

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 1 月 30 日～1 月 31 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、2010 年 3 月に国立病院機構の 2 病院が統合して開院し、「まいにちから、まんいちまで。」などのブランドプロミスを掲げ、救命救急センターを有する急性期医療から、結核や神経難病、認知症や重症心身障害などの政策医療に至るまで積極的に取り組んできた。その間、医療情勢の変化や地域の医療ニーズに対応するため、診療科の増設や病床再編成、高機能医療機器を配備し、地域医療支援病院や災害拠点病院など多くの指定を受けた。これらの取り組みは、国および地域の医療状況に対応した病院長ほか幹部のリーダーシップの下、職員の弛まぬ努力によるものであり、高く評価したい。また、臨床研修病院として医師の育成や多職種の実習生を受け入れて人材育成に努め、さらに、地域の医療啓発活動にも多岐にわたって尽力している。災害拠点病院として DMAT や医療チーム等を派遣するなど、災害救護活動にも従事している。

病院機能評価の更新受審にあたり、機能向上への努力や組織活動の充実など、優れた取り組みが随所に確認できた。今回の受審が、医療機能の標準化や運営強化に向けた継続的な活動の一助となることを願い、貴院が今後ますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と方針およびブランドプロミスに従い、病院長や幹部職員は課題を明示し、職員に周知している。病院の意思決定は幹部会議で行い、決定事項は管理会議や院内 LAN 等で確実に周知している。中期計画に基づく年次計画や部門計画、個人目標を設定し、職員個々のモチベーション向上に取り組んでいる。病院の情報管理は適

切であり、機械的・技術的な保護に努めている。病院の様々な文書の管理を管理課で定め、各文書は常に検索・閲覧が可能である。

医療法や施設基準等に定める必要人員を確保しており、労務管理も適切である。安全衛生委員会を毎月開催し、職員の衛生管理や作業環境管理を検討している。また、職員の意見・要望に対応する仕組みがあり、福利厚生も充実している。職員の教育・院内研修は適切である。職員の資格取得への支援や個人の能力を開発する継続的な教育プログラムを作成している。初期研修医の育成や多くの実習生の受け入れなど、教育体制も充実している。

3. 患者中心の医療

患者および小児患者の権利を明文化し、来院者や職員に周知している。説明と同意の方針・基準・手順等マニュアルを整備し、患者参加を促進するために患者・医療者双方が情報を共有している。患者や家族へは患者相談窓口で多様な相談に対応し、相談内容に応じて多職種・他部門等と連携している。個人情報保護については、方針を明確にしており、患者情報の漏洩防止に努めている。また、「まいにちから、まんいちまで。」の病院の特徴に合わせ、主要な倫理的課題の方針が明確であり、医療現場で日常的に発生する倫理課題等には、多職種カンファレンスや倫理コンサルテーションを設けて誠実に対応している。

患者が安心して治療できる環境が整っており、来院に必要な駐車場の確保をはじめ、患者・家族が快適に過ごせるよう配慮している。療養環境においては、診療・ケアに必要な場所や癒しのスペースも整備している。敷地内は禁煙であり、がん診療連携指定病院として教育活動も行っている。

4. 医療の質

業務の質改善については、QC活動推進委員会で課題を設定して毎年取り組んでいる。症例検討会を各科および複数合同のカンファレンスのほか、CPC、初期研修医症例報告会等を開催している。臨床指標の設定および評価、質向上への活用を担当する部門としてクオリティマネジメント室を新設したところであり、今後の充実と成果に期待したい。患者の意見・苦情等は、意見箱や相談窓口から収集し、院内掲示によりフィードバックを行っている。新たな診療・治療や技術の導入、薬剤の適応外使用に関しては、倫理審査委員会において審議・承認する仕組みである。今後、ロボット支援手術の導入を予定しており、安定稼働に向けた体制の整備を期待したい。

病院責任者や病棟責任者、担当医や担当看護師は明確になっている。診療記録は規程に則り、電子カルテに各職種が適切に記載し、質的点検も毎月一定数で確実に実施している。病棟では多職種でカンファレンスを開催し、多職種で患者情報を共有しており、組織横断的に協働して診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理室を中心に、医師や看護師、薬剤師、事務職員等 52 名を医療安全管理推進担当者として配置し、タイムリーな情報共有と対策の実施を行っている。また、アクシデント・インシデントの基準を設け、タイムリーな報告と情報収集が可能な体制を確立している。医療事故発生時の対応手順は明確で、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みを整備している。

外来および入院における患者確認や検体・部位確認は、2 識別子の方法を導入しており、誤認予防対策は医療安全マニュアル内に明記されている。医師の指示出し・指示受けは、確実に確認のうえ実施しており、口頭指示は原則受けないが、やむを得ない場合は専用の用紙を用いている。薬剤は安全に配慮した使用・保管に努めている。転倒・転落防止については、入院前からパンフレットにより啓発し、全患者を対象に継続的なリスク評価を実施している。医療機器は、医療機器安全管理責任者が中心となり、定期的に学習会を主催している。患者の急変時には、院内救急体制として RR チームと院内ホットラインを設定しており、救急カートの設置や院内研修会の開催など、急変時に対応できる体制を構築している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向け、病院長直轄の感染対策室を設置し、専任 ICD、専従 ICN、薬剤師、臨床検査技師の多職種で ICT、AST を構成しており、週 1 回のミーティングとラウンドを実施し、現場へのフィードバックなど、実効性のある活動を行っている。感染に関する情報収集を行い、院内の分離菌・薬剤感受性・耐性菌発生状況の分析と対策を講じている。SSI と CLABSI のサーベイランスを行っている。地域の医療機関との情報交換も行っている。

医療関連感染を制御するための活動は、院内感染防止対策委員会が中心となり、手指衛生に関するポスター各部署への掲示や、ICT リンクを活用した手指衛生と使用量のモニタリングを実施している。抗菌薬使用については、抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、AST は抗菌薬使用状況をモニタリングしている。逸脱した症例に対しては AST が介入・指導を行っている。手術時における予防的抗菌薬投与は、術式ごとにガイドライン推奨の抗菌薬を使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービス等の広報は広報委員会で取りまとめ、広報誌やホームページで情報を発信している。地域住民に向けては、診療内容やイベントなどを掲載した広報誌「山の手だより」を発行し、地域の医療機関や介護施設に向けては「れんけい NEWS」を定期的に発行している。病院指標はホームページで公開しており、地域等へ適切に情報を発信している。地域医療支援病院として地域の医療関連施設と連携し、登録医大会や研修会を通じて情報を把握している。紹介・逆紹介はシステム化され、手順書を整備している。医療機器の共同利用や地域包括ケア病棟の利用など、在宅復帰を据えた後方連携にも努めている。

地域の市民に向けて健康講座を開催している。市内および近郊の企業、団体、学校など地域住民に向けて出前講座を企画し、51 講座の中から選択ができるよう工夫している。「いきいき三角山フェスタ」を毎年開催し、ステージイベント、体験コーナー、健康相談など、病院が身近に感じられるよう取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に診察を受けることができ、外来患者の情報は問診票で収集し、電子カルテ上において共有している。入院前は入退院支援センターで種々のリスク評価を行っている。診断的検査については、医師が必要性を判断し、説明と同意取得を行い、安全に配慮して検査を実施している。入院の決定は、医師の医学的判断に基づいており、入院診療計画には多職種が関わっている。多種多様の医療相談に対応し、毎週のカンファレンスで情報共有を行っている。患者は円滑に入院でき、入院前支援は充実しており、高く評価できる。

医師は毎日診察・回診するなど病棟業務を適切に行っており、看護師は入院前の患者情報やスクリーニングやリスク評価を行い、看護計画を立案している。内服薬・注射薬の投与は薬剤師の関与の下、確実・安全に実施している。輸血・血液製剤の投与は、マニュアルに則り観察も含め適切に実施している。周術期の対応については、術前カンファレンスでの検討、リスク評価、病室訪問等、麻酔科医・手術室看護師が患者の状態を把握している。重症患者の管理は医師の判断に基づき、必要に応じ ICU や各病棟の重症患者用個室に収容している。全入院患者対象に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡予防治療計画や皮膚科医を含む褥瘡対策チームが活動している。また、栄養に関する様々なリスク評価を行い、安全な食事と栄養管理に努めている。さらに、がん患者の苦痛・非がん患者の苦痛に対し、適切に対応している。リハビリテーションは、必要性和リスク等を患者・家族へ説明し、同意を得て入院早期から安全に実施している。

身体抑制の際は、医師が説明と同意を行い、多職種で拘束の最小化および早期解除に向けて取り組んでいる。入院前から退院支援の必要な患者抽出を行い、必要な患者に継続した診療・ケアや、入院前・退院後訪問も行っている。ターミナルステージの対応は、緩和ケアチームと連携して患者や家族の意向を尊重・確認して行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、持参薬管理など、手順に則り確実に行っている。臨床検査は、検体の誤認防止に配慮し、精度管理も適切である。今後、報告体制の更なる整備を期待したい。画像診断機能は、24 時間体制でタイムリーな撮影体制である。調理室は清潔・不潔区域を明確に区分し、嗜好調査等に基づき美味しい食事を適時・適温で提供するよう努めている。リハビリテーション機能は、プログラムに沿って入院早期から開始している。診療情報は、診療情報管理室において一元管理しており、量的点検は全退院患者に対し実施している。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどの医療機器の保守点検は、メーカー

の推奨する点検とアドバイスを心得て実施している。洗浄・滅菌の設備機器は、物理的・化学的・生物学的インディケーターを採用し、安全に運用している。

病理診断機能については、検体交差防止に配慮した業務手順で、精度に配慮しつつ診断を行っており、術中迅速診断にも全件対応している。輸血・血液管理機能における輸血製剤の発注・保管・供給・返却や緊急輸血への対応は確実にいき、廃棄率改善にも努めている。全身麻酔や緊急手術にも対応し、術前後、術中の一連のプロセスは適切であり、薬剤師・臨床工学技士も関与して手術機能を発揮している。集中治療機能は、ICU および救命救急センターが担っており、集中治療科医師が中心となり、他診療科・他職種と密接な連携を行っている。また、救急部門は、救命救急センターとして専従専門医を配置し、多職種の協力体制を構築して地域からの救急搬送を積極的に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

病院財務会計は、独立行政法人会計基準で管理し、予算は法人本部で編成・執行管理しており、執行状況は毎月の管理会議で報告のうえ全職員に周知している。適切な会計監査も受けている。レセプトは効率的な点検を行っており、返戻・査定情報について原因分析・対策・評価などの対策を講じている。また、未収金対応の手順も明確である。委託業務は、契約内容の検討・委託業務の効率性を評価している。委託業者の選定は、一般競争入札方式により実施・選定している。

施設・設備は日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。感染性廃棄物の最終保管場所の管理・運用については、引き続き適切に取り扱うことが望まれる。医薬品、診療材料、医療機器などの購買は、委員会等を通して適正なルールの下に行っている。診療材料はSPD方式を導入している。災害拠点病院として、防災計画や災害マニュアル、BCPを整備し、緊急時の責任体制も明確にしている。保安業務は24時間の管理体制であり、毎日定時の院内巡視を実施し、休日・時間外の出入口の施錠管理や来院者の確認、トラブル等への対応に努めている。

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	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	B

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	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	B

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	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	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	S

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	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	NA
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	
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	B
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	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	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	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 B

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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター

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： 北海道札幌市西区山の手5条7-1-1

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	582	582	+0	62.3	18.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	40	+0	47	33.1
結核病床	21	21	-29	36.7	66.8
感染症病床					
総数	643	643	-29		

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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+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)		
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	+0
小児入院医療管理料病床	40	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	45	+3
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	219	+5
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, 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： 9 人 2年目： 9 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

[illegible]

2. 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		552.40	540.00	503.21	102.30	107.31
1日あたり外来初診患者数		29.31	23.25	19.09	126.06	121.79
新患率		5.31	4.31	3.79		
1日あたり入院患者数		428.42	424.10	351.32	101.02	120.72
1日あたり新入院患者数		21.73	19.97	18.38	108.81	108.65