

## 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1月30日～1月31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1957年に開院し、2004年に独立行政法人労働者健康福祉機構による運営移管後も病床数の拡大や増改築、新築移転を繰り返し、2016年に労働者健康安全機構の発足により現在に至る。この間、労働災害による疾病や救急医療に力を注ぎ、地域医療支援病院、災害医療拠点病院、がん診療連携拠点病院（地域）、エイズ治療拠点病院などに指定され、最新の高度医療機器を備える専門性の高い急性期医療を担う病院として発展し続けている。また、臨床研修病院として医師をはじめ、医療に関わる多くの職種の育成に携わっていることも評価される。

病院の理念に基づき、地域における救急・急性期医療の実現に向けて取り組んでいる。この度の更新審査においては、病院長・幹部の強いリーダーシップのもとで、多くの部門で医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。特に、画像診断機能や輸血・血液管理機能は高く評価できる。

新型コロナウイルス感染症の拡大を受けて、常に変化する外部環境に適合させるべく、病棟再編成などの整備を繰り返し、周囲から期待される診療機能を発揮していることも高く評価したい。今後も地域においてますます発展することを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、労災病院としての役割・使命が明確に表現されており、ホームページや院内掲示、病院概要等に掲載し周知に努めており適切である。院長は、理念に定める働く人と地域のために、患者中心の最善の医療が提供できる病院を目指している。病院運営では、病院幹部が各委員会や会議、主要部門においてリーダ

ーシップを発揮している。また、年度運営計画を策定し実績と評価、課題を明確にして次年度の運営計画を策定し、達成に向けて取り組んでいる。病院機能存続のためのBCPを作成するなど、効率的・計画的な組織運営は適切に行われている。情報管理は、病院情報システム運営管理マニュアルに従い各システムを医療情報部が管理し、医療の質・安全性の確保や病院経営の効率化に活用している。電子カルテシステムの更新に向けプロジェクトチームを立ち上げるなど計画的な取り組みがあり適切である。文書管理については、規程等に基づき院内文書の作成・承認・保存等を総務課において一元的に管理しているが、マニュアル等の制定・改訂が一覧で確認できる仕組みの構築に期待したい。

人材の確保では、運営計画における重点方針において診療機能の向上に必要としており、採用実績等での成果が見られ適切である。人事・労務管理では、就業規則や給与規程等を定め、職員専用ホームページで常時閲覧可能である。就業規則の改訂や「労働基準法第36条」に基づく協定の届出がされている。医師の働き方改革は運営計画の重点方針としており、長時間勤務への対応も含め取り組んでいる。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会を設置し感染症対策や労働時間調査、職場環境点検等を実施している。各種健康診断の実施や作業環境も適切に維持している。職場感染やメンタルヘルス、院内暴力へも対応している。院長等が職員の意見・要望等について職場懇談会を開催して把握している。また、就業支援として育児休業等各種支援制度が整備され、院内保育所や職員宿舍、人間ドック費用負担等の各種福利厚生の実施に取り組んでいる。院内研修においては、医療安全研修および感染管理研修についてeラーニングによる講義と小テストを組み合わせ実施し、参加率も向上している。職員の能力評価や能力開発は、職種ごとで実施している。看護部門では、キャリアラダーや目標面接による能力開発評価を実施し、専門・認定看護師育成や院内認定制度の設定などの取り組みがあり評価できる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は適宜見直しを行い、患者・家族や職員への周知は適切である。また、こどもの権利についてはルビを振るなど子どもにも読みやすいように策定し、院内外への周知を行っている。説明・同意の方針は、「インフォームドコンセントに関する指針」に明文化され、同席するルールや手順を定めて実施している。外来、病棟では患者が氏名と生年月日を名乗るなど、患者自らが安全管理に参加する仕組みとしている。外来や相談窓口には各種パンフレットが置かれ情報を得られる環境が整えられている。患者からの相談窓口として、「総合医療相談センター」を設置し、社会福祉、がん、医療に関する各種相談や苦情等、それぞれの内容に応じた担当者を決めて支援している。児童・高齢者・障害者・配偶者の虐待などに関するマニュアルについても整備し周知している。個人情報保護に関して、機構本部が定める「個人情報保護規程」に基づき「個人情報保護方針」を定め、ホームページや院内掲示で周知している。医療情報システムへの対応や診療や入院時のプライバシーも適切に保護している。臨床における倫理的課題についての方針は「病院倫理規定」に明文化されており、職員が参考とすべき指針が定められている。倫理的課

題については倫理事例検討シートや4分割法を用いて対応している。

患者・面会者の利便性・快適性では、最寄駅から徒歩圏内に立地し、アクセスは良好である。駐車場や駐輪場は必要数を備え、院内の売店やコンビニエンスストア、レストラン、無線LANによるインターネットサービスなど充実している。高齢者・障害者にも配慮した施設・設備を確保している。病棟内は医療安全・感染制御に配慮し、手摺りやナースコールの設置、清掃も行き届き患者の療養環境を整備している。病院は敷地内禁煙となっており、敷地内を警備員などが定期的に巡回するなど意識付けを行っている。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見は、投書箱や、毎年実施している患者満足度調査などにより収集し、患者サービス委員会にて検討し、病院長・各部署長とも共有している。患者からの直接の意見・苦情等は、「総合医療相談センター」で聴取し、医療安全部門とも共有・検討する場がある。診療の質の向上に向けた活動として、カンサードボードやCPCは年間数多く開催している。医事業務・クリニカルパス委員会においてバリエーションやアウトカムの評価・見直しを行っている。臨床指標については、労働者健康安全機構本部の臨床評価指標に参加し、業務改善委員会にて検討している。業務の質改善への取り組みは、病院全体としてBSCを基点としたプロジェクトチームを立ち上げ、業務改善委員会にて進捗状況を把握している。また、各病棟ではSWOT分析を行い、対策を検討し改善に結びつけている。自院にとっての新たな診療技術や治療方法を導入する場合は、医療倫理委員会で倫理面・安全面から検討している。ただし、高難度新規医療技術を用いた医療提供に関する規程を作成し、これに基づき、新規医療技術の導入に関しては高難度新規医療技術導入検討小委員会の検討事項としている。臨床研究および治験には研究倫理委員会、治験委員会、利益相反委員会などで協議している。薬剤の適応外使用は倫理委員会での検討の後、薬事委員会にて承認している。

病棟では、病棟責任医師名、看護師長名、薬剤師名など明示している。ベッドネームには主治医、担当医師を表示し、ベッドサイドには当日の担当看護師名が勤務ごとに表示され責任が明確になっている。主治医不在時や緊急時の連絡体制も周知されている。診療記録については、医療用語略語集は電子カルテから参照できる。医師の診療記録の質的点検は、入院診療録監査実施要領に沿って、診療情報管理委員会において実施し、結果は診療科にフィードバックしている。看護記録の質的点検は看護部記録委員会にて開始したところである。それぞれのチームが多職種協働により定期的にカンファレンスを行い、情報を共有し、治療方針やケアを検討している。

#### 5. 医療安全

医療安全管理室は副院長を責任者とし、専従の看護師を配置している。各委員会が機能しており、マニュアルの整備・対策・評価等の安全確保に向けた体制は確立している。院内のインシデント・アクシデント報告はシステムを利用し、収集して

いる。安全確保に向けた情報収集・原因分析と対策は早期対策につなげて周知・徹底している。

患者誤認防止は患者の名乗りを基本とし、入院患者・外来患者の誤認防止は適切である。検体に関する誤認防止と複数チューブ・ルート of 誤認防止についても院内でルールの周知、徹底を期待する。指示出し・指示受けのシステムや口答指示に関するルールは適切に運用されている。医師事務作業補助者の業務範囲については再検討が望まれる。病棟における薬剤の管理・安全な処方を行う体制は適切に運用されている。全入院患者に転倒・転落アセスメント・対策フローチャートを用い危険度や個別に応じて対策を講じている。対策はレベルのみを経過票に記載する方法であり、具体的な対策立案を共有し、評価するなどアクシデントを減少させるための再検討を期待したい。医療機器は中央管理しており、取り扱い方法も周知している。使用時点検・作動確認などは適切であり、医療機器を安全に使用している。院内の患者の急変に対し緊急コードを設定しており、また、RRS も稼働しており発動フローが周知されている。BLS 研修の受講は、計画的な研修企画や受講推奨について検討が望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を設置し、感染管理者には専従の感染管理認定看護師を配置しており、ICD、薬剤師、看護師、臨床検査技師など組織横断的に活動している。感染対策委員会は毎月開催し、ICT による院内ラウンドも定期的に行っている。院内の感染症発生状況や各種耐性菌の出現については感染管理室が一元的に集約・分析し、感染対策委員会に情報提供している。微生物サーベイランスや医療関連感染も把握し、その結果は感染対策委員会から感染担当者を通して各部署に伝達されて、感染拡大防止につなげている。

感染対策マニュアルに基づき、手指衛生、感染経路別予防策、個人防護具の装着を実施している。抗菌薬の採用は AST の承認が条件であり、抗菌薬の選択は推奨第一選択薬を感染症ハンドブックに記載して配布している。指定抗菌薬が決められており、それらの使用症例は全例 AST で協議し、結果を適宜担当医に情報提供している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報は広報委員会が所管し、患者向けに病院報を毎月発行していたがコロナ禍により休刊しており、ホームページによる広報を主体としている。ホームページには外来受診や入院手続き、外来診療表、臨床指標など様々な情報を掲載している。医療連携は地域医療連携室が担っており、地域医療支援病院としての機能を果たすための場として地域医療支援病院運営委員会を開催している。登録医療機関からの前年実績は紹介率約 90%、逆紹介率約 80%であり医療連携システムにより毎月未返書の把握を行っている。連携医療機関向けアンケートを定期的の実施しており、満足度の結果も良好であった。地域連携パスの再開に向けた取り組みを期待したい。地域の健康増進に寄与する活動としては、人間ドック、特定健診、がん検

診、企業健診等の予防医療がある。また、地域住民に向けた教育・啓発活動として、産業医による勤労者の生活習慣病予防に向けた指導や産業保健活動も積極的に行っている。さらに、オレンジ会（オンラインがんサロン）、ホームページ上での感染症対策案内、外来患者向けには外来看護師によるミニレクチャー等を開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページで案内し、円滑な受診や待ち時間対策のため予約制や紹介制を積極的に取り入れている。来院時の緊急時の対応や感染対策も適切である。外来診療では、患者誤認防止・説明と同意などのプロセスは適切である。また、侵襲性の高い検査への説明と同意、看護師のケアと記録も適切に実施され、入院サポートセンターでは患者用パスを用いて補足説明も行っている。CT や MRI における造影検査、鎮静による内視鏡検査などの患者状態の観察、入院決定・ベッドコントロール・入院に際しての説明と同意、医師による診断・評価から診療計画の作成に関する過程などは手順通り行われている。総合医療相談センターでは患者・家族の多様な相談に多職種で対応し、プライバシーにも配慮している。入院案内に入院中に必要な内容が記載され、入院サポートセンターの対応により安心して入院できるように配慮している。

医師の日常の回診と記録、多職種間でのカンファレンス・書類作成など適切に行われている。看護師は固定チームナーシングを取り入れ、患者の身体的・精神的・社会的なニーズを把握し、看護計画を立案し対応している。病棟業務や病棟運営を規定で示し、看護基準・手順も整備している。投薬における誤認防止や内服確認、安全な注射の準備と施行、投与中の確認も適切である。輸血の適応は院内で作成した輸血療法マニュアルに従って判断し、患者に説明し、同意書を取得して実施している。血液製剤の払い出し時および輸血実施時、また投与中の患者の状態・反応の観察も適切に実施している。副作用の有無を含めてすべて電子カルテに記録して輸血療法委員会に報告している。手術に関しては主治医が説明を行い、同意を得ており、全身麻酔では、麻酔科医が術前外来にて説明を行い、同意を得ている。また、歯科医師、歯科衛生士などによる口腔ケアチームが口腔環境改善や誤嚥性肺炎の予防に努めている。重症患者の管理では ICU と HCU がそれぞれの入室基準に基づき、重症患者および術後患者の入室を ICU・HCU 管理医師が管理している。脳神経疾患への早期薬物療法や血管内治療に対しては SCU を整備している。一般病棟では、患者の重症度により、病棟の重症室・観察室で管理している。褥瘡予防対策マニュアルを作成し、手順に沿って全入院患者に危険因子評価を行い患者ケアや予防対応を行っている。栄養管理は入院時栄養スクリーニングを基に指導を行っている。身体症状、精神症状は緩和ケアマニュアルに沿い症状緩和に努めている。リハビリテーションの指示から計画立案、説明と同意、施行後の評価などのプロセスも適切である。身体抑制が必要な場合は身体抑制使用判断フローチャートに沿ったアセスメントを行い、同意書を得て実施している。入院サポートセンターによる退院支援や転院先や外来でのケアの継続支援も適切である。病院としてのターミナルステージの

判断基準を明確にし、多職種による診療やケアの実践ができるよう体制の整備を望みたい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、調剤および鑑査、医師への疑義照会、病棟薬剤師業務・医薬品や副作用の情報管理などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、夜間・休日を含め 24 時間体制で対応している。パニック値については設定値を設け、必ず主治医もしくは担当医に報告し記録を残している。内部精度管理の実施、外部精度管理への参加など適切である。画像診断機能については、適時検査の施行・全症例読影レポート作成とその確実な提供など、質の高い画像診断機能を発揮している。栄養管理機能については、調理、盛り付け、専用エレベーターによる配膳・下膳、下膳食器等の洗浄・保管などが HACCP に沿って適切に行われている。リハビリテーションは医師による診断から計画書作成・説明と同意のもとでの施行・評価と見直し・安全確保など適切に運用している。医療機器管理機能では、医療機器安全管理責任者である臨床工学技士が室長を務める ME 中央管理室において、人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器を中央管理しており、夜間・休日の貸し出しの対応も適切に整備されている。

病理診断機能は常勤専従医師 3 名で年間多数の病理組織診断ならびに細胞診検査、免疫組織化学検査を実施し、術中迅速病理検査および迅速細胞診検査にも対応している。日本病理精度保証機構などの精度管理に参加している。輸血・血液管理機能は輸血部として独立した輸血部を設置し、認定輸血検査技師が輸血検査業務および輸血用血液製剤を一元管理している。日本輸血細胞治療学会の輸血機能評価認定 (I&A) を取得しており、輸血責任医師が輸血全例のカルテを確認し血液製剤の適正使用を推進し、廃棄率も減少しており、高く評価できる。手術・麻酔機能では、手術室は 10 室で、麻酔科医師 7 名、看護師 39 名が年間約 6,500 例の手術に対応している。術中の患者の状態変化時や麻酔覚醒時の患者の状態に応じてハリーコールなど外科医、麻酔科医、手術室看護師が連携し速やかに対応していることは評価できる。集中治療機能では、施設基準を有する ICU6 床と HCU8 床および HCU の施設基準を算定している SCU3 床を設置している。ICU・HCU の入退室運用規程を明確化し、診療責任者は各診療科の主治医が務め、救急集中治療科は主科と共に全身管理の立場から診療支援を行っている。救急医療機能として、日勤帯は救急集中治療科医を中心に、時間外は当直制の医師と交代制の看護師・薬剤師・臨床検査技師・放射線技師・臨床工学技士を配置し、365 日 24 時間の体制で年間 15,000 人以上の救急患者および 6,500 台以上の救急車を受け入れている。特に循環器救急や脳神経救急では医師が 24 時間 365 日院内に常駐している体制となっている。その他、診療情報管理、洗浄・滅菌、放射線治療の各機能についても適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算は各診療科や部門の要望についてヒアリングを行った上で編成し、経営全般について幹部会、運営会議において検討する体制を整えている。財務諸表を作成するとともに、独立行政法人会計基準および病院会計準則に基づく「会計規程・会計細則」による会計処理を行っている。医事業務は受付から会計窓口までの窓口業務や収納業務などのマニュアルを整備し、医事課の管理の下に職員および委託業者により適切に行っている。また、医師、担当者などが連携して返戻・査定内容の検討を行う体制を整備している。業務委託については、委託の必要性について、人員配置計画や運営計画作成時に状況確認や費用対効果を検討し、幹部会で審議・承認している。

施設・設備管理は会計課が所管している。電気・空調・給排水・エレベーター・医療ガス等は、防災センターにおいて委託職員が24時間365日体制で監視し、業務報告も適切に行っている。購入物品については、薬事委員会、医療機器・医療材料購入委員会等で検討の上、採用の可否を決定している。物品管理業務は、SPDに委託し、使用期限管理、在庫調査を定期的実施している。

機能存続計画書（BCP）、消防計画、災害対策マニュアルを策定し、地震・火災・停電時等の大規模災害時に対応している。各部署にマニュアルを配置し、職員に周知・徹底している。災害拠点病院として、DMATが組織され、派遣実績もある。保安業務は、業務内容の明確化により適正な管理体制を確立し、緊急時の対応手順と緊急連絡網の整備などを行っている。医療事故発生時の対応は、医療安全推進マニュアル「医療事故発生時の対応」で家族への対応や院内報告手順等を周知している。事故原因の究明や再発防止、紛争対策への取り組みは適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

研修医については卒後臨床研修管理室が主管し、「関東労災病院初期研修プログラム」に沿って行っている。研修医の診療範囲などは服務規程に明記し周知している。CPCの出席状況は常に90%以上であり、症例レポート作成にも臨床研修実務委員会が主体的に関わっている。他職種による評価表に基づく評価や多方面から診療能力を向上させる努力を行うなど、極めて秀でている。看護部は看護部全体のキャリアラダーを作成し、系統立てて学べる体制を構築しており、到達目標も明確である。薬剤部、中央検査部、中央放射線部、中央リハビリテーション部、中央臨床工学部、栄養管理部等においても新人教育プログラムを作成し、達成度評価を行っている。学生実習は医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、療法士、管理栄養士、事務職などの様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。実習と評価は、カリキュラムに沿って行われている。医療安全、感染制御、個人情報保護、事故時の対応については、オリエンテーションで適切に周知している。実習元の学校とは契約書・覚書で、予防接種の管理、事故防止、機密保持等の遵守事項を明確にしている。

# 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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	B
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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院

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： 神奈川県川崎市中原区木月住吉町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	610	610	+0	68.4	11.5
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	610	610	+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)	6	+0
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)	3	+0
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	11	+0
人工透析	13	+0
小児入院医療管理料病床	10	+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		
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), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅱ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： 12 人 2年目： 11 人 歯科： 2 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	1,631.38	1,453.81	1,702.44	112.21	85.40
1日あたり外来初診患者数	125.30	110.42	130.64	113.48	84.52
新患率	7.68	7.59	7.67		
1日あたり入院患者数	417.42	421.19	488.38	99.10	86.24
1日あたり新入院患者数	39.70	37.74	43.65	105.19	86.46