

確認審査結果報告書

日本大学医学部附属板橋病院

2024年6月7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)
- 確認審査
 確認審査の方法 : 訪問による審査

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	1.5.2	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: 2023年6月2日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

症例検討会は、CPC(年10回程)、M&Mカンファレンス(年12回程)が実施され、他診療科医師の参加のほか、研修医は40~70%参加している。診療ガイドラインは、2021年以降電子カルテ画面に掲示している。クリニカルパスは256件作成され、予定入院患者の適用率は49.5%である。月1回のクリニカルパス委員会において、毎回1診療科ずつ、その診療科で1か月間に適用された全てのパスについてバリエーション分析を行っている。

【課題と思われる点】

臨床指標については、日本医療機能評価機構による病院機能評価の現況調査に掲載されている指標や、DPCを基にした診療実績の収集にとどまっており、診療の質の改善に資する指標の設定がなかった。また、指標を質改善に活用する仕組みが整備されていなかった。診療の質の改善に向けて、担当者や部門、委員会などを明確にしたうえで、病院として質評価指標を定めるとともに、それを活用した改善活動および実績が求められた。指摘を受けて、医療の質の改善に関する委員会が診療の質の改善活動を担当することを明確化した。同委員会が、診療の質を評価する指標として、肺がん肺葉切除の手術時間・術中出血量、大腸がん手術の手術時間・術中出血量・在院日数、心不全患者の平均在院日数、再入院率などを新たに定め、ホームページで公開した。しかしながら、質評価指標を活用した診療の質改善活動は始まったばかりであり、今後の継続的な実践と実績が求められる。クリニカルパスについて、バリエーション分析にとどまっており、分析結果に基づく見直しが行われていなかった。診療プロセスの標準化による質向上に向けて、バリエーション分析に基づくパスの改定が求められた。指摘を受けて、バリエーション発生数が多い診療科のパスについて順次、改定を行うこととし、まず糖尿病教育入院パスが改定された。また、DPCデータを用いた他院との比較を定期的に行い、ケアプロセスが標準から乖離しているパスについて改訂を検討することとし、まず26件のパスを改訂した。バリエーション分析に基づくパスの改定についての取り組みは始まったばかりであり、今後も継続的な実践が望まれる。

改善要望事項: 臨床指標を活用した診療の質の向上活動について、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: 本審査での指摘を受けて、臨床指標を活用した診療の質の向上活動に継続的に取り組んでいる。

2023年度に改善すべき臨床指標について、医療の質・評価改善委員会において審議し、病院執行部による承認を得て「当院クリニカルインジケータ」として設定した。病院全体指標35項目のうち、診療の質に関する評価指標は転倒・転落発生

率、IC・意思決定支援におけるテンプレート入力割合など約 15 指標がある。また、疾患別指標として、「臨床病期 I 期肺がん肺葉切除における出血量」等、17 指標が設定されている。各課題に対し、担当部署やワーキンググループ等で指標を活用した改善活動を行い、医療の質・評価改善委員会が改善状況を把握している。実際に、転倒・転落発生率、IC の記録などの指標について改善の成果が出ている。2024 年度の診療の質改善活動についても年間計画が作成されており、指標は 2024 年 2 月に決定されている。

なお、バリエーション分析に基づくクリニカルパスの改定についても継続的に取り組んでいる。2023 年度は、全パス 321 のうち、バリエーションの発生が多かった 23 のパスについて改定が行われている。

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できた。

改善要望事項： ー

No	項目番号	評価項目
2	3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している

(1) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2023年6月2日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

常勤専従の診療情報管理士7名と事務職員等7名が配置されている。診療情報は電子カルテシステムに記録のうえ患者固有のIDにより一元的に管理され、病名や手術名のコーディング、院内がん登録、退院時サマリーの作成進捗管理、臨床指標データの把握、旧紙カルテの貸出管理等が行われている。また、全退院患者に関する診療記録の量的点検がチェックリストを用いて行われ、不備の是正や傾向分析、フィードバックが行われている。紙媒体の入院診療計画書や説明・同意書等はスキャンニングにより電子カルテに取り込まれている。

【課題と思われる点】

説明・同意書等の紙媒体資料のスキャンニングに伴う電子認証システムが導入されておらず、紙媒体資料が原本として保管されているが、複数患者の資料を日付けごとにまとめて段ボール箱に入れて保管する方法がとられていた。紙を原本とする診療記録の適切な管理、ならびに患者の診療情報の一元的な保管・管理に向け、これまでの紙媒体の原本を含めて患者別ファイルへ保管するなど、記録の一元的な管理が求められた。指摘を受けて、「電子カルテにおけるスキャン文書に関する管理マニュアル」を作成し、スキャンした紙媒体原本を日毎・患者ID毎に段ボール箱に収納する運用に改め、保管リストに患者ID、箱番号を記載することにより、紙を原本とする診療記録の検索を可能とした。しかしながら、同一患者の診療記録が一元的に保管・管理されているとは言い難い。今後発生する紙媒体記録の保管については、患者ごとのファイルなどの作成による同一場所での一体的な保管、もしくは電子認証システムの活用によるスキャンの原本化を行うよう改善が求められる。

改善要望事項: 診療記録の保管は患者ごとに行ってください。

(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、診療記録の患者ごとの保管に継続的に取り組んでいる。

紙を原本とする診療記録は、2023年8月の入院患者から患者毎の個人ファイルで保管している。さらに、2023年12月には電子認証システムの運用を開始し、スキャンで取り込んだファイルを原本として電子的に保管している。スキャンによる電子化に関する運用管理マニュアルに沿って作業が確実に行われ、記録の閲覧も容易にできる状態にあることを確認した。

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できた。なお、電子化した紙媒体記録の廃棄に関する規定がないため、明文化が望まれる。

改善要望事項: ー

No	項目番号	評価項目
3	4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている

(1) 本審査「審査結果報告書」(発行日:2023年6月2日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

全職員を対象とした医療安全や感染制御、医療倫理、個人情報保護、監査委員会からの意見などに関する研修とともに、新採用職員研修や職種ごとの専門的な研修、BLS講習などが行われている。教育・研修は、集合研修や動画・Webを活用した研修、eラーニングなどで行われ、受講後にはテストによる理解度の確認などの工夫がなされている。また、院外教育・研修への参加奨励と費用支弁、図書館や文献検索機能が整備されている。

【課題と思われる点】

事務部庶務課において、各部署・委員会により行われる年間の研修内容が一覧に取りまとめられているが、全職員を対象とした教育・研修を協議する組織が設けられていなかった。また、医療に従事する者に必要とされる接遇、各種ハラスメントなどの実施実績がなかった。全職員を対象とした定期的・継続的な教育・研修の必要性等を検討のうえ年間計画を企画・立案し実施する責任部署または委員会を設けるとともに、必要とされる教育・研修を確実に実施することが求められた。指摘を受けて、教職員研修委員会を新設し、全職員を対象とした教育・研修について、年間計画の作成、研修の実施と受講状況を把握することにした。2023年度の年間計画を策定し、従来の研修に加え、医療接遇研修、ハラスメント研修、サイバーセキュリティ研修を新たに実施することとした。今後は、年間計画に沿って研修を確実に実施するとともに、教職員研修委員会による管理の下、全職員を対象とした教育・研修の定期的・継続的な実施が求められる。

改善要望事項: 全職員を対象とした教育・研修について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実にかつ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、全職員を対象とした教育・研修の定期的・継続的な実施に取り組んでいる。

2023年度年間計画に沿って、医療安全、感染防止、臨床倫理、個人情報保護、医療接遇、人権ハラスメント、サーバーセキュリティの研修が実施され、各研修の受講状況を把握している。個人別受講歴一覧表が作成され、未受講の職員も把握している。2024年度の年間研修計画も作成されており、研修内容は前年度と同様になっている。

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できた。なお、一部の研修について受講率が80%台になっているため、全職員の受講に向け継続的な取り組みが望まれる。

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