

病院機能評価
審査結果報告書

2024年度実施

熊本大学病院

訪問審査実施日 2024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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 診療データのダウンロード方法の変更を計画どおり実施してください。（1. 1. 5）
2. 退院時の返書を確実に作成してください。（1. 2. 2）
3. 内部通報窓口の変更を計画どおり実施してください。（1. 3. 1）
4. 入院時診療録記載と略語ルールについて徹底し、質的点検は数を増やして実施してください。（2. 1. 2）

1. 病院の特色

貴院は、高度な医療安全管理による患者本位の医療の実践を理念の中核に据え、地域の福祉・健康に貢献している。特定機能病院として、高度な医療技術の開発を行うとともに、医療人材の育成を行っている。また、都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん診療の中心的役割を担っている。

今回の訪問審査においても、ロボット支援下手術、臓器移植などの高度専門的な医療を行いながら、患者の安全に配慮したチーム医療が実践されていることを確認することができた。特筆すべき取り組みとして、地域の医療者に対する知識・技術向上の取り組み、迅速な画像診断機能が挙げられる。

医療を取り巻く社会情勢の変化に伴い、病院に求められる質と安全の水準はますます高まっている。そのため、病院が主体となって継続的な改善活動に取り組むことが求められる。今回の病院機能評価の結果を活用し、貴院の改善への取り組みがさらに深化し、一層の発展につながることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営は適切に行われている。病院の理念・基本方針を定め、病院組織運営の基本としている。病院運営の意思決定と指揮命令系統、決定事項の組織内周知など、管理運営体制が整備されている。中期計画に基づく部門・部署ごとの目標

設定と管理など、計画的・効果的な組織運営を行っている。方針に基づき院内の情報を管理し、医療の質や安全性、効率性の改善に向け活用している。文書管理規程に基づき組織的に文書を管理している。

人事・労務管理は適切に行われている。病院の役割・機能を発揮するために必要な人材を合理的かつ計画的に確保している。人事・労務管理の規則・規程を整備し、職員の就労管理を行っている。健康診断の実施、職業感染への対応、職員への精神的なサポートなど、職員が安心して働けるよう安全衛生管理を行っている。職員の意見・要望の把握、職員の就業支援など、職員が意欲を持って仕事に取り組めるよう支援している。

教育・研修は適切に行われている。全職員対象の教育・研修を計画的かつ継続的に行っている。職種の専門性に応じた職員個別の能力評価・開発支援、能力に応じた役割や業務範囲を設定している。各専門職種の初期研修と学生実習を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療はおおむね適切に行われている。小児を含めた患者の権利を明確にし、擁護している。診療・ケアに必要な情報を患者と共有し、患者の医療への参加や主体性を促進している。各種相談窓口の設置、経験・知識を有する職員の配置など、患者支援体制を整備している。説明・同意の基準や書式を整備し、患者が理解できるよう説明している。一方、医療行為の侵襲度等に応じた説明基準を明確化したところであるため、確実な実施が望まれる。個人情報や物理的・技術的に保護する仕組みの強化にも取り組んでおり、継続が望まれる。倫理的課題の病院としての把握・検討、方針の作成に取り組み、また、現場での課題把握力の向上、カンファレンスでの検討記録の職種間共有に取り組んでおり、継続が望まれる。

療養環境の整備と利便性の確保は適切に行われている。患者・家族、面会者の利便性・快適性に配慮し、バリアフリーの確保など、高齢者・障害者にも配慮している。患者がくつろげるスペースの確保、病棟・病室環境の整備を行っている。敷地内禁煙の徹底などにより、受動喫煙を防止している。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みはおおむね適切に行われている。業務の質改善に向け、病院が主体となり、体系的かつ継続的に取り組んでいる。意見箱の設置、患者満足度調査等により患者・家族の意見を収集し、医療サービスの質向上に向け活動している。症例検討会、クリニカル・パスの活用など、診療の質の向上に向けた活動を行っている。各種指標の診療の質向上への活用に取り組んでおり、継続が望まれる。また、新たな診療・治療方法や技術の実施後の効果・安全性の定期的な確認、適応外使用時のルール明確化に取り組んでおり、継続が望まれる。

良質な医療の実践に向けた診療・ケアの質の確保はおおむね適切に行われているが、診療記録の記載についてはより一層の取り組みが望まれる。診療・ケアの管

理・責任体制を明確にして患者・家族に明示するとともに、責任者が診療・ケアの実施状況を把握している。多職種の協働、専門チームの組織横断的な活動、診療科の枠を超えた治療など、チームとして診療・ケアにあたっている。一方、診療記録の一部に作成漏れや遅延があり、改善が求められる。また、略語の使用ルールの明確化、診療記録の内容の点検強化については継続して取り組むことが望まれる。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みはおおむね適切に行われている。医療安全管理部門の設置、専従担当者の配置などの体制を整備している。医療事故の発生時には調査委員会で検証を行い、再発防止に取り組んでいる。院内・院外の医療安全に関する情報を収集・分析し、防止に向けた活動を行っている。なお、死亡症例報告はより詳細な内容への変更を行い、また、内部通報窓口は病院開設者への報告がより確実にされるよう変更を予定しているため、継続して取り組むことが望まれる。

良質な医療の実践に向け、診療・ケアの安全の確保はおおむね適切に行われている。患者・部位・検体などの誤認、情報伝達エラー、転倒・転落の防止対策が各部署で実践されている。人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器は安全に使用されている。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、全職員を対象とした心肺蘇生の訓練など、患者等の急変に備え適切に対応している。薬剤の安全使用に向け、各部署で重複投与・相互作用・アレルギーなどのリスク回避、薬剤の取り違え防止、抗がん剤のレジメン管理などの対策を実践している。一方、ハイリスク薬剤の安全な使用に向け、より詳細な使用手順の作成が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みは適切に行われている。医療関連感染制御部門の設置と専従担当者の配置、委員会の設置などの体制を整備している。権限を付与された担当者が病院長と連携して活動するなど、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。院内の医療関連感染に関する情報、院外の感染発生・感染防止対策に関する情報を収集・分析・検討し、感染防止に向けた改善活動を継続的に行っている。地域の派遣事業に参加し、地域支援を行っている。

良質な医療の実践に向け、診療・ケアにおける医療関連感染制御は適切に行われている。医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づき、各部署で標準予防策・感染経路別の予防策、手指衛生、個人防護具の使用、現場での感染性廃棄物や血液・体液の付着した病衣・リネン・寝具類の取り扱いなど、感染防止対策を実践している。抗菌薬の適正使用に関する指針の整備、抗菌薬の採用・採用中止の検討、起炎菌・感染部位の特定、院内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、抗菌薬適正使用推進チームの組織横断的な活動などにより、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携はおおむね適切に行われ、秀でた取り組みも見られる。病院案内、ホームページ、広報誌などにより、自院が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へわかりやすく発信している。SNSの活用、地元テレビ局での番組作成、看護学生や高校生を対象とした病院見学会の実施など、広報活動を積極的に行っている。

地域住民に向けて市民公開講座などを頻回に開催し、地域の健康増進に寄与している。地域の医療関連施設等に対し、各種講習会・研修会を開催し、専門的な医療知識や技術等に関する研修・支援を行っている。特に、総合臨床研修センターにおける生涯教育・研修医セミナーなど、地域の医療技術向上に取り組む姿勢は高く評価できる。また、地域の医療関連施設等の状況や機能、医療ニーズを把握し、自院の地理的条件、担うべき政策医療、理念を踏まえ、地域の医療関連施設等と連携している。一方、紹介患者についての返書管理を開始しているが、より確実な返書の作成が望まれる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

良質な医療の実践に向け、患者の受け入れから外来・入院診療、退院後の継続に至るまでの一連の診療・ケアが、チーム医療によっておおむね適切に実践されている。

外来患者に関する情報を集約し、診察日前に電子カルテに取り込むなど、担当医と共有している。一方、診断的検査時の鎮静については、新たに定めた基準に沿って実施するよう取り組みの継続が望まれる。また、入院前支援チームが入院前に介入しているが、対象患者の拡大と多職種の参画が望まれる。

入院患者の診療計画にクリニカル・パスを積極的に活用している。緩和ケアチームが、がん性疼痛のみならず、手術後疼痛にも関わっている。褥瘡の予防・治療を行い、手術患者には専従看護師が介入して医療関連機器圧迫創傷対策を行っている。一方、術前休止薬の確認・患者指導に、薬剤師のより積極的な関与が望まれる。輸血・血液製剤の投与、リハビリテーション実施にあたり、患者の個別性に配慮した説明に取り組んでいるため、今後も継続することが望まれる。また、身体拘束中の患者の状態・反応の記録の徹底に取り組んでいる。退院に向け、患者・家族の状況に応じた支援を行っている。退院後も継続した診療・ケアを実施しており、地域連携パスを活用している。

9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療の実践に向けた各構成機能は、病院の機能・規模に応じておおむね適切に発揮され、秀でた取り組みも見られる。

栄養管理機能は、患者の特性や嗜好に応じた対応を行い、食事の改善や患者満足度の向上に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、病院の役割・機能に応じて適切に発揮されている。放射線治療機能は、照射中の患者の動きの補正や品質管理統合システムを導入して放射線治療を実施しており、適切に発揮されている。集

中治療機能は、多職種の配置、設備・機器の整備がなされ、適切に発揮されている。NICUは地域で役割分担し、自院の専門性を活かした疾患を担当している。救急医療機能は、地域の救急医療における自院の役割を適切に発揮している。特に、画像診断機能は、診断結果が翌日までに迅速に報告され、また、夜間休日の読影依頼にも対応しており、秀でている。診療情報管理、医療機器管理、洗浄・滅菌、病理診断、輸血・血液管理、手術・麻酔の機能についても適切に発揮されている。

一方、薬剤管理機能においては、病棟配置薬の整理、臨時処方への対応の強化が望まれる。また、臨床検査機能において、パニック値の医師への確実な伝達については継続した取り組みが望まれる。

10. 組織・施設の管理

経営管理は適切に行われている。財務・経営管理は、予算管理、財務諸表の作成、会計処理、経営状況の把握と分析に基づく経営管理を実施している。医事業務は、窓口業務や保険請求業務、未収金への対応を組織的に行っている。業務委託においては、委託の是非の検討と委託先の選定を効率性・経済性等に基づき行い、委託業務の履行確認と質の評価を行っている。

施設・設備管理は適切に行われている。施設・設備を計画的に整備し、日常点検、定期的な保守管理を行っている。医療ガスの安全管理、廃棄物の管理・処理を適切に行っている。医薬品、医療消耗品、医療機器などの購入、品質管理、在庫管理が適切に行われている。廉価購入に向け、他病院とのベンチマーク分析、業者との価格交渉などの取り組みを積極的に行っている。病院の危機管理は適切に行われている。巨大地震、新興感染症、サーバー攻撃を想定した事業存続計画を策定し、火災消防訓練、備蓄等を行っている。災害派遣医療チームの派遣や受け入れを行っている。保安業務は、時間外・休日の入退館者の確認、院内巡視、緊急時の連絡など、業務委託で実施している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A	【適切に取り組まれている点】 「患者さんの権利」として、個人の尊厳と意向が尊重されることが、自分の意思で医療行為に同意または拒否することができること、他の医療機関の医師にセカンドオピニオンを求めることができること、小児や高齢者、意思を表出しづらい患者も適した方法でコミュニケーションが図られることなど、7項目が定められている。小児においては「こどものかんじやさんのけんりとやくそく」として、良い医療を受けることができること、一人の人間として尊重されることが、説明を聞いてから自分の考えや気持ちを伝えることができることなど、10項目が平易な文章で明文化されている。これらの権利は病院ホームページ、院内各所への掲示、入院案内などで患者・家族および地域住民に周知されている。職員には、入職時の研修や職員が携帯する「医療安全管理マニュアル」で周知している。社会情勢の変化等に応じた見直しについては、最高決定機関である運営審議会で検討している。直近では2024年4月に改定している。診療記録の開示は、規則に則って行われ、2023年度は132件の請求に対し、全て開示している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------------	---	---

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	【適切に取り組まれている点】 「医療安全マニュアル」に、インフォームド・コンセントの目的と患者の権利が明記され、説明と同意取得における基本的姿勢と手順が示されている。ICに関する責任者に医療の質・安全管理部長が任命され、ICの実施状況を確認し、必要に応じて指導している。診療録管理士がIC記録記載監査を行い、結果はリスクマネージャー連絡会議に報告されている。IC文書は書式が整備され、病院として統一されている。新規作成時は診療録管理責任者などによる確認のうえ承認している。現在、1,106件の説明同意書が承認されている。実際の説明では、患者・家族が理解しやすいよう絵図を用いるなどの工夫が行われている。説明後には患者の反応を確認し、意思決定支援が行われている。セカンドオピニオンへの対応は、患者・家族の希望に応じて実施されている。 【課題と思われる点】 説明と同意の基準について、マニュアルには「一般的な包括範囲を越えた事柄」のみの記載になっており、説明・同意を得る検査・処置・治療の範囲が明記されていなかった。別に「同意書取得を必要とする処置・検査一覧」として約100件の手技を定めているが、手術手技の掲載がなく、説明と同意を得る範囲は明確ではなかった。さらに、看護師が必ず同席すべき場面が、アクシデント発生時や患者と問題になりそうな場合に限られており、高難度新規医療技術も含まれていなかった。説明・同意を得る医療行為の範囲を明確化し、看護師の同席基準の規程は、意思決定支援も目的とした内容に見直すよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年11月、説明と同席に関する基準を見直し、医療行為の侵襲度や医薬品のリスクに応じて説明と看護師同席を要する場面を詳細に定めた。高難度新規医療技術、抗がん剤等に関する説明の際は看護師の同席を必須とした。今後は基準に沿った説明・同席の確実な実施が望まれる。
--------------------------------	---

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	A	【適切に取り組まれている点】 患者・家族との診療情報の共有が、院内の様々な場面やプロセスで実践されている。治療方針の説明時には、各診療科が作成した説明書、動画、パンフレットを活用し、患者の理解を促している。2010年に開始した地域連携パス「私のカルテ」を使用し、疾患管理について医療者と患者が情報共有している。患者にとっても、自身の治療記録として有効活用されている。院内感染防止や医療安全への患者参加について、入院案内や院内掲示などを活用して促している。患者への情報提供の場として「ライブラリー・インフォメーション」があり、様々なパンフレットを準備している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 患者・家族からの相談は、医療サービス課受付横にある「患者相談室・医療安全相談室」が窓口となり、医療対話推進者セミナーを修了した相談員が対応している。相談内容に応じて、看護師、社会福祉士、医療安全担当者などの専門職種が個室で対応している。がん相談については、がん相談支援センターでがん看護専門看護師が対応している。各種相談窓口は院内掲示や入院案内等にて周知している。患者・家族に配慮を要する情報は、担当職員以外が閲覧できない仕組みを構築している。児童や成人（高齢者、障害者、配偶者）の虐待への対応をマニュアル化し、業務用ポータルサイトへの掲載により周知している。また、対応をわかりやすくフローチャートにして、救急外来に掲示している。週1回、患者相談室内でカンファレンスを行い、多職種で情報共有している。医療サービス課窓口や病棟での口頭による相談や意見に対しても、レポート形式で患者相談室に集約している。 【課題と思われる点】 特記なし。

1.1.5 患者の個人情報適切に取り扱っている C	【適切に取り組まれている点】 個人情報保護方針を定め、個人情報保護に関する規程等が整備されている。診療情報等の外部への持ち出しにかかる運用手順が決められている。個人情報保護に関する研修会は、全職員および派遣・委託職員を対象として毎年度開催している。不必要な電子カルテ閲覧については、定期的に注意喚起のメールを病院長名で全職員に送信して牽制している。診察室や相談室は個室を確保しており、病室入口における患者名の表示については患者の希望に配慮している。 【課題と思われる点】 データが取り出し可能な端末および専用USBが院内に約140台配置されており、部署によっては職員が自由に使用できる環境にあった。データ取り出しの許認可は、申請者が管理簿に記載し、保護責任者（所属長）の判断で行っているが、管理簿には具体的にどのデータを抜き出したのかが記載されていなかった。運用手順では個人情報を仮名加工情報化したうえで抜き出すルールとなっているが、申請者本人が取り出し作業を行うケースもあり、確実に仮名加工情報化が行われたのか確認がなされていなかった。担当部署が取り出す個人情報の内容と必要時の仮名加工情報化を確認し、確認済みの個人情報を書き出す仕組みを早急に構築するよう改善を求めた。指摘を受けて、電子カルテネットワークと研究用ネットワーク間のファイル転送システムを構築し、USBの使用を廃止することにした。ファイル転送時に個人情報の有無を自動チェックするとともに、申請者の上司となる個人情報副保護管理者がファイルの内容を確認・承認することで、電子カルテネットワークから研究用ネットワークへの取り出しを可能とした。また、個人情報を含むデータは医事課の医療情報担当者のみが書き出しを行うようにした。本運用は2024年12月に開始し、USBは2025年1月に廃止を予定している。計画に沿って実施するよう、引き続き改善が求められる。
---------------------------	---

1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B	【適切に取り組まれている点】 診療に係る倫理的課題に関し病院としての方針を検討する場として、2024年4月に臨床倫理委員会が新設された。4月と6月に会議を開催し、DNAR、治療の縮小、意思決定困難な患者対応などについて検討を開始している。以前からあった臨床倫理コンサルテーションチームは臨床倫理委員会の下部組織となり、従前どおり、医療現場で解決できない問題への助言・支援を行っている。対応実績は、2023年は10件、2024年8月時点で7件となっている。 【課題と思われる点】 臨床倫理委員会は、2024年4月、臨床倫理コンサルテーションチームから報告を受けて現場で検討されている臨床倫理的課題を把握し、それに基づき、標準化すべき課題の対応方針について検討を始めたところであった。そのため、主要な臨床倫理的課題に関する具体的な方針は宗教的輸血拒否のものしかなかった。臨床倫理委員会が規程に沿って病院における臨床倫理的な方針や事項に関する活動を行い、病院としての対応を標準化すべき課題について方針を検討するなど、継続的な取り組みを行うよう求めた。指摘を受けて、その後も引き続き、臨床倫理委員会は毎回、臨床倫理コンサルテーションチームから活動報告を受けて現場の課題の把握し、対応方針を検討している。その結果、2024年11月、「人生の最終段階における医療の縮小・差控え・中止に関する方針」、「医療上の代行判断に関する方針」を作成した。今後も継続的な取り組みが望まれる。
-------	----------------------------	---	--

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	A	【適切に取り組まれている点】 医療サービスに関する広報業務は、多職種で構成された広報委員会が中心となり行っている。病院パンフレットの作成、患者向け広報誌「熊大病院ニュース」の発行、診療実績を掲載したアニュアルレポートの地域の医療機関への配布などを行っている。ホームページの管理および更新は総務課が担当し、診療制限等の情報や市民公開講座のお知らせをリアルタイムに掲載するとともに、アクセス数の分析も行っている。さらに、メールマガジンの配信、SNS の活用、地元のテレビ局での番組作成、看護学生や地元の高校生に対する病院見学会の実施など、病院の広報活動を積極的に行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------------	---	--

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	C	【適切に取り組まれている点】 地域医療連携センターを設置し、地域の医療機関からの紹介患者を受け入れ、逆紹介を促進するなど、医療連携への努力がなされている。大学病院、熊本県、県医師会を中心に構築した「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、地域の医療機関・介護施設と情報を共有し、連携及び機能分化を推進している。県内の医療機関とは年2回、意見交換会を開催し、顔の見える連携に努めている。紹介患者は予約診療を原則としている。診療科任せになっていた返書作成について、2024年5月、地域医療連携センターによる一元管理を開始し、受診後1か月以内に出す返書の管理が適切に行われている。 【課題と思われる点】 病院で管理すべき返書の基準は、受診後1か月以内及び退院後2週間以内のみになっている。入院時や最終受診時、診療科変更時など、返書を管理する他のタイミングについて検討が望まれる。また、退院後2週間以内の返書の管理が行われていなかった。病院として管理対象に定めた返書について一元的な管理を徹底したうえで、返信が確実に作成されるよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年10月に、9月の退院患者から返書管理を開始した。未作成の場合、担当医師に督促を行っているが、2週間以内返書作成率は9月77.63%、10月77.85%、11月78.30%に留まっている。返信を確実に作成するよう、引き続き改善が求められる。
-------	---------------------------------------	---	--

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	S	【適切に取り組まれている点】 地域住民に対する市民公開講座などを様々なテーマで年 80 回以上開催し、地域の健康増進に寄与している。また、地域の医療機関向けの E-FIELD 研修会、緩和ケア講習会、看護師特定行為研修の実施などを通じて、専門的な医療知識や技術の共有に努めている。熊本県医療政策課と協力して「看護職キャリア支援センター」を設置し、回復期機能や在宅医療に興味がある看護師を地域の看護師確保困難地域の医療機関へ在籍出向させる仕組みを構築している。地域の医療機関から看護師の受け入れも行っており、大学病院で実践されている看護のスキルやノウハウを身につけてもらう双方向の取り組みは秀でている。総合臨床研修センターにおける生涯教育・研修医セミナーなどのリカレント教育や地域の初期臨床研修医へのシミュレーション研修の実施など、大学病院の医療資源を活用して地域の医療技術向上に取り組む姿勢は高く評価できる。さらに、寄付講座等の仕組みを活用して県内医療機関に多数の医師を派遣しており、地域医療提供体制の構築に大いに貢献している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------------	---	---

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 C

【適切に取り組まれている点】

医療の質・安全管理部には専従の医師1名、看護師3名、薬剤師1名のほか専任医師1名、兼任臨床工学技士1名が配置されている。医療安全に関する意志決定を行う医療の質・安全管理委員会と、周知を行うリスクマネージャー連絡会議が月1回開催されている。年度末に開催される医療の質・安全管理委員会運営委員会において、年間活動の評価と次年度の計画が検討されている。週1回開催される「医療安全対策に関するカンファレンス」には、病院長、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者も参加し、緊密に連携がなされている。医療安全管理マニュアルは携帯可能な大きさと製本され、全職員に配布されている。製本頻度は2年毎であるが、途中で追加されたルールはシール貼付の対応を行うほか、院内ネットワークから最新のマニュアルが参照可能である。

【課題と思われる点】

医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合の内部通報窓口について、調査の必要性の有無を判断する役割を医療安全管理責任者が担っており、調査必要なしと判断した場合は開設者に報告されない手順になっていた。調査の中立性を担保し、窓口設置者である開設者への報告が確実に行われるよう改善を求めた。指摘を受けて、医療安全に関する内部通報窓口を大学の公益通報窓口に統合することにした。2025年2月に大学の規則を改正し、3月に職員へ周知、4月に内部通報窓口を変更する予定になっている。計画どおり実施するよう、引き続き改善が求められる。

1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	【適切に取り組まれている点】 レポートシステムから収集されたインシデント報告のうち、レベル 3a 以上の事例は週 1 回、病院長ら幹部も参加する「医療安全に関するカンファレンス」で報告され、対応策が検討されている。レベル 3b 以上の報告は「医療安全報告書」の提出を求めるほか、合併症報告制度や職員からの自発的提案を受け付ける「ペンギンレポート」制度を設け、積極的に院内の情報を収集している。鎮静管理や周術期肺塞栓症予防など特定の課題については、ワーキングを設置し対策をまとめている。医療の質・安全管理委員会で審議された対策はリスクマネージャー連絡会議にて伝達され、各部署においてリスクマネージャーが周知を図っている。リスクマネージャーによる自部署および相互の監査、医療の質・安全管理部による患者確認や身体拘束などの目的別監査など、多様な監査や巡回が行われ、ルールの遵守状況の確認が行われている。死亡事例は診療科からの「死亡症例連絡」が医療の質・安全管理部と病院長に提出されるほか、医事課経由でも死亡が把握され、診療記録の確認を行っている。 【課題と思われる点】 診療科からの「死亡症例連絡」は死亡事実のみの記載になっていた。死亡前の状況についても記載するよう改善求めた。指摘を受けて、2024 年 11 月、報告様式を変更し、死亡時診断名、死亡の原因となった医療行為、急変の有無等についても記載するようにした。実際に、新様式を使用し医療の質・安全管理部に報告されていることを確認した。今後も取り組みの継続が望まれる。
-----------------------------	--

1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】 医療事故発生時の連絡体制は「重大なインシデント発生時のフローチャート」として医療安全管理マニュアルに掲載され、病院長までの報告の流れが明示されている。レベル 3b 以上の事例は、診療科から提出された「医療安全報告書」に基づいて医療の質・安全管理委員会で事故調査の必要性を判断している。医療法に基づく医療事故調査は、熊本県医師会を支援団体とした医療事故調査委員会が開催されている、それ以外の事故調査でも外部委員を含む医療安全調査専門員会が開催されている。日本医療機能評価機構医療事故情報等収集事業への報告は、2022 年度 35 件、2023 年度 23 件と活発である。医療事故調査・支援センターへの届け出も、進行中の案件を併せて 15 件の報告実績がある。また、医療事故発生時の患者・家族説明には医療の質・安全管理部看護師が同席しているほか、心理支援センターの臨床心理士が、家族、医療従事者双方のメンタルケアを行っている。 【課題と思われる点】 夜間・休日の重大なインシデント発生時の連絡先である携帯電話は、医療の質・安全管理部の特定の看護師が常時携帯しているため、負担が一個人に集中しない体制の検討が期待される。
-------	-----------------	---	---

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 A

【適切に取り組まれている点】

担当の病院長特別補佐を部長とする感染制御部が病院長直下に設置され、感染制御の実務を担っている。感染対策委員会は診療担当副病院長が委員長を担い、病院長も出席している。委員会は毎月、感染制御業務の監査・審議を行っている。感染制御部には専任医師4名（うち感染症専門医2名）、専従ICN3名、専従・専任薬剤師2名（うちBCICPS1名）、専任臨床検査技師2名（うちICMT2名）、専従事務職員2名を配置している。感染制御部の下に置かれたICTとASTが感染制御の実務にあたり、感染情報の収集や感染対策の推進を行っている。その際、チームは病棟、診療科、中央診療部門の感染リンクスタッフ、病棟・外来・手術部・放射線部の感染リンクナースからの応援を随時、受けている。緊急時には病院長から感染制御部長に権限が委譲され、感染対策委員会委員長と連携しながら、迅速に対応している。感染対策マニュアルは2年毎の定期更新のほか、必要な内容は随時更新され、更新履歴とともにイントラネットで参照可能になっている。

【課題と思われる点】

特記なし。

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 【適切に取り組まれている点】 感染制御部が、感染管理システムを用いて日々の分離菌情報を収集し、各部署から患者の感染情報も収集して、院内の感染状況を把握している。ICT ラウンドは毎週全病棟・ユニットで、重点ラウンドは月 1 回救急外来、中央手術部などで、部門別ラウンドは 2 か月毎に項目を決めて実施している。JANIS と国公立大学附属病院感染対策委員会のサーベイランス事業に参加している。全病棟で末梢静脈カテーテル、CLABSI、CAUTI、VAP のデバイス関連サーベイランスと全麻手術患者の感染モニタリングを実施している。SSI は、心臓血管外科 5 術式、消化器外科 5 術式、整形外科 1 術式で実施している。これらの情報は感染制御部で分析・検討されている。心臓血管外科における除毛のタイミングや創閉鎖の工夫により感染率を低下させた実績がある。アウトブレイクは院内で基準を定めているほか、MRSA アウトブレイク時には、遺伝子相同性解析も行っている。県内 23 か所の基幹施設間で感染相互ラウンドを行い、また、熊本県感染症対策専門科派遣事業を通じて地域支援を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
---------------------------------	---

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A	【適切に取り組まれている点】 継続的な業務改善活動として、病院機能評価、検査部門の ISO などの体系的な第三者評価を継続的に受審している。また、卒後臨床研修評価機構（JCEP）の認証も受けている。医療の質・安全管理部および医療の質改善対策専門委員会が中心となり、TQM 活動を行っている。具体的な改善活動として、カルテ記載、モニター管理、適切な緩和ケア介入時期、嚥下スクリーニングの 4 つに対し多職種・多部門での活動が行われている。そのほか、検査の待ち時間について検討し、検査開始時間を早めたことで患者の診察までの時間を短縮できた改善事例がある。保健所や消防署などの各種立入検査や特定機能病院間のピアレビューでの指摘事項に対しては、速やかに対応している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	----------------------	---	--

1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	【適切に取り組まれている点】 各診療科のカンファレンスに加えて、CPCやがんセンターボード、院内急変事例に対する診療科横断的なカンファレンスを定期的に実施している。M&Mカンファレンスを年に数回開催し、他の医療機関の医師も参加可能である。院内にインターネット環境を整備し、各種ガイドラインなどにアクセスが可能である。クリニカルパス推進委員会で、クリニカル・パスの作成から承認と見直し、バリエーション分析を行っている。パスは約600種類が運用され、適用率は2023年度76.0%である。国立大学附属病院医療安全管理協議会の医療安全指標プロジェクトや国立大学病院長会議の病院機能指標、日本看護協会のDiNQL事業に参加し、ベンチマーキングを行っている。 【課題と思われる点】 2024年4月、医療の質・安全管理委員会、下部組織の医療の質改善対策専門委員会が質向上活動を担うことを明確化し、各部署で臨床指標・質指標を定め、医療の質・安全管理部が中心となってデータの収集を開始したばかりであり、診療・ケアの質向上活動に活用するまでには至っていなかった。指標を他施設との比較などにより分析したうえで評価指標として活用し、診療・ケアの質向上活動を継続的に行うよう求めた。指摘を受けて、国立大学病院長会議および日本医療機能評価機構可視化プロジェクトの指標、ならびに、各病棟・診療科・部門が設定したQiを分析・活用し、診療の質向上活動を行っている。2024年度の改善目標指標として、多職種カンファレンス実施率、転倒転落発生率、緊急帝王切開時間内実施率、緩和ケアチーム依頼率、口腔ケア実施率、入院前支援実施率などを設定している。医療の質改善対策専門委員会は改善活動と指標の推移を年間を通じて定期的に把握している。今後も継続的な取り組みが望まれる。
-----------------------------	---

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	A	【適切に取り組まれている点】 患者・家族の意見・要望等は、外来および病棟のデイルームに設置した意見箱や患者満足度調査などにより、定期的に収集している。投書の回収は週3回、医療サービス課の職員が行っている。毎週開催している患者相談カンファレンスにて対応策を協議し、運営審議会にて幹部職員に全件報告している。窓口に直接寄せられるクレーム等についても、所定の報告書に内容を記録して医療サービス課にて一元管理している。患者からの意見を踏まえて、入院専用受付窓口の設置による混雑緩和、患者の待ち時間対策として呼び出しシステムを導入するなど、患者・家族の意見を改善につなげるよう努力している。匿名の意見等への回答は、1か月後を目途にホームページおよび院内掲示により患者・家族にフィードバックしている。 【課題と思われる点】 意見等への回答の院内掲示について、掲示場所が2か所でわかりにくく、会議資料をそのまま掲示しているために字が小さく読みにくい。回答の掲載場所の検討および高齢者にも読みやすい表示方法の工夫が期待される。
-------	---------------------------------------	---	---

1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B	【適切に取り組まれている点】 高難度新規医療技術および未承認医薬品の担当部門は医療の質・安全管理部が担い、それぞれの評価委員会が設置されている。医薬品、医療機器の適応外使用は経営戦略課先進医療担当が事務局を担う医療行為等適応審査委員会が審査・承認されている。また、適応外で処方された医薬品を薬剤部が把握し、必要に応じて医師に適応外申請を依頼している。 【課題と思われる点】 高難度技術実施後は退院時または2週経過時、1年後、2年後、3年後に、実施診療科からの報告書提出を求めているが、担当部門による診療記録の確認は退院時を除き行っていない。未承認医薬品は投与後1週間での経過報告を求めているが、診療記録の定期確認は行っていない。担当部門による定期的なモニタリングの実施体制を整備したうえで、確実に確認を実施するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年11月から、各担当部門の構成員が定期的に電子カルテを閲覧して経過を確認している。確認時期は退院の6か月後、1年後、2年後を原則とするが、事例に応じて担当部門が決められている。今後も取り組みの継続が望まれる。また、医薬品の適応外使用について、申請対象の明示がなかった。さらに、患者説明文書に医薬品副作用救済制度の対象外である旨の記載がない例が散見され、使用後の確認も行われていなかった。適応外使用医薬品および医療機器の管理体制を明確にしたうえで、医薬品の危険性に応じた申請対象の明示、患者への説明、モニタリング等の確実な実施が望まれた。その後、リスク分類に応じた申請対象、説明方法、モニタリング方法を明確化し、院内周知したうえで、2024年11月から実施している。加えて、「医薬品の適応外使用に関する患者説明基準」を作成し、医薬品副作用救済制度対象外になる可能性を説明している。
-------	---	---	--

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・快適性に配慮されている	A	【適切に取り組まれている点】 熊本駅よりバスでアクセス可能であり、院内に停留所を設置している。患者用駐車場を800台以上確保し、福祉車両専用の乗降場所も整備している。正面玄関には車いすや荷物カートが準備され、院内はバリアフリーが確保されている。コンビニエンスストアやカフェ、ATM、公衆電話、自動販売機、洗濯・乾燥機などが整備されている。フリーWi-Fiが利用できる環境がある。入院中の生活については、相談窓口の利用、面会時間、消灯時間などが入院案内にわかりやすく記載されている。患者・家族、面会者等の利便性や生活延長上の快適性などへの配慮がなされている。 【課題と思われる点】 特記なし。
1.6.2	療養環境を整備している	A	【適切に取り組まれている点】 病棟は静かで、患者・家族がくつろぐことができる落ち着いた雰囲気のデイルームがある。診療・ケアに必要なスペースが確保されている。病室、廊下、処置室、機材室、汚物処理室、スタッフステーションは安全や感染制御に配慮され、整理整頓されている。定期的または汚染時にリネン交換がなされるなど、清潔な寝具類が提供されている。トイレは介助者が入れるスペースが確保されている。また、長さを調整できるひも付きのナースコールや手すりを設置し、患者の安全に配慮している。シャワー室と介助入浴が可能な浴室を設置している。脱衣室や洗い場は室温管理され、清潔に整備されている。足ふきマットは患者ごとに提供している。浴室には段差がなく、手すりやナースコールが設置され、熱傷予防への配慮がなされている。病室入口での患者名の表示は、病棟により運用の違いはあるが、入院時に患者に表示の有無を確認しており、プライバシーに配慮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

1.6.3	受動喫煙を防止している	A	【適切に取り組まれている点】 病院敷地内は全面禁煙になっている。患者・家族や職員、教員、学生等に対し、院内掲示や入院案内、ホームページ、院内図書館の禁煙書籍コーナー等により周知を図っている。入院患者に対しては、手続きの際に敷地内禁煙について説明している。喫煙者には禁煙外来を案内している。職員の喫煙については、定期健康診断の際に問診にて把握している。また、健康診断実施時に禁煙推進・受動喫煙防止の資料を配布している。職員の喫煙率は年々減少傾向にあり、5%未満で推移している。世界禁煙デーにあわせて、正面玄関前にある時計塔をシンボルカラーのイエローグリーンにライトアップするなど、禁煙の啓発活動を継続して実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------	---	---

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である A

【適切に取り組まれている点】

入院病棟の医師、看護師長、管理栄養士、薬剤師の責任者が明確化され、病棟のスタッフステーション前に掲示されている。また、病棟の責任者は、入院時のオリエンテーションでも患者・家族に案内されている。主治医、受け持ち看護師が決められており、ベッドネームでも明示されている。日々の診療・ケアに関わる職員は、業務開始前に自己紹介を行い、患者の了解を得て担当している。主治医と担当医の役割が明文化されている。主治医不在時の連絡先は職員が把握できるようになっている。責任者は、病棟を回診などでラウンドし、診療やケアが速やかに行われていることを把握するとともに、問題発生時には多職種を交えた協議を行い、問題解決を図っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2 診療記録を適切に記載している C

【適切に取り組まれている点】

診療記録は「診療録等記載マニュアル」に則り、SOAP形式で記載されている。患者・家族への説明と同意は定められた書式を用いて実施・記載され、患者の反応は入院後の病棟などで看護師によっておおむね記載されている。退院サマリー未記載例には適時の督促が行われ、2週間以内のサマリー作成率は毎月99%以上となっている。また、上級医による研修医診療記録の承認もおおむね速やかに実施されている。

【課題と思われる点】

入院時診療記録の記載漏れが複数の診療科で確認された。入院時診療記録の記載は他の医師や多職種で治療方針を共有するうえでも重要であり、記載を徹底するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年11月、医師に対して記録の徹底を周知するとともに、量的点検で記載状況を確認してフィードバックを始めた。しかし、入院当日は33%の記載がなく、翌日まででも15%が記載されていない。引き続き、入院時診療記録の記載を徹底するよう、改善が求められる。また、略語集は院内イントラネット上で700語あまりが参照できるようになっていたが、1つの略語に対して複数の意味が定義されていた。複数の意味を持つ略語を使用しないルールを病院として定めるよう改善を求めた。指摘を受けて、診療録記載マニュアルを改訂し、「単一の意味を表すもの、かつ病院が認めたもののみを用いる」よう定め、実施の記載においては、電子カルテの辞書機能を活用し、正式名称を並記する予定とした。計画どおり実施するよう、引き続き改善が求められる。さらに、多職種による質的点検は2024年4月に始まったところであり、点検の実施実績は6月に実施された5件のみと乏しかった。今後も質的点検を継続的に実施し、実績の積み上げを求めた。指摘を受けて、医師、看護師、療法士、診療情報管理士による質的点検を毎月5件実施している。点検数は30診療科に対し、年間60件の見込みと少ない。点検数をより増やして質的点検を継続的に実施するよう、引き続き改善が求められる。

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	【適切に取り組まれている点】 医療安全管理マニュアルに基づき、現場で誤認防止対策が実践されている。患者確認は、入院・外来とも、患者のフルネームでの名乗りと生年月日の2識別子による確認を基本としている。入院患者はIDバンドによる患者照合も実施している。内視鏡検査や化学療法実施時などの外来の重要な場面でも、2識別での確実な確認が行われている。手術部位マーキングは、手術部位もしくは近接部位に丸印の記載を原則としている。手術部位にマーキング不可能な眼科や耳鼻科などは、手術側の手背に丸印を記載している。手術部位は安全チェックリストに記載し、手術同意書も活用して、手術室入室時、タイムアウトなどで再確認が行われている。タイムアウトは手術室のほか、血管造影室、内視鏡室でも実施している。点滴・輸血時はIDバンドのバーコードを活用し、PDAを用いた3点認証を行っている。ドレーン・チューブの誤認防止対策として、各ラインの注入元と患者刺入部を辿り、指差し確認を行っている。 【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	【適切に取り組まれている点】 医療の質・安全管理部が中心となり、指示に関する手順を医療安全管理マニュアルに定めている。その手順に沿って、注射薬等の指示出し・指示受け・実施確認が行われ、電子カルテ上で、確認できる仕組みになっている。医師の指示は電子カルテ上の継続指示で出され、開始日と終了日を必ず記載することにより、中止指示が残らないよう安全に配慮した手順になっている。実施当日の指示は、医師がオーダー入力するのみならず、看護師へ直接連絡している。口頭指示は原則受けない方針になっている。薬剤の口頭指示は受けずに、医師がオーダー入力する手順になっている。流量変更は口頭指示が可能だが、口頭指示書を用いることがルール化され、実践されている。画像・病理診断報告書の確認は、画像・病理レポートが作成されると電子カルテ上に未読一覧として表示され、主治医が画像とレポートを確認する手順になっている。未読管理に関しては、医療の質・安全管理部が中心となり、診療科別未読一覧を毎週各科科長に報告し、既読になるまで医療の質・安全管理部が督促している。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------------------------	---

2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策 を实践している	B	【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、薬剤の安全に関する必要な対策を決定している。医薬品の安全使用に関する職員への教育・研修は、職種や新採用などに合わせた内容で実施し、理解度の確認も行っている。麻薬等の鍵管理など、法令に則った保管・管理が行われている。重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避は、複数のシステムを利用している。院内で発生した副作用は、病棟薬剤師も関与し、DI 室があらかじめ決めた報告基準で収集し、必要時は PMDA に報告している。薬剤の取り違え防止の取り組みとして 3 文字入力や、保管時の配置、表記の工夫などを行っている。注射用抗がん剤の安全使用に薬剤師が関与し、累積投与量の把握、混合調製前の処方医への確認などを行っている。 【課題と思われる点】 注射用カリウム製剤の使用手順は、使用部署で看護師が中心となって作成されており、モニタリング方法など、安全な使用のために必要な事項が定められていない。薬剤師が関与して病院としての使用手順を作成したうえで、安全かつ確実に使用することが望まれる。
-------	---------------------------	---	---

2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】
			転倒・転落防止マニュアルに沿って対策を実践している。入院時に転倒・転落アセスメント・スコアシートを用いてリスク評価を行い、患者個々のリスクに対応した看護計画を立てている。認知能力に低下のある患者には、別のアセスメントシートを用い、個別性のある対策を立案している。リスクの再評価は1週間後、病棟間の転棟時、手術・検査時、インシデント発生時等に行っている。患者・家族に対し、「転倒・転落予防パンフレット」を用いて、転倒しやすい場所、履物、筋力アップなどについて注意喚起している。また、入院前に、「自己チェックシート」に低血圧や過去の転倒歴、睡眠剤・安定剤の服用等を記載してもらい、転倒・転落リスクへの認識や、対策の必要性への理解の促進を図っている。せん妄の評価や睡眠薬の検討を行い、必要時には医療の質・安全管理部が協力し、対策を検討している。毎朝、夜勤看護師と日勤担当看護師が転倒予防ラウンドを実施し、KYTでリスクの軽減を図っている。転倒・転落の発生時には、対応マニュアルのフローに沿って、必要な検査、処置、観察が行われている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 「医療機器保守点検業務手順書」に人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどの医療機器使用に関する手順・注意などの記載があり、医療機器の安全な使用に努めている。看護師は機器の使用前・使用中の点検を実施している。人工呼吸器使用中の患者は臨床工学技士が毎日、巡回して動作確認などを行っている。人工呼吸器の設定について、看護師が1時間ごと、各勤務交代時、指示の変更時等にダブルチェックを行い、確認結果を診療記録に記載している。心電図モニターについても装着基準、アラーム確認、使用手順がマニュアルに明記されており、医師の指示に従って設定し、始業前には点検している。医療機器関連の研修は、新採用者や新たな医療機器採用時に実施している。また、医療機器に関連したインシデント発生時は、医療の質・安全管理部とME機器管理センターが連携し、研修会の開催等を行っている。 【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	【適切に取り組まれている点】 院内緊急コードは、患者急変時の「ドクター・ハート」と急変予兆時に 24 時間、誰でも相談・依頼が可能な RRS がある。招集手順や対応手順は医療安全管理マニュアルに定めている。ドクター・ハートは、心肺停止などの際に発見者がコールし、一斉放送で職員が参集する仕組みとなっている。RRS は成人・小児について報告基準を定め、救急外来医師、小児 RRS 担当医師が窓口となり、ICU 看護師等も加わり、相談と対応を行っている。事後には、ドクター・ハート報告書などにより、救急部と医療の質・安全管理部が事例の分析と検討を行っている。救急カートは院内統一であり、必要箇所に配置され、看護師と薬剤師による点検が行われている。BLS 研修は、全職員が 4 年ごとに受講する仕組みとし、受講状況の管理は総務課が行っている。年度初めに受講対象者を選定し、救急部スタッフおよび消防局救命士等が講師となり、ほぼ 100% の受講ができています。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------------	--

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	【適切に取り組まれている点】 病院感染対策マニュアルに基づき、感染防止対策の基本事項を周知・実践している。手指衛生については、感染制御部や各部署のリンクナースが直接、実施状況を観察するとともに、消毒薬の使用量をモニタリングし、フィードバックしている。リンクナースは、現場の感染対策に関する問題の把握や対策の周知等を行っている。個人防護具は、部屋前、汚物室等に適切に配置している。感染経路別予防策が必要な病室には、注意を促す掲示や具体的に必要な手袋・ガウンなどを明示し、適切に対応できるよう工夫している。感染症患者に使用したリネンや感染性廃棄物の取り扱いは、マニュアルに基づき適切に行われている。患者・家族、職員に対し、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症に関する注意喚起をホームページ、ポスターへの掲示等で行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------------------------------	---

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 抗菌薬適性使用支援チーム（AST）が組織され、抗菌薬適正使用に関する業務を感染制御部と協働して行っている。最新のガイドラインを踏まえ、院内各専門領域のスタッフとともに抗菌薬適性使用マニュアルを作成し、2年毎に改定している。抗菌薬適性使用マニュアルに準じて抗菌薬を使用しているかを随時確認している。抗MRSA薬などを届出あるいは許可制抗菌薬に選定している。ASTが届け出や使用の状況を把握するとともに、使用患者の治療経過のモニタリングしている。不適切な抗菌薬の使用が認められた際は、ASTより主治医に変更案を介入提案している。病院感染対策マニュアル内に、周術期予防抗菌薬の選択や術中の薬剤濃度を考慮した投与量・投与間隔を記載しており、その遵守率を毎年確認している。クリニカル・パスの改定時や抗菌薬の採用・削除には、感染制御部が関与している。対応が困難な事例に関して、感染症専門医にコンサルトできる体制がある。毎年、アンチバイオグラムを作成し、院内に共有している。地域のアンチバイオグラムも作成し、地域に提供している。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	---------------	---	---

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	B	【適切に取り組まれている点】 患者・家族が抱えている倫理的課題に対し、外来や病棟など各部署でカンファレンスを行っている。検討は「JONSEN 臨床倫理の4分割表」を活用する方針としている。現場での対応が困難な倫理的課題があった場合には、臨床倫理コンサルテーションチームに相談し、対応が検討されている。検討した具体的な事例として、終末期の対応、自ら意思決定できない事例などがある。 【課題と思われる点】 臨床の現場での倫理的課題に関するカンファレンスについて、検討した内容や参加者が診療記録に記載されていなかった。多職種でカンファレンスを実施し、その検討内容を多職種が共有できる形式で記録に残すよう改善が求められた。指摘を受けて、2024年12月、カンファレンスのテンプレートを使用し、診療記録に記載するようにした。実際に4分割表に基づき検討内容が記載されていることを確認した。また、倫理的課題の把握状況について部署による差がみられた。職員に対する研修の実施、臨床倫理コンサルテーションチームの現場への介入などにより、現場の把握力を向上させることが望まれたため、2024年11月から、e-ラーニング形式の研修を実施している。
--------	----------------------------	---	---

2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	【適切に取り組まれている点】 多職種が参画する専門チームとして、NST、緩和ケア、褥瘡対策、チャイルドプロテクション、リエゾンなどがある。それぞれの専門領域において多職種が協働して活動している。各チームは定期的に院内ラウンドを行い、各部署の事例に介入し、必要時にはカンファレンスを行っている。また、各委員会において、症例検討やチーム活動についての検討を行い、組織横断的に取り組んでいる。複数診療科が協働した診療が実践されており、患者の状態に応じて、診療科の枠を超えた治療方針の検討や、複数診療科による手術前カンファレンスなどを行っている。irAEの早期発見・対応のため、皮膚科や消化器内科などの専門診療科が「iREACT」を立ち上げ、患者の状態に応じたコンサルトや早期治療を行っている。多職種で構成した各チームが数多く活動し、診療やケアの場面で専門性を発揮している。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	------------------------	---	--

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる A

【適切に取り組まれている点】

診療内容・診察時間・アクセス方法など受診に必要な情報が、ホームページ等でわかりやすく案内されている。正面玄関入ってすぐの場所に総合案内を設置し、コンシェルジュが初めて来院した患者でも円滑に受診できるよう案内している。外国人患者に対しては、多言語対応の医療通訳機を配置して対応している。発熱や感染が疑われる疾患の患者の受け入れ時は、外来看護師がトリアージを行い専用窓口へ案内するなど、他の患者と交差しないよう配慮している。待ち時間調査を定期的実施している。その分析に基づき、待合場所へのデジタルサイネージの設置、コンビニエンスストアのイートインスペースに外来呼び出しモニターの設置など、待ち時間の苦痛軽減に取り組んでいる。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 患者情報について、紙媒体の場合は外来予約センターで集約し、診察日前日までに当該科と情報共有する仕組みが整えられている。また Kumamoto Medical Network を介した電子化された患者情報の場合は、電子カルテに取り込む運用が一部で始まっている。患者への説明と同意取得は医師が行い、手術患者については入院前支援チームによる患者の反応確認の取り組みが一部で緒に就いている。他科への対診が随時可能であり、複数の診療科が連携した外来診療が行われている。外来化学療法室では毎週 180 件あまりの化学療法を実施しているが、リストバンドを活用し安全に配慮して行われている。透析室には透析医 2 名が常駐し、看護師 2 名、臨床工学技師 3～4 名の体制で血液透析、血漿交換、免疫吸着など多くの血液浄化が行われている。看護師専門外来では、心不全療養指導士などのケアが行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------	---	--

2.2.3	診断的検査を確実に・安全に実施している	B
		【適切に取り組まれている点】 検査の必要性は担当医や診療科内でのカンファレンスなどで判断している。侵襲的検査は必要性和リスクに関する説明を行い、同意書取得後に行われている。放射線を使用する検査や造影剤を使用する検査では被ばく線量やアナフィラキシーについても説明している。「検査・処置における安全な鎮静のための院内基準」を作成し、実施時は血圧、酸素飽和度、心拍数などのバイタルサインをモニタリングしている。鎮静後に必要な観察時間や帰室・帰宅可能な基準を定めている。造影剤を用いる検査前のアレルギー歴、腎機能およびMRI検査時の体内金属の有無等を確認している。運動負荷試験時などには医師の立ち会いがあるなど、安全に配慮して検査を実施している。検査中・検査後の患者の状態を観察し記録している。搬送手段は医師が判断し、患者の状態により、車椅子やベッドで検査室に搬送している。 【課題と思われる点】 「検査・処置における安全な鎮静のための院内基準」は2024年7月に作成されたばかりである。今後この基準に沿って患者の安全に配慮した鎮静を継続的に実施することを求めた。指摘を受けて、各部署に対し「検査・処置別鎮静手技届出書」の提出を求め、32手技の鎮静方法を確認した。また、鎮静後の覚醒評価スコアの利用実績を確認し、ほぼ全ての患者に使用され、覚醒評価スコアの基準を満たしてから帰宅されていることを確認している。さらに、各検査の説明文書に鎮静に関し、院内共通の説明文を記載した。院内基準に沿って鎮静が行われており、今後も取り組みの継続が望まれる。

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院の必要性は、外来担当医による医学的判断や診察結果等に基づき、必要に応じた対診や各科カンファレンスなどでの議論を経て決定されている。緊急時においても、上級医へのコンサルテーションや複数の医師による検討のもと入院判断が行われている。入院の必要性について患者・家族に十分な説明が行われ、同意が取得されている。入院病床は、基本的には当該科病棟への入院となるが、緊急入院等で当該科のベッドコントロールが困難な場合は、日勤帯はベッドコントロール師長、夜間帯は夜勤師長が対応し、弾力的に調整している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 入院診療計画書は、医師の診断と治療方針に基づいて、関係職種とも協働しながら迅速に立案・作成されている。看護師は転倒・転落リスク、褥瘡発生リスク、栄養状態、薬の自己管理の可否など、入院時の各種アセスメントを行い、その評価結果を看護計画に適切に反映させている。また、入院診療計画書で薬剤師が患者の個別性に応じた診療計画を立案しているほか、管理栄養士はすべての患者で栄養管理計画を立案している。入院診療計画の策定にあたっては、患者・家族の希望等にも配慮しつつ、説明と同意のもと情報提供が行われている。そのほか、診療計画としてのクリニカル・パスが入院患者の77%で活用されている。 【課題と思われる点】 転科など診療計画が見直された場合の計画書の再作成が実施されていない症例が見受けられたため、再作成の徹底が期待される。

2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	【適切に取り組まれている点】 患者・家族からの医療相談への対応は「患者相談室・医療安全相談室」が担い、相談への初期対応が行われている。相談事例として、退院支援、がん相談、医療安全に関するものなどがある。相談内容によって看護師やソーシャルワーカーなどに振り分けられ、各事例に応じた対応が日常的に行われている。相談室は個室化され、プライバシーへの配慮されている。ホスピスや緩和ケアに関する相談が2023年は1,243件あり、がん相談の約40%を占めているが、専門看護師や認定看護師、社会福祉士や両立支援コーディネーターが相談に対応している。患者相談の内容については、定期的にカンファレンスを行い、情報の共有を図っている。相談記録は診療録に記載し、プライバシーに関わる記録は秘匿性に配慮し、別に保管している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------------	---

2.2.7	患者が円滑に入院できる	B	【適切に取り組まれている点】 入院を決定した患者は、各診療科で入院申し込みを行っている。全身麻酔の初回入院患者および診療科から依頼がある患者には、入院前支援チームが介入している。内科系の患者は各診療科外来で、主に看護師により入院前説明を実施している。入院前支援チームには看護師と薬剤師がおり、担当の看護師が患者データの聴取、口腔ケアチェックを行い、クリニカル・パスや疾患、手術のパンフレットを使用のうえ説明している。入院当日、病棟で入院案内を使用して入院生活について案内している。この案内には、入院生活に必要な日用品、面会時間、相談窓口、室料差額に関するなどが記載されている。また、看護師による転倒・転落をはじめとする各種のリスクアセスメントや薬剤師による持参薬の確認を行っている。緊急入院患者に対しては、入院当日または翌日に同様の支援が行われている。 【課題と思われる点】 入院前支援チームが関わる患者が一部の入院患者に限られている。また、薬剤師の介入は依頼時のみで、休止薬の説明を病棟看護師長が行っているケースも見受けられた。さらに、管理栄養士の関わりは入院後である。多職種による入院前支援チームの介入と対象患者の拡大が望まれる。
-------	-------------	---	---

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医師の基本的な業務を「熊本大学病院における医師の診療業務指針」としてまとめている。「主治医」と「担当医」は明確に定義・区別されている。病棟の責任体制を明確にし、患者に明示している。責任者は総回診やカンファレンスなどを通して、患者の状態を把握している。主治医・担当医は、病棟回診を行って患者の状態を把握し、電子カルテに記載するとともに治療方針を決定してメディカルスタッフと共有するなど、リーダーシップを発揮している。担当医が不在時の連絡体制は明確であり、スタッフステーション内に掲示している。患者・家族と面談し説明した際は、その内容を電子カルテに記載し、多職種と情報共有している。各種書類を遅滞なく作成し、必要な文書等は患者に交付している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 看護提供体制はPNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）、プライマリナーシング方式を導入し、患者ケアの継続性と責任性を確保している。リーダー、受持ち看護師、リンクナースなどの役割・基準は、クリニカルラダーレベルで明確になっている。末梢静脈注射の穿刺については、院内で1年目に研修を受け、2年目以降は全看護師が実施可能となっている。ポート穿刺などの院内認定看護師も育成している。病棟・外来の看護業務は、看護管理ガイダンス、看護管理マニュアルなどに沿って行っている。患者の身体的・社会的・精神的ニーズについて、患者データベースに沿って情報収集し、入院時に初期評価を行い、看護計画に反映させるなど、看護実践につなげている。看護計画には看護目標と具体策が明記され、患者の状況変化に応じて見直されている。院内横断的に活動する各種チームや専門看護師、認定看護師と連携し、効果的にケアを提供している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 投薬前の患者に対し、薬剤師が薬剤の必要性とリスクについて説明している。入院時の持参薬確認、アレルギー歴などの患者情報は、薬剤師が確認している。全病棟に薬剤師が配置され、服薬指導の内容や副作用・相互作用の有無をカルテに記載している。これらの情報は電子カルテを通じ多職種と共有されている。処方から投薬まで、処方箋の記載方法が統一され、患者名、薬剤名、用法、用量、時間の5原則の確認が、全職種で徹底されている。無菌調製対象の高カロリー輸液は、全て薬剤師がクリーンベンチ内で無菌調製を行っている。抗がん剤は、院内審査で承認された化学療法レジメンを確認後、調製されている。注射用抗生剤や抗がん剤等の投与時の患者観察と記録が確実に実施されている。小児、高齢者など患者の特徴を考慮した情報共有が、看護師、薬剤師間で行われている。入院患者への投薬時には、リストバンドによる本人確認、看護師による服薬の確認が確実に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	--------------------	---	---

2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	【適切に取り組まれている点】 血液製剤の投与は、担当医がマニュアルに則って適応を判断し、患者・家族に必要性和リスクを説明した後、同意を得たうえで行われている。輸血の実施にあたっては、手順を遵守し、輸血製剤の受け渡し、輸血準備、輸血実施の各場面で、紙媒体と部門システム、患者認証システムによる患者名・輸血の種類・血液型・ロット番号・投与量・投与方法などの確認が、確実に実施されている。輸血開始後の状態確認は、開始から5分間・15分後・終了後に行われ、テンプレートを用いて看護記録に記載されている。副作用等が発生した際には、医師の指示のもと必要な対応がなされるとともに、輸血部への報告が確実に行われる仕組みになっている。 【課題と思われる点】 輸血同意書について、全ての種類の血液製剤が選択されていたり、投与量が「未定」と記載されている例を数多く確認した。手術の準備輸血を含め、医学的妥当性に基づき検討した血液製剤の種類と想定輸血量を輸血同意書に記載し、患者に説明するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年11月、輸血同意書の様式を変更し、想定される輸血量を選択式で記載するようにした。実際に、血液製剤の種類と想定輸血量を輸血同意書に記載し、患者に説明していることを確認した。今後取り組みの継続が望まれる。
--------	--------------------------------------	---

2.2.12 周術期の対応を適切に行っている B	【適切に取り組まれている点】 手術の適応や術者・術式等は、診療科内や他診療科も入ったカンファレンスなどで決定している。併存疾患がある場合には術前に他診療科に紹介している。手術の説明には、リスク、代替可能な治療方法、セカンドオピニオンを含めており、説明後一定の時間をおいて同意を得ている。麻酔の適応は麻酔科医が判断し、麻酔科医による説明が行われ同意を得ている。手術室看護師は患者情報の取得と問題点の評価を術前訪問にて行っている。周術期の肺血栓塞栓症や褥瘡などの合併症予防のためのアセスメントを行い、対策を実施している。手術室内でのサインイン、タイムアウト、サインアウトは手順に沿って確実に行われ、実施状況が記録されている。手術室からの退出は麻酔科医が基準に基づいて判断し、退出後の患者搬送は医師と看護師で行い、ICU への入室時には麻酔科医も同行している。術後の病室は術式や重症度に応じて決定している。手術前後の申し送りはテンプレートを用いて行っている。 【課題と思われる点】 術前休止薬の確認・患者指導について、薬剤師が関与する診療科、患者が一部に限られている。休止忘れを防ぐため、薬剤師が関与する対象を拡大することが望まれる。
--------------------------	---

2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 院内の重症患者の管理を担う病棟として、ICU10床のほか、HCU、CCU、NICU、MFICUなど、病院機能に合わせた病床が整備されている。病床選択は患者の病状に配慮しつつ入室基準に則って行われている。ICUでの診療体制は、集中治療医が臓器不全管理を主に行い、診療科特有の病態は診療科が中心となり、協力して行っている。ICU入室時は医師間でカンファレンスを行い、看護師はベッドサイドで医師から情報を収集している。ICUでは毎朝、集中治療医や主治医、メディカルスタッフなどが参加するカンファレンスを開催し、治療方針の確認や情報共有を行っている。一般病棟では、スタッフステーションの近くでモニターなどの十分な医療機器のもと、重症患者の診療・ケアが安全に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 褥瘡対策マニュアルに基づき、褥瘡予防対策を実践している。入院時、全患者に対して「褥瘡発生の危険因子票」を用い、OHスケールや日常生活自立度評価でリスク判定を行っている。その結果に基づき褥瘡診療計画書を作成し、ケア介入している。また、患者の状態変化に合わせて適宜、再評価している。ハイリスクと評価した場合は、多職種で構成した褥瘡対策チームに介入を依頼している。週1回カンファレンスを開催し、ケアプランを評価しているうえ、スキンケアのリスク評価も実施している。褥瘡専従看護師にタイムリーに相談できる体制があり、褥瘡状態の評価、結果のモニタリング、フィードバックが行われている。体圧分散マットレスや高機能マットレスについては、マットレス選択基準により適切な提供ができています。手術患者のポジショニングやMDRPU対策が適切に行われるよう、専従看護師のコンサルトや直接介入も行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2. 2. 15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院患者の栄養状態について、全患者をスクリーニングし、医師、看護師、管理栄養士が評価している。摂食・嚥下スクリーニングは入院時、全患者に実施している。75 歳以上の高齢者などでは食事形態チェックを行い、患者の状態に応じた形態に変更することにより、安全な食事が提供されている。絶食後は、構音検査、反復唾液のみテストを実施してから食事を開始しているが、病棟によりばらつきがあるため、摂食・嚥下障害認定看護師が指導している。食物アレルギーについては電子カルテで情報が共有されている。低栄養などのリスク患者に対しては、管理栄養士が栄養計画書を作成し、患者個別に対応している。また、患者状態に応じて NST が随時介入されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2. 2. 16	症状などの緩和を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時に、全患者を対象に「緩和スクリーニング・アセスメントシート」により諸症状の評価を行い、その後も定期的に確認している。疼痛、消化器症状、呼吸困難、倦怠感、精神症状などへの症状マネジメントに関して緩和ケアマニュアルを整備し、それに沿って症状緩和を実践している。その際、緩和ケアチームが効果的に介入している。痛みの評価は NRS やフェイススケール等を用いて行い、その結果に基づいたケアを実践している。麻薬の使用に関しては、マニュアルに明記された使用基準や適応などに沿って実践されている。緩和ケアチームは、緩和ケアセンター医師、がん看護専門看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理師、社会福祉士などで構成している。身体症状・精神症状による苦痛のほか、治療に対する不安や全人的苦痛などへの精神的サポートも積極的に行っている。手術後疼痛など、がん以外の症状緩和についても、緩和ケアチームの関わりや予測指示、硬膜外鎮痛等によって対応が行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、リハビリテーション科に依頼している。リハビリテーション科医師による処方に応じて、医師と療法士で実施計画書を作成している。リハビリテーション実施時の目標設定では、患者の希望等にも配慮した計画立案に努めている。また、リハビリテーションの中止基準を定め、リハビリテーション実施前に病棟スタッフと情報共有している。そのほか、リハビリテーション実施前後の評価は、BI を用いて定量的に行われている。 【課題と思われる点】 実施計画書へのリスクの記載は全て「骨折、転倒、褥瘡、深部静脈血栓」と定型の記載になっていた。実施計画書は説明同意文書であるため、患者の個別性に応じたリスクを記載するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024 年 10 月、リハビリテーション実施計画書の書式を変更し、患者の個別性に応じたリスクを記載している。実際に、「骨折」、「荷重による骨切部の転位」、「肩関節脱臼」、「誤嚥」など、患者の個別性に応じたリスクを説明していることを確認した。今後も取り組みの継続が望まれる。
--------	------------------------	---	---

2.2.18 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている B	【適切に取り組まれている点】 身体拘束は、原則として医師と看護師との協議のもとに実施され、必要最小限とすることを目指した対応が行われている。2023 年度の病院全体の身体抑制の実施率は 3～5%になっている。身体拘束の必要時は、医師が拘束の必要性や方法、解除の取り組みについて説明し、理解と同意を得て実施している。実施中は看護師がチェック表を用いて観察し、医師は毎日回診して患者の状態を把握している。医師と看護師は身体拘束を継続する必要性について評価・検討し、判断している。患者の状況に応じて、一時的に拘束を解除するなど、苦痛の軽減を図っている。薬剤による鎮静は 2024 年度に基準を作成し、導入されている。 【課題と思われる点】 身体拘束中の記録は 1 勤務帯につき 1 回であり、記録の内容は拘束の必要性、拘束方法の部位と使用物品のみで、患者の観察所見が含まれていなかった。患者の状態についての観察所見を観察の都度、記録するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024 年 11 月、電子カルテのオーバービュー画面に身体拘束関連の観察項目を設定し、観察の都度、患者の状態を記録するようにした。実際に、疼痛の有無、冷感の有無、しびれの有無、発赤の有無、呼吸状態などの患者の観察所見が 2 時間毎に記録されていることを確認した。今後も取り組みの継続が望まれる。
----------------------------------	--

2. 2. 19	患者・家族への退院支援を適切に行っている A	【適切に取り組まれている点】 全患者に対して入院時に退院支援スクリーニングを行っている。退院困難が予想される患者については、早期より退院後の療養継続に向け、カンファレンスを行い、「退院支援計画書」を作成して介入している。また、入院前のアンケート「現状のおからだやお気持ちのこと 意思決定のご確認」への回答内容についても、退院後の生活を整えるための情報として活用している。退院に向けては、退院後の療養について患者の意向を確認したうえで、退院支援について説明し同意を得ている。具体的な支援事例として、移植治療を目的に県外から紹介された患者に対して、入院前から移植コーディネーターが関与した事例があった。退院後の外来通院や緊急時の病院受診などについて不安なく、患者が療養生活を行えるよう、医師、看護師、移植コーディネーターが役割を分担し、調整や支援を行っていた。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 在宅支援において、地域の施設と連携して切れ目のない医療・ケアを提供するため、さまざまな検討や対応がなされている。地域包括ケアシステムの構築に向け、地域の施設との連携を図っている。また、患者が意向に沿った療養生活を継続できるよう、取り組んでいる。入院患者への在宅療養支援について、入院の早期から検討し対応している。熊本県がん相談機能発展事業の実施機関の一つとして、2010 年から「私のカルテ」を活用し、すべてのがん患者・家族に対し、苦痛の軽減や療養生活の向上のため、地域と連携し継続的な治療を実施している。退院後に継続的なケアや支援が必要な場合は、外来の「看護師外来枠」を予約し、継続的な診療・ケアにつなげている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 緩和ケアマニュアル、ターミナルステージ院内判断基準等に基づき、医師、看護師および多職種のカンファレンスにおいて、ターミナルステージの評価・判定を行っている。また、BSC (Best Supportive Care) の方針やDNARについても検討し、患者・家族に説明している。ターミナルステージの患者に対し、意思決定支援、療養環境への配慮など、患者・家族の意向を尊重し、患者のQOLに配慮した診療・ケアを行っている。また、ACPの一環として、「からだところろ身体症状・気持ち」の質問紙で、現在の心境や患者自身が望む医療やケアについて確認している。看取りに際しては、地域の施設、在宅訪問医や訪問看護ステーションなどとも連携し、患者・家族の希望に沿った療養環境を提供している。デスカンファレンスの実施、逝去時の対応、剖検の承諾や実施手順、臓器提供について手順等を整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	------------------------	---	--

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1 良質な医療を構成する機能 1

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している B

【適切に取り組まれている点】

医薬品安全管理責任者が、医薬品安全使用のための手順書を定期的に改訂し、手順書に基づいた業務が実施されている。適応外を含む未承認等医薬品の確認に病棟薬剤師も関与し、その情報は医薬品安全管理責任者が集約・把握し、医療安全管理責任者に報告している。処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認は、マニュアルに従って確実に実行され、院外薬局との問い合わせ記録も保存している。注射薬は締め切り時間を工夫して1施用ごとの払い出しを行っている。抗がん剤の調製・混合は休日を含めて全て薬剤師が行っている。薬剤師が院内の医薬品の使用状況を、月1回確認している。医薬品に関する情報収集は、DI室、病棟薬剤師を通じて行われ、医薬品安全使用に必要な情報を全職員に周知している。院内採用医薬品集は2年毎に改訂し、オンライン上でも随時閲覧可能である。

【課題と思われる点】

病棟配置薬として多種類の内服薬が置かれている。オーダー後一定時間内に速やかに投与する必要があるなど、病棟配置可能な医薬品の条件を明確化したうえで、注射薬も含めた病棟配置薬を整理し、それに伴って増える臨時処方に対する処方鑑査、払い出し等について対応の検討が望まれる。

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	B
	【適切に取り組まれている点】 臨床検査部門は、中央検査部内に検体検査部門、生理機能検査部門、微生物・遺伝子検査部門などが設置されている。中央検査部は ISO15189 の認定を取得している。検査項目等は中央検査部運営委員会で審議され、24 時間体制で病院機能に見合うほぼ全ての領域で対応している。バーコード認証や検体ラベルの RFID 認証システムを活用して検体交差リスクを最小限に抑えている。精度管理は毎日の内部精度管理のほか、日本医師会や日本臨床衛生検査技師会など国内の複数の外部評価を受けるとともに、CAP サーベイ（国際臨床検査成績評価プログラム）にも参加している。検査後の検体は一定期間保存し追加検査等に対応している。夜間休日に可能な検査が示され検体の置き場所も周知されている。 【課題と思われる点】 パニック値を看護師に伝達している例が散見され、またその場合、医師に伝達されたかどうかの確認が翌日以降になることがあった。パニック値は早急な対応が必要となることがあるため、医師に対し迅速かつ確実に伝達するよう改善を求めた。指摘を受けて、パニック値の報告フローを改訂し、オーダー医、主治医が不在の場合の連絡先に代行医師のほか当直医を追加した。また、緊急異常時対応記録の様式を変更し、「連絡受領者」欄から看護師を削除し、「連絡受領医師」とした。2024 年 8 月から新ルールに則り、医師に対し直接かつ迅速な報告を徹底していることを確認した。今後も取り組みの継続が望まれる。

3.1.3	画像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】 放射線診断部門として CT3 台、MRI4 台、血管撮影装置 5 台、核医学診断装置 4 台（うち PET CT1 台）を備え、放射線診断医 25 名（うち画像診断専門医 16 名）、専従診療放射線技師 35 名の人員配置のもと、院内の画像診断ニーズに応える体制が整えられている。CT と MRI の撮影は、緊急依頼に常時対応可能で、臨時依頼にも必要性を判断して対応している。画像診断報告書は放射線診断専門医がおおむね当日中に作成しており、翌診療日までの作成率は、CT、MRI とも 100%となっており、診断結果の迅速な報告は高く評価できる。重要所見に関しては、報告書のキー画像に認識しやすい色の矢印で強調するなど注意喚起に配慮し、医療の質・安全管理部で医師の対応まで確認する手順となっている。緊急を要する異常所見は依頼医に直接報告する手順となっている。技師の操作スペースと医師の読影スペースが隣接しており、技師と医師の情報共有を迅速に行って画像診断の質確保に配慮している。また、夜間休日にも画像診断医の当直体制を整え、緊急画像所見の問い合わせに常時対応出来る体制もあり、高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	--------------------	--

3.1.4	栄養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】 通常食の調理、配膳・下膳、食器洗浄は業務委託で対応している。腎臓病等の特別食は業務委託せずに自主運営で調理している。厨房内は清潔・不潔区域がパススルー冷蔵等で明確に区分されており、衛生管理および調理方法は大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて対応している。配膳は専用のエレベーターで搬送し、盛り付け後 30 分以内には各病棟へ配膳できている。献立は毎朝食及び週 2 回の夕食を選択食とするほか、年 9 回の行事食を提供するなど、患者の嗜好等に応じた取り組みがなされている。食事の評価・改善は、残食調査のほか、病棟で管理栄養士が患者から直接聞き取った嗜好・意見を踏まえ、ミーティングや関連委員会で検討しており、食事の改善や患者満足度の向上に取り組む姿勢は評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---	--

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している A	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーション部門は、医師 4 名（うち専従 1 名）、理学療法士 18 名（うち認定理学療法士 11 名）、作業療法士 7 名（うち認定作業療法士 1 名）、言語聴覚士 5 名（うち認定言語聴覚士 1 名）、看護師 2 名の体制で、心大血管疾患・脳血管疾患等、運動器、呼吸器、がん患者のリハビリテーションを実施している。また、呼吸療法士、心臓リハビリテーション指導士、糖尿病指導士、発達障害児指導士など、多くの資格を有する療法士がその専門性を発揮している。療法士は、主治医や病棟スタッフとの情報共有を目的に、一部の病棟カンファレンスなどに積極的に参加し、病棟看護師との連携を図っている。また、転倒防止のための移乗介助法の動画を作成して院内配信し、訓練中患者の安全確保について周知している。療法士の増員に伴って週末におけるリハビリテーションの連続性を確保し、2021 年から運動器、2023 年度から脳血管疾患等で連続性を担保したリハビリテーションを実践している。2024 年度、さらなる増員により、リハビリテーション継続体制を強化している。リハビリテーションで使用する機器の点検はスケジュールに従って実施されている。プログラムの改善も随時実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
---	---

3.1.6	診療情報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】 診療記録は中央病歴室で中央管理している。電子カルテ導入前の紙の診療録についても固有の ID 番号で一元管理し、迅速に提供している。紙媒体の書類は電子署名タイムスタンプを付与し、適切に保管している。診療録の閲覧・貸出についての手順書を作成し、システムで管理している。目的を確認し、貸出・提供の可否を判断している。がん登録は実務担当者 3 名を配置し、登録業務を行っている。 「診療録等記載マニュアル（第 9 版）」を作成し、診療報酬改定の度に更新している。退院サマリー未記載に対し、督促手順にて適切に対処している。診療情報管理士による診療録の量的点検（23 項目）を実施している。診療科監査担当医師と中央病歴室で診療録の記載監査を行い、監査結果を運営審議会などに報告し情報共有している。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.7	医療機器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】 医療機器安全管理責任者は、麻酔科教授が ME 機器センター長を務め、医療の質・安全管理委員会や「医療安全に関するカンファレンス」に参加している。副 ME 機器センター長の臨床工学技士長はゼネラルリスクマネージャーの経験があり、医療の質・安全管理部との連携体制は強固である。医療機器安全管理研修は e-ラーニングと実地研修を使い分け、生命維持装置研修は 100% の受講率となっている。ME 機器センターには常勤臨床工学技士 26 名が配置され、ME 機器管理部門、手術室部門、血液浄化部門、循環器部門、集中治療部門に分かれて臨床業務を担当している。夜間休日は当直体制で緊急要請に対応可能で、貸し出し・返却は 24 時間可能である。共用医療機器については日常点検および定期点検が行われ、一元的に管理・記録されている。購入した医療機器はすべて経理課を通して ME 機器センターで登録され、研究費で購入した機器は臨床で使用しない規則となっている。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.1.8	洗浄・滅菌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】 中央材料部は、部長および副部長に医師を任命し、看護師長を現場責任者とし、日常業務は委託の職員約 27 名で運営している。8 時から 24 時まで、器材の洗浄・滅菌に対応している。滅菌業務担当者には、滅菌管理技士、特定化学物質作業主任者等の有資格者を配置している。外来、病棟、光学医療診療部で使用した器材は、回収用コンテナで中央材料部に回収している。作業区域は、汚染・清潔区域のエリアが分かれており、ワンウェイ方式で滅菌・保管・供給をしている。洗浄度評価、各種インディケーター、ボウイー・ディックテスト等によるモニタリングで品質保証について確認・記録されている。化学的インディケーターは手術室機械セットの内側、および単品包装に使用している。滅菌後の機材は、生物学的インディケーターで判定を行った後に供給している。2020 年より洗浄器、オートクレーブのバリテーションを年 1 回実施しており、結果により手順等の見直しを行っている。リコール手順が整備されている。実際に 2020 年度に 1 度発生したが、手順に沿い対応し、患者に影響はなかった。単回使用物品の再滅菌は行っていない。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------------	---	---

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している	A 【適切に取り組まれている点】 病理部門は、常勤病理医および臨床検査技師で運営されている。病理専門医3名、細胞検査士9名が在籍し、2023年度は約2万件の病理検査と17体の病理解剖を実施している。検体の受付は、1検体毎に申込書と照合・確認してダブルチェックを行っている。検体の切り出しは1患者毎、薄切は1ブロック毎に行っている。検体の取り違い防止に向け、バーコードやQRコードの活用に加えて、各工程で写真撮影や動画撮影を行い、検体交差が起きないように配慮している。病理診断書は専門医を含む複数の医師で確認し、自院のみで診断困難なものは外部にコンサルテーションしている。日本病理精度保証機構や米国病理学会などの外部精度保証を受けている。生検の75%以上の結果を6日以内に報告している。既読管理システムで病理診断書の未読防止に努めている。術中迅速診断は手術室のモニターに病理所見を写しながら直接医師に伝えている。診断に用いた標本類は10年以上保管している。ホルマリンなどは施錠管理して保管され、作業環境測定は第1管理区分を継続している。 【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	【適切に取り組まれている点】 放射線治療部門は医師 7 名（うち放射線治療専門医 5 名）、診療放射線技師 11 名（うち医学物理士 3 名、放射線治療品質管理士 4 名）、看護師 2 名の人員体制で、リニアック 2 台、小線源治療機器 1 台を使用して放射線治療が行われている。IMRT や SRT などの高精度放射線治療を含め、2023 年度では 828 例の新患・再診患者の治療が行われている。治療方針に関しては、各科との合同カンファレンスに参加して決定されている。照射計画の立案や計画チェック、計画の登録、計画線量の確認には医師と放射線技師によるダブルチェックが行われている。また、照射中の患者の動きを補正するフローの導入や品質管理統合システムの導入により、効率的な品質管理業務ならびに日々の照射の監視が可能となり、安全・確実に放射線治療が実施されている。治療機器の点検は日々の点検に加え、毎月・半年毎・毎年の点検計画に則り、業者による点検確認も含めて定期的の実施されている。また RI を使用した治療は、子宮頸がんに対する RALS による内照射や、甲状腺疾患、前立腺がん、神経内分泌腺腫などに対する RI 内用療法も必要に応じて専用治療室で安全に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------------	---	---

3.2.3	輸血・血液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】 輸血・細胞治療部は、日本輸血細胞治療学会の輸血機能評価認定を受けている。医師2名は専従であるが、臨床検査技師は中央検査部の所属で、平日は一定の研修を修了した4名程度の技師が輸血・細胞治療業務を担当している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄が円滑に行われ、小児患者への製剤分割にも対応している。夜間休日は中央検査部の当直技師で対応し、当直技師への輸血業務研修も行われている。温度記録計付き専用保冷庫は輸血・細胞治療部のほか、手術室、集中治療室、救急外来にも設置されているが、輸血・細胞治療部が管理している。設置部署間の製剤移動および設置部署からの製剤返却のみ可能としている。保冷庫設置部署間で製剤を受け渡す際には、「血液製剤返納伝票」を用いて適切に保管されていたことを確認し、製剤の品質を担保している。各部署で適正な輸血業務が行われているか医療の質・安全管理部と合同での輸血ラウンドを行い確認している。輸血療法委員会において適正使用の推進、廃棄削減に取り組んでおり、廃棄率は0.11%と低値である。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	---	--

3.2.4	手術・麻酔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】 手術室は麻酔科医 25 名の体制がとられ、バイオクリーンルーム 2 室、緊急手術や COVID-19 用の 1 室を含む 16 室がある。2023 年度には 8,163 件の手術が行われている。全身麻酔手術は全て麻酔科管理となっており、長時間手術や時間外の緊急手術に対しても、当直医師 2 名と継続勤務医師 1 名の体制で対応している。手術のスケジュールは、多職種が参加する週 1 回の手術スケジュール連絡会議で調整・決定される。HEPA フィルターが定期的に交換されているほか、空気清浄度をリアルタイムでモニターしている。サインイン、タイムアウト、サインアウト、ガーゼ・器材カウントなどが手順に則り行われ、結果を記録している。MDRPU や肺血栓塞栓症の予防策もとられている。特定行為研修修了看護師が 2 名在籍し、手順書に従って麻酔の準備等の業務を行っている。臨床工学技士が人工心肺やロボット手術、術中モニタリング、TAVI などに対応しているほか、診療放射線技師が透視装置やハイブリッド手術装置などの操作を行っている。覚醒・抜管の判断基準が定められ、退室は基準に基づき麻酔科医が判断している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------------	---	--

3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	【適切に取り組まれている点】 集中治療機能は、ICU10床のほか、HCU12床、NICU12床などが設置されている。NICUは県内3病院で役割分担しており、大学病院の専門性を活かして消化器・脳神経先天異常などを担当している。ICUでは、侵襲度の高い手術後の患者を中心にあらゆる診療科の重症患者を受け入れている。臓器不全に対する治療はICU医師が行い、診療科特有の病態は診療科医師が行うなど協力して治療を行っている。ICU専任医師が常駐し、24時間体制で治療にあたっている。治療やケアの方針は主治医、ICU医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、栄養士、緩和ケア医師などが参加する、毎朝の多職種カンファレンスで決定している。認定看護師や特定行為研修修了看護師が在籍し専門性の高いケアを提供している。NST、褥瘡対策チームなどのチーム医療も実施されている。機器の管理は臨床工学技士が行い、年に2回ECMOや人工呼吸器などの教育をしている。入退室基準を明確にし、看護責任者と管理責任医師が適宜協議し、病床管理を行っている。運用上の課題を検討する場として、集中治療部運営委員会を定期的に開催している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	--

3.2.6	救急医療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】
			救急部に専従医4名が在籍し、水準2の救急部門として、独立した外来診療エリアを有している。救急看護認定看護師や救急救命士も配置されている。特定機能病院としての高度な救急医療を提供するという方針の下、自院のかかりつけ患者や循環器疾患、脳血管疾患、腹部疾患および四肢外傷を中心に受け入れ、近隣の施設で治療が困難な症例も受け入れている。自院での対応が困難な症例は、近隣の他の救命救急センターに依頼するなどの対応を行っている。専門的な治療が必要な際は、それぞれの診療科の専門医にコンサルトが可能である。救急科として4床の入院ベッドを有し、必要な際は救急科として入院治療を行っている。2023年度の救急車搬入は3,517件であった。不応需例について検討し、救急部運営委員会で報告している。虐待については、児童、障害者、高齢者、DVに対応する手順が整備され、連絡から対応するフローが明示されている。院内では、フィジカルアセスメントやRRSに関わり、蘇生トレーニングやBLS、ACLS研修の教育活動も行っている。市や県のメディカルコントロールにも参画している。
			【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

評価判定結果

4.1 病院組織の運営

4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A	【適切に取り組まれている点】 病院の理念、基本方針を定め、わかりやすい表現で明文化している。理念として高度な医療安全管理による患者本位の医療の実践、医療人の育成、医学の発展と地域の福祉と健康への貢献を掲げている。理念実現のための5つの基本方針が決められ、診療や病院運営の行動指針になっている。理念と方針は病院の最高意思決定機関である運営審議会において年1回、見直しの可否を検討している。2022年度、基本方針に「理念達成のための健全な運営・経営の実践」を追加した。理念・基本方針は医療安全管理マニュアルへの掲載などにより、職員に周知されている。患者・家族や地域に対しては院内掲示、入院案内や病院ホームページへの掲載等により周知に努めている。病院の中期目標・計画は、2022年度から6年間の大学の中期計画の一部として策定され、病院の理念・基本方針に沿った内容になっている。また、外部環境の変化を踏まえ、具体的かつ実効性を伴った内容になっている。「中期目標・中期計画」とその実績・評価についてイントラネットへの掲載や各種会議での資料配布などにより、病院の目標や将来像が職員に明示され、組織内に浸透している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------------	---	--

4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	【適切に取り組まれている点】 病院長は外部委員を含む候補者選考委員会での審査を経て選任され、副病院長、病院長特別補佐等の幹部は病院長が任命している。病院幹部それぞれの所掌が明確で、病院運営に必要な一定の権限が与えられている。病院長は副学長として学長から評価され、また病院アドバイザー会議においても経営状況等について大学執行部から評価を受けている。病院長ら幹部、部門長等で構成される運営審議会が病院運営の最高意思決定会議であり、病院の運営・管理・経営等に関する重要事項を決定している。病院長が副学長を兼ねているため、病院運営における重要事項を速やかに決定し、必要な支援を大学本部から円滑に受けられる体制になっている。組織図は、指揮命令系統が職員に理解できるよう各部門の関係が明確になっている。医療の質・安全管理委員会、感染対策委員会等、必要な会議や委員会が設置、定期開催され、それぞれの役割は設置規程・要綱によって明確になっている。決定事項は、各部門から選出された委員が出席する診療科等連絡調整委員会等での伝達のほか、議事録や重要事項のイントラネットへの掲載などにより職員に周知されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	--

4.1.3	計画的・効果的 な組織運営を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 病院の中期目標・計画の各項目について実施部署と毎年の目標値を定め、年度途中、年度末に実績値を評価している。また、部署毎に入院患者数やパス適用率などの自主目標を設定し、その実績を病院長ヒアリングや運営審議会等で確認している。病院幹部は各種会議への出席や資料配布、イントラネットへの掲示などを通じて病院の方針と役割を示し、職員の経営参画意識を高めるよう図っている。また、病院の経営目標達成や経営改善に貢献した部署や職員に対するインセンティブとして、予算等を優遇する仕組みや表彰制度、特別手当を設けている。病院幹部はそれぞれの所掌に関する課題を各種会議やヒアリング、回診等を通じて把握し、その課題の解決に向けて検討するとともに、職員の取り組みを支援している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	---	--

4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	【適切に取り組まれている点】 情報の活用に関する方針を策定している。情報管理は医療情報安全管理ガイドライン最新版を基に規程・マニュアルを整備し、職員に周知している。医療情報経営企画部長がシステム管理責任者、システム安全管理責任者として統括管理し、医療情報経営企画部運営委員会、運営審議会などにおいて、診療情報システムの取扱いや病院情報システムの導入、情報の活用などの諸課題を検討している。電子カルテの情報の真正性担保のため職員ID・パスワード認証、顔認証による2要素での端末ログインを行うほか、アクセスログによる追跡調査を行い管理している。保存性の確保として国内2カ所のデータセンターに遠隔バックアップを行い災害医療訓練で確認を行っている。医療の質や安全性、効率性の改善の取り組みとして、診療データを管理会計システムやDPCデータ分析システムを用いて収支分析に活用し、また、医療の質や安全性、効率性の改善にも活用している。各種統計データを抽出し、医療安全、患者の希望・要求、理念達成のための健全な運営など、様々な視点から分析している。病院幹部に情報提供し、診療情報を活用した分析を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	--

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 【適切に取り組まれている点】 文書管理は文書管理規則、文書処理規則に基づき組織として管理している。規則で保存期間や保存場所、管理部署などを定め、総務課が一元的に管理している。院内規程・マニュアル等の文書は「規則等の制定改廃等に関する取扱要項」により各規則の改定、マニュアルの承認手順・フロー図を作成し、院内周知している。規則・マニュアル等について院内情報ツール「ガルーン」に掲載し職員へ情報共有している。文書の種別、管理手順、承認基準・廃棄など手順を明確にし、作成日・更新日、保管場所、改訂履歴などを一元的に管理している。各部署からの申請に対して病院長が承認している。新規文書の登録から改訂、保管まで組織として管理する仕組みが構築されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------------------	--

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	【適切に取り組まれている点】 診療機能に必要な人材は、病院長が診療科等にヒアリングを実施し、外部コンサルテーションによる業務分析も参考に、増員計画を策定している。人材の増員により増収が見込める施設基準や必要な人件費に関するデータを基に検証し、運営企画会議で可否を決定している。人的配置が認められた場合は選考委員会で選考を行っている。2023年度に増員が認められた理学療法士、臨床検査技師、臨床工学技士4名などを増員している。医療関連法令および施設基準の必要要件を充たしている。病院長は各部門について時間外労働、有給休暇、退職者調査等の状況を把握・検証の上、適切な人員配置を確保している。働き方改革を踏まえ、質の向上、費用対効果を検討し、人材の確保に取り組んでいる。また、より質の高い人材を確保するため、医師事務作業補助者や診療情報管理士などの処遇改善を実施するなど、離職防止に取り組んでいる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	---	---

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】 就業規則や給与規則など人事・労務関連諸規則が整備され、職員はイントラネットですべて閲覧が可能である。職員の労働時間や有給休暇などの労務管理は、勤怠システム・ICT（タグビーコン）を活用し、客観的な手法で行っている。時間外・休日労働に関する 36 協定を締結している。勤怠管理システムから毎月の労働時間を把握し、労使協定の遵守状況を確認している。超過者については、病院長から所属長に対し、面接と業務改善の指導を行うように指示し、改善を図っている。医師を含む全職員について適切に労務管理されている。働き方改革の理解促進、意識改革として、病院長より全職員向けにビデオメッセージにて情報発信している。人事・労務管理に必要な規則を整備したうえで、職員の就労管理を行っている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 労働安全衛生委員会が毎月開催され、職場巡視をはじめ職員の衛生管理に必要な事項を検討・審議している。職員の定期健康診断は医師を含め常勤・非常勤ともに 100%実施している。職員への精神的なサポートは、院内にメンタルヘルス相談窓口、院外に「なんでもお悩み相談」窓口を設置し、相談可能な体制を整備されている。院内暴力対策として警察 OB を採用し、緊急コールを定め適切に対処している。各種ワクチンの接種が適切に行われている。作業環境測定はすべて第 1 管理区分になっている。ハラスメント防止対策として「ハラスメント防止宣言」を発出し、院内にハラスメント相談員を配置している。職員が安心して働けるよう労働安全衛生を整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 全教職員を対象に「職員やりがい度調査」を実施し、調査結果に基づき魅力ある職場を目指し取り組んでいる。職員の意見や改善要望からの改善事例も多く、職員が意欲を持って仕事に取り組めるよう支援が行われている。職員の就業支援の取り組みとして、育児短時間勤務、育児のための勤務時間の繰り上げ・繰り下げの取得、不妊治療のための休暇の新設、有期雇用職員の産前・産後休暇、介護休暇の有給化などを行っている。院内保育所、病児保育室を設置し、就業継続に向けた取り組みを行っている。労働時間短縮に向け、タスク・シフト/シェアを推進し、多職種連携の強化を図っている。福利厚生については、共済組合による各種福利厚生の活用をはじめ、各種貸付制度、全国各地の宿泊保養施設を利用できる。職員の声を反映させる職場環境が整えられ、職員が意欲を持って仕事に取り組めるよう支援が行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------------	---

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 A

【適切に取り組まれている点】

職員への教育・研修の管理は総務課が行い、医療教育委員会にて教育・研修計画を一元管理している。各部門の教育・研修の年間企画書を医療教育委員会に提出させ、これを取り纏め全職員を対象とした教育・研修の年間計画書を作成している。総務課は各教育・研修会の受講者を把握し、一元管理している。入職時研修、新人研修、中途研修のほか、安全、感染、個人情報、倫理、ハラスメントなど各分野の継続教育を適切に実施している。委託業者については安全・感染・個人情報など研修会に参加させている。各研修会が参加予定数、受講者、受講率を把握し、研修会の報告書を提出し、次年度の研修計画に活用している。全職員受講必須の研修（安全、感染、個人情報、ハラスメント等）の年間スケジュールをイントラネットに掲載し、職員に対して計画を早期に周知することにより参加率の向上を図っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	【適切に取り組まれている点】 医師は年俸制を導入し、業績を点数化して評価している。医療技術職員および事務職員については、能力評価・業績評価を実施している。医療技術職員、看護職員はクリニカルラダーによるキャリア開発を行っている。事務職員は知識習得を目的に「事務コンシェルジュ計画」を策定している。医師等は各種シミュレーター等を通じて個別の能力開発を奨励し、CVC 認定制度など能力に応じた業務範囲を設定している。医師による協力の下、CV 穿刺、IV 基礎研修等を行っている。CVC 挿入を実施する医師は所定の講義、ハンズオントレーニングを受講しており、管理は医療の質・安全管理部が担当している。薬剤師は、職員の希望と能力を客観的に評価し、がん専門、感染制御専門などの資格取得支援があり、各医療チームに有資格者を配属している。看護師はクリニカルラダーを活用した継続教育計画に基づき行っている。その他の職種は専門職種に応じたクリニカルラダーを策定し、職員個別の能力評価や自己啓発の支援を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-----------------------------	--

4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	【適切に取り組まれている点】 医師・歯科医師を含む専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるため、基本方針を定め、医療教育委員会で一元管理している。医療教育委員会が、各部署で作成した「初期研修プログラム」を審議し、実行、評価、受講率などを把握している。医師・歯科医師の初期研修は「総合臨床研修センター」が統括し、基幹型臨床研修病院として1年目13名、2年目13名の研修医を受け入れている。歯科医師は通常の1年コースに加え、麻酔科を6か月間ローテートする2年間のコースを設けている。研修医はPG-EPOCを用い、指導医やメディカルスタッフを含めた360度評価などを通じて能力評価されている。薬剤師は、必要な知識・技能・態度の習得を目的とした教育研修を実施し、到達目標や評価を設定している。看護師は、新人看護師教育計画に沿って教育を実施し、プリセプターとパートナーシップ・ナーシング・システム（PNS）によるペアにより支援している。管理栄養士、診療放射線技師、臨床工学技士、社会福祉士、診療情報管理士の初期研修は、ラダーなどを利用して専門職種としてのキャリアパスを意識した研修を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	--------------------	--

4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医師、薬剤師、看護師をはじめ、多くの職種の学生実習を受け入れている。病院実習等の受入規則を定め、実習の受け入れ窓口は総務課が担っている。実習手順、予防接種の実施、個人情報の取り扱い等について確認し、契約を締結した上で、学生を受け入れている。実習前の研修・実習前オリエンテーションを義務化し、オリエンテーション実施完了証明書がなければ実習を許可していない。総務課で実習指導者講習会等修了状況一覧表を作成し、実習指導責任者を明確にしている。実習生の受入れは許可申請が行われ、病院長が決裁している。実習はカリキュラムに沿った実習内容が行われており、実習生の評価も指導責任者によって行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.4 経営管理			【適切に取り組まれている点】 予算の策定において、収入は経営戦略課、費用は経理課が、それぞれ前年度実績を踏まえて原案を策定している。策定後、経営戦略委員会にて内容を審議し、運営審議会で決定している。国立大学法人会計基準に従って会計処理を行い、作成された財務諸表や決算書類は適切に監査を受けている。予算の進捗管理は運営審議会で報告され、経営戦略委員会にて改善に向けた検討が行われている。DPC分析ソフトや国立大学管理会計システムを用いて経営に資するデータを抽出し、平均在院日数の短縮の取り組み、クリニカル・パスの見直しなどに活用している。 【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	【適切に取り組まれている点】 窓口の収納業務において、支払窓口に加えて自動精算機を導入し、クレジットカードの使用も可能である。レセプトの作成は医事課職員が担当しており、点検を行った後、病名不明や症状詳記が必要なレセプトについては医師にも点検を依頼している。また、診療材料等について医事請求分と業者請求分の整合検証を行い、請求漏れ防止への取り組みも行っている。返戻・査定については、診療科等連絡調整委員会及び運営審議会で報告・検討し、再審査請求にも適切に対応している。施設基準の管理を行う専任の医事課職員を配置し、人事情報を含め他部門と連携して定例的に確認している。未収金への対応では、医療サービス課担当職員が電話連絡や督促状の送付など、マニュアルに則り対応している。一定期間経過した際は弁護士名の督促状を送付し、悪質なケースは法的措置も行っている。 【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	【適切に取り組まれている点】 業務委託の是非と選定は、病院長を議長とする役務検討委員会にて業務の効率化、経済性等について検討のうえ決定している。委託業者の評価は、半年に1回、自己点検・評価シートの提出を義務づけている。日々の実施状況は、業務日報、業務完了報告書の提出を求め、担当部署が決裁して管理している。病院で開催する医療安全や感染対策などの職員対象の必須研修会は、委託業務従事者に対しても出席を義務づけている。事故発生時の対応については、契約書に報告体制を明記し、緊急時の連絡手段を明確にした緊急連絡網を整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	----------------	---	--

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	【適切に取り組まれている点】 施設・設備、清掃に関する日常点検・管理は業務委託しており、仕様を定め、経理課施設管理室が主体となり、設備委託会社を指導のうえ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、委託業者から施設管理者に的確に報告されている。施設管理室が毎日院内を巡回し、清掃のチェック、修繕、改善するなど快適な環境に努めている。設備管理は防災センターへの24時間常駐体制で中央監視制御設備による管理が行われ、緊急時の対応、連絡方法が徹底されている。設備の維持管理のため定期的な点検、整備、検査を行い性能維持するとともに、劣化状況を把握している。設備更新計画を策定して計画的に更新している。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。医療ガス委員会が定期的開催されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.5.2	購買管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医薬品は薬事委員会、診療材料は医療材料審査委員会において、機能や効果、安全性等について審議のうえ選定している。院内各部署への供給に院内物流システム（SPD）を導入している。発注者と検収者を区分して不正防止に努めている。院内倉庫から病棟等への払い出しは定数管理されている。患者の動向による定数の見直しや不動態在庫の管理、使用期限の確認、年2回の棚卸など、在庫管理が適切に行われている。全国の国立大学病院とのベンチマーク分析を行い、病院長自らが業者と価格交渉に立ち会うなど、廉価購入に向けた取り組みを積極的に行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 緊急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、総合訓練を実施している。また、DMAT 受け入れ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 日分を確保している。通常の 5 割以上の発電容量の自家発電を保有している。災害派遣医療チームを 3 チーム有し、派遣実績もある。事業継続計画書（BCP）は巨大地震を想定した BCP に加え、新興感染症における発生時の診療継続計画、サイバー攻撃による情報システムの破壊を想定した BCP を策定している。避難確保計画、洪水時の避難確保計画の策定、病棟フロア別訓練、九州管内の大学病院間の相互訪問（災害訓練視察）を行っている。これらの取組が評価され、安全功労者県知事表彰を受表彰している。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 保安・警備は業務委託しており、業務仕様に基づき 24 時間体制で管理している。監視カメラ 198 台を設置し、記録・管理している。夜間の出入口は 1 か所であり、検温を含め、訪問者を把握している。前回審査で指摘があった MR や業者等の部外者の入館管理については許可制とし、事前にパスカードを発行して出入管理を徹底している。監視巡回・管理等の手順を定め、業務実施状況が日誌にて日々施設管理者に報告されている。緊急時には、配置されている警備員と職員が連携のうえ対応している。患者暴力・暴言に対しては、警察 OB を採用して患者および職員の身の安全を確保する方策を講じている。事故発生時は時間内・時間外ともに通報・連絡体制を整えている。病院規模や機能に応じた保安業務を整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。