

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8月8日～8月9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、1896年に「札幌衛戍病院」として開設され、1945年に「国立札幌病院」と改称、1968年に「北海道地方がんセンター」を併設、2004年に独立行政法人に移行した機会に「北海道がんセンター」と名称変更して現在に至っている。がんに関連する疾患のみならず一般診療科の機能も擁して札幌市を中心に、広く道民に利用される開かれた病院として現在に至っている。がん診療については多くの実績を重ねてきた経緯があり、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受け、集学的がん治療の推進に努めている。また、がんゲノム医療センターを新設して最新のがん治療の充実を図るなど、積極的な医療活動が随所に見られる病院である。組織運営では、チーム医療が活発であり、各部門、部署が良好に連携して病院経営の効率化を目指している点が評価される。今回の病院機能評価の受審を機会として、さらなる医療の質と病院機能の向上に努められ、日本の医療に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

病院の理念を「私たちは、国民の健康のために、良質で信頼される医療の提供に努めます」と定め、基本方針は、患者の権利、職員にとっても魅力ある病院づくりなど6項目の具体的な内容を表現している。病院運営における意思決定機関の幹部会議が機能し、決定事項は運営会議で報告され職員に周知されている。幹部職員は積極的に委員会等に参加し課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。各部門・部署の目標管理については課題解決に向けた具体的な数値を示した目標管理の実践が望まれる。また、診療情報データの利用については、申請の手続きなどにつ

いて見直した取り組みを継続されたい。医療情報システムの改訂後の文書管理システムが導入準備中であり、早期導入と活用が望まれる。病院機能に必要な人材はおおむね確保されており、人材確保の努力も行われている。労務管理ではICカードによる職員別の時間外労働の把握も行われている。健康診断は全職員の健康診断の確実な実施と非常勤医師についても健康診断結果の把握が望まれる。職員の意見・要望の収集は「病院長への提言箱」を設置し把握に努めている。医療安全に関する研修は医師の受講率の向上に向けた取り組みが期待される。職員の能力評価・能力開発は適切に行われている。専門職種に応じた初期研修では、計画的な実施の充実に期待したい。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」が6項目の内容で明文化され、子どもの権利についても明示し権利擁護の取り組みが実践されている。説明と同意については、同意に関する手順を明確にして同意書が必要な診療行為の範囲を明確にしている。また、病院の特性を踏まえ「ACPを活用した意思決定支援のガイドライン」を作成し患者参加を促す取り組みを始めている。倫理課題への対応では「倫理委員会規程」と「倫理的課題の検討フローチャート」が作成されており今後の活用が期待される。相談支援の窓口として患者総合支援センターを設置し、わかりやすく案内している。がん相談を主として、社会福祉相談や就労相談のほか医療事故相談、入退院支援にも関与して多様な相談に対応している。がん患者の情報提供や相談支援の充実に努めており高く評価される。個人情報に関する規程、保護に関する基本方針等を定め、個人情報の取り扱いについてホームページや院内掲示を利用して案内している。交通アクセスは、ホームページ等により案内し、駐車場、タクシー乗場等を整備して、通院患者などの利便性を図っている。院内には、売店、パン屋、レストラン、理容等を整備し、外来ホールや病棟デイルームではWi-Fi環境も整備している。清潔性、快適性に優れ、プライバシーも保護され、安全で衛生的な療養環境が堅持されている。受動喫煙の防止では、職員の喫煙率が極めて低く意識の高さがうかがえた。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みとして、医療の質改善推進委員会とその下部組織であるTQM活動推進委員会が中心となってTQM活動に取り組んでいる。近年の活動では感染性廃棄物の廃棄ルールを見直し、経費削減を実現した事例などがある。また、診療の質の向上に向けた取り組みでは、多職種カンファレンスなど、多くのカンファレンスを開催し情報共有を図っている。特に毎週開催するがんボードには、毎回50名以上の医師が参加しており特筆に値する。基本的な臨床指標を把握し、国立病院機構で定める評価指標のベンチマークを行い、院内で共有して診療の質向上に活用している。患者・家族等からの意見・要望は、意見箱、患者総合支援センターの相談窓口のほか、毎年、国立病院機構にて一斉に行われる患者満足度調査により収集している。新たな診療・治療方法や技術を導入では、「倫理的課題の検討フローチャート」を定め、倫理性・安全性の見地で審議のうえ承認後に導入

する手順である。臨床研究の同意取得のためのオプトアウトは速やかに公開することが望まれる。また、診療記録の質的点検は点検診療記録の数を増やして実施することを望みたい。院内には多職種で構成された多くの専門チームが積極的に活動している。臨床現場からの依頼に加え、チーム回診によりカンファレンスでの検討や専門的介入が行われている。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全管理規程に基づき安全管理体制を確立している。医療安全管理者は部署のラウンドを実施し、現場の状況を把握している。事例が発生した際は、医療安全管理委員長に相談している。事例の内容によっては緊急に委員会を開催または病院長へも随時報告される仕組みである。インシデント報告件数は提出が少ない職種がみられる。安全意識を向上させるためにもインシデント報告を増やし職員全体で取り組むことが望まれる。部位誤認防止対策は、安全マニュアルにマーキングの義務付けは記載されているが、具体的な手順については各診療科に任されている。職員が共通に理解するためのマーキング手順の徹底と周知が望まれる。口頭指示では薬の容量を示すためのmg、mlなどの単位を示した書式に変更することが望ましい。転倒・転落防止対策は入院時に全患者にリスクアセスメントを行って予防策を実施し、入院3日目や状態の変化等があった場合に再評価し対策を講じている。院内緊急コードは設定され、心肺蘇生研修は全職員に実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室には、感染症内科医のICDが配置され、感染管理認定看護師が専従の担当者として活動している。院内感染対策委員会は、病院長が委員長であり、その下に感染対策チーム部会、リンクナース部会、リンクドクター部会があり、多職種による組織横断的な医療関連感染対策が実践されており評価できる。ICDが中心となって毎日カンファレンスが行われている。SSIサーベイランスやCLABSI、CAUTIの結果を分析し、リンクドクターとのカンファレンス等でフィードバックしている。抗菌薬の使用について、「抗菌薬適正使用の手引き」が整備され利用されている。ICDが参加するICTやASTにより、血液培養陽性、耐性菌検出例等の情報を共有し速やかに介入している。ASTラウンドでは抗菌薬の長期投与例とカルバペネム系薬剤使用症例のカルテレビューを行い、ICDが使用医師に対して、変更、終了、De-escalation等を推奨している。医療関連感染を制御する活動は、感染管理者とリンクナースにより手指衛生の直接観察を実施する取り組みがあり、感染対策を強化している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの情報発信は広報委員会が担当しており、広報誌、ホームページを中心に多様な内容を提供している。広報誌を年3回発行し、がん診療を始めとする病院情報を発信している。ホームページは、来院患者への案内、診療科や部門の紹

介、病院の特徴などの様々な情報を掲載しているが、一部について内容の更新が遅れている。広報内容を積極的に確認し速やかに更新するなど、能動的な対応が望まれる。他の医療関連施設等との連携は、地域医療連携室が担当し、地域をはじめ広く道内の医療機関からの紹介受診などの前方連携に取り組んでいる。連携機関からの紹介率は80%を超え、逆紹介率も高い。継続的な治療、緩和医療など連携機関が受け入れ可能な疾患を考慮して、きめ細かな連携と退院支援に繋げている。紹介元への返書については、連携室で全例を確認し徹底した返書管理が行われている。地域住民に向けた教育・啓発活動として、1983年から通算42回の実績を有する「北海道がん講演会」を毎年開催している。地域の医療関連施設等の医療従事者に向けたセミナーや研修会では、医師を対象とした症例検討会、病院の特徴に掲げているがん相談員研修、がん看護研修、がん登録研修などが開催されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報等はホームページや院内掲示により案内している。外来担当医は必要に応じて他の診療科へコンサルテーションしている。診断的検査は安全に配慮して実施・観察を行っている。入院診療計画書は患者の個別性を反映した文章であることが望ましい。医療相談は社会福祉相談やがん相談のほか、がん体験者であるピアサポーターが不安や悩みに対応しており評価される。栄養管理については、毎日管理栄養士が病棟をラウンドし、直接患者の喫食状況を確認している。医師と病棟スタッフとのカンファレンス日が設定され実施されていることは評価できる。病棟看護師は入院時のアセスメントにより個別性に合わせた看護を実践している。薬剤管理指導記録や看護記録および医師指示等を電子カルテで共有し、安全な投薬を行っている。周術期は多職種が連携して安全管理を行い、周術期合併症に応じた予防策を講じている。重症患者には、HCUや重症室を用いて病状に応じた診療・ケアを多職種で提供している。褥瘡ケアマニュアルを整備し、専従の皮膚・排泄ケアの認定看護師を中心に褥瘡対策に取り組んでいる。身体拘束については、身体拘束の最小化に向け「身体的拘束最小化チーム」の設置が望まれる。退院支援への取り組みは、患者・家族の意向に添いながら、関係職種や関係機関と連携して実施している。ターミナルステージの判断はフローチャートに従い多職種でカンファレンスを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査を含め調剤や注射薬調製が適切に行われている。また、抗がん剤注射薬、移植患者の全薬剤を薬剤師が無菌調製している。臨床検査機能は水準の高い検査機能が発揮されている。画像診断部門は24時間体制で緊急性の高い読影依頼についても全例対応しており評価される。栄養管理機能では、衛生的な厨房環境が保持され、化学療法患者への特別食の工夫もあり、患者の特性や嗜好に応じた対応が行われている。リハビリテーションは、がんによる様々な状態に応じたリハビリテーションを実施している。診療情報管理は、診療記録の量的点検は全退院患者について行うことを継続されたい。洗浄・滅菌機能は、看護師長が委託業

者と連携し適切に行われ、滅菌物は清潔に保管し各部署へ払い出している。医療機器は安全に使用できるよう年間計画に基づき点検されている。病理部門は充実した人員体制で診断を実施し、伝達エラー回避に努め、細胞検査士の育成にも貢献している。放射線治療部門は、IMRT などの高精度放射線治療も行っており評価できる。輸血管理部門は製剤の保管管理・供給と記録を適切に行っている。手術部門では入室から退室まで麻酔科医の管理のもと安全に配慮し術中管理を行っている。HCU には必要な設備を備え、多職種が関与し術後患者を中心に重症患者を収容している。救急部門は主に自院通院中の患者の症状悪化に対応し、初療後は診療科に引き継いでいる。

10. 組織・施設の管理

独立行政法人会計基準および独立行政法人会計基準注解にもとづいて「予算実施計画」「収支計画」および「資金計画」を作成している。会計監査は内部監査を受けるとともに、税理士法人や会計監査人による外部監査を受けている。収支分析と経営改善活動については月次決算評価会議にて経営達成状況等の検討を行い経営改善に努めている。医事業務は、返戻・査定への対応として診療報酬検討委員会で検証して再審査請求に繋げている。未収金対策としては、マニュアルを整備し、定期的に督促を行い回収に努めている。施設基準の対応では、職員の入退職や届出要件を確認して自己点検が行われている。委託業者の選定は、「契約に関する業務フロー」に従い、契約審査委員会にて決定している。委託業務の実施状況については、会議や業務日誌などにより確認し、問題発生時は速やかに対応している。高額医療機器の購入は幹部会議で検討され、医薬品の購入は薬事委員会で採用の可否を検討している。また、診療材料、医療消耗品等は、診療材料委員会で審議し決定している。施設・設備の管理については、年次保守計画表に基づき管理している。廃棄物は施錠管理され、感染性・非感染性に分別され適切に管理されている。災害対策として自家発電、3日分の食糧、飲料水が備蓄されている。災害訓練は夜間を想定した訓練を行っている。保安業務は防犯用監視カメラの設置、緊急時の連絡体制掲示など防犯に備えた管理が行われている。

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	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	S
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
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	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	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	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	B
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	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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	B
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	B
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	B
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	B
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
-------	---------------	---

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 5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 北海道がんセンター
- 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 : 北海道札幌市白石区菊水4条2-3-54

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	430	430	+60	72.4	12
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	430	430	+60		

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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	4	+4
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	2	+0
無菌病室	5	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
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	26	+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 :

がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 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: 人 2年目: 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

