

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3月6日～3月7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

貴院は日立製作所の企業立病院として開設され、70年以上の歴史を持つ。地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、臨床研修指定病院（基幹型）などの指定を受け、地域の中核病院として発展してこられた。基本理念のもと、地域に開かれた病院として、患者本位の医療を目指して取り組んでいる。地域の医療・保健・福祉機関との相互連携を強化し、地域住民と医療従事者などとともに学び、知識向上につなげており、評価できる。今回の更新審査結果を活用のうえ、貴院が一層の発展を遂げられることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明確であり、周知含めて適切である。病院管理者は病院運営上の課題を明確にして、課題克服・目標達成に向けて、全職員対象に院長講話やISOを通じ目標達成に向けた取り組みを行っているなど、病院幹部のリーダーシップを適切に発揮している。病院の意思決定会議が適切に開催されている。中期経営計画に基づき年度計画、年度重点施策が立てられている。情報システムは規程を遵守し適切に管理されている。文書は、基準を定め、総合マネジメントシステムマニュアルの中で文書承認の仕組みがあり、おおむね適切に管理されている。

病院は法定人員を確保しており、人員確保などを含め適切である。人事・労務管理では、就業規則などの規程が周知されている。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会を開催しており、取り組みの内容も適切である。職員の意見や要望については、職員満足度調査の実施・検討・改善の取り組み、労働組合と労働条件などの協議を行う場がある。また福利厚生も充実しており適切である。

病院として必要な全職員対象の研修会については、計画に基づきおおむね適切に実施している。職員の能力評価・能力開発は、グローバルパフォーマンスマネジメントを実施しているほか、総合マネジメントシステムの運用に必要な力量を明確にするために、力量向上計画シートを活用するなど、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、院内外への周知を含め適切である。説明と同意について、方針・説明内容・説明と同意の範囲、病院側の同席者のルールおよびセカンドオピニオンなどが明文化されている。患者との情報共有と医療への参加の促進は必要な情報収集や各種説明書、クリニカル・パスの活用、誤認防止への協力要請などを含め適切である。患者支援体制では社会福祉士や看護師、臨床心理士などと多職種が連携し多様な相談に応じている。

患者の個人情報、プライバシーについては、プライバシーマークの認定施設であることを含め適切に保護に努めている。臨床倫理指針を定め病院としての対応を明確にしている。また、現場で解決困難な倫理的課題については、倫理コンサルテーション依頼書にて、委員会で検討する仕組みもあり適切である。

病院施設は患者・面会者の病院へのアクセスなどを含めた利便性や、病院内の快適性に配慮している。また、車椅子などの配置および整備、安全に配慮したトイレや浴室などを含め、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。地域がん診療連携拠点病院であり敷地内禁煙である。職員の喫煙率も低下してきているなど、受動喫煙防止対策はおおむね適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見については、意見箱や入院・外来患者満足度調査から収集し、適切に検討して改善に向けた仕組みがある。診療の質向上に向けた取り組みについて、キャンサーボードや救急症例検討会、臨床病理検討会などが積極的に行われており、おおむね適切である。業務の質改善への取り組みは、ISO9001 認証の取得、部門ごとの品質管理上の目標の設定、発表会の開催などを継続的に行っている。新たな診療技術の導入や薬剤の適応外使用の可否、臨床研究に関する倫理的審査等は、委員会で審議する仕組みであり適切である。

病棟における診療・ケアの管理・責任体制は明確となっている。診療記録の記載では、今後、質的点検の充実と退院時サマリーの作成率向上について検討が期待される。多職種協働の取り組みとして、組織横断的な各専門チームが積極的に活動している。

5. 医療安全

院長直轄の、TGM 統括室に安全管理センタを設置し、安全管理者を含め体制は適切である。医療安全管理指針・安全運用マニュアルを整備し、改訂も行っている。収集したインシデント・アクシデントレポートは、医療安全管理者が収集・分析し、各部署へ情報共有している。医師の報告件数は増加傾向であり、3b 以上の事

例は是正処置・予防処置報告書により事例分析・対策検討を行い、効果判定を継続する取り組みを行っている。

患者の確認は、患者氏名、生年月日により確認を行い、検査室などでは診察券や伝票との照合もあわせて確認している。入院ではリストバンドによる認証システムによる確認がなされており、放射線治療室では顔認証システムを導入し治療時確認している。手術室などはマーキングやタイムアウトを実施している。情報伝達エラー防止について、電子カルテによる指示出し・受け・実施・実施確認の流れは、口頭指示の手順を含め確立している。麻薬、向精神薬、ハイリスク薬はおおむね適切に管理され、薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーチェックなどのリスク回避を処方鑑査により実施している。抗がん剤のレジメン登録・管理も適切であり、調製・混合は全て薬剤師により安全キャビネットを使用し行っている。

転倒・転落防止対策は、入院時に全患者対象に状態をアセスメントし、リスク評価を行い適切にケアにつなげている。病棟の主な医療機器は臨床工学技士が管理し、新しい医療機器導入時の研修も開催するなど、適切である。急変時の対応については、院内緊急コードを設定しており、各所に配置している救急カートも適切に整備されている。全職員対象の CPR 訓練を義務付けており、必要な部署ではシミュレーション訓練も定期的実施しており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会（ICC）を設置して、副院長を委員長とし、ICN を中心に各部門代表者により委員会を構成している。委員会のもと感染管理部会に感染制御チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置し活動している。ICT は耐性菌サーベイランス・抗菌薬使用状況等の把握を行い、定期的に感染防止対策の質向上に向けて検討し助言を行っている。また、定期的な環境ラウンドや手指消毒剤使用量・个人防护用具着用率測定により評価・フィードバックしている。アウトブレイクへの対応も整備し、院外の感染関連情報についても収集して、職員への情報共有を行っている。

抗菌薬は指針に沿って使用しており、カルバペネムとニューキノロン、抗 MRSA 薬は届け出制で運用している。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）も適切に活動を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の必要な情報発信は、広報誌やホームページにより行っている。ホームページの内容は充実しており、外来受診の方法や入院時の手続き、診療科紹介、臨床指標などを適切に広報している。地域連携については、紹介患者受け入れや逆紹介、返書対応など一元管理を行っている、登録医との連携を図り、登録医訪問や地域医療連携推進大会の開催などによって、意見交換や情報共有、地域の状況を把握している。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動として、市民対象に市民公開セミナーや健康教室の開催、市内小中学校でのがん教育の出前授業の実施などを行っている。また、地域の医師をはじめ医療従事者に対し、地域医療連携推進大会や学術講演会、地域の福祉施設などに医師や認定看護師等を講師として派遣しているなど、適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内を設置して、看護師等が常駐し患者の相談や受診に関するトリアージを行っている。初診や再来患者、紹介状を持参した患者の手続きを含め、受付から外来診療への流れは良好である。診断的検査では検査の必要性の判断や十分な説明を行い、同意を得ている。入院の必要性は診察、検査結果などから判断し、患者・家族に説明・同意を得て入院を決定している。入院診療計画書は各種リスク評価の結果を踏まえて迅速に作成し、患者・家族に説明している。患者サポートセンターの看護師が、相談内容により担当者に振り分けを行い、多岐にわたる患者・家族からの相談に適切に応じている。

医師は毎日回診し診療記録への記録を確実に行っており、必要なカンファレンスに出席しチーム医療の中心的役割を果たしている。看護師の病棟業務は看護管理マニュアル、基準・手順に基づき日常生活援助や診療補助業務を行っており、入院時のデータベースで病態や患者ニーズをつかみ必要なケア計画を立案している。各病棟に担当薬剤師を配置し、持参薬管理、薬剤管理指導などを行っている。輸血は血液製剤の使用指針に従って適応の判断、製剤の検討を行い、説明と同意を含め確実・安全に実施している。周術期の対応では、手術・麻酔の適応と方法はカンサーボードや外科系診療科カンファレンス、麻酔科医による術前診察を通じ適切に検討している。術後患者で集中治療が必要な患者は、HCU ならびに ICU にて適切に治療を行っている。

褥瘡に関しては、全患者入院時にリスク評価を行い、リスクに応じた褥瘡対策計画書を作成し予防対策と治療を適切に行っている。栄養管理と食事指導では栄養状態、摂食・嚥下リスク評価、アレルギーなどの把握を行い、栄養管理計画、栄養食事指導を行っている。症状緩和、リハビリテーション、身体抑制の取り組みはいずれも適切に行われている。特に身体抑制については、抑制ゼロを目指し取り組んでいることは評価できる。退院支援に関して、入院時に退院スクリーニングを行い、入院早期からリンクナースや退院支援員、退院調整看護師などが介入する仕組みがある。継続療養の必要性がある場合は、看護サマリーや退院支援計画書を活用し、病棟看護師による退院前訪問と退院後訪問を行っていることは評価できる。ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬務局は24時間体制であり、処方鑑査、疑義照会、抗がん剤やIVHの調製・混合、注射薬1施用ごとの取り揃えなどの対応を含め、適切に機能を発揮している。地域の診療所や調剤薬局と地域PBPMを実施して、残薬情報を地域で共有する仕組みを構築し、残薬をゼロにする取り組みは評価できる。検査技術科、放射線技術科は24時間体制であり、適切に機能を発揮している。

栄養室では衛生面に配慮し、患者の特性に合った食事を適切に提供している。リハビリテーション科では脳血管疾患、運動器、呼吸器、心大血管のリハビリを適切に実施している。診療情報管理は、利活用を前提とした診断名や手術名のコーディングを含め適切に機能を発揮している。臨床工学科では主な医療機器について一元管理をおおむね適切に行っている。洗浄・滅菌については、中央滅菌室において滅菌の質の確保、保管・管理などを含め適切に機能を発揮している。

病理診断機能は病理医、細胞検査士の体制により組織診、細胞診、術中迅速診断を適切に実施しており、ホルムアルデヒドなどを扱う作業環境や保管・管理も適切であり、機能の発揮状況は優れている。放射線治療機能は放射線治療医、放射線治療品質管理士や医学物理士、看護師の体制を含め、適切に機能を発揮している。輸血・血液管理は血液の保管・管理や血液廃棄率低減に向けた取り組みなど、適切に機能を発揮している。手術室は麻酔科医を含めた体制を確立し、看護師によるチェックシートを用いた術前リスク評価を麻酔科医と共有して、手術ケア改善のために術中看護の多面評価を行っているなど、手術・麻酔機能を適切に発揮している。集中治療機能はICU、HCUを設置し、体制を含め適切に機能を発揮している。救急医療機能では、24時間体制により年間数多くの救急車の受け入れを行っていることは評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理について、企業会計原則に基づく会計規則に則り、会計処理、予算を作成して、日立製作所病院統括本部にて統合し決定している。医事業務は窓口業務、レセプト業務、未収金などの業務を含めて適切である。業務委託は適切に行っている。物品管理では医薬品や診療材料、給食材料などの物品購入の仕組みを含めおおむね適切に管理しており、単回使用製品の再利用は禁止の方針を出している。

大規模災害時の対応を含め災害時の対応は適切に整備されている。またDMATを有しており、事業継続計画も整備している。夜間・休日の体制、緊急時の対応、暴力への対応などを含め保安業務は適切である。医療事故等対応については、初期対応フローにより手順化されている。重大事故発生時の報告体制、院内事故調査委員会の開催、マスコミへの公表基準など、含め適切に整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については基幹型臨床研修指定病院として、教育・研修センターを設置し、研修プログラムに基づいた臨床研修を実施している。研修医が単独で行ってよい処置・処方基準に基づき、診療行為にも取り組んでいる。EPOCにより研修医と指導医の相互評価や看護師、薬剤師等による360度評価を行っている。看護部はプリセプター制度による新人教育がなされており、他部門も指導者による技能評価によって教育する仕組みがある。IVナースの院内資格制度があるなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

医学生、看護学生をはじめ薬剤師、その他医療職など多くの学生実習を受け入れている。病院としての窓口を設置し、実習依頼や委託契約の締結などの必要な書類を取り交わし、守秘義務、損害賠償などの対応について取り決めているなど、学生実習を適切に受け入れている。

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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	B
-------	-----------------	---

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： 2017年 4月 1日～2018年 3月 31日
 時点データ取得日： 2018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： 株式会社 日立製作所 ひたちなか総合病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 会社
 I-1-4 所在地： 茨城県ひたちなか市石川町20-1

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	300	300	+0	83.9	14.8
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	2	2	+0	0	0
総数	302	302	+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)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
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	12	-2
小児入院医療管理料病床	18	+0
回復期リハビリテーション病床	50	+0
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		
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), がん診療連携拠点病院(地域), 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： 10人 2年目： 10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

