

# 病院機能評価に関する 中間的な結果報告

訪問審査実施日：2023 年 8 月 3 日～8 月 5 日

病院名：獨協医科大学病院



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

### 中間的な結果報告の内容

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）の各評価項目の中間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。

中項目の評価は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。

# 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】

基本方針の筆頭に「生命の尊厳と権利の尊重」が掲げられ、「患者さんの権利」として、人格が尊重され尊厳をもって診療を受ける権利、他に意見を求めて治療法や医療機関を選択する権利など5項目が明文化されている。これらの権利条項は、ホームページ、院内各所での掲示、「入院のご案内」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、職員が携帯する「医療安全管理マニュアル（ポケット版）」や職員ネームカードの裏面への表示で周知されている。臨床の各場面では、メディエーターを含めて多様な視点から権利擁護が実践されている。小児においても「子供の患者さんの権利」として平易な文章で7項目が明文化され、インフォームド・アセント、プレパレーションなどの工夫もなされている。さらに、小児病棟では小児救急看護認定看護師が様々な権利擁護を推進し、保育士、院内学級教師等による支援も実践されている。社会情勢の変化に応じた見直しについては、病院幹部で構成される病院運営常任委員会で検討されている。診療記録は開示を原則として適切な手順が整備され、2022年度の実績は、開示130件、非開示は0件である。

#### 【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	C	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>説明と同意に関する方針・手順は、医療事故防止対策マニュアルに「インフォームド・コンセント実施基準」として定めている。医療安全管理委員会内に IC 委員会を設置し、医療安全推進センター長が委員長となり、説明と同意を必要とする範囲の規定、説明文書の承認などを行うほか、隔月に各診療科の診療録を 1 件抜き出して説明・同意の実施状況のモニタリングを行っている。IC 委員会で承認された 790 の説明文書が現在使用されており、その内容は標準化され、「同意の撤回」「セカンドオピニオン」など必要な項目が網羅されている。特に、セカンドオピニオンについては、他施設への依頼をセカンドオピニオン外来で一元的に管理しており、昨年度は 24 件の実績がある。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>小児における侵襲的検査において、検体の研究利用についての同意書のみを取得し、検査およびそれに伴う鎮静について書面での説明・同意が行われていない例が見受けられた。また、説明時の診療録への記載不備、看護師による同席または確認の記録不足などもあり、説明と同意に関する手順の遵守が徹底されるよう改善が求められる。</p>
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>「入院のご案内」に、患者誤認防止策や転倒・転落防止、感染防止対策への協力の依頼が記載され、患者参加を促している。外来に図書・情報コーナーが設置され、インターネット検索ができるなど工夫されている。地域連携・患者サポートセンターには、病気や療養生活に関するパンフレットが配置されている。入院診療計画書や患者用パスのほか、説明・同意文書に補足資料を追加するなど、患者個別の指導や家族との情報共有、理解を深めるための支援が適切に行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>地域連携・患者サポートセンター内に医療福祉相談部門や患者相談窓口部門を設置し、看護師や社会福祉士などの専門職員を配置している。患者・家族からの相談は、相談内容に応じて専門職と連携し対応している。患者・家族への周知は、ホームページや病院案内、「入院のご案内」、院内掲示などを活用している。虐待対応マニュアルを整備するとともに、児童虐待対応フローチャート、高齢者・障害者・配偶者虐待（疑い）対応フローチャートを「医療安全管理マニュアル（ポケット版）」に掲載し、全職員が携帯している。また、虐待防止委員会を設置し、虐待防止に努めている。各種相談は記録し、相談部門システムで管理している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
1.1.5 患者の個人情報を適切に取り扱っている	C	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>個人情報保護に関する基本方針・規程を策定し、研修会などを通じて全職員や学生、委託職員に周知している。患者・家族にはホームページや院内掲示で周知している。診療や生活上のプライバシーに配慮し、必要に応じて個人情報保護委員会を開催している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>各部署に情報をダウンロードできる電子カルテ端末を1台設置し、医療情報センターから貸与された専用USBを接続して患者情報をダウンロードすることが可能である。USBを院外へ持ち出す場合の手順を定め、「匿名化した情報は、個人情報保護責任者である所属長の許可を得る」「匿名化しない場合は、さらに管理責任者の病院長へ申請書を提出する」こととしている。ダウンロードは申請者本人が直接行い、病院として内容を確認する仕組みがない。申請書は決裁区分がなく、提出は過去0件であることから病院としての管理体制が機能していない。また、USB貸出後の返却基準がない状況である。患者情報が外部に漏洩するリスクがある状況であり、例えば電子カルテの患者情報は、申請に基づき病院として決裁のうえ医療情報センターから払出すなど、病院としての一元的な管理体制を構築するよう早急な改善が求められる。</p>

1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>理念に「医療倫理の徹底」が掲げられ、基本方針の「生命の尊厳と権利の尊重」を基盤に4つの臨床倫理指針を明示している。倫理的課題は、病院運営委員会内の臨床倫理委員会で検討する体制である。病院としての主要な倫理的課題として、尊厳死、延命治療などの生命の尊厳、信仰・信条に関わることを挙げている。職員への教育として、全職員を対象にDNARについて講演会がなされるなど倫理的課題に取り組んでいる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>臨床現場で解決が困難な倫理的課題について、臨床倫理委員会に上申して検討する体制であるが、昨年度は患者の診療拒否に関する検討が11件行われたのみである。最近、臨床現場から気軽に相談できる仕組みとして「倫理コンサルテーションチーム」が設置されており、今後活用されることが望まれる。また、病院として宗教的輸血拒否患者への対応を定めているが、ホームページなどで受診前の患者・家族に周知されることを期待したい。</p>
1.2 地域への情報発信と連携		
1.2.1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>地域に向けた情報は、ホームページ、病院案内、広報誌などで発信している。広報誌は、地域向けの「獨協大学病院だより」「えいよう通信」「リウマチセンターだより」を定期的に発行している。また、医療機関向け広報誌「獨協メディカルスコープ」は、広報誌と動画サイトを活用して広く周知するなど工夫されている。ホームページに病院指標や臨床指標を掲載し、診療実績の発信に努めている。指標のほか、一般市民に向けて各診療科の診療内容や検査・治療について平易な表現で掲載するなど、必要な情報を地域等へわかりやすく発信している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>地域医療機関との連携は、地域連携・患者サポートセンターが中心となり、専従の看護師や社会福祉士、事務職員により地域の医療関連施設の機能やニーズの把握、他の医療関連施設との連携に努めている。定期的に地域の医療機関を訪問して顔の見える連携に取り組み、信頼関係の構築を図っている。地域連携・患者サポートセンター運営委員会を開催し、紹介や逆紹介、転院など連携強化に向けた検討を行っている。紹介や逆紹介、返書は管理システムを導入し管理している。また、地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」や地域連携パスの運用に取り組むなど適切に連携している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
1.2.3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者や市民の健康増進を目的とした「公開講座」や「みぶまち獨協健康大学」の年度計画を策定し、定期的に開催している。また、地域医療機関との情報交換の場として「ゆうがお地域医療フォーラム」を毎年開催し、新規医療の取り組みや症例発表などを行っている。Dokkyo Alliance Clinics &amp; Hospitals (DACH ダック) では、地域医療機関との連携強化と地域医療への貢献を目的に実務担当者会議を開催し情報共有している。さらに、2023年度から免疫アレルギー疾患患者に係る治療と仕事の両立支援モデル事業実施病院として新たな取り組みを開始するなど教育・啓発活動に注力している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

## 1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

## 1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している

A

## 【適切に取り組まれている点】

医療安全担当副院長が統括する医療安全推進センターには、専従医師1名、専従看護師2名、専従薬剤師1名、事務職員のほか、多職種の兼任の職員が配置されている。医療機器安全管理責任者は臨床工学部部長（兼呼吸器外科部長）、医薬品安全管理責任者は薬剤部長、放射線医療安全管理責任者は放射線科部長が担当している。院内全死亡例、インシデント・アクシデント報告は医療安全推進センターで検討したのち、月1回開催される医療安全管理委員会で審議されている。各診療科・部署にセイフティマネージャーが任命され、医療安全推進センターと連携しながら日常の実務を担っており、重大事例発生時は迅速に医療安全推進センターと病院長に報告される体制が構築されている。医療安全を中心とする病院管理に関する様々なマニュアルは電子カルテで常時閲覧可能で、適切に改訂されている。

## 【課題と思われる点】

職員の匿名での内部通報の通報先として外部の弁護士を設定しているが、利用の実績がない。一方、職員からの通報の意図でインシデント報告に「Dランク」を設定しており、利用者は多いものの匿名化はされていない。職員が匿名で気軽に報告できる仕組みの整備を期待したい。

1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>2022 年はインシデント 4,225 件（うち医師 211 件）、アクシデント 158 件（うち医師 120 件）、計 4,383 件の医療安全レポートが電子的に医療安全推進センターに報告され、検証されている。院内死亡例は医療安全推進センターに死亡報告しなければ退院指示に進めない仕組みであり、医療安全推進センターはオンタイムでの情報収集を行い、必要時は迅速に対応している。全ての死亡例、インシデント・アクシデント報告は日報として病院長に報告されている。重大事例は原因究明と再発防止について多職種で検討されたのち、医療安全管理委員会やセイフティマネージャー会議で審議され、セイフティマネージャーを通じて職員に周知される体制が構築されている。医療安全推進センターのスタッフによる院内巡視が適宜に行われている。全職員、医師・研修医を対象とした多くの医療安全研修会が開催されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>研修医からのインシデント報告は年数件程度にとどまっている。臨床研修センターと連携し、報告することの意義などについて教育・指導が行われることを期待したい。</p>
1.3.3 医療事故等に適切に対応している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>重大事例発生時は、医療安全推進センターに速やかに報告され、病棟担当医や診療科長・セイフティマネージャー、担当師長、医療安全推進センターのスタッフにより迅速に対応されている。対応手順は「医療安全管理マニュアル（ポケット版）」に記載され、職員に周知されている。事例発生時は、医療安全推進センターあるいは担当医より速やかに病院長に報告されている。重大事例では原因究明と再発防止に向けて事例検討会を開催し、多職種で検討される体制が構築されている。過去 3 年間で医療事故調査制度に基づく対応事例 1 件、および死亡に至らなかったが重篤な転帰となった事例 2 件に対して、外部委員を招聘した調査委員会が開催されている。係争事案は医療安全推進センターで審議ののち、庶務課が窓口になって顧問弁護士の指導のもと適切に対応されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

## 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】

感染制御センターには、2名のICNを含む看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務職員が専従で勤務し、センター長兼務の副院長やICDである副センター長をはじめとした多職種の兼任の職員とともに医療関連感染制御に関する業務を統括・実行している。活動にあたっては、センター長、副センター長らと病院長との密接な連携により職務権限の委譲を受けており、センター長を委員長とし病院長はじめ各部門長などの委員からなる月1回の院内感染防止対策委員会（ICC）が評価・承認する体制である。感染制御センターのメンバーは、ICTラウンドやASTラウンドなどで収集した感染関連情報をもとに専門的な検討を毎週行い、月1回開催のICT会議で取りまとめている。さらに、ICT会議の記録をICCに報告し、ICC議事録として院内全体に周知する体制である。感染防止対策マニュアルにはこれらの運用規程を明記し、各種感染対策や予防策などとともに、電子カルテ端末を通じて職員に周知している。マニュアルは必要に応じて改定され、変更点をわかりやすく職員に周知している。

#### 【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	<div data-bbox="790 224 805 257">B</div> <div data-bbox="861 224 1220 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></div> <div data-bbox="861 257 1406 750">感染防止対策マニュアルに耐性菌・環境・施設の各ラウンドの実施要綱やデバイス・分離菌・症状の各サーベイランスの手順を明記し、電子カルテからのデータ収集ソフトウェアも整備し必要な情報を収集できる体制を構築している。CLABSI・VAP・CAUTI は、実質的に全病棟を対象としてサーベイランスを行っている。抗菌薬 AUD については、私立医科大学病院感染対策協議会データとベンチマーク分析を行っている。マニュアルにはアウトブレイクの定義を定め、現場からの報告手順や対策チェックリスト、ICC 臨時招集・行政報告・マスコミ対策に至るフローチャートなどを整備している。</div> <div data-bbox="861 772 1117 806"><b>【課題と思われる点】</b></div> <div data-bbox="861 806 1406 1191">SSI は 2020 年からの肝胆膵手術に加えて今年度から脊椎手術、冠動脈バイパスグラフト手術を対象としており、さらに対象を拡大するよう準備しているが、年間 9,000 件の手術を行う病院に相応しい SSI の把握が望まれる。さらに、JANIS の全部門に参加しているものの、JHAIS や J-SIPHE には未登録で主要な感染関連情報のベンチマーク分析が行えていない。自院の経時的な変化のみでなく客観的な指標を用いた分析と、それに基づいた改善活動を展開していくことを望みたい。</div>
---------------------------------	---

---

## 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では、病院機能評価、ISOなどの体系的な第三者評価を継続的に受審している。看護部門では日本看護協会のDiNQL事業に参加し、他施設とベンチマークを行っている。2019年7月に設置した執行部メンバーからなる「業務の質改善会議」では、多種多様な業務に関するデータを収集して分析を行い、私立医科大学協会のデータとの比較から課題を抽出し、改善に向けた取り組みが継続されている。さらに、同会議の下に「教職員からの提言・提案委員会」が設けられ、最近では業務の質改善に関わる情報をこれまでに30件以上収集し、ほぼ半数に対応している。これらの組織的な取り組みから、休暇制度の改革、採血ブース増設による待ち時間の短縮、IC付き採血管への変更、異常値の報告体制の構築、診療時間や受付時間の拡大・変更、後払い制度などの改善実績がある。そのほか、前回の病院機能評価における指摘事項についても継続的な取り組みが実践されているなど、改善活動が定着している。なお、「教職員からの提言・提案」について、医師以外からの情報提供が推進されるとさらに良い。

## 【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	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>関連診療科合同のキャンサーボードなどのほか、多職種による M&amp;M カンファレンスや CPC が開催されている。日常の診療にはガイドラインが活用され、クリニカル・パスに反映されている。多職種で構成されるクリニカルパス推進委員会が作成と見直し、月毎のバリエーションの分析を行い、その要因やアウトカム設定などを検証している。これらの取り組みで、周術期における抗菌薬の使用や疾患ごとの在院日数などの適正化につなげている。現在、クリニカル・パスは約 940 種類が運用され、適用率は常に 50% 以上であるが、60% 以上を目標にしている。臨床指標・質指標の活用では、BLS 研修受講、クリニカル・パス推進に関連する項目、抗菌薬の適正使用関連、感染対策に関わる各種のサーベイランス、医療安全管理報告件数、その他が毎年集計され、ホームページで公開されている。これらの中で、他施設との比較から入院中の転倒・転落、針刺し事故、周術期口腔機能管理などについて成果が得られている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>再手術、予想出血量や予定手術時間の超過など、手術に関わるデータが多く集積されていることから、今後改善に向けた指標として活用する取り組みが期待される。</p>
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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者・家族からの意見は、地域連携・患者サポートセンター内の各種相談窓口や総合案内、意見箱、毎年実施する患者満足度調査を通じて収集している。収集した意見は関連部署で内容の確認と回答案を取りまとめ、医療サービス委員会に報告し、再確認や再検討を行った後に病院長に報告している。意見に対する回答は、直接の回答や院内掲示、ホームページなどを通じて患者・家族にフィードバックしている。また、本年 7 月より、院内で使用するメール機能を活用して各部署の改善策を職員へ周知し、情報共有するなど医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	C <b>【適切に取り組まれている点】</b> 高難度新規医療技術、未承認新規医療機器、未承認新規医薬品等の導入を管理する新規医療技術管理部門が設置され、各々について設置された委員会において、2017年以降、高難度新規医療技術 72 件、医薬品については 2021～2023 年に未承認 1 件、適応外 34 件、用法外・その他 3 件が審査の上で承認されている。臨床研究は臨床研究管理センターで審査の上で一元管理されており、研究に携わる教職員への教育も行われている。  <b>【課題と思われる点】</b> 高難度新規医療技術の提供に際して、新規技術であることや自院での実績の説明に基づいた同意が行われていない。また、実施後は診療科からの 1 回の報告にとどまっており、定期的な報告とはなっていない。さらに、担当部門による定期的かつ能動的なモニタリングが実施されていない。未承認新規医薬品等について、実施前の説明・同意と実施後のモニタリングについての手順が定められていない。説明と同意、実施後のモニタリングについて、明確な手順を定めて確実に実施するように改善が求められる。また、同一の医師が新規医療技術管理部門長と傘下の委員会委員長を兼務しており、分離・独立することが望ましい。臨床研究のオプトアウトはホームページの深い階層に掲載されているため、患者・家族が閲覧しやすい階層への掲載を期待したい。
---	---

---

## 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】

来院時のアクセスはホームページや入院のご案内などに明示し、一般患者用や障害者用の駐車場、タクシー乗降場、郵便ポストなどを整備し、玄関前にはキャノピーを設置して雨に濡れずに移動が可能である。院内では、銀行やコンビニエンスストア、コーヒーショップ、理容室、コインロッカーなどが利用できるようになっている。正面玄関内にコンシェルジュを配置し、患者や面会者等に適切に対応している。また、盲導犬の受け入れやシルバーカー、車椅子の配置など、高齢者や障害者に配慮している。入院時の負担軽減と感染対策を目的として、入院セットサービス（室内着、タオル、アメニティーなど）が定額制で利用可能であり、利用者の安全性・利便性・快適性に配慮している。

## 【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】

病室や処置室、診療・ケアに必要なスペースは十分に確保されている。病室や病棟ダイニング等は採光が良く、感染対策をしながら面会できるよう工夫されている。小児科のプレイルームは、景観にも配慮されくつろげる場所が提供されている。院内は整理整頓されており、トイレなどの表示もわかりやすく、安全で安心な環境の整備に努めている。清潔な寝具の提供やトイレ・浴室等の清掃も行き届いている。

## 【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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者の健康維持や増進のために、敷地内全面禁煙を導入し、ホームページや入院のご案内、院内掲示などにより禁煙の方針を周知している。また、守衛や事務職員による敷地内の禁煙パトロールを実施している。禁煙外来を開設し、喫煙習慣の改善に取り組んでいる。職員の喫煙状況を毎年把握し、喫煙率は年々低下しており、直近の喫煙率は8.2%で、禁煙指導の成果がうかがえる。また、2008年に地域がん診療連携拠点病院の指定を受けており、禁煙の教育・啓発活動に取り組んでいる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------	---	--

---

## 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

#### 2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

##### 2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である A

##### 【適切に取り組まれている点】

病棟入口には、病棟責任医師名と看護師長名が掲示されており、病棟担当の薬剤師と管理栄養士名も表示されている。退院支援担当者名も掲示板に明示され、業務内容を含めて患者・家族に周知されている。主治医・看護チームは、朝のカンファレンスや回診により患者の状況を毎日把握し、患者支援の検討や職員への指導を行っている。ベッドネームには主治医名、担当医名、担当・副担当看護師名を明示し、患者・家族に明らかにしている。看護師の当日の担当者は、勤務開始時に直接患者に挨拶し、担当であることを周知している。看護師長は毎日病棟ラウンドを行い、患者からの意見などを直接聴取している。主治医不在時の連絡・責任体制は、毎月一覧表で明示され、診療・ケアの管理体制は明確になっている。

##### 【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	B 【適切に取り組まれている点】
	<p>診療録記載マニュアルに、診療録の定義から関連法規、初診時の必要項目やSOAP フォームによる記載、手術記録のルールなどを明記し、臨床現場でそれらを遵守した診療録を作成している。医学用語と略語の使用は市販の医学事典に準拠することとし、オンラインで参照可能にしている。また、説明と同意の際の専用テンプレートを医師だけでなく看護師も活用しており、患者・家族の反応などの記載内容を職員間で共有しやすくしている。医師は新入院時や侵襲的な治療を行った後には、休日を含め適時の記載を実践している。医師の診療録の質的点検は、診療記録管理部の診療情報管理士と同委員会委員の医師が、各診療科年間約5件を抽出しチェックリストに沿って行っており、点検結果は主治医および診療科責任者に直接フィードバックしている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>医師の記載の質的点検は、近い領域の他診療科医師が行っているが、他領域の医師および他職種での実施が望まれる。臨床研修医による記録の指導医によるカウンターサインが速やかに行われていることをモニタリングする体制の構築が望まれる。退院後2週間以内のサマリー作成率は約95%であり、臨床研修病院であることからさらなる向上を期待したい。</p>

---

2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者誤認防止に関しては、入院患者では氏名の名乗りとリストバンドなど2つ以上の識別子で確認し、外来患者では生年月日と氏名の名乗り、IDカードなど複数で確認を行っている。乳幼児や意識障害患者など名乗ることが困難な場合や患者から協力が得られない場合には、家族への確認など代替手段で実施している。手術室ではサインイン、タイムアウト、サインアウトによる患者・手術部位の確認を行っているほか、侵襲的な内視鏡処置、カテーテル検査・治療、透析治療、放射線治療においてもタイムアウトを実施している。手術部位の確認は、院内で統一されたルールに則り、手術前に主治医の責任で頭部・上肢・体幹の手術では手背、下肢手術では足背に「○」を記入し、手術当日にも確認しており、両側手術の際の規定も明確にしている。検体取り違い防止対策として、バーコードや採血患者認証システムの利用、随所でのダブルチェックを行っており、チューブ・ドレーン等では誤接続防止対策として、使用用途の明記などの対策を実施している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>臨床現場では、電子カルテの機能を活用して処方箋・注射箋の記載、指示出し・指示受け、実施入力と確認などの手順を実施している。また、緊急の口頭指示を受ける際は、薬剤単位などをあらかじめ印刷した専用メモ用紙を利用しており、医師による事後オーダー入力を確実にしている。画像診断・病理・検体検査部門などからの検査結果伝達は、それぞれが医療安全推進センターと協働しながら未既読管理を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	<div data-bbox="790 230 805 264">C</div> <div data-bbox="874 230 1220 264"><b>【適切に取り組まれている点】</b></div> <div data-bbox="863 266 1394 678"><p>アレルギー・副作用歴は電子カルテに登録され、併用禁忌、重複投与、未熟児の投与量警告設定などによりチェックされる機能がある。医薬品安全管理責任者は医療安全推進センターと密に連携して、定められた薬剤の業務手順の遵守状況の確認を行っている。各部署の救急カートを含めた常備薬は最小限の品目と数量に限定し、使用後の補充は医師の処方により行われている。高濃度カリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤のみが採用され、単独処方の禁止と統一した希釈方法が定められている。</p></div> <div data-bbox="874 714 1114 748"><b>【課題と思われる点】</b></div> <div data-bbox="863 750 1394 1261"><p>造影検査室において、イオン性造影剤が他の造影剤と同じケースに仕切りがなく、注意喚起がなされていない状態で隣接して保管されている。この検査室では脊髄造影も行われることから、投与経路の異なる造影剤を別々に保管するなど、誤投与を防止する仕組みを構築して運用するよう改善が求められる。あわせて院内の他の部署でも同様のリスクが潜在していないか、薬剤部が中心となってチェックすることが望まれる。ハイリスク薬として400種類以上の薬剤を定めてリスト化されているものの、その取り扱いや投与に関する具体的な注意点が院内に周知されていない。ハイリスク薬の定義の見直しとともに、注意事項の周知方法の検討が望まれる。</p></div>
-----------------------------	--

---

2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	S	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1402 1086">昨年度に引き続き「転倒・転落対策」をテーマに掲げ、医療安全推進センターが中心となり病院全体で取り組んでいる。病院組織として、3DVRを用いた転倒インシデント予防トレーニングの導入、転倒事例についての1例ごとの詳細な分析とその結果の現場へのフィードバック、医師、看護師のみならず薬剤師、療法士、臨床工学技士も参加するカンファレンスの実施、体動センサー付きベッド「離床CATCH」の導入など、多くの取り組みがなされている。臨床現場での意識も高く、病棟看護師は入院当日から患者の危険度に応じた予防策をきめ細かく実施している。さらに、実施した予防策の効果の検証や振り返りを行うことで、転倒・転落リスクへの職員の意識を高めている。外来・リハビリテーション科・放射線部等においても、患者の転倒リスクを予測して必要に応じて職員が寄り添うなど、細やかな対応が行われている。医療安全推進センターで転倒・転落率を収集して、ベンチマーク分析した上で対策の立案に活用しており、転倒・転落率は年々着実に減少している。これらの病院全体による取り組みは優れており、高く評価できる。</p> <p data-bbox="861 1120 1117 1153"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1153 973 1187">特記なし。</p>
2.1.7 医療機器を安全に使用している	A	<p data-bbox="861 1220 1212 1254"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 1254 1402 1814">臨床工学部に配置された臨床工学技士は、手術室、血液浄化センター、ICU、心臓・血管カテーテル室、病棟等の各部署で医療機器の整備と使用中の点検業務に関与するとともに、現場の職員の教育・指導にもあたっている。現場教育では、新規医療機器の作動確認手順や使用方法等の説明のほか、アラームの設定方法などについても指導を行っている。病棟看護師が新たな医療機器を取り扱う際は、事前に研修を受講するルールになっている。全体研修として、医療機器の安全使用全般に向けた研修会が毎年開催され、研修医や医師も参加している。人工呼吸器等の各種医療機器の設定は、原則医師の指示により行い、看護師による設定変更確認ののち、臨床工学技士が再確認している。</p> <p data-bbox="861 1848 1117 1881"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1881 973 1915">特記なし。</p>

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>院内緊急コードが設定され、患者急変時には PHS や院内放送で救命救急センター医師の出動を要請する仕組みがある。救命救急センターの医師と看護師を中心に、急変の予兆を捉えて未然に対処するための RRS を 2019 年に開始している。さらに、平日は毎日救命救急センター所属の認定看護師 2 名が病棟ラウンドを行い、急変リスクが高いと判断した患者を ICU に入室させる取り組み (CCOT) を開始し、成果をあげている。職員向けの BLS 訓練では、JRC 蘇生ガイドラインに基づき院内に在籍する 6 名の ICLS・ACLS インストラクターによる訓練が実施され、受講状況は SD センターで管理しており、3 年ごとの更新も確認している (現在は Web にて実施)。院内の各部署では年 1~2 回のシミュレーション訓練が実施され、訓練後の振り返りも行っている。院内すべての救急カートの内容は統一されており、特に薬剤については薬剤部との協議で必要最小限の配置としている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
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	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>感染制御センターが中心となり、ICT および各部署のリンクナースが協働して、PPE の適正使用や手指衛生の周知、感染性廃棄物の適切な分別・処理等に取り組んでいる。標準予防策の徹底では、ICT ラウンドで PPE の適切な配置や遵守状況のモニタリングを実施している。手指衛生に関しては、部署ごとに擦式アルコール消毒剤の使用量の測定と直接観察法による手指衛生回数の調査を行っており、その結果を各部署にフィードバックして意識を高めており、定期的な ICT ラウンドで効果を確認している。感染性廃棄物は適正な処理が行われ、血液・体液が付着したリネン類は、患者等が直接触れないよう鍵付きの保管庫で収納、回収されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>手指衛生回数は救命救急センターを除き全体的に低値であり、職種や部署においてもバラつきがある。課題は現場でも認識されており、リンクナースを中心に病棟独自の勉強会を開催するなどの取り組みもなされており、さらに多くの職種・部署の意識を高める活動を継続することが望まれる。</p>

2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	B	【適切に取り組まれている点】
		<p>抗 MRSA 薬とカルバペネム系抗菌薬は届出制となっており、処方時に必要事項を記載して使用状況を把握する仕組みがある。感染制御センター専従の薬剤師を中心として、抗菌薬の使用状況を感染管理システムにより日常的に把握して使用患者の確認を行い、病棟薬剤師と連携した TDM の実施や血液培養結果に基づくデ・エスカレーションなどの抗菌薬の見直しについて能動的に介入している。抗菌薬の採用と削除や周術期の抗菌薬の使用状況の確認、クリニカル・パスの作成にも関与して抗菌薬の適正使用を推進している。抗菌薬の使用状況は経口剤も含め月 1 回、アンチバイオグラムは年 1 回の頻度で一覧表を作成し、院内に周知している。</p>
		<p>【課題と思われる点】</p> <p>AST は最新の知見やガイドラインに基づき業務内容をアップデートしているが、院内で定めている「抗菌薬ガイドライン」はしばらく改訂が行われておらず、現在の AST の活動を反映しているとは言い難い。また、内容が現状を反映していないこともあり、診療への活用が乏しい現状である。抗菌薬適正使用のためのツールとして活用されるためにも、タイムリーな更新が望まれる。</p>
2.1.11 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A	【適切に取り組まれている点】
		<p>日常の臨床における倫理的課題について、各病棟・部署で積極的に取り組んでいる。小児科病棟において、医師、看護師、臨床心理士、管理栄養士などが参加して告知や妊孕性などの問題を検討している事例が確認できた。他の病棟においても、毎週看護師による倫理カンファレンスを開催しており、医療倫理の 4 分割法や日本看護協会の倫理綱領なども活用して、その時点の倫理的課題を抽出して検討しており、必要に応じて医師や多職種も参加している。検討内容を記録したファイルはスタッフステーションに置かれており、参加していない職員も閲覧できるほか、診療録にも検討内容が記録されている。看護部としても、倫理カンファレンスのファシリテーターを務められる人材の育成に取り組んでいる。今後、新設された倫理コンサルテーションチームを有効に活用されると良い。</p>
		<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>ICT、リエゾンチーム、NST、RRS、褥瘡対策、緩和ケアなど、それぞれの分野において専門性の高い多職種によるチームが構成され、特定行為研修修了看護師が各チームのファシリテーターの役割を担うなど組織横断的に活動している。担当部署と専門チームでカンファレンスを実施し、適時、患者の状態にあった方針を検討している。がんサージカルボードでは、がん看護専門看護師も参加し、患者のQOLや倫理的課題などについて検討している。小児病棟において、医師は内科・外科の枠を超え、看護師、療法士、臨床心理士なども参加するトータルケアカンファレンスを毎週開催し、治療方針を院内学級教諭と情報共有していることは、優れた取り組みである。コロナ禍においても密な連携方法を工夫するなど、病院全体の組織横断的な多職種が協働した取り組みが活発かつ流動的に行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践		
2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者が受診するために必要な情報は、ホームページや院内掲示などにより案内している。ホームページには、施設案内や各診療科の特徴、受診の流れをわかりやすく掲載している。正面玄関内に総合案内を設置し、看護師が案内および相談、トリアージするなど来院患者への対応は適切に行われている。また、1階フロアに事務職員を配置し、案内等に対応している。紹介患者は地域連携・患者サポートセンターが関与し、円滑な受け入れ体制を整えている。再来や会計の手続きは、自動再来受付機、自動精算機の設置や医療費あと払いクレジットサービスを導入するなど来院時の利便性を図っている。また、待ち時間調査を定期的の実施し、待ち時間短縮に努めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

2.2.2 外来診療を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>アレルギー歴をはじめとする外来患者情報は、取得者が電子カルテの該当部分に適宜入力して職員間の情報共有を図るとともに、処方間違いなどを電子的に防止する機能を有効利用している。医師は外来初診時用の診療録記載フォームを広く使用しており、既往歴、薬歴など項目ごとに収集して記載漏れを少なくしている。さらに、医師だけでなく外来看護師も医師と共通の IC 記載テンプレートを活用しており、説明内容や患者・家族の反応などを職員間で共有している。各診療科外来では患者のプライバシーに配慮して受付番号の表示による呼び込みを行っており、入室後は氏名と生年月日の名乗りを診察票や診療録と照合したうえで診察を開始している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>検査の必要性や適応については、各診療科で検討し、クリニカル・パスに示されている。説明と同意が必要な検査が定められ、内視鏡や血管造影などの一定以上の侵襲を伴う検査は、手術室と同様の患者や検査目的の確認が実施されている。造影剤検査の安全管理については、腎機能や禁忌事項は、最終的には放射線科においても確認されている。画像検査では、被曝低減に向けて法令に則った取り組みがなされている。また、検査後の搬送の基準・手順などが定められ、負荷心電図は循環器内科医師が立ち会っている。鎮静下に行う検査時は、成人と小児においてそれぞれのマニュアルがあり、監視解除基準、外来患者の帰宅基準、拮抗薬使用時の注意、心肺機能や脳波などのモニタリング、観察者の配置や鎮静レベルの評価などが定められ、必要に応じて麻酔科医も関わっている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>検査中の観察と記録について、一部に検査が終了した旨のみが記載されている例があり、検査中の状況や検査後の状態もあわせて記録することが期待される。</p>

2.2.4 入院の決定を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>外来医師は医学的適応に従って入院の必要性を判断しており、判断の是非を診療科内上級医や他診療科医師にスムーズに相談できる体制である。入院を決定した際は、診療録に SOAP 形式でアセスメントと診療計画を明記し、別途 IC 用テンプレートに患者への説明内容と患者・家族の反応を記載している。予定入院の手術患者に対しては患者サポートセンター入院サポート室が介入し、SGA・せん妄・自立度・口腔ケアなどの評価を外来時点から多職種で行っている。今後、対象患者を拡大されるとさらに良い。入院病棟は診療科固定を基本としているが、状況によって他病棟の選択が必要になることもあり、決定権限は病床管理センター担当師長が有している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医師は入院時の診療録に外来経過のまとめなどとともに、患者の病態をアセスメントして診療計画を記載している。看護師は患者サポート室と協働して転倒転落・褥瘡・せん妄・口腔ケアなどの入院時評価を行い、看護計画を立案している。医師が入院診療計画書を立ち上げて診療計画を記載した後、看護師・管理栄養士・薬剤師などが追記して計画書を完成させて患者への説明と署名を得ている。人工呼吸器を使用する病態の場合は臨床工学技士も記載するなど、多職種が計画書に参画している点は評価できる。クリニカル・パスの適用率は5割を超えており、そのすべてに患者用パスを用意し、PFMの一環で患者サポート室が行う場合を含めてわかりやすい説明に活用している。転科時や治療方針変更時などは新たな入院診療計画書を適宜再作成している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A <b>【適切に取り組まれている点】</b> 地域連携・患者サポートセンターには、MSW14名と事務職員1名が配置され、複数の個別面談室が設置されておりプライバシーへの配慮もなされている。センターには4つの部門があり（医療福祉相談、入退院サポート、医療連携、患者相談窓口）、主に医療福祉相談、がん相談、退院調整・在宅支援に従事している。相談の内容に応じて窓口を振り分け、関連する職種や部門・部署と速やかに連携している。重症患者初期支援として救命救急センターにメディエーターを配置し、昨年度10件の介入を行っていることは、患者中心の病院理念を表現した優れた取り組みである。患者相談窓口部門では、患者・家族からの意見・要望に対して、その意向を尊重しながら各部署と連携して対応している。また、この部門は虐待対応の中心的な役割も担っており、院内外と連携して対応している。相談内容も多岐に渡っており、医療相談に適切に対応している。  <b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。
------------------------------	--

---

---

2.2.7 患者が円滑に入院できる	A <b>【適切に取り組まれている点】</b>
	<p>患者の円滑な入院に向けて、入退院支援センターの入院支援看護師が中心となり、予定入院の手術患者に対して入院前支援を行っている。入院生活に関わる説明のほか、患者の身体的・心理的な情報などの事前収集のもと、転倒・転落等のアセスメントや患者・家族の不安や質問などへ随時対応し、得た情報を病棟スタッフに提供している。医師や看護師による食物アレルギーなどの確認を受けて、管理栄養士も食物アレルギーについての聴取を行っており、ほぼ全例で栄養士が入院前にSGAを行い、必要に応じて栄養計画を立案している。また、必要時には薬剤師が入院前に患者と面談し、持参薬の有無と内容の確認、薬剤アレルギー歴、手術前に休薬等の調整が必要な医薬品のチェックなどを行っている。入院に際しては、必要時には看護師が付き添い、入院時の病棟オリエンテーションは、入院前の支援状況を踏まえてその日の担当看護師が補完して把握している。</p>
	<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>現在の入院前支援の対象は全入院患者の約半数程度であり、今後、対象の拡大を期待したい。</p>

---

2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医師はほぼ毎日回診を行い、病状の確認と記録を行い、必要な指示を適時に出している。診療科内では、定期的なカンファレンスや回診を通じて患者の病態の共有と治療方針の検討が行われ、診療科責任者はこの過程で診療の状況を管理・監督し、指導している。また、治療経過の確認と治療方針の決定には多職種が参加するとともに、病態の内容に応じて診療科横断的な検討も随時行われている。医師は病棟看護師とカンファレンスや回診などで毎日連携し、関係する医療スタッフとの「トータルケアカンファレンス」で情報交換を密に行うなど、医療チームの中でリーダーシップを発揮している。さらに、COVID-19 感染拡大により面会制限が継続する状況においても、医師は様々な工夫で病状説明を行い、看護師が補完している。診断書等の医療文書の作成にあたっては、医師事務作業補助者による業務支援のもとおおむね適切に作成されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>医師の業務負担軽減では、医師事務作業補助の体制（現在、医師事務作業補助体制加算 2 の 30 : 1）の強化について、今後の検討が期待される。</p>
2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>看護師の病棟業務は、看護管理基準と看護手順に則って行われている。患者・家族からの情報は、入退院支援センターで得られた事前情報とアセスメント評価に加え、病棟の担当看護師による確認と聴取により補完して把握している。他部門との協働では、Eilers.J 口腔アセスメント指標の活用による口腔ケアの実施や摂食嚥下評価、リハビリカンファレンスにおける ADL 評価の療法士の評価とのすり合わせなどが行われている。看護教育においては、看護部門としての目標に基づき、新人の段階から看護倫理を重視して教育を行っている。また、個々の臨床実践能力を把握し、携われるケアを決定している。病棟師長は、病棟医長と協働して入院患者の病態の把握に努めており、必要に応じて関係者との情報共有や意見交換を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している	C	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1404 750">各部署における内服薬および注射薬の準備と実施は、6Rの確認による電子カルテの指示内容との照合が院内統一の手順により行われている。内服薬、注射薬の実施記録も行われており、処方の変更・中止は医師によるオーダー入力徹底されている。各病棟に担当薬剤師を配置し、入院時の持参薬評価と薬歴確認を行うとともに、薬剤管理指導を積極的に実施しており、それらの内容は電子カルテに記録され他職種にも共有されている。抗がん剤は全てレジメンにて管理が行われ、内服の抗がん剤についても用量、検査値などの確認が薬剤部で行われ、安全に化学療法を行える体制を構築している。</p> <p data-bbox="861 772 1117 806"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 806 1404 1086">抗がん剤の投与中・投与後の観察と記録は、外来化学療法室と一部の病棟では独自の工夫で行われているが、病院としての手順は決められていない。また、抗菌薬投与中・投与後の観察・記録の手順も決められていない。病院として、患者の観察に必要な薬剤を定め、観察項目、観察方法、記録の手順を決めて実施するよう改善が求められる。</p>
---------------------------	---	---

---

---

2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している

B

## 【適切に取り組まれている点】

主治医は医学的判断に基づいて輸血療法の適応を決定している。輸血部ガイドラインは厚生労働省の指針などに基づいた内容で、輸血オーダー、ABO 血液型・交差試験検体の採血手順、緊急時の簡易的輸血手順、副作用発現時の報告手順などを明示しており、電子カルテ上で容易に参照可能である。臨床現場では血液製剤の払い受けから搬送、必要項目のダブルチェック、同意書の確認などの準備手順を確実に実施し、バーコード3点認証を用いて患者と製剤を確認のうえ投与を開始している。電子カルテ上のテンプレートの項目に従って投与開始後・投与中・終了時の患者の状態を観察し、記録している。

## 【課題と思われる点】

輸血部ガイドラインには製剤投与開始後の患者観察手順が記載されていない。さらに、「医療安全管理マニュアル（ポケット版）」には輸血に関する記載がない。実態として観察と記録はテンプレートを用いて実施されているが、マニュアルへの明記が望まれる。また、輸血の説明・同意書には、製剤種類と予定投与単位数の項を設けているが、製剤種類の未選択、予定投与量の未記載など不備のある同意書が散見された。輸血を受ける患者の立場で、可能な限り詳細に説明したうえで輸血の同意取得が望まれる。

---

---

2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>手術の適応や術者・術式等の検討は、診療科内のカンファレンスや合同カンファレンス、カンサーボードなどで決定されている。手術の説明では、方法、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詳細な説明が行われ、同意が得られている。麻酔の適応は麻酔科医が判断しており、全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔では、麻酔科医による術前診察にて説明が行われ、同意を得ている。看護師の術前訪問は、ハイリスクや長時間などの基準を定めて実施し、術後訪問も行っている。周術期の合併症予防に向けた各種アセスメントや処置等は適切に実施され、静脈血栓症予防ではフローチャートが作成されており、患者への指導も標準化されている。手術室内でのサインイン・タイムアウト・サインアウトは確実に行われるとともに、実施状況は電子カルテに記録されている。全身麻酔患者は手術室内のリカバリー室で術後管理が行われ、退出は麻酔科医が基準に基づいて判断している。退出後の患者搬送は、医師と看護師で行うとともに状態に応じたモニタリングが実施され、ICU への入室時には麻酔科医が同行している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
--------	-----------------	---	---

---

## 2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている

A

## 【適切に取り組まれている点】

重症患者の治療を担う病棟として、救命救急センター内の集中治療室（ICU）、救命ICU、救命救急センター病床、SCU、MFICU、NICU、一般病棟の重症用個室が設けられており、患者の病態や状態に応じた病床選択が適時に行われ、多職種による協働が効率的で円滑に実践されている。空床状況は病床管理センターで一元的に管理され、各ユニットの入室基準に適合する患者の速やかな入室を推進している。ICUでは、主として集中治療医や救命救急医が主治医と相談しながら主導的に患者管理を行い、主治医を含めた多職種による毎日のカンファレンスで、治療方針や退室に向けた検討がなされている。また、必要な患者・家族には、入院時重症患者対応メディエーターがサポートしている。入室中の患者には、早期離床や栄養サポートなどの多職種によるチーム医療が積極的に行われている。一方、一般病棟における重症患者を管理する病床では、臨床工学技士を含めた多職種の関与とともに、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師らがラウンドによるアウトリーチ（CCOT）にて支援している。

## 【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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>褥瘡予防では、全入院患者に対して褥瘡発生リスクアセスメントが実施され、褥瘡の発生予防対策に積極的に取り組んでいる。必要に応じて、褥瘡チームの介入などの工夫もなされている。各部署での早期発見率を高めるために、週1回の褥瘡回診で除圧状況や栄養状態を評価し、療法士との協働によるポジショニング対応やスキンテア評価に応じたスキンケアを行っている。また、褥瘡持ち込み患者の状況の把握や褥瘡評価に「DTI、臨界的定着疑い」も加えて丁寧なケアが展開されており、重症化を予防している。手術中の医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）に関しては、長時間手術や特殊体位の手術患者に対する除圧を行っており、NPPV マスク着用による皮膚損傷の発生についても予防策を実施している。褥瘡指標データの有効活用も図られており、褥瘡の予防・治療への対応は評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2.15 栄養管理と食事支援を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>入退院サポート部門に管理栄養士が配置され、入院前に栄養評価と食物アレルギーの確認を行い、病院食についても説明している。栄養管理が必要な患者には、あらかじめ医師に食事変更・栄養食事指導の提案等を行うなど、入院時に栄養管理が速やかに開始されるよう工夫されている。嚥食状態の把握や延食の対応等は栄養部で行っている。全入院患者に対して、看護師が質問票を用いて摂食・嚥下機能の評価を行い、医療の介入が必要と判断された患者に対して摂食嚥下チームが介入している。栄養サポートチームの活動は月39件、栄養食事指導は月150件と実績がある。部署のカンファレンスに管理栄養士が参加し、化学療法中などで食事摂取が困難となった患者に特別食を提案するなど患者の栄養状態の維持改善に努めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者が体験する様々な痛みや身体的・精神的・社会的苦痛の症状などの緩和に関して、主治医や看護師だけでなく、関係する多職種が関与している。薬剤部が主体となり、レスキュー用の内服麻薬を患者が安全に自己管理する取り組みなどがなされている。がん性疼痛に対しては、「WHO 方式がん疼痛治療の除痛ラダー」に沿った対応が実践され、必要時には緩和ケアチームによる評価や介入などを行っている。また、非がん患者の疼痛に対しても NRS 等を用いて、個々の患者が有する痛みを評価し対応している。一部の病棟では「生活のしやすさスクリーニング」を活用し、患者の問題や在宅生活の背景を見据えたケアを実施している。加えて、転倒・転落予防も含めせん妄ケアにも注力し実績を上げている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している	S	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>当直医を含めた医師がリハビリテーションの必要性を医学的に判断したうえで入院早期にリハビリ科専門医に診察依頼を行い、リハビリ科医師は速やかな診察と処方で迅速な介入を実現している。また、術後の廃用症候群リハビリテーションなどは、看護師からの提案で介入につながることもある。リハビリ科医師が診察のうえ作成する総合実施計画書には、静脈塞栓・誤嚥性肺炎・腸閉塞・脳卒中再発など医学的に判断した疾患・患者の個別性のあるリスクを明記しており、治療同意取得の手順として優れている。療法士らは休日の出勤シフトにより必要な患者に3日以上のリハビリテーションの中断が起きないよう工夫しており、リハビリ科医師も連休中に適宜出勤して治療開始の遅れがないよう尽力している。さらに、療法士らは身体拘束が必要な患者のケアへの介入や、褥瘡患者の除圧を工夫するなど看護師からのタスクシフトも担っている。ターミナルステージの患者にも介入を継続し、体を起こして窓の外を見たいという要望に基づいてリハビリテーションのゴールを設定した事例など、広範なケアに関わる専門職としての取り組みは高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>身体拘束は原則実施しないことを基本とし、身体拘束三原則の適応がある場合のみ患者・家族に説明し、同意を得て実施している。入院前の包括同意で身体拘束の説明を行い、やむを得ず実施する場合は医師の指示を確認し、患者の状態に合わせた最小限の部位・方法を看護師間で検討して開始している。開始後は、家族へ開始した旨を説明し、実施中はチェック表を用いて定期的に観察し身体損傷の予防に努めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>説明文書には、実際にどのような拘束がなされるかの具体的な説明や、そのリスクや合併症、代替方法などの内容に不足があり、口頭で補足している現状である。患者・家族に分かりやすい説明文書の作成が望まれる。拘束の回避についての検討や、週1回開催することになっている多職種による早期解除カンファレンスについて、その実績が診療録で確認できない例が散見された。拘束期間は直近の4年間で9日（2020年）から14日（2022年）と5日間延長しており、長期化した原因を分析したうえで、拘束の回避や早期解除について、カンファレンスなどを通じて多職種がさらに関与することが望まれる。</p>
2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>入院決定の段階から入退院サポート部門のサポート室看護師が入退院支援・退院調整、連携を図っている。入院生活上の注意点、退院支援の必要性などをアセスメントし、病棟へ情報提供を行っている。入院前に歯牙・口腔の評価を行い、歯科受診を勧めるなど、誤嚥性肺炎などの合併症予防を開始しており、長期入院の回避につなげている。入院後は情報をもとに退院療養計画書を立案し、入院7日以内に多職種カンファレンスを実施して治療方針や退院先の検討を行っている。患者の状態・要望に合わせた療養先やサービスをMSWと協働して調整し、ケアマネージャーや訪問看護ステーション等と連携を図り、必要時に退院前カンファレンスを実施し、診療情報提供書、各サマリー、日常生活について記載した継続看護連絡票等を活用して退院支援を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>退院後の生活の問題については各診療科外来で対応している。難病等で在宅支援が必要となった患者の支援体制も構築されている。在宅や転院先で継続が必要な看護ケアやリハビリテーションについても、各サマリーなどを用いて関連部門や関連職種で情報共有されている。緊急で受診が必要な際は、患者サポートセンターを中心に迅速に調整し、対応する体制を整えている。また、退院後も継続して外来通院する場合は、電子カルテ内のサマリーで情報を引き継ぐとともに、看護ケア外来や化学療法室等への情報提供も行い、継続した診療・ケアが可能な体制が構築されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.2.21 ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>ターミナルステージの判断は、医師や看護師が主となり患者の全身状態を踏まえて総合的に行っているほか、必要時は病棟でのカンファレンス等で薬剤師など他職種も参加し検討・評価している。また、ターミナルステージと判断した患者に対しては、患者・家族の意向にも配慮したケア計画が立案されている。患者の表情や言動などから心の動きを捉え、患者が癒やされるケアの実践に注力し、同時に療養環境の整備等にも着手して、終末期にある患者の思いに応じて意向を尊重している病棟の姿勢が垣間見えた。ACPへの取り組みは開始したばかりであり、さらに職員の意識を高めるためにも、病院全体の課題として協議されると良い。臓器提供意思の確認とその後の対応、および剖検の実施プロセスなどは適切である。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

## 3 良質な医療の実践 2

### 評価判定結果

#### 3.1 良質な医療を構成する機能 1

##### 3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している 0

##### 【適切に取り組まれている点】

2020 年に外来調剤を院外処方にしたことで、薬剤師のマンパワーの病棟などへの再配分が可能になり、業務の質向上に取り組んでいる。薬剤の採用は、薬事委員会の審議前に医薬品情報室による評価が行われ、品目の削減と後発医薬品への切り替えを着実に進めている。調剤は処方鑑査と疑義照会の実施後、バーコード照合により取り違えを防止している。効率的な処方鑑査のために、処方箋に検査値の印字可能なシステムの導入を検討されると良い。注射薬の 1 施用ごとの取り揃えは約 95% まで向上している。全ての抗がん剤を薬剤師が調製しているほか、手術室での術後用持続鎮痛薬の無菌調製、PET 検査用薬剤合成、処置用の外用薬の院内製剤など、安全性の向上のみならずタスクシフトにも貢献している。トレーシングレポート等による地域薬局との連携も進めている。

##### 【課題と思われる点】

薬剤師による TPN の無菌調製は全患者を対象とする方向で準備中であるが、現状では血液・腫瘍内科、小児用、腎不全用の複雑な手技を要する製剤のみである。TPN に微量元素などの調製・混合が必要な場合には、薬剤師によりクリーンベンチを使用して実施することが求められる。院外処方箋も含めた疑義照会の記録は残されているが、集計や分析が行われていないため、これらを活用した業務改善活動に期待したい。

---

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	S	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1404 1086">臨床検査センターには、医師2名、臨床検査技師50名が配置され、高水準の検査が24時間体制で行われており、輸血部、病理部とともにISO15198の認証を更新している。検体採取からRFIDが運用され、検体を搬送ラインへ投入した後は、測定後の検体の保存・廃棄までのすべての検査工程でフルオートメーション化が導入されている。精度管理では、国内の複数の外部評価を受け、良好な結果を続けているほか、COVID-19検査についてCAPサーベイにも参加している。微生物検査では、血液培養の受付と培養が24時間体制で実施されている。生理検査の実施環境では、運動負荷心電図検査等は循環器内科医師の関与で安全管理に努めている。異常値やパニック値の取り扱いでは、医師への連絡が確実に行われ、報告後の対応状況を電子カルテで確認し、異常データにおける緊急報告書を作成している。緊急報告書をもとに部門内でケーススタディを毎週実施し、異常値の設定や報告の妥当性について検証を行い、質の向上につなげている。加えて、COVID-19関連の検査において膨大な件数に対応するなど、臨床検査機能は高く評価できる。</p> <p data-bbox="861 1120 1117 1153"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1153 973 1191">特記なし。</p>
------------------------	---	---

---

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	C	<p data-bbox="861 224 1212 264"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 264 1402 604">CT・MRI など多くのモダリティは夜間・休日も含めて随時対応可能で、女性技師による患者のプライバシーへの配慮も行われている。放射線科医は検査オーダーに対して造影の可否、撮像範囲などに介入し、最低限の患者リスクで最適な診断画像を得る努力を続けている。読影所見の未既読管理は医療安全推進センターと協働して行い、検査実施中に迅速な対応が必要となる所見を得た際は依頼医に直接連絡している。</p> <p data-bbox="861 638 1117 678"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 678 1402 1120">CT・MRI は年間約 70,000 件の検査数であるが、放射線科医による読影率は約 5 割にとどまっている。また、診療科医師が読影を依頼した約 45,000 件に対しても読影率は 7 割程度で、読影の遅れも生じている。救命救急センターを有する病院として放射線科医は緊急 IVR にも対応しており、現在の人員配置では読影率の向上は難しい現状である。病院として、CT 検査で著増している画像データ量を抑制する指導や関連 3 病院で共同の画像診断センターの運用の検討を開始しており、読影を放射線科医が行える体制を構築し、読影率の向上を図るよう改善が求められる。</p>
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	B	<p data-bbox="861 1160 1212 1200"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 1200 1402 1646">栄養部衛生管理マニュアルに沿って、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至る業務を衛生的に実施している。調理は業務委託し、温冷配膳車を用いて適時・適温、衛生面に配慮した食事を提供している。作業区域は清潔・不潔を区分し、使用した食材、調理済み食品は、2 週間冷凍庫に保管している。嗜好調査や喫食調査を実施し、意見や要望に応えるために、毎週実施する献立会議で内容などを検討している。行事食をほぼ毎月、季節感のある旬の食材を取り入れて提供している。また、病状に応じて個別対応を行うなど美味しい食事の提供に努めている。</p> <p data-bbox="861 1680 1117 1720"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1720 1402 1953">夏場に調理場の温度が摂氏 28 度前後になることがある。温度管理の対策として、調理場の扇風機を設置するなど温度管理に努めているが、作業員の健康管理および衛生管理の面からさらなる温度管理の検討が望まれる。また、過去に実施していた選択メニューの再開を期待したい。</p>

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	A	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1402 1153">リハビリテーション科では、「早期から大学病院としての高度な医療を提供し患者が次のステップに移行できることを補助する」という明確な方針を掲げて、医師と療法士らの協働により、病院機能に見合うリハビリテーション機能を提供している。ICU と救急病棟に専任の療法士を配置し、多くの急性期脳卒中患者を診療する SCU と病棟には 6 名の専任者が勤務している。同フロアにはそれぞれサテライトリハビリ室を設置し、十分な面積と必要な機器を備え、本格的なリハビリテーションを入院ベッドの近くで適時に実施している。入院リハビリテーションは主治医からリハビリ科医師への診察依頼を経て処方が行われており、両者は密接に連携しリハビリテーションに伴うリスクの医学的な評価を行っている。療法士らは SCU カンファレンスや各病棟での総合リハビリカンファレンス、多職種カンファレンスなどに積極的に参加し、主治医や看護師と患者情報を共有している。リハビリテーションの効果は BI を用いて客観的に評価し、プログラムの改善に活用している。リハビリ機器の保守点検は台帳を用いて行っている。救急カートも整備され、急変を想定したシミュレーション訓練も行われている。</p> <p data-bbox="861 1187 1117 1220"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1220 973 1258">特記なし。</p>
-----------------------------	---	--

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>診療情報管理部に診療情報管理士 8 名、事務職員 23 名を配置し、電子カルテシステムにより 1 患者 1ID として規程に基づく一元的な管理を行っている。入院診療計画書や同意書など患者署名のある紙記録はスキャナーで取り込み、タイムスタンプを付すことで原本としている。電子カルテ導入前の紙カルテの貸し出しは、手順に基づきアリバイを管理し、紛失防止にも取り組んでいる。ICD10 や K コードによるコーディングを行い、量的点検は入院診療計画書、退院サマリー、経過記録、手術記録、麻酔記録、同意書などの点検項目を定め、全退院患者を対象に実施し、記載漏れがある場合の督促も行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>システム導入等の一時的な要因もあるが、診療情報管理士の業務負担が大きく、年間労働時間が 2,200 時間を超えている。QI をはじめとしたデータマネジメントの業務の拡張に向け、人員体制の充実への検討が期待される。</p>
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>臨床工学部には臨床工学技士 31 名が在籍し、透析室、中央手術室、集中治療室など様々な部署に配置されている。人工呼吸器、輸液ポンプ・シリンジポンプ、除細動器、患者監視モニター、手術室の機器などは臨床工学技士により中央管理され、精度管理と定期的な点検・保守が行われている。機器の貸し出し・返却場所は区分され、未点検の機器が混在しないよう適切に管理されている。夜間・休日は当直体制でトラブルに対して 24 時間対応している。輸液ポンプ・シリンジポンプなどの使用法の職員教育が定期的に行われている。院内各部署の医療機器は医療機器管理システムに登録され、点検・修理状況などが中央管理されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>洗浄・滅菌業務は材料部が主管しており、手術室看護師長が業務担当責任者となり、使用済み器材の洗浄と消毒・滅菌・供給・在庫確認などを中央管理している。洗浄プロセスでは、使用済み器材はワンウェイ工程のもと搬送され、ジェットウォッシャーならびに手で洗浄され、洗浄インディケーターによる効果を確認している。滅菌の質保証に関しては、毎日のボウイー・ディックテスト、物理的・化学的・1日1回の生物学的インディケーターを用いて対応している。リコールの発生はなく、リリース基準に関わる事例の発生頻度も少ない。また、滅菌済み器材の保管・使用状況は適切である。単回使用医療機器（SUD）の再滅菌・使用は行われていない。器材の使用回数上限の把握が課題となっており、把握に向けて検討されると良い。現在、耳鼻科内視鏡については耳鼻科管理となっている。使用頻度が高いため厳しい状況にはあるが、消毒薬による消毒操作後のすすぎが課題となっていることから、中央管理について検討されると良い。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------------	---	---

---

### 3.2 良質な医療を構成する機能2

#### 3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している

A

##### 【適切に取り組まれている点】

病理部では、専従医師7名、非常勤医師1名、細胞検査士8名を含む技師らで各種の免疫組織化学的検索と遺伝子学的解析、電子顕微鏡的診断に対応した体制が整備され、年間約22,00件の病理診断を行っている。1検体ごとの処理を徹底し、検体の取り違い防止にはQRコードシステムが導入されている。検体の切り出しは、病理医と検査技師または検査技師同士の2名が対面で行い、双方で確認作業をしている。業務の質確保には、ISO15198の認証を継続している。診断結果の迅速で確実な報告に努め、病理診断報告書の未読対策には、電子カルテ内のアラーム機能とともに、医療安全管理部門と連携している。また、緊急性があるものには病理医から直接主治医に伝えている。術中迅速診断では、病理医と外科医が直接的にやりとりしている。病理医は院内の各種カンファレンスに参加し、CPC等での臨床研修医への教育にも関わっている。そのほか、他施設からのセカンドオピニオン診断やコンサルテーションに応じるほか、海外への論文発表にも積極的である。ホルマリン、キシレンなどの管理は適正であり、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	<p data-bbox="861 224 1220 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1407 1019">放射線治療センターには、放射線治療専門医を含む専従医2名と医学物理士・放射線治療品質管理士・放射線治療専門放射線技師らが勤務し、がん診療連携拠点病院でもある特定機能病院の求める放射線治療機能を提供している。各診療科や他院からの依頼・紹介、総合がん診療センターとの連携、骨転移カンサーボードの主催などを通じて患者情報を収集している。がん放射線療法看護認定看護師を含む看護師は、がん外来・病棟・化学療法室など院内で横断的に活動し、緩和ケアチームとも連携して意思決定支援や有害事象の予測とケアなど積極的に携わっている。治療計画は専門医と物理士、専門技師がチェックシートを用いて作成し、技師が実施したシミュレーションの結果を専門医が最終確認している。治療開始時は医師を含めてタイムアウトを行い、照射中は光学監視装置を用いて適切にモニターしている。線量校正、ビーム平坦度・照射エネルギーの確認など治療機器の定期的な品質管理は手順を決めて実施している。</p> <p data-bbox="861 1052 1117 1086"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1086 981 1120">特記なし。</p>
-------------------------	---	--

---

---

3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>輸血部は、専任医師1名、専従検査技師9名（うち認定輸血検査技師5名）、専従輸血認定看護師2名により構成され、2017年にISO15189、2018年にI&amp;Aを取得しており、認定検査技師のうちの2名はI&amp;Aサーベイヤを務めている。専従看護師は自己血採血などに際して、患者の不安の軽減などに関する活動を担っている。血液製剤は自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で適切に保管・管理されており、使用された血液製剤の記録は適切に保存されている。本年よりクリオプレシピテートの院内調製を開始し、大量出血事例などに用いられている。輸血療法委員会は年6回開催され、製剤種類ごとの適正使用状況やインシデントなどを詳細に報告・検討している。また、委員会では廃棄血の廃棄理由を1例ずつ検討、対策を立案しており、集中治療室や手術部には輸血部で遠隔管理可能な保冷库を設置して返還基準を改定したことも効果をあげており、血液製剤の廃棄率は全体で0.19%、赤血球で0.13%と、5年間で約9割の削減を達成している。これらの取り組みは学会等でたびたび報告されている。専門性の高いスタッフによる質の高い輸血業務は高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------	---	---

---

---

3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1404 1086">手術部では、18 の手術室が設置されている。麻酔科医 27 名、看護師 71 名が配置され、24 時間体制で対応し、総手術件数は約 9,000 件、緊急手術は約 1,200 件を超えている。全身麻酔は約 6,000 件にのぼり、全例を麻酔科標榜医が管理し、脊椎麻酔や硬膜外麻酔も全て担当している。陰圧室が設置され、COVID-19 感染者にも対応している。スケジュール管理は麻酔科の担当者と手術室看護師が連携し、緊急手術や時間外手術を調整している。覚醒、気管挿管抜管の判断基準が定められ、術後は手術室内のリカバリー室で管理され、回復室からの退出は基準に則って決定されている。また、薬剤師によるサテライトファーマシーが 7～17 時まで開設されており、臨床工学技士は毎日医療機器の管理と運用を行っている。手術室に 7 名の特定看護師が在籍し、学会の指針に則って麻酔科医により作成された手順書・指示に基づいて特定行為を実施している。この特定行為の管理システムを麻酔科と医療機器メーカーが共同で開発し、適切な業務管理が行われている。手術部運営委員会に関係診療科の責任者が参加することにより組織運営が強化されている。</p> <p data-bbox="861 1120 1117 1153"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1153 973 1191">特記なし。</p>
-------------------------	---	--

---

---

3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	A	<p data-bbox="861 224 1402 264"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 264 1402 1086">集中治療機能として、救命救急センター内のICU8床、救命ICU5床、救命救急病床20床で重症患者を受け入れている。脳卒中はSCU15床、周産期医療では、NICU9床、MFICU6床を有し、それぞれの体制が確立している。ICUでは、高度な侵襲を伴う術後患者と心肺停止蘇生後を含めたあらゆる診療科の重症患者を受け入れている。患者の管理は、集中治療専門医や救急専門医等が主治医と協働して行い、治療やケアの方針はカンファレンスで決定されている。急性・重症患者看護専門看護師、集中ケアおよび救急看護の認定看護師が配置され、薬剤師や療法士、臨床工学技士、管理栄養士などとともに、専門的な診療・ケアが行われている。加えて、RRTとしての対応以外にも、病棟で人工呼吸器管理されている患者には、アウトリーチにて病棟看護師との連携を深めて支援を行っている。多職種による毎日のカンファレンスで情報共有が図られ、患者の状態の情報共有、治療方針の立案、退室の判断について検討されている。さらに、NST、リエゾンチーム、褥瘡チーム、その他でチーム医療を積極的に実施している。</p> <p data-bbox="861 1120 1402 1191"><b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。</p>
------------------------	---	--

---

---

3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	S	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1404 1086">救命救急センターでは、搬送患者の入院加療を行う病床として救急病床 20 床、救命 ICU5 床が運用されている。常勤医師は専門医を含めて 27 名、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を含めた充実した看護体制で、365 日 24 時間体制で救急患者を受け入れている。主として 2 次、3 次を受け入れ、2022 年度は 3,600 件超の救急車搬入、総数で約 10,170 名の患者に対応している。特に、ここ数年では、多くの COVID-19 の診療にも応需している。2010 年より県のドクターヘリ基地病院としての役割を務め、月間 50 件前後出動している。病院敷地内の急変には ICU とともに全てに対応し、院外では災害拠点病院として、災害時に医療救護活動の拠点になるとともに、DMAT を派遣している。また、厚生労働省の救命救急センターの充実段階評価では、毎年最高水準を維持している。救命救急センターが対応する基準以外の時間外患者には、全診療科の協力を得て時間外救急部が内科系、外科系（産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を含む）、小児科の領域で応需するなど、患者を断らない方針を徹底しており、救急機能は高く評価できる。</p> <p data-bbox="861 1120 1117 1153"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1153 973 1191">特記なし。</p>
------------------------	---	--

---

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 評価判定結果

#### 4.1 病院組織の運営

##### 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】

理念として「医療倫理の徹底」に始まる5項目を、基本方針として「生命の尊厳と権利の尊重」に始まる7項目を定め、それぞれに内容の理解を助けるための説明文をつけている。病院運営委員会において2年ごとに内容の見直しを行っており、これまでに2回、説明文の字句を一部変更している。理念・基本方針は、ホームページ、「入院のご案内」、院内掲示などを通じて患者・家族に周知しており、職員に向けては、診療部長会議や病院連絡会での病院長訓話や、ネームカードへの収載などで意識づけをしている。理念・基本方針は形式的な存在にとどまらず、病院の年次計画を理念・基本方針に関連づけて策定するなど、病院運営に積極的に活用されている。また、看護部をはじめ各部署の理念・基本方針が病院の理念・基本方針を落とし込む形で定められており、職員の行動規範としても広く浸透している。

##### 【課題と思われる点】

理念と基本方針には重複した表現も多く、両者の役割分担が分かりにくい。今後、それぞれの役割の再定義も含めて、より分かりやすく表現することが期待される。また、現在は医療安全についての記載がないため、これを含めることについても検討を期待したい。

---

4.1.2 病院運営を適切に行う体制が確立している	A <b>【適切に取り組まれている点】</b> 病院長はホームページに公開されている選任過程を経て2022年に就任しており、就任時に医療安全、感染制御などの各ミッションに相応しい人物として4名の副院長を任命している。病院の最高意思決定会議として、毎月、病院長、副院長、看護部長、薬剤部長、事務部長、学長、副学長からなる病院運営委員会を開催しており、決定事項は診療部長会議、病院連絡会を通じて周知されている。また、病院運営常任委員会として、上記から学長、副学長を除いたメンバーが毎週集まり、日常的なさまざまな問題を共有して、機動力を持って対応している。病院運営に必要な委員会が整備され、病院幹部を中心にイニシアティブが発揮されて、活発な活動が展開されている。  <b>【課題と思われる点】</b> 組織図上、検査、放射線などの中央部門の責任者はセンター長として医師のみが記載され、技師長などの位置付けがない。病院運営に多職種が参加している現状を表現する組織図の策定が期待される。また、組織横断的な改善活動などの中心的な場となっている業務の質改善会議、臨床倫理委員会などの重要な委員会が委員会系統図に掲載されていないため、委員会系統図についても実態を反映することを期待したい。
---------------------------	--

---

4.1.3 計画的・効果的 な組織運営を行って いる	S	<p data-bbox="861 224 1212 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="861 257 1406 1120">大学の中長期計画とも関連づけて、病院の課題を明確にしたうえで6年間の中長期計画を策定しており、社会情勢にあわせて2年ごとに見直しを行っている。中長期計画に基づいて、患者・職員満足、経営など8領域、50項目以上におよぶ年次計画を病院運営委員会で策定しており、年2回学長が各項目を4段階で厳密に評価して病院にフィードバックしている。各診療科・部門では病院の年次計画に基づいて、診療、教育、研究などについての具体的な事業計画を策定しており、年度末に達成状況の振り返りを行っている。2013年度から職員表彰制度を開始しており、特に、今年度からは各所属長からの推薦に基づいて病院運営委員会で受賞者を決定して、賞金も授与している。また、2015年度に職員からの業務改善の提案制度を設けており、今年度あらためて院内に周知したところ3か月間で33件の提案が寄せられ、業務の質改善会議で決定した17件については、即座に実行している。これらの活動の結果として現場職員の改善意欲は旺盛であり、トップダウンとボトムアップが融合しながら大組織が一体となった機動的な運営が行われており、高く評価できる。</p> <p data-bbox="861 1153 1117 1187"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="861 1187 973 1225">特記なし。</p>
-------------------------------	---	---

---

4.1.4 院内で発生する情報を有効に活用している	A <b>【適切に取り組まれている点】</b> 医療情報センター内の情報処理室に医療情報技師2名をはじめとした5名の職員を配置し、電子カルテシステムや各種情報システムを統括している。電子カルテ本体以外の部門システムについては担当部門・部署に責任者を置き、総合医療情報システム運用管理規程ならびに管理細則に沿って管理、運用をしている。システム導入や更新、トラブル等に関する検討は、医療情報委員会ならびに実務者による定例会で行われている。直近では、サイバー攻撃に対するセキュリティ強化のための内部監査、音声入力システムをはじめとするスマート病院化、質や安全性の向上を目的とした各種システム導入の取り組みがなされている。データの二次利用については、各部門、部署からの要請に基づき電子カルテのDWHを用いて抽出し、活用につなげている。磁気テープによる日々のデータバックアップを行い、システムダウンをレベル別に分けた対応マニュアルを整備し、今後は対応訓練を計画している。代行入力については規程を整備して職種別に権限を付与し、承認についても24時間以内をルールとして、医療情報センターでモニタリングするなど適切に管理している。  <b>【課題と思われる点】</b> 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	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>院内の文書管理規定に基づき、事務部庶務課を中心に各部門・部署に置かれた文書管理責任者により、文書の作成から承認・廃棄に至るまでの文書を管理している。DX推進プロジェクト事務局を設置して文書管理システムを導入して約2,000の院内文書を登録し、登録日、管理者、版、最終更新日などをシステム上で管理している。電子カルテシステム内の診療情報や診療録等は、総合医療情報システム運用管理規程に基づき、医療情報センターを管理部署として、適切に保管・管理されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>2023年3月に文書管理システムが導入されたところであり、基本方針や運用方法は定めたものの、文書改訂時の手続き、最新版のマニュアル等が掲載される電子カルテトップページ（イントラネット）との使い分けなど、実際の運用方法は検討段階である。一元的な管理に向けた具体的な手順を整備し、職員に広く周知して実践することが望まれる。</p>
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	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>法令や施設基準等による医師や看護師、薬剤師等の配置標準数は確保されている。人員計画は各部門や部署からの要望を庶務課が取りまとめ、事務部長や病院長の承認を経て、大学へ申請する仕組みである。採用は、看護師など一部の職種は大学の雇用戦略室が、その他多くの職種は病院が主体となり、採用計画に基づき実施している。薬剤部では魅力を発信する取り組みを現場主導で行い、応募者数を大幅に増やすなど、採用に苦戦していた職種において部署と連携して活動するなど工夫している。雇用管理では、短時間勤務雇用や育児短期時間制度などが活用されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>病院の機能に見合った人材の確保の観点から、放射線診断医、臨床工学技士、医師事務作業補助者、診療情報管理士の充実が望まれる。</p>

4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>就業規則や給与規程、育児・介護休業等に関する規則など、人事・労務に関する各種規程を整備している。職員代表者との間で時間外労働に関する労働基準法第36条に基づく協定を締結し、労働基準監督署への届出を行い、各種規則・規程とともに院内ホームページで周知している。全職種でネームカード（ICカード）により出退勤を管理し、勤務時間の実態を把握している。医師の働き方改革タスクフォースを設置し、関連の委員会等とあわせて業務の効率化やタスクシフト・シェアに向けた議論を積み重ねており、特定行為看護師をはじめとした専門性の高い職員の配置、活用を進めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>自己研鑽に関する定義の周知の途中ではあるが、月80時間以上の時間外労働を実施する医師が月40名程度おり、長時間労働の削減への取り組みが期待される。</p>
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病院衛生・安全委員会を毎月開催し、勤務時間数や衛生管理者による職場環境の巡視結果などを検討している。職員の定期健康診断や特定業務従事者健康診断の受診率は医師を含めて100%であり、非常勤医師の受診状況も把握している。特定化学物質の作業環境測定は必要な箇所において実施しており、適切な作業環境を維持している。職員の精神的サポートとして、「心の健康プログラム」を作成し、ストレスチェックの実施、必要に応じて保健師や産業医との面談やフォローアップを受けることができるよう相談支援体制を整備している。院内暴力に対しては、患者の責務として暴力やハラスメントを許さない方針を明確にして、発生時の手順を定めて周知している。ハラスメントの対応窓口を整えて発生時の対処をするとともに、研修による発生予防にも努めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A <b>【適切に取り組まれている点】</b> 職員の意見や要望は、業務の質改善会議への提案のほか、日本医療機能評価機構が実施する「患者満足度・職員やりがい度活用支援」の調査により把握し、対応を検討している。調査に基づく具体的な改善事例として、有給休暇を取得しやすくするためのルールの変更、委員会の統合や時間内での開催などが実施されている。就労支援に向けた取り組みとして、育児・介護休業、短時間勤務制度などを整えている。また、女性医師支援センターを設置し、授乳室や子どもが遊べるスペースを確保して子どもを見守りながらデスクワークが可能な「クローバーサロン」の整備や情報交換のための「クローバー交流会」の開催、夕方から実施される会議・研修会等への参加を可能にするためのイブニングシッターサービスを提供するなど、仕事と生活の両立を可能にする環境整備への取り組みなどが行われている。福利厚生への配慮として、私学共済制度の活用などをはじめとする支援体制を整備している。  <b>【課題と思われる点】</b> 職員満足度調査の調査方法を従来の紙方式から Web 方式に変更したこともあり、職種によっては回答率が 10%程度であるため、回答率向上への取り組みが期待される。
------------------------------	--

---

## 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

B

## 【適切に取り組まれている点】

全職員を対象とした教育・研修は、年間計画を立案のうえ各担当部署や委員会が主体となって実施しており、集合研修や e-learning を併用するなど受講しやすい環境を整備している。また、受講後は小テストにより理解度を確認するなど工夫されている。入職時のオリエンテーションは、医療安全や感染制御、接遇、法令遵守など全病院で共通の研修内容を定め、中途入職者へのフォローも定期的に行っている。院外の教育・研修への参加を奨励しており、出張旅費規程などを整備しているほか、各種学会への参加支援などが行われている。

## 【課題と思われる点】

医療安全や感染制御に関する研修は受講率が90%程度であり、特に医師の受講率は低い傾向である。未受講者に対するフォローなど、一層の組織的な取り組みが望まれる。

## 4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている

A

## 【適切に取り組まれている点】

人材育成に向けて大学内に SD (Staff Development) センターを設置し、職員の専門能力の向上に向けた組織体制を整備している。職員の能力評価は、全職員を対象とした職員人事評価制度によって実施しており、期初の目標設定、評価、面談を通じて能力を把握し、育成につなげている。医師に関しては、各診療科において専門医の取得、更新状況などを把握し、庶務課に報告する仕組みとしている。看護師は獨協大学3病院共通キャリア開発システムを活用し、スタッフはクリニカルラダー、有職位者はマネジメントラダーで評価している。その他の職種についても職能要件書を基本にラダーや専門資格を軸としたキャリアパスを明示し、評価、育成につなげている。侵襲的な行為に対する院内認定制度として静脈注射があり、特定看護師の業務内容についての検討の場を作り、安全に配慮して運用している。

## 【課題と思われる点】

中心静脈カテーテル留置の実施者は院内研修受講を推奨しており、多くの医師が受講済みとなっている。院内資格として認定する制度の構築を期待したい。

4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>基幹型臨床研修病院として卒後臨床研修センターを設置し、約250名の指導医と専従の事務職員5名の体制で医師、歯科医師の初期臨床研修を行っている。研修医の評価は独自の方法を用いて360度で行い、研修医からの評価は各診療科や指導医にフィードバックしている。看護師は教育理念「共育」を基に新人教育計画策定し、部署教育担当（固定チームリンクナース）を中心に新人を育成している。薬剤師は薬剤師教育ラダーに基づき、およそ1年で日直・当直に従事できることを目標とした教育と評価を行っている。その他の医療技術職、事務職員においても教育プログラムやチェックリストが作成され、計画的な新人職員の育成、評価を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
4.3.4 学生実習等を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>庶務課職員係が主管となり、獨協医科大学や全国の養成校から医師や看護師、薬剤師、療法士、診療放射線技師、管理栄養士、社会福祉士などを目指す多数の学生の病院実習を受け入れている。実習は、職種ごとの実習指導やカリキュラムの内容に則って行われ、依頼元の評価基準に沿って評価し、フィードバックしている。養成校との契約にあたっては共通の契約書を用いて、個人情報保護の誓約や実習中の事故対応等が取り決められている。オリエンテーションは心得、医療安全や感染制御等を含めた共通の資料を用いて行っている。有資格者についても、NSTや超音波センター、心臓リハビリテーション、小児アレルギーなどの各部署、チームで積極的に受け入れている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

## 4.4 経営管理

## 4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている

A

## 【適切に取り組まれている点】

予算編成は、病院方針や中長期計画に基づき、経理課が各部署の要望を取りまとめ予算案を策定し、病院長の決裁を経て、理事会の承認を得る仕組みである。予算の執行状況は、診療部長会議や病院連絡会議等で報告し、内容を共有している。また、経営情報分析室で執行状況を分析し、その結果をもとに病院運営委員会で経営上の課題や効果について検討している。会計処理は学校法人会計基準に基づいて適切に処理し、財務諸表を作成している。会計監査は、監査法人による監査、学内内部監査、学園監事監査を実施している。

## 【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】

窓口の収納業務は、自動精算機や医療費あと払いクレジットサービスを活用し、時間外や休日の対応も含めて効率的に行っている。未収金は、未収金管理マニュアルに則り医事保険課で対応し、督促をはじめ回収困難な事案は、債権回収業者に対応を依頼して未収金回収に努めている。レセプトの点検は医事保険課と医師が連携して行っている。保険請求や返戻、査定などの審議は医事委員会で組織的に検討している。DPC 入院費では、退院後の病名変更などにより発生する自己負担金の差額の追徴や返金も適切に行っている。施設基準は、施設基準管理システムを導入し、関連部署と調整して基準を遵守している。

## 【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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>業務委託は、各部署からの要望を踏まえて事務部で取りまとめ、病院運営委員会常任委員会において委託業者を選定し、業務内容に応じて入札等の適切な方法で決定している。契約内容の見直しも定期的に行っている。委託を担当する部署と委託業者の会議を定期的に行い、業務の質、課題などについて検討している。また、日常の実施状況は、業務日誌を確認し適宜把握している。委託業務従事者に対する医療安全、感染対策などの研修を実施している。事故発生時には病院の担当者迅速に連絡する体制を整備している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
4.5 施設・設備管理		
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病院施設・設備の管理は事務部施設課が主管となり、病院の規模や診療機能等に応じた施設・設備を整備している。業務委託契約により24時間体制で日常の管理・運用や保守点検、年間計画に基づいた法定・定期点検を実施し、日誌や定期的な協議の場で実施状況を確認している。緊急時の連絡体制の整備、医療ガス設備の日常点検や委員会の開催、院内清掃、感染性廃棄物の保管も適切になされている。今後の建て替えや設備の修繕計画は大学とともに検討している。大学附属病院共同での省エネルギー対策の検討や搬送ロボットの導入など独自の取り組みもなされている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>各種物品の購入は、透明性や公平性を確保するために、病院運営委員会、材料部運営委員会、医療機器整備委員会などを通じて検討している。SPD方式を取り入れ、医療消耗品は経理課、医薬品は薬剤部で管理している。医療消耗品は、物品管理システムを導入し、バーコードシールを活用して効率的な払い出しや適正な保険請求を行っている。定数の見直し含めた在庫管理や棚卸も適切に実施している。医薬品の購入状況および在庫管理は薬剤部が適切に行っている。また、法人の3病院で共同購入に取り組んでいる。医療機器や高額な医療機器の導入から検証までの手順を定めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
4.6 病院の危機管理			<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>地域の災害拠点病院として、大規模地震等を想定した病院の機能存続計画（BCP）や消防計画、大規模人為災害や緊急被ばく、NBCテロ等を想定した災害対策マニュアルを整備している。非常時の燃料、水、患者や職員用食料等も必要分を確保している。院内での防災訓練や避難訓練に加え、自治体等が行う総合防災訓練に救命救急センターやドクターヘリ、DMATの各チーム等が参加している。DMAT6チームを有して各地に派遣するとともに、2019年の東日本台風発生時には院内にDMAT活動拠点本部を設置して派遣チームの受け入れを行うなど豊富な実績がある。世界経済フォーラムのグローバルリスク報告書などを参考にサイバーセキュリティをはじめとする多様なリスクを想定し、その影響について検討を始めた取り組みは評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

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】
	<p>保安業務は庶務課を主管として、業務委託契約により 24 時間体制で 7 名以上の保安員を配置し、院内外の巡視、面会者や来院者の受付、59 台の防犯カメラによる監視、駐車場の交通整理、ドクターヘリの運航サポート、玄関の施錠管理などを行っている。時間外は外部者向けの出入り口を 1 か所に限定し、職員は職員カードでの出入りとしている。各部署からの緊急時のコールや、相談窓口に設置した緊急呼び出しボタンの運用を定めて周知しており、庶務課に警察 OB の職員を配置するなど緊急時の応援体制を確立している。保安の状況は日誌に記載して病院の責任者に報告し承認を受けている。</p>
	<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

---