

# 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 11 月 28 日～11 月 29 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、2001 年に取手・竜ヶ崎医療圏の中心的役割を担う病院として開設され、地域との連携を重視し、急性期医療、地域の二次救急医療を担う基幹病院として役割を発揮している。2021 年には地域医療支援病院として県の承認を受け、より一層、地域の期待に応えている。

この度の病院機能評価の受審にあたっては、病院幹部がリーダーシップを発揮し、組織的に医療の質向上に取り組んでいる状況を確認した。今回の受審が貴院の益々の発展につながれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を定め、中期事業計画に反映している。病院の最高意思決定会議は明確である。中期事業計画に沿って短期・中期・長期目標の指標シートを作成している。電子カルテシステムは厚生労働省のガイドラインに沿って運用している。文書管理については、一元的な管理に向けたさらなる取り組みを期待したい。

診療機能や施設基準に見合った職員の確保に努めている。就業規則等の規程を整備し、職員は常時閲覧が可能である。職員安全衛生委員会を毎月開催し、衛生管理者・産業医を選任し、職場巡視も行っている。職員意見箱や面談により意見を収集する仕組み、保育所や各種休暇など就労支援の仕組みを整備している。全職員を対象とする教育・研修の年間計画を立てて実施している。職員の能力評価・能力開発に向け、病院としての仕組みや業務分担、業務範囲の設定など具体化に向けた取り組みを期待したい。医師、看護師をはじめとする多職種の学生実習を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、入院案内やホームページ等に掲載して患者・家族に周知が図られている。説明と同意に関する方針・基準・手順が定められ、説明と同意が必要な範囲を明確にしている。同意書・説明文書の改定や作成にあたり、管理する部署等を明確に定め、組織的に承認等を行う仕組みを整備することを期待したい。患者、家族への病状や治療計画の説明の場面では、個々の患者や家族の理解度に応じた診療情報の共有に努めている。患者、家族からの様々な相談に対応する「患者相談窓口」を設置し、専門職種と連携が図られている。個人情報保護方針、個人情報保護規定を策定し、全職員を対象とした研修を行っている。倫理委員会で倫理的課題について検討し、病院としての対応を判断している。多職種で倫理カンファレンスを実施され、倫理的課題に対応している。

駐車場の整備などにより来院者のアクセスを確保し、入院中の生活延長上の設備も整備されている。院内は清掃が行き届き、医療安全や感染制御に配慮した療養環境となっている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしている。

### 4. 医療の質

多職種役割分担推進会議では、役割分担による加算算定のための組織横断的調整、病院機能評価受審や保健所の立ち入り検査結果の活用などにより、継続的な業務の質改善に努めている。クリニカル・パスは、バリエアンスの減少を目指してフレキシブルパスを使用している。意見箱、患者相談窓口などの意見に基づき、サービスの質向上に向けて改善策に取り組んでいる。新規の診療・治療方法や技術の導入に際して、倫理面や安全面を倫理委員会で審議する仕組みがあり、諮問・審議の手続きも明確である。

病棟の責任者、関与する職種については、掲示物や診療計画書で患者に伝え、明確にしている。電子カルテシステムを運用し、入院診療計画書、入院時所見、日々の所見等の医師記録、診療の指示・手術麻酔記録・リハビリテーション記録などを適時記載している。医師は、患者の状態によって診療科の枠を超えて治療方針を検討している。多職種が協働し、定期的な病棟ラウンドを行っている。

### 5. 医療安全

医療安全管理室は副院長である室長を医療安全管理者とし、専従の看護師長を配置し、医療安全管理委員会やカンファレンスを開催するなど、医療安全の確保に向けた体制を整備している。安全確保に向けたインシデント・アクシデント情報を収集し、内容に応じて原因分析や再発防止策の検討、院内への安全情報の発信などを行っている。医療事故発生時の対応手順は明確である。

患者自身による氏名・生年月日の名乗り、入院患者へのリストバンドの装着、手術時のタイムアウト、チューブの識別など誤認防止に取り組んでいる。指示出し、指示受け、実施確認は、電子カルテで迅速かつ正確に伝達している。ハイリスク薬、麻薬、毒薬、向精神薬および注射用カリウム製剤などを適切に管理し、薬剤の安全な使用に取り組んでいる。入院患者に対して、転倒・転落のリスク評価を行

い、転倒・転落防止計画を立案し実践している。医療機器の安全な使用に向けて、使用マニュアルを整備し、職員への教育や機器作動状況の確認を行っている。患者等の急変時に備えて、緊急コードを設定し RRT を運用している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直下の感染管理室に、CNIC で院内感染管理責任者である看護師を専従配置している。ICC は、毎月開催して院内感染に関する様々な課題を検討し、感染対策の意思決定機関として機能し、ICT、AST、感染リンクナースが実働部隊として活躍している。感染対策および抗菌薬適正使用のマニュアルは適宜改訂している。各部署やチーム等からの報告で院内の感染発生状況を把握している。茨城県感染症流行状況や近隣病院とのカンファレンスなどにより、地域の感染症発生の情報を共有している。主要な医療関連感染のサーベイランスは、SSI・BSI・CAUTI・VAP で実施しており、マニュアルに則り、アウトブレイク発生時にも適切に対応している。

手指衛生、PPE の着用、経路別予防策等を実施し、ICT は環境ラウンドで現場における実践状況を評価している。なお、病棟での TPN 調製時の PPE 着用の徹底や感染性廃棄物の運用については、さらなる検討を期待したい。AST は、細菌培養検査の結果に応じて、抗菌薬の de-escalation や投与量などに介入している。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページと SNS を活用し、患者・住民に向けて情報を発信している。ホームページは適時更新されており、SNS の公式アカウントでは、定期的に講演会の案内や認定看護師の活動紹介、季節に応じた健康に関する情報などを発信している。地域医療支援委員会やアンケート、地域連携カンファレンス等で二次医療圏の医療関連施設の状況を把握し、自院の役割・機能を検討している。地域住民を対象に、行政と連携した市民向けの講座、学校等で講演などを行い、地域の医療・介護従事者には各種カンファレンスや研修会を開催して講演や研修・支援に取り組んでいる。

## 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で案内し、外来では問診票や他の医療機関からの情報を得て診療している。診断的検査を実施する際は、確実に説明と同意が行われている。医学的な判断に基づき入院を決定し、入院診療計画書は多職種で作成している。入院の説明を確実に言い、多様な相談に応じている。

医師は必要な回診や面談を行い、多職種とカンファレンスで情報共有し、看護師は看護業務を適切に行っている。抗がん剤は薬剤部で薬剤師が平日および時間外・休日を含め調製・混合している。輸血は主治医が必要性及効果と副作用について、手術は主治医、麻酔科医が適応と方法や麻酔等について説明して同意を得て実施している。術後の患者や重症度の高い患者は、ICU や一般病棟の適切な病室で管理している。栄養スクリーニングとアセスメントで評価し、多職種が協働して患者の状況を踏まえた栄養管理、食事支援を行っていることは高く評価できる。褥瘡リスク

アセスメントを行い、疼痛などの症状緩和に努め、身体拘束は最小化に努めている。リハビリテーションの開始時と終了時に ADL 評価を行っている。退院後の患者に在宅療養支援を行い、ターミナルステージは患者・家族の意向等に配慮して対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に適切に関与している。臨床検査部門、画像診断部門は 24 時間体制で対応し、CT・MRI などの読影体制も整っている。栄養管理として、行事食や選択メニュー、嚥下調整食などを提供し、患者の嗜好や病態に応じた食事を提供している。患者の状態に応じて適切にリハビリテーション実施し、連続性を確保するよう取り組んでいる。電子カルテにより診療情報を一元管理している。診療記録の量的点検は全退院患者を対象に実施している。臨床工学技士は生命維持装置を中央管理し、24 時間迅速に対応している。中央材料室では、使用済み器材の一次洗浄から滅菌・保管までワンウェイで行っている。

病理検査は細胞診検査・組織診検査ともに外部委託しており、生検診断結果は適切に報告されている。輸血・血液管理の体制を整備し、輸血管理委員会が機能している。手術部門は麻酔科医、麻酔特定看護師を含む看護師で適切に運営している。集中治療部門は ICU を入室・退出基準に則り運営している。地域における中核病院として二次救急を担い、24 時間体制で救急医療に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算作成から執行、決算まで適切に行い、財務諸表を作成し、監査法人による会計監査が実施されている。データを活用した経営改善活動が行われている。医事業務は、収納、未収金管理、返戻・減点等への対応、施設基準管理などに対応する仕組みがある。委託業務は業務委託検討会で委託先が検討され、担当部署により日常管理が行われている。

施設設備の日常点検および定期的な保守点検、経年劣化に伴う対応は計画的に実施し、必要な施設改修も適宜行われている。済生会本部による共同購入、業務委託による SPD などにより適切に購買管理が行われている。災害を想定した事業継続計画（BCP）を策定し、災害対応マニュアルも整備して訓練を行っている。保安は警備業務マニュアルに沿って行われている。夜間の出入り口を制限し、防犯カメラにより監視するなど、保安に努めている。

# 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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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： 2023 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： 龍ヶ崎済生会病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 茨城県龍ヶ崎市中里1-1

### 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	210	210	+0	64.8	10.5
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	210	210	+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	9	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 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： 人 2年目： 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

## I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	429.16	443.74	410.70	96.71	108.04
1日あたり外来初診患者数	31.85	34.24	30.10	93.02	113.75
新患率	7.42	7.72	7.33		
1日あたり入院患者数	136.50	146.61	151.93	93.10	96.50
1日あたり新入院患者数	11.92	12.62	11.96	94.45	105.52