

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21日～11月22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、1869年に民家に開拓使治療所（仮病院）を開設したのを起源とする150年近くの歴史を持つ北海道有数の病院である。その後、1922年に市制施行により市立札幌病院となり、地域の基幹病院としての機能をいかんなく発揮してこられた。総合周産期母子医療センターや精神医療センター、北海道で唯一、第一種感染症の指定病床を含む感染症病床を備えるなど、特別な機能を有している。貴院のビジョンとして「基幹病院」「多機能病院」「発展する病院」「自立した病院」の4つを掲げ、それぞれに対する中・長期的な具体案を策定し、高い向上心を持って日々努力されている。

今回、質向上に向けた取り組みの一つとして病院機能評価を受審された。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され、多くの職員を巻き込んで取り組んで来られた結果を拝見できた。本報告書が今後の継続的な取り組みへの一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を「市立札幌病院基本理念・運営方針」としてわかりやすく明文化している。院長や副院長、経営管理部長、理事等病院幹部職員は、現在の病院運営上の課題を十分認識して、将来像を見据えた解決策に取り組んでいる。病院運営の最高意思決定会議は、事業管理会議であり毎週開催している。病院の中期的な事業計画を策定し、その中で4年間の事業計画や数値目標等を明確にし、事業管理会議において議論や検討を行っている。

医療法や施設基準等に定める必要人員を確保している。医療安全や感染対策、個人情報、患者の権利、倫理、接遇等必要度の高い研修はおおむね実施している。看

護部ではキャリアラダーによる教育プログラムを整備し専門能力の向上を図っている。また、検査部生理検査課や放射線部治療支援課において、個々の専門的能力を評価し開発を支援する取り組みを行っているが、一部の部門に留まっており、病院全体の取り組みとして整備されることを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、その内容は適切であり、様々な方法で、患者・家族、職員への周知を図るべく努力されている。説明と同意の範囲を14項目として定め、医療安全担当課が周知徹底に努力している。使用する説明書や同意書は改訂されたばかりである。一部、書式項目・使用方法、同席者署名等が不十分な事例があり、今後の周知や見直し等が望まれる。

個人情報保護に関する規程は整備され、職員への研修会も実施されている。電子カルテからの患者情報の抜き取りに関するデバイスプロテクトも整備されている。診察や治療におけるプライバシーには配慮がなされ、病室のモニターに関しては全ての患者において説明がなされ同意が得られている。

病棟は、ダイルームでくつろげるスペースが確保され、静寂な環境が保たれている。病室などは採光・照明、空調調節などに配慮されている。また、リネン類は定期的な交換により清潔が保たれ、トイレ・浴室は清掃が行き届き、ナースコールの設置など安全面への配慮もみられる。病棟内全体で整理・整頓、清掃が行き届いており療養環境は適切に整備されている。

4. 医療の質

意見・苦情の収集については、意見箱が院内16箇所に設置され、各部署の担当者により週1回確認されている。情報は職員間の共有が図られ、寄せられた意見等に対しては、回答を掲示するなどの対応が採られている。クリニカルパスは、適応率は80%を超えており、専従の看護師の配置が功を奏している。アウトカム指標の検討もなされており、バリエーション率の抽出やその検討も実施されており、クリニカルパスの運用・活用は極めて高く評価できる。しかし、臨床指標の収集は始まったばかりであるため、その分析・活用を期待したい。

組織的な質改善活動は、看護部ではBSCを取り入れて活動をしているが、病院全体での部門横断的な活動は、委員会が組織されたばかりであるため、今後は部門横断的な継続的な活動を望みたい。電子カルテに必要な情報が収集され記載されているが、診療記録の質的監査は開始されたばかりであり、今後の継続的な実施を期待する。

5. 医療安全

2016年4月より病院長直轄の医療品質総合管理部を設立し、安全・感染・業務改善支援課が同一部署となり、情報共有を図っている。各種マニュアルは改訂されたばかりであり、インシデント等の分析と併せ、今後の周知等への取り組みを望みた

い。病棟薬剤師が配置され、入院患者に対する服薬指導および薬歴管理も行われている。

ハイリスク薬剤に関しては、その規程は定められているが、使用現場である病棟スタッフに対する研修が実施されておらず今後の積極的な活動を望みたい。また、プレフィルド型の高濃度カリウム製剤の必要数などについても検討を望みたい。

抗がん剤は薬剤師により調製・混合され、レジメン管理もなされている。緊急時のレジメン登録に関しては委員会レベルでは決定されているが、具体的な運用方法は明確でなく、現場への周知もなされていないため、今後の取り組みに期待する。なお、転倒・転落防止対策や医療機器の安全な使用、患者の急変時の対応はいずれも適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する組織として、院長直轄の医療品質総合管理部のもとに感染管理担当課が設置されている。専従の看護師が配置され、実務組織としての専任 ICD を責任者とするコア ICT の構成員となっている。コア ICT の下部組織として、多職種により構成された感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームが組織され、定期的にラウンドが行われている。道内唯一の第一種感染症病床を有し、その体制充実のための訓練等も行われている。全職員への研修は年 6 回、地域医療施設との連絡会も定期的を開催するなど、医療関連感染制御に向けた体制は高く評価できる。

各種サーベイランスは手術部位感染や血流感染、カテーテル血流感染が行われ、JANIS へは、検査および手術部位感染の 2 部門に参加し、院外での流行状況の収集も行われている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討はなされているが、病院の規模と役割を考慮すると、デバイス関連サーベイランスの充実が望まれる。

抗菌薬の適正使用指針が整備されており、特別な抗菌薬の使用は基本的に届け出制となっており、リネゾリドのみは許可制となっている。なお、クリニカルパスに使用される抗菌薬については、全て感染対策委員会で審議されており、この点については高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院機能、診療内容、サービスなどについてホームページの他、病院パンフレット、患者向け広報誌「ハーモネスト」、地域医療機関向け広報誌「診療科案内誌」「かざぐるま」、市の広報誌「広報さつぽろ」、院内掲示などで広報されている。広報実施計画は総務課庶務係がまとめている。

地域との連携機能は、地域連携センターが整備され、専従、専任、非常勤担当者が配置され紹介患者の受け入れと情報提供あるいは逆紹介、患者相談などが行われている。また、患者紹介専用ダイヤルや受診相談ダイヤルの開設や IT ネットワークを利用した域医療情報システム「すずらんネット」を構築し積極的な連携に努めている。

地域の教育・啓発活動では患者・家族・地域住民を対象とした地域公開研修プログラムの開催、地域がん診療連携拠点病院としてのがん公開医療講座の開催、各種団体からの依頼による医療講演、疾患別医療講座等を実施している。各種講座・研修会には医師や看護師、薬剤師、臨床検査技師、管理栄養士、事務員など多職種で取り組んでいる。2016年度には90回の応需実績があり、地域に向けての教育・啓発活動は適切になされている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページや、院内掲示等で受診に必要な情報を提供している。患者に関する情報は問診表を活用し、必要に応じて看護師による予診が行われる。侵襲的検査は、説明と同意の取得が必要となる検査が院内で定められており、規程は遵守されている。医学的な判断に基づいて入院の決定が医師によって行われ、患者の病態に応じた診断・評価のもと、各種計画書が入院から速やかに作成される。患者・家族からの医療相談に適切に対応しており、入院決定時には入院係によって入院生活上の諸注意が説明される。

医師は業務マニュアルに沿って入院患者をほぼ毎日回診し、患者の状態を把握して診察結果を記録している。看護師の病棟業務については、入院時に看護診断13領域の情報を収集し、患者の身体的・精神的・社会的ニーズからアセスメントを行い、看護診断・看護介入につなげている。患者・家族の視点に立ち、優れた取り組みである。同時に看護記録も多職種に伝わる充実した記録であり、適切である。輸血療法に関しては適正使用指針に基づいて輸血・血液製剤の投与が実施され、遵守状況は診療録から確認できる。なお、周術期の対応や重症患者の管理、褥瘡の予防・治療はいずれも適切である。

栄養管理についてはアレルギーやきつ食状態の把握は看護師によって行われ、カルテで共有しているほか、症状緩和についてはチェックリストに沿ってアセスメントのうえ総合評価が行われるなど、おおむね適切である。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、早期に処方箋が発行されているが、必要性和リスクについての書面による説明と同意の取得が望まれる。なお、身体抑制はマニュアルに沿っておおむね適切に行われている。

退院に向けた課題を共有する仕組みが確立されており、退院支援は適切に行われているほか、外来による継続治療や在宅療養も円滑に支援している。また、逝去時の対応は患者・家族の意向を尊重した形で対応されており、必要時は多職種で関わり、患者の安寧に努めており、ターミナルステージへの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方監査や調剤監査、疑義照会への対応は手順に沿って行われている。抗がん剤の調製・混合も適切な環境のもと薬剤師により行われ、注射薬の1施用ごとの取り揃え、持参薬の鑑別と管理も実施されており、適切である。臨床検査部部門については、外部精度管理を実施しているが、結果は検査部だ

けで検討し対策を練っており、委員会等院内への報告はなされていないため、今後の取り組みを望みたい。画像診断機能についてはCT・MRIいずれも待ち日数はほとんどなく、タイムリーな検査が行われている。

栄養管理機能については食材の搬入・検収から下処理・調理・盛り付け場所まで、一連の調理フローは明確な作業区画のもと衛生的に管理されている。リハビリテーション機能は急性期リハビリの実施がメインであり、病棟看護師など関係職種との情報共有や院内チーム活動にも参画し、患者の状態に合わせたリハビリテーションの実施に努めている。診療録は電子カルテにより一元管理され、活用を前提としたコーディングやがん登録、外傷登録などの症例登録が行われるほか、質的監査も実施されており、適切である。また、医療器機管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能も適切である。

放射線治療機能については、リニアック・IMRT2台を設置し、常勤放射線治療専門医のほか、専従の診療放射線技師、看護師（がん放射線療法認定看護師を含む）、放射線治療品質管理士、医学物理士が配置されている。放射線治療の実施にあたっては、カンファレンスで方針等が検討され、適応患者には医師から説明され同意を得ている。治療計画は主に治療医が作成し、医学物理士、治療担当技師とのダブルチェックが行われ、シミュレーションも実施されている。計画線量の確認は照射時に設定のダブルチェックが行われるなど、放射線治療機能は極めて優れた機能を発揮しており、高く評価したい。輸血・血液管理機能について、保冷库は整備され、使用された血液のロット番号の記録・保存など適切である。

手術・麻酔機能では、年間7,000件以上の手術が実施されており、覚醒時の安全性の確保等はマニュアル化されているなど適切である。集中治療室としての施設基準は届出していないが、救命救急センター内に独立したユニットがあり、病床が確保されている。救急科の医師や認定看護師、専門看護師が配置されるなど、集中治療機能は適切である。救命救急センターが設置され、各種虐待への対応も手順が整備され遵守されている。緊急入院などへの対応も含め救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、ヒアリングおよび各部署からの要望を参考に経営企画課で予算が編成され、執行状況は毎月把握されている。会計は地方公営企業会計基準に基づき会計処理が行われ、市の監査委員による監査も行われている。医事業務は各業務にマニュアルが作成・実施されている。返戻・査定についても、毎月の診療報酬委員会で検討され、必要に応じて再審査請求を行っている。また、施設基準を遵守する体制では施設基準担当者によるチェックの仕組みが構築され随時チェックが実施されており適切である。各部門・部署が新規に使用を希望する医療材料等の選定は医療材料委員会で行い、医薬品は薬事委員会で採否を検討し、採用する場合は品目数を増やさないよう配慮しており、物品管理は適切に行われている。

災害時の対応は災害対策マニュアルが整備され、停電時の備えとして自家発電装置と無停電電源装置を設置し3日間程度稼働できる燃料が確保され、定期的にメン

テナンスされている。さらに、地域災害拠点病院としての機能を発揮するためにDMATを編成し、大規模災害を想定したトリアージ講習会や関係団体と共同した総合防災訓練を実施している。

1.1. 臨床研修、学生実習

臨床研修医については、ここ数年フルマッチの状況であり、毎年10名に加えタスキがけの施設から2名、合計12名の研修医が在籍している。研修プログラムに沿った研修が実施されており、研修医の評価も行われている。しかし、研修プログラムの評価は、研修センター長との面談の中で毎年1回ヒアリングがなされているだけで、系統だった評価はなされていないため、今後は検討が望まれる。

学生実習は医師や看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリ療法士、栄養士、救命救急士、事務など年間約880名の学生を受け入れている。実習受け入れにあたっては、実習依頼先との実習委託契約が締結され、必要な事項が明確にされている。また、臨地実習開始時には、実習生に受け入れ部署の実習指導者が病院の方針や注意事項、医療安全、感染、個人情報保護などのオリエンテーションを行い、実習患者への説明やプログラムに沿った実習が行われている。学生実習は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病院の方針を決定している	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	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	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	S
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	A

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	B
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	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	B
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	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
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	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	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	S
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	文書を一元的に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	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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日
 時点データ取得日： 2017年 7月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 市立札幌病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 北海道札幌市中央区北11条西13-1-1

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	701	701	-51	71.6	10.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	38	38	+0	61	44.9
結核病床					
感染症病床	8	8	+0	0	0
総数	747	747	-51		

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	38	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+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	+8
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	6	+0
人工透析	24	+0
小児入院医療管理料病床	58	+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
特殊疾患病床	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	38	+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), 救命救急センター, 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(Ⅲ群), 総合周産期母子医療センター

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： 12人 2年目： 12人 歯科： 2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

