

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 25 日～5 月 26 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 1860 年に箱館医学所として創設されて以来、道南地域の主要な医療提供施設として医療機能の強化を図ってこられ、現在は許可病床 648 床、29 の診療科を有する道南地域の中核病院としての役割を果たしている。これまで救命救急センター、エイズ診療拠点病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域医療支援病院などの指定を受けるなど、地域のセンター病院として発展を続けてきた。また、2015 年にはドクターヘリの運行も開始するなど道南の救急医療の拠点として多くの救急対応を行っており、高度急性期医療の提供施設として極めて重要な役割を担っていることは高く評価される。

病院運営においては、病院事業管理者や病院長を中心として病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。今回の病院機能評価は更新受審であり、この度の審査では多くの項目で適切と判断されたが、病院の機能に照らし、さらなる工夫や努力が期待される項目も認められた。今後も地域住民・医療機関のさらなる期待に応えながら貴院の理念「住民の求める安全で質の高い医療の提供」に向けて、ますます発展を遂げられることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念を明文化し、理念を実行するための 5 項目の基本方針を定めている。病院長は全職員が参加する経営説明会や種々の会議の場で病院の将来像や方向性を具体的に明示しており、強いリーダーシップを発揮している。運営企画会議で病院の運営方針や重要案件を審議し、部門会議などで組織内に情報を伝達している。部門ごとの目標設定は今年度から開始しており、今後、中・長期の事業計画策定に着

手する予定である。情報システムの管理は企画担当課が担当し、蓄積した情報を活用して様々なクリニカル・インディケーターを作成し、医療の質の向上に役立てている。文書は函館市文書取扱規則に則って管理しているが、病院の文書管理の実態とは必ずしも合致していないため、文書管理の強化が望まれる。

就業規則や給与規程などの各種規則、規程を整備し、出退勤時刻は IC カードにより正確に把握している。職員からの意見・要望は労使交渉などにより収集・把握しており、福利厚生制度も充実している。

職員研修は担当の部門や委員会ですそれぞれ計画・実施しているが、必要性の高い研修が確実に実施されているかを病院として把握する仕組みがない。施設基準に関連しない研修テーマについても研修を確実に実施できる体制の構築が望まれる。人事考課制度の中で職員の能力評価を行っており、専門分野の資格取得への支援制度を設けるなど、職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し患者・家族へ周知しているが、病院として適宜の見直しを期待したい。説明と同意は、患者の理解に合わせ、わかりやすい言葉で説明し同意を得ている。同意書の取得範囲、書式の統一などについて検討を終えたところであり、今後院内へ展開する予定である。診療情報の共有は、療養支援計画書やクリニカルパス、入院診療計画書などを用いて診療・ケアの様々な場面で実践している。患者・家族からの相談は、患者サポートセンターが総合相談機能を果たし、様々な相談に対応している。患者のプライバシーに配慮している。電子カルテからの個人情報を取り出しについては、院内で仕組みが確立したところであり、規定に基づき確実に実施することが望まれる。倫理的課題に対しては、課題に合わせた委員会での継続的な活動を行っている。今後は患者・家族が抱える倫理的課題に対して、現場での倫理的な感性を高める取り組みを期待したい。

オンラインの面会にも対応するなど、患者・面会者の利便性・快適性へ配慮している。院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアなどに必要なスペースが確保され、廊下などの整理整頓が行き届き、安全・清潔な環境を提供している。職員の喫煙率は年々低下しているが、地域がん診療連携拠点病院として、患者および職員へのさらなる禁煙推進活動の推進が望まれる。

4. 医療の質

投書箱を設置し関連部署が回答を作成している。患者サポートセンターやホームページでも要望等を受け付けている。CPC は年 11 回開催し、院外の医師も参加している。クリニカルパスは医療マネジメント委員会が中心となり、新規作成・見直しをすすめている。病院機能評価の受審、臨床検査科の ISO15189 取得、輸血機能評価認定、JCEP 受審など積極的に第 3 者評価を受けることで質改善の取り組みを行っている。定期的に「院内医療マネジメント報告会」を開催し、質改善に向けた各部門の取り組みを共有している。新たな診療・治療方法、技術の導入について

は、研究倫理委員会で倫理面・安全性から検討する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制について、外来では責任者の表示がないなど体制が明確とは言えないため、検討が望まれる。医師の診療録の質的点検はチェックリストを用いて研修医を除く全医師の診療録の点検を行い、結果を医局会などでフィードバックしている。2週間以内の退院時サマリー作成率は91%にとどまっており、多くの初期研修医が在籍する基幹型臨床研修病院としては100%に近いサマリリーの作成を期待したい。スキンケア・PEG・フットケアチーム、ARST、NST、緩和ケア、認知症ケアなど多職種からなる多くの医療チームが専門性の高い治療とケアを提供している。

5. 医療安全

安全確保に向け、医療安全に関する委員会を組織するとともに、医療安全管理室には、専従の医療安全管理者を配置し、医療安全関連情報の収集や現場での対応を組織横断的に実施している。インシデント・アクシデント事例を迅速かつ継続的に収集・分析し、医療安全速報としてタイムリーに全職員に情報提供している。

患者の誤認防止対策として、フルネームと生年月日の名乗りを基本とし、バーコードも活用して検査や輸血、注射実施時の認証を行っている。また、手術患者については、左右誤認防止のマーキングやタイムアウトを行っている。検体検査のパニック値の直接医師への報告や画像・病理レポートの既読管理体制についての仕組みが整備されたため、今後は実効的な運用を期待したい。カリウム製剤については、使用状況に見合った配置の検討が望まれる。入院時に全患者を対象に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画を立案している。人工呼吸器や輸液ポンプなどを医療機器マニュアルに基づいて使用している。院内の緊急コールは、24時間対応の「コードブルー」が運用されており、RRSの導入の検討を開始したところである。また、緊急時対応の院内訓練としてICLSコースやBLSコースを計画的に開催している。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染管理室がICTとASTを構成して感染管理の実務を担っており、院内感染対策防止委員会はICT、ASTの活動報告を受けるとともに、課題について審議し、解決策を決定している。感染対策マニュアルに感染管理室の責任と権限を明記し、適宜改訂を行っている。院内感染に関する情報収集と検討、院内外への情報発信は適切である。今後はサーベイランスの対象をICU以外の部門や、SSIの対象術式を腹部外科以外にも広げられるとさらに良い。抗菌薬を適正に使用するための仕組みは整えられており、MRSA等の遺伝子解析を行っていることは評価できる。また、毎月のアンチバイオグラムの作成などにより耐性菌率が低下し、薬剤耐性対策アクションプランの目標を達成できたことは評価できる。

手指衛生は手洗いおよび速乾式手指消毒剤の使用が基本となっており、速乾式手指消毒剤の使用量が定期的にモニタリングされている。個人防護用具は必要なタイミングで使用できるよう常備されている。

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に関する広報として、主にホームページを活用し、病院および診療科の案内や入院案内などの情報を提供している。患者サポートセンター内に地域連携課を設置し、紹介・逆紹介、検査予約等に対応している。地域のニーズを把握する取り組みとして、診療科等の情報を掲載した「地域医療連携のご案内」を作成し、連携機関を計画的に訪問している。月2回オンラインで「はこだて地域連携実務者協議会」を開催し情報交換を行っているなど、地域の医療機関等と適切に連携している。地域からの要望に応じた小中高学校を対象とした「がん教育講座」や、地域の看護師向けの研修会として「フィジカルアセスメント能力向上研修会」を開催し、地域の看護力向上に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページや院内掲示で案内するなど円滑な受診をサポートしている。外来診療は適切に行われており、検査の必要性は医師により判断され、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。入院診療計画書は個別性に配慮したものとなっており、多職種が関与している。患者・家族からの相談は患者サポートセンターで、看護師・薬剤師・MSWなど多職種で対応している。予定入院では、患者サポートセンターで入院支援とともに退院支援を早期から受けることができる体制がある。

医師、看護師の病棟業務は適切である。病棟薬剤師は服薬指導を熱心に行っている。輸血中の患者の状態の観察・記録を確実に行うなど輸血・血液製剤を確実・安全に投与している。周術期の対応は適切である。手術後などのハイリスク患者は入室基準に沿って集中治療室に入室のうえ加療としている。一般病棟では重症患者や手術患者のなかで特に注意が必要な患者をナースステーション近くの病室で治療するなど重症度に応じた診療・ケアを適切に行っている。入院時に全患者の褥瘡のリスク評価を行い、予防的ケアを実施している。また、入院時に全患者に栄養評価を行い、必要時、管理栄養士が患者の状態に応じた栄養計画・栄養指導を行っている。症状緩和については、病状や治療・不安等を把握し、緩和ケアマニュアルの中の手順に基づき対応している。リハビリテーションは、安全性の確保が徹底されている。安全確保のために身体抑制を実施する場合は、抑制中の観察や解除に向けた検討などが行われており、おおむね適切である。入院時から退院支援に向けた情報収集や多職種によるカンファレンスを行い、退院に向けた相談・指導について早期から取り組んでいる。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向に配慮するなど適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師を全病棟と外来、化学療法室、ASTに配置し、当直・日直で24時間体制である。疑義照会は院外からのものも含めて薬剤部で一元管理しているなど、薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査科としてISO15189認定を取得・更新し優れた体制を維持している。画像診断部門は全ての緊急検査に対応し、安全性の確

保、放射線の線量管理も適切である。調理業務は関連するマニュアルやガイドラインに準拠して適切に実施している。リハビリテーション専門医は毎日全てのリハビリテーション患者を回診し、転院前には回復期病院の医師と合同で回診している。多数の認定資格者を有し、継続したリハビリテーションを行うなどその機能は秀でている。診療情報管理業務は、電子カルテシステムを活用し1患者1IDによって一元的に管理している。院内で使用される医療機器はほぼ標準化され、臨床工学技士による定期点検を実施している。洗浄・滅菌業務は委託業者が院内で適切に行っている。

病理検査検体、報告書の保存・管理は的確になされ、標本作成の際の誤認防止対策も行なうなど病理診断を適切に実施している。高精度の放射線治療、高線量率治療、小線源治療を実施し、看護師は心理面の支援、痛みのケアに力を入れるなど放射線治療を適切に実施している。輸血・血液管理機能は、輸血・細胞治療センターが担っており、輸血認定技師を配置している。血液製剤の保管・供給を含め適切に行っている。手術室のスケジュール管理、器材の動線、患者・部位確認など手術・麻酔機能は適切である。集中治療管理室は主科による担当医制となっており、全身管理は集中治療医が担当している。必要十分な医療機器を配備するなど、集中治療機能は適切に発揮している。救命救急センターとして道南地域の救急医療の砦となるとともに、輪番日を含めて多くの患者を受け入れている。救急外来は血管造影室と隣接し、処置室での開胸処置も可能な体制となっている。2015年からは道南地区のドクターヘリ基地病院となるなど、救急医療機能は秀でている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は、函館市病院局会計規程等および病院会計準則に沿って行い、毎年、市監査委員会による監査を受けている。窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定などに適切に対応するとともに、未収金は督促、催告、弁護士への回収委託を計画的に実施している。業務委託の是非は、予算作成時や契約更新時等に判断や見直しを組織的に検討している。公募型プロポーザル方式を一部で採用し質の向上に努めている。

施設・設備の管理は、委託先従業員が24時間常駐し、稼働状況の監視、事故・トラブル発生時の対応を行っている。物品管理は診療材料検討委員会などの所定の委員会で購入が検討されている。実地棚卸を毎月行うなど在庫管理も適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

火災や地震発生時、大規模災害時への対応マニュアルが整備され、定期的に訓練を実施している。保安業務として、委託警備員が24時間体制で対応している。院内での暴力行為発生時の連絡体制、応援体制も整備している。医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルの中にフロー図として定め院内に周知しており、訴訟や報道への対応もチェックリスト化するなど体制を整備している。

1 1. 臨床研修、学生実習

初期研修医の研修内容は、臨床研修委員会により評価と見直しを行っている。卒業後臨床研修評価機構の認定を受けており、第三者によるプログラムの評価も行われている。専門研修の初期研修として、看護師、臨床検査技師、管理栄養士等において研修プログラムに沿って実施している。看護師をはじめ薬剤師、臨床検査技師、療法士等の多くの職種の実習を受け入れており、それぞれのカリキュラムに沿った実習を実施している。実習中の事故発生時の対応方法を明確にしたうえで庶務課において書面により契約を交わしているなど、臨床研修、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	B
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	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	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
1.4	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	A

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	A
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	B
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	B
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	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	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	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	S
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	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	S

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	B
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	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	B
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 市立函館病院

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： 北海道函館市港町1-10-1

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	582	514	+30	79.5	12.3
療養病床	0	0			
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	0	+0	0	0
結核病床	10	10	+0	5.9	43
感染症病床	6	6	+0	17.7	8.2
総数	648	530	+30		

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	28	+2
集中治療管理室 (ICU)	16	+8
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	11	+0
人工透析	22	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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, 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), 地域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： 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019		
1日あたり外来患者数	656.64	734.65	772.49	89.38	95.10		
1日あたり外来初診患者数	35.96	50.61	56.23	71.05	90.01		
新患率	5.48	6.89	7.28				
1日あたり入院患者数	437.14	471.84	457.25	92.65	103.19		
1日あたり新入院患者数	32.75	33.60	33.35	97.47	100.75		