

確認審査結果報告書

岡山大学病院

2026 年 6 月 5 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. 3.0 (主: 一般病院 3)
 ■確認審査
 確認審査の方法 : 書類等による審査

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	1.2.2	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

(1) 本審査「審査結果報告書」(発行日: 2025 年 9 月 5 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

総合患者支援センターの4つの機能の一つとして、地域医療連携部門が置かれ、4人体制で対応している。副センター長の医師が毎年30~40施設を訪問・面談して、連携上の課題や希望などを聞いている。患者紹介に対しては、初診時、治療方針等決定時、退院または診療終了時の3時点で返書を送るルールがある。

【課題と思われる点】

紹介医療施設への返書は月1回確認し、診療科へのフィードバックと未作成分の督促を行っていたが、督促後のフォローはなされておらず、初診時返書率は92%程度、退院時または診療終了時の返書率は70%弱であったため、改善を求めた。指摘を受けて、返書記載システムを変更するとともに、返書のタイミングを、1. 初診時、2. 検査結果判明または治療方針決定時、3. 退院時または終診時とし、フィードバックを月2回に増やし、初回フィードバック後は月1回のペースで再催促することとした。その結果、初診時返書については2ヶ月後には98%を越える結果となったが、退院時返書は診療科ごとの遅延理由を検討するなどの改善活動が行われているものの、未だ90%に達していない。病院が定めた時点での返書を速やかかつ確実に実施するよう、引き続き改善が求められる。

改善要望事項: 病院が定めた時点での返書を速やかかつ確実に実施してください。

(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、返書記載システムを変更するとともに、返書のタイミングを、1. 初診時、2. 検査結果判明または治療方針決定時、3. 退院時または終診時とし、フィードバックを月2回に増やし、初回フィードバック後は月1回のペースで再催促することとした。その結果、受診後返書率は紹介2ヶ月後の時点で98%を越える結果となった。一方、退院後返書率は90%に達せず、病理結果未着など、診療科ごとの遅延理由を検討するなどの改善活動を開始するとともに、返書システムの変更や各診療科への個別催促などにより、紹介3ヶ月の時点での退院時返書率も97%を超える実績となった。返書管理については適切に実施する体制が整備された。

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。

改善要望事項: ー

No	項目番号	評価項目
2	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: 2025 年 9 月 5 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

診療録記載マニュアルに基づき、分かりやすい言葉で診療記録を記載している。退院時サマリーの 2 週間以内の作成率は 97.7%に上っている。

【課題と思われる点】

診療記録の質的点検は、医師の記録は多職種により、看護記録は看護師のみにより点検しており、医師・看護師以外の職種が書いた記録は点検されておらず、診療記録全体を多職種で点検することが求められた。また、略語の使用に関しては、院内略語集の作成がなく、同音異義の略語使用に関する取り決めもない状況であった。指摘を受けて、72 名の多職種から構成される監査チームを立ち上げ、年 4 回合計 576 診療記録を監査する体制を整備した。また監査項目を、看護記録、リハビリテーション記録、薬剤師記録、NST 記録、略語記載を含む 36 項目に拡充し、2025 年 7 月に新たなマニュアルに則った多職種監査が実施されているが、継続した取り組みを行うことが求められる。略語集については、各診療科からのヒアリングに基づいて院内略語集を作成している途上である。診療記録の記載について、整備された体制に則って実績を積み重ねることが求められる。

改善要望事項: 新たな体制での診療録の質的点検について実績を重ねてください。また、略語使用に対する院内ルールを整備し、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、72 名の多職種から構成される監査チームを立ち上げ、年 4 回合計 576 診療録を監査する体制を整備した。また監査項目を、看護記録、リハビリテーション記録、薬剤師記録、NST 記録、略語記載を含む 36 項目に拡充し、2025 年 9 月、2025 年 12 月、および 2026 年 3 月に実施した。略語集は 2025 年 12 月 15 日に完成・周知され、診療科によって異なる意味を持つ略語は使用不可として通知されており、略語を使用する際には予測変換機能による変換を推奨するなど、適切に運用する体制が整備された。
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。

改善要望事項: ー

No	項目番号	評価項目
3	3.1.1	薬剤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: 2025 年 9 月 5 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

入院前オリエンテーション時に周術期管理センターで担当薬剤師が服薬状況を確認し、休薬指示・再開の有無を診療録に共通様式で記録している。処方箋に臨床検査値を表示し、調剤棚には特に「腎・肝機能」に注意が必要な薬剤を表示して処方鑑査に活用している。特定の医薬品(プロポフォール、ロクロニウム)については、院内規定で払い出し先を限定し、薬剤部でアラートをかけて逸脱を防止している。安全使用のための業務手順書や注射薬、内服/外用別の誤薬防止対策マニュアルを院内イントラネットに掲載しており、業務に役立てられるように整理されている。抗がん剤の調製はレジメンに基づき、休日・時間外も含めすべて薬剤師が行っている。

【課題と思われる点】

調製が必要な TPN について、薬剤師によるクリーンベンチ内での調製は 65%に留まっており、医師による薬剤部での混注指示がない場合は一般点滴と同様に病棟で調製されていたため、改善を求めた。指摘を受けて、73.5%まで改善はみられたものの、十分な取り組みとは言い難いため、引き続き改善が求められる。注射薬の 1 施用毎の払い出しが 8 割程度で、残り 2 割は病棟配置薬からの使用となっており、一施用率の向上が望まれた。注射薬は夜間も薬剤部から一施用として払い出すこととし、薬剤部からは 100%一施用毎の払い出しとなったことを確認した。

改善要望事項: 調製が必要な TPN 製剤については、薬剤師による無菌調製を確実に実施してください。

(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、注射薬は夜間も薬剤部から一施用として払い出すこととし、薬剤部からは 100%一施用毎の払い出しとなった。TPN 製剤の薬剤師による調製については、調整指示漏れオーダーがあることで病棟調整が行われていた状況を改善させるため、医師による調整指示漏れを防ぐチェック機能を設定し、2026 年 1 月より運用開始とした。その結果、薬剤師による TPN 調整は 97.9%にまで改善しており、薬剤管理については適切な体制が整備された。
以上のことから、改善策に継続的に取り組み、定着が図られていることが確認された。

改善要望事項: —

No	項目番号	評価項目
4	3.1.7	医療機器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: 2025 年 9 月 5 日)

評価: C

所見: 【適切に取り組まれている点】

臨床工学センターでは、臨床工学技士 25 名が、医療機器管理、手術室、集中治療、血液浄化、IVR、に分かれ業務している。夜間・休日は宿直体制で 24 時間対応している。時間外の人工心肺装置等の高度な機器の操作はオンコール体制で対応している。人工呼吸器、輸液ポンプやシリンジポンプ、除細動器などは電子台帳を用いて一元管理され、定期点検、故障時対応がされている。輸液ポンプ、シリンジポンプは標準化され、成人に用いる人工呼吸器は 2 機種に統一されている。新たに医療機器を導入する際の機種選定に臨床工学技士も関与している。シリンジポンプのような標準的な機器についての新入職者研修、新たな機器を導入した際の導入時研修、そして、人工呼吸器等特定の部署で使用される医療機器について当該部署スタッフ対象の研修が実施されている。

【課題と思われる点】

保守点検の状況が確認できない医療機器が、患者に直接使用する医療機器として病棟で確認されたため、臨床研究等に用いるために購入された機器も含め、患者に直接使用する全ての医療機器を医療機器管理部門が管理し、点検や整備を実施する体制を構築することが求められた。指摘を受けて、院内すべての部署から、患者に直接使用している医療機器を 2025 年 4 月 30 日までに届け出ることとし、心電計や歯科タービンを含め 240 の届け出があったことを確認した。今後、患者への影響度に基づいてリスク分類を行ない、医療機器安全管理室で管理するもの、部署管理とするもの等を洗い出し、管理方法を検討することとなっている。新たに導入される部署購入機器を含め、さらなる体制整備が求められる。

改善要望事項: 院内で患者に直接使用される医療機器について、病院としてさらなる管理体制の整備に努めてください。

(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、院内すべての部署から患者に直接使用している医療機器の届け出を指示し、心電計や歯科タービンを含め 240 件の届け出を受理した。そして、医療機器安全管理室ラウンドによる「保守点検マニュアル」「保守点検票」の実効性を確認した上で、2026 年 3 月付で「●●大学の医療機器に関する取扱い要領」「患者に直接使用する医療機器の定期点検について」「医療機器新規購入時フロー」を制定し、院内で患者に使用するすべての医療機器の保守管理状況を確実に把握する体制を整備した。
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。

改善要望事項: —

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