

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10月19日～10月21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 認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1868年に兵隊假病院として設置され、その後に日本の国際医療協力推進の中心的役割を担う施設として「国立国際医療センター」となり、2010年には高度先進医療を追求する総合病院として「独立行政法人国立国際医療研究センター」と改組している。感染症や免疫疾患の診療に尽力し、さらには都内でも有数の救急医療の実績を残して今日に至っている。また、高度専門医療を実践する他に、医療の国際協力、人材の育成等を通して日本の医療に大きく貢献している。特定機能病院として各分野で活躍している状況が随所にみられ、都民のみならず、広い地域から信頼を得ており高く評価される。今回の病院機能評価の受審を機会にさらなる病院機能の向上に努められ、地域医療に一層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

国立国際医療研究センター病院の理念を「最善の総合医療の提供」と表現し、5項目の基本方針を策定している。これらの理念・基本方針は、病院案内やホームページ等に掲載して院内外の周知に努めている。組織運営では、各種会議を通して病院の方針を示し、課題解決を明確にした病院運営に努めている。病院の幹部職員は、病院全体の問題を的確に把握し、解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも病院長経営会議を通して病院の課題を迅速に検討し、高度な医療の実践、臨床研究、教育の実績を積み重ね成果を挙げている点は評価される。病院運営の意思決定会議として病院運営企画会議が機能し、センターの各施設と連携を図りつつ独立した意思決定を行っている。組織運営の基本は、国立研究開発法人が定める各種規程に則り、効率的な運営が図られている。情報システムの計画的な導入や

活用は、中長期計画に基づき実施している。文書管理については、規程に基づき管理されており適切である。

人材確保については、病院の役割・機能に見合った採用について組織的に取り組んでいる。就業規則など人事・労務管理に必要な規程が整備されている。職員の安全衛生管理では安全衛生委員会を設置し、職員の安全と健康の確保や衛生に関する事項の検討を行っている。職員への就業支援や福利厚生は良好である。

全職員を対象とした教育・研修の計画を作成し、eラーニング研修を活用するなど、全ての職員が受講できるように工夫している。職員の能力開発・能力評価については、業績評価制度が導入され、認定資格の取得支援などが行われており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、必要な内容と分かりやすい文体で明示し、患者・家族および職員に周知され、診療の場面でも適切に擁護されている。説明と同意の方針が策定され、説明と同意書のフォーマットは院内で統一したものが使用されている。患者との診療情報の共有では、院内で作成したパンフレットや動画等を用いて分かりやすく説明している。患者支援体制は、患者サポートセンターに相談支援室やがん相談支援センター、入退院支援センター等を設置して、多様な相談や入退院の支援に取り組んでいる。個人情報についてはマニュアルを整備し、職員に周知するとともに診療や生活上のプライバシーにも配慮している。

臨床における倫理的課題については、臨床倫理委員会で議論され、コンセンサスを得る仕組みが機能している。現場での解決困難事例については、倫理カンファレンスで検討し、臨床倫理サポートチームが介入して支援する仕組みもある。

病院へのアクセスは良好である。院内はバリアフリーが確保され、高齢者や障害者に配慮した環境が提供され、コンビニや食堂、Wi-Fi環境の整備など、利便性にも配慮されている。療養環境は、清潔感があり患者の安全に配慮した手摺りやナースコールが適切に設置されている。各部署では整理整頓が行き届いている。敷地内禁煙を徹底し、禁煙外来も開設されて禁煙活動に積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

意見箱や患者満足度調査等を通して患者や家族からの意見を収集し、必要な対応策を検討して業務の質改善につなげている。病理医・画像診断医が参加するカンファレンスやがんセンターボードなど、多くの症例検討会が活発に開催されている。また、クリニカル・パスについては、バリエーション分析に基づくパス改訂やアウトカム指標の再検討を行っている。病院長、病院幹部を中心に病院全体で業務改善に努めており、医療の質向上委員会では各部署の委員から部署内での課題や改善策の提案がなされ、多くの改善実績を残している。高難度新規医療技術の実施後、診療科からの報告のほかに評価部による能動的なモニタリングを行っている。未承認・適応外使用医薬品は危険性に応じて段階分けした審査を行い、使用後のモニタリングも行っている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。医師は診療録記載指針に則り診療録を作成しており、看護師や他の職種による記録も適切である。退院サマリーの作成や診療記録の質的点検も適切に実施されている。多職種協働の取り組みは、特記すべき点として AYA 世代支援チームによる妊孕性問題等への対応、外国人の経済的な問題、食文化の問題、言語理解の問題等に国際診療部が関与し対応を行っていることなどが挙げられ、各チームがネットワーク良く情報共有して支援していることが患者の回復に繋げており高く評価できる。

5. 医療安全

安全確保の体制として、医療安全管理室を設置して専従医師、看護師等が配置されている。医療安全マニュアルは、全体構成を含めた記載内容を見直し改定が進められている。インシデント・アクシデントの分析と対策立案については、速やかに行う体制が構築されている。また、重要な事例は職員にも共有する仕組みがある。

患者の確認は医療安全マニュアルが整備され、電子カルテ、IDカード、リストバンド、関係書類などで照合されている。医師の処方箋・指示箋の記載要項や医師・看護師による指示出し・指示受け・実施・中止の手順は医療安全マニュアル内に明記され、現場でも適切に遵守している。医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と連携し、薬剤の安全に関する必要な対策を決定し、定期的に手順書の改訂などを実行している。転倒・転落防止については、多職種で構成された「転倒・転落防止対策チーム」による事例検討やラウンドにより組織横断的な活動が行われている。医療機器は医療機器管理システムで一元的な管理が行われ、職員研修も計画的に行われている。患者の急変時に対応する仕組みを構築しているが、夜間・休日については、より迅速に対応できる体制を整備されると良い。

6. 医療関連感染制御

院内感染管理室は室長である専従 ICD と専従 ICN を中心に、多くの兼任 ICD・ICN および薬剤師など多職種で感染対策を行っている。必要な業務執行の権限は病院長から移譲されており、院内感染防止対策委員会がその活動を確認・再評価しており適切である。ICT および AST を編成し、感染リンクナースとともに適切な感染対策業務を行っている。アウトブレイクの判断基準を明記し、全職員が遅滞なく対応できる手順を規定している。JANIS・JHAIS に参加して院外情報をベンチマークとして活用するだけでなく J-SIPHE を主宰して耐性菌情報を発信するなど、感染症対策の中心施設として活動している。

医療関連感染を制御するための活動は、感染予防対策室が主導し、院内ラウンドで遵守状況を確認して指導している。病棟や外来における感染性廃棄物や血液・体液等が付着したリネンおよび寝具類の取り扱いもマニュアルに則って行われている。抗菌薬の使用に関する検討は、国の抗菌薬適性使用のアクションプランを院内に周知し目標としている。抗菌薬適正使用支援チーム (AST) が、薬剤耐性菌対策や、抗菌薬適正使用に関する業務を実践している。有効的な使用に向けての TDM も適切に実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報を地域等へわかりやすく発信するために、法人全体の広報戦略に基づいて病院の広報活動が展開されている。病院広報管理室、病院医療連携広報推進委員会を中心に広報誌の発行やホームページの更新、各部門でのパンフレットなども積極的に作成している。病院の連携広報誌は900名近い連携登録医を中心に幅広く配布されている。患者サポートセンターの医療連携室を中心に地域の医療ニーズの把握や病病連携、病診連携に取り組んでいる。また、関連医療機関とオンラインによる「医療連携の会」を開催し、交流を図っている。地域に向けての医療に関する教育・啓発活動では、地域に向けての市民公開講座や関連医療機関、全国の専門医療機関向けのセミナーや研究会などを多数企画して運営されており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診のために必要な情報は、ホームページや院内掲示などにより提供されている。外来担当医は様々な手段で患者診療情報を入手して適切な記録を作成している。診断的検査の必要性が医学的に判断され、説明と同意の下に施行されている。内視鏡検査等における鎮静は、院内統一のマニュアルに沿って安全に配慮し実施されている。医療相談はMSWや専門・認定看護師等が連携して適切に対応している。入退院支援センターが設置され、各種専門職が予定入院患者に対して、患者情報の把握に努めており、ハイリスク者には早期に介入する体制が整備されている。

医師・看護師の病棟業務や投薬・注射の実施は適切である。輸血・血液製剤投与は、必要な製剤種類と投与量を説明して実施されている。手術・麻酔の適応・術式の検討、術前・術後訪問や合併症予防、周術期の患者管理は適切である。集中治療室などでは、責任医師・主治医・多職種協働により、重症患者の管理が適切に行われている。褥瘡の予防、治療では、特定行為研修を修了した皮膚・排泄ケア認定看護師を中心として、多職種のチーム医療が組織横断的に展開されている。症状緩和については、必要に応じて緩和ケアチームや麻酔科医師が適切に介入している。リハビリテーションは病態に応じて適切に計画・立案され実施に至っている。特にリハビリ施行に伴うリスクを丁寧に説明している点は評価される。身体抑制については、薬剤による鎮静の方針も定め、個別性に配慮した説明と同意のもとで実施されている。入院前から患者の退院後の問題を抽出し、多職種カンファレンスで議論している。ターミナルステージの対応では、多職種カンファレンスによる判断から計画、患者・家族の意向や療養環境への配慮、逝去時の対応など、適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

医薬品安全使用のための業務手順書は定期的に改訂され、手順書に基づいた業務を実施している。夜間休日も含め24時間体制で臨床検査が実施され、迅速に結果が提供されている。放射線診断部では患者の安全に配慮し緊急検査にも十分な機能を発揮している。検査結果は放射線診断専門医が常時100%読影し、非専門医の所見は専門医がダブルチェックしているなど、優れている。栄養管理においては、衛

生的な環境を整備し献立や病態に応じた食形態の工夫などに取り組んでおり適切である。急性期リハビリを提供し、一日も早い離床を図るという明確な目標のもとに実践されている。診療科主治医とリハビリ科医師および療法士らは常に密接に連携して患者情報を共有しており良好である。診療情報管理は、診療記録の量的点検の実施をはじめ適正なDPCコーディングや院内がん登録、臨床指標の作成に積極的に取り組んでいる。医療機器は貸し出し・返却を非対面で行える仕組みが構築されており、保守点検・修繕業務が適切に行われている。洗浄・滅菌業務は、洗浄・組立・滅菌業務は中央化され、ガイドラインに基づいた管理が適切に行われている。

病理診断機能では、検体交差を防止し、多くの病理診断を迅速に実施する体制が整備されている。放射線治療科では専門医と専門技師などに加えて専従看護師が関与して安全な治療と適切な患者のケアを実施している。輸血室では血液製剤の発注・保管・供給業務が適切に行われている。手術・麻酔機能では、麻酔科医によりすべての全身麻酔が適切に管理され実施されている。集中治療機能は、各種集中治療室において多職種が関与し、重症患者の管理が適切に行われている。救急医療機能は、救命救急センターとして国内有数の実績と設備を有し、感染症患者に対応する設備も充実しており、秀でた機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、中長期計画を達成するための年度計画を策定し、運営会議や理事会へ報告し承認を得る仕組みが機能している。各種の財務諸表は適切に作成されている。また、各種統計資料を活用し、経営状況の把握や経営改善に努めている。医事業務の収納は自動精算機を設置して利便性を図るなど、時間外や休日の対応も含め効率的に行っている。未収金の対応をはじめ、レセプトの点検、施設基準の遵守など医事業務は適切に行われている。業務委託は、「業務の委託に関する基準」に基づき管理している。また、委託業務従事者に対する教育や緊急時の連絡体制などが整備され、適切な業務委託が行われている。

施設・設備の管理は建物を含めて計画的な保守管理が行われている。院内の清掃や廃棄物の管理も適切である。物品管理では、薬剤委員会、医療材料管理委員会、医療機器整備委員会において検討する仕組みが機能している。医療材料はSPD方式を取り入れ、使用期限や在庫の管理も適切に実施されている。

災害時の対応では、災害対応マニュアルやBCPを策定し、緊急時や停電時の対応を明確にしている。保安業務は適切である。医療事故発生時の報告から組織的な検討までの体制が確立しており、外部委員を含む医療事故調査委員会も適切に実施されている。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については、初期臨床研修プログラムに沿って実施され、EPOC2のシステムによる相互評価も行われ、充実した研修が実施されている。看護師は1年間の計画的な初期研修を通して看護の実践力を養成している。薬剤師は2年間のレジデント制度で、病院薬剤師としての自立を目指している。臨床検査技師はISO

に準拠した目標に則り教育が実施されている。その他、専門職種の初期研修においては、独自のプログラムやOJTによる教育や研修により、専門職種としての能力を身につける取り組みが行われている。

学生実習は、医学生、看護学生をはじめ、コメディカルなど多くの職種の実習生を受け入れている。病院の基本方針や医療安全、感染制御など病院共通のオリエンテーションを各部門で実施している。各カリキュラムに沿った実習内容であり、実習時の患者・家族との関わり方や実習中の事故などの対応についても明確にされている。

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・プライバシーを適切に保護している	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	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	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	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	B
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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	A
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	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	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	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	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	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	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	A
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	B
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	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	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	S
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	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	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	A
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	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	B
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	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	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： 2021年 4月 1日 ~ 2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022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： 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 厚生労働省

I-1-4 所在地： 東京都新宿区戸山1-21-1

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	699	646	-53	85.4	12.8
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	24	0	-38	0	0
結核病床	22	22	-18	58.8	11.1
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	749	672	-109		

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	32	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+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)	16	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	9	+3
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	25	-2
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
特殊疾患病床	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, DPC対象病院(II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： 32人 2年目： 32人 歯科： 4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

