

病院機能評価データブック

平成 23 年度

平成 25 年 3 月



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

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、平成23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、平成25年3月末時点で2,409病院、全病院の約28%を占めています。また、平成25年4月からは、新たな評価項目「病院機能評価 機能種別版評価項目3rdG Ver. 1.0」を用いた新しい枠組みでの審査が開始されます。

病院の皆様には、受審に際して医療提供体制の構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）を中心とした大変貴重な情報をご提出いただいております。これらの貴重なデータを病院・国民の皆様へ還元することにより、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23年度に評価項目体系ver. 6.0で訪問審査を受審された399病院のデータをまとめた『病院機能評価データブック 平成23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いです。

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25年 3月

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事・理事長 井原 哲夫

＜掲載情報について＞

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

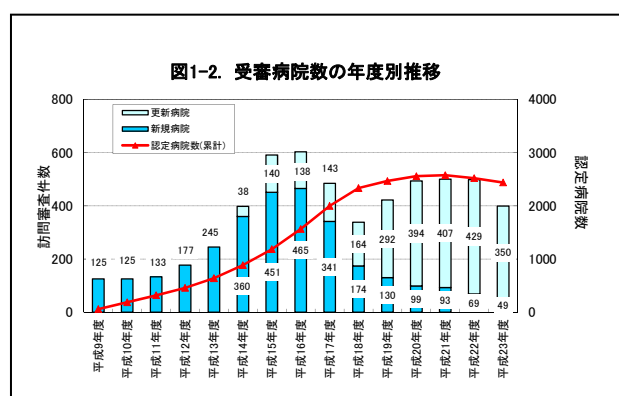
特に、病院機能評価の過程において、受審病院から訪問審査前に提出いただく現況調査票のデータにつきましては、現況調査票の記入漏れ・異常値等をチェックしていますが、原則として、受審病院に記入いただいた数値をそのまま審査に利用しています。

本データブック第2章～第16章では、平成23年度に ver. 6.0 で訪問審査を受審した 399 病院の現況調査票のデータを集計・分析した結果を示しました。また、第17章では、これら 399 病院の中間的な結果報告書または最終結果報告書における評点・評価所見を利用しました。なお、最終結果報告書における評点・評価所見については当該病院の承諾を得て掲載しています。

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9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3月31日現在の認定病院は2,437となりました（p.19、図1-2）。この数字は日本の全病院の3割弱にあたり、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23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23年度にver. 6.0で訪問審査を受審した399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399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、当該病院の許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に存じます。

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. 19～50)

本書で対象としている病院は、前述のとおり平成 23 年度に病院機能評価の訪問審査を受けた 399 病院です（以下「受審病院」と呼びます）。受審病院 399 病院のうち、新規受審病院は 49、更新受審病院は 350 病院でした。平成 17 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. 19、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. 21）、図 2-2（p. 22）にそれぞれ示しました。

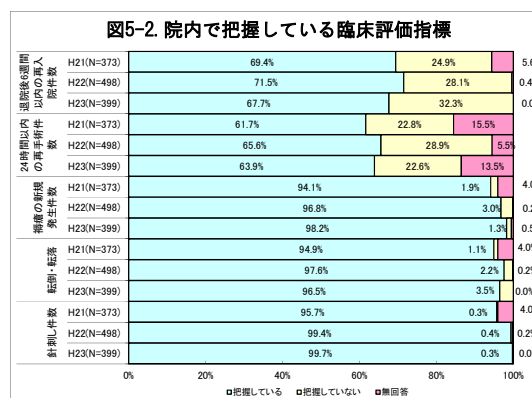
一般病院における 100 床あたり職員数（医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師・診療 X 線技師、管理栄養士・栄養士）についても、受審病院ではそれぞれ 18.7 人、71.5 人、4.2 人、5.2 人、3.2 人であり、全国値（厚生労働省「平成 23 年医療施設調査」）の 14.4 人、49.3 人、3.0 人、3.0 人、1.6 人よりも手厚く配置されている状況がうかがえました（p. 27、表 2-2）。なお、これらは過去の病院機能評価データブックにおいて示された結果と同様でした。

(2) 臨床評価指標について（第 5 章、p. 49～50）

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、従来同様、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. 49～50、図 5-2、図 5-3）。

褥瘡の新規発生率および針刺し事故発生件数を把握している病院はそれぞれ 98.2%、99.7%に増加していましたが、その他の項目について件数を把握している病院数はほぼ横ばいから微減となりました。

「24 時間以内の再手術件数」については「無回答」の割合が、前年度の 5.5%から 13.5%に増加していましたが、その他の項目ではおおむね減少していました。



(3) 各部門の状況について (p. 51～110)

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 35 病院ありました (p. 71、図 10-5)。

(4) 審査結果の傾向について (第 17 章、p. 111～207)

第 17 章では、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%を超える小項目およびすべての中項目の評点分布 (p. 111～113 表 17-1、p. 114～116 表 17-2)、ならびに評点「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) の評価所見例 (p. 117～136)、および最終的な結果報告における評点「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) の事例を掲載しました (p. 137～207)。このうち、評点「5」の事例については、当該病院の許諾を得て病院名を公開しています。具体的な事例を改善の参考としていただければ幸いです。

前年度に引き続き、c 判定の割合が全般に減少し、第 4 領域および第 5 領域では、該当する項目数がそれぞれ 39 項目から 26 項目、11 項目から 6 項目に減少していました。特に、従来 c 判定の割合が高かった「6.3.2.2 廃棄物の処理が適切に行われている」については、c 判定の割合が前年度の 14.9%から 9.8%に減少するとともに、a 判定の割合が 46.2%から 58.8%に著しく増加していました。また、小項目の c 判定の減少を反映して、中間的な結果報告における中項目の評点が「2」となった病院の割合が 10%を越えた評価項目は、平成 21 年度の 12 項目、平成 22 年度の 4 項目から「4.3.3 調剤が適切に行われている」の 1 項目のみとなりました (次ページ表 i 参照)。これらの傾向から、データブック等を参考に、受審病院において積極的に改善に取り組まれている状況がうかがえます。

表 i 中間的な結果報告における評点「2」の割合の推移

平成 21 年度に評点「2」の割合が 10%以上だった項目	評点「2」の割合 (%)		
	H21	H22	H23
2.3.2 安全確保の手順が定められている	13.9	8.4	6.3
4.3.2 院内における薬剤が適切に保管・管理されている	12.1	5.6	3.0
4.3.3 調剤が適切に行われている	19.6	13.7	10.6
4.12.4 臓器提供への対応が適切である	13.8	8.5	4.6
4.15.2 診療記録が適切に管理されている	15.5	13.7	7.3
5.4.2 投薬・注射が確実・安全に実施されている	10.8	5.4	4.1
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	3.5
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	12.6	10.0	6.3
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	9.5
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	12.8	7.5	5.7
7.4.3 預かり金管理が適切に行われている	11.0	6.2	7.1
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	10.1	3.2	1.3

《目次》

はじめに

掲載情報について

目次

第1章 病院機能評価概略	15
1. 公益財団法人日本医療機能評価機構沿革	15
2. 評価項目の変遷	17
3. 受審病院数の年度別推移	19
4. 認定病院の都道府県別割合	19
第2章 受審病院の属性について	21
1. 受審病院の病床数別割合	21
2. 受審病院の地域別割合	22
3. 病院種別・審査体制区分	22
4. 特殊病床	24
5. 施設基準	25
6. 臨床研修病院	26
7. 審査体制区分別病床 100 対職員数	27
第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標	29
1. 職員数	29
2. 医師総労働時間数・有給休暇取得率	30
3. 外部委託状況	31
4. 情報化の状況	32
5. 診療記録の媒体と保管方法	32
6. 医療安全管理者について	34
7. 感染管理担当者について	35
8. 職員に対する検査・予防接種実施状況	36
9. 医師・看護職員退職率	37
10. 院内保育の状況	38
第4章 患者受け入れ状況	39
1. 標榜科	39
2. 主要診療科別医師 1 人あたり患者数	40
3. 標榜科別医師数	42
4. 1 日あたり患者数	43

5. 年間平均病床利用率	44
6. 平均在院日数	45
7. 他施設からの紹介率	46
8. 地域連携室の職員配置状況	46
9. 外来部門の看護職員配置状況	47
10. 外来待ち時間調査の実施状況	47
11. 日帰り手術実施状況	48
12. 外来化学療法	48
第5章 臨床評価指標	49
1. 臨床評価指標に関する検討	49
2. 院内で把握している臨床評価指標	49
3. 院内で把握している臨床評価指標（件数）	50
第6章 救急部門	51
1. 救急告示病院数	51
2. 救急車搬入患者数	51
3. 救急入院患者数	52
4. 精神科救急医療対応	52
5. 精神保健福祉法指定病床を有する病院	53
6. 夜間勤務体制	53
第7章 薬剤部門	54
1. 100床あたり薬剤師数	54
2. 薬剤師の配置状況	54
3. 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数	55
4. 院外処方箋率（外来）	55
5. 薬剤部門での注射薬の混合	56
6. 注射薬の供給法（個人別取り揃え実施状況）	56
第8章 検査・画像診断部門	57
1. 放射線科医師数	57
2. CT の状況（保有台数・実施件数・待機日数）	58
3. MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）	59
4. 放射線科医による報告書作成・読影	60
5. 各種超音波検査の実施状況	60
6. 画像の遠隔診断	61

7. 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）	61
8. 外部精度管理の参加状況	62
9. 病理医配置状況	62
10. 剖検実施状況	63
11. 死亡退院率・剖検率	63
12. 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）	64
13. 術中迅速診断の実施状況	64
14. テレパソロジーの実施状況	65
第9章 輸血部門	66
1. 輸血担当部門	66
2. 輸血担当医師数	66
3. 100床あたり血液使用量	67
4. 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況	68
第10章 手術部門	69
1. 手術実施状況	69
2. 100床あたり手術室数	69
3. 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率	70
4. 手術1000件あたり麻酔科医	71
5. 麻酔科医1人あたり全身麻酔手術件数	71
6. 年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数	72
第11章 リハビリテーション部門	73
1. リハビリテーション担当医師数	73
2. 外来/入院リハビリテーション実施単位	74
3. FIM（functional independence measure）の変化率	76
第12章 栄養部門	77
1. 100床あたり栄養士・管理栄養士数	77
2. 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数	77
3. 月平均栄養食事指導実施件数	78
第13章 診療情報管理部門	79
1. 診療録・診療情報管理士数	79
2. 診療録番号の管理	79
3. 診療記録の条件抽出	80

4. 2週間以内の退院時サマリー作成率	80
第14章 医療社会福祉・在宅医療支援部門	81
1. 患者相談担当者配置状況	81
2. 患者相談職員数	81
3. 月平均患者相談実施件数（入院・外来）	82
4. ワーカー1人あたり月平均相談件数	82
5. 訪問サービス実施状況	83
6. 月平均訪問診療等実施件数	84
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	84
第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）	85
1. 皮膚・形成外科領域	85
2. 神経および脳血管領域	86
3. 精神科・神経科領域	87
4. 眼科領域	88
5. 耳鼻咽喉科領域	89
6. 呼吸器系領域	90
7. 消化器系領域	91
8. 肝・胆道・膵臓領域	92
9. 循環器系領域	93
10. 腎・泌尿器系領域	94
11. 産科領域	95
12. 婦人科領域	95
13. 乳腺領域	96
14. 内分泌・代謝・栄養領域	97
15. 血液・免疫系領域	98
16. 筋・骨格系領域および外傷領域	99
17. リハビリテーション領域	100
18. 小児科領域（新生児・未熟児を含む）	101
19. 麻酔科領域	102
20. 緩和ケア領域	102
21. 放射線治療領域	103
22. 画像診断・病理診断領域	103
23. 歯科口腔外科領域	104
24. 救急領域	105
25. その他	105

第16章 経営指標	106
1. 受審前年度の医業収支率	106
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	107
3. 1床あたり医業収益	108
4. 1床あたり医業費用	108
5. 職員1人あたり医業収益および人件費	109
6. 平均在院日数と入院患者1日1人あたり収益	110
第17章 審査結果（評点）の傾向	111
1. c判定の割合が1%を超える小項目	111
2. 中項目ごとの評点分布	114
3. 評点2以下の項目の主な指摘事項	117
4. 評点5の事例（抜粋）	137
おわりに	209

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
平成 5（1993）年	9 月	厚生省「病院機能評価基本問題検討会」において、第三者評価による医療機能評価実施に向け検討
平成 6（1994）年	9 月	「病院機能評価基本問題検討会」報告書において、第三者の立場から学術的・中立的な医療機関の評価を行う公益法人の設立の必要性を提言
平成 7（1995）年	1 月 7 月	日本医師会内に設立準備室発足 (財) 日本医療機能評価機構 設立
平成 9（1997）年	4 月 8 月	病院機能評価の本格的な開始（ver. 2. 0） 第一号認定
平成 10（1998）年		ver. 3. 0 への改定作業開始
平成 11（1999）年	7 月	評価項目 ver. 3. 1 適用開始（アルゴリズムの廃止）
平成 12（2000）年	12 月	ver. 4. 0 への改定に向けた「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」発足（～13 年度）
平成 14（2002）年	7 月	評価項目 ver. 4. 0 適用開始（統合版評価項目となる） 更新審査開始

平成 15（2003）年	5 月	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	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院の理念と組織的基盤	5	9	24	6	13	28	5	9	24	6	11	28
2. 地域ニーズの反映	5	9	23	5	18	41	5	9	30	5	10	33
3. 診療の質の確保	12	17	52	15	38	97	10	15	46	10	26	71
4. 看護の適切な提供	4	10	27	4	12	41	4	10	29	4	12	41
5. 患者の満足と安心	8	15	44	5	27	96	8	17	63	5	21	89
6. 病院運営管理の合理性	7	9	27	8	22	67	7	10	30	8	23	70
7. 保護と隔離に関する機能							3	9	38	3	9	38
合計	41	69	197	43	130	370	42	79	260	41	112	370

V3:1999(平11)年7月～2003(平15)年6月／(長期療養はV2):1998(H10)年9月～2003(平15)年6月															
	一般病院A			一般病院B			精神病院A			精神病院B			長期療養病院		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院の理念と組織的基盤	6	10	29	6	10	35	6	10	29	6	10	35	5	9	26
2. 地域ニーズの反映	4	9	24	5	16	44	4	5	14	5	8	21			
2L. 地域ケアへの参加とサービスの継続性													6	12	32
3. 診療の質の確保	12	19	57	18	43	120	8	13	38	11	23	69	11	17	55
4. 看護の適切な提供	4	12	38	4	13	44	4	11	36	4	12	41			
4L. ケアの適切な提供													4	12	38
5. 患者の満足と安心	6	19	51	5	26	91	5	9	28	5	17	59	7	18	56
6. 病院運営管理の合理性	7	10	34	8	24	74	7	10	34	7	23	69	7	9	27
7P. 保護と隔離に関する機能							6	32	144	6	32	144			
7L. リハビリテーションとQOLへの配慮													2	11	33
合計	39	79	233	46	132	408	40	90	323	44	125	438	42	88	267

統合版V4:2002(平14)年7月～2005(平17)年8月												
	全体			(基本項目)			(再掲)ケアプロセス			(基本項目)		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	10	24	70	10	23	40						
2. 患者の権利と安全の確保	7	16	44	7	16	38						
3. 療養環境と患者サービス	8	26	90	8	26	71						
4. 診療の質の確保	27	63	202	26	56	135	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。

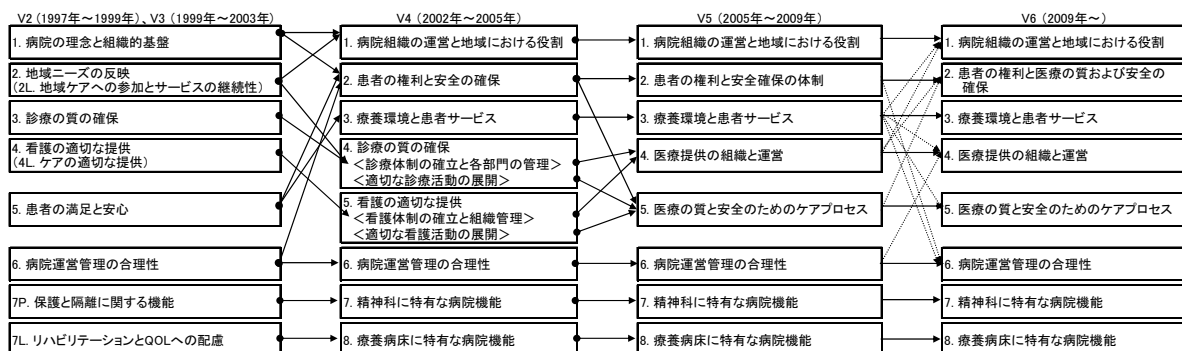


図 1-1. バージョンによる評価対象領域の推移

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

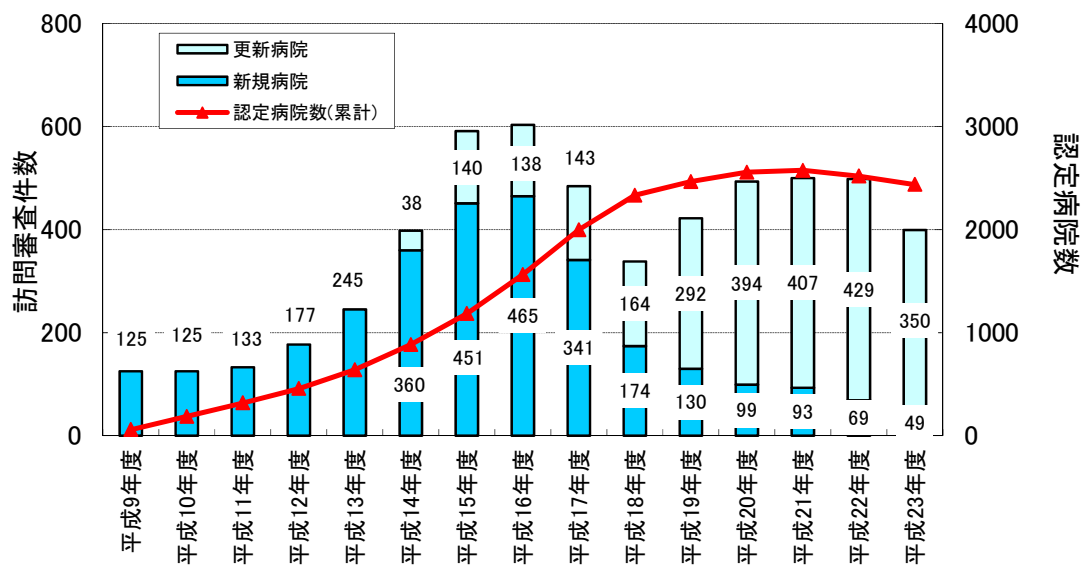


図 1-2 では、受審病院数の年度別推移を示した。平成 9 年度の審査開始以降、認定病院数は増加してきたが、近年は新規病院数よりも更新病院が占める割合が増加し、ほぼ一定となっている。

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 24 年 3 月末日時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国平均認定率は 28.2%であった。滋賀県 41.7%、長野県 37.1%、岡山県 36.2%、徳島県 35.7%、石川県 35.6%、山形県 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 24 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	581	135	23.2	滋賀県	60	25	41.7
青森県	103	22	21.4	京都府	175	57	32.6
岩手県	95	27	28.4	大阪府	539	167	31.0
宮城県	146	30	20.5	兵庫県	348	117	33.6
秋田県	76	16	21.1	奈良県	75	24	32.0
山形県	68	24	35.3	和歌山県	92	19	20.7
福島県	139	31	22.3	鳥取県	45	15	33.3
茨城県	184	33	17.9	島根県	54	17	31.5
栃木県	109	23	21.1	岡山県	174	63	36.2
群馬県	133	41	30.8	広島県	254	84	33.1
埼玉県	348	97	27.9	山口県	147	40	27.2
千葉県	283	55	19.4	徳島県	115	41	35.7
東京都	645	176	27.3	香川県	94	20	21.3
神奈川県	343	93	27.1	愛媛県	144	36	25.0
新潟県	131	36	27.5	高知県	137	36	26.3
富山県	110	25	22.7	福岡県	466	143	30.7
石川県	101	36	35.6	佐賀県	110	29	26.4
福井県	73	19	26.0	長崎県	162	38	23.5
山梨県	60	17	28.3	熊本県	217	68	31.3
長野県	132	49	37.1	大分県	160	49	30.6
岐阜県	104	31	29.8	宮崎県	142	32	22.5
静岡県	186	56	30.1	鹿児島県	266	75	28.2
愛知県	327	105	32.1	沖縄県	95	32	33.7
三重県	102	33	32.4	合 計	8,650	2,437	28.2

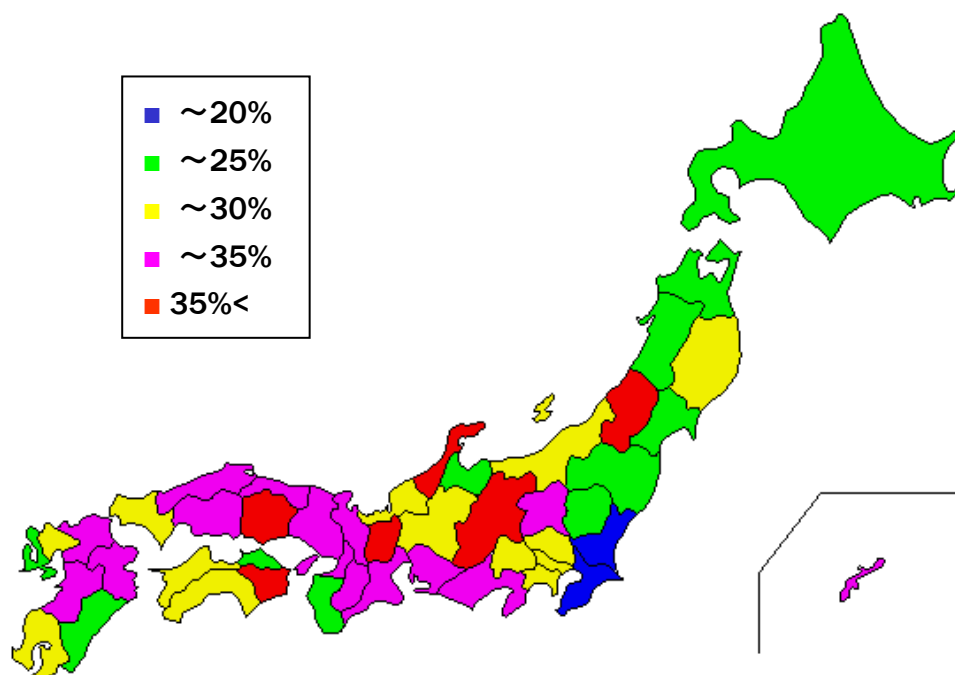


図 1-3. 都道府県別認定病院率（平成 24 年 3 月 31 日現在）

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23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

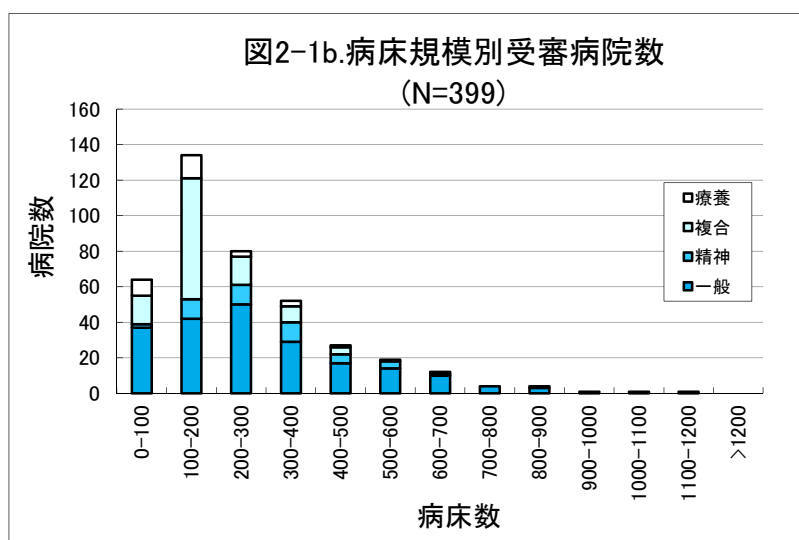
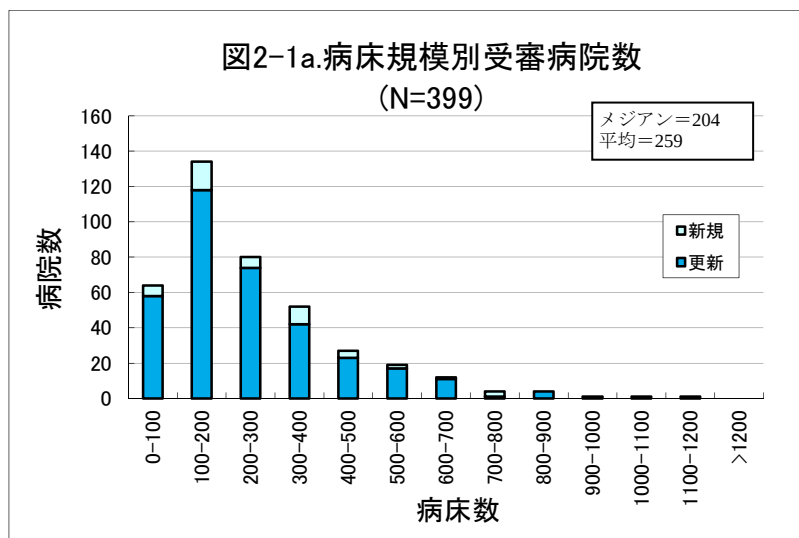


図2-1aでは、受審病院を新規受審49病院と更新受審350病院に分類し、それぞれの病床分布をヒストグラムで示した。

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 23 年 10 月 1 日時点の病院構成*²

総病院数	8605 病院	(100.0%)
20～99 床	3182 病院	(37.0%)
100～199 床	2769 病院	(32.2%)
200～499 床	2198 病院	(25.5%)
500 床以上	456 病院	(5.3%)

*¹ 参考：「審査体制区分一覧表」

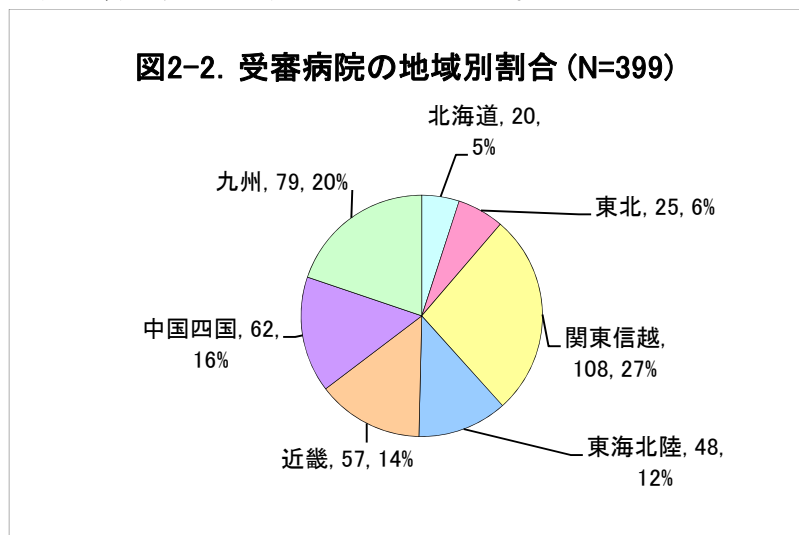
<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

*² 参考：厚生労働省「平成 23 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/>

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 399 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	34	21	11	16
2	40	7	23	66
3	97	2	11	31
4	38	-	-	2
総計	209	30	45	115

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

一般＋精神	100 床未満	0	4
	100 床以上 200 床未満	0	
	200 床以上 500 床未満	4	
	500 床以上	0	
一般＋療養	100 床未満	15	105
	100 床以上 200 床未満	65	
	200 床以上 500 床未満	23	
	500 床以上	2	
一般＋精神＋療養	100 床未満	0	5
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	4	
	500 床以上	0	
精神＋療養	100 床未満	1	1
	100 床以上 200 床未満	0	
	200 床以上 500 床未満	0	
	500 床以上	0	
合計	-	-	115

*参考：「審査体制区分一覧表」

<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

2.4 特殊病床

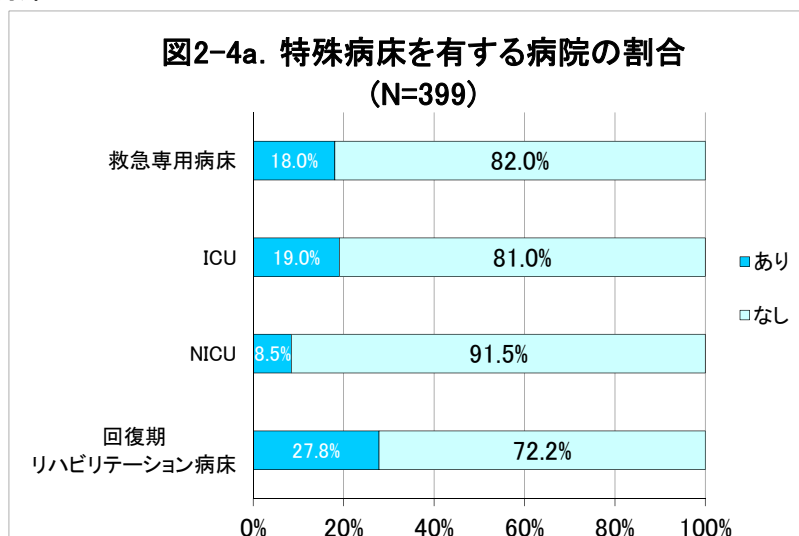
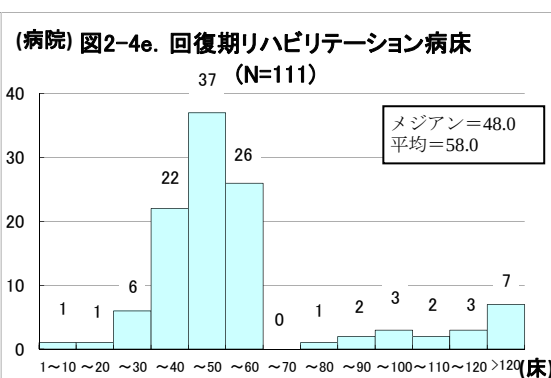
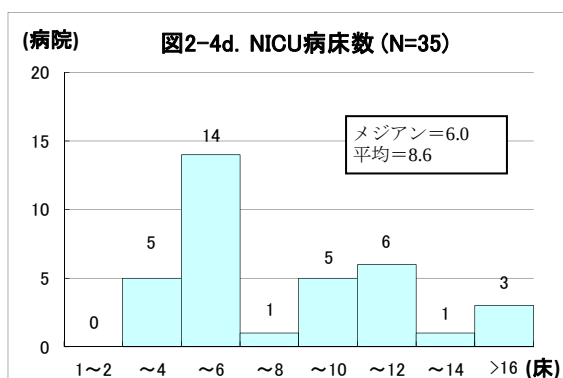
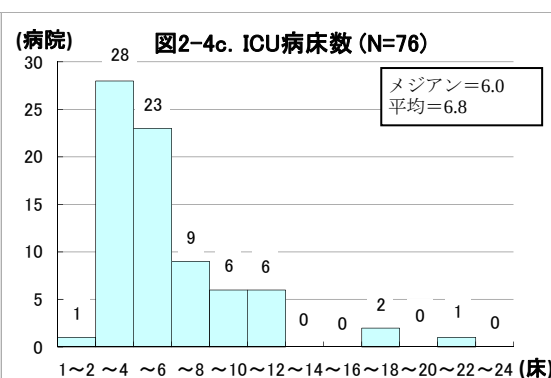
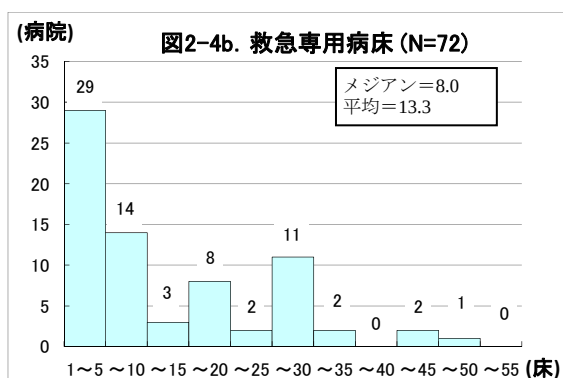


図2-4aでは、特殊病床を持つ病院の割合を示した。受審病院のうち、ICUを有する病院は19.0%、NICUを有する病院が8.5%であった。



■ ICU 病床数と全身麻酔手術実施件数

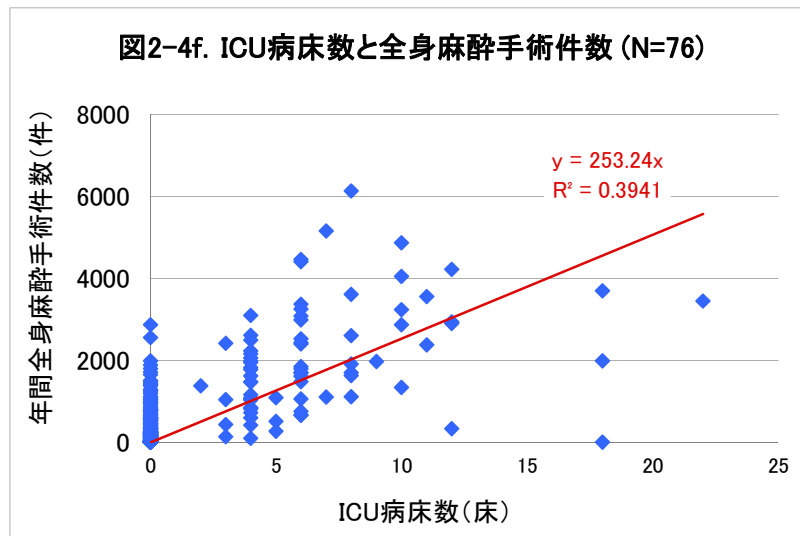
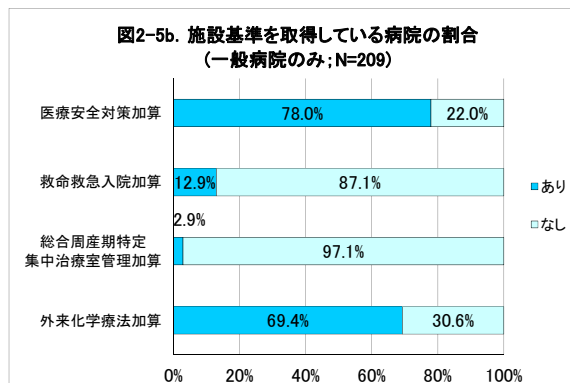
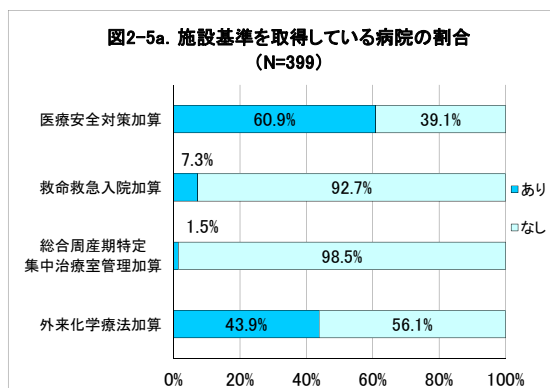


図 2-4f では、ICU 病床数と年間全身麻酔手術実施件数の相関を示した。対象の 76 施設では、明確な相関は見られなかった。

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。



2.6 臨床研修病院

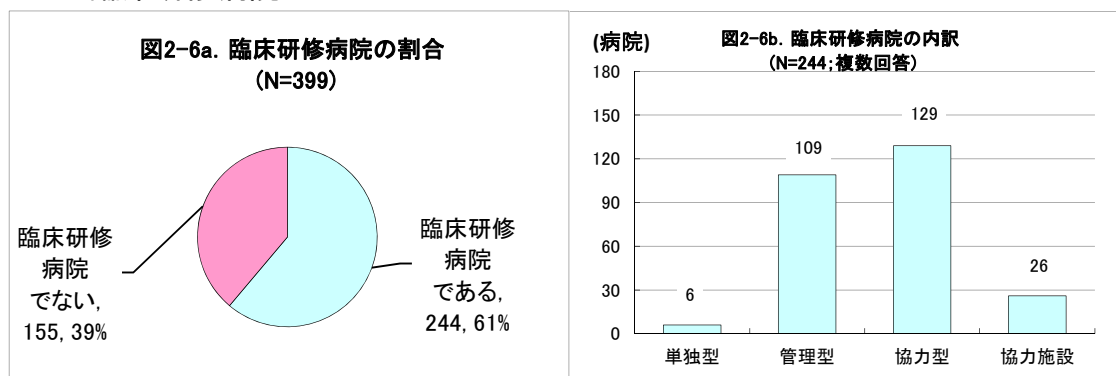


図 2-6 では、臨床研修病院の割合を示した。受審病院のうち単独型・管理型・協力型の臨床研修病院（「臨床研修協力施設」は含まれない）は 61%であった。図 2-6b では、「臨床研修病院である」と回答した 244 病院の内訳（複数回答）を示した。なお、複数の区分に重複して該当する病院があるため、総数は 244 病院を上回っている。

厚生労働省医政局資料^{*1}によれば、平成 24 年 9 月 27 日時点で平成 25 年度に研修医を受け入れる基幹型臨床研修病院は 1,019 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^{*2}により「将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと」とされており、病院機能評価の認定は上記通知の「第三者による評価」に該当する。

参考：

^{*1} 厚生労働省「臨床研修病院の指定について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/matching/120927-1.html>

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

2.7 審査体制区分別病床 100 対職員数

表 2-2 では、審査体制区分別病床 100 対職員数（常勤換算の平均値）を示した。ここでの「一般」「精神」「療養」「複合」の病院区分は、当機構病院機能評価の審査体制区分^{*1}に従った。なお、399 病院の病床数のメジアンは 205.5 床であった。

表 2-2. 審査体制区分別病床 100 対職員数

	一般	療養	精神	複合	全体
医師	18.7	4.9	3.9	8.8	13.2
歯科医師	6.2	0.5	0.2	0.8	4.3
保健師	2.7	1.0	0.5	1.1	2.0
助産師	5.2	－	－	2.1	4.9
看護師	71.5	25.5	24.5	41.0	54.0
准看護師	10.1	14.4	12.3	14.5	12.0
看護補助者	9.7	15.6	11.5	14.8	11.9
薬剤師	4.2	2.0	1.3	2.8	3.3
診療放射線技師	4.5	1.1	0.3	2.6	3.3
診療X線技師	0.7	0.3	0.1	0.6	0.5
臨床検査技師	5.6	1.4	0.6	3.0	4.1
衛生検査技師	0.3	－	0.2	1.0	0.4
管理栄養士	1.8	1.6	0.9	1.5	1.6
栄養士	1.4	1.2	0.7	1.8	1.4
理学療法士	4.6	10.7	0.8	8.1	6.2
作業療法士	2.5	8.8	2.6	5.4	3.9
言語聴覚士	1.3	3.9	0.6	2.2	1.8
視能訓練士	0.8	－	－	0.6	0.8
臨床工学技士	2.4	2.0	－	1.7	2.2
医療ソーシャルワーカー	1.1	1.0	0.8	1.3	1.1
精神保健福祉士	0.5	－	2.7	0.9	1.7
社会福祉士	1.2	2.0	0.4	1.4	1.3
介護福祉士	4.8	12.9	5.0	7.5	7.5
診療情報管理士	1.0	0.9	0.4	0.9	0.9
事務職員	17.0	8.4	5.0	13.9	14.1
その他職員	1.6	1.8	1.0	1.6	1.6
総数	164.9	118.0	74.5	132.0	141.7
病院数	209	30	45	115	399

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164.9人であり、全国平均^{*2}の131.1人と比較して約1.26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14.4人、49.3人、3.0人であるのに対し、それぞれ18.7人、71.5人、4.2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23年10月1日現在）＞

	一般	結核療養所	精神科病院	全体
医師	14.4	4.8	3.4	12.6
歯科医師	0.8	－	0.1	0.6
薬剤師	3.0	3.2	1.2	2.7
看護師	49.3	20.5	19.6	44.5
准看護師	9.1	10.9	12.9	9.7
診療放射線技師・ 診療X線技師	3.0	1.1	0.2	2.5
臨床検査技師・ 衛生検査技師	3.7	1.1	0.4	3.2
管理栄養士・栄養士	1.6	3.2	1.2	1.5
その他	46.3	32.2	27.7	43.4
総数	131.1	77.0	66.7	120.6

（^{*2}厚生労働省「平成23年医療施設調査」をもとに作成）

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

参考：^{*1}「審査体制区分一覧表」

<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

^{*2}厚生労働省「平成23年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/>

第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標

3.1 職員数

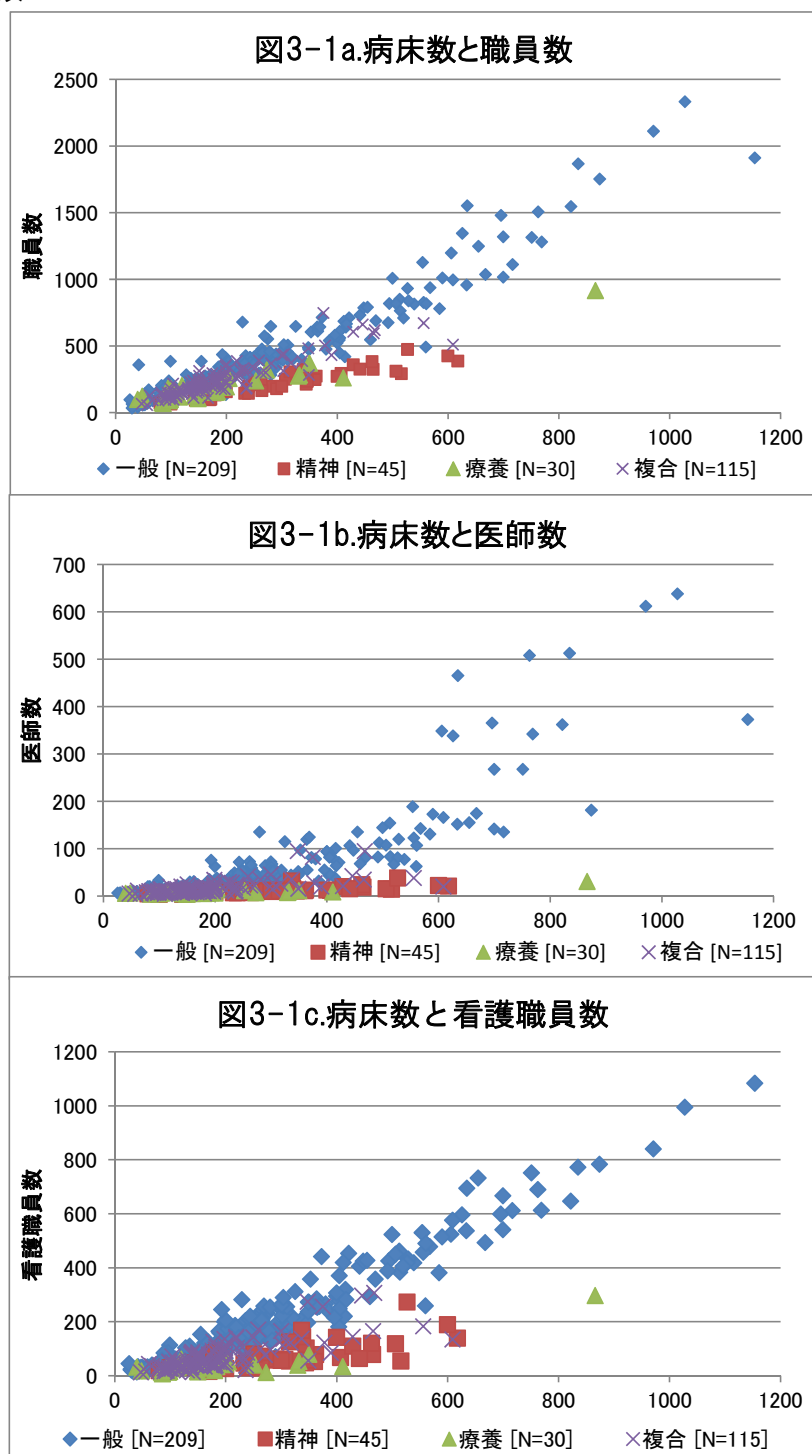


図3-1a～cでは、全職員・医師・看護職員について、病床数と職員数の関連を一般・精神・療養・複合の病院種別ごとに示した。

3.2 医師総労働時間数・有給休暇取得率

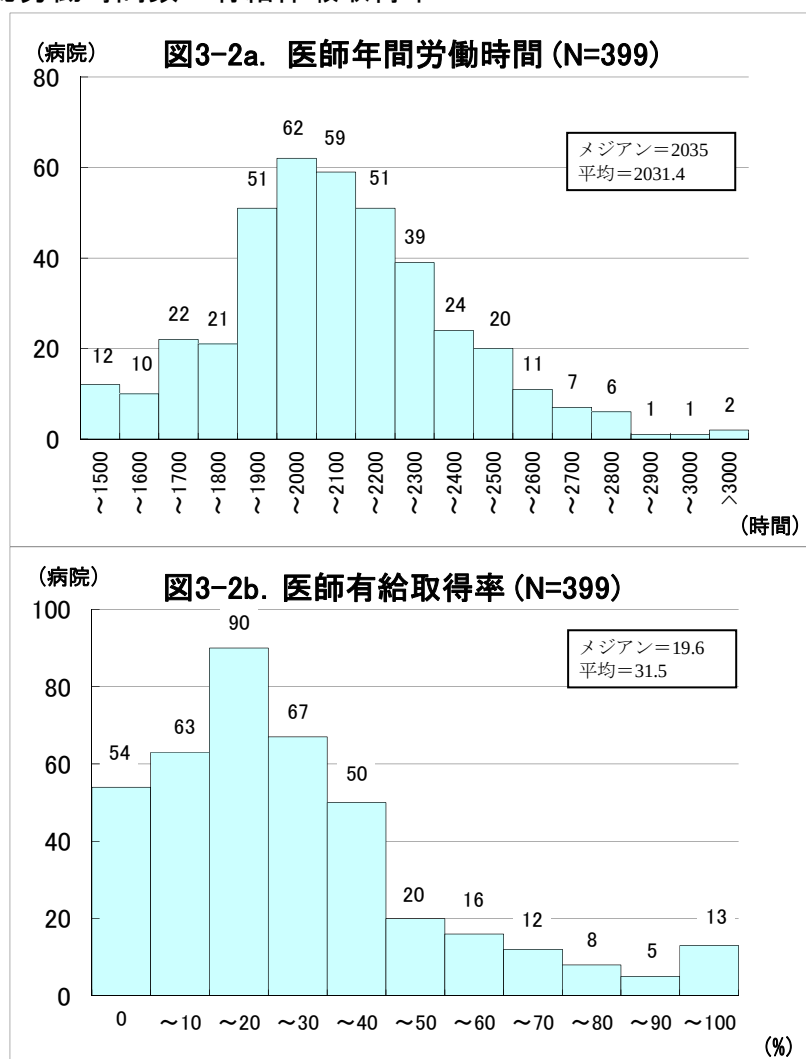


図3-2a および b では、医師の年間労働時間および有給休暇取得率を示した。医師の平均年間労働時間が2500時間を越えていた病院が28病院あった。平均年間労働時間の平均は約2030時間であった。医師有給休暇取得率が90%を超えている病院が13病院ある一方、0%の病院が54病院あった。医師有給休暇取得率のメジアンは19.6%、平均は31.5%であった。なお、有給休暇取得率は単年度について計算している。

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^{*1}等を参照されたい。

また、厚生労働省の「就労条件総合調査」^{*2}によれば、医療・福祉分野における労働者1人平均年次有給休暇の取得率は42.5%であり、取得率の最も低い宿泊業・飲食サービス業(32.5%)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

*² 参考：厚生労働省「平成 23 年就労条件総合調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/11/dl/gaikyou.pdf>

3.3 外部委託状況

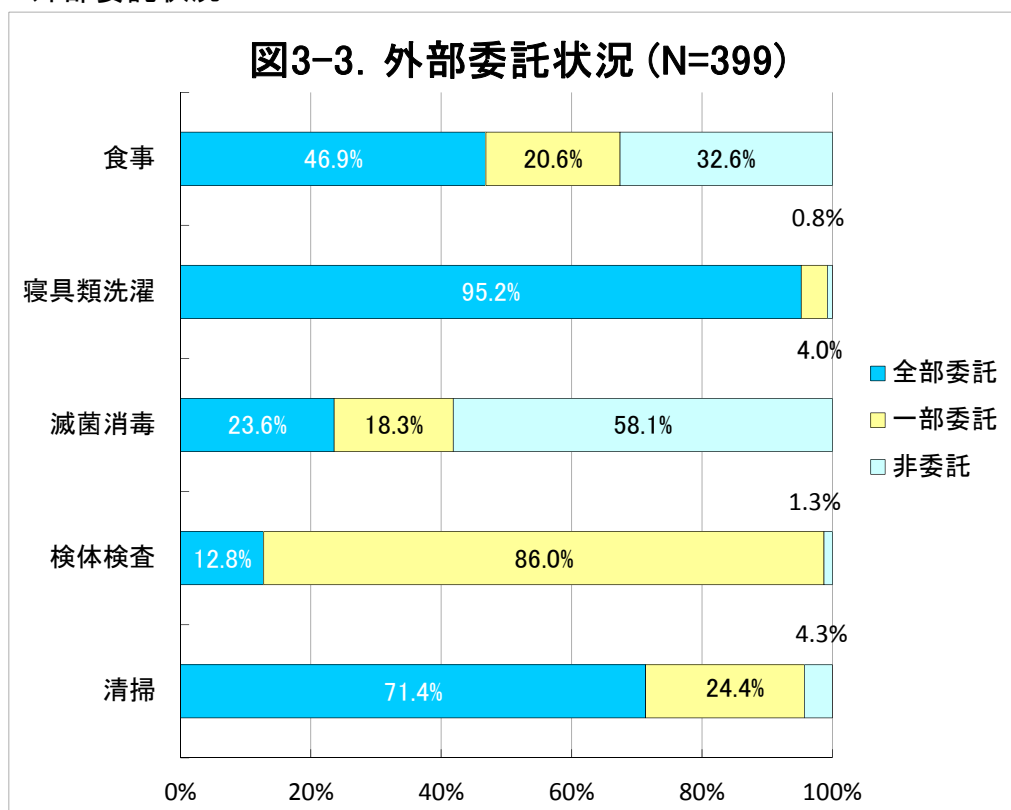


図 3-3 では、外部委託状況を示した。受審病院の委託率（全部委託・一部委託の合計）は 67.4%、寝具類洗濯 99.2%、滅菌消毒 41.9%、検体検査 98.7%、清掃 95.7%であった。内訳のパーセントは小数第二位を四捨五入しているため、全体の合計が 100%にならないことがある。

3.4 情報化の状況

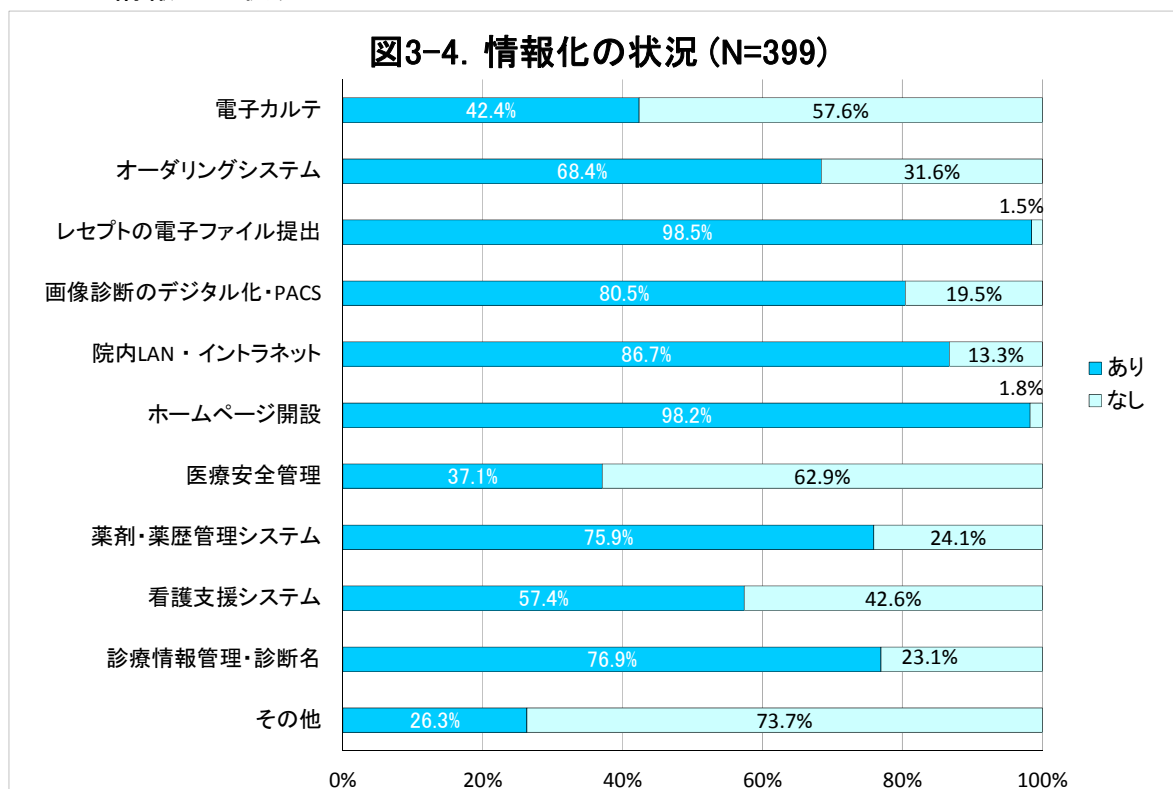


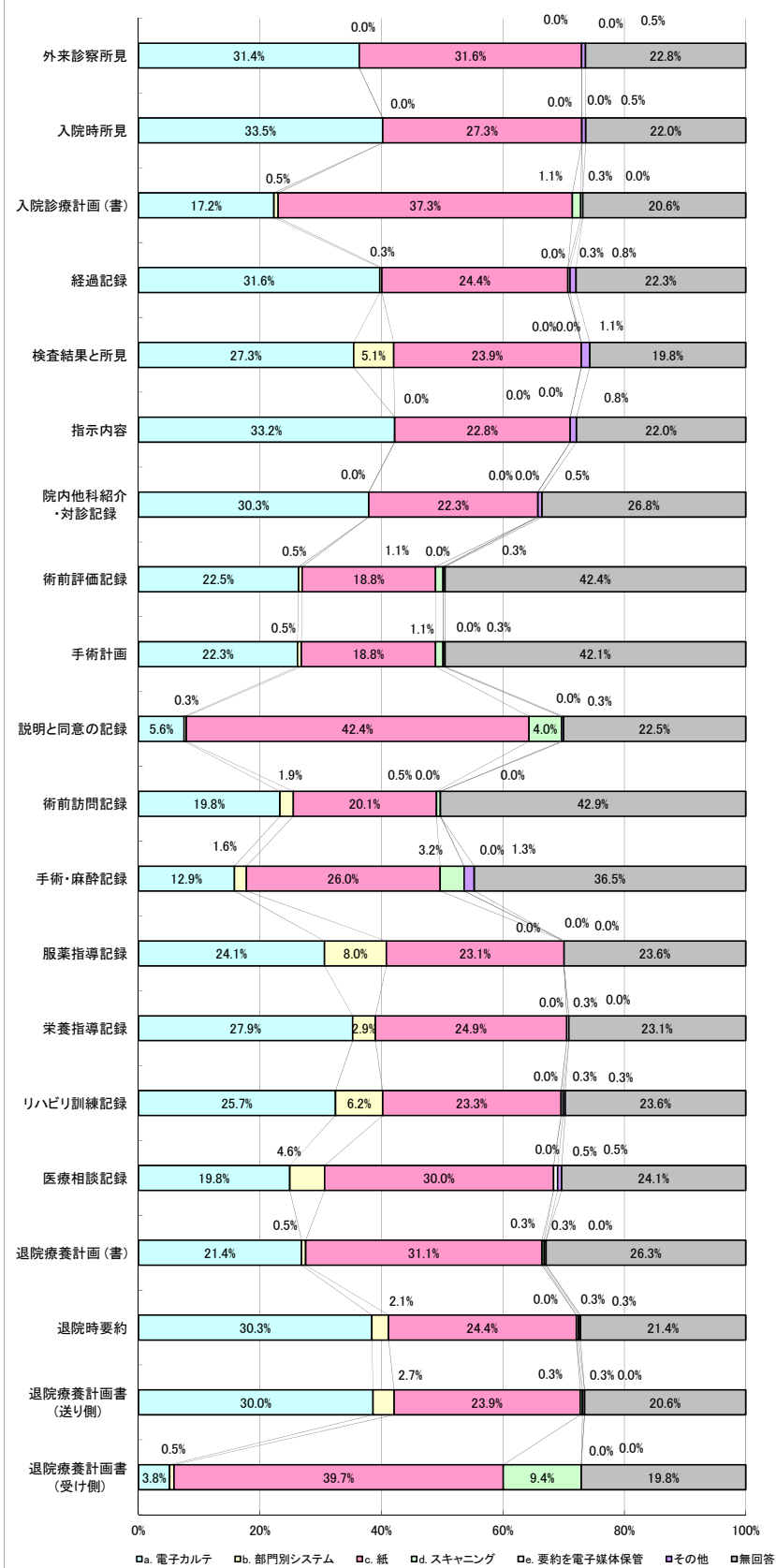
図 3-4 では、情報化の状況を示した。受審病院における情報化状況は、電子カルテおよびオーダーリングシステムを導入している病院がそれぞれ 42.4%、68.4%であった。レセプトの電子ファイル提出を実施している病院が 98.5%であった。

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 5.1%、6.2%、8.0%、2.9%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=399)



3.6 医療安全管理者について

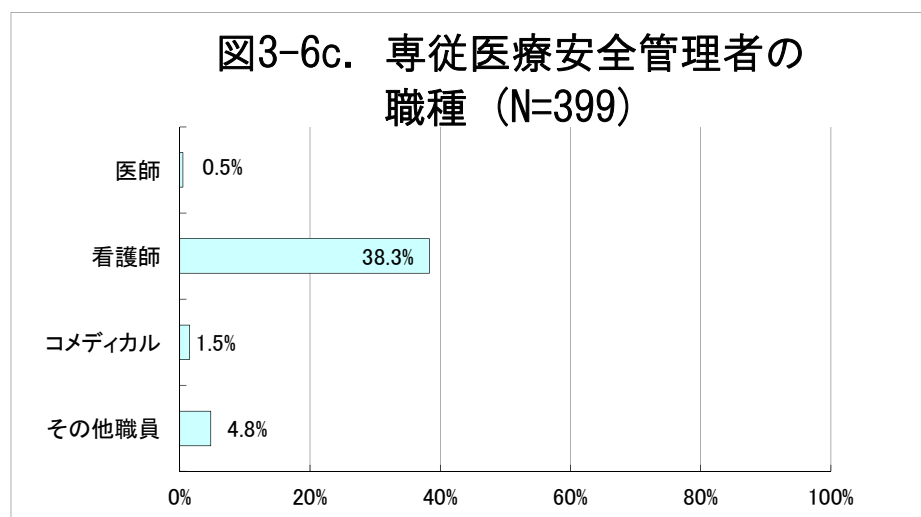
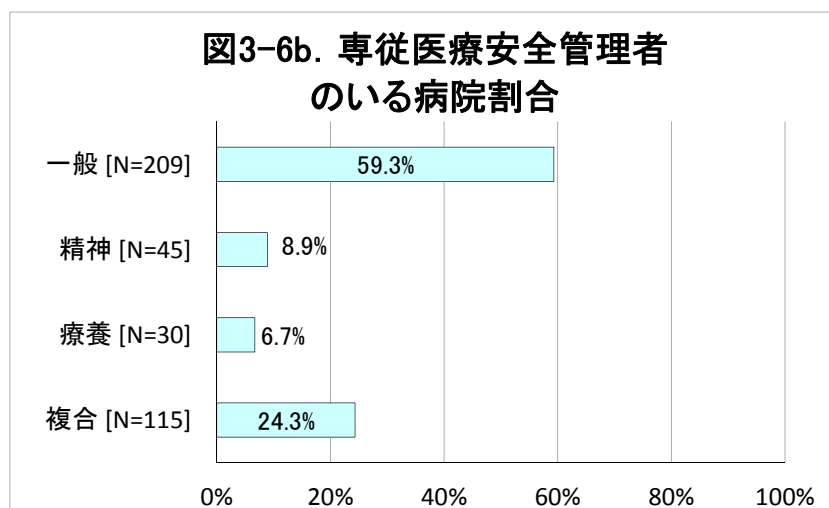
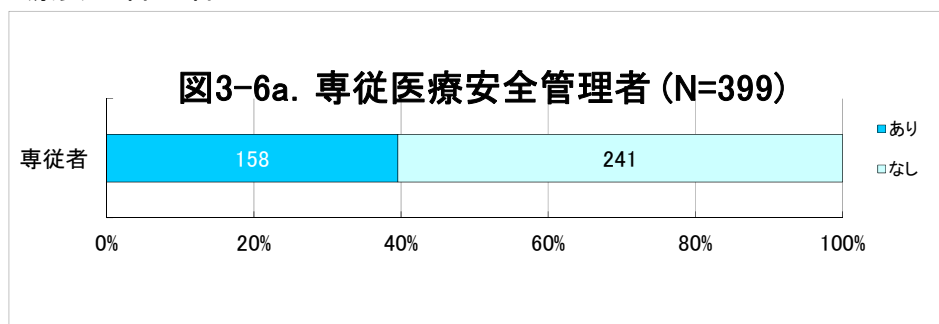


図 3-6a～c では、医療安全管理者について示した。専従医療安全管理者がいる病院は 39.6%であった。また、病院種別による配置の差は大きく、一般病院においては 6 割程度であるものの、療養では専従医療安全管理者のいる病院は 6.7%であった。専従医療安全管理者として医師を配置している病院は 0.5%であった。

3.7 感染管理担当者について

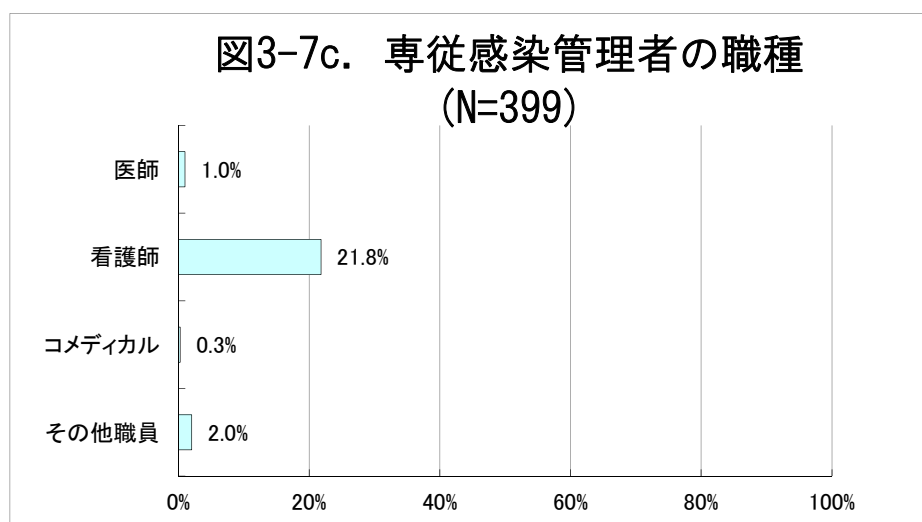
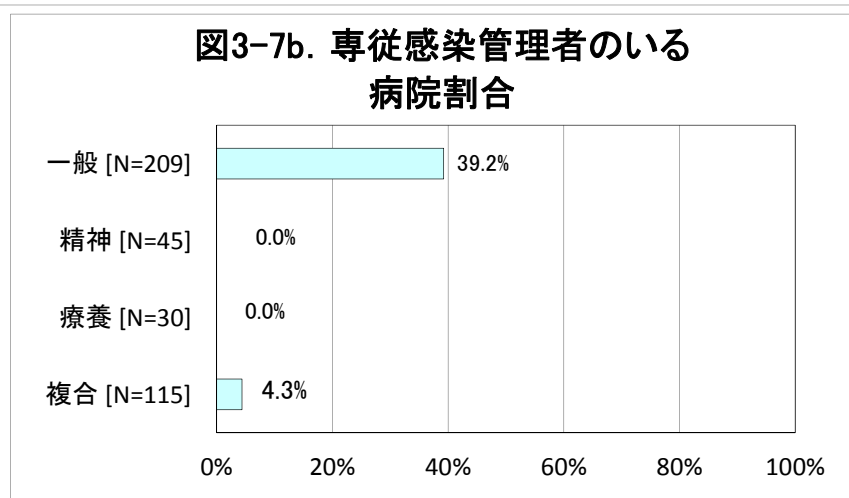
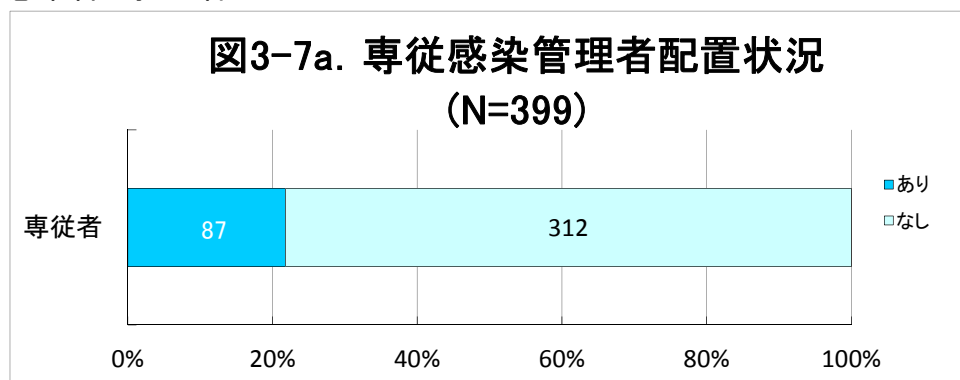


図3-7a～cでは、感染管理担当者について示した。専従感染管理担当者のいる病院は21.8%であった。専従の感染管理者を配置している一般病院が39.2%であるのに対し、精神病院では0%、療養病院では0%、複合病院では4.3%であった。また、前項の医療安全管理者の配置と同様、専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。

3.8 職員に対する検査・予防接種実施状況

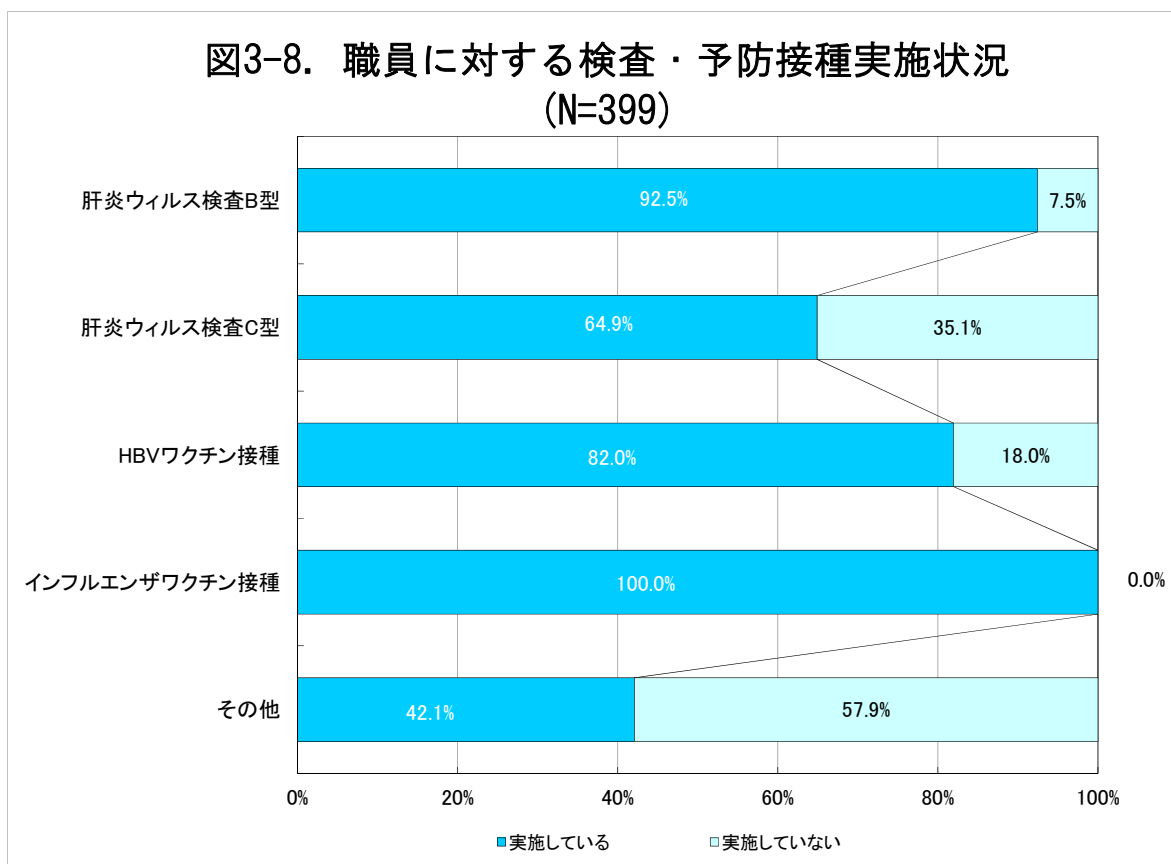


図 3-8 では、職員への検査・予防接種実施状況を示した。血液取扱者に対する B 型および C 型肝炎関連検査やワクチン接種など病院感染対策として実施するものと、インフルエンザなど主に職員から患者への感染を防止するために実施するものとがある。ここでは両者の実施状況を示した。

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 92.5%、82.0%、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

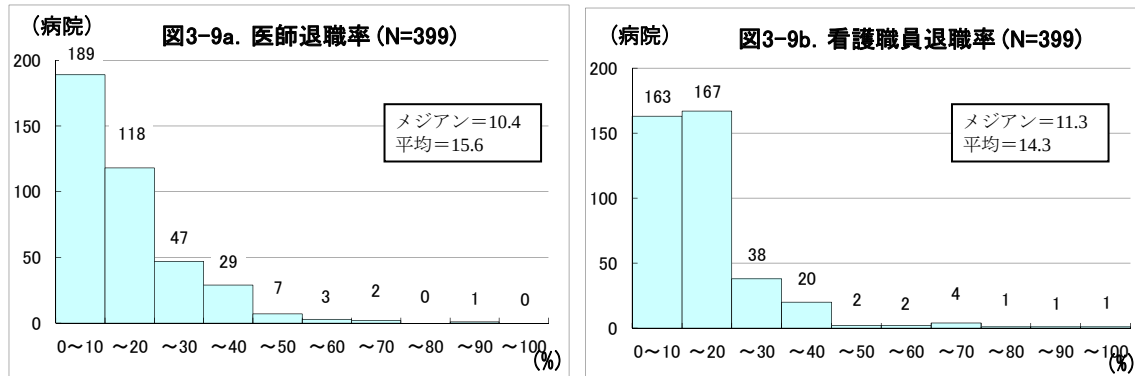


図3-9a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の退職率についてそれぞれ示した。

< 計算方法 >

退職率 (%) = (受審前年度の退職職員数) / (受審年の職員数) × 100

医師退職率のメジアンは 10.4%、平均は 15.6%であった。医師退職率が 40%を超える病院が 13 病院あった。一方、看護職員退職率のメジアンは 11.3%、平均は 14.3%であった。看護職員退職率が 40%を超える病院が 11 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 11.0%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/up_pdf/20120806122153_f.pdf

3.10 院内保育の状況

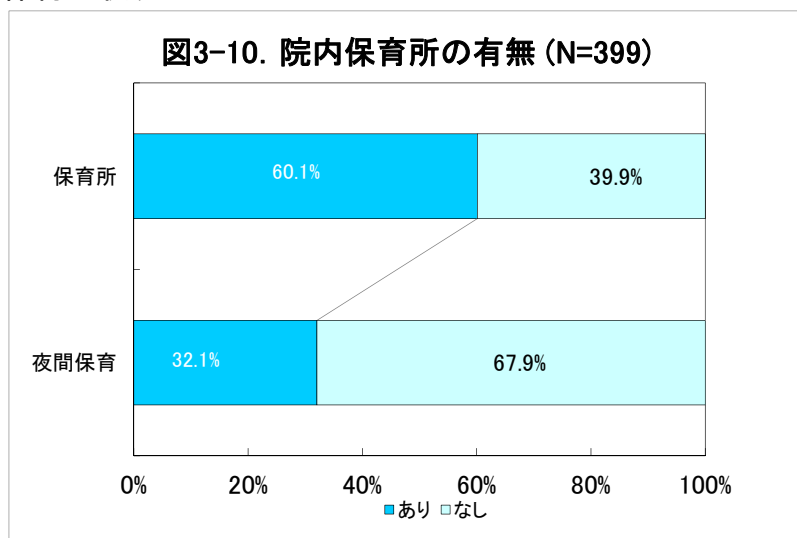


図 3-10 では、保育所の保有状況および夜間保育の実施状況を示した。受審病院での保育所保有状況は 60.1%、夜間保育の実施は 32.1%であった。

第4章 患者受け入れ状況

4.1 標榜科

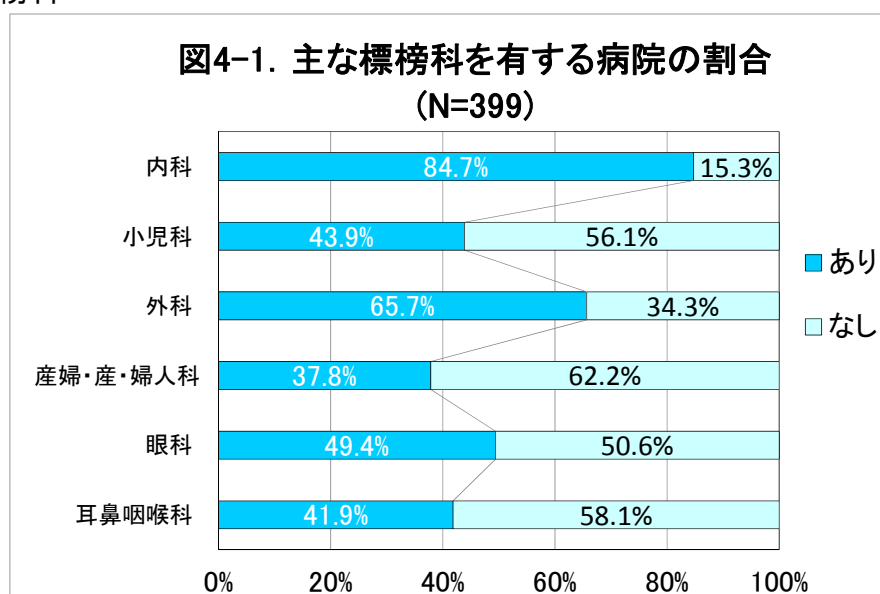


図4-1では、主な標榜科（現況調査票にある標榜科のうち、標榜する病院が多い診療科）を有する病院の割合を示した。本項目の標榜科名については主に用いられる名称を記載している。

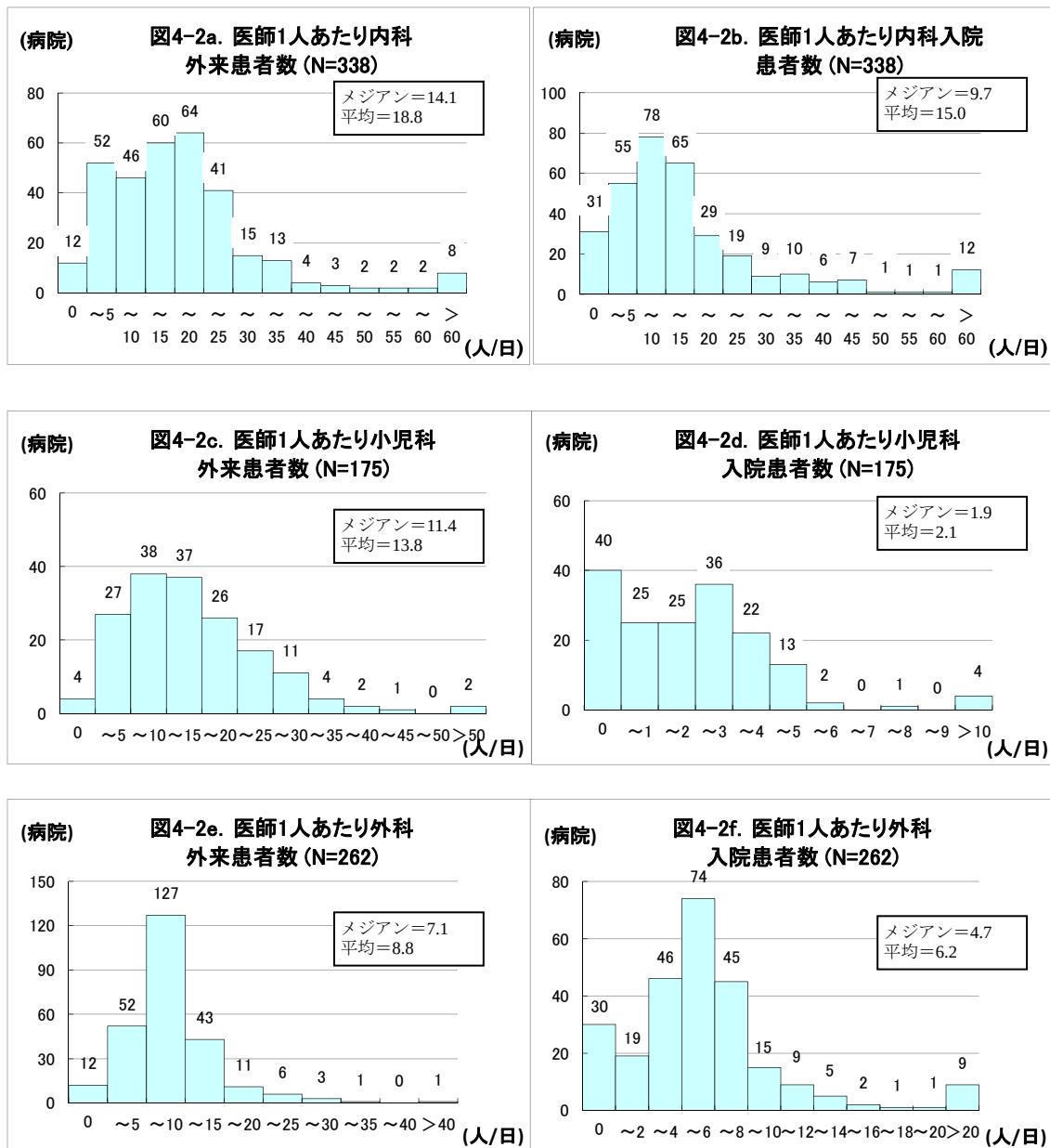
受審病院のうち小児科を標榜している病院は43.9%、産婦人科・産科・婦人科を標榜している病院は37.8%であった。一般病院の全国平均では、小児科36.5%、産婦人科16.5%、産科2.1%であり*、受審病院は高い数値であることがうかがえた。

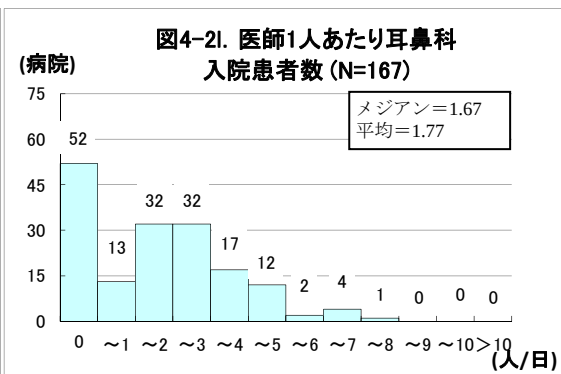
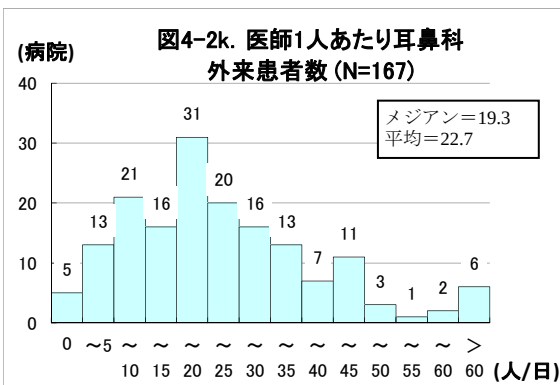
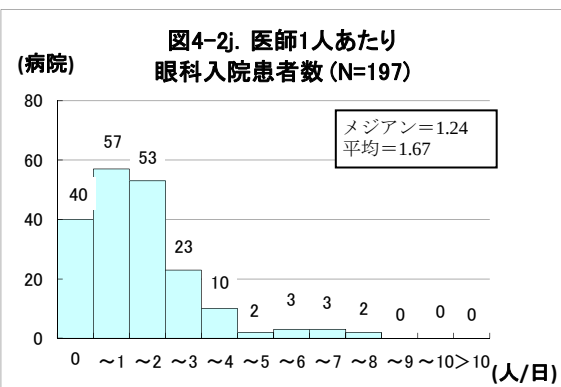
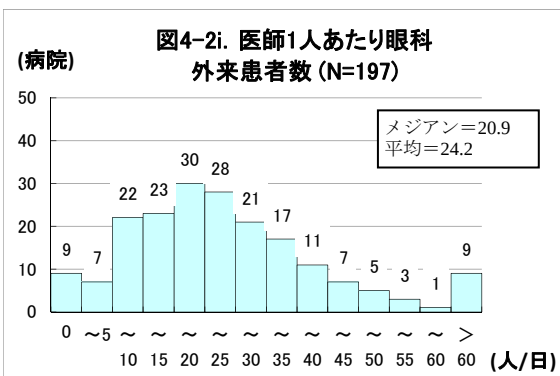
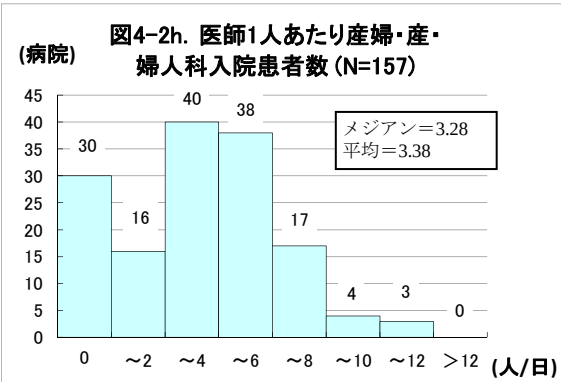
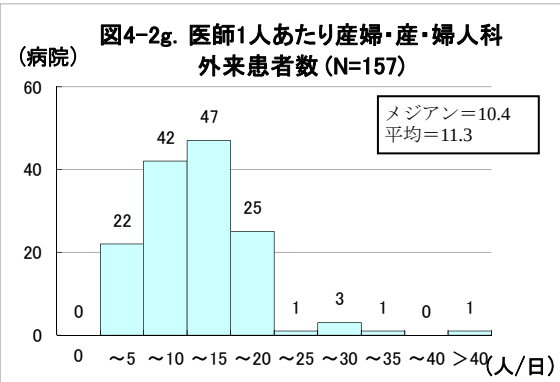
*参考：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/>

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。





4.3 標榜科別医師数

表 4-3. 病院種別・標榜科別医師数

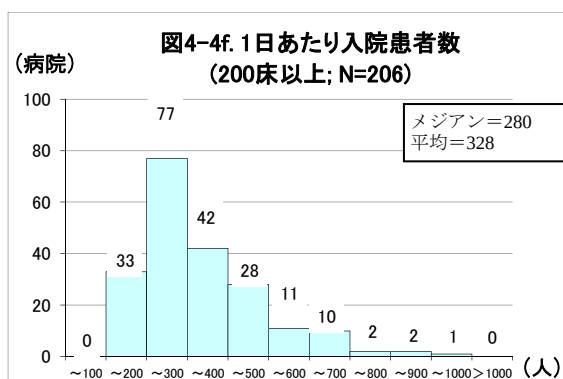
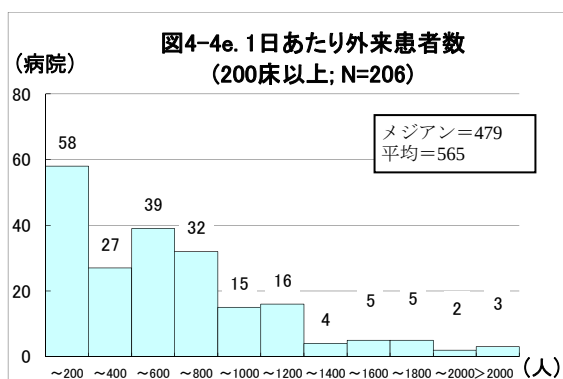
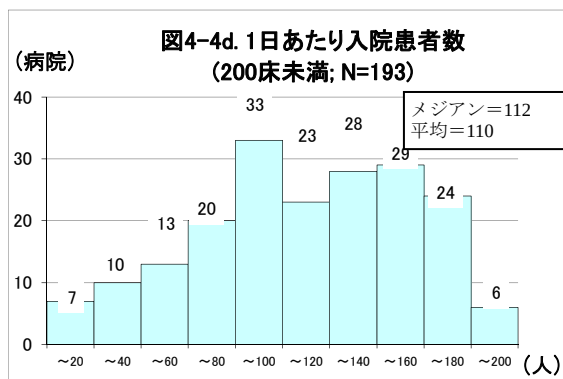
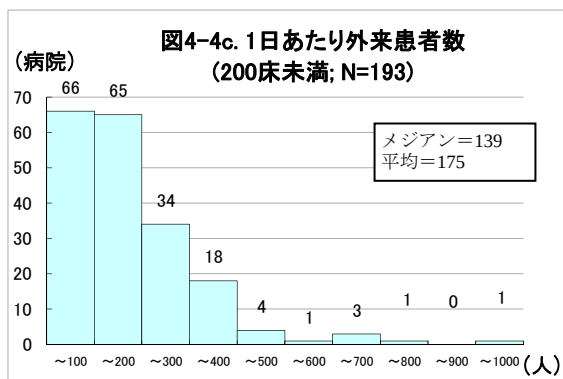
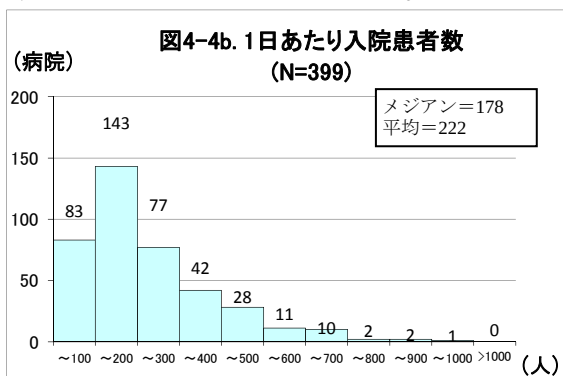
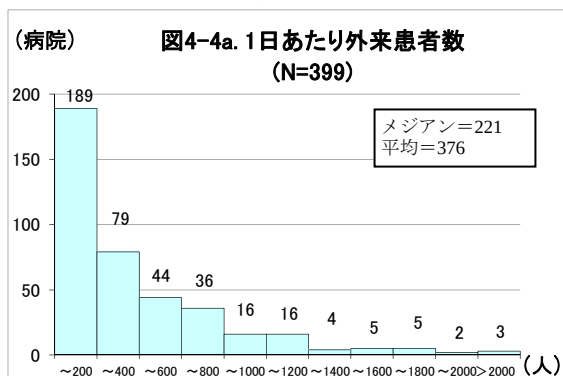
病院種別	一般			療養			精神			複合		
標榜科	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数
内科	1369.9	173	7.92	129.0	29	4.45	49.1	23	2.13	579.0	112	5.17
呼吸器科	372.7	104	3.58	3.7	7	0.53	-	0	-	27.1	38	0.71
消化器・胃腸科	646.5	118	5.48	8.7	8	1.09	-	0	-	68.0	53	1.28
循環器科	642.8	139	4.62	4.5	7	0.64	-	0	-	74.4	61	1.22
小児科	676.8	130	5.21	3.5	5	0.70	1.0	1	1.00	47.2	38	1.24
精神科	272.6	84	3.24	0.3	3	0.10	470.2	45	10.45	74.9	24	3.12
神経内科	264.7	101	2.62	4.4	7	0.63	0.4	6	0.07	55.9	44	1.27
心療内科	25.4	20	1.27	0.7	2	0.35	1.1	8	0.14	4.8	16	0.30
リウマチ科	83.6	32	2.61	0.0	2	0.00	-	0	-	7.4	22	0.33
リハビリテーション科	112.1	119	0.94	36.9	26	1.42	0.4	2	0.20	67.5	82	0.82
外科	976.1	168	5.81	8.6	9	0.96	0.0	1	0.00	188.2	82	2.30
呼吸器外科	138.5	57	2.43	0.4	1	0.39	-	0	-	5.3	8	0.67
心臓・血管外科	205.4	69	2.98	-	0	-	-	0	-	10.8	11	0.98
小児外科	53.9	21	2.57	-	0	-	-	0	-	0.1	2	0.07
整形外科	931.9	181	5.15	8.3	11	0.75	0.1	1	0.10	195.7	92	2.13
形成外科	190.8	76	2.51	0.1	1	0.10	-	0	-	7.6	12	0.64
美容外科	0.0	1	0.00	-	0	-	-	0	-	-	0	-
脳神経外科	482.2	129	3.74	2.2	3	0.73	0.1	1	0.10	88.7	47	1.89
産婦人科	568.3	97	5.86	-	0	-	-	0	-	12.0	5	2.39
産科	29.4	8	3.68	-	0	-	-	0	-	0.5	2	0.25
婦人科	68.7	34	2.02	0.3	1	0.30	-	0	-	8.6	13	0.66
眼科	381.8	153	2.50	-	0	-	1.1	2	0.53	36.3	41	0.89
耳鼻咽喉科	373.5	134	2.79	0.3	1	0.30	0.2	2	0.08	17.9	29	0.62
気管食道科	0.0	1	0.00	-	0	-	-	0	-	-	0	-
皮膚科	311.6	141	2.21	0.5	4	0.13	1.2	3	0.40	30.8	60	0.51
泌尿器科	458.5	156	2.94	1.4	3	0.47	-	0	-	47.7	56	0.85
肛門科	12.4	15	0.83	0.0	1	0.00	-	0	-	1.3	15	0.09
アレルギー科	25.5	13	1.96	0.0	1	0.00	-	0	-	1.5	6	0.25
放射線科	460.8	146	3.16	2.1	7	0.30	0.3	3	0.08	42.3	57	0.74
麻酔科	699.4	163	4.29	1.0	1	1.00	-	0	-	50.5	49	1.03
歯科	221.9	40	5.55	5.6	5	1.12	9.9	13	0.76	31.5	18	1.75
矯正歯科	28.4	6	4.73	-	0	-	-	0	-	0.1	3	0.03
小児歯科	20.6	7	2.94	-	0	-	-	0	-	0.2	3	0.07
歯科口腔外科	226.5	53	4.27	-	0	-	-	0	-	9.0	12	0.75
総数	14521.3	209	69.48	225.3	30	7.51	531.6	45	11.81	1962.1	115	17.06
病床数	61487			6237			14070			22445		
1病院あたり平均病床数	294.2			207.9			312.7			195.2		

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。

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

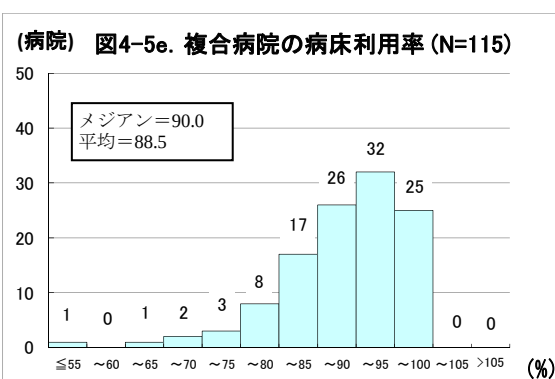
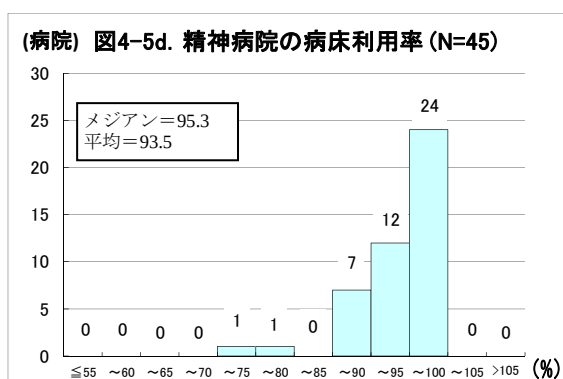
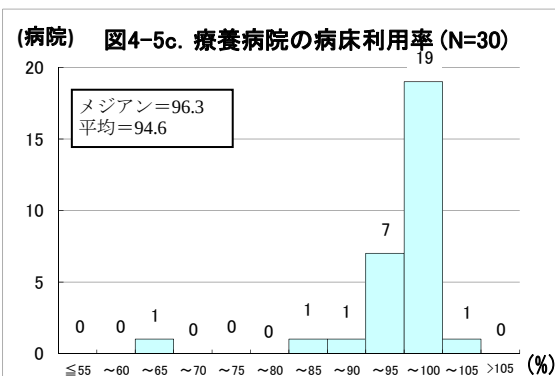
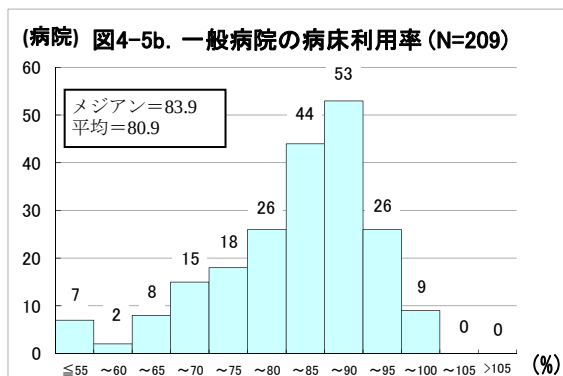
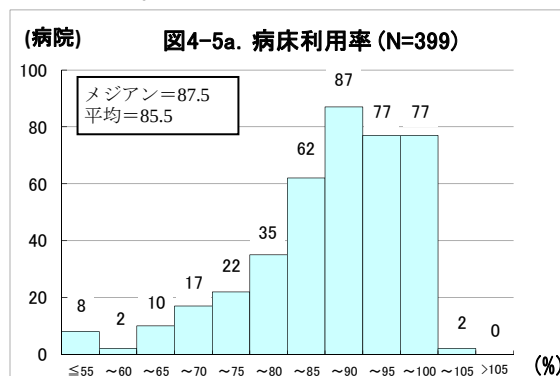
4.4 1日あたり患者数

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。



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 76.2%、91.2%、89.1%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 23 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11>

4.6 平均在院日数

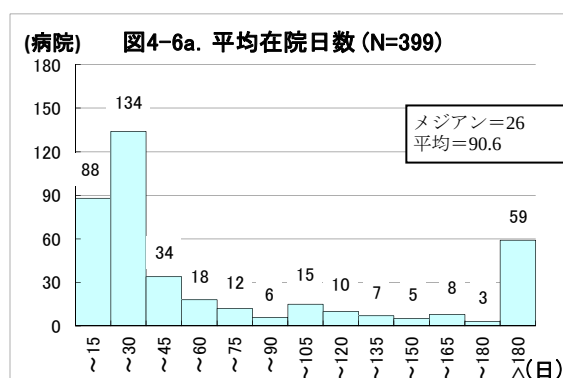
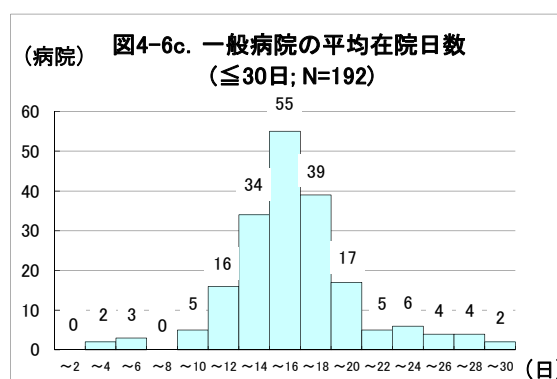
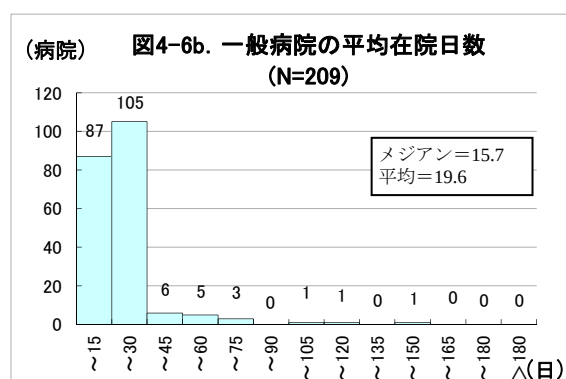


図4-6aでは、平均在院日数を示した。メジアンは26日であった。平均在院日数が180日を越える病院が59病院あった。全国の病院における平均在院日数は32.5日であった*。



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15.7日、平均は19.6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192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17.9日であり*、ほぼ同等の結果であった。

*参考：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11>

4.7 他施設からの紹介率

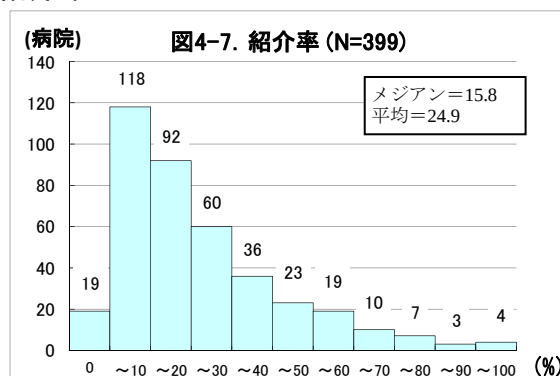


図 4-7 では、昨年度外来新患者に占める他の医療機関からの紹介患者の割合を紹介率 (%) として示した。100%を超えるものは対象外とした。メジアンは 15.8%、平均は 24.9%であった。

4.8 地域連携室の担当者配置状況

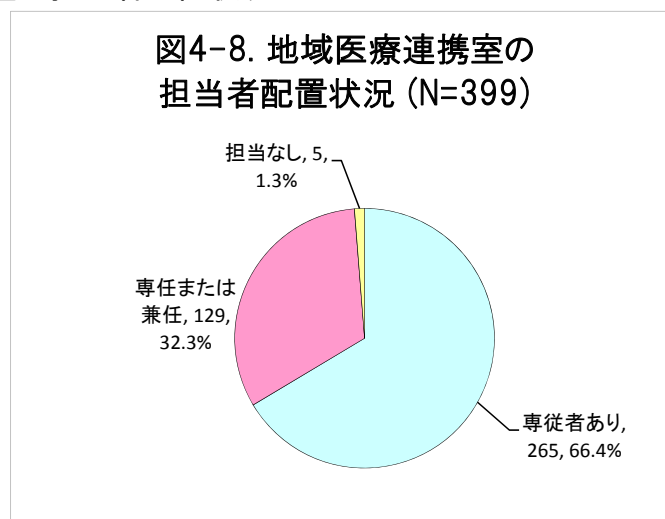


図 4-8 では、地域医療連携室の担当職員配置状況を示した。98.7%の病院で、地域医療連携に対して何らかの職員配置を行っていた。

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

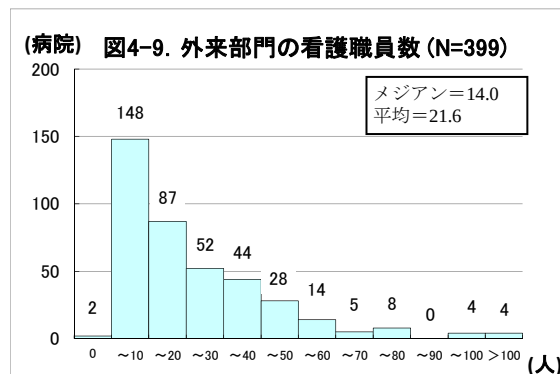


図 4-9 では、外来部門の看護職員配置状況を示した。メジアンは 14.0 人、平均は 21.6 人であった。なお、このデータは 1 日あたり外来患者数による補正を行っていない。

4.10 外来待ち時間調査の実施状況

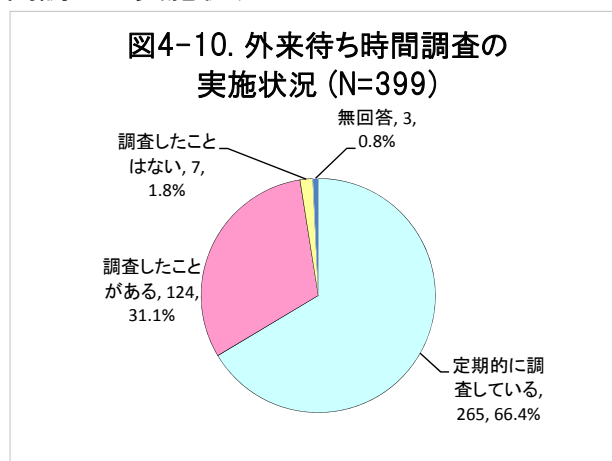


図 4-10 では、外来待ち時間調査の実施状況を示した。外来待ち時間調査を定期的に行っている病院が 66.4%であった。

病院機能評価では、患者満足を高める観点から、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

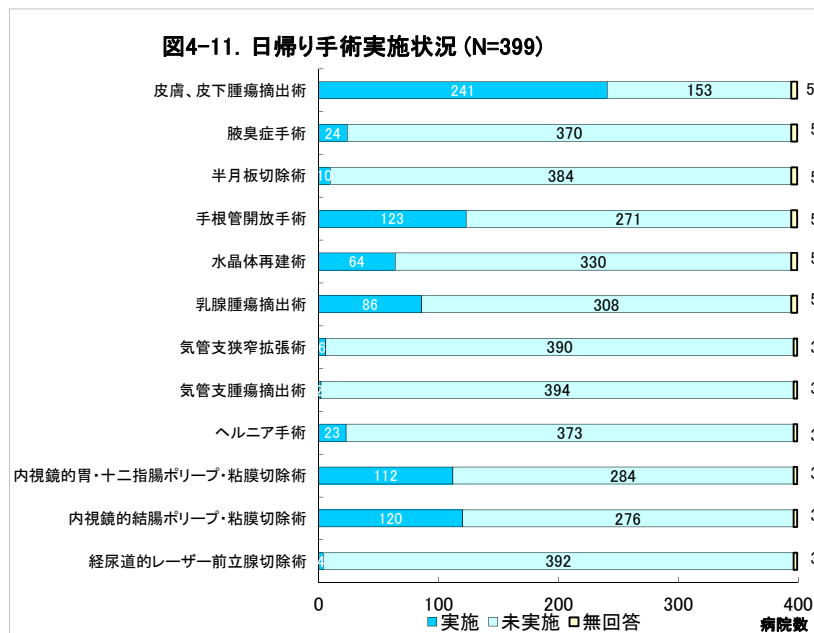


図 4-11 では、日帰り手術の実施状況を示した。皮膚・皮下腫瘍摘出術を日帰りで実施している病院が最も多く、ついで手根管開放手術、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術の順であった。

4.12 外来化学療法

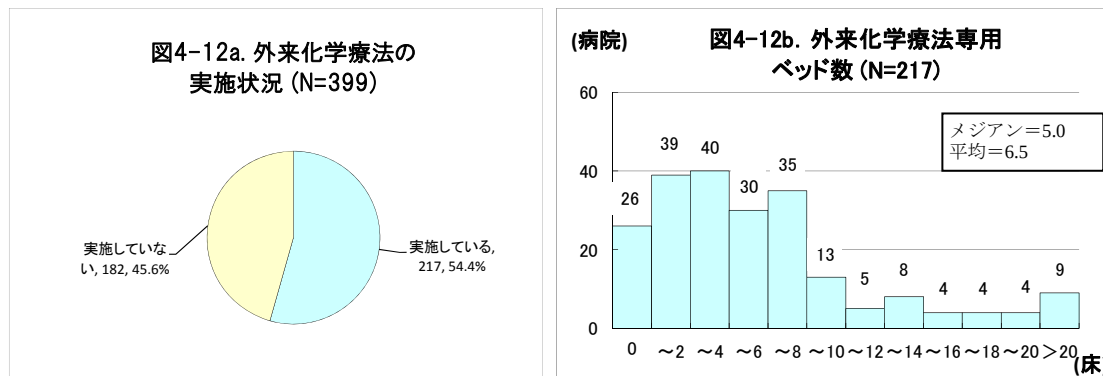


図 4-12 では、外来化学療法の実施状況を示した。外来化学療法を実施している 217 病院のうち、専用ベッドを有しない病院が 26 あった。外来化学療法専用ベッド数のメジアンは 5、平均は 6.5 であった。

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

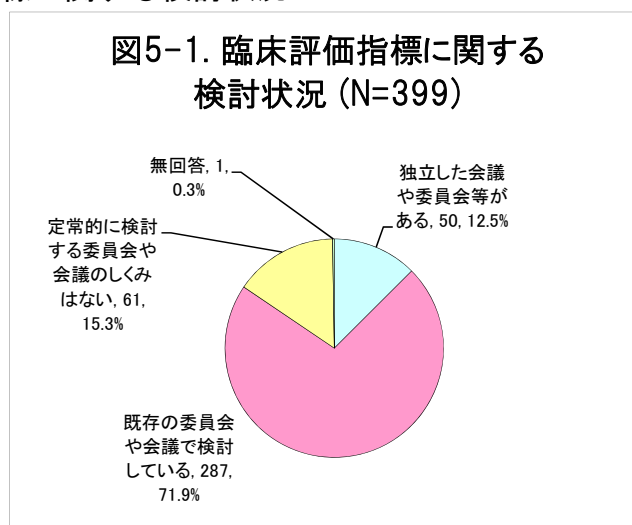


図 5-1 では、臨床評価指標に関する院内の検討状況を示した。会議や委員会の場で検討している病院が 84.5%であった。

5.2 院内で把握している臨床評価指標

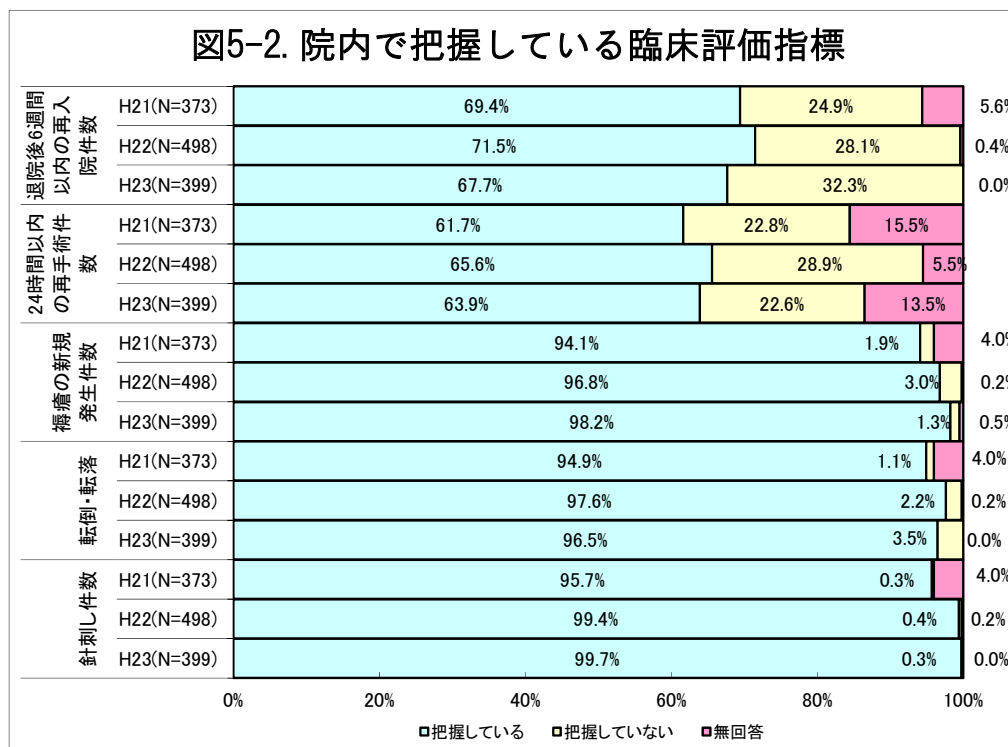


図 5-2 では、5 つの臨床指標の把握状況を年度推移示した。ほぼ全ての病院で、針刺し事故の件数を把握しており、約 97%が転倒・転落の結果発生した骨折・頭蓋内出血件数、褥瘡の新規発生件数を把握していた。

5.3 院内で把握している臨床評価指標（件数）

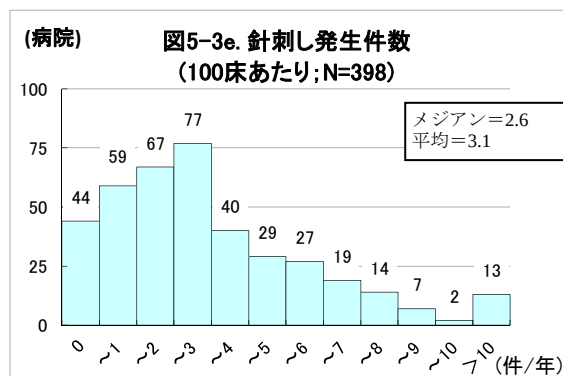
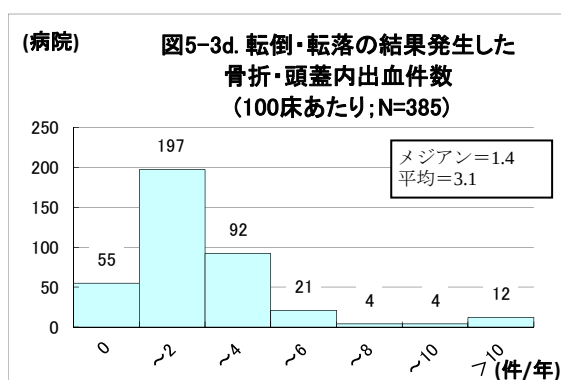
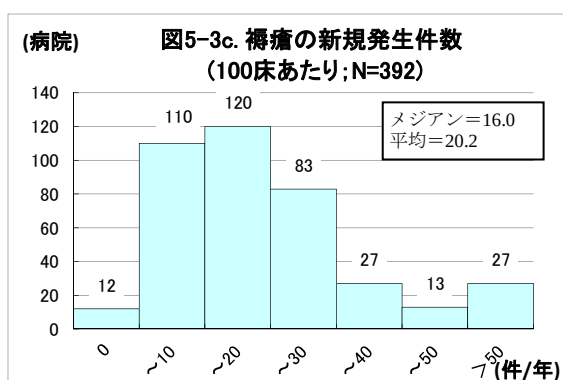
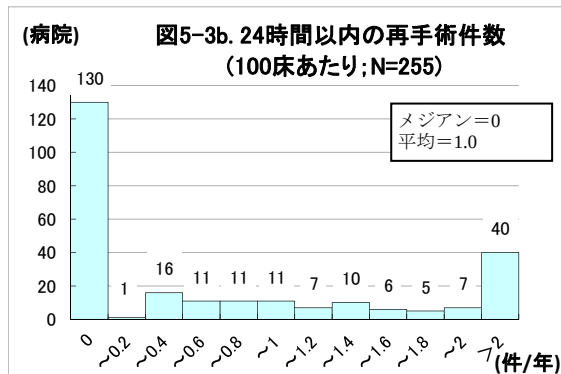
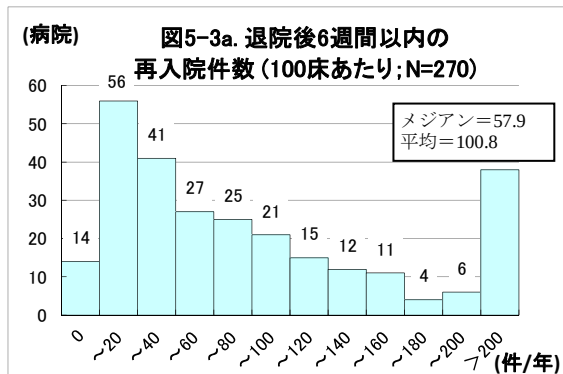


図 5-3a～e では、把握されている臨床指標の発生件数をそれぞれ 100 床あたりで示した。

第6章 救急部門

6.1 救急告示病院数

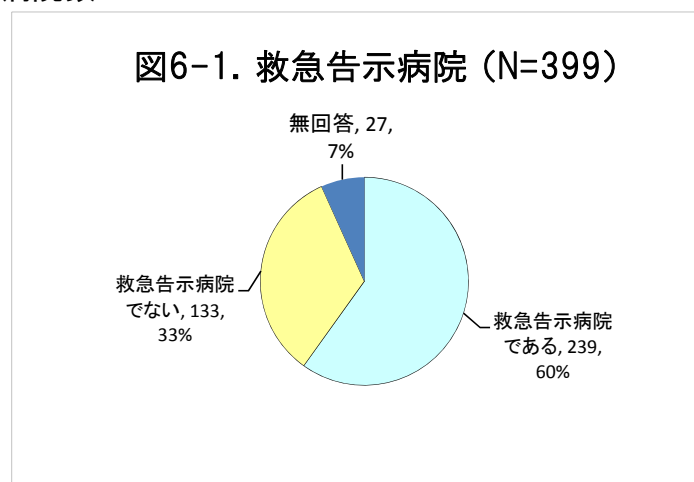


図6-1では救急告示の有無について示した。受審病院に占める救急告示病院は60%であった。

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

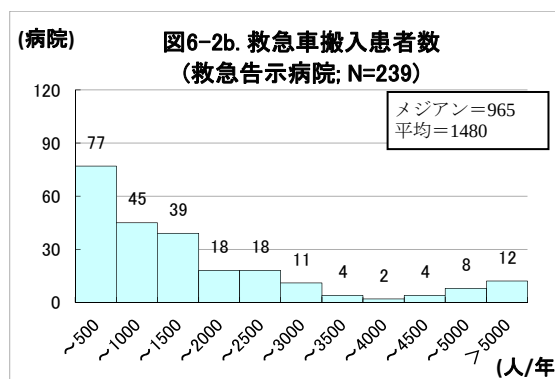
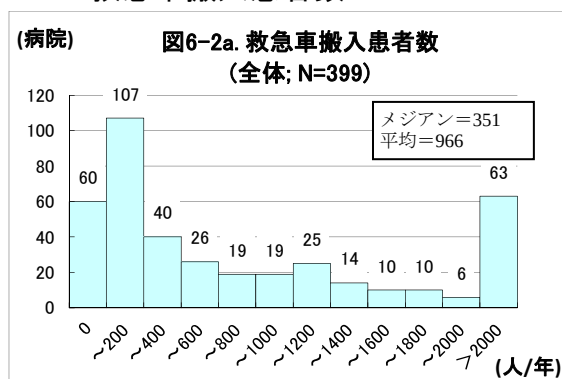


図6-2aでは、救急車搬入患者数について示した。メジアンは351人/年、平均は966人/年であった。

また、救急告示病院266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965人/年、平均値は1480人/年であった。

6.3 救急入院患者数

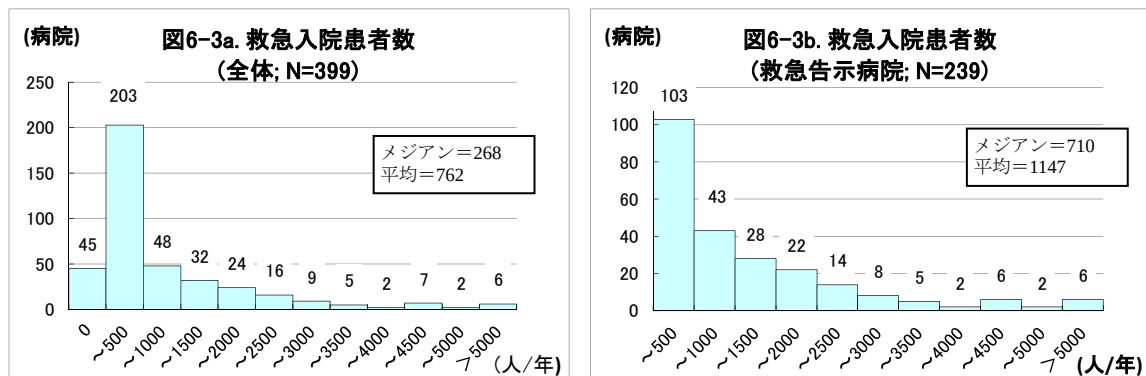


図 6-3 では、年間救急入院患者数を示した。救急告示病院 239 病院における救急入院患者数のメジアンは 710 人/年、平均は 1147 人/年であった。

6.4 精神科救急医療体制

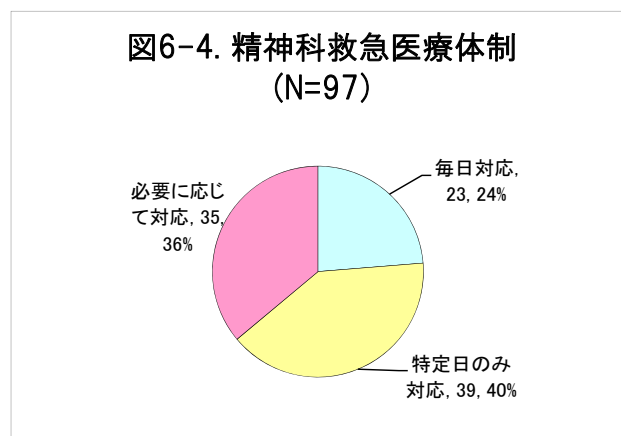
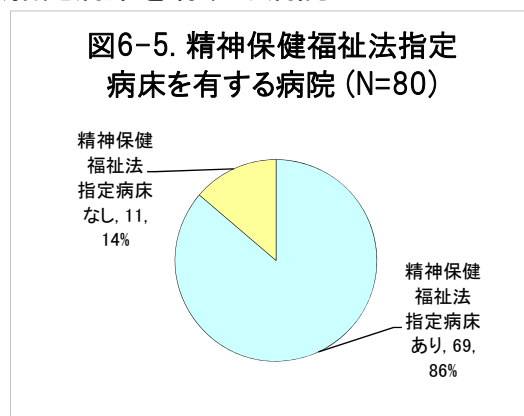


図 6-4 では、精神科救急医療体制について示した。精神科救急対応を行っている 97 病院のうち、毎日対応している病院は 23 病院 (24%)、特定日に対応している病院は 39 病院 (40%)、必要に応じて対応している病院は 35 病院 (36%) であった。

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 80 病院中、精神保健福祉法による指定病床を有する病院は 69 病院（86%）であった。

6.6 夜間勤務体制

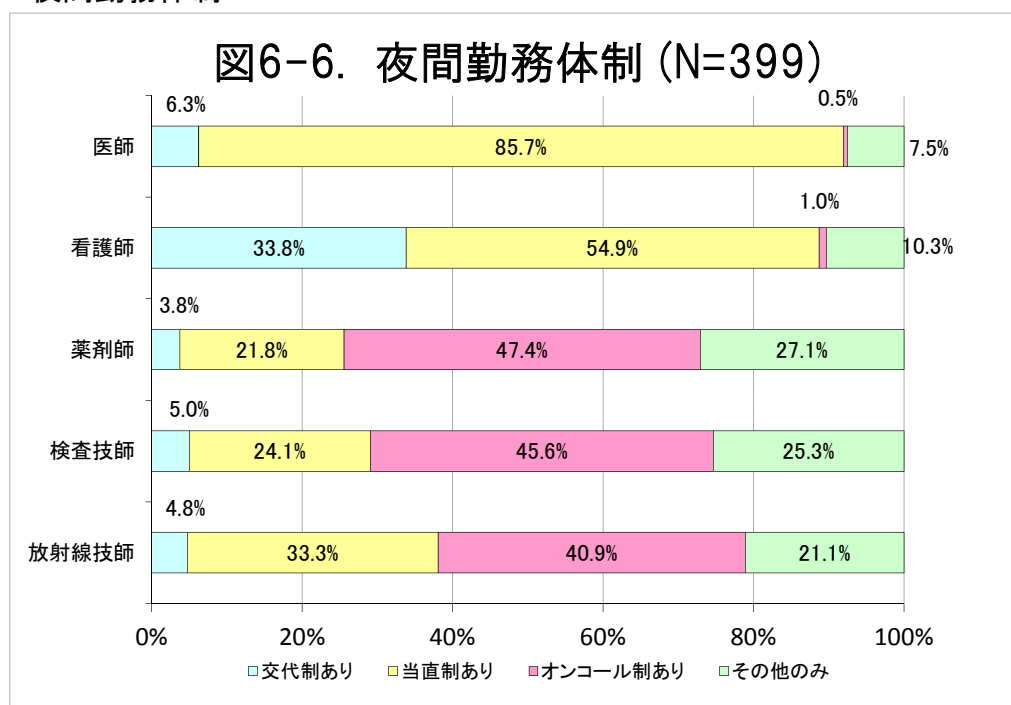


図 6-6 では、夜間勤務体制を示した。ここでは、「交代制＞当直制あり＞オンコール制あり＞その他」の順に充実度が高いものとみなし、複数回答がある場合にはより充実した体制の値に集約して集計した。なお、「4 交代制」などさらに充実した体制をとっている場合も「その他」に含まれることに注意が必要である。

第7章 薬剤部門

7.1 100床あたり薬剤師数

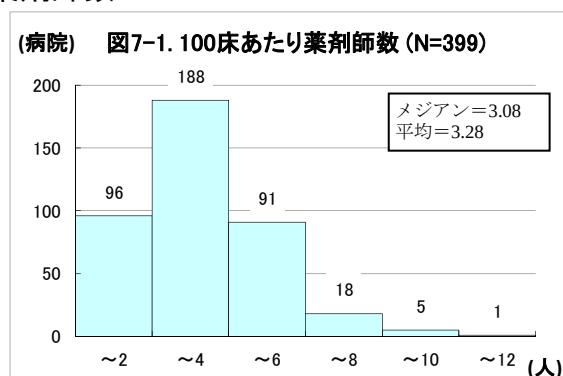


図7-1では、100床あたりの薬剤師数を示した。平成22年医療施設調査によれば、100床あたり薬剤師数の平均値は2.7人であり*、受審病院で薬剤師が手厚く配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11>

7.2 薬剤師の配置状況

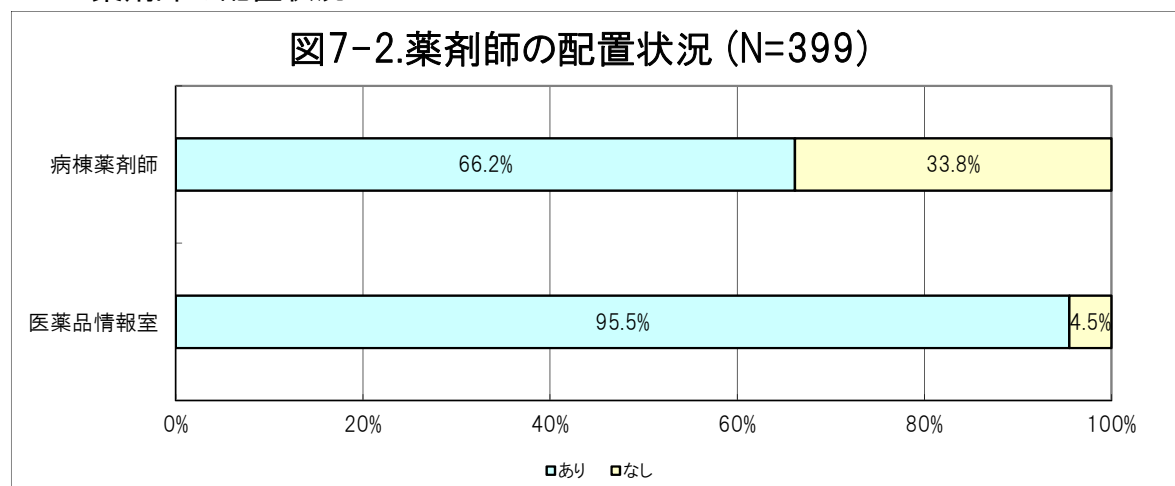


図7-2では、病棟薬剤師および医薬品情報室への薬剤師の配置状況を示した。病棟薬剤師が配置されている病院が66.2%、医薬品情報室に薬剤師が配置されている病院が95.5%であった。

7.3 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数

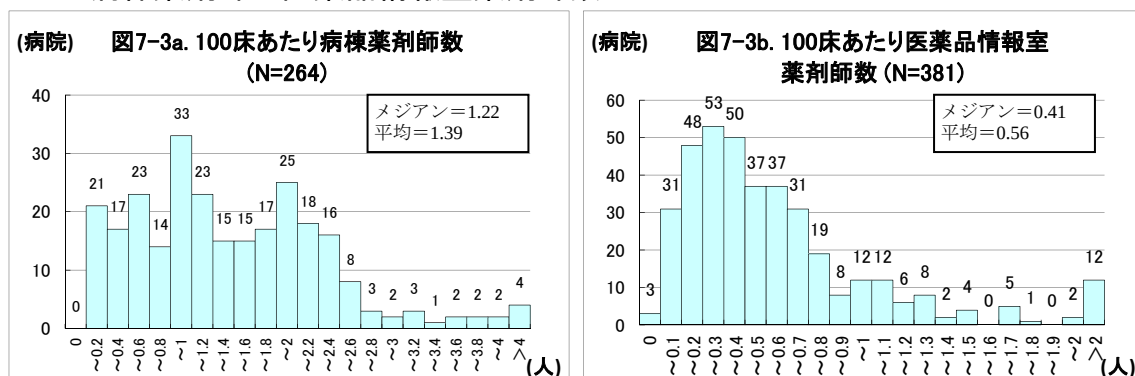


図 7-3 では、病棟薬剤師または医薬品情報室薬剤師を配置している病院における配置状況（人数）を示した。この人数は「7.1 薬剤師数」の内数である。

7.4 院外処方箋率（外来）

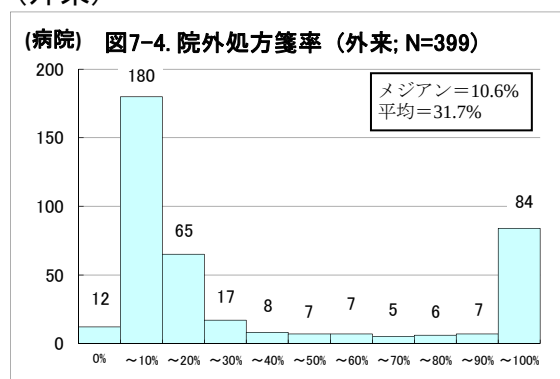


図 7-4 では、外来における全処方箋に占める院外処方箋の割合を示した。院外処方箋を発行していない病院が 12 あった。また、院外処方箋を発行している受審病院が、院外処方箋の割合が 10%以下の病院と 90%を超える病院の二極分化していることが示された。

7.5 薬剤部門での注射薬の混合

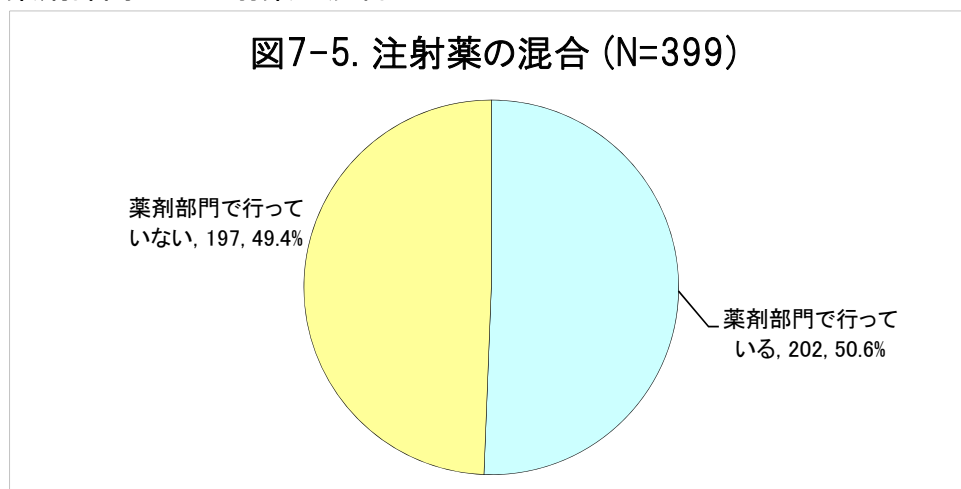


図 7-5 では、薬剤部門での注射薬の混合について示した。注射薬の混合を薬剤部門で行っている病院は 202 病院（50.6%）であった。

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）

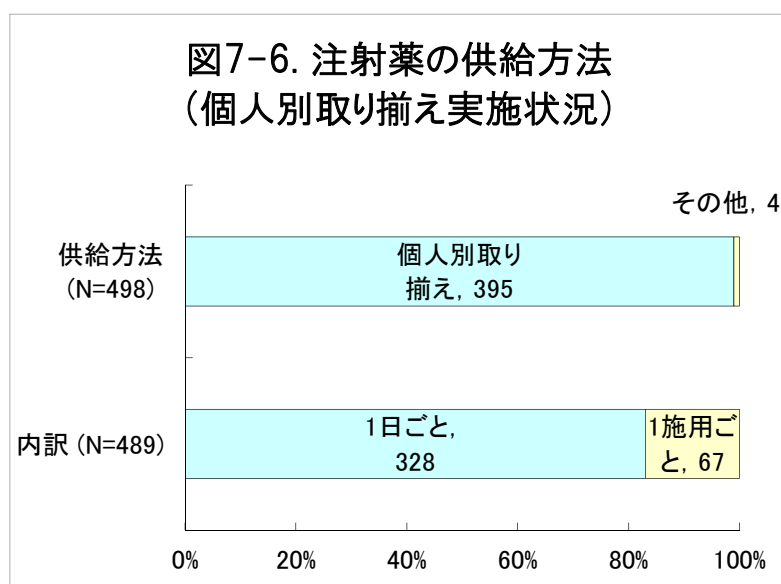


図 7-6 では、注射薬の供給方法について示した。395 病院（99.0%）が「個人別取り揃え」を実施しており、そのうち 328 病院（83.0%）で 1 日ごとの取り揃えを行っていた。

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

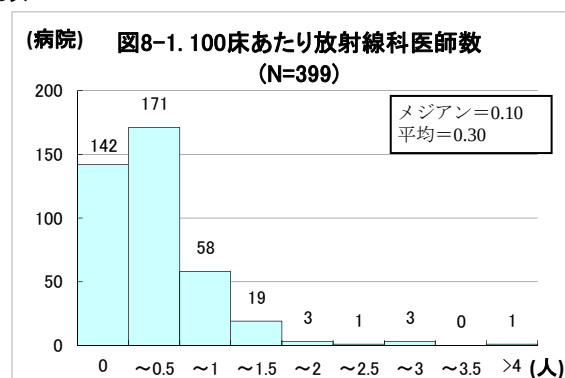


図8-1では、100床あたりの放射線科医師数の状況を示した。100床あたりのメジアンは0.10人、平均は0.30人であった。

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）

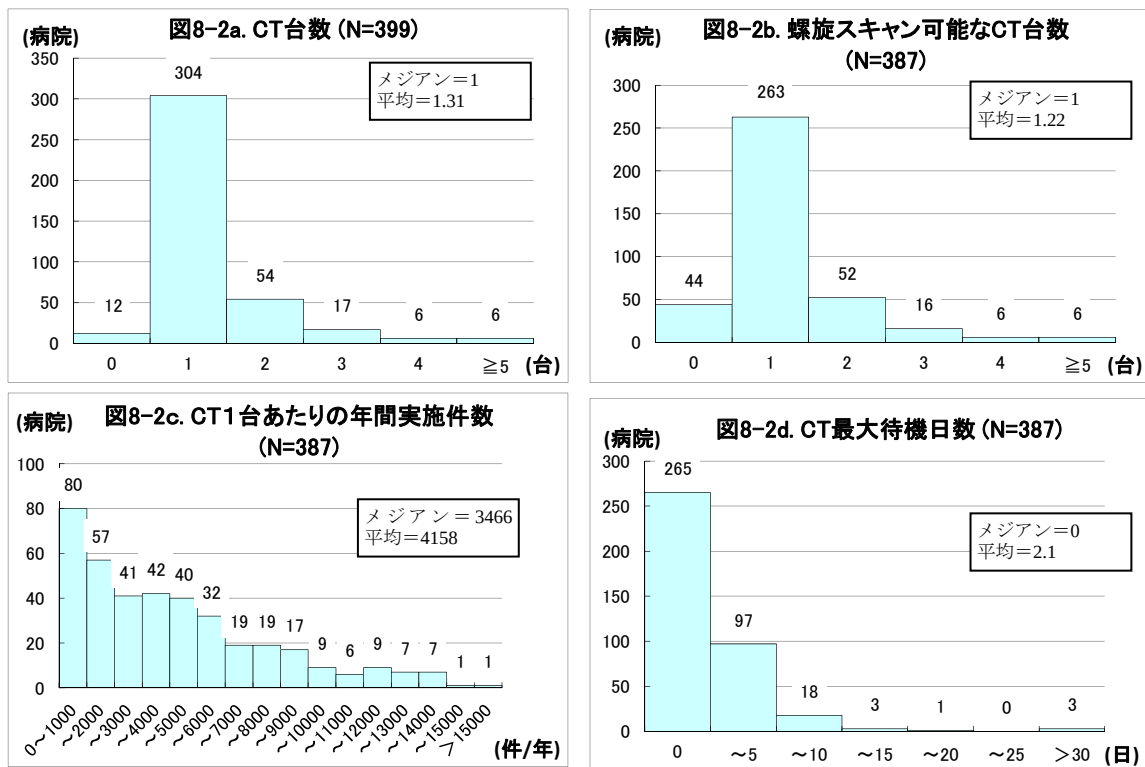


図8-2a～dでは、CTの状況について示した。図8-2b～cでは、CTを1台以上保有していると回答した387病院のデータをまとめた。図8-2dのCTの待機日数（撮影待日数）は、直近の最大待ち日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは0日、平均は2.1日であった。

8.3 MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

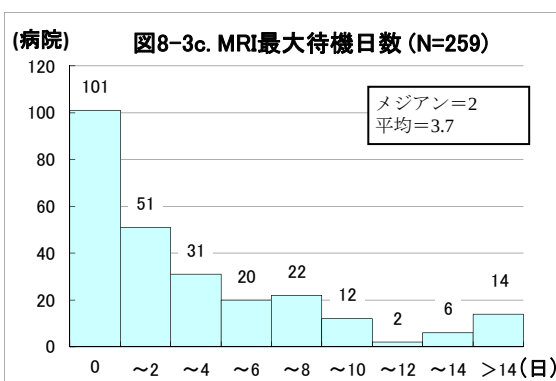
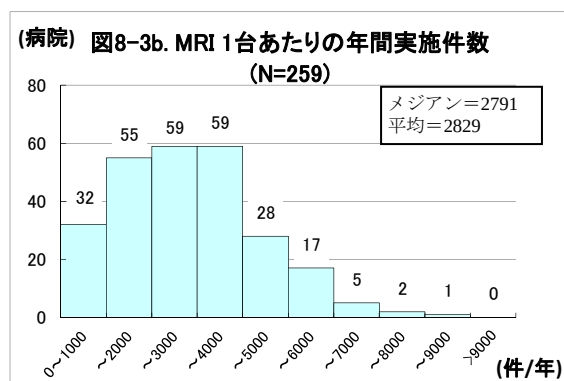
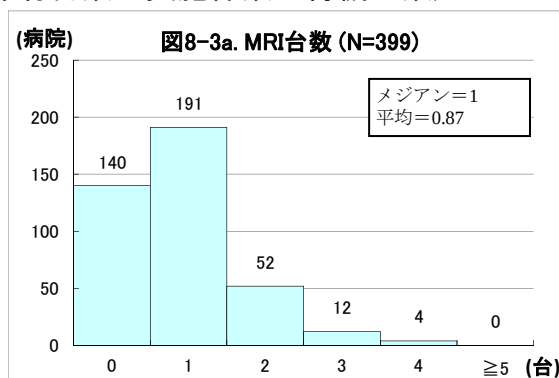


図 8-3a～c では、MRI の状況について示した。図 8-3b～c では、MRI を 1 台以上保有していると回答した 259 病院のデータをまとめた。図 8-3c の待機日数（撮影待日数）は、前項同様直近の最大待機日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは 2 日、平均は 3.7 日であった。

8.4 放射線科医による報告書作成・読影

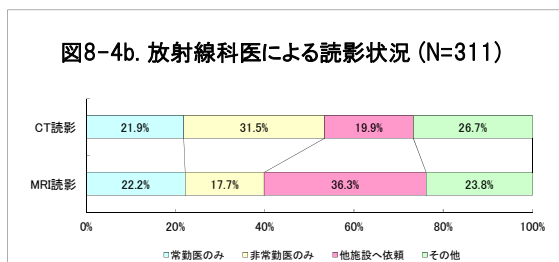
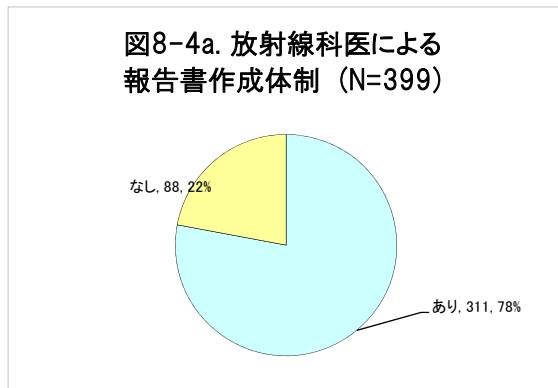


図8-4a および b では、放射線科医による報告書作成体制および読影の状況を示した。放射線科医による報告書作成体制がある311病院中、約22%の病院で常勤放射線科医による読影を実施していた。

8.5 各種超音波検査の実施状況

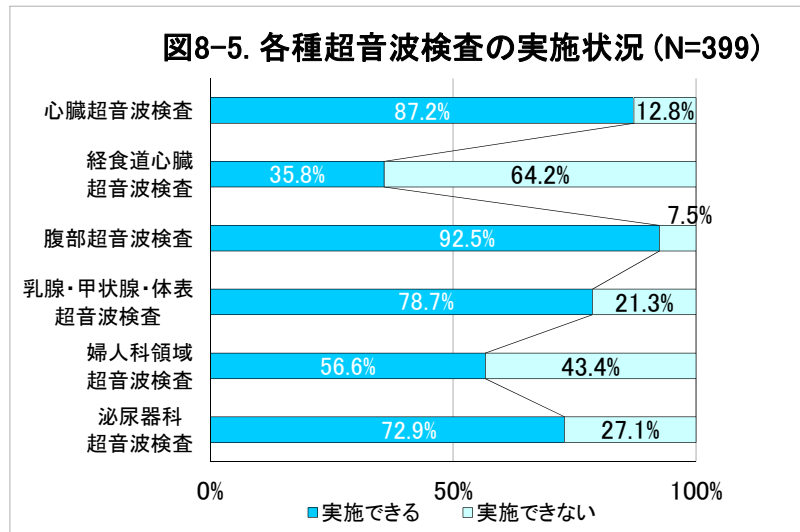


図8-5では、各種超音波検査の実施状況（検査の可否）について示した。腹部超音波検査を実施している病院が最も多く、次いで心臓超音波検査であった。

8.6 画像の遠隔診断

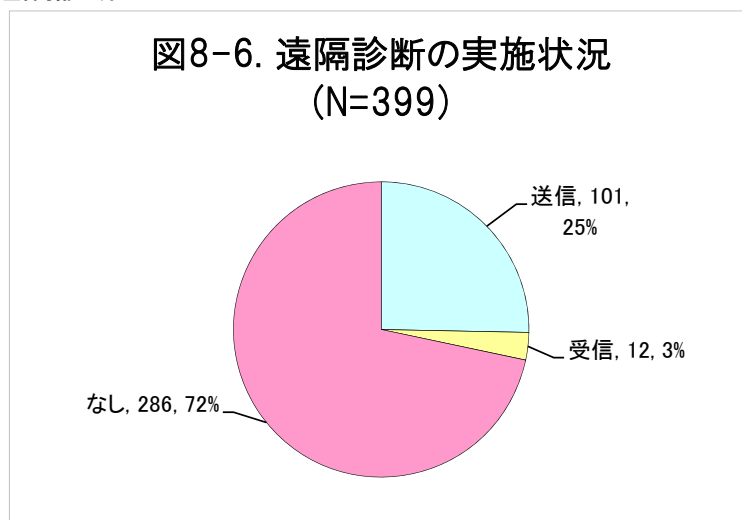


図 8-6 では、遠隔診断の実施状況を示した。遠隔画像診断の実施状況は送信側（画像の撮影が行われる医療機関）が 25%、受信側（画像診断が行われる医療機関）が 3%であった。

8.7 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）

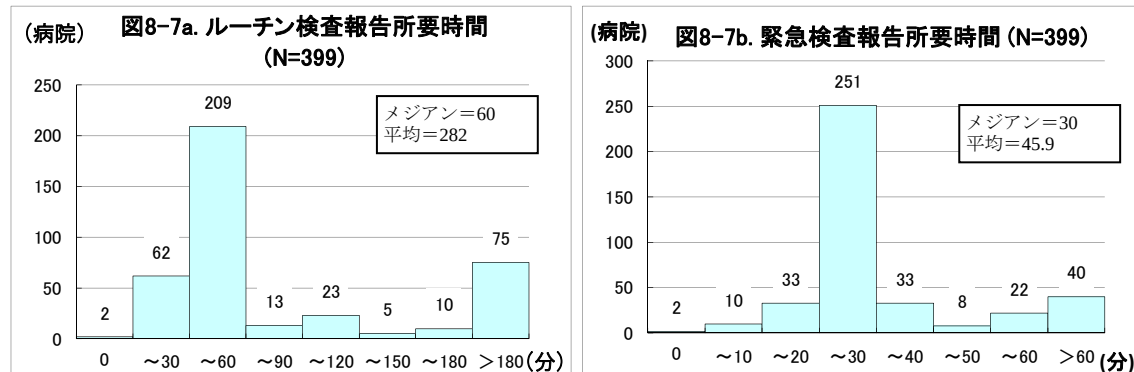


図 8-7a および b では、主要な血液・生化学検査の結果報告までの時間を示した。ルーチン検査のメジアンおよび平均は 60 分および 282 分であり、緊急検査の検査報告所要時間は 30 分および 45 分であった。

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

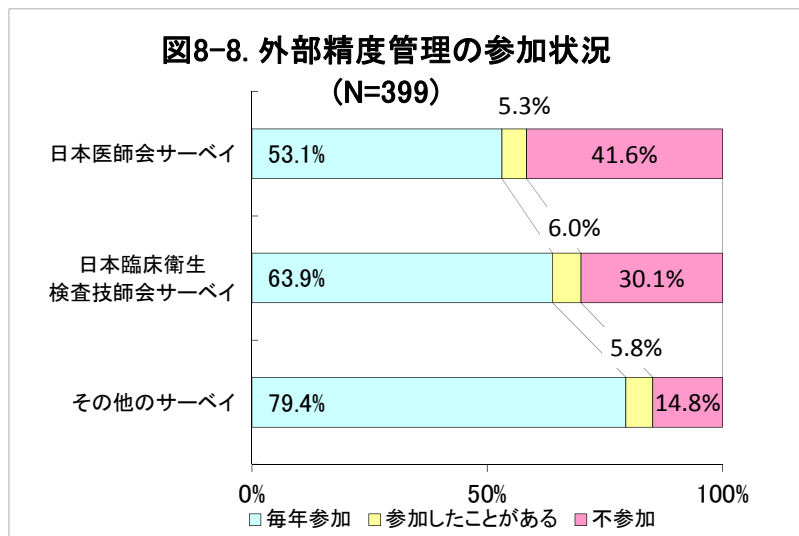


図 8-8 では、外部精度管理の参加状況について示した。約 8 割の病院において、何らかの外部サーベイに毎年参加していた。

8.9 病理医配置状況

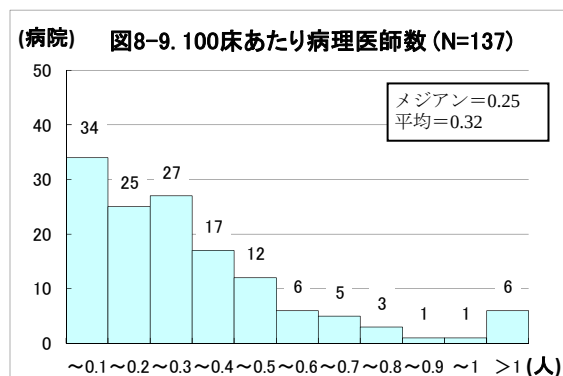


図 8-9 では、100 床あたりの病理医師数を示した。病理医のいる 137 病院におけるメジアンは 0.25 人、平均は 0.32 人であった。

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

8.10 剖検実施状況

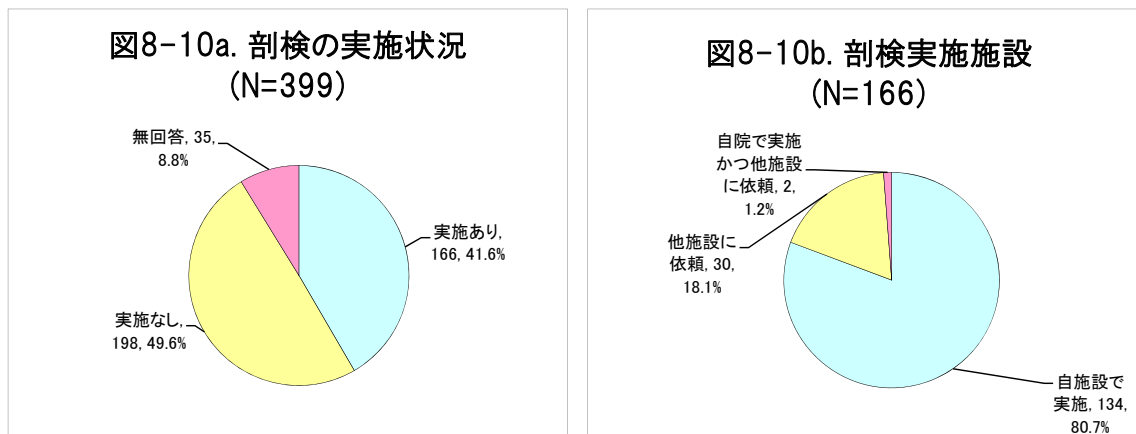


図 8-10a および b では、剖検の実施状況を示した。剖検を実施している 166 病院の約 8 割の病院が自施設で剖検を実施していた。

8.11 死亡退院率・剖検率

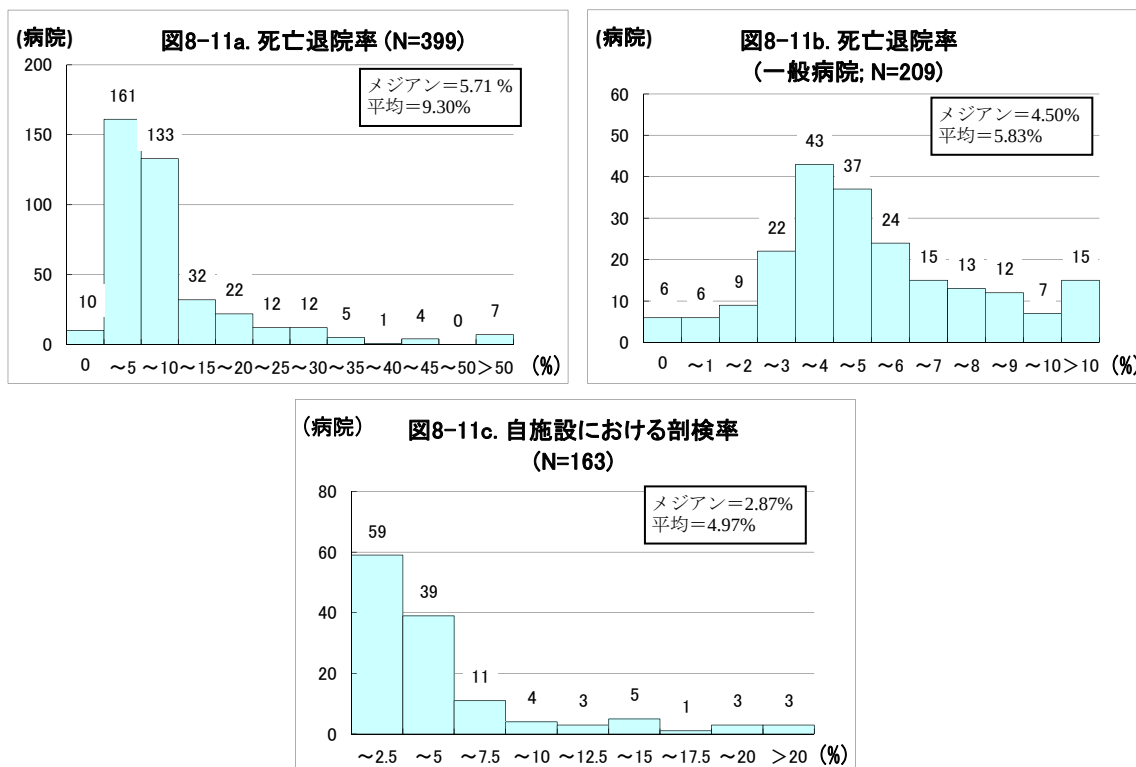


図 8-11a および b では、死亡退院率（退院患者に占める死亡退院の割合）を示した（b は一般病院に限定した死亡退院率を示している）。また、図 8-10c では、自施設での剖検率（死亡患者のうち、自施設で剖検を実施する割合）を示した。自施設での剖検率が 20%を超える病院が 3 施設あった。

8.12 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）

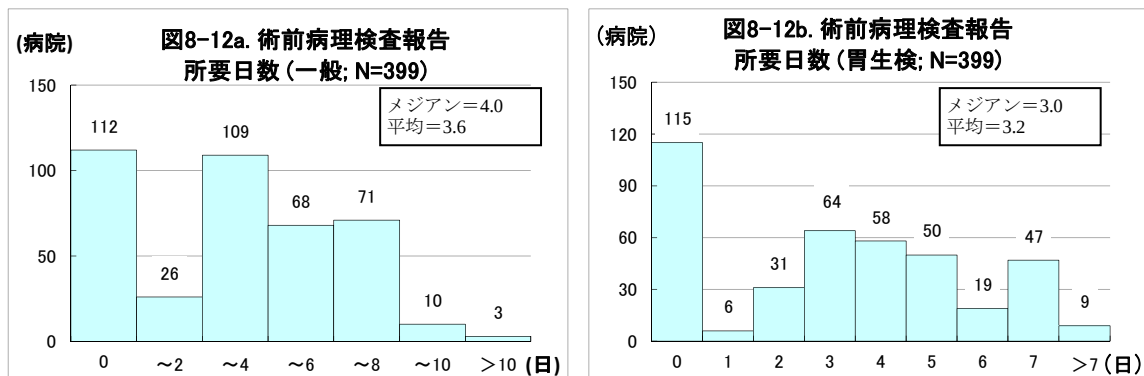


図8-12 a および b では、術前病理検査報告所要日数について、一般病理検査と胃生検に分けて示した。メジアンはそれぞれ4.0日、3.0日であった。

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

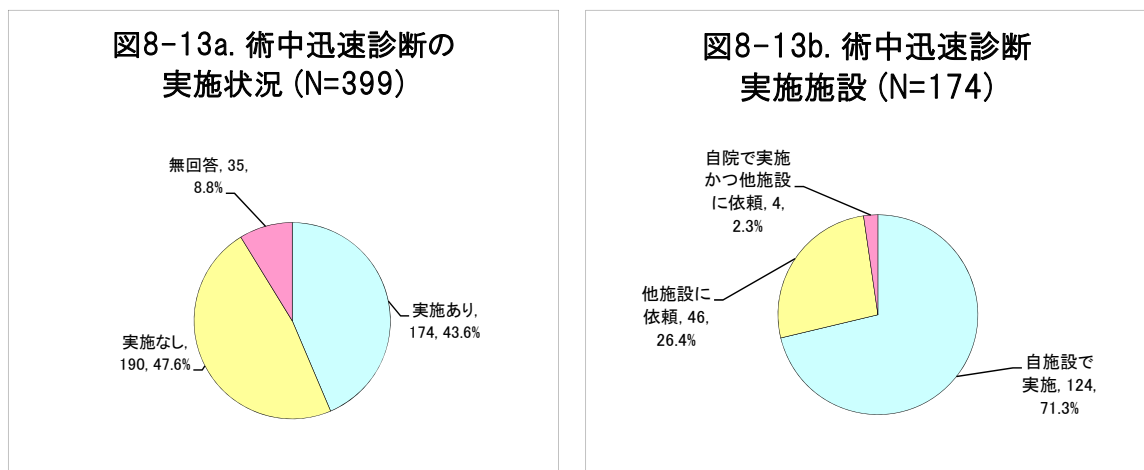


図8-13 a および b では、術中迅速診断の実施状況を示した。受審病院の43.6%で術中迅速診断を実施しており、自施設で実施している病院はそのうち約7割であった。

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

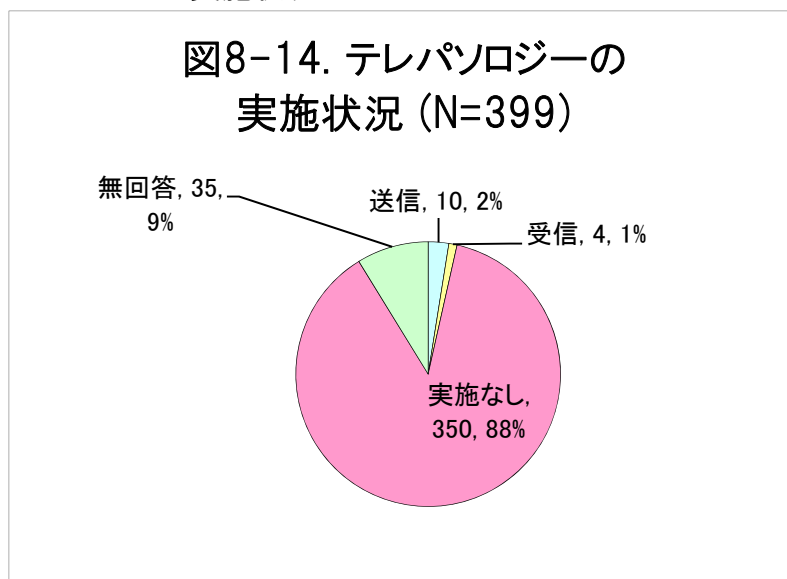


図 8-14 では、テレパソロジーの実施状況を示した。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の実施状況は、「送信側」（検体採取が行われる医療機関）が 2%、「受信側」（画像診断が行われる医療機関）が 1%であった。

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

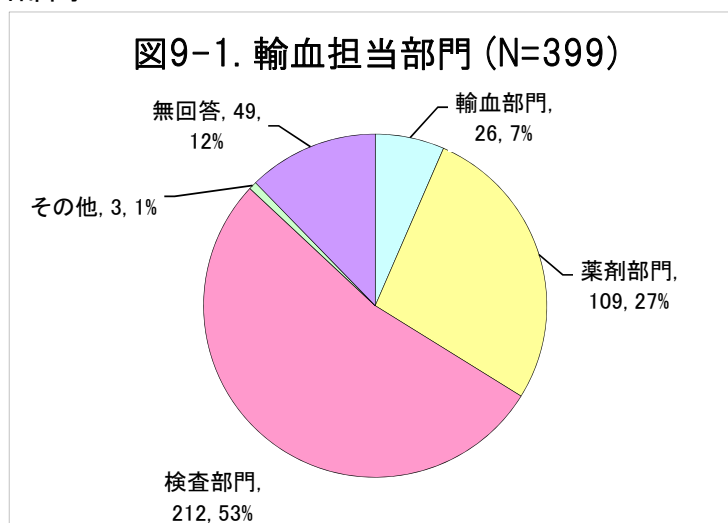


図 9-1 は、輸血担当部門の状況について示した。輸血担当部門が独立している病院は26病院、独立しておらず薬剤部門として管理している病院は109病院、検査部門として管理している病院は212病院、その他は3病院であった。

9.2 輸血担当医師数

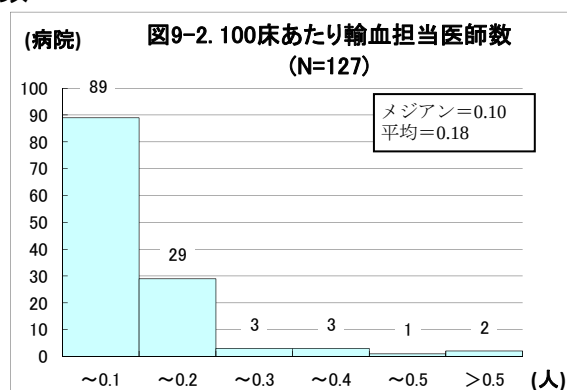


図 9-2 では、輸血担当医師数（輸血部門の常勤専従医師、常勤専任又は兼任医師、非常勤医師の常勤換算数）を示した。図中には、輸血担当医師が配置されている127病院におけるメジアンおよび平均を示した。

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

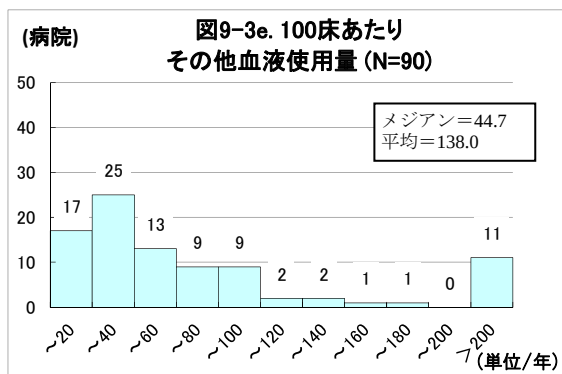
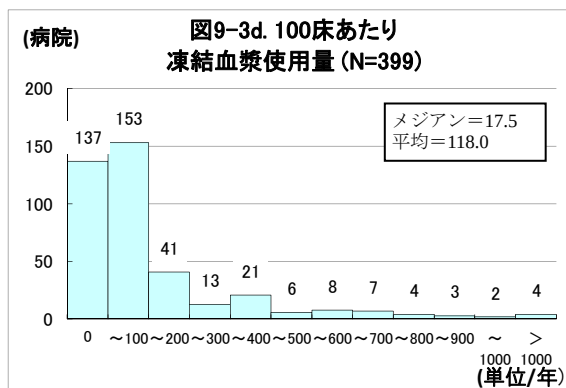
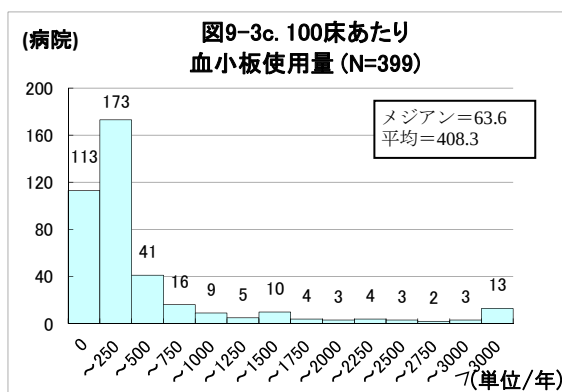
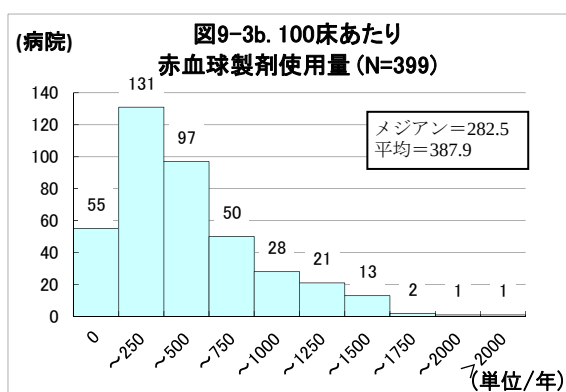
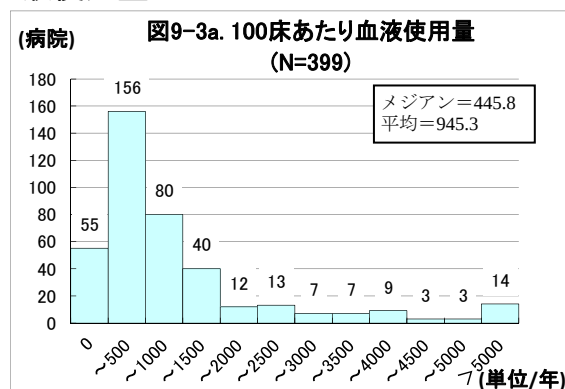


図9-3aでは、100床あたりの血液使用量の総数について示した。また、図9-3b～eでは、赤血球製剤、血小板、凍結血漿、その他血液の使用量（内数）を示した。

9.4 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況

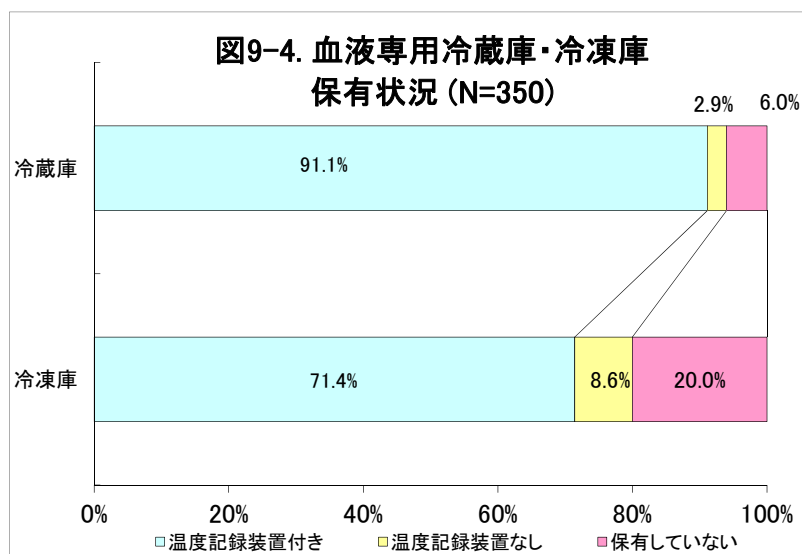


図 9-4 では、血液専用冷蔵庫・冷凍庫の保有状況を示した。血液専用の冷蔵庫を保有している病院は 329 病院 (94.0%) であり、そのうち自記温度記録装置付き冷蔵庫を保有している病院は 319 病院であった。また、凍結血漿専用の冷凍庫 (−20℃以下) を保有している病院は 280 病院 (80.0%) であり、そのうち自記温度記録装置付き冷凍庫を保有している病院は 250 病院であった。

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

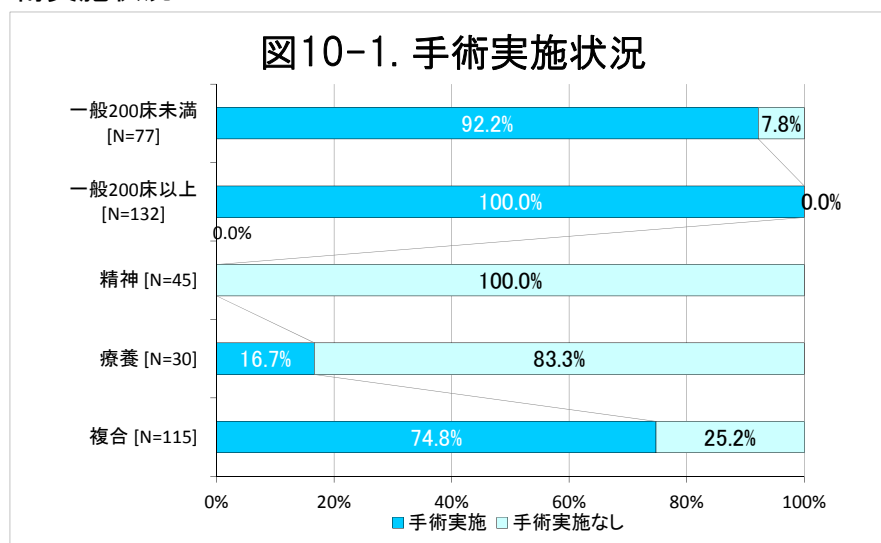


図 10-1 では、病床種別ごとの手術実施状況について示した。一般 200 床未満の 71 病院（92.2%）、一般 200 床以上の 132 病院（100%）、療養病院の 5 病院（16.7%）、複合病院の 86 病院（74.8%）で手術を実施していた。精神科病院では手術を実施している病院はなかった。

10.2 100 床あたり手術室数

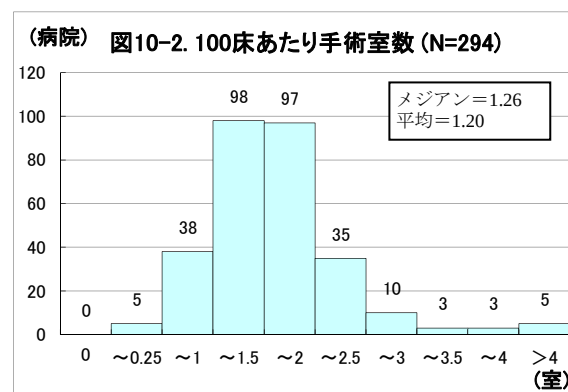


図 10-2 では、手術を実施している 294 病院について、100 床あたりの手術室数を示した。

10.3 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率

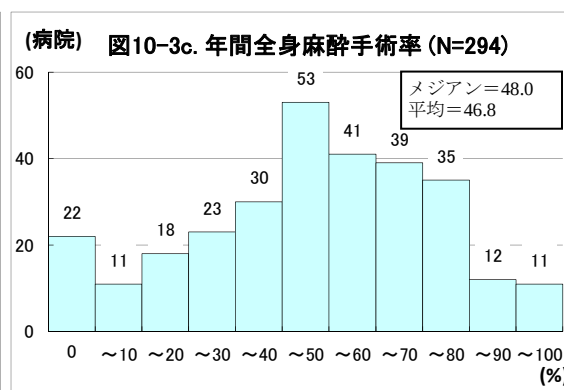
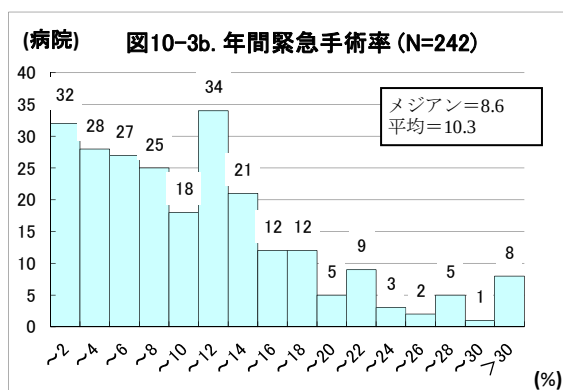
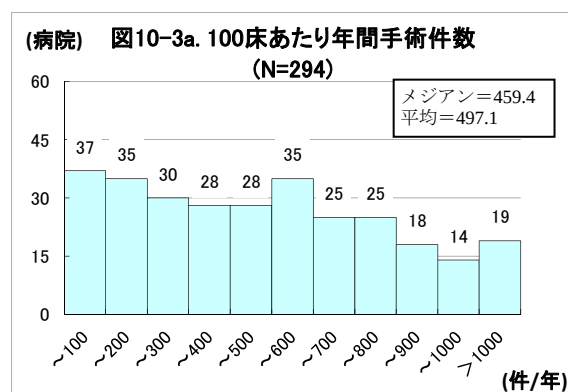


図 10-3a では、手術を実施している 294 病院における 100 床あたりの年間手術件数を示した。また、図 10-3b および c では、以下の式に基づき年間の手術に占める緊急手術および全身麻酔手術の割合を示した。

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

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

10.4 手術 1000 件あたり麻酔科医

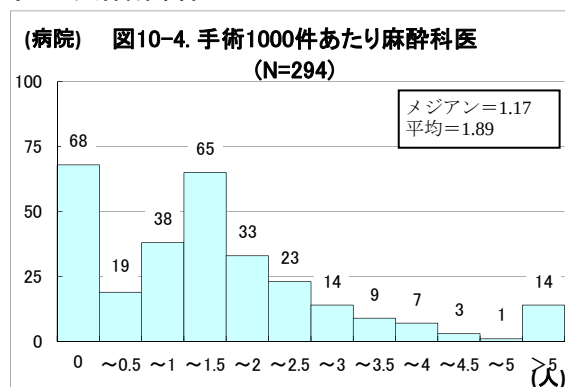


図 10-4 では、手術 1000 件あたり麻酔科医数を示した。手術を実施している 294 病院におけるメジアンは 1.17 人、平均 1.89 人であった。

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

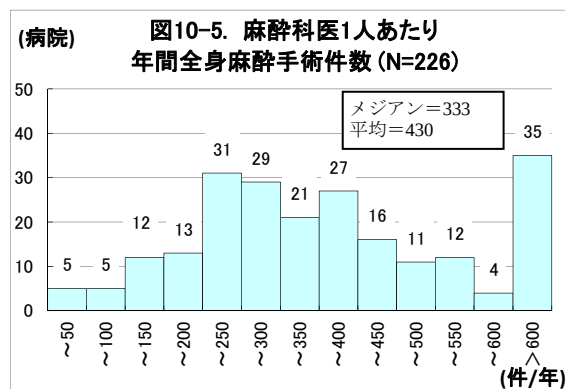


図 10-5 では、麻酔科医 1 人あたりの年間全身麻酔手術件数を示した。メジアンは 333 件、平均は 430 件であった。

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

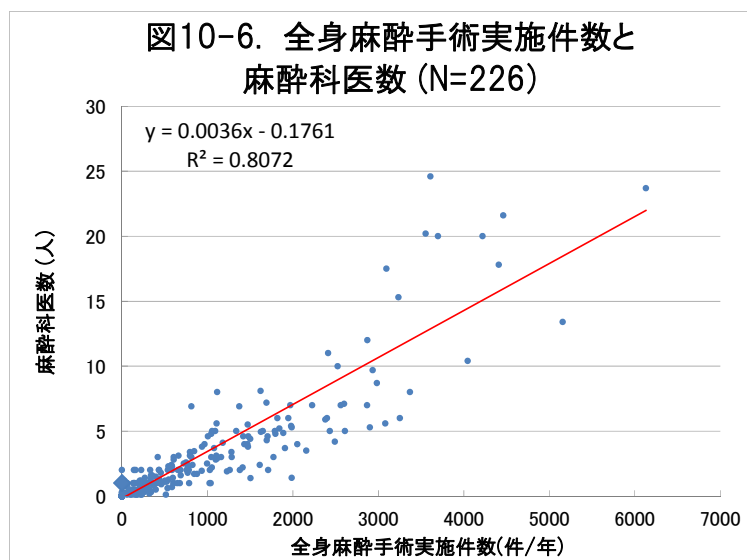


図 10-6 では、年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数（常勤換算）の関係を散布図で示した。全身麻酔手術件数と麻酔科医数の一次近似式は

$$y = 0.0036x - 0.1761 \quad (R^2 = 0.8072)$$

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

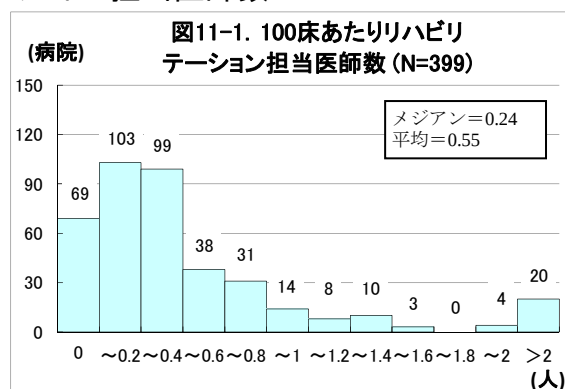
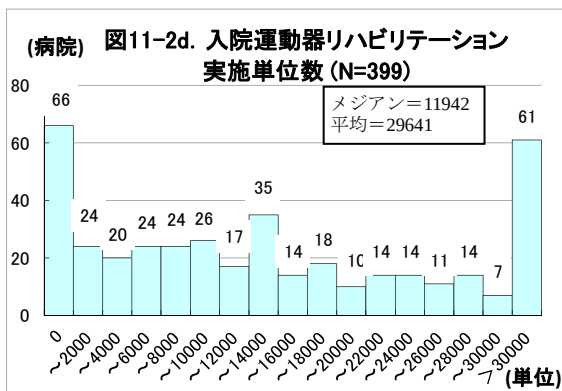
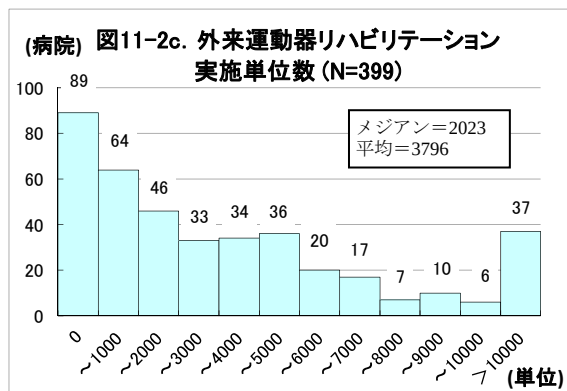
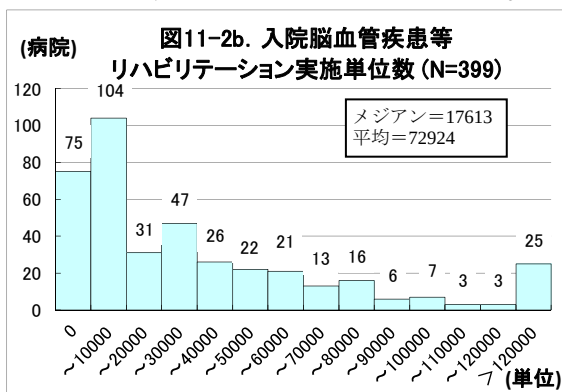
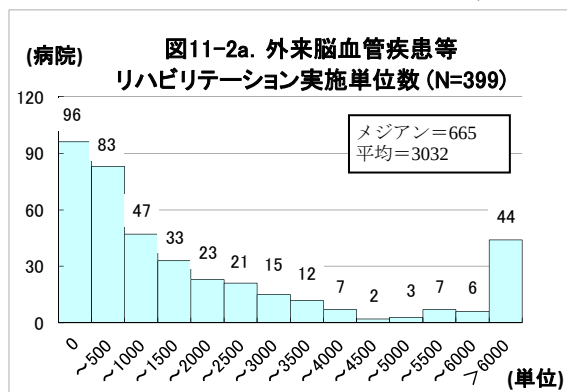
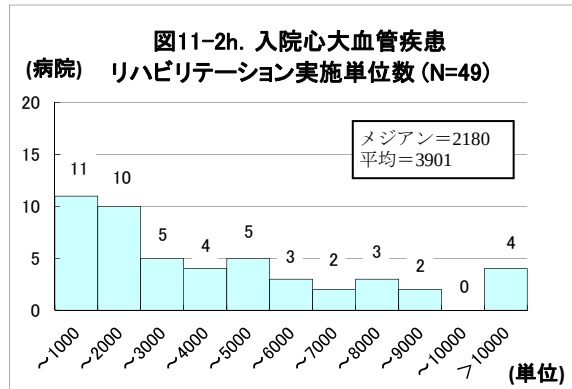
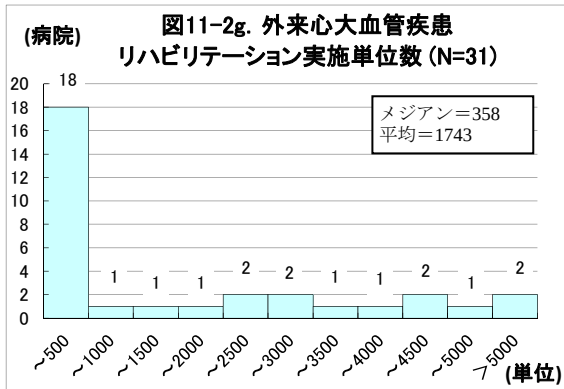
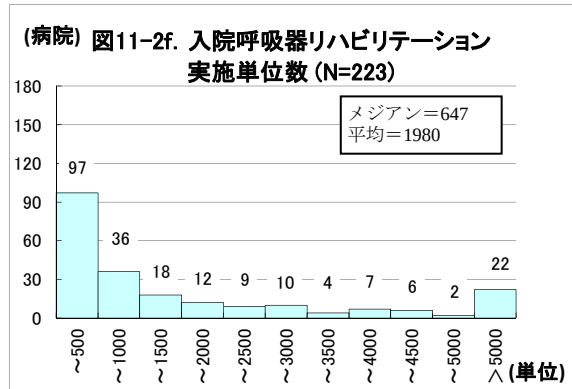
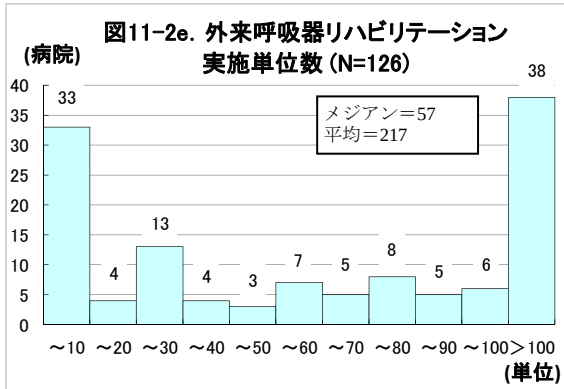


図11-1では、リハビリテーション担当医師数について示した。リハビリテーション担当医師数は、常勤の専従医師、常勤の専任・兼任医師の常勤換算数、および非常勤医師の常勤換算数の合計である。メジアンは0.24人/100床、平均は0.55人/100床であった。

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。

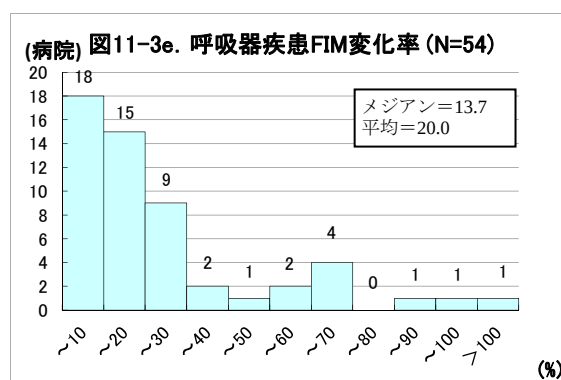
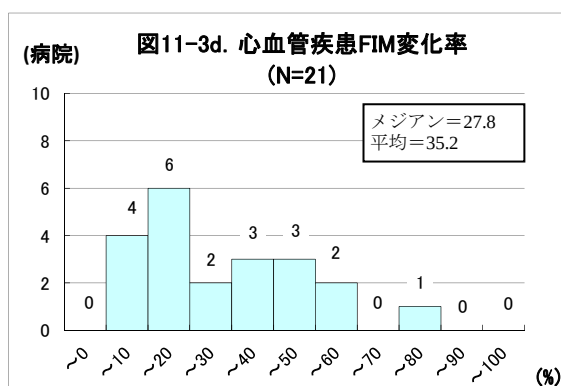
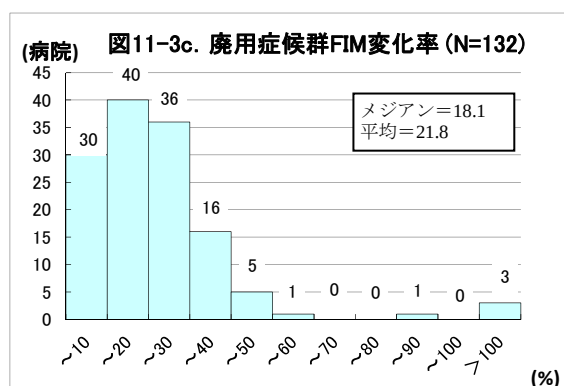
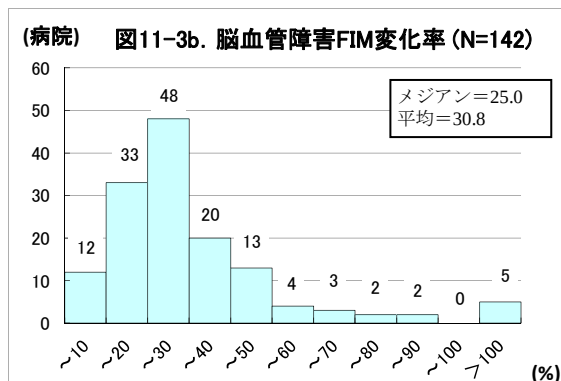
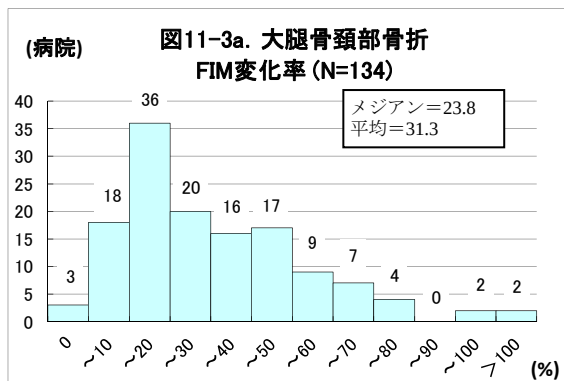




11.3 FIM (functional independence measure) の変化率

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

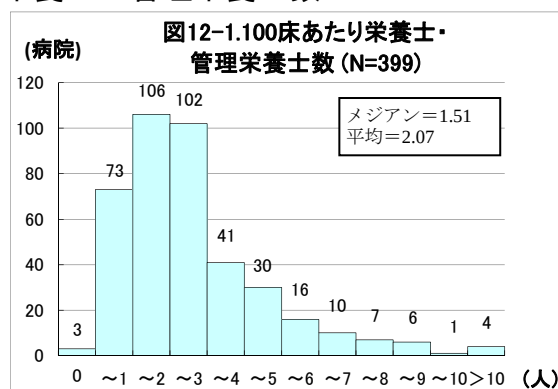


図12-1では、100床あたりの栄養士・管理栄養士数について示した。メジアンは1.51人、平均2.07人であった。100床あたりの管理栄養士・栄養士数の全国値は1.5人であり*、ほぼ同等の管理栄養士・栄養士が配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成23年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11>

12.2 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数

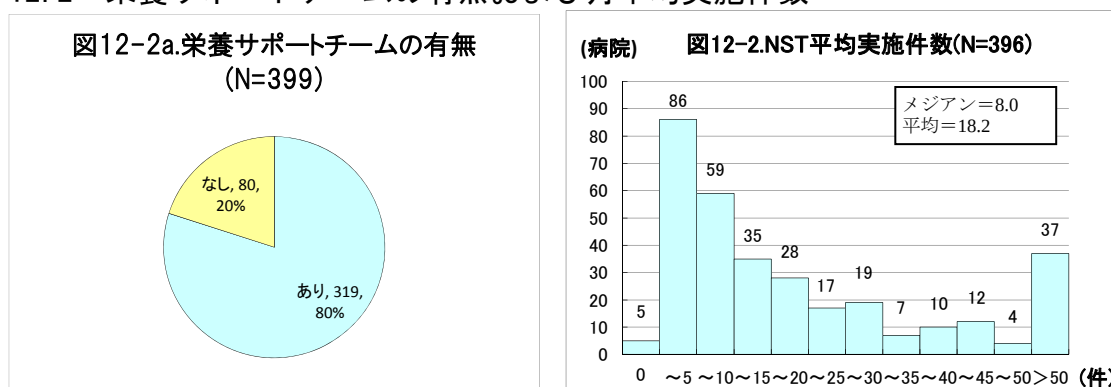
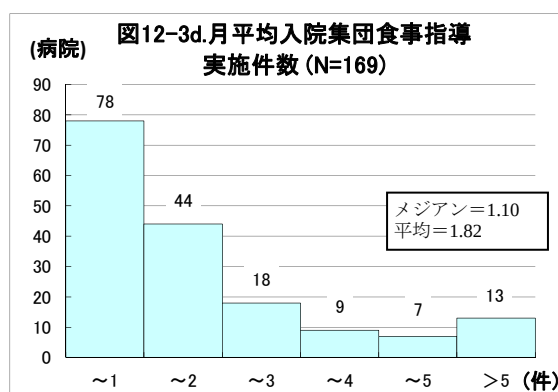
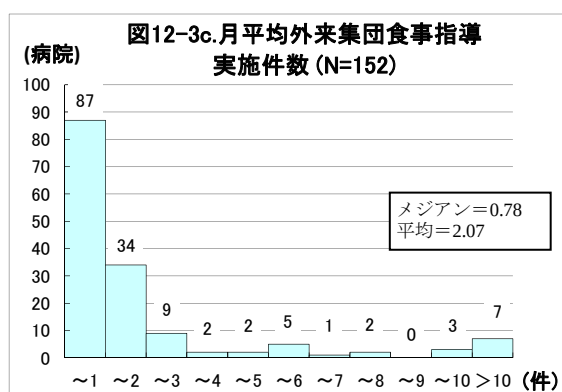
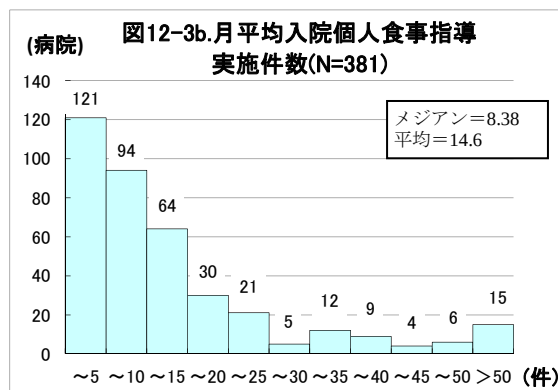
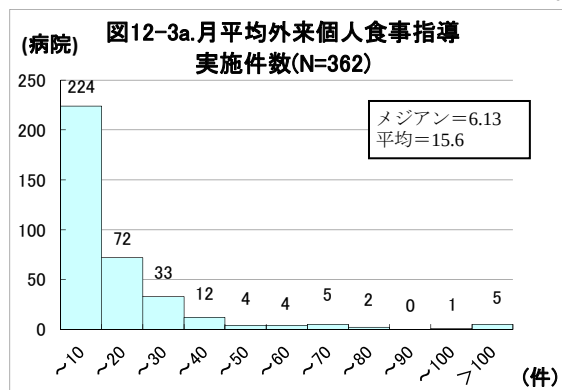


図12-2aおよびbでは、栄養サポートチーム（NST）の有無および月平均実施件数について示した。NSTがある病院は319病院（80%）であった。NSTによる栄養指導件数が月50件を越える病院が37病院あった。メジアンは8.0件/月、平均は18.2件/月であった。

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対象とした。



第 13 章 診療情報管理部門

13.1 診療録・診療情報管理士数

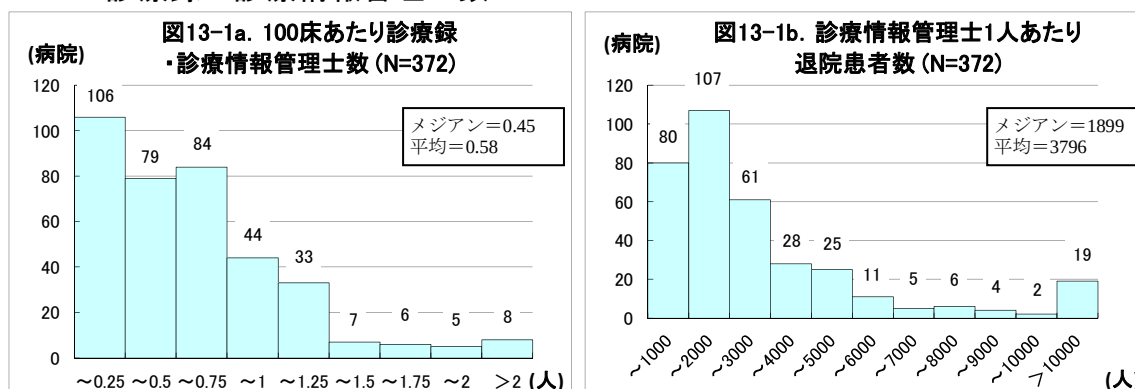


図 13-1a および b では、100 床あたりの診療録・診療情報管理士数および診療録・診療情報管理士 1 人あたりの退院患者数をそれぞれ示した。診療録・診療情報管理士 1 人あたり退院患者数のメジアンは 1899 人、平均は 3796 人であった。

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

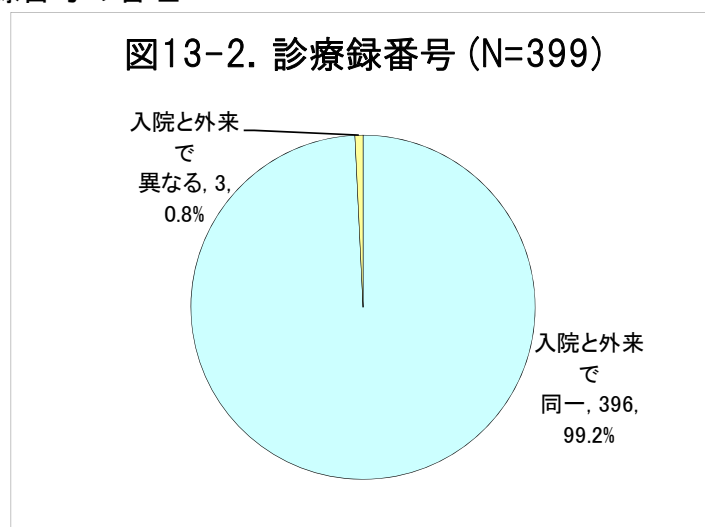


図 13-2 では、診療録番号管理方法を示した。同一患者には入院と外来で同一の番号を付与している病院が 99.2%であった。

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

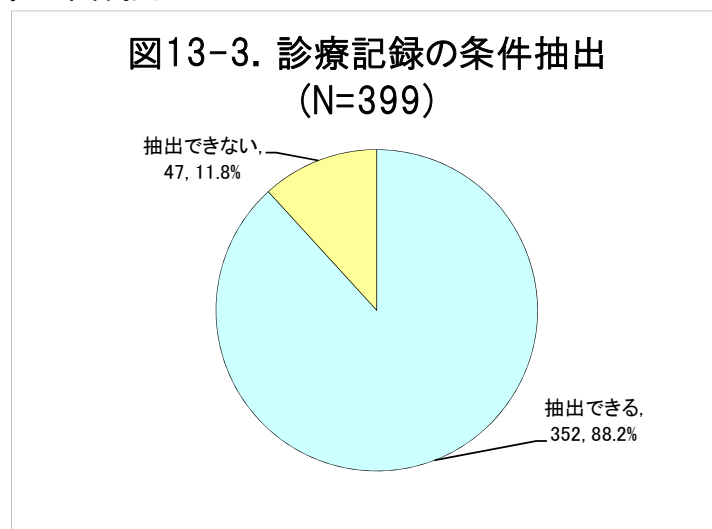


図 13-3 では、診療記録からデータを抽出可能であるかどうかを示した。条件に該当するデータを抽出できるとした病院が 88.2%であった。

13.4 2週間以内の退院時サマリー作成率

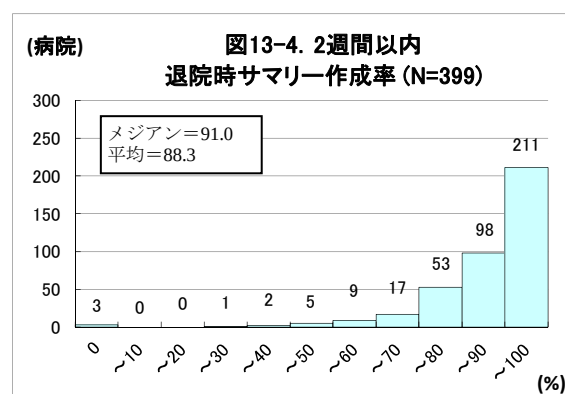


図 13-4 では、2 週間以内の退院時サマリー作成率について示した。

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

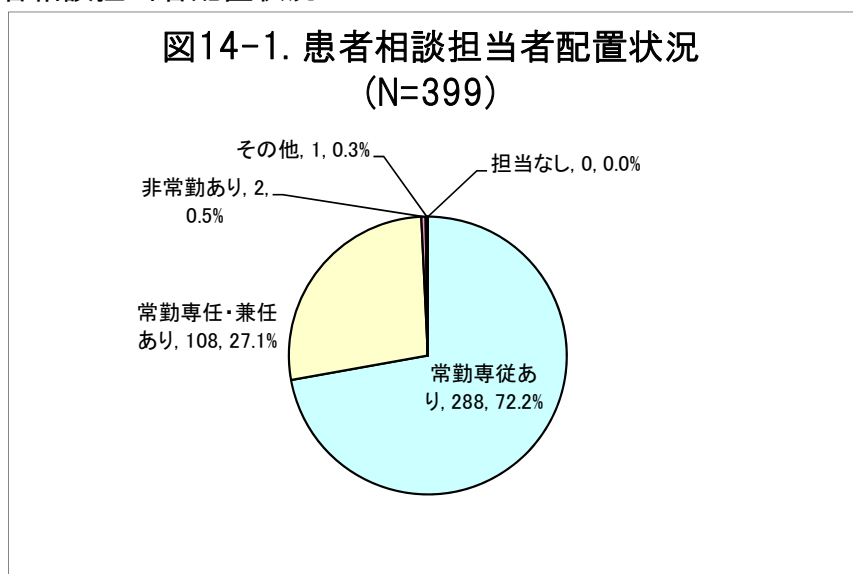


図14-1では、患者相談担当者の配置状況を示した。99.2%の病院で常勤担当者を配置していた。

14.2 患者相談職員数

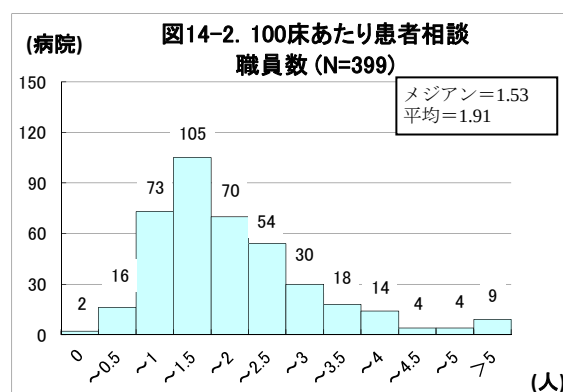


図14-2では、100床あたりの患者相談担当職員数を示した。メジアンは1.53人、平均は1.91人であった。

14.3 月平均患者相談実施件数（入院・外来）

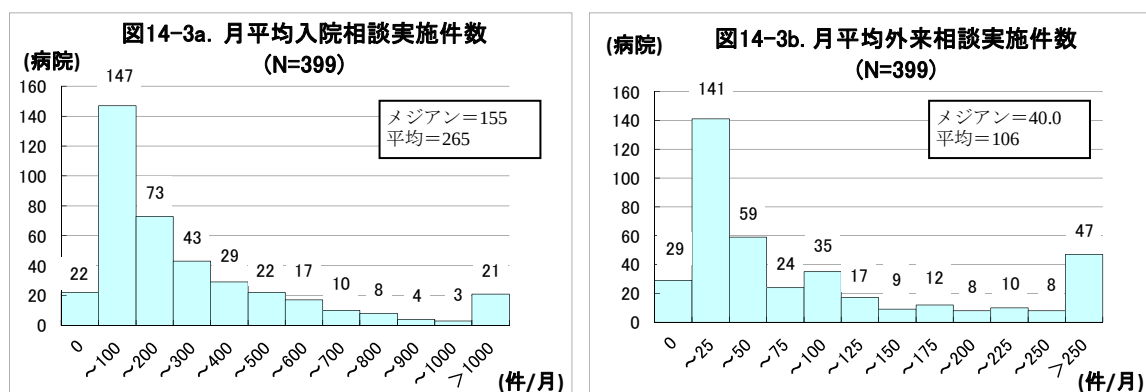


図 14-3a および b では、月平均患者相談実施件数（入院・外来）についてそれぞれ示した。入院のメジアンおよび平均はそれぞれ 155 件および 265 件、外来のメジアンおよび平均はそれぞれ 40 件および 106 件であった。

14.4 ワーカー1人あたり月平均相談件数

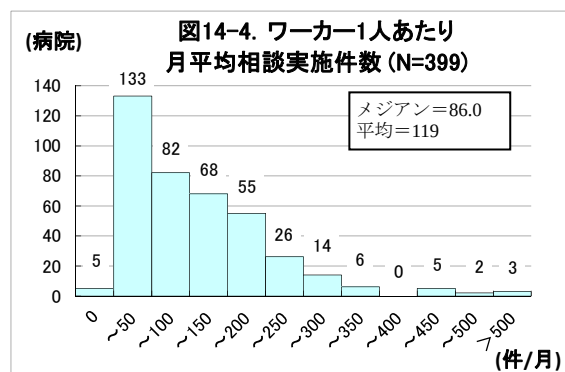


図 14-4 では、ソーシャルワーカー1人あたりの月平均相談件数を示した。

14.5 訪問サービス実施状況

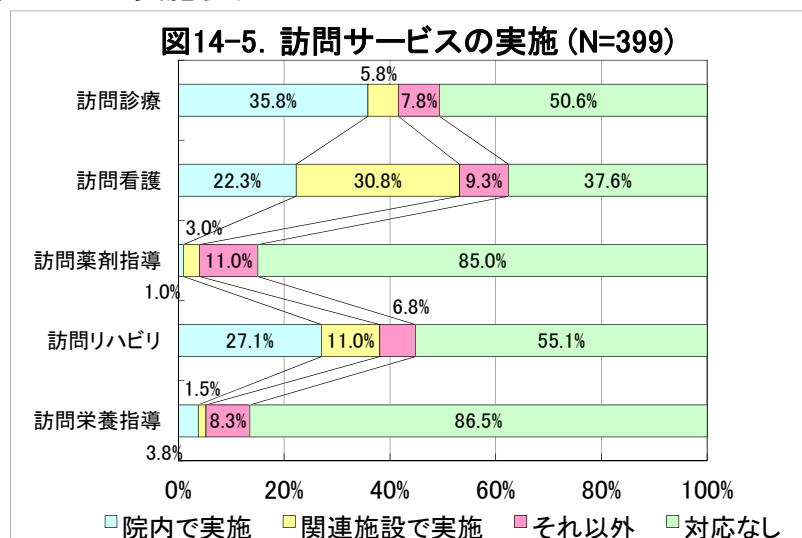


図 14-5 では、在宅医療支援部門における、訪問サービスの実施について示した。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションの順で、何らかの方法で実施している病院が多いことが示された。

14.6 月平均訪問診療等実施件数

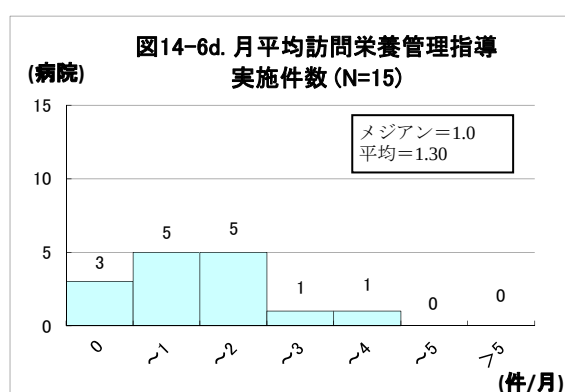
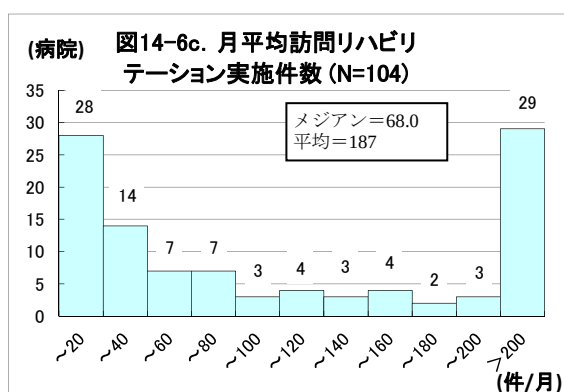
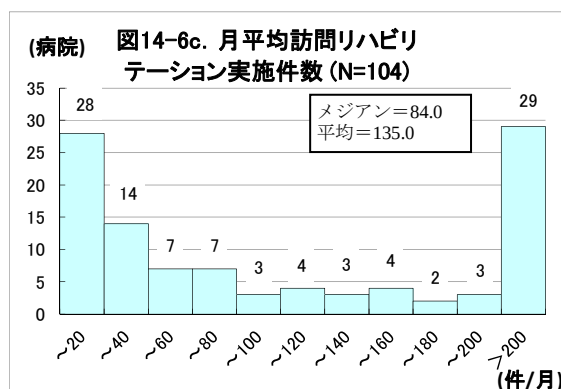
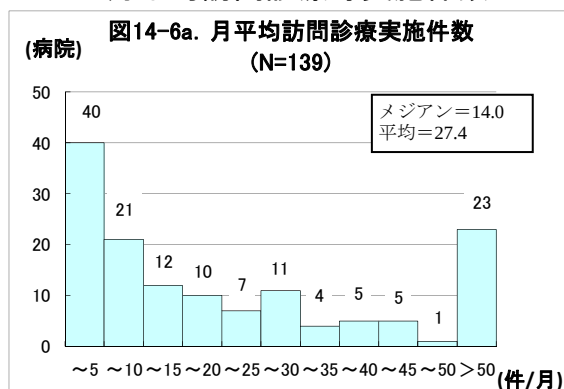


図14-6a～dでは、月平均訪問診療等実施件数（院内実施分）について示した。訪問看護および訪問リハビリテーションの実施件数が多いことが示された。

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

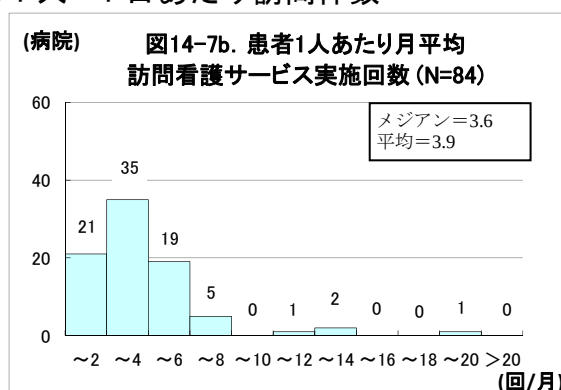
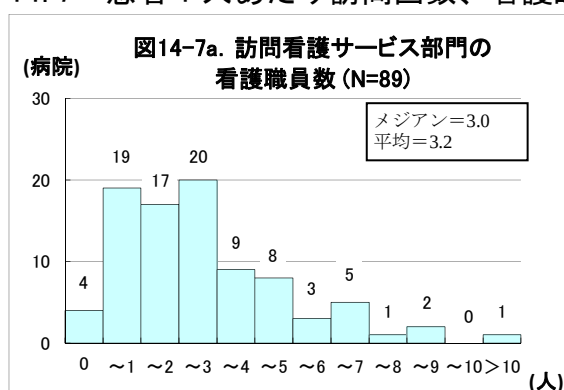
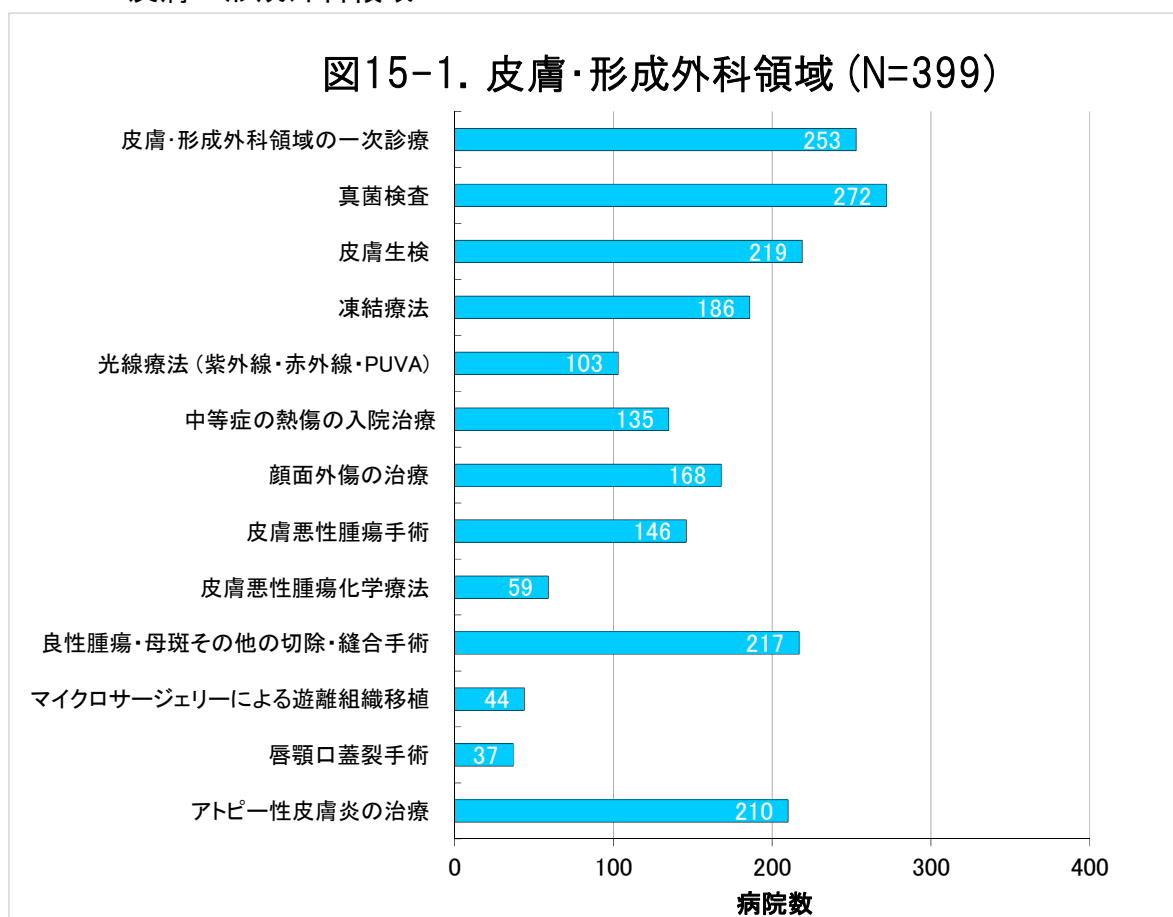


図14-7aおよびbでは、患者1人あたりの訪問回数、看護師1人・1日あたりの実施回数についてそれぞれ示した。いずれも自院で対応しているものを「1回」としている。

第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）

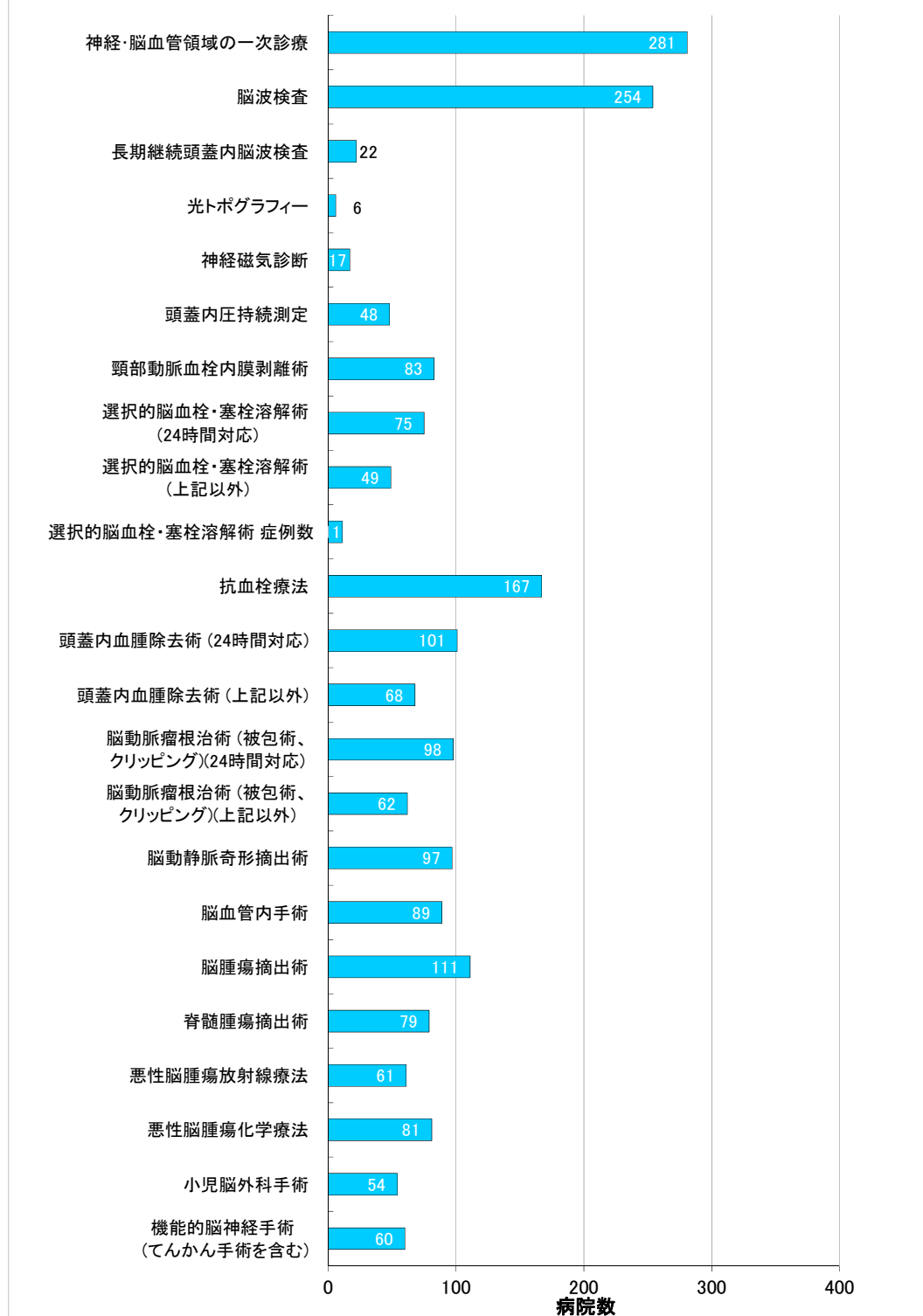
皮膚・形成外科領域からリハビリテーション領域まで、代表的な診断・治療項目を選び、通常の診療で対応可能なかを尋ねた。以下のグラフは「通常の診療で対応可能」と回答した病院数を示す。

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=399)



15.3 精神科・神経科領域

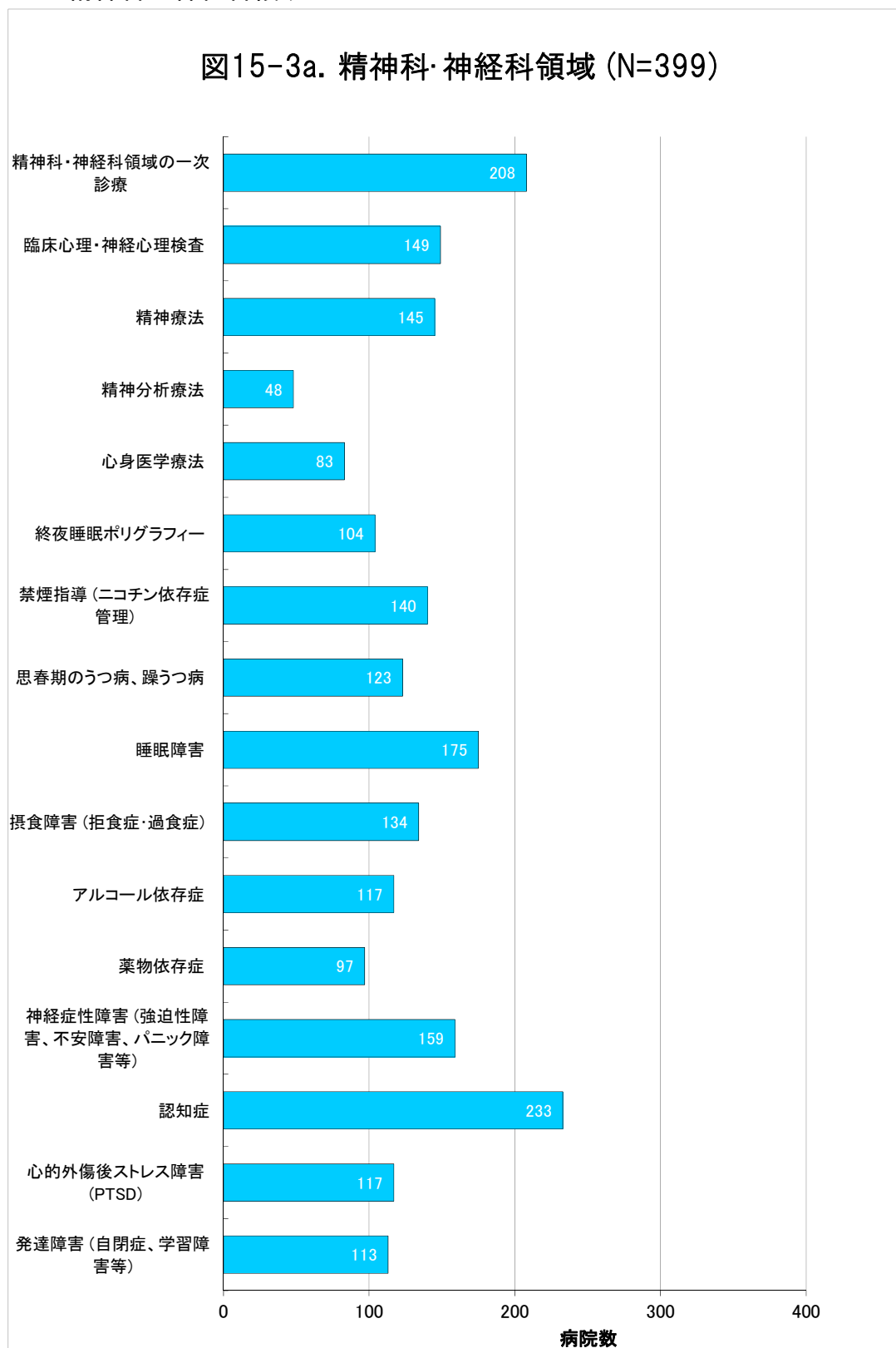
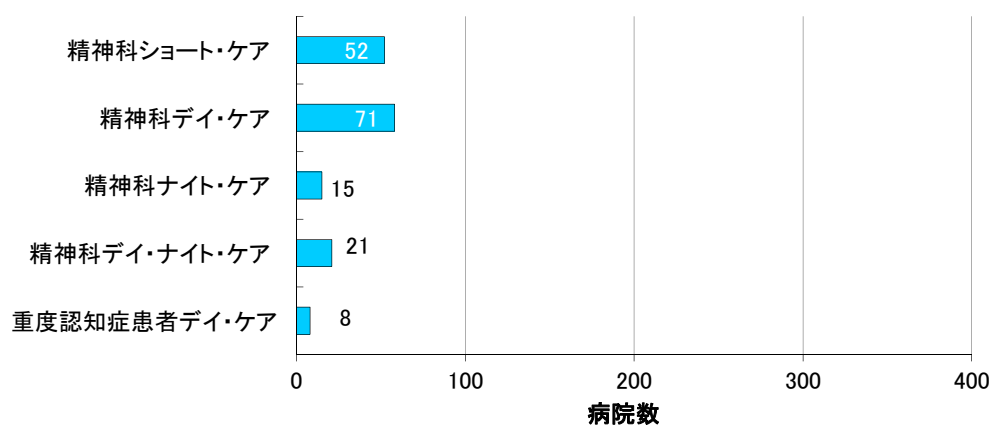
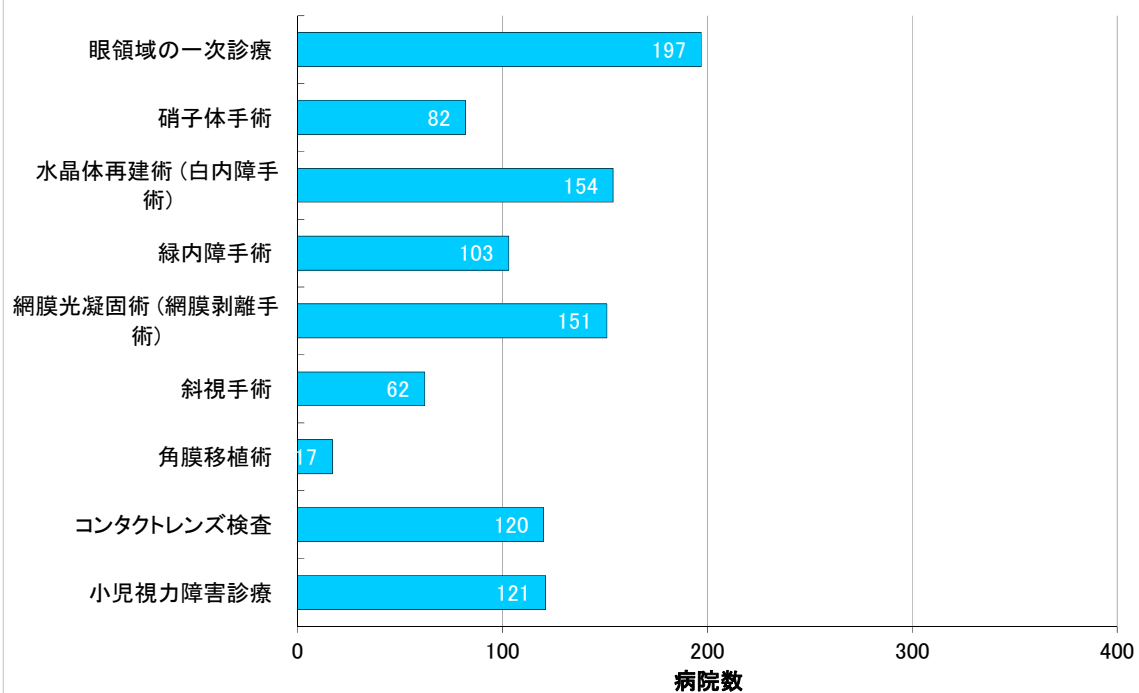


図15-3b. 各種ケアの実施状況 (N=399)



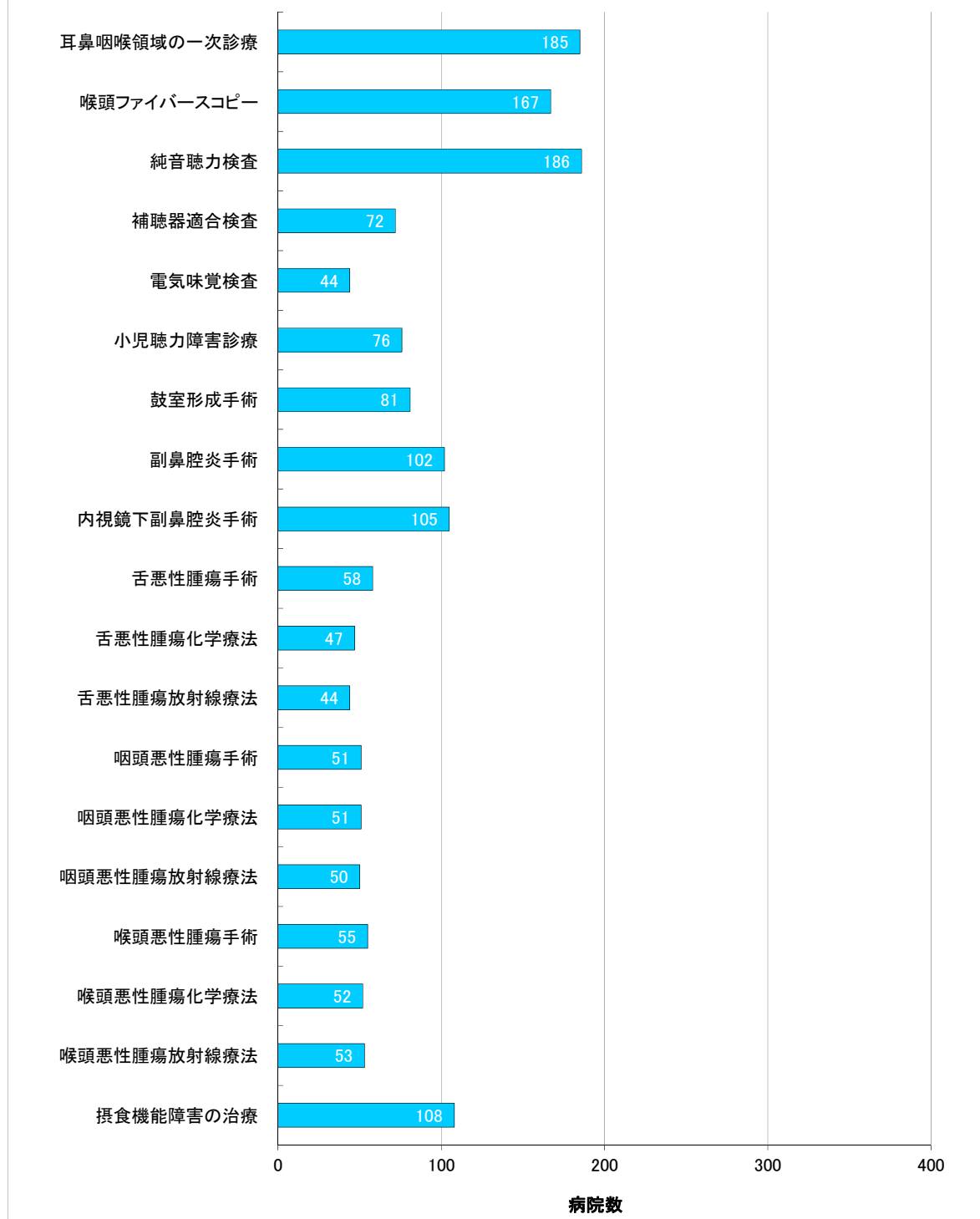
15.4 眼科領域

図15-4. 眼科領域 (N=399)



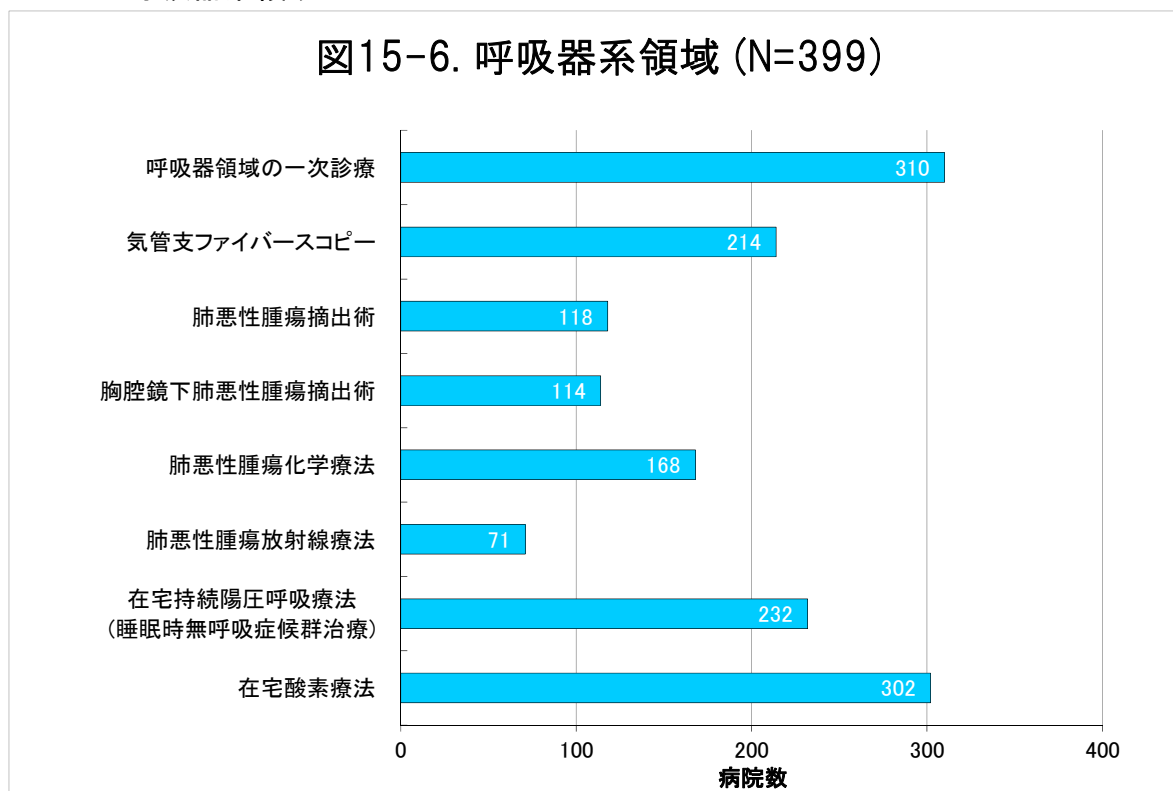
15.5 耳鼻咽喉科領域

図15-5. 耳鼻咽喉科領域 (N=399)

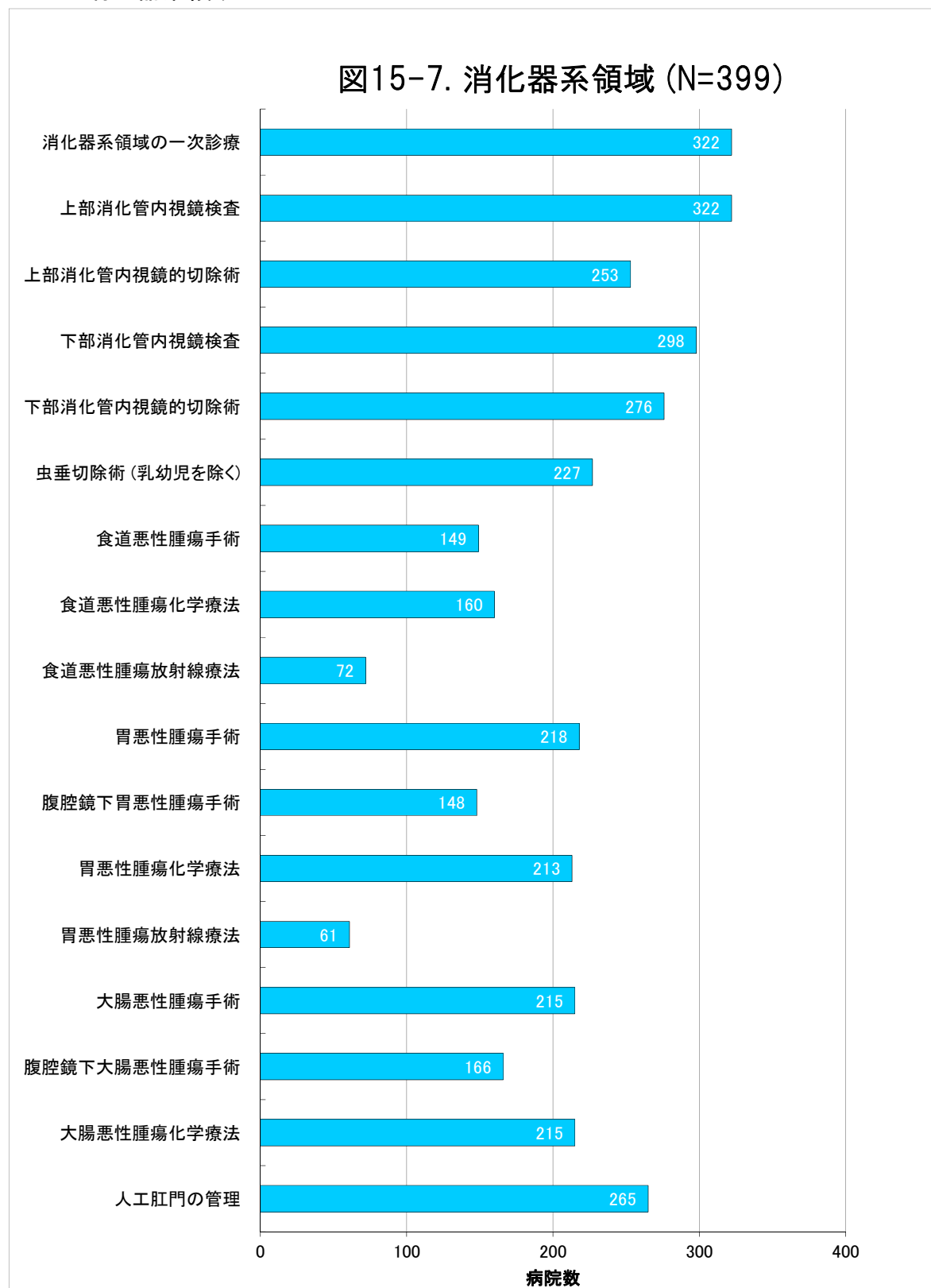


15.6 呼吸器系領域

図15-6. 呼吸器系領域 (N=399)

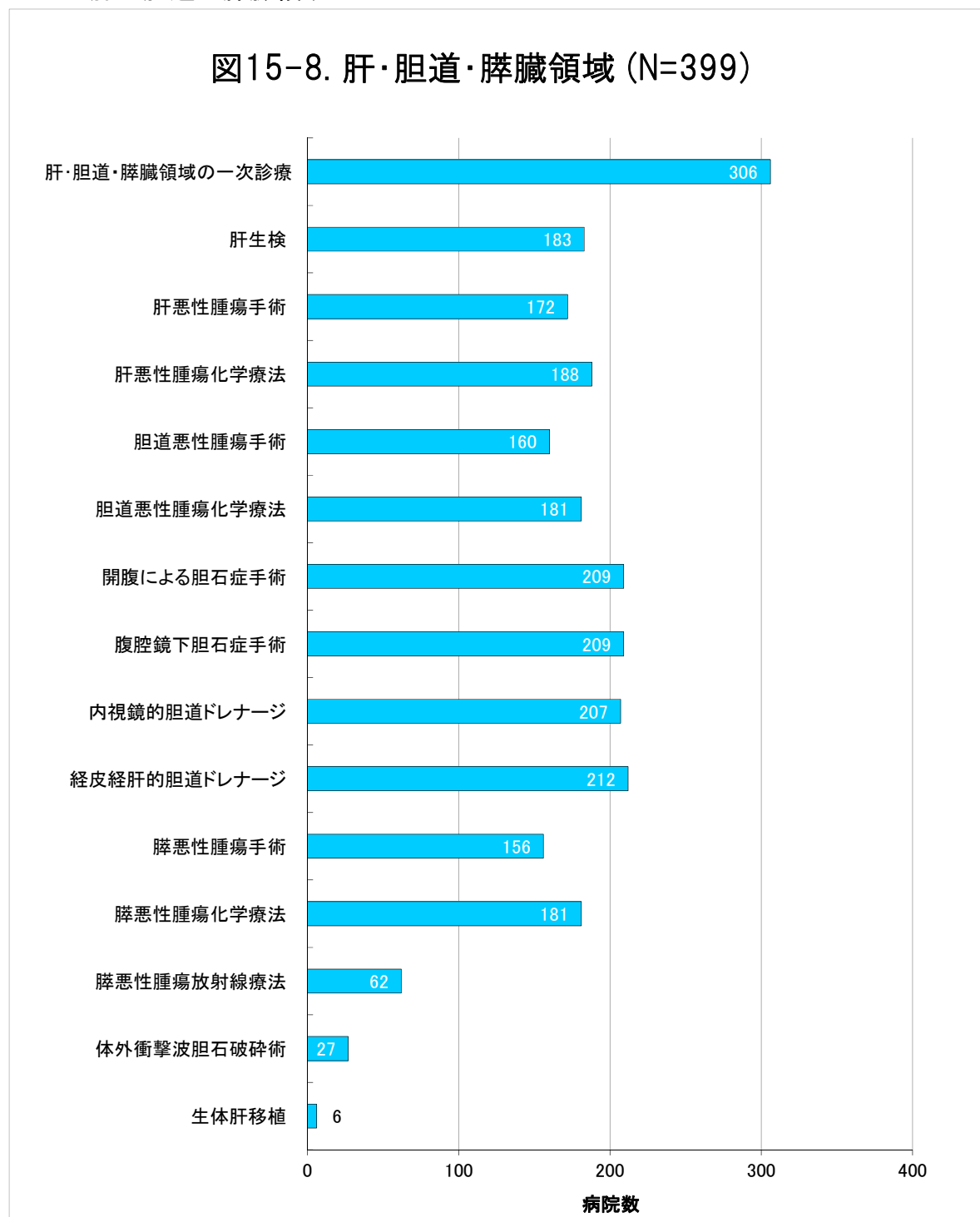


15.7 消化器系領域



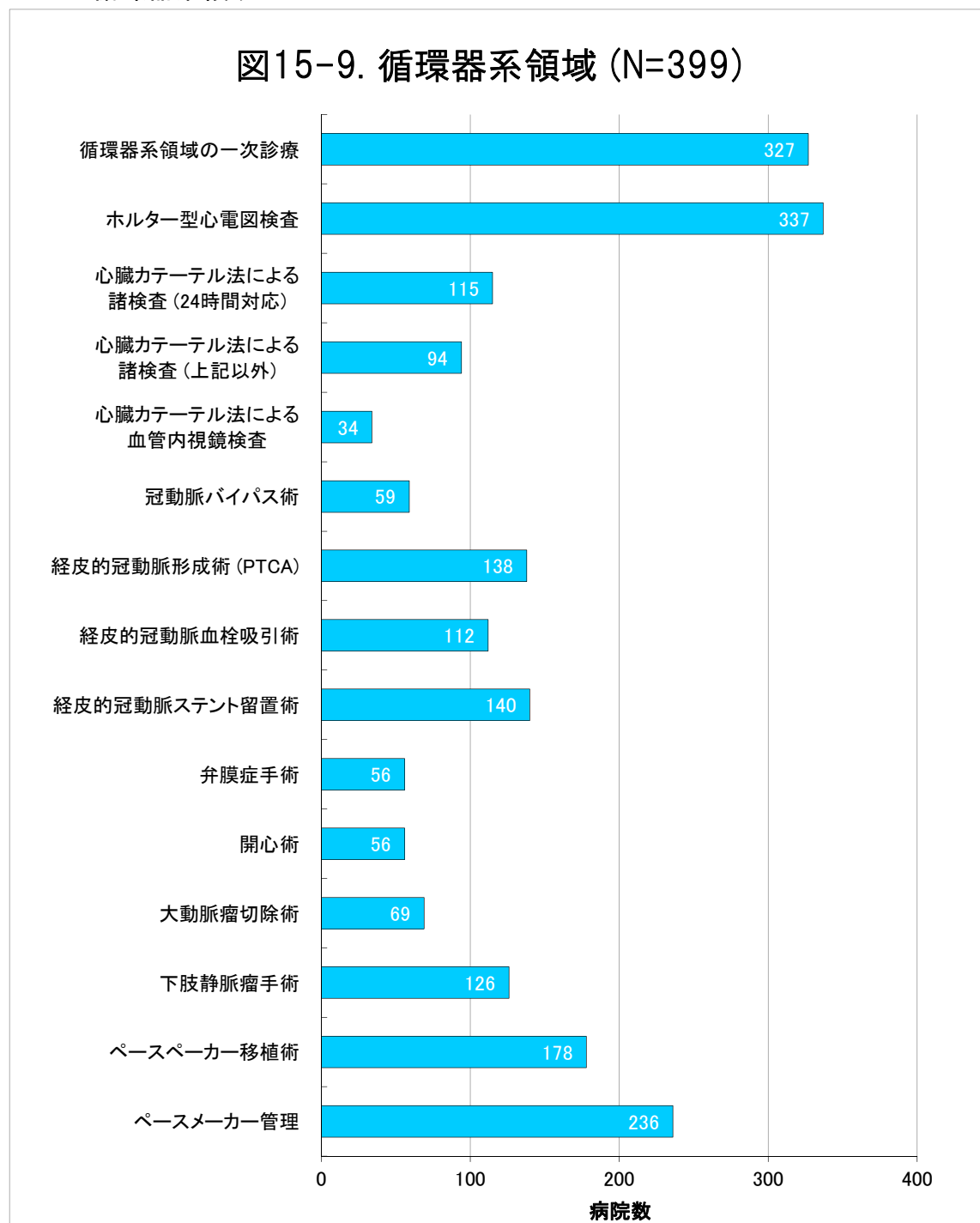
15.8 肝・胆道・膵臓領域

図15-8. 肝・胆道・膵臓領域 (N=399)



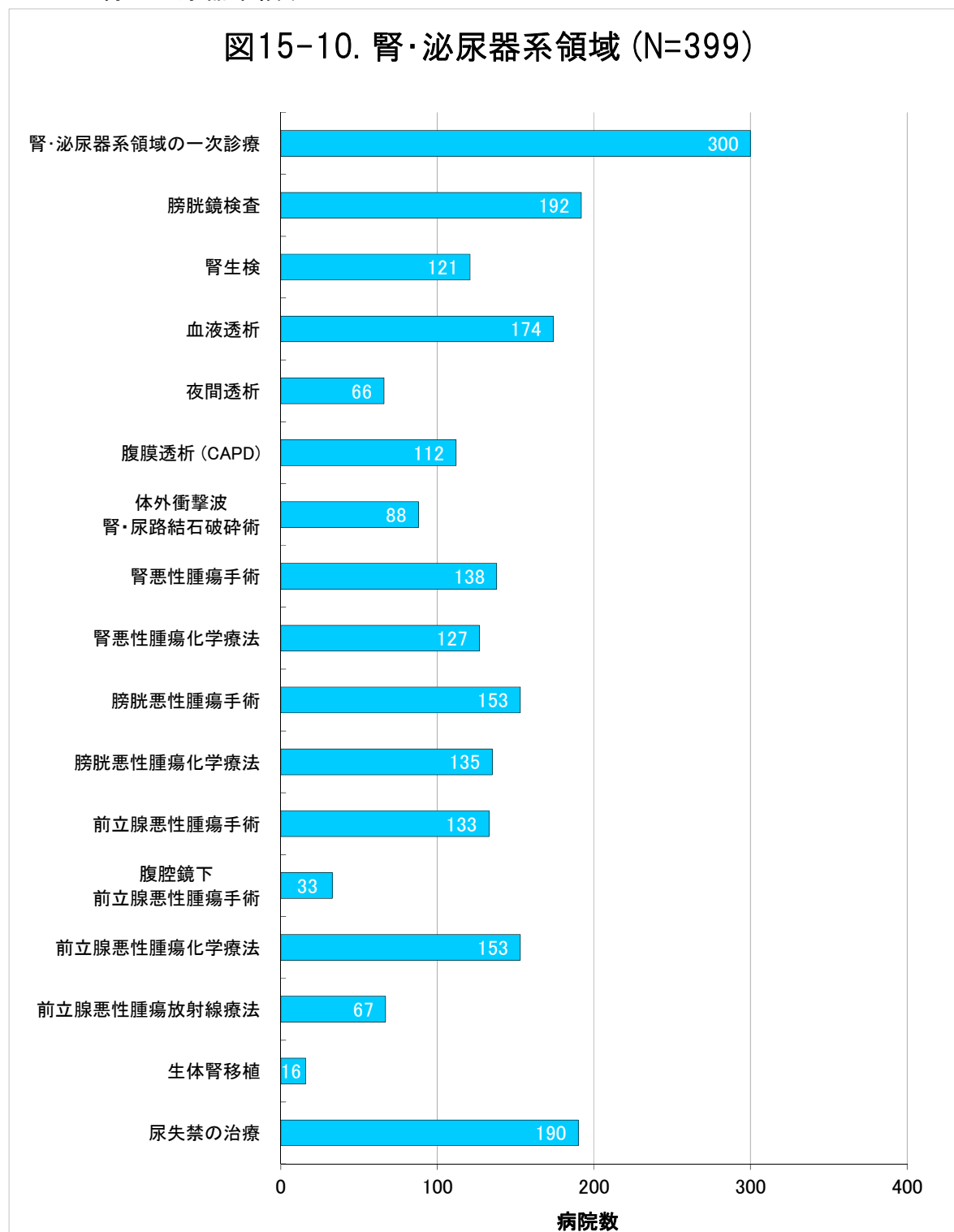
15.9 循環器系領域

図15-9. 循環器系領域 (N=399)

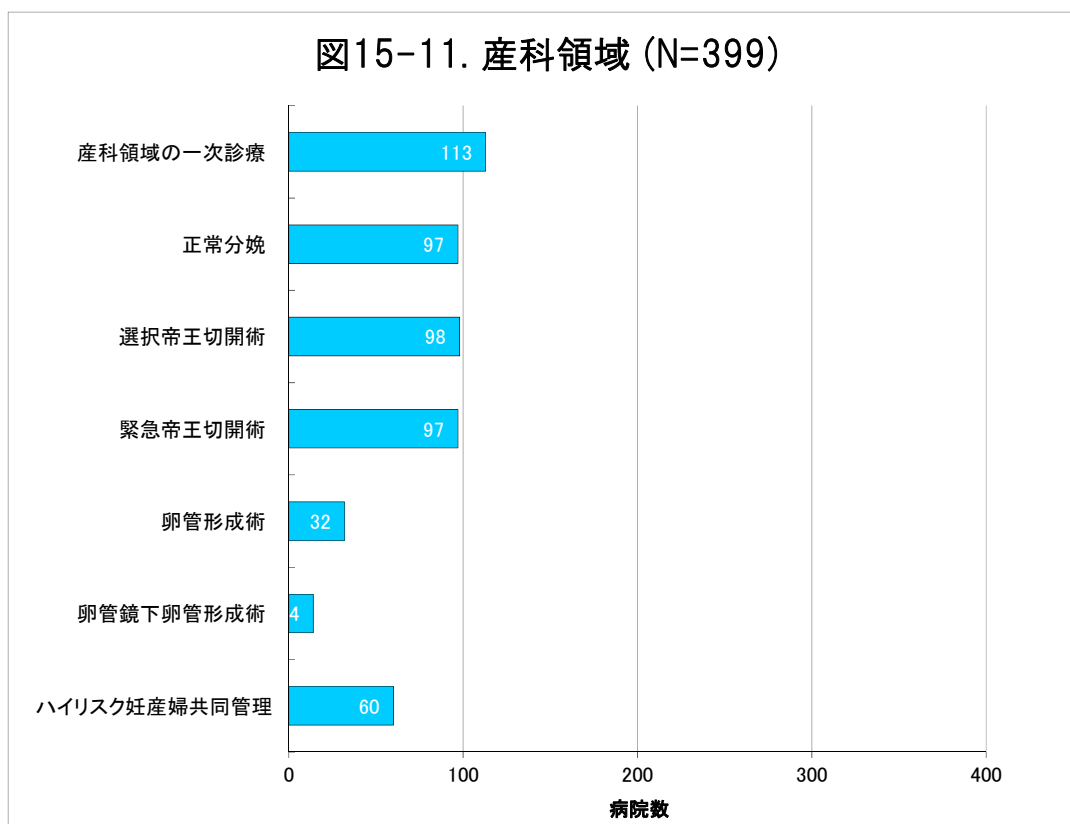


15.10 腎・泌尿器系領域

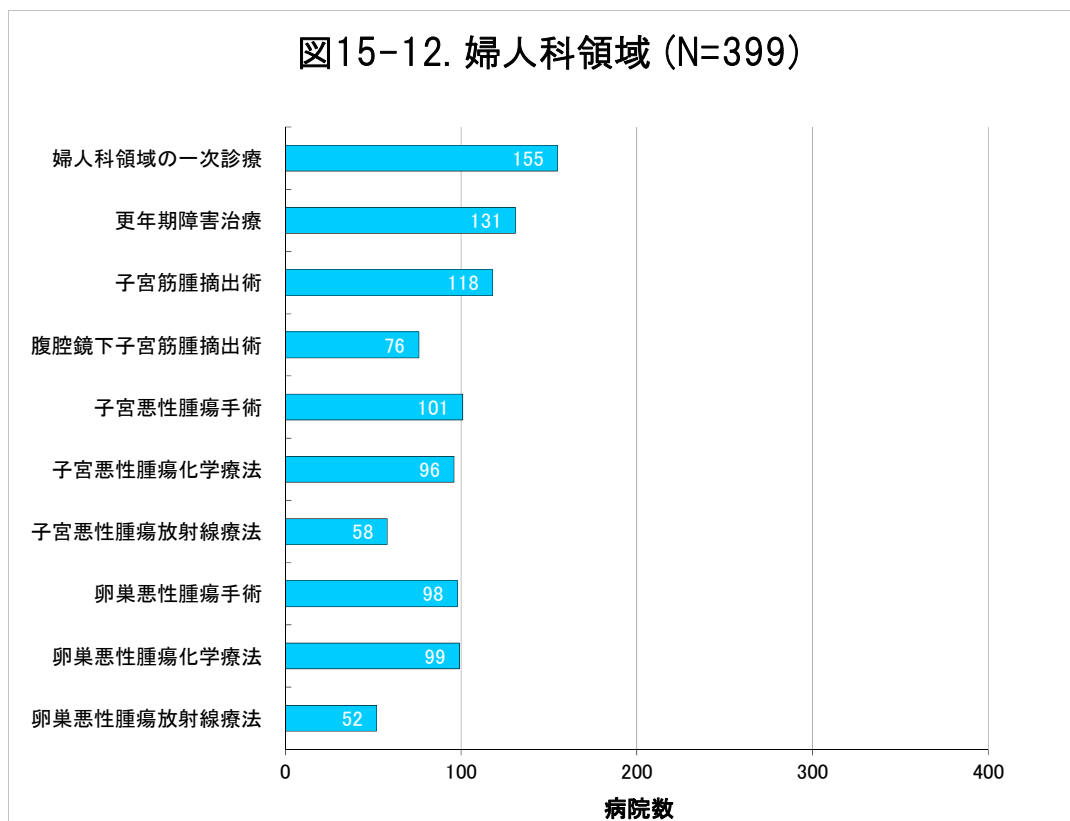
図15-10. 腎・泌尿器系領域 (N=399)



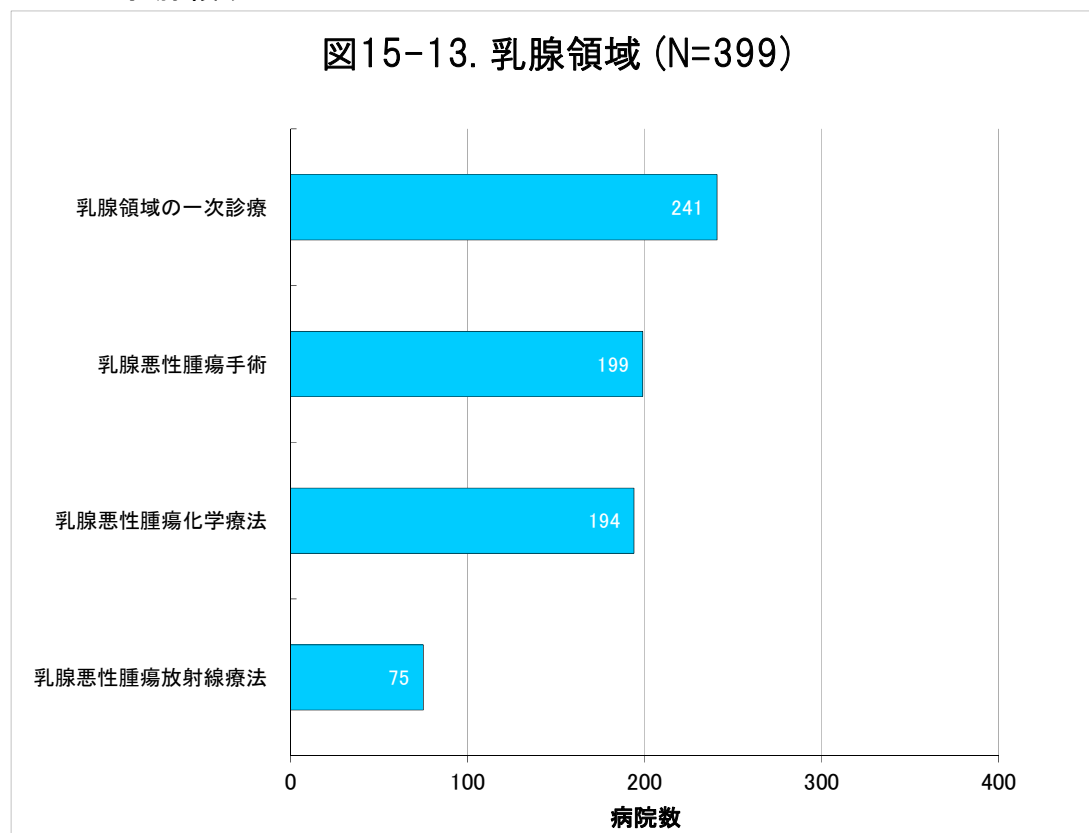
15.11 産科領域



15.12 婦人科領域

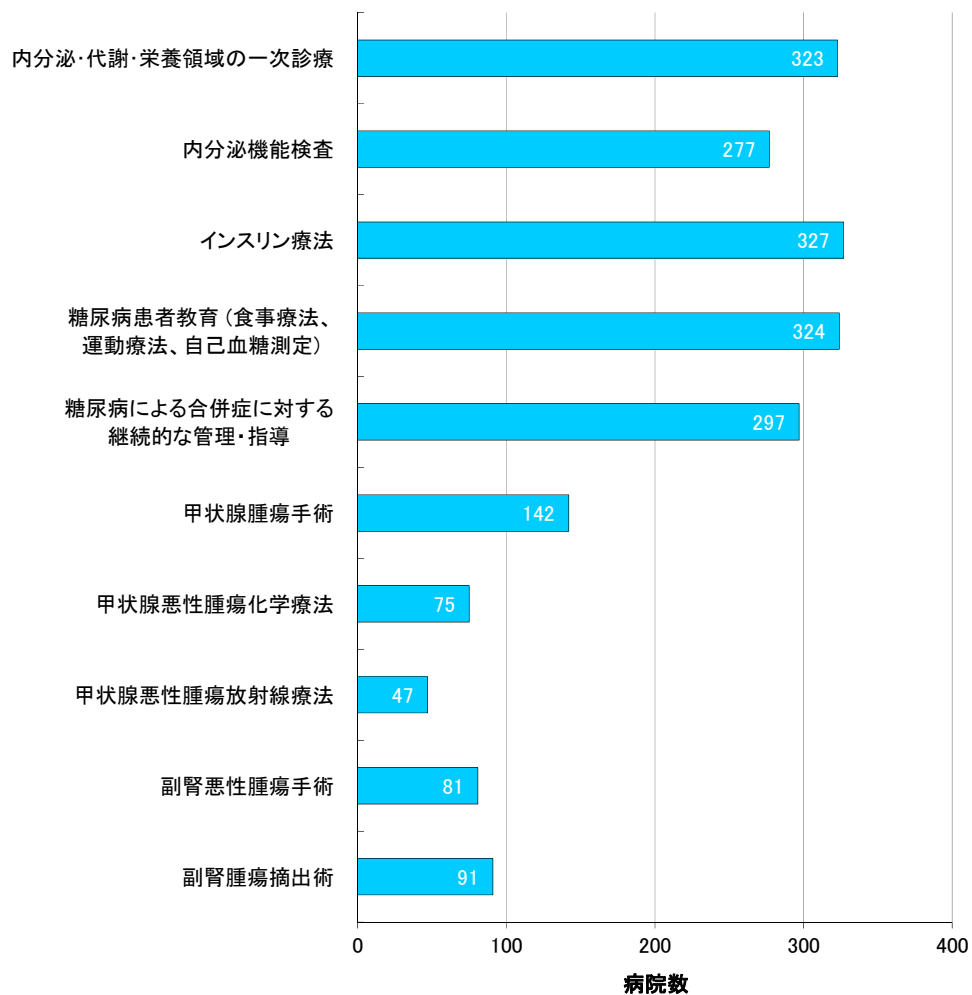


15.13 乳腺領域



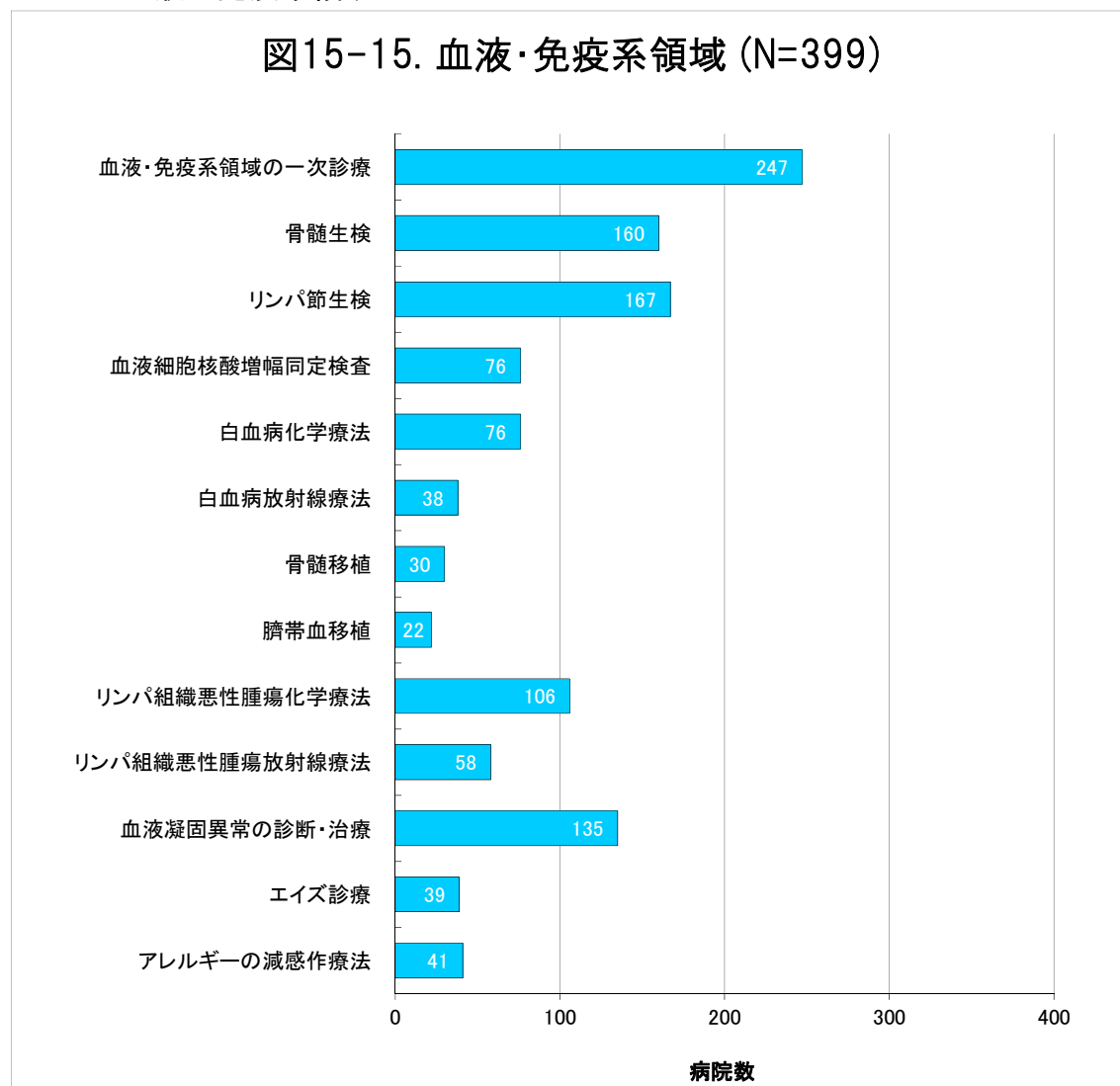
15.14 内分泌・代謝・栄養領域

図15-14. 内分泌・代謝・栄養領域 (N=399)



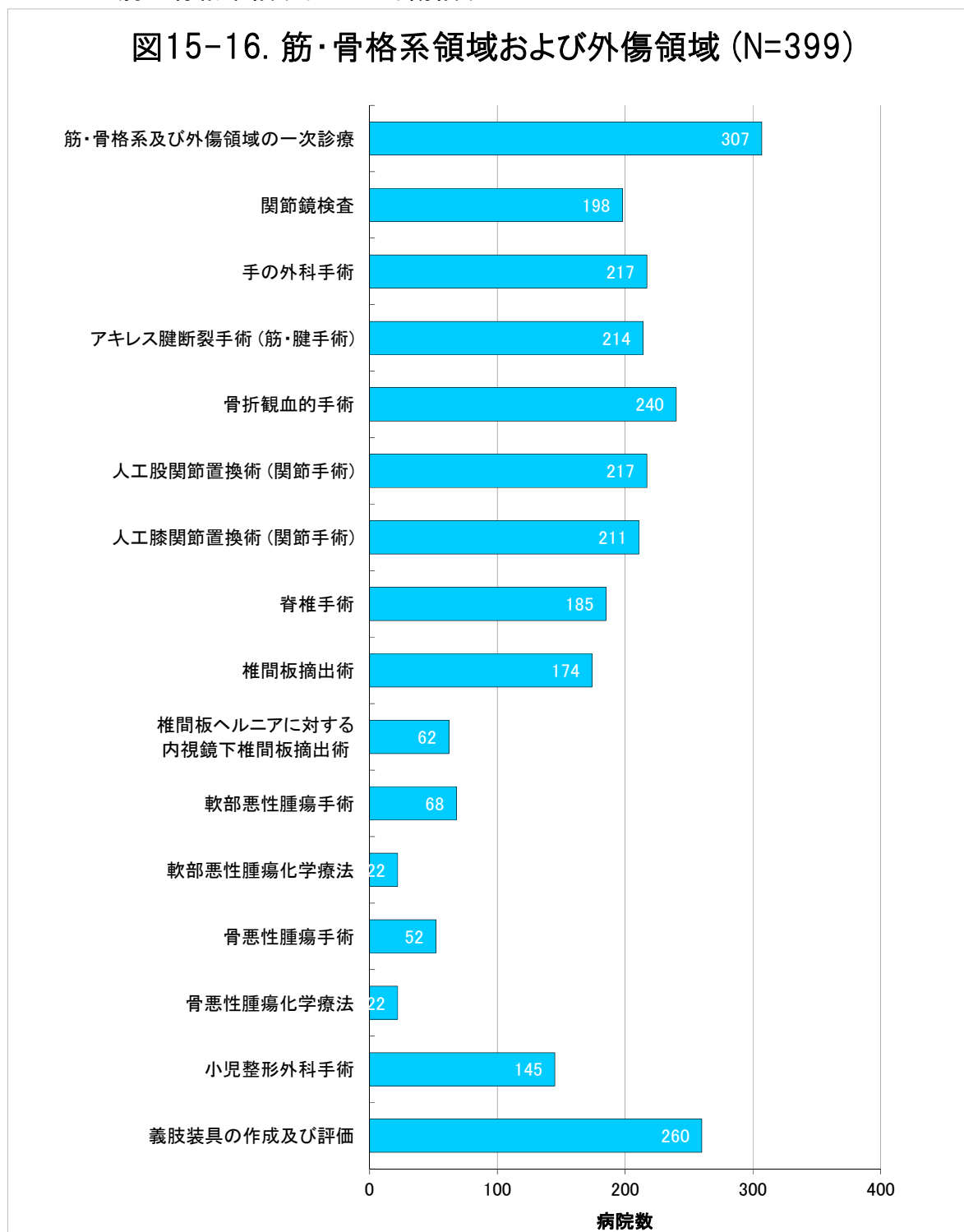
15.15 血液・免疫系領域

図15-15. 血液・免疫系領域 (N=399)



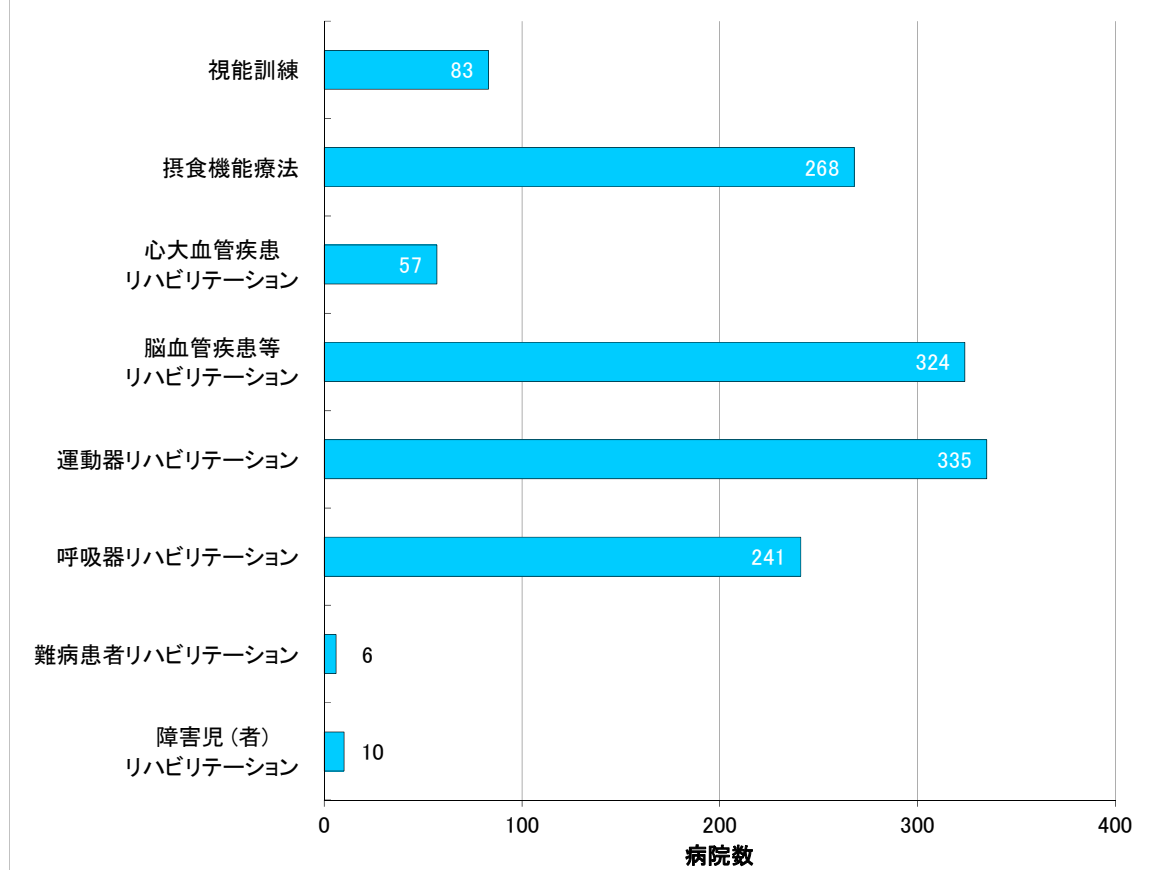
15.16 筋・骨格系領域および外傷領域

図15-16. 筋・骨格系領域および外傷領域 (N=399)



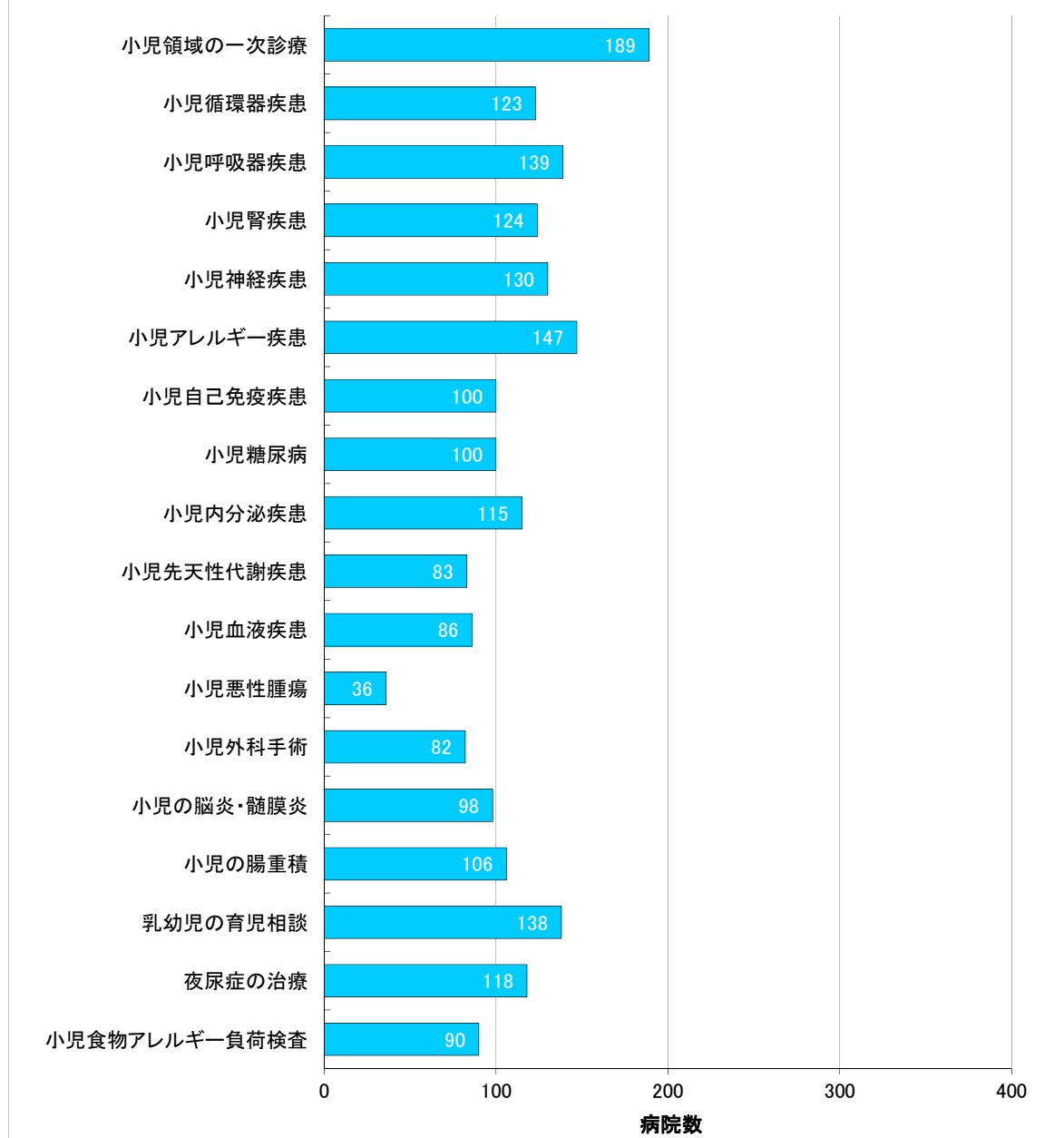
15.17 リハビリテーション領域

図15-17. リハビリテーション領域 (N=399)

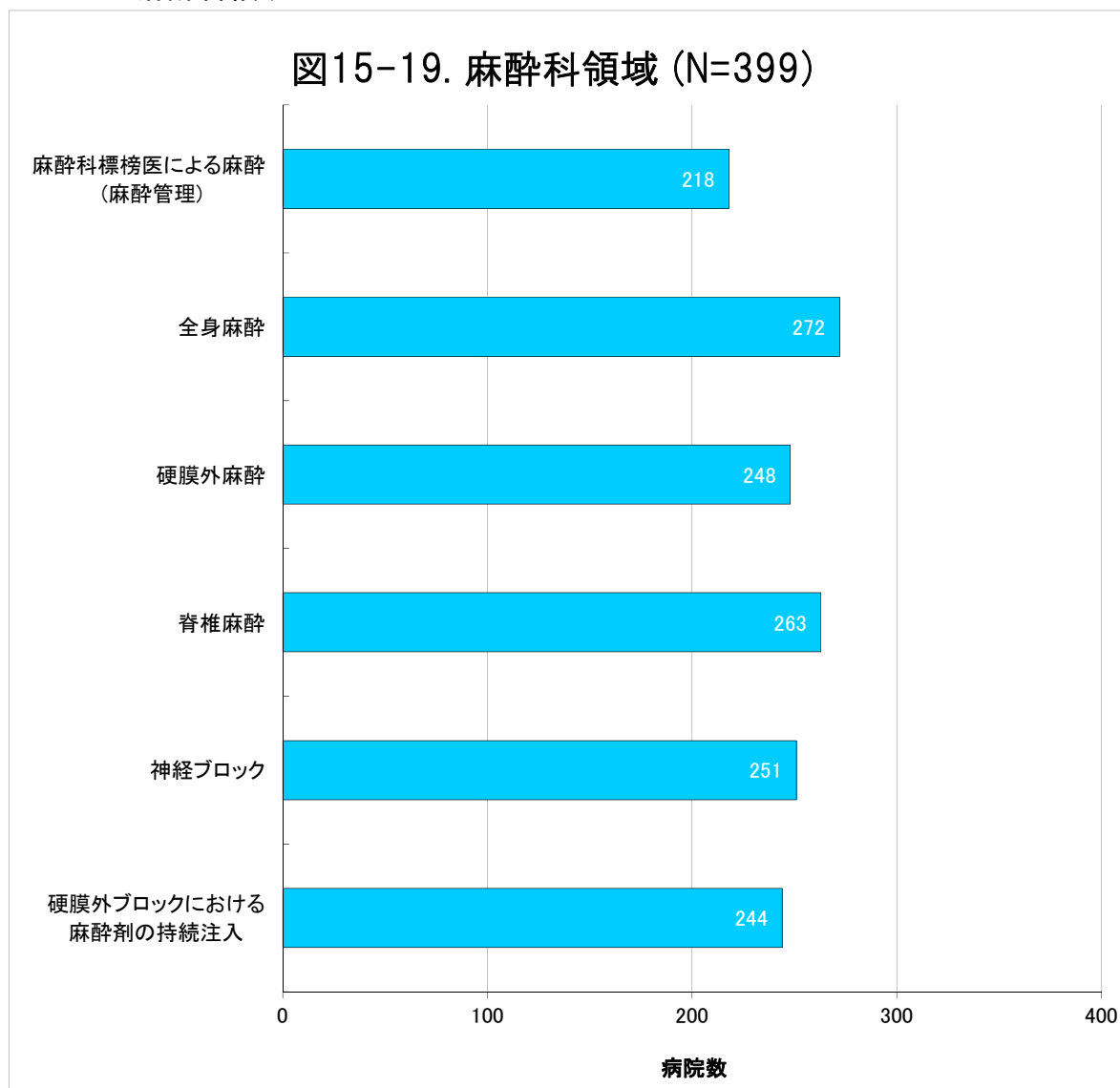


15.18 小児科領域

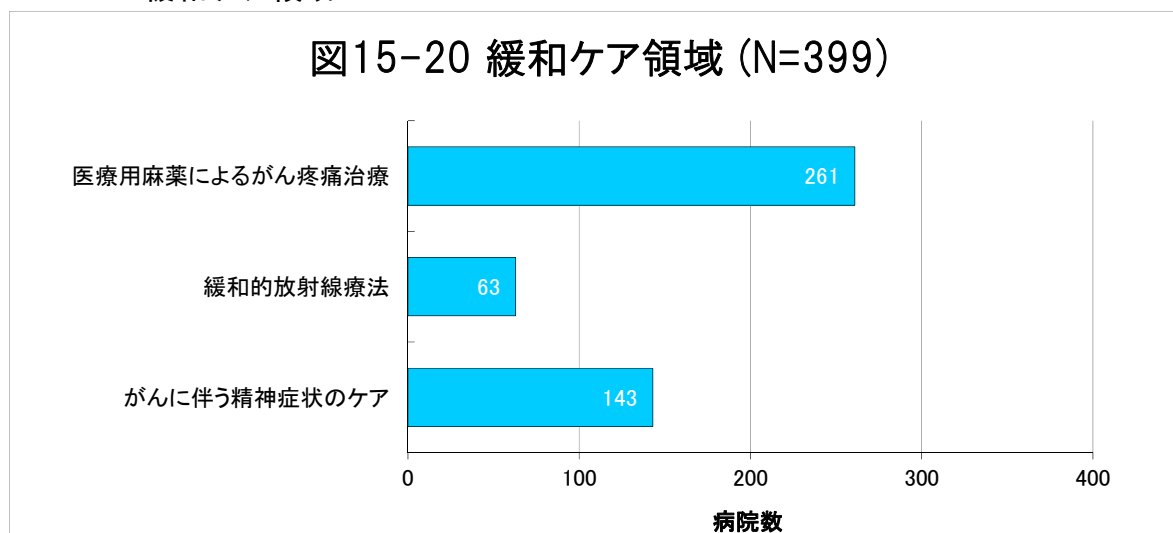
図15-18. 小児科領域 (N=399)



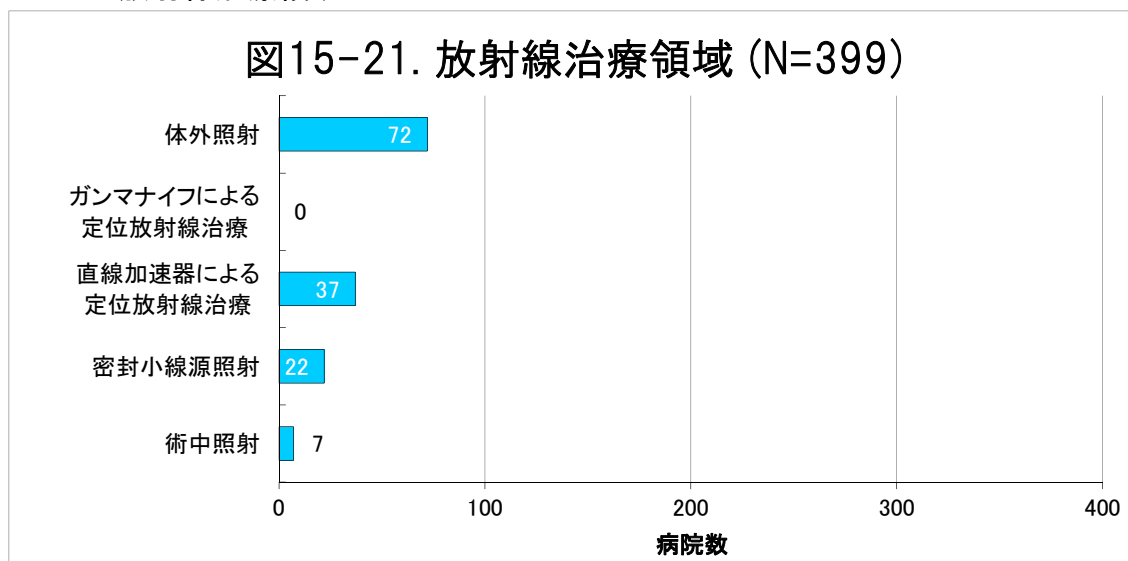
15.19 麻酔科領域



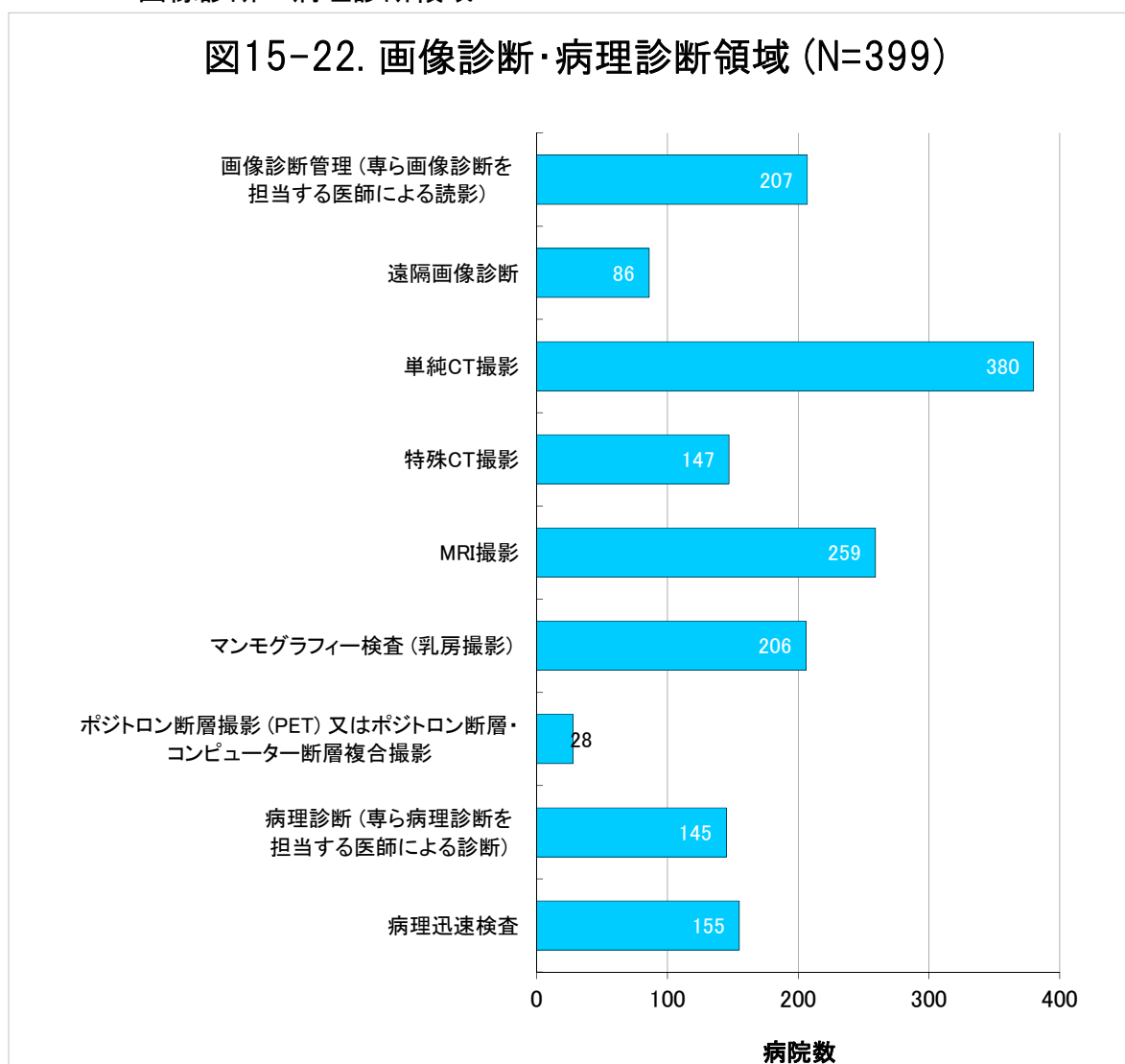
15.20 緩和ケア領域



15.21 放射線治療領域

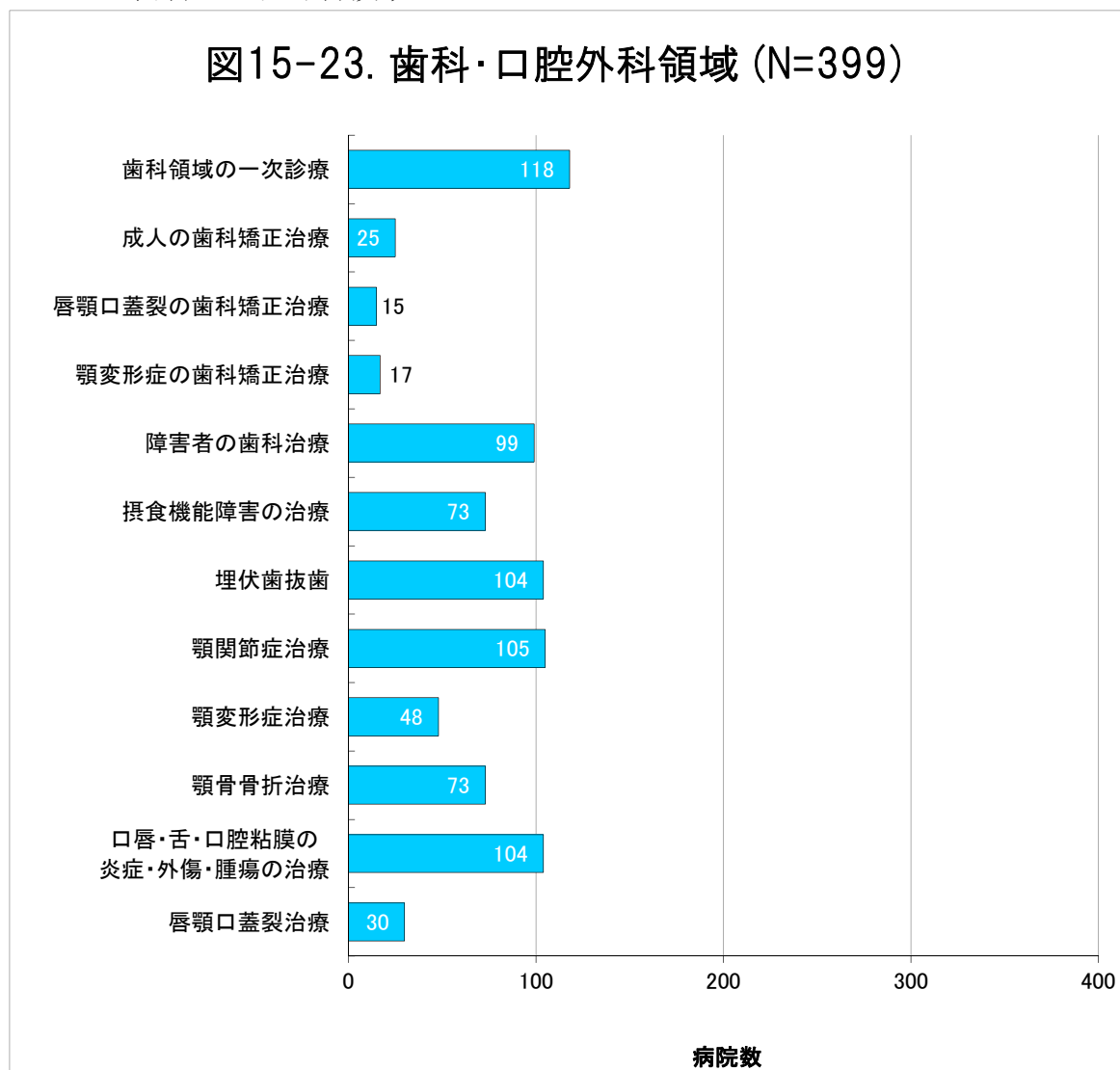


15.22 画像診断・病理診断領域

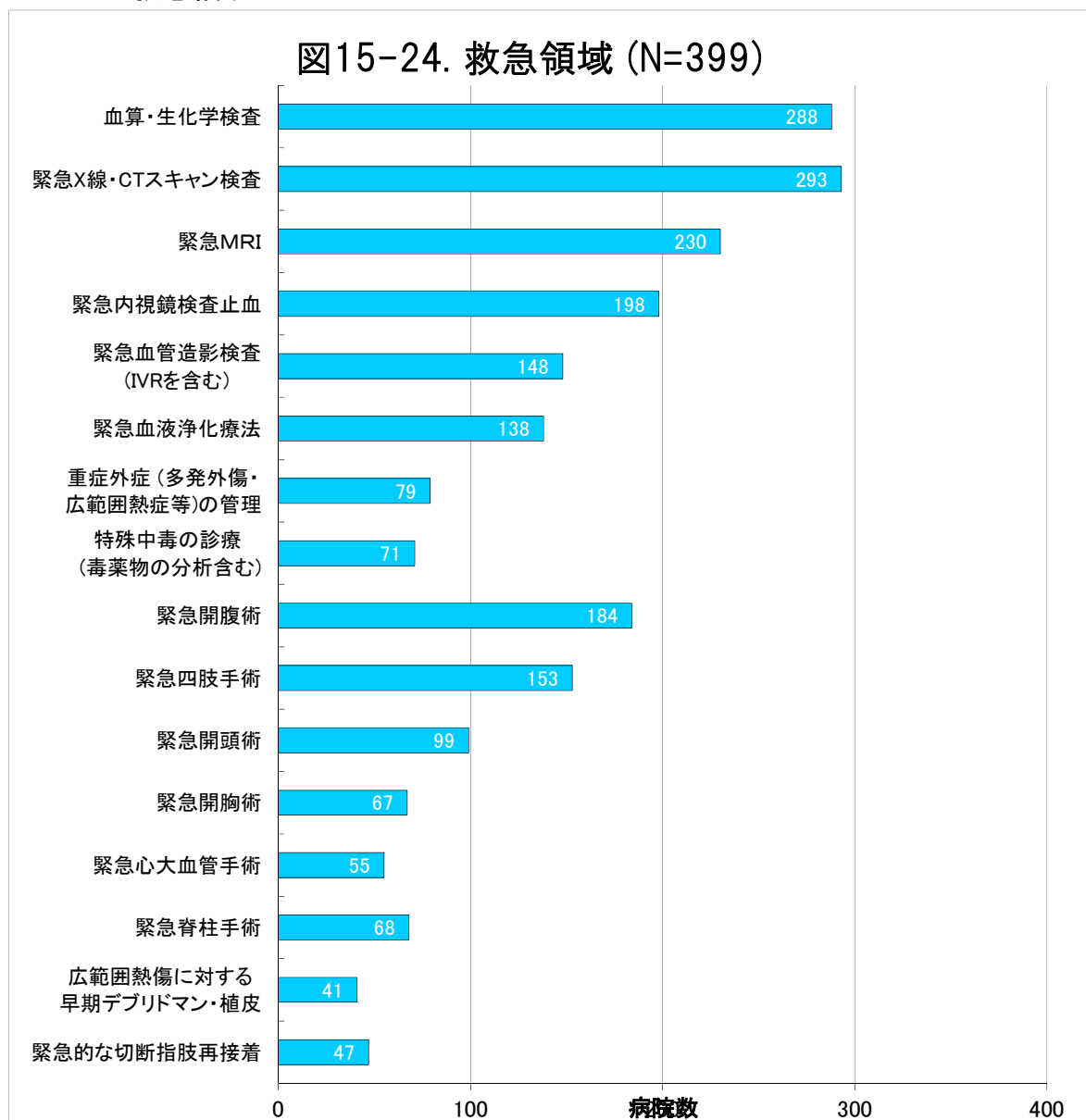


15.23 歯科・口腔外科領域

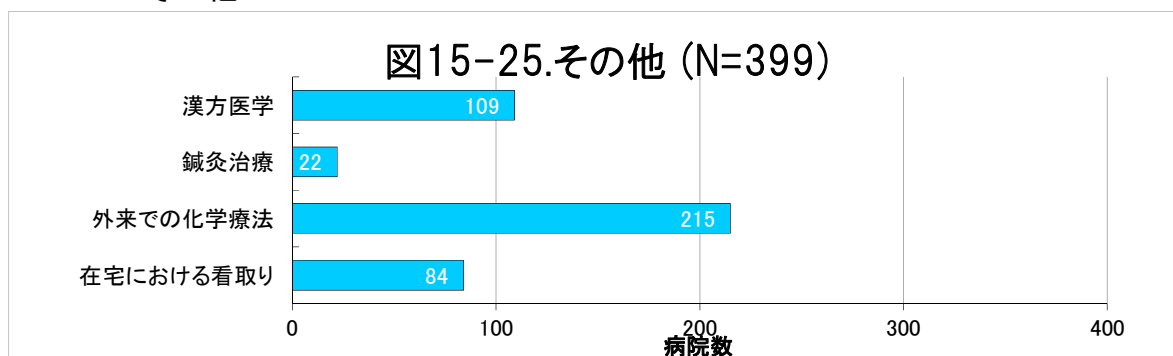
図15-23. 歯科・口腔外科領域 (N=399)



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

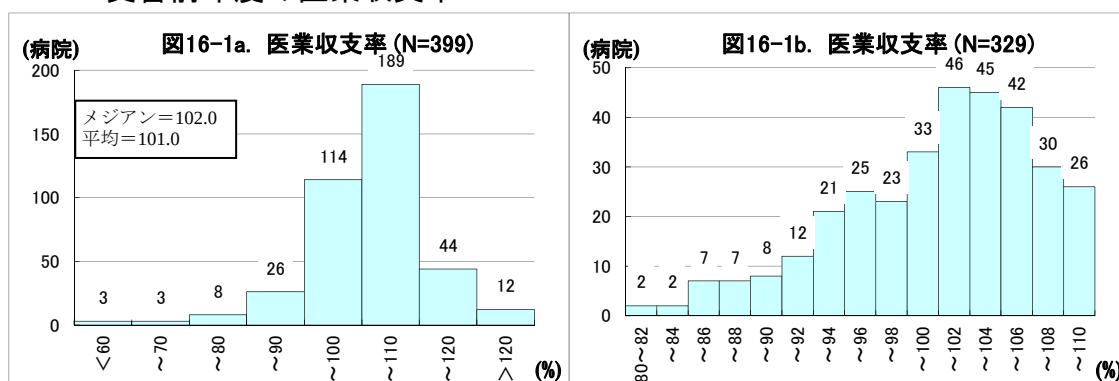


図 16-1a および b では、受審前年度の医業収支率を示した。図 16-1b は、図 16-1a のうち医業収支率が 80～110%の範囲を 2%刻みで拡大したものである。医業収支率が 100 を超えている黒字の病院は 245 病院（61.4%）であった。

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

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	77	132	30	45	115
前年度	101.6	98.7	110.4	102.6	103.2
2年前	101.8	96.5	107.9	104.2	102.3
3年前	101.0	95.9	106.1	105.2	102.8

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	77	132	30	54	115
人件費率	53.1	52.8	56.3	61.0	57.1
材料費率	18.9	25.3	7.3	10.7	15.3
経費率	8.5	6.1	9.7	9.3	7.7
減価償却費率	4.8	6.2	3.7	4.3	4.2
研究研修費率	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2
入院収益	64.4	69.2	85.6	84.3	72.7
外来収益	29.1	26.9	6.4	12.9	20.5

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

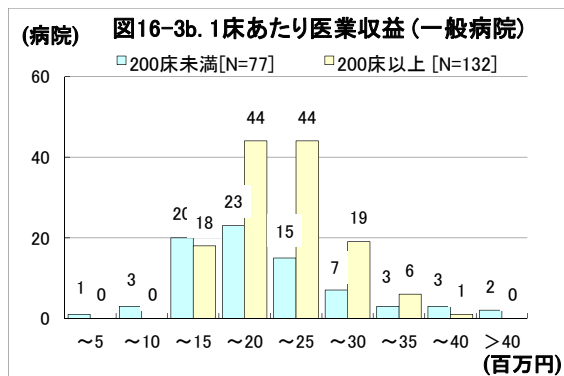
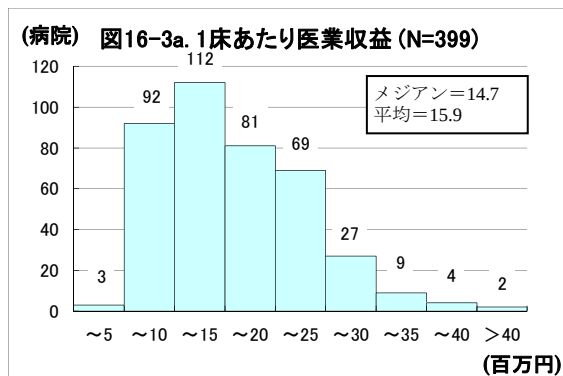


図 16-3a では、1 床あたり医業収益を示した。また、図 16-3b では、一般病院に限定し、病床規模で区分して示した。200 床未満の一般病院における 1 床あたり医業収益のメジアンは 17.6、平均は 19.7 であったのに対し、200 床以上の一般病院ではメジアン 20.5、平均 20.9 であった（単位は百万円）。

16.4 1床あたり医業費用

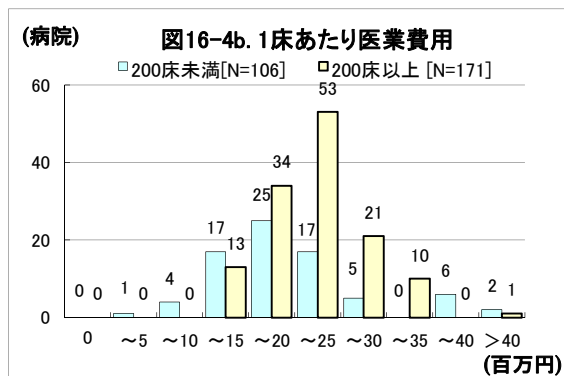
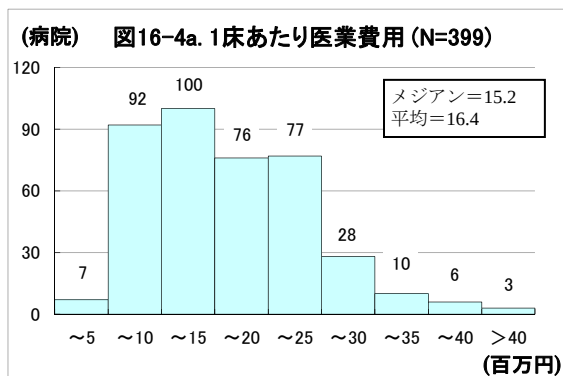
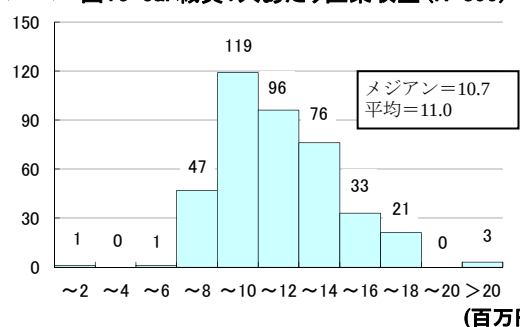


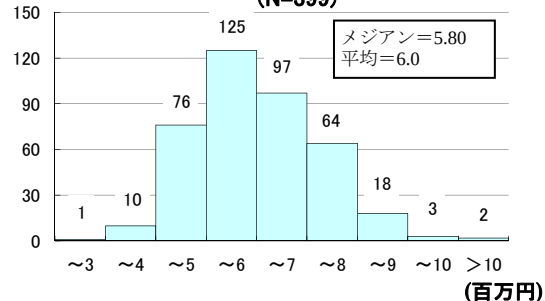
図 16-4a では 1 床あたりの医業費用を示した。メジアンは 15.2、平均は 16.4 であった（単位は百万円）。図 16-4b では一般病院について病院 1 床あたりの医業費用を示した。

16.5 職員 1 人あたり医業収益および人件費

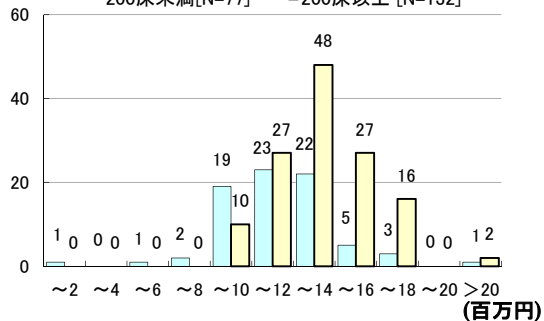
(病院) 図16-5a. 職員1人あたり医業収益 (N=399)



(病院) 図16-5b. 職員1人あたり人件費 (N=399)



(病院) 図16-5c. 職員1人あたり医業収益
□200床未満[N=77] □200床以上[N=132]



(病院) 図16-5d. 職員1人あたり人件費
□200床未満[N=106] □200床以上[N=171]

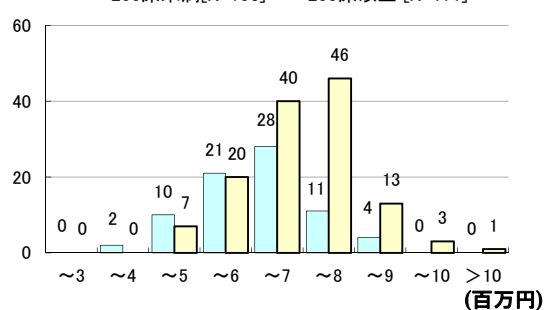


図 16-5a および b では職員 1 人あたりの医業収益および人件費を示した。

16.6 平均在院日数と1日1人あたり収益

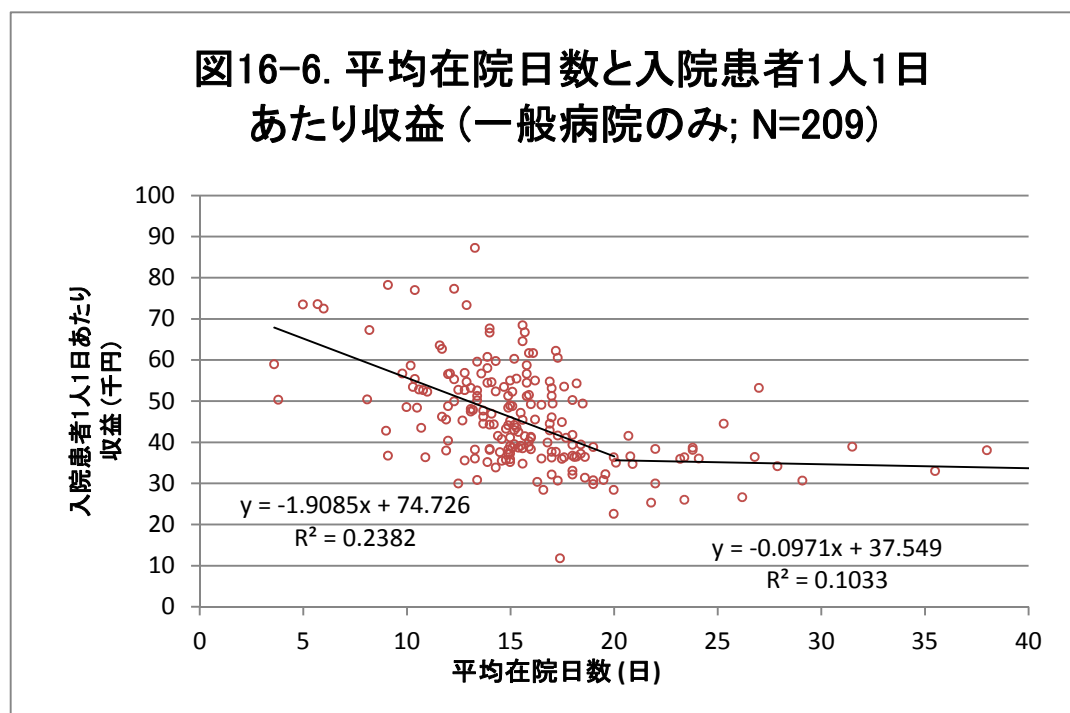


図16-6では、平均在院日数40日以下および入院患者1人1日あたり収益12万円以下の一般病院（209病院）における平均在院日数と入院患者1人1日あたり収益の相関を示した。なお、それぞれの値は受審病院が書面調査票に記した値をそのまま使用した。

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	58.0%	40.7%	1.3%
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	65.9%	28.5%	5.6%
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	82.4%	13.8%	3.8%
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	77.6%	19.6%	2.8%
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	48.5%	49.5%	2.0%
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	56.0%	42.0%	2.0%
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	72.4%	25.9%	1.8%
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	48.0%	50.8%	1.3%
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	62.1%	36.7%	1.3%
2.2.1.4	個人情報適切に保護されている	76.6%	22.4%	1.0%
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	80.7%	18.3%	1.0%
第3領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮がなされている	62.6%	36.4%	1.0%

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	53.3%	39.4%	7.3%
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	63.3%	30.9%	5.8%
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	69.3%	26.1%	4.6%
4.15.2.2	診療記録管理業務が適切に実施されている	47.5%	48.0%	4.5%
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	80.9%	15.3%	3.8%
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	78.0%	18.5%	3.5%
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	78.4%	18.8%	2.8%
4.15.2.1	診療記録が必要時に迅速に提供されている	83.9%	13.6%	2.5%
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	79.3%	18.7%	2.0%
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	85.0%	12.9%	2.0%
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	38.2%	59.8%	2.0%
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	80.7%	17.3%	2.0%
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	79.2%	18.8%	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	81.9%	16.3%	1.8%
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	81.2%	17.1%	1.7%
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	94.5%	4.0%	1.5%
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	80.3%	18.3%	1.4%
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	71.3%	27.3%	1.4%
4.7.2.2	放射線治療が適切に実施されている	97.4%	1.3%	1.3%
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	77.9%	20.8%	1.3%
4.7.1.1	放射線治療に必要な人員が適切に配置されている	73.4%	25.3%	1.3%
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	71.6%	27.1%	1.3%
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	88.8%	10.2%	1.0%
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	78.7%	20.3%	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	77.9%	21.1%	1.0%
4.15.3.2	診療記録管理の質改善を推進している	63.6%	35.4%	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
5.4.2.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	62.4%	34.0%	3.6%
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	75.1%	21.6%	3.3%
5.2.3.1	指示出し・指示受けが適切に行われている	85.1%	11.6%	3.3%
5.7.1.1	薬剤が適切に管理されている	78.5%	18.7%	2.8%
5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	37.7%	61.1%	1.2%
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	90.6%	8.3%	1.2%

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	58.8%	31.4%	9.8%
6.1.3.1	職場の安全衛生が確保されている	45.7%	49.2%	5.0%
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	46.2%	51.3%	2.5%
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	12.3%	85.7%	2.0%
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	48.2%	49.7%	2.0%
6.3.1.3	施設・設備の保守管理が適切に行われている	76.1%	22.6%	1.3%
6.1.3.2	職業感染への対応がなされている	83.9%	15.1%	1.0%
6.1.3.3	院内暴力について組織的に対応している	87.4%	11.6%	1.0%
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	83.9%	15.1%	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	61.8%	37.2%	1.0%

第7領域

項目番号	評価項目	a	b	c
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	72.2%	18.5%	9.3%
7.5.1.1	抗精神病薬が適切（安全）に投与されている	46.3%	47.5%	6.3%
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	88.6%	5.7%	5.7%
7.2.1.3	通信・面会の対応が適切である	81.3%	16.3%	2.5%
7.1.3.1	措置患者の治療と処遇が適切に行われている	84.1%	14.3%	1.6%
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	78.7%	20.0%	1.3%
7.2.2.1	精神科隔離室が整備されている	77.2%	21.5%	1.3%
7.2.2.3	隔離を減らす取り組みが行われている	86.1%	12.7%	1.3%
7.2.1.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切である	93.8%	5.0%	1.3%
7.2.1.4	精神医療審査会および実地指導への対応が適切に行われている	88.8%	10.0%	1.3%
7.2.3.2	身体拘束が適切に行われている	86.3%	12.5%	1.3%
7.2.3.3	身体拘束を減らす取り組みが行われている	88.8%	10.0%	1.3%
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	87.5%	11.3%	1.3%

第8領域

項目番号	評価項目	a	b	c
8.2.2.2	在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている	87.4%	11.1%	1.4%
8.3.2.1	嚥下機能の障害の原因が診断され機能の回復に努めている	77.8%	20.8%	1.4%
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	85.8%	12.9%	1.3%

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	0.3%	80.9%	18.8%	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	0.3%	77.9%	21.9%	0.0%	0.0%
1.2.2	組織運営が計画的になされている	0.3%	53.8%	45.5%	0.5%	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%	36.4%	63.3%	0.3%	0.0%
1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	0.0%	60.1%	39.4%	0.5%	0.0%
1.4.1	情報管理の体制が確立している	0.0%	56.5%	43.5%	0.0%	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%	28.6%	70.9%	0.5%	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	0.0%	16.3%	82.7%	1.0%	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	1.5%	71.6%	26.9%	0.0%	0.0%
1.6.2	地域への情報発信が適切に行われている	0.0%	45.2%	54.8%	0.0%	0.0%
1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	2.0%	89.9%	8.0%	0.0%	0.0%
1.7.2	禁煙が徹底されている	0.8%	46.5%	51.8%	1.0%	0.0%
1.7.3	地球環境に配慮している	0.5%	67.3%	32.2%	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	0.5%	49.7%	49.7%	0.0%	0.0%
2.1.1	患者の権利が明確である	0.0%	44.2%	54.5%	1.3%	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%	33.7%	59.8%	6.5%	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	0.0%	44.2%	52.3%	3.5%	0.0%
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	0.8%	78.4%	20.9%	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	0.3%	86.9%	12.6%	0.3%	0.0%
2.3.2	安全確保の手順が定められている	0.0%	51.3%	42.5%	6.3%	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	0.3%	22.4%	75.4%	2.0%	0.0%
2.4.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	0.0%	76.1%	22.6%	1.3%	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	0.3%	78.6%	21.1%	0.0%	0.0%
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	0.3%	72.9%	26.6%	0.3%	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	0.3%	34.7%	64.1%	1.0%	0.0%
2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	0.0%	67.3%	31.9%	0.8%	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%	31.9%	67.8%	0.3%	0.0%
3.1.1	案内機能が適切である	0.0%	46.5%	53.0%	0.5%	0.0%
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	0.0%	56.5%	43.5%	0.0%	0.0%
3.2.1	患者・家族の相談に応じている	0.5%	79.1%	19.8%	0.5%	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	0.0%	55.8%	44.0%	0.3%	0.0%
3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	0.5%	56.8%	42.0%	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%	76.9%	22.6%	0.5%	0.0%
3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	0.3%	64.6%	34.7%	0.5%	0.0%
3.5.1	適切な療養環境が保たれている	2.0%	60.8%	36.7%	0.5%	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	0.0%	50.8%	48.2%	1.0%	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%	28.9%	68.8%	2.3%	0.0%
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	40.7%	59.3%	0.0%	0.0%
4.2.1	看護部門の体制が確立している	0.0%	47.5%	51.3%	1.3%	0.0%
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	0.8%	79.9%	18.8%	0.5%	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	0.5%	62.3%	37.2%	0.0%	0.0%
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	0.8%	70.4%	28.9%	0.0%	0.0%
4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	0.3%	47.2%	49.0%	3.5%	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	0.0%	55.8%	41.2%	3.0%	0.0%
4.3.3	調剤が適切に行われている	0.0%	42.2%	47.2%	10.6%	0.0%
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	0.3%	54.5%	43.2%	2.0%	0.0%
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	0.3%	59.0%	40.5%	0.3%	0.0%
4.4.1	臨床検査の体制が確立している	0.0%	76.6%	23.1%	0.3%	0.0%
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	0.0%	71.6%	28.1%	0.3%	0.0%
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	71.3%	28.2%	0.3%	0.0%
4.5.1	病理診断の体制が確立している	0.3%	60.8%	37.0%	1.9%	0.0%
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	0.0%	71.9%	27.1%	1.0%	0.0%
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	0.7%	75.5%	23.8%	0.0%	0.0%
4.6.1	画像診断の体制が確立している	0.0%	63.6%	36.1%	0.3%	0.0%
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	0.0%	62.6%	37.1%	0.3%	0.0%
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	74.0%	26.0%	0.0%	0.0%
4.7.1	放射線治療の体制が確立している	0.6%	66.7%	32.4%	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	0.3%	84.4%	15.0%	0.3%	0.0%
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	1.3%	79.2%	19.5%	0.0%	0.0%
4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	0.0%	77.3%	21.8%	0.8%	0.0%
4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	0.3%	84.6%	15.1%	0.0%	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	0.0%	59.9%	40.1%	0.0%	0.0%
4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	0.0%	58.8%	38.4%	2.7%	0.0%
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	0.7%	74.7%	24.2%	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	0.0%	71.9%	28.1%	0.0%	0.0%
4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	0.3%	74.3%	22.9%	2.5%	0.0%
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	0.3%	61.0%	32.4%	6.3%	0.0%
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	0.3%	70.7%	29.0%	0.0%	0.0%
4.11.1	集中治療の体制が確立している	0.0%	66.3%	32.7%	1.0%	0.0%
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	1.9%	88.5%	9.6%	0.0%	0.0%
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	1.0%	74.0%	24.0%	1.0%	0.0%
4.12.1	救急医療の体制が確立している	1.9%	72.8%	24.4%	0.9%	0.0%
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	1.0%	70.8%	28.3%	0.0%	0.0%
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	42.1%	57.3%	0.3%	0.0%
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	0.0%	67.2%	28.2%	4.6%	0.0%
4.13.1	栄養管理の体制が確立している	0.0%	60.3%	39.7%	0.0%	0.0%
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	0.3%	54.5%	44.5%	0.8%	0.0%
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	84.4%	15.3%	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%	49.6%	49.9%	0.5%	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	1.0%	59.6%	38.4%	1.0%	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	0.3%	76.8%	22.9%	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%	51.0%	46.5%	2.5%	0.0%
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	0.0%	42.5%	50.3%	7.3%	0.0%
4.15.3	診療記録管理の質改善に取り組んでいる	0.0%	53.8%	45.2%	1.0%	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%	67.9%	30.8%	1.3%	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%	73.8%	24.2%	2.0%	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	0.0%	62.4%	37.3%	0.3%	0.0%
4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	0.3%	90.2%	9.3%	0.3%	0.0%
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	0.3%	92.4%	7.1%	0.3%	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%	78.6%	21.4%	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%	72.9%	26.3%	0.8%	0.0%
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	0.0%	66.3%	29.9%	3.8%	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%	79.2%	20.8%	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%	55.3%	44.0%	0.8%	0.0%
4.19.2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	0.3%	83.7%	16.1%	0.0%	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	0.5%	60.7%	38.5%	0.3%	0.0%
4.20.1	臨床研修体制が確立している	2.6%	71.1%	25.4%	0.9%	0.0%
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	1.8%	80.7%	16.5%	0.9%	0.0%
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	0.9%	63.3%	34.9%	0.9%	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	0.4%	66.7%	32.9%	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%	92.2%	7.8%	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%	77.2%	22.8%	0.0%	0.0%
5.2.1	入院の目的が明確である	0.0%	92.9%	7.0%	0.1%	0.0%
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	0.1%	65.0%	34.9%	0.0%	0.0%
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	0.0%	81.3%	15.4%	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%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	0.0%	84.1%	15.9%	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	0.0%	84.6%	14.9%	0.4%	0.0%
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	0.0%	52.2%	43.7%	4.1%	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	0.0%	85.6%	14.2%	0.2%	0.0%
5.4.4	周術期の対応が適切である	0.0%	81.9%	17.8%	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	0.0%	82.0%	17.9%	0.2%	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%	81.5%	18.4%	0.0%	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	0.3%	70.3%	28.8%	0.6%	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	0.2%	61.0%	35.4%	3.5%	0.0%
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	0.4%	93.7%	5.9%	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	0.2%	85.9%	13.9%	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%	74.2%	24.1%	1.7%	0.0%
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	0.0%	27.9%	70.2%	1.9%	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%	70.8%	26.4%	2.8%	0.0%
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	0.3%	93.2%	6.4%	0.0%	0.0%
6.1.1	人事・労務管理が適切に行われている	0.0%	6.3%	91.2%	2.5%	0.0%
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	0.0%	34.9%	62.3%	2.8%	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%	33.7%	60.1%	6.3%	0.0%
6.2.1	財務会計が適切に行われている	0.0%	73.1%	26.6%	0.3%	0.0%
6.2.2	予算管理が適切に行われている	0.0%	81.9%	17.3%	0.8%	0.0%
6.2.3	経営管理が適切に行われている	0.0%	69.6%	30.4%	0.0%	0.0%
6.2.4	医事業務が適切に行われている	0.0%	75.4%	24.6%	0.0%	0.0%
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	0.0%	68.8%	31.2%	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%	73.4%	25.6%	1.0%	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%	53.3%	37.2%	9.5%	0.0%
6.4.1	物品購入が適切に行われている	0.0%	82.2%	17.8%	0.0%	0.0%
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	0.3%	79.1%	20.6%	0.0%	0.0%
6.5.1	業務委託が適切に行われている	0.0%	55.0%	44.7%	0.3%	0.0%
6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	0.5%	55.3%	42.5%	1.8%	0.0%
6.6.2	病院の保安体制が適切である	0.0%	87.2%	12.1%	0.8%	0.0%
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	0.0%	93.5%	6.3%	0.3%	0.0%
7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	0.0%	72.5%	26.3%	1.3%	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%	78.8%	21.3%	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%	84.1%	14.3%	1.6%	0.0%
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	1.3%	91.0%	7.7%	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%	67.5%	27.5%	5.0%	0.0%
7.2.2	隔離が適切に行われている	1.3%	65.8%	30.4%	2.5%	0.0%
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	1.3%	77.5%	18.8%	2.5%	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%	78.8%	21.3%	0.0%	0.0%
7.3.2	退院に向けての支援が適切である	0.0%	86.3%	13.8%	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%	87.5%	11.3%	1.3%	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%	82.9%	11.4%	5.7%	0.0%
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	0.0%	67.1%	25.7%	7.1%	0.0%
7.5.1	精神科専門治療が適切に行われている	0.0%	45.0%	48.8%	6.3%	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	0.0%	83.5%	16.5%	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%	91.7%	8.3%	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%	76.6%	22.2%	1.3%	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%	68.4%	30.4%	1.3%	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%	69.6%	30.0%	0.5%	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	1.0%	81.6%	15.9%	1.4%	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	0.5%	80.7%	18.4%	0.5%	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%	75.8%	22.2%	1.9%	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	0.0%	77.8%	22.2%	0.0%	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	0.0%	82.1%	16.9%	1.0%	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%	78.3%	21.7%	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	0.5%	62.3%	37.2%	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以下の割合が1%以上の中項目を対象として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	○予算の執行が特定部門に偏っている。
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	-

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。 ○レジ前にたばこを陳列して販売している。
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	○高齢者、身体・精神・知的障害（認知症）がある患者への人権尊重や権利擁護についての配慮が記述されていない。
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	－
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 患者の権利と医療者の倫理

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床における倫理に関する方針が明確である	
2.2.1.1	説明と同意についての方針・手順が明確である	○説明と同意を必要とする侵襲的検査の具体的内容が示されていない。 ○職員には周知されていない。
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	○掲示が目立たない。 ○詳細な手順は説明されていない。
2.2.1.3	診療情報が患者と共有されている	○診療情報の開示手順の「承諾する基準」、「受理を拒否する基準」が明文化されていない。 ○診療情報提供の手順が明確でない。
2.2.1.4	個人情報が適切に保護されている	○診療録の持ち出し規程は明確でない。 ○パスワード管理は個人管理であり、定期的な変更を明文化していない。

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	○手術部位はカルテ、患者本人への確認であり、マーキングなどの対策がない。 ○看護部のみの手順であり、病院の手順とはなっていない。
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	○口頭指示の詳細手順は明文化されていない。
2.3.2.3	安全な手技実施についての手順がある	○医療機器の使用手順はメーカーの取り扱い説明書が添付されている。 ○感染予防などの手順が整備されていない。
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	○ハイリスク薬剤の定義がなく、その周知もされていない。 ○抗がん剤治療に関するレジメン管理は行っていない。 ○非常用カート内の配置は部署ごとに差異があり、取り違い防止対策は徹底されていない。
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	○改善策の検討は取り組み始めたばかりで、効果の検討までには至っていない。 ○看護部以外からのインシデント等の提出が少ない。
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	○院外からの情報収集が一元化されていない。 責任者があいまいである。
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修を実施している	○研修の参加状況が把握されていない。内容の評価も行われていない。
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	-

2.5 医療関連感染管理

2.5.3	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	○分離菌や抗菌薬感受性に関する報告と検討がされていない。
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	-
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	○適宜の情報提供はされていない。
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	○年2回全職員を対象としての研修が実施されているが、各部署での伝達講習の実施状況は把握されていない。

第3領域 療養環境と患者サービス

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	○トイレにナースコールが設置されていない。 ○壁・カーテン・スクリーンなどが配置されて おらず、トイレ空間が露出している ○車椅子用のトイレが外来にない。
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮 がなされている	○病室からの距離があり、エレベータの利用が 必要な病棟もある。 ○浴室に段差がある。 ○浴室・脱衣場にナースコールがない。

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	○管理・責任体制が明確でない。 ○看護部長・名誉看護部長共に非常勤である。
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） ○法定数以下の配置である。
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	○薬剤業務の手順は作成されていない。
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	○在庫量の把握がされていない。
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	－
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。 ○ハイリスク薬が特定されていない。
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	○請求伝票には薬剤師のサインはあるが、医師のサインが確認できない。
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	○処方箋に調剤薬剤師のサインがない。
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。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	○持参薬の取り扱い手順は整備されていない。
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	○院内の副作用に関する情報収集体制は不明確である。

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、	○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

	適切に管理されている	度が高い。
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	－
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	－

4.9 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。 ○麻薬保管庫が持ち出し可能である。
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り。 ○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	○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

4.12.4	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。
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	-

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。 ○リハビリ訓練の中止基準が明文化されていない。

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	○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）。 ○作業療法の訓練記録や同意書などが診療録とは別に管理されている。
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。
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	○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。
4.16.2	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	○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	○感染管理手順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。 ○外来で行われた検査・処置・手術などの観察記録がない。

第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

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	○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。 ○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。 ○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。 ○口頭指示の手順が明確でない。 ○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。
5.2.3.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	○指示受けに関するマニュアルが整備されていない。 ○注射や内服薬投与の実施者の署名が残らない。

5.4 ケアの実施（各論の流れ）

5.4.2	投薬・注射が確実に安全に実施されている	
5.4.2.1	確実に安全な処方が行われている	○注射薬指示簿に用法・用量の記載がない。 ○注射指示の記載方法が統一されていない。
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	○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。 ○抗がん剤の調整・混合を看護師が行っている。 ○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。 ○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。 ○高カロリー輸液剤の調製・混合が清潔区域で手順に沿って実施されていない。
5.4.2.3	確実に安全な投薬・注射が実施されている	○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。
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	○評価や指示・同意書の作成が行われないまま継続されている診療録が見られる。
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	○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。
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。

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。
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	○カテーテル挿入時に、マキシマルバリアアプリケーションは実施されていない。
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を遵守していないクリニカルパスが使用されている。
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。

5.6.1.2	看護記録の記載が適切である	○看護計画を鉛筆書きのまま保存している。
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	○向精神薬・ハイリスク薬の規定・保管が適切でない。 ○薬品保管棚や非常用カートのハイリスク薬が一般の薬品と混在している。 ○麻薬保管庫に麻薬以外のものがある。 ○常時使用しないハイリスク薬が定数配置されている。
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	○就業規則の見直しがなされていない。
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	○医師は法定人員を満たしていない。 ○薬剤師は法定人員を満たしていない。
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	○部門方針に基づく個人目標が立てられていないため職員の評価は行われていない。
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。
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。 ○接種の実施記録が残されていない。
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	-
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	-

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。 ○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。
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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○廃棄物の最終処分地の実地確認が行われていない。 ○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）。 ○感染性廃棄物の最終保管場所が施錠されていない。

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。 ○食糧品や飲料水などは1日分程度の備蓄に留まっている。
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	○大規模災害時対応マニュアルがない。

第7領域 精神科に特有な病院機能

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。

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。
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	○受け入れ方針は明文化されていない。
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	－
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	－
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	○金銭の入出金管理は個人別となっていない。

8.2 チーム医療の適切性

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	
8.2.2.1	在宅復帰の可能性について常に検討している	○多職種による退院カンファレンスは行われておらず、在宅復帰に関する実績評価もされていない。
8.2.2.2	在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている	－
8.2.2.3	在宅復帰が困難な患者の療養継続の場について検討している	○地域連携担当者が関与しているが、事例は少ない。
8.2.2.4	在宅療養への継続性が確保されている	○在宅に向けた実地調査等は全く行われていない。

8.3 慢性期の診断・治療とケアの適切性

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	
8.3.2.1	嚥下機能の障害の原因が診断	－

	され機能の回復に努めている	
8.3.2.2	嚥下機能の維持・向上に努めている	○嚥下訓練プログラムはあるが、栄養士・言語聴覚士・歯科医師などの専門職の関与はない。

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当該病院の許諾を得て紹介する。

なお、以下は最終結果報告書の所見欄の抜粋である。

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針

■医療法人耳鼻咽喉科麻生 北見病院

■一般（100床未満） 更新受審

1.1.1	理念および基本方針が確立されている	理念・基本方針の意図が平易な文章で解説されており、病院の考え方が大変良く伝わってくる。年中無休の医療は理念・基本方針達成のための「手段」の1つとして捉え、基本方針には含めていないなど、基本方針の考え方が整理されており、高く評価できる。
1.1.1.1	理念および基本方針が明文化されている	－
1.1.1.2	理念および基本方針が病院の内外へ周知されている	－

1.2 病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

■長野県厚生農業協同組合連合会 長野松代総合病院

■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	病院長を中心とした幹部により構成された「拡大管理者会議」は、長野市南部の中核病院として病院のあるべき方向性について「次の世代へ」をキーワードとして掲題し、「魅力ある病院づくり」「尊敬される病院になる」を目標に職員の貢献度を評価しモチベーションを高めたり、職員家族の職場参観の「ファミリーデー」開催による家族との連携や、医療の質確保のための人材育成など積極的にリーダーシップを発揮しており、これらの手法と職員への関与の状況は極めて高く評価される。
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	-

■財団法人 三友堂病院（現・一般財団法人 三友堂病院）

■一般病院（100-199 床） 更新受審

1.2.2	組織運営が計画的になされている	中長期計画を策定し、貴院のビジョン達成のための重要施策を定め、年次事業計画・部門別目標・個人目標を設定し、戦略の明確化を図るなど、BSCによる全職員一丸となった取り組みは高く評価される。
1.2.2.1	将来計画が策定されている	現在の中長期計画は、平成 23 年度から 27 年度までの 5 年間となっている。
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	-

1.6 地域における役割と連携

■医療法人協和会 協立病院

■一般病院（200-499 床） 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	地域連携室が川西・猪名川病院連携会議の立上げの発起人となり、月 2 回開催されるなど連携体制は有効に機能しており適切である。申し分ない実績は、地域医療の充実に貢献し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	-
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	適切な人員が配置され、連携の手順は整備されている。近隣の医療機関・福祉施設の機能は把握され、院内の要となっており役割を果たしている。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	地域連携室の院内での信頼は厚く、地域医療機関との連携も円滑である。自院にない高度な専

		門外医療については、紹介先医療機関が明確にされており円滑な連携が図られている。
--	--	---

■南砺市民病院

■一般病院（100-199 床） 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	「幸せに生涯を過ごせる街づくりを市民と共に」をスローガンに地域医療連携を図り、南砺市立医療機関共通診療券を発行し、電子カルテにより域内住民の診療情報を一元管理する取り組みを行っている。地域医療機関の核として保健・医療・福祉施設の有機的な連携をリードしていることは、極めて高く評価できる。
1. 6. 1. 1	地域における病院の役割・機能が明確である	地域の診療所だけでなく、包括支援センターや各訪問看護ステーションの活動を積極的に支援している。
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	社会福祉士・精神保健福祉士の両方の資格を持つ3名の職員と連携看護師長を中心に地域連携の院内体制を構築している。
1. 6. 1. 3	地域における連携機能が発揮されている	地域リハビリテーション運営協議会等の地域ネットワークを組織し、地域医療連携を確立している。

■愛媛大学医学部附属病院

■一般病院（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	「切れない医療の提供」の方針のもと、入院前から入院中、また退院後の在宅療養および生活支援までトータルマネジメントが行われており、その幅広い取り組みを高く評価したい。連携のための体制は適切に確保されており、「患者や家族を主役に置いた取り組み」も適切である。
1. 6. 1. 1	地域における病院の役割・機能が明確である	小児総合医療センターをはじめ各センター機能とともに、大学病院として地域の全医療を支える最後の砦としての期待を踏まえ、人材育成や人材供給、地域ネットワークの構築などに取り組んでおり、地域における役割や地域に必要な機能の認識をされている。
1. 6. 1. 2	地域連携のための院内の体制	医療福祉支援センターが設置され、専従医師、

	が整備されている	看護師、ソーシャルワーカーや事務職など、専従スタッフが多数確保されている。退院支援のためにセンターの医師とスタッフが回診し、入院診療が途切れることなく在宅療養および生活支援までトータルマネジメントを行える体制が確立しており、高く評価したい。精神保健相談の担当者も確保されている。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	地域の医療機関等の具体的情報の把握、Face to Face の人的交流、地域のネットワークを活用し協働する支援体制、えひめ地域連携ネットワーク会議など、さまざまな活動が適切に行なわれている。退院支援のために、病棟の医療チームや地域の在宅医療サポートチームと患者家族を交えてコンセンサスを図る取り組みなど、「患者や家族を主役においた、切れない医療」を目指す活動の積極的な取り組みは評価できる。

■独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

■一般病院（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	三次救急を担う医療機関としての機能を備え、地域の実情に即した、医療の提供がなされている。とりわけ後方支援病院との連携への工夫や地域連携パスの活用などにより、高い紹介率、逆紹介率の実績がある。五大がん連携室が機能し、地域の医療機関との調整が図られている。さらに、連携連絡体制として「連携便り」や病院の web 上での情報共有などの仕組みが整備されており、他の模範となる工夫と実績があり高く評価できる。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	三次救急を担う医療機関として、必要な機能を備え、地域の実情を踏まえた、求められる医療の提供に尽くしている。
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	開放病床の稼働や五大がん連携室が整備され、地域連携機能が確立されている。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	後方支援病院との連携にも優れた工夫があり、地域連携パスは 10 種類活用され、紹介率 75%、逆紹介 106%の実績がある。医療機関との連携

		連絡体制については、年 12 回の「連携便り」や病院の web 上にて関係先医療機関と患者の診療情報を相互に閲覧できる仕組みが整備され、情報の共有がなされている。
--	--	---

■ 社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院

■ 一般病院（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	「産科オープンシステム」で県境を越えた医療過疎地域への協力、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」では中心的役割を果たすなど地域の医療連携に貢献する病院としての取り組みは高く評価できる。また広大な県西部地域をカバーするためドクターヘリの運用も行っており地域医療に大きく貢献されるなど極めて適切である。
1. 6. 1. 1	地域における病院の役割・機能が明確である	広大な県西部地域の医療に関する問題を明確に把握し、ドクターヘリを運用するなどの対策を立て実行している。
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	よろず相談地域連携室が機能しており、患者の受け入れから逆紹介までがスムーズに行われている。
1. 6. 1. 3	地域における連携機能が発揮されている	在宅医療を希望する患者のための「浜松在宅ドクターネット」の基礎となるプロジェクトを立ち上げるなど地域の医療連携の中心となる活動を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 健康保険鳴門病院

（現・地方独立行政法人 徳島県鳴門病院）

■ 一般病院（200-499 床） 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	地域の中核病院として、地域医療の発展に寄与することを基本方針の 1 つに掲げ取り組まれてきた。その具体的展開として平成 23 年 10 月に地域医療支援病院の承認を得ており、その法的要件および診療報酬上の諸施設基準にかかわる活動は、優れて活発に展開されており、優れた取り組みとして高く評価できる。また、地域連携室はこれらの活動を適切に支え、地域医療連
---------	-------------------------------	---

		携・支援活動の実績を上げ、その取り組みは優れたものとなっている。
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	地域連携室に専従 3 名が配置されている。連携業務は業務マニュアルに基づいて実施されているが、業務の適切性を協議するため地域医療連携推進委員会および外部委員を構成員に含む地域医療連携運営委員会が機能している。連携先の医療機関・福祉施設の機能が把握され、リストは HP でも公表されている。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	鳴門市医療懇話会、徳島大学病院の「病々・病診連携システム構想」「地域 ICT 利活用広域連携事業」等々に参加しながら、紹介患者の受け入れ、逆紹介が行われている。また共同診療に病床 20 床をあて、高額医療機器 CT (22 年度 513 件、23 年度現在まで 477 件)・MRI (22 年度 650 件、23 年度現在まで 475 件) の共同利用が行われている。地域の医療者への教育などでは、病診連携懇話会 (通算 19 回)、臨床教育セミナー (毎月開催、通算 79 回) が開催されている。

1.7 健康増進と環境

■南砺市民病院

■一般病院 (100-199 床) 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	地域の健康増進活動への参加や保健医療活動は積極的に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	ヘルスボランティア要請講座の実施や糖尿病ライフセンター活動、地域の健康教育活動への講師派遣など、15 年にわたり 170 回以上の出張健康教育・活動を行っている。

■社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会 船橋二和病院

■一般病院 (200-499 床) 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	附属クリニックに医療トレーナーを配置して健康増進活動の受け入れ態勢を整備している。地
-------	-------------------	--

		域においては患者会と共同して出張検診や保健予防活動を積極的に展開しており、中でも健康友の会による保健大学の開校は、地域住民が健康について様々な角度から学ぶ場を提供するとともに、卒業生が保健委員として地域における健康の意識づくりに主体的に関わって健康の地域コミュニティの形成に貢献していることは高く評価できる。
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	-

■愛媛大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	「県民から信頼され愛される病院」という目標のもと、「地域に開かれた病院」から「地域に出かけていく病院」を理念に、さまざまな地域貢献活動が数多く継続的に行われている。その取り組みは他に誇れるものと高く評価したい。
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	地元デパートとの協同の健康セミナー「ヘルスアカデミー」の定期開催、年間30日以上にわたる診察相談の開催、地域生活習慣病・内分泌学講座や地域医療学講座などによる年間60回以上にわたる講演会開催、地域の病院に対する看護師派遣、地域の病院職員や学生の研修受入れ、講師派遣など、さまざまな取り組みが数多く継続的に行われている。全国の大学病院の中でも最大となる220名を超えるボランティア組織を擁し、地元住民との結びつきも非常に深いと感じられる。

■社会福祉法人恩賜財団 済生会みすみ病院

■一般病院（100-199床） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	地域活動として、公民館等へ出向き公開講座（出前健康講座）への職員派遣に積極的に取り組んでおり、その活動実績は平成21年度の22回から平成22年度には44回と倍増しており、地域状況や病院規模に照らして極めて高い水
-------	-------------------	---

		準であり、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	健康診断事業や地域の健康教育活動に積極的に取り組む一方、自治体や諸団体の要請に応じて、平成 22 年度は 44 回（医師 25 回、看護師 3 回、リハビリ 6 回、栄養士 6 回、薬剤師 2 回、放射線 1 回、MSW 1 回）の「出前健康講座」を各地区に出かけて行き、開催している。また、平成 22 年から病院敷地内を会場に、病院職員総出で「健康フェスタ」を開催し、地域住民 500 人ほどが参加するイベントとして地域に浸透している。

■ 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大分県済生会日田病院
 ■ 一般病院（200-499 床） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	へき地における保健予防活動に積極的に取り組んでおり、矯正施設退所者の生活支援を行うなど、その取り組みは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	公開講座の開催や市民健康祭りへの参加などの他、毎月へき地巡回診療も行っている。また、低額診療事業や県地域生活定着支援センターの運営など、高く評価できる取り組みも見られる。

■ あいち小児保健医療総合センター
 ■ 一般病院（200-499 床） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	1 歳 6 か月児、3 歳児の健診や母子保健法に定める健診業務など、地域の健康増進に対する貴院の活動状況は高く評価でき、他の病院の模範となる。
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	平成 22 年には、療育・療養、予防接種、虐待・虐待予防相談など約 5,000 件の相談に対応し、約 6,000 件の時間外電話相談にも対応している。さらに地域支援活動については、医師・看護師やコメディカル部門を含め約 900 件の活動実績がある。

■財団法人慈圭会 慈圭病院

■精神病院（400 床以上） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	地域の健康増進に寄与する活動として、保健所や行政の相談業務への協力やメンタルヘルス公開講座を開催している。特に、近隣の幼稚園・小学校 4 年生と患者さんの交流行事として「芋ほり」「ふれあい祭り」「音楽演奏会」を 37 年前より継続して実施し、後に、交流行事に参加した子供達が、作業療法士や看護師として当院の精神医療に参加していることは特に高く評価したい。また、子供たちの感想文が病院に掲示されている事や病院体育館が地域行事に開放されている事も評価できる。
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	長年にわたる病院と地域との交流が評価され、交流先の小学校では平成 20 年に厚生労働大臣表彰を受賞しており、病院には学校から感謝状が贈呈されている。

■市立大町総合病院

■一般病院（200-499 床） 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	特定健診やがん検診などの健康診断事業に積極的に取り組んでいる。また「大町病院を守る会」の活動や「出前講座」を年 30 回程度開催するなど、地域との関わりは密接であり、地域の健康増進活動・連携は極めて適切に行われている。
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	地域住民主体の「大町病院を守る会」の活動は、病院職員との連携で積極的に行われている。さらに「ありがとうメッセージ」による心温まる対応等で地域の連携強化と健康増進が推進されている。

■医療法人社団おると会 浜脇整形外科病院

■一般病院（100-199 床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	院長が率先して禁煙に取り組んでおり、早期から敷地内禁煙を適用している。毎朝、院長および幹部職員が交代で禁煙啓発のための患者向け講話を生放送していることは、極めて高く評価
-------	------------	--

		できる。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	-
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	-

■財団法人光ヶ丘スペルマン病院

(現・一般財団法人光ヶ丘愛世会光ヶ丘スペルマン病院)

■一般病院（100-199 床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	敷地内禁煙を適用している。また、職員の禁煙対策として、病院長の指導のもと啓発活動などを積極的に展開して喫煙率 0%を維持しており、その取り組みは極めて高く評価できる。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	-
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	喫煙している職員と病院長が個別面談を行うなどして、職員の喫煙率 0%を達成している。

■国民健康保険 能美市立病院

■複合病院（100-199 床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	平成 18 年 9 月から敷地内禁煙が実施され、禁煙外来も院長を始めとする医師により週 4 行われている。また、職員の禁煙に関しては、個別指導を行い、禁煙成功率も把握している。これらの取り組みにより職員の喫煙率は非常に低くなっている。病院全体としての禁煙への取り組みは、他の病院の模範になるレベルにあり高く評価できる。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	-
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	-

■春日井市民病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	中期経営計画で環境への取り組みを掲げ、省エネ対策委員会を中心に積極的な活動が展開されている。その成果は平成 21 年度の省エネ大賞で「資源エネルギー長官賞」を受賞するなど、病
-------	-------------	---

		院全体として効果的な取り組みがなされており、高く評価できる。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	地球の環境に配慮すべくエネルギー管理体制を整備し、積極的な省エネ活動や熱源機器の効率的な運用など 40 以上の課題に取り組み、患者サービスを維持しながらエネルギー使用量を 10% 以上削減し、光熱費を大きく削減できた実績もある。

■ 公立大学法人 横浜市立大学附属病院

■ 一般病院（500 床以上） 更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	環境方針や環境管理に関する規程を定め、環境管理委員会が中心となり、継続的に活動している。それらの取り組みにより削減した二酸化炭素を国内クレジット制度により売却するなど、病院が一丸となって環境保全に取り組んでおり、高く評価できる。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	－

1.8 継続的な質改善の取り組み

■ トヨタ記念病院

■ 一般病院（500 床以上） 更新受審

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	本社提案制度の趣旨に沿って「創意くふう委員会」を設置し、人づくりと職場づくりを目指して組織的に改善活動を行っている。当該制度は明確な審査採点基準を設けて運用されており、多くの「カイゼン」提案を出すことから活発な職場風土が生まれている。改善提案事例は年間 9000 件余りを数えており、その内容とあわせ極めて高く評価したい。また、日本医療機能評価機構による評価事業についても更新プロジェクトを早期から立ち上げ意欲的に取り組んだ経過が認められる。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組んでいる	－
1.8.1.2	体系的な病院機能の評価に基	－

	づく改善活動に取り組んでいる	
--	----------------	--

■独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

■一般病院（500床以上） 更新受審

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	ボランティアを含めた「患者環境サービス委員会」の活動があり、院内ラウンドを8グループが毎月実施、年間約90回もの環境巡視が行われている。QC活動が活発に取り組まれるとともに、病院機能評価の受審、薬剤課でのISO9001の取得やNICUにおける母子同室化など具体的改善活動など、多くの取り組みとそのレベルは、他の模範になると評価する。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組んでいる	-
1.8.1.2	体系的な病院機能の評価に基づく改善活動に取り組んでいる	QC活動は活発で、国立病院機構の大会でも優秀な成績を修めている。接遇研修、標語活動、アンケート調査、職員・OBを対象とした「呉ニュース」などの活動がなされており、病院機能評価の受審、薬剤課でのISO9001の取得をはじめNICUにおける母子同室化など具体的改善活動も確認できる。

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

■市立加西病院

■一般病院（200–499床） 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	毎月2回外来で実施される「チョイ耳待合広場」と称される講演会、毎月実施される糖尿病教室・糖尿病友の会は、各部署の職員や多職種により、計画的・継続的に実施されている。また、ホスピタルフェア・病院だより・ホームページなどで情報発信も積極的に行われている。病院全体として、継続的かつ組織的な患者・家族・市民への疾患の理解を深める取り組みは、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	誤認防止については、入院案内での説明や外来診察室前に掲示されている。患者が守るべきこととは、がん化学療法のオリエンテーション・自己管理手帳、リハトレーニング指導など、各診療科がパンフレットを作成し説明している。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解を深めるための支援を行っている	平成21年より毎月2回外来ロビーで、医療や病気、病院の取り組みなどを各職場の職員により講演が行われ、その内容を「チョイ耳待合広場」の掲示板やHPで提供している。また、糖尿病については、認定看護師と5職種13名の糖尿病療養指導士が糖尿病教室や「糖尿病患者会（ベリーの会）」のサポートをしている。さらに、ホスピタルフェアでは、健診コーナーと講演会が毎年開催されているなど、患者への情報提供を積極的に実施している。

■社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院

■一般病院（500床以上） 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	診療への患者参加を促進する仕組みは極めて適切である。医療安全を高めるための患者・家族へ協力についての説明、治療効果向上のための患者が守るべきことを患者・家族へ説明するなどの対応が見られる。また、患者が疾患につい
-------	---------------------	---

		て理解を深めるための患者用図書室（医学情報プラザ）の設置、公開講座や健康フォーラム・県民健康セミナーの開催、パンフレットや「みどりの通信」など多様な活動があり適切と高く評価できる。
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	入院案内やホームページなどにより患者・家族の協力や守るべき事項について説明されている。また、看護記録や診療録の取り扱い規定にも患者・家族の協力なども明記され、手順にも盛り込まれている。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解を深めるための支援を行っている	公開講座や健康フォーラム・県民健康セミナーなどが行われている。患者用図書室（医学情報プラザ）を設置され、専従のボランティアにより運営され、患者・家族が利用しやすい環境である。また、心落ち着く待合室としての機能も持ち、疾患・治療を知ってもらうための有効な場所となっている。その他、パンフレットや「みどりの通信」により、疾患や治療について情報提供が行われている。

■医療法人同和会 千葉病院

■精神病院（200-399 床） 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	患者の診療への参加については、昭和 46 年に患者・家族の意見を治療に反映する目的で「家族相談室」が外来に設置されて以来、長年にわたり毎週の病棟会議や各種の家族懇話会や家族講座が継続して開催されており、他の模範となる取り組みとして高く評価できる。
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	患者が参加する病棟会議が昭和 48 年から毎週月曜日に病棟ごとに行われており、平成 4 年からは統合失調症を抱えた家族の支援のための家族懇話会や全疾患対象の家族懇話会の毎年の開催、平成 8 年からは統合失調症を抱えた家族支援講座の 1 クール 6 回・年 2 回の開講が行われている。さらに、昭和 58 年からはデイケア通所の家族の支援のために家族懇話会を開催するなど、長年にわたる診療への患者・家族への参加

		促進が継続して行われている。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解を深めるための支援を行っている	患者・家族も参加するカンファレンスが行われており、図書コーナーやパンフレットも提供されている。また、病棟会議、家族懇話会、家族講座、デイケア家族懇話会の継続的な開催などの支援が継続して行われている。

2.3 患者の安全確保

■独立行政法人労働者健康福祉機構 長崎労災病院

■一般病院（200-499 床） 更新受審

2.3.1	安全確保のための組織体制が確立している	医療安全確保のための組織図・管理委員会は機能的に整備されており、統括安全管理者をはじめとして医療安全・医薬品安全・医療機器安全管理者が配置され、役割も明確である。組織体制や病院の方針も明確で専従管理者の配置もあり、組織全体が迅速かつ効果的に機能しており、その活動は極めて高く評価できる。
2.3.1.1	安全確保のための方針が明確であり体制が整備されている	-

■財団法人倉敷中央病院 倉敷リバーサイド病院

（現・公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷リバーサイド病院）

■複合病院（100-199 床） 更新受審

2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	医療事故防止対策委員会で病院全体としての観点から情報を分析・把握し、各部署からの立案と突合してともに課題を検討しており、具体的に針刺し対策などへの工夫がみられ、針刺し事故も 0 件となっているなど、安全確保の活動は適切に行われている。また、緊急時の対応に関して、周到的な準備をもとに「突然人がロビーで倒れたらどうする」といった急変想定訓練が実施されていることなどは、極めて高く評価できる。
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	インシデント・アクシデント報告やヒヤリハット報告の分析は RCA で行われ、具体的な予防策や改善策まで検討・実施されている。また、針刺し防止のため「無刺（むさし）君」などのマ

		ニユアルを作成して写真入りで公開するなどの工夫もみられ、現在針刺し事故は 0 件となっている。
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	厚生労働省、日本医療機能評価機構、職能団体から情報を収集して「リスクマネージャー小委員会だより」として院内に情報を発信し、全職員が読んで確認サインを行っており、周知に努めている。
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修を実施している	リスク評価シートとインシデント・アクシデント報告支援ツールの取り扱いマニュアルを作成して、教育している。また、病院全体や看護部門等でも教育・研修を行い、欠席者へのフォローも確実に実施している。
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	院内緊急コードを定めて招集訓練を実施している。また、医療安全管理研修として、「急変想定訓練・ロビーで突然人が倒れたら」などシナリオ作成から実施まで各チームでロールプレイするシミュレーションが実施され、参加できなかった職員のための DVD も作成されており、高く評価できる。さらに、非常用カートも院内統一の形式でまとめられ、薬剤師も関与して定期的に点検を行っている。

2.5 医療関連感染管理

■医療法人社団更生会 草津病院

■精神病院（400 床以上） 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	ICD である内科部長が中心となり、感染制御委員会を毎月開催しており、活発な協議がなされている。ICD、感染制御認定薬剤師、各部署のリンクスタッフの関与のもと、定期的にラウンドなどを実施している。リンクスタッフの研修会も毎月開催し、職員への指導法の改善などについて検討するなど、積極的な活動が見られる。医療関連感染管理のための体制は、高く評価できる。
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	医療関連感染管理体制の確立により、2008 年度以降、MRSA 及び緑膿菌の感染率が大幅に低下し

	れている	た。
--	------	----

■社会保険 下関厚生病院

■一般病院（200-499 床） 新規受審

2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	感染防止対策マニュアルが整備されており、適時改正もされている。また、感染経路別予防策に基づいた隔離方法も適切に確立され、さらに処置別、検査別にも感染予防マニュアルが整備されており、高く評価される。抗菌薬は、使用マニュアルが整備され、採用から使用に至るまで適切に行われている。
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	-
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	抗菌薬の使用指針が整備され、それを遵守して使用されている。ICD である感染防止対策委員会の委員長に相談したり、介入したりするシステムがある。さらに、抗菌薬は院内検出細菌の感受性の検査を考慮して採用されている。特別な抗菌薬は許可制になっている。

■公立大学法人 横浜市立大学附属病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	ICTWeb や針刺し事故の電子登録システムを独自開発し、主要な医療関連感染起炎菌の発生状況を迅速に把握するとともに、針刺し事故の全国登録も促進している。感染制御部・ICTNEWS を発行し、職種別の研修活動を周知するなど、他の模範となる取り組みが見受けられる。
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	ICTWeb（コンピューターシステム）では、30 種類の新規検出菌のフラッグ表示、検出菌のベッドマップ上への表示、時系列・病床系列での検討などが可能である。針刺し事故の電子登録システムには全国登録への承諾欄も設け、自己届

		出率の向上にも寄与している。
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	内視鏡センターでは内視鏡の背番号管理が行われており、緑膿菌チェック（サーベイランス）も定期的を実施している。
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	－

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

■鳥取生協病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	副院長が統括する医療技術部に地域医療連携・医療相談室が設置されており、患者・家族に対する相談機能は極めて充実し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	正面玄関を入ったわかりやすい場所に医療相談室があり、プライバシーにも配慮している。精神保健福祉士を含め医療ソーシャルワーカー（MSW）が4名配置されている。
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	院内掲示や病院案内などにも相談内容の事例を示すものがあり、相談を受けやすくする取り組みがなされている。相談件数は月700件近くあり、様々な相談に対応している。MSWが日常業務マニュアルに基づき退院援助や日常生活支援などを行い、院内や院外施設との連携も十分に図られている。

■みどりの杜病院

■一般病院（100床未満） 新規受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	病院の理念である「今という大切なときを自分らしく生きること」に寄り添う姿勢を実現するための研修や機能の向上に努力されており、開院間もない状況であるが、早くも患者・家族の信頼と安心を旨とする相談機能が発揮されており高く評価される。
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	入院の相談が主でありMSWが対応するが、必要に応じて医師（精神科）、看護師も参画し、患者・家族それぞれの意思が尊重される体制となっている。相談室の環境は静寂、落ち着きなど精神面にも特段の配慮がうかがえる。
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	ターミナルステージへ向けた相談などについては、「医療相談指針」に沿って患者の意思を尊重しながら、臨床心理士（公立八女総合病院）の参画も仰ぎ行われている。

3.3 施設・設備の整備と利便性

■岐阜大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	学術・研究の拠点として位置付けられた施設整備であり、患者や家族の利便性、バリアフリー、高齢者や身体障害者に対する配慮は他の模範となる。外部団体への委託で食堂や売店などのサービスが提供されている。入院案内には入院生活の決まりのほか、医療安全相談や苦情・クレームの窓口に関わる案内が記載されている。
3.3.1.1	利便性に配慮した施設がある	大学構内に公共バスの停留所、患者用500台・職員用940台の大駐車場、売店およびATMが設置されている。
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	精神神経科病棟では個室の公衆電話が設置されている。
3.3.1.4	入院案内が適切に作成され運用されている	-

■医療法人社団愛育会福田病院

■一般病院（100-199床） 新規受審

3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	施設面は、病院機能を十分に発揮させる配慮がうかがわれ、自然食の店での売店・レストランは、他の施設も参考となる運営手法であり、美容室、保育園、子育て支援の広場、フィットネスクラブ、エステなど病院機能を施設面でも十分に発揮させている努力・工夫が随所に見られ、高く評価できる。
3.3.1.1	利便性に配慮した施設がある	1階には、自然食の店「ナチュラル」、美容室、子育て支援が行われている「あそびと学び」のおやこの広場がある。また、コアラ保育園では、外来受診時の一時預かりも行われている。4階のフィットネスクラブでは、プールやジムを整備しマタニティスイミングやベビースイミングなどが行われてい。8階には患者専用のエステを設置して

		いる。自然食の店「ナチュラル」は、女性の視点からの食材等を販売する売店と自然食を提唱するレストランが運営され、ルームサービスも行える仕組みである。
3.3.1.2	生活延長上の設備やサービスがある	病室は全室個室であり、必要な備品は整備され、美容室も運営されている。
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	携帯電話は使用禁止区域を限定し、郵便・宅配なども利用できる。
3.3.1.4	入院案内が適切に作成され運用されている	-

3.4 プライバシーの確保

■医療法人社団愛育会福田病院

■一般病院（100-199床） 新規受審

3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	診察室や相談室など全ての部屋は個室化され、病室も全室個室である。また、処置なども個室で行われ、施設面での配慮は高く評価できプライバシーへの対応は、十分な配慮がなされている。
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	診察室や相談室など全ての部屋は個室化され、ドアや壁、床など入室時に気持ちいが和らぐ材質、色彩等にも配慮され、プライバシー確保の点は高く評価できる。
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	1階の処置室は個室化され、点滴で同時に複数の場合は、別階にて2～3人が実施できる部屋が確保されている。採尿は直接検査室に提出できる。
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	全室個室であり、採尿は個室で行われ、環境に合わせたワゴンを製作のうえ搬送されている。

3.5 快適な療養環境

■医療法人社団愛育会福田病院

■一般病院（100-199床） 新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	個室内のスペースや廊下幅き十分に確保され、病棟にあるラウンジでも患者・家族がくつろげる場所である。また、最上階の患者専用のレストランでは洋食・和食が日々変わって提供され、退院前のディナーサービスの内容も患者・家族に十分に
-------	----------------	--

		配慮された仕組みであり、環境面は高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	病室のスペースは、ソファベッドなどの備品が整備されているうえでも十分な広さが確保されている。病棟ではラウンジがあり、患者・家族がリラックスしてくつろげるスペースもある。また、食事は、病室でもゆっくりと取ることができるが、最上階に患者専用のレストランがあり、洋食・和食を区別した2か所を設け、日々どちらかを提供し、退院前のディナーサービスは、夫婦を対象に他の家族も参加できる個室を整備されている。10階のラウンジは、週3回、患者同士のコミュニケーションの場としてティータイムも行われている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	空調はゾーンに分けて対応し、各階における静寂面や照明・採光は、機能に応じた対応がなされている。
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	年間に季節ごとのイベントを7回開催し、インテリアは女性の視点に立った配慮である。

■社会保険 下関厚生病院

■一般病院（200-499床）新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	病院全体が適切な療養環境を提供するための構造が確保されており、さらに日常の運営面では病院の各所にさりげなく季節の花や小物、絵画が飾られている。施設全体において、快適な療養環境の確保、特にいやしの環境確保に細やかな気配りがなされており、職員の努力は高く評価される。
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	空調管理は柔軟に対応している。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	SPDシステムや5S活動などにより、院内および病棟の環境は整理整頓され、清掃も隅々まで行き届いている。

3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	サービス向上委員会や庶務課の企画により、病院組織全体としての院内美化への取り組みが定着して実践されている。文化祭やコンサート活動などの取り組みも旺盛である。
---------	----------------	--

■西脇市立西脇病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	病院全体において、絵画・写真などによる安らぎが重視され、療養生活に必要なスペースも十分に確保されて療養環境は快適に保たれている。また、外来待合室に設置されたピアノ等で院内コンサートなどが開催され、広い外来アートギャラリーの設置などもあり、いやしの環境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	1床あたり 8㎡以上が確保され、各病棟にはデイルーム・患者食堂・デイコーナーなど療養生活に必要なスペースが十分確保されている。特にデイコーナーは2面が全面ガラス張りで、周辺の景観が遮るものなく眺望できる。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	個室のみならず、多床室でも1床ごとに採光にも配慮されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	病院内は整然としていて開放的であり、廊下・階段などのフローリングにも配慮されている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内の随所に絵画や写真などが展示され、屋上庭園も整備されている。また、サマーコンサートやクリスマスコンサートなども開催されている。

■さいたま市民医療センター

■一般病院（200-499床） 新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	採光、彩色、静寂、インテリア、絵画、窓外の田園風景、ベッドの広い空間、トイレ、シャワー室の整備、面談室、相談室すべてにおいて他病院の模範と十分になり得る快適な療養環境を備えている。また、病棟は整理整頓されており、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	1人当たり 9㎡のスペースで空間が広く、病室内の洗面設備、ロッカーなど整っている。

3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	空調の調節は病室ごとに可能であり、24時間柔軟な対応が出来る。また家族が休める施設、デイルームなど完備している。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	機材室や廃棄物保管庫など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	近隣の高校生による院内コンサートや絵画、書、観葉植物など癒しの環境づくりに配慮されている。

■稲城市立病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	病室の環境整備に努め、多床室においては、各ベッドから外の風景が眺められるような位置に窓を設計するなどの工夫が見られる。また、観葉植物や絵画なども適所に設置するなど、極めて快適な療養環境が保たれている。
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	多床室では、各ベッドの脇に窓を設置しており、各患者が外の景色を眺めることができるようになっている。
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	観葉植物や絵画などのインテリアにも十分に配慮し、静寂の保たれる雰囲気作りに努めている。

■医療法人社団浅ノ川 金沢脳神経外科病院

■複合病院（200-499床） 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	各病棟ともデイルームが確保されており、患者用トイレは左右の麻痺に応じて使用訓練ができるように、左右麻痺用2つのトイレが全病棟に設置されている。また、患者の身体機能に合わせてドアの開閉方向を選択できる病室が整備され、ケアの実践経験から複合機能ストレッチャーも配備されている。さらに、院内各所に絵画が展示され、毎日の体操・趣味に合わせた音楽療法や季節行事の他、各種のイベントを計画して積極的に取り組んでいるなど、療養環境について極めて優れた配
-------	----------------	---

		慮がなされている。
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	各部署や廊下など、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	-

■みどりの杜病院

■一般病院（100床未満） 新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	終末期をどのような環境で受け入れるかを基本によく検討され、「患者に寄り添う」姿勢が随所に感じられる環境となっており、高く評価される。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	ゆとりのある病室や、デイルーム、家族との食事ができるスペースなど自然に過ごせる環境が整っている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	空調や採光・照明など、静寂と落ち着きを感じさせる環境が確保されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	院内各部署は整理整頓され、廊下などにも不要なものは置かれていない。病院管理区域も清潔・不清潔の区域が明確となっている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内は観葉植物、絵画などインテリアに配慮されている。また、アロマセラピーが受けられるリラクゼーションルームや、家族とともに映画などが楽しめるシアター室が用意されており、精神面にも配慮がうかがえる。

■医療法人社団愛育会福田病院

■一般病院（100-199床） 新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	個室内のスペースや廊下幅き十分に確保され、病棟にあるラウンジでも患者・家族がくつろげる場所である。また、最上階の患者専用のレストランでは洋食・和食が日々変わって提供され、退院前のディナーサービスの内容も患者・家族に十分に
-------	----------------	--

		配慮された仕組みであり、環境面は高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	病室のスペースは、ソファベッドなどの備品が整備されているうえでも十分な広さが確保されている。病棟ではラウンジがあり、患者・家族がリラックスしてくつろげるスペースもある。また、食事は、病室でもゆっくりと取ることができるが、最上階に患者専用のレストランがあり、洋食・和食を区別した2か所を設け、日々どちらかを提供し、退院前のディナーサービスは、夫婦を対象に他の家族も参加できる個室を整備されている。10階のラウンジは、週3回、患者同士のコミュニケーションの場としてティータイムも行われている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	空調はゾーンに分けて対応し、各階における静寂面や照明・採光は、機能に応じた対応がなされている。
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	年間に季節ごとのイベンドを7回開催し、インテリアは女性の視点に立った配慮である。

■福岡県済生会飯塚嘉穂病院

■一般病院（100-199床）新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	十分な療養スペースを確保し、院内の清潔管理も徹底している。採光や照明、光庭や静寂、インテリアにもよく配慮している。地域に関連したテーマやモチーフにしたアートの飾り付けも見られる。特に、緩和ケア病棟における配慮が行き届いており、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	－

第4領域 医療提供の組織と運営

4.2 看護部門

■財団法人 三友堂病院（現・一般財団法人 三友堂病院）

■一般病院（100-199床） 更新受審

4.2.2	看護部門が適切に運営されている	病院全体で取り組んでいる目標管理ツール、BSCが実施されて7年目となっており、前年度の評価をして当年度の目標が立案されている。各目標についてはアクションプランが立てられ、6か月、12か月後に評価している。個人は達成シートにより、行動目標の達成度により、それぞれSABCD段階評価がされている。自己申告制度も確立し、自分自身のビジョンも明確に示され、適切に運用されており高く評価される。
4.2.2.1	看護部門の目標が設定され管理されている	-
4.2.2.2	看護部門の職員の意見を反映する仕組みがある	-

■社会福祉法人恩賜財団 済生会みすみ病院

■一般病院（100-199床） 更新受審

4.2.2	看護部門が適切に運営されている	運営ツールとしてBSCが取り入れられ、目標管理は具体的かつ積極的に行われている。看護職員同士および他職種との協力体制も良好である。組織としてワークライフバランスにも積極的に取り組んでいる結果として、残業ゼロの部署も増加している実績があるなど、部門運営は極めて高い水準で、適切に行われている。
4.2.2.1	看護部門の目標が設定され管理されている	看護師個人の目標面接が確実に実施され、具体的に活動できるところまで支援体制が整備されている。
4.2.2.2	看護部門の職員の意見を反映する仕組みがある	スタッフ間の意見交換の場と話し合いやすい雰囲気があり、提案審査委員会などを通して多面的な意見反映に努められている。

■千葉大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

4.2.2	看護部門が適切に運営されている	病院の理念・基本方針に基づいて部門・部署お
-------	-----------------	-----------------------

	いる	よび個人の目標が設定され、年 2 回の達成度評価が行われている。また、部署目標・個人目標と連動させたインセンティブ制を導入している。職員の意見を聴取し反映する仕組みも適切に機能しており、看護部門の運営は高く評価したい。
4.2.2.1	看護部門の目標が設定され管理されている	病院は質改善の取り組みとしてインセンティブ制を導入しており、看護部門では平成 20 年度より目標管理と連動させて実施している。インセンティブ成果の評価は、病床稼働率や患者必要度等の労働量に係る評価項目に加え、看護部独自で開発した看護の質向上に関連した評価項目の両側面から評価している。質向上に関連した評価項目は、身だしなみチェックなどの必須項目と研修参加率やインシデントレポート分析数などの 6 項目から 3 項目を選択する選択項目、および各部署が独自で設定する加点項目から構成されている。
4.2.2.2	看護部門の職員の意見を反映する仕組みがある	意向調査が実施され定期的な部署会を開催するなど、職員の意見を反映する仕組みが確立している。

■トヨタ記念病院

■一般病院（500 床以上） 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	人材育成システムとして 2WAY コミュニケーションシート、人材育成カルテ、クリニカルラダーを実施している。評価は各段階ごと、教育評価の GIO・SB0 による評価基準を採用している。ラダーにおいては 1～4 段階までほとんどのスタッフが取得している。また、Good Job 賞を設けており、半年に 20 名が推挙され賞品授与と共に表彰していることは、職員の意欲を高めている。看護職員の能力開発は総合的にみて高い評価に値する。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	クリニカルラダーは看護職のほとんどが受けており合格している。能力評価の評価基準は、教育評価 GIO・SB0 で作成している。

4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	人材育成カルテにより、異動の希望、将来ビジョンを把握している。院内外の研修学会等へも積極的に参加している。
---------	----------------------	---

■社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院

■一般病院（500床以上） 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	職員の能力開発には、クリニカル・ラダーに沿って54項目に渡る細やかな継続教育・研修プログラムとし企画・運営され、個々のキャリア開発と能力開発が適切に行われている。また、認定看護師による認定講座7コース、新人看護師・助産師の臨床実践能力向上推進事業への取り組みなど、看護目標にリンクされた能力開発は高く評価できる。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	クリニカル・ラダー評価委員会が中心となり、評価ツールに沿って個々の能力評価を行い、本人にフィードバックを行い、スキルアップに努めている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	学会・院内外研修会への参加支援、CNS・認定看護師などの資格取得のための支援がされている。認定看護師による認定講座7コース（摂食・嚥下障害看護・感染管理・褥瘡ケア・緩和ケア・救急看護・集中ケア・がん化学療法コース）が各年間6回開催され、試験に合格すると名札に「・・教育講座終了」のシールを貼ることが出来るなど、参加者の動機付けとして工夫され高く評価できる。
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	平成16年より文献・研修会などに取り組み、構築された「看護の質評価の指標」をもとに、平成20年から継続的に看護部全体と各職場にてデータ収集・分析を行い、質改善に取り組んでいる。また、院内・外の研修、関連学会での誌上・口述による発表・専門書への投稿なども積極的に行われ、継続的な質改善の取り組みは高く評価できる。
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	がん専門看護師・認定看護師などによる研究・学会報告、専門書への投稿が積極的に行われて

		いる。「看護の質評価の指標」は、質向上サイクルとして、測定指標・定義・尺度・算出方法・調査・分析・課題として詳細に分析されている。
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	研究事例や実績は、年度毎の看護研究集録・職場実績と活動計画に纏められ、ホームページにも掲載されている。院内助産所「たんぽぽ」の分娩実績報告・利用者満足度など評価されている。

■独立行政法人労働者健康福祉機構 長崎労災病院

■一般病院（200-499 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	認定看護師などが週 1 回全病棟のラウンドを行って指導・相談に応じている。また、BSC 活動が積極的に実施されており、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	看護部・委員会・各部署においてデータの収集・分析を実施し、院内 8 例・院外 4 例の発表や雑誌掲載など十分な実績がある。
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	7 対 1 の導入による業務量調査の結果をもとに、利用者の視点から業務改善に努めている。昼間のポータブル・尿器の撤廃や、脊椎損傷の患者・家族への倫理カンファレンスの徹底など、積極的に取り組んでいる。

■市立加西病院

■一般病院（200-499 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	患者の自立支援と廃用症候群の予防と改善を目指して取り組まれてきた腹臥位療法は、全国的規模にまで普及され、さらに進化を続けており、他施設の模範となっている。その他の看護研究も活発に取り組まれており、看護サービスの質改善への取り組みは高く評価できる。
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	平成 11 年から低 ADL または低 ADL になる可能性の高い患者を対象に、腹臥位療法に取り組まれており、現在まで約 370 名に実践されている。精神、自律神経、運動、呼吸機能が改善され、自立支援や QOL の改善に効果が認められている。看護学会、自治体病院学会等に発表され、

		院外への普及にも努めている。全国 60 施設・約 200 名の見学者を受け入れ、さらに院外へ講師を派遣するなど積極的に実践されている。
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	-

4.3 薬剤部門

■公益財団法人がん研究会 有明病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	資格を持つ薬剤師を複数含む潤沢な数の薬剤師が配置され、ともすれば看護師に依存しがちな薬剤に関する業務は時間外・休日においてもほぼ完璧に薬剤師によって行われているなど、他の病院の模範となり得る優れた体制である。
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	多数の常勤薬剤師がおり、病棟担当薬剤師も 10 名配置されるなど、充実した体制が整えられている。
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	-
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	-

■長野赤十字病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	服薬指導時における観察で得られた所見の評価により、診療への情報提供が適切になされている。特に抗がん剤治療においては、使用する全ての薬剤についてがん種別の裏付け情報や論文を収集しており、いつでも情報が提供されている。また、服薬指導時にはプレアボイド情報も積極的に提供しているが、提供された情報を活用して医師も対応しており、薬剤師が積極的に薬物治療に貢献している状況は極めて高く評価できる。
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	薬歴管理は電子カルテを利用して全入院患者に行い、医師の指示・同意により服薬指導を行っ

		ている。また、専門的知識を駆使して副作用チェック、より適切な薬品の推奨など、医師への情報提供を積極的に行っている。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	持参薬の取り扱いに関するマニュアルが作成されており、医師の指示に基づいて対応している。
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	プリントされた採用医薬品集は薬効別に分類され、製品規格が記載されている。変更あるごとに差し替えが行われており、常に最新のものとなっている。
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	使用薬に関して多くのプリアボイド情報が提供されている。特に、レジメンにある全ての抗がん剤について文献を収集し、患者血液データとの照合、文献上指摘されている副作用のチェックに必要な検査まで情報を医師に伝え、安全な治療に寄与している。また、抗MRSA薬、ジギタリス製剤、テオフィリンなどは血中濃度の測定解析を行って医師に情報提供し、診療支援を行っている。

■独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

■一般病院（500床以上） 更新受審

4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	水剤鑑査システム、抗がん剤無菌調製記録システムを開発し、注射薬ピッキングシステムも導入し、院内外の薬剤業務にかかわる職員の能力開発にも積極的で、薬剤業務の質改善の取り組みは模範的であり、極めて高く評価される。
4.3.5.1	薬事委員会が適切に機能している	-
4.3.5.2	薬剤業務に関わる職員の能力開発に努めている	がん専門薬剤師 1 名、がん薬剤療法認定薬剤師 3 名、感染制御認定看護師 1 名など、職員の能力開発には積極的に取り組み、がん専門薬剤師研修施設として対外的な役割も果たしている。
4.3.5.3	薬剤業務の質改善を推進している	抗がん剤無菌調製記録システムは、無菌調製の過程を動画に記録してプロセスをトレースできるもので、独自開発されたものである。水剤鑑査システムの開発にも深く関与している。

4.4 臨床検査機能

■総合病院 松江生協病院

■一般病院（200-499 床） 更新受審

4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	能力評価やスキルアップの奨励が良くなされ、様々な資格を持つスタッフも多く、質の改善の取り組みが非常に良くできている。
4.4.3.1	臨床検査に関わる職員の能力開発に努めている	スタッフは研修会や学会などに多数参加していて、それらのことがよく把握されている。また、能力に応じた教育も適切に行われている。
4.4.3.2	臨床検査機能の質改善を推進している	部門内で検討し、早出出勤などを併用してルーチン検査結果を 40 分を出しているなど、貴院の機能の改善によく関与して効果をあげている。

4.5 病理診断機能

■公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院

■一般病院（200-499 床） 更新受審

4.5.1	病理診断の体制が確立している	常勤の病理医師 2 名体制で、年間の剖検数が 42 例と極めて多いことは、病理部門のみならず病院の質向上への特筆すべき努力の表れとして高く評価したい。
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	-
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	-
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	-

■徳島大学病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	病理診断報告時は、通常の報告書に加えて「バーチャルスライド」を添付している。報告を受けた医師は、電子カルテ上で切除範囲や再発の危険性などを自身で判断することが可能である。病理医への相談体制も構築している。極めて先進的かつ学術的なシステムであり、高く評価できる。
-------	--------------------	--

4.5.3.1	病理診断に関わる職員の能力開発に努めている	学会や院内外の研修への参加を推奨し、各職員の能力評価にも取り組んでいる。
4.5.3.2	病理診断機能の質改善を推進している	検体取り違い防止のために、外科医・病理医・臨床検査技師によるチェック体制を構築するなどの取り組みが見受けられる。

4.7 放射線治療機能

■公益財団法人がん研究会 有明病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

4.7.1	放射線治療の体制が確立している	個々のがん領域に細分化された専門医ならびに放射線治療品質管理士・医学物理士が極めて多数配置され、施設・設備および手順の整備や質改善の取り組みなどを含めて、全国的に模範となり得る体制である。
4.7.1.1	放射線治療に必要な人員が適切に配置されている	10名の常勤専従医師が配置されている。
4.7.1.2	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	－
4.7.1.3	放射線治療の基準・手順が適切に整備されている	－

■千葉県がんセンター

■一般病院（200-499床） 更新受審

4.7.1	放射線治療の体制が確立している	IMRTにも早くから取り組み、地域のがん診療連携拠点病院としての放射線治療を提供している。人員については放射線治療医・医学物理士・放射線治療品質管理士が確保されている他、近隣の放医研との業務連携も行われていて、県の放射線治療を牽引する組織として活動できる体制が確立しており、高く評価できる。
4.7.1.1	放射線治療に必要な人員が適切に配置されている	治療計画は4名の放射線治療医で対応しており、4名の医学物理士・2名の放射線治療品質管理士も配置され、高品位な放射線治療が提供されている。また、治療に際しては他科とのカンファレンスやカンサーボードに出席し、協力して治療にあたっている。

4.7.1.2	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	-
4.7.1.3	放射線治療の基準・手順が適切に整備されている	-

■独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター

■一般病院（500床以上）更新受審

4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	放射線治療依頼の手順書が作成され遵守されており、記録を含めて放射線治療部門は教科書的に運用されている。また、治療の安全確保のために、放射線治療品質管理士により品質管理が確実に行われている。高い水準の放射線治療機能が発揮されており、極めて高い評価に値する。
4.7.2.1	放射線治療が円滑に実施されている	放射線の治療のための主治医および外部からの依頼手順書、治療実施のための手順書が整備されており、放射線治療は円滑に行われている。
4.7.2.2	放射線治療が適切に実施されている	放射線治療計画書、計画線量確認、治療シミュレーションが確実に実施されていることが電子カルテ上で確認できる。
4.7.2.3	放射線治療が安全に実施されている	放射線被防護策が取られ、放射線治療装置 QA (Quality Assurance) プログラム、放射線治療計画装置の QA プログラムの立案・実行が行われ、放射線治療品質管理が適切に行われている。
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	学会・研修会に積極的に参加し、部内で報告会を開催している。また、一部装置の老朽化が見られるが、治療部が一丸となって改善に努め、絶えず質の向上に努めており、質改善への取り組みも他の見本となる水準にある。
4.7.3.1	放射線治療に関わる職員の能力開発に努めている	技師の学会・外部研修会の参加、部内ミーティング等で放射線技師の質の向上と放射線技師治療部門の資格取得を薦めている。
4.7.3.2	放射線治療機能の質改善を推進している	部門内で業務の課題が盛んに検討されている。治療装置の老朽化が進んでいるが、現在はソフトの改良等で対応し治療の質を維持している。

4.8 輸血・血液管理機能

■千葉県がんセンター

■一般病院（200-499 床） 更新受審

4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	輸血用血液製剤はシステムで集中管理され、適切な手技・手法を適切かつ積極的に実施することにより 24 時間迅速かつ安全に供給されている。また、年間約 9,600 単位の使用数に対して廃棄率は低く、「がんセンター輸血情報」が毎日発信されるなど、機能は一般的な水準より高く、他の見本となる。
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	T&S 法や血液型確定前緊急輸血時の O 型赤血球輸血などが確実に実施され、輸血の発注から供給までは最短 5 分で可能であり、日赤に緊急発注時でも 30 分で供給可能である。また、総廃棄率も極めて低い。
4.8.2.2	輸血・血液管理が安全に実施されている	コンピュータクロスマッチを導入している。

4.9 手術・麻酔機能

■聖マリアンナ医科大学病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	インシデントレポートとして報告されにくく、ブラックボックスになりがちな手術部内の事象に対してバリエーション手術報告書のシステムを導入し、手術・麻酔の質・安全性の向上に寄与していることは極めて高く評価できる。これは他施設の範となり得る優れた取り組みである。
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	麻酔科医による術前訪問が実施され、麻酔記録も整備されている。
4.9.2.3	手術・麻酔業務が安全に行われている	インシデントレポートとして報告されにくく、ブラックボックスになりがちな手術部内の事象に対してバリエーション手術報告書のシステムを導入し、手術・麻酔の質・安全性の向上に寄与していることは極めて高く評価できる。これは他施設の範となり得る優れた取り組みである。

■北九州市立医療センター

■一般病院（500床以上） 更新受審

4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	麻酔科医と看護師の共同で、手術・麻酔業務は円滑に実施されている。また、術前の麻酔科医および看護師による評価のみならず、入室から術後管理に至るまでの麻酔科医の一連の積極的な関与による患者安全を重視した手術・麻酔機能は、他の模範となる。
4.9.2.1	手術・麻酔業務が円滑に実施されている	日常的スケジュールはスーパーバイザー（麻酔科医）と師長で管理され、手術の進行状況が把握されて、効率よく人員の応援などが行われている。
4.9.2.2	手術・麻酔業務が適切に実施されている	全ての全身麻酔患者を麻酔科医および手術室看護師が術前訪問し、評価が記録されている。また、術後の訪問も行われ、麻酔科医による術後のフォローも着実に行われている。麻酔記録は自動化されていて、麻酔科医は麻酔に集中でき、記録が確実に残されている。
4.9.2.3	手術・麻酔業務が安全に行われている	誤認防止を特に重視しており、入室から退室までの間にタイムアウトは3回実施され、徹底されている。さらに、術後の患者搬送は必ず麻酔科医と看護師で行うなど、術後管理の患者安全を重視した術後管理が行われている。

4.10 洗浄・滅菌業務

■医療法人同信会 福岡整形外科病院

■一般病院（100-199床） 更新受審

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	増改築に伴って作業場が拡張され、自動洗浄機の増設および旧式の機器の刷新とメンテナンスの充実により、中央滅菌材料部門としての機能が発揮されている。整形外科を専門としているだけに滅菌業務を重視していて体制は極めて高い水準にあり、他の見本となる。
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・滅菌材料部は手術部と一体化しており、手術部看護師長の管理のもと専従の看護助手3名と手術部看護師のローテーションにより運営され

		ている。日本医療機器学会の滅菌技士第 2 種の資格を持つ師長、主任と助手 2 名が配置されている。
4. 10. 1. 2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	始業点検時のボウイーディックテストが毎日行われ、毒性のある EOG は廃止してプラズマ滅菌器を採用している。
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	使用済み器材の受け取り・払い出しでは清潔不潔の動線が確立しており、作業仕様の基準・手順も明確である。

■ 公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院

■ 一般病院（500 床以上） 更新受審

4. 10. 2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	常に、洗浄・滅菌業務に関して課題を意識し、改善に向けての取り組みが積極的に行われている。病院独自のインディケーターを考案し、滅菌業務が安全に実施できるよう成果を上げている。洗浄・滅菌業務に必要な記録・点検・管理等が適切であり、分析も行われている。関西で開催される中材研究会で、毎年研究発表を行い、優秀論文として賞を獲得している。他施設や業者からも中材の取り組みについて見学があり、モデル的存在となっており高く評価できる。
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	カエルのキャラクターを起用し、病院独自のインディケーターとして考案している。名称も職員のなじみやすいミッチガエルとして、機関誌で情報を伝えている。職員・入院患者の小児も、カエルのキャラクターに親しんでいる。使用者が、滅菌済み器材であることの確認について、意識化ができるよう努力している。
4. 10. 2. 2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	-
4. 10. 3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	洗浄・滅菌についての研修会は、積極的に参加し業務の改善に努めている。特に、異国（ドイツ）の研修会に参加し学んだことを、業務の改善に活かしている。また、委託業者と連携を行い課題について検討し、研究も行われている。洗浄・滅菌に関する統計・分析が適切に行われ、

		毎月開催される職員会議で検討している。実技を兼ねた研修を中材で積極的に企画し、看護職員の能力開発に取り組んでおり高く評価できる。
4.10.3.1	洗浄・滅菌業務に関わる職員の能力開発に努めている	部署内での勉強会や院内外の研修は、積極的に参加し研究発表も毎年行われている。部署内での年間計画があり、人事考課による中間・最終評価が行われ、個別の能力が評価されている。看護部では、ラダー導入により評価されている。
4.10.3.2	洗浄・滅菌業務の質改善を推進している	中材で研修を行い参加証を発行している。参加証を中材入口に掲示することで、業務への関心が高まり、研修の参加人数が増えてきた。参加者にアンケートを取り、問題となることがあれば改善の検討をしている。過剰在庫や滅菌有効期限切れなどは、委託業者と連携し管理している。業務に必要な記録・データが整備され、問題となることが把握できるようにしている。

4.11 集中治療機能

■聖マリアンナ医科大学病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	集中治療が必要な患者に対する医療は極めて適切に提供されている。さらに、Rapid Response System(RRS)が昨年より構築され、一般病棟入院中の患者に集中治療を要する前段階に(重篤化する前の状態で)Medical Emergency Team として積極的に介入し、患者の救命と病院全体の医療の質の向上に寄与していることは高く評価できる。これは他施設の範となり得る優れた取り組みである。
4.11.2.1	集中治療が適切に実施されている	-
4.11.2.2	集中治療が安全に実施されている	-

■独立行政法人国立病院機構 災害医療センター

■一般病院（200-499 床）新規受審

4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	重症度スコアを用いて集中治療を必要とする患者の入室管理が行われており、感染管理手順は ICU の特性に基づいた手順書を作成するなど、その機能が適切に発揮されている。特筆すべきは手術・麻酔機能、救急医療機能、臨床各科との連携が極めて良好で、必要に応じて支援を得るとともに円滑な患者の受け渡しにより適宜専門医師の診療が受けられるよう図られており、特に高く評価したい。
4.11.2.1	集中治療が適切に実施されている	-
4.11.2.2	集中治療が安全に実施されている	-
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	学会・研究会への積極的な参加の他に、救急医療機能関係者および臨床各科との連携の下に、BLS や ACLS などスキルアップへの取り組みが盛んに図られている。また、症例検討を頻回に行うとともに治療成績のデータベースを構築するなど、質改善は極めて優れている。
4.11.3.1	集中治療に関わる職員の能力開発に努めている	職員個別の能力評価とフィードバック教育が行われている。
4.11.3.2	集中治療機能の質改善を推進している	救急医療機能との連携のもとに救命救急センター等運営委員会が年 4 回、小委員会が毎月 1 回開催され、課題の収集・分析・対策立案が図られ、改善の実績もある。

4.12 救急医療機能

■岐阜大学医学部附属病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	救急医療の体制は「水準 1」で、高次救命治療センターとして運営されている。また、県下唯一のドクターヘリ基地が平成 23 年 2 月から運用され、救急患者の対応にはソフト・ハード面とも他病院の模範となり評価される。
4.12.1.1	救急医療に必要な人員が適切	救命センターとして医師が 30 名配属されている

	に配置されている	る。救急科としては 20 床を 24 名で担当されている。精神科医師も自殺未遂患者などに対し 24 時間体制で対応されている。
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	救急処置室では開頭・開胸や開腹の緊急手術が可能である。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	診療ガイドラインや治療マニュアル、高次救命ガイドラインが整備され、運用されている。

■東京都立多摩総合医療センター

■一般病院（500 床以上） 新規受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	東京 ER 多摩は、主として外来診療を担う ER と重症救急患者の入院診療を担う救命救急センターの 2 部門体制が確立している。必要な人員体制、施設・設備・機器の整備、受け入れの基準・手順は他の範として高く評価する。
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	救急専従医が 6 名、非常勤医（常勤換算 2 名）が配置されており、加えて精神科を含め各診療科の当直医 24 名が当該科の救急医療に従事している。看護師は 3 交代勤務の人員が確保され、救急看護認定看護師も配置されている。また、薬剤師 2 名、診療放射線技師 2 名、臨床検査技師 4 名、事務は委託職員が時間外・夜間・休日の 24 時間体制に対応されている。
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	ER は救急外来として機能している他、夜間入院用に 10 病床を有している。救命救急センターは 20 床を有しており、うち 6 床が ICU となっている。各部門とも機能に見合った施設・設備・機器が整備されており、臨床工学技士による保守・点検が行われている。麻薬・ハイリスク薬は薬剤師も関与し保管・管理されている。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急患者の受け入れの方針と手順は明確になっている。ER での緊急度、重症度のトリアージはカナダ方式の CTAS（救急外来患者緊急度判定システム）が導入されている。また、救命救急センターは東京消防庁および近隣の消防機関からの「3 次救急ホットライン」を通じて受け入れ

		が行われている。
--	--	----------

■国立大学法人 東京医科歯科大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 新規受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	責任者のリーダーシップと全病院的な支援を受け、全ての救急搬送患者を初期診療から重症患者の手術まで一貫して行う方針を掲げ、あらゆる重症度の救急疾患に対応している機能は高く評価できる。また、全国救命救急センター評価でも最高点を獲得するなど、卓越した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	高機能に相応する救急専門医、脳神経外科医、神経内科医、消化器病医のほか複数の医師が専従し、看護要員も配属されている。また、各職種の夜間・休日の体制も十分であり、薬剤師・臨床工学技士は毎日救急外来や救急病棟で活動している。さらに、精神科医師も緊急時だけではなく、毎朝回診を行い支援している。
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	緊急の開頭術や開胸手術などができる手術室や、救急専用のICUとHCUを有している。保守点検は責任者を定めて、臨床工学技士が毎日活動している。薬剤師による薬剤管理は日常的に行われている。ドクターカーの運用やヘリコプター搬送の受け入れ設備も整備されており、豊富な実績を得ている。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急救命士への指示を行う手順、ホットラインの対応、受け入れから手術までの手順等が詳細に整備されている。

■帝京大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 新規受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	地域の救急医療の中心として、多数のスタッフを確保して、一次から三次までのすべての救急患者を受け入れるため、ER、救急救命センター30床、オーバーナイトベッド10床が整備され、組織全体で極めて積極的かつ適切に取り組んでおり高く評価できる。
--------	----------------	--

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	ER から救急救命センターまでのすべての救急医療に対応する専従の医師 43 名が配置されている。
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	－
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	年間三次救急患者 2,000 名を救急救命センターに、一次および二次救急患者 27,000 名を ER で受け入れており、受け入れた多くの患者に対応すべく、各種手順の整備等が適切になされているなど、高く評価できる。
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	－

■独立行政法人国立病院機構 災害医療センター

■一般病院（200-499 床） 新規受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	貴院の理念に沿った、「断らない」をモットーにした救命救急センターの機能が発揮されており、水準 1 で評価した。救急医療および各医療分野の専門医による救急医療体制が整備され、看護師・薬剤師・放射線技師・検査技師も 24 時間体制で参加している。また、機能に見合った施設・設備・機器・薬剤が整備・管理され、救急医療の基準・手順も適切に整備されており、救急医療の体制は極めて高く評価される。
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	19 名の専従医師と認定救急看護師 3 名が配置され、時間外には当直医師 12 名（交代制常勤専従 3 名＋常勤専従の当直医 5 名＋非常勤当直医 4 名）のうち 7～8 名の医師が配置され、5 名のオンコール体制下の医師および常勤専従看護師 12 名、当直薬剤師 1 名、交代制検査技師 1 名、放射線技師（交代制 1 名＋オンコール 1 名）、当直事務職員 1 名が配置されている。

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	機能に見合った施設・設備・機器・薬品が整備され、ME の関与は 1 日 2 回、薬剤師の関与も毎日行われている。
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	救急患者の受入方針・手順は遵守され、受け入れ不能事例は殆どない。稀に発生した場合には、救命救急センター等運営委員会や小委員会で検討されている。患者の誤認防止や感染対策も確実に実施されている。重症患者入院に際しては集中治療機能や臨床各科との密接な連携のもとに、あらかじめ整備したラインに沿って 24 時間専門医が待つユニットに円滑に収容される体制が構築されている。その 1 例が循環器の患者を収容するハートラインや神経疾患患者を収容するニューロラインであり、特に高く評価したい。
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	学会・研究会への積極的な参加の他に、救急医療専門医および認定救急看護師により BLS や ACLS などスキルアップへの取り組みが活発に行われている。症例検討を頻回に行うとともに、治療成績のデータベースを構築して詳細な分析・検討が行われている。加えて NBC テロ（核・生物・化学物質テロ）に対処する訓練も行われ、対外的には日本の拠点施設の DMAT 教育・研修の機会を提供したり、日本や諸外国の災害地に自院の DMAT を派遣するなど、その活動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	職員の能力評価とフィードバック教育も適切に行われている。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	手術室や集中医療機能との連携のもとに救命救急センター等運営委員会が年 4 回、小委員会が毎月 1 回開催され、課題の収集・分析・対策立案が図られ、改善の実績もある。

■社会福祉法人恩賜財団済生会支部 山口県済生会下関総合病院

■一般病院（200-499 床） 更新受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	地域主要 4 病院での輪番制による救急医療の任にあたっている。また、災害拠点病院の指定を受けて DMAT にも参加している他、小児救急拠点病院の指定を受け、周産期救急基幹病院として活動している。地域支援病院としての責務を果たしていることは高く評価でき、他の病院の模範となる。
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	管理責任医師は外科科長で、医師は夜間・休日とも 4 名体制（内科系・外科系・小児科・産婦人科医師）、看護師は 2 名が当直している。放射線技師・薬剤師・臨床検査技師・事務職など当直体制を組んでいる。
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	医療機器や薬剤管理には、各々臨床工学技士や薬剤師が関わっている。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急マニュアルが作成され、受け入れ方針と受け入れ後の流れが明記されている。
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	各種マニュアルを遵守して救急医療は安全かつ適切に行われている。病床稼働率が極めて高い中であって、救急受け入れに精力的に取り組んでおり、特に小児救急・周産期救急への対応は地域の信頼を受けていることは、極めて高く評価できる。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	受け入れ不能事例少ないが、検討されている。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	医療安全対策マニュアル、感染防止対策マニュアルが遵守されている。

4.13 栄養管理機能

■医療法人社団愛育会福田病院

■一般病院（100-199 床）新規受審

4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	栄養指導は状況に応じ対応され、嗜好に合わせた食事も提供されている。衛生面や食材検収・管理面なども良好であり、評価できる。患者専
--------	-------------------	---

		用レストランでは、洋食・和食のどちらかを提供し、朝食はバイキング形式が対応され、退院前のディナーサービス、週 3 回のティータイムなど多様な提供がなされ、高く評価したい。
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	栄養指導は、合併症のある場合、専門科に受診後、当院に来院されているため指導実績は多くはないが、必要な患者には行われている。
4. 13. 2. 2	食事が適切に提供されている	食事は、患者専用のレストランと個室での利用に分かれ対応されている。10 階の患者専用レストランでは、洋食・和食のどちらかを提供し、朝食はバイキング形式で行われている。レストランでは選択メニューも実施し、退院前には家族も参加できるディナーサービスが行われ、週 3 回のティータイムなど多様な取り組みが行われている。
4. 13. 2. 3	食事の安全性が確保されている	延食での手順は定められ、調理室での衛生管理も問題なく、食材の検収・保存も適切に行われている。

■ 社会福祉法人恩賜財団済生会 済生会新潟第二病院

■ 一般病院（200-499 床） 更新受審

4. 13. 3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	栄養管理業務の質改善への取り組みは、極めて積極的であり、平成 22 年度における厚生労働大臣賞の受賞は他の病院においても余り例を見ないものとして高く評価される。
4. 13. 3. 1	栄養管理に関わる職員の能力開発に努めている	院外の研修会に積極的に参加しており、糖尿病療養栄養士・病院調理師などの資格取得も積極的に行われている。
4. 13. 3. 2	栄養管理業務の質改善を推進している	栄養管理業務の質改善への取り組みは、極めて積極的であり、病院のアクションプランに基づいた栄養指導・NST 活動・衛生管理・糖尿病栄養指導連携パスなど栄養管理業務の取り組みなどが高く評価され、平成 22 年度全国栄養改善大会において厚生労働大臣表彰を受賞している。また、院内各部署の平成 22 年度業務改善報告会（院内各部署から 23 チーム参加）においても、「幼児アレルギー負荷試験食への取り組み」と

		題した取り組みが最優秀賞を受賞している。
--	--	----------------------

4.14 リハビリテーション機能

■医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院

■複合病院（200-499 床） 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	安全対策マニュアルに則ったリハビリが実施され、病棟との情報共有も適切に行われている。円滑・安全に配慮されたリハビリテーション機能は、極めて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	集中治療室は5:30～22:00、整形外科病棟は6:30～17:30、回復期リハビリ病棟は6:30～20:00まで療法士が交代で勤務する体制であり、短期と中長期のゴール設定が患者とともに設定されている。
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	朝に行われる全病棟の申し送りに参加し、感染管理手順に従ってベッドサイドリハが実施されている。訓練室への送迎は療法士によって行われ、その際に訓練前後の患者の状態が申し送りされている。患者急変時の訓練も年1回実施され、訓練中止のリスク評価と手順も明確である。
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	スキルアップが奨励され、評価シートを用いた能力評価と個別面接による指導が行われている。日々のミーティングで直近の課題や問題が検討され改善が図られている。継続的な検討課題は管理運営委員会で検討されており、質改善の取り組みは極めて適切である。
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	ほぼ毎日、院内外の研修会に療法士が参加し、2か月間の卒後初期研修連絡表に多数の評価シートを用いて能力の把握と評価がなされている。それによるタスクの許可制により安全で質の高いリハビリを提供する仕組みがある。また、ポートフォリオによる5年間の教育体制が整備されている。
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	療法士のチーム体制によるミーティングは毎日、その代表者による管理会議が月に1回、部長・副部長などによる二役会議は週1回行われている。組織体制の見直しと改善計画が立てら

		れて、改善計画の中間評価は毎月行われている。 県全体の子供・高次能・回復期の連携に事務局 的な役割を果たし、県全体のリハビリテーショ ン機能の質改善を担っている。
--	--	--

■ 公立陶生病院

■ 一般病院（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	出生後早期から開始する発達障害児を対象にした総合的リハビリテーションは、病院、家庭、地域と連携した先駆的な取り組みであり、長年の実績も有している。現在は近隣の市と連携した発達障害支援事業に発展しており、極めて高く評価できる。
4. 14. 2. 1	リハビリテーションが円滑に実施されている	NICU 管理中の生後 37 週以降乳児の多様な原因による広汎性発達障害に対して、言語聴覚療法士による嚥下、コミュニケーション機能訓練、作業療法士による遊びから始める発達訓練、理学療法士による粗大運動機能訓練を組み合わせた小児発達訓練を行っている。病院内にとどまらず、サポートノート（個別支援計画）により、保育、学校、行政などの地域、家庭と連携したリハビリテーションを実施している。
4. 14. 2. 2	リハビリテーションが安全に実施されている	-

■ 総合病院 松江生協病院

■ 一般病院（200-499 床） 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	実施や中止の手順・訓練時の急変対応マニュアル・総合実施計画書に従って、リハビリテーションは円滑かつ適切に実施されている。また、新患に対しては技士全員を対象に紹介カンファレンスが行われ、土曜にもリハビリテーションを実施して、長期の休みには休日出勤で対応し、技士の昼食時間をずらして患者中心のベッドサイドリハを実施するなどの努力は高く評価できる。さらに、診療録に綴じ込まれた実施報告書に日々の訓練経過を記入するとともに、医師や
----------	------------------------	---

		看護師に伝えたい情報も記載して情報共有が行われている点は秀逸であり、他の病院の模範となる。
4.14.2.1	リハビリテーションが円滑に実施されている	-
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	-

■社会医療法人抱生会 丸の内病院

■一般病院（100-199床） 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	入院早期・術後早期からベッドサイドでのリハビリに取り組み、術前術後カンファレンスや各種リハビリカンファレンスなども積極的に行っている。脳血管疾患については、他施設との連携に努めており、地域連携パスも使用している。モニター類や非常用カートも整備し、安全にも配慮している。休日における訓練体制を構築し、退院後の訪問リハビリを実施する等々、高く評価される。
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が安全に実施されている	-

4.17 在宅療養支援機能

■独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター 中信松本病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	病院の機能上、医療依存度の高い疾患を持って在宅療養を余儀なくされる患者が多い状況のなか、訪問看護・訪問リハビリなどの部署はない。そのため相談支援センター・地域連携室の職員が積極的に在宅支援へのサポートを実施していることは、極めて高く評価できる。
4.17.1.1	在宅療養支援に必要な人員が適切に配置されている	相談支援センター・地域連携室・医療相談室の中で、ソーシャルワーカー1名・看護師長1名（材料部兼任）・専門事務官1名・事務職員2名が担当しており、責任者は副院長である。

4. 17. 1. 2	在宅療養支援の基準・手順が適切に整備されている	病院の機能上医療依存度の高い疾患を持って継続的に療養を続ける患者が多く、後方連携できる医療機関はなく、自宅への退院を目指して地域の在宅サービス機関と密接な連携を取りながら退院支援できるように基準・手順はきめ細かく整備されている。
4. 17. 2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	在宅療養を可能にするために、多職種との連携システムを構築され、患者・家族とともに退院手順に添って、丁寧に、きめ細かくかかわることで自宅への退院を可能にしていることは極めて高く評価できる。
4. 17. 2. 1	在宅療養支援が適切に実施されている	退院スクリーニングシートを全患者記載しており、必要時に退院に向けた退院時の状況シート、その指導計画と実施シート、退院指導計画書、退院時サマリーと一連の計画システムが稼働している。この一連のシステムの中、患者・家族への十分な説明と同意の下で、実施に関しては家族・訪問看護師の同席もあり、薬剤師・リハビリスタッフ・看護師・ソーシャルワーカー等の多職種が関与している。地域連携室のスタッフは病棟でのカンファレンス等にも参加できている。
4. 17. 2. 2	在宅療養支援が安全に実施されている	-

4. 19 医療機器管理

■ JR 札幌病院

■ 一般病院（200-499 床） 新規受審

4. 19. 2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	院内の全ての医療機器は、自己製作した管理ソフトによりバーコードリーダーを使用して厳密に管理されている。部署として専用の部屋があり、臨床工学技士が簡単な修理を院内で行っている。また、「透析業務運営指針」、「手術室業務運営指針」等に基づいて点検が確実に実施され、夜間・休日の対応体制も整っており、他の模範となる機器管理体制である。
4. 19. 2. 1	医療機器の点検が確実に実施	-

	されている	
--	-------	--

■国保依田窪病院

■一般病院（100-199 床） 更新受審

4. 19. 3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	臨床工学技士の能力開発に加え、看護師など機器を操作する関係職員を対象にした人工呼吸器や除細動器等の操作研修にも積極的に取り組んでいる。また、ペースメーカーアナライザーの管理、低圧持続吸引器や屈曲運動器具の管理など、必要機器の管理徹底に努めており、高く評価できる。
4. 19. 3. 1	医療機器管理に関わる職員の能力開発に努めている	-
4. 19. 3. 2	医療機器管理機能の質改善を推進している	-

■公立大学法人 横浜市立大学附属病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4. 19. 3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	各種研修や学会へ積極的に参加し、スキルアップを図っている。各医療機器に関する勉強会にも参加している。機器の一元管理に加え、各部署の使用状況に見合った情報提供や操作研修にも取り組むなど、きめ細やかな対応が見られる。今後の各職員のさらなる活躍に期待したい。
4. 19. 3. 1	医療機器管理に関わる職員の能力開発に努めている	各種研修や学会へ積極的に参加している。各医療機器に関する勉強会にも参加し、職員の情報共有もなされている。
4. 19. 3. 2	医療機器管理機能の質改善を推進している	各部署における医療機器の使用状況に見合った情報提供や操作研修も行われている。

4. 20 臨床研修機能

■愛媛大学医学部附属病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4. 20. 1	臨床研修体制が確立している	臨床研修に必要な人員が確保され研修管理委員会は定期的な開催の議事録があり適切である。研修施設は各診療手技に必要な研修機材が整備
----------	---------------	---

		されている。疾患の診断・治療をシミュレーションできる多種類のスキルラボがあり、実際に即して指導を受けられる。研修プログラムが確立している。研修に必要な手技をスキルラボでトレーニングでき、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	総合臨床研修センターがあり、センター長が臨床研修を統括している。プログラム責任者は診療科ごとに定められている。指導医は講習を受講し指導医資格を所有している。事務的な管理は総務課が担当している。
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、統括責任者とプログラム責任者の他に協力型臨床研修病院の研修実施責任者と総務課長、県医師会代表から構成されている。定期的開催され議事録がある。
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	研修医のために研修センターが整備されている。研修用の教材として耳鼻科・眼底、直腸診察用、縫合トレーニング、内視鏡手術、麻酔など多くが疑似体験できる教育用シミュレーション機器を整備している。蘇生トレーニング用の教材では血圧、心電図などのバイタルサインを確認しながら訓練が行えるなど実践に役立つ設備が整備されている。
4. 20. 1. 4	研修プログラムが確立している	臨床研修医の手引きとして、理念・基本方針、経験すべき項目、診療録記載に関することがまとめられている。

■独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4. 20. 1	臨床研修体制が確立している	臨床研修体制が確立し、特に指導者数、医療技術研修センターでは大学病院に優るとも劣らない体制ならびに設備があり、極めて高く評価できる。
4. 20. 1. 1	臨床研修に必要な人員が確保されている	約 50 名の指導医（全常勤医師の半分強）が確保されている。研修管理室には 2 名の専従事務員が書類整理、データ解析、情報発信をしている。
4. 20. 1. 2	研修管理委員会が設置されて	研修医全員が出席する研修委員会が毎月開催さ

	いる	れ、必要に応じで研修管理委員会が開催されている。
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	必要な施設・設備、機材が整備されており、医療技術研修センターでは各種の医療教育用のシミュレーター、研修室が完備されている。
4. 20. 1. 4	研修プログラムが確立している	診療科別の臨床研修カリキュラムが整備され、2年次は各人の希望に応じたカリキュラム内容に対応している。
4. 20. 2	臨床研修機能が適切に発揮されている	必須領域以外では、それぞれの研修医の将来目標にあった研修プログラムが作成され、多くの実技を学び、考える力を育成する教育が実践されており、高く評価できる。
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	学習プロセスに沿った研修プログラムが行われ、研修記録がフィードバックできるように残され、利用されている。
4. 20. 2. 2	研修医の指導が適切に実施されている	安全性を確保した状況下で、指導医の下で医療技術を進んで学び、自分で考えて物事を進めていく力が養われるような教育を行っている。メンター制、屋根瓦方式も行われている。
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	募集・採用や修了手続きは規定に従って実施されている。

■国立大学法人 東京医科歯科大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上）新規受審

4. 20. 1	臨床研修体制が確立している	全国の模範となるべき極めて適切な臨床研修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	研修医数は1年次117人、2年次108人を数え、107人の指導医を確保している。研修を計画的に実施するための事務管理者も配属されている。
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	MDセンターを設置し、全国有数のスキルスラボラトリーの設備、システムを擁しており、全国共同利用施設として、全国の研修病院に開放している。

4. 20. 1. 4	研修プログラムが確立している	研修管理委員会で理念・基本方針、年度計画を議論して適切な内容の研修プログラムが確立している。
-------------	----------------	--

■社会医療法人明和会 中通総合病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

4. 20. 2	臨床研修機能が適切に発揮されている	前期研修医の募集がフルマッチを実現している。また、前期研修医終了後の後期研修医への継続率も非常に高く（50～80%）、関係者が非常に努力していることがうかがわれ高く評価できる。
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	研修支援チームが研修医個別の状況の把握と対応を行っている。
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	平成 22 年と 24 年に 10 名の募集に対し、フルマッチしている。また前期研修医終了後の後期研修医への継続も 50～80%と非常に高い。

■東京都立多摩総合医療センター

■一般病院（500 床以上） 新規受審

4. 20. 3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	研修医が早期に単独で診療できる能力を身に付けさせるために、病院独自に開発した臨床研修評価支援システムの活用や独自に考案した ER グレード試験を定期的の実施するなど、優れた研修機能への質改善の取り組みは他の範として高く評価できる。
4. 20. 3. 1	研修プログラムが評価されている	研修プログラムは改善を重ね、研修医による評価・指導医による評価や研修委員会による検討で改善が重ねられている。年 2 回、病院独自で考案した ER グレード試験を行い、単独で診療できる能力の向上を目指している。
4. 20. 3. 2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	指導医・診療科・研修医・研修プログラム等に対する評価は、電子カルテ共用サーバーを利用した「臨床研修評価支援システム」を活用し、指導医のみならず他職種も参画して定期的の実施されており、極め細やかなフィードバックが

		行われている。また、指導医は研修委員会での評価のみならず指導した研修医からの逆評価も行われ本人にフィードバックされている。
--	--	---

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

■鳥取生協病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

5.1.1	病棟における医療の方針と責任体制	各病棟で医師・看護師が協議して、その病棟独自の目標を設定し、詰所内に掲示している。年度末には活動や実績を評価し、次年度の目標設定に活用しており、適切である。
5.1.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	職場の使命書・目標表・個人目標を設定し、振り返りシート・個人面接で評価されている。

■財団法人 三友堂病院（現・一般財団法人 三友堂病院）

■一般病院（100-199床） 更新受審

5.1.1	病棟における医療の方針と責任体制	病棟の特殊性に基づいた病棟運営上の課題が医師と看護師で協議され、具体的で達成可能な病棟目標が適切に設定されている。この目標を達成するための戦略・ビジョンについては、4つの視点で分類されたBSCのフレームワークが活用されており、個人や病棟ごとの個別の実施目標・数値目標・評価指標が設定され、PDCAサイクルを活用してモニタリングされている。7年の実績とともに、可視化という意味からも極めて高く評価される。なお、貴院が取り組まれているBSCは学会で発表・評価されている。
5.1.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	-

■医療法人サヂカム会 三国丘病院

■精神病院（200床未満） 更新受審

5.1.1	病棟における医療の方針と責任体制	各病棟ともに医師と看護師が協働で、各病棟の特性に配慮した診療・看護の基本方針と目標を設定している。設定された各項目について、診療実績などを踏まえて、目標の達成状況を各病棟ごとに評価し、病院の全体大会で発表されている。そこでの検討をもとに、次年度の課題を明確にし、新たな基本方針と目標を設定しており、その取り組みの姿勢は高く評価される。
-------	------------------	---

5.1.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	年2回活動実績が評価され、年度末には全体発表会も行われている。
---------	---------------------------	---------------------------------

5.2 入院診療の計画的対応

■鳥取生協病院

■一般病院（200-499床） 更新受審

5.2.2	診療計画が適切に作成されている	入院後速やかに患者の身体的、精神的、社会的側面から病態が評価され、診療計画が立てられ患者の同意が得られている。計画の修正が行われた場合の対応も適切である。とりわけA病棟では、診療計画をオーバービューパスや指示を明示した個別のカレンダーとして表示し、転倒予防の補助具をベッドサイドに図示している点は高く評価できる。B病棟ではクリニカルパスの積極的な運用が望まれる。
5.2.2.1	患者に関する必要な情報が収集され、診療計画が立てられている	入院診療計画書は速やかに作成され、診療上のリスクは各リスクチェック票を用いて評価が行われている。
5.2.2.2	計画の見直しと修正が適切に行われている	診療計画の見直し修正があった場合は「診療計画変更書」に入力記載して説明と同意を得て、1部を患者側に手渡している。

5.4 ケアの実施（各論の流れ）

■宗教法人救世軍 救世軍清瀬病院

■療養病院（200床未満） 更新受審

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	疼痛緩和・症状緩和の基準・手順は作成され、適切に活用されている。特に、B病棟は緩和ケア認定看護師2名およびがん性疼痛看護認定看護師1名を中心に、専門性を活かした活動が展開され、模範的対応がなされており高く評価できる。
5.4.6.1	症状緩和が適切に実施されている	B病棟では特に症状緩和の基本的方針が職員に浸透しており、毎日、主治医・看護師・管理栄養士・MSW、その他チャプレンなどを含めた関係職種がカンファレンスを行い、週1回は音楽療法士も参加され、さらに必要時には精神科医、臨床心理士も参加し多方面から全人的に対応さ

		れている。
--	--	-------

■医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院

■一般病院（100-199 床） 更新受審

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	病院全体で熱心にリハビリテーションに取り組んでいるが、特に B 病棟は回復期リハビリテーション病棟であり、病棟でのリハビリテーションは早期から行われ、患者の状態に合わせてリハビリテーションスタッフがフレックスタイムにより対応し、365 日のリハビリテーションの提供を行っている。また、歯科衛生士が言語聴覚士や NST との協力の下に口腔ケアを行うことにより、誤嚥性肺炎などの合併症を激減させるなどその取り組みは他の模範となる水準といえる。
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	患者の病状に応じたリハビリテーション計画が立てられており、その目標が計画書に記載されている。
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計画書は患者、および家族に丁寧に説明され、同意を得て署名がなされている。
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	摂食・嚥下に関しては、特に NST が関与したり歯科衛生士が口腔ケアをすることにより、安全にリハビリテーションが行える体制が確立している。

■独立行政法人国立病院機構 東京病院

■一般病院（500 床以上） 更新受審

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	各病棟では固有の疾病治療の他に、日常生活動作能力の向上、廃用症候群の予防、呼吸器合併症の予防などの観点から積極的にリハビリテーションが計画されている。ただし、患者・家族への説明と同意の他に、所定の総合実施計画書に患者・家族の個別の希望が盛り込まれるように期待される。
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	E 病棟では慢性閉塞性肺疾患などの呼吸器障害の患者の日常生活能力回復のために、F 病棟で

		は開腹手術患者の周術期合併症予防のために呼吸器リハビリテーション計画が積極的に立てられ、実践されている。G 病棟ではがんの終末期患者に QOL 向上の観点からリハビリテーションが計画されている。
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	-
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	リハビリテーションへの直通エレベータが設置され、他患者との接触危険を回避している。

■ 早良病院

■ 複合病院（100-199 床） 更新受審

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	リハビリスタッフと看護職員や関連職種と十分な連携のもとに、安全確実に実施され、着実な成果が挙げられていることが示されており、高く評価できる。
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	-
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	-
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	個々の状態を評価し、ADL 自立に向けた計画が作成され、訓練が確実・安全に実施されている。

■ 医療法人社団正信会 水戸病院

■ 複合病院（100-199 床） 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	身体抑制の廃止宣言を行い、言葉による制限を抑制の範囲に入れるなど独自の取り組みをしている。患者・家族に喜ばれる事例があり、他施設からの見学も受けるなど、他施設の模範となる活動として高く評価できる。
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	身体抑制は実施しないという確固なる方針が明文化され、遵守されている。

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	-
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	-

■医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院

■複合病院（100-199床）更新受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	入院中、各職種を交えた退院調整ミーティングを開催し、患者・家族も一緒に退院に向けて検討している。患者の自主訓練も実施しており、療法士や看護師も積極的に支援している。入院中に就労支援計画を立案し、就労率の向上を目指した対応もなされており、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	退院に向けて多職種を交えたカンファレンスを行ったうえで、診療・看護・服薬・栄養・リハビリ指導に取り組んでいる。診療録への記録も確実にされている。
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	在宅復帰が難しい患者については、MSW・ケアマネージャー・療法士・医師・看護師が協議を重ねている。患者・家族の同意を得た後に転院にむけた取り組みがなされている。在宅復帰率は83.5%と高率を維持している。
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	連携先には診療・看護の転院サマリーを送るなど、具体的な情報が提供されている。

■独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター 中信松本病院

■一般病院（200-499床）更新受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	医療依存度の高い患者の自宅への退院支援に向けて、地域連携室・相談支援センターの職員と共に退院指導計画書を作成し、患者・家族・訪問看護者納得のもと、自宅への退院を可能にできていることは高く評価できる。
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	退院スクリーニングシートを全患者記載しており、必要時に退院に向けた退院時の状況シート、

	れている	その指導計画と実施シート、退院指導計画書、退院時サマリーと一連の計画システムが稼働している。そのために退院支援看護師・ソーシャルワーカー・主治医・薬剤師・管理栄養士・リハビリスタッフ・家族・訪問看護施等の関与がある。
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	訪問看護の担当者が来訪し、病院職員・患者・家族と退院時指導計画に沿って状況確認をしている。

■市立砺波総合病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

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	ターミナルステージの患者への対応は適切に行われている。特に A 病棟では地域のニーズに応じて緩和ケア機能を備えた病床をもち、家族との時間を大切に過ごせる環境がハード面とソフト面で整備されている。季節折々の行事や装飾にも配慮され、最期を過ごされた患者の作品を大切に飾るなどの気配りがなされている。また、看取り時には永眠後のシャワー浴や、希望された衣類の装着など本人・家族の希望が十分取り入れられる配慮もなされており、特に優れている。
5.4.10.1	ターミナルステージの評価が適切に行われ、ケア計画が立てられている	ターミナルの評価がなされ、多職種で検討されている。患者・家族の意向も確認している。
5.4.10.2	ターミナルステージについて十分な説明が行われ、同意が得られている	家族への説明が行われ、同意が得られていることが記録されている。
5.4.10.3	ターミナルステージの患者に適切な診療・ケアが提供されている	計画および必要時には麻薬使用基準に則ってケアが提供されている。個室が準備され、心理面に配慮した介入が行われている。

5.4.10.4	逝去時の対応が手順に沿って適切に実施されている	逝去時にはマニュアルに従って適切に対応している。また、家族への配慮も行っている。
----------	-------------------------	--

■ 社団法人全国社会保険協会連合会 健康保険鳴門病院

(現・地方独立行政法人 徳島県鳴門病院)

■ 一般病院 (200-499 床) 更新受審

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	終末期カンファレンスや死亡時カンファレンスが行われ、適切に対応されている。特に B 病棟 (脳外科) では多職種に加え、家族なども加わり複数回の終末期カンファレンス、全症例の死亡時カンファレンスを行い、評価とその記録が残されており、その積極的な取り組みを高く評価したい。
5.4.10.1	ターミナルステージの評価が適切に行われ、ケア計画が立てられている	ターミナルステージの評価基準が定められ、評価が行われている。
5.4.10.2	ターミナルステージについて十分な説明が行われ、同意が得られている	家族への説明は十分にされており記録も残されている。
5.4.10.3	ターミナルステージの患者に適切な診療・ケアが提供されている	終末期カンファレンスに基づき、患者・家族の心理過程に対応した適切な診療・ケアが行われている。
5.4.10.4	逝去時の対応が手順に沿って適切に実施されている	手順に沿って実施されており、医師の対応もマニュアルとして成文化されている。

5.7 病棟での薬剤・機器の管理

■ 特定医療法人博愛会 博愛会病院

■ 複合病院 (200-499 床) 更新受審

5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	患者の特性に応じたベッドが使用され、褥瘡発生予防のための体圧分散式マットレスが採用されている。ベッドの洗浄は、汚染時、死亡退院時、感染患者退院時は言うまでもなく、全ベッドが 3 か月ごとに洗浄されており高く評価できる。
5.7.2.1	患者の容態に応じたベッドが	-

	採用され、安全性と清潔性が保たれている	
5.7.2.2	マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている	-

第6領域 病院運営管理の合理性

6.4 物品管理

■財団法人 三友堂病院（現・一般財団法人 三友堂病院）

■一般病院（100-199床） 更新受審

6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	日常のSPD運用の精度を高め、院内の物品の動向を的確に把握し、また、各現場の在庫量を物流委員会が定めるなど、病院全体で取り組み、成果を挙げていることは高く評価される。
6.4.2.1	物品の在庫量が把握されている	-
6.4.2.2	適正な在庫量を定め、管理している	病院全体の在庫の推移（金額ベース）は、平成13年度上期23,168千円、平成23年度上期16,714千円である。この事例は日本病院学会で発表し、全日病に論文投稿して、米沢市立病院が視察している。

6.6 病院の危機管理への適切な対応

■さいたま市民医療センター

■一般病院（200-499床） 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	病院の建物は、免震構造であり、大規模災害時に対応できる設備、訓練、患者収容スペース、食糧品、などが整備され、災害拠点病院に匹敵する機能を持ち合わせており、高く評価できる。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	自家発電装置および太陽光発電を備え、夜間・休日を想定した防災訓練、非常用コンセントの接続訓練など大規模災害防災マニュアルなどに沿った訓練が実施されている。
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	-

■独立行政法人国立病院機構 災害医療センター

■一般病院（200-499床） 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	広域災害医療の基幹施設として相応しい対応体制が整備されており、有事の初動体制からその後の本部機能の発揮まで、実践と研究に基づいた仕組みが随所に見られ、災害時の対応体制は他の医療機関の模範となり極めて適切である。
-------	--------------------	---

6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	年 2 回の防災訓練は終日に渡って行われ、職員・地域・近隣病院・行政と一体となった合同訓練として全病院的に実施している。災害対応実用マニュアルに沿い、責任体制と連絡網、非常時体制における対応について日常的に啓蒙されており、防災に対する職員の意識は非常に高い。
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	体系化された災害対応体制が整備されており、有事の際活用するアクションカードや、災害リンクナースの配置、毎朝実施するシミュレーション訓練などで即応体制が確立している。また、日本 DMAT の拠点として、年間 400 人以上の隊員養成や各種研修を通した啓発事業を行っている。

第7領域 精神科に特有用な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

■東京都立多摩総合医療センター

■一般病院（500床以上） 新規受審

7.1.4	精神科救急に適切に対応している	精神科救急システムにおいて、多摩地域の基幹病院として、水準1の役割を果たされており、24時間体制での受け入れ体制の整備、受け入れ実績は他の範として高く評価する。
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	精神保健指定医は常時勤務しており、空床も確保されている。また、重症身体合併症にも対応できる4床の隔離室の窓側前室はバイピングされており、必要な医療機器も整備されている。現状では診療報酬上の精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟の届出は行われていないが、それらの基準を超える救急医療が行われている。
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	24時間対応であり、平成22年度の実績では措置入院234件、医療保護入院59件、応急入院11件の合計304件の救急入院患者の受け入れが行われている。その多くは重症の身体合併症患者である。

7.2 入院中の処遇の適切性

■横浜市立みなと赤十字病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

7.2.2	隔離が適切に行われている	隔離室は適切に整備されており、多職種による毎日のカンファレンスで隔離患者の処遇について検討し、看護師による観察とアセスメントが的確に行われ、最小限にする取り組みは極めて適切になされている。
7.2.2.1	精神科隔離室が整備されている	隔離室は5室で各室はプライバシーが確保され、単独の空調設備で衛生状態も良好である。専用の洗面・シャワー室が設置され、ナースコールは双方向で意思伝達が円滑で安全に配慮された設計である。
7.2.2.2	隔離が適切に行われている	行動制限一覧表を基に毎朝多職種によるカンファレンスを行っており、看護師は身体的・心理

		的状态をきめ細かく観察して評価し、開放観察のデータを集積されている。エビデンスを基に医師と協議をしながら隔離解除に向けて積極的な取り組みが継続されており、極めて適切な対応である。
7.2.2.3	隔離を減らす取り組みが行われている	行動制限最小化委員会で個別の隔離事例が検討されている。身体合併症・救急患者も開放観察を積極的に行い評価されている。年2回精神保健福祉法について研修会が行われている。
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	身体拘束の方法が整備され、拘束は多職種による毎日のカンファレンスで検討し、看護師による観察とアセスメントが的確に行われ、最小限にする取り組みは極めて適切に行われている。
7.2.3.1	身体拘束の方法が整備されている	抑制帯はピネルセットが整備されており、使用状況は常に把握されている。一般病棟への貸し出しも行われているが、適切に管理されている。
7.2.3.2	身体拘束が適切に行われている	看護手順には、身体拘束中の看護・解除と中断・観察と記録について明示されており、観察事項は詳細に看護記録に記載し、看護計画と連動させている。これらのデータを基にアセスメントし、医師と協議をしながら拘束の解除に向けて、極めて適切な対応が継続的に行われている。
7.2.3.3	身体拘束を減らす取り組みが行われている	行動制限最小化委員会では、個別の拘束事例が検討されている。年2回、精神保健福祉法の研修会が行われている。

7.5 精神障害者の身体管理の適切性

■横浜市立みなと赤十字病院

■一般病院（500床以上） 更新受審

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	身体合併症への取り組みは、横浜市の政策医療の一環で精神科病床50床のうち10床が合併症患者専用病床として確保されている。また、神奈川県精神科救急の基幹病院とする救急医療体制のなかで、単科精神科病院では対応困難な身体的合併症の患者について、転院により身体合併症の治療を行う「精神科救急身体合併症転院事業」の継続的な活動や一般診療科との密接な
-------	------------------------------------	--

		連携で、全例の約 80%の受け入れ実績があり、地域になくてはならない病院としての役割を確実に遂行されていることは高く評価され他の模範となる。さらに単科精神科病院から身体合併症患者に関する研修生 5 名の実習指導を行うなど、専門性を高める教育にも奮励努力されている。
7.5.2.1	身体合併（併存）症治療に関する方針が明確であり、適切に連携している	市の方針として、身体合併症患者の受け入れとして常時 10 床を空床確保されている。
7.5.2.2	身体合併（併存）症治療が適切に行われている	処置室を含めすべての部屋にパイピングが設置され、必要な救急薬品・機材が整備されている。

第8領域 療養病床に特有な病院機能

8.2 慢性期の診断・治療とケアの適切性

■医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院

■複合病院（100-199床） 更新受審

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	退院後の療養継続性に関する具体的な実践計画が展開されている。他の模範になるレベルにあると評価できる。
8.2.2.1	在宅復帰の可能性について常に検討している	患者・家族・ケアマネを交えた退院調整ミーティングを通じて、各患者の在宅復帰の可能性を十分に検討している。
8.2.2.2	在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている	介護度の高い患者などの家族には訓練状況を見学してもらったり、仕事を持っている家族へ個室を一部屋提供して介護体験をしてもらうなど、在宅復帰の支援を計画的に進めている。
8.2.2.3	在宅復帰が困難な患者の療養継続の場について検討している	相談窓口を設け、行政との連携も良好である。多職種を交えたカンファレンスを開催し、記録も確実に残されている。
8.2.2.4	在宅療養への継続性が確保されている	MSW や療法士が家屋訪問を行い、家屋のリフォームについてのアドバイスを行うほか、通所リハ・訪問リハなどを通して在宅療養の継続性を確保している。

■医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院

■複合病院（100-199床） 更新受審

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	入院時から MSW が介入して協働チームによる退院支援の取り組みが熱心に行われ、成果も得られているなど、その取り組みは高く評価できる。
8.2.2.1	在宅復帰の可能性について常に検討している	MSW が中心となって患者・家族の要望や意見を取りまとめた退院準備シートを作成し、その資料をもとに患者・家族・医師・看護師・療法士・MSW・ケアマネージャー・訪問看護師などによるケースカンファレンスが開催され、家族の介助能力評価などを行っている。加えて、家屋改造や福祉用具などの介護サービス業者と連携を図り、ケースカンファレンスで退院後の日常生活の阻害要因を除去するための検討もなされている。

8.2.2.2	在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている	在宅での生活を想定した家族の介護体験や医師・看護師・療法士による退院前訪問指導、試験外泊、家屋改造への助言、福祉用具にかかわる助言、訪問看護ステーション看護師の病棟訪問などに、熱心に取り組んでいる。
8.2.2.3	在宅復帰が困難な患者の療養継続の場について検討している	自宅復帰率は 63%である。介護保険のサービスについては MSW が患者家族を対象に勉強会を開催しており、この中で老健・特養・小規模多機能施設・グループホームなども紹介している。
8.2.2.4	在宅療養への継続性が確保されている	グループ内の各施設との連携により、在宅復帰困難な患者は福祉施設などに入所しており、法人内の在宅サービスの紹介と引き継ぎも適切に行われ、退院時カンファレンスへの医師の参加も行われている。また、退院前の患者宅訪問には看護師・療法士・MSW がチームとして参加している。

8.3 慢性期の診断・治療とケアの適切性

■医療法人以和貴会 西崎病院

■複合病院（100-199 床） 更新受審

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	褥瘡予防やその他の予防、さらには慢性期の医療が積極的に行われ、特に、褥瘡治療などに努力をし、実際に非常に多くの状態改善の成果を挙げていることを特に高く評価する。
8.3.1.1	慢性期の医療が適切に行われている	入棟時に主治医は一般病棟からそのまま引き継ぐことが多い。しかし、改めて医学的な再評価がなされている。また回診も毎日行われている。
8.3.1.2	褥瘡予防・治療に努めている	週に 1 回褥瘡担当医師・看護師・栄養士・主治医・療法士が回診、写真撮影を行い、褥瘡対策診療計画書を立案し、月 1 回全職種参加の委員会が開かれ検討されている。日々のケアは体位変換、エアマットの確認、おむつ交換時の観察、栄養状態のチェック、補助食品の使用、低反発マットの使用など、極めてきめ細かく、スタッフ全員に周知してケアが行われている。院内での褥瘡の発生は少なく、他院からの持ち込みがほとんどである。2004 年には 33 件あったが徐々

		に減少して 2010 年には 9 件となっている。
8.3.1.3	廃用症候群の発生リスクの低減に努めている	拘縮予防は PT によりベッドサイドリハビリテーションが行われ、車いすで食堂へ連れて行くなど、離床を促し廃用症候群の発生の低減に努めている。

■社会医療法人 高橋病院

■複合病院（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	患者の生活リズムの確立に努めており、社会や家族との接点を保つため「ふれあいルーム」を設置し、ボランティアや家族などとの交流を深めるよう取り組んでいる。さらに患者のアクティビティを高める取り組みが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	整容・身だしなみに配慮され、理容師・美容師のサービスが受けられる。日中着への着替えも 50%を目標に実施され、生活リズムに配慮したケアが行われている。
8.3.6.2	社会や家族との接点を保つよう配慮している	傾聴ボランティアが週 2 回来院し、話相手などを行っている。地域住民による楽器演奏なども行われている。
8.3.6.3	アクティビティを高める取り組みがある	各種行事や絵画・カラオケなどの活動の年間計画が作成され、実施されている。

おわりに

平成 23 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 23 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 5 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い申し上げます。

平成25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 23 年度

平成 25 年 3 月 31 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
