

自己点検評価書

令和3年1月

国立大学法人金沢大学附属病院

(注) 本評価項目等は、公益財団法人 日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価に適用される「病院機能評価 機能種別版評価項目 一般病院3 <3rdG:Ver. 2.0>」によるもので、認定更新のための審査受審に向けて自己評価を実施したものです。

■各項目の評価について

各項目の自己評価は次の4段階で表している。

S：秀でている

A：適切に行われている

B：一定の水準に達している

C：一定の水準に達しているとはいえない

目 次

1 患者中心の医療の推進

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

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
- 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
- 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

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
- 1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている

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
- 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

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
- 1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる
- 1.5.3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる
- 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

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
- 1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている
- 1.6.3 療養環境を整備している
- 1.6.4 受動喫煙を防止している

2 良質な医療の実践 1

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
- 2.1.2 診療記録を適切に記載している
- 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

- 2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している
- 2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している
- 2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している
- 2.1.7 医療機器を安全に使用している
- 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している
- 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
- 2.1.10 抗菌薬を適正に使用している
- 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
- 2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている

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
- 2.2.2 外来診療を適切に行っている
- 2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している
- 2.2.4 入院の決定を適切に行っている
- 2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している
- 2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している
- 2.2.7 患者が円滑に入院できる
- 2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている
- 2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている
- 2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している
- 2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
- 2.2.12 周術期の対応を適切に行っている
- 2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている
- 2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている
- 2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている
- 2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている
- 2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している
- 2.2.18 安全確保のための身体抑制を適切に行っている
- 2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている
- 2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
- 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

3 良質な医療の実践2

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
- 3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している
- 3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している

- 3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している
- 3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している
- 3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している
- 3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している
- 3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している
- 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
 - 3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している
 - 3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している
 - 3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している
 - 3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している
 - 3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している
- 4 理念達成に向けた組織運営**
 - 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
 - 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
 - 4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている
 - 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
 - 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
 - 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
 - 4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている
 - 4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている
 - 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
 - 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
 - 4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている
 - 4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
 - 4.3.4 学生実習等を適切に行っている
 - 4.4 経営管理**
 - 4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている
 - 4.4.2 医事業務を適切に行っている
 - 4.4.3 効果的な業務委託を行っている
 - 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
 - 4.5.2 物品管理を適切に行っている

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
- 4.6.2 保安業務を適切に行っている
- 4.6.3 医療事故等に適切に対応している

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

- 患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者の権利の内容
- 患者の権利の明文化
- 患者・家族、職員への周知
- 権利擁護の状況
- 患者の請求に基づく、診療記録の開示状況

👉 本項目のポイント

- ◇患者の権利の周知方法は、様々であるが、十分に周知する姿勢が認められればよい。
- ◇権利が擁護されているかどうかの実態は、部署訪問やケアプロセス等で総合的に確認する。
- ◇精神機能や身体機能に障害のある患者や社会的な弱者に対する配慮も確認する。
- ◇説明と同意や個人情報保護など、別に評価項目がある場合で、これらの権利が擁護されているかについては、本項目で評価する。

関連する項目

権利は尊重されているが、実施に不備がある場合については、それぞれの項目で評価する。

1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の権利をわかりやすく5項目にまとめて明文化し、内容は病院玄関に掲示し、病院案内、入院案内、Webサイトにも明示している。各病棟にもセカンドオピニオン、説明と同意、「患者さんへのお願い」などについて掲示し、患者・家族・職員へ周知に努めている。全職員への周知として携帯用の医療スタッフマニュアルを配布し、必ず携帯するよう呼びかけている。全職員向けの研修会も開催している。患者の権利の擁護に向けた取り組みは適切である。入院患者アンケート結果では、満足・普通との回答が90%以上を占めており、患者の権利は擁護されていると考える。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>聴覚障害者に対する筆談ボードは準備されているが、視覚障害者に対する対応が十分ではない。今後、点字で書かれた入院案内手順書などがあると良い。また、外国人に対する対応は喫緊の課題である。石川県医師会の「電話医療通訳を活用した外国人患者受入環境整備事業」への申込み、外来及び病棟への翻訳機の配置を予定している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>患者の権利をわかりやすく5項目にまとめて明文化し、内容は病院玄関に掲示し、病院案内、入院案内、ホームページにも明示している。各病棟にもセカンドオピニオン、説明と同意、「患者さんへのお願い」などについて掲載し、患者・家族・職員へ周知に努めている。職員への周知として携帯の医療スタッフポケットマニュアルを配布して、全職員向けの研修会も開催している。診療録の開示（年間113件）も規定に従い、行っており、患者の権利の擁護に向けた取り組みは適切である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

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

【評価の視点】

○説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。

【評価の要素】

- 説明と同意に関する方針、基準・手順書
- 説明と同意の状況、説明と同意に関する責任者による確認
- 病院としての書式の把握と管理
- セカンドオピニオンへの対応

👉 本項目のポイント

- ◇実際の説明と同意の状況が重要であり、形式的に手順が整備されているのみでは不十分である。このことは、ケアプロセスを通して判断する。
- ◇説明と同意が行われる範囲が院内で定められているかを確認する。
- ◇説明されている内容は、ケアプロセスの際の面接や、診療録・説明書・同意書などの記載内容で確認し、総合的に評価する。
- ◇説明後の患者・家族の反応を記録から確認する。
- ◇同意書への署名は必須であるが、署名のないものがあつた場合は、単発的なのか日常的なのかを確認する。また、同席者の署名の有無は、手順に沿っていることを確認する。
- ◇説明と同意に関する責任者が、患者への説明・同意が基準・手順書通りに適切に行われているかを、どのように把握・評価・指導しているか、実際の流れでを確認する。
- ◇説明と同意の全プロセスを把握して評価する。同意書の書式、同席者の署名など一断面のみで評価しない。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>インフォームドコンセントへの看護師同席は、医師と看護師が協力し、各部署の特徴を踏まえて同席が必要な要件を設定し、計画的に実施している。説明と同意場面への同席率は平成28年度より継続して調査している。各年度の平均同席率は平成28年度71%、平成29年度73%、平成30年度70%、令和元年度70%であった。令和2年度においてはCOVID-19により同席を制限せざるを得ない状況があり、10月までの同席率は59%である。また、「インフォームドコンセントに関する指針」を改定し、説明書に新たに「説明に看護師が同席できなかった場合の記載欄」を設け、説明を受けた患者さんが理解されたこと、気になったことについて事後に確認して署名を残すという手順を追加し、実施している。診療録への記載に関しては、経営企画部情報運営委員会が中心となり、診療録監査・インフォームドコンセント監査を定期的に行っている。問題点があれば、担当医師へ追記を依頼している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>COVID-19の流行を契機に、密室での病状説明が問題視されるようになった。広い部屋の確保、そして少ない人員での的確な病状説明が求められる。また、部屋の準備を看護師の仕事量が多い部署では、インフォームドコンセントへの看護師同席率が低い。現在、医療安全管理部を中心に同席が必要なインフォームドコンセントの院内基準を策定中である。また、他院から本院へのセカンドオピニオンに対する対応は地域医療連携室を通じて行われているが、本院から他院へのセカンドオピニオンに対する対応がやや不十分なことがあり、その対応マニュアルを策定中である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	S	
<p>承諾書取得時のインフォームドコンセントへの担当看護師の同席については、医師と看護師が協力し、時間や業務の調整を行い計画的に実施できるように取り組んでいる。同席の実施状況は、看護部が部署ごとに月に1回報告させることで継続的に把握し、改善に繋げている。その結果、平成28年度における説明と同意場面への同席率は71%であった。また、「インフォームドコンセントに関するガイドライン」を改訂し、説明書に新たに「説明に看護師が同席できなかった場合の記載欄」を設け、説明を受けた患者さんが理解されたこと、気になったことについて事後に確認し署名を残すという手順を追加し実施している。</p> <p>病院の体制としては、「手術説明WG」を廃止し、平成28年10月からインフォームドコンセントが適切に行われるための責任者を設置している。責任者は、インフォームドコンセント実施に関する定められた事項の遵守状況を診療録監査により定期的に確認して、適切でない事例が認められた場合に必要な指導を行っている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>医療安全管理委員会による「インフォームドコンセントに関するガイドライン」が整備されている。内容は、目的、法的根拠をはじめ方法・手順、説明の内容・範囲などが網羅されている。その中の承諾書取得時の同席については、「原則として説明者以外の医療従事者も同席する」とされ、特に「担当看護師は可能な限り同席すること」と記載されている。実態は多くの同意書に同席者の署名がないことが確認され、今後、同席に関する手順の再検討ならびにその遵守に向けた活動が期待される。なお、承諾書取得の実践状況についての病院としての確認・把握については、2014年度の発足した「手術説明WG」が2015年度から全ての説明と同意を対象と活動の拡大を図っているところであり、今後の同席者の署名に関する状況改善に期待したい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

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

【評価の視点】

○診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、必要な情報が提供され、患者、医療者で共有されていることを評価する。

【評価の要素】

- 診療・ケアに必要な情報の共有
- 患者の理解を深めるための支援・工夫

👉 本項目のポイント

- ◇情報コーナー・パンフレットの活用状況も参考にして評価する。
- ◇病院独自の取り組みがあれば、積極的に評価する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の治療に対する理解を深め、診療・ケアに主体性を持って参加してもらうため、クリニカルパスを用い、治療期間等を含めて手術・検査・処置などの説明を行っている。また、クリニカルパスにより患者と医療者側で診療計画、診療情報を共有している。入院前から患者の既往歴やアレルギー情報、本人の思い等を聞きとり、転落防止に関しても患者の状態を確認している。また2020年8月から在宅を視野に入れた退院支援を促進することを目的に療養支援計画書を作成し、入院前から病棟と情報を共有して患者支援につながるように運用を開始したところである。その上で医療安全対策に必要な事項に関して患者に説明し、協力を得る仕組みになっている。手術や検査が必要な場合には、説明した上で説明文書を渡し、同意書を得ている。患者等が利用できる院内図書室に医療関係の図書や情報誌を配架している。また、正面玄関や各診療科にも適宜診療・ケアに関する冊子やパンフレットを設置し、患者が医療情報を取得しやすい環境に努めている。がん相談支援センターでは、毎月がん患者や家族を対象としてがんサロン『ハーモニー』を開催し、心の悩みや体験を語り合い、知識を得る場を提供している。患者が主体性を持って自らの疾患と向き合い、対応できるように、造血細胞移植後や腎移植後のフォローアップやアピランスケア、糖尿病療養相談など医師と連携し、継続して支援している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>がん相談支援センターでは、毎月がん患者や家族を対象としてがんサロン『ハーモニー』を開催して心の悩みや体験などを語り合い、知識を得る場を提供している。その他にも正面玄関および各診療科に冊子やパンフレットを置き、患者への医療情報提供に努めている。また、入院前に外来看護師が「患者用パス」を用いて入院後の治療や生活を説明して患者の理解を深める支援を行っているなど、診療情報の共有および医療への患者参加に対する取り組みは適切である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

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

【評価の視点】

○患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されるなど、患者支援体制が確立していることを評価する。

【評価の要素】

- 患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置
- 患者・家族への案内・周知
- 担当する職員の配置
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針
- 患者支援に係る取り組み

👉 本項目のポイント

- ◇相談体制の整備と相談機能（治療と仕事、学業の両立に関する相談等も含む）がわかりやすく示されていることを確認する。
- ◇家庭内暴力（育児放棄、乳幼児虐待、配偶者虐待、高齢者虐待）を受けている疑いのある場合の警察や児童相談所等への連絡手順、入院時のチェック機能、教育プログラム等から職員の認識状況について総合的に評価する。
- ◇相談の実態から、相談窓口の担当者の専門性だけでなく、適切な担当者（職種）への振り分けなど院内外との円滑な連携が行われていることを確認する。
- ◇相談により患者・家族が不利益を受けないような配慮がなされていることを確認する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>玄関ホールに設置した「総合案内」に、外来患者の多い時間帯（8時30分～11時）に看護師長1名を配置し、患者相談窓口として相談内容に応じ適切な部署へつないでいる。医療安全関連の相談や苦情については、患者相談室において医療安全管理部員（医師・看護師・薬剤師等）や診療科のリスクマネージャーが対応し、医療支援課において「患者等相談内容報告書」にて一元管理している。また、転院先や在宅医療、各種福祉制度、就労に関する相談は、地域医療連携室・がん相談支援センターにおいて相談員基礎研修を修了した看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）が対応し、電子カルテ及びケース記録で相談内容を管理している。なお、各種相談窓口については本院Webサイトに掲載しており、案内チラシを院内に掲示し、入院案内等のリーフレットを外来や病棟で配布してわかりやすく広報している。患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いがある場合、対応マニュアルが整備されている。児童虐待については医師、看護師、MSW、法律の専門家等の多職種で構成される「小児虐待に関する専門委員会」を毎月開催し、各事例の対応方針について協議しており、警察や児童相談所などに連絡する手順も明確になっている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>入退院支援部門強化ワーキンググループを立ち上げ、分散している相談窓口の機能を統合し、患者への理解や利便性を向上するための仕組みを検討中である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>「総合案内」を設置し、正面玄関前には看護師を配置され、患者相談窓口として対応している。社会福祉相談、退院相談の他、医療安全、苦情相談など、電話対応した内容も含め「患者等相談内容報告書」にて一元的に管理されている。児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等、マニュアルが整備され、特に児童に対しては、「小児虐待防止委員会」で検討され適切である。担当する職員は、看護師・社会福祉士・精神保健福祉士の専門職が対応している。がん相談については、がん相談支援センターにて、就労相談も含め対応されている。退院支援の必要な患者の対象病棟へ週1回、退院支援カンファレンスに参加し、相談事例の検証・記録がなされている。また、地域の在宅担当医、介護支援専門員（ケアマネージャー）が参加する退院前カンファレンスも実施されており、患者支援に係る取組みは適切である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

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

【評価の視点】

○個人情報保護されていること、また、プライバシーが守られていることを評価する。

【評価の要素】

- 個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知
- 個人情報の物理的・技術的保護
- 診療におけるプライバシーへの配慮
- 生活上のプライバシーへの配慮

👉 本項目のポイント

- ◇患者の性別に応じた配慮等についても患者の意思を尊重し、柔軟に対応していることを確認する。
- ◇学生、退職者、委託職員やボランティア、病院に出入りする業者への対応も含める。
- ◇個人情報保護法への対応のみでは必ずしもプライバシー保護にならないことにも留意し、データの取り扱いだけでなく、患者のおかれている状況にも十分注意する必要がある。
- ◇外来部門における採血時のプライバシーの配慮については、費用負担の大きい設備などを求めるものではないことに留意する。
- ◇電算室や情報管理室の入退室は厳重に管理して、情報の保全や機器の盗難防止を図るとともに、情報機器の廃棄や移転の場合は、個人情報再現されないように、完全な消去処分を行う。また、外部からのハッカー侵入防止や、ファイル交換ソフトの使用禁止も徹底しなければならない。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の個人情報の適切な取り扱いについては、「国立大学法人金沢大学個人情報管理規程」、「金沢大学附属病院個人情報取扱規程」、「患者さんに係る個人情報の取扱いについて」、「患者さんの個人情報に関するお知らせ」および「医療安全マニュアル」に定めている。個人情報漏えい事故発生時には「保有個人情報等の漏洩等の事案の報告に係る基準」に定める報告書により、金沢大学事務局に報告する。患者のデータを学会発表等で利用する場合、医学倫理審査委員会等の該当する委員会の審査を受け、患者の同意を得ている。電子カルテのパスワード（8桁以上10桁以下）は60日ごとに更新しないとログインが不可能となる仕組みを構築し、さらに生体認証を加えて物理的・技術的に情報漏洩防止に努めている。電算室サーバー室は、指紋認証およびカードにより入退室を制限し管理している。院内の電子カルテの端末はワイヤで固定し盗難防止の措置を講じている。患者等の面談時には必要に応じてパーティションで区切る、個室で行う、声の大きさに配慮する等の工夫をし、プライバシーに配慮している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>個室で患者と話をするようにしているが、大部屋入院中の患者のベッドサイドで周囲に配慮しながら話をすることがある。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>個人情報保護に関する方針で、ホームページ、入院案内、広報誌、院内掲示等を通して院内外に周知している。入職時以外にも全職員向けの研修会を実施し、周知に努めている。委託業者や出入り業者は遵守を契約の条件としている。個人情報の外部への持ち出し規程を遵守しており、電子カルテのパスワードは2か月毎に更新しないとログインが不可能となる仕組みを構築し、さらに生体認証を加えて物理的・技術的に保護に努めている。病室と外来での患者対応も適切であるが、一部の部署（放射線治療など）で、モニター監視が行われているが、プライバシーに配慮して掲示等による告知をする配慮については今後の課題である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

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

【評価の視点】

○臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされていることを評価する。

【評価の要素】

- 主要な倫理的課題についての方針
- 倫理的な課題を共有・検討する場の確保
- 倫理的課題についての継続的な取り組み

👉 本項目のポイント

◇臨床的課題については、病院倫理委員会の設置は必ずしも必要としないが、検討の合議体があり、活動内容が記録されていることを確認する。

関連する項目

各現場における日常的な臨床倫理的課題の検討については『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』で評価する。

臨床倫理に関する教育・研修の実施状況については『4.3.1職員への教育・研修を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>倫理的課題については、附属病院臨床倫理委員会で検討しており、院内専用Webサイトに当該委員会規程を掲載し、周知徹底を図っている。当該委員会には、専門的な視点から審議を行うための7つの専門委員会と、臨床場面における倫理的問題の相談に応じる臨床倫理コンサルティングチーム (CECT)を置き、各専門委員会等が扱う事項に関して、それぞれ指針やガイドライン等を定め院内専用Webサイトに掲載している。また、当該委員会には院外委員 (非医療者含む) が含まれ、患者の擁護を踏まえた協議が行われ、かつ必要に応じ、緊急招集・審議を行う体制になっている。当該委員会は常設委員会であり、検討は継続的に行われ、委員会議事録は本学の法人文書管理規則に則り保管・管理している。CECTは、多職種で構成され、日常診療において生じる倫理的ジレンマを共有し、適切な助言を行うことで解決に導く活動を行っている。職員携帯版医療スタッフマニュアル内に「臨床倫理コンサルテーション」に関し記載し、職員が随時相談できる仕組みとなっている。臨床倫理の事案は、その事案ごとに関係者全員が納得できる最善の解決策を模索するものとの認識に立ち、対応している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	S	
<p>臨床研究については臨床試験審査委員会で審査を行っている。</p> <p>また、日常診療の場で起こる倫理的問題に対応するため、臨床倫理委員会を新たに設置し、下部組織として、各種専門委員会の他に臨床倫理コンサルティングチームを設け、随時相談に応じる体制を整えた。病院としての方針決定が必要な場合は、臨床倫理委員会で検討する仕組みを整えた。</p>		

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>臨床研究については多数の事案を臨床試験審査委員会で適切に審査している。それ以外の緊急で救命治療を要するような個々の事案に対して適宜倫理委員会を開催している。臨床現場での倫理問題については看護倫理検討会などで対応しているが、さらに院内での課題を共有すべく、新しい臨床倫理委員会規程や改定が予定しており、改定後の委員会活動が期待される。</p>		

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

○病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信していることを評価する。

【評価の要素】

- 病院の提供する医療サービスに関する広報
- 情報の定期的な更新
- 診療実績の発信

👉 本項目のポイント

- ◇広報媒体には、病院案内、入院案内や広報誌、ホームページ、年報など広範囲のものが含まれる。
- ◇地域との関わりの観点では、病院見学会などの行事や催しも評価の対象となる。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>本院が提供する医療内容、医療サービス、医療実績等については、病院部総務課で管理する附属病院Webサイトにより、患者・家族、医療関連施設等のターゲット別に分かりやすく発信するとともに、情報更新を行っている。また、より詳細な情報がわかるよう各診療科等のWebサイトに誘導するとともに、当該サイトの管理は各診療科等において適切に行っている。なお、病院部総務課事務職員の異動による業務引き継ぎについてはマニュアル化して適切に行っている。当該Webサイトによる広報活動以外では、大学概要、附属病院概要、診療紹介、大学財務レポート等の冊子や大学ステークホルダー協議会におけるステークホルダーとの意見交換会において情報発信を行っている。各診療科等が独自で発信している紙媒体の情報については、病院部総務課へ報告（一部提供）するよう依頼している。各診療科等が独自で活動している院外向けのイベント等については、病院部総務課へ報告（実施内容の概要の提出）するよう依頼している。また、地域と関わる催しとして「病院見学」がある。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>積極的な情報発信には相当な経費を必要とするため、経費抛出に苦慮している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>病院広報は、総務課の調査・広報係が担当している。情報発信手段としてホームページ、広報誌として、「kindai hospital today」（1500部）、金沢大学附属病院概要パンフレット（1,200部）、診療科案内（1,400部）を毎年1回配布、また院内掲示板などが活用され、病院広報誌編集委員会にて、内容等の検討もされている。病院全体の診療実績は病院概要デジタルブックにてホームページに一部掲載されているものの、やや探しにくさがあり容易に到達できるような工夫も検討されたい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 2 地域への情報発信と連携

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

【評価の視点】

○地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っていることを評価する。

【評価の要素】

- 地域の医療関連施設等の状況・ニーズの把握
- 地理的条件、担うべき政策医療、理念を踏まえた地域の医療関連施設等との連携
- 施設間の紹介・逆紹介への対応

👉 本項目のポイント

- ◇医療連携室などの機能があれば本項目で確認する。
- ◇検査依頼、施設の共同利用などの連携状況も含めて確認する。
- ◇同程度の機能を持った病院が近くにある場合は協働、分担により地域に最も適切な連携形態があると考えられるので病院の方針を確認する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点		
<p>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、施設との情報交換会を行い、地域の医療ニーズの把握を行っている。また、関連病院長会議でも同様に取り組んでいる。特定機能病院として、地域の病院との役割分担・連携を推進している。地域医療連携室には室長・副室長（兼任）、看護師（2名）、ソーシャルワーカー（10名（うち2名は事務業務兼務））および事務職員（1名）を配置し、医療情報ネットワークシステム（たまひめネット）の活用、さらに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）とも、ID-linkを用いて診療情報の共有化を図り、地域完結型医療の実現に向けて取り組んでいる。2019年度実績として紹介率86.77%、逆紹介率85.19%となっており、課題としている逆紹介率の向上にも寄与している。地域医療連携室では、紹介・逆紹介に迅速に対応するほか、診察予約や地域連携システムを利用し、返書等の管理を行っている。なお、2020年5月から返信率のデータを会議資料として作成し、返書作成率の向上に努めている。また、2020年6月に連携登録医制度や来院者の利便性の向上と地域連携推進等を図るため、メディカルナビタ（連携医療機関の検索機能を備えた「デジタルサインージ」および「広告付き地図案内板」）の導入を行った。</p>		
課題と認識されている点		
<p>本院と地域の医療機関がそれぞれの機能向上を図るため連携を密にし、地域医療の充実と発展を図るために、連携登録医制度（患者の状態に応じ、お互いに患者の紹介、受入れをスムーズに行う制度）の導入に向け検討中である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>特定機能病院として、また2015年度病院事業方針として、地域の病院との役割分担・連携を推進している。地域医療連携室には専従職員を配置し、連携先医療機関一覧「病院マップ」を整備し活用されている。また、医療情報ネットワークシステム（たまひめネット）の活用、さらに金沢市医師会を中心とした地域医療連携システム（ハートネットホスピタル）、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）とも、ID-linkを用いて診療情報の共有化を図り、地域完結型医療の実現に向けて取り組まれている。2014年度実績として紹介率73.5%、逆紹介率47.7%となっており、課題としている逆紹介率の向上にも寄与している。紹介・逆紹介に迅速に対応するほか診察予約や返書等の管理を行っており、適切である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 2 地域への情報発信と連携

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

【評価の視点】

○患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が病院の役割・機能に応じて実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 地域の健康増進に寄与する活動状況
- 地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援の実施

👉 本項目のポイント

- ◇自院の機能・特性に応じた取り組みがあればより適切である。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>地域住民を対象とした市民公開講座を年に数回、企画・実施しており、講座の内容に応じて多数の地域住民が参加している。総務課総務係において、毎年度院外向けのイベント実績について院内各部署に照会し、全体の活動実績を把握している。また、大学病院の機能、診療科の特長を生かし、公開症例検討会（小児科）やセミナーを定期的を開催しており、地域に向けた教育・啓発活動を行っている。石川県地域連携室連絡会を年1回開催しているが、連絡会の前に研修会も開催している。また、NPO法人による患者会「がんと向き合う会」に専門的知識を持った看護師を派遣し、がんサバイバーとして生活している地域の方々と対話を通して相談支援を行っている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>地域住民を対象とした市民公開講座を年5回、企画・実施されており、講座の内容により、200名～350名ほどが参加している。また、大学病院の機能、また、各診療科の特徴を生かし、公開症例検討会（小児科）や研究会（血液内科・呼吸器内科、核医学診療科など）が定期的で開催されており、地域に向けた教育・啓発活動を行っており評価できる。</p>		

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

○担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。

【評価の要素】

- 医療安全に関する多職種から構成された組織体制
- 医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制
- 患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知
- 安全管理に関する委員会等の機能

👉 本項目のポイント

- ◇ 組織図上の位置付けだけでなく、安全管理者の権限を確認する。
- ◇ 医療安全上の重大な問題などが発生した場合の管理者との連携方法や実績などを、具体的に確認する。
- ◇ 安全管理部門の日常的な活動と個別の担当者の活動実績について確認する。
- ◇ 特定機能病院の場合、医療安全管理委員会、医療安全管理部門に求められる業務内容が定められていることに留意する。
- ◇ 特定機能病院の場合、専従の医師、薬剤師および看護師の医療安全管理者の配置が義務付けられている（2020年3月までは複数の専任職員でも可）ことに留意する。担当者の研修受講実績（新規、更新を含む）も確認する。
- ◇ 個人を識別できないようにするなど、情報提供者が単に情報提供を提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けることがない体制となっているかを確認する。

関連する項目

院内規程、マニュアル等の承認の仕組みについては、『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』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>安全管理部門は専従の医師1名・看護師1名・薬剤師1名・専任の医師ゼネラルリスクマネージャー2名を含む多職種から構成され、各部署にリスクマネージャー(全83名)を配置している。同部門はインシデントの検証、分析、再発防止策を毎週定期的に議論している。管理者と同部門は毎週連携をとっている。事故発生時の管理者への報告体制は構築され、マニュアルに規定されている。管理者を委員長とした医療安全管理委員会を毎月開催し、インシデントの共有、再発防止策を議論している。その内容はリスクマネージャー会議で院内全部署に共有され、署名により双方向で周知確認している。2020年6月からは、COVID-19対策としてWeb会議システムを利用し配信とした。医療安全管理者、医薬品および医療機器安全管理責任者は研修を受講し、情報収集と自己研鑽を行っている。匿名化されたインシデント報告制度があり、内部通報窓口も整備している。電子端末から参照可能な医療安全管理マニュアルおよび冊子体を配置し、随時改定を行っている。安全文化の醸成のため、研修の受講率向上に努めている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>日常的な業務に加え、医療の質ならびに安全をより向上させるために中長期的視点で院内体制を改善、充実する必要がある。このための安全管理部門への人員配置と機能の強化、ラウンドの充実を検討している。</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>安全管理部門には専従のGRM (看護師・薬剤師) が配置され、各部署には医療安全管理担当者 (医師と看護師のリスクマネージャー) を配置している。また、リスクマネジメントマニュアルについては、適宜見直し・改訂が行われており、院内の研修会を通して職員への周知をはかっている。しかしながら、リスクマネジメントマニュアルの改訂の履歴については明確にされておらず、この点について今後の課題と考えられる。全職員の院内研修は年19回、看護部門は年6回の頻度で実施されている。さらに、マニュアルの見直し・改訂の内容の周知方法として、個々の職員が携帯しているポケットサイズのマニュアルに追加修正される仕組みになっており、組織としての安全管理体制は適切である。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 3 患者の安全確保に向けた取り組み

1 3 2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている

【評価の視点】

○院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。

○院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることを評価する。

【評価の要素】

- 院内のアクシデント・インシデントの収集
- 院外の安全に関する情報の収集
- 収集したデータの分析と再発防止策の検討
- 安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し

👉 本項目のポイント

- ◇ 報告実績があることは確認する必要があるが、単純な数字の多寡だけでなく、報告内容の分析検討の実績を含めて評価する。
- ◇ 特定機能病院の場合、報告が医療安全管理部門、医療安全管理委員会を経て遅滞なく管理者に報告されているかを確認する。
- ◇ 収集した情報が診療現場にどのように伝えられているか、その実情を把握する。
- ◇ 特定機能病院の場合には、外部委員を含む監査委員会の設置および年に1回以上の特定機能病院相互のピアレビューの実施が義務付けられていることに留意する。また、監査による指摘事項の改善状況や院内への周知状況を確認する。
- ◇ 立案された対策がどのように周知されているか、対策の効果判定と見直しがどのようにされているかの実態を確認する。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>「報告文化」を毎年研修で取り上げ、近年、医師からの報告数の増加がみられる。報告されたインシデントレポートをゼネラルリスクマネジャー4名がレビューし、重要な事例は安全管理部門で調査、分析し、リスクマネジャー会議で報告している。報告すべき対象はマニュアルで明確化している。複数の職種からの報告が望ましい事例では、安全管理部門から各部署に報告を依頼している。インシデントレポート数は、2018～2019年度で総数、医師からの提出数とも増加傾向である。各部署でRCA分析を行う際には、医療安全管理部からスタッフを派遣し、一緒に改善策の立案を行っている。部署横断的な対応が必要な事例では、医療安全管理部がM&Mカンファレンスの開催やワーキンググループの立ち上げを行い、事例の振り返りおよび改善策の立案を実施している。院外の情報は、日本医療機能評価機構、医薬品医療機器総合機構、全国医学部長病院長会議、国立大学附属病院医療安全管理協議会から情報を収集し、リスクマネジャー会議や院内メールで各部署に情報共有を行っている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>安全文化の醸成のため研修の充実、自発的な報告への報奨制度を検討している。報告数の増加と報告内容の質の向上を図り、さらに報告が医療の質向上に資するよう継続的な努力を行いたい。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>安全確保に向けた情報集として、アクシデント・インシデント報告制度が整備され、安全管理部で収集されている。そして、安全管理部専従のGRMによって一次分析が行われ、アクシデント件数を抽出している。その後、安全管理部において二次分析を行い、レベルを確定している。さらに、レベルによっては、その上部の組織である安全管理委員会で三次分析を行っている。実態としては、適切に行われていると思われるが、具体的な分析の手順がマニュアル化されておらず、今後の課題である。診療現場への情報提供としては、リスクマネジャー会議などを定期的で開催し、適切に実施されている。</p>		

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

○担当者の配置や委員会の設置など、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者（病院長）との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。

【評価の要素】

- 医療関連感染制御に関する多職種から構成された組織体制
- 医療関連感染制御に向けた管理者（病院長）との連携体制
- 感染に関する委員会等の機能
- 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成および必要に応じた改訂と周知

👉 本項目のポイント

◇院内感染対策に関して求められる知識・経験を有した医師(歯科医師)、薬剤師、看護師、臨床検査技師等が一定程度に専従・専任化されて配置されていることが求められる。

◇「薬剤耐性菌対策」については、既存のICT業務として実施されていればよく、ASTを別途に設置することを求めているわけではない。

関連する項目

抗菌薬の適正使用に向けた現場での対応状況については『2.1.10抗菌薬を適正に使用している』で評価する。

院内規程、マニュアル等の承認の仕組みについては、『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』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>感染制御部は、専任医師(ICD) 1名、兼任医師 1名、兼任歯科医師 1名、専従看護師(ICN) 1名、専任看護師(ICN) 1名、専従薬剤師 1名、専任臨床検査技師 2名の多職種で構成されている。専従薬剤師を中心として抗菌薬適正支援チーム(AST)を構成し、抗菌薬処方チェックと支援を行っている。週1回の院内ラウンドを多職種により行い、各病棟は月に1回ラウンドによって問題点の指摘と改善が行われている。感染制御マニュアルは定期的に改定を行い、外部委託業者を含め、医療従事者には感染制御担当者(ICM)連絡会や研修会において周知を行っている。さらに、各部署に配置した冊子体は、改定部分の差し替えを行った後、配布した施行チェックシートを回収することで、改版されたことを把握している。全ての職員は、院内感染対策講習に年2回以上は参加している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>感染制御部の中に責任医師(ICD)1名と専従のICN1名を中心としたICTと、その下部組織としてすべての部門の代表が参加するICMを設置している。ICTにより週1回の院内ラウンドを行い、月2回開催しているICT会議でのマニュアルの作成、見直し、諸課題や対策が検討され、院長や毎月行っている院内感染防止対策委員会の示唆・助言を受けて諸対策を推進している。医療感染対策指針やマニュアルはほぼ毎年改定している。全職員向けの研修会は年6回開催し、不受講者に対してもDVDを用いてフォローアップ研修を行っており適切である。2015年4月から増員となったICNのさらなる活用を期待したい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 4 医療関連感染制御に向けた取り組み

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

【評価の視点】

○院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。

○院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。

【評価の要素】

- 院内での感染発生状況の把握
- 院内感染防止活動の継続的・定期的な把握
- 収集したデータの分析と検討
- アウトブレイクへの対応
- 院外での流行情報などの収集
- 感染管理に関する地域との連携

👉 本項目のポイント

◇相当数の手術が行われている施設でのSSIや、集中治療部門を有する施設でのBSI・CRI、VAP等の発生状況や推移等の分析は必要であり、病院全体としての把握状況を確認する。

◇感染対策に関して、施設間でのピアレビューを行っている場合などは、その結果も参考にする。

◇立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の効果判定と見直しがどのようにされているかを確認する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>新型コロナウイルス感染症においては、病院長、副院長、感染制御部長、関係する診療科長などを構成員とする、コロナ対策特別チームを編成し、週2回会議を行い、必要な対策などを策定、情報の共有などを行っている。PCRも院内検査とし、院内持ち込みの予防を徹底して行っている。前回審査で指摘された血液培養の2セット率に関して、分析した経年推移を院内研修会やニュースレターを通じて繰り返し全職員に啓発してきた。その結果、2014年度40%台であったが、2016年度は65.8%、2018年度は84.9%へと上昇した。手指消毒に関しても2014年度1.9回/患者/日であったが、2018年度は3.4回/患者/日へと増加した。また、前年のアンチバイオグラムをポケット版として印刷し、配布している。また、集中治療室（ICU）部門の人工呼吸器関連肺炎（VAP）、尿路感染症（UTI）、カテーテル関連血流感染症（BSI/CRI）および手術部位感染（SSI）部門の院内感染対策サーベイランス（JANIS）への報告は継続している。アウトブレイク発症時には、臨時の院内感染防止対策委員会を招集し、対応部署への対策を速やかに策定し、部署に赴き改善点を提言している。地域病院とは年4回感染防止対策合同カンファレンスを開催し、情報共有している。また、地域病院からの感染対策コンサルトも受け付けており、地域の感染制御の中心となり情報を発信している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>院内の感染情報レポートのひとつである耐性菌の検出状況の病棟別推移は、これまではICM及び部署あてに配信していたが、電子カルテにアクセス権を持つ職員がいつでも閲覧できる「感染管理システム」内に掲示することとし活用しやすようにした。JANIS登録している検査部門に関する当院データについても同様の確認ができるようにした。また、MRSA菌株解析を「ITS-PCR法+毒素」から「POT法」に変更し、より解析を詳細にし、アウトブレイク監視に役立てている。</p> <p>平成27年1月から開始したICU部門、SSI部門（BILI-PD）は現在も継続して取り組んでおり、耐性菌によるアウトブレイクを起こすことなく感染対策への介入ができています。</p> <p>課題である血液培養の複数セット率、手指消毒使用量の向上に関しては、研修会やニュースレターを通じ定期的に情報提供、注意喚起し、血液培養の複数セット率は、平成28年は65.8%まで上昇した。手指消毒使用量はまだ目標値達成とまではいえないが、引き続き継続課題として取り組んでいるところである。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>ICTは院内での感染状況は適格に把握している。近隣の病院や他大学とも連携して広域的な情報収集に努め、最新の情報は2か月に1度感染レポートをICMや各部門に配信している。院内での抗MRSA薬、カルバペネム薬、ゾシンなどの届出制やザイボックスやオラペネムの認可制を実施して、抗菌薬の長期投与の把握も確実にしている。アウトブレイクの定義を整備し、介入事例ではESBL/MBL産生多剤耐性菌での対応が確認できた。2014年度の血液培養の2セット化率は42-47%であり、病棟での手指消毒使用量は目標値よりも少なく、今後の課題として取り上げている。各年度でのアンチバイオグラムはまとめているが、2015年1月からICU部門でのJANISへの登録や臍頭十二指腸切除例でのSSIのサーベイランスは開始したところであり、今後の継続的な活動に期待したい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

- 患者・家族の意見・要望を積極的に収集し、対応していることを評価する。

【評価の要素】

- 意見・苦情の収集
- 対応策の立案と実施
- 患者・家族へのフィードバック

👉 本項目のポイント

- ◇ 意見や苦情の窓口や手段などが掲示や入院案内などで明示されていることを確認する。
- ◇ 医療サービスは病院が行っている医療提供活動の総体であり、『1.5継続的質改善のための取り組み』で評価する。『1.5.1患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している』は对患者、『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』は診療、『1.5.3業務の質改善に継続的に取り組んでいる』はその他のサービスを評価の対象として、これらを「医療サービス」と総称する。

関連する項目

相談機能については『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』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>院内13カ所（各階）に「提案箱」を設置し、医療支援課担当者が週1回の頻度で回収している。収集された意見や苦情は週1回医療支援課内で報告し、対応を検討している。内容を分類したのち、該当部署に回答や意見を求めて集約し、回答をホスピタルブロードに掲示している。対応策は患者サービス向上委員会や該当委員会で検討し、改善活動を実行している。関係部署のチェック欄を設けた投書様式を整えたことで部署の特定が可能になったため、現場へのフィードバックが容易になり、迅速に対応できるようになった。不当なクレームに対しては、警察の窓口と調整し、常習的な問題行動を確認した時は、本院からの連絡で直ちに警察官が駆け付ける体制を整えた。患者満足度調査は年1回実施し、患者からの意見を聞き、改善の参考にしている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>院内13箇所（各階）に「提案箱」が設置され医事課担当者が週1回の頻度で回収し、内容を分類したのち、該当部署へ回答や意見を求め集約し、回答をホスピタルブロードに掲示している。対応策は、患者サービス向上委員会や該当委員会で検討され、改善活動も実行されている。患者や利用者へのフィードバックを含めて適切である。なお、患者満足度調査は2014年11月に実施されているが、定期的な実施が望まれる。また、意見や苦情の窓口の明記をホームページ、入院案内などで明示することも検討されたい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 5 継続的質改善のための取り組み

1 5 2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる

【評価の視点】

○症例検討会、診療ガイドラインの活用、臨床指標に関するデータの収集・分析、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動の状況を評価する。

【評価の要素】

- 症例検討会の開催
- 診療ガイドラインの活用
- クリニカル・パス（クリティカル・パス）の作成・見直し
- 臨床指標に関するデータの収集・分析

👉 本項目のポイント

- ◇ 病理検討会や画像診断検討会などの開催は必須である。
- ◇ 臨床指標には、他施設と比較検討したい基本項目と、自院の特性から継続的にフォローすべき項目があることに留意する。
- ◇ クリニカル・パス（クリティカル・パス）については、単純な採用数（率）ではなく、アウトカム指標の検討やバリエーション分析の活発性を勘案して評価する。
- ◇ 医療サービスは病院が行っている医療提供活動の総体であり、『1.5 継続的質改善のための取り組み』で評価する。『1.5.1患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している』は対患者、『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』は診療、『1.5.3業務の質改善に継続的に取り組んでいる』はその他のサービスを評価の対象として、これらを「医療サービス」と総称する。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>症例検討会の開催や診療ガイドラインの活用は適切に行っている。クリニカルパスは作成されており、使用している（紙パス61件、電子パス40件、2019年度使用率27.6%）。アウトカム指標の検討やバリエーションの分析ができるように電子カルテにクリニカルパスにおけるアウトカムの標準マスター（BOM）を導入し、アウトカムが設定された電子パスの作成に取り組んだ。その結果、電子パス登録件数が増加した。電子パスを利用することにより明確にアウトカム指標が設定され、バリエーションデータの収集分析が可能となった。各診療科において関係診療科と合同でカンファレンスを行っている。また、手術に関する術前の合同カンファレンスもしている。臨床指標に関するデータは、当院のWebサイトおよび毎年発行している「病院概要」で公開している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>アウトカム指標の検討やバリエーションの分析ができるように、電子カルテにBOM（クリニカルパスにおけるアウトカムの標準マスター）を導入し、アウトカムが設定された電子パスの作成に取り組んだ。その結果、電子パス登録件数が増加した。電子パスを利用することにより明確にアウトカム指標が設定され、バリエーションデータの収集分析が可能となった。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>症例検討会の開催や診療ガイドラインの活用は大学病院ということもあり適切に行われている。各種臨床指標は収集はされているが、ホームページ等への掲載はなく、今後の対応が期待される。また、クリニカルパスは作成されて使用されている（適用率は直近で26.6%）が、アウトカム指標の検討やバリエーションの分析はなされておらず、今後の積極的な活動を期待する。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 5 継続的質改善のための取り組み

1 5 3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる

【評価の視点】

- 病院が主体となって継続的に取り組む改善活動の状況を評価する。

【評価の要素】

- 部門横断的な改善活動
- 体系的な病院機能の評価
- 各種立入検査の指摘事項への対応

📌 本項目のポイント

◇業務改善委員会、QCC、TQM、BSC活動、内部監査などの実績を確認する。形式的な委員会活動だけを求めるのではなく、継続的に質改善を検討している状況や改善実績を評価する。

◇病院機能評価、ISO、JCIなど、体系的な評価、改善への取り組みについて、自己評価を含めた継続的な改善活動を評価する。

◇各部門・部署における個別の課題への取り組みも評価の対象とする。

◇医療サービスは病院が行っている医療提供活動の総体であり、『1.5継続的質改善のための取り組み』で評価する。『1.5.1患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している』は对患者、『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』は診療、『1.5.3業務の質改善に継続的に取り組んでいる』はその他のサービスを評価の対象として、これらを「医療サービス」と総称する。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 本院の基幹的会議（病院執行部会議、病院運営会議）の下に病院機能向上委員会、さらにその下に機能評価作業部会を設置している。当該委員会の使命“病院機能の改善について具体的な目標の設定”については毎年度病院事業方針に示し、病院運営会議等で周知している。また、病院長は毎年度運営目標を定め、学長のヒアリングを受けている。機能評価作業部会は病院機能評価受審への実働組織であり、院内の調整等を行うとともに受審結果を基幹的会議へ報告している。指摘事項への対応は基幹的会議において協議し、適切に指導・改善等を行っている。病院機能向上委員会は、毎年度、外部評価を受けた事項について改めて確認し、必要に応じて改善点の対応を協議している。なお、当該委員会の議長も基幹的会議の議長も病院長であるため、毎月開催の基幹的会議において継続的に質改善のための取り組みについて確認・対応している。医療・経営・研究・教育等の各分野に応じた委員会・会議組織（100以上）が整備され、定例会議で挙げた課題を基幹的会議に相談・上申する体制が整っている。また、必要に応じて病院長主導でワーキンググループを立ち上げ、可及的速やかに課題に対応している。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	B	
医療サービスの改善に向け、機能向上委員会を再編し、委員を幅広く組織し、機能評価や医療監視での改善点を中心に医療の質向上のため、検討を行っている。		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
医療サービスの質改善に向けた活動は前回の病院機能評価の際にも課題とされていることも含めて、病院幹部も認識しており、各部署にて一部取り組んでいるが、病院の組織体系は部門横断的、かつ、継続的な活動実績は見当たらない状況であった。この度、部門を超えた継続的な質改善活動に取り組むために機能向上委員会を継続的に開催することとした。今後の活動が期待される。		

1 患者中心の医療の推進

1 5 継続的質改善のための取り組み

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

【評価の視点】

○新規治療や新たな技術導入の実施にあたっては、必要な情報が収集され、適切な教育期間の確保と倫理・安全面への配慮のもと、実施後の臨床経過が病院としてフォローできる体制を評価する。

○人を対象とする医学系研究に携わる全ての関係者が、「倫理指針ガイダンス」等の内容を十分に理解して、院内規定に沿った審査や承認を経て各種研究が遂行されることを評価する。

【評価の要素】

- 新たな技術導入に対する組織としての方針・基準
- 新規治療の定期的な評価と効果判定
- 人を対象とする医学系研究の実施プロセス

📌 本項目のポイント

◇本項目における「新たな技術」とは、最先端の診療・治療方法や技術等の導入に限らず、当該病院にとって新しい、または“初めての”診療・治療方法ならびに技術を指す。

◇新規治療や新たな技術導入事例について、発案から議論、検討、承認までのプロセスを文書ならび面接等で確認する。併せて、そのプロセスが、院内で規定された手順等に準拠しているか確認する。

◇「人を対象とする医学系研究」に関する職員の認識度を確認する。特に、看護部やその他の診療支援部門の職員についても確認する。

◇臨床研究に係る各種の指針等は、近年、内容等の改訂が頻回に行われており、最新の指針やガイドライン等に沿った現場対応が行われていることを確認する。

◇職員と企業等との利益相反（Conflicts of Interest）に関して、病院がどのような規定を設けているか、どのような教育を行っているかについて確認する。

◇診療関連データ等の院外への持ち出し事例などを通じて、データ持ち出し時の院内規定がどのようになっているかを、そして手順が遵守されているかを確認する。

関連する項目

改正個人情報保護法への対応状況については、『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』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>先進医療や患者申出療養については国が定めた基準に従い実施していたが、先進医療に関しては専門委員会を設置していたが手順書が未整備だったこと、また、患者申出療養については院内に相談窓口は設置していたものの専門委員会の設置及び手順書が未整備だったことから、令和2年4月にこれらを整備し、病院としての実施手順の明確化及び適切な体制の構築を進めた。</p> <p>また、高難度新規医療技術等の実施に関する手順を明確化するため、院内フロー、チェックリストを作成して検討を進め、平成31年1月に新たに「適応外医療等検討委員会」を設置した。</p> <p>臨床研究の実施については、委員会による審議を経て病院長が承認しており、重篤な有害事象が発生した場合は、因果関係の有無を問わず研究者が電子申請システムにより報告し、当該情報が病院長及び研究支援部署に速やかに報告される体制を構築している。</p> <p>このほか、院内で臨床研究に関する研修を年6回以上行い、徹底した出欠管理のもと研修未受講の研究者は臨床研究を実施できない仕組みとしている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>国の基準等の改正が頻繁に行われるため、それらの情報についての確に把握し、院内で共有を図っていくこと。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>新たに「金沢大学附属病院高難度新規医療技術等管理部門」を設置し、高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等を新規に導入する際に、事前承認を受ける体制を整えた。ただし、臨床試験として実施する場合は、従来どおり臨床試験審査委員会に申請することとなっている。臨床倫理委員会の下、6つの専門委員会を設置し、倫理・安全面について検討する体制を整えた。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討は臨床試験審査委員会にてなされ、必要な場合には倫理委員会にて更なる検討がなされている。倫理委員会は積極的な活動が認められるもの、一部に、現在の仕組みでは対応できていない事例が見受けられたため、倫理的な側面を議論する組織を改編中である。今後の取り組みに期待したい。</p>		

1 患者中心の医療の推進

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

【評価の視点】

- 患者や家族、面会者といった病院利用者の視点で利便性・快適性を評価する。

【評価の要素】

- 来院時のアクセスへの配慮
- 患者本位の入院生活への配慮
- 生活延長上の設備やサービス
- 入院中の情報入手や通信手段の確保

📌 本項目のポイント

- ◇公共交通やタクシーの待合、駐車場、駐輪場に配慮していることを確認する。
- ◇売店が設置できない場合は隣接するコンビニエンスストアを利用したり、売り子による巡回サービスを行ったりする場合があるが、その場合にも患者の状況に応じた病院側の支援体制があることが望ましい。
- ◇施設・設備で対応が難しい場合は、どのような工夫により利便性・快適性への配慮がなされているかを確認する。
- ◇病院の周辺環境や病院機能（入院期間等）に応じて異なるので、それに応じた対応となっていることを確認する。
- ◇面会者については、あくまで患者の要望が優先されるべきである。面会者が自由に出入りできることがよいとは一概にいえない。安静の確保、感染防御、保安全管理の面での制約は必要である。
- ◇携帯電話の全面的な禁止、入院準備品の強制的な購入など、配慮に欠けている状況は適切でない。

関連する項目

面会者問題については内容に応じて『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』または『4.6.2保安業務を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>アクセス方法は本院Webサイトおよび金沢大学Webサイトでわかりやすく案内している。また、本院診療紹介や金沢大学概要、金沢大学キャンスマップにも記載している。駐車場は屋根付きの車椅子専用駐車場、複数の駐車ゲート（3機）、屋根付き通路、車誘導者の配置など利便性に配慮している。平成28年7月からは民間路線バスおよび市バスが病院正面玄関前まで乗り入れ、来院者の利便性が高まった。院内には生活利便性の設備として売店、カフェ、レストラン、フラワーショップ、ヘアサロン、ATM、郵便局があり、入院生活への配慮として病棟にはコインランドリーやデイルームを設け、ベッドごとに冷蔵庫、テレビを設置している。平成29年度から来院者が無料で利用できるWi-Fiサービスを提供するとともに、患者を対象とした院内図書館を開設した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>曜日により午前中に来院される患者の車で渋滞が発生しているが、現在第2立体駐車場の建設を進めており（来年度完成予定）、完成すれば渋滞が緩和されると考える。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>平成28年6月に環境整備工事が終了し、駐車場とバスロータリーが完成した。病院正面玄関に新設されたバス停には、平成28年7月から民間路線バス及び市バスが乗り入れ、来院者の利便性が高まった。</p> <p>また、患者サービスの更なる充実を図るため、来院者が無料で利用できるWi-Fiサービスの提供を平成29年度から開始するとともに、患者等を対象とした院内図書室を新たに開設した。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>生活延長上の設備として院内には、コンビニエンスストア、カフェ、レストラン、フラワーショップ、ヘアサロン、ATM、郵便局があり、入院生活への配慮として、病棟にはコインランドリーやデイルームが設けられ、ベッドごとに冷蔵庫、テレビが設置されている。病院へのアクセスは、ホームページや病院案内等で案内されているが、2010年から駐車場には、苦心されており、現状も環境整備工事のため不足しており、来院患者・面会者にとって非常に不便である。立体駐車場の完成が待たれる。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 6 療養環境の整備と利便性

1 6 2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている

【評価の視点】

○高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっていることを評価する。なお、構造的に整備が困難な場合は、運用面での工夫を評価する。

【評価の要素】

- 院内のバリアフリー
- 手摺りの設置
- 車椅子などでも利用しやすい施設・設備
- 必要な備品の整備

👉 本項目のポイント

- ◇ 療養病床を有する病院にあっては、廊下・階段の手摺りは両側に設置することが求められるので留意する。
- ◇ 肢体不自由以外の障害にも配慮した駐車場、通路、受付、売店などの工夫や、生活を支援する機材の有無も確認する。
- ◇ 施設・設備で対応が難しい場合、どのような工夫により安全性への配慮がなされているかを確認する。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>福祉車両や障がい者専用の駐車スペースは整備している。通路や出入口等、病院全体がバリアフリーになっており、車イスで円滑に移動できる。エレベーターを利用して、車イスで円滑に各階に移動できる。廊下（両側）、階段（両側〔使用頻度の少ない病棟は片側のみ〕）、トイレ、浴室等に手摺を設置している。正面玄関入口に車イスやカート等を、十分な台数、配置している。受付窓口や洗面台等は車イスでも利用しやすい構造にしている。視覚障がい者への利便性・安全性に配慮し、歩道から総合案内受付までの通路に誘導ブロックを敷設している。総合案内等に老眼鏡を配置している。身体障がい者補助犬（盲導犬・介助犬・聴導犬）の同伴を受入れて（受入れ可能区域のみ）おり、その旨、附属病院Webサイトにより案内している。掲示物や案内表示の見やすさに配慮している。エレベーター等の設備や車イス等の点検・補修は、それぞれの担当部署において、適切に行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>病院の出入口には、車椅子、ショッピングカートなどが常備されている。病院内はバリアフリーであり、廊下には、手摺りが設置されている。エレベーターおよびエスカレーターも整備され、掲示物や案内表示の見易さにも配慮されているなど整備状況は適切で、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 6 療養環境の整備と利便性

1 6 3 療養環境を整備している

【評価の視点】

○病院の機能に応じて療養環境が整備されていることを評価する。

【評価の要素】

- 診療・ケアに必要なスペースの確保
- 患者がくつろげるスペースの確保
- 快適な病棟・病室環境
- 院内の整理整頓
- 清潔な寝具類の提供
- トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性

👉 本項目のポイント

- ◇ 構造設備で対応が難しい場合は運用面での工夫を考慮して評価する。
- ◇ 施設・設備で対応が難しい場合、どのような工夫により安全性への配慮がなされているかを確認する。
- ◇ 医療安全や感染制御の上で求められる療養環境については、内容に応じた評価項目で評価し、本項目の対象としない。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>診療・ケアに必要なスペースを確保し、面談室はプライバシーに配慮した環境としている。病棟各階に眺望の良い食堂・デイルームを設置し、外来棟にレストラン、カフェ等を設置している。病棟・病室は静寂に努めている。廊下等の壁に絵画等を展示している。各所に光庭を設け、自然採光を取り入れている。病棟・病室以外のスペース（スタッフステーション等）においても整理整頓が行われている。また、院内の衛生管理者による職場巡視を行っており、気付いた点は、速やかに改善する仕組みが整っている。寝具類の提供・洗濯等については、専門業者に委託しており、作業従事者は、委託会社のマニュアルに従い清潔な寝具類の提供を行っている。トイレ・浴室は、換気を含め、清掃をきめ細やかに行っている。点滴スタンド等に支障を来さないよう段差をなくし、必要な広さを確保している。トイレ内には緊急時の連絡手段（コールボタン）を設置している。浴室は、機能に応じた浴室（介助浴槽、シャワー室等）を設置しており、脱衣や介助がスムーズに行える広さを確保している。また、滑りにくい床材の使用、シャワーチェア等の設置、ナースコールの設置等の安全への配慮を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>外来・病棟ともに、診療やケアに必要なスペースが確保され、デイルームなども適切な広さが確保されている。プライバシーに配慮した面談室も整備されている。病院内は、整理整頓が行き届き、廊下には絵画などが展示されている。トイレや浴室の安全性・清潔性などへの配慮もみられ、病院の建物には、中庭の設置などにより、自然採光が確保されており、療養環境は、適切に整備されている。</p>		

1 患者中心の医療の推進

1 6 療養環境の整備と利便性

1 6 4 受動喫煙を防止している

【評価の視点】

- 健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底していることを評価する。

【評価の要素】

- 全館禁煙の方針の徹底
- 患者の禁煙教育
- 職員の禁煙推進

👉 本項目のポイント

- ◇食堂、喫茶室等の他、ベランダ、屋上、地下、病院の出入口や来院者の通路周辺なども禁煙とする。
- ◇精神科、緩和ケア病棟は、分煙のための施設・設備が整っていて、受動喫煙の防止が徹底されているかを確認する。
- ◇地域がん診療連携拠点病院にあつては、敷地内禁煙が指定要件として求められていることに留意する。

関連する項目

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>職員の喫煙状況の把握は毎年度の定期健康診断時に合わせて行っており、喫煙率は順調に減少している（2014年：5.9%、2015年：5.1%、2016年：3.9%、2017年：4.0%、2018年：3.2%、2019年：2.9%）。患者等に向けては、病院敷地内・建物内全面禁煙を徹底して実施するとともに、総合診療科外来において禁煙外来を開設している。また、ポスター掲示、院内放送、入院案内、附属病院Webサイト等でも禁煙の啓発に取り組んでいる。職員等に向けては、セミナーの開催（2019年度実施予定分はコロナ禍のため次年度e-learning実施に変更）や定期健康診断時に合わせて「受動禁煙対策を考えよう」をテーマに種々のデータ（たばこの銘柄別有害物質質量、全国と本学の喫煙率の比較、健康障害の実態、禁煙のメリット、法改正等の内容等について）を掲示することで、禁煙の啓発に努めている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>継続して、病院敷地内・建物内全面禁煙の実施、総合診療科外来にて禁煙外来を開設している。また、ポスターによる掲示や院内放送、入院案内、Webサイト等でも禁煙の啓発に取り組んでいる。</p> <p>新たに平成29年6月に病院勤務職員を対象として喫煙に関する調査を実施した。この結果を基に職員の喫煙状況を職種別に把握し、必要に応じて禁煙推進や健康増進について検討を行う。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>病院敷地内・建物内全面禁煙が実施され、総合心療内科外来にて禁煙外来を開設している。また、ポスターによる掲示や院内放送、入院案内、ホームページ等でも禁煙の啓発に取り組んでいる。職員の喫煙率については、調査しておらず、地域がん診療連携拠点病院として、今後、職員の喫煙率も職種別に調査し、一層の禁煙推進に徹底されることを期待する。</p>		

2 良質な医療の実践1

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

【評価の視点】

○安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。

【評価の要素】

- 病棟、外来等における管理・責任体制
- 患者・家族への明示
- 各責任者による診療・ケアの実施状況の把握

👉 本項目のポイント

- ◇チーム医療として、どのような職種が関与するかが患者に伝えられていることを確認する。
- ◇病棟責任者の業務内容を確認する。
- ◇外来での責任者が診療状況をどのように把握しているかも確認する。
- ◇主治医不在時の対応を確認する。

関連する項目

2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>院内の各部門の責任者および診療科の責任者は病院正面玄関に掲示され、病院Webサイトにも掲載されている。病棟の責任者は各病棟入口の壁に掲示されている。主治医・担当医・担当看護師名は、入院診療計画書に明記され、入院時に患者本人に明示されている。入院説明時にチーム医療について説明している。チーム医療として関わる職種およびその担当者は、入院時には入院診療計画書に明記されて伝えられ、入院中に新たにチーム医療として関わる担当者は、その都度主治医もしくは担当看護師より伝えられている。各医師の予定表はそれぞれの病棟に配布され、主治医不在時の連絡先についても各病棟のスタッフステーション内に掲示されている。各部門の責任者と全医師の業務用携帯電話番号は電子カルテ端末内に掲示され、緊急時においても連絡がとれる体制を整えている。外来の責任者は各診療科で行われるカンファレンスで入院中の診療状況を把握している。当日の担当看護師のネームプレートを病室前に掲示し、患者に各勤務帯でのケアの担当者がわかるようにしている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>各病棟の主たる診療科以外の診療科に所属する医師のスケジュールは把握できていないことがあり、その都度、業務用携帯電話で対応している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>外来受診から入院までのプロセスとしては、患者・家族に対して、外来担当医師より入院治療に関する説明・同意が適切に行われている。また、手術が必要な患者に対しては、ほぼ全例、入院するまでに外来で麻酔科医師による診察を受けることが院内で統一されている。そして、入院時には病棟のオリエンテーション、主治医・担当看護師の紹介などを行い、入院中の療養生活における責任体制について患者・家族に適切に説明し、明示されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 2 診療記録を適切に記載している

【評価の視点】

- 診療の記録が正確に遅滞なく作成されていることを評価する。

【評価の要素】

- 判読できる記載
- 基準に基づく記載
- 必要な情報の記載
- 適時の記載
- 診療記録の内容についての点検（質的点検）

👉 本項目のポイント

- ◇ 回診の記録を確認する。
- ◇ 必要な記録（手術・麻酔記録、ICU記録、リハビリテーション記録、説明と同意書、栄養指導記録、服薬指導記録、検査内容と結果、処方内容、その他診療に係わる情報など）が記載されていることを確認する。
- ◇ 署名、修正方法、略語の標準化が図られていることを確認する。
- ◇ 退院時サマリーの記載については、本項目で評価する。

関連する項目

診療記録の内容についての点検（質的点検）のうち、診療内容の適切性を評価する取り組みについては『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。

診療記録の形式的な点検（量的点検）については『3.1.6診療情報管理機能を適切に発揮している』で評価する。

2.1.2 診療記録を適切に記載している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>診療録には診療プロセスにおける必要な診療記録、看護記録、リハビリテーション記録などを適時記載している。各診療科でのカンファレンスの内容も記録している。看護記録は院内の看護記録記載要項に沿って記載している。診療記録の質的監査は診療情報管理部が定期的に年3回に分けて行っている。その中で、記載方法の統一、必要な記録の適切な記載、独自の略語は使用しないことなどを指導している。退院時サマリーの記載は、各診療科の責任者が最終確認を行っている。退院時サマリーの2週間以内の提出率は、常に95%前後であり、病歴室にて適切に保管されている。2週間以内の提出率については、経営企画部情報運営委員会で報告されている。また提出期限が迫った未提出カルテについて、各診療科医局長宛にリアルタイムに報告し、提出率100%を目指している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>診療録で使用する略語の院内ルールを作成中である。退院時サマリーの2週間以内の提出率は100%ではない。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医師の診療記録、看護記録、リハビリテーションなど必要な情報を適時記載している。診療記録の質的監査は診療部、看護部ともに適切に行っている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

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

【評価の視点】

○患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況を評価する。

【評価の要素】

- 医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み
- 患者の確認
- 検査・治療部位の確認
- 検体などの確認
- チューブの誤認防止対策

📌 本項目のポイント

- ◇名乗れない状態の患者の場合も含めて、様々な場面でどのような患者確認を実施しているかについて確認する。
- ◇タイムアウトの実施状況を確認する。
- ◇確認手順が業務の状況に照らして実際的であるかどうかについて確認して評価する。
- ◇患者登録の際の誤認防止対策などにも留意する。
- ◇患者確認を含めたバーコード認証は信頼度の高いシステムであるが、必須ではない。
- ◇マニュアル・手順書の作成プロセスに安全管理部門が関与していることを評価する。

関連する項目

アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の確認は、患者本人にフルネームを名乗ってもらうこと、およびIDカード、リストバンド等複数物による確認を院内統一ルールとして医療安全管理マニュアルに定めて実施している。意思表示できない患者の場合はリストバンドやIDカードでの確認と付き添いの方、または医療スタッフに対して患者のフルネームを確認している。手術室で実施されているタイムアウトや手術部位のマーキング、検体採取誤認防止についても医療安全管理マニュアルに掲載している。チューブ誤認防止として、カラーテープを使用し識別している。薬剤投与時は患者氏名、薬剤名、薬剤量、与薬時間、与薬方法が一致しているか処方箋と注射箋を照合し確認している。加えて、入院患者の注射薬については、患者本人の名乗りやリストバンド等での確認とバーコードリーダーによる照合も併用している。外来では注射箋と注射指示書により照合している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>患者は入院時に認識用リストバンドを装着しており、また、手術を受ける患者に対しては、手術室におけるタイムアウトの実施、そして、チューブ類の色分けによる確認などを実施しており、適切である。さらに、外来患者については、誤認防止のためのマニュアルを整備するなど、誤認防止対策は適切に実施されている。しかし、手術部位のマーキングについては、マニュアルは文書化され、整備されているものの遵守されていない実態がみられるため、必要に応じた修正を行うなどの取り組みを期待したい。また、外来における患者誤認防止策は訪問時に完成したばかりなので今後の継続的な取り組みに期待したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 4 情報伝達エラー防止対策を実践している

【評価の視点】

- 医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。

【評価の要素】

- 情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み
- 医師の指示出し・実施確認
- 処方箋・指示箋の記載
- 指示受け・実施
- 検査結果等の確実な報告

👉 本項目のポイント

- ◇口頭指示では、指示が正確に伝達される工夫を評価する。
- ◇オーダリングシステムへの入力内容がすべて看護師に伝えられる必要はないが、病院の実情を把握して評価する。
- ◇指示変更、中止指示がどのように伝達され、修正されているのかを確認する。

関連する項目

情報伝達エラー発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。

2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
アピールしたい点 指示出し・指示受けは原則として電子カルテのオーダー入力を用いて行うことを定めている。やむを得ず口頭指示を受けなければならない場合は、口頭指示出し・指示受けの手順に沿って、口頭指示用メモを用いて行っている。指示や口頭指示の手順は院内で統一され、医療安全管理マニュアルに定められ、医療スタッフマニュアル(携帯版)に掲載されている。検体検査のパニック値は「検査報告実施手順書」で定められた手順で医師に報告している。また、画像診断・病理診断については、医療安全管理部で未確認の診断報告書をモニターし、定期的なリスクマネージャーを通してお知らせしている。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
電子カルテが導入されており、処方箋・指示箋などの記載は適切である。指示出し・指示受け・実施確認のシステムも適切であり、口頭指示に関しても適切な手順で適切に実施されている。		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

【評価の視点】

- 薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されていることを評価する。

【評価の要素】

- 医薬品安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携
- 麻薬等の安全な使用と保管・管理
- ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理
- 重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法
- 副作用の発現状況の把握と対応
- 薬剤の取り違え防止への取り組み
- 抗がん剤など必要な薬剤のレジメン管理・登録
- 病棟在庫薬剤使用時の確認方法

📌 本項目のポイント

- ◇医薬品安全管理責任者が、薬剤師や医療安全管理部門やその他関連部門との協議のうえで、対策を決定していることを確認する。
- ◇ハイリスク薬としての位置づけは、病院の見解を聞いて適切性を判断する。
- ◇カリウム製剤など、薬剤によっては保管場所・数量などの検討状況を確認し、インスリンのように同系統の多種の薬剤が存在する場合には、その区別の状況などを確認する。
- ◇「麻薬等」には麻薬・向精神薬、毒薬、劇薬、特定生薬由来製品などが含まれる。
- ◇安全対策が施されたキット製剤の導入状況を確認する。

関連する項目

- アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- 患者への投薬・注射については『2.2.10投薬・注射を確実・安全に実施している』で評価する。
- ハイリスク薬・麻薬等以外の薬剤の適切な保管・管理については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。

2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
アピールしたい点		
<p>医薬品安全管理責任者および副責任者は、各年度に2回、各部署の視察を行い、医薬品安全管理の手順書に従った安全使用状況を確認・評価し、結果を医療安全管理委員会で報告している。病棟に薬剤師を配置して持参薬や薬歴管理、服薬指導を実施し、病棟の在庫薬や救急カート等の薬剤管理を実施している。注射用抗がん剤は全てレジメン管理されており、医師はレジメンオーダーシステムを用いて処方オーダーを行っている。緊急の新規抗がん剤レジメン使用に対して迅速審査の仕組みを構築している。注射用カリウム製剤は原則ボトル製剤とし、シリンジ製剤の使用は診療科と使用場所を定めている。ハイリスク薬管理マニュアルに基づいた管理を実施している。麻薬や向精神薬は法令に沿った保管・管理が行われている。医薬品情報室で院内副作用を収集し、定期的に業務支援システムに公開し、必要時PMDAに報告している。各病棟や外来の在庫薬の種類や量（定数）は薬剤部門で把握し、在庫管理マニュアルに基づいた管理を行っている。</p>		
課題と認識されている点		
<p>現在、抗がん剤レジメン登録は、注射薬のみであるため、内服抗がん剤のレジメン登録とレジメンオーダーによる運用を計画している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>前回評価で改善事項にあげられた抗がん剤化学療法の体制整備に関する取り組みとして、新たに「金沢大学附属病院がん化学療法レジメン審査委員会」を平成27年12月に設置した。同委員会は、従来「外来化学療法室運営委員会」で行っていた外来患者に実施するレジメンの審査を継承し、加えて入院患者に対するレジメンの審査を行うこととした。委員会発足の平成27年12月から平成29年4月の間に承認したレジメン数は、入院レジメン120件、外来・入院共通レジメン76件であった。</p> <p>また、薬剤師は、レジメン審査委員会又は高難度新規医療技術等評価委員会の承認が確認できなければ、処方された抗がん剤の調製・払い出しができず、医師が抗がん剤治療を実施できないシステムを整備した。</p> <p>実施した抗がん剤治療件数を薬剤部及び医事課が把握し、レジメン審査委員会（毎月）に報告する体制とした。平成28年度の実施件数は、12,776件（入院5,362件、外来7,414件）であった。また、レジメン審査・承認状況並びに入院及び外来で実施した抗がん剤治療件数を、病院運営会議（毎月）に報告し、院内に周知するように改善を行った。ハイリスク薬管理マニュアルに基づき、ハイリスク薬は処方箋にマークをつけて他の薬剤と区別している。特に注射用カリウム製剤は原則ボトル製剤とし、シリンジ製剤の使用は診療科と使用場所を定めた。また安全な薬剤投与に向け、院内体制のもと静脈注射委員会による看護職員研修の実施・認定制により、認定レベルと薬剤危険水準による実施体制で安全性を担保している。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	C	
<p>重複投与、相互作用等はシステムよりチェック可能となっており、アレルギーなどのリスク回避にも努めている。病棟においては病棟薬剤師も配置され、麻薬、向精神薬の保管・管理、副作用の把握等を行っている。なお、抗がん剤のレジメン登録は外来では外来化学療法委員会に登録と管理を行っているが、入院では抗がん剤対象者が1週間平均73人の状況において、レジメンシステムがなく主治医と薬剤師の確認だけで抗がん剤投与が可能な状態となっていた。この度、入院での化学療法について、審査・登録を組織的に行いはじめたところである。実施状況等について現時点で確認ができず、今後、確実に運用・実施する事が求められる。</p>		

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 6 転倒・転落防止対策を実践している

【評価の視点】

○転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。

【評価の要素】

- 医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み
- 転倒・転落発生時の対応
- 転倒・転落のリスク評価
- 対策の立案・実施
- 対策の実施結果の評価と見直し

👉 本項目のポイント

- ◇ 転倒・転落の事例があることをもって不適切とは判断しない。
- ◇ 安易な身体抑制が行われていないことを確認する。

関連する項目

アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
アピールしたい点		
<p>入退院センターで入院説明時に転倒転落パンフレットと自己チェック表を説明し渡し、転倒しにくい履物の実物を見せて紹介している。また入院予定患者に入院前・入院中の生活に関する説明を行う入院前準備教室で予防体操を指導している。入院時には、全患者に共通のリスクアセスメントツールを使用してハイリスクに該当した場合はハイリスク患者用ケアを実施し、治療や病状に伴う状態変化時には再評価を実施しケアの変更を検討している。転倒時の外傷を最小化するために緩衝マットを積極的に使用している。環境の整えとしてポータブルの設置場所の工夫やベッドからの立ち上がりを補助する置き型の手すりを設置している。転倒時の頭部外傷が疑われる場合などにはCT検査を励行している。入院のご案内や転倒予防パンフレットを配布し踵のある履物の推奨、転倒予防DVDを入退院センターや院内TVで放映している。医療安全管理部とリハビリテーション部や転倒予防士等で構成された転倒転落対策チームを結成し、院内ラウンドを開始する計画がある。入院患者に「ロコモ」の導入を検討するなどの対策をとっている。</p>		
課題と認識されている点		
特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>退院後の生活を見据えて、入院前後でQOLを維持し退院できるように、入院前から準備ができるよう入院前準備教室を開設した。この教室では、ロコモチェックや体操を実施し、患者自身で体操ができるように指導することで、入院前から転倒予防対策を実施している。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>入院が決定した患者・家族に対しては、入退院センターで「入院のご案内」とともに「転倒・転落を防ぐ為の注意点」を明記した文書を手渡し、転倒・転落予防の注意を促している。患者の入院時には、院内統一のチェックリストを用いて転倒・転落のリスクを評価し、必要に応じた適切な対策が行われている。また、身体抑制の必要性についても評価されており、転倒・転落の防止対策は適切に行われている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 7 医療機器を安全に使用している

【評価の視点】

○人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。

【評価の要素】

- 医療機器安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携
- 使用する職員への教育・研修
- 使用マニュアルに基づく確認
- 設定条件の確認と確実な伝達
- 使用中の作動確認

📌 本項目のポイント

- ◇ 使用者が限定される特殊な機器ではなく、一般に病棟・外来等で使用される機器を対象にして評価する。
- ◇ 使用法の教育・研修実績を確認する。
- ◇ アラームの設定状況にも注意する。

関連する項目

アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
複数の医療機器使用時の取り違え防止については『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』で評価する。
夜間の対応の整備については『3.1.7医療機器管理機能を適切に発揮している』で評価する。

2.1.7 医療機器を安全に使用している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器はME機器管理センターで中央管理している。医療機器の使用については、新規採用者研修や専門部門、新機種導入時に研修を実施している。主なME機器の使用方法や取扱説明書はME機器管理センターWebサイトに掲載されており、いつでもだれでも閲覧することが可能になっている。人工呼吸器などはME機器管理センタースタッフによるラウンド、設定条件チェック用紙を用いて安全に使用している。人工呼吸器や輸液ポンプは使用開始前に始業前点検を行い、使用中は毎日、看護師による使用点検を実施している。人工呼吸器の設定については、カルテに設定条件を記載するとともに、人工呼吸器指示書を機器のそばに置き、設定変更時や勤務交代時に設定項目に沿って記録している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>日常診療で使用される輸液ポンプやシリンジポンプ等はME機器管理センターで中央管理されている。使用時の重要な確認ポイントは機器にシールが貼付されており、院内メールやリスクマネージャー会議で周知が図られている。使用する職員への教育・研修は新入職員対象の定時研修のほかに、新機種の導入時の他に、各病棟からの依頼にもその都度応じている。また、重要な医療機器の使用頻度が高い手術部、血液浄化療法部、ICU、光学医療診療部などには臨床工学技士を配置して安全管理に努めている。さらに、人工呼吸器装着患者に対する毎日のラウンドを通して看護部との連携が図られ、日常診療場面における医療機器の使用は安全・適切に行われている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 8 患者等の急変時に適切に対応している

【評価の視点】

○全職員を対象に心肺蘇生（CPR）の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。

【評価の要素】

- 院内緊急コードの設定
- 急変の兆候を捉えて対応する仕組み
- 救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
- 定期的な訓練

📌 本項目のポイント

- ◇心肺蘇生方式は時に改訂されるので、新しい情報の入手をいかに工夫しているかについて確認する。
- ◇緊急コードが使用できる状況にあるか、夜間の緊急召集システムがどうなっているかなど、現場環境を勘案した判断が求められる。（実効性の確認）
- ◇熟練した医師が駆け付けれるまで時間がかかることを想定して、救急蘇生の訓練を職員にどのように徹底させているかなど、病院としての工夫について確認する。
- ◇侵襲性の高い検査などでの急変時対応を確認する。
- ◇麻酔科医の関与も含めた集学的な対応の状況を確認する。

関連する項目

アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。

2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している

今回審査

自己評価	S	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医療安全管理部と救急部の主催で入職時から全職員対象にBLS（Basic Life Support）研修を実施している。院内緊急対応としてRRT（Rapid Response Team）が業務用携帯電話（080-2963-8840）で24時間活動するシステムがあり、活動状況は医療安全管理部が報告を受けモニターしている。年1回、医療安全研修で活動状況の報告をしている。救急カートは各部署に配置され、医薬品や蘇生機器などの装備内容は院内統一であり、点検方法と共に医療安全管理マニュアルに明記している。点検後は、「点検済み」マグネットで表示している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	S	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	S	
<p>2014年12月に結成されたRRT（Rapid Response Team）が患者等の急変時に対応している。緊急コールがかかるとICUから医師1名、看護師1名が現場に駆け付ける仕組みであり、どの部署からのコールに対しても2～3分で駆け付けることができるため、臨床現場の職員からの信頼は厚く、運用開始後3ヶ月間で26件の実績がある。また、全職員対象のBLS（一部はICLS）研修は受講率100%である。さらに第1回受講後3年、5年の再受講が義務付けられており、対象外の職員の受講希望も多いなど、職員の医療安全への意識は非常に高い。救急カートや蘇生装置の整備・配置状況を含め、患者等の急変時への対応は極めて高く評価したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

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

【評価の視点】

○医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況を評価する。

【評価の要素】

- 標準予防策に関する遵守状況
- 感染経路別の予防策に基づいた対応
- 手指衛生（手洗い・手指消毒）の徹底
- 个人防护用具（PPE）の着用
- 現場での感染性廃棄物の取り扱い
- 血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱い

👉本項目のポイント

- ◇手指衛生を行う場面として、「1）患者に直接接触する前、2）無菌操作をする前、3）体液曝露リスクの後、4）患者に接触した後、5）患者の環境に触れた後」といった基本的な職員教育が実践されていることを確認する。
- ◇1処置1手袋を原則とするなど、現場において適切な運用がなされていることを確認する。外科病棟などでは包交・処置時の伝搬感染の疑い事例も報告されており、手袋の頻回な交換と手袋を外した際の手指消毒の実施が必ず求められる。
- ◇感染性廃棄物や血液・体液が付いたリネン・寝具類の取り扱いについては、搬出者の感染防御への配慮がなされていることを確認する。
- ◇予防策に関しては、単にマニュアルが整備されていることの確認だけでなく、現場における遵守状況を聴き取りにより、あるいは事例対応などから評価する。
- ◇外科系病棟では、回診時の創傷処置プロセスなどが、適切な感染制御の下で対応されていることを確認する。
- ◇本項目では、感染性廃棄物が現場から受け渡されるところまでを評価する。
- ◇該当する場合には、産科混合病棟における感染対策を確認する。

関連する項目

感染防止対策の有効性の評価と見直しについては『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』で評価する。
 廃棄物の運搬以降の処理過程については『4.5.1施設・設備を適切に管理している』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>標準予防策を遵守するため、新規採用看護師・研修医に対する講義および演習を必須としている。実施状況はICTラウンド項目に手指消毒、防護具の着脱の実施状況を挙げ、直接観察している。感染制御部では、感染管理システムを用い毎日菌の検出状況を確認し、感染経路別対応が必要な症例は当該部署に必要な対策を指導している。当該部門では、経路別対策が必要な患者は看護問題立案による対策実施と評価を行い、入院中だけでなく転院・退院時においても対策の継続につなげている。マキシマルバリアプリコーションの遵守は、マニュアル記載のほか感染対策研修で周知している。手指衛生の遵守としては擦式消毒薬の使用量を病棟単位でモニタリングし評価している。個人防護用具の使用場面に応じた選択や着脱順、汚染リネンの分別など、マニュアル記載のほか現場に掲示し視覚的に共通認識できるようにした。各病室前に擦式手指消毒薬を設置し手指衛生遵守の向上を図っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>手指衛生の遵守のさらなる向上が求められる。また、感染対策実施後の隔離解除についてはマニュアルに掲載しているが、主に流行性疾患に対しての明記にて耐性菌検出患者の隔離解除基準の設定が検討課題である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>スタンダードプリコーションに則って実践されている。「院内感染関連マニュアル」は2001年に整備されその後も随時改訂されている。個人防護具は着脱方法の詳細な説明が写真付きでマニュアルに掲載され遵守されている。さらに、感染性廃棄物の取り扱いは院内規定が全職員および委託業者にいたるまで周知・徹底され遵守されている。また、リンクナース制度を見直した結果、2013年度からICM（Infection Control Manager）制度に変更しており、全部署、全スタッフへの各種メッセージ等の周知徹底が容易になった。ICTは毎週テーマに沿ってラウンドを行い、現場での感染防止対策を指導・支援しており医療感染制御活動は、適切に実践されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 10 抗菌薬を適正に使用している

【評価の視点】

- 抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。

【評価の要素】

- 抗菌薬の採用・採用中止に関する検討
- 抗菌薬の適正使用に関する指針の整備
- 起炎菌・感染部位の特定
- 院内における分離菌感受性パターンの把握
- 抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック

☞ 本項目のポイント

◇培養検査などで起炎菌を速やかに同定し、適切な抗菌薬に移行することが日常化していることを確認する。漫然とした長期投与や同系統薬剤の継続使用に対して、感染対策チームや抗菌薬適正使用支援チーム等に属する薬剤師が、院内の監視・抑制に密に関与することが望まれる。

◇周術期の予防的抗菌薬使用にあたっては、清潔手術・準清潔手術などの清潔度に応じた適正な抗菌薬選択が行われ、術中の薬剤濃度を考慮した投与間隔や術後早期の中止がなされていることを確認する。

◇「抗菌薬使用マニュアル」等の存在だけでなく、その内容の妥当性や現場における遵守状況などを評価する。

関連する項目

2.1.10 抗菌薬を適正に使用している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が組織され、薬剤耐性菌対策および抗菌薬適正使用に関する業務を院内感染対策チーム（ICT）と協働で実践している。抗菌薬の採用・採用中止に関しては、薬事委員会より事前に諮問を受け、ASTメンバーにて協議している。また、各種の診断・治療に関する最新のガイドラインを踏まえ、院内各専門領域のスタッフとともに抗菌薬適正使用マニュアルを作成し適宜改定を行っている。一部のガイドラインは感染制御部に所蔵しており、蔵書内容は電子カルテ端末にて公開している。とりわけ特定抗菌薬（届出抗菌薬、許可抗菌薬）使用状況の確認時（投与開始前、その後週に1回以上）に不適切な使用が認められた際は、ASTより主治医に変更案を提案しており、薬剤師だけでなく、各職種が集まるAST会議においても抗菌薬適正使用を検討している。また、必要に応じて感染フォーカスおよび原因微生物の特定のためにASTから適切な微生物検査の実施を個々に提案しており、起炎菌が同定された際は適切な抗菌薬に変更されているかの確認を行っている。また、抗菌薬適正使用マニュアルでは周術期予防抗菌薬の選択や術中の薬剤濃度および腎機能を考慮した適切な投与量・投与間隔を記載している。さらに、対応に難渋する事例に関して、感染症専門医にコンサルトできる体制がある。血液および髄液などの無菌材料から微生物が検出された場合、メタロβ-ラクタマーゼ（MBL）産生菌等の薬剤耐性菌、抗酸菌（塗抹、PCR、培養）あるいは感染症法に規定される届出対象微生物が検出された場合は、平日・休日問わず微生物検査室から医師へ情報提供を行うことで、院内での組織的対応を行っている。入院患者では、1か月ごとに抗菌薬全般の使用動向調査を行い、動向に不適切な変化がないか監視している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>抗菌薬の採用・削除はICTの意見を踏まえ薬事審議会にて検討し、抗菌薬適正使用指針も整備している。また、使用状況は1-2週間以上の長期投与例はICTで確実に把握し主治医にフィードバックしている。院内における分離菌感受性パターンを適正に把握し、血液培養の適時実施などにより感染部位の特定は実施している。抗MRSA薬、カルバペネム系抗菌薬、ゾシンの届出制やザイボックスやオラペナムは認可制としている。周術期の予防的抗菌薬投与は清潔・準清潔を考慮し各科で実施され実施率は100%であるが、一部のクリニカルパスにおいて抗菌薬ガイドラインを遵守していない事例が見られた。必要であればガイドラインの改定、あるいは、ガイドラインを遵守するための検討が望まれる。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

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

【評価の視点】

○臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、実際の対応状況を評価する。

【評価の要素】

- 患者・家族の抱えている倫理的な課題の把握
- 診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み
- 解決困難な倫理的な問題の対応

👉 本項目のポイント

- ◇職員の倫理に関する教育や研修体制や、臨床の倫理的問題に関する検討の場、それらの検討の実績などを総合的に評価する。
- ◇実際の症例での検討実績があることを確認する。

関連する項目

倫理委員会の活動については『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』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>倫理的課題を検討する当院の体制は、臨床倫理委員会、臨床倫理コンサルティングチーム（CECT）、7つの専門委員会、各診療科・各部署のリンカーからなる4層構造を取っている。日常診療において倫理的ジレンマが生じた場合、まず各部署で意見交換し倫理的問題の解決を図るが、解決できなかった場合はCECTに相談する。CECTではコアメンバーが中心となり、即日、遅くとも数日以内には対面で個別相談に応じ、対面にて助言を行っている。相談事例については、月1回定例開催されるCECTカンファレンスにおいて事例への助言・支援に対する振り返りを行っている。病院としての方向性や新しい規約の制定が必要な場合は、関連する専門委員会に諮って検討し、その後臨床倫理委員会で最終決定とする仕組みが整っている。また、個別の相談事例についても、院内の倫理的問題として全て、年2回の定例臨床倫理委員会で報告している。各部署とCECTをつなぐCECTリンカーは各部署の倫理カンファレンスのファシリテーターとしての役割を持つ他、月1回定例で開催されるリンカーカンファレンスに参加し、実際の事例を用いて全体で検討を行っている。また、年1回、外部講師を迎えて全職種を対象とした臨床倫理講演会も実施している。また、臨床倫理担当の副看護部長が日々ラウンドを行い、悩んだり迷ったりしたときに支援できる仕組みを整えている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>急性期病院におけるアドバンス・ケア・プランニングをどのように展開していくかを検討中である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	S	
<p>倫理的課題の共有として、多職種でカンファレンスを行い課題解決に努めている。</p> <p>平成27年10月に倫理的な問題を検討する場、解決困難な倫理的問題への医療者の相談対応・解決への支援を行う体制として、臨床倫理コンサルティングチームを設置した。また、臨床現場で解決策を検討することができるようになるための人材育成として、臨床倫理コンサルティングチームリンカーを各部署に配置し、毎月多職種で倫理的課題を検討する事例検討を行い、問題への対応及び質向上に努めている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>患者・家族の倫理的課題は看護師やMSWを含めて多職種により病棟カンファレンスを行い対応している。部署やMSWなどで対応困難な課題は看護部を中心とした看護倫理検討会で検討しその実績も十分ではあるが、さらに院内での課題を共有するために、新しい臨床倫理委員会規程の作成やその他の委員会規程の改定を予定しており、その活動に期待したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2 1 12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている

【評価の視点】

○患者の利益を尊重するために、必要に応じて多職種が協働し、チームとして患者の診療・ケアにあたっていることを評価する。

【評価の要素】

- 多職種が参加した診療・ケアの実践
- 必要に応じて診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施
- 多職種からなる専門チームの介入
- 部署間の協力

👉 本項目のポイント

- ◇本項目では病院組織全体の部門横断的な多職種連携を評価する。
- ◇多職種の協働の状況については、該当する委員会の開催や、チーム編成・診療科間の協働体制、他職種との連携状況などにより総合的に評価する。
- ◇大学病院などでは、専門チームの活動や、その活動を介した人材の育成の状況も評価する。

関連する項目

各病棟における多職種の協働については『2.2チーム医療による診療・ケアの実践』で評価する。

2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>がんセンター、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、感染対策チーム、口腔ケアサポートチーム、リエゾンチームなど多職種横断的な医療が実践されている。病棟内多職種カンファレンス、腫瘍カンファレンス、緩和ケアカンファレンス、栄養サポートチーム回診・カンファレンス、リエゾンチーム回診、ハートセンターカンファレンス、周産母子カンファレンスなど診療の枠を超えて治療方針の検討が行われ、連携による医療の提携を行っている。がん診療連携協議会、地域緩和ケアカンファレンスなど、多職種合同による講演会なども盛んに行っている。また、院外の研修会、カンファレンスなどにも、職種を超えて共同参加することも推奨している。初期研修医教育においては、多職種による安全管理研修を実施しており、研修医へ早期からチーム医療の大切さを浸透させている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>毎週開催されている退院支援カンファレンス、栄養カンファレンス、月に2回開催されるリハビリテーションカンファレンス、適宜開催される臓器移植患者に関するカンファレンスなど、多職種が参画して議論できる場が院内には数多くある。また、院内で活動している多職種からなる専門チームとしては、ICT、NST、緩和ケアチーム、褥瘡ケアチーム、糖尿病・透析予防チーム、RRTなどがあり病棟巡回のほか、必要時にはベッドサイドでの診療・ケアへの対応を積極的に行っており、多職種が協働して行う診療・ケアは適切に実践されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

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

【評価の視点】

- 患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 受診に必要な情報の案内
- 初診、再診、会計などの手続き
- 紹介患者の受け入れ
- 待ち時間への配慮
- 患者の病態・緊急性への配慮

👉 本項目のポイント

- ◇救急搬送、夜間・時間外、転院や紹介受診など想定される来院形態について、適切に診療につなげているプロセスを患者の視点で評価する。
- ◇待ち時間短縮に向けた予約制の導入などは、高く評価するが、診療科の特性によっては、予約制の導入が困難な場合もあることに留意する。
- ◇紹介患者については、情報交換が円滑に行われていることを評価する。
- ◇病院の状況によっては、外国語による表示、病院案内や診療マニュアルの整備など、外国人の診療に対するサポートも評価する。

関連する項目

- 紹介患者受け入れ後の、紹介機関への段階ごとの返答（報告）が行われる仕組みについては『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』で評価する。
- 入院案内については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>受診に必要な情報は、院内掲示や外来診療パンフレットに明確に掲示・表示しており、常に更新された最新情報がWebサイトに掲載されている。外来は完全予約制で運用され、紹介患者についても事前に予約センターにて予約し受診される仕組みである。デジタルサイネージによる県内の連携医療機関の紹介やリアルタイムのニュース配信等、患者の待ち時間中のストレス軽減につながるような工夫をしている。また、毎年アンケート調査を実施し、患者満足度向上のために継続的な情報収集と分析を行っている。さらに患者からの問い合わせや相談に対応し安心して受診できるよう、総合案内に看護師を配置し、定期的に外来看護師が院内を巡回することで、患者の病態や緊急性をタイムリーに把握し判断している。夜間休日等の診療時間外における患者受け入れについては、第三次救急医療として24時間体制で適切に対応している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>病院案内が外国語対応のものになっていない。外国人患者対応として英語での院内案内図を準備している。また、携帯型通訳器を導入する計画である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>受診に必要な情報（初診・再診・会計を含む）のインフォメーションは、パンフレット「外来診療のご案内」、総合案内、院内掲示、ホームページ等で確認できる。外来は完全予約制で運用され、紹介患者についても事前に予約センターにて予約し受診される仕組みであり、待ち時間への配慮はおおむね適切である。ただ、待ち時間調査は2014年11月に実施されているが、定期的な実施されていないので、継続的に情報収集し、初・再診別、科別など把握に努めて、対策に活用されることが望まれる。正面玄関前（ホスピタルプロムナード）において看護師が患者の病態・緊急性をタイムリーに把握し、トリアージを行っており、円滑な受け入れができています。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 2 外来診療を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者に関する情報収集
- 患者への説明と同意
- 安全な外来診療
- 患者への指導の実施状況

👉 本項目のポイント

- ◇患者の情報を関係者で共有する方法を確認する。
- ◇必要時に上級医、他診療科専門医に相談できる体制があるかを確認する。

関連する項目

責任体制については『2.1.1診療・ケアの管理・責任体制が明確である』で評価する。
安全な外来診療として、『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』や『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』、『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』など、それぞれに特化した評価項目がある場合については、その評価項目で評価する。

2.2.2 外来診療を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>外来で初診患者に対し問診票を用いて診療情報の収集を行い、電子カルテに取り入れ、看護師がトリアージして円滑な診療につなげている。各診療科医師はプロブレムリストやショートサマリーの形式を用いて、他科の医師や他職種からも理解しやすく記載している。手術や侵襲的な検査が予定されている患者では、外来で「出血を伴う手術前に休薬すべき薬剤と休薬期間の目安」を元に、抗血小板薬や抗凝固薬の投与を医師と看護師が確認している。外来化学療法を受ける全患者は、外来看護師により問診・バイタルサインが確認され、その情報は担当医・外来看護師・外来化学療法センター看護師の間で共有される。各診療科でオンコール体制をとっており、緊急時や必要時には、オンコール医へ相談ができる体制をとっている。オンコール医師一覧は電子カルテ端末内に掲載されている。入院・手術予定の全ての患者は、入退院センターで担当看護師から説明を受け、患者の不安やリスクなどについても外来と病棟看護師とで情報交換している。診察室ではプライバシー保護にも十分な配慮がなされ、安全な外来診療に努めており適切である。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>外来で初診患者に対し問診票を用いて診療情報の収集を行い、電子カルテに取り入れ、看護師がトリアージして円滑な診療につなげている。手術予定の患者では外来で抗血小板薬や抗凝固薬の投与を医師と看護師がチェックしている。必要時に他科医への相談を行っている。入院・手術予定の全ての患者は入院支援センターで担当看護師から説明を受け、患者の不安やリスクなどについても外来と病棟看護師とで情報交換している。一部の部署を除いて、ほとんどの診察室でのプライバシー保護にも十分な配慮がなされ、安全な外来診療に努めており適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 3 診断的検査を確実・安全に実施している

【評価の視点】

○外来・入院を含め、検査を確実・安全に実施していることを評価する。

【評価の要素】

- 必要性の判断
- 必要性とリスクに関する説明
- 侵襲的検査の同意書の取得
- 安全な検査の実施
- 安全に配慮した患者の搬送
- 検査中、検査後の患者状態・反応の観察
- 自院で行えない検査への対応

👉 本項目のポイント

- ◇ 診断的検査には、検体検査、生理検査、内視鏡検査、放射線検査、造影検査、生検などが含まれ、部門に関係する項目があっても、安全については本項目で評価する。
- ◇ 高齢者や障害者など患者の特性に応じた配慮を確認する。
- ◇ 初診患者に対し、医師の診察前に検査が行われている場合、内容とともにその指示がどのように出されているのかを確認した上で、その妥当性を評価する。眼科などでは診察の一環として一般的に行なわれており、一律に禁ずるものではないが、X線検査などでは特に問題になり得る。
- ◇ 画像撮影時の安全性の確保として、放射線防護、妊婦の撮影、MRI検査時の持ち込み品などの対応について確認する。
- ◇ 造影剤使用時の安全性の確保として、医師がスタンバイしていることを確認する。
- ◇ それぞれの検査内容に応じて予期される異常への対応方法、予防体制などを評価する。

関連する項目

緊急コードについては『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。

2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>診断的検査に関して、外来では医師が先に診察を行いその必要性と適応を判断している。侵襲性の高い検査・処置の必要性と適応については外来・入院を問わず各診療科において検討がなされている。内視鏡検査（生検を含む）、造影検査など侵襲的な検査・処置の実施にあたっては、全症例において院内で統一された所定の説明書に沿った説明および所定の同意書による同意を取得している。各検査・処置に関し、実施手順、観察手順、検査・処置中の異常発生時の対応手順、対応体制等については院内専用Webサイトの看護業務支援メニューに明記されている。必要に応じ血圧モニター、心電図モニター、パルスオキシメータを装着し、患者状態・反応の観察を行っている。異常発生時や緊急時にはRRT（Rapid Response Team）を活用する仕組みが整っている。高齢者や障害者などの患者に対しては、必要に応じて看護師が付き添い、声かけや介助を行っている。外来では車椅子待合スペースを確保し、中央採血室では車椅子患者用ブースを設けている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>侵襲的医療行為に関する説明同意の院内責任者を任命し、今後の説明同意取得の方向性と実施手順（4段階）を決定した。</p> <p>ステップ1として院内担当者の任命等組織体制を整えた。続いて、診療科代表との間で具体的な調査・検討を行い、同意書を取得している医療行為（検査を含む）をリスト化した（ステップ2）。現在、リストを元に説明同意書の共通化など、更に細部を詰める作業を開始している。ステップ3、4として、院内責任者による説明同意書の内容確認と承認、承認された文書の電子カルテシステムへの登録などを行う予定としている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>診断学的検査における必要性とリスクに関する説明は適切になされている。しかし、どのような検査に対して同意書を取得するか の組織的な検討がなされずリストも作成されておらず、各診療科任せとなっている。同じ検査で診療科により同意書を取得するか どうかの判断が統一されていないことに対しては、今後検討が必要である。その他、検査中・検査後の患者状態や反応の観察や 造影剤使用時の安全性の確保等については適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 4 入院の決定を適切に行っている

【評価の視点】

- 医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 医学的な判断に基づく入院の必要性の検討
- 患者の希望への配慮
- 患者への十分な説明と入院することの同意
- 弾力的な病床活用

👉 本項目のポイント

- ◇入院の決定までのプロセスを評価するものであり、書類の有無をみるものではない。
- ◇決定に関わる部門、職員について確認する。

関連する項目

クリニカル・パス（クリティカル・パス）を用いた入院診療計画の説明については『2.2.5診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している』で評価する。

決定後の手順については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

安心して入院診療ができるような援助体制については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

2.2.4 入院の決定を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>入院の決定は医学的判断に基づいて外来担当医が行い、必要時に他の診療科とも協議を行っている。外来担当医より患者本人・家族に入院の必要性を説明し同意を得ている。外来看護師は医師の指示に基づき、患者と面談し説明内容の理解状況を確認し、患者の生活状況などを聞き取っている。入退院センターでは入院生活について説明し、入院に関する不安の有無を聴取している。手術を前提とした場合、各科での症例検討会で手術適応の有無や麻酔のリスク評価などを行い、入院・手術への移行が円滑に進むように配慮している。予定および予定外の入院患者の病床はベッドコントロール部門の効率的な運用により、迅速に適切な病床が準備される。入院患者の適応は、各主治医の判断によるが、各診療科のカンファレンスで検討する場合もある。患者や家族が退院後の生活をイメージし、生活の変化に対応できるように、入院前から退院、転院を見据えた話し合いを患者家族を含め、多職種で行っている。入院患者の退院・転院の決定については、各診療科のカンファレンスで検討された治療方針をもとに、入院1週間以内に主治医、担当看護師、退院支援専任看護師、メディカルソーシャルワーカーなど多職種で構成された退院調整カンファレンスを行う。ここで退院・転院に関する意見交換を行い、スムーズな退院・転院が行われている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>入院の適応は外来担当医個人の判断によるところが大きく、入院前に入院適応について判断するカンファレンスが十分に行われていない。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>入院の決定は医学的判断に基づいて外来担当医が行い、必要時に他の診療科とも協議を行っている。手術を前提とした場合、各科での症例検討会で手術適応の有無や麻酔のリスク評価などを行い、入院・手術への移行が円滑に進むように配慮している。ベッドコントロールも弾力的、効率的に運用されており、入院決定のプロセスは適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している

【評価の視点】

○医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者の病態に応じた診断・評価
- 診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成
- 患者・家族への説明と同意
- 患者・家族の要望の反映
- 必要に応じた診療計画の見直し
- クリニカル・パス（クリティカル・パス）の活用

👉 本項目のポイント

◇診療計画には検査計画・治療計画・看護計画・栄養計画・リハビリテーション計画などが含まれるが、本項目では、入院診療計画書と看護計画書の作成プロセス、計画内容、必要に応じた見直し、説明と同意の実施状況等評価する。

◇診断・評価にはリスクに関することも含める。

◇入院目的や診療計画、退院時期などが変更になったときの対応についても確認する。

関連する項目

栄養計画については『2.2.15栄養管理と食事指導を適切に行っている』で評価する。

リハビリテーションの計画については『2.2.17リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。

2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医師が病歴や所見、検査結果などから病状評価と治療に関する基本方針を立てており、入院時の診療計画書を迅速に作成している。看護師は、入院時患者の情報を収集し看護計画を立案し、カルテ内にて多職種が共有している。入院前・入院時、定期的に関係者が集まりチームカンファレンスを実施し、必要に応じて計画の修正や見直しなどを実施している。そのほかコメディカルスタッフによるカルテ記載も同様で患者情報を共有している。クリニカル・パスの運用を積極的に行っている（2019年クリニカル・パス適用率 27.6%）。クリニカル・パスの活用において、バリエーションが生じた事実の把握と、必要に応じて行われた対処などを適切に実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>入院診療計画書は入院早期に、医師・看護師等の医療チームが共同して転落転倒の評価、栄養評価、褥瘡リスク、服薬の自己管理の適否、認知機能の評価を速やかに行い、患者・家族の要望も取り入れ診療計画を立案している。説明は病棟の相談室内で医師又は看護師が実施する原則である。診療内容に応じたクリニカルパスの積極的な利用を推進するとともに、電子パスへの移行についても継続して取り組んでおり、平成29年5月末日で12種類の電子パス登録が完了した。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>入院診療計画書は入院早期に主治医が作成し、転落転倒に評価、栄養評価、褥瘡のリスク、服薬の自己管理の適否、認知機能の評価を速やかに立案している。説明は病棟での相談室内で看護師の同席が原則である。クリニカルパスは病院全体で約26%の適用率であり、一部の診療科ではパスを利用していない。紙ベースから電子カルテベースへの移行期ではあるが、さらなる運用と活用が望まれる。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している

【評価の視点】

○医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。

【評価の要素】

- 多様な相談への対応
- 院外の社会資源との調整・連携
- 院内スタッフとの調整・連携
- 相談内容の記録

👉本項目のポイント

- ◇本項目では、このような相談の仕組みが日常的に機能しているかを評価する。
- ◇医療現場で生ずる様々な相談について、医師や看護師等の対処状況や緩和ケアチーム、MSW・事務職など専門チーム、他職種との連携、院外の必要資源の活用状況などを総合的に評価する。
- ◇実際の相談事例に基づき、どのような取り組みがなされたかを確認する。
- ◇相談事例が1件もないことは理解しにくいので評価時に留意する。

関連する項目

相談窓口の一本化など、相談の仕組みについては『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』で評価する。

2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>正面玄関（ホスピタルフロムナード）の総合案内に「患者相談窓口」の案内表示があり、患者・家族はここから「地域医療連携室・がん相談支援センター」あるいは「医療安全管理部」に取り次がれる。相談室は同フロアに個室が2室、半個室が3室あり多様な相談内容に応じて適切な職種（医師、薬剤師、看護師、技師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、事務職員等）が対応できるよう各部門が連携する仕組みが整っている。医療費・社会資源に関する相談、療養に関する相談、医療安全に関する相談等については、プライバシーの確保に配慮しながら日常的に適切に対応し、その記録を残している。また、がん相談支援センターでは、社会保険労務士と連携してがん患者の就労や社会福祉相談に応じている。さらに地域医師会、開業医・連携病院等の医療機関、警察・児童相談所等の行政等の社会資源を活用しながら、地域全体で患者・家族を支える地域連携に力を入れて取り組んでいる。2019年度より遺伝診療外来が開設し、遺伝専門医と専門的知識を持った看護師がチームとなって患者及び家族の悩みや不安、疑問に対応している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>患者相談取次窓口は一本化されてはいるものの、各種相談室が各フロアに分散しているため、患者動線の利便性向上の観点からも相談室の集約化が望ましい。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>外来正面玄関の総合案内に「患者相談窓口」の案内表示がある。患者・家族はここから「地域医療連携室・がん相談支援センター」に取り次がれ、相談内容によって最適な部署や職種が対応できるよう、各部門が連携して多岐にわたる相談に対応する仕組みである。MSW、看護師、事務職員が転院先に関する事、在宅療養に関する事、各種福祉制度に関する相談などに対応している。また、がん相談支援センターでは、社会保険労務士と連携してがん患者の就労や社会福祉相談に応じており、最近はがん患者以外の患者も対象とするなど優れた取り組みを実践している。さらに、「入院のご案内」や病棟内掲示板などでも「患者相談窓口」は大きく案内されており、患者・家族は入院当初から経済的なことや在宅療養にかかる不安などを相談することができ、医療相談への対応は適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 7 患者が円滑に入院できる

【評価の視点】

○患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されていることを評価する。

【評価の要素】

- わかりやすい入院の手続き
- 入院生活に関する入院前の説明
- 病棟のオリエンテーション

👉 本項目のポイント

- ◇入院案内や入院に関する説明、病棟オリエンテーションの内容から、病棟の設備・浴室の使い方などの生活機能の表示や説明などを患者の視点で評価する。
- ◇緊急入院の対応状況についても確認する。患者への支援だけでなく、家族への配慮なども確認して評価する。

関連する項目

- 薬剤アレルギーの回避については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- 食品アレルギーの防止については『2.2.15栄養管理と食事指導を適切に行っている』で評価する。

2.2.7 患者が円滑に入院できる

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>入院前から入院準備を行い、安心して入院できるように、入院前準備教室を開設している。入院前から生活を整え、適切に治療を受けられる準備ができ、早期退院にもつながっている。病棟見学対応の病棟も増えている。現在は新型コロナウイルス感染拡大防止のため病棟見学は見合わせているが、iPadで撮影した病棟内や病室の写真を用いて病棟見学の代替としている。入院決定時に看護師が患者から3側面（身体面・精神面・社会面）での情報収集を行い、患者が生活していくうえで支援が必要かをアセスメントしている。医師と協働で療養支援計画書を作成し、支援が必要と判断した内容を入院前に外来と病棟で情報共有し、入院時より適切なケアが開始できるよう看護計画を立案し実践している。入退院センターで入院説明を行っており、その際に限度額認定証の説明も行い、経済的な相談があった場合には隣接する地域医療連携室の医療ソーシャルワーカー（MSW）に相談をつなぐ体制がある。入院後には病棟看護師による転倒転落・褥瘡等の評価が行われ、結果に応じ対応している。薬剤師による持参薬確認も行われている。緊急入院の患者には、希望があれば病衣や最低限の日用品の使用ができる準備がある。緊急入院時は、患者の体調に合わせたオリエンテーションやご家族の不安も考慮した声掛けを行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>「入退院センター」に患者が集中する時間帯には、待ち時間が生じる。転倒予防や感染予防など入院生活に関するDVDを見ながら過ごしていただいている。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>入院前から入院準備ができ、安心して入院できるよう入院前準備教室を開設した。指導内容として、深呼吸とリラクゼーション、口腔ケア、転倒予防、せん妄予防、禁酒・禁煙、相談窓口のご案内等を実施している。希望者には入院予定病棟へ案内し、病棟見学やオリエンテーション、気がかりなこと相談を受けており、患者が安心して円滑に入院できるシステムを整えている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>「入院のご案内」は大きめの文字で読みやすく高齢者等への配慮がなされている。内容は、入院にかかる事務手続きのほか、転倒・転落防止対策への協力依頼、入院中の過ごし方や施設設備の案内など詳細でわかりやすい。入院が決まった全患者に対して「入退院センター」の看護師が入院生活に関する説明や持参品など一般的なオリエンテーションを行っている。入院を待つ間に生じた疑問や質問には当該診療科の外来看護師が電話で受ける仕組みである。さらに、「入院連絡票」を用いて外来と病棟の看護師が入院患者の情報を共有するシステムがあり、患者の入院は円滑に行われている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 8 医師は病棟業務を適切に行っている

【評価の視点】

○疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要な回診の実施と病態の把握
- 診療上の指導力の発揮
- 病棟スタッフとの情報交換
- 患者・家族との面談
- 必要な書類の迅速な作成

👉 本項目のポイント

- ◇患者の主治医の日々のスケジュール、および面談の実施状況を確認する。
- ◇病棟スタッフとの情報交換については、会議等の形式ではなく、情報交換の実態を重視する。

関連する項目

- 診療録・退院時サマリーの記載については『2.1.2診療記録を適切に記載している』で評価する。
- 指示出しについては『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』で評価する。

2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医師は平日勤務時間内において必要な回診を行い、診療記録の記載の上、患者の病態の把握に努めている。休日・時間外においては各診療科内の診療チームにおいて、患者の状態の変化に応じて対応されている。また、患者のプライバシーに配慮し、診察内容によってはベッドサイド以外で診察を行っている。入院診療において、主治医は一貫した方針によるチーム医療が実施されるよう意思伝達、指導を行っており、カンファレンスで医師を含めた病棟スタッフとの情報交換を定期的に行っている。患者の病状に関して、患者・家族との面談を行い、適宜診療方針に関する説明を行っている。各病棟には診療補助者が配置されており、医師・診療補助者間意見交換により業務の切り分けは明確に行われている。また、速やかな書類の作成が行われており、医師の負担軽減が図られている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>入院診療において、定期的に行われる症例カンファレンスの内容が診療記録に記載されていない場合がある。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医師は毎日回診し記録も確認できる。病棟スタッフとの情報交換も密になされており、患者・家族との面談の記録も適切に残されている。しかし、退院後2週間のサマリー記載率が93%程度にとどまっており、作成率向上に期待したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 9 看護師は病棟業務を適切に行っている

【評価の視点】

○疾病や患者の状態に応じて、日常生活援助や診療の補助業務が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 身体的ニーズの把握と日常生活援助
- 患者・家族の心理的ニーズの把握と援助
- 患者・家族の社会的ニーズの把握と援助
- 観察に基づく病態の把握とケア
- 診療の補助業務
- 患者情報の他職種との共有
- 他部署との連携
- 病棟管理業務
- 能力に応じた業務分担

📌 本項目のポイント

- ◇病棟運営基準、勤務表作成基準、勤務体制、看護体制、看護基準、看護手順の整備を確認する。
- ◇診療科の特有な治療・検査・処置・モニタリングやケア内容について、新人、中途採用者、異動者への教育体制と業務分担や能力評価などの状況を確認する。
- ◇シフト勤務毎の業務の連携や他部門・他病棟との患者情報の伝達、非常用電源の周知状況、備品の保守点検など病棟の管理運営状況について総合的に評価する。

関連する項目

2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>外来受診時から、患者を身体的・精神的・社会的側面から把握、アセスメントし、入院前から外来と病棟間で情報を共有しケアの実践につなげている。また、入院時にさらに情報を深めて関係職種で入院前カンファレンス・入院時カンファレンスを行い、初期看護計画を立案し援助している。患者を尊重したケアを基本としており、特にせん妄や認知症の患者に対しては、看護師・看護補助者全員がユマニチュードケアを学び、抑制に頼らない看護を目指し実践している。退院前・退院後など関連職種でカンファレンスを開催し、個別ケアの提供に努めている。カルテやカンファレンスで多職種とも患者情報やケアを共有し、患者の意向に沿った意思決定支援や転倒予防ケア等につなげている。また、患者に質の高いケアを提供するため、看護実践力評価を年に1回実施し、ラダーに応じた業務分担をしている。患者のしたいことをしたいタイミングで行えるよう、患者の思いを丁寧に聴き入院前の生活を詳細に把握しケア計画に反映させている。金大式パートナーシップ（KIND）により、患者の状態把握やケア方法などいつでも相談や話し合いができ、その時の状況に応じた対応やケアを実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>病棟においては看護基準・手順が整備され、看護業務が適切に行われるように整備されている。また、看護師は、患者・家族から必要な情報を収集し、必要に応じて多職種とのカンファレンスを開催して、より良い看護の提供につとめている。さらに、看護師の教育体制は明確にされており、配属部署における能力評価も定期的に行われ、適切に実施されている。その他、病棟における予備物品・機器なども適切に管理されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 10 投薬・注射を確実・安全に実施している

【評価の視点】

- 患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要性とリスクについての説明と同意
- 服薬指導・薬歴管理の実施状況
- 患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認
- 安全な薬剤の準備
- 必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察
- 服薬の確認

☞ 本項目のポイント

- ◇一般注射薬と抗がん剤の調製・混合の実施状況を確認し、実施者、場所、環境、設備状況などから評価する。
- ◇処方箋、注射薬・服薬管理の実際や薬剤情報、服薬指導の内容の活用状況などを通して、総合的に評価する。

関連する項目

- 持参薬関連の具体的な内容については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。
- 抗がん剤調製・混合時における職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>全病棟に薬剤師が配置されており、抗がん剤やハイリスク薬が投与される際には、必ず薬剤師の初回指導と継続的な副作用モニタリングを実施している。指導内容や副作用・相互作用の有無はカルテに記載し、他職種と情報共有をしている。持参薬を含めた薬歴管理を行っている。処方箋にハイリスク薬であることが明記され、他職からも判別可能としている。抗がん剤の調製は全て薬剤部で行っている。化学療法レジメンは院内審査委員会で承認済みであることを確認し、調製前に患者ごとのレジメン確認を行っている。医師は処方時にレジメンオーダーシステムを活用している。複雑な組成の高カロリー輸液は医師の依頼のもと、薬剤部で無菌調製を行っている。薬剤投与時には、看護師がリストバンドによる本人確認を行い、注射用抗生剤や抗がん剤等の投与時には十分な観察を行っている。患者への服薬管理方法について、患者の身体的、心理的な特徴や問題に合わせて看護師、薬剤師で協議しながら判断している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>抗がん剤の暴露予防には閉鎖式接続器具を使用しているが、現状では揮発性抗がん剤のみの使用となっている。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>病棟担当薬剤師を配置し、病棟薬剤全般の管理には積極的に関わり、服薬指導、必要性とリスク、環境、手技などの指導に関与している。また、抗がん剤は100%薬剤師によって調製・混合している。一般注射の調製・混合は看護師で行うが、医師の指示があれば薬剤師が調製・混合を行っている。注射薬の一施用取り揃えは81.6%に実施している。様々な要因によりこの数字となっているが、実施率向上が期待される。病棟配置薬は看護師と薬剤師の協力により、ほとんど配置されておらず、高く評価したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している

【評価の視点】

○適正使用指針（ガイドライン）に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要性とリスクについての説明と同意
- 患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与法の確認と記録
- 緊急輸血への対応
- 輸血の適応と血液製剤の種類検討
- 投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録
- 輸血療法後の感染症検査
- 副作用の報告

👉 本項目のポイント

- ◇厚生労働省による「輸血療法の実施に関する指針」と「血液製剤の使用指針」に基づいた運用マニュアルの整備・遵守状況、交差試験とABO血液型検査の検体の扱い、自己血輸血の採血の状況などを確認する。
- ◇患者の輸血履歴、検査履歴の保存や輸血療法の効果の検証・感染症検査についても確認し、状況を総合的に評価する。

関連する項目

輸血療法の管理体制や血液製剤の保管・管理等については『3.2.3輸血・血液管理機能を適切に発揮している』で評価する。

2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>輸血を行う際は、文書を用いて説明し同意を取得している。説明文の写しと同意書の原本は、電子カルテにスキャナーで取り込みをしている。輸血前に、スタッフ2名（医師および看護師、あるいは看護師2名）で確認作業を行っている。血液型検査は異なる時期の新しい検体で2回実施している。交差血も有効期限を設定し利用している。自己血の採血時にタイムアウトを実施している。輸血開始時はバーコードリーダーを用いた患者認証を行っている。緊急輸血の対応は、その緊急度に応じた手順が定められている。投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録は診療録（看護記録）に記載している。輸血後感染症検査は検査オーダーにセットメニューを設けている。輸血部では輸血後感染症検査の未施行一覧表を定期的に各診療科に配布し、検査実施の啓発を行っていたが、2020年7月に日本輸血・細胞治療学会から出された勧告に従い、現在は実施状況の把握までに留めている。</p> <p>副作用は診療録に記載するとともに、輸血受払伝票の副作用欄に記入し輸血部に提出している。収集された副作用報告は、集計後、輸血療法専門委員会に報告している。また輸血療法専門委員による輸血実施部署へのラウンドを行っており、実際に現場に出向いて監査するシステムが構築されている。これらのように輸血医療の質改善に取り組んでいる。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>診療科および病棟から報告された事項は、輸血部で集計の上、輸血療法専門委員会では報告しているが、実際に現場に出向いて監査するシステムがこれまで構築されていなかったため、新たに輸血療法専門委員による輸血実施部門へのラウンドを開始予定である。また、輸血後感染症検査が未施行の転院患者に対する追跡調査を、地域の医療機関と連携して実施していく体制について検討している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>同意書の記載漏れは、輸血療法専門委員会を通じて周知している。なお、説明文書・同意文書の改訂に合わせて、輸血投与量の記載方法を分かりやすい表現に改めた。</p> <p>また、休日・時間外の対応は、発注業務も含めて、全て検査部時間外業務に取り込み、一元化を行った。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>輸血に関してはガイドラインが遵守されている。説明と同意もなされているが、一部の病棟で投与量が記載されていないものが見られたので、確実に記載されるよう取り組まれない。また、時間外に緊急輸血が必要となった場合、病棟から発注される仕組みとなっており、対応に問題が生じる可能性がある。検査部と輸血部の職員配置の問題と認識されているが、組織的な改善活動に期待したい。その他投与中の観察や記録は適切に実施されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 12 周術期の対応を適切に行っている

【評価の視点】

○手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 手術・麻酔の適応と方法についての検討と記録
- 手術・麻酔に関する説明と同意
- 術前・術後訪問の実施
- 合併症の予防対策
- 安全に配慮した患者の搬送
- 術直後の患者ケア
- 術前・術後の申し送り

👉 本項目のポイント

◇麻酔科担当医師が術前診察を行うことが望ましく、看護についても、実際の担当者による術前訪問が望ましい。

関連する項目

患者・手術部位確認やタイムアウトの仕組みの有無については『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』で評価し、その実施状況については『3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している』で評価する。

覚醒の判断を含む手術室での管理については『3.2.4手術・麻酔機能を適切に発揮している』で評価する。

2.2.12 周術期の対応を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>手術室の管理責任者は「手術部長」として麻酔科教授が担当している。手術適応と麻酔方法は主科からの依頼内容と患者本人の身体状況を踏まえ、麻酔科内で検討し決定している。ハイリスク症例、麻酔困難症例と判断された場合は、術前に手術担当科と合同カンファレンスを開催し手術適応や代替手段、最善な麻酔方法に関して協議している。手術スケジュールは毎週手術部長と看護師長により当該科と連絡をとりながら確認・調整を行っており、円滑かつ無理のない手術計画が立案されている。緊急手術を含む手術室内で行われるすべての全身麻酔症例において、麻酔専門医以上の指導医と麻酔に専従する麻酔科医師が必ず1名以上常に術中管理に従事し、麻酔科学会の定める「安全な麻酔のためのモニター指針」に準じたモニタリングに加え、必要に応じてより高度なモニタリングを実施している。術前・術中・術後の周術期に関する記録は周術期電子記録システム内（Mirrel:Fukuda電子）に記載し保管している。WHOが推奨するタイムアウトやサインアウトなどを徹底し、周術期にかかわるメンバー間の意識や情報の共有、チームワークの熟成を図っている。全身麻酔下で手術を受ける患者全員を対象に手術担当看護師が術前訪問を行い、安全に不安なく手術が受けられるよう病棟看護師と情報共有している。また、必要に応じて手術後訪問を実施し術後の経過を病棟看護師と共有している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>手術・麻酔に関する説明と同意は入院前に麻酔科外来として実施されており、適切に実施されている。入院は手術前日になされており、特別な事例に関しては麻酔科医が前日に訪問する仕組みとなっている。合併症の予防対策や術直後の患者ケア等も適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 13 重症患者の管理を適切に行っている

【評価の視点】

○患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 重症度に応じた病床の選択
- 重症度に応じた診療・ケア
- 関連職種の関与

📌 本項目のポイント

- ◇本項目では、集中治療室に限定しないで、重症患者管理の状況について評価する。
- ◇重症患者管理のあり方は、患者の疾病の種類・傾向によって異なるので、担当者との面接・診療記録や統計資料、会議録などから、総合的に評価する。
- ◇実態として十分な診療・ケアを行っているかを評価する。
- ◇担当医・主治医の関係、呼び出しへの対応の早さ、担当看護師がベッドサイドを離れる場合の対応を確認する。
- ◇ICU、HCU、CCU、NICUなどの集中治療室における診療・ケアについては本項目で評価する。

関連する項目

集中治療室の機能については『3.2.5集中治療機能を適切に発揮している』で評価する。

2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>入院患者の重症度を適切に評価し、緊急時に備えている。一般病棟では、重篤な身体状況に応じて医師と看護師長とでスタッフステーションに近い重症個室を選択し、各種モニター、医療機器が設置できる環境とし、アラームも医師の指示の下適切に設定している。観察基準と指示は、診療の責任者により患者ごとに作成され、緊急連絡表はスタッフステーションで管理し主治医不在時の連絡先も明示している。緊急的に高度な治療が必要と判断された場合は、集中治療室（ICU）への転棟を行う。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>重症患者の管理は、基準が定められており、それに従って患者を選定し病室を決めている。関連職種の関与もなされており、適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている

【評価の視点】

○患者の褥瘡リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者ごとの褥瘡発生リスクの評価
- 必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与
- 体位（ポジショニング）と体位変換の方法・頻度の検討と確実な実施
- 褥瘡状態の評価と治療
- ベッド・マットなどの工夫

👉 本項目のポイント

- ◇多職種（医師・看護師・介護士・栄養士・薬剤師・療法士等）が参画した褥瘡回診や褥瘡カンファレンス等の実態を評価する。
- ◇褥瘡の局所治療法に関しては、エビデンスが明らかなものばかりではない。難治性の場合、一治療法に固執せず様々な治療法を取り入れるとともに、積極的に専門医へ相談する現場環境があれば良い。

関連する項目

2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>全入院患者に対して褥瘡発生のリスクを評価し、リスクに応じた予防対策を行っている。医師、看護師、認定看護師、薬剤師、リハビリテーション職、栄養士から構成される褥瘡対策チームを組織し、褥瘡発生リスクの高い患者または褥瘡を保有する患者に対して関与するとともに、週1回の褥瘡回診とカンファレンスを実施し、褥瘡予防・治療を行っている。深い褥瘡や難治性の褥瘡は皮膚科あるいは形成外科医師へ相談する環境が整っている。また栄養改善が必要な患者には栄養サポートチーム（NST）と合同対応を実施している。褥瘡の状態は「創傷記録票」や画像で記録し、経時的に評価を行っている。またウレタンマットレスを標準マットレスとして配置し、患者のリスクに応じてエアマットレスを選択できるよう整備している。体圧分散寝具の選択や治療など褥瘡予防対策に関するマニュアルに準じて実施している。褥瘡発生率は平成25年度は0.43%、その後平成30年度には0.32%、令和元年度には0.28%に低下している。褥瘡発生状況は褥瘡対策委員会や褥瘡対策看護推進連絡会で報告し、要因や対策を検討している。全職員を対象とした院内研修を行い情報共有、予防対策の改善に活用している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>褥瘡対策マニュアルが整備されている。リスク評価は患者入院時および状態変化時に「褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書」を用いて行っている。リスクが高い患者はその後、医師・副看護部長・看護師長・皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡対策チームによって組織横断的かつ継続的に管理され、必要時は皮膚科医のコンサルトを受けるシステムである。さらに、各病棟には褥瘡ケア経験5年以上で看護師長に任命された「褥瘡専任看護師」が複数名おり、新人看護師などの教育・指導にあたるなど、それぞれの臨床現場での取り組みも優れている。また、体圧分散マットレスの保管・管理は看護部が行い、褥瘡の予防・治療は適切に行われている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 15 栄養管理と食事指導を適切に行っている

【評価の視点】

○患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に対する支援が実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 栄養状態、摂食・嚥下機能の評価
- 管理栄養士の関与
- 評価に基づく栄養方法の選択
- 食物アレルギーなどの把握・対応
- 嚙食状態の把握
- 必要に応じた栄養食事指導
- 食形態、器具、安全性、方法の工夫

👉 本項目のポイント

- ◇ 栄養管理と食事指導の状況については、治療食や経腸栄養の導入経過における患者・家族への対応事例などがあれば確認する。
- ◇ 摂食・嚥下障害への支援については、疾患的機能障害患者への対応だけでなく、高齢患者への対応事例やNSTなどの多職種による組織横断的チームの活動状況や成果について評価する。

関連する項目

嚥下訓練については『2.2.17リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。

2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の入院と同時に栄養支援システムに情報が伝達され、特別な栄養管理の必要性の判定に管理栄養士が関与できる体制としている。特別な栄養管理の必要性がある患者のうち、複雑な栄養管理を要する患者において栄養サポートチーム（NST）による栄養支援を行っている。当院NSTの特徴は、管理栄養士と薬剤師がユニットを形成して患者を担当する点、また多職種でNST回診一覧を作成し多領域の患者評価が栄養支援に反映できる点である。チーム介入中の患者は電子カルテからの職種でも確認が可能であり、チーム間の連携がとりやすい点も特徴である。嚥下に問題がある患者に対しては、言語聴覚士(ST)と協働し嚥下機能を評価したうえで安全に摂取できるよう姿勢の整えや嚥下訓練を実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>全入院患者にSGAシートを用いたリスク評価を実践して患者の状態に応じた食事・栄養管理が行われている。また、必要な患者には栄養管理計画書が作成され、NST（医師、歯科医師、管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師、理学療法士、言語聴覚士）が介入して継続した管理を実施する仕組みである。さらに、栄養評価は入院時の後に再評価、退院前評価が行われる。治療により食事が進まない患者を対象に管理栄養士が病室に訪問し、病態や嗜好に配慮した食事提供を行うなど状態に応じた継続的な栄養管理を実践しており適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 16 症状などの緩和を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者の訴えの把握
- 標準的な評価方法・治療方法に基づく実施
- 麻薬の使用基準と必要時の使用

👉 本項目のポイント

- ◇症状緩和に対する方針や手順などが明らかにされる必要がある。精神的サポートなど、薬剤投与を抑制する仕組みも確認する。
- ◇疼痛緩和における麻薬の適正使用に関する実態と効果などを、ガイドラインや評価基準の使い方などから確認する。
- ◇症状を訴えられない患者に対しては、客観的なモニタリング評価を行うとともに、患者とのコミュニケーションを強化し、表情の変化などを読み取る工夫が必要である。

関連する項目

2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>身体的な苦痛に関して、主にNRS（Numelical Rating Scale）もしくはVAS（Visual Analog Scale）による主観的な数量化尺度を用いて評価を行っている。集中治療室など患者の主観的な評価が困難な場合においては、BPS（Behavioral Pain Scale）やCPOT（Critical-Care Pain Observation Tool）による客観的な指標を用いて評価、治療を行っている。疼痛緩和マニュアルが作成されており、痛みのコントロールに関してはWHO方式に準じた薬物投与のステップアップを行っている。必要時には緩和ケアチームにコンサルトできる体制が整っている。緩和ケアチームは、麻酔科医、精神科医、看護師、薬剤師により編成されており、1日2回の病棟ラウンドを実施し、日々の痛みの程度や治療効果の評価、薬剤の調整などを実施しており、身体のみならず精神的な苦痛に対する介入も行われている。痛みに関する日々の評価や診療記録は電子カルテ上に日々記載されている。入院時は全患者に緩和ケアスクリーニングシートを用いて痛みの評価とトリアージを行い早期介入につなげている。外来でも受診時に病状に応じて緩和ケアスクリーニングシートを使用し、疼痛緩和に活かしている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>がん患者に対する緩和ケアチームの活動は熟成されつつあるが、近年「術後疼痛管理チーム」の活動による、術後の身体的な苦痛を抱える患者のケアにより、術後患者の早期離床・早期退院を促す効果にも注目が集まっており、このようなシステムの構築やチームの編成が今後の課題である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>看護師は患者とのコミュニケーションをはかり、訴えの把握を行うと同時に患者の状態把握を適切に行っている。また、手術後の疼痛緩和など、非がんの症状緩和に関するマニュアルは整備されたばかりであるが、症状緩和に関する方針・手順は明確にされ適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 17 リハビリテーションを確実・安全に実施している

【評価の視点】

○患者の状態に応じて、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- リハビリテーションの必要性の評価
- 病態に応じた目標・実施計画の設定・立案
- 必要性とリスクなどについての説明と同意
- 患者・家族の社会的背景や要望への配慮
- 計画に基づくリハビリテーションの実施
- リハビリテーションの進捗状況の把握方法
- 実施時に想定されるリスクの評価と安全性への配慮
- 実施前後の評価

👉 本項目のポイント

- ◇早期からのリハビリテーションの実施状況を確認する。
- ◇週末や長期休暇時に療法士によるリハビリテーションが継続されていない場合は、看護師や介護福祉士によりリハビリテーション・ケアが実施されているかを確認する。
- ◇医師の処方では患者の個別性に応じた指示が出されていることを確認する。
- ◇個々の患者の実施計画書の作成過程で、医師、療法士らの検討状況を確認する。
- ◇認知症・言語障害・難聴・意識障害などで説明の理解と意思決定に障害がある患者に対して、どのような配慮があるかを確認する。
- ◇患者の状態に応じた廃用症候群の予防にも配慮されていることを確認する。

関連する項目

リハビリテーション部門については『3.1.5リハビリテーション機能を適切に発揮している』で評価する。

2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病態に応じた目標・実施計画を適切に設定・立案しており、それに伴うリスクについても実施計画書に記載し説明した上で同意を得ている。また、その際には主治医や担当リハビリテーション専門医に随時相談および確認がとれる体制となっている。リハビリテーションの進捗状況については経過記録へ記載しており、医師や看護師など関係職種は電子カルテを通して随時確認できる状況である。また、多職種カンファレンスで話し合われた検討事項や今後の方針等についても同様に確認できる体制である。休日のリハビリテーションについては、理学療法士や作業療法士と患者や病棟看護師が相談し、自主練習もしくは病棟看護師がリハビリテーションを行い、実施状況は看護記録として記載している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>リハビリテーション対象者の選定については主治医の裁量に任されている部分が多く、院内統一の基準が設けられていないのが現状である。長期休暇時におけるリハビリテーションについては、連続3日以上空かないようにシフト制で出勤しているが、マンパワー不足のため病棟看護師の協力も得ながら実施しているのが現状である。週末のリハビリテーションについては自主練習もしくは病棟看護師へ依頼し実施することもあるが、その実施記録の記載方法に関しては今後の課題である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>前回指摘された実施計画書において、個人のニーズやリスク管理など、個別の対応を徹底した。さらに、THAの術後リハ開始については、術日が金曜日に集中していたなどの要因があったが、現在は術日が集中することもなく、金曜手術の場合も、3日以内の開始が実施できている。さらにICUからの積極的リハビリテーション開始を今年度から徹底した。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>主治医の指示の下にリハビリテーションを実施している。カンファレンスなどを利用して主治医や看護師と、リハビリテーション医師と療法士との連携や検討を行っており、リハビリテーション実施前後の評価も適切である。患者・家族へのリハビリテーション計画や同意書も得られ、リハビリテーションに伴う安全性への配慮も適切に行われているが、リハビリテーション実施に想定されるリスクの評価と説明には同意書やカルテ記載はさらなる工夫を期待したい。また家族の社会的背景や予防にも配慮した個別のニーズに対して記載がないリハビリテーション計画書も見受けられ、その指導や管理の徹底が望まれる。また脳梗塞や人工骨頭術後の3日以内の急性期リハビリテーション開始率はそれぞれ68%、55%であり、今後の検討を期待したい。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 18 安全確保のための身体抑制を適切に行っている

【評価の視点】

○患者の安全確保のため、必要時に身体抑制や行動制限が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 人権への配慮
- 身体抑制・行動制限の必要性の評価
- 必要性とリスクなどについての説明と同意
- 回避・軽減・解除に向けた取り組み
- 抑制・制限中の患者の状態・反応の観察
- 患者・家族の不安の軽減への配慮

👉 本項目のポイント

- ◇身体抑制の実施状況を確認する。
- ◇薬剤による鎮静の方針を確認する。
- ◇多職種カンファレンスによる早期解除への取り組みを評価する。
- ◇抑制の実施が必要最小限となるよう、抑制が実施されている患者の割合を把握し、抑制実施の妥当性を評価していることを確認する。

関連する項目

2.2.18 安全確保のための身体抑制を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>当院の病棟において患者の安全を考えながらも、倫理的側面に十分配慮し、身体抑制・行動制限については慎重に運用している。身体抑制・行動制限の必要性の評価はガイドラインを整備し、多職種参加によるカンファレンスで決定されている。必要性やリスクについても説明・同意文書を整備している。回避・軽減・解除に向けた取り組みについても、多職種で取り組み、身体抑制のべ人数は低く抑えられている。身体抑制・行動制限中の患者の状態・反応の観察および患者・家族の不安軽減への配慮はガイドラインに則り適切に運用されている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>多職種によるカンファレンスを実施しており、3原則のうち非代替性や一時性について十分検討している一方で、切迫性への対応については課題がある。すぐに多職種が集まらないような場合や、十分検討する時間的猶予がない緊急時の対応について、判断が難しい場面がある。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	S	
<p>患者を人として尊重した医療・看護を提供できるよう、ガイドラインに沿って、医療チームで安全確保について十分な話し合いを行い、細やかな観察と対応により、患者にとって身体的・精神的に苦痛の大きい身体抑制に頼らないケア体制を整えた。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>患者の入院時には、担当看護師によって身体抑制・行動制限の必要性が評価され、患者・家族への説明・同意が行われている。しかし、一部で使用されていた古い承諾書では具体的な抑制方法の記載・説明が必ずしも明確にされていないものが見受けられた。現在、病院内でより具体的な抑制方法の統一化に向けて取り組みが進められているところであり、新しく作成された承諾書では改善されており、今後の継続的な活動が期待される。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 19 患者・家族への退院支援を適切に行っている

【評価の視点】

○ 患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 療養の継続性に関する検討
- 退院、転院などに関する説明と同意
- 計画に沿った療養の指導や関係機関との調整
- 連携先で必要な情報の提供

👉 本項目のポイント

◇ 患者・家族の状況に応じた、服薬指導、栄養指導、リハビリテーション指導などを含む在宅支援、転院先の決定、退院目標達成のプロセスと患者・家族の同意状況などについて判断する。また、看護師だけでなく薬剤師、栄養士、作業療法士、理学療法士がそれぞれ関わり、各々の情報が共有されていることを確認する。

◇ 退院時サマリーなどによる転院先への情報提供の内容や、医師、看護師、社会福祉士などの役割分担や取り組みの実際から評価する。

関連する項目

2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>入院前、入院時に「身体面、精神面、社会面」の3側面で情報収集を行い、医師と協働で療養支援計画書を作成している。入院時には退院支援スコアを用い退院阻害因子について評価している。病棟看護師、退院支援専任看護師、地域連携看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）など多職種が退院支援の視点で協議している。退院後の療養先は患者と家族の思いを確認し、多職種で情報共有して進めている。退院支援が必要と判断した患者には看護問題を立案し退院支援計画書を用いて説明し同意を得ている。退院支援の過程で退院に関する不安が軽減できるよう、家族も含めた丁寧な生活指導・退院調整を行っている。サービスの調整は地域医療連携室のMSWが中心に行い、退院前に行う関係機関を交えた多職種カンファレンスでは、患者の状態に応じ管理栄養士・リハビリ・薬剤師も参加し必要な情報を地域につなぎ、療養の継続性が担保できるよう工夫している。このように、入院時より必要なケアが提供でき退院後も継続して支援できる体制を整えた。今後、退院に関するリスク評価まで拡大する予定である。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>退院支援の役割を持つ看護師を病棟に配置し、入院後3日以内に新規入院患者の把握と退院困難患者の抽出、入院後7日以内に患者・家族と病状や退院後の生活も含めた面談を実施、退院支援カンファレンスを開催し、入院早期に、退院後の療養に関する検討を行う仕組みを整えた。また、在宅で生活するうえで支援が必要な患者について、支援内容を具体化するための多職種カンファレンスを開催し、退院前に患者の自宅訪問を行い、医療チーム・在宅チームと患者・家族が話し合う場の設定を取り入れた。これにより連携先と顔の見える関係となり、情報交換が円滑となった。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>退院支援の要は「地域医療連携室」の後方支援を担当する部署であり、MSW6名、看護師1名、事務職員が配置されている。入院患者には病棟看護師が退院支援スコア票を用いてスクリーニングを行い、必要と判断された患者には「退院支援計画書」を作成して患者の個別性に見合った退院支援を行う仕組みである。退院・転院に際しては、医師・看護師・MSWの他に管理栄養士・理学療法士など多職種による退院前カンファレンスが行われ、退院指導の内容の検討や地域との連携を図っている。さらに転院先に関する相談、在宅医療に関する相談、医療福祉サービスなど各種の相談に応じて患者のニーズに沿った退院支援を展開しており、適切である。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

2 2 20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している

【評価の視点】

○退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、必要な在宅療養支援に関する支援に繋げていることを評価する。

【評価の要素】

- 入院中の経過に関する伝達
- 患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施

📌 本項目のポイント

- ◇在宅療養支援の状況については、病院の役割や方針に応じて評価する。
- ◇診療所や訪問看護事業所などと連携することが想定されている場合には、地域との連携等に関する具体的な状況から判断する。
- ◇具体的な状況に鑑みて、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等の状況、退院時サマリーや看護サマリーなどの活用やカンファレンスなどの実施状況や内容から評価する。
- ◇同一法人内で訪問サービス機能を持つ場合は、病院とは別組織であり、連携先として位置づけて評価する。
- ◇退院後も継続的に診療・ケアを行う患者については、計画の見直しが必要に応じて実施されていることを確認する。
- ◇退院後の外来診療時にも、入院時の情報が反映され、ケア計画が継続的に実施されていることを確認する。

関連する項目

2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>入院前より外来から得た患者情報を病棟看護師が情報共有し、入院中の看護問題立案に活かしている。また、退院支援専任看護師が中心となり、入院時から退院支援を行っている。また、入院前準備教室を毎日開催するなど入院前から、入院中、退院後までケアが引き継がれるようにしている。退院後に、在宅看護、介護サービスが必要な場合は、退院前に医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）、ケアマネージャー、訪問看護師、訪問リハビリ等の多職種カンファレンスを開催し、在宅支援者と診療・ケア計画を共有している。外来診療ケアを継続する場合は、退院サマリーを記載し、必要時外来看護師と病棟看護師がカンファレンスを開いて外来看護に引き継いでいる。必要時には、地域の多職種と協働し退院前訪問を行い、退院後も診療やケアが継続されるようケア計画の調整や診療やソーシャルサポートの調整を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>退院患者の地域の医療機関、訪問看護ステーションなどへの情報提供は医師による退院サマリーや看護サマリーを活用して行っている。自院で診療ケアを継続する患者は、当該診療科の外来看護師と病棟看護師がカンファレンスなどを通じて情報共有を図っている。また、退院後の看護や介護等、自宅への退院を控えて不安を持つ患者に対しては、定期的な訪問看護等の利用可能な医療福祉サービスを提案して調整を図るほかに、地域医療連携室の看護師が電話でフォローアップする体制もあり、退院後も継続的な診療・ケアが適切に提供されている。</p>		

2 良質な医療の実践1

2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

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

【評価の視点】

- 患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- ターミナルステージの判断プロセス
- 多職種による診療・ケア計画の立案
- ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意
- 患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア
- 療養環境への配慮
- 逝去時の対応
- 臓器提供意思の確認と対応
- 剖検の承諾と実施

👉 本項目のポイント

- ◇ターミナルステージへの対応については、緩和ケアだけでなくすべての終末期医療の患者が対象になるので、治療方針やケア計画・DNR(DNAR)について患者・家族の意向が反映された実践となっている状況の評価する。
- ◇ターミナルステージは、当事者および複数医療者により一定の基準に照らして判断されていることを確認する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には（ S / A / B / C / NA ）を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>ターミナル期の判断は人生の最終段階における医療指針に基づいて医師が行っている。ターミナルステージの検討は、医師、看護師、その他患者に関係する多職種で、ターミナル期であるとの理解や納得が患者・家族に得られるかを検討しながら最終決定し、医療方針に反映させている。患者・家族から意向の変更があれば、医師との話し合いの場が持てるように柔軟に対応している。必要時、多職種による倫理カンファレンスや緩和ケアカンファレンスを行っている。臓器提供は、「脳死下臓器提供に係る脳死判定から臓器摘出まで（マニュアル） ver2.0」に沿って実施されている。剖検は、所定の「病理解剖に関するご遺族の承諾書」に沿って説明し、承諾を得ている。また、死亡時画像診断（Ai）については、運用規程に沿って実施している。ターミナルステージへの対応については、CECT、緩和ケアセンター等が中心となり、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）についての研修、CECTリンカーカンファレンスを通じた学習の機会を持ち、ACPIについての理解を深めている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>緩和ケアチームによる週1回のカンファレンスを行い、ターミナルステージの判定が行われている。そして、多職種による診療・看護計画の立案・見直しが行われている。また、4月より、緩和ケアセンターが設置され、がん性疼痛看護、がん化学療法看護のスペシャリストを含め、専従の看護師3名を配置し、患者・家族へのケアの質を高める取り組み、スピリチュアルケアが適切に行われている。剖検の承諾と実施など、逝去時の対応についても手順が整備され適切である。また、剖検に関しては、診療基本指針の中に承諾を得る際の注意点などが記載され倫理的な配慮をし、実施されている。</p>		

3 良質な医療の実践2

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

【評価の視点】

○薬剤部門の薬剤管理はもとより、薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に関与していることを評価する。

【評価の要素】

- 医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、安全管理部門との連携
- 薬剤に応じた温・湿度管理
- 持参薬の鑑別と管理
- 院内医薬品集の整備
- 薬剤に関する情報収集および関連部署への周知
- 新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討
- 注射薬の調製・混合への関与
- 注射薬の1施用ごとの取り揃え
- 処方鑑査と疑義照会
- 調剤後の確認

👉 本項目のポイント

- ◇本項目では、病院全体の薬剤に関する業務への薬剤師や医薬品安全管理責任者、医療安全管理部門の関わりを評価する。
- ◇本項目では、薬剤部門内での業務の流れを確認する。
- ◇特定機能病院については、医薬品安全管理責任者が担当者を定めて行う医薬品安全使用に資する情報の整理、周知、周知状況の確認や未承認等の医薬品の使用状況を把握するための仕組みの構築、その活用状況を確認する。

関連する項目

未承認等の医薬品の使用における病院組織としての管理体制については『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』で評価する。（未承認等の医薬品の使用とは、未承認の医薬品の使用若しくは適応外又は禁忌等の使用のことを指す）

ハイリスク薬、麻薬などの病棟在庫薬の保管・管理については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。

処方から投薬までの流れについては『2.2.10投薬・注射を確実・安全に実施している』で評価する。

抗がん剤調製・混合時における職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

薬剤の期限については『4.5.2物品管理を適切に行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 2 臨床検査機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 病院の機能・規模に応じた臨床検査（委託を含む）が適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要な検査項目の実施
- 検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス
- 異常値やパニック値の取り扱い
- 検体交差を起こさない検体検査処理プロセス
- 精度管理の実施
- 検査後の検体の取り扱い
- 夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応

📌 本項目のポイント

- ◇ 検体検査、生理機能検査を対象として評価する。
- ◇ 臨床検査の質の向上に向けた取り組みを確認する。
- ◇ 検査の指示が出されてから、採血等検体の採取、ラベリング、検査の実施、異常値への対応、精度管理、結果報告という一連の流れに沿って、各プロセスを確認する。
- ◇ 特殊・高度な検査の委託について、委託の可否・委託先・検査項目等を承認する仕組みがあり、適切に運用されていることを確認する。

関連する項目

検体等の誤認防止対策については『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』で評価する。
 転倒・転落防止対策については『2.1.6転倒・転落防止策を実践している』で評価する。
 検査中の急変への対応については『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。
 感染防止対策については『2.1.9医療関連感染を制御するための活動を適切に実践している』で評価する。
 検査中の安全管理については『2.2.3診断的検査を確実・安全に実施している』で評価する。
 病理診断機能については『3.2.1病理診断機能を適切に発揮している』で評価する。
 輸血・血液管理機能については『3.2.3輸血・血液管理機能を適切に発揮している』で評価する。
 日常的に行われる外部委託検査については『4.4.3効果的な業務委託を行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 3 画像診断機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 病院の機能・規模に応じた画像診断が適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- タイムリーな実施
- 画像診断結果の迅速な報告
- 画像診断の質の確保
- 夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応

👉 本項目のポイント

- ◇安全な実施を含む実際の症例での運用については第2領域で評価し、本項目では、日常的な業務の実施・運用状況を評価する。
- ◇画像診断の依頼を受けてから、患者の受付、呼び込み、安全な撮影の実施、読影、診断結果の報告という一連の流れに沿って確認する。
- ◇読影だけでなく、適応の判断、実施について確認する。

関連する項目

- 主治医不在時の連絡方法については『2.1.1診療・ケアの管理・責任体制が明確である』で評価する。
- 検体などの誤認防止対策については『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』で評価する。
- 読影結果の確実な報告については『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』で評価する。
- 造影剤など定数配置薬の管理については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- 造影剤アレルギーの回避については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- 転倒・転落防止対策については『2.1.6転倒・転落防止対策を実践している』で評価する。
- 検査中の急変への対応については『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。
- 感染防止対策については『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』で評価する。
- 適応の判断については『2.2.3診断的検査を確実・安全に実施している』で評価する。
- 画像診断時の患者の安全管理（放射線防護、妊婦の撮影、MRIの持ち込み品確認、造影剤使用時の対応）については『2.2.3診断的検査を確実・安全に実施している』で評価する。
- 画像診断時の職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 4 栄養管理機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 快適で美味しい食事が確実・安全に提供されていることを評価する。

【評価の要素】

- 適時・適温への配慮
- 患者の特性や嗜好に応じた対応
- 食事の評価と改善の取り組み
- 衛生面に配慮した食事の提供
- 使用食材、調理済み食品の冷凍保存

📌 本項目のポイント

◇病院における栄養管理機能は、治療の一環としての機能と食事の提供という機能に大別される。本項目では、食事の提供に関わる業務を評価する。

◇食事の安全性の確保において、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至るまでの一連のプロセスが衛生的に実施されていなければならない。具体的には、以下の内容が含まれる。

(1) 調理室は下処理、調理、盛り付け場所、下膳食器・下膳車洗浄などの作業区域における清潔・不潔が区分され、人の出入りが区別されている。

(2) 調理済み食品が速やかに盛り付けられ、盛り付け完了から病棟まで約30分以内に配膳されている。

(3) 配膳ルートについても衛生的な配慮がある。エレベーターが専用でない場合は特に搬送中の衛生管理への配慮が求められる。

(4) 調理室や配膳室は清掃が行き届き、清潔に保たれ、床は乾燥した状態で管理されている。

(5) 調理器具等の保管の環境が清潔な状態である。

(6) 手洗いや消毒設備を設置し、調理作業中は作業着・キャップ・マスクが使用されている。

(7) 栄養部門の職員に対する衛生管理が実施されている。

(8) 洗浄後の食器は、乾燥させ清潔に保管している。

◇使用した食材および調理済み食品が2週間以上冷凍保存されていることを確認する。

関連する項目

食事指導については『2.2.15栄養管理と食事指導を適切に行っている』で評価する。

職場環境としての厨房の温度管理や休憩室などの整備については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 5 リハビリテーション機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○病院の役割・機能に基づくリハビリテーションが適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要なリハビリテーションへの対応
- 主治医との連携
- 病棟等との情報共有
- 系統的な実施と連続性の確保
- リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検
- リハビリテーションプログラムの評価と改善

👉本項目のポイント

- ◇本項目では、部門としての体制を、病院のリハビリテーションに対する方針と合わせて評価する。
- ◇リハビリテーション部門が、院内外のニーズにどのように応えているのかを評価する。

関連する項目

転倒・転落防止対策については『2.1.6転倒・転落防止対策を実践している』で評価する。
訓練中の急変への対応については『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。
感染防止対策については『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』で評価する。
個々の事例における運用の実際については『2.2.17リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 6 診療情報管理機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 病院の機能・規模に応じて診療情報が適切に管理されていることを評価する。

【評価の要素】

- 診療情報の一元的な管理
- 迅速な検索、迅速な提供
- 診療記録の取り違え防止策
- 診療記録の閲覧・貸出し
- 診療記録の形式的な点検（量的点検）
- 診断名や手術名のコード化（コーディング）

☞ 本項目のポイント

- ◇入院診療録の年度別保管がなされている場合は、最終入院年度に当該患者の複数回の入院診療録が名寄せして保管されているかを確認する。同一患者の入院診療録が異なる場所に分散保管されていることは不適切である。
- ◇システムダウン時の対応についても、検討されていることを確認する。

関連する項目

コード化された内容が診療の質の向上に向けた活動に活用されているかについては『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で確認する。

診療録・退院時サマリーの記載、診療記録の内容についての点検(質的点検)については『2.1.2診療記録を適切に記載している』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 7 医療機器管理機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○医療機器が正しく機能するように、病院の機能・規模に応じて適切に管理されていることを評価する。

【評価の要素】

- 医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、安全管理部門との連携
- 医療機器の一元管理
- 夜間・休日の対応体制
- 定期的な点検
- 標準化に向けた検討

📌 本項目のポイント

◇病棟使用の医療機器で中央管理の対象には、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどであるが、このほか、パルスオキシメータ、心電図テレメータ、体外式ペースメーカ、自動血圧計などが管理されることもある。

◇日常点検では、外観点検・作動点検でよいが、定期点検では、医療機器にもよるが専用の測定器等を用いた定量的な点検が実施されている必要がある。

◇定期点検の頻度については、病院で定めがあり、その間にスケジュールを組んで実施していることを確認する。

📌 関連する項目

医療機器を使用する職員への教育・研修については『2.1.7医療機器を安全に使用している』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 1 良質な医療を構成する機能1

3 1 8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 病院の機能・規模に応じて医療器材の洗浄・滅菌が適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 使用済み器材の一次洗浄・消毒の中央化
- 滅菌の質保証
- 既滅菌物の保管・管理
- 使用量および滅菌能力に見合った在庫量

👉 本項目のポイント

- ◇洗浄は中央化されていることが望ましいが、やむを得ず一次洗浄を実施している場合は、一次洗浄の実施状況を踏まえて評価する。
- ◇滅菌の精度保証が重要であり、そのために病院が各種インディケータの意味や限界を理解して、確実に実施しているかを確認する。

関連する項目

- 必要な防護具の着用については『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』で評価する。
- EOGなど毒性の強いガスや消毒剤、高温高压蒸気滅菌装置の取り扱いなどにおける職員の安全性については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

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

【評価の視点】

○ 病院の機能・規模に応じて病理医が関与して、病理診断が適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 検体交差を起こさない病理検査処理プロセス
- 病理診断の精度の確保
- 診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス
- 病理診断報告書や標本などの保存・管理
- 危険性の高い薬品類の保管・管理

👉 本項目のポイント

- ◇ 病院の機能・規模に応じて総合的に判断する。
- ◇ 手術内容に応じて術中迅速診断に対応していることを確認する。
- ◇ 病理診断の質の向上に向けた取り組みを確認する。
- ◇ 特殊・高度な病理診断の委託について、委託の可否・委託先・検査項目等を承認する仕組みがあり、適切に運用されていることを確認する。

関連する項目

ガイドラインに沿って判断されているかの状況については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
 CPCなど病理学的検討会の開催については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
 検体等の誤認防止対策については『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』で評価する。
 病理診断結果が依頼医に確実に報告され、確認されているかについては『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』で評価する。
 感染防止対策については『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』で評価する。
 ホルムアルデヒドの作業環境測定などの安全管理については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。
 日常的に行われる病理診断以外の外部委託については『4.4.3効果的な業務委託を行っている』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 2 放射線治療機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○病院の機能・規模に応じて放射線治療医が関与して、放射線治療が適切に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 必要な放射線治療の提供
- 治療計画の作成とシミュレーションの実施
- 放射線治療医による計画線量の確認
- 放射線治療機器の品質管理
- 治療用放射性同位元素の保管・管理

👉 本項目のポイント

◇放射線治療に関する専門医・認定医などが関与している必要がある。

関連する項目

誤認防止対策については『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』で評価する。

転倒・転落防止対策については『2.1.6転倒・転落防止対策を実践している』で評価する。

患者急変への対応については『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。

感染防止対策については『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』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○確実・安全な輸血療法を実施するために、輸血・血液管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態
- 輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などを行う担当者の明確化
- 発注・保管・供給・返却・廃棄
- 必要時の迅速な供給
- 自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫での保管・管理
- 使用された血液のロット番号の記録・保存
- 輸血用血液製剤の使用状況の検証

👉 本項目のポイント

- ◇輸血などの種類と型、ロット番号等の記録で、管理台帳としての記録については、本項目で評価する。
- ◇廃棄率の低減への努力を確認する。

関連する項目

誤認防止対策については『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』で評価する。
 感染防止対策については『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』で評価する。
 輸血拒否への対応については『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』で評価する。
 輸血血液適正使用指針に基づく安全な輸血・血液製剤の投与については『2.2.11輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している』で評価する。
 輸血などの種類と型、ロット番号等の記録で、患者記録については『2.2.11輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 4 手術・麻酔機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- スケジュール管理
- 手術室における清潔管理
- 術中患者管理
- 麻酔覚醒時の安全性の確保

👉 本項目のポイント

- ◇時間外に及ぶ重症患者の手術の予定が組まれている場合には、これに対応して臨床検査や輸血機能が確保されているかを確認する。
- ◇手術台帳をみて、日常的に時間外に及ぶ手術が多く行われている場合には、手術部門のスタッフや麻酔科医が十分確保されていることを確認する。
- ◇HEPAフィルターの交換は定期的である必要はなく、流出量を定期的に測定し、低下時に交換していればよい。
- ◇麻酔のあり方は、手術台帳や麻酔台帳も参考に、麻酔科専門医の人員数、全身麻酔症例数、症例の重症度や手術の種類、時間外におよぶ予定手術の頻度などによって総合的に判断する。

関連する項目

誤認防止対策については『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』で評価する。
麻薬等の管理については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
感染防止対策については『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』で評価する。
周術期の予防的抗菌薬使用については『2.1.10抗菌薬を適正に使用している』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 5 集中治療機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 取り扱う疾病や患者数に応じて、集中治療機能が適切に発揮されていることを評価する。

【評価の要素】

- 機能に応じた人材の配置
- 機能に応じた設備・機器の整備
- 入退室基準の明確化と遵守

☞ 本項目のポイント

- ◇施設基準を届けていなくてもユニットとして独立している場合は評価の対象とする。
- ◇general ICUがない場合には、CCU・NICU・PICU・NCU・SCUなどのいずれかを評価する。
- ◇人員配置の適否は、担当者との面接、稼働記録、有給休暇取得率、残業時間などから推察する。
- ◇他部署からの看護師の応援体制を確認する。
- ◇24時間医師の判断が得られる状況であることを確認する。

関連する項目

- 誤認防止対策については『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』で評価する。
- 麻薬等の管理については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- 医療機器の使用状況については『2.1.7医療機器を安全に使用している』で評価する。
- 感染防止対策については『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』で評価する。

3 良質な医療の実践2

3 2 良質な医療を構成する機能2

3 2 6 救急医療機能を適切に発揮している

【評価の視点】

○地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われるとともに、救急医療の教育及び研修が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 救急患者の受け入れ方針と手順
- 自院で受け入れができない場合の対応
- 夜間・休日の対応体制の整備
- 緊急入院などへの対応
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応
- 救急医療の教育及び研修の実施

👉 本項目のポイント

- ◇ 救急医療機能が病院に見合っているかどうかは、地域の事情について病院から聴取した内容を参考に評価する。
- ◇ がん、循環器疾患などの特定の疾患に関して高度かつ専門的な医療を提供する病院においては、救急科の設置が必須とされていないため、その機能を持たない場合には評価の対象としない。
- ◇ 本項目の評価対象外であっても、自院にかかりつけの患者が不具合を訴えて救急車等で来院した場合の対応を確認し、少なくとも可能な応急処置および適切な医療機関を紹介していることを確認する。

関連する項目

本項目を対象としない場合であっても、救急患者が連絡なしに来院した場合の対応（可能な応急処置および適切な医療機関への紹介など）については『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』で評価する。

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医薬品安全使用のための手順書に基づいた業務の確認を実施している。未承認等医薬品の使用は、薬剤師が薬学的知見に基づき処方根拠、安全性を医師に確認し必要性について協議する。必要に応じて評価委員会にて協議される。それらの情報は、医薬品安全管理責任者が集約・把握し、内容を医療安全管理委員会で報告している。各部署の在庫薬品は薬剤部で把握し、使用期限確認や管理状況の巡視を行っている。入院時に薬剤師が持参薬の処方内容や服薬状況等を確認し、電子カルテ上に記録し情報共有している。院内採用医薬品はオンライン上で閲覧可能で随時更新している。新規医薬品採用は1増1減を原則とし、薬事委員会にて必要性や安全面を協議し必要最低限としている。抗菌薬の採用時には事前に院内感染対策チーム（ICT）の意見を聴取している。注射薬は施用ごと払い出しを行っている。抗がん剤調製と鑑査は安全キャビネット内で2人以上の薬剤師で行っている。調剤監査は調剤者と別の薬剤師が行い、時間外で一人の場合には、時間差による確認や受け取りにきた医療スタッフと一緒に確認する。COVID-19病棟の薬品管理と使用にあたっては、ICT・ASTと連携し感染対策を十分に行いながら適正に実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>締め切り過ぎや時間外の処方入力が多いため、注射薬施用払い出しが十分ではない。病棟や処方医の協力が必要である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>薬剤部は47名の薬剤師で調剤業務、病棟薬剤師業務を行っている。処方監査は2名で行い、疑義照会にも対応し、病棟では薬剤師が4時間以上指導、処方監査などを行っている。抗がん剤の調製・混合はすべて薬剤師が安全キャビネットで行っている。院内医薬品集が整備され2年毎に改訂しているが、電子カルテ上では毎月最新の情報に更新している。薬事情報の取得は迅速で、院内LANや2か月後の薬事ニュースを用いて全職員・部署に周知している。採用薬品数は約1700件で、毎月開催の薬事委員会で検討しているが、薬剤師が積極的に関わっており、1増1減の方針で薬剤総数規制を遵守している。入院注射の1施用ごとの取り揃えは81%であり、病棟でのオーダーの締め切り時間が原因とも考えられ、今後病棟や医師を含めて見直しや検討を期待したい。</p>		

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>2019年度、国際認証検査室 (ISO15198) の更新審査を受審し、検体検査部門に加え、生理機能検査部門の認定範囲拡大を果たした。検査前、中、後のすべてのプロセスで手順書が整備され、定期的にマネジメントレビューを実施している。夜間・休日の時間外検査業務拡大のためのバックアップ要員の配置など、ニーズに応じた対応を実施している。微生物検査室の、365日体制を維持するとともに、感染対策チーム (ICT)、抗菌薬適正使用チーム (AST) のメンバーとして院内活動を積極的に行っている。外来の採尿採血室が拡大更新され、整備が完了した。検体検査の報告は、緊急検査で30分以内としている。検査結果の報告時間は、定期的に調査され、管理者によって評価されている。検体検査の異常値は、設定された基準に基づいて再検査が実施され、パニック値は、診療担当医師に報告している。医師への報告ができない場合は、病院全体の運用規定により確実に伝達されるようになっている。精度管理は、毎日毎回、内部精度管理を実施している。外部精度管理は、定期的に、確実に実施され、部内でレビューされている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>生理機能検査の超緊急連絡値 (いわゆるパニック値) は、主治医への連絡とともに、現場で直ちにに対応できる医師への連絡が必要であることを理解している。しかし、生理機能検査のパニック値の取り扱いに関するガイドラインはなく、また、それぞれの施設の環境によって、対応の方法が一律に規定できないと考えている。当院のエビデンスを基に「緊急時対応手順」を作成しているが、症例ごとに必要な対応が異なりマニュアル化が難しい。</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>大学病院でもあり、設備・機器は充実した整備状況である。精度管理も適切に実施されており、年3回開催されている検査部運営委員会が機能している。異常値やパニック値の取り扱いに関しては文書化されているが、その中で医師へ報告するように規定されているものの実際はほとんどが看護師へ報告されているのが実態である。運用規程の再検討に期待したい。</p>		

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点		
放射線診断専門医29名（放射線科+核医学診療科）の体制で、CT・MRIおよび核医学診断のうち8割以上が翌診療日までに専門医により読影されており、画像診断管理加算3を取得している。当日中の処置が必要な緊急画像所見があれば、読影医が直接依頼医へ電話連絡を行い、治療遅延防止を徹底している。放射線情報システムで造影剤アレルギーや腎機能等の情報共有を密にし、有害事象発生リスクを軽減している。専門医による撮影部位・目的に応じた撮影プロトコル管理を徹底し、技師の個人差によるバラツキをなくしている。適正画質と被ばく線量低減を常に意識した撮影プロトコルを医師、技師共同で構築し、更新している。夜間・休日の画像検査では医師・技師・看護師が日当直の体制を組み、即時撮影、即時読影で対応している。医療安全管理部所属の事務員が未確認画像診断報告書をチェックし、依頼医への通知を行っている。内視鏡検査においても、常時2～3名のオンコール医師が夜間・休日の緊急検査に対応している。新型コロナウイルス感染が疑われる患者に関しては、事前にPCR検査を行い対応する。PCR結果を待てない緊急例では、N95マスクを含むfull PPEで検査に当たる。救急部、内科医局および病棟にオンコール表を掲示し担当医を明示するとともに、オンコール医師は常時専用携帯を持ち、各科当直より速やかに連絡が取れる体制になっている。		
課題と認識されている点		
X線CT4台、MRI4台（3テスラ2台）での運用で恒常的な時間外診療の削減が困難になっている。装置増設も視野に入れたプロトコル、予約運用の見直しで対応しているところである。夜間・休日の内視鏡検査はオンコール医師のみで行っており、緊急検査時の看護体制が課題である。		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
4CT4台、MRI4台（3テスラ2台）を備え、常勤医師14名、非常勤医師5名で診断にあたっている。報告書はCT・MRIは全て、一部の胸部写真の読影がなされ、すべての撮像に医師が関与するなど質の確保に当たっている。夜間・休日などにおける画像診断への対応も含め画像診断機能は適切に発揮されている。		

3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 厨房内の作業区域は衛生・非衛生区域が明確に区分され、食材や料理の交互汚染がない作業動線となっている。配膳は専用エレベータを使用し、温冷配膳車にて適時・適温での食事提供を行っている。衛生管理について、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って検収から調理、配膳、食器の管理等を衛生的に実施している。調理施設や冷凍・冷蔵機器の温度は毎日定時に測定し記録している。使用食材・調味済み食品は2週間以上、冷凍保存している。清掃点検表を整備し、厨房内の清掃を徹底している。患者サービスとして、主要な食種において365日朝昼夕の選択メニューを実施している。月に1回満足度調査を実施し、得られた結果は献立会議で共有し献立内容に反映している。栄養管理については、入院患者全員の栄養アセスメントの実施を行っている。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
温冷配膳車の使用などによる、適時・適温への配慮がなされ、調理室の温度・湿度管理は適切に行われている。入院時に特別な食事提供が必要な患者（全入院患者の45%程度）に、栄養アセスメントを行い、スクリーニングを実施後、栄養管理計画書を策定している。入院診療計画書にて「特別な栄養管理の必要性あり」と判定された患者に対して質の高い栄養アセスメントと栄養摂取状況の把握という運用に変更されている。嗜好調査は全患者に入院後に調査され、選択メニュー（月90食、365日実施）も積極的に取り入れ、嗜好調査により、メニューなどに関する患者の意見を取り入れた食事提供に努めており評価できる。配膳については、各病棟のデイルームにおいて対面式配膳を実施されており、高く評価したい。延食対応については、一度各病棟まで配膳し、鍵管理できる冷蔵庫に2時間まで保管、その場で再加熱等実施し提供している。さらに、盛りつけ完了から、病棟まで2時間以内に配膳されている状況がみられた。延食対応・盛り付けから配膳まで2時間を要することに関しては今後の検討課題と思われる。		

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>専従医師2名、理学療法士15名、作業療法士5名、言語療法士3名による急性期リハビリテーションが基本である。前回受審時よりセラピストが増員し、充実した。脳血管、運動器、呼吸器、心大血管だけでなく、がんリハビリテーションに加え、集中治療室（ICU）加算に協力を開始した。病棟のカンファレンスに参加して患者情報の共有化を図るなど、主治医や病棟看護師との連携は前回より強化した。多職種で行われている糖尿病教室への協力の継続に加え、2020年度からは母親教室への協力も開始した。リハビリテーションの定量的な評価や使用機器の保守点検や記録の整備も行っている。消耗品の補充に関しても係を作り、管理を強化した。また、前回の指摘以降、年末・年始など連続する3日を超える休日が生じる場合は、当番のスタッフが休日出勤を行い、継続的なリハビリテーションを行えるよう実施体制を改善した。2019年度はさらに休日対応のスタッフを増やし、継続したリハビリテーションに配慮した。なお、患者への自主トレーニングなどは従来どおり病棟看護師の協力を得ている。感染対策として、各理学療法士の出入りする病棟を原則2つに絞った。作業療法においても、各作業治療士の出入りする病棟を3つ程度と絞った。言語療法士が行う口腔内のセラピーにおいては、マスクに追加してフェイスシールドを必須とした。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>連続する3日の休日に関しては、患者の自主トレーニングなどは従来通り病棟看護師の協力にとどまっている。主治医との連携には、各技師やリハビリテーション専門医も積極的に取り組んではいるが、リハビリテーション専門医のマンパワーについては課題が残る。リハビリテーションプログラムに関しては、当院ではガイドラインがないような疾患も処方されるため、その評価などはエビデンスが薄い場合がある。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>理学療法士14名、作業療法士5名、言語聴覚士3名へと増員した。年末・年始など、連続する3日を超える休日が生じる場合は、当番のスタッフが休日出勤を行い、継続的なリハビリテーションを行えるよう実施体制を改善した。</p> <p>休日の入院患者のリハビリに対して、病棟看護師と理学療法士がカンファレンスを通して患者情報とリハビリプログラムを共有し、継続して実施している。</p> <p>また、入院予約患者に外来看護師が立位バランスを測定し、値が標準以下の転倒リスクが高い患者に対して、理学療法士・作業療法士が個別に筋力評価及び運動指導を実施する体制がある。患者入院後もリハビリが継続できるよう病棟看護師と連携し、退院後初回外来受診時までバランス力と筋力をフォローし転倒予防に努めている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>専従医師3名、理学療法士12名、作業療法士5名、言語療法士2名による急性期リハビリテーションが基本である。脳血管、運動器、呼吸器、心大血管だけでなく、がんリハビリテーションも行っている。病棟のカンファレンスに参加して患者情報の共有化を図るなど、主治医や病棟看護師との連携強化にも努めている。リハビリテーションの定量的な評価や使用機器の保守点検や記録の整備も行っている。スタッフ数が少なく、年間を通して休日や祭日並びに年末・年始ではリハビリテーション中断が最長9日間という状況も見られている。このため患者への自主トレーニングなどの教育で対応しているが、今後、継続的なリハビリテーションが可能となるような環境整備が望まれる。</p>		

3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>診療記録は、一患者一登録番号制で一元的管理が行われている。医療情報システムにより各診療科の記録は一元的に記録され、薬歴、オーダ等が迅速に検索・提供ができる。医療情報システムから発行する文書は院内独自のQRコードで管理し、診療記録の取り違えを防止している。他の施設から持ち込まれた各種情報はイメージファイリングシステムでスキャンングされ、参照することが可能である。さらに紙媒体の診療記録についても、診察に際し必要があれば、病歴室から速やかに搬送される体制が整えられている。閲覧・貸出手順は病歴室運営要項で定められており、病歴室内に閲覧スペースが設けられている。また、診療録の使用者・使用条件が要項で定められており、外部持出が禁止されている。なお、個人情報の取り扱いについても、大学・病院の個人情報の取り扱いが規程で明確に定められており、漏洩防止の仕組みが確立されている。病歴室で引渡時の点検を行い、診療記録の形式的な点検を実施している。診療録監査、IC監査を定期的を実施することにより、記載内容の標準化を推進している。診断名はICD10、手術名はKコードで整備している。システムダウン時には、紙伝票で対応できるようマニュアルの整備を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>R2年4月に診療情報管理士2名が新規採用され、現在、診療情報管理士は医事課に8名（育児休業中2名を含む）、経営管理課に1名配置されている。DPCコーディング、様式1の作成、がん登録、各種医療統計作成、カルテ監査、診療情報の開示等関連する業務が多岐にわたるため、更なる体制整備が必要である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>2005年5月に外来部門を同年8月に入院部門に電子カルテが導入され、診療録の保管年限は20年で運用されている。諸記録の管理は大部分が電子媒体によるが、紙媒体による記録（入院診療計画書、説明と同意の記録等）が存在し、スキャンングして電子カルテに取り込み後、原本は患者IDによるターミナルデジット方式で管理されている。ただし、患者捺印がない書類（診療情報提供書等）は、日付順に段ボール箱に保管し、5年保管年限と定めた運用がなされている。診療記録の閲覧・貸し出しは、所在管理システムにより管理され、「病歴室運営要項」に定める返却ルールに則り、外来診療録は当日返却、入院診療録は14日以内で返却となっており、督促のメールや各医局長への通知等、適切に行われている。病名コーディングはマスタ管理が適切に行われており、ICDコードから患者検索が可能である。量的監査は全退院患者に実施されており適切である。</p>		

3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプを中心に主要な医療機器を中央管理にて一元管理している。使用期間ルールに基づいた返却時の点検の他、定期的に測定機器等を用いて定量的な点検も実施している。定期点検に関しては、定数配置的な機器については年間計画表に基づき一定時期に点検を行い、輸液ポンプ等流動的な機器に関しては定期点検実施時に次回実施すべき日付を記載したシールを貼り付けることで確実に実施している。臨床工学技士は2交替による24時間勤務を行っており、休日・夜間問わず対応を行っている。医療機器安全管理責任者を委員長とした医療機器安全管理委員会を毎月開催して報告・検討を行い、医療安全管理部門への報告を行っている。内視鏡システム・スコープは光学医療診療部で一元管理し、臨床工学技士により毎日検査前に点検を行っている。また、メーカーの保守プログラムに登録し、機器ごとの修理履歴を記録して管理している。休日・夜間を含む内視鏡システムのトラブル時は、臨床工学技士から業者へ連絡する体制が整っている。内視鏡に従事する医療従事者（医師、看護師、臨床工学技士、洗浄担当職員）への内視鏡機器の安全使用や洗浄法に関する研修は、光学医療診療部配属時に随時開催している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>24時間体制で対応を行っているが、他院に比較して年齢層も若く管理機器の種類も多いため、経験上、どうしても対応しきれないケースがある。その際は上位者に連絡→相談→対応となるため、時間がかかってしまう場合がある。PCIにて使用部署の把握を行っているが、患者が病棟間を移動した際にそのまま移動されるケースがあり、その際には使用部署の把握が曖昧になってしまう。光学医療診療部においては休日・夜間トラブル時の対処が明文化されていない。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医療機器管理部門には、常勤専従の臨床工学技士が配置され、病棟で使用している人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなど、一元管理されている。それぞれの機器は、パソコン画面より使用開始日、使用部署などの把握ができる仕組みで、3か月以上使用期間が経過すると、画面上で確認できるシステムになっている。医療機器の使用期間ルールについては、マニュアルは整備されているものの、遵守されていない点がみられたのは、今後の課題である。夜間・休日の対応は行っておらず、病棟看護師が必要な機器を借りに行く仕組みになっている。使用後に回収された機器は、臨床工学技士によって点検が行われ、適切に管理されている。</p>		

3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>洗浄・滅菌は各種ガイドライン・マニュアル（汚染の拡散防止体制、材料部業務マニュアル、医療現場における滅菌保証のガイドライン2015、院内感染対策マニュアル等）に基づいて外部委託の専門業者により行われ、内視鏡の洗浄精度は定期的な監視培養で確認されている。材料部で扱う器材の洗浄と滅菌の評価は、毎日の各種インジケータによる評価と定期的な稼働性能の確性確認により確認し供給している。器材の流れも一方向化しており、未洗浄物品と既滅菌物は交差しない。リコール手順も作成してあるが、現在までにリコールは発生していない。滅菌物の保管は各部署で行い、手術部以外では定数配置された器材数を毎月末に確認し材料部に報告するシステムとなっている。器材数の調整は適宜行い、緊急時の貸し出しにも対応している。また定期的に部署ラウンドを実施し、滅菌物の適切な保管や取り扱いについて助言している。内視鏡はスコープごとに洗浄履歴を記録・保管し、滅菌精度を遡って検証できる体制になっており、光学医療診療部以外で使用したスコープの洗浄も専用洗浄室にて一方向化して行われる。コロナ病棟で行った内視鏡検査の機器の洗浄については、コロナ病棟専用の器材を使用し、同病棟内でMEが洗浄を行い、病棟外へ持ち出さないようにしている。</p> <p>口腔外科器材のタービン・ハンドピース・切削用バーは2019年から2020年4月にかけて、材料部での洗浄に移行できた。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>一次洗浄は、口腔外科と眼科の器材が外来や病棟で一部実施されている。順次、材料部で洗浄と滅菌を行うように業務移行中である。現在は、口腔外科の業務移行を推進中であり、その後に眼科器材についての検討を行う。</p> <p>材料部での洗浄に移行するために、上記診療科で一次洗浄を行っている器材をリストアップしたが、必要数の購入にあたり予算を立てることができない状態である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>中央滅菌材料部門において、再生医療用具・材料の滅菌・管理は適切に行われている。一部外来部門では、使用場所で一次洗浄を行っているが、PPEの使用による感染防止対策が実施されている。また、滅菌効果の確認として、滅菌時間・温度などの記録、化学的インディケータをパック内に入れる、生物学的検知の実施など、滅菌の質保証が行われている。また、既滅菌物の保管、使用量および在庫などについても適切に管理されている。</p>		

3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病理検査の全行程でバーコード管理を行い、1検体番号ずつの検体処理を徹底している。さらに切り出しの工程では検体の写真撮影を行って、万が一検体交差が起こった際にも切り出し時の写真を確認することで鑑別できるような運用となっている。病理医は5名中3名が病理専門医で迅速診断にも随時対応可能である。また、病理報告書は必ず病理専門医のダブルチェックを行う体制をとっており、2名の病理医の名前で報告される。困難症例では病理学会のコンサルトが使用できる。病理診断報告は受付から診断までの経過日数をモニタリングしており、報告の遅延がないか確認している。術中迅速病理検査では術者と対話ができる通信手段を使用して報告している。病理診断結果の未読既読管理を医療安全管理部と共同で行っており、臨床医が診断結果を確認したことを全症例で確認している。長期間確認されない報告に対しては、各診療科のリスクマネージャーに未読リストを配布し、報告書の確認後、リストにサインをした上で返却してもらっている。また、緊急を要する報告は診断医が臨床医に直接電話報告を行っている。もし臨床医が電話に出られない時は、診療科長に報告を行うこととしている。病理診断報告書は電子カルテと病理部門システムからすべて参照ができる状態で集約されている。プレパレートは年度別に保管され、電子化された画像も臨床医が電子カルテからすべて参照可能である。ブロック標本はすべて保存している。毒劇物は記録簿で出入管理している。作業環境測定は6ヶ月に一度実施しており、管理区分2-3となった場合は、原因追究と対策を行い、改善に努めている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医師7名、サイトスクリーナー4名が配置され多くの検体を処理している。生検は2-3日、手術検体は4-6日で報告書が作成され、危険性の高い薬品類の保管・管理も適切である。ただ、病理検査室に入ると少々ホルマリンの臭いを感じ、環境測定では第2管理区分となっており改善の余地があるので対応が期待される。</p>		

3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点		
放射線治療専門医3名、ほか2名の医師が配置され、放射線治療専門技師5名、医学物理士2名、品質管理士2名を含む診療放射線技師7名と共に多くの患者の治療に当たっている。リニアック（X線・電子線）2台ともIMRT（強度変調放射線治療）対応可能であり、かつ腔内照射装置を有している。各診療科との合同カンファレンスを行い、放射線治療適応疾患に対し年間650例程実施している。放射線治療情報管理システムにより治療計画から照射までを一括管理し、線量指示、計画線量の確認、照射パラメーターの確認、照射部位の確認を治療専門医・医学物理士・放射線治療専門技師・認定看護師で相互チェックできる体制をとっている。体表面光学式トラッキングシステムCatalystを使用し、正確なポジショニング、照射、皮膚マーキングを行い、患者医療満足度を上げている。		
課題と認識されている点		
IMRTなど高度な放射線治療には治療計画・線量検証（シミュレーション）に時間を要するため、件数の増加により計画を担当する医師、線量測定する放射線技師などの業務負担が増えている。		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
放射線治療専門医3名ほか3名の医師が配置され、物理士3名と品質管理士3名の技師と共に多くの患者の治療に当たっている。リニアックは2台が設置されうち1台はIMRTであり、設備は申し分ない。治療計画の作成やシミュレーションの実施なども適切に実施され、機器の品質管理も含めて適切に放射線治療は実施されている。		

3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>専従の責任医師を配置し、病院長出席のもと輸血療法専門委員会を年6回開催し、適正使用の推進および安全対策を行っている。その成果として、血液の廃棄率は1%程度あったものが半減した。さらに、輸血実施の安全性を高めるため、評価表を用いて院内ラウンドを定期的実施することを始めた。この監査を通じて、現場と意見交換をすることにより相互理解を深めることも目的とした。輸血管理に関しては検査部と合同で24時間一元化を実現し、緊急輸血への対応や様々なトラブルへの対応を検討し、体制を整えた。血液の保管は自己記録装置付きの冷蔵庫や冷凍庫で行い、自己血は専用の冷蔵庫で保存している。COVID-19対策として、病院の指針に従い職員の体調管理を実施し、継続して業務が遂行できるよう配慮した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>時間外のオペレートは、現行の輸血システムが時間外用にカスタマイズされていないため紙伝票による運用を行っている。2022年1月の病院システム更新に合わせ、専任以外の検査技師でも安全かつ簡便に業務遂行できる輸血システムの導入方針を決め、仕様書の策定を行った。</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	
<p>休日・時間外の輸血関連業務は、新鮮凍結血漿や血小板製剤の発注・管理業務も含めて、全て検査部時間外業務に組み込み、一元化を達成した。各病棟にも自己温度記録計付き専門保冷庫が設置され、毎日温度管理を行っている。また、輸血後感染症検査については、実施されていない患者リストを作成し、各診療科の輸血療法専門委員を通じて、担当医に周知する体制を整えた。</p>		

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	C	
<p>血液内科の医師が専任で管理しており、自己温度記録計付き専門保冷庫などの設備も充実している。使用状況の検証は適切であり、特に廃棄率への低減に向けた努力は、その低さが証明しているように評価されるものである。また、輸血後感染症の実施率が把握されていなかったがこの度集計したところであり、継続的に対応されることが望まれる。しかし、血液製剤の発注に関して、時間内は輸血部で行われているが、時間外に関しては、前回の訪問審査受審後に赤血球製剤は検査部担当者が払い出しをするよう対応されていたものの、血小板製剤・新鮮凍結血漿は依然として病棟等各部署から発注する仕組みとなっており、安定した血液製剤の質の担保が確立しているとは言い難い状況である。この度、時間外の血液の管理業務の一元化に向けた検討と予定計画は立てられているが実施に至っていない。病院の役割・機能より早急に対応されることが求められる。</p>		

3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 手術室の管理責任者として手術部長が不定期に手術部運営委員会を開催し、そこで運営に必要な事項を関係各科に周知している。外科系各科に既得手術枠を与えて、1週間の手術予定を前週の水曜日朝9時までに手術部門調整システムに入力してもらい、それを朝10時より手術部長と手術部副部長とで検討し、外科系各科の手術部運営委員と再度調整を行うことで円滑に運営している。HEPAフィルターは流量測定を実施し、年1回の空気清浄度測定においてISO14644-1クラス6 (OP3、4)、クラス7 (OP3、4以外) を確認している。毎日必ず経験豊富な麻酔科専門医がスーパーバイザーとして手術室全体の麻酔管理に責任を持ち、報告・相談を受け適切な術中管理を行っている。麻酔からの覚醒時には、当院の手術室運営マニュアルに従ってGCS (グラスゴー・コーマ・スケール) を基準に場合分けを行い、適切かつ安全な覚醒退室を行っている。		
課題と認識されている点 本院は教育施設であるためすべての症例を麻酔科専門医のみで行うことはできていないが、後期研修医、初期研修医が担当するときは、術前リスクに応じて必ず麻酔科専門医もしくは麻酔科標榜医が指導医として監督している。		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	
14室の手術室を用いて、麻酔科医師 (常勤11名、非常勤・常勤換算8名) で多くの手術症例に対応し、麻酔覚醒時の安全性は十分確保されている。翌週の手術予定を水曜日に調整し、より多くの患者が手術を受けられるよう効率的な運用に努めている。手術部門システムが更新され、さらに情報共有がスムーズにできる環境が整えられた。平成28年度には、HEPAフィルター交換を実施し、清浄度調査によって安全な環境であることも確認した。		

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	B	
14室の手術室を用いて麻酔科常勤医師11名、非常勤医師・常勤換算8名で多くの手術症例に対応している。毎週木曜日に翌週の手術予定がたてられ、麻酔覚醒時の安全性は適切に確保されている。手術室システムが導入され情報は電子カルテで共有されている。しかし、2009年にHEPAフィルターが交換されているものの清浄度測定は11年前に実施されただけであり、風量の測定はなされているものの今後の課題と思われる。		

3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点		
<p>22床のベッドにおいて、特定集中治療管理料2を取得し、熱傷患者にも対応している。専従医師12名が配置され、完全2交代制のclosedシステムで運営している。集中治療医は8名で、各勤務帯は平時は2名以上、非常時（新型コロナ患者入院時など）は3名以上で診療にあたり、可能な限り1名以上の専門医を配置している。各勤務帯に専任の臨床工学技士を配置、また日勤帯は専従薬剤師1名、専従理学療法士2名が配置されている。看護師も日勤帯は1：1、夜勤帯は2：1の人員を配置している。人工呼吸器は各ベッドに配置され、血液浄化装置やエコー、内視鏡なども複数所有し、多くの重症患者に対応可能な体制をとっている。毎朝のカンファレンスは集中治療室（ICU）専従医師、各科主治医、ICU看護師、薬剤師、感染制御部、理学療法士、臨床工学技士、栄養管理士ら多職種で集学的に治療方針を決めている。毎夕のカンファレンスもそれに準じて行っている。入退室基準は明文化され、誰でも確認できる状態にあり遵守されている。</p>		
課題と認識されている点		
<p>人員面では、22床closedシステム運営としては医師人員はまだ少なく、ベッド稼働および患者重症度によっては診療に追われ、研修医の教育に十分な時間をさけないこともある。設備面として、例えば血小板輸血製剤の温度センサーがついていないなど機器機能的な面で不十分なものがわずかだがある。またベッドやモニタなど機器の老朽化もあり、適宜機器更新していく予定である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>専従医師13名が配置され完全クローズドICUとして運営されている。設備・機器は充実しており、入退室基準は明確化され遵守されている。集中治療機能は適切である。</p>		

3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点		
<p>石川県医療計画で三次救急医療機関に指定され、救急車は重症患者を中心に受け入れを行い、またヘリポートを有しドクターヘリ等の受け入れ要請にも対応している。多数重症患者受け入れ時や満床時等の受け入れ困難時は患者情報に基づき適切な三次救急病院もしくは二次救急輪番病院へ誘導している。年間救急搬送受け入れ件数1297件・応需率93.2%（2019年）である。常時重症患者受け入れのため、救急部専従の医師・看護師（救急科専門医および看護協会救急看護認定看護師含む）が夜間・休日を含め常勤しており、また心肺蘇生および重症患者管理に必要な医療機器や薬剤を常備し、日常的に点検整備・在庫管理を行い、必要時に遅延なく使用可能となっている。時間外は各診療科当直体制で緊急時の支援が可能である。臨床検査技師・放射線技師・薬剤師・臨床工学技士・事務職員も当直体制であり、時間外も支障なく運用されている。児童・高齢者・障害者虐待、配偶者間暴力が疑われた際の各種マニュアルおよび病院内外の支援組織への連絡体制が整備・運用されている。メディカルコントロールとして、現場救急救命士の特定行為指示要請や相談に対し即時に指示・助言を与えている。また、救急救命士の病院研修も受け入れ教育・指導を行っている。COVID-19等の感染対策として、リスクに応じたゾーニングと適切な个人防护具の使用を徹底しており、また患者隔離には陰圧室1室と簡易陰圧装置2台が整備され運用されている。</p>		
課題と認識されている点		
特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>救急科の医師9名を中心に地域の救急医療を支える基幹施設である。設備は充実しており、夜間休日の受け入れ態勢も整備されており、救急医療機能は適切に発揮されている。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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

【評価の視点】

○理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。

【評価の要素】

- 理念と基本方針の明文化
- 必要に応じた基本方針の検討
- 職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知

👉 本項目のポイント

- ◇理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることが含まれていることが望ましい。
- ◇基本方針には診療や医療サービスの方針が示されていることを確認する。
- ◇基本方針の内容が定期的に見直されているかを確認する。
- ◇現場での業務の取り組み・対応状況の確認を通じ、職員が理念や基本方針をどの程度理解しているかを確認する。
- ◇基本方針が、形式的な文言に留まらず、病院の運営面で実践的に活用されているかを確認する。

関連する項目

4.1.1 理念・基本方針を明確にしている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 金沢大学附属病院の基本方針は、大学病院の役割と機能として、これまで最高水準の医療提供、医療従事者の育成、臨床研究開発、地域貢献の4項目の内容を掲げていた。基本理念および基本方針について、令和元年11月の病院運営会議に諮り、基本方針に新たに医療安全に関する内容を追加し、併せて、これまでの項目についても見直しを行った。基本理念等は、病院玄関・各病棟の掲示、入院案内・外来診療案内およびWebサイト等で病院内外に広く周知している。職員には、改正後に会議での周知の他、全員にメールで周知し、また、携帯版医療スタッフマニュアルの見開き1ページ目に掲載し周知している。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
病院の理念および基本方針は明文化され、院内掲示、入院案内、外来診療の案内、ホームページ等によって周知されている。年度初めに、執行部会議において見直しが行われ、適宜の改定も実施されている。職員には、「医療スタッフマニュアル」、入職時研修、新人研修等で周知も行われており、病院の理念および基本方針は適切に確立されている。		

4 理念達成に向けた組織運営

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 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

【評価の視点】

○病院管理者・幹部が病院の将来像を示し、実現に向けた病院運営に指導力を発揮していることを総合的に評価する。

【評価の要素】

- 病院の将来像の職員への明示
- 職員の就労意欲を高める組織運営
- 運営上の課題の明確化とその解決に向けた関わり

👉 本項目のポイント

- ◇病院長、副院長、看護部長、事務長が病院の現状の課題を認識していることを確認する。
- ◇主な課題に対して、解決策や現時点での方針が提示される必要がある。
- ◇主な課題に対して、現在までの達成度を確認する。
- ◇病院幹部職員の会議・委員会等への参加状況を参考にする。
- ◇目標設定や目標管理への関わりなど職員の労働意欲を高める工夫を評価する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病院長は毎年度病院事業方針を作成し、職員に当該年度の目標を示し明確な病院運営に努めている。また、病院長は令和元年度の大型連休において、連休中2日間を手術日とし、手術待ち患者が増加しないようにするとともに、手術に関わった医師に時間外手当のほかに特別手当を支給し、モチベーションを高める工夫を行った。令和2年には、県の要請を受け、新型コロナウイルス感染症重症患者の受け入れを行うべく、ハード面・ソフト面での環境整備に指導力を発揮した。同年9月には「病院事業・経営に関する報告会」を試行開催し、集まった若手職員を前に、本院の現状と課題を説明するとともに、将来像を示した。副病院長等は医療安全、診療、臨床教育等それぞれの担当の部署・委員会等を所掌し、リーダーシップを発揮している。病院長・副病院長等は病院全体の課題について把握し、必要に応じワーキンググループを設置するなどして、課題解決を図っている。平成29年度から病院の収支状況により、各診療部門の職員に対して、病院長裁量インセンティブとして研究や研修会旅費などに使用できる経費を配分している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>手術待ち患者数の増加、外来化学療法室のベッド数不足等、建物が手狭になっているため、新たな建物を建設し、既存の部屋を再配置するなど機能性を含めた見直しが必要と考えている。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>病院の将来像に関しては、運営会議、医局長会議等で周知され、院内Webなどで職員に周知が図られている。病院長から運営上の課題として、経営の効率化、更なる安全・安心医療の提供や地域連携の促進などの課題が提起されている。院長、副院長をはじめ病院幹部は、任務を分担し、運営上の会議や各種委員会に積極的に関わって課題の解決に向けて日々取り組んでおり、リーダーシップは適切に発揮されている。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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 3 効果的・計画的な組織運営を行っている

【評価の視点】

○病院の組織が整備され、効果的・計画的に運営されていることを評価する。

【評価の要素】

- 病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する監督・評価の仕組み
- 病院運営の骨子を策定する組織の実態
- 病院運営の意思決定会議の実態
- 組織内の情報伝達
- 病院の実態にあった組織図や職務分掌
- 病院運営に必要な会議・委員会の開催
- 2年以上先の将来を見据えた中・長期計画の策定
- 理念・基本方針と中長期計画等との整合性
- 中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定
- 部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価
- リスクに対応する病院の機能存続計画

📌 本項目のポイント

- ◇病院幹部の組織運営に対して、任命側からの定期的な評価を確認する。
- ◇運営方針と経営的意思を決める会議体があり、毎月1回以上開催されていることを確認する。
- ◇意思決定会議は、病院長・副院長・看護部長・事務長など適切な構成員となっていることを確認する。
- ◇組織図は実態を反映していることを確認する。
- ◇組織運営に必要な事項が会議・委員会等で検討されていることを確認する。
- ◇院内感染、医療安全、衛生、医療ガスに関する委員会など、法令に基づく委員会についても留意する。
- ◇中・長期計画とは、経営目標、活動計画、部門方針などに関連するものをいう。
- ◇中・長期計画はグループの法人本部や行政機関（公的病院の場合）が作成したものでよいが、内容が具体的であり、病院としての意見が取り入れられる仕組みを確認する。

関連する項目

4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病院長の選任は、学長の下に置かれた外部委員を含む病院長選考会議で選考したのち、複数候補者を学長に推薦し、学長が最終選考を行い決定している。病院長は委員として大学の経営協議会に出席し、病院の経営状況等を説明し、意見を伺っている。毎月、各診療科長、中央診療施設長等から構成される病院運営会議を開き、人事、予算および執行ならびに決算に関する事項等を審議し、その内容を医局長および中央診療施設等の代表者から構成される医局長会議において報告し、各医局等の構成員に周知している。また、重要事項については、別途メールで個人あてに通知している。中期計画（2016年～2021年）による年次事業計画の策定の他、今後の厳しい医療情勢や地域の状況を考慮し、附属病院の経営の合理化を進める観点から、2018年度当初に「元気が出る附属病院経営改革プラン2018」を作成し、長期的な改革プランを示した。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>意思決定会議である運営会議は定期的開催され、記録されている。運営上必要な会議・委員会は規程に基づいて開催され、情報は、医局長会議に伝達され、資料配布や院内Webによっても共有されている。中期計画（2010年～2015年）の6ヶ年計画が策定され、部門・部署ごとの目標設定・自己評価・達成度評価が適切に行われており、効果的・計画的な組織運営は適切に行われている。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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 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

【評価の視点】

○情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されていることを評価する。

【評価の要素】

- 情報の管理・活用の方針
- 院内で取り扱う情報の統合的な管理
- 情報システムの導入・活用に関する計画的な対応
- 医療の質や安全性、効率性の改善に向けた活用
- データの真正性、保存性の確保

👉 本項目のポイント

- ◇本項目では、患者の診療に関わる情報の統合的な管理・活用の状況について評価する。
- ◇情報管理では、電子カルテ、オーダリング、医事会計システムや看護システム・検査システムなどの各部門システム、物流管理システム、医療安全システムなど情報システム全般を含む。

関連する項目

情報システムを活用した患者誤認防止、検体取り間違い防止、検査結果の確実な報告システムなどについては、それぞれ該当する評価項目で評価の参考とする。

診療記録の一元管理については『3.1.6診療情報管理機能を適切に発揮している』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 2006年5月より電子カルテシステムを導入し運用している。病院情報システム運用管理規程を整備し、カルテ3原則の条件を満たしているNEC社の電子カルテ・医事システムを中心に各部署で部門システムを導入し、電算室・各部門担当で把握し一元管理している。紙媒体で保存が必要なもの（同意書等）については、病歴室で入院外来に分け、患者ごとの病歴ファイルで保存管理している。2カ月に1回開催される経営企画部情報運営委員会にて、システムの不具合や運用等について報告・検討を行っている。診療報酬請求データやDPCデータ等を活用して、院内の各種委員会資料を作成し提供している。クリニカルパスの電子化について各診療科に勧めており、医療の質、安全性、効率性の再検討に繋げている。サーバー室の安全管理、ID・パスワード管理（電子カルテのパスワードは60日更新、生体認証の導入）、データバックアップ、外部記憶媒体の接続規制など、『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』に基づき、データの真正性、保存性の確保に努めている。医療情報技師を電算室に5名配置し、情報管理の方針の確立および情報の有効活用を適切に行っている。電子カルテのパスワードは、英数字混在、8桁以上10桁以下で設定している。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
院内の情報管理は、医事課診療情報管理係が担当している。電子カルテシステムを中心に、各部門システムおよびデータの一元管理に当たっている。情報システム運用管理規程が整備され、サーバー室の安全管理、ID・パスワード管理（特に、電子カルテのパスワードは2カ月で更新、さらに生体認証システムも導入されている）、外部記憶媒体の接続規制など、データの真正性、保存性の確保が適正に行われている。医療情報技師も病院で5名おり、情報管理の方針の確立および情報の有効活用は適切に行われている。		

4 理念達成に向けた組織運営

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 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

【評価の視点】

○病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがあることを評価する。

【評価の要素】

- 管理責任部署または担当者
- 発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み
- 院内規程、マニュアル等の承認の仕組み

👉本項目のポイント

◇各文書が適切に作成され、承認されているかは、それぞれ該当する評価項目で評価し、本項目では、院内文書を管理する仕組みが適切であるかを評価する。

◇院内で使用しているマニュアルの一覧がなく、それぞれの改訂履歴が把握されていないなどは、本項目で評価する。

関連する項目

説明と同意の文書内容や様式の充実を図っていることについては『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』で評価する。
クリニカル・パス（クリティカル・パス）については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>文書の処理及び適正な管理については、金沢大学法人文書管理規則、金沢大学文書処理規程及び金沢大学法人文書ファイル保存要領に基づき行っている。具体的には、所掌事務に関する文書管理の実施責任者である文書管理者が、保存、保存期間満了時の措置（期間延長、移管、廃棄）、法人文書ファイル管理簿記載、管理状況の点検等を実施している。令和2年10月には、文書処理規程の改正が行われ、ペーパーレス化や押印業務の見直し等の推進が図られた。令和3年からは、電子決裁・法人文書管理システムが導入され、全学統一の文書番号を用いる予定である。</p> <p>病院内の各種規程等については、会議に諮った後、総務課にて一元管理している。マニュアル、指針等は各関係部署にて作成・決裁を行っている。規程、マニュアル、指針、診療ガイドライン等の病院運営に関わる院内共通文書や各種お知らせ、病床稼働率等の必要な情報については、医事課が管理運用しており、カルテシステムからも閲覧可能な院内専用Webサイトに掲載され、職員は随時見ることができる。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>近年、通知や調査はメールで直接やり取りするものがほとんどで、発信・受付についてはそれぞれの部署管理となっており、一元的に把握・管理することは検討課題である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	B	
<p>文書の作成日、責任者、目的・表題等が明確になった文書を作成するよう徹底し、引き続き、病院として管理すべき文書の一元的な管理に取り組んでいく。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>病院の規則・規程、人事関係文書、経理上の各種書類と諸表、会議・委員会の議事録、各種マニュアルの基準・手順など多岐にわたる院内文書は、事務部・総務課が一元管理している。また、患者の診療関係文書は、量的にも膨大で、医事課・診療情報管理係が管理している。規則・規程、各種マニュアル等の改定履歴については、日付だけ更新しているが、どこを変更したのか記載がない。変更した「改定概要」の見出しを付け、概要を簡潔に記述されることを期待する。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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

【評価の視点】

○病院の規模・機能や業務量に見合った人材が確保されていることを評価する。

【評価の要素】

- 各部門・部署に必要な人材の確保
- 人員の確保と充実にに向けた努力や工夫

👉 本項目のポイント

- ◇病院機能に見合った人材(診療情報管理士、MSW、PSW、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など)が採用されていることを確認する。
- ◇離職率が高い場合は理由を確認する。

関連する項目

4.2.1 役割・機能に見合った人材を確保している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医療法による標準人員や届け出ている施設基準の必要人員は満たしており、さらに本院の機能や業務量に見合った人材の確保に努めている。メディカルスタッフについては、各部署の中・長期計画をもとに、毎年計画的に任期付職員の増員を法人に要望し実施している。なお、優秀な人材を確保するため、任期付職員のうち優秀な者を任期なし常勤化とする枠を法人に要望し、平成29年度に制度化した。これによる各職種の応募状況や離職率の変化、業務に与える影響等について、令和元年度に検証したところである。また、病院長、看護師、メディカルスタッフおよび事務職員からなる医療技術者連絡会議を定期的に開催し、各部署の現状や課題を共有し、課題に対する効果的な解決策について意見交換を行っている。事務機能の強化として、日々変化する医療制度や病院経営に適切に対応できるスペシャリストの育成が必要なことから、法人の事務職員採用試験の一部について病院事務職員に特化したエキスパート枠を設け（令和元年度）、令和2年度に2名採用した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>人事管理は法人の人事課が担当しており、人材確保のための増員や常勤化は人件費の増加を伴うため容易に実施できない状況である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>○法人への要望により、メディカルスタッフ（任期付職員）の増員を行った。なお、平成30年度に向けた増員要望も行う予定である。</p> <p>○優秀な人材を確保する、また、残す制度として、法人への要望により、平成29年度から任期付職員の任期なし常勤化枠が措置された。なお、今後、その効果及び病院経営に与える影響等の検証結果に基づき、必要な見直しを行っていく予定である。</p> <p>○日々変化する医療制度や病院経営等に適切に対応できるスペシャリストの育成（事務機能の強化）を図るべく、法人と検討中である。</p> <p>○「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担」検討WGを開催し、職員の勤務状況を把握し、負担軽減及び処遇改善に資する体制づくりについて検討している。</p> <p>○病院長、看護師、メディカルスタッフ（技師長クラス）など多職種が一堂に会す医療技術者連絡会議を定期的に開催し、各部署の現状や課題を共有し、病院全体若しくは特定の部署における課題に対してより効果的な改善策を見出せるよう各専門分野の立場からの意見交換を行っている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>医療法による配置標準数など適切に確保されている。人事管理は、大学部門の人事課が担当している。大学本院という病院機能を考慮した場合、採用努力は伺えるも、薬剤師（常勤専従45名のうち6名は先進医療開発センターの配置であり治験等を担当している）、理学療法士等、診療情報管理士の増員が期待される。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 2 人事・労務管理

4 2 2 人事・労務管理を適切に行っている

【評価の視点】

○人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員の就労管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備
- 各種規則・規程の職員への周知
- 職員の就労管理

☞本項目のポイント

- ◇短時間労働者の就業規則、育児・介護休業、短時間勤務制度、再雇用制度などが整備されていることを確認する。
- ◇就業規則等は労働基準監督署に届出されていることを確認する。
- ◇時間外労働に関する「労働基準法第36条」が結ばれていることを確認する。
- ◇学校法人など本部機能がある病院では、本部で人事管理の機能が確立されていればよい。
- ◇計画的な有給休暇の取得が実施されていれば良好と判断される。
- ◇職員の就労のモチベーションを高めることを目的に、業務実績評価を実施していることを確認する。

関連する項目

4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>就業規則等各種規則・規程に基づき採用・昇給・昇格・安全衛生等の人事労務管理を適切に行っている。育児・介護休業、育児部分休業、育児短時間勤務等、育児・介護に配慮した制度も整備されており、また時間外労働に関する36協定についても毎年度必要性、妥当性を確認し、締結している。規則・規程は大学Webサイトに掲載されており、院内規程・ルールと併せ院内専用Webサイトから容易に閲覧が可能である。令和元年12月の医療技術者連絡会議でも、これら規則・規程のほか、人事・労務制度についての基本的な事項についても大学Webサイトに掲載されていることを改めて周知したところである。計画的な有給休暇の取得はこれまでも大学として取り組んでいるところであるが、2019年4月からは大学の取り組みに加え、より簡便かつ実効的な申請方法を病院独自で工夫し、意識啓発と確実な取得を進める取り組みを行った。併せて職員の要望を受けて夏季休暇の取得期間を通年に改正し、年間を通じて計画的に休暇を取得できるよう制度を整備した。給与面では、勤務成績がボーナスや昇給に反映される仕組みがあり、職員のモチベーションアップに繋がっている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>就業規則は整備され、36協定の締結は労働基準監督署へ届出がされており、人事労務管理は各種規程に基づき、採用・昇給・昇格・安全衛生等適切である。すべての規程や院内ルールは院内Webサイトにより閲覧が可能で職員への周知が図られている。現在、産休育児休業者は、常勤64名、非常勤5名、短時間労働制度や部分休業という制度の整備やリフレッシュ休暇など活用されており適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 2 人事・労務管理

4 2 3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

【評価の視点】

○職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 衛生委員会の設置と活動状況
- 健康診断の確実な実施
- 職場環境の整備
- 労働災害・公務災害への対応
- 職業感染への対応
- 職員への精神的なサポート
- 院内暴力対策

👉 本項目のポイント

- ◇職員一人一人の健康状態をどのように把握し、課題に対して適切に対応しているかを評価する。
- ◇非常勤の医師については、主たる勤務先で健康診断を受けていること、その結果を確認していることを確認する。
- ◇安全面・衛生面の観点から、抗がん剤の調製・混合環境、放射線の被曝量測定など業務環境、ホルムアルデヒド、キシレン、酸化エチレンガス（EOG）の使用環境、また、湿度、気温などへの配慮、休憩室、宿直室、仮眠室の整備について確認する。
- ◇勤務中の事故による検査や治療は労災保険（公務災害）により処理されている必要がある。
- ◇結核やノロウイルスなどの曝露に関する予防策や、曝露した場合の対応体制が確立している。
- ◇ワクチン等の接種率向上のための工夫など組織的な体制と方針を確認する。
- ◇各種ワクチンの接種については、職場環境に応じリスク管理面での推奨がなされていることが望ましい。
- ◇院内暴力とは、病院の院内外を問わず、患者および家族などから医療者および病院関係者に対する暴力、暴言、脅し、威嚇、不当要求、セクハラなどをいう。本項目では院内暴力と表現するが、院外においてのストーカー、迷惑電話なども含む。
- ◇労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施状況と事後対応を評価する。

関連する項目

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>安全衛生委員会では、事故、労働災害等の発生状況、職場巡視の状況等が毎月報告され、院内暴力についても安全衛生委員会で報告するとともに、部署の責任者等に該当者へのサポートを依頼し組織的にフォローしている。勤務中の事故への対応についても「医療スタッフマニュアル」に掲載し周知されており、労働災害の手続きも適切に処理されている。健康診断については、法人の担当窓口である職員課と常に連携・協力し、未受診者の情報を早期に把握し、受診率100%を維持するよう努めている。医療従事者の職業感染への対応については、組織的な体制と方針を明確にするため、令和元年度に「運用基準」を整備し、これをベースに実施方法および管理方法について見直しを行っている。適切な情報管理に対応するため、人事管理システムに新たな機能を追加することで一元的に情報を管理する仕組みの導入を目指し、法人と協議を重ねているところである。抗がん剤の調整・混合は、外来化学療法センター運用マニュアルにより適切に運用されているほか、特定化学物質の作業環境測定や放射線の被曝量測定等についても適切に実施し、安全面・衛生面の観点からも職場環境は整備されている。職員のメンタルサポートとして、精神科医・臨床心理士・リエゾンナースが関わる体制があるほか、大学としてストレスチェックを定期実施し、結果に応じて面接推奨の個別連絡が行われる仕組みとなっている。また、院内では、コロナ陽性患者対応職員へのメンタルサポートとして、精神科医・臨床心理士からなるCOVSATメンタルケアチームが、対象者の定期面接や個別相談を行い、精神的サポートに努めている。患者暴力に対しては、病院の基本方針のほか、予防・発生・収拾の各段階別に対応が定められ、体制が整備されている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>ストレスチェックの受診率を向上させることが必要である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>安全衛生委員会を設置し、月1回職場巡視も行われ、職員の安全および衛生の向上に努めている。定期健康診断の実施率は100%であり適切である。労務災害における手続きは、「医療スタッフマニュアル」で周知され、年6回開催されている全職員向けの感染防止に関する研修会にて職業感染防止策について教育が実施され、HBV、インフルエンザワクチン接種が全額病院負担にて実施されている。院内暴力対策については、「患者暴力の対応について」を整備し、体制が構築されている。なお、病理部門において、ホルムアルデヒドの環境測定が第2管理区分で改善の余地があり対応が期待される。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 2 人事・労務管理

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

【評価の視点】

○職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が具体的に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 職員の意見・要望の把握
- 職員の就業支援に向けた取り組み
- 福利厚生への配慮

👉 本項目のポイント

- ◇職員満足度調査を実施し、職員の意見を収集していればより適切である。
- ◇職員の意見や要望を発言できる会議や委員会があれば評価する。
- ◇管理職が職員の意見や要望を把握して具体的に進言している。
- ◇結婚や子育てなど、ライフイベントを抱える職員への配慮がされていることを確認する。

関連する項目

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

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 病院長による診療科ヒアリングを毎年実施し、各診療科の課題や意見・要望を執行部が直接把握するよう努めている。また、毎月開催される診療科長等が出席する運営会議のほか、看護師、メディカルスタッフおよび事務職員からなる医療技術者連絡会議、女性職員等懇談会（年1回）等でも職員が意見・要望を発言できる機会がある。ここで出た要望に基づき、平成30年10月には学童保育を開設し、令和元年5月には妊婦用駐車場を確保するなど、職員が働きやすい職場環境の整備に努めている。この他、石川県医師会の協力を得て「女性医師の生き方セミナー」を毎年実施し、医学生や若手医師が先輩医師のアドバイスを受け自身のキャリアを考える場として好評を得ている。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
病院長による診療科ヒアリング、運営会議等により、職場要望を確認し、職員の意見や要望の把握に努め、要望を踏まえ、2012年度より夜間保育の実施をはじめ、女性職員懇親会、ナースCPD（継続能力開発）セミナーなど、女性の労働環境の向上のための工夫をされ、職員が働きやすい職場環境に努力されており適切である。		

4 理念達成に向けた組織運営

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

【評価の視点】

○職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。

【評価の要素】

- 全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価
- 必要性の高い課題の教育・研修の実施
- 教育・研修効果を高める努力や工夫
- 入職時研修・新人研修の実施
- 院外の教育・研修の機会の活用
- 教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用

👉 本項目のポイント

- ◇教育・研修予算が確保されていることを確認する。
- ◇教育・研修計画、プログラム、入職時・新人研修等を確認する。
- ◇プログラム内容として、医療安全、感染制御、医療の倫理、関連法規とその遵守、個人情報の保護、接遇、ハラスメントなどが含まれていることを確認する。特定機能病院については、監査委員会からの意見、医療安全管理、多職種チームによる高度な医療提供に必要な知識や技術に関する研修についても確認する。
- ◇委託職員や派遣職員への教育に関する配慮について確認する。
- ◇院内のマニュアルに関する周知・徹底のための研修も含まれる。
- ◇特定機能病院等においても、院内教育・研修よりも、地域での研修の機会が効果的な場合があることに留意する。
- ◇専門分野の資格取得に対する支援について病院の方針を確認する。
- ◇図書室で一括管理されていることが望ましいが、各部門・部署で必要な図書が保管されている場合は図書室で保管場所を把握し、図書情報が一元的に管理されていることについて確認する。
- ◇図書等の管理を主として病院外の組織（医学部・大学など）で行う場合にも、病院職員のニーズを反映する仕組みがあり、活用できる環境にあることを評価する。
- ◇雑誌・書籍については職員のニーズを把握し、それに応える努力を行っているかについて確認する。
- ◇院外情報の入手について、職員がインターネットを使いやすい環境が整備されていることを確認する。
- ◇院内だけでなく、院外の地域と連携した研修の企画を行っている場合には高く評価する。

関連する項目

インターネットなどの活用に関するネットワーク・セキュリティについては『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』で評価する。
部門・部署ごとの専門的な教育・研修については『4.3.2職員の能力評価・能力開発を適切に行っている』で評価する。

4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医療安全や感染制御を中心に必要性の高い課題について、全職員を対象に計画的に研修を実施している。開催にあたっては全職員が参加できるよう開催時間や開催回数を工夫しているが、欠席者にはDVD研修会も設けるなどして、職員が必ず受講できるような研修機会の提供に努めている。職員のほか委託業者や派遣職員の参加については、派遣元業者により対応がまちまちであったため、令和2年度から、特に必要性が高いと思われる医療安全、感染対策および個人情報保護について、統一的な取り扱いを定め、運用を開始したところである。また、県内の公的病院が集まり、年間3~4回医事研究会を行い職員の能力向上に繋げているほか、最新の情報等に対応するため、医療情報技師が学会等へ参加することを支援している。地域との研修会としては、北陸地区臨床倫理事例研究会を毎年開催し、県内13病院と連携し、8施設間をテレビ会議システムでつなぎ、多職種で臨床倫理について学習している。保険診療にかかる講習会の際は、職員のみならず、委託職員・派遣職員にも参加を要請している。なお、教育研修委員会が研修実施状況を確認し、研修プログラムの検証も行い、次回以降の研修計画に反映させる役割を担っている。敷地内に医学図書館があり十分なスペースが確保されていることに加え、電子ジャーナルの閲覧や文献検索が可能なオンラインサービスも利用でき、院内には看護部図書室があるなど充実した環境にある。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>全職員が研修を受講できる機会を提供するため同じ研修を複数回にわたって開催する必要があり、担当者の負担が大きい。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医療安全および感染制御を中心に、医療倫理、患者の権利、接遇、個人情報の保護など必要性の高い課題について全職員を対象とする研修が実施されている。年度途中の入職者に対する入職時研修や新人研修についても同様に行われている。主催委員会が年間計画に沿って実施し、欠席職員へは、後日、DVD研修会を開催し、研修効果を高める努力も行われている。図書室は、医学部と共用で、十分なスペースが確保され、図書購入等に対する予算も適正に準備されている。また文献検索を含むインターネット環境や情報機器の整備状況なども良好である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 3 教育・研修

4 3 2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている

【評価の視点】

○職員個別の能力評価や、自己啓発への支援など、優れた人材を育成し、活用する仕組みを評価する。

【評価の要素】

- 職員の能力評価、能力開発の方針と仕組み
- 職員個別の能力の客観的評価
- 職員個別の能力開発の実施
- 能力に応じた役割や業務範囲の設定

👉 本項目のポイント

- ◇本項目では、各職種における人材育成の仕組みを評価する。
- ◇各々の部署で必要な研修などを受けることができる仕組みを評価する。
- ◇人事考課の中で能力評価が行われている場合は評価の対象とする。
- ◇訓練・教育には、シミュレーションの活用状況も評価する。

関連する項目

職員の業務実績評価の実施については『4.2.2人事・労務管理を適切に行っている』で評価する。
新人職員に関する評価については『4.3.3専門職種に応じた初期研修を行っている』で評価する。

4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>研修医・専攻医に対しては、医師臨床研修制度や新専門医制度整備指針に則り、医師または専門医として備えるべき能力を臨床経験、知識・技能、多職種評価、学術業績などをもとに評価している。教員においては、自己評価や診療科長の評価を含む全学の教員評価実施要綱に基づく教員評価にて評価している。侵襲を伴う医療処置について、マニュアル・指導の統一化を行い、処置施行の資格認定化に取り組んでいる。医師以外の看護師、メディカルスタッフおよび事務系職員については、全学の勤務評定実施要綱に基づき、職員個々の情意（責任感・意欲・積極性・態度・対応・協調）および能力（知識・技術技能・理解力・応用力・適応力）について毎年評価を行っている。看護部では、救急蘇生（AHA）資格認定コースを設け、BLS・ACLSヘルスケアプロバイダー、インストラクター資格取得をすすめている。また、看護師が安全に静脈注射を実施するための静脈注射院内認定の仕組みがあり、重要業務機能維持トレーニングを通して、看護技術・手順を再評価し、再度訓練が必要な時は、指導を行う仕組みがある。</p> <p>臨床看護実践能力段階（ラダー）別に評価基準を示し、自己評価・他者評価において毎年評価をしている。また、ジェネラリストナースの看護実践力を自己評価と患者を含めた5者からの他者評価で認定する仕組みもある。</p> <p>中途採用者には、中途採用者支援プログラムにそって研修を実施後、復帰者支援コースに移行し、その後本院の研修コースにつなげている。さらに、学外の社会保険労務士等を講師とした評価者に対する研修についても、法人として実施している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>医師臨床研修、専門研修を終えた医員の評価について、各診療科共通の基準を整備する必要がある。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	
<p>○医師（教員）：全学の教員評価実施要項に基づき、教育・研究・社会貢献・診療・その他（管理・運営、教育・研究支援業務等を含む）の5領域に係る職員の年度ごとの目標に対する自己評価について、診療科長等を経て部局長等が毎年職員個々に対する評価を行っている。</p> <p>○事務職員：全学の勤務評定実施要項に基づき、職員個々の情意（責任感・意欲・積極性・態度・対応・協調）及び能力（知識・技術技能・理解力・応用力・適応力）について、課長等を経て部局長等が毎年評価を行っている。</p> <p>○看護師及びメディカルスタッフ：全学の勤務評定実施要項に基づき、職員個々の情意（責任感・意欲・積極性・態度・対応・協調）及び能力（知識・技術技能・理解力・応用力・適応力）について、部署の長等を経て部局長等が毎年評価を行っている。</p> <p>○上記のほか、看護師及びメディカルスタッフについて、ほとんどの部署で、毎年職種別評価を行っている。</p> <p>○任期付職員の評価については、平成28年度の病院長、看護師、メディカルスタッフ（技師長クラス）など多職種が一堂に会す医療技術者連絡会議で、部署横断的評価の実施を検討し、次の事項を実施することとした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・統一した評価スケジュールを作成し、採用時に公表する。 ・業務遂行上の目標とさせるため、部署毎の業績等評価基準を採用時に公表する。 ・任期なし常勤化選考に係る本院職員としての資質（協調性・積極性・堅実性・表現力・面接時の態度）評価（面接試験）は、面接員に多職種を加えて部署横断的に行う。 <p>○部署毎に学会発表者への旅費支給等の支援を行っている。</p> <p>○全学として職務に必要な資格の取得に係る費用の支援を行っている。</p>		

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	B	
<p>職員個別の能力評価・能力開発に関して、医師は大学の「教員評価実施要項」、医師以外は「職員勤務評定実施要項」に基づき評価しているが、個別の能力評価という視点では評価されていない。個々の業務目標や適材・適所を考慮した能力開発目標に照らし、その達成度合いにより評価するような職員個別の能力評価が進められることを期待する。看護部では、キャリア開発ラダーを設定し、レベルに応じた能力開発が進められており、検査室ではISOの関係で能力評価に基づく能力開発が行われている。また能力に応じた院内資格等の設定において、看護部では、静脈注射の技術向上を目指す静脈注射認定制度が実施されている。組織全体で取り組むことが期待される。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 3 教育・研修

4 3 3 専門職種に応じた初期研修を行っている

【評価の視点】

○専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるために初期研修が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 初期研修の方針と計画
- 計画に則った研修の実施
- 研修者の評価
- 指導者の養成と評価
- 研修内容の評価と見直し

📌 本項目のポイント

◇本項目では、医師・歯科医師の初期臨床研修およびその他職種（看護師、薬剤師、医療技術部、事務部など）の新人職員に対する初期研修に関する状況の評価する。

◇初期研修プログラムの内容評価に加えて、日々の教育ならびに指導体制の充実度について、より一層の評価を試みる。

◇院内資格等の制度は必須ではないが、臨床研修医の実地診療行為などが、熟練度に応じ段階的に上がるような仕組みがあれば、高く評価する。

◇教育プログラムが、基礎教育内容の変化や医療サービスの趨勢、施設の個別特性を踏まえ構築されていることを確認する。

◇チーム医療の視点に配慮されていることを確認する。

◇事務部門を含め、各職種において新人のキャリアパスに対する認識があることを確認する。

関連する項目

4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医師に対する初期研修について、研修者の評価はメンターである担当指導医、看護師や他の職種も含む多職種評価を導入し、様々な視点から医師としての適性を評価している。担当指導医による形成的評価に加え、年に2回以上のヒアリングにて到達度やメンタル面も含めた問題の有無を確認している。毎年指導医養成講習会を開催し指導者を養成しており、また、研修医からの指導医、研修プログラムについての評価結果をもとに、指導の問題点の是正やプログラムの見直しを定期的に行っている。研修医の施行可能な処置について院内専用Webサイトに掲載し、病院職員全体に周知している。医師臨床研修修了後のキャリアパスも考慮して、新専門医制度の専門研修プログラムとの連携を各科指導医に配慮してもらっている。医師も含めた4月新規入職者は、入職後に本院の職員として必要な基本事項を盛り込んだ初任者研修をまず受講し、その後各部署において専門職種に応じた研修が実施されている。中途採用者については、各部署において個別に研修プログラムを準備し対応している。看護部では厚生労働省の新人看護職員ガイドラインに基づき、卒後看護臨床研修を実施している。研修ごとに受講者のアンケート結果から教育委員会で評価を行っている。また、各部署の教育担当で連絡会を毎月開催し、部署における新人の様子や学習進捗状況を共有している。新人の状況や評価、研修の評価などより、毎年初期研修プログラムと内容を見直している。中途採用者もプログラムにそって研修を実施している。</p> <p>キャリア開発センターおよび教育委員会による集合教育、他部署看護師の定期的訪問によるメンタルサポートを実施。部署における教育担当者を含む7つの役割を持つチーム体制によるOJT、教育・評価・メンタルサポートを実施している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>大学病院でもあり充実したスタッフの配置状況である。5名の専従の事務スタッフが様々な業務に当たっており、研修プログラムに沿った研修が実施されている。指導医や指導者の評価も行われており適切である。診療行為の技術的評価はまだ行われておらず、今後の取り組みが期待される。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 3 教育・研修

4 3 4 学生実習等を適切に行っている

【評価の視点】

○各職種において、指定されたカリキュラムに沿った病院実習が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 実習生の受け入れ体制
- カリキュラムに沿った実習
- 実習生および実習内容の評価
- 医療安全・医療関連感染制御に関する教育
- 患者・家族との関わり方の取り決め
- 実習中の事故等に対応する仕組み

👉本項目のポイント

- ◇医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション、検査、事務等の学生実習を受け入れている病院を対象として評価する。
- ◇既に資格を有している医療者の実習・研修を受け入れる際の対応について確認する。
- ◇実習の契約内容については各職種に応じた適切な内容となっていることを確認する。

関連する項目

実習者の患者情報等の閲覧に関する取り決めについては『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』で評価する。

4.3.4 学生実習等を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
アピールしたい点 医師や歯科医師、看護師、検査技師、放射線技師等、多くの職種について学生実習等を行い、各部署において実習内容の評価を行っている。受け入れについては、金沢大学附属病院研修生受入規程（有資格者）及び金沢大学附属病院受託実習生受入規程に沿って行っている。なお、受け入れに当たって、「研修生等の受け入れに係る健康診断の受診及びワクチン接種等の運用について」により、「4種ウイルス感染症」、「B型肝炎」等4つの項目全ての要件を満たすこととしている。学生実習等に係る手続き等詳細については、病院Webサイトにおいて周知を行っている。また、令和2年度から、委託業務従事者、実習生及び中途採用者を対象に行う医療安全、感染制御、個人情報保護に関する研修実施の統一的な取扱いについて運用を開始した。そのため実習生等に対する研修は、これに従い実習開始前に本院が作成した専用教材を用い学習させている。学生の実習に際しては、あらかじめ患者から同意を得て行っている。個人情報保護や実習中の事故対応等については依頼元と取り決めを行っている。看護実習受け入れ校と、年2回看護師長以上の管理者および部署の教育担当者と教員で、カリキュラムや実習評価など共有し、意見交換する場がある。その上で、実習の要綱にそって実習および評価を行っている。臨地実習開始前の学生に、医療安全、感染管理、個人情報保護等の必要な研修を当院職員が行っている。		
課題と認識されている点 特記事項なし		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師等を対象に、多様な学生実習が実施されている。実習受け入れは「金沢大学附属病院研修生受入規定」に沿って実施され、各部署で、派遣元との協定書やカリキュラムも作成されている。医療安全や感染制御に関する必要な教育・研修が実施され、実習中の事故への対応も行われ、実習内容の評価も個別に実施されている。はり師、きゅう師、柔道整復師、救急救命士の病院実習も行われており、学生実習等は適切に実施されている。		

4 理念達成に向けた組織運営

4 4 経営管理

4 4 1 財務・経営管理を適切に行っている

【評価の視点】

○会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析による経営管理が的確に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 予算管理の状況
- 財務諸表の作成
- 病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理
- 会計監査の仕組み
- 経営状況の把握と分析

👉 本項目のポイント

◇同一法人等で会計業務が法人本部で行われている場合でも、各施設の収支が単独で把握され、管理者が病院運営上収支の実態を知ることができるようになっている必要がある。

◇開設主体が定めた基準に基づいて個別の会計処理を行っている場合においても、病院会計準則に準じた財務諸表が作成されていることを評価する。

◇法人との契約による公認会計士の監査でも外部監査と評価する。

なお、法人内部の監査役による監査のみでは、十分な外部監査とはいえない。

◇経営状態が悪い場合は改善努力を評価し、単純に経営状況だけで低評価としない。

関連する項目

4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病院の予算は、過年度実績や各診療部門との意見交換会での要望をもとに病院事業方針に沿う内容で編成し、執行管理については、診療稼働額・収入額・支出額の実績を目標（見込み）との差が分かるよう毎月の会議で報告している。また、年度途中には実績と目標（見込み）との差を踏まえて補正予算を編成し、収入および支出額の見直しを行っている。なお、高額な医療機器等の更新については、検討ワーキンググループにて購入の優先順位を決め、予算に反映させている。財務諸表は、国立大学会計基準等に基づき、法人全体の財務諸表および附属明細書を作成しており、その中で附属病院セグメント情報を開示している。病院単独の損益計算書等に加え、平成29年度以降は病院単独の貸借対照表を作成している。会計監査は、学内監査のほか、外部監査法人から病院の経営状況および経営に関する会議の記録や内容の確認を受けている。会議の報告資料には病院全体の経営指標に加えて、平成28年度からは診療科ごとの指標を追加して経時的な変動を確認しているほか、経営改善の取り組みとして他の国立大学病院とのベンチマークによる自院の立ち位置の把握にも努めている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>財務・経営分管理は経営管理課で案を策定し意思決定会議である「病院運営会議」で最終決定されている。予算管理、会計処理、財務諸表の作成、外部会計監査（公認会計士）の実施は適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 4 経営管理

4 4 2 医事業務を適切に行っている

【評価の視点】

○窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 窓口の収納業務
- レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応
- 施設基準を遵守するための体制
- 未収金への対応

👉 本項目のポイント

- ◇現金自動収納機、振込、各種カードによる支払いなど、患者の利便性に関連するが、窓口収納業務であるので、本項目で評価する。
- ◇レセプト点検や査定に対する医師の積極的な関与を評価する。
- ◇診療費の計算や収納業務に間違いが発生しない仕組みになっていることを確認する。
- ◇DPC入院費では退院後に病名変更が行われた場合、その他査定により発生する自己負担差額の処理が適切に行われていることを確認する。
- ◇未収金の督促の手順が明確であることを確認する。

関連する項目

4.4.2 医事業務を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>平日の収納業務は、クレジットカード対応可能な現金自動収納機を3台、クレジットカード専用機1台および現金支払い窓口にて対応しており、時間外・休日は、窓口およびクレジットカード専用機1台で対応している。レセプトの作成・点検に関しては、審査支払機関に提出する前に事務側で点検を行い、その後すべてのレセプトを担当医に確認してもらい、高額レセプトについては症状詳記を作成してもらった流れとなっている。返戻・査定に関しては、事務側で取りまとめた後、該当診療科に配布し主治医に周知している。また、特に重要な事項に関しては、保険委員会で情報共有と注意喚起を行っている。また、医師等の異動の情報を総務課と共有し、施設基準が遵守されているか定期的に確認を行い、適切な算定に取り組んでいる。DPC入院の病名等に関しては、診療情報管理士が確認する体制をとっている。未収金対応については、督促手順に基づき未収金回収を行うとともに、時系列に内容を管理している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>現在、医事課に配属されている診療情報管理士が4名のため、DPC入院の医療資源病名等に関して、入院患者全例の確認はできていない。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>時間外・休日を含めた窓口の収納管理、未収金の把握と回収、レセプトの点検・返戻・査定への対応、施設基準を遵守するための体制について、適切に行われており、保険委員会にて、院内に情報共有もなされている。高額レセプトは適宜医師が症状詳記している。未収金の督促管理については、院内に医師であり弁護士資格のある職員名による督促の手続きや対応が明確になされ、未収金回収に努力されており適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 4 経営管理

4 4 3 効果的な業務委託を行っている

【評価の視点】

○委託の是非に関する検討が行われ、委託後の業務管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 業務内容と委託の是非の検討
- 委託業者の選定
- 委託業務の実施状況の把握と質の検討
- 委託業務従事者に対する教育
- 事故発生時の対応

👉 本項目のポイント

- ◇委託の是非や委託の質や効率性など、業務内容の見直しを検討する仕組みがあることを評価する。
- ◇人材派遣と業務委託を区別し、本項目では業務委託の評価を行う。
- ◇契約には、業務内容、契約金額、賠償責任範囲などが明記されている必要がある。

関連する項目

4.4.3 効果的な業務委託を行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>委託の是非については、業務内容の専門性や特殊技量の有無あるいは単純に行える作業であるかなど業務内容や業務範囲を含めて検討を行い、契約の都度、業務内容（仕様）の作成や見直しを行っている。業者の選定にあたっては、大学の会計規則により入札または見積り合わせを行い、業務委託契約書を締結するか、あるいは請書を徴している。業務の実施状況の把握と質の検討は、現場の責任者が委託した業務の内容の検査を行い、業務の質が一定の水準で適切に実施されていることを確認している。また、医事請求業務を委託している業者とは、月1回のペースで委託業者の管理責任者と医事課・医療支援課の課長、副課長とで業務内容の実施状況や質向上の確認・検討を行なっている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>委託業者の従業員に対する教育については、今後、発注者が主催する研修等に参加をするか、研修の内容を記録した媒体の視聴を依頼するなどの対応を行う。事故発生時の対応・手順について、一部業務で定められていないため、仕様書に事故発生時の一次対応について定めるとともに、今後各部署において対応フロー図などを作成する予定である。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>経営管理課で一元的に管理されており、選定基準、契約内容の見直し、更新、新規導入など委託業務の検討が適切になされ、定期的な委託業務の見直しが行われている。委託会社の教育や実績も把握されており適切である。事故発生時の対応は契約書・仕様書等に対応が記載されて運用されており適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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

【評価の視点】

- 自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。

【評価の要素】

- 自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備
- 日常点検と保守管理
- 緊急時の対応
- 院内の清掃
- 廃棄物の処理
- 経年劣化等の現状把握および将来への対応

☞ 本項目のポイント

- ◇主要な施設・設備の日常点検と年次保守計画が計画的に行われており、保守管理の記録が残されている必要がある。
- ◇医療ガスの安全管理に関して検討する委員会が開催されている。また、病室のアウトレット等の定期点検が実施されていることを確認する。
- ◇環境省の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に沿った対応がなされていることを確認する。
- ◇本項目では、感染性廃棄物の現場からの回収・運搬以降の処理過程を評価する。

関連する項目

現場における感染性廃棄物の廃棄と一時的保管の状況については『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』で評価する。

4.5.1 施設・設備を適切に管理している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>本院建物は免震構造である。施設設備の整備については院内整備計画に基づき実施し、患者や職員の安全確保、環境維持、省エネ推進を行っている。施設の管理は宝町施設支援室施設係、設備係が主体となり設備管理委託業者を指導し、日々の点検、保守管理を行っている。点検日誌等を確認し、不備事項等の報告には適切な修繕を実施し、業務日誌、点検結果を保管している。緊急時の対応は整備してある緊急連絡網を運用し、適切に行っている。また、防災センターに施設管理要員を配置しており、24時間対応ができるようになっている。医療ガス安全管理委員会を年1回以上開催し、従事者を対象に専門技術者による保安教育を年4回実施している。医療ガス設備の定期点検は年2回実施し、委員会に報告を行っている。廃棄物は、附属病院感染性廃棄物管理規程ならびに環境省廃棄物・リサイクル対策部マニュアルにより院内での処理方法についての手順書・分別方法を作成し、職員に周知徹底を行っている。また、責任者、担当者を定めマニフェストの管理、保管を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認 (2017年7月実施)

自己評価	A	

前回審査 (2015年5月実施)

前回評価	A	
<p>機能に応じた施設・設備は整備されている。施設設備の管理部署は経営管理課（施設係、設備係）にて責任者を定め日常点検と保守管理がなされており点検記録も適切である。緊急時の対応については、緊急連絡網が整備され、適切である。院内清掃は全面委託で管理され、清掃状況を把握されている。廃棄物管理責任者を定め、法令に基づきマニュアルが策定されており、最終処分場の確認もなされている。感染性廃棄物は1日2回、委託業者が院内ラウンドして回収し、院外の保管場所へ運搬しており、保管場所については鍵管理されており適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 5 施設・設備管理

4 5 2 物品管理を適切に行っている

【評価の視点】

○物品購入の過程が明確であり、物品の品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 購入物品の選定
- 物品購入の過程
- 使用期限の管理
- 在庫管理の状況
- デisposable製品の管理

👉 本項目のポイント

- ◇ 医薬品の期限切れの確認は、本項目で評価する。
- ◇ 物品管理業務を委託している場合において、病院の購買担当が状況を把握していることを確認する。
- ◇ 発注と検収業務の区別は病院の規模により判断する必要があるが、特に不正発注を防止できる内部牽制の機能があることを評価する。
- ◇ 在庫管理は中央在庫および現場での在庫を含む。
- ◇ 在庫管理は各部門での管理状況を含めて総合的に評価する。

関連する項目

医薬品の管理における、保管場所の適切性(温・湿度管理)については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。

4.5.2 物品管理を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>医療機器の選定は仕様書もしくは選定理由書にて行い、医薬品・医療材料・検査試薬に関しては各委員会で選定をしている。物品購入の際には、調達管理係において他大学の納入実績調査やベンチマークシステムを利用した価格交渉を重ね、契約金額の低減に努めている。物品納品の検収は、発注担当者以外の者が行っており、不正防止の体制を整えている。各部署に配置されている医薬品等については、使用時に使用期限の確認を徹底しているほか、棚卸しを行う際に使用期限切れのものがないかの確認を行っている。SPD管理品については、各現場には約3日分、SPD倉庫には約10日分の在庫を配置しており、年に2回、棚卸し時に期限切れの確認と定数の見直しを行っている。ディスプレイ製品の管理については、対象品リストを作成し、材料部に対象品の滅菌依頼があった時点で廃棄することとしている。また、複数回使用をしていないかの点検（院内ラウンド）も実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>手術部で使用する手術用キットの増加が問題となりつつあり、SPD業者と連携して、手術用キットの整理ができないかを検討している。</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>物品購入の選定は、各部署からの要望に応じ、経営管理課で調整される。診療材料については診療材料検討委員会で検討される。預託在庫方式（SPD）により購入から在庫管理まで一元管理がなされている。SPDシステムにより、使用した物品のバーコードにより自動発注され、定数配置で払い出し数が管理される仕組みである。毎月1回、定期的にシステム情報による不正発注チェック、また年1回の棚卸しにより不正防止に努めている。不動在庫の見直しは定数配置量も含め、定期的にチェックされており適切である。ディスプレイ製品は、再利用している製品はない。物品管理は適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

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

【評価の視点】

○火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 火災発生時の対応
- 緊急時の責任体制
- 停電時の対応
- 大規模災害時の対応
- 病院の機能存続計画に基づいた災害訓練の実施
- 災害派遣医療チームや医療救護班の派遣や受け入れの対応

📖 本項目のポイント

- ◇休日・夜間の対応体制が明確にされていることに留意する。
- ◇病院の規模、機能、地域性を考慮した対策がとられていることを評価する。
- ◇災害拠点病院においては、次の要件を満たしていることが望ましい。
 - (1) 災害時に地域の医療機関の支援が行える体制である。
 - (2) 災害医療派遣チームを有している。
 - (3) 災害対応についての定期的な訓練を行っている(広域災害の訓練に参加している場合も評価の対象とする)。
 - (4) 通常の6割程度の発電容量の自家発電を保有し3日分程度の燃料が確保できる体制である。
 - (5) 食料、水、医薬品等は3日分程度を備蓄している。
 - (6) 衛星電話、衛星回線インターネットなど、複数の通信手段を確保している。
 - (7) 建物が耐震構造である。
 - (8) 病院の機能存続計画に基づいた防災マニュアルを策定している。
 - (9) 病院の機能存続計画に基づいた総合訓練をしている。
 - (10) 災害派遣医療チームや医療救護班など外部に出ていく場合の仕組み(身分保障やルールなど)がある。
 - (11) 外部(他県の応援医療チーム)の受入体制の仕組みがある。
- ◇新築移転や増改築の過程で一部が耐震構造の適用になっていない場合は、病院の将来方針を確認する。

関連する項目

4.6.1 災害時の対応を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>災害発生時には、病院長を本部長とする災害対策本部を設置し対応する。なお、時間外等においては、災害対策本部が設置されるまでの間、防災センター内に災害対策本部を設置し、守衛を隊長とした自衛消防組織を編成し対応する。年2回の訓練のうち1回は、夜間の大規模地震による火災を想定した総合避難訓練と、災害対策本部・自衛消防本部・各部門の活動訓練を実施している。併せて、緊急時連絡システム「C-SIREN」を活用した職員の安否確認訓練を行っている。看護部門では令和2年度、全部署を対象に発災4時間後の現状を点検し報告する訓練を実施した。</p> <p>自家発電機は4000KVA（常用1000KW3台、非常用1000KW1台）を保有しており、契約電力の約8割を確保している。非常用コンセント（無停電、自家発電源）は、色分け等により一般のコンセントと区別し、非常時に対応できるようになっている。なお、本院は免震構造の建物となっており、大規模地震時にも揺れを軽減でき、診療活動が容易にできるものとなっている。大規模災害時には事業継続計画書（BCP）に基づき、災害時の時系列業務フロー、それぞれの部署の時系列の行動計画により対応する。食料は院内備蓄（患者用が860人で3日分、職員用が140人で3日分）のほか、院内の財団と救援物資に関する協定と患者給食に関する覚書をそれぞれ取り交わしている。また、災害派遣医療チーム（DMAT）は5チームあり、日頃から県主催の訓練等に参加し、被災地に早く駆けつける体制を整備している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>防災センターを有し、常時5名配置され、緊急時の責任体制、火災発生時、停電時の対応、大規模災害時の対応マニュアルなど適切に整備されている。大規模災害を想定した訓練を年1回、消防訓練年2回実施され、適切である。備蓄は水をはじめ食料3日分を確保している（食料・水は患者用が860人で3日分、職員用が140人で3日分）。非常用発電機が設置され、主要な場所には非常用電源が設置されており、停電時の対応も整備されており災害時の対応は適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 6 病院の危機管理

4 6 2 保安業務を適切に行っている

【評価の視点】

○病院規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。

【評価の要素】

- 業務内容の明確化と確実な実施
- 緊急時の連絡、応援体制
- 日々の業務実施状況の把握

👉 本項目のポイント

- ◇患者家族および職員の身の安全、盗難防止などの対策として、保安体制が整備されていることを評価する。
- ◇保安要員の確保(警備員、事務管理当直者など)は病院の規模と機能により評価する。
- ◇施錠管理の手順、院内監視の方法などの業務内容を確認する。

関連する項目

4.6.2 保安業務を適切に行っている

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>保安業務は、業務委託により365日24時間体制を取っている。毎日の業務日誌および巡回記録により保安状況を確認している。また、平日の時間内においては、業務委託者とは別に警察OBを配置し、不審者や盗難等の対応を含め、院内の巡回等に当たっている。病院出入口および院内各所に防犯カメラを200カ所以上設置し、カメラ映像は2週間から1カ月間保存し、盗難等発生時に対応している。患者暴力・暴言について発生レベルを定め、必要レベルに応じ、緊急時の連絡・応援体制として院内緊急コール「コードホワイト」を発令し対応している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>保安業務は業務委託により、24時間365日対応している。業務日誌、巡回記録を日々作成し、保安状況を確認している。出入口の施錠時間（20時）、開錠時間（7時）、面会時間（14時～20時）や受付方法を定めている。患者の職員への暴力対応など、緊急時の連絡・応援体制として、院内緊急コール「コードホワイト」を発令し対応している。防犯カメラは院内に200箇所、設置され1カ月ごとにデータが更新される仕組みがあり保安業務は適切である。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 6 病院の危機管理

4 6 3 医療事故等に適切に対応している

【評価の視点】

○医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。

【評価の要素】

- 医療事故発生時の対応手順
- 原因究明と再発防止に向けた組織的な検討
- 訴訟に適切に対応する仕組み

👉 本項目のポイント

- ◇ 医療事故発生時の連絡体制が作成されていることを確認する。
- ◇ 院内の事故調査会議に提出される事例は、インシデント・アクシデント報告からの抽出、診療行為を行った当該職員からの報告、患者・患者家族からの申し出などが考えられるが、どのような事例が会議に提出され検討されているかを確認する。
- ◇ 紛争化の恐れがある事例に対して、訴訟が発生する前に情報を収集して対応する仕組みがあることを確認する。
- ◇ 病院側の対応者は誠意を持って対応することが基本であり、対話に関する教育・研修を受けた者が対応することが望ましい。

関連する項目

4.6.3 医療事故等に適切に対応している

今回審査

自己評価	A	評点には (S / A / B / C / NA) を記入
<p>アピールしたい点</p> <p>病院全体として、医療事故防止および医療全体の質向上のため医療安全管理体制を整備している。医療安全管理指針、医療安全管理マニュアルが定められ、インシデント等の報告も含め医療事故発生時の対応手順が整備されている。また、医療スタッフマニュアルを全職員に配布し、医療事故発生時等の対応手順について周知している。インシデントレポートは、全事例をゼネラルリスクマネージャー（GRM）が分析し、必要に応じ週1回開催される医療安全管理部カンファレンスでも内容を検討している。また、レベル3b以上のインシデントについては、医療安全管理委員会で事例を検証するとともにリスクマネージャー会議で周知し、再発防止に努めている。病院長が必要と認めた場合は、医療事故調査委員会が開催され、事実関係の確認、原因究明と再発防止対策等について検討している。また、医療法に基づく医療事故調査対象事例については、外部委員を含めた医療事故調査委員会を設置している。紛争化の可能性がある事例については、事前の情報収集や顧問弁護士への相談とともに、医事紛争委員会での後の対応を検討している。医療対話推進者、患者相談担当者研修を受講した者が、患者・家族に対応する体制を整えている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記事項なし</p>		

期中の確認（2017年7月実施）

自己評価	A	

前回審査（2015年5月実施）

前回評価	A	
<p>医療安全管理指針、医療安全管理マニュアルが定められ医療事故発生時の対応手順が整備され、医療スタッフマニュアルにて職員にも周知されており適切である。アクシデント4、5レベルに該当する重大事故は、医療事故調査委員会が開催され、原因究明と再発防止に向けた組織的な検討がなされる体制がある。医療事故調査委員会には、病院長が認める場合には外部委員も選任される仕組みであるが、弁護士資格のある医師が委員となっている。医療事故等への対応は適切である。</p>		