

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3月3日～3月5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）

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院3

1. 個人情報の取扱いに関する仕組みを見直し、個人情報の保護を確実にする方法を確立してください。（1.1.5）
2. サーベイランスの実施に関して、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）
3. 診療の質の向上に向けた活動に関して、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。（1.5.2）
4. 病院機能向上委員会を継続的に開催し、実績を積み上げてください。（1.5.3）
5. 組織運営に関して、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。（4.1.3）
6. 文書管理に関して、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。（4.1.5）

1. 病院の特色

貴院は、1862年に加賀藩が開設した種痘所を起源とし、1875年に石川県病院として発足したのち、1949年に金沢大学医学部附属病院となった歴史ある病院である。開設以来、医療人の育成とともに地域の基幹病院としての役割をいかんなく発揮してきた。がん診療連携拠点病院や、がんゲノム医療拠点病院などの多くの指定承認がなされており、高度な医療をもって地域にとってなくてはならない病院へと発展を遂げている。

病院長をはじめとする病院幹部は、基本理念のもと検討された基本方針に沿って、リーダーシップを発揮し、病院運営にあたっている。また、2019年には内科を統合、翌年には外科を統合し、臓器別に再編成し、先進的な医療および臨床研究の推進に向けた改革を行うなど、効果的な臨床力と研究力の向上に向けた取り組みがなされている。様々な場面で優れた活動を拝見したが、今回の病院機能評価受審にて診療のさらなる質の向上に向けた改革がなされることを期待するものである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され、基本方針に関しては必要に応じて見直しを図られ、現在は基本方針5項目としている。病院運営の骨子を策定する組織の実態として、委員会などが活動しているものの、安全や感染管理などのマニュアルと現場の状況との乖離があり、各診療科がそれぞれ物事を決定している状況が確認されている。様々な努力は認められるが、今後はさらに委員会活動などを通じてガバナンスの強化に向けた取り組みに期待したい。情報管理に関しては規程を整備し、データの真正性・保存性が確保されているなど、適切である。文書管理に関しては病院の方針を明確にし、おおむね適切に取り組まれている。

医師、薬剤師、看護師などについて、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。病院の規模・機能や業務量に照らし、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士のほか、診療情報管理士の増員が今後の課題である。職員の安全衛生管理については、全職員の健康診断を確実に実施し、また、各職場を巡視して労働環境の改善に努めているなどの取り組みは、適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明示され、研修会やポケットマニュアルなどにより職員に周知するとともに、ホームページや病院各所に掲示して患者にも明示している。説明と同意に関する方針を定め、説明に必要な内容を記載する形式にて、医療安全管理室が作成・改訂を行っている。「総合案内」を設置し、患者相談窓口として看護師が相談内容に応じて振り分けを行い、対応している。個人情報等に関しては、病院としての責任部署等による個人情報利用に関する事前の妥当性の判断や承認を得て取り出す運用等について、今後の対応に期待したい。臨床における倫理的課題については、倫理委員会で検討する仕組みを整備し、現場では、臨床倫理の問題は多職種による丁寧な議論が展開され、解決策を見出しているなど、極めて優れた対応として高く評価できる。玄関周りに樹齢300年赤松などを植樹し、玄関前まで民間路線バスおよび市バスの乗り入れを大幅に増便するため病院長自ら行動し実現している。患者・面会者の利便性・快適性向上の取り組みは模範的であり高く評価できる。

4. 医療の質

院内に提案箱を設置し、寄せられた意見を確認し、対応策の立案や実施を行っており、改善事例も多く、質改善に活用されている。クリニカル・パスはこれまでの紙運用から順次電子パスへの移行が始められ、バリエーション分析やアウトカム評価ができる体制が整備されつつあるが、バリエーション分析やアウトカム評価については今後積極的な取り組みが求められる。臨床指標は国立大学附属病院長会議の病院機能指標を利用しているが、データ収集に留まっているので、今後、データ分析、現場へのフィードバックや現場での改善活動などにつながる取り組み等に期待したい。医療安全管理部、感染制御部などが部門横断的な改善活動を展開しているものの、各部署で個別の課題に対して実施する改善活動に留まっており、今後、病院が主体的、継続的に改善活動に取り組まれることを期待したい。診療記録は電子カルテ上

に、各職種の記載基準に基づいて、分かりやすく記載されている。

5. 医療安全

医療安全管理部には、副院長である専従医療安全管理責任者のもとに GRM として、専従副看護部長 1 名、専従薬剤師 1 名、専任医師 2 名が配置されており、安全確保に向けた体制はおおむね適切に整備されている。患者確認については、入院患者には各部署での患者氏名の名乗りとリストバンド、外来患者には氏名の名乗りと生年月日などによる確認を行っている。患者確認検体検査および生理検査のパニック値の報告については、医師に確実に伝わる体制を整えている。病院全体の取り組みとして転倒予防指導士を含む「転倒・転落チーム」があり、医療現場と医療安全管理部との連携による体制のもと、部署ごとの要因分析による対策の実施や転倒・転落率によるベンチマークの活用などがあり、高く評価できる。医療機器については、ME 危機管理センターに臨床工学技士を配置し、医療機器の使用前後の点検や作動確認など、安全な使用に向けて取り組まれている。患者等の急変時対応については、各部署で緊急シミュレーション訓練を実施しており、救急カートの運用も院内で統一して適切に管理されている。

6. 医療関連感染制御

専従 ICN、専任 ICD、専従薬剤師、専任臨床検査技師を中心とする感染制御部が感染制御の実務を担っている。感染制御部にリンクして各部署に感染制御マネージャー（ICM）が置かれ、情報収集や環境整備などの現場での日常的な活動を行っており、感染制御に向けた体制は適切に確立されている。部門別サーベイランスについて、病院の方針を見直しており、今後のより積極的な取り組みが望まれる。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は、薬事委員会と連携して AST メンバーがその適否を協議して決めている。感染制御部専従薬剤師を中心として抗菌薬適正支援チーム（AST）が組織され、抗菌薬適正使用に関する業務を実践している。届出抗菌薬や許可制抗菌薬を選定し、その状況は感染対策委員会でモニタリングし、不適切な使用が見られた場合、AST 担当薬剤師が介入しており、活動は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を年 4 回発行し、院内や地域住民、連携病院などに配布している。地域連携機関、関連病院等向けとして地域医療連携室通信を発行し、診療紹介、大学概要、病院概要、大学財務レポートなど定期的に配布している。地域医療連携室に医師（兼任）、看護師、医療相談員、事務員を配置し、紹介・逆紹介、返書など、連携に関する管理を行っている。連携強化のため、石川県地域連携室連絡会を年 1 回開催し、地域の医療機関、施設との情報交換を行い、連携先医療機関の訪問を行うなど、顔の見える連携を行っている。地域の医療情報ネットワーク「たまひめネット」を活用し、石川県医師会を中心とした情報ネットワーク「いしかわ診療情報共有ネットワーク」、金沢市医師会を中心とした情報ネットワーク「ハートネットホスピタル」を利用し、診療情報の共有化を図り ICT を活用した切れ目のない連携を

実践している。地域の方々に役立つ取り組みとして年数回の市民公開講座をはじめ「病院見学」など教育・啓発活動を実践している。NPO 法人による患者会など院外に専門職員を派遣し、地域の方々に役立てる活動を行っており、教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや外来診療案内などで、分かりやすく案内している。診断的検査は臨床的な判断に基づいて適切に選択され、必要性和リスクに関する説明の上、実施されている。説明と同意が必要となる侵襲的検査は病院として検討されており、アレルギー、腎機能、禁忌薬剤の服用、妊娠の可能性、体内金属など、安全な検査実施に十分配慮している。

入院診療計画は医師を中心に、多職種が参加して 24 時間以内に作成されており、適宜見直しも行われている。看護師は、入院日に転倒・転落や褥瘡などのリスク評価を行った上で、看護計画を作成している。また必要な患者については、栄養管理計画、リハビリテーション総合実施計画も作成されている。これらの計画には患者・家族の要望が反映されている。特に看護計画については、患者の個別のニーズがよく反映されており、また具体的な分かりやすい言葉で記載されており、評価できる。

ターミナルステージの判断は、判断基準のもと、主治医もしくは複数の医師で検討され、診療・ケア計画は医師・看護師による協働で立案し、実施されている。実際には、患者・家族の意向を受けて終末期であっても在宅での生活をイメージ化でき、サポートするための話し合いやアロマケアの提供を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制や安全管理部門との連携は、院内会議などを通じて実行されている。持参薬は、入院時に薬剤師に鑑別され、その情報は退院まで院内で共有されている。臨床検査部には医師 1 名、検査技師 37 名、衛生検査技師 1 名が配置され、検体検査部門と生理機能検査部門は国際認証を取得するなど、手順書の整備、定期的マネジメントレビューなどを確実に実施し、検体交差を起こさない検体検査処理プロセスが確立している。栄養管理機能においては、2019 年に厨房機器を最新調理機器に変更し、一新したメニューに関して喫食調査、嗜好調査など実施し、満足ポイントが大幅に向上している。365 日朝昼夕の選択メニューの実施をはじめ、月 2 回の行事食の評判も高く、患者から食に関する感謝の言葉も多く届けられている。快適で美味しい食事が提供されてことは模範的であり高く評価できる。

リハビリテーション機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。診療情報管理機能は、診療情報を 1 患者 1ID 番号で一元管理し、二重登録の防止や取り違え防止にも対応している。量的点検については、退院患者全件に行っており、今後の継続的な活動に期待したい。

10. 組織・施設の管理

予算作成に当たっては、各部署長等の要望などを把握して調整を行い、決定されている。国立大学会計基準に基づく会計処理が行われて、損益計算書、貸借対照表などの必要な財務諸表のほか、予算書、決算報告書を作成している。内部監査実施要領に基づく監査のほか、監査法人の公認会計士による監査が実施されている。財務・経営管理はおおむね適切に行われている。委託業務の有効性や経済的効果を踏まえて、経営管理課において業務内容や委託の是非等を検討し、部局長で決定している。委託業者は入札または見積り合わせにより選定して、毎月の実施状況を確認して、質の検討を行っており、必要により質の改善を指示し確認している。

施設・設備、物品管理は適切である。災害対策マニュアル、事業継続計画書（BCP）を整備し、これに基づいた火災消防訓練、病院の事業継続計画に基づいた総合訓練を実施している。火災や大規模災害を想定した対応体制が整備されており、適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、総合教育センターに事務6名、専任医師1名、専任歯科医師1名、専任看護師2名が配置され、指導医は医師206名、歯科医師3名が育成され、初期臨床研修および専攻医対応を行っている。各研修医には担当のメンターが指名され、研修医の進捗を含めたすべての管理は、基本的には研修先診療科に委ねられている。医師以外の薬剤師、看護師、管理栄養士、診療放射線技師、理学療法士、社会福祉士の初期研修は、ラダーなどを利用してキャリアパスを意識した研修を行っている。一部の職種において初期研修のためのプログラムが作成されておらず、体系的な初期研修システムの構築が望まれる。

医学生をはじめ、看護師、薬剤師、検査技師、療法士、栄養士など多くの職種の学生実習を受け入れている。入院案内などにより、患者へのお願いとして、医学生、看護学生等の教育実習の実施について理解、協力を求めており、実習生が関わる患者には、患者・家族に説明し同意を得ている。学生実習はおおむね適切に行われている。

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	B
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・プライバシーを適切に保護している	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	A
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	B
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	C

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	C
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	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	S
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	B
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	B
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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	B
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	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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	B

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	S
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	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	A
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	C
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	C
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	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	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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2019年 4月 1日～2020年 3月 31日
 時点データ取得日： 2020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： 国立大学法人金沢大学附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 石川県金沢市宝町13-1

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	792	792	+0	85.1	15.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	46	46	+0	62.5	37.1
結核病床					
感染症病床					
総数	838	838	+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)	22	+0
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)	6	+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	+6
人工透析		
小児入院医療管理料病床	29	+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		
特殊疾患病床		
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

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(都道府県), 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 (I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： 34人 2年目： 31人 歯科： 3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

