

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 14 日～3 月 15 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
 1. 個人情報保護に関する規程を整備するとともに、個人情報を物理的・技術的に保護する仕組みを構築してください。（1. 1. 5）
 2. 適切な作業環境下でホルムアルデヒドを取り扱うよう改善してください。（4. 2. 3）

1. 病院の特色

貴院は、県内 9 つの地域医療構想区域の中心にあり、他地域からの患者の流入は多いが、急性期病床は大幅な過剰地域に所在している。その中であって、地域医療支援病院、茨城県がん診療指定病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター等の指定を受け、県内のドクターヘリ基地病院として、高度・急性期医療を役割とした医療提供を継続している。一方で、患者の悩み・苦しみに共感し、寄り添うことを理念・基本方針に上げ、法人の設立趣旨に沿った弱者救済の医療の展開を目指している。

今回が 5 回目の病院機能評価の受審であり、継続して外部評価を受け、改善を継続する姿勢は高く評価される。これらの病院の実態が、ホームページ等で的確に情報発信されていない部分も見られ、今回の評価所見から、優先度を付けて対応し、さらに適切な病院として発展することを期待したい。以下に、カテゴリーごとの所見の総括を記載する。評価項目別の評価所見と併せて、今回の更新審査が貴院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

患者の悩みへの共感、安全への配慮、良質の医療の提供を理念とし、6 項目の基本方針を定め、院内外に周知している。病院の今後の進むべき方向について中期計画を立案し、計画的な事業運営に努めている。診療科の枠を越えた医療提供を目指し、センター方式を取り入れるなどの努力が見られる。電子カルテが導入され、一

定の ICT 利用はなされているが、医療安全や医療の質・効率向上に向けて ICT 活用をさらに推進したい。院内のマニュアルの版数管理は確実に実施することが望まれる。

医療法や施設基準で求められる人員は充足している。また、医師をはじめとする必要な職員の募集や確保の努力は適切に実施されている。働き方関連法の施行への準備はなされている。職員に必要な教育・研修はおおむね実施されているが、教育・研修を計画的に進めるために、全体的な管理を行うことを望みたい。職員の能力評価・開発については、看護部門は適切に実施しているので、他のすべての職種についても同様な評価・開発を行う仕組みを導入することが期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外への周知が図られている。説明と同意に関する方針は明文化され、医師の説明後、他職種が確認を行うなど、患者の不安・疑問に積極的に関与している。しかし、同席出来なかった場合の事後の確認の記録は徹底することが望ましい。患者との診療情報共有や医療参加に関連した事柄は、ホームページや入院案内の「患者さんへのお願いについて」「医療安全対策へのご案内」に示されている。患者用クリニカルパスの活用や各種説明書・模型による説明により診療情報の共有が適切に行われている。外来には疾病・薬に関するリーフレットが配置され、院内コーヒーショップ内に図書コーナーを設置するなど、患者への啓発活動が行われ評価できる。患者支援体制については、相談内容別に窓口が整備され、必要な経験や知識を有する職員を配置している。

プライバシーポリシーは明確で、個人情報の取り扱いについては、ホームページに明記されている。研究の推進等で患者の診療情報を活用する場合の情報の取り扱いについては、個人情報の漏洩リスクを最小限に止める運用を検討したい。臨床倫理に関しては DNAR・輸血拒否のガイドラインが作成されている。臨床倫理委員会の開催頻度が少なく、各部署で検討された倫理的課題が組織内で共有されるよう、委員会機能の活性化が期待される。各部署における臨床倫理的課題は、多職種カンファレンスで検討されている。これらは看護部倫理委員会で毎月共有されている。

公共バスやタクシーの利用、離れた駐車場からのシャトルバスの運行など、病院へのアクセスに配慮している。コンビニエンスストア、コーヒーショップの設置、Wi-Fi が利用可能な環境など、患者・面会者の利便性・快適性への配慮は適切に行われている。また、病院入り口には車椅子が常備され、ボランティアによる案内・介助が行われ、高齢者・障害者への配慮は適切に行われている。外来・病棟の廊下には絵画が飾られており、いやしの環境に配慮している。院内の整理整頓と清掃管理が行き届き、トイレ、浴室の清潔性・安全性はおおむね確保されている。敷地内禁煙が徹底されているが、職員の喫煙率の継続的な把握と禁煙推進が望まれる。

4. 医療の質

意見箱「病院へのひとこと」や患者満足度調査により患者・家族の意見・苦情の収集が行われており、意見・苦情への対応は適切になされている。クリニカルパスのバリエーション分析や見直しは、各診療科で実施されているが、病院としての一元的な管理を強化したい。多職種参加のキャンサーボードの充実もこれからの課題である。部門横断的なメンバーで構成される業務改善委員会および患者サポート委員会が中心となり、業務の質改善活動が行われている。保健所、消防署、労働基準監督署等の各種立ち入り検査の指摘事項等への対応は迅速に行われている。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、高難度新規医療技術等評価委員会で検討され、病院長承認のもと、安全に導入する仕組みが整備されている。

外来・病棟には診療・看護責任者名が掲示されている。主治医をおよび当日の担当看護師名は、患者・家族にわかりやすく案内されている。医師・看護責任者は回診や病棟ラウンドにより毎日患者の病態把握を行っており適切である。

診療録の記載、研修医の診療に関する指導記録の記載は適切に行われている。質的点検も適切に行われている。院内略語集が整備され、遵守されている。栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなど、多職種で構成された6チームが組織横断的に必要な患者に対応している。症例検討も多職種で行われるなど、協働して患者の診療・ケアを実施しており適切である。

5. 医療安全

副院長が管理している医療安全管理部に医療安全推進室を設置し、専従の医療安全管理者が配置されている。指針やマニュアルは適時更新され、重要事項は小冊子に掲載して全職員が携帯している。委員会活動も機能し、病院全体で安全に取り組んでいる。医療安全関連事象の発生を円滑かつ継続的に収集できる仕組みが構築され、予防策等の検討に活用されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、手順が定められ、手術室・血管撮影室・内視鏡室ではタイムアウトが実施されている。医療安全の確保については、より安全な手順の検討、確実な手順の遵守や記録の徹底など、引き続き活動を継続されたい。指示受けから実施、実施確認に至るまでの手順は明確で確実に実施されている。口頭指示は手順が決められ、運用についても遵守されている。パニック値や病理診断報告、画像診断報告等は、指示医が認識し、必要な行動を起こしたことを確認する仕組みを検討したい。麻薬やハイリスク薬は、適切に保管・管理されている。アレルギー情報は電子カルテに登録され、薬剤の重複投与を含め処方が回避される仕組みが構築されている。患者の転倒・転落については、リスク評価や防止対策、発生時の対応手順が整備され実践されている。医療機器マニュアルは、看護師が理解・活用しやすい内容に見直したい。病棟管理の医療機器の保守・点検への臨床工学技士の関与を期待したい。患者の急変時の対応では、コードブルーとRRSが設定され、実績もある。全職員が一次救命研修としてPUSH研修を受講し、実績も管理されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御室が中心となり、院内感染対策委員会、院内感染対策チーム、抗菌薬適正使用支援チーム、リンクナース委員会が組織横断的に活動している。いずれも院内各部署からの参加があり、感染制御室専従の認定感染管理看護師がそれらの活動をつないでいる。院内感染発生状況は即時に感染制御室に報告され、ICT が対応している。アウトブレイクに対する対応も迅速で、必要時には専門機関の協力を得て適切に対策を講じている。CLABSI、SSI 等のターゲットサーベイランスは実施されている。近隣医療機関との連携は緊密に図られ、協力依頼に対しても積極的に対応している。

院内感染対策マニュアルに基づき手指衛生や個人防護用具の使用が遵守されている。また、感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いもマニュアルが遵守されている。注射ミキシング台の清潔環境の保持等、院内感染防止の向上に向けた細部の確認と見直しがなされているので、今後の定着が期待される。特定の抗菌薬については、処方を含め使用状況が厳重に管理され、抗菌薬適正使用への介入は適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

広報室が責任部署となり広報委員会が設置され、広報誌を年 4 回発行し、患者や地域の連携施設に配布している。ホームページは各部署が申請・要望した情報を掲載しているが、病院としての広報の方針に基づく必要な情報の発信について検討することが期待される。また、診療科の実績など、掲載情報の更新がタイムリーに実施されていない内容が散見されるので、適時に更新されることが望まれる。

地域医療連携室が窓口となり、医師会病棟運営委員会、地域医療支援病院運営委員会などで地域の医療関連施設等の状況の把握、地域ニーズの把握や病院情報の提供に努めている。地域医療支援病院として施設連携に努め、紹介・逆紹介を推進している。紹介に対する返書は初回のみ管理であるため、今後の充実が期待される。

地域住民や患者を対象とした市民講座、地域の学校や企業を対象とした心肺蘇生法「PUSH コース」、看護の日に合わせた相談会などが開催されている。また、医師会とは毎月症例検討会を開催するなど、医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院・外来の診察の手順は適切で、診察に必要な情報は明示されている。診察待ち時間が長い診療科があるので、待ち時間短縮および待ち時間の苦痛軽減の努力を継続することが期待される。初診患者に対しては、問診票を参考に看護師がトリアージを行い、適切な診療科へ誘導している。リスクを伴う検査は、安全に配慮した実施体制が整備されている。検査前後の患者搬送も適切に行われている。自院で行えない検査は近隣医療機関へ紹介する手順が整備されている。入院については、外来での診察結果に基づき決定しており、必要に応じ複数科で検討している。入院時

に転倒・転落、栄養、褥瘡等のリスク評価を確実にを行い、看護計画に反映している。診療計画に変更が生じた場合は患者・家族に再度説明して同意を得ており、その内容を診療録に記載している。医療相談機能は、多職種が連携して、患者の多様なニーズに対応している。相談内容は関係部署・職員と共有され連携が図れるよう体制が整備されており適切である。予約患者の対応は入退院支援センターで行い、救急搬送時や夜間・時間外などへの対応は外来看護師が実施し、さらに通訳が必要な外国人には通訳ボランティアによる支援も行われている。多職種間でのカンファレンスは定期的に行われ、情報共有に努めている。

看護業務は疾病や患者の状態に応じ、看護基準や看護手順に沿って適切に実施され、看護実践の管理もされている。薬剤師は適切に薬歴管理と服薬指導を行っている。薬剤部から1施用ごとに払い出された注射薬について、調製・混合から実施までの安全な手順に見直されたので、今後の定着を期待したい。輸血療法委員会で適正使用、副作用などが検証されている。輸血類はガイドラインに沿って適応が判断され、輸血施行時の確認手順および投与中、投与後の患者観察と記録は適切に行われている。手術適応の決定は適切に行われている。麻酔科医や手術室看護師の術前術後訪問、術後合併症の予防対策、術前後の搬送・申し送りは適切に行われている。各病棟には、ナースステーションに隣接して回復室が設置され、病態に応じた適切な管理が行われている。関連職種が必要に応じて関与し、診療方針が決定されており、重症患者の管理は適切である。

入院時全患者に褥瘡危険因子評価を行い、リスクや褥瘡の状態に応じた褥瘡計画が立案され、ケアに取り組んでいる。必要に応じて皮膚排泄ケア認定看護師や褥瘡対策チームが関与し、多職種で総合的な褥瘡対策を実施している。入院予約時から看護師と栄養士は情報を共有し、必要な患者には栄養指導やNSTが介入している。摂食機能に問題がある場合は耳鼻科医師によるVFの実施や言語聴覚士、摂食・嚥下認定看護師など、多職種によるカンファレンスを開催し、食形態等を検討している。麻薬の取り扱い基準や院内統一の疼痛スケールを使用し、多職種で構成された緩和ケアチーム、がん看護分野の認定看護師、臨床心理士が身体的ケアだけではなく、精神的ケアや家族へのケア等を行い効果的な症状緩和が適切に行われている。リハビリテーションは、療法士が常に他職種スタッフと協議し、確実・安全な提供に努めている。身体抑制の方針、適応基準、解除基準は整備されている。やむなく抑制する場合は医師、緊急時には看護師が患者・家族に説明し同意を得ている。身体抑制実施中は毎日解除に向けた検討が実施され、継続している場合は週1回の多職種によるカンファレンスで評価を行っており適切である。

病棟には退院支援看護師と社会福祉士が配置されており、入退院支援センター、地域医療連携室、医療福祉相談室と連携し、多職種による退院調整が行われている。在宅医・訪問看護師も関与しながら退院支援が行われており適切である。開放型病床を有し、地域の診療所と協働し、入院から退院後の療養生活が円滑に継続されるように、退院支援や地域連携パスを活用した連携を行っている。必要な患者には訪問看護指導を行い、退院後の計画の見直しが実施されており適切である。終末期医療移行の判断およびターミナルステージの判断は、主治医を中心に複数の医師

で検討し決定され、終末期患者の状態に合ったケアの提供に努めている。終末期患者のケアに必要な看護手順が整備され、心理状態や QOL に配慮した診療・ケアが実践されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、薬歴管理、処方および調剤鑑査、DI 業務、抗がん剤の調製・混合など、適切に行っている。検査項目は臨床からの要望を把握し、的確に対応している。主要な血液、生化学検査の結果報告の迅速化に向けて検討中である。異常値やパニック値への対応、精度管理は適切に行われている。画像診断部門は、非常勤診断医、各診療科医師と遠隔読影により診断している。専門医読影率の向上および複数医師による確認の徹底を図りたい。

栄養管理機能は、選択メニューの実施、行事食、病態に応じた個別対応がされるなど適切に実施されている。リハビリテーションは、長期連休中のリハビリの継続や新規開始などの対応の検討が望まれる。診療情報は、電子カルテの導入により一元化されており、量的点検も適切に行われている。人工呼吸器、輸液・シリンジポンプはすべて中央管理されている。洗浄や滅菌、既滅菌物の保管は適切に行われており、滅菌の質保障も確実にされている。

病理検査結果は、術前は 3 日、術後の場合は 4～5 日で報告されている。術中迅速凍結切片病理検査および迅速細胞診検査が実施されている。必要時、病理医によるダブルチェック、細胞診検査士が行う細胞診の病理医による確認が行われている。放射線治療部門は、放射線治療医、医学物理士が非常勤である中でよく対応されているが、他診療科との連携や治療装置の品質管理、治療患者の線量分布確認など、質の担保を求めたい。認定輸血検査技師がおり、検査部門において実質的な運用が行われている。緊急輸血の手順が整備されている。血液製剤は使用時にその都度払い出す運用となっている。使用した血液製剤のロット番号は適切に記録・保存されている。麻酔科医と手術室看護課長にスケジュール管理など必要な権限が付与されている。術中の患者管理は適切に行われている。麻酔覚醒時の帰室基準が整備・遵守され、安全性の確保にも配慮されている。

ICU 部門は GICU として運用されており、多職種によるチーム医療が実践されている。MFICU は、茨城県央・県北地域だけでなく、近隣他県からの産科症例にも対応しており、集中治療機能は高く評価できる。救急医療機関として、水戸市ドクターカーの運用および茨城県ドクターヘリの運航を行い、県全域の救急活動に積極的に取り組んでいる。センター内のハイブリッド手術室で、止血術や虚血性心疾患等に対するカテーテル治療が迅速に実施されているなど、救急医療機能は極めて高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

会計処理は、済生会経理規程に基づき行われ、外部監査も適切に実施されている。経営状況については、幹部による「水曜会」で収支状況が報告・検討されている。また、原価計算により診療科別収支が把握されるなど、計画的な経営改善に取り組んでいる。医事業務における窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定および未収金への対応などは、定められた手順により適切に行われている。委託業務の遂行状況は実施報告書や日報、月報、定期会議などによって把握されている。

施設・設備管理は計画的に実施され、緊急時の連絡体制も明確である。感染性廃棄物と一般廃棄物は適切に分別、保管管理されている。医療材料などの物品はSPDが導入され、年2回の棚卸実施のもと、在庫の見直しや使用期限切れのチェックも適切に行われている。単回使用製品の再利用を禁止する方針が明確であり、厳守されている。

地域災害拠点病院として災害対策マニュアル、BCPが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。また、地域と連携した総合防災訓練を実施している。DMAT2チームが編成され、常時緊急対応の体制を整備している。保安対策室が設置され、警察OBの常勤2名を採用し、院内巡視は定期的に行われ、監視カメラを院内各所に設置して保安に努めている。

11. 臨床研修、学生実習

医師については、基幹型の臨床研修病院として10名の定員、45名の指導医体制での運用である。臨床研修センターが設置され、研修医担当職員も配置され、研修環境、生活環境にきめ細やかな配慮がなされている。初期研修医および研修プログラムの評価はEPOCを使用し、研修医から指導医の評価、看護師による研修医や指導医の評価等も実施されている。看護師については、クリニカルリーダー教育が導入され、実施されているが、各医療技術部門においても専門職種としての系統的な研修計画の整備が望まれる。

実習生の受け入れについては、看護学生、理学療法士、放射線技師、検査技師、栄養士など多くの職種の学生実習を積極的に受け入れている。実習者に対しては、健康診断書の提出が義務付けられ、受け入れにあたっては実習中の事故への対応を含め、実習依頼施設と契約書を取り交わし、病院の規則に沿った行動を取るよう指導している。直接患者に接する場合は、担当する患者から事前に同意を得るなど配慮され、学生実習は適切に行われている。

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	B
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	B
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	C
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	B
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	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	B

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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	S
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

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	B
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	B
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	C
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	B
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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 11 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 水戸済生会総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 茨城県水戸市双葉台3-3-10

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	472	422	-45	82.4	12.5
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	472	422	-45		

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)	10	+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)	6	+0
放射線病室		
無菌病室		
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		
地域包括ケア病床	30	+30
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	16	+0
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), 救命救急センター, DPC対象病院(Ⅲ群), 総合周産期母子医療センター

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： 4 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

