

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10月28日～10月29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、北海道空知地域の炭鉱地帯で、特に「じん肺」の治療に重点を置いた内科、外科、整形外科の病院として発足した。その後、リハビリ科の増設をはじめ泌尿器科、眼科、心臓血管外科などを順次開設しつつ、一方で健診センター、アスベスト疾患ブロックセンター、勤労者医療総合・予防センター（のちに両立支援センター）など勤労者の医療・予防対応と支援を総合的に担う地域の中心的病院として整備の充実をすすめてきた。昨今では、地域がん診療病院として地域連携をすすめている。また、専門的ながん治療や、心臓病リハビリテーション、緩和ケア医療など、より総合的な医療提供体制を構築し、地域の中核的病院としての役割を発揮している。また、病院理念として、「働く人達や地域の皆さんへのぬくもりのある最善の医療を目指します」を掲げ、病院長・病院幹部のリーダーシップのもとに理念の達成に努められている。

これまで医療機能評価を継続して受審されており、今回も受審に向けた改善活動を組織横断的に取り組まれていることがうかがえる。今後も改善活動の成果を病院運営に活用され、貴院のさらなる発展につながることに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化し、院内外に周知するとともに患者の立場に立った医療サービスの提供、地域連携活動の推進、安全で質の高い医療の取り組みなどをすすめている。また、病院の中期的到達点を見据え、年度方針で具体的課題を明らかにし、病院幹部は実践の先頭に立って奮闘している。課題の達成状況は計画的に評価しており、組織運営は効果的・効率的にすすめられている。情報管理機能と文書管

理は、いずれも方針と規程に沿って確実に管理・運営されている。病院の意思決定は幹部会議でなされ、決定事項は運営会議と部門会議で病院全体に周知されている。

人材確保計画は重点職種を中心に立てられているが、引き続き取り組みが必要である。人事・労務管理は就業規則に沿って、的確に行われている。安全衛生管理、魅力ある職場づくりは、職員の要望と意見の聴取、各種の就労支援策が機能しており適切である。職員の教育・研修は、年間を通した全職員対象の計画が策定され、院外教育・研修の奨励、資格取得支援制度の充実などは評価できる。職員の能力評価と開発は、人事考課制度に値する身上調書を運用し、資格取得や能力に応じた業務範囲も考慮されており、いずれも適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は見直しを行い、院内の見やすい場所に掲示する他、ホームページにも掲載している。また、診療録の開示請求には全例に応じている。患者への説明と同意は、方針、手順、同席者のサインなどが定められ周知もされている。ただし、同意書の必要な範囲については、さらに明確化するよう整理されると良い。患者との診療情報の共有はパンフレットやクリニカル・パス、診療計画書などを活用し、患者の医療参加も積極的にすすめている。患者支援体制は各種対話・相談活動が積極的に実施され、特に患者・家族の意向に配慮した退院調整と診療の継続を重視している。

個人情報・プライバシーの保護に関する方針と規程は整備され、職員に対する周知も徹底されている。電子カルテへのアクセス・パスワード設定と更新期間も適切である。臨床倫理に関する方針と体制は整備されているが、検討実績が乏しく、臨床倫理に関する具体的課題の明示も検討されたい。患者・面会者の利便性・快適性の配慮はいずれも適切であり、院内のバリアフリーの確保や、整理整頓・清潔保持、診療・ケアに必要なスペースの確保も適切である。絵画・写真の掲示など、療養環境は安全に配慮され快適である。受動喫煙防止では、職員の禁煙低減にも取り組まれると良い。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や提案・苦情等は、意見箱や患者満足度調査等で収集し、管理ルートや患者サービス向上委員会で検討し、対応・改善している。診療の質向上に向けた取り組みは、各種症例検討会、CPC、デスカンファレンス、院内学会などいずれも多職種参加で開催しており、各科の診療実績や臨床指標の検討ともあわせて、医療の質向上に努めている。業務の質改善の取り組みは、「病院機能評価準備委員会」、「患者サービス向上委員会」などが年間計画に沿って、継続的な改善活動を推進している。新たな技術や治療方法の導入事例が無いという認識であるが、医薬品の適応外使用や、新たなケア・手法導入など、様々な場面が想定でき、検討実績もあるので、倫理・安全面や院内の支援体制も含めて検討する仕組みを充実されると良い。

診療・ケアの責任体制と運用は、医師回診、看護責任者の巡視が定期化しており、患者ニーズの把握も適切に行われている。診療記録は電子カルテが最近導入され、記載マニュアルが定められ軌道に乗ってきているが、2週間以内の退院時サマリー作成率の向上と診療記録の質的監査の体制整備に期待したい。多職種協働の診療・ケアの実践は、多職種合同カンファレンスや専門チームでの検討、認定看護師による支援、診療科間連携など適切である。栄養やリハビリテーションに関する記録については、一層の共有化をすすめられたい。

5. 医療安全

医療安全の統括責任者は副院長で、安全管理者は院長任命で権限付与されている。また、各部署責任者を配置し医療安全推進委員会を設置し、組織体制は確立している。アクシデント・インシデント報告は安全管理者が収集し、委員会で再発防止策を検討し、各部署にフィードバックしており、おおむね適切である。また、検体・部位等の誤認防止は、各部署の特性に合わせたマニュアルに明記して実践しており、適切である。情報伝達エラー防止策では、指示出し、指示受け、実施確認は、院内統一手順で行っている。口頭指示は、口頭指示用紙を用い看護師の復唱とダブルチェックを行っている。薬剤の安全使用については調剤鑑査時に重複投与、相互作用等のチェックを実施し、抗がん剤のレジメン登録・管理も適切に行われている。全病棟に薬剤師を配置し、医薬品を管理しており、おおむね適切である。

転倒・転落防止策については、適切に対応されている。医療機器の安全使用は、全職員対象に年1回の教育があり、看護部では一段の強化を行っている。ME機器の使用中の作動確認は週1回であり、特に生命に直結する呼吸器等へのさらなる関与を期待する。急変時の対応では緊急コードを設定し、救急カートは内容を標準化し整備している。定期的な救急訓練は、全職員対象に年1回BLSの研修を行っており評価できる。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室が設置され、室長である感染管理責任者のICDに権限が与えられている。ICT・ASTは必要職種で組織され、会議・ラウンドが適切に実施されている。病院全体の感染管理推進の面からは、多職種を含めた感染対策推進委員会といった現場組織の構築が望まれる。また、活動の中心となる専従のICNの権限の明記、事務職員の専任・専従化、AST薬剤師の専従化なども今後の検討課題である。部門別サーベイランスでは、少なからず感染症が発生している現状から、タイムリーな情報収集、院内周知、結果の分析・評価、対策の効果検証、現場へのフィードバックなど、より積極的な実施が期待される。感染制御に向けて取り組まれているため、今後、血液・体液汚染物の取り扱い手順について、再検討を期待したい。抗菌薬の適正使用では、届出薬以外の抗菌薬や外来での抗菌薬の使用状況把握、周術期抗菌薬の使用検討、タイムリーな培養結果に基づく適正な抗菌薬使用の指導、アンチバイオグラムの詳細なフィードバック、術後早期中止状況の把握などが課題である。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスや診療実績の地域への情報発信は、広報誌や病院パンフレット、ホームページ、入院案内などで行っており、地域住民を対象に医療セミナーも開催するなど、適切に取り組まれている。今後は、病院年報の毎年発行と地域の医療関連施設への配布をすすめられると良い。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設との連携は、地域医療連携委員会が活動を統括し、連携会議や連絡会、研修会等も積極的にすすめている。市民対象の医療・健康教室の開催、看護部や医療技術各職種間の合同研修会・カンファレンス等も頻回に行っている。地域行政と連携した健康啓発パンフレット作成などは評価できる。

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適切に広報・周知されており、院内の案内や掲示等も適切である。待ち時間調査と対応、紹介患者・救急患者の流れ等も適切である。外来診療は患者情報を収集し、受け付け・待ち合いスペースでトリアージを行い、必要な患者は当該科以外にも適切にコンサルトが実施されている。診断的検査は必要性を医学的に判断し、安全・確実に実施され、入院決定も十分検討のうえ行われている。診療計画、看護計画は各種リスク評価を実施のうえ、入院後速やかに立案されており、おおむね適切である。

医師、看護師の病棟業務については、病棟内外との情報交換や各種のカンファレンスが頻回に開催されており、適切である。薬歴管理と服薬指導、注射・抗がん剤・麻薬投与時の安全管理はいずれも適切である。輸血・血液製剤の安全な投与は、ガイドラインに沿って適切に行われている。周術期の対応はおおむね適切である。褥瘡予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントが適切に実施されており、症状緩和は看護基準と緩和ケアマニュアルに沿って適切に対応している。

リハビリテーションは、個別性・病態に応じた目標設定がされ、リスクを説明のうえ患者の同意を得て実施されている。退院支援は入院当初から実施されており、退院後の継続した診療・ケアも院内外との合同カンファレンスで、患者・家族の意向も取り入れて調整が行われている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・投与チェックの重複化、院内外の疑義照会情報の蓄積、抗菌薬・抗がん剤・持参薬の管理に適切に取り組んでいる。今後は、採用品目数の検討や、IVH調製・混合率、注射薬の1施用率の向上などをすすめられたい。臨床検査機能では、内部・外部精度管理、緊急検査の対応など機能を発揮している。また、画像診断機能は、技師の当直体制と画像診断医師体制の充実が望まれる。栄養管理機能では、衛生的な調理環境で、嗜好・喫食調査のうえ患者個別対応に努力している。

リハビリテーション機能は、患者・家族の要望を取り入れた計画に沿って実施しており、プログラム評価も行っている。医療機器管理機能では、一元管理に向けてさらに検討をすすめられると良い。洗浄・滅菌、病理診断機能は適切に発揮されている。輸血・血液管理は、ガイドラインに沿って実施されておりおおむね適切であるが、廃棄率の低減対策と責任医師の役割を明確にするよう検討されると良い。また、手術・麻酔機能では、麻酔科医師の充実と薬剤師の関与を強められたい。救急医療機能は、地域における貴院の役割から考慮すると、さらなる機能向上に期待したい。

10. 組織・施設の管理

予算管理や会計処理は、財務諸表の作成をはじめ、病院会計準則に沿って適切に行われている。予算と実績の差異を月次で詳細に分析・把握し、幹部会議、運営会議などで報告・審議されており、財務・経営管理は適切である。また、会計監査も適切に行われている。医事業務は、受付、入金業務やレセプトの作成・点検、返戻・査定への対応、未収金督促手順など、業務指針や各種マニュアルが整備されている。業務委託は、業務の実施状況の把握や評価がなされ、委託業務従事者の教育研修状況の確認や事故発生時の対応手順も適切である。

施設・設備管理は、緊急時の対応手順は明確であり、設備機器の定期点検、修繕計画や保守管理は年間計画のもとに適切に実施している。また、医療ガス設備の点検も適切に実施されている。購入物品の選定は、診療材料検討委員会で行うほか、必要に応じて関連委員でも審議するなど、適切に対応している。高額医療機器・機材等の購入は申請部署と協議し、幹部会議で決裁している。災害時の対応は、防火・災害対策マニュアルを整備し、定期的訓練と必要資材や物品を備蓄しており、非常電源も3日間の備蓄があるなど適切である。保安業務、医療事故対策は、マニュアルが整備され、緊急時対応体制も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の臨床研修は実施していない。看護部はクリニカルラダーに沿って、新人オリエンテーションを皮切りに、到達段階に沿った育成が実践されている。コメディカル各職種は新人オリエンテーションと職種によって研修期間に違いがあるが、短期間の初期研修は実施している。

学生実習は、看護、薬剤、リハビリテーションなどの学生を積極的に受け入れている。実習中の事故対応策や職業感染対策、予防接種状況の確認などは、受託契約書の中で取り決めされており、カリキュラムに沿った実習評価も行われている。さらに、指導者（担当者）の配置も適切に行われている。

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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B

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	B
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	B

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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	B
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 5 月 31 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 北海道中央労災病院

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： 北海道岩見沢市4条東16-5

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	199	197	-67	78.1	17.4
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	199	197	-67		

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	2	+0
集中治療管理室 (ICU)		
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		
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	35	+0
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

DPC対象病院(Ⅲ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： 人 2年目： 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

	実績値			対 前年比	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	471.60	467.08	494.38	100.97	94.48
1日あたり外来初診患者数	32.91	32.69	33.63	100.67	97.20
新患率	6.98	7.00	6.80		
1日あたり入院患者数	153.92	143.99	144.70	106.90	99.51
1日あたり新入院患者数	8.86	7.98	8.09	111.03	98.64