

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7日～11月8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

茨城県水戸市に位置する地域に密着した病院である。現在は JA 茨城県厚生連総合病院水戸協同病院として、地域の中心的存在として地域医療に貢献している。これまで長期にわたって、集中治療室と一般病床を活用することによる急性期病院として運営されてきたが、地域包括ケア病棟を開設し、さらに地域医療支援病院として、活動の幅を広げている。また、大学と協定を締結して、サテライトキャンパスの役割を果たしており、レベルの高い医療を提供している。

また、救急医療に力を入れることによって、整形外科をはじめとする救急患者の受け入れを積極的に行っており、救急車受け入れ台数や、全身麻酔手術件数も県下でトップレベルになっており、地域への貢献度は非常に高い。

病院運営においては、院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップの下、職員が一丸となって医療の質向上に積極的に取り組んでいる。病院機能評価を継続して受審し、病院の医療・看護の質は漸次改善している。今回の受審では、一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。そして、貴院の目標としている救急医療体制のさらなる充実と、地域住民、医療福祉機関との連携についての一層の充実に取り組まれない。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、毎年度はじめに見直しを行って、患者・家族や地域住民、職員に周知している。病院幹部は、地域医療構想を踏まえ、自院のポジショニング、将来構想を職員に明示し、リーダーシップを発揮している。リスク

に対応する病院の機能存続計画は現在策定中であり、早期の策定を期待したい。情報管理は、電子カルテを中心に統合システムを構築し、様々な診療機能・情報に活用する体制を整備している。文書管理は、おおむね適切に取り組まれている。

役割・機能に見合った人材確保については、採用計画に基づいて取り組んでおり、今後の成果に期待したい。人事・労務管理では、諸規程を整備し職員に周知し、時間外労働時間なども把握している。今後は、医師をはじめとした働き方改革の実施や有給休暇取得率の向上に対する取り組みを期待したい。職員の安全衛生管理では、職員の健康管理や職場環境の整備、職業感染への対応、メンタルヘルス対策など適切に行っている。保育所の設置、病児保育の実施など、子育て支援や共済制度による各種の補助があり、福利厚生に配慮し、魅力ある職場作りに努めている。なお、職員の要望を広く収集し把握するために、定期的な職員満足度調査や職員意見箱の設置などを期待したい。教育・研修については、院内研修の年間計画を立て、受講状況を把握している。また、図書室を整備し、職員の能力開発に向け、専門資格取得など職能に応じた支援体制もあり適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており、入院のご案内やホームページなどで患者・家族に周知している。診療記録の開示も、患者の請求に基づいて適正な手続きに従って行っている。独居患者の増加や、入退院を繰り返す患者の治療・処置にも適切な対応ができるよう、同席者のルールなどを含め、インフォームド・コンセントの指針を見直しており、おおむね適切である。病院の基本方針や「患者さまの権利」において情報の共有に向けた行動姿勢を明文化している。外来では各科専用の問診票を運用し、入院患者には「患者さま情報」用紙で問題点をスムーズに把握して、治療計画や看護計画などの早期立案に役立てている。患者相談窓口には、適切な担当者を配置し、院内外の専門職や関連機関との連携を図っている。また、患者が虐待や暴力を受けた疑いのある場合の対応手順も明確である。

個人情報については物理的・技術的保護を図り、診察室等でのプライバシーへの配慮も行っている。病院で発生し得る倫理的課題に対して、多面的・客観的視点をもって論議できるような体制である。また、病院職員が抱えるジレンマを倫理的課題と認識し、組織的な検討の場で全病院的に議論ができる環境づくりが期待される。終末期患者への輸血、糖尿病患者の治療拒否、認知症患者の暴言など、多様な事例について、多職種カンファレンスで具体的に検討している。

病院へのアクセスは、利便性が確保され、院内ではおおむねバリアフリーで、高齢者・障害者への支援に配慮した施設構造である。院内には売店やATMなど、生活延長上の設備やサービスも整備している。病室・診察室においては、診療・ケアに必要なスペースを確保し、採光・照明にも十分配慮している。また、敷地内全面禁煙を実施し、禁煙外来による禁煙教育、啓発活動にも積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、患者相談窓口や院内の意見箱、患者満足度調査により把握し、質改善につなげている。意見は組織的に検討した後、掲示板を通じて患者に周知している。総合診療科を中心に、症例検討会を毎日開催しており、診療ガイドラインや臨床の書籍がイントラネット上で参照できるようになっている。DPC データから病院指標を作成している。クリニカル・パスを積極的に運用し、その適用率は高い。業務の質改善については、病院機能評価を継続して受審しており、今回の更新に際しても、多くのマニュアルの見直しを行うなど、様々な取り組みを行っている。また、業務企画改善委員会を中心に複数の組織が活動を支えており、立入検査での指摘事項の改善にも迅速に対応している。新しい診療・治療技術等の導入や薬剤の保険適応外使用について、適切な審議を経て導入するルールがあり、適切に取り組みされている。

病院組織図で、各部門の管理責任体制を整備し、外来医師担当一覧は外来ホールやホームページに明示している。病棟ナースステーション前の掲示板に病棟医・看護師長・病棟担当薬剤師名を掲示している。療法士・管理栄養士・MSW も病棟担当制であるため、同様に掲示するとさらに良い。2週間以内の退院時サマリーの作成率は、診療情報管理室と医局長の声掛け、医師事務作業補助者のサポートにより100%である。医師・看護師の診療記録に対し、質的監査を毎月行っている。多様なカンファレンス以外に、多職種で構成されたNST、呼吸サポートチーム、褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチームなどがあり、各病棟リンクナースや関連委員会とも連携を図りながら、医療・ケアの質向上に向けて適切に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全管理者に看護師を配置して、各種報告の掌握、情報収集、職員の教育・指導、委員会の運営などの権限が与えられている。医療安全管理委員会マニュアルは多岐にわたる内容が網羅され、随時改訂している。インシデント・オカレンスレポートは、電子カルテの報告システムを利用してリアルタイムに医療安全管理者が確認し、医療安全管理委員会で検証しており、再発防止に努めている。

患者の確認は、患者に氏名を名乗ってもらうことを原則としており、これに加えて診察券やリストバンドを併用している。手術室では、タイムアウトとマーキングを実施し、検体の取り扱いにおいては複数職員でのラベルの氏名確認を行い、チューブの誤認防止策も確実である。医師の指示出しや看護師の指示受けおよび実施は確実であり、口頭指示については、やむを得ない場合のみ、口頭指示メモ用紙を用いて行うルールになっている。パニック値を定め、認められた場合には直接主治医に連絡する体制を整備している。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を確実に行っている。ハイリスク薬を病院で規定し、麻薬・劇薬・毒薬などとともに安全に管理・使用している。抗がん剤やカリウム製剤の使用ルールも適切であり、副作用情報も薬剤部で集約している。

転倒転落については、入院時にアセスメント・スコアシートを用いて危険度を予測しており、発生時にはフローチャートに基づいて初期対応し、随時医師が診察を行うシステムが定着している。医療機器は中央管理しており、使用後は速やかに返却して点検・補修を確実にやっている。各種機器の使用マニュアル等を整備し、職員向けの教育・研修を開催している。院内の緊急事態発生時には緊急放送で対応し、実施手順は職員ハンドブックに記載している。救急カートは院内で統一した内容とし、カート内の薬品も定数管理している。BLS ワーキンググループが講習会を企画・開催し、全職員が受講できるように取り組んでいる。医療事故発生時の対応マニュアルを整備し、医療事故発生時の対応手順を定めている。また、「医療事故調査制度対象事例チェックシート」に基づいて、死亡事例全例についての検証を行っている。病院賠償責任保険への加入や、警察・行政への届け出、マスコミ対応、訴訟時の対応も整備している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として感染管理室を設置している。感染対策委員会の下に ICT が組織され、感染リンクナース委員会と連携して活動している。院内感染対策指針に基づいて、感染対策マニュアルを定め、マニュアルは項目ごとにわかりやすくまとめたうえ、適時に改訂を行っている。ICT は医師、ICN、薬剤師、臨床検査技師のメンバーで構成しており、定期的に各部署をラウンドし、記録を作成している。さらに、近隣の医療機関と合同ミーティングや相互訪問を定期的実施するなど、感染制御に向けた体制と活動は適切である。ICT は院内外の感染発生状況を収集し、分析・検討のうえ、周知して、情報共有に努めている。主要な医療関連感染については、定義を定めて把握している。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに定義・対応手順を整備し、実際のアウトブレイク発生時には迅速・的確な行動を取った実績がある。

医療感染制御に関する指針やマニュアルを整備し、手指衛生、PPE、経路別予防策をマニュアルに沿って運用している。抗菌薬の適正使用については、AST が中心となって推進している。特定の抗菌薬については届出制として、届出率は 100% である。また、アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。さらに、AST は入院患者の抗菌薬使用状況を定期的なラウンドにて把握・検討し、抗菌薬使用について問題がある患者には、主治医に直接コメントしてフィードバックを行っている。各診療科の経口第三代セフェムの使用方法や、術後の抗菌薬投与期間にも助言指導を行い、必要最小限の使用としているなど、抗菌薬の適正使用に係る取り組みは優れており、高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報はホームページや広報誌、「入院のご案内」などにより発信している。各部門の紹介や病院指標はホームページで公開しており、庶務課広報室で一元管理するとともに、随時更新する仕組みを構築している。また、広報誌「すまいるみと」を発行し、患者や医療機関へ配布している。病院ホームページの更新

の仕組みや広報誌の発行頻度については、今後の検討を期待したい。地域連携室に専従の職員を配置し、紹介元および紹介先の医療機関情報を一元管理している。連携の登録、症例検討会の開催、医療関連施設への訪問などを実施して、顔の見える連携を円滑に進めている。地域住民や患者を対象とした健康増進に向けた取り組みは、茨城放送が放映する茨木厚生連の番組を通じて提供している。院外活動の一環として実施する「まちなかセミナー」による医療に関する講演会の開催など、地域に向けた教育・啓発活動を病院の役割・機能に応じて実施している。地域包括ケア病棟を開設し、在宅復帰に向けた取り組みの強化を図るとともに、地域医療支援病院に承認され、地域の医療機関を支援する中心的な役割を果たしている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関受付前にコンシェルジュを配置して、初診・紹介患者の受け入れなどを円滑に行っている。また、感染症や緊急対応が必要な患者にも適切に対応している。外来担当医は、患者情報を適切に収集し、患者を診断している。必要時には他の診療科の医師などに相談できる体制もある。侵襲を伴う検査には、必要性とリスクに関して患者・家族に説明し同意を得て、施行している。リスクが高い検査では、医師が直ちに対応できる体制がある。入院の決定は、外来での診察結果や患者情報を検討・判断のうえ、同意を得て行っており、ベッドコントロールの仕組みも確実である。

診療計画は、多職種で患者・家族の希望に配慮しながら作成し、定型的な治療にはクリニカル・パスの活用がある。外来に設置した「患者さま相談窓口」が患者・家族の相談窓口として中心的役割を果たしている。予約入院患者の場合は決定時に各科外来より必要物品、入院中の生活、感染や安全に関する防止策など詳細に記載した「入院のご案内」を用いて事前に説明を行っている。中止薬の管理や費用負担などについても、確認・説明を行い、患者・家族の不安軽減に努めている。医師は定期的に診療科内でのカンファレンスや他職種とのカンファレンスを実施しており、医師間および多職種で情報を共有し、その内容を電子カルテに記載している。診療計画書や退院時サマリーなど、必要な書類の作成も迅速に行っている。病棟の看護業務は、看護基準・看護手順等に沿って実施している。入院時には、看護基本情報から身体的・精神的・社会的側面での患者のニーズを把握して看護計画を立案・展開している。薬剤師は薬歴・持参薬管理、処方管理を適切に行い、服薬指導を積極的に行っている。入院患者の服薬にあたっては、薬剤の自己管理が可能か否かをアセスメントし、配薬レベルを決定している。内服時の服薬確認や抗菌薬や抗がん剤投与時の観察についても確実である。血液製剤の受け渡しは技師・看護師でダブルチェックを実施し、輸血実施中・実施後の状態・反応もカルテに記載している。

手術については、医師が手術の適応や術式について検討し、その内容をカルテに記載している。タイムアウトを確実に実施し、術後は安全に配慮して患者を病室に搬送している。入室基準、重症度に応じて病床の選択を行っており、ICUや各病棟に設置された個室と一体運用している。入院患者全員に日常生活自立度を判定し、褥瘡発生リスクを評価し、マニュアルに沿って褥瘡の予防・治療を行っている。管理栄養士はスクリーニングで問題があると判断した患者に対して、栄養管理計画書を立案し、栄養課題として対応策を検討している。疼痛レベルの評価を共有するためのスケールとして、フェイススケールとNRSを導入している。

リハビリテーションについては、主治医が適切な時期にリハビリテーション科に依頼し、療法士は患者や家族の希望を聞き、ゴールを設定してリハビリテーション総合実施計画書を立案し、同意を得て実施している。身体抑制が必要と判断された場合は、マニュアルの記載手順に沿って実践し、実施中の観察も確実に記載しており、おおむね適切である。退院支援の必要があると判断した場合には、支援内容を検討し、必要な指導や試験外出を実施している。また、「退院支援計画書」を多職種で作成し、随時診療・ケア計画の見直しを実施している。後方病院や介護施設にも適時に情報提供し、患者ニーズに沿った支援を実施している。ターミナルステージの判定は主治医が行い、患者・家族の意向を可能な範囲で尊重し、診療・ケアに努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査・調剤鑑査・薬歴管理を確実に実施している。院内医薬品集はイントラネットで閲覧でき、薬剤業務管理委員会に変更があれば、遅滞なく更新している。臨床検査機能については、検査指示、検体採取、検査の実施、電子カルテでの検査結果報告を遅滞なく正確に行っている。画像診断部門では、CT・MRIなど必要な検査をタイムリーに実施しており、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応可能である。診療放射線技師は、定期的に勉強会を開催し、知識・撮影技術の向上に努めている。

栄養管理機能は、栄養部が直営で運用を行っている。サービス向上委員会を中心に業務改善などについての検討し、質改善や食事内容の充実に取り組んでいる。リハビリテーション部門は整形外科医師を責任医師として、必要な療法士を配置し、継続したリハビリテーションが行われるよう取り組んでいる。機器の始業前の確認や保守・点検も適切に実施しており、リハビリテーションの中止基準についても部署内で定めて遵守している。診療情報は診療情報管理室において一元的に管理している。診療録の量的監査もすべての入院患者に実施し、欠落が生じている場合は、適切に補完・整備する仕組みがある。病棟・外来で使用する医療機器は中央管理を行うと共に、点検や使用中の作動・設定確認や使用時の指導を行っている。医療機器管理室が狭く機器が混在している中でも工夫を凝らした整理整頓をしていることや、透析室において災害時用マニュアルを整備していることは評価できる。

病理専門医、非常勤医師、臨床検査技師で病理診断を行っている。病理医は剖検やCPCなどにも積極的に取り組んでいる。放射線治療部門は、治療装置としてトモセラピー放射線治療装置を整備している。治療が開始されるまでの過程は確実であり、照射時には専門職同士によるダブルチェックを欠かさず行っている。輸血、血液製剤については、おおむね適切に取り組まれている。手術部門においては、術中・術後の患者の状態を電子カルテに適時に記載しており、手術終了後は必要に応じて麻酔科医が定められた基準に従って、確認後に退室しているなど、適切である。

救急重症疾患および全身麻酔手術後患者を主な対象として、救急科医師と各診療科医師との協働で患者の診療を行っている。多職種カンファレンスを毎日行い、それぞれの職種が患者に必要なケアと介入を行っている。救急部は、年間約4,600台の救急搬送を受け入れており、地域連携室を通じて紹介患者の受け入れもスムーズに行っている。児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応手順を整備し、遵守している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理、財務諸表の作成、会計監査、経営分析を適切に実施している。医事業務は、レセプトの作成をはじめ、点検・返戻・査定に医師が関与し、施設基準への対応にも組織的に取り組んでおり、未収金回収にも努力している。業務委託については、業務企画改善委員会において、業務委託の質改善に取り組んでいる。委託業者に対する教育や事故発生時の対応手順も明確である。

病院施設・整備は管理責任体制が明確であり、日常点検から保守管理に至るまで、計画的に実施している。廃棄物の処理・管理も適切であり、院外における最終処分場の現場確認も実施している。物品の管理については適切な取り組みを行っており、ディスプレイ製品の管理も適切である。緊急時の責任体制や連絡体制を明確にしており、マニュアルには災害発生時、停電時、大規模災害時の対応について明記し、定期的な訓練を実施している。衛星電話、自家発電設備、備蓄などを適切に確保している。保安業務体制は、火災、盗難、不審者をはじめ、暴力・暴言など様々な事柄への対応に努め、患者・家族、職員の安全確保の取り組みを確立している。

11. 臨床研修、学生実習

各種専門職種における初期研修は、基本的な能力を身につけるための方針や計画・評価などをまとめた「新採用職員育成制度運用マニュアル」を作成し、新人育成プログラムに沿った研修を実施している。また、看護部や放射線部、リハビリテーション部など一部の専門職においては、それぞれの専門的なプログラムを作成し、新人の計画的教育に努めている。医師においては、市中病院と大学病院の協力関係による診療体制・臨床研修体制を構築し、実践している。臨床研修管理委員会やレジデントサポートミーティングを定期的で開催し、研修内容の評価や見直しな

どに取り組んでおり、専門職に応じた初期研修を適切に行っている。

学生実習は、医学生や看護学生、コメディカルなど、多くの学生実習を受け入れている。臨床研修指定病院であることをホームページや「卒後臨床研修案内」、「入院のご案内」などにより周知するとともに、実習の目的や内容について患者などに同意を得ている。学生実習の受け入れは、関連部署が直接学校など依頼元との間で取り決め、実習中の事故発生時や職業感染などの対応も含め、各プログラムに沿って実習指導者が指導し、評価を行っている。

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・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	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	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
1.4	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	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	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	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	S
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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	B
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	B
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	B
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	B
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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2019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： 総合病院 水戸協同病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）
 I-1-4 所在地： 茨城県水戸市宮町3-2-7

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	389	312	+0	81.6	10.8
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	389	312	+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)	6	+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	28	+3
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		
地域包括ケア病床	40	+40
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(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： 15人 2年目： 14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

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	0	0	274.89	38.97	143.41	51.77	12.04	12.79	0.00	0.00
呼吸器内科	5	0								
循環器内科	6	0.03								
消化器内科 (胃腸内科)	4	0.39								
腎臓内科	2	0.08								
神経内科	2	0.28	15.80	2.24			0.95		6.93	
糖尿病内科 (代謝内科)	5	0.3								
血液内科	0	0.09								
皮膚科	3	0.09	59.45	8.43	3.41	1.23	16.15	13.23	19.24	1.10
リウマチ科	1	0.1								
感染症内科	0	0.1								
外科	7	0.2	29.12	4.13	24.23	8.75	4.76	10.96	4.04	3.36
乳腺外科	1	0.18								
泌尿器科	1	0.16	23.32	3.31	2.24	0.81	11.13	5.71	20.10	1.93
脳神経外科	2	0.38	20.35	2.88	5.68	2.05	18.18	23.04	8.55	2.39
整形外科	10	0.53	138.96	19.70	72.43	26.15	13.05	15.92	13.20	6.88
形成外科	0	0.29	2.84	0.40			11.59		9.78	
眼科	3	0.24	59.50	8.43	3.91	1.41	6.77	4.03	18.36	1.21
耳鼻咽喉科	4	0.1	49.36	7.00	19.63	7.09	23.58	8.32	12.04	4.79
婦人科	0	0.35	7.42	1.05			30.55		21.20	
リハビリテーション科	1	0								
放射線科	1	0.81								
麻酔科	4	0.18	5.34	0.76			0.45		1.28	
病理診断科	2	0								
臨床検査科	1	0								
救急科	2	0.57								
歯科口腔外科	1	0	19.10	2.71	2.09	0.75	19.42	6.55	19.10	2.09
総合診療科	18	0.19								
健康管理科	2	0								
研修医	29									
全体	117	5.64	705.43	100.00	277.02	100.00	12.85	12.31	5.75	2.26

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	705.43	713.86	740.99	98.82	96.34
1日あたり外来初診患者数	90.66	99.47	103.86	91.14	95.77
新患率	12.85	13.93	14.02		
1日あたり入院患者数	277.02	273.17	269.85	101.41	101.23
1日あたり新入院患者数	22.54	22.58	22.67	99.82	99.60