

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5月29日～5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

貴院は1967年開設以来、増改築と医療機能の充実を図り、2010年現在地に新病院を建ち上げ、診療科の増設、高度医療機器を備えて病床数312床、21診療科を有する急性期病院として発展してきた。労災病院のミッションである勤労者医療と地域医療の推進を目指し、二次医療圏の中核病院として地域の信頼を得ている。新型コロナウイルス感染症対応およびそれ以降の厳しい状況の中、病院機能評価の認定更新を継続し、今回で4回目の受審となるが、院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力されている姿に敬意を表するところである。今後も継続して取り組み、貴院のさらなる展開を期待したい。また、この度の受審が地域住民に益々信頼される病院として発展されるための一助になることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と病院運営上の基本方針が明文化され、院内外に適切に周知している。病院幹部の選任は病院で協議のうえ、独立行政法人労働者健康安全機構本部（以下、機構本部）で決定される。病院運営の意思決定会議は経営戦略会議であり、院長および幹部は自院の役割・機能をよく認識し、現状の問題点やその解決に向けて主導的に関わっている。病院の実態を反映した組織図は指揮命令系統が明確であり、諸規程に基づいて適切に組織運営を行っている。機構本部の中・長期計画に沿った年次計画を策定し、部門・部署の意見・要望を取り入れた目標を設定し達成度を評価している。また、院内の情報は適切かつ有効に活用している。院内で管理すべき文書は、機構本部の文書管理規定に基づき、事務局総務課が法人文書ファイル管理簿を作成して一元的に管理している。法定人員および施設基準上の必要人員を確保して

いる。機構本部の定款・就業規則等に基づき、人事労務に関わる規程・規則を整備し、就業規則等は改定の都度、労働基準監督署に届け出ている。安全衛生委員会を毎月開催し、健康診断や労働災害、コロナワクチン等の接種状況等を把握し検討している。職員の意見・要望を把握し、各種の就業支援を積極的に推進し福利厚生にも配慮している。院内研修委員会は、必要性の高い課題の教育・研修を年間計画に基づき全職員対象に実施している。全職員が職員身上調書を提出し、幹部は職員の能力や技術水準を評価して人事考課に結びつけている。専門職種に対する初期研修、学生実習等を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」と「子どもの患者の権利」は明文化され周知されており、権利の擁護に努めている。インフォームドコンセントの指針を整備し、同意が必要となる診療行為の範囲や同席者のルールも定めている。手術や病状の説明書にはCT等の画像を貼るなど患者・家族の理解がしやすいよう工夫している。患者・家族からの相談窓口として、正面玄関に医療相談受付を設置している。就労支援への取り組みとして、治療就労両立支援委員会を毎月開催している。個人情報保護規程を策定し、個人情報保護方針や利用目的等をホームページ（以下、HP と略す）や入院案内等に公開・掲載し、院内外へ周知している。倫理委員会の規定を整備し、主要な倫理的課題への方針を明確にしている。病棟では患者・家族の倫理的課題に対して、病棟カンファレンスを4分割法も活用して開催し、解決できない課題は、臨床倫理コンサルテーションチームや倫理委員会に相談する仕組みがある。患者用駐車場を整備し、院内にはパンの製造販売を行うコンビニエンスストアがあり、毎日営業している。院内はバリアフリーで廊下幅は広く、全体としてゆったりとした造りとなっている。敷地内全面禁煙の方針であり、職員の喫煙率は低減している。

4. 医療の質

患者サービス向上委員会は多職種で構成され、業務の課題に組織的・継続的に検討している。病院の診療実績や臨床評価指標はHPに公開し、合同カンファレンスも定期的に行われている。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。医療相談窓口や電話、メールの他に、外来と各病棟にご意見箱を設置している。毎年、機構本部が定めた統一の書式で、入院と外来の患者満足度調査を実施して、比較検討している。新たな診療・治療方法の導入は倫理委員会で審査している。各部署で診療の責任者・ケアの責任者を明示している。主治医不在時には、同診療科の医師に連絡する体制を整備している。入院診療等記載マニュアルに基づいて診察、患者説明、多職種による実施記録などが遅滞なく記載され、診療録の質的点検も適切である。今後、退院時サマリーの2週間以内の作成率のさらなる向上を期待したい。各診療科での多職種カンファレンスを積極的に開催し、診療・ケアに活かしている。

5. 医療安全

院長直轄に医療安全管理室を設置し、医療安全管理者を専従配置している。多職種で構成された医療安全管理委員会を毎月開催し、医薬品、医療機器、医療放射線安全管理責任者と協力し安全確保に向けた活動を適切に行っている。インシデント・アクシデントレポートは夜間・休日含め報告ルートを整備し、KYT や SHELL 分析を行い、安全対策の評価を部署と確認するなど再発防止に取り組んでいる。医療安全マニュアルに事故発生時の対応を定め、医療事故発生時の対応指針と手順を示し、職員へ周知している。患者確認は患者本人による名乗りを原則とし、生年月日確認やリストバンドでのバーコード認証なども行い誤認防止に努めている。チューブ誤認防止対策、マーキングの院内ルールも整備している。医師の指示や検査結果などの情報が正確、迅速に共有され、看護師の指示受け、口頭指示の際の手順なども適切に定められている。薬剤の安全な使用に向けた対策をシステムや手順で構築している。入院時に、全患者に転倒・転落アセスメントを実施してリスク評価を行い、再評価し看護計画を立案している。頭部外傷による急変を防ぐためのプロトコールも整備し、対応策を実施している。医療機器操作マニュアルを整備し、使用する機器の職員教育も実施している。臨床工学技士は人工呼吸器装着中の患者ラウンドを行うなど、医療機器を安全に使用している。ハリーコールが設定され職員に周知されている。救急カート内の薬剤や物品は院内で統一し、毎日点検を行い記録に残している。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会や ICT、サーベイランス小委員会、抗菌薬や抗 MRSA 薬の適正使用小委員会、看護部内感染委員会なども含め、感染制御に向けた体制が確立している。アウトブレイク時の臨時会議や感染対策マニュアルおよび指針の改定、リンクスタッフとの連携などを適切に行っている。標準予防策を実践し、手洗いの職員研修や実践状況のモニタリングを行い各部署へフィードバックしている。感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネン類は、適切に分別、保管している。また、抗菌薬適正使用ガイドラインを策定し、AST ラウンドを毎週行い、検討内容を医師へフィードバックしている。抗菌薬適正使用のための研修も実施している。

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って活動を推進している。診療科の特色や着任した医師の紹介等を掲載した地域医療連携広報誌「ろうさいニュース」を近隣医療機関へ送付している。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。地域医療支援病院であり、肝疾患診療連携拠点病院の指定も受けている。登録協力医療機関に対し、医師と担当者が訪問している。ピンクリボンキャンペーンを行う浜松市の取り組みと呼応して、プロジェクトマップを病院の建物へ映写するなどの活動を行っている。また、2023 年度は動画サイトに市民公開講座を公開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関入り口に総合案内を設置し、入退院支援室に所属する看護師が、案内や相談、トリアージを実施してスムーズな受診体制を整えている。外来患者の情報収集から、診断、治療計画、治療の実施まで、それぞれ自院の診療内容に合わせたシステムを構築している。侵襲を伴う検査は、十分な説明と同意のもと実施している。医師の診断に基づき、入院の必要性が判断され、入院支援看護師は、更なる問診や注意事項を説明している。患者の病態に応じた診断・評価がまず医師により行われ、各職種が専門性に応じた初期評価を行い、治療計画を作成し、患者へ説明している。両立支援の窓口では病院の機能として、勤労者の職場復帰への相談が多く企業からの相談もある。ベッドコントロールの看護管理者を配置し円滑に入院できる体制がある。医師は毎日回診し、多職種カンファレンスへも参加している。看護方式は固定チームナーシングでプライマリーナースを配置している。注射薬はバーコード認証で患者・薬剤・投与日・投与量を確認している。医師が輸血の必要性や必要量を判断し、同意を得ている。手術の適応、患者・家族への説明と同意も確実に行われ、周術期の管理も主治医、麻酔科医、看護師および多職種で安全かつ適切に行っている。ICU6床を設置し、多職種で集学的な治療とケアが毎日行っている。褥瘡対策実践マニュアルを整備し、褥瘡危険因子評価表を用いてリスク評価を行い、褥瘡予防、褥瘡改善計画を策定している。全病棟に専従の管理栄養士を配置して、入院時に全患者に栄養スクリーニングを行っている。症状の緩和については、症状別看護基準を整備している。医師の指示に基づき、患者の状態にあわせたリハビリテーションを安全に施行している。身体拘束については行動制限マニュアルを整備し最小化に努めている。退院支援計画を作成し院内外が多職種と連携している。ターミナルステージの判断は医師が行い、多職種カンファレンスで共有し、患者・家族に説明して同意を得ている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、入院時持参薬の鑑別、医師への情報提供や処方提案、処方に基づく調剤は適切である。臨床検査や画像診断は、体制を整備し必要な報告も確実に実施している。栄養管理は、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至る業務を、衛生的に実施している。リハビリテーションは、治療両立支援活動の一環として、脳卒中患者の職場復帰支援、職場訪問も行っている。診療情報管理については、電子カルテシステムを利用して診療情報を一元的に管理している。医療機器は一元管理し、日常点検や定期的な整備も適切に実施している。夜間・休日のトラブルに対応するためにオンコール体制を整備している。洗浄・滅菌は手術室師長管理のもと、委託業者により実施している。病理診断は、近隣大学の病理医と連携し必要な検査に対応している。標本処理や報告書の保管管理、危険性の高い薬品の管理も適切である。放射線治療は専門医2名が非常勤勤務として勤務し、治療担当診療放射線技師が外来看護師と連携して放射線治療を行っている。輸血・血液管理は専任の医師、臨床検査技師が行い、血液製剤廃棄率を最小限にすべく努力している。手術室を整備し、必要な手術に対応しており、スケジュール調整や誤認対策、麻酔覚醒時の判断・帰室基準なども適切である。集中治療において

は、管理・責任医師および看護師、臨床工学技士、薬剤師等の多職種で情報を共有し、専門性を発揮している。救急医療は、一次から二次の幅広い患者に対応し、心臓血管外科手術適応患者も迅速に受け入れている。毎月、救急委員会で課題を検討し、虐待症例にも適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

機構本部の基本方針に基づき財務・経営管理を行っている。毎月の収支状況や各種統計資料については、経営戦略会議で報告を行い、月次予算、前年同月実績と対比して現状分析や課題を抽出し、収益増や支出削減に継続的に取り組んでいる。医事業務は、受付から窓口収納まで一連の業務を手順に沿って、適正に遂行している。委託業務の契約等は、会計課契約係が一元的に担当している。委託の是非は、次年度の人員配置計画書の作成に際し、事務局と担当部署が委託業務の内容、効率性等について検討している。自院に適した施設・設備を整備し、日常点検、法定点検を適切に行い、緊急連絡網を整備して緊急時の対応を適切に行っている。廃棄物の管理・処理も適正である。物品管理は会計課が主管している。診療材料、消耗備品、物品については委託業者によるSPD管理を行っている。診療材料委員会で、診療材料の購入削減に向けた検討を行い、削減額を年間目標に設定するなど購入費用削減に取り組んでいる。災害時の危機管理および保安業務を適切に行っている。

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	B

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	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	B
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	S
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	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	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	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 12 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 浜松労災病院

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： 静岡県浜松市中央区将監町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	312	312	+0	75	16.5
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	312	312	+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		
人工透析	7	+0
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	52	+0
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, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 4 人 2年目： 3 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		500.44	499.37	510.98	100.21	97.73
1日あたり外来初診患者数		25.52	25.16	33.51	101.43	75.08
新患率		5.10	5.04	6.56		
1日あたり入院患者数		227.31	229.30	231.90	99.13	98.88
1日あたり新入院患者数		14.21	14.21	14.23	100.00	99.86