

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3月13日～3月14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

貴院は北海道函館市の中心部である五稜郭から徒歩圏内に位置し、道南唯一の徳洲会病院として24時間365日断らない医療を提供している。函館市の輪番病院として救急医療を担い、一般外来は日常的な疾患を中心とした慢性期疾患や透析・禁煙外来や心療内科等のニーズに応じた医療を提供している。病棟は急性期病棟の他に、療養病棟・障害者病棟・包括ケア病棟を有しており、終末期・緩和ケアも行っている。また、地域住民や学生を対象とした医療講演を行う等、予防医学も積極的に取り組んでいる病院である。病院機能評価の受審については、初回から継続して今回が3回目の更新受審であり、現状の課題に対し、病院全体で改善に取り組んでいることを確認できた。審査結果報告書を踏まえて、医療の安全と質の向上に向けた活動に院長・幹部職員を中心に職員全員が取り組まれ、今まで以上に地域に愛される病院として貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「生命を安心して預けられる病院」「健康と生活を守る病院」と理念に定め、職員に周知徹底されている。病院運営に関する重要事項の決定は管理会議で行われ、決定事項の伝達等は運営会議で行われている。病院幹部が主体となり、管理会議や8時会等において議論や検討がなされ、課題解決に対応している。診療情報はDWH等から診療情報やDPC情報を抽出し、データ分析や二次利用が行われ、医療の質や安全性、業務の効率化等に活用している。文書管理規程が整備され、事務業務関連文書の取扱い・保存・廃棄等がルール化されている。人材の確保については、各部署ヒアリングより、定数やデータを基に採用計画を立て、管理会議で審議し、グル

ープ本部に申請、承認を得て募集が行われている。医師の働き方改革関連法への対応としては、勤怠管理システムを導入し、厳密な労働時間管理を行っている。労働安全衛生委員会を毎月開催し、超過勤務削減管理、有給休暇の取得促進等の審議や検討が行われている。職員の声 BOX を院内に設置し、職員からの意見や要望を吸い上げ、病院幹部が把握できる仕組みがある。新規採用者を対象とした入職時研修が毎年実施されているが、全職員を対象とした研修の充実を期待したい。人事考課において、能力開発と評価を重点に置き、育成を促すシステムがある。協力型臨床研修病院であり、研修プログラムに沿って初期研修が実施されている。医師、看護師等、様々な職種の実習受け入れを行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と子どもの権利を明文化し、必要な内容事項をわかりやすい文体で記載している。診療記録は全例開示請求に対応している。説明と同意に対する指針に基づき、看護師の同席のもとで説明し同意を得ている。入院診療計画書や患者用パスを用いた説明、診療情報の提供などにより患者と診療情報を共有して医療への患者参加を促進している。患者相談は入退院支援室が担当しており、医療メディエーターの認定資格を有する相談員が院内の専門職との連携を図り、様々な相談等に対応している。個人情報保護規程に基づく個人情報保護方針を定めており、院内掲示や入院案内等で周知している。臨床倫理方針が定められており、主要な倫理的課題についての方針として治療拒否、輸血拒否、DNAR 等への対応が明記されている。病院へのアクセス方法は、ホームページや病院案内等にも掲載している。外来の会計及び薬局に車いす患者用の専用窓口を設置する等、バリアフリー対応を含めた高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっている。病棟は医療安全と感染制御に配慮した環境で手摺り、ナースコールが設置され、清掃も行き届いているなど療養環境は整備されている。敷地内全面禁煙であり、院内掲示や入院案内、ホームページ等への掲載等により広く周知している。労働安全衛生委員会が毎年のアンケート調査を通じて全職員の喫煙状況を把握しており、職員への禁煙啓発に向けた活動を継続して行っている。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた継続的な取り組みについては、看護部サービス向上委員会を設置し、職員の接遇やサービス意識の向上を図り、患者・家族の苦情・要望に対応している。一方、病院全体で組織横断的に質の向上に取り組む部門の設置は、今後の課題である。診療の質向上に向けた取り組みとして、毎朝の医局会、症例検討会、多職種カンファレンスを実施している。患者・家族からの意見等を、意見箱（ハートボックス）や毎年の患者満足度調査、患者相談窓口への申し出などの方法で収集している。寄せられた意見や要望の内容や対応策は管理会議等で迅速に検討を行い、設備の改修等の改善実績に繋げている。臨床研究は、多職種と外部委員からなる倫理委員会が審査する仕組みがある。新たな診療・治療方法や技術の導入の際には、倫理や安全面に配慮した承認手順の整備が期待される。病棟には医師、看

看護師などの責任者が掲示され、ベッドサイドには主治医や担当看護師が表示されている。主治医不在時や緊急時の連絡体制があり、周知されている。診療記録は電子カルテシステムと紙媒体による運用で、必要な情報が正確に遅滞なく記載されている。診療記録の質的点検は診療情報管理士が行っているが、医師を含む多職種で実施することが期待される。患者の診療・ケアについては、多職種による専門チームが組織横断的に活動し、患者の支援を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室には専従の医療安全管理者が配置され、組織横断的に活動できる権限が付与されている。また、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の役割と責任を明確にし、業務内容に応じた年間目標も策定し適切である。医療安全管理者は全ての報告書の確認と集約を行い、報告書から必要な事例に対して現場確認・分析・改善策の検討提案を行い、各部署でも事例検討を行い具体的な改善策に取り組まれている。医療事故発生時の手順は医療安全管理規程や医療事故調査制度に関する手順書等に定めている。医療事故発生時には、医療安全管理室を中心として患者・家族の対応及び原因究明から再発防止等の対応を適切に行っている。患者・部位・検体などの誤認防止対策を院内各部署で実践している。情報伝達エラー防止対策として、病棟における医師の口頭指示実施に関する手順が作成され、その口頭指示の内容が記録用紙に従って実施された後に、事後の事務的处理の方法が確立されている。医薬品の安全使用に関する手順が定められており、定期的に見直しも行われている。ハイリスク薬の管理も病棟での補完方法も規定に則り、全病棟で行われている。転倒・転落ラウンドを実施し、療養環境や離床センサーの効果や順守の確認をしている。医療機器の安全使用に関する職員への教育・研修が行われ、問題発生時に報告・相談ができる体制を整えている。医療機器は安全に使用されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する組織的な位置づけとして感染管理室を設置しており、院長が最終責任者であることが明確に示されている。ICT（感染制御チーム）には専従看護師である ICN（感染管理看護師）1名の他、医師、薬剤師、臨床検査技師が各1名配置されている。院内感染防止対策委員会が毎月定期開催されている一方、開催内容が関係行政機関からの感染情報報告と院内の感染状況の報告に限られている状況であるので、ICTも含めて活動の充実が期待される。薬剤耐性菌に関する情報収集は、MRSA、ESBLsの発生件数が対象となっている。ターゲットサーベイランスは、病院として JANIS 登録に参加して ICN が入力を行っている。SSI、CLABSI の発生状況を感染防止対策委員会へ報告して病院幹部と共有できている。感染防止対策マニュアルに基づき、標準予防策の徹底や汚染されたりネン・寝具類の取り扱い、個人防護具の着用など、感染防止対策を実施している。抗菌薬の適正使用に関する指針が定められ、周術期の予防的抗菌薬使用に際して、手術内容や術式に応じて病院としての方針に則り投与されている。他方、抗菌薬の適正使用は、

医師個人の努力に委ねられている側面があり、ICT および AST（抗菌薬適正使用支援チーム）としての機能や体制の見直しが期待される。培養検査結果をもとに自院でのアンチバイオグラムを年 1 回作成している。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は地域広報室が担当している。病院としての広報活動の方針や企画、発信する情報内容等を広報委員会で協議している。病院の 1 年間の活動等を取りまとめた病院年報を毎年発行している。臨床指標は、ホームページで公開している。地域の医療・福祉施設との密接な連携を病院の基本方針に定めている。紹介患者等の受入れや入院患者の退院支援等の連携業務を入退院支援室が担当し、地域の医療機関等への訪問・広報活動を地域広報室が担当することで役割分担が図られている。函館地域の医療連携実務者協議会等への参加を通じて、地域医療連携に関する情報共有や連携先の拡大及び関係強化に努めている。医療講演等の活動を通じて、地域への医療等に関する情報発信・教育啓発活動を広く行っている。函館市内の各地区で設立される高齢者大学（老人大学）や町内会等への講師派遣について多くの実績を有している。健診科は、函館市民を対象としたがん健診などの検診メニューを用意し、地域住民の健康増進活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療に必要な情報は、院内掲示等によって適宜発信している。診断的検査は、検査の必要性を検討し十分な説明と同意のもと実施している。内視鏡実施時の鎮静の手順については、鎮静のガイドラインを基に検討が期待される。入院の必要性を医学的な判断に基づいて決定している。入院診療計画書は病態に応じた所見と結果から、治療方針や検査計画に基づき作成されている。患者の個別ニーズを把握し看護計画が立案されている。薬剤師が定期的に病棟訪問を行い、ハイリスク薬や病棟常備薬の変更について看護師とともに病棟の薬剤安全管理を行っている。輸血・血液製剤は、適正使用指針に準じた説明・同意のもと、誤認防止の手順を遵守している。周術期の対応は、医師はカンファレンスなどで適応やリスクを検討した後、手術・麻酔に関して説明し同意を得ている。重症患者管理は重症個室を用い、適切に管理・モニタリングを行っている。多職種が積極的に加わり、患者の重症度を勘案して必要な診療・ケアを実施している。皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に専門的な支援や次世代育成も行われており、褥瘡の予防・治療は優れている。栄養管理は入院時の栄養評価により患者に応じた食種や食形態の食事が選ばれ、栄養指導が行われている。疼痛緩和は症状緩和の手順に沿って行われている。休日にもリハビリテーションを提供できる勤務体制があり、リハビリテーションの効果維持や廃用症候群の予防に努めている。身体拘束は、医師の指示の下で開始および解除をしている。入退院支援室の看護師、社会福祉士、病棟看護師を中心に、多職種による退院支援が行われ、転院が必要な患者には退院調整が行われている。ターミナルステージの判定は、ガイドラインを基に主治医が中心となり他医療者の意見も聴きながら決定し、患者・家族に治療方針を丁寧に説明し同意を得ている。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は、1 施用ごとに取り揃えて払い出しをしている。ハイリスク薬である高濃度カリウム製剤は薬剤部で一括保管して管理している。臨床検査機能では、検体検査は迅速かつ安全に実施して報告し、各種のパニック値の報告体制も明確である。救急輪番日には診療放射線技師を配置して、救急患者に必要な画像検査を適切に対応している。管理栄養士を配置し、HACCP マニュアルに準拠した衛生管理を通じて、適時・適温による食事の提供を実施している。地域包括ケア病棟に理学療法士を常時配置して、早期リハビリテーションの開始を可能にしている。診療上の記録を全て電子カルテに記載しており、同意書等の一部の書類はスキャンして記録している。検査機器や放射線機器等の管理は医療機器安全管理責任者が中心となり、すべての医療機器を管理する部門として役割と責務を果たしており、その管理機能は秀でている。中央滅菌室では洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務を行っている。病理診断機能は外部委託で、採取から保存、委託業者への引き渡しの手順を明文化し遵守している。見落とし防止策として電子カルテに連動したシステムを導入し、臨床検査技師が確認を行なっている。輸血・血液管理機能では検査科で輸血業務を一元管理し、血液製剤の保管や廃棄率低減に取り組み、輸血療法委員会で情報発信している。手術・麻酔機能では、麻酔科責任者、看護責任者が各科と連携してスケジュールを調整し、麻酔科医がすべての全身麻酔に対して術中監視モニタ下で管理している。手術室入室後から術中、退室時までの安全確認や手術室の清潔管理も適切である。救急医療機能は、救急病院を告示し函館市の輪番制に登録している。輪番日は院内全職種で対応し、全件応需している。救急外来に必要な資機材、医療機器を整備している。虐待事例の対応手順も整備されており救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、中長期計画や前年度実績、各部署とのヒアリング等を通じて事業計画書内で予算審議され、管理会議及び本部での承認を経て策定される。会計基準に則った会計処理が行われ、予算・実績比較や経営状況の把握等を毎月行っている。決算時には、外部の監査法人等による会計監査が每期適切に行われている。受付から会計、収納までの一連の医事業務を、医事課長、入院係、外来係の組織体制で行っている。業務委託契約に関する規程に基づき、清掃、患者への食事の提供等の業務委託が行われている。施設管理については、日常点検と保守管理を年間保守計画に基づき実施している。24 時間の監視体制を整備し、緊急時は業務マニュアル則り、緊急連絡および初動の対処を迅速に実施できる体制を整えている。医療材料等の棚卸しは担当部署が毎月実施しており、余剰在庫の確認や在庫定数の見直し等を適切に行っている。病院の機能存続計画を策定し、院内周知が図られている。2024 年 1 月発災の能登半島地震において、徳洲会グループ TMAT による災害医療救援活動、医療技術支援活動等にて自院職員の派遣実績を有している。保安業務は施設管理と医事課の職員が担当している。緊急コードを定め、有事には全館放送され、保

安担当職員が発生場所に急行し、迅速に対応できる体制が整備されている。

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	A
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	患者の個人情報を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	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	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	B
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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

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	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	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	A
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	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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	S
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	B
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	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	S
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	B
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	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	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	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	B
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 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 10 月 31 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 共愛会病院

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：北海道函館市中島町7-21

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	245	229	+4	69	12.7
療養病床	133	133	+0	94	162.8
医療保険適用	133	133	+0	94	162.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	378	362	+4		

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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	17	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	45	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	45	+0
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

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： 人 2年目： 1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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移

2