

自己点検評価書

令和7年8月

国立大学法人金沢大学附属病院

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 患者の個人情報を適切に取り扱っている
- 1.1.6 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している

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
- 1.3.3 医療事故等に適切に対応している

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 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる
- 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 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる
- 1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している

1.6 療養環境の整備と利便性

- 1.6.1 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮がなされている
- 1.6.2 療養環境を整備している
- 1.6.3 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 栄養管理と食事支援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 急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している
 - 2.2.18 身体拘束（身体抑制）の最小化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、病院運営の基本としている
 - 4.1.2 病院運営を適切に行う体制が確立している
 - 4.1.3 計画的・効果的な組織運営を行っている
 - 4.1.4 院内で発生する情報を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 購買管理を適切に行っている
 - 4.6 病院の危機管理
 - 4.6.1 災害時等の危機管理へ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

(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. 3.0>」によるものです。

■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

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、十分に周知していることを確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の権利が擁護されていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の権利を5項目に明文化し、病院玄関に掲示。外来診療のご案内、入院のご案内でも明示し、病院Webサイトで公開している。各病棟に「病院の基本理念」「患者さんへのお願い」を患者・家族・職員が見やすい場所に掲示し、全職員が携帯する医療スタッフマニュアルにも掲載している。子どもたちの権利は、小児科外来に掲示し、病院Webサイト、パンフレットで明示している。診療記録の開示は患者の請求に基づき実施している。認知症の患者等には説明用紙や平易な言葉を使用し、医師が2名以上で2回説明するなど、患者の意思決定に配慮している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特になし</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>令和3年7月子どもたちの権利を策定した。小児科外来に掲示するとともに、病院HP、外来診療のご案内、入院のご案内に掲載し、広く周知した。 セカンドオピニオンの外来案内を作成し、外来診療のご案内（パンフレット）に追加し、病院入口総合案内に設置している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>患者の権利は明文化され、「意思の尊重と公平で良質な医療の提供」「プライバシー保護」「十分な説明と治療選択権」「臨床研究への参加」「カルテ開示」という5つの権利を明示し、研修会やポケットマニュアルなどにより職員に周知するとともに、ホームページや病院各所に掲示して患者にも明示している。患者の請求に基づく診療記録の開示は、診療情報提供等委員会で適切に審議し、実施している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>400件を超える小児外科手術が行われているが、「こどもの権利」は作成されておらず、こどもが自ら考え、積極的に意見し行動できるよう支援する仕組みがない。また、患者の権利5項目の説明文にはセカンドオピニオンに関する記載があり、電子カルテトップページで医療者には周知を図っているが、患者に対してはホームページに掲載されているのみである。病院案内、院内掲示には項目名が表示されているのみで、各項目の詳細な説明は明示されておらず、患者へのセカンドオピニオンについての周知が十分ではない。セカンドオピニオンを含め、患者の権利については、さらなる検討が期待される。</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。説明されている内容は、診療録・説明書・同意書などの記載内容で確認する。
- ◆説明と同意が行われる範囲（同席者ルールを含む）が院内で定められているかを確認する。
- ◆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病院内で明確に定められ、患者への説明と同意が方針・基準・手順通りに行われているか、それらの状況をどのように把握・評価・指導しているか、実際の流れを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 説明と同意に関する方針や基準・手順書などが定められていない。
- 手術や侵襲を伴う検査等において、説明と同意が行われていない。
- 説明と同意のプロセスにて言及すべき事項が説明されていない。
- 病院内で定められたインフォームド・コンセントの実施・確認等に係る責任者等が求められる業務を遂行していない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>説明と同意に関する方針は「インフォームドコンセントに関する指針」に定め、説明に必要な内容を項目立てしている。説明時に看護師が同席できなかった場合、看護師は説明内容を確認した上で、患者・家族と面談し意思決定支援を行う。医療安全管理部が説明文章・同意文書の作成・改定の確認と年3回の監査を実施し、課題を現場へフィードバックしている。事務職員が患者・説明者・同席者の署名を確認し、漏れを防いでいる。セカンドオピニオンは病院Webサイトに掲載するとともに、パンフレットを院内に設置し、入院患者にも案内している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	B	
<p>アピールしたい点</p> <p>外来では、全診療科の説明同意書を調査し、同席欄のないものは外来医長と検討のうえ、同席欄及び同席できなかった場合の記載欄を設けた用紙を作成した。また、全患者の説明に同席することは困難なため各診療科と話し合い、同席する対象を明確にした。医師には、説明の前日までに患者カルテのコメント欄に入力してもらい、看護師が同席できるよう業務調整している。病棟においても、基本的に「意思決定場面に同席する看護師の役割」（看護業務基準の意思決定支援）に基づいて同席する患者を選定し、できる限り業務を調整して同席している。</p> <p>外来、病棟ともに、医師から事前に同席の依頼があるか、説明することをあらかじめ知らせてもらう必要がある。医師から説明をうけた患者の反応を確認し支援していくためには、医師との協働が必要不可欠となる。他職種の協力という点では、病棟クラーク（事</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>説明と同意に関する方針は「インフォームド・コンセントに関する指針」に定められ、説明に必要な内容は7項目を記載する形式とし、医療安全管理室が作成・改定の確認を行っている。説明と同意に関する実態調査として年3回監査が行われ、課題をフィードバックしている。セカンドオピニオンへの対応は、可能な診療科・曜日がホームページに掲載され、前年度は254件受け入れている。また、入院中の患者については、他院へのセカンドオピニオンが可能であることを案内している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>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、同席できなかった場合に患者の反応を確認、支援することを求めているが、その記載があるものは少ない。また、看護師が同席し署名欄に記載がある説明書は極めて少なく、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 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】

- ◆ 患者が治療方針の決定に参加し、相互の責務を果たすよう努力し、協同して最善の結果を目指すための工夫や情報提供の状況を確認する。
- ◆ 医療者の情報提供や患者情報については、仕組みや説明書・パンフレットの確認だけでなく、効果的に活用されている実態を診療記録やカンファレンスの内容・患者目標の達成状況・専門の相談実績などを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

○ 患者参加を促す取り組みがない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>「患者さんへのお願い」として、患者自身の健康情報を正確に伝えて欲しいこと、検査や治療について医師の説明内容を十分に理解、納得された上で治療を受けてほしいことを記載するとともに、入院診療計画書を用い、治療方針や看護内容の詳細について、入院時に説明し、随時患者と確認している。またクリニカルパスを活用し、医療従事者と患者が治療計画・経過を共有する仕組みを整備している。患者の理解を深めるためパンフレット、DVDを活用した説明を実施している。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>入院診療計画書に医師の治療方針、提供する看護内容を明記し、入院日に患者説明し、「患者さんへのお願い」を理解し診療に参加することを促進している。また、クリニカル・パスが作成されている場合は、パスを共有しながら治療計画から経過まで、医療従事者と患者が確認できる体制を整えている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>「患者さんへのお願い」として、患者自身の健康情報を正確に伝えて欲しいこと、検査や治療について医師の説明内容を十分に理解、納得された上で治療を受けてほしいことを記載し、診療への患者参加を促している。入院診療計画書は、医師の治療方針に基づき、どのような看護を提供するのかを詳しく記載し、入院日に説明されている。また、患者様用クリニカル・パスが作成されている場合は、これを用いて、入院時に説明すると共に、その後の経過の中でも患者と確認しながら進めている。各種パンフレットのほかに、DVDを貸し出し、ベッドサイドで確認することができるなど、患者の医療への参加促進は適切である。</p>		
<p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- 多職種・他部門等との連携体制
- 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・家族からの相談に関する情報共有と支援の体制
- 各種相談に関する記録の仕組み

【本項目のポイント】

- ◆ 相談体制の整備と相談機能がわかりやすく示されていることを確認する。
- ◆ 虐待（児童虐待、配偶者虐待、障害者虐待、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と併せて、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確認する。
- ◆ 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の仕組みが整備されていることや担当者の役割遂行について適切であるかを確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 相談窓口が明確になっていない。
- 相談に対応する仕組みが確立していない。

【関連する項目】

- ・ 各種相談・意見等の質改善への活用については『1.5.3患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
- ・ 各現場での相談への個別対応については『2.2.6患者・家族からの医療相談に適切に対応している』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>患者サポートセンターを設置し、相談受付窓口を一本化した。院内掲示・入院のご案内等で患者に分かりやすく周知している。プライバシーに配慮した個室相談室を設け、平日8：30～17：00は常時専門職による一次相談を行い、そこから患者さんのニーズや緊急性に応じ、医療安全、がん相談や肝疾患相談等の適切な担当部署へ繋いでいる。相談記録は、適切な方法で記録・管理されている。小児・高齢者・障害者虐待及びDVに関する対応手順を整備し、全職員が確認できる病院業務支援Webサイトに掲載し、手順に従った対応を実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>患者・家族が抱える社会的・経済的・心理的な問題に対応するため、地域医療連携室、がん相談支援センター、肝疾患相談センター、緩和ケアセンター等において、社会福祉士、看護師、社会保険労務士など専門家が、相談内容に応じ対応できる体制を整備している。正面玄関に「総合案内」を設けるとともに、院内掲示板に相談窓口のポスターを掲示し、患者・家族へ案内している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>病院正面玄関に「総合案内」を設置し、患者相談窓口として看護師が相談内容に応じて振り分けを行っている。地域医療連携室・がん相談支援センターを設置し、センター内に個別面談室2室を設け、相談内容に応じて社会福祉士、看護師、社会保険労務士等が対応している。相談情報は「患者等相談内容報告書」にて一元管理されている。二次相談として肝疾患相談センター、緩和ケアセンターなど専門職種が多岐にわたる相談に対応している。患者相談窓口から二次相談などの振り分けを適切に実行している。患者のプライバシーに配慮した相談室を整備し質の高い支援を実施している。児童虐待は小児虐待に関する専門委員会を毎月開催し事例検証を行っており、警察や児童相談所などの手順も明確になっている。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について対応マニュアル、対応フローに添って適切に対応している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 患者の個人情報を適切に取り扱っている

【評価の視点】

- 個人情報が適切に保護・管理さ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
- 診療における個人情報の保護

【本項目のポイント】

- ◆ 学生・実習生、退職者、委託業務従事者やボランティア、病院に出入りする業者への対応も含めて確認する。
- ◆ 実際の診療・ケアの現場における個人情報保護の状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の個人情報が保護されていない。
- 診療情報等の外部への持ち出し（USBやCD等）の明確な規程等が整備されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>個人情報取扱規程を、外来診療のご案内、入院のご案内で明示し、病院Webサイトで公開している。大学職員全体を対象とした研修のほか、病院職員だけを対象とした個人情報の取扱いについての研修を実施している。病院情報システムからのデータ取出しは、申請者の所属する部署が責任部署となり、利用の妥当性を判断し、個人情報副総括保護管理者である病院長が承認するプロセスを経て、メールでダウンロード用URLを通知している。病室の入口には患者の要望により氏名を表示しないなど配慮をしている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>病院情報システムからのデータ取出しは、メールでデータ取出用URLを通知しダウンロードできるように改善した。責任部署の承認を得るプロセスに変更し、その承認プロセスに基づき、適切に運用を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>個人情報取扱規程が整備され、入院案内等で患者に案内している。電子カルテのパスワードは8桁以上10桁以下で運用し、更新する仕組み、生体認証も加えている。学会等で利用する個人情報の抽出は、倫理審査結果を受けて申請手続きを経て、限定的に可能としている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>個人情報等を電子カルテから抽出するためのUSB機器は、「USB機器使用許可・削除申請」により承認して配布していた。配布されたUSB機器は数百本、データを抽出できる電子カルテの端末は全てであり1, 800台程となっていた。指摘を受けて、USBは200本、端末は150台に制限した。また、抽出のログ履歴を監視するように規定し、ファイル取出届を提出した後、取り出しを行うように変更したものの、病院としての責任部署等による個人情報利用に関する事前の妥当性の判断や承認を得て取り出す運用には至っていない。病院として責任部署等がデータを取り出す前に、一定の申請手続きを経て抽出を可能とし、利用目的や目的に応じた匿名化の範囲などが審議されるよう、引き続き改善が求められる。</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】

◆臨床における倫理的課題の対応検討にあたっては、臨床倫理委員会の設置は必須とはしない。検討の場があり、何らかの形で検討内容が記録されていることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 主要な倫理的課題について検討する場がない。
- 主要な倫理的課題について病院の方針・考え方が定められていない。
- 主要な倫理的な課題について組織的に継続的な取り組みがなされていない。

【関連する項目】

・各現場における日常的な倫理的課題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。

・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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 基本理念、基本方針及び患者さんの権利に基づき、本院の臨床倫理に関する方針を定め共有している。倫理的課題検討の場として、人生の最終段階、脳死、臓器移植、小児虐待、生殖・周産期、輸血拒否、遺伝医療に関する7つの専門委員会を設置しており、各委員会での検討内容は、外部委員を含む臨床倫理委員会に報告し、病院全体で議論する仕組みを整備している。併せて、多職種で構成する臨床倫理コンサルティングチームが現場の日常的課題に対応しており、副看護部長がリンカーとなって各部署の課題を解決に導く支援を継続的に行っている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 臨床での主要な倫理的課題とされる、人生の最終段階、脳死、臓器移植、小児虐待、生殖・周産期、輸血拒否について専門委員会が設置されており、検討がなされる仕組みがある。これらの委員会で検討された内容は、外部委員を含む臨床倫理委員会に報告され、病院全体で議論されている。また、臨床での日常的な課題に対応するために、倫理コンサルティングチーム（CECT）が設置されている。CECT構成員は、医師および多職種で構成される10余名のチームである。加えて、診療科、中央診療部門と看護部の副看護師長がリンカーとして、部門・部署スタッフの倫理的感性の醸成や課題対応を支援しており、倫理的課題については適切に取り組んでいる。		
課題と思われる点 特記なし。		

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の広報に関する組織体制
- 情報の定期的な更新
- 診療実績の発信

【本項目のポイント】

- ◆ 病院見学会などの行事や催しを活用した情報発信の状況も確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の最新の情報が地域へ発信されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 病院Webサイトで、医療サービスや受診・入院の情報、診療科実施のセミナーに関する情報、臨床指標を発信するとともに、特設ページ「金大病院チャンネル」を設け、地域向けに役立つ情報の発信をタイムリーに行っている。また、特定機能病院である本院では、診療紹介、患者サポートセンター通信を定期的に発行し、地域の医療機関とのスムーズな連携に努めている。診療の実績は、施設基準等とあわせて、病院概要として取りまとめて発行し、各種ステークホルダーに配布している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 広報誌を年4回（1,000部）発行し、院内や地域住民、連携病院などに配布している。地域連携機関、関連病院等向けとして地域医療連携室通信を発行し、診療紹介、大学概要、病院概要、大学財務レポートなど定期的に配布している。広報誌以外での広報発信は主にホームページで発信している。ホームページの管理は病院部総務課が管理し、更新など適切に情報更新している。ホームページにメディア掲載情報、診療実績、病院評価指標等を掲載し、病院チャンネルにて新型コロナウイルス感染症情報を掲載し、患者に役立つ情報が掲載されており、おおむね適切である。		
課題と思われる点 各診療科等が独自で活動している病院外向けイベント（セミナー等）は病院総務課へ報告されているが、この情報をホームページに掲載することなどは今後の課題である。		

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を確認する。
- ◆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、分担などの連携形態があると考えられるので、地域性なども考慮し病院の方針を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 地域の医療関連施設等と連携が図られていない。
- 地域の実情に応じた紹介ならびに逆紹介率を高める努力をしていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>石川県全域を対象とした「地域連携担当者の会」に参画し、地域の医療機関と情報交換を行っている。本院の医療情報連携ネットワーク（EHR）である「たまひめネット」や、スマートフォンで患者自身の医療情報を共有できるNOBORIを活用し診療情報の共有化を図り、切れ目のない連携を実践し、適格な情報提供が行われている。紹介・逆紹介、返書などは患者サポートセンターで一元管理され、返書管理システムにて返書未作成患者を診療科に通知し、速やかな逆紹介を行う体制を整備している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>返書の作成については、診療科によって差異がみられるため、100%の作成率を達成することが喫緊の課題といえる。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>「返書管理の運用及び手順に関する申合せ」を2021年10月病院長裁定にて作成し、返書管理の運用及び手順に関するルールを設けた。このルールに則り、返書管理システムを導入し、返書未作成一覧のリストを作成出来るようにした。作成したリストをもとに、返書未作成医師への督促を地域連携システムから実施できるようシステムを改修した。また、2021年8月本院と地域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ことを目的に「連携登録医療機関制度要項」を作成した。連携登録医療機関を希望する医療機関へ連携登録医療機関証の発行を行うとともに、病院Webサイトで連携登録医療機関の公開を行った。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>地域医療連携室に医師（兼任）、看護師、医療相談員、事務員を配置し、紹介・逆紹介、返書など連携に関する管理を行っている。連携の強化のため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、施設との情報交換を行い、連携先医療機関の訪問を行うなど顔の見える連携を行っている。地域の医療情報ネットワーク「たまひめネット」を活用し、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」、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」を利用し、診療情報の共有化を図り、ICTを活用した切れ目のない連携を実践している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>返書管理は2020年5月より強化し、未返書の一覧や返書率のデータを会議で示すようになった。その結果、直近のデータで92.1%の返書率であるが、返書記載のルール、未返書のアラート機能、中間報告、督促システムなどチェック機能がないため一元的な管理が望まれる。現在、返書管理システムを導入予定であるが、まずは容易にできる紙での督促状の導入や返書記載の記載要項などの整備は今後の課題である。</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などを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

○患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が全く行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点 地域住民を対象とした公開講座を年に数回、企画・実施し、多数の地域住民が参加している。また、大学病院の機能、診療科の特徴を生かし、地域住民はもとより、医師・看護師・薬剤師・リハビリなど多職種を対象とした地域全体に対する教育体制を整えている。NPO法人の患者会には専門的知識を持った看護師を派遣（オンライン含）し、がんサバイバーとして生活している地域の方々と、対話を通じた相談支援を行っている。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点 地域の方々に役立つ取り組みとして年数回の市民公開講座をはじめ「病院見学」など、教育・啓発活動を実践している。ホームページの病院チャンネルにて新型コロナウイルス感染症情報を掲載し、患者に役立つ情報が掲載されている。診療科の特長を生かした小児科公開症例検討会、専門領域による医療従事者向け公開講座など、多数開催している。NPO法人による患者会など、院外に専門職員を派遣し、地域の方々に役立つ活動を行っており、教育・啓発活動は適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</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、医療安全管理責任者、医療安全管理者（または実務を担当する者）、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任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。
- ◆ 医療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。
- ◆ 医療安全管理委員会、医療安全管理部門の業務内容が定められていることを確認する。
- ◆ 担当者の研修受講実績を確認する。
- ◆ 内部通報窓口については、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を提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けない体制となっているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 担当者に必要な権限が付与されていない。
- 担当者に、医療安全に関する活動実績がない。
- 医療安全上の課題に対する、管理者との連携体制がない。

【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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 安全管理部門に専従の医師・看護師・薬剤師各1名・専任の医師GRM2名、各部署にRM 85名を配置。定期的なラウンド、カンファランスに加え、3か月に1回M&Mカンファレンスで、医師RM、看護師など多職種で事例検証している。事故発生時の報告体制はマニュアルに規定され、管理者と毎週情報共有し、医療安全管理委員会で毎月原因究明や再発防止策が議論され、RM会議で共有している。医療安全管理マニュアルは適宜改定し、病院業務支援Webサイトから随時参照できる。医療安全研修を企画運営し、内部通報窓口を職員に周知している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 看護師は専従1名のほか、兼任看護師を複数名、2018年度には内科系、外科系の医師GRMの配置を行い、また、2023年度よりGRMの業務を補佐する事務職1名を追加配置として、看護師の負担を緩和したところである。M&Mカンファレンスは診療科リスクマネジャーと協力し、3か月に1回の割合で開催している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組まれている点 医療安全管理部には、副院長である専従医療安全管理責任者のもとにGRMとして、専従副看護部長1名、専従薬剤師1名、専任医師2名が配置されている。月1回の医療安全管理委員会、毎週の部内ミーティング、2か月毎のリスクマネジャー会議等、必要な会議は確実に実行され議事録も整備されている。また、病院長と毎週ディスカッションが行われるなど、病院長や医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者とも情報共有は密に行われている。さらに、マニュアルは整備され改訂も適宜行われている。安全確保に向けた体制はおおむね適切に整備されている。		
課題と思われる点 看護師GRMの専従配置は1名であるが、多種膨大な業務に見合った人員であるとは言い難いので、複数配置等が望まれる。また、M&Mカンファレンスは開催されているが、開催実績は多くなく、内容についても関係診療科の合同カンファレンスの域を出ていない。多職種がオープン参加する、より開かれたカンファレンスに発展させていくことが望まれる。		

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・インシデント等の収集
- 院外の医療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】

- ◆ 単なる報告件数（内容別、報告者の職種別など）だけでなく、報告内容の分析・検討の仕組み（組織、分析方法、効果判定方法など）や実績を確認する。
- ◆ 報告が医療安全管理部門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を確認する。
- ◆ 監査委員会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を確認する。
- ◆ 死亡症例が医療事故調査制度の対象であることをスクリーニングする体制を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 院内、院外の医療安全に関する情報が収集・分析されていない。
- 収集・分析した情報が自院の事故防止に活用されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 院外の情報の医療事故の再発防止に向けた提言や警鐘レポート、医療安全情報はRM会議や院内メールで周知し、院内掲示板の整備を行い、さらに周知徹底をはかっている。またインシデント報告事例や安全確保に資する事案を部内で選出し、RM News letterを継続的に発行している。RM会議で多職種や当事者以外からのインシデントレポート提出を依頼し、部署毎の報告件数や業務改善に繋がった内容により年間アワードを選出、表彰を行うことで、レポート件数増加に繋げている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 内部通報の窓口を医療スタッフマニュアルに掲載しRM会議や医療安全研修で周知した。 インシデントレポートによる報告事例をもとに、安全確保に資する事案を医療安全管理部で選出し、RM letterを発行、RM会議での周知、院内掲示及び業務支援HPへの掲載により周知徹底をはかった。 インシデントレポートの提出については、RM会議で多職種からの提供を求めることを周知し、当事者以外からのレポート提出を依頼し、レポート数増加に繋がった。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組まれている点 インシデントレポート、医療安全ラウンド、医療安全管理部スタッフの各委員会への参加等を通して必要な情報を収集し、適宜RCA分析等も行っている。また、死亡事例発生時には電子カルテ上で安全管理部へ迅速に報告がなされ、全死亡事例に対してデスカンファレンスが実施されている。さらに、日本医療機構評価機構や医療安全調査機構等からの安全に係る情報は各部署に発信され、確実な理解を得るためにスタッフから署名を得る手順となっている。安全確保に係る情報はおおむね適切に収集・検討されている。		
課題と思われる点 報告すべき事例をリスト化するなどインシデントレポートの提出を促進しているが、病床規模に比してレポート件数が十分ではないように見受けられた。特にレベル0、1の患者影響度レベルの低い事例のレポート件数の増加が期待される。また、内部通報窓口は設置されているが、未だに活用された実績がなく、職員へのさらなる周知や研修会の開催が望まれる。さらに、第三者機関の安全情報のみならず、院内で発生した事例を参考にしたオリジナルの情報発信は今後の課題である。		

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 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
- 患者・家族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整備されていることを確認する。
- ◆ 院内の事故調査会議でどのような事例が検討されているかを確認する。
- ◆ 紛争化の恐れがある事案に対して、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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療事故発生時の対応手順が適切に整備されていない。
- 原因究明と再発防止に向けた組織的な検討が行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医療事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルに定め、携帯マニュアルを毎年更新・配布し、周知している。重大インシデントは医療安全管理委員会で検討し、管理者の判断で医療事故調査委員会を開催している。医療事故・調査支援センターへの報告実績もあり原因究明と再発防止策の立案が可能な体制を整備している。また、患者相談部門と医療安全管理部および法務担当との連携が密になされており、患者・家族の不満が紛争に発展しにくい仕組みを整えている。さらに、訴訟になった際の法的・経済的サポート体制も十分に整備されている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>院内事故調査委員会が立ち上げとなった場合の、患者・家族への定期対応の基準が明確でない</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>医療事故発生時の対応手順は医療スタッフマニュアルにも明記され、十分な周知がなされている。重大インシデントは医療安全管理委員会でも検討され、病院長の判断で医療事故調査委員会も開催される。医療事故・調査支援センターへの報告実績もあり原因究明と再発防止策の立案が可能な体制は整備されている。また、患者相談部門と医療安全管理部門との連携が密になされており、患者の不満が紛争に発展しにくい仕組みも整えている。さらに、訴訟になった際の法的・経済的サポート体制も十分に整備されている。医療事故等には適切な対応がなされている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- ◆ 医療関連感染制御に関する組織的な位置づけと責任の所在が明確になっていることを確認する。
- ◆ 委員会は、構成や定期的な開催のほか、感染制御に関する具体的な検討がなされているかなど、十分機能していることを確認する。
- ◆ 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かを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- ICT等による現場ラウンドにおいて、担当責任者に必要な権限が付与されていない。
- 担当責任者に医療関連感染制御に関する実務的な活動実績がない。
- 医療関連感染の課題等に対する管理者と担当責任者との連携体制がない。

【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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>感染制御部は医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成され、兼任職員を加えた感染制御チーム・抗菌薬適正使用支援チームが活動している。定期的に各チーム会議を開催し情報共有と問題解決に努めている。院内感染防止対策委員会（委員長：病院長、月1回開催）では感染発生状況やラウンド・サーベイランス結果の報告や討議が行われ、感染制御担当者との連絡会では現場での対策の周知、実効的な対応を支援している。定期的に感染対策マニュアルを改訂し全職員向け院内感染対策研修（年2回以上開催）で周知している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>専従人員の確保や現場裁量のさらなる強化が今後の課題と認識している。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>専従ICN、専任ICD、専従薬剤師、専任臨床検査技師を中心とする感染制御部が感染制御の実務を担っている。感染制御部にリンクして各部署に感染制御マネジャー（ICM）が置かれ、情報収集や環境整備などの現場での日常的な活動を行っている。委員会組織としては、最高決定機関としての院内感染防止対策委員会があり、その下部組織としてICTとASTが活動している。感染制御マニュアルの改定は随時行われており、改訂履歴、改訂内容が記載されている。改訂時にはICMを通じて各部署に内容が周知されている。感染制御に向けた体制は適切に確立されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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と活用
- 感染管理に関する地域との連携

【本項目のポイント】

- ◆ 自院の感染関連情報として収集すべき情報が明確となっていることを確認する。
- ◆ 立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の評価と見直しがどのようにされているかを確認する。
- ◆ SSI、CLABSI、VAP等の発生状況や推移等の分析について、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、その結果も参考にして確認する。
- ◆ 収集・分析した院外の医療関連感染に関する情報を自院で活用した事例、他の医療機関との連携の具体例を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない。
- 収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない。

【関連する項目】

・感染症パンデミック時の具体的対応は、主に本項目で評価する。災害対応の面から、病院としての組織的な対応については『4.6.1災害時等の危機管理への対応を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>SSIサーベイランスは消化管、心臓血管、整形、乳腺外科で継続し、その他の外科系診療科への拡大を進めている。CLABSI・CAUTIは全病棟で実施しており、VAPはICUで継続しNICUに拡大予定である。データはJ-SIPHEやJANIS、国公立大学附属病院感染対策協議会へ報告し、院内感染防止対策委員会や感染制御担当者連絡会で分析・対策をフィードバックし部署の感染対策に活用している。感染対策向上加算2・3施設との合同カンファレンスでもJ-SIPHEの解析結果をもとに介入体制を検討し、地域連携を推進している。退院時清掃のため、耐性菌マップやUV-Cを用いている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>医療関連感染（SSI、CLABSI、CAUTI、VAP）を減少させるためには、サーベイランスを行う専従スタッフの配置、質改善を行う現場スタッフとの連携に課題がある。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>SSIサーベイランスに関して、心臓血管外科、乳腺外科にも対象範囲を拡大し、JANISの四主要領域(①消化器外科系、②心臓・血管外科系、③整形外科系、④一般外科(乳腺外科、脳外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻科系))のすべてにおいて実施している。</p> <p>SSIサーベイランス結果は対象5診療科全てJANIS、J-SIPHEに報告する体制を整えた。SSIサーベイランスのJANIS、J-SIPHEへの報告は半期ごとに継続的に実施している。</p> <p>JANIS、J-SIPHEの還元情報を感染制御部で全国の病院と比較検証し、その検証結果を院内感染防止対策委員会で報告、感染制御担当者連絡会で還元情報を感染制御担当者にフィードバック</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>感染制御部は、電子カルテ上の「感染管理システム」や院内ラウンドを通じて細菌検査の結果や抗菌薬の使用状況などの情報を収集している。また、他院との相互連携を通じて、地域での感染症の動向についても把握している。これらの院内外の情報はICTで分析された上で、感染管理システムや紙媒体によって院内に情報発信されている。血液培養の2セット率や手指衛生回数などのテーマを決めて改善活動に取り組んできており、一定の成果を上げている。アウトブレイクが疑われる際には、POT法も活用して速やかな対応が行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>デバイスサーベイランスとしてVAP、UTI、BSIをモニタリングしているが、対象はICU患者に限定され、SSIの対象は臍頭十二指腸切除の患者に限定されていた。指摘を受けて、BSIは対象を全病棟に広げ、SSIは直腸手術を追加し、今後は整形外科領域にも対象を広げていく予定であり、引き続き改善が求められる。VAPに関しては今後の拡大予定は今のところない状況である。この取り組みは看護師への説明が終了し、2021年7月19日から始めたところである。今後のより積極的な取り組みが望まれる。</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 1 業務の質改善に向け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仕組み・取り組み状況を評価する。

【評価の要素】

- 継続的な改善活動の仕組み
- 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確認する。
- ◆ 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確認する。
- ◆ 各部門・部署における個別の課題への取り組みも確認する。
- ◆ 改善活動については、具体的な改善の成果事例や困難な事例を確認する。
- ◆ 医療法や消防法などに基づいた立入検査等への対応状況について確認する。精神科を有する場合には、精神保健福祉法に基づく実地指導についても確認する。
- ◆ 抽出された問題点に対して、どのような体制で改善計画を立て、実行し、結果を評価したのかを確認する。
- ◆ 「1.5.2診療の質向上に向けた活動に取り組んでいる」「1.5.3患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる」に含まれない質改善活動については本中項目で評価する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 組織的・継続的な質改善活動が行われていない。
- 病院機能評価を含む外部評価等の受審時に指摘された事項が検討されることもなく放置されている。

【関連する項目】

- ・ 経営の質改善については『4.4.1財務・経営管理を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 病院長を委員長とする機能向上委員会の下に、PDCA分科会及び各種部会を設置し、改善活動を推進している。院内サーベイヤ制度を導入し、機能向上委員会委員による項目別サーベイと、病棟間ピアレビューによるケアプロセス評価を行い、体系的に内部監査・改善を行っている。また、臨床指標検討部会において、臨床指標の検討・把握・検証を行い、委員会での承認後に病院Webサイトで公開するとともに、略語ルール検討部会において、診療科で使用する略語を略語集として一覧にまとめ、業務上の誤解やミスを防ぐ体制を整えた。		
課題と認識されている点		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 病院機能向上委員会を定期的に開催し、本委員会主導で院内サーベイヤ制度を導入、改善活動を推進した。また委員会の下、臨床指標検討部会、略語ルール検討整備検討委員会、職員能力評価実施検討部会を設置した。部会の活動とし、機能向上委員会で定めた臨床指標の項目について、掲示的な結果を病院Webサイトに公開し、各診療科で使用する略語を一覧にまとめ、略語集として院内業務支援Webサイトに掲載し、職員が閲覧できる体制を整えた。また病院職員の働き方改革の推進のため、職員の適切な能力評価について検討を継続している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
適切に取り組まれている点 医療安全管理部、感染制御部などが部門横断的な改善活動を展開している。会議のペーパーレス化など既存委員会で対応できないような課題に関しては、適宜病院長主導でワーキングを立ち上げて改善活動を推進している。病院機能評価機構やISO15189などの体系的な病院機能の評価も行っており、東海北陸厚生局による医療監視、保健所による立ち入り検査など、各種立入検査での指摘事項に対する対応は適切である。		
課題と思われる点 前回の病院機能評価受審時に組織された病院機能向上委員会の部門横断的な活動を主導する責任者は明確でなく、また、現状では各部署で個別の課題に対して改善活動を行っており、部門横断的、かつ、継続的な活動実績は確認できなかった。指摘を受けて、病院機能向上委員会は院長を委員長として毎月開催することとし、その下部組織として、臨床指標検討部会、略語ルール整備検討部会、職員能力評価実施検討部会を立ち上げ、改善活動を推進することとした。しかし、現時点では活動結果が出ていないことから、今後の積極的な活動が求められる。		

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 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・質指標に関するデータの収集と分析および活用、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・質指標に関するデータの収集と分析および活用

【本項目のポイント】

- ◆臨床指標・質指標には、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と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含めて確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 各学会等から発行されている診療ガイドラインが参照できる環境が整備されていない。
- 臨床指標を定め、診療の質改善に活用する仕組みがない。
- 診療内容の標準化を図る取り組みが行われていない。
- 診療内容の検証に基づく改善が検討されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 症例検討会を開催し診療ガイドラインの活用は適切に行っている。24診療科、285種類の電子クリニカル・パスが運用されており、アウトカム評価やバリエーション分析を実施している。臨床指標検討部会から機能向上委員会に臨床指標の項目を提案し、委員会での承認の上、データを収集するとともに、改善活動を実施。その結果を病院Webサイトで公開するとともに、改善活動を継続している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 21診療科、213の電子クリニカルパスが運用されている。臨床指標検討部会から機能向上委員会に臨床指標の項目を提案し、委員会での承認の上、改善活動を実施。その結果を病院Webサイトで公開するとともに、改善活動を継続している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
適切に取り組まれている点 各診療科と放射線科や病理と臨床とのカンファレンス、M&M、デスクカンファレンスなど、症例検討会を活発に行っている。Up to dateや今日の臨床については病院として契約し、いつでも閲覧できる体制を整備している。クリニカル・パスはこれまでの紙運用から順次、電子パスへの移行が始められ、バリエーション分析やアウトカム評価ができる体制が整備されつつある。		
課題と思われる点 クリニカル・パスは100種類程度運用されていたが、電子パスは半分以下であり、多くの診療科ではクリニカル・パスを作成していない状況や、極めて限定的な疾患に対して作成されている状況だった。また、紙運用のクリニカル・パスだけでなく、電子パスについてもバリエーション分析やアウトカム評価の事実は確認できなかった。指摘を受けて、病院長補佐をクリニカルパス委員会の委員長とし体制の強化を図った。今後、紙パスから電子パスへの移行も含め多くの診療科・疾患に対して作成を進めていく予定である。それに伴い、バリエーション分析やアウトカム評価にも着手する予定であり、引き続き改善が求められる。また、臨床指標はあらたに臨床指標検討部会を設置し、各委員会などで定期的に収集しているデータをもとに臨床指標とする項目を決定し、データの解析や現場		

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 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる

【評価の視点】

●患者・家族の意見・要望を積極的に収集し活用するなど、医療サービスの質向上に向けた活動の状況を評価する。

【評価の要素】

- 意見・クレーム等の収集
- 医療サービスの質向上に向けた対応策の検討と実施
- 患者・家族へのフィードバック

【本項目のポイント】

- ◆意見やクレーム等の収集方法について、掲示や入院案内などで呼びかけていることを確認する。
- ◆各部署等で職員が直接聞いた意見やクレームが、どのように取り扱われ、検討されているかを確認する。
- ◆意見やクレームへの対応実績、対応結果の周知方法などを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者・家族の意見等が収集されていない。
- 収集した意見等が改善に活用されていない。

【関連する項目】

- ・相談窓口の一本化など、相談体制の整備については『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。
- ・病棟や外来、相談窓口などでの相談対応については『2.2.6患者・家族からの医療相談に適切に対応している』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>院内に「提案箱」を設置し、担当者が週1回収している。収集した意見は週1回医事課内で報告し、対応を検討している。該当部署に回答や意見を求め、回答をブロムナードに掲示している。対応策は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、現場へのフィードバックにも対応している。不当なクレーム、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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>「提案箱」を院内13か所に設置している。回収は週1回行い、寄せられた意見は週1回医療支援課内で報告し対応を検討している。提案箱に入ったすべての内容を病院長が確認している。具体的内容は患者サービス向上委員会にて改善提案がなされ、病院長による内容確認、対応策の立案と実施が行われており、改善事例も多く、質改善に活用されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>患者・家族へのフィードバックはホスピタルブロムナードに掲示しているが、入院中の患者に提案箱の回答掲示案内などはない。回答の案内の工夫、回答集、取り組み事例などホームページに掲載するなど工夫を期待したい。</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 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。
- 臨床研究に携わる全ての関係者が法律や倫理指針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・安全性の判定
- 臨床研究の適切な実施プロセスとその確実なチェック機能

【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。
- ◆ 臨床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を確認する。
- ◆ 職員と企業等との利益相反（Conflicts of Interest）に関しては、病院の規程と、その教育内容について確認する。
- ◆ 臨床研究におけ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程と、手順の遵守状況を確認する。なお、評価は「1.1.5患者の個人情報適切に取り扱っている」にて行う。

【C評価となりうる状況（例）】

- 新規治療や新たな技術の導入が現場任せとなっており、病院管理者等が把握する仕組みがない。
- 新規治療等に伴う著しい有害事象に対して、病院管理者または医療安全管理部門が把握する仕組みがない。
- 高難度新規医療技術事例に対して、その後のフォローが確実にされる仕組みがない。
- 臨床研究に対する職員の認識が乏しく、実施プロセスが周知されていない。
- 臨床研究に関与する職員（研究代表者や共同研究者）が必要な研修や教育を受けていない。

【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患者の個人情報適切に取り扱っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 高難度新規医療技術の実施者には導入時・実施後の報告を義務付けている。各診療科は実施者在籍状況および当該技術の実施状況を定期的に報告している。これらの報告を医療安全管理部が確認している。チェックリストを用いて適正な審査部門へと振り分けている。 医薬品安全使用の手順書を改訂し、未承認医薬品使用の報告をマニュアル化した。 先進医療および患者申出療養に関して専門委員会を設置し手順書を整備した。臨床研究実施のための講習会を定期開催している。先端医療開発センタースタッフによる臨床研究に関する助言を行っている。		
課題と認識されている点 緊急性の高い事例が多く、審査の準備や会議の日程調整に難渋する課題がある。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 高難度新規医療技術の導入及びその後の報告について、事務から導入の確認、導入後の報告について実施者に確認している。また、各診療科で実施している高難度新規医療技術について診療科に実施者及び異動の際の後任について、定期的に医療安全管理部へ報告することとし、対応が未整備とならないよう確認している。 医薬品安全使用のための手順書を改訂し、未承認医薬品の使用把握から医療安全管理者への報告までマニュアル化した。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みされている点 未承認薬等の使用、高難度新規技術の導入は、高難度新規医療技術等評価委員会に諮る手順となっている。使用・導入後のモニタリングも手順に則って行われている。未承認等の薬剤は従来から使用されている院内製剤の見直しにも取り掛かるなど、軽微な適応外まで範囲を広げていることは評価できる。また、病棟薬剤師等が関与し、医師単独の判断では適応外使用ができない仕組みが構築されている。さらに、適応外医療等検討委員会を設置し、現場が適応外か否かなど判断が困難な事案に対して組織的に助言できる態勢が整えられた。人を対象とする医学系研究、特定臨床研究は規定に則って適切に実施されている。		
課題と思われる点 高難度新規医療技術が適正に委員会で審議された後に導入されているかどうかのサーベイランスは現場の個人からの情報等により行われているが、現場からの情報収集の手段を公式のシステムとすることが望まれる。また、高難度医療技術の承認が個人に対して行われるのかチームに対して行われるのか曖昧な点、承認された個人が異動した際の対応が未整備な点については検討が求められる。なお、未承認等医薬品の使用の把握には、病棟薬剤師なども関与し、その情報は、医薬品安全管理責任者が把握して関係部署に周知し、医療安全管理者に報告することになっているが、マニュアル化していない。今後、マニュアル化が望まれる。		

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 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている

※3rdG:Ver.2.0の「1.6.1_患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」と「1.6.2_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」を統合しました。

【評価の視点】

●安全性・利便性・快適性について、患者や家族、面会者といった利用者の視点で高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっていることを評価する。

【評価の要素】

- 来院時のアクセスへの配慮
- 入院生活への配慮
- 高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品

【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。
- ◆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）に応じた対応となっていることを確認する。
- ◆高齢者や障害者に配慮した駐車場、受付、案内、車椅子等の支援、機器の有無を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 入院生活の利便性への配慮に著しく欠けている。
- 院内のバリアフリーが確保されていない。
- 手摺りや必要な設備・備品が整備されていない。
- 車椅子利用に配慮がない。

【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患者の個人情報適切に取り扱っている』または『4.6.2保安業務を適切に行っている』で評価する。
- ・パンデミックが起こった際の面会制限については『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。
- ・利便性や安全性を含めたトイレ・浴室の整備状況については『1.6.2療養環境を整備している』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>障がい者専用駐車スペースを整備、歩道から総合案内受付まで誘導ブロックを敷設、補助犬を受入れている。バスは正面玄関前に停車し院内から運行状況が確認できる。老眼鏡、車椅子を適切に配置し、廊下等に手すりを設置、受付窓口や洗面台は車椅子対応。病院Webサイトで情報を公開している。エレベーター等の設備や車椅子、ストレッチャー、点滴棒等は適宜点検・補修し、廊下の歩行の妨げとならないよう整理している。入院時オリエンテーションでは、院内の設備や備品など説明し、必要な日常生活用品を入院準備セットとして購入できる仕組みがある。</p> <p>課題と認識されている点</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価		
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>課題と思われる点</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 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
- 生活上のプライバシーへの配慮

【本項目のポイント】

- ◆ 医療安全や院内感染制御にも配慮した療養環境実現への継続的な取り組みを、患者の視点を踏まえて確認する。
- ◆ 施設・設備での対応が難しい場合には、どのような工夫により安全性や快適性、プライバシー等への配慮がなされているかを確認する。
- ◆ プライバシーの保護については、患者の個別性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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 療養環境が安全性や感染制御面での配慮に欠けている。
- 病棟・病室の環境が劣悪で快適性に欠けている。
- 患者のプライバシーが保護されていない。

【関連する項目】

- ・ 医療者や患者の接触頻度に応じた清掃・消毒については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 病棟内は、診療・ケアに必要なスペースを確保し、清潔不潔を区分し整理整頓している。眺望がよい食堂・デイルームは十分な広さがあり、くつろげる空間となっている。トイレには手すりやナースコールを設置し、浴室は機能に応じて整備。広さや段差の解消、滑りにくい床材により安全性を確保し、換気を含め清潔に管理している。病室入口や患者ごとにカーテンで仕切られ、スタッフは声かけやノックの反応を待つなどプライバシーに配慮している。多病床内での面会や会話にも配慮し、必要に応じて面談室などを使用するよう調整している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 ●生活上のプライバシーの配慮 患者等の面談時には必要に応じ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工夫をし、プライバシーに配慮している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 病棟内の廊下は広く、フローアは滑りにくい素材で、全てバリアフリーとなっている。病棟内には不要なものが置かれておらず、整理整頓が行き届いている。食堂を兼ねるデイルームは十分な広さが確保されており、採光、眺めも良く、患者・家族がくつろげる空間となっている。病室に隣接するトイレには、手すり、ナースコールが適切に設置され、また、浴室も安全に使用できる設定である。寝具・病衣は、清潔が確保される棚に収納されている。病室のベッド周囲や処置室も広さが確保され、診療ケアに必要なスペースとなっており、療養環境は適切に整備されている。		
課題と思われる点 特記なし。		

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 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、禁煙が徹底されていることを評価する。

【評価の要素】

- 全館禁煙・敷地内禁煙の方針の徹底
- 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なっていることを確認する。
- ◆ 地域行政が定める条例や施設基準等で、健康増進法より厳しい規制が適用されている場合には、その規制に基づいて対応されているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 法令、条例等が定める禁煙が守られていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>病院敷地内及び建物内の全面禁煙の徹底を推進するとともに、総合診療科外来において禁煙外来を開設している。院内のポスター掲示、院内放送、患者向けの外来／入院案内、Webサイト等を通じ、禁煙の周知徹底を図っている。職員の喫煙状況は毎年度の定期健康診断時に把握しており、喫煙率は減少傾向にある（2020年：2.3%、2021年：2.9%、2022年：2.4%、2023年：2.3%、2024年：2.2%）。同健診時には「受動喫煙を考えよう」等をテーマとした掲示を行い、より一層の禁煙啓発に取り組んでいる。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>院内に敷地内禁煙、建物内全面禁煙の方針を掲示している。禁煙外来を開設し、禁煙外来への職員の誘導、職員向けの禁煙セミナーの開催など実施し、前年度職員喫煙率は2.9%であった。2014年の5.9%の最高値から年々低下している。「受動喫煙対策を考えよう」をテーマとしたポスター掲示を行うなど、禁煙の啓発に努めている。</p> <p>課題と思われる点</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いるが、職種別の喫煙率分析が行っておらず、さらなる取り組みとして活用することを期待したい。</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 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。
- ◆資格職種名が名札に正しく記載されているかを確認する。
- ◆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を確認する。
- ◆主治医不在時の対応を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 主治医・担当医・看護担当者が、患者・家族に明らかにされていない。
- 診療・看護の責任者が明確になっていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 診療科長、病棟医長、外来医長を配置し、責任体制を明確にしている。責任者情報は正面玄関、Webサイト、病棟入口に掲示している。担当医師は入院診療計画書を記載し患者に説明。診療責任者は回診・カンファレンスで方針を指導する。担当看護師は病室前にネームプレートを掲示し、勤務ごとに声かけを実施。看護師長は巡回により患者状態を把握し、ケアに活かしている。医師予定表は病棟に掲示し、全医師が業務用携帯を携帯。業務用携帯内の電話帳に全医師の連絡先があり緊急対応が可能。外来責任者もカンファレンスで入院状況を把握している		
課題と認識されている点		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 病棟の責任者として、科長、病棟医長、看護師長名が、病棟入口に列記されている。また、病棟看護師、薬剤師は写真付きで氏名が掲示され、ケアを担当するメンバーが患者・家族にわかるようになっている。診療の責任者は、回診・カンファレンスで患者の状態を把握し、治療方針・治療方法等を指導している。病棟看護師長は、病棟ラウンドを行い、患者の状態を把握すると共に、ケアの評価を行い、部下にフィードバックしている。患者を担当する主治医、受け持ち看護師はネームカードに表示され、日々担当する看護師は、2名体制で病室の入口に氏名を表示すると共に、勤務毎に患者に挨拶をしている。当日の病棟担当医、当直医は、ステーション内に明示されている。責任体制は明確である。		
課題と思われる点 特記なし。		

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】

- 必要な情報の記載
- 基準に基づく記載
- 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（入院診療計画書、説明と同意書、検査内容と評価結果、手術・麻酔記録、ICU記録、処方内容、服薬指導記録、リハビリテーション記録、栄養指導記録、退院時サマリー、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。
- ◆ 診療録の記載方法や署名、修正方法などが標準化されているほか、略語の使用が一定のルールのもと制限されていることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病状に応じた必要な頻度での診療録の記載がない。
- 見読性、真正性が確保されていない。
- 必要な情報の記載がない。
- 診療記録の内容についての点検（質的点検）が継続的に行われていない。

【関連する項目】

- ・ 診療内容の質の評価については『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）および二次利用に向けたコード化などの工夫については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 診療録には診療記録、看護記録、リハビリ記録などを適時記載し、各診療科のカンファレンス内容も記録している。看護記録は院内の看護記録作成要綱に沿って記載。診療記録の質的監査、IC監査は、年2回ずつ実施し、結果をもとに経営企画部情報運営委員会にて記載の統一や略語使用のルールなどを指導している。退院時サマリーは各診療科責任者が最終確認し、2週間以内の提出率は常に96%前後で病歴室に保管。カルテの返却は、医局長に報告し、100%を目指している。略語ルールは整備部会で集約し、院内統一ルールとしてWebサイトに掲載している。		
課題と認識されている点		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 機能向上委員会の下部組織として、略語ルール整備検討部会を設置し、各診療科等で使用可としている略語を集め、院内統一のルールを整備の上、院内業務支援Webサイトに掲載した。 診療録の記載方法について再周知を行うとともに、診療録監査の項目を見直し、記載の基準に則った記載かどうか確認できる体制を整えた。 経営企画部情報運営委員会で、退院サマリーの作成率向上について啓発するとともに、病歴室からも定期的に督促を実施、2022年度は年間97.2%の作成率であった。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みされている点 診療記録は電子カルテ上に、各職種の記載基準に基づいて、分かりやすく毎日記載されている。医師の診療記録については、各診療科のカルテをそれぞれ年間10件ピックアップして他科の医師と診療情報管理士がレビューを行い、当該診療科に問題点がフィードバックされている。看護記録についても、看護部内で定期的にレビューが行われている。臨床研修医の記載には、指導医によるカウンターサインが行われている。		
課題と思われる点 診療科によっては、診療記録の記載に多くの略語が使用されている。略語の使用時には情報伝達エラーが起きやすいため、使用できる略語を病院として定めるなどの対策が望まれる。また、2週間以内の退院サマリーの作成率は95%程度にとどまっており、さらに速やかに作成できる体制づくりが望まれる。		

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 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】

- ◆患者が名乗れない状態の場合も含め、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。
- ◆業務の状況に照らして実際的な確認手順となっているかを確認する。
- ◆患者登録の際の誤認防止対策などについて確認する。
- ◆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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療安全管理部門と連携した継続的な取り組みが行われていない。
- 患者の確実な登録が保障されていない。
- 患者・部位・検体などの誤認防止手順が定められていない。
- 誤認防止手順が遵守されていない。
- 手術実施時などにタイムアウト（あるいはそれに準ずる確認）が実施されていない。

【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	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の確認は患者自身にフルネームと生年月日を名乗りで確認すること、手術室のタイムアウトやマーキング、検体採取誤認防止について医療安全管理マニュアルに定めている。救急部では意識障害で名乗れない場合があるため、リストバンドを発行し患者確認を行っている。注射投与時のチューブ誤認防止はカラーテープで識別している。薬剤投与は投与準備時、投与時、投与中の3機会に患者氏名、薬剤名、薬剤量、与薬時間、与薬方法が一致しているか確認している。加えて、入院患者の注射薬は、バーコードリーダーによる照合も併用している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>チューブ誤認防止として、カラーテープの識別は看護基準で定めているが、周知・遵守が課題である。検体の提出が24時間できないため、時間外は診療科等で一時保管となっている。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>手術部運営委員会と医療安全管理部が共同して、手術・処置部位マーキングルールを2021年4月に一部改訂し、4/15の医療安全管理委員会で承認を得た。4/26のリスクマネジャー会議で全部署に周知を行った。現場の順守状況を確認するため、ルール改訂から約1か月が経過した6/1～6/7の1週間に医療安全ラウンドを行い、のべ36人の手術患者においてマーキングルールの順守状況を確認した。結果は、6/28のリスクマネジャー会議で報告し、マーキング実施率100%、正確な実施81%、やや不正確な実施14%、不正確な実施6%という結果であった。</p> <p>患者誤認については、また2022/2/28RM Letterにより注意喚起を実施した、2021年4月発行の医療スタッフマニュアルから患者確認の方法が目にとりやすい標記に改めた。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>患者・部位・検体等の誤認防止は、医療安全管理マニュアルに基づき実施されている。入院患者には各部署での患者氏名の名乗りとリストバンドによる確認が行われ、外来患者に対しては、氏名の名乗りと生年月日、検査案内表などで確認を行う仕組みとなっている。また、名乗れない患者に対しては、家族の付き添いや看護師による複数確認が行われている。手術室ではサインイン・タイムアウト・サインアウトが順守され、内視鏡検査・カテーテル治療の場面ではタイムアウトを実施している。そのほか、検体誤認防止では、バーコード活用による確認やライン・チューブトラブルの防止には誤接続防止を取り入れ、各種ルートの管理がなされている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>2020年8月に医療安全管理マニュアル改訂での追加事項として、生年月日確認による患者誤認防止がある。しかしながら、外来では職員への周知・浸透が不足しており、実践されていないように見受けられた。同様に、手術等での治療部位確認においても、直近で作成されたサイトマーキングによるルールはあるが、院内での周知は十分とは言い難い。今後の取り組みが望まれる。</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 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】

- 医療安全管理部門と連携した情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み
- 処方箋・指示箋の記載
- 医師の指示出し・実施確認
- 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】

- ◆ 口頭指示が、正確に伝達されるための工夫を確認する。
- ◆ オーダリングシステムへの入力内容が必要なスタッフに確実に伝わっていることを確認する。
- ◆ 指示の変更および中止が、どのタイミングでどのように伝達され、実施されているのかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 情報伝達エラーを防止する対策の継続的な取り組みが行われていない。
- 指示出し・指示受け・指示の実施確認の手順が統一されていない。
- 指示における数量、単位等の記載ルールが明確になっていない。
- 指示の確認および実施の記録がない。
- 転記（代行入力を含む）が行われた後の医師の確認がない。

【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。

・検査部門からの迅速、確実な検査結果の報告については、それぞれ『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』『3.2.1病理診断機能を適切に発揮している』で評価する。

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>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い、やむを得ず口頭指示を受ける場合は、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、定期的によりスクマネジャーを通して通知している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>時間外指示は全て看護師へ連絡となっているが遵守されていない。指示は電子カルテ上で行っているが、他科の指示は対診依頼書の返書のみで入力がないことがある。ICUのみ紙指示が継続されている。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>「医師のための基本指針」「医療安全管理マニュアル」「検査報告実施手順書（検査部）」を改訂し、各部署・病棟へ周知し、確実に医師にパニック値が伝わっている。検査部の方からも、医師の対応を確認する仕組みが出来ている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>医師の指示出しは電子カルテを用いて行われ、変更時には看護師に速やかに伝えられている。看護師の実施入力、医師による実施確認も、電子カルテを用いて確実に行われている。やむをえない状況での口頭指示は、看護師が復唱しながら所定のメモ用紙に記入し、その後に医師が入力している。放射線科医からの緊急報告は主治医に電話で直接伝えられる。また放射線科、病理科からの重大所見の報告に2週間以上確認ボタンが押されない場合は、安全管理部から各診療科の医局長に連絡があり、確認されるまで繰り返し警告されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>検体検査および生理検査のパニック報告は、必ずしも直接医師に連絡されておらず、看護師に伝えることもあり、連絡を受けた看護師が確実に担当医師に連絡され、対応されたことの事実確認は行われていなかった。指摘を受けて、報告手順の見直しを行い、各部署・病棟への周知を行い、確実に医師にパニック値が伝わるように実施されている。検査科側も、医師が確実に対応したかどうかの確認を実施しており、その後の調査では100%対応されたことが確認されている。今後の継続的な活動に期待したい。</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 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
- 使用する職員への教育・研修
- 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。
- ◆ 病院としてハイリスク薬としている薬剤とその根拠を確認する。
- ◆ カリウム製剤などの保管場所・数量等に関する検討状況を確認し、インスリンのように同系統で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。
- ◆ 安全対策が施されたキット製剤の導入状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医薬品安全管理責任者が、医療安全管理部門と連携した継続的な取り組みを行っていない。
- ハイリスク薬剤・麻薬等の特性に沿った保管・管理が行われていない。
- 重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避の仕組みが導入されていない。
- 薬剤の取り違え防止への取り組みがされていない。
- 抗がん剤のレジメン管理が実施されていない。
- 病棟在庫の薬剤を使用する際の実行確認が確実になされる仕組みがない。

【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。
- ・ 病棟在庫薬（ハイリスク薬・麻薬等含む）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。
- ・ 安全キャビネットまたは閉鎖式器具の使用など、抗がん剤を調整・混合・投与する際の安全対策については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医薬品安全管理責任者は副責任者又は自らの部署視察をもとに、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。麻薬や向精神薬は法令に従った保管と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発信し必要時PMDAに報告している。注射用抗がん剤は全て多職種で構成されるレジメン審査委員会で審議されており緊急の場合は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ハイリスク薬マニュアルを定めて運用している。内視鏡検査などで使用される鎮静薬の使用マニュアルを整備した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>マニュアル等は整備されているが、それが実践されているかの確認が不十分な可能性がある。 在庫薬使用時の確認方法に関する内容がマニュアルに記載されていない。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>院内鎮静ガイドライン作成ワーキンググループを立ち上げ、院内ガイドラインを作成した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と連携して薬剤の安全に関する必要な対策を決定し、定期的に医薬品安全管理の手順書の改訂などを実行している。医薬品安全管理責任者が各年度に各部署の視察を行い、手順書に従った安全使用状況を確認している。注射用抗がん剤は全て他職種で構成されるレジメン管理委員会で審査されており、承認後は電子カルテに登録し運用している。注射用カリウム製剤は補正液キット製剤とし、プレフィルドシリンジ製剤の使用は診療科を定めてマニュアル運用している。ハイリスク薬剤は管理マニュアルに従って、適切に管理されている。麻薬や向精神薬は法令に従った保管と管理が病院全体で行われている。救急薬品は必要最小限の薬品が配置され、病棟や外来スタッフおよび薬剤師が連携して適切に管理されている。医薬品情報室で院内副作用を収集して院内発信し、必要時PMDAに報告している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>内視鏡検査などで使用される鎮静薬の使用マニュアルが未整備である。現在、安全部門を中心に、マニュアル作成を検討中であるが、早急な作成ならびに周知が望まれる。</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 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・転落のリスク評価
- 転倒・転落防止対策の立案・実施
- 転倒・転落発生時の対応

【本項目のポイント】

- ◆ 転倒・転落発生の有無ではなく、リスク評価および防止対策の実践状況について確認する。
- ◆ 転倒・転落事故を防止するために、安易な身体拘束（身体抑制）が行われていないことを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療安全管理部門と連携した継続的な取り組みが行われていない。
- 転倒・転落のリスク評価、評価結果に基づく防止対策が実施されていない。
- 防止対策の効果が検証されていない。
- 転倒・転落について職員教育が行われていない。

【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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>患者サポートセンターで啓発動画を上映し、入院説明時にパンフレット、履物、予防体操を指導している。入院時はリスク評価を患者と共有し、看護問題、ケア計画を立案・実施している。また転倒時の外傷を最小化するために緩衝吸収フロア、緩衝マットや置き型の手すり、病室のテレビで無料の啓発動画を導入した。また転倒時のフローに頭部外傷や骨折が疑われる場合の画像検査を明文化した。2019年多職種の転倒転落防止対策チームを結成し、2022年に予定入院患者を対象に「ロコモ25」評価の導入、2023年から院内ラウンド等の対策をとっている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>ロコモ25の評価結果（痛み、生活状況）を実際のケア計画に十分活用できていないことが課題である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	S	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>病院全体の取り組みとして転倒予防指導士を含む「転倒・転落チーム」があり、医療現場と医療安全管理部との連携による体制のもと、対応がなされている。入院患者に対しては、入院当日の転倒・転落リスク評価から危険度に応じた対応策が速やかにとれる流れになっており、患者の状況に応じた個別性のある看護計画を立案し、実践されている。また、転倒・転落リスク評価では、転倒・転落要因を特定し、予防策を立案・実施によるリスク低減への取り組みが行われている。特に手術患者では、離床開始に伴う状態変化や心身の状況などを考慮した再評価のもと、具体的な対応策が取られ、実施状況が記録されている。そのうえ、外来・リハビリテーション科・放射線部等では、患者の危険な行動を把握し、転倒・転落防止への細やかな対応が行われていた。そのほか、病院として転倒・転落率を把握し、どこが課題なのか、他の病院と比較してどうなのかなど、ベンチマークの活用も図られて</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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の使用状況を確認する。
- ◆医療機器に関する教育・研修実績を確認する。
- ◆アラームの設定状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療機器安全管理責任者が、医療安全管理部門と連携した継続的な取り組みを行っていない。
- 使用時の確認における重要なポイントが周知されていない。
- 医療機器の使用者への教育・研修が行われていない。
- 使用場面で指示内容を確認する方法が確立していない。
- アラームが消音の状態で使用されている。

【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。
- ・医療機器に関する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。
- ・休日・夜間の対応体制については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<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。新規採用者研修や新機種導入時等に研修を実施している。使用方法や取扱説明書は病院業務支援Webサイトに掲載されており、常に閲覧することが可能である。人工呼吸器などはセンタースタッフMEによるラウンド、設定条件チェック用紙を用いて確認している。使用開始前に点検を行い、使用中は毎日、看護師による使用点検を実施している。設定については、カルテに記載するとともに、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記録している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>人工呼吸器管理はMEが自主的に病棟ラウンドを実施しており、その際に生体情報モニターの確認を行っているが、アラーム管理の院内基準・チームがない。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>ME機器管理センターとして、臨床工学技士を配置し、手術部・集中治療部・血液浄化療法部等の中央管理により、毎日の部署ラウンドで医療機器の使用前後の点検や作動確認などに関与している。一部の病棟では、頻回に使用される医療機器の一部は病棟で保管されているが、使用后直ちにME機器管理センターに返却する仕組みとなっている。各種医療機器の設定については、原則医師の指示に基づいて行われ、設定変更時の情報伝達や看護師等による状況確認なども行われている。そのほか、研修会の開催では、医療安全管理部との連携で、医療機器の安全使用全般に向けた内容の確認がなされ、関係する現場職員を対象に行われており、研修医や関係する医師も参加している。実際には、新規医療機器の作動確認や医療機器使用中の点検方法、正しいアラームの設定方法などが、適時伝えられている。医療機器の安全な使用は適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- ◆心肺蘇生等の最新の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、現場環境に応じた急変時対応の実効性を確認する。
- ◆医師が駆け付けるまで時間がかかることを想定した救急蘇生の訓練の職員への徹底など、病院としての工夫を確認する。
- ◆侵襲性の高い検査などにおける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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 実効性のある院内緊急コードの仕組みがない。
- 救急カートや蘇生装置が常に使用できる状態になっていない。
- 心肺蘇生（CPR）の訓練が行われていない。
- RRS（Rapid Response System）の体制がない。

【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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医療安全管理部と救急部の協働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モニターしている。RRT要請基準を数値化し、医療スタッフマニュアルに掲載している。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。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>診療科の当直がオンコール体制となり、RRT対応が増加傾向となり、診療科の体制との協力・連携体制が課題である。診療担当副院長をリーダーとしてワーキング立ち上げ予定である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>BLS講習の有効期限は5年である。講習可能数と職員数のバランスを考慮しながら救急部と協働で実施している。RRT要請基準を数値化し、医療スタッフマニュアルに掲載した。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>院内緊急コードは「RRT」で設定され、院内携帯での召集要請が可能な環境になっており、どこで要請されても医師1名・看護師1名が2～3分以内に対応している。また、各部署において、患者の状態が不安定な場合にいち早く相談する機能を有し、急変に至らない効果的な状況を醸成している。そのうえ、各部署では、年1～2回の緊急シミュレーション訓練が実施され、訓練後のデブリーフィングによる検討なども行われている。そのほか、救急カートの運用は、薬剤・物品の位置、点検済み表示を院内で統一し、適切に管理されている。</p>		
<p>課題と思われる点</p> <p>職員向けのBLS訓練は、入職時ならびに5年ごとの有効期限の設定をもって、更新予定とされているが、事務部・リハビリテーション科など、設定されていない部署があり、見直しが望まれる。また、RRTのコールにおいて、作動基準はあるが、オンコールの精度を高めるためにも、数値化できる事項については今後の検討課題である。</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 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の評価する。

【評価の要素】

- 標準予防策の徹底
- 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
- 个人防护具（PPE）の使用
- 現場での感染性廃棄物の取り扱い
- 血液、体液の付着した病衣やリネン・寝具類の取り扱い

【本項目のポイント】

- ◆1行為1手袋の使用を原則としていること、手洗いの適切な実施など病棟等の現場における標準予防策の実施状況を確認する。
- ◆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、患者が触れないような工夫や搬出者の感染防止対策がとられていることを確認する。
- ◆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。
- ◆感染性廃棄物の、発生現場における分別や一時的な保管に関する感染防止対策を確認する。
- ◆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。
- ◆感染症が発生した際に患者に係わる職員へどのように情報共有されているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 標準予防策に関する有効性の評価や見直しが行われていない。
- 手洗いまたは手指消毒が確実に実施されていない。
- 血液・体液等が飛散する可能性がある場合などに、个人防护具（PPE）が適切に使用されていない。
- 感染経路別の予防策に基づいた対応が行われていない。
- 感染性廃棄物の表示・分別が適切に行われていない。

【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。
- ・発生場所での分別や一時的な保管を除く廃棄物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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>WHO手指衛生多角的戦略に準じた医療関連感染低減のための感染対策を行う組織文化醸成のため、感染制御担当者（ICM）主導の現場指導を戦略的に取り組んでいる。ICMやリンクナースは感染制御部指導のもと、現場での直接観察にて手指衛生の即時指導に貢献している。2024年度は手指衛生と手袋使用方法について院内感染対策研修で病院長の宣言とメッセージを伝えた。感染性廃棄物や血液・体液汚染のある病衣・リネン類、PPEの取扱いをICT環境ラウンドで現場に応じた管理を指導している。経路別予防策に基づく対応徹底のための掲示物見直しを実施した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>手指衛生の改善に向けた院内の取り組みを行っているが、部署ごとに手指衛生の遵守率に差がある。各部門の感染制御担当者（ICM）、リンクナースと協働して、病院全体の手指衛生の遵守率の向上に努める。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>手指消毒薬の各部門への払い出し量から患者1人あたりの1日あたりの手指消毒実施回数を算出し、院内感染防止対策委員会へ毎月報告、J-SIPHEへの報告体制を整備した。</p> <p>ICTラウンド時にICTメンバーによるI部署の手指衛生の直接観察を開始した。各病棟においては感染リンクナースの協力のもとICNが中心として実施できており、適切な手指衛生の方法と機会での実施を即時フィードバックしている。また、観察したタイミングで個人防護具の使用や感染性廃棄物の取り扱いなどについても基本行動の遵守を指導している。</p> <p>速乾性手指消毒薬を使用すべきタイミングで使用できるよう携帯用ポシェットの使用促しを行い配布した。</p> <p>また、2023年10月～12月の病院機能向上委員会と協働して、外科と内科医師の回診時に携帯用ポシェットを持ち、手指衛</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>感染制御部が中心となり、ICTは院内ラウンドでPPE適正使用による標準予防策の遵守や手指衛生の周知徹底を確認している。PPEの適正使用については、必要な場所に配備され容易に使用可能な状況にあり、感染性廃棄物の処理では、廃棄ボックス内の詰めこぎ過ぎへの注意喚起があり、処理が行われている。また、手指衛生の徹底では、院内における各部署でアルコール消毒剤の使用量調査を行っている。そのほか、血液・体液の付着したリネン類は蓋付き不潔リネン類収納ラウンドに回収されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>各部署の手指消毒剤使用量調査の結果から、看護師においても改善の余地がある。また、手指衛生の実態把握では、モニタリング者による直接観察法を用いて明らかにする方法が一部では行われているが、院内全体で統一して実施されているわけではない。手指衛生の徹底について、手指衛生の機会と実施の双方をより認識できるような取り組みを通じて再教育が望まれる。</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 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、ICTやAST等に属する薬剤師が、院内の監視・抑制に密に関与していることを確認する。
- ◆ 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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 抗菌薬の使用指針等が作成・改訂されていない。
- 抗菌薬の使用指針等に基づいた抗菌薬使用が行われていない。
- 抗菌薬の使用実態が病院として把握されていない。
- 起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択が行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>抗微生物薬の採用・採用中止に関して抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の意見を薬事委員会事務局に伝達している。ASTは全無菌検体陽性例や薬剤耐性菌検出例に対し、抗菌薬選択・治療期間の助言や検査項目の提案を含む感染症診療支援（Antimicrobial/Diagnostic Stewardship）を実施し、支援状況やJ-SIPHEにて可視化した抗菌薬使用動向サーベイランス結果はAST会議や院内感染防止対策委員会で共有している。周術期バス掲載の抗菌薬への提言や抗菌薬適正使用マニュアル大規模改訂、腎機能別抗微生物薬投与量や検体採取時の留意点を含むアンチバイオグラム冊子の提供を実施予定である。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>各診療科・部門のICMとともに院内感染対策マニュアル、抗菌薬適正使用マニュアルの改訂を実施した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は、2016年に公示された、国の抗菌薬適性のアクションプランを院内に周知し、薬事委員会と連携してASTメンバーがその適否を協議して決めている。感染制御部専従薬剤師を中心として抗菌薬適正支援チーム（AST）が組織され、抗菌薬適正使用に関する業務を実践している。抗菌薬適正使用マニュアルに、周術期予防抗菌薬や術中の抗菌薬の適切な投与量や投与間隔を記載している。届出抗菌薬や許可制抗菌薬を選定し、その状況は感染対策委員会でモニタリングし、不適切な使用が見られた場合、AST担当薬剤師が介入している。前年のアンチバイオグラムをポケット版として、院内で情報共有を図っている。入院患者の抗菌薬の使用動向調査を毎月行い、不適切な使用を監視している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>最新の診療ガイドラインから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が、一部の症例のガイドラインが抗菌薬適正使用マニュアルに反映されていない例が見られたので、今後の課題である。感染管理システムより耐性菌の検出が見られた場合、AST会議で検討し、主治医に変更案を提案しているが限定的であり、より積極的な関与が期待される。</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
- 解決困難な倫理的課題の対応

【本項目のポイント】

- ◆ 臨床現場における倫理的課題に関する検討の場や検討の実績などを確認する。
- ◆ 実際の症例での検討実績があることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者・家族が抱える倫理的な課題が検討されていない。

【関連する項目】

- ・ 倫理委員会等の活動については『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。
- ・ 臨床倫理に関する職員教育・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	S	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 臨床の現場で生じた解決困難な倫理的課題を相談できる体制として、2015年から臨床倫理コンサルティングチーム（CECT）が活動している。CECTには年間約20事例の相談があり、多職種で検討し助言している。また、各診療科・部署に倫理担当者（リンカー）を置き、日常的に倫理的問題に気づき話し合える風土の醸成に努めている。更に、ファシリテータ育成のため、多角的視点から検討するリンカーカンファレンスを定期的開催している。相談事例において病院の方針決定が必要な場合は、臨床倫理委員会を開催し検討している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	S	
適切に取り組みされている点 臨床における倫理問題について、数年前から臨床倫理コンサルティングチーム（CECT）が中心となり、研修会の開催や事例検討会を実施している。結果として、倫理的課題への感受性が高められ、日常的に倫理問題について話し合う風土ができてきている。日々のケアの中で倫理的疑問を感じた時には、直ちにカンファレンスを実施することが習慣化しており、検討結果は記録にて共有している。また、困難事例に対しては、CECTに相談できるシステムとなっており、チームが第三者の立場でアドバイスをする。臨床からの依頼として、各診療科からの相談が圧倒的に多く、医師の倫理的感性も高いと推察される。また、各診療科、中央診療部門、看護部のリンカーが、CECTと共に定期的カンファレンスを開催している。臨床倫理検討シート・事例提示シートを用いて情報共有し、カンファレンス用ワークシートを活用して、多角的な視点から検討し、今後の対応方針まで導き出している。カンファレン		
課題と思われる点 特記なし。		

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】

- 質の高い診療・ケアを提供するために、多職種が協働し、チームとして診療・ケアにあたっていることを評価する。

【評価の要素】

- 多職種が協働した診療・ケアの実践
- 専門チームによる組織横断的な取り組み
- 診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施

【本項目のポイント】

- ◆ 病院組織全体の部門横断的な多職種連携を確認する。
- ◆ 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を確認する。
- ◆ 専門チームの活動や専門性の高い人材の活用や確保の状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 多職種が協働して診療・ケアが行われていない。
- 診療科間が協働して診療・ケアが行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>既存の多職種チーム（栄養サポート、緩和ケアサポート、褥瘡対策、感染制御、糖尿病透析予防、精神科リエゾン、抗菌薬適性使用支援、臨床倫理コンサルティング）に加え、ICU早期離床・リハビリテーション、術後疼痛管理、排尿ケア、報告書確認対策、行動制限最小化、転倒転落防止対策の専門チームを設置し、組織横断的に活動している。所属を超えた多職種によるカンファレンスを通じて、治療やケアの方針等について検討・情報共有を行い、参加職種・氏・内容をカルテ等に記録している。看護師による特定行為は、安全性に十分配慮した上で実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>定時の多職種カンファレンスを継続すると共に、医師を含めた多職種、各種チームの日々の診察やベッドサイドラウンドの機会を活用し、タイムリーな情報共有とディスカッションを実施し、多職種協働の診療・ケアを推進している。多職種カンファレンスの内容は記録に残すよう、ケアプロセス評価を通して徹底している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>診療計画を立案する際は、診療科チーム内で検討するほか、関連する診療科でカンファレンスを行い、方針を決定している。近年受療者が高齢化し、併存症を複数抱える受療者が増えてきているため、治療開始する前に対診を行い、予定する治療に耐えるか評価を受けている。また、臨床現場の診療、ケアが効果的に行われるために、各種専門チームが立ち上げられ、コンサルテーションが実施されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>多数の専門チームが立ち上げられて、それぞれ活動しているが、多職種の活動が記録から読み取れるケースが少なかった。多職種カンファレンスを実施した場合は、参加職種、氏名を記載し、決定した方針を記載する事が期待される。また、相談依頼を待つスタンスでなく、各チームからの主体的な活動が望まれる。</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 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、時間外・休日、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て、定期的に状況を把握・分析し、対応を検討するなどの活動状況や改善実績を含めて総合的に評価する。対応策は、予約制の導入、ICT（Information and Communication Technology）、かかりつけ医との連携、医師事務作業補助者やコンシェルジュの活用など、様々であるが、積極的に待ち時間の軽減を図るなどの活動状況や成果について確認する。ただし、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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病態・緊急性に適切に対応していない。
- 待ち時間の定期的な把握・分析、対応策の検討などの体制がない。
- 待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点 受診に必要な情報は院内掲示や外来診療のご案内に明示し、最新情報はWebサイトに掲載。外来は完全予約制で、紹介患者も患者サポートセンターで事前予約。デジタルサイネージで連携医療機関の紹介やニュース配信を行い、待ち時間のストレス軽減を図っている。毎年アンケートを実施し、満足度向上に向けた情報収集と分析を継続。総合案内に看護師を配置し、外来看護師が巡回して患者の状態や緊急性を把握。24時間365日、三次救急医療機関として適切に対応している。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点 受診に必要な情報はホームページや外来診療案内などで、わかりやすく案内している。正面玄関入口近くに総合案内を設置して看護師を配置し、円滑に受診できるよう対応している。外来は完全予約制であり、初診、再診、紹介患者は予約センターで予約して、円滑な受診につなげている。患者満足度調査において、定期的に待ち時間調査を実施し、調査結果を院内掲示している。外来看護師が定期的に巡回して、緊急性のある患者は速やかに診察が受けられるよう配慮している。外国人患者に対して、英語での院内案内図を作成して、適切に対応している。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 外来診療プロセス（情報収集・診断・診療計画・治療の実施等）が適切に行われていない。
- 外来における説明と同意が適切に行われていない。
- 診療情報が共有されず、有効に活用されていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>問診票や紹介状の内容から診療情報の収集を行い、看護師がトリアージしている。医師が既往歴やアレルギー情報を電子カルテに記載し関係者と共有している。総合受付前で看護師が待機し、外来患者をサポートし、診察時には患者からの名乗りと生年月日で本人確認している。化学療法、人工透析、内視鏡検査では、問診、部位、処置内容等を関係者間で共有し、患者への説明同意の上実施、帰宅後の体調不良時の対応など適切に対応している。経験の浅い医師が外来担当の場合、上級医に相談できる体制となっている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>問診票や紹介状の情報に基づいて、看護師が診療科の決定やトリアージを行っている。既往歴やアレルギー情報は、医師が電子カルテに記載し、関係者で共有されている。体調の悪い患者、外国人、障害のある患者が来院した時は、総合受付前に当番制で待機している看護師が直ちにサポートを開始している。診察時にはフルネームと生年月日による患者確認が行われている。外来化学療法、内視鏡検査、人工透析においては、開始前の問診、患者・部位・処置内容の確認、実施中・実施後の観察、帰宅後の体調不良時の対応などが確実に実行されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- 必要性和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
- 検査中、検査後の患者状態・反応の観察
- 安全に配慮した患者の搬送
- 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確認する。
- ◆ 医師の診察前に検査が行われていることがあれば、その検査が医師の指示のもと一定の条件下で行われていることを確認する。救急外来などでは、特定行為研修を受けた看護師が事前の包括的指示のもと、心電図検査などを実施することも認められている。
- ◆ 造影剤使用時の安全性の確保として、看護師および医師がスタンバイしていることを確認する。
- ◆ 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も確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の症状に応じて検査が実施されていない。
- 侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない。
- リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない。
- 検査中の緊急時の対応手順が整備されていない。

【関連する項目】

- ・ 画像検査の実施状況に関しては『3.1.3画像診断機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・ 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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>侵襲性の高い検査・処置の適応は、外来・入院を問わず各診療科にて検討がなされている。特に、内視鏡検査（生検を含む）、造影検査などの検査・処置の実施は、全症例において院内で統一された様式の説明書により、説明と同意書を取得している。生体情報モニターは、血圧、心電図、酸素分圧など、患者状態に応じたモニターを行っている。異常発生時や緊急時にはRRT（Rapid Response Team）の出動態勢が整っている。患者搬送は、必要に応じて看護師が同伴する。外来に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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>診断的検査は臨床的な判断に基づいて適切に選択され、必要性とリスクに関する説明の上、実施されている。説明と同意が必要となる侵襲的検査は病院として検討されており、アレルギー、腎機能、禁忌薬剤の服用、妊娠の可能性、体内金属など、安全な検査実施に十分配慮している。画像診断部では必要な患者に心電図やパルスオキシメーターでモニタリングするだけでなく、検査室内の患者の状態をビデオモニターで監視し、安心して検査を受けられる体制となっている。被ばく線量の減減にも配慮している。内視鏡検査時の鎮静剤の使用についてはマニュアルの整備が望まれるが、退室基準が決められ、検査中、検査後の状態把握も適切に行っている。PETなど自院で行えない検査は、電子カルテから予約、オーダーができる体制が確保されており、診断的検査は確実・安全に実施されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 入院の適応が適切に判断されていない。
- 入院の必要性が患者に説明されていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 入院の決定は医学的判断に基づき外来担当医が行うが、各診療科のカンファレンスで検討する場合もある。また必要に応じ、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、外来担当医から患者本人・家族に入院の必要性や治療内容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、意志決定を支援している。患者の生活状況などを聞き取っている。病床はベッドコントロール部門が一元管理し効率的に運用し、緊急性のある入院対応が適時実施されている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 入院の決定は医学的根拠に基づいて外来担当医が行い、必要に応じて他診療科にも併診を依頼している。患者には入院の必要性や治療内容について説明し、同意を得ている。入院時期や病室のタイプなどについては、患者の希望に配慮して決定されている。またセカンドオピニオンの意思の確認も行われている。入院が決定した患者には、入退院支援センターで入院生活についての情報提供が行われている。ベッドコントロール担当看護師により弾力的なベッドコントロールが行われており、緊急入院にもスムーズに対応しており、入院の決定は適切に行われている。		
課題と思われる点 特記なし。		

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を確認する。

◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている。
- 診療計画が患者に説明されておらず、同意が得られていない。
- 必要に応じた診療計画の見直しが行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 医師は病歴や所見、検査結果などから病状を評価し、入院診療計画書を迅速に作成している。看護師は入院時に患者情報を収集し看護計画を立案している。栄養管理計画、リハビリテーション総合実施計画も適宜作成され、入院前・入院時に関係者によるチームカンファレンスを実施、適宜計画の修正や見直しを行っている。クリニカル・パスを積極的に運用し（2024年適用率37.7%）、バリエーションの把握と対応を適切に実施している。重症患者には治療の進捗状況を可視化する「軌跡シート」を用いチームで治療の進捗状況を把握しやすくしている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 紙パスを廃止し、電子クリニカルパスへの移行を推進するため、クリニカルパス委員会の体制を見直し、電子クリニカルパスを使用していない診療科に対して積極的に支援を実施、多職種で連携し、電子クリニカルパスの作成に取り組み、21診療科、213の電子クリニカルパスが運用されている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みられている点 入院診療計画は医師を中心に、多職種が参加して24時間以内に作成されており、適宜見直しも行われている。看護師は、入院日に転倒・転落や褥瘡などのリスク評価を行った上で、看護計画を作成している。また必要な患者については、栄養管理計画、リハビリテーション総合実施計画も作成されている。これらの計画には患者・家族の要望が反映されている。特に看護計画については、患者の個別のニーズがよく反映されており、また具体的な分かりやすい言葉で記載されており、高く評価できる。		
課題と思われる点 クリニカル・パスについては徐々に使用率が上がっているが、依然として全く使用していない診療科もあり、病院全体の取り組みには至っておらず、診療科によって利用率に大きくばらつきがある。病院全体で、より積極的なアプローチが望まれる。		

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
- 院内スタッフとの連携
- 院外の社会資源の活用・連携
- 相談内容の記録と活用

【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確認する。
- ◆ 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、医療ソーシャルワーカー（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確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者・家族の相談ニーズに対応できていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>社会資源・療養・医療安全等に関する相談が、院内の発生場所にかかわらず、適切な連携先に繋がる仕組みがある。相談機能名称、連絡先等は「各種の相談窓口について」として、全職員が閲覧する病院業務支援Webサイトに掲載している。患者サポートセンターでの相談は、週1回カンファレンスを行い、対応や取組みの振り返りが実施されている。社会保険労務士の就労相談や訪問診療・児童相談所等の患者支援に必要な関係機関と連携し、時に患者家族が参加するカンファレンスを開催している。患者を地域全体で支えるよう、関係機関と密な連携を図っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>患者相談機能は、玄関入口に相談窓口を設け、ここでトリアージを行い、関連各種の専門家へつなげている。医療福祉相談としては、地域医療連携室、がん相談支援センターが設置され、主に入退院支援に関すること、がんに関すること、経済的、社会保障等について対応している。社会福祉士8名、看護師2名、相談員2名が主に対応するが、院内の多職種と連携して対応している。相談形態は、医師等による依頼箋のほか電話、直接依頼で、医療者からの相談が8割、患者・家族からの相談が2割であるが、院外の医療者からの相談にも対応している。効果的に相談対応できるように部署内で事例検討会を行っている。相談記録は、原則電子カルテに記載するが、特にプライバシーへの配慮が必要な場合は、部門システムに記載している。相談対応は適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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確認する。
- ◆ 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する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 円滑な入院に向けた支援や説明がない。

【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 栄養管理と食事支援を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>2024年度より患者サポートセンターを開設し、一連の手続きをワンストップで行っている。入院決定時より患者・家族から情報収集を行い、医師・多職種協働で療養支援計画を含む入院診療計画書を作成し、入院当日より適切な個別のケアを開始している。入院生活の説明、写真を用いた病棟説明、せん妄予防やロコモ体操などを伝える場となる入院前準備教室など、入院前から生活を整え適切に治療を受けられる準備をしている。緊急入院時も病衣や日用品が使用できる仕組みがあり、患者の不安や体調に配慮しオリエンテーションを行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>外来では、2017年度から入院前準備教室を立ち上げ、転倒予防・口腔ケア・入院病棟状況の確認等の実践を経てスムーズな入院へとつなげる取り組みが行われている。そのうえ、身体面・精神面・社会面にかかわる情報を把握し、病棟との共有や納得した入院となるような働きかけとして、不安や心配などの相談対応もしている。病棟での入院時オリエンテーションに関しては、患者の体調を見ながら状況を判断して実施しており、患者の円滑な入院は適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- 診療上の指導力の発揮
- 病棟スタッフとの情報交換
- 必要な回診の実施と病態の把握
- 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病状に応じた必要な診察が行われていない。
- 必要な診療指示が速やかに出されていない。
- 患者・家族からの面談要請に応じていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 医師は必要な回診を行い、患者の病態を把握、診療記録に記載している。主治医は一貫した方針のチーム医療が実施されるよう意思伝達、指導をしている。緩和ケアや栄養サポートチーム等との連携やICUやリハビリなど関係部門との情報交換、科内及び他科を含めたカンファレンスを通し治療方針など検討し、質の高い医療を提供している。患者の病状に応じ適宜患者・家族と面談を行い、診療方針について説明している。多職種で良好な関係が構築され、各病棟に配置された医師事務作業補助者が医師の負担軽減のため迅速確実に事務作業を担っている		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 チーム医療制を中心とした診療体制を構築し、日々の責任体制が明示され、回診や病態の把握を的確に行い、診療録に記載している。カンサーボード、緩和ケアチーム、栄養サポートチームなどの多職種連携はもとより、リハビリテーションなど治療上関係する部署とのカンファレンスを通じた情報交換に基づき、医師がリーダーシップを発揮して質の高い医療を提供している。定期的開催される診療科カンファレンスで治療方針、手術方法などが議論され、放射線科や病理診断科などの他科とのカンファレンスも活発に行っている。医師を中心とし、病棟スタッフを始めとした多職種との関係構築は良好になされており、患者の病状に応じて患者・家族と面談を行い、診療方針に関する説明を行っている。医師事務作業補助者が適切に配置され、必要な書類を迅速・確実に記載している。		
課題と思われる点 特記なし。		

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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病態に応じた基本的なケアが実施されていない。
- 患者・家族の心理的・社会的ニーズが把握されていない。
- 基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>外来時から、患者を身体的・精神的・社会的側面から把握し、外来・病棟間、多職種で情報を共有し、患者の意向に沿った意思決定支援や生活支援等につなげている。患者を尊重したケアを基本とし、看護職員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。質の高いケアを提供するため、看護実践力評価を年1回実施しラダーに応じた業務分担を行い、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相談ができ、患者のしたいことをしたいタイミングで行えるよう支援している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>看護師は看護管理基準・看護業務基準に則って、貴院式PNSのもと「患者がしたいことをしたいタイミングで行うケア」をめざし、看護業務を実践・展開している。患者・家族等の情報に関しては、外来での事前情報収集に加え、病棟の担当看護師による情報聴取等で補完・把握がなされており、それらは丁寧に記録されている。そのうえ、薬剤師による持参薬確認、管理栄養士が行うSGA評価、看護師は入院したことによる心境の変化なども併せて把握している。患者担当は、看護実践能力段階（ラダー）に応じて行われ、リーダー業務に関してもラダーによる客観的評価に則った基準などを参考に導入され、実践後の評価が行われている。看護師の病棟業務の実践は評価できる。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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・混合の実施状況について、実施者、場所、環境、設備状況などから確認する。
- ◆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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない。
- 必要な薬剤の投与時に安全確認（患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など）が行われていない。
- 必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない。

【関連する項目】

- ・持参薬関連の具体的内容については『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。
- ・高濃度カリウム製剤の払い出し、希釈ルール、適応外使用の承認については、『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>全病棟に薬剤師を配置し、抗がん剤やハイリスク薬を中心に投与時には初回指導と副作用モニタリングを実施。指導内容や副作用、相互作用の有無はカルテに記載し多職種で共有し、持参薬を含めた薬歴管理も行っている。抗がん剤の調製は薬剤部で実施し、医師はレジメンオーダーシステムで処方し、調製前に薬剤師がレジメンの内容を確認している。薬剤投与時は看護師が本人にフルネームと生年月日を名乗ってもらい、指差し呼称によるベッドネーム、リストバンドで患者確認を行い、抗生剤や抗がん剤等の投与後は多職種で十分な観察を行う。服薬管理方法は患者の状態に応じて看護師・薬剤師が協議して決定している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>投薬・注射を安全確実に実施するための院内マニュアルが明文化され、それに則って業務が実施されている。全病棟に薬剤師が配置され、薬剤の必要性和リスクについて必要な患者には服薬指導と薬歴管理が実施され、システムを通じて他職種との情報の共有が図られている。処方箋には、患者名、薬剤名、用量、用法、時間の5原則が記載されている。持参薬を含めた薬歴管理を薬剤師が行っており、管理記録は医師など他職種との共有が確認されている。抗がん剤の調製は休日を含めて全て薬剤師が、レジメン確認などマニュアルに従って行っている。化学療法実施前には用法・用量・検査値などの必要事項の確認が他職種間でなされ、安全に化学療法を行える体制が確立している。抗がん剤の投薬時は適切な防護着を装着し、揮発性抗がん剤には閉鎖式接続器具を使用している。化学療法センターでは、薬剤師外来が症例を限定して開設されている。薬剤投与時には、看護</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- 輸血の適応と血液製剤の種類を検討
- 必要性和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
- 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、ABO血液型検査および交差試験実施時の検体の取り扱い、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状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

○ 厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」や「血液製剤の使用指針」に準拠した対応がなされていない。

【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。
- ・ 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『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>輸血投与前に文書を用いて説明し同意を取得し、写しを渡し原本を保管する。血液型検査は異なる検体で2回行い、交差血に有効期限を定めている。自己血採血前に同意書確認とタイムアウトを実施する。輸血前に2名で製剤を確認し、バーコードを用いた患者認証後に投与する。緊急度に応じた緊急輸血の手順を定めている。投与中、投与後の患者の状態は診療録に記録する。副作用は診療録に記載し、輸血受払伝票の副作用欄に記入し輸血部に提出後、輸血療法専門委員会に報告される。検査入力項目に輸血後感染症検査がある。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>輸血の適応はガイドラインに基づいて医師が判断し、説明と同意のもとで投与されている。輸血が必要と判断した根拠、投与後の効果の評価が、検査結果とともに診療記録に記載されている。輸血のオーダー、血液型・交差試験、払い出し、輸血の実施という一連の過程では手順が遵守され、異型輸血や患者誤認を防止している。輸血時の観察項目が定められ、バイタルサインとともに看護記録に記載されている。副作用発生時の対応も明確になっている。輸血の適切性は輸血療法専門委員会で検討され、必要に応じて診療科への介入が行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- ◆手術中の状況の把握と術後ケアへの反映を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 手術および麻酔の適用が検討されていない。
- 手術および麻酔に関する説明と同意が行われていない。
- 術前の全身状態の評価とそれに伴う安全対策がとられていない。
- 患者の搬送が安全に行われていない。
- 術後の状態に合わせた患者ケアが行われていない。
- 診療科間、看護部署間の申し送りが円滑に行われていない。

【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、手術室内における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患者管理については『3.2.4手術・麻酔機能を適切に発揮している』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>手術適応は主科で検討し、麻酔方法は主科の依頼内容と患者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、麻酔困難症例の場合は、術前に合同カンファレンスを開催し手術適応や代替手段、最適な麻酔方法に関して協議している。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に保管している。術後の申し送りは、手術室内で実施しており、搬送は医師が同伴して安全に行われている。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・術後訪問を行い、病棟看護師と情報共有している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>手術方法は各診療科カンファレンスで検討する体制があり、周術期のリスクについては確実に他科依頼を行い、術前に慎重に評価した上で、説明と同意を行っている。すべての全身麻酔症例に対して術前麻酔科外来が展開され、麻酔方法の検討、患者への説明が行われているほか、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、最適な麻酔方法などに関して協議している。医師の臨床判断に基づいて深部静脈血栓症を始めとした周術期合併症に対する対策が講じられ、全症例に看護師による術前訪問を行い、必要な症例では術後訪問も行っている。チェックリストを用いた確実な準備の後、手術室受付で患者確認を行った上で、患者は看護師とともに手術室内に誘導され、各種申し送りを行っている。サインイン、タイムアウト、サインアウトを確実に実施し、手術術式によっては覆布をかける前にタイムアウト</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- 関連職種の間与

【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確認する。
- ◆ 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。
- ◆ 重症患者の管理に関して専門性を発揮すべき医療専門職の活動状況を確認する。
- ◆ 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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の重症度に応じた病床の選択が行われていない。
- 患者の重症度に応じた診療・ケアが行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>集中治療部概要に入室基準を設け、重症度や感染状況に応じて入室病室を医師が決定する。診療方針は朝・夕にカンファレンスを行い検討している。朝のカンファレンスには、主科医師、看護師、PT、ST、薬剤師、ME、メディエーターなど多職種が参加し、治療方針を共有しケアやリハビリを行っている。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p>		
<p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>Surgical ICUを兼ねた集中治療室22床のほか、NICU 6床、MFICU 3床を整備し、明確な入室基準に基づいて重症管理を行っている。各病棟にも生体モニターシステムを整備し、重症度に応じてスタッフステーションに近い重症個室を選択して重症管理を行っている。病棟でも各種モニター、医療機器を使用できる環境があり、病棟で人工呼吸器を使用する場合には、臨床工学技士が一日一回作動チェックを行って安全性に配慮し、モニターアラームは医師の指示に基づいて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を明示している。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）へ転棟して治療を継続する体制が構築されている。患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが提供されている。</p>		
<p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- 褥瘡状態の評価と治療
- 体位変換やマットなどの体圧管理の実施
- スキン-テアや医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）対策の実施

【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確認する。

◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 発生リスクの評価が行われていない。
- リスクに応じた必要な予防策がとられていない。
- 褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない。
- 定期的に皮膚の観察が行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 全入院患者に対し褥瘡発生リスクを評価し、多職種で構成された褥瘡対策チームが週1回の回診とカンファレンスを実施、予防・治療をしている。難治性の褥瘡は皮膚科、形成外科へ相談、栄養改善が必要な患者には栄養サポートチーム（NST）が介入している。「創傷記録票」や画像で状態を記録、経時的に評価し、褥瘡予防対策に関するマニュアルに準じエアマットレスや体圧分散寝具を選択できるよう整備している。褥瘡対策委員会や褥瘡対策看護推進連絡会で発生状況は報告され、要因や対策を検討し、全職員を対象とした院内研修を実施している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みられている点 全ての入院患者に対して、スキンケアならびに浮腫など皮膚の脆弱性を含めた褥瘡発生リスクアセスメントが実施されているほか、病院として、褥瘡発生や医療関連機器圧迫損傷発生予防に積極的に努めている。また、必要に応じて褥瘡対策チームが適時の介入を行っており、週1回以上の褥瘡回診による褥瘡評価のほかスキンケアやポジショニングの対応、褥瘡予防プログラム教育の実施、患者のリスクに応じたエアマットレスの選択等により、重症化への進行を防いでいる。そのほか、収集した褥瘡データの有効活用も図られており、褥瘡の予防・治療に向けた対応は適切である。		
課題と思われる点 特記なし。		

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 栄養管理と食事支援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】

- 多職種の間関与
- 栄養状態、摂食・嚥下機能の評価
- 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
- 食形態、器具、安全性、方法の工夫
- 嚥食状態の把握
- 必要に応じた栄養食事指導

【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。
- ◆ 高齢患者の摂食・嚥下機能の評価について、入院時の嚥下スクリーニングの対象基準や対策を確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 栄養状態の評価とその対応がなされていない。
- 摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない。
- 必要な患者に栄養食事指導が実施されていない。
- 必要な患者に適切な治療食等が提供されていない。
- 栄養方法の選択が適切に行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<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伝達され、管理栄養士が特別な栄養管理の必要性を医師・看護師とともに共同で判定している。特別な栄養管理の必要性がある患者のうち、主治医から依頼のあった患者を対象に、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、また多職種の患者評価がNST回診一覧に反映されている点である。NSTのみならずチーム医療が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。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>管理栄養士の人数が十分ではないため、特定機能病院で算定が可能な入院栄養管理体制加算の算定に至っていない。患者サポートセンターに管理栄養士を配置し、早期から管理栄養士による栄養スクリーニングや食物アレルギーの対応、嚥下評価などに携わりたいが、実現に至っていない。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>入院決定した患者は、入院診療計画書が外来から作成開始される。管理栄養士は電子カルテ情報からスクリーニングを行い、特別な栄養管理が必要な場合は、栄養計画書を作成する。医師は栄養計画書を参考に、特別食が必要な場合は食事変更を行う。看護師は、入院時アセスメントや日々の摂食状況等より栄養状態の評価を行い、検討が必要な場合は管理栄養士を交えてカンファレンスを行い、ケースによってはNSTにつなげている。栄養に関するサポーターは、NSTの他に後方メンバーとして50余名が選出されており、対象患者の状態によりさらなる専門家に相談できる。アレルギーのある患者は、栄養士が面談し制限の少ない食事となるよう考慮している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>身体的苦痛はNRS（Numelical Rating Scale）やVAS（Visual Analog Scale）など主観的評価尺度を用いて評価し、主観的評価が困難な場合はBPS（Behavioral Pain Scale）など客観的評価尺度を用いている。疼痛緩和はWHO方式に基づくマニュアルに従い段階的に薬物療法を行い、必要時には緩和ケアチームが介入する体制を整えている。チームは1日2回の回診で痛みや治療効果の評価、薬剤調整、精神的苦痛への対応を行う。入院時や外来受診時には緩和ケアスクリーニングシートを用いて全患者の痛みを評価し、早期介入につなげている。日々の評価や対応は電子カルテに記録している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>がん、および緩和薬物療法に関する認定取得者を増やしたい</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>診療・ケア等に関わる症状緩和に対しては、患者が体験する様々な疼痛や身体的・精神的苦痛に対して、生活のしやすさに関する質問票に基づいた取り組みや対応を適時している。特に、がん性疼痛に対しては患者の状態に即応したスケールで評価している。「WHO方式がん疼痛治療法」に基づき行われ、必要時には入院早期から関わりがある緩和ケアチーム（がん専門看護師・がん性疼痛看護認定看護師・麻酔科・精神科等）により、介入時のゴール設定や介入・評価が行われている。また、がん・非がん患者のケアにおいて、経済性・家族間・仕事などに関する社会的苦痛に対しては、MSWがかかわり患者・家族が抱える不安の聞き取りや相談に対応している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- 必要性和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进行评估する。
- ◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 適応のある患者にリハビリテーションが実施されていない。
- 処方箋に患者の個別の要素が記載されていない。
- 訓練計画・目標設定に患者の希望、社会的背景等が考慮されていない。
- リスクの評価と実施中における安全への配慮がなされていない。

【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。
- ・リハビリテーションの連続性の確保については、『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>患者の病態に応じた目標・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同意を得ている。進捗状況については経過記録へ記載し、医師や看護師など関係職種はカルテを通して随時確認できる。また、多職種カンファレンスでの検討事項や今後の方針等についても同様に共有できる。休日のリハビリテーションについては、セラピストと患者や病棟看護師が相談し、自主練習もしくは看護師の見守り等により実施している。今年度から連続3日休日とならないような急性期体制に強化した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>セラピストの人数は病床数を勘案すると、大変少なく、1単位による実施が非常に多くなっている。処方日からの対応や休日対応も積極的に取り組んでいるが1人あたりの実施時間、手厚いセラピーが課題である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>部門内で指摘事項に関して会議を開催し、情報共有し、以降の実施計画書、総合実施計画書の文章内容に患者の個別性を配慮した文章に改めた。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>基本的には診療科からの依頼によってリハビリテーションが開始されているが、各診療科のカンファレンスに療法士が参加することで、早めにニーズを拾い上げる活動が始まっている。また、ICUに専任者を配置したことで、開胸開腹などの大手術では術翌日から訓練を開始している。計画の立案はリハビリテーション専門医の関与のもとで行われており、開始後は効果の評価に基づいて適宜見直されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>リハビリテーション総合実施計画書には、訓練のゴール設定、想定されるリスクが記載されているが、個別性のない画一的な表現にとどまっている。患者個々のニーズや病態を反映した、さらに具体的な表現が期待される。</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 18 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者の安全を確保した身体拘束（身体抑制）の最小化に適切に取り組んでいることを評価する。

【評価の要素】

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

【本項目のポイント】

◆病院機能評価においては、従来、精神保健福祉法に規定する「身体拘束」との混同を避けるため「身体抑制」を使用してきた。近年、身体抑制を含めて「身体拘束」が使用されることが多くなってきたため、「身体拘束（身体抑制）」の用語を使用する。

- ◆本中項目では、薬剤による鎮静を含む身体拘束（身体抑制）と行動制限を確認する。
- ◆身体拘束（身体抑制）・行動制限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確認する。
- ◆身体拘束（身体抑制）の実施が必要最低限となるよう、実施患者の把握と評価の状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 身体拘束（身体抑制）が適切に適用されていない。
- 身体拘束（身体抑制）中の患者の状態・反応の観察が患者の状態に合わせて行われてない。
- 身体拘束（身体抑制）の必要性和リスクについて、説明と同意が行われていない。
- 回避・軽減・解除に向けた取り組みがない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>せん妄状態などにより、患者の行動が患者自身に危険を及ぼす状況であると判断した場合、患者は何故その行動を取ってしまうのかの原因を分析し、まず原因を取り除く看護を優先している。それでも功を奏しない場合、医師と看護師のカンファレンスが行われ、「行動制限を行わない場合に予測される状態」と「行動制限を行った場合に予測されること」を丁寧に分析し、方向性を見出す流れが定着している。行動制限を選択することが患者にとって有益と判断した場合は、行動制限ガイドラインおよび運用マニュアルに沿って説明し、同意書の取得を経て進めていくが、ほとんど実行されることがない。患者の尊厳を守ることを基本におき、行動制限を最小限にする看護が提供されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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、看護師薬剤師、管理栄養士、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、退院支援計画書、退院カンファレンスなどによる転院先への情報提供の内容や、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）などの役割分担や取り組みの実際から確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 退院に向けての多職種による検討や支援が行われていない。
- 退院、転院に関する説明と同意が行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>退院困難な患者は入院前・入院時に「退院支援スコア」にて抽出され、入院7日以内に多職種で退院支援の方針を協議する。医学的判断に基づく退院・転院の方針および、患者家族の意向や身体的・精神的・社会的状態に応じて、療養の継続性が担保されるよう退院支援計画を立てる。退院前には患者家族・当院職員・関係機関を交え、退院後に必要なケアや利用サービスに関する協議を実施する。主にSWが退院転院先との調整を行い、情報が適切に地域や外来へ引継がれるよう紹介状・看護サマリー・ID-Link等を用いて、切れ目のない療養支援を実現している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>入院が予定された場合、外来看護師は患者と面談し、入院前の状態評価、入院加療に伴う変化を予測し情報収集、アセスメントを行う。この評価で入院前から課題があると判断した場合は、病棟看護師やMSWと連携を取り、情報共有のうえ、支援計画を立案している。また、入退院センターでは、事務員と看護師が入院についての説明を行っているが、この場においても、患者・家族の状況を評価し、退院支援が必要な対象をピックアップしている。通常は、入院時に病棟看護師が退院支援スコア表を用いてすべての患者にスクリーニングを行っている。退院支援が必要な場合は、退院支援専任看護師、MSW等と検討し、退院支援計画を立案して、介入している。継続する医療処置や生活の工夫などは、患者や家族に合わせて指導が行われており、退院支援は適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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、必要な在宅療養に関する支援に繋がっていることを評価する。

【評価の要素】

- 入院中の診療・ケアに関する情報の共有
- 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確認する。
- ◆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を確認する。
- ◆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確認する。
- ◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 退院後の継続療養支援に関する方針がない。
- （自院で在宅療養を実施していない場合）在宅療養サービスにつなげていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 入院前に外来・患者サポートセンターで収集患者の病状や生活状況の情報及び療養支援計画を含む入院診療計画を病棟看護師と共有し、入院中のケアに活かしている。入院が決定した時から各相談を通して、診療・ケアが継続できるように支援している。入退院支援専任看護師を配置し、患者や家族が退院後の生活をイメージし、患者・家族・多職種で対話し、変化に応じ退院後に必要なケアを整えている。転院や退院・外来継続通院の方向性等、在宅支援者と共有し、退院サマリーでケアを引き継ぎ、必要時には退院前後の訪問も実施している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 継続した療養が必要な場合や生活支援が必要な場合は、地域連携支援室と協働して、地域の在宅支援職種と連絡を取り合い、退院後の環境を整えている。在宅診療を担う医療施設1,000件以上と連携を取り、在宅療養への移行がスムーズとなる工夫をしている。自院に通院する患者については、サマリーや電話連絡による情報共有を行うほか、退院前に外来看護師とカンファレンスを開催している。また、病棟看護師が毎日1名外来勤務を行う勤務体制となっているため、密に情報共有ができ、在宅療養支援につながられている。継続した診療・ケアは適切に提供されている。		
課題と思われる点 特記なし。		

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
- 臓器提供に関する意思の確認と対応
- 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を確認する。
- ◆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。
- ◆厚生労働省「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）における5類型の施設については、施設としての合意・方針・体制・手順等について確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- ターミナルステージの判断が適切に行われていない。
- 患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 金沢大学附属病院人生の最終段階医療指針に基づき、多職種で対応している。病棟カンファレンスに医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が参加し、診療・ケア計画に関わっている。緩和ケアチームでは、麻酔科医、精神科医、がん看護専門看護師、薬剤師、管理栄養士にて、緩和ケア実施計画書に基づきケアを行っている。臓器提供の意思表示に関して、患者が診察申込書及び入院連絡票に記載した内容を、電子カルテの臓器提供意思表示画面に反映できる体制となっている。剖検は、「病理解剖に関する説明書」に沿って説明し、承諾を得ている。		
課題と認識されている点 特記なし		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 病棟カンファレンスに医師、看護師と共に病棟薬剤師も参加し、診療・ケア計画に関わっている。また、緩和ケアチーム薬剤師とも連携して緩和医療やケア方針を共有している。 期中に、緩和ケア回診に担当の管理栄養士が同行するよう運用改善を行っており、食事調整を要する患者に対し、担当の管理栄養士が個別に献立を作成している。 栄養士は、がん治療中からターミナルステージでの栄養管理に専門的に関わっており、同様にがん患者のリハビリテーションに療士が専門的計画を立案して関わっている。 患者が診察申込書及び入院連絡票に記載した臓器提供の意思表示に係る内容を、電子カルテの臓器提供意思表示画面に		
課題と認識されている点 管理栄養士が関わっている患者は緩和ケア回診の対象患者に限定されている。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みされている点 ターミナルステージの判断は、判断基準のもと、主治医もしくは複数の医師で検討され、診療・ケア計画は医師・看護師による協働で立案し、実施されている。実際には、患者・家族の意向を受けて終末期であっても在宅での生活をイメージ化でき、サポートするための話し合いやアロマケアの提供を実施している。併せて、これから終末期をどう生きていくかについて、話し合っていくアドバンス・ケア・プランニングの導入が開始されたが、今後の積極的な取り組みに期待したい。なお、必要時入院早期から関与している緩和ケアチームの介入があり、ゴールを設定し、終末期ケアの補完がなされている。		
課題と思われる点 診療・ケア計画は医師・看護師中心での立案・実施となっており、多職種による実践とは言い難い。薬剤師・管理栄養士や療法士などを巻き込みながら、これまで同様に患者・家族の意向の変化にも柔軟に対応していく実践が望まれる。また、臓器提供意思の確認が見受けられなかったため、それらの確認と対応が望まれる。		

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

【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、医療安全管理部門との連携
- 処方鑑査と疑義照会
- 調剤後の確認
- 注射薬の1施用ごとの取り揃え
- 注射薬の調製・混合への関与
- 持参薬の鑑別と管理
- 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
- 院内医薬品集の整備
- 薬剤の適切な保管・管理

【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確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携がとれていない。
- 処方鑑査・調剤鑑査が適切に行われていない。
- 注射薬の1施用ごとの取り揃えが実施されていない。
- 持参薬の管理が行われていない。
- 医薬品集がタイムリーに改定がされていない。
- 病棟の薬品管理に薬剤師が関わっていない。

【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・投与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。
- ・ 薬剤の期限の管理については『4.5.2購買管理を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医薬品安全管理責任者を中心に体制を整備し、薬剤師が処方妥当性・安全性を確認。必要時は評価委員会で議論し、医療安全管理委員会で報告される。入院時は持参薬を電子カルテに記録する。注射薬は施用ごとに払い出し、抗がん剤は安全キャビネットにて薬剤師2名で調製。処方監査は調剤者と別の薬剤師が行い、時間外は時間差確認や他職種と確認。採用薬は原則1増1減を薬事委員会で検討し、抗菌薬はICTの意見を反映。各部署の在庫は看護師・薬剤師が定期確認し、使用期限も管理。医薬品情報はオンライン等で共有・更新し、最新の情報を提供。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>臨時採用薬が多く、目標品目数に向けた薬剤の採用に関する取り組みが必要である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>注射薬の払い出しトレーの仕切りを活用できるところは活用し、困難な処方、患者ごとの使用トレイ数を増やして、1施用毎を分けて取り揃えを行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制や安全管理部門との連携は、院内会議などを通じて実行されている。持参薬は、入院時に薬剤師に鑑別され、その情報は退院まで院内で共有されている。各部署の救急定数在庫薬品は、病棟薬剤師などにより管理されている。院内採用医薬品は院内webで閲覧可能で、随時更新している。新規医薬品採用は薬事委員会で必要性や安全面を協議し、院内在庫医薬品数は必要最低限としている。注射薬は1施用ごとの払い出しを行っているが、臨時オーダーには対応できていない。処方や調剤後の鑑査は、マニュアルに従って行われている。専門資格を持つ薬剤師を養成し、チーム医療に貢献している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>注射薬の払い出しトレー内の仕切りが使用されず、運搬時の振動などで混じる可能性があった。指摘を受けて、6月1日より払い出しトレー内に仕切りと小箱を使用して払い出す運用が開始された。今後の継続的な活動に期待したい。</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 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（基準値外の結果）やパニック値の取り扱い
- 検体交差が起こら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確認する。
- ◆ 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（基準値外の結果）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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の機能・規模に応じた必要な検査が実施されていない。
- パニック値を主治医に速やかに報告する仕組みがない。
- 検査の精度が確保されていない。
- 検体の交差誤認を防ぐ対応策がない。

【関連する項目】

- ・ 誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、検査中の急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルール策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、臨床検査部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 外部委託を行う検査の範囲や業者の検討、委託業者の履行確認といった委託業務の管理における一連の取り組みについては『4.4.3 効果的な業務委託を行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>検査項目の選定は、休日・夜間を含め、診療科の要望に応じて決定されている。検体検査の報告は、緊急検査で30分以内である。検査結果の報告時間は、定期的に管理者によって評価されている。検査の異常値は、再検査後、パニック値は、診療担当医師に報告している。検体検査処理プロセスは、定期的にレビューしている。内部、外部精度管理ともに確実に実施されレビューされている。検査後検体は、手順書に沿った保管、廃棄を行っている。夜間・休日は、緊急検査体制を敷いており要員の配置など、ニーズに応じた対応を実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>臨床検査部には医師1名、検査技師37名、衛生検査技師1名が配置され、検体検査部門と生理機能検査部門は国際認証を取得するなど、手順書の整備、定期的マネジメントレビューなどを確実に実施し、検体交差を起こさない検体検査処理プロセスが確立している。日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、石川県医師会等による外部精度管理を実施し、新しい検査方法の導入は年3回開催される検査部運営委員会で審議され、正確な検査値の迅速な臨床現場への報告に配慮している。飛沫感染・空気感染の危険がある検体は安全キャビネット内で処理するなど、安全にも配慮した検査体制を構築している。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 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】

◆ 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、日常的な業務の実施・運用状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 必要な画像について、画像診断医により読影されていない。
- 必要な画像について、ダブルチェックが行われていない。
- 必要時に速やかに画像診断が実施されない。

【関連する項目】

・誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、造影剤等の管理、転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、画像診断部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

・適応の判断や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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>放射線診断専門医がCT・MRI・核医学診断の9割以上を翌診療日までに読影し、緊急度に応じたフラグを設定。治療介入が必要な場合は依頼医に即時電話連絡。検査は電子カルテと連携したRISで受付し、案内書持参で誤認や伝達ミスを防ぎ、確認困難時は付添人等と相互確認。RISでアレルギーや腎機能も共有し、有害事象を予防。プロトコルは専門医と技師で管理・更新し、画質と被ばくを最適化。夜間・休日も当直体制で即時対応。・報告書の確認状況は月例会議で共有。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>画像検査が年々増加の一途をたどり、時間外検査においても例外ではない。当院では診療放射線技師が1名で夜間の業務を担当し、緊急検査を優先的に対応しているが、状況によってはトリアージにより検査の優先順位を判断せざるを得ないこともあり、夜間や休日におけるタイムリーな検査の実施と迅速な画像診断ニーズへの対応においては複数名での業務体制を検討する必要がある。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>放射線診断専門医29名、診療放射線技師42名、専従看護師13名の体制で、夜間休日も含め24時間対応している。CT、MRI、核医学の画像は、ほぼ100%が放射線専門医により翌日までに読影されており、緊急読影にも対応している。読影結果は緊急、重要、一般の3つに分類され、緊急と重要については主治医に確実に伝わる体制が構築されている。造影時の急変への対応、患者・部位誤認防止、撮影時の転倒防止、被曝低減、妊婦への配慮なども確実に実行されている。科内での検討会を通して、撮影の質の向上に努めており適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 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、以下の一連のプロセスが衛生的に実施されていることを確認する。
 - (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なされている。
 - (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、滅菌・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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 適時、適温で食事が提供されていない。
- 献立や食事の具体的な評価がなされていない。
- 食事の安全性に大きな問題がある。
- 栄養士、調理師の健康管理が行き届いていない。

【関連する項目】

- ・ 食事指導については『2.2.15 栄養管理と食事支援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。

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>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である。配膳には専用エレベータや温冷配膳車を使用し、適時・適温の食事を提供している。大量調理施設衛生管理マニュアルに従い、検収から調理、配膳、食器等を衛生的に管理している。365日朝昼夕の主要な食種は、患者選択メニューであり、月に1回実施する満足度調査から患者のニーズを把握している。調査結果を反映させ、学童食献立の全面改訂に取り組むなど、献立内容や給食提供体制を適宜見直し、患者サービスの向上を推進している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>食材費や人件費の高騰により、病院食の質の維持が課題となっている。大学所属の調理師の定年退職に備え、献立や作業動線の見直しを行う必要があるため、病院食の質の維持を念頭に取り組み中である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	S	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>栄養管理機能においては、温冷配膳車を導入し、専用のエレベーターにて搬送され、搬送中の衛生管理、配膳ルート、配膳車清掃は適切に行われている。作業区域における清潔・不潔は区画されている。調理済み食品2週間以上の冷凍保存、室内・冷蔵温度管理、食器洗浄・保管、職員衛生管理は適切である。盛り付けから完了から病棟まで30分以内に配膳され、食材の検収から調理・配膳・下善・食器の洗浄・保管に至るまでの一連のプロセスは適切である。2019年に厨房機器を最新調理機器に変更し、病院食を質の高いメニューを提供できるようにメニューを一新した。一新したメニューに関して喫食調査、嗜好調査など実施し、満足ポイントが大幅に向上している。365日朝昼夕の選択メニューの実施をはじめ、月2回の行事食の評判も高く、患者から食に関する感謝の言葉も多く届けられている。快適で美味しい食事が提供されていることは模範的であり高く評価できる。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 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確認する。
- ◆ 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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 必要なリハビリテーションに対応できていない。
- 関連職種の協議が行われず、療法士任せになっている。

【関連する項目】

- ・ 転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、リハビリテーション部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ 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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<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を実施している。病棟カンファレンスに参加し主治医や病棟看護師と患者情報を共有、連携を図っている。定量的な評価、使用機器の保守点検、記録の整備を行い、消耗品は担当者が管理している。3日以上の連休の場合は、当番のスタッフが出勤し、継続的なリハを実施できる体制となっている。なお、患者への自主練習などは、従来どおり病棟看護師の協力を得ている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>今年度から急性期体制の拡充のため、3連休に対する休日リハを開始した。残念ながら、スタッフ数は少ないままであり、セラピストへの業務負担は増している。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>リハビリテーション専門医3名、理学療法士14名、作業療法士7名、言語聴覚士3名の体制で、幅広い疾患に対応している。診療科のカンファレンスへの参加や病棟でのコミュニケーションにより、主治医や病棟看護師との間で情報共有が行われている。療法士の休日勤務体制を見直したことで、年末年始などの長期の休みの際も最大でも3日間の中断に留めている。機器の保守点検、患者急変を想定した準備も行われている。院内での糖尿病教室や母親学級などへの参加に加えて、地域住民向けの講演を年間に30回ほど行っている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>診療科のカンファレンスへの参加やICUに専任者を配置するなどの活動によって提供単位数は増加しているものの、介入は入院患者全体の数%に留まっている。医師、療法士のマンパワー不足の中ではあるが、より多くのニーズに応えられる体制を期待したい。</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 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。
- ◆ 診療記録の形式的な点検（量的点検）が必要な事項（診療情報）において網羅的に行われていることを確認する。
- ◆ 診療録等をスキャナなどにより電子化して保存する場合には、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに沿った現場対応が行われていることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 診療記録等が1患者・1ID番号で管理されていない。
- 患者の診療記録等が一元的に管理されていない。
- 診療記録等の検索や情報提供に時間がかかり、診療に支障が生じる。
- 診療記録の貸し出し管理等に問題があり、紛失の恐れがある。
- 診療録の形式的な点検（量的点検）が行われていない。
- 病名コーディングなど診療情報の二次利用のための環境が整備されていない。
- 診療録等の管理責任者を定めておらず、当該責任者に診療録の記載内容を確認させていない。

【関連する項目】

- ・ 診療情報等の外部への持ち出しに関する規程の整備や、目的外の診療記録へのアクセス防止策については『1.1.5患者の個人情報適切に取り扱っている』で評価する。
- ・ 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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 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。薬歴等は医療情報システムにより迅速に検索・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。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。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。診断名はICD10、手術名はKコードで整備している。		
課題と認識されている点		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 病歴室では、入院診療計画書、退院時要約などを含むチェックリストを活用し、退院全件について確認している。結果は保険委員会に報告の上、診療科にフィードバックする仕組みを構築している。チェックリストの項目に、同意書、手術・麻酔記録の項目を追加した。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みられている点 電子カルテのほか、紙カルテの管理も行われており、診療情報は1患者1ID番号で一元管理され、二重登録の防止や取違え防止にも対応している。診療に際しては診療記録が迅速に検索できるとともに、他科の診療内容等が速やかに参照することができる。診療録の貸出しは閲覧申し込みにより、院外持出厳禁として期限を設定し、期限切れの場合は督促して管理している。診断名や手術名のコーディングが行われ、診療情報の二次利用が可能となっている。システムダウン時の対応としてマニュアルを整備し、紙伝票での対応のシミュレーションが行われている。		
課題と思われる点 診療録の量的点検は、入院診療計画書、退院時要約などを含むチェックリストにより、退院全件を確認して、結果は保険委員会に報告のうえ、診療科にフィードバックされているものの、チェック項目には同意書、手術・麻酔記録などの重要な項目が含まれていなかった。指摘を受けて、チェック項目を見直し、同意書、手術・麻酔記録を含めて6月1日より運用を開始した。今後の継続的な活動に期待したい。		

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、医療安全管理部門との連携
- 医療機器の一元的な管理
- 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】

- ◆ 医療機器安全管理責任者を中心とした医療機器の管理体制が明確になっており、職員に対する研修の計画・実施・記録や保守点検の計画・実施・記録等が行われていることを確認する。
- ◆ 医療機器の配置や保守点検の状況が、医療機器管理台帳等の活用により一元的に把握されていることを確認する。
- ◆ 定期点検については、実施者、点検内容、スケジュールを定めた保守点検計画書に基づいて実施されていることを確認する。
- ◆ 実際に使用する職員への教育・研修や、機器の使用・管理手順のマニュアル作成に対する臨床工学技士の関与を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療機器の所在や保守点検の状況が一元的に把握されていない。
- 休日・夜間にトラブルが生じた場合の対応体制がない。
- 医療機器の安全使用に向けた取り組みがなされていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 主要な医療機器は中央管理にて一元管理し標準化を行っている。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返却時の点検の他、一定期間ごとに測定機器等を用いて定期点検を実施し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24時間交代勤務を行っており、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。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 診療科に配置された超音波検査装置について、ME機器管理センターで保守・管理を一元化した。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 ME機器管理センターに臨床工学技士が18名在籍し、手術部・集中治療部・血液浄化療法部・光学医療診療部等に配置され、2交代で24時間対応を行っている。医療機器安全管理責任者はセンターを統括し、医療機器安全管理委員会を毎月開催するなど医療安全管理部との連携を密に行っている。また、輸液ポンプ・シリンジポンプ・人工呼吸器等主たる医療機器は一元管理され、使用毎の点検に加え、定期点検も年間計画に従って確実に行われている。さらに、新規医療機器導入時等の職員研修も適宜に行われている。医療機器管理機能は適切に発揮されている。		
課題と思われる点 各診療科配置の超音波検査装置についても、保守・管理の一元化を進めていくことが期待される。		

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・規模に応じて医療機器・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】

- 使用済み機器・器材の洗浄・消毒の中央化
- 滅菌の質保証
- 既滅菌物の保管・管理
- 作業環境の整備

【本項目のポイント】

- ◆ 洗浄がやむを得ず中央化されていない場合には、使用部署での一次洗浄の実施状況を確認する。
- ◆ 各種インディケータが使用され、滅菌の精度保証が確実に実施されているかを確認する。
- ◆ 洗浄、消毒、滅菌を行う医療機器・器材とその特徴・特性に応じた洗浄、消毒、滅菌方法が明確に定められていることを確認する。
- ◆ 洗浄、消毒、滅菌等の上限回数が定められている医療機器・器材については、その回数が管理されていることを確認する。
- ◆ 単回使用医療機器（SUD）の再使用については、「製造販売業者によって再製造されたSUD（再製造SUD）」の使用に限定するなど、どのような安全性への配慮が行われているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 洗浄時や搬送時の汚染拡散防止に配慮されていない。
- 滅菌の質が確認されていない。
- 既滅菌医療器材が使用前に再汚染される可能性がある。

【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、高温高圧蒸気滅菌装置の取り扱いなどにおける職員の安全性の確保については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 『医療現場における滅菌保証のガイドライン2021』に則り材料部業務を行い、洗浄評価、滅菌器の運転適格性確認（OQ）・稼働性能適格性確認（PQ）を行っている。実務を行う委託職員の教育については業務手順を定め、感染防止など定期的な学習会を行い業務遂行能力の向上に努めている。前回受審時に部署における一次洗浄として課題にあげられた口腔外科器材23品目については、添付文書を確認し材料部での洗浄が可能な器材は全て材料部で洗浄を実施している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 外来の歯科口腔外科において洗浄・滅菌を行っていら23品目について、材料部での洗浄・滅菌へ変更した。 ●ディスプレイ製品に関する事項 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。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 使用済み器材類の洗浄・滅菌業務は、呼吸器外科部長のもと、材料部看護師長の管轄下で行い、各部署への搬送と提供が行われている。洗浄業務に関しては、高性能洗浄器と手洗浄により行われ、STFロードチェックにより洗浄評価がなされ、耳鼻科プローブの洗浄も実施している。滅菌の質保証については、物理的・化学的・生物学的インディケータ（毎日1回）を用いた適切な対応がなされている。リコール規程もあるが、実績はみられない。また、滅菌物の在庫管理においても適切に実施されている。なお、委託業者の責任者と連携も取っており、月1回協議の場を持ち情報共有に努めるとともに、問題発生時は直ちに相談ができて解決されている。洗浄・滅菌機能は適切である。		
課題と思われる点 歯科・口腔外科外来において23品目の洗浄・滅菌が行われているが、材料部での洗浄・滅菌への変更を検討しており、実現を期待したい。		

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】

- 検体交差が起こら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、病理診断の体制や機能のあり方を総合的に確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の機能に応じて病理医が確保されていない。
- 必要時に術中迅速検査が実施されていない。
- 病理診断の記録や標本が適切に保管・管理されていない。
- 検体の交差誤認を防ぐ対応策がない。

【関連する項目】

- ・各診療科からの画像データ提供の依頼に対し、個人情報保護に配慮した対応が行われているかについては、『1.1.5患者の個人情報を適切に取り扱っている』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。
- ・誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、病理診断部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・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。
- ・病理診断を含め、外部委託を行う範囲や業者の検討、委託業者の履行確認といった委託業務の管理における一連の取り組みについては『4.4.3効果的な業務委託を行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>病理検査の全工程でバーコード管理を徹底し、検体ごとに写真撮影を実施、交差時の識別が可能である。病理医4名中2名は専門医で迅速診断に対応、報告書は必ず2名でダブルチェックし発行している。診断遅延防止のため経過日数をモニタリングし、未読管理は医療安全管理部と連携し、緊急報告は診断医が直接依頼医に連絡している。報告書や標本は電子カルテや病理部門システムから参照可能である。毒劇物は記録簿で出入管理し、作業環境測定は6ヶ月に一度実施、管理区分1を維持継続している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>パラフィンブロック標本はいつでも追加検査に対応できるよう現時点では永年保存としているが、保管スペースが切迫しておりスペース確保が今後の課題である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>病理部には常勤医4名のほか、臨床検査技師6名（5名が細胞検査士）、衛生検査技師（薬剤師）1名、事務1名が配置され、年間8,000件を越える細胞診、9,000件を越える組織診を行っている。病理検査は全行程バーコードで管理され、検体交差を起こさない体制を構築している。他院からの病理標本、薄切検体も適切に管理している。切り出しの工程で検体の写真撮影を行い、検体交差が起きた際にも確認作業ができる運用としている。細胞診は陽性・陰性にかかわらず全例病理医が確認し、病理報告書は病理専門医がダブルチェックを行っている。診断が難しい症例は病理学会のコンサルトを利用し、病理診断結果の未読既読管理は医療安全管理部と共同で行っている。臨床診断と異なり悪性所見が見られた際など、緊急を要する報告は診断医が臨床医もしくは診療科長に迅速に連絡する体制を構築している。標本は適切に保存・管理され、毒劇物は記録</p> <p>課題と思われる点</p> <p>夜間休日を含め時間外は病理検体の受付を行わず、現場保管となっている。紛失・ラベル張り忘れなどのリスクを減らす上でも、時間外の受付方法については再検討が期待される。</p>		

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・認定医などの関与を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 放射線治療医が治療計画の作成とシミュレーションに関与していない。
- 放射線治療医により計画線量が確認されていない。
- 放射線治療機器の保守・管理および点検・校正が適切に行われていない。
- 放射線治療用同位元素が適切に管理されていない。

【関連する項目】

・誤認防止対策や転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、放射線治療部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
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、放射線治療専門技師4名、医学物理士2名、品質管理士1名を含む診療放射線技師7名が配置されている。各診療科と合同カンファレンスを行い、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、照射部位の確認を専門医・医学物理士・放射線治療専門技師・専従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、体表皮膚マーキングを行わず、正確なポジショニング、照射を行っている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 放射線治療専門医3名、放射線治療専門技師5名（医学物理士2名）、専従看護師6名の体制で、年間650件の放射線治療を行っている。IMRTにも対応しており、現在は3割強を占めている。治療計画は放射線治療医と専門技師により作成され、説明と同意が行われている。計画の検証、照射前の問診、患者・部位・照射線量の確認が、多職種の参加により確実に行われている。光学式トラッキングシステムの導入により、照射部位精度の向上などの効果をあげている。機器の品質管理は日、週、月、年単位で計画的に行われており、放射線治療は適切に実施されている。		
課題と思われる点 特記なし。		

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
- 使用された血液製剤の記録・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を確認する。
- ◆ 廃棄率の低減への努力を確認する。
- ◆ 他部門が輸血・血液製剤を保管されている場合における、輸血・血液管理部門の関与状況を確認する。
- ◆ 輸血・血液管理部門の保冷库等から払い出された血液が、適切に使用または廃棄されているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 責任医師が実際に輸血業務を監督・指導していない。
- 必要時に輸血用血液製剤がタイムリーに使用できない。
- 輸血用血液製剤が適切に保管・管理されていない。
- 出庫された製剤を速やかに使用しなかった場合の対応が適切でない。
- 使用された製剤のロット番号などが適切に記録・保存されていない。
- 輸血用血液製剤の使用状況や廃棄率などが把握・検討されていない。

【関連する項目】

・誤認防止対策や感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの方策や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、輸血・血液管理部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

・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。

・厚労省の各種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のうち、診療記録については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>2023年4月I&Aを取得、安全で適正な輸血医療に取り組んでいる。専任の責任医師を配置し、輸血療法専門委員会を年6回開催し、評価表を用い院内ラウンドを実施、適正使用の推進と安全対策を行っている。輸血業務は専従の輸血部検査技師が管理し、検査部と合同で24時間払出を実現、緊急輸血や様々な問題に対応している。血液は自記式温度記録計付きの保管庫で保管し、自己血は専用の冷蔵庫で保管している。ICU等の専用保管庫は輸血部が管理している。アルブミンの個人使用データを抽出し、責任医師が確認の上、必要に応じ輸血療法専門委員会での検討している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>アルブミン製剤の管理についてWGを立ち上げ、現状調査を実施し、移行に向けて準備を行った。特にシステムの構築が課題であり、現在関係部署およびシステム会社と検討中である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>2023年4月にI&Aを取得し、より安全で適正な輸血医療に取り組んでいる。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>アルブミン製剤の管理についてWGを立ち上げ、薬剤部から輸血部に移行する方針を決定した。移行するにあたっての現状調査を実施し、移行に向けての実務的な準備を開始した。特にシステムの構築が課題であり、現在関係部署およびシステム会社と検討中である。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>専従の責任医師のもと、輸血部所属の5名の臨床検査技師が輸血関連業務を担っている。夜間は臨床検査部の協力を得ながら、24時間体制で、輸血用血液製剤の発注・血型判定・交差試験・払い出しを手順に則って行っている。保管用冷蔵庫・冷凍庫も整備され、自己血採血室に認定看護師も関わる体制となっている。また、輸血療法専門委員会が隔月で実施され、適正使用の促進や廃棄率の低減に努めている。輸血・血液管理機能はおおむね適切に発揮されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>現行では薬剤部で行われているアルブミン製剤の管理を輸血部で行う仕組みにするなど、適正な輸血医療の実践により関わっていくことが求められる。</p>		

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】

- ◆時間外におよ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機能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、日常的に時間外におよ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。
- ◆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、手術の種類、時間外におよぶ予定手術の頻度など、総合的な観点から確認する。
- ◆特定行為研修修了者が一部担当する場合の手順書を確認する。
- ◆麻酔覚醒時の安全性確保については、回復室やリカバリーフロアのモニタリング環境とともに、覚醒の判断基準や抜管基準、帰室基準などを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者安全に配慮したスケジュール管理が行われていない。
- 手術に応じた清潔管理が適切に行われていない。
- 常態として、麻酔担当医が麻酔中に患者から離れることがある。
- 術中の患者観察が適切に行われていない。
- 麻酔から回復時の観察が適切に行われていない。

【関連する項目】

- ・誤認防止対策や麻酔などの管理、感染防止対策、周術期の予防的抗菌薬使用等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、手術室内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ホルムアルデヒドを取り扱う際の健康障害防止策については『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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 手術室管理責任者の手術部長が随時手術部運営委員会を開催している。手術スケジュールは手術部門調整システムを利用の上、手術部と外科系各科が調整を行い円滑に運営している。HEPAフィルターは年1回流量測定を実施し、空気清浄度でISO14644-1クラス6、クラス7を確認している。麻酔科専門医が手術室全体の麻酔管理に責任を持ち、麻酔科専門医・標榜医・特定看護師が必ず1名以上常に術中管理に従事しモニタリングしている。患者情報を共有するサインインやタイムアウト、サインアウトを徹底し、覚醒時は手術室運営マニュアルに従いグラスゴー・コーマ・スケールを基準に、安全な覚醒退室を行っている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 バイオクリーンルーム2室、陰圧切り替え室1室、外来手術室3室を含む15室の手術室が整備され、麻酔科常勤医師13名、看護師55名（手術看護認定看護師2名）、兼任臨床工学技士18名で年間4,000件を越える全身麻酔手術など多くの手術症例に対応している。毎週水曜日に翌週の手術予定がたてられ、緊急手術用に必ず1室を予備として確保している。不定期に開催される手術部運営会議などで各診療科との調整を図りながら、確実なスケジュール管理を行っている。手術室内は清潔エリアと不潔エリアが交差しない構造となっており、HEPAフィルターは流量測定を実施し、年1回空気清浄度測定を実施して環境整備に配慮している。全ての全身麻酔手術を麻酔標榜医師が行ってはいないが、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、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		
課題と思われる点 特記なし。		

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】

- ◆ 人員配置の適否は、取り扱う疾病や患者数、稼働状況、有給休暇取得率、残業時間などで確認する。
- ◆ 他部署からの看護師の応援体制も確認する。
- ◆ 医師の判断が24時間体制で得られる状況にあることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 常時（24時間365日）対応する医師がいない。
- 病院（集中治療部門）の機能に応じた各種医療機器が整備されていない。
- 入退室基準が明確になっていない。
- 入退室基準が遵守されていない。

【関連する項目】

・誤認防止対策や麻薬などの管理、医療機器の使用状況、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、集中治療部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 入室基準は集中治療部概要に明示され、集中治療の適応外も明確化されている。入室は診療科担当医からの申し込みを受け、部長もしくは副部長が決定する。ICUで診療を担当する医師は、集中治療部専任医師、診療科受け持ち医師および部長より委託されたものとし、集中治療勤務医は二交代制で24時間在籍している。生体モニター、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどは全病室に整備され、必ずMEの始業点検がなされている。MEも交代制のため24時間問わず、点検が可能である。集中治療に必要な透析や体外循環なども整備されている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 22室の集中治療室では、救命センターからの入院患者、小児外科を含めた術後患者、院内発生の重症患者などに対応している。新設された感染症病床への配置転換などがあり、現在は麻酔・集中治療学の医師12名、看護師70名、専従薬剤師1名、専従理学療法士2名が配置されている。院内で活動している集中ケア認定看護師4名のうち2名が集中治療室で質の高い看護を展開し、完全クローズドICUとして機能している。ビルトインタイプの人工呼吸器がすべての病床に整備され、血液浄化装置、内視鏡などの機器は専任臨床工学技士により管理されている。毎朝のカンファレンスでは集中治療室専従医師、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おり、入退室基準は明文化され、遵守されている。集中治療機能を適切に発揮している。		
課題と思われる点 特記なし。		

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
- 救急患者への対応体制の整備
- 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】

- ◆救急患者の受け入れ方針・手順や救急担当部門・病棟間の連携手順が整備され、院内外に周知されていることを確認する。
- ◆救急患者に対応する体制が整備されていることを確認する。
- ◆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のある場合の対応手順・方法が明確になっていることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の規模や機能に応じた受け入れ方針が明確になっていない。
- 病院の規模や機能に応じた救急対応のスタッフが決められていない。（時間外も含める）
- 自院での受け入れが困難な場合に適切に対応されていない。
- 緊急入院を必要とする患者が円滑に入院できない。
- 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可能性を適切に検討し、疑いのある場合に報告していない。
- 救急科を標榜しているにもかかわらず、重篤な救急患者を受け入れるための救急医療教育及び研修が行われていない。

【関連する項目】

・本項目を評価の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療を受けることができる』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 石川県の三次救急医療機関として、地域の医療機関と連携し重症患者を中心に救急車、ドクターヘリ等を受入れ、2022年3月ドクターカーを整備、同年4月救急救命士1名を配置した。専従の医師・看護師（救急科専門医、救急看護認定看護師含む）が常勤し、重症症例にはICUで、集中治療が必要ない症例は各診療科病棟で適切な治療に繋げている。虐待や配偶者間暴力を疑う際の各種マニュアルや病院内外の支援組織への連絡体制を整備し、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、病院研修に対応している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組みされている点 2021年2月に循環救急蘇生科学講座が新たに設置され、三次救急医療機関として石川県内の救急医療における最後の砦としての機能を拡充した。医師9名、救急看護認定看護師1名を含む看護師8名が配属され、循環器疾患、外傷症例など、地域の基幹病院と連携しながら確実な救急医療を展開している。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も対応し、90%を越える応需率を達成している。施設にはヘリポートが設置され、ドクターヘリ等の要請にも応じている。入院が必要な重症症例は集中治療室で各科医師の協力のもと集学的治療が行われ、集中治療が必要ではない症例も各診療科がそれぞれの病棟で適切な治療を提供している。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も整備・運用されており、JATEC、ACLS、PNLSを始めとした救急医療教育・研修		
課題と思われる点 特記なし。		

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

4 1 1 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている

【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
- 理念・基本方針の施策への反映
- 理念・基本方針と整合性のある中・長期計画等の策定
- 職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知
- 病院の将来像や運営方針等の職員への明示

【本項目のポイント】

- ◆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。
- ◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 理念と基本方針のいずれも明文化されていない。
- 病院の将来像が職員に提示されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>基本理念等は、玄関・各病棟の掲示、患者向け広報物、Webサイト等で広く周知している。職員には、改正時に会議で説明し、全員にメール通知を実施している。併せて、医療スタッフマニュアルの冒頭に掲載し、常時確認できるようにしている。令和6年度に策定した「金沢大学附属病院改革プラン」においても、基本理念・基本方針を踏まえ、社会や医療を取り巻く環境の変化にも柔軟に対応しながら本院が果たすべき役割と機能を明記している。同プランは全職員に通知の上、Webサイトで公表している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>病院の理念と基本方針は明文化され、基本方針に関しては必要に応じて見直しが行われており、直近では2019年にそれまで4項目であった基本方針に新たな内容が追加され、現在は5項目としており検証もなされている。基本方針等は、院内各所に掲示され、ホームページ等も用いて広く周知しており、改訂が行われた際には職員全員にメールでその内容を配信するなど、職員への周知も適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

4 1 2 病院運営を適切に行う体制が確立している

【評価の視点】

- 病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備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評価の仕組み
- 病院運営の意思決定会議の実態
- 病院の組織構造と指揮命令系統を示す組織図や職務分掌の整備
- 病院運営に必要な会議・委員会の実態
- 組織内への決定事項の周知と遵守状況

【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。
- ◆ 組織図は実態を反映していることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 幹部職員、特に病院長の権限が明確でない。また、病院幹部の組織運営状況に対する監督や評価がされていない。
- 意思決定会議が定期的には開催されていない。
- 組織図や職務分掌が明確にされていない。

【関連する項目】

・ 幹部職員の選任過程については、病院の管理運営体制の適切性を評価するために本項目で評価する。幹部職員以外の人事については『4.2.2人事・労務管理を適切に行っている』で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>病院長は金沢大学附属病院長選考規程により選出され、選考基準は病院Webサイトで公開している。病院長は法人の副学長に指名され、評議会構成員として意見を述べ、法人の定める教員評価規程により評価される。病院長は病院業務を統括し、病院長が指名する副病院長、任命する病院長補佐と各診療科長、中央診療施設長等から構成される病院運営会議を毎月開催し、人事、予算、管理運営等に関する重要事項を決定している。同会議は医局長会議として同時Web配信されている。さらに、重要事項は、適宜メールで院内全職員に通知している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>病院長は毎年病院事業方針を作成し、目標について職員に示して病院運営に努めている。「病院事業・経営に関する報告会」を開催し、若手職員を中心に病院の現状と課題を説明し、病院長が考える将来像などについて話をするなど、積極的に将来像が語られている。また、病院三役は現状の把握に努め、問題点を抽出しその解決に向けた努力を継続的に行っており、リーダーシップの発揮具合は評価できる。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

4 1 3 計画的・効果的な組織運営を行っている

【評価の視点】

- 病院組織が計画的・効果的に運営されていることを評価する。

【評価の要素】

- 中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定と実績評価
- 部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価
- 職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための活動や取り組み
- 運営上の課題解決に向けた目標管理への関わり

【本項目のポイント】

- ◆ 病院長、副院長、看護部長、事務部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、現在までの取り組み状況を確認する。
- ◆ 病院幹部職員の会議・委員会等への参加状況を確認する。
- ◆ 目標設定や目標管理への関わりなど職員の就労意欲を高める工夫を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 組織が計画立案、実施、達成度評価のサイクルで運営されていない。
- 病院幹部職員が現在抱えている病院の課題を認識していない。
- 課題解決に向けた手立てが講じられていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 6年間の中長期計画である本学未来ビジョン志に沿い、本院でも個別施策を策定している。短期的にも「部局の運営目標」を毎年度設定し達成状況を評価。さらに、病院独自の中長期計画として将来構想WGが令和5年度に「10年後を見据えた附属病院の研究・教育・診療の在り方」を策定、これを踏まえ令和6年度に「附属病院改革プラン」へ発展させ、年度評価と次年度の目標・課題を明確化している。また、執行部と診療科間に対話の場を設け、経営データを共有。要望には病院長が対応方針を示し、職員の意見反映と勤労意欲・経営参画意識の向上を図っている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 各委員会で作成したマニュアルについて、文書管理部署を中心に更新状況を把握するとともに、病院業務支援Webサイトにマニュアル等管理簿を掲載し、全職員が院内で活用されているマニュアルを閲覧できるようにした。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
適切に取り組みされている点 病院長の選任は、学長の下にお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、病院の経営状況などを説明し、評価されている。中・長期計画が策定され、毎年評価が行われており、長期的な改革プランの策定に反映している。2019年には内科を統合、翌年には外科を統合し、臓器別に再編成し、効果的な臨床力と研究力の向上に向けた取り組みがなされている。リスクに対する病院の機能存続計画も策定されている。		
課題と思われる点 病院運営の骨子を策定する組織の実態として、委員会などが活動しているものの、安全や感染管理などのマニュアルと現場の状況との乖離があり、各診療科がそれぞれ物事を決定している状況が確認された。指摘を受けて、院内の監査体制を整備し、各委員会で作成したマニュアルと現場の状況の乖離をなくすべく、各種の監査の実施を開始する予定であり、今後の監査結果が待たれるところである。なお、各委員会の議事録は院内Webで全職員が閲覧可能とし、周知に努めている。		

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

4 1 4 院内で発生する情報を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
- 診療情報の管理・責任体制とセキュリティ対策
- 情報システムの導入・活用・更新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確認する。
- ◆電子カルテやオーダリングシステム、また、看護、検査、リハビリ等の部門システム、さらには医療安全や経営分析システムといった多様な場面で発生する情報の活用状況について確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の診療に関する情報の二次活用が全くなされていない。
- 診療情報が真正性を確保された状態で保存されていない。
- 診療情報が法令で定められた期間保存されていない。
- 保存されている情報を容易に見ることができない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点 病院情報システム運用管理規程を整備し、サーバー室の安全管理、パスワード管理など、データの真正性、保存性を確保し、情報の管理・活用の方針を明確に定めている。 セキュリティ対策や事案発生時の対応体制の確認は毎年、内閣サイバーセキュリティセンター主催の全分野一斉演習に参加している。令和7年度は厚生労働省「サイバーセキュリティ確保事業」に参加し、第三者の視点で医療情報システムと外部ネットワーク接点の安全性を調査・検証を行い、さらに安全性を高めていく予定である。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点 病院情報システム運用管理規程を整備し、サーバー室の安全管理、パスワード管理など、データの真正性、保存性が確保されており、情報の管理・活用の方針は明確である。院内で取り扱う情報の統合的な管理は、医事課診療情報管理係が担当している。患者の診療に関する情報は、病院経営に資する資料として作成し、経営改善委員会などで分析・検討しており、情報管理に関しては適切である。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>		

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

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】

- 文書管理規程の整備
- 管理責任部署または担当者の明確化
- 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】

- ◆規則、規程、マニュアル等の院内文書の承認の仕組みと周知方法が適切であるかを確認する。
- ◆文書が文書管理規程に則って、管理簿を用いるなど工夫して実際に管理できているかを確認する。
- ◆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、本項目で確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

○文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがない。

【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。
- ・個々の文書の作成と承認、文書の内容の適切性については、それぞれ該当する評価項目で評価する。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 各委員会等で作成したマニュアルについて、文書管理部署を中心に更新状況を把握し、定期的に見直しを図っている。院内規程についても管理部署において適正に管理され、関係委員会、病院運営会議等の承認を経て改正等を実施している。また、病院業務支援Webサイトにマニュアル等管理簿や院内規程等を掲載し、全職員が院内で活用されているマニュアル及び院内規程等を閲覧できる環境を整備している。事務文書については、大学法人の定める「国立大学法人金沢大学法人文書管理規則」に則り、適切に管理、保存、廃棄等を実施している。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 金沢大学附属病院文書管理要項を策定し、総務課長による一元的管理体制を整備した。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	C	
適切に取り組みされている点 大学の文書管理規則、文書処理規則、文書ファイル保存要領に基づき文書管理を行っている。電子カルテに掲載している文書は、医事課診療情報管理係で管理している。各種規程、委員会規程、議事録などは、会議に諮って、総務課で管理している。マニュアル、手順書などで、電子カルテに掲載していない文書は、決裁して作成の各部署で管理している。		
課題と思われる点 文書管理規則に病院の医療関係文書の管理について規定されているが、管理は各部署などで行われていた。指摘を受けて、病院の運営に関する文書について規程を見直し、一元的管理者として病院部総務課長をあてたところであり、運用はこれからである。今後、一元的管理に向けて確実に運用が開始されるよう、引き続き改善が求められる。		

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】

- 病院が期待される役割・機能を発揮できるよう、人材を確保していることを評価する。

【評価の要素】

- 診療機能に必要な人材の検討
- 採用計画の策定と実施
- 各部門・部署に必要な人材の確保
- 人材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（病理医、麻酔科医、放射線科医、診療情報管理士、医療ソーシャルワーカー（MSW）、精神保健福祉士（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。
- ◆ 離職率が高い場合や、有給休暇取得率・総勤務時間が職種間でのばらつきが大きい場合には、理由と改善策の検討・実施状況を確認する。
- ◆ 法人本部等で必要な人材の検討や定員の設定、採用が行われている場合でも、病院としての意見が取り入れられる仕組みを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 医療法による標準人員が満たされていない。
- 届け出た施設基準の必要人員が満たされていない。
- 病院機能に見合った専門職種が確保されていない。
- 業務の実態や勤務体制に見合った人材が確保されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 診療機能強化や新組織への対応、働き方改革や配置適正化の観点で踏まえ、関係部門とのヒアリングを通じて、職種ごとに必要人員・配置を検討する等、組織として計画的な採用・増員を実施している。医療技術者は大学本部との調整の下、計画的な増員配置を実施しており、今後の配置方針検討のため新たにWGを設置した。事務職員は、病院事務機能強化のために設置した独自の選考採用制度で採用する「病院専門職」として、高い専門性を持つ人材を選考・配置し、段階的な業務経験を経て中長期的に病院経営に関わる人材へ育成している。		
課題と認識されている点 特記なし		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 救急救命士と認定遺伝カウンセラーの採用を検討し、各1名採用した。採用計画については、法人本部に報告し、継続して増員を要望している。		
課題と認識されている点 病院の規模・機能や地域医療との役割を鑑み、適正な人員配置について「附属病院将来構想2024-2028」を策定に係るWGを立ち上げ、検討している。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
適切に取り組みされている点 医師、薬剤師、看護師などについて、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。人事管理は大学人事課が担当しており、毎年、増員を要望している。任期付職員の常勤化枠を大学に要望し、制度化して人員確保に努めている。		
課題と思われる点 病院の規模・機能や業務量に照らし、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士のほか、診療情報管理士の増員が課題である。また、病院運営に重要な役割となる事務職員についても増員が課題であるとともに、病院運営に関わる事務専門職の養成、確保も課題である。		

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】

- ◆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。
- ◆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。
- ◆「時間外・休日労働に関する協定」（36協定）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ることを確認する。
- ◆昇任・昇格、給与や賞与等が、組織的に検討されていることを確認する。
- ◆職種別の時間外労働時間、日直・宿直の回数、連続勤務の制限、オンコール体制の実態などが把握され、各職種において無理のない環境で就労していることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 就業規則等の整備が不十分である。
- 就業規則等が労働基準監督署に届出されていない。
- 採用、昇進・昇格、異動などの人事管理が適切に行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>各種規則等を整備し、採用・昇任・昇格等の人事管理を適切に実施している。育児・介護休業、短時間勤務、再雇用も制度化し、規則類は大学Webサイト及び院内専用サイトで閲覧可能である。36協定は毎年度見直し、労働環境を適正に管理している。また、大学本部と連携し、人事給与管理や就労管理等の全学共通システムを適切に運用している。医師の労務管理は、令和4年度から医師の労働時間短縮計画を策定の上、勤怠管理システムを導入している。これにより労働時間等を可視化するとともに、分析結果は計画の見直しにも活用している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>勤務時間等に関する就業規則や給与規程などを整備し、時間外労働に関する「労働基準法36条」に基づいた協定を締結し、労働基準監督署に届けている。就業規則や給与規程などは、院内Webで閲覧できるようにしており、職員に周知している。出退勤はカードリーダーにより記録し、出勤簿で管理しており、人事・労務管理は適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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
- ハラスメントへの対応

【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確認する。
- ◆ 非常勤医師が主たる勤務先で、直接患者に接する派遣職員・委託業務従事者が派遣元、委託先で受診した健康診断の結果が把握されていることを確認する。
- ◆ 安全面・衛生面の観点から、温度・湿度への配慮や、抗がん剤の調製・混合環境や投与時の曝露対策および汚染時の対応、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、休憩室、宿直室、仮眠室の整備、必要な資格者・責任者等の配置について確認する。
- ◆ 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ことを確認する。
- ◆ 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確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 衛生委員会が開催されていない。
- 健康診断の受診率が低い。
- 労働中の事故について労災保険（公務災害）の適用が行われていない。
- 必要な職員のワクチン接種が行われていない。
- 職場環境の適切性が確保されていない。（EOG、ホルムアルデヒド等）
- 抗がん剤の調製・混合・投与時における曝露予防対策が徹底されていない。
- ハラスメント防止に対する方針、相談窓口がない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>安全衛生委員会を毎月開催し、一般定期健診受診率100%を維持、特殊健診も確実に実施。勤務中の事故対応は医療スタッフマニュアルに掲載し、労災手続きも適切に実施。職業感染対応として、抗体保有状況を管理し、医療スタッフマニュアルに自己情報の記載を促す仕組みをニュースレターで周知。インフルエンザワクチンの無料接種機会も提供。メンタルサポートとして、ストレスチェックや産業医等による面接体制を整備。ハラスメント対応は、大学の体制に加え、病院として令和6年度にカスハラ基本方針を策定・公表した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>職業感染について、院内感染対策マニュアルの対応フローを見直し、改訂に向けて取り組んでいる。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>安全衛生委員会を設置し毎月1回開催し、各職場を巡視して労働環境の改善に努めている。全職員の健康診断を確実に実施し、非常勤医師の健康診断受診も確認している。ホルムアルデヒドの使用場所の環境測定も年2回実施しており、測定結果は適切である。労務災害の手続きは「医療スタッフマニュアル」で周知して、適切に処理している。肝炎ウイルス検査やワクチン接種などの職業感染への対応、職員の精神的なサポートも適切に行っている。院内暴力対策マニュアルを作成し、警察OBも配置し、院内で発生する暴力に対応できるようにしている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- ◆職員の意見や要望を把握する方法と、収集された意見・要望への対応が組織的に検討され、実施されていることを、改善の実績と合わせて確認する。
- ◆職員の就業支援に向けた具体策ならびに活用状況を確認する。
- ◆職員の福利厚生に関する取り組み状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 職員が意見を述べる機会もなく、要望が把握されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点 病院長が診療科ヒアリングを継続実施し、現場の課題や要望を把握している。また、医療技術者連絡会議や女性職員懇談会を定期開催し、意見交換を行っている。収集した意見や要望は組織的に検討し、職場環境改善につなげている。職員のキャリア形成支援として、毎年ワークライフバランスをテーマに県医師会と連携したセミナーを開催し、就業継続や働き方の工夫を学ぶ機会を提供している。令和6年度にはダイバーシティ推進機構が「はあざみサロン」を新設し、職場環境改善等に向けた意見の共有や情報交換を図っている。		
課題と認識されている点 特記なし。		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
アピールしたい点 特記なし。		
課題と認識されている点 特記なし。		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
適切に取り組まれている点 職員が明るく元気に働けるような職場環境の整備を目標として、診療科ヒアリングや運営会議、医療技術者連絡会議、女性職員等懇談会などにより職員の意見、要望を把握している。きれいな大学病院の環境整備では、敷地内にドウダンツツジ、玄関前にキリシマツツジと赤松を植樹し、職員確保では任期付医療系職員の常勤化枠の制度化、また、院内会議のペーパーレス化による事務職員の負担軽減を実施している。職員の就業支援に向けて、全当直室のマットレス交換と空気清浄機の設置、学童保育や病児保育の開設、妊婦用駐車場などを整備している。職員にとって魅力ある職場となるよう積極的に努めており、評価できる。		
課題と思われる点 特記なし。		

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】

- ◆全職員を対象とする教育・研修の計画、実施状況、出席率、欠席者への対応、研修効果の評価・活用について確認する。
- ◆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。
- ◆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、ハラスメントなどの教育・研修の実施状況を確認する。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。
- ◆委託業務従事者や派遣職員、ボランティアの教育・研修への参加状況を確認する。
- ◆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。
- ◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 継続的な教育研修を統括する部門・体制の整備がない。
- 必要性の高い課題に対する教育・研修の実績がない。
- 医療安全、感染制御、医療の倫理、個人情報等に関する教育・研修が定期的に行われていない。
- 研修者の理解度を客観的に把握し、理解度に応じて研修者を支援する仕組みなどの教育・研修効果を高める努力・工夫を行っていない。
- 職員が必要とする情報を速やかに入手できる仕組みがない。

【関連する項目】

・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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>教育研修委員会が全体を把握した上で、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、全職員対象の研修を計画的に実施しており、e-learningを活用して全職員が必ず受講できる体制を整えている。職員への入職時研修に加え、委託業者・派遣職員・実習生に対しても、医療安全・感染対策・個人情報保護に関する資料配付を行い研修を実施している。また、自治体や医師会等が実施する研修は都度案内している。敷地内の医学図書館では、電子ジャーナル閲覧や文献検索が可能なオンラインサービスも利用可能である。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>全職員を対象とした教育・研修は、教育研修委員会で前年度の開催実績、研修プログラムを確認し、翌年度計画を作成して実施している。個人情報保護研修、接遇研修、ハラスメント研修のほか、医療安全対策研修、感染管理研修などを開催している。研修に参加できなかった職員には、e-ラーニング、DVD研修を実施している。院外の学会や研修会への参加費や旅費を病院で負担している。図書室には必要な雑誌、書籍等が確保され、電子ジャーナルの閲覧や文献検索が可能で、平日は22時まで土曜は17時まで利用できる。職員への教育・研修は適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>委員会は年1回開催しているものの、研修は職員の育成、能力開発などに重要であることから、研修プログラム、開催状況、参加者の状況などについて、委員会としてより積極的な関わりを期待したい。</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】

- ◆各職種における人材育成の方針や仕組みを確認する。
- ◆人事考課や個人別目標管理システム等の中で、個々の職員の能力評価がどのように行われているかを確認する。
- ◆各々の部門・部署で必要な教育・研修などを受けることができる仕組みを確認する。
- ◆専門分野の資格取得に対する支援、模擬患者の参加やシミュレーター等を活用した研修など、能力開発に向けた具体的な取り組みを確認する。
- ◆中心静脈カテーテル留置（CVC）、静脈注射（IV）などの侵襲的な行為を含め、院内で評価・認定している行為を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 職員の能力、技術を高める人材育成の仕組みがない。
- 能力評価の仕組みがない。
- 侵襲的な行為に関する訓練、行為者の評価・認定の仕組みがない。
- 中途採用者に対する個別教育プログラムがない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>規則等に基づき、教員、研修医、専攻医、医療技術者、事務職員ごとに評価を実施している。教員は大学の教員評価実施要綱、医療技術者及び事務職員は大学の勤務評定実施要綱に基づき、毎年度評価を行っている。侵襲を伴う医師の技術・技能について、臨床研修ではPG-EPOCによる基本的臨床手技評価、専門医研修では指導医による評価を受け、各制度に則り客観的に技術・技能を把握している。また、大学院進学支援や金沢学術アカデミーの設置、看護師特定行為研修やシミュレーター研修の実施等、職員の能力開発を多角的に推進している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>シミュレーターを活用した医師の能力開発を継続しており、個々人の能力について診療科長が適切に把握している。また、働き方改革と連動し、専門看護師、認定看護師の育成も継続して実施している。その他、病院又は大学支援のもとに職員は積極的に各種資格取得を目指している。研修参加中は、人員不足等をカバーし研修に参加しやすい環境づくりに努めている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>医師については、病院長・各診療科長等により専門医資格・診療実績が把握され、個々の能力評価を行っている。今後、働き方改革の対応も含め、能力に応じた役割や業務範囲の設定を行っていく。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>医師、歯科医師は、各学会の専門医制度に基づいた評価を行っている。また、大学の教員評価実施要項に基づいて、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領域において診療科責任者による評価が行われている。看護師は、高度飛翔看護師育成プログラムのもと、臨床看護実践能力段階（ラダー）により評価が行われ、専門性の高い看護師の育成を目指している。また、病院として専門看護師・認定看護師の育成にも力を入れた取り組みが行われており、認定取得後には臨床の現場で能力を遺憾なく発揮している。診療放射線技師はキャリアラダーを作成し、年2回技師長が面談をし、専門資格の取得を奨励し、本人の希望に基づいて研修を提案している。理学療法士は、1～3年の初任、4～10年の中堅、11年目以上の専門の3段階のラダーにより評価している。栄養部門は、キャリアプランを作成し、到達レベルを明確化し、</p> <p>課題と思われる点</p> <p>医師の能力評価・能力開発において、大学の教員評価実施要項に基づいて評価が行われているが、実施可能な手術の範囲等の個別能力評価は各診療科の科長に任せられており評価基準や院内資格の設定はない。侵襲的な行為について認定基準を定めた運用が望まれる。</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】

- ◆ 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して、基本方針や実施状況を確認する。
- ◆ 教育プログラムが、チーム医療の視点や、基礎教育内容の変化、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。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 初期研修の基本方針等が明確でない、キャリアパスに対する認識がない。
- 職種・部門ごとの研修計画や実施状況などが管理・把握されていない。
- 各職種の初期研修が適切に実施されていない。
- 段階的な研修計画になっていない。
- 指導者による研修者の教育・指導が適切に行われていない。
- 研修プログラムの見直しが継続的に行われていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医師は厚生労働省の定める制度に基づく臨床研修を行う。臨床研修においてはPG-EPOCを用いて多職種から医師としての適性を評価される。研修医には年2回以上の形成的評価が行われる。また、臨床研修部門会議及び研修管理委員会には研修医の代表が出席しており、プログラムの見直しを毎年行っている。看護師は厚生労働省の新人看護職員ガイドラインに基づき、卒業看護臨床研修を実施し、評価・修了認定を行っている。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のすべての新人に対し、指導者を置き、クリニカルラダーも使用し対応している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のすべての新人に対しては担当患者も制限し、余裕をもって教育できるように配慮しているが、スタッフ人数に余裕がないため指導者には配慮できていない。臨床業務と新人教育の兼務が業務負担とならない工夫が課題である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>規程を整備し、臨床研修部門会議及び研修管理委員会の委員に研修医の代表を加え、研修医の意見の吸い上げを継続して取り組んでいる。また、組織横断的な委員会である医療安全管理委員会及び定例CECTリンカーカンファレンスに研修医が参加するように取り決めた。11月開催の研修医カンファレンスにおいて、診断技術向上のためPOCUSの研修会を開催する予定である。また、CV挿入研修のために機器を購入済みであり、今後、講習会を実施できるよう準備を進めている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	B	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>医師の初期研修は、総合教育センターに事務6名、専任医師1名、専任歯科医師1名、専従医師2名が配置され、指導医は医師206名、歯科医師3名が育成され、初期臨床研修および専攻医対応を行っている。各研修医には担当のメンターが指名され、研修医の進捗を含めたすべての管理は、基本的には研修先診療科に委ねられている。医師以外の薬剤師、看護師、管理栄養士、診療放射線技師、理学療法士、社会福祉士の初期研修は、ラダーなどを利用してキャリアパスを意識した研修を行っている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>一部の職種において初期研修のためのプログラムが作成されておらず、体系的な初期研修システムの構築が望まれる。医師の初期研修において研修医の勤怠管理、超過勤務、当直など総合教育センターでは把握されておらず、すべて研修している診療科に委ねられている。臨床研修委員会への研修医の参加はなく、研修医からの意見の吸い上げも個別対応のみとなっており、病院の組織横断的な委員会への参加が望まれる。医療行為や診断技術、M&MやCPCへの参加など研修医を集めての研修会などは行われていない。CV挿入の評価・認定制度が検討されているが、早期の実現を望みたい。</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
- 医療安全・医療関連感染制御等に関する教育
- 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
- 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】

- ◆実習の契約内容については、職種に応じて必要な事項が網羅されていることを確認する。
- ◆指導者の育成については、都道府県や各職能団体等が実施する実習指導者講習等への参加状況を確認する。
- ◆実習前のオリエンテーションについては、重要な事項が職種共通の内容となっていることを確認する。
- ◆既に資格を有している医療者の実習・研修などを受け入れる際の対応を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 実習生の受け入れ体制が整っていない。
- 実習指導者が明確になっていない。
- カリキュラムに沿った実習が行われていない。
- 実習者に対して病院の方針を説明していない。
- 実習中の事故等に対応する仕組みがない。

【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患者の個人情報適切に取り扱っている』で評価する。

今回審査

自己評価	B	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>医師、歯科医師、看護師、技師等の学生実習等を各職種で受入れ、内容を評価している。受託実習生受入規程を整備し、手続きを病院Webサイトに掲載。抗体検査やワクチン接種を徹底し、関わる患者に事前に説明、同意を取得。個人情報保護や実習中の事故対応等は依頼元と取り決めを締結。看護実習では、実習前に医療安全、感染防止、個人情報保護等に関する研修を実施。また毎年複数名が実習指導者講習会を受講、院内でも指導者養成研修を行っている。リハビリテーション部では、研修を修了した技師がCCSに基づいた実習を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>年間、理学療法は養成校8校20名、作業療法は養成校2校4名と多くを受け入れているが、実習生の人数あたりのロッカーなどの設備が不十分である。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組まれている点</p> <p>医学生をはじめ、看護師、薬剤師、検査技師、療法士、栄養士など多くの職種の学生実習を受け入れている。受託実習生受入規程などに沿って、ワクチン接種等の必要事項や手続きを確認して、総務課において、実習委託契約を依頼元と締結している。入院案内などにより、患者へのお願として、医学生、看護学生等の教育実習の実施について理解、協力を求めており、実習生が関わる患者には、患者・家族に説明し同意を得ている。学生実習はおおむね適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>カリキュラムに沿った実習が行われ、実習後の評価を実習依頼元には報告しているが、総務課には報告されていない。実習後の報告も一連の流れとして総務課で把握するなど、検討されると良い。</p>		

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基づく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】

- 予算編成の手順と執行状況の把握
- 病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理
- 財務諸表の作成と会計監査の仕組み
- 収支分析による課題の検討
- データを活用した経営改善活動

【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、病院管理者が収支の実態を知ることができるようにしていることを確認する。
- ◆ 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確認する。
- ◆ 法人との契約による公認会計士の監査でも外部監査と判断する。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。
- ◆ 単純な経営状況ではなく、経営改善に向けた取り組みや将来に向けた経営向上への取り組みなどを確認する。
- ◆ 各部門、部署から抽出される経営に関するデータが、どのように評価・活用されているかなどを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 財務諸表、予算書が作成されていない。
- 会計を監査する実効的な仕組みがない。
- 経営状況が悪い場合でも、原因分析や改善策の検討がなされていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>病院の予算は、過年度実績や診療部門との意見交換での要望を踏まえ、事業方針に沿って編成している。執行管理では、診療稼働額・収入・支出の実績と見込みとの差を毎月会議で報告し、補正予算により収支の見直しを図っている。高額医療機器の更新はWGで優先順位を決定し、予算に的確に反映。財務諸表は法人全体および病院単独で作成し、セグメント情報も開示し、監査は学内と外部監査法人が実施。会議資料では経営指標や診療科別指標の経時的推移を確認し、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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>予算作成に当たっては、各部署長等の要望などを把握して調整を行い、決定されている。国立大学会計基準に基づく会計処理が行われて、損益計算書、貸借対照表などの必要な財務諸表のほか、予算書、決算報告書を作成している。内部監査実施要領に基づく監査のほか、監査法人の公認会計士による監査が実施されている。財務・経営管理はおおむね適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>経営改善委員会において、経営状況の把握、前年度および計画との比較、分析をしているが、分析を踏まえたより具体的な数値目標などを設定して、確実な成果が達成できるように取り組まれるとなお良い。</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】

●窓口業務や保険請求業務が組織的かつ合理的に行われ、病院経営に活用するためのデータが収集・提供されていることを評価する。

【評価の要素】

- 窓口業務の対応手順の適切性
- 保険請求業務と返戻・査定への対応
- 施設基準を管理するための体制
- 未収金への対応
- 病院経営に資するデータの提供

【本項目のポイント】

- ◆現金自動収納機、銀行振込、各種カードによる支払いなどの窓口収納業務を確認する。
- ◆レセプト点検や査定に対する医師の積極的な関与を確認する。査定・返戻については、原因の分析・対策・評価などの一連の防止・削減に向けた活動状況を確認する。
- ◆診療報酬や医療保険制度等の改定についての情報を収集し、適正かつ確実に対応することともに、適宜、職員へ情報提供されているかを確認する。
- ◆事務担当者と各部署や部門の連携により、施設基準要件の定期的な自主点検が行われる仕組みがあるかを確認する。また、病院の取得可能あるいは取得すべき施設基準の検討が行われていることを確認する。
- ◆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請求において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。
- ◆未収金の金額や発生理由、督促手順が明確になっていることを確認する。
- ◆医事業務から提供・共有される病院経営に資するデータが、実際にどのような経営判断に活用されているかを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応が適切に行われていない。
- 未収金の管理・督促手順が定められておらず、対応されていない。
- 施設基準を遵守するための自主点検が行われるなどの体制がない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>平日は、クレジットカード対応可能な現金自動収納機3台と現金支払い窓口で対応し、時間外・休日は時間外窓口で対応。レセプトの作成・点検は事務側で行い、担当医が確認、補足が必要なものは症状詳細を添付。返戻・査定内容は、診療科に配付し主治医に周知。重要事項は保険委員会で注意喚起すると共に意にそわない査定等に関しては再審査を行う。医師等の異動情報は総務課と共有し、施設基準の遵守を定期的に確認。DPC入院の病名等は診療情報管理士が確認。未収金は窓口で督促し、法律事務所への回収委託も行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みされている点</p> <p>窓口の収納業務では、現金以外にクレジットカードなどの支払いが可能となっている。診療報酬請求では、レセプトを医事課と担当医が点検を行い請求している。返戻や査定については、医事課と医師が確認し、保険委員会で検討して、再請求等の対応をしている。施設基準の遵守では、医事課による定期的な検証と必要な手続きを行っている。医事業務はおおむね適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>未収金は医事課で一元的に管理して、督促手順により回収に努めているとともに、早期の請求書発行により回収の工夫をしているが、月単位の未収金の把握を頻回にする、未収金を発生させない工夫として日々確認するなど、さらなる回収率の向上への取り組みにも期待したい。</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】

- 委託の是非の検討と委託先の選定
- 委託業務の履行確認と質の評価
- 委託業務従事者に対する必要な教育・研修の実施
- 事故発生時の対応

【本項目のポイント】

- ◆委託の是非や業務内容の質、効率性の評価など、委託業務について検討する仕組みがあることを確認する。
- ◆業務内容、契約金額、賠償責任範囲などが明確な契約となっていることを確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 業務委託の契約が適切に行われていない。
- 業務の質や経済効果など業務委託の質が評価されていない。

【関連する項目】

- ・派遣職員に対する教育・研修については『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	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<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・特殊性や業務内容を鑑みて検討し、契約の都度、内容（仕様）を見直している。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った上で、契約を締結している。業務の履行確認と質の評価は、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回委託業者の管理責任者と医事課の課長、副課長とで業務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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>委託業務の有効性や経済的効果を踏まえて、経営管理課において業務内容や委託の是非等を検討し、部局長で決定している。委託業者は入札または見積り合わせにより選定して、毎月の実施状況を確認して、質の検討を行っており、必要により質の改善を指示し確認している。委託職員に必要な研修は、委託業者での研修の実施状況を確認するとともに、病院としての研修資料を配布しており、委託業務はおおむね適切に行っている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>委託業者への研修については資料の配布を行っているが、今後は院内研修への参加等も検討されたい。</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・保守管理計画の策定と実施
- 緊急時の対応や連絡体制
- 医療ガスの安全管理
- 廃棄物の管理・処理

【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かを確認する。
- ◆ 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確認・評価する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 施設・設備の必要な保守管理が行われていない。
- 施設・設備の不具合の緊急時の対応が明確にされていない。
- 感染性廃棄物の処理過程が適切でない。
- 医療ガスの定期点検が行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>建物は免震構造で、院内整備計画に基づき施設設備を整備している。施設部が設備管理委託業者を指導し、不備事項等の報告には適切な修繕を実施、業務日誌、点検結果を保管している。防災センターに24時間対応できる人員を配置し、緊急時は緊急連絡網を適切に運用している。医療ガス設備の定期点検は年2回実施し、医療ガス安全管理委員会（年1回以上開催）で報告し、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。感染性廃棄物管理規程及び廃棄物分別の手順書を、職員に周知徹底している。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>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>施設・清掃・設備における日常点検・管理は業務委託であり、仕様を定め施設係、設備係が主体となり設備管理委託会社を指導し適切に実施している。日常点検、保守点検の履歴記録が時系列に記載され施設管理者に的確に報告されている。設備管理は防災センターにより24時間常駐体制を整え緊急時の対応、連絡方法が徹底されている。感染廃棄物処理は廃棄物処理法に基づき適切に実施されている。医療ガス安全管理委員会が定期的に開催されている。施設・設備が整理され適切に管理されている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 購買管理を適切に行っている

【評価の視点】

- 病院で使用される各種物品の購入、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】

- 医薬品購入の過程
- 医療消耗品購入の過程
- 医療機器購入の過程
- 高額医療機器購入の過程
- 在庫の適正管理

【本項目のポイント】

- ◆ 医薬品、医療消耗品、医療機器、高額医療機器、給食材料・厨房関連機器など、それぞれの選定から在庫管理までの一連の手順と実態について確認する。
- ◆ 物品管理業務を委託している場合は、病院の購買担当が状況を把握していることを確認する。
- ◆ 不正発注を防止できる内部牽制の機能があることを確認する。
- ◆ 各部門での管理状況も含めた病院全体での在庫管理状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 物品の購入過程が明確でない。
- 病院の規模・機能に見合った内部牽制機能が働くシステムがとられていない。
- 棚卸が実施されていない。
- 各部門における在庫物品の適正量に関する検討が行われていない。

【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。

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>病院で使用する医薬品、医療材料等については、適切な選定過程を経た上で選定されており、購入時は調達管理係において、ベンチマークシステム等を活用し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。医薬品等については、使用期限の確認徹底と、年1回の棚卸により定期的にチェックしている。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、棚卸時に期限切れの確認と定数の見直しを行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>医療材料、薬剤の選定は診療材料検討委員会、薬事委員会にて安全性や有用性、経済効果の比較、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採否を決定している。物品管理は預託在庫方式（SPD）にて行い、棚卸を定期的の実施し、品質管理、在庫管理を適切に管理している。各部署の定数在庫を定期的に見直し、在庫量の変動が大きい場合は、随時の見直しを行っている。ディスプレイ製品の再利用は禁止している。SPDより払い出されたデータと医事請求との突合を行い請求漏れなど防止する内部牽制を行っている。物品購入から品質管理、在庫管理が適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている

【評価の視点】

- 火災や大規模災害等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】

- リスクに対応する病院の機能存続計画の策定、内容の見直し
- 緊急時の責任体制
- 火災発生時の対応
- 停電時の対応
- 大規模災害時の対応
- 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】

- ◆医療の質と安全の確保並びに計画的な組織運営を目的とするリスク管理の対象は、大規模災害やパンデミック、個人情報漏洩など多岐に亘ることに留意する。
- ◆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確認する。
- ◆災害拠点病院においては、指定要件を満たしていることが求められる。
- ◆浸水想定区域や土砂災害警戒区域内の病院については、水防法・土砂災害防止法で求められる避難確保計画の作成や避難訓練が実施されているかを確認する。
- ◆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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 防災マニュアルが整備されていない。
- 防災訓練が定期的実施されていない。
- 病院の規模・機能に応じた停電時の対応体制が整備されていない。
- 病院の機能存続計画に基づいた総合訓練が実施されていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>災害等に備え、大規模地震等災害対策マニュアル、事業継続計画書、消防計画を策定し、定期改訂を行っている。災害発生時には対策本部を設置し、時間外等は防災センター内に自衛消防組織を編成し初期対応にあたる。また、時系列業務フローを定めており、備蓄やDMATも整備している。年2回のうち1回は、大規模地震による火災を想定した避難訓練等を実施しているほか、緊急時連絡システムを用いた職員安否確認訓練も行っている。自家発電機設備や免震構造の建物を備えており、大規模災害時でも診療活動を継続できる体制を構築している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>リスクに対する病院の機能存続計画も策定されている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>災害対策マニュアル、事業継続計画書（BCP）を整備し、これに基づいた火災消防訓練、病院の事業継続計画に基づいた総合訓練を実施している。備蓄（食品・水）は患者用3日分、職員用3日分を確保し、通常の8割以上の発電容量の自家発電を保有し、定期点検を実施している。災害派遣医療チームを保有し、派遣実績もある。非常用コンセントは色分けにより区別し、非常時に対応できるようになっている。火災や大規模災害を想定した対応体制が整備されており適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</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】

- 病院の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
- 保安・警備や施錠管理、事故防止対策等の実施
- 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確認する。
- ◆ 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。

【C評価となりうる状況（例）】

- 休日・夜間の施錠管理、院内巡視が行われていない。
- 緊急時の連絡・応援体制が明確にされていない。

【関連する項目】

今回審査

自己評価	A	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>業務委託により365日24時間体制で保安業務を実施しており、毎日の業務日誌、巡回記録により保安状況を確認している。夜間・休日等における施錠管理を含め、院内巡視を定期的に実施することで警備を強化しているほか、平日時間内は別途警察OBも不審者や盗難等の対応を含めた院内巡視を行っている。病院出入口を含め、院内各所に防犯カメラを200台以上設置し、盗難等に対応している。患者暴力・暴言については発生レベルを定め、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」を発令している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

期中の確認（2022年7月実施）

自己評価	A	
<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>		

前回審査（2021年3月実施）

前回評価	A	
<p>適切に取り組みられている点</p> <p>保安・警備は委託業務にて24時間体制で管理し、監視カメラ200台を設置し院内の保安状況をチェックしている。夜間の出入口は1か所であり、訪問者を把握している。院内監視・施錠管理の手順を定め、業務実施状況を業務日誌にて日々管理者に報告されている。緊急時には防災センターに配置されている警備員と連携し対応を行っている。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。事故発生時は、時間内・時間外とも通報・連絡体制を整え、病院規模や機能に応じた保安業務が整備されており適切である。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</p>		