

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 29 日～11 月 30 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. 代行入力後の医師の承認について、速やかに行ってください。
(2. 1. 4)
 2. パニック値は、医師に確実に、かつ迅速に報告される体制を構築して運用してください。(3. 1. 2)

1. 病院の特色

貴院は、企業病院として開設され、ISO9001：2000 年版を国内初で取得し、臨床研修病院・地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院等の指定を受け、常陸太田・ひたちなか医療圏の中核病院として役割を果たしている。「地域を護る病院」の理念のもとに基本方針を掲げており、地域密着型の急性期基幹病院を目指している。また、紹介率・逆紹介率はともに高く、救急車の受け入れは年間 4,000 台を超えるなど、地域の期待に応えている。

病院機能評価は今回で 5 回目の受審となるが、継続的な改善活動として、病院全体で熱心に取り組んでおり、これまでの課題のいくつかについては改善の成果が認められたところである。今後は、地域の医療・介護・福祉機関および行政との連携をより深められるとともに、「地域包括ケアシステム」の構築を進め、病院長を中心に幹部・職員が一体となって「総合的医療の質」の向上を目指されることを期待したい。また、本報告書を参考に、さらなる質向上に貢献され、地域に必要とされる病院であり続けることを祈念したい。

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く院内外に示し、病院運営の基本としている。基本方針は、見直しを定期的に行っている。意思決定会議は方針管理委員会であり、病院長および幹部職員は現状の課題をよく認識して、リーダーシップを発揮している。中期経営計画に基づいた年次計画が策定され、病院長の方針をもとに部門・部

署ごとの目標と達成度を評価し、組織運営を計画的・効果的に行っている。院内の診療情報を担当部署で統括的に管理し、適切に、かつ有効に活用している。文書管理の方針を明確にして一元的管理を適切に行っている。

病院の法定人員や施設基準の必要人員を満たし、役割・機能に見合った人材を確保している。人事・労務管理および職員の安全衛生管理は適切に行っている。労使協議会、職員提案制度および満足度調査等により職員の意見・要望を把握して職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。

職員への教育・研修および研修医の初期研修や看護職員の臨床研修は、計画的かつ継続的に実施しており、評価できる。職員の能力評価・能力開発についても適切に行っている。学生実習等については、事務局総務係が受け入れ窓口となり、実習委託契約に基づいて適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外に周知している。診療記録は原則開示の方針である。説明と同意に関する方針、基準・手順には、説明と同意の範囲、同席者が必要な項目を明文化している。診療・ケアに必要な情報は、院内掲示や入院案内パンフレットなどで提供しており、入院時には入院前支援室で患者情報を得て、医療スタッフと共有している。入退院支援では、患者・家族の参加のもと多職種が同席し、情報共有を適切に行っている。患者や病院利用者の相談窓口として患者相談支援センターを設置し、看護師や臨床心理士等が多岐にわたる相談に対応している。病院統括本部で定められた個人情報保護方針などが整備され、プライバシーマークも取得している。臨床における倫理的課題に関する方針があり、DNAR や輸血拒否などの対応もマニュアルに明文化されている。病棟では、看護倫理カンファレンスで倫理的課題について検討している。

交通アクセス情報を周知し、正面玄関にはバス停留場やタクシー乗降場があり、無料タクシーコールも設置している。院内には生活延長上の設備やサービスを整備し、外国人、高齢者、障害者等に対しても、職員の配置や施設・設備の整備により手厚い配慮をしている。全館を通して清潔で、静寂が保たれており、診療・ケアに必要なスペースを確保している。地域がん診療連携拠点病院として敷地内完全禁煙としている。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みでは、現場の課題を小集団改善活動としてすくい上げ、TQC 活動推進部会主催の改善活動発表会で成果を発表している。診療の質向上に向けた活動として、多職種参加による症例検討会やがんボードなどを行っている。クリニカル・パスについては、質改善に向けたさらなる取り組みを期待したい。患者・家族の意見等は意見箱のほか、入院患者満足度調査・外来患者満足度調査の定期的な実施により収集しており、ISO・業務改善委員会で分析のうえ改善対策を検討している。新たな医療技術の導入や薬剤の適応外使用は、基準に則り審議・承認する仕組みがあるが、実施後の検証まで行える仕組みを期待したい。

病棟および外来における、診療・ケアの管理・責任体制は適切である。診療記録は、基準に基づき各種記録を電子カルテに記載している。診療録の質的点検については、さらなる充実を期待したい。認知症ケアチーム、緩和ケアチーム、退院支援チーム、NST、褥瘡チーム、摂食嚥下チームなど、多職種が連携して患者の診療・ケアにあたる環境が整備されている。

5. 医療安全

病院長直轄のTQM統括室に安全管理センタを設置し、医療安全部門として、医療安全管理者（副院長）と専従の医療安全責任者（看護師）および医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者等を配置し、役割と権限を付与している。インシデント・アクシデントは、電子媒体により部署責任医師や看護師長に報告し、医療安全管理責任者が集積している。医療事故に対する手順が整備され、必要に応じて院内事故調査委員会を開催し、顧問弁護士や外部有識者の意見を取り入れる仕組みが整備されている。

患者・部位・検体の誤認防止対策のマニュアルに基づき、確認を適切に実施している。医師の指示出しや看護師の指示受け、指示の実施確認、与薬前のダブルチェック、与薬後のチェックを統一された手順で行っている。代行入力後の医師の承認については、速やかに行うことが求められる。注射薬は1施用ごとに取り揃えられ、病棟在庫注射薬は毎日薬剤部門で使用状況を確認し、補充している。転倒・転落のリスク評価は入院時に患者全員に行っている。医療機器は臨床工学科で一元管理しており、安全運用マニュアルに基づき運用している。緊急コールを定め、訓練は全体および各部署で定期的に行っているが、救急カートについては標準化に向けた取り組みを期待したい。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄のTQM統括室に安全管理センタを設置し、副院長を感染管理責任者として、専従のICNを配置し、役割と権限を付与している。感染管理委員会の下に実務部門として感染管理部会を設置し、専任ICD、専従ICNを中心として感染制御と抗菌薬適正使用支援を主軸に活動している。院内感染の発生は感染管理部会に報告され、現場への指導を行っている。感染症情報センターからの情報収集だけでなく、連携施設や保健所との定期的な情報交換によって、院外の感染症動向について把握している。新型コロナウイルス感染症の流行時には、対策本部を設置して迅速に対応されており、感染管理部会は感染状況の把握と対策、治療を主導し、院内のみならず地域における感染制御に尽力している。

標準予防策・PPEの教育は個人技術指導を行い、曝露予防ができるまで確認して実施している。感染性廃棄物・血液体液汚染物の手順も適切である。感染管理部会が抗菌薬使用状況と細菌検出状況を把握し、抗菌薬使用指針に沿った適正使用を支援している。抗菌薬ラウンドを実施し、抗菌薬の効果を確認して抗菌薬の変更提案も行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信については、事務局総務係を中心に担当部署と連携し、ホームページや広報誌を活用している。広報誌は、医療機関や患者に向けて積極的に最新情報を提供している。地域の医療関連施設等との連携強化を図るため、患者総合支援センタ内に地域医療連携推進室を設置している。登録医制度を導入し、医療施設との連携に取り組んでいる。紹介患者は専従職員が手続きを行い、登録医の事前予約も実施しており、メディカルクラークが返書を管理している。また、逆紹介を推進し、登録医との地域連携を積極的に実施している。地域に向けた教育・啓発活動としては、地域の健康増進に寄与する活動に取り組むほか、地域医療支援病院として地域住民向けや小中学生向け、医療従事者向けの研修や教育を実施し、医療情報や健康知識を提供している。緊急医療に向けた研修も実施し、地域全体での対応力向上を図っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、入院案内やホームページ等にて周知している。感染症等は感染コントロールナースに報告し、速やかな対応を取っている。外来診療において、医師は必要時には上級医や他科の医師に相談する体制が構築されている。造影剤を使用する検査や侵襲的な検査・治療については、医師が患者に説明して同意を得ている。入院治療の必要性については、患者の症状や検査所見に応じて医学的に判断し、患者・家族に説明して同意を得ている。入院診療計画書は多職種で作成している。患者総合支援センタの患者相談窓口で、相談内容に応じて適切な職種に振り分けて多種多様な相談に対応している。

医師は毎日回診を行い、定期的なカンファレンスで患者の病態や治療方針などを説明し、情報を共有している。看護師はリスク評価とその情報を統合して問題点を挙げ、患者参加型の看護計画を実践している。注射薬の調製・混合やハイリスク薬の投与、輸血、手術・麻酔は、手順に沿って実施している。患者の重症度に応じて病床が選択され、多職種が参画したチーム医療を展開し、必要な診療・ケアを実施している。

皮膚・排泄ケア認定看護師および特定行為修了看護師が専門性を発揮し、褥瘡発生率の低減に努めている。また、褥瘡の治療は皮膚科・形成外科の医師と協働し、治療を積極的に実施していることは高く評価できる。栄養管理に基づく食事支援に向け、必要に応じてNSTが介入し多職種でのラウンドやカンファレンスで検討している。症状などの緩和を適切に行い、麻薬については緩和マニュアルに使用基準を定めている。リハビリテーションにおいては担当療法士が各病棟に配置され、カンファレンス等で情報を共有するほか、退院支援にも参画している。身体拘束においては、医師による記載の徹底を期待したい。患者・家族への退院支援および継続した診療・ケア、ターミナルステージへの対応は多職種間で共有して実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の管理においては、薬剤師が電子カルテ上で処方鑑査、疑義照会、処方提案

を適切に行っている。臨床検査においては、パニック値を医師に確実に、かつ迅速に報告する体制の構築が求められる。必要な画像検査は、時間外でも提供できる体制を構築しており、遠隔読影レポートについても常勤放射線診断医がダブルチェックしている。栄養管理では、食材の検収から配膳・下膳まで衛生管理を徹底している。リハビリテーション部門は必要人員を配置し、必要な訓練を提供している。診療情報管理においては、電子カルテの運用により1患者1ID番号で管理するほか、診断名やDPCコーディングの管理により院内がん登録や統計作成など迅速に対応している。医療機器は一元管理し、定期点検・日常点検を適切に実施している。洗浄・滅菌業務においては、滅菌の質を保証して供給している。

病理医が関与して、病理診断機能を適切に発揮している。放射線治療部門では、通常照射から強度変調放射線治療、定位放射線治療といった高精度照射まで対応している。輸血療法委員会と検査技術科がリーダーシップを発揮し、輸血・血液管理を適切に実施している。手術・麻酔および集中治療は、多職種が連携して円滑・安全に実施している。地域の需要に応じて、診療機能に見合った救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算は病院統括本部からの指示を踏まえ、組織全体の意見と課題を考慮し、効果的な編成を実現している。予算執行は毎週の内部定例会議で報告され、対策も協議している。外来の受付から請求まで、一連の業務は医事入院係と医事外来係が業務全般を管理している。未収金管理は、実施手順と必要な体制を整備している。清掃、給食、滅菌、ガス供給設備保守点検を外部委託し、業者の選定と契約は担当部署と病院統括本部との協力のもとで進めている。契約締結後も、定期的なミーティングを実施して品質の向上に努めている。

施設・設備の管理責任者と緊急連絡網を定めており、24時間365日体制で緊急時に対応している。廃棄物の管理・処理を適正に実施し、最終保管場所も適正に区分して保管している。物品購入は担当の委員会で検討・選定しており、ベンチマーク事業にも参加して適正価格での購入にも努めている。物品管理はSPDシステムにて委託管理し、各部署に定数配置している。

包括的なリスクマネジメント計画（BCP）を策定し、大規模災害発生時に対応した事業継続計画を立案している。ライフラインの確保は医薬品・食料品等も含め3日分以上を確保している。病院保安体制の責任部署を定め、夜間・休日の保安要員を確保して緊急連絡網を整備している。夜間・休日の管理規則に沿って、出入口の制限や来訪者の把握、防犯カメラによる監視、院内巡視等を実施し、警備業務日誌に記録している。

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	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	B
1.1.5	患者の個人情報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	B
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	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	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	C
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	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	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	S
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	C
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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番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	85.1	15.7
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	69.6	11.5
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)	0	-4
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	15	+3
小児入院医療管理料病床	10	-8
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		
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, 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(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： 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

[illegible]

2. 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2022	2021	2020	2022	2021
	1日あたり外来患者数	593.66	589.81	580.02	100.65	101.69
	1日あたり外来初診患者数	47.47	47.60	41.55	99.73	114.56
	新患率	8.00	8.07	7.16		
	1日あたり入院患者数	256.63	252.97	244.44	101.45	103.49
	1日あたり新入院患者数	16.32	16.75	16.01	97.43	104.62