

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」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4日～3月6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	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 患者の個人情報の取り扱いに関して、より厳格な情報取り出し方法に改善してください。（1. 1. 5）
2. 臨床における倫理的課題への組織的な取り組みについて、貴院が補充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. 1. 6）
3. 返書の取り扱いに関するルールと返書率の把握に関して、貴院が補充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. 2. 2）
4. 医療器具関連感染サーベイランスに関して、貴院が補充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. 4. 2）
5. 業務の質改善に向けた継続的な取り組みとして、貴院が補充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. 1）
6. クリニカル・パスの作成・見直しと臨床指標・質指標の収集・分析・活用について、貴院が補充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. 2）
7. 高難度新規医療技術の実施後のモニタリングについて、貴院が補充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）
8. 病棟に在庫するすべてのハイリスク薬の保管について、ハイリスク薬であることの表示を行ってください。（2. 1. 5）
9. 待ち時間の定期的な把握・分析、対応策の検討などに関して、貴院が補充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. 1）
10. 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、観察方法を見直すとともに貴院が補充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）
11. 全職員を対象とする教育・研修を多職種からなる担当部門を中心に計画的に実施して下さい。（4. 3. 1）

- ・機能種別 精神科病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1921年に開院し、設立から100年を超える歴史と伝統のある大学病院として、また、特定機能病院、地域の基幹病院としての機能を果たしている。さらに、高度な医療の実践を担い、かつ日本や世界の医学研究をリードしてきている。病院の理念として、良質な医療を提供すると共に、優れた医療人を育成し、先進的な医療の開発と提供を通じて社会に貢献することを掲げている。また、診療の基本方針として「患者本位で安心・安全な医療の提供」、教育の基本方針として「人間性豊かで自律した医療人の育成」、研究の基本方針として「先進的かつ高度な医療の開発と提供」、さらに社会貢献の基本方針として「未来を見据えた地域医療・地域社会への貢献」の4つを全職員が常にこころがけている。さらに、病院長のリーダーシップのもと、「日本そして世界のリーディングホスピタルを目指して」を基本方針とする病院の再開発整備計画が遂行されつつある。今回の病院機能評価受審に際して、これまで職員が一丸となって病院機能の向上に取り組んできたことを随所に拝見することができた。今後も引き続き、継続的な医療の質向上活動に努められ、貴院のさらなる発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者等に公開されるとともに職員に周知されている。経営目標、活動計画、部門方針などについての中・長期計画が策定され、病院の将来像が職員に明示されている。病院長は、医療法で定める適正な選考過程のもと任命され、病院執行会議、運営会議を含めた各委員会が組織され、病院運営の意思決定を適切に行っている。中長期計画に基づく年次事業計画が定められ、職員への周知が図られているほか、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価は定期的に行われている。院内で取り扱う医療情報は、病院情報システムとして構成され、医療情報企画部が診療に関わるすべての医療情報を収集し分析している。「医療情報システム事業継続計画（IT-BCP）」を整備してシステムダウンに備えている。文書管理に関する各種の規程を定め各部署の責任者を明確にし、組織として文書管理の適切性に努めている。院内の各種マニュアル等は執行会議で承認・決済されている。病院として人材投資の考え方を示し、非正規から正規職員への転換、働きやすい多様な勤務形態の整備等、人材確保に努めている。人事・労務管理では、労働条件を明示した規則等が病院情報システムに登録され、常時閲覧できる。働き方改革への対応では、各職種で客観的な労働時間の把握に努めている。職員の安全衛生管理では、産業医および衛生管理者による毎月の職場巡視が行われ、職場環境や安全衛生上の課題改善に繋げている。メンタルヘルスへの対応も適切である。目標管理の面談を通して職員の意見や要望を収集しており、職員満足度調査は、職種ごとに

3年のサイクルで実施され、経年的な傾向を分析している。医療安全や感染対策等の研修では参加率が高く、eラーニングの導入や受講後の小テストの実施等で参加率や理解度が高まるよう工夫している。職員の教育・研修を統括する担当部門・部署は明確であり計画的な研修実施体制が構築されている。全職員を対象に「行動評定」「能力評定」が年2回行われ、昇任や職務上の指導、担当職務の変更等に活用している。専攻医はプログラムに応じて評価され、看護職は、看護実践能力や組織的役割遂行能力などの4つの能力からラダー評価をしている。医師、歯科医師の初期研修は、臨床研修センターが所掌し、目標を明確に定め、指導体制や評価も適切である。看護職では新人看護職員研修プログラムがあり年間を通して初期研修を行っている。学生実習等の受け入れは臨床研修センターが所掌し、北海道大学の学生を主として、医学生や薬学生、看護学生、各種専門学生など多くの学生実習を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、人としての尊厳が保たれることを筆頭に適切な内容で作成されており、診療やケアの現場における権利の擁護では、精神機能に障害がある患者などの弱者や小児への擁護にも努めている。説明と同意文書の方針や基準・手順は明文化されており、新規・改訂文書も、IC責任者が書式と内容を確認し、リーガルチェック後に承認されている。説明と同意の状況はIC責任者が実施状況を確認し、適時に指導・教育が行われている。患者との診療情報の共有については、様々な手段や機会を作っており、利用も活発である。がんサロンの開催やがん専門相談員による対応も行っている。患者支援体制では、各種の相談機能についてホームページや入院案内等で周知し、多様なニーズに対応している。患者の個人情報の保護では、規程に基づき、適切に保護・管理されているが、研究等で診療データ等を二次利用する際のより厳格な運用が望まれる。主要な臨床倫理的課題に対する方針等を倫理委員会で審議・決定する仕組みがある。日常診療において倫理的な課題が生じやすいさまざまな事案に対して多職種による話し合いが行われ、看護部倫理検討委員会でも把握、患者・家族に誠実に対応している。患者・面会者の安全性・利便性・快適性への配慮は適切に行われている。病棟の療養環境は、病室や処置室等に診療・ケアに必要なスペースが確保され、小児病棟での患児への配慮など、適切である。受動喫煙の防止では、敷地禁煙の徹底や、禁煙外来の有効活用など、適切である。

4. 医療の質

業務の質改善については、各部署や各種委員会で改善活動を継続している。今後は、部門ごとの活動を統括する場として、企画・評価委員会が主導する活動が望まれる。診療の質の向上に向けては、クリニカル・パスのバリエーション分析とさらなる活用、病院の機能に応じた臨床指標を設定し、継続的な改善活動に向けた取り組みが望まれる。患者・家族の意見の活用では、寄せられた意見を活用し、医療サービスの質向上に繋げている。新たな診療・治療方法や技術の導入・実施において、病

院として管理する体制を構築しており、実施後のモニタリング体制も適切である。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。診療記録は電子カルテで必要事項がマニュアルに則り適時に記載されている。診療録の質的点検は多職種で適切に行われている。多くの専門診療チームが積極的な活動を展開しており、AYA 世代支援チームや小児患者の対応などで秀でた取り組みがある。

5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者が部門長を担う医療安全管理部が病院長直下に配置されている。医療安全に関する委員会は適切に設置され、医療安全管理マニュアルも随時改訂されている。インシデント事例、死亡症例等の情報を収集し、検討している。再発防止策は職員に周知され、実施状況が確認されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、事故調査制度に則った院内事故調査も行われている。誤認防止策については、外来、病棟での患者確認や部位確認の方法、検査・手術室でのタイムアウトが徹底されている。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示は確実に伝達される方法が構築されており、画像診断や病理検査結果の未読防止対策に工夫している。薬剤の安全使用に向けて、カリウム製剤等のハイリスク薬の管理や研修の実施を含めて取り組まれている。救急カート内配置薬については検討が望まれる。転倒・転落防止対策では、適切な時期のリスク評価と対策、患者・家族への協力要請の実践がされ適切である。病棟等で使用される医療機器については、使用プロセスでの点検や多職種チームのラウンドや必要な研修等が確実に行われている。院内急変対応は、救急コードと RRS が設定され、適切に対応可能な体制が整備されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染制御部に必要な人材を揃え、ICT や AST 活動を含めて充実しており、院内感染防止対策委員会も適切に機能している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、感染対策に関する多くのデータを収集し、改善活動に活用している。院内の感染発生状況は適切に把握されており、JANIS などの全国データベースと比較されており、耐性菌対策に努めている。医療器具関連感染サーベイランスは院内全体で実施されている。感染制御の活動として手指衛生遵守率の評価や病棟での消毒剤の刷り込みの徹底など適切に取り組んでいる。抗菌薬適正使用マニュアルが整備され、遵守状況について感染制御部で定期的に監視している。AST は、抗菌薬選択時や難渋例等、主治医に積極的に助言・支援している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の必要な情報は、病院ホームページや広報誌などを活用して発信している。来院する患者に対しては、ホームページ上で、外来、入院、面会方法や診療科について、高齢者にも配慮して分かり易く掲載している。地域の医療機能と医療ニーズ

の把握および連携において、地域医療連携福祉センターが中心的な役割を果たしている。退院調整・在宅療養支援、広報活動等を積極的に展開している。照会元への回答の管理について、きめ細かい対応が望まれる。地域に向けての医療に関する教育・啓発活動として、年約 200 回に及ぶ市民公開講座の開催している。また、研修の一環として、地域の医療機関に勤務する医療従事者を対象に「職域研修制度」を設け、院内で一定期間の研修を実施する等、地域医療の発展に寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者については、受診に必要な情報が案内されているが、待ち時間調査と対応策の継続が望まれる。外来診療は、患者情報の共有を多職種間で実践し、医療安全対策にも適切に配慮している。侵襲的な診断的検査は、実施前に安全チェックリストによる確認が行われ、鎮静薬使用も規程・手順が定められている。医師は医学的判断に基づき適切に入院適応を決定している。診療計画は、診断目的や評価に基づいて、多職種が個別性に配慮して作成している。患者・家族からの医療相談に対して、がん相談支援センターや医療福祉相談室、患者相談室などで、適切に対応している。予定入院患者は入退院センターで入院支援が行われ、緊急入院には病棟で対応するなど、円滑に入院できる仕組みである。医師の病棟業務では、業務マニュアルに従って行われており、多職種と連携してリーダーシップを発揮している。看護師の患者の療養生活支援や診療の補助業務は看護チーム活動や多職種と連携して適切に行われている。投薬・注射は、薬剤師が関わり、確実・安全に実施されている。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検討が望まれる。輸血・血液製剤はマニュアルに従って確実・安全に実施され、記録も確実に行われており、説明と同意書の運用も適切である。周術期の対応では、手術適応は綿密に検討され、主治医、麻酔科医、ならびに多職種の連携で安全な手術と合併症の予防に努めている。重症患者の管理では、患者の状態の応じた病床が整備され、複数の診療科や多職種の連携で早期離床に向けた取り組みが実践されている。褥瘡の予防については、褥瘡対策委員会と褥瘡対策チームを中心に MDRPU の予防など積極的に活動している。管理栄養士は、必要性がある患者に対して栄養管理計画書を作成し、定期的に再評価をしている。症状緩和については、アセスメントシートや評価ツールを使用して患者の訴えを把握し、緩和ケアチームの介入など適切なケアを実践している。リハビリテーションは、主治医とリハビリテーション科医師が連携し、目標設定や実施計画が立案され適切に実施されている。身体拘束に関してはガイドラインを定め、フローチャートに沿って実施している。拘束中の観察や早期解除のためのカンファレンスも適切に実施している。退院支援は、入退院センターが介入し、退院後の診療・ケアの継続にも、適切に支援している。退院後は、外来担当者との密な連携や退院先の施設等へ診療情報提供書・退院時要約を提供し適切な継続支援につなげている。ターミナルステージにおいては、緩和ケアチームを中心に多職種カンファレンスが実施され、患者・家族の意向が尊重されている。

(副機能：精神科病院)

医師 20 名（うち精神保健指定医 13 名）の体制で、精神科神経科病棟 70 床（開放病棟 40 床、閉鎖病棟 30 床）において、患者の病態に応じて、任意入院、医療保護入院が適切に行われている。それぞれの患者に対して、医師、看護師、療法士、精神保健福祉士、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士などの多職種が連携・協働して、適切な外来・入院治療が行われている。また、他科とも密に連携しており、リエゾン回診や身体疾患に合併するヒステリー症状等に適切に対応している。入院による検査として、物忘れ検査入院、こころのリスク検査入院、統合失調症検査入院などの秀でた取り組みもある。単科精神病院では対応困難な児童・思春期の問題や、摂食障害の治療に積極的に取り組んでいる。さらに慢性期のリハビリテーションにも積極的に取り組んでおり評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門での日常業務は、処方鑑査、調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまで適切な対応がとられている。注射薬の 1 施用ごとの取り揃えも適切である。臨床検査機能では、ISO15189 の認証を継続し、病院の機能に見合う検査を 24 時間で実践しており、精度管理にも緻密に行われている。画像診断部門は高機能な体制が確立し、必要な検査が迅速に実施されており、画像診断の質確保に努めている。栄養管理機能については、衛生管理を含め、患者の特性に応じた対応などが適切に行われている。リハビリテーション機能では、必要なリハビリテーションを適切に実施し、担当療法士は主治医・病棟スタッフとの連携を図り、連続性への配慮も適切である。診療情報は電子カルテを利用して一元的に管理されている。診療情報管理士は疾病統計の作成、量的点検等に積極的に携わっている。医療機器管理機能については、人工呼吸器、輸液ポンプ、放射線診断・治療機器、超音波機器等は中央管理されている。洗浄・滅菌機能では、洗浄・滅菌に関する各種インディケーターによる質保障や作業工程は適切に実施されている。病理診断機能では、高精度の診断能力を発揮するために様々な取り組みを実践しているほかに、がんゲノム医療や移植医療、医療 AI 研究開発に大きく貢献しており、高く評価できる。放射線治療部門は、機能に見合う専門的な人員の確保と治療装置が整備され、高度で質の高い放射線治療を提供しており、秀でている。輸血・血液管理部門は、ISO15189、I&A の認証を受け、緊急輸血や救急患者にも適切に対応できるよう、輸血・血液製剤等を管理している。手術・麻酔機能では、手術部が組織されて責任体制が確立し、麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士などが連携する体制が整備され、病院の機能に見合う手術が行われている。集中治療機能では、患者管理の責任体制は明確であり、様々な専門職種が診療・ケアに関わり、重症管理が実践されている。救急医療機能では、救命救急センターとして、重症度の高い患者や治療困難症例を道内全域から多く受け入れているほか、院内の患者急変や職員の心肺蘇生訓練にも対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、会計処理が適正に行われ、予算編成、執行管理、経営分析などが適切に実施されている。診療費の収納業務は、患者の利便性を考慮し対応している。返戻や査定への対応、施設基準管理、経営判断に資するデータ提供などが適切に遂行されている。滅菌業務、清掃業務、設備管理等を委託しており、委託の内容については、仕様策定専門部会で業務内容を精査している。また、委託業務の内容を定期的に評価し、次年度の契約更新の判断材料としている。院内の施設・設備は委託業者による 24 時間体制の管理である。医療ガス設備や空調設備、エレベーター、電気設備などの日常点検は業務日誌を用いて報告し、病院施設課責任者の確認を得ている。購買管理は、購買管理は管理課医療材料係が所掌している。病院で使用される医薬品、診療材料、高額医療機器などの購入プロセス全体において、品質管理と在庫管理が適切に行われている。災害時等の危機管理への対応では、大規模災害時の事業継続計画（BCP）を定め適宜改定するとともに、緊急時の責任体制や連絡体制は緊急連絡網で明確にして職員に周知している。消防計画や災害対策マニュアルを定め、これらに基づき「災害レベル 3A 相当」の広域災害訓練を実施している。保安業務は委託により 24 時間体制で管理している。休日・夜間の一般来院者の出入口を限定して管理を徹底している。院内での暴力事例等の緊急時の対応、緊急事態発生時の連絡先を職員に周知し、通報があれば職員や守衛室の警備員が現地に向かう体制としている。

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	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	B
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	C
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	C
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	B
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	C
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	C

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C
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	A
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	C
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	S
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	C
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	B
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	B
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	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	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	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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	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	S
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	C
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	B
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
-------	---------------	---

機能種別：精神科病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	S
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	S
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	ターミナルステージへの対応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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 国立大学法人北海道大学 北海道大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市北区北14条西5

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	874	855	+3	74.6	10.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	70	70	+0	57.1	55.7
結核病床					
感染症病床					
総数	944	925	+3		

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	5	+5
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	-5
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室	6	+0
無菌病室	34	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	46	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等：

特定機能病院, 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, 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： 15 人 2年目： 17 人 歯科： 40 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-2-2 年度推移

年度(西暦)	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	3,065.39	3,019.63	2,872.57	101.52	105.12
1日あたり外来初診患者数	122.68	75.31	67.43	162.90	111.69
新患率	4.00	2.49	2.35		
1日あたり入院患者数	722.75	692.03	717.50	104.44	96.45
1日あたり新入院患者数	51.37	49.32	47.18	104.16	104.54