

病院機能評価・自己点検評価書

令和3年9月

国立大学法人富山大学附属病院

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

■各項目の評価について

各項目の自己評価は次の4段階で表している。

- S：秀でている
- A：適切に行われている
- B：一定の水準に達している
- C：一定の水準に達しているとはいえない

目次

1 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

- 1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている
- 1.1.2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている
- 1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している
- 1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している
- 1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している
- 1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる

1.2 地域への情報発信と連携

- 1.2.1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している
- 1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している
- 1.2.3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

- 1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している
- 1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

- 1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している
- 1.4.2 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている

1.5 継続的質改善のための取り組み

- 1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している
- 1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる
- 1.5.3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる
- 1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入して

いる

1.6 療養環境の整備と利便性

- 1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している
- 1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている
- 1.6.3 療養環境を整備している
- 1.6.4 受動喫煙を防止している

2 良質な医療の実践1

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

- 2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である
- 2.1.2 診療記録を適切に記載している
- 2.1.3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している
- 2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している
- 2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している
- 2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している
- 2.1.7 医療機器を安全に使用している
- 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している
- 2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実践している
- 2.1.10 抗菌薬を適正に使用している
- 2.1.11 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している
- 2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

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

3 良質な医療の実践2

3.1 良質な医療を構成する機能1

- 3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している
- 3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している
- 3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している
- 3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している
- 3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している
- 3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している
- 3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している
- 3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

3.2 良質な医療を構成する機能2

- 3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している
- 3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している
- 3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している
- 3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している
- 3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している
- 3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している

4 理念達成に向けた組織運営

4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

- 4.1.1 理念・基本方針を明確にしている
- 4.1.2 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している
- 4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている
- 4.1.4 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している
- 4.1.5 文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある

4.2 人事・労務管理

- 4.2.1 役割・機能に見合った人材を確保している
- 4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている
- 4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている
- 4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている

4.3 教育・研修

- 4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている
- 4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている
- 4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
- 4.3.4 学生実習等を適切に行っている

4.4 経営管理

4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている

4.4.2 医事業務を適切に行っている

4.4.3 効果的な業務委託を行っている

4.5 施設・設備管理

4.5.1 施設・設備を適切に管理している

4.5.2 物品管理を適切に行っている

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時の対応を適切に行っている

4.6.2 保安業務を適切に行っている

4.6.3 医療事故等に適切に対応している

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
1 0 0	C	患者中心の医療の推進				
1 1 0	C	患者の意思を尊重した医療				
1 1 1	C	<p>患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている点</p> <p>【評価の視点】 ○患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者の権利の内容 ●患者の権利の明文化 ●患者・家族、職員への周知 ●権利擁護の状況 ●患者の請求に基づく、診療記録の開示状況</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>患者の権利(人の尊厳を保ちながら良質の医療を受ける権利、十分な説明と情報提供を受け、自らの意思で治療選択・方法を決定する権利、自身の診療情報の内容につき開示を求める権利、プライバシー、個人情報の機密が保持される権利、人道的医療を受け、かつ、尊厳と安楽を保持される権利)をわかりやすく明文化し、院内掲示や診療案内等の印刷物、病院ホームページ、院内マニュアルに掲載している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>個々の尊厳を中心とした5項目のわかりやすい患者の権利が明示されるとともに、「患者さんに守っていただくこと」の中でわかりやすく明記している。患者の権利の内容の妥当性や時代の要請に応じた見直しは毎年なされており、ホームページやマニュアル、パンフレット等で、患者・家族、職員および委託業者などに周知されている。医療に関する情報提供、医療相談の実施、セカンドオピニオンの広報や実践など、患者の権利を擁護する取り組みが適切に実施され、診療記録の開示請求に対しても手順に則って対応しており適切である。</p>
1 1 2	C	<p>患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている</p> <p>【評価の視点】 ○説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●説明と同意に関する方針、基準・手順書 ●説明と同意の状況、説明と同意に関する責任者による確認 ●病院としての書式の把握と管理 ●セカンドオピニオンへの対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>外来で行う説明と同意は、同席基準を設け必ず同席するケースを定めた。同席できない場合の対応も手順を明確にして、外来やサポートセンターで患者の理解度を確認した上で診療録に記載するシステムを運用している。説明同意書は書式を統一し診療情報管理室で管理し、新規はクオリティマネジメント委員会で審査承認している。セカンドオピニオンの実施件数は、Quality Indicatorとしてホームページに掲載している。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>説明と同意に関しては「インフォームドコンセントの基本的考え方」の中で、方針・同意書を取得する範囲・記載項目・同席等を定めている。説明と同意は看護師などが同席することを原則とし、同席者は患者の反応や説明に対する理解度や受け止め状況を診療録に記載している。説明書や同意書は、書式を統一し診療情報管理室で管理し、新規の説明書や同意書は、医療安全管理委員会が審査承認する仕組みとしている。説明と同意の実施状況は、診療科と部門を対象に「診療録及びインフォームドコンセントの調査」を年6回実施し、評価と記載内容の不備に対して指導を実施している。セカンドオピニオンの対応は、医療福祉サポートセンターを窓口として適切に対応されている。</p>
1 1 3	C	<p>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</p> <p>【評価の視点】 ○診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、必要な情報が提供され、患者、医療者で共有されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療・ケアに必要な情報の共有 ●患者の理解を深めるための支援・工夫</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>医療安全管理マニュアルに医療従事者と患者等との間の情報の共有に関する基本方針を明記している。電子カルテには診療計画書や検査・治療の説明同意書、患者基礎情報等のテンプレートを整備し、診療情報を管理している。入院患者に対しては、診療計画書や患者用クリニカルパスを用いた説明を行うことで治療についての理解を促している。広報誌やパンフレット配付、患者セミナーの開催等を通して医療への患者参加を促している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>診療・ケアに必要な情報として、患者自身の健康状態やアレルギー情報、薬歴等について積極的な情報提供を依頼し医療者と共有している。また、リストバンド装着による本人確認の協力や検査データの結果共有など医療安全への主体的な参加を促している。患者の理解を深めるため、外来や病棟に豊富なパンフレットや患者指導用DVD等を準備し活用している。がん相談室にはケア用品や患者が自由に使用できるインターネット端末を準備し、必要に応じて看護師と共に情報検索を行い、正しい情報を入手できる支援体制もあり適切である。</p>
1 1 4	C	<p>患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している</p> <p>【評価の視点】 ○患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されるなど、患者支援体制が確立していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置 ●患者・家族への案内・周知 ●担当する職員の配置 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力を受けた疑いのある場合の対応方針 ●患者支援に係る取り組み</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>医療ソーシャルワーカーや看護師、社会福祉士、精神保健福祉士を配置した医療福祉サポートセンターを患者・家族が利用しやすい病院の入口近くに設置し、専門性を活かして様々な相談内容に対応している。プライバシーが守られる相談室を4室整備している。利用者へは外来掲示、入院時の案内冊子、ホームページ等を通して案内・周知している。児童安全保護委員会を設置し、児童虐待に関するマニュアルを整備している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>病院の入口すぐに医療福祉サポートセンターが設置され、利用しやすい窓口として多様な相談を受け付けている。窓口では、社会福祉相談、がん相談、治療に対する不安や退院先の相談など、相談内容により医療ソーシャルワーカー(MSW)や看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、看護師等の専門性を活かした職員が対応する仕組みが機能している。また、プライバシーが守られる相談室も4室整備されている。相談室の窓口には常に人が配置されていて、とりつきやすい環境にあり良好である。児童虐待のみならず、高齢者や配偶者や障害者に対する虐待マニュアルも整備されている。実際に虐待を疑う事例の検討もなされており適切である。</p>
1 1 5	C	<p>患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している</p> <p>【評価の視点】 ○個人情報が保護されていること、また、プライバシーが守られていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知 ●個人情報の物理的・技術的保護 ●診療におけるプライバシーへの配慮 ●生活上のプライバシーへの配慮</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>情報部門の管理職(教授)が交代し新体制となり、ルール等に基づき、人員に依存しない形での情報保護を基本に、見直しを行なっている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>「患者さんの個人情報保護に関する本院の基本方針」を定め職員に周知するとともに、ホームページにも掲出している。基本方針には、個人情報の取り扱い、利用と提供、適切な管理について明文化されルールを確立するとともに運用を徹底している。診察および患者への説明等の際は個室を利用する等、プライバシーの配慮も適切である。また、電子カルテのアクセス権限の管理や定期的なパスワードの更新等も手順に則って運用されている。医療情報部への入退出は生体認証システムを採用しており物理的保護にも配慮しており適切である。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
1 1 6	C	<p>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</p> <p>【評価の視点】 ○臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●主要な倫理的課題についての方針 ●倫理的な課題を共有・検討する場の確保 ●倫理的課題についての継続的な取り組み</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 臨床倫理委員会では診療における患者の人権やプライバシーの保護等の倫理的問題や未承認、適応外使用の医薬品等について審査を行っている。委員会は毎月1回定例で開催し、患者の状況により緊急に審査すべき事項がある場合には、臨時開催し迅速に対応している。倫理的問題に迅速に対応するため臨床倫理コンサルテーションチームを設置して、患者の治療拒否等、倫理的課題を持った事例に対して相談、助言を行っている。</p> <p>B</p> <p>課題と認識されている点 未承認、適応外使用の医薬品に関する審査の件数が増えて来た結果、類似の適応外申請を多く扱うようになって来ている。この点に対し、承認済み申請内容をデータベース化し、類似申請が減るよう対応する予定としている。</p>	<p>B</p> <p>課題と思われる点 「臨床倫理委員会」は12月に立ち上げられ、臨時委員会を開催し脳死下臓器提供について検討し、定期委員会1回目を開催していたが、実績が少なかった。さらに「臨床倫理委員会」への検討依頼方法が未整備であり、具体的な運用方法も周知されていなかった。また「倫理コンサルテーションチーム」も編成されたが、運用や相談依頼方法は未整備であり、活動は実施されていなかった。本審査での指摘を受けて「臨床倫理委員会」が定期的(5月末まで月に2~3回)に開催され、DNARの方針および基準や宗教的輸血拒否の患者に関する診療指針等が審議された。また、4月には病院長名で「臨床倫理に関する事案の申請および相談について」病院職員に通知し、倫理的問題が発生した場合の申請と相談手続きについて周知し、ホームページに各種申請様式を掲載して手続きの便宜を図った。さらに、倫理的課題の申請から審査結果通知までの流れをチャート図で示し、倫理コンサルテーションチームの相談依頼方法等の仕組みも整備された。</p>		
1 2 0	C	<p>地域への情報発信と連携</p> <p>必要な情報を地域等へわかりやすく発信している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●病院の提供する医療サービスに関する広報 ●情報の定期的な更新 ●診療実績の発信</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 広報委員会を中心に患者や家族、連携病院等に向けた「病院概要」「診療案内」「病院広報誌・かわら版」「ニュースレター」等の冊子・広報誌を発刊している。SNSにおいて情報発信を行うと共に、2020年7月より地元新聞で当院の連載記事を掲載している。病院ホームページでは、病院独自のQuality Indicatorを含めた病院指標等を公表している。病院ホームページはガイドラインに適合しない表現の再点検を行った。</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>B</p> <p>課題と思われる点 医療法の改正により医療広告ガイドラインが改訂されている。貴院のホームページには、ガイドラインに適合しない表現などが幾つか見られることから、再点検されたい。また、診療実績の発信については基本的なデータしか対応されておらず、特定機能病院としてさらなる充実を期待したい。</p>		
1 2 2	C	<p>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</p> <p>【評価の視点】 ○地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●地域の医療関連施設等の状況・ニーズの把握 ●地理的条件、担うべき政策医療、理念を踏まえた地域の医療関連施設等との連携 ●施設間の紹介・逆紹介への対応</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 前回機能評価で適切に取り組んでいると指摘された事項は継続して行っている。医療連携協定病院は2017年度の3病院から2020年度7病院までに増えた。登録医は2021年7月時点で250 → 280医療機関に増加し、円滑な紹介・逆紹介につなげている。</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>S</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>		
1 2 3	C	<p>地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が病院の役割・機能に応じて実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●地域の健康増進に寄与する活動状況 ●地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援の実施</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 「地域医療総合支援学講座」を開設し、医師の育成支援、大学病院と地域医療機関とのパイプ役として、地域医療に貢献している。地元新聞に当院の診療に関する最新情報を掲載している。医療者に対してICLS、緩和ケア講習会等の教育支援を行っている。市民公開講座を開催し、疾病の診断、治療等を紹介している。肝寿会、糖尿病友の会等の患者会を支援している。看護臨床実践研修や中高生者の病院見学、1日看護体験を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>A</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>		
1 3 0	C	<p>患者の安全確保に向けた取り組み</p> <p>安全確保に向けた体制が確立している</p> <p>【評価の視点】 ○担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 ●医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制 ●患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知 ●安全管理に関する委員会等の機能</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 医療安全管理責任者である専従医師が部長を務め、兼任医師2名、専従看護師2名、専従薬剤師1名、事務3名を配置している。病院長を委員長とする医療安全管理委員会を月に1度開催し、マニュアルの改訂、全死亡事例、患者安全に関するモニタリング結果、インシデントからの周知事項について審議し、毎月開催するセーフティマネージャー(SM)会議でSMを通じて現場へ伝達し、患者安全に関する病院のルールとして周知している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>A</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>		
1 3 1	C	<p>患者の安全確保に向けた取り組み</p> <p>安全確保に向けた体制が確立している</p> <p>【評価の視点】 ○担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 ●医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制 ●患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知 ●安全管理に関する委員会等の機能</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 医療安全管理責任者である専従医師が部長を務め、兼任医師2名、専従看護師2名、専従薬剤師1名、事務3名を配置している。病院長を委員長とする医療安全管理委員会を月に1度開催し、マニュアルの改訂、全死亡事例、患者安全に関するモニタリング結果、インシデントからの周知事項について審議し、毎月開催するセーフティマネージャー(SM)会議でSMを通じて現場へ伝達し、患者安全に関する病院のルールとして周知している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>A</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>		

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
1 3 2	C	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている 【評価の視点】 ○院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることを評価する。 【評価の要素】 ●院内のアクシデント・インシデントの収集 ●院外の安全に関する情報の収集 ●収集したデータの分析と再発防止策の検討 ●安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し	A	アピールしたい点 インシデント・アクシデント報告は年間3000件で、医師からの報告は8～9%と徐々に増えている。全報告は翌日までに医療安全管理部内で検討し、必要に応じて状況確認や調査を行っている。全報告を週1回開催するコアミーティングや月2回開催する医療安全管理部会議(多職種30名)で検討し、医療安全管理委員会で報告している。その結果は、外部からの様々な安全情報と共に毎月のSM会議を通して、全職員に周知している。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 インシデント・アクシデント事例を収集する仕組みが整備され、年間約2,200件、そのうち医師からは7%程度が報告されている。医療安全管理部での分析結果は医療安全管理委員会に報告され、必要な事例は病院長にも伝達されている。必要と判断された事例については、病院として特別事例検討会を開催し、検証と検討がされている。安全管理部門で策定された手術患者のサイトマーキング、口頭指示等のルールがすべての現場で実施されていることが確認できた。外部委員を含む監査委員会、特定機能病院間のピアレビューも実施され、指摘事項に対応しており適切である。 課題と思われる点 特記なし。
1 4 0	C	医療関連感染制御に向けた取り組み 【評価の視点】 ○担当者の配置や委員会の設置など、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者(病院長)との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。 【評価の要素】 ●医療関連感染制御に関する多職種から構成された組織体制 ●医療関連感染制御に向けた管理者(病院長)との連携体制 ●感染に関する委員会等の機能 ●医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成および必要に応じた改訂と周知	A	アピールしたい点 病院感染対策チーム会議を毎月開催し、月に感染情報の報告と対策案を提案し、病院長を委員長とする感染対策予防委員会でも諮問、答申・提言している。感染制御部は専任看護師・専任薬剤師、兼任の感染症科医師・検査技師・事務のチームで、感染制御(職員教育、マニュアル修正等)・抗菌薬適正使用支援(管理抗菌薬使用のチェック、血液培養陽性者の抗菌薬使用の確認・助言、感染症治療のコンサルテーション等)を行っている。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 病院長を委員長とする感染予防対策委員会が毎月開催され、ICD、ION、薬剤師、事務職員よりなる感染制御部メンバーを中心とした病院感染対策チーム(HICT)と抗菌薬適正使用支援チーム(AST)が活動している。抗菌薬使用に関する活動は以前より行われていたが、2018年4月から新たに感染症内科の医師を中心にASTとしてスタートし、コンサルテーションの他に血液培養陽性症例に関して早期からのモニタリングを行っている。また、抗菌薬の増量やデエスカレーションなどのアドバイスをし、院内のカルバペネム系抗生物質の使用量の減量に貢献している。医療感染制御に向けた体制は適切である。 課題と思われる点 特記なし。
1 4 2	C	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている 【評価の視点】 ○院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。 【評価の要素】 ●院内での感染発生状況の把握 ●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握 ●収集したデータの分析と検討 ●アウトブレイクへの対応 ●院外での流行情報などの収集 ●感染管理に関する地域との連携	A	アピールしたい点 院内で感染対策上重要な耐性菌やウイルスを検出した場合には、直ちに細菌検査室より主治医・当該部署・感染制御部へ情報伝達され、迅速に感染対策を実施している。毎週部署別の注意すべき耐性菌・ウイルスの「感染情報レポート」を発行している。医療関連感染サーベイランス(CAUTI・VAE・CLABSI・SSI)を実施している。地域連携合同カンファレンスを年4回開催し、各施設の感染対策活動の改善に繋げている。 課題と認識されている点 SSIは、一部の手術で実施しているが、拡大する必要がある。術前抗菌薬の実施率の把握は引き続きの課題である。	B	適切に取り組まれている点 医療関連感染サーベイランス(CAUTI、VAP、BSI)について調査を行い、得られた情報は院内感染対策委員会でも職員へ周知し、院内での感染発生情報はJANISに提供して分析している。また、院内のアウトブレイクに関する取り決めも整備されている。広域地域医療連携感染対策合同カンファレンスを開催して地域医療機関と連携をとり、感染制御の指導的役割を果たしている。院内感染制御に関する情報収集は、おおむね適切である。 課題と思われる点 病院の規模と手術件数等を考慮すると、SSIの分析に取り組むことと、手術前予防的抗菌薬の実施率を把握することを期待したい。
1 5 0	C	継続的改善のための取り組み				
1 5 1	C	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している 【評価の視点】 ○患者・家族の意見・要望を積極的に収集し、対応していることを評価する。 【評価の要素】 ●意見・苦情の収集 ●対応策の立案と実施 ●患者・家族へのフィードバック	A	アピールしたい点 医療安全管理部室長及び医療安全管理室看護部長に加え、2021年度より医療の質推進部が週1回開催の「患者相談カンファレンス」に参加し、患者さんからのご意見や苦情に対する対応を検討し、院内に周知している。 医療福祉サポートセンターでは、多職種からなる「苦情対策コアメンバー」チームを結成し、困難事例の対応を話し合えるシステムがある。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 窓口で寄せられる意見の他に、病棟と外来に意見箱を設置して、利用者の意見や苦情等を収集している。寄せられた体験については、医療福祉サポートセンターにて内容を検討し、関係する診療科や部署に対して対応策を講じる連絡をしている。また、内容により病院長にも報告を行い、対応について情報共有を図っている。意見に対する回答については、院内掲示にて知らせている。また、患者満足度調査も毎年実施し、前年度との比較を行い改善に繋げる等の対応が図られており適切である。 課題と思われる点 特記なし。
1 5 2	C	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる 【評価の視点】 ○症例検討会、診療ガイドラインの活用、臨床指標に関するデータの収集・分析、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動の状況を評価する。 【評価の要素】 ●症例検討会の開催 ●診療ガイドラインの活用 ●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の作成・見直し ●臨床指標に関するデータの収集・分析	B	アピールしたい点 症例検討会やカンサードを診療科毎、複数科の合同等で開催している。検査や治療に診療ガイドラインを活用している。電子化したクリニカルパスの運用を推進し、本年7月の適用率51.6%達成と共に、パス作成・修正監査・評価・バリアンス分析を担う専門部会を発足させ、電子パスゆえ可能となる医療の質の担保の段階に駒を進めている。DPCデータを主とした病院指標や病院独自の診療指標をホームページで公開している。 課題と認識されている点 パス活動の活性化は、パス委員会を主軸として不断の取り組みを続ける必要がある。実際、クリニカルパスの運用率は上がっているが、診療科によってはばらつきがある。若手医師等への診療ガイドラインの遵守について、指導を徹底する必要がある。診療の質の向上に向けた活動全般にいえることは、診療の情報やガイドラインをもとに、定期的な見直しを続けることである。	C	適切に取り組まれている点 診療ガイドラインを尊重するとともに、新たな診療・治療に取り組み、診療科ごとのカンファレンス、領域別のカンサード、GPCなどで診療の質向上に努めている。特に、死亡症例はチェックリストを用いて確認し、部署カンファレンスを行った上で、全例を病院の死亡症例カンファレンスで検証していることは評価できる。 課題と思われる点 2014年1月にクリニカルパス委員会が設けられ、パスの適用率の向上、紙ベースのパスの電子運用、バリアンス分析などに取り組むこととなったが、委員会開催は1回に止まっていた。審査時点のパスの適用率は約25%であったが、新規パスの申請・登録は滞っており、バリアンス分析も行われていなかった。また、病院の診療指標は診療実績やDPCデータに限られており、医療の質向上のための臨床指標は収集されていない状況にあった。本審査での指摘を受けて、4月にクリニカルパス委員会を開催し、各診療科においてチームを編成して対応し、紙ベースのパスの電子運用を9月までに行うことを決定した。バリアンス分析や医療の質向上のための臨床指標の収集については、改善策が検討されていない。引き続き今後の取り組みと実績を確認する必要がある。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
1 5 3	C	<p>業務の質改善に継続的に取り組んでいる</p> <p>【評価の視点】 ○病院が主体となって継続的に取り組む改善活動の状況の評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●部門横断的な改善活動 ●体系的な病院機能の評価 ●各種立入検査の指摘事項への対応</p>	A	<p>アピールしたい点 2021年6月に医療の質推進部を設置した。当推進部では(1)医療及びサービスの質向上のための戦略・施策の立案、関係部署との調整、(2)院内ラウンド等の内部チェックの計画、実施、評価及び改善、(3)医療の質指標の設定・分析・活用、(4)Cの適切な実施に関する業務を担い、クオリティマネジメント委員会で検討している。毎年、患者サービス委員会で外来及び入院患者へのアンケートを行い、改善点を検討している。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 患者満足度などの対患者サービスを検討する委員会として、患者サービス委員会およびその下部組織である患者検討部があり(同部会は2018年11月、患者サービス委員会に再編入された)、病院業務の質改善も同委員会の所管とされてきた。一方、経営改善ワーキングタスクフォース会議で、外来のドクターワークの増員などが検討・実施されてきた実績がある。今回の医療機能評価受審にあたってはワーキンググループが編成され、優れた活動が行われた。各種立ち入り検査の指摘事項に対しては適切に対応している。</p> <p>課題と思われる点 経営改善ワーキングタスクフォース会議の主議題は「経営改善」であり、患者サービス委員会の検討対象は待ち時間の短縮や苦情対応など個別案件になりがちである。各部署で立案した業務目標、改善目標を相互にチェックし、また、病院全体のニーズを拾い上げながら改善に繋げるシステム、医療機能評価受審ワーキンググループのような部署横断的な委員会が必要と考えられる。経営改善ワーキングタスクフォース会議で検討された施設基準加算関係の業務改善に加えて、基本的な病院業務の質改善に継続的に取り組んでいける体制を期待したい。</p>
1 5 4	C	<p>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</p> <p>【評価の視点】 ○新規治療や新たな技術導入の実施にあたっては、必要な情報が収集され、適切な教育期間の確保と倫理・安全面への配慮のもと、実施後の臨床経過が病院としてフォローできる体制を評価する。</p> <p>○人を対象とする医学系研究に携わる全ての関係者が、「倫理指針ガイダンス」等の内容を十分に理解して、院内規定に沿った審査や承認を経て各種研究が遂行されることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●新たな技術導入に対する組織としての方針・基準 ●新規治療の定期的な評価と効果判定 ●人を対象とする医学系研究の実施プロセス</p>	A	<p>アピールしたい点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 高難度新規医療技術評価委員会、並びに未承認新規医薬品等評価委員会が設置され、高難度新規医療技術および未承認医薬品等の導入、そして承認医薬品の適応外使用のための体制が適切に整備されている。2018年度、高難度新規医療技術としてロボット支援腹腔鏡下膀胱癌手術等の5件が申請され、導入の手順、評価委員会での評価、実施後の結果報告、さらに有害事象が発生した場合の報告手順等が適切に整備されている。人を対象とする臨床研究は、倫理審査委員会で適切に審査される体制が整備され、対象が高難度新規医療技術に該当する臨床研究では高難度新規医療技術評価部門との連携もとれている。臨床研究を実施する研究者は、医師以外にも含め、院内倫理研修あるいは、eAPRINの初回研修と翌年度以降の継続研修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>
1 6 0	C	<p>療養環境の整備と利便性</p>				
1 6 1	C	<p>患者・面会者の利便性・快適性に配慮している</p> <p>【評価の視点】 ○患者や家族、面会者といった病院利用者の視点で利便性・快適性を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●来院時のアクセスへの配慮 ●患者本位の入院生活への配慮 ●生活延長上の設備やサービス ●入院中の情報入手や通信手段の確保</p>	A	<p>アピールしたい点 バスの運行スケジュールを院内掲示している。約700台分の患者用立体駐車場があり、屋内歩道と直結した3階の30台分は障害者優先としている。院内の案内表示はビクトグラムを使用し、外国人も含めた利用者にわかりやすくしている。食堂、コンビニ、簡易郵便局設置等のサービスを整備し、利用時間も院内掲示をしている。エリアを限定して、インターネット利用環境、携帯電話使用等、入院中の情報収集や通信手段を確保している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 病院へのアクセスについては、病院のWebサイトや広報誌に掲載している。また、バスの運行スケジュールを院内に掲示するなど、利便性に配慮している。既に運航している富山駅方面からのバスに加え、県西部の駅からの定期バスの運行も行っている。約700台分の患者用立体駐車場があり、屋内歩道と直結した3階の30台分は障害者優先としている。食堂、コンビニ、理容室、簡易郵便局のサービスがあり、携帯電話も許可区域内で利用可能となっており、患者・面会者の利便性や快適性は良好である。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
1 6 2	C	<p>高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている</p> <p>【評価の視点】 ○高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっていることを評価する。なお、構造的に整備が困難な場合は、運用面での工夫を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●院内のバリアフリー ●手摺りの設置 ●車椅子などでも利用しやすい施設・設備 ●必要な備品の整備</p>	A	<p>アピールしたい点 身体障害者用駐車場が立体駐車場にあり、誘導員が誘導と介助を行い、段差なく渡り廊下を通り病院に入ることができる。院内はバリアフリーで、階段や廊下には手摺りを設置している。車椅子、歩行者、カートは正面玄関に配置し、整備・点検を行っている。洗面や整容等の設備は車椅子でも利用しやすく、高齢者・障害者に配慮している。廊下には通行の妨げとなるものはなく、階の移動はエレベーター、エスカレーターが利用できる。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 入口を含め院内はバリアフリーが徹底されており、廊下や階段など手摺りも設置されている。廊下も広く、障害者用のトイレなどもボタン式の自動開閉となっており、車椅子でも利用しやすい設備である。病院が用意している車椅子なども医師課が日々確認と点検をしており、適切に対応している。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
1 6 3	C	<p>療養環境を整備している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能に応じて療養環境が整備されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療・ケアに必要なスペースの確保 ●患者がくつろげるスペースの確保 ●快適な病棟・病室環境 ●院内の整理整頓 ●清潔な寝具類の提供 ●トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性</p>	A	<p>アピールしたい点 新病棟は患者一人当たりのスペースが広く、療養には快適である。外来・病棟とも患者がくつろげるスペースを確保している。病棟には給茶機・自動販売機・電子レンジ・洗濯機・乾燥機を設置し、定期的に清掃と点検を行っている。院内は委託業者による清掃・ごみ収集を実施している。トイレや浴室等、汚れやすい水回りの清掃も行き届いている。シーツや寝具は定期的に交換している。安全面に配慮し、廊下には物品を置いていない。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 患者がくつろげるスペースとして、各病棟にデイルームを確保し給茶機や自動販売機を設置し患者や家族が自由に使用できる環境にある。病棟全体は静寂であり、清掃が行き届き臭気もなく適切な療養環境である。廊下には不要な物品も置かれておらず、安全性に配慮している。倉庫や物品保管棚は整理整頓され、寝具類は清潔・不潔を区別し保管し、定期的な交換を行い、汚染時には臨時で交換対応し、常に清潔な寝具が提供されている。トイレ・浴室は清掃が定期的に行われるなど、清潔が保たれており適切である。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
164	C	<p>受動喫煙を防止している</p> <p>【評価の視点】 ○健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●全館禁煙の方針の徹底 ●患者の禁煙教育 ●職員の禁煙推進</p>	B	<p>アピールしたい点 病院敷地内を全面禁煙とし、病院正面玄関を中心にお手洗いや院内掲示版等で「敷地内禁煙」の掲示を行っている。全面禁煙周知のポスターをA3サイズに変更し、目立つようにした上で掲示している。禁煙外来を設置し、禁煙に向けた支援を行っている。禁煙遵守状況の巡回をしており、喫煙者を発見した際には注意喚起している。入院患者の喫煙に対しては、職員で情報を共有し、再度喫煙することがないよう指導及び対応を行っている。</p> <p>課題と認識されている点 職員の喫煙率の把握及び職員への禁煙活動を推進する必要がある。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 敷地内禁煙であり、禁煙外来が行われている。また、禁煙について日々遵守状況の巡回確認もして、駐車場などで喫煙している人を見付けると注意するなどしている点は評価できる</p> <p>課題と思われる点 病院玄関にある禁煙の掲示は手のひらサイズで小さく「院内禁煙」と表示しており、敷地内禁煙の徹底が明確にされていない。また、禁煙の掲示も少ない。さらに職員の喫煙率については把握されていない。職員が率先して禁煙活動を推進していくためにも、職員の喫煙率を把握して敷地内禁煙の周知に取り組まれない。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
2 0 0	C	良質な医療の実践1				
2 1 0	C	診療・ケアにおける質と安全の確保				
2 1 1	C	<p>診療・ケアの管理・責任体制が明確である</p> <p>【評価の視点】 ○安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●病棟、外来等における管理・責任体制 ●患者・家族への明示 ●各責任者による診療・ケアの実施状況の把握</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>病棟医長・師長を病棟ナースステーション前、主治医・担当医をベッドネームに表示している。担当看護師は、各勤務時間時にベッドネーム下に氏名を表示している。師長は病棟ラウンドで患者状態の把握や患者・家族の要望及び意見を聴取し、スタッフと共有している。診療科長は定期的にカンファレンスに参加し、診療科医師と共に巡回を行っている。病棟医長は病棟全体の状況等を把握し、診療チームや師長、他職種と情報共有している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>病棟ナースステーション前に病棟医長・師長を表示し、主治医・担当医・担当看護師をベッドネームに表示し、診療・ケアの責任者を明確にしている。日々の担当看護師は、各勤務開始時にベッドネーム下に氏名を表示し患者・家族に知らせている。師長は病棟ラウンドを行い、入院や手術後の患者状態の把握や患者や家族から要望や意見を聴取し、スタッフに必要な指導を行っている。診療科長は定期的にカンファレンスに参加し、診療科医師と共に回診を行い、診療状況と患者状態の把握を行っている。病棟医長は病棟全体の診療状況やインシデントなどの把握を行い、診療チームや師長や多職種と情報共有している。医師の予定は各部署で把握され、手術や外来担当を含め不在時の対応も明確にしておき、責任体制は適切である。</p>
2 1 2	C	<p>診療記録を適切に記載している</p> <p>【評価の視点】 ○診療の記録が正確に滞りなく作成されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●判読できる記載 ●基準に基づく記載 ●必要な情報の記載 ●適時の記載 ●診療記録の内容についての点検(質的点検)</p>	B	<p>アピールしたい点</p> <p>医師は平日は毎日、休日は必要に応じて診療記録している。ICでは患者・家族の反応を記録しているが、これは看護師が同席できなかった際も同様である。診療記録の質的点検は2か月毎に各診療科1患者で継続している。2020年9月改定の診療記載マニュアル、略語集は電子カルテから常時使用可能である。書式を統一した説明同意書のテンプレート使用数も増加している(2020年10月 700件、2021年7月 1300件)。</p>	C	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>診療記録は電子カルテを用い、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション療法士などの記録が経時的に記載されている。医師の回診記録を含め、手術記録、麻酔記録、リハビリテーション記録、服薬指導記録、検査指示、結果、処方記録も電子カルテに一元化されている。診療記録についての質的監査は、チェックシートを用いて2か月毎に各診療科1患者(合計21患者)の監査が行われている。また、退院時サマリーの2週間以内の作成率は直近で100%に改善されている。</p>
2 1 3	C	<p>患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○患者取り違え防止、治療部位の間違ひ防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●患者の確認 ●検査・治療部位の確認 ●検体などの確認 ●チューブの誤認防止対策</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>ベッドネームによるバーコード認証は禁止した。各部署でモニタリングしているバーコード認証率は90%以上である。チューブ誤認防止対策は医療安全マニュアルに定めている。検体採取時は検体ラベル氏名と患者を照合している。検査部では氏名のない検体を受領しないルールがある。手術部では手術部位の近くに赤色のシールを貼るルールがある。入室前の多職種での氏名や術式、手術部位の確認、執刀直前のタイムアウトを行っている。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>「誤認防止対策」は医療安全マニュアルに明記されている。サイトマーキングのルールは「手術部位マーキング基準」で統一され、各科別マーキング方法も定められている。手術室におけるタイムアウトは確実に実施され、記録に残されている。患者確認は外来では患者基本票と氏名、生年月日で確認し、入院患者はリストバンドのバーコードと名乗りによる確認を徹底している。また、名乗れない患者の場合、家族への確認や看護師複数人で確認を適切に行っている。</p>
2 1 4	C	<p>情報伝達エラー防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み ●医師の指示出し・実施確認 ●処方箋・指示箋の記載 ●指示受け・実施 ●検査結果等の確実な報告</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>指示出し、指示受け、実施を電子カルテ上でやっている。口頭指示は、緊急時以外は中止とし、後で必ず電子カルテで入力を行っている。画像診断報告書や病理診断報告書は、3日間経過しても未読の場合は連絡を入れ、報告書の内容がカルテに記載されるまで確認している。検査異常値は、検査部から各部署に電話とFAXで連絡され、異常値確認後に医師がFAXに確認サインをして検査部にFAXを返信する運用を行っている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>指示出し・指示受け・実施に関しては電子カルテで確認されており、多職種の情報伝達が確実にされている。口頭指示を受ける場合は情報伝達用紙に薬の内容、量、用法を記載して、復唱することが定められている。画像診断報告書や病理診断報告書は、依頼した医師が意図していない病状が認められた場合はフラグを立て、3日間経過しても未読の場合は連絡を入れ、報告書の内容がカルテに記載されるまで確認されている。情報伝達エラー防止対策は適切に行われている。</p>
2 1 5	C	<p>薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医薬品安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●麻薬等の安全な使用と保管・管理 ●ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理 ●重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法 ●副作用の発現状況の把握と対応 ●薬剤の取り違え防止への取り組み ●抗がん剤など必要な薬剤のレジメン管理・登録 ●病棟在庫薬剤使用時の確認方法</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>前回の所見に加えて、専従薬剤師GRMを医療安全管理部に配置し医師・看護師GRMと連携し病院内の薬剤関連インシデントを把握し対応策を講じている。全病棟およびハイケアユニットで病棟薬剤業務を実施、手術部においては薬剤師が麻薬の管理をしている。2022年1月の電子カルテ更新に伴い、病名禁忌等のチェックシステムを導入予定。医薬品使用のリスク回避を充実させる予定である。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>医薬品安全管理責任者は医療安全管理室と連携し、マニュアルを定期的に見直し薬剤の取り違え防止に取り組んでいる。注射抗がん剤のレジメンは多職種で構成されるがん化学療法レジメン審査委員会で審査され、承認後は電子カルテに登録し使用している。重複投与や相互作用はシステムにてチェックされ、未承認、適応外、禁忌などは病棟薬剤師が確認するとともに処方監査時にも確認が行われている。院内で発生した副作用は薬剤部門にて把握している。ハイリスク薬は薬剤部と医療安全管理室にて定義を行い、院内で適切に管理されている。高濃度注射用カリウム製剤はプレフィルドシリンジのみを採用し、原液投与と禁止するなど、安全な使用に取り組んでいる。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
2	1	6	C	<p>転倒・転落防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●転倒・転落発生時の対応 ●転倒・転落のリスク評価 ●対策の立案・実施 ●対策の実施結果の評価と見直し</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 入院・転入時は、全患者に転倒・転落危険因子アセスメント票を用いたリスク評価を実施している(週1回及び状態変化時に再評価)。 事象発生時には医師が診察し診療録に記載している。医療安全管理室専従看護師及び各部署リンクナースを構成メンバーとする患者安全ナース委員会では、問題共有、アセスメント票の見直しや対策を行っている。転倒・転落発生率は、Quality Indicatorとしてホームページに掲載している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 転倒・転落リスク評価は全患者に実施され、週1回再評価を行い、状態変化時も再検討している。リスク評価は統一したテンプレートに記載している。医療安全管理室専従看護師と各部署のリンクナースが問題の共有や対策を検討する場があり、連携する仕組みがある。入院案内に転倒・転落防止について説明を記載し、危険度の高い患者・家族には防止計画を説明し同意を得るとともに、入院中に協力を得ている。必要時離床センサーを活用し、安易な身体抑制は行っていない。転倒・転落発生時には、転倒者診察チェックリストにより、適切に対応している。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
2	1	7	C	<p>医療機器を安全に使用している</p> <p>【評価の視点】 ○人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療機器安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●使用する職員への教育・研修 ●使用マニュアルに基づく確認 ●設定条件の確認と確実な伝達 ●使用中の作動確認</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 輸液ポンプ等は中央管理し、マニュアルに基づく点検で正常動作が保障された機器を使用している。臨床工学技士の人工呼吸器の動作中チェックは、今期からICUとNICUでも開始し、設定条件や設定変更の伝達実施の確認も含め安全動作を確保している。SM会議では「CE Letter」でインシデント事例の対策等を周知している。一般病棟共有人工呼吸器の購入時に、院内全体への新規研修会、現場スタッフへの追加研修を行った。</p> <p>課題と認識されている点 集中治療室など高度な医療機器を常時使用している部署について、臨床工学技士が長時間業務に従事できる環境整備を実現したい。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 輸液ポンプやシリンジポンプは中央管理され、機器にICタグを装着し機器使用の追跡を行っている。部署に夜間緊急用に置かれている機器には、整備済のテープが貼られ、使用後は速やかに臨床工学室に返却されている。部署に常置された除細動器や超音波エコー、心電図計は、定期的に臨床工学技士が点検している。人工呼吸器は中央管理され、臨床工学技士が定期点検を行い、毎日看護師が作動状態のチェックを行っている。透析室・中央手術部には臨床工学技士が常駐しており、機器の使用前後のチェックを行っている。臨床工学技士が新人教育や新機器の導入時には操作説明等の研修を行っており、機器の安全な使用が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	1	8	C	<p>患者等の急変時に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○全職員を対象に心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●院内緊急コードの設定 ●急変の兆候を捉えて対応する仕組み ●救急カートや蘇生装置の整備・配置状況 ●定期的な訓練</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 院内の救急体制はコードブルー・RRSシステムが整っている。RRSの活動内容は、SM会議を通じて毎月報告している。RRS要請は24時間対応で、院内マニュアルへの記載や部署へのポスターの掲示等により、年々コードブルー件数が減少しRRSシステム件数が増加している。全職員にBLSとAED使用訓練研修を実施している。救急カートの配置状況の把握、全部署での統一した薬剤、器材の配置・定期的な点検は継続している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 院内急変時はコードブルーが設定されている。夜間は救急の担当医師に直接コールする体制が設定され、各部署にポスター掲示され、全職員が携帯するポケットマニュアルにも明示されている。コードブルーの訓練は医療安全管理室が関与して行われている。救急カートは医療安全管理室で配置状況を把握している。全部署で統一した薬剤・器材を配置し、看護師が定期的なチェックを行い、薬剤師が月1回薬剤の管理・点検を行っている。また、BLSとAED使用訓練は2018年度の新採用者全員に実施され、受講状況を把握している。これまで受講していなかった全職員の受講についても、2018年度に実施されている。</p> <p>課題と思われる点 2018年7月からRRSの体制が整備されたが、RRSは平日の昼間のみ稼働し、休日・夜間のRRSは一定の基準のもとに医師をコールする仕組みがなく、実態としてコードブルーと同様となっており、機能していない状況にあった。本審査での指摘を受けて、RRS運用を再確認し、RRS要請基準や起動の流れ、RRSにおいて実施するRRTおよびMET(メディカルエマージェンシーチーム)の役割等について明確にした。日中と夜間の連絡先は異なるものの、同一のRRS要請基準で、RRT第1報担当看護師(日中)または、災害救命センター(夜間)に連絡することとなり、繰り返し周知が図られ実施されている。</p>
2	1	9	C	<p>医療関連感染を制御するための活動を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況の評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●標準予防策に関する遵守状況 ●感染経路別の予防策に基づいた対応 ●手指衛生(手洗い・手指消毒)の徹底 ●個人防護用具(PPE)の着用 ●現場での感染性廃棄物の取り扱い ●血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱い</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 毎年、看護師のリンクナースを中心に手指衛生を推進している。各部署の患者一人当たり/日の手指衛生回数を算出し、その結果を全部署の責任者が参加するセーフティマネージャー会議で報告している。手指衛生回数が少ない部署に対して、病棟医長と看護師長で手指衛生推進改善計画書の提出を求めている。 新型コロナウイルス感染拡大に伴い、各部署単位でPPEの着脱の訓練を行った。 1回/月、HICTラウンドで、感染性廃棄物の取扱い、感染性リネンの取扱いをチェックし、正しく取り扱われていない場合は、その場で部署責任者に伝え、フィードバックの報告書にも記載している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 手指衛生の励行については、感染制御部で全職員対象に実施研修を行い徹底している。各病室の入口に設置された手指消毒剤の使用状況は各部署のリンクナースがモニタリングし、感染制御部で統計を取り、各部署にフィードバックしている。各病室入口に手袋、マスクが常置され、接触者予防策が必要な時には、これらの防護用具の着用が適切に行われている。</p> <p>課題と思われる点 一部の病棟において、体液や血液が付着したリネン類をベッドサイドでビニール袋に密閉し、カードキーで開錠する汚物室に運んだ後、ビニール袋を開封し回収容器に詰め替えている状況が見られた。本審査での指摘を受けて、発生源で業者別の感染性リネン用ビニール袋に分別し、その後の取り扱いの過程で再開封しない方法に改善された。看護師会等で周知しHICTラウンド時にチェックする体制とした。</p>
2	1	10	C	<p>抗菌薬を適正に使用している</p> <p>【評価の視点】 ○抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●抗菌薬の採用・採用中止に関する検討 ●抗菌薬の適正使用に関する指針の整備 ●起炎菌・感染部位の特定 ●院内における分離菌感受性パターンの把握 ●抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 対象患者の微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、抗菌薬の選択・用法用量の適切性、微生物検査結果の治療方針への活用状況等を感染症科医師と専従薬剤師が毎日カンファレンスで評価し、主治医にカルテ記載や電話連絡等でフィードバックしている。細菌検査室では年1回アンチバイオグラムを作成し、当院での菌検出と抗菌薬の感受性を把握している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、電子カルテ端末から閲覧が可能である。</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 抗菌薬の採用削除に関しては、ICDが必要に応じて薬事委員会に出席し意見を述べ適正な採用に努めている。抗菌薬の使用マニュアルを作成し、周術期に手術部位ごとに予防的抗菌薬の標準化が行われ、適切な薬剤選択が行われている。今後、クニカバネム系に組み込むなど、更なる取り組みに期待したい。カルバペネム系抗菌薬、抗MRSA薬を特定抗菌薬に定め、使用に際しては必ず届け出が行われている。ICTIに加えASTを組織し、広域抗菌薬使用患者、長期抗菌薬使用患者などを毎日モニタリングし、定期的にカンファレンスを行い、必要に応じて処方医へ介入が行われている。アンチバイオグラムも定期的に作成している。カルバペネム系抗菌薬の使用量が減少するなど、抗菌薬の適正使用に適切に取り組んでいる。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
2 1 11	C	<p>患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、実際の対応状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者・家族の抱えている倫理的課題の把握 ●診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み ●解決困難な倫理的な問題の対応</p>	A	<p>アピールしたい点 病棟での平日日中の病状説明には看護師が同席し、患者・家族の理解度や思いを確認している。入院時アナムネ用紙に意思記入欄があり、記入された内容を電子カルテの所定欄に記載している。倫理課題に対する各部署多職種での倫理カンファレンスが定着しつつある。倫理コンサルテーションチームが編成されており、困難事例を検討する環境を整えている。臨床倫理委員会への申請から審査結果通知までのフローチャートを明確化している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 心不全患者の終末期ケアや患者・家族の考え方の違いなど、様々な倫理的課題を把握し対応している。倫理的課題は各部署において、看護師が中心となりカンファレンスを開催し、臨床倫理4分割法を用い検討し診療録に記載し、検討結果を患者ケアに活かしている。部署において解決困難な倫理的課題は臨床倫理委員会に検討される体制となっている。看護部においてもワーキンググループを設けて定期的に検討を行い、倫理的課題への取り組みを推進している。看護師のみの検討の場合は、診療録に記載し多職種で共有している。</p> <p>課題と思われる点 倫理的課題を検討する仕組みはあるが、看護師のみの検討が多く、部署によっては多職種での検討が不足しているように感じられた。解決困難な事例は臨床倫理委員会への検討依頼となっている。しかし、臨床倫理委員会の設置については部署に周知されているが、倫理委員会への具体的な依頼方法が未整備となっている。多職種による検討と運用の整備と周知を推進されたい。</p>
2 1 12	C	<p>多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の利益を尊重するために、必要に応じて多職種が協働し、チームとして患者の診療・ケアにあたっていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●多職種が参加した診療・ケアの実践 ●必要に応じて診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施 ●多職種からなる専門チームの介入 ●部署間の協力</p>	A	<p>アピールしたい点 多職種からなる専門チームを多数編成し、コンサルテーションに対応している。がん薬物療法は外来化学療法センターを中心に、多職種で診療にあたっている。栄養サポートチームは歯科医師や嚥下チームとも連携している。全病棟でハビリテーションカンファレンスを多職種で開催している。専門チームは定期的にラウンドを実施し、介入や支援を行い部署と連携している。多職種によるカンファレンスを定期的実施し情報共有している。</p> <p>課題と認識されている点 栄養サポートチームに関して、栄養治療実施計画書 兼 栄養治療実施報告書に不足項目等があり、テンプレート内容の修正が必要である(医療情報部へ修正を依頼中である)。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 多職種からなる専門チームとして、栄養サポート、緩和ケア、摂食・嚥下、褥瘡ケア、感染予防対策などのチームが編成されている。専門チームは、多職種よりコンサルテーションを受け対応している。また、定期的にラウンドを実施し、必要時には部署のカンファレンスに参加しチームとして介入や支援を行い部署と連携している。患者状態に応じて複数の診療科が連携し、カンファレンスやカンサボードが開催され、診療科の枠を超えた検討が実施されており、退院支援など多職種によるカンファレンスを定期的実施し情報共有されている。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
2 2 0	C	<p>チーム医療による診療・ケアの実践</p>				
2 2 1	C	<p>来院した患者が円滑に診察を受けることができる</p> <p>【評価の視点】 ○患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●受診に必要な情報の案内 ●初診、再診、会計などの手続き ●紹介患者の受け入れ ●待ち時間への配慮 ●患者の病態・緊急性への配慮</p>	B	<p>アピールしたい点 初診、再診等の手続き手順はホームページでの確認を可能としている。他医療機関からの紹介患者に対しては地域連携枠を設定し、事前予約を可能とし、地域連携の推進に努めている。外来や採血室には待ち時間表示画面を廊下に設置し、待ち時間が認識できるように配慮している。コロナ禍での密を避ける目的で外来予約時間の1時間前受付を徹底し、受付の混雑を防ぐよう心がけている。受診手続きから採血時間の待ち時間調査を行っている。</p> <p>課題と認識されている点 受診手続きから会計終了までの待ち時間調査を今年度中に予定している。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 ホームページ上で受診にあたって必要な初診、再診等の手続きについての手順が確認できる。また、診療科別に「診療体制」「主な対象疾患」等を詳細に明示し、患者が事前に診療機能の情報を得ることができるよう工夫している。来院の際に受診科が分からない患者に対しては、看護師に相談できる体制となっている。院内掲示は統一感のあるデザインで構成され、患者に分かりやすい工夫されている。他医療機関からの紹介患者に対しては地域連携枠を設定し、事前予約を可能とし、地域連携の推進に努めており適切である。</p> <p>課題と思われる点 患者待ち時間調査について、過去には定期的に実施されていたが、2017年度以降実施されていない。患者の満足度を測定する指標の一つとして患者待ち時間調査の定期的実施を期待したい。</p>
2 2 2	C	<p>外来診療を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者に関する情報収集 ●患者への説明と同意 ●安全な外来診療 ●患者への指導の実施状況</p>	A	<p>アピールしたい点 問診票や予約により医師・看護師で収集した患者情報は電子カルテに記載し、情報共有が可能である。検査・治療でリスクを伴う行為は、事前の説明と同意書の取得をはじめ、各検査・治療実施時の患者観察やバイタルチェックを行い安全に配慮している。第1外科では、紹介患者の事前情報の有無に応じて症例検討会や外来での複数医師による治療方針の決定を行っている。精神神経科では、通院精神療法や生活、疾患等の指導をしている。</p> <p>課題と認識されている点 手術など侵襲的治療のインフォームドコンセントには十分な時間をかけているが、看護スタッフの人員不測のため、外来での手術説明に看護師の立ち合いができていない。受診者数が多いため、管理が手薄にならないよう、十分な注意を払っているが、今後は可能な範囲でかかりつけ医への紹介を進めていきたい。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 5か所に分かれた外来では、各受付で事務職員や看護師が問診票を使用して外来患者の情報収集に努めている。感染症疑いの患者は個室に誘導し、特に具合の悪い患者は別室に誘導している。説明と同意に関する文書は、電子カルテ内に登録し使用されている。他科の医師に相談できる体制も整備され、患者情報は電子カルテで共有されている。外来看護師は、退院後の患者情報を病棟看護師と電子カルテを通じて共有し、ケアの連続性が保たれるように工夫している。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	C	<p>診断的検査を確実・安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○外来・入院を含め、検査を確実・安全に実施していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要性の判断 ●必要性とリスクに関する説明 ●侵襲的検査の同意書の取得 ●安全な検査の実施 ●安全に配慮した患者の搬送 ●検査中、検査後の患者状態・反応の観察 ●自院で行えない検査への対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 診断的検査については、各診療科が必要性と適応を科学的に検討している。侵襲的な検査や造影剤を使用する検査は、文書を用いた説明の上で同意が取得され、誤認防止の手順も遵守されている。救急カートやAEDの配置・点検も妥当で、急変時のコードブルーあるいはRRSもよく周知されている。内視鏡等の検査中は基準に則って観察が行われ、退室時の全身評価も適切であり、診断的検査は安全に実施されている。</p> <p>課題と思われる点 大学病院、特定機能病院の特性から、小児を含めて鎮静を行う新しい検査の導入が見込まれ、申請時には許可要件に一層留意されたい。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
2	2	4	C	<p>入院の決定を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医学的な判断に基づく入院の必要性の検討 ●患者の希望への配慮 ●患者への十分な説明と入院することの同意 ●弾力的な病床活用</p>	<p>アピールしたい点 入院の決定は患者の社会的背景や重症度等を考慮し、病棟医長や上級医と相談して判断している。複数科の対応を要する・入院適応に難渋する場合は、他科との相談やカンファレンスで検討している。医療福祉サポートセンターが入院前支援を行っている。緊急以外は個室希望等の患者の希望に配慮した入院計画を提示し、入院の必要性・概要を説明している。緊急入院時の病床コントロールの窓口を一元化し、有効な病床運用に努めている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 入院の必要性については上級医や担当疾患の専門医と相談の上で決定し、その内容がカルテ内に記載され情報共有されている。入院の説明は、眼科等の特定の診療科と4日以内の入院患者を除いて、医療福祉サポートセンターを利用した説明が行われている。結果として入院全体の40%の患者が医療福祉サポートセンターによる入院前の支援を利用している。個室希望などの患者要望に配慮して弾力的な病床運用に努めており適切である。</p>
2	2	5	C	<p>診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している</p> <p>【評価の視点】 ○医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者の病態に応じた診断・評価 ●診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成 ●患者・家族への説明と同意 ●患者・家族の要望の反映 ●必要に応じた診療計画の見直し ●クリニカルパス(クリティカルパス)の活用</p>	<p>アピールしたい点 入院診療計画書は医師・看護師を含めた多職種で作成し、入院時に計画書を用いた確認(患者への説明と署名)を行っている。入院時は看護師によるリスク評価・医療・看護必要度評価、栄養士による栄養評価を行い、これらに基づいた看護計画を作成している。診療計画に変更が生じた場合には、患者・家族への説明用紙を用いた説明と同意を得ている。クリニカルパスを整備・電子化し、適応率が向上した診療科も増えている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 入院診療計画書は医師、看護師を含めた多職種で速やかに作成されており適切である。入院時に看護計画や転倒・転落、褥瘡、栄養に関するリスクが評価され、患者の状態に応じて適宜評価や修正が行われている。患者・家族への説明はテンプレートを使用し、時間、説明者が分かるように記載され、診療計画が多職種で共有できる体制にある。</p>
2	2	6	C	<p>患者・家族からの医療相談に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●多様な相談への対応 ●院外の社会資源との調整・連携 ●院内スタッフとの調整・連携 ●相談内容の記録</p>	<p>アピールしたい点 医療福祉サポートセンターを相談窓口として多様な相談に対応している。相談内容によっては、専門的な看護師や社会福祉士につなぎ、適切な担当者が対応する体制としている。がん相談支援センターとの連携など関連部署と情報共有を行い、院外の社会資源にもつながっている。相談内容は、電子カルテに記載し、多職種と共有し活用している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 「医療福祉サポートセンター」を相談窓口として多様な相談に対応している。看護師や社会福祉士が相談窓口を担当し、相談内容に応じて適切な担当者が対応する体制としている。相談担当者は医療コーディネーター資格を取得し、苦情などの相談にも応じている。また「苦情カンファレンス」を実施し、医療安全管理室と情報共有しており適切である。がん相談は、様々な資料を準備し緩和ケア認定看護師と連携し、がんに関連する多様な相談に対応している。相談記録は必要に応じて閲覧制限の設定を行うことができる記録として電子カルテに記載し、多職種と共有し活用している。</p>
2	2	7	C	<p>患者が円滑に入院できる</p> <p>【評価の視点】 ○患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●わかりやすい入院の手続き ●入院生活に関する入院前の説明 ●病棟のオリエンテーション</p>	<p>アピールしたい点 入院支援室で入院患者の受付窓口を一元化し、当日入院する患者の受付や案内、今後入院予定の患者への事前説明等を行っている。入院予定患者には注意事項等の説明を事務が行い、看護師が聴取した患者情報は病棟専任退院支援職員や病棟看護師、薬剤師等に提供している。オリエンテーションは受け持ち看護師が情報収集と入院診療計画書の説明を行い、収集した情報は多職種で共有している。入院必要物品はセット化し売場に準備している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 外来で入院決定時に入院案内と必要書類を渡し、説明をしている。入院予定患者のうち、産科、精神科などを除く40%の患者は、入院支援室で入院前に事前説明を行っている。入院当日に入院支援室で手続きを行い、必要に応じて病棟からの迎えを行っている。緊急入院の場合は、病棟看護師が患者・家族への説明を行い、入院必要物品はセット化され売場に準備されている。病棟オリエンテーションに関しては、受け持ち看護師が情報収集と入院診療計画書の説明を行っている。看護師が収集した情報は退院支援病棟専任職員や多職種で共有され、患者が円滑に入院できる実践は適切に行われている。</p>
2	2	8	C	<p>医師は病棟業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要な回診の実施と病態の把握 ●診療上の指導力の発揮 ●病棟スタッフとの情報交換 ●患者・家族との面談 ●必要な書類の迅速な作成</p>	<p>アピールしたい点 主治医あるいは主治医チームの医師が毎日回診を行い、治療方針はチーム内やカンファレンスで決定している。病棟看護師、薬剤師等との情報交換を行い、重要な面談の際には、ブライバシーに配慮した面談室等で多職種の立ち会いを原則としている。疾患に応じて関連各科・多職種でのカンファレンスの開催や他科へのコンサルテーションを行っている。各種書類の記載は、医師事務作業補助者との協力により、期限内での記載に努めている。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 主治医あるいは主治医チームの医師が毎日回診を行い、カンファレンスで多職種と情報を共有し、必要な専門領域医師にコンサルテーションしている。患者・家族との面談やインフォームドコンセントは適宜行われており、重要な説明内容はインフォームドコンセントのタグで確実に記載・整理されている。医師不在時の連絡体制は明確であり、休日の回診を含めてチームでバックアップする体制があり、診療科の責任医師も定期的に回診している。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
2	2	9	C	<p>看護師は病棟業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○疾病や患者の状態に応じて、日常生活援助や診療の補助業務が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●身体的ニーズの把握と日常生活援助 ●患者・家族の心理的ニーズの把握と援助 ●患者・家族の社会的ニーズの把握と援助 ●観察に基づく病態の把握とケア ●診療の補助業務 ●患者情報の他職種との共有 ●他部署との連携 ●病棟管理業務 ●能力に応じた業務分担</p>	<p>アピールしたい点 各担当者の業務役割が明文化され、役割分担ができています。 入退院支援室、病棟専任退院支援スタッフや医師と協働して退院支援を進める体制があります。 家族待機室があり、患者・家族の身体的、心理的ニーズに沿えるようにしています。 患者・家族・医療者の情報共有ツールとしてピクトグラムを使用している。 看護の質評価である看護QIPプログラムを毎年受審し、結果を病棟業務に反映させている。 年1回、看護基準、手順を見直し、看護基準、手順に基づき適切な看護業務が行われている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 看護基準・手順は適時見直しが行われ、病態に応じたケアを実践している。疾病や患者情報からアセスメントを行い看護計画を立案している。観察やケアについては経過表に記載され、看護計画は適切に評価・記録されている。患者の心理的・社会的ニーズを把握し、必要に応じてMSWの介入も行われている。看護体制はチームナーシングで実践しており、6年前から看護の質評価(QIPプログラム)を受審し、病棟業務に反映させている。病棟の管理運営は、看護師長、副看護師長、リーダーの業務役割を定め実践しており適切である。</p>
2	2	10	C	<p>投薬・注射を確実に安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○患者の特性に応じて投薬・注射が確実に安全に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要性とリスクについての説明と同意 ●服薬指導・薬歴管理の実施状況 ●患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認 ●安全な薬剤の準備 ●必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察 ●服薬の確認</p>	<p>アピールしたい点 病棟担当薬剤師が患者の状態や投薬・注射状況の把握、持参薬の鑑別及び代替薬の提案等を行い、薬剤管理指導の体制を強化した。時間内の抗がん剤調整やTPNの無菌調製は薬剤師が行っている。化学療法センターでは多職種で治療とリスクの説明を行い、書面を用いて同意の下治療を開始している。投与前には用法・用量・検査値などの必要事項を確認し、投与中は観察項目、対処方法を実施し安全に化学療法を行える体制が確立している。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 病棟での薬剤の準備から与薬・実施では、病院で定めた確認方法で確認が行われている。病棟薬剤師は服薬指導内容を電子カルテに適切に記載している。全ての抗がん剤の調製・混合は、外来化学療法室では薬剤師が抗がん剤を含めて全ての薬剤の調製を行っている。入院では夜中に実施するものなどを除き全ての抗がん剤の調製を薬剤師が行っている。薬剤師が調製できない場合は、訓練を受けた医師が安全キャビネットで行っている。薬剤師が調製できない場合は、訓練を受けた医師のみでなく多職種で治療とリスクの説明を行い、患者の同意のもと治療が実施されている。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>
2	2	11	C	<p>輸血・血液製剤投与を確実に安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要性とリスクについての説明と同意 ●患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与方法の確認と記録 ●緊急輸血への対応 ●輸血の適応と血液製剤の種類検討 ●投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録 ●輸血療法後の感染症検査 ●副作用の報告</p>	<p>アピールしたい点 輸血前、患者に輸血の種類やリスクを記載した説明書を渡して同意を得ている。誤認防止のため、ダブルチェック及び輸血確認での患者リストバンドと製剤の照合を行っている。緊急輸血のマニュアルを整備し、緊急時シートを用いて実施している。輸血中の患者観察には院内共通のテンプレートを用い、開始時、5分後、15分後、終了時のバイタル等必要事項を入力し、輸血細胞治療部門で確認することで輸血効果や副作用を確認している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 輸血の必要な患者には、輸血の種類やリスクの書かれた説明書を渡して同意が得られている。輸血投与時はバーコードシステムや患者に名前を名乗ってもらうことにより誤認防止が行われている。輸血投与後は、開始直後、5分後、10分後、終了時の観察や副作用確認など手順に沿って行われており、診療記録に適切に記載されている。緊急輸血に関しては、マニュアルを作成して手順を明確にしている。また、輸血後感染症の検査が必要な患者では、患者に採血検査のお知らせを郵送し、外来で患者に説明して対応している。輸血・血液製剤の投与は適切である。</p>
2	2	12	C	<p>周術期の対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●手術・麻酔の適応と方法についての検討と記録 ●手術・麻酔に関する説明と同意 ●術前・術後訪問の実施 ●合併症の予防対策 ●安全に配慮した患者の搬送 ●術直後の患者ケア ●術前・術後の申し送り</p>	<p>アピールしたい点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 手術適応は外来の場や各科カンファレンス、カンサードで検討し、必要な場合は専門科へコンサルテーションしている。麻酔科医が外来や入院後に術前評価と適切な説明を行い、麻酔同意書を得ている。手術室およびICUの看護師も術前(術後)訪問を行い、課題の把握と看護計画の立案を行っている。患者搬送は手術室入退室基準に沿って行われ、医師と看護師が帯同し、術後の搬送ではハルスオキシメーターを装着している。手術後は基準に照らして集中治療室への入室を決定しており、周術期の対応は適切である。</p>
2	2	13	C	<p>重症患者の管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●重症度に応じた病床の選択 ●重症度に応じた診療・ケア ●関連職種の関与</p>	<p>アピールしたい点 大手術後・小児の重症患者はICU、救急外来や院内急変患者はECU、循環器内科の患者はCCUに収容している。ICU患者の重症度・看護必要度は診療科主治医チーム・ICU担当医・看護師で毎日評価している。高度医療機器の管理・点検は臨床工学技士、重症患者の早期リハビリテーションは理学療法士、感染対策はICT、栄養管理はNST、呼吸ケアはRST、褥瘡対策は認定看護師が介入し、担当看護師や医師と協働している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 特に重症な患者は、入退室基準を取り決めたICU、HCUの病床を効率的に活用して管理している。一般病床では、重症度に応じた適切な個室・フロア管理、必要なモニタリングが行われている。必要な医療機器が整備されており、臨床工学技士、薬剤師など多職種および認定看護師、さらにはRST、NST、ICTなどのチームが良質な治療、ケアに貢献している。カンファレンスの記録等も適切に残されている。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
2 2 14	C	褥瘡の予防・治療を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者の褥瘡リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●患者ごとの褥瘡発生リスクの評価 ●必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与 ●体位(ポジショニング)と体位変換の方法・頻度の検討と確実な実施 ●褥瘡状態の評価と治療 ●ベッド・マットなどの工夫	A	アピールしたい点 前回機能評価で適切に取り込んでいると指摘された事項は継続して行っている。 全入院患者に対する褥瘡リスクアセスメントを継続している。 褥瘡対策マニュアルは看護基準に明記され、2名の皮膚・排泄ケア認定看護師による研修を実施している。 必要に応じた褥瘡対策チーム(皮膚科医師を含む)の介入や、多職種チームによる週1回のチーム回診・カンファレンスも継続している。	A	適切に取り組まれている点 全入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、危険因子がある患者や褥瘡を有する患者に予防計画を立案し評価している。褥瘡対策マニュアルは看護基準に明記され、2名の皮膚・排泄ケア認定看護師による研修が実施されている。統一された評価スケール(DSIGN-R)が使用され、必要に応じて褥瘡対策チーム(皮膚科医師を含む)の介入がされており適切である。多職種によるチーム回診・カンファレンスが1週間に1回行われている。マットレスガイドが示され、状態に適したマットレスが選択されている。Ⅱ度以上新規褥瘡発生率は0.04%に止まっており良好である。
2 2 15	C	栄養管理と食事指導を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に対する支援が実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●栄養状態、摂食・嚥下機能の評価 ●管理栄養士の関与 ●評価に基づく栄養方法の選択 ●食物アレルギーなどの把握・対応 ●嚥食状態の把握 ●必要に応じた栄養食事指導 ●食形態、器具、安全性、方法の工夫	A	アピールしたい点 病棟栄養カンファレンスなどに管理栄養士が参加し、栄養・食事面からのサポート体制が強化されている。カルテのアレルギー・食品表示の整備に伴い、入院前支援で利用している食物アレルギー・食品情報確認シートをカルテ入力・運用がしやすいよう改定した。栄養指導では、個人栄養指導枠増加及び、がん・化学療法患者に対する指導枠の増設を行い、栄養指導体制・内容の充実に取り組んでいる。	A	適切に取り組まれている点 入院患者全員に栄養スクリーニングを実施し、必要時栄養管理計画書を作成し栄養状態を管理している。入院支援室でアレルギーに関する情報収集を行い、入院退院支援室を経由しない患者は、看護師が初回食事摂取前にアレルギー情報等を収集し、管理栄養士が確認する体制としている。嚥下機能は口腔外科、耳鼻咽喉科で評価し、摂食・嚥下チームで情報共有され訓練や食事形態の指示が実施されている。STと認定看護師と管理栄養士は、ミールラウンドとして昼食時に必要な患者の食事摂取状況を観察し評価を実施している。状況に応じて食事形態や栄養量などの提案をしている。栄養指導は、個別指導、集団指導ともに積極的に行われている。
2 2 16	C	症状などの緩和を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めていることを評価する。 【評価の要素】 ●患者の訴えの把握 ●標準的な評価方法・治療方法に基づく実施 ●麻薬の使用基準と必要時の使用	A	アピールしたい点 STAS-J、NRS、IPOSを用いた苦痛の評価を行っている。各部署で緩和ケア・疼痛カンファレンスを行い、個別的な患者対応について検討している。スタッフには緩和ケアマニュアルポケット版を配布し、適正な薬剤使用、症状緩和について周知している。緩和ケアチームではNST、リエゾン、漢方医とも連携し個別ケアについて検討している。麻薬の自己管理については退院指導の一つとして計画的に関わっている。	A	適切に取り組まれている点 症状緩和については、必要時に緩和ケアチームに介入依頼をしている。痛みは統一した評価ツール(NRS)を使って状態把握を行っている。緩和ケアチームは、緩和ケア専門医の資格を有する医師と精神科医、緩和ケア認定看護師、薬剤師、栄養士で構成され、がん患者・非がん患者の疼痛・苦痛に対して、トータルケアが実践されている。緩和ケア病床が3病棟に分散して4床あり、患者の状態に応じ、主治医と腫瘍部医師、緩和ケア認定看護師4名が中心となり、多職種による適切な介入がなされている。また、WHO方式がん治療法に基づく麻薬使用基準が定められ、適正使用が実施されている。
2 2 17	C	リハビリテーションを確実・安全に実施している 【評価の視点】 ○患者の状態に応じて、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●リハビリテーションの必要性の評価 ●病態に応じた目標・実施計画の設定・立案 ●必要性とリスクなどについての説明と同意 ●患者・家族の社会的背景や要望への配慮 ●計画に基づくリハビリテーションの実施 ●リハビリテーションの進捗状況の把握方法 ●実施時に想定されるリスクの評価と安全性への配慮 ●実施前後の評価	B	アピールしたい点 リハビリテーション科医師が、リハビリテーション依頼のあった症例を対面診療し、治療計画を立て、リハビリテーション処方を出している。処方当日に、療法士は担当症例の評価治療を行い、初期カンファレンスにて、問題点や治療プログラムを提示し、リハビリテーション科医師は安全で質の高い治療が実施できるよう助言している。さらに、リハビリテーション総合実施計画書を多職種により協働で作成し、中間での検証も行っている。	B	適切に取り組まれている点 リハビリテーションは、95%は入院患者、5%は外来患者である。リハビリテーション総合実施計画書は、個々の患者の病態に応じて作成するように2018年12月から病院統一で作成されている。新しいリハビリテーション実施計画書は患者の目標、希望、社会的背景への配慮もなされている。実施前後の評価はパーセルインデックスを用いて、リスク評価と適応基準が整備されている。
2 2 18	C	安全確保のための身体抑制を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者の安全確保のため、必要時に身体抑制や行動制限が適切に行われていることを評価する。 【評価の要素】 ●人権への配慮 ●身体抑制・行動制限の必要性の評価 ●必要性とリスクなどについての説明と同意 ●回避・軽減・解除に向けた取り組み ●抑制・制限中の患者の状態・反応の観察 ●患者・家族の不安の軽減への配慮	A	アピールしたい点 「行動制限ガイドライン」に基づき、抑制の実施・解除を全て医師の指示のもとで行っている。行動制限の早期解除に向け多職種でカンファレンスを行っている。身体抑制中の観察はテンプレートで記録し、他職種も確認できる。身体抑制解除のため、ルート類を減らすための医師への相談や、昼夜逆転予防に散歩を行う等の取り組みを実施している。	B	適切に取り組まれている点 「行動制限ガイドライン」を整備し、行動制限の必要性について、フローを活用し評価している。身体抑制実施は、医師の指示とし同意書を取得し実施している。手術前などに事前に説明し同意書を取得する運用はあるが、実施時には必要性について評価し、医師の指示により実施し、家族へ説明を行っている。回避・軽減に向けカンファレンスを実施し、挿入物の軽減や時間の工夫を提案するなど早期解除に向けた取り組みを実施している。家族来院時には状況の説明や一次的に解除するなど、家族の不安に対応している。患者の状態や反応の観察はラウンド毎に実施し、記録はテンプレートを使用し各勤務1回記載している。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
2	2	19	C	<p>患者・家族への退院支援を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●療養の継続性に関する検討 ●退院、転院などに関する説明と同意 ●計画に沿った療養の指導や関係機関との調整 ●連携先で必要な情報の提供</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 前回機能評価で適切に取り込んでいると指摘された事項は継続して行っている。入院患者への入退院支援介入比率は増加しており、生活を見据えた在宅療養指導を強化している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 入院から3日以内に「退院支援スクリーニング」を実施し、退院困難な状況を確認し、必要な患者に「退院支援計画書」を作成している。退院支援の必要性について多職種で検討し、担当看護師は看護計画を作成し医療処置含め、指導や支援を実施している。病棟専任退院支援職員が配置され、患者と家族の意向を確認し同意を得て、在宅や転院調整、担当者とのカンファレンス調整、ケアマネージャーや地域の関係機関との連携を行っている。必要な情報は診療情報提供書や看護情報提供書、リハビリテーション経過報告書など活用し提供され、退院支援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	20	C	<p>必要な患者に継続した診療・ケアを実施している</p> <p>【評価の視点】 ○退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、必要な在宅療養支援に関する支援に繋げていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●入院中の経過に関する伝達 ●患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 医療連携協定病院への転院の場合は、医療連携協定病院からの転院前訪問を受け入れ、患者・家族が安心して転院できるよう、また、継続看護につながるよう取り組んでいる。</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 入院中の情報は診療情報提供書や看護情報提供書、リハビリテーション経過報告書やお薬説明書などで提供している。退院前カンファレンスは院内多職種とケアマネージャー、在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師などの関係者と開催し、患者状況の情報共有を行っている。また、GCUでは2017年9件、2018年4件の退院後訪問を実施し、退院後の状態を確認している。退院後に外来化学療法が必要な患者には、入院中に化学療法オリエンテーションを実施し、外来時に看護支援が必要な患者は、電子カルテを活用し情報共有を行い、継続的に外来においても看護支援を実施している。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
2	2	21	C	<p>ターミナルステージへの対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●ターミナルステージの判断プロセス ●多職種による診療・ケア計画の立案 ●ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意 ●患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア ●療養環境への配慮 ●逝去時の対応 ●臓器提供意思の確認と対応 ●剖検の承諾と実施</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 終末期等における意思決定と情報共有に関するガイドラインを定めている。終末期には患者・家族を含め多職種で協議を行い、患者の権利に最大限の配慮をしている。医療ケアチーム内で適切な方針の合意が得られない場合は臨床倫理委員会に審議を求めている。死亡時には「死亡事例チェックリスト」を用いて確認を行い、同意を得て病理解剖や死亡時画像診断を行っている。臓器移植提供の意思がある場合は、手順に沿って実施している。</p> <p>課題と認識されている点 臨終時に家族と共にエンゼルケアを行うことでグリーフケアを行っているが、死後のグリーフケアは行っていないことが課題である。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 ターミナルステージの判定は医師が行い、多職種で情報共有を行っている。患者・家族がどのような終末期を希望しているかについて確認し、意向を尊重したケア計画を立案している。必要時緩和ケアチームが介入し、自施設に継続入院を希望した場合は緩和ケア病棟に転室している。病院以外の場所を希望された場合は、医療福祉サポートセンターのMSWが、希望に沿えるよう調整を行っている。逝去時の対応基準と手順を定めて適切なケアが実施されている。全死亡患者の死亡カンファレンスを行い、医療安全上の問題がないかを確認している。臓器提供の実績も有しており、臓器提供意思の確認と対応は適切である。</p> <p>課題と思われる点 各部署においてDNARの取り決めを行っており、実践されている。院内統一の終末期医療の基本方針は現在改訂中であり、DNARの基準が完成していないので、早期の作成が求められる。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
3 0 0	C	良質な医療の実践2				
3 1 0	C	良質な医療を構成する機能1				
3 1 1	C	薬剤管理機能を適切に発揮している 【評価の視点】 ○薬剤部門の薬剤管理はもとより、薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に関与していることを評価する。 【評価の要素】 ●医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、安全管理部門との連携 ●薬剤に応じた温・湿度管理 ●持参薬の鑑別と管理 ●院内医薬品集の整備 ●薬剤に関する情報収集および関連部署への周知 ●新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討 ●注射薬の調製・混合への関与 ●注射薬の1施用ごとの取り揃え ●処方監査と疑義照会 ●調剤後の確認	A	アピールしたい点 前回機能評価で適切に取り込んでいると指摘された事項は継続して行っている。 採用品目の削減は進んでいる。2021年6月時点採用品目1286、臨時採用品目624、合計1910品目(漢方製剤251品目を含む)と減少し、さらなる削減を検討している。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 医薬品安全管理責任者は各部署医薬品取り扱いの状況を確認し、医療安全管理委員会に報告している。薬剤の副作用情報や安全性情報など各種情報は電子カルテ端末から確認することが可能である。持参薬は薬剤師が鑑別し、その結果を医師に申し送る仕組みである。院内採用のない場合に持参薬を使用するなど取り組みは適切である。注射薬は、時間外を含め注射処方箋に基づき1施用単位で薬剤部から払い出されている。調剤時、鑑査時などで疑義照会は適切に行われており、疑義照会の結果は記録され、薬剤部内で情報共有が行われている。 課題と思われる点 薬剤の採用品目が2,170と前回審査よりは減少しているが、漢方製剤250品目を除いても採用品目数は多い。さらなる削減に期待したい。
3 1 2	C	臨床検査機能を適切に発揮している 【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じた臨床検査(委託を含む)が適切に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●必要な検査項目の実施 ●検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●異常値やパニック値の取り扱い ●検体交差を起こさない検体検査処理プロセス ●精度管理の実施 ●検査後の検体の取り扱い ●夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応	B	アピールしたい点 ISO15189:2012「臨床検査室の品質と能力に関する要求事項」を取得している。パニック値報告はFAXを用いた情報伝達システムを構築し、医師が確認・署名したFAXは電子カルテに取り込み記録している。検体二次利用の監視には使用目的を明確にした持ち出し記録がある。時間外の緊急検査の対応は1名の常駐とオンコール体制の併用で運用している。臨床のニーズへの対応としてCovid-19 PCRを実施している。 課題と認識されている点	C	適切に取り組まれている点 臨床検査技師38名で輸血、生理機能、細菌を含む臨床検査機能を提供し、トレッドミル検査は循環器科医師2名で実施している。血液培養が陽性になった場合は、休日でもグラム染色の結果を電話連絡し、すぐに塗抹培養プロセスに入る点は評価できる。検体の交差を起こさないように留意し、検査結果の報告は迅速で、パニック値の連絡も遺漏なく行っている。ISO15189の認証を取得し、内部・外部精度監査を確実に実施するとともに、多くの職員が医科学修士、複数の認定技師を取得するなど、質向上の活動を行っている。 課題と思われる点 パニック値の報告は、実施者、受け者および日時の記録が残されている。しかし、マニュアル上、電話連絡先は指定されていなかったため、ほとんどは看護師、病棟クラークに連絡されていた。連絡を受けた後の手順は確立されていなかったために、医師にどう伝達されるかが明確でない状況であった。本審査での指摘を受けて、パニック値の報告についてFAXを利用し、担当医師がサインをして検査部に送り出すシステムに変更し、確実に医師に情報が伝わるよう改善を図り、7月16日実施に向け医療の質推進室や臨床検査適正化委員会を通じて周知が図られているところである。しかし、この改善策は、確実性や継続性という点において適切とは言えないことから、別の方策も含めた検討と改善の取り組みを引き続き行い、実績を確認する必要がある。
3 1 3	C	画像診断機能を適切に発揮している 【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じた画像診断が適切に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●タイムリーな実施 ●画像診断結果の迅速な報告 ●画像診断の質の確保 ●夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応	A	アピールしたい点 画像診断レポートの既読・未読の確認を工夫している。主治医が想定外と考えられるような重要所見に対して画像診断医が重要フラグを立て、その重要フラグが立てられた画像診断レポートを主治医が確認したかどうかをチェックする。レポートが3日後まで未確認であれば、電話で主治医に連絡する。重要フラグの内容に対する主治医の対応を電子カルテで確認する。診療録への未記載が続くようであれば、電話で主治医に対応を促している。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 CT2台、MRI3台をフルに活用しているが、撮影待ち時間はCT3日、MRI21日と長期になっている。しかしながら、当日緊急依頼には全例対応されている。患者が受付してから呼び込み、撮影までは、患者誤認防止対策が取られ、撮影中の安全確保対策が実施されている。MRI、核医学は全件数を専門医に行っているが、CTに関しては依頼した科は専門医が100%読影を行っており、全体の読影率は約85%である。 課題と思われる点 専門医による読影は迅速に結果を報告されているが、100%の読影が望ましい。
3 1 4	C	栄養管理機能を適切に発揮している 【評価の視点】 ○快適で美味しい食事が確実・安全に提供されていることを評価する。 【評価の要素】 ●適時・適温への配慮 ●患者の特性や嗜好に応じた対応 ●食事の評価と改善の取り組み ●衛生面に配慮した食事の提供 ●使用食材、調理済み食品の冷凍保存	A	アピールしたい点 2021年5月より厨房移転となり、新調理方式ニュークックチルを導入した。汚染・非汚染が区分され、各エリアの温度・湿度管理ができ、食品の中心温度測定をデジタル記録するシステムが整備され、より衛生管理が強化された。配膳直前に再加熱が終了するため、適温提供が可能となった。食事に関する患者の意見に対して定期的にミーティングを開き、改善に取り組んでいる。保存食は専用冷凍庫で24時間温度をモニタリング出来る。 課題と認識されている点 厨房移転・新調理方式などから一時的に献立を集約せざるをえない状況であった。そのため患者のご意見として、献立が同じ、たまにはカレーや麺類を食べたい等のコメントも寄せられており、より満足いただけるよう献立展開が必要である。各エリアが区分されたためコミュニケーションエラーによるミスが発生しやすく、室ミーティングを充実させる必要がある。	B	適切に取り組まれている点 温冷配膳車を利用しており、朝食時にはニュークックチルも導入している。一般食では朝・昼に選択メニューを提供し、定期的に嗜好調査も実施している。また、食材および調理済み品は2週間冷凍保管されている。床はドライであり、エレベーターは専用で、厨房内では夜間にオゾン噴霧も実施して、衛生面に配慮している。調理師や栄養士も認定資格が取れるように研修や学会へも参加するよう働きかけるなど、栄養管理機能はおおむね良好である。 課題と思われる点 厨房は老朽化しており、夏場の温湿度管理に苦慮している。また、盛り付け完了から病棟まで1時間20分ほどかかっているが、既に厨房の新設計画があることから、今後これら問題は解消されることを期待したい。
3 1 5	C	リハビリテーション機能を適切に発揮している 【評価の視点】 ○病院の役割・機能に基づくリハビリテーションが適切に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●必要なリハビリテーションへの対応 ●主治医との連携 ●病棟等との情報共有 ●系統的な実施と継続性の確保 ●リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検 ●リハビリテーションプログラムの評価と改善	B	アピールしたい点 毎週土曜日のリハビリテーションの実施と長期連休中の対応を2019年以降徹底し、継続性を確保している。理学療法士と連携して休日のリハビリを病棟看護師が実施する運用を継続している。療養士の疾患別(運動器・神経・内臓障害・がんリハ等)チームを組織化し、専門性の高い治療を提供している。脳卒中患者には発症後できるだけ早期から十分なリスク管理と多職種連携を強化し、離床を目的としたリハビリを積極的に実施している。 課題と認識されている点 疾患別チームを構成しているスタッフの教育が不十分である。今後は、スタッフが知識・技術を習得できる研修会や講習会に積極的に参加できるような仕組みを作り、認定・専門セラピストの養成にも力を入れる。	C	適切に取り組まれている点 毎朝、リハビリテーション科での初期カンファレンスを行い、科内の情報共有を行っている。また、各診療科とのカンファレンスに毎週参加し、転倒予防対策を中心とした病棟カンファレンスにも積極的に参加している。リハビリテーションに用いる機器の保守点検は毎日行われている。 課題と思われる点 土日、祝日にリハビリテーションが実施されておらず、計画書が作成されリハビリテーションが開始されるまでに日数を要するケースがあった。また、週末や休暇時には療法士によるリハビリテーションも実施されておらず、病棟看護師にリハビリテーションを依頼することになっているが、実績はみられない状況であった。本審査での指摘を受けて、4月より、理学療法士と連携して休日のリハビリテーションを病棟看護師が実施する運用を確実に実施することとした。また、理学療法士の増員により、6月より土曜日のリハビリテーション開始を予定している。引き続き今後の取り組みと実績を確認する必要がある。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
3 1 6	C	<p>診療情報管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて診療情報が適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療情報の一元的な管理 ●迅速な検索、迅速な提供 ●診療記録の取り直し防止策 ●診療記録の閲覧・貸出し ●診療記録の形式的な点検(量的点検) ●診断名や手術名のコード化(コーディング)</p>	A	<p>アピールしたい点 電子カルテ導入前の紙媒体の入院診療録を順次スキャンしている。スキャンすることで、電子カルテからの閲覧が可能であり診療録の取直しや貸借にかかるマンパワーの軽減等、効率よく管理、運用を実施している。</p> <p>課題と認識されている点 診療録の量的点検の結果を会議で報告している。結果の内容について、それに関するマニュアル等を資料として添付し、適切な診療録の記載の向上を図る。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 診療情報の運用は診療情報管理部が担当し一元管理している。保存されている紙カルテの貸出し、返却の手順とルールが確立され遵守されている。説明と同意書等の紙で運用されている書類はすべてスキャンした書類にタイムスタンプを付与し電子カルテに反映させている。診療記録の量的監査については16の点検項目を設定し手順に従って実施している。診断名や手術名のコーディングについては、診療情報管理士が関与するシステムである。また、診療情報の二次利用の申請に関する対応についても速やかな提供を可能としており適切である。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
3 1 7	C	<p>医療機器管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○医療機器が正しく機能するように、病院の機能・規模に応じて適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、安全管理部門との連携 ●医療機器の一元管理 ●夜間・休日の対応体制 ●定期的な点検 ●標準化に向けた検討</p>	A	<p>アピールしたい点 臨床工学技士を23名に増員し、各部署での医療機器の安全管理を拡充している。夜間休日はオンコール体制で対応している。医療機器は医療機器安全管理マニュアルに沿って管理し、病棟や外来で使用する共有機器は医療機器管理センターで一元化した中央管理方式となっている。医療機器の計画的な定期点検、修理の実施は、医療機器管理センターを窓口として一本化している。各診療科や調達部門と連携し医療機器の標準化に努めている。</p> <p>課題と認識されている点 高度な医療機器が多いため、臨床工学技士が24時間院内に勤務する体制の確保を準備している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 臨床工学技士を14名配置し、医療機器管理センター・透析室・手術室・ICU等の業務に従事している。夜間・休日はオンコール体制で、人工心臓装置、血液浄化装置など高度な機器の操作に対応する体制が整えられている。輸液ポンプ、シリンジポンプ、人工呼吸器、生体情報監視装置のみならず低圧持続吸引装置等広範囲の医療機器を臨床工学技士が管理システムを用いて日常点検並びに管理を行っており評価できる。輸液ポンプ、シリンジポンプは、2機種程度に機種が統一され、個々の機器の所在を中央で把握できている。看護師など病棟スタッフを対象とした機器の操作研修は、入職時の新人研修、新たな機器の導入時の研修、そして、部門からの要望に応じた臨時研修が実施されている。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
3 1 8	C	<p>洗浄・滅菌機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて医療器材の洗浄・滅菌が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●使用済み器材の一次洗浄・消毒の中央化 ●滅菌の質保証 ●既滅菌物の保管・管理 ●使用量および滅菌能力に見合った在庫量</p>	A	<p>アピールしたい点 今年度を皮切りに、洗浄装置や各種滅菌装置の更新が予定されている。更新後もこれまで同様あるいはそれ以上に洗浄・滅菌の質保証が期待できる。また前回課題としていた内視鏡室での使用済み器材の受け入れも開始しており、院内における洗浄・消毒・滅菌業務の真の一元化が実現した。</p> <p>課題と認識されている点</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 器材の洗浄・滅菌については、手術室器材は委託業者、その他は看護部職員で行い、担当を分けている。委託業者と看護部職員は情報交換やミーティングを行っている。委託業者には第2種滅菌技士1名、看護部には第1種滅菌技士1名を配置している。滅菌工程はワンウェイ化され、清潔器材と不潔器材は交差しない環境にある。始業前点検、物理的・化学的・生物学的精度管理を実施し、滅菌の質保証も適切に行っている。滅菌器のうちEOG(酸化エチレンガス)とホルマリン使用において、環境調査に問題はなく適切に管理されている。</p> <p>課題と思われる点 部署で使用した器材は一次洗浄の中央化が定められ実施されているが、内視鏡室で使用済み器材の一次洗浄が行われており、院内統一した実践が望まれる。</p>
3 2 0	C	<p>良質な医療を構成する機能2</p>				
3 2 1	C	<p>病理診断機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて病理医が関与して、病理診断が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●検体交差を起こさない病理検査処理プロセス ●病理診断の精度の確保 ●診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●病理診断報告書や標本などの保存・管理 ●危険性の高い薬品類の保管・管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>	S	<p>適切に取り組まれている点 病理部(病理診断科)には臨床検査技師が6名まで増員配属され、7名の病理医がピアレビュー機能も発揮しながら、年間6,000件を超える組織診および細胞診・迅速病理診断・剖検(およびCPC)を実施している。院内で使用するホルマリン容器は比較的大容量のものまですべて市販品を購入し、ホルマリンの院内分注は行っていない。ホルマリンや有機溶剤は施設管理され、環境測定も定期的に行われており、結果も第1管理区分と適切である。病理医は臨床診断が良形で病理診断が悪性の場合は主治医に電話をして注意喚起したり、術中迅速組織診の結果はレクチャー顕微鏡の画像を手術室内に表示して説明している。Class4、GroupIV以上のレポートが臨床医に確認され、次のステップが進行していること確認も4年前から実施されており、病理診断機能は高く評価できる。バーチャルスライドなどの設備も整い、ゲノム診断も開始されている。各種二級臨床病理士の資格取得も支援されており、臨床研修病院、専門医養成の基幹病院および特定機能病院の病理診断機能として模範的である。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>
3 2 2	C	<p>放射線治療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて放射線治療医が関与して、放射線治療が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要な放射線治療の提供 ●治療計画の作成とシミュレーションの実施 ●放射線治療医による計画線量の確認 ●放射線治療機器の品質管理 ●治療用放射性同位元素の保管・管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 放射線治療専門医3名でリニアックを使用して主に子宮頸がん、前立腺がんの治療を行っている。専門医師により治療計画とシミュレーションの実施がなされ、医師、看護師、医学物理師の資格をもつ技師で週1回のカンファレンスとブリーフィングを行って情報共有している。緊急放射線治療に対しては、電話にて対応し安全に配慮している。放射線治療機器の品質管理に関しては、週1回の出力確認の他に3か月、1年毎の点検を計画が実施されている。放射線治療の実践に向けた取り組み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>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)		
3	2	3	C	<p>輸血・血液管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○確実・安全な輸血療法を実施するために、輸血・血液管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態 ●輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などを行う担当者の明確化 ●発注・保管・供給・返却・廃棄 ●必要時の迅速な供給 ●自記温度記録計付き専用保冷庫・冷凍庫での保管・管理 ●使用された血液のロット番号の記録・保存 ●輸血用血液製剤の使用状況の検証</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>検査・輸血細胞治療部としてISO15189認定、輸血機能に関する第三者評価の認定を受けている。自記温度記録計付の保冷庫を整備し、自己血は区分して保管している。製剤の発注から供給までの管理、記録、血液型、各種検査を適切に実施している。血液製剤の平均廃棄率は0.57%で、輸血細胞治療部連絡会で適正使用、廃棄率削減について議論している。緊急輸血のマニュアルを整備し、緊急時シートを用いて実施している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	S	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>部内に輸血細胞治療学会認定医師1名、自己血輸血責任医師1名、認定輸血検査技師3名を含む、専従医師2名、臨床検査技師6名が勤務している。検査・輸血細胞治療部としてISO15189認定、同時に輸血部として輸血機能に関する第三者評価の認定を受けている。自記温度記録計付の保冷庫が整備され、自己血さらに感染症陽性患者の血液は区分して保管されている。手術部門にも一時的に血液を保管する保冷庫があるが、輸血部門と同等に温度管理され、未使用の製剤を適切に回収する体制も整っている。製剤の発注から供給までの管理、その記録、血液型同定、交差適合試験、不規則抗体スクリーニングは適切に実施されている。血液製剤の平均廃棄率は0.94%で、検査・輸血細胞治療部連絡会で適正使用、廃棄率削減について議論されている。異型適合輸血も含めた緊急輸血の対応手順だけでなく、血液内科、小児科と連携し移植治療などにより患者の血液型が変化する場合の対応も定められており適切である。特殊な血液型の管理に関する地域の医療機関からのコンサルテーションを受けるなど、特定機能病院の輸血管理部門としての積極的な貢献も確認され高く評価できる。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>特記なし。</p>
3	2	4	C	<p>手術・麻酔機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●スケジュール管理 ●手術室における清潔管理 ●術中患者管理 ●麻酔覚醒時の安全性の確保</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>毎週水曜日に手術部管理責任者が次週の手術予定を決定し、翌日には空き状況を公開して追加手術の組込みを可能とし、手術スケジュールを効率的に管理している。入室時の患者・担当医・麻酔科医・手術室看護師・病棟看護師による患者確認等、患者誤認回避の仕組みが機能している。術中のサインイン・タイムアウト・サインアウトを確実に実施している。ハイリスク症例のカンファレンスを多職種で行い安全な手術に向けて共働している。</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>小手術室(2室)を含めて13室の手術室を整備し、診療科ごとの学会情報の利用や、手術申し込み締め切り直後の空室情報公開などの工夫で効率的な手術室利用に努力している。リスク評価や術前訪問の情報は朝のミーティングで共有され、手術部位のマーキングは全例実施され、サインイン、タイムアウトおよびサインアウトも確実に実施している。診療放射線技師と臨床検査技師が専従で配属され、血液生化学などの迅速検査は手術室内で実施している。シングルユース製品の再使用は行わず、カリウム製剤およびホルマリンも定数配置していない。WOC認定看護師が参加して、術式・体位ごとの医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)予防にも取り組んでいる。スタッフの能力開発にも積極的に取り組んでおり、手術・麻酔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	5	C	<p>集中治療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○取り扱う疾病や患者数に応じて、集中治療機能が適切に発揮されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●機能に応じた人材の配置 ●機能に応じた設備・機器の整備 ●入退室基準の明確化と遵守</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>ICUは特定集中治療管理料3の施設基準に定められた医師、看護師を配置している。診療責任医師である主治医が、常駐するICU医師と連携して治療を行っている。集中ケア認定看護師が、質の高い看護の実践・指導を行っている。特定行為看護師が配置され、医師の診療補助を行っている。高度医療機器は臨床工学技士が定期的に巡回し点検している。当院のICU入退室基準に沿って運用し、患者の状態を評価し退室日を決定している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>集中治療が必要な重症患者が長期間入室すると、満床になることがある。2週間以上入室している重症患者は、CCU、ECU、NICUや病棟の重症室に転棟できるようにICU専従医・主治医・ICU師長、他病棟の師長で協議する。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>入退室基準を取り決めたICU8床およびHCUを有効に活用し、ICUは担当の救急科医師3名と専門科医師が協力しながら、主治医は後者の体制で集中治療機能を持っている。北陸唯一の小児心臓センターも併設しており、種々の集中機能ユニットと転棟を含めて協働、協働できる体制にある。入室患者の約9割は手術後の患者で、臨床工学技士が毎日巡回をして補助循環装置等の作動状況を確認し、集中ケア認定看護師もケアの質を高めている。薬剤師も毎日、およそ5時間薬剤管理を行っており、プレフィルドタイプのKCLは毎日薬剤師が搬入搬出している。死亡退院症例はすべて、診療科医師を含めてICU内で部署カンファレンスを行っていることも評価できる。</p> <p>課題と思われる点</p> <p>早期離床・リハビリテーションの課題は明確に把握されており、今後の充実を期待したい。</p>
3	2	6	C	<p>救急医療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われるとともに、救急医療の教育及び研修が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●救急患者の受け入れ方針と手順 ●自院で受け入れができない場合の対応 ●夜間・休日の対応体制の整備 ●緊急入院などへの対応 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応 ●救急医療の教育及び研修の実施</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>災害・救命センターの救急科医師5名と各診療科医師、初期臨床研修医が協力して、週1回の二次輪番もこなしながら、一次救急を除く高度な救急医療を提供している。産科救急や精神科救急も受け入れ、多発外傷、重度熱傷、重症急性中毒などの領域は実質的に県内の三次救急機能を担っており、応需率は95%程度と高い。エレベーターを経由せず治療室に搬送できるヘリポートを有し、急性減圧症候群(潜函病)などに対する高圧酸素療法も可能である。脳死下での臓器提供を行える施設であり、ドナーカードの確認は医事課で行う体制になっており、虐待やDVが疑われる事例への対応マニュアルも整備されて機能している。院内外の医療従事者教育にも積極的に、2018年6月からは毎週、院内の医療スタッフ、事務職員を対象としたBLSの開催に取り組むなど、救急医療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>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営				
4 1 0	C	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ				
4 1 1	C	理念・基本方針を明確にしている 【評価の視点】 ○理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。 【評価の要素】 ●理念と基本方針の明文化 ●必要に応じた基本方針の検討 ●職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知	A	アピールしたい点 理念・基本方針は基本理念・目標と言い換えて明文化しており、大学病院としての使命を基本理念に掲げるとともに、地域の高度・先進医療を担う病院としての目標を設定し、定期的な見直しを行っている。また、病院ホームページや診療案内、院内マニュアルへ明記することにより、病院内外へ周知している。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 富山大学附属病院として、患者参加の重要性、先進医療の実現、専門性と総合性、医療人の育成等を表現した理念を掲げ、基本方針を6項目の「目標」と言い換えて具体的な内容で明示している。示された目標の一つに「働きがいのある職場・労働環境を構築する」とあり、職員に親しまれる病院を目指している意図が理解できる。これらの基本理念および目標は貴院の特色を上手く表現し、組織に浸透させたいとする意思が表れており評価される。基本理念・目標は定期的な見直しが行われ、外来ホールや職場に掲示するとともに、職員必携や病院案内、ホームページ、各種のパンフレットに掲載するなど、周知にも努めており適切である。 課題と思われる点 特記なし。
4 1 2	C	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している 【評価の視点】 ○病院管理者・幹部が病院の将来像を示し、実現に向けた病院運営に指導力を発揮していることを総合的に評価する。 【評価の要素】 ●病院の将来像の職員への明示 ●職員の就労意欲を高める組織運営 ●運営上の課題の明確化とその解決に向けた関わり	A	アピールしたい点 病院執行部(病院長、副病院長、病院長補佐)は運営、経営、機能の向上に取り組み、主な会議・委員会は執行部が議長となり課題解決にあたっている。毎年、病院長が病院の方針や取り組みについて説明を行っている。2026年度を目標とした「病院再整備計画」を立て、施設の再整備推進と共に組織運営の充実やマンパワーの質向上を課題として取り組んでいる。病院長は各診療科のヒアリングを行い課題の把握と解決に取り組んでいる。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 病院長は病院案内や診療案内、またはホームページや各種会議を通して病院の方針を示し、将来像を明確にした病院運営に努めている。また、各副病院長は統括・総務、医療安全、経営、教育等の責任を明確にして病院運営に携わっている。病院の幹部職員は、各種の会議、委員会や将来計画等に関わり、病院全体の課題を的確に把握し、解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも経営改善ワーキンググループの議論や病院再整備計画を通して病院の課題を検討し、高度な医療の実践、臨床研究、教育の実績を積み重ねる一方、経営改善に繋げて成果を挙げている点は評価できる。また、職員の就労意欲を高める手段では、センター化の推進や人材の公募などによりモチベーションを高める工夫を講じるなど、優れたリーダーシップが発揮されている。 課題と思われる点 特記なし。
4 1 3	C	効果的・計画的な組織運営を行っている 【評価の視点】 ○病院の組織が整備され、効果的・計画的に運営されていることを評価する。 【評価の要素】 ●病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する監督・評価の仕組み ●病院運営の骨子を策定する組織の実態 ●病院運営の意思決定会議の実態 ●組織内の情報伝達 ●病院の実態にあった組織図や職務分掌 ●病院運営に必要な会議・委員会の開催 ●2年以上先の将来を見据えた中・長期計画の策定 ●理念・基本方針と中長期計画等との整合性 ●中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定 ●部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価 ●リスクに対応する病院の機能存続計画	A	アピールしたい点 病院運営会議での決定事項は病院連絡会議や院内LANで職員に周知し、中期計画・目標も他の重要事項と同様に職員に認識されている。各部署は上記の認識のもと目標を策定し、達成状況を年度途中、年度末に把握している。「病院執行部会」「経営改善WGタスクフォース」は運営上の課題と経営改善の具体策を検討している。リスクに対する病院の事業継続計画としてBCPを策定し、現実的な内容に基づく計画と訓練を実施している。 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 病院運営の意思決定会議として病院運営会議が機能し、医学部と連携を図りつつ独立した意思決定を行っている。また、運営上の課題と経営改善について具体策を検討する会議として「病院執行部会」「経営改善ワーキンググループタスクフォース」が機能し、さらに各職場長を構成員とする病院連絡会議を設置し各職場への周知が図られている。組織運営の基本は、国立大学法人の組織規程により定められており、効率的な組織運営が図られている。富山大学の第三期中期目標のなかで病院の中期計画が策定され、それを踏まえた年次事業計画が立てられている。事業計画は実績ワークシートに進捗状況を記載して成果を評価する仕組みであり良好に機能している。リスクに対する病院の事業継続計画として、BCPが策定されており、被害想定、対応体制、行動計画、運用といった現実的な内容に基づく計画が立案されており、高く評価される。 課題と思われる点 特記なし。
4 1 4	C	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している 【評価の視点】 ○情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されていることを評価する。 【評価の要素】 ●情報の管理・活用の方針 ●院内で取り扱う情報の統合的な管理 ●情報システムの導入・活用に関する計画的な対応 ●医療の質や安全性、効率性の改善に向けた活用 ●データの真正性、保存性の確保	A	アピールしたい点 院内情報システムのインフラの更新が完了し、現在は病院情報システムの更新作業を進めている。これらにより、情報の管理・活用がさらに適切な方向へと進むこととなる。 課題と認識されている点 医療の質や安全性、効率性の改善のために、システムの改善の余地が残っている。重要な課題から順に対応していく。	A	適切に取り組まれている点 診療に関わる情報は医療情報部が一元管理している。情報活用の安全性を確保するため、情報を持ち出す場合はウイルス対策ソフトおよび暗号化機能付の許可されたUSBメモリに限定し、そのUSBメモリも3か月毎に各部署から回収し安全性の確認を実施している。また、情報セキュリティ教育において、研修を受けない職員のアクセス権を制限する等診療情報管理の徹底を図っている。情報システム障害が発生した際は「システム障害対応内規」に基づきレベル0から5までの段階を設定し、その段階別対応を行っており適切である。 課題と思われる点 特記なし。
4 1 5	C	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある 【評価の視点】 ○病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがあることを評価する。 【評価の要素】 ●管理責任部署または担当者 ●発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み ●院内規程、マニュアル等の承認の仕組み	A	アピールしたい点 課題と認識されている点	A	適切に取り組まれている点 病院における文書管理は総務課において管理されている。具体的には国立大学法人富山大学法人文書管理規則に基づき、総括文書管理者および文書管理者が設けられ、文書の作成、整理、分類、名称、保存期間、廃棄等の手順が明文化されている。管理すべき文書の主官部署、専決者等についても明文化され、規則に基づき適切に運用されている。また、病院が管理すべき文書が一覧化されるとともに、管理すべき対象文書に修正がないか毎年点検を実施しており適切である。 課題と思われる点 特記なし。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
4 2 0	C	人事・労務管理 役割・機能に見合った人材を確保している 【評価の視点】 ○病院の規模・機能や業務量に見合った人材が確保されていることを評価する。 【評価の要素】 ●各部門・部署に必要な人材の確保 ●人員の確保と充実にに向けた努力や工夫		アピールしたい点 医師、薬剤師、看護師等、医療上の標準数及び届け出た施設基準を満たす人員配置を行っている。院内の各部門の再編成等があった場合は、機能や業務量に見合う必要人員の確保に努めている。また、医師や看護師の負担軽減のため、医師事務作業補助者や看護補助者の配置を行っている。		適切に取り組まれている点 各部門の必要人員の確保については、病院長ヒアリングで院内各部門からの要望を聴取し法人側と交渉するシステムとなっている。医師、薬剤師等の法定人数は満たされているが、病院全体の人員配置は病床規模に比して若干少ない。そのため現在、病院長の指導の下、充実した人員配置に向け病院独自で雇用できる体制の整備に向け努力している。院内の各部門の再編成等があった場合は必要人員が配置されている。
4 2 1	C		A	課題と認識されている点	B	課題と思われる点 職員の増員については法人に申請する必要性から必ずしも病院長権限で決定出来ない事情にある。技術職特任リハビリテーションにおける技術員等の増員等は病院の診療機能の充実、患者に選ばれる病院づくりの観点からも、可能な限り早期に充実したスタッフ配置が実現できるよう期待したい。
4 2 2	C	人事・労務管理を適切に行っている 【評価の視点】 ○人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員の就労管理が適切に行われていることを評価する。 【評価の要素】 ●人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備 ●各種規則・規程の職員への周知 ●職員の就労管理	B	アピールしたい点 前回適切と評価された点(労務関係規則の整備・学内電子掲示板での公開、短時間勤務制度や再雇用制度の構築、時間外・休日労働に関する協定届(36協定)の締結、職員人事評価や昇任・昇格面接試験の仕組みの構築等)は継続して取り組んでいる。医師の働き方改革推進の為、医師向け勤務管理システムの導入に向けて調整中である。2021年度内に各医師の時間外・残業時間を把握し、医師の勤務時間短縮計画を策定する予定である。	B	適切に取り組まれている点 就業規則、給与規則、育児休業・介護休業等の必要な労務関係規則は整備され周知されるとともに職員がいつでも確認できるよう学内電子掲示板に公開されている。短時間勤務制度や再雇用制度も構築されている。労働者の過半数を代表する者は投票により選出されている。また、時間外・休日労働に関する協定届(36協定)も締結され、遅滞なく労働基準監督署に提出されている。職員人事評価を実施し賞与に反映する仕組みを構築するとともに、昇任・昇格についても規則に基づき面接試験の実施を経て決定する仕組みが構築されており適切である。 課題と思われる点 出退勤管理において、看護職はタイムカードで把握し、看護師以外の職員は出退勤管理である。現状では看護職以外は労務管理の基礎となる客観的な労働時間の把握が出来ていない状況にあり、統一した出退勤管理システムの整備を期待したい。
4 2 3	C	職員の安全衛生管理を適切に行っている 【評価の視点】 ○職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。 【評価の要素】 ●衛生委員会の設置と活動状況 ●健康診断の確実な実施 ●職場環境の整備 ●労働災害・公務災害への対応 ●職業感染への対応 ●職員への精神的なサポート ●院内暴力対策	A	アピールしたい点 安全衛生委員会を設置し、職員の疲労蓄積度調査、ストレスチェック、ホルムアルデヒドの作業環境測定も定期的に実施している。職員健康診断は100%実施している。感染症対策として必要な職員にはワクチンの接種を実施している。抗がん剤取り扱い時のPPEは、外来化学療法センターと病棟で2019年以降、継続して実施している。実施状況の評価は、HICTラウンドと看護の質ワーキンググループで定期的に確認している。	C	適切に取り組まれている点 安全衛生委員会を設置し、職員の疲労蓄積度調査、ストレスチェック、ホルムアルデヒドの作業環境測定も定期的に実施している。職員健康診断は100%実施されるとともに、非常勤医師についても健康診断結果の提出を義務づけている。感染症対策として必要な職員にはワクチンの接種も実施している。院内暴力発生時の対応として「患者・家族等からの暴言・暴力等への対応マニュアル」を作成し適切に対応している。職員の職業感染対策として各種ワクチンを実施するなど適切である。 課題と思われる点 安全衛生委員会が組織されているが、開催の多くは持ち回り審議となっていた。職員の安全衛生を担当する委員会として、課題の抽出、検討、解決までのプロセスを積極的に議論するためにも委員を招集し開催するよう改善を求めた。また、化学療法室におけるケアについては、看護師の防御策がマスク、手袋のみとなっており、PPEの徹底等、曝露防護について対策が必要であった。指摘を受けて、化学療法室におけるケアについては、化学療法センターでは、マスク、手袋に加えてゴーグル、ガウンも着用したガイドラインに沿った曝露対策を実施することと改善された。しかし、安全衛生委員会の開催は「委員会を開催して議論するよう努め」と努力義務とし、持ち回り審議の開催を否定していない。安全衛生委員会の開催について努力義務としている点は不適切であり、取り組みの姿勢としては、毎月開催することを確定する必要がある。引き続き改善に向けた取り組みと実績の確認が求められる。
4 2 4	C	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている 【評価の視点】 ○職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が具体的に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●職員の意見・要望の把握 ●職員の就業支援に向けた取り組み ●福利厚生への配慮	A	アピールしたい点 院内は職員にとって働きやすい環境を整理している。福利厚生制度として、人間ドックの利用補助、保養施設の利用等も実施している。看護職員宿舎を整備すると共に、敷地内保育所を設置し、結婚・出産後も勤務が継続できる労働環境の整備にも力を入れている。職員のモチベーション向上策の一つとして、毎年年度末に功績を認められた職員に対する病院長表彰を継続している。2022年7月に全職員向け職員満足度調査を実施した。	B	適切に取り組まれている点 院内は職員にとって働きやすい環境が整理されている。福利厚生制度として、人間ドックの利用補助、保養施設の利用等も実施している。また、看護職員宿舎を整備するとともに、敷地内保育所を設置し、結婚・出産後も勤務が継続できる労働環境の整備にも力を入れている。職員のモチベーション向上策の一つとして毎年年度末に功績を認められた職員に対し病院長表彰を行うなど、様々な施策を実施されていることは評価できる。 課題と思われる点 看護部においては職員意見箱を設置し、意見を聴取するシステムが構築されているが、魅力ある職場づくりの一つとして、職員満足度調査を病院全体の取り組みとして実施することを期待したい。
4 3 0	C	教育・研修 職員への教育・研修を適切に行っている 【評価の視点】 ○職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。 【評価の要素】 ●全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価 ●必要性の高い課題の教育・研修の実施 ●教育・研修効果を高める努力や工夫 ●入職時研修・新人研修の実施 ●院外の教育・研修の機会の活用 ●教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用		アピールしたい点 医療安全、感染対策、個人情報の取り扱い、医療の倫理、接遇に関する研修会等について、全職員を対象に実施している。4月には新入病院職員を対象とした研修を開催し、年度途中で入職した者は個別にビデオ講習を受講している。研修計画は、医療の質推進部で策定し、院内における研修の実施状況の把握を行っている。		適切に取り組まれている点 職員の教育・研修は総務課が主管している。医療安全、感染管理、個人情報、接遇に関する研修会等、必要な研修会について全職員を対象に実施している。新入職員の研修についても適切に実施されるとともに、研修実施に当たっては参加人数の把握はもちろん、研修の効果をより高めるためにミニテストを実施するなど適切である。図書室は24時間学習できるように開放されており、図書の検索システムも取り入れ利便性を高めている。
4 3 1	C		A	課題と認識されている点	B	課題と思われる点 職種別、部門別の研修は、一部の部門では計画的に実施されていたが、病院として必要な教育・研修を統括した年間計画は立てられていなかった。また、中途入職者についても、必要な研修を速やかに実施するよう徹底されていない状況にあった。本審査での指摘を受けて、2019年4月に医療の質・安全推進部に医療の質推進室が設置され、院内各部門の年間教育方針・計画が作成され、病院として中途採用者を含めた必要な教育・研修、ならびにその実施状況を把握し必要に応じて指導することとなったところである。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
4	3	2	C	<p>職員的能力評価・能力開発を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○職員個別の能力評価や、自己啓発への支援など、優れた人材を育成し、活用する仕組みを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●職員的能力評価、能力開発の方針と仕組み ●職員個別の能力の客観的評価 ●職員個別の能力開発の実施 ●能力に応じた役割や業務範囲の設定</p>	<p>アピールしたい点 教員は教員業績評価、看護師はラダー制度評価、放射線技師はARTNUの標準スキルモラルクラウドシステムを使用する等、各部署独自の評価基準で職員個別の能力を客観的に評価し、結果を各人にフィードバックし人材育成に努め、モチベーションの維持を図っている。訓練・教育は各種シミュレーションを活用し、能力評価・開発を継続的に行っている。清掃職員や医療事務等委託業者にも研修会や勉強会による教育の機会を設けている。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 総務課が管轄し、医師を含む全職種に対して人事考課を毎年2回実施してフィードバックも行われている。医師や看護師、臨床検査技師、栄養士、臨床情報管理士、医療情報技師については、能力開発を積極的に進めている。また、看護部でもシミュレーションを活用した研修等も実施されており、能力評価・開発についてはおおむね適切である。</p>
4	3	3	C	<p>専門職種に応じた初期研修を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるために初期研修が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●初期研修の方針と計画 ●計画に則った研修の実施 ●研修者の評価 ●指導者の養成と評価 ●研修内容の評価と見直し</p>	<p>アピールしたい点 研修プログラムは研修協力病院と連携しながら、自由度の高い研修を行っている。地域・へき地診療のできる協力施設や救急の研修のできる東京や大阪の大規模施設も協力病院となり、より充実した研修ができています。研修医医局を立ち上げ、研修医の意見を反映した能動的な研修が行われている。研修医の360°評価は継続して実施している。薬剤師・技師等の初期研修について、職種・職場に応じた研修プログラムを実施している。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点 初期臨床研修は臨床研修部が担当し、内科、歯科の研修医の履修状況の把握と研修支援に努めている。研修プログラムは協力型病院、協力施設と連携した自由度の高い内容で研修の評価はEPOCおよびDEBUTを利用している。研修医ができる医療行為は全員が持つポケット医療安全マニュアルに記載され、指導医による診療記録のチェックも適切に行われている。シミュレーターの利用も24時間可能である。看護師についても新人研修ガイドラインおよびラダーによる研修が適切に実施されており評価できる。中途採用者については、医療安全の研修を受けた後に業務に就かせたり、翌年度のオリエンテーションを受けさせるなどの対応が行われており、評価される。</p>
4	3	4	C	<p>学生実習等を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○各職種において、指定されたカリキュラムに沿った病院実習が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●実習生の受け入れ体制 ●カリキュラムに沿った実習 ●実習生および実習内容の評価 ●医療安全・医療関連感染制御に関する教育 ●患者・家族との関わり方の取り決め ●実習中の事故等に対応する仕組み</p>	<p>アピールしたい点 特定機能病院の役割として、医療を目指す学生に教育実習の機会を提供している。医学教育の実習病院である旨もホームページや院内に掲示し、実習生担当時には文書で同意を取得しカルテで情報共有している。実習依頼校との契約に基づき感染予防ワクチン接種状況を確認の上、実習生を受け入れている。実習前に医療安全、感染管理、個人情報保護等の研修を行っている。医学生実習の質は学部評価(JACME)を受け認証されている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 特定機能病院の役割の一つとして、医療を目指す種々の学生に教育実習の機会を提供している。医学教育の実習病院である旨もホームページや院内に掲示している。実習の受け入れについては、病院と実習依頼校との契約に基づき受け入れている。また、実習開始前に医療安全、感染管理、個人情報保護等の必要な研修を受講させた後に実習を開始する等の手順は適切である。</p>
4	4	0	C	経営管理			
4	4	1	C	<p>財務・経営管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析による経営管理が的確に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●予算管理の状況 ●財務諸表の作成 ●病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理 ●会計監査の仕組み ●経営状況の把握と分析</p>	<p>アピールしたい点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 予算の編成については、各部門の事業計画に基づく要望を集約し病院経営改善ワーキングタスクで検討した後、病院長が決定している。貸借対照表、損益計算書に必要な財務諸表が作成されている。会計処理は国立大学法人会計基準に則り適切に処理されている。経営状況を把握するために平均在院日数、稼働率、入院・外来平均単価をはじめとした種々の指標を設定するとともに、年度の目標値を掲げ経営改善への詳細な分析を行っている。分析した経営状況は病院執行部会、附属病院連絡会議において、各部門長等に共有されており適切である。</p>
4	4	2	C	<p>医事業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●窓口の収納業務 ●レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応 ●施設基準を遵守するための体制 ●未収金への対応</p>	<p>アピールしたい点</p>	A	<p>適切に取り組まれている点 医事業務の適切な遂行にあたり、施設基準の適正な管理のため専任の担当者を配置し、毎月1日付で人事担当および看護部から異動情報を入力し届け出内容に齟齬が生じないよう対応している。診療報酬の査定対策として事務職員2名を専任で配置し、査定率減少に向け査定データは事務担当者で当該診療科の担当医師とが確実に連携し、以後の査定を受けやすいよう対応している。その結果として査定率は0.3%台を維持している。未収金管理については、回収の手順が明確にされており、手順に基づき架電、文書督促、個別訪問等を実施しており適切である。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)
4 4 3	C	<p>効果的な業務委託を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○委託の是非に関する検討が行われ、委託後の業務管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●業務内容と委託の是非の検討 ●委託業者の選定 ●委託業務の実施状況の把握と質の検討 ●委託業務従事者に対する教育 ●事故発生時の対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>各部署で毎年度、業務委託内容や委託の是非を検討し、仕様策定に経営担当部署も関与し、業務の必要性や人員配置を検討している。業者の選定は競争契約で行い、適正価格で契約し経営効率化に努めている。委託業務の実施状況は日報等で確認している。医療材料や医薬品の物流管理業者には毎月、関係委員会に出席を求めている。委託業者に医療安全管理及び病院感染対策のマニュアルを配布し、各講習会に年2回の出席を義務付けている。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>業務委託については委託の種類別、委託の内容について各部署で検討されている。委託会社の選定に当たっては、入札に当たり適切な業者であるか否かについて事前審査を実施した上で一般競争入札を行っている。また、委託会社については業務の質を維持するため定期的に見直しを行っている。委託業務の実施状況については、日報、週報等により適時病院担当部署に報告されている。万一事故が発生した場合の手順は明確化されており適切である。</p>
4 5 0	C	<p>施設・設備を適切に管理している</p> <p>【評価の視点】 ○自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備 ●日常点検と保守管理 ●緊急時の対応 ●院内の清掃 ●廃棄物の処理 ●経年劣化等の現状把握および将来への対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>施設・設備の日常点検・管理及び清掃は委託しており、24時間常駐の体制を整え緊急時の連絡方法も確立している。日常点検、保守管理の点検を記録し、不具合時は施設管理担当部署に報告する体制にある。医療ガスの点検は病室のアウトレット等も含めて有資格者が点検している。2021年7月30日に医療ガス安全委員会を対面で開催し、医療ガス点検結果を確認し、医療ガス改修の内容・手順等を審議して医療ガス事故防止に努めた。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>施設・設備の日常点検・管理および清掃は委託で対応しており、24時間常駐の体制を整え、緊急時の連絡方法も明確にされている。日常点検、保守管理の点検記録が取られ、不具合時には施設管理課に報告される仕組みが機能している。院内は清掃が行き届き、感染性廃棄物の分保管理も適切に行われている。また、医療ガスの点検は病室のアウトレットなども含め委託の有資格者により安全を確認されている。</p>
4 5 1	C	<p>物品管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○物品購入の過程が明確であり、物品の品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●購入物品の選定 ●物品購入の過程 ●使用期限の管理 ●在庫管理の状況 ●ディスプレイ製品の管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会及び薬事委員会現場の意見を聴取して検討し、SPDシステムにより定数を管理し配送している。SPD業務の委託業者で期限切れや不具合在庫のチェック及び棚卸を毎月実施し、報告を受け確認している。ディスプレイ製品は単回使用することを徹底し、物品管理を適切に行っている。備品は毎年、財務部で抽出物品として物品検査にて適正な管理が行われているかの検査を行っている。</p>	B	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会、および薬事委員会において現場の意見を聴取して検討され、SPDシステムを導入して定数管理による配送を行っている。また、期限切れや不具合在庫のチェックもしており、棚卸も毎月実施している。ディスプレイ製品については単回使用することが徹底されており、物品管理は適切である。</p>
4 5 2	C	<p>物品管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○物品購入の過程が明確であり、物品の品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●購入物品の選定 ●物品購入の過程 ●使用期限の管理 ●在庫管理の状況 ●ディスプレイ製品の管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会及び薬事委員会現場の意見を聴取して検討し、SPDシステムにより定数を管理し配送している。SPD業務の委託業者で期限切れや不具合在庫のチェック及び棚卸を毎月実施し、報告を受け確認している。ディスプレイ製品は単回使用することを徹底し、物品管理を適切に行っている。備品は毎年、財務部で抽出物品として物品検査にて適正な管理が行われているかの検査を行っている。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会、および薬事委員会において現場の意見を聴取して検討され、SPDシステムを導入して定数管理による配送を行っている。また、期限切れや不具合在庫のチェックもしており、棚卸も毎月実施している。ディスプレイ製品については単回使用することが徹底されており、物品管理は適切である。</p>
4 6 0	C	<p>病院の危機管理</p> <p>災害時の対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●火災発生時の対応 ●緊急時の責任体制 ●停電時の対応 ●大規模災害時の対応 ●病院の機能存続計画に基づいた災害訓練の実施 ●災害派遣医療チームや医療救護班の派遣や受け入れの対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p>	S	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>消防計画を含めた災害対策のマニュアルを整備しており、火災発生時や停電時にも迅速に対応できる体制を確保している。基幹災害拠点病院として大規模災害時における対応体制を整備している。また、DMATは派遣実績もあり、広域災害に対応するため継続的な訓練にも参加している。食料備蓄も職員を含め3日分以上確保し、関係業者と物品調達協定も結び、医薬品も県より提供される体制がある。また、建物は、免震、耐震構造であり、災害拠点病院に見合った非常用電源も確保されている。緊急時の通信設備として、衛星通信に加え優先携帯電話も3台利用可能である。ヘリポートからエレベーターを介して手術室やICUがあるフロアに直結できるなど、災害時の危機管理は極めて良好であり、高く評価できる。</p>
4 6 1	C	<p>物品管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○物品購入の過程が明確であり、物品の品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●購入物品の選定 ●物品購入の過程 ●使用期限の管理 ●在庫管理の状況 ●ディスプレイ製品の管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会及び薬事委員会現場の意見を聴取して検討し、SPDシステムにより定数を管理し配送している。SPD業務の委託業者で期限切れや不具合在庫のチェック及び棚卸を毎月実施し、報告を受け確認している。ディスプレイ製品は単回使用することを徹底し、物品管理を適切に行っている。備品は毎年、財務部で抽出物品として物品検査にて適正な管理が行われているかの検査を行っている。</p>	S	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>購入物品の選定は材料部委員会、材料部運営委員会、および薬事委員会において現場の意見を聴取して検討され、SPDシステムを導入して定数管理による配送を行っている。また、期限切れや不具合在庫のチェックもしており、棚卸も毎月実施している。ディスプレイ製品については単回使用することが徹底されており、物品管理は適切である。</p>
4 6 2	C	<p>保安業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○病院規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●業務内容の明確化と確実な実施 ●緊急時の連絡、応援体制 ●日々の業務実施状況の把握</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>随所に防犯カメラを設置して、時間外・夜間・休日の施設管理や巡視を規則に従い実施している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>医事課が担当課となり、委託の警備会社が日々の保安業務を行っている。また、医事課所属の警察OBの保安員も配置されている。時間外・夜間・休日においては、委託の当直事務を契約している。随所に防犯カメラも設置して、休日・夜間の施設管理や巡視も規則に従って実施され、また緊急時の連絡・応援体制も整備されている。業務日誌も整備されており、日々の業務も把握され、保安業務は適切に行われている。</p>
4 6 2	C	<p>保安業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○病院規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●業務内容の明確化と確実な実施 ●緊急時の連絡、応援体制 ●日々の業務実施状況の把握</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>随所に防犯カメラを設置して、時間外・夜間・休日の施設管理や巡視を規則に従い実施している。</p>	A	<p>適切に取り組まれている点</p> <p>医事課が担当課となり、委託の警備会社が日々の保安業務を行っている。また、医事課所属の警察OBの保安員も配置されている。時間外・夜間・休日においては、委託の当直事務を契約している。随所に防犯カメラも設置して、休日・夜間の施設管理や巡視も規則に従って実施され、また緊急時の連絡・応援体制も整備されている。業務日誌も整備されており、日々の業務も把握され、保安業務は適切に行われている。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄	前回評価	前回所見(2019年1月実施)	
4	6	3	C	<p>医療事故等に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療事故発生時の対応手順 ●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討 ●訴訟に適切に対応する仕組み</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 重大事故は病院管理者(病院長)へ速やかに報告される体制にある。診療科からの報告は医療安全管理責任者へ直接連絡され、緊急性に応じて医療安全管理部または医療安全管理委員会で検討の必要性を判断し、検証会を開催している。苦情事例は苦情カンファレンスを行い、医療安全・医療の質の観点からも対応している。紛争・訴訟事例は医療安全管理部が当該診療科や病院長と協議し方針を決め、顧問弁護士の支援を受け対応している。</p>	<p>A</p> <p>課題と認識されている点</p>	<p>適切に取り組まれている点 重大事故発生時の対応手順が定められマニュアルに明記されている。入院患者の全死亡事例が、診療科によるM&Mカンファレンス記録、死亡診断書、死亡事例チェックリストを用いて医療安全管理室に報告され、必要な事例は病院長にも適時報告がされる手順が構築され実施されている。事例に応じて外部委員も参加する医療事故調査委員会、特別事例検討会を開催する仕組みがある。全職員対象に病院賠償責任保険に加入する等、医療事故への対応体制は適切に整備されている。</p> <p>課題と思われる点 特記なし。</p>