

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 10 月 12 日～10 月 13 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 1910 年に水戸陸軍衛戍病院として創設され、1945 年に厚労省に移管された後に幾多の変遷を経て、国立病院機構水戸医療センターとして地域住民の生命と健康を守り支え続けている。

施設認定等では茨城県全体と隣接県をも担う地域医療支援病院として、最新の高度医療機器を備えたがん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、救命救急センター、災害拠点病院、原子力災害医療等、専門的な医療を展開している。また、臨床研修病院として医師をはじめ、医療に関わる多くの職種の育成に携わっている。

この度の病院機能評価の受審は 4 回目である。今回の受審結果を十分に活用されることを期待し、貴院の今後の奮闘とますますの発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針では、病院理念は 2022 年度に新病院長就任を機に見直され、幹部会議にて承認された。患者・家族等に対しては、ホームページ、広報誌、入院案内などを通じて、また、職員には名札の裏や各部署での掲示などを通じて、適切に周知している。病院管理者・幹部は、病院の地域に求められる役割・機能を果たしながら、さらなる拡充を中期計画に含めている。また、経営課題等は毎年の病院目標として全職員に向けて発信し、各部署・個人の目標設定や達成度評価を実施している。病院幹部のリーダーシップは極めて秀でている。効果的・計画的な組織運営では、意思決定会議である幹部会議を中心に、各種会議・委員会が定期開催されている。事業計画の進捗状況管理や見直しおよび問題解決に向けた運用体制が構築されており、効果的・計画的な組織的運営が実行されている。情報管理は、病院情報

システム運用管理規程に基づき、電子カルテの3原則（真正性、見読性、保存性）を確保している。文書管理は、文書取扱規程が作成されており、受付、保管、廃棄等を実施している。病院内で使用するマニュアル・手順書の作成・承認・更新等の流れや取扱い基準等を見直し明文化することが望まれる。

人材確保は、法定人員、施設基準などの規定された人員は充足している。病院機能、業務量を踏まえて不足している職種については、継続した採用活動を行い、増員に取り組んでいる。人事・労務管理は、就業規則など必要な規則・規程は適切に整備され、職員へ周知が図られている。労働基準法第36条の協定は適切に届出されている。就労支援では、休業制度や短時間勤務制度、夜勤専門ナース制度、院内保育所などが整備されている。常勤医師や看護師等の働き方改革法の対応を進めている。職員の安全衛生管理は、安全衛生委員会を毎月開催し、職場巡視や安全衛生パトロールを行っている。職員の健康診断、予防接種、ウイルス検査の実施、精神的サポート体制を整備している。非常勤医師の健康診断の受診状況を確実に把握するよう体制の構築を望みたい。職員にとって魅力ある職場づくりは、働きやすい職場環境の整備、福利厚生面は充実している。職員の教育・研修は、各部署・委員会が主体となって全職員対象に医療安全、感染制御、個人情報保護等の研修を実施しているが、年間計画の策定と実施、実施後の有効性を高めるなど一層の充実を期待したい。職員の能力評価・能力開発は、医師を含む全職員に対して業績評価制度が確立しており、「業務実績評価に係る目標設定シート」を活用し、上司による面談と評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院ホームページ、院内掲示、入院案内等に明記されている。職員には入職時研修で周知し、患者の権利を記載したカードを名札と一緒に携行して常時確認できるようにしている。診療記録の開示は全例開示の方針である。説明と同意は、インフォームド・コンセント実施指針が定められ、説明内容や同意の取得が必要な範囲、手順などが明文化されている。説明同意書は共通のフォーマットを使用している。リスクがある医療行為は文書による説明を行って同意を得るよう、説明・同意の範囲を検討することを望みたい。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院診療計画書や手術・検査などの説明書、クリニカル・パスなどを使用して患者に情報提供している。各種疾患に関連するパンフレットは、ロビー、相談室、図書コーナー、中央処置室前などに設置している。患者支援体制は、患者相談窓口を設置しており、院内掲示や入院案内等でわかりやすく案内・周知している。相談員を配置し、院内の専門職や院外の機関と連携している。患者の個人情報保護は、個人情報保護管理規程に基づき、利用目的、個人情報漏洩報告手順等を整備し、院内掲示・ホームページにて周知している。電子カルテのアクセス制限や不正プログラムによる漏洩防止策も整備されている。患者のプライバシーには、病室の患者名の表示や外来呼び出し、採血室での呼び出しなどで配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、各部署で解決できない臨床倫理的課題は、臨床倫理小委員会にて検討する体制が整備されている。部署で検討された倫理的課題

を臨床倫理小委員会が把握し、対応の標準化などに役立てられるとよい。

患者・面会者の利便性・快適性は、玄関前にバス停留所、タクシー待合があり、駐車場、屋根付きの駐輪場を整備し、来院時のアクセスに配慮している。施設・設備サービスは充実している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、駐車場に福祉車両・障害者専用区画を確保している。バリアフリー情報をホームページに掲載し、通院・入院患者に案内している。療養環境は、各病棟にデイルームを設置し患者がくつろげるスペースが確保されている。全病棟で明るく清掃が行き届いた療養環境が提供されている。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙を周知・徹底している。患者の禁煙教育については、診療の中での個別指導や講演会等での啓発に留まっている。より積極的な禁煙支援を期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、患者満足度調査を実施し、結果を公開するとともに職員にフィードバックしている。意見箱を設置しているが、回収頻度の検討や、意見箱に関する対応手順を明文化すると良い。診療の質の向上に向けた活動は、診療科の症例検討会や様々なカンファレンスを開催している。クリニカル・パスを利用して医療の標準化に努めている。バリエーション分析をもとにパス改善の取り組みを期待したい。QI は患者にわかりやすく情報提供するように検討を望みたい。業務の質改善は、病院全体として部門横断的な医療・患者サービスの質向上に向けた取り組みが望まれる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、外部委員を含めた臨床倫理審査委員会で協議する体制を構築している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟の掲示板には、病棟医長、看護師長、病棟薬剤師の氏名が掲示され、外来では各診療科の担当医師名、外来全体の責任医長、外来師長が掲示され、管理・責任体制は明確である。診療記録の記載は、診療情報の記録指針が整備され、医師、看護師等コメディカルスタッフの記録は適時行われている。診療録の質的点検は、点検数や対象について検討を望みたい。多職種が協働した患者の診療・ケアは、NST、RST、褥瘡ケアチーム、排尿ケアチーム、認知症ケアチーム、緩和ケアチームなど多職種で構成された医療チームが編成され、定期的なカンファレンスやラウンドによる診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者が配置されている。医療安全管理委員会は医療安全に関する方針や対策を決定している。医療安全作業部会は現場の実施状況を確認するなど、実践的な役割を担っている。医療安全管理マニュアルは、毎年医療安全管理委員会で承認・改訂がされている。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデントの情報収集を行っている。個々の事例に関して各部署で RCA を行い、対策を立案しており、毎週の医療安全カンファレンスや毎月の医療安全管理委員会で報告・検討されている。医療安全管理委員会で決定した対策や周知すべき院内ルールは、月 1 回の診療

会議で報告している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、医療安全管理マニュアルに沿って、患者がフルネームを名乗り、入院患者はリストバンドで確認を行い、外来患者は受付票にあるバーコード照合を併用して患者確認を行っている。手術部位のマーキングに関しては、診療科ごとにばらつきがあるため、誤認防止の徹底のため、院内ルールとして統一することが望まれる。情報伝達エラー防止は、通常指示における指示・指示受け・実施・実施確認の手順は院内で統一され、明確に記録されている。臨時指示、指示変更、中止指示についても手順が整備され、遵守されている。口頭指示の手順については、手順書のさらなる充実と周知を期待したい。薬剤の安全な使用は、麻薬、向精神薬などは適切に保管・管理されている。ハイリスク薬は病院として定義され、表記が統一されている。全病棟に病棟薬剤師が配置され、持参薬の鑑別、相互作用の確認、副作用の把握が行われている。持参薬に応じた院内採用薬が情報提供されており、重複投与の回避や相互作用の確認に活用されている。転倒・転落防止は、入院前に転倒・転落アセスメントシートを使って患者や家族と一緒にリスク評価を行い、パンフレットを用いて転倒予防の説明を行っている。転倒時の初期対応や連絡について医療安全管理マニュアルにフローで示してあり、遵守して実践している。医療機器の安全な使用は、医療機器センターが中心となり計画的な職員研修を行っている。各部署に医療機器操作マニュアルを配布し、トラブル時には夜間休日のオンコール体制を含め、24時間臨床工学技士に連絡ができる。患者等の急変時の対応は、2種類の医療緊急コールが使い分けられコール基準や参集する対象者を決めている。全職員を対象にBLS研修を実施している。救急カート内に第三種向精神薬を保管しているため、すべての救急カートは施錠されている。緊急時に迅速に対応できるよう運用方法について見直しを望みたい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染対策委員会が月1回開催されている。感染対策室が設置され、専従看護師を含むICN、専任の医師(ICD)、薬剤師、臨床検査技師、事務職員で構成されている。各部署の感染予防策の実施状況の把握と指導、週1回の院内ラウンド、地域の医療機関との合同カンファレンスなどを行っている。感染対策マニュアルは、必要な内容が網羅されており、改訂時に全職員に周知している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、感染症発生、病原体検出時、アウトブレイク発生時などの情報の流れは明確で感染対策室による速やかな対応が行われている。主要な耐性菌の検出状況、ICTラウンドによる現場の状況など、院内の感染状況を把握している。アウトブレイクの定義は明確で、発生時の対応指針が整備されている。

医療関連感染を制御するための活動は、病室入り口には標準予防策に必要な手指消毒液やPPEが設備され、面会者に対して手指消毒を促す表示がされている。職員は携帯型の手指消毒液を身に着け、部署ごとに調査した消毒液の使用量や手洗いチェック結果を感染対策委員会やリンク会で報告している。医療廃棄物の取り扱いは適切である。ICTのメンバーが毎週院内環境ラウンドを行い、指摘事項を示し、そ

の後の改善結果をリンク会でフィードバックしている。抗菌薬の適正な使用は、各種注射用抗菌薬使用量、血液培養複数セット実施率などが把握されている。AST カンファレンスと AST ラウンドを毎週行い、血液培養陽性患者や届け出制抗菌薬使用患者に関する情報収集と培養結果に基づく De-escalation などの介入が行われている。院内アンチバイオグラムの定期的な作成・更新が望まれる。術前予防的抗菌薬投与の実施率を把握することを望みたい

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内、入院案内等により、必要とされる情報を発信し、広報誌を年3回定期的に発行している。ホームページに最新情報を掲載し、随時更新している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地域医療連携センターが地域医療の連携業務を担っている。地域医療連携大会の場や定期的な訪問で連携先のニーズを聞き取り、各種データを収集・分析するなど、地域の状況を把握している。逆紹介窓口を設置し、患者ニーズに沿った円滑な紹介・転院を促している。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域の住民、患者を対象に、多くの出前講座を開催している。がん市民セミナーを開催し、がん患者サロンや患者会に支援を行っている。

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診察を受けることができるよう、ホームページに受付時間・担当医表など受診に役立つ情報を掲載しており、正面玄関に総合案内を設置し、看護師が患者対応・誘導を行っている。外来診療は、事前に紹介元から診療情報提供書送付を依頼して患者情報を収集している。リスクを伴う検査や重要な病名告知の際には、看護師が同席して説明を行うことが原則とされている。診断的検査の確実・安全な実施は、必要性や検査に伴うリスクなどを説明し、患者の同意を得て行っている。入院の決定は、外来医師により医学的に評価、判断され、必要時には上級医との確認や各診療科の症例検討を経て、入院を決定している。入院日、入院期間、部屋の選択などについて、患者の希望に配慮している。診断・評価と診療計画の作成は、入院診療計画は、医師が病状評価と治療に関する基本方針を立て、迅速に作成されている。病状と治療方針の説明にあたり、定型的な入院診療計画書に加えて、患者の病態の個別性を踏まえ、図や説明文も使用して、患者・家族の理解を促し、同意を得ている。看護師は、入院患者に転倒・転落リスク、せん妄発生リスク、服薬自己管理の適否等のリスク評価を行い、必要に応じて栄養状態や褥瘡発生リスク評価などを行い、看護計画に反映している。患者・家族からの医療相談への対応は、窓口は一本化されており、医療費や転院等に関する相談等はMSW、ケアや療養に関する相談等は看護師、医療安全に関わる相談等は事務担当者に振り分けて対応している。

医師の病棟業務は、回診を毎日行い、患者の病態の把握と記録をしている。診療チームとしての回診も行っている。必要に応じて医師間のカンファレンスが行われ

診断、治療方針の妥当性が検討されている。看護師の病棟業務は、患者の入院後は週に1回行われる医師とのカンファレンスや、認定看護師や他職種と積極的に情報交換を行っている。投薬・注射の確実・安全な実施は、全病棟に病棟薬剤師が配置され、全入院患者の持参薬鑑定と薬歴管理が行われている。薬剤師による重複投与や相互作用のリスク評価の実施、看護師の服薬確認、多職種の情報共有など、病棟における投薬の安全性の向上が図られている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血マニュアルを整備している。輸血開始後は、15分は観察を行い、決められた観察項目を看護記録に記載している。周術期の対応は、手術の適応は、カンファレンス等を通じて判断し、必要に応じて他の診療科と協議をして決定している。重症患者の管理は、重症度に応じて、ICU、救命救急センター、病棟のHCUなどを選択している。褥瘡の予防・治療は、全入院患者に対し、入院当日に褥瘡リスクアセスメントを利用してリスク評価を行い、その後も毎週評価を行っている。リスク有りと判断した患者には、ケア計画を立案して予防的な介入が開始され、褥瘡ケアチームに共有されている。褥瘡が発生した場合は、多職種で構成された褥瘡ケアチームが毎週褥瘡回診を行っている。栄養管理と食事指導は、全入院患者に対して、看護師が栄養・代謝の評価を行っている。入院時に医師により特別な栄養管理の必要性があると判断された場合は、管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、毎週リスク評価を行い、栄養管理と栄養指導等を行っている。症状などの緩和は、疼痛は、NRSを用いて評価している。がんの入院患者とがん化学療法外来患者については、生活のしやすさを用いて症状が把握されている。入院時には症状に対する予測指示が出され、症状出現時には速やかに対応している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、病態に応じた目標設定、実施計画を立案し、必要性和リスクについて患者・家族に説明して適切に同意を得ている。安全確保のための身体抑制は、身体拘束のフローチャートに沿って必要性の評価やカンファレンスが行われている。複数の職員で検討し、必要性について判断している。

患者・家族への退院支援は、退院支援計画書を立案し、患者・家族と面談を行い、毎週、医師、薬剤師、療法士を含めた多職種で退院支援カンファレンスを行っている。継続した診療・ケアの実施は、退院後に継続的に診療・ケアが必要と予測される患者に対しては、早期に診療所や訪問看護事業所などと連携している。退院後の初回外来時には、外来看護師や退院調整担当看護師が在宅療養の状況について確認し、継続支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、多くは、ターミナル時期と判断される前に、患者や家族から今後の治療に関する希望を確認する機会を設定し、意向を踏まえたケア計画としている。月に1回デスカンファレンスを行い、終末期患者との関わりについて振り返りを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、麻薬等などの安全な使用、保管・管理、処方鑑査を実施し、医師への疑義照会を積極的に行っている。調剤、調剤鑑査は手順を整備して順守している。注射薬1施用ごとの払い出しを向上させることを望みたい。臨床検査機能は、夜間休日も含め24時間の検査に応じている。内部精度管理は毎朝行い、外部

精度管理には毎年参加している。パニック値を定め、前回と比較しての異常値、心電図の緊急を要する異常所見等は、主治医に直接電話して報告内容を記録している。パニック値は医師に確実に伝わる仕組みとなるよう運用の見直しが望まれる。画像診断機能は、CT、MRI、X線透視装置、血管撮影装置、核医学診断装置を有している。24時間体制で検査依頼に対応している。悪性所見等、重要な所見がある場合には、直接依頼医に連絡して確実に伝達している。栄養管理機能は、食事を適時に提供し、温冷配膳車により適温となっている。嗜好調査や食札に書かれた患者メッセージの収集等により食事の評価を行い、栄養管理委員会を中心とした組織的な改善に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、主治医による指示・処方箋発行は早期に行われ、リハビリテーション専任医師が関与して訓練計画が検討されている。全病棟で週1回リハビリテーションに関するカンファレンスが行われ、病棟スタッフとの情報共有や意見交換が行われている。疾患別にガイドラインに準拠した標準的なプログラムを用いて訓練が実施されている。診療情報管理機能は、電子カルテを運用しており、診療情報を一元的に管理している。診療記録の量的点検を実施しているが、入院診療情報として必須である記録の一部が対象となっていないので見直しを望みたい。医療機器管理機能は、医療機器（ME）センターが、医療機器管理ソフトを活用して院内の医療機器を一元的に管理している。院内の医療機器の定期点検は、現場に保管してあるモニター類を含め、年間で計画的に実施している。洗浄・滅菌機能は、現場で一次洗浄は行わず、乾燥固着防止スプレーを使用した後、密閉された容器で回収している。回収した器材はワンウェイのルートで洗浄、組立、滅菌、払い出しを行っている。単回使用の器材の再利用はしていない。

病理診断機能は、術中迅速凍結切片病理検査が実施されている。病理診断報告書や標本などの保存・管理も適切に行われ、未読レポートに対しても毎週確認して読影を促している。放射線治療機能は、治療計画の作成、説明と同意、シミュレーションの実施、治療終了後の経過観察、治療機器の品質管理等が適切に行われている。輸血・血液管理機能は、輸血業務は、時間外・休日も対応する体制である。病棟には使用に応じて払い出す仕組みである。廃棄の低減に取り組んでいる。手術・麻酔機能は、麻酔科医長と手術室看護師長がスケジュール管理を行っており、術中の患者管理や退室基準なども明確に定められている。集中治療機能は、ICUが専任医師を中心に各診療科で運営されている。RST、NSTなど多職種による円滑なチーム医療が実践されている。入退室基準が整備され、基準に沿った運用が行われている。集中ケア認定看護師を配置している。救急医療機能は、救命救急センターおよびドクターヘリ基地病院として重症患者を受け入れている。必要に応じて各診療科と連携する体制が整備されている。不応需事例に対する検証を行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算立案は、各部署の意見を収集し、年度計画として策定している。また、財務諸表の作成や会計監査を実施している。月次の経営状況を分析し、経営改善に向けた具体的な対策を検討している。医事業務は、診療費の計算是時間外・休日も含めて行われ、患者負担金を収納している。利便性や待ち時間短縮

に配慮している。レセプトは医師が内容を点検し、返戻・査定の状況を検討している。未収金は、マニュアルを整備し管理している。業務委託は、委託導入の是非の検討は年度計画策定の過程で行い、委託の業務内容の検討は仕様書作成の過程で調整している。委託業者の選定は、基本的には一般競争入札で決定している。今後は、委託業務の能動的な検収と業者による従業員教育の内容を把握することが望まれる。施設・設備の管理は、日常点検をはじめ、月次・年次点検等の保守管理を計画的に実施し、点検記録を整備している。

物品管理は、購入物品の選定は、医薬品を薬剤委員会、医療材料を SPD 委員会、医療機器を医療機器等整備委員会で検討している。棚卸を年 4 回実施し、使用期限の確認、在庫量を調整している。ディスプレイ製品は再利用していない。災害時対応は、防災マニュアルを作成している。基幹災害拠点病院、原子力災害拠点病院に指定されており、大規模災害時の体制を整備している。BCP、災害対策マニュアルを作成し、訓練で検証している。DMAT を 4 隊有し、広域災害共同訓練に参加している。保安業務は、4 時間 365 日体制で複数の警備員を配置して保安業務を行っている。医療事故等への対応は、は、医療安全対策マニュアルに医療事故発生時の手順が明文化され、職員に周知が図られている。医療事故が発生した際には、原因究明と再発防止に向けて詳細な検討が行われる仕組みがある。紛争化に備えて有害事象検討会規程等の整備や弁護士への相談体制を整備している。

1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、教育研修部を設置し、臨床研修管理委員会で検討している。研修プログラムに沿って研修を実施している。一部の職種において初期研修プログラムの整備および評価を実施していない。職種ごとの教育研修計画を立案し、研修全般について、病院全体として統括管理する委員会または部門等で一元的に管理するなど、組織的に検討することを望みたい。

学生実習は、多職種で多くの実習生を受け入れており、窓口を一本化し、情報を集約・管理しており、契約書にて必要事項を取り決めている。実習要綱に沿った実習を行い、実習生および実習内容を評価している。

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	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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	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	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S
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	S
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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280

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	500	486	+0	74.2	14.5
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	500	486	+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	28	+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)	4	+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	22	+0
人工透析	2	+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
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	30	+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, 災害拠点病院 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 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： 10 人 2年目： 6 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

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		690.99	661.66	718.86	104.43	92.04
1日あたり外来初診患者数		47.82	45.39	50.72	105.35	89.49
新患率		6.92	6.86	7.06		
1日あたり入院患者数		360.57	366.10	405.29	98.49	90.33
1日あたり新入院患者数		24.85	24.01	26.12	103.50	91.92