

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 9 月 19 日～9 月 20 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、1878 年に名古屋衛戍病院として創設され、以後陸軍病院として稼働してきた由緒ある医療機関である。1945 年厚生省に移管され、国立名古屋病院として発足した。当時は岐阜県下呂分院で主な診療を実施していたが、1946 年より名古屋における診療活動を再開し、1960 年に全科の移転を完了した。1979 年に救命救急センター開設し、1995 年には愛知県エイズ治療拠点病院に指定されており、さらに同年厚生省国立病院部広域災害に対する災害拠点病院にも指定されている。そして、1996 年愛知県地域災害医療センターの指定を受け、1997 年には厚生省エイズ治療東海ブロック拠点病院に指定されている。1997 年に心臓血管センターを開設し、2003 年には地域がん診療拠点病院に指定され、2004 年に国立病院機構名古屋医療センターに改称し、現在に至る。診療機能の拡充を図るとともに国や県からも地域の拠点病院としての役割を付与され、地域からも厚い信頼を受けている。

病院機能評価の更新受審にあたり、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審により、貴院が安全でより質の高い医療を提供できるよう機能を向上させ、地域においてますます発展することを心より祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念を掲げ、理念の達成に向け基本方針を定めている。病院幹部職員の権限や責任は、独立行政法人国立病院機構組織規程に定められ、幹部会議で病院運営方針を決定している。独立行政法人国立病院機構中期計画に基づいた「病院目標」を定め、病院を運営し、各部門等でも「部門目標」が立案されている。情報システム

運用管理規程に則り電子カルテ等の情報システムを運用し、「名古屋医療センター文書管理規程」などに従い、文書を管理している。

定められた必要人員を確保しているが、更なる診療体制の強化が期待される。人事・労務は、「独立行政法人国立病院機構就業規則や給与規程」等に則って管理されている。産業医が職場を巡視し、安全衛生委員会が毎月開催されている。職員の意見を集約し魅力ある職場づくりに努め、職員の就労も支援している。

医療安全や感染対策などの研修が、職員研修年間計画に従い実施され、業績評価制度は個人目標を定め、評価者との面接や自己評価を行い、前期と後期に評価している。

基幹型臨床研修病院として研修医を育成しており、看護部や医療技術部門等では、各部門の新人教育プログラムに沿って研修を実施している。実習の受け入れ窓口は管理課が担い、学生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、医療における子ども患者憲章と共に公表している。説明と同意に関する方針を明文化しており、同意書の書式も医療情報管理委員会で承認・管理され、「患者の権利と責務」「患者・医療者のパートナーシップについて」の方針を定め、患者参加を推進している。年間 35,000 件を超える相談に看護師をはじめ社会福祉士、認定がん専門相談員など多職種で対応しており、「虐待・DV 防止対策に関する院内対応マニュアル」も整備している。個人情報保護規程を作成し、運用手順が明文化され、適切に個人情報を取り扱っている。「臨床倫理に関する規定」を定め、臨床倫理指針を明確にしており、現場では課題について倫理カンファレンスで検討している。解決できない問題は、倫理審査小委員会メンバーによる臨床倫理サポートチームや外部委員も参加する倫理委員会での検討されている。

病院へのアクセスする多様な交通手段が整備され、外国人も含め療養環境の安全性や快適性に配慮している。院内は清潔な環境が整備され、プライバシーにも配慮している。全館、敷地内禁煙としており、禁煙外来を週 2 日開設し、職員、外来・入院患者の禁煙教育を行っている。

4. 医療の質

TQM 活動推進委員会が中心となり、各部署での活動や部門横断的な取り組みを進めている。検査部門など ISO の認定を受けており、輸血部門は I&A の認証も受けている。毎月 M&M を開催しており、CPC も年間 3 回から 4 回開催され、クリニカル・パスも活用している。また、国立病院機構（NHO）が進めている臨床指標事業に参加している。入院・外来満足度調査が毎年度実施され、意見箱も活用し医療サービスの質向上に向け取り組んでいる。高難度新規医療技術に限らず、新たに導入する医療技術は、高難度新規医療技術評価委員会での審議を経て導入されており、臨床研究審査委員会では法律家など 5 から 6 名の外部委員が参加し、申請された研究を審査している。

外来には各部門・部署の責任者を掲示し、病棟でも医師・看護師・薬剤師・MSW等の責任者を表示している。電子カルテを導入しており、退院サマリーは退院時には完成させる取り決めとし、診療情報管理委員会が中心となり診療録を点検している。病棟では多職種カンファレンスを定期的に開催し、患者の状況に応じて、治療方針やケアの方向性などを検討している。

5. 医療安全

医師が医療安全管理部長を務め、医療安全管理部に看護師である医療安全管理者2名を専任配置し、医薬品安全管理責任者や医療機器安全管理責任者等も専任配置している。

アクシデント・インシデント報告など収集・分析され、医療安全管理マニュアルや医療事故発生時対応マニュアルに医療事故発生時の対応手順を定めている。

「患者確認の原則」に従い誤認防止対策を実践し、マーキングによる手術部位確認、手術時のタイムアウトなど実施している。処方・指示などは電子カルテシステムを用いて出され、医師の指示出しや看護師の指示受けから実施までの手順は適切である。ハイリスク薬など適切に管理されている。「転倒・転落マニュアル」が整備され、リスクを評価しており、評価結果に基づき看護計画を立案している。転倒・転落発生時には、「転倒・転落フローチャート」に則り対応している。人工呼吸器等の主要な医療機器の使用マニュアルが整備され、院内共有WEBにより研修動画も常時閲覧できる環境を整備している。院内緊急コードとして「コード・ブルー」が設定され、対応フローを各部署に掲示し、職員手帳にも掲載している。全職員対象にしたBLS研修を計画的に実施し、ICLS研修も院内で実施されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御対策室が設けられ、室長が院内感染管理者を務める。感染制御対策室にはICDのほか、専従の感染管理認定看護師や抗菌化学療法認定薬剤師、臨床検査技師などが配置されている。院内感染管理委員会を毎月開催し、感染対策チーム

(ICT)や抗菌薬適正使用支援チーム(AST)も組織され、病院感染対策マニュアルが作成されている。各種薬剤耐性菌サーベイランスを行い、JANISに参加している。ICTは週に1回院内をラウンドし、結果を部署にフィードバックしており、感染制御へ向けた情報収集と検討を行っている。

「院内感染対策マニュアル」が整備され、標準予防策および感染経路別の予防策を実践している。手指衛生の徹底に向け取り組み、個人防護具も適切に使用している。感染性廃棄物の分別、保管、搬送について取り決めており、血液や体液が付着した汚染リネンなどの取り扱い手順も定めている。抗菌薬適正支援プログラムを作成し、ICT・ASTは抗菌薬に関するコンサルテーションを常時受けている。アンチバイオグラムを作成し、年1回更新し、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

広報は企画課が担当しており、広報委員会で広報誌の発行計画を立てている。

NMC ニュースや NMC リサーチ発行し、地域に向けてわかりやすく情報を発信している。また、医療連携ガイドブックで診療概要等を連携医療機関に周知している。病院ホームページも企画課が担当し、診療実績など掲載している。地域連携業務を地域医療連携室が担い、地域連携登録医や地域連携システムである金鯨メディネットへの参加医療機関を募り、多くの医療機関が金鯨メディネットを利用している。また、オンライン予約システムを導入し、受診予約や検査予約を受けている。地域医療連携室を中心となり医師も同行し、連携先医療機関への訪問を実施している。地域の健康増進に寄与する活動として、年 2 回の市民公開講座を開催しており、約 100 名が参加している。患者や地域住民薬 800 名を登録している「金鯨友の会」では健康講話会を年 2 回開催程度している。また、各診療科の特徴を発信する金鯨地域医療セミナーを 2 カ月に 1 回開催程度し、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行い、地域医療への貢献を多職種で行うなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報が地域に発信され、外来では侵襲的な検査を含め適切に診療を行っている。入院診療計画書は多職種で作成しており、各種医療相談にも対応している。入院前から入院生活の説明がなされ、入院時にもオリエンテーションを実施している。

診療マニュアルが整備され、それに則り医師は病棟業務を行い、看護師は看護業務指針、看護基準・手順に準じ、看護を提供している。病棟薬剤師が配置され、薬剤を適切に使用しており、輸血血液製剤も安全に投与されている。周術期の対応は適切であり、ICU など活用し重症者を管理している。褥瘡の予防・治療を適切に行っており、栄養管理と食事支援も適切である。「緩和ケアマニュアル」が整備され、緩和ケアチームや AYA サポートチームも組織するなど、多岐に渡る症状緩和への取り組みは高く評価できる。主治医がリハビリテーションの必要性を判断し、療法が実施されている。「身体拘束最小化チーム」を立ち上げ身体拘束の最小化に努め、入退院支援センターは入院前から退院を支援している。継続が必要な診療・ケアについて、入院中から検討し、在宅療養や外来での継続看護に移行している。終末期の定義や判断基準は「適切な意思決定支援に関する指針」に準じ対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門で注射薬を 1 施用ごとに取り揃え、全ての抗がん薬も調製・混合している。検体検査の結果を通常 30 分から 60 分で報告しており、精度管理も実施され、パニック値を必ず医師に伝達する仕組みが整備されている。必要時に画像診断を行う体制を整備している。食事は HACCP マニュアルに従い提供されており、専門性の高い急性期のリハビリテーションを実施している。電子カルテが導入され、診療録は 1 患者 1ID で一元的に管理しており、臨床工学室で医療機器を一元管理している。洗浄・滅菌業務の責任者は手術室看護師長が務め、委託スタッフが業務を担当

している。

症例検討会やCPCを開催し、病理診断機能を適切に発揮している。放射線治療専門医2名が在籍し、診療放射線技師、放射線治療品質管理士らとともに放射線治療を行っている。血液内科の医師が輸血業務を監督し、担当者を2名配置している。ISOに加えI&Aの認証も受け、秀でた輸血・血液管理機能を発揮している。安全対策を実践し、手術・麻酔機能を適切に発揮しており、ICUはセミクローズ方式で運営され、集中治療機能を適切に発揮している。救急患者の受け入れに努め、年間10,000台以上の救急車を受け入れており、秀でた救急医療機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は経営企画室が担当し、年度予算が作成され、会計処理は病院会計準則、国立病院機構会計規則に基づいて行われている。医事業務は企画課が所管し、受け付け業務を委託している。企画課が業務委託を担当しており、委託業者は幹部会議で決定され、業務の実施状況を担当部署で点検し、毎年委託業者の評価もなされている。

企画課施設管理係が、電気、空調、給排水、医療ガス設備などの管理や日常点検を行っており、ボイラーの運転は業務委託している。物品購入管理は企画課が担当し、医療材料委員会での検討を踏まえ購入しており、高額医療機器の購入は医療機器等整備委員会で検討している。

災害と新型インフルエンザ等の感染症について事業継続計画を策定し、災害対策マニュアル等も整備されている。地震発生時や火災時のフローチャートを職員手帳に明記しており、火災避難訓練や多数傷病者の受け入れを想定した訓練も実施している。保安業務を委託しており、警備員が24時間配置され、事務職員が時間外・休日の管理当直を行っている。緊急時の連絡体制を確立し、警備日誌および当直日誌より保安業務の実施状況を把握している。

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	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	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	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	A
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	A
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	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	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	S
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
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	B
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	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	S
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	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	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	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 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： 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1

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	618	600	+0	74.6	12.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	38	0	+0	0	0
結核病床					
感染症病床					
総数	656	600	+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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+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)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	10	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	44	+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		
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, 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(DPC特定病院群)

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： 14 人 2年目： 14 人 歯科： 0 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

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

①-② 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	1,042.25	1,090.40	1,120.56	95.58	97.31
1日あたり外来初診患者数	87.46	86.71	83.76	100.86	103.52
新患率	8.39	7.95	7.47		
1日あたり入院患者数	449.03	448.40	441.38	100.14	101.59
1日あたり新入院患者数	37.21	36.01	36.82	103.33	97.80