

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「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月26日～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：	リハビリテーション病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2

該当項目はありません。

- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）

該当項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1982年に循環器科・脳神経外科・消化器科・外科・内科を標榜し開設された。その後、医療法人として筑波総合クリニックの開設、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター、健診部門を設置するなど、医療・介護・保健事業を運営する複合施設の一つとして運営されている。茨城県の南部に位置し、つくば市、常総市、つくばみらい市で構成される二次医療圏「つくば保健医療圏」にあって、病院が立地するつくば市は人口増加率の高い地域である。病院機能としては地域医療支援病院であり、臨床研修病院でもある。また、病床機能として、一般急性期病床（DPC対象病院）、回復期リハビリテーション病床および地域では稀な療養病床を有する、ケアミックス型病院として運営されている。

前回受審後に建物の新築、改築等が行われ、地域医療支援病院に認定されるなど構造的・機能的両面から、かなりのレベルアップが図られている。さらに、病院長や病院幹部の強力なリーダーシップのもとに、医療の質向上に取り組まれてきた活動の成果が、今回のよい評価につながっていると思われる。今後も地域から求められる基幹病院として、医療の質向上に努められ、さらなる発展を遂げられることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

「誠意を以て最善をつくす」の基本理念のもとに、基本方針を掲げ、院内・院外への周知も適切に行われており、病院運営の礎となっている。病院管理者・幹部は、病院の将来像について、会議・委員会等で明示し、具体的な取り組みにも関与するなど、病院運営に適切にリーダーシップを発揮している。また、職員からの提案を取り入れ、質改善に活用する仕組みや表彰制度を導入するなど、職員の労働意欲の向上に努めており、評価できる。病院の実態に見合った組織図が作成されており、病院運営の意思決定のプロセスは明確で、必要な会議・委員会も設置され、適切に機能している。中・長期計画が策定されており、その計画を達成するための年次計画が立てられ、年次計画のためのアクションプランも示され、各部門では目標管理が行われているなど、適切である。さらに、大規模災害BCPを策定し、事業継続が適切に図られるよう取り組まれている。情報の管理・活用に関する方針は明確にされており、医療情報は適切に管理され、有効に活用されている。文書管理規程を定め、文書の一元化に努めているが、文書の制定等についての承認の仕組みの確立を望みたい。

法令や施設基準に必要な人材が確保され、人員の確保や充実に向けた取り組みも行われており適切である。人事・労務管理では各種規則・規程が整備されており、職員への周知もなされている。労働安全衛生委員会を設置し、毎月開催されており、職員への職業感染、労働災害、精神的サポートなどへの対応も、適切に行われている。職員の意見・要望は毎年実施している職員満足度調査や意見箱等によって把握されており、適切である。また、育児短時間勤務制度や保育所の利用など職員の就業支援への取り組みや、福利厚生への配慮もなされている。

職員の教育・研修体制が整備され、計画的な教育・研修が行われている。さらに、院外への教育・研修にも支援されており、評価できる。能力評価・能力開発は、医師に対しては、自己評価をもとにした人事考課が実施されている。また、医師以外の職員については、人事考課制度により職員個人の能力が把握され、本人にフィードバックする仕組みもある。なお、看護部門ではクリニカル・ラダーが導入され、職員個別の能力の把握、能力開発に取り組まれており、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の憲章が明示され、患者・家族、職員に周知されており適切である。患者からの請求に基づく診療記録の開示は、適切に行われており、患者の権利は適切に保護されている。説明と同意に関する方針およびその範囲は明確にされており、職員の同席に努められている。セカンドオピニオンに関してもホームページ等で周知され実績もあるなど、適切に機能している。入院時より患者の健康情報等を収集し、診療・ケアに必要な情報を共有する仕組みと実績があり適切である。「地域連携患者サポートセンター」を設置し、地域医療連携室と医療相談室における患者前方支援および後方支援が行われており評価できる。

患者の個人情報を守る方法が定められ、プライバシーは適切に保護されている。主要な倫理的課題に対する病院の対応が定められ、病院の臨床倫理指針として明らかにされている。臨床の現場では倫理的命題が把握され、多職種で討議が行われており、現場で解決することが困難な場合は、病院の倫理委員会で討議される仕組みがあるなど、適切である。

患者・面会者の利便性・快適性は、病院にアクセスしやすいように無料駐車場の確保や巡回バスの運行など適切に配慮されている。また、売店やカフェコーナーの設置など生活延長上の施設・サービスの利用が可能となっており、無線LANの利用もできるなど、適切である。院内バリアフリーが確保され、高齢者・障害者に必要な備品も整備されている。療養環境は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、快適・清潔・安全な療養環境が整備されている。禁煙の方針が徹底され、患者への禁煙教育や職員への禁煙推進活動に取り組まれている。

4. 医療の質

患者満足度調査や意見箱によって患者・家族の意見・苦情が収集され、病院の質改善に活用されており、評価できる。症例検討会が活発に行われ、各科が使用する診療ガイドラインが活用されている。また、病院独自の臨床指標を用いて医療の質の分析が行われるなど、診療の質向上に向けた取り組みは適切に行われている。地域医療サービス委員会を中心に、医療サービスの質向上を目指した検討が継続的に行われており適切である。新しい治療技術を開始する際や、保険適応外の薬剤を使用する場合は倫理委員会での検討を経て、倫理・安全面に配慮されながら適切に導入されている。

外来・病棟における管理・責任体制は明確にされ、患者への明示等も適切に行われている。診療録は記載要項に従って適切に記載されており、質的監査が励行されている。診療・ケアの協働についてはNST、褥瘡、緩和チームなど多職種による専門チームが連携し、協働して患者アプローチを行っていることは高く評価できる。また、回診やカンファレンスの状況はプログレスノートにより情報が共有されている。入院時より退院支援に向けた評価を行い、早期からMSW・看護師等の介入が積極的に行われている。

5. 医療安全

医療安全対策の組織として医療安全管理委員会、リスクマネージャー部会が設置され、医療事故防止マニュアルも適宜見直されているなど適切である。また、医療安全推進室には、医療安全管理者が常駐し、権限も明確にされている。さらに、収集されたアクシデント・インシデント情報は、医療安全推進室で検討されてSHELL分析が行われ、再発防止に活用されている。医療事故防止マニュアルには患者誤認防止、検体、部位、チューブ類の誤認防止等が明文化され、遵守されている。情報伝達エラー防止対策として、口頭指示は原則として行わない方針であるが、必要時には看護師は「口頭指示書」を活用し、指示医は速やかに指示内容を指示簿に記載することが実行されている。病理

レポートの結果未確認を防止するため、病理検査科から担当科へ結果確認に関する情報提供を行う仕組みがあり、情報伝達エラー防止対策は総じて適切である。

薬剤の安全な使用に向けた対策として薬剤の誤処方、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策が実施されている。抗がん剤のレジメンは、がん化学療法検討委員会により適切に登録・管理されている。病棟ではハイリスク薬が救急カート内を含め明確に表示されている。転倒・転落防止では、全患者にリスク評価（転ばぬ先の杖）が行われ、多職種で転倒・転落対策チームラウンドが実施されており、評価できる。また、医療機器の安全管理では、冊子が整備され、病棟での使用前・使用后点検に活用されており、使用する看護師への教育・研修も適切に実施されている。急変時の対応では、院内緊急コードが周知徹底されており、救急カートは全部署統一され点検・整備も行われている。さらに、BLS訓練も実施されているなど適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制を整備し、適正な職種で構成される感染対策委員会が毎月開催され、感染対策に関する事項の報告・決定が行われている。感染対策の実務担当部署は感染管理室であり、ICD、ICN等で構成されるICTが日常的に活動している。ICTは毎週定期的なラウンドを行い、結果は現場へフィードバックされており適切である。医療関連感染制御に向けた情報収集と制御については、院内分離菌・MRSA等の薬剤耐性菌を把握しており、結果は職員へ周知されている。ICNを中心に、院外の医療関連感染に関する情報を収集し、「ICTニュース」として情報提供している。医療関連感染に関わるサーベイランスは積極的に行われている。なお、今後は対象部署、対象疾患の拡大とともに結果を実臨床に活かすことが期待される。

感染対策マニュアルが整備され、ICTの指導により手指衛生教育を行っており、PPEの着用、感染経路別の予防策も適切に行われている。汚染リネン類、感染性廃棄物は、適切に分別収集されている。

抗菌薬の適正使用については、感染対策マニュアル内に「抗菌薬の適正使用指針」を整備し、抗MRSA薬など特定の抗菌薬使用については届出制としており、必要時は許可制も併用している。また、院内における抗菌薬の使用状況について把握し、投与期間が長期に及ぶ例ではICTが指導している。さらに、抗菌薬の採用・削除の検討については、薬事委員会がICTの意見を聞いたうえで行われる仕組みとなっており、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌や外来診療体制等の医療情報等がそれぞれ定期的、随時に地域の医療機関に配布されている。診療実績等の発信については、研究成果や各診療科の活動実績等をまとめた年報、病院のホームページで発信されており、総務課の担当職員による情報の更新も随時行われているなど、適切である。地域の医療機関・医療関

連施設の状況が適切に把握され、地域医療連携部が中心となって地域の医療施設等との連携が円滑に行われている。また、検査医療機器等の共同利用も積極的に行われており、24時間いつでもCT・MRI検査のインターネット予約が可能な仕組みの導入など、医療機関のニーズに応えられるよう努めていることは高く評価できる。

地域の医療従事者等を対象に、専門的な医療知識や技術の向上を目的とした公開講座の開催や、消化器内科での内視鏡検査・治療等のライブセミナーの実施の他、心臓血管外科での小・中学生を対象とする病院探検ツアーとしてブタの心臓を使った手術実演を毎年実施していることなど、地域医療支援病院として医療従事者の質の向上や医療の関する啓発活動に積極的に取り組み、実践している状況は、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報については、分かりやすく情報提供されており、初診患者、再診患者が円滑に受診できるよう取り組まれている。また、緊急時の受け入れ体制ではトリアージする仕組みもあり、整備されている。外来では、オーダーリングシステムによって患者情報が共有されており、外来担当医は必要時に上級医や他科医に相談する体制が確立している。外来責任者が定期的にフロアをラウンドするなどして診察待ち患者の状態を観察するなど、適切な外来診療が行われている。侵襲を伴う検査の場合、医師は同意書を取得し、全身状態を確認した上で検査を施行している。また、検査の実施中、実施後の患者の状態について、観察を行い記録も励行されており、適切である。

医学的判断に基づいた入院の適応が検討され、入院の決定に際しては、入院の必要性を患者に十分に説明し、患者の希望にも配慮されている。看護部門が中心となって、弾力的な病床利用が適切に行われている。患者の病態に応じた医学的評価に基づき、患者・家族の希望を反映した診療計画が迅速に作成されている。また、患者・家族に説明し同意も得られているなど適切である。診療計画の作成の際には、医師・看護師に加えて薬剤師・栄養士など多職種の間接的関与があると、さらによいと思われる。医療相談を必要とする患者・家族に対して地域連携患者サポートセンターのMSW・看護師等が中心となり適切な対応がなされている。患者が円滑に入院できるように外来と病棟が連携し、病棟オリエンテーションも「入院のしおり」に基づいて行われている。

医師の病棟業務では、医師とともにMSWやリハビリテーションスタッフも適宜回診に同行し、毎週行われる病棟カンファレンスと合わせて、多職種で情報を共有している。医師は患者・家族との面談も適宜行い、記録を残しており、診断書などの作成は医師事務作業補助者などの関与があり、迅速に作成される仕組みがあるなど、適切である。病棟における看護業務は基準・手順が整備され、遵守されている。看護方式は、チームナーシングで実施され、多職種カンファレンスで共有しており適切である。薬剤師は、予定入院の際に「入院時患者面談」を行い、持参薬を確認することで、薬剤情報が医療者間で共有されている。注射薬抗がん剤は、休日・時間外を含め全て薬剤師が調製・混合し投与され、必要な患者には看護師が直接内服の確認を行い記録しており、適

切である。輸血の実施に先立ち、必要性和危険性の説明が行われ同意書が取得されている。輸血中、輸血後の患者の状態は適切に記録されており、輸血による急性の副作用は適切に報告されている。

手術および麻酔について、医師より説明が行われ、同意を得る体制が確立している。手術時の安全確認はチェックリストを用いて行われており、周術期の対応は適切である。集中治療室では患者の重症度やケアの必要に応じて、医師、看護師に加え臨床工学技士、薬剤師、療法士などの多職種スタッフが治療に参画し、重症患者の管理を適切に行っている。褥瘡対策では、リスク評価を実施し、褥瘡委員会チームの回診が行われ、適切に治療・ケアがなされている。管理栄養士は病棟担当制を導入し、多職種とのカンファレンスにも積極的に参加し情報収集するなど、入院患者への栄養管理と食事指導は適切に行われている。「緩和ケアマニュアル」に則り患者の苦痛の評価を行い対応する仕組みがあり、緩和ケアチームによるラウンド・検討会が行われており、症状緩和は適切に行われている。リハビリテーションスタッフを病棟へ専従チームとして配置し、定期的に各診療科の回診にスタッフが同行するとともに、病棟での申し送りやカンファレンスにも参加し、医師を含め多職種での情報共有に努めている。休日においても平日と同様の体制でリハビリテーションを実施し、継続的な訓練を提供しているなど、適切である。身体抑制では評価を行い、必要性を説明し同意を得る仕組みはあるが、医師の指示などの記載の徹底について再検討を望みたい。

入院時より退院支援に向け専門職種が積極的に介入し、患者・家族の状況に応じた退院支援が行われていることは高く評価できる。退院支援と継続的な診療・ケアでは病院内外との連携が行われており、サマリーにより情報伝達も適切に行われている。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向に沿って診療・ケアが実施されており適切である。

<副機能：リハビリテーション病院>

外来はサポートが行き届き、安全に診療・リハビリテーションの提供が行われている。入院判定は多職種で行われており適切であるが、今後はさらに、入院判定基準の明確化や入院待機期間短縮への取り組みについて、充実を期待したい。

リハビリテーション処方箋や総合リハビリテーション実施計画書の記載は的確に行われている。医師によるカンファレンスへの参加、義肢装具の適合判定、回診などは良好であり、看護師は介護職と連携し、基準・手順を遵守して病棟業務に適切に従事している。薬歴管理や服薬指導は薬剤師により適切に行われている。PT、OT、STによる評価、リスク評価がなされ、計画に基づく系統的なリハビリテーションが実施されている。今後、活動成果の蓄積によって、より質の高い活動が実現していくよう期待したい。身体抑制はおおむね適切に対応されている。

MSWの活動、栄養管理や褥瘡の予防・治療、患者・家族への退院支援、自宅退院後のフォローアップは、いずれも適切であり、チーム医療の成果が見受けられ、評価でき

る。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、麻薬等の管理、薬剤の温度管理、および全入院患者の薬歴管理ならびに持参薬の鑑別・管理が適切に行われている。薬剤の採用については、薬事委員会で決定される仕組みであり、採用薬品の削減に努めている。院内医薬品集も適宜更新されている。臨床検査機能では、院内で一般検査、血液学、生化学、免疫学は委託されたブランチラボが担当し、貴院の技師は主として生理検査を担当している。検体検査、生理検査とも結果は迅速に報告され、パニック値は速やかに報告される体制が構築されている。検査の精度は外部評価を受けており、夜間・休日の検査ニーズは当直体制で適切に対応されている。画像診断機能では、検査待機日数は2日程度であり、緊急画像診断検査オーダーにもタイムリーに応じている。CTおよびMRIの読影率はおおむね100%であり、読影は院内にて行われ、結果は翌日までに報告されており、各診療科とのカンファレンスも活発に実施されているなど、適切である。

栄養管理機能では、多職種が参加する栄養委員会の活動が活発で、快適で安全な食事の提供に努められており、評価できる。リハビリテーション機能では、リハビリテーションスタッフが手厚く配置され、必要なリハビリテーションが安全に実施されている。リハビリテーションの効果評価に基づき、リハビリテーションプログラムの見直しも適宜行われるなど、リハビリテーション機能が発揮されている。地域のリハビリテーションの中心施設として機能しており、高く評価できる。

診療情報管理機能では、情報は一元管理されており、迅速な提供が行われている。また、得られた医療情報は病院運営に活用されており、診療記録の量的監査、質的監査も行われているなど、適切である。医療機器管理機能では、臨床工学技士により一元管理され、標準化に取り組みされており適切である。洗浄・滅菌は外部委託されており、一次洗浄は中央化され、各種インディケータがモニターされているなど、洗浄・滅菌機能は適切に機能している。

病理診断機能は、病理検査のうち細胞診、術中迅速組織診、病理解剖は院内で対応し、手術切除検体と生検は外部機関に標本作成と診断を委託している。委託先から送付された検査報告書と標本は病理検査部門で管理しており、ホルムアルデヒド、キシレンの管理も適切に行われている。放射線治療を要する患者は、地域連携室を介して連携施設へ適切に紹介されている。輸血・血液管理機能では、輸血業務は監督指導を行う責任医師がおり、血液製剤の発注、保管、供給、返却の実務は薬剤部の担当薬剤師が担当し、交差適合試験のみ臨床検査技師が担当するなど責任が明確にされ、輸血・血液製剤の管理は適正に行われている。

手術・麻酔機能では、5つの手術室が設置され、麻酔科常勤医師と看護師により年間約1,900件（全身麻酔約1,500件）の手術が行われており、機能が適切に発揮されている。集中治療機能では、集中治療室に看護師が配置され、当該診療科の医師が主治医と

して診療に当たっている。入退室の基準は遵守され、集中治療機能は適切に発揮されている。断らない救急医療を原則としており、二次救急施設として年間約2,500件の救急車を受け入れ、うち約1,000名の入院患者に対応しているなど、救急医療機能は適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理の状況が明確になっており、会計処理も適切に行われている。また、財務諸表が作成され、公認会計士による会計監査も実施されている。さらに、予算の執行や進捗状況および経営状況は、経営会議で報告、課題の検討も行われているなど、適切である。窓口の収納業務やレセプトに関わる一連の作業は適切に行われている。未収金については、発生する前の段階での対応をより充実させるよう望みたい。診療協議会が設置され、施設基準を遵守するための体制が整備され、適切に対応されている。業務委託については、業務委託規程に基づいて実施されており、委託業務の実施状況や質の確保状況等も把握されている。受託業務従事者には医療安全、感染防止対策、接遇等の院内研修への参加を義務付けるなど、従業者に対する教育、意識向上に取り組まれていることは評価できる。なお、事故発生時の対応については、病院として事故発生時にどのように対応するかを明文化するなど、周知徹底が望まれる。

施設・設備の年次保守計画のもとに日常点検、保守管理が計画的に実施されている。産業廃棄物については感染性廃棄物、一般・産業廃棄物が適切に分別、保管・管理されている。物品の購入・管理については、物品購入の過程は明確になっており、物品請求、受領における内部牽制も機能している。医療材料はSPDが導入され、物品購入のプロセスは明確で、使用期限の管理や棚卸による在庫管理も適切に行われている。

緊急時の責任体制は明確になっており、緊急時連絡網も整備されている。また、防火・防災委員会を設置して、火災・停電・災害等への対応体制が確保されている。さらに、つくば保健医療圏の合同訓練や、病院におけるトリアージ訓練を主とした災害訓練の実施の他、地域の学校との共同訓練なども行われており、ヘリポートの活用やDMATを発足するなど、災害時の対応体制が整備されており、評価できる。保安警備業務は外部委託によって実施されており、業務の内容も明確にされている。また、防犯カメラやセキュリティキーの設置など、効果的な管理体制のもとに保安業務は適切に実施されている。

医療事故発生時の対応は、医療事故防止マニュアルに則り、適切に対応する仕組みが確立している。医療安全推進室を設置し、事故の原因究明・再発防止に関する事例検討が随時開催されているなど、適切である。訴訟等への対応では、担当責任者も明確にされており、患者・家族等に適切に対応する体制が確保されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院として、指導医講習を受けた指導医が研修医教育に当たってい

る。また、研修プログラムが整備され、カンファレンス、CPCが行われている。研修医の評価については、EPOCを用いて行われ、研修医の意見を反映して指導医により研修プログラムの見直しが行われている。病院全体で研修医を育てるというコンセプトのもとで初期臨床研修の体制は適切に整えられつつあるが、コメディカルによる研修管理内委員会への参加およびコメディカルによる研修態度評価が実施されれば、さらに良いと考えられる。

医学部、看護部、薬学部、放射線部、臨床工学技士、リハビリテーション療法士、栄養部、事務部等の学生実習を受け入れている。受け入れの際には、患者・家族との関わり方や医療安全・医療関連感染制御に関する教育も実施されており、適切である。今後は、学生受け入れの基準・対応を明文化するなどして、病院がより主体的に関わることが望まれる。

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	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	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	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	医療サービス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	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	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	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	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	S
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	S
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	B
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	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

□ 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

□□□	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
□□□□□	理念・基本方針を明確にしている	□
□□□□□	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	□
□□□□□	効果的・計画的な組織運営を行っている	□
□□□□□	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	□
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	B
□□□	人事・労務管理	
□□□□□	役割・機能に見合った人材を確保している	□
□□□□□	人事・労務管理を適切に行っている	□
□□□□□	職員の安全衛生管理を適切に行っている	□
□□□□□	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	□
□□□	教育・研修	
□□□□□	職員への教育・研修を適切に行っている	□
□□□□□	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	□
□□□□□	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	□
□□□□□	学生実習等を適切に行っている	□

□□□	経営管理	
□□□□□	財務・経営管理を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
□□□□□	医事業務を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
□□□□□	効果的な業務委託を行っている	<input type="checkbox"/>
□□□	施設・設備管理	
□□□□□	施設・設備を適切に管理している	<input type="checkbox"/>
□□□□□	物品管理を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
□□□	病院の危機管理	
□□□□□	災害時の対応を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
□□□□□	保安業務を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
□□□□□	医療事故等に適切に対応している	<input type="checkbox"/>

機能種別：リハビリテーション病院（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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A

2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2015年 1月 1日 ～ 2015年 12月 31日
 時点データ取得日： 2016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： 医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 茨城県つくば市要1187-299

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	387	362	0	80.5	15.4
療養病床	100	100	0	85.0	132.4
医療保険適用	100	100	0	85.0	132.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	487	462	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
救急専用病床		
集中治療管理室(ICU)	6	+2
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	8	+1
人工透析		
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	52	-6
亜急性期入院医療管理料病床		
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		
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、DPC対象病院(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： 6人 2年目： 3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 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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来患者 数(人)	外来診療 科構成比 (%)	1日あたり 入院患者 数(人)	入院診療 科構成比 (%)	新患割合 (%)	平均在院 日数(日)	医師1人1 日あたり 外来患者 数(人)	医師1人1 日あたり 入院患者 数(人)
内科		2.7	3.12	1.81	0.1	0.03	27.45	1.63	1.16	0.04
呼吸器内科	1	1.9	1.32	0.76	7.4	2.2	41.75	20.77	0.46	2.55
循環器内科	1	6.5	11.35	6.56	49.13	14.59	31.62	19.23	1.51	6.55
消化器内科(胃腸内科)	2	8.0	29.41	17.01	42.78	12.71	13.62	18.39	2.94	4.28
神経内科		1.0	5.54	3.2	11.15	3.31	0	153.55	5.54	11.15
糖尿病内科(代謝内科)	2	3.2	1.3	0.75	1.66	0.49	11.49	13.01	0.25	0.32
血液内科	3	1.4	17.54	10.15	49.97	14.84	10	27.24	3.99	11.36
皮膚科		0.8	0.23	0.13	0.71	0.21	1.49	47.27	0.28	0.89
アレルギー科			0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科		1.1	0.43	0.25	0	0	0	0	0.39	0
小児科		1.4	18.07	10.45	0	0	0	0	12.91	0
精神科		1.9	25.39	14.68	0	0	1.14	0	13.36	0
呼吸器外科	1	1.7	2.85	1.65	11.3	3.36	34.89	18.49	1.05	4.18
循環器外科(心臓・血管外科)	1	4.1	5.22	3.02	8.03	2.38	40.43	8.22	1.02	1.57
乳腺外科		0.1	7.34	4.25	0	0	0.05	0	73.4	0
消化器外科(胃腸外科)	1	3.1	9.36	5.41	31.16	9.26	15.84	15.85	2.28	7.6
泌尿器科			0.73	0.42	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	1	1.6	6.19	3.58	44.24	13.14	13.14	45.87	2.38	17.01
整形外科		4.9	21.21	12.26	72.67	21.59	6.53	35.04	4.33	14.83
形成外科		0.9	0.49	0.28	0	0	0	0	0.54	0
眼科		0.1	0.53	0.3	1.24	0.37	0	1.78	5.27	12.41
耳鼻咽喉科		1.5	1.45	0.84	3.13	0.93	1.87	6.5	0.97	2.09
婦人科		1.7	1.33	0.77	1.21	0.36	11.54	5.58	0.78	0.71
リハビリテーション科	1	0.3	0.25	0.15	0.78	0.23	0	81.43	0.19	0.6
放射線科	3	0.2	1.35	0.78	0	0	61.87	0	0.42	0
麻酔科	3	0.4	0.92	0.53	0	0	0.37	0	0.27	0
病理診断科	1		0	0	0	0	0	0	0	0
研修医	12									
全体	33	50.5	172.91	100	336.66	100	10.99	21.94	2.07	4.03

I-2-2 年度推移

年度	実績値			対前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2015	2014	2013	2015	2014
1日あたり外来患者数	264.62	187.94	193.18	140.8	97.29
1日あたり外来初診患者数	20.46	20.74	21.1	98.65	98.29
新患率	7.73	11.04	10.92		
1日あたり入院患者数	347.71	336.12	348.07	103.45	96.57
1日あたり新入院患者数	16.25	15.14	14.99	107.33	101