沿って症状緩和が行われ、必要に応じて、緩和ケアチームやリエゾンチームなどが介入し、その人らしさを尊重したケアを実践している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医からの処方のもと、リハビリテーション認定医・担当医やリハビリ療法士が協力して、総合実施計画書を作成している。訓練の実施前後の評価は、Barthel Index などを用いて数値化している。身体抑制は、抑制が必要最小限となるよう医療安全対策マニュアルに手順を示している。早期解除に向けた取り組みも行っている。抑制時の観察は、より頻回に行うとともに、観察の経過がわかりやすい記録様式について検討が望まれる。

患者・家族への退院支援は、患者家族相談支援センターとも連携し、早期から患者・家族の意思を確認しながら、多職種で退院支援を行っている。継続した診療・ケアの実施は、連携する医療機関とは地域医療連携ネットワークで情報共有を行うことで、医療依存度の高い患者の退院支援がより円滑になっている。入院中に関わった多職種が退院サマリーを作成して、情報を提供するなど、退院後の継続療養支援の取り組みは、高く評価できる。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つつ、多職種でカンファレンスを実施し、情報を共有しながら、診療・ケアに努めている。

#### <副機能：緩和ケア病院>

外来診療は、医師とがん看護専門看護師が同席し、患者の状態や希望を確認し、予後予測を参考にしながら、患者・家族の意思決定を支援している。地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者の受け入れは、がん相談支援センターが患者・家族からの窓口となり相談を受けるとともに、紹介元からの情報収集も行っている。バックベッドとして登録している患者については、入院が必要な状態になれば、夜間・休日にも対応している。入院患者の約7割が緊急入院であり、特に、在宅医療側スタッフとの連携が整備され、患者を円滑に受け入れていることは、高く評価できる。入院の決定は、緩和ケア病棟への入院判定基準は明確であり、ホームページにも公開している。週1回の緩和ケア委員会と毎朝の回診前カンファレンスで、緊急入院リスク患者、転棟希望患者、転院待機患者などについて情報を共有し、当日の入院受け入れを決定している。緩和ケア病棟が満床の場合は、一般病棟で一旦受け入れることが可能である。ケア計画の作成は、診療計画と連携して、患者・家族の状況や要望を踏まえたケア計画を看護師、管理栄養士が立案している。症状などの緩和は、患者の症状はNRSなどのスケールを用いて評価し、スタッフで情報を共有している。各種ガイドラインに基づいて作成された「緩和医療科診療マニュアル第6版」が、様々な症状の緩和に活用されている。

患者・家族への退院支援は、在宅療養への意向を把握し、カンファレンスを行い、スタッフ間で共有している。今後の方向性カンファレンスや合同カンファレンスで支援方法を検討している。継続した診療・ケアの実施は、在宅療養を希望する患者・家族の増加へ対応するため、訪問看護ステーションや訪問診療所との連携に注力している。院内および院外の資源を活用し、入院でも在宅でも療養生活が円滑に送れるよう支援している。臨死期への対応は、臨死期には患者・家族を含めたチームで治療方針やケアを検討し、パンフレットを用いて、起こり得る症状について説明している。デスカンファレンスは週1回行い、訪問看護師も参加することで、今後のケアに生かされる話し合いが行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、院内処方は基本的に一包化され、処方鑑査や調剤鑑査が行われている。注射薬は原則、一施用ごとに取り揃えて払い出している。抗がん剤はすべて薬剤師がクリーンベンチで調製・混合している。持参薬は入院時に薬剤師が鑑別し、院内採用薬がない場合は同効薬を提案し、医師の指示のもと使用している。臨床検査機能は、一般検査、血液検査、生化学検査、微生物検査、生理機能検査などを実施している。パニック値は検体検査以外に心電図、微生物検査などを設定し、結果を把握後は直ちに医師に直接、電話連絡する手順が確立している。内部精度管理を毎日実施し、外部精度管理は複数のサーベイに参加し、良好な結果を得ている。画像診断機能は、読影レポートは放射線診断専門医により作成され、その9割が翌診療日までに報告されている。緊急に報告すべき所見があった際は、読影医から依頼医へ直接電話で連絡する体制である。医療被曝を低減するよう配慮している。栄養管理機能は、食事は温冷配膳車を活用して適時・適温で提供されている。食材の搬入から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管まで一連の業務は、HACCPに基づき衛生的に実施されている。食事アンケート、患者満足度調査結果を評価し、献立等の改善に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、急性期のリハビリテーションの実施を基本方針とし、入院患者においては廃用症候群予防を含めたリハビリテーションを早期から実施している。週末や長期休暇時でも、途切れなく継続したリハビリテーションが実施されている。診療情報管理機能は、診療情報は、1患者1ID番号で一元管理されている。診療情報管理士が形式的な点検を毎日実施し、適切な記録の保存に努めている。医療機器管理機能は、ME管理室に専属の臨床工学技士を配置している。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、低圧持続吸引機は使用後、速やかにME管理室に返却され、使用後の点検を実施している。ME機器全般の定期点検の年間計画を策定している。洗浄・滅菌機能は、病棟・手術室からの器材の搬入、洗浄、組立、滅菌、保管、払い出しまでワンウェイの工程で取り扱われている。滅菌の質保証を行い、記録を残している。

病理診断機能は、組織診、細胞診、術中迅速病理などの検査を実施している。細胞検査士2名と病理専門医または婦人科専門医によるトリプルチェックを全例で行い、診断精度を高めている。放射線治療機能は、放射線治療医を中心に治療計画が作成されている。放射線治療機器の保守・管理および点検・校正が定期的の実施さ

れている。輸血・血液管理機能は、臨床検査科にある。輸血・血液製剤の発注から保管、供給、返却、廃棄に至る一連のプロセスや使用血液製剤の記録・保存は部門システムで適正に行っている。手術・麻酔機能は、麻酔科責任医師と看護責任者が各診療科手術枠の設定や、スケジュール管理を行っている。麻酔導入前のサインイン、執刀時のタイムアウトを手順に沿って行い、術中の患者管理をはじめ、麻酔覚醒時や退室時の安全確保も適切に行っている。集中治療機能は、ICUを設置している。専従医師と各科主治医が連携して診療・ケアを実施している。集中治療室の滞在基準を明確にし、遵守している。救急医療機能は、救急患者の受け入れを積極的に行っている。初療室では救命のための高度な処置を実施することができ、専門領域の疾患に対しては、各科がオンコール体制で協力している。病院が一丸となって救急医療に対応しており、高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算・決算は理事会の承認を経て成立している。公益法人会計に準じた経理規程に基づき会計処理を行っている。財務諸表を作成し、監査法人による外部監査が行われている。月次で経営分析を行い、病院経営会議で報告・検証している。医事業務は、窓口収納は会計窓口や自動精算機で行われている。レセプトは医師が積極的に関与し、返戻・査定や再審査請求に対応する仕組みもある。未収金はマニュアルに従い督促等を実施している。業務委託は、総務課が各所管部署の意見を集約して業務内容の見直し・検討を行い、委託業者は契約規則に基づき選定している。実施状況は日報・月報・業務日誌で報告を受けるほか、委託業者との定例の会議や現場確認で把握している。

施設・設備の管理は、日常点検や定期点検を実施している。感染性廃棄物は院内の最終保管場所において、一般産業廃棄物と明確に区分し、保管している。物品管理は、購入プロセスにおいて内部牽制が機能している。在庫管理は、物品管理システムによりロットや使用期限等を把握し、倉庫・各病棟等の期限切れの発生を防止している。単回使用器材は再使用しないことを決定している。

災害時の対応は、消防計画を作成するとともに、計画に基づく訓練を実施している。年2回、二次医療圏の合同訓練を実施しているほか、DMAT 指定病院として2班体制を有している。大規模地震や豪雨水害を想定したBCPを策定し、職員に周知している。保安業務は、夜間・休日の保安業務は、警備員を常時確保し、正面入口管理と定期巡回を実施している。医療事故等への対応は、リスクレベル3以上を重大医療事故とし、病院長に報告された事例のうち、病院長が必要と指示した事例は、医療事故調査検証会を開催している。訴訟に対応する備えとして、病院賠償責任保険に加入するほか、個人の保険加入を推奨している。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、臨床研修プログラムに沿って研修医の初期研修を実施している。看護部をはじめ医療技術部門などが新人教育プログラムを作成し、到達目標を定めて専門職種としての初期研修を適切に行っている。



学生実習等は、学生実習は「実習生受入れマニュアル」に沿って行われている。  
受け入れにあたっては、人事課が一元管理し、契約書等を締結するとともに、抗体  
検査やワクチン接種状況を確認している。

# 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・プライバシーを適切に保護している	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
1.4	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	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	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	A
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	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	B
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	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	B
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	S
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	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	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	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	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



## 機能種別：緩和ケア病院（副）

### 2 良質な医療の実践 1

#### 評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	S
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	S
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 公益財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 茨城県つくば市天久保1-3-1

## 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	450	410	-40	71.9	11.7
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	3	3	+0		
総数	453	413	-40		

## 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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
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)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	2	+0
小児入院医療管理料病床	27	+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		
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), 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), DPC対象病院(Ⅱ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： 10 人 2年目： 8 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

[illegible]

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	519.89	461.87	504.43	112.56	91.56
1日あたり外来初診患者数	141.05	94.98	98.19	148.50	96.73
新患率	27.13	20.56	19.47		
1日あたり入院患者数	321.54	335.62	376.29	95.80	89.19
1日あたり新入院患者数	26.61	26.87	30.88	99.03	87.01