

# 病院機能評価データブック

平成 22 年度

平成 24 年 3 月



## はじめに

公益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の事業を幅広く実施しております。また、昨年4月には公益財団法人に移行し、公に資する事業を実施していく使命と重責をこれまで以上に強く感じております。

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てまいりました。全国の病院数が減少するなか、近年は2,500病院前後で推移しており、平成24年2月3日現在で全国8,650病院中2,440病院、全病院の28.2%となっています。

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病院の皆様に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資料としてご活用いただくべく、平成20年度より『病院機能評価データブック』として公表してまいりました。

今年度は、その4冊めとなる『病院機能評価データブック 平成22年度』を作成いたしました。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。

本データブックが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24年 3月

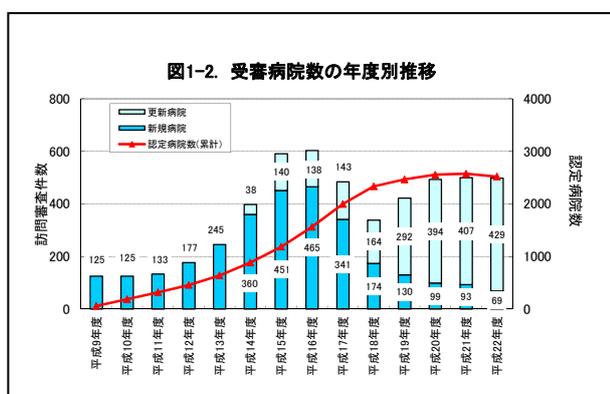
公益財団法人日本医療機能評価機構  
理事長 井原 哲夫



## 病院機能評価データブックについて

### 1. はじめに

病院機能評価事業は、病院に任意で受審いただき、評価項目を一つずつ確認し改善に取り組むことによって、受審病院の業務を効率化するとともに、医療提供の質や安全性を高めることを目的とした第三者評価であり、病院に特化した第三者評価としてはわが国で唯一の事業です。病院機能評価の認定期間は5年間ですが、幸い、平成17年度の事業開始以来、約2,500の病院に継続的に受審いただき、平成24年2月3日現在の認定病院は2,440となりました（p.15、図1-2）。この数字は日本の全病院の約3割にあたり、病床数で見ると日本の全病床の半数が病院機能評価の認定を取得されています。これは、「患者さんに対してよりよい医療を提供したい」という気持ちで日々改善に取り組んでいらっしゃる病院・医療者の熱意の表れであり、当機構の事業を活用いただいていることに深く感謝申し上げます。また、ご多忙の中、日々本事業にご協力いただいている約900名の調査評価者のご尽力に改めて感謝申し上げます。



### 2. 『病院機能評価データブック 平成22年度』について

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16章では、平成22年度にver.6.0で訪問審査を受審した498病院から、病院機能評価の過程で提出いただいた「病院機能の現況調査」のデータを集計・分析した結果を示しました。また、第17章では、同じ498病院の中間的な結果報告および最終結果報告書から、特に多くの病院で指摘の多かった事項および他の模範となると考えられる特に優れた事例を示しました。なお、最終結果報告書における評点・評価所見については、当該病院の承諾を得て病院名を付記して掲載しています。

本書のPDFは、当機構webサイト内「研究成果」のコーナーから全文を無料ダウンロードできます。病院・医療者の皆様には、病院機能評価の受審準備だけでなく、日頃の改善活動に本書を活用いただければ幸いです。

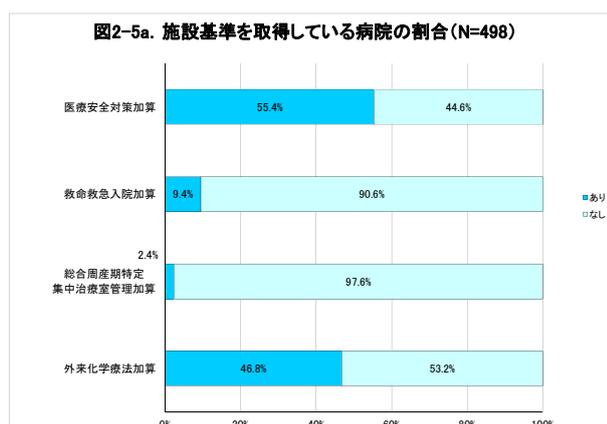
以下に本書の特徴を紹介します。

(1) 受審病院の属性、患者受け入れ状況等 (p. 17～46)

本書で対象としている病院は、前述のとおり平成 22 年度に病院機能評価の訪問審査を受けた 498 病院です（以下「受審病院」と呼びます）。『病院機能評価データブック平成 21 年度』（以下『データブック H21 年度』）の対象となった 373 病院と比較して約 1.3 倍となっていますが、これは、平成 21 年 7 月に病院機能評価の評価項目が ver. 5.0 から ver. 6.0 になったことをふまえ、『データブック H21 年度』では、平成 21 年度中に ver. 6.0 で受審した病院のみを対象としていたことによります。なお、平成 21 年度中の ver. 5.0 と ver. 6.0 での受審病院数は合計 500 病院でした。

受審病院 498 病院のうち、新規受審病院は 99、更新受審病院は 399 病院でした。平成 19 年以降、各年度の受審病院に占める新規受審病院の割合は毎年減少しています (p. 15、図 1-2)。また、受審病院の病床規模別、地域別内訳を図 2-1 (p. 17)、図 2-2 (p. 18) にそれぞれ示しました。

医療安全対策加算、救命救急入院加算、総合周産期特定集中治療室管理料、外来化学療法加算 (I および II) を届け出ている受審病院はそれぞれ 55.4%、9.4%、2.4%、46.8%であり、中央社会保険医療協議会 第 198 回総会資料に示された全国平均値と比較して高い結果となりました (p. 25、図 2-5)。また、一般病院における 100 床あたり職員数 (医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師・診療 X 線技師、管理栄養士・栄養士) についても、受審病院ではそれぞれ 19.1 人、69.8 人、4.3 人、5.1 人、2.7 人であり、全国値 (厚生労働省「平成 22 年医療施設調査」) の 14.0 人、47.4 人、3.0 人、2.9 人、1.6 人よりも手厚く配置されている状況がうかがえました (p. 23、表 2-2)。なお、これらは過去の病院機能評価データブックにおいて示された結果と同様でした。



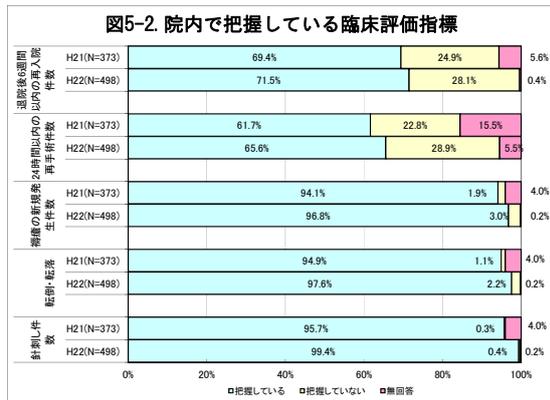
(2) 臨床評価指標について (第 5 章、p. 45～46)

病院機能評価統合版評価項目 ver. 6.0 から収集を始めた臨床評価指標に関する項目では、『データブック H21 年度』同様、①退院後 6 週間以内の再入院件数、②24 時間以内の再手術件数、③褥瘡の新規発生件数、④転倒・転落の結果生じた骨折・頭蓋内出血件数、⑤針刺し事故発生件数について、把握の有無および発生件数をまとめました (p. 45～46、図 5-2、図 5-3)。

針刺し事故発生件数を把握している病院が平成 21 年度の 95.7%から 99.4%に増加したほか、その他の項目についても件数を把握している病院の割合が前年より増加していました。

また、すべての項目で「無回答」の割合が減少していました。平成 22 年度から、病院団体に対して診療の質評価・公表に関する厚生労働省の補助金

が交付されるようになり、指標を用いた診療の質の評価とそれに基づく改善の取り組みが急速に普及しつつある状況が反映されたものと考えられます。

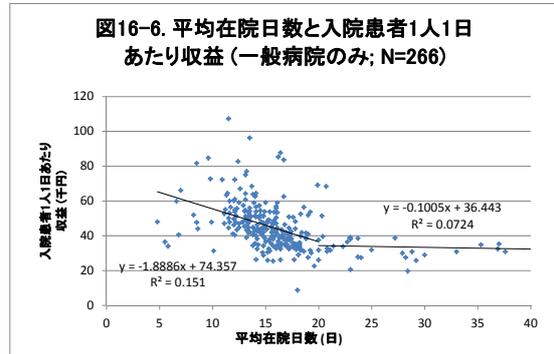
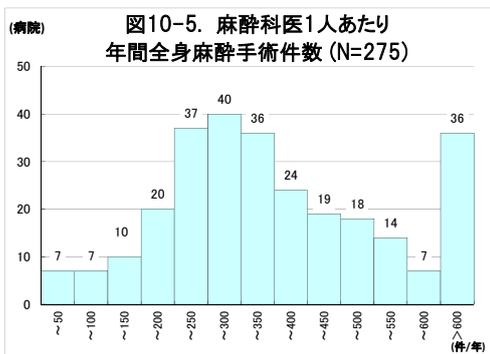


(3) 各部門の状況について (p. 47~106)

第 6 章~16 章では、救急部門、薬剤部門、検査・画像診断部門、輸血部門、手術部門、リハビリテーション部門、栄養部門、診療情報管理部門、医療社会福祉・在宅療養支援部門、診療機能、経営指標についてまとめました。

病院機能評価では、年間の全身麻酔手術件数が 4~500 件を超える病院には常勤麻酔科医の確保を求めています。麻酔科医 1 人あたりの全身麻酔手術件数が年間 600 件を超える受審病院が 36 病院ありました (p. 67、図 10-5)。

また、一般病院における平均在院日数と入院患者 1 人 1 日あたり収益の関係を図 16-6 に示しました (p. 105)。平均在院日数が 20 日未満の病院においては入院患者 1 人 1 日あたり収益と平均在院日数がおおむね反比例の関係にあるのに対し、平均在院日数が 20 日以上 of 病院では、入院患者 1 人 1 日あたり収益は平均在院日数によらず約 3.6 万円で一定となりました。



(4) 審査結果の傾向について (第 17 章、p. 107~182)

表 17-1 では、中間的な結果報告での小項目が c 判定 (適切さに欠ける、存在しない、行われていない) となった受審病院が 1%を超える小項目について、領域ごとに c 判定

の割合の多い順に示しました (p. 107~109)。特に、「2. 1. 2. 3 臨床研究に関する倫理が明確である」「4. 3. 3. 3 注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている」「4. 15. 2. 2 診療記録管理業務が適切に実施されている」「4. 12. 4. 1 ドナーカード保持者の意思が尊重されている」「4. 3. 3. 4 注射薬は 1 施用ごとに取り揃えが実施されている」「4. 15. 2. 1 診療記録が必要時に迅速に提供されている」「4. 10. 2. 1 洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている」「4. 12. 4. 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」「5. 4. 8. 3 身体抑制が確実・安全に実施されている」「5. 6. 1. 4 記載された診療録・看護記録が評価されている」「6. 3. 2. 2 廃棄物の処理が適切に行われている」「6. 1. 3. 1 職場の安全衛生が確保されている」「7. 4. 2. 1 精神科専門療法（デイケアや作業療法）に伴い収入が生じた場合に患者にすべて還元されている」「7. 5. 1. 1 抗精神病薬が適切（安全）に投与されている」については、c 判定となった受審病院が 5%を超えていました。

また、表 17-2 には、同じく中間的な結果報告におけるすべての中項目の評点分布を示しました (p. 110~112)。中項目の評点が「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）となった受審病院が 5%を超える中項目は、「2. 1. 2 臨床における倫理に関する方針が明確である」「2. 3. 2 安全確保の手順が定められている」「2. 3. 3 安全確保のための活動が適切に行われている」「3. 5. 2 トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている」「4. 3. 2 院内における薬剤が適切に保管・管理されている」「4. 3. 3 調剤が適切に行われている」「4. 15. 2 診療記録が適切に管理されている」「5. 4. 8 安全確保のための身体抑制が適切に行われている」「6. 1. 3 職員が安心して働ける労働環境が整備されている」「6. 3. 2 院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている」「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」「7. 4. 3 預り金管理が適切に行われている」「7. 5. 1 精神科専門治療が適切に行われている」でした。これらの項目に関する主な指摘事項はの「17. 2 評点 2 以下の主な指摘事項」（p. 113~136）にまとめて掲載しています。

なお、中間的な結果報告において「6. 3. 2 院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている」「4. 3. 3 調剤が適切に行われている」「5. 4. 8 安全確保のための身体抑制が適切に行われている」が評点「2」となった病院は、それぞれ前年度の 23. 3%、19. 6%、16. 8%から 14. 7%、13. 7%、8. 5%に激減したのを始め、全体に c 判定または評点「2」となる病院の割合が減少しました。病院機能評価を継続的に受審される病院が増えてきたことに加え、受審病院のみなさまが受審の準備、改善活動を進める上で、データブックや当機構広報誌（ニューズレター）等を参考情報として活用されていることが示唆される結果となりました。

平成 21 年度に評点「2」の割合が高かった中項目	評点「2」の割合	
	H21 年度	H22 年度
6.3.2 院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている	23.3%	14.7%
4.3.3 調剤が適切に行われている	19.6%	13.7%
5.4.8 安全確保のための身体抑制が適切に行われている	16.8%	8.5%
4.15.2 診療記録が適切に管理されている	15.5%	13.7%
2.3.2 職員が安心して働ける労働環境が整備されている	13.9%	8.4%

一方、「17.4 評点『5』の事例」では、最終結果報告書において評点「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、他の施設の模範となると自負できる）と評価された事例について、当該病院の許諾を得て最終結果報告書の評価所見の内容を抜粋して掲載しました（p. 137～182）。受審病院の優れた取り組みを今後の受審・改善活動の参考としてご利用いただければ幸いです。

### 3. インターネットでの公開について

病院機能評価データブックのデータは、当機構 web サイトから PDF 形式で全文をダウンロードいただけます。日々の改善活動や病院機能評価の受審準備等に幅広くご利用いただければ幸いです。

#### 【ダウンロード手順】

The image shows a screenshot of the website for the Japan Council for Quality Health Care (JCQHC). The navigation menu at the top includes items like 'Home', 'About Us', 'Business Content', 'Certified Hospital Search', 'Event Information', 'Publication/Download', 'Press Release', 'Research Results', and 'Inquiries (Application/Entry)'. The 'Research Results' item is highlighted with a red box, and a red callout box with the text 「研究成果等」をクリック (Click on 'Research Results') points to it. At the bottom of the screenshot, a red box contains the URL <http://www.jcqhc.or.jp/>, with a large pink arrow pointing downwards from it.

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

文字サイズの変更  
ENGLISH 大 中 小  
サイト内検索

ホーム 当機構について 事業内容 認定病院検索 イベント情報 出版・ダウンロード プレスリリース 研究成果等 募集(採用・入札)

ホーム > 研究成果等

## 研究成果等

研究成果 (2011年度)

年報等 (2011年度)

2011年8月 8日 [『日本医療機能評価機構の取り組み2011』を公開しました。](#)

2011年8月20日 [『病院機能評価データブック 平成21年度』を公開しました。](#)

病院機能評価事業  
認定病院患者安全推進事業  
産科医療補償制度運営事業  
EBM医療情報事業 (Minds)

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

文字サイズの変更  
ENGLISH 大 中 小  
サイト内検索

ホーム 当機構について 事業内容 認定病院検索 イベント情報 出版・ダウンロード プレスリリース 研究成果等 募集(採用・入札)

ホーム > 研究成果等

## 研究成果等

← 新しい記事へ 一覧に戻る 古い記事へ →

### 『病院機能評価データブック 平成21年度』を公開しました。

(公財)日本医療機能評価機構では、病院機能評価事業を通じて収集されたデータを認定病院および国民の皆様へ還元し、併せてわが国の医療の質の更なる向上に役立てていただくため、『病院機能評価データブック 平成19年度』『病院機能評価データブック 平成20年度』に引き続き『病院機能評価データブック 平成21年度』を作成しました。病院機能改善の継続的な取り組みだけでなく、医療の質向上のツールとしてぜひご活用ください。

※本データブックは、平成21年7月～平成22年3月に病院機能評価をVer.6.0で受審した373病院のデータを中心に、病院機能評価の際に収集されたデータを集計・解析したものです。

※評価項目がVer.6.0になったことを反映し、一部の評価項目を修正・新設いたしました。

《データブックの主な項目》  
・受審病院数の年度別推移

2011年度  
2010年度

病院機能評価事業  
認定病院患者安全推進事業  
産科医療補償制度運営事業  
EBM医療情報事業 (Minds)  
医療事故情報収集等事業  
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業  
お問い合わせ

年間身病診手  
中間結果報告に  
・評価2以下の項目  
・評価5の事例 (特)

【お問い合わせ先】  
公益財団法人日本医療機能評価機構 企画室 [お問合せ](#)

『病院機能評価データブック 平成21年度』

病院機能評価データブック  
平成21年度

平成23年3月  
財団法人日本医療機能評価機構

← 新しい記事へ 一覧に戻る

・サイトのご利用にあたって ・リンク集 ・サイトマップ ・アクセスマップ

Copyright (C) 2011 Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved. 〒101-00

## 《目次》

はじめに

病院機能評価データブックについて

目次

第1章 病院機能評価概略 .....	11
1. 公益財団法人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. 審査体制区分別病床 100 対職員数 .....	23
第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標 .....	25
1. 職員数 .....	25
2. 医師総労働時間数・有給休暇取得率 .....	26
3. 外部委託状況 .....	27
4. 情報化の状況 .....	28
5. 診療記録の媒体と保管方法 .....	28
6. 医療安全管理者について .....	30
7. 感染管理担当者について .....	31
8. 職員に対する検査・予防接種実施状況 .....	32
9. 医師・看護職員退職率 .....	33
10. 院内保育の状況 .....	34
第4章 患者受け入れ状況 .....	35
1. 標榜科 .....	35
2. 主要診療科別医師 1 人あたり患者数 .....	36
3. 標榜科別医師数 .....	38

4.	1日あたり患者数	39
5.	年間平均病床利用率	40
6.	平均在院日数	41
7.	他施設からの紹介率	42
8.	地域連携室の職員配置状況	42
9.	外来部門の看護職員配置状況	43
10.	外来待ち時間調査の実施状況	43
11.	日帰り手術実施状況	44
12.	外来化学療法	44
第5章	臨床評価指標	45
1.	臨床評価指標に関する検討	45
2.	院内で把握している臨床評価指標	45
3.	院内で把握している臨床評価指標（件数）	46
第6章	救急部門	47
1.	救急告示病院数	47
2.	救急車搬入患者数	47
3.	救急入院患者数	48
4.	精神科救急医療対応	48
5.	精神保健福祉法指定病床を有する病院	49
6.	夜間勤務体制	49
第7章	薬剤部門	50
1.	100床あたり薬剤師数	50
2.	薬剤師の配置状況	50
3.	病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数	51
4.	院外処方箋率（外来）	51
5.	薬剤部門での注射薬の混合	52
6.	注射薬の供給法（個人別取り揃え実施状況）	52
第8章	検査・画像診断部門	53
1.	放射線科医師数	53
2.	CTの状況（保有台数・実施件数・待機日数）	54
3.	MRIの状況（保有台数・実施件数・待機日数）	55
4.	放射線科医による報告書作成・読影	56

5.	各種超音波検査の実施状況 .....	56
6.	画像の遠隔診断 .....	57
7.	検査報告所要時間（ルーチン・緊急） .....	57
8.	外部精度管理の参加状況 .....	58
9.	病理医配置状況 .....	58
10.	剖検実施状況 .....	59
11.	死亡退院率・剖検率 .....	59
12.	術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検） .....	60
13.	術中迅速診断の実施状況 .....	60
14.	テレパソロジーの実施状況 .....	61
第9章	輸血部門 .....	62
1.	輸血担当部門 .....	62
2.	輸血担当医師数 .....	62
3.	100床あたり血液使用量 .....	63
4.	血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況 .....	64
第10章	手術部門 .....	65
1.	手術実施状況 .....	65
2.	100床あたり手術室数 .....	65
3.	手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率 .....	66
4.	手術1000件あたり麻酔科医 .....	67
5.	麻酔科医1人あたり全身麻酔手術件数 .....	67
6.	年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数 .....	68
第11章	リハビリテーション部門 .....	69
1.	リハビリテーション担当医師数 .....	69
2.	外来/入院リハビリテーション実施単位 .....	70
3.	FIM (functional independence measure) の変化率 .....	72
第12章	栄養部門 .....	73
1.	100床あたり栄養士・管理栄養士数 .....	73
2.	栄養サポートチームの有無および月平均実施件数 .....	73
3.	月平均栄養食事指導実施件数 .....	74

第13章 診療情報管理部門 .....	75
1. 診療録・診療情報管理士数 .....	75
2. 診療録番号の管理 .....	75
3. 診療記録の条件抽出 .....	76
4. 2週間以内の退院時サマリー作成率 .....	76
第14章 医療社会福祉・在宅医療支援部門 .....	77
1. 患者相談担当者配置状況 .....	77
2. 患者相談職員数 .....	77
3. 月平均患者相談実施件数（入院・外来） .....	78
4. ワーカー1人あたり月平均相談件数 .....	78
5. 訪問サービス実施状況 .....	79
6. 月平均訪問診療等実施件数 .....	80
7. 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 .....	80
第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況） .....	81
1. 皮膚・形成外科領域 .....	81
2. 神経および脳血管領域 .....	82
3. 精神科・神経科領域 .....	83
4. 眼科領域 .....	84
5. 耳鼻咽喉科領域 .....	85
6. 呼吸器系領域 .....	86
7. 消化器系領域 .....	87
8. 肝・胆道・膵臓領域 .....	88
9. 循環器系領域 .....	89
10. 腎・泌尿器系領域 .....	90
11. 産科領域 .....	91
12. 婦人科領域 .....	91
13. 乳腺領域 .....	92
14. 内分泌・代謝・栄養領域 .....	93
15. 血液・免疫系領域 .....	94
16. 筋・骨格系領域および外傷領域 .....	95
17. リハビリテーション領域 .....	96
18. 小児科領域（新生児・未熟児を含む） .....	97
19. 麻酔科領域 .....	98
20. 緩和ケア領域 .....	98

21. 放射線治療領域 .....	99
22. 画像診断・病理診断領域 .....	99
23. 歯科口腔外科領域 .....	100
24. 救急領域 .....	101
25. その他 .....	101
第16章 経営指標.....	102
1. 受審前年度の医業収支率 .....	102
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 .....	103
3. 1床あたり医業収益 .....	104
4. 1床あたり医業費用 .....	104
5. 職員1人あたり医業収益および人件費 .....	105
6. 平均在院日数と入院患者1日1人あたり収益 .....	106
第17章 審査結果（評点）の傾向 .....	107
1. c判定の割合が1%を超える小項目 .....	107
2. 中項目ごとの評点分布 .....	110
3. 評点2以下の項目の主な指摘事項 .....	113
4. 評点5の事例（抜粋）.....	140
おわりに.....	186



## 第1章 病院機能評価概略

### 1.1 公益財団法人日本医療機能評価機構 沿革（病院機能評価関連）

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
+8 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 財団法人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	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
	8 月	認定病院数が 1,000 を超える
	9 月	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
平成 23 (2011) 年	4 月	公益財団法人移行

※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	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									
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									
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	12	23	72	12	22	51
5. 看護の適切な提供	14	27	90	14	25	63	11	18	61	11	17	44
6. 病院運営管理の合理性	6	22	81	6	21	49						
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

統合版V6:2009(平21)年7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	8	14	33	8	14	33
2. 患者の権利と医療の質および安全の確保	6	13	38	6	13	38
3. 療養環境と患者サービス	5	9	24	5	9	24
4. 医療提供の組織と運営	20	63	159	20	43	106
5. 医療の質と安全のためのケアプロセス	7	22	58	7	20	50
6. 病院運営管理の合理性	6	16	40	6	16	40
共通項目計	52	137	352	52	115	291
7. 精神科に特有な病院機能	5	15	39			
8. 療養病床に特有な病院機能	3	10	27			
統合版計	60	162	418			

(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
7	22	58	7	20	50
7	22	58	7	20	50
2	8	21			
9	30	79			

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4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。

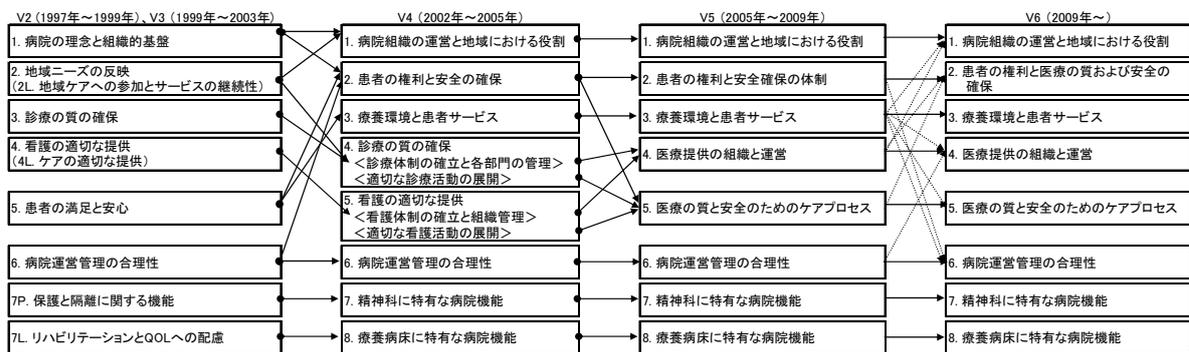


図 1-1. バージョンによる評価対象領域の推移

### 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

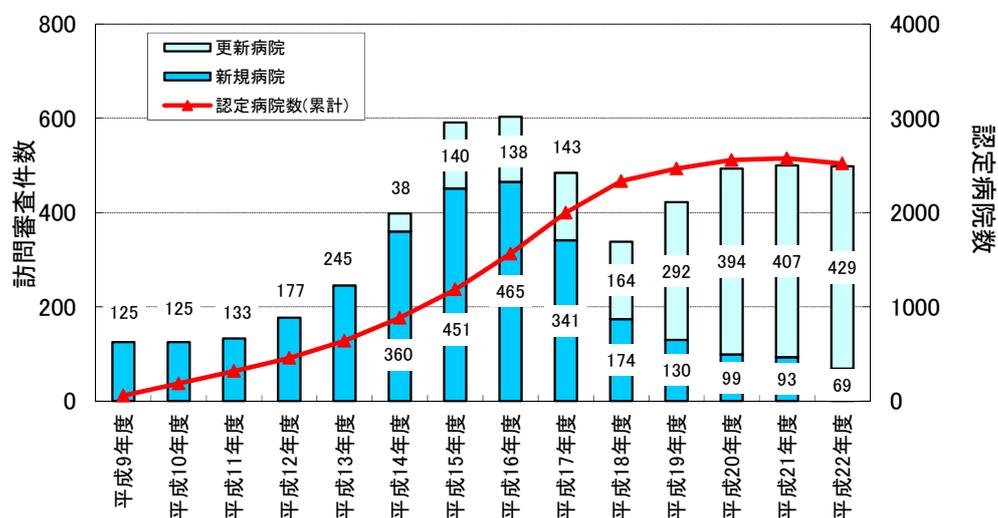


図1-2では、受審病院数の年度別推移を示した。平成9年度の審査開始以降、認定病院数は増加してきたが、近年は新規病院数よりも更新病院が占める割合が増加し、ほぼ一定となっている。

### 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23年3月末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28.9%であった。滋賀県41.7%、沖縄県39.4%、岡山県36.4%、長野県35.8%、広島県35.6%、石川県35.3%と認定率が35%を超える県が6あった。

表 1-2. 都道府県別認定病院率（平成 23 年 3 月 31 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	587	135	23.0	滋賀県	60	25	41.7
青森県	104	21	20.2	京都府	175	59	33.7
岩手県	96	29	30.2	大阪府	540	175	32.4
宮城県	147	30	20.4	兵庫県	351	117	33.3
秋田県	74	16	21.6	奈良県	75	22	29.3
山形県	70	22	31.4	和歌山県	92	19	20.7
福島県	141	34	24.1	鳥取県	45	14	31.1
茨城県	189	36	19.0	島根県	55	17	30.9
栃木県	110	23	20.9	岡山県	176	64	36.4
群馬県	137	42	30.7	広島県	253	90	35.6
埼玉県	353	98	27.8	山口県	148	43	29.1
千葉県	283	55	19.4	徳島県	118	40	33.9
東京都	643	180	28.0	香川県	95	24	25.3
神奈川県	345	98	28.4	愛媛県	144	40	27.8
新潟県	132	39	29.5	高知県	138	35	25.4
富山県	110	25	22.7	福岡県	467	150	32.1
石川県	102	36	35.3	佐賀県	110	30	27.3
福井県	76	21	27.6	長崎県	163	41	25.2
山梨県	60	16	26.7	熊本県	217	69	31.8
長野県	134	48	35.8	大分県	162	49	30.2
岐阜県	104	33	31.7	宮崎県	143	33	23.1
静岡県	185	59	31.9	鹿児島県	268	85	31.7
愛知県	332	109	32.8	沖縄県	94	37	39.4
三重県	105	35	33.3	合計	8,708	2,518	28.9

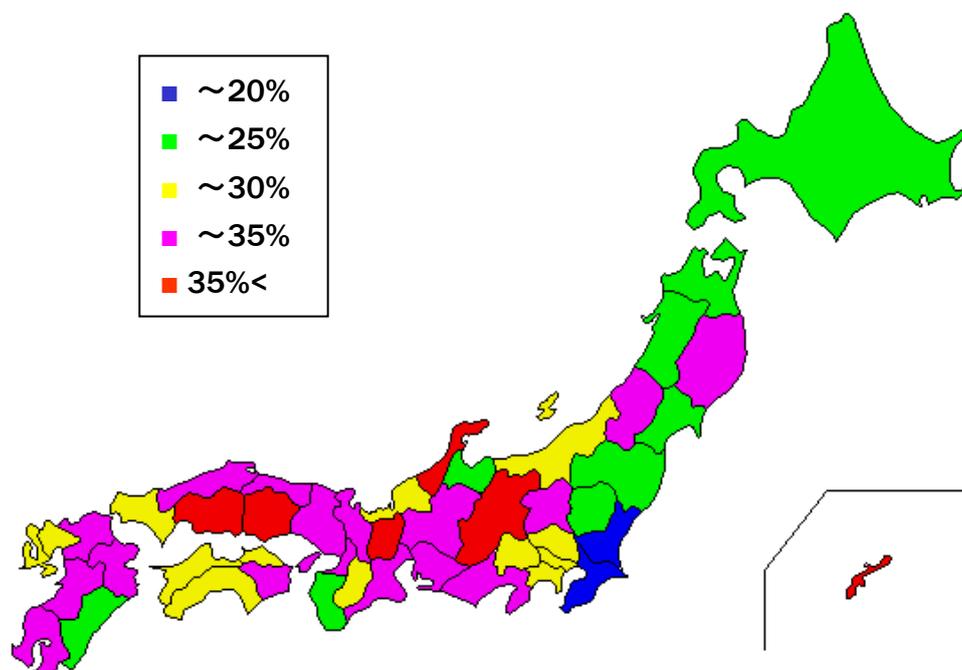


図 1-3. 都道府県別認定病院率（平成 23 年 3 月 31 日現在）

## 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22年度に病院機能評価統合版評価項目 ver. 6.0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

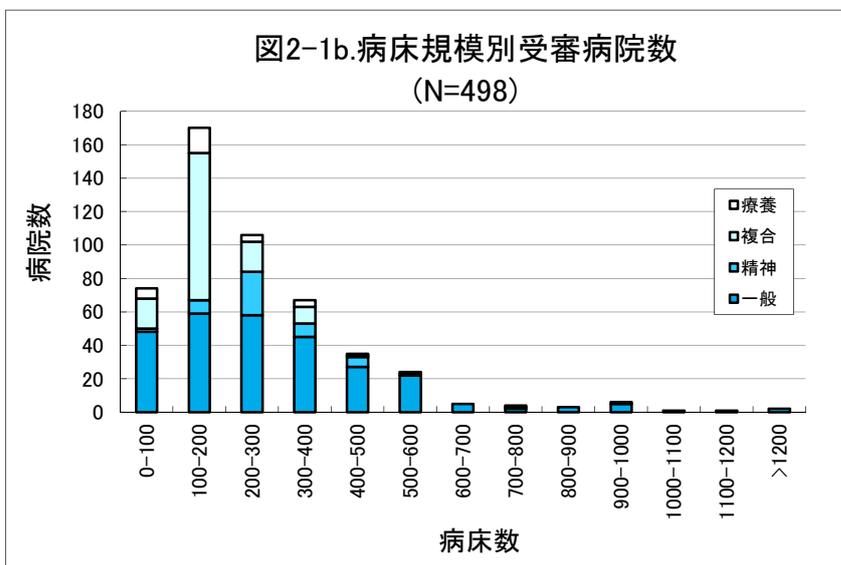
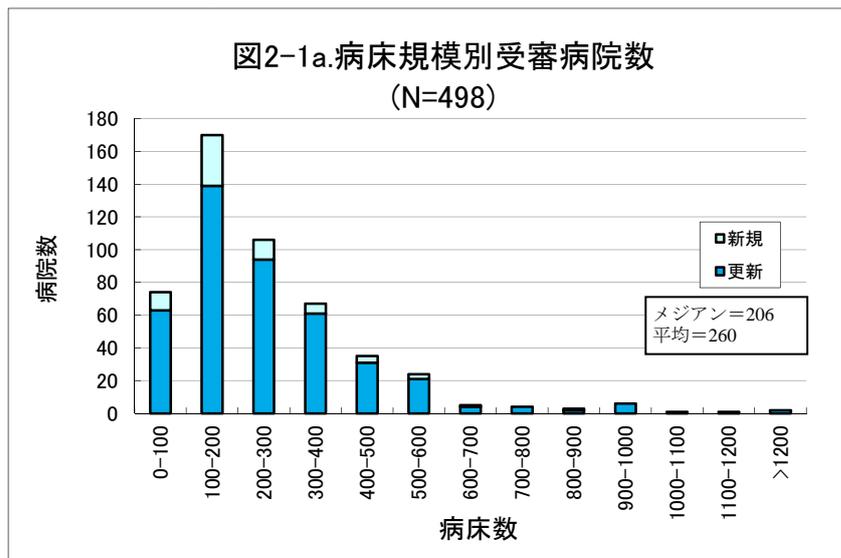


図2-1aでは、受審病院を新規受審69病院と更新受審429病院に分類し、それぞれの病床分布をヒストグラムで示した。

図2-1bでは、受審病院を審査体制区分\*1に応じて「一般病院」「精神病院」「療養病院」「複合病院」に分類し、病床数の分布を示した。

※平成 22 年 10 月 1 日時点の病院構成\*2

総病院数	8670 病院	(100.0%)
20～99 床	3232 病院	(37.3%)
100～199 床	2758 病院	(31.8%)
200～499 床	2220 病院	(25.6%)
500 床以上	460 病院	(5.3%)

\*1 参考：「審査体制区分一覧表」

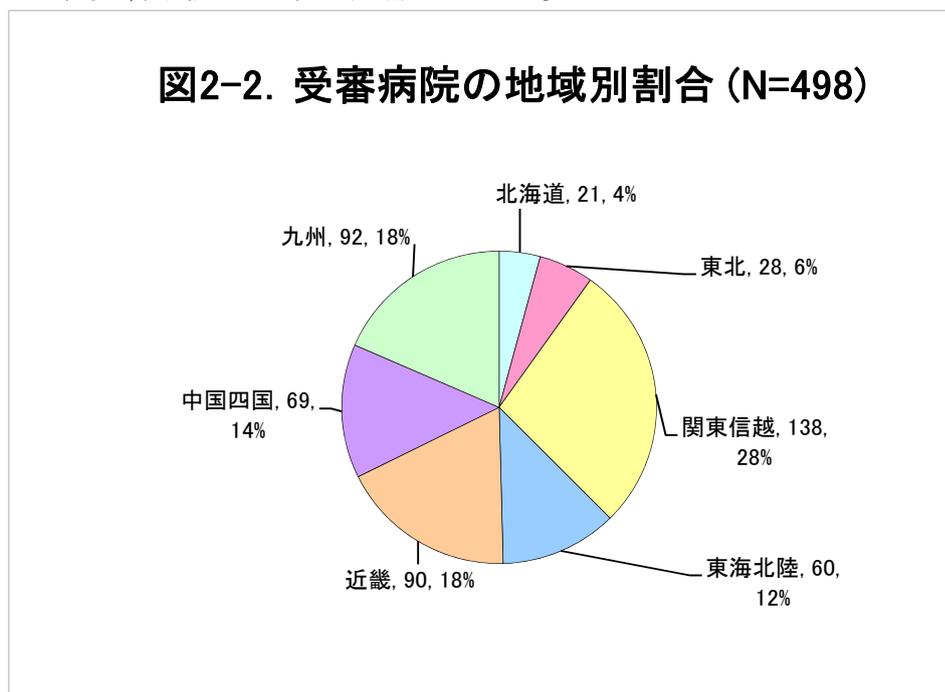
<http://www.jcqh.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

\*2 参考：厚生労働省「平成 22 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>

## 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 498 病院の病床種別・審査体制区分\*の内訳を示した。

表 2-1a. 病床種別・審査体制区分

審査体制区分	一般	療養	精神	複合
1	40	21	8	19
2	63	8	36	86
3	125	1	8	30
4	50	-	-	3
<b>総計</b>	<b>278</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>138</b>

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	1	
	200 床以上 500 床未満	2	
	500 床以上	1	
一般+療養	100 床未満	18	126
	100 床以上 200 床未満	83	
	200 床以上 500 床未満	25	
	500 床以上	0	
一般+精神+療養	100 床未満	0	6
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	3	
	500 床以上	2	
精神+療養	100 床未満	1	2
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	0	
	500 床以上	0	
合計	-	-	138

\*参考: 「審査体制区分一覧表」

<http://www.jcqh.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

## 2.4 特殊病床

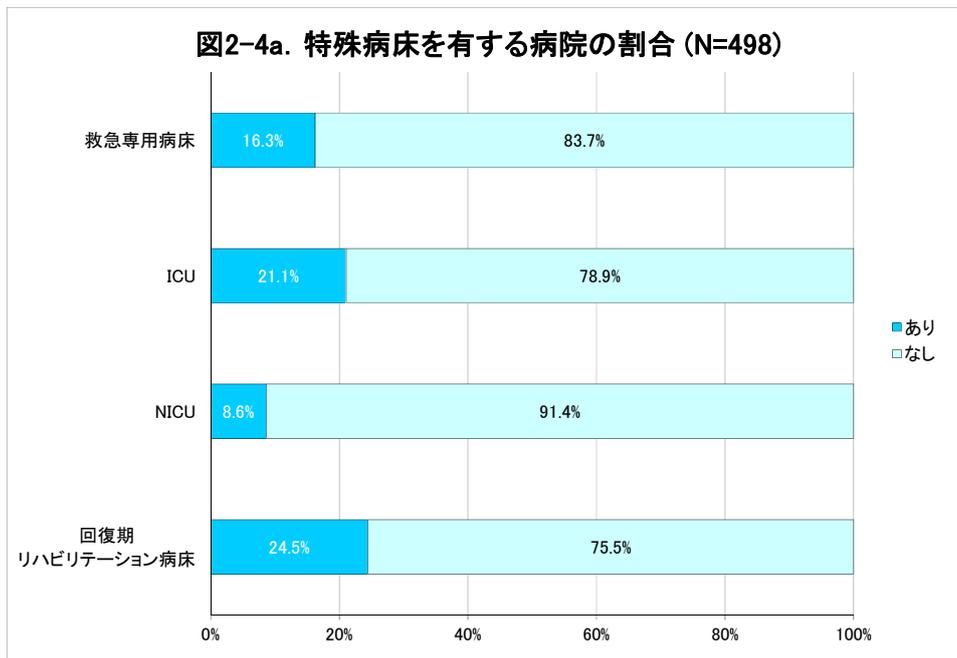
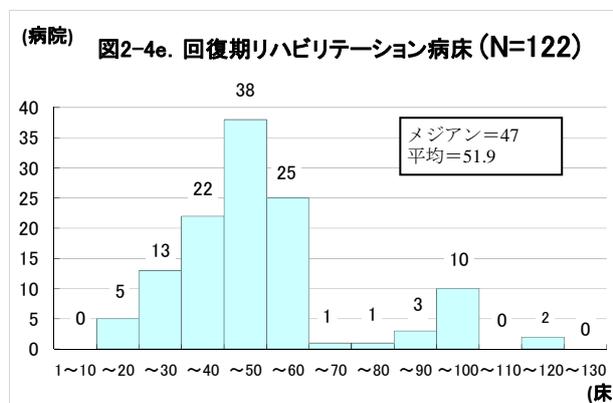
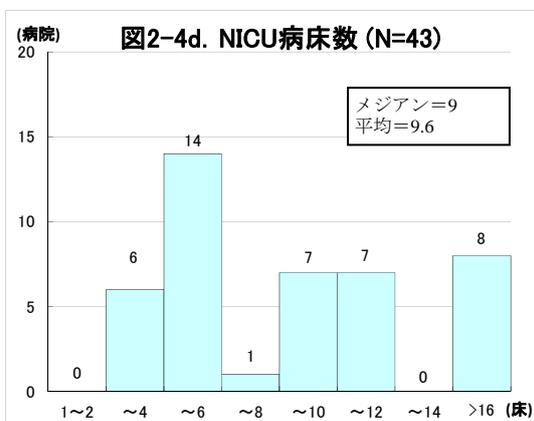
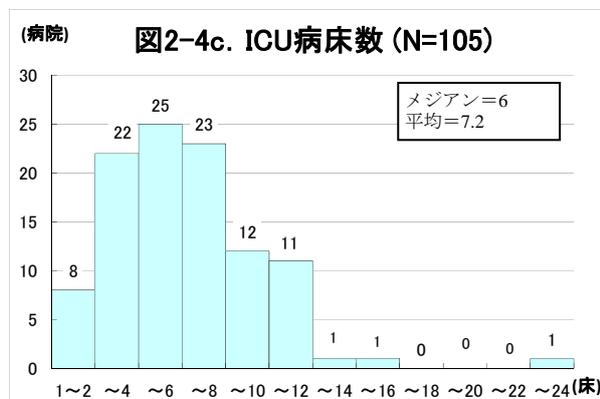
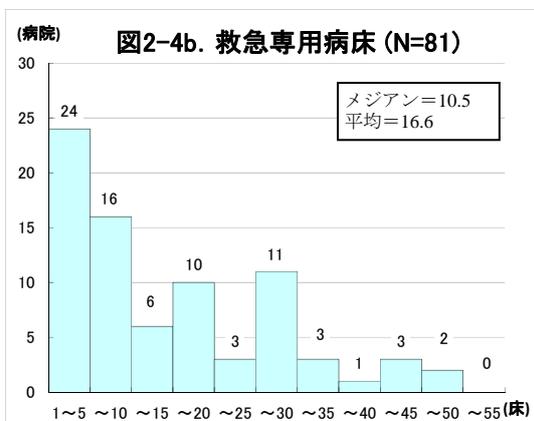


図2-4aでは、特殊病床を持つ病院の割合を示した。受審病院のうち、ICUを有する病院は21.1%、NICUを有する病院が8.6%であった。



■ ICU 病床数と全身麻酔手術実施件数

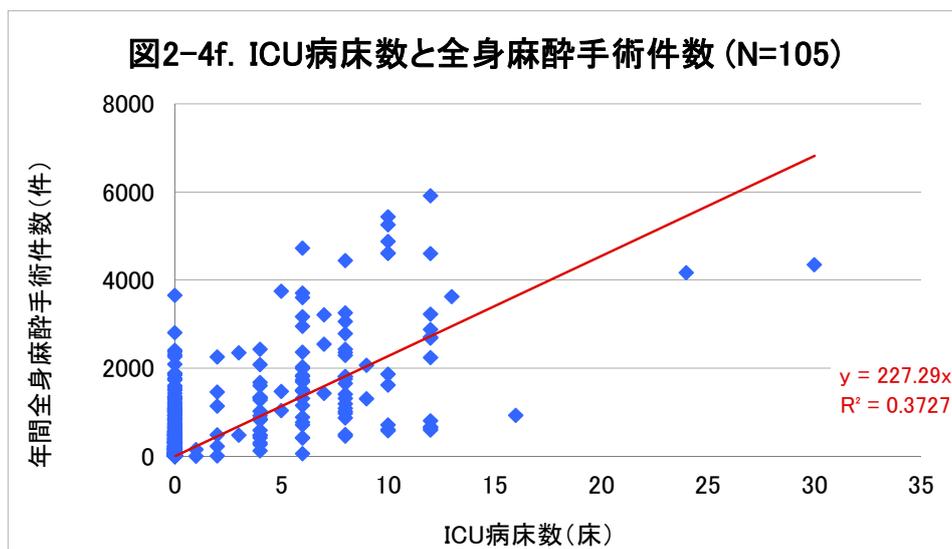
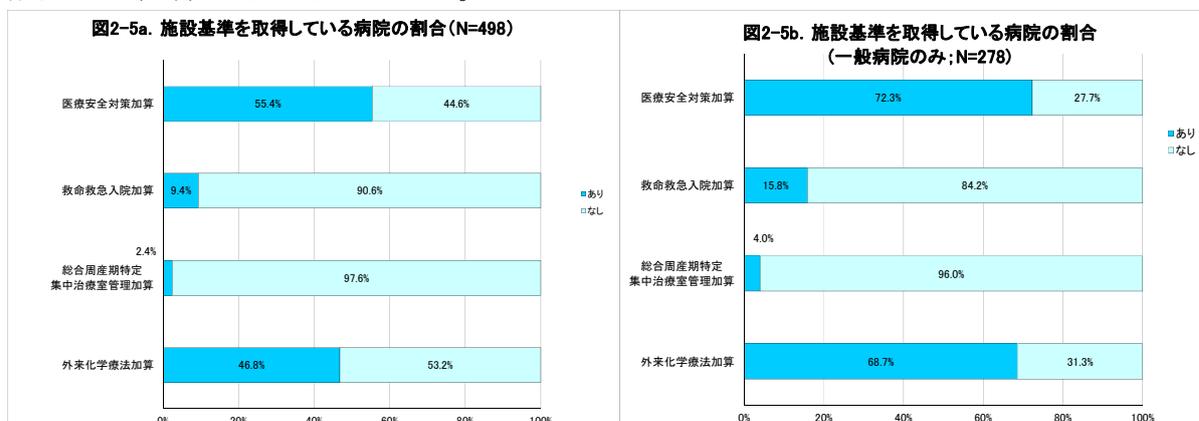


図 2-4f では、ICU 病床数と年間全身麻酔手術実施件数の相関を示した。対象の 105 施設では、明確な相関は見られなかった。

## 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 22 年度の施設基準届出状況は医療安全対策加算 30.4%、救命救急入院 2.4%、総合周産期特定集中治療室管理料 1.0%、外来化学療法加算（I および II の合計）22.4%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 198 回）「総-4-1 23.10.5 主な施設基準の届出状況等」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qd1o-att/2r9852000001qdig.pdf>

## 2.6 臨床研修病院

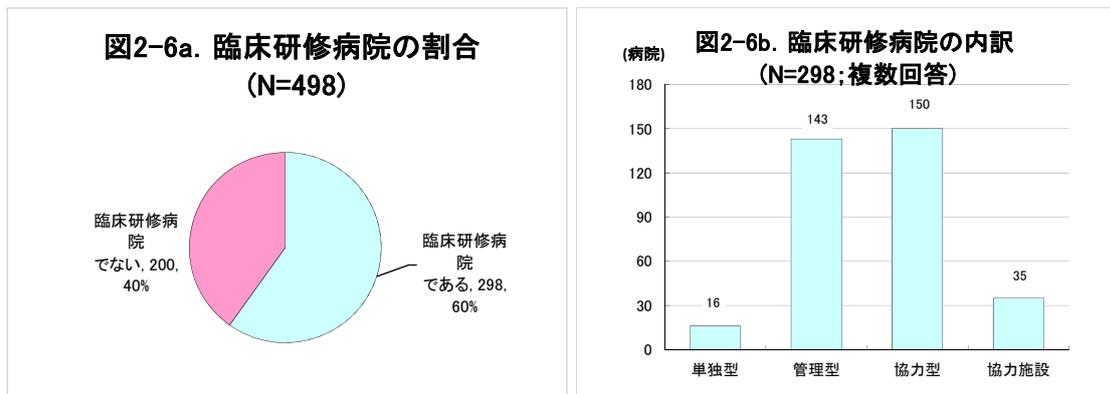


図 2-6 では、臨床研修病院の割合を示した。受審病院のうち単独型・管理型・協力型の臨床研修病院（「臨床研修協力施設」は含まれない）は60%であった。図 2-6b では、「臨床研修病院である」と回答した 298 病院の内訳（複数回答）を示した。なお、複数の区分に重複して該当する病院があるため、総数は 298 病院を上回っている。

厚生労働省医政局資料<sup>\*1</sup>によれば、平成 21 年 9 月 24 日時点で平成 22 年度に研修医を受け入れる基幹型臨床研修病院は 1,059 病院であり、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<sup>\*2</sup>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：

<sup>\*1</sup> 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/dl/090924b\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/shitei/dl/090924b_0001.pdf)

pdf

<sup>\*2</sup> 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 審査体制区別病床 100 対職員数

表 2-2 では、審査体制区別病床 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<sup>\*1</sup>に従った。なお、498 病院の病床数のメジアンは 205.5 床であった。

表 2-2. 審査体制区別病床 100 対職員数

	一般	療養	精神	複合	全体
医師	19.1	4.5	3.9	8.8	13.8
歯科医師	5.5	0.9	0.2	0.8	4.0
保健師	2.8	0.7	0.3	1.6	2.4
助産師	4.7	6.7	-	4.2	4.7
看護師	69.8	22.4	23.6	38.0	53.3
准看護師	11.2	12.3	12.3	15.8	12.6
看護補助者	10.4	20.1	14.0	14.5	12.5
薬剤師	4.3	1.9	1.4	2.8	3.5
診療放射線技師	4.6	1.0	0.7	2.7	3.5
診療X線技師	0.4	0.4	0.3	1.0	0.5
臨床検査技師	5.9	1.0	0.7	3.3	4.5
衛生検査技師	0.3	-	-	0.1	0.3
管理栄養士	1.6	1.5	0.9	1.6	1.5
栄養士	1.1	2.5	1.1	1.2	1.2
理学療法士	4.7	11.1	1.0	7.0	5.7
作業療法士	2.9	8.5	3.0	4.4	3.7
言語聴覚士	1.4	3.9	0.4	2.1	1.8
視能訓練士	0.9	0.7	-	0.9	0.9
臨床工学技士	2.3	1.1	1.2	2.2	2.3
医療ソーシャルワーカー	1.1	1.7	0.4	1.2	1.2
精神保健福祉士	0.6	0.4	2.9	1.3	1.8
社会福祉士	1.1	1.9	0.4	1.3	1.2
介護福祉士	3.9	13.4	4.8	8.0	6.9
診療情報管理士	1.1	0.9	0.5	1.0	1.0
事務職員	17.8	7.4	5.1	13.9	14.7
その他職員	2.4	3.4	2.1	2.8	2.6
総数	170.3	117.2	77.9	131.7	146.8
病院数	278	30	52	138	498

受審病院中一般病院の100床あたり常勤換算従業員数（総数）は170.3人であり、全国平均\*2の127.1人と比較して約1.3倍多かった。特に医師、看護師、薬剤師は全国平均がそれぞれ14.0人、47.4人、3.0人であるのに対し、それぞれ19.1人、69.8人、4.3人であった。

<全国の病院における100床あたり常勤職員数（平成22年10月1日現在）>

	一般	結核療養所	精神科病院	全体
医師	14.0	4.8	3.4	12.3
歯科医師	0.8	-	0.1	0.6
薬剤師	3.0	3.2	1.2	2.7
看護師	47.4	19.1	19.2	42.8
准看護師	9.5	11.4	13.3	10.1
診療放射線技師・ 診療X線技師	2.9	1.1	0.2	2.5
臨床検査技師・ 衛生検査技師	3.6	1.1	0.4	3.1
管理栄養士・栄養士	1.6	3.2	1.1	1.5
その他	44.4	33.9	27.4	41.6
総数	127.1	77.8	66.3	117.2

(\*2 厚生労働省「平成22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://www.jcqh.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

\*2 厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>

### 第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標

#### 3.1 職員数

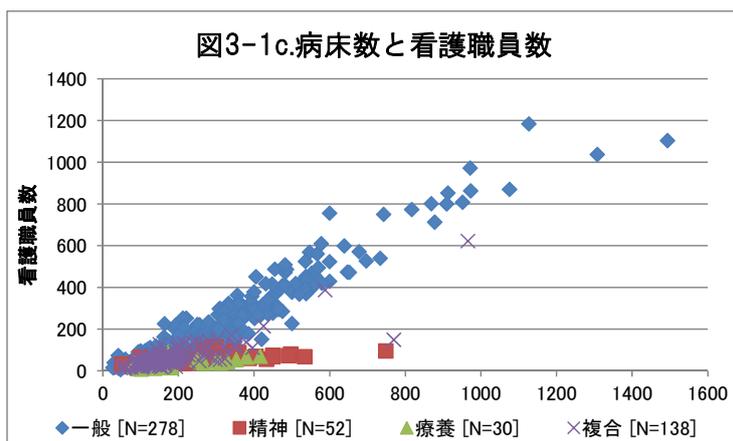
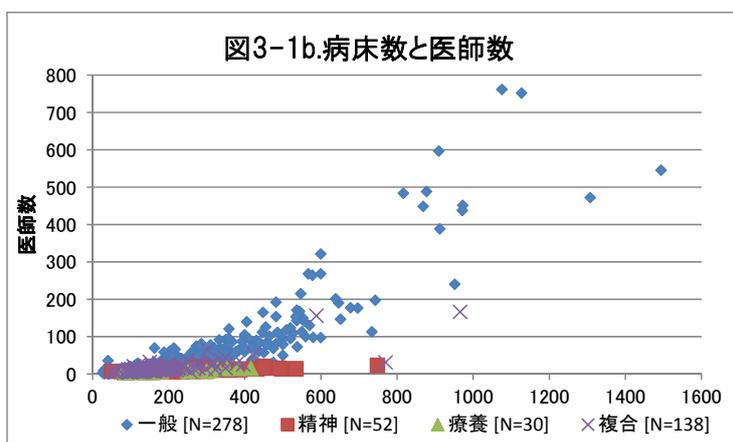
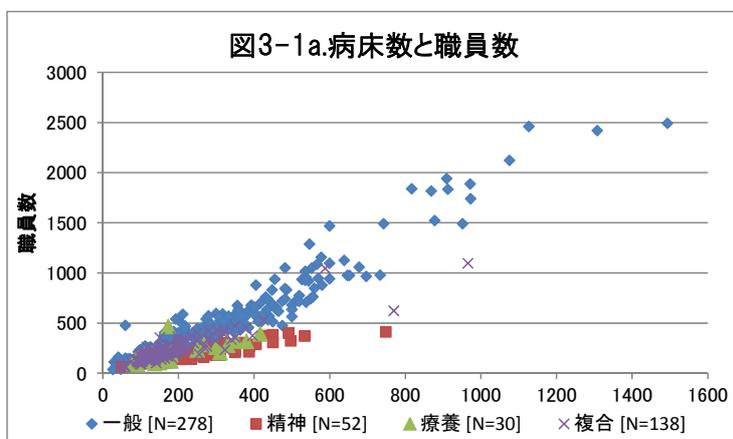


図3-1a～cでは、全職員・医師・看護職員について、病床数と職員数の関連を一般・精神・療養・複合の病院種別ごとに示した。

### 3.2 医師総労働時間数・有給休暇取得率

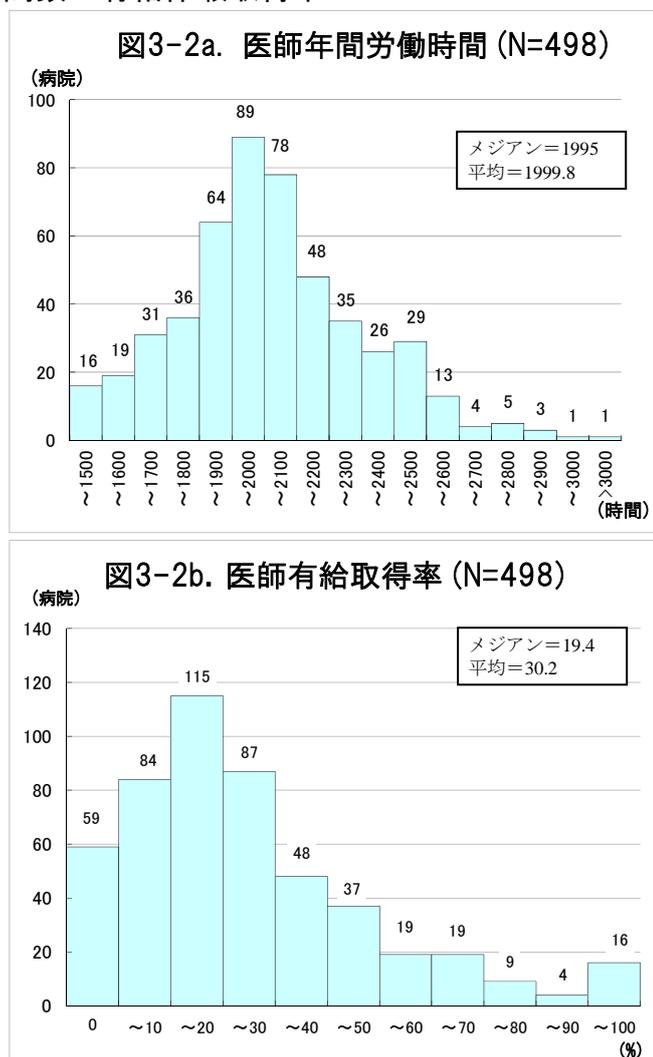


図3-2a および b では、医師の年間労働時間および有給休暇取得率を示した。医師の平均年間労働時間が2500時間を越えていた病院が27病院あった。平均年間労働時間の平均は約2000時間であった。医師有給休暇取得率が90%を超えている病院が16病院ある一方、0%の病院が59病院あった。医師有給休暇取得率のメジアンは19.4%、平均は30.2%であった。なお、有給休暇取得率は単年度について計算している。

本項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<sup>\*1</sup>等を参照されたい。

また、厚生労働省の「就労条件総合調査」<sup>\*2</sup>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47.1%であり（職種を限定しない）、医療・福祉分野に限定した場合の取得率（44.0%）や取得率の最も低い宿泊業・飲食サービス業（31.4%）と比較しても、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。

\*1 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「平成 21 年  
年報」図表 II-1-21

[http://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2009.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2009.pdf)

\*2 参考：厚生労働省「平成 22 年就労条件総合調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/10/dl/gaikyou.pdf>

### 3.3 外部委託状況

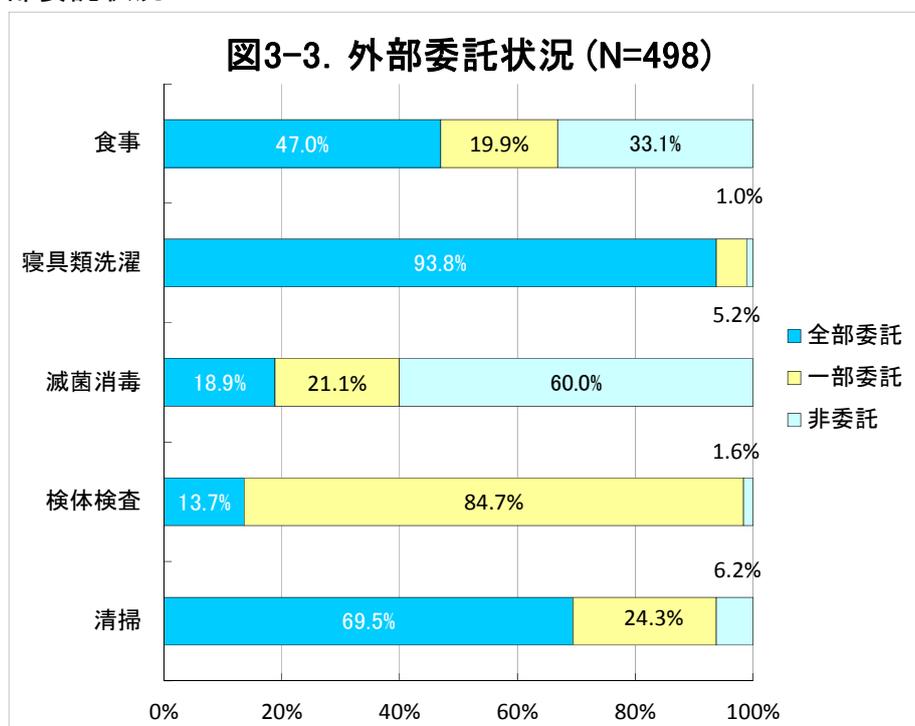


図 3-3 では、外部委託状況を示した。受審病院の委託率（全部委託・一部委託の合計）が食事 66.9%、寝具類洗濯 99.0%、滅菌消毒 40.0%、検体検査 98.4%、清掃 93.8%であった。

### 3.4 情報化の状況

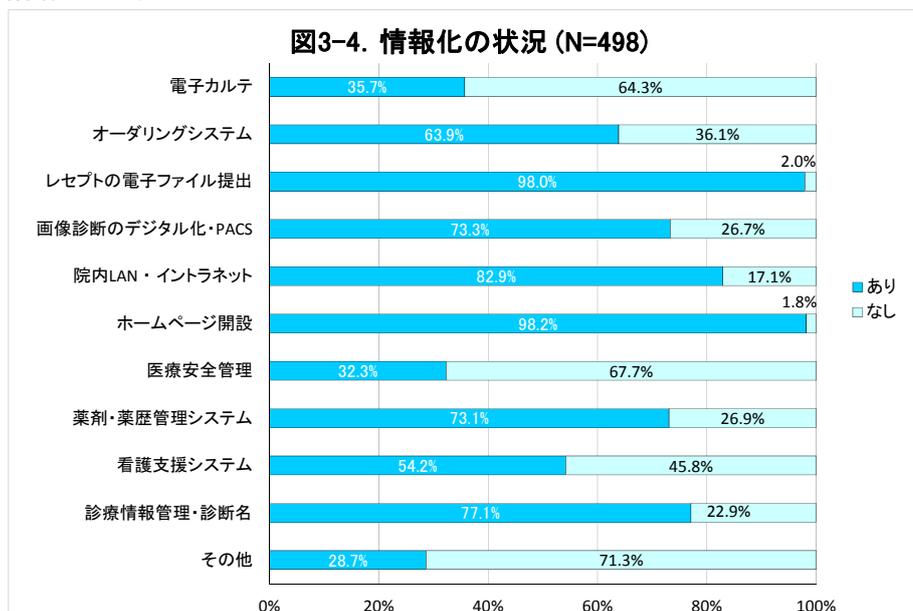


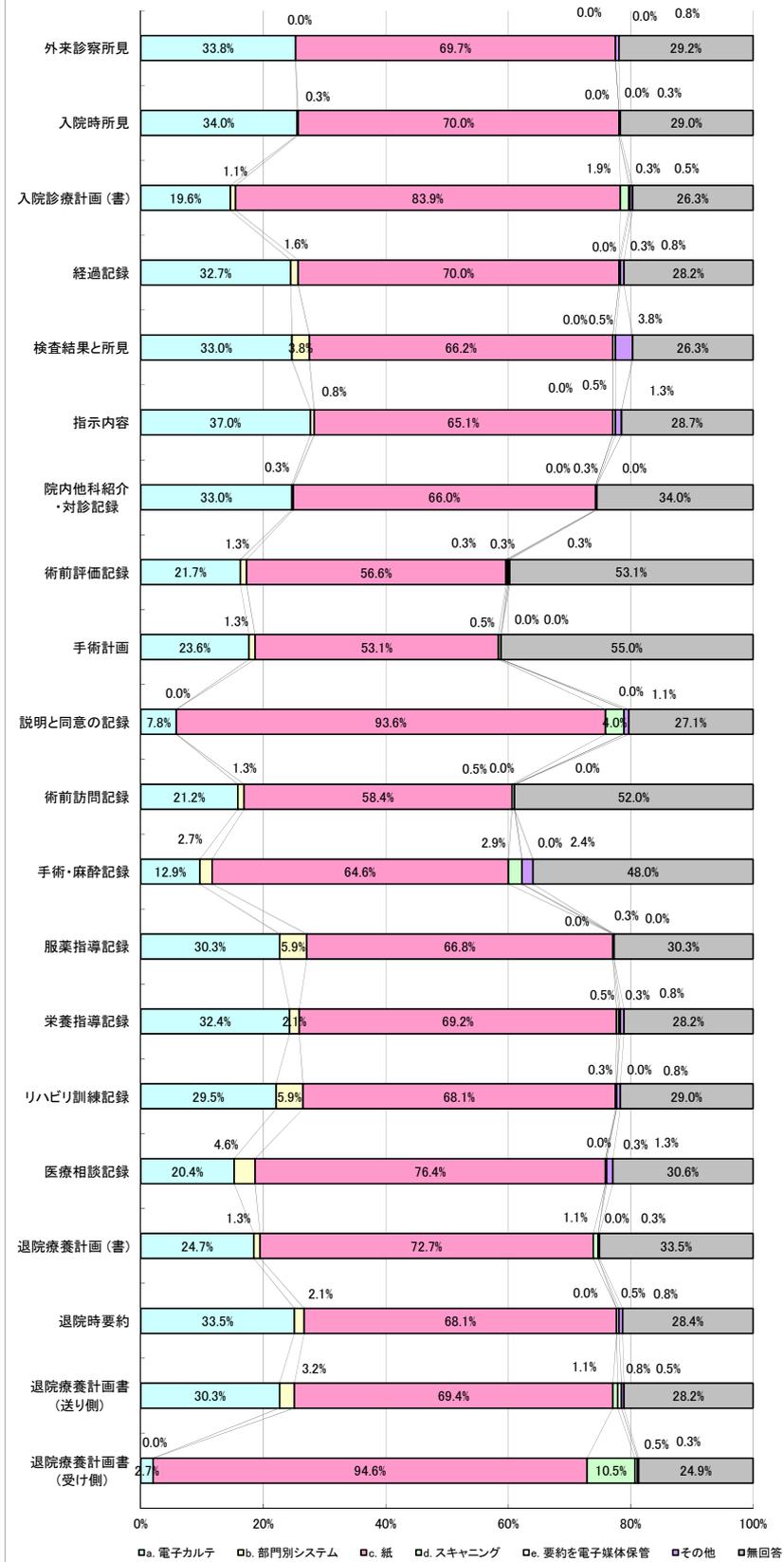
図 3-4 では、情報化の状況を示した。受審病院における情報化状況は、電子カルテおよびオーダーリングシステムを導入している病院がそれぞれ 35.7%、63.9%であった。レセプトの電子ファイル提出を実施している病院が 98.0%にさらに増加した(平成 21 年度 94.1%)。平成 23 年度からの義務化を前にさらに導入が進んでいることがうかがえる。

### 3.5 診療記録の媒体と保管方法

次ページの図 3-5 では、診療記録の媒体（正本の扱い）を示した。全ての項目で、紙媒体を使用している病院が最も多かった。なお、「電子カルテ+紙」「部門別システム+紙」等、複数の媒体を正本として選択している場合および「NA」と回答している場合は「その他」とした。

「検査結果と評価所見」「リハビリ訓練記録」「服薬指導記録」「栄養指導記録」については、部門別システムを正本としている病院がそれぞれ 3.8%、5.9%、5.9%、2.1%であった。

図3-5. 診療記録の媒体と保管方法: 正本の扱い (N=498)



### 3.6 医療安全管理者について

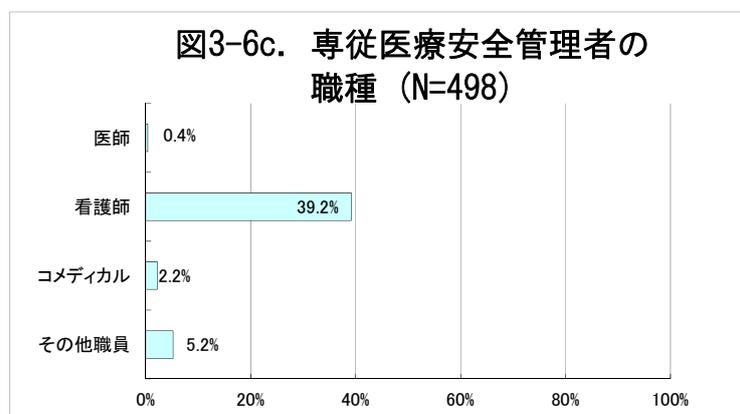
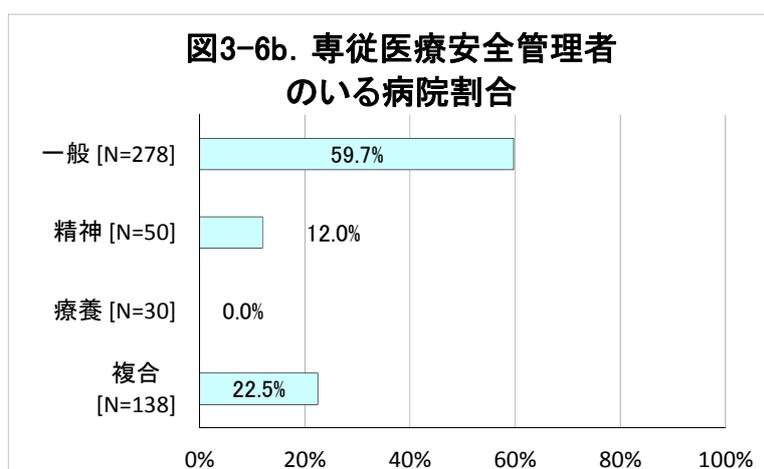
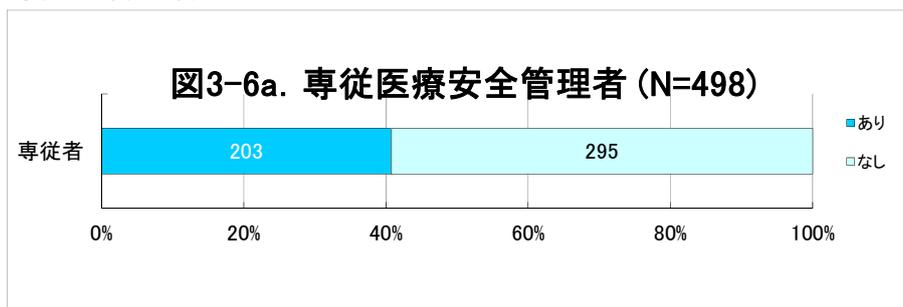


図 3-6a～c では、医療安全管理者について示した。専従医療安全管理者がいる病院は 40.7%であった。また、病院種別による配置の差は大きく、一般病院においては6割程度であるものの、療養では専従医療安全管理者のいる病院はなかった。専従医療安全管理者として医師を配置している病院は0.4%であった。

### 3.7 感染管理担当者について

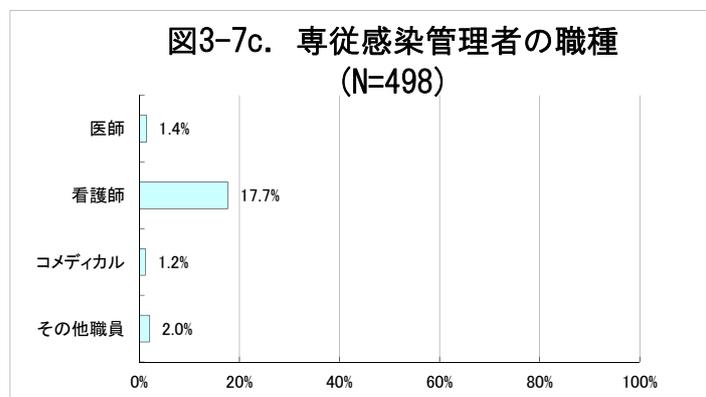
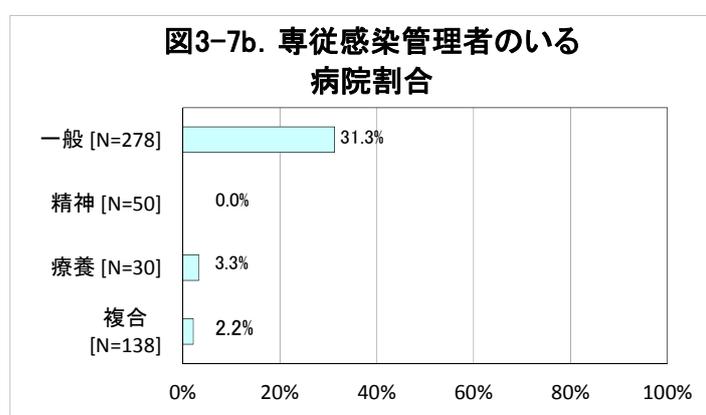
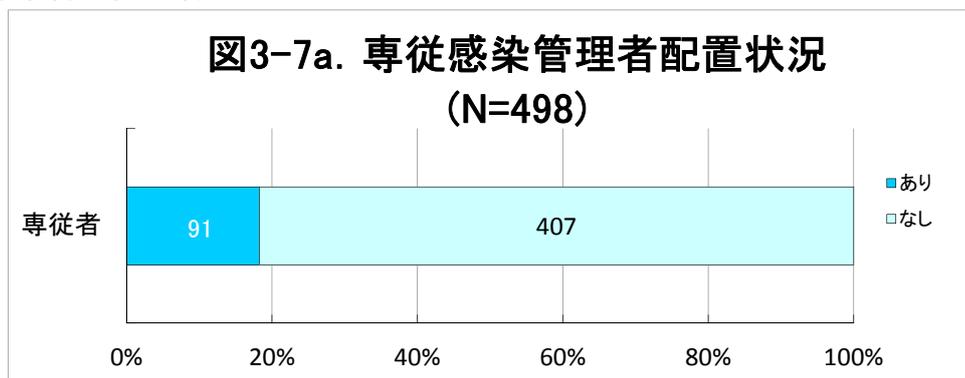


図3-7a～cでは、感染管理担当者について示した。専従感染管理担当者のいる病院は18.3%であった。専従の感染管理者を配置している一般病院が31.3%であるのに対し、精神病院では0%、療養病院では3.3%、複合病院では2.2%であった。また、前項の医療安全管理者の配置と同様、専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。

### 3.8 職員に対する検査・予防接種実施状況

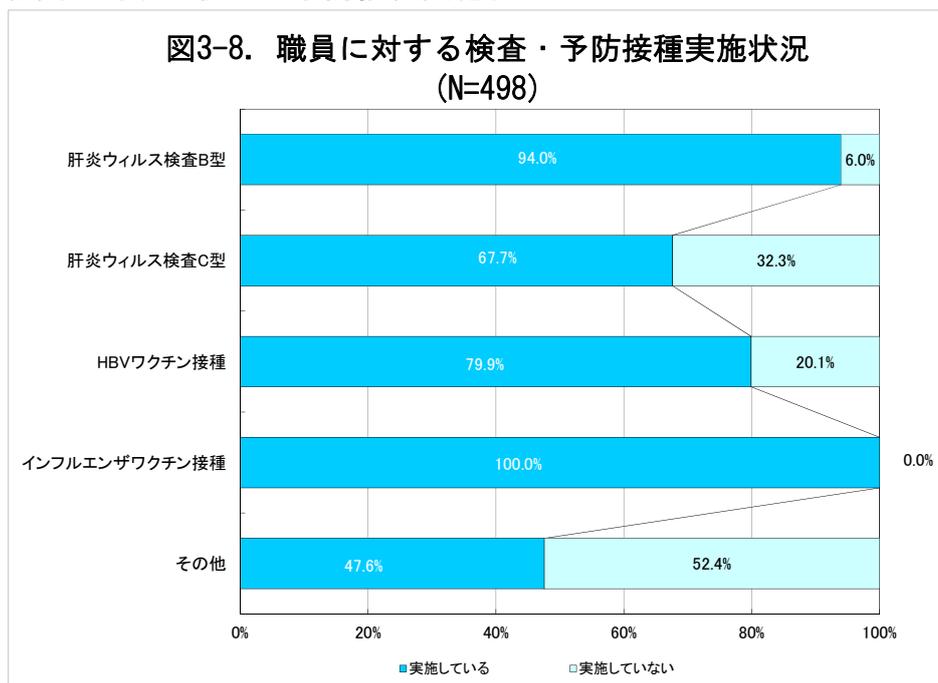


図 3-8 では、職員への検査・予防接種実施状況を示した。血液取扱者に対する B 型および C 型肝炎関連検査やワクチン接種など病院感染対策として実施するものと、インフルエンザなど主に職員から患者への感染を防止するために実施するものがある。ここでは両者の実施状況を示した。

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 94.0%、79.9%、インフルエンザワクチン接種を実施している病院が 100.0%と、高い実施状況がうかがえた。

### 3.9 医師・看護職員退職率

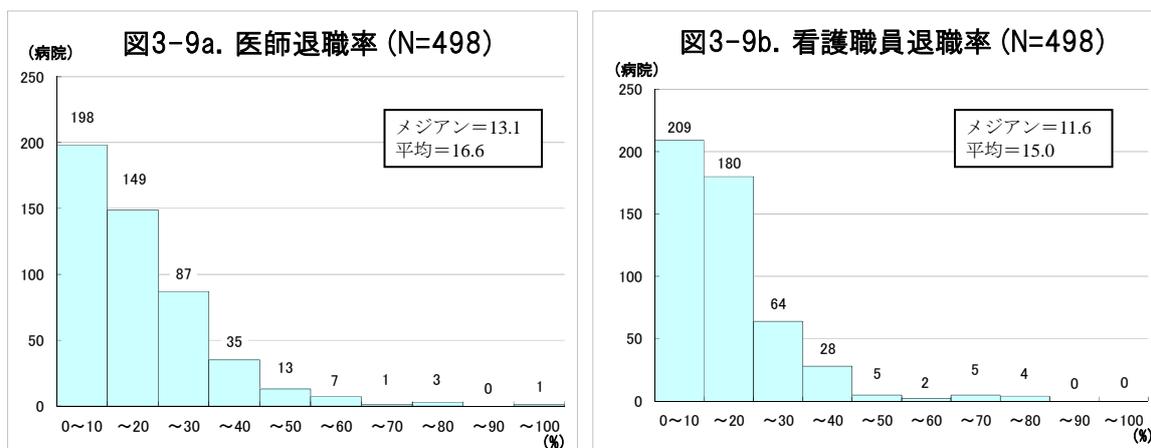


図3-9a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の退職率についてそれぞれ示した。

< 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13.1%、平均は16.6%であった。医師退職率が40%を超える病院が25病院あった。一方、看護職員退職率のメジアンは11.6%、平均は15.0%であった。看護職員退職率が40%を超える病院が16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11.9%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 「2009年病院看護実態調査」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0316-1.pdf>

### 3.10 院内保育の状況

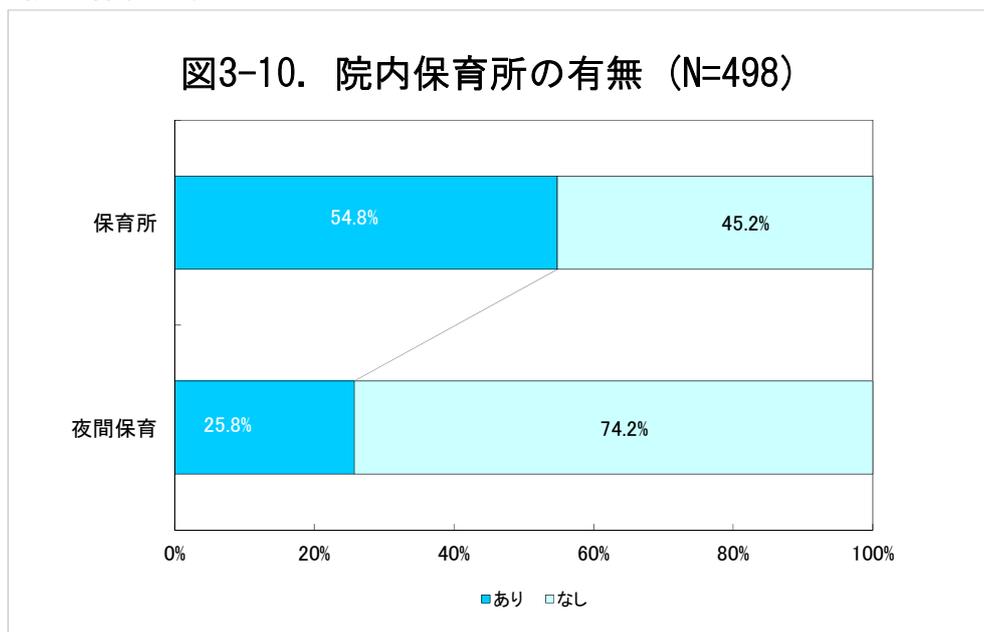


図 3-10 では、保育所の保有状況および夜間保育の実施状況を示した。受審病院での保育所保有状況は 54.8%、夜間保育の実施は 25.8%であった。

平成 20-21 年度に ver. 5.0 で病院機能評価を受審した 620 病院中、院内に保育所を有する病院は 53.5%、夜間保育を実施している病院は 31.6%であり、平成 21 年度に ver. 6.0 で病院機能評価を受審した 373 病院中、院内に保育所を有する病院は 62.5%、夜間保育を実施している病院は 33.0%であった\*。

\*参考： 日本医療機能評価機構『病院機能評価データブック 平成 20 年度』

[http://jcqhc.or.jp/pdf/research/databook\\_h20.pdf](http://jcqhc.or.jp/pdf/research/databook_h20.pdf)

日本医療機能評価機構『病院機能評価データブック 平成 21 年度』

[http://jcqhc.or.jp/pdf/research/databook\\_h21.pdf](http://jcqhc.or.jp/pdf/research/databook_h21.pdf)

## 第4章 患者受け入れ状況

### 4.1 標榜科

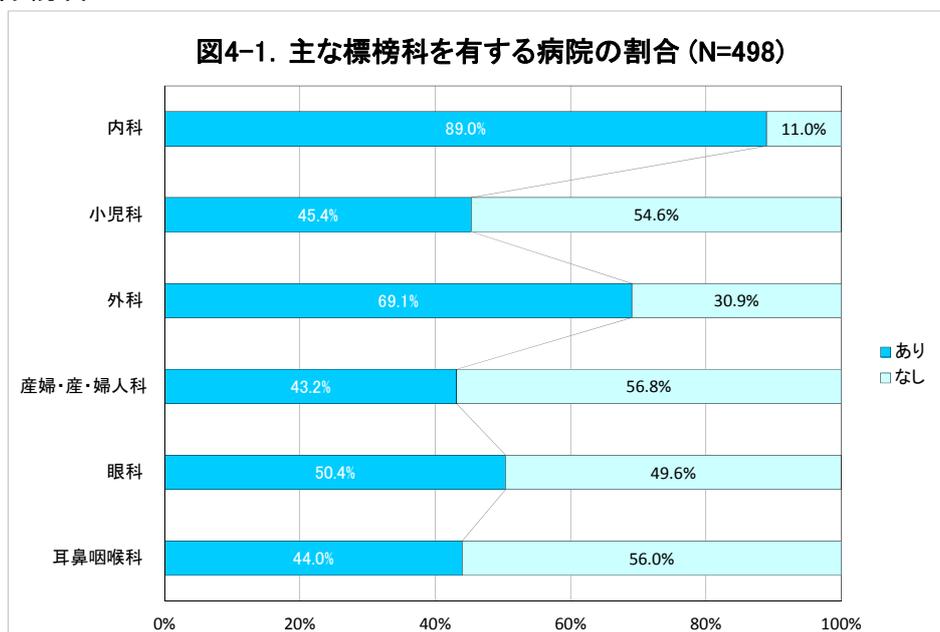


図4-1では、主な標榜科（現況調査票にある標榜科のうち、標榜する病院が多い診療科）を有する病院の割合を示した。本項目の標榜科名については主に用いられる名称を記載している。

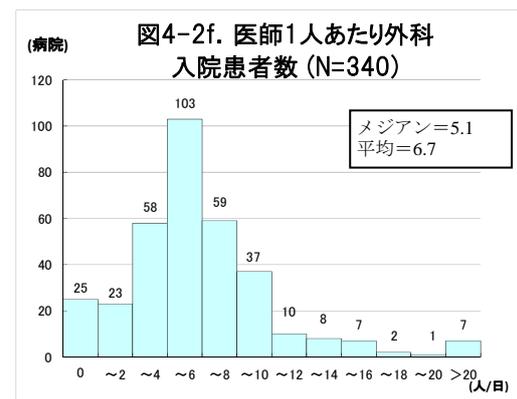
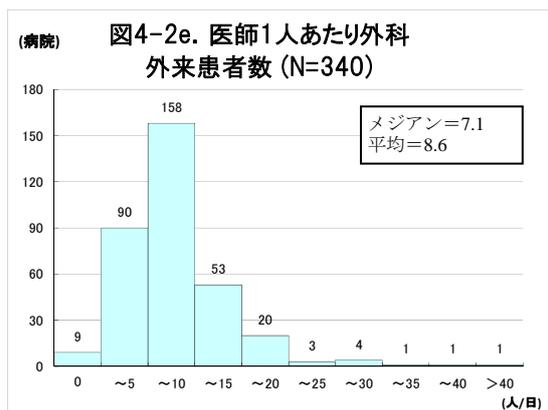
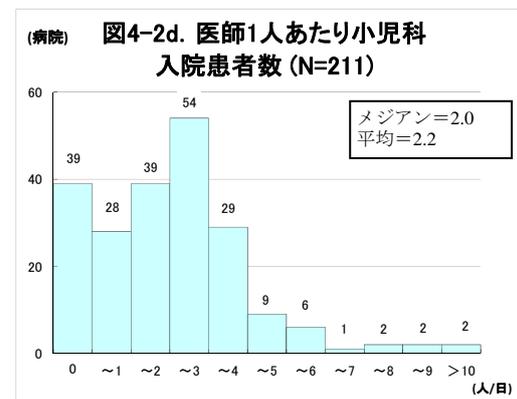
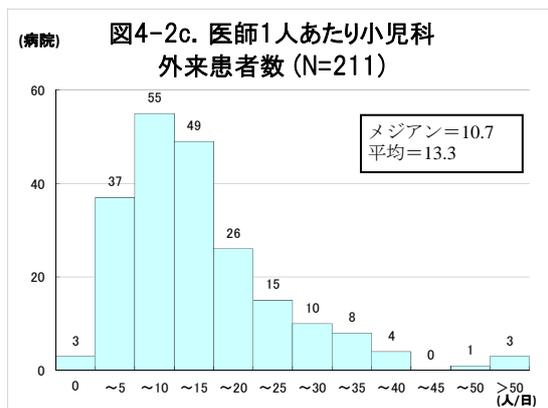
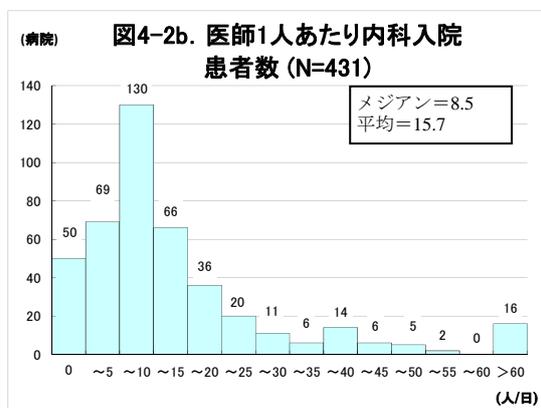
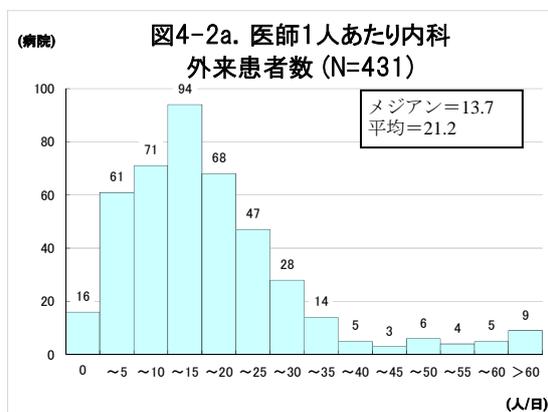
受審病院のうち小児科を標榜している病院は45.4%、産婦人科・産科・婦人科を標榜している病院は43.2%であった。一般病院の全国平均では、小児科37.0%、産婦人科16.5%、産科2.4%であり\*、受審病院は高い数値であることがうかがえた。

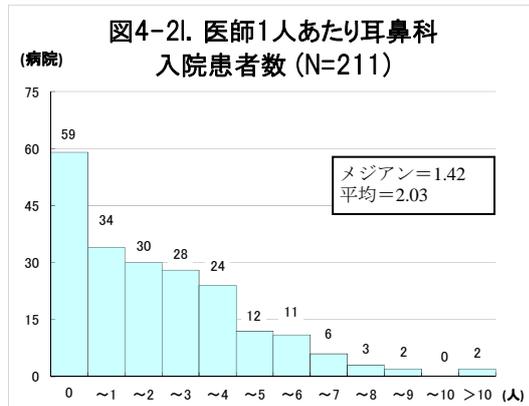
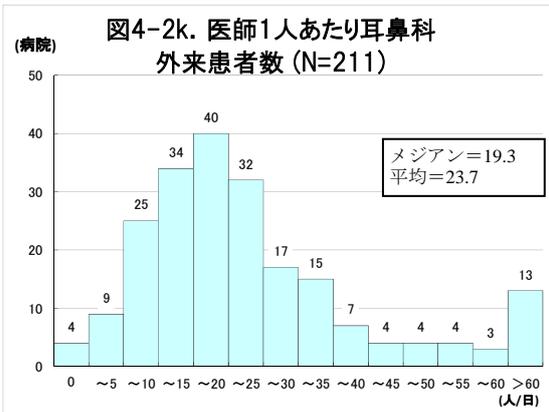
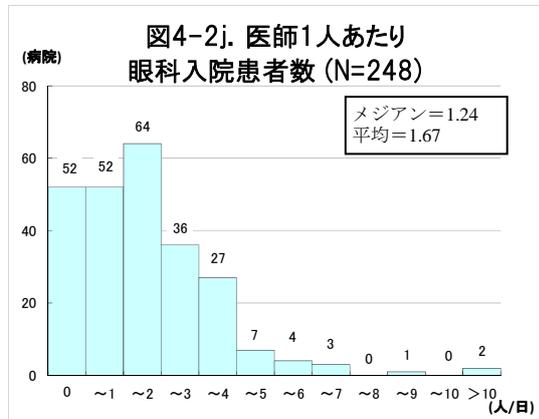
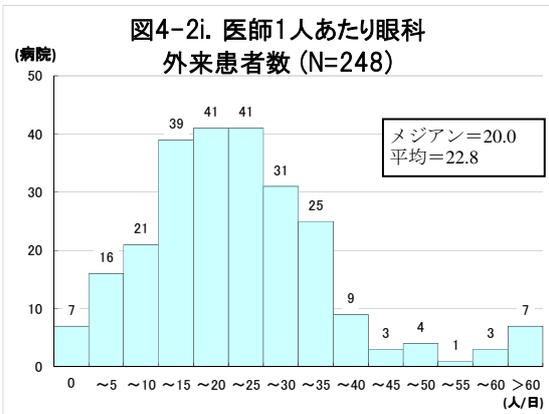
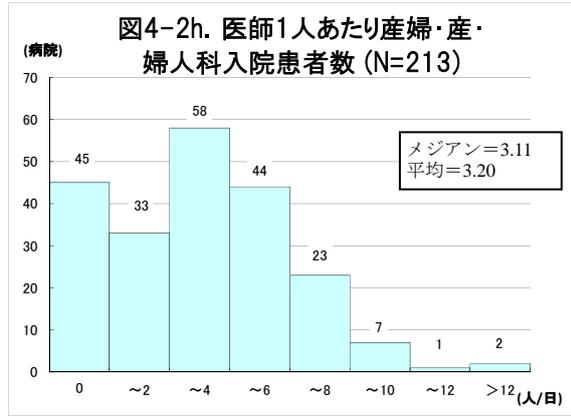
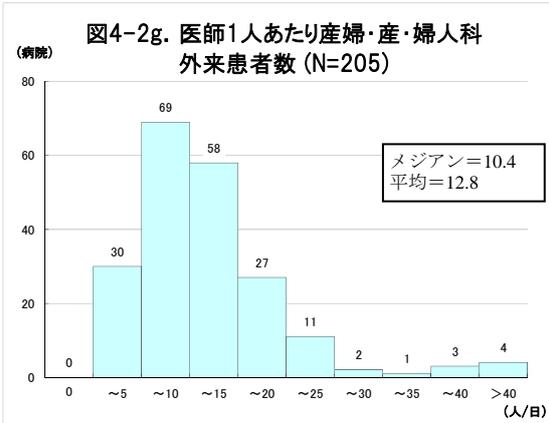
\*参考：厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>

## 4.2 主要診療科別医師1人あたり患者数

図4-2a～f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。なお、それぞれの診療科を有する病院を母数とした。





### 4.3 標榜科別医師数

表 4-3. 病院種別・標榜科別医師数

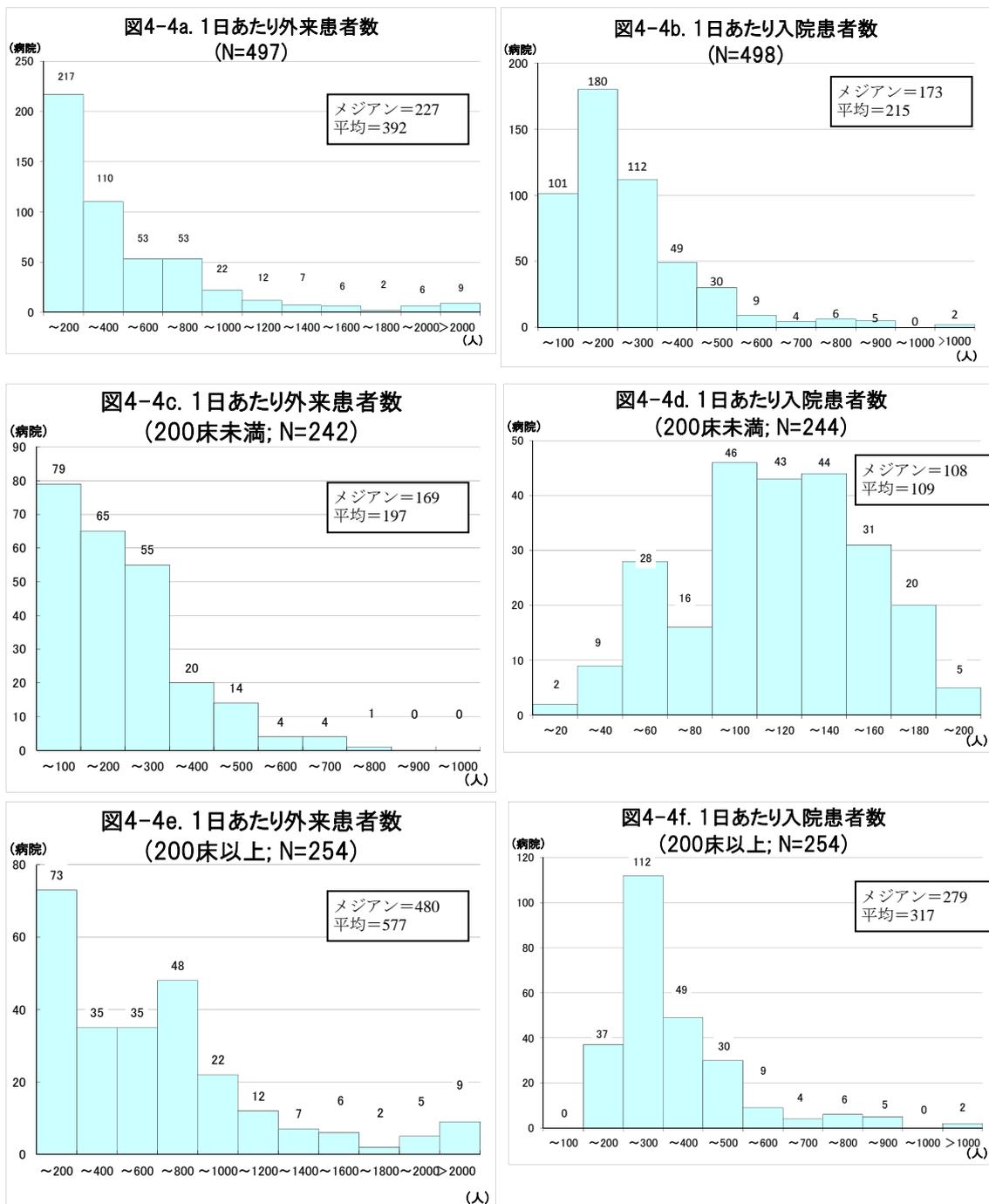
病院種別 標榜科	一般			療養			精神			複合		
	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数
内科	1927.5	249	7.74	121.9	28	4.35	77.7	43	1.81	692.4	137	5.05
呼吸器科	431.1	132	3.27	2.0	5	0.40	11.8	1	11.80	35.8	46	0.78
消化器・胃腸科	882.8	154	5.73	5.6	6	0.93	5.0	3	1.66	101.3	64	1.58
循環器科	1070.9	186	5.76	4.7	5	0.93	17.3	7	2.47	117.6	76	1.55
小児科	976.5	194	5.03	8.4	2	4.20	3.8	1	3.77	81.3	48	1.69
精神科	363.4	112	3.24	0.7	2	0.35	443.0	52	8.52	93.0	29	3.21
神経内科	374.5	143	2.62	5.4	9	0.60	1.5	5	0.29	51.6	54	0.96
心療内科	29.3	29	1.01	-	0	-	6.1	19	0.32	4.6	12	0.39
リウマチ科	76.4	58	1.32	0.0	1	0.00	0.1	2	0.05	3.2	17	0.19
リハビリテーション科	184.2	184	1.00	48.5	25	1.94	4.3	11	0.39	67.7	93	0.73
外科	1421.5	241	5.90	23.6	12	1.97	12.7	5	2.54	308.9	103	3.00
呼吸器外科	177.3	71	2.50	0.2	2	0.12	5.0	1	5.00	4.8	10	0.48
心臓・血管外科	388.4	103	3.77	3.1	2	1.56	6.1	2	3.05	28.1	14	2.01
小児外科	87.3	35	2.49	-	0	-	-	0	-	9.6	6	1.59
整形外科	1292.2	251	5.15	15.3	17	0.90	8.5	6	1.41	221.7	112	1.98
形成外科	273.1	125	2.18	-	0	-	1.0	1	1.00	18.4	24	0.77
美容外科	2.5	8	0.31	-	0	-	-	0	-	0.2	1	0.20
脳神経外科	659.8	203	3.25	7.7	5	1.55	10.3	4	2.59	83.1	63	1.32
産婦人科	812.8	147	5.53	10.4	2	5.20	4.2	1	4.20	48.4	21	2.30
産科	78.5	10	7.85	-	0	-	-	0	-	1.0	1	1.00
婦人科	74.8	43	1.74	1.0	1	1.00	6.8	2	3.39	10.5	23	0.45
眼科	628.7	205	3.07	2.1	2	1.05	0.2	2	0.10	56.7	61	0.93
耳鼻咽喉科	536.0	187	2.87	1.5	4	0.38	6.5	3	2.17	33.7	44	0.77
気管食道科	0.0	3	0.00	-	0	-	-	0	-	-	0	-
皮膚科	443.6	210	2.11	2.1	11	0.19	2.0	10	0.20	41.5	72	0.58
泌尿器科	608.3	212	2.87	2.6	3	0.87	6.2	5	1.23	66.0	73	0.90
肛門科	4.6	31	0.15	0.0	2	0.00	-	0	-	2.0	17	0.12
アレルギー科	19.8	21	0.94	0.0	1	0.00	-	0	-	0.0	4	0.00
放射線科	666.5	223	2.99	2.4	5	0.48	18.5	7	2.64	73.4	73	1.01
麻酔科	982.1	232	4.23	2.5	3	0.83	9.2	3	3.08	77.3	60	1.29
歯科	370.3	44	8.42	7.9	6	1.32	11.8	15	0.79	23.5	17	1.38
矯正歯科	34.6	4	8.65	-	0	-	-	0	-	0.0	1	0.00
小児歯科	21.4	4	5.35	-	0	-	-	0	-	0.0	1	0.00
歯科口腔外科	440.8	92	4.79	0.2	1	0.20	1.0	1	1.00	39.2	19	2.06
総数	20138.0	278	72.44	230.7	30	7.69	538.6	52	10.36	2312.9	138	16.76
病床数	83761			5570			14929			25056		
1病院あたり平均病床数	301.3			185.7			287.1			181.6		

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-fでは、1日あたりの外来・入院患者数をそれぞれ示した。



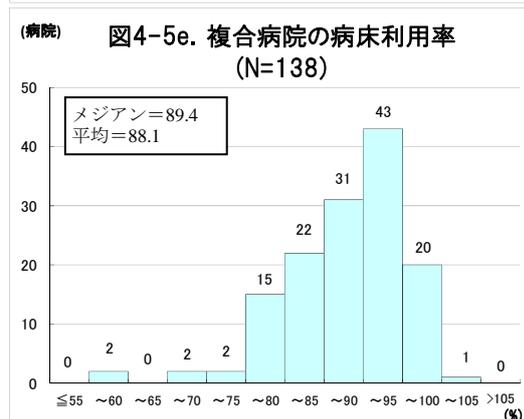
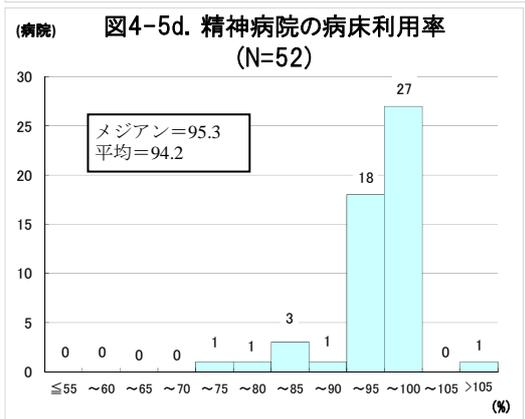
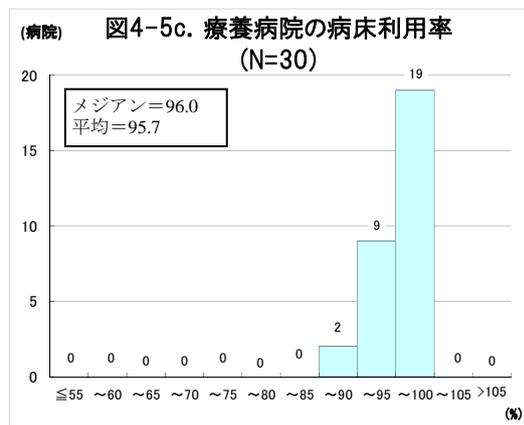
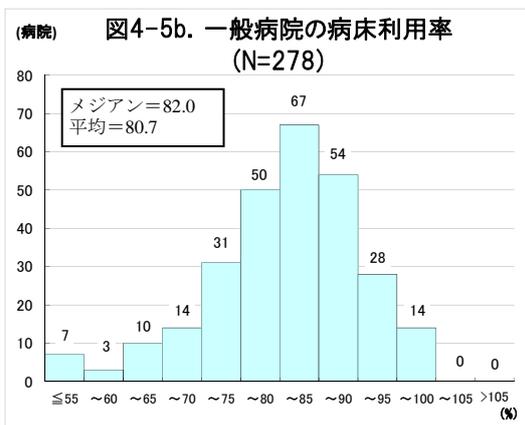
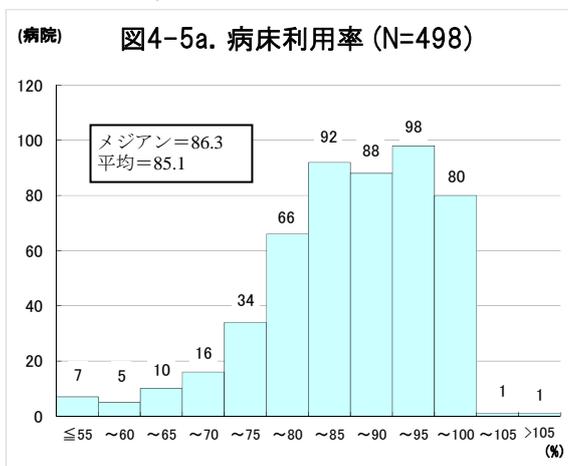
全国の一般病院における1日あたり平均外来患者数の平均は179.4人、1日あたり平均在院患者数の平均は142.1人であった\*。

\*参考：厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>

#### 4.5 年間平均病床利用率

図 4-5a～d では、稼動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 76.6%、91.7%、89.6%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 22 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10>

## 4.6 平均在院日数

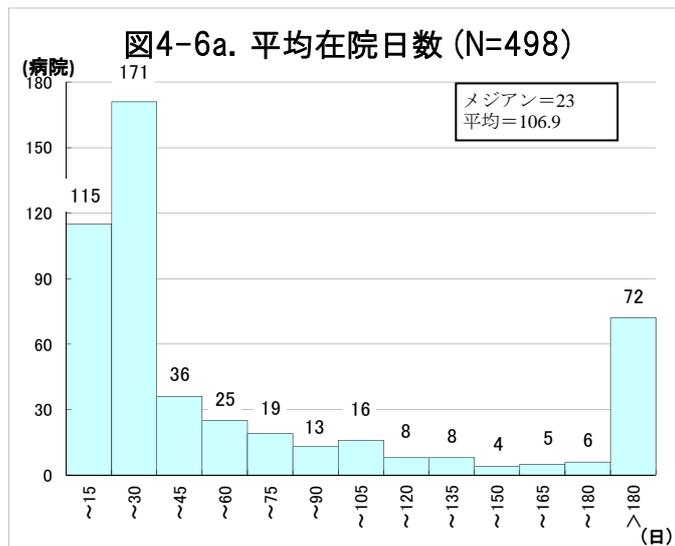
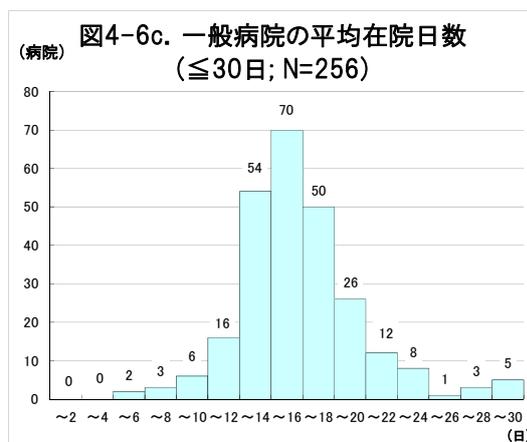
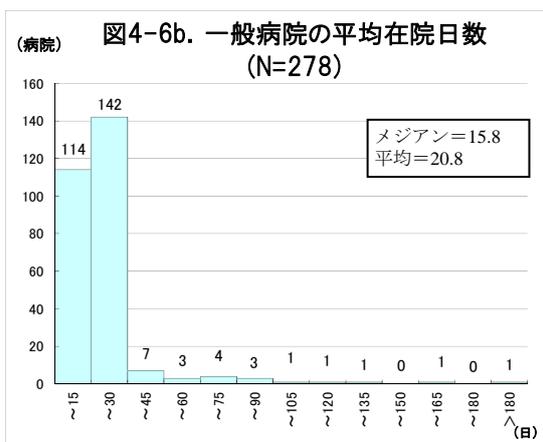


図4-6aでは、平均在院日数を示した。メジアンは23日であった。平均在院日数が180日を越える病院が72病院あった。全国の病院における平均在院日数は32.5日であった\*。



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15.8日、平均は20.8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256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、複合病院は除外している。全国の一般病床平均在院日数は18.2日であり、ほぼ同等の結果であった\*。

\*参考：厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10>

#### 4.7 他施設からの紹介率

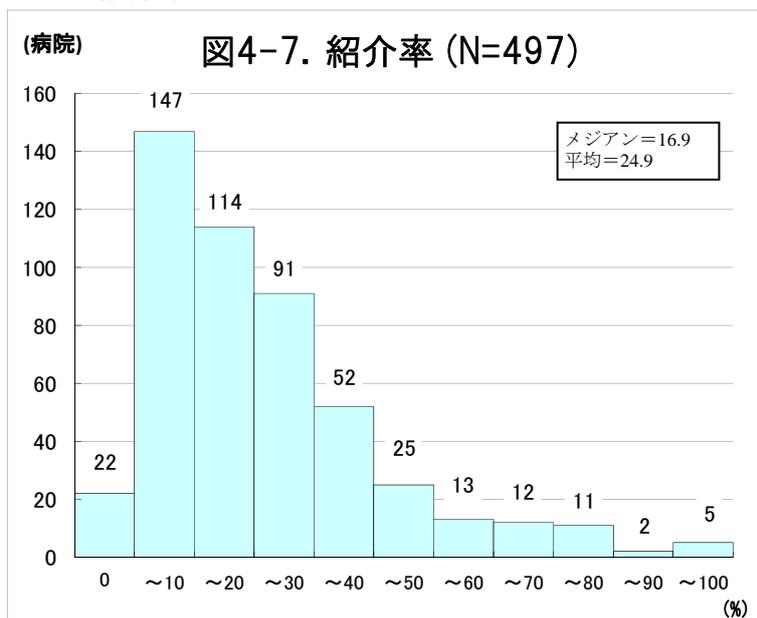


図 4-7 では、昨年度外来新患者に占める他の医療機関からの紹介患者の割合を紹介率 (%) として示した。100%を超えるものは対象外とした。メジアンは 16.9%、平均は 24.9%であった。

#### 4.8 地域連携室の担当者配置状況

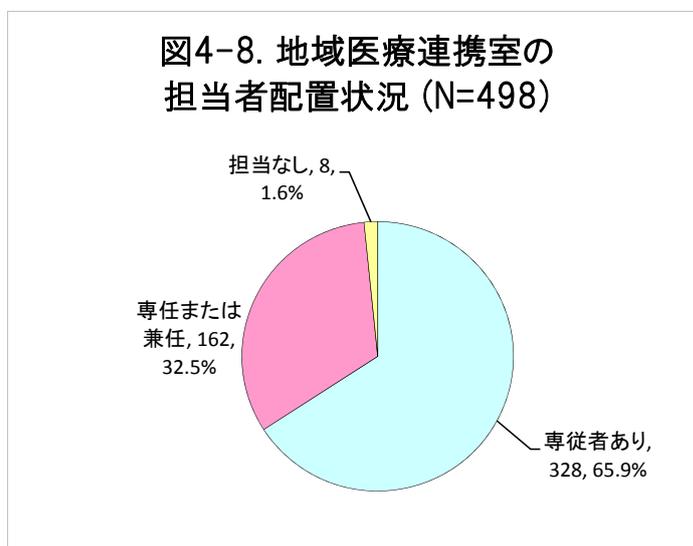


図 4-8 では、地域医療連携室の担当職員配置状況を示した。98.4%の病院で、地域医療連携に対して何らかの職員配置を行っていた。

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。

#### 4.9 外来部門の看護職員配置状況

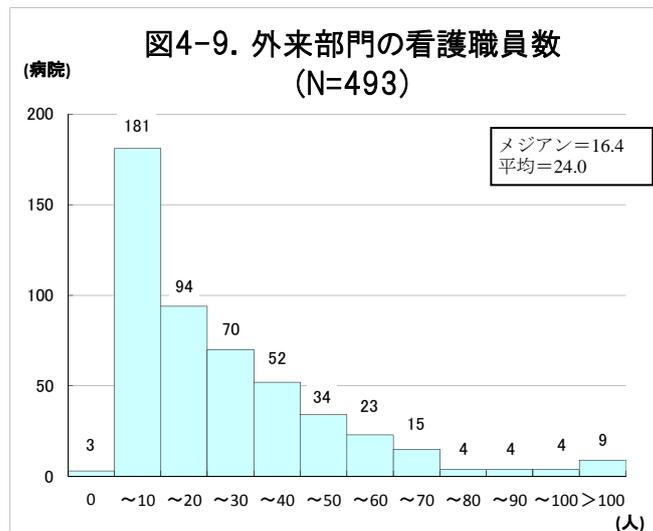


図 4-9 では、外来部門の看護職員配置状況を示した。メジアンは 16.4 人、平均は 24.0 人であった。なお、このデータは 1 日あたり外来患者数による補正を行っていない。

#### 4.10 外来待ち時間調査の実施状況

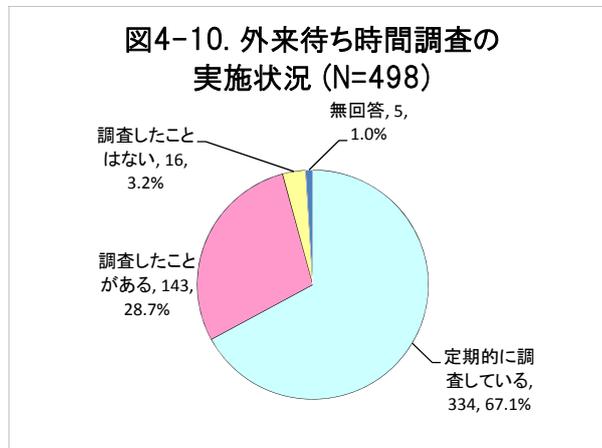


図 4-10 では、外来待ち時間調査の実施状況を示した。外来待ち時間調査を定期的に行っている病院が 67.1%であった。

病院機能評価では、患者満足度を高める観点から、外来待ち時間の状況を把握し、待ち時間を短縮したり待つことの苦痛を軽減したりする工夫を求めている。

#### 4.11 日帰り手術実施状況

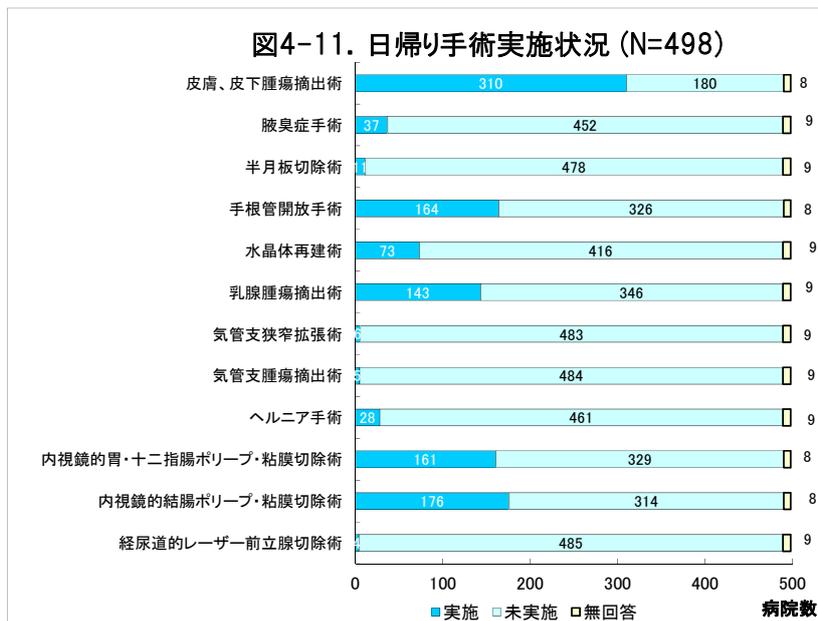


図 4-11 では、日帰り手術の実施状況を示した。皮膚・皮下腫瘍摘出術を日帰りで実施している病院が最も多く、ついで内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術、手根管開放手術の順であった。

#### 4.12 外来化学療法

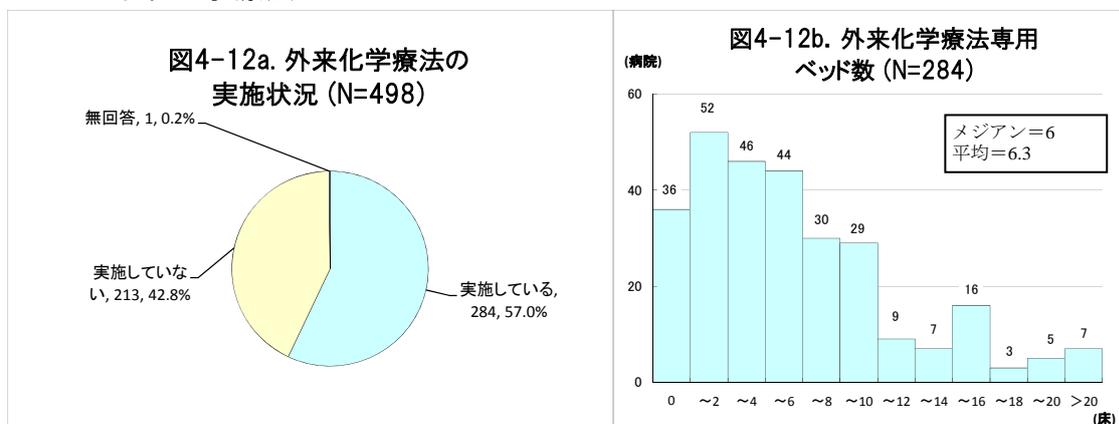


図 4-12 では、外来化学療法の実施状況を示した。外来化学療法を実施している 284 病院のうち、専用ベッドを有しない病院が 36 あった。外来化学療法専用ベッド数のメジアンは 6、平均は 6.3 であった。

## 第5章 臨床評価指標

### 5.1 臨床評価指標に関する検討状況

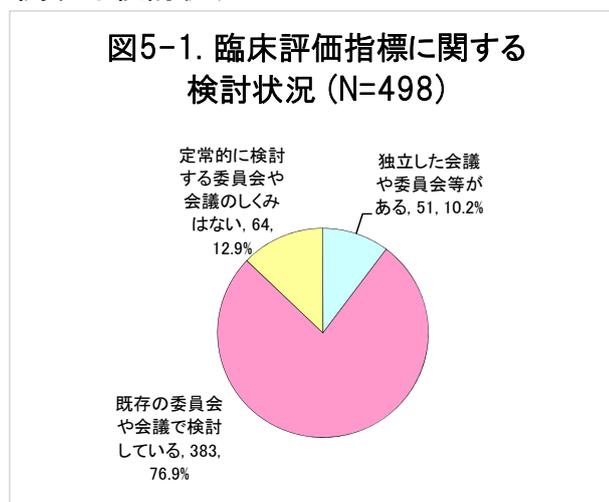


図 5-1 では、臨床評価指標に関する院内の検討状況を示した。会議や委員会の場で検討している病院が 87.1%であった。

### 5.2 院内で把握している臨床評価指標

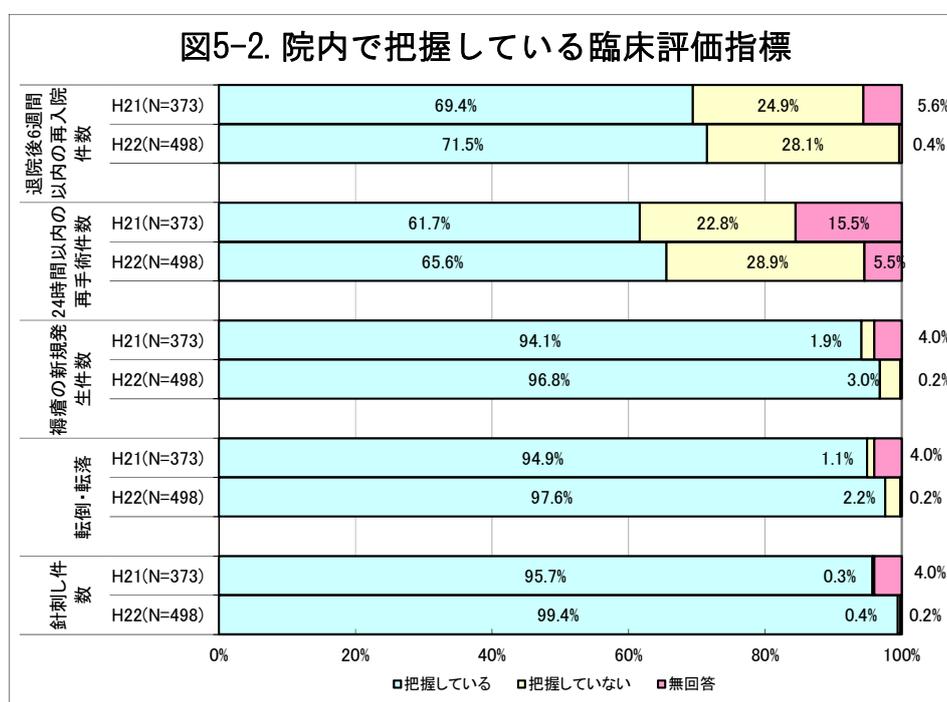


図 5-2 では、5 つの臨床指標の把握状況の年度推移を示した。針刺し事故、転倒・転落の結果発生した骨折・頭蓋内出血件数、褥瘡の新規発生件数を把握している病院が 96%以上であったのに対し、6 週間以内の再入院件数および 24 時間以内の再手術件数を把握している病院は 70%前後にとどまっていた。

### 5.3 院内で把握している臨床評価指標（件数）

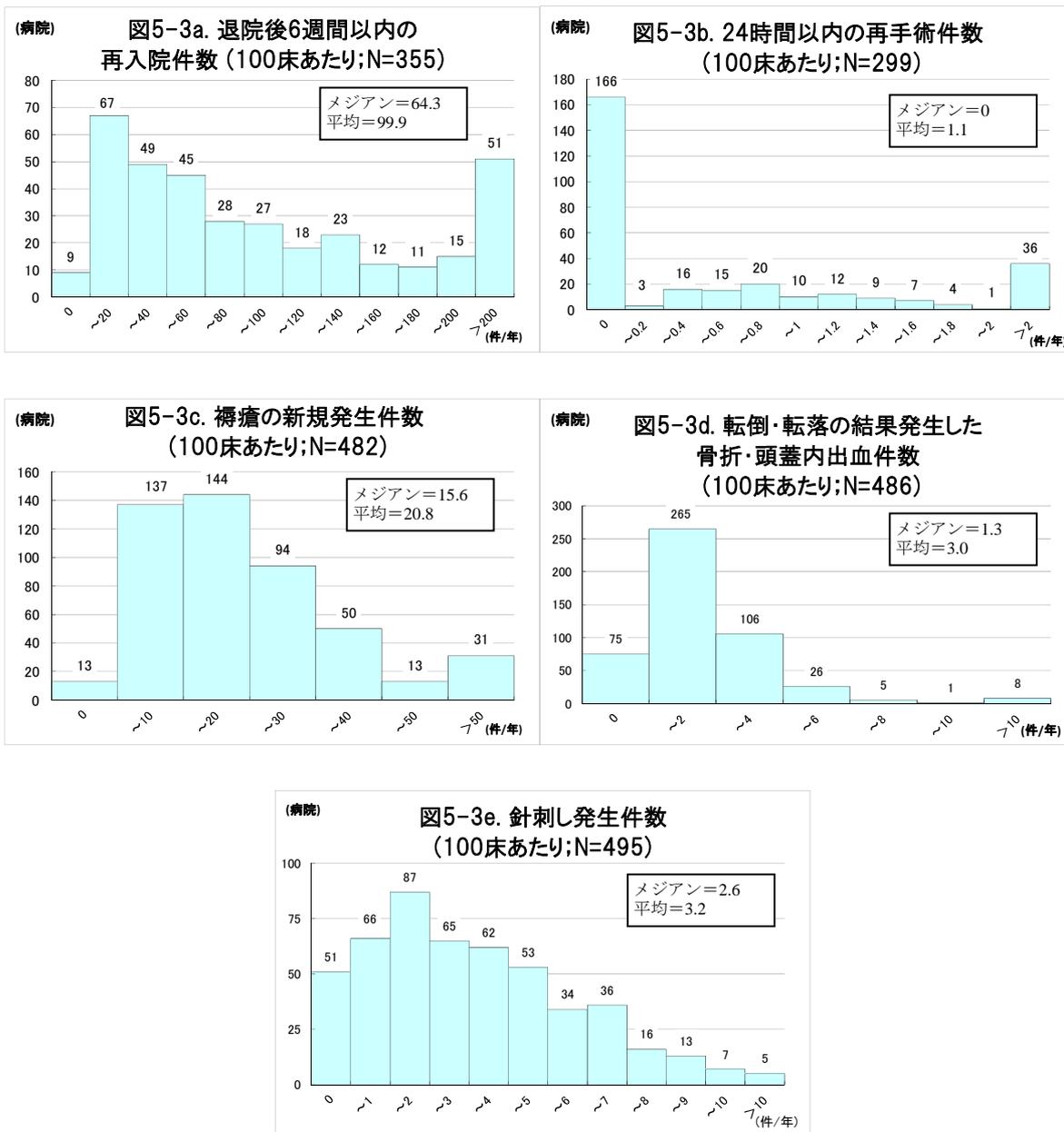


図5-3a~eでは、把握されている臨床指標の発生件数をそれぞれ100床あたりで示した。それぞれの件数を「把握している」と回答した病院数を母数とした。

## 第6章 救急部門

### 6.1 救急告示病院数

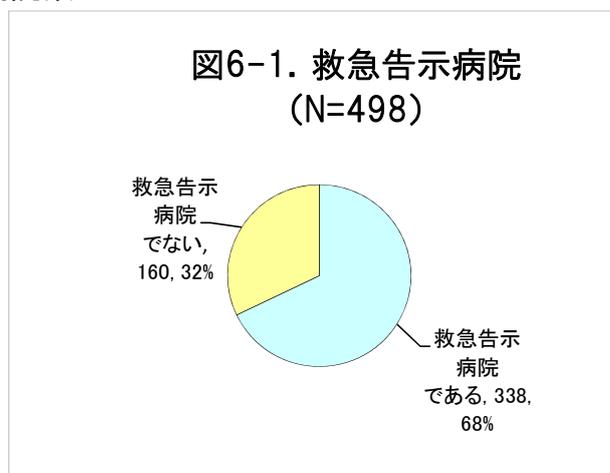


図6-1では救急告示の有無について示した。受審病院に占める救急告示病院は68%であった。

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。

### 6.2 救急車搬入患者数

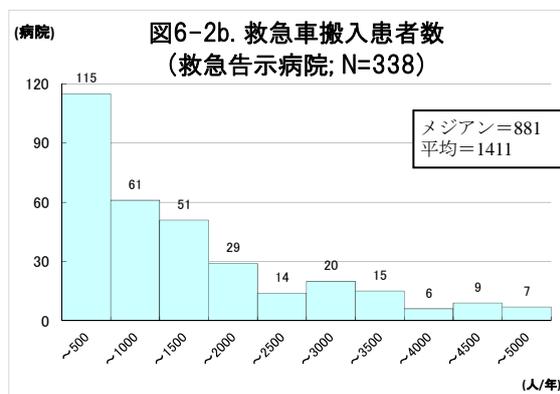
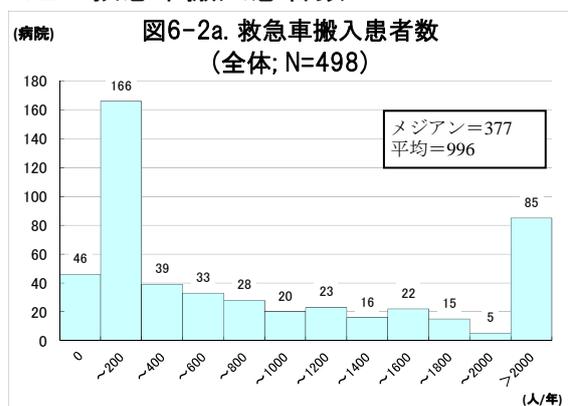


図6-2aでは、救急車搬入患者数について示した。メジアンは625人/年、平均は1194人/年であった。

また、救急告示病院338病院のデータを図6-2bに示した。救急告示病院に限定すると、メジアンは881人/年、平均値は1411人/年であった。

### 6.3 救急入院患者数

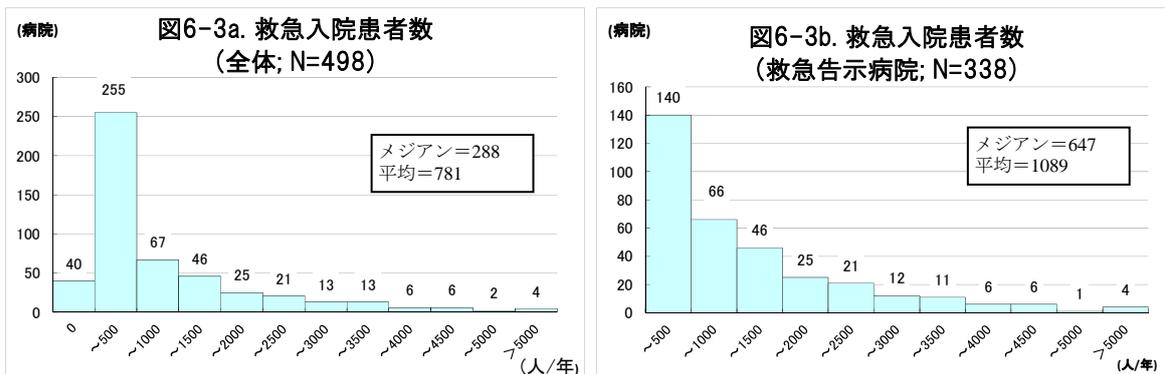


図 6-3 では、年間救急入院患者数を示した。救急告示病院 338 病院における救急入院患者数のメジアンは 647 人/年、平均は 1089 人/年であった。

### 6.4 精神科救急医療体制

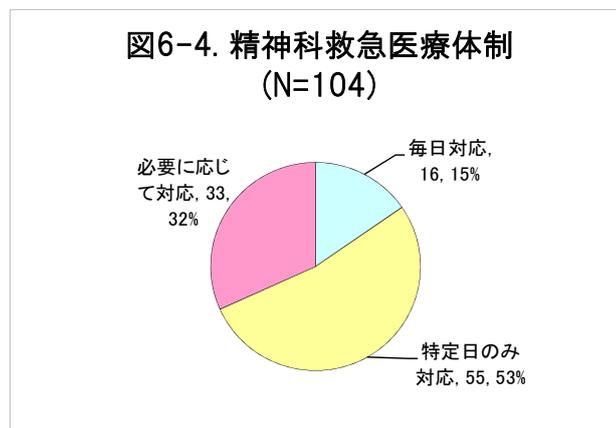
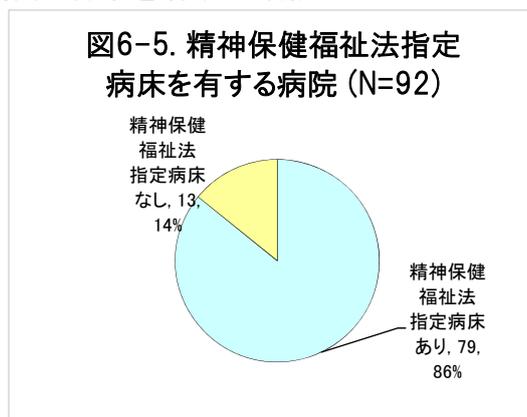


図 6-4 では、精神科救急医療体制について示した。精神科救急対応を行っている 104 病院のうち、毎日対応している病院は 16 病院 (15%)、特定日に対応している病院は 55 病院 (53%)、必要に応じて対応している病院は 33 病院 (32%) であった。

## 6.5 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 92 病院中、精神保健福祉法による指定病床を有する病院は 79 病院 (86%) であった。

## 6.6 夜間勤務体制

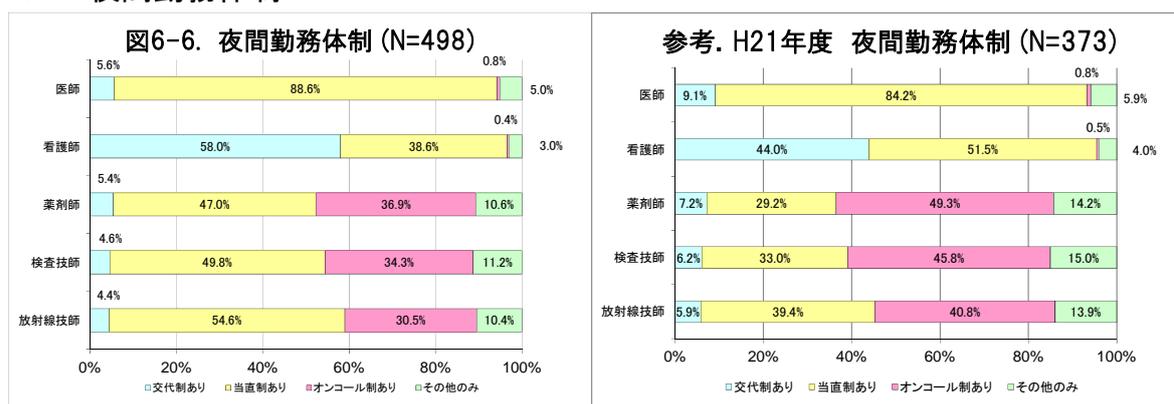


図 6-6 では、夜間勤務体制を示した。ここでは、「交代制>当直制あり>オンコール制あり>その他」の順に充実度が高いものとみなし、複数回答がある場合にはより充実した体制の値に集約して集計した。

平成 21 年度のデータと比較して、看護師については「交代制あり」が増加し、その他の職種については「当直制あり」が増加している。薬剤師・検査技師・放射線技師においては交代制およびオンコール制の割合が減少し、当直制が増えていた。

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。

\*参考： 日本医療機能評価機構『病院機能評価データブック 平成 21 年度』

[http://www.jcqh.or.jp/pdf/research/databook\\_h21.pdf](http://www.jcqh.or.jp/pdf/research/databook_h21.pdf)

## 第7章 薬剤部門

### 7.1 100床あたり薬剤師数

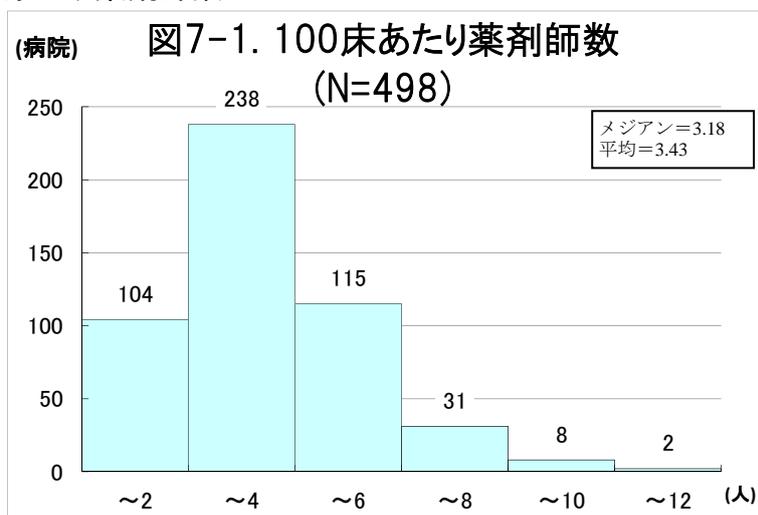


図7-1では、100床あたりの薬剤師数を示した。平成22年医療施設調査によれば、100床あたり薬剤師数の平均値は2.7人であり\*、受審病院で薬剤師が手厚く配置されている状況がうかがえた。

\*参考：厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10>

### 7.2 薬剤師の配置状況

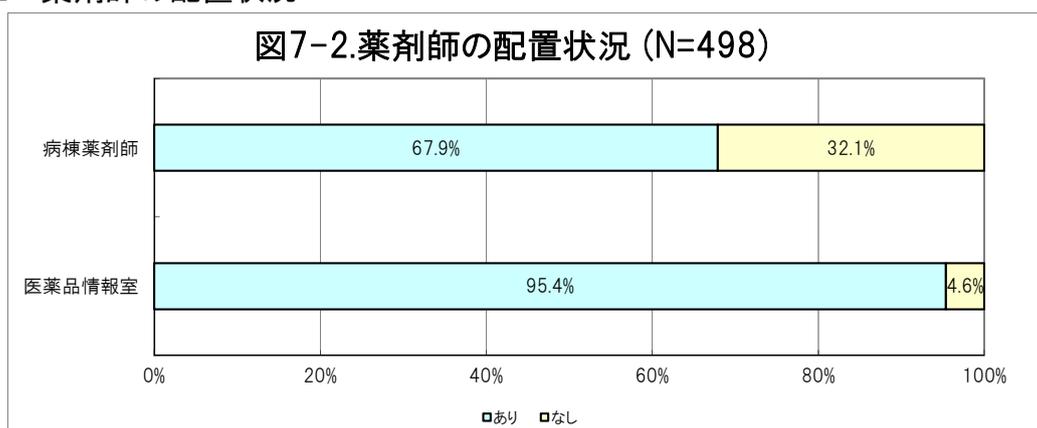


図7-2では、病棟薬剤師および医薬品情報室への薬剤師の配置状況を示した。病棟薬剤師が配置されている病院が67.9%、医薬品情報室に薬剤師が配置されている病院が95.4%であった。

### 7.3 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数

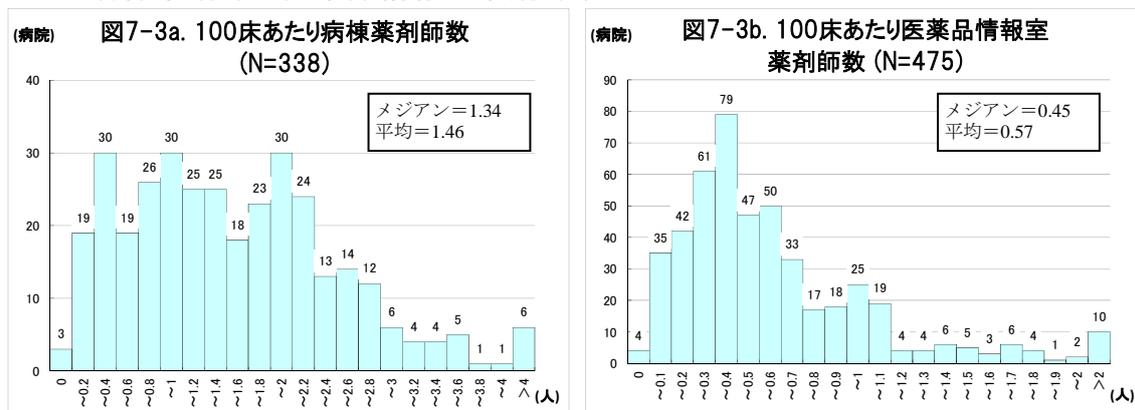


図7-3では、病棟薬剤師または医薬品情報室薬剤師を配置している病院における配置状況（人数）を示した。この人数は「7.1 薬剤師数」の内数である。

### 7.4 院外処方箋率（外来）

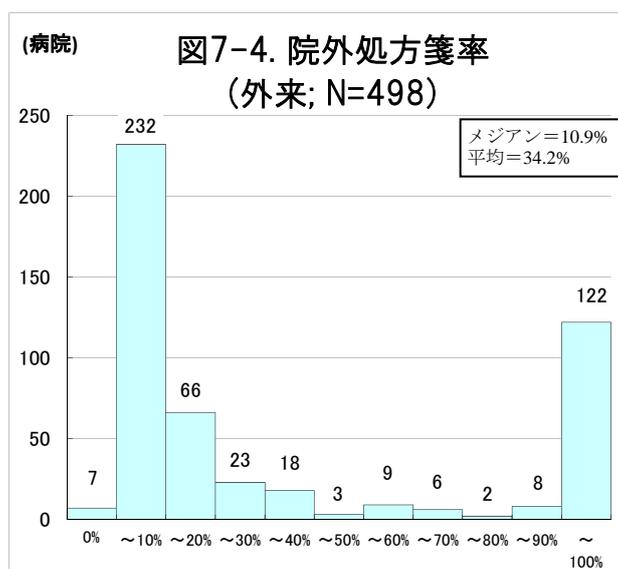


図7-4では、外来における全処方箋に占める院外処方箋の割合を示した。院外処方箋を発行していない病院が7あった。また、院外処方箋を発行している受審病院が、院外処方箋の割合が10%以下の病院と90%を超える病院に二極分化していることが示された。これは例年と同様の傾向であった。

## 7.5 薬剤部門での注射薬の混合

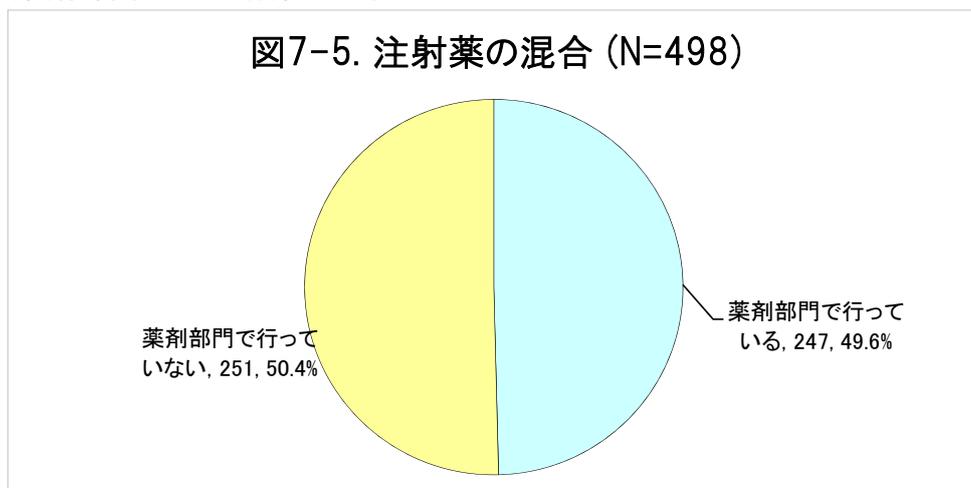


図7-5では、薬剤部門での注射薬の混合について示した。注射薬の混合を薬剤部門で行っている病院は247病院（49.6%）であった。

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。

## 7.6 注射薬の供給法（個人別取り揃え実施状況）

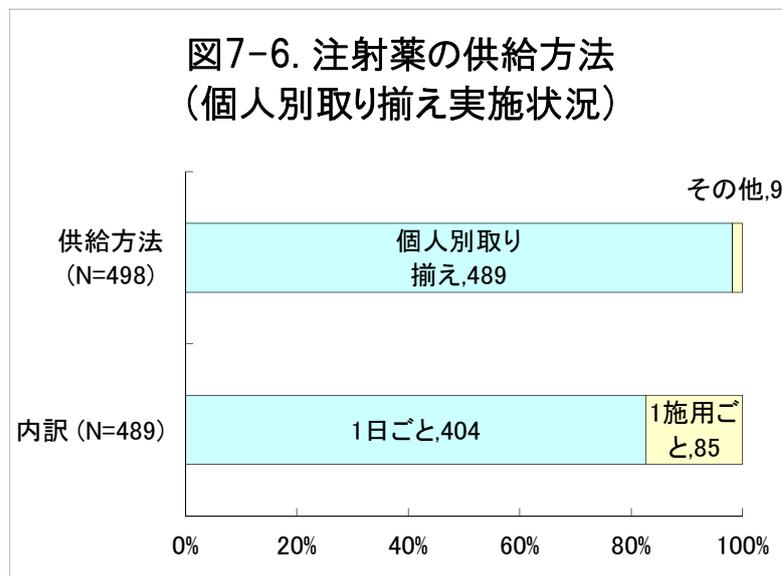


図7-6では、注射薬の供給方法について示した。489病院（98.1%）が「個人別取り揃え」を実施しており、そのうち404病院（82.6%）で1日ごとの取り揃えを行っていた。

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8章 検査・画像診断部門

### 8.1 放射線科医師数

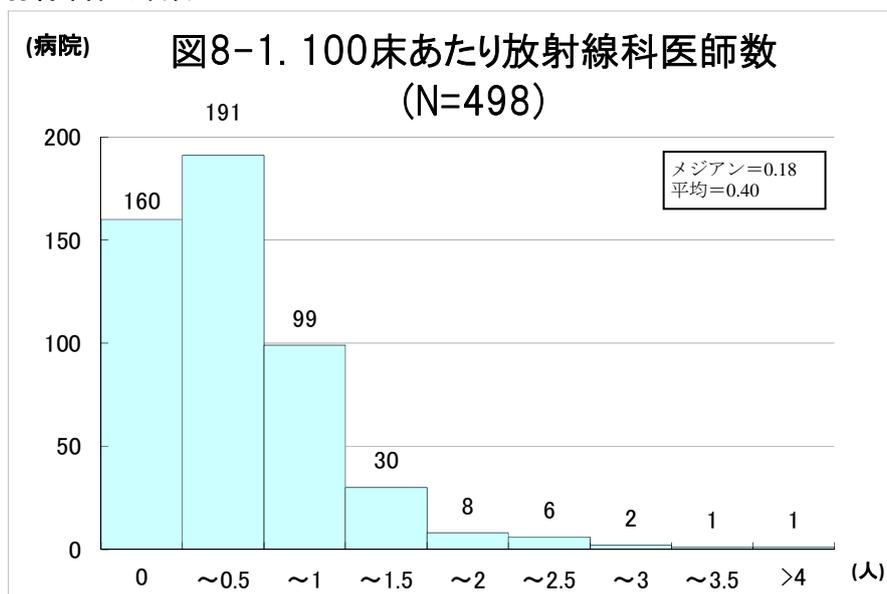


図8-1では、100床あたりの放射線科医師数の状況を示した。100床あたりのメジアンは0.18人、平均は0.40人であった。

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。

## 8.2 CT の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

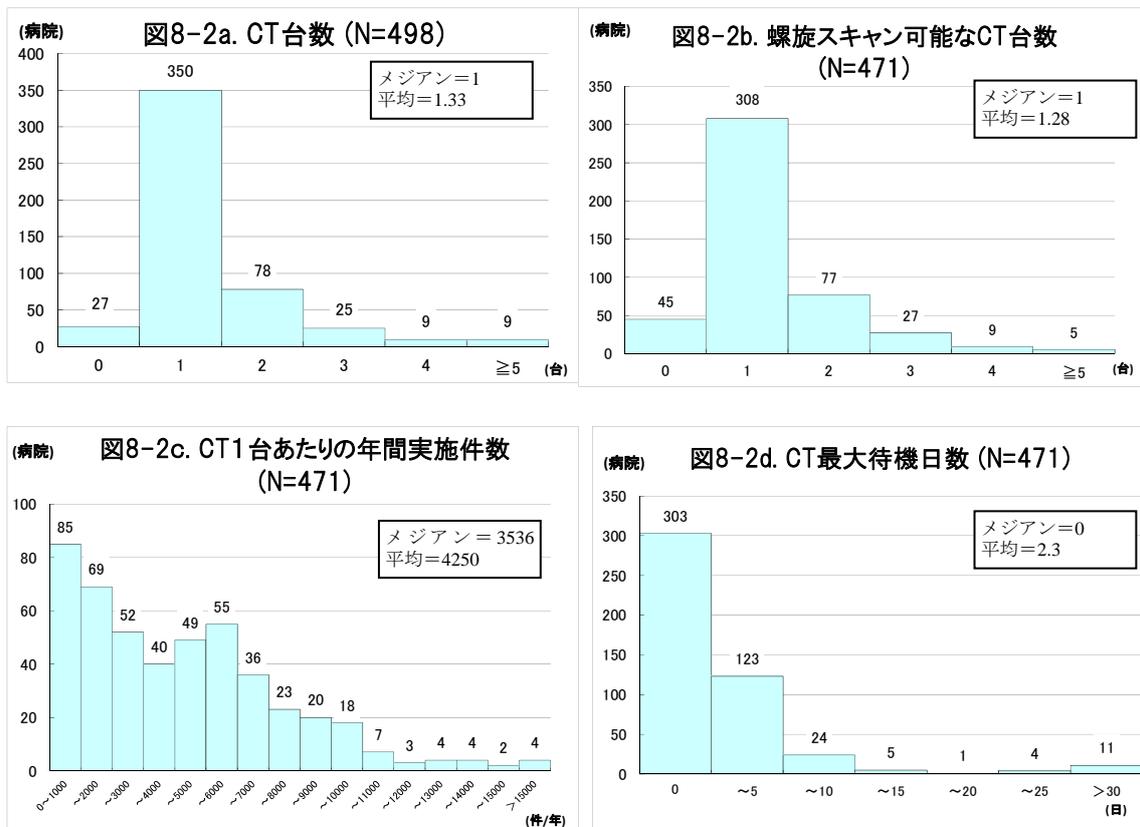


図8-2a~dでは、CTの状況について示した。図8-2b~dでは、CTを1台以上保有していると回答した471病院のデータをまとめた。図8-2dのCTの待機日数（撮影待日数）は、直近の最大待ち日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは0日、平均は2.3日であった。

### 8.3 MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

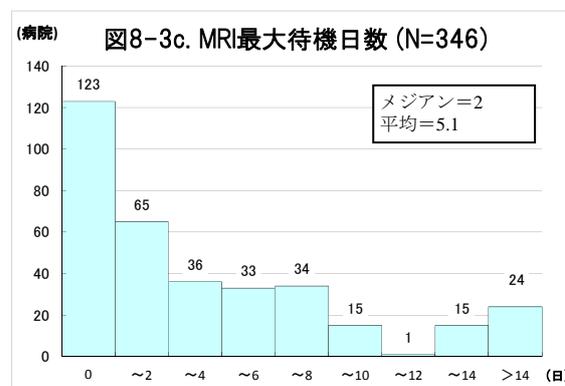
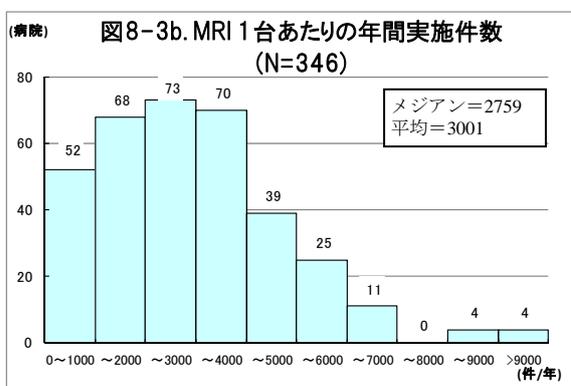
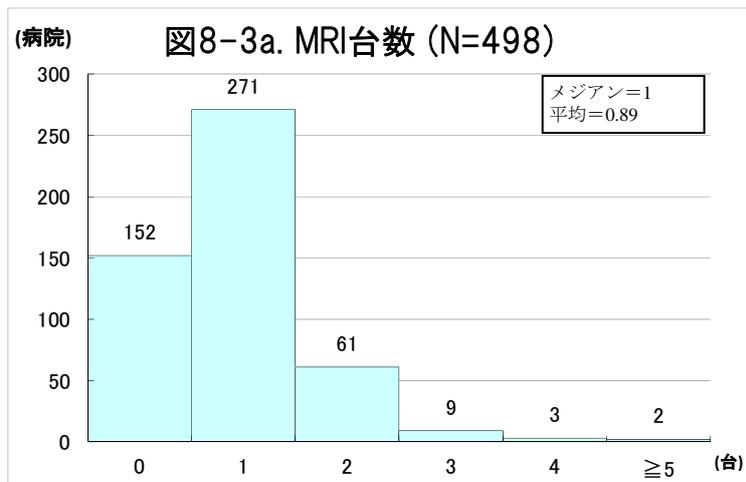


図 8-3a~c では、MRI の状況について示した。図 8-3b~c では、MRI を 1 台以上保有していると回答した 346 病院のデータをまとめた。図 8-3c の待機日数（撮影待日数）は、前項同様直近の最大待機日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは 2 日、平均は 5.1 日であった。

## 8.4 放射線科医による報告書作成・読影

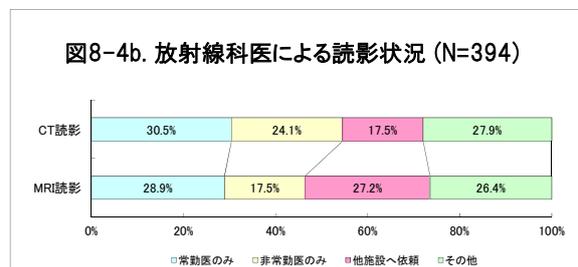
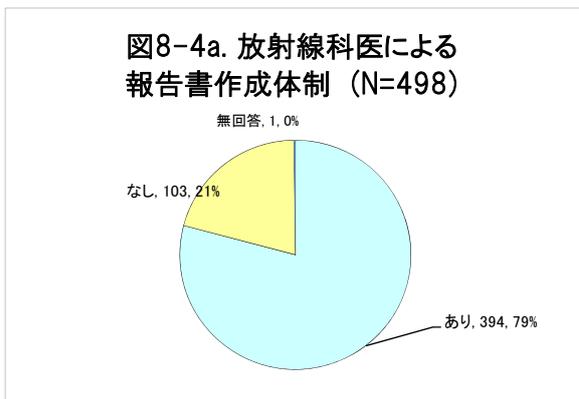


図8-4a および b では、放射線科医による報告書作成体制および読影の状況を示した。放射線科医による報告書作成体制がある394病院中、約30%の病院で常勤放射線科医による読影を実施していた。

## 8.5 各種超音波検査の実施状況

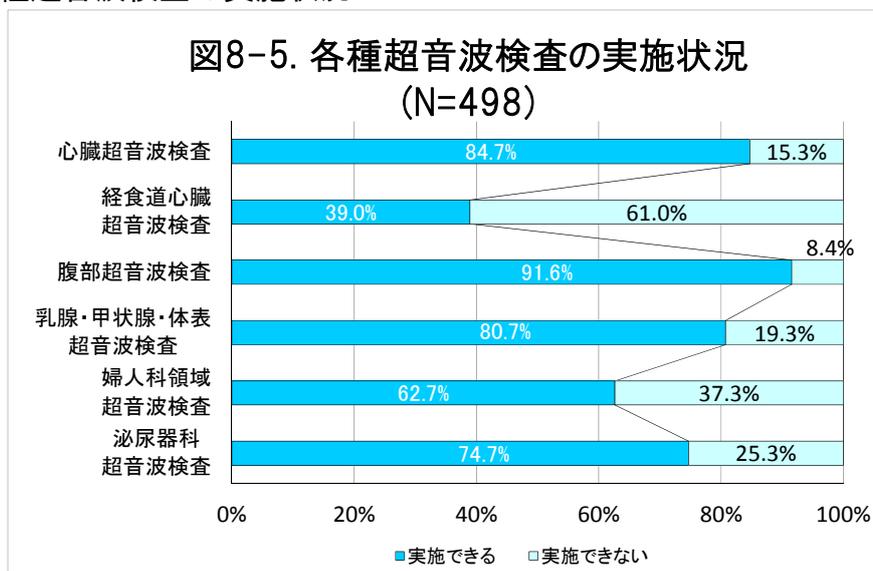


図8-5では、各種超音波検査の実施状況（検査の可否）について示した。腹部超音波検査を実施している病院が最も多く、次いで心臓超音波検査であった。

## 8.6 画像の遠隔診断

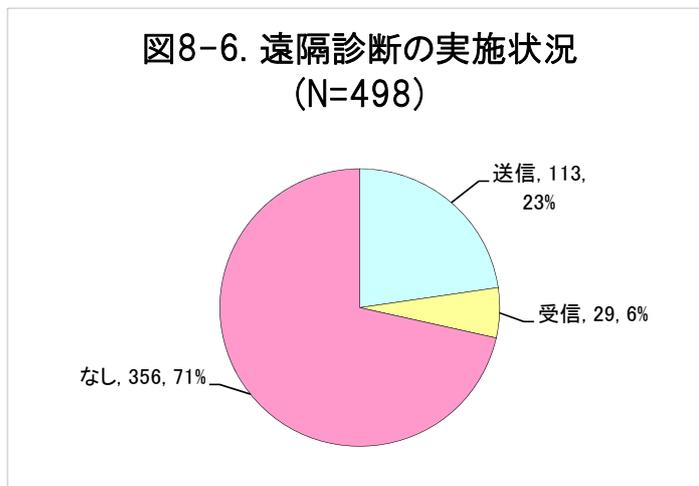


図 8-6 では、遠隔診断の実施状況を示した。遠隔画像診断の実施状況は送信側（画像の撮影が行われる医療機関）が 23%、受信側（画像診断が行われる医療機関）が 6%であった。

## 8.7 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）

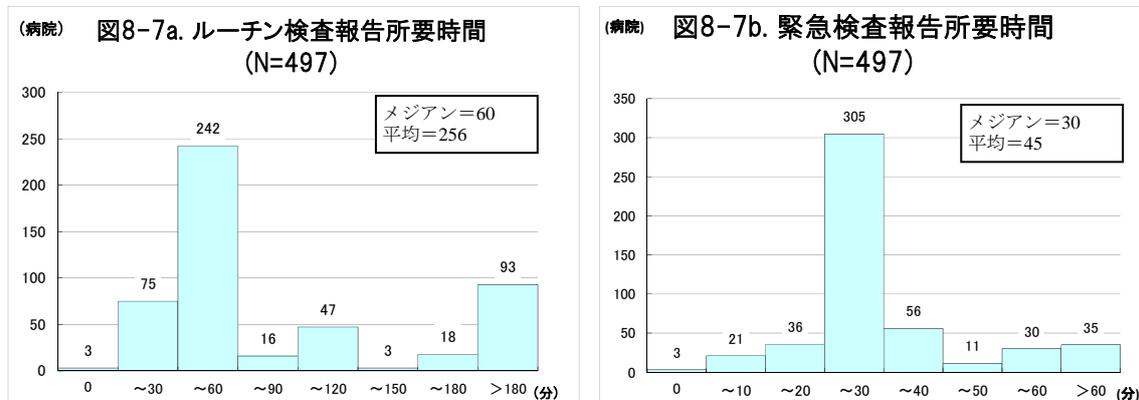


図 8-7a および b では、主要な血液・生化学検査の結果報告までの時間を示した。ルーチン検査のメジアンおよび平均は 60 分および 256 分であり、緊急検査の検査報告所要時間は 30 分および 45 分であった。

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。

## 8.8 外部精度管理の参加状況

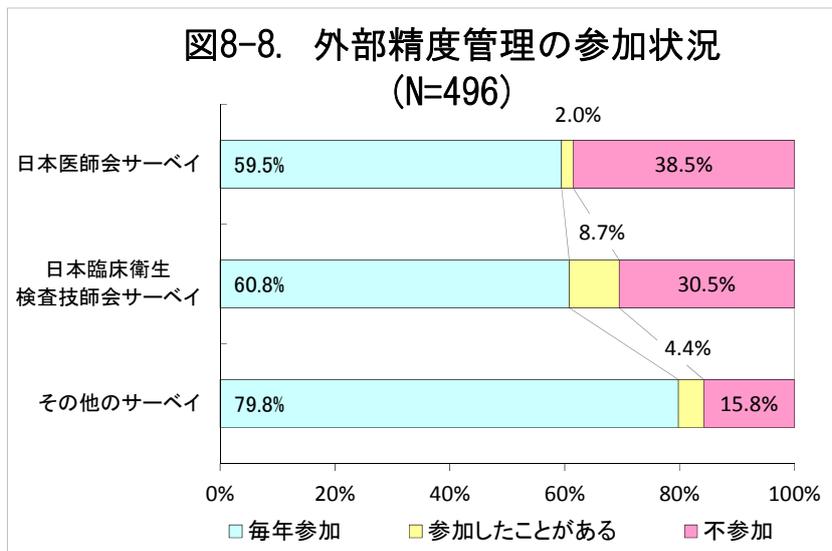


図 8-8 では、外部精度管理の参加状況について示した。回答のあった 496 病院の約 8 割の病院において、何らかの外部サーベイに毎年参加していた。

## 8.9 病理医配置状況

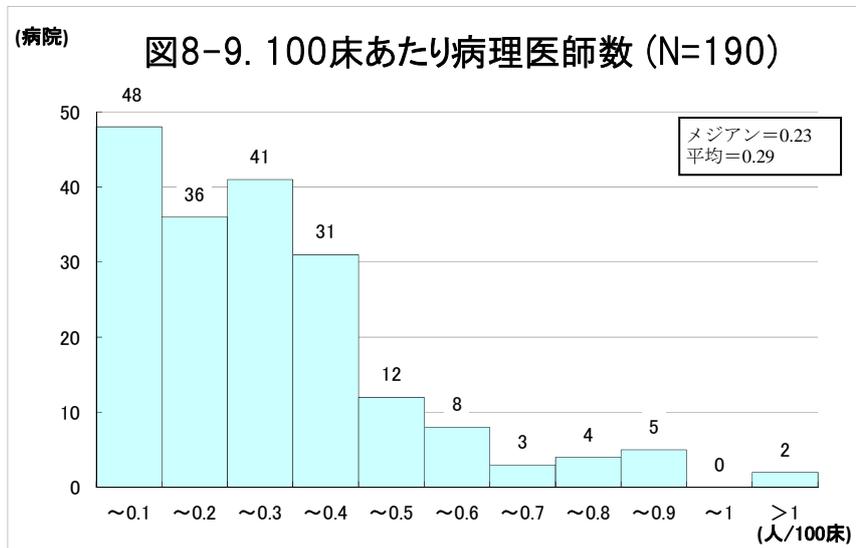


図 8-9 では、100 床あたりの病理医師数を示した。病理医のいる 190 病院におけるメジアンは 0.23 人、平均は 0.29 人であった。

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。

## 8.10 剖検実施状況

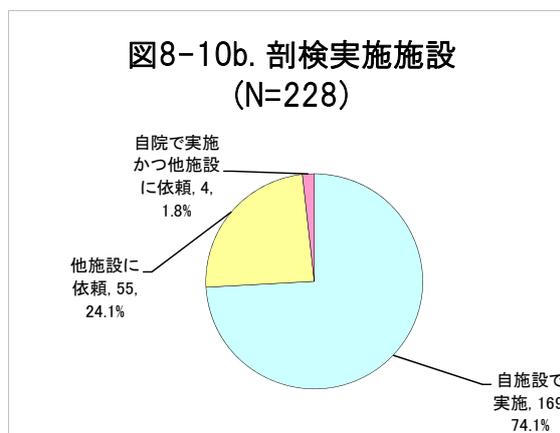
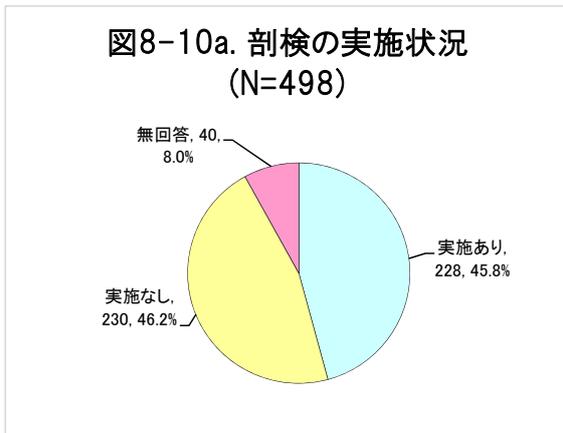


図8-10a および b では、剖検の実施状況を示した。剖検を実施している228施設中、自施設のみで実施している病院は74.1%であった。

## 8.11 死亡退院率・剖検率

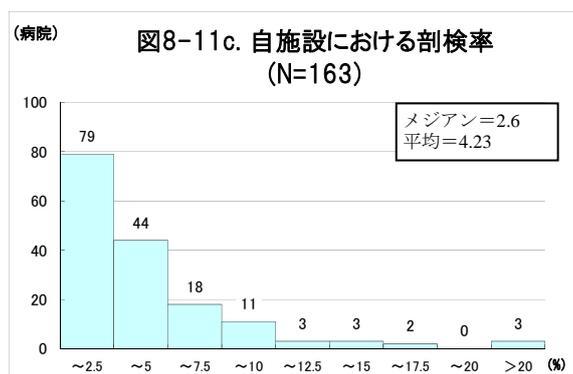
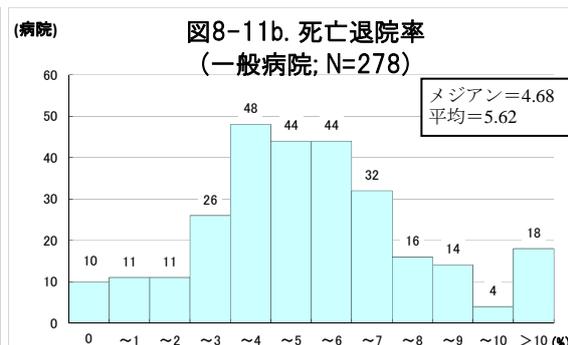
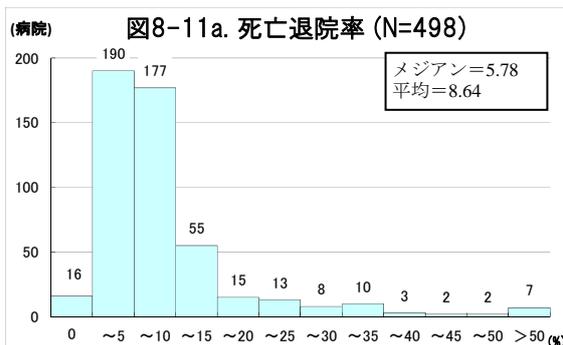


図8-11a および b では、死亡退院率（退院患者に占める死亡退院の割合）を示した（b は一般病院に限定した死亡退院率を示している）。また、図8-11c では、自施設での剖検率（死亡患者のうち、自施設で剖検を実施する割合）を示した。自施設での剖検率が20%を超える病院が3施設あった。

## 8.12 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）

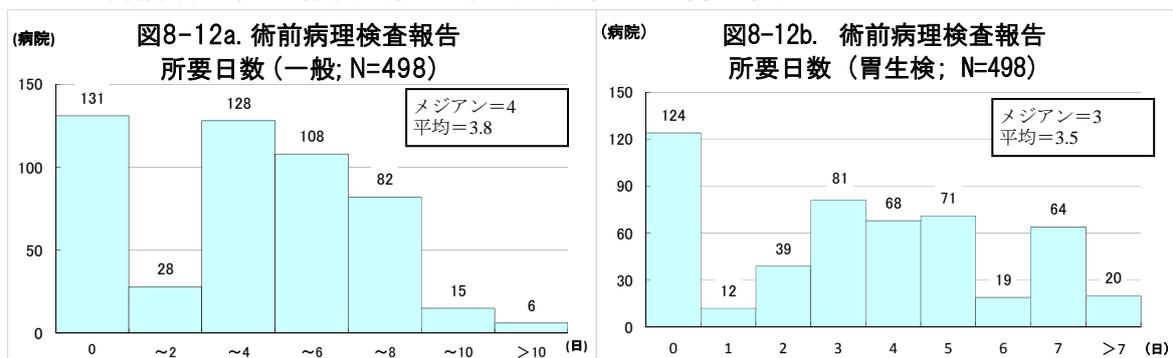


図8-12 a および b では、術前病理検査報告所要日数について、一般病理検査と胃生検に分けて示した。メジアンはそれぞれ3.3日、3日であった。

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。

## 8.13 術中迅速診断の実施状況

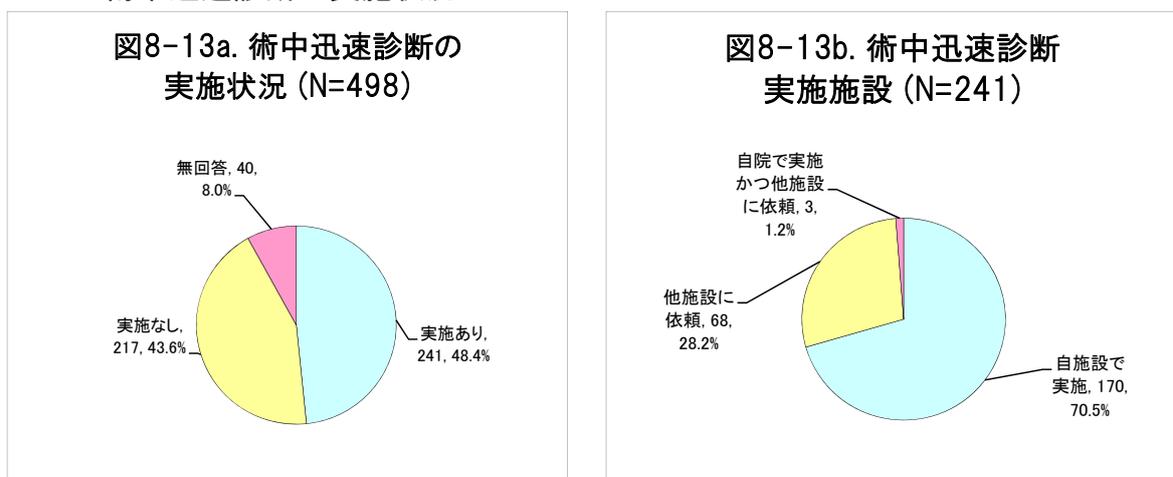


図8-13 a および b では、術中迅速診断の実施状況を示した。受審病院の48.4%で術中迅速診断を実施しており、自施設で実施している病院はそのうち約7割であった。

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。

#### 8.14 テレパソロジーの実施状況

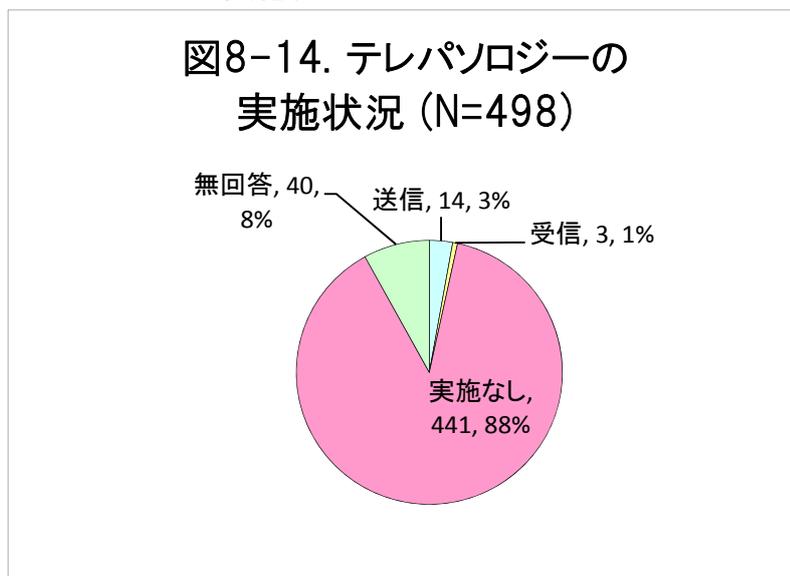


図8-14では、テレパソロジーの実施状況を示した。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の実施状況は、「送信側」（検体採取が行われる医療機関）が3%、「受信側」（画像診断が行われる医療機関）が1%であった。

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9章 輸血部門

### 9.1 輸血担当部門

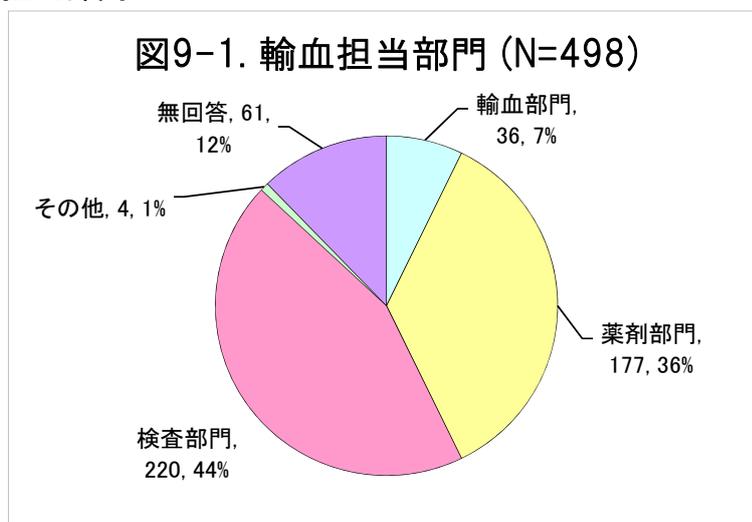


図9-1は、輸血担当部門の状況について示した。輸血担当部門が独立している病院は36病院、独立しておらず薬剤部門として管理している病院は177病院、検査部門として管理している病院は220病院、その他は4病院であった。

### 9.2 輸血担当医師数

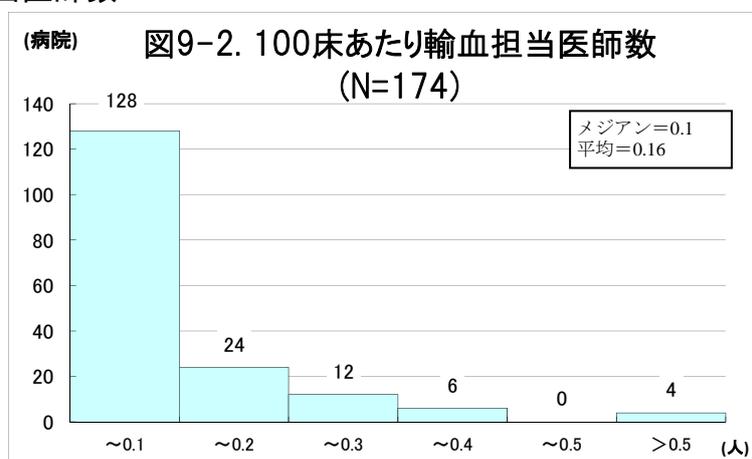


図9-2では、輸血担当医師数（輸血部門の常勤専従医師、常勤専任又は兼任医師、非常勤医師の常勤換算数）を示した。図中には、輸血担当医師が配置されている174病院におけるメジアンおよび平均を示した。

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。

### 9.3 100床あたり血液使用量

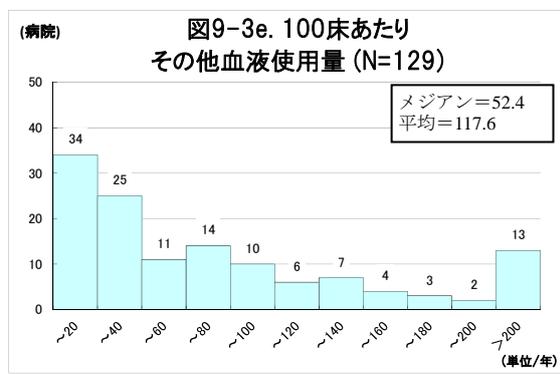
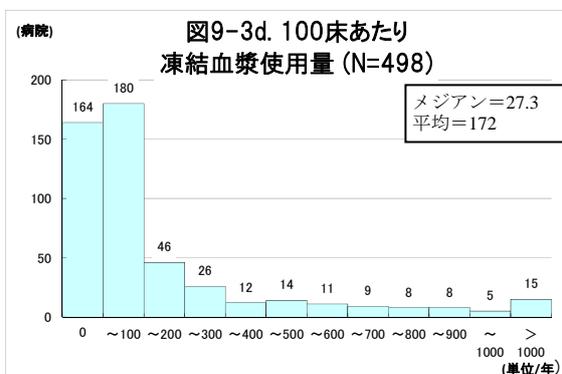
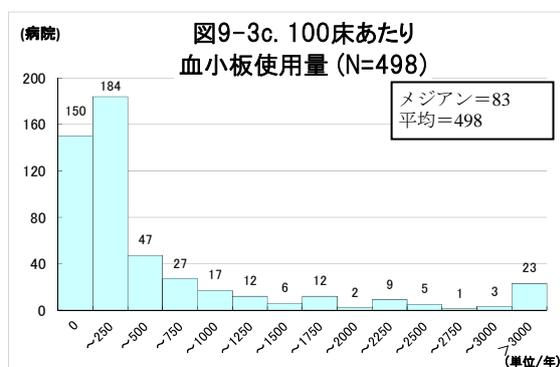
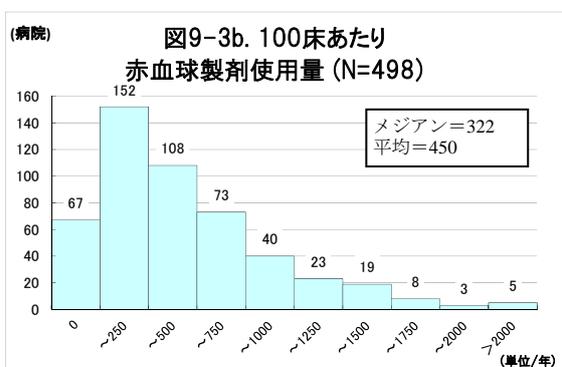
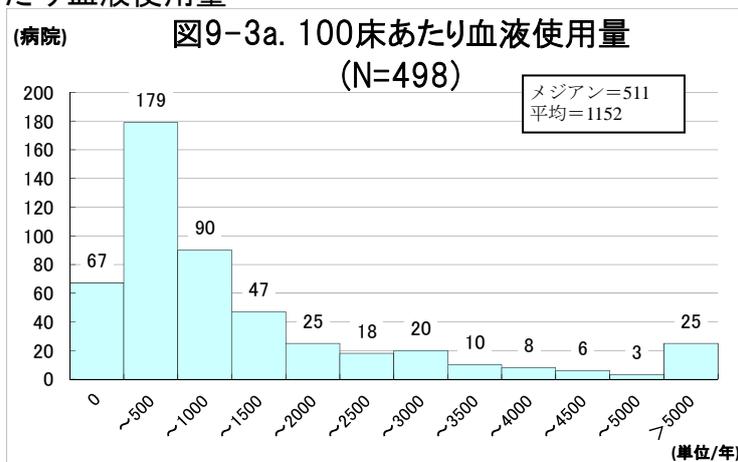


図9-3aでは、100床あたりの血液使用量の総数について示した。また、図9-3b~eでは、赤血球製剤、血小板、凍結血漿、その他血液の使用量(内数)を示した。

#### 9.4 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況

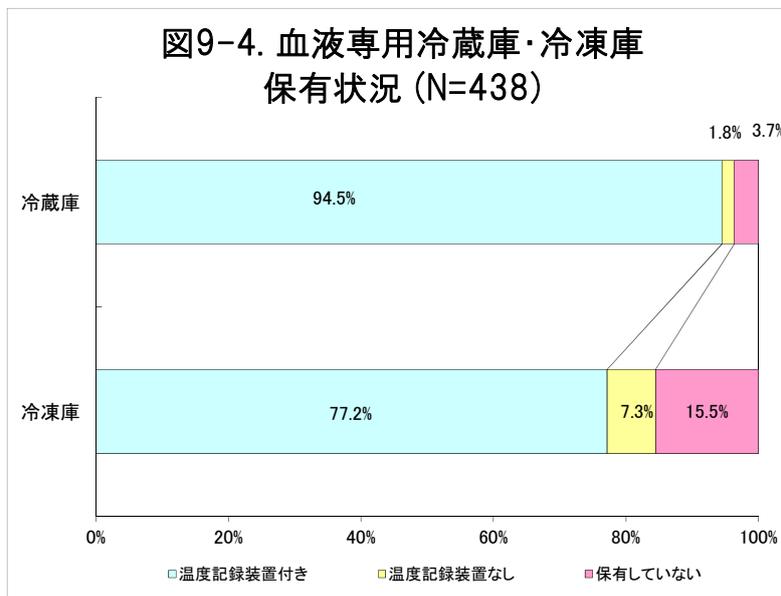


図9-4では、血液専用冷蔵庫・冷凍庫の保有状況を示した。血液専用の冷蔵庫を保有している病院は422病院(96.3%)であり、そのうち自記温度記録装置付き冷蔵庫を保有している病院は414病院であった。また、凍結血漿専用の冷凍庫(−20℃以下)を保有している病院は360病院(84.5%)であり、そのうち自記温度記録装置付き冷凍庫を保有している病院は338病院であった。

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10章 手術部門

### 10.1 手術実施状況

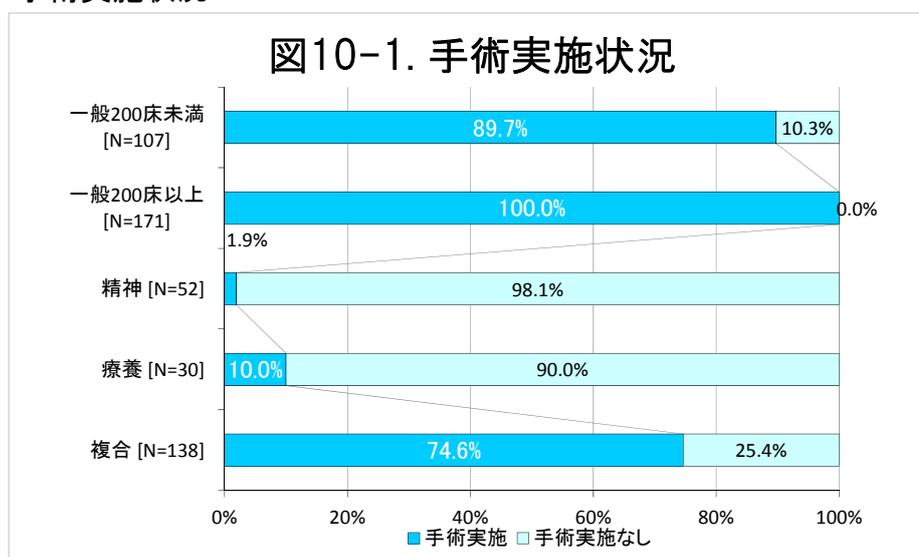


図10-1では、病床種別ごとの手術実施状況について示した。一般200床未満の96病院（89.7%）、一般200床以上の171病院（100%）、精神病院の1病院（1.9%）、療養病院の3病院（10.0%）、複合病院の103病院（74.6%）で手術を実施していた。

### 10.2 100床あたり手術室数

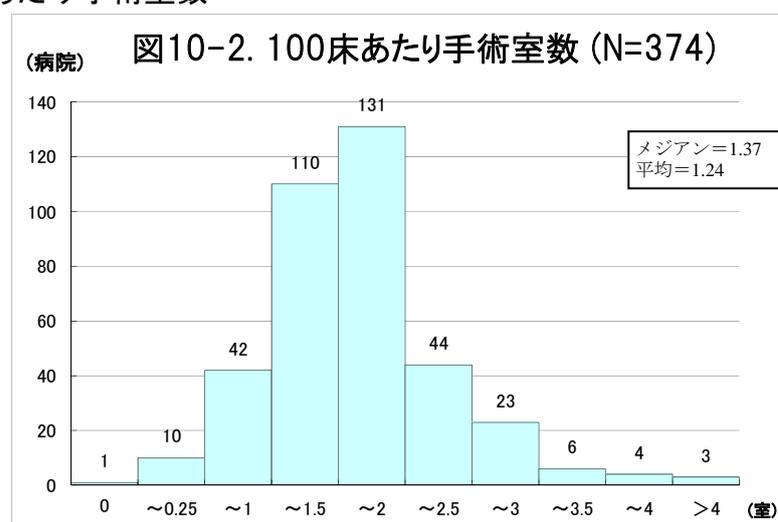


図10-2では、手術を実施している374病院について、100床あたりの手術室数を示した。

### 10.3 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率

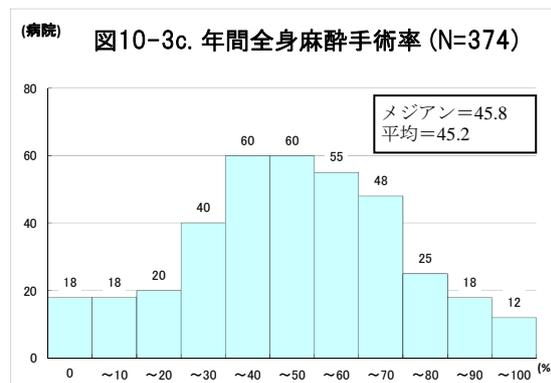
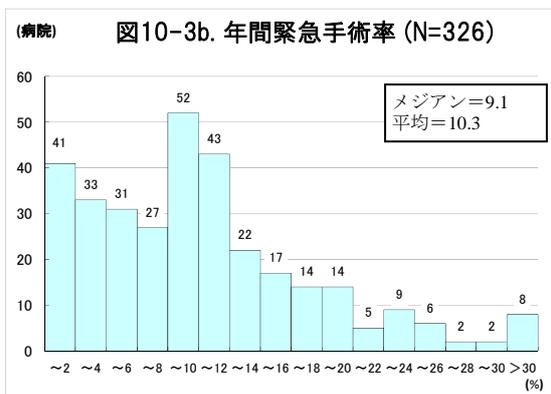
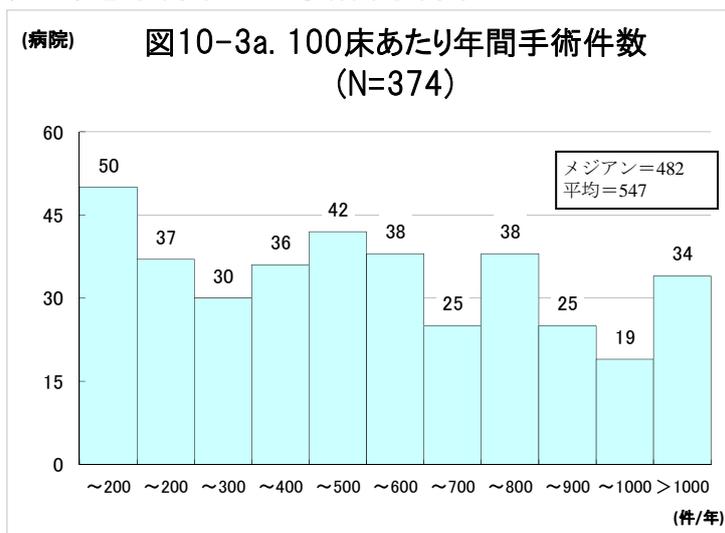


図10-3aでは、手術を実施している374病院における100床あたりの年間手術件数を示した。また、図10-3bおよびcでは、以下の式に基づき年間の手術に占める緊急手術および全身麻酔手術の割合を示した。

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

$$\text{全身麻酔手術率} = (\text{全身麻酔手術数}) / (\text{手術総数}) \times 100 (\%)$$

#### 10.4 手術 1000 件あたり麻酔科医

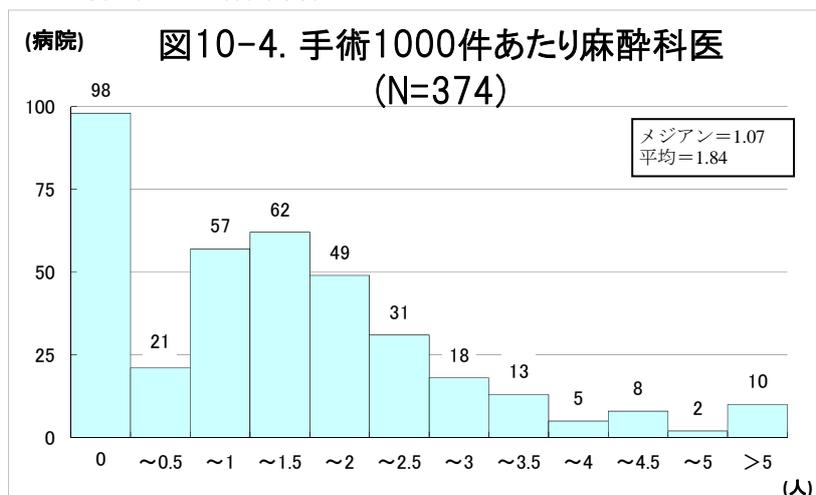


図 10-4 では、手術 1000 件あたり麻酔科医数を示した。手術を実施している 374 病院におけるメジアンは 1.07 人、平均 1.84 人であった。

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。

#### 10.5 麻酔科医 1 人あたり年間全身麻酔手術件数

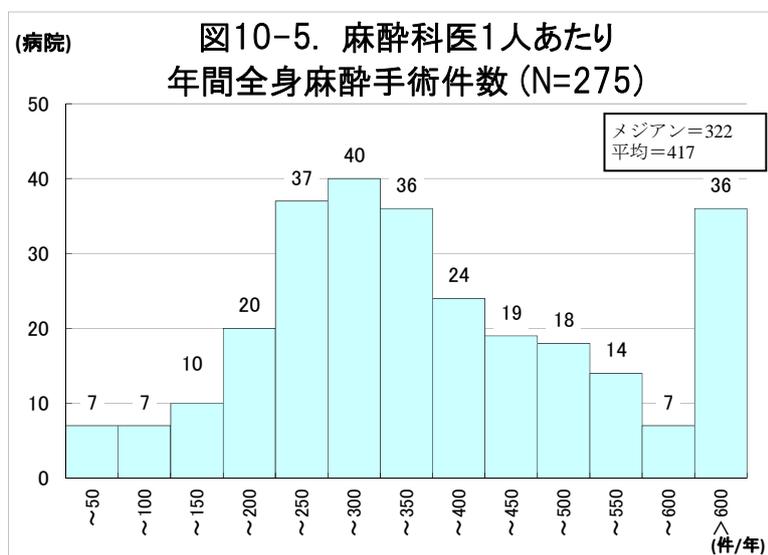


図 10-5 では、麻酔科医 1 人あたりの年間全身麻酔手術件数を示した。メジアンは 322 件、平均は 417 件であった。

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。

## 10.6 年間全身麻酔手術件数と麻酔科医数

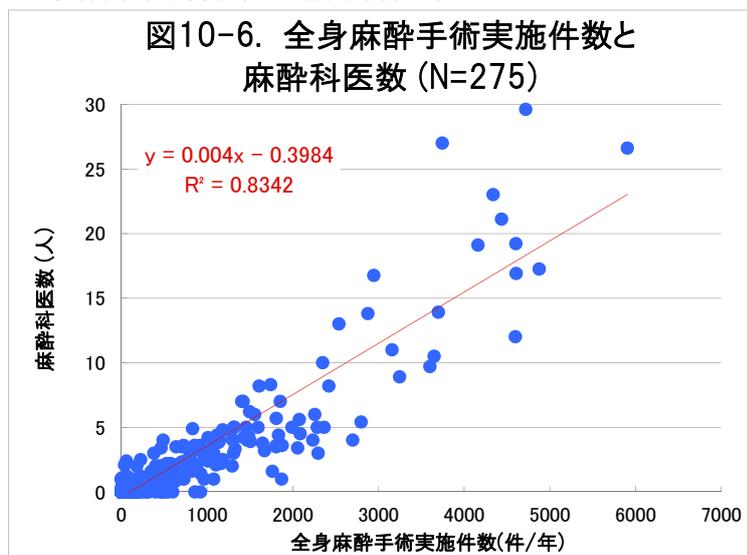


図10-6では、年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数（常勤換算）の関係を散布図で示した。全身麻酔手術件数と麻酔科医数の一次近似式は

$$y = 0.004x - 0.3984 \quad (R^2 = 0.8342)$$

となり、正の相関が認められた。ただし年間の全身麻酔手術件数が2000件になるあたりからは、施設数が少なくばらつきが大きくなっている。

## 第11章 リハビリテーション部門

### 11.1 リハビリテーション担当医師数

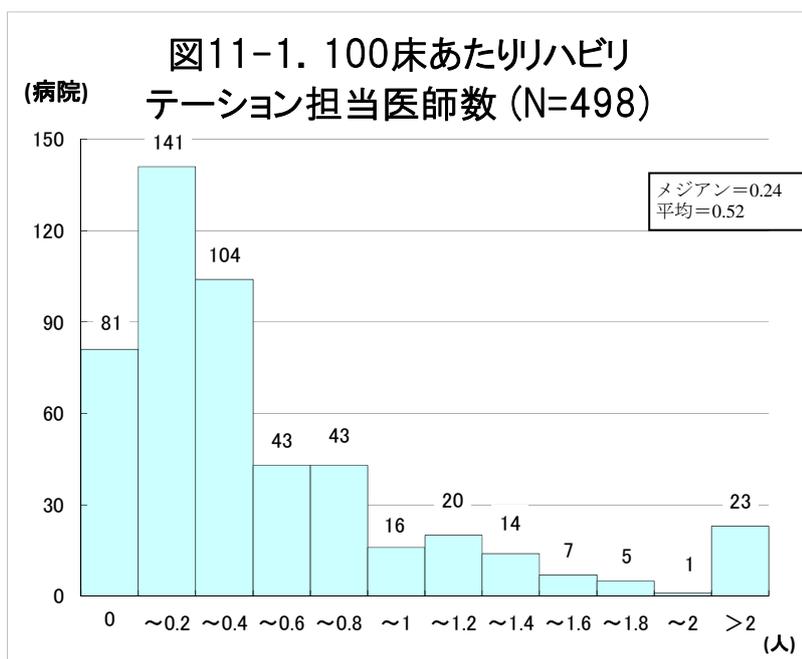
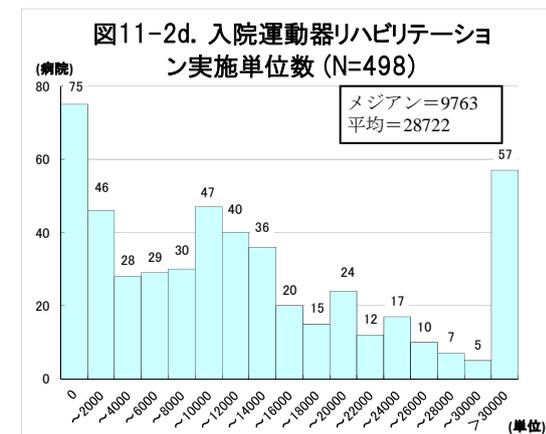
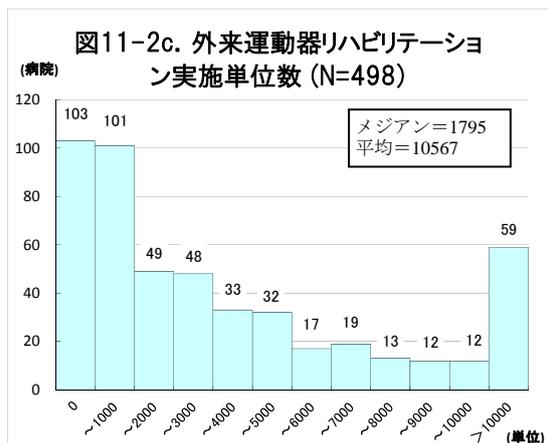
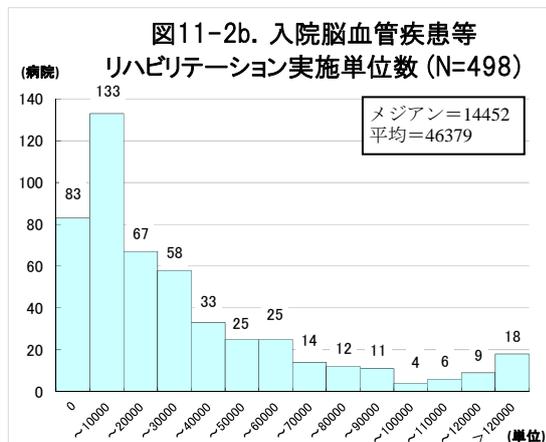
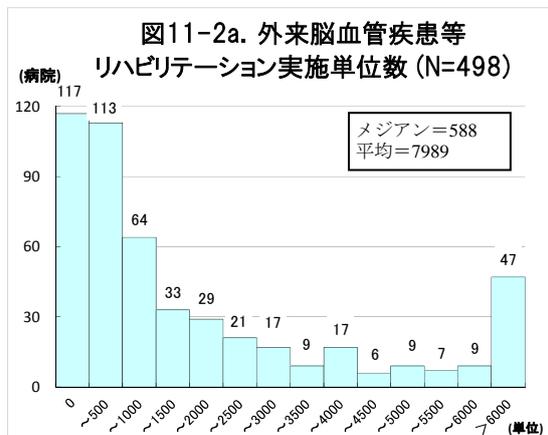
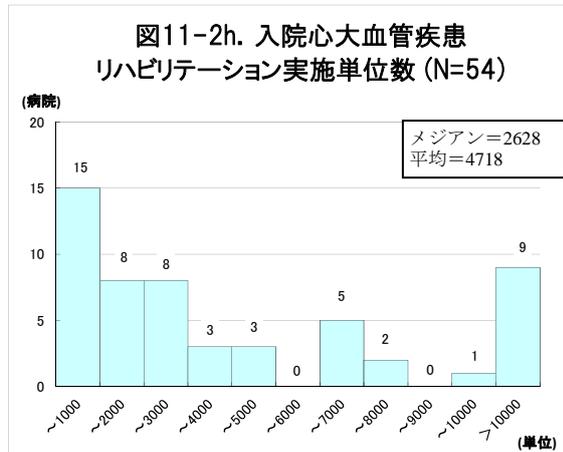
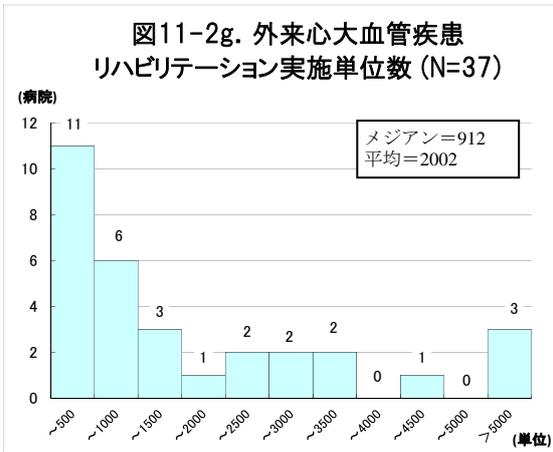
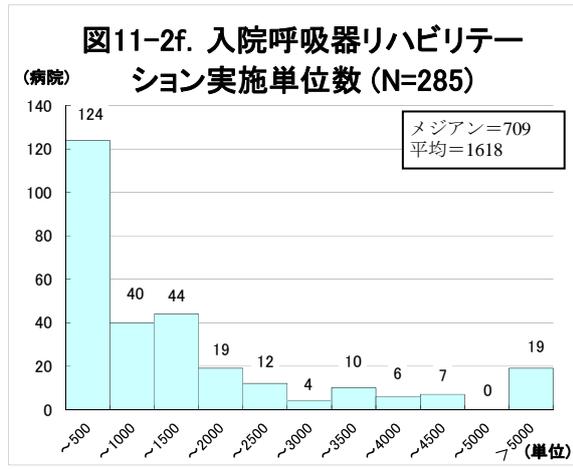
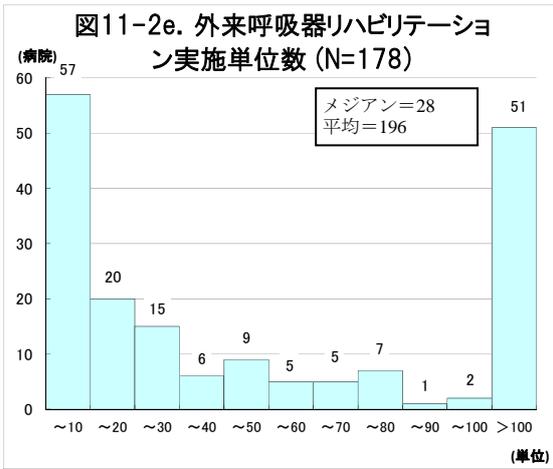


図11-1では、リハビリテーション担当医師数について示した。リハビリテーション担当医師数は、常勤の専従医師、常勤の専任・兼任医師の常勤換算数、および非常勤医師の常勤換算数の合計である。メジアンは0.24人/100床、平均は0.52人/100床であった。

## 11.2 外来/入院リハビリテーション実施単位

図 11-2a～h 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。なお、図 11-2e～h には、実施単位数が 1 以上の病院のデータを示している。

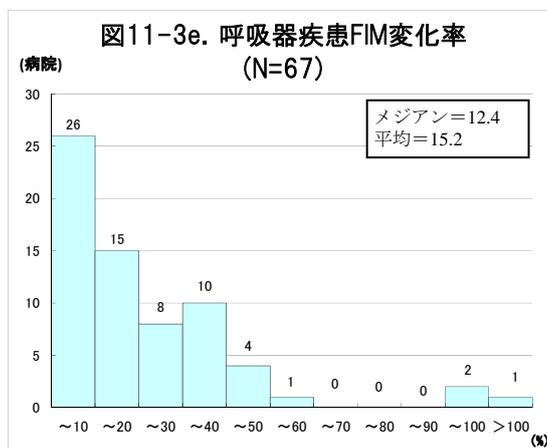
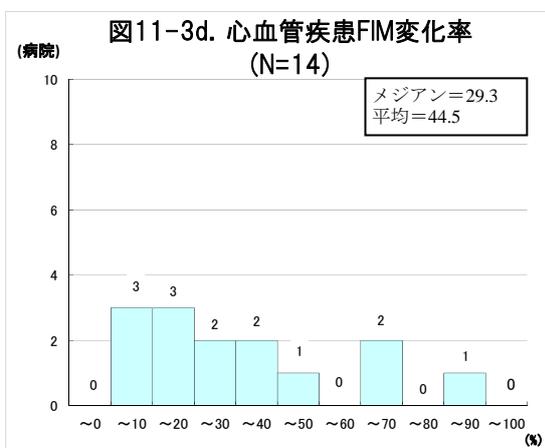
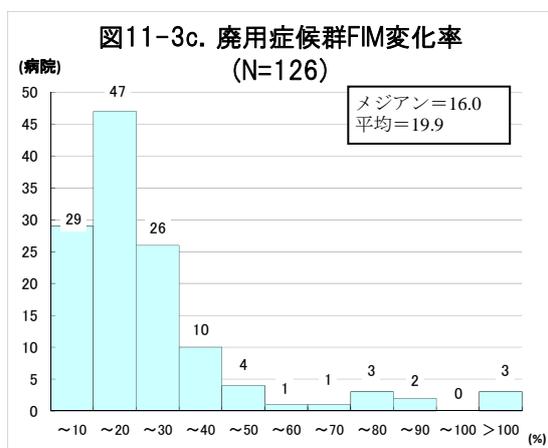
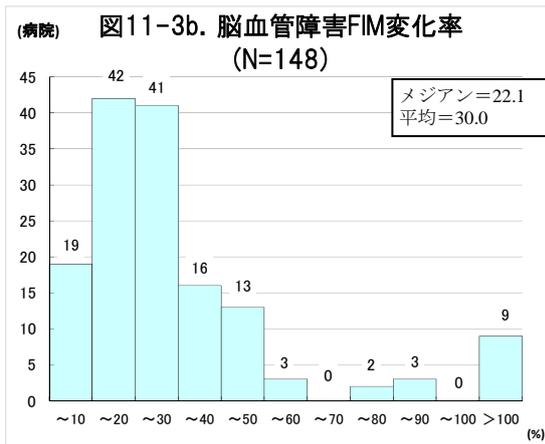
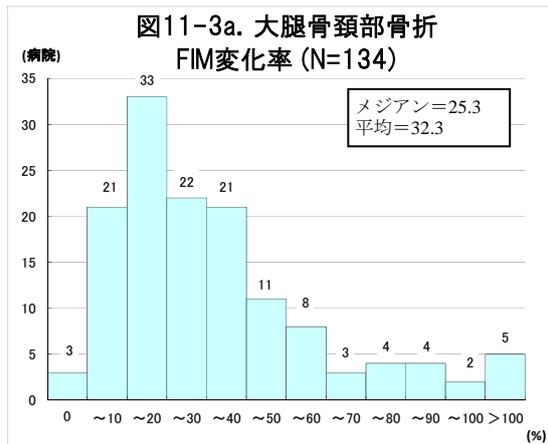




### 11.3 FIM (functional independence measure) の変化率

図11-3a～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12章 栄養部門

### 12.1 100床あたり栄養士・管理栄養士数

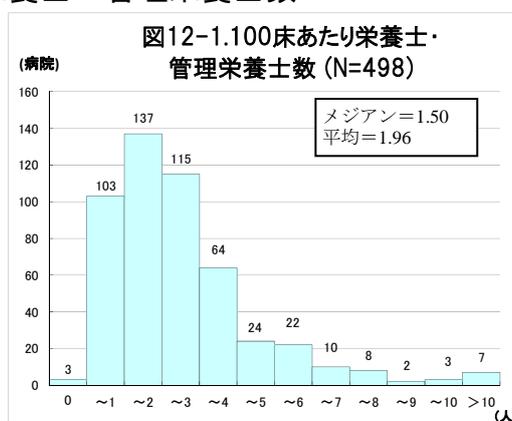


図12-1では、100床あたりの栄養士・管理栄養士数について示した。メジアンは1.50人、平均1.96人であった。100床あたりの管理栄養士・栄養士の全国値は1.5人であり\*、ほぼ同等の管理栄養士・栄養士が配置されている状況がうかがえた。

\*参考：厚生労働省「平成22年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10>

### 12.2 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数

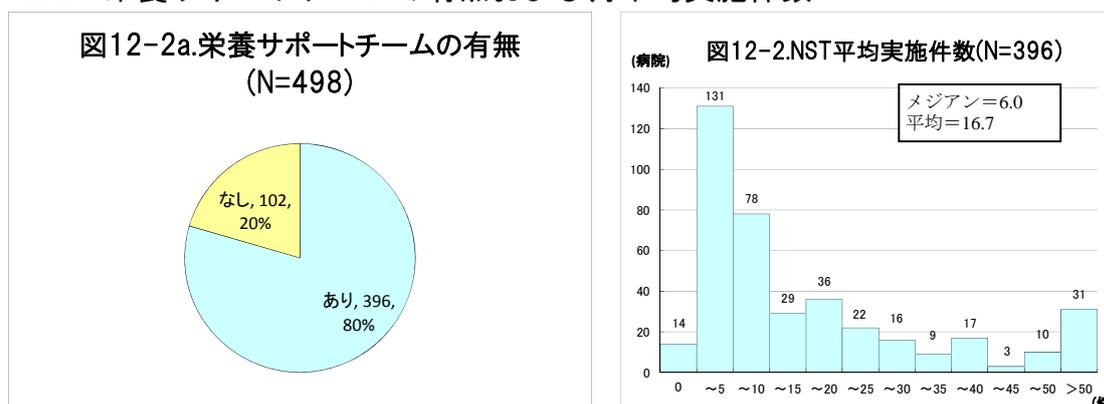
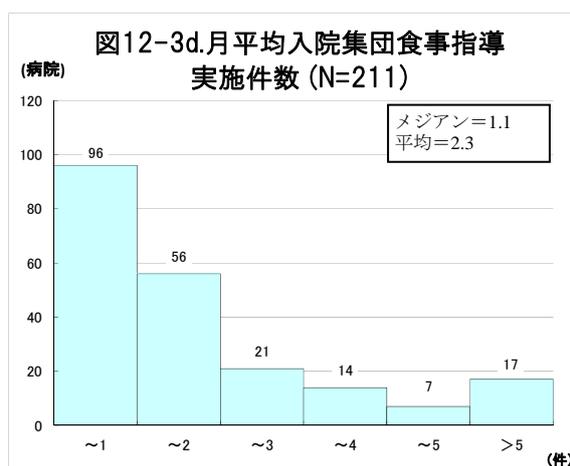
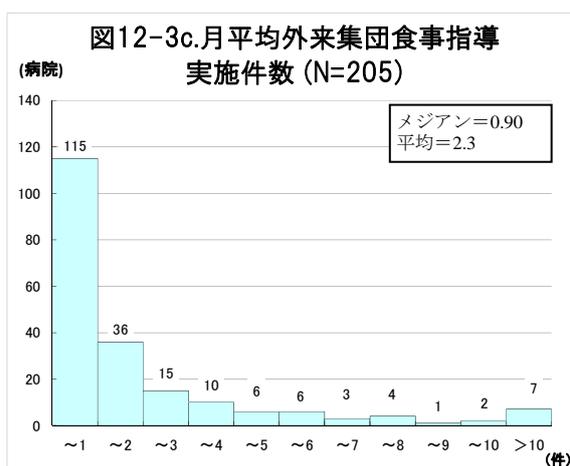
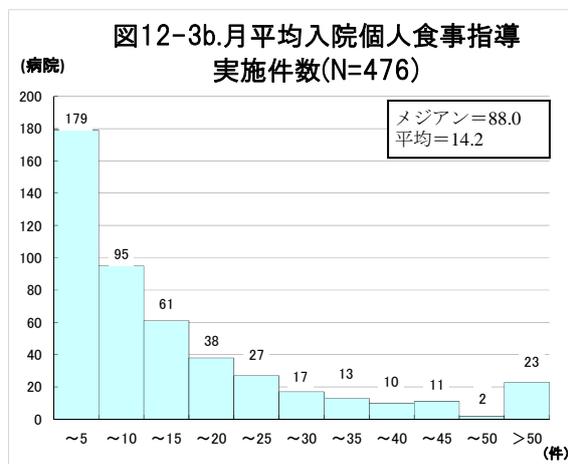
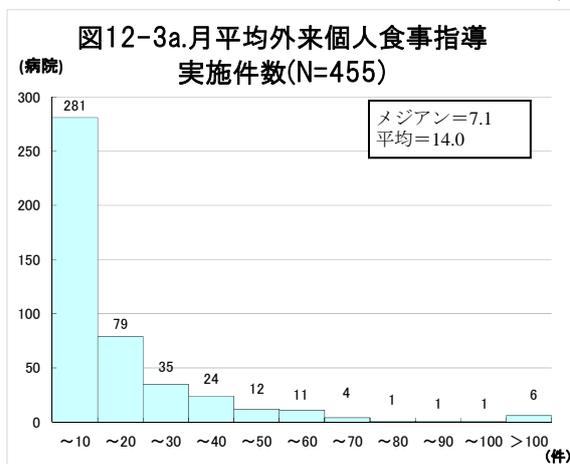


図12-2aおよびbでは、栄養サポートチーム（NST）の有無および月平均実施件数について示した。NSTがある病院は396病院であった。NSTによる栄養指導件数が月50件を越える病院が31病院あった。メジアンは6.0件/月、平均は16.7件/月であった。

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。

### 12.3 月平均栄養食事指導実施件数

図12-3a～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13章 診療情報管理部門

### 13.1 診療録・診療情報管理士数

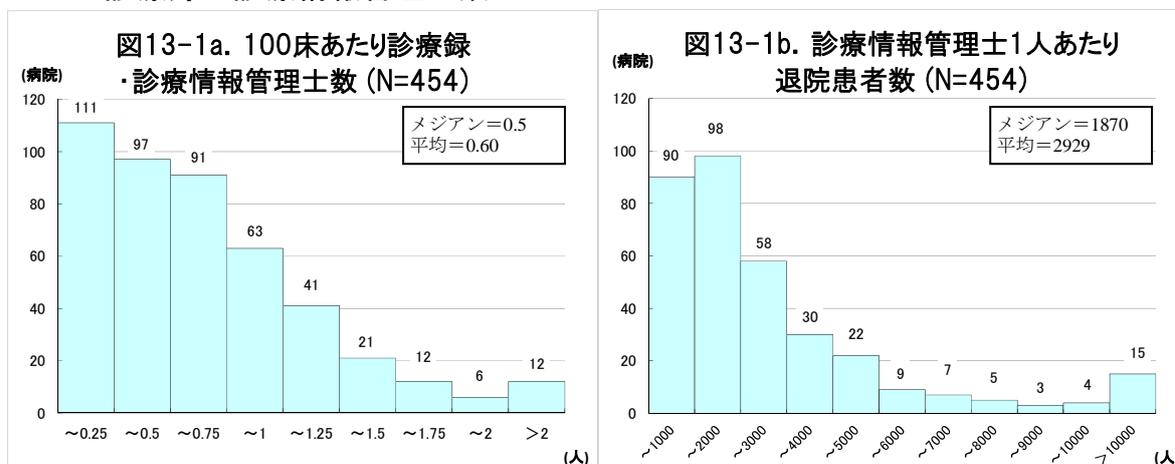


図13-1aおよびbでは、100床あたりの診療録・診療情報管理士数および診療録・診療情報管理士1人あたりの退院患者数をそれぞれ示した。診療録・診療情報管理士1人あたり退院患者数のメジアンは1870人、平均は2929人であった。

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。

### 13.2 診療録番号の管理

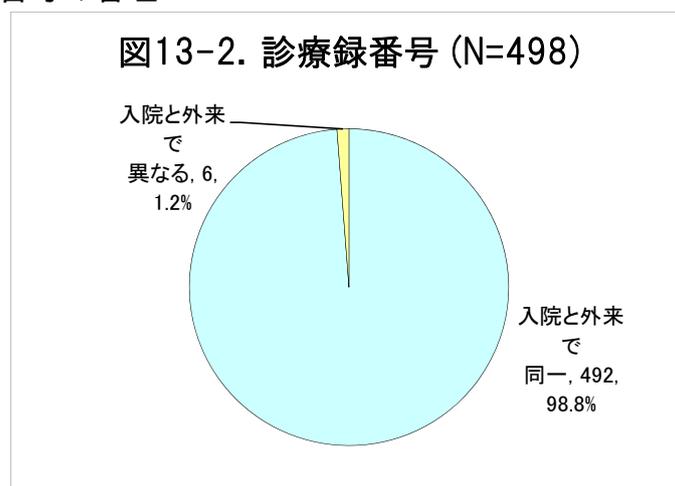


図13-2では、診療録番号管理方法を示した。同一患者には入院と外来で同一の番号を付与している病院が98.8%であった。

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。

### 13.3 診療記録の条件抽出

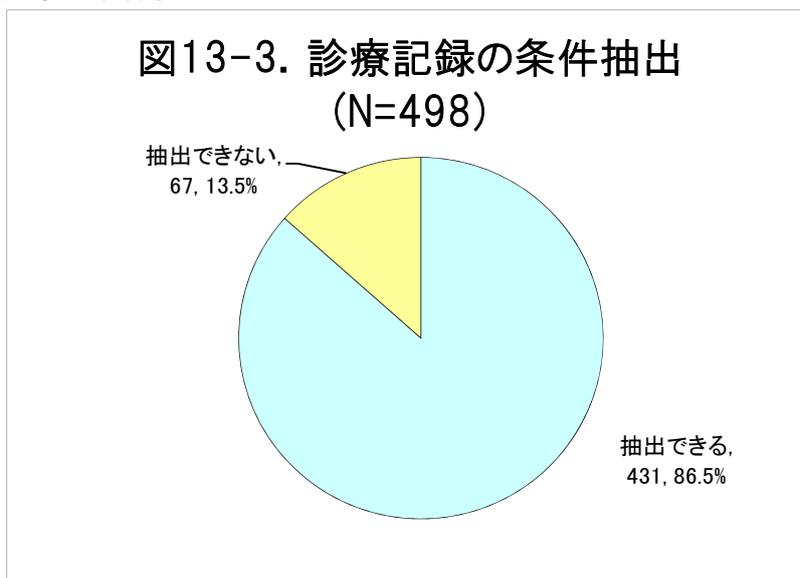


図 13-3 では、診療記録からデータを抽出可能であるかどうかを示した。条件に該当するデータを抽出できるとした病院が 86.5%であった。

### 13.4 2週間以内の退院時サマリー作成率

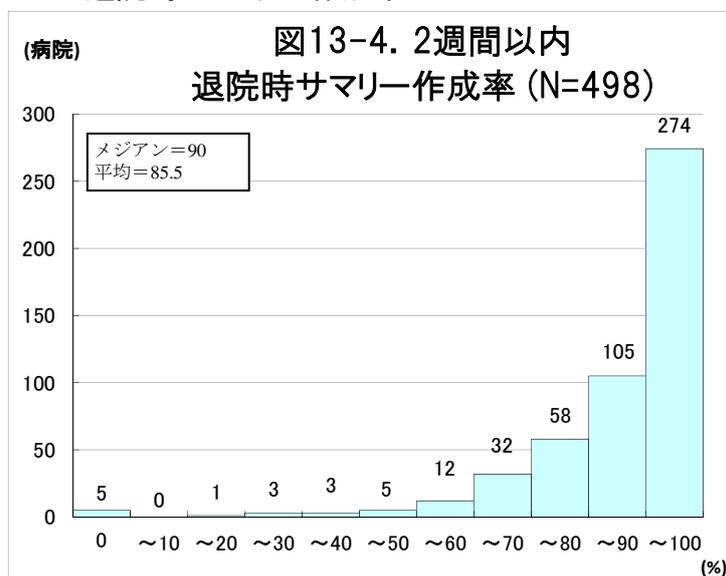


図 13-4 では、2週間以内の退院時サマリー作成率について示した。病院機能評価においては、患者の退院後2週間以内に退院時サマリーが原則100%作成されていることが望ましいとしている。

## 第14章 医療社会福祉・在宅医療支援部門

### 14.1 患者相談担当者配置状況

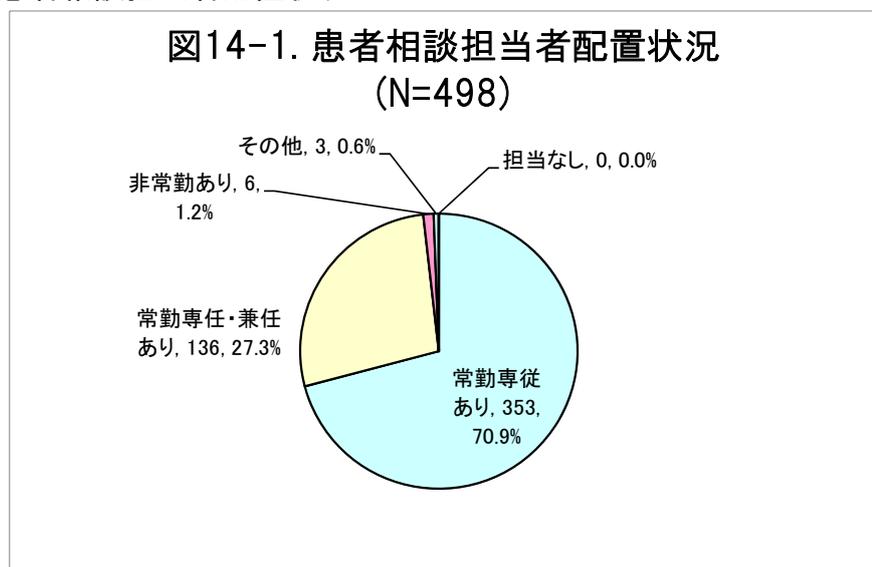


図14-1では、患者相談担当者の配置状況を示した。98.2%の病院で常勤担当者を配置していた。

### 14.2 患者相談職員数

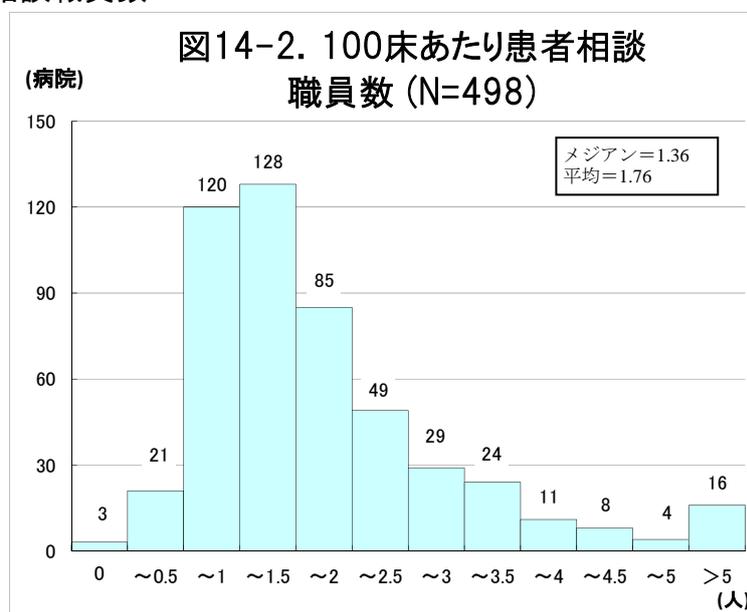


図14-2では、100床あたりの患者相談担当職員数を示した。メジアンは1.36人、平均は1.76人であった。

### 14.3 月平均患者相談実施件数（入院・外来）

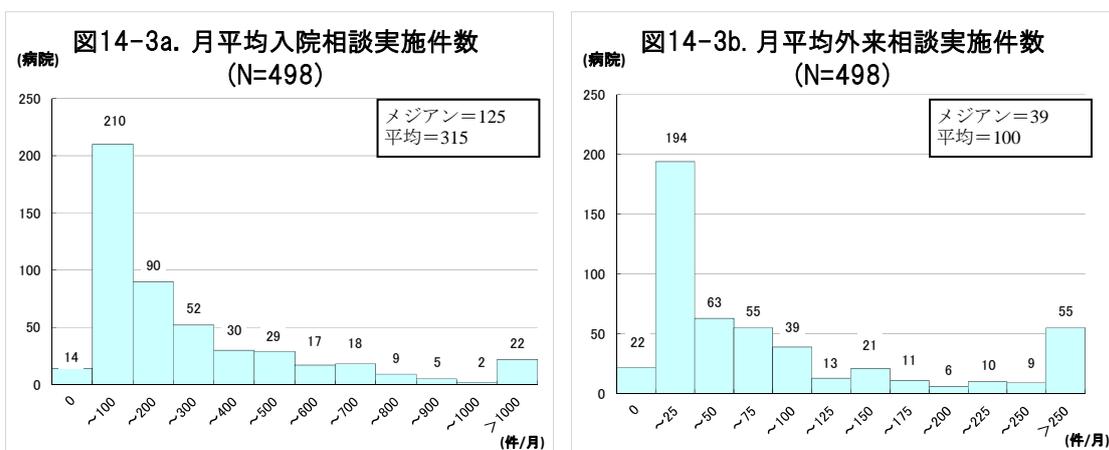


図14-3a および b では、月平均患者相談実施件数（入院・外来）についてそれぞれ示した。入院のメジアンおよび平均はそれぞれ125件および315件、外来のメジアンおよび平均はそれぞれ39件および100件であった。

### 14.4 ワーカー1人あたり月平均相談件数

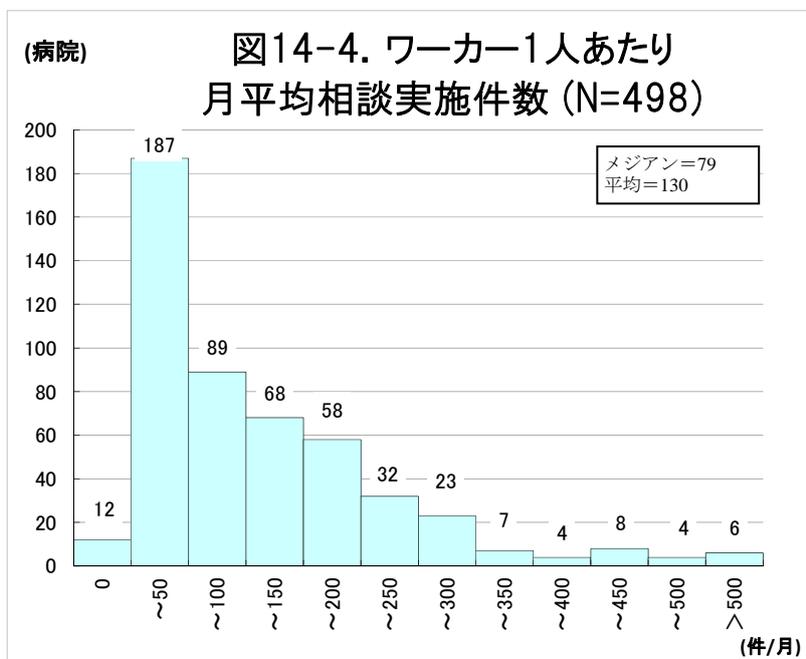


図14-4では、ソーシャルワーカー1人あたりの月平均相談件数を示した。

## 14.5 訪問サービス実施状況

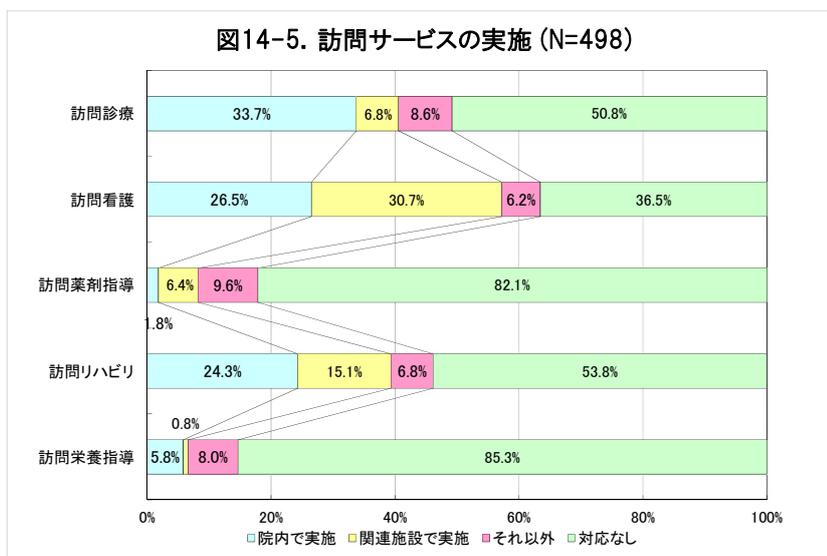


図14-5では、在宅医療支援部門における、訪問サービスの実施について示した。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションの順で、何らかの方法で実施している病院が多いことが示された。

## 14.6 月平均訪問診療等実施件数

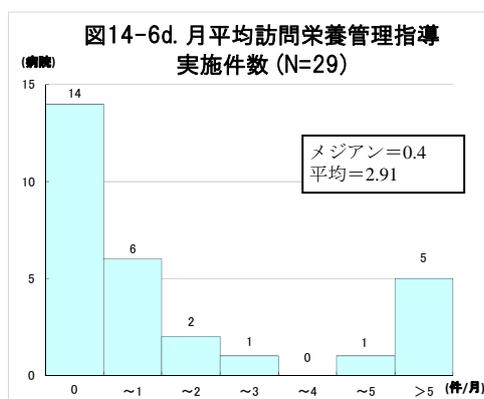
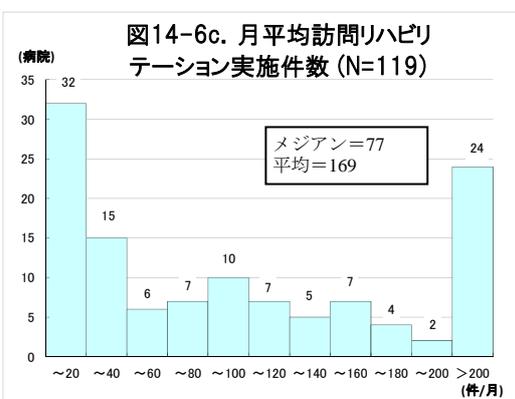
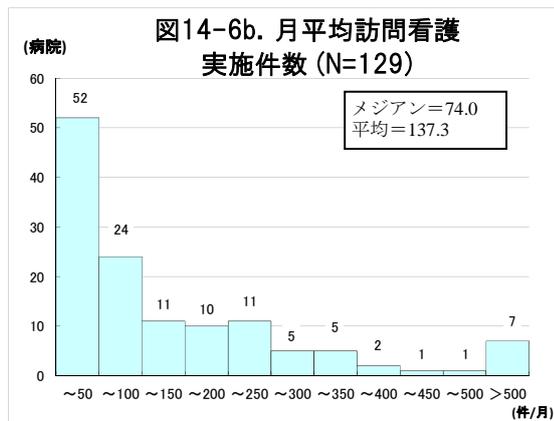
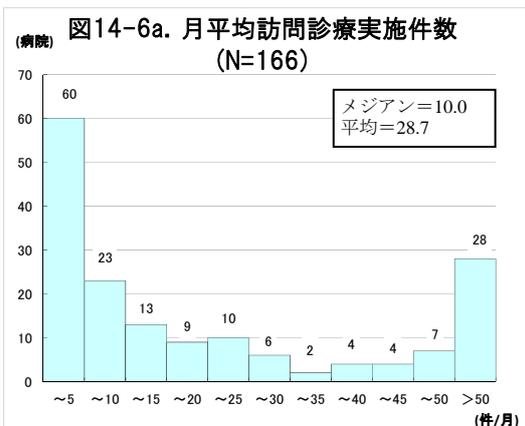


図14-6a~dでは、月平均訪問診療等実施件数（院内実施分）について示した。訪問看護および訪問リハビリテーションの実施件数が多いことが示された。

## 14.7 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

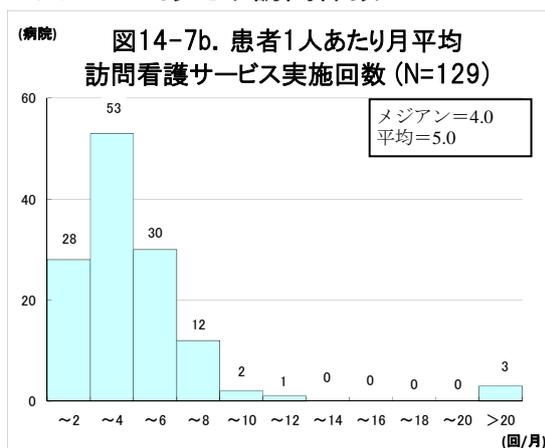
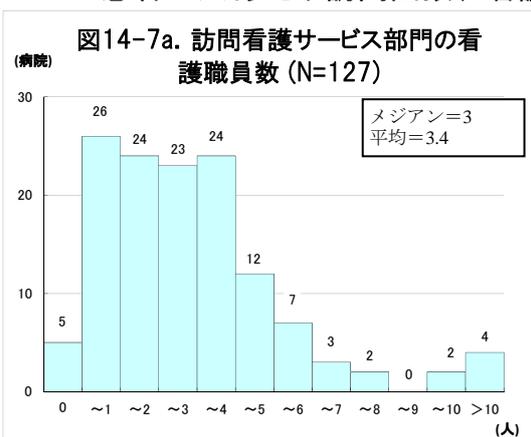
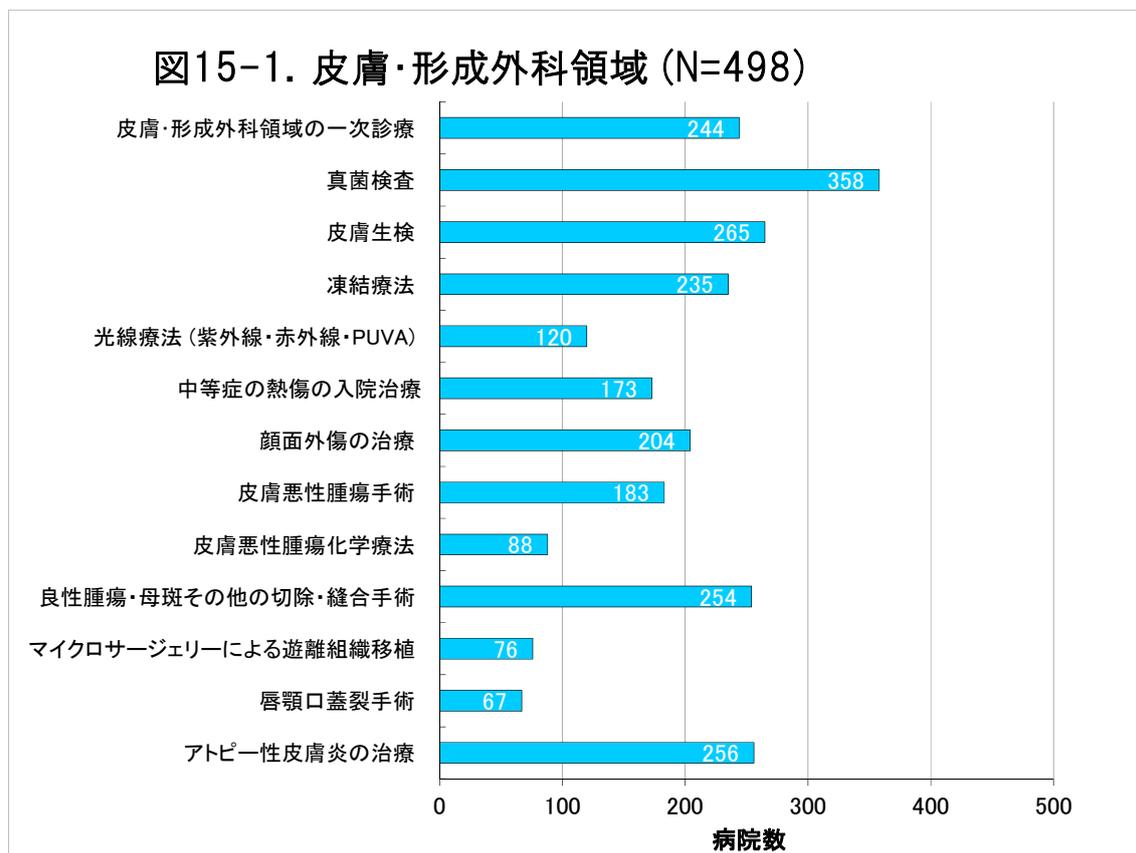


図14-7aおよびbでは、患者1人あたりの訪問回数、看護師1人・1日あたりの実施回数についてそれぞれ示した。いずれも自院で対応しているものを「1回」としている。

## 第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）

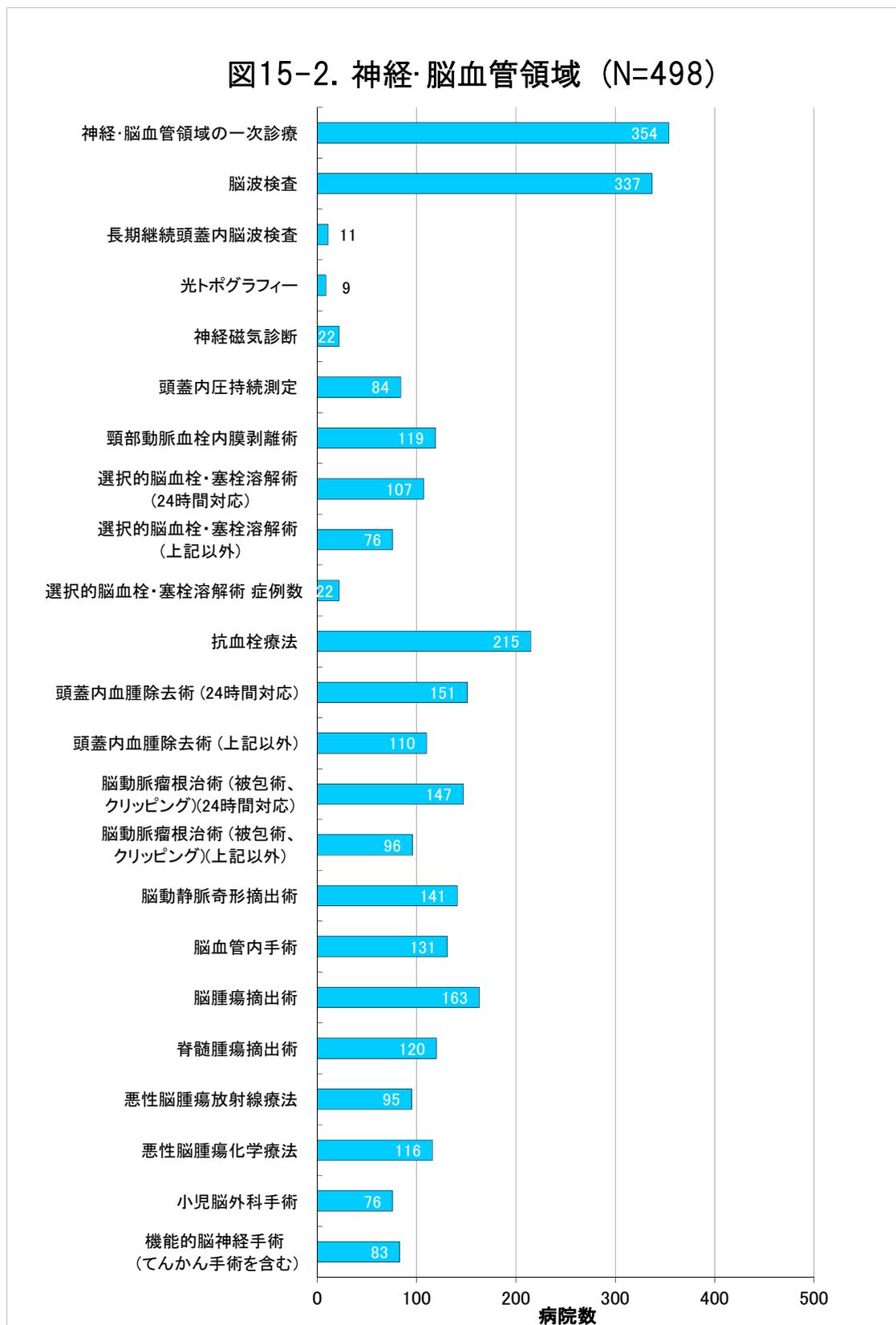
皮膚・形成外科領域からリハビリテーション領域まで、代表的な診断・治療項目を選び、自院の設備・常勤スタッフで実施しているか否かを尋ねた。

### 15.1 皮膚・形成外科領域



## 15.2 神経および脳血管領域

図15-2. 神経・脳血管領域 (N=498)



### 15.3 精神科・神経科領域

図15-3a. 精神科・神経科領域 (N=498)

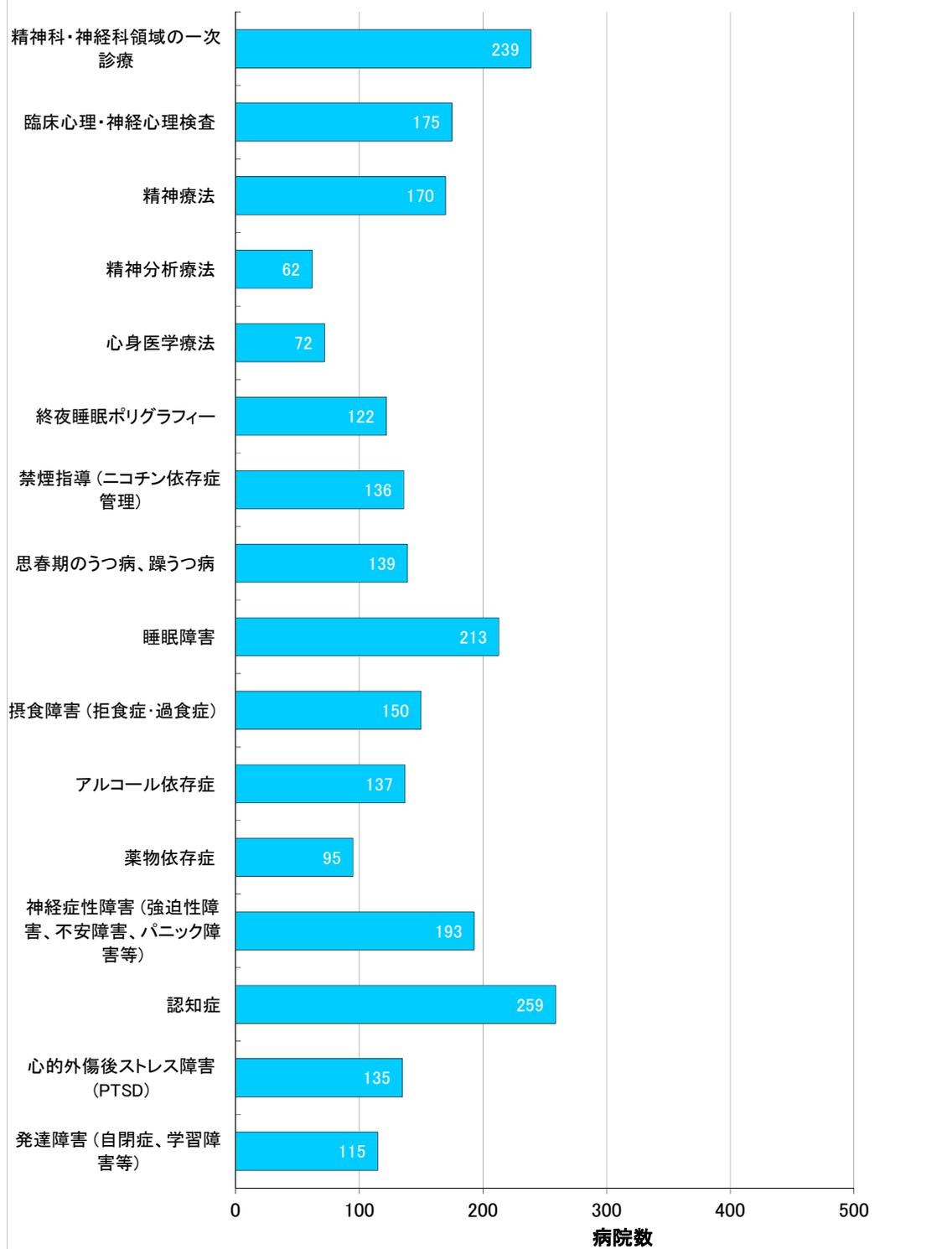
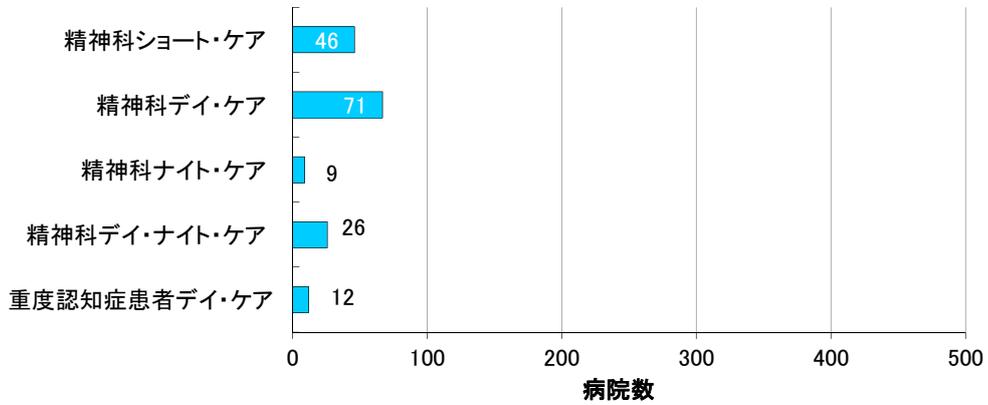
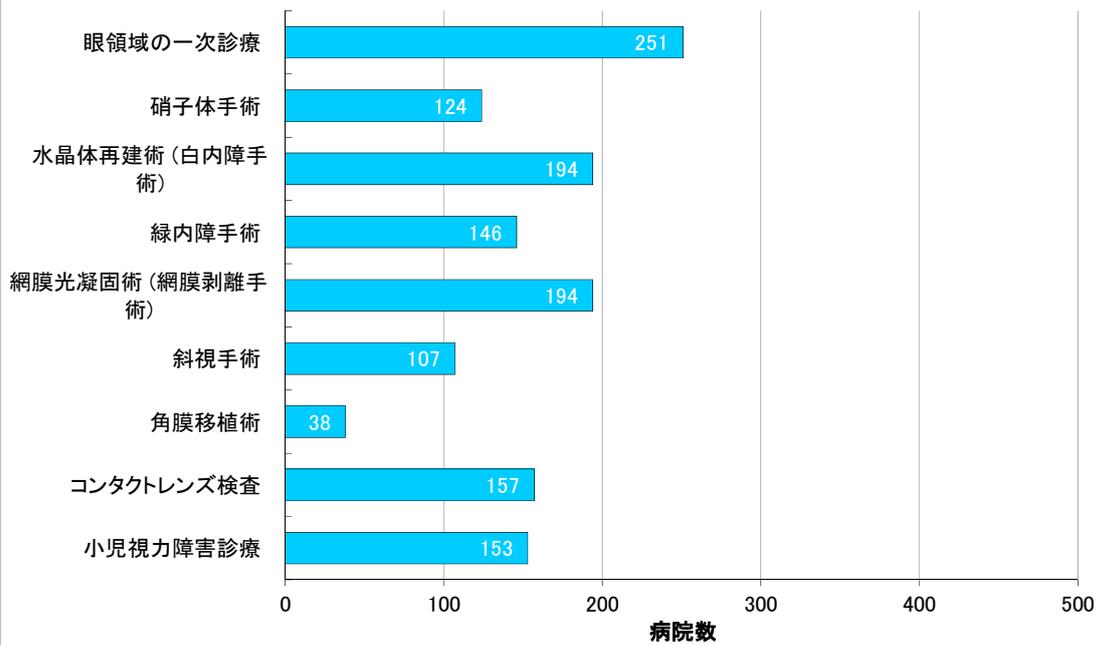


図15-3b. 各種ケアの実施状況 (N=237)



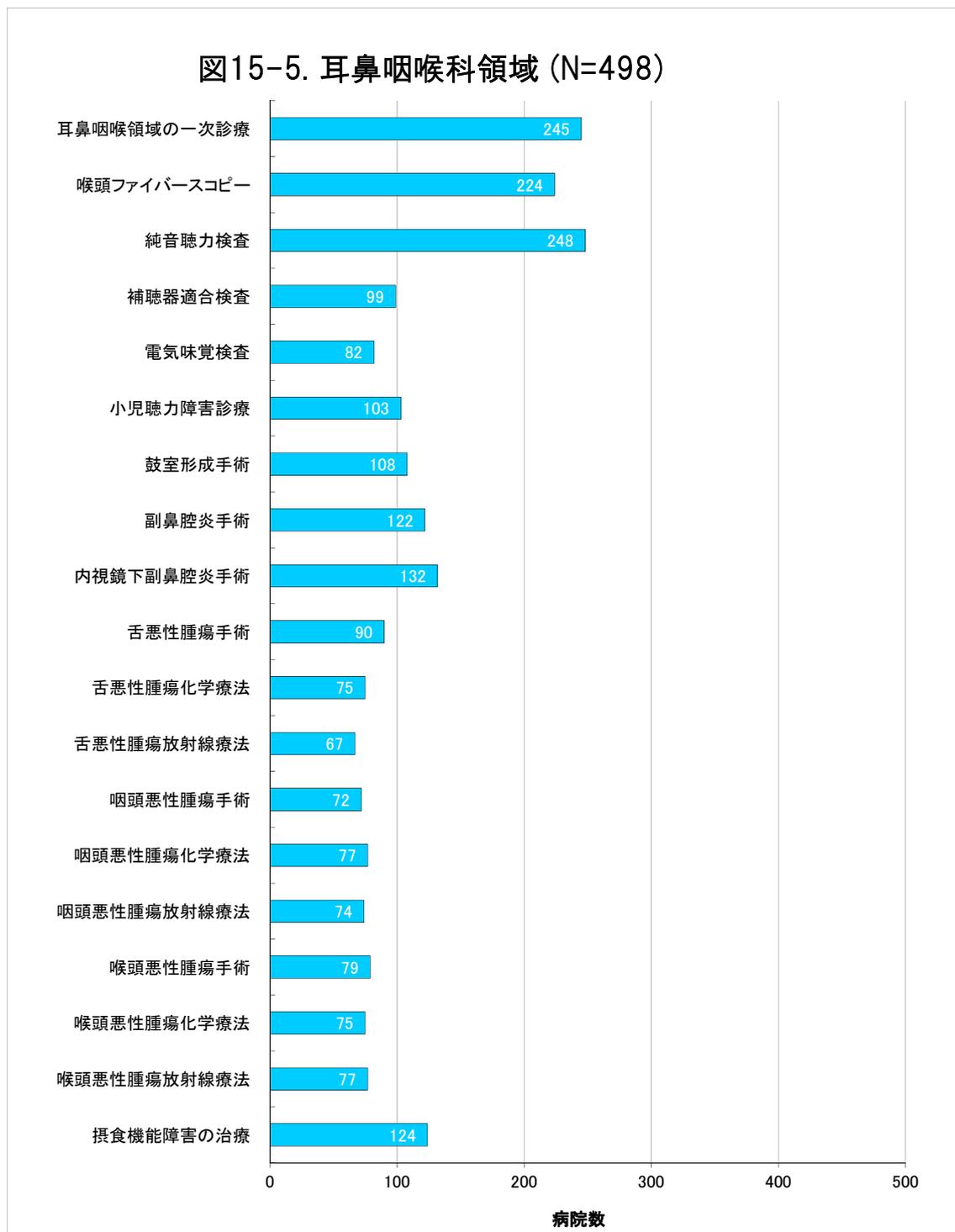
#### 15.4 眼科領域

図15-4. 眼科領域 (N=498)



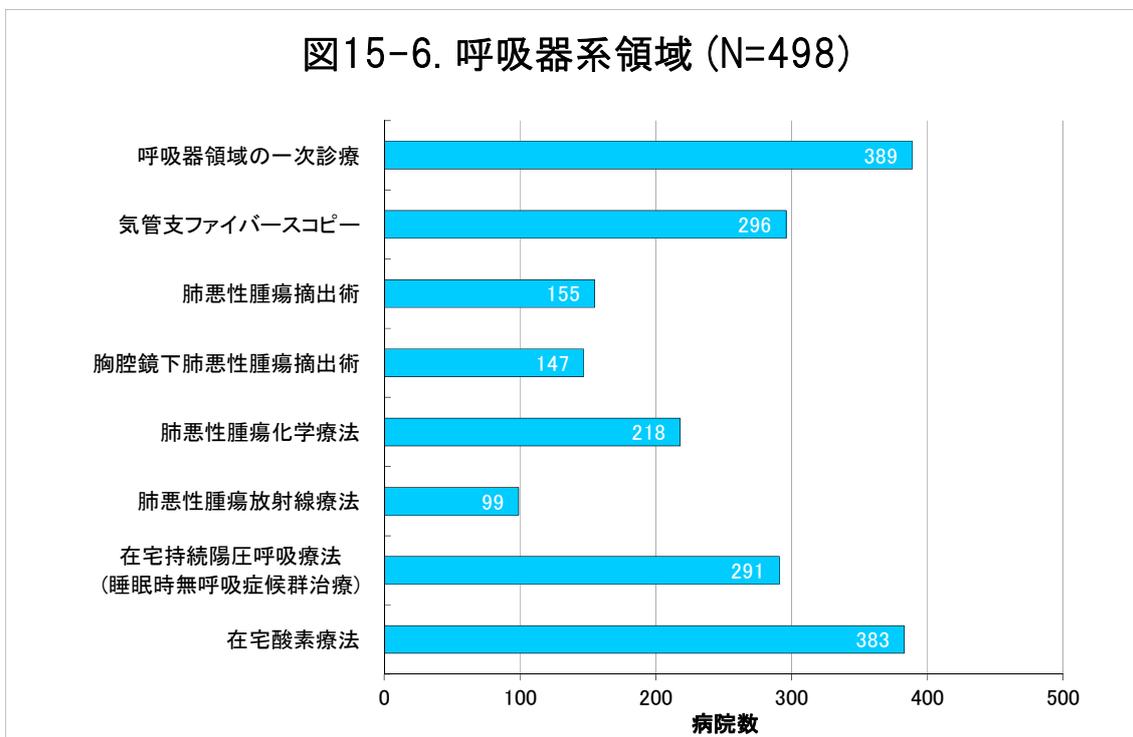
## 15.5 耳鼻咽喉科領域

図15-5. 耳鼻咽喉科領域 (N=498)

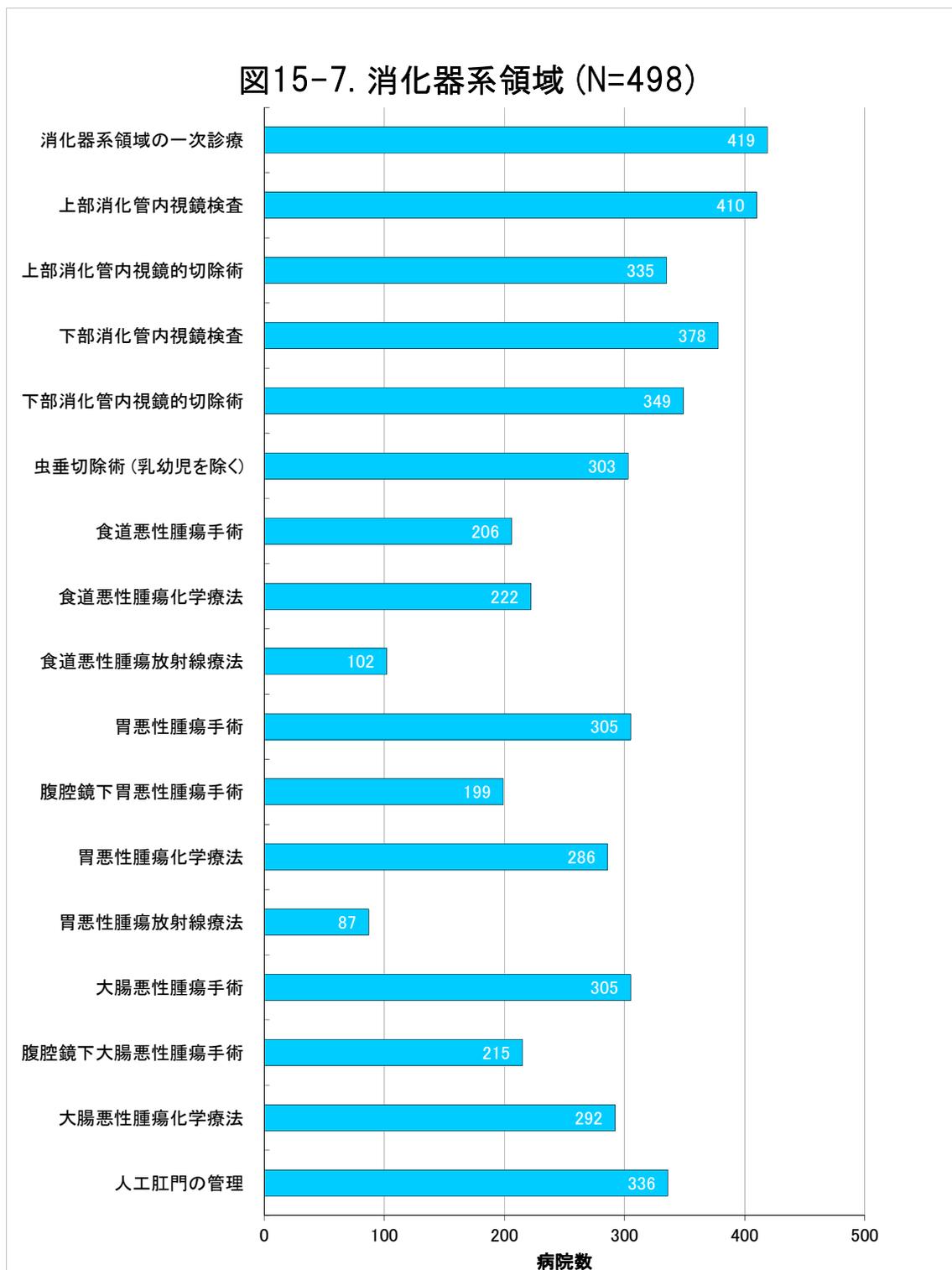


## 15.6 呼吸器系領域

図15-6. 呼吸器系領域 (N=498)

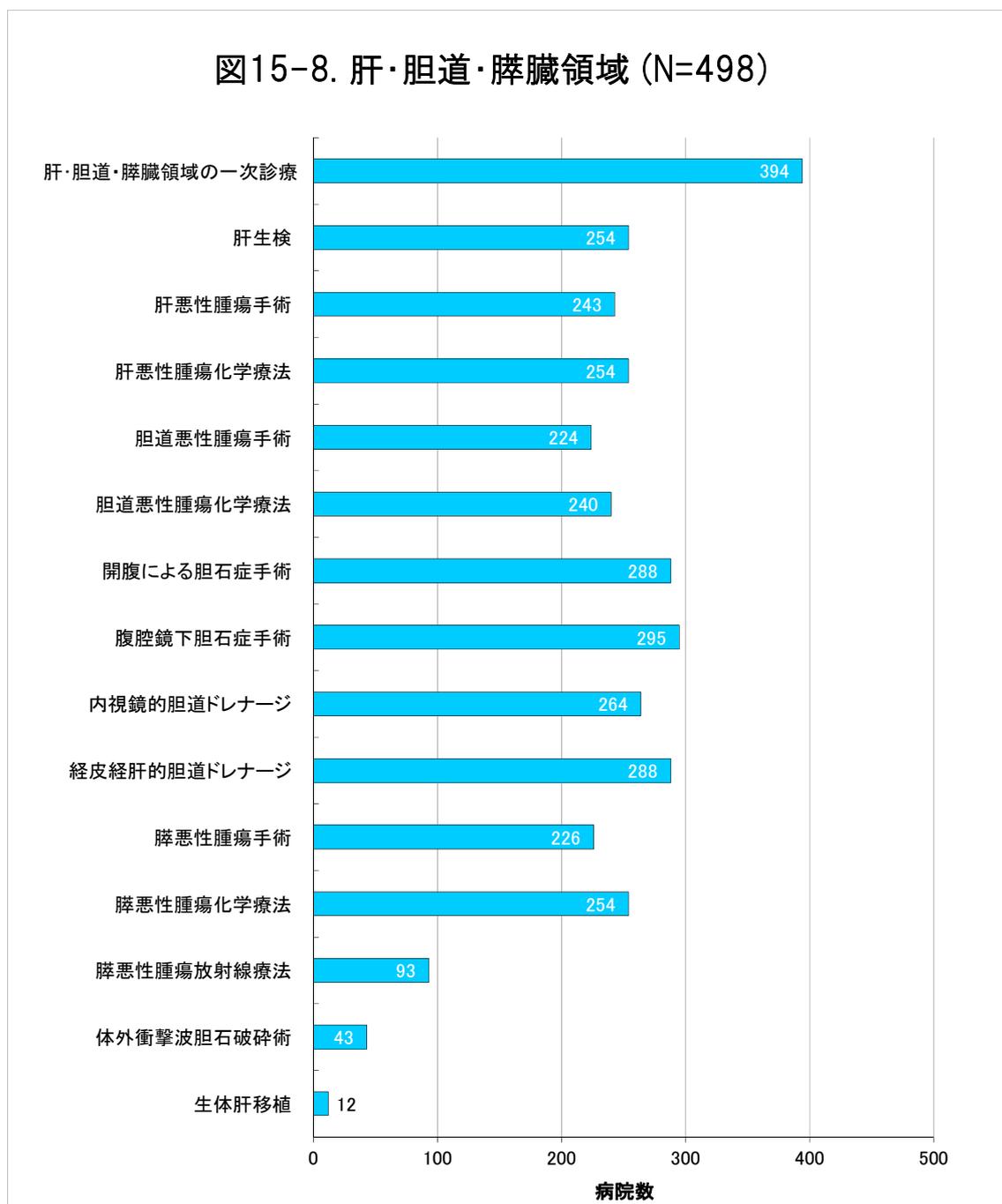


## 15.7 消化器系領域



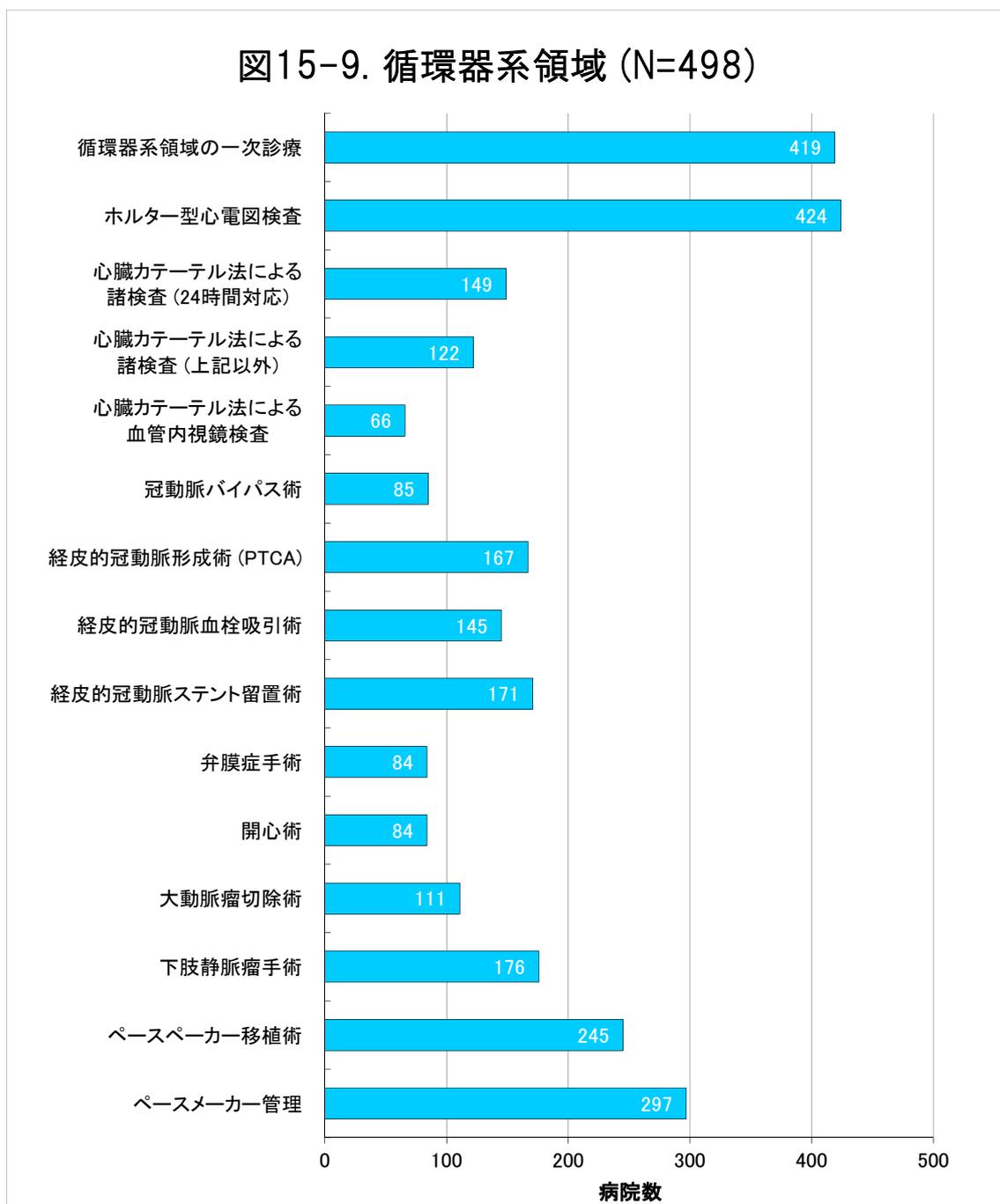
## 15.8 肝・胆道・膵臓領域

図15-8. 肝・胆道・膵臓領域 (N=498)



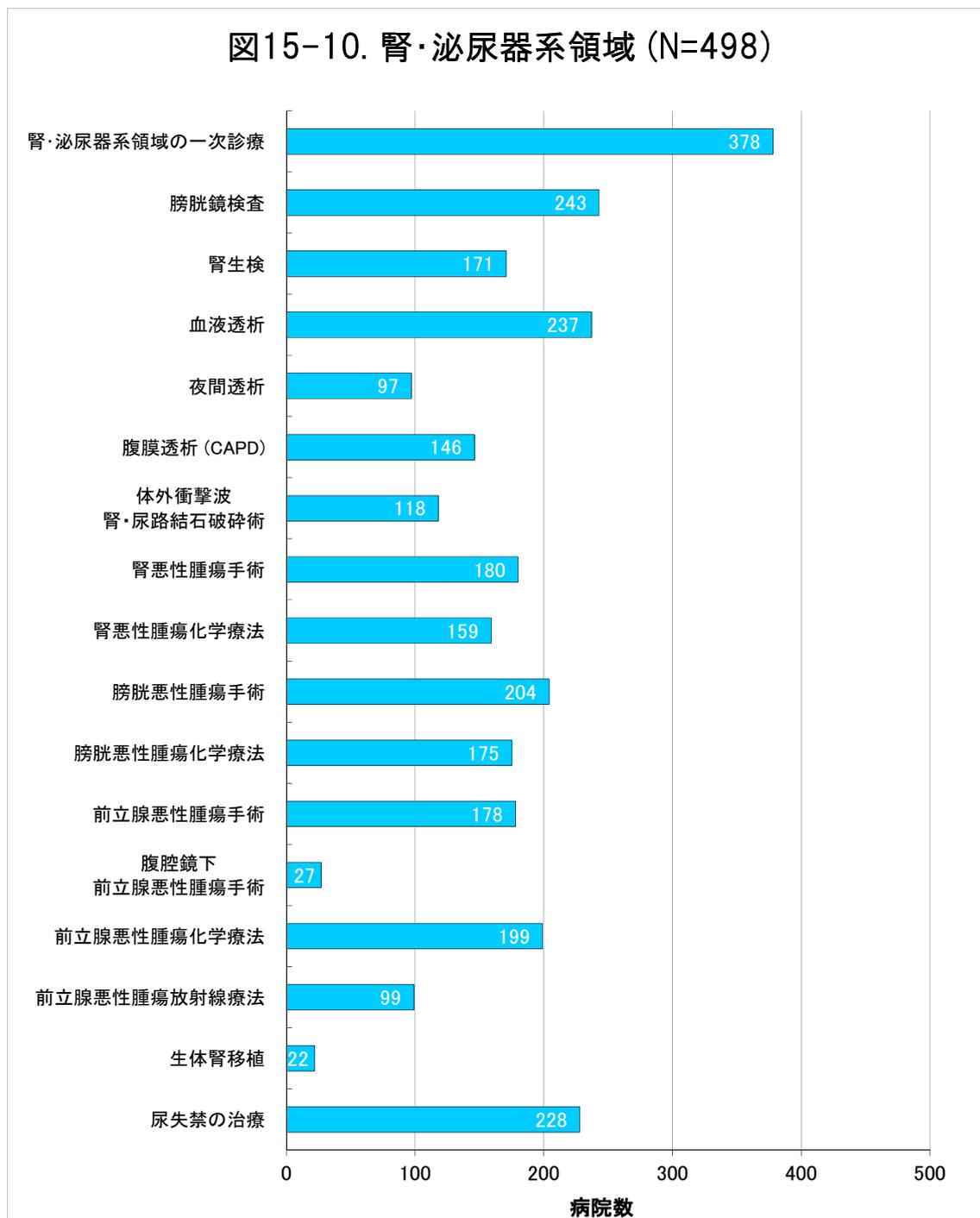
## 15.9 循環器系領域

図15-9. 循環器系領域 (N=498)

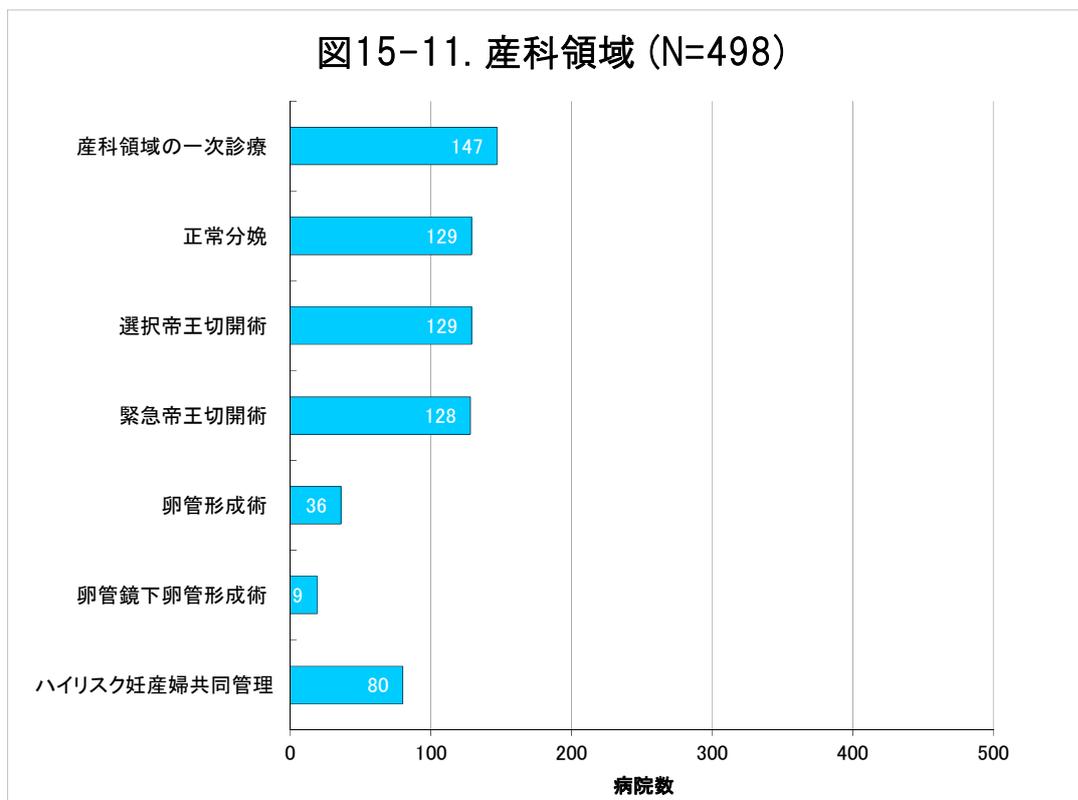


15.10 腎・泌尿器系領域

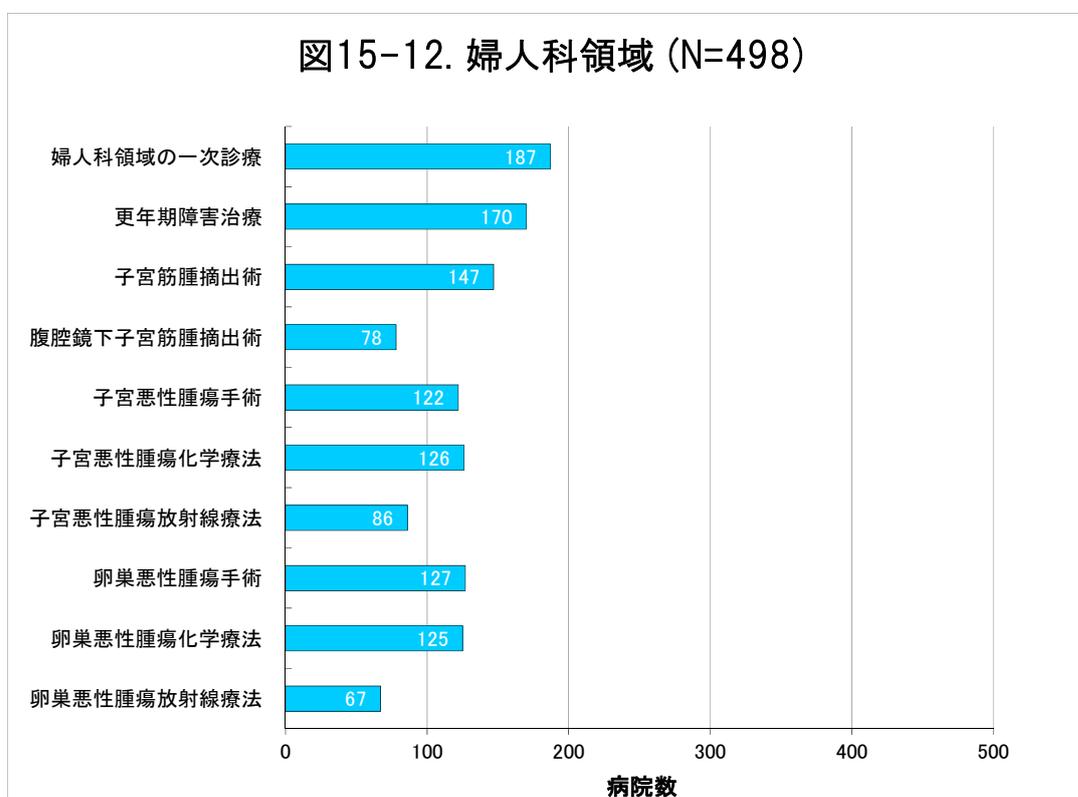
図15-10. 腎・泌尿器系領域 (N=498)



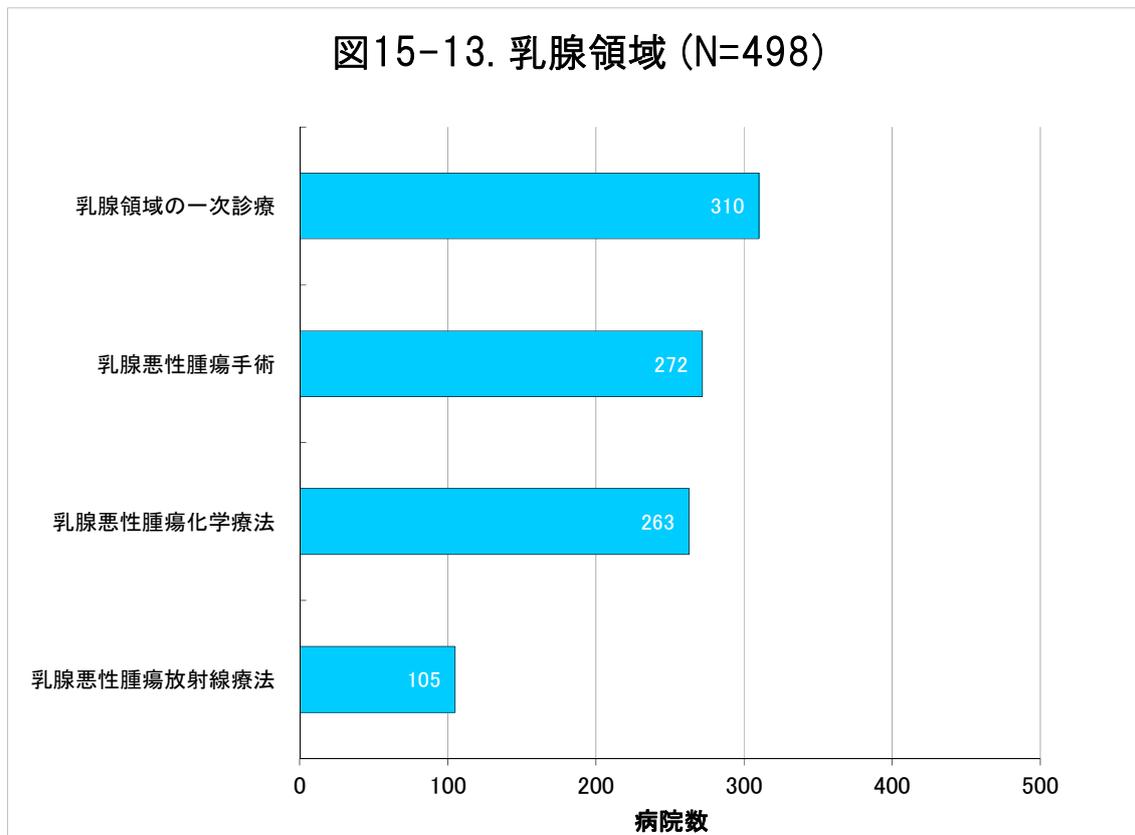
## 15.11 産科領域



## 15.12 婦人科領域

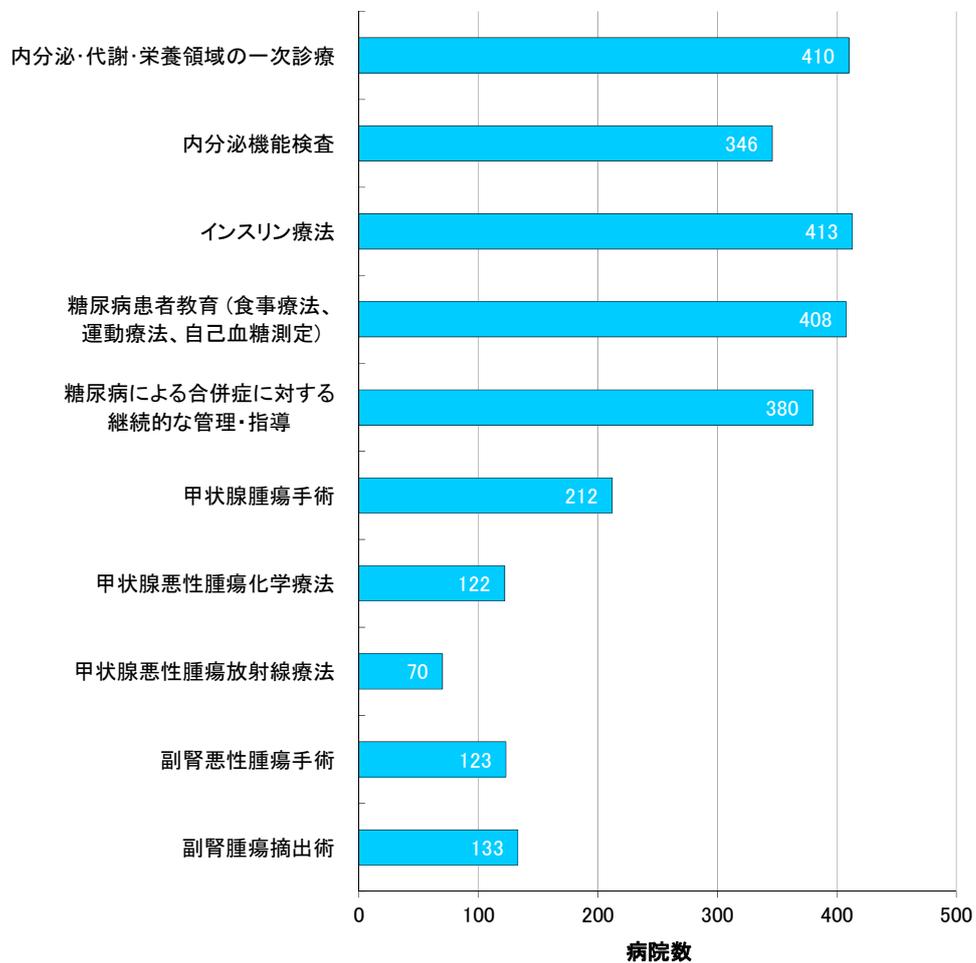


### 15.13 乳腺領域

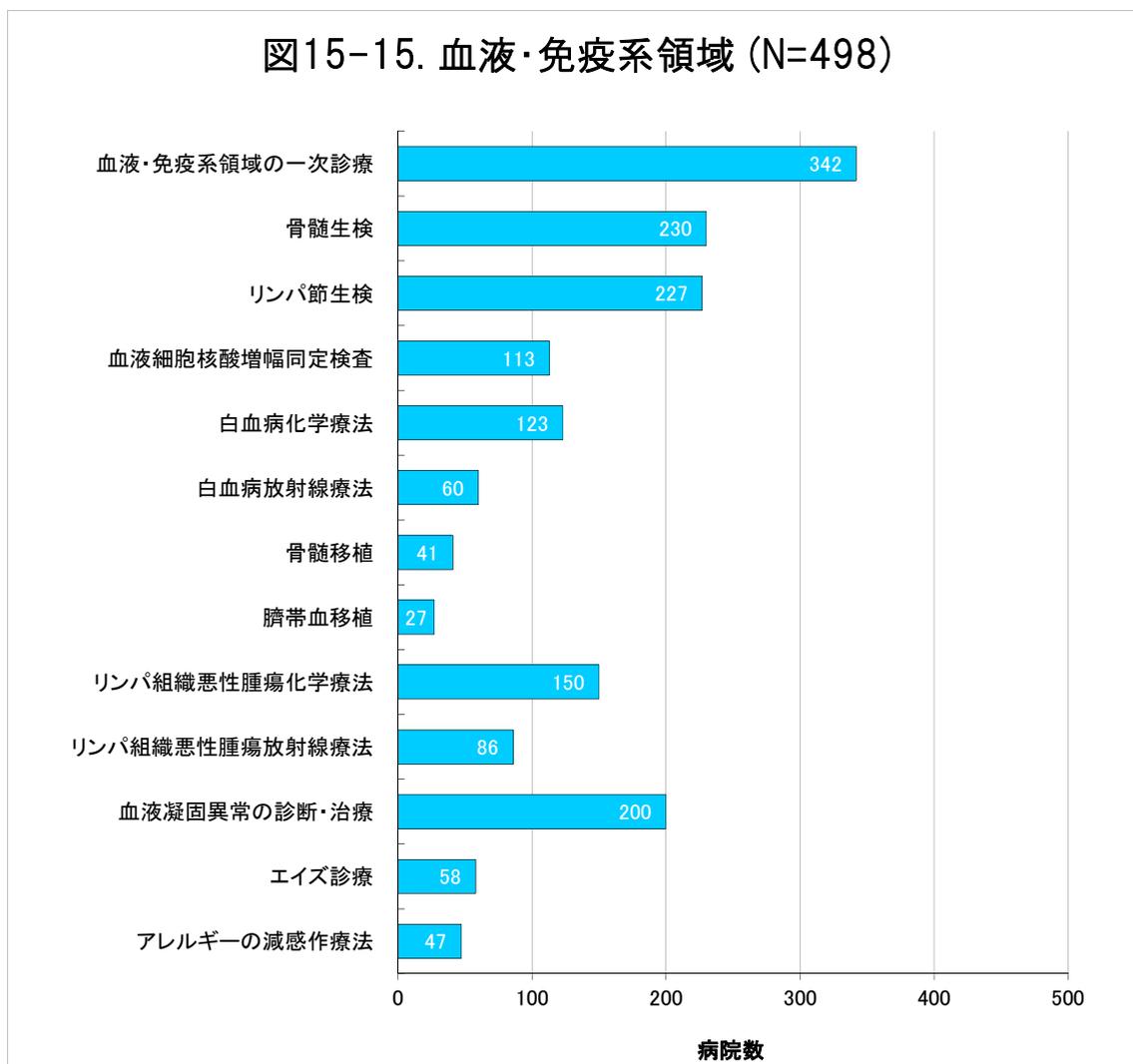


## 15.14 内分泌・代謝・栄養領域

図15-14. 内分泌・代謝・栄養領域 (N=498)

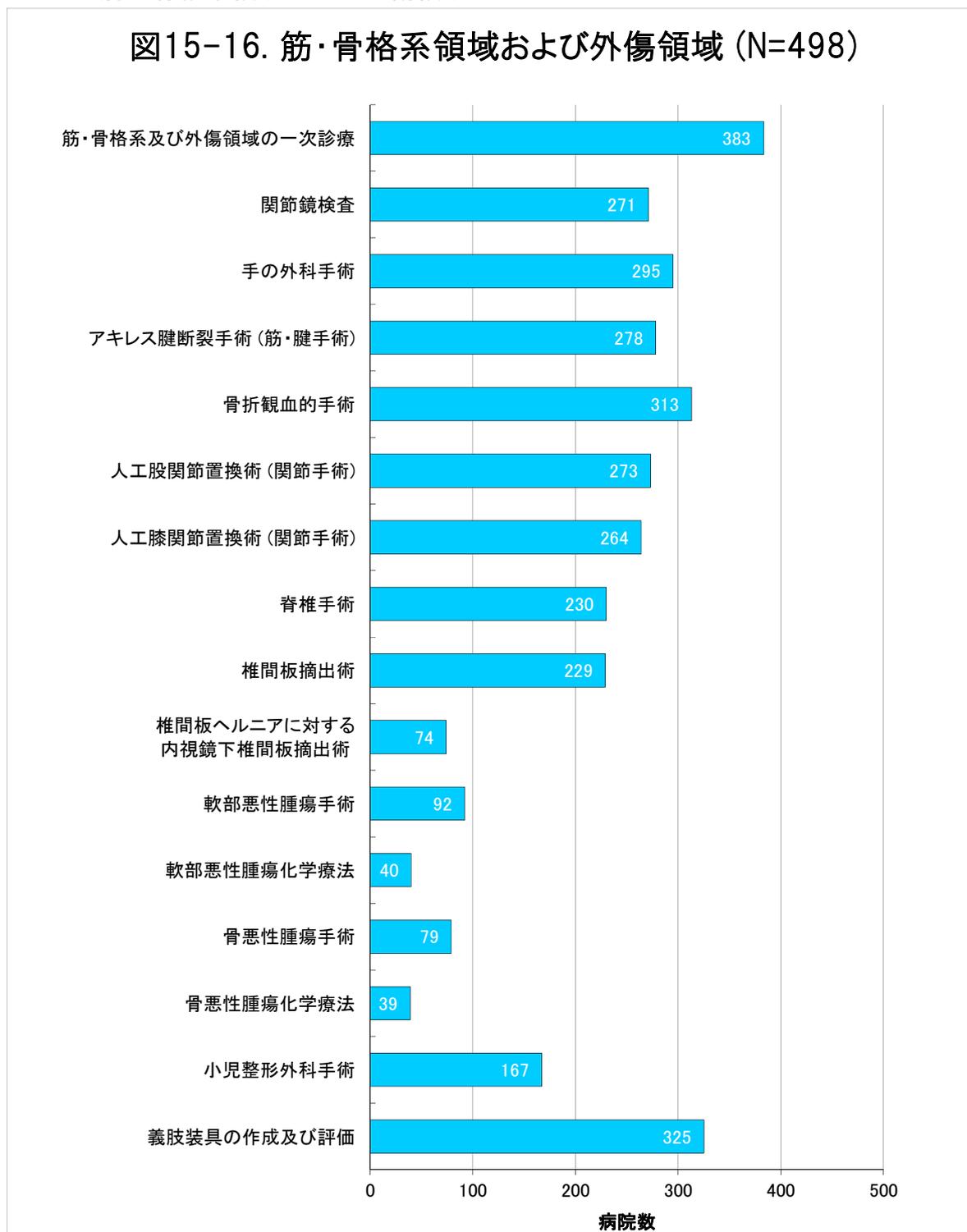


## 15.15 血液・免疫系領域

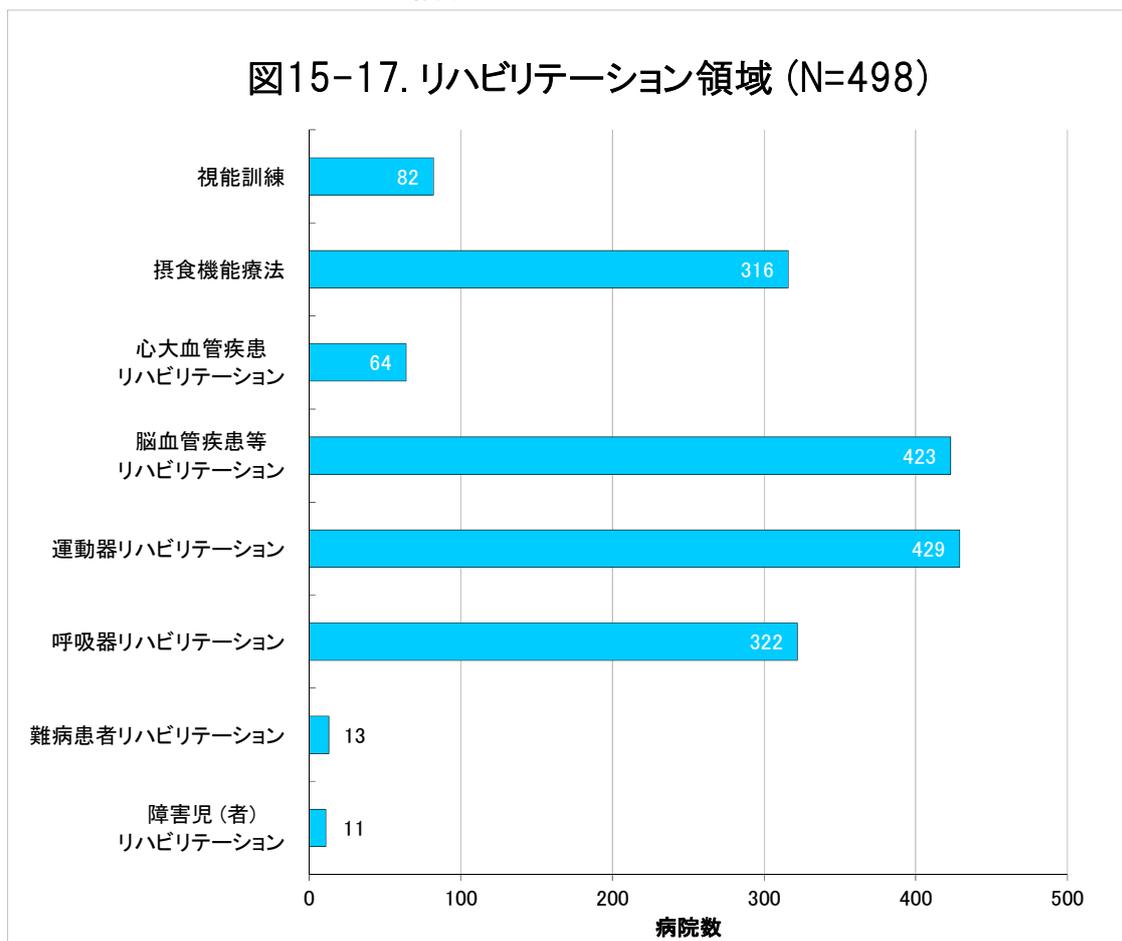


15.16 筋・骨格系領域および外傷領域

図15-16. 筋・骨格系領域および外傷領域 (N=498)

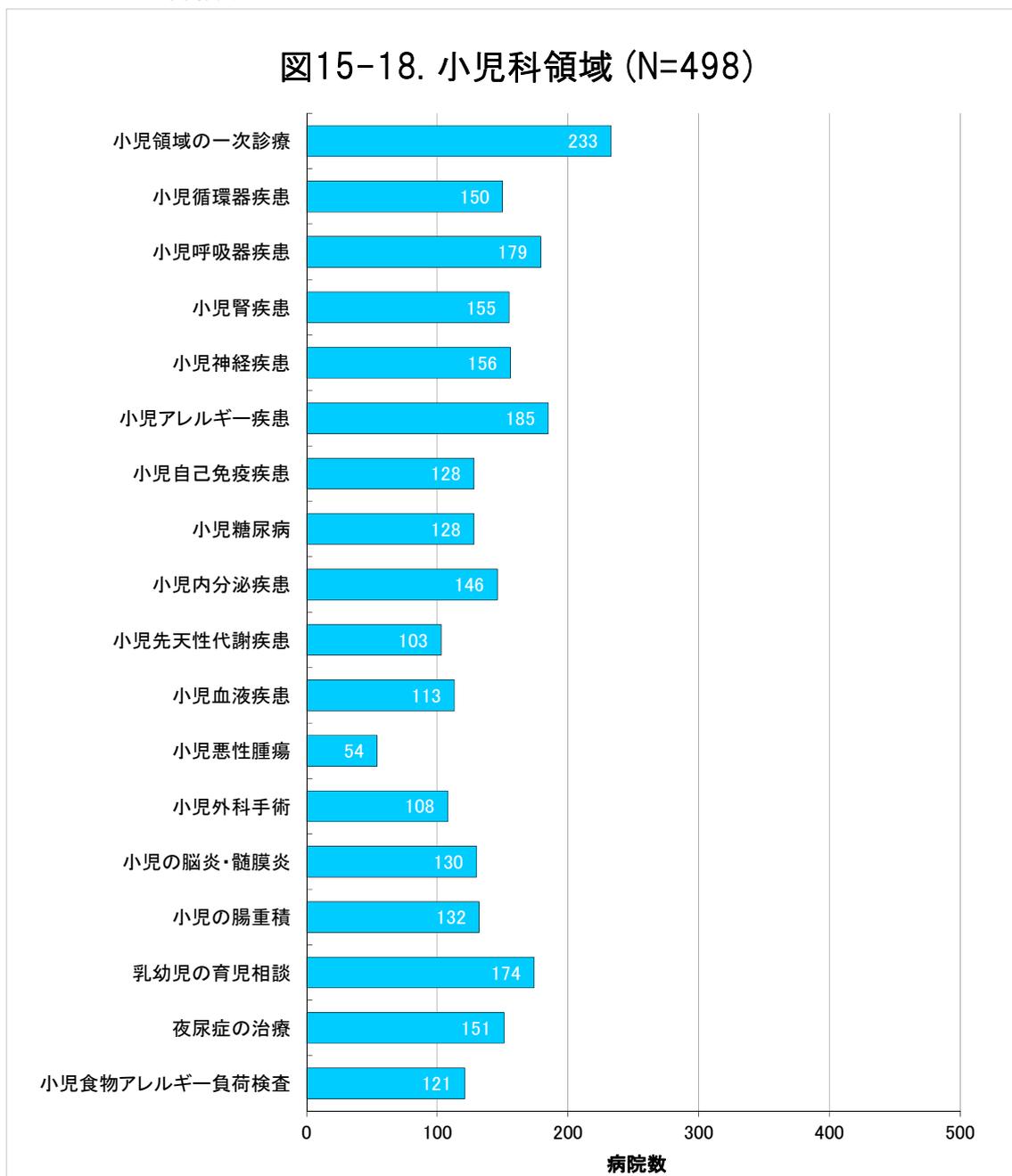


## 15.17 リハビリテーション領域

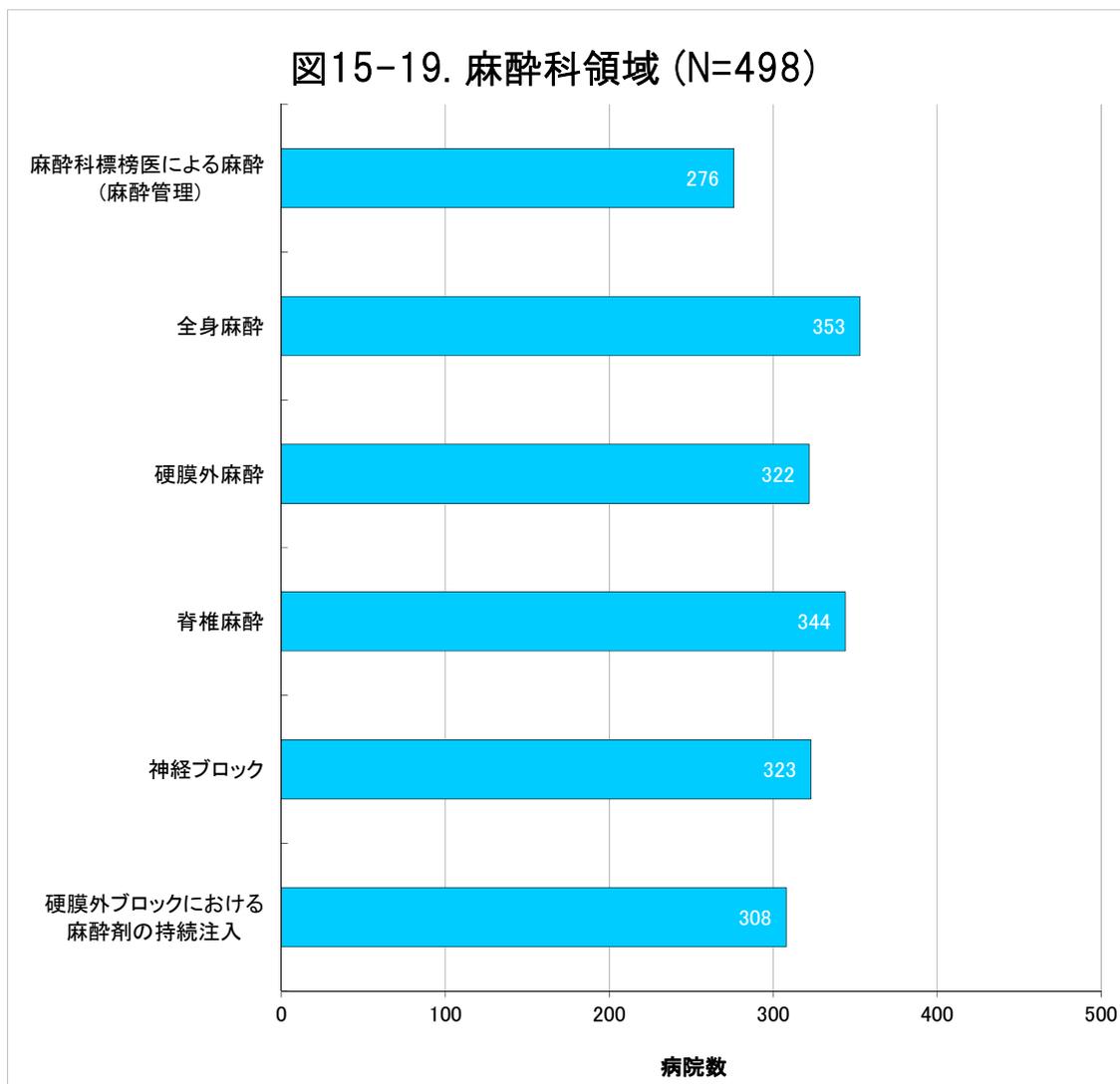


15.18 小児科領域

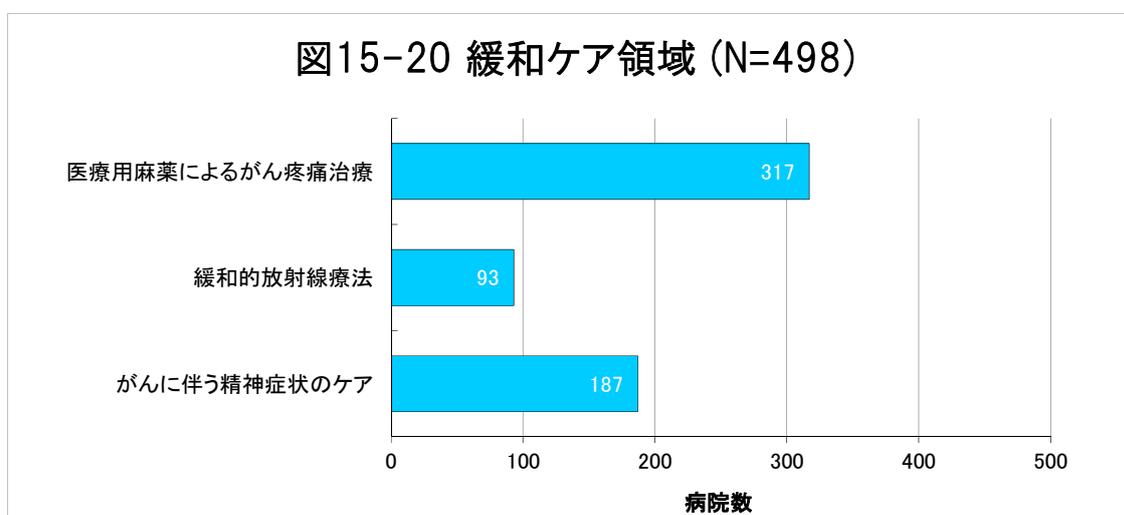
図15-18. 小児科領域 (N=498)



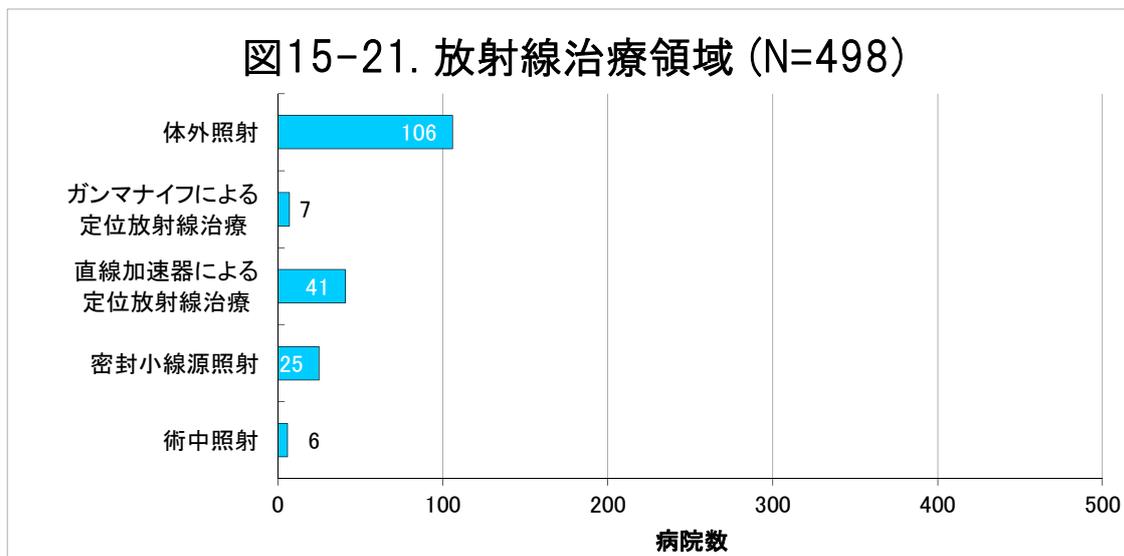
### 15.19 麻酔科領域



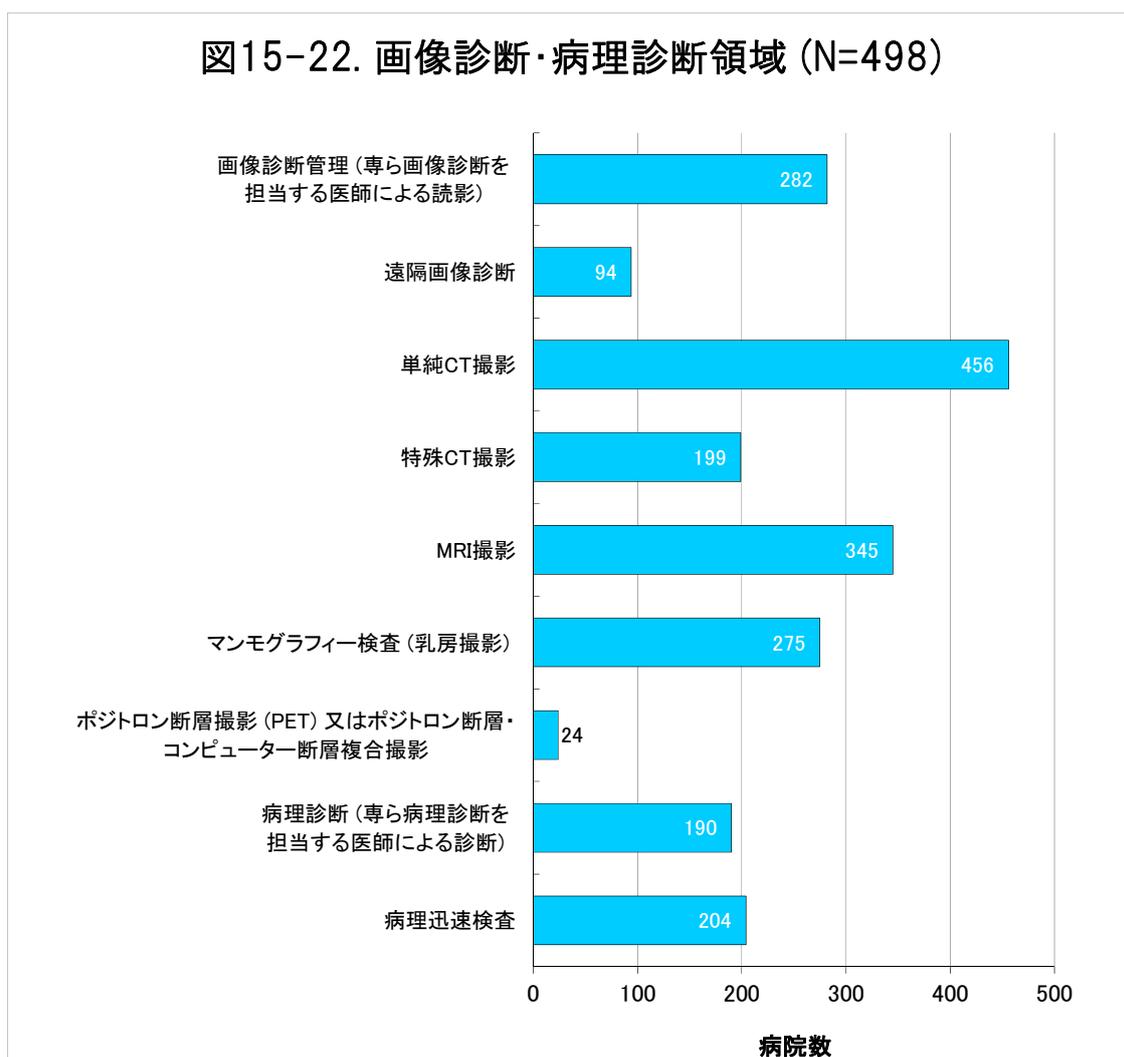
### 15.20 緩和ケア領域



## 15.21 放射線治療領域

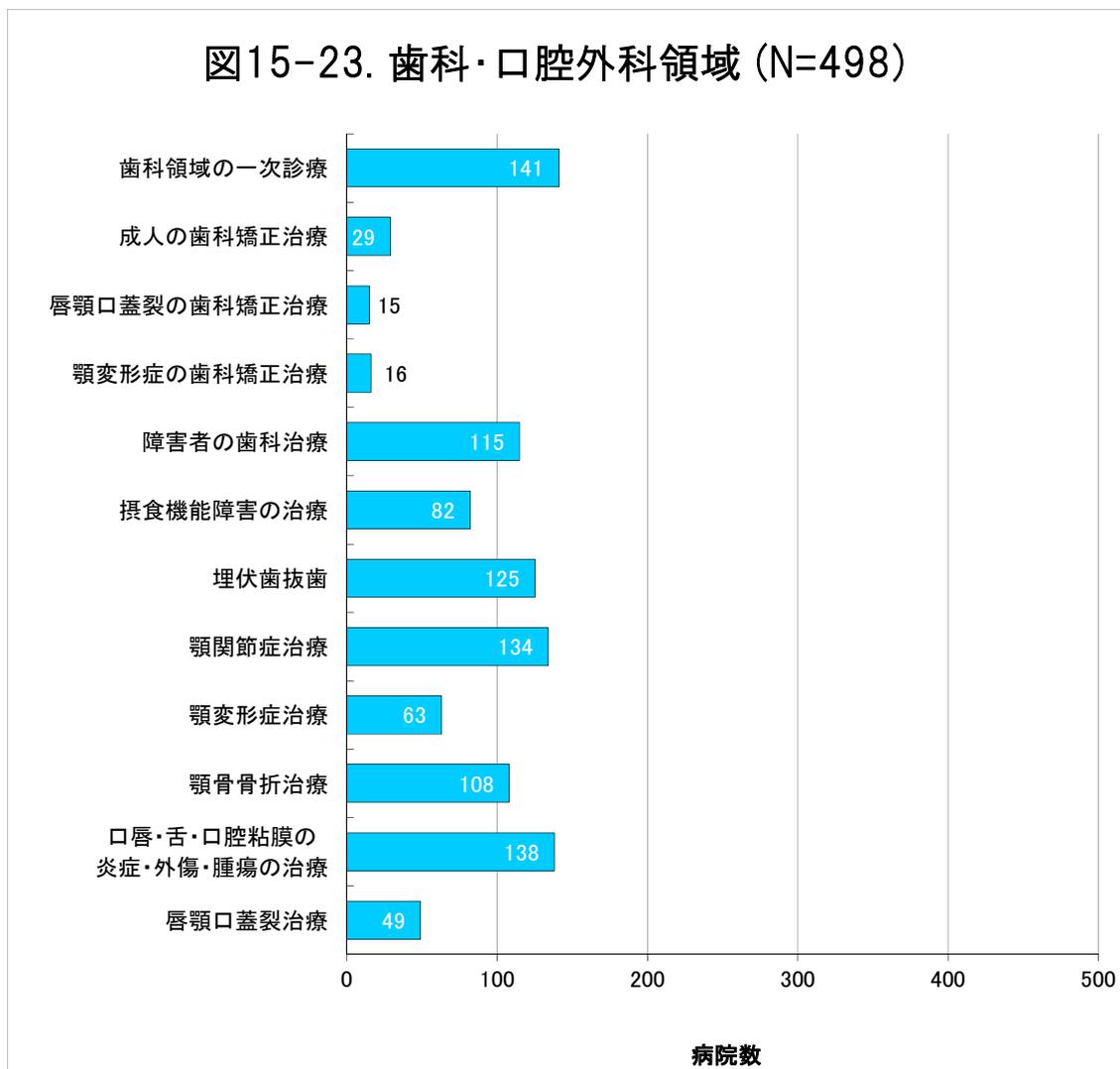


## 15.22 画像診断・病理診断領域

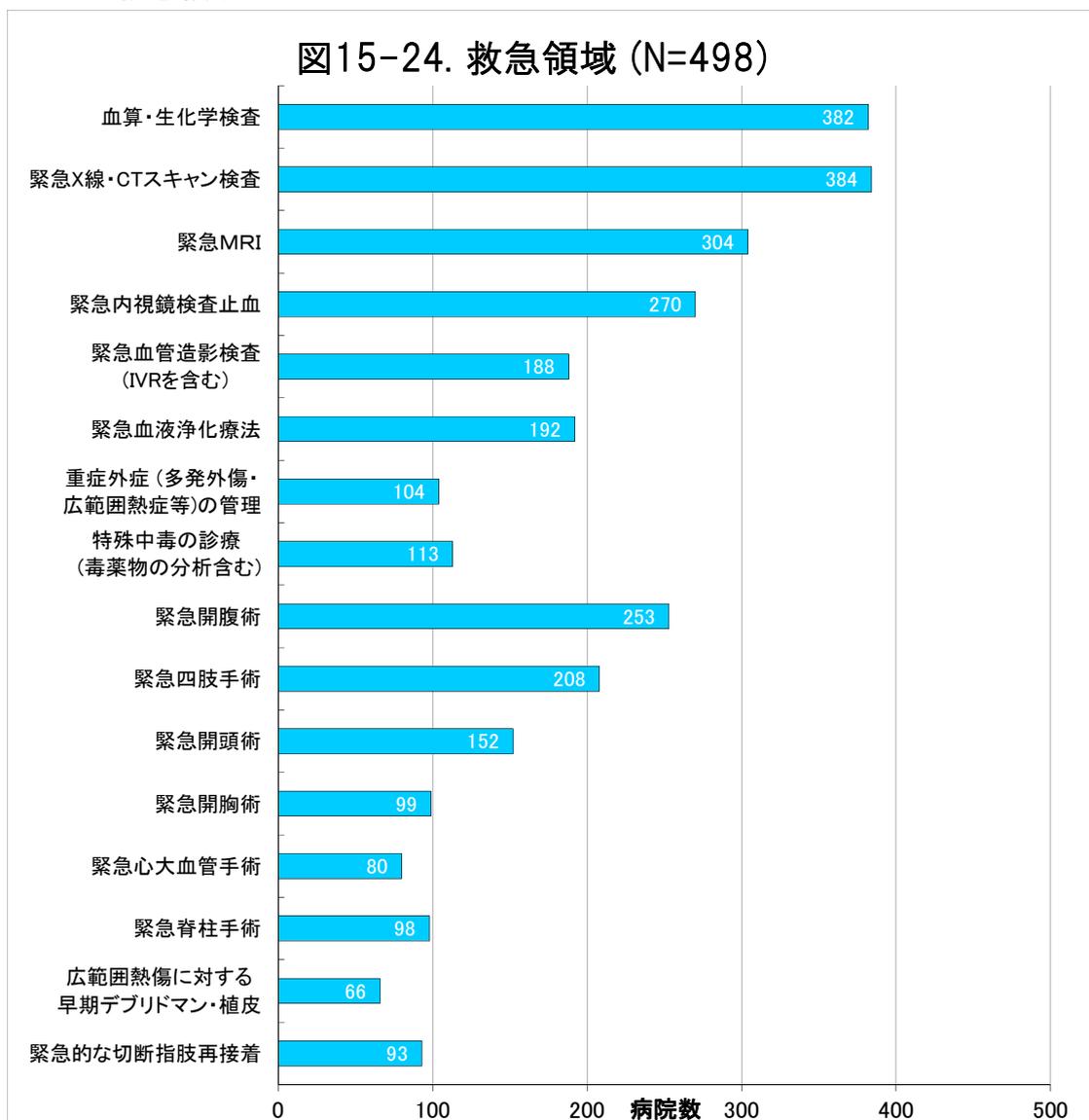


### 15.23 歯科・口腔外科領域

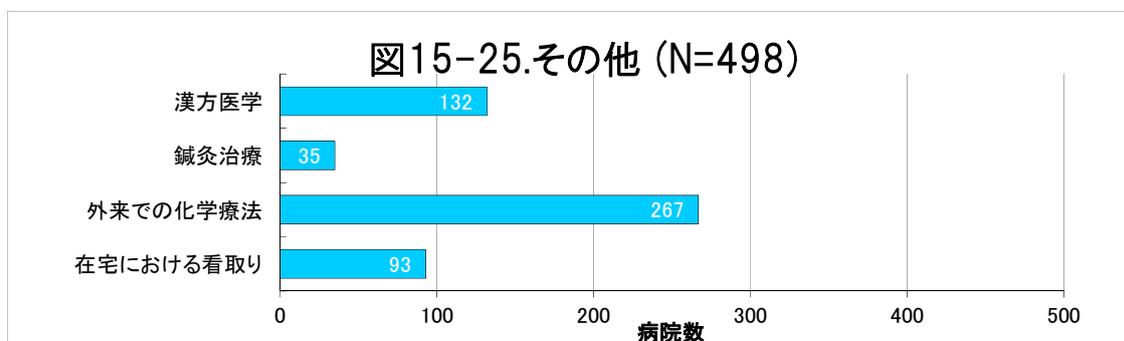
図15-23. 歯科・口腔外科領域 (N=498)



## 15.24 救急領域



## 15.25 その他



## 第 16 章 経営指標

第 16 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。

### 16.1 受審前年度の医業収支率

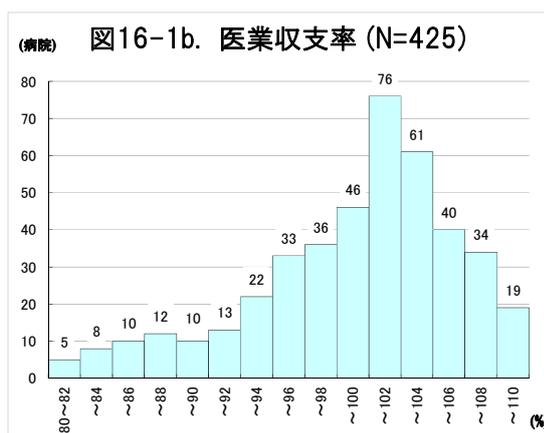
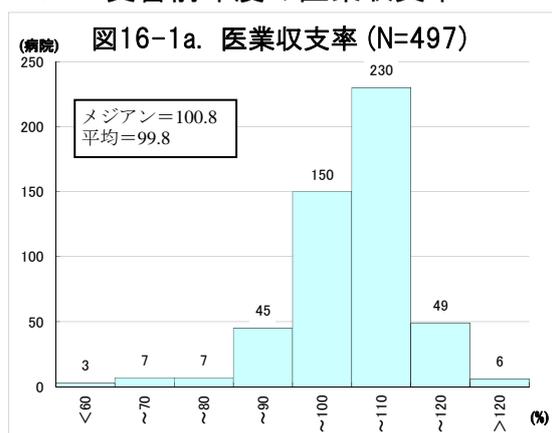


図 16-1a および b では、受審前年度の医業収支率を示した。図 16-1b は、図 16-1a のうち医業収支率が 80~110%の範囲を 2%刻みで拡大したものである。医業収支率が 100 を超えている黒字の病院は 285 病院 (57.3%) であった。

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

## 16.2 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 16-2a. 病院属性別医業収支率の年次推移（メジアン）

種別	一般 (200床未満)	一般 (200床以上)	療養	精神	複合
病院数	106	171	30	52	138
前年度	100.4	97.9	105.6	105.3	101.5
2年前	100.1	97.5	106.8	104.4	101.5
3年前	101.6	98.2	106.5	106.0	101.3

表 16-2a 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。200 床以上の一般病院において赤字の病院が多いことが示された。

表 16-2b. 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床未満)	一般 (200床以上)	療養	精神	複合
病院数	106	171	30	52	138
人件費率	55.1	53.0	57.6	60.7	57.2
材料費率	19.6	26.7	8.9	10.0	15.1
経費率	7.7	6.2	9.0	9.2	8.0
減価償却費率	4.7	5.8	4.2	5.3	4.6
研究研修費率	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2
入院収益	61.6	69.3	84.6	85.7	70.4
外来収益	32.3	26.2	9.1	12.2	23.1

表 16-2b 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い。精神病院および療養病院においては、人件費と入院収益の医業収益に占める割合が高いことが示された。

### 16.3 1床あたり医業収益

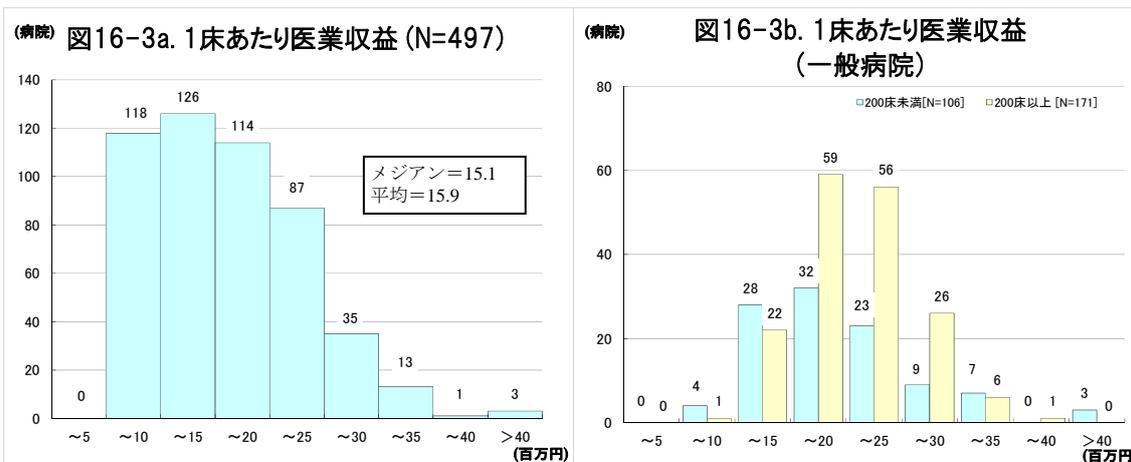


図 16-3a では、1床あたり医業収益を示した。また、図 16-3b では、一般病院に限定し、病床規模で区分して示した。200床未満の一般病院における1床あたり医業収益のメジアンは18.0、平均は19.6であったのに対し、200床以上の一般病院ではメジアン20.4、平均20.7であった（単位は百万円）。

### 16.4 1床あたり医業費用

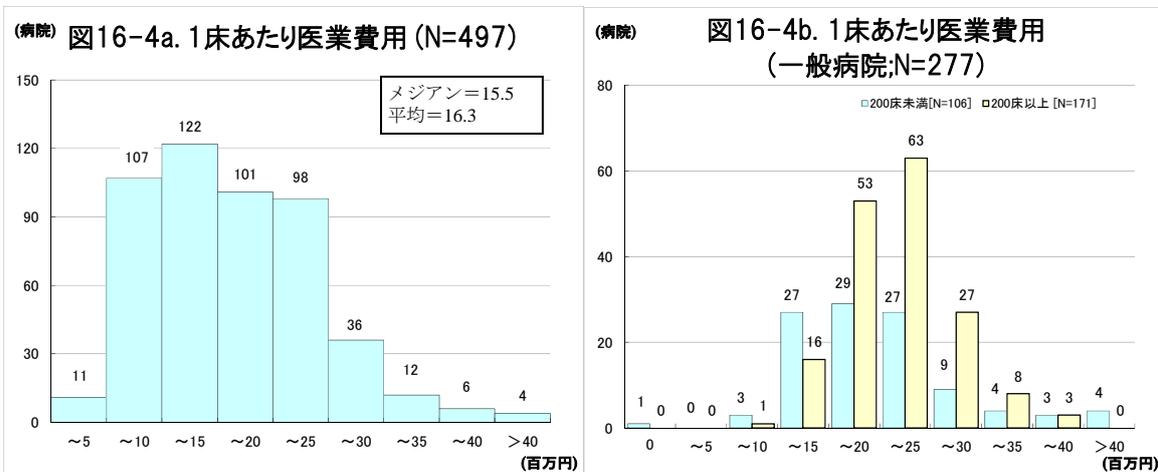


図 16-4a では1床あたりの医業費用を示した。メジアンは15.5、平均は16.3であった（単位は百万円）。図 16-4b では一般病院について病院1床あたりの医業費用を示した。

## 16.5 職員1人あたり医業収益および人件費

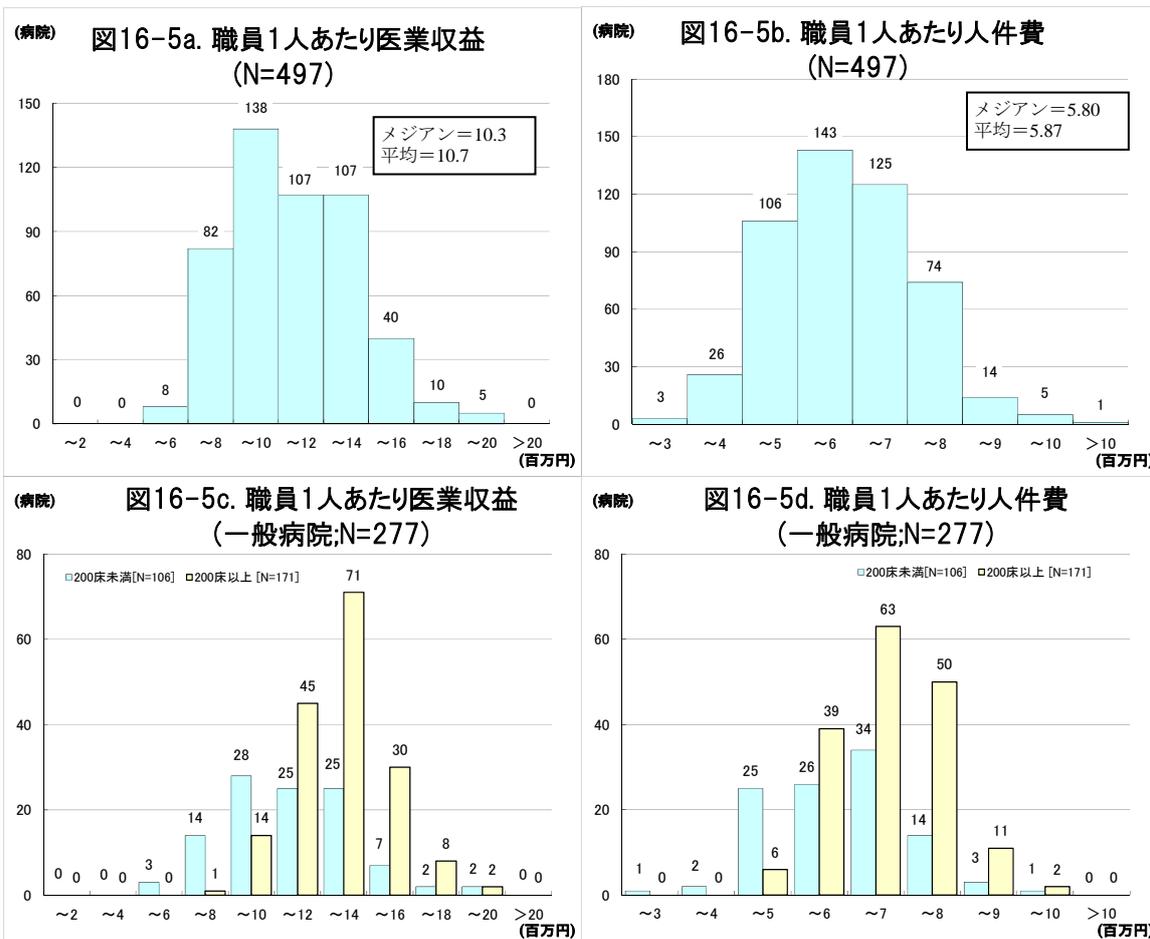


図16-5a および b では職員1人あたりの医業収益および人件費を示した。

## 16.6 平均在院日数と1日1人あたり収益

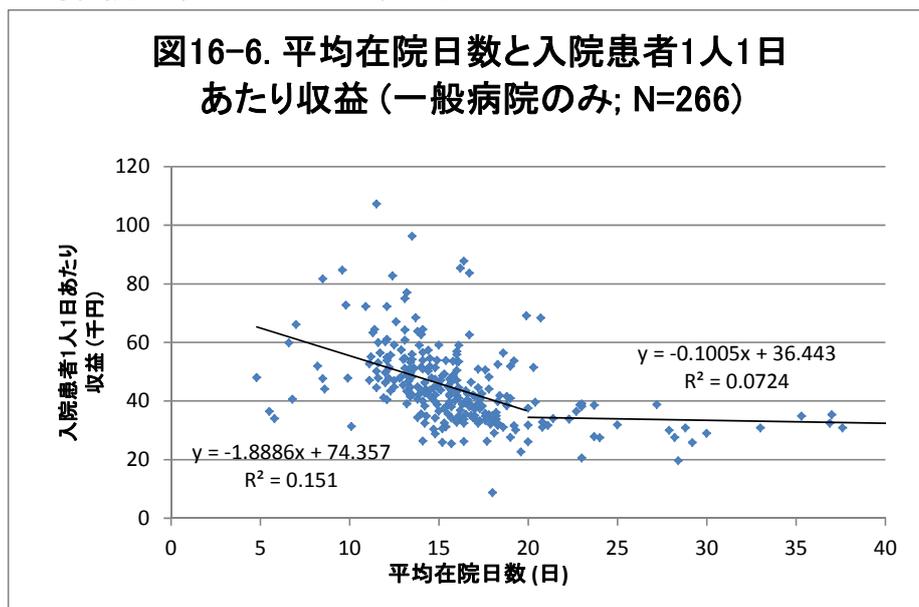


図 16-5 では、平均在院日数 40 日以下および入院患者 1 人 1 日あたり収益 12 万円以下の一般病院（266 病院）における平均在院日数と入院患者 1 人 1 日あたり収益の相関を示した。なお、それぞれの値は受審病院が書面調査票に記した値をそのまま使用した。

## 第17章 審査結果（評点）の傾向

### 17.1 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17-1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 17-1. 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
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	59.4%	36.5%	4.0%
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	81.5%	16.5%	2.0%
1.5.1.1	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている	30.3%	68.5%	1.2%
第2領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
2.1.2.3	臨床研究に関する倫理が明確である	62.7%	30.7%	6.6%
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	51.8%	43.4%	4.8%
2.3.2.4	薬剤の安全使用に関する手順が整備されている	77.1%	18.7%	4.2%
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	82.3%	14.3%	3.4%
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	63.3%	34.5%	2.2%
2.1.2.2	病院全体の臨床倫理の課題が明確にされ検討されている	46.8%	51.4%	1.8%
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	69.7%	28.5%	1.8%
2.2.1.2	セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である	69.7%	28.9%	1.4%
2.2.1.4	個人情報適切に保護されている	75.3%	23.3%	1.4%
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	47.8%	51.0%	1.2%
2.3.2.1	患者・部位・検体などの誤認防止についての手順がある	86.9%	12.0%	1.0%
第3領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
3.5.2.1	トイレについての施設的な配慮がなされている	55.8%	40.6%	3.6%
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮がなされている	59.4%	38.2%	2.4%
3.4.1.3	病棟・病室でのプライバシーについて配慮されている	72.7%	25.9%	1.4%

表 17-1. 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
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	40.8%	50.2%	9.0%
4.15.2.2	診療記録管理業務が適切に実施されている	46.0%	45.0%	9.0%
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	65.3%	26.9%	7.8%
4.3.3.4	注射薬は1施用ごとに取り揃えが実施されている	72.5%	21.1%	6.4%
4.15.2.1	診療記録が必要時に迅速に提供されている	77.7%	16.3%	6.0%
4.10.2.1	洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている	59.9%	34.8%	5.3%
4.12.4.2	【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	71.9%	22.8%	5.3%
4.3.2.4	麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品などが適切に管理されている	79.1%	16.7%	4.2%
4.18.2.2	外来患者の診療・看護が確実・安全に実施されている	79.2%	16.8%	4.0%
4.9.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	74.7%	22.1%	3.2%
4.5.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	78.5%	18.3%	3.2%
4.10.1.3	洗浄・滅菌業務の基準・手順が適切に整備されている	83.2%	13.8%	3.0%
4.3.1.2	機能に見合った施設・設備・機器などが整備され、適切に管理されている	77.7%	19.3%	3.0%
4.15.2.3	患者の安全な診療のための手順が遵守されている	93.6%	3.4%	3.0%
4.20.3.2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	68.2%	29.1%	2.6%
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	84.7%	12.8%	2.5%
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	76.9%	21.1%	2.0%
4.11.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	81.1%	16.9%	2.0%
4.13.1.2	栄養管理等に必要な施設・設備・器具などが整備され、適切に管理されている	62.2%	35.7%	2.0%
4.15.1.1	診療記録の管理に必要な人員が適切に配置されている	64.7%	33.3%	2.0%
4.15.1.3	診療記録管理の規程・手順が適切に整備されている	81.3%	16.7%	2.0%
4.19.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	60.8%	37.3%	1.8%
4.5.1.3	病理診断の業務マニュアルが適切に整備されている	89.9%	8.6%	1.5%
4.16.2.3	情報システム機能は、診療の安全に配慮されている	73.8%	24.7%	1.5%
4.10.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	85.1%	13.5%	1.5%
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	87.1%	11.4%	1.4%
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	74.1%	24.4%	1.4%
4.1.1.1	病院の機能や役割に見合った医師が配置されている	37.8%	60.8%	1.4%
4.3.4.1	薬剤師による薬歴管理・服薬管理指導が行われている	75.7%	22.9%	1.4%
4.16.1.2	情報システム管理の規程・手順が適切に整備されている	75.0%	23.6%	1.4%
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	92.9%	5.8%	1.2%
4.2.1.2	業務規程が整備されている	80.7%	18.1%	1.2%
4.3.1.1	薬剤部門に必要な人員が適切に配置されている	65.1%	33.7%	1.2%
4.15.3.1	診療記録の管理に関わる職員の能力開発に努めている	64.5%	34.3%	1.2%
4.4.1.1	臨床検査に必要な人員が適切に配置されている	80.7%	18.3%	1.0%
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	67.9%	31.1%	1.0%
4.3.3.1	処方鑑査と必要に応じて処方医に対する疑義照会が行われている	90.0%	9.0%	1.0%
4.3.4.4	関連部署へ薬剤に関する情報提供が行われている	76.3%	22.7%	1.0%
4.12.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	84.1%	15.0%	1.0%

表 17-1. 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
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	67.6%	25.7%	6.7%
5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	32.4%	61.3%	6.3%
5.7.1.1	薬剤が適切に管理されている	69.9%	25.7%	4.3%
5.4.2.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	47.6%	48.6%	3.8%
5.2.3.1	指示出し・指示受けが適切に行われている	84.4%	12.7%	2.9%
5.5.1.1	標準予防策・感染経路別予防策が適切に実施されている	86.2%	11.3%	2.5%
5.6.1.3	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	77.8%	20.2%	2.0%
5.4.8.2	身体抑制を実施する際は、十分な説明が行われ、同意が得られている	79.1%	19.0%	1.9%
5.4.8.1	安全確保のための身体抑制の必要性が適切に評価されている	84.6%	13.6%	1.8%
5.4.2.1	確実・安全な処方が行われている	90.6%	7.7%	1.7%
5.6.1.1	診療録の記載が適切である	69.0%	29.2%	1.7%

第6領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
6.3.2.2	廃棄物の処理が適切に行われている	46.2%	39.0%	14.9%
6.1.3.1	職場の安全衛生が確保されている	43.2%	48.8%	8.0%
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	43.0%	53.2%	3.8%
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	50.8%	46.0%	3.2%
6.3.1.3	施設・設備の保守管理が適切に行われている	72.3%	25.3%	2.4%
6.1.3.2	職業感染への対応がなされている	81.1%	17.3%	1.6%
6.2.2.2	予算の執行が適切である	92.0%	7.0%	1.0%
6.1.1.1	人事管理の体制が整備されている	92.6%	6.4%	1.0%
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	18.1%	80.9%	1.0%
6.6.1.2	大規模災害発生時の対応体制が整備されている	62.9%	36.1%	1.0%
6.6.2.2	保安管理が適切に実施されている	85.5%	13.5%	1.0%

第7領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
7.4.2.1	精神科専門療法（デイケアや作業療法）に伴い収入が生じた場合に患者にすべて還元されている	88.2%	3.9%	7.8%
7.5.1.1	抗精神病薬が適切（安全）に投与されている	53.8%	39.6%	6.6%
7.4.3.2	多額の患者個人の財産管理が適切に行われている	83.6%	11.9%	4.5%
7.1.1.2	任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている	80.2%	16.0%	3.7%
7.4.3.1	日常的なこづかい金などに関する管理が適切に行われている	76.5%	19.8%	3.7%
7.1.1.1	同意能力の判定が適切に行われ、同意書が作成されている	86.7%	10.0%	3.3%
7.1.3.1	措置患者の治療と処遇が適切に行われている	81.4%	15.7%	2.9%
7.4.1.1	入院形態に応じた事務手続きと処遇が適切に行われている	89.0%	8.8%	2.2%
7.2.2.1	精神科隔離室が整備されている	79.1%	19.8%	1.2%
7.2.2.3	隔離を減らす取り組みが行われている	87.2%	11.6%	1.2%
7.2.3.2	身体拘束が適切に行われている	84.4%	14.4%	1.1%
7.2.3.3	身体拘束を減らす取り組みが行われている	87.8%	11.1%	1.1%
7.2.1.3	通信・面会の対応が適切である	87.9%	11.0%	1.1%

第8領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	83.0%	14.9%	2.1%
8.1.1.3	検討した内容が記録され整理保管されている	84.0%	13.8%	2.1%
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	78.4%	20.0%	1.6%
8.1.2.2	人権に配慮した対応が行われている	81.4%	17.0%	1.6%

## 17.2 中項目ごとの評点分布

中項目は以下の5段階で評価される。表17-2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 17-2. 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	0.0%	80.5%	19.5%	0.0%	0.0%
1.2.1	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	0.4%	79.9%	19.7%	0.0%	0.0%
1.2.2	組織運営が計画的になされている	0.2%	57.4%	41.6%	0.8%	0.0%
1.3.1	病院は組織規程に基づいて運営されている	0.0%	31.7%	67.7%	0.6%	0.0%
1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	0.0%	51.8%	48.0%	0.2%	0.0%
1.4.1	情報管理の体制が確立している	0.0%	51.8%	47.8%	0.4%	0.0%
1.4.2	診療に関わる情報が適切に活用されている	0.0%	26.3%	72.9%	0.8%	0.0%
1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	0.2%	18.9%	76.9%	4.0%	0.0%
1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	0.6%	71.5%	27.7%	0.2%	0.0%
1.6.2	地域への情報発信が適切に行われている	0.2%	46.6%	53.2%	0.0%	0.0%
1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	1.4%	87.6%	11.0%	0.0%	0.0%
1.7.2	禁煙が徹底されている	0.4%	39.2%	57.8%	2.6%	0.0%
1.7.3	地球環境に配慮している	0.2%	64.7%	35.1%	0.0%	0.0%
1.8.1	継続的な医療サービスの質改善への取り組みがなされている	0.2%	50.4%	49.4%	0.0%	0.0%
2.1.1	患者の権利が明確である	0.0%	45.0%	54.0%	1.0%	0.0%
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	0.0%	31.7%	60.6%	7.6%	0.0%
2.2.1	患者の知る権利を保障し、診療情報が患者と共有されている	0.2%	35.5%	60.8%	3.4%	0.0%
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	0.2%	77.9%	21.9%	0.0%	0.0%
2.3.1	安全確保のための組織体制が確立している	0.0%	85.1%	14.7%	0.2%	0.0%
2.3.2	安全確保の手順が定められている	0.0%	52.0%	39.6%	8.4%	0.0%
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	0.0%	23.3%	71.5%	5.2%	0.0%
2.4.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	0.2%	79.1%	20.3%	0.4%	0.0%
2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	0.2%	75.1%	24.1%	0.6%	0.0%
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	0.2%	68.1%	30.7%	1.0%	0.0%
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	0.4%	32.1%	65.9%	1.6%	0.0%
2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	0.2%	60.2%	37.8%	1.8%	0.0%
2.6.2	診療の質の向上に向けた活動が適切に行われている	0.0%	29.9%	69.1%	1.0%	0.0%
3.1.1	案内機能が適切である	0.0%	40.8%	59.0%	0.2%	0.0%
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	0.0%	50.6%	48.8%	0.6%	0.0%
3.2.1	患者・家族の相談に応じている	0.4%	79.5%	19.9%	0.2%	0.0%
3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	0.2%	55.4%	43.4%	1.0%	0.0%
3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	0.2%	53.0%	46.0%	0.8%	0.0%
3.3.2	高齢者や障害者に対する施設的な配慮がなされている	0.0%	78.3%	21.7%	0.0%	0.0%
3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	0.0%	59.2%	38.8%	2.0%	0.0%
3.5.1	適切な療養環境が保たれている	0.8%	58.8%	40.0%	0.4%	0.0%
3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	0.2%	41.6%	52.8%	5.4%	0.0%

表 17-2. 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
4.1.1	診療部門の体制が確立している	0.0%	30.1%	68.9%	1.0%	0.0%
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	0.2%	41.2%	58.4%	0.2%	0.0%
4.2.1	看護部門の体制が確立している	0.0%	41.2%	57.4%	1.4%	0.0%
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	0.2%	83.1%	16.5%	0.2%	0.0%
4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	1.0%	60.2%	37.8%	1.0%	0.0%
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	0.6%	74.3%	24.9%	0.2%	0.0%
4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	0.0%	50.2%	45.0%	4.8%	0.0%
4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	0.2%	48.0%	46.2%	5.6%	0.0%
4.3.3	調剤が適切に行われている	0.0%	32.1%	54.2%	13.7%	0.0%
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	0.0%	56.4%	41.2%	2.4%	0.0%
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	54.4%	45.4%	0.2%	0.0%
4.4.1	臨床検査の体制が確立している	0.4%	73.7%	24.9%	1.0%	0.0%
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	0.2%	70.8%	27.4%	1.6%	0.0%
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	0.2%	71.8%	28.0%	0.0%	0.0%
4.5.1	病理診断の体制が確立している	0.0%	62.0%	34.6%	3.4%	0.0%
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	0.3%	65.8%	31.3%	2.6%	0.0%
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	70.5%	29.5%	0.0%	0.0%
4.6.1	画像診断の体制が確立している	0.4%	63.8%	35.2%	0.6%	0.0%
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	0.8%	64.2%	34.3%	0.6%	0.0%
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	0.4%	73.0%	26.6%	0.0%	0.0%
4.7.1	放射線治療の体制が確立している	1.0%	61.1%	37.6%	0.3%	0.0%
4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	0.8%	85.0%	14.2%	0.0%	0.0%
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	0.0%	81.4%	18.6%	0.0%	0.0%
4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	0.2%	74.1%	22.5%	3.2%	0.0%
4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	0.2%	83.7%	15.4%	0.7%	0.0%
4.8.3	輸血・血液管理機能の質改善に取り組んでいる	0.5%	54.6%	45.0%	0.0%	0.0%
4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	0.0%	58.0%	38.0%	4.0%	0.0%
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	0.3%	71.9%	27.5%	0.3%	0.0%
4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	66.8%	32.6%	0.3%	0.0%
4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	0.2%	71.2%	24.6%	4.0%	0.0%
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	0.2%	58.1%	36.2%	5.5%	0.0%
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	68.9%	30.9%	0.2%	0.0%
4.11.1	集中治療の体制が確立している	0.0%	62.2%	35.1%	2.7%	0.0%
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	0.7%	88.5%	10.1%	0.7%	0.0%
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	72.3%	27.7%	0.0%	0.0%
4.12.1	救急医療の体制が確立している	1.2%	61.8%	35.3%	1.7%	0.0%
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	1.0%	68.1%	29.9%	1.0%	0.0%
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	0.7%	39.3%	59.3%	0.7%	0.0%
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	0.2%	61.4%	29.9%	8.5%	0.0%
4.13.1	栄養管理の体制が確立している	0.0%	58.4%	39.8%	1.8%	0.0%
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	0.2%	55.8%	42.4%	1.6%	0.0%
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	0.2%	82.1%	17.7%	0.0%	0.0%
4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	0.0%	54.0%	45.8%	0.2%	0.0%
4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	0.2%	54.0%	44.6%	1.2%	0.0%
4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	1.0%	76.5%	22.4%	0.0%	0.0%
4.15.1	診療記録を管理する体制が確立している	0.0%	49.6%	47.0%	3.4%	0.0%
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	0.0%	39.8%	46.6%	13.7%	0.0%
4.15.3	診療記録管理の質改善に取り組んでいる	0.2%	51.0%	47.0%	1.8%	0.0%
4.16.1	情報システム管理の体制が確立している	0.0%	60.8%	37.6%	1.6%	0.0%
4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	0.0%	67.5%	30.7%	1.9%	0.0%
4.16.3	情報システム機能の質改善に取り組んでいる	0.2%	53.3%	46.2%	0.2%	0.0%
4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	0.0%	88.6%	11.4%	0.0%	0.0%
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	0.4%	93.1%	6.5%	0.0%	0.0%
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	79.7%	20.3%	0.0%	0.0%
4.18.1	外来診療・看護の体制が確立している	0.0%	68.1%	31.3%	0.6%	0.0%
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	0.0%	63.4%	31.9%	4.6%	0.0%
4.18.3	外来診療機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	78.6%	21.4%	0.0%	0.0%
4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	0.0%	49.4%	48.8%	1.8%	0.0%
4.19.2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	0.0%	76.9%	22.7%	0.4%	0.0%
4.19.3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	56.0%	43.8%	0.2%	0.0%
4.20.1	臨床研修体制が確立している	2.6%	77.4%	19.4%	0.6%	0.0%
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	2.0%	83.0%	15.0%	0.0%	0.0%
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	1.3%	62.7%	33.3%	2.6%	0.0%

表 17-2. 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
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	0.1%	68.8%	31.2%	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%	93.0%	7.0%	0.0%	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	0.0%	75.3%	24.1%	0.6%	0.0%
5.2.1	入院の目的が明確である	0.0%	92.3%	7.6%	0.1%	0.0%
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	0.0%	61.1%	38.7%	0.3%	0.0%
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	0.0%	79.7%	17.0%	3.3%	0.0%
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	0.0%	86.1%	13.9%	0.0%	0.0%
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	0.0%	86.1%	13.9%	0.0%	0.0%
5.4.1	診断的検査が確実・安全に実施されている	0.1%	81.7%	17.8%	0.5%	0.0%
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	0.0%	41.4%	53.1%	5.4%	0.0%
5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	0.1%	85.0%	14.5%	0.4%	0.0%
5.4.4	周術期の対応が適切である	0.0%	75.7%	24.0%	0.3%	0.0%
5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	0.1%	82.0%	17.7%	0.3%	0.0%
5.4.6	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている	0.1%	81.2%	18.2%	0.5%	0.0%
5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	0.8%	75.8%	23.1%	0.3%	0.0%
5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	0.1%	54.0%	37.4%	8.5%	0.0%
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	0.8%	91.5%	7.7%	0.0%	0.0%
5.4.10	ターミナルステージの患者に適切に対応している	0.1%	81.0%	18.9%	0.0%	0.0%
5.5.1	医療関連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%	71.4%	24.9%	3.6%	0.0%
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	0.0%	22.7%	69.3%	8.0%	0.0%
5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	0.0%	59.9%	35.8%	4.3%	0.0%
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	0.3%	90.2%	9.4%	0.1%	0.0%
6.1.1	人事・労務管理が適切に行われている	0.0%	8.8%	89.2%	2.0%	0.0%
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	0.2%	35.1%	60.8%	3.8%	0.0%
6.1.3	職員が安心して働ける労働環境が整備されている	0.0%	27.1%	62.9%	10.0%	0.0%
6.2.1	財務会計が適切に行われている	0.0%	65.5%	34.3%	0.2%	0.0%
6.2.2	予算管理が適切に行われている	0.0%	80.5%	18.7%	0.8%	0.0%
6.2.3	経営管理が適切に行われている	0.0%	71.0%	28.4%	0.6%	0.0%
6.2.4	医事業務が適切に行われている	0.0%	74.5%	25.3%	0.2%	0.0%
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	0.4%	71.2%	28.4%	0.0%	0.0%
6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	0.0%	67.5%	30.3%	2.2%	0.0%
6.3.2	院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている	0.0%	44.0%	41.4%	14.7%	0.0%
6.4.1	物品購入が適切に行われている	0.0%	75.3%	24.7%	0.0%	0.0%
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	0.0%	74.1%	25.7%	0.2%	0.0%
6.5.1	業務委託が適切に行われている	0.0%	56.6%	43.4%	0.0%	0.0%
6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	0.2%	56.0%	42.2%	1.6%	0.0%
6.6.2	病院の保安体制が適切である	0.0%	81.3%	17.7%	1.0%	0.0%
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	0.0%	92.4%	7.6%	0.0%	0.0%
7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	0.0%	75.6%	20.0%	4.4%	0.0%
7.1.2	医療保護入院の管理が適切に行われている	0.0%	75.8%	24.2%	0.0%	0.0%
7.1.3	措置入院・医療観察法に基づく入院の管理が適切に行われている	0.0%	81.4%	15.7%	2.9%	0.0%
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	1.1%	96.6%	2.3%	0.0%	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%	78.0%	20.9%	1.1%	0.0%
7.2.2	隔離が適切に行われている	0.0%	69.8%	27.9%	2.3%	0.0%
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	0.0%	77.8%	20.0%	2.2%	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%	70.3%	29.7%	0.0%	0.0%
7.3.2	退院に向けての支援が適切である	1.1%	85.7%	13.2%	0.0%	0.0%
7.4.1	入退院に関する事務手続きが適切に行われている	0.0%	89.0%	8.8%	2.2%	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%	84.9%	7.5%	7.5%	0.0%
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	0.0%	70.4%	23.5%	6.2%	0.0%
7.5.1	精神科専門治療が適切に行われている	0.0%	52.7%	41.8%	5.5%	0.0%
7.5.2	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	1.1%	72.5%	26.4%	0.0%	0.0%
7.5.3	(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%	86.8%	13.2%	0.0%	0.0%
8.1.1	療養病床への受け入れ体制が整備されている	0.0%	75.0%	22.3%	2.7%	0.0%
8.1.2	療養病床の入院患者の意思を尊重し、人権に配慮している	0.0%	62.8%	34.0%	3.2%	0.0%
8.2.1	QOLの向上を目指したチーム医療が展開されている	0.0%	73.4%	25.8%	0.9%	0.0%
8.2.2	退院後の継続療養に向けたケアプロセスが展開されている	0.0%	78.1%	21.9%	0.0%	0.0%
8.3.1	療養病床の入院患者の医学的管理が適切に行われている	0.0%	82.4%	17.2%	0.4%	0.0%
8.3.2	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%	71.2%	28.3%	0.4%	0.0%
8.3.3	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	0.4%	77.3%	21.9%	0.4%	0.0%
8.3.4	認知機能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	1.3%	73.8%	24.0%	0.9%	0.0%
8.3.5	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%	76.8%	23.2%	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	0.4%	62.7%	36.9%	0.0%	0.0%

### 17.3 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。なお、病院の規模・機能に応じて求められる内容が異なるため、必ずしも全ての施設が同一の指摘を受けるとは限らない。また、c判定の評価所見がなかった小項目については「-」とした。

## 第1領域 病院組織の運営と地域における役割

### 1.5 職員の教育・研修

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	
1.5.1.1	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている	○全職員を対象にした年間の教育・研修計画を総合的に管理する体制が確立されていない。 ○年間の教育・研修計画が策定されていない。 ○患者の権利、医療倫理、個人情報保護等についての研修は実施されていない。
1.5.1.2	院外の教育・研修の機会が活用されている	-
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	○図書情報が一元的に管理されていない。 ○必要な文献が容易に検索、入手できる体制にはない。

### 1.7 健康増進と環境

1.7.2	禁煙が徹底されている	
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	○受動喫煙防止に配慮されていない。 ○売店前に煙草の自動販売機が設置されている。
1.7.2.2	患者ならびに職員の禁煙を積極的に推進している	○職員の喫煙率が把握されていない。 ○患者および職員に対しての啓発、教育は行われていない。

## 第2領域 患者の権利と医療の質および安全の確保

### 2.1 患者の権利と医療者の倫理

2.1.1	患者の権利が明確である	
2.1.1.1	患者の権利が明文化されている	-
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	○患者の権利が病院案内・入院案内・広報誌等に掲載されていない。 ○患者の権利に関する職員への教育・研修が行われていない。
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	○臨床倫理の方針が明文化されていない。 ○臨床倫理に関する教育・研修が行われていない。
2.1.2.2	病院全体の臨床倫理の課題が明確にされ検討されている	○診療における臨床倫理の課題を収集・分析・検討していない。 ○臨床倫理の各種課題について、議論、検討した記録がない。
2.1.2.3	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整備されていない。

### 2.2 患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1	患者の知る権利を保証し、診療情報が患者と共有されている	
2.2.1.1	説明と同意についての方針・手順が明確である	○説明と同意について定めた方針・手順がない。
2.2.1.2	セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である	○病院案内・入院案内・院内掲示等にセカンドオピニオンについての記載がない。 ○セカンドオピニオンについての方針・手順が整備されていない。
2.2.1.3	診療情報が患者と共有されている	-
2.2.1.4	個人情報が適切に保護されている	○個人情報の保護規程・運用手順が明文化されていない。 ○個人情報の院外への持ち出しに関する規程が

		<p>明文化されていない。</p> <p>○診療情報に関するダウンロード規約が整備されていない。</p>
--	--	--

## 2.3 患者の安全確保

2.3.2	安全確保の手順が定められている	
2.3.2.1	患者・部位・検体などの誤認防止についての手順がある	○血液検体ラベルには、患者 ID 番号の記載欄はなく、片仮名で患者名のみが記載されている。
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	<p>○口頭指示内容を医師が確認していない。</p> <p>○口頭指示のルールが作成されていない。</p> <p>○指示受けに関するマニュアルが整備されていない。</p> <p>○代行入力した内容を医師が確認していない。</p> <p>○注射箋・内服薬処方箋の指示受けサインがない。</p>
2.3.2.3	安全な手技実施についての手順がある	-
2.3.2.4	薬剤の安全使用に関する手順が整備されている	<p>○ハイリスク薬剤の安全使用の手順がない。</p> <p>○重複投与や処方内容に対する疑義照会の手順が整備されていない。</p> <p>○薬剤の管理に対する薬剤師の関与がない。</p> <p>○抗がん剤のレジメン管理がされていない。</p> <p>○麻薬使用の院内基準が整備されていない。</p> <p>○非常用カート内でハイリスク薬などが一般薬と明確に区別されず保管されている。</p>
2.3.2.5	ハイリスクな診療行為の実施における患者の観察などの手順が確立している	-
2.3.2.6	リスクアセスメントと事前対策に関する手順が確立している	-
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	
2.3.3.1	安全確保のための院内の情報を収集し活用している	-

2.3.3.2	安全確保のための院外からの情報を活用している	-
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修を実施している	○全職員を対象とした研修が実施されていない。
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	○非常用カート内の保管方法が統一されていない。 ○非常用カートに、「使用可」や薬品名等の表示がされていない。 ○院内緊急コードがなく、緊急事態が発生した際の対応手順が明確でない。 ○召集訓練が行われていない。 ○BLS・ACLS 訓練等、緊急時の対応に関する定期的な教育・研修が行われていない。

## 2.5 医療関連感染管理

2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	
2.5.2.1	医療関連感染防止対策のマニュアルが適切に整備されている	-
2.5.2.2	感染経路別予防策に基づいた隔離方法の手順が確立している	-
2.5.2.3	抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある	○抗菌薬の一覧表が作成されていない。 ○抗菌薬の院内での使用規程が不明確である。 ○特別な抗菌薬の使用状況が把握されていない。
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	
2.5.3.1	自院の医療関連感染に関する情報を把握・分析・評価し活用している	-
2.5.3.2	院内におけるアウトブレイクへの対応手順が適切に整備されている	○アウトブレイクへの対応手順が明確となっていない。 ○監視・調査の体制が確立されていない。
2.5.3.3	医療関連感染に必要な院外か	-

	らの情報が活用されている	
2.5.3.4	職員に対して医療関連感染管理についての教育活動が行われている	○全職員対象の感染管理に関する研修の実施回数が少ない。 ○全職員対象の感染管理に関する研修の参加率が低い。

## 2.6 チーム医療の推進と診療の質の向上

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	○薬歴記録、服薬指導、リハビリテーション訓練記録等を診療録と一元管理する仕組みになっていない。 ○診療録の記載基準が明文化されていない。
2.6.1.2	診療科間にまたがる診療協力の仕組みがある	
2.6.1.3	多職種による診療協力の仕組みがある	
2.6.2	診療の質の向上に向けた活動が適切に行われている	
2.6.2.1	診療の質に関する症例検討会が行われている	○死亡率が高率であるが、死亡症例検討会が開催されていない。
2.6.2.2	診療の標準化が促進されている	○診療ガイドラインやクリニカルパスが整備されていない。

### 第3領域 療養環境と患者サービス

#### 3.1 案内機能と待ち時間

3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	
3.1.2.1	外来待ち時間の状況が把握され、短縮のための努力がなされている	○外来待ち時間調査が行われていない。 ○外来待ち時間短縮のための努力が十分ではない。
3.1.2.2	待つことの苦痛軽減に努力している	-

#### 3.2 相談機能および患者・家族の意見の尊重

3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	
3.2.2.1	意見や苦情を聞くための手段があり、適切に機能している	-
3.2.2.2	患者の満足度調査が定期的に行われている	○外来・入院の満足度調査が実施されていない。

#### 3.3 施設・設備の整備と利便性

3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	
3.3.1.1	利便性に配慮した施設がある	-
3.3.1.2	生活延長上の設備やサービスがある	-
3.3.1.3	入院中の情報入手や通信手段が確保されている	-
3.3.1.4	入院案内が適切に作成され運用されている	○入院申し込み誓約書、入院案内等の文言が、患者の立場に立ったものではない。

#### 3.4 プライバシーの確保

3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	
3.4.1.1	診察室・相談室などにおけるプライバシーが確保されている	○診察中の患者のプライバシーが保てない。

3.4.1.2	外来では検査・処置行為・検体が人目に触れないようになっている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○採尿カップを検査受付に提出する際、他の患者の目に触れる可能性がある。</li> <li>○採血場所に廊下や中待合からの視線をさえぎるものがない。</li> </ul>
3.4.1.3	病棟・病室でのプライバシーについて配慮されている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病室のドアが開放されたままになっており、病室内の様子が見える。</li> <li>○カーテンや衝立等が設置されておらず入院患者のプライバシーが確保されていない。</li> <li>○窓にカーテン等がなく、隣家の窓から病室内が見える。</li> </ul>

### 3.5 快適な療養環境

3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	
3.5.2.1	トイレについての施設的な配慮がなされている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○トイレにナースコールが設置されていない。</li> <li>○トイレが男女共用である。</li> <li>○トイレの仕切りがカーテンのみでプライバシーが保てない。</li> <li>○車椅子用のトイレが外来にない。</li> </ul>
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮がなされている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ミキシングバルブの調整がされておらず熱湯が出る。</li> <li>○浴室に段差がある。</li> <li>○浴室・脱衣場にナースコールがない。</li> </ul>

## 第4領域 医療提供の組織と運営

### 4.2 看護部門

4.2.1	看護部門の体制が確立している	
4.2.1.1	看護部門に必要な人員が適切に配置されている	○看護部責任者が不在である（一般100床未満）。 ○管理・責任体制が明確でない。
4.2.1.2	業務規程が整備されている	○看護師長および主任の職務分掌がない。 ○看護師・准看護師・看護補助者の業務規程が整備されていない。
4.2.1.3	看護ケア提供の基準・手順が適切に整備されている	-

### 4.3 薬剤部門

4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	
4.3.1.1	薬剤部門に必要な人員が適切に配置されている	○薬剤師の時間外・休日・夜間の日直・当直体制がなく、オンコール体制で対応している（一般200床500床未満）。 ○非常勤職員が薬剤部門の責任者となっている。
4.3.1.2	機能に見合った施設・設備・機器などが整備され、適切に管理されている	○抗がん剤の調製・混合が行われているが、安全キャビネットは整備されていない。
4.3.1.3	機能に見合った薬剤業務の手順が適切に整備されている	○薬剤師不在時の薬剤払い出しの際の薬局入室記録がない。
4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	
4.3.2.1	薬剤が適切に保管されている	○薬品冷蔵庫の温度・湿度管理がなされていない。 ○夜間における薬剤の取り出しの際の入室記録がない。 ○薬局のカギの管理が適切でない（誰でも鍵の場所を知っている・開錠できる）。
4.3.2.2	薬剤の数量管理・在庫管理が適切に行われている	-

4.3.2.3	病棟や各部門の薬剤保管・管理に薬剤師が関与している	○病棟や外来での薬剤の取り違い防止策に、薬剤師が関与していない。
4.3.2.4	麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品などが適切に管理されている	○麻薬保管庫の鍵の管理責任の所在が不明確である（事務室の机等、誰でも取り出せる場所に置かれている）。 ○麻薬・向精神薬等の在庫管理が日常的に実施されていない/使用時のみの実施である。 ○麻薬の在庫確認記録に確認者のサインがない。 ○麻薬・向精神薬の保管が不適切である（麻薬保管庫に他の物品が入っている等）。 ○毒薬管理簿が修正液で修正されている/修正者の署名・捺印がない。
4.3.3	調剤が適切に行われている	
4.3.3.1	処方鑑査と必要に応じて処方医に対する疑義照会が行われている	○処方に関する疑義照会の記録がない/情報が部門で共有されていない。
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	○注射薬の処方鑑査が実施されていない。 ○調剤鑑査に薬剤師が関与していない。
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	○抗がん剤の調製・混合が安全キャビネットを使用せず行われている。 ○抗がん剤の調製・混合を薬剤師が行っていない。 ○抗がん剤の調整・混合時にマスク・ガウン等を着用していない。 ○抗がん剤の調整・混合をクリーンベンチで実施している。
4.3.3.4	注射薬は1施用ごとに取り揃えが実施されている	○注射薬が1施用ごとの取り揃えでない/1日ごとである。
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	
4.3.4.1	薬剤師による薬歴管理・服薬管理指導が行われている	○服薬指導を実施していない。 ○薬歴管理を行っていない。 ○副作用情報の収集手順が明確でない。 ○副作用のプレアボイドの把握と情報提供体制がない。

		○抗精神病薬の単剤化に関する薬剤師のサポートがない（精神 200 床未満）。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	-
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	-
4.3.4.4	関連部署へ薬剤に関する情報提供が行われている	-

#### 4.4 臨床検査機能

4.4.1	臨床検査の体制が確立している	
4.4.1.1	臨床検査に必要な人員が適切に配置されている	○時間外・夜間はオンコール制であり、当直体制になっていない（一般 200 床以上 500 床未満）。 ○精度管理の向上対策など適切な指導・管理がなされていない。 ○検査を外部委託した場合、病院側の管理責任者が明確でない。
4.4.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○機器の定期的保守管理や危険物の管理体制が明確でない。
4.4.1.3	臨床検査の基準・手順が適切に整備されている	-
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	
4.4.2.1	検査結果が迅速に提供されている	-
4.4.2.2	精度の高い検査が実施されている	○内部精度管理を実施していない。
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	○誤認防止対策がない。 ○検体取扱時に標準予防策が遵守されていない。 ○感染性廃棄物の移し替え・容器の再利用がある。 ○廃棄検体をバイオハザードマークのない一重

		ビニール袋に入れ、検査室前の廊下に放置している。
--	--	--------------------------

#### 4.5 病理診断機能

4.5.1	病理診断の体制が確立している	
4.5.1.1	病理診断に必要な人員が適切に配置されている	○外部委託に対し、院内の責任体制が明確でない。
4.5.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○特定化学物質障害予防規則に則ったホルムアルデヒドの作業環境測定は行われていない/濃度が高い。 ○ホルムアルデヒドの排気対策がとられていない。
4.5.1.3	病理診断の業務マニュアルが適切に整備されている	○病理診断の依頼と診断結果報告の手順が明確でない。
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	○(悪性腫瘍手術を実施している施設において)術中迅速病理診断を実施する体制がない。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	-
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	-

#### 4.8 輸血・血液管理機能

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	○輸血業務全般の管理・責任者が医師でない/責任体制が明確でない。
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	○自記温度記録計付きの専用保冷庫・冷凍庫が整備されていない。 ○輸血製剤用の保冷庫に他の薬品やワクチン等が保管されている。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	-

#### 4.9 手術・麻酔機能

4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	
4.9.1.1	手術・麻酔に必要な人員が適切に配置されている	○常勤麻酔科医が確保されていない。
4.9.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○麻薬の払い出し・受け取りの記録がない。 ○麻薬保管庫に麻薬以外の物品が保管されている。 ○麻薬・ハイリスク薬の管理に薬剤師が関与していない。
4.9.1.3	手術・麻酔の基準・手順が適切に整備されている	-

#### 4.10 洗浄・滅菌業務

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	
4.10.1.1	洗浄・滅菌業務に必要な人員が適切に配置されている	○洗浄・滅菌業務の責任者が明確でない。
4.10.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○オートクレーブの保守点検が行われていない。 ○物理的インディケータを使用していない/記録がない。
4.10.1.3	洗浄・滅菌業務の基準・手順が適切に整備されている	○滅菌業務の基準・手順に、物理的インディケータや生物学的インディケータの確認項目が記載されていない。 ○滅菌業務の基準・手順にリコール規定がない。
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	
4.10.2.1	洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている	○化学的インディケータがパックの内側にならない。 ○生物学的・物理的・化学的インディケータが使用されていない。
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	○外部委託の場合に、洗浄・滅菌業務の手順の遵守状況が確認されていない。 ○標準予防策マニュアルが遵守されていない。 ○洗浄・滅菌業務の手順が整備されていない/

		遵守されていない。
--	--	-----------

#### 4.12 救急医療機能

4.12.1	救急医療の体制が確立している	
4.12.1.1	救急医療に必要な人員が適切に配置されている	○薬剤師の当直体制が整備されていない（一般200床以上500床未満）。 ○医事課の当直体制がない（一般200床以上500床未満）。
4.12.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○ハイリスク薬が他の薬剤と区別されていない。 ○薬剤の在庫管理がされていない。 ○麻薬保管庫に麻薬以外の薬品が保管されている。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	-
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	○救急受け入れ不能事例の件数・内容・理由が把握されていない（一般および複合200床以上500床未満）。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	○一次洗浄時に標準予防策マニュアルが遵守されていない。
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	○ドナーカード保持者に対する方針・手順が整備・周知されていない。 ○移植用臓器摘出に必要な手順が定められていない。
4.12.4.2	【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	○脳死判定基準に基づくシミュレーションを行っていない（脳死患者臓器提供施設；一般500床以上）。

#### 4.13 栄養管理機能

4.13.1	栄養管理の体制が確立している	
4.13.1.1	栄養管理等に必要な人員が適切に配置されている	-
4.13.1.2	栄養管理等に必要な施設・設備・器具などが整備され、適切に管理されている	○調理室内の清潔・不潔区域の区分が明確でない。 ○調理室の温度・湿度管理が適切でない（夏場に30度を超える）。 ○調理室が開放されている。
4.13.1.3	栄養管理の業務マニュアルが適切に整備されている	○調理の衛生管理に関する基準・手順が遵守されていない。
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	
4.13.2.1	栄養相談・指導・管理機能が適切に実施されている	○栄養指導を実施していない。
4.13.2.2	食事が適切に提供されている	○朝食と昼食の間隔が3.5時間しかない。
4.13.2.3	食事の安全性が確保されている	○配膳ルートと下膳ルートが交差する。 ○調理済み食品が冷凍保存されていない。 ○調理室の空調の清掃が不十分である。

#### 4.14 リハビリテーション機能

4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	
4.14.2.1	リハビリテーションが円滑に実施されている	-
4.14.2.2	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	○リハビリテーション室に非常用カートが設置されていない。 ○患者急変時の指導・訓練が行われていない。

#### 4.15 診療記録の管理

4.15.1	診療記録を管理する体制が確立している	
4.15.1.1	診療記録の管理に必要な人員が適切に配置されている	○年間退院患者に対して人員配置が少ない。 ○診療情報管理士の資格を持った職員が配置されていない。

		○管理責任者が明文化されていない。
4.15.1.2	機能に見合った施設・設備・機器などが整備され、適切に管理されている	○診療情報管理の執務スペース、診療記録の閲覧スペースがない。 ○診療情報管理に必要な情報機器、ソフトウェアが整備されていない。
4.15.1.3	診療記録管理の規程・手順が適切に整備されている	○診療記録管理についての規程・手順（管理マニュアル、貸出し規程、業務マニュアル）が整備されていない。
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	
4.15.2.1	診療記録が必要時に迅速に提供されている	○診療録が五十音順で保管管理されている。 ○診療録が患者ごとに一元化されていない（部署ごと・年度ごと保管等）。 ○入院・外来で異なるIDで管理されている。
4.15.2.2	診療記録管理業務が適切に実施されている	○退院時サマリーの2週間以内の作成率が低い。 ○貸出した診療録の返却期限が遵守されていない。 ○貸出規定が整備されていない/遵守されていない。
4.15.2.3	患者の安全な診療のための手順が遵守されている	○診療録が患者氏名の五十音順・1312方式で保管・管理されている。 ○取り違え防止や二重登録防止に対する手順が作成されていない。
4.15.3	診療記録管理の質改善に取り組んでいる	
4.15.3.1	診療記録の管理に関わる職員の能力開発に努めている	○診療録管理に関する教育体制が整備されていない。 ○診療録管理に関して病院の内外の勉強会・研修会へ参加する仕組みがない。
4.15.3.2	診療記録管理の質改善を推進している	○診療録管理の課題を検討する委員会がない/委員会で検討されていない。 ○診療録管理の質の改善等の検討が行われていない。

#### 4.16 情報システム管理機能

4.16.1	情報システム管理の体制が確立している	
4.16.1.1	情報システム管理に必要な人員が適切に配置されている	○院内のコンピュータシステムに関する責任者がいない/管理責任体制がない。 ○情報システム管理に関する規程・手順が整備されていない。
4.16.1.2	情報システム管理の規程・手順が適切に整備されている	-
4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	
4.16.2.1	情報システム機能が必要時に利用可能で、適切な処理能力を有している	-
4.16.2.2	情報の真正性が確保されている	○電子カルテシステムにおいて、過去の記録の修正が可能である/修正履歴が残らない。 ○オーダーリングシステムにおいて代行入力を行った場合の規程・手順が明文化されていない。 ○医薬品は 1 文字入力で候補薬剤が表示される。
4.16.2.3	情報システム機能は、診療の安全に配慮されている	-

#### 4.18 外来診療機能

4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	
4.18.2.1	外来患者の診療・看護が適切に実施されている	○ハイリスク検査の同意書がない。 ○デイケア患者の外来カルテの記載に医師による記録と署名がない。
4.18.2.2	外来患者の診療・看護が確実・安全に実施されている	○一次洗浄の標準予防策が遵守されていない。 ○外来での抗がん剤混合の際に安全キャビネットを使用していない。 ○抗がん剤の調整・混合を看護師が行っている。 ○抗がん剤のレジメンが登録・管理されていない。 ○オーダーリングシステム代行入力の際、実施前

		<p>の医師の確認が行われていない。</p> <p>○外来で行われた検査・処置・手術などの観察記録がない。</p>
--	--	---

#### 4.19 医療機器管理

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	
4.19.1.1	医療機器管理に必要な人員が適切に配置されている	○臨床工学技士など医療機器管理の専門家が配置されていない。
4.19.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	<p>○使用後の医療機器の整備・管理体制が確立されていない。</p> <p>○医療機器が一元管理されていない。</p> <p>○機器の保守点検に臨床工学技士など専門家が関与していない。</p> <p>○医療機器の個別の定期点検の記録がない。</p>
4.19.1.3	医療機器管理の業務マニュアルが適切に整備されている	-

## 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

5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者や人権に関する倫理的問題に医師が関与していない。</li> <li>○病棟における倫理的な問題の認識および検討事例が明確でない。</li> <li>○倫理委員会がない/検討した記録がない。</li> </ul>

### 5.2 入院診療の計画的対応

5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	
5.2.3.1	指示出し・指示受けが適切に行われている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看護師が伝票へ転記した内容が医師によって確認されていない。</li> <li>○定期処方指示・注射薬指示については指示受け署名がない。</li> <li>○代行入力された内容を医師が確認していない/確認する手順が明確でない。</li> <li>○口頭指示の手順が明確でない。</li> <li>○医師による指示の訂正、中止についての手順が遵守されていない/医師の署名や印がない。</li> </ul>
5.2.3.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>○指示受けに関するマニュアルが整備されていない。</li> <li>○転記指示の医師による確認がない。</li> <li>○注射や内服薬投与の実施者の署名が残らない。</li> </ul>

### 5.4 ケアの実施（各論の流れ）

5.4.1	診断的検査が確実に安全に実施されている	
5.4.1.1	診断的検査について十分な説明が行われ、同意が得られている	○侵襲的検査の実施時に文書による説明と同意がない。
5.4.1.2	検査は手順に沿って確実に安全に実施されている	-

5.4.1.3	検査結果は迅速に報告され、結果の評価が記録されている	-
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	
5.4.2.1	確実・安全な処方が行われている	<p>○口頭指示の記載手順がない/医師の確認がない。</p> <p>○口頭指示による内服処方箋に医師の署名がない。</p> <p>○注射薬指示簿に用法・用量の記載がない。</p> <p>○注射指示の記載方法が統一されていない。</p> <p>○口頭指示の手順が誤認防止に配慮されていない。</p>
5.4.2.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	<p>○抗がん剤の調整・混合を一般混合台で行っている/安全キャビネットを使用していない。</p> <p>○抗がん剤の調整・混合を看護師が行っている。</p> <p>○注射薬の調製・混合場所の周囲が清潔でない/調合台の近傍に感染性廃棄物容器がある。</p> <p>○抗がん剤の調製・混合に際して、安全キャビネットの使用やゴーグル着用などの被曝対策が実施されていない。</p>
5.4.2.3	確実・安全な投薬・注射が実施されている	<p>○口頭指示の際の医師による確認が徹底されていない。</p> <p>○指示簿に用法・用量の記載がない。</p> <p>○抗菌薬などの投与に関する観察手順が整備されていない/記録がない。</p>
5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	
5.4.3.1	輸血・血液製剤投与の計画が適切に立てられている	○適正使用に関する方針が明確でない。
5.4.3.2	輸血・血液製剤投与について十分な説明が行われ、同意が得られている	-
5.4.3.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	-
5.4.6	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努	

	めている	
5.4.6.1	症状緩和が適切に実施されている	○疼痛緩和・症状緩和に関する基準・手順がない。
5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	○リハビリテーションの依頼書に医師の指示内容が具体的に記載されていない。 ○リハビリテーション実施について同意を得ていない。
5.4.7.2	リハビリテーションについて十分な説明が行われ、同意が得られている	-
5.4.7.3	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	-
5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	
5.4.8.1	安全確保のための身体抑制の必要性が適切に評価されている	○身体抑制の必要性が医師の記録にない。 ○身体抑制の見直しや終了時期が明示されていない。 ○身体抑制を実施する際の具体的な抑制方法がマニュアルに記載されていない。 ○身体抑制実施手順がない。 ○観察記録がない。
5.4.8.2	身体抑制を実施する際は、十分な説明が行われ、同意が得られている	○入院時に身体抑制の事前説明と同意書を一律に取る手順となっており、身体抑制を実施する際に改めて同意を得ていない。 ○身体抑制の同意書に説明医師の署名がない。 ○説明・同意書に抑制開始日・終了予定日が記載されていない。
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	○身体抑制の早期解除に向けた取り組みがない/取り組みの記録がない。 ○身体抑制の開始にあたり医師の明確な指示がない。 ○身体抑制の継続・解除の検討過程での医師の関与が確認出来ない。 ○身体抑制中の患者の観察記録がない。

		○身体抑制の解除に医師の指示がない。
--	--	--------------------

## 5.5 ケアプロセスにおける感染対策

5.5.1	医療関連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	
5.5.1.1	標準予防策・感染経路別予防策が適切に実施されている	○一次洗浄時の標準予防策が遵守されていない。 ○一次洗浄場所に清潔・不潔の区切りがない。
5.5.1.2	清潔を必要とする処置・検査が適切に実施されている	○中心静脈穿刺時などのガウンテクニックなど清潔を必要とする処置・検査時の感染防止策が行われていない。
5.5.1.3	抗菌薬を適正に使用している	○抗菌薬使用に関する院内指針がない。
5.5.1.4	針刺し・切創についての対策を実施している	○使用済み注射針の移し替え・容器の再利用を行っている。 ○針刺し事故防止対策が取られていない。

## 5.6 診療・看護の記録

5.6.1	診療・看護の記録が適切である	
5.6.1.1	診療録の記載が適切である	○診療録に医師（主治医）の署名がない。 ○診療録の記載基準が遵守されていない（既往歴・家族歴など入院時所見の記載漏れがある）。 ○医師の記載が欠落した診療録や判読が困難な記載がある。 ○鉛筆書きや修正液を使用した診療録がある。
5.6.1.2	看護記録の記載が適切である	-
5.6.1.3	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	○診療情報が一元管理されていない。
5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	○診療録の質的点検・監査が行われていない。 ○看護記録の質的監査が行われていない。 ○看護記録の監査内容の基準や実施結果の記録がない。

## 5.7 病棟での薬剤・機器の管理

5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	
5.7.1.1	薬剤が適切に管理されている	<ul style="list-style-type: none"> <li>○向精神薬・ハイリスク薬の規定・保管が適切でない。</li> <li>○向精神薬・麻薬等の管理に薬剤師が関与していない。</li> <li>○薬品保管棚や非常用カートの高リスク薬が一般の薬品と混在している。</li> <li>○麻薬保管庫に麻薬以外のものがある。</li> <li>○常時使用しないハイリスク薬が定数配置されている。</li> <li>○法令に基づいた麻薬管理がなされていない。</li> </ul>
5.7.1.2	医療機器が適切に使用されている	-

## 第6領域 病院運営管理の合理性

### 6.1 人事・労務管理

6.1.1	人事・労務管理が適切に行われている	
6.1.1.1	人事管理の体制が整備されている	○短時間労働者の就業規則がない。 ○就業規則の見直しがなされていない。 ○就業規則の労働基準監督署への届出がなされていない。
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	-
6.1.1.3	就労管理が適切に行われている	-
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	○全職員に対する人事考課が実施されていない。 ○人事考課の基準がなく、実施されていない。 ○人事考課が実施・活用されていない。
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	-
6.1.3	職員が安心して働ける労働環境が整備されている	
6.1.3.1	職場の安全衛生が確保されている	○労働安全・衛生委員会が毎月開催されていない。 ○産業医・衛生管理者・職員代表が労働安全衛生委員会に参加していない/労働安全衛生法に基づいた体制ではない。 ○職員・医師の健康診断受診率が低い。 ○非常勤医師の健康診断受診状況・結果が把握されていない。 ○針刺し事故が労災適用されていない。 ○電離放射線健康診断結果報告が監督署に届けられていない。
6.1.3.2	職業感染への対応がなされている	○HBV ワクチン接種者が少ない。
6.1.3.3	院内暴力について組織的に対応している	○院内暴力への対応体制・具体的な対応策が整備されていない。

6.1.3.4	職場環境が整備されている	○病棟勤務職員の休憩室、夜勤者の仮眠スペースが確保されていない。
6.1.3.5	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	○36条協定が締結されていない。 ○職員が病院幹部と労働条件について話し合う仕組みがない。

### 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・設備の管理体制が整備されている	-
6.3.1.2	病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備されている	-
6.3.1.3	施設・設備の保守管理が適切に行われている	○医療ガス安全管理にかかる実施責任者が有資格者でない。 ○医療ガス安全管理委員会が設置されていない。 ○医療ガス安全管理委員会の構成員に薬剤師が選出されていない。 ○保守点検の監督責任者、実施責任者の承認印がない。 ○病棟での日常点検の記録がない。
6.3.2	院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている	
6.3.2.1	院内の清潔管理が適切に行われている	○汚染リネンの集積場所が開放されている。 ○汚染リネン庫内にオムツ交換時用のガウンのロッカーが置かれ、使用済みのガウンと未使用のガウンが混在している。
6.3.2.2	廃棄物の処理が適切に行われている	○使用済みの輸液点滴セットを針とルートを感染性と非感染性とに分別し、廃棄している。 ○注射薬等のガラス製空き瓶をビニール袋で保管・処理している。 ○感染性廃棄物の最終保管倉庫に未使用の回収容器および他の物品が保管されている。 ○感染性廃棄物の詰め替えと、容器の再利用が行われている。

		<p>○感染性廃棄物の容器に感染性廃棄物である旨の表示がされていない。</p> <p>○感染性でない廃棄物の容器にバイオハザードマークが表示されている。</p> <p>○廃棄物の最終処分地の実地確認が行われていない。</p> <p>○感染性廃棄物の最終保管場所の表示が適切でない（規定のサイズでない、管理者の名前・電話番号がない等）。</p> <p>○感染性廃棄物の最終保管場所が施錠されていない。</p> <p>○感染性廃棄物の最終保管場所の防虫・防鼠対策が十分でない。</p>
--	--	--

## 6.6 病院の危機管理への適切な対応

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	○消防訓練が年2回実施されていない。
6.6.1.2	大規模災害発生時の対応体制が整備されている	<p>○医薬品の非常時用備蓄がない。</p> <p>○災害拠点病院としては食料品の備蓄が少ない。</p> <p>○他の医療機関との応援協定がない。</p> <p>○大規模災害時対応マニュアルがない。</p>

## 第7領域 精神科に特有な病院機能

### 7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	
7.1.1.1	同意能力の判定が適切に行われ、同意書が作成されている	○認知症患者の継続判定の根拠が不明である。 ○任意入院患者が長期に隔離・拘束が行われている事例がある。
7.1.1.2	任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている	○任意入院患者の処遇マニュアルが明文化されていない。

### 7.4 精神科における事務管理

7.4.1	入退院に関する事務手続きが適切に行われている	
7.4.1.1	入院形態に応じた事務手続きと処遇が適切に行われている	○医療保護入院の届けが遅れる。 ○医療保護入院の定期病状報告書のための診察について診療録には診療自体が記載されていない/継続の必要性の可否判断根拠が記載されていない。

### 7.5 精神障害者の身体管理の適切性

7.5.1	精神科専門治療が適切に行われている	
7.5.1.1	抗精神病薬が適切（安全）に投与されている	○抗精神病薬の適正な投与についての組織的検討体制がない。 ○抗精神病薬の多量投与防止、単剤化促進に薬剤師が関わる組織的活動がない。 ○CP換算や血中濃度測定および服薬指導が実施されていない。薬剤師の関与が見られない。 ○服薬指導件数が少ない。 ○副作用の早期発見・対応の手順が明確でない。
7.5.1.2	電気けいれん療法（ECT治療）が適切に行われている	-

## 第8領域 療養病床に特有な病院機能

### 8.1 療養病床への適切な受け入れと人権への配慮

8.1.1	療養病床への受け入れ体制が整備されている	
8.1.1.1	受け入れ方針が確立している	-
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	○受け入れを審議する入院判定会議が開催されていない。 ○多職種で構成された委員での入院判定の仕組みが整備されていない。
8.1.1.3	検討した内容が記録され整理保管されている	○受け入れ可否の検討記録がない。
8.1.2	療養病床の入院患者の意思を尊重し、人権に配慮している	
8.1.2.1	患者本人の希望や意思の確認に努めている	-
8.1.2.2	人権に配慮した対応が行われている	○身体抑制の解除の手順が具体的でない。 ○診療記録上に医師の抑制解除の指示がない。 ○身体抑制が医師の指示に基づいて実施されていない。 ○身体抑制中の患者の状態・反応の記録がない。 ○身体抑制の早期解除に向けた取り組みは見られない。
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	○預かり金に関して代理行為に関する双務契約となる約定書を取り交わしていない。 ○金銭の入出金管理が厳正さに欠けている。

## 17.4 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、病院の許諾があった場合に限り病院名を付記した。

### 第1領域 病院組織の運営と地域における役割

#### 1.2 病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

1.2.1	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	全職員が立てた「プランニングファイル」が、理念・基本方針の下に理事長以下が一体となって、質の高い安全な医療を行っていく上で、全職員個人の目標・部門の目標・友朋会向上の目標が機能的に連動して、達成されていくためのツールとして活用され、実行されている。また、経営者会議において病院の将来像と経営改善目標を示し、病院運営上の課題を明確にして職員の目標意識と経営参画意識を高め、組織一丸となって継続的な展開にリーダーシップを発揮されていることは他の模範となる。
1.2.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	-
1.2.1.2	病院運営上の課題を明確にしている	-
1.2.1.3	主要な課題の解決に向けて主導的に関わっている	-
1.2.2	組織運営が計画的になされている	3か年間の中長期計画が経営者会議で策定され、運営会議および各種委員会を通じて職員に周知されている。その中長期計画に基づいた年次計画が策定され、部署ごと・個人ごとの目標を設定したプランニングファイルを作成し、達成度の評価を毎年積み重ね、組織運営が計画的になされていることは他の模範となる。
1.2.2.1	将来計画が策定されている	-

1.2.2.2.	年次事業計画が策定され、実施されている	-
1.2.2.3	年次事業計画に基づく部門・部署ごとの目標が設定されている	-

■独立行政法人国立病院機構 南九州病院

■一般病院（200-499床）更新受審

1.2.1	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	院是・基本方針の実践に関する所感や目標達成に向けたメッセージを、病院の日々の状況や課題の報告とともに、院長が自ら毎朝院内 LAN で全職員に発信する努力が長期間継続され、職員のモチベーション向上に大きな効果を挙げている。また、病院幹部は管理診療会議や各種委員会を通して病院運営に強い指導力を発揮していることがうかがわれ、病院管理者・幹部のリーダーシップの発揮は極めて高く評価できる。
1.2.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	-
1.2.1.2	病院運営上の課題を明確にしている	-
1.2.1.3	主要な課題の解決に向けて主導的に関わっている	-

1.5 職員の教育・研修

■社会医療法人博進会 南部病院

■一般病院（100床未満）更新受審

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	病院幹部職員のリーダーシップのもと、「教育・研修委員会」や「勉強会委員会」の活動を中心に、病院の全組織を挙げて活発な取り組みがなされている。特に、学会や研修会、業務改善活動等を内容とする「勉強会」の成果を積極的に発表するとともに、記録集「輪」にまとめ、刊行している。そして、個々の職員の資質の向上にとどまることなく、成果を組織に還元し組織全体のモラルの向上にも努め、十分な効果と
-------	-----------------------	---

		機能を発揮しており、非常に優れた取り組みとして評価できる。
1.5.1.1	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている	「教育・研修委員会」や「勉強会委員会」の活動を中心に年間計画を策定し、必要性の高い研修を含む研修に熱心に取り組んでいる。
1.5.1.2	院外の教育・研修の機会が活用されている	院外の学会や研修への参加は奨励されており、出張の際に必要な諸経費に対する支援制度は整備されている。
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	医局の図書設備を中心に、それぞれの部門に蔵書が管理されている。総務課で全書籍類を登録管理し、必要などときには書籍の活用が可能となっている。また、文献検索支援も行っている。

## 1.6 地域における役割と連携

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	地域連携室の担当で精神保健相談窓口が設置され、精神医療と障害者への理解を深める努力を行うとともに、県保健医療計画に基づく地域の精神医療の中心的役割を果たしている。高度医療や専門外の医療は、隣接の嬉野医療センターや地域の専門医と連携し、連携室協議会を開催して対応している。また、芸術療法としてアートセラピー美術館を建設している他、患者の絵画展示や学会の開催、精神障害者の人工透析、児童思春期外来の開設および精神科医のスクールカウンセラーへの取り組みは極めて適切である。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	-
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	-
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	-

■神奈川県リハビリテーション病院

■一般病院（200-499床） 協力型臨床研修病院 更新受審

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	県総合リハビリテーションセンターとして、地域における自院の役割は明確にされている。医療福祉総合相談室が設置され、地域連携班として4名のMSWが配置され、福祉班および医療班の職員14名と連携して極めて積極的に活動されており高く評価できる。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	事業団グループの脳血管センターと役割分担し、脊髄損傷・高次脳機能障害・神経難病などの診断・治療や、リハビリテーション訓練を行っている。
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	-
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	県リハビリテーション支援センターとして、関係機関等からの専門相談・人材養成研修などの支援、高次脳機能障害支援など行っている。

1.7 健康増進と環境

■社会福祉法人恩賜財団広島県済生会 済生会呉病院

■一般病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	人間ドック・健診活動を積極的に進める他、公開講座や健康教室を頻回に開催している。地域住民との定期交流会は平成8年を初回として通算90回を数えている。また、専用船舶で行う4県（岡山、広島、香川、愛媛）にわたる瀬戸内海の巡回診療は昭和37年から継続され、年間約12,000人が受診している。この実績は公的にも報告されており、地域貢献度からみて極めて高く評価できる。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	-

■医療法人沖繩徳洲会 中部徳洲会病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組む	病院主催の院内外での教育、研修会の開催のほか
-------	----------------	------------------------

	んでいる	か、講師派遣、イベントへの職員派遣、健康診断事業への取り組みは極めて積極的であり、他の病院の模範といえ、高く評価できる。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	地域の健康増進活動に熱心で、特に病院主催、病院各部門の専門職を講師とする入場無料公開健康講座は毎月 10 回以上開催されており地域への健康増進への寄与は大きい。

■岡山済生会総合病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	予防医学部が担当し、県内のへき地診療・検診や診療所への医師派遣などへき地中核病院としての機能を十分発揮している。地域での講演活動や地元のお祭りの開催時には病院を開放し検診活動を行うなどその活動は極めて模範的であると評価したい。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	へき地中核病院およびへき地拠点病院に指定され、瀬戸内海の離島診療のため巡回診療船済生丸が運行されており、また、へき地住民のための巡回診療も行われている。がん診療などの市民公開講座や講演会への講師派遣、地元町内会での健康活動など様々な取り組みが行われている。

■社会医療法人岡本病院（財団） 第二岡本総合病院

■一般病院（200 床-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	外部への講師等の派遣、地域の各種団体等への協力、健康教室や集団教室の積極的な開催など、非常に多くの取り組みが行われており、他の模範となるものであり高く評価できる。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	外部への講師派遣や地域の各種団体等への協力、健康教室や集団教室の開催など、2 年間で 200 件以上の実績がある。患者会の支援も行われている。患者および地域住民との良好な関係の維持および健康増進活動に積極的に取り組まれている。

■ 社団法人全国社会保険協会連合会 社会保険群馬中央総合病院

■ 一般病院（200床-499床） 管理型協力型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	健康診断事業などに積極的に取り組むとともに、地域の医療技術者の研修会への講師派遣、町内会や商工会など各種団体や小中学校からの要請に応じて医師など職員が出向いて講演を行うなど、その積極的な取り組みは高く評価できる。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	健康診断受診者数年間 44 千人、産業医契約 33 事業所、学校検診年 10 回、医師会卒後研修会への講師派遣、商店街の恒例行事「前橋ふれあいバザール」での健康相談、老人会旅行への看護師同行、薬剤師・臨床検査技師・栄養士・診療放射線技師の各種研修会への講師派遣など、極めて積極的に行っている。

■ 医療法人久康会 平田東九州病院

■ 一般+療養病院（100-199床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	病院という職場は職員も患者も禁煙を徹底すべきとの強い信念のもと、禁煙活動に積極的に取り組まれており、その徹底ぶりは他の模範として高く評価できる。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	全館および敷地内禁煙の方針であり、緩和ケア病棟も禁煙とするなど、禁煙が徹底されている。
1.7.2.2	患者ならびに職員の禁煙を積極的に推進している	院長の禁煙を徹底すべきとの強い信念のもと地域増進健康委員会が中心となり禁煙活動に積極的に取り組み成果を上げている。採用は医師といえども禁煙が条件で入職時に各採用者と禁煙誓約書を結んでおり職員全員が非喫煙者である。また、禁煙外来を実施し緩和ケアの患者にも禁煙の重要性を説明し禁煙に踏み切っている。

■ 医療法人 大分記念病院

■ 一般+療養病院（100-199床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	病院全体で長年にわたり、禁煙活動に極めて積
-------	------------	-----------------------

		極的に取り組まれており適切である。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	敷地内禁煙となっており、入院案内への記載や院内に掲示されている。
1.7.2.2	患者ならびに職員の禁煙を積極的に推進している	開院時から禁煙外来に取り組まれている。外来のみならず学校や院内での禁煙の啓発活動が、継続的かつ組織的に推進されている。職員への禁煙推進活動として毎年部門ごとに喫煙率が調査され、結果をもとに所属長から各職員に指導が行われる仕組みとなっており、職員の喫煙率は年々下がり、現在 2%台と大きな成果をあげている。

## 第2領域 患者の権利と医療の質および安全の確保

### 2.2 患者－医療者のパートナーシップ

■医療法人（社団）健和会 健和会病院

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

2.2.1	患者の知る権利を保障し、診療情報が患者と共有されている	説明と同意についての方針・手順は明確であり、セカンドオピニオンに係る手順も適切に整備されている。診療情報を患者と共有する取り組みとしてカルテ開示が積極的に行われていることは高く評価したい。個人情報の保護に係る規程・手順も整備され、遵守されている。
2.2.1.1	説明と同意についての方針・手順が明確である	-
2.2.1.2	セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である	-
2.2.1.3	診療情報が患者と共有されている	平成13年から外来・入院診療録の開示を始め、平成19年の電子カルテ導入後は希望者にパスワードを発行して積極的なカルテ開示に取り組まれている。また「カルテ開示の日」を設けて推進活動が行われている。
2.2.1.4	個人情報が適切に保護されている	-

■医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	入院患者、外来患者、地域住民が医療に参加しやすいように生活習慣病教室を毎日あるいは毎月開催し健康教育に力を入れている。さらに健康回復教室、健康いろは塾の開催や各種パンフレットの作成により健康管理を支援している。また、院内数か所に患者用図書を用意するなど積極的な取り組みが行われており高く評価できる。
2.2.2.1	治療効果向上および医療安全の観点から診療への患者参加が促進されている	医療安全を高めるために、ネームバンドの使用や名前を名乗ってもらうなどの患者参加を推進している。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解を	患者・家族のカンファレンスへの参加など、疾

	深めるための支援を行っている	患についての理解を深めるための取り組みを行っている。
--	----------------	----------------------------

## 2.4 医療事故への対応

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

2.4.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	事故発生時の体制、患者・家族への説明手順は具体的であり、対応職員がスムーズに対応できるように確立されている。また、原因究明・対策などは医療安全管理委員会において積極的に検討および分析・改善策の提示などが行われている。その一連の対応や具体的手順は明確であり、高く評価される。
2.4.1.1	医療事故発生時の対応手順が明確である	対応手順は明確で、職員携帯のポケットマニュアルで「事故発生時の対応」、「医療事故・労災事故フローチャート」などが定められ、各職員が直ちに行動できるように訓練や教育が十分に なされている。
2.4.1.2	患者・家族などへ説明する手順が定められている	救急時を含め具体的な手順が明確である。
2.4.1.3	原因究明と再発防止策を組織的に検討する仕組みがある	医療安全管理委員会が対応している。問題点の抽出から改善策・結果・評価に至るまで委員会が機能を発揮している。

## 2.5 医療関連感染管理

■大阪大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上）管理型臨床研修病院 更新受審

2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	医療関連感染管理について、組織的に検討する体制が極めて良く整備している。
2.5.1.1	医療関連感染管理について組織的に検討する体制が整備されている	統括医療安全管理委員会（TQC）の下に、感染対策委員会を位置付け、複数の専従専門職員による、感染制御部として組織されている。また、各部署ごとに多数のリンク医師・リンク看護師などの ICP を任命し、部署の感染管理のチェックを行うシステムが整備されている。

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上） 更新受審

2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	マニュアルの内容は詳細なものであり、隔離方法についても適切に明示されている。また、抗菌薬の院内使用状況は確実に把握されており、委員会での病棟別の検討がなされ確実な評価が行われている。
2.5.2.1	医療関連感染防止対策のマニュアルが適切に整備されている	マニュアルは感染経路別・疾患別に詳細に記載されており、職業感染対策も明確にされ、定期的な見直しも行われている。
2.5.2.2	感染経路別予防策に基づいた隔離方法の手順が確立している	感染経路別の対応や隔離方法が明示されている。
2.5.2.3	抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある	抗菌薬一覧や院内使用指針が整備されており、MRSA治療薬やカルバペネム系薬剤は届出制である。院内で使用された抗菌薬は全て把握されており、感染対策予防委員会において病棟別に検討され評価が行われている。
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	感染状況を把握し、分析・評価している。また、アウトブレイク時の対応や情報活用、院内の教育・研修も確実に行われている。四病院団体のICS養成研修修了者2名を配置し、院内20部署から各1名が感染予防リンクスタッフに選出され、部署内において感染管理実践のリーダーとして活動している。院内感染予防委員会は病院長直轄の権限を有する委員会に位置付けられて活動支援が行われるとともに、ICDを中心としたICTも専門チームとして活動していることは高く評価される。
2.5.3.1	自院の医療関連感染に関する情報を把握・分析・評価し活用している	-
2.5.3.2	院内におけるアウトブレイクへの対応手順が適切に整備されている	アウトブレイクの基準・手順は明確に定められ、発生時には迅速に委員会やリンクスタッフが活動する仕組みである。
2.5.3.3	医療関連感染に必要な院外か	病院の内外の情報は収集され、重要な内容につ

	らの情報が活用されている	いては院内 LAN や ICT トピックスで迅速に提供する仕組みである。また、院内 LAN での重要事項は閲覧したか否かがすぐに分かるようになっている。
2.5.3.4	職員に対して医療関連感染管理についての教育活動が行われている	全職員対象の教育・研修は年 2 回、部門別でも年 1~2 回行われている。さらに新入職員や中途採用職員の研修でも感染教育が行われており、不参加者についてはリンクスタッフによる伝達講習が行われ参加記録も残されている。また、同一テーマを数年にわたり行うことで一層の充実が図られている。

### 第3領域 療養環境と患者サービス

#### 3.2 相談機能および患者・家族の意見の尊重

##### ■医療法人卯の会 新垣病院

##### ■精神病院（200-399床） 協力型臨床研修病院 新規受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	患者・家族への相談体制とその機能は極めて優れている。地域医療相談室には PSW、臨床心理士、看護師を多数配置し、外来や精神科訪問看護を含めた高機能・多面的な機能を有している。入院や在宅医療、精神保健福祉とも密度の高い連携を発揮し、精神科救急病棟を維持する礎となっている。精神障害者の支援に向けた模範的取り組みと評価する。
3.2.1.1	患者・家族の相談に応じる体制が整備されている	-
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	-

##### ■医療法人崇徳会 長岡西病院

##### ■一般+療養病院（200-499床） 更新受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	専従の社会福祉士と精神保健福祉士を配置した体制が十分に機能し、患者・家族からの多様な相談に応じている。各病棟には専従の担当者を配置し、入院患者全員を受け持ち制とし、対応している。全患者の相談は毎月の予定表に組み込まれ、患者本人にも確認できる仕組みになっている。また、心理的・精神的な相談については専任の臨床心理士が配置され、カウンセリング体制も整備されており高く評価できる。
3.2.1.1	患者・家族の相談に応じる体制が整備されている	入院案内には相談に関する案内が分かりやすく掲載され、全入院患者に説明がなされている。専従の社会福祉士と精神保健福祉士を配置した体制が整備され、患者・家族からの多様な相談に応じている。また、相談については全患者を対象に担当者が病棟ごとに配置され、毎月の予定表に組み込まれ、患者本人も確認できる仕組みになっている。プライバシーの配慮も適切で、

		専用の相談室は各病棟に設置されている。
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	医療費・社会資源や療養に関する相談には社会福祉士および精神保健福祉士が適切に応じている。外来および各病棟には専従の担当者が配置されているので、院内スタッフや院外機関との調整および連携なども適切に図られている。また、心理的・精神的な相談については臨床心理士が配置されており、通常の相談以外にカウンセリングやメンタルヘルスなどの教室を開催するなど、相談機能は極めて充実している。

■財団法人操風会 岡山旭東病院

■一般病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	患者・家族の意見や苦情に対する対応は意見箱の設置とその対応、あるいは外来における「患者応対室」活動など、積極的かつ、きめ細かに行われているばかりでなく、アドボカシー室の設置に見られるように患者の権利擁護の視点から意見や苦情を取り上げ、対策に取り組んでいることは特筆すべきことである。また、さらなる組織的対応を強めるため、トップ幹部主導で、そのあり方を検討している。これらの苦情・意見への対応の視点および多様な対応策の実施は極めて高く評価できる。
3.2.2.1	意見や苦情を聞くための手段があり、適切に機能している	意見箱が8ヶ所に設置され、意見は「患者さまの声業務規程」によって組織的に解決が図られている。外来でのクレームなどへの即時的対応のため、医事職員を中心に「患者様応対室」が編成されて活動を行っている。また、患者の権利擁護の視点から、ソーシャルワーカーが担当する「アドボカシー室」が設置され、より基本的な患者クレーム等の問題解決と対応に取り組んでいる。さらには、より全病院的・組織的対応を強化することを目的に院長を中心にクレーム対応の在り方に関するワークアウトが今年度5回開催された。

3.2.2.2	患者の満足度調査が定期的に行われている	外来患者の満足度調査は年2回、入院患者の満足度調査は各退院時に実施している。
---------	---------------------	--

### 3.5 快適な療養環境

■財団法人操風会 岡山旭東病院

■一般病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	療養生活に適切なスペースが提供され、病室の空調・採光に配慮され、リネン庫等各部署は整理整頓されており、適切である。患者のいやしの環境重視の考えがさまざまな取り組みに徹底されており、専門アートセラピストの関与による作品展の開催を含む、絵画・写真および生け花の常時展示と整備されたホールでの年数十回におよぶ患者向けコンサートの開催、ガーデナーによる庭園の整備等、それらの取り組みは特筆すべきものがあり、極めて高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	-
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	-
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	-
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内各所に常時絵画や写真が展示され、絵画等の作品展は平成21年度で9回行われている。その絵画の維持管理はアートセラピストが担当している。各種のコンサートは今年度で41回実施もしくは予定されている。屋上庭園は患者の憩いの場とされ、庭園整備はガーデナーが担当し、また、園芸教室も開催されている。職員の華道部が担当して、生け花が各所に常時飾られている。

■医療法人社団誠馨会 総泉病院

■療養病院（200-399床） 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	療養環境を快適なものとする取り組みとして、患者に親しみのある昭和初期を回想させる「思い出ミュージアム」、病棟からストレッチャーのまま出入りできる「清馨園」での森林療法やアニメ
-------	----------------	---

		ルセラピー、紙芝居、アロマセラピーなど、病院内で癒しと懐かしの環境づくりを行っており、メディアの取材や国内外の関連業界・団体の見学を受けるなど他に例を見ない大変優れた先駆的な取り組みとして、極めて高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	以前8人室などがあった病院であるが、現在ではそのスペースが最大4人室として活用されているため1床当たりの面積が広く、その他各病棟ごとにデイルームや談話コーナーが確保されている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	空調や採光も穏やかに設定しており、静寂が確保されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	病院全体がスペースに余裕があり、病棟ごとの収納も確保されているため廊下などに不要な障害物などが置かれることはない。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内には数多くの水槽や植物、絵画などのインテリアが置かれ、季節ごとのイベントが行われるなど癒しの環境づくりに配慮されている。それにもまして、昭和の街並みを再現した「思い出ミュージアム」や森林療法を目的とした「清馨園」（院内庭園）の整備、ヒーリングルームの設置やアロマセラピーの導入など、細部にわたり癒しの環境が追求されている。

■社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院

■一般（100床-199床）協力型臨床研修病院 更新受審

3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	トイレおよび浴室には適切な配慮がなされており、脳血管疾患後遺症患者のためのリハビリテーションを兼ねた専用トイレが設置されている点は非常に高く評価できる。
3.5.2.1	トイレについての施設的な配慮がなされている	職員の発案による、左片麻痺患者用と右片麻痺患者用それぞれのリハビリテーションを兼ねたトイレが設置されている。
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮がなされている	-

## 第4領域 医療提供の組織と運営

### 4.1 診療部門

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	病院の内外の勉強会に参加し、参加報告や評価が適切に行われている。その他の診療業務とも併せて能力評価が行われ、そのフィードバックも行われていることは高く評価される。また、医師の業務、それぞれの病棟、外来業務は診療指針マニュアルに明文化され、まとめられている。
4.1.2.1	医師の能力開発に努めている	医師は原則として年1回の学会出張、研修会費用は病院負担となっている他、規定以外でも必要な場合は認められている。学会参加後は全て報告書の提出義務が課せられている。また、カンファレンスや研究会で職員にフィードバックされている。
4.1.2.2	医師の診療業務実施上の課題が検討され、改善が図られている	毎月行われる医局会・内科診療会議・薬事審議会や毎週行われる医局連絡会・精神科診療会議・認知症診療会議で、診療上の問題について協議し、連絡・調整することが継続的に行われている。

### 4.2 看護部門

■大阪医科大学附属病院

■一般病院（500床以上）単独型臨床研修病院 更新受審

4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	ラダーを基本システムとして活用している。特徴はレベルごとの評価指標が明確であることと、研修後の実践報告も行われ、研修がケアの実践に直結しており、患者に視点を置いた内容である。さらに、レベルごとに実施したことが手順・基準の見直しにも活用され、職員自身、実践したことがマニュアル化されることでさらにモチベートされるシステムである。研修内容も職員の声を反映しており、計画の時点で対象観・教育観・教材観にも配慮されている。他の
-------	--------------------------	---

		模範として活用されたい体制であり高く評価したい。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	本人の希望は優先されるが、自己の能力を知る教育計画が立案されている。研修受講後には学び得たことを実践し自己・他者評価するシステムであり、評価基準も明確で評価者の基準や公平性にも配慮している。感染症認定看護師は現状では不在であるが、希望する職員は資格取得を目指して努力中であり、感染看護の認定資格を取得した職員の入職予定がある。また、感染対策委員の看護師は他の感染対策勉強会には積極的に参加している。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	一定の能力水準を設け、教育のラダー計画があり実施している。ラダーには特殊なコースも設けられ、例えば、役割変更を見据えた臨床指導者コースは、臨床指導者として学生のみならずスタッフに対する教育姿勢や知識水準が明記され評価方法も明確に表記され、自己・他者評価され役割に応じた能力を得る体制である。院内研修にも参加しやすよう研修日を設定して実施し、勤務への配慮もなされている。

■ 社会医療法人社団カレスサッポロ 北光記念病院

■ 一般病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	独自に開発されたキャリアラダーに沿って行われており、ラダーレベル評価基準やラダー教育プログラムも整備されている。個々の職員は、目標管理ともリンクさせて能力開発に取り組み、成長過程は個人ファイルに綴じられ（ポートフォリオとして）活用されており、極めて優れている。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	平成15年度より、ラダーステージ評価およびコンピテンシー評価と循環器専門教育チェックリストを組み合わせた評価システムが整備、運用されており、評価基準も具体的で評価者および対象者に分かりやすい内容となっている。評価

		は、自己・ペアナース・上司により行われ、進級時には認定証が発行されるなど、客観的で成長への動機づけを重視した仕組みとなっている。評価結果は、進級、役割変更、昇格などに活用されている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	院内教育については新人オリエンテーション教育、ステップアップ教育、既卒・中途採用者教育、循環器教育、トピックス、循環器ゼミ、救急看護（BLS・ACLS）、感染・リスク管理に関する年度計画が用意され、外部研修については出張規程に基づき年度計画が立てられ、それぞれ実行されている。各職員は自己のラダーステージ評価をもとに、進級を目指して自発的、積極的に取り組んでおり、実効性のある仕組みにより成果を上げている。
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	従来より、看護サービス改善のためのデータ収集・分析や看護研究が積極的に行われ、院内の看護実践に活用した事例や外部学会での発表例がそれぞれ多数あり、極めて優れている。
4.2.4.1	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行っている	褥瘡・転倒・転落などインシデントに関するデータ収集については外来から病棟へ繋ぐ一連の把握シートがあり、それをもとにデータ収集、分析が行われ、その結果を安全対策の検討に反映させている。また、人工透析室では穿刺困難な患者の穿刺ミス事例を収集・分析し、高度な技術を身につけるための独自の技術訓練教育プログラムを考案し、病棟では自己管理薬の飲み忘れに関する患者アンケートをもとに原因分析を行うなど、ほぼ全部署で何らかのデータ収集・分析に取り組んでいる。
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施され、評価されている	人工透析室では独自の穿刺技術訓練教育を実施し穿刺ミスを大幅に減少させており、病棟では個別の内服薬自己管理方法を採用し薬の飲み忘れをなくすなどセルフケアの向上に繋げており、その他にも検討結果を看護実践に活用した事例は多数認められる。一方、看護研究には毎

		年各部署で取り組み、院内学会で発表し、集録にまとめられており、その実績は外部の各学会に積極的に発表されており、平成 21 年度の実績では 31 例に上る。この取り組みには長い実績があり、他の模範となる。
--	--	---

■医療法人玄真堂 川島整形外科病院

■一般病院（100 床未満） 更新受審

4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行い、整形外科専門病院に必要な看護について、独自に「1 からわかる整形外科看護マニュアル」を出版社より発刊し、全国の看護界に貢献できる看護サービスの質改善が実施され高く評価できる。新たにパワーアップ版も出版するなど継続されている。
4.2.4.1	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行っている	-
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施され、評価されている	-

■医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院

■一般病院（200 床-499 床） 更新受審

4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	看護サービスの質を評価するため年 2 回の看護業務量調査や看護・介護サービス質評価調査等を継続して実施し、常に業務の見直しや看護サービスの質に影響する要因を明らかにしているなど、質改善への取り組みは適切であり高く評価できる。
4.2.4.1	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行っている	看護必要度や年 2 回の看護業務量調査（病棟用、外来用、手術室用）、褥瘡の院内発生率、時間外勤務調査などを行い分析している。また、看護サービスの質に影響する要因を明らかにするためグループ看護局の業務部会で検討した項目からなる看護・介護サービス質評価調査も行われている。
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施	業務量調査や時間外勤務等の分析結果を基に業

	され、評価されている	務の見直しを行うと共に看護サポート体制や時差出勤、記録方法のフォーカスチャータニングへの変更などを検討し導入している。その結果、時間外勤務は病棟、外来ともに減少しており、ワークライフバランスが推進されている。サポート体制は毎朝看護部長室に各科長が集合し、当日の業務の応援に関する協議を行っており、直接ケアにかける時間が大幅に増加することとなり、看護師のモチベーションアップにも繋がっている。
--	------------	---

#### 4.6 画像診断機能

■社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院

■一般病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.6.1	画像診断の体制が確立している	専従の画像診断医3名をはじめ、画像診断に必要な人員を配置し、「放射線科マニュアル」で業務を定めている。特に、豊富な画像診断機器の設置および整備状況やその運用など、画像診断の体制は極めて適切と評価できる。
4.6.1.1	画像診断に必要な人員が適切に配置されている	-
4.6.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	救急室や術中MRI用の機器を含め、CT4台・MRI5台を整備し、ガンマカメラも整備している。
4.6.1.3	画像診断の業務マニュアルが適切に整備されている	「放射線科マニュアル」で種々の関連業務の手順を規定している。
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	精度の高い画像診断を安全に実施するとともに、遠隔画像診断を先取りした形で画像診断システムを構築して地域の脳疾患診断の質向上に貢献するなどの取り組みは、非常に高く評価できる。
4.6.2.1	画像診断が迅速に提供されている	検査の待日数があるが担当医の診察日に検査を希望し予約するためであり、必要な患者には速やかに対応されている。
4.6.2.2	精度の高い画像診断業務が実施されている	昭和60年頃から自前で独自の双方向性の遠隔画像診断システムを構築し、広汎な地域の医療

		機関と連携している。
4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	-

■医療法人新生会 高田中央病院

■一般+療養(100-199床) 協力型臨床研修病院 更新受審

4.6.1	画像診断の体制が確立している	常勤の放射線科医が確保され、県内の大学病院や市医師会と協同して構築している遠隔画像診断システムの遠隔画像診断センターとして中心的な役割を果たしており、地域医療に多大な貢献をしていることは高く評価できる。また、保守点検マニュアルや画像診断業務マニュアルも整備されており適切である。
4.6.1.1	画像診断に必要な人員が適切に配置されている	-
4.6.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	-
4.6.1.3	画像診断の業務マニュアルが適切に整備されている	-

■富山県済生会富山病院

■一般(200-499床) 管理型臨床研修病院 更新受審

4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	放射線科医の自宅に PACS の端末が設置され、夜間や休日の緊急時にも放射線科医が読影できる体制が整備されており、現状での人材不足を補いつつ、より精度の高い放射線診断を提供する体制・機能を整えていることは極めて高く評価できる。一部の読影が撮影後 24 時間を超えることがあるが、近く放射線科医が増員されることが決まっており、よりレベルの高い画像診断の実施が図られる予定である。
4.6.2.1	画像診断が迅速に提供されている	-
4.6.2.2	精度の高い画像診断業務が実施されている	-

4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	-
---------	-------------------	---

■兵庫医科大学病院

■一般(500床以上) 管理型臨床研修病院 更新受審

4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	放射線科医による画像診断が24時間提供できる体制になっており、急性脳梗塞患者に対して血栓溶解療法(t-PA)が適切に行える状態にある。また、IVR治療が極めて活発に行われており、放射線科医が入院患者の主治医となり、肝癌などの治療が行われている。これらの内容は、我が国の他の病院における放射線科の模範として高く評価したい。
4.6.2.1	画像診断が迅速に提供されている	外来患者のCT、MRIなどの画像検査は、希望すれば1時間以内に所見が得られる。また、放射線科医が当直体制となっているため、救急患者など24時間の画像診断のニーズに対応している。
4.6.2.2	精度の高い画像診断業務が実施されている	全てのCT、MRI、PETなどの画像診断は、ダブルチェックあるいはトリプルチェックされており、一般撮影も主治医が依頼すれば放射線科医による診断が行われる。また、放射線科病床入院により、放射線科医が主治医となって、積極的に肝癌などの肝動脈化学塞栓術、カテーテル治療など最先端のIVR治療に、全ての診療科と密接な連携をとりながら携わっている。
4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	RI検査後の廃棄物処理は適切である。また、血管造影部では救急カートを常備し、患者の急変時の対応もできるようになっている。

■医療法人至仁会 圏央所沢病院

■一般病院(100-199床) 更新受審

4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	部内で実施している実力テストによる能力向上に向けた努力は高く評価される。
4.6.3.1	画像診断に関わる職員の能力開発に努めている	病院の内外の研修会に参加し、レポートが提出され伝達講習も行われ、業務改善に活用されて

		いる。科内で作成された問題の他、6 か月に 1 度は放射線科医により出題された実力テストを継続的に実施するなど、能力開発に向けた努力が行われている。
4.6.3.2	画像診断機能の質改善を推進している	テクニカルレポートや症例集などを作成し、課題の提出と評価を実施している。

#### 4.8 輸血・血液管理機能

■自治医科大学附属病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	輸血用血液製剤の管理は、医師 5 名（内輸血認定医 2 名）と 9 名の検査技師（8 名が認定輸血検査技師）、看護師 3 名（内学会認定自己血輸血看護師 1 名）を擁する輸血・細胞移植部として独立した組織体制で行われており、機能に見合った施設・設備・機器も高い精度で整備・管理されている。輸血業務に関する基準・手順も輸血検査マニュアルとして整備されており、I&A の認定を受けるなど、極めてハイレベルでの体制が確立されているものと評価される。
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	-
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	血液製剤保管業務マニュアル、自己血マニュアルに基づいて感染性自己血を含む全ての血液製剤が適切に保管・管理されており、大量出血・危機的出血にも即応できる血液管理が行われている。自記温度記録計付き保冷库・冷凍庫の温度管理も集中警報システム・自家発電電源に接続されている。さらに、毎日 2 回の目視による点検も行われている。手術室に設置されている保冷库についても輸血・細胞移植部の技師が適切に管理している。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	輸血検査の実施手順としては輸血検査マニュアルが整備されており、血液型、不規則抗体スクリーニング、抗 D 人免疫グロブリンテスト等の実施手順が詳細に明文化されている。

4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	輸血用血液製剤の保管と管理は、部門システムにより有効期限や在庫が正確に把握されており、照射システム画面も参照できる。また、血液製剤の供給は出庫手順に沿って円滑に行われており、使用された血液のロット番号も病歴システム・部門システムで参照できるようになっている。機能は特段に優れているものと評価される。
4.8.2.1	輸血用血液の管理と供給が適切に行われている	危機的出血対応マニュアルも整備されており、大量出血・危機的出血にもタイムリーに対応可能である。
4.8.2.2	輸血・血液管理が安全に実施されている	輸血検査マニュアルに基づいて不規則抗体スクリーニング、交差適合試験が血液型検査で採血された血液とは別の血液でダブルチェックされている。
4.8.3	輸血・血液管理機能の質改善に取り組んでいる	院内・外の学会研修会への参加は奨励されており、参加実績も極めて多い。血液製剤の適正使用に関する取り組みは極めて精力的に行われており、地域の特性を考慮した大量・危機的出血に備えた備蓄の中で廃棄率を 0.85%に抑えることができている。輸血・血液製剤の適正使用への取り組みは、他施設の模範となるものであると評価された。
4.8.3.1	輸血・血液管理に関わる職員の能力開発に努めている	認定輸血検査技師の育成は特筆される。
4.8.3.2	輸血・血液管理機能の質改善を推進している	輸血療法委員会において、血液製剤の適正使用が推進されている。その取り組みは、輸血・細胞移植部から出庫する血液製剤単数を RCC3 単位、FFP5 単位に制限し、手術時における Type&Screen 法、最大手術準備量 MSBOS を導入している。さらに、輸血製剤をオーダーする際に、電子カルテのオーダーリングシステムの画面に直近の検査データと血液製剤使用指針の画面を表示し、主治医がこの画面を確認してオーダーする仕組みとなっている。

■小牧市民病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.8.3	輸血・血液管理機能の質改善に取り組んでいる	スキルアップのために輸血教育プログラムが用意され、院内輸血研修会も実施されている他、学会発表も積極的に行われている。また、I&A（Inspection and Accreditation）という輸血部門の機能評価を全国で初めて取得し、その後認証を更新するなどして業務改善に努めており、その取り組みは極めて適切で、高く評価できる。
4.8.3.1	輸血・血液管理に関わる職員の能力開発に努めている	-
4.8.3.2	輸血・血液管理機能の質改善を推進している	輸血業務の管理と安全性の確保に特に努力されており、日本輸血細胞治療学会のI&Aの第1回の認証を受けている。

4.9 手術・麻酔機能

■医療法人社団唱和会 明野中央病院

■一般病院（100床未満） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	手術室入退室基準、患者誤認防止マニュアル、麻酔覚醒時の安全確保手順、患者搬送マニュアル、ガーゼカウント・器械カウントマニュアル、手術室での事故防止マニュアル、感染対策マニュアル、周術期感染防止マニュアル、手術室における感染症患者の注意事項と術後清掃マニュアルなどが定められている。手術・麻酔はこれら手順に沿って安全に実施されている。
4.9.2.1	手術・麻酔業務が円滑に実施されている	-
4.9.2.2	手術・麻酔業務が適切に実施されている	-
4.9.2.3	手術・麻酔業務が安全に行われている	-

■鳥取県立中央病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取	限られた看護師数であるが、手術室の看護師に
-------	---------------	-----------------------

	り組んでいる	よるプライマリーナーシングが行われ、術前、術中、術後と同一の看護師が病室に出向いて患者対応を行っており、患者の安心感は極めて大きい。この制度は病棟看護師の負担軽減という面からも高く評価される。
4.9.3.1	手術・麻酔に関わる職員の能力開発に努めている	-
4.9.3.2	手術・麻酔機能の質改善を推進している	手術室看護師にプライマリーナースを設定している。術前に特定の看護師の訪問から始まり、手術当日の病室への患者の出迎え（迎え入室）から、手術が長くなる場合には家族に手術の状況を報告し（術中訪問）、手術が終わったら患者を病室まで送り届ける（送り退室）、これらをすべて同一の看護師が行っている。さらに、術後の訪問も同じ看護師が行うことにより、患者に安心感を与えている。

#### 4.10 洗浄・滅菌業務

■旭川赤十字病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	中央滅菌材料部門は全面委託されているが、管理責任体制は明確で、設備・機器・薬品管理も整備され、適切に管理されている。特に、洗浄・滅菌業務においては、器材の受け入れから払い出しまでのすべての工程における基準・手順が徹底され、確実に実践されている。また、2級滅菌技師を取得するなど、働く職員の専門職意識も高く、総合的に極めて高い水準の体制にある。
4.10.1.1	洗浄・滅菌業務に必要な人員が適切に配置されている	委託職員により多くの手術の対応と院内の器材の滅菌業務が適切に実施されている。委託職員の責任者は元職員の看護師長経験者であり、病院看護管理者とのスムーズな連携が取られている。
4.10.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に	中央材料滅菌室は、前室を含め4室から構成され、十分な広さの部屋で、清潔・不潔ゾーンが

	管理されている	全く交差することなく機能している。各種滅菌装置の設備や作動の確認・検査なども適切に実施されている。
4.10.1.3	洗浄・滅菌業務の基準・手順が適切に整備されている	基準・手順はすべての業務内容が分かりやすい写真を用い詳細にファイルされ、リコール規定も明確に整備されている。
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	広々とした室内は整理整頓され、適切な在庫量が管理され、既滅菌物が明確に区分されて清潔に保管・管理されている。職員の標準防護策も徹底遵守され、針刺し事故は見られない。滅菌を保証するための、物理的・化学的・生物学的モニターは確実に実施され、また滅菌器材は紛失管理も含め適切に管理されており、極めて高く評価できる。
4.10.2.1	洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている	毎日サプライ日誌により、院内で使用されている滅菌器材の、定数と払い出し数値をデータ化し、紛失管理を適切に実施し、器材を円滑に提供している。
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	業務手順・感染管理手順に則り、職員は帽子・ゴーグル付マスク・エプロン・手袋を着用し、業務を実施している。

#### 4.11 集中治療機能

■富山県済生会富山病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	小規模体制ではあるが、専門性の高い職員により水準の高い SCU 医療が維持されている他、安全・感染面の対策も十分に講じられており、その機能は極めて優れている。
4.11.2.1	集中治療が適切に実施されている	SCU 入退室基準が運用され対象患者を明確にするとともに、看護チームによるモニターの常時観察、必要に応じ専門医の介入がある。医療機器管理については担当 ME が常に点検している。
4.11.2.2	集中治療が安全に実施されている	病院で定めた標準予防策を徹底する他、廃棄物の安全処理、針刺しの防止なども確実に行われている。

## 4.12 救急医療機能

■大阪大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	救急医療に必要な人員を配置（勤務医は交代制）し、多彩な救急関連業務を担当している。施設・設備・機器・薬品なども整備・管理し、専用の検査室や専用のCT装置の設置なども整備されている。また、救急医療の基準・手順も整備するなど、救急医療の体制は高い評価に値する。
4.12.1.1	救急医療に必要な人員が適切に配置されている	高度救命救急センターとしての救急医療の他、各種の教育、遠隔救急診療支援サービス、集団災害医療や救急災害情報システム等の業務を担当する人員を配置している。
4.12.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	救急処置室（外来）には、専用のCT装置やセンター検査室も整備している。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	センターの役割・方針、受け入れ基準・手順等を定めると共に、「救命救急症例プロトコール」で処置ごとの手順を定めている。また、介助マニュアルや手術の適応に関するマニュアルも整備している。
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	救急業務関係者への教育などを含めて、職員の能力開発に努めると共に、職員（特に医師）の負担軽減策の実施など、救急医療機能の質改善へ向けての取り組みは評価される。
4.12.3.1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	日々の申し送りカンファレンスのほか、定期的な全体カンファレンス、レントゲンカンファレンス、DNカンファレンス、グラム染色カンファレンスやリサーチカンファレンスなどを開催している。また、PSLSなどを含めた各種のトレーニングなど、教育と職員の能力開発にも努めている。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	高度救命救急センター運営部会で課題検討している。また、部内ではウツタイン様式によるCPR

		の心拍再開率の臨床指標や医師の交代制勤務の採用による、医師の負担軽減策などの実績がある。
--	--	--

■ 社会医療法人岡本病院（財団） 第二岡本総合病院

■ 一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	最近の日中のホットラインは看護師が受け、原則すべての患者を受け入れている。満床での受け入れ不能は年1~2日程度であり、他の受け入れ不能例はその都度妥当性が検証されている。重症でも同時に3例まで受け入れられるよう準備がなされており、そのためのトリアージ看護師も導入している。CPAOAも年間70件ほど搬入され、心拍再開率は20%程度に達するなど、救急医療機能の発揮は極めて高く評価される。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	-
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	-
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	救急に関わる職員への教育、特にACLS研修は年間数回開催されているが、1回につき看護師が6人、現在は12人ずつ計画的に訓練に参加し、次に検査科職員を対象に実施することとしている。病院職員の意識も高く、地域完結型の医療を目指す方針を掲げており、院内各診療科の協力体制も整えられている。また、地域の医療機関や救急隊との連携も図られており、ドクターカーへの同乗要請には当番医師と担当看護師、研修医で対応するよう体制が作られており、質改善に向けたこれまでの取り組み実績は極めて高く評価される。
4.12.3.1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	-
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	-

■埼玉医科大学国際医療センター

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 新規受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	救急隊とよく連携し、5種のホットラインを運用して心血管障害や脳卒中を含めた多数の高度な救命救急医療を極めて適切に実施している。また、薬剤師が救命救急部署内のサテライトファーマシーで24時間対応し、ハイリスク薬を含めた多数の薬剤を安全に提供している。さらに、受け入れ困難な状況でもすべての症例の受け入れに努めるなど、地域の救命救急センターとしての役割を十分に果している。他の病院の模範となる高いレベルの救命救急医療が行われている。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	昨年度の実績は、脳血管障害 777 例、心血管緊急症 577 例を含むほとんどが二次救急以上で、2771 例であった。心血管系や脳卒中系など緊急を要する重症疾患に関しては救急隊と 5 種のホットラインを運用させている。救急隊への対応はすべて救急専門医である。また、一次から三次までのすべての患者に対応し、救急救命 ICU・HCU や救命救急病棟の病床を調整しながら 100% の患者を受け入れ、受け入れ不能例はない。また、超緊急の場合には開頭手術や開胸心マッサージなども行い、高度で最先端の救急医療を実施している。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	薬剤師が 24 時間常駐し、緊急時に使用するハイリスク薬などの管理をしている。また、適切な感染対策が行われている。緊急治療に用いる診療材料は、用途に合わせて多種類がピッキングされ消毒して用意されている。

■大阪府三島救命救急センター

■一般病院（100床未満） 協力型臨床研修病院 新規受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	高度の専門家集団を常に配置し、24時間体制で救急患者の受入れ時点から、高度専門救急医療を提供する体制が構築されていることは高く評
--------	-------------------	--

		価できる。救命率のみでなく社会復帰率が高いことでも外部から高い評価を得ている。また、受け入れ手順は遵守され、精神科の患者が来院したときは、近隣大学の精神科と連携している。受け入れ不能事例も十分検討されているなど、救急医療機能は極めて高いレベルで発揮されている。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	-
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	感染管理手順も徹底され、陰圧室 2 室で管理している。

■医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	「防ぎ得た外傷死の減少」をテーマに、初期研修で救急コースを開設し、後期研修コースは救急科専門医を目指す 3 年のカリキュラムすなわち ICU 研修を必須とする日本型救急センター構想のもとに職員研修に精力的に取り組んでいる。DMAT の 2 チーム登録、ドクターヘリの運用、フライトナースの養成なども見受けられ、あわせて救命救急士の薬剤投与の実習の受け入れなど高く評価できる。
4.12.3.1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	全員が ACLS を習得し、JATEC への年 1 回の参加、救急医学会、日本外傷学会、日本救急医学会、日本移植学会などへの積極的参加が見受けられる。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	日本外傷学会の外傷登録制度、ウブスタイン登録への参加が見受けられ、全ての入院患者の重症度別 18 分類がデータ入力されており、救急医療に関わる諸問題は月 1 回開催される救急運営委員会で検討されている。
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	平成 22 年（5 月末時点）で脳死下臓器摘出 1 例（心臓、肺×2、肝臓、腎臓、小腸、両眼球）、心停止下臓器摘出 2 例（両眼球と心臓弁）の実績は、院内各部署の卓越した連携、シミュレーシ

		ヨンの徹底など貴院の総合力の結集でもあり高く評価できる。
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	「献腎のための院内体制の整備」、「ドナーカード保持者に対する方針と対応手順」、「北海道・臓器移植提供マニュアル」など各種手順が整備され、入院患者に任意でドナーカード保持の有無などを設問している状況も確認され、移植コーディネーターとの連携も見受けられる。
4.12.4.2	【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	「脳死判定後、心臓死に至るまでの臓器提供に関わる諸手続きの確認について（2001年作成）」、そして脳死移植倫理委員会が発足し、「手稲溪仁会病院における脳死下臓器摘出に関するマニュアル（平成16年作成、以後3回改定）」も整備されている。

#### 4.14 リハビリテーション機能

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上） 更新受審

4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	患者の状態に応じて身体リハビリテーションや作業療法が適切に提供されており、またリハビリテーションの連続性を保つための積極的な取り組みがなされている。精神科作業療法は多彩なプログラムで、患者のノーマライゼーションへの積極的な取り組みが行われていることは他の模範となる。
4.14.2.1	リハビリテーションが円滑に実施されている	患者の状態に応じて身体リハビリテーションや作業療法が提供されており、目標設定・評価やカンファレンスが確実に行われている。特に、身体リハビリテーションは4連休時には必ず1日のリハビリテーションを供給し、あるいは連続性を維持するために病棟スタッフへのリハビリテーション指導を行うなどの積極的な取り組みが行われている。また、精神科作業療法では陶芸療法・芸術療法やP'sプロジェクトなどの多彩なプログラムと取り組みが行われ、患者の様々な状態に対応すべく作業療法が積極的に行

		われている。
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	中止基準やリスク評価が行われている。また、病棟担当の療法士が決められ病棟との情報共有も確実にされている。急変時には隣接病棟のカート使用やハリーコールの使用などで対応している。

■医療法人盈進会 岸和田盈進会病院

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	独自の能力評価の仕組みが整備され、能力開発に活用されている。また、学会発表や論文作成も積極的に行われており、リハビリテーション部門の年報が作成されているなど、その取り組みは極めて高く評価できる。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	院内外の勉強会や学会などに積極的に参加して、業務の改善を図っている。また、個別の能力評価は、一般職員用の他に部門独自の能力評価を定期的に行っており、能力に応じた教育が行われている。
4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	課題が検討されており、改善計画が立てられている。改善事例も確認できる。

■医療法人慈光会 甲府城南病院

■一般+療養病院（200-499床） 更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	卒後1年目から5年目までの詳細な卒後教育計画があり実行されている。また、毎週の症例検討会を始め院内外の研修会への出席も活発である。職員の能力評価も確実にされており、あわせて業務の改善についてはリハビリテーション科内の業務改善会議で検討し、実施に移されている。こうした総合的な活動実態は他施設の模範となるものと評価できる。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	-
4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	-

■JA 静岡厚生連 リハビリテーション中伊豆温泉病院

■一般+療養病院（200-499床） 更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	リハビリテーション関連の各療法士に対する教育システムが充実しており、他の病院の模範となる極めて高いレベルにある。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	リハビリテーション科内の教育システムとして教育部、研修部を有し、教育部は実習学生指導・新人教育、研修部は卒後教育、研修、研究指導等を担当している。毎月、各療法士別の勉強会を実施し、年間34回の学会、研究会に参加し、平成21年は6題の演題発表も行っている。貴院で育った療法士は広く県内、県外に就職し、療法士の教育・育成の拠点施設となっている。また、人事考課を利用した能力開発・評価にも努めている。
4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	リハビリテーション機能の拡大のために健康運動指導士を採用・育成し、パワーリハビリテーションを実践し、太極拳やリズム体操を導入している。患者の離床拡大目的で作業療法士による病棟レクリエーションも実施している。

■神奈川リハビリテーション病院

■一般病院（200-499床） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	職員は院内外の学会・研修会に積極的に参加し、業務に役立てている。リハビリテーション専門病院として全国から研修者を受け入れるなど、教育・研修には極めて積極的に取り組んでおり、これらは他の病院の模範となるものであり評価できる。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	専門職向けに脊髄損傷に関するリハビリの知識・技術をまとめた書籍を出版している。また、院長を中心にまとめた「変形性股関節症のリハビリテーション」や看護関係のマニュアルなど数多くの教育・研修用の書籍が出版されている。

4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	-
----------	------------------------	---

#### 4.20 臨床研修機能

■医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.20.1	臨床研修体制が確立している	研修管理委員会は規程が整備され、運営小委員会が毎月開催されている。手稲溪仁会病院初期研修教育要綱と方針マニュアルが作成され、運用されている。各学年20名で3年間研修という独自の体制が敷かれている。全国各地から研修希望者が集まってくる。常勤の外国人医師を含む多くの指導医がいて指導に当たっている。また研修管理センターが設置され専属事務員も配置され、適切に運営されていて他病院の模範となる体制が確立している。
4.20.1.1	臨床研修に必要な人員が確保されている	研修センターが整備され、臨床研修指導医は46名である。
4.20.1.2	研修管理委員会が設置されている	-
4.20.1.3	臨床研修に必要な施設・設備、機材が整備されている	各種シミュレーターやビデオなどが整備され、研修医室内には机やロッカーなどが配置されている。専用の当直室も整備されている。
4.20.1.4	研修プログラムが確立している	-
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	研修医の活動記録が整理保存されている。募集や研修修了は研修管理委員会で検討され実施されている。臨床研修開始時に研修医には単独で行ってはいけない行為などの講習が行われている。電子カルテ上でも上級医のチェック体制が適切に行われている。毎日病棟で早朝カンファレンスと回診が行われるだけでなく、毎日のように英語使用による研修医向けカンファレンスも開催されている。米国ピッツバーグ大学と提携した教育活動があり、希望者で適格者は米国での研修が行われている。

4.20.2.1	研修プログラムが学習プロセスに沿って実施されている	-
4.20.2.2	研修医の指導が適切に実施されている	-
4.20.2.3	研修医の採用・修了手続きが適切に行われている	-

■大阪医科大学附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.20.1	臨床研修体制が確立している	単に初期臨床研修だけでなく、キャリア形成支援委員会および運営委員会が設置され、学生から初期研修、専門医研修まで個々に応じた研修が行えるような支援体制があり、他の施設の模範となるような体制が構築されている。
4.20.1.1	臨床研修に必要な人員が確保されている	臨床研修センターが設置され、専属事務員が配置され、運営されている。
4.20.1.2	研修管理委員会が設置されている	研修管理委員会は規程が整備され、年2回開催されている。100名以上の指導医がおり指導に当たっている。
4.20.1.3	臨床研修に必要な施設・設備、機材が整備されている	病院内に卒後臨床研修センターが設置され、研修医室やロッカー、当直室が整備されている。メディカルサポートセンター内には、シミュレーター・ラボが設置され多くの機器で研修が行われ臨床技術の向上が図られている。
4.20.1.4	研修プログラムが確立している	ER研修やサタデーセミナーなど研修プログラムが整備されている。

■自治医科大学附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.20.1	臨床研修体制が確立している	研修管理委員会の開催や研修プログラムおよび指導医数は適切である。教育用機材は特に充実しており高く評価できる。
4.20.1.1	臨床研修に必要な人員が確保されている	教育研修責任者は副院長が担当している。指導医研修修了者、学会認定医あるいは専門医が指導医となり、卒後臨床研修センターが事務を担当している。看護師、薬剤師、診療放射線技師、

		臨床検査士、療法士、栄養士の指導者も明確に定められている。
4.20.1.2	研修管理委員会が設置されている	指導医、指導者も含めた適切な構成員に基づく研修管理委員会は副院長が委員長であり、毎月第3木曜日に開催されて議事録も整備されている。
4.20.1.3	臨床研修に必要な施設・設備、機材が整備されている	充実したシミュレーションセンターが設置され、シミュレーターなど医学教育用機材は、極めて高いレベルで整備されている。また、院外の研修医にも開放されている。
4.20.1.4	研修プログラムが確立している	一般的な研修プログラムの他に産婦人科あるいは小児科を重点に研修できるプログラムも選択できる。

■ 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会吹田病院

■ 一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	研修プログラムの双方向評価がなされ、研修医のニーズに沿った対応がきめ細かく実施されるなど、模範的な取り組みがなされており、高く評価できる。
4.20.3.1	研修プログラムが評価されている	研修医全員からのニーズの掘り起こしを行う研修医会議が設けられ、委員会で検討されている。
4.20.3.2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	-

## 第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

### 5.4 ケアの実施（各論の流れ）

#### ■旭川赤十字病院

#### ■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	NSTの活動を含めて、個々の患者のニーズに対する栄養管理・食事指導が適切に実施されている。特にF病棟では、STを中心に摂食嚥下機能訓練が積極的に実施され、看護師による口腔ケアの徹底で、誤嚥性肺炎の発生をゼロに抑えている。さらに病棟担当管理栄養士との連携で、神経難病の患者が経管栄養摂取から経口摂取に移行できるよう積極的な支援により、自立摂取できた実績を持ち、特に高く評価できる。
5.4.5.1	栄養管理計画が適切に立案され、実施されている	全患者の栄養状態が評価され、栄養管理計画書が立案されている。
5.4.5.2	食事摂取の支援や介助が適切に行われている	神経難病の患者の経管栄養から経口摂取への移行に向けて、摂食嚥下機能訓練を実施し、口腔ケアは1日4回徹底され、誤嚥性肺炎の発生は年間ゼロである。また、患者の状態に合わせた食事形態を工夫し「嚥下導入期食」から「嚥下安定期食」そして「全粥・五分菜キザミ食」に至るまで、食事摂取の支援が積極的に実施され、現在入院中の患者2名が経口摂取への移行に成功している。

#### ■埼玉医科大学国際医療センター

#### ■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 新規受審

5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	専門医による関与のもと、リハビリテーションが安全かつ確実に実施されている。リハビリのニーズは、すべての入院患者を対象に入院直後から検討され、必要に応じて理学療法士が超早期からリハビリテーションを実施している。このような入院患者に対するリハビリテーションへの取り組みは非常に高く評価され、他の病院の模範となる。
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てら	リハビリテーションの必要性は主治医・担当医

	れている	が判断し、リハビリテーション専門医が計画を作成している。救急部門などでは入院直後から超早期のリハビリテーションが行われている。嚥下障害の評価は、必要に応じてリハビリテーション専門医がVFを施行している。
5.4.7.2	リハビリテーションについて十分な説明が行われ、同意が得られている	リハビリテーション専門医が作成したリハビリテーション実施計画書を用いて患者に説明を行い、同意を得ている。各担当療法士も個別の説明を加えている。
5.4.7.3	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	超早期から理学療法士が各病棟で看護師と連携してリハビリテーションを積極的に行っている。実施した各リハビリテーションの記録は診療録で確認できる。嚥下訓練は言語聴覚士が担当している。リハビリテーションは、移動・歩行動作など、理学療法士が関与し、ADLの自立に向けて実施している。

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	A病棟は他の模範となる。B・C病棟では身体抑制「ゼロ宣言」の取り組みにより、事例発生が回避されているのでNAとする。
5.4.8.1	安全確保のための身体抑制の必要性が適切に評価されている	院内では身体抑制を行わない基本方針があり、医療行為上止むを得ない場合のみの抑制が生じることがある。しかし、その場合でも医師により評価・指示がなされている。さらに、身体拘束廃止委員会による客観的な評価が行われ、早期の解除を目指している。
5.4.8.2	身体抑制を実施する際は、十分な説明が行われ、同意が得られている	身体抑制に関する同意書があり、説明・同意を経て実施されている。
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	必要時の基準・手順が整備され安全に実施されている。

■独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター

■一般病院（200-499床） 単独型臨床研修病院 新規受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	地域連携室看護師が中心となり退院療養支援計画が実施されている。退院、転院の説明と同意が記録されている。特に F 病棟では自宅への退院 61%・施設へ 25%と極めて高率であり、退院前カンファレンスが行政や福祉社業者・地域の訪問看護師・地域の医師等含めての積極的に行われ、患者や家族が安心して退院出来るよう支援されており、高く評価できる。
5.4.9.1	退院について適切な評価が行われ、療養継続計画が立てられている	主治医、担当看護師、管理栄養士、療法士、薬剤師、かかりつけ医等関係者が療養の継続性について家族とともに検討している。F 病棟は在宅療養移行率 86%と高率である。
5.4.9.2	退院・転院について十分な説明が行われ、同意が得られている	-
5.4.9.3	療養継続の連携先に必要な情報が提供されている	-

## 第6領域 病院運営管理の合理性

### 6.1 人事・労務管理

■岡山済生会総合病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	医師を含めた人事考課が10年以上前から実施されており、人事考課基準は個々人の能力育成を基本として作成されている。また、評価者への逆評価のシステムも導入され、昇進・昇格・賞与配分に反映され本人の資質・意欲の向上に役立っており、人材育成型の人事考課システムとして高く評価出来る。
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	-
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	-

### 6.2 財務・経営管理

■医療法人沖繩徳洲会 中部徳洲会病院

■一般病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院 更新受審

6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	昼間は担当看護師長、夜間および休日等は管理当直看護師長が、院長の命を受け全責任を持って病床管理に当たっている。師長が病棟を巡回し把握した空床については、各部署のモニター画面で確認でき、入院が必要な診療科は、即入院させることが可能なシステムとなっている。ほぼ100%近い病床利用率を維持しており、病床管理は極めて適切に行われている。
6.2.5.1	入院における病床利用のルールが確立しており、弾力的な病床活用が図られている	-
6.2.5.2	病床が効率的に利用されている	-

### 6.6 病院の危機管理への適切な対応

■大阪府三島救命救急センター

■一般病院（100床未満） 協力型臨床研修病院 新規受審

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	災害拠点病院として、各種マニュアルの整備、防災訓練の実施、DMAT、備蓄品などの対応体制は適切に整備されている。また、放射性物質、生物毒などによる特殊災害を想定した NBCR 災害マニュアルも整備されている。さらに、鉄道事故を想定した広域災害訓練にも参加するなど、災害発生時の対応体制は極めて高い水準で整備されている。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	-
6.6.1.2	大規模災害発生時の対応体制が整備されている	-

## 第7領域 精神科に特有な病院機能

### 7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

■医療法人北斗会 ほくとクリニック病院

■精神科病院（200床未満） 協力型臨床研修病院 更新受審

7.1.4	精神科救急に適切に対応している	貴院の位置する地域では精神科救急システムの基幹病院は準備されておらず、貴院は精神科救急水準2に位置付けられている。そのような状況下で毎日24時間の精神科救急医療を実施している。地域の精神科救急患者の10%、救急入院患者の15%を引き受けており、地域の精神科救急医療の基幹病院的な役割を果たしている。このことは現在わが国の精神科医療において先駆的役割を果たすものであり高く評価できる。
7.1.4.1	病院の役割に応じ、精神科救急医療の体制・施設が整備されている	時に非指定医（特定医師）が当直している場合があるが、指定医のバックアップ体制は確立している。
7.1.4.2	病院の役割に応じ、精神科救急医療が適切に実施されている	身体的問題以外では、病院の都合によって入院を断ることはない。

### 7.3 精神科リハビリテーションと退院支援

■医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院

■複合病院（500床以上） 更新受審

7.3.2	退院に向けての支援が適切である	専門プロジェクトチームであるP'sプロジェクトを立ち上げ、退院支援・地域生活支援について全部門で取り組み、実績を挙げている。患者・家族の意向を尊重した支援が多職種により行われ、精神科デイケア、グループホーム、就労支援施設などの併設施設を活用した包括的な支援に取り組んでいることは高く評価される。
7.3.2.1	退院に関して患者・家族の意向を尊重した支援計画を立てている	地域生活支援課のスタッフによる携帯電話での支援体制が整備されている。
7.3.2.2	退院に向けた調整が実施されている	退院に向けた多職種におけるプロジェクトが機能している。また、社会資源の積極的活用も取り入れられている。

7.3.2.3	地域生活への包括的な支援が行われている	地域医療相談室が設けられ、部門として運営されている。また、外来や他部門との連携もスムーズである。
7.3.2.4	医療観察法による通院が適切に行われている	関連マニュアルを策定し遵守している。

## 第8領域 療養病床に特有な病院機能

### 8.3 慢性期の診断・治療とケアの適切性

■医療法人社団全仁会 宇都宮中央病院

■一般+療養病院（100-199床） 更新受審

8.3.3	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	排泄機能の維持・向上については排泄機能向上プログラムを活用して積極的に取り組んでいる。なお、90代患者の自立した事例もあり、極めて高く評価できる。
8.3.3.1	排泄機能障害の原因が診断され機能の回復に努めている	泌尿器科医の関与があり、排泄機能プログラムが整備されて実績も確認できる。
8.3.3.2	排泄機能の維持・向上に努めている	排泄機能向上プログラムを実施し、自立事例も5例ある。

■医療法人（社団）健和会 健和会病院

■一般+療養病院（100-199床） 協力型臨床研修病院 更新受審

8.3.4	認知機能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	認知機能評価基準があり、客観的なスケールや物忘れ検査により評価をし、専門医の関与で原因の医学的診断が行われている。認知症患者の看護過程が記録に整理されて人格や性格を尊重したケアが提供されていることが確認でき、認知症への対応は高く評価できる。
8.3.4.1	認知症の原因が診断され、回復の可能性が検討されている	認知症の診断は改訂長谷川式簡易知能評価スケール、MMSを用いて行われている。また、神経内科専門医、脳神経外科医さらに精神科医が常勤して地域の高次脳障害拠点病院として積極的に対応している。
8.3.4.2	認知症患者との関わりを工夫し、意向を把握する努力が行われている	-

■庄内医療生活協同組合 鶴岡協立リハビリテーション病院

■療養病院（200床未満） 更新受審

8.3.4	認知機能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	認知症の程度が客観的に判定され、患者の人格や性格を尊重した個別性のあるケアが展開されている。また、院長自らが機器を作成し、問題行動・行動障害の予防や軽減につなげるなどの
-------	-----------------------------------	--

		努力は高く評価できる。
8.3.4.1	認知症の原因が診断され、回復の可能性が検討されている	最近改訂長谷川式よりも MMSE を用いて判定を行っている。
8.3.4.2	認知症患者との関わりを工夫し、意向を把握する努力が行われている	院長や総看護師長が認知症ケア専門士の資格を取得している。体内リズムを整え夜間睡眠を促すための光療法機器を院長自らが作成し、また、認知リハのレクリエーションが積極的に取り入れられている。

■医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院

■一般+療養病院（100-199床）更新受審

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	利用者の権利と意思を尊重する医療サービスという病院の基本理念と方針がそのまま実践されているケアの展開が随所に認められた。特に院長の今後の目標でもある在宅療養の推進に直結する自立支援への取り組みが、極めて積極的に行われており、高く評価できる。
8.3.6.1	患者の生活リズムの確立に努めている	患者個々の日課表を作成し、患者の自発的を高めながらリズムの確立ができるよう工夫がされている。
8.3.6.2	社会や家族との接点を保つよう配慮している	家族・ボランティアの協力を得て、季節ごとの行事を計画し、実施している。
8.3.6.3	アクティビティを高める取り組みがある	アクティビティを高める効果的な催しの一例として、園芸福祉士の協力を得て行いたいも掘り体験は、その場を病棟内に設営して実施し、患者の反応が大変良かったと報告された。

## おわりに

平成22年度に病院機能評価事業を通じて得られたデータをまとめた『病院機能評価データブック 平成22年度』を作成しました。データブックの作成は、平成19年度のデータを対象に作成したものから数えて今回で4回目となりました。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ましては、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ひ申し上げます。

平成24年 3月

公益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 22 年度

平成 24 年 3 月 2 日発行

発行者 公益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

---