

# 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12月21日～12月22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. 診療情報の一元的な管理ができるように、紙が原本となる書類は患者ごとに保管してください。また、診療記録の量的点検項目を拡充した上で、全退院患者に対する点検を確実に実施してください。（3.1.6）
  2. 全身麻酔手術では、1名の患者に対して1名の医師（執刀医・助手以外）が確実に麻酔管理を行うよう工夫してください。（3.2.4）

### 1. 病院の特色

貴院は、JA茨城県厚生農業協同組合連合会加盟病院として、茨城県県南部、千葉県北西部を医療圏とする基幹病院として、茨城県唯一の第一種感染症指定医療機関として、県がん診療指定病院、県地域周産期母子医療センター、地域医療支援病院の指定を受け、地域の拠点病院として開設から約50年の歴史を持っている。

「患者さんの幸せ」「地域の幸せ」「職員の幸せ」の3つを追求するとの病院理念を掲げ、それらを実現するために5つの基本方針を掲げている。基幹型臨床研修指定病院として多くの医師の養成にも力をいれていることは評価できる。

今回の病院機能評価受審を通じ、医療安全や感染制御などへの意識・精度をさらに高められ、今後貴病院の機能が維持・発展していくことを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化し、患者はじめ地域住民、職員にも周知されている。病院の意思決定会議として管理者会議ならびに運営会議の開催や組織図の整備含め病院運営が適切に行われている。5か年の県厚生連財務改善計画書に県内6病院の計画が立案されており、それに基づき年次計画が立てられている。情報管理は情報システム室を設置し、バックアップ体制含め適切に管理している。文書管理は病院内に公式に使用している文書の再確認が必要である。

病院は法定人員ならびに病院の定員を確保しており、採用計画や人員確保などおおむね適切である。人事・労務管理は県厚生連就業規程等により管理され、職員への周知は適切に行われている。安全衛生委員会を設置し毎月開催しており、職員健診の実施や特定化学物質の管理含め安全衛生管理は適切である。職員の意見や要望の把握は、CS 委員会による職員満足度調査の実施、労働組合との労使協議会などにより把握している。また福利厚生制度も充実している。

病院として必要性の高い研修について、患者の権利や医の倫理、個人情報保護などの研修を年間計画に組み入れるなどして開催されることを期待する。職員の能力評価・能力開発は目標管理制度によりおおむね適切に行っている。基幹型臨床研修病院として、初期臨床研修医の育成に取り組んでいる。学生実習について、医学生、看護学生、薬学生、その他の医療職の学生実習を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており周知されている。説明と同意は、方針、基準・手順を整備しており、同意が必要となる診療行為の範囲や説明すべき内容、記録、同席者の基準は明確になっており、おおむね適切である。患者との情報共有と医療への参加の促進は、クリニカルパス、パンフレットなど活用しており、安全対策への協力要請を明確にしている。医療福祉相談室に総合相談窓口を設置し、社会福祉士・看護師を配置し多様な相談に応じている。個人情報保護条例に基づく方針、個人情報に関する利用目的を整備し周知・遵守している。診療現場に発生し得る主な倫理的課題について、病院として予め検討し対応方針を明確にしている。また、医療の倫理に対する認識を向上させていくためにも、研修の充実をはかることとカンファレンスの推進により、倫理意識の醸成をはかられたい。

病院施設は患者等の利便性や病院内の快適性に配慮している。また、車椅子等の配置および整備、安全に配慮したトイレや浴室など含め、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針であり、院内掲示や入院案内等で周知徹底している。

### 4. 医療の質

業務の質改善への取り組みは、患者サポート委員会や業務改善ワーキンググループ、診療の質改善委員会において組織的かつ部門横断的な改善活動を行っている。診療の質向上に向けた取り組みでは、全診療科カンファレンス、CPC を開催している。クリニカルパスは不使用のパスの扱い、バリエーション時の中断基準等含め医療の質向上と患者側、医療者側にも有効的なクリニカルパスを目指されたい。院内に設置された意見箱は運用フローに沿って回収・対応策の検討を行っている。また、患者満足度調査により、患者・家族からの意見や要望を把握し、検討・改善に向けて取り組みを行っている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会で倫理的・安全性の検討が行われている。

病棟における診療・ケアの責任体制は表示含め適切である。診療記録については、診療録管理規定に沿って各記録に必要事項が適切に記載され、質的点検も適切

に行われている。多職種からなる専門チームは、組織横断的に活動し患者の診療・ケアにあたっている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制では医療安全管理室を設置し、室長として副院長と専従の医療安全管理者（看護師）を配置している。医療安全管理室会議を毎週開催し、安全管理委員会とセクションリスクマネージャー委員会は月1回開催している。インシデント・アクシデントレポートの収集・分析、改善策の検討、情報の周知など、医療安全の活動は適切である。

患者の確認は、患者自身に名乗ってもらうことを基本に名前の復唱、生年月日の確認、ネームバンド、診察券などにて確認するルールがある。与薬や検体採取時の6Rの確認、注射薬のバーコード認証、治療部位のマーキング、手術室内のタイムアウト等は確実に実施している。情報伝達エラー防止では、医師の指示出しを電子カルテにて行い、指示受け・実施・実施確認の流れは口頭指示含め、おおむね適切に行われている。転倒・転落防止対策は、入院時のリスク評価の実施結果により、リスクに応じ看護計画に立案され、適切に対策がとられている。病棟の主な医療機器は臨床工学技士にて一元管理され、新人看護師向けや新規医療機器導入の際は研修を行うなど医療機器の安全な使用は適切である。急変時の対応については、院内緊急コードとしてコードブルーを設定し対応している。BLS研修は全職員対象に2年に1度の受講を義務付けている。医療事故等対応について、事故発生時の基本方針、対応手順や組織的な体制、臨時安全管理委員会、院内事故調査委員会の設置・開催、紛争時への対応も整備されているなど、医療事故対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、専任のICDと専従のICNを配置、感染対策委員会の下にICT・AST・感染対策リンクナース委員会を組織し活動している。感染管理室にてリアルタイムに院内感染発生状況を把握し、院内の耐性菌発生状況、アンチバイオグラム、各種サーベイランスの結果は感染対策委員会や院内LANにて周知を図っている。CLABSIの実施、外科手術のSSIの実施含め、施設の規模に応じた医療関連感染サーベイランスの拡充を期待したい。

現場における感染性廃棄物の取り扱いにおいて、手指衛生材のモニタリングの実施、業務の動線に応じた一部の感染性廃棄物容器の設置と廃棄方法について検討を期待したい。抗菌剤使用指針を整備、ガイドラインに準拠した使用方法を推奨している。特定抗菌薬の届出制は確実に実行されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院として必要な情報発信は、広報誌やホームページ、インスタグラムなどにより行っている。特徴的な診療機能については医療検索サイトに掲載し、広く発信している。地域医療連携室を設置し、連携実績の集計や医療需要データを収集、医師同行の訪問活動、登録医会を開催など地域の医療・介護・福祉施設との連携を図っ

ている。地域に向けた医療についての教育・啓発活動では、医療従事者を派遣する出前講座やJAとりで健康講話の開催、保健センターの妊産婦向けの母子保健活動に助産師を派遣・協力している。また、最新の医療技術や特長的な診療機能を紹介する地域医療講演会やリソースナースの会による公開講座を開催している。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の手続き、紹介状を持参した患者含め、受付から外来診療への流れは良好である。患者情報は問診票や紹介状などにより収集している。診断的検査は医学的判断行い、同意を得て実施している。担当医が入院の適応を判断し都度診療科カンファレンスで協議するなど、患者・家族に説明し同意を得て行っている。入院診療計画書は速やかに作成している。患者・家族からの相談内容により、各関連職種や専門機関との連携し多様な相談に応じている。

医師は毎日回診し、必要事項を診療記録に記載している。週1回以上の病棟カンファレンスや多職種カンファレンスを通じ、多職種にて情報共有し課題を検討している。看護業務は看護管理基準や看護基準・手順を整備し、プライマリーナーシングとPNSを組み合わせ、ケアを実践している。全病棟に薬剤師を配置し持参薬の鑑別、注射薬の1施用ごとの払い出し、抗がん剤の調製・混合等投薬・注射はおおむね適切に実施している。輸血・血液製剤投与、周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、リハビリテーションは、患者の状態を適切に評価し、確実・安全に実施されている。退院支援は入院直後に退院計画スクリーニングを行い、必要な場合は多職種によりカンファレンスを開催し、退院支援を適切に行っている。在宅療養が必要な患者には、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加して退院前カンファレンスを実施している。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を取り入れ適切に対応している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤の保管・管理、持参薬鑑別、薬歴管理、調剤、処方鑑査、疑義紹介等の業務はおおむね適切に実施されている。臨床検査機能でパニック値発生時は、確実に医師に伝わる仕組みがある。画像診断機能の体制は確立しており、適切に機能を発揮している。栄養管理機能では体制の確立、厨房内の衛生管理と適時適温の食事提供、選択メニューの取り組み、献立の工夫、評価・改善等含め適切に機能を発揮している。リハビリテーション機能は、早期介入の方針のもと、リハビリテーションの継続性の確保など含めおおむね適切である。診療情報管理機能は、紙を原本とする診療記録は1患者1IDで整理して管理することが望まれる。また、量的点検は、診療情報管理士業務指針を参考に点検項目を拡大して実施することが望まれる。医療機器管理機能では、主な医療機器について一元管理を適切に行っている。洗浄・滅菌機能については、滅菌の質保障の確保含め適切に機能が発揮されている。

病理診断機能、放射線治療機能は適切に機能を発揮している。輸血・血液管理機能は体制や輸血用血液の保管・管理含め適切に機能を発揮している。手術・麻酔機

能について、全身麻酔症例では、1名の患者に対して1名の医師（執刀医および助手以外）が麻酔管理を実施することが望まれる。集中治療機能、救急医療機能は適切に機能を発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理について、会計規則に基づいて行っており、決算においては、公認会計士の関与とともに県厚生連および監事による監査が行われている。経営報告・分析など含め適切である。医事業務は窓口収納、レセプト、返戻・査定、未収金などの業務は適切に処理されている。業務委託の是非の検討については、総合的見地より検討している。

施設・設備管理は中央監視室に委託職員を配置し、設備等の日常点検を記録含め行っている。購買管理では、医薬品、医療材料、医療機器など、購買管理は適切に行われている。

大規模災害発生時における事業継続計画が整備され、防火・防災管理体制含めた緊急時の責任体制、連絡網などを明記している。保安業務では、警備室に業務委託の警備員を、24時間体制で常時配置しており、敷地内の定期巡視、施錠や鍵管理、入館者の管理、暴力暴言者などへの対応を行っている。

# 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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	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
1.3.3	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	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	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	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	B

### 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	C
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	C
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	B
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	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	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	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	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	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 7 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 茨城県厚生農業協同組合連合会 J Aとりで総合医療センター

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： 茨城県取手市本郷2-1-1

## 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	406	406	+0	76.6	15.4
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	8	8	+0	0	0
総数	414	414	+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）		
冠状動脈疾患集中治療管理室（CCU）		
ハイケアユニット（HCU）	10	+0
脳卒中ケアユニット（SCU）		
新生児集中治療管理室（NICU）	6	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	59	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床	45	+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), DPC対象病院(DPC標準病院群), 地域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： 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

## 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

7-2 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
		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		1,073.59	1,119.30	1,023.77	95.92	109.33
1日あたり外来初診患者数		86.28	81.50	63.83	105.87	127.68
新患率		8.04	7.28	6.24		
1日あたり入院患者数		310.89	316.59	270.08	98.20	117.22
1日あたり新入院患者数		20.55	21.76	17.79	94.44	122.32