

病院機能評価
審査結果報告書

2019年度実施

熊本大学病院

訪問審査実施日 2019年8月7日～8月9日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ご 挨拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。病院は、評価を受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。そして、その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、当機構の事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

- ご挨拶
- 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- 総括
- 評価判定結果

2. 報告書の内容

（1）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（2）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で3ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は4段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
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

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および8月7日～8月9日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院3	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

医学部の医局講座教授がそれぞれの専門領域において高い専門知識や技術を持ち、医局講座制の縦割り組織となりがちな医学部附属病院を改め、大学直轄の病院として、上述の専門知識・技術を活かしながら、診療科横断的な医療提供を目指す新しい考え方が導入された大学病院である。理念・基本方針に新たに「高度な医療安全管理」を加え、医療安全管理部門が「医療の質・安全管理部」となっており、病院における医療サービスの提供に係わる基本的な考え方が明確に打ち出されている。地域の医療機関と患者の診療情報を共有する ICT 医療情報ネットワークを構築し、地域における大学病院の役割・機能の発揮に努めている。

継続して病院機能評価を受審し、病院の改善に努力しており、今回の受審においても多くの改善が認められる。以下、評価結果の総括を記すが、評価項目ごとの所見と合わせて、今後の貴院のますますの質的向上に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、ホームページやパンフレット等に掲載され周知が図られている。医学部附属病院を改め、大学病院とし、医局講座制度中心の運営の変革がなされていることは高く評価される。病院管理者の選考は、特定機能病院の新たな承認要件に適合した仕組みが整えられ、現管理者もこれに基づき選考されている。情報管理の仕組みは、病院長を統括責任者とし、システム管理責任者を定めた体制が整備されている。情報の利活用については、診療情報分析ツールを利用し、各種経営分析に利用するとともに、クリニカル・パスの診療分析等を利用し、効率的医療の推進に活用している。病院長を文書管理者とし、その下に文書取

扱責任者を位置付けた文書管理体制が構築されている。管理文書は管理簿により部門ごとに一覧化されている。

医師、薬剤師は法定人員を満たしており、看護師、医療技術員、事務職員などについても必要人員が満たされている。就業規則、給与規則など労務一般に関する諸規則が整備され職員に周知されている。「次世代育成支援パンフレット」を作成し、病院をあげて子育て世代の職員に対する支援体制を推進していることは、評価できる。安全衛生委員会が開催され、院内巡視体制や労災防止体制等を検討している。職員のメンタルヘルス対策の一環としてストレスチェックが実施されるとともに、精神的悩みをもった職員には、精神科医と臨床心理士で構成された「こころの健康相談」を設置している。病院長を中心として各部門のヒアリングを実施し、部門の要望を集約した上で解決に向けた取り組みを実施しており、直近で職員満足度調査も実施し、幅広い職員からの要望を傾聴する姿勢が窺われる。

教育・研修では委員会が、入職者に対する職員オリエンテーション、各部門で実施される初任者研修、その後の継続研修について所管している。病院として実施すべき研修会・講習会の内容および実施回数は一覧として作成されている。今後は職員参加率の向上を目指し研修会・講習会の年間開催スケジュールが作成されるよう期待したい。能力評価および能力開発について、各職種のキャリアパスが作成されている。医師については、教員個人活動評価を行っているが、新たに診療の能力評価が開始されたところであり、今後の取り組みに期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内、ホームページ、院内掲示で患者・家族に、また医療安全ポケットマニュアル、研修等で職員に、それぞれ周知されている。説明・同意書は各診療科で作成され、その後内容確認が行われて、電子カルテにアップされている。説明・同意書をオーソライズする仕組みを明確にしておくことが期待される。患者が自身の疾患を理解し積極的に医療へ参加できるよう、パンフレットや「私のカルテ」を活用している。患者相談室、地域医療連携センター、がん相談支援センター、難病相談室、「熊本県私のカルテがん診療センター」を設置し様々な相談に対応している他、専門職種の支援も行われており適切である。個人情報管理について、医療現場に即した取り扱いルールを定めている。個人情報に関する方針等は、対外的にはホームページや入院案内等で周知している。臨床の倫理的課題解決については「臨床倫理コンサルテーションチーム」を立ち上げ活動を開始したところであり、今後の実績が期待される。DNAR、リビングウィルの方針はまだ定まっていないが、アドバンスケアプランを用い、患者の生き方や希望に沿うようにしている。

来院時のアクセスに配慮され、入院生活延長上に必要な設備が整っている他、入院中の情報入手や通信手段も確保されており適切である。院内はバリアフリーに対応し、高齢者・障害者に配慮した施設・設備として整備されている。急変時対応としてトイレ、浴室の適切な位置にナースコールが設置されている。多目的トイレは、高齢者の排泄介助ができるような広さを確保している。入院病棟は、整理整頓

が行き届いており清潔感がある。車椅子、ストレッチャーの保管場所が確保されているため、廊下には何も置かれていない。廃棄物の排出ルートは食事搬送と区分けされている。敷地内禁煙の方針が徹底され、禁煙外来も実施されている。職員の喫煙率も把握し、禁煙推進のための講習会を開催するなど適切である。今後は職種別の喫煙率についても経時的に記録し、禁煙推進に活用されると良い。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、患者相談室に寄せられるものの他、意見箱や患者満足度調査によって収集し、対策案を立て改善結果の評価も行うなど、質改善に活用しており適切である。病理検討会は積極的に開催されている。クリニカル・パスは、推進委員会での検討が行われ、利用促進に努められている。臨床評価指標は測定・公表されているが、医療の質改善に資するさらなる活用が望まれる。医療の質・安全管理部を中心に、多職種で業務改善を検討し、画像所見、病理所見の未確認事例の対応、嚥下障害診療センター設置などの取り組みを進めている。高難度新規医療技術、未承認薬の使用を審査する体制は整備されている。

病棟入口に責任者氏名が明示されている。ベッドネームにも担当医師や看護師が明示されている。担当医師不在時は、ステーション内に掲示し患者にも伝えている。診療記録についてはマニュアルに記載基準が規定され、全職種共通の電子カルテに必要事項が適時・的確に記載されており、質的点検も各科担当者を決めて実施している。多職種で構成されている各種専門チームが、診療スタッフを支援し、患者の利益に結びついた活動を行っている。診療科の組織横断的な協力体制があり、チーム医療は適切に遂行されている。

5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者の管理のもと、医療の質・安全管理部が、医療安全推進に向けた組織横断的な活動を行っている。報告された事例については適切に要因分析・対策立案・周知を行っているが、アクシデント・インシデント報告の件数がやや少なく、報告する文化の熟成が期待される。

誤認防止対策では、点滴・注射や輸血・検体等は確実なダブルチェックが実施されている。手術部においてもサインイン・タイムアウト・サインアウトが実施されている。チューブ誤認などの対策も徹底されている。各種指示出し・指示受けなど情報伝達は電子カルテ上で確実に行われており、臨時の指示は看護師が携帯するタブレット端末にも通知される。画像・病理診断レポートの未読対策も徹底しており、情報伝達エラー防止対策に積極的に取り組んでいる。薬剤の安全な使用に向けた対策では、救急カートへの搭載薬品に関して、向精神薬の必要性を検討することが望まれる。転倒・転落防止対策、および医療機器の管理は適切である。患者の急変時対応は、院内緊急コードを設定し、職員が一斉に参集できる仕組みが整えられている。RRSについては全部署で運用を開始したところであり、今後のシステム継続に期待する。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の組織として、感染制御部が編成されており、ICDを含む医師の他、ICN・薬剤師・事務職員からなるICTコアメンバーを中心に、積極的な活動が行われている。コアメンバーの多くは抗菌薬適正使用支援チームも兼任し、それぞれラウンドとミーティングを行って院内の状況把握と指導を行っており、リンクナースおよび各部署に配置されたICTメンバーとの連携体制を構築している。感染対策マニュアルは製本化されるとともに、電子カルテ内でも閲覧可能であり、適宜改訂がなされている。院内外での感染発生状況や流行情報の把握、データの分析と検討、アウトブレイクへの対応、地域連携などは適切に行われているが、各種デバイス関連サーベイランスは現時点で特定の部署に限定して実施している。

医療関連感染制御に係る取り組みは適切であるが、ICTメンバーの活用を促進することなどにより、さらなる充実が期待される。感染制御の活動では、手指衛生やPPE着用が徹底されており、感染性廃棄物や汚染リネン等の処理も適切に行われている。抗菌薬の使用では、ICTコアメンバーを中心にASTが活発に活動しており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会および広報誌専門委員会を設置し、広報誌の発行、アニュアルレポートの他、病院ホームページで、診療実績等を含めて必要な情報を地域の医療関連施設へ、適切に発信している。看護学生、高校生等に対して、病院見学会を開催しており、地域との関わりを積極的に進めていることは評価できる。地域医療支援センターを設置して、地域の医療機関等との連携を重視した取り組みを推進している。特に、「くまもとメディカルネットワーク」を構築して地域の医療機関、介護施設等と情報を共有し、医療連携を推進していることは高く評価できる。

糖尿病フォーラムをはじめとして、様々な疾患に関する市民公開講座を年間数多く開催している他、テレビ等への出講や専門医療に関わる新聞等への掲載なども多い。がん化学療法セミナー、肝疾患コーディネーター研修会等の開催も多く、がん診療連携、肝疾患診療連等の拠点病院の役割としての医療支援活動にも積極的に取り組んでいる。地域の医師、看護師、メディカルスタッフ等を対象とした、生涯教育・研修医セミナーを行っている他、災害医療に関わる人材育成や地域医療機関、地域住民等に対する啓発活動への取り組みは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院機能分化を踏まえ、外来診療は原則として完全予約制を採用している。英語・中国語・韓国語等の多言語をカバーする仕組みが出来ている。待ち時間についても定期的に把握されている。外来患者の情報は診療情報提供書や問診票で把握され、禁忌薬・アレルギー情報は電子カルテで共有される。診断的検査の必要性は主治医が判断して説明しており、侵襲的検査の場合には、看護師も補足説明し同意を得ている。外来でのプライバシーへの配慮や処置室での対応なども適切になされている。入院診療計画書は書式が見直され、医師の他、看護師や各職種による記載や

署名がさらに充実しており適切である。相談窓口は一本化され、相談内容により適切な部署へ振り分けている。

医師による回診、カルテ記載は適切に行われ、主治医不在時の代理医も明確になっており継続的な診療が行われている。カンファレンス等で治療方針の検討が行われ決定されている。看護師は、役割と責任に応じた病棟業務を適切に行い、PNSおよびプライマリーナーシングによりケアの管理と継続性を保っている。看護基準・手順も定期的に改訂し、適切である。全病棟で統一した確認方法により、確実・安全に薬剤が準備・投与されるように努めている。輸血は所定の指針・ガイドラインに則り、適応の判断、同意書の取得から実施中の観察と記録・結果の評価に至るまで、確実に実施されている。

術前カンファレンスで手術の適応、術式について検討を行っており、患者・家族への説明も行われている。麻酔科医、手術室看護師の術前診察・訪問もあり、合併症予防も適切に実施されている。ICU、HCU、各病棟の重症室は、入室・退室基準が決められており、主治医、看護担当者での合議・検討のうえ、重症度に応じて運用されている。全入院患者に対し褥瘡リスク評価を行っている。皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理栄養士で構成される褥瘡対策チームが回診し、評価・治療・予防ケアを指導しており、褥瘡の予防・治療は適切に行われている。管理栄養士は、食事前にアレルギー等の把握をしており、適切な食事を提供している。栄養に問題があれば、NSTが介入し問題解決を図っている。症状緩和は、医師・看護師による日々の観察と報告、診療録への記載により情報共有し、迅速で適切になされている。リハビリテーションは、主治医の依頼により専門医の診察・評価のもと、リスクや患者・家族の要望も踏まえて、療法士が確実・安全に実施している。身体抑制では、評価表を用いて多職種で継続の必要性の検討が行われ、医師の指示が明確になされるように運用されている。

患者のイメージする退院後目標に沿った退院支援を行っている。患者が抱える諸問題に適切に対応し、地域で生活できるよう支援している。退院後に患者自身が、自分の健康と継続治療管理ができるよう開発された「私のカルテ」は、継続的な診療・ケアを支える優れた仕組みである。医療依存度の高い患者に対しても支援活動を行っている。ターミナルステージの判定は、緩和ケアセンターのマニュアルに基づき、医師・看護師および多職種カンファレンスで評価し実施されている。また、入院時より緩和ケアが必要と判断された患者には、緩和ケアチームが早期に介入し、患者・家族の意思決定支援に努めている。AYA世代のターミナル事例や高齢者在宅緩和ケア・小児在宅看取り事例に対し、患者・家族の意向を確認して、適切な介入がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査はサポートシートを活用し、各種必要な情報を確認しながら行われる体制が整備されている。検体検査は、RFID対応検体ラベルの導入、部門システムなど充実した設備により誤認防止、迅速な検査運用が行われている。異常値、パニック値の基準も明確で、担当医への報告も適切である。生理検査もプライバシーに配

慮して行われ、待ち時間への工夫などにも取り組まれている。画像診断部門には多くの診断医が常駐し、全ての読影に関わる他、偶発所見の確認や必要時には主治医に直接電話連絡するなど、未読対策にも積極的に取り組んでいる。多職種が安全な検査の実施に関わっており画像診断機能は優れている。調理場および作業区域は清潔・不潔が区画され、職員の健康状態の把握を含めて衛生管理が適切に行われている。また、患者の特性や嗜好を考慮した対応や食事の評価・改善にも取り組まれているなど、安全で美味しい食事の提供に努めており適切である。リハビリテーションについては、がんリハビリテーションのニーズが高い他、各種リハビリテーションに対応しているが、長期休暇等におけるリハビリテーションの継続性の確保に向けた対策が望まれる。各種医療機器はほぼ一元管理され、安全使用に向けての研修も適切に行われている。医局で購入管理されている機器の取り扱いについて、今後検討が期待される。外来・病棟・手術室の使用済み器材の洗浄は全て中央化し、器材の返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務はワンウェイ化している。各種インディケータの使用やコンテナの履歴管理もなされ、リコール対策も適切である。

病理診断機能は、強化・拡充が図られ、病理部で手術検体等の24時間処理が可能な設備が整えられている。また、検体登録、標本作製に至るまで認証システムや自動化により誤認防止が図られている。組織診断も迅速に行われており、病理専門医複数で検討し診断の精度を確保している。ホルマリンなどの薬剤の保管、使用環境も整備されている。放射線治療機能については多くの専門医と専門職種が関与し、品質管理も含め適切に発揮されている。輸血用製剤の発注・保管・供給・返却は確実に実行されている。緊急輸血にも速やかに対応すべくシミュレーションも行っている。手術・麻酔機能では患者、手術部位の確認、サインイン、タイムアウト、サインアウトが確実に実行されている。麻酔覚醒時、退室、病室への移送も適切に行われている。集中治療機能ではICU、HCU、CCU、SCU、NICU等の集中治療室の設備、人員等の体制が確保されており、入退室基準も明確にされ遵守されている。救急部門は、教育機関としての機能を発揮するため強化・拡充が行われている。救急車の受け入れも増加し、実績を上げ始めている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、病院の中・長期マスタープランを加味した上で、病院長、副病院長、看護部長、事務部長等が参加する会議において計画を立案し、その後、内容の検討がなされている。各種経営指標に関するKPIを設定し、経営状況を評価している。未収金督促の手順は明確であり、その結果未収金の減少が続いている。院内業務を外部委託するかについては方針を明文化している。委託業者の選定では、業務に必要な資格、社内研修実施状況等を確認した上で一般競争入札としている。

施設・設備管理は24時間体制で、緊急時にも適切に対応できる体制を確保している。日常点検や保守管理は主に外部委託によって計画的に実施しており、担当部署への報告も徹底している。廃棄物の処理、経年劣化等にも適切に対応している。医療材料、薬剤の選定は、それぞれ医療材料審議委員会および薬事委員会で安全性

や有用性、経済効果の比較などを検討し採否を決定している。品質管理、在庫管理、棚卸、発注業務など内部牽制機能も明確であり、適切に管理している。

緊急災害対策マニュアルおよび病院の機能存続計画（BCP）を整備し、責任体制も明確になっており、これに基づいた災害訓練も実施している。災害派遣医療チームを保有し、外部の受け入れ体制も整備している。なお、職員用の水の備蓄3日分を計画的に整備しているところであり、今後の取り組みに期待したい。保安・警備は外部委託によって、院内監視・施錠管理の手順を定め、緊急時の通報・連絡体制・緊急時の対応など保安業務はおおむね適切に実行されている。医療事故発生時の対応手順は整備されており、対応手順は職員に周知されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師・歯科医師の卒後臨床研修については、総合臨床研修センターを設置して、プログラムに則って計画的に行っている。看護師や薬剤師をはじめ、コ・メディカル、事務職についてもプログラムを策定し、適切に初期研修を行っている。また、医師・歯科医師、看護師等では指導者の育成も計画的に行っている。

実習生の受け入れについては、依頼元学校からの申請に基づき、院内審査を経て、病院からの許可証を発行する仕組みとなっている。実習の内容については各受け入れ部門において、カリキュラムや実習方針、評価方法等が検討されている。なお、理念や基本方針、医療安全、感染管理等について、病院としての実習受け入れ方針を作成するなど、今後のさらなる充実が望まれる。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている A

【適切に取り組まれている点】

患者の権利は明文化されている。権利の内容には、尊厳やプライバシー保護も明記され、大学病院の機能に合わせた見直しも行われている。患者・家族に対しては、入院案内、ホームページ、院内掲示等により周知している。職員へは、携行している医療安全ポケットマニュアルに記載し、周知している。委託の職員も含めた新任研修の中でも患者の権利について周知している。診療録の開示請求については、開示請求のあったものは開示している。

【課題と思われる点】

セカンドオピニオンを求めることができる権利を追記しておくが良い。子供や高齢者などへの対応は、患者の権利の記載に盛り込むかどうかを含めて検討しておくが良い。

1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療安全管理部門において、同意書の取得を必要とする診療行為一覧が作成されており、病棟等診療の現場では当該リストを参照して必要な同意書が取得されているかを確認して診療を実施しており適切である。説明・同意書は各診療科で作成され医療情報担当者を経て中央病歴室でチェックされる仕組みである。中央病歴室事務員が問題ありと判断した場合は、医療の質・安全管理室室長から各診療科に返却され、再提出を求められる。問題なければ電子カルテに登録される。説明・同意書は、約 830 種類作成されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>説明・同意書の適否の判断機能は中央病歴室事務員 1 名が担っているが、説明書内容の適切性の判断体制の充実が期待される。また説明と同意書を承認するまでのプロセスを統括する責任者がはっきりしていない。説明・同意に関するマニュアルは、同席を原則とするだけのもの、同席レベルの規程があるもの等、異なるものが存在する。方針と手順を再検討し、整合を図って周知することが望ましい。</p>
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者が自身の疾患を理解し積極的に医療に参加できるよう、多種多様のパンフレットを用いながら情報提供を行っている。特に「がん」に関するパンフレットは、80 種類あり、がん相談室で情報提供を行っている。また、地域連携パス「私のカルテ」は、検査結果、内服薬の使用状況、血圧、脈拍、体温の自己測定値の記載、症状の記載が可能な冊子に作成されており、医師、看護師等と共に疾病管理ができるようになっている。疾患の経過が把握できる様式は、患者の自己管理意欲を高めるものとなっており、評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>相談窓口として「患者相談室」「地域医療連携センター」「がん相談支援センター」「難病相談室」および「熊本県私のカルテがん診療センター」を設置し、様々な相談に対応している。患者・家族への案内・周知については、患者相談室として院内掲示や入院案内、病院ホームページへの掲載等によって行っている。また、看護師や社会福祉士および事務職員を専従配置しているほか、相談内容によって薬剤師、管理栄養士等の専門職種に振り分けるなど、患者支援体制を整備している。小児虐待やDV・高齢者虐待等へのマニュアルを従前より整備していることに加え、成人虐待マニュアルを新たに策定し、院内周知にも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>
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>国立大学法人熊本大学個人情報保護規則を制定し、個人情報の取り扱い、開示、訂正および利用停止等について定めている。さらに熊本大学病院の個人情報管理要領および個人情報保護細則により、医療現場により即した取り扱いルールを定めている。個人情報に関する方針等は対外的にはホームページや入院案内等で周知するとともに、職員は配布されたポケットマニュアルを常時携帯している。電子カルテのアクセス権限は明確にされ、治験等で外部の利用者から申請があった場合は、一回限りのアクセス権を付与する等、厳格な管理に努めている。電子カルテのアクセス者の履歴が表示され、診療目的外の不適切なアクセスの抑止となっている。研究等で個人情報を利用する場合は、然るべき審査を経て、許可を受けたセキュリティロックのかかるUSBメモリに、医療情報課でダウンロードして使用することができる仕組みとしており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>病室前の表示は、患者の希望により氏名を非表示にするが、同室者の氏名も見ることができなくなる。該当患者のみ非表示とし、また、担送、護送、独歩などの支援区分は氏名を非表示としても参照できる工夫が必要である。</p>

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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床での倫理的課題を解決するために、2019年4月1日に「臨床倫理コンサルテーションチーム」（25名の多職種構成員）を立ち上げ、活動を始めたところである。各部署で解決できない倫理的課題は「申請書」に記載しチームに提出する仕組みである。審議は、事案により、利益相反に留意して委員長が構成員内から6～10名を選出して行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 臨床倫理委員会は、研究や新規医療等の審議を行っているが、臨床倫理的課題の検討は積極的になされていない。輸血拒否、DNAR等主要な倫理的課題に関する病院としての対応方針を作成しておくとともに、現場で日常的に発生する倫理的問題について、必要性を判断して標準的な対応方針としてまとめる仕組みを確立することが望ましい。臨床倫理コンサルテーションチームの活動が軌道に乗ることを期待したい。</p>
1.2 地域への情報発信と連携			
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医療サービスに関する広報は、広報委員会および広報誌専門委員会を設置して活動しており、病院ホームページのほか、病院広報誌「熊大病院ニュース」を年2回それぞれ2,750部発行している。また、診療実績等をまとめた「アニュアルレポート」も発行し、広報誌やアニュアルレポート等は地域の医療機関、保健所等をはじめ要望のあった地域住民に配布している。病院ホームページ等の情報は、総務課が担当部署となって管理し、随時更新も行っているなど適切である。また、看護学生、高校生等に対して、病院見学会を開催しており、地域との関わりを積極的に進めていることは評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 地域医療支援センターを設置して、熊本県内における医療関連施設等の状況・ニーズを把握している。特定機能病院としての役割を踏まえ、地域医療に従事する医師に対する教育や医師の養成、確保に関する研究も行われている。また、熊本大学病院、熊本県、医師会の三者が一体となって「くまもとメディカルネットワーク」を構築して地域の医療機関、介護施設等と情報を共有し、医療連携を推進していることは高く評価できる。さらに、がん患者に関わる医科・歯科連携に取り組んでおり、がん患者の口腔ケア等による患者支援を推進している。施設間の紹介・逆紹介について、返書管理も適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 将来構想として、前方支援機能と後方支援機能のそれぞれの業務を明確に区分して運用する予定となっているので、今後の取り組みに期待したい。</p>
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	S	<p>【適切に取り組まれている点】 地域の健康増進に向けた取り組みとして、糖尿病フォーラムをはじめとして、様々な疾患に対する市民公開講座を年間54回開催している。また、テレビ等への出講や専門医療に関わる新聞等への掲載なども多いことに加え、看護学生や高校生の病院見学会を積極的に実施するなど、地域に向けた医療に関する啓発活動を活発に行っている。さらに、がん化学療法セミナー、肝疾患コーディネーター研修会等の開催も多く、がん診療連携、肝疾患診療連携等の拠点病院の役割としての医療支援活動にも積極的に取り組んでいる。地域の医師、看護師、メディカルスタッフおよび研修医を対象とした、生涯教育・研修医セミナーも年間6回開催している。また、災害医療教育研究センターを設置し、災害医療に関わる人材育成や地域医療機関、地域住民等に対する啓発活動を行っており高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している A

【適切に取り組まれている点】

副病院長が医療安全管理責任者を担い、医療の質・安全管理部が病院長の直下の組織として位置づけられている。医療安全管理部には、専任医師である部長および副部長2名とともに、看護師3名、薬剤師1名、事務3名、臨床心理士1名の計8名の専従者が配置され、組織横断的な活動を行っている。院内の各部署にはリスクマネージャーが配置され、管理部門のスタッフと協力して医療安全の推進に向けた活動を行っている。病院長を委員長とした多職種からなる医療安全管理委員会ならびにリスクマネージャー会議が毎月1回行われ、インシデント・アクシデントの報告や対策などが周知されている。重大事象発生時の報告手順・対応手順のフローも遵守され病院長まで遅滞なく重大事例は報告されている。医療安全管理マニュアルも随時改訂がなされ、院内の職員には2019年4月に改訂された「医療安全管理ポケットマニュアル」が配布され内容の周知が図られている。医療安全管理部から医療の質・安全管理部に改組され体制も強化されており、医療の質向上に向けての活動にも期待したい。

【課題と思われる点】

特記なし。

1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A 【適切に取り組まれている点】 アクシデント・インシデント事例は、医療の質・医療安全管理部にて情報把握が行われ、週1回の医療安全対策に関するカンファレンスで系統的な分析対応がなされ、再発防止に向けた取り組みが検討・実践されている。2018年に発生した病理所見未読に関する医療事故を経験して以降、病理所見未読だけでなくCT所見未読の改善に向け病院をあげての取り組みが行われている。手術合併症を検証するカンファレンスは適宜行われている。外部監査委員会や特定機能病院間のピアレビュー等を通じた外部評価を受けており真摯に対応している。外部通報窓口は職員に向け周知され情報収集の体制も整備されている。リスクマネージャー会議の出席率が高く、各部門のリスクマネージャーは各自で年間目標を立て医療安全向上に向けた活動を行っている。 【課題と思われる点】 アクシデント・インシデント報告件数は年間1,930件で、病理検体に関する医師からの報告は増加しているが、他は前回調査時と報告件数に大きな変化は認められない。報告する文化をさらに熟成させ、多職種からの報告件数の増加を図りたい。術中のアクシデント・インシデントの把握、さらには合併症か否かの検証の仕組みが整備されるとなおよい。
-----------------------------	--

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している A

【適切に取り組まれている点】

院内感染対策の重要性を認識し、従来の「感染対策室」から病院長直轄の「感染制御部」として再編成した。感染免疫診療部副部長をリーダーに ICD3 名を含む医師 4 名（兼任）の他、ICN3 名、薬剤師 1 名、事務職員 2 名が専従配置され、ICT コアメンバーとして中心的な役割を担う。現場では各部署に配置された 30 数名の ICT メンバーおよびリンクナースが活動し、各々定期的な会議が開催されている。最高レベルでの審議意思決定は病院長も参加する感染対策委員会で行なわれる。感染制御部には抗菌薬適正使用支援チームが設置され、適正な権限委譲のもと指導的な役割を果たしている。感染対策マニュアルは製本化され電子カルテ上でも閲覧が可能であり、適宜改訂が行われている。医療関連感染制御に向けた体制は適切に整備されている。

【課題と思われる点】

院内各部署に配置された ICT メンバーについては、会議出席率の向上を含め、さらに役割を拡張してネットワーク化を推進することが期待される。また、組織図については ICT メンバー・リンクナース・AST の関係性が明確になるよう見直されたい。

1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内の感染発生状況や起因菌などの情報は感染制御部で把握・分析され、県内・市内の感染症情報も含め感染情報レポートとして院内に周知されている。ICT コアメンバーの多くはASTも兼任し、それぞれ毎週のラウンドとミーティングを実施して各部署における状況の把握および指導を行っている。アウトブレイク対応はマニュアルにフローシートが規定され、MRSA やインフルエンザについて実績もあり適切に行われている。職員の各種抗体価の把握やワクチン接種、e-ラーニングを活用しての必修研修の受講率向上にも積極的に取り組んでいる。</p> <p>【課題と思われる点】 デバイス関連サーベイランスはCLABSI・VAP・UTI・SSI いずれについても実施されているが、現状では必要性を考慮した上での限られた部署におけるデータの把握にとどまっており、今後は全病院レベルで実施できるとなお良い。</p>
1.5 継続的質改善のための取り組み			
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者・家族の意見・苦情の収集は、患者相談室に寄せられる意見・苦情のほか、院内31ヶ所に設置している意見箱によって行っている。また、患者満足度調査を2年に1回実施しており、患者の意見・苦情の収集に努めている。寄せられた意見・苦情は、各部門に配置されている相談対応責任者に報告しているほか、毎週開催される患者相談カンファレンスで報告、対策案について検討している。さらに、医療安全管理委員会で1ヶ月分を報告し、患者サービス委員会および病院長に報告する仕組みとなっている。検討された事例について、病院としての対応・改善案として、直接本人に返信しているほか、病院ホームページおよび院内掲示によってもフィードバックしている。患者の意見・苦情をもとに具体的な改善事例があり、分析結果や改善策については、院内の職員間で共有し、改善結果の評価も行っているなど適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 患者満足度調査については、毎年実施することを検討されたい。</p>

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病理検討会は、研修医等多くのスタッフが参加できるオープンCPCが6回、部門クローズドCPCが12回開催されており積極的に行われている。また、がん診療も年50回がんセンターボードが開催されている。医療安全上問題の事例は、M&Mカンファレンスを実施し、原因分析、再発防止を図っている。クリニカル・パスはクリニカルパス推進委員会の管理班、バリエーション班等で分析・検討が行われ、活用に努めており、適応率も改善されている。臨床評価指標は、多種測定されて、ホームページで公表されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>臨床評価指標は、測定され公表されているが、指標を用いての改善は、経営改善や業務改善が中心であり、医療の質改善に資するような活用を望みたい。</p>
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師の業務改善ワーキンググループ、医療の質・安全管理部において多部門多職種で検討し、看護師の特定行為研修の導入を進めている。また、画像所見、病理所見の未確認モニタリングを通じて、画像部門、病理部門の自発的重要所見の電話連絡の仕組みを構築している。このような部門横断的改善活動から嚙下障害診療センターを立ち上げるなど、具体的な組織構築にもつながっている。厚生局、保健所、消防署などの立ち入り検査の指摘事項についても、院内の主要会議で報告し、担当部署で迅速に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.5.4	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	B	【適切に取り組まれている点】 医療の質・医療安全管理部内に設置されている高難度新規医療技術等評価部会および未承認新規医薬品等評価部会が申請案件を受け付け、各々の評価委員会で導入の是非について審議されている。現時点で高難度新規医療技術は11件、未承認医薬品は2件が承認され運用されている。臨床研究については臨床研究部門に設置されている倫理委員会にて審議され、研究開始後のモニタリングの運用もなされている。臨床研究に関する研修は研修会に加えe-ラーニングでの全職員受講が義務付けられ、CITI-JAPANを受講していないと申請はできない仕組みとなっている。COIについても委員会が組織され審査されている。
			【課題と思われる点】 新規医療技術および未承認薬を申請する必要性について十分に周知されているとはいえなかった。研修会等での関係職員への通知、申請が必要な案件が申請なしに施行されない体制を確立するよう、改善が求められた。指摘を受けて、新規医療技術および未承認薬使用の申請の必要性について、年3回通知することとした。また、委員会における導入の是非に係わる審議も充実が必要であるとの指摘を受けて、適否等検討会の構成員の充実に回り、7名体制とした。加えて、導入後のモニタリングは規程があるものの具体的な取り決めがないとの指摘を受けて、医療提供後2週間および退院時に検証を行うこととした。また、医療提供後1年、2年、3年目の経過報告を求めることが、病院として承認された。保険適応外の医薬品については薬剤部で事例収集を行い、エビデンスやリスクによって、倫理委員会への申請または適応外使用理由書の提出のいずれかを求める運用とした。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 バス停からも近く、タクシーの待合など来院時のアクセスに配慮されている。野外環境整備事業として、駐車場の整備等が行われているところであるが、一般駐車場、障害者用駐車場として730台分を確保しており、駐輪場も確保している。玄関では車椅子使用時の介助・支援や職員・ボランティアによる案内を実施している。また、使用区域を定めて携帯電話やWi-Fiが利用できるほか、院内にはコンビニエンスストアが設置されていることに加え、レストラン、食堂、コーヒーショップ、ベーカリーショップ、理容・美容等の利用が可能となっているなど、入院生活延長上に必要な設備が整備されている。さらに、小児疾患の患者も多く、小児病棟に付き添う家族のための宿泊施設として「たんぽぽハウス」を設置するなど、小児の入院生活に配慮されており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 現状は建物の解体等や駐車場の整備がなされているところであり、アクセスの面では一部に患者への負担があると思われるが、やむを得ない状況である。</p>
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 1999年度より再開発整備事業が行われ、病棟・診療棟・外来棟の建て替えが完了している。院内のバリアフリーに配慮されており、スロープの設置や院内の廊下等における手摺りも整備されている。また、障害者用トイレ、オストメイト等が整備され、障害者やりハビリテーションが必要な患者への配慮もなされている。外来・病棟では車椅子、シルバーカー、ベビーカーおよびストレッチャー等が常備されており、ボランティア等による援助も行われているなど、高齢者・障害者・乳幼児連れの患者の来院時への配慮がなされており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院病棟は、整理整頓が行き届いており清潔感がある。車椅子、ストレッチャーの保管場所が確保されているため、廊下には何も置かれていない。廊下の手摺りは出来るだけ途切れないよう倉庫扉にも設置されている。トイレ、浴室には適切な位置にナースコールが設置されている。多目的トイレは、高齢者の排泄介助ができるような広さを確保している。案内表示が「多目的トイレ」になっているためLGBTにも対応できるようになっている。廃棄物の排出ルートは食事搬送と区分け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>
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>都道府県がん診療連携拠点病院として、敷地内禁煙の方針が徹底されている。院内掲示や毎日12時に館内放送等で敷地内禁煙の周知徹底に努めているほか、巡回警備業務として禁煙の実態把握を行っている。また、禁煙外来を設置して、患者をはじめ学内職員への禁煙推進に取り組んでいる。職員に対しては、職員満足度調査を行い、喫煙の実態を調査し、呼吸器内科医師による「受動喫煙・たばこの害」等の講演会を行い、職員に対する禁煙推進に取り組んでおり適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>職員の喫煙の状況については、定期健康診断時に把握しており、2018年度の喫煙率は6.3%となっている。経年的に喫煙率は低下傾向ではあるが、今後も禁煙推進により積極的に取り組まれない。また、職種別の喫煙率についても経時的に記録し、禁煙推進に活用されたい。</p>

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	<p>A</p> <p>【適切に取り組まれている点】 病棟入口に、医師・看護師の責任者氏名および担当薬剤師氏名が明示されている。患者のベッドネームには主治医名、担当医名、担当看護師名が明記されており患者・家族には一目瞭然である。主治医・担当医師が不在時は、氏名、不在日、代行者を紙に印刷しステーション内に貼り出している。また主治医・担当医は患者にあらかじめ不在日を伝えている。看護責任者は、毎日患者の病室をラウンドし問題には即対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.2	診療記録を適切に記載している	<p>A</p> <p>【適切に取り組まれている点】 全職種が統一された電子カルテシステムに記載を行い、相互に情報が共有できる。「診療録等記載マニュアル」に基準が定められ、各職種ともほぼ所定の様式に則り、回診やカンファレンスの記録を含め、必要な情報を適時、的確に記載している。また、研修医の診療記録に対する指導医のカウンターサインも所定の方法で確実に行われている。院内で略語集も作成されており、質的点検は計画的に毎月約300件について、各診療科で登録された担当医師による相互チェックも含めて実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 退院2週間以内の退院時サマリー記載率は97.57%であるが、診療科長の承認が未実施のものも認められたので、基幹型臨床研修施設としてさらなる取り組みが期待される。</p>

2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 点滴・注射や輸血・検体等の患者確認は、患者自身にフルネームと生年月日を言ってもらい、看護師がラベル等と照合することを基本としている。また、看護師2名でラベル患者名・薬剤名等と電子カルテの指示を指差し呼称で一度確認し、再度、役割を交代し同作業を行うダブルチェックをしている。検体回収時や外来採血における検体照合も確実に実施されている。検査室や透析室での患者入室からの一連業務での誤認防止の仕組みや手順が整えられている。手術部においてもサインイン・タイムアウト・サインアウトやチューブ誤認などの対策は徹底されている。外来患者は問診票、電子カルテ、患者の協力も含め、確実な誤認防止策がとられ適切である。
			【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 医師の指示や処方電子カルテ上のシステムで行われ、看護師の指示受けは携帯する端末にも警告音で通知される。実施確認も所定の方法により電子カルテ上で確実に行われている。緊急の指示は主治医から病棟担当看護師に伝えられた上で入力され、確実に伝達、実施される方法がとられている。口頭指示は原則行わず当直医が指示を入力する方針であるが、やむを得ず行う場合には所定の指示受け用紙を用いてルールに則り行っている。放射線・病理の結果報告については未読確認ができ、必要時には放射線科医・病理医が直接主治医に電話連絡するなど徹底が図られている。
			【課題と思われる点】 口頭指示では薬剤の用量単位について用紙に注意書きが記載されているが、あらかじめ具体的に mg・ml 等の単位が明示されているとなお良い。

2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を 実践している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と連携し、リスクマネジャー連絡会議に疑義照会の結果や副作用報告などを報告し、医薬品の安全使用に向けた取り組みが行われている。処方オーダー時に禁忌薬剤や過剰投与、およびアレルギーなどをシステムチェックするなど適切に対応している。注射用カリウム製剤はプレフィルド製剤のみを採用し、一般病棟では添付文書通りに使用している。集中治療部門では、定量筒を使用し補正取り決め事項を定めて運用している。また、カリウム製剤を含むハイリスク注射剤に関しては注射剤標準希釈確認表を作成し運用している。病棟在庫薬剤の管理のうち在庫数は最小限に止め、救急カート内の医薬品も病院全体で統一している。</p> <p>【課題と思われる点】 法令で定める鍵管理が必要な医薬品であるジアゼパム、ミダゾラムを救急カートに配置している。今後も病棟に在庫するのであれば救急カート以外の管理方法を検討することが望まれる。抗がん剤は全てレジメンで管理されているが、その数が1,500以上もあることから、必要性、適切性などについて再検討が期待される。</p>
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 転倒・転落防止対策は医療安全管理マニュアルで規定されている。全入院患者の転倒・転落に対する危険度を、自己チェックシートと転倒・転落アセスメントスコアシートを使用し評価を行い、対策フローチャートに則り、危険度1~3の患者には看護計画を立案し、介入している。また、看護師は入院の説明時に3種類のパンフレットを活用し、転倒・転落防止対策について、患者・家族に協力を依頼している。転倒・転落発生時には、発生時のフローチャートに沿って速やかに対処し、部署内の患者カンファレンスで情報共有し、対策の統一を図っている。転倒・転落防止に係る取り組みは適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	【適切に取り組みられている点】 人工呼吸器やシリンジポンプ、輸液ポンプ、心電図モニターはME 機器管理センターの臨床工学技士により回収・点検・整備がなされている。また、超音波検査装置は部署に配備されているが、臨床工学技士により管理されている。点検済シールが貼付され、当日の必要台数が管理センターより部署に配備される。使用中は看護師による作動確認、アラーム設定等の確認を行っている。臨床工学技士により、人工呼吸器装着患者への訪室や作動確認も行っている。さらに、医療安全管理部・看護部が協働し、定期的に機器のアラーム設定や使用状況について巡回・確認している。医療機器に関する研修会は、新採用者や中途採用者も含め実施している。
			【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	【適切に取り組みられている点】 院内緊急コードとしてドクターハートを設定し、職員が一斉に参集できる仕組みが整えられている。また、緊急コードの連絡方法は部署内の目立つ場所へ掲示され、職員ポケットマニュアルの裏表紙にも記載がある。救急カートの内容は院内で統一し、必要な場所に配置し、看護師は毎日、薬剤師は月1回、点検表を用い、薬剤と物品の確認をしている。また、全職員対象に緊急コード・BLS 訓練を毎年、計画的に実施している。RRS については2019年8月に正式に設置され、全部署で運用を開始している。職員ポケットマニュアル内にRRS について明記され、部署内にはポスター掲示され、職員に十分周知されている。
			【課題と思われる点】 RRS は稼働を開始したところであるので、今後のシステム継続に期待する。BLS 訓練は毎年実施しているが、職員個々の訓練実績についての把握が不十分な部署があるため、適切な管理を望みたい。また、救急カートは点検済の表示があるが、表示箇所や方法が部署により異なるため、一目で点検済であることが職員の誰が見てもわかるよう院内で統一した表示をされることを期待する。

2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>「病院感染対策マニュアル」に基づいた対応が、各部署でおおむね実践されていた。各部署には速乾性手指消毒薬や个人防护具が配備され、汚物処理対応は適切である。汚染リネンもビニール袋に収納し、整理室で保管後、リネン業者が適切に処理している。また、手指消毒の実施に努めており、感染管理室によりモニタリングが実施され、手指消毒の徹底と指導が行われている。感染対策の実施状況は ICT ラウンドやリンクナースがラウンドを行い、常に見直しに努めている。面会者のマスク着用等、インフルエンザ流行時期にはポスター表示等で家族・外来患者等に注意喚起を行っており、感染制御のための活動をしている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>抗菌薬使用マニュアルが作成され、これに基づき AST が抗菌薬適正使用を推進している。感染症が疑われる症状は感染管理室に報告され、血液培養 2 セット採取、グラム染色の実施、アンチバイオグラムに基づく初期抗菌薬の選定のプロセスにおいて、必要に応じて AST がサポートする体制がある。培養検査結果に応じた De-escalation は、AST 薬剤師が毎日モニターしており、必要に応じた介入がなされ、診療サイドの受け入れ率も高い。特定抗菌薬の届け出制・許可制が敷かれ、抗 MRSA 薬の TDM は適切に実施されている。年 1 回自院のアンチバイオグラムが作成されているほか、地域のアンチバイオグラムも作成されており、病院のみでなく地域へも抗菌薬適正使用の情報として提供されている。ICD などが薬事委員会へ抗菌薬の採用・削除に関する意見を述べることができる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>届け出対象の抗菌薬の採用数がやや多いことから品目の見直しを検討されたい。</p>

2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床での倫理課題は、医師、看護師だけでなく患者・家族に関与する多職種も把握している。重症筋無力症患者に人工呼吸器を装着した事例では、医師、看護師、その他の職種でカンファレンスを行っている。DNAR、リビングウィルの方針はまだ定まっていないが、アドバンスケアプランの書式を作成し患者の生き方や希望を聴取している。臨床での解決困難な倫理課題に遭遇した時は、臨床倫理コンサルテーションチームに相談する仕組みができたことは理解している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 感染対策、抗菌薬適正使用、褥瘡対策、栄養サポート、緩和ケア、チャイルドプロテクション（小児虐待対応）、リエゾンチーム等、多職種専門チームが構成され、機能している。各チームの活動は、臨床のスタッフを支援し、患者の利益に結びついている。診療においては、組織横断的な協力体制がある。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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られることができる	<p>【適切に取り組まれている点】 2014年4月より外来診療は原則として完全予約制を採用している。医療機関からの紹介方法や予約の方法・手順については、ホームページや外来診療案内等に分かりやすく記載されている。万一予約外の患者が来院した場合は、患者の状態を把握した上で診察を行う等臨機応変に対応している。病院外来玄関入口付近には総合案内を設置し、各種来院者の案内や車椅子での移動等をサポートするとともに、英語、中国語、韓国語等の医療通訳やAI翻訳機を配備し多言語をカバーする仕組みが出来ている。また、来院者が体調不良である場合の対応について看護部との連携もルール化され良好である。待ち時間についても、希望者に診察時間を知らせる呼び出し機を貸与するとともに、予約時間から診察、診察から会計までの待ち時間が定期的に把握され、患者サービス委員会で検討が行われており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.2	外来診療を適切に行っている	<p>【適切に取り組まれている点】 患者に関する情報収集は診療情報提供書・薬手帳などに加えて所定の問診票を用いて行い、禁忌薬・アレルギーなどは電子カルテの患者情報画面に医師・看護師または薬剤師が入力する。検査や入院についての説明と同意は、まず医師が適応や病状について説明した後、看護師が再度確認する。個室仕様の診療ブースへの患者の呼び入れは番号で行うなど、プライバシーへの配慮もなされている。処置が必要な患者は各ブロックに設置された処置室で行い、より重症なケースは救急外来で対応する。糖尿病、フットケアをはじめ各種患者指導には認定看護師等も介入しており、外来診療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>

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診断的検査の必要性は主治医が判断しており、診療録に記載している。内視鏡検査、CT・MRIの造影検査等侵襲的検査の場合には説明用紙を用い、必要性、リスク、さらにはその検査を受けない場合の説明も行い、患者あるいは家族の同意の署名を得ている。検査は手順を遵守して安全性に配慮しながら実施し、必要な場合には検査中・後の患者状態・反応の観察を行いその内容を診療記録に記載するなど、診断的検査を確実・安全に実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院の必要性は医学的判断に基づき、外来担当医が病棟医長と協議の上、決定する。手術等侵襲的処置が予定される患者に関しては定期的開催される各科カンファレンスでの検討を通して方針が決められる。また、必要に応じて関連する他診療科へのコンサルテーションも積極的に行っている。担当医による説明の後、患者・家族から同意を取得し、病床については患者の希望にも配慮した上で病棟医長と看護師長が相談して決めている。必要時には他診療科の空床利用を積極的に行うなど弾力的な病床活用を図っている。また、病床検討委員会で共有病床を設定し、病床の弾力的な運用を進めている。入院の決定のプロセスは適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院診療計画書は最近書式を変更し、より看護師・栄養士・薬剤師など多職種が記載する内容を充実させ、全職種担当者が署名することとした。看護計画も、入院時の転倒・転落、褥瘡、深部静脈血栓等のリスクを判定した上で立案され、病状の変化あるいは2週間以内での見直しを行っている。立案された診療計画については患者・家族の同意を取得し、要望についても配慮されている。クリニカル・パスも約60%の適用率で活用されており、診療計画の作成は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 相談室窓口は、一本化されており様々な相談を適切な部署へ振り分けている。相談記録は電子カルテ内で管理されている。相談室は4部屋ありプライバシーが守られる設計となっている。地域連携室、がん相談室、患者相談室が隣接しており、地域連携室では、看護師8名、社会福祉士5名のスタッフで患者の入退院支援を行っている。がん相談室では、ハローワークと連携をとり、就労支援を行っている。ハローワークは、毎月2回出張相談のため来院している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	<p data-bbox="885 159 1252 203">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="885 203 1385 817">患者が予定入院する場合は、各診療科外来で入院予約を外来担当医が行う。外来看護師は、患者に「入院のご案内」を渡し、入院に備えた準備ができるよう説明している。入院当日は、入院受付窓口で入院病棟が案内される。病棟看護師やクラークにより、病院のルールや売店、相談室等の位置情報を伝えるとともに、病棟の設備と使用方法、患者に関与する医療者等の紹介を行っている。外来からの患者情報は、問診票と「外来-病棟連携チェックシート」で引き継がれる。食物アレルギーは入院時に聴取され、初回食事から反映されている。救急入院時は、救急外来および入院病棟で患者・家族の状態に合わせて必要なオリエンテーションを実施している。予定・緊急共に円滑な入院が可能となっており適切である。</p> <p data-bbox="885 851 1141 896">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="885 896 1005 940">特記なし。</p>
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p data-bbox="885 952 1252 996">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="885 996 1385 1344">医師による回診は毎日行われ、カルテ記載は入院時の記載も含め、詳細に行われている。診療科ごとに医師が不在にならないよう、相談され、継続的な診療を行っている。主治医不在時には、代理医師も指定されている。診断、治療方針は各科のカンファレンスで担当医、責任医師で検討され決められている。必要な場合は、病棟でNSTなどの多職種のカンファレンスも行われ対応が検討されている。</p> <p data-bbox="885 1377 1141 1422">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="885 1422 1005 1467">特記なし。</p>

2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）およびプライマリーナーシングで看護提供を行っている。看護管理ガイドランス、基本の看護基準・手順および部署別の手順・基準に則り、患者ケアが実践されている。看護師は、入院時に転倒・転落、栄養、褥瘡などのアセスメントをルーチンで行い、患者・家族との調整をする。入浴や食事・シーツ交換等も基準で統一されている。基準で行うもの以外に、患者の希望も考慮し、適宜対応している。入院時にゴードン13領域で患者情報を収集し、看護診断につなげている。必要時には、多職種と調整・連携し、ケアプランなども作成・実施されている。衛生材料や薬品管理等についても対応は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>薬剤部から払いだされた薬剤は、全病棟で共通した確認方法で準備が行われており、調製・混合時には端末を用いて看護師2人によるダブルチェックが適切に実施されている。さらに電子カルテ上で中止や中断、再開などを確認している。全ての抗がん剤は薬剤部にて安全キャビネット内で調製している。抗菌薬や抗がん剤など投与後に患者の観察が必要な薬剤を定め、患者の状態・反応などが確認されその結果をカルテに記載している。内服薬の服薬確認はその都度飲み込みまでの確認を行い、記録している。化学療法センターでは、医師のみでなく多職種で治療とリスクの説明を実施している。投与前には用法・用量・検査値などの必要事項の確認がなされ、安全に化学療法を行える体制が確立している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>抗菌薬の2回目投与時に患者が急激な変化を起こす事例が報告されていることから、観察項目に加えることの検討が期待される。また、病棟在庫医薬品のうち内服薬に関して使用期限が記載されていないので1年1回すべて入れ替えるとしても使用時確認できる工夫を期待したい。</p>

2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 輸血療法は指針・ガイドラインに準じて必要性とリスクが判断され、説明と同意のもと適切に実施されている。手術症例では自己血輸血の準備も含め適切に対応している。血液製剤を使用する際には必ず医師と看護師で確認を行うこと、また輸血開始5分間および15分後の患者観察をルール化し、電子カルテに記録している。輸血医療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>
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手術に関しては、術前に診療科カンファレンスにおいて手術の適応、術式について検討を行い、患者・家族に手術に関する説明を行い同意書を得ている。麻酔科医の術前訪問は麻酔科が関与する全患者に行い、麻酔に関する説明の後、同意書も取得している。また、手術室看護師による術前訪問も行っている。合併症の予防は、術前の静脈血栓症のアセスメントによりリスクレベルにあわせ弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法等が選択されている。術後の搬送時もICUへは麻酔科医と主治医が、病棟に移送する場合は主治医が同行している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 重症度に応じてICU、HCU、各病棟の重症室があり、院内における各ユニットおよび室の入室・退室運用の基準を基に主治医と看護担当者で合議・検討の上、重症度に合わせた病床の選択、運営が行われている。主治医が不在の場合の対応も明確であり、迅速な対応ができるよう定められている。また、病棟の重症個室、重症室は、スタッフステーションの近傍に配置され、患者の状態が随時把握され、重症度に応じた診療・ケアが行えるよう運用されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>褥瘡対策マニュアルを整備し、全入院患者に対しリスク評価を行っている。リスクの高い患者には褥瘡ハイリスク計画書を立案し、リスク内容に応じた予防マットの使用やポジショニングなどの個別計画を立て、診療・ケアにあたっている。褥瘡のある患者の継続的な管理は、皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理栄養士で構成される褥瘡対策チームが回診（週1回）し、評価・治療・予防ケアを指導している。高機能エアマットレスを使用する等、体圧分散に努め、褥瘡の予防・治療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>
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>管理栄養士は、医師や看護師が電子カルテに入力した食物アレルギーの有無を、患者入院時に確認している。医師の食事指示を受け、患者に適した食事を提供している。また、栄養管理計画書は7日以内に記載しており、栄養上問題のある患者は、NST（医師、看護師、薬剤師で構成）で検討し対応している。各病棟からのNST依頼は、介入依頼書を通じて行われているため、回診後回答書を発行している。摂食・嚥下機能の評価は、STが行い機能不全者に介入している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診療やケアの様々な場面で、患者の症状出現の予測や苦痛の把握に努めている。疼痛に関しては、フェイススケールやNRSを使用して観察し、患者の身体状況や言動とともに電子カルテに記載している。手術後の不快症状（嘔気・嘔吐・腹満・発熱等）は事前に予測指示として薬剤等の対処法を受けており、実施につなげている。日々の医師・看護師による観察と報告、診療録への記載により情報共有し、迅速で適切な症状緩和がなされている。がん患者の疼痛や呼吸器および消化器症状、倦怠感等に対しては、タイムリーに緩和ケアチームの支援を受け、ケア介入を実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 担当医からの指示を受けてリハビリテーション専門医が診察し、適応を判断した上で病態に応じた目標設定と実施計画を策定している。患者・家族の社会的背景や要望、リスクは総合実施計画に盛り込まれ、同意を得て実施される。療法士は毎日病棟での実施についてカルテ記載を行い、主治医・看護師とも情報を共有する。リハビリテーションの進捗状況や問題点については毎週のカンファレンスで検討されている。</p> <p>【課題と思われる点】 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率は75.56%であり、対象患者のスクリーニングや適応についての積極的関与などについて検討されたい。</p>

2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組みられている点】 身体抑制マニュアルに抑制の方針、抑制方法、解除のためのカンファレンスを開催することが明文化されている。</p> <p>【課題と思われる点】 身体抑制は「身体抑制決定のためのチェック表」を用い、抑制の判断を行っている。医師は、同様式の医師欄にチェックを行っているが、明確な抑制指示は出しておらず、ポケットマニュアルに医師の指示出しの原則が明文化されているが、そのルールにも合致していないため、医師の指示が不明確なまま身体抑制が実施されており、改善が求められた。指摘を受けて、患者・家族の同意が得られた後、担当医が電子カルテに抑制の開始指示を入力する運用に改め、実施されるようになった。また、解除に向けてのアプローチも不明確であることが指摘され、抑制中は毎日、医師を含む多職種により、身体抑制評価表を用いて評価し、医師は抑制継続の必要性の判断を行い、署名する運用に改善された。</p>
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】 医師または看護師は、患者から退院後に据えた目標を聞き目標達成プロセスを共に歩んでいる。入院時に退院支援を必要とする患者を対象に、栄養指導、服薬管理などを行いながら、患者が在宅での生活をイメージできるようにしている。患者が抱える経済的な問題には社会福祉士が対応し、患者個々に合った関係機関と連携できるように配慮している。さらに院外講演会を通して、退院後の患者を支えるために必要な医学的知識を訪問看護師やケアマネージャーに提供している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>退院後に患者自身が自分の健康と継続治療管理ができるよう開発された「私のカルテ」は、熊本大学でがん治療を行った患者に特化しているが、患者を中心に据え、関与する医療者が誰でも記録できるようになっている。継続的な診療・ケアを支える優れた仕組みを実践している。医療依存度の高い患者に対しては在宅療養支援活動を試みている。年間4回、退院後の事例を振り返りより良いものに改善しようとしている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ターミナルステージの判定は、緩和ケアセンターマニュアルに基づき、医師・看護師および多職種カンファレンスで評価し実施されている。また、入院時より緩和ケアが必要と判断された患者は、緩和ケアチーム（医師・看護師・臨床心理士・薬剤等）が早期に介入し、患者・家族の意思決定支援に努めている。医師よりDNARを含めた説明と家族の意向確認が行われる際は、看護師も同席し、患者・家族の意向や要望に配慮したケア計画を作成し、環境等へ配慮している。AYA世代のターミナル事例や高齢者在宅緩和ケア・小児在宅看取り事例への適切な介入も確認できた。臓器移植に関するマニュアルや剖検、逝去時の手順も作成され、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>

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1 良質な医療を構成する機能 1

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している

A

【適切に取り組まれている点】

医薬品安全管理責任者は、薬剤部とともに副作用情報および適応外の使用に関する情報を収集している。プレアボイド報告も適切に行っている。薬剤師が全病棟に配置されている。薬剤部ではサポートシートを用いて薬剤の用法・用量や重複および相互作用のチェックが実施されている。持参薬は、入院時に薬剤師によって確認が行われ、適切に使用されている。定時注射薬の1施用ごとの取り揃えは実施されている。

【課題と思われる点】

定時締切り時刻は、病棟ごとに11時、12時と段階的に設定されており、全体の約3割にあたる締切り以降の臨時注射処方患者ごとの取り揃えである。締め時間の再検討や薬剤部の機械化の検討、病棟薬剤師と診療科および看護師との連携などを含めて1施用実施率のさらなる向上を期待したい。

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	S	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床検査機能は、ISO15189 認証を取得し、検体検査、生理検査、細菌検査、輸血管理業務に対応している。検体検査は、検体のラベルを RFID 対応のものに統一し、誤認識の少ない認証による部門システム、自動検体搬送ラインの導入により、検体誤認防止、迅速な検査運用が行われているだけでなく、RFID 情報によるフロー分析、検体検査業務の効率化、必要時間の短縮など改善に役立てており優れている。異常値やパニック値も基準が設定され、再検査、担当医への電話報告が迅速に行われ、不在時には代理医、看護師へ連絡するルールも徹底され、記録も残されている。検体検査の報告は、ほぼ 60 分以内に行われ、平均では 30 分程度で行われている。内部・外部精度管理は適正に行われている。生理検査はプライバシーに配慮して行われ、急変時の対応も明確である。また、待ち時間の間にタブレットを用いた検査説明閲覧サービスを行うなど、待ち時間を有効に使う工夫をするなど高く評価される。時間外は 1 人当直制をとっており、常時対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	S	<p>【適切に取り組まれている点】 画像診断医 11 名、放射線技師 36 名、看護師 28 名が常勤専従として勤務し、平日日勤帯では 7～8 名の診断医が常駐して CT・MRI の読影率は 100% である。通常の予約の他、緊急枠を設けて速やかな対応を可能としている。また、医師・技師ともに宿日直・オンコール体制をとり、IVR 医師 3 名を含め緊急症例には 24 時間体制で対応している。夜間帯で実施された画像も翌朝診断医が確認し、偶発的な所見についても悪性腫瘍の可能性などリスクが高いと判断されれば直接主治医に連絡するなど徹底的な見落とし防止を図っている。血管撮影装置 4 台、CT3 台、MRI4 台、PET CT1 台を含む核医学診断装置も 4 台備え、設備も充実しており、画像診断機能は優れている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 調理室は、下処理、調理、盛り付け場所、下膳食器の洗浄・保管などの作業区域は明確に区分されている。また、温冷配膳車による適時・適温食の提供を行っている。配膳車と下膳車はそれぞれ独立した専用のエレベーターを使用し、搬送ルートを確認に分けて対応していることは高く評価できる。患者特性による嗜好・味覚の変化に応じた対応や食の形態にも配慮している。また、意見箱や毎月実施している嗜好調査等による患者からの意見や検食結果をもとに献立の変更を行うなど、食の改善に努めている。さらに、食材や調理済み食品の冷凍保存も適切に行っているほか、職員に対する衛生管理も徹底しているなど、安全で美味しい食事の提供が行われており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 専従医師2名、療法士25名（PT16名、OT5名、ST4名）が配置され、心臓大血管疾患・脳血管疾患・運動器・呼吸器リハビリテーションを実施している。また、入院患者の多くを占める悪性腫瘍患者に対してがんリハビリテーションへの対応を強化した。病棟等との情報共有やリハビリテーション機器の日常の保守・点検は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 長期の休日については中3日間に渡り休止されることがあり、イラスト入りの資料で自己訓練の指導を行うことで補完している現状がある。リハビリテーションの継続性について検討されたい。</p>

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 診療情報については、電子カルテシステム、オーダエントリシステム、医事会計システム、物流システムを統合した熊本大学病院情報システム「KAIJU」により一元化されている。患者 ID は外来・入院を通じて 1ID とし、外部医療機関から紹介された画像データ等は PACS に取り込み、同様に ID を付与することにより迅速な検索を可能としている。また、同意書等紙媒体については、回収後、必要項目の記載について診療情報管理士が確認した後、スキャンされる仕組みとなっている。すべての入院患者に対して決められた項目に関する診療録の量的点検が実施されるとともに、その結果は運営審議会および診療科等調整委員会に報告し情報が共有されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	--------------------	---	--

3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 麻酔科診療科長が管理責任者を務める ME 機器センターに 22 名の臨床工学技士が配置され、医療機器の安全管理・適正使用に努めている。中央管理する主な医療機器としては、人工心肺、補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置、除細動装置、閉鎖式保育器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、生体モニターなどがある。輸液ポンプやシリンジポンプの貸出・返却はバーコードにてアリバイ管理が行われている。病棟で保管されているシリンジポンプは使用後に速やかにセンターに返却され点検される仕組みになっている。各部署に保管されている超音波もおおむねバーコードにて管理されている。休日・夜間についても当直として 1 名が勤務し危機管理を行っている。シリンジポンプや人工呼吸器は機種統一がされ、耐用年数を考慮した先行的な購入計画も立てられている。</p> <p>【課題と思われる点】 医局で購入管理されている機器すべてを一元管理するまでには至っていない。</p>
-------	--------------------	---	--

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>中央材料部は専従の看護師長が責任者として配置され、委託職員約30名で運営されている。洗浄・滅菌に関する運営課題は、材料運営委員会において多職種で協議・決定している。外来・病棟・手術室の使用済器材の洗浄は中央材料部で中央化されており、器材の返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務はワンウェイ化している。洗浄評価は年2回、職員による目視確認後、色素染色判定法（アミドブラック）を用い実施している。滅菌判定は各種インディケーターにより行い、生物学的検知も毎日実施している。リコール対策も手順を整備している。コンテナの使用履歴を管理しており、リコール発生時にも有効活用できる等、トレーサビリティも確保されている。EOG滅菌器材使用に関する作業は有資格者で行い、他の滅菌に関連する資格を持った委託職員も配置されている。洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------------	---	--

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 S

【適切に取り組まれている点】

病理診断機能は、常勤専従病理医6名体制で運営している。検体の登録、標本作成に至るまでバーコード、QRコード認証などを活用して自動化を進め、誤認防止を徹底している。直近で病理部門の設備の拡充・強化が行われ、病理部で手術検体等の24時間処理が可能な環境整備が行われた。その結果、すべての検体管理が病理部門で一括管理可能となり、病院全体としての体制が確立した。作業環境も排気システムが完備されており、職員への曝露回避の工夫がされている。ホルマリン等の危険性の高い薬品の保管管理は適切であり、作業環境測定の結果も良好である。組織診断は迅速であり、術中迅速病理検査も30分程度で報告できている。病理診断の精度を担保する仕組みとして病理医によるダブルチェック、難解症例の検討会、外部コンサルテーションが導入されている。さらに、問題症例の結果を病理医から主治医に電話連絡するだけでなく、安全管理部等と協力し、診断結果の未確認事例をチェックし、主治医に連絡する体制が構築されており高く評価される。

【課題と思われる点】

特記なし。

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 専従医師7名、放射線技師9名（品質管理士1名、医学物理士4名を含む）、看護師26名が常勤専従として従事し、リニアック・マイクロトロン2台、IMRT2台で治療を行っている。各診療科主治医の依頼を受けて放射線治療計画は専門医の主導のもとに立案され、専門技師、医学物理士、品質管理士によりチェックされる。治療計画にあたってはCTシミュレーターを活用しているが、専用室は患者の不安軽減に配慮したデザインに改装した。また、前回の受審において課題とされた品質管理委員会を2015年より設置し、品質管理状況の監査を定期的に行っている。放射線治療機器の品質管理、治療用放射性同位元素（イリジウム192）の保管・管理も適正に行っており、放射線治療機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 中央診療部に位置する輸血・細胞治療部が、管理責任者のほか副部長および常勤医の医師2名と常勤検査技師2名（必要に応じて4名まで増員）で輸血関連業務への対応を行っている。輸血用血液製剤は自記温度記録装置付き保冷庫で一元保管され、保冷庫の温度だけでなく開閉も監視モニターで管理されている。感染性自己血は別途専用の保冷庫で保管されている。輸血用血液製剤の発注から保管、供給、返却まで確実・安全な輸血療法の実施に努め、心臓血管外科および整形外科の手術件数の増加にも対応し、各種製剤の低廃棄率を維持している。骨髄移植に伴う血液型の変化については輸血・細胞治療部だけでなく病棟でも共有されている。休日・夜間の業務は臨床検査部と協働して対応しており、協働する職員には定期的な研修を行い、支障ない運用に努めている。緊急輸血に備え特に産褥出血時のシミュレーションを定期的に行い、超緊急輸血の速やかな実施に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 休日および夜間の輸血業務は単独ではなく臨床検査部門と兼任の1名で対応している。救急部門の拡充にあわせて複数体制を確保することが期待される。</p>

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手術・麻酔機能は、麻酔科常勤医 17 名、非常勤医 23 名の体制のもと、年間 8,895 件の手術（全身麻酔 5,353 件）を行っている。手術スケジュールは、手術部長、手術室看護管理者で合議し調整しており、平行して 13 列の手術が可能となっている。術中患者管理は麻酔科医によって適切に行われている。手術室入室時の患者確認、サインイン、手術前のタイムアウトも決められた手順に従って行い、手術終了時のサインアウトも確実にしている。麻酔覚醒時は麻酔科医により覚醒確認がされ、手術室退出基準も明確で遵守され、ICU、病棟には麻酔科医、主治医が付き添い安全の確保に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 ICU11 床、CCU4 床、HCU12 床、SCU3 床、NICU15 床、MFICU6 床を運用している。ICU には常勤の専従医師が配置され、2:1 看護体制で適切に運用している。CCU、HCU、SCU、NICU、MFICU も必要な医師が配置され、それぞれ適切な看護体制で運用している。入室退室基準が整備され、それに基づいて機能が適切に発揮されている。麻薬、向精神薬は鍵管理され、看護担当者による毎日の確認と薬剤師による週 1 回の確認が行われている。医療機器は、臨床工学技士が関与し適切に運用している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	<p data-bbox="877 159 1394 616">【適切に取り組まれている点】 同じ医療圏に別の3施設の救命救急センターがあるため、救命救急センターではないが、教育施設として、また高度機能をもった大学病院として、三次救急に対応した救急部門を設置している。救急専従医7名による交代制の体制となっている。近年、機能を強化してきており、救急車の受け入れも、1,500台程度から2,000台超まで増加してきている。看護は交代制の体制であるが、検査技師・薬剤師・放射線技師は1名の当直制をとっている。</p> <p data-bbox="877 649 1394 714">【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

評価判定結果

4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 理念・基本方針は明文化され、ホームページやパンフレット等に掲載され周知が図られている。理念・基本方針の内容は、2019年度見直され、高度な医療安全管理に基づく医療サービスの提供が強調されている。</p> <p>【課題と思われる点】 理念・基本方針が実現されていくことを念頭においた組織運営を計画的に進めたい。</p>
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医学部附属病院を改め、大学病院とし、医局講座制度中心の運営の変革がなされていることは高く評価される。診療科長の選考については、下段に触れたが、診療科長に大きな問題がある場合には、病院長の上申により学長が任命・解任する権限をもつことが、2019年に新たに承認されている。病院長は、臨床教授を退任して、選任の病院長となっており、病院の管理運営上高く評価される。中・長期計画が作成され、職員に明示されている。病院経営活動における優れた取り組みについて医療活動表彰があり、病院長裁量によるインセンティブ付与の仕組みが設けられている。医師の働き方改革に伴う看護職の対応について、看護部長は先取りして教育の実践の検討を進めているなど、病院幹部の課題認識とリーダーシップの発揮は優れている。</p> <p>【課題と思われる点】 病院の診療科を統括する診療科長は、医学部の臨床講座の教授が務めることが、大学病院規則として定められている。診療科長に求められる資質により、病院として診療科長を選考する仕組みについて検討することが期待される。</p>

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B	<p>【適切に取り組みられている点】 病院管理者の選考は、特定機能病院の新たな承認要件に適合した仕組みが整えられ、現管理者もこれに基づき選考されている。組織として病院運営を行う仕組みが整えられており、問題を早期に把握するための定例連絡会議をはじめ、隔週実施される病院運営カンファレンス、月1回の運営企画会議、最終意思決定を行う運営審議会を階層的に設けている。中・長期計画は策定されており、達成状況の評価も実施されている。BCPは作成されている。</p> <p>【課題と思われる点】 組織図の一部が実際の機能的な実態と合っていないので見直しが望まれる。部門・部署ごとの目標管理を病院としてシステムの的に実施する仕組みを導入することが望ましい。</p>
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 情報管理の仕組みは、病院長を統括責任者とし、医療情報経営企画部長をシステム管理責任者とした管理体制が整備されている。また、情報システムを安全・合理的に運用するため、医療情報経営企画部運営委員会を設置し、監査結果、管理運営上の問題等を検討するとともに、改善案を病院長である統括責任者に提案する体制が整備されている。データへのアクセスには職員カードと顔認証の二要素認証を採用し真正性を担保するとともに、毎日バックアップを取ることで保存性が担保されている。情報の利活用については、診療情報分析ツールであるHOMAS2等を利用し、各種経営分析に利用するとともに、クリニカル・パスの診療分析等に利用し、効率的医療の推進に活用しており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院長を文書管理者とし、その下に各課長を文書取扱責任者として位置付けた文書管理体制が構築されている。管理文書は、熊本大学法人文書ファイル管理簿により部門ごとに一覧化されており、どの文書が管理文書とされているかが明確化されている。同ファイル管理簿には病院事務部門として、総務課管理文書、経営戦略課管理文書等に分類され、それぞれの文書毎に作成者、管理担当部門、保存期間満了日、満了後の廃棄方法等が定められている。マニュアル等を病院として認める方法として、各委員会や各部署からあげられた申請に対して最終的に病院長が承認することとされている。</p> <p>【課題と思われる点】 「熊本大学病院規則等の制定改廃等に関する取扱要領」により、規則の制定やマニュアルの承認手順等が示されているが、病院内における膨大なマニュアルの制定、改正等を踏まえ、病院として承認されるまでのマニュアル等の作成、改定に関する分かりやすいフローがあるとなお良い。</p>
<hr/>			
4.2	人事・労務管理		
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医師、薬剤師は法定人員を満たすとともに、看護師、医療技術員、事務職員等の職員数については必要人員が確保されている。特に、課題とされていた臨床工学技士、造血幹細胞移植コーディネーターの採用や、ドクターズクラークの有期雇用から無期雇用の実現等様々な人員体制の見直しを実施している。特に、平成31年度より夜勤従事専従看護師制を導入し、前年対比で看護師53名を増員したことは特筆すべき英断であり、貴院の病院改革への強力なアクションが伺える。職種別の労働時間や有給休暇の取得率に若干のばらつきは認められたが、今後の取得の促進に期待したい。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
【適切に取り組まれている点】		
就業規則、給与規則等労務一般に関する諸規則は整備され職員に周知されている。また、育児休業等に関する規則を整備するとともに、子育て世代を支援するために「次世代育成支援パンフレット」を作成し、病院をあげて子育て世代の職員に対する支援体制を推進していることは評価できる。医師の労働時間の適正化を促進するため、2019年7月から医師用就業管理システムを導入している。また、定年退職後の再雇用制度も整備され、希望者は65歳まで勤務することが可能となっている。職員の過重労働対策については、対象職員がいる場合は、病院長から当該部署長に連絡し、対象職員との面談を促している。能力評価と業績評価で構成される人事評価制度が全職員に対して実施されている。労使協定の締結等についても遅滞なく実施されており適切である。		
【課題と思われる点】		
特記なし。		

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 病院長を委員長とする労使双方から構成される安全衛生委員会が月1回開催され、院内巡視体制や労災防止体制等を検討している。職員のメンタルヘルス対策の一環としてストレスチェックが実施されるとともに、精神的悩みをもった職員には、精神科医と臨床心理士で構成された「こころの健康相談」を設置している。ホルマリンは出庫記録が整備され、いつどの部署にどれだけ払い出したかが記録されている。また、作業環境測定を実施しすべて第1管理区分であることが確認できた。抗がん剤投与時に、実施者はPPEを適切に装着している。各種抗体価検査の実施に当たっては病院費用で実施し、職員に対してはウィルス抗体価個人記録カードを配布する等適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 職員の健康診断について、非常勤医師の健康診断結果についても把握できているが、常勤職員の数名が未受診扱いとなっていることから100%実施を是非達成いただきたい。また、安全衛生活動として院内巡視を行っているが、巡視報告書にはだれが実施したかが無記名となっていた。産業医、衛生工学衛生管理者、衛生管理者等の立場で院内巡視を実施したかが分かるようにすることを期待したい。</p>
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院長を中心とした各部門のヒアリングを実施し、診療科をはじめとした各部門の要望を集約した上で解決に向けた取り組みを実施している。令和元年度からは職員満足度調査も実施し、幅広い職員からの要望を傾聴する姿勢が伺われる。また、働きやすい職場環境を目指し、院内保育所を設置し週2回の夜間保育の実施や病児保育室 Mimi を設置するとともに、夜勤従事専従看護師制度を取り入れる等、女性職員の就業の継続に向けた取り組みを実施している。さらに、医療活動に顕著な功績者に対して病院長による表彰制度を実施するとともに、病院長裁量経費を有効利用の方策として診療科等に経営改善に対するインセンティブを付与する試み等も行っており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.3 教育・研修

4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている B

【適切に取り組まれている点】

医療教育委員会を設置し、院内の教育・研修に関する業務を所掌している。年間を通じて病院として実施すべき研修会・講習会の内容および実施回数は一覧として作成されている。研修効果を評価するため、参加者にミニテストを実施している。入職者に対する職員オリエンテーションでは、医療安全、感染管理、個人情報保護等の病院職員として必須の研修をはじめとして入職者に必要な研修を実施するとともに、各部門で実施される初任者研修、その後の継続研修についても委員会として取りまとめを行っている。中途入職者に対する研修も遅滞なく実施されている。図書機能としては、21時00分まで開館し学ぶ者の支援をするとともに、6,000を超える電子ジャーナルを用意しており適切である。

【課題と思われる点】

単年度で実施すべき必要な研修会・講習会は体系的に定められているが、職員参加率の向上を目指し委員会において研修会・講習会の年間開催スケジュールを作成し、職員に早めに周知することが望まれる。また、必要な教育・研修の計画的・継続的な実施および参加率の向上に向けた努力を引き続き期待したい。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師を除く職員については、人事評価制度を実施しており、その中で職員の能力評価を行っている。看護部門では、クリニカルラダーを導入し、看護師個々の能力評価を行い、計画的な能力開発を実施している。薬剤師についても中・長期の人材育成のための教育・研修が行われている。シミュレーション室を設置しており、多種のシミュレーターによる医師・看護師等の技術支援・能力開発ができる体制が確保されており評価できる。なお、看護師については、キャリア開発を行っているが、その評価をもとにIVナース、IVナースインストラクター、感染リンクナースなどの院内認定制度を設定し、より安全なケアの提供に努めており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>2019年6月より、医師について年俸制を導入するにあたり、新たな業績評価が行われることとなり、診療の能力評価も組み込まれているので、今後の取り組みを望みたい。看護師、薬剤師等以外の職種においても、能力開発に取り組んでいるが、体系的な能力開発のプロセスが明確でなく、評価内容も具体的ではない。</p>
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師・歯科医師については、総合臨床研修センターを設置して、プログラム管理専門委員会のもとにプログラムの管理、研修の評価等を計画的に行っており適切である。看護師や薬剤師をはじめ、コ・メディカル、事務職についてもプログラムを策定し、適切に初期研修を行っている。また、研修者の評価も行い、適切な評価の実施に向けて取り組んでいる。医師・歯科医師、看護師等では、指導者の育成を計画的に行っており、その他の職種についても部門の管理者が指導者として対応するなど、適切な教育・研修が行われるよう努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>初期研修において、詳細なプログラムのもとに行われている職種がある一方で、短期のオリエンテーションを主体とした初期研修となっている職種もみられる。研修目標を明確に定めるなど、適切な初期研修内容となるように対応を検討されたい。</p>

4.3.4 学生実習等を適切に行っている B**【適切に取り組まれている点】**

実習生の受け入れについては、熊本大学病院実習生受入規則に基づき総務課が所管している。実習の受け入れについては、依頼先学校からの申請に基づき、院内審査を経て、病院からの許可証を発行する仕組みとなっている。実習の内容については各受け入れ部門において、カリキュラムや実習方針、評価方法等が検討されている。また、実習の開始前に、個人情報保護誓約書の提出を義務化するとともに、病院での実習期間中に故意または重大な過失による事故等が発生した場合の責任の所在や、感染対策として各種抗体価検査の情報の提出を義務化している。

【課題と思われる点】

単年度で1,000名を超える実習生を受け入れる貴院においては、理念、基本方針、医療安全、感染管理、個人情報保護、事故発生時の対応等について、病院としての実習受け入れ方針を作成し、実習依頼元と覚書を交わすなど、依頼元に周知・遵守を求めることを明確にしておきたい。また、受け入れ時の実習生のオリエンテーションについて、医療安全、感染制御等標準化を図れるものは検討しておくとい。

4.4 経営管理

4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 予算編成にあたっては、病院の中長期マスタープランを加味した上で、病院長、副病院長、看護部長、事務部長等が参加する運営企画会議において計画を立案し、その後運営審議会において内容を検討している。貸借対照表、損益計算書等必要な財務諸表が作成され、ホームページにおいて公表されている。各種経営分析については、熊本県内における二次医療圏毎の分析をはじめ、全国国立大学病院におけるベンチマークを行い自院の立ち位置を把握するとともに、各種経営指標に対してKPIを設定し、毎月の経営状況を評価している。また、経営分析の結果は、収支状況報告と併せて、学長を議長とする大学戦略会議や外部委員を含む経営戦略委員会でも報告し検討している。監査報告はホームページにも公開され、適切である旨の報告が確認できた。</p>
-------	------------------	---	--

【課題と思われる点】

特記なし。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 来院患者の利便性を考慮し、支払いについてほとんどのクレジットカードを利用することが出来るとともに、医療費の出納業務は適切に実施されている。返戻・査定対策として、医師は月2回レセプト点検に参加している。査定が発生した場合は、その原因を分析し医師に査定の実情を理解してもらうために、医局長等で構成する診療科等連絡調整委員会に報告するとともに、運営審議会においても査定報告をしている。査定の対象となった診療科には分析結果を配布し検討を促している。施設基準の遵守状況の確認は専従2名を含む4名体制で対応し、人事部門とも連携し施設基準の届け出に関する登録者の異動にも適切に対応している。未収金督促の手順も明確であり、病院から文書による督促を4回実施しても支払いがない場合は、契約している弁護士法人に回収を依頼する仕組みとなっており、その結果2012年度以降未収金が減少している。</p>
-------	---------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>病院の院内業務の外部委託については、「熊本大学病院業務委託基準」として方針を明文化している。委託業者の選定に当たっては、業務に必要な資格、社内研修実施状況等を確認した上で一般競争入札としている。選定された委託業者との情報の共有化を目的とした定期的ミーティングを開催し、病院から提供する情報や委託業者からの要望事項等が話し合われている。また、委託職員の基本的研修の実施は各委託業者が実施しているが、病院が主催する各種研修会等についても、参加を促す等の取り組みがされている。委託業務の遂行については所管部署が日報等により適切に報告を受けている。また、緊急時の対応体制等も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>
<hr/>			
4.5	施設・設備管理		
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>総務課および経理課病院施設管理室が担当責任部署となり、施設・設備の管理が行われている。日常点検・管理は病院職員に加え、委託業者との共同で実施しており、点検結果の記録も適切に行われている。緊急時の対応については、各部署で掲示しているほか、院内のホームページで確認ができる仕組みとなっている。清掃は委託業者によって行われているが、契約時の仕様のもとに適切に実施している。また、エレベーターや医療ガスなどの設備管理は24時間防災センターで中央監視を行い、緊急時への対応、連絡方法などについて周知徹底が図られている。建築・設備の経年劣化の現状把握や将来への対応では、20年間の長期計画を策定しており、計画に基づいた施設・設備の保全・機能維持を図っているなど、適切に管理している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

4.5.2 物品管理を適切に行っている

A

【適切に取り組まれている点】

購入物品の選定および標準化については、医薬品は薬事委員会、医療材料は医療材料審査委員会で検討され、選定を行っている。物品の購入過程を明確にしており、購入先の選定についても規程に基づき一般入札によって適切に行っている。また、医療材料は、委託業者による医療材料の搬送・管理を行っており、使用期限、在庫等の管理を適切に行っている。なお、委託業者の物品管理場所から物品を払い出した時点でそれらの物品は病院の資産となるが、これらについても経理課が担当部署となって年2回の棚卸を適切に行っている。さらに、発注者と検収者を明確に区分しており、牽制機能も働いている。ディスプレイ製品の再利用を行わない方針を中央材料部の業務要領で明記し、徹底を図っており適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時の対応を適切に行っている B

【適切に取り組みられている点】

緊急災害対策マニュアルおよび病院の機能継続計画（BCP）を策定しており、それらの規程に基づいて火災発生時、停電時に適切に対応できる体制を整備している。また、大規模災害時の対応においても、権限や責任を明確にして活動できる体制を確保している。これらのマニュアルやBCPは、病院内ホームページで閲覧可能となっているなど、周知徹底が図られている。さらに、BCPに基づいた災害医療対策訓練も適切に実施しているほか、DMATを2チーム有しており、派遣の実績もあることに加え、外部応援医療チームの受け入れ体制も整備しているなど評価できる。さらに、2016年度の熊本地震においては、災害レベル別に対応物品カートを予め準備して、適切に対応できた実績をもとに、同方式による準備を継続していることは高く評価できる。

【課題と思われる点】

食料・水の備蓄について、患者用の備蓄は3日分を確保しているが、職員分については食料品の備蓄は3日分あるものの、水の備蓄は1日分不足の状況にある。井水での供給も考慮されているが、計画的に3日分を備蓄する予定となっているので、今後の取り組みに期待したい。

4.6.2	保安業務を適切に行っている	B	【適切に取り組みられている点】 防災センターを設置して、外部警備委託職員によって24時間の保安体制を確保している。昼間3名、夜間5名の警備員による院内巡視、施錠管理、出入り監視が行われている。院内に199台の監視カメラを設置し、患者・家族および職員の身の安全に努めているほか、盗難防止については、注意喚起のための院内放送を1日2回行っている。また、緊急時の連絡体制も明確にしておき、応援体制も確保している。日々の保安業務の状況は警備日誌によって施設管理室に報告され、必要な場合には事務部長、病院長に即時に報告する仕組みがあり適切である。
			【課題と思われる点】 保安業務の一環として、MRや業者等の部外者の出入り監視を行っているが、パスの発行や記帳は行われておらず、フリーパスとなっている。部外者の出入りについては、セキュリティ確保の面からも出入管理の徹底を検討されたい。
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組みられている点】 医療事故発生時の対応手順は整備され、医療安全管理ポケットマニュアルの中にも明記されている。医療事故が発生した際や可能性がある場合には、速やかに医療安全管理部門に報告がなされ、病院長に遅滞なく報告される仕組みになっている。当該科の医師と看護師長が医療の質・安全管理部の指示に従って患者・家族への説明や誠意ある対応を行うだけでなく、現場保全や記録等の確認を行うことがルール化されている。臨床心理士も専任として医療の質・安全管理部に配置され、当該者のメンタルケアも行っている。重大事例については「医療安全調査委員会」が開催され、適宜外部の委員も参画して検証を行っている。現時点では、医療事故調査制度に則った院内事故報告事例は6例経験しており、情報開示についても医療安全管理委員会で適切に審議されている。
			【課題と思われる点】 M&Mカンファレンスは適宜開催されているが、出席者は少数に留まっている。出席者の増加により多くの意見を取り入れた検証を行い、各事例を通じて立案した対策を院内全体に周知することが期待される。
