

病院機能評価データブック

平成 20 年度

平成 22 年 3 月



財団法人日本医療機能評価機構

はじめに

財団法人日本医療機能評価機構（以下「当機構」という。）は、国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図ることを目的に、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、問題点の改善を支援する第三者機関として設立されました。当機構では、病院機能評価事業のほか、産科医療補償制度運営事業、EBM医療情報サービス事業、医療事故防止事業等、様々な取り組みにより、病院ならびに国民に対する事業を幅広く実施しております。

病院機能評価事業が開始された平成9年（1997年）より、病院機能評価事業における認定病院数は着実に増加し、平成22年1月末時点で2,575病院、全病院の約30%に達しています。また、平成21年7月から、新たな評価項目Ver. 6.0での審査を開始いたしました。

病院の皆様には、受審に際して医療提供体制の構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）を中心とした大変貴重な情報をご提出いただいております。これらの貴重なデータを病院・国民の皆様に戻元することにより、医療の質向上にむけた日々の取り組みのための資料としてご活用いただくべく、昨年度初めてこれらのデータを『病院機能評価データブック 平成19年度』として公表いたしました。

このたび、その続報といたしまして、平成20～21年度に評価項目体系Ver. 5.0で訪問審査を受審された620病院のデータを『病院機能評価データブック 平成20年度』としてまとめました。医療の質向上のために、受審病院から提供いただいた貴重なデータを引き続きお役立ていただければ幸甚でございます。

皆様にとって有用な情報提供となるよう、内容の一層の充実に今後とも努めてまいりますので、ご指導、ご鞭撻のほどお願い申し上げます。また、医療の質の向上に引き続き尽力してまいりたいと考えておりますので、今後とも当機構ならびに当事業に対するご理解とご協力を賜りますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

平成22年 3月

財団法人日本医療機能評価機構
理事長 井原 哲夫

<掲載情報について>

本データブックには、病院機能評価事業を通じて当機構がこれまでに得たデータを掲載しています。

特に、病院機能評価の過程において、受審病院から訪問審査前に提出いただく現況調査票のデータにつきましては、現況調査票の記入漏れ・異常値等をチェックしていますが、原則として、受審病院に記入いただいた数値をそのまま審査に利用しています。

本データブック第2章～第15章では、平成20年度に訪問審査を受審した493病院および平成21年度にver.5.0で訪問審査を受審した127病院の現況調査票のデータを集計・分析した結果を示しました。また、第16章では、これら620病院の中間的な結果報告書または最終結果報告書における評点・評価所見を利用しました。なお、最終結果報告書における評点・評価所見については当該病院の許諾を得て掲載しています。

なお、本データブックに所収した項目および集計方法に関しては、平成20年度に開催した当機構事務局内検討会での検討結果に基づきました。

《目次》

はじめに

掲載情報について

目次

| | |
|----------------------|----|
| 第1章 病院機能評価概略 | 11 |
| 1. (財) 日本医療機能評価機構沿革 | 11 |
| 2. 評価項目の変遷 | 13 |
| 3. 受審病院数の年度別推移 | 15 |
| 4. 認定病院の都道府県別割合 | 15 |
| 第2章 受審病院の属性について | 17 |
| 1. 受審病院の病床数別割合 | 17 |
| 2. 受審病院の地域別割合 | 18 |
| 3. 病院種別・審査体制区分 | 18 |
| 4. 特殊病床 | 20 |
| 5. 施設基準 | 21 |
| 6. 臨床研修病院 | 22 |
| 7. 在宅支援機能 | 23 |
| 8. 審査体制区分別病床100対職員数 | 24 |
| 9. 外部委託状況 | 26 |
| 10. 情報化の状況 | 26 |
| 第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標 | 27 |
| 1. 職員数 | 27 |
| 2. 医師・看護職員総労働時間数 | 28 |
| 3. 医師・看護職員有給休暇取得率 | 29 |
| 4. 医療安全管理者について | 30 |
| 5. 感染管理担当者について | 30 |
| 6. 職員に対する検査・予防接種実施状況 | 31 |
| 7. 医師・看護職員退職率 | 32 |
| 8. 宿舎・看護学校・保育所等の保有状況 | 33 |
| 第4章 患者受け入れ状況 | 34 |
| 1. 標榜科 | 34 |
| 2. 主要診療科別医師1人あたり患者数 | 35 |
| 3. 標榜科別医師数 | 37 |

| | | |
|-----|------------------------|----|
| 4. | 1日あたり患者数 | 38 |
| 5. | 年間病床利用率 | 38 |
| 6. | 平均在院日数 | 39 |
| 7. | 他施設からの紹介率 | 40 |
| 8. | 外来における待ち時間の状況について | 41 |
| 9. | 地域医療連携室の担当者配置状況 | 42 |
| | | |
| 第5章 | 救急部門 | 43 |
| 1. | 救急告示病院数 | 43 |
| 2. | 救急医療体制 | 43 |
| 3. | 救急車搬入患者数 | 44 |
| 4. | 救急入院患者数 | 44 |
| 5. | 精神科救急医療対応 | 45 |
| 6. | 精神保健福祉法指定病床を有する病院 | 45 |
| 7. | 夜間勤務体制 | 46 |
| | | |
| 第6章 | 薬剤部門 | 47 |
| 1. | 100床あたり薬剤師数 | 47 |
| 2. | 院外処方箋率（外来） | 47 |
| 3. | 薬剤部門での注射薬の混合 | 48 |
| 4. | 注射薬の供給法（個人別取り揃え実施状況） | 48 |
| | | |
| 第7章 | 検査・画像診断部門 | 49 |
| 1. | 放射線科医師数 | 49 |
| 2. | CTの状況（保有台数・実施件数・待機日数） | 50 |
| 3. | MRIの状況（保有台数・実施件数・待機日数） | 51 |
| 4. | 各種超音波検査の実施状況 | 52 |
| 5. | 画像の遠隔診断 | 52 |
| 6. | 検査報告所要時間（ルーチン・緊急） | 53 |
| 7. | 外部精度管理の実施状況 | 54 |
| 8. | 病理医配置状況 | 54 |
| 9. | 剖検実施状況 | 55 |
| 10. | 死亡退院率・剖検率 | 55 |
| 11. | 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検） | 56 |
| 12. | 術中迅速診断の実施状況 | 56 |
| 13. | テレパソロジーの実施状況 | 57 |

| | | |
|------|--|----|
| 第8章 | 輸血部門 | 58 |
| 1. | 輸血担当部門 | 58 |
| 2. | 輸血担当医師数 | 58 |
| 3. | 100床あたり血液使用量 | 59 |
| 4. | 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況 | 60 |
| 第9章 | 手術部門 | 61 |
| 1. | 手術実施状況 | 61 |
| 2. | 100床あたり麻酔科医数 | 61 |
| 3. | 100床あたり手術室数 | 62 |
| 4. | 100床あたり手術件数 | 62 |
| 5. | 100床あたり全身麻酔手術件数 | 63 |
| 6. | 麻酔科医1人あたり全身麻酔手術件数 | 63 |
| 7. | 年間全身麻酔手術件数と麻酔科医数 | 64 |
| 8. | 緊急手術の割合 | 64 |
| 第10章 | リハビリテーション部門 | 65 |
| 1. | リハビリテーション実施状況 | 65 |
| 2. | リハビリテーション担当医師数 | 66 |
| 3. | 外来/入院リハビリテーション実施単位 | 67 |
| 4. | FIM (functional independence measure) の変化率 | 69 |
| 第11章 | 栄養部門 | 70 |
| 1. | 100床あたり栄養士・管理栄養士数 | 70 |
| 2. | 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数 | 70 |
| 3. | 月平均栄養食事指導実施件数 | 71 |
| 第12章 | 診療録・診療情報管理部門 | 72 |
| 1. | 診療録・診療情報管理士数 | 72 |
| 2. | 2週間以内の退院時サマリー作成率 | 72 |
| 3. | 診療録番号の管理 | 73 |
| 4. | 保管年限後の処理 | 73 |
| 第13章 | 医療社会福祉・在宅医療支援部門 | 74 |
| 1. | ソーシャルワーカー・社会福祉士等職員数 | 74 |

| | | |
|------|----------------------------------|-----|
| 2. | 月平均患者相談実施件数（入院・外来） | 74 |
| 3. | ワーカー1人あたり月平均相談件数 | 75 |
| 4. | 訪問サービス実施状況 | 75 |
| 5. | 月平均訪問診療等実施件数 | 76 |
| 6. | 患者1人あたり訪問回数、看護師1人・1日あたり訪問件数 | 77 |
| | | |
| 第14章 | 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況） | 78 |
| 1. | 皮膚・形成外科領域 | 78 |
| 2. | 神経および脳血管領域 | 79 |
| 3. | 精神科・神経科領域 | 80 |
| 4. | 眼科領域 | 81 |
| 5. | 耳鼻咽喉科領域 | 82 |
| 6. | 呼吸器科領域 | 83 |
| 7. | 消化器系領域 | 84 |
| 8. | 肝・胆道系領域（膵臓を含む） | 85 |
| 9. | 循環器系領域 | 86 |
| 10. | 腎・泌尿器系領域（男性生殖器を含む） | 87 |
| 11. | 産科・婦人科領域 | 88 |
| 12. | 内分泌・代謝・栄養領域 | 89 |
| 13. | 血液・免疫系領域 | 90 |
| 14. | 筋・骨格系領域および外傷 | 91 |
| 15. | 小児科領域（新生児・未熟児を含む） | 92 |
| 16. | a. 歯科口腔外科領域（保存・補綴を含む） | 93 |
| | b. 小児歯科領域 | 94 |
| | c. 矯正歯科領域 | 94 |
| 17. | 放射線治療領域 | 95 |
| 18. | 救急領域 | 96 |
| 19. | 麻酔科領域 | 97 |
| 20. | リハビリテーション領域 | 98 |
| | | |
| 第15章 | 経営指標 | 99 |
| 1. | 受審前年度の医業収支率 | 99 |
| 2. | 病院属性別医業収支率の推移ならびに医業収益100対費用および収益 | 100 |
| 3. | 100床あたり医業費用 | 101 |
| 4. | 外来患者1人1日あたり収益 | 101 |
| 5. | 平均在院日数と入院患者1日1人あたり収益 | 103 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 第16章 審査結果（評点）の傾向…………… | 104 |
| 1. c判定の割合が1%を超える小項目および中項目ごとの評点分布 …… | 104 |
| 2. 評点2以下の項目の主な指摘事項 …… | 111 |
| 3. 評点5の事例（抜粋）…………… | 129 |
| おわりに…………… | 199 |

第1章 病院機能評価概略

1.1 (財) 日本医療機能評価機構沿革

| 年 | 月 | できごと |
|----------------|-------------------|---|
| 昭和 56 (1981) 年 | 3 月 | 日本医師会・病院委員会の中間報告において「病院機能評価」という語がわが国で初めて用いられる |
| 昭和 60 (1985) 年 | 8 月 | 厚生省 (当時) と日本医師会が合同で「病院機能評価に関する研究会」を設置 |
| 昭和 62 (1987) 年 | | 「病院機能評価に関する研究会」研究会報告書として『病院機能評価マニュアル』が作成される |
| 平成元 (1989) 年 | 4 月 | 日本医師会および厚生省健康政策局により『病院機能評価マニュアル』が発刊される |
| 平成 2 (1990) 年 | 10 月 | 東京都私立病院協会において、JCAHO 研究会を継承するかたちで「病院医療の質に関する研究会」が発足 専門の評価調査者の育成、中立的立場の専門家による学術的第三者評価を実施 |
| 平成 5 (1993) 年 | 9 月 | 厚生省「病院機能評価基本問題検討会」において、第三者評価による医療機能評価実施に向け検討 |
| 平成 6 (1994) 年 | 9 月 | 「病院機能評価基本問題検討会」報告書において、第三者の立場から学術的・中立的な医療機関の評価を行う公益法人の設立の必要性を提言 |
| 平成 7 (1995) 年 | 1 月 7 月 | 日本医師会内に設立準備室発足 (財) 日本医療機能評価機構 設立 |
| 平成 9 (1997) 年 | 4 月 8 月 | 病院機能評価の本格的な開始 (Ver. 2.0) 第一号認定 |
| 平成 10 (1998) 年 | | Ver. 3.0 への改定作業開始 |
| 平成 11 (1999) 年 | 7 月 | 評価項目 Ver. 3.1 適用開始 (アルゴリズムの廃止) |
| 平成 12 (2000) 年 | 12 月 | Ver. 4.0 への改定に向けた「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」発足 (~13 年度) |
| 平成 14 (2002) 年 | 7 月 | 評価項目 Ver. 4.0 適用開始 (統合版評価項目となる) 更新審査開始 |
| 平成 15 (2003) 年 | 5 月 8 月 9 月 | 健康増進法の施行に伴い、「病院機能評価における『禁煙・分煙』の考え方について」を発表 認定病院数が 1,000 を超える 統合版評価項目 Ver. 4.0 が ALPHA (医療評価認定機関の国際標準に基づく国際審査) の評価項目に対する審査で認定される |

| | | |
|--------------|-----|--|
| | 10月 | 付加機能評価（救急・緩和ケア・リハビリテーション）審査開始 |
| | 12月 | 統合版評価項目改定検討会開始（～16年度） |
| 平成 16（2004）年 | 4月 | サーベイヤー・パフォーマンス・レビューによる評価調査者の業務遂行状況評価開始 |
| 平成 17（2005）年 | 7月 | 当機構発足 10周年 Ver. 5.0 適用開始 |
| 平成 21（2009）年 | 7月 | Ver. 6.0 適用開始 |

※評価項目の変遷については「1.2 評価項目の変遷」、認定病院数の推移については「1.3 受審病院数の年度別推移」を参照されたい。

1.2 評価項目の変遷

評価項目の変遷について、表 1-1 に示す。

表 1-1. 評価項目の変遷

| V1(運用調査) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----|-----|--------|-----|-----|------------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|
| | 一般病院A | | | 一般病院B | | | 精神病院 | | | | | | | | |
| | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | | 中項目 | | 小項目 | | | | |
| 1. 病院の理念と組織的基盤 | 5 | 9 | 22 | 5 | 13 | 37 | 5 | | 13 | | 37 | | | | |
| 2. 地域ニーズの反映 | 5 | 7 | 18 | 5 | 15 | 34 | 5 | | 17 | 1 | 41 | 5 | | | |
| 3. 診療の質の確保 | 11 | 13 | 41 | 15 | 53 | 126 | 12 | 3 | 46 | 10 | 110 | 22 | | | |
| 4. 看護の適切な提供 | 5 | 5 | 15 | 7 | 17 | 49 | 7 | | 17 | | 49 | | | | |
| 5. 患者の満足と安心 | 8 | 14 | 37 | 8 | 32 | 105 | 8 | | 36 | 3 | 139 | 13 | | | |
| 6. 病院運営管理の合理性 | 7 | 7 | 17 | 8 | 25 | 63 | 8 | | 25 | | 63 | | | | |
| 7. 保護と隔離に関する機能 | | | | | | | 3 | | 7 | | 28 | | | | |
| 合計 | 41 | 55 | 150 | 48 | 155 | 414 | 48 | 3 | 161 | 14 | 467 | 40 | | | |
| 必須項目/選択項目 | | | | | | | | | | | | | | | |
| V2: 1997(平9)年4月～1999(平11)年7月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一般病院A | | | 一般病院B | | | 精神病院A | | | 精神病院B | | | | | |
| | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | | | |
| 1. 病院の理念と組織的基盤 | 5 | 9 | 24 | 6 | 13 | 28 | 5 | 9 | 24 | 6 | 11 | 28 | | | |
| 2. 地域ニーズの反映 | 5 | 9 | 23 | 5 | 18 | 41 | 5 | 9 | 30 | 5 | 10 | 33 | | | |
| 3. 診療の質の確保 | 12 | 17 | 52 | 15 | 38 | 97 | 10 | 15 | 46 | 10 | 26 | 71 | | | |
| 4. 看護の適切な提供 | 4 | 10 | 27 | 4 | 12 | 41 | 4 | 10 | 29 | 4 | 12 | 41 | | | |
| 5. 患者の満足と安心 | 8 | 15 | 44 | 5 | 27 | 96 | 8 | 17 | 63 | 5 | 21 | 89 | | | |
| 6. 病院運営管理の合理性 | 7 | 9 | 27 | 8 | 22 | 67 | 7 | 10 | 30 | 8 | 23 | 70 | | | |
| 7. 保護と隔離に関する機能 | | | | | | | 3 | 9 | 38 | 3 | 9 | 38 | | | |
| 合計 | 41 | 69 | 197 | 43 | 130 | 370 | 42 | 79 | 260 | 41 | 112 | 370 | | | |
| V3: 1999(平11)年7月～2003(平15)年6月/(長期療養はV2): 1998(H10)年9月～2003(平15)年6月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一般病院A | | | 一般病院B | | | 精神病院A | | | 精神病院B | | | 長期療養病院 | | |
| | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
| 1. 病院の理念と組織的基盤 | 6 | 10 | 29 | 6 | 10 | 35 | 6 | 10 | 29 | 6 | 10 | 35 | 5 | 9 | 26 |
| 2. 地域ニーズの反映 | 4 | 9 | 24 | 5 | 16 | 44 | 4 | 5 | 14 | 5 | 8 | 21 | | | |
| 2L. 地域ケアへの参加とサービスの継続性 | | | | | | | | | | | | | 6 | 12 | 32 |
| 3. 診療の質の確保 | 12 | 19 | 57 | 18 | 43 | 120 | 8 | 13 | 38 | 11 | 23 | 69 | 11 | 17 | 55 |
| 4. 看護の適切な提供 | 4 | 12 | 38 | 4 | 13 | 44 | 4 | 11 | 36 | 4 | 12 | 41 | | | |
| 4L. ケアの適切な提供 | | | | | | | | | | | | | 4 | 12 | 38 |
| 5. 患者の満足と安心 | 6 | 19 | 51 | 5 | 26 | 91 | 5 | 9 | 28 | 5 | 17 | 59 | 7 | 18 | 56 |
| 6. 病院運営管理の合理性 | 7 | 10 | 34 | 8 | 24 | 74 | 7 | 10 | 34 | 7 | 23 | 69 | 7 | 9 | 27 |
| 7P. 保護と隔離に関する機能 | | | | | | | 6 | 32 | 144 | 6 | 32 | 144 | | | |
| 7L. リハビリテーションとQOLへの配慮 | | | | | | | | | | | | | 2 | 11 | 33 |
| 合計 | 39 | 79 | 233 | 46 | 132 | 408 | 40 | 90 | 323 | 44 | 125 | 438 | 42 | 88 | 267 |
| 統合版V4: 2002(平14)年7月～2005(平17)年8月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 全体 | | | (基本項目) | | | (再掲)ケアプロセス | | | (基本項目) | | | | | |
| | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | | | |
| 1. 病院組織の運営と地域における役割 | 10 | 24 | 70 | 10 | 23 | 40 | | | | | | | | | |
| 2. 患者の権利と安全の確保 | 7 | 16 | 44 | 7 | 16 | 38 | | | | | | | | | |
| 3. 療養環境と患者サービス | 8 | 26 | 90 | 8 | 26 | 71 | | | | | | | | | |
| 4. 診療の質の確保 | 27 | 63 | 202 | 26 | 56 | 135 | | | | | | | | | |
| 5. 看護の適切な提供 | 14 | 27 | 90 | 14 | 25 | 63 | 12 | 23 | 72 | 12 | 22 | 51 | | | |
| 6. 病院運営管理の合理性 | 6 | 22 | 81 | 6 | 21 | 49 | 11 | 18 | 61 | 11 | 17 | 44 | | | |
| 共通項目 計 | 72 | 178 | 577 | 71 | 167 | 396 | 23 | 41 | 133 | 23 | 39 | 95 | | | |
| 7. 精神科に特有な病院機能 | 5 | 17 | 48 | | | | | | | | | | | | |
| 8. 療養病床に特有な病院機能 | 4 | 9 | 29 | | | | 2 | 5 | 17 | | | | | | |
| 統合版 計 | 81 | 204 | 654 | | | | 25 | 46 | 150 | | | | | | |

注)基本項目は一般病院を対象とした

表 1-1. 評価項目の変遷 (続き)

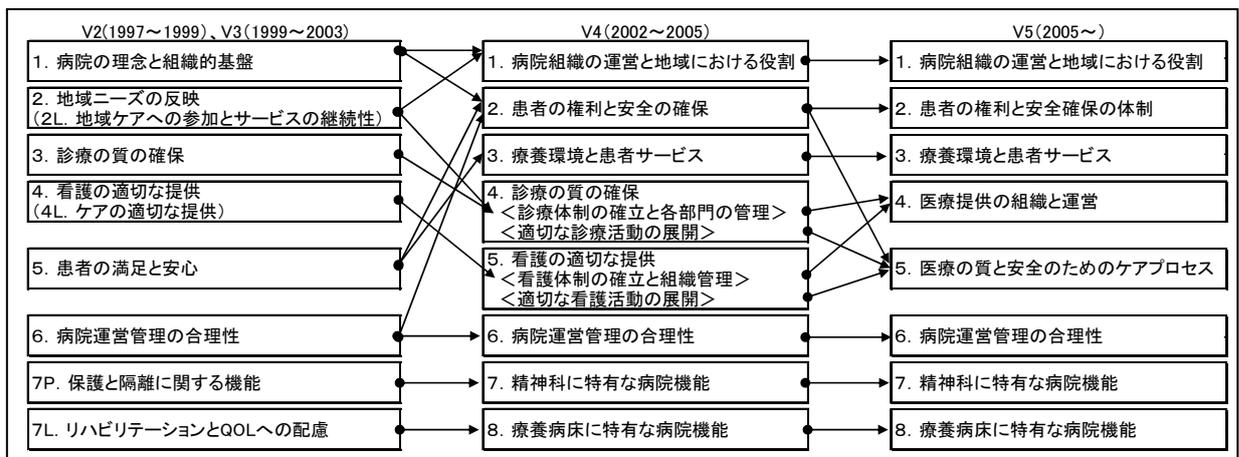
| 統合版V5: 2005(平17)年7月～2009(平21)年6月 | | | | | | |
|----------------------------------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|
| | 全体 | | | (基本項目) | | |
| | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
| 1. 病院組織の運営と地域における役割 | 10 | 20 | 59 | 10 | 19 | 43 |
| 2. 患者の権利と安全確保の体制 | 6 | 15 | 43 | 6 | 13 | 39 |
| 3. 療養環境と患者サービス | 7 | 23 | 88 | 7 | 23 | 75 |
| 4. 医療提供の組織と運営 | 18 | 54 | 177 | 17 | 49 | 133 |
| 5. 医療の質と安全のためのケアプロセス | 8 | 26 | 76 | 8 | 26 | 74 |
| 6. 病院運営管理の合理性 | 6 | 24 | 89 | 6 | 23 | 64 |
| 共通項目 計 | 55 | 162 | 532 | 54 | 153 | 428 |
| 7. 精神科に特有な病院機能 | 5 | 16 | 47 | | | |
| 8. 療養病床に特有な病院機能 | 3 | 10 | 29 | | | |
| 統合版 計 | 63 | 188 | 608 | | | |

| (再掲)ケアプロセス | | | (基本項目) | | |
|------------|-----|-----|--------|-----|-----|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
| 8 | 26 | 76 | 8 | 26 | 74 |
| 8 | 26 | 76 | 8 | 26 | 74 |
| 2 | 8 | 23 | | | |
| 10 | 34 | 99 | | | |

注) 基本項目は一般病院を対象とした

平成9年(1997年)の審査開始以降、12年間で3回の評価項目の改定が行われた。図1-1では、それぞれの評価項目のバージョンによる評価対象領域の推移を示した。

図 1-1. バージョンによる評価対象領域の推移



1.3 受審病院数の年度別推移

図1-2. 受審病院数の年度別推移

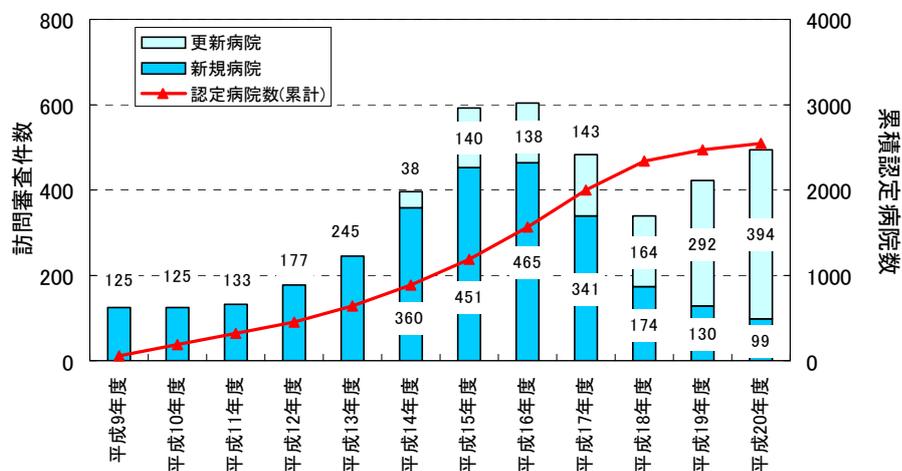


図1-2では、受審病院数の年度別推移を示した。平成9年度の審査開始以降、累積受審病院数は増加を続けているが、近年は更新病院が占める割合が増加してきている。

1.4 認定病院の都道府県別割合

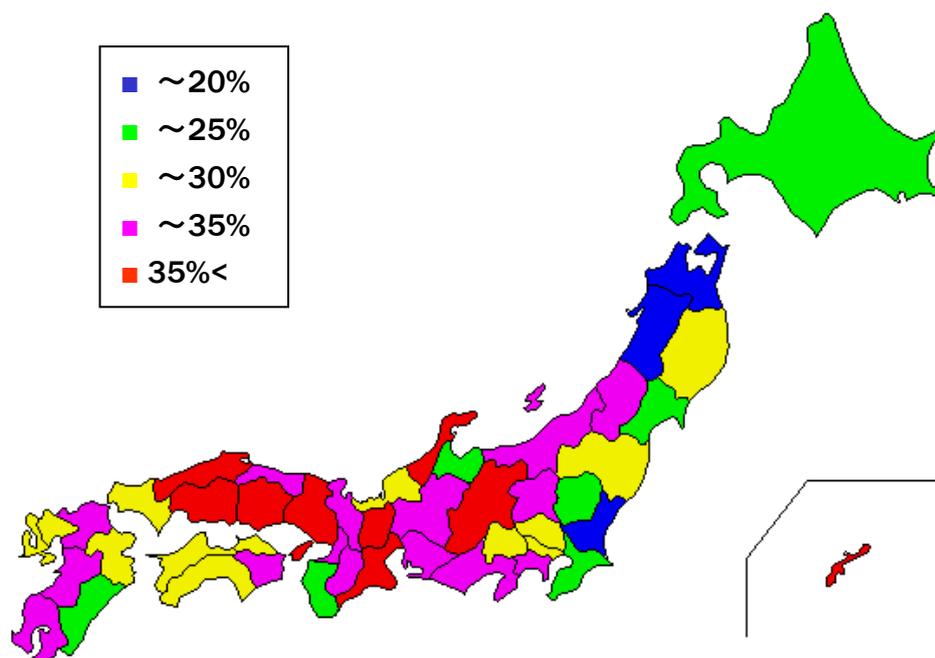
表1-2および図1-3に平成22年1月15日時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の平均認定率は29.4%であった。都道府県ごとに差異はあるものの、滋賀県43.3%、島根県・岡山県37.5%、沖縄県37.2%、長野県・兵庫県36.0%、三重県35.5%、石川県35.3%と認定率が35%を超える府県が8あった。

表 1-2. 都道府県別認定病院率（平成 22 年 1 月 15 日現在）

| 都道府県名 | 全病院数 | 認定病院数 | 認定率(%) | 都道府県名 | 全病院数* | 認定病院数 | 認定率(%) |
|-------|------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| 北海道 | 590 | 137 | 23.2 | 滋賀県 | 60 | 26 | 43.3 |
| 青森県 | 105 | 19 | 18.1 | 京都府 | 176 | 60 | 34.1 |
| 岩手県 | 97 | 28 | 28.9 | 大阪府 | 542 | 166 | 30.6 |
| 宮城県 | 146 | 30 | 20.5 | 兵庫県 | 353 | 127 | 36.0 |
| 秋田県 | 78 | 14 | 17.9 | 奈良県 | 76 | 24 | 31.6 |
| 山形県 | 70 | 22 | 31.4 | 和歌山県 | 92 | 18 | 19.6 |
| 福島県 | 144 | 36 | 25.0 | 鳥取県 | 46 | 15 | 32.6 |
| 茨城県 | 191 | 35 | 18.3 | 島根県 | 56 | 21 | 37.5 |
| 栃木県 | 110 | 25 | 22.7 | 岡山県 | 176 | 66 | 37.5 |
| 群馬県 | 139 | 45 | 32.4 | 広島県 | 255 | 88 | 34.5 |
| 埼玉県 | 356 | 103 | 28.9 | 山口県 | 149 | 40 | 26.8 |
| 千葉県 | 283 | 56 | 19.8 | 徳島県 | 119 | 38 | 31.9 |
| 東京都 | 648 | 185 | 28.5 | 香川県 | 95 | 28 | 29.5 |
| 神奈川県 | 347 | 104 | 30.0 | 愛媛県 | 145 | 42 | 29.0 |
| 新潟県 | 134 | 44 | 32.8 | 高知県 | 139 | 38 | 27.3 |
| 富山県 | 111 | 24 | 21.6 | 福岡県 | 468 | 160 | 34.2 |
| 石川県 | 102 | 36 | 35.3 | 佐賀県 | 110 | 32 | 29.1 |
| 福井県 | 77 | 22 | 28.6 | 長崎県 | 165 | 42 | 25.5 |
| 山梨県 | 60 | 15 | 25.0 | 熊本県 | 217 | 74 | 34.1 |
| 長野県 | 136 | 49 | 36.0 | 大分県 | 164 | 48 | 29.3 |
| 岐阜県 | 104 | 32 | 30.8 | 宮崎県 | 143 | 35 | 24.5 |
| 静岡県 | 185 | 57 | 30.8 | 鹿児島県 | 272 | 88 | 32.4 |
| 愛知県 | 334 | 108 | 32.3 | 沖縄県 | 94 | 35 | 37.2 |
| 三重県 | 107 | 38 | 35.5 | 合計 | 8,766 | 2,575 | 29.4 |

*各都道府県の全病院数は「医療施設動態調査（平成21年3月末概数）」（厚生労働省）に従った

図 1-3. 都道府県別認定病院率（平成 22 年 1 月 15 日現在）



第2章 受審病院の属性について

第2章では、受審病院の属性について示した。なお、本データブックでは、以後特に断りのない限り、平成20年度および平成21年度に病院機能評価統合版評価項目 ver. 5.0 で訪問審査を実施した病院を「受審病院」と呼ぶ。また、特に断りのない限り実働可能病床数を「病床数」とした。

2.1 受審病院の病床数別割合

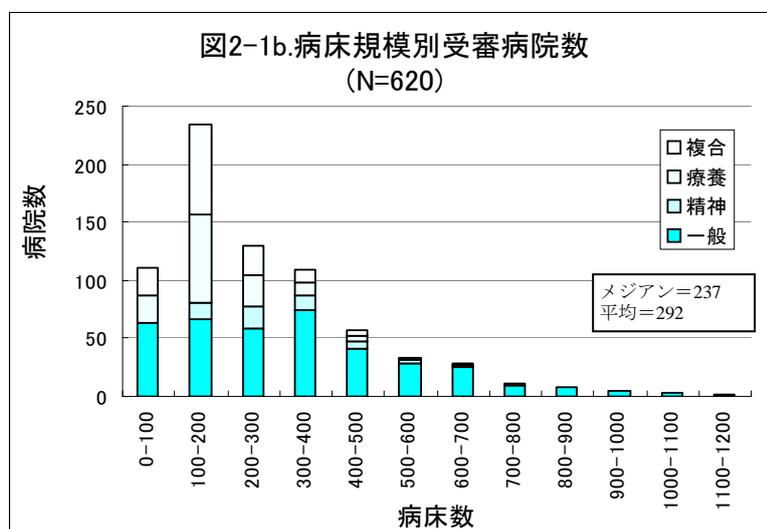
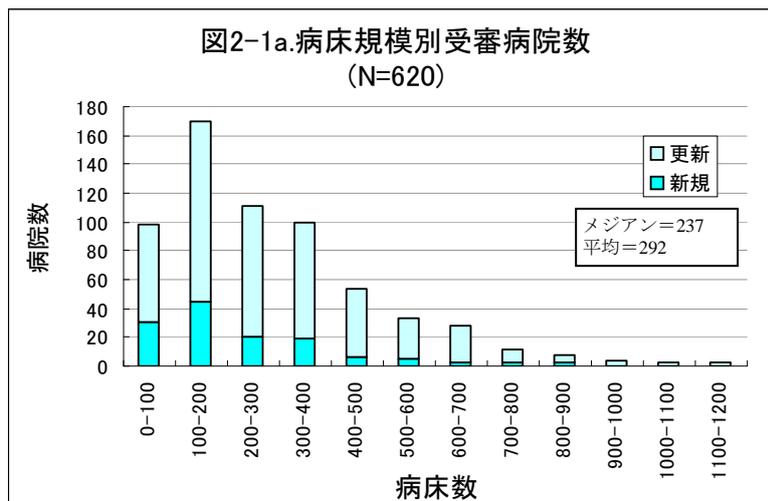


図2-1aでは、受審病院を「新規受審」と「更新受審」に分類し、それぞれの病床分布をヒストグラムで示した。

図2-1bでは、受審病院をそれぞれの病院で最も多い病床数を持つ病床種別に応じて「一般病院」「精神病院」「療養病院」に分類し、病床数の分布を示した。

※平成 20 年 10 月 1 日時点の病院構成*

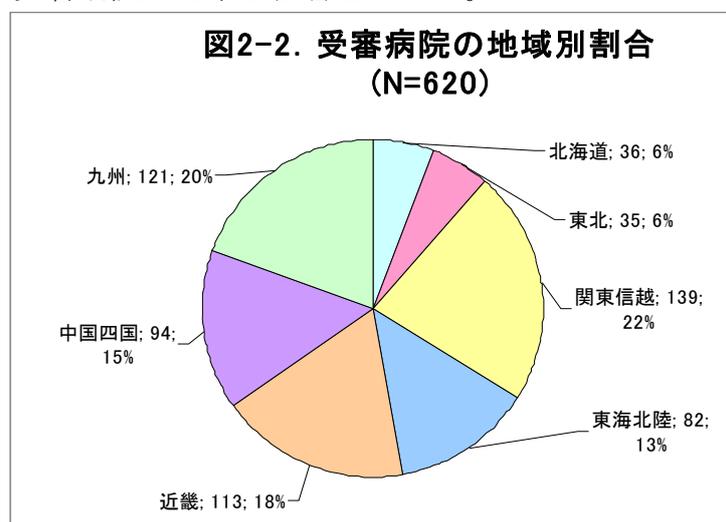
| | | |
|-----------|---------|----------|
| 総病院数 | 8794 病院 | (100.0%) |
| 20～99 床 | 3339 病院 | (38.0%) |
| 100～199 床 | 2746 病院 | (31.2%) |
| 200～499 床 | 2241 病院 | (25.5%) |
| 500 床以上 | 468 病院 | (5.3%) |

*参考：厚生労働省「平成 20 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

2.2 受審病院の地域別割合

図 2-2 では、受審病院の地域別割合を示した。



2.3 病院種別・審査体制区分

表 2-1a～c では、受審病院 620 病院の病床種別・審査体制区分*の内訳を示した。以後、特に断りのない限り複合病院は最も多い病床の区分に分類して解析した。

表 2-1a. 病床種別・審査体制区分

| 審査体制区分 | 一般病院 | 精神病院 | 療養病院 | 複合病院 | 計 |
|--------|------|------|------|------|-----|
| 1 | 64 | 13 | 24 | 23 | 124 |
| 2 | 67 | 32 | 8 | 77 | 184 |
| 3 | 174 | 12 | 1 | 42 | 229 |
| 4 | 81 | - | - | 2 | 83 |
| 計 | 386 | 57 | 33 | 144 | 620 |

表 2-1b. 審査体制区分一覧

| | |
|----------|--|
| 一般・複合の場合 | 100 床未満 = 審査体制区分 1 100 床以上 200 床未満 = 審査体制区分 2 200 床以上 500 床未満 = 審査体制区分 3 500 床以上 = 審査体制区分 4 |
| 精神・療養の場合 | 200 床未満 = 審査体制区分 1 200 床以上 400 床未満 = 審査体制区分 2 400 床以上 = 審査体制区分 3 |

表 2-1c. 複合病院の内訳 (再掲)

| | | | |
|----------|-----------------|----|-----|
| 一般+精神 | 100 床未満 | 0 | 4 |
| | 100 床以上 200 床未満 | 0 | |
| | 200 床以上 500 床未満 | 2 | |
| | 500 床以上 | 2 | |
| 一般+療養 | 100 床未満 | 20 | 133 |
| | 100 床以上 200 床未満 | 78 | |
| | 200 床以上 500 床未満 | 34 | |
| | 500 床以上 | 1 | |
| 一般+精神+療養 | 100 床未満 | 0 | 7 |
| | 100 床以上 200 床未満 | 1 | |
| | 200 床以上 500 床未満 | 6 | |
| | 500 床以上 | 0 | |
| 精神+療養 | 100 床未満 | 0 | 0 |
| | 100 床以上 200 床未満 | 0 | |
| | 200 床以上 500 床未満 | 0 | |
| | 500 床以上 | 0 | |
| 合計 | - | - | 144 |

*参考：「審査体制区分一覧表」

<http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/kubun.pdf>

2.4 特殊病床

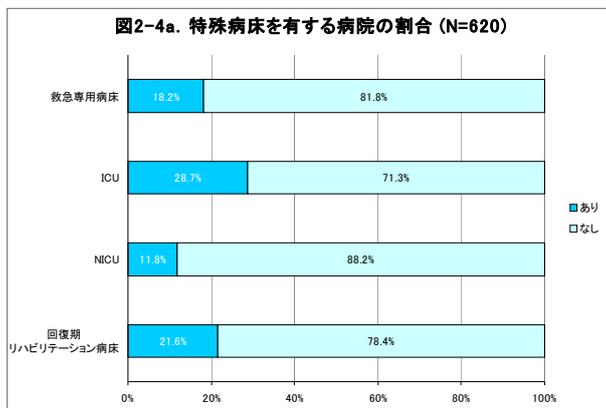
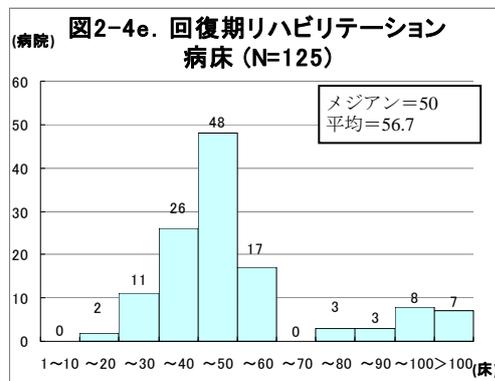
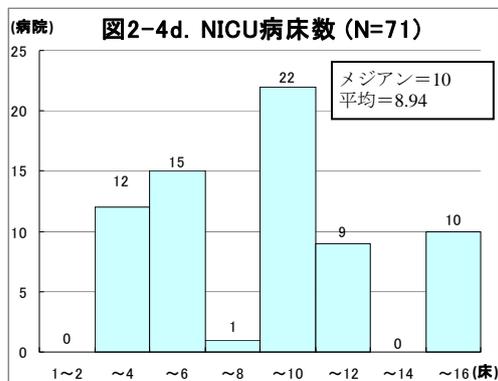
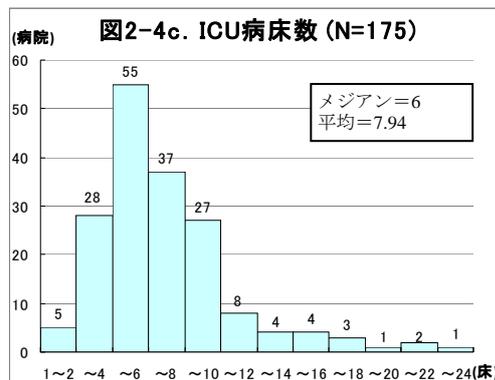
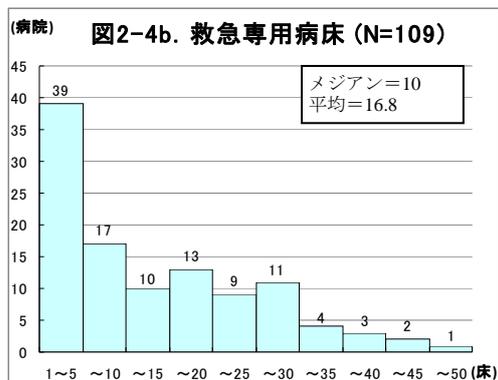


図2-4aでは、特殊病床を持つ病院の割合を示した。受審病院のうち、ICUを有する病院は28.7%、NICUを有する病院が11.8%となった。全国のICU、NICU設置病院比率*はそれぞれ9.2%、3.3%であり、受審病院のほうが設置率が高く、集中治療機能を有する急性期の病院が多く受審している傾向がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>



■ ICU 病床数と全身麻酔手術実施件数

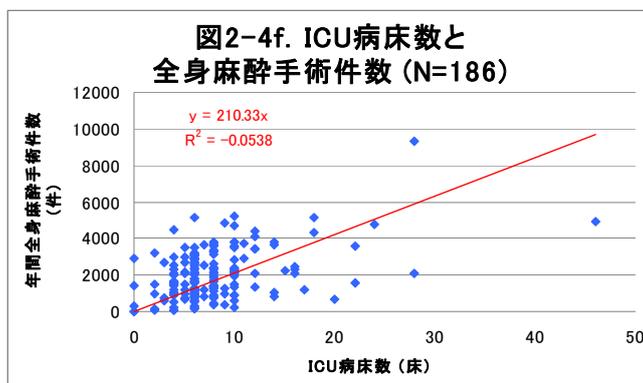
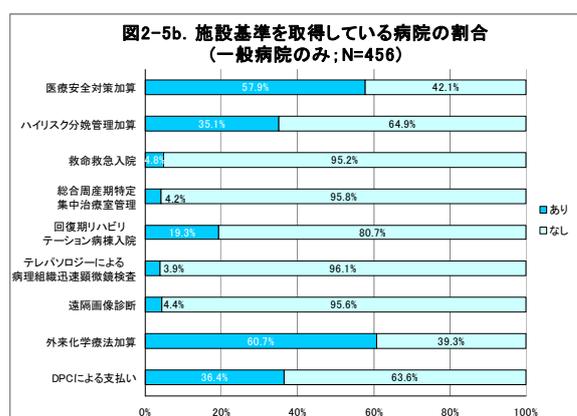
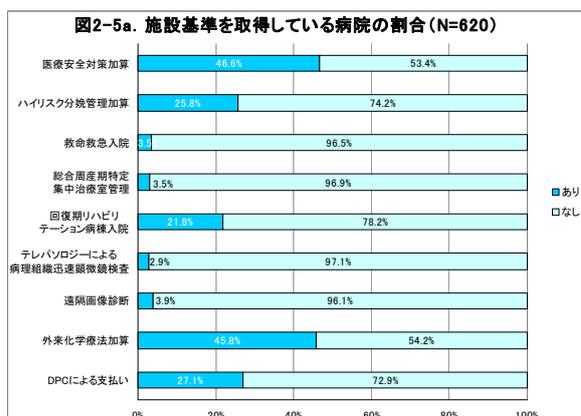


図 2-4f では、ICU 病床数と年間全身麻酔手術実施件数の相関を示した。対象の 186 施設では、明確な相関は見られなかった。

2.5 施設基準

図 2-5a および b では、主な施設基準を届け出ている病院の割合、一般病院に限定した割合をそれぞれ示した。



中医協資料によれば、平成 20 年度の施設基準届出状況は医療安全対策加算 17.2%、ハイリスク分娩管理加算 7.0%、救命救急入院 2.3%、総合周産期特定集中治療室加算 0.8%、回復期リハビリテーション病棟入院料 2.2%、テレパソロジー（送信側・受信側合計）1.2%、遠隔画像診断（送信側・受信側合計）2.0%、外来化学療法加算（I および II の合計）19.1%であり*、受審病院における届出状況が全国平均と比較して高いことがうかがえる。

*参考：中央社会保険医療協議会 総会（第 142 回）「総-4-1 21.3.25 主な施設基準の届出状況等」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/d1/s0325-9k.pdf>

2.6 臨床研修病院

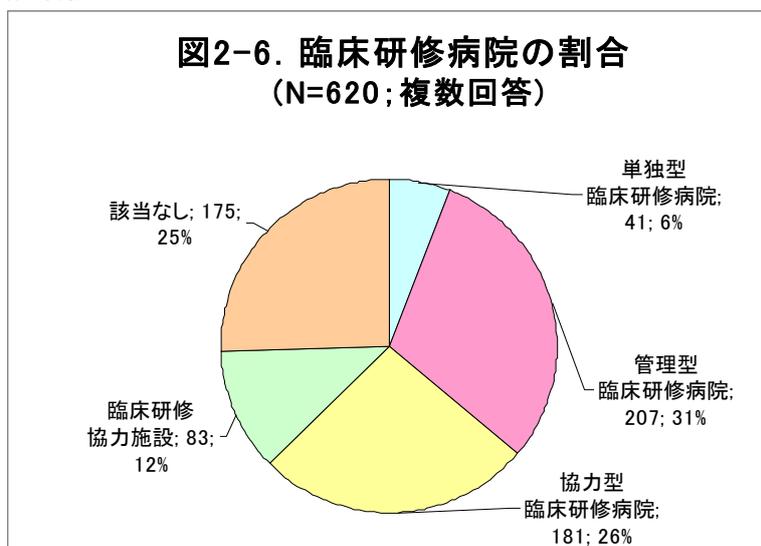


図 2-6 では、臨床研修病院の割合を示した。受審病院のうち単独型・管理型・協力型の臨床研修病院（「臨床研修協力施設」は含まれない）は 63%であった。なお、複数の区分に重複して該当する病院があるため、総数は受審病院数を上回っている。

厚生労働省医政局資料^{*1}によれば、平成 20 年 9 月 19 日現在の全国の臨床研修病院数は 2393 施設と全病院数の 27.2%であり、重複を考慮しても受審病院に占める臨床研修病院の割合が高いことが示された。

なお、医師法第 16 条に基づく卒後臨床研修病院については、平成 15 年 6 月 12 日付（平成 20 年 3 月一部改正）厚生労働省医政局長通知^{*2}により「将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと」とされており、病院機能評価の認定は上記通知の「第三者による評価」に該当する。

参考：

^{*1}厚生労働省「臨床研修病院の指定について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/shitei/080919.html>

^{*2}医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について第 2 5 臨床研修病院の指定の基準

2.7 在宅支援機能

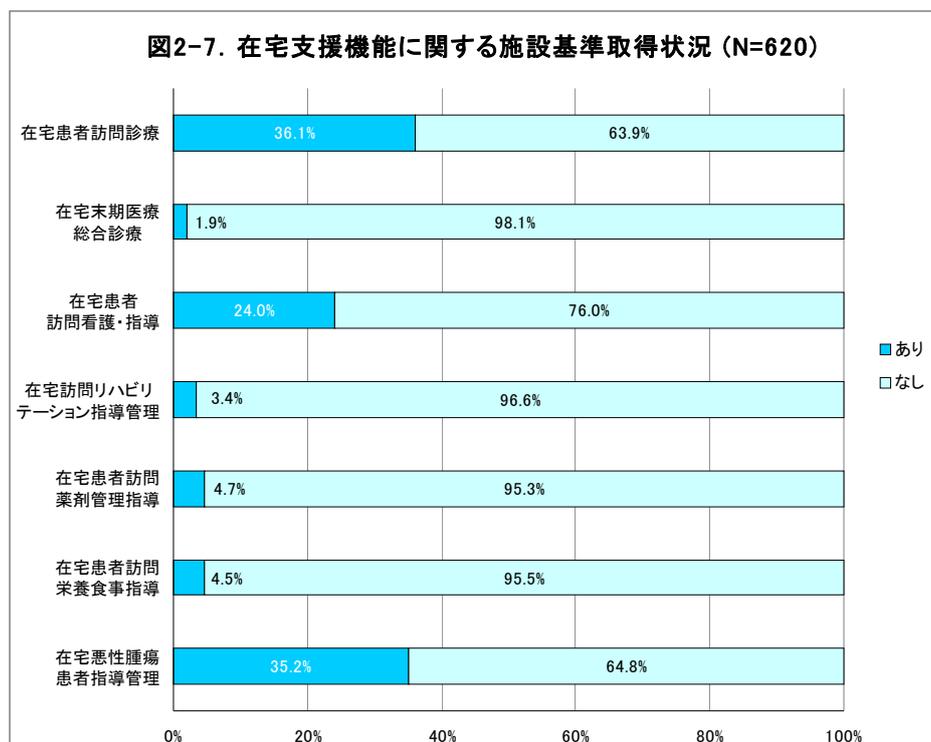


図 2-7 では、診療報酬点数表の在宅支援機能に関する主な施設基準の取得状況を示した。

受審病院における施設基準取得率がそれぞれ在宅患者訪問診療 36.1%、在宅末期医療総合診療 1.9%、在宅患者訪問看護・指導 24.0%、在宅訪問リハビリテーション指導管理 3.4%であった。

2.8 審査体制区分別病床 100 対職員数

表 2-2 では、審査体制区分別病床 100 対職員数（常勤換算の平均値）を示した。ここでの「一般」「精神」「療養」「複合」の病院区分は、当機構病院機能評価の審査体制区分^{*1}に従った。なお、620 病院の病床数のメジアンは 236.5 病床であった。

表 2-2. 審査体制区分別病床 100 対職員数

| | 一般 | 療養 | 精神 | 複合 | 全体 |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|
| 医師 | 20.2 | 5.0 | 3.9 | 8.1 | 15.1 |
| 歯科医師 | 0.4 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.3 |
| 保健師 | 0.6 | 0.1 | 0.0 | 0.2 | 0.4 |
| 助産師 | 2.6 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 1.6 |
| 看護師 | 68.6 | 19.9 | 22.5 | 35.6 | 54.1 |
| 准看護師 | 7.2 | 13.4 | 13.1 | 13.9 | 9.6 |
| 看護補助者 | 8.8 | 16.7 | 10.9 | 14.7 | 10.8 |
| 薬剤師 | 4.2 | 2.0 | 1.3 | 2.7 | 3.5 |
| 診療放射線技師 | 4.4 | 1.0 | 0.2 | 2.4 | 3.4 |
| 診療X線技師 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 0.1 |
| 臨床検査技師 | 5.8 | 1.2 | 0.5 | 2.7 | 4.3 |
| 衛生検査技師 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 管理栄養士 | 1.6 | 1.6 | 0.8 | 1.5 | 1.5 |
| 栄養士 | 0.4 | 0.7 | 0.4 | 0.4 | 0.4 |
| 理学療法士 | 3.0 | 7.3 | 0.1 | 6.6 | 3.8 |
| 作業療法士 | 1.2 | 5.5 | 2.3 | 3.9 | 2.2 |
| 言語聴覚士 | 0.6 | 1.9 | 0.0 | 1.5 | 0.8 |
| 視能訓練士 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.3 |
| 臨床工学技士 | 1.8 | 0.5 | 0.0 | 0.5 | 1.3 |
| 医療ソーシャルワーカー | 0.7 | 1.2 | 0.1 | 0.7 | 0.7 |
| 精神保健福祉士 | 0.0 | 0.0 | 2.3 | 0.1 | 0.3 |
| 社会福祉士 | 0.3 | 0.6 | 0.0 | 0.7 | 0.4 |
| 介護福祉士 | 0.6 | 10.4 | 1.3 | 4.6 | 2.1 |
| 診療情報管理士 | 0.8 | 0.4 | 0.2 | 0.8 | 0.7 |
| 事務職員 | 15.7 | 9.0 | 4.5 | 12.3 | 13.5 |
| その他職員 | 7.7 | 11.9 | 5.7 | 8.5 | 7.9 |
| 総数 | 157.7 | 110.5 | 71.0 | 123.0 | 139.2 |
| 病院数 | 386 | 33 | 57 | 144 | 620 |

全受審病院の100床あたり常勤換算従業員数（総数）は139.2人であり、全国平均^{*2}の110.0人より多くなっている。特に医師は15.1人であり、全国平均11.7人と約1.3倍多く配置されている。また、看護師は54.1人であり、全国平均39.6人に比べ約1.4倍多く配置されている一方、准看護師は9.6人であり、全国平均10.6人より少なかった。

<全国の病院における100床あたり常勤職員数（平成20年10月1日現在）>

| | 一般 | 結核 | 精神 | 全体 |
|----------------|-------|------|------|-------|
| 医師 | 13.3 | 4.9 | 3.3 | 11.7 |
| 歯科医師 | 0.7 | 0.0 | 0.1 | 0.6 |
| 薬剤師 | 2.9 | 3.0 | 1.2 | 2.6 |
| 看護師 | 43.7 | 12.9 | 18.0 | 39.6 |
| 准看護師 | 10.0 | 17.0 | 13.9 | 10.6 |
| 診療放射線技師・診療X線技師 | 2.8 | 1.1 | 0.2 | 2.3 |
| 臨床検査技師・衛生検査技師 | 3.5 | 1.1 | 0.4 | 3.0 |
| 管理栄養士・栄養士 | 1.5 | 2.2 | 1.1 | 1.5 |
| その他 | 40.6 | 34.1 | 26.0 | 38.2 |
| 総数 | 118.8 | 76.2 | 64.1 | 110.0 |

(*2) 厚生労働省「平成20年医療施設調査」をもとに作成

病院が適切に機能を果たすためには、機能に応じた職員が配置されていなければならない。そのためには、医療法で定める医師数、薬剤師数の標準や、施設基準上で求められる人数を満たしていることは当然であり、その上で、それぞれの機能に応じた人員配置が必要になる。

参考：

*1 「審査体制区分一覧表」

<http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/kubun.pdf>

*2 厚生労働省「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

2.9 外部委託状況

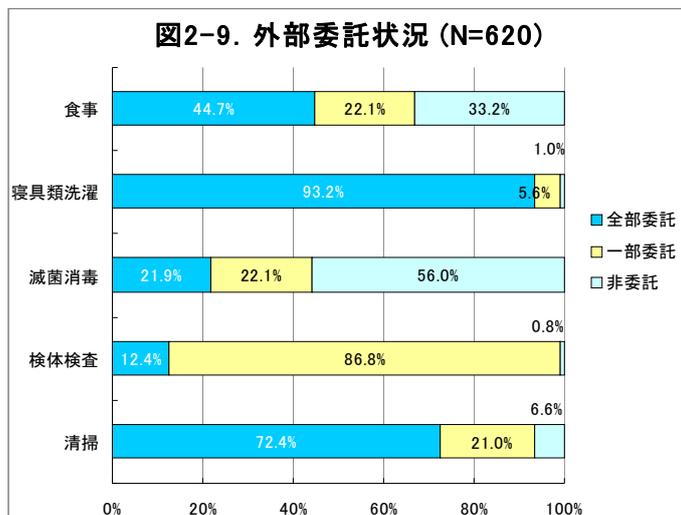


図 2-9 では、外部委託状況を示した。受審病院の委託率（全部委託・一部委託の合計）が食事 66.8%、寝具類洗濯 98.8%、滅菌消毒 44.0%、検体検査 99.2%、清掃 93.4%であった。

2.10 情報化の状況

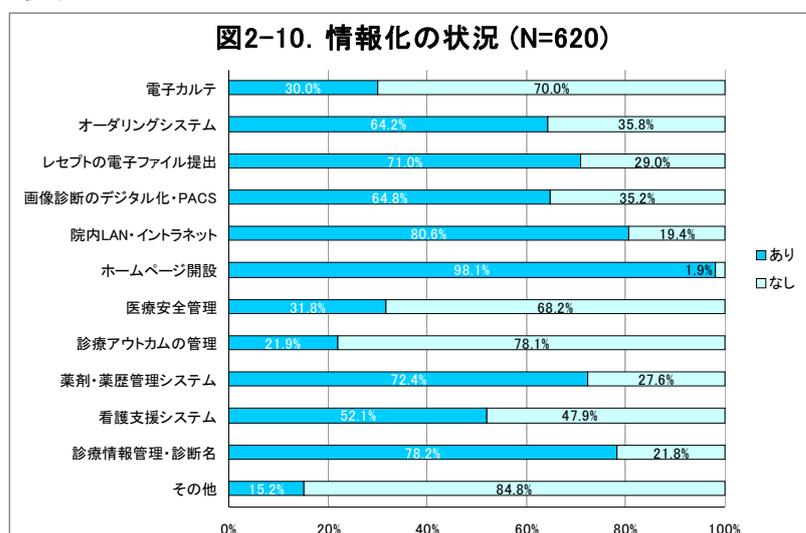


図 2-10 では、情報化の状況を示した。受審病院における情報化状況は、電子カルテおよびオーダーリングシステムを導入している病院がそれぞれ 30.0%、64.2%であった。レセプトの電子ファイル提出を実施している病院が平成 19 年度の 48.6%から 71.0%に大幅に増加した。平成 23 年度からの義務化を前に導入が進んでいることがうかがえる。

第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標

3.1 職員数

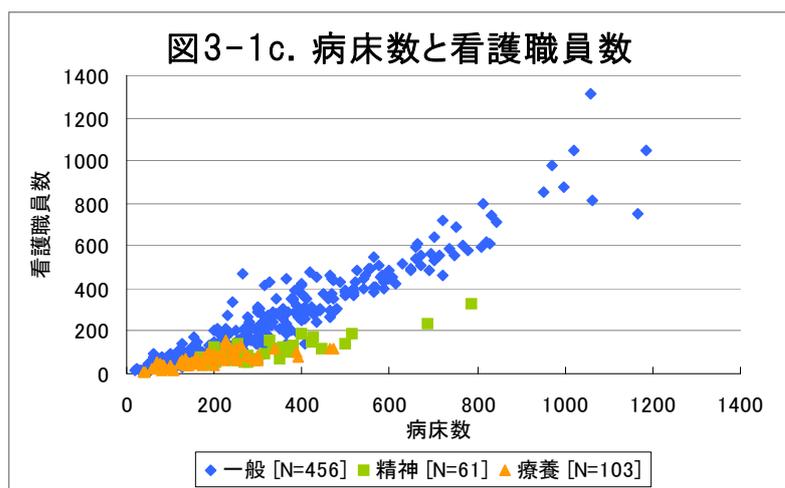
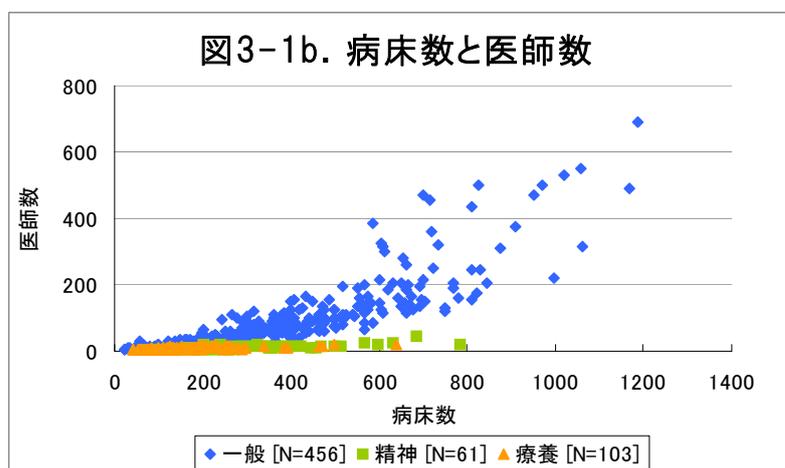
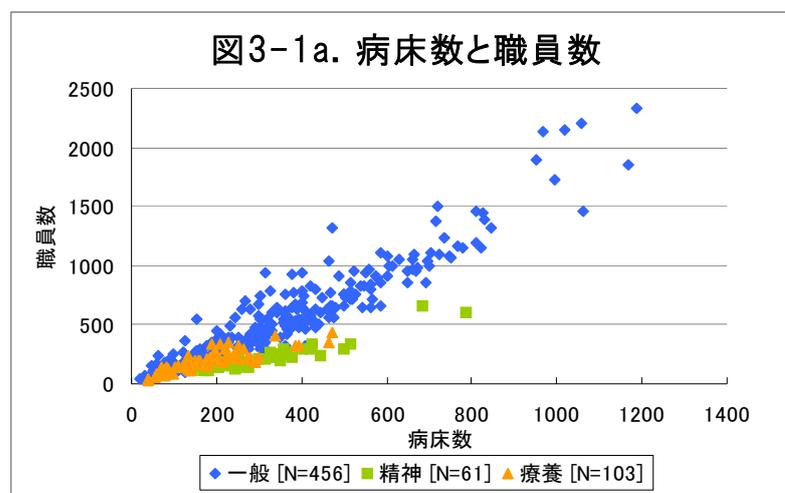


図3-1a～cでは、全職員・医師・看護職員について、病床数と職員数の関連を一般・精神・療養の病院種別ごとに示した。複合病院は各病院の最多の病床数を持つ領域に従って区分した。

3.2 医師・看護職員総労働時間数

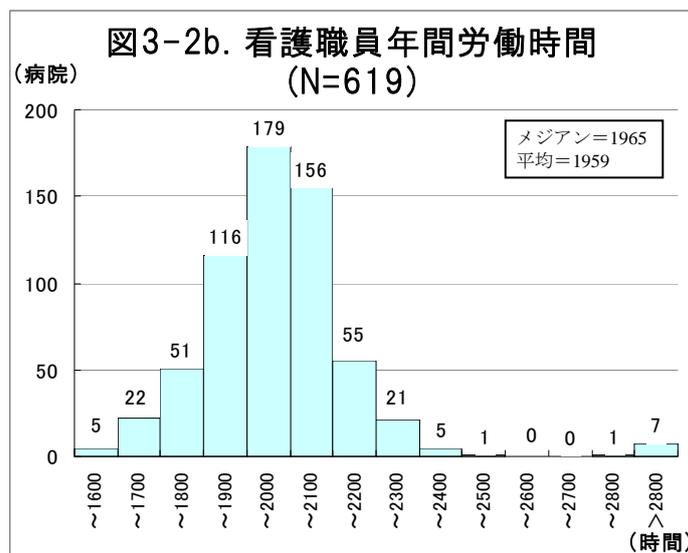
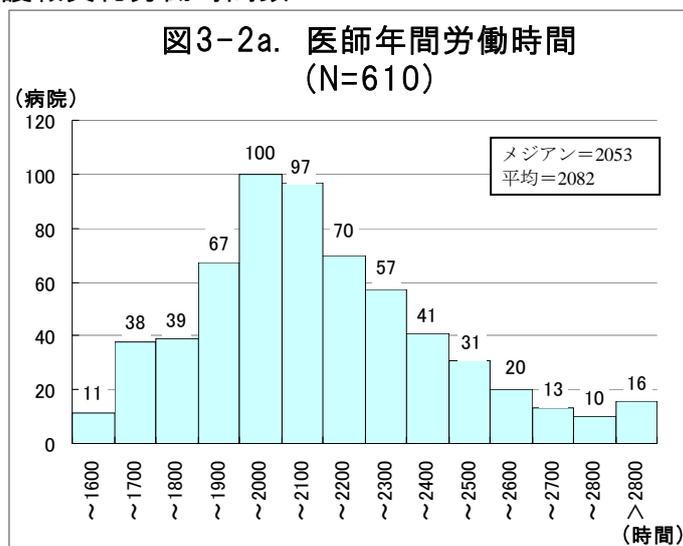


図3-2a および b では、医師・看護職員の年間労働時間を示した。医師の平均年間労働時間が2800時間を越えていた病院が16病院あった。平均年間労働時間の平均は約2080時間であった。看護職員の平均年間労働時間が2800時間を越えていた病院が7病院あった。平均年間労働時間の平均は約1960時間であった。

3.2 および次項 3.3 では病院が把握している医師等の年間労働時間を示した。医療事故と勤務時間との関連については医療事故情報収集等事業の報告書*等を参照されたい。

*参考：財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業「第19回報告書」図表 II-1-21

http://www.med-safe.jp/pdf/report_19.pdf

3.3 医師・看護職員 1人あたり有給休暇取得率

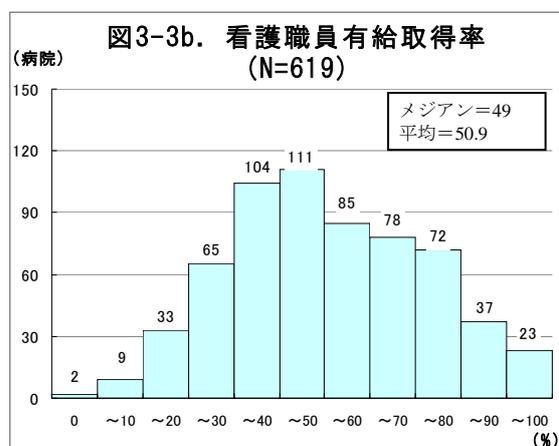
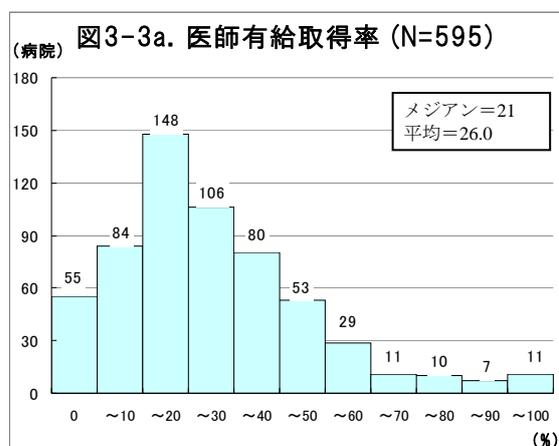


図3-3a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）1人あたりの有給休暇取得率を示した。医師有給休暇取得率が90%を超えている病院が11病院ある一方、0%の病院が55病院あった。医師有給休暇取得率のメジアンは21%、平均は26.0%であった。なお、有給休暇取得率は単年度について計算している。

看護職員有給休暇取得率が90%を超えている病院が23病院あった。看護職員有給取得率のメジアンは49%、平均は50.9%であった。

厚生労働省の「就労条件総合調査」*によれば、医療・福祉分野における労働者1人平均年次有給休暇の取得率は42.7%であり（職種を限定しない）、受審病院における医師の有給休暇取得率が著しく低いことが示された。また、看護職員においては医療・福祉分野の平均取得率を若干上回っていることがうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成20年就労条件総合調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/08/dl/01.pdf>

3.4 医療安全管理者について

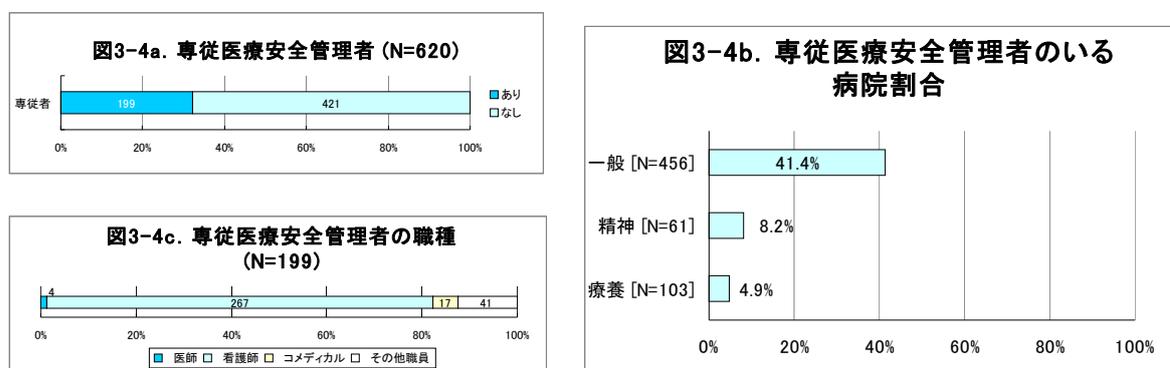


図3-4a～cでは、医療安全管理者について示した。専従医療安全管理者がいる病院は32.1%であった。専従の医療安全管理者を配置している一般病院が41.4%であるのに対し、精神病院および療養病院ではそれぞれ8.2%、4.9%であった。専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。平成20年医療施設調査*によれば、医療安全体制全般について専任の責任者を配置している病院は34.0%であった。

3.5 感染管理担当者について

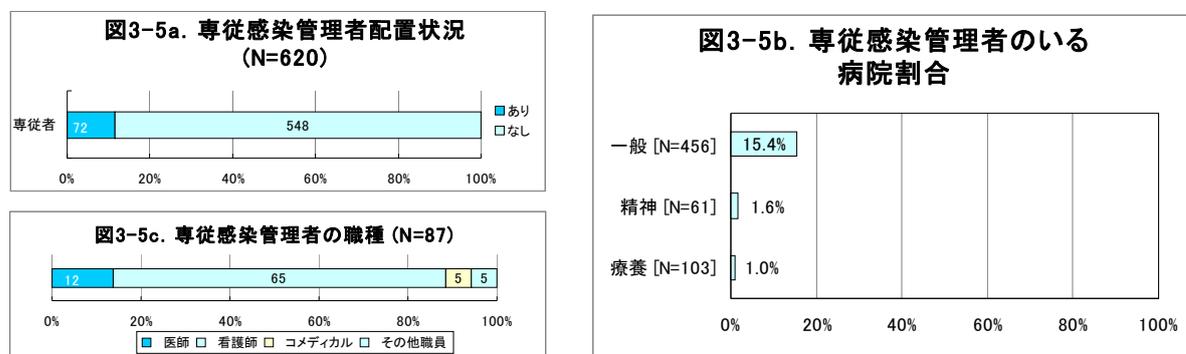


図3-5a～cでは、感染管理担当者について示した。専従感染管理担当者のいる病院は11.6%であった。専従の感染管理者を配置している一般病院が15.4%であるのに対し、精神病院および療養病院ではそれぞれ1.6%、1.0%であった。また、上述の医療安全管理者の配置と同様、専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。平成20年医療施設調査*によれば、院内感染防止対策について専任の責任者を配置している病院は31.7%であった。

*参考：厚生労働省「平成20年医療施設調査・病院報告の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06.pdf>

3.6 職員に対する検査・予防接種実施状況

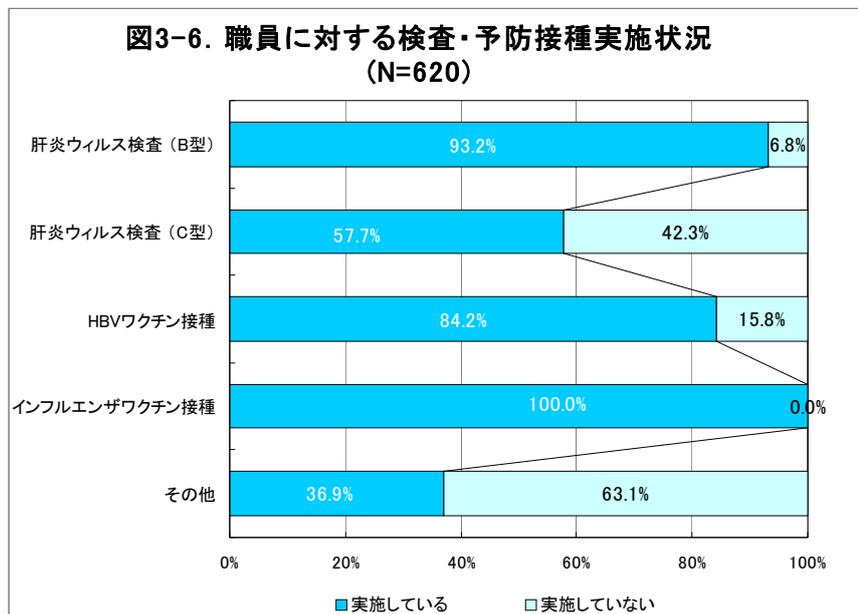


図 3-6 では、職員への検査・予防接種実施状況を示した。血液取扱者に対する B 型および C 型肝炎関連検査やワクチン接種など病院感染対策として実施するものと、インフルエンザなど主に職員から患者への感染を防止するために実施するものがある。ここでは両者の実施状況を示した。

肝炎ウイルス B 型検査および HBV ワクチン接種を実施している病院がそれぞれ 93.2%、84.2%、インフルエンザワクチン接種を実施している病院が 100%と、高い実施状況がうかがえた。

3.7 医師・看護職員退職率

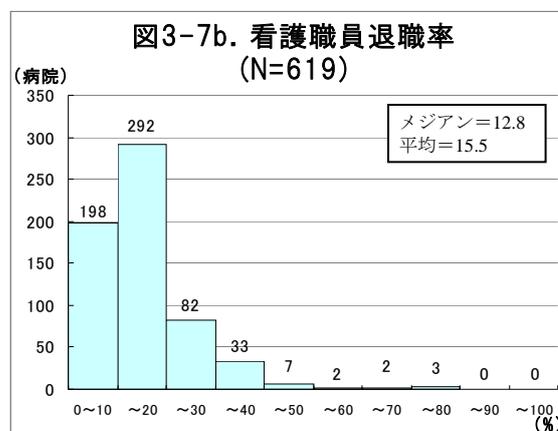
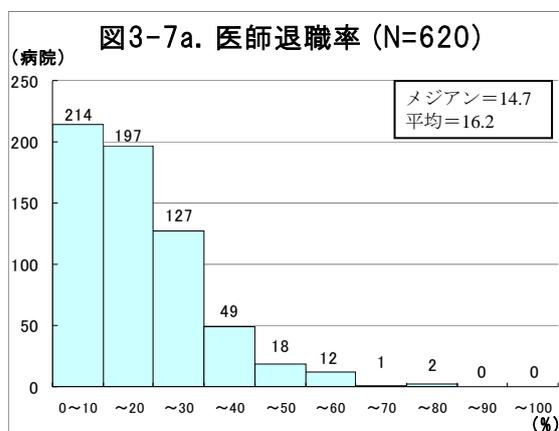


図3-7a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の退職率についてそれぞれ示した。

< 計算方法 >

$$\text{退職率 (\%)} = (\text{受審前年度の退職職員数}) / (\text{受審年の職員数}) \times 100$$

医師退職率のメジアンは 14.7%、平均は 16.2%であった。医師退職率が 40%を超える病院が 33 病院あった。一方、看護職員退職率のメジアンは 12.8%、平均は 15.5%であった。看護職員退職率が 40%を超える病院が 14 病院あった。

病院看護実態調査*によれば、全国の常勤看護職員の離職率は 12.4%であり、受審病院の数値と比較してほぼ同等であることがうかがえた。

*参考：日本看護協会 「2007 年病院看護実態調査」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080228-2.pdf>

3.8 宿舎・看護学校・保育所等の保有状況

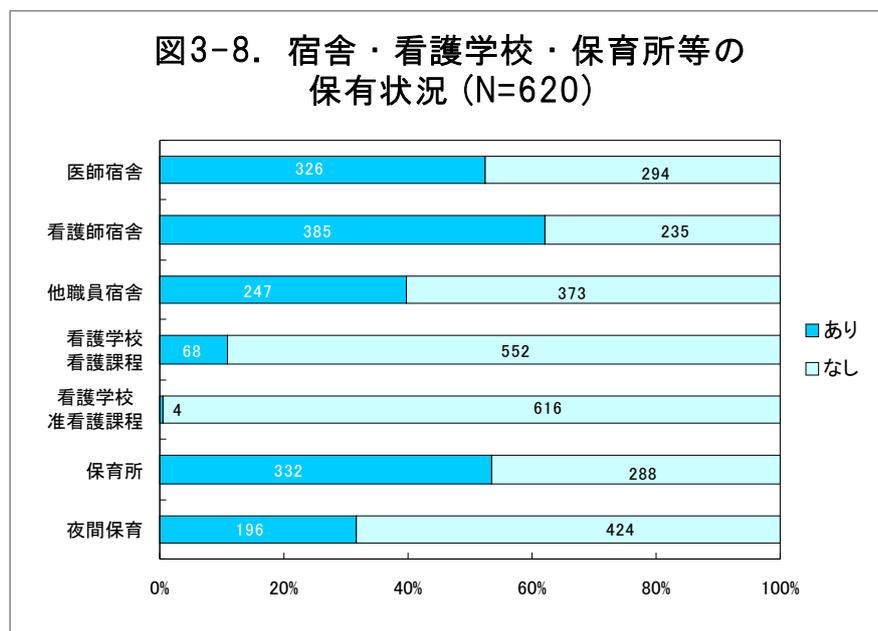


図3-8では、宿舎・看護学校・保育所等の保有状況を示した。受審病院での保育所保有状況は53.5%、夜間保育の実施は31.6%であった。

全国では、院内保育を実施している病院は3031病院（全病院の34.5%）であり*、うち院内の施設を利用している病院は2326病院（26.4%）、院外の施設を利用している病院は721病院（8.2%）であった。また、夜間保育を実施している病院は1426病院（16.2%）であった。受審病院における保育実施状況は全国値に比べて非常に高く、受審病院においては職員が働きやすい環境の整備が進められていることがうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成20年度医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

第4章 患者受け入れ状況

4.1 標榜科

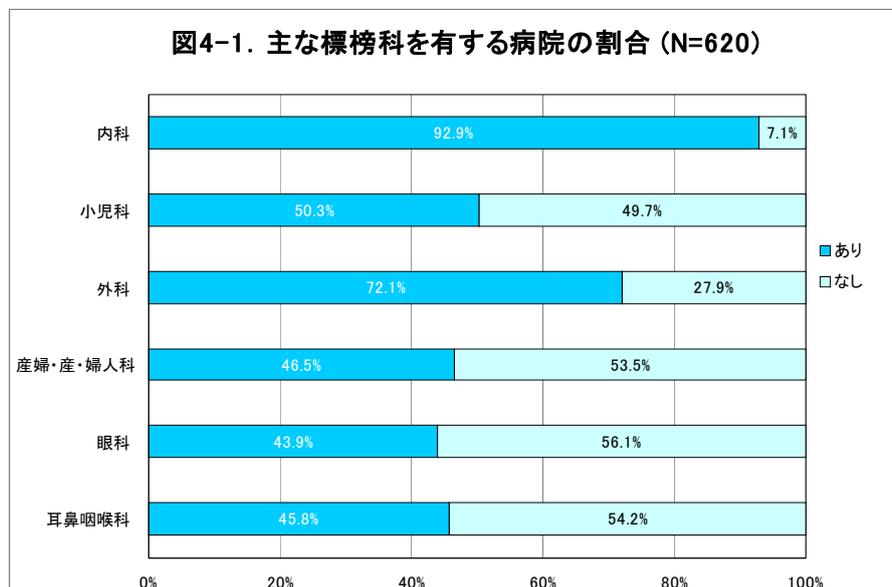


図4-1では、主な標榜科（現況調査票にある標榜科のうち、標榜する病院が多い診療科）を有する病院の割合を示した。本項目の標榜科名については主に用いられる名称を記載している。

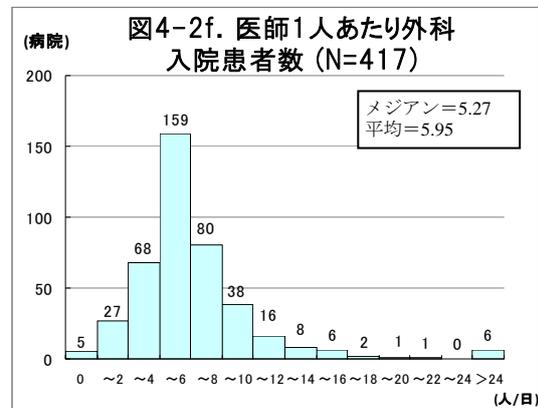
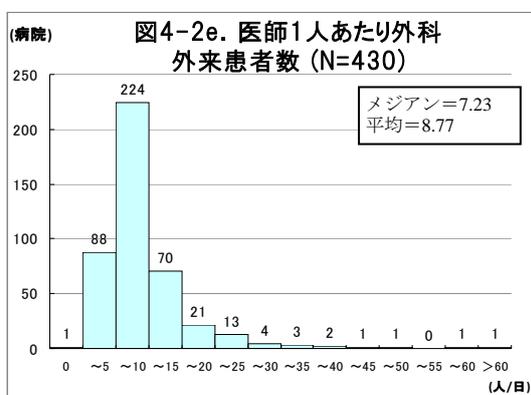
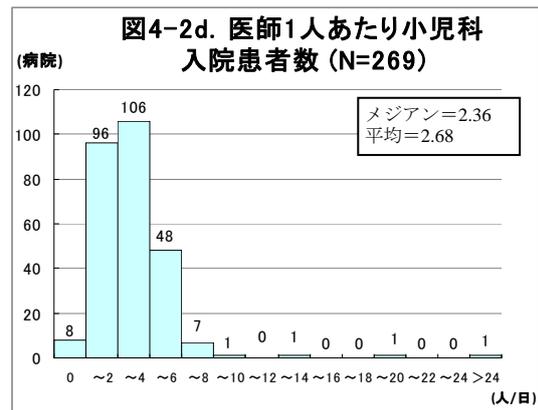
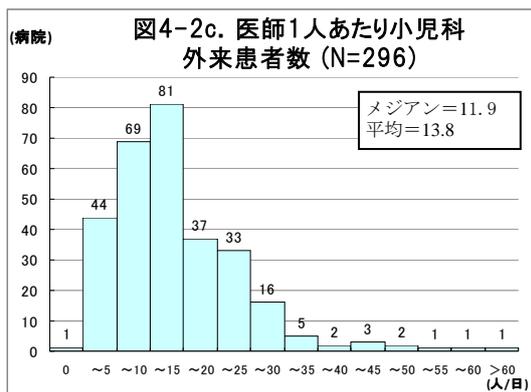
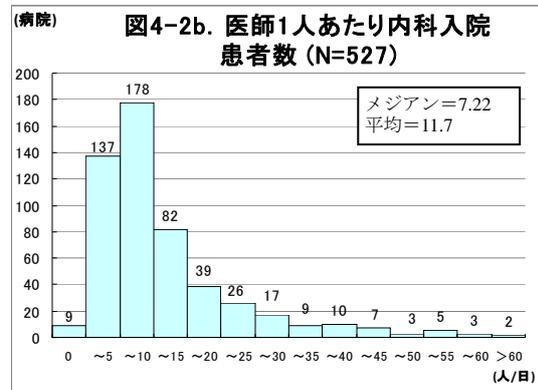
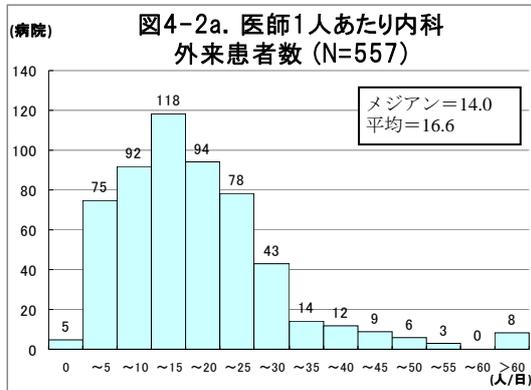
受審病院のうち小児科を標榜している病院は50.3%、産婦人科・産科・婦人科を標榜している病院は46.5%であった。一般病院の全国平均では、小児科37.7%、産婦人科17.1%、産科2.3%であり*、受審病院は高い数値であることがうかがえた。

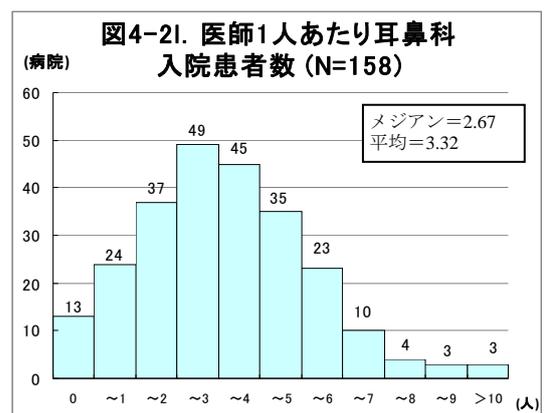
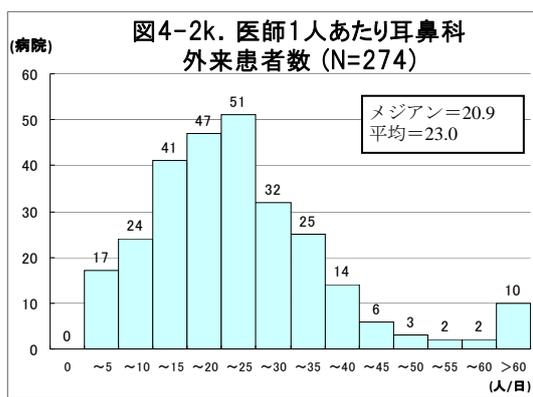
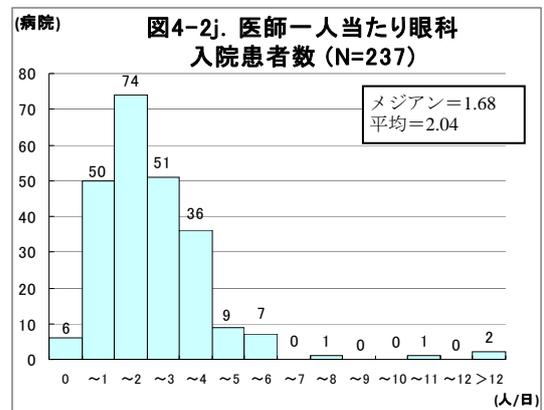
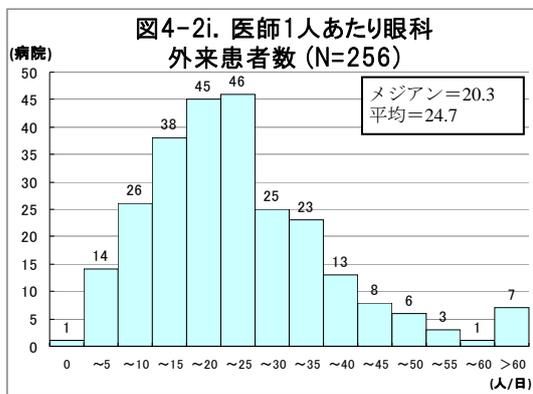
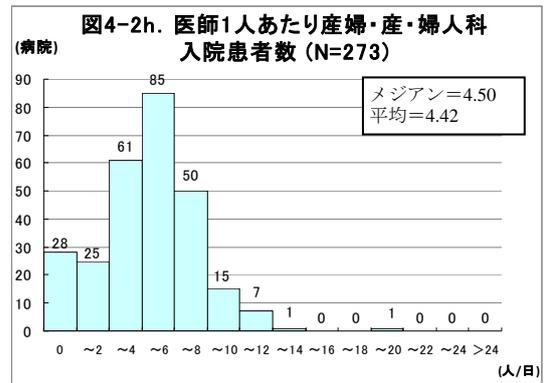
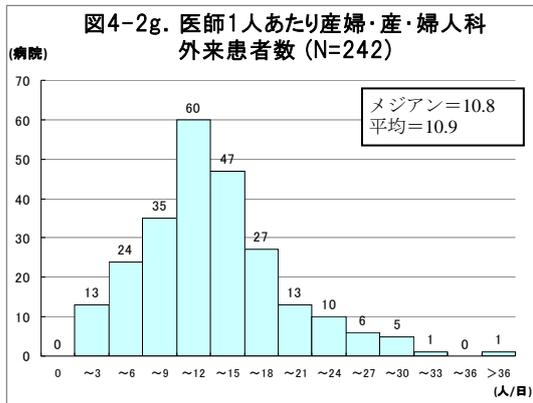
*参考：厚生労働省 「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

4.2 主要診療科別医師1人あたり患者数

図4-2a～1では、主要診療科の医師1人あたり1日平均外来・入院患者数を示した。





4.3 標榜科別医師数

表 4-3. 病院種別・標榜科別医師数

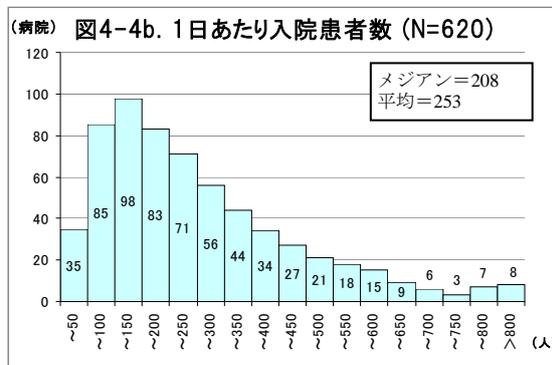
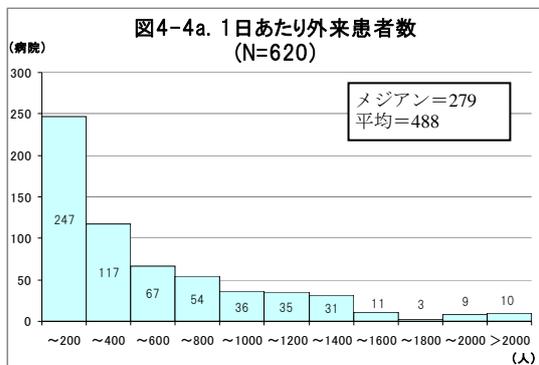
| 病院種別 標榜科 | 一般 | | | 療養 | | | 精神 | | | 複合 | | |
|-------------|---------|-----|--------------|-------|-----|--------------|-------|-----|--------------|--------|-----|--------------|
| | 合計 | 病院数 | 病院あたり 医師数 | 合計 | 病院数 | 病院あたり 医師数 | 合計 | 病院数 | 病院あたり 医師数 | 合計 | 病院数 | 病院あたり 医師数 |
| 内科 | 4478.7 | 370 | 12.10 | 1325 | 32 | 4.14 | 52.3 | 34 | 1.54 | 667.0 | 140 | 4.76 |
| 呼吸器科 | 740.1 | 218 | 3.39 | 7.2 | 9 | 0.80 | 0.2 | 2 | 0.10 | 32.4 | 54 | 0.60 |
| 消化器・胃腸科 | 1339.5 | 252 | 5.32 | 4.6 | 8 | 0.58 | 0.2 | 5 | 0.05 | 105.7 | 82 | 1.29 |
| 循環器科 | 1445.3 | 292 | 4.95 | 7.4 | 12 | 0.62 | 0.0 | 3 | 0.00 | 103.2 | 85 | 1.21 |
| 小児科 | 1695.3 | 277 | 6.12 | 2.1 | 4 | 0.53 | 0.0 | 1 | 0.00 | 44.2 | 30 | 1.47 |
| 精神科 | 501.4 | 162 | 3.09 | 1.0 | 2 | 0.50 | 572.4 | 57 | 10.04 | 69.9 | 19 | 3.68 |
| 神経科 | 48.1 | 35 | 1.37 | 0.0 | 1 | 0.00 | 2.9 | 20 | 0.15 | 1.1 | 6 | 0.18 |
| 神経内科 | 508.7 | 195 | 2.61 | 1.7 | 7 | 0.24 | 6.5 | 8 | 0.82 | 61.4 | 54 | 1.14 |
| 心療内科 | 24.9 | 38 | 0.66 | 0.0 | 1 | 0.00 | 2.5 | 14 | 0.18 | 3.8 | 13 | 0.29 |
| リウマチ科 | 90.1 | 90 | 1.00 | 0.0 | 4 | 0.00 | 0.0 | 0 | | 7.3 | 29 | 0.25 |
| リハビリテーション科 | 264.7 | 264 | 1.00 | 36.8 | 27 | 1.36 | 1.1 | 5 | 0.22 | 107.2 | 117 | 0.92 |
| 外科 | 2834.9 | 342 | 8.29 | 7.9 | 6 | 1.32 | 7.6 | 6 | 1.27 | 277.9 | 93 | 2.99 |
| 呼吸器外科 | 227.1 | 106 | 2.14 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 4.5 | 9 | 0.50 |
| 心臓・血管外科 | 547.6 | 158 | 3.47 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 7.4 | 4 | 1.85 |
| 小児外科 | 159.8 | 57 | 2.80 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.1 | 1 | 0.10 |
| 整形外科 | 1778.5 | 343 | 5.19 | 9.9 | 12 | 0.83 | 5.6 | 5 | 1.12 | 201.8 | 106 | 1.90 |
| 形成外科 | 401.8 | 160 | 2.51 | 0.3 | 1 | 0.30 | 0.0 | 0 | | 19.1 | 20 | 0.95 |
| 美容外科 | 1.0 | 12 | 0.08 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 1.0 | 4 | 0.25 |
| 脳神経外科 | 1051.6 | 279 | 3.77 | 4.2 | 4 | 1.05 | 1.8 | 1 | 1.80 | 98.1 | 58 | 1.69 |
| 産婦人科 | 1044.3 | 202 | 5.17 | 0.4 | 1 | 0.40 | 0.0 | 0 | | 24.6 | 11 | 2.24 |
| 産科 | 155.3 | 27 | 5.75 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.7 | 1 | 0.70 |
| 婦人科 | 141.0 | 71 | 1.99 | 0.0 | 1 | 0.00 | 0.0 | 0 | | 11.9 | 18 | 0.66 |
| 眼科 | 983.8 | 281 | 3.50 | 0.1 | 2 | 0.06 | 0.1 | 2 | 0.06 | 34.1 | 41 | 0.83 |
| 耳鼻咽喉科 | 796.3 | 254 | 3.13 | 0.2 | 3 | 0.07 | 0.0 | 0 | | 20.6 | 27 | 0.76 |
| 気管食道科 | 11.9 | 14 | 0.85 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.0 | 1 | 0.00 |
| 皮膚泌尿器科 | 0.5 | 1 | 0.50 | 0.0 | 0 | | 0.1 | 1 | 0.10 | 0.2 | 2 | 0.10 |
| 皮膚科 | 694.9 | 275 | 2.53 | 2.6 | 7 | 0.37 | 4.2 | 10 | 0.42 | 23.1 | 46 | 0.50 |
| 泌尿器科 | 1008.6 | 302 | 3.34 | 2.5 | 4 | 0.63 | 0.0 | 0 | | 42.3 | 49 | 0.86 |
| 性病科 | 0.0 | 2 | 0.00 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.0 | 1 | 0.00 |
| 肛門科 | 17.3 | 53 | 0.33 | 0.1 | 1 | 0.10 | 0.0 | 1 | 0.00 | 3.2 | 35 | 0.09 |
| アレルギー科 | 54.8 | 33 | 1.66 | 0.4 | 3 | 0.13 | 0.0 | 0 | | 1.1 | 6 | 0.18 |
| 放射線科 | 1075.4 | 324 | 3.32 | 1.9 | 8 | 0.24 | 0.9 | 5 | 0.18 | 60.4 | 67 | 0.90 |
| 麻酔科 | 1572.7 | 316 | 4.98 | 0.5 | 2 | 0.25 | 1.5 | 1 | 1.50 | 47.4 | 53 | 0.89 |
| 歯科 | 229.8 | 80 | 2.87 | 9.5 | 8 | 1.19 | 15.8 | 21 | 0.75 | 36.8 | 34 | 1.08 |
| 矯正歯科 | 15.2 | 9 | 1.69 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.1 | 4 | 0.03 |
| 小児歯科 | 14.4 | 7 | 2.06 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 0 | | 0.3 | 3 | 0.10 |
| 歯科口腔外科 | 431.4 | 127 | 3.40 | 0.0 | 0 | | 0.0 | 1 | 0.00 | 22.7 | 16 | 1.42 |
| 総数 | 31734.6 | 386 | 82.21 | 228.8 | 33 | 6.93 | 671.1 | 57 | 11.77 | 2238.6 | 144 | 15.55 |
| 病床数 | 130412 | | | 5431 | | | 17904 | | | 27195 | | |
| 1病院あたり平均病床数 | 337.9 | | | 164.6 | | | 314.1 | | | 188.9 | | |

表 4-3 では、病院あたり標榜科別医師数を病院種別に示した。ここでの病院種別は審査体制区分における病院種別に従った。病院あたり各診療科医師数は以下の計算に基づいて算出した。

$$(\text{病院あたり各診療科医師数}) = (\text{各診療科の常勤換算医師数の合計}) / (\text{当該診療科を有する病院数})$$

4.4 1日あたり患者数

図4-4a および b ではそれぞれ1日あたりの外来・入院患者数をそれぞれ示した。



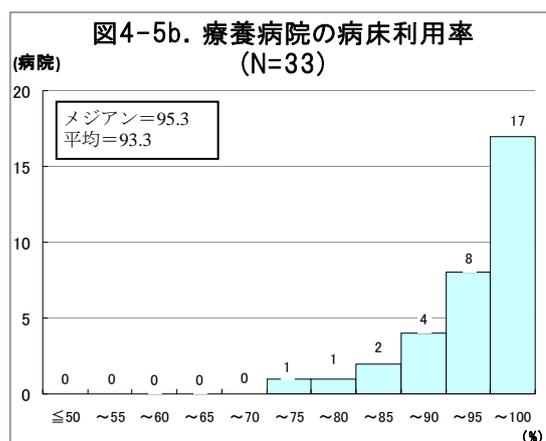
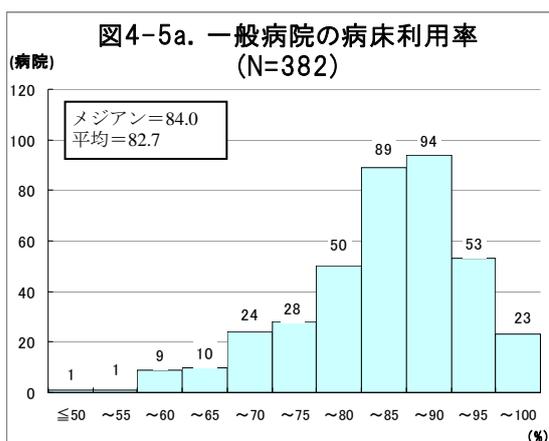
全国の病院における1日あたり平均外来患者数の平均は162.8人、1日あたり平均在院患者数の平均は150.6人であった*。

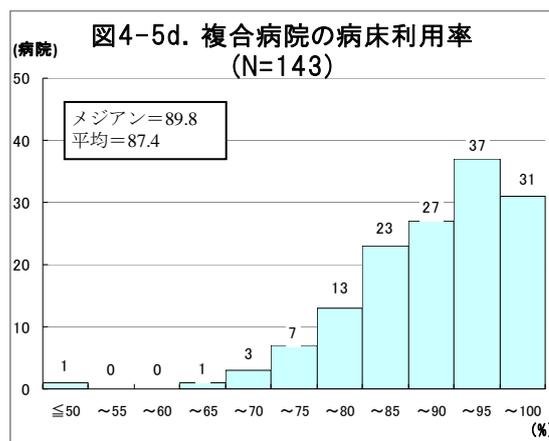
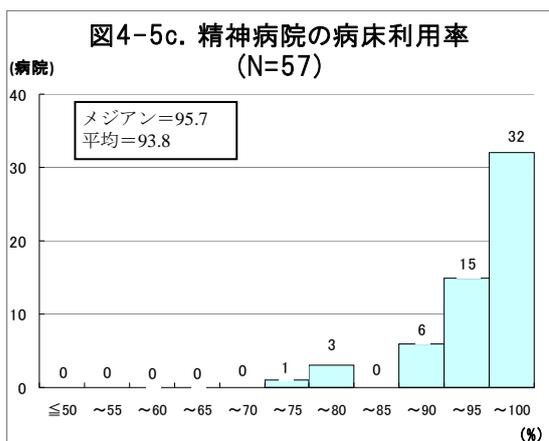
*参考：厚生労働省 「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

4.5 年間平均病床利用率

図4-5a~dでは、稼働病床の年間利用率を病院種別に示した。ここでの病院種別は審査体制区分に従った。





全国の病院における一般病床・療養病床・精神病床の病床利用率は、それぞれ 75.9%、90.6%、90.0%であった*。なお、この値は感染症病床および結核病床を一般病床に含まず、介護療養病床と療養病床を区別して集計した値である。

*参考：厚生労働省 「平成 20 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06.pdf>

4.6 平均在院日数

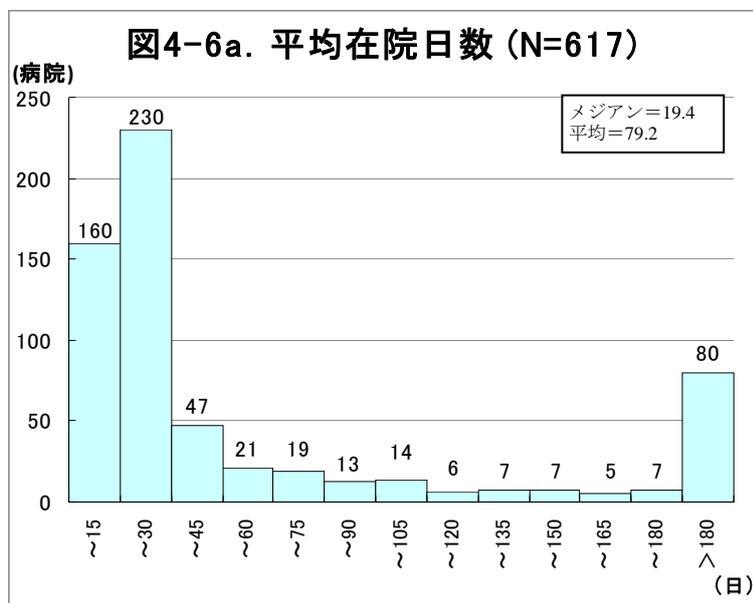
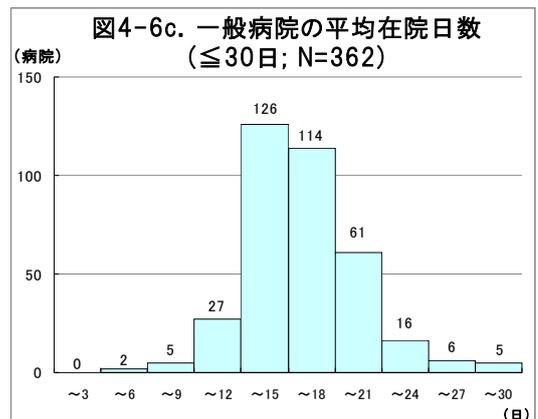
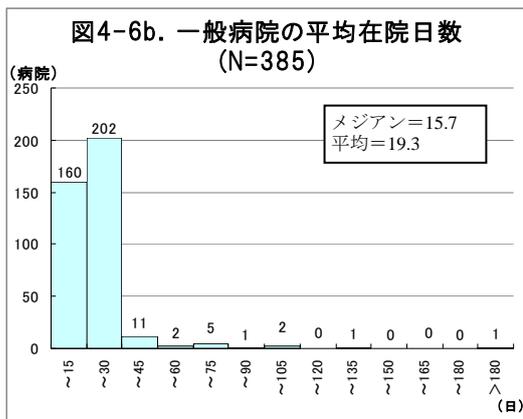


図 4-6a では、平均在院日数を示した。メジアンは 19.4 日であった。平均在院日数が 180 日を越える病院が 80 病院あった。全国の病院における平均在院日数は 33.8 日であった*。



また、図4-6b および c では、一般病院のみの在院日数を示した。メジアンは15.7日、平均は19.3日であった。図4-6c は、図4-6b のうち平均在院日数が30日以下の362病院を拡大して示したものである。一般といっても、急性期医療中心の病院だけでなく、緩和ケア中心の病院、特殊疾患療養病棟や重症心身障害児施設も含まれており、急性期型に特化した病院だけの集計はしていない。また、複合病院のうち一般病床が最多の病院も含んでいる。全国の一般病床平均在院日数は18.8日であり*、同等の結果であった。

*参考：厚生労働省 平成20年医療施設調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06.pdf>

4.7 他施設からの紹介率

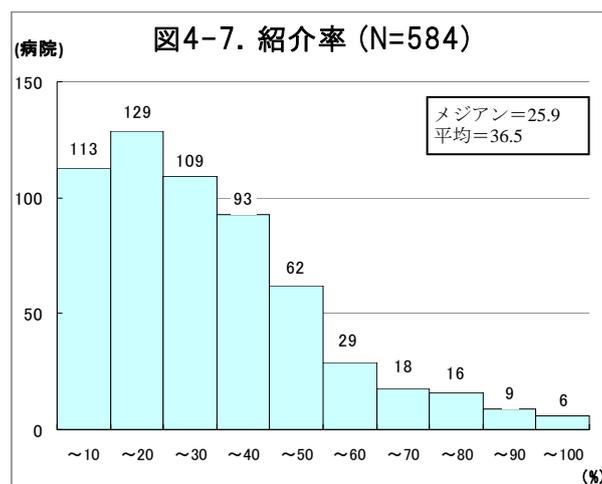
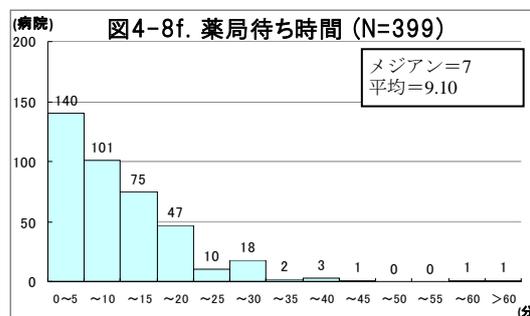
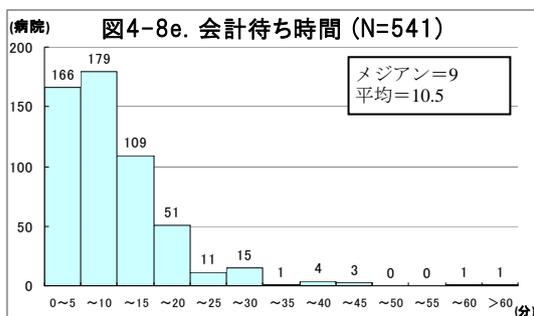
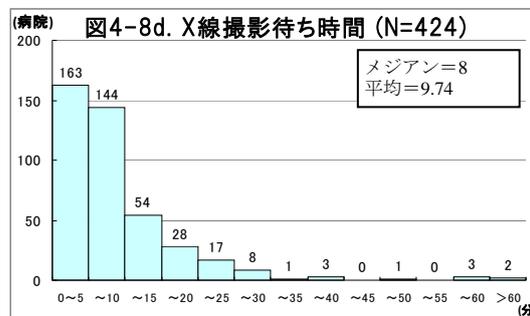
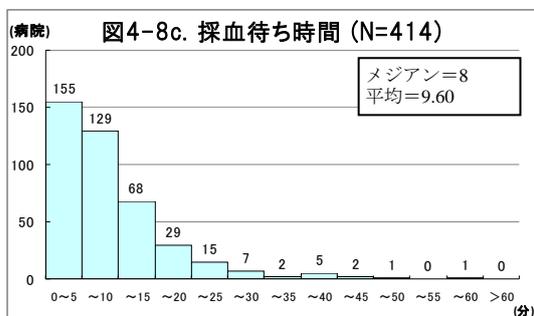
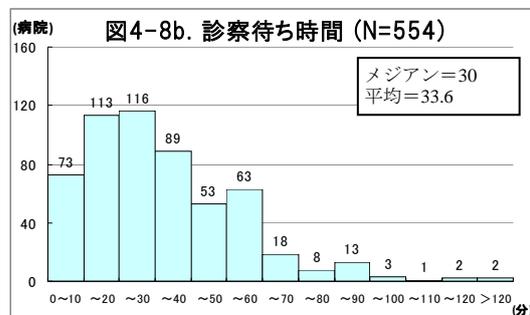
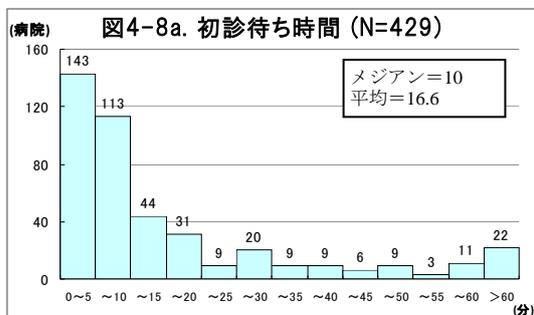


図4-7では、昨年度外来新患者に占める他の医療機関からの紹介患者の割合を紹介率(%)として示した。100%を超えるものは対象外とした。メジアンは25.9%、平均は36.5%であった。

4.8 外来における待ち時間の状況について

図4-8a～fでは、外来での待ち時間を調査した病院におけるそれぞれの結果を示した。



メジアンおよび平均はそれぞれ初診 10 分、17 分；診察 30 分、34 分；採血 8 分、9.7 分；X線撮影 8 分、9.7 分；会計 9 分、11 分；薬局 7 分、9 分であった。

病院機能評価では、適宜待ち時間調査を行い、長時間の待ち時間を要する場合は、待ち時間による患者の苦痛を軽減する工夫を求めている。

4.9 地域連携室の担当者配置状況

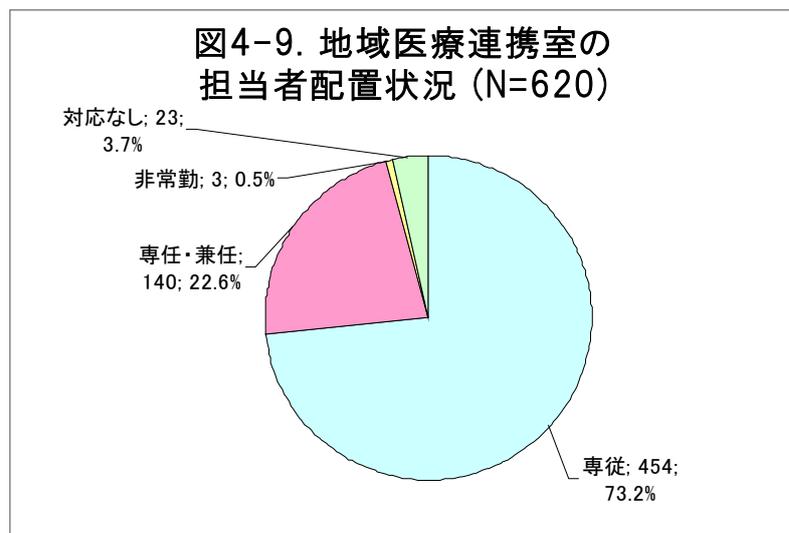


図 4-9 では、地域医療連携室の担当職員配置状況を示した。96.3%の病院で、地域医療連携に対して何らかの職員配置を行っていた。

病院機能評価においては、地域連携担当部署を設けること、連携する保健医療福祉機関の情報を収集すること、および自院の診療機能に関する情報を地域の保健・医療福祉施設などに提供することを求めている。

第5章 救急部門

5.1 救急告示病院数

5.2 救急医療体制

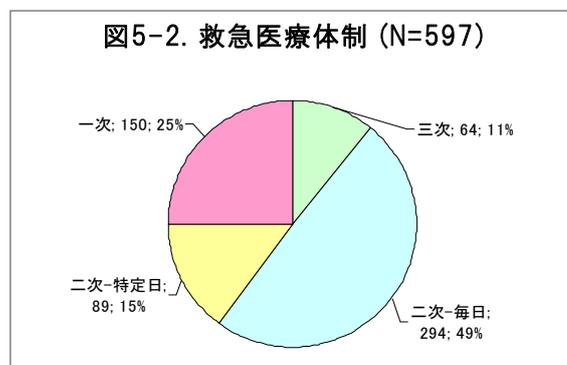
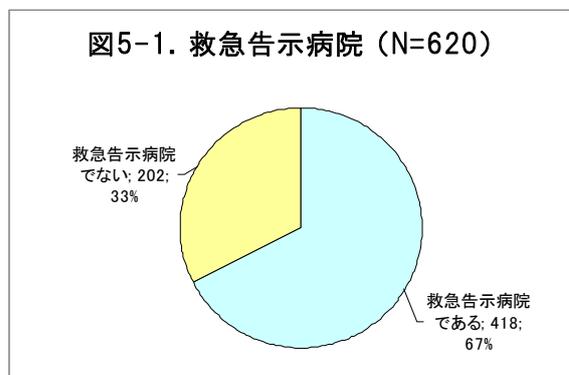


図5-1、図5-2では救急告示の有無および救急医療体制について示した。

受審病院に占める救急告示病院は67%、救急医療体制を実施している病院は96.3%であった。医療施設調査によれば、全国の救急告示病院は3932病院(44.7%)であり、救急医療体制のある病院は4230病院(48.1%)であった*。受審病院の救急体制が充実していることがうかがえた。

<図5-2の用語説明>

- 「三次」・・・三次救急医療施設（救命救急センター）である
- 「二次（毎日）」・・・二次救急医療施設で毎日救急に対応している
- 「二次（特定日）」・・・二次救急医療施設で特定日に救急に対応している
- 「一次」・・・一次（初期）救急にのみ対応している

病院機能評価においては、三次および二次救急医療施設（毎日）に該当するような救急機能の水準の病院では、医師、看護師、事務職だけでなく、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師にも、当直または交代勤務による救急対応を求めている。

*参考：厚生労働省 「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

5.3 救急車搬入患者数

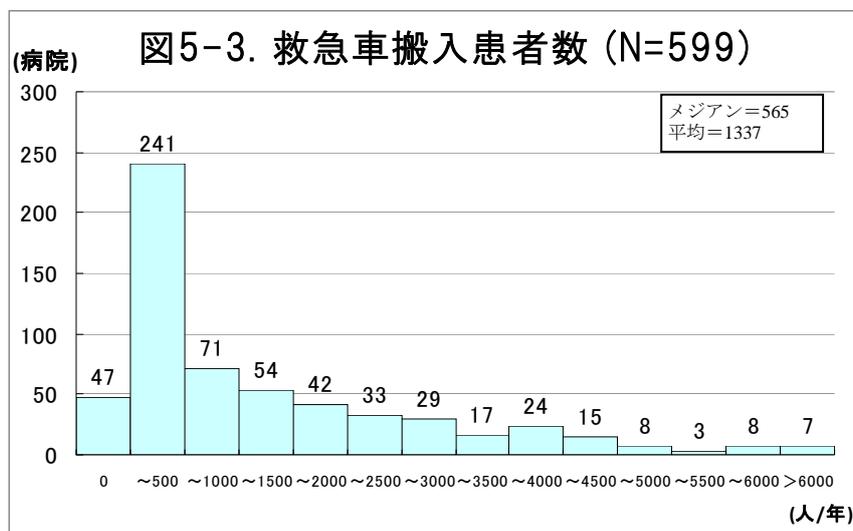


図 5-3 では、救急車搬入患者数について示した。メジアンは 565 人/年、平均は 1337 人/年であった。

消防庁のデータ*によれば、平成 20 年中の救急車出場件数は約 510 万件であった。この件数を全国の救急医療体制に参加している 4230 病院で単純に割った場合、1 病院あたりの年間救急車件数はおおよそ 1200 件となり、受審病院の平均値とほぼ同等であることがうかがえた。

*参考：総務省消防庁「救急車の適正な利用について」

http://www.fdma.go.jp/html/new/kyukyu_riyou.html

5.4 救急入院患者数

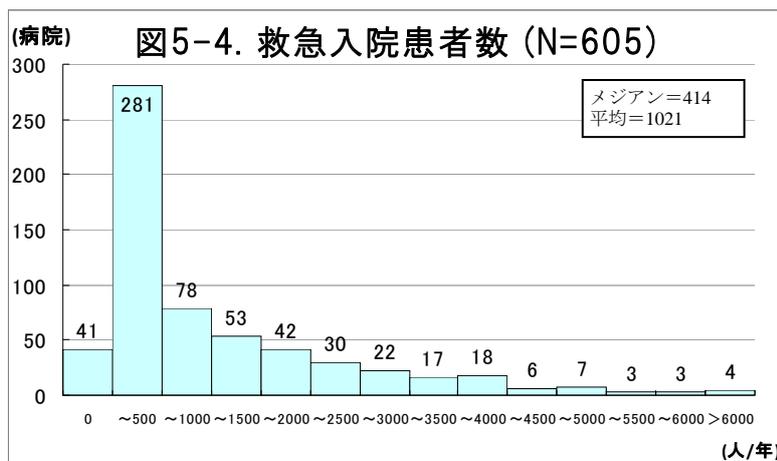


図 5-4 では、年間救急入院患者数を示した。

5.5 精神科救急医療体制

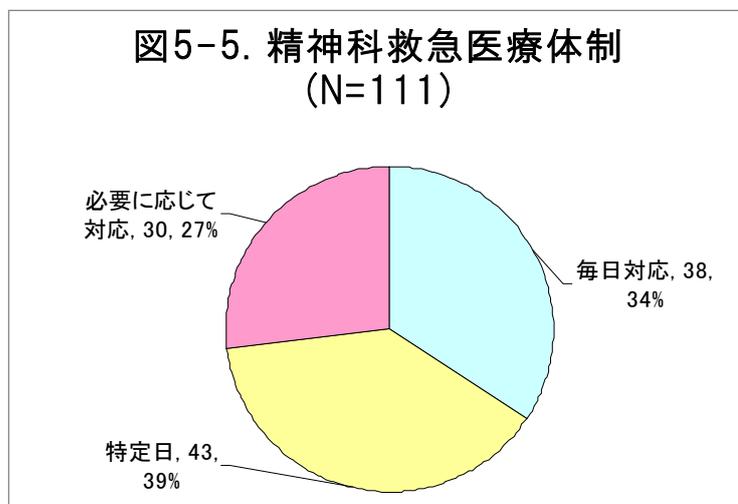
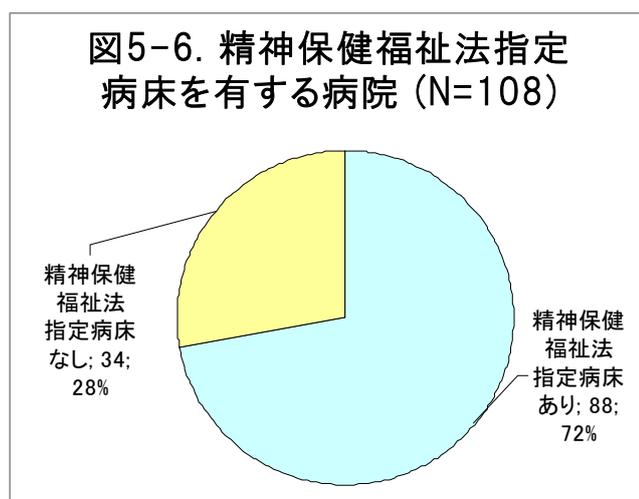


図 5-5 では、精神科救急医療体制について示した。精神科救急対応を行っている病院のうち、毎日対応している病院は 38 病院（34%）、特定日に対応している病院は 43 病院（39%）、必要に応じて対応している病院は 30 病院（27%）であった。精神科救急医療体制を提供している受審病院が 17.9%であるのに対し、全国値は 10.4%であり*、受審病院で充実していることが示された。

*参考：厚生労働省 「平成 20 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06.pdf>

5.6 精神保健福祉法指定病床を有する病院



精神病床を有する 108 病院中、精神保健福祉法による指定病床を有する病院は 88 病院（72%）であった。

5.7 夜間勤務体制

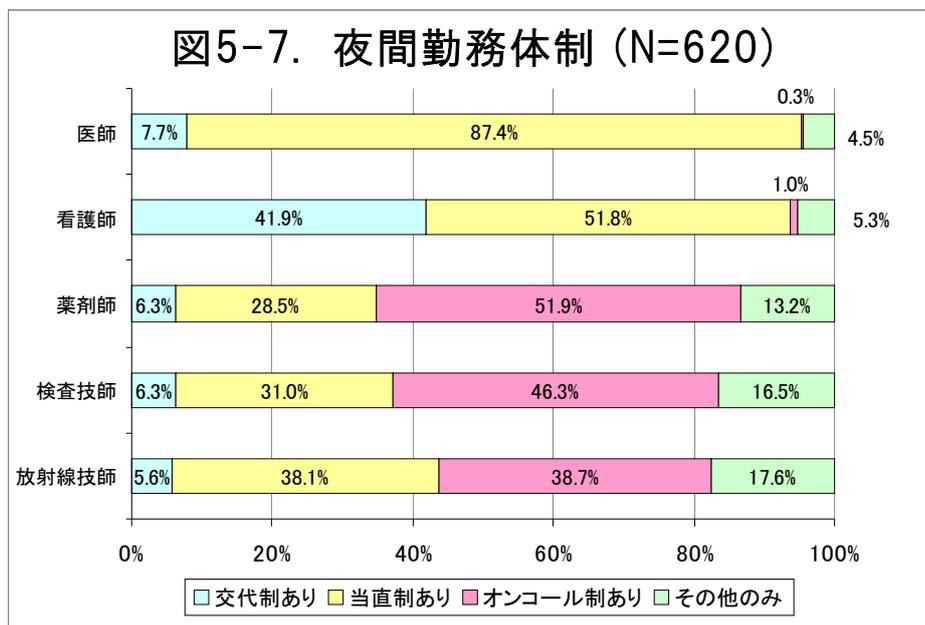


図5-7では、夜間勤務体制を示した。ここでは、「交代制＞当直制あり＞オンコール制あり＞その他」の順に充実度が高いものとみなし、複数回答がある場合にはより充実した体制の値に集約して集計した。

平成19年度のデータと比較して、医師・看護師については「オンコール制あり」「その他のみ」が少なく、その他の職種については「当直制あり」「オンコール制あり」が多かった。同一病院のデータではないため単純な比較はできないが、一般的に夜間勤務体制が充実してきている傾向があるといえるのではないかと。

なお、「4交代制」などさらに充実した体制をとっている場合も「その他」に含まれることに注意が必要である。

第6章 薬剤部門

6.1 100床あたり薬剤師数

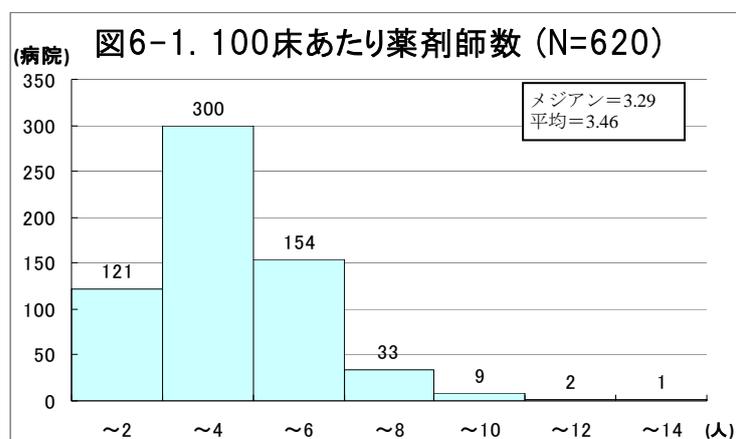


図6-1では、100床あたりの薬剤師数を示した。平成20年医療施設調査によれば、100床あたり薬剤師数の平均値は2.6人であり*、受審病院で薬剤師が手厚く配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省 「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

6.2 院外処方箋率 (外来)

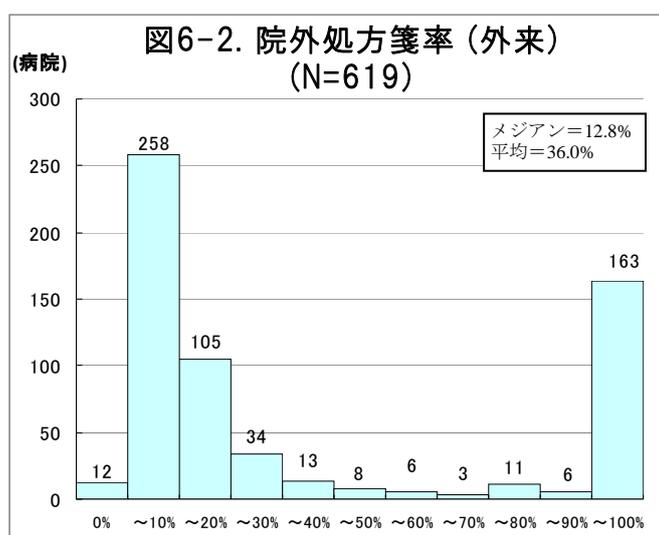


図6-2では、外来における全処方箋に占める院外処方箋の割合を示した。院外処方箋を発行している受審病院が、院外処方箋の割合が10%以下の病院と90%を超える病院の二極分化していることが示された。

6.3 薬剤部門での注射薬の混合

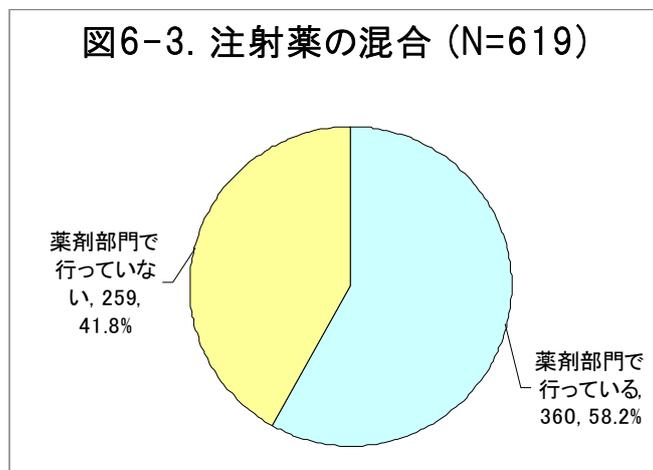


図 6-3 では、薬剤部門での注射薬の混合について示した。注射薬の混合を薬剤部門で行っている病院は 360 病院 (58.2%) であった。

病院機能評価では、抗がん剤の混合については薬剤師が行うよう求めている。

6.4 注射薬の供給法 (個人別取り揃え実施状況)

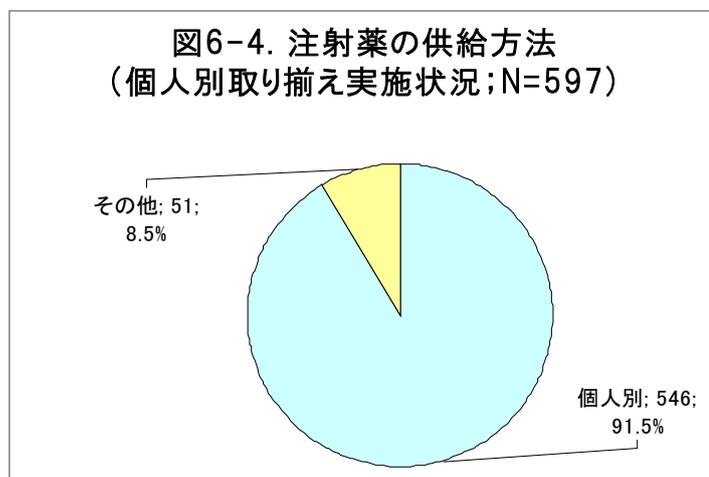


図 6-4 では、注射薬の供給方法について示した。546 病院 (91.5%) が「個人別取り揃え」を実施していた。

病院機能評価では、入院患者の注射薬については個人別取り揃えがなされていることを求めている。

第7章 検査・画像診断部門

7.1 放射線科医師数

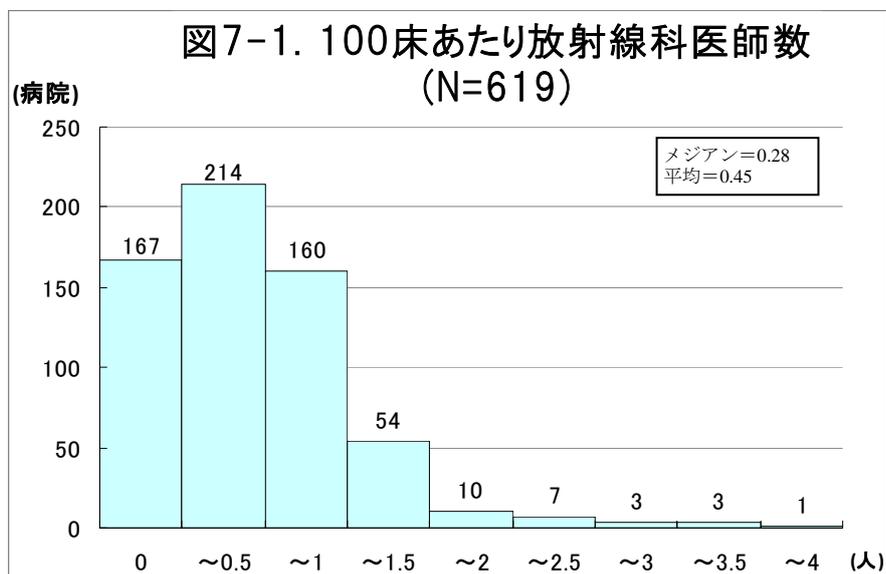


図7-1では、100床あたりの放射線科医師数の状況を示した。100床あたりのメジアンは0.28人、平均は0.45人であった。

病院機能評価においては、画像診断の質を確保するため、病院の機能に応じて、放射線科医を確保する、遠隔画像診断体制を整備する、他院の専門医に相談するなどの対応を求めている。

7.2 CT の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

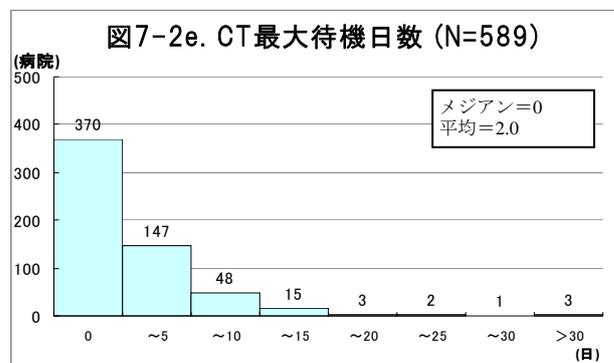
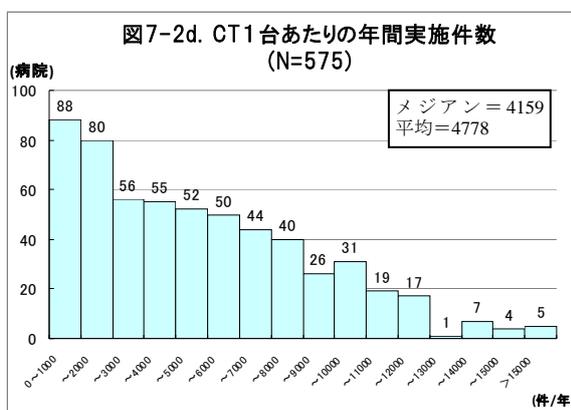
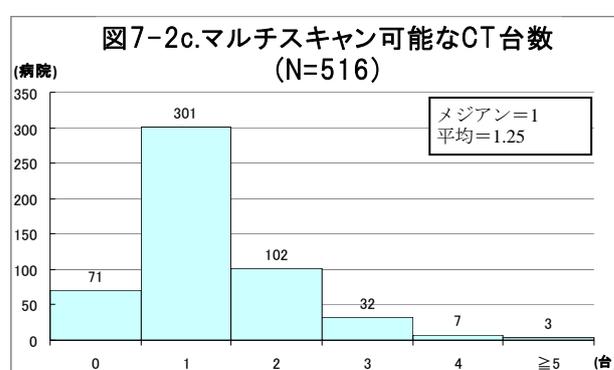
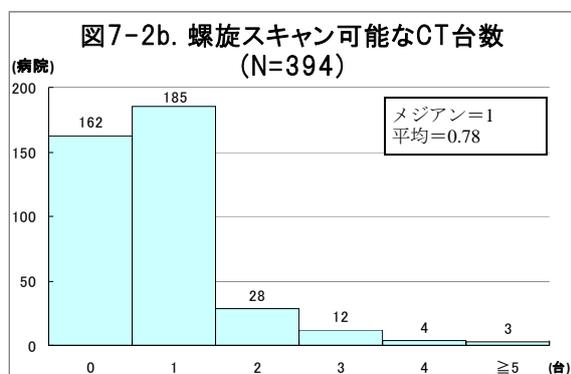
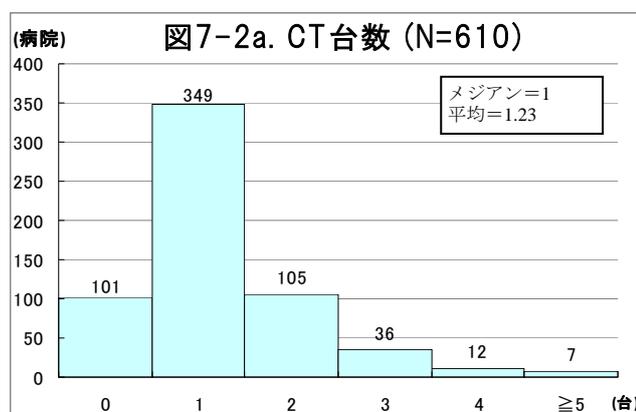


図7-2a～eでは、CTの状況について示した。図7-2eのCTの待機日数（撮影待日数）は、直近の最大待ち日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは0日、平均は2.0日であった。

7.3 MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

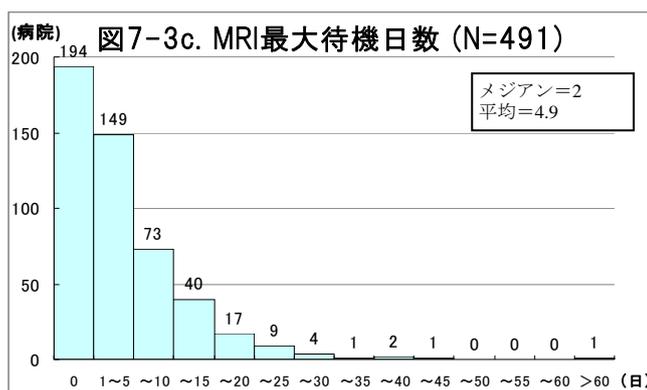
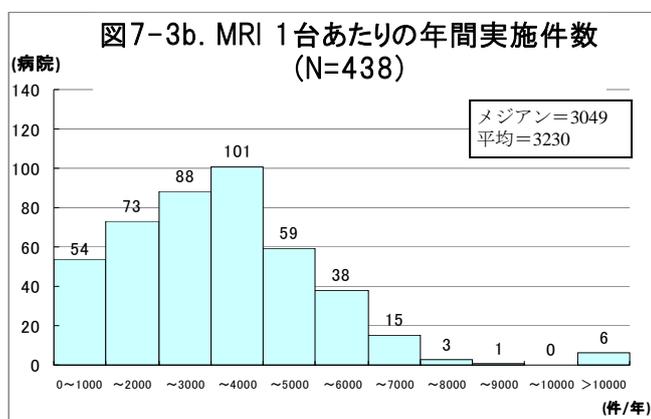
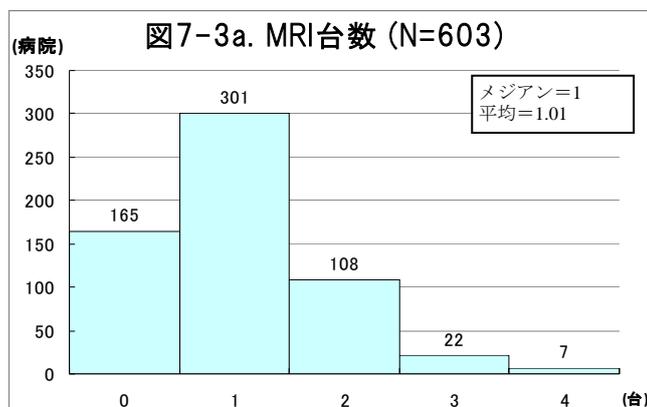


図7-3a~cでは、MRIの状況について示した。図7-3cの待機日数（撮影待日数）は、前項同様直近の最大待機日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは2日、平均は4.9日であった。

7.4 各種超音波検査の実施状況

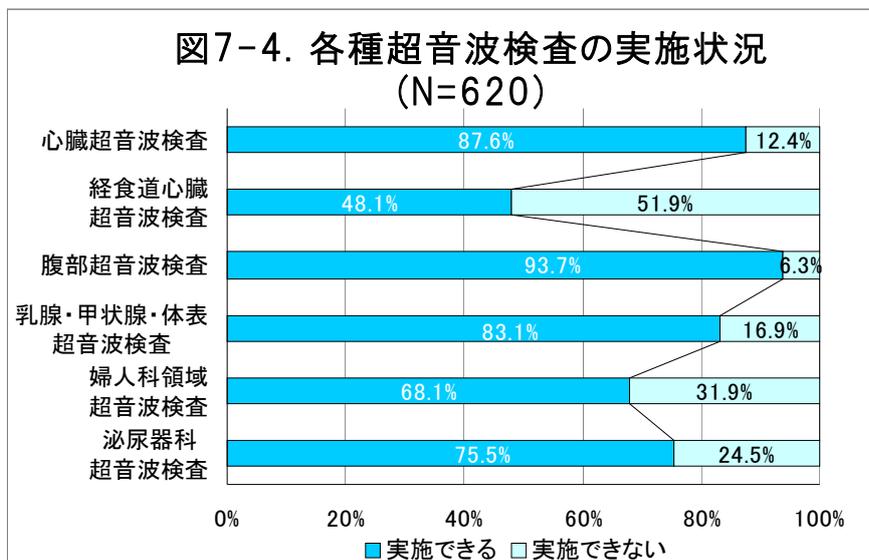


図 7-4 では、各種超音波検査の実施状況（検査の可否）について示した。

7.5 画像の遠隔診断

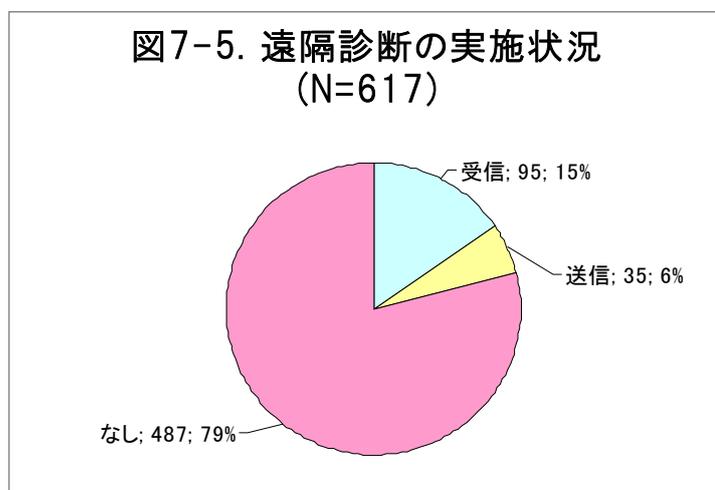


図 7-5 では、遠隔診断の実施状況を示した。遠隔画像診断の実施状況は受信側（画像診断が行われる医療機関）が 15%、送信側（画像の撮影が行われる医療機関）が 6%であった。

7.6 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）

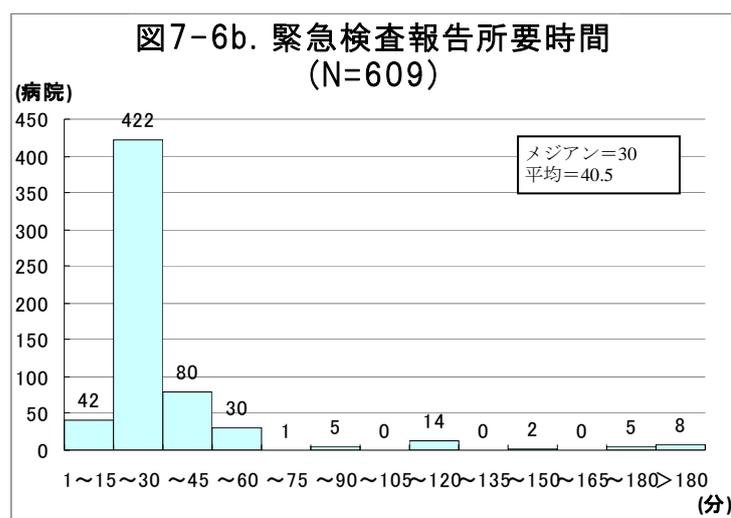
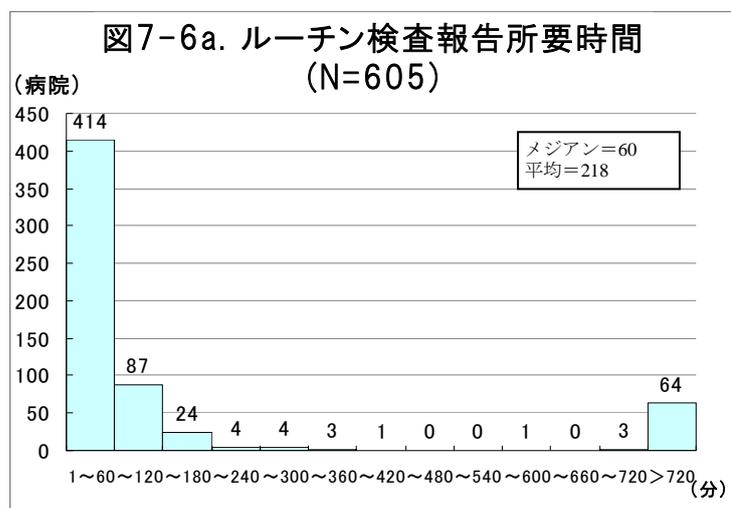


図7-6では、検査報告所要時間について示した。主要な血液・生化学検査の結果報告までの時間をルーチン検査と緊急検査について示した。メジアンおよび平均はそれぞれ60分、218分および30分、40.5分であった。

病院機能評価においては、緊急検査について、時間内・時間外・休日の業務手順が確立していることを求めている。緊急検査の結果は30分以内での報告が求められる。

7.7 外部精度管理の実施状況

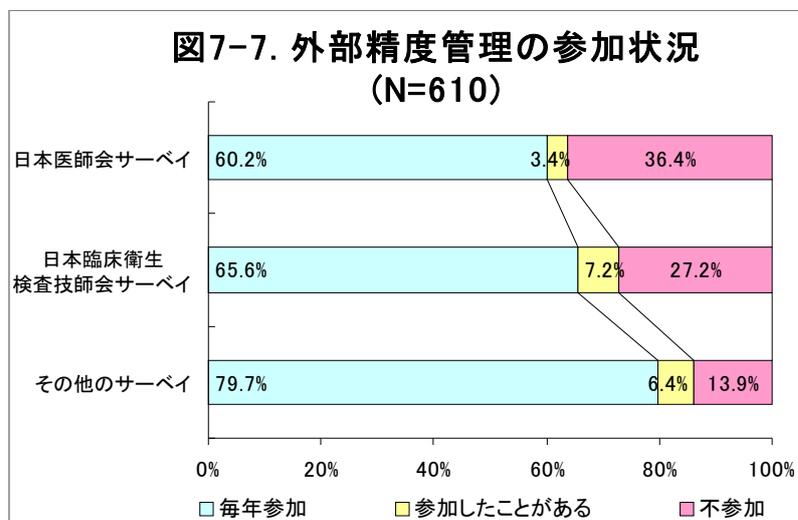


図 7-7 では、外部精度管理の参加状況について示した。回答のあった 610 病院の約 8 割の病院において、何らかの外部サーベイに毎年参加していた。

7.8 病理医配置状況

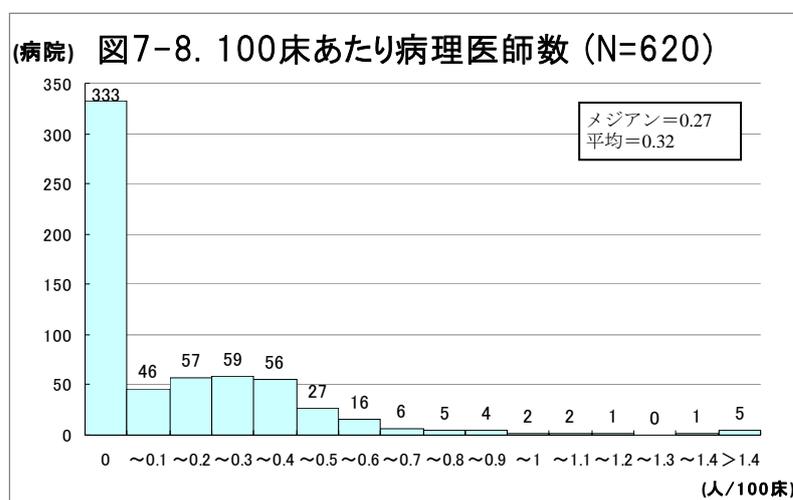


図 7-8 では、100 床あたりの病理医師数を示した。病理医のいる 287 病院におけるメジアンは 0.27 人、平均は 0.32 人であった。

病院機能評価においては、全身麻酔件数が年間 400～500 件以上の施設では、病理医（非常勤を含む）の関与を求めている。

7.9 剖検実施状況

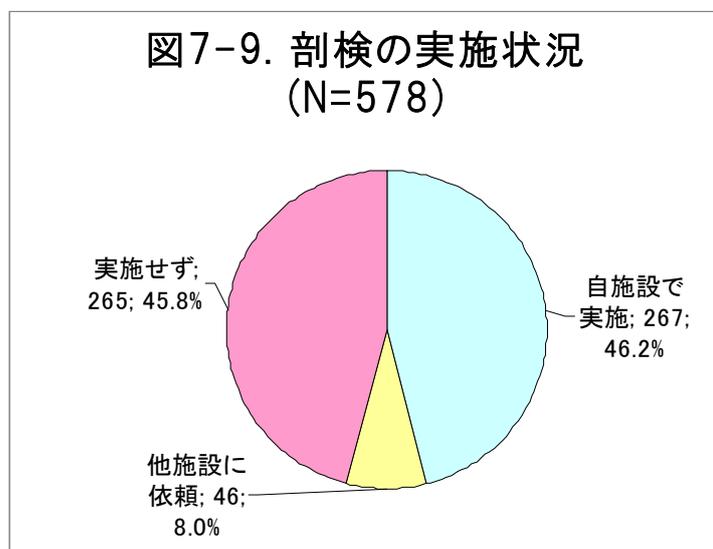


図 7-9 では、剖検の実施状況を示した。剖検を自施設で実施している病院は 46.2%、他施設に依頼している病院は 8.0%であった。

7.10 死亡退院率・剖検率

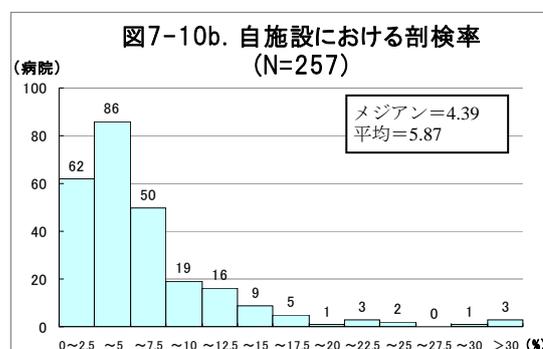
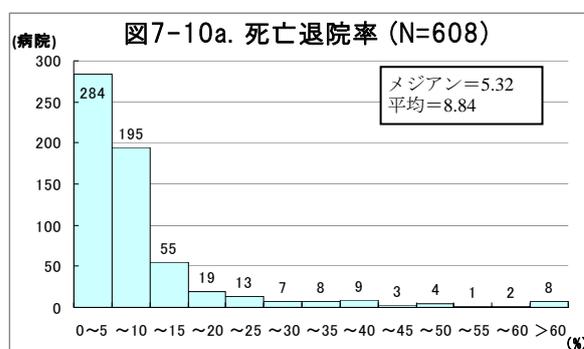


図 7-10a では、死亡退院率（退院患者に占める死亡退院の割合）を示した。また、図 7-10b では、自施設での剖検率（死亡患者のうち、自施設で剖検を実施する割合）を示した。自施設での剖検率が 30%を超える病院が 3 施設あった。

7.11 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）

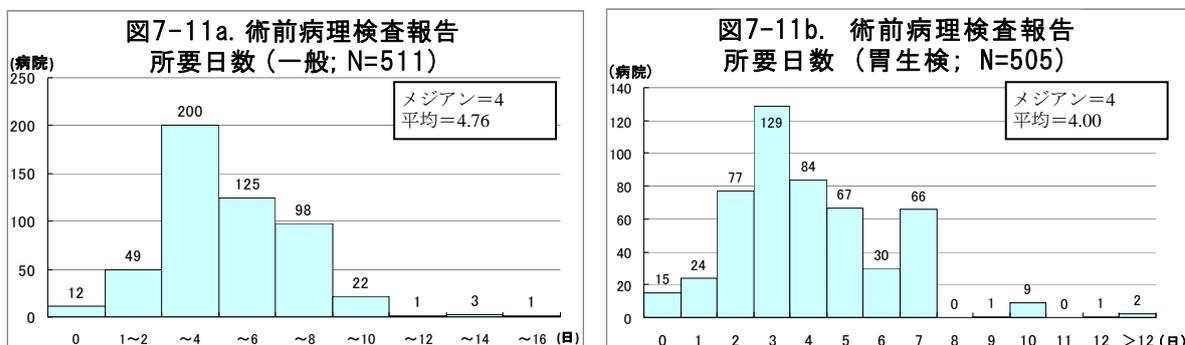


図7-11では、術前病理検査報告所要日数について、一般病理検査と胃生検に分けて示した。メジアンはいずれも4日であった。

病院機能評価においては、生検結果が4~5日以内で判明する体制を求めている。

7.12 術中迅速診断の実施状況

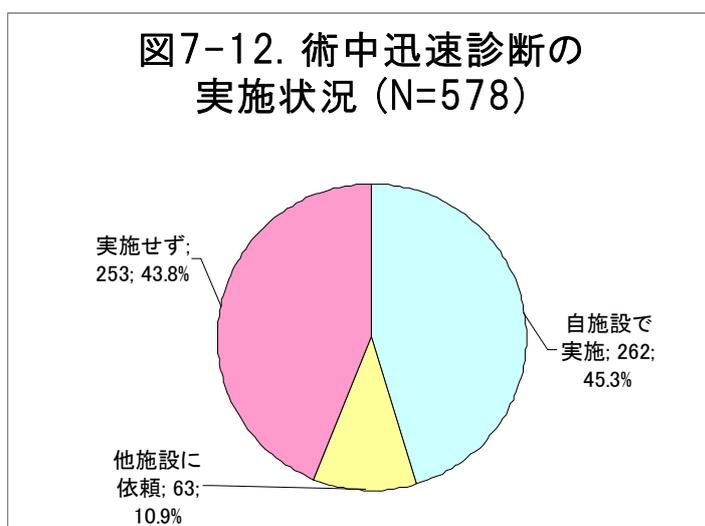


図7-12では、術中迅速診断の実施状況を示した。受審病院の56.2%で術中迅速診断を実施しており、そのうち自施設実施は45.3%、他施設実施は10.9%であった。

病院機能評価においては、迅速標本の病理診断ができること（委託でも可）を求めている。また、悪性腫瘍の場合の術中迅速診断について重要視している。

7.13 テレパソロジーの実施状況

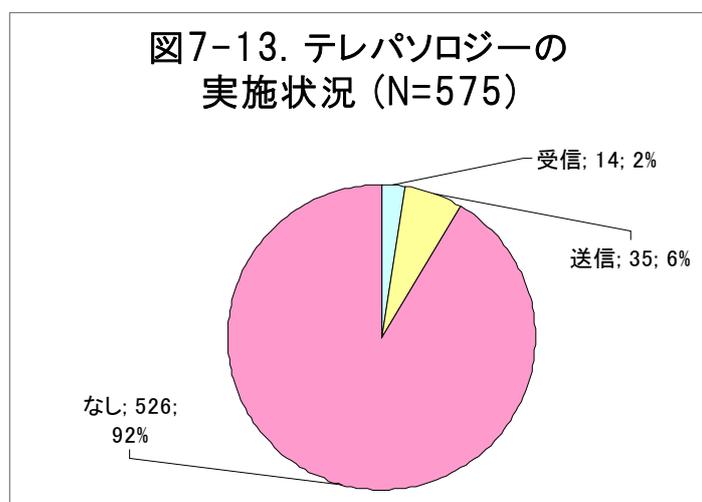


図7-13では、テレパソロジーの実施状況を示した。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の実施状況は、「送信側」（検体採取が行われる医療機関）が6%、「受信側」（画像診断が行われる医療機関）が2%であった。

病院機能評価においては、テレパソロジーは病理医に代わるものではなく、実績、機器の性能、標本作製のための教育訓練体制などを勘案して総合的に判断している。

第8章 輸血部門

8.1 輸血担当部門

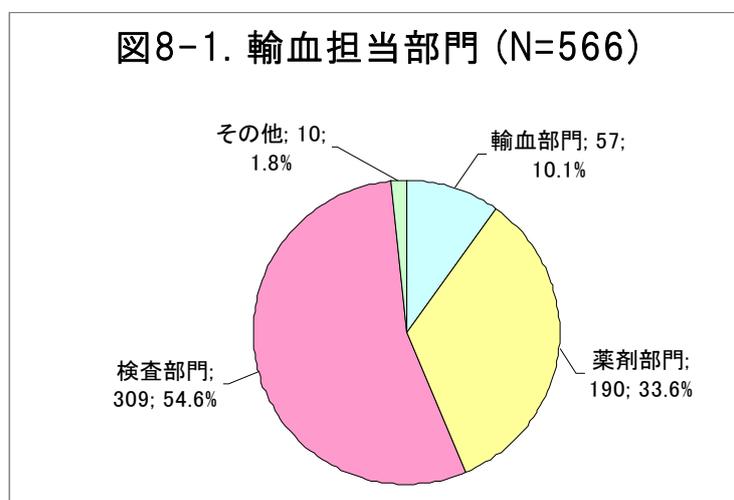


図8-1は、輸血担当部門の状況について示した。回答のあった566病院中、輸血担当部門が独立している病院は57病院(10.1%)、独立しておらず薬剤部門として管理している病院は190病院(33.6%)、検査部門として管理している病院は309病院(54.6%)、その他は10病院(1.8%)であった。

8.2 輸血担当医師数

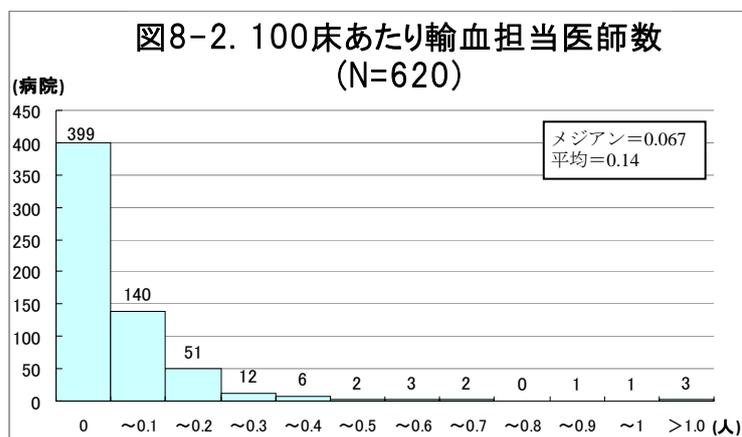


図8-2では、輸血担当医師数(輸血部門の常勤専従医師、常勤専任又は兼任医師、非常勤医師の常勤換算数)を示した。図中には、輸血担当医師が配置されている221病院におけるメジアンおよび平均を示した。

病院機能評価においては、これらの医師がいない(輸血担当医師が0人の)場合は、輸血業務全般を監督する責任医師を置くことを求めている。

8.3 100床あたり血液使用量

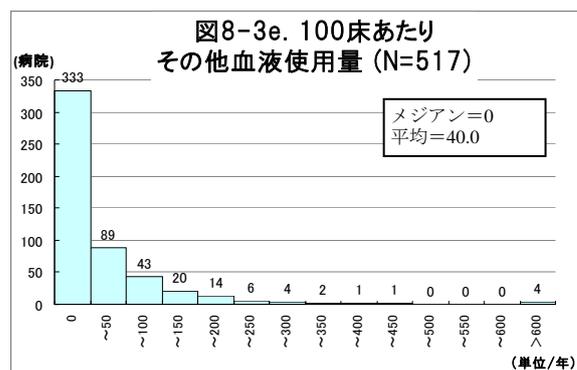
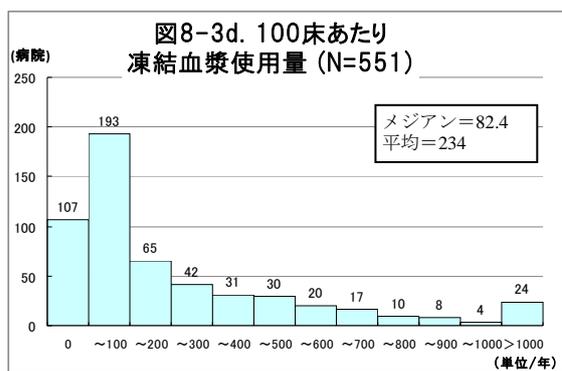
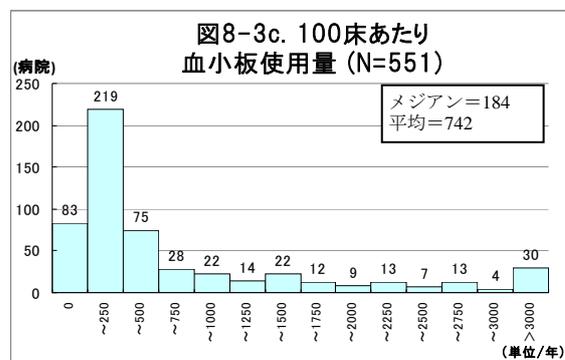
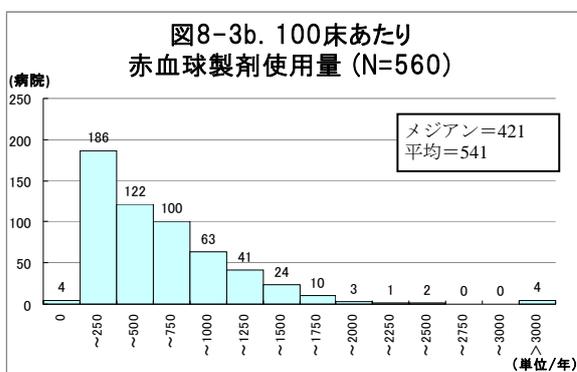
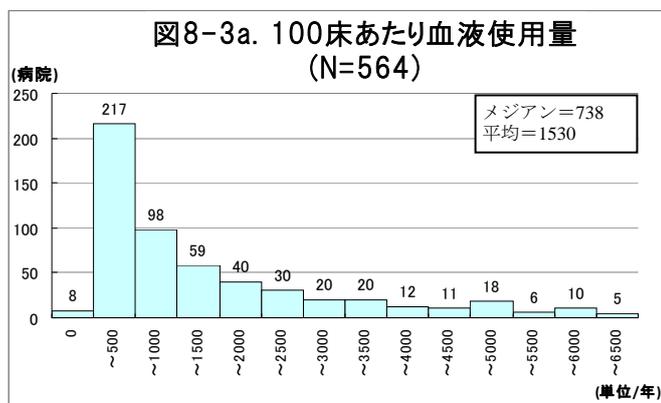


図8-3aでは、100床あたりの血液使用量の総数について示した。また、図8-3b～eでは、赤血球製剤、血小板、凍結血漿、その他血液の使用量（内数）を示した。

8.4 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況

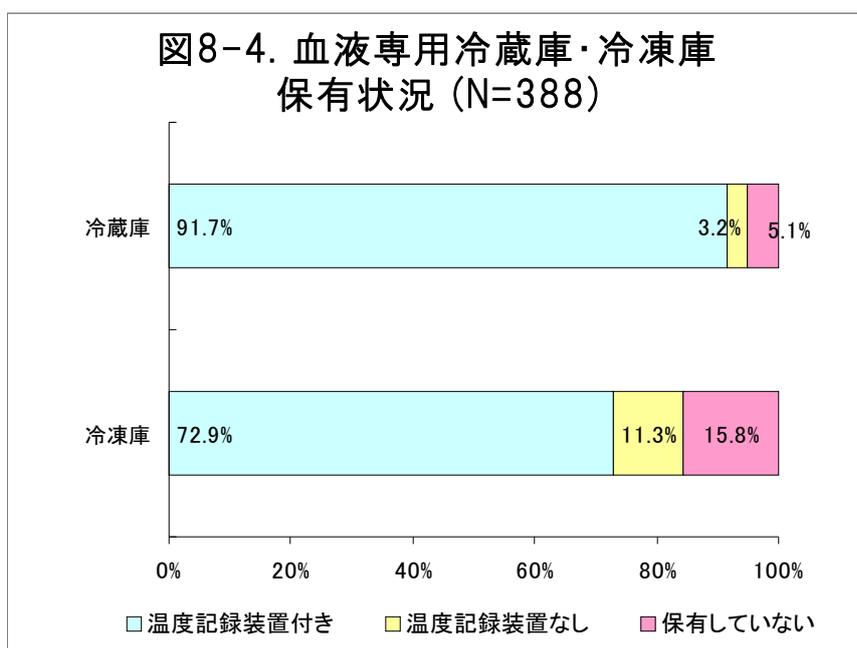


図8-4では、血液専用冷蔵庫・冷凍庫の保有状況を示した。血液専用の冷蔵庫を保有している病院は536病院（94.9%）であり、そのうち自記温度記録装置付き冷蔵庫を保有している病院は518病院であった。また、凍結血漿専用の冷凍庫（ -20°C 以下）を保有している病院は478病院（84.2%）であり、そのうち自記温度記録装置付き冷凍庫を保有している病院は412病院であった。

病院機能評価においては、輸血用血液製剤は厳密な温度管理が必要であるため、自記温度記録装置とアラームがついた血液専用の冷蔵庫・冷凍庫の設置を求めている。

第9章 手術部門

9.1 手術実施状況

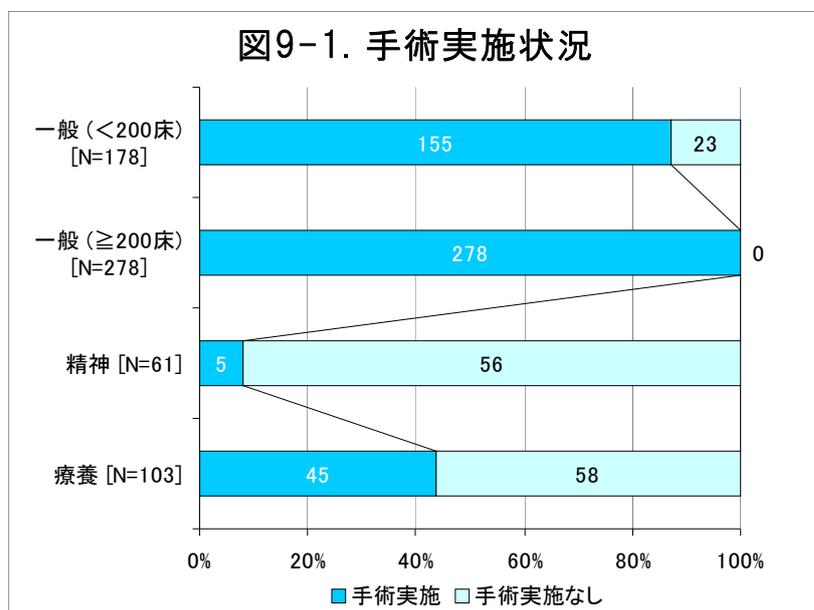


図9-1では、病床種別ごとの手術実施状況について示した。一般200床未満の155病院（87.1%）、一般200床以上の278病院（100%）、精神の5病院（8.2%）、療養の45病院（43.7%）で手術が実施されていた。

9.2 100床あたり麻酔科医

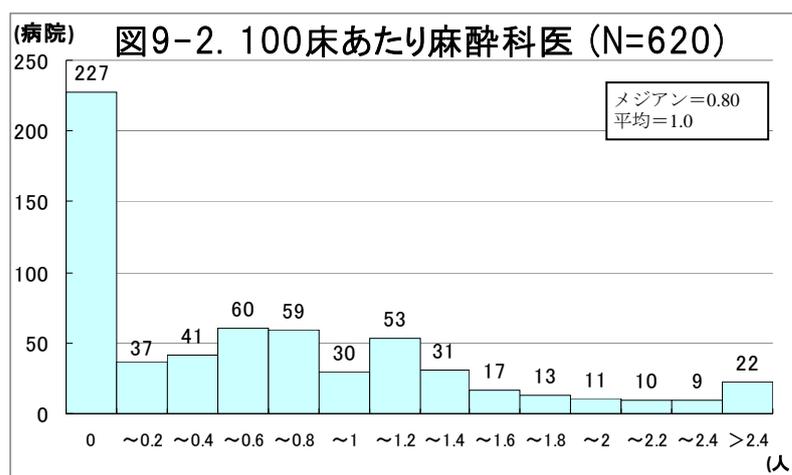


図9-2では、100床あたり麻酔科医数について示した。麻酔科医のいる393病院におけるメジアンは0.80人、平均1.0人であった。

病院機能評価においては、年間全身麻酔件数が400~500件を超える病院には常勤麻酔医の確保を求めている。

9.3 100床あたり手術室数

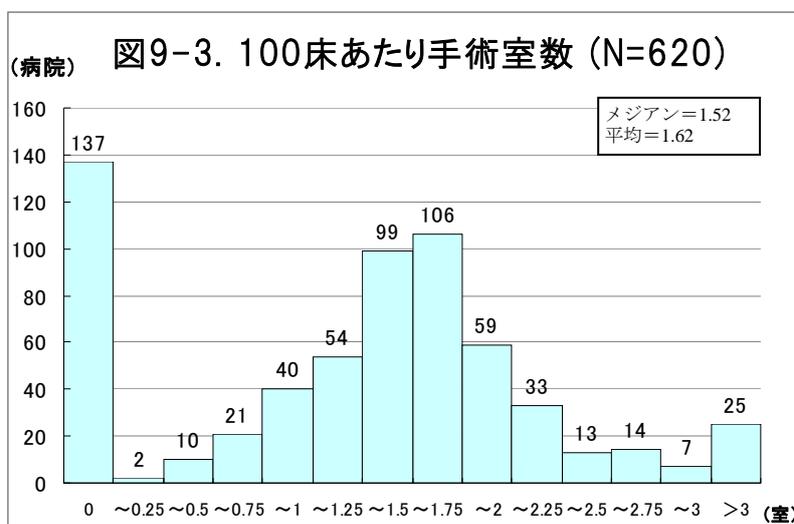


図 9-3 では、100 床あたりの手術室数を示した。図中には、手術室を有する 483 病院におけるメジアンおよび平均を示した。

9.4 100床あたり手術件数

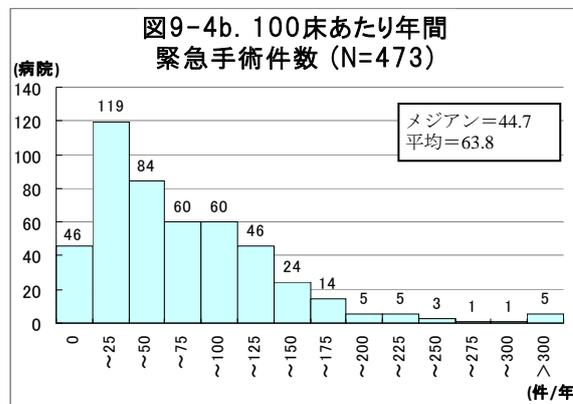
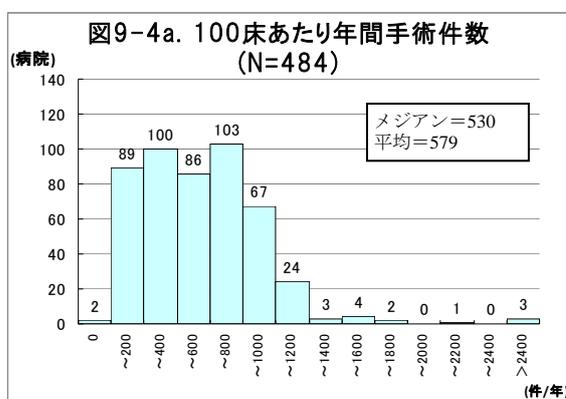


図 9-4a および b では、100 床あたりの年間手術件数および年間緊急手術件数を示した。

9.5 100床あたり全身麻酔手術件数

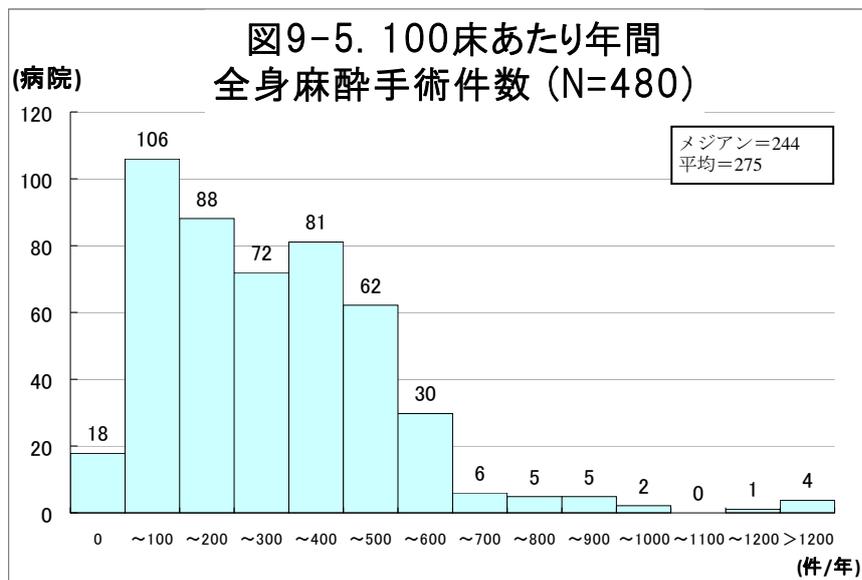


図 9-5 では、100 床あたりの全身麻酔手術件数を示した。図中には、全身麻酔手術を実施している 320 病院におけるメジアンおよび平均を示した。

9.6 麻酔科医 1 人あたり全身麻酔手術件数

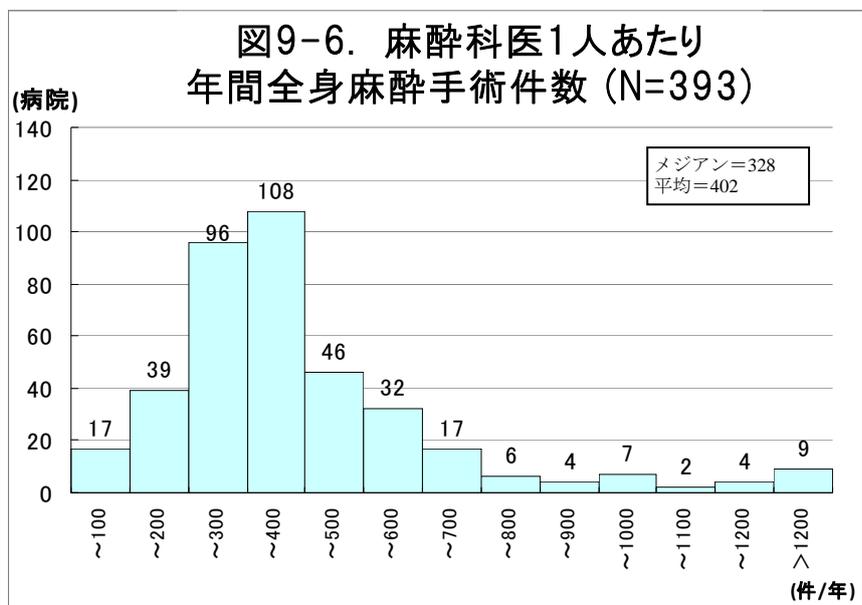


図 9-6 では、麻酔科医 1 人あたりの年間全身麻酔手術件数を示した。

前述のとおり、病院機能評価においては、年間全身麻酔件数が 400～500 件を超える病院には常勤麻酔医の確保を求めている。

9.7 全身麻酔手術件数と麻酔科医数

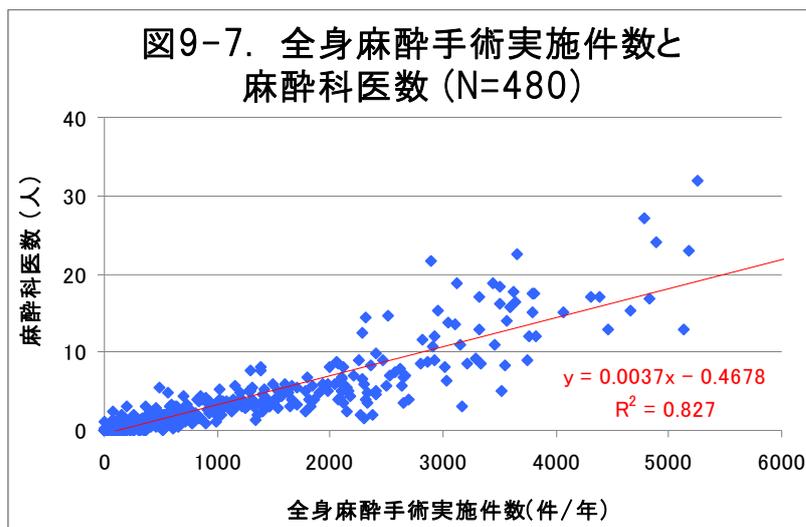


図 9-7 では、年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数（常勤換算）の関係を散布図で示した。全身麻酔手術件数と麻酔科医数の一次近似式は

$$y = 0.0037x - 0.4678 \quad (R^2 = 0.827)$$

となり、正の相関が認められた。ただし全身麻酔手術件数が 2000 件/年を越えるあたりからは、施設数が少なくばらつきが大きくなっている。

9.8 緊急手術の割合

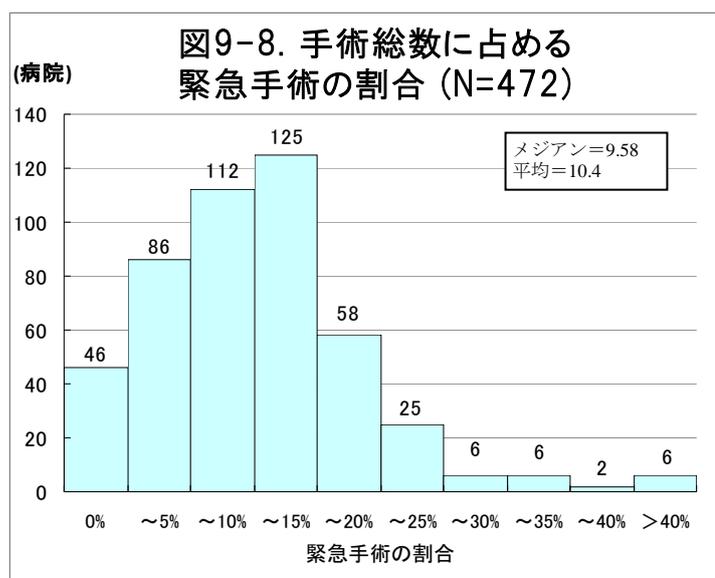


図 9-8 では、以下の式に基づき手術総数に占める緊急手術の割合を示した。

$$\text{緊急手術の割合} = (\text{緊急手術数}) / (\text{手術総数}) \times 100 (\%)$$

第10章 リハビリテーション部門

10.1 リハビリテーション実施状況

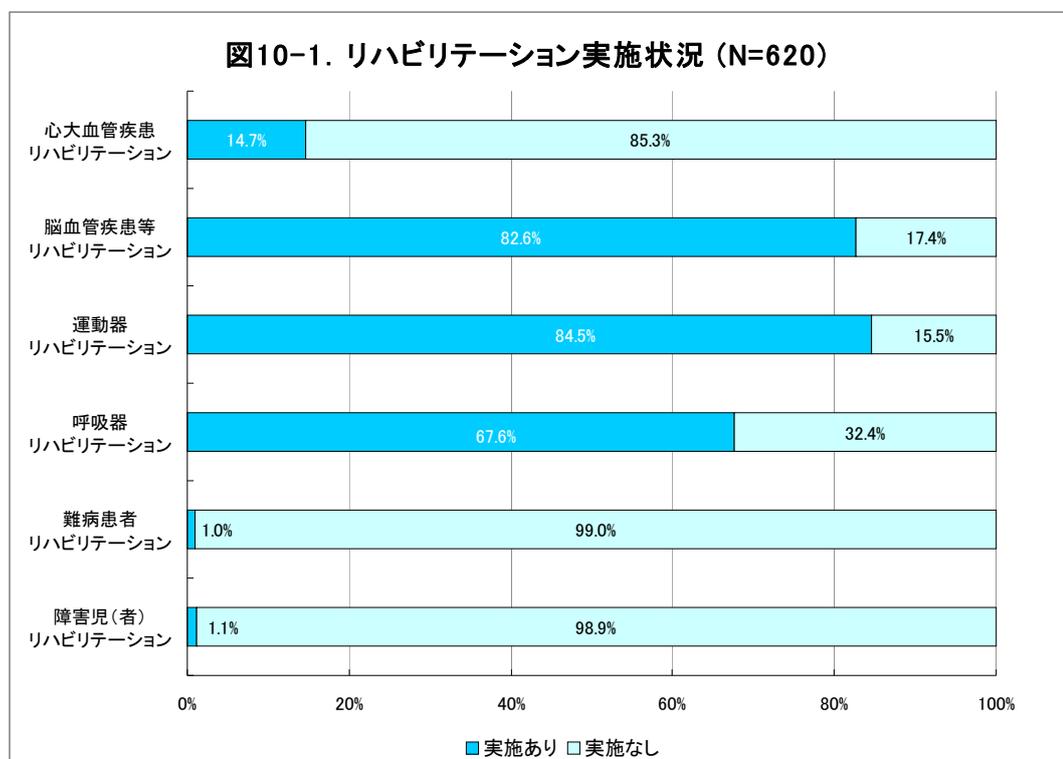


図10-1では、リハビリテーションにかかる特掲診療料の施設基準・加算等の届出状況を示した。

中医協資料によれば、全国の届出医療機関数は心大血管疾患・脳血管疾患・運動器・呼吸器・難病患者・障害児(者)リハビリテーションでそれぞれ、397病院(4.5%)、5280病院(60%)、5113病院(58%)、3686病院(42%)、41病院(0.46%)、220病院(2.5%)であった*。

*参考：中央社会保険医療協議会 総会(第142回) 「総-4-1 21.3.25 主な施設基準の届出状況等」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/d1/s0325-9k.pdf>

10.2 リハビリテーション担当医師数

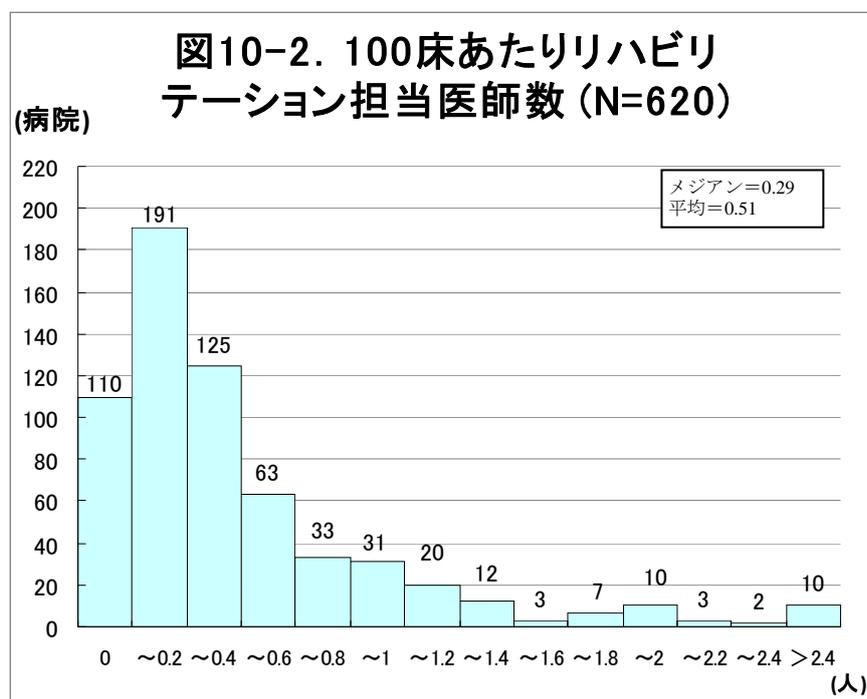
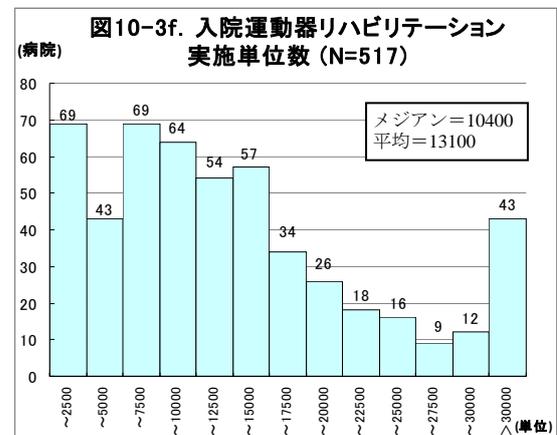
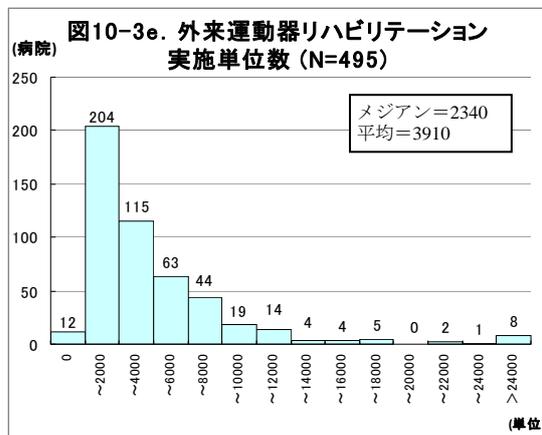
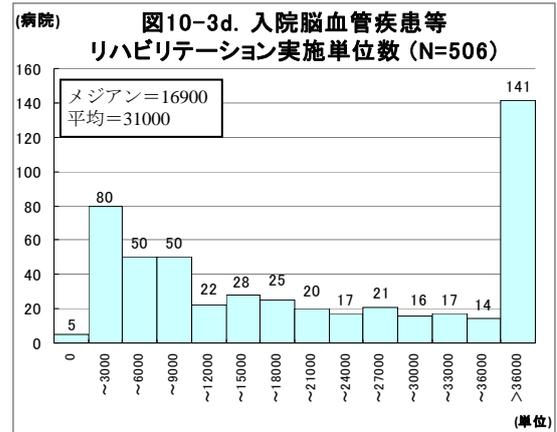
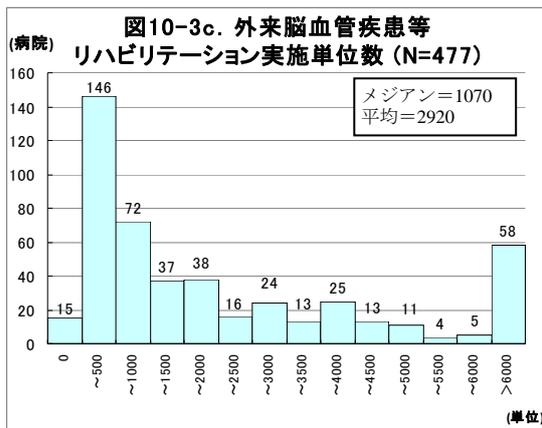
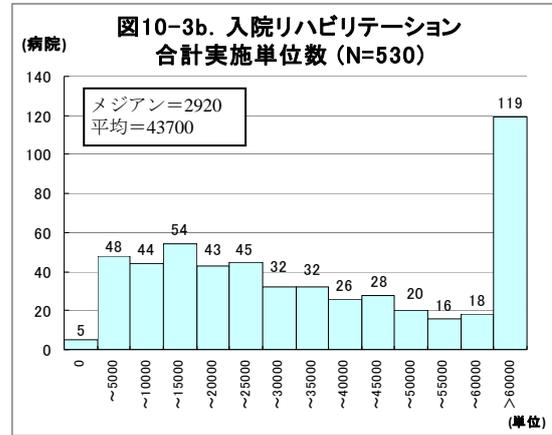
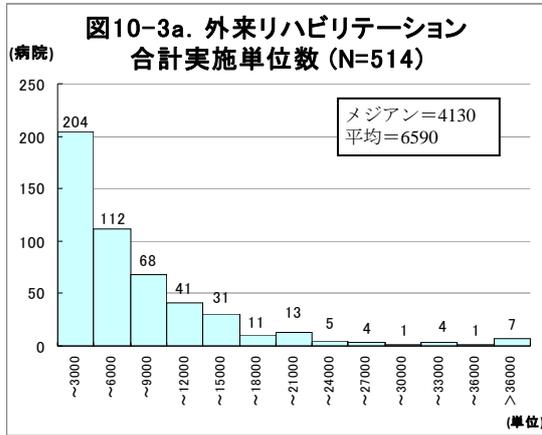
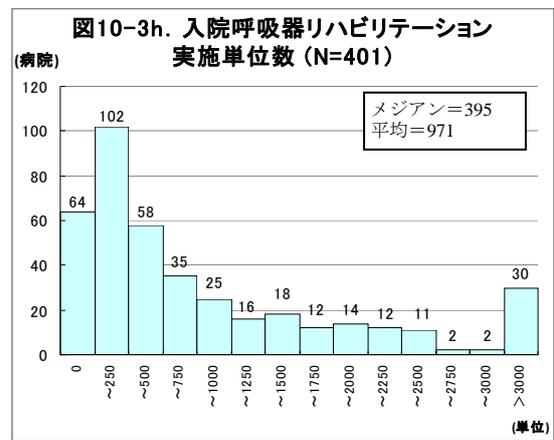
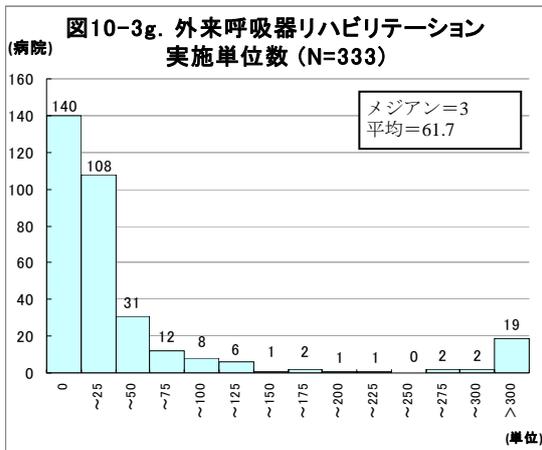


図 10-2 では、リハビリテーション担当医師数について示した。リハビリテーション担当医師数は、常勤の専従医師、常勤の専任・兼任医師の常勤換算数、および非常勤医師の常勤換算数の合計である。リハビリテーション担当医師が 0 でない病院のメジアンは 0.29 人/100 床、平均は 0.51 人/100 床であった。

10.3 外来/入院リハビリテーション実施単位

図10-3a～10-3jでは、外来/入院リハビリテーション実施単位について示した。

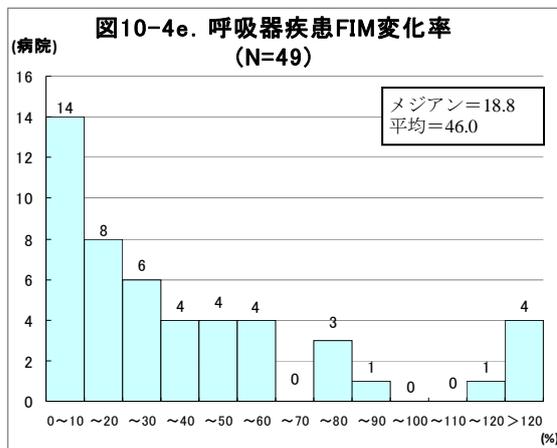
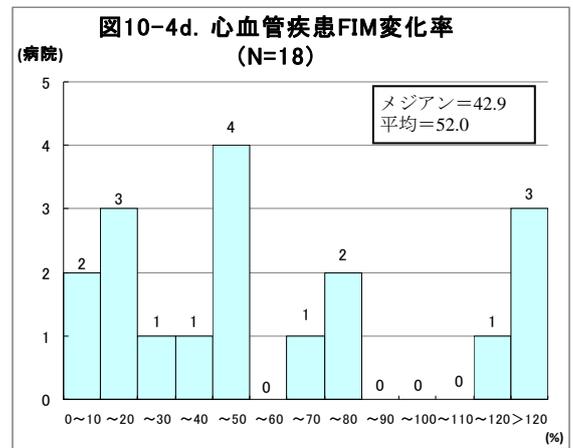
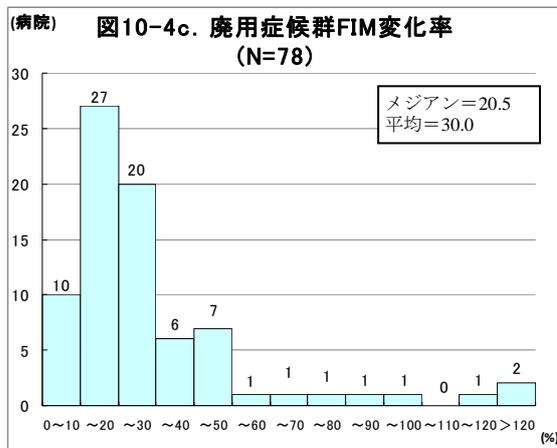
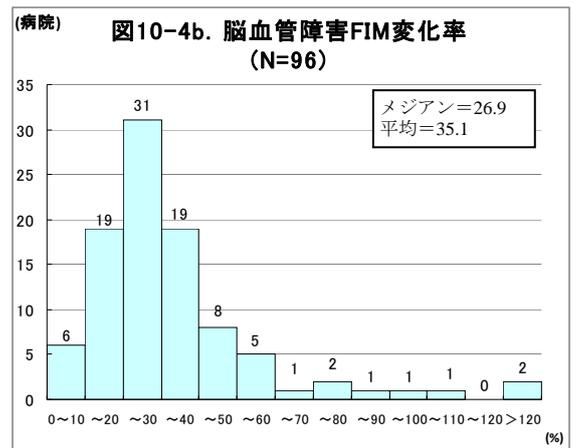
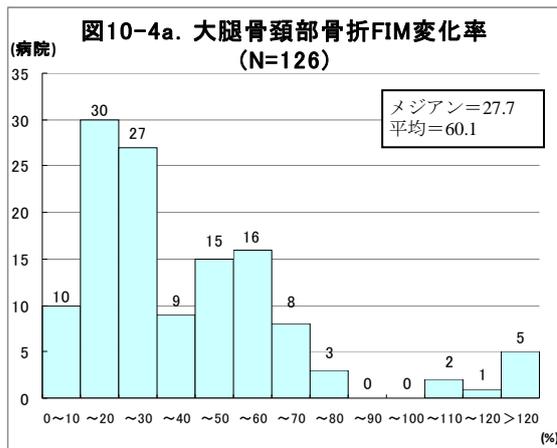




10.4 FIM (functional independence measure) の変化率

図10-4a～eでは、大腿骨頸部骨折、脳血管障害、廃用症候群、心血管疾患、呼吸器疾患について、日常生活自立度の改善指標として、リハビリテーション実施前と転院・転床時のFIM (functional independence measure) の平均の変化率を示した。

FIM の変化率は、リハビリテーション開始時と終了時のFIM の差を開始時の値で除した値である。



第11章 栄養部門

11.1 100床あたり栄養士・管理栄養士数

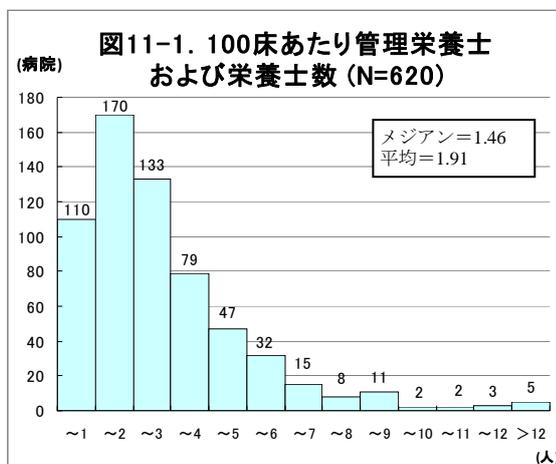


図11-1では、100床あたりの栄養士・管理栄養士数について示した。メジアンは1.46人、平均1.91人であった。100床あたりの管理栄養士・栄養士数の全国値は1.5人であり*、受審病院では平均値として全国平均を上回る数の管理栄養士・栄養士が配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成20年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/06.pdf>

11.2 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数

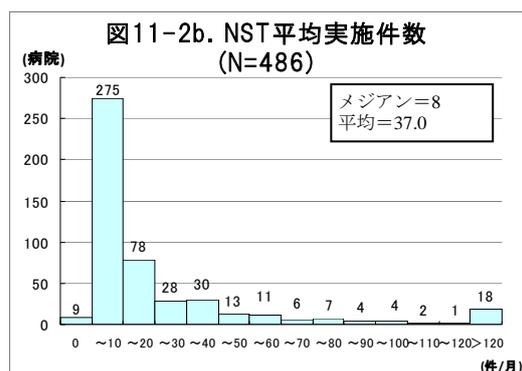
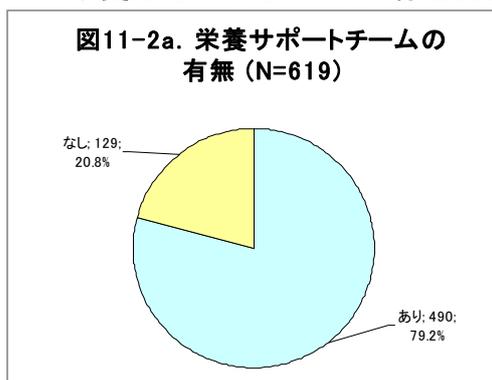
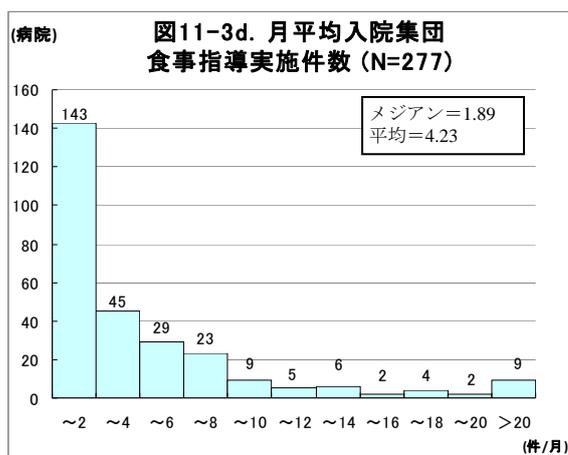
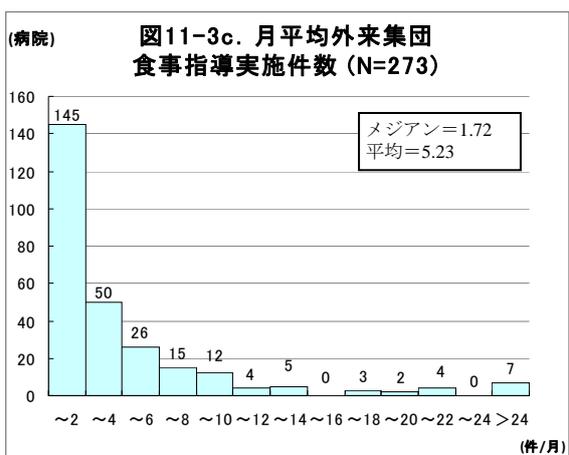
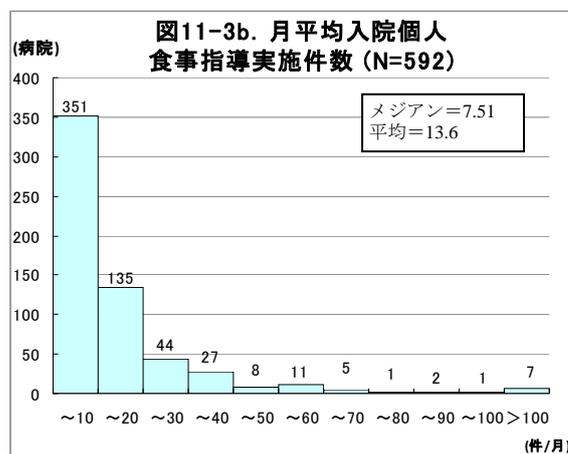
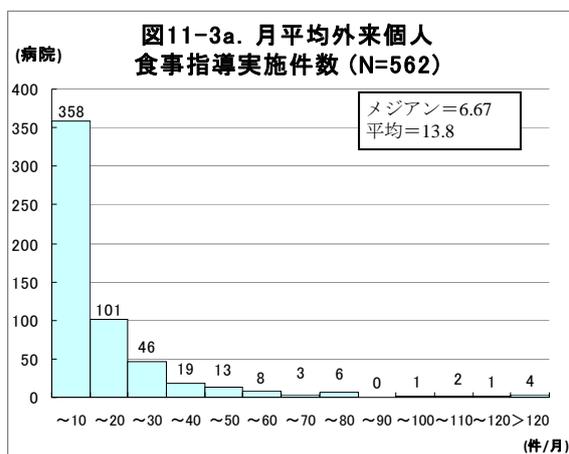


図11-2aおよびbでは、栄養サポートチーム (NST) の有無および月平均実施件数について示した。NSTがある病院は490病院 (79.2%) であった。NSTによる栄養指導件数が月120件を越える病院が18病院あった。メジアンは8件/月、平均は37.0件/月であった。

病院機能評価においては、NSTなどの栄養管理・支援のための組織が設置され、栄養ケアが組織横断的に実施されていることを求めている。

11.3 月平均栄養食事指導実施件数

図11-3a～dでは、栄養食事指導実施件数について示した。栄養食事指導実施件数の記入があったものを母数とした。



第12章 診療情報管理部門

12.1 診療録・診療情報管理士数

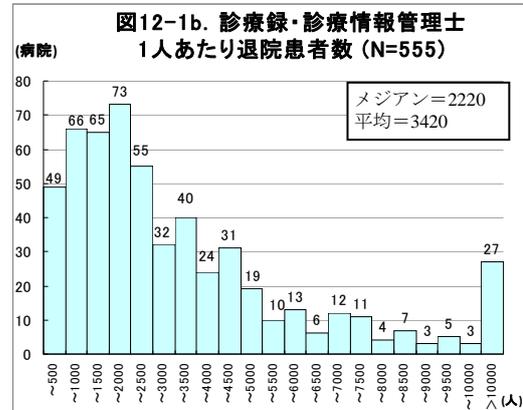
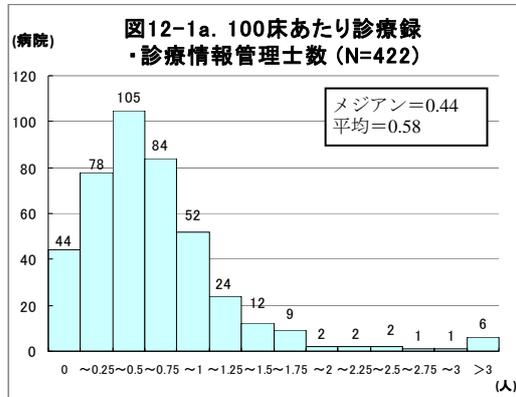


図12-1a および b では、100床あたりの診療録・診療情報管理士数および診療録・診療情報管理士1人あたりの退院患者数をそれぞれ示した。診療録・診療情報管理士1人あたり退院患者数のメジアンは2220人、平均は3420人であった。

病院機能評価においては、年間およそ2000人の退院患者に1人の診療情報管理士またはこれに準ずる担当者を配置することを求めている。

12.2 2週間以内の退院時サマリー作成率

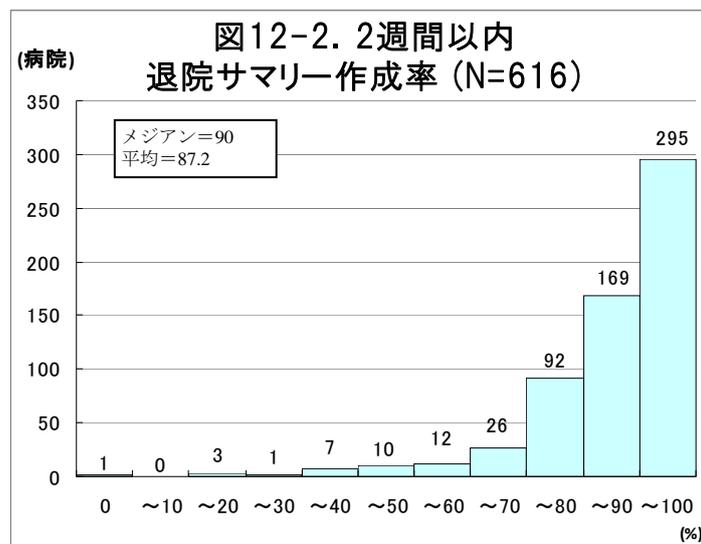


図12-2では、2週間以内の退院時サマリー作成率について示した。

病院機能評価においては、患者の退院後2週間以内に退院時サマリーが原則100%作成されていることが望ましいとしている。

12.3 診療録番号の管理

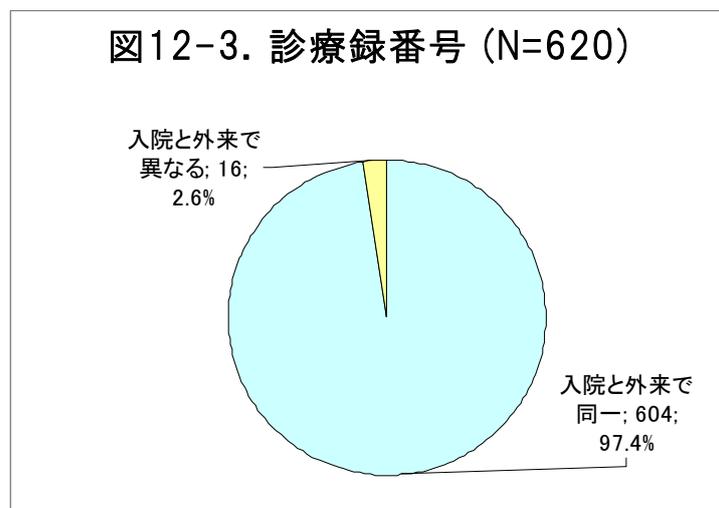


図 12-3 では、診療録番号管理方法を示した。同一患者には入院と外来で同一の番号を付与している病院が 97.4%であった。

病院機能評価では、同一患者の診療録は入院・外来とも同一番号で管理されていることが望ましいとしている。

12.4 保管年限後の処理

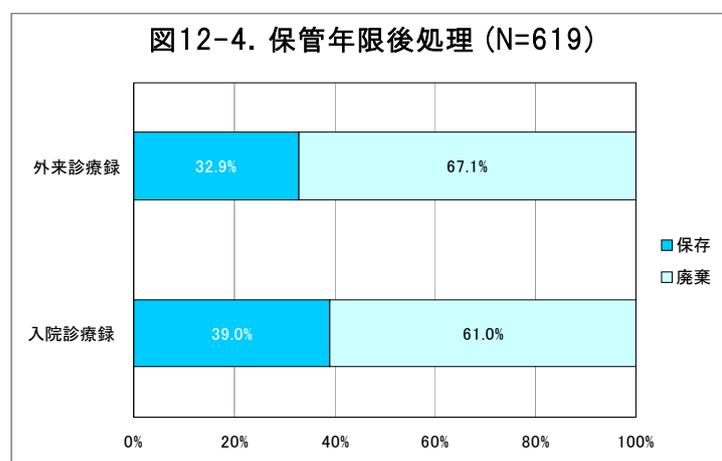


図 12-4 では、診療録の保管年限後処理について示した。

診療録保存期間後の処理として、引き続き外来診療録と入院診療録を保存している病院はそれぞれ 32.9%、39.0%であった。

第13章 医療社会福祉・在宅医療支援部門

13.1 ソーシャルワーカー・社会福祉士等職員数

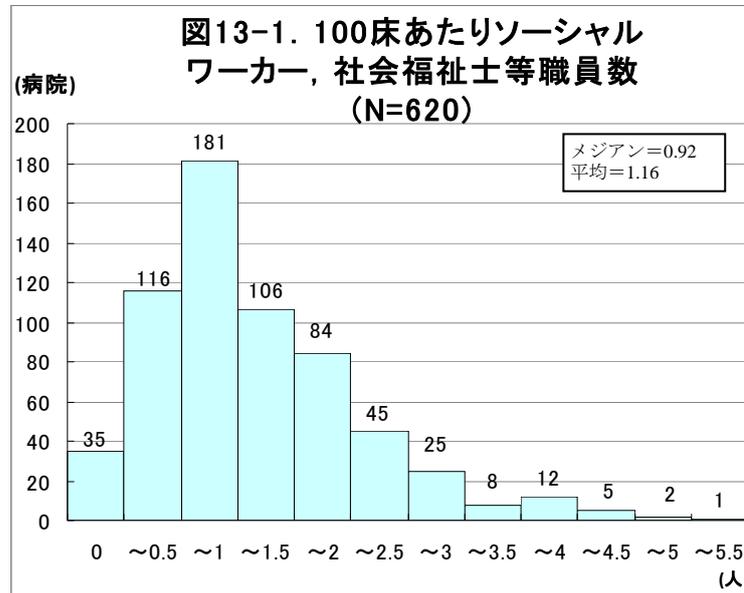


図13-1では、100床あたりのソーシャルワーカー、社会福祉士等の数について示した。

13.2 月平均患者相談実施件数 (入院・外来)

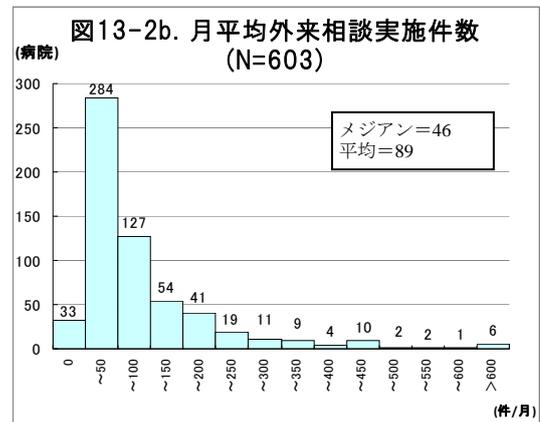
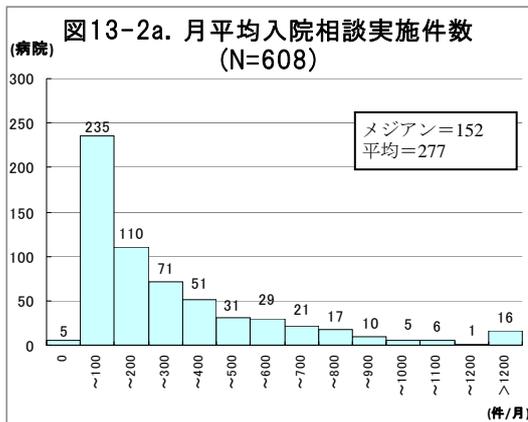


図13-2aおよびbでは、月平均患者相談実施件数 (入院・外来) についてそれぞれ示した。メジアンおよび平均はそれぞれ152件、277件、および46件、89件であった。

13.3 ワーカー1人あたり月平均相談件数

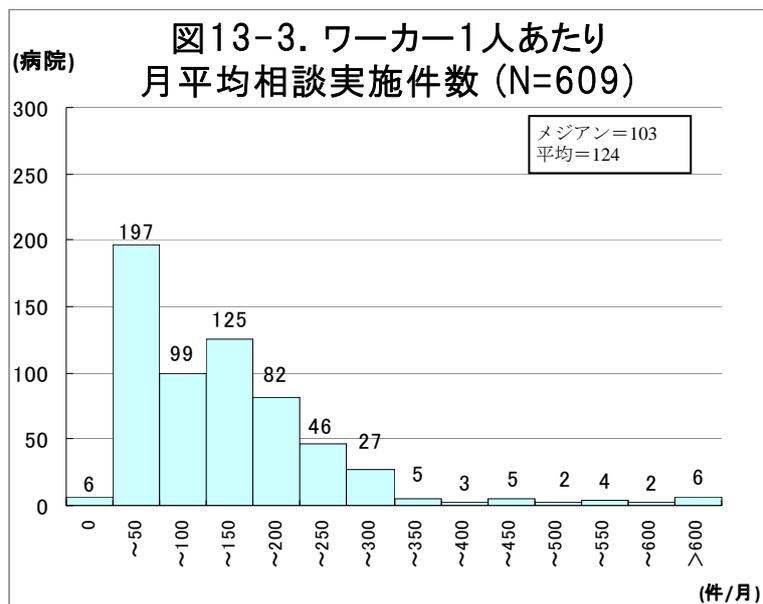


図13-3では、ソーシャルワーカー1人あたりの月平均相談件数を示した。

13.4 訪問サービス実施状況

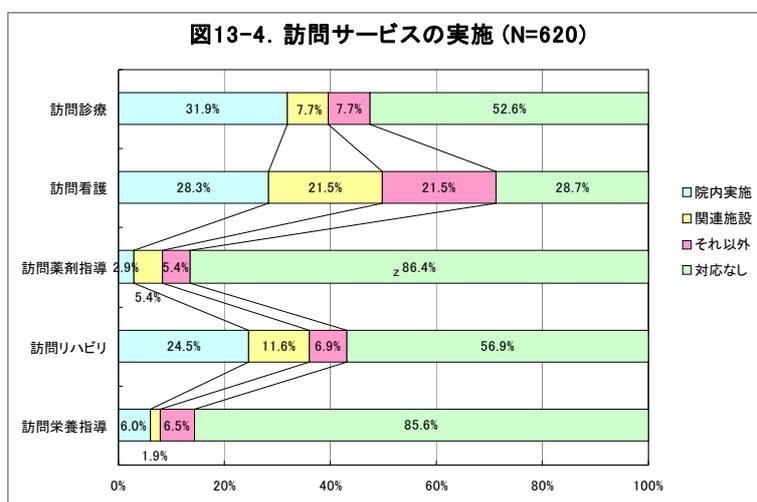


図13-4では、在宅医療支援部門における、訪問サービスの実施について示した。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションの順で、何らかの方法で実施している病院が多いことが示された。

13.5 月平均訪問診療等実施件数

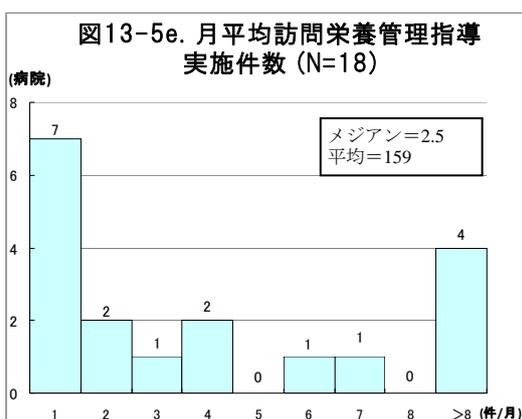
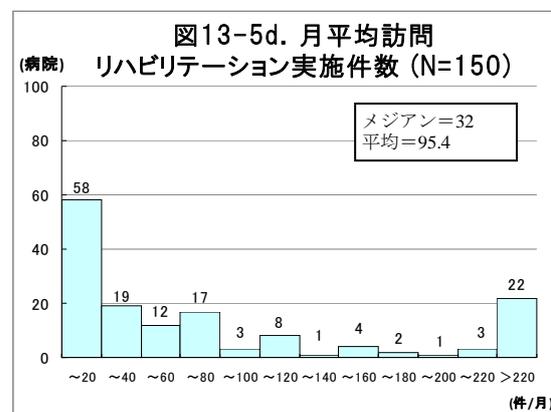
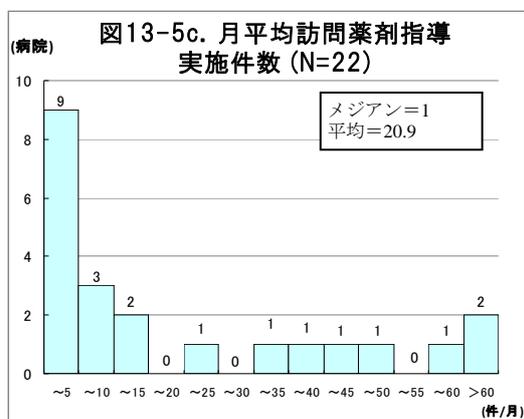
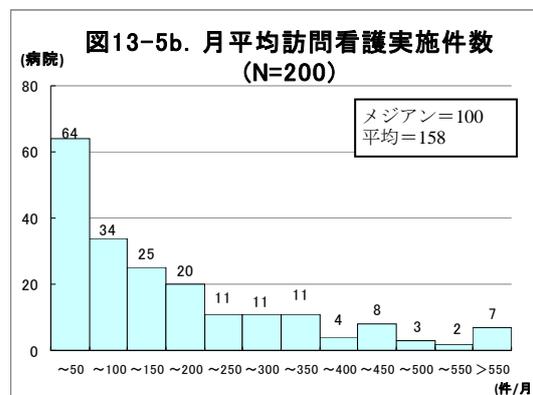
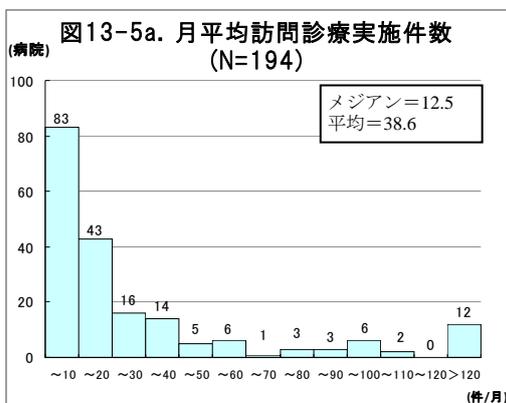


図13-5a～eでは、月平均訪問診療等実施件数（院内実施分）について示した。訪問看護および訪問リハビリテーションの実施件数が高いことが示された。

なお、訪問栄養管理指導については、実施件数が1以上のメジアンおよび平均を表中に示している。月平均訪問栄養管理指導実施件数が30件を超える病院が3病院あり、最多の病院では144件/月の訪問栄養管理指導を行っていた。

13.6 患者1人あたり訪問回数、看護師1人・1日あたり訪問件数

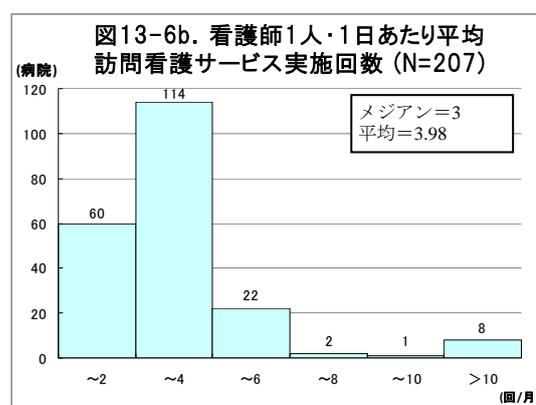
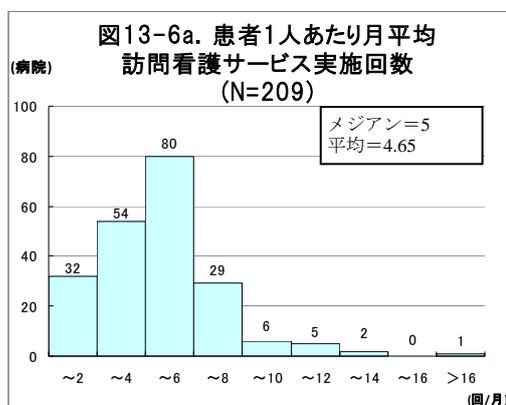


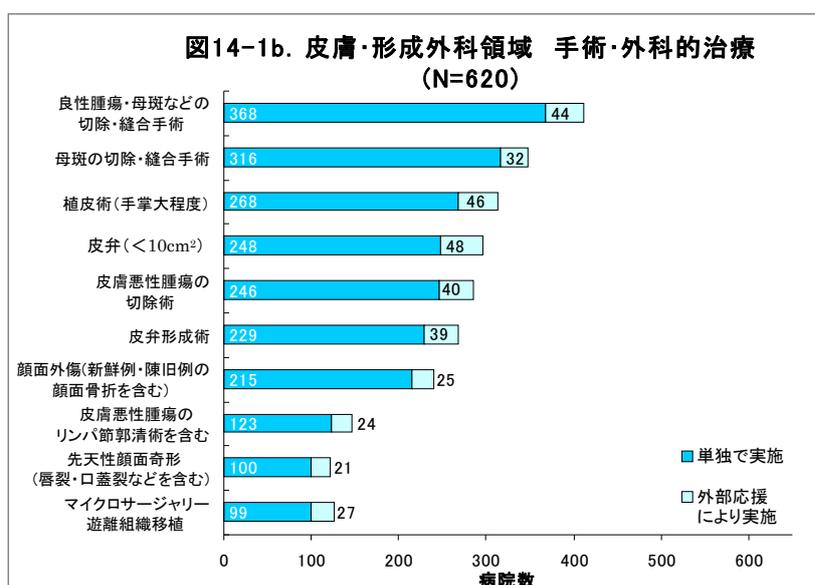
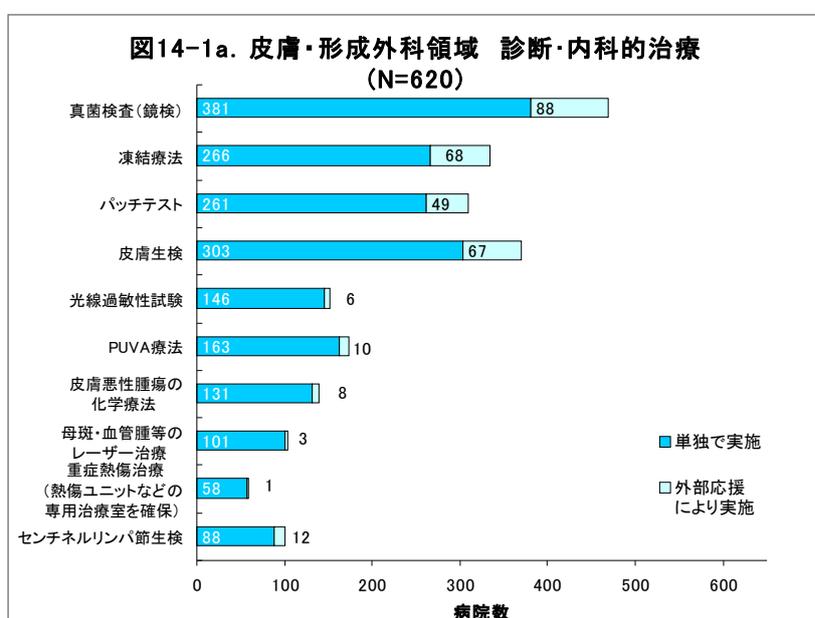
図13-6a および b では、患者1人あたりの訪問回数、看護師1人・1日あたりの実施回数についてそれぞれ示した。いずれも自院で対応しているものを「1回」としている。

第14章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）

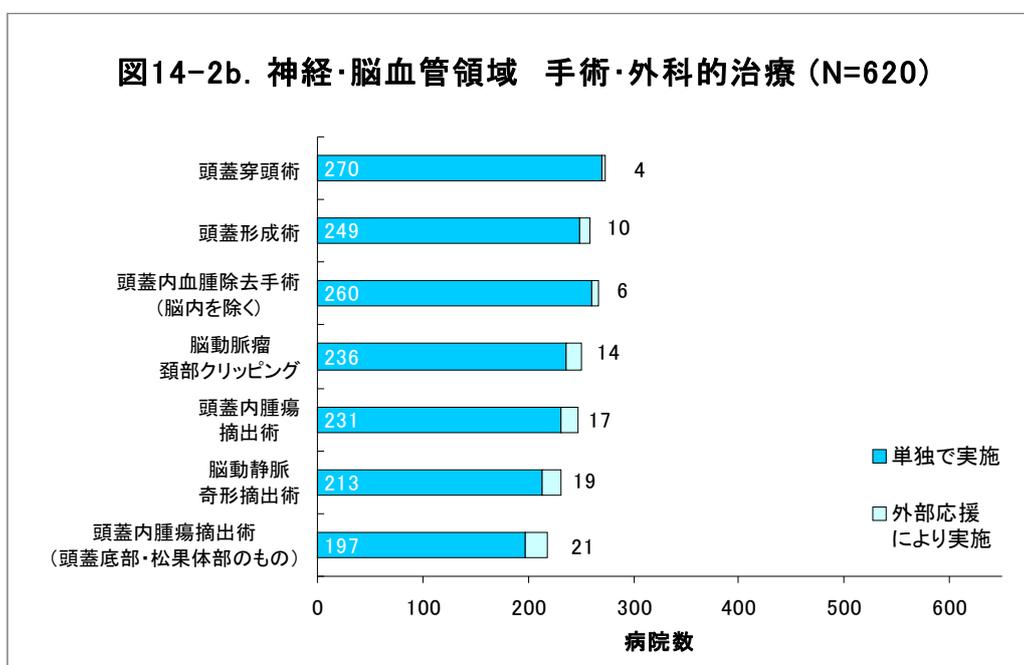
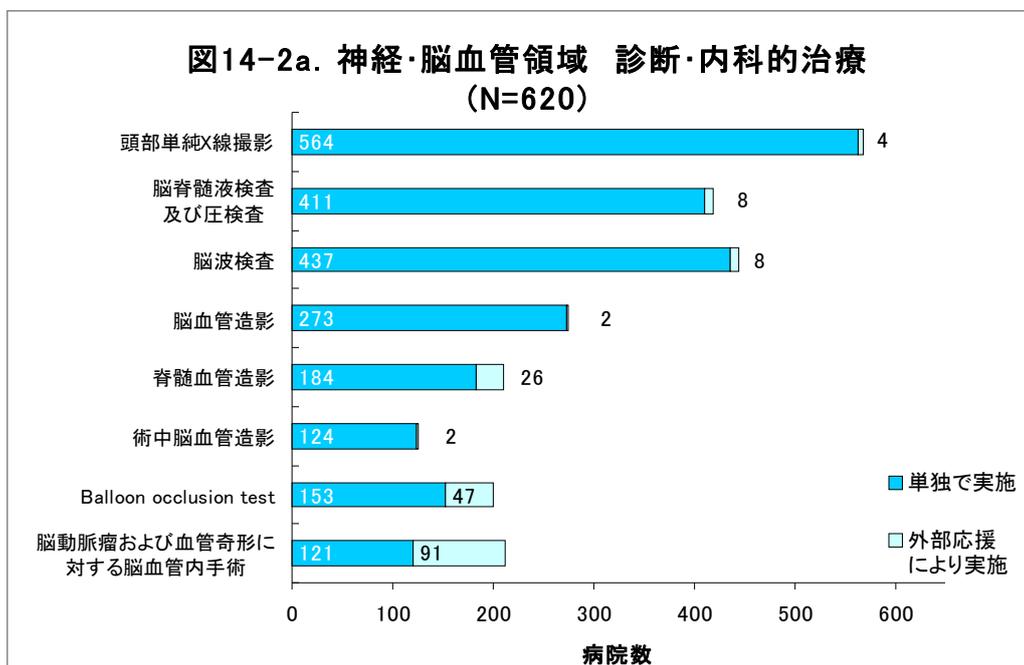
皮膚・形成外科領域からリハビリテーション領域まで、診断・内科的治療と手術・外科的治療の代表的な項目を選び、対応の可否と程度（自院の設備・常勤スタッフで実施している、外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している、実施していない）を尋ねた。

グラフに掲載した項目は、上から下に向かって、プライマリ・ケア的役割、1.5次病院的作用、地域病院的作用、地域中核病院的作用、低頻度高次医療的作用を反映する診療行為の例として選定されたもので、原則として順に「単独で実施」が減っていく。

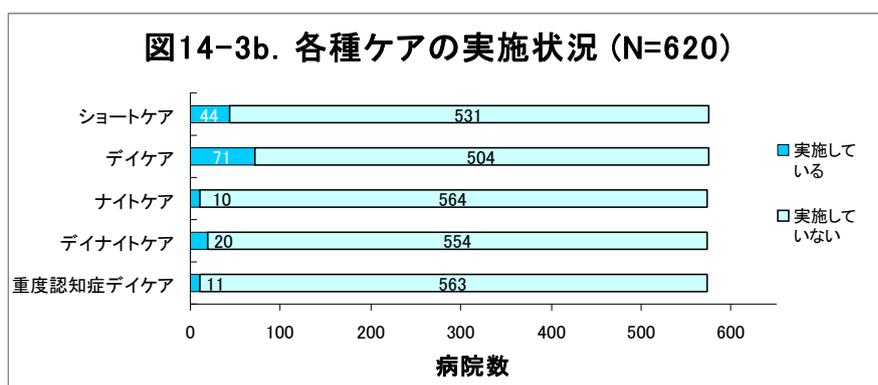
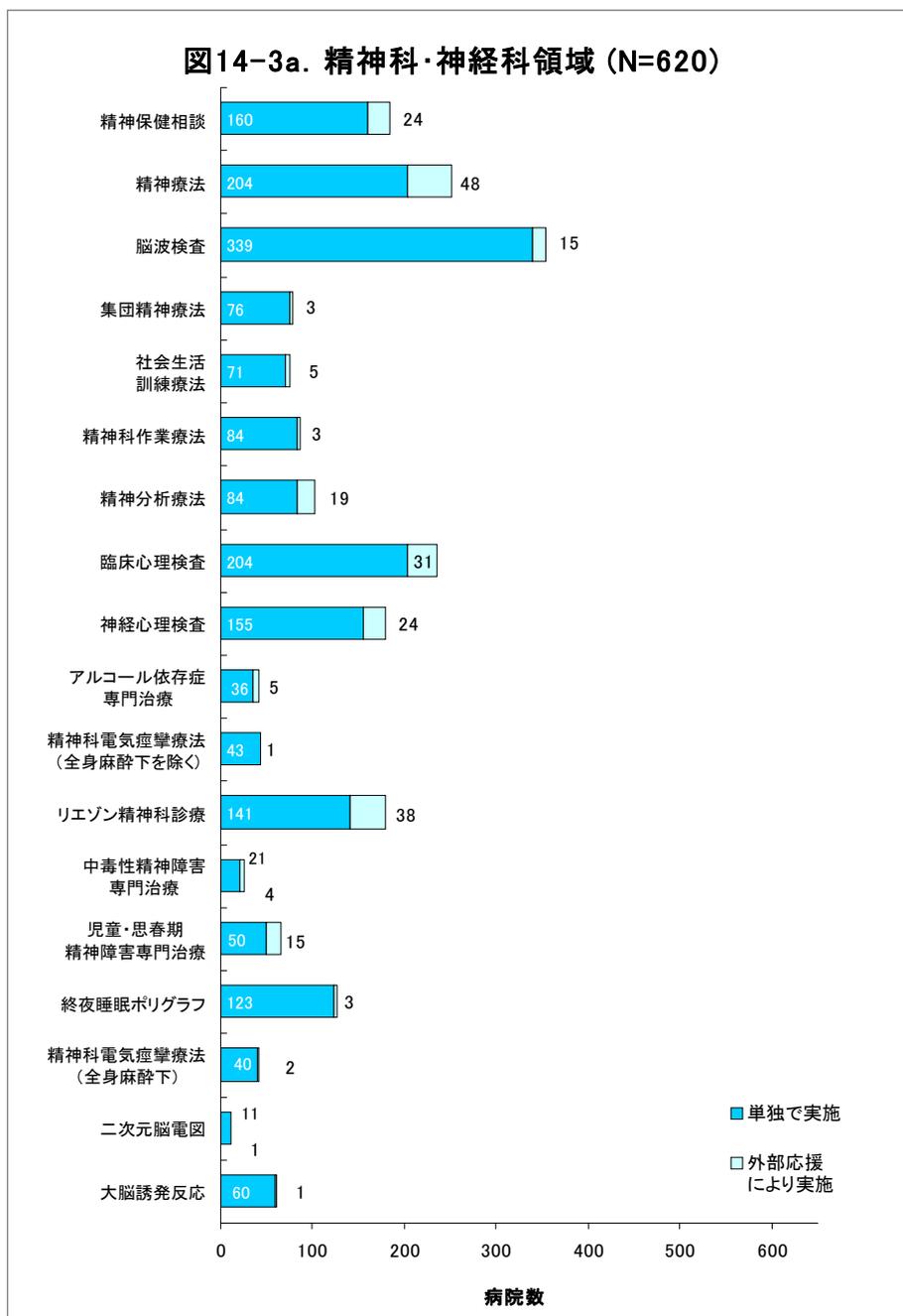
14.1 皮膚・形成外科領域



14.2 神経および脳血管領域



14.3 精神科・神経科領域



14.4 眼科領域

図14-4a. 眼科領域 診断・内科的治療 (N=620)

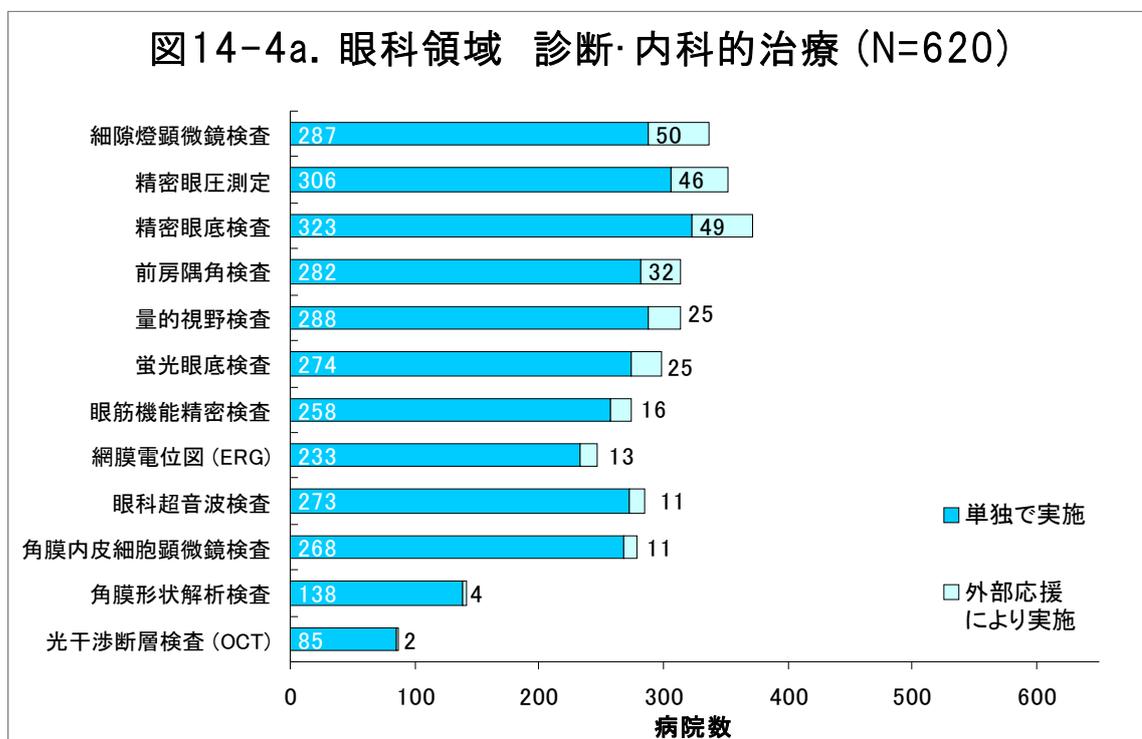
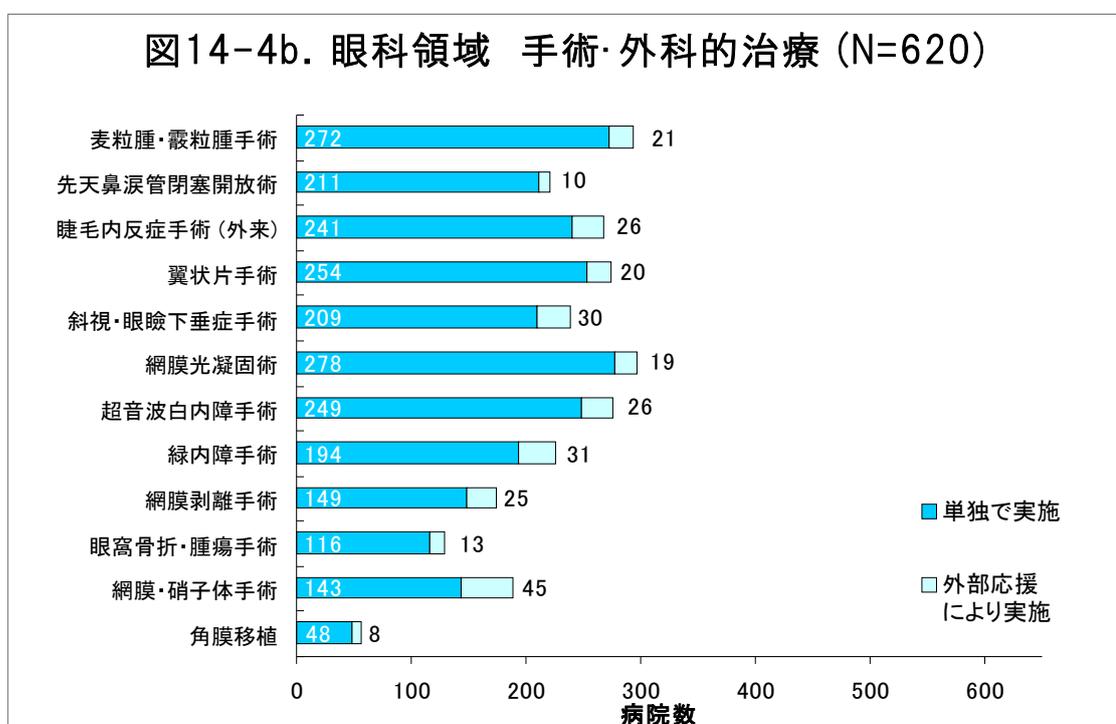
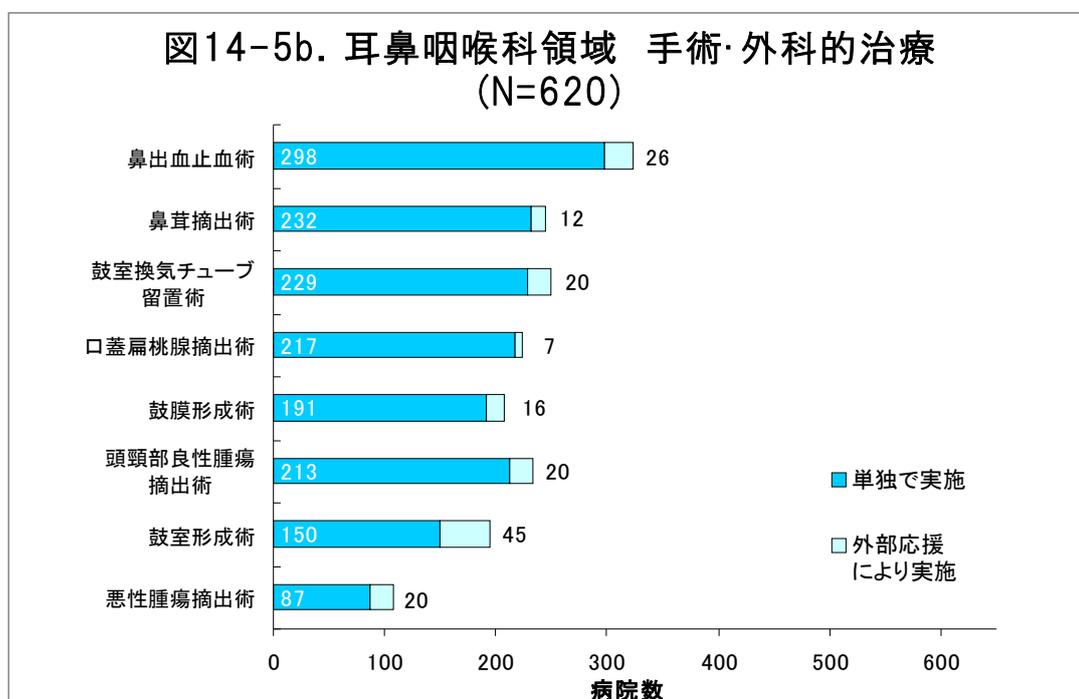
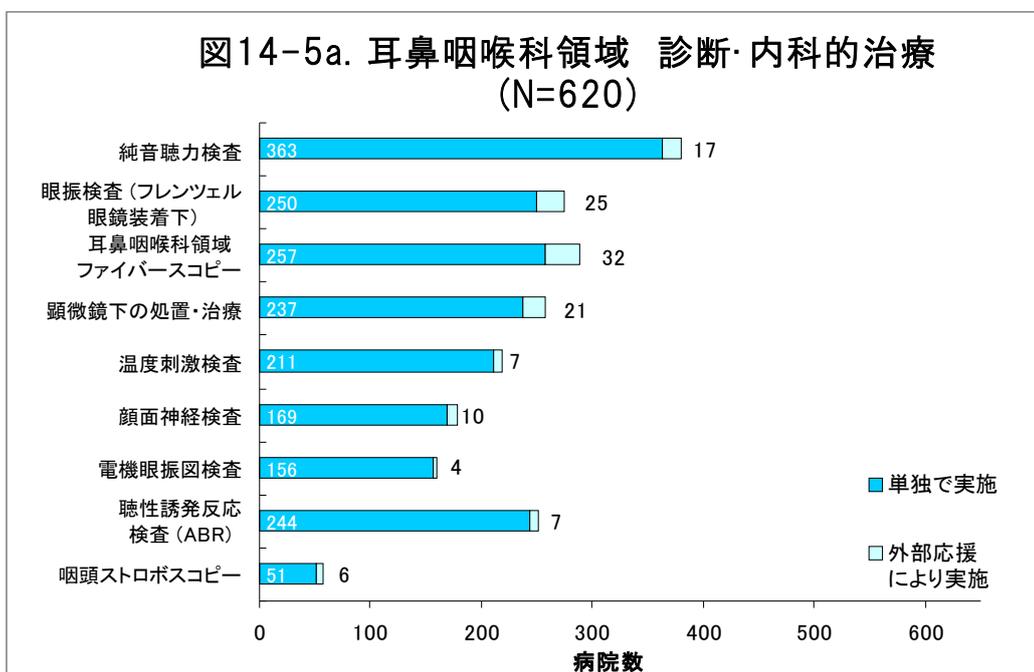


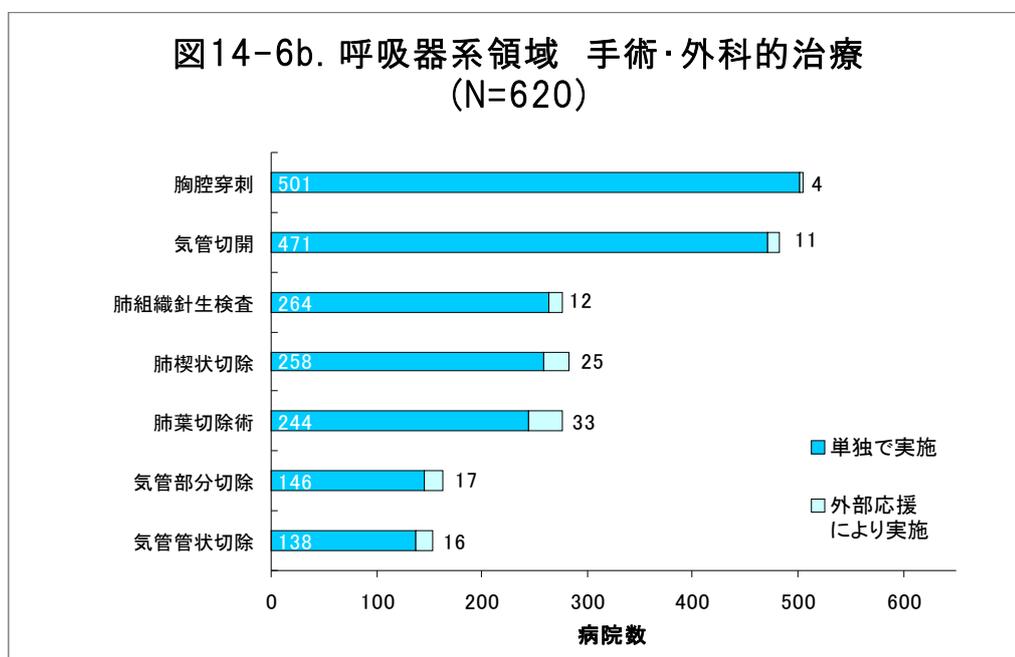
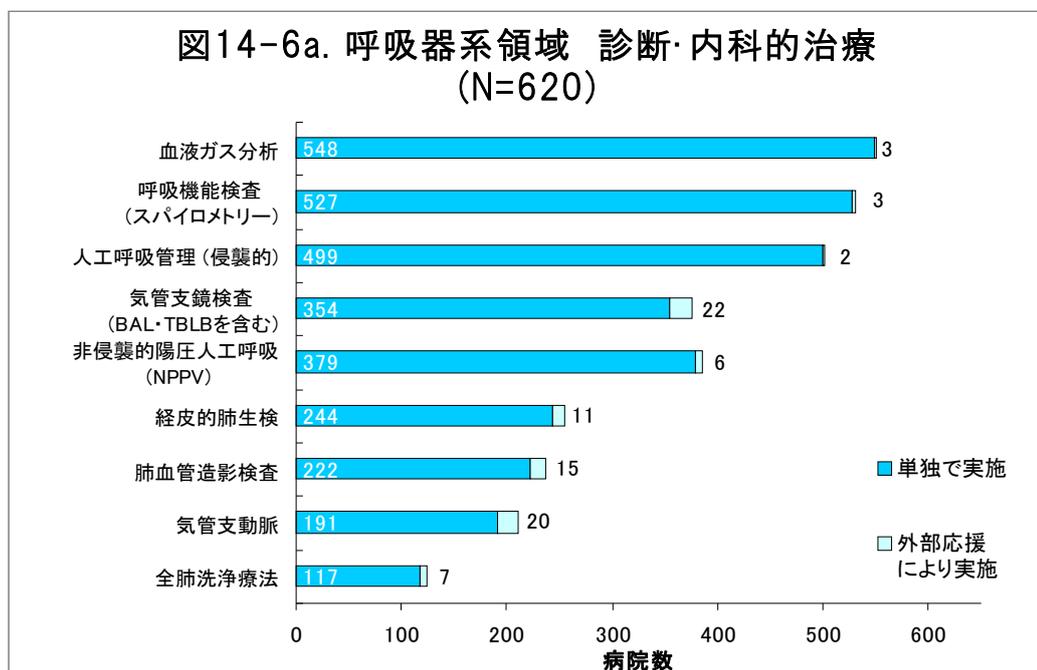
図14-4b. 眼科領域 手術・外科的治療 (N=620)



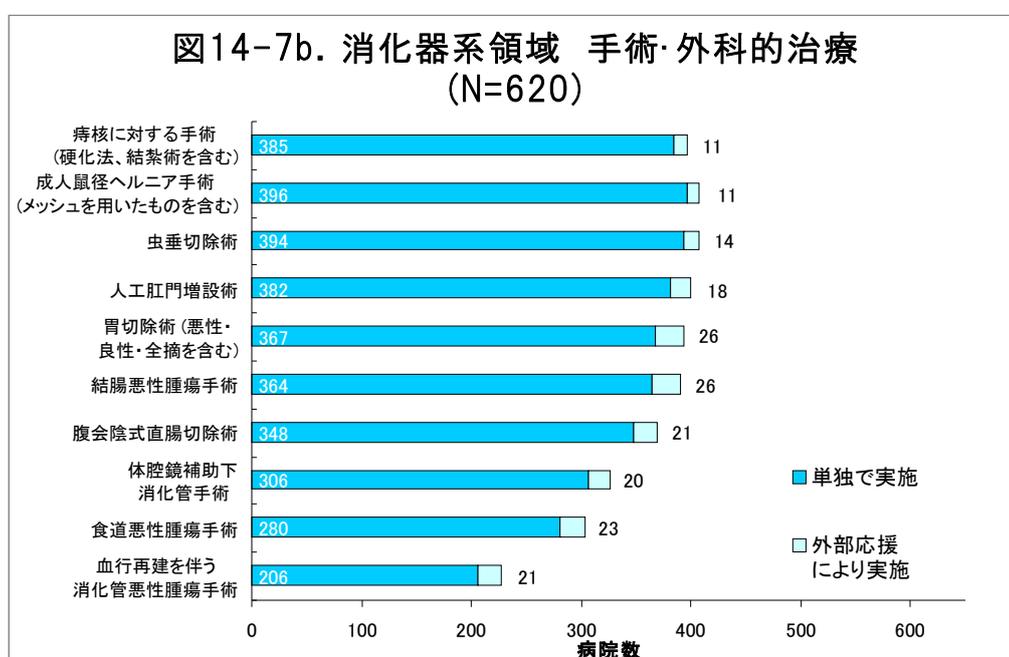
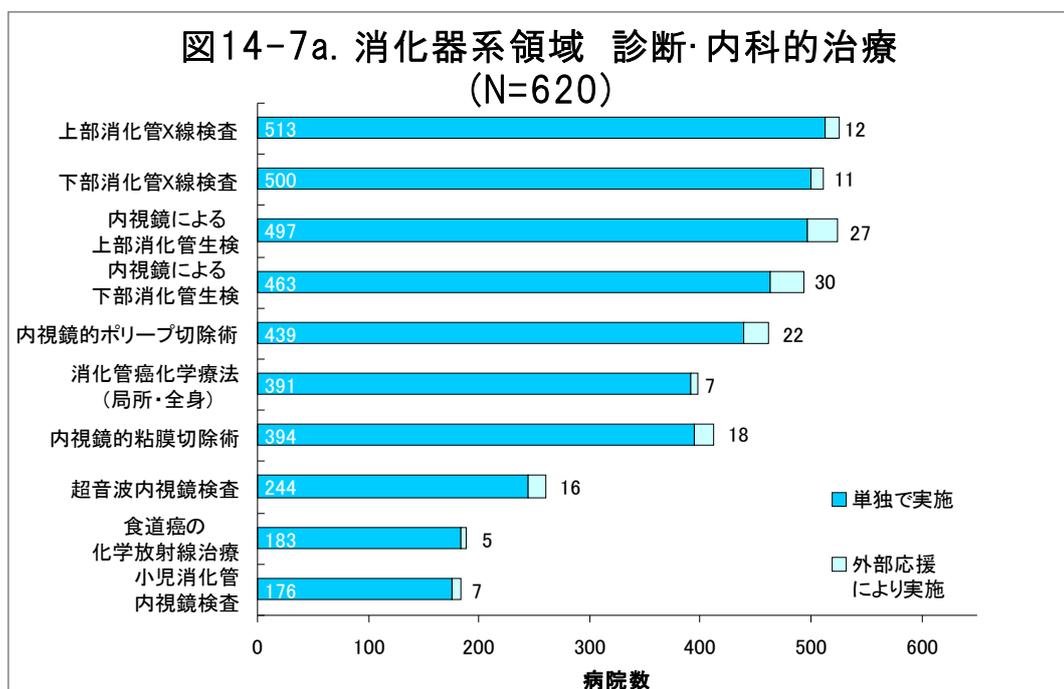
14.5 耳鼻咽喉科領域



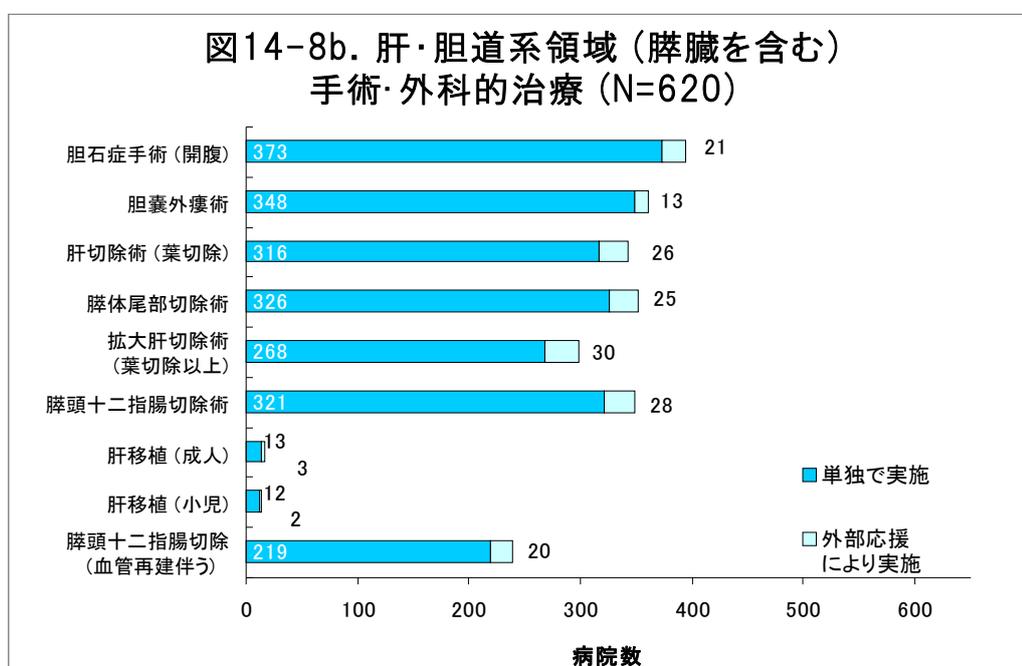
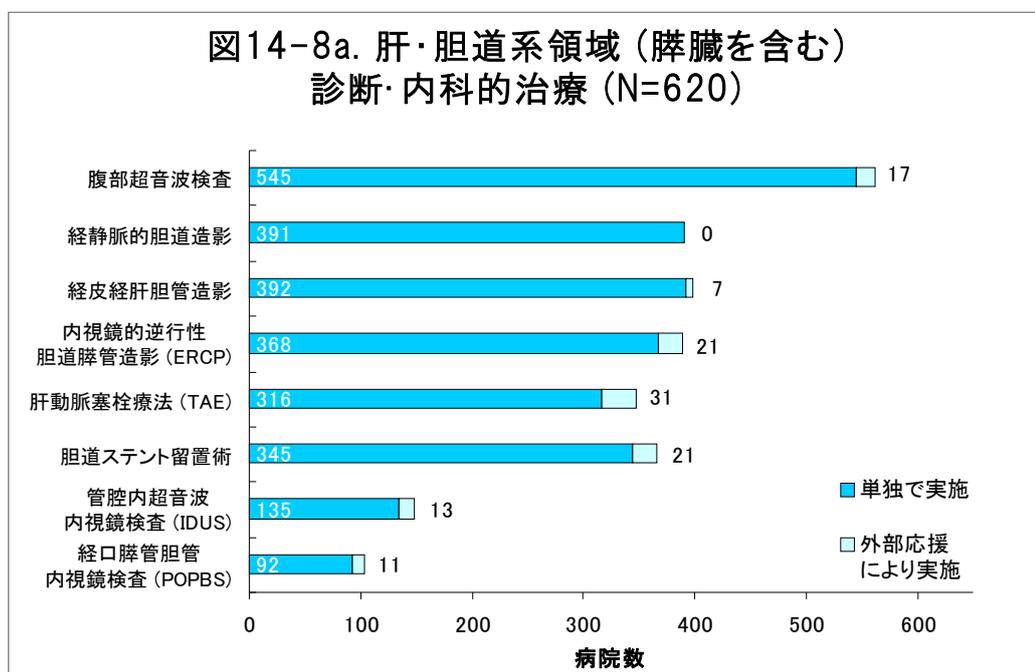
14.6 呼吸器系領域



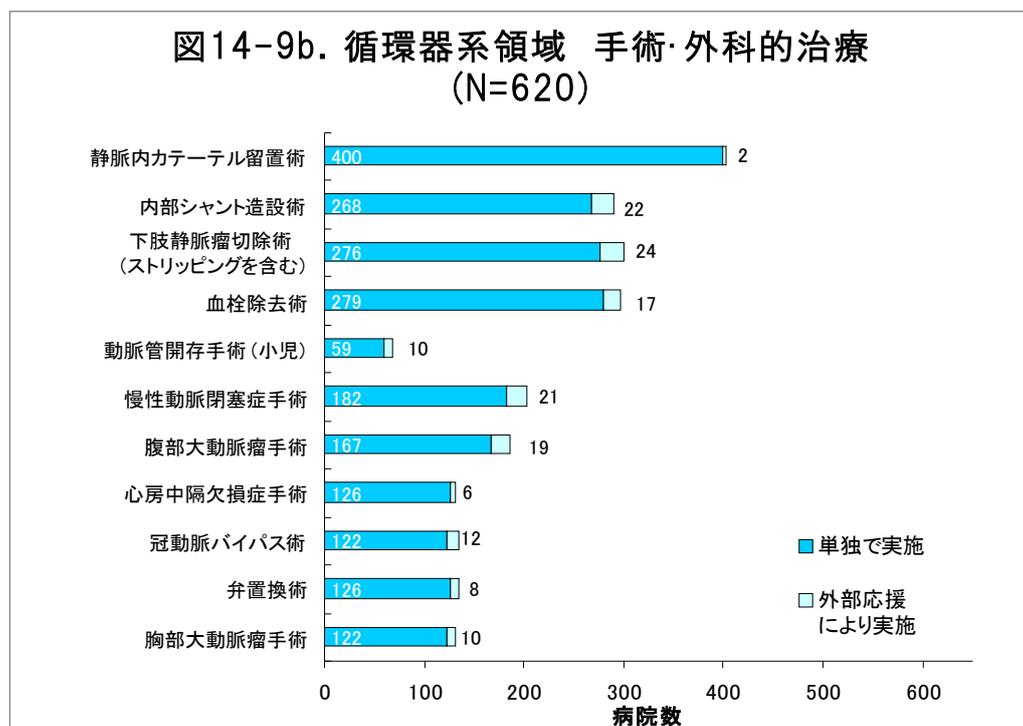
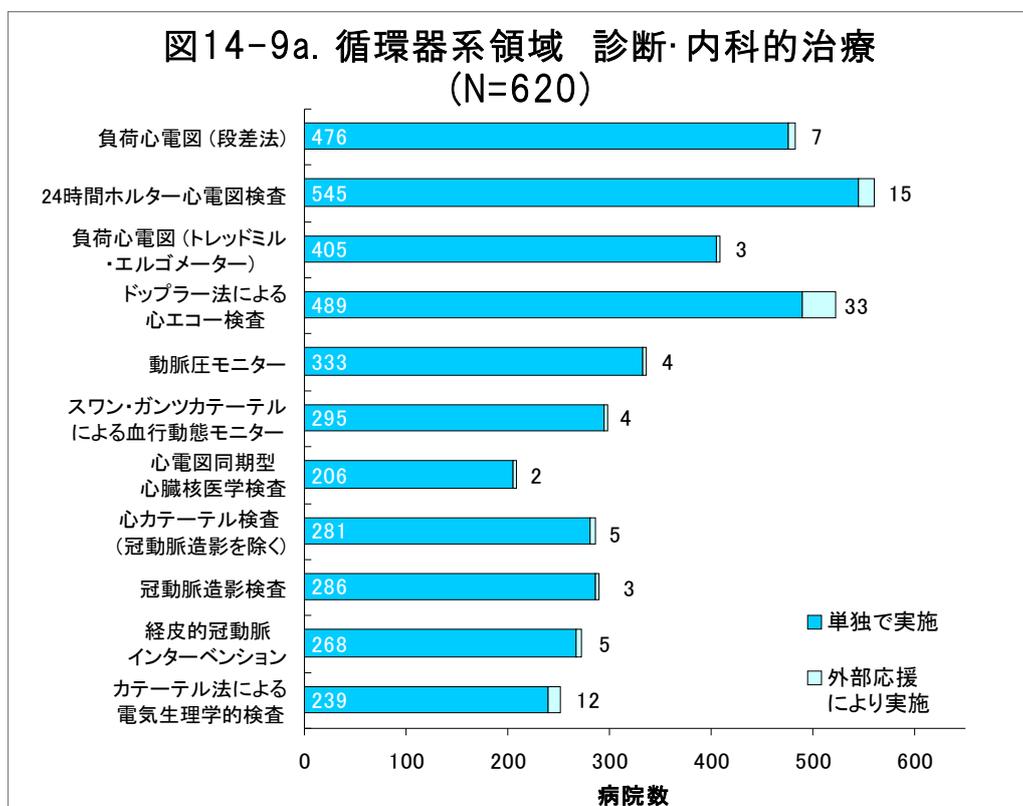
14.7 消化器系領域



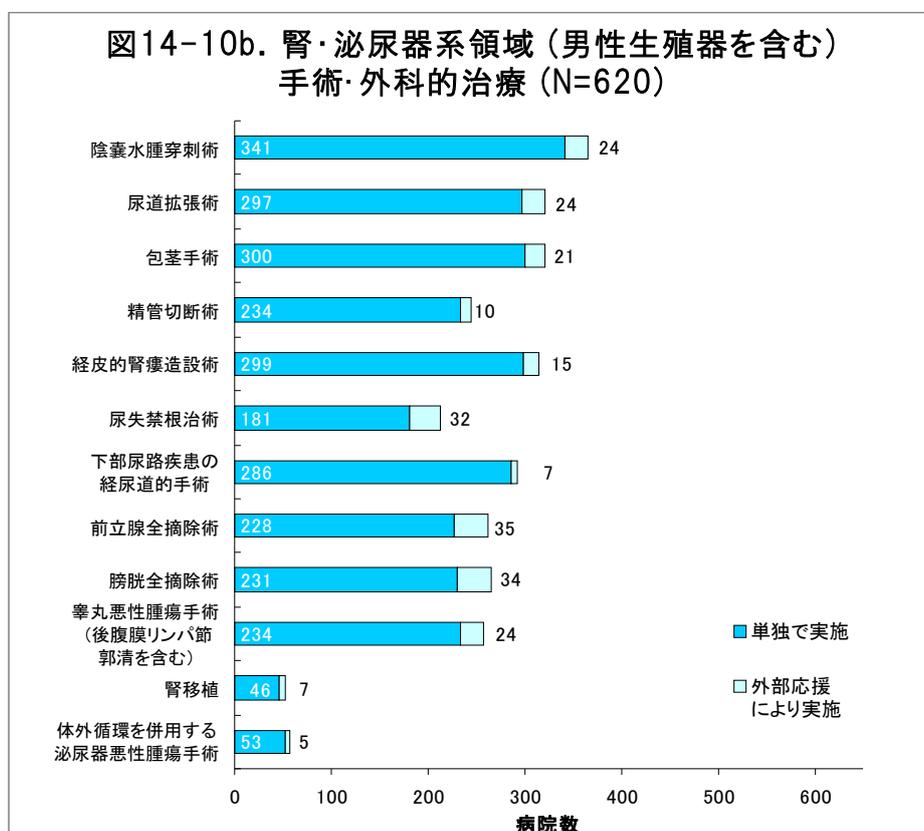
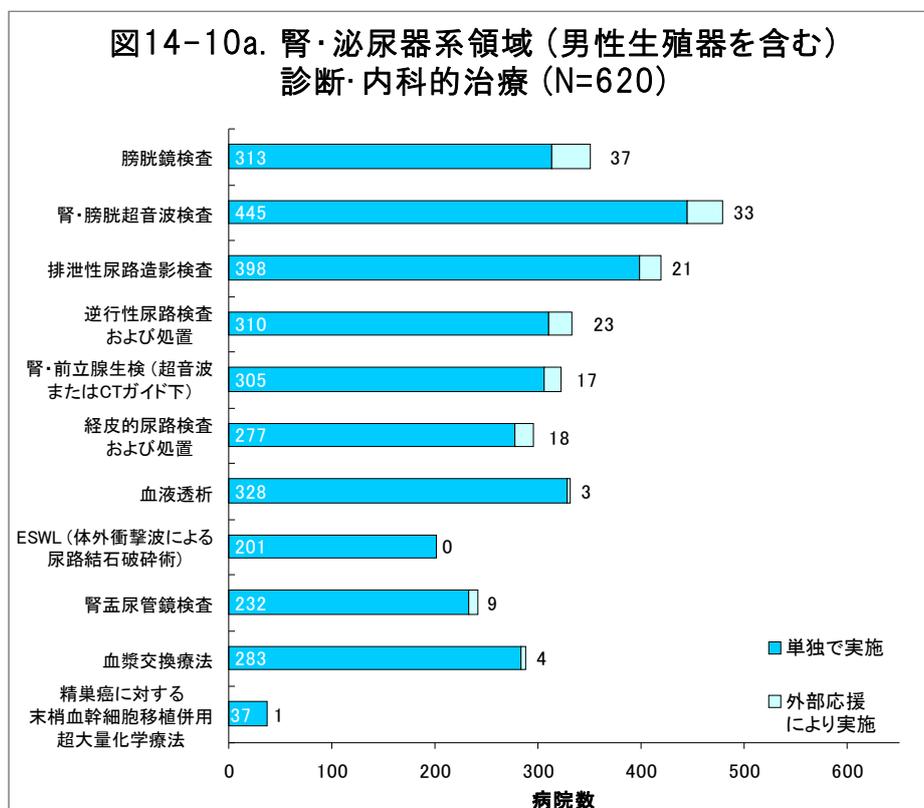
14.8 肝・胆道系領域（膵臓を含む）



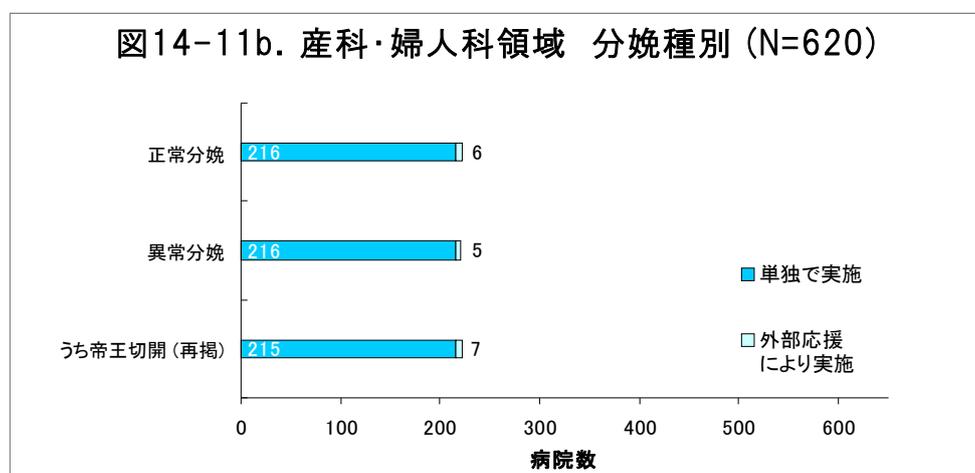
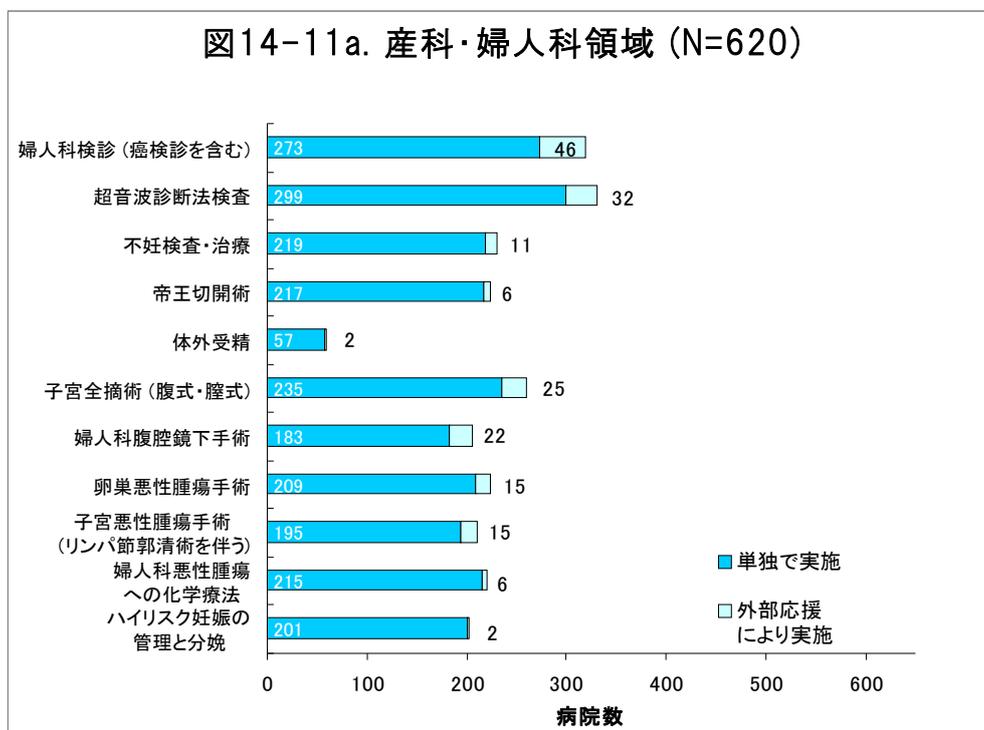
14.9 循環器系領域



14.10 腎・泌尿器系領域（男性生殖器を含む）



14.11 産科・婦人科領域

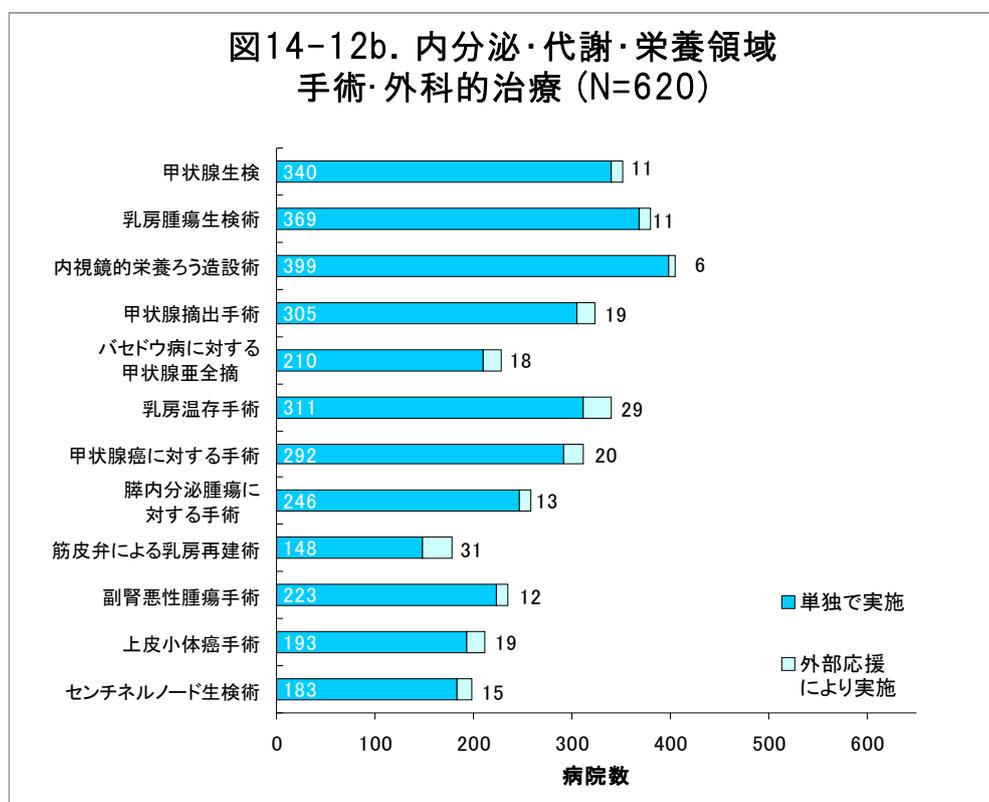
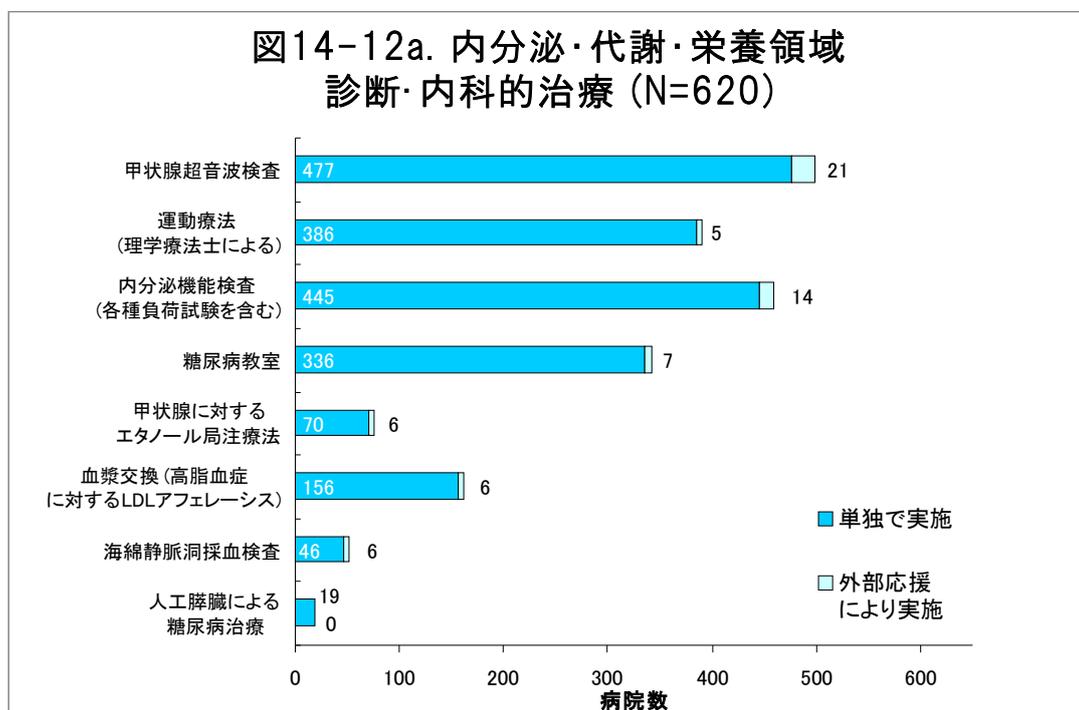


全国の一般病院のうち分娩を実施している病院は 14.6%、そのうち帝王切開を実施している病院は 13.7%であった。受審病院での単独実施率 34.8%および 34.7%が全国値を大きく上回っていることが示された*。

*参考：厚生労働省「平成 20 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/d1/06.pdf>

14.12 内分泌・代謝・栄養領域



14.13 血液・免疫系領域

図14-13a. 血液・免疫系領域 診断・内科的治療 (N=620)

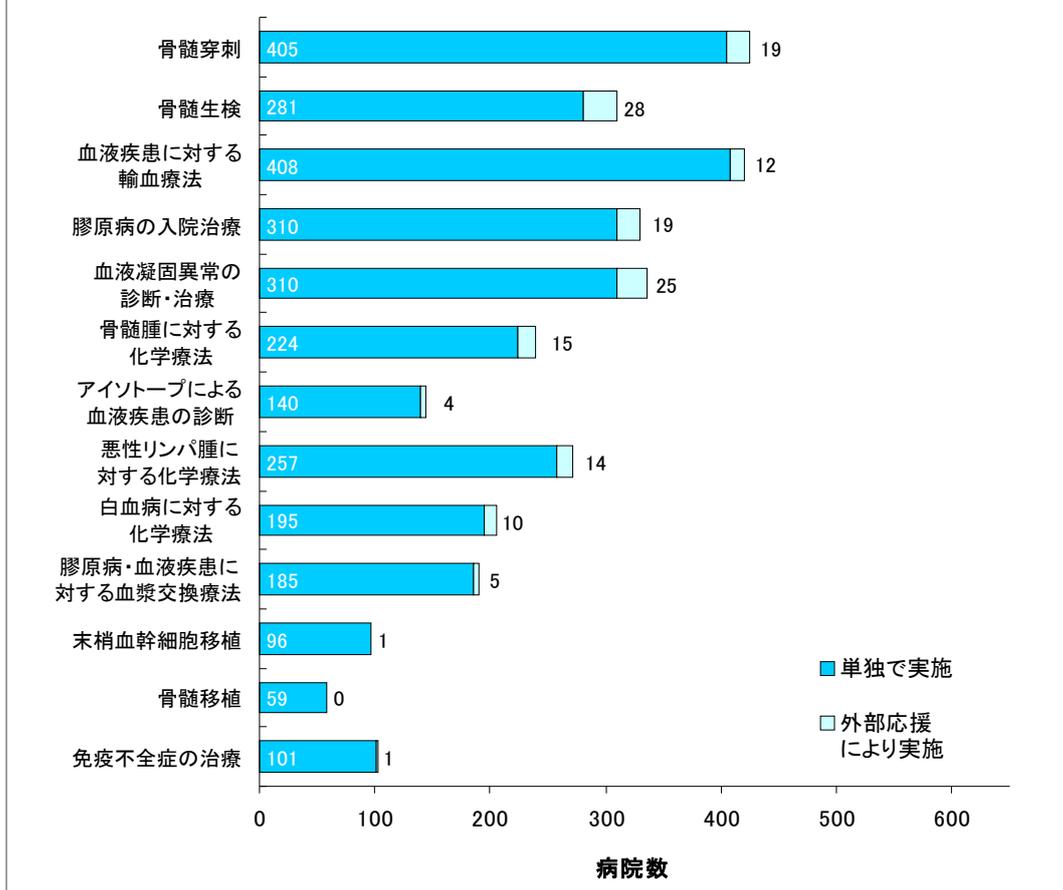
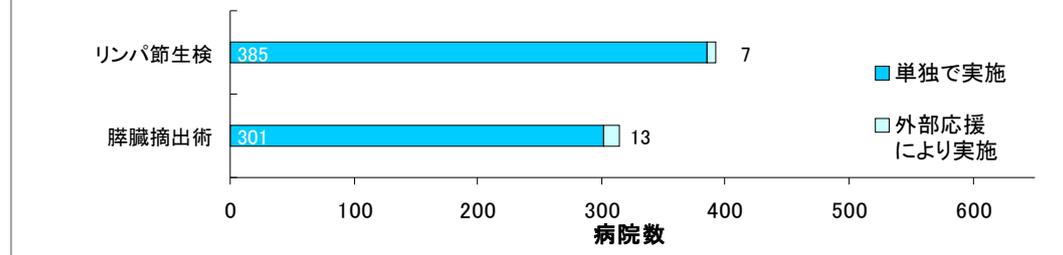
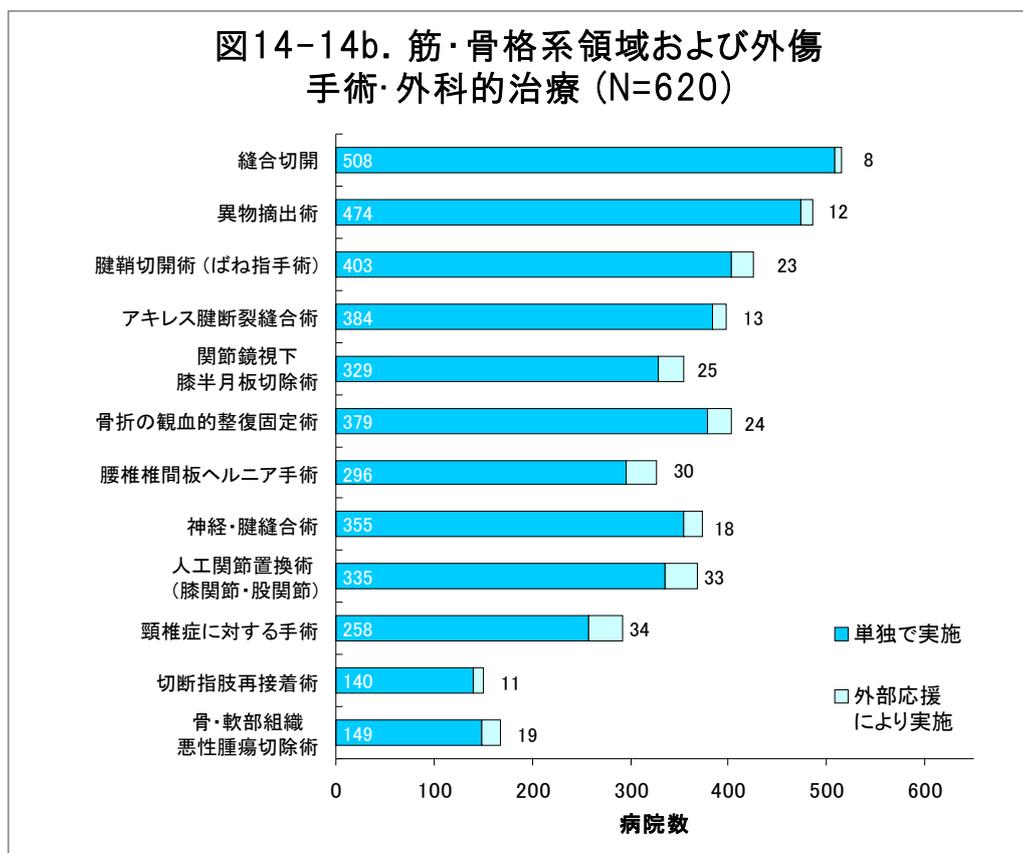
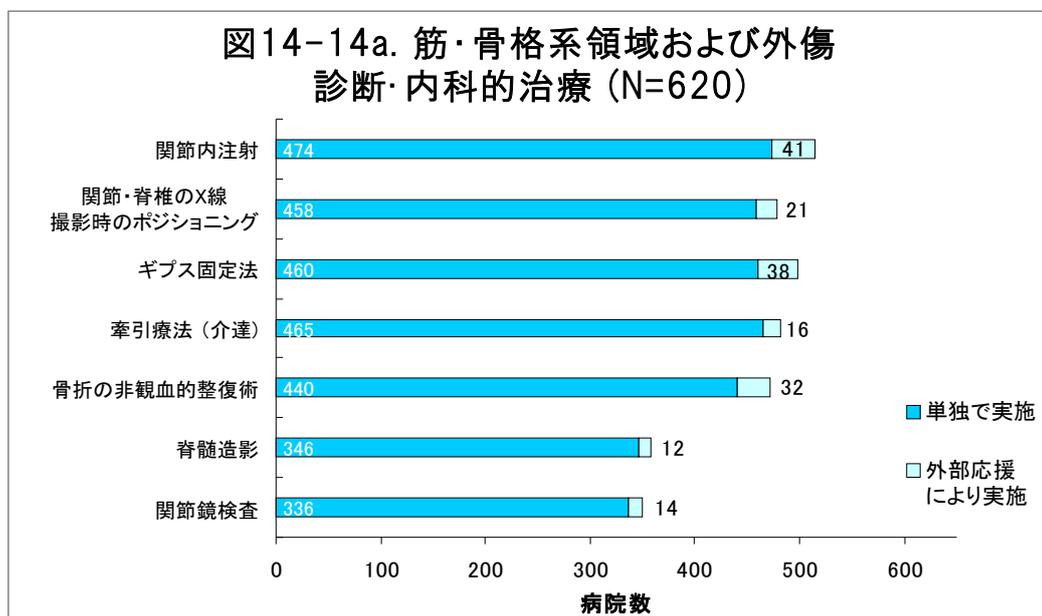


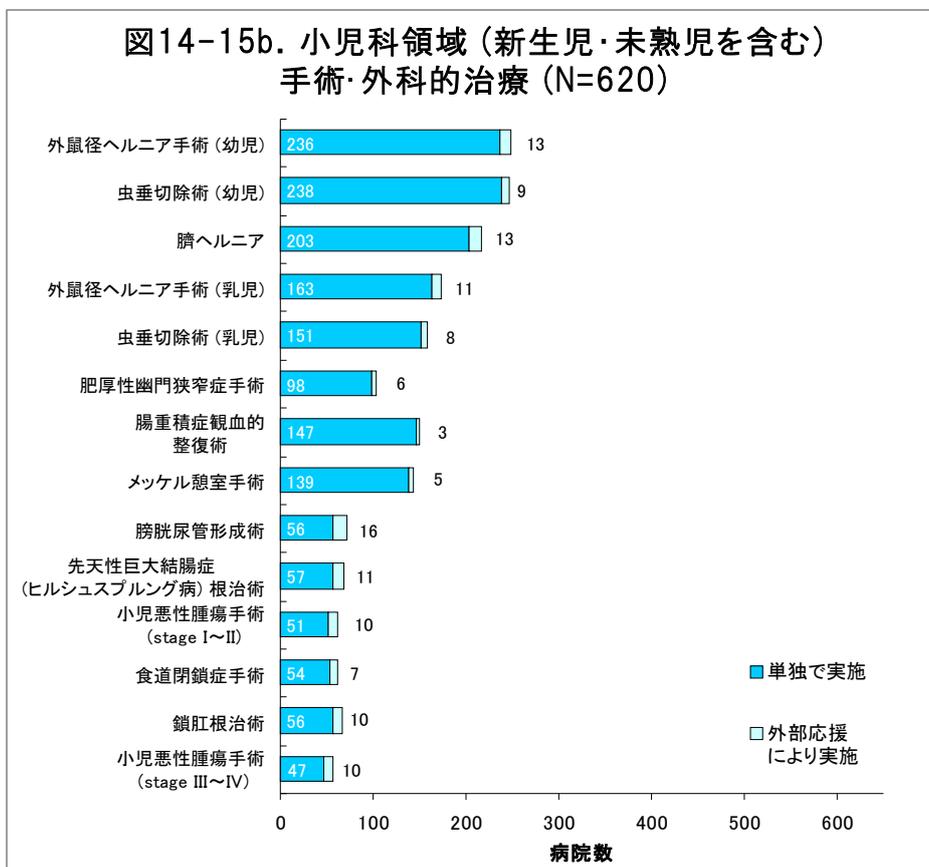
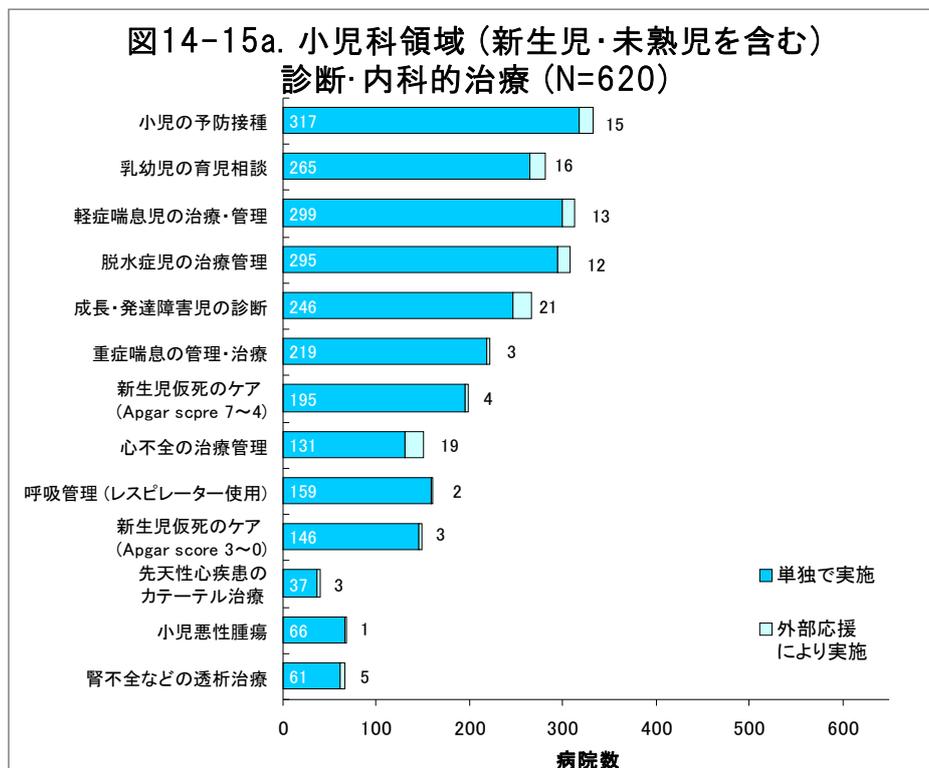
図14-13b. 血液・免疫系領域 手術・外科的治療 (N=620)



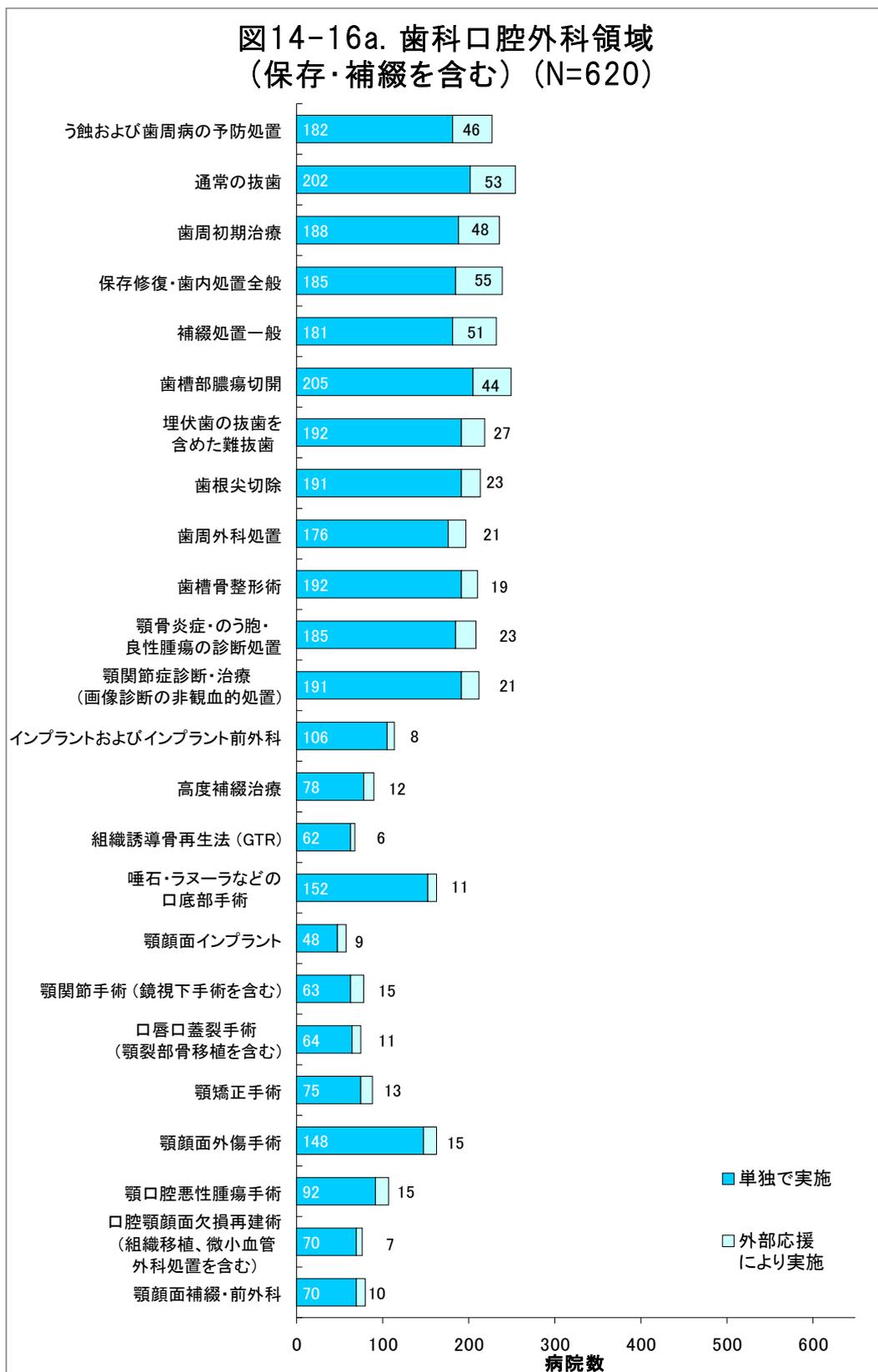
14.14 筋・骨格系領域および外傷



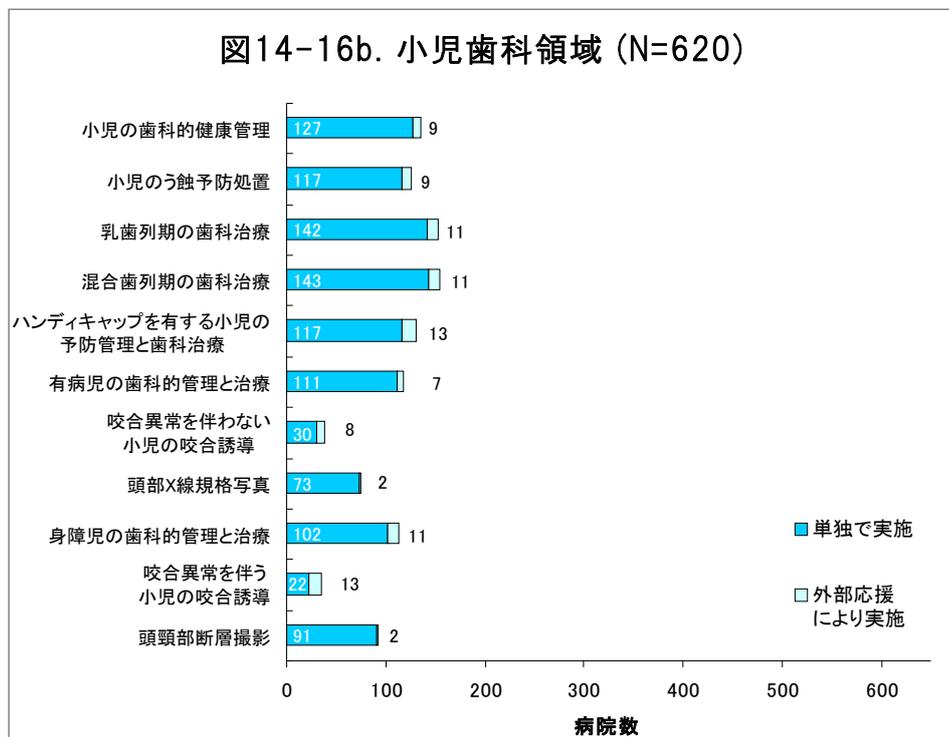
14.15 小児科領域（新生児・未熟児を含む）



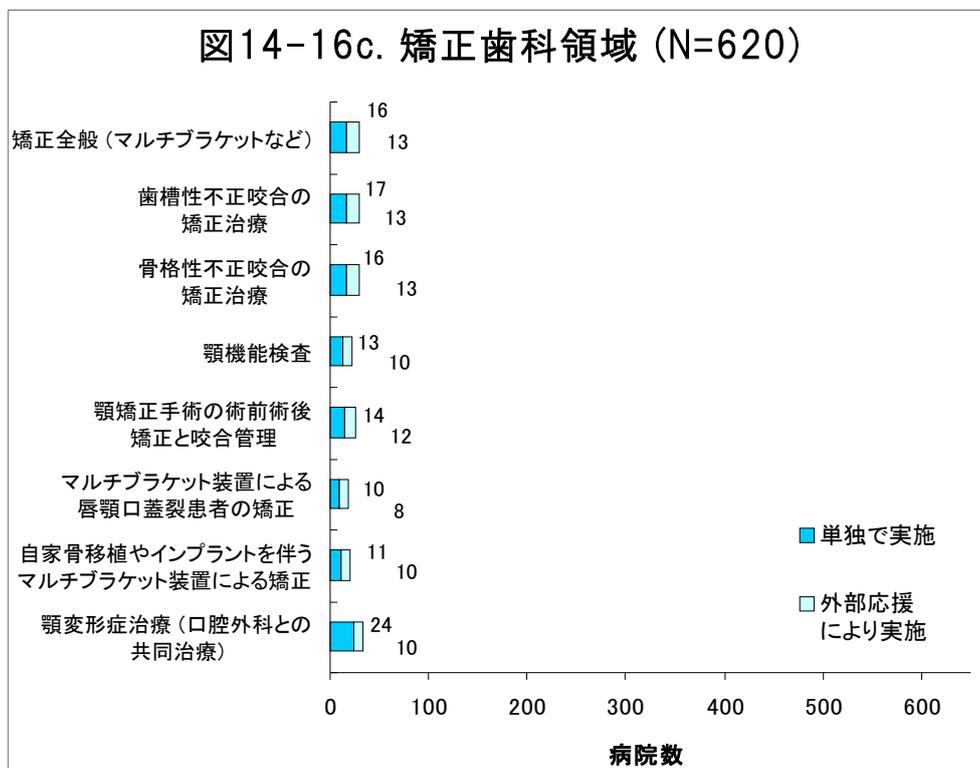
14.16a 歯科口腔外科領域（保存・補綴を含む）



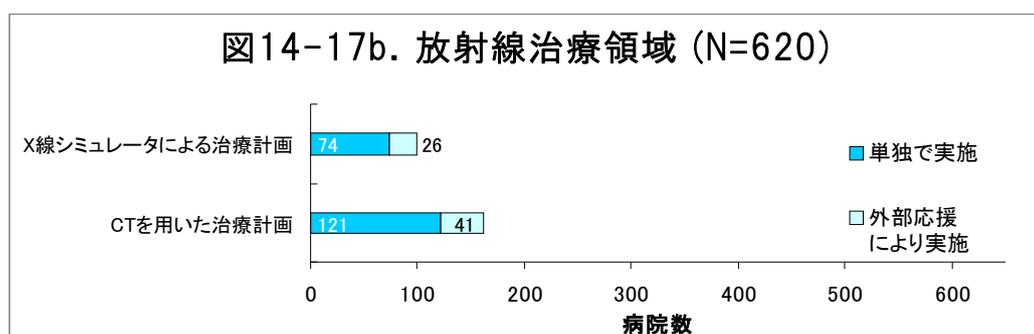
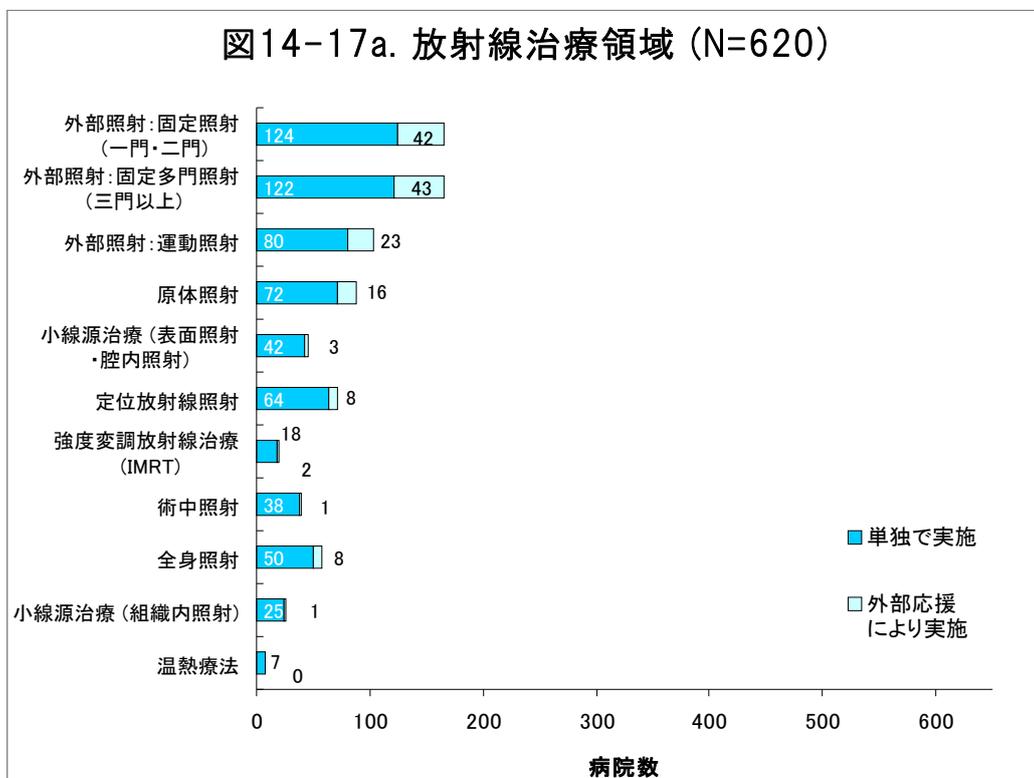
14.16b 小児歯科領域



14.16c 矯正歯科領域



14.17 放射線治療領域



14.18 救急領域

図14-18a. 救急領域 診断・内科的治療 (N=620)

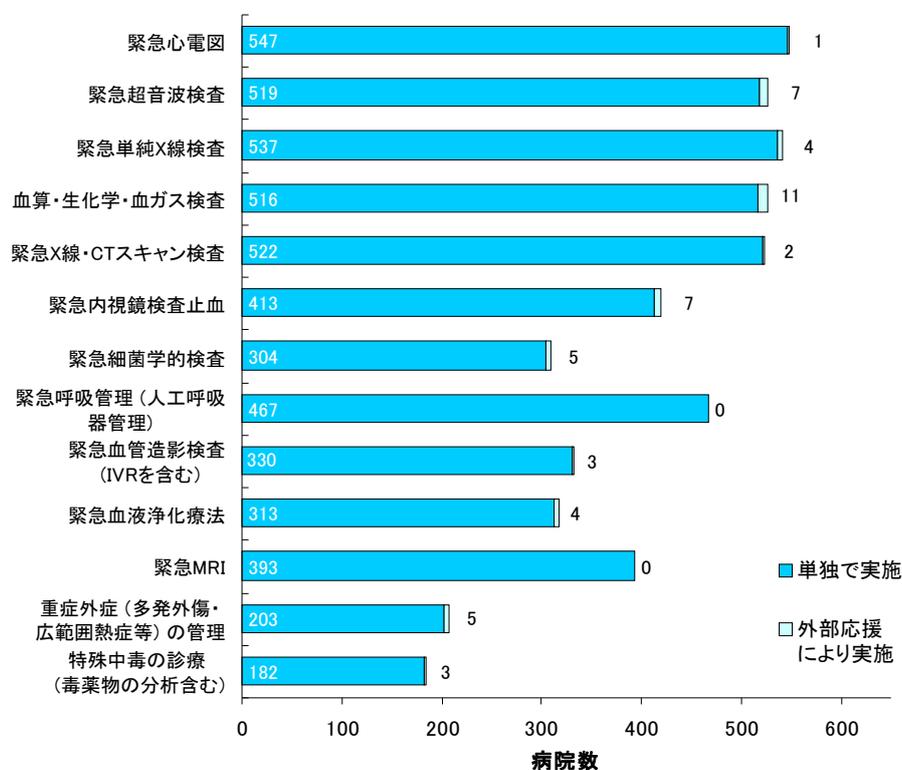
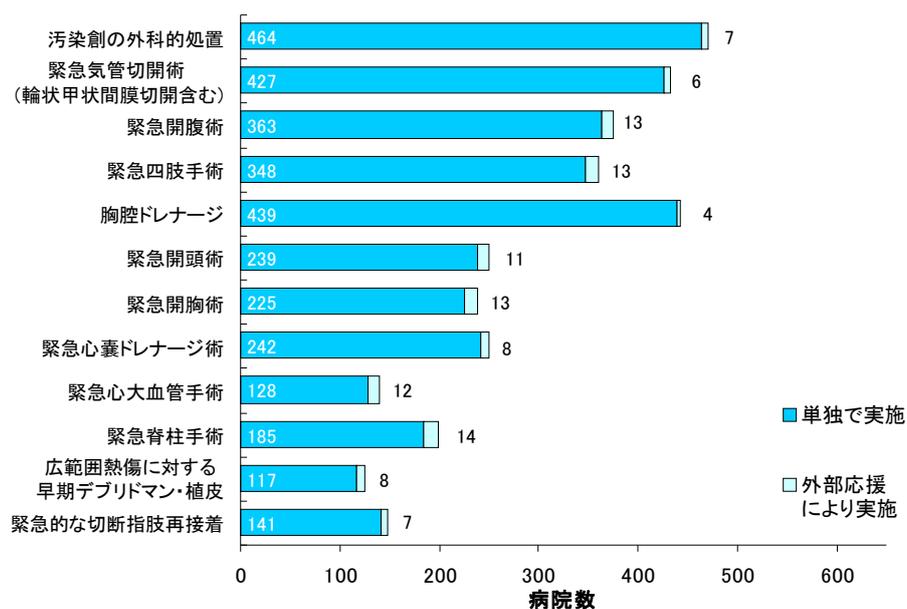
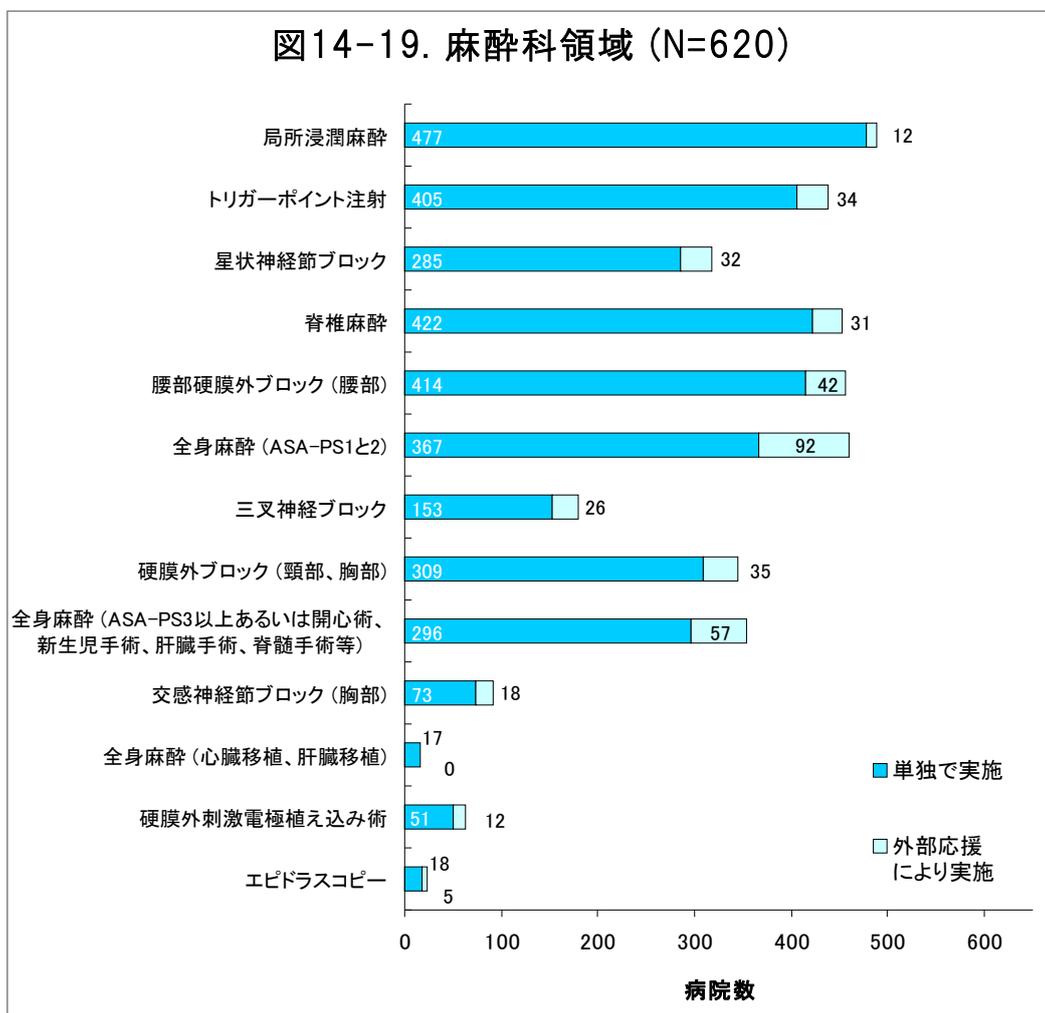


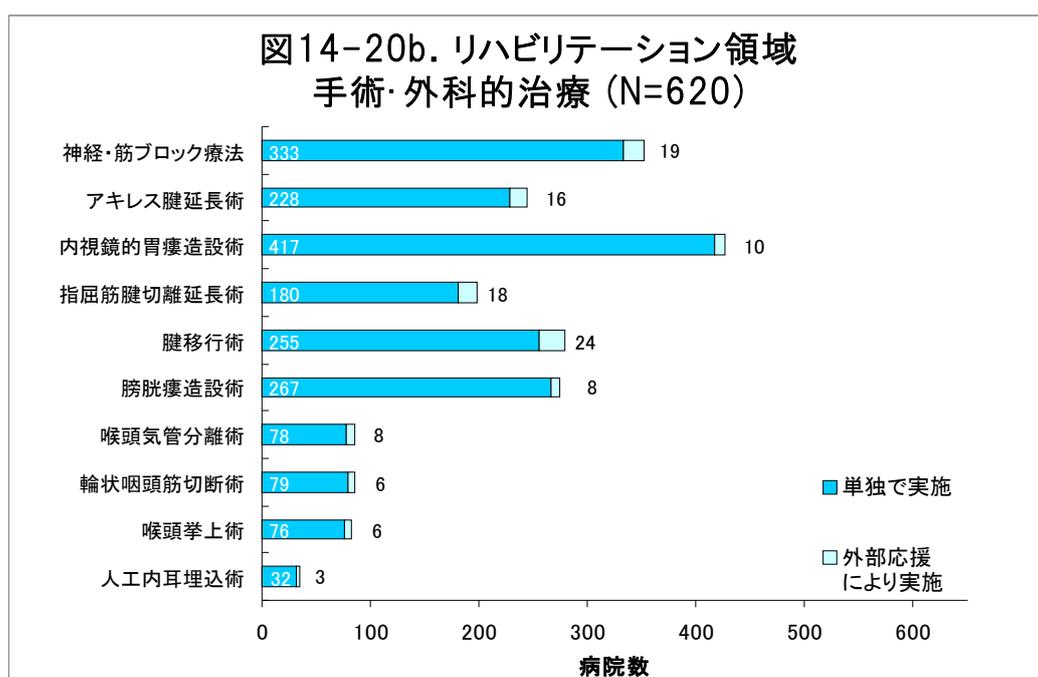
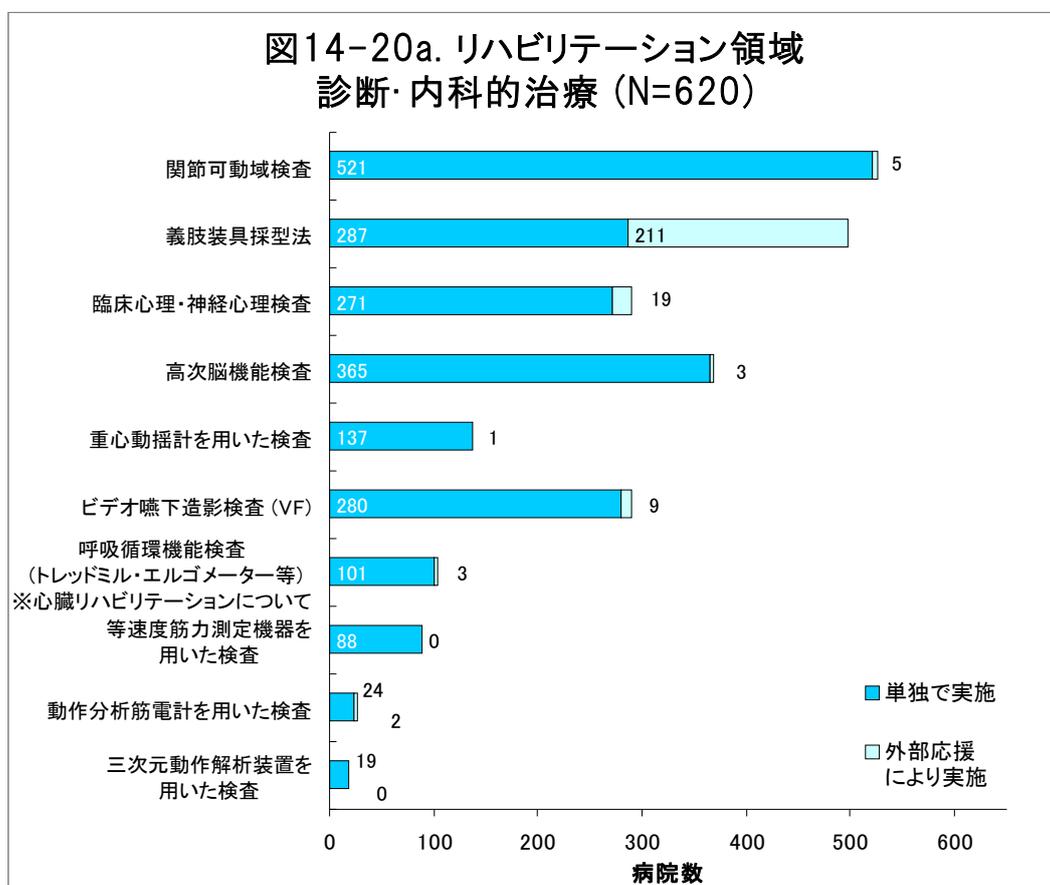
図14-18b. 救急領域 手術・外科的治療 (N=620)



14.19 麻酔科領域



14.20 リハビリテーション領域



第 15 章 経営指標

第 15 章では、経営指標について示した。なお、「収益」は医業収益、医業外収益、介護保険収益、および会計負担金・補助金等収入に分け、「費用」については医業費用と医業外費用に分けて、現況調査票へ記載するよう求めている。

以後にある医業収支率は、医業費用を医業収益で除し、100 を乗じて指数化したものである。

15.1 受審前年度の医業収支率

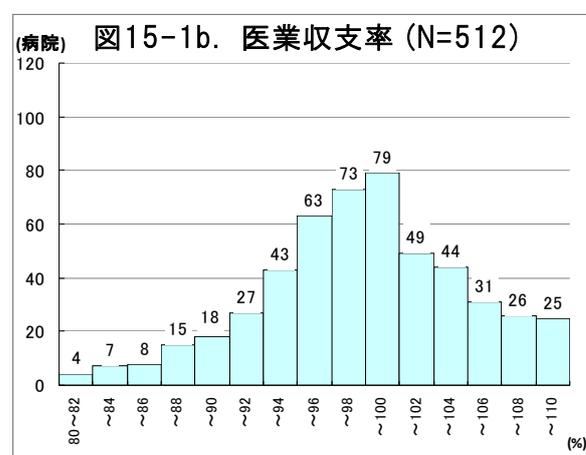
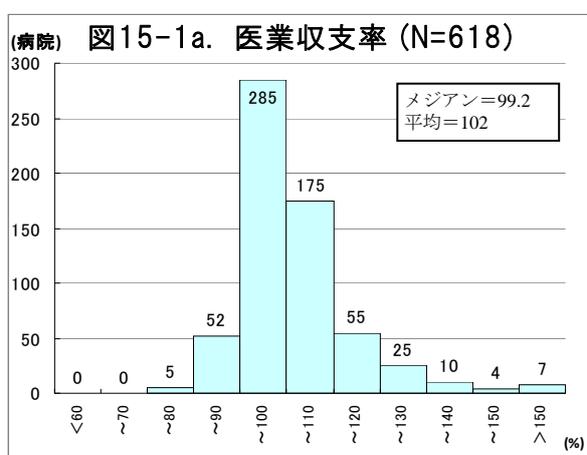


図 15-1a および b では、受審前年度の医業収支率を示した。図 15-1b は、図 15-1a のうち医業収支率が 80~110%の範囲を 2%刻みで拡大したものである。

$$(\text{医業収支率}) = (\text{医業費用}) / (\text{医業収益}) \times 100 (\%)$$

15.2 病院属性別医業収支率の推移ならびに医業収益 100 対費用および収益

表 15-2a. 病院属性別医業収支率の年次推移（メジアン）

| 種別 | 一般 (<200 床) | 一般 (\geq 200 床) | 精神 | 療養 |
|------|----------------|-----------------------|------|-----|
| 病院数 | 172 | 260 | 61 | 100 |
| 前年度 | 99.8 | 102 | 96 | 106 |
| 2 年前 | 99.5 | 102 | 95.6 | 109 |
| 3 年前 | 98.5 | 101 | 96.9 | 107 |
| 4 年前 | 99 | 101 | 95.9 | 109 |
| 5 年前 | 99.1 | 101 | 96.3 | 111 |

表 15-2a では、病院属性別の医業収支率（メジアン）の年次推移を示した。病院数の最も多い 200 床以上の一般病院、および療養病院において赤字の病院が多いことが示された。

表 15-2b. 病院属性別医業収益 100 対費用および収益
（受審前年度のメジアン；費目別）

| 種別 | 一般 (<200 床) | 一般 (\geq 200 床) | 精神 | 療養 |
|-------|----------------|-----------------------|-------|-------|
| 病院数 | 173 | 276 | 60 | 101 |
| 人件費 | 54.7 | 51.6 | 60.4 | 63.0 |
| 材料費 | 19.2 | 27.3 | 10.2 | 12.1 |
| 経費 | 19 | 15.9 | 18 | 23.1 |
| 減価償却費 | 4.27 | 5.54 | 5.27 | 4.90 |
| 研究研修費 | 0.241 | 0.331 | 0.183 | 0.212 |
| 入院収益 | 64.2 | 68.4 | 84.2 | 78.4 |
| 外来収益 | 29.2 | 27.3 | 12.6 | 15.5 |

表 15-2b では、医業収益 100 に対する各種費用および収益の割合を病院属性別に示した。200 床以上の一般病院において材料費率が高く、精神病院および療養病院において人件費率が高いこと、ならびに精神病院における入院収益率が高いことが示された。

15.3 100床あたり医業費用

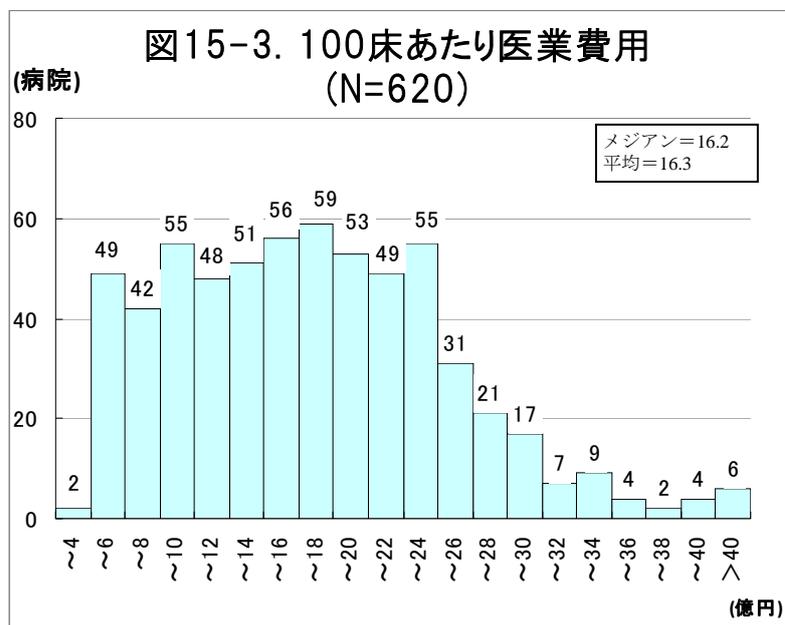


図15-3では、100床あたり医業費用を示した。

15.4 外来患者1人1日あたり収益

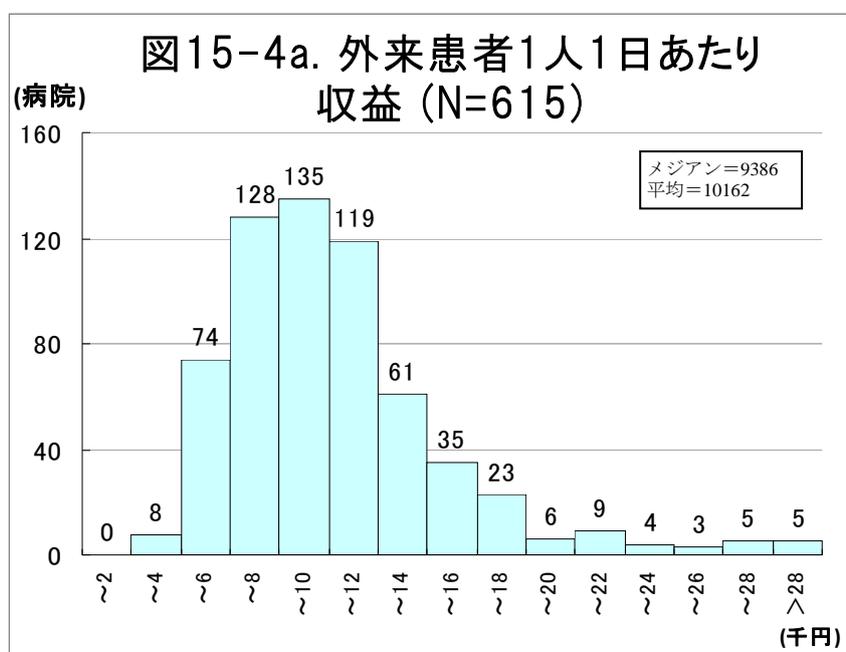
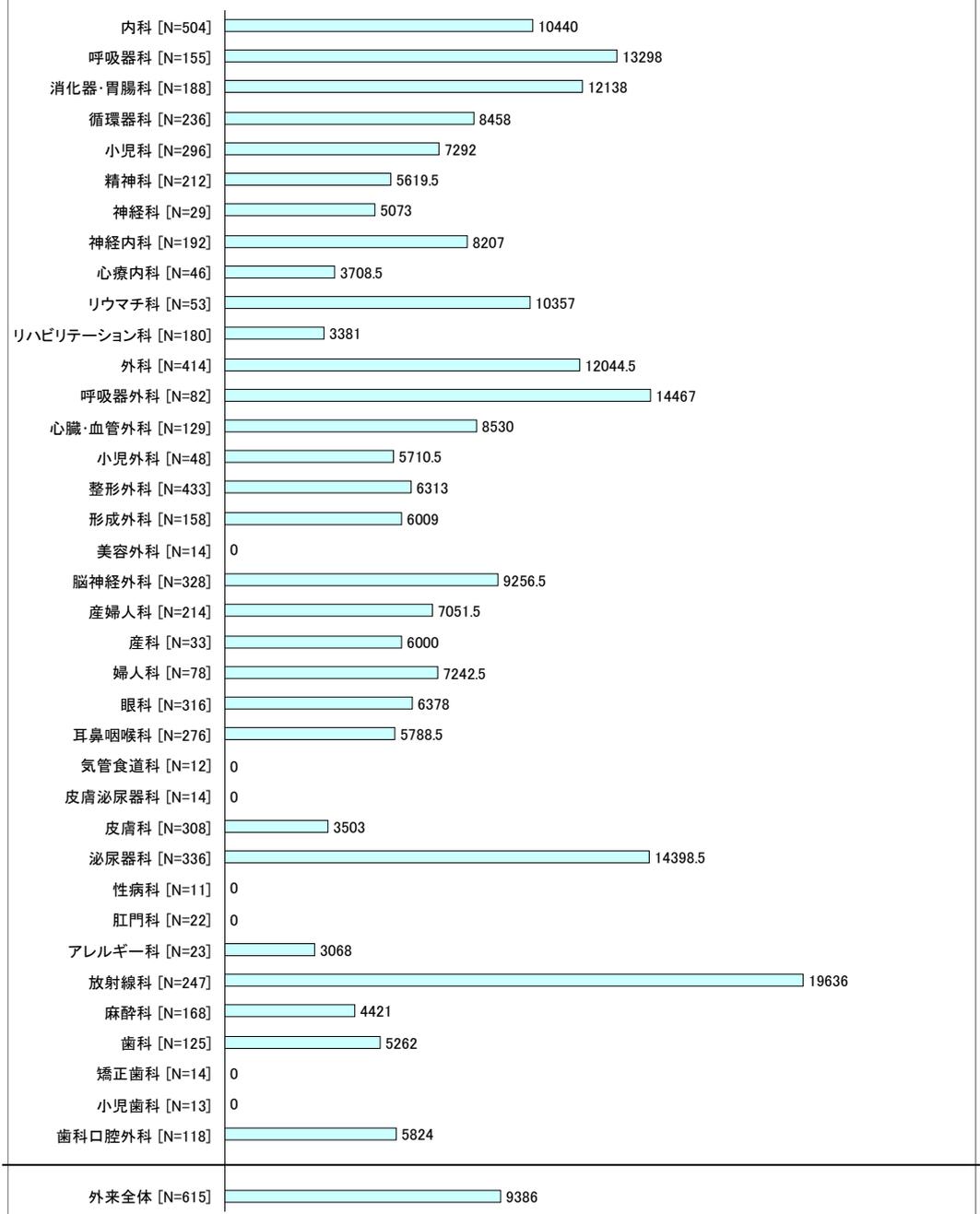


図15-4b. 診療科別1人1日あたり外来収益 (メジアン;円)



15.5 平均在院日数と1日1人あたり収益

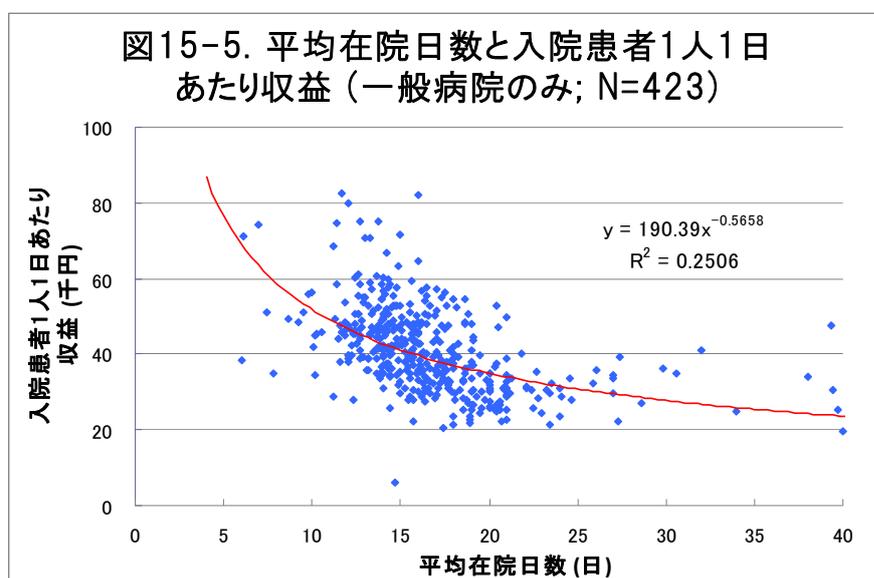


図15-5では、平均在院日数40日以下および入院患者1人1日あたり収益10万円以下の一般病院（423病院）における平均在院日数と入院患者1人1日あたり収益の相関を示した。なお、それぞれの値は受審病院が書面調査票に記した値をそのまま使用した。

一般病院とは、一般病床のみを有する病院および複合病院のうち一般病床の割合が最多の病院の合計である。

第16章 審査結果（評点）の傾向

16.1 c判定の割合が1%を超える小項目および中項目ごとの評点分布

小項目は、おおむね以下に従ってa～cで評価される。表16-1aでは、中間的な結果報告においてc判定が1%を超える小項目を、領域ごとにc判定率の高い順で示した。

【判定の内容】

a: 適切に行われている / 適切な形で存在する / 積極的に行われている

b: 中間

c: 適切さに欠ける / 存在しない / 行われていない

表 16-1a. c判定が1%を超える小項目

第1領域

| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
|----------|-------------------------------------|-------|-------|------|
| 1.6.1.1 | 医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている | 72.4% | 23.7% | 3.9% |
| 1.6.1.2 | その他の法令が遵守されている | 46.8% | 51.0% | 2.3% |
| 1.7.1.2 | 全職員を対象とした教育・研修計画が立てられている | 45.5% | 52.6% | 1.9% |
| 1.5.1.2 | 患者の個人情報の守秘を確実にする方法がとられている | 65.8% | 32.4% | 1.8% |
| 1.6.1.3 | 法令遵守の努力が継続してなされている | 56.3% | 42.4% | 1.3% |
| 1.7.1.1 | 全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部署が定められている | 76.5% | 22.3% | 1.3% |
| 1.10.1.2 | ボランティアを受け入れている | 60.0% | 38.9% | 1.2% |
| 1.2.2.3 | 中・長期計画を院内に周知する努力がなされている | 77.9% | 21.0% | 1.1% |
| 1.2.2.1 | 中・長期計画が策定されている | 64.0% | 35.0% | 1.0% |

第2領域

| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
|---------|----------------------------------|-------|-------|------|
| 2.1.3.4 | 臨床における倫理に関する教育・研修が行われている | 37.4% | 53.9% | 8.7% |
| 2.6.1.1 | 病院感染管理について組織的に検討する仕組みがある | 73.5% | 19.8% | 6.6% |
| 2.1.3.3 | 臨床における倫理に関する方針が周知されている | 50.0% | 43.9% | 6.1% |
| 2.1.5.2 | 臨床研究に関する規定が遵守されている | 72.1% | 22.3% | 5.6% |
| 2.1.3.2 | 臨床における倫理に関する方針が明文化されている | 68.7% | 26.1% | 5.2% |
| 2.6.4.3 | 予防接種の実施状況が把握されている | 67.4% | 27.6% | 5.0% |
| 2.1.5.1 | 臨床研究に関する委員会が機能している | 78.3% | 18.5% | 3.3% |
| 2.4.1.3 | 安全確保の手順が明確である | 67.1% | 30.0% | 2.9% |
| 2.3.1.2 | 説明をして同意を得る手順が明確である | 50.6% | 46.8% | 2.6% |
| 2.2.1.1 | 患者-医療者のパートナーシップを強化する方針が明確である | 58.5% | 39.2% | 2.3% |
| 2.3.2.2 | 診療記録などの開示請求に関する方針と手順が確立している | 81.0% | 17.3% | 1.8% |
| 2.1.2.3 | 職業倫理に関する方針が職員に周知されている | 50.2% | 48.2% | 1.6% |
| 2.6.1.4 | 抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある | 68.7% | 29.7% | 1.6% |
| 2.2.1.2 | 患者-医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している | 57.6% | 41.0% | 1.5% |
| 2.1.3.1 | 臨床における倫理について組織的に検討している | 59.2% | 39.5% | 1.3% |
| 2.6.2.2 | 自院の病院感染に関する情報を分析・評価している | 65.2% | 33.5% | 1.3% |
| 2.1.4.2 | 治験に関する規定が遵守されている | 89.8% | 8.9% | 1.3% |
| 2.6.2.1 | 自院の病院感染に関する情報を把握している | 82.9% | 16.0% | 1.1% |
| 2.6.2.3 | 病院感染の発生情報に基づき改善策を講じている | 70.8% | 28.1% | 1.1% |
| 2.6.4.1 | 感染性疾患を予防し対策を実施する仕組みがある | 80.3% | 18.5% | 1.1% |

表 16-1a. c 判定が1%を超える小項目(続き)

| 第3領域 | | | | |
|----------|---|-------|-------|-------|
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 3.6.4.1 | 全館禁煙の方針が明確である | 85.6% | 9.7% | 4.7% |
| 3.6.4.4 | 職員は禁煙を積極的に推進している | 39.8% | 57.1% | 3.1% |
| 3.5.2.2 | 病室でのプライバシーについて配慮されている | 70.8% | 26.9% | 2.3% |
| 3.6.4.3 | 禁煙に関する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる | 48.6% | 49.8% | 1.6% |
| 3.1.3.4 | 案内・掲示には必要な情報が含まれている | 66.8% | 31.6% | 1.6% |
| 3.4.2.1 | 入院案内が適切に作成されている | 64.8% | 33.5% | 1.6% |
| 3.3.1.3 | 外来患者の満足度調査が定期的に行われている | 67.9% | 30.7% | 1.5% |
| 3.3.1.4 | 入院患者の満足度調査が定期的に行われている | 67.9% | 30.6% | 1.5% |
| 3.1.4.1 | 外来待ち時間の状況が把握されている | 54.1% | 44.6% | 1.3% |
| 3.5.2.5 | 病棟では検体などが人目に触れないようになっている | 80.8% | 18.1% | 1.1% |
| 3.5.1.3 | 外来では検体などが人目に触れないようになっている | 88.8% | 10.2% | 1.0% |
| 3.5.1.4 | 検査、処置行為が人目に触れないようになっている | 77.6% | 21.4% | 1.0% |
| 3.6.2.3 | 院内は整理整頓されている | 74.0% | 25.0% | 1.0% |
| 第4領域 | | | | |
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 4.12.3.1 | 臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している | 39.4% | 38.5% | 22.1% |
| 4.3.3.3 | 注射薬の調整・混合を薬剤師が行っている | 16.8% | 70.1% | 13.1% |
| 4.10.2.1 | 洗浄・滅菌業務の手順が確立している | 65.0% | 23.3% | 11.7% |
| 4.16.2.3 | 合理的な保管方法が採用されている | 68.5% | 20.6% | 10.8% |
| 4.18.3.3 | 外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | 72.2% | 18.1% | 9.7% |
| 4.3.2.2 | 麻薬・向精神薬が適切に管理されている | 79.0% | 12.3% | 8.7% |
| 4.16.2.2 | 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている | 69.8% | 23.4% | 6.8% |
| 4.16.3.1 | 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている | 49.7% | 44.0% | 6.3% |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組みがある | 57.7% | 37.3% | 5.0% |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立している | 59.0% | 36.0% | 5.0% |
| 4.1.7.2 | 病理学的検討会が開催されている | 54.8% | 40.4% | 4.8% |
| 4.9.1.5 | 手術・麻酔部門の安全を確保する体制が確立している | 72.2% | 23.0% | 4.8% |
| 4.18.3.5 | 透析室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | 86.4% | 8.8% | 4.7% |
| 4.16.2.1 | 1患者1ID1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている | 81.0% | 14.4% | 4.7% |
| 4.3.3.1 | 調剤業務の手順が確立している | 73.7% | 21.6% | 4.7% |
| 4.15.1.1 | 必要な施設・設備、人員等が整備されている | 55.3% | 40.2% | 4.5% |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | 53.6% | 41.9% | 4.4% |
| 4.9.2.2 | 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | 81.0% | 14.6% | 4.4% |
| 4.3.2.3 | 毒薬・劇薬・ハイリスク薬が適切に管理されている | 84.7% | 11.0% | 4.4% |
| 4.3.5.2 | 薬剤師による服薬管理指導が行われている | 66.3% | 29.4% | 4.4% |
| 4.8.1.1 | 輸血・血液管理部門に必要な人員と施設・設備・機器が確保されている | 76.6% | 19.0% | 4.3% |
| 4.16.4.1 | 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある | 51.6% | 44.2% | 4.2% |
| 4.5.1.1 | 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている | 64.0% | 32.2% | 3.8% |
| 4.12.2.3 | 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている | 40.4% | 55.8% | 3.8% |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | 73.7% | 22.9% | 3.4% |
| 4.9.1.3 | 手術室の運営委員会が開催されている | 75.4% | 21.4% | 3.2% |
| 4.16.3.2 | 診断名・手術名がコード化され検索可能となっている | 71.8% | 25.0% | 3.2% |
| 4.10.1.2 | 洗浄・滅菌業務に必要な人員が確保されている | 69.1% | 27.8% | 3.1% |
| 4.11.1.2 | 機能に見合った施設・設備・機器が整備されている | 87.4% | 9.5% | 3.0% |
| 4.4.1.3 | 施設・設備・機器の安全に配慮されている | 69.0% | 27.9% | 3.0% |
| 4.12.3.2 | 【脳死下での臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られており、倫理委員会などで承認されている | 72.5% | 24.5% | 2.9% |
| 4.3.3.2 | 調剤後の確認を行う体制があり、確実に実施している | 81.6% | 15.5% | 2.9% |

表 16-1a. c 判定が1%を超える小項目(続き)

| 第4領域 | | | | |
|----------|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 4.4.2.3 | 臨床検査部門における具体的な感染対策がとられている | 86.2% | 11.1% | 2.7% |
| 4.6.1.2 | 画像診断部門に必要な施設・設備・機器が整備され、安全に配慮されている | 82.9% | 14.5% | 2.6% |
| 4.11.2.2 | 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | 91.3% | 6.1% | 2.6% |
| 4.2.2.3 | 業務規定が整備されている | 69.2% | 28.2% | 2.6% |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図られている | 60.9% | 36.7% | 2.3% |
| 4.14.2.3 | リハビリテーションは計画に沿って実施されている | 79.3% | 18.4% | 2.3% |
| 4.1.3.2 | 病院の機能や役割に見合った医師が配置されている | 42.6% | 55.2% | 2.3% |
| 4.16.1.3 | 診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている | 58.0% | 39.8% | 2.2% |
| 4.18.3.1 | 外来患者の検査・処置・手術が安全に実施されている | 87.9% | 10.0% | 2.1% |
| 4.3.1.1 | 必要な人材が適切に配置されている | 61.3% | 36.6% | 2.1% |
| 4.3.2.1 | 調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている | 82.3% | 15.6% | 2.1% |
| 4.18.3.4 | 内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | 89.6% | 8.3% | 2.1% |
| 4.16.1.1 | 必要な人員が確保され、部門として位置付けられている | 42.3% | 55.8% | 1.9% |
| 4.3.4.1 | 病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている | 65.8% | 32.3% | 1.9% |
| 4.9.1.2 | 手術・麻酔に必要な施設・設備・機器が整備されている | 79.2% | 18.9% | 1.9% |
| 4.9.1.1 | 手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている | 68.8% | 29.3% | 1.9% |
| 4.18.1.5 | 外来における薬剤が適切に保管・管理されている | 65.6% | 32.6% | 1.8% |
| 4.3.2.4 | 薬剤の在庫管理が適切に行われている | 81.0% | 17.3% | 1.8% |
| 4.3.5.1 | 薬剤師による薬歴管理が行われている | 68.1% | 30.3% | 1.6% |
| 4.6.2.2 | 画像診断部門の業務を改善する仕組みがある | 64.9% | 33.5% | 1.6% |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 60.1% | 38.4% | 1.5% |
| 4.1.1.3 | 基本方針や目標に沿って業務が行われる体制がある | 53.4% | 45.2% | 1.5% |
| 4.3.5.6 | 副作用情報を把握し検討・報告している | 74.0% | 24.5% | 1.5% |
| 4.4.2.2 | 適切な精度管理が行われている | 83.2% | 15.5% | 1.3% |
| 4.11.1.1 | 必要な医師・看護師が確保されている | 79.1% | 19.6% | 1.3% |
| 4.16.3.3 | 統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立っている | 34.0% | 64.8% | 1.2% |
| 4.14.2.4 | 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている | 75.3% | 23.5% | 1.2% |
| 4.2.2.1 | 看護部門を管理する責任体制が確立している | 86.3% | 12.6% | 1.1% |
| 4.8.2.1 | 輸血業務についての方針・手順が確立している | 84.6% | 14.3% | 1.1% |
| 第5領域 | | | | |
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 5.6.1.5 | 針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している | 61.0% | 26.0% | 13.0% |
| 5.8.1.2 | 廃棄物の処理が適切である | 66.9% | 20.9% | 12.1% |
| 5.5.8.2 | 身体抑制を実施する際の手順が明確である | 66.9% | 24.5% | 8.6% |
| 5.5.3.2 | 病棟における注射薬の調整・混合が適切に行われている | 21.1% | 70.4% | 8.5% |
| 5.8.2.2 | 麻薬・向精神薬が適切に管理されている | 74.1% | 17.4% | 8.5% |
| 5.3.2.1 | 確実な指示出し・指示受けの手順がある | 69.3% | 22.5% | 8.1% |
| 5.5.8.4 | 身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している | 57.1% | 36.1% | 6.8% |
| 5.7.1.5 | 記載された診療録・看護記録が評価されている | 39.8% | 55.5% | 4.8% |
| 5.8.2.3 | 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている | 81.5% | 13.8% | 4.6% |
| 5.5.12.3 | 逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している | 66.0% | 30.2% | 3.8% |
| 5.5.4.3 | 確実・安全な輸血等が実施されている | 81.2% | 15.4% | 3.4% |
| 5.5.3.3 | 確実・安全な処方が実施されている | 88.0% | 8.9% | 3.1% |
| 5.7.1.3 | 同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている | 79.3% | 17.7% | 3.0% |
| 5.5.10.1 | 院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である | 88.5% | 8.6% | 3.0% |
| 5.7.1.4 | 診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる | 78.8% | 18.4% | 2.8% |

表 16-1a. c 判定が1%を超える小項目(続き)

| 第5領域 | | | | |
|----------|---|-------|-------|-------|
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 5.3.2.2 | 受けた指示を確実に実施する仕組みがある | 80.9% | 16.5% | 2.6% |
| 5.3.2.3 | 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している | 69.1% | 28.7% | 2.2% |
| 5.6.1.2 | 手袋・防護具・ガウンを適切に着用している | 86.6% | 11.3% | 2.1% |
| 5.5.8.3 | 身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている | 80.2% | 17.8% | 2.1% |
| 5.5.10.2 | 非常用力カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている | 69.4% | 28.6% | 2.0% |
| 5.5.10.3 | 緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている | 69.4% | 29.0% | 1.6% |
| 5.5.8.1 | 安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である | 74.7% | 23.7% | 1.6% |
| 5.5.12.2 | 終末期ケアにおける療養環境に配慮されている | 90.9% | 7.6% | 1.6% |
| 5.5.13.2 | 剖検についての承諾と実施の手順が明確である | 85.8% | 12.6% | 1.5% |
| 5.5.5.3 | 手術・麻酔が安全に実施されている | 88.8% | 9.9% | 1.3% |
| 5.5.11.3 | 退院時要約は必要な情報を網羅し、適切に作成されている | 74.1% | 24.6% | 1.3% |
| 5.5.7.1 | 評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている | 87.0% | 11.9% | 1.1% |
| 第6領域 | | | | |
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 6.3.4.2 | 廃棄物の分別・梱包・表示が適切である | 53.2% | 25.2% | 21.6% |
| 6.3.4.3 | 廃棄物の保管状況が適切である | 65.8% | 14.2% | 20.0% |
| 6.1.3.2 | 人事考課が有効に活用されている | 29.4% | 61.9% | 8.7% |
| 6.3.1.5 | 医療ガスの安全管理に対する配慮がなされている | 69.6% | 23.4% | 6.9% |
| 6.1.3.1 | 人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている | 31.9% | 61.6% | 6.5% |
| 6.1.3.3 | 考課者の教育が行われている | 41.4% | 52.5% | 6.2% |
| 6.3.4.1 | 廃棄物処理の管理責任者がいる | 71.8% | 22.6% | 5.6% |
| 6.1.4.1 | 衛生委員会が設置され、産業医が選任されている | 61.6% | 34.2% | 4.2% |
| 6.4.2.1 | 物品の帳簿が準備され、実地棚卸しを実施している | 71.8% | 25.3% | 2.9% |
| 6.1.5.2 | 病院管理者と職員が労働条件などに関して話し合う仕組みがある | 65.5% | 31.9% | 2.6% |
| 6.1.2.2 | 必要な人材が確保されている | 21.9% | 76.0% | 2.1% |
| 6.1.4.2 | 定期的な職員の健康診断が行われている。 | 73.7% | 24.4% | 1.9% |
| 6.6.1.4 | 停電時の対応体制が整っている | 85.5% | 13.2% | 1.3% |
| 6.3.3.3 | 調理室の衛生管理が適切に行われている | 65.2% | 33.7% | 1.1% |
| 6.3.4.4 | 廃棄物の処理過程が適切である | 71.9% | 26.9% | 1.1% |
| 第7領域 | | | | |
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 7.4.2.1 | デイケアや作業療法に関する収入は患者にすべて還元されている | 68.1% | 8.5% | 23.4% |
| 7.4.3.2 | 公的扶助担当機関や家族等から振込まれる多額の患者個人の財産管理が適切に行われている | 67.1% | 15.7% | 17.1% |
| 7.4.3.1 | 日常的なこづかい金等に関する管理が適切に行われている | 56.0% | 27.5% | 16.5% |
| 7.4.2.2 | 患者の日常活動(農耕やバザーなど)から生じる収益に関する方針が明確である | 63.2% | 21.1% | 15.8% |
| 7.2.4.2 | 身体拘束が適切に行われている | 71.7% | 18.9% | 9.4% |
| 7.1.4.2 | 措置患者の治療と処遇が検討されている | 82.4% | 12.9% | 4.7% |
| 7.1.2.3 | 閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている | 71.1% | 25.8% | 3.1% |
| 7.2.1.3 | 入院形態や処遇の変更についての運用および手続きは適切になされている | 87.9% | 9.3% | 2.8% |
| 7.1.2.1 | 同意能力の判定が適切に行われている | 85.2% | 12.0% | 2.8% |
| 7.2.3.3 | 精神科隔離室が準備されている | 71.2% | 26.9% | 1.9% |
| 第8領域 | | | | |
| 項目番号 | 評価項目 | a | b | c |
| 8.1.2.3 | 金銭や私物は適正に管理されている | 69.1% | 24.2% | 6.7% |
| 8.2.2.2 | 在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている | 76.8% | 22.0% | 1.2% |

また、中項目は以下の5段階で評価される。表16-1bでは、中間的な結果報告における全中項目の評点分布を評価項目順に示した。なお、ここではNA以外の評点について集計している。

【評点の内容】

- 5: 極めて適切に行われている / 極めて適切な形で存在する / 極めて積極的に行われている / 他の施設の模範になると自負できる
- 4: 適切に行われている / 適切な形で存在する / 積極的に行われている
- 3: 中間
- 2: 適切さにやや欠ける / 存在するが適切さに欠ける / 消極的にしか行われていない
- 1: 適切でない / 存在しない / 行われていない

表 16-1b. 中項目ごとの評点分布

| 項目番号 | 評価項目 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------|----------------------------------|------|-------|-------|-------|------|
| 1.1.1 | 理念および基本方針が確立されている | 0.3% | 65.3% | 34.4% | 0.0% | 0.0% |
| 1.1.2 | 理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている | 0.0% | 68.2% | 31.8% | 0.0% | 0.0% |
| 1.2.1 | 地域における病院の役割・機能が明確になっている | 0.0% | 69.4% | 30.5% | 0.2% | 0.0% |
| 1.2.2 | 将来計画が策定されている | 0.0% | 56.0% | 43.1% | 1.0% | 0.0% |
| 1.3.1 | 病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している | 0.0% | 37.3% | 62.7% | 0.0% | 0.0% |
| 1.4.1 | 病院は組織規程に基づいて運営されている | 0.0% | 25.5% | 73.5% | 1.0% | 0.0% |
| 1.4.2 | 組織運営が計画的になされている | 0.0% | 59.2% | 40.5% | 0.3% | 0.0% |
| 1.4.3 | 組織内の情報伝達が円滑に行われている | 0.0% | 84.0% | 16.0% | 0.0% | 0.0% |
| 1.5.1 | 情報管理機能が整備されている | 0.3% | 47.6% | 50.3% | 1.8% | 0.0% |
| 1.5.2 | 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている | 0.0% | 51.9% | 47.4% | 0.6% | 0.0% |
| 1.6.1 | 関係する法令が遵守されている | 0.0% | 34.2% | 61.9% | 3.9% | 0.0% |
| 1.7.1 | 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている | 0.2% | 16.8% | 80.6% | 2.4% | 0.0% |
| 1.7.2 | 院外の教育・研修の機会が活用されている | 0.2% | 61.9% | 37.9% | 0.0% | 0.0% |
| 1.8.1 | 医療サービスの改善活動が適切に行われている | 0.5% | 52.4% | 46.5% | 0.6% | 0.0% |
| 1.9.1 | 地域の保健・医療・福祉施設などの適切な連携を促進する仕組みがある | 0.5% | 74.7% | 24.8% | 0.0% | 0.0% |
| 1.9.2 | 紹介患者の受け入れが適切に行われている | 0.2% | 73.2% | 26.5% | 0.2% | 0.0% |
| 1.9.3 | 地域の医療機関に対して施設や医療機器が開放されている | 0.3% | 70.3% | 29.3% | 0.6% | 0.0% |
| 1.9.4 | 患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている | 0.2% | 77.5% | 22.3% | 0.0% | 0.0% |
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 1.6% | 63.9% | 34.1% | 0.3% | 0.0% |
| 1.10.2 | 適切な広報活動が行われている | 0.0% | 33.2% | 66.8% | 0.0% | 0.0% |
| 2.1.1 | 患者の権利に関する方針が明確である | 0.0% | 46.6% | 53.2% | 0.2% | 0.0% |
| 2.1.2 | 職業倫理に関する方針が明確である | 0.0% | 42.6% | 55.6% | 1.8% | 0.0% |
| 2.1.3 | 臨床における倫理に関する方針が明確である | 0.2% | 25.2% | 64.4% | 10.3% | 0.0% |
| 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | 1.3% | 85.3% | 12.2% | 1.3% | 0.0% |
| 2.1.5 | 臨床研究に関する倫理が明確である | 1.2% | 67.4% | 26.3% | 5.1% | 0.0% |
| 2.2.1 | 患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある | 0.5% | 47.4% | 50.0% | 2.1% | 0.0% |
| 2.3.1 | 説明と同意を行う体制が確立している | 0.0% | 41.3% | 56.3% | 2.4% | 0.0% |
| 2.3.2 | 患者の請求に基づく診療記録などの開示に対応している | 0.2% | 70.6% | 27.1% | 2.1% | 0.0% |
| 2.4.1 | 安全確保のための組織体制が確立している | 0.0% | 58.7% | 37.9% | 3.4% | 0.0% |
| 2.4.2 | 安全確保のための活動が行われている | 0.0% | 29.5% | 69.8% | 0.6% | 0.0% |
| 2.5.1 | 医療事故発生時の対応体制が確立している | 0.0% | 60.0% | 39.8% | 0.2% | 0.0% |
| 2.6.1 | 病院感染管理のための体制が確立している | 0.0% | 47.4% | 44.2% | 8.4% | 0.0% |
| 2.6.2 | 病院感染に対応し組織的に活動している | 0.2% | 52.4% | 45.3% | 2.1% | 0.0% |
| 2.6.3 | 職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている | 0.3% | 56.0% | 43.1% | 0.6% | 0.0% |
| 2.6.4 | 職員への感染予防策が実施されている | 0.2% | 54.4% | 39.8% | 5.6% | 0.0% |
| 3.1.1 | 接遇、応対に配慮されている | 0.2% | 55.8% | 43.5% | 0.5% | 0.0% |
| 3.1.2 | 担当者名や責任者名が紹介されている | 0.0% | 74.4% | 25.2% | 0.5% | 0.0% |
| 3.1.3 | 病院の案内・掲示が適切である | 0.0% | 21.8% | 76.8% | 1.5% | 0.0% |
| 3.1.4 | 外来待ち時間に配慮されている | 0.0% | 36.3% | 62.8% | 1.0% | 0.0% |
| 3.2.1 | 患者・家族の相談窓口が設置されている | 0.5% | 62.3% | 36.9% | 0.3% | 0.0% |
| 3.2.2 | 患者・家族の相談に応じている | 0.5% | 85.5% | 13.9% | 0.2% | 0.0% |
| 3.3.1 | 患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている | 0.0% | 28.9% | 69.8% | 1.3% | 0.0% |
| 3.3.2 | 希望や意見・苦情に基づく対応が適切に行われている | 0.0% | 40.5% | 59.0% | 0.5% | 0.0% |
| 3.4.1 | 患者や面会者の利便性に配慮されている | 0.0% | 48.7% | 51.3% | 0.0% | 0.0% |
| 3.4.2 | 入院患者の利便性に配慮されている | 0.2% | 53.2% | 45.8% | 0.8% | 0.0% |
| 3.4.3 | 院内のバリアフリーが確保されている | 0.3% | 49.7% | 49.8% | 0.2% | 0.0% |
| 3.5.1 | 外来患者のプライバシーが確保されている | 0.2% | 59.1% | 39.3% | 1.5% | 0.0% |
| 3.5.2 | 入院患者のプライバシーが確保されている | 0.3% | 49.8% | 47.6% | 2.3% | 0.0% |

表 16-1b. 中項目ごとの評点分布 (続き)

| 項目番号 | 評価項目 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------|-----------------------------------|------|-------|-------|-------|------|
| 3.6.1 | 療養環境の整備体制が確立している | 0.0% | 81.3% | 18.5% | 0.2% | 0.0% |
| 3.6.2 | 院内の清潔管理が適切に行われている | 0.2% | 64.4% | 34.7% | 0.8% | 0.0% |
| 3.6.3 | 患者が使用する設備・備品が整備されている | 0.0% | 64.2% | 35.6% | 0.2% | 0.0% |
| 3.6.4 | 禁煙に取り組んでいる | 0.3% | 29.7% | 63.5% | 6.5% | 0.0% |
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 1.3% | 61.0% | 37.4% | 0.3% | 0.0% |
| 3.7.2 | 病室内の快適性が保たれている | 0.3% | 65.3% | 34.4% | 0.0% | 0.0% |
| 3.7.3 | 食事の快適性に配慮されている | 0.2% | 52.4% | 47.3% | 0.2% | 0.0% |
| 3.7.4 | ベッド・マットに配慮されている | 0.5% | 65.2% | 34.2% | 0.2% | 0.0% |
| 3.7.5 | トイレについての施設的な配慮がなされている | 0.0% | 46.6% | 52.1% | 1.3% | 0.0% |
| 3.7.6 | 浴室についての施設的な配慮がなされている | 0.0% | 44.7% | 54.2% | 1.1% | 0.0% |
| 4.1.1 | 診療上の基本方針や目標が明確である | 0.0% | 46.6% | 52.4% | 1.0% | 0.0% |
| 4.1.2 | 診療部門の体制が確立している | 0.0% | 69.2% | 30.2% | 0.6% | 0.0% |
| 4.1.3 | 必要な医師が確保され、運営されている | 0.0% | 32.6% | 64.7% | 2.7% | 0.0% |
| 4.1.4 | 必要な連携機能が確保されている | 0.2% | 78.2% | 21.6% | 0.0% | 0.0% |
| 4.1.5 | 診療および業務上の指針・手順が確立している | 0.0% | 61.9% | 37.1% | 1.0% | 0.0% |
| 4.1.6 | 診療部門に必要な教育・研修が実施されている | 0.2% | 27.3% | 72.4% | 0.2% | 0.0% |
| 4.1.7 | 診療の質を改善するための仕組みがある | 0.0% | 31.3% | 65.8% | 2.9% | 0.0% |
| 4.2.1 | 看護部門の理念・目標が明確である | 0.0% | 74.8% | 25.2% | 0.0% | 0.0% |
| 4.2.2 | 看護部門の体制が確立している | 0.0% | 21.9% | 74.5% | 3.5% | 0.0% |
| 4.2.3 | 看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている | 0.3% | 49.7% | 50.0% | 0.0% | 0.0% |
| 4.2.4 | 看護部門に必要な教育・研修が実施されている | 0.6% | 63.4% | 35.2% | 0.8% | 0.0% |
| 4.2.5 | 看護ケア提供の基準・手順が明確である | 0.0% | 54.7% | 45.3% | 0.0% | 0.0% |
| 4.2.6 | 看護の質を改善するための仕組みがある | 0.0% | 55.8% | 44.2% | 0.0% | 0.0% |
| 4.3.1 | 薬剤部門の体制が確立している | 0.2% | 41.6% | 55.6% | 2.6% | 0.0% |
| 4.3.2 | 薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されている | 0.0% | 57.9% | 30.6% | 11.5% | 0.0% |
| 4.3.3 | 調剤が適切に行われている | 0.0% | 18.9% | 65.2% | 16.0% | 0.0% |
| 4.3.4 | 薬剤が適切に供給されている | 0.0% | 65.6% | 32.4% | 1.9% | 0.0% |
| 4.3.5 | 薬剤情報が適切に提供されている | 0.2% | 39.4% | 54.8% | 5.6% | 0.0% |
| 4.3.6 | 薬剤業務を改善する仕組みがある | 0.0% | 69.8% | 29.2% | 1.0% | 0.0% |
| 4.4.1 | 臨床検査部門の体制が確立している | 0.0% | 51.7% | 45.6% | 2.6% | 0.0% |
| 4.4.2 | 臨床検査部門が適切に運営されている | 0.0% | 60.0% | 36.3% | 3.7% | 0.0% |
| 4.5.1 | 病理部門の体制が確立している | 1.3% | 56.6% | 38.6% | 3.5% | 0.0% |
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | 1.2% | 47.2% | 46.2% | 5.4% | 0.0% |
| 4.6.1 | 画像診断部門の体制が確立している | 0.3% | 47.6% | 49.6% | 2.4% | 0.0% |
| 4.6.2 | 画像診断部門が適切に運営されている | 0.5% | 53.1% | 45.3% | 1.1% | 0.0% |
| 4.7.1 | 放射線治療部門の体制が確立している | 0.6% | 62.2% | 36.8% | 0.4% | 0.0% |
| 4.7.2 | 放射線治療部門が適切に運営されている | 1.7% | 73.0% | 25.3% | 0.0% | 0.0% |
| 4.8.1 | 輸血・血液管理部門の体制が確立している | 0.0% | 65.4% | 30.4% | 4.2% | 0.0% |
| 4.8.2 | 輸血・血液部門が適切に運営されている | 0.0% | 67.5% | 31.1% | 1.4% | 0.0% |
| 4.9.1 | 手術・麻酔部門の体制が確立している | 0.0% | 36.8% | 55.4% | 7.7% | 0.0% |
| 4.9.2 | 手術・麻酔部門が適切に運営されている | 0.0% | 64.5% | 30.3% | 5.2% | 0.0% |
| 4.10.1 | 中央滅菌材料部門の体制が確立している | 0.2% | 56.3% | 40.1% | 3.5% | 0.0% |
| 4.10.2 | 中央滅菌材料部門が適切に運営されている | 0.2% | 57.8% | 30.4% | 11.7% | 0.0% |
| 4.11.1 | 集中治療室の体制が確立している | 0.4% | 52.4% | 42.9% | 4.3% | 0.0% |
| 4.11.2 | 集中治療室が適切に運営されている | 0.4% | 47.2% | 49.8% | 2.6% | 0.0% |
| 4.12.1 | 救急部門の体制が確立している | 0.4% | 45.6% | 53.3% | 0.7% | 0.0% |
| 4.12.2 | 救急部門が適切に運営されている | 0.6% | 34.3% | 62.8% | 2.3% | 0.0% |
| 4.12.3 | 臓器提供施設としての体制が確立している | 0.2% | 36.5% | 41.0% | 22.3% | 0.0% |
| 4.13.1 | 栄養部門の体制が確立している | 0.3% | 70.5% | 29.0% | 0.2% | 0.0% |
| 4.13.2 | 栄養部門が適切に運営されている | 0.5% | 73.4% | 25.8% | 0.3% | 0.0% |
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | 1.0% | 51.7% | 45.9% | 1.5% | 0.0% |
| 4.14.2 | リハビリテーション部門が適切に運営されている | 0.5% | 50.5% | 46.2% | 2.8% | 0.0% |
| 4.15.1 | 図書室機能が確立している | 0.8% | 50.7% | 44.3% | 4.2% | 0.0% |
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | 0.9% | 40.0% | 53.0% | 6.1% | 0.0% |
| 4.16.1 | 診療録管理部門の体制が確立している | 0.0% | 33.1% | 63.9% | 3.1% | 0.0% |
| 4.16.2 | 診療録が適切に管理されている | 0.0% | 50.3% | 34.7% | 15.0% | 0.0% |
| 4.16.3 | 診療情報が適切に管理され活用されている | 0.2% | 29.4% | 61.5% | 9.0% | 0.0% |
| 4.16.4 | 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある | 0.0% | 51.6% | 44.2% | 4.2% | 0.0% |
| 4.17.1 | 訪問サービス部門の体制が確立している | 0.0% | 72.9% | 26.9% | 0.2% | 0.0% |
| 4.17.2 | 訪問サービスが適切に提供されている | 0.0% | 80.9% | 19.1% | 0.0% | 0.0% |
| 4.17.3 | 在宅療養を支援するためのリハビリテーションサービスが提供されている | 0.0% | 81.9% | 18.1% | 0.0% | 0.0% |
| 4.18.1 | 外来部門の体制が確立している | 0.0% | 48.3% | 49.9% | 1.8% | 0.0% |
| 4.18.2 | 外来部門が適切に運営されている | 0.2% | 44.3% | 54.6% | 1.0% | 0.0% |
| 4.18.3 | 外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されている | 0.0% | 50.9% | 36.2% | 12.9% | 0.0% |
| 5.1.1 | 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である | 0.0% | 59.8% | 40.1% | 0.0% | 0.0% |
| 5.1.2 | 病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である | 0.0% | 84.7% | 15.2% | 0.1% | 0.0% |
| 5.1.3 | 臨床における倫理的問題について対応している | 0.2% | 66.1% | 33.5% | 0.2% | 0.0% |
| 5.2.1 | 入院の決定と説明が適切に行われている | 0.0% | 68.8% | 30.4% | 0.8% | 0.0% |
| 5.3.1 | 患者に関する情報が収集され、整理されている | 0.0% | 61.7% | 38.3% | 0.0% | 0.0% |
| 5.3.2 | 患者に関する情報が確実に伝達されている | 0.0% | 51.7% | 39.0% | 9.3% | 0.0% |

表 16-1b. 中項目ごとの評点分布 (続き)

| 項目番号 | 評価項目 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------|--|------|-------|-------|-------|------|
| 5.4.1 | 評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている | 0.0% | 58.5% | 41.4% | 0.1% | 0.0% |
| 5.4.2 | 計画は、患者の十分な参加の上で作成されている | 0.1% | 63.8% | 36.0% | 0.1% | 0.0% |
| 5.4.3 | 計画の見直しと修正が適切に行われている | 0.0% | 70.1% | 29.7% | 0.1% | 0.0% |
| 5.5.1 | 入院生活が適切に支援されている | 0.0% | 66.5% | 33.3% | 0.2% | 0.0% |
| 5.5.2 | 診断的検査は、評価と計画を経て、確実・安全に実施されている | 0.0% | 75.4% | 24.2% | 0.4% | 0.0% |
| 5.5.3 | 適切な評価と計画を経て、投薬・注射は確実・安全に実施されている | 0.0% | 17.5% | 72.2% | 10.3% | 0.0% |
| 5.5.4 | 適切な評価と計画を経て、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている | 0.0% | 75.7% | 21.1% | 3.2% | 0.0% |
| 5.5.5 | 手術・麻酔が確実・安全に実施されている | 0.0% | 62.0% | 35.5% | 2.5% | 0.0% |
| 5.5.6 | 栄養管理と食事指導が適切である | 0.3% | 81.4% | 18.0% | 0.3% | 0.0% |
| 5.5.7 | リハビリテーションが確実・安全に実施されている | 0.1% | 62.7% | 35.7% | 1.5% | 0.0% |
| 5.5.8 | 安全確保のための身体抑制が適切に行われている | 0.2% | 38.4% | 48.2% | 13.2% | 0.0% |
| 5.5.9 | 患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている | 0.0% | 67.5% | 31.9% | 0.6% | 0.0% |
| 5.5.10 | 緊急時の対応が適切である | 0.1% | 48.6% | 46.5% | 4.9% | 0.0% |
| 5.5.11 | 療養の継続性が適切に確保されている | 0.1% | 65.1% | 33.5% | 1.3% | 0.0% |
| 5.5.12 | 終末期ケアが適切に行われている | 0.2% | 59.6% | 36.3% | 3.9% | 0.0% |
| 5.5.13 | 患者の逝去に適切に対応している | 0.2% | 82.1% | 17.1% | 0.6% | 0.0% |
| 5.6.1 | 病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している | 0.0% | 40.7% | 44.7% | 14.6% | 0.0% |
| 5.7.1 | 診療・看護の記録が適切になされている | 0.0% | 24.6% | 68.0% | 7.4% | 0.0% |
| 5.8.1 | 病棟が安全で快適に保たれている | 0.0% | 59.5% | 28.1% | 12.5% | 0.0% |
| 5.8.2 | 病棟における薬剤・機器が管理されている | 0.0% | 47.1% | 42.1% | 10.8% | 0.0% |
| 6.1.1 | 人事管理の体制が整備されている | 0.0% | 81.5% | 18.0% | 0.6% | 0.0% |
| 6.1.2 | 必要な人材が確保され、就業状況が適切である | 0.0% | 8.5% | 88.9% | 2.6% | 0.0% |
| 6.1.3 | 職員の人事考課が適切に行われている | 0.1% | 18.7% | 72.1% | 9.1% | 0.0% |
| 6.1.4 | 職員の労働安全衛生に取り組まれている | 0.0% | 31.0% | 61.9% | 7.0% | 0.0% |
| 6.1.5 | 職場環境が整備されている | 0.0% | 51.8% | 46.6% | 1.7% | 0.0% |
| 6.2.1 | 財務会計が適切に行われている | 0.0% | 77.7% | 22.2% | 0.1% | 0.0% |
| 6.2.2 | 予算管理が適切に行われている | 0.0% | 67.3% | 31.9% | 0.8% | 0.0% |
| 6.2.3 | 資金管理および投資計画が適切である | 0.0% | 85.9% | 14.0% | 0.1% | 0.0% |
| 6.2.4 | 経営管理が適切に行われている | 0.0% | 29.4% | 70.4% | 0.2% | 0.0% |
| 6.2.5 | 医事業務が適切に行われている | 0.0% | 55.1% | 44.8% | 0.1% | 0.0% |
| 6.2.6 | 病床管理の仕組みが適切である | 0.0% | 57.7% | 42.0% | 0.3% | 0.0% |
| 6.3.1 | 施設・設備の管理体制が確立している | 0.0% | 61.3% | 32.7% | 6.0% | 0.0% |
| 6.3.2 | 外来・病棟で使用する医療機器の管理体制が確立している | 0.1% | 48.8% | 49.9% | 1.2% | 0.0% |
| 6.3.3 | 給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている | 0.3% | 43.8% | 53.1% | 2.8% | 0.0% |
| 6.3.4 | 廃棄物の処理が適切に行われている | 0.0% | 29.5% | 35.7% | 34.9% | 0.0% |
| 6.4.1 | 物品の購入の手続きが適切である | 0.0% | 73.4% | 26.3% | 0.3% | 0.0% |
| 6.4.2 | 物品の在庫管理が適切に行われている | 0.0% | 58.8% | 38.5% | 2.6% | 0.0% |
| 6.4.3 | 公正な取引が行われるための仕組みがある | 0.0% | 69.6% | 30.1% | 0.4% | 0.0% |
| 6.5.1 | 委託業者の選定が適切である | 0.0% | 48.5% | 50.4% | 1.1% | 0.0% |
| 6.5.2 | 委託業務の管理が適切に行われている | 0.0% | 56.6% | 43.1% | 0.3% | 0.0% |
| 6.6.1 | 院内における災害発生時の対応体制が整っている | 0.1% | 75.8% | 22.9% | 1.1% | 0.0% |
| 6.6.2 | 大規模災害発生時の対応体制が整っている | 0.5% | 44.3% | 53.8% | 1.4% | 0.0% |
| 6.6.3 | 病院の保安体制が適切である | 0.0% | 68.8% | 30.6% | 0.7% | 0.0% |
| 6.6.4 | 訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられている | 0.0% | 88.8% | 10.9% | 0.3% | 0.0% |
| 7.1.1 | 精神科救急と入院時の評価・説明が適切に行われている | 0.0% | 78.5% | 21.5% | 0.0% | 0.0% |
| 7.1.2 | 任意入院の管理は適切に行われている | 0.0% | 66.1% | 28.8% | 5.1% | 0.0% |
| 7.1.3 | 医療保護入院の管理は適切に行われている | 0.0% | 74.4% | 25.2% | 0.4% | 0.0% |
| 7.1.4 | (指定病床がある場合のみ)措置入院の管理は適切に行われている | 0.0% | 79.4% | 14.2% | 6.4% | 0.0% |
| 7.2.1 | 閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇が行われている | 0.0% | 75.1% | 22.6% | 2.3% | 0.0% |
| 7.2.2 | 精神障害者の権利擁護が適切に行われている | 0.0% | 50.2% | 49.8% | 0.0% | 0.0% |
| 7.2.3 | 隔離が適切に行われている | 0.0% | 64.5% | 33.1% | 2.4% | 0.0% |
| 7.2.4 | 身体拘束が適切に行われている | 0.0% | 69.5% | 23.8% | 6.6% | 0.0% |
| 7.3.1 | 精神科リハビリテーションが適切に行われている | 0.0% | 60.3% | 39.3% | 0.4% | 0.0% |
| 7.3.2 | 退院に向けての支援体制が適切である | 0.0% | 79.0% | 21.0% | 0.0% | 0.0% |
| 7.4.1 | 入院に関する事務手続きが適切に行われている | 0.0% | 80.5% | 19.5% | 0.0% | 0.0% |
| 7.4.2 | 患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている | 0.0% | 61.8% | 20.0% | 18.2% | 0.0% |
| 7.4.3 | 預り金管理が適切に行われている | 0.0% | 51.6% | 27.6% | 20.8% | 0.0% |
| 7.4.4 | 精神医療審査会および実地指導への手続きが適切に行われている | 0.0% | 78.6% | 21.0% | 0.4% | 0.0% |
| 7.5.1 | 精神障害者の身体合併(併存)症治療が適切に行われている | 0.0% | 73.9% | 25.3% | 0.8% | 0.0% |
| 7.5.2 | (精神科を有する一般病院の場合)単科精神科病院や他科との連携が適切に行われている | 0.0% | 87.4% | 12.6% | 0.0% | 0.0% |
| 8.1.1 | 療養病床への受入れ体制が整っている | 0.0% | 70.0% | 28.0% | 2.0% | 0.0% |
| 8.1.2 | 高齢の患者や痴呆患者、あるいは障害者等の意思を尊重している | 0.0% | 57.6% | 35.3% | 7.1% | 0.0% |
| 8.2.1 | 日常生活の自立を目指したチームアプローチが行われている | 0.0% | 67.4% | 32.1% | 0.5% | 0.0% |
| 8.2.2 | 在宅復帰に向けたケアプロセスが展開されている | 0.2% | 69.5% | 28.8% | 1.5% | 0.0% |
| 8.3.1 | 嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている | 0.0% | 66.6% | 33.1% | 0.3% | 0.0% |
| 8.3.2 | 排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている | 0.0% | 62.3% | 37.4% | 0.3% | 0.0% |
| 8.3.3 | 痴呆の程度が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている | 0.0% | 66.4% | 33.4% | 0.2% | 0.0% |
| 8.3.4 | コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている | 0.0% | 71.3% | 28.3% | 0.3% | 0.0% |
| 8.3.5 | 合併症や二次障害等の予防に努めている | 0.0% | 67.7% | 32.3% | 0.0% | 0.0% |
| 8.3.6 | 日常生活の活性化を図り、自立できるよう支援している | 0.2% | 39.8% | 58.9% | 1.2% | 0.0% |

16.2 評点 2 以下の項目の主な指摘事項

中間的な審査結果報告書で評点 2 以下が多く付された項目の主な指摘事項を領域ごとに取りまとめた。

第 2 領域 患者の権利と安全確保の体制

2.1 患者の権利と医療者の倫理

| | | |
|---------|--------------------------|--|
| 2.1.3 | 臨床における倫理に関する方針が明確である | |
| 2.1.3.1 | 臨床における倫理について組織的に検討している | ○倫理委員会など、組織的に検討する場がない。 ○終末期医療のあり方等について具体的な課題を検討した実績／記録はない。 |
| 2.1.3.2 | 臨床における倫理に関する方針が明文化されている | ○臨床における倫理に関する方針が明文化されていない。 |
| 2.1.3.3 | 臨床における倫理に関する方針が周知されている | ○個々の職員は臨床における倫理的な問題を意識しているが、病院としての明文化された対応方針がなく、周知ができていない。 ○臨床倫理に関する方針は院内掲示されており、職員手帳・名札にも記載されていない。 |
| 2.1.3.4 | 臨床における倫理に関する教育・研修が行われている | ○全職員を対象にした教育プログラムはなく、過去 1 年間に教育・研修が実施された実績はない。 |

2.6 病院感染管理

| | | |
|---------|-----------------------------|---|
| 2.6.1 | 病院感染管理のための体制が確立している | |
| 2.6.1.1 | 病院感染管理について組織的に検討する仕組みがある | ○院内感染防止対策委員会に必要な構成員が入っていない／出席していない。 |
| 2.6.1.2 | 病院感染防止対策のマニュアルが整備され、活用されている | — |
| 2.6.1.3 | 感染経路別予防策に基づいた隔離方法が確立している | ○結核に対する対応手順が不備である。 ○麻疹やインフルエンザなどの対応手順（早期発見、隔離など）が整備されていない。 |
| 2.6.1.4 | 抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある | ○抗菌薬使用に関し、院内指針が整備されていない。 |

| | | |
|---------|------------------------|--|
| | | ○特別な抗菌剤の使用が届出制になっていない。 |
| 2.6.4 | 職員への感染予防策が実施されている | |
| 2.6.4.1 | 感染性疾患を予防し対策を実施する仕組みがある | ○職業感染防止について検討する場がない。 ○職業感染防止について、防護具などの着用について検討がなされていない。 ○採血時に職員が手袋を着用していない。 |
| 2.6.4.2 | 予防接種についての情報を提供している | — |
| 2.6.4.3 | 予防接種の実施状況が把握されている | ○職員の接種率が把握されていない。 ○血液に触れる恐れのある職員に HBV ワクチン接種を積極的に勧める仕組みがない。 |

第3領域 療養環境と患者サービス

3.6 療養環境の整備

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 3.6.4 | 禁煙に取り組んでいる | |
| 3.6.4.1 | 全館禁煙の方針が明確である | ○全館禁煙の方針であるが、正面玄関のすぐそばに喫煙場所があり、受動喫煙がある。 ○分煙方針はあるが、タバコの自動販売機が設置されている。(精神) ○喫煙室があるが換気が十分でない。(精神) |
| 3.6.4.2 | 禁煙についての表示がある | ○禁煙の表示がない。入院案内にも説明がない。 ○分煙施設である表示はあるが、禁煙場所と喫煙場所が不明である。(療養) |
| 3.6.4.3 | 禁煙に対する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる | ○禁煙の啓蒙や教育は声かけ程度のレベルであり、積極的ではない。 ○禁煙教育などの取り組みは行われていない。 |
| 3.6.4.4 | 職員は禁煙を積極的に推進している | ○職員の喫煙率が高く、職員が率先して禁煙に取り組んでいるとは言い難い。 ○職員喫煙所が病院入り口の外来者の見えるところに設置されている。 ○喫煙所は患者と職員の共用であり、部署訪 |

| | | |
|--|--|--|
| | | 問時には職員数人が固まって喫煙しているのが見受けられた。 ○教育・啓発活動が実施されていない。 |
|--|--|--|

第4領域 医療提供の組織と運営

4.3 薬剤部門

| | | |
|---------|------------------------------|---|
| 4.3.2 | 薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されている | |
| 4.3.2.1 | 調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている | ○薬剤の温・湿度管理が十分でない（測定が行われていない。高温になる、など） ○薬局の鍵が十分に管理されていない。（机の引き出し、施錠できないボックス、など） ○夜間等に薬局に出入りする際の内部牽制が働いていない。（1名で入室する、入退室記録がない、施錠されておらず自由に出入りできる、など） |
| 4.3.2.2 | 麻薬・向精神薬が適切に管理されている | ○麻薬保管庫の鍵の管理が十分でない。（机の引き出し、自宅に持ち帰る、事務員が管理、など） ○麻薬保管庫が軽量で持ち運びできる。 ○麻薬保管庫が医局内にあり、薬剤師による管理状況の記録がない。 ○第二種向精神薬が施錠管理されていない。 ○第二種向精神薬、劇薬、毒薬が同一の保管庫と一緒に保管されている。 ○向精神薬の紛失・破損時の手順はない。 |
| 4.3.2.3 | 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている | ○毒薬保管庫の鍵管理が十分でない。（引き出しの中、自宅に持ち帰る、保管庫の脇に吊り下げている、など） ○毒薬が常時施錠保管されていない。（要冷蔵の毒薬、など） ○手術室で保管している筋弛緩薬や病棟で保管しているハイリスク薬の管理に薬剤師が関与していない。 ○劇薬が他の薬剤と明確には区別されていない |

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| | | い。 |
| 4.3.2.4 | 薬剤の在庫管理が適切に行われている | ○薬剤ケースの消費があれば発注するという方法で、日々の在庫量は把握されていない。 ○薬剤の棚卸しは年1回のみである。 |
| 4.3.5 | 薬剤情報が適切に提供されている | |
| 4.3.5.1 | 薬剤師による薬歴管理が行われている | ○薬歴管理が行われていない。(単に処方された処方箋がそのままコピーされてファイルされているのみ、など) |
| 4.3.5.2 | 薬剤師による服薬管理指導が行われている | ○服薬管理指導が実施されていない。 ○服薬管理指導は医師の同意を得たことが記録として残されていない。 ○服薬指導は医師の同意のないまま入院患者全てに開始されている。 ○服薬指導記録が診療録にファイルされていないため、情報共有がなされていない。 |
| 4.3.5.3 | 院内医薬品集が作成され、定期的に改定・増補されている | ○院内医薬品集は一覧表だけであり、適応症・禁忌・相互作用などの項目が記載されていない。 |
| 4.3.5.4 | 医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している | — |
| 4.3.5.5 | 新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている | — |
| 4.3.5.6 | 副作用情報を把握し検討・報告している | ○院内で発生した副作用情報を一元的に収集する体制が確立されていない。 ○副作用情報を厚生労働省に報告する体制がない。 |

4.5 病理部門

| | | |
|---------|-----------------|--|
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | ○病理検査・診断手順や結果を患者に説明する手順などが確立されていない。 ○内視鏡の診療を行っているが、生検検体の病理診断を実施する手順が作成されていない。 |

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| | | <p>○迅速病理診断が必要と思われる症例が多々あるが、迅速病理診断に対応できない。</p> <p>○標本の報告、プレパラートは各科で保存されていて、中央管理体制が脆弱である。</p> <p>○検査結果報告書の管理は各科医師個人それぞれに任されており、病院としての把握や運用が見られない。(区分1)</p> |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | ○病理医が参加した CPC や手術症例検討会などは開催されていない。 |
| 4.5.2.3 | 病理部門の業務を改善する仕組みがある | ○業務の改善に関する検討や問題点の収集・分析・対策の検討は行われていない。 |

4.9 手術・麻酔部門

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 4.9.1 | 手術・麻酔部門の体制が確立している | |
| 4.9.1.1 | 手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている | <p>○全身麻酔手術件数が年間 500 件以上であるが、常勤麻酔科医がいない。</p> <p>○標榜医がいるが麻酔実務を行っておらず、執刀医が麻酔を行っている。</p> <p>○自科麻酔時の麻酔管理は手術室看護師に依存しており、医師の関与が極めて乏しい。</p> |
| 4.9.1.2 | 手術・麻酔に必要な施設・設備・機器が整備されている | <p>○整形外科用のバイオクリーンルームが設置されていない。</p> <p>○麻酔器に余剰ガス排出装置が整備されていない。</p> <p>○麻酔器の定期的な保守点検が行われていない。</p> <p>○ガスの配管の保守点検が 4 年に 1 回しか行われていない。</p> |
| 4.9.1.3 | 手術室の運営委員会が開催されている | ○手術室運営委員会など手術室の運営に関する検討の場が設置されていない／最近開催されていない。 |
| 4.9.1.4 | 手術・麻酔部門に必要な教育・研修が実施されている | — |
| 4.9.1.5 | 手術・麻酔部門の安全を確保する体制が確立している | ○手術室内で定数保管されている麻薬の保管庫の鍵管理が十分でない。 |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>○手術室内で保管されている麻薬を麻薬管理者が管理する体制がとられていない。</p> <p>○手術室内の薬品保管・管理に薬剤師の支援がなく、現場の看護師に任されている。</p> <p>○筋弛緩剤などの毒薬が施錠されていない救急カートに保管されている。</p> <p>○毒薬（マスキュラックス）が他の物品と一緒に保管されている。</p> <p>○血液製剤の保冷库が専用になっていない。</p> <p>○手術室看護師が麻酔管理を行っている状況が常習化している。</p> |
|--|--|--|

4.10 中央滅菌材料部門

| | | |
|----------|------------------------|---|
| 4.10.2 | 中央滅菌材料部門が適切に運営されている | |
| 4.10.2.1 | 洗浄・滅菌業務の手順が確立している | <p>○各部署で一次洗浄が実施されているが、方法が統一されていない。</p> <p>○一次洗浄が防護具を着用せずに各部署で実施されている。</p> <p>○物理的インディケータのモニターの記録がされていない。</p> <p>○化学的インディケータはパックの外装に付されているのみで、パック内の使用はされていない。</p> <p>○生物学的インディケータが実施（記録）されていない／頻度が少ない（月1回など）。</p> <p>○リコール規程はない。</p> |
| 4.10.2.2 | 中央滅菌材料部門の業務を改善する仕組みがある | — |

4.12 救急部門

| | | |
|----------|-----------------------|--|
| 4.12.3 | 臓器提供施設としての体制が確立している | |
| 4.12.3.1 | 臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している | <p>○臓器移植に対する病院の方針が明確でない。</p> <p>○ドナーカード保持者への対応は院内で検討</p> |

| | | |
|----------|--|---|
| | | <p>されていない。</p> <p>○職員にドナーカードや生前遺言を尊重する教育が行われていない。</p> |
| 4.12.3.2 | 【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られており、倫理委員会などで承認されている | ○脳死下臓器提供病院であるが、倫理委員会において脳死下臓器摘出に関する合意を得られた検討記録がない。 |

4.15 図書室機能

| | | |
|----------|--------------------|--|
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図られている | <p>○図書室の開室時間は 8:30 から 17:30 であり、その後は当直室から鍵を借りて入室することとされ、必要時に利用しやすい図書室となっていない。(区分4)</p> <p>○文献検索の手続きや費用負担への支援はなく個人負担である。</p> <p>○文献検索が出来ず、他からの文献を入手する仕組みも見られない。</p> |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立している | <p>○図書室で書籍・雑誌情報が一括管理されていない。</p> <p>○新着図書リストなどを各部署に定期的に伝達されるシステムには至っていない。</p> <p>○図書リストがなく、図書室に借りた本を記録するのみで、貸出期間も明確でない。返却状況の確認業務も不定期に行っているのみで紛失状況は把握されていない。</p> |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組みがある | ○図書委員会など、組織的に図書購入の検討や図書部門の業務改善を検討する場がない／委員会はあるが開催されていない。 |

4.16 診療録管理部門

| | | |
|--------|----------------|--|
| 4.16.2 | 診療録が適切に管理されている | |
|--------|----------------|--|

| | | |
|----------|------------------------------------|--|
| 4.16.2.1 | 1患者1ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている | <p>○入院診療録が1患者1ID1診療録となっていない(1312方式、年度別の整理番号、退院番号など)</p> <p>○入院診療録が、転科の際は、科毎に診療録が作成されている。</p> <p>○リハビリテーション訓練記録が診療録にファイルされておらず、サマリー等による工夫もない。</p> <p>○外来診療録は各科診療録となっており、重複検査の防止は、問診に頼っている。</p> |
| 4.16.2.2 | 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている | <p>○貸出し・閲覧規程・貸出し期限を遵守させる仕組みがない。</p> <p>○診療録の貸し出し・返却のチェックがされておらず、アリバイ管理が全くされていない。</p> |
| 4.16.2.3 | 合理的な保管方法が採用されている | <p>○入院診療録の保管は、患者のID番号に基づく体制ではない(退院順に保管、退院年月別にID番号順に保管、退院年ごとに五十音順で保管、入院ごとの管理番号、など)。</p> <p>○外来診療録の保管は、患者のID番号に基づく体制ではない(五十音順、1312方式、ID番号の前に姓の頭文字(アイウエオ)を付けてアイウエオ順で月毎(年毎)に保管、など)。</p> |
| 4.16.3 | 診療情報が適切に管理され活用されている | |
| 4.16.3.1 | 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている | <p>○退院時サマリートの2週間以内の作成率が低い。また、100%にするための仕組みがない。</p> <p>○退院時サマリーが外来診療録に添付されていない。(精神・療養)</p> <p>○サマリートの様式は医師毎に異なり、判読困難なもの、転帰の記載がないもの、作成者の署名がないものなどが見受けられる。</p> <p>○退院サマリーに病歴・検査成績・臨床経過などの情報が網羅されておらず、簡略すぎる。</p> |
| 4.16.3.2 | 診断名・手術名がコード化され検索可能となっている | ○診断名のコード化・手術名のコード化が行われていない。したがって特定条件に該当する診療録の検索は出来ない。 |

| | | |
|----------|--------------------------|---|
| 4.16.3.3 | 統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立てている | ○コンピュータ入力された診療情報の検索は、医師の依頼に個々に対応しているが、組織的な検討のうえでの診療上の資料は作成されていない。 |
|----------|--------------------------|---|

第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.3 患者に関する情報の収集と伝達

| | | |
|---------|---------------------|--|
| 5.3.2 | 患者に関する情報が確実に伝達されている | |
| 5.3.2.1 | 確実な指示出し・指示受けの手順がある | <p>○オーダーリングでの帳票が医師の指示書として活用され、診療録の指示書に記載されていない。</p> <p>○ルーチン検査については指示箋には記載されていなく、約束事で看護師が10日毎に実施している。</p> <p>○内服薬・注射薬の指示受けの署名がない。</p> <p>○電子カルテにおいて、看護師の指示受けの仕組み・記録がない。</p> <p>○注射の指示に関してはワークシートにサインしているが、事後に破棄されるので指示受けの記録が残らない。</p> <p>○ワークシートとしての確認記録表に指示受けの記入欄がないため誰が受けたのか確認ができない。</p> <p>○処方箋に看護師が転記し、医師の確認がされていない。</p> <p>○出された指示は指示箋に看護師が記載し、医師の名前も記載している。</p> <p>○医師の指示はクランクにより代行入力（時間外には看護師による転記）が行われているが、入力後・転記後の医師の確認がなく代行入力をもとに指示が実施されている。</p> <p>○口頭指示の場合は、指示簿に鉛筆で記入し、後で医師が確認・記入後消去されている。</p> <p>○口頭指示・臨時の指示は慣例により行われ</p> |

| | | |
|---------|-----------------------------|---|
| | | ており、その手順は明文化されていない。 ○薬剤の指示はオーダーリングで行っているが、1文字検索となっている。 |
| 5.3.2.2 | 受けた指示を確実に実施する仕組みがある | ○注射の実施において実施サインの漏れが散見された。 ○深夜、日勤、準夜とサインの欄はあるが、どれを誰が実施したのか分からない。 ○1日まとめて実施サインをしている。また、一つ一つの注射等に実施サインがない。 ○投薬の実施前に実施済みの入力を行っていた。 ○内服指示が担当看護師を通さずに行われているため、看護師が関与しておらず、与薬についての看護師の実施記録、実施サインがない。 |
| 5.3.2.3 | 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している | ○指示実施記録はあるが、指示を医師が確認する仕組みが作られていない。 ○指示が実施されたかどうかを医師自身が確認した記録が診療録では確認できない。 ○口頭指示の際、最終的に医師が確認していない。 |

5.5 ケアの実施（各論の流れ）

| | | |
|---------|---------------------------------|--|
| 5.5.3 | 適切な評価と計画を経て、投薬・注射は確実・安全に実施されている | |
| 5.5.3.1 | 患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている | ○服薬指導は実施されていない。 |
| 5.5.3.2 | 病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている | ○注射薬の調製・混合場所は空調の直下で狭く清潔が保てない。 ○全ての薬剤の調製・混合を看護師が行っている。また、注射薬の調製・混合に関する情報提供もない。 ○薬剤師による抗がん剤の調製・混合の実施率が低い（医師・看護師が実施している）。 ○抗がん剤の調製・混合は担当医が病棟のミ |

| | | |
|---------|-------------------------|---|
| | | キシング台など安全キャビネットなどのない環境下で、十分な防護もせずに行っている。 |
| 5.5.3.3 | 確実・安全な処方が実施されている | <p>○定期処方では複数回の処方が1枚の用紙に追記する形で運用されており、用紙内に薬剤名はあるものの、追記分については処方番号での記載となっている。</p> <p>○初回の注射指示に期間が記載されていない。記載がなければ10日分という院内約束である。</p> <p>○看護師により転記されており、医師による確認がない。</p> <p>○注射指示において、薬品名、用量、投与期間等の省略されたものが多くみられた。</p> <p>○電子処方であるが、1文字入力でも薬剤一覧の表示が可能であり、誤処方の危険性が高い。</p> |
| 5.5.3.4 | 確実・安全な投薬が実施されている | <p>○投与後の確認の記載が見られない。</p> <p>○過量投与で重大な合併症の起こる可能性のあるドーパミンなどの循環作動薬持続投与時の観察手順が作成されていない。</p> <p>○実施前に実施済みのサインがある投薬が見られ、患者の状況を適切に評価して投薬されていない。</p> |
| 5.5.8 | 安全確保のための身体抑制が適切に行われている | |
| 5.5.8.1 | 安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である | <p>○身体抑制の適用基準が整備されていない。</p> <p>○適用基準が明確ではなく、早期解除へ努力を払うことの明文化もされていない。</p> <p>○医師の指示について明確に記載されていない。</p> |
| 5.5.8.2 | 身体抑制を実施する際の手順が明確である | <p>○医師の指示が記載されていない。(身体抑制の同意書を指示書の代行にしている、アセスメントシートが指示簿を兼ねている、経過観察のチェックリストに患者名、月日、医師サインを記載していることを指示とみなしている など)</p> <p>○身体抑制の指示は医師が実施しているが、</p> |

| | | |
|---------|---------------------------------|---|
| | | <p>具体的内容が指示されておらず、抑制方法は看護師の判断で実施されている。</p> <p>○抑制期間の明示規程がないため抑制期間が書いていない。2ヶ月近い抑制患者がおり、長期化している患者が多い。</p> |
| 5.5.8.3 | 身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている | <p>○抑制方法に関する具体的な説明が乏しく、同意の署名は得られていない。</p> <p>○具体的な抑制方法が説明されていない画一的な同意書が使用されている。</p> <p>○身体抑制について口頭説明し同意を得ているとのことであるが、同意書がとられておらず、同意を得た記録も確認できなかった。</p> <p>○入院時、全員に同意書がとられている。したがって同意書には抑制開始日や予定期間は記載されていない。</p> |
| 5.5.8.4 | 身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している | <p>○抑制期間中の診療録に身体抑制に関する医師の観察・評価の記録はほとんど記載されていない。</p> <p>○医師が診察し身体抑制の必要性を検討するまでに至っていない。したがって解除への努力に関する記録もない。</p> |

5.6 ケアプロセスにおける感染対策

| | | |
|---------|-------------------------------|---|
| 5.6.1 | 病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している | |
| 5.6.1.1 | 正しく手洗いがなされている | ○速乾式手指消毒剤が設置されているが患者と接した後の手洗いをしていない職員が見受けられた。 |
| 5.6.1.2 | 手袋・防護具・ガウンを適切に着用している | <p>○一次洗浄の際、処置用エプロンを着用し処理をし、防護衣は使用されていない。また使用された処置用エプロンが清潔リネン庫に置かれている。</p> <p>○採血業務における手袋の装着は徹底されていない。</p> |
| 5.6.1.3 | 感染経路別予防策に基づい | ○麻疹・インフルエンザ患者を診る場合の手 |

| | | |
|---------|--------------------------|--|
| | たバリアプリコーション（隔離方法）を実施している | 順は病院として用意されていない。 |
| 5.6.1.4 | 抗菌薬を適正に使用している | ○抗菌剤の使用指針が作成されていない。また、抗菌剤の使用状況も把握されていない。（精神） |

5.7 診療・看護の記録

| | | |
|---------|--------------------------------------|--|
| 5.7.1 | 診療・看護の記録が適切になされている | |
| 5.7.1.1 | 診療録の記載が適切である | ○記載内容が判読しにくい診療録が見られる。 ○入院時所見、精神的・社会的アセスメントが記載されていない診療録があり、また記載が乱筆である。 ○診療録に記載者の署名がない。 |
| 5.7.1.2 | 看護記録の記載が適切である | ○看護記録全般の記録基準は作成されていない。また、看護・介護計画と乖離した経時記録となっている。（療養） |
| 5.7.1.3 | 同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている | ○リハビリ訓練記録、服薬指導が診療録にファイルされていない。 |
| 5.7.1.4 | 診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる | ○リハビリ訓練記録と服薬指導記録は入院中、別保管であり、当日の状況が容易に参照しにくい。 ○看護記録、フローシート、ワークシート、リハビリ訓練記録、褥瘡記録等はそれぞれ別冊で運用されている。 ○転科毎の診療録の作成、リハビリ記録の分冊、診療録の綴じ方など患者情報が得にくい、共有しにくい状況であった。 |
| 5.7.1.5 | 記載された診療録・看護記録が評価されている | ○医師の診療録の監査体制がない。院長が適宜チェックするとのことであるが、評価はフィードバックされていない。 ○看護記録の評価者は決められておらず、記録の監査は行われていない。 |

5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理

| | | |
|---------|---------------------|---|
| 5.8.1 | 病棟が安全で快適に保たれている | |
| 5.8.1.1 | 病棟が安全で清潔に保たれている | <p>○感染性の使用済みリネンを表示のない容器に入れて清潔なリネン庫に置いてある。</p> <p>○ナースステーション内の一角にある流し場にて使用済みの器械の一次洗浄を行っている。</p> |
| 5.8.1.2 | 廃棄物の処理が適切である | <p>○感染性廃棄物容器の置き場所が適切でない(注射の調製・混合台の下、各病室に配置 など)。</p> <p>○感染性廃棄物の一時保管場所が適切でない(人の出入りするトイレの中、デイルーム、清潔な機材置き場 など)。</p> <p>○廃棄物容器にハサミが設置され、使用済み輸液ルートの針とチューブを切断している。</p> <p>○赤のバイオハザードマークの容器に本来黄色である針などが廃棄されていた。</p> <p>○感染性廃棄物の容器にバイオハザードマークの貼付がされていない容器が見られた。</p> <p>○感染性の廃棄物と非感染性の廃棄物容器の両方にバイオハザードマークが貼付され分別が明確になっていない。</p> <p>○感染性廃棄物は非感染性廃棄物容器を使い「非」の文字を消して使用している。バイオハザードマークもなく不適切である。</p> <p>○素手で廃棄物の詰め替えを廊下で行うなど不適切な状況が見られた。</p> <p>○注射針収納缶からの移し変えが見られる。</p> <p>○感染性廃棄物容器に入れる際、トング(ヒバシ)で押し込んでいる。</p> <p>○核医学検査後のオムツが汚物処理室に保管されるようになっている。</p> |
| 5.8.2 | 病棟における薬剤・機器が管理されている | |
| 5.8.2.1 | 薬剤が適切に管理されている | ○定数や劇薬区分など薬剤管理が不十分であ |

| | | |
|---------|--------------------------|--|
| | る | <p>る。</p> <p>○薬剤保管庫は薬剤師が管理しているが、使用時に伝票の発行やメモもしないため、薬剤の使用状況が把握されていない。無くなっていく分だけ補充しているので、紛失チェック体制もない。</p> <p>○冷蔵庫の薬品は食品と一緒に保管されている。</p> |
| 5.8.2.2 | 麻薬・向精神薬が適切に管理されている | <p>○麻薬保管庫の鍵が引出しに保管されている。</p> <p>○病棟の麻薬保管庫はダイヤル数字合わせで開閉され、すべての看護師が数字を知っている。鍵もあるが使用されていない。</p> <p>○麻薬保管庫は固定されておらず、容易に動かせる。</p> <p>○麻薬の管理に関しては、看護師が月1回チェックするのみで、薬剤師の関与がほとんどない。</p> <p>○麻薬と向精神薬が同じ保管庫に保管されている。</p> <p>○麻薬保管庫内に麻薬とともに患者の預かり金が保管されている。</p> |
| 5.8.2.3 | 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている | <p>○注射薬の劇薬と他の薬剤の区別がなされていない。</p> <p>○ハイリスク薬である「アンプル型高濃度カリウム製剤」の定数配置が見受けられた。</p> <p>○毒薬は施錠管理されているが、その鍵が机の引き出しに入れてある。</p> <p>○ハイリスク薬剤についての注意喚起や保管上の区別がない。</p> <p>○鉛筆立てにインシュリンが置かれていた。</p> |
| 5.8.2.4 | 医療機器が適切に維持・管理されている | <p>○除細動器が設置されているが、2年間点検されていない。</p> <p>○病棟にある小型のオートクレーブの保守点検の記録がなかった。</p> |

第 6 領域 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理

| | | |
|---------|--------------------------|--|
| 6.1.3 | 職員の人事考課が適切に行われている | |
| 6.1.3.1 | 人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている | <p>○人事考課が導入されておらず、合理的な評価はされていない。</p> <p>○職員に対する合理的な人事考課基準がない。</p> <p>○考課規程が作成されたところであるが、医師に関する規程がない。</p> |
| 6.1.3.2 | 人事考課が有効に活用されている | <p>○人事考課が導入されていないため、活用されていない。</p> <p>○人事考課の結果は本人に知らされず、資質の向上に役立てられていない。</p> |
| 6.1.3.3 | 考課者の教育が行われている | ○考課者訓練は行われていない。 |
| 6.1.4 | 職員の労働安全衛生に取り組まれている | |
| 6.1.4.1 | 衛生委員会が設置され、産業医が選任されている | <p>○労働安全衛生法に定める衛生委員会が設けられていない。</p> <p>○届出られている産業医や衛生管理者はすでに退職しており、新たな選出と届出が行われていない。</p> <p>○委員会の構成メンバーに一般職員の代表者が含まれていない。</p> <p>○衛生委員会の開催が年 1 回であり、法定要件を満たしていない。</p> |
| 6.1.4.2 | 定期的な職員の健康診断が行われている | <p>○医師の健康診断受診率が低い。</p> <p>○電離放射線に係る健康診断の届出が年 1 回しか行われていない。</p> |
| 6.1.4.3 | 職員の事故などの防止対策を実施している | ○放射線科技師の放射線被爆検査で、フィルムバッチの複数人使用がある。 |
| 6.1.4.4 | 職員の事故への対応がなされている | — |

| | | |
|---------|------------------|---|
| 6.1.4.5 | 職員の精神的なサポート体制がある | — |
|---------|------------------|---|

6.3 施設・設備管理

| | | |
|---------|----------------------------------|--|
| 6.3.1 | 施設・設備の管理体制が確立している | |
| 6.3.1.1 | 施設・設備の管理責任者がいる | — |
| 6.3.1.2 | 施設・設備の年次保守計画が立てられ、保守管理が適切に行われている | — |
| 6.3.1.3 | 施設・設備の運営マニュアルが整備されている | — |
| 6.3.1.4 | 給水および空調設備の保守管理が適切に行われている | ○給水の法的定期点検は実施され、高架槽の防虫網を修理するよう指摘されたが、修理されないまま、今年も指摘を受けた。今年の修理済の記録もない。 |
| 6.3.4 | 廃棄物の処理が適切に行われている | |
| 6.3.4.1 | 廃棄物処理の管理責任者がいる | ○保管場所の表示は60cm未満である。 ○感染性廃棄物の表示は最終保管場所の中であり、入り口に表示がない。 ○感染性廃棄物の保管場所に管理責任者の表示が適切にされていない。 ○感染性廃棄物の処理規程がない。 |
| 6.3.4.2 | 廃棄物の分別・梱包・表示が適切である | ○点滴の回路を切断し、針や血液付着部分は感染性として廃棄しているが、その他は一般産業廃棄物として取り扱っている。 ○病棟と外来化学療法室の調製・混合台の下に、感染性廃棄物の入った容器が置かれている。 ○感染性廃棄物の一時保管場所が適切でない（患者が自由に出入りできるトイレや汚物処理室、通路 など）。 ○鋭利でない感染性廃棄物を市販の頑強でない一般ビニール袋に投棄し、密閉せずに手で |

| | | |
|---------|----------------|---|
| | | <p>運んでいる。</p> <p>○感染性廃棄物の保管容器にバイオハザードマークのついていないものがある。</p> <p>○感染性廃棄物の回収容器の移し替えが行われている。</p> <p>○廃棄物処理マニュアルの規定の一部に不備があり、RI 検査後のおむつが一般のおむつと同様に処理されている。</p> |
| 6.3.4.3 | 廃棄物の保管状況が適切である | <p>○最終保管場所に感染性廃棄物と新しい保管ボックス、一般廃棄物が混在して保管されている。</p> <p>○感染性廃棄物の最終保管場所に雨水が流れ込む状況である。</p> <p>○特別管理産業廃棄物の保管倉庫は施錠されていない。</p> <p>○感染性廃棄物の保管場所は金網で仕切られており防鼠対策に問題がある。</p> <p>○一般産業廃棄物の一部が野ざらしの状態で管理されている。</p> |
| 6.3.4.4 | 廃棄物の処理過程が適切である | <p>○廃棄物を敷地内の最終的な保管場所で詰め替えを行う旨の規程が設けられ、詰め替え処理が行われている。</p> <p>○院内の感染性廃棄物の分別・搬出および保管等の処理計画は組織的に認識されていない。</p> |

16.3 評点5の事例（抜粋）

訪問審査を行ったサーベイヤークチームの合議において、地域での役割・機能・病床規模・開設者の性格等を勘案した上で、当該項目に関する活動状況が大変優れており、他の模範になると判断された事例の一部を紹介する。なお、以下の所見は、当該病院の許諾を得て最終結果報告書から抜粋した。

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--|--|
| 1.1.1 | 理念および基本方針が確立されている | 県民に対する「時間と場所を選ばない安心で満足できる医療の提供」を理念とし、基本方針を「患者中心主義」をはじめとする3本の柱で構成、さらにこれらを具体的な行動指針として展開している。理念・基本方針は病院職員の意見を集めて平成13年に作成されたものであるが、毎年度当初の管理者会議で見直しの必要性を検討するとともに周知徹底を確認している。理念・基本方針の内容が日常の職員の具体的な行動の指針として明確なメッセージとなっており、理念・基本方針のあるべき姿としてのモデルの一つとなり得るもので高く評価したい。 |
| 1.1.1.1 | 理念および基本方針が明文化されている | |
| 1.1.1.2 | 基本方針は病院運営上の目標を明確にして策定されている | |
| 1.1.1.3 | 理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることがらが文言に表されている | |
| 1.1.1.4 | 基本方針は定期的に見直されている | |

1.5 情報管理機能の整備と活用

■一般病院（20-99床）

■新規受審

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 1.5.1 | 情報管理機能が整備されている | 情報管理機能は適切に整備されており、他の病院のモデルとなるに相応しい高いレベルにある。 |
| 1.5.1.1 | 情報を管理する部署または担当者がある | 医療情報部門が独立し副院長が責任者を兼務している。管理するサーバー室のセキュリティ装置、不燃ガス発生装置による消火設備、無停電装置、空調からの水漏れ防止装置など完全な体制がある。 |
| 1.5.1.2 | 患者の個人情報の守秘を確実にする方法がとられている | インターネットと電子カルテシステムは完全に独立している。パスワードは3ヶ月に1回の変更を義務付け変更しない場合はアクセス不可となる仕組みがあり、情報のダウンロードはハード的にもソフト的にも不可能になっている。外部からの問合せに対応する「本人確認要項」が整備され周知されている。 |

1.7 職員の教育・研修

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-------------------------------------|---|
| 1.7.1 | 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている | 職員数は委託を含めると2,000人を超えるため、集合研修の困難さを解消するために、e-Learningの取り組みをすすめている。数多くの講座を1,000名を超える職員が終了するなど、各講座の履修率も高い。「第5回日本e-Learning大賞」において、厚生労働大臣賞を受賞するなど、院内の教育・研修の取り組みは高く評価できる。 |
| 1.7.1.1 | 全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部署が定められている | 職員教育・研修委員会が担当している。 |

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 1.7.1.2 | 全職員を対象とした教育・研修計画が立てられている | 年次計画に基づき行われている。 |
| 1.7.1.3 | 必要性の高い課題について教育・研修が実施されている | 平成 19 年度には、接遇、医療安全管理、感染管理、災害対策などの研修が「e-Learning」で 39 講座開催された。履修率 50%台が 12 講座、60%台が 15 講座、70%以上が 7 講座あり、全体で 50%を超える講座が 34 講座あった。平成 20 年度も現在までに 30 講座が開講され、既に履修率 70%を超える講座が 24 講座ある。 |
| 1.7.1.4 | 院内の教育・研修の結果が評価されている | アンケートや感想文をその都度求めている。各自の研修参加状況、学習時間、学習率などの進捗状況や部門・部署別の学習参加状況なども把握され、評価している。各部署には育成管理者が置かれている。 |

■一般+療養病院（100-199 床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-------------------------------|--|
| 1.7.2 | 院外の教育・研修の機会が活用されている | 院外の学会・教育・研修会への参加が積極的に奨励され、参加後は伝達講習を含め教育・研修内容の共有が行われる体制が構築されている。 |
| 1.7.2.1 | 各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている | 各職種の外部の学会・教育・研修活動に対し、財団全体で積極的に支援している。各部門では毎年、全国学会などで 100 演題以上の発表に取り組み、海外の国際学会でも毎年演題発表を行っている。特に、学会参加にかかる費用については、国際学会参加も含め、費用全額を財団で負担し全面的に支援するなど教育・研修の支援体制が充実している。 |

1.8 医療サービスの改善活動

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|-----------------------|--|
| 1.8.1 | 医療サービスの改善活動が適切に行われている | 患者サービス向上委員会が設置され、40 以上ある QC サークルの活動を中心に問題点や課 |
|-------|-----------------------|--|

| | | |
|---------|------------------------------|---|
| | | 題の克服に取り組んでいる。改善効果の評価や改善成果の発表も行い、職員の業務に取り組む意欲の向上に努めている。院長以下幹部職員が積極的に取り組まれており、高く評価できる。 |
| 1.8.1.1 | 医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある | 病院として改善の基本方針「医療の質の改善・業務の効率化・ホストサイド」の下に、患者サービス向上委員会や QC サークルが活動している。各部署間での問題点や課題を改善テーマとして取り組み、改善結果の評価を行うなど組織的に取り組む体制が整備されている。 |
| 1.8.1.2 | 継続的な活動により医療サービスが改善されている | 改善事項として、待ち時間短縮化や待ち時間の苦痛の改善のための「待ち時間表示システム」の開発「退院時の薬剤管理指導の指導件数の向上、地域連携クリニカルパス逸脱率の改善などの事例が見られた。 |
| 1.8.1.3 | 改善の成果を評価して見直しが行われている | 毎年改善成果の見直しや評価がされており、各部署より 40 件に余る改善テーマが委員会で検討され発表されている。発表会には 400 余人が参加されている。優秀な改善テーマは、法人全体の発表会への参加や全国大会への参加を奨励するなど、職員の業務改善に対する意欲の向上に院長・幹部職員が積極的に取り組まれている。 |

■精神科病院（200-399 床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-----------------------|--|
| 1.8.1 | 医療サービスの改善活動が適切に行われている | 抗精神病薬最適化の試みを医師同士はもとよりチーム医療で進め、患者の社会参加・復帰、QOL の向上に組織的に取り組み成果を上げている。平成 4 年から取り組んでおり、精神科医療の質向上への取り組みは高く評価される。 |
| 1.8.1.1 | 医療サービスの質の評価・改 | 単剤化を進める中で、コンプライアンスから |

| | | |
|---------|-------------------------|--|
| | 善に組織的に取り組む体制がある | アドヒアランスを意識して、再発の少ない精神科医療に積極的・組織的に取り組んでいる。 |
| 1.8.1.2 | 継続的な活動により医療サービスが改善されている | メタボリックシンドロームの心理教育的介入・栄養サポートチームとの連携、さらに競技スポーツ・フットサルなどで、医療サービスの効果を上げている。 |

1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------------------|--|
| 1.9.1 | 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある | 城南地域の中核病院として、地域の医療機関との緊密な連携を運営理念の一つに掲げ、地域医療連携室を中心に病院上げて地域連携に取り組んでおり、紹介率も地域連携支援病院の施設基準に達する状況になった。当該病院の運営協議会や病診連携連絡会などを通じて1,700余の医療機関と緊密な連携を取りその実績を上げている取り組みは非常に優れており、特に高く評価したい。 |
| 1.9.1.1 | 地域における連携を図るための部署または担当者がある | 地域医療連携室が設置され、活発な連携活動を展開している。 |
| 1.9.1.2 | 地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている | 38の協定病院、1,700余の連携医療機関を擁し、それぞれの機能情報は把握され、連携室のデータベースで随時参照できる。また、連携医療機関のマップも掲示され利用者の便宜が図られている。 |
| 1.9.1.3 | 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている | 地域医師会や医療機関が参加する病院運営協議会を設置し地域医療機関との連携を深めているほか「えばら連携だより」を隔月発行し、診療機能情報の提供を積極的に行っている。 |

■一般+療養病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------------------|--|
| 1.9.1 | 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある | 地域における総合的な医療ネットワークを構築することを基本方針に定め、地域で率先して実践されている。地域医療支援室に地域連携の担当責任者を配置し、地域の保健・医療・福祉施設の状況や機能を把握し、自院の診療機能をきめ細かく情報提供するなど、地域の各施設との連携を促進する仕組みは、極めて適切と評価された。 |
| 1.9.1.1 | 地域における連携を図るための部署または担当者がある | |
| 1.9.1.2 | 地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている | |
| 1.9.1.3 | 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている | |

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------------------|--|
| 1.9.1 | 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある | 地域医療支援病院として地域医療連携室の設置し、紹介患者受け入れ体制の充実に取り組みされている。広報誌・ホームページによる自院の診療情報の提供、連携医療機関の診療内容の把握、症例検討会の開催など地域医療連携に積極的に取り組まれており、高く評価できる。 |
| 1.9.1.1 | 地域における連携を図るための部署または担当者がある | 地域医療連携室が設置され担当者が配置され、随時連携先を訪問するなど活発な活動が行われている。 |
| 1.9.1.2 | 地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている | 地域の医療機関、共同診療登録医療機関、介護老人保健施設、介護老人施設と連携し施設の状況や医療機関の診療内容について把握されている。 |
| 1.9.1.3 | 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている | 地域の医療連携機関には情報誌「ねっとわーく」を毎月発行している。地域支援病院として自院の診療情報・検査機能情報・共同医療 |

| | | |
|--|--|--|
| | | 機器使用情報等の提供を行っている。また地域医療協議会への出席や自院で開催する症例検討会や連携医療機関の従業員に対する生涯教育研修会も積極的に行われている。紹介患者受け入れ体制の充実（24 時間医療連携登録制度）も図られ、情報の一元管理・地域連携パスの推進など積極的に行われている。 |
|--|--|--|

1.10 地域に開かれた病院

■一般病院（500 床以上） 単独型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|-----------------------|--|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 健康をテーマとした「赤十字県民大学」を 20 年前から開催しているなど、地域住民の健康増進や啓蒙のための活動を長年にわたり積極的に展開しており、ボランティア活動にも熱心である。病院の社会的使命を果たそうという姿勢および実績は高く評価できる。 |
| 1.10.1.1 | 地域の健康増進に寄与する活動が行われている | 病院主催の「赤十字県民大学」は、毎年 200 人以上の受講生が応募し、毎月 1 回院内で医師や病院職員を講師として開催されている。講演テーマの選択は勿論、出席率の良好なものには修了証を渡すなど、種々工夫がされている。また眼の愛護デーや発声訓練教室への講師派遣など、地域に密着した支援活動が進められている。 |
| 1.10.1.2 | ボランティアを受け入れている | インフォメーション、車椅子・ストレッチャーの介助、患者向け図書管理、衛生材料づくり、傾聴（話し相手）、年 4 回の院内コンサートなど、各種のボランティアが受け入れられている。 |

■一般病院（500 床以上） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|------------------|----------------------|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 地域住民を対象とした健康教室、自治体行事 |
|--------|------------------|----------------------|

| | | |
|----------|-----------------------|---|
| | でいる | への協力、その他多彩な活動が行われているが、特に地域福祉活動推進事業計画に基づく活動、ボランティアによる活発な患者支援活動、また地域医療支援病院としての地域活動への展開などが行われており、それらの活動は地域に開かれた病院として高く評価される。 |
| 1.10.1.1 | 地域の健康増進に寄与する活動が行われている | 健康教室・講習会・健診・公共団体行事への協力など多彩な活動がなされているが、特に日赤愛知県支部承認の「地域福祉活動推進事業計画」に基づく活動が活発に展開されている。 |
| 1.10.1.2 | ボランティアを受け入れている | 医療社会事業部社会課が所掌し、6つのボランティア団体と個人ボランティア約300名が登録され、関係規程により活動している。その状況は活動報告・社会課業務月報に記録され、創立記念日に日赤表彰・病院長表彰を授与されている。 |

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|--------|------------------|---|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 「こうのつりのゆりかご」を設置し、24時間無料電話相談を実施しているほか、毎月開催している健康教室や講演会等への講師の派遣も積極的に行っている。また、ボランティアの受け入れも積極的に行い、地域活動への取り組みは高く評価できる。 |
|--------|------------------|---|

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|--------|------------------|---|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | ボランティアの受け入れや育成にも熱心に取り組んでいる。また地域の健康増進・啓発活動に積極的である。特に、禁煙活動は定期的に禁煙講座を開催するほか、小・中・高校生に対する禁煙教育は高い成果を上げており、学校から多大な感謝と信頼を得て |
|--------|------------------|---|

| | | |
|--|--|-------------|
| | | おり、高く評価できる。 |
|--|--|-------------|

■精神科病院（100-199 床）

■更新受審

| | | |
|----------|------------------|--|
| 1. 10. 1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 夜空に舞う花火、地域住民の太鼓や踊り、患者・職員共同による夜店などに地域住民が参加する「公徳会夏祭り」が 26 年間継続され、南陽市の夏の風物詩にもなっている。また、「環境整備委員会」を中心に、地域の資源リサイクル、月 2 回職員総出の早朝清掃活動、施設周辺を植栽で彩る「花いっぱいコンテスト」、「健康を楽しむ会」によるエアロビクス教室・ミニコンサート、健康講演会の開催など、地域を愛し、地域に根ざす「公徳会」の心が凝縮されたもので高く評価される。 |
|----------|------------------|--|

■一般病院（20-99 床）

■更新受審

| | | |
|----------|------------------|--|
| 1. 10. 1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 医師およびケアナースにより積極的な取り組みが行われており適切である。なお、貴院のボランティアの受け入れに関して、地域住民によって自主的に組織されたボランティアの会員制の「愛和病院緩和ケア病棟ボランティアの会」が定期的な礼拝やお茶の会のほかに音楽会・アニマルセラピー・映写会などを随時開催し、入院患者に対するいやしの機会を提供している点は高く評価できる。 |
|----------|------------------|--|

■一般病院（100-199 床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|------------------|---|
| 1. 10. 1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 地域医療を支えるために、地域医療懇談会、出前講演、訪問診療、地域での褥瘡対策研修会、地域 NST、医大生の地域医療研修の受け入れ、そらまめ教室チームなどさまざまな取り組みが行われている。その積極性や努力は他の病院の模範となるものであり、各スタッフ |
|----------|------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | の意欲を高く評価したい。病院としてのボランティア活動支援にも積極的であり、ボランティアの方々の協力も評価したい。 |
|--|--|--|

■一般病院（500床以上） 協力型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|----------|-----------------------|---|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 通常のセミナー等の開催にとどまらず、国内におけるハンセン病専門医療者の育成のための地域を超えた取り組みは際立っており高く評価できるのでここで評価した。 |
| 1.10.1.1 | 地域の健康増進に寄与する活動が行われている | 県下だけでなく広くハンセン病の啓発講演会・セミナー活動などに止まらず、医師、看護師、その他の医療職等に対するハンセン病専門職員の育成、研修活動など極めて積極的である。 |
| 1.10.1.2 | ボランティアを受け入れている | 多くの実績を有する。 |

■精神科病院（200-399床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|------------------|---|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 競技スポーツを通して、患者のQOLの向上と社会参加・復帰のため地域の保健・医療・福祉に取り組まれている。平成19年のフットサル大会は日本初の精神障害者の大会であり、スポーツ精神医学の成果を示すものである。平成4年から7年の実績があり、単剤化への取り組みやNST活動とも連携した優れた活動である。 |
|--------|------------------|---|

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|------------------|---|
| 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | 地域住民や患者対象の各種教室や公開講座を活発に開催し、さらに、開業医・医療従事者向けの公開講座も行うなど、地域活動に積極的に取り組んでいる。また、ボランティアの会が長年に渡って様々な活動を行っている |
|--------|------------------|---|

| | | |
|----------|-----------------------|---|
| | | る。これらの諸活動は他の模範となるものであり、極めて高く評価できる。 |
| 1.10.1.1 | 地域の健康増進に寄与する活動が行われている | 地域住民・患者を対象とした両親教室、腎臓病教室、糖尿病教室、禁煙教室等を、病院内で毎月1～3回開催しており、一般市民向け公開講座を近隣のホールなどで2か月に一度開催している。その他、地域の開業医や一般医療従事者向けの公開講座として、乳腺、手の外科、脳卒中、婦人科、CPCを毎月1～4回開催している。 |
| 1.10.1.2 | ボランティアを受け入れている | ボランティアの会「ライラック」が平成8年より活動しており、現在46名が参加している。外来案内、病棟、園芸、病児保育、病棟巡回図書サービス、患者さん情報室（図書室）への常駐など、16項目の活動を行っている。 |

第2領域 患者の権利と安全確保の体制

2.1 患者の権利と医療者の倫理

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------------|--|
| 2.1.3 | 臨床における倫理に関する方針が明確である | 公開倫理委員会や臨床倫理検討会といった院内外での活動のほか、職員向けの5日間にわたる教育講演、さらには入院診療における「倫理4分割法」の応用など特筆すべき取り組みがあり高く評価したい。 |
| 2.1.3.1 | 臨床における倫理について組織的に検討している | DNAR や終末期医療（濃厚診療の是非）等の課題を特定し、倫理委員会にて組織的に検討が行われている。 |
| 2.1.3.2 | 臨床における倫理に関する方針が明文化されている | 臨床倫理指針が明文化されている。 |
| 2.1.3.3 | 臨床における倫理に関する方針が周知されている | 職員ハンドブックへの記載の他、職員オリエンテーション等での周知も確実に行われている。 |
| 2.1.3.4 | 臨床における倫理に関する教育・研修が行われている | 公開倫理委員会や臨床倫理検討会といった院内外での活動のほか、職員向けの5日間にわたる教育講演、さらには入院診療における「倫理4分割法」の応用など特筆すべき取組がある。 |

■一般+精神科病院（500床以上） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------|--|
| 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | 治験には熱心に取り組み、規程の整備をはじめ他の模範となる活動は高く評価できる。 |
| 2.1.4.1 | 治験に関する委員会が機能している | 治験審査委員会が中心となり検討され、治験管理センター運営委員会が活動されている。 |
| 2.1.4.2 | 治験に関する規定が遵守されている | 第1相治験などに取り組み、遵守されている。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|----------------|----------------------|
| 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | 治験を管理する独立の部署があり、『治験管 |
|-------|----------------|----------------------|

| | | |
|---------|--------------------|--|
| | る | 理室運営規程』に基づいて運営されており、実績も多く積み上げている。治験における倫理問題に、組織的に適切に対応しており、高く評価できるとともに、他の見本になる。 |
| 2.1.4.1 | 治験に関する委員会が機能している | |
| 2.1.4.2 | 治験に関する規定が遵守されている | |
| 2.1.5 | 臨床研究に関する倫理が明確である | 臨床研究センターを設置しており、臨床研究計画の倫理審査を含め、『臨床研究センター運営規定』に基づいて組織的な体制が確立していて、数多くの実績をあげており、臨床研究における倫理への対応は、高く評価できると共に、他の見本になる。 |
| 2.1.5.1 | 臨床研究に関する委員会が機能している | |
| 2.1.5.2 | 臨床研究に関する規定が遵守されている | |

■一般病院（100-199床）

■更新受審

| | | |
|---------|------------------|--|
| 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | 病院長が治験に積極的であるとともに、倫理を重視した治験の手順が確立しており、実績が多く、高く評価できる。 |
| 2.1.4.1 | 治験に関する委員会が機能している | 法律の専門家および外部委員も含んだ治験審査委員会での厳格な審査記録が残されている。 |
| 2.1.4.2 | 治験に関する規定が遵守されている | 治験に関する手順が明文化されており、実施実績も多い。 |

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|----------------|---|
| 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | 教育機関でない一般病院としては異例の数多くの治験がなされており、その中にはPHASE 2、3も少なからず含まれている。他病院の模範となるべき方針が明確であり、高く |
|-------|----------------|---|

| | | |
|---------|--------------------|---|
| | | 評価したい。 |
| 2.1.4.1 | 治験に関する委員会が機能している | きわめて活発な治験委員会がGCPに則った活動を行っている。 |
| 2.1.4.2 | 治験に関する規定が遵守されている | 適切な内容の規程が遵守されている。 |
| 2.1.5 | 臨床研究に関する倫理が明確である | 医師のみでなくコ・メディカルも海外での学会発表を行い、その費用は病院が負担している。また人事考課にも取り入れるなど、教育病院以外の病院では類を見ない活発な活動がなされていて、高く評価したい。 |
| 2.1.5.1 | 臨床研究に関する委員会が機能している | 治験委員会と倫理委員会が協調してうまく機能している。 |
| 2.1.5.2 | 臨床研究に関する規定が遵守されている | 適切な内容の規程が遵守されている。 |

■一般病院（100-199床）

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------|---|
| 2.1.5 | 臨床研究に関する倫理が明確である | 臨床研究に関する規程が明確に明文化され、臨床研究委員会により審査され実施されている。医師、看護師により臨床をテーマにした研究が行われ、学会発表も行われている。病院の規模を考慮に入れると、臨床研究に取り組む姿勢は高く評価される。 |
| 2.1.5.1 | 臨床研究に関する委員会が機能している | |
| 2.1.5.2 | 臨床研究に関する規定が遵守されている | |

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

■一般病院（500床以上）

■新規受審

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 2.2.1 | 患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある | 入所者参加の行事が数多く実践され、パートナーシップ強化に対する取り組みは高く評価できる。 |
| 2.2.1.1 | 患者－医療者のパートナーシ | 従来より個々の活動を通して示されてきた |

| | | |
|---------|----------------------------------|--|
| | ップを強化する方針が明確である | 方針が「入所者－医療者のパートナーシップを強化する方針」としてさらに明確となっている。 |
| 2.2.1.2 | 患者－医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している | 「リスクマネジメント部会」、「入所者健康管理委員会」等複数の組織で自治会の意見も取り入れた検討がなされ、「寝たきりよさようなら」、「パワーリハビリテーション」等、多くの具体的かつ実効的な取り組みが実践されている。 |

■一般病院（20-99床）

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------------|--|
| 2.2.1 | 患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある | 診療の各段階における患者の医療への参加はもちろん、社会的活動の範疇と思われることまで幅広く精力的な活動が実施されている。これらはすべて職員の高い使命感と規範意識のもとに行われており、さらに病院全体を活気のある職場にするという好循環を形成している。実践されている個々の活動はどれも先進的なものが多く、他施設の模範となりうる事例であると考える。 |
| 2.2.1.1 | 患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明確である | 患者の権利にも明文化され、入院前から退院後までの各ステップにおいて患者参加の医療を実践する方針が明確である。毎月開催される「健康教室」、24時間の病院スタッフの献身的ボランティアで支えられている「SOS赤ちゃんとお母さんの相談窓口」など幅広い領域において精力的な活動がなされている。 |
| 2.2.1.2 | 患者－医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している | 組織全体としてはもちろん、各部署が高いモチベーションのもと、よりよりパートナーシップの構築のための検討がなされている。 |

2.6 病院感染管理

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-----------------------------------|--|
| 2.6.2 | 病院感染に対応し組織的に活動している | 分離菌および感受性が詳細に把握されており、MRSA 以外に、末梢カテーテル管理、中心静脈カテーテル挿入、心臓外科 SSI、透析用カテーテル BSI、新生児 ICU BSI など数多くのサーベイランスを実施し、分離菌・感受性情報およびサーベイランスの分析結果・対策指導を現場にフィードバックしている。感染発生に対する監視体制は高度で、その結果を対策に繋げており、貴院の感染管理の組織的活動は、他の模範とされる。 |
| 2.6.2.1 | 自院の病院感染に関する情報を把握している | |
| 2.6.2.2 | 自院の病院感染に関する情報を分析・評価している | |
| 2.6.2.3 | 病院感染の発生情報に基づき改善策を講じている | |
| 2.6.3 | 職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている | 月に 1 回は全職員を対象に感染に関する教育・研修を行うと共に、見回りやサーベイランスで問題の起きそうな部署に対しては、研修・指導を随時実施している。さらに、感染に関する情報は、感染グループのメンバーが収集し、収集された情報はリンクナースや研修会によって職員に伝達される仕組みがあるなど、感染管理に関する教育活動は大変盛んであり、他の模範とされる。 |
| 2.6.3.1 | 職員に対して採用時、およびその後、定期的に教育・研修を実施している | |
| 2.6.3.2 | 病院感染管理に関する情報が関連部署に提供されている | |

■一般病院（500 床以上） 単独型管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|------------------------------|--|
| 2.6.3 | 職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている | 感染予防策は、ICT ニュースや感染管理に関する研修会などで職員に周知・徹底されている。また、新人教育や自己学習の教材として |
|-------|------------------------------|--|

| | | |
|---------|-----------------------------------|--|
| | | も利用できる「感染管理ベストプラクティス」を作成しており、院内 LAN で常時閲覧することも可能である。感染予防に向けた取り組みは極めて適切である。 |
| 2.6.3.1 | 職員に対して採用時、およびその後、定期的に教育・研修を実施している | |
| 2.6.3.2 | 病院感染管理に関する情報が関連部署に提供されている | |

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------|---|
| 2.6.4 | 職員への感染予防策が実施されている | 針刺し事故の全国的サーベイランス参加のほか、職員の肝炎、麻疹、風疹等の抗体チェックならびにワクチン接種をすべて病院負担で行っており特筆すべき対応があり高く評価したい。 |
| 2.6.4.1 | 感染性疾患を予防し対策を実施する仕組みがある | 針刺し事故の毎月の報告、検討のほか全国的サーベイランスにも積極的に参画している。 |
| 2.6.4.2 | 予防接種についての情報を提供している | 予防接種についての情報は積極的に院内職員に発信している。 |
| 2.6.4.3 | 予防接種の実施状況が把握されている | B型、C型肝炎だけでなく、麻疹、風疹等の抗体チェックを全職員に行い、ワクチン接種もすべて病院負担で実施している。 |

第3領域 療養環境と患者サービス

3.1 接遇と案内

- 一般病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院
- 新規受審

| | | |
|---------|--------------------|---|
| 3.1.1 | 接遇、応対に配慮されている | 玄関にコンシェルジュ2名を配置し高齢者や障害者等をエスコートしているほか、外国人に対しては英語、ポルトガル語、中国語の3ヶ国語で対応している。また、手話通訳については市役所と連携し、予約診療を行うなど患者対応に万全を期しており高く評価できる。 |
| 3.1.1.1 | 受付や案内などの応対に配慮されている | |
| 3.1.1.2 | 言葉づかいや身だしなみが適切である | |
| 3.1.1.3 | 接遇教育が行われている | 昨年度はロールプレイ方式で12回実施し、300名以上が出席している。 |

3.2 相談機能

- 一般病院（500床以上）
- 更新受審

| | | |
|-------|--------------------|--|
| 3.2.1 | 患者・家族の相談窓口が設置されている | 「患者代弁者部門」も設置され必要に応じ公表することもある。県下で「よろず相談」として年8回の相談会を開催し社会における大きな役割を果たしていることは高く評価できる。また、国のがん対策の一環として「よろず相談」は先駆的役割を果たし、本の出版や、「がんよろず相談 Q&A」としてシリーズ「がん体験者の声」をまとめ冊子として患者・家族また社会に向けて無料配布している。実績は他のがん専門病院の目標として指導的役割を果たしており、今後の活動が期待される。患者図書館も運営し患者への情報提供等活動は高く評価できる。 |
|-------|--------------------|--|

| | | |
|---------|-----------------------------|--|
| 3.2.1.1 | 相談窓口が案内されている | 相談窓口は各科外来と同じように患者にわかりやすく、案内担当者も複数配置している。 |
| 3.2.1.2 | 相談窓口を担当者が配置されている | 「よろず相談」専従の担当は社会福祉士・臨床心理士・精神保健福祉士など専門領域のスタッフが複数配置されている。 |
| 3.2.1.3 | 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている | 相談窓口は各科外来と同じように患者にわかりやすく、案内担当者も複数配置している。また、相談室は専用に4室設置され落ち着いた環境が整備されている。 |
| 3.2.2 | 患者・家族の相談に応じている | 年間12,000件余の相談事例があり、丁寧な対応をしている。入院患者の相談にもすぐ対応し医師・看護師をはじめ多職種とのカンファレンスにも参加し患者の心と生活の安定に関わっている事例は多い。 |
| 3.2.2.1 | 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている | 1日の相談件数は70～100件を超えて受けている。年間12,000件余の相談事例がある。 |
| 3.2.2.2 | 院内スタッフとの調整がとられている | 院内に相談する必要があるときは、すぐ対応し院内スタッフと十分な調整が行われ、患者の不安や経済的相談にも対応している。 |
| 3.2.2.3 | 相談の実施状況が適切に記録されている | 詳細な記録が残され、翌日の幹部ミーティングに問題事例は報告し対応をしている。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------|---|
| 3.2.1 | 患者・家族の相談窓口が設置されている | 患者・家族への相談支援は医療福祉相談室・心理相談・がん相談支援センター・医療安全・看護相談など7つの相談機能が設置されている。院内の案内表示もわかりやすく表示されている。また、入院案内および「ほっとステーション」のパンフレットで広報されている。相談場所は個室でプライバシーへの配慮がされていることは評価できる。 |
| 3.2.1.1 | 相談窓口が案内されている | 患者・家族への相談支援は医療福祉相談室・心理相談・がん相談支援センター・看護相談など7つの相談に応じている。院内の案内表 |

| | | |
|---------|-----------------------------|---|
| | | 示も分かりやすく表示されている。また、入院案内および「ほっとステーション」のパンフレットが作成されている。 |
| 3.2.1.2 | 相談窓口を担当者が配置されている | 相談内容により専門性が発揮できる MSW・PSW・看護師などの専任者が配置されている。また、相談内容により院内外と連携されている。 |
| 3.2.1.3 | 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている | 相談場所はプライバシーが守られる相談スペースが確保され、整備された個室で対応されている。 |
| 3.2.2 | 患者・家族の相談に応じている | 患者・家族の相談は、患者の立場と権利を尊重するという基本方針にたって業務が運営されている。多くの相談実施状況は適切に記録され、年度末には業績として病院へ報告されているなど高く評価できる。 |
| 3.2.2.1 | 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている | 専門的知識を有する担当者が患者・家族の抱える問題に誠実に多くの事例に応じている。 |
| 3.2.2.2 | 院内スタッフとの調整がとられている | 経済的理由で入院から通院へとなった事例などの院内外との調整を図っている。また、相談内容も情報についての共有が図られている。 |
| 3.2.2.3 | 相談の実施状況が適切に記録されている | それぞれの相談室では相談の実施状況が整理され、記録されている。また、指導内容、連携先などについても整理されている。 |

■一般病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 3.2.2 | 患者・家族の相談に応じている | MSW・看護師・事務員を配置し、年間1万件を上回る相談件数に応じるなど積極的である。また、病棟カンファレンスへの参加、地域の医師やケアマネージャーとも積極的に連携し、を開催するなど、その取り組みは高く評価される。 |
| 3.2.2.1 | 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている | 医療相談室が中心になってあらゆる場面を通して相談に応じている。 |
| 3.2.2.2 | 院内スタッフとの調整がとら | 院内でのカンファレンス参加に加え、地域の |

| | | |
|---------|--------------------|---|
| | れている | 医師やケアマネージャーとも連携し情報交換を行っている。 |
| 3.2.2.3 | 相談の実施状況が適切に記録されている | 医療相談室内での相談記録は年間 11,416 件あり、各病棟へ出向いての相談や院内カンファレンス等に参加している。 |

3.4 利便性とバリアフリー

■一般病院（100-199 床） 管理型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|---------|-------------------|---|
| 3.4.3 | 院内のバリアフリーが確保されている | 建物の出入り口、廊下、階段、トイレ、浴室などのすべてが高齢者や身障者に配慮した設備である。ハートビル法の認定も得ており、極めて高く評価できる。 |
| 3.4.3.1 | 玄関はバリアフリーである | 段差はなく、入り口は自動ドアである。 |
| 3.4.3.2 | 外来はバリアフリーである | 患者の動線に段差は認められない。また、通路幅は 1.8 m 以上で 2 段式手摺りが設置されている。 |
| 3.4.3.3 | 病棟はバリアフリーである | 病室内を含め段差は認められない。また、通路幅は 1.8 m で 2 段式手摺りが設置されている。 |
| 3.4.3.4 | トイレはバリアフリーである | トイレ内に段差はなく、オストメイト対応多目的トイレを導入し、介助にも対応している。 |
| 3.4.3.5 | 浴室はバリアフリーである | すべての個室にシャワーブースがあり、段差はなく、手摺りが設置されている。 |

3.5 プライバシー確保への配慮

■精神科病院（200-399 床） 協力型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|-------|---------------------|---|
| 3.5.1 | 外来患者のプライバシーが確保されている | 診察室への誘導は主治医が直接待合室にいる患者さんの側に行き顔を見て一緒に診察室に入る体制となっており、患者に安心感を与えると共に、プライバシーについて十分配慮され評価できる。 |
|-------|---------------------|---|

| | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|
| 3.5.1.1 | 患者の呼び出しに配慮されている | 主治医が次の患者さんの顔を見て呼び込む仕組みとなっている。 |
| 3.5.1.2 | 診察室などの会話が外にもれないようになっている | 中待合室もなく個室化され、会話が漏れないようになっている。 |
| 3.5.1.3 | 外来では検体などが人目に触れないようになっている | 採尿専用のトイレが男女共に準備されている。 |
| 3.5.1.4 | 検査、処置行為が人目に触れないようになっている | 検査・処置室は人目に触れないドアがあり、廊下から見えない場所にある。 |

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|---------|-------------------------------|---|
| 3.5.2 | 入院患者のプライバシーが確保されている | 全病室が個室（全病室の50%は無料個室である）でプライバシーの確保は確実であり、患者・家族への説明も話しやすく、病状の把握や治療相談なども円滑に行われている。入院患者のプライバシー確保については、極めて高く評価できる。 |
| 3.5.2.1 | 患者、家族に説明するためのプライバシーの保たれる場所がある | 全室個室である。さらに各病棟にカンファレンスルームが設置されている。 |
| 3.5.2.2 | 病室でのプライバシーについて配慮されている | 全室個室で十分なスペースがあり、病室内でも扉内側にカーテンを設置するなど、プライバシーは適切に配慮されている。 |
| 3.5.2.3 | 患者名の表示は患者本人や家族の意向が尊重されている | 病室入り口の患者表示はされていないが、病室が識別できるよう色彩などで工夫している。 |
| 3.5.2.4 | 面会用のスペースが確保されている | |
| 3.5.2.5 | 病棟では検体などが人目に触れないようになっている | 全病室のうち100室に自動計測式蓄尿器を設置し、必要な患者に対応している。検体の運搬はスタッフステーションから検査室直結のエアシューターを使用している。 |

3.6 療養環境の整備

■一般病院（20-99床）

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------|---|
| 3.6.4 | 禁煙に取り組んでいる | 禁煙の教育、啓発活動は模範的であり積極的である。開院以来敷地内は禁煙で、禁煙講座を定期的で開催している。また、職員の喫煙率は0%に近い状況である。 |
| 3.6.4.1 | 全館禁煙の方針が明確である | |
| 3.6.4.2 | 禁煙についての表示がある | |
| 3.6.4.3 | 禁煙に対する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる | |
| 3.6.4.4 | 職員は禁煙を積極的に推進している | |

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| 3.6.4 | 禁煙に取り組んでいる | 平成18年5月1日から敷地内禁煙を実施して以来、幹部職員が「禁煙パトロール」と書かれた腕章を常に着用している。禁煙外来が毎週3回開かれ、世界禁煙デーには院内で講演会を実施し、禁煙に成功した人が体験談の発表を行い、院外でも高等学校での禁煙教育講演など協力している。職員には禁煙外来受診を呼びかけて禁煙支援を行っており、喫煙率は直近の調査では4.7%である。研修医募集要綱にも、「病院敷地内全面禁煙を実施しており、原則として喫煙者は採用しません」と明記するなど、禁煙への取り組みはきわめて適切である。 |
| 3.6.4.1 | 全館禁煙の方針が明確である | |
| 3.6.4.2 | 禁煙についての表示がある | |
| 3.6.4.3 | 禁煙に対する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる | |
| 3.6.4.4 | 職員は禁煙を積極的に推進している | |

3.7 快適な療養環境

■一般病院（20-99床）

■更新受審

| | | |
|---------|-------------------|---|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 独立型の緩和ケアの病院であり、すべて個室から庭がみられるようになっており、多くの植物が植えられている。すべてにおいてやすらぎの配慮がなされている。他に例を見ない行き届いた配慮がなされており、高く評価できる。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | 廊下も自然な光が注ぐようになっており、病室というイメージがない。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | 人の行き来は少なく騒音はない。山荘のごとくである。 |
| 3.7.2 | 病室内の快適性が保たれている | 理想を追求したホスピスケアを行うために快適性に重点が置かれており、家族が付き添うことにも十分考慮されており、高く評価できる。 |
| 3.7.2.1 | 病室内は整理整頓されている | 病室ではなく家や温泉にいやしに来ている感じであり、その人らしさが出せるようになっている。ボランティア活動も積極的に行われ、庭の手入れや壁の飾りや生花など配慮されている。 |
| 3.7.2.2 | 病室内の照明と採光に配慮されている | 出来るだけ自然な光が取り入れられている。 |
| 3.7.2.3 | 病室内の空調に柔軟に対応している | 空調も個室での対応であり、個人の希望がかなえられる。 |

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-----------------|--|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 院内の静寂確保、採光・色彩についての配慮、ゆったりとした広さのあるアメニティ、各空間での絵画の配置など、やすらぎについて極めて高い配慮が見られる。病院建屋内のレストラン、喫茶施設なども四季を感じられる環境作りに努力がうかがわれ、高く評価できる。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮され | 各部署のスペース、廊下の広さも十分にあり |

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| | ている | 採光も明るく落ち着いた彩色である。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | 院内放送は全館禁止となっている。院内放送ルールは遵守され、PHSの発信はバイブレーションで統一されている。院内での靴などにも制限を設けている。 |
| 3.7.1.3 | 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている | 担当は施設課であり、院内の絵画は一流のものが病院の多くの場所にある。清掃も行き届いている。観葉植物も配置されている。 |
| 3.7.1.4 | 病棟に患者がくつろげるスペースがある | 病棟のデイルームはくつろぎやすい明るい黄色のソファが設置されている。広さも十分にあり車椅子での出入りも容易に出来る状況である。 |
| 3.7.1.5 | いやしへの取り組みを積極的に行っている | 玄関ホールには自動演奏のピアノが設置されている。診療中は演奏が流れている。ボランティアによるコンサートも別途開催している。小児病棟では七夕、12月は玄関にクリスマスツリーなど飾っている。病院全体がソファ椅子などくつろぎやすい環境を設置している。 |

■一般病院（20-99床）

■更新受審

| | | |
|---------|------------------|---|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 緩和ケア病院という施設の特徴が出ており、やすらぎへの配慮は十分に行われ評価できる。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | 採光への配慮並びに配色は十分に検討がなされ適切である。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | タイルカーペットの仕様により静寂は十分に保たれている。 |

■一般+療養病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|-----------------|---|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 眼下に洞爺湖を望む風光明媚な環境にあり、院内外の随所に十分やすらぎが感じられる療養環境が整備されている。病院全体としてやすらぎへの配慮は極めて高く評価できる。 |
|-------|-----------------|---|

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | 院内全体の色彩や配色が淡いベージュ系で統一され、窓が大きく採光も十分とられている。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | 院内放送は緊急時以外は使用しないこととし、静寂性の確保に心掛けている。 |
| 3.7.1.3 | 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている | 院外の環境に加え、絵画やインテリアにも淡い色調で配慮されている。 |
| 3.7.1.4 | 病棟に患者がくつろげるスペースがある | 全ての病棟にデイルームが確保され、草花や水槽など設置し、広さも十分である。 |
| 3.7.1.5 | いやしへの取り組みを積極的に行っている | 散策を楽しめるスペースや草花を育てるスペースもあり、ピアノコンサートなどいやしの年間行事が計画・実施されている。 |

■精神科病院（200-399床） 協力型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|---------|----------------------------|---|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | “光と風と緑”をテーマにした緑溢れる屋外空間、街路状のオープンスペース、雨水利用の小川とステップガーデン、芝生公園、ライトコートを通した採光および野外ステージでのコンサートの開催など、快適で明るく開放的な療養環境が提供され、公的病院としての使命を果たされていることは高く評価される。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | 院内全体に明るくカーテンや床の色も配慮され安らげるようになっている。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | 全体的に静寂性が確保されている。 |
| 3.7.1.3 | 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている | 病棟・外来は絵画、樹木などで、やすらぎに配慮されている。 |
| 3.7.1.4 | 病棟に患者がくつろげるスペースがある | 全病棟に明るさを取り入れた十分な広さのデイルームが確保されている。 |
| 3.7.1.5 | いやしへの取り組みを積極的に行っている | イベントも計画的に行われ、癒しへの取り組みが積極的に行われている。 |

■一般+療養病院（500床以上）

■新規受審

| | | |
|-------|---------------|----------------------|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされて | 敷地内は季節の花々が咲き、患者や地域の方 |
|-------|---------------|----------------------|

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| | いる | の目を楽しませてくれる。いやしへの取り組みは季節の行事食、イベント、地域との交流を取り入れるなど患者本位のサービスが展開され、やすらぎへの配慮と職員一体となった取り組み体制、これまでの活動実績などは、多くの医療機関の参考となるものとして高く評価された。また、利用者、地域住民の評価、信頼も高く、病院の取り組みが結実していることを実感できるものであった。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | |
| 3.7.1.3 | 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている | |
| 3.7.1.4 | 病棟に患者がくつろげるスペースがある | |
| 3.7.1.5 | いやしへの取り組みを積極的に行っている | |

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|---|
| 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | 日展評議委員画伯によりトータルコーディネートされた院内は、明るく清潔感があり、やすらぎの環境として高く評価できる。 |
| 3.7.1.1 | 院内の採光・彩色に配慮されている | 院内全体の床、壁などの色彩や配色は明るく清潔感がある。 |
| 3.7.1.2 | 病棟の静寂が保たれている | 院内放送はほとんど行われていない。 |
| 3.7.1.3 | 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている | 個展ギャラリーや院内の絵画、草花などの配慮がされている。 |
| 3.7.1.4 | 病棟に患者がくつろげるスペースがある | 各階の談話室は明るく、広さも十分である。 |
| 3.7.1.5 | いやしへの取り組みを積極的に行っている | 地域交流推進委員会担当でサロンコンサートが年6回程度行われている。 |

■一般病院（200-499床） 管理型協力型

■更新受審

| | | |
|---------|-------------------|--|
| 3.7.2 | 病室内の快適性が保たれている | 全病室を十分な広さのトイレ・浴室付き個室とし、差額室料をとらず、患者のアメニティに配慮していることは他の見本となり、優れた対応と評価できる。 |
| 3.7.2.1 | 病室内は整理整頓されている | 全個室で、ロッカー、洗面・浴室・トイレなど必要な設備が整備され、十分な広さがあり、病室内は整理整頓されている。 |
| 3.7.2.2 | 病室内の照明と採光に配慮されている | 採光や直射日光のコントロールが可能で、処置灯なども設置されている。 |
| 3.7.2.3 | 病室内の空調に柔軟に対応している | 空調は24時間の中央管理で、各室での対応も可能である。 |
| 3.7.2.4 | 快適な空間が確保されている | 全個室で十分な広さがある。 |

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------|---|
| 3.7.3 | 食事の快適性に配慮されている | 食事の時間や温度管理が適切に行われている。全ての患者に対して毎日選択メニューが可能であり、細やかな関わりと快適性に配慮されている。特につわりの患者やホスピスでは、その都度栄養士が直接食事にかかわっており高く評価できる。 |
| 3.7.3.1 | 食事時間が適切である | |
| 3.7.3.2 | 食事の温度管理が適切に行われている | |
| 3.7.3.4 | 患者の特性や希望に応じた食事が提供されている | |

■一般病院 (500 床以上)

■更新受審

| | | |
|-------|-----------------|---|
| 3.7.4 | ベッド・マットに配慮されている | ベッド・リネンはベッドリネンセンターで集中的に管理されている。ベッドの清潔を保つ為に全てのベッドとマットを4ヶ月ごとに清掃、消毒の為に定期交換している。また、定期交換に加えて、退院時と汚染時にも全て清掃、消毒済みのベッドに交換している。リネン交換を含めて詳細に管理実績の記録が残 |
|-------|-----------------|---|

| | | |
|---------|------------------------------------|---|
| | | されておりその体制は、きわめて優れている。 |
| 3.7.4.1 | 患者の容態に応じてベッドを調節することができる | 全てのベッドは患者の容態に応じられる設備を整えている。 |
| 3.7.4.2 | ベッドの安全性と清潔性が保たれている | 定期交換、臨時交換と患者の使用状況に応じ整備される環境が整っている。また、交換実績も詳細に記録されている。 |
| 3.7.4.3 | マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている | 4 か月ごとの定期交換、汚染時の交換、退院時の交換と頻回に交換している。 |

■一般病院（200-499 床） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------------------|--|
| 3.7.4 | ベッド・マットに配慮されている | ベッドは地下のベッドセンターにおいて洗浄・消毒が行われ、ベッドメイキングされて各病棟に戻されている。全てのベッドには番号が添付され、定期的に洗浄するなど、十二分に機能しており、高く評価される。 |
| 3.7.4.1 | 患者の容態に応じてベッドを調節することができる | すべてが電動式ベッドである。 |
| 3.7.4.2 | ベッドの安全性と清潔性が保たれている | ベッドセンターで管理されている。 |
| 3.7.4.3 | マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている | 各ベッドやマットレスは番号が付けられ、定期的に交換・洗浄がなされている。 |

■一般病院（200-499 床） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|-----------------|---|
| 3.7.4 | ベッド・マットに配慮されている | ベッドは全自動式が採用され転落防止柵やキャスターはロックつきである。ベッドとマットの安全性と清潔性は担当者が確保され、ベッドは自施設内で年間3回定期的に点検と洗浄が行われ高く評価する。日常の汚染時も迅速に交換・洗浄が行われ全て記録され適切である。必要に応じて褥瘡マットも使用されている。 |
|-------|-----------------|---|

| | | |
|---------|------------------------------------|--|
| 3.7.4.1 | 患者の容態に応じてベッドを調節することができる | |
| 3.7.4.2 | ベッドの安全性と清潔性が保たれている | |
| 3.7.4.3 | マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている | |

第4領域 医療提供の組織と運営

4.1 診療部門

■一般病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-----------------------|--|
| 4.1.4 | 必要な連携機能が確保されている | すべての診療科、職種が質の高い医療の提供のために一丸となって取り組んでいることがうかがえる。いわゆる連携機能にとどまらず、患者にとってもっともよい医療を提供するために診療科に関係なく全科の医師が高いモチベーションの下、協調しており極めて高く評価できる。 |
| 4.1.4.1 | 必要に応じて対診・他科受診が実施されている | 他科受診の手順など通常システムを通してのみならず、循環器内科医の24時間の常駐、脳外科医による院内救急体制の整備、血糖値に関するパニック値はすべて糖尿病専門医へ直ちに報告されるなど、各診療科間の密な協力体制が確立している。 |
| 4.1.4.2 | 他職種との連携が適切に行われている | 多職種参加のカンファレンスは多く開催されており、特に総合カンファレンスは院内のみならず地域の診療所医師やケアマネージャーも参加しており、退院後の療養も含めた、医療の質の向上に大きく貢献している。 |
| 4.1.4.3 | 院外の診療機能との連携が適切に行われている | 対応困難な重症熱傷や心臓血管外科領域の患者の搬送手順は明確となっており、搬送先の統計も可視化されている。 |

■一般+精神科+療養病院（200-499床）

■更新受審

| | | |
|-------|-----------------------|---|
| 4.1.6 | 診療部門に必要な教育・研修が実施されている | 医師の人事考課は平成17年度より理事、院長、看護部長、リハビリテーション部長などが医師の規律性、協調性、積極性、能力考課、経営意識等について詳細な5段階評価を行っている。その結果は、本人に伝えられると共に、年度末賞与に反映され、全国的に見ても他の模範になるレベルである。診療部門内で |
|-------|-----------------------|---|

| | | |
|---------|------------------------|---------------------------|
| | | の教育・研修はよく整備されており、高く評価される。 |
| 4.1.6.1 | 医師の能力や実績が把握され、評価されている | |
| 4.1.6.2 | 診療部門内で必要な教育・研修が実施されている | |

4.2 看護部門

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------------|--|
| 4.2.3 | 看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている | 専門・認定看護師の育成に積極的に取り組まれている。専門性を活かした院内・院外活動が活発に行われており、他の模範として高く評価できる。 |
| 4.2.3.1 | 病院の機能や役割に見合った人員配置をしている | 個人カードの活用で夜勤のできない看護師の配置と役割を工夫するなど、働きやすい勤務体制を提供している。 |
| 4.2.3.2 | 専門能力を活かした配置をしている | 専門・認定看護師が組織横断的に活躍できる体制や、専門性を活かせる人事がなされている。 |
| 4.2.3.3 | 看護部門の職員への技術的支援を行っている | 専門看護師3名、認定看護師19名、および研修中の看護師が1名おり、それぞれが職場で技術的支援をしている。 |
| 4.2.3.4 | 看護部門の職員への精神的支援を行っている | リエゾンナースが専従で精神的サポートに当たっている。 |
| 4.2.3.5 | 看護部門の職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている | トップスタッフミーティングがあり、現場の意見を反映している。職員の意見を反映して更衣室の環境が改善された事例がある。 |
| 4.2.3.6 | 専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している | 院内のみに止まらず、看護協会や他病院、看護学校などで専門・認定看護師の活動は幅広い。また、看護部がそれを全面的に支援している。 |

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| 4.2.4 | 看護部門に必要な教育・研修が実施されている | 継続教育は看護部と連携する大学看護学部との共同プロジェクトにより開発されており、従来の院内教育を基盤に精度の高い構造を備えている。教育ニーズ・学習ニーズの診断に基づき、就職する看護師の現状に合った教育内容から計画がつけられている。看護スタッフ必須コース・全職員自由選択コースを主軸に、役割別・役職別の必須コースを組み込み、一人ひとりの主体的学習を継続的に支援している。これまでの取り組み実績から判断して、極めて高く評価できる。 |
| 4.2.4.1 | 看護部門の職員の能力評価が行われている | 評価の基準・手順は明確であり、教育ニーズおよび学習ニーズ診断による評価があり、十分に活用されている。 |
| 4.2.4.2 | 評価に基づいた能力開発プログラムが立てられている | 診断に基づく能力開発プログラムが、きめ細かく立案されている。認定・専門看護師の配置でも、病院の運営を積極的にサポートしている。 |
| 4.2.4.3 | 専門領域についての必要な教育・研修を実施している | 看護スタッフ必須コース・全職員自由選択コースを主軸に役割別・役職別の必須コースを取り込んで、主体的学習を継続的に支援している。諸種学会・研究会への参加（発表）活動も盛んである。 |

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|-----------------------|--|
| 4.2.4 | 看護部門に必要な教育・研修が実施されている | レベルⅠ～Ⅳまで4段階の到達目標が設定され、評価基準に基づいた能力評価および看護実践能力育成プログラムが実践されており、専門的成長・発達を考慮した教育・研修は極めて適切である。 |
| 4.2.4.1 | 看護部門の職員の能力評価が行われている | レベルⅠ～Ⅳまで4段階の到達目標が設定され、各レベルの評価基準に基づいた看護実践能力評価が行われている。また、各レベルに対応して（Ⅰ）事例発表（Ⅱ）プリセプター（Ⅲ）研究論文（Ⅳ）倫理・事件事例分析・ |

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| | | 教育指導・災害等の課題が与えられ評価が行われる。 |
| 4.2.4.2 | 評価に基づいた能力開発プログラムが立てられている | レベル I～IV の段階的にキャリアを発揮できる年間教育プログラムがあり、実践されている。レベル IV では管理者コース・専門看護領域を選択し、認定看護師等のサポートが受けられる。集合教育の他に各病棟で実施する分散教育があり、手引きに沿って行われ分散教育計画報告書として公開されている。 |
| 4.2.4.3 | 専門領域についての必要な教育・研修を実施している | 専門領域に関する研修会への参加は実習指導者 4 名、ファースト 29 名、セカンド 9 名その他研修は多数に上り、職員自身の選択・希望が反映されている。また、レベル IV 以上と指導係については、海外研修の機会が与えられる。 |

4.3 薬剤部門

■一般病院（20-99 床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| 4.3.5 | 薬剤情報が適切に提供されている | 薬歴管理・服薬管理指導は適切に行われている。情報提供や副作用情報の収集も適切に実施されている。透析に関しての薬剤使用指針は全国透析施設で利用されており、高く評価できる。 |
| 4.3.5.1 | 薬剤師による薬歴管理が行われている | |
| 4.3.5.2 | 薬剤師による服薬指導が行われている | |
| 4.3.5.3 | 院内医薬品集が作成され、定期的に改定・増補されている | 透析に焦点をあてた独自の医薬品集を作成している。また、独自の情報収集とこれまでに院内で集積された情報に基づいて「透析患者に対する投薬ガイドライン」を作成し公開している。 |
| 4.3.5.4 | 医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している | |

| | | |
|---------|-------------------------|--|
| 4.3.5.5 | 新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている | |
| 4.3.5.6 | 副作用情報を把握し検討・報告している | |

4.5 病理部門

■一般病院（100-199床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------------------|---|
| 4.5.1 | 病理部門の体制が確立している | 充実した体制で極めて適切に整備されており、高率な剖検率剖検率（23.4%）と迅速な病理報告なども含めて他の模範となる。 |
| 4.5.1.1 | 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている | 専従の病理医（常勤医1名、非常勤医0.5名）および4名の専従検査技師が確保され、テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査は送信側として体制が確立している。生検結果は翌日報告され、剖検結果も1、2か月以内に報告されている。 |
| 4.5.1.2 | 病理部門で必要な教育・研修が実施されている | 病理部門内ばかりでなく、院外での研修にも毎月参加しており、その報告書は充実している。 |
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | 剖検からCPCまでも期間が短く、また開催も回数においても優れていると評価できる。 |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | 組織診・細胞診・術中迅速凍結切片病理検査等の手順が確立し、迅速診断が実施され、標本・ブロックの保管、病理報告書の管理も確実に行われている。 |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | CPCは1、2か月毎に開催され記録が残されている。また手術標本の病理学的検討会・死亡症例検討会・手術症例切り出し検討会なども開催され資料も充実している。 |
| 4.5.2.3 | 病理部門の業務を改善する仕組みがある | 業務改善の仕組みがあり、標本のダブルチェックは行われている。症例により病理診断のダブルチェックは非常勤医あるいは院外施設と行っている。 |

■一般病院（200-499床）

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------------------|--|
| 4.5.1 | 病理部門の体制が確立している | がんセンターの果たすべき役割の一つである研究のために、十分な人員が配置され、設備も整っており高く評価できる。 |
| 4.5.1.1 | 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている | 病理医は現在2名、来年度から4名に増員されることが決定している。診断に必要な設備、機器はがんセンターとしての機能が十分に発揮できるように整備されている。 |
| 4.5.1.2 | 病理部門で必要な教育・研修が実施されている | 病理診断勉強会月1回、細胞診週1回のカンファレンスが定期的に行われているのみならず、日常的に医師と技師と一緒に顕微鏡をみて研修に役立つ体制ができている。 |
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | 病理診断のみならず、研究面でも実績を挙げるために病理学的検討会や症例検討会、業務改善などが積極的に行われている。 |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | 過去の病理標本は保存され、データベースで管理され、がんセンターとしての研究にも十分に役立っている。 |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | CPC、手術検討会は定期的に行われ、院外の医師も参加している。 |
| 4.5.2.3 | 病理部門の業務を改善する仕組みがある | ほとんど全ての標本はダブルチェックされている。また、臨床検査部連絡会月1回と合同で業務改善などにつき検討されている。 |

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|--------------------------------|--|
| 4.5.1 | 病理部門の体制が確立している | 病理部門は独立しており、医学部と同等かそれ以上の8名の常勤病理医が配置され多数の病理検査や剖検に対応しており、極めて水準の高い体制といえる。 |
| 4.5.1.1 | 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている | 常勤病理医が8名配置され、細胞診スクリーナーも多数配置されている。 |
| 4.5.1.2 | 病理部門で必要な教育・研修が実施されている | 病理部門単独で勉強会を開いている。 |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| | | |
| <p>■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院</p> <p>■更新受審</p> | | |
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | 病理診断、術中迅速診断、剖検が積極的に行われている。県立病院の術中迅速診断をテレパソロジーで行い、関連病院に出向き直接指導も行っている。病理部門の運営は高く評価できる。 |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | 病理診断に関する手順は確立されている。自院の術中迅速診断の他にテレパソロジーによる他の県立5病院の術中迅速診断を行っている。病理検体保存、病理報告書の保存管理は適切に行われている。 |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | CPCは隔月であるが開催され、初期臨床研修医によるCPCレポートが発刊されている。また、消化器疾患画像病理検討会が消化器科・同外科・放射線科が参加して隔月に開催され、消化器術前セミナーが毎週開催されるなど各種の検討会が実施されている。 |
| 4.5.2.3 | 病理部門の業務を改善する仕組みがある | テレパソロジーの送信側施設へは毎週病理医が派遣され、テレパソロジーにより術中迅速診断された症例の永久標本での確認を行い、さらに術中迅速診断およびその他の病理診断を行っている。 |

| | | |
|---|-----------------|--|
| <p>■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院</p> <p>■更新受審</p> | | |
| 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | 臨床と病理や放射線科との合同検討会だけでなく、本年5月から毎週、病理外来が設置され運営されている。術後3~4週後に、外来で患者や家族に病理医が自ら病理標本を示しながら1~2時間かけて説明するという取り組みである。診療案内などでも広報され実施されている。このような患者や家族の立場を考慮した取り組みは、他施設の模範となる。 |

| | | |
|---------|---------------------------|--|
| | | ると考えられる。 |
| 4.5.2.1 | 病理診断の手順が確立している | 病理組織、細胞診、検査マニュアルが作成され運用されている。 |
| 4.5.2.2 | 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている | CPC は昨年 10 回開催されている。剖検も 24 件実施されている。 |
| 4.5.2.3 | 病理部門の業務を改善する仕組みがある | 昨年 4 月から病理部のリスクマネジメント会議が開催され、検討されている。複数の病理医によるダブルチェックが行われている。詳細な検討を要するような標本の説明には、病理外来での活動が特に有用である。 |

4.6 画像診断部門

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------------------|---|
| 4.6.1 | 画像診断部門の体制が確立している | 放射線科医は 10 人、技師は 32 人配置され、MRI 4 台、CT 4 台、PET 2 台の設備・機器整備があり、月 1 回の勉強会も開催されている。画像診断部門の体制は充実していて高く評価される。 |
| 4.6.1.1 | 画像診断部門に必要な医師・職員が確保されている | |
| 4.6.1.2 | 画像診断部門に必要な施設・設備・機器が整備され、安全に配慮されている | |
| 4.6.1.3 | 画像診断部門で必要な教育・研修が実施されている | |
| 4.6.2 | 画像診断部門が適切に運営されている | 各種業務手順は確立し、業務改善例もある。日常の超音波検査も放射線科医の業務として行われていて、さらに救急における緊急止血などのインターベンションも放射線科医により活発に行われている。画像診断部門の運営は適切であり、高く評価される。 |
| 4.6.2.1 | 画像診断部門における業務手順が確立している | |

| | | |
|---------|----------------------|--|
| 4.6.2.2 | 画像診断部門の業務を改善する仕組みがある | |
|---------|----------------------|--|

■一般病院 (20-99 床)

■新規受審

| | | |
|---------|-----------------------|---|
| 4.6.2 | 画像診断部門が適切に運営されている | CT・MRI、上部・下部消化管透視などに報告書が迅速に作成されている。受託検査に対して画像返却は CD で行い、後日報告書を送付している。また、毎週画像診断医を司会者として画像診断検討会を行い、全医師、技師などが参加している。撮影技術の向上、患者の負担軽減などの観点からの検討、指摘も行われ、技師への指導も行われている。小規模病院ではあるが、画像診断医を中心に、全病的に診断と撮影技術の向上に取り組んでいることは高く評価され、同規模病院の他の見本となる。 |
| 4.6.2.1 | 画像診断部門における業務手順が確立している | |
| 4.6.2.2 | 画像診断部門の業務を改善する仕組みがある | |

4.7 放射線治療部門

■一般病院 (500 床以上)

■更新受審

| | | |
|---------|---|--|
| 4.7.1 | 放射線治療部門の体制が確立している | 放射線治療医 10 名、放射線物理士 1 名、技師 14 名、看護師 5 名の体制で、リニアック 3 台、陽子線治療装置 1 台を設置し、日本を代表するがんの放射線治療施設である。治療実績も多い。 |
| 4.7.1.1 | 放射線治療に必要な医師・職員が確保されている | 放射線治療医 10 名、放射線物理士 1 名、技師 14 名、看護師 5 名の体制である。 |
| 4.7.1.2 | (放射線治療部門がない場合) 他施設の放射線治療部門と連携する機能がある | |

| | | |
|---------|--|---|
| 4.7.1.3 | 放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている | リニアック3台、陽子線治療装置1台設置し、保守点検契約を結び適切に管理されている。また放射線事故対応マニュアルもある。 |
| 4.7.1.4 | 放射線治療部門で必要な教育・研修が実施されている | 画像診断科と合同でカンファレンスが開催されており、毎週金曜日の朝、論文抄読会が開催されている。 |

■一般病院 (200-499床)

■更新受審

| | | |
|---------|---|--|
| 4.7.1 | 放射線治療部門の体制が確立している | 放射線治療部門の体制は施設・人員ともに整備されており、国内の最高のレベルにあるものと高く評価できる。 |
| 4.7.1.1 | 放射線治療に必要な医師・職員が確保されている | 放射線治療部門の医師6名の内3名は専門医で、専任の放射線技師2名、さらに放射線物理士、機械運転士、看護師等が配置されている。 |
| 4.7.1.2 | (放射線治療部門がない場合) 他施設の放射線治療部門と連携する機能がある | |
| 4.7.1.3 | 放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている | 診断部門の充実とともに治療部門にはわが国最初の陽子線治療装置が設置され、深在性の難治がんに効果を発揮し患者のQOLの向上に貢献している。放射性廃棄物の保管管理は適切に行われている。 |
| 4.7.1.4 | 放射線治療部門で必要な教育・研修が実施されている | 毎週部門内で勉強会が行われている。 |
| 4.7.2 | 放射線治療部門が適切に運営されている | 放射線治療部門は関係者の協力の下に最高度の治療行為が行われている。 |
| 4.7.2.1 | 放射線治療部門における業務手順が確立している | 業務手順は定められ遵守されている。 |
| 4.7.2.2 | 放射線治療部門の業務を改善する仕組みがある | 放射線治療部門の課題については病院放射線安全委員会で協議されている。 |

■一般病院 (500床以上) 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|-------|---------------|----------------------|
| 4.7.1 | 放射線治療部門の体制が確立 | 放射線治療医7名を要し、技師は10名が配 |
|-------|---------------|----------------------|

| | | |
|---------|--|--|
| | している | 属され、リニアック 3 台を稼働させている。機器の整備保守状況、部門内の教育・研修も充実し、体制は確立し高く評価できる。 |
| 4.7.1.1 | 放射線治療に必要な医師・職員が確保されている | |
| 4.7.1.2 | (放射線治療部門がない場合) 他施設の放射線治療部門と連携する機能がある | |
| 4.7.1.3 | 放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている | |
| 4.7.1.4 | 放射線治療部門で必要な教育・研修が実施されている | |

4.10 中央滅菌材料部門

■一般病院 (200-499 床) 協力型臨床研修病院

■新規受審

| | | |
|----------|-----------------------------|---|
| 4.10.1 | 中央滅菌材料部門の体制が確立している | 運用基準には、基本方針・運用方針・管理体制・運用体制・業務内容・業務手順・事故発生時の対応・リコール・教育指導体制などが網羅され、明確に整備されている。洗浄・滅菌機器設置一覧は点検手順・点検内容・点検報告がファイルされており分かりやすい。業務手順は詳細に明示され実際と見合っている。この部門は、外部からの見学者も多く、高く評価したい。 |
| 4.10.1.1 | 洗浄・滅菌業務に必要な人員が確保されている | |
| 4.10.1.2 | 洗浄・滅菌業務に必要な施設・設備・機器が整備されている | |
| 4.10.1.3 | 中央滅菌材料部門に必要な教育・研修が実施されている | |

4.11 集中治療室

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|-------------------------|---|
| 4.11.1 | 集中治療室の体制が確立している | 広範囲熱傷集中治療室を配備した高度救急救命センターや総合周産期センターなどが設置され、地域での中心的役割を担っている。他の診療科との横断的なICU運営委員会は年2回の開催であるが、関連部署会議は毎月開催されている。ICUカンファレンスも定期的に行われ、周辺医療機関に対して横浜集中治療懇話会を立ち上げるなどの活動が見られ、高く評価できる。 |
| 4.11.1.1 | 必要な医師・看護師が確保されている | 高度救急救命センターには常勤にだけでも25名の医師が配属されている。また重症集中ケア認定看護師も4名いる。 |
| 4.11.1.2 | 機能に見合った施設・設備・機器が整備されている | |
| 4.11.1.3 | 集中治療室の運営委員会が開催されている | |
| 4.11.1.4 | 集中治療室で必要な教育・研修が実施されている | |

■一般病院（500床以上） 単独型管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| 4.11.2 | 集中治療室が適切に運営されている | 入退室の基準・手順が明確であり、感染対策もとられており、入室中患者の記録も十分である。APACHEを用い、SMRを出し、ベンチマーキングも行い、改善に役立っている点は高く評価できる。集中治療には力を入れており、集中治療室の運営は、他の模範となる。 |
| 4.11.2.1 | 入退室の基準・手順が明確である | |
| 4.11.2.2 | 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている | |
| 4.11.2.3 | 集中治療室の利用状況が把握され、運用状況が検討されている | |

| | | |
|----------|----------------------|--|
| 4.11.2.4 | 症例検討会や治療成績の検討が行われている | 全入院患者の症例検討が毎朝行われ、APACHEの分析を使用し、SMR（標準化死亡比）を出しベンチマーキングを行っている。 |
|----------|----------------------|--|

4.12 救急部門

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|---------------------------|---|
| 4.12.1 | 救急部門の体制が確立している | 平成19年4月から救命救急センターとして組織変えが行われた。内分けは救命救急部門の救急診療科(TCU)、脳卒中部門(SCU)の脳卒中センター、心臓血管部門(CCU)の心臓血管センターとして模様替えされ、十分なスタッフ並びに機器が整備され教育も行き届いており高く評価される。 |
| 4.12.1.1 | 救急部門の役割と方針が明確である | 府内の高度な医療技術を提供する、救命救急センターとしての役割と方針が明確にされている。 |
| 4.12.1.2 | 救急患者受け入れの方針と手順が明確である | 方針と手順は明確になっており周知も徹底している。 |
| 4.12.1.3 | 機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている | 機能に応じた医師、看護師、コ・メディカルスタッフが確保されている。 |
| 4.12.1.4 | 機能に見合った施設・設備・機器が確保されている | |
| 4.12.1.5 | 救急部門で必要な教育・研修が実施されている | 医師を始め看護師の認定資格には、積極的に必要な教育・研修が実施されている。 |
| 4.12.2 | 救急部門が適切に運営されている | 救急部門体制は大阪府に13ヶ所ある救命救急センターの中でも、高度の医療を提供している。救急隊や医療機関からのホットラインは担当医に直結であり、救急隊からTCUにも直通回線で結ばれている。連日24時間TCUには3名以上の担当医と、SCU・CCUにも担当医師が常駐し対応している。多様な医療ニーズに対応しており高く評価できる。 |
| 4.12.2.1 | 緊急検査・診断、入院、緊急 | 緊急検査・診断、入院、緊急手術は適切に行 |

| | | |
|----------|---------------------------------|---|
| | 手術などの手順が明確である | われ、術後の管理体制も手順が明確になっている。 |
| 4.12.2.2 | 救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている | 救急患者の受け入れ実績は集計され、救命救急センター委員会で検討されている。 |
| 4.12.2.3 | 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている | 症例検討会や治療成績の検討が行われている。また、医療の妥当性にも及ぶ検討もされている。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|---------------------------|---|
| 4.12.1 | 救急部門の体制が確立している | 救命救急センター・熱傷センターを設置し、かつその体制はよく整備されている。また地域の救急医療に十二分に貢献しており、実績もあり高く評価できる。 |
| 4.12.1.1 | 救急部門の役割と方針が明確である | 救急業務基準があり役割と方針は明確である。 |
| 4.12.1.2 | 救急患者受け入れの方針と手順が明確である | 救急運営マニュアルが整備されている。 |
| 4.12.1.3 | 機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている | 医師・看護師の人員確保は十分であり、またその他の職員についても人員の確保は適切である。 |
| 4.12.1.4 | 機能に見合った施設・設備・機器が確保されている | 救急外来において緊急の手術が可能な機器が整備されている。 |
| 4.12.1.5 | 救急部門で必要な教育・研修が実施されている | |

■一般病院（500床以上） 単独型管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|-----------------|---|
| 4.12.2 | 救急部門が適切に運営されている | 救急部の運営は適切であり、症例の集積・分析・検討を多施設間で行っている。全症例の検討会を行い、APACHE等を使用したSMRを出している点は高く評価でき、救急部門の運営は他の見本となる。 |
| 4.12.2.1 | 緊急検査・診断、入院、緊急 | |

| | | |
|----------|---------------------------------|---|
| | 手術などの手順が明確である | |
| 4.12.2.2 | 救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている | 受入れ不能な事例はないが、基本的に重症患者を受け入れる方針にあつて、救急隊との連絡で軽症患者については、他の搬送先が容易に確保できれば、本病院救急救命センターに搬送されないことがあり、地域での役割が明確である。 |
| 4.12.2.3 | 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている | 毎朝、全症例の検討会が行われており、APACHE等を使用したSMR（標準化死亡比）を出してベンチマーキングを行っている。 |

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|---|--|
| 4.12.2 | 救急部門が適切に運営されている | 救急ヘリの運営は来年から公的な事業として改めて発足し、地域の期待が大きくかかっている。部門内・他部署との連携が密であり、救急部門の運営は、高く評価でき、他の見本となる。 |
| 4.12.2.1 | 緊急検査・診断、入院、緊急手術などの手順が明確である | 手順が明確であり、他部門との連携も密である。 |
| 4.12.2.2 | 救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている | 以前、入院ベッド不足や人員不足のために救急車の受入を断ることもあったが、救急用ベッドを確保すると共に、人員を柔軟に配置することによって改善できた。 |
| 4.12.2.3 | 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている | 多職種による症例検討を実施している。また、APACHEを使用してSMRを出して、他施設とのベンチマーキングを行っている。 |
| 4.12.3 | 臓器提供施設としての体制が確立している | 臓器提供施設としての高い実績もあり、他の見本となる。 |
| 4.12.3.1 | 臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している | 臓器提供者の確保に積極的で、心停止下で角膜8件、腎臓4件の提供を実施しており、厚生労働省のモデル病院の指定を受けている。 |
| 4.12.3.2 | 【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られてお | 脳死下での臓器提供のためのシミュレーションを実施している。 |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | り、倫理委員会などで承認されている | |
|--|-------------------|--|

4.13 栄養部門

■一般病院（20-99床）

■更新受審

| | | |
|----------|--|---|
| 4.13.1 | 栄養部門が適切に運営されている | 消化器外科、糖尿病内科および腎内科と治療上最も食事療法が重要とされる診療科に特化された病院である。栄養士は管理栄養士13名を含む16.7名の多数をそろえて、東北、北海道で最初にNSTが作られ、NSTが病院機能の原動力となる活発な活動をしている。栄養指標も通常行われない指標も測定し、食事と病状との関連を長年追求している。栄養食事指導件数もきわめて多い。腎臓病患者が指導を受けて腎臓病や生活習慣病における食事療法の著書を多数執筆するほどの優れた患者-医療者のパートナーシップを築いている。 |
| 4.13.1.1 | 栄養部門の業務手順が確立している | 病院規模に比してきわめて多数の管理栄養士13名が実働している。 |
| 4.13.1.2 | 栄養基準が確立され、それに基づいて栄養管理業務が行われている | 栄養指導相談室、栄養指導資料、独自に工夫したフードモデル、多くの栄養評価機器、多種多様な鋭意用管理上の指標が多くの患者に関して長期間にわたり測定され、評価され、改善策を立てている。 |
| 4.13.1.3 | 栄養管理・支援のための組織（NSTなど）が設置され、栄養ケアが組織横断的に実践されている | 栄養関連委員会が毎週開かれ多職種職員が参加している。 |
| 4.13.1.4 | 栄養部門の業務改善の仕組みがある | NSTが中心となり院内外の勉強会や学会発表が行われ、栄養管理に関する学会資格保持医師、複数の管理栄養士がいる。 |
| 4.13.2 | 栄養部門が適切に運営されている | 栄養管理部門が病院活動の中心に位置づけられ、業務手順、栄養基準に基づく栄養管理、 |

| | | |
|----------|--------------------------------|---|
| | | 業務改善は活発に行われている。 |
| 4.13.2.1 | 栄養部門の業務手順が確立している | 衛生管理を含む業務手順が作られていて遵守されている。 |
| 4.13.2.2 | 栄養基準が確立され、それに基づいて栄養管理業務が行われている | 特に腎疾患患者と糖尿病患者を中心に詳細な栄養管理基準がつけられ病院をあげて職員が参加し実行されている。 |
| 4.13.2.4 | 栄養部門の業務改善の仕組みがある | NST が中心となり病院をあげて問題点収集、分析、改善を日常的に行っている。 |

■一般病院 (200-499 床)

■更新受審

| | | |
|----------|--|--|
| 4.13.2 | 栄養部門が適切に運営されている | 部門の運営は適切になされている。また、部門の活動を県知事・厚生労働大臣により表彰されている。 |
| 4.13.2.1 | 栄養部門の業務手順が確立している | 業務手順書は作成されており、部門職員の健康管理・衛生管理も適切である。 |
| 4.13.2.2 | 栄養基準が確立され、それに基づいて栄養管理業務が行われている | 栄養管理業務は、適切に行われている。また、入院時と年4回の嗜好調査に基づく個別対応の食事、食数全体の30%を超える特別治療食数、年間30回を超える特別献立等々の対応が見られる。 |
| 4.13.2.3 | 栄養管理・支援のための組織(NSTなど)が設置され、栄養ケアが組織横断的に実践されている | NSTは県下で5番目に立ち上げられている。なお、日本栄養法推進協議会によるNST稼働施設認定証も受理している。NSTは月間10件程度の稼働が見られ、嚥下訓練プログラムも月間16件程度の稼働が見られる。さらに、毎週金曜日にNSTモーニングミーティングが催されている。 |
| 4.13.2.4 | 栄養部門の業務改善の仕組みがある | 栄養管理運営委員会が機能している。栄養管理部門の活動が評価され、平成13年に熊本県優良集団施設表彰を受賞し、平成18年には厚生労働大臣表彰を受賞している。 |

4.14 リハビリテーション部門

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|------------------------------|--|
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | 「泉州二次医療圏のリハビリテーション地域支援センター」として方針と役割が明確で「在宅指導室」が設置され、毎年15題ほどの発表と3年間で5論文作成と平成20年度は国際学会に4演題発表されており適切な体制が確立されている。 |
| 4.14.1.1 | リハビリテーションに関する方針と役割が明確である | 「泉州二次医療圏のリハビリテーション地域支援センター」としての方針と脳血管・運動器・呼吸器リハビリテーション「泉州二次医療圏の回復期病床群の統一データベース管理」などの役割が明確である。 |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 責任医師がおり、その他に脳神経外科認定医や理学療法士13人・作業療法士8人・言語聴覚士4人が確保されている。 |
| 4.14.1.3 | 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている | 機能に応じた設備・機器が整備されている。4月より「在宅指導室」を設置し積極的に活用されている。 |
| 4.14.1.4 | リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている | 院内外の研修会・勉強会に積極的に参加されている。特に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のスタッフで平成18年度から毎年15題程の学会発表と3年間で5論文作成がなされており、さらに20年度は「アジア理学療法士学会」に4演題発表されている。学会発表の分析により「在宅率」を数値化しクリニカルインディケータとして業務の質の向上に役立っている。 |

■療養病院（20-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|-----------------------|--|
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | 脳血管疾患および運動器リハビリテーションに機能特化した病院として整備された体制と明文化された部門の運営方針があり、365日リハビリテーションを実施している体 |
|--------|-----------------------|--|

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| | | 制を高く評価する。 |
| 4.14.1.1 | リハビリテーションに関する方針と役割が明確である | リハビリテーション診療に関する病院の方針と果たすべき役割が明文化され、院内外に周知されている。 |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 6名の専従医師と79名の療法士が確保され、日常のリハビリテーション診療にあたっている。 |
| 4.14.1.3 | 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている | 施設基準を全て満たす施設が整備されている。 |
| 4.14.1.4 | リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている | 部門内・外の研修会に出席した実績と復命書の記録がある。 |
| 4.14.2 | リハビリテーション部門が適切に運営されている | リハビリテーション計画書は多職種により立案され、明文化された業務手順に沿って安全・確実に実施されている体制を高く評価する。 |
| 4.14.2.1 | リハビリテーションの基準・手順が確立している | リハビリテーションに関する明確な方針・基準があり、業務手順も明文化されている。 |
| 4.14.2.2 | 評価に基づいた計画が立てられ、目標が設定されている | リハビリテーション治療前・後の評価指数値から、到達目標に向かう優れた治療効果が推定できる。 |
| 4.14.2.3 | リハビリテーションは計画に沿って実施されている | 主治医との連携体制とリハビリテーション計画に基づく、療法士による訓練の実施記録がある。 |
| 4.14.2.4 | 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている | |
| 4.14.2.5 | リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある | リハビリテーション部門として、地域連携パスを指向した病院の取り組みが見られる。 |

■一般病院 (200-499 床)

■更新受審

| | | |
|----------|-----------------------|--|
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | リハビリテーション部門の人員・施設・設備・機器・教育・研修の充実と部門の活動状況は特筆に価する。 |
| 4.14.1.1 | リハビリテーションに関する | 障害者リハビリ、小児リハビリを含む病院の |

| | | |
|----------|------------------------------|--|
| | 方針と役割が明確である | 方針・役割が明文化されている。 |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 常勤専任医師3名のうち1名は学会の指定医であり、理学療法士19名、作業療法士18名、言語聴覚士8.8名は活発な活動を行っている。 |
| 4.14.1.3 | 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている | 施設・設備・機器が整備されており、病院の規模を超えた施設・設備である。 |
| 4.14.1.4 | リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている | 部署訪問時は17時を過ぎていたが、カンファレンスが行われており、参加者も多数であった。 |

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | 法定要求人員の4倍近いリハビリスタッフを採用して各病棟にも配置している。質的にも極めて充実したリハビリ提供がなされており、他院の模範となるべき評価である。 |
| 4.14.1.1 | リハビリテーションに関する方針と役割が明確である | 病院機能に合致した方針と役割が明確に明文化されている。 |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 標準的適性人数をはるかに超える理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、音楽療法士が配置され、担当病棟も決められている。 |
| 4.14.1.3 | 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている | 同規模病院で類を見ない豊富な設備・機器が整備されている。 |
| 4.14.1.4 | リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている | 海外発表を含む学会・論文発表が医師のみでなくリハビリ部門の多職種によって行われ、その費用を病院が負担している。 |
| 4.14.2 | リハビリテーション部門が適切に運営されている | 個々の患者の必要性に応じたプログラムや適応基準があり計画は系統的に行われる手順が確立しており、他病院の模範となるべききわめて高い質の運営がなされている。 |
| 4.14.2.1 | リハビリテーションの基準・手順が確立している | 元旦を除く1年364日の運用プログラムが活発に運用されている。それらは入院・リハ処方・退院までの流れとなっており、目標設定も在宅へ向けたものである。 |
| 4.14.2.2 | 評価に基づいた計画が立てら | 基準は個々の患者の必要性を勘案して立て |

| | | |
|----------|------------------------------|--|
| | れ、目標が設定されている | られる手順となっている。評価結果・転帰がデータベース化されており、かつそれが改善に利用されている。 |
| 4.14.2.3 | リハビリテーションは計画に沿って実施されている | 在宅を目指して家屋訪問を行い、建物や家具の高さ・広さを設定し訓練するなど、極めてきめの細かい計画が作られて実施されている。 |
| 4.14.2.4 | 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている | 病棟にも担当リハビリスタッフが配置され医師と強い連携が行われている。 |
| 4.14.2.5 | リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある | 充実した内容のリハビリテーション科データベースが蓄積されるシステムが確立している。データベースをもとに3つのミーティングで業務内容改善の討議が行われている。 |

■一般病院 (200-499 床)

■更新受審

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | 貴院の中核をなす部門であり、存在意義が高い。リハビリ部門のミッション・ビジョンが病院の基本理念そのものである。トップレベルのリハビリ専門病院を目指し、十分な人員と設備が投じられている。長年にわたる診療実績が積み重ねられており、職員の研鑽も十分に行われている。 |
| 4.14.1.1 | リハビリテーションに関する方針と役割が明確である | |
| 4.14.1.2 | 機能に応じた人員が確保されている | 5名のリハビリ専門医に加え、93名のセラピストが配置され、手厚いリハビリが連日実施されている。 |
| 4.14.1.3 | 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている | 広大な機能訓練室の床は低反発のクッションが埋め込まれており、転倒などによる外傷が殆ど無く、患者の安全に役立っている。 |
| 4.14.1.4 | リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている | |

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|------------------------------|--|
| 4.14.2 | リハビリテーション部門が適切に運営されている | 「世界的レベルのリハビリテーション」との目標を掲げ、効果的な運営に努力されている状況が特に評価される。 |
| 4.14.2.1 | リハビリテーションの基準・手順が確立している | リハビリテーションの基準・手順は確立し、綿密な計画によって系統的に実施されている。加えて、リハビリテーションは年間を通じて、3日以上連休することなく業務を遂行している。 |
| 4.14.2.2 | 評価に基づいた計画が立てられ、目標が設定されている | |
| 4.14.2.3 | リハビリテーションは計画に沿って実施されている | リハビリテーションの実施手順が確立しており、安全確実に実施されている。また、手順に沿った記録はすべて診療録に集約されており、他職種との情報の共有が促進される体制が確立されている。 |
| 4.14.2.4 | 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている | |
| 4.14.2.5 | リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある | リハビリテーションのみならず、病院として社会福祉・高齢者医療の先進的取り組みをしているデンマークに毎年スタッフを教育研修に派遣しており、そこから得られた知見により部門の業務改善が図られている。 |

4.15 図書室機能

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|--------------|--|
| 4.15.1 | 図書室機能が確立している | 司書2名が配置され、電動書架、書棚、閲覧室等が整備されており、図書室のストラクチャーは適切である。図書部門はハワイ大学卒業後医学教育機関に委託された形態となっており、図書購入予算も確保され、院内各部門の要望に基づいて書籍、雑誌の購入・整備が |
|--------|--------------|--|

| | | |
|----------|----------------------|--|
| | | 図られている。MD Consult、Cochrane Library、J Dream II（和雑誌）のデータベースと契約し、文献検索に必要な情報機器も整備されており、図書室機能は高く評価される。 |
| 4.15.1.1 | 必要な施設・設備、人員等が整備されている | |
| 4.15.1.2 | 必要な図書・雑誌が確保されている | |
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | すべての職員が24時間、365日利用可能であり院内だけではなく、他の県立病院や県内の民間の医療機関、離島の医療機関等からの文献依頼に対応しており院内に匹敵する実績となっている。書籍は米国国立医学図書館分類表（NLMC）により分類され、サーバーに目録カードとして管理されている。院内各部門で整備した図書に関しても、すべてリストを把握し管理がなされている。入手が困難な欧文文献についてはハワイ大学医学図書館グループを通じた取り寄せも可能であり、教育・研修を支える図書館機能はきわめて適切に発揮されている。 |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図られている | |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立している | |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組みがある | |

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|--------|--------------|---|
| 4.15.1 | 図書室機能が確立している | 図書室は広く、明るく、整理整頓されている。また、司書が配置され、必要な図書が購入され、文献検索も自在に行えるようになっている。図書室機能は模範的な水準にあると評価 |
|--------|--------------|---|

| | | |
|----------|----------------------|---|
| | | される。 |
| 4.15.1.1 | 必要な施設・設備、人員等が整備されている | 司書が配置され、文献検索が可能なコンピュータシステムも整備されている。 |
| 4.15.1.2 | 必要な図書・雑誌が確保されている | 図書購入の予算は確保され、各部門の要望に基づいて必要な図書や雑誌が購入されている。 |

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|----------------------|--|
| 4.15.1 | 図書室機能が確立している | 医科大学図書館としての機能が確立され、年間約1億円の購入予算で電子ジャーナルをはじめとした必要な図書・雑誌が確保されている。図書館が保有する文献のみならず外部の文献情報センター・他大学の図書館などにも、すべての利用者が図書館内外からHP経由アクセスできる。 |
| 4.15.1.1 | 必要な施設・設備、人員等が整備されている | |
| 4.15.1.2 | 必要な図書・雑誌が確保されている | |
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | 病院職員・学生のみならず、全道の医療関係者が24時間利用可能となっている。僻地の医療関係者などが図書館HPを通じて文献検索できるシステムを確立していることは高く評価される。 |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図られている | |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立している | |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組みがある | |

■一般病院（200-499床）

■更新受審

| | | |
|----------|--------------------------|--|
| 4.15.1 | 図書室機能が確立している | “陽だまり図書室”のネーミングのとおり、職員・患者等に利用し易い、温かい雰囲気 の図書室が整備され、サービスも行き届いて いる。 |
| 4.15.1.1 | 必要な施設・設備、人員等が 整備されている | 全職員・患者等の共用の“陽だまり図書室” が整備されている。司書の資格を有する担当 者が常駐している。必要な施設・設備は整備 されている。閲覧用のテーブルと椅子は落ち 着きのある喫茶室的なセットである。車椅子 でも利用できる。 |
| 4.15.1.2 | 必要な図書・雑誌が確保され ている | 書籍購入申請書・雑誌購入申請書に基づいて 各部門の要望が検討される仕組みである。専 門書籍類の他に患者・家族向けの書籍類の整 備もされている。家庭医学書・健康図書・文 庫本・一般図書・漫画・医療ビデオ等の整備 が見られる。 |
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されてい る | 論文・学会発表資料のファイリング、デー タベース入力、業績集作成、文献検索、文献取 り寄せの手配等、実に多彩な運営が見られ る。 |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図 られている | 医学雑誌 Web 版にアクセス可能であり、ドク ュメントデリバリサービスとの契約もなされ ている。患者・家族向けの図書サービスに は、通常のサービスの他に、ビデオ鑑賞会・ 朗読会（大人も楽しめる絵本・童話・詩・エ ッセイ等）や巡回図書貸出・インターネット 利用サービスなどがある。 |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立し ている | 職員・患者等への情報提供（新着図書・雑誌 案内・研究支援など）が適切に行われてい る。媒体としては、図書室便り・図書室ホー ムページ・テーマ別参考資料ガイド・図書室 年報等である。医学書は NLM 分類（National Library of Medicine Classification：米国 国立医学図書分類法）が行われており、患者 用は貴院独自の分類法が採用されている。 |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組み | 図書室は組織的には、副院長が部長を兼ねる |

| | | |
|--|-----|---|
| | がある | 診療情報部に属しており、図書委員会を含めて図書に関する組織・委員会としてよく機能している。 |
|--|-----|---|

■精神科病院（200-399床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|--------------------|---|
| 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | 図書室の運営は、病院の規模としては優れており、高く評価できる。 |
| 4.15.2.1 | 図書室の利用促進と便宜が図られている | 24時間いつでも利用できる。また、研修医や実習生の利用、職員の要望による文献入手の手続きなどを支援している。 |
| 4.15.2.2 | 図書部門の業務手順が確立している | 全病院の図書は一定の方式により分類・整頓し一括管理されている。職員への情報提供は、院内LANと“図書便り”が月1回発行されている。 |
| 4.15.2.3 | 図書部門の業務改善の仕組みがある | 図書委員会の委員長は院長で、副委員長が司書である。 |

4.18 外来部門

■一般病院（100-199床）

■更新受審

| | | |
|----------|--------------------------|---|
| 4.18.2 | 外来部門の体制が確立している | 外来部門は適切に運営されており、療養指導の必要な外来患者には看護師受持制を導入し、看護計画を立案し継続的に適切な教育相談指導を実施しており、評価記録も整備されている。外来看護の受持制は特筆に値する。 |
| 4.18.2.1 | 外来部門の方針が明確にされている | |
| 4.18.2.2 | 外来における看護の役割が明確にされている | |
| 4.18.2.3 | 外来看護に必要な教育・研修が実施されている | |
| 4.18.2.4 | 必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている | |

| | | |
|----------|------------------------|--|
| 4.18.2.5 | 外来における薬剤が適切に保管・管理されている | |
|----------|------------------------|--|

第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 病棟における医療の方針と責任体制

- 一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院
- 更新受審

| | | |
|---------|----------------------------------|--|
| 5.1.3 | 臨床における倫理的問題について対応している | 臨床倫理に関しては「倫理4分割法」に準じた評価、検討がルーチン化しており、特筆すべき実績として高く評価したい。 医師の臨床に関した倫理的問題については、極めて適切に対応をしている。 |
| 5.1.3.1 | 当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている | 医師・看護師・他職種が共に「臨床倫理4分法」を用いて検討している。 病院全体としての積極的な取り組みもあり、臨床倫理に関しては診療部門での4分割評価など特筆すべき活動が見受けられる。 倫理的問題は「臨床倫理4分法」を活用し、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況の4点から深く検討されている。 |

5.4 評価（アセスメント）と計画 [全体の流れ]

- 一般病院（100-199床） 管理型臨床研修病院
- 更新受審

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| 5.4.2 | 計画は、患者の十分な参加の上で作成されている | 看護計画作成段階から患者・家族と十分に話し合い作成されている。また「ふれあいノート」の活用は高く評価できる。 |
| 5.4.2.1 | 計画には、患者や家族の意見が反映されている | 「ふれあいノート」に患者・家族の意見が記載され、検討記録も適切に記載されている。 家族とのコミュニケーション手段として「ふれあいノート」を活用し、患者・家族の意見や要望を十分に聞いている。また、看護師からは患者の状況、計画などを記載し、日々の変化を伝えている。 |
| 5.4.2.2 | 患者・家族に適切に計画が説明され、同意を得ている | 計画が説明され、手順に従って同意が得られている。 看護計画は患者・家族に手渡されており、同 |

| | | |
|--|--|---------|
| | | 意を得ている。 |
|--|--|---------|

5.5 ケアの実施（各論の流れ）

■一般病院（200-499床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| 5.5.6 | 栄養管理と食事指導が適切である | 通常行われない多くの栄養指標を測定し、食事と病状との関連を長年追求している。栄養食事指導件数もきわめて多い。栄養管理が病院活動の中心として位置づけられ、手順、記録、多職種の検討会など盛んに行われている。 |
| 5.5.6.1 | 栄養について評価・検討され、栄養計画が立案されている | 患者の栄養アセスメントはきわめて詳細に行われ、食事指示や変更手順は確立している。またNSTが意欲的に活躍し、栄養面の事例検討は多職種により頻回に行われている。個々の患者について栄養状態がアセスメントされ、栄養管理計画書が立案されている。 |
| 5.5.6.2 | 栄養指導・食事指導が適切に行われている | 栄養指導、食事指導は医師と栄養士などの検討を経て行われ、管理栄養士による指導記録は确实作られている。指導記録は診療録にファイルされている。 |
| 5.5.6.3 | 食事接種の支援や介助が適切に行われている | 本院リハビリテーションは栄養管理と食事摂取に関してのみ行われていて患者個々の状態に合わせた支援や介助が行われている。摂食・嚥下チームによりアセスメントされ支援や介助が行われている。 |

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| 5.5.7 | リハビリテーションが确实・安全に実施されている | 各病棟に担当スタッフが配置されて、極めて充実したリハビリ提供がなされている。他院の模範となるべき評価である。 |
| 5.5.7.1 | 評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている | 個々の患者に見合った計画・適切な目標設定がなされている。 |
| 5.5.7.2 | リハビリテーションの内容に | 計画書が毎月発行されていてその内容も適 |

| | | |
|---------|--------------------------------------|---------------------------|
| | ついて十分な説明がなされ、同意が得られている | 切である。 |
| 5.5.7.3 | リハビリテーションが安全に実施されている | マニュアルに沿って安全に実施されている。 |
| 5.5.7.4 | リハビリテーションの成果を活かして、セルフケアができるように援助している | 訓練の内容を活かし、ADL の拡大が図られている。 |

■一般+療養病院（200-499 床）

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------------------|--|
| 5.5.8 | 安全確保のための身体抑制が適切に行われている | 10年前の「抑制廃止福岡宣言」に沿って抑制廃止のためのフローチャートを作り職員手帳に掲載している。看護・介護の努力により最近5年間1度も身体抑制を行っていない。特記に値する。 10年前の「抑制廃止福岡宣言」に沿った取り組み以来、抑制した患者はいないとのことである。素晴らしいことで特記に値する。 |
| 5.5.8.1 | 安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である | |
| 5.5.8.2 | 身体抑制を実施する際の手順が明確である | 手順は明文化され、医師により説明・同意が受けられている。 「再検討記録」用紙・「抑制解除報告書」が作成され手順が明確である。 |
| 5.5.8.3 | 身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている | |
| 5.5.8.4 | 身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している | E病棟では1日のみやむを得ない抑制があるだけで、F病棟では5年間一度も実施されていない。 「再検討記録」用紙に、患者の状態・行動状況、ナースケアプラン、家族の反応の記録がされている。 |

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|---------------------------------|--|
| 5.5.10 | 緊急時の対応が適切である | |
| 5.5.10.1 | 院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である | 緊急時の対応はマニュアルがあり、緊急時の手順は119コールである。 緊急時対応は全て救急部が行うことになっているが、重大事態ではない場合の手順は各病棟とも決められ運用されている。 |
| 5.5.10.2 | 非常用カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている | カートの上も整理され、1番目ファースト薬剤、2段目医材、下はセカンド薬剤と統一され、点検カードも毎日確認している。 一定の位置に設置し、点検前・後の判別ができる。 |
| 5.5.10.3 | 緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている | 定期的な訓練は一般病棟では年2回であるが、救命救急センターでは4月から11月までに月2回の訓練を行っている。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|----------|---------------------------------|--|
| 5.5.10 | 緊急時の対応が適切である | 緊急時の対応手順は明確で、コードブルーを含めて職員に周知されている。教育・研修も適切に行われており、BLSはすべての職員が受講している。 A病棟では、母体搬送などの緊急時を想定して産科・小児科・手術室などの関係する医師・看護師の合同訓練を毎月実施し、時には模擬患者を想定して行っている。職員の研修も適切に行われてALS研修者も数名おり、緊急時の対応と訓練は他の模範として高く評価できる。 |
| 5.5.10.1 | 院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である | |
| 5.5.10.2 | 非常用カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている | 使用頻度は少ないが、いつでも即時使用可能な状態に保守・点検され、判別できる。設置場所も決められている。 毎日のチェックと2週間に1回の点検が実施されている。収納物品は適正である。 |
| 5.5.10.3 | 緊急時の対応に関する教育・ | F病棟ではBLS・ALSの教育・研修を受けた職 |

| | | |
|--|-------------------|-------------------------|
| | 研修と定期的な訓練が実施されている | 員が少ない。 研修医にも実施されている。 |
|--|-------------------|-------------------------|

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|----------|----------------------------------|--|
| 5.5.11 | 療養の継続性が適切に確保されている | |
| 5.5.11.1 | 退院について適切な評価が行われ、退院計画が立てられ実施されている | 退院支援フォローチャート、アセスメントシート等のツールを用いて、多職種参加のもと退院計画が立案されている。さらにB病棟においてはリスク評価に基づく助産師による訪問育児支援が行われている。 A病棟では退院支援アセスメントスクリーニング票を用いて、多職種が共同で行われている。B病棟では退院後の日帰りケアも助産師外来で実施されている。 |
| 5.5.11.2 | 退院についての説明が適切に行われ、同意が得られている | 十分な説明が行われ、患者の同意と納得が得られている。 パスが利用されて同意を得ている。個別な対応もされて適切である。 |
| 5.5.11.3 | 退院時要約は必要な情報を網羅し、適切に作成されている | サマリーの退院後2週間以内の完成率は100%にせまり、外来診療にて活用されている。 サマリーの退院後2週間以内の完成率は100%近い。 |

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|----------|---|---|
| 5.5.12 | 終末期ケアが適切に行われている | 入院時から終末期ケアが開始され、適切に行われていることは評価できる。 |
| 5.5.12.1 | 患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている | 患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている。対応について説明がされている。 |
| 5.5.12.2 | 終末期ケアにおける療養環境に配慮されている | 終末期の看護基準・手順が整備されている。 看取りの環境が整備されている。 |
| 5.5.12.3 | 逝去後に看取りの適切性につ | 全例検討している。 |

| | | |
|--|----------------|--|
| | いて多職種により検討している | |
|--|----------------|--|

■一般病院 (20-99 床)

■更新受審

| | | |
|----------|---|--|
| 5.5.12 | 終末期ケアが適切に行われている | すべての面で患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている。家族へのフォローも極めて適切に行われている。 |
| 5.5.12.1 | 患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている | 毎朝カンファレンスを行って見落としがないように配慮されている。家族の心のケアも行われ、デイルームの工夫も落ち着いていてよい。受験生の家族には勉強できる空間も整備されている。 |
| 5.5.12.2 | 終末期ケアにおける療養環境に配慮されている | 病院の周囲は自然な植物で満たされ、外を散歩したり、ストレッチャーや車椅子でも家族との大切なひと時が過ごせるように配慮されている。騒音にも配慮されている。 |
| 5.5.12.3 | 逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している | カンファレンスが全員で行われ、具体的に記録されている。逝去当日の勤務者全員が玄関まで見送りに出ている。 |
| 5.5.13 | 患者の逝去に適切に対応している | 逝去前に家族の希望で家族の控室である和室まで患者を連れて行き、ふれあうひと時を過ごさせている。逝去時の対応は極めて適切である。他の模範となると評価できる。 |
| 5.5.13.1 | 逝去時の対応手順が適切である | 家族の意見を尊重し希望により湯棺させるなど具体的な対応が明記されている。デスカンファレンスも積極的に行われている。 |
| 5.5.13.2 | 剖検についての承諾と実施の手順が明確である | 大学病院と連携し剖検実施のマニュアルが作成されている。現在まで剖検の例はない。 |

■療養病院 (20-199 床)

■更新受審

| | | |
|----------|-----------------|----------------------------------|
| 5.5.13 | 患者の逝去に適切に対応している | 逝去時は家族への配慮など病院全体で関わっていることは評価したい。 |
| 5.5.13.1 | 逝去時の対応手順が適切である | 手順は整備され家族の希望・意見も取り入れ |

| | |
|---|--------------|
| る | ることが明記されている。 |
|---|--------------|

第6領域 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理

- 一般+療養病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院
- 更新受審

| | | |
|---------|--------------------------|---|
| 6.1.3 | 職員の人事考課が適切に行われている | 医師を含めた全職員について、個人目標、部署別・診療科別目標、情意考課等の合理的評価基準に基づく人事考課が実施されている。所属長による個人面談や院長による最終考課が実施されるとともに、評価結果は賞与査定、昇進・昇格に有効に活用されており、極めて適切である。 |
| 6.1.3.1 | 人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている | |
| 6.1.3.2 | 人事考課が有効に活用されている | |
| 6.1.3.3 | 考課者の教育が行われている | |

6.3 施設・設備管理

- 一般病院（200-499床） 協力型臨床研修病院
- 更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|--|
| 6.3.2 | 外来・病棟で使用する医療機器の管理体制が確立している | 臨床工学科を組織図上に診療支援部門内に設置し、医療機器の中央管理、当直制が実施され、点検や緊急時の対応が適切に行われている。 |
| 6.3.2.1 | 医療機器を管理する担当者が定められている | 臨床工学士を15名配置し、個々の機器の管理を徹底している。 |
| 6.3.2.2 | 病棟の医療機器の点検が定期的に行われている | |
| 6.3.2.3 | 病棟の医療機器の補修をする仕組みが整えられている | 臨床工学技士の当直制を実施し、非常時の対応が適切に行われている。 |
| 6.3.2.4 | 医療機器の管理の中央化がなされている | 臨床工学科を診療支援部門内に設置している。 |
| 6.3.2.5 | 医療機器の標準化が図られている | 経年劣化した機器の買い替え毎に、機器の標準化が検討され、実績も残っている。 |

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------|--|
| 6.3.3 | 給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている | 厳密に清污区分がなされた最新の厨房で、衛生管理に細心の注意を払いながら調理・配膳が行われている。給食施設としては、全国レベルで見てもひとつの理想的モデルであると評価できる。 |
| 6.3.3.1 | 給食施設・設備が整備されている | |
| 6.3.3.2 | 食材が適切に保管されている | |
| 6.3.3.3 | 調理室の衛生管理が適切に行われている | 調理室の清潔区域と汚染区域は明確に区分され、調理室、配膳室ともによく清掃され、清潔に保たれている。スタッフの作業動線は一方通行とされており、清潔区域への入室は厳密な手洗いとエアシャワーの後に行われている。 |
| 6.3.3.4 | 配膳が衛生的に行われている | 調理済みの食品は、温かいものと冷たいもの別々に、ベルトコンベアを用いて盛り付けられている。病棟への配膳は、保温・保冷配膳車を用いている。盛り付け完了からおおよそ10分以内に行われている。配膳車と下膳車が別々に用意されている。 |
| 6.3.3.5 | 食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている | |

■一般病院（200-499床）

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------|--|
| 6.3.3 | 給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている | 他施設とのベンチマークを行い、現場主導でパス方式（調理過程が一方通行でラインの重なりが出ない）を考案し、それを基に大規模改修工事が行われている。また、エアシャワーや下膳車の車輪消毒装置などが設置されており、給食施設として他の模範となる構造で高く評価できる。 |
| 6.3.3.1 | 給食施設・設備が整備されて | |

| | | |
|---------|----------------------|--|
| | いる | |
| 6.3.3.2 | 食材が適切に保管されている | |
| 6.3.3.3 | 調理室の衛生管理が適切に行われている | |
| 6.3.3.4 | 配膳が衛生的に行われている | |
| 6.3.3.5 | 食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている | |

6.6 病院の危機管理への適切な対応

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|----------------------------|---|
| 6.6.1 | 院内における災害発生時の対応体制が整っている | 県の基幹災害医療センターであることを職員が認識し、毎月の避難訓練の実施にも多くの職員が参加している。院内防災センターにも火災など想定した器具類が地域や消防署員にもわかるよう取り揃えてある。職員が常時、携行するマニュアルを記載した職員手帳の整備など、院内災害時の対応体制は高く評価される。 |
| 6.6.1.1 | 自院で作成した独自の防災マニュアルがある | |
| 6.6.1.2 | マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている | |
| 6.6.1.3 | 責任体制と緊急連絡網が明確にされている | |
| 6.6.1.4 | 停電時の対応体制が整っている | 病院維持の電力1週間分、受水槽は飲料水400トンで約1週間分が確保されている。 |
| 6.6.2 | 大規模災害発生時の対応体制が整っている | 県の基幹災害医療センターであることを職員が認識し、毎月の避難訓練の実施にも多くの職員が参加している。院内防災センターにも火災など想定した器具類が地域や消防署員にもわかるよう取り揃えてある。職員が常時、携行するマニュアルを記載した職員手帳の整備など、院内災害時の対応体制は高く評価される。 |

| | | |
|---------|------------------------|---|
| 6.6.2.1 | 大規模災害時の対応マニュアルがある | |
| 6.6.2.2 | 大規模災害を想定した対応体制がある | |
| 6.6.2.3 | ライフラインの確保に配慮されている | |
| 6.6.2.4 | 大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある | 病院維持の電力1週間分、受水槽は飲料水400トンで約1週間分が確保されている。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|------------------------|--|
| 6.6.2 | 大規模災害発生時の対応体制が整っている | 基幹災害医療センターとして毎年9月中旬に災害医療訓練を行い、市消防局をはじめ地元医師会なども参加している。また、大掛かりな訓練でボランティアも参加していて多数の見学者もあり対応体制は模範となり高く評価される。 |
| 6.6.2.1 | 大規模災害時の対応マニュアルがある | 大規模災害を想定した独自のマニュアルは整備されて配置されている。 |
| 6.6.2.2 | 大規模災害を想定した対応体制がある | 責任体制は災害対策本部を設立し、400名の大量患者受け入れ可能なホールがある。また、医師会が参加してドクターヘリによる広域搬送を想定した訓練も実施されている。 |
| 6.6.2.3 | ライフラインの確保に配慮されている | ライフラインは電気、水、燃料において確保する体制が確立している。 |
| 6.6.2.4 | 大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある | 水は処理設備もあり対応できており食料品も3日分は十分ある。また、備蓄以外の調達手段もある。 |

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院

■更新受審

| | | |
|---------|---------------------|---|
| 6.6.2 | 大規模災害発生時の対応体制が整っている | 基幹災害拠点病院として訓練を行い、大規模災害発生時は病院機能を最大限活用し、被災者に迅速かつ適切な医療を提供する体制が整っている。 |
| 6.6.2.1 | 大規模災害時の対応マニュアル | 大規模災害を想定した独自のマニュアルは |

| | | |
|---------|------------------------|---|
| | ルがある | 整備されて配置されている。 |
| 6.6.2.2 | 大規模災害を想定した対応体制がある | 責任体制は災害対策本部を設立し、時間外についても連絡網の整備と災害医療班の派遣などの実績も確認できた。 |
| 6.6.2.3 | ライフラインの確保に配慮されている | ライフラインは電気、水、燃料において確保する体制が確立している。電気は3つの変電所と契約を結び、ガスについては灯油の確保で更なる確保に配慮されている。 |
| 6.6.2.4 | 大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある | 水は処理設備もあり対応できており食料品も3日分は十分ある。また、備蓄以外の調達手段もある。 |

おわりに

昨年度に引き続き、病院機能評価事業を通じて得られたデータをまとめたデータブックを作成しました。本データブックに所収されたデータには、病院医療の現況を示す独自のデータが多く含まれています。認定病院をはじめとする医療機関の皆様におかれては、これらの統計データや審査結果の傾向・コメントなどを参考に、それぞれの病院機能の向上等に役立てていただければ幸いです。

また、これらのデータをもとにわが国が抱える医療の諸問題に対して政策提言できるよう、今後も検討を重ねて参りたいと考えております。

本データブックの作成にあたり、受審病院の貴重なデータを利用させていただきました。ご協力を賜りました関係の皆様方に厚く御礼申し上げますとともに、当機構事業に引き続きご高配を賜りますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

平成22年 3月

財団法人日本医療機能評価機構
執行理事 今中 雄一

病院機能評価データブック 平成 20 年度

平成 22 年 3 月 31 日発行

発行者 財団法人日本医療機能評価機構（担当・企画室）

〒101-0061 東京都千代田区三崎町 1-4-17 東洋ビル

Tel: 03-5217-2335 Fax: 03-5217-2329

(C) Japan Council for Quality Health Care

本書の無断複製・転載を禁じます
