

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11月18日～11月19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、恒常的に施設・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、がんゲノム医療連携病院、地域医療支援病院、へき地医療支援病院、災害拠点病院、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、災害支援の整備などに努めてきた。理念に「働く人々や地域の人々に安全で安心のよりよい医療と看護を提供します」と掲げ、8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。がん診療、救急医療、地域連携、両立支援の特色を重視し、香川県西部構想区域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、多くの職員と一体となり取り組んできた結果を拝見させていただいた。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の努力を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化して、基本方針の見直しや院内外への周知も適切である。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取り組んでおり、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、中期計画や事業計画の策定、SWOT分析やBSCを用いた各部門の目標管理体制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おり、職員の安全衛生管理体制は適切である。身上調書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・維持の支援体制を整備している。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

患者の権利を5項目に明文化し、最近では人としての尊厳を守る権利と各権利の解説文を追加している。説明と同意、医療相談、がん相談等に応じ、患者の権利を擁護している。説明や同意に関する方針、基準を定めている。入院前から診療やケアに必要な情報を患者に提供し、意思決定の際には必要に応じて認定看護師が介入してサポートを行っている。地域連携・患者サポートセンターを設置し、看護師およびMSWが患者・家族の相談に対応している。個人情報保護規程等を整備し、コンプライアンス研修会等を通じて職員に周知して患者の個人情報保護に努めている。倫理方針・指針を定め、倫理教育や倫理カンファレンスを行っている。解決困難な事例は、生命倫理委員会で対応している。各部署内で倫理カンファレンスを開催して、必要時には倫理コーディネーターから専門的視点での助言を受け、解決に向け取り組んでいる。

館内はバリアフリーであり、高齢者や障害者にも配慮した施設となっている。診療・ケアに必要なスペースを確保している。敷地内禁煙の方針を明確にし、来院者への周知も行っている。

4. 医療の質

病院機能向上工程表に、がん、救急、地域医療等を含む12中項目と45小項目を設定している。それぞれに年間目標を示し、毎月の運営会議で進捗を評価検討している。各種の症例検討会を開催し、診療ガイドラインやクリニカル・パスを活用、労働者健康安全機構の臨床指標の他、病院独自の臨床指標を掲げ職員に公表している。患者や家族の意見・要望は、意見箱、患者満足度調査等より収集し、医療サービスの質向上に繋げている。診療技術等検討委員会で、ダ・ヴィンチ手術の外科への拡大、循環器内科のロータブレード導入を審議し、看護師や理学療法士等、医師以外の臨床研究についても審議している。

病棟には診療科の部長、病棟看護師長、病棟薬剤師、退院支援担当者名を掲示しており、責任体制は明確である。電子カルテを導入し、診療記録監査要綱を改訂して、全医師の診療録を対象に、各科部長と診療情報管理士が点検者となって診療録の質的点検を行っている。多職種が協力して専門チームを設置し、患者の状態に応じて組織横断的に介入している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会を毎月開催する等、医療安全活動を計画的に実施している。インシデント・アクシデントレポートを収集し、必要な事例は医療安全管理室が中心となり分析し、対策立案および周知を行っている。医療事故発生時の対応手順は明確であり、重大事例発生時は事実確認や再発防止に向けた対策の検討を行う仕組みがある。

患者誤認防止はルールに基づき適切に実施している。検体等はバーコードシステムを運用している。電子カルテ上で指示出しと指示受けを実践しており、口頭指示も原則禁止としている。画像診断結果の依頼医の確認状況をモニタリングして未読防止に努めるなど、情報伝達エラー防止対策を実践している。病棟薬剤師が薬剤の管理に関わり、麻薬や向精神薬等を看護師の協力なども得て管理・保管している。患者の入院時、看護師は転倒リスクのアセスメントを行い、看護計画に反映して対応するとともに、継続的な職員教育を実施している。医療機器を安全に使用するよう、臨床工学技士は看護師に教育を行っている。人工呼吸器使用中は、臨床工学技士が毎日2回ラウンドしている。24時間対応の患者急変時の緊急時職員招集コードを設定している。救急カートの内容は院内で統一し、看護師が毎日点検している。

6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し感染管理医師、感染管理認定看護師、薬剤師等を配置している。感染管理室の元に感染制御チームと抗菌薬適正使用チームを設置し、定期的に院内をラウンドしている。

感染管理マニュアルを整備し、マニュアルに基づいた標準予防策を実施している。ICTが週1回ラウンドを行い、環境整備の実施状況等を確認している。感染性廃棄物の分別・管理や血液・体液等で汚染されたリネン類の取り扱いもマニュアルに則って行っている。広域抗菌薬等の使用時には届け出を規定し、抗菌薬の使用状況は抗菌薬適正使用チームが把握している。周術期に使用する抗菌薬も取り決められている。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は広報委員会が中心となり、広報誌や病院案内、ホームページを通じて行っている。広報誌に、病院の最新情報等を掲載し、近隣医療機関等に配布している。ホームページには受診の流れや入院案内、診療科紹介、診療実績等をわかりやすく掲載している。地域医療機関からの診療・検査予約や紹介・逆紹介の管理は地域医療連携室が対応している。地域医療連携の活動として地域医療連携懇話会等を開催し、登録連携医療機関と連携強化を図っている。K-MIXR（かがわ医療情報ネットワーク）を利用し、地域の医療機関と患者情報を共有して、医療の質向上、医療資源の有効活用等に活かしている。地域住民向けに専門・認定看護師によるがんサロンやオープンホスピタルを開催し、地域の医療ニーズに合わせた教育・啓発活動を積極的に行っている。地域の医療関連従事者等に向けては、専門領

域研修公開講座やがん診療拠点病院研究会、丸亀市医師会症例検討会等の教育・啓発活動も行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院および外来受診に必要な情報を、ホームページや入院案内、院内掲示により案内している。地域の中核病院としての外来診療機能を有し、必要な検査および診療を行っている。侵襲的な検査を行う際は文書で説明し同意を得て実施している。医師は検査の必要性やリスク、検査結果を説明している。侵襲的検査や造影検査は看護師が立ち会い、患者の状態や反応を観察し記録している。医師が入院の必要性を判断し、患者・家族に説明し同意を得て入院を決定している。入院に際しては多職種が連携し、必要な評価を行って治療計画を策定している。医療相談の窓口を明確に表示して、相談内容に応じた対応を行っている。多職種で患者の情報収集を行い、医療安全に配慮した一連の手順を実施している。

医師は回診や多職種カンファレンスにより情報を収集・共有し治療方針を決定している。看護師は、看護計画に基づいた実践と評価を行っている。各病棟に担当薬剤師を配置し、看護師と協力して薬剤の安全な管理や投与に関わっている。輸血マニュアルや輸血実施手順書を作成し、緊急輸血にも対応している。手術の判断は医師が行い、各科症例検討会で術式等を検討し、同意を得て手術をしている。重症患者にはICU、HCU、病棟の重症部屋から重症度に応じて病床を選択している。

褥瘡管理マニュアルを作成し、褥瘡のリスク評価を行っている。入院時に患者の栄養状態、摂食、嚥下機能の評価を行い、NSTチーム等の介入体制も整備している。症状別ケア、標準的な評価方法をマニュアルに定め、症状緩和への取り組みを行っている。患者・家族の要望を確認し同意を得てリハビリテーションを提供している。カンファレンスを行い、患者の安全を確保した身体拘束の最小化への取り組みを行っている。入院時から退院支援スクリーニングを行い、必要な患者には計画的に介入を行っている。院内外の多職種でカンファレンスを開催し、情報共有している。ターミナルステージの診療・ケアは、患者・家族の思いに沿った計画を立案している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師を各病棟に配置し、注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出している。全ての抗がん剤を薬剤師が調製している。検査項目は主治医が選択、検査技師は24時間の検査に対応している。検査結果は直ちに電子カルテに掲載し、パニック値は医師に報告している。中央放射線部門は必要な検査機器を備え、常時必要な検査が実施できる体制を整備している。栄養管理の一連の作業は手順に沿って行い、安全・衛生管理も行き届いている。療法士と看護師が協力し、患者の状況に応じて早期からのリハビリテーションを提供している。診療情報の管理は規程等に基づき電子カルテにより一元管理している。医療機器は中央管理しており、定期的な保守・点検を実施し、メーカー等の標準化も図っている。中央材料室は一連の業務をワンウェイ化しており、適切に管理している。

常勤病理医と細胞検査士で病理診断の精度を確保し、診断結果を各診療科部長に報告している。放射線治療医と専門資格を持つ診療放射線技師、看護師により高精度照射を含む治療を提供している。輸血管理システムで血液製剤の発注・保管・供給・返却を管理している。手術室業務運営委員会で各科手術枠を決め、緊急手術にも対応している。麻酔導入前のサインインやタイムアウトを適切に行い、覚醒基準や退出基準を遵守している。ICUには集中治療医が常駐し、集中ケア認定看護師や特定看護師を含む多職種が毎日ラウンドし、カンファレンスを行っている。二次救急病院で、災害拠点病院、地域医療支援病院、へき地医療支援病院であり、救急車は全例受け入れ方針であるが、より多くの地域からの救急要請に応えられることを期待したい。

10. 組織・施設の管理

次年度予算案は中期計画および決算見込みと病院幹部による部門ヒアリング内容を勘案し、会計課が中心となり作成している。医事業務は医事課が管理し、レセプトの点検は専用のチェックシステムを活用して効率的に行い、必要に応じて医師への確認・訂正を行っている。査定・返戻の分析や加算算定に向けた改善検討等、積極的な取り組みを行っている。業務委託の選定は、競争参加資格による一般競争入札にて行い、契約管理は会計課で行っている。契約の自動更新は行わず、再入札を実施している。

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、院外在庫型 SPD システムを採用し、年2回の棚卸により品目や数量の調整・見直しを実施している。物品購入は共同購入を利用し、コスト削減を図っている。

防災訓練を実施し、地域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行っている。耐震構造の建物で、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	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	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	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	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	B

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	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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 6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 香川労災病院

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： 香川県丸亀市城東町3-3-1

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	404	404	+0	76.4	12.6
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	404	404	+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)	8	+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	0	+0
人工透析	14	+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, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 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： 6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

