

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 2 月 27 日～2 月 28 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、大正 8 年に開設された病院に端を発して以来、地域に根差した病院として永年にわたり医療活動を継続してきた。昭和 23 年、農協法の施行に伴い、現厚生連が設立された以後は、地域の変遷に合わせて近代化と病院機能の拡充を加速させ、水戸医療圏における基幹病院の一つとして現在に至っている。貴院の特色でもある、医師の教育訓練施設として平成 20 年には近隣大学と協定を締結し、総合病院と近隣大学の附属病院地域医療教育センターとしての 2 つの名称を併せ持つ施設に位置付けられている。病院としての機能面では数多くの診療科を備え、地域医療支援病院として幅広い傷病に対応するとともに、救急医療、がん診療にも積極的に取り組んでいる。また、近年では内科系を中心に各領域の医師が互いに情報を共有・連携し、医療機能を集約した総合診療体制を実現している点は特筆できる。

これまで病院機能評価の受審を継続しながら、質の向上に積極的に取り組んできたところであり、今回の審査では、「サービス向上・パブリック・リレーションズ委員会」を立ち上げ、課題を検討するなど業務改善を推進する仕組みが機能していることが確認できた。審査全般において、数多くの評価項目が達成すべき水準を満たしている状況であったが、新たに見出された課題についても改善のきっかけとして捉え、地域医療のさらなる充実や患者満足度の向上に努められるよう期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすい言葉で明文化し、院内外に周知している。病院規模や機能に相応しい組織体制であり、必要な会議体や委員会が機能している。病院

運営は、中期計画を策定し、進捗管理シートによって実績評価を行っている。様々なデータの管理を徹底し、診療実績や臨床指標の公表に活用している。文書管理は、規程に基づき行っている。

法令や診療報酬の人員基準を満たす職員を配置している。採用は計画的に行っている。人事・労務管理に関する各種規程を整備し、時間外勤務の縮減に努めている。安全衛生管理に関する課題を定期的に検討し、職場環境の向上に努めている。職員が気軽に意見や要望を伝える仕組みがあり、改善に活用されている。

全職員向けの研修を計画的に開催し、受講率の維持に努めている。医師・看護師の能力評価の仕組みが確立している。各種専門職の初期研修体制を整備している。医師の臨床研修体制は評価できる。多数の実習生を受け入れており、カリキュラムや評価方法は事前に養成校と確認している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を規定、明文化しており、ホームページ等で明示、周知を行っている。求められた診療情報開示は全例で行っている。説明と同意に関する方針は、「インフォームドコンセントの指針」に明記し、同席後記録に残している。患者への情報は、医療情報を得る手段として、病院広報誌や病院ホームページ、院内掲示で案内している。患者支援体制は、患者相談窓口を設置して社会福祉士が各部署と連携しながら患者・家族の相談に対応している。患者の個人情報保護規定を策定し、セキュリティ管理を徹底しながら個人情報の利用を適切に運用している。臨床における課題に対する病院の方針が明文化され、職員へ周知している。臨床上の倫理的な課題は、多職種カンファレンスで検討しているほか、記録に残して多職種と情報を共有し、解決に向け取り組んでいる。

病院へのアクセスは利用者の利便性に配慮されており、施設は高齢者や障害者の安全性・快適性に配慮されている。病室は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、採光・照明にも十分配慮している。敷地内禁煙の方針が周知されており、患者や職員への禁煙教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

継続的に病院機能評価を受審し、業務の質改善に取り組んでいる。タスクシフトの検討、職員からの業務改善提案の収集などを行っている。各種立ち入り検査には適切に対応している。多くの症例検討会が開かれ、多職種の参加する会も積極的に開催している。クリニカル・パスの活用、改善も行っている。今後は臨床指標の分析、活用が期待される。患者・家族の意見の活用は、意見箱を設置して積極的に収集し、対応している。患者満足度調査は委員会で話し合われ、医療サービスの向上に向けて活動している。新規医療技術の導入について、倫理委員会で審議を行うように規程を整備している。研究倫理審査は指針に沿っている。

病院入口に、病院責任者や各診療科医師名を掲示している。病棟では掲示板に病棟責任医師・看護師長・薬剤師・管理栄養士等を統一した様式で掲示されている。診療録の質的点検を行っており、退院時サマリーは概ね2週間以内に記載してい

る。記載の漏れや遅れが見られるケースがあったため確認が望まれる。多職種カンファレンスが積極的に行われ、患者の情報共有と方針等の検討を行う仕組みが機能している。

5. 医療安全

多職種で構成された医療安全管理委員会が病院長直下の医療安全管理と連携して、組織的に医療安全対策に取り組んでいる。インシデント・オカレンス発生時には遅滞なく報告が行われ、警鐘事例などは科学的手法で分析を行い、事故予防に繋げている。医療事故の発生等については手順が定められ、医療コミュニケーター等が患者・家族へ対応する体制がある。

患者氏名の呼称と生年月日、リストバンドを用いた患者認証を行っている。手術・内視鏡検査時にはタイムアウトを実施している。指示出し・指示受け・実施の手順を定め、口頭指示の統一書式を整備している。未読レポートを追跡するシステムがあり、未読を把握・指導する体制を確立している。医薬品安全使用のための手順書を整備し、薬剤の誤処方、重複投与等のリスク回避対策を行っている。薬剤を取り扱う職員を対象とした研修を実施している。麻薬保管庫と向精神薬保管庫の鍵は、責任者が常時携帯して厳重に管理している。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、予防の看護計画を実践している。転倒・転落発生時にはフローに従って対応している。臨床工学技士は、医療機器安全使用の研修を計画的に実施している。また、使用中の医療機器の作動確認を毎日実施している。救急コードを定め、職員に周知している。全職員対象のBLS訓練を開催している。救急カートの内容を統一し、管理方法も共通化している。

6. 医療関連感染制御

専従ICNが配属された感染対策室や多職種で構成されるICTが組織され、院内感染管理委員会やリンクスタッフ会が設置されており、医療関連感染制御に向けた体制を整備している。院内感染やCLABSI等の医療関連感染の発生状況は、日常のサーベイランスで把握され、院内への周知とともに分析に基づいた対策が図られている。近隣の医療機関や地域で発生している感染症の情報を収集し、院内感染対策に役立てている。個人防護具の使用や感染経路別予防対策をマニュアルに則って実践している。

手指衛生のモニタリングとして擦式アルコール消毒剤の使用量を測定し、実施率向上に取り組んでいる。ICTやICNは院内ラウンドを実施し、感染制御の実施状況を把握し、支援を行っている。抗菌薬治療の使用指針を整備し、抗菌薬の採用・採用中止は薬剤業務管理委員会で検討している。広域抗菌薬は許可制とし、使用状況を常時監視している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、入院案内、ホームページや広報誌などを活用して行っている。地域連携室では外来診療表や各科の取り組みなどを近隣医療機関や登録医へ毎

月郵送して病院の機能を発信している。年報を毎年作成し、各診療科の紹介、診療実績などを掲載して関連施設へ配布している。地域の医療機関や医療関連施設との連携は、地域連携室が担当となり、前方および後方支援業務を行っている。行政や医師会との地域連携室運営委員会の開催、近隣医療機関との連携協議会を開催して医療連携を円滑に進めている。地域医療支援病院として、紹介・逆紹介を高める取り組みをしている。地域住民への健康増進活動では、商店会や市のイベントに医師や看護師が参加して健康相談を行うなど地域に密着した活動をしている。地元放送局のラジオ番組を通じて、医療や健康に関する情報を提供している。近隣クリニック医師向けの医学的なレクチャー開催や地域医療フォーラムを開催し、医療に関する教育・啓発活動に取り組んでいる。

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受診できる体制を整備している。問診表、看護師からの聞き取り、他院からの紹介状や付随データ等により必要な情報を収集している。診断的検査は、必要性が担当医により適切に判断され、説明と同意、安全対策を行っている。入院は医学的判断に基づいて決定している。入院診療計画書は速やかに作成し、患者・家族へ説明のうえ同意を得ている。患者相談窓口を担当者を配置し、院内外の専門職や関係機関と連携を取りながら患者支援に当たっている。入院手続きの方法、設備、備品等の必要な情報を案内し、円滑に入院できる体制を整えている。

医師は、担当医チームを構成して、回診やカンファレンスなどを適時実施し、医療者間の情報共有が行われている。看護師は、看護基準・手順に則り、業務を実施している。病棟に薬剤師が配置され、薬歴確認や服薬指導を実施している。抗菌薬投与時の観察が初回投与時のみに限定されており、安全な観察体制の検討を期待したい。輸血時にマニュアルに沿って説明、検査、観察等を行っている。周術期には、術前検討、説明、安全対策、合併症対応を行っている。重症患者は基準に沿って集中治療室で治療している。褥瘡危険因子の評価を行い、予防対策を実施している。栄養スクリーニングスケールを行い、状態に応じてNSTが介入し、多職種のカンファレンスで食形態を検討し、提供している。緩和ケアスクリーニングを実施し、緩和ケアチームの介入を必要とする患者・家族へは、STAS-J評価の結果をもとに、多職種で情報を共有している。リハビリテーションは、患者の病態・個別性・要望に配慮した実施計画書を作成し、必要性やリスク等について患者・家族に説明し、同意を得てから実施している。看護部せん妄・認知症委員会と院内身体拘束適正化委員会を中心に、身体拘束の最小化を目指している。入院前より療養上の問題点を早期に抽出し、退院支援につないでいる。退院後も外来での診療ケアが必要となる患者は、退院サマリーで情報を共有し、ケアを継続している。訪問看護事業所等の担当者と必要に応じて退院前カンファレンスを行っている。ターミナルステージの判断と対応は指針に基づいて行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、薬剤管理や投薬の準備等に積極的に関わり、患者への安全・適切な薬剤提供に努力している。臨床検査部門では、病棟採血におけるパニック値を直接医師に伝達している。画像診断部門は、至急検査を含む検査依頼に積極的に対応している。造影検査に対して、安全性を担保する仕組みがある。放射線科医による読影が行われているが、読影率の向上を期待したい。報告書の未読対応は、既読管理システムを用いて確実に行っている。衛生管理を徹底して食事を提供している。リハビリテーション部門は、急性期・維持期における疾患別リハビリテーションを継続的に提供できる体制を整え、心臓リハビリテーション指導士の有資格者が心不全チームの活動に積極的に関与し、病態の改善に貢献している点は秀でている。診療情報管理機能は、診療情報管理室で規定を定めて運用している。医療機器は、ME機器中央管理室で一元的に管理し、計画的に保守点検を実施している。洗浄・滅菌器の始業前点検と、インディケーターを用いて滅菌の質保証を行っている。

病理診断機能は病理部門で適切に発揮している。放射線治療部門は、非常勤の放射線治療医を含む専門チームにより、安全で質の高い放射線治療が提供できる体制が整っている。輸血部門は臨床検査部内にあり、輸血製剤の管理、検査、記録を確実に行っている。手術のスケジュール管理、安全対策、機器管理の状況は良好である。集中治療室には専任医師や必要器材を配置し、入退室基準に従って運営している。二次救急指定病院として、救急の応需、診療、管理が行き届いている。

10. 組織・施設の管理

財務は厚生連本所の方針をもとに庶務課が事業計画などを把握して予算作成し、厚生連本所へ報告して決定している。予算管理や売上分析を毎月行って経営改善につなげている。請求業務や査定に医師が関与している。未収金はマニュアルを作成して適切に管理している。また、施設基準の適切な維持や経営改善のデータ提供に取り組んでいる。業務委託は庶務課が管理し、関連部署と委託の検討や事業者選定を行って管理会議で決定している。委託業者へ研修を実施し、事故発生等の手順を定めている。

マニュアルに沿って施設・設備の管理を行い、法定点検の結果は遅滞なく監督官庁に届け出ている。感染性廃棄物の保管状況は、感染管理室の専従看護師も確認している。医薬品を含めた物品は、厚生連で共同購買している。物品や高額医療機器の購入は適切に検討されている。物品管理システムの導入、棚卸により適正在庫に努めている。

火災、停電、大規模災害発生時のマニュアルを整備し、連絡・責任体制を明確にしている。発災時の電力、通信手段を確保し、食料・飲料水等を備蓄している。警察OBの保安担当者を配置し、夜間は当直者が巡回、施錠管理等を行っている。防犯カメラや警察への通報装置を設置して保安体制の強化を図っている。

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	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	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	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	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	B
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	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	B
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	S
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	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	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	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 8 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	369	312	+0	75.9	11.1
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	369	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	29	+0
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	+0
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

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： 16 人 2年目： 15 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

