

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8月30日～8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、1949年に労働災害被災労働者の医療の確保・充実による早期職場復帰を支援する労災病院として全国に先駆けて開設された。2011年に現地に新築移転し74年の歴史を刻んできた。常に施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院、県DMAT医療機関の指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療、災害支援の整備に努めてきた。理念に「地域住民と勤労者の皆様に、良質で安全な医療を提供します。」と掲げ、5つの基本方針と共に患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示している。骨折などの外傷や救急疾患、高齢者の骨・関節疾患、がん、脳卒中などの幅広い疾患に対応し北九州医療圏や京築医療圏の基幹病院として住民から厚い信頼を受けている。

今回の病院機能評価受審にあたり、院長をはじめとする病院執行部は、リーダーシップを発揮し、多くの職員を巻き込んで取り組んできた結果を拝見させていただいた。審査の結果は、多くの項目で適切な医療機能を維持し、高く評価できる取り組みが確認できた。引き続き各領域の評価内容を参考に、医療機能と質の向上に向けて一層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

理念・基本方針は明文化され、基本方針の見直しや院内外への周知は適切である。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中・長期計画や事業計画の策定、BSCを用いた各部門の目標管理体制

製の整備等は適切である。電子カルテを導入し、管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。文書管理を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を適切に整備している。職員面接や職員満足度調査による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。全職員を対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れカリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利には人間としての尊厳の遵守を追加して擁護も明確にしている。また、こども憲章を平易でわかりやすい文章で制定している。説明と同意に関する指針があり、具体的な手順、説明項目、リスクなどを明文化している。各種クリニカルパスやパンフレットなどを活用して診療情報を提供し患者の理解を促進している。患者相談窓口を設置し、専門職種により適切な患者支援体制を整備している。各虐待の対応手順を整備して、事案発生時は虐待対応委員会が組織的に対応している。個人情報保護では方針・規程等を定めている。臨床倫理に関する方針を定め、臨床倫理委員会を設置し委員会規則を明文化し、現場で解決できない課題は臨床倫理委員会で検討している。

院内はバリアフリーとなっており、生活延長上に必要な設備やサービスも整備している。障害者用を含めて広く駐車場を確保しており、正面玄関前には公営のバス停もあり利便性は良好である。診療・ケアにとって必要かつ十分なスペースを確保しており整理整頓が行き届いている。トイレ・浴室の安全性・清潔性・利便性への配慮を行っており、全館を通じて清潔で、静寂が保たれている。敷地内全面禁煙を実施し、患者・家族に禁煙の方針を周知している。

4. 医療の質

SWOT分析を活用し、継続的に取り組み、病院全体、あるいは部門単位でBSCを作成して課題解決と到達目標を設定している。部門を越えた横断的な診療場面等も含めた各種症例検討会やカンファレンスを積極的に行っている。クリニカルパスの達成率を厳密に評価し、バリエーション分析を行い、クリニカルパスの積極的な活用に努めている。患者・家族からの意見・要望を収集し、患者満足度向上委員会で組織的に改善策の検討・実施を行っている。手術の術式や保険適応外診療は臨床倫理委員会で検討し、研究に関する研究倫理委員会、新薬の治験にかかる治験審査委員会を組織している。倫理・安全面に配慮した専門性を有した組織体制で対応し、組織横断的な倫理課題には管理会議で検討する体制となっている。

病棟、外来棟における医師や看護師等の管理・責任体制は明確である。診療録記録マニュアルに基づき、患者の診療に必要な情報を遅滞なく、適切に記載をするよ

うに努めている。退院2週間以内のサマリー作成率は98.3%と高い水準にある。多職種で構成する緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチームが定期的にラウンドやカンファレンスを実施して診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し医療安全に関する実務や検討を行っている。医療安全管理システムを用いて情報収集している。収集した報告は分析や改善策を立案し、医療安全ラウンドで実施状況を確認している。医療事故発生時の対応手順を整備し、職員へ周知している。

患者の確認は、患者本人が氏名と生年月日を名乗る方法とし、手術部位のマーキング手順も明確であり、手術室や検査室ではタイムアウトを実施している。指示出し・指示受け・実施・確認は、電子カルテシステム上で適切に運用する仕組みになっている。画像・病理診断の未読の報告書について把握され、注意喚起している。病棟薬剤師が各病棟に配置されており、情報提供だけでなく部門配置薬への薬剤師の関与も十分である。入院患者全員に転倒・転落アセスメントを実施し、危険度に応じて看護計画を立案し対応策を実施している。医療機器を使用する職員への研修は、新人看護職員や中途採用者を対象に実施している。医療機器マニュアルを整備して、マニュアルに基づいて医療機器を安全に使用している。院内緊急コードやRRS 起動基準を整備している。救急カートは標準化され、新入職員全員にBLS 訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染管理部門は、感染予防対策委員会と実務を担う ICT と AST で構成している。ICT は AST と協働のうえ感染症症例の把握、分析、対策立案を行ったうえ、適宜現場に介入するなど活発に活動している。院内の感染発生状況は、ICT のラウンドや各種サーベイランスや AST の情報を感染管理部門が一元的に把握し、分析のうえ対策をたて実行している。また、感染管理部門が主導で SSI サーベイランスを行っている。デバイスサーベイランスは、ICU において UTI、CLABSI、VAP すべてに対して行っている。JANIS のサーベイランス、J-SHIPHE に参加し多施設との比較分析、評価を行っている。

感染症と経路別対策必要患者を明示し、感染経路別対策の実施、手指衛生、個人防護具の使用、ICT ラウンドを適切に実施している。抗菌薬の適正使用に関しては、AST を中心とした感染管理部門が、抗菌薬の使用実績や医学的妥当性から必要な検討を行っている。特定の抗菌薬の届け出制、許可制が適切に機能しており、抗菌薬の長期投与も把握し担当医に注意喚起している。血液培養2セット採取も推進されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報発信は、地域連携部門と広報委員会を中心に活動している。各部署と連携して新たな情報発信を企画し、患者や地域の医療機関向けに広報誌を発行している。地域連携部門が、医師や看護師と同行し、定期的に地域の医療機関や施設へ訪問している。地域の医療機関の医師を対象にアンケート調査を実施し、アンケート結果を院内の医師へ反映するなど、地域の医療ニーズを把握し連携強化に積極的に取り組んでいる。地域住民向けに、定期的に糖尿病や脳卒中教室・Web講座などを開催している。行政と共同で開催していた健康づくり講演会は2024年度からの再開を検討している。地域の医療従事者向けには、医療知識や技術指導・支援を目的に多数の研修会を開催している。地域医療支援病院・地域の基幹病院として教育・啓発活動を適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報はホームページや院内掲示で案内している。外来患者に関する情報は、紹介状や問診票などで事前に収集し、情報共有を図っている。診療記録マニュアルに基づき、患者の診療に必要な情報を遅滞なく、適切に記載をするように努めている。医師は医学的な判断のうえ入院の必要性を検討し、患者・家族に説明のうえ同意取得後に入院の決定をしている。患者の病態に応じた診断と評価を行い、その結果に基づいた診療計画を策定している。治療就労両立支援センターでは、治療と職業継続の両立に特化して患者の相談に応じている。予約で入院する患者に対して各種スクリーニングを行い、病室を決定している。

病棟における医師・看護師の業務は適切である。病棟薬剤師が、持参薬の対応を含む薬歴管理業務を行い、入院中および退院時の服薬指導等にあたっている。看護師は、適正使用指針に基づいた輸血療法マニュアルに沿って実施し、記録している。麻酔科医は術前診察を行い、麻酔に対する同意と説明を実施している。ICUに常駐する救急科医師と重症ケア認定看護師はRRS活動を行い、全病棟で回診している。全ての入院患者に栄養アセスメントを実施し、定期的なカンファレンスで個別患者の食形態や栄養量を検討し対応している。外来、入院患者に対して症状を把握し、緩和ケアマニュアルに沿って症状緩和を行っている。リハビリテーション科医師が疾患の病態や患者・家族の要望にも配慮し実施計画を策定している。身体抑制についてのマニュアルを策定している。多職種が連携し、患者家族への説明、退院後の療養環境の選択などの意向を確認して退院支援を行っている。転院や在宅への移行時は、情報を共有し継続した診療・ケアを行っている。ターミナルステージの判断はカンファレンスで検討し、多職種で共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

全病棟、感染管理部門に薬剤師を配置して院内の医薬品管理のほか、薬剤の安全使用に向けた様々な対応と活動を行っている。検体検査、細菌検査、生理機能検

査、超音波検査の臨床検査全般を担い、確実に業務を遂行している。画像診断部門は、緊急検査にも対応し、CT、MRI、核医学は、当日中、遅くとも翌診療日までに100%専門医が読影している。CT、MRIの地域の医療機関との共同利用も積極的に行い、読影結果も速やかに報告しており、高く評価できる。栄養管理機能は、各種マニュアルに準じて適切に管理している。毎年嗜好調査を行い、患者の様々な要望を献立改善に反映させている。診療情報管理機能では、退院患者全員に対してチェックリストに基づき、量的点検を実施している。診療録に関する必要な規程を整備し、一元的に管理している。主要な医療機器の整備・点検を実施し、年間の定期点検計画を作成し管理している。夜間・休日対応、医療機器の標準化に向けた検討は適切である。洗浄評価を行い、各種インディケータを用い、機器の作動状況の把握と記録、滅菌効果を確認し、リコール発生時の手順も整備している。

病理検査においても、迅速かつ正確な診断報告に努めていることは評価できる。動体追尾可能な強度変調放射線治療を含む高精度の放射線治療を行っている。血液の管理業務全般をシステム化して部門内で一元的に管理運用している。年間4,700件超の手術を実施し、全身麻酔症例も2,900件で、緊急手術にも対応している。集中治療室では、担当科と重症治療部と救急科医師が協働し、多職種でのカンファレンスも重ね、入退室基準を定めて遵守し、24時間診療体制を維持・管理している。救急隊直通電話は24時間・医師が応需している。脳卒中診療や小児救急のホットラインを運用し専門救急診療を提供している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部門とのヒアリングを反映した事業計画に基づき予算書の作成しており、執行状況は各部門長が参加する運営会議で報告・検討している。労働者健康安全機構本部による内部監査、監査法人による外部監査を毎年実施している。医事業務は、会計業務の一連の流れ、返戻・査定への対応、施設基準を順守する体制がある。未収金督促の手順も整備されている。委託業者の選定は、次年度の人員配置計画書を基に委託の是非を協議している。選定後は各担当部署が管理している。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、日常点検・保守管理は計画的に実施している。感染性廃棄物は委託業者へ依頼して適切に管理している。物品管理はSPDシステムが導入されており、安全性や利便性、経済性を検討している。医薬品は薬事委員会で検討している。採用にあたっては一増一減の基準に則って管理会議で承認している。

防災訓練を実施し、地域の災害拠点病院としての役割を担うべく災害時の対応強化を図っている。免震構造の建物で、自家発電機を整備し、医療の継続を図っている。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視等を実施しており、緊急時の連絡、応援体制を明確にしている。

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	患者の個人情報を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	A
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	A
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	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	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	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	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	B
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	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	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： 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院

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： 福岡県北九州市小倉南区曾根北町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	450	450	+0	75.5	12.9
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	450	450	+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)		
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	2	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
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		
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： 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	782.12	769.78	732.57	101.60	105.08
1日あたり外来初診患者数	92.29	84.20	84.26	109.61	99.93
新患率	11.80	10.94	11.50		
1日あたり入院患者数	339.89	324.82	321.85	104.64	100.92
1日あたり新入院患者数	26.21	25.64	24.63	102.22	104.10