

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2月26日～2月27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1986年に100床で開院し、その後、診療科の拡充や増床、新病院のオープンなど段階的に診療機能の拡大・充実を図り、現在は許可病床数336床の総合病院として運営されている。北海道がん診療連携指定病院、札幌市災害時基幹病院、臨床研修病院に指定され、札幌市と外国人患者受け入れ指定を締結し、国際医療支援室に多数の通訳を配置し、幅広い国・地域から来院する外国人患者に対応している。徳洲会グループの基本理念「年中無休24時間オープン」に基づき、断らない医療を維持すべく救急・救命・外傷センターの増床や機能の拡充を図り、重症患者の受け入れ体制を強化している。さらに道内初のハイブリッドERを設置し、IVR-CTを導入して検査と治療の同時実施を可能にして、より多くの救急患者の受け入れに取り組み、地域からの期待も大きい。継続的質改善に向け、JCIやJMIP、JCEPなど他の第三者評価も積極的に活用している。病院機能評価は、2009年の初回受審から今回で連続4回目の受審である。今回の更新審査においても、院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、職員が一体となって質改善に向け取り組まれたことが確認できた。今後も病院理念である「生命を安心して預けられる病院」、「健康と生活を守る病院」を堅持し、地域の基幹病院として急性期医療の提供に取り組み、より一層の発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念と基本方針を明確にして、院内外に広く周知している。幹部会議で病院の運営方針等を決定し、承認事項や重要な連絡事項は運営会議等を通じて職員に周知している。病院の年度目標や事業計画、部門指標と数値目標を定め、進捗管理し

ている。情報システム運用管理規程を定め、蓄積された診療情報を二次活用している。文書管理は規程に則って行い、各種マニュアルや基準・手順などを一元的に管理している。医療法や施設基準などで定められた必要人員を確保している。就業規則や各種規程を整備し、勤怠管理システムも活用して就業管理を行い、職場巡視や労働安全衛生委員会を通じて、職員の安全と健康の確保に努めている。職員の意見を集約して魅力ある職場づくりに努め、就業支援にも取り組んでいる。全職員を対象とした教育・研修は、勉強会予定一覧に沿って実施している。研修会受講管理システムを活用し、研修後のアンケートも実施して、研修内容を見直している。人事評価制度で職員の能力評価を行い、専門や認定制度の資格取得などには、研修費用の助成等を行っている。基幹型臨床研修病院として体制を整備し、各部門の新人教育プログラム等に沿って初期研修を計画的に実施している。学生実習の受け入れは総務課が統括的に管理し、指導者を配置してカリキュラムに沿った実習を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利をわかりやすく作成し、社会的弱者への配慮も盛り込み、ホームページや入院案内、職員用ポケットガイドなどを通じ周知している。説明と同意の方針・基準・手順を定め、説明文書を電子カルテに掲載している。疾患や治療、副作用などの診療情報は患者・家族と共有し、説明文書や患者用パスおよび絵図やイラストを活用している。相談窓口を設置し、相談内容により他部署・多職種と連携している。個人情報保護方針を定め、利用目的を明確にして周知している。倫理的課題に対し、多職種からなる臨床倫理コンサルテーションチームが機能し、医の倫理委員会も随時開催している。主要な倫理的課題については「当院の方針一覧」として整理している。臨床での倫理的課題は、アセスメントシート等を活用し、診療チーム内でカンファレンスを開催して多職種で組織横断的に意見交換している。来院時のアクセスとして、巡回バスも利用できる。駐車場を整備し入院中の生活延長上のサービスの充実に努めている。外国人には国際医療支援室のスタッフが対応している。院内はバリアフリーで快適に過ごせる空間を確保し、診療やケアに必要なスペースは整理整頓されている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針であり、広報誌や医療公開講座などで喫煙のリスクや禁煙を啓発している。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、医療機能評価や JCI、JMIP、JCEP の認証に加え、日本病院会の QI プロジェクト等にも参加している。質向上委員会が中心となって年間計画を立て、目標改善指標を設定している。データ収集・分析・改善・モニタリングを含む定期報告を行うなど、業務の質改善に向けた継続的な取り組みは極めて積極的であり高く評価できる。症例検討会は各診療科以外にもがんボードやがんがんカンファレンス、臨床病理症例検討会など、組織横断的に開催している。診療ガイドラインやクリニカル・パスも活用している。患者・家族の意見等は、満足度調査や意見箱、フェイスシート（申出受付票）で収集し、接遇委員会や患者サービ

ス向上委員会で情報を共有して医療サービスの質向上へ繋げている。新たな医療技術を導入する際は、医療技術の評価委員会でその価値・安全性・倫理性などを検討し、高難度の医療技術を導入する前には医療安全管理室内に評価チームを立ち上げて医療安全の観点からの妥当性を確認している。検査室や相談窓口のわかりやすい場所に、責任者を明示し、病棟の看護師リーダーは診療・ケアの実施状況を把握している。診療記録は各職種の記載基準に基づいて、電子カルテにその都度迅速に記載している。組織横断的に活動する NST や口腔ケアなどの専門チームが効果的に機能し、患者の診療・ケアの質を高めている。

5. 医療安全

院長直轄に副院長を室長とし、専従の医療安全管理者と多職種から構成された組織体制がある。医療安全の重点項目を定め、ワーキングチームで活動している。インシデント・アクシデントは電子カルテを通じて収集し、事例分析は、発生部署で行うほか医療安全管理室のカンファレンスやワーキングチームでも実施している。再発防止に向けた対策の実施状況をモニタリングし有効性を評価している。医療事故発生時の対応手順を定めている。患者確認には氏名・生年月日・ID 確認を基本とし、リストバンドおよびマーキング、タイムアウトの運用も定めている。医師の処方・指示と指示受けを電子カルテのオーダリングシステムで行い、薬歴・アレルギー歴や副作用情報は薬剤部に集約し、麻薬保管庫の鍵管理については、責任の所在が明確になる管理体制としている。転倒・転落のリスク評価結果に応じ、情報を共有し看護計画を立案して対策を講じている。病棟での医療機器の取り扱い研修は臨床工学技士が担当し、ラウンドを通じ安全使用に努めている。患者等の急変時の緊急対応体制を整備し、RRT の要請基準を定めている。BLS・ACLS 委員会では BLS 訓練を指導し、教育・研修委員会が受講状況を把握している。AHA 公認 ACLS、BLS のプロバイダー、インストラクターを院内で取得できる施設であり、急変時の指導者として活躍しており高く評価できる。

6. 医療関連感染制御

感染管理室に専従の感染管理認定看護師を配置し、専任の ICD や薬剤師などと実務を担当している。感染管理室や院内感染対策委員会、ICT・AST、看護部感染対策委員会など、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。各部署に配置された ICT・AST メンバーと検査部門との連携により、耐性菌の検出状況や感染発生状況などの情報を収集し、感染管理室で状況を把握している。近隣医療機関との定期的なカンファレンスも実施している。専従の ICT と認定リンクナースが個人防護具の使用や手指衛生の教育を行い、定期的に手指衛生の遵守状況等を確認している。抗菌薬の採用・削除については AST で協議の上、薬事委員会へ提出し検討している。院内感染対策マニュアルには、内科系・外科系など診療領域ごとに推測される起炎菌や周術期を含めた抗菌薬選択や治療期間の目安など、抗菌薬の適正使用の指針を整備している。特定の抗菌薬を届け出制とし、ICT・AST が抗菌薬使用状況を把握し検討の上、必要時には医師にフィードバックしている。アンチバイオグラムを作

成し、院内に周知している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する情報は地域広報室が担当し、広報誌作成やホームページのアクセス数や検索内容を分析して活用している。医療講演や地域医療機関へ向けたパンフレットを作成し、診療機能の広報を行い、無料通話アプリを利用しワクチン接種、公開講座開催等の情報提供を行っている。ホームページには臨床指標や医療の質参加結果も掲載している。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、札幌市内外から24時間重症な患者を受け入れている。入退院支援室では東区介護ネットワークや札幌北部連携の輪、東区地域ケア連絡協議会などで情報共有し、地域医療に貢献している。地域住民に向け、専門医による講演会の他、多職種による医療公開講座を開催し、オンデマンド配信や出張講座、DVD貸し出しも行っている。保育園や学校などで心肺蘇生など救命出張講座を開催し、薬剤師や看護師、社会福祉士が地域医療関連施設職員と事例検討会を開催している。病気の予防や早期発見のためのパンフレットを発行するなど、病院の理念である「健康と生活を守る病院」としての活動は高く評価できる。

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分かりやすく案内し、多職種で外来患者の情報を共有している。診断的検査の必要性の判断は主治医により実施し、医学的根拠に基づき、同意を得て入院を決定している。医師の医学的診断や多職種による専門的評価に基づいて診療計画を作成している。医療相談には、専任の医師や看護師、薬剤師、社会福祉士が対応している。医師は必要な診察、指示を行い、多職種カンファレンスに参加して情報交換に努め、看護師は患者・家族のニーズを把握し、心理的・社会面の課題を抽出して看護計画に反映している。薬剤師は薬歴管理・服薬指導を行い、輸血療法はガイドラインに基づいたマニュアルに従って実施し、手術・麻酔の適応は各科術前カンファレンスで検討している。全入院患者に対して褥瘡リスクアセスメントを実施し、スキンケアやMDRPUの対策を行い、「ポジショニングマスターナース」の育成を進めている。栄養指導や嗜好調査をふまえたメニューや食事形態の工夫は、患者の摂食や栄養状態改善につながっている。疼痛・症状緩和について、方針や手順を定めている。病棟の多職種カンファレンスに療法士が参加し、必要な患者に早期からリハビリを実施している。身体拘束を最小化するための指針を整備している。退院支援に向け、入院早期から多職種が関わり、多職種チームや院外関係者と情報共有している。終末期には、患者や家族の意向に沿えるよう対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

全病棟に薬剤師を配置し、処方・調剤鑑査、疑義照会、注射薬の1施用単位の取りそろえ、TPNの調製・混合など薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床検査および画像診断、病理診断、放射線治療、輸血・血液管理は、病院機能に応じた施

設・設備を整備している。食事の提供は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき、食材の発注から一連の過程を適切に実施している。行事食の提供や外国人に対して、文化や宗教的な習慣確認をして個別対応を行っている。疾患別リハビリテーションの連続性を確保している。診療情報は電子カルテで一元管理し、診療記録の量的点検は、退院患者すべてに対し診療情報管理士業務指針に基づき実施している。医療機器は、CE科で医療機器管理システムを使用して所在、保守・点検を一元管理している。洗浄・滅菌の一連の工程を交差しないようにワンウェイ式で実施し、各種インディケータで滅菌の質を保証している。手術スケジュールは麻酔科部長と看護師長で決定し、緊急手術にも柔軟に対応している。集中治療では、責任医師が中心となって多職種ラウンドを実施し、入退室基準に沿って重症度を評価している。救急受け入れ体制の充実を図り、ハイブリッドERシステムを整備し、同室で精査と治療が同時に行えるなど、地域の救急医療に向けた取り組みは高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

年度予算は院内の意見を集約したものを病院幹部が精査し、本部承認を受けている。執行状況は運営会議で毎週報告し、診療部長会議や経営セミナーで詳細に分析している。保険請求業務には医師も関与し、取得可能な施設基準に関しては法人本部でも確認している。幹部会議で委託の是非を判断し、履行確認は日々の日誌やラウンドで行っている。委託業者の教育を行い、事故発生時の対応は契約書に明記されている。施設・設備は、業務委託従事者が電気や空調、給排水、医療ガス設備等の管理と日常点検を行っている。廃棄物の院内保管や処理状況の確認も適切に行っている。医薬品や医療消耗品の購入は院内委員会で検討し、購入後は事後評価を行っている。SPDによる配送システムを導入し内部牽制機能を有している。棚卸を行い、定数を見直している。災害対策マニュアル等を整備して、火災訓練や地震災害時に係る訓練等を実施している。災害時の電力供給や食料品等の備蓄、物品の配備なども適切である。保安業務は、防犯カメラによる監視とともに、警察OB職員や警備員を24時間配置している。定期巡視や施錠・解錠、出入館者の監視等を実施している。

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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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	B
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	S
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
1.3.3	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	A
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	S

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	A
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	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	S
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	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・注射を确实・安全に実施している	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	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	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	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	
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	A
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	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	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	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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 11月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 北海道札幌市東区北三十三条東14-3-1

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	336	336	+11	98.7	12.4
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	336	336	+11		

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)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	24	+4
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	38	+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		
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		
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 (DPC特定病院群)

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： 11人 2年目： 11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

