

# 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 14 日～11 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	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

貴院は機能拡充や移転を経て、現在は予防医療からドクターヘリを備えた救命救急医療、高度先進医療、リハビリテーション、緩和医療に至るまで、地域医療における中核病院かつ最後の砦として存在する。また、研究や人材育成にも積極的に取り組み、地域医療の発展に貢献し続けている。

今回の病院機能評価では、病院幹部のリーダーシップのもと職員が一体となつて、前回審査時の課題点への対応のみならず、医療の質向上とチーム医療の推進に積極的に取り組み、多くの成果を出していることが確認できた。今回の審査結果も踏まえ、地域住民からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および運営の基本方針は明文化され、周知されている。病院幹部は、任務を分担し、運営上の会議や各種委員会に積極的に関わってリーダーシップを発揮している。厚生連の計画をもとに、計画や部門ごとの目標を策定し、達成状況の評価を行っている。電子カルテを中心に多様な情報システムを活用して情報管理を行っている。規程に基づき文書管理がなされており、各種文書の発信、保存、廃棄等の仕組みは明確に定められている。

必要な人材の確保について継続的に努力をしており、人事・労務管理についても真摯に対応している。職員の安全衛生管理では、委員会を中心に院内巡視をはじめとした職場環境の整備に取り組むとともに、働きやすい職場環境づくりに向けた職場アンケートなどによって職員の意見や要望を把握し、対応をしている。

医療安全、感染制御についての全職員研修の実施、院外研修への派遣など、職員への教育・研修に積極的に取り組んでいる。目標チャレンジシートを活用した管理等により職員の能力開発を図っている。到達度に応じた外部研修、資格取得等について予算を確保し、専門・認定看護師をはじめとしとする配置・活用が見受けられる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内の掲示や入院案内、ホームページ等により周知されている。説明と同意に関する方針、基準・手順は整えられているが、今後はさらに、必要な事項が漏れなく記載されているかの確認や病院としての承認について、検討を期待したい。診療やケアに必要な情報はホームページ、入院の案内、掲示物等で提供している。患者サポートセンターを設置し、各職種を配置して、患者からの様々な相談に応じている。

個人情報保護については規程等を定めて周知し、職員研修でも取り上げている。医療情報システムは外部から遮断しており、診察室、面談室でのプライバシーへの配慮もなされている。臨床における倫理的課題については病院の指針を明記し、委員会や倫理カンファレンス等で検討している。倫理カンファレンスは多職種でなされているが、医師のより積極的な参加があるとなおよい。

病院へのアクセスは交通手段ごとに分かりやすく案内されており、売店やレストラン、生活延長上のサービスにも対応し、患者や面会者への利便性・快適性を確保している。院内は車椅子で全て移動できるように配慮されており、療養環境も整備されている。敷地内禁煙としており、禁煙外来を開設し、禁煙に関する健康教室も開催するなど、受動喫煙の防止と禁煙の推進をしている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見を意見箱や患者満足度調査により収集し、質改善に役立てている。診療の質については、クリニカル・パスを多数活用し、各種カンファレンスやCPCも活発に開催している。今後は、収集した臨床指標の分析・フィードバックを行い、改善につなげるとさらに良い。業務の質改善については、委員会でサービスの改善活動を積極的に行っている。今後はさらにQC活動、TQM活動など、組織横断的な質改善活動の展開を期待したい。新たな知識・技術の習得については、必要に応じて熟達した医師の招聘などを行い、財政的な支援も積極的に行っており適切である。

病棟の責任者として、医師や看護師の他、薬剤師、栄養士、社会福祉士などの氏名が病棟デイルームに明示されており、看護師長は病棟ラウンドで、患者全般の状態把握や療養環境の改善に努め、主治医不在時の対応も明確化されている。診療記録については、電子カルテを導入し、日々の医師診察記録、看護記録などを適切に行い、退院時サマリーの速やかな記載、医師の診療録の質的点検の仕組みも構築されている。

多職種から構成される各種委員会やチーム会が設置されており、診療科の枠を超えたがんセンターボードなどを実施して、より質の高い診療・ケアに繋げる体制を確立している。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理者等が配置され、インシデント事例はタイムリーに検討されている。院内のインシデント・アクシデントは報告システムの活用により収集され、各部署に報告されて、課題の検討と改善策の審議が行われている。

患者誤認防止に向けたバーコード認証や患者の名乗り、手術室での安全確認、検体確認等の対策は適切に実施されている。電子カルテを活用した指示出し・指示受けの一連の流れは確実に行われている。口頭指示は原則禁止されているが、緊急時は口頭指示受け用紙を用い、ルールに沿って実施されている。パニック値や画像診断報告書、病理診断書における重要所見は、オーダー医に直接連絡されている。なお、ハイリスク薬の管理について、薬剤師のさらなる関与を期待したい。

入院時、全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度の高い患者に対しては看護計画を立案し転倒・転落防止に努めている。病棟などで使用する医療機器類は中央管理されており、使用機器の点検・確認や職員教育も実施している。患者急変時の対応では院内緊急コードが明確にされ、救急カートは院内で統一している。全職員を対象としたBLS・AED訓練は定期的に行われており、RRSも全病棟で稼働している。

## 6. 医療関連感染制御

院長直属の感染管理室が設置されており、感染に関する委員会を定期的に行い、ICTとASTが院内ラウンドを行い、各部署のリンクスタッフはケア検討会に参加している。院内感染対策指針の作成・改定も適切に行われている。感染対策地域連携相互評価も積極的に行われており、第二種感染症指定医療機関として、陰圧陽圧室等の設備も充実している。院内外の感染症情報の集約と周知、ICT、ASTラウンド、感染症専門医との感染制御ミーティング、微生物サーベイランス、医療関連感染サーベイランス、JANISへの参加、アウトブレイクへの迅速な対応等の他、委託業者との連携した取り組みや市民公開講座の実施など、感染管理室を中心に積極的な感染制御活動を幅広く展開しており、高く評価できる。

ICTの環境ラウンドで手指衛生の徹底やPPEの着用等の実施状況を確認し、実施率向上に取り組んでいる。汚染されたリネン類の取り扱いもマニュアルに則って行い、適切に実施されている。抗菌薬適正使用マニュアルを定め、院内の分離菌や感受性パターン等の情報が感染管理室に集約され、現場へフィードバックされるとともに、ASTや感染制御ミーティングから適切な指導が行われている。抗MRSA薬は許可制、広域抗菌薬は届出制で、オーダー時に申請書が出力されるため100%の届出率となっている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスや診療実績、外来受診や入院案内などを、ホームページで発信し、適時更新している。地域住民向けには広報誌、地域医療機関向けには病院新聞を発行し、必要な情報を地域等へ分かりやすく発信している。地域医療連携室を設置し、登録医への訪問活動や地域医療連携懇談会の開催によって連携を深めるとともに、地域医療支援病院として紹介・逆紹介や検査受託、研修活動を積極的に推進するなど、地域医療機関との連携強化に努めている。

地域住民に向けた啓発活動は、予防医療センターによる集団健康教室など、様々な市民公開講座を、一年を通じて開催している。院内の数多くの部署で地域医療機関および医療従事者への教育・研修に取り組んでいる。地域住民や企業に対する検診事業も充実し、地域に向けた教育・啓発活動は全般的に秀でており、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報がホームページ等によって提供され、円滑に診察を受ける環境が整備されている。外来では問診票や診療情報提供書から情報を収集し、電子カルテで共有している。診断結果や治療方針について十分に説明を行い、診断的検査については説明と同意、誤認防止、患者観察などを確実にを行っている。外来担当医が入院を決定し、予定入院決定後は患者サポートセンターまたは各科の外来で入院中の説明を行い、患者・家族の希望への配慮も行っている。入院診療計画書は迅速に作成されるが、医師、看護師以外の多職種による関与がわかるようにされるとなっている。患者サポートセンターに相談窓口を設置し、多職種が患者および家族からの相談を受けている。入院が決定すると外来看護師などにより、医療事故防止や感染対策の協力など、事前説明が行われている。

各診療科のカンファレンスは活発に行われており、医師は多職種カンファレンスやチーム活動に参加し、病棟スタッフとの情報交換や治療方針の検討を行っている。看護師は各種アセスメントシートを活用して患者を評価し、看護計画の立案・実施・評価を行っている。投薬・注射については、病棟薬剤師が配置され、対象となる患者すべての薬歴管理、服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与は、適正使用指針を遵守して実施している。手術と麻酔の適応は診療科主治医と麻酔科医が検討している。また、麻酔科医は全例、術前・術後診察を行っている。多種多様な重症患者に対応しており、いずれも必要な診療および看護が適切に提供できる体制を整えている。褥瘡の予防・治療、栄養管理、疼痛のコントロールについても適切に行っている。

リハビリテーションの必要性は主治医が評価し、処方している。患者・家族の要望やリスクについて把握し、入院早期からのリハビリテーションを実現している。身体抑制に関する基準が定められており、今後、運用の周知・徹底を期待したい。退院支援では、スクリーニングによって退院後の課題や支援の必要事項を抽出しており、多職種による取り組みが見られる。ターミナルステージへの対応も適切で、緩和ケアチームが中心となり ACP の啓発を推進している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査は適切になされており、持参薬の鑑別・管理も医師と連携して行われている。臨床検査は、当直体制によって迅速な結果報告を行っており、パニック値の取り扱いや精度管理も適切である。画像診断は、多くの高性能診断機器と豊富な人材で、夜間・休日の緊急検査にも適切に対応している。造影剤を使用する検査や、MRI 検査に際しての安全対策も適切である。

栄養管理機能は、管理栄養士により患者の特性、嗜好に応じた食事の提供が適正な衛生管理のもとでなされている。多彩なリハビリテーションが、豊富なスタッフと充実した設備で実施されている。電子カルテを中心に診療情報の管理がなされ、量的点検も実施されている。医療機器は中央管理され、常時使用可能なように準備されている。各部署管理の医療機器は、臨床工学技士がラウンドして、適切に点検・整備している。医療器材の洗浄・滅菌では各種インディケーターを使用し、適切である。

病理診断は検体の誤認防止、報告書や標本の保管などを含め適切である。複数の高度放射線治療機器を用いて、地域の中核的な放射線治療を展開している。輸血・血液管理は責任医師の下、認定輸血検査技師が発注・保管・供給・返却・廃棄等を適切に行っており、廃棄率低減のための病院全体での取り組みについては高く評価できる。手術・麻酔ではスケジュール管理、清潔管理、術中患者管理、麻酔覚醒時の安全性の確保などが適切に行われており、集中治療では入退室基準が明確化・遵守され、多職種によるチーム医療が適切に実践されている。救急医療機能は、三次救命救急センターとして広範な地域の救急医療を担っており、不応症例の検討、虐待や暴力が疑われた時の対応も適切である。

## 10. 組織・施設の管理

厚生連の規程により事業計画の作成や会計処理、外部監査がなされ、財務管理や経営状況の把握・検討がなされている。窓口業務、レセプト作成、施設基準の遵守や未収金に対する取り組みといった医事業務も適切である。委託業者の選定は適切であり、契約書で必要な項目を取り決めている。業務の実施状況は日報や定期会議で把握し、教育・研修も実施している。

高度医療に必要な施設・設備を整備し、日常管理や保守点検、緊急時の対応手順が明確である。物品管理は各委員会で検討し、院内 SPD が各部署の材料を定数管理して、日々の物品補充や棚卸によって使用期限や余剰在庫を確認している。

災害時の対応では、消防計画に従い訓練し、停電時には非常発電装置などを整備して対応している。また、災害拠点病院として災害対策マニュアル・BCP を策定し、DMAT の配置や訓練、食料品や医薬品の備蓄なども適切である。保安業務においては巡回や監視カメラで院内を監視し、保安状況を確認している。また、各部署からの緊急コールや夜間・休日の応援体制も明確である。事故発生時の対応を定め、医療安全管理者および院長への通報など、的確な対応を図っている。原因究明と再発防止策、弁護士との相談体制も整備されており、適切である。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修管理室を設置し、各研修医にはフォスタードクターをつけ、EPOC による研修医・指導医の相互評価や看護師などの他職種による多面的な評価を行っている。看護部や他の技術職、事務職においても計画的な初期研修が実施され、専門職種に応じた初期研修は優れており、高く評価できる。

学生実習についてもほぼ全部門で受け入れている。受け入れにあたり、一元的に学校等と契約や協定を締結し、病院規程の遵守や事前教育、実習費用、緊急連絡体制や保険加入、職業感染時の対応等を取り決めている。各部署では指導者により、学校等のカリキュラムや評価基準に基づき実習を実施している。

# 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	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	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	S
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	S
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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	S
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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 6 月 30 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 土浦協同病院

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： 茨城県土浦市おおつ野4-1-1

## 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	794	785	+0	79.15	11.7
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	6	6	+0	10.68	8.07
総数	800	791	+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	12	+0
集中治療管理室（ICU）	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室（CCU）	8	+0
ハイケアユニット（HCU）		
脳卒中ケアユニット（SCU）	9	+0
新生児集中治療管理室（NICU）	12	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）	6	+0
放射線病室		
無菌病室	10	+0
人工透析	62	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
回復期リハビリテーション病床		
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	20	+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), 小児救急医療拠点病院, 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(Ⅱ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： 13 人 2年目： 9 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
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		2,124.53	2,108.48	2,083.35	100.76	101.21
1日あたり外来初診患者数		165.74	158.86	173.86	104.33	91.37
新患率		7.80	7.53	8.35		
1日あたり入院患者数		633.21	642.41	612.54	98.57	104.88
1日あたり新入院患者数		52.24	52.82	50.04	98.90	105.56