

平成 28 年 6 月 27 日

患者の皆さまへ

病院長  
海野 信也

公益財団法人 日本医療機能評価機構による  
病院機能評価認定について（お知らせ）

標記について、この度、当院は病院機能評価を受審し、認定されましたことを下記のとおり、お知らせいたします。

記

1. 受審概要等について

- 1) 認定日 … 平成 28 年 4 月 1 日
- 2) 審査機関 … 公益財団法人 日本医療機能評価機構
- 3) 機能種別 … 一般病院 2
- 4) 評価項目 … 機能種別版評価項目 3rdG: Ver.1.1
- 5) 改善項目 … 該当項目なし。

2. 評価の概要

審査項目	評価			
	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
1.患者中心の医療の推進	0	17	4	0
2.良質な医療の実践 1	3	26	4	0
3.良質な医療の実践 2	2	11	1	0
4.理念達成に向けた組織運営	0	21	0	0
合計	5	75	9	0

※B評価項目については、別紙 1 のとおり、改善に取り組んでおります。

以上

## 病院機能評価『B評価項目』に対する、当院の取組みについて【別紙1】

項目No.	評価項目	評価	指摘内容(該当所見)	指摘内容に対する、当院の取組みについて
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	B	「説明と同意に関するガイドライン」は、必要に応じて検討し追加・修正している。その中に、説明内容、危険性の説明の範囲、代諾者の条件、説明および同意取得が困難時の対応等について明記されている。説明時の同席者(立会い者)については、「侵襲性または危険性のある医療行為を行う場合に、病院側、患者側とも複数の同席があることが望ましい」と記載されており、医療者の同席する意識が高まっている。書式を変更し、新たに同席者の署名欄が設けられたばかりであり、今後の運用の定着を期待したい。セカンドオピニオンについては、ホームページや入院案内に明示されているが、病院内に分かりやすく掲示することを望みたい。	セカンドオピニオンの病院内掲示については、ホームページ及び入院案内に明示されている説明を文書化し、本館1階エントランス掲示板と本館1階入院受付職員出入口側掲示板の2箇所に掲示した。
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	B	個人情報保護規程が整備され、電子カルテ情報の出力では個人が特定できない仕組みにしているなど、おおむね適切に運用されている。なお、USBメモリの使用に際してはパスワードの設定や暗号化を検討されるとさらによい。また、外来診察室・病室においては、ドアやカーテンにより外部からの視線はさえぎられており、プライバシーも適切に保護されている。ただし、外来採血室はドアが広く開放されており、患者が通る廊下から採血の様子がよく見える状況のため、プライバシー保護に若干の配慮を要する。	①USBメモリの使用に関する院内規程の改訂により、患者情報を保存するUSBメモリについて、パスワードや暗号化機能を備えるもの以外の使用を禁止し、院内周知を行った。 ②採血室の対応策としては、中央採血室入口内側に約4.5メートルの幅でカーテンを設置する案が考えられる。廊下側からの視線は遮られるが、車いす患者が出入りにくくなることや中央採血室入り口付近は大変混雑することから、見えにくくすることによって、患者同士が衝突する危険性が懸念されるため、安全面への配慮を最優先に設置の是非を含め慎重に検討する。
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	B	病院の役割は明確にされている。地域連携室が設置され、患者の紹介・逆紹介などが行われ、また、地域包括ケアシステムへの支援としてネットワークを主導しているなど、病院機能の発揮に努めている。しかし、患者の紹介などは診療科主導で行われ、地域の医療情報・ニーズの把握・活用については、関係部署で必要に応じて行われているのみである。連携業務のさらなる充実に向け、地域連携室を中心に組織的な取り組みを期待したい。また、充実に向け検討中である地域連携パスのさらなる活用も検討されたい。	地域連携推進委員会を平成27年度に設置し、各診療科、各部門の地域連携についての情報収集と院内での共有化を推進している また、地域連携パスの運営方法についての方針の策定、及び院内への周知を行った。
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B	各科症例検討会には、必要に応じて放射線科医や病理医が参加しており、科によっては外部講師の参加もある。また、病院全体としてカンサーボードによる検討会とCPCが適切に開催されている。ただし、臨床指標は患者数や手術件数など診療実績を中心にホームページに掲載されているものの、合併症や治療実績などを、病院全体で総括的に検討する場がなく、病院組織としての活用や取り組みがやや少ない。臨床指標の設定・収集・分析・他院との比較検討など、より一層の取り組みを期待したい。	① 病院ホームページに治療成績等を掲載している診療科のページへ臨床指標のページからリンクを張る。 ② 中医協DPC評価分科会が検討中の「DPCデータによる病院指標」に沿って、指標を作成し病院ホームページに掲載する。 ・年齢階層別退院患者数（掲載済み）
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B	薬剤の重複投与やアレルギーは、電子カルテ上でチェックされ回避される仕組みが整備されている。薬剤の取り違え防止対策や副作用報告も手順に従い適切に実施されている。抗がん剤は化学療法管理委員会で管理・登録された709のレジメンに従い使用されている。病棟在庫薬使用時の手順があり、麻薬の指示受け・調製時の注意事項なども定められている。しかし、麻薬・向精神薬・毒薬の病棟在庫が多く、一般病棟にフェンタニル50アンブルが定数配置されていた。集中治療病棟、内視鏡室等にも麻薬・ハイリスク薬が数多く配置され、さらに、総合手術センター薬剤室には、中央手術室、外来手術室などで使用する麻薬が大量に(フェンタニル400A、エスラックス25A、マスキュラックス25Aなど)保管されていた。薬剤師が在室するのは午前3時間、午後2時間のみであった。麻薬・ハイリスク薬・毒薬については、使用実績から定数の見直しを検討されたい。高度医療を担う急性期病院として病院全体の薬品の安全管理について、薬剤師の一層の関与を望みたい。	麻薬の管理体制については、診療部、看護部、薬剤部、その他各部門からなるプロジェクトを発足し、全病院的に検討を進めた。一般病棟では、麻薬と毒薬の定数配置を平成28年4月に廃止し、病棟担当薬剤師による確認・交換を導入し、薬剤部での一元管理体制とした。向精神薬は緊急時用の最低限の配置とした。総合手術センターでは、休祝日の薬剤師管理を平成27年11月に導入した。平日は薬剤師の在室を午前3時間、午後3時間とし、定数配置の毒薬を削減した。

## 病院機能評価『B評価項目』に対する、当院の取組みについて【別紙1】

項目No.	評価項目	評価	指摘内容(該当所見)	指摘内容に対する、当院の取組みについて
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	ICTのコアメンバーである「感染管理認定看護師」が中心となり、診療現場における医療関連感染の制御に努めている。手指衛生の推奨並びに个人防护用具(PPE)の適正使用が現場にて実践されている。寝具類やリネン等、感染性廃棄物等の分別は適切に行われている。しかし、注射針等鋭利な物の廃棄容器の入口に漏斗と廃棄された鋭利物を押し込む器具を差し込んでおり、容器を交換した後も漏斗とその器具は使い回しをしていた。このため、廃棄物には再度触れないよう改善が求められた。審査後、鋭利物収納に関わる器具の使用は廃止し、携帯用針廃棄物容器に変更された。	①鋭利物収納に関わる器具の使用廃止。 【改善方法】 携帯用針廃棄物容器、蓋付き(足踏み式)医療ゴミ箱に変更した。 ②感染性廃棄物容器に蓋を装着。 【改善方法】 現状のスペースに収納可能な蓋付きゴミ箱に変更した。
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B	服薬指導・薬歴管理は、病棟担当薬剤師により、対象となる患者全てに行われている。時間外など定数配置薬の使用の際には、ダブルチェックなど手順を遵守している。抗がん剤など高リスク薬の使用に際しては、事前の説明と同意の取得が行われ、投与中・後の観察も規程に従い実施されている。また、血管外漏出に関する対応手順を定めて、早期対応に努めており評価できる取り組みである。抗がん剤の調製・混合は安全キャビネットを用い、時間外を含めて全て薬剤師によって行われている。高カロリー輸液の調製・混合は、小児・腎疾患患者以外は病棟で看護師によりクリーンベンチを使用せずに実施されている。今後は薬剤部のクリーンベンチを使用した無菌調製の徹底を検討されたい。	平成28年1月18日より薬剤部製剤室のクリーンベンチにて高カロリー輸液の混合業務を開始した。
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B	身体抑制に関しては、同意書において、抑制方法の選択や抑制の予定期間が記載されていない例がみられた。また、抑制開始時の医師の指示があいまいな例もあり、抑制期間中の観察記録もやや少なく、より一層の確実な実施について検討されたい。	身体抑制に関する説明同意書を改訂し、抑制の予定期間、医師の指示が明記されたものに変更した。抑制方法は具体的な説明を同意書に記述し、患者・家族が理解しやすいものにした。また、抑制中は、各勤務で観察結果を記録する運用とした。
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	B	薬剤部に常勤薬剤師85名、うち病棟担当薬剤師31名が所属し、24時間体制で夜間・休日対応をしており、薬剤部門の組織は適切に整備されている。処方・調剤監査はマニュアルを遵守し実施され、入院患者の持参薬管理も薬剤師の確認後に医師の指示で管理・交付を行っており適切である。しかしながら、注射薬は、オーダー締め切り時間が午前11時のため、1施用毎の取り揃え実施率が60%程である。また、抗がん剤の調製・混合は全て薬剤師により行われているが、高カロリー輸液の多くがクリーンベンチのない病棟で調製されており、薬剤部のクリーンベンチを使用した無菌調製の徹底を望みたい。さらに、薬剤採用の適否は薬事委員会で決定されているが、品目数が2,300とやや多く品目削減に向けた検討を期待したい。	注射薬のオーダー締め切り時間、注射薬の搬送時間を変更する等、多部門との調整を行い、14時まで延長した。また、臨時請求注射薬を全て1施用毎に取り揃えての払出しとした。それにより、緊急時以外は全て1施用毎の取り揃えを実施できている。 採用薬品は、薬品の整理統合、取扱方法等を検討した結果、平成28年6月1日現在で、1,946品目(患者限定薬品を除く)となった。