

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16日～10月17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	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院2

1. ドクターズクランクによる代行入力後の医師の承認については、遅延なく速やかに行ってください。（2.1.4）

1. 病院の特色

貴院は、釧路・根室保健医療圏の中核病院として歴史を有し、時代の変遷とともに発展してきた。現在は、地域がん診療連携拠点病院として、手術・薬物療法・放射線治療などの集学的治療を提供しており、釧路・根室地域で初めての緩和ケア病棟も設置している。また、病病・病診連携の充実を図り、地域医療支援病院としての役割・機能を発揮し、地域の信頼を得ている。さらに、次世代の医師を育成する基幹型臨床研修病院としての役割を担っており、卒後臨床研修評価機構の認定も受けている。

病院機能評価は初回認定を受けて以降、4回目の受審となる。今回の更新受審にあたっては、今後も継続的な対応が期待される項目も一部見受けられた。これからの病院運営における体制の充実と医療の質評価への取り組みなどに今回の評価結果を活用し、貴院がますます地域において発展することを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、地域の中核病院としての役割・使命を明確にしており、院内外へ適切に周知している。病院幹部は、組織的な課程を経て選任・任命されている。年次の運営計画は中期ビジョンに基づいて立案し、毎月達成状況の評価を行っている。規程等に基づいて電子カルテや各部門システムの適正な運用に努め、経営の効率化や診療の質確保に向けて会議・委員会で各種データを活用している。文書管理規則等において病院として必要な文書を定め、発信から廃棄までの仕組みを明文化している。

医療法および診療報酬施設基準等で定める人員は確保されている。人事・労務管

理に必要とされる就業規則や給与規程などの規則・規程が整備されている。衛生委員会は毎月開催され、産業医と衛生管理者も出席している。職員の意見・要望を把握する取り組みがあり、必要に応じて改善を図っているほか、福利厚生制度も充実している。

全職員を対象とした研修は、院内研修委員会が年間計画を取り纏めている。職員個別の能力評価・能力開発については、客観的に評価する体系的な仕組みの構築を期待したい。基幹型臨床研修病院の指定を受け、プログラムに沿った初期臨床研修を実施している。学生実習は、様々な職種について養成校から受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、定期的な見直しや院内外への周知が適切に行われている。説明と同意に関する方針や基準・手順等は明文化され、説明時の同席や説明後の理解状況の確認等が適切に行われている。患者への情報提供として、入院診療計画書、クリニカル・パス、各種説明書・同意書などを活用し、情報の提供と共有を図っている。患者・家族の相談窓口を設置し、MSW や看護師等が連携して、医療相談・社会福祉相談・がん相談など多様なケースに対応している。個人情報保護方針や個人情報に係る取り扱い規程を定め、病院ホームページや入院案内等で周知している。臨床の現場における個々の症例に対し、倫理的課題を検討する場として倫理委員会を設置している。看護部では、看護部倫理委員会を設置し、看護倫理事例提供用紙を用いて分析・評価を行っている。解決困難な倫理的課題への対応として、倫理委員会に申請する仕組みの明確化と職員への周知を期待したい。

院内はバリアフリーが確保され、生活延長上の設備を整備しており、患者・面会者の利便性・快適性への配慮がなされている。診療・ケアを行うために必要なスペースは、十分に確保されている。敷地内全面禁煙の方針は明確で、周知徹底も図られている。

4. 医療の質

職場懇談会を開催して各職場の職員から業務改善に結びつく意見を収集し、幹部会で検討して業務改善策を立案している。各診療科の症例検討会や内科・外科カンファレンス、がんセンターボード、CPC 等の合同症例検討会を開催している。クリニカルパス委員会が各科のクリニカル・パスの承認や見直し、バリエーション分析を行っている。労働者健康安全機構臨床評価指標の公表事業に参加し、結果はグループウェアを用いて周知している。患者・家族等の意見は、院内各所に意見箱を設置するほか、患者満足度調査や患者相談窓口の対応などによって収集している。苦情・クレームについては医事課に集約され、内容により速やかに医療安全部や病院長に報告するとともに、院内決裁が行われている。

適応外薬剤の使用は薬事委員会で審査している。臨床研究は臨床研究審査委員会で審査して承認しており、経過・終了・中止を同委員会へ報告している。

ナースステーション入口付近に病棟責任医師・看護師長・薬剤師・退院支援看護師の氏名を表示するなど、部門責任者を明確にしている。診療記録は電子カルテを

運用しており、必要事項を記載している。検査結果や画像診断結果は、速やかに評価して記載している。院内には多職種が参画する専門チームがあり、それぞれの専門領域において活動を展開している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全部を設置し、管理責任者の副院長のもと、医療安全管理者として専従の看護師を配置している。管理者は、インシデント等の収集・分析、改善策の検討、院内ラウンドなど、組織横断的に活動している。院外の医療安全に関する情報は、日本医療機能評価機構の事例等から情報を収集し、医療安全部が医療安全ニュースとして、毎月各部署に配布している。医療事故の対応手順は医療安全対策マニュアルに定められ、医療安全職員手帳、グループウェア等で周知している。

患者・部位・検体等の確認マニュアルには、患者確認は複数要素で確認し、同姓同名の場合は生年月日を名乗ることが明記されている。情報伝達エラー防止対策では、ドクターズクランクによる代行入力について、医師による承認を速やかに行うことが望まれる。ハイリスク薬は院内で取り決められ、リスト表が作成されている。薬剤アレルギー情報は電子カルテ上で周知されている。転倒・転落防止マニュアルを整備し、入院時は全患者にリスク評価を行っている。院内各所に医療機器の使用マニュアルを配置し、始業前や作動中は、マニュアルに沿って看護師と臨床工学技士が点検を行っている。救急カートは看護部で標準化しており、看護師は毎日、薬剤師は月1回の点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を適切に開催し、ICT 部会およびAST 部会のメンバーが毎週院内を巡視している。ICT 部会は院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況を把握し、適宜指導している。AST 部会は抗菌薬の使用状況を確認・把握し、抗菌薬の選定や de-escalationなどを医師に指導している。院内感染発生状況は、ICT 部会によるターゲットサーベイランスやAST 部会による抗菌薬使用状況、培養検査結果などの調査により継続的に収集している。AST 部会は多剤耐性菌の出現頻度を把握・分析し、院内アンチバイオグラムを作成している。収集された情報は院内感染対策委員会に毎月報告され、JANIS のデータを参照するなどして分析・検討している。

感染経路別予防策や个人防护具、感染性廃棄物、血液・体液の付着したリネンの取り扱いなど、感染管理対策上の取り扱い手順を明文化し、ICT ラウンドで遵守状況を確認している。抗菌薬の適正使用に向けて、抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で検討している。バンコマイシンやカルバペネム系などの抗菌薬は、届け出制となっている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報編集委員会が中心となって、年報、病院案内、広報

誌、病院ホームページなどを活用し、積極的に必要な情報を発信している。地域医療連携総合センター内に地域医療連携室を設置し、紹介患者や地域の医療機関の情報などを一元管理している。登録医制度を導入し、開放病床や医療機器の共同利用を行っている。地域の医療機関との連携は、医師や地域医療連携室職員が連携先病院を直接訪問し、情報交換や顔の見える連携づくりに取り組んでいる。また、医療施設ネットワークの情報開示施設に参加するなど、地域医療支援病院としての役割を果たすべく取り組んでいる。地域住民に向けた教育・啓発活動として、緩和ケア市民公開講座や脳神経医療講演会などを開催している。さらに、小学校でのがん教育に関する出前授業を行っている。地域の医療従事者に向けた研修会等は、緩和ケア講演会、専門・認定看護師公開講座、介護施設等との懇談会などを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付を設置して受審援助を行うとともに、緊急性の高い患者の優先的な診療への配慮を行っている。患者に関する情報収集は、患者に関する情報はスキャンセンターで電子カルテに取り込まれ、医師は診察時に参照することができる。検査の必要性は、担当医による判断や診療科内で検討している。主治医は医学的な判断により入院を決定し、必要時には上級医や他診療科専門医へ相談している。入院時には入院診療計画書を作成し、患者に説明した後に交付している。また、看護師は患者の理解度を診療記録に記載している。患者・家族等からの医療相談に関しては、地域医療連携総合センターを窓口として対応している。職場復帰や治療と仕事の両立のサポートとして両立支援相談窓口を設置し、専門的な知識を持つ職員が対応している。入院が決定した際は、外来看護師およびPFM看護師、MSW、薬剤師、事務職等が介入し、入院の説明や事前情報収集を行っている。

医師は回診により患者の状態を把握するとともに、カンファレンスに参加して診療科内で情報を共有している。また、毎朝、医師と看護師はミーティングを行い、患者の状態に関する情報を交換している。投薬・注射や血液製剤の投与、周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、リハビリテーションなどは適切に実施されている。身体抑制については、医師の指示について記載の徹底が期待される。

退院支援については、地域医療連携総合センターで支援が必要な患者を把握している。さらに、医師・病棟看護師・MSW・退院調整看護師が介入し、退院調整カンファレンスを実施している。退院後も継続的に診療・ケアを必要とする患者に対しては、自院の外来に通院する場合や在宅療養が必要な場合など、患者の状況に応じて情報共有や連携を行っている。ターミナルステージの対応では、緩和マニュアルを参考に主治医が患者・家族の意向を尊重して検討し、総合的な医学判断を行っている。剖検や臓器移植への対応は確立している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬の1施用ごとの取り揃えや服薬指導、持参薬の鑑別、疑

義照会への対応、医薬品情報の提供などを適切に取り組んでいる。臨床検査機能は、検体検査、生理機能検査、病理検査等に対応しており、毎日内部精度管理を実施するほか、外部精度管理にも参加して適切な結果を得ている。画像診断機能は、読影依頼があったCT、MRI、核医学検査は放射線診断専門医が読影し、重大な所見が認められた際は、直接依頼医に連絡している。栄養管理機能は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理を適切に実施している。リハビリテーション機能は、脳血管・運動器・呼吸器・がん・廃用症候群等に広く対応しており、カンファレンス等において多職種で情報を共有している。診療情報管理機能は、規程に基づき電子カルテを用いて患者情報を一元管理している。医療機器管理機能は、機器の点検履歴や貸し出し履歴をME機器管理システムで中央管理している。医療機器の標準化は、機器等整備委員会で検討のうえ実施している。洗浄・滅菌機能は、各種インディケーターを用いて滅菌精度を担保している。

病理診断機能は、迅速病理診断にも対応し、診断困難例は大学病理学講座に相談できる体制がある。放射線治療機能は、放射線治療専門医が多職種合同症例検討会へ参加し、放射線治療後も経過観察を継続して主治医と意見交換を行っている。輸血・血液管理機能は、血液準備量の適正化に努めて廃棄率は低値となっている。手術・麻酔機能では、入室時の患者誤認防止や開始時のタイムアウトを確実に実施している。また、術中・覚醒時の管理や退室など、安全に配慮して実施している。救急医療機能は、二次救急対応病院として、対応可能な患者は全て受け入れる方針としている。受け入れ不能事例は、救急診療運営委員会で検討している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は会計課で作成し、幹部会を経て労働者健康安全機構本部で承認する仕組みである。会計処理は病院会計準則に準じた独立行政法人会計基準に基づき行っており、会計監査は外部監査および内部監査を行っている。窓口収納業務は、時間外・休日を含めて適切に行っている。DPCコーディングは診療情報管理士が関与するとともに、DPC委員会を毎月開催してコーディングの適切性を確保している。委託業務の導入・更新は、業務内容や価格、品質を比較して業務委託担当部署と会計課を中心に検討し、幹部会で決定している。

施設・設備は、病院の規模や診療機能に応じて整備されている。廃棄物の院内における最終保管場所では明確に区分して保管が行われ、委託業者の産業廃棄物処分業許可証や最終処分場の現地も確認している。診療材料の選定は診療材料等検討委員会、医薬品は薬事委員会で品質や価格の比較検討を行っている。診療材料や医薬品の購入は、労働者健康安全機構本部の共同入札を活用している。

災害時等の危機管理への対応は、火災・災害時の責任体制を明確に定め、災害マニュアルや機能存続計画（BCP）を策定している。保安業務は、24時間体制で防災センターに警備員を配置し、定期的な院内巡視や防犯用監視カメラの設置等により院内の保安状況を把握・管理している。

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	B
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	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	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	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	C
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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	NA
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	B
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	B
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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	B
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	B

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 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 釧路労災病院

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： 北海道釧路市中園町13-23

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	433	433	-17	73.2	13.7
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	433	433	-17		

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)		
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	4	+0
人工透析	15	+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	50	+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	33	+33
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, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院 (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： 2 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

