

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12日～2月13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. メディカルワー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、法人設立の理念である「生命を安心して預けられる病院」「健康と生活を守る病院」を実践するために開設された病院である。開設当初から地域の医療ニーズに迅速に対応するとともに、「断らない救急医療」を掲げ、地域医療に貢献している。幾時かの増床等を経た後、現在の地に新築移転したのを機会に四肢外傷に対する医療を提供するための外傷センターの充実を図っている。外傷センターでは、受傷当日の緊急手術あるいは可及的早期に手術を行うための設備とスタッフを整備するなど、機能再建型の外傷センターの構築を目指している。さらに、IBD（炎症性腸疾患）センターやプライマリセンター、血友病センター、甲状腺内視鏡サージセンターを開設し、病院機能の充実を図っている。また、次世代の医師を育成する基幹型臨床研修病院として、医師教育と地域医療を両立させている。

2004年に初回認定を受け、今回で5回目の受審となるが、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の病院機能評価の結果を参考にし、今後も地域と一体となった医療活動を展開し、地域医療の発展に寄与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

理念および理念の実行方法は、わかりやすい内容で明文化している。病院幹部の選任は、客観的評価や院内の推薦をもとにグループ本部の理事会で決定する仕組みである。年次事業計画を策定し、幹部会議において達成度の評価を四半期ごとに行っている。各部門・部署においても目標を設定し、進捗状況の把握や達成度の評価を実施している。電子カルテをはじめとする院内の各種システムをSE室が統合的

に管理している。データのバックアップは6世代取っている。各種規程やマニュアル類などは、イントラネットに掲載し、改訂履歴の一元的管理および常に最新版が確認できる状況である。

病院の機能に見合った専門職種を採用し、医師、薬剤師、看護師などは、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。就業規則や給与規程、育児短時間勤務、育児・介護休業、再雇用制度等の諸規程を整備し、新入職者研修時の説明やイントラネットに掲載することによって周知している。

医療安全や感染制御、個人情報保護、ハラスメントなどの必要度の高い研修を開催し、複数回の開催やeラーニングを活用し、受講率を高めている。各職種における専門資格取得に対する支援制度を整備している。基幹型臨床研修病院であり、研修委員会がプログラムの管理を行い、EPOC2による評価を実施している。JCEPの認定を取得している。学生実習は、多くの養成校から様々な職種の学生を受け入れている。また、看護師の特定行為研修の指定研修機関として外部からも研修生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、分かりやすい言葉で明文化し、入院の案内、院内掲示、病院ホームページで周知を図っている。「同意書を必要とする処置・検査に関するマニュアル」に患者の意思の尊重や説明と同意の手順、文書同意が必要な診療行為の範囲などを定めている。入院の案内や病院ホームページに「患者さまの権利」を明示し、正確な情報提供や医療への主体的参加を促している。患者・家族からの相談については、社会福祉士や看護師、医療メディエーターなどが配置され、多種多様な相談に応じている。倫理的課題を共有・検討するために臨床倫理委員会を設置している。患者・家族が抱えている倫理的な課題については、各部署で開催する倫理カンファレンスの場で検討している。

病院正面玄関には、一般車両の乗降スペースやタクシーの利用スペースを確保している。外来にはオストメイト対応トイレを設置している。浴室やトイレには適切な位置にナースコールを設置するなど、安全性に配慮している。健康増進法に基づき、敷地内の全面禁煙を遵守しており、病院ホームページや入院の案内、ポスター掲示等で周知を図っている。

4. 医療の質

グループで実施しているQI大会や看護部業務改善発表会に毎年参加し、業務の質改善に取り組んでいる。各診療科間の合同カンファレンスを開催するほか、死亡症例や重大合併症などに関しては、随時カンファレンスで検討している。診療ガイドラインは、電子カルテ上で常時参照できる仕組みである。患者・家族から意見・要望等を収集するために、意見箱を設置するほか、退院患者には退院時アンケートを依頼している。患者満足度調査を毎年実施し、満足度が上がらない事項は、当該部署が改善策を検討し改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入、医薬品の適応外使用については、医の倫理審査委員会で検討・承認する仕組み

である。

玄関ホールに、病院管理者および診療を担当する医師の氏名を掲示している。ベッドネームには、主治医および担当医を明記し、勤務帯ごとの担当看護師は交代時に訪室して氏名を名乗っている。診療情報は、診療録等記載マニュアルに沿って記録している。患者の入院時には、速やかに多職種が関与して入院診療計画書を作成している。診療科や職種の枠を超えて構成される栄養サポート、摂食嚥下サポート、呼吸サポート、褥瘡ケア、身体拘束最小化、認知症ケアなどの各チームが活発に活動している。チームの活動内容は電子カルテに記載して診療計画やケアに反映させ、タイムリーな助言や支援を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の看護師を医療安全管理者として配置している。また、医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者を配置しており、それぞれの責任者が組織横断的に活動している。インシデント・アクシデント報告書は、医療安全管理者が報告事例を確認し、患者への影響度や状況に応じて現場への確認やヒアリングを行っている。IAT（インシデント・アクシデント・チーム）で毎週カンファレンスを開催し、必要時 P-mSHELL や RCA 分析の手法を用いて検討・評価を行っている。

患者の誤認防止対策は、医療事故防止対策マニュアルの手順に則り、患者本人に氏名と生年月日を名乗ってもらい確認している。名乗れない場合は、リストバンドや診察券を用いて確認している。メディカルクラークの代行入力については、医師による承認を速やかに行うよう改善が望まれる。抗がん剤のレジメンは化学療法検討委員会で検討・承認・登録・管理を行っている。入院時、全患者を対象に転倒・転落アセスメントシートを用いてスクリーニングを実施し、結果を患者・家族、多職種と共有している。転倒・転落予防パスを活用し、危険度に応じた看護計画の立案や対策を検討している。医療機器を安全に使用するために、医療機器の取り扱いマニュアルを整備し、看護師等の入職時や新機種導入時等に臨床工学技士が研修を企画・実施している。院内緊急コードを設定し、各部署に周知している。全職員を対象とした BLS 研修は、ACLS 委員会が中心となり定期的の実施している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を置き、専従の ICN および専任の ICD を配置している。院内感染対策マニュアルに院内感染管理者、ICT、AST の権限、役割を明文化している。ICT および AST を組織し、それぞれがラウンドを行い感染対策委員会に報告している。院内感染対策マニュアルは適宜見直し、必要に応じて改訂を行い、ニュースレターにより周知した上で ICT がラウンドで改訂に対する理解の状況を確認している。細菌検査室が院内の感染発生状況を速やかに ICN へ報告し、即座に ICT が対応している。JANIS の検査部門、SSI 部門に参加している。札幌市保健所などの流行情報を収集し、ニュースレターとして定期的に院内へ情報発信している。アウトブレイクについては、マニュアルに定義・対応手順などを整備している。

感染管理室では、擦式アルコール消毒剤の使用量測定や回診・処置に同行し、適切に手洗いを実施しているか評価・指導を実施している。抗微生物薬マニュアルを定め、ASTが中心となって抗菌薬の使用・採用中止に関する検討を行っている。特定の抗菌薬については届け出制とし、届け出がない場合は処方できない体制である。ASTは抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じ主治医に de-escalation を促している。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の提供は、地域広報室が中心に行っている。広報誌は地域広報室が編集・発行し、患者や連携先医療機関等に配布している。地域への情報発信は、広報誌や病院ホームページ、病院案内、グループが発行する新聞などで行っている。医療連携室の看護師や事務職員が、地域の医療機関との医療連携業務と状況把握に努めている。地域の医療機関との連携は、ネットワーク会議への参加や連携先医療機関等への訪問による情報交換、医師の同行により顔の見える連携づくりに取り組んでいる。紹介元に対する返答は、受診報告を医療連携室が確実に行っている。地域に向けた教育・啓発活動は、医療講演として医師や看護師、コメディカルなどが積極的に行っている。また、老人クラブや各種団体などの依頼で行う依頼講演を行っている。地域の施設などで働く職員向けには、消防隊員向けに勉強会等を行っている。健康管理センターを設置し、人間ドックや市の各種がん検診、特定健診等を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は全診療科予約制としており、予約はAI電話にて対応している。紹介患者については医療連携室と各診療科が連携し、スムーズな受診に繋げている。入院の決定は、外来での診察結果や患者情報を検討・判断の上行い、患者・家族の同意を得ている。入院時、看護師は各種アセスメントを実施し、状況に応じて看護計画を立案し、多職種で情報を共有している。

医師は毎日病棟回診を実施し、回診内容を診療記録に記載している。主治医不在の状況や代わりの担当医は病棟で共有している。看護師は、基本マニュアルや看護基準・手順を作成し、知識・技術を備えて病棟業務を提供している。抗がん剤投与は登録されたレジメンに沿って、薬剤師が薬剤や副作用について説明を行った上で実施している。麻酔科医および手術担当看護師が術前・術後に患者を訪問し、合併症発生リスクおよび対策を検討している。重症患者については、ICUにて術後管理を行っている。褥瘡予防ケアマニュアルを整備し、具体的な予防対策や発生時の対応などを標準化している。低栄養、嚥下障害などがある患者には、栄養サポートチームが介入している。主治医が病態に応じてリハビリテーションの必要性を判断し、リハビリテーション依頼箋を提出すると、療法士が患者・家族の要望を聞きゴールを設定して、リハビリテーション総合実施計画書を立案している。身体拘束に関する方針は、「身体的拘束マニュアル」で定め、拘束は原則禁止とし、緊急時やむを得なく実施する場合は、身体拘束の三原則に基づいた判断で実施している。患

者・家族の意向に沿って、継続した診療・ケアが実践できるように支援しており、退院調整看護師や社会福祉士が早期に介入し、自宅退院に向けた生活や制度面の準備・調整を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温度・湿度管理を適切に行っている。持参薬は薬剤師が鑑別し、診療記録に記載している。院内採用医薬品集は電子カルテ上で確認可能であり、随時更新している。臨床検査機能は、専従の医師を責任者として、24時間体制で必要な検査を迅速に実施できる体制を整備している。画像診断機能は、24時間体制でCT、MRI検査等に対応している。マンモグラフィーは全例女性診療放射線技師が行っている。栄養管理機能は、HACCPに基づいた衛生管理が行われており、治療や病状による食事摂取量低下や食思不振の場合は、患者の状態に合わせた個別対応を行っている。リハビリテーション機能は、多数のリハビリテーションプログラムや独自の外傷レジメンを作成しており、他施設にも提供しており、高く評価したい。診療情報管理機能は、疾病統計や院内がん登録が行われ、必要な統計資料の作成や情報の提供が行われている。診療記録等は、診療情報提供書も含め、すべて一元的に管理することを期待したい。医療機器管理機能は、医療機器管理システムを活用し、院内で使用している人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等を一元管理している。時間外は、臨床工学技士が当直体制により対応している。洗浄・滅菌機能は、回収から洗浄・点検・組立・消毒・滅菌・保管・払い出しまでワンウェイ化している。単回使用医療機器（SUD）は、再使用していない。

病理診断機能は、常勤病理医と細胞検査士で、迅速病理診断を含め院内で検査を行っている。検体はQRコードで識別され、取り違い防止対策に取り組んでいる。輸血・血液管理機能は、専従の認定輸血検査技師を配置し、発注・保管・供給・返却・廃棄を円滑に行っている。手術・麻酔機能は、麻酔科医と手術室看護師が手術スケジュールを管理している。長時間手術や腹臥位、頭低位手術などの褥瘡、神経障害対策を日頃から検討し、術中の合併症予防に取り組んでいる。集中治療機能は、主治医とICU担当医師が連携し、24時間体制で診療にあたっている。SOFAスコアを用いた患者評価を行い、入退出基準を明確に規定している。救急医療機能は、主に一次、二次救急を担っている。認定看護師は指導的業務を担っており、外来トリアージを行うなど、救急外来業務を円滑に遂行している。緊急入院に対しては、救急専用病床を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算作成は、院内各部署からの申請や要望等に基づきヒアリングを行ったうえで策定し、グループ本部に諮る仕組みである。会計処理については病院会計準則に準拠して処理している。窓口収納業務では自動精算機を導入し、クレジットカードやデビットカードの使用を可能とするなど、患者の利便性向上や待ち時間の短縮に努めている。新たな施設基準の取得については、グループ本部の医事部会と連携しながら取り組んでいる。委託業務の遂行状況は、日報および担当部署の責任者と委託

先責任者とのミーティングなどにより把握し、業務の改善に繋げている。

施設・設備の管理は資材課が所管し、24時間365日体制で管理している。医薬品や医療用消耗品類は、グループ本部で審議・選定された統一品を使用するなど、経費節減にグループ全体で取り組んでいる。

防災委員会が中心になって、防災マニュアル・災害対策マニュアル・事業継続計画を整備している。夜間・休日の連絡・責任体制を構築し、有事の際に迅速に対応できるよう招集基準を定めている。保安業務は、防災センターに24時間365日体制で警備員を配置している。

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	B
1.1.5	患者の個人情報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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	NA
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	
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	B
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	B
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	A
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	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	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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 11月 30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 : 北海道札幌市厚別区大谷地東1-1-1

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	301	301	+0	95.2	11.9
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	301	301	+0		

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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
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		
人工透析	46	+0
小児入院医療管理料病床	23	+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		
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 : 7人 2年目 : 6人 歯科 : 1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

