

神戸徳洲会病院 改善状況監査_01 (10月、11月)

資料4

S: 項目内容以上に行われており十分である
 A: 項目とおりに実施できている
 B: 取り組めてはいるが、改善の余地が出てきている
 C: 取り組みが不十分である
 D: 実施していない
 X: 判定不能(現時点では該当事実がない)

自己評価責任者氏名 ○○ ○○

監査責任者氏名 ○○ ○○

			No.	監査項目	自己評価	主担当者	コメント	保健所評価	評価者	コメント	
1. 医療安全管理体制の確立(ガバナンスの確保)	(1)組織体制	①リーダーシップ	101	・病院長は、病院の医療安全に関する方針(理念等)を明確にし、職員に浸透させることができている。							
			102	・病院長は、各診療科に「診療科体制指針」を作成させ、2か月ごとに面談を実施し、医療安全上の課題(モニタリングの指標が標準内であること)や所属医師の診療内容等、医療安全について確認し、面談内容を記録している。							
			103	・病院長は、診療部の人員体制、課題について、調整を要する事項が生じた際には適切な対応をとっている。							
			104	・病院長の取り組みとして、「医療の質改善委員会」を設置し、本部と各部署と改善への取り組みを協議している。また協議内容は月1回を目標に、HPで公開している。							
			105	・医療法人徳洲会による神戸徳洲会病院長の選出基準として、管理者としての経験を有し、本病院に適切な人材を選出している。また医療安全管理者養成研修のプログラム(約35時間のEラーニング)を受講し、医療安全に対する認識・理解がある。							
		②医療安全管理部の体制	106	・病院全体の医療安全に関する方針を決定する組織として、医療安全対策室、医療安全対策委員会には必要な委員が選定され、各委員が適切に委員会に参加している。							
			107	・医療安全に関する組織体制について、現場の医療者等が共通の認識をもっている。							
			108	・医療安全対策室長、医療安全管理者の責務及び権限が明確にされ、全職員に周知されている。							
			109	・医療安全対策委員会及び医療安全対策室は、医療法人徳洲会や医師の権威勾配の影響を受けずに、その権限を行使できている。							
			110	・医療安全対策室は、院内業務の標準化に向け、マニュアルを整備・管理し、電子カルテ上でいつでもアクセスできる状態にして、全職員へ周知している。							
			111	・すべての役職者(約60名)に「医療安全管理者養成研修(40時間)」を受講させ、医師には医師向け「医療安全研修」を開催している。							
			112	・リスクマネージャーが各部門に配置され、リスクマネジメント部会が適切に開催されている。							
			113	・リスクマネージャーは外部研修(ImSAFER)を全員受講している。							
			114	・全職員が医療安全研修プログラムを受講する。前期・後期にそれぞれe-learning研修と集合研修を実施している。							
			115	・各部門のリスクマネージャーは、マニュアルの格納場所を理解し、内容を把握している。さらに職員への周知を促進し、全職員が医療安全マニュアルを正しく運用することができている。周知・理解度についてラウンド時に評価している。							
			116	・リスクマネージャーは、インシデント等の原因分析とその防止対策に取り組み、PDCAサイクルを回している。							
	(2)患者・家族への取り組み	患者・家族に対する体制	117	・患者/遺族から疑義があった場合には、院内調査の実施要件と照らし、外部委員を入れて速やかに調査を実施し、患者/遺族に透明性をもって報告する。相談を受けた場合の職員対応について、報告先など周知されている。							
			118	・医療事故調査委員会、院内調査委員会には徳洲会への偏りのない外部委員(第三者)を選定し、外部委員の意見を尊重する全ての患者情報から議論をつくり、その結果を透明性をもって患者・遺族にわかりやすく説明している。							
			119	101~118について自由記載							

2. 診療体制の充足 (医師体制など)	診療体制	①医師体制の見直し	201	・病院の診療体制の拡充と医師の増員計画について、医療法人徳洲会と協議の上、提出されている。予定に従って拡充準備をしている、かつ充足されている。							
			202	・1人医師の診療科について、複数医師体制へ拡充する。大学医局またはグループ内人事にて医師充足をはかる。							
			203	・各医師1人当たりの診療内容に依る受け持ち患者の上限を設定し、その上限を超えない範囲で安全に診療を継続している。							
			204	・各医師1人当たりの受け持ち患者の上限は25名であり、特定の医師に患者の偏りが生じないように病院長が調整している。							
			205	・各診療科には診療内容(緊急症例、侵襲的症例など)に見合った医師数が確保されており、病院長が確認している。							
			206	・常勤医師と非常勤医師が労務管理(休息条件、残業時間)を守りながら、適切な診療体制を構築している。							
		②看護師体制の見直し	207	・看護内容に見合った看護師数か確認し、必要に応じて本部への増員依頼を適切に行っている。							
			208	・看護師配置(ヘルプコール体制)や勤務時間帯の調整などを利用し適切な看護体制を構築している。							
			209	・看護師が診療内容に見合った知識・経験を習得するために、徳洲会グループ内での研修調整、または認定・専門看護師を招聘し、十分な研修を実施している。							
		③救急診療の見直し	210	・救急体制を整え、二次救急輪番として責務を果たす。また搬送受け入れについては入院可能病床数と照らして安全適切な範囲で行う。							
			211	201～210について自由記載							
3. 医療安全管理活動	(1)医療安全における意識改善	①報告文化の構築	301	・インシデント・アクシデントは、報告システムに関するルールに則って、適切に報告されている。							
			302	・重大アクシデント発生時の夜間休日緊急連絡体制について、職員が理解している。							
			303	・全死亡例について、医療安全対策室がリスト化し、毎週火曜日にレビューを行い、診療プロセス、死因について適切に点検し、議事録を残している。							
			304	・医療安全対策室は、報告されたインシデント・アクシデントに対し、影響度分類の判定を適正化し、有効なトリアージを行っている。							
			305	・医療安全対策室は、過誤に関係なく「医療に起因する予期せぬ死亡」や「医療事故発生の疑い」事例について、病院長へ報告し当該事例の調査(院内調査)を7日以内に実施し、議事録を残している。							
			306	・院内調査の基準を満たす事例に関して、グループ内の専門家を招聘し、専門医を含む委員会にて院内調査を実施し、議事録を残している。							
			307	・医療法に基づく「医療事故調査制度」の対象事例と適切に判断し、すみやかに遺族へ説明した後、医療事故調査・支援センターへ報告している。客観的第三者の専門家2名以上を招聘している。							
			308	・インシデント報告数について、医療安全管理部は、総数/職種別/レベル別/診療科別など分析し、報告文化を醸成するための研修、指導など方を講じている。							
			309	・医療事故抽出のピラミッド(全死亡例の件数、院内調査の件数、緊急会議の実施件数、医療事故調査対象の件数)を作成し、報告(判断)文化が定着しているか評価している。							
			②改善策の立案と実行、職員への周知(総論)	310	・医療安全対策委員会は、インシデント・アクシデント等の防止策について、医局会や朝8時会にて周知し、実施状況を必要に応じ調査したうえで、見直しをしている。						
				311	・院内事故調査を実施した事案の概要と再発防止策が、電子カルテに1か月掲載され、職員へ周知・共有されている。						
				312	・再発防止策の実践・定着の状況について、中長期的(四半期ごとに)に確認・評価しPDCAサイクルを回している。また、その情報を職員で共有している。						
				313	・各部門は、医療安全に関する年間数値目標を理解し、具体的取り組みを実行している。						
	(2)平常時における医療安全管理活動	職員間の伝達/コミュニケーション	314	・口頭指示出し・指示受けに関するルールが周知されている。							
			315	・口頭指示出し・指示受けに関するルール通り、正しく実践できている。							
			316	・患者急変時の口頭指示出し・指示受けに関するルールが周知されている。							
			317	・侵襲的処置を行う場合の患者確認、処置部位の確認と、実施時のタイムアウトまでが明文化され、周知されている。							

(3)改善計画書および追補に基づく再発防止策	②改善策の立案と実行、職員への周知(各論)	318	・病棟において、医師、看護師らは1日1回のラウンドカンファレンスで情報を共有している。							
		319	・病棟において、看護助手の記録など、診療録のすべての記録を見落とすことなく共有している。また、見落としがないかチェックするシステムを運用している。							
		320	・NEWS(早期警告スコア)でイエロー(急変リスクが中等度)になったら直ちに主治医または当直医に報告している。看護師は急変対応について準備している。							
		321	・シリンジポンプの払い出しにおいてタイマーをセットし、遅滞なくシリンジ交換できるルールを運用している。							
		322	・職員においてチーム医療が定着するよう、チームステップス研修を実施している。							
		323	・働きやすい職場であるために、職員間のコミュニケーションを促進する取り組みが実施されている。							
		324	・新規診療科の立ち上げ時、プロジェクトチームを結成し、診療開始までに必要な準備を実行するプロセスがある。							
		325	・プロジェクトチームの規定に則り、病院長の承認を得てチーム委員の選定、十分な協議を尽くしている。							
		326	・プロジェクトチームにおいて、診療体制、診療にかかわる職員の充足状況、侵襲的治療の内容、合併症や治療成績をモニタリングする指標の設定、説明書・同意書の整備、コメディカルの研修と評価、医療機器使用に関する研修、緊急時の対応手順、病棟診療の指針、外来診療、病院機能評価の事例集をもとに実践的訓練の実施、クリニカルパスの運用等を協議し、課題の抽出や解決策の立案を行い、議事録に残している。							
		327	・心臓・下肢カテーテル術は循環器専門医2名以上で対応する。看護師は経験者1名を含む2名以上、臨床工学技士は経験者1名、放射線技師1名の合計6名以上で実施している。							
		328	・心臓・下肢カテーテル術後の移送時、HCUでの患者評価について正確かつ迅速に情報共有するツールを整備し、運用している。							
		329	・HCUの入室・退出について明確な基準がなく相対評価であるが、転棟時には、患者の情報が詳細に共有され、ベッドコントロールが安全に実施されている。							
		330	・HCUにおいて、看護師は各疾患について、起こり得る重症病態、緊急処置の準備などに熟知している。主治医コールの明確な基準を定め、遅延なく適切な診療が実施されている。							
		331	・臨床倫理委員会が、病院内で事前の抑止力として機能している。侵襲的治療が適切な同意のプロセスを得ずに、または多職種カンファレンスでの協議が十分でないと判断される時に、当該診療科に対して適切な介入をしている。							
		332	・患者の疾病、重症度に応じて、地域医療機関や徳洲会グループと連携し、対診をはかりながら、患者に最善の診療を提供するよう努めている。							
		333	・診療内容に疑義が生じたとき、病院長へ報告するとともに、院内調査委員会等により適切な議論を実施するシステムがあり、全職員が認識している。							
		334	・多職種間の連携が必要な時(入院時患者の情報共有、各病棟の定期カンファレンス、病院内の情報共有)に、それぞれの職種が専門的見地から意見を述べており、必要な議論がなされていること。その議事録において、権威勾配なく結論が得られていることが確認されていること。							
		335	・院内チームにおいて、責任者とチームマニュアルが制定され、介入基準を満たす患者が病棟で適切に選別され、多職種による協議のもと、より良い診療を受けられるシステムが運用されている。							
		336	・院内チームからの助言は診療録に記載され、同時に主治医はアセスメントと指示を記載している。							
		337	・パニック値の伝達に関するルールが明文化され、周知されている。							
		338	・パニック値の伝達に関するルールどおり、正しく実践できている。							
		339	・医療安全対策室は、医事経営課と連携し患者に不必要な医療行為が発生した場合、その診療費用を切り分け、病院で負担するよう会計手続きを行っている。							
		(4)院内救急体制の整備	院内救急体制の整備	340	・院内全体で共通の救急コールの方法(コードブルー)があり周知され、急変時には職員誰もが利用できている。					
341	・二次救命処置(ICLSコース)の教育体制があり、職員は計画的に受講している。									
342	・救急カートやAEDが配置されているが、職員が必要に応じて最も近距離にある機器・薬品を適切に利用している。									
343	・救急救命士の活動範囲について全職員が正しく理解していること。									
344	301～343の総合評価<自由記載>									

4. 患者の権利保障の取り組み	インフォームド・コンセント(IC)の適正な実施	適切なICの実施	401	・IC委員会に外部委員を招聘している。IC文書において、患者が理解しやすく、知るべき全ての情報が掲載され、さらにわかりやすいものにするため、活発に協議し、議事録を残している。					
			402	・ICの院内規定が定められ(説明時の同席者に係る規定や説明内容等)が標準化され、周知されている。					
			403	・インフォームド・コンセントフォーム(ひな型)の作成数と、使用頻度を組織としてモニタリングしている。					
			404	・多職種がICに同席し、患者の理解度を確認する仕組みがある。					
			405	・ICに関する実施状況の評価の結果を受けて、必要に応じて、診療記録への記載方法や実施内容の指導を行っている。					
			406	401~405の総合評価<自由記載>					
5. 診療録の記載	診療録の記載	正確な記載	501	・すべての医師は毎日、患者を診療した内容について診療録に記載している。患者の主訴、診察・検査結果、アセスメント、治療方針等を中心に、遅滞なく正確に記載している。					
			502	・診療情報管理士による診療録の記載確認が実施されており、記載不十分な医師にたいして速やかにヒアリングを実施している。					
			503	・診療録情報委員会がカルテ監査を実施し、記載不十分な医師に対し速やかに指導、対策を講じている。指導内容について議事録を残している。必要に応じて病院長と面談をしている。					
			504	501~503の総合評価<自由記載>					
6. 医療安全の取り組みへの評価	多方面からの評価・意見	①職員からの評価	601	・医療安全文化調査を毎年秋ごろ(10月前後)に実施し、米国AHRQ評価指標に準じる項目と自由記載により、現場職員から課題を抽出している。					
			602	・医療安全文化調査の結果を分析し、昨年度の改善策に対する評価を実施し、新たに抜本的な方策を立案している。					
		②患者からの評価	603	・患者満足度調査(外来・入院)を毎年実施している。患者説明の実施方法や理解のしやすさ、職員の対応の適切さ等を分析・評価し、患者や職員に周知している。					
			604	・患者満足度調査の回答率が上がるよう努め、また分析結果について必要な対策を立案している。					
		③外部医療安全専門家からの評価	605	・医の倫理委員会に招聘している医療安全専門家に、平時の医療安全の相談および監査評価を依頼し、客観的な意見を尊重している。					
			606	・医療安全専門家より指摘された事項について、中長期的な計画を立案、または方策の修正を行い、改善している。					
		④徳洲会本部の医療安全専門員からの評価	607	・徳洲会本部の医療安全専門員が診療現場を監査し、細かい点についても指導を受け、事故発防止策として積極的に取り組んでいる。					
		⑤病床機能検討部会からの評価	608	・第1~4回まで計画されている病床機能検討部会にて指摘された事項について、医療安全を定着させるために全職員に周知し、中長期的な計画を立案して実行している。					
		⑥神戸市保健所からの評価	609	・神戸徳洲会病院からの取り組み報告、現地の立入調査、職員のヒアリング、通告なしの調査等により、改善状況や医療安全の定着が評価される。改善すべき事項があるときは、速やかに職員へ周知し、改善している。					
		610	601~609の総合評価<自由記載>						
7. 通報制度について	通報制度	通報制度と窓口	701	病院の医療安全の問題について、第三者に通報する必要があるときに、本部へコンプライアンスホットラインがあるが、本部が現場で常駐している今、第三者の窓口として機能していない。外部法律事務所など、公益通報制度として機能する通報先を確保するよう検討している。					
			702	601の総合評価<自由記載>					