

## 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 6 月 29 日～6 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	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

鳥取県西部保健医療圏人口 27.9 万人の中心である米子市に開設する地域の基幹病院である。労災病院の使命である勤労者医療と救急をはじめ、地域医療支援病院として多くの地域医療に取り組まれている。現在病床数は 377 床であり、この内 47 床は地域包括病棟である。地域の医療機関、施設との連携、機能分担も推進されている。

病院の理念は「信頼、優しさ、安全」であり、「地域の皆様と勤労者の健康を守ります」と明示されている。しかしながら、病院建物には 1963 年開院当時のところが病棟として現存し、その後の増改築の建物も混在しており、狭隘化等が認められる。このため、来年度より 6 年計画で改築予定である。完成後には急性期病院として脳卒中センター、心血管センター、消化器センター等が新設される。また、療養環境の大幅な改善が図られるため、完成が期待される。なお、病院機能評価の受審は更新であり、着実に病院機能の充実、改善が図られており、評価できる。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針は院内外に周知が図られている。病院の将来像は周知されている。また、院長は職場懇談会等から職場の問題、把握も行い対応を図っている。TQM 活動による業務改善の推進と評価、看護師は専門・認定看護師資格取得の支援を図るなど職員の就労意欲向上への取り組みも評価できる。

病院運営に必要な会議や委員会は定期的開催されている。中・長期計画は労働者健康安全機構の定める基本計画に基づき、毎年度の事業計画も定められている。部門・部署の目標は BSC を用いて行動計画が作成され、年 2 回評価されている。リスクに対応する事業継続計画は、災害行動マニュアルと行動計画を策定している。

診療情報の管理活用方針は診療情報管理委員会で定められている。電子カルテ情報の公開は「おしどりネット」に開示病院として参加している。データの真正性、保存性はガイドラインを定めて確保している。機構の定める文書管理規程に基づき文書管理を行っている。院内で使用するマニュアル類・規程も一元化され院内情報システムで管理されている。

法定人員は確保されているが、病院の診療機能、業務量に見合った人員確保状況については定員の関係もあるだろうが、薬剤師と理学療法士、作業療法士の増員が望まれる。人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程類は適切に定められている。衛生委員会は毎月開催されている。職員の定期健診、労働災害時の対応、職業感染への対応、必要な予防接種等も適切に行われている。職員の精神的サポートは臨床心理士のカウンセリングが受けられる体制、院内暴力対策もできており、職員の安全衛生管理は適切に行われている。職員満足度調査が年1回行われている。福利厚生への取り組みは健保組合の行う各種事業、付加給付等が多数ある。

職員の教育研修は主として各種専門委員会等が計画し実施している。医療安全や感染の管理研修は必要な回数実施されている。院外での教育・研修の参加、図書室の整備、文献検索機能、新人教育の体制と実施状況等は適切である。職員の能力の把握は人事考課表により把握している。医師については院長ヒアリングにより把握されている。院内資格については検討中である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、その内容もリスボン宣言に沿っており、さらに患者の責務についても説明しており、適切である。説明と同意に関する方針があるが、同席者については、必要性和実際の運用に照らし再検討をされたい。院内各所に患者用のリーフレットが設置され利用されている。患者への病状説明や治療の説明の際は、クリニカル・パスやパンフレットなども活用している。また、外国人受診者への対応についても配慮されている。

総合支援センター内に医療・福祉相談室があり、多様な相談に対応している。地域連携室・医事課とも隣接しており、協力体制が出来ている。児童・高齢者・障がい者等からの虐待、配偶者からの暴力事例の際の対応マニュアルは整備されており、関係行政機関等との連携も図れる体制ができている。

個人情報保護規程が整備され、情報システム管理が行われている。電子カルテのパスワードやUSBメモリ等の電子媒体の管理についても、規程に則り運用しており、個人情報は適切に保護されている。主要な倫理的課題については、対応する方針を定め、病棟カンファレンスや倫理委員会での協議など、検討の手順が確立している。臨床研究についても、倫理委員会で協議される。

駐車場の確保、定期バスの病院敷地内乗り入れ等もある。院内には食堂、売店が毎日営業しており、喫茶スペースもある。病棟には生活に必要な設備・備品が整備されている。携帯電話はマナー厳守で使用可能である。全体的に患者、面会者の利便性・快適性に配慮されている。院内はバリアフリーが確保されている。廊下・階

段・トイレ・浴室には手摺りが設置されている。玄関には高齢者、障がい者用に車椅子・歩行器が常時用意されている。玄関付近に点字ブロックがあればさらによい。病院建て替え計画があるので将来に期待したい。

療養環境は病院建物に古いところがあり、廊下幅、病室等全体的に病棟・診察室・デイルーム・浴室・トイレ等狭く、今後の新病院建築に期待したい。敷地内は全面禁煙であり、院内掲示、入院案内、ホームページ等で周知を図っている。禁煙パトロールも行われている。職員の喫煙率も把握されている。現在喫煙外来が中止されているので、再開されることを期待したい。

#### 4. 医療の質

投書箱を設置し総務課員が毎週回収している。対応等は委員会で検討し必要な対処をしている。投書や苦情等の訴えの内容、回答は院内掲示板に掲示、委員会での審議事項は全職員に広報誌により周知している。記名のある投書については院長名で直接回答もされており、適切である。

多職種が参加する数多くの症例検討会やカンファレンスを定期的に行っている。診療ガイドラインは、関連学会の最新版を活用している。臨床指標については、労働者健康安全機構「臨床評価指標」に参画のうえ、分析・検討し、病院誌やホームページ上で公開している。診療の質の向上に向けた取り組みが適切になされている。

2002年度からTQM活動を開始、以後、継続的に活動を展開し、発表会を毎年開催している。他県の病院との合同発表会の開催や、TQM活動全国大会での複数回の優秀賞の受賞など、医療サービスの質改善に向けて精力的に取り組んでおり、高く評価できる。新たな診療・治療方法や技術の導入、あるいは薬剤の保険適応外使用については、倫理委員会および運営会議において検討し、その可否を決定している。病棟の入口に、診療の責任医師・師長・薬剤師の氏名が掲示され、外来においても担当医師が掲示されている。

診療録は記載マニュアルに基づき、適切に記載されている。患者の治療やケアについて、日常的に薬剤師・栄養士・理学療法士・MSWなどの多職種が協働して行われている状況が診療録より確認され、適切である。

#### 5. 医療安全

院長直属の医療安全部・医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者と感染防止管理者が配置されている。また、各所属責任者が医療安全推進者に選任され、必要な権限と役割も明文化され、医療安全管理マニュアルが周知されている。電子カルテ報告システムを用いてインシデント・アクシデント情報を収集し、各部署や医療安全管理室で分析している。この結果に基づき再発防止策を検討し、医療安全管理委員会で協議し、全員で共有するシステムである。院内外からの安全情報は、電子媒体や医療安全室だよりなどを通じて配信し、安全確保に向けた情報収集と検討は、適切である。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は「患者・部位誤認防止マニュアル」に基づいて具体的対策が図られており、適切に実施されている。電子カルテシステムにより指示出し、指示受け、実施確認は、適正に実施されている。緊急時の口頭指示も手順を遵守して実施されている。検査結果のパニック値の報告も適切に行われている。薬剤の安全使用対策は重複投与や併用禁忌薬剤について、薬剤師が鑑査時に確認する仕組みがある。ハイリスク薬および麻薬等も適切に保管、管理されている。転倒・転落防止対策は、入院時全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートによる危険度判定・評価を行い、その後は病状変化に応じて評価・見直しを行っている。医療機器は管理マニュアルやトラブル対処マニュアルを整備し、点検手順や作動確認がされている。

患者急変時の対応は院内緊急コードを設定し、周知徹底している。救急カートは必要な場所に配置し、院内で標準化し、看護師は毎日、薬剤師は毎週薬品点検を実施している。全職員対象のBLS訓練・AED講習会、ICLS研修、NCPR研修も計画的に行うなど、患者急変時の対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が月1回定期的に開催され出席率も高い。委員会の下部にICTを設置し、ICN、薬剤師、検査技師らがメンバーとなり、月1回のICT定例会を開催し、さらにコアメンバーによる週1回のラウンドを行い、その結果を現場にフィードバックしている。「院内感染対策マニュアル」が整備され、網羅的に分かりやすく情報が記載されている。

医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は分離菌の把握、耐性菌の出現頻度を病棟別、診療科別、検体別に週ごとに集計し、全職員が院内LANで閲覧できるようにしている。CLABSI、VAP、SSIのサーベイランスを定期的に行っている。JANIS、鳥取県抗菌薬体制サーベイランスへの参加や、近隣3病院との合同カンファレンスを通じて院外での流行情報の収集に努め、現場にフィードバックしている。また近隣の2つの総合病院と年2回相互ラウンドを行い、情報交換し連携を進めている。アウトブレイクの定義と報告の手順も定め、適切に対処している。

ICTは院内感染対策マニュアルやマキシマル・バリアプリコーションの遵守状況の評価し、指導・監視を実施している。擦式アルコール製剤のモニタリングや手指衛生サーベイランス直接観察法も実施している。感染経路別表示は、電子カルテで情報共有し、部屋の入口に独自に作成したピクトグラムを表示している。血液・体液が付着したりネンや感染性廃棄物の取り扱い等、感染を制御する活動は適切に行われている。

薬事委員会で議論し、抗菌薬の採用と削除を行っている。院内における検体別分離菌、感受性パターン、耐性菌の出現頻度、抗菌薬の系統別使用量については、ICTが情報収集・分析を定期的に行い、院内感染対策委員会を通じて現場にフィードバックしている。抗菌薬の適正使用に関する指針については、「院内感染防止マニュアル」の中に記載している。届け出抗菌薬の使用状況はICTが把握し、その他

の抗菌薬も含めて長期使用や、不適切な使用例は ICT が介入する仕組みがある。周術期の予防的抗菌薬の使用法は院内で統一され、遵守されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページは医療情報管理者が随時更新している。広報誌は患者、住民対象の「微風」年 6 回発行、関連医療機関向け「地域連携室だより」は年 6 回発行されている。これら広報誌には診療実績の記載もされている。病院誌（トレンド）という年報も発行されており、病院広報活動は適切に行われている。

地域医療支援病院であり、地域の医療関連施設との連携と状況の把握は常になされており、県の西部医師会、市の医師会、在宅推進委員会や地域包括支援センター運営協議会等にも委員が出席して、連携の強化に努めている。院内には地域連携センターが設置され、医療相談室、退院支援看護師等と地域の他の医療関連施設のニーズの把握、自院との連携に努めている。

院内では毎月医師や認定看護師、コ・メディカルによる健康講話を開催し、患者、地域住民に案内している。また、年 1 回近隣の商業施設で「労災病院展」を開催し、病院の活動状況を紹介するとともに各種の簡単な検査測定を行い、住民の健康教育に努めている。地域の医療関連施設等への専門的医療知識や技術の研修会、講話会等も行われており、特に感染に関する研修会やコンサルテーションは活発に行われている。

## 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院内掲示のほかホームページ、広報誌等で案内されている。初診、再診（予約制）、会計までの手続きと流れも明確である。診断的検査は安全に配慮して行っている。

入院の決定は、紹介情報や診察・検査結果を医学的判断して行っており、必要時には他の医師と協議している。入院診療計画は医師が治療の基本方針を立て、その後、多職種の間により診療計画が速やかに作成され、必要に応じて見直されている。定型的な症例ではクリニカル・パスが活用されている。

医療相談は医療相談室が担当し、患者や家族の多様な相談や苦情などに対応している。患者相談室には、メディエーターも配置されている。入院手続きは、医事課入院係が行い、看護師により入院時オリエンテーションが行われている。

医師は毎日回診を行い、その結果を診療録に記載している。入院患者のカンファレンスは、毎週行われている。神経内科と脳神経外科との合同カンファレンスも毎週 1 回行われている。医師はリーダーシップを発揮して病棟業務を適切に行っている。看護師は看護管理マニュアル・看護単位基準などの整備と活用により、看護業務を適切に行っている。入院時には、リスク評価と退院調整スクリーニングを行い、健康・生活状況・心理的社会的状況を把握して、看護計画を立案し援助を行っている。クリニカルリーダーシステムを用いてキャリア支援が図られ、能力に応じた業務分担も配慮している。

投薬・注射は、病棟担当薬剤師が、ハイリスク薬の薬歴管理、服薬管理指導を行っている。持参薬は100%薬剤師が鑑別している。抗がん剤の調製は全て薬剤師が薬剤部の安全キャビネットで行っている。内服薬・麻薬の内服確認は看護師が行っている。輸血・血液製剤は適正使用指針を整備し、確実・安全に実施されている。輸血後感染症検査は、今後の実施率の向上に期待したい。

手術・麻酔は、術前カンファレンスで検討し、必要性とリスクも十分に説明し、同意が得られている。麻酔科医による術前・術後診療、看護師による術前・術後訪問が実施されている。手術に際しては、タイムアウト、サインアウト、合併症の予防対策など確実に実施され、術後の患者のケアや搬送も安全に行われている。重症患者は主にHCUで治療しているが、一般病棟でもスタッフステーションに近接した病室で経過観察や治療を行うなど、重症患者の管理は適切に行われている。

褥瘡予防と治療は、入院時にリスク評価を行い、危険因子がある場合は、患者の状態に適したケアを計画している。多職種による褥瘡対策チームの回診を実施し、評価・指導や皮膚科医師のコンサルテーションなど、総合的な褥瘡予防対策に取り組んでいる。

栄養管理は、入院時に栄養アセスメントが行われ、低栄養の患者にはNSTチームが介入している。嚥下困難な患者には、嚥下食の選択ができる。食物アレルギーにも対応している。必要な患者には栄養指導が行われ、その情報は病棟スタッフと共有されている。

疼痛については、事前に医師より出された包括指示により対応し、症状緩和に努めている。緩和ケアマニュアルが整備されている。リハビリテーションは主治医が判断し、リハビリテーション専従医師が適応の判断と目標を決定、リスクの評価を行っている。また、療法士による実施計画書は医師の指示に基づき、患者・家族の要望を取り入れて作成されている。

身体抑制は、「身体抑制判断フローチャート」を基に行われている。抑制に関する医師の指示、抑制中の必要な観察や抑制解除に向けたカンファレンスが行われ、内容は適切に診療録に記載されている。

退院支援は入院3日以内に「退院支援スクリーニングシート」を用いて評価し、必要な患者には、多職種による退院支援カンファレンスにより、退院支援計画書を作成している。また、県作成の「鳥取県西部地区がん地域連携診療計画書マニュアル」や「圏域における入退院調整ルール」に沿い、地域の関係機関との情報共有や連携を図っている。

在宅療養支援が必要な患者には、院内の多職種に加え、ケアマネジャー等の地域の医療・介護職の参加による退院前カンファレンスが行われている。施設に転院する時は、看護師が施設に出向いて勉強会等を開催するなどの支援も行っており、評価できる。

ターミナルステージの判定は主治医が実施しているが、患者と家族の意向を重んじ、緩和ケアチームなど多職種によるチームで診療・ケアを行うこともある。診療・看護は、患者・家族のQOLを重視した計画を立案し、療養環境にも配慮した上

で、患者・家族に寄り添う事に努めている。逝去時の対応、ドナーカード持参者への対応、剖検・臓器提供マニュアル等も整備されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理部門では処方監査・疑義照会も含めて、平日はもとより夜間・休日の当直業務も適切に行っている。高カロリー輸液、抗がん剤は全て薬剤師が調製している。副作用情報は随時院内 LAN で配信するとともに、紙媒体を速やかに配布している。まれな副作用について薬剤部で調査した結果を Q&A という形でファイリングし、院内 LAN で閲覧できる仕組みがあるなど高く評価できる。

臨床検査は、24 時間の検査体制が採られ、検査マニュアルにより検査の統一が図られている。院外精度管理については 3 か所のサーベイに参加、検査精度の維持・向上に努めている。また、検査結果報告、異常値・パニック値の取り扱い、検査後の検体の取り扱い等を確実に従っており、臨床検査機能は適切に発揮されている。

画像診断は常勤放射線科医師と、診療放射線技師により、時間外は当直体制で対応している。放射線科医師は IVR のみならず CV カテーテル挿入も従っており、医療安全に貢献している。

給食調理は業務委託で行われている。配膳は温冷配膳車を用いている。アレルギー食、キザミ食、特別メニュー、行事食等患者の特性や嗜好に応じた対応に配慮されている。常勤専従医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置し、脳血管、運動器、呼吸器、心大血管リハビリテーションを行っている。リハビリカンファレンスも行われ、情報共有、リスク管理、目標設定などを行っている。

診療録管理はコーディング業務、全がん登録業務、退院時サマリーのチェック、診療録の量的監査、DPC コーディングと記載内容のチェック等多くの業務が適切に行われている。

中央診療部に臨床工学室があり臨床工学技士が、ME 室・手術室・透析室・HCU・病棟・検査室など、必要な部署で業務を行っている。夜間・休日はオンコールで対応している。医療機器は臨床工学部で一元管理し、日常点検や定期点検も年間計画に基づき実施している。人工呼吸器や輸液ポンプ・シリンジポンプの導入の際には、標準化に向けて協議するなど、医療機器は適切に管理されている。

洗浄・滅菌業務は全面委託され、手術室看護師長が兼務で業務管理しており、管理・責任体制は確立している。使用済み器材の洗浄や消毒業務は中央化しており、一連の業務の流れはワンウェイ化され、業務環境の整理・整頓も行き届いている。滅菌の質保証に関する各種インディケーターも基準通りに行い、滅菌精度の保証に努めている。EOG のエアレーション対策も実施している。既滅菌物の管理などの業務改善や効率化などにも取り組むなど、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断は常勤病理医と細胞検査士 2 名で安全、確実に実施されている。また、危険性の高い薬品の安全な保管・管理、病理検査室の環境管理を含め、病理診断機能は適切である。

輸血・血液管理は輸血認定技師が、輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却を担当し、輸血担当臨床検査技師とともに 24 時間体制で適切に対応している。輸血療法委員会では、廃棄率を含め、安全で適正な輸血業務の検討を行っている。

手術・麻酔機能は麻酔科部長と看護師長がスケジュール管理を行っており、緊急手術にも適切に対応している。医療機器や薬剤は臨床工学技士や薬剤師などの協力のもと管理されている。関連診療科医師や看護師などが参加して毎月開催される手術業務委員会では運営上の問題を検討するなど、手術・麻酔機能は適切には発揮されている。集中治療機能は HCU8 床の病床に主に、心臓血管外科と循環器内科および術後の患者が入室している。入退室基準は明確で遵守されている。

救急医療は「断らない」を基本方針に、大学救命救急センターと連携し、二次救急医機関として 34 床の救急病棟を整備し、医師・看護師のほか、診療放射線技師・検査技師・薬剤師の当直体制を整え、全診療科医師がオンコール体制で支えており、救急医療機能は適切である。

## 10. 組織・施設の管理

予算、決算、会計処理、財務諸表の作成は独立行政法人会計準則に基づき作成し、機構の内部監査と監査法人による会計監査を受けており、適切である。経営状況の把握と分析は毎月の収支状況と分析を運営会議に報告し検討している。経営改善検討委員会にも報告し検討している。

窓口収納業務は医事課と会計課により行われている。レセプトの作成、点検、返戻、査定への対応は医事課職員と業務委託により行われている。施設基準は定期的にチェックしている。未収金は会計課が担当し、回収に努めている。

業務委託業者の選定は一般競争入札で決められる。委託業務は日報や業務報告書により実施状況の確認を行い、必要に応じて業者と意見交換している。委託業者に対する感染対策教育研修は院内にて病院職員が行っている。

施設設備の管理は職員 1 名（ボイラー技士）と業務委託により行われている。日常点検と緊急時の対応体制は確立している。院内清掃、廃棄物の保管並びに処理も業務委託により適切に行われている。

購入物品の選定は機器等整備委員会、薬事委員会、医療材料検討委員会で検討される。物品の購入発注は契約係、検収は用度課が行っている。医薬品の使用期限の棚卸は薬剤科が行い、治療材料の在庫管理は業者委託による SPD 方式で行っている。ディスプレイ製品等の再利用は行っていない。物品管理は適切に行われている。

災害対策マニュアルや消防計画が作成されており、防火訓練は年 2 回実施されている。停電時の対応は自家発電機で常時燃料を確保している。食料、水は職員使用分を含め 3 日分が備蓄されている。大規模災害時の対応は前記災害対策マニュアルの中で定められている。建物は耐震補強されており、災害時の対応は適切である。保安業務は平日昼間は事務職員が行い、夜間・休日は業務委託による守衛と事務当直により適切に行われている。



医療事故発生時には医療安全対策マニュアルに沿って対応している。原因究明と再発防止の検討は医療事故調査委員会を招集し、検討、遺族への対応等を行う。万一訴訟となったときは、医事紛争マニュアルに沿って対応し、機構本部にも報告する。顧問弁護士とも相談する体制ができている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型および協力型研修病院であり、初期研修医を多数受け入れている。50 名を超える指導医のもと、プログラムに沿って研修を行っており、研修評価はポートフォリオを用い、研修医によるプログラム内容を含めた指導体制や指導医についての評価も実施している。また、院内の臨床研修管理委員会とともに、大学病院を含む複数の近隣病院が参加する臨床研修合同管理委員会を定期的を開催し、研修プログラムの評価や研修医・指導医の評価確認を行っており、臨床研修は適切である。

学生実習は 2016 年度 15 校、延べ 2,870 名超の実習を行っている。実習に際しては予め学校と実習契約を交わし、カリキュラムに沿った実習が行われ所定の評価がされている。患者・家族へは実習病院である旨の説明し、同意を得ている。実習に際しては医療安全、感染制御教育を行うとともに、事前に実習生の各種抗体検査値の提出を求めている。看護関係の実習中の事故等への対応は予め契約書で定めている。

# 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病院の方針を決定している	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	A

1.5.3	医療サービス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	B
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	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	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	急性期の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	S
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	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	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	NA
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	文書を一元的に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	B
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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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	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： 2015 年 4 月 1 日 ～ 2016 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2017 年 2 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人労働者健康安全機構 山陰労災病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人労働者健康安全機構

I-1-4 所在地： 鳥取県米子市皆生新田1-8-1

## 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	377	377	-6	80.1	14.6
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	377	377	-6		

## 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	34	+0
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)	8	+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	30	+0
小児入院医療管理料病床	10	+10
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	47	+47
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		
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, へき地拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 5 人 2年目： 5 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

