

## 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 9 月 7 日～9 月 8 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

岡山労災病院は 1955 年 3 月に開設され、診療科の増設や増改築工事を経て、1971 年 1 月には総合病院へと発展した。労災疾病等にかかる高度・専門的医療の実践、予防医療の研究・開発を行うとともに、それらの研究・開発成果を地域の労災指定医療機関や開業医等に対して提供し、勤労者医療の中核的役割を担っている。

病院機能評価の受審については、今回が 5 回目の更新受審であり、現状の課題に対し、病院全体で改善に取り組んでいることを確認できた。総括および審査結果報告書を参照され、指摘した点への対応を図り、今まで以上に地域に愛される病院として存続していただきたい。今回の所見が少しでも貴院に役立てば幸いである。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念を定め、理念の実現に向けて基本方針を策定している。病院運営に関する重要事項の決定は管理会議で行われている。医療情報システム管理規程を定め、データの真正性、保存性を担保している。電子カルテシステムのバックアップやパスワードの定期的な変更を行っている。文書管理規則に則り、発信から廃棄までの仕組みを明文化している。

人員の採用は、各部門の人員要望や費用対効果等を基に採用計画を立てている。医師の働き方改革関連法への対応としては、時間外労働管理対策会議を設け、医師の時間外労働の適正な管理を行っている。病院幹部と各職場で実施される職場懇談会や院内ラウンドにて、意見や要望を述べる機会を設けている。機構本部による人事考課制度が導入され、能力評価が行われている。

基幹型臨床研修病院であり、初期研修医は7名在籍している。医師の初期研修は臨床研修管理委員会が所管し、岡山労災病院卒後臨床研修プログラムに沿って実施され、EPOC2の評価票を用い評価を行っている。医師、看護師、薬剤師、検査技師、管理栄養士などの様々な職種について、教育機関からの依頼に応じて多くの学生を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利7項目と責務7項目が明文化されている。インフォームドコンセントマニュアルを整備し、説明と同意に関する基本方針を示している。侵襲を伴う検査・処置・治療等の説明には看護師が同席し、同意書を得ている。入院診療計画書は多職種が作成し、患者・家族に提供している。患者・家族からの各種相談は患者サポートセンターに配置された看護師、社会福祉士、事務職員等が対応し、相談内容に応じて多職種と連携し対応している。個人情報保護方針は入院案内、ホームページなどで示され、個人情報保護規程を整備している。臨床倫理小委員会を設置し、臨床研究や学会等の発表、術式・デバイスの変更および薬剤の適応外使用について審議している。

来院時のアクセスへの様々な配慮がなされ、生活延長上の設備やサービスなども整えられている。院内はバリアフリーで高齢者・障害者への配慮がなされ、整理整頓が行き届いている。受動喫煙防止に向け、敷地内禁煙を実施し、院内掲示や入院案内、ホームページ等で患者・家族および職員に周知している。

### 4. 医療の質

病院の質改善への継続的な取り組みとして、毎年各部門のBSCを策定し、施設として評価を年2回行っている。クリニカルパスは90種類整備され、活用されている。患者・家族の意見は、意見箱やメール、退院時アンケートや満足度調査などから多角的に収集し、さわやか患者サービス委員会で質改善に向けて検討している。薬剤の適応外使用、新規手術については、臨床倫理小委員会で審査・承認されている。

病棟の責任体制においては、診療・看護だけではなく、患者に関与する薬剤師および社会福祉士等の氏名を表示している。日常の診療体制や日々の看護業務の責任体制は適切である。診療の記録は、診療録等記載マニュアルに従い記載されている。手術記録は手術後速やかに記載されており、各種ICにて患者家族の反応が適切に記載されている。専門チームとして、栄養サポートチーム・褥瘡回診・がんサポートチーム等が組織的な活動を展開し、患者の診療・ケアにあたっている。病棟および外来等で多職種が協働して診療・ケアに参画している。

### 5. 医療安全

患者の安全確保に向けた体制として、医療安全管理室が設置され、医療安全管理委員会、セイフティマネージャ会議が定例開催されている。インシデント・アクシデント報告のシステムが整えられ、医療安全管理室で集計・分析すると共に、医療

安全管理者やセイフティマネージャが院内ラウンドを行い、改善策の徹底が図られている。医療事故等への対応手順は明確化され、原因究明と再発防止策が検討される仕組みを整備しており適切である。

誤認防止対策として、氏名の名乗りやリストバンドによる本人確認、バーコード認証を行っている。指示出し指示受けは、電子カルテシステムのオーダーリング機能を用いて行われている。検査結果のパニック値や緊急を要する画像診断所見は必ず医師に連絡している。麻薬、向精神薬、ハイリスク薬の保管・管理は適切に行われている。薬剤の重複投与、アレルギー・禁忌情報は、電子カルテで情報共有とリスク回避が行われている。転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて、危険度を評価し、リスクの高い患者の病室の入り口にはマグネットを貼付するなど職員間の情報共有に工夫されている。院内緊急コールの取り決めがあり、運用は各スタッフルームに掲示している。RRS のマニュアルも整備され、MEWS スコアを使用し、リスクに応じた介入が出来ている。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御の方針を決定する感染管理委員会実働組織として感染管理室が連携し、感染制御活動と展開している。下部組織としての感染対策チーム、抗菌薬適正使用チームは毎週のラウンドの後、合同ミーティングを行い、院内感染情報の収集・評価や、医師や関連部署へのフィードバック、支援・指導を行っている。感染対策マニュアルは適切に改定されている。感染防止向上加算 1 を取得しており、地域の病院と連携し相互評価や連携会を積極的に行っており、感染制御体制は適切である。院内外の感染症情報や薬剤耐性菌情報は感染管理室に集約され適切に情報発信されている。医療関連感染サーベイランスは適切に行われ、JANIS や J-SIPHE に参加している。

手指衛生に関しては、擦式消毒剤を使用し、使用量のモニタリングも継続して実施している。標準予防策も実施できている。抗菌薬の採用・採用中止については、感染管理委員会で検討され、薬事委員会で決定している。抗菌薬の適正使用については、抗菌薬使用マニュアルにまとめられている。抗菌薬の適正使用や起炎菌同定のための培養検査について、AST から医師への指導、支援が行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報委員会が中心となり広報誌やホームページを通じて情報を発信している。広報誌は医療関係者向け、病院紹介の 2 種を発行している。ホームページを開設し、自院の医療機能、診療担当表、病院指標や臨床指標等の詳細な情報が分かりやすく掲載され、随時更新している。患者サポートセンターが中心となり地域連携活動に精力的な活動をしている。地域の基幹病院として紹介・逆紹介の仕組みを整備し、560 の登録医療機関と連携し円滑な検査・診療の受け入れ対応、確実な診療報告と返書の送付を行い、信用信頼を得ている。登録医療機関を院長、センター長が訪問することで、連携強化と医療ニーズ把握を行い、ニーズへの即時対応を図るなどで紹介率・逆紹介率は毎年向上しているなど、連携活動は秀でてお

り高く評価できる。地域の健康増進を図るために、市民公開講座を企画開催し、地域の健康増進活動に寄与している。また、住民の健康診断、全国からのアスベスト患者、労働災害認定患者の診療と各種手続き、中高校生への職場体験など、地域に向けての教育・啓発活動は適切である。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が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。正面玄関前の総合案内には看護師を配置し、円滑な診療を受けられる支援をしている。外来担当医は病歴や診察・検査結果等に基づき、入院の必要性を判断し、入院を決定している。

主治医は、看護師、薬剤師、コメディカル等とともに入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。患者サポートセンターでは、患者・家族の医療相談に適切に対応している。病棟看護提供方式は固定継続受け持ち制で、一部PNSを導入している。全病棟に病棟薬剤師が配置され、入院患者すべての薬歴管理、服薬指導を行っている。手術部門では、麻酔科医師および看護師が中心となり、多職種により周術期の対応が適切に行われている。重症患者や手術患者の中で集中治療が必要な患者は、多職種によるチーム医療を適切に行っている。全患者に褥瘡リスクアセスメントを実施しており、褥瘡対策チームが週1回ラウンドを行っている。管理栄養士は、全入院患者の栄養管理計画書を作成し、計画に基づき実施している。リハビリテーションは主治医が評価してオーダーされ、リハビリ科医師・療法士により総合実施計画書が作成されている。身体行動制限に関するマニュアルを整備し、抑制が最小限になるよう多職種で取り組んでいる。入院時に各種スクリーニング、退院困難要因を抽出し、退院に向けてカンファレンスを行って多職種で検討している。患者・家族の状況に応じて関連施設と連携し、適切に支援をしている。入院時から退院後の生活に向け、継続したケアが提供できるように多職種でカンファレンスを開催し、情報共有して取り組んでいる。終末期ケアガイドラインとがんサポートチームケアマニュアルを整備し、終末期ケア支援を行っている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門における処方鑑査と調剤鑑査、疑義照会は適切に実施されている。バーコード認証やアンプルピッカーを用いた注射薬の1施用ごとの取り揃え等、安全面にも配慮されている。臨床検査部門では、緊急検査は迅速に報告し、パニック値などの扱いも適切である。診療放射線技師は日当直体制で24時間対応し、休日も1名の読影医が出勤し、CT、MRIとも翌日までに100%読影されている。緊急に報告すべき所見は読影医より依頼医へ直接電話連絡し、画像レポートは未読既読管理システム等で見落としを防いでいる。栄養管理機能は、衛生的な調理環境、調理職員の健康・衛生管理等へ取り組み、安心・安全な食事提供を行っている。土日休日は1名の療法士が出勤し、365日の連続性を確保するとともに、緊急入院への早期対応も行っている。また10のチームを作り、勉強会などによる質向上や人材育成を続けており、基本理念に沿ったリハビリテーションを展開しており高く評価でき

る。診療情報管理機能は、電子カルテシステムを採用し、量的点検や必要な統計資料の作成や情報提供を行っている。使用済み機器や器材の洗浄・滅菌は中央管理している。

病理部門では迅速に診断し、確実に報告する体制が整えられている。放射線治療医は放射線技師とともに治療計画を作成し、シミュレーション実施の後、計画線量をダブルチェックしている。輸血療法はガイドラインに基づいた運用マニュアルに従って適切に実施している。手術部門では、麻酔科医師および看護師が中心となり、多職種により周術期の対応が適切に行われている。重症患者や手術患者の中で集中治療が必要な患者は、多職種によるチーム医療を適切に行っている。夜間・休日は内科系1名、外科系1名、研修医1名の体制である。二次救急に対応しており、年間2,253件の救急搬送に応需している。

#### 10. 組織・施設の管理

会計は独立行政法人会計準則に則り、必要な財務諸表を作成している。月次の収支は運営会議にて報告・検討し、決定事項は即時に院内周知を図っており、財務・経営管理は適切である。医事の窓口業務は標準化され、収納業務、診療報酬請求業務、未収金への取り組み等をマニュアルに則って適切に行っている。業務委託は委託業者の選定は明文化され、必要な約定を定めた業務委託契約を締結し、業務の質の把握、意見交換を適時行っている。

中央監視室に日中4名、夜間1名の委託職員が配置され、日常点検と保守管理を年間計画に基づき実施している。購買管理は組織的な検討・管理体制を構築している。医療機器や医薬品の選定から購入、発注・納品確認、使用期限管理、適正在庫数の確認を適切に行っている。災害対策マニュアルおよびBCPは策定されており、防災法に基づく消防計画、防火管理規程を整備し、緊急時の連絡体制および責任体制を明確にしている。24時間体制の防災センターを設置し、常時監視を行っている。不審者や院内暴力を覚知した場合は、職員は緊急時コール「イエローコール」で防災センターへ通報し、警備員が現場に急行し、迅速に対応できる体制が整備されている。

# 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	S
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	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	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	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	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	B
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	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	S
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	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 岡山労災病院

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： 岡山県岡山市南区築港緑町1-10-25

## 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	358	358	+0	64.1	16.2
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	358	358	+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	0	+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)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	5	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, エイズ治療拠点病院, 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： 3 人 2年目： 4 人 歯科： 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	940.70	945.80	975.65	99.46	96.94
1日あたり外来初診患者数	27.94	27.38	28.26	102.05	96.89
新患率	2.97	2.90	2.90		
1日あたり入院患者数	229.38	230.25	251.32	99.62	91.62
1日あたり新入院患者数	15.17	15.01	17.27	101.07	86.91