

職員の教育・研修は、年間計画が立てられ、ほぼ毎月なんらかの教育・研修が実施されているが、ここ数年、上述の患者の権利や個人情報保護、臨床倫理のテーマが抜けているので、次年度は計画したい。また、職員個別の参加状況を通年で集計し、フィードバックするなど、教育・研修への参加のモチベーションを高める工夫が望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示物・入院案内等に表示されている。説明と同意や診療録開示は、患者の権利擁護の立場で適切に行われているが、今後は、説明と同意の範囲の具体化と病院側の同席の対象範囲について再検討が望まれる。医療への患者参加を促すために、転倒・転落予防の協力のお願いや患者用図書室の設置などが行われている。患者からの相談は、地域医療連携総合センターで、MSW・がん専門看護師・退院調整看護師など多職種で患者の多彩なニーズに応え、さらに、週1回相談支援の評価のためのカンファレンスを行うなど、患者支援に対する取り組みは優れている。個人情報保護にかかる対応も適切になされている。臨床倫理的課題については、看護部で活発に行っているが、病院全体で検討する場を構築する必要がある。研究の倫理審査は、病院全体で検討されることが望まれる。

施設はよく手入れされ、駐車場から外来、病棟に至るまで、障害者や高齢者にも配慮された構造となっている。プライバシー保護に対する配慮もなされ、外来患者や入院患者の利便性・快適性も満たしている。敷地内禁煙を方針に禁煙の徹底の取り組みが認められる。整備された施設・システムのもと、個々の職員が患者の権利擁護、患者中心の医療に努めていることが窺える。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望を収集する患者投書箱・患者相談窓口を設置し、意見や苦情に適切に対応している。診療の質に関しては、各科の症例検討会に加え合同カンファレンスも実施されている。臨床指標の収集は行われているが、分析し改善に活かす活動は未確立である。クリニカル・パスは電子化に移行する途上で登録数が大幅に増加している。医療サービス改善では、部門横断的な業務改善の課題は患者サービス向上委員会や職場懇談会で吸い上げられているが、組織的な解決を検討する明確な仕組みが存在しない。新たな治療方法の導入に際しては、外部指導医の招聘や現場での調整は適切に行われているが、導入の妥当性を組織的に検討・承認しておきたい。倫理委員会の規程が抽象的で分かりにくいいため、新規技術導入を含めて具体的に定め、職員に広く周知を行っていくことが望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保では、診療・看護ともに管理・責任体制が明確になっている。診療記録の記載方法や内容は適切であり、診療記録の質的監査が定期的に行われ、退院時サマリーの作成率も良好である。各診療科では、多職種によるカンファレンスが開催され診療・ケアの充実について検討しており、NST・緩和ケアチーム・ICT等の専門チームによる介入もみられ適切である。

5. 医療安全

副院長が部長を務める医療安全管理部が組織され、専従の医療安全管理者を中心に活動を行っている。医療安全推進委員会やリスクマネージャー部会、医薬品・医療機器安全使用ワーキングなど病院一丸となって安全な医療を推進する組織体制が構築され機能していることは評価できる。「医療安全対策マニュアル」が院内LANおよび、紙面としても全職員が活用できるように作成されているが、作成や改定年月日の記載が統一されていないことや目次やページ番号がなく活用のしやすさについては工夫が必要といえる。また、医療事故調査の届け出など新たな取り組みの対応については、1名の専従の医療安全管理者を組織としてサポートする人的体制などの強化が望ましい。インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理者が集計・分析を行い、看護部門の支援により再発防止対策に適切につなげている。患者誤認防止対策は、全部門において患者自身が名乗ることやリストバンドとの照合が複合的に実施されている。医師の指示から看護師の指示受け、実施確認は適切に実施されている。口頭指示のマニュアルは作成されているが、口頭指示を許可する特定の条件を検討することや、情報伝達エラー防止のための受け手のメモ用紙の工夫などは今後の課題としたい。

救急カートや病棟定数配置薬剤は、薬剤師により定期的に点検が行われており適切である。転倒・転落防止対策は入院時にリスクアセスメントを実施後、計画立案しケアが実施されている。医療機器は始業時点検を実施しマニュアルに沿って安全に使用されている。病棟で人工呼吸器を使用する際には臨床工学技士による教育・指導が実施されるなど安全な体制が確立されている。中央管理している医療機器は適切に点検・管理が実施されているが、頻度が高いため現場管理になっている医療機器の点検についても臨床工学技士の関与が望まれる。患者の急変時は緊急コールが設定され職員に周知されている。9階に設けられている大浴場での患者の急変時の対応についてはストレッチャーなどの準備等の対応を検討されたい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた組織体制は感染対策マニュアルに規定され、感染防止対策部として院長より権限を委譲された総責任者（副院長・ICD）および専従の院内感染管理者（ICN）が任命されている。院内感染対策委員会の月1回の開催や、ICD・ICNを中心とする感染制御チーム（ICT）の週1回の定期ラウンドや部会などの活動により、院内外からの感染に関する情報の収集を行い、情報の分析と対応策の検討・決定が適切に実施されている。サーベイランスに関してはBSIが実施されているもののSSIについては今後の課題である。アウトブレイクは厳密に定義されていないものの、院内感染の発生状況は速やかにICNに報告され、適切な対応の手順が定められている。一方、看護部には感染リンクナース部会が設置され、各部署の感染予防対策活動に従事している。

現場での感染性廃棄物や血液・体液の付着したりネン類の取り扱いについては院内感染対策マニュアルの規定に則り適切に実施されている。抗菌薬使用の監視・指導および定期的な職員研修の実施、マニュアルの改訂などはICTにより積極的に行われているが、特に院内の広域スペクトラム抗菌薬の使用状況は、薬剤部における電子カルテと連動した専用の一元薬歴管理システムを活用してICT担当薬剤師が毎日監視しており、検査部から報告される起因菌・感受性の結果を踏まえて主治医に指導・提案がなされる仕組みが構築されている。また、抗MRSA薬の届出制や院内アンチバイオグラムの提示、感染症別推奨抗菌薬のガイドラインが作成されているなど、抗菌薬の適正使用に向けての病院全体の取り組みとして秀でている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページと広報誌「労災かわらばん」を用いて病院の機能、診療内容、受診手続き等の案内が適切に行われている。地域の医療連携は2015年3月に立ち上げた地域医療連携総合センターにおいて統括し、前方連携では登録医療機関125施設、150名の登録医が、また、後方連携の医療機関の状況も適切に把握されている。紹介患者の受け入れマニュアルは整備されており、紹介への返書は当日中に100%行っている。中間・最終報告の管理も適切に行っている。逆紹介は診療圏が広く地域的要望を考慮して行われている。地域医療機関への挨拶に院長が80か所同行するなど地域医療施設との連携に力を入れている。

地域の健康増進に寄与する活動は、幹部会にて年間計画が承認される仕組みで、市民公開講座、医療講演会、がん、緩和ケア講演会、高校生のための医療福祉セミナーなど適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院者に対してはホームページや総合受付エリア内に受診に必要な情報が案内され、患者の視点に立って、円滑な受診が行われるよう配慮されている。外来における患者情報収集は診療情報提供書や画像データの取り込み、問診票などを活用して実施され、電子カルテ内で全てのスタッフに共有される。また、外来看護師の連携による緊急性や感染症患者への対応も適切に行われている。外来担当医は得られた情報を活用しつつ医学的判断に基づき、患者・家族への十分な説明と同意の上での診断的検査の実施と入院の決定を適切に行っており、必要時には他科医師へのコンサルテーションや他職種による患者への説明が行われる。入院病床の決定は、地域医療連携総合センターの担当看護副部長が日々の空床状況を把握しつつ柔軟な運用を行っている。入院診療計画書は他科医師・他職種との協議のもと、患者・家族の希望に配慮しつつ迅速かつ的確に作成され、十分な説明と同意が得られている。患者・家族からの医療相談に関しては、窓口が地域医療連携総合センターに集約され、前方・後方・側方支援、相談支援の各担当者が適切に対応している。

病棟医師は定期的な病棟回診を実施し、他職種スタッフと適宜連携しながら、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。また、看護についても所定の基準・手順に基づき、他職種との協働によるケアが適切に行われている。投薬・注射については病棟薬剤師が配置され、服薬指導を含め、安全な実施に向けて十分な対応がなされている。輸血・血液製剤の投与は概ね適切に実施されているが、輸血後感染症検査実施率の把握は今後の課題である。周術期の対応、褥瘡予防・治療、栄養管理と食事指導、身体抑制、急性期リハビリテーションについては、適宜多職種との協働と業務マニュアルの遵守により、確実かつ安全に遂行されている。一方、集中治療室の機能はなく、HCUの設置が検討されているところであり、病院の役割に応じた機能的整備に期待したい。退院支援にはMSW・退院調整看護師が入院早期より介入し、退院支援計画書を作成して多職種協働での退院支援を進めている。また、一部訪問看護も実施し、MSWが訪問看護師・開業医・ケアマネジャー・関連施設との連携により継続した診療・ケアを実践している。ターミナルステージでの診療・ケアについては、緩和ケアマニュアルに沿って、患者・家族の要望を尊重しつつ、多職種からなる緩和ケアチームが介入するなど、患者の心理過程・QOLに配慮しながら実践されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤師が病棟・手術室など各担当部署に配置され、積極的に薬剤の使用や管理に関与する体制が構築されている。処方監査や疑義照会、注射薬の取り揃えやIVH・抗がん剤などの調製・混合も規定に則り確実に実施されているが、持参薬については院内処方薬と併せて一元的に管理できるシステムの構築に期待したい。臨床検査機能は体制が確立し、緊急検査への対応や内部・外部の精度管理、パニック値への対応なども適切に行われている。画像診断機能は、迅速な検査の対応が行われ、放射線科医による読影が行われているが、読影率の一層の向上が望まれる。栄養管理機能は適切に実施されている。今後は管理栄養士がより積極的に患者との対話を促進することを期待したい。急性期のリハビリテーション機能については、主治医・病棟スタッフとの連携のもと適切な診療計画に沿って行われているものの、土日・祝日は中4日以上のお休みがある場合のみ対応がなされることになっており、今後はスタッフのさらなる充実と、より継続性の高いリハビリテーションの実践が望まれる。診療情報管理機能は適切である。医療機器もおおむね適切に管理されている。洗浄・滅菌機能は適切であるが、休日の緊急手術後の使用器材の洗浄・滅菌について見直しを期待したい。

病理診断機能は、2名の専門医により診断の精度が確保される取り組みがなされている。放射線治療機能も専門医・看護師・診療放射線技師がチームを組み安全な治療を提供している。輸血・血液管理機能は、検査部門で手順に従い安全・確実に実施されているが、輸血後感染症の実施率向上に向けてなお一層取り組まれない。手術・麻酔機能は、病院の機能に応じた体制が整備されているが、マーキングバンドの運用に関してより厳格な手順の明文化と記録を望みたい。救急医療機能は、病棟兼務の当直医の対応に

とどまり、十分な診療体制を取れておらず、受け入れ不能事例の分析も行えていない。急性期医療を目指す地域の中核病院として、より充実した体制整備を望みたい。

10. 組織・施設の管理

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より財務諸表を適切に作成している。予算編成は各科院長のヒアリングを経て幹部会にて決定されている。予算執行は毎月収支状況報告が行われ管理されている。医事課業務は、窓口の収納業務からレセプトの点検、再審査請求、未収金への対応まで適切に行われている。委託業者の選定、見直しは入札により行われるが仕様書、金額、総合評価により選定される。施設設備については会計課の施設係により施設・機器からドクターヘリ受け入れ用ヘリポートの整備や24時間常駐でボイラー室管理も行っている。物品選定・購入は診療材料委員会にて適切に行われており、SPD管理も適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用については再検討が望ましい。

災害時の対応マニュアルは整備され消防訓練、避難訓練も行われている。大地震後の津波を想定し病院の周囲には防潮堤が建築され、自家発電機の燃料重油および患者、職員の3日分の食事・飲料水も確保されており大規模災害に備えている。保安業務体制は防災センターに警備員が常駐し、16台の監視カメラの設置や定期的な院内巡回によって適切に対応されている。医療事故対应手順等も整備されており、外部委員を含めた事故調査委員の仕組みがあり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として研修プログラムが整備され、産婦人科、小児科、精神科など指導医不在の診療科は他の研修協力病院で研修を実施している。EPOCに参加して研修医・指導医双方の評価が行われ、日常のコミュニケーションの中でもメンタル面を含めてのサポートを行っている。看護師や他の医療職による講義が定期的開催されるなど病院を挙げて教育に取り組んでおり、臨床研修は適切に実施されている。学生実習は、併設する看護学校の実習のほか、リハビリテーション部・薬剤部・栄養管理部・臨床工学部で学生の受け入れを行っている。実習中の事故等に対応する仕組みや、守秘義務に関する指導など、適切に学生実習が行われている。

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病院の方針を決定している	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	B
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
1.4	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	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	医療サービス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	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	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	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
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	S
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	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	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	B
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	急性期の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	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	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	B
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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	B

□ 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

□□□ 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	□
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	□
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	□
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	□
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A

□□□ 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	□
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	□
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	□
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	□

□□□ 教育・研修

4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	□
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	□
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	□
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	□

□□□ 経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている <input type="checkbox"/>
4.4.2	医事業務を適切に行っている <input type="checkbox"/>
4.4.3	効果的な業務委託を行っている <input type="checkbox"/>
□□□ 施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している <input type="checkbox"/>
4.5.2	物品管理を適切に行っている <input type="checkbox"/>
□□□ 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 <input type="checkbox"/>
4.6.2	保安業務を適切に行っている <input type="checkbox"/>
4.6.3	医療事故等に適切に対応している <input type="checkbox"/>

年間データ取得期間： 2014年 4月 1日 ～ 2015年 3月 31日
 時点データ取得日： 2015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福祉機構 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福祉機構

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	500	450	0	84.2	15.9
療養病床	0	0	0		
医療保険適用	0	0	0		
介護保険適用	0	0	0		
精神病床	0	0	0		
結核病床	0	0	0		
感染症病床	0	0	0		
総数	500	450	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
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	1	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		
亜急性期入院医療管理料病床		
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：

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対象病院(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： 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

