

確認審査結果報告書

愛媛大学医学部附属病院

2023 年 8 月 18 日



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

- 受審種別 : 機能種別版評価項目 3rdG:Ver. 2.0 (主: 一般病院 3、
副: 精神科病院)
- 確認審査
確認審査の方法 : 訪問による審査 (6 月 23 日)

1. 各審査における評価および評価所見

No	項目番号	評価項目
1	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) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2022 年 8 月 19 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

院内での感染の発生は、即刻専従 ICD と ICN に報告される体制である。多剤耐性菌について、アウトブレイクの定義は同一部署で複数の検出となっているが、アウトブレイクを疑う前から感染制御部で感染状況を早期に把握し、対策を講じている。血液培養、カテーテル感染、尿路感染、ICU での人工呼吸器関連感染などを確実に把握、検討している。検出した細菌の情報は ICT ラウンド時に各部署に伝達する一方で、情報の周知のため ICT ニュースレターを月 1 回配信している。MRSA に対しては、県内加算 1 の病院で協力して遺伝子検査を行うことで地域における感染対策に寄与するとともに、新型コロナウイルス感染症に対しては行政と協力体制を構築している。

【課題と思われる点】

SSI のサーベイランスについては、2014 年に大腸手術に、2021 年 5 月に泌尿器科で開始されたのみであった。指摘を受けて、2022 年 4 月に消化器腫瘍外科医師と心臓血管外科医師と感染制御部が共同で行うことが決定された。実施にあたっては国公立大学感染症対策協議会サーベイランスのプロトコールに基づいて計画が行われ、現時点では、大腸手術、開心手術、冠動脈バイパス手術での開始に向けて、各診療科のサーベイランス担当医師、感染制御部 ICN、病棟のコアスタッフ (ICN2 名) が協議を行っており、7 月から開始予定となっている。今後、泌尿器領域、消化器領域、循環器領域において実績を積み上げることが必要である。

改善要望事項: 手術部位感染サーベイランスの実施に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。

(2) 確認審査「確認審査結果報告書」

評価： B

所見： 2018 年度から、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、耳鼻科、消化器主要外科、心臓呼吸器血管外科、肝臓移植外科で術後 1 か月以内に発生した菌血症事例の把握を行い、診療科と感染制御部の協働での症例検討が行われている。この中から、国公立大学附属病院感染対策協議会に明示されている対象診療科・対象手術であり、ベンチマークができることから、消化器外科の COLO、REC、心臓血管外科の CARD、CBGB、CBGC についての SSI サーベイランスを 2022 年 9 月から開始した。この結果、2023 年 2 月までの間で、消化器外科手術 35 例、心臓血管外科手術 29 例、合計 64 例で SSI と判定されたのは 2 例（CAGB）であった。この 2022 年 9 月から 2023 年 2 月までの月毎のデータを JANIS および国公立大学附属病院感染対策協議会サーベイランスに登録している。その後も継続され、累計で 107 例に実施されたが、現時点まで SSI と判定されたのは当初の 2 例にとどまっている。以前には、泌尿器科で 2021 年 5 月 1 日～12 月 31 日まで腎移植術 6 例、腎臓手術 32 例、前立腺手術 58 例について実施されたが、SSI の発生は認められず 2022 年 1 月をもって終了している。なお、術後の菌血症についての把握は継続されており、2021 年 4 月からは、皮膚科形成外科、乳腺センターについても SSI 発生事例（疑い例を含む）を把握している。今後 SSI リスクの増大の可能性がある場合や新規手術が導入される際には、新たなサーベイランスを実施する予定である。

以上のことから、改善策に継続的に取り組まれ、定着が図られていることが確認された。なお、特定機能病院としての診療内容や多数の手術実績から勘案すると、SSI のサーベイランスについて、現在の消化器領域および循環器領域に加えて対象領域のさらなる拡大に取り組み、継続的な改善活動を実施することが望まれる。

改善要望事項： ー

No	項目番号	評価項目
2	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) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2022 年 8 月 19 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

院内では診療科ごとのカンファレンスや複数診療科・多職種間のカンファレンスが数多く行われており、日常の診療では各種ガイドラインが有効に活用されている。クリニカル・パスは現在 599 種類あり、2020 年度の入院患者への適用率は 48.7% である。また、臨床指標に関しては、ホームページに「病院評価指標」と「病院指標 (DPC データによる)」が掲載されている。

【課題と思われる点】

現在使用されていないパスが 200 種類ほどあることや、アウトカムが設定されていないパスが 100 種類ほどあった。これについて、2021 年度から設定日数と適用期間日数に差があるもの、適用実績の乏しいものを中心に見直しが行われており、2022 年 6 月までに 599 件から 515 件まで減少した。また、アウトカム設定されていないものは、当初の 127 件から 29 件まで減少した。なお、BOM を 2021 年 2 月から導入してアウトカム設定の見直しも進められ、6 月までに 9.3% が BOM 使用パスに変わっている。さらに、アウトカム設定のないパスの使用率は、2022 年 1 月 1.2%、2 月 1.0%、3 月 0.5% と減少し、6 月には 0% になった。バリエーションマスタの修正を行い、システムでアウトカム評価を入力する運用とし、2022 年 1 月以降徐々に入力率が向上し、5 月には 23.7% になっており、一層の推進が続けられている。クリニカル・パスの作成・登録に関して検討・承認する仕組みがなかったが、クリニカルパス推進委員会が把握できるように受付窓口を設置することが決定され、新規パス申請手続きフローが 6 月から運用されることが決定している。このフローの中で、受付時にクリニカルパス推進委員会の薬剤師などが事前の確認を行い、最終的には委員会で承認する仕組みになっている。臨床指標の活用では、国立大学附属病院医療安全管理協議会作成の 16 項目について、他の 43 施設との比較を 2016 年～2020 年の 5 年間で行い、2022 年 4 月の医療安全管理委員会で結果が報告された。この結果を受けて、他施設より劣っている 1 指標について、2022 年度に発足した「医療業務の質改善委員会」で向上に向けた取り組みが多職種で開始されたところである。今後も継続的に取り組むことが必要であり、あわせて、他の指標についても継続的に評価・検討を行うことが望まれる。

改善要望事項: 診療の質の向上に向けた活動に関して、貴院が補足的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。

(2) 確認審査「確認審査結果報告書」

評価： B

所見： 本審査での指摘を受けて、医療者用パスは、アウトカム設定、バリエーション率、運用実績を中心に見直しを行い、当初の 599 件が 2023 年 6 月時点で 421 件に減少した。アウトカム設定のないパスは、現在 0 件である。さらに、アウトカム評価率は、2022 年 4 月の 20.6%から 2023 年 5 月には 60.3%になっている。新規パス受付窓口は定着し、申請に対する差し戻しや承認が適切に行われ、2022 年度は、初回申請 13 件中 12 件が承認、2023 年度はこれまでに 3 件が承認され、26 件が審査中である。パスの適用率は、2020 年度 48%が 2022 年度は 54.1%であった。患者用パスも見直しを行い、当初の 268 件が現時点で 279 件になっている。臨床指標の活用では、国立大学附属病院医療安全管理協議会作成の 16 項目について継続的にスクリーニングし、他施設より低い指標を 2022 年度に発足した「医療業務の質改善委員会」で対応している。2023 年 2 月の時点では、胃・十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術後の輸血率と食道がん術後の在院死亡率について医療安全部門が中心となり、課題の検証が実施されていることを確認した。また、入退院支援加算算定率の向上についても、継続的に取り組んでいることを確認した。

以上のことから、改善策に継続的に取り組まれ、定着が図られていることが確認された。なお、臨床指標については、診療の質に関する指標を設定して分析を行い、課題を抽出したうえで改善活動を実施し、実績を積み上げることが望まれる。

改善要望事項： ー

No	項目番号	評価項目
3	1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる

(1) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2022 年 8 月 19 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

医療安全管理部や感染制御部、総合診療サポートセンター(TMSC)などによる部門横断的な活動が多々行われている。また、医療サービス推進委員会では、患者・家族等の意見を踏まえた改善活動が適宜行われている。体系的な第三者評価に関しては、日本医療機能評価機構による病院機能評価を継続的に受審しているほか、検査部・病理部にて ISO15189 の認証を受けている。

【課題と思われる点】

病院として、中期目標・中期計画を定め理念の達成に向けた継続的な努力はなされているが、院内に数多くある部門・部署の業務改善は現場での議論や対応等に委ねられていた。指摘を受けて、病院として、医療業務の質改善に係る取り組みを体系的・組織的に実施するために、副病院長、医療安全管理部長を含む多職種からなる「医療業務の質改善委員会」が発足し、まずは病院機能評価で指摘された課題についての取り組みを開始した。委員会と関係部署が協働して活動が行われており、すでに実績が出ているものもあるなど、改善が認められる。今後、病院全体の課題を体系的に洗い出し、課題に対して継続的な改善活動を実践し、実績を積み上げることが必要である。

改善要望事項: 新たに組織された医療業務の質改善委員会を継続的に開催し、病院として取り組むべき課題を明確にして改善活動の実績を積み上げてください。

(2) 確認審査「確認審査結果報告書」

評価： B

所見： 本審査での指摘を受けて、2022 年 4 月から副病院長、病院長補佐、副看護部長、医療安全管理部職員、診療科科長以外の教員、薬剤師、その他で構成される「医療業務の質改善委員会」が病院機能評価における指摘事項を中心に、改善に向けて組織的な取り組みを継続している。これにより、2022 年度は、返書対策、パニック値伝達、休日リハビリテーションの実施において、成果が見られた。返書では、初回、中間、最終、診療情報提供の各段階における未作成の一覧を毎月作成し、外来医長に通知している。特に、初回は、診療を行った医師が記載することを義務付けたことで、初回返書率は 2022 年度全体で 90%以上であり、2023 年度も継続している。パニック値の伝達は、依頼医、診療科の他の医師、外来・病棟医長の順で連絡する体制を強化し、当直用 PHS も運用している。これにより、2023 年 3 月以降は、パニック値のほとんどが依頼医へ連絡され、残りは診療科の他の医師への連絡であり、看護師経由はなかった。SCU での休日リハビリテーションが開始されており、2022 年 6 月～2023 年 5 月に入院した急性脳梗塞患者 25 名の患者への 4 日以内の介入は 100%であった。病院機能評価の指摘事項とは別に、薬剤処方における業務改善活動が開始されている。現在の電子カルテシステムでは、業務の複雑性が懸案事項になっていた。これに対して、与薬指示簿の標準版の導入に向けた取り組みが進められている。同じ電子カルテシステムで CIS (Clinical Information System) を活用している他大学病院を参考にして 2022 年 11 月から作業を継続している。また、これらとは別の業務の質改善として入退院支援加算算定率の向上に向けて、総合診療サポートセンターに加えて病棟看護師も担当する運用に改められ、2022 年 11 月から 2 つの病棟で試験的に実施されている。この際、各病棟において担当する看護師に対して教育・研修が実施された。この結果、これまで毎月の算定実績は最大で 11 件であったものが、2023 年 5 月にはそれぞれ 32 件、49 件に増加している。以上のことから、改善策に継続的に取り組まれ、定着が図られていることが確認された。

改善要望事項： ー

No	項目番号	評価項目
4	2.1.2	診療記録を適切に記載している

(1) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2022 年 8 月 19 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

各種診療記録記載の規定に従い、電子カルテに医師、看護師ともに適時に記録しており、入院時の記録、説明・同意の内容、手術記録、看護記録なども十分に記載されている。研修医記録に関しては、確実にカウンターサインが行われ、必要に応じて差し戻し、加筆や修正がなされている。退院時サマリーの作成率は上がってきており、2 週間以内の作成率 100%を維持されるとなお良い。

【課題と思われる点】

医師記録の質的点検は、医師 1 名、看護師 2 名などの多職種でチェックリストを用いて行い、結果は診療科の医長に報告している。しかし、このような医師記録の質的点検は、各診療科において 2 年に 1 回、1 症例で行われており、点検件数が課題であった。指摘を受けて、診療記録の質的点検の方法について全般的に見直しが行われた。点検者は医師、看護師、コメディカル(または医療系事務職員)のチームを年間 28 チーム(点検者 84 名)設定し、各チームが無作為に抽出された 5~10 件を点検することとし、初回は 1 診療科 5 件、全 28 診療科で 140 件を対象とすることが定められ、2022 年 7 月に予定されている。さらに、適切な点検が行われるようにチェックリストの内容も見直しが行われ、点検マニュアルが作成された。これまで通り、結果は中央病歴室が取りまとめて診療記録管理委員会で評価・検討され、病院運営委員会に報告されるとともに、各診療科記載者にもフィードバックされる仕組みである。診療記録の質的点検の体制は強化されており、今後実績を積み上げることが必要である。なお、看護記録の質的点検は、看護部門内のみでの取り組みであったが、結果は診療記録管理委員会に報告され、病院全体として確認する運用に改められた。院内の略語集として、電子カルテに装備された医学辞書が定められ、略語についての検索においては、診療科ごとの特性に合わせたグループ化も行われ、多職種で容易に参照できる運用が行われていることが電子カルテ端末から確認できた。

改善要望事項: 診療記録の質的点検に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。

(2) 確認審査「確認審査結果報告書」

評価： B

所見： 診療録の質的点検について、監査者は、電子カルテユーザーから医師 14 名、看護師 14 名、その他職種（薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士、精神保健福祉士、医療クラークなど）14 名を選出している。この中から、監査チームとして、医師、看護師、その他職種の 3 名で構成される監査チームを毎月 2 チーム編成し、1 チームあたり 1 か月に 5 診療科でそれぞれ 1 件の計 5 件、2 チームで計 10 件を点検している。毎月実施されることにより、年間では 1 診療科あたり 5 件、28 診療科の全体で 140 件の点検が計画的に実施されている。2022 年 9 月の開始から 2023 年 3 月の 7 か月間で 28 診療科の全てに点検が実施され、点検された診療記録数は 74 件であった。その後 4 月、5 月もそれぞれ 10 件の診療記録が点検されている。点検項目は、患者基本情報、入院診療計画書、説明・同意、インフォームド・コンセント、医師経過記録、手術記録、退院時要約、その他の 8 領域で、それぞれ 3～6 項目、合計で 30 項目を設定し、各々 3 段階の点数で評価されている。点検の結果は、全ての項目の点数がわかる一覧表で作成され、診療記録管理委員会で年 2 回、監査結果の検証、問題提起と解決策の検討が行われている。また、その結果は診療記録管理委員会による課題や改善に向けたコメントが付されて各診療科にフィードバックされるとともに、全体の結果は、病院運営委員会で共有されている。以上のことから、改善策に継続的に取り組まれ、定着が図られていることが確認された。

改善要望事項： ー

2. 評価 C（改善要望事項以外）の評価項目についての取り組み状況の確認

該当項目はありません。

3. 総括

改善策に取り組まれており、一定の水準に達していると判断する。

4. 認定の判定

認定の判定： 条件付解除