

令和 2 年度第 1 回 鹿児島大学病院監査委員会 報告書

当監査委員会は、鹿児島大学病院における医療安全活動について、貴院から提出された資料及び医療安全管理を担当する職員による説明や意見聴取により、審議の上、本監査報告書を作成しましたので、提出いたします。

1. 日時：令和 2 年 11 月 5 日（木） 15:00-16:05

2. 方式：Web 会議

3. 監査委員会委員：

後 信（委員長、九州大学病院 医療安全管理部）

玉利 尚大（玉利法律事務所）

三好 綾（NPO 法人がんサポートかごしま）

4. 鹿児島大学病院出席者：

坂本病院長、石塚医療安全管理部長（医療安全管理責任者）、井本高難度新規医療技術評価部門長（医療機器安全管理責任者）、杉浦医療安全管理部副部長（歯科担当）、内門医療安全管理部副部長（医科担当）、大吉医療安全管理部部長補佐、武田薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、市村看護部長、弓場臨床技術部長、仲井事務部長、宮腰医療安全管理部 G R M（歯科医師）、福島医療安全管理部 G R M（副看護部長）、今川医療安全管理部 G R M（看護師長）、西澤医療安全管理部 G R M（薬剤師）、坂元副看護部長、佐潟副臨床工学技士長、中村総務課長、宮野医務課長、下之園総務課課長代理、松木医務課課長代理、前田総務係長、後迫医療安全管理係長、河本医療相談係長、斎藤総務係員、谷山総務係員、山西医療相談係員

5. Web 会議の選択について

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、終息が見通せない中で監査委員会を開催しなければならないことから、今回の会議はウェブ会議形式とし、前回の会議以降の医療安全管理の取組みの確認と質疑応答を 1 時間の予定で行うこととした。そのため、従来行ってきた実地確認は、今回は行うことができなかった。

6. 監査の方法及び結果

1) 令和元年度監査委員会での意見に対する対応状況について

（監査方法）

○ 「令和元年度監査委員会でのご意見に対する対応状況について（資料 1）」に基づいて、

ア) 医薬品の盗難予防のための防犯カメラの設置、イ) ME センターの人員確保、専門

資格取得の促進等体制の充実、の 2 件の指摘について、対応状況を確認した。

(結果)

- ア)については、麻薬及び向精神薬を保管・管理する場所を監視することを目的として、調剤室に 1 機、調剤室麻薬金庫設置場所に 1 機、麻薬管理室に 1 機、注射室に 4 機設置し、常時監視する体制を整備したこと、イ)については、部員の資格取得に必要な費用の支援、欠員の補充を行って体制の確保に努めていることを確認した。いずれの点も、遅滞なく可能な対応を検討の上、実施しているものと考えられた。

2) 医療法に基づく立入検査の結果について

(監査方法)

- 「令和元年度医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査の結果について (資料 2)」
「令和元年度医療法第 25 条第 3 項の規定に基づく立入検査の結果について (資料 3)」
「令和元年度医療法第 25 条第 3 項の規定に基づく立入検査の結果について (口頭指導事項) (資料 3)」 「医療法に基づく立入検査の結果について (資料 2,3 の付属資料)」 に基づいて、医療監視における指摘事項及び対応状況を確認した。
- 鹿児島市保健所より、高気圧酸素療法室 (治療室) の定期点検において、排気用のインバータ冷却ファンの回転不良が平成 30 年 6 月から指摘されているが未対応の状況が続いていることから改善を求める指摘がなされていた。
- また九州厚生局より、医薬品の安全使用に関する業務手順書について医療に係る安全管理のための委員会において協議を行わずに変更を行っている例が見受けられたので協議を行うことを求める指摘、病院において使用経験のない新しい医療機器を使用する予定の従業員に対する研修に関し、使用予定の従業員の全員に対して研修を実施していない状況があることから、使用予定の従業員を名簿等により把握し全員に対して研修を実施することを求める指摘、有害な業務の従業者に対する健康診断の未受診者がいることから確実に実施することを求める指摘、及び、職員間のコミュニケーション不足が要因となって発生した事故事例が見受けられたことから、職員間の必要な情報共有、意思確認等を円滑に行うことができる環境、体制等の整備を行い事故と発生防止を図ることを求める指摘がそれぞれなされていた。

(結果)

- 排気用インバータ冷却ファンの交換は平成 30 年及び平成 31 年の定期点検後に実施されていたが、作業報告書を受け取っていなかったことから、医療監視後に報告書を受け取り保管していることを確認した。定期点検の際に必要な業務を、改めて確認しておくことが望まれる。
- 医薬品の安全管理のための業務に関する手順書の改訂については、今年度中に安全管理のための委員会に申請して必要な協議を行う予定であることを確認した。医療安全に関する重要な文書の作成や改訂に必要な手続きを明確化することが必要と考えられる。ま

た、実質的議論が少なければ手続きが形骸化する可能性もあることから、必要な協議を行う会議では、作成や改訂のポイント、議論がありそうな部分を中心に丁寧に説明して委員の議論を促すことが重要と考えられる。

- 職員健康診断については、有害な業務の従事者としての登録と実際の業務実績の確認、健診日の増加による受診しやすさの改善、未受信者に対する個別の受診促進を行ったことを確認した。
- コミュニケーション不足により発生する事故事例の発生防止のための対策として、令和2年度の医療安全強化項目に「コミュニケーション力強化」を盛り込み、具体的に副項目としてチェックバック（復唱確認）の推進、SBARによる報告の推進を取りあげたこと、5月号の安全管理ニュースで当該内容を取り上げて周知を図ったことを確認した。コミュニケーション不足の事例は継続的に発生する可能性があることから、この度の強化策の効果の確認や、継続的な啓発活動により正確なコミュニケーションの意義を繰り返し確認して共通認識とし、鹿児島大学病院の組織文化に高めることが望まれる。

3) 医療安全管理部の業務報告

（監査方法）

- 「2020年度第1-7回医療安全管理委員会議事概要（資料4）」が用意されたが、委員会における資料説明や確認は個別の資料を用いて行った。
- 診療用放射線の安全管理体制については、「鹿児島大学病院の医療に関する安全管理指針」「鹿児島大学病院 診療用放射線の安全利用のための指針」「医療安全管理体制 1) 組織体制、2) 委員会」に基づいて確認した。
- インシデント報告については、「2019年度インシデント報告」「2020年度 医療安全に資する診療内容のモニタリングについて」「6月 医療安全強化月間について」「患者・部位誤認防止強化月間（2020年6月1日～6月30日）」に基づいて確認した。
- 診療内容のモニタリングについては、「2019年度 医療安全に資する診療内容のモニタリングまとめ」「2020年度 医療安全に資する診療内容のモニタリングについて」「2020年度 医療安全に資する診療内容のモニタリング（9月分）」に基づいて確認した。
- MACT（モニタ・アラーム・コントロール、チーム）の活動については、「MACT ラウンド担当表（13:30-14:00）」「MACT ラウンド結果」「MACT ラウンド評価 2020年度第5回報告書」に基づいて確認した。
- 緊急搬送コールや死亡死産事例の監査はそれぞれ「緊急搬送コール統計（2018.11/26-2020.8/31）」「死亡・死産事例一覧 2020年9月分」に基づいて確認した。
- 患者サポート窓口に寄せられた相談への対応状況は「2020年7月 患者サポート報告」に基づき確認した。
- 医療安全ラウンドの活動状況は、「2020年度 医療安全ラウンドについて（医療安全管理委員会（資料））」「医療安全ラウンド報告」に基づいて確認した。

- 医療安全管理にかかわる審議部会や委員会の開催状況については、「医療安全管理にかかわる審議部会や委員会の開催状況」「鹿児島大学病院における医療安全管理にかかわる審議部会および委員会概要」に基づいて確認した。
- 医療安全管理委員会で行った医療安全管理マニュアルの改訂については、改訂箇所と考えられる、「4.検査 7) 放射線・病理レポートの確実な確認のための対策」「誤接続防止のための注射器の使い分け」「気管チューブ、気管カニューレの事故抜管を発見したときの対応」「事故抜管を防ぐためのポイント」「気管チューブ、気管カニューレの閉塞が疑われたときの対応」に基づいて行った。
- コロナ禍にある過去数ヶ月で開催したリスクマネジャー連絡会議の議事については、「2020 年度 第 5 回リスクマネジャー連絡会議 2020 年 8 月 24 日」に基づいて行った。

(結果)

- 「鹿児島大学病院の医療に関する安全管理指針」の「III 組織に関する基本的事項 1 人的体制」に、(8) 医療放射線安全管理責任者、が追加となったことを確認した。これに関し、「鹿児島大学病院診療用放射線の安全利用のための指針」が作成されたこと、当該指針には第 16 条において放射線診療を受ける患者に対する診療実施前の説明方針が定められていること、そして医療者間の説明のばらつきを少なくするために電子カルテに説明用のテンプレートを作成して標準的な説明が提示できるようにしたことを確認した。また、「医療安全管理体制 2) 委員会」において、放射線治療品質管理委員会を医療安全管理委員会と関連させ、当該委員会における議論を医療安全管理委員会に報告する体制としたことを確認した。診療用放射線に係る安全管理体制の整備は、医療法施行規則の改正により令和 2 年度から施行された事項であり、適切に対応しているものと認める。
- 2019 年度は、年間インシデント報告 3,000 件を目標として報告促進に取り組んだところ、3,236 件の報告があり、前年を大きく上回ったこと、職種では看護師が多いが、医師・歯科医師の報告が 708 件あり全体の 21.9%であった。特に歯科医師の報告が 2018 年度は 70 件であったものが、2019 年度は 300 件と大幅に増加した。この原因は医療安全管理部副部長（歯科担当）の歯科医師の呼びかけが奏功したものであることを確認した。報告事例を影響度別に見ると、2018 年度はレベル 1,2 の合計の目標値を 65%としたが、実績は前年を上回ったものの 57.2%であったことから、2020 年度も引き続き 65%を目標としていることを確認した。2019 年は患者誤認・部位誤認の事例の報告が増加しており、これは報告の意識の高まりもあるが、重大な医療事故につながる可能性がある事例であることから、「2020 年度 医療安全強化項目」に「1.患者・部位誤認防止 ・患者確認行動の定着 ・指差し呼称での確認の徹底」を盛り込んだことを確認した。またこれに関し「2020 年度 医療安全に資する診療内容のモニタリング」資料に、患者・部位誤認数のモニタリング、が位置づけられていることを確認した。これにより毎月の患者・部位誤認数を職員に示すことができることを確認した。さらに、2020 年 6 月の

医療安全強化月間にあたり、今年は患者・部位誤認防止をテーマとして取り上げ、1.患者氏名のフルネーム確認、2.診療やケアの前には患者さんにフルネームを名乗ってもらう、3.手術・検査部位確認は、指差し、声出し確認、4.病理検体提出時は、容器・ラベル・伝票の患者氏名・部位を指差し声出し確認、の4項目の実践に取り組んだことを確認した。周知のための媒体として、ポスター「患者・部位誤認防止強化月間（2020年6月1日～6月30日）」を作成したことを確認した。適切に対応しているものと認める。

- 診療内容のモニタリングについては、2019年度は、1.術中出血量 3,000mL 以上の症例、2.予定手術時間の2倍以上もしくは4時間以上の超過延長の症例、3.DNARにおける説明書、医師記録、IC 同席記録の状況、の3項目を取り上げたことを確認した。このうち、3.DNARにおける説明書、医師記録、IC 同席記録の状況、については、2018年度との比較において、説明書、医師記録、IC 同席記録の3点が全て揃っている症例がDNARとなったすべての事例に占める割合が 62.8%から 84.1%に大幅に改善したことを確認した。2020年度はこれらに患者・部位誤認数のモニタリングを追加して4項目としていることを確認した。そして6月の強化月間を終えた9月度のデータでは、7-8月は今年度の中で最も少ない件数及びその次に少ない件数で推移したが、9月はそれらよりも増加していることから、職員に対して注意喚起する予定であることを確認した。9月の手術時間のモニタリングや術中出血量のモニタリングでは、それぞれ6件、3件が確認されたが、インシデント報告がなされていたのは、手術時間モニタリングの1件のみであり、それ以外は当事者に依頼してインシデント報告がなされたことを確認した。このようにモニタリングによりまず病院のモニタリングデータとして把握されることが、その後の依頼に基づくインシデント報告につながっているものと推測された。適切に対応されているが、報告文化を高める観点から、インシデント報告が依頼によらずに迅速に行われることが望まれる。
- MACT(モニタ・アラーム・コントロール、チーム)は、毎週水曜日にラウンドを行っていること、ラウンドの結果、エラーの内容分類（指示なし、アラーム設定間違い、モニターチェックなし、電池切れ、不適切表示）毎の件数を集計して、部署毎にフィードバックしていることを確認した。また当該チームは毎月会議を行っていることやその議事を2020年度第5回報告書により確認した。ラウンドした部署の確認や、エラーの内容分類別の件数及び月別件数の推移を資料に掲載しデータに基づいて議論していること、改善が認められる部署、そうでない部署のそれぞれに結果をフィードバックして現状認識を持たせるように務めていることを確認した。この取組みは鹿児島大学病院の特徴ある取組みと考えられ、今後も継続的に活動が続けられることが望まれる。
- 緊急搬送コールや死亡死産事例の監査が引き続き行われていることを確認した。適切に対応されていると認める。
- 患者サポート窓口に寄せられた相談への対応の月別の件数、7月分の相談内容を確認した。特に重要な事例を選び、職員の業務上の失念が治療予定に影響した事例が生じたこ

とを、全職員に還元していることを確認した。患者サポート窓口の対応者は、職員が気づかない患者の思いを知る可能性があることから、重要事例のフィードバックは有用な取組みと考えられ、適切に対応されていると認める。

- 医療安全ラウンドは医療安全管理部の職員に他の部署のリスクマネージャーに同行してもらい行われていた。院内ではあるが、他部署の取組みを評価する点である程度客観的な評価を行うことができたり、良い取組みは自らの所属部署に取り入れたりする契機となるなどの利点があるものとする。また改善すべき点や改善されていた点を写真撮影してわかりやすい資料を作成し、会議を通じて院内に周知されており、効果的な周知のための資料作りが工夫されていた。適切に対応されていると認める。
- 医療安全管理にかかわる審議部会や委員会の開催状況については、前回の当委員会開催以降、重要事例検討専門部会、緊急問題検討部会、症例調査委員会が開催されたことを確認した。議題とされた事例概要はいずれも会議において議論すべき内容であることを確認した。事例の性質に応じて、必要な会議が継続的かつ適切に開催されていると認める。
- 放射線・病理レポートの確実な確認のために、医療情報部と協力してマニュアルの改訂が行われ、「7) 放射線・病理レポートの確実な確認のための対策」が追加されたことを確認した。主な改訂内容としては、検査結果通知後7日が経過して未確認であるレポートは赤字で表示されること、未確認レポートのリストをリスクマネージャーに提供することが盛り込まれていることを確認した。未読レポートがそのままとなり患者の治療に悪影響を及ぼすことを避ける試みであり、職員は同システムを通じて未確認レポートの減少に協力することが望ましい。次に神経麻酔分野のカテーテルの誤接続防止のため、新規格製品が販売される中で、旧規格製品の販売が2020年2月で終了したことから、鹿児島大学病院では、黄色の新規格対応シリンジを使用することを決めてマニュアルに明示したことを確認した。国際規格の制定に伴い、神経麻酔領域に始まり、次は経腸栄養領域のコネクターへの移行が予定されている。そのような安全に配慮した製品の変更に適切に対応していると認められた。次に気管チューブ、気管カニューレの事故抜去を発見した時の対応について、救急蘇生委員会の協力を得て、フローチャートを作成したことを確認した。その主な内容としては、事故抜去して挿入長が短くなっており、当該チューブからバグバルブで換気が不可能な場合や、閉塞が疑われて分泌物の吸引を行っても当該チューブからバグバルブで換気が不可能な場合の対応を、A. 気管チューブの場合、B. 気管カニューレ（一時的気管切開）が抜けた場合、C. 気管カニューレ（永久気管孔）が抜けた場合、の3つのパターンに分けてフローを示していた。呼吸換気を行っている現場の看護師からの要請に基づいて作成した経緯があることを確認した。現場のニーズを把握してマニュアルに盛り込むことは機能的なマニュアルとするために必要な考え方であり、有用かつ適切な改訂であると認める。
- 今年度のリスクマネージャー連絡会議の議事として、例えば8月24日の連絡会議では、

特にコロナ禍にあって患者への面会が制限された家族に関し、患者の病状の認識が医療者と家族とでずれが生じることから、口頭でもまめに説明すること、診療記録に説明内容・家族の反応を記載すること、必要に応じて書面で説明すること、チームで情報共有することを確認したこと、またこれらの4つのポイントを指差し呼称で確認することと呼びかけたことを確認した。感染の収束が見通せない中で、医療現場に生じた課題に経験的に即応した適切な取組みと認める。

4) 新型コロナウイルス感染症に関する取組み

(監査方法)

- 「新型コロナウイルス感染症に対する取組みについて(資料5)」に基づいて確認した。

(結果)

- 2020年3月に新型コロナウイルス感染症対策本部を立ち上げ、その下部組織として実務を担う新型コロナウイルス感染症対策会議を設置して、基本的に毎週会議を開催し最新情報の共有と生じている課題に対する対応策の検討を行ってきた。さらに鹿児島で7月に発生した大規模クラスターを契機として、関係部門の医師、看護師、医療技術職員、事務職員による緊急対策チーム(診療ワーキンググループ)を設置し、患者受け入れに関する連絡調整及び情報共有を行った。
- また、職員に対し、体調管理、感染患者との接触時の対応、家族の感染可能性と勤務との関係、国内外の移動、新規採用者の勤務のルールを示すとともに、職員を対象としたPCR検査の実施、メンタルヘルス相談窓口の開設、病院内の緊張と不安を和らげるための病院長メッセージの配信を行ってきた。
- さらに、受診や来院に関し、患者(受診予定者、入院予定者)、面会者、来院者、関係業者・MR(医薬情報提供者)のそれぞれについてルールを定めて遵守を依頼した。それにより現時点では感染者数も多くなく、大きな問題もなく対応できている。
- 以上の取組みを確認した。多くは他のCovid-19患者の診療を行う医療機関でも共通して実施されている対策と考えられるとともに、職員の不安への対応に取り組んでいる点は、大規模クラスターを経験したことを貴重な教訓に変えた成果であろうと考えられた。感染の収束の見通しは判然としない中、これらの対策が持続可能であるように、職員一丸となって負担を分かち合いつつ取り組まれることを希望する。

5) その他の監査事項

(監査方法)

- 病院側出席者からの説明事項に関連することに限らず、委員が関心事項を質問して病院側出席者が回答する形式で確認した。

(結果)

- 医薬品の流通に支障が出た場合の対応、患者への説明

- ・ まずは在庫が不足しないように、問屋と相談して優先的な供給を依頼し確保に努める。その上でどうしても薬がなくなる場合は、代替薬を検討し決定する。そして主治医から患者に説明し、承諾していただいた上で代替薬に変更していることを確認した。適切に対応されていると認める。
- インシデントの中で紛争化している件数
 - ・ 訴訟の件数や解決した件数を確認した。委員長から、自身が所属する医療機関での紛争件数の紹介があった。このように現状の確認を行った。
- 患者による暴力の防止に関する患者一般への働きかけについて
 - ・ 院内放送において暴力は警察に通報する場合があることを説明している、患者の権利と責務の中でも、迷惑行為を慎む責務を定め、入院の際に交付する文書の中にも盛り込んでいることを確認した。適切な対応であると認める。
- 職種間のコミュニケーションの事例の具体例について
 - ・ 職員間で情報を伝えたつもりが、正確に伝わらなかった事例が発生したことを確認した。委員長より、医師が過量投与となる処方を行ったことに看護師が疑義を抱いたが、医師の指示を明確に聞き直すことができず、指示通りでいいですか、という聞き方をしたために、その通りで良いとの返答がなされ、過量投与となった事例がある等の補足説明があり、同様な事例の確認を行った。
- インシデント報告が増加している中での職員の意識の変化について
 - ・ 医療安全担当者の認識では、かつてはインシデント報告は、いわゆる「やらされている感」があると感じられたが、現在の件数の増加の中では、報告文化が育ってきたと感じていることを確認した。報告文化の醸成は特定機能病院の重要な課題であることから、今後も組織文化に高める努力が望まれる。
- モニタリングに取り上げた事案のインシデント報告増加策について
 - ・ モニタリングに取り上げた事案について、件数を把握するとともに、インシデント報告の有無も観察したところ、報告は 30-40%程度である。また、診療科によってばらつきがある。これらほとんどの事例についてインシデント報告がなされることがあるべき姿だとすると、未だに報告が少ない診療科があると考えられる。それでも前年より増加していることから、今後の報告数の増加に期待が持てる。そのための方策として、合併症の報告をわかりやすくするために、現在では報告を求める 35 項目を明示している。医療安全担当者としては、報告数を増やすことは容易ではないが地道に診療科に対して報告の依頼を行っていくといった草の根的な活動を継続していくことを確認した。これに関し委員より、草の根的な活動を行うとともに、報告をしないことでよしとしている理由を診療科に対してヒヤリングし、監査委員会に報告していただくことも考えられる、このようなデータが診療科の組織文化を示しているとも考えられる、医療を受ける立場の委員がいることから、そのような立場の方に報告しない理由をどのように説明するか聞いてみたいとの考えが示された。報告文化を定着させるための取組みとして、会議資

料で報告が少なかった診療科に対しては、今後の報告件数の推移を見つつ、内部での依頼や議論で改善が見られない場合には、それらの対応を行うことは検討に値すると考える。

- MACT(モニターアラームコントロールチーム)のラウンドによるインシデントは減少効果について
 - ・ 現時点では、明確には減少したとは言えないこと、ただし、例えばアラームのいわゆる「無駄鳴り」を減らすことができたことを確認した。
 - ・ MACT の効果の監査にあたっては、単にインシデント件数だけではなく、他の質指標も考慮する必要性が考えられた。
- 患者誤認事例の発生時の患者説明について
 - ・ 医療安全管理部から当事者に対して、原則包み隠さずに説明するように指導していることを確認した。このような対応、いわゆる公正な文化を組織的に高めることが望まれる。
- オンライン診療の導入、特に初診からオンライン診療を行うことについて
 - ・ 鹿児島大学病院では、検討を経た上でオンライン診療は取り入れていないことを確認した。委員長より、国レベルの議論で、オンライン診療は現在議論されていること、初診で情報がない患者のオンライン診療には慎重な意見が多いことが紹介された。そのように賛否あるのが現状であることから、今後も院内で必要な検討を行うことで良いと考えられた。

6) 会議後に行った確認とその経緯

本委員会は1時間の予定であったが、質疑応答に費やす時間が委員からの質問に答えるには十分ではなかった。そこで、会議外ではあるが、委員から寄せられた質問に対して病院が回答する形式で、いくつかの事項を確認した。

次にその概要を示す。委員全員で議論できる環境での確認ではなかったことから、確認内容の事実を記述するにとどめ、評価は記載していない。

- 医療を提供する中で虐待を発見した場合の対応マニュアルについて
 - ・ 虐待対応マニュアル（児童虐待、高齢者虐待、障がい者虐待、DV）が整備されていることを確認した。
- DNA Rに関する記録が十分ではない症例数と診療科間のばらつきについて
 - ・ 診療科ごとにばらつきがあること、昨年度と今年上半期の比較において今年度改善している診療科とそうでない診療科とがおおよそ半数ずつあること、大学病院は医師の入れ替わりが多いことが、周知が不十分となる原因の一つと認識していることを確認した。この現状に対してリスクマネージャー会議や医療安全研修などで周知を図るよう改善する予定であることも確認した。
- 患者相談窓口寄せられた相談に対応する体制について
 - ・ 直接患者相談窓口を訪れる場合と、手紙や電話、ご意見箱を通じた医療相談をいずれも

受け付けていること、相談内容に応じて関係部署が対応することになっていること、特に医療安全や苦情に関する場合は患者相談窓口から医療相談係や医療安全管理部に連絡がなされ、連携して解決にあたることを確認した。また、寄せられたご意見は毎月の医療相談室会議で対応状況が報告、検討されていること、検討結果は病院運営会議に報告され共有されることを確認した。以上の流れとは異なり、各部署や診療科の現場で受けた苦情への対応としては、まずインシデントレポートを報告してもらうことで把握しそれに続いて対応を行うこと進めていること、医療従事者が対応に苦慮する場合は医療相談係や医療安全管理部へ相談することができ、部署や診療科で対応が進まないことのないように体制を整えていることを確認した。

- コロナ下での家族による患者面会におけるオンライン方式の活用について
- ・ 令和2年度鹿児島県がん相談支援センター等におけるオンライン面会支援事業費補助金交付金を申請しタブレット端末2台を購入し、2020年10月1日に患者サロン室でタブレット端末を使用した面会を開始したことを確認した。

7. 改善を求める事項

- 特に改善を求める事項は認めない。
- 患者サポート窓口の対応者が把握し会議で説明されている重要事例を、日々の業務の質を維持するための教訓とすることが望まれる。
- なお次の点は、今後の職員の理解と協力が特に望まれる。
 - ・ 放射線・病理レポートの未確認リストが提供されたあとのレポートの確認。
 - ・ 診療内容のモニタリングに取り上げた項目で集計される事案のインシデント報告。

以上