

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 8 月 26 日～8 月 28 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 3	留保
------	--------	----

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 医師からの紹介元への返書について、中間、退院または転院時においても管理するような改善策を実践してください。（1.2.2）
2. 新たな技術導入に対する組織としての方針・基準、ならびに定期的な評価・安全性の判定などについて、貴院が補足的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.5.4）
3. 必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察について、貴院が補足的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2.2.10）

1. 病院の特色

貴院は、開設以来長年にわたり、北海道における住民の健康増進に力を注ぐとともに、地域医療の充実と発展に高いリーダーシップを発揮してきている。また、大学病院として多くの医療人を輩出するとともに、高度な先端医療の開発にも著しい足跡を残しており、医学の発展にも貢献し続けている。これまでの過程では、特定機能病院として求められている高度な医療の提供、高度な医療技術の開発と評価、高度の医療に関する研修、高度な医療安全管理体制を実践すべく、日々努力を重ねられている。現在は、大学法人の中期・長期計画が進められている中で、病院機能の一層の充実と安全で質の高い高度先進医療の提供と、地域医療の維持・充実や発展への貢献を目標として取り組んでいる。この一環として、この度受審された病院機能評価への取り組みが、貴院の目標達成の一助となることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は、わかりやすい表現で大学病院としての機能と役割を明確にしておき、社会情勢の変化に応じた見直しも行われている。病院運営を適切に行う体制では、意思決定機関である会議体の構成が、より明確になるようにするよ

う期待したい。計画的・効果的な組織運営では、大学法人が進めている長期ビジョンの中で診療（附属病院）ビジョンとして目標を掲げ、これらに沿った目標を設定した取り組みが組織的に推進されている。病院内の情報の利活用について「患者さんの個人情報の保護について」として、病院における個人情報の利用目的等を明確化し、ホームページ等で公開している。情報管理は医療情報部が所掌し、システムの運用、保守、開発、セキュリティ等を一元的に管理している。文書を一元的に管理する仕組みでは、院内で使用されている文書・マニュアルなどを含めて文書管理の対象とする文書を明確にして実践している。

役割・機能に見合った人材では、診療機能を向上させるための人員配置を継続的に検討されたい。人事・労務管理については、就業規則等の必要な規則が整備され、職員に周知徹底されている。職員の安全衛生管理では、必要な部署の作業環境測定を適正に実施している。職員にとってより働きやすい職場にするため、福利厚生事業運営委員会が設置され、職員にとって必要な福利構成のあり方等が検討されている。

職員の教育・研修については、全職員を対象とした研修をはじめ、医療安全、感染管理、個人情報保護、ハラスメント研修や倫理等の研修が企画・実施されている。全職種において、能力評価を目的とした人事評価制度が構築されており、必要に応じた助言や指導を実施し、能力向上を目指す仕組みがある。専門職種に応じた初期研修では、医師、歯科医師の初期研修は、基本的臨床能力に加えて、全人的医療を身につけることを目標としている。看護師、薬剤師等その他の部門においては、新人教育プログラムがそれぞれ設けられている。医師、看護師、薬剤師等、医療に携わることを目指す学生の養成施設として、多くの学生実習の場を提供している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、わかりやすい文体で構成されており、小児患者に対する「こどもの権利」も作成されており、患者・家族、職員への周知に努めている。説明と同意に関する方針、基準等は明文化されて、同意書は共通の様式で各科の説明書についても医療事故防止対策委員会が管理しており、同意を得る際には、セカンドオピニオンや同意の撤回についても説明している。診療およびケアに必要な情報の共有については、患者の理解が深まるよう支援している。患者支援体制では、医療連携福祉センターを設置し、社会福祉士、看護師、事務職員等を配置している。患者の個人情報の取り扱いでは、個人情報保護に関する規程等を定め、ホームページ、入院案内等で個人情報保護の方針、利用目的などを患者等へ案内している。臨床における倫理的課題について、臨床倫理委員会の下部組織として活動する臨床倫理コンサルテーションチームメンバーへの相談やカンファレンス内容も把握し、組織的な取り組みに反映している。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応では、臨床倫理マネージャーを中心に多職種で検討している。

施設・設備の利用者には、交通アクセスを入院案内やホームページによる案内や駐車場、タクシー乗場を整備し、利便性を図っている。療養環境は、廊下に障害物

がなくデイルームなども整備され、トイレやシャワー室等の安全性や清潔面も適切である。受動喫煙を防止では、敷地内全面禁煙の方針を示し、ホームページや入院案内、院内掲示、院内放送などにより周知徹底している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けては、病院長・病院幹部・経営戦略室等を中心に、病院全体で努めており、改善実績も蓄積されている。診療の質の向上に向けた活動では、経営戦略室を中心に多職種での活動が展開されており、クリニカル・パスの作成から運用まで積極的に行われている。患者・家族等からの意見・要望等は、意見箱、ホームページ、医療連携福祉センター、患者満足度調査により収集し、改善に向けて適切に取り組んでいる。臨床研究は、手順に則り適正に行われている。高難度新規医療技術や未承認医薬品等の導入に際するルールは緻密に整備されているが、確実に遵守するよう継続的な取り組みが求められる。

診療・ケアの管理・責任体制に関して、病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、掲示により周知されている。診療記録の記載では、医師や他の職種による記載はマニュアルに沿った適切な内容であり、質的点検手順も適切である。多職種の協働では、診療に関わる様々なカンファレンスとともに多職種による専門チームである緩和ケアチーム、NST、褥瘡対策チームなどに加えて、せん妄予防や小児の虐待に対応するチーム活動は内容、成果ともに高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全部専従の医療安全管理責任者のもと、医療安全部を整備し病院長との情報共有も密になされている。関連する委員会は機能し、マニュアルの改訂も2年ごとに行っている。安全確保に向けた情報収集には、医療安全部はインシデントレポートやラウンドから得られた情報を検討・解析し、医療安全の推進につなげている。死亡事例についても確実に把握し、疑義事例については速やかに病院長に報告している。医療事故等への対応では、死亡事例を含む重大インシデントの発生時の対応手順は、患者への対応から関わった職員のメンタルケアに至るまでマニュアルに明記し、適切に行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策に関して、おおむね全般的に確立している。情報伝達については、医師の処方箋記載、指示出し、看護師の指示受けなどの手順は適切であり、検査部門からの情報伝達も安全に行われている。医薬品の安全使用では、標準的な手順が運用されている。転倒・転落防止対策については、事例の分析から、せん妄や不眠に対する治療・ケアを標準化し、多職種ミーティングなどを行うなど、せん妄予防により転倒・転落発生の低減につなげた取り組みは高く評価できる。医療機器の安全な使用については、臨床工学部で医療機器の中央管理が行われ、院内で定めたマニュアルに則った使用対応が行われている。患者の急変時への対応では、院内緊急コードや急変の兆候を捉えて的確に対応する体制が整えられており、BLS研修については、委託職員を含めて全職員の受講修了に向けて取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

感染制御部が院内全体の医療感染制御を担っている。院内感染防止委員会は病院長を委員長とし、感染制御に関する専門的な議論を行い、必要時には感染制御部へ対策実行の権限を与える適切な体制である。病院感染対策マニュアルは内容も適切で全職員が容易に閲覧できる様式である。感染制御部の ICT は院内各部署のラウンドで院内感染防止活動の実態を把握し、各部署からの報告も含めて自院の感染関連データを適切に分析している。また、各種のデバイス関連サーベイランスも全病棟で実施している。

医療関連感染を制御するための活動では、手指衛生について遵守率や消毒薬の使用量のモニタリングを行い、部署の担当者が向上に向けた取り組みを実施するなど適切に行われている。抗菌薬の適正使用に向けての取り組みはおおむね適切であり、ガイドラインや採用薬の変更にも対応した運用がなされている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスなどの情報発信では、ホームページ、広報誌、ラジオやテレビの報道機関への情報提供などにより多様な内容を提供している。ホームページでは、病院紹介動画なども含めた様々な情報を掲載して積極的に公表し、随時更新している。地域の医療機関等との連携は、紹介医療機関等への医師からの返書作成にかかる手順・基準を整備し、病院として一元的な管理を行うことが求められる。地域住民に向けた医療に関する教育・啓発活動として、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院として、市民公開講座、糖尿病教室などを定期的に行い、セミナー、研修会やフォーラムを積極的に開催していることは評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報等はホームページや院内掲示により案内し、外国人には必要に応じて自動翻訳機や通訳で対応している。医師は適切な外来診療録を作成し、多職種との協働で安全な外来診療を実践している。診断的検査は十分な説明と同意の下で施行されており、侵襲性の高い検査では、検査中の患者状態の観察と記録は適切に実施されている。入院の決定では、外来担当医による入院適応診断の手順やその後の手続きなど、適切な仕組みが構築されている。入院計画の立案過程は適切であり、患者への説明もわかりやすい計画書を用いており、医師と看護師以外の職種も関与している。患者・家族からの医療相談には、医療連携福祉センターに患者相談窓口が一本化され、相談内容の共有や検討が適切に行われている。外来、医療連携福祉センター、病棟の多職種が協働することにより、患者が円滑に入院できる体制が整備されている。

医師業務は適切に行われ、チーム医療のリーダーとしての役割を発揮しており、看護師は、PNS 体制のもと適切に病棟業務を行っている。投薬・注射の実施では、抗菌薬ならびに抗がん剤投与時の患者観察マニュアルを作成しているが、確実に観察結果を記録する取り組みを継続することが求められる。輸血・血液製剤投与は確

実・安全に実施されている。手術・麻酔の適応・術式の検討、説明と同意、術前評価や合併症予防、周術期の患者管理は適切である。各種集中治療室では、責任医師・主治医・多職種の協働により、重症患者の管理が適切に行われている。褥瘡の予防・治療は、リスクアセスメントから予防、発生の対応まで、適切に行われており、認定看護師や褥瘡チームも適宜介入している。入院患者の栄養管理は、医師・看護師が評価し、管理栄養士やNSTなどの必要なケア支援につなげている。

症状緩和は、多職種で構成された緩和ケアチームが介入するなど適切に実施されている。急性期のリハビリテーションでは、医師と療法士に加えて多職種が関与し、安全なリハビリテーションが実施されている。身体拘束（身体抑制）については、実施率からも最小化に向けた取り組みが評価されるが、マニュアルの一部について再考を期待したい。患者・家族への退院支援は、退院支援スクリーニングシステムで早期に退院困難要因を把握して適切に行われている。ターミナルステージの判断は、多職種でガイドラインを活用して行っている。また、看取りの際には、患者・家族の意向を尊重して対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門の日常業務は適切であり、注射薬の一施用の払い出し、TPN 製剤の調製は100%で対応している。臨床検査機能は、検体検査・生理検査等に、迅速に結果を提供できる体制が整備されている。放射線部は高度の画像診断機能を提供しており、医療安全部門も協力した安全で確実な画像診断体制に向けて取り組まれている。栄養管理機能では、栄養管理センターに管理栄養士を配置して様々な対応に努めており、患者から多くの好評を得ている。リハビリテーション機能では、専門医と理学・作業療法士、言語聴覚士が、高度急性期病院としての基本方針を掲げて適切なリハビリテーションを提供している。診療情報は電子カルテにより一元的管理がされ、量的点検は適切な項目を定めて退院患者全員に対して実施している。臨床工学技士は高い専門性を発揮しており、病棟に分散する診断機器に関しても一元管理できている。洗浄・滅菌は、病院責任者が情報共有や業務チェックを定期的に実施しながら適切に管理している。

病理診断機能では、検体交差を防止し、多くの病理診断を実施する体制が整備されており、診断の質確保や教育体制など秀でた機能を発揮している。専門医と十分な人数の専門職が協働で、大学病院に相応しい安全で確実な放射線治療機能を提供している。輸血部門はI&A認定を受け、専任医師のもと高度な医療に対応した適切な輸血業務を遂行している。手術・麻酔機能では、麻酔科医によりすべての全身麻酔・区域麻酔が管理され、機能に見合う設備と人員を有して秀でた機能を発揮している。集中治療機能では、各種集中治療室において多職種も適切に関与し、重症患者の管理が確実に行われている。救急医療機能は、高度救命救急センターとして、三次救急に対応する体制であり、教育・研修にも尽力している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、評価指標を定めた病院中期計画等を策定し、予算編成を行

い、収支状況や診療実績等を毎月確認し必要により対策を講じている。医事業務では、窓口収納・診療報酬請求などは適切に行われている。業務委託では、実施状況を日々の日報などにより確認し、問題や事故が発生した場合は緊急に報告、対応できるようにしている。

施設を対象とした修繕計画は、中期計画の下、毎年度事業計画に盛り込み予算を確保する仕組みがある。購買管理では、薬事委員会、医療材料委員会、医療機器整備検討会議で審議し、購入を決定している。

災害等の危機管理への対応では、基幹災害拠点病院であり、また、北海道 DMAT 調整本部としても機能しており、2024 年 1 月の能登半島地震発生の折は迅速に DMAT 隊を出動させている。保安業務は、防災センターが業務にあたり、各種対応マニュアルや緊急連絡体制が整えられ、院内での暴力事案にも迅速に対応している。面会を許可された来訪者の識別には検討が望まれる。

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	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	C
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	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	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	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	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	S
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	A
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	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	S
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	B
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	C
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	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	B
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	B
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	S
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	S
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	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
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	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	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 B

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： 2024 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：札幌医科大学附属病院
 I-1-2 機能種別：一般病院3
 I-1-3 開設者：都道府県
 I-1-4 所在地：北海道札幌市中央区南一条西16-291

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	890	590	-84	80.7	9.72
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	32	32	+5	65	33.18
結核病床					
感染症病床					
総数	922	622	-79		

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	18	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+4
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)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	3	+0
無菌病室	11	-2
人工透析	10	+5
小児入院医療管理料病床	30	+1
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	6	+4
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：

特定機能病院, 災害拠点病院 (基幹), 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, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (大学病院本院群), 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： 3 人 2年目： 20 人 歯科： 5 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	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	1,575.41	1,529.01	1,468.47	103.03	104.12
1日あたり外来初診患者数	94.80	92.31	83.49	102.70	110.56
新患率	6.02	6.04	5.69		
1日あたり入院患者数	555.41	548.94	595.85	101.18	92.13
1日あたり新入院患者数	50.52	49.10	48.03	102.89	102.23