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 5 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

貴院は北海道札幌市の 3 区を主要な診療圏とする急性期医療中心の地域中核病院である。1952 年の開設から 70 年以上の歴史があり、現在は病床数 410 床、診療科目 23 を有し、地域の医療を牽引している。病院の理念に「″病院は人″のこころで、活力ある病院、選ばれる病院を創ります。生命の尊厳を保ち、健康の回復につくします。温かな配慮で安寧につくします。」と謳い、職員や患者を含めて広く周知している。理念を実現するために救急医療や地域がん診療連携拠点病院、札幌市災害時基幹病院、新型コロナ感染症重点医療機関の役割を担っている。また、ロボット手術支援装置、ハイブリット手術設備を導入するなど最新の治療技術を展開できる環境を整備している。内部体制としては、多くの多職種連携チームを組織してチーム力を高める取り組みを実践している。今後の方針として、急性期基幹病院の機能を高めることに加え、地域医療における役割を明確化するために機能分化しながら、体制をスリム化していくことを検討している。組織・経営面では、中期計画に基づいた年度計画を立案し、計画的な組織運営を行っている。

今回は更新審査であったが、今後も病院全体で継続した質改善活動に取り組み、さらに高いレベルの地域医療を継続して提供されるよう祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を具体的かつ分かりやすく策定し、院内各所に掲示することで患者・家族や職員に周知している。病院運営の意思決定は管理者会議で行い、結果は職制を通じて職員に伝達している。また、ガバナンス強化策として法人本部による事務監査や監事監査を行っている。中期計画に連動した年度の病院目標を設

定し、計画的な組織運営を行い、幹部職員は課題を把握のうえ対応策を講じている。情報管理は、医療情報システム管理規程を設けて管理・運用している。文書管理は文書取扱規程を整備し、規則・規程およびマニュアル類を一元管理している。

役割や診療機能に見合った人材を確保し、働きやすい職場環境を作ることで職員の定着に努め、人事・労務管理に関する諸規程の整備や必要な届け出、職員の就労管理等を行っている。職員の安全衛生管理では衛生委員会の開催等を行っているが、産業医による職場巡視の実施が期待される。

全職員対象の職員研修は、教育研究推進委員会が統括管理し、年間の教育研修計画を策定している。職員の能力評価・能力開発は勤務評価制度を中心に実施し、昇進・昇格および給与に反映する仕組みであるが、侵襲性の高い行為に関する院内技術認定の仕組みを構築することを期待する。専門職種に応じた基本的な能力をつけるための初期研修は、職種単位で研修プログラムを整備して実施している。

３．患者中心の医療

患者の権利を分かりやすい文章で明文化し、院内・外に周知している。説明と同意取得に関する方針・基準・手順を定め、医師の説明の際の看護師の同席等を行っている。患者の医療への参加を促すため、患者自身による名乗り等の誤認防止への協力要請や患者用クリニカル・パス等による情報共有を推進している。患者支援体制として、患者相談窓口を設置し、多様な相談に関係職種と連携して対応している。個人情報保護の規程を定め、利用目的の周知や物理的・技術的な保護等を行っている。臨床における倫理的課題を日々の多職種カンファレンスで検討し、解決困難な課題は臨床倫理委員会が介入して解決を図るとともに、各部署の倫理的課題への取り組みを共有し、検討する月例会を開催しており、高く評価できる。

病院正面玄関に駐車場や送迎ロータリーを整備して利便性に配慮するとともに、院内はバリアフリー対応として安全性に配慮している。療養環境は診療・ケアに必要なスペースを確保し、患者がくつろげるデイルームなどを整備している。受動喫煙の防止対策として、敷地内禁煙を徹底し、患者や職員へ禁煙啓発を実施している。

４．医療の質

業務の質改善に向け、患者サービス向上員会による接遇改善とともに、医療従事者業務改善委員会における職種間タスクシフトの取り組みなどを行っている。医療の質の向上に向けた活動では、症例検討会や多職種カンファレンスの開催、クリニカル・パスの活用などを行っているが、医療の質指標を改善に活かすための組織的な対応体制の整備やプロセス作りに期待したい。患者・家族の意見は意見箱やアンケートで収集し、患者サービス向上委員会等で改善策を検討のうえ、回答を掲示板で周知している。新たな診療・治療方法等の導入や薬品の適応外使用に関する倫理および安全面について審査し、承認する規定はあるが、承認後のフォローアップ体制の構築が期待される。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にし、診療の責任者をはじめ病棟責任者名を

ナースステーションの受付カウンター越しの壁に掲示している。診療記録を適時に記載し、入院診療計画書は多職種が関わり作成しているが、患者の個別性を重視した記載を期待したい。多職種で組織した医療チームが、組織横断的に患者の診療・ケア活動を行っている。

５．医療安全

病院長直属の医療安全管理部と医療安全管理委員会が中心となり、医療安全管理マニュアルの見直しなどを行っており、安全確保に向けた体制が確立している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理者が速やかに確認し、分析や対応策を立案しているが、医師による報告件数の増加が期待される。医療事故等への対応手順や役割を明確化し、ポケットマニュアルに掲載して職員に周知している。

患者確認はマニュアルに沿って氏名の名乗りとリストバンド認証など複数媒体で行い、手術時にはサインイン・タイムアウト・サインアウトを実施している。情報伝達エラー防止の取り組みとして、指示出し・指示受け等は電子カルテで行い、口頭指示は原則として行わない運用である。ハイリスク薬が定められ、保管方法の統一や注意喚起表示がされているが、救急カート内の静脈麻酔薬の配置の見直しを期待したい。入院時に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じて患者個別の看護計画を立案し、対策を講じている。医療機器の安全な使用について、臨床工学技士による職員への教育・研修を行い、点検や確認を実施している。患者等急変時の院内救急コードを設定し、全職員対象の一次救命措置訓練や部署シミュレーションを実施している。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御部と下部組織の感染制御チーム（ICT）および抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置し、感染対策マニュアルの整備や ICT ラウンドによる感染状況の把握、対策の検討等を行っている。また、ポケットマニュアルに感染管理の基本的な事項を記載して職員への周知を図っている。院内の感染状況を感染制御部で管理してアウトブレイク発生時の手順を定め、多くの感染症に対する具体的な行動指針と流行状況のフェーズに合わせた対応を整備している。

医療関連感染を制御するため、感染経路別予防策や個人防護具の着用、手指衛生の徹底などを行うとともに、汚染リネンの手順に沿った取り扱いや感染性廃棄物の分別廃棄などを行っている。抗菌薬使用ガイドラインを整備して特定の抗菌薬の使用は届け出制としている。AST が抗菌薬の使用状況を評価して適切な抗菌薬への変更や投与期間などについて医師に提言し、長期投与や同系統薬剤の継続使用についても介入している。

７．地域への情報発信と連携

医療サービス等に関する情報は、広報誌やホームページ、SNS などの媒体を活用して発信している。広報誌は年 3 回発行し、ホームページには診療科の紹介のほか、受診方法、診療実績等を掲載し、スマートフォンからの閲覧にも配慮してい

る。地域医療連携室が紹介患者の診療・検査予約や返書管理を担当し、地域医療機関との連携強化に取り組んでいる。地域に向けた啓発活動として、地域の患者向けに出前講演会や健康講演会を行い、地域住民とのふれあいの機会であるフェスタを開催している。地域の医療従事者向けには診療連携カンファレンスや在宅医療講習、看護学校・大学への講師派遣など、貴院の専門性を活かした教育活動を展開している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診方法等の情報をホームページ等で案内し、担当医は問診票等で患者情報を収集し、診断や診療計画立案、治療を実施し、診療内容を他の医師や多職種と共有している。診断的検査は説明のうえ同意を得た後、安全に留意しつつ施行している。入院の必要性は担当医が医学的に判断し、患者・家族へ説明のうえ患者の希望を考慮して決定し、入院診療計画書を多職種で作成して速やかに交付している。患者サポートセンターでは、社会福祉士や看護師が患者・家族の多様な相談に対応するとともに、入院生活などの案内や患者情報の収集を行い、円滑な入院につなげている。

医師は病棟スタッフと患者の状態や治療方針について日常的に情報交換し、看護師は看護マニュアルに則り、パートナーシップ・ナーシング・システムで看護サービスを提供している。全病棟に薬剤師を配置して服薬指導や薬歴管理等を行い、輸血・血液製剤の投与では同意を得た後に確実・安全に実施して副作用の有無を確認し記録している。周術期は麻酔科医および手術室担当看護師が全例で術前訪問を実施している。重症患者の ICU での管理や褥瘡のリスク評価と予防・治療、栄養スクリーニングに基づく栄養管理と食事支援、緩和医療指針に基づいた症状緩和、リハビリテーションの実施と評価、身体的拘束最小化対策チームによる取り組み、退院支援や継続した診療・ケアの実施、ターミナルステージの医学的判断や対応は何れも適切である。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、調剤および鑑査、DI ニュースの発行、全ての抗がん薬の安全キャビネットでの調製・混合などを行っているが、疑義照会の一元的な管理が期待される。臨床検査では、採血時の誤認防止対策や迅速な検査、精度管理を行い、パニック値は依頼医に報告している。画像診断に 24 時間対応しており、CT、MRI、核医学検査はおおむね検査当日に診断専門医が読影し、重要所見の発見時は医師へ直接連絡するとともに、未読対策の報告書管理対策システムを導入している。栄養管理は衛生管理手順を整備して誤配防止や食事満足度向上に努め、食欲不振患者への個別対応も行っている。リハビリテーションは、療法士と主治医との意見交換や病棟多職種カンファレンスなどにより情報共有している。診療情報は電子カルテにより 1 患者 1ID で管理し、量的点検やがん登録を行っている。医療機器は臨床工学科で一元的に管理し、保守点検を行っている。洗浄・滅菌業務は中央材料室で実施し、滅菌精度を保証している。

病理診断機能は検体取り違えが起こらないシステムで優れた体制であり、高く評価できる。放射線治療専門医は放射線治療の適応について依頼医と協議のうえ実施し、放射線皮膚炎に対して皮膚・排泄ケア認定看護師が介入する仕組みを構築している。手術・麻酔は、常勤麻酔科医 6 名体制で年間 2,400 件の手術に対応している。救急医療は限られた人員の中で患者受け入れ体制を作り上げ、年々増加する救急患者にも対応しており高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

予算は中期計画や事業計画、ヒヤリングによる情報収集等を踏まえて編成し、予算執行管理や経営状況の確認・分析、経営改善方針の周知などを行っている。医事業務では、診療報酬の査定・返戻は専任担当者が管理し、未収金は個別台帳で管理している。業務委託は用度課が統括し、相見積もりや入札を経て契約し、委託業者とは定期ミーティングなどを通して委託業務の質を確認している。

施設・設備の保守や点検を年次・月次計画に基づいて実施し、緊急時の対応体制も整備している。医薬品は薬事委員会、医療材料は医材管理委員会で購入の審議をしている。

災害時等の危機管理では、地震や河川氾濫、パンデミックのリスクを想定した機能存続計画の整備とともに、災害時マニュアルの策定や訓練などを実施している。保安業務では、院内巡視や防犯カメラの設置、入退館者の確認などを行っている。

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	S
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	B
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	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	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	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	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	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	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	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 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： KKR札幌医療センター

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地 ： 北海道札幌市豊平区平岸1条6-3-40

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	410	410	+0	79.3	10
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	410	410	+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		
集中治療管理室（ICU）	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	4	+0
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）	0	-3
周産期集中治療管理室（MFICU）		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	19	-5
小児入院医療管理料病床	37	+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	30	+0
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 ：

地域医療支援病院,がん診療連携拠点病院(地域),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： 9 人 2年目： 4 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 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	27	0	287.88	29.95	154.62	47.40	6.14	11.21	10.66	5.73
呼吸器内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器内科（胃腸内科）	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	2	0	40.14	4.18	2.22	0.68	2.46	14.71	20.07	1.11
小児科	7	0	87.66	9.12	33.14	10.16	9.90	4.83	12.52	4.73
精神科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	7	0	74.58	7.76	22.35	6.85	1.60	13.09	10.65	3.19
呼吸器外科	2	0	2.32	0.24	2.91	0.89	1.77	9.97	1.16	1.45
循環器外科(心臓・血管外科)	2	0	7.05	0.73	7.75	2.38	5.67	16.79	3.52	3.88
乳腺外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	2	0	34.89	3.63	7.66	2.35	1.80	8.99	17.44	3.83
脳神経外科	2	0	8.47	0.88	1.66	0.51	4.28	17.59	4.23	0.83
整形外科	3	0	63.76	6.63	41.73	12.79	5.62	18.09	21.25	13.91
眼科	3	0	58.36	6.07	5.93	1.82	2.88	2.52	19.45	1.98
耳鼻咽喉科	3	0	36.09	3.75	11.69	3.58	9.73	7.39	12.03	3.90
小児外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
婦人科	6	0	50.48	5.25	10.89	3.34	4.27	6.96	8.41	1.82
リハビリテーション科	0	0	142.90	14.87	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
放射線科	5	0.8	30.82	3.21	1.30	0.40	0.89	18.96	5.31	0.22
麻酔科	6	1.4	0.15	0.02	0.00	0.00	2.78	0.00	0.02	0.00
病理診断科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケア科	4	0	35.64	3.71	22.34	6.85	0.07	51.61	8.91	5.58
健康管理センター	1	1.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線診断科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	13	0								
全体	97	3.3	961.17	100.00	326.19	100.00	4.29	10.03	9.58	3.25

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
年度(西暦)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	961.17	976.11	1,026.00	98.47	95.14
1日あたり外来初診患者数	41.20	28.80	23.75	143.06	121.26
新患率	4.29	2.95	2.32		
1日あたり入院患者数	326.19	295.54	301.86	110.37	97.91
1日あたり新入院患者数	32.46	28.85	27.10	112.51	106.46