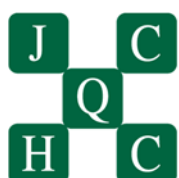


病院機能評価データブック

平成 24 年度

平成 26 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26年3月末時点で2,342病院、全病院の27.3%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した。

病院の皆様には、受審に際して医療提供体制の構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）を中心とした大変貴重な情報をご提出いただいております。これらの貴重なデータを病院・国民の皆様に戻元することにより、医療の質向上にむけた日々の取り組みの資料としてご活用いただくべく、平成24年度に評価項目体系ver. 6.0で訪問審査を受審された397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24年度』を作成いたしました。医療の質向上のために、受審病院から提供いただいた貴重なデータを引き続きお役立ていただければ幸甚でございます。

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

平成26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。

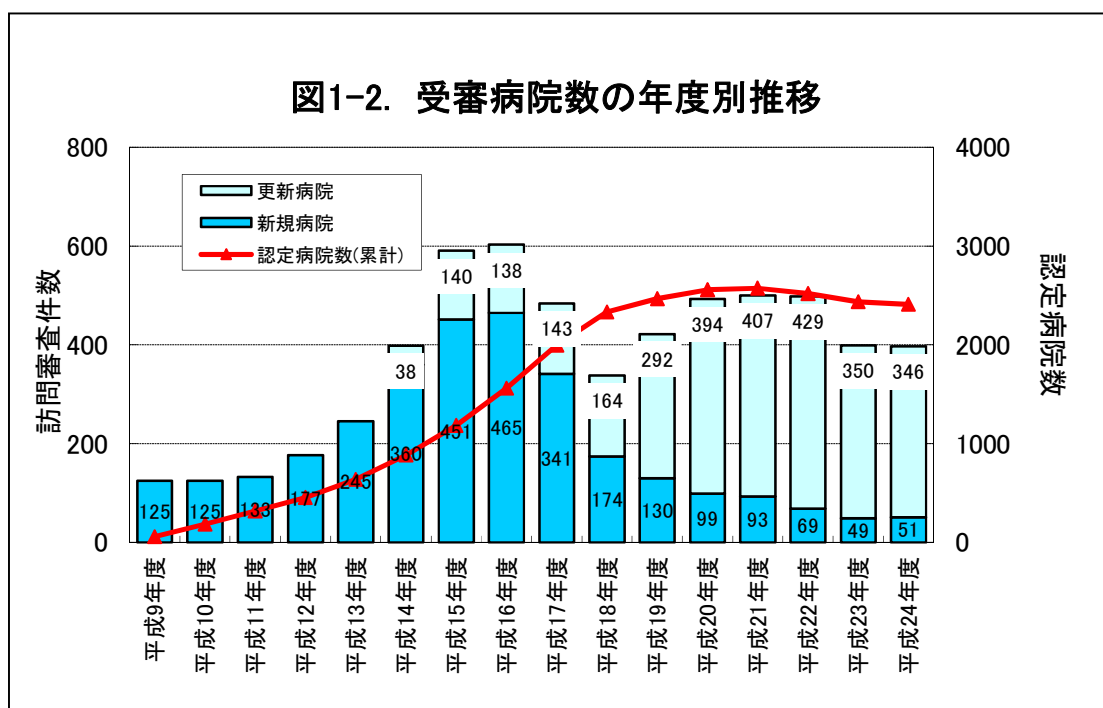
特に、病院機能評価の過程において、受審病院から訪問審査前に提出いただく現況調査票のデータにつきましては、現況調査票の記入漏れ・異常値等をチェックしていますが、原則として、受審病院に記入いただいた数値をそのまま審査に利用しています。

本データブック第2章～第16章では、平成24年度に ver. 6.0 で訪問審査を受審した 397 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 397 病院の中間的な結果報告書または最終結果報告書における評点・評価所見を利用しました。なお、最終結果報告書における評点・評価所見については当該病院の許諾を得て掲載しています。

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、平成9年度の事業開始以来平成24年度末までのべ審査件数は5,900件を超え、平成25年3月31日現在の認定病院は2,409となりました（p. 20、図1-2）。この数字は日本の全病院の約28%にあたり、日本の全病床の43.8%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750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24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24年度に ver. 6.0 で訪問審査を受審した 397

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 397 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. 22～51)

本書で対象としている病院は、前述のとおり平成 24 年度に病院機能評価の訪問審査を受けた 397 病院です（以下「受審病院」と呼びます）。受審病院 397 病院のうち、新規受審病院は 51、更新受審病院は 346 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. 20、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. 22）、図 2-2（p. 23）にそれぞれ示しました。

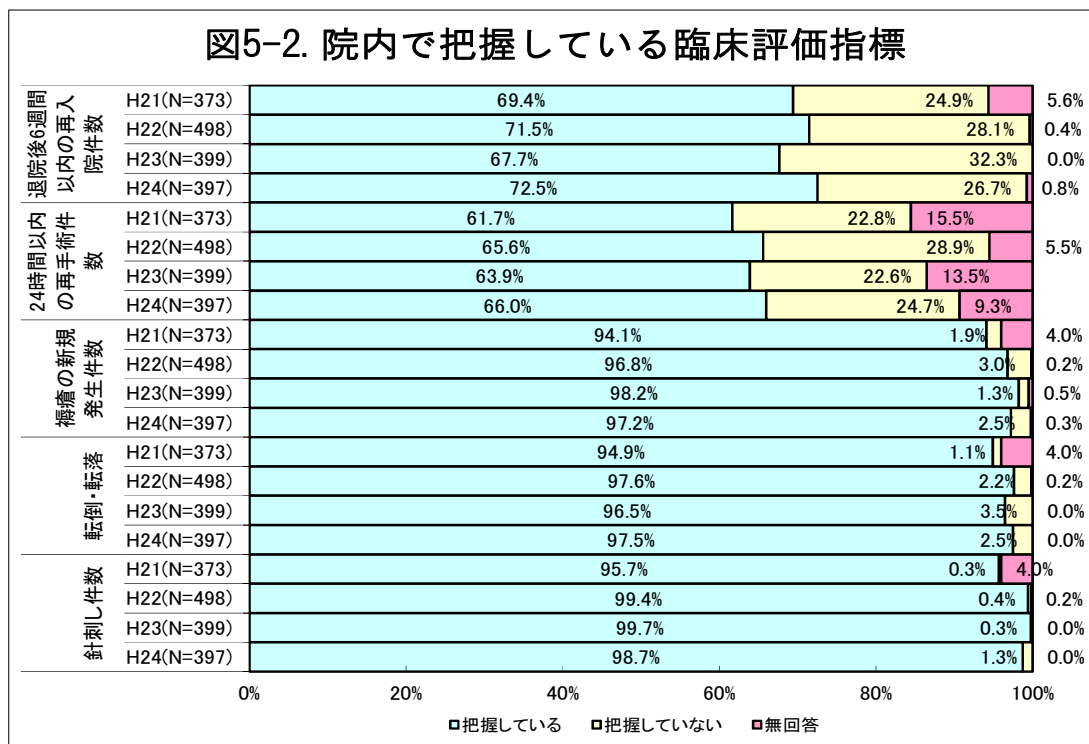
一般病院の 100 床あたり常勤換算従業員数（総数）は受審病院では 176.9 人であり、全国平均（厚生労働省「平成 24 年医療施設調査」）の 135.0 人と比較して約 1.31 倍多い結果となりました。特に、医師、看護師、薬剤師はそれぞれ 19.9 人、74.4 人、4.4 人で、前述の全国平均（それぞれ 14.7 人、51.0 人、3.1 人）に比較して手厚く配置されていました（p. 27、表 2-2）。なお、この傾向は従来の結果と同様でした。

(2) 臨床評価指標について（第 5 章、p. 50～51）

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. 50～51、図 5-2、図 5-3）。

特に、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 の 3 項目については把握している病院がそれぞれ 97.2%、97.5%、98.7%となったほか、「無回答」の割合が「24 時間以内の再手術件数」以外の項目では 0.5%未満となり、臨床評価指標としてこれらの数値を把握することが受審病院では一般的になってきている状況が伺えました。

図5-2. 院内で把握している臨床評価指標



(3) 各部門の状況について (p. 52～110)

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233病院中31病院ありました (p. 72、図10-5)。

(4) 審査結果の傾向について (第17章、p. 111～220)

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. 111～112 表17-1、p. 113～115 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. 116～130)、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. 131～220)。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 (p. 111～112、表17-1)。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（p. 113～115、表 17-2）。これらの傾向から、データブック等を参考に、受審病院におい積極的に改善に取り組まれている状況がうかがえます。

《目次》

はじめに

掲載情報について

病院機能評価データブックについて

目次

第1章 病院機能評価概略	15
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）	15
2. 評価項目の変遷	17
3. 受審病院数の年度別推移	20
4. 認定病院の都道府県別割合	20
第2章 受審病院の属性について	22
1. 受審病院の病床数別割合	22
2. 受審病院の地域別割合	23
3. 病院種別・審査体制区分	23
4. 特殊病床	25
5. 施設基準	26
6. 臨床研修病院	27
7. 審査体制区分別病床100対職員数	28
第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標	30
1. 職員数	30
2. 医師総労働時間数・有給休暇取得率	31
3. 外部委託状況	32
4. 情報化の状況	33
5. 診療記録の媒体と保管方法	33
6. 医療安全管理者について	35
7. 感染管理担当者について	36
8. 職員に対する検査・予防接種実施状況	37
9. 医師・看護職員退職率	38
10. 院内保育の状況	39
第4章 患者受け入れ状況	40
1. 標榜科	40
2. 主要診療科別医師1人あたり患者数	41
3. 標榜科別医師数	43
4. 1日あたり患者数	44

5. 年間平均病床利用率	45
6. 平均在院日数	46
7. 他施設からの紹介率	47
8. 地域連携室の職員配置状況	47
9. 外来部門の看護職員配置状況	48
10. 外来待ち時間調査の実施状況	48
11. 日帰り手術実施状況	49
12. 外来化学療法	49
第5章 臨床評価指標	50
1. 臨床評価指標に関する検討	50
2. 院内で把握している臨床評価指標	50
3. 院内で把握している臨床評価指標（件数）	51
第6章 救急部門	52
1. 救急告示病院数	52
2. 救急車搬入患者数	52
3. 救急入院患者数	53
4. 精神科救急医療対応	53
5. 精神保健福祉法指定病床を有する病院	54
6. 夜間勤務体制	54
第7章 薬剤部門	55
1. 100床あたり薬剤師数	55
2. 薬剤師の配置状況	55
3. 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数	56
4. 院外処方箋率（外来）	56
5. 薬剤部門での注射薬の混合	57
6. 注射薬の供給法（個人別取り揃え実施状況）	57
第8章 検査・画像診断部門	58
1. 放射線科医師数	58
2. CT の状況（保有台数・実施件数・待機日数）	59
3. MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）	60
4. 放射線科医による報告書作成・読影	61
5. 各種超音波検査の実施状況	61
6. 画像の遠隔診断	62
7. 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）	62

8. 外部精度管理の参加状況	63
9. 病理医配置状況	63
10. 剖検実施状況	64
11. 死亡退院率・剖検率	64
12. 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）	65
13. 術中迅速診断の実施状況	65
14. テレパソロジーの実施状況	66
第9章 輸血部門	67
1. 輸血担当部門	67
2. 輸血担当医師数	67
3. 100床あたり血液使用量	68
4. 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況	69
第10章 手術部門	70
1. 手術実施状況	70
2. 100床あたり手術室数	70
3. 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率	71
4. 手術1,000件あたり麻酔科医	72
5. 麻酔科医1人あたり全身麻酔手術件数	72
6. 年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数	73
第11章 リハビリテーション部門	74
1. リハビリテーション担当医師数	74
2. 外来/入院リハビリテーション実施単位	75
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	83
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	113
3. 評点2以下の項目の主な指摘事項	116
4. 評点5の事例（抜粋）	131
おわりに	220

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
平成 25（2013）年	4 月	機能種別版評価項目 3rdG: Ver. 1.0 適用開始

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

1.2 評価項目の変遷

評価項目の変遷について、表 1-1 に示す。

表 1-1. 評価項目の変遷

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

機能種別版3rdG V1.0:2013(平25)年4月～										
	機能種別									
	一般1		一般2		リハビリ		慢性期		精神	
	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	6	20	6	21	6	21	6	21	6	21
2. 患者の権利と医療の質および安全の確保	2	35	2	33	2	35	2	35	2	38
3. 療養環境と患者サービス	2	14	2	14	2	14	2	14	2	14
4. 医療提供の組織と運営	6	19	6	20	6	19	6	19	6	19
共通項目 計	16	88	16	88	16	89	16	89	16	92

注)基本項目は一般病院を対象とした

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。次ページの図 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。

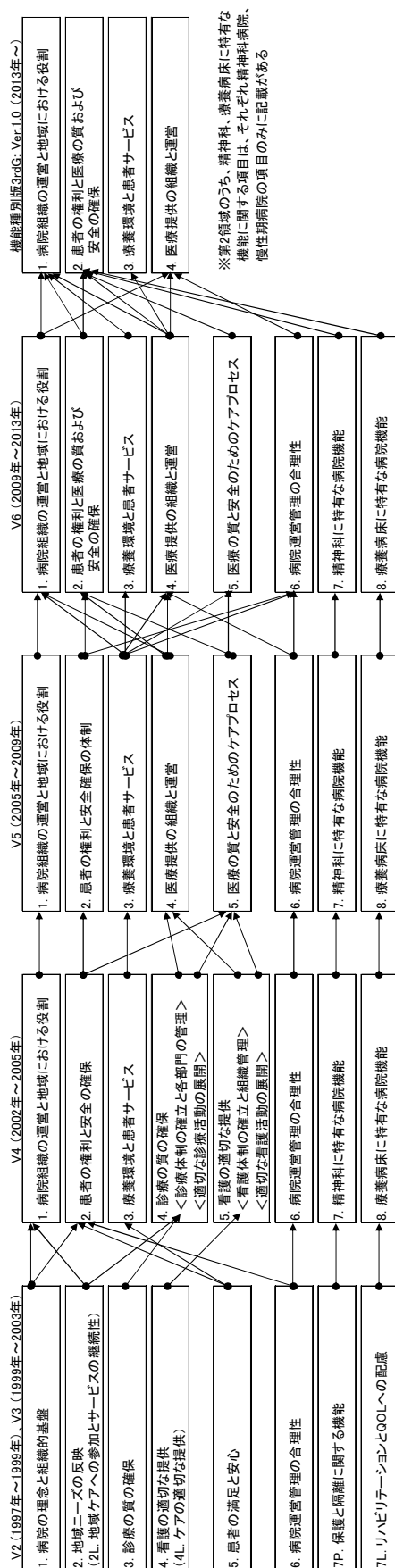


図 1-1. バージョンによる評価対象領域の推移

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

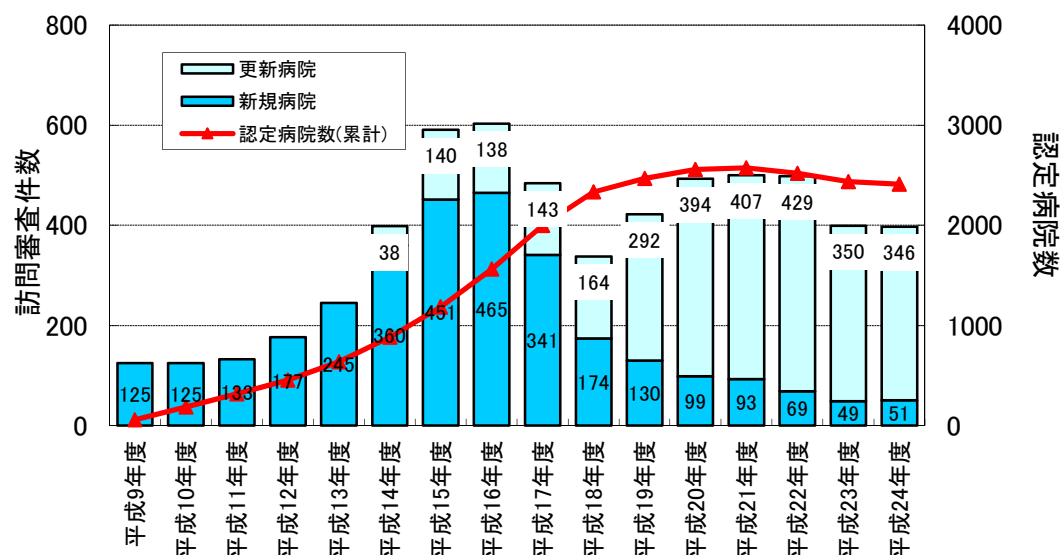


図 1-2 では、受審病院数の年度別推移を示した。平成 9 年度の審査開始以降、認定病院数は増加してきたが、近年は新規病院数よりも更新病院が占める割合が増加し、ほぼ一定となっている。

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 25 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 28.1%であった。認定病院の割合が 35%を超えた都道府県は滋賀県 41.7%、長野県 37.9%、岡山県 35.6%、徳島県 36.0%、石川県 35.3% の 5 県であった。

表 1-2. 都道府県別認定病院率（平成 25 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	575	133	23.1	滋賀県	60	25	41.7
青森県	102	21	20.6	京都府	173	52	30.1
岩手県	92	27	29.3	大阪府	535	163	30.5
宮城県	141	31	22.0	兵庫県	350	114	32.6
秋田県	74	18	24.3	奈良県	75	22	29.3
山形県	68	23	33.8	和歌山県	90	17	18.9
福島県	129	31	24.0	鳥取県	45	15	33.3
茨城県	183	32	17.5	島根県	53	17	32.1
栃木県	109	25	22.9	岡山県	174	62	35.6
群馬県	132	39	29.5	広島県	249	84	33.7
埼玉県	347	96	27.7	山口県	147	39	26.5
千葉県	280	52	18.6	徳島県	114	41	36.0
東京都	636	177	27.8	香川県	93	18	19.4
神奈川県	344	95	27.6	愛媛県	144	34	23.6
新潟県	130	34	26.2	高知県	136	36	26.5
富山県	110	25	22.7	福岡県	467	144	30.8
石川県	102	36	35.3	佐賀県	108	27	25.0
福井県	72	19	26.4	長崎県	159	38	23.9
山梨県	60	17	28.3	熊本県	216	70	32.4
長野県	132	50	37.9	大分県	158	49	31.0
岐阜県	104	31	29.8	宮崎県	141	33	23.4
静岡県	185	54	29.2	鹿児島県	262	76	29.0
愛知県	327	103	31.5	沖縄県	95	33	34.7
三重県	102	31	30.4	合 計	8,580	2,409	28.1

※各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査(平成22年3月末概数)」(厚生労働省)より

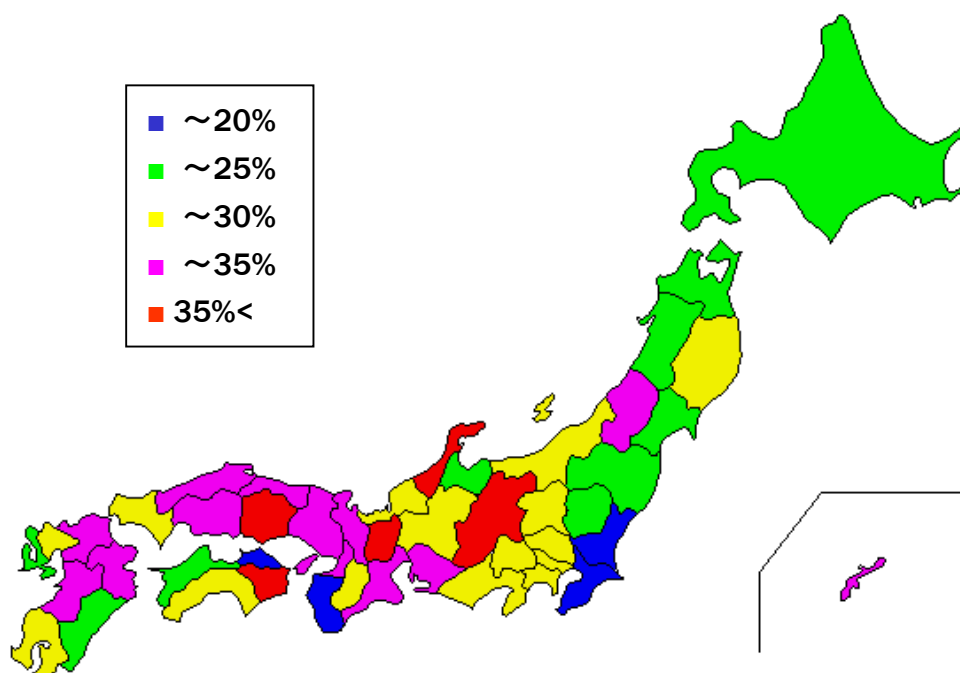


図 1-3. 都道府県別認定病院率（平成 25 年 3 月 31 日現在）

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24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

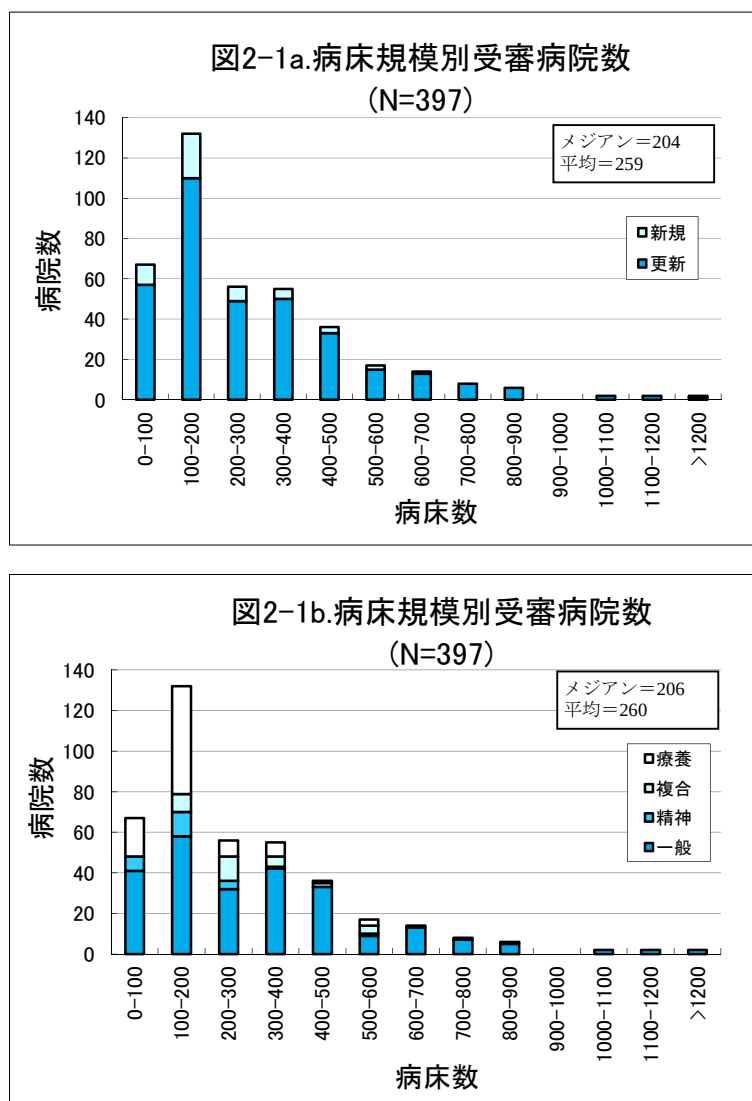


図2-1aでは、受審病院を新規受審51病院と更新受審346病院に分類し、それぞれの病床分布をヒストグラムで示した。

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 24 年 10 月 1 日時点の病院構成^{*2}

総病院数	8565 病院	(100.0%)
20～99 床	3147 病院	(36.7%)
100～199 床	2761 病院	(32.2%)
200～499 床	2208 病院	(25.8%)
500 床以上	449 病院	(5.2%)

^{*1} 参考：「審査体制区分一覧表」

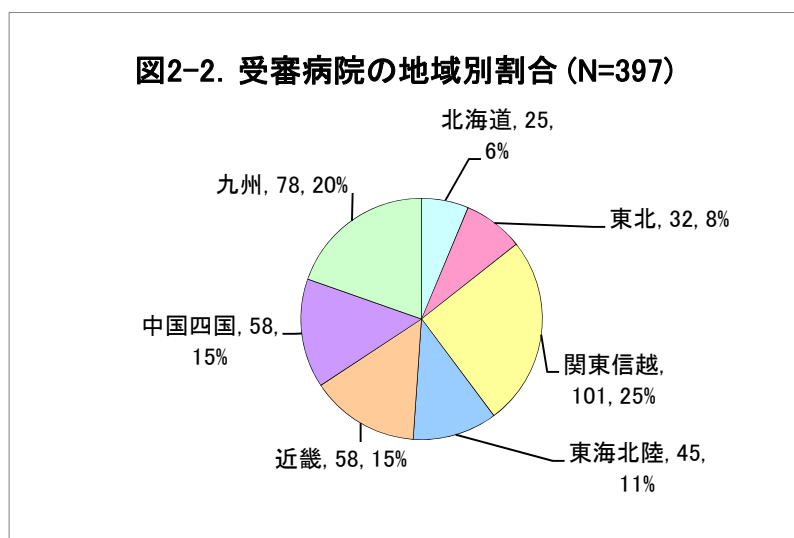
<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/kubun.pdf>

^{*2} 参考：厚生労働省「平成 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>

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 397 病院の病床種別・審査体制区分^{*}の内訳を示した。

表 2-1a. 病床種別・審査体制区分

審査体制区分	一般	療養	精神	複合
1	40	19	7	18
2	55	5	19	52
3	100	1	6	18
4	51	-	-	6
総計	246	25	32	94

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	5
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	1	
	500 床以上	3	
一般＋療養	100 床未満	17	82
	100 床以上 200 床未満	49	
	200 床以上 500 床未満	15	
	500 床以上	1	
一般＋精神＋療養	100 床未満	0	4
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	1	
	500 床以上	2	
精神＋療養	100 床未満	1	3
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	1	
	500 床以上	0	
合計	-	-	94

*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

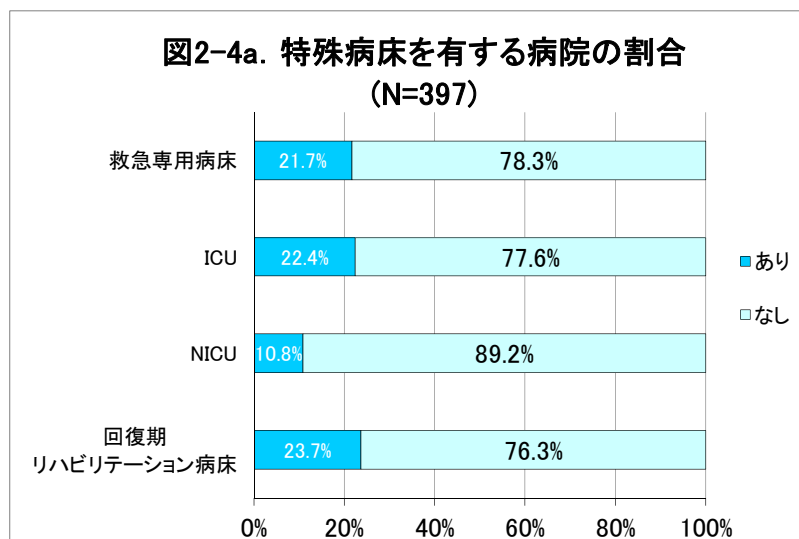
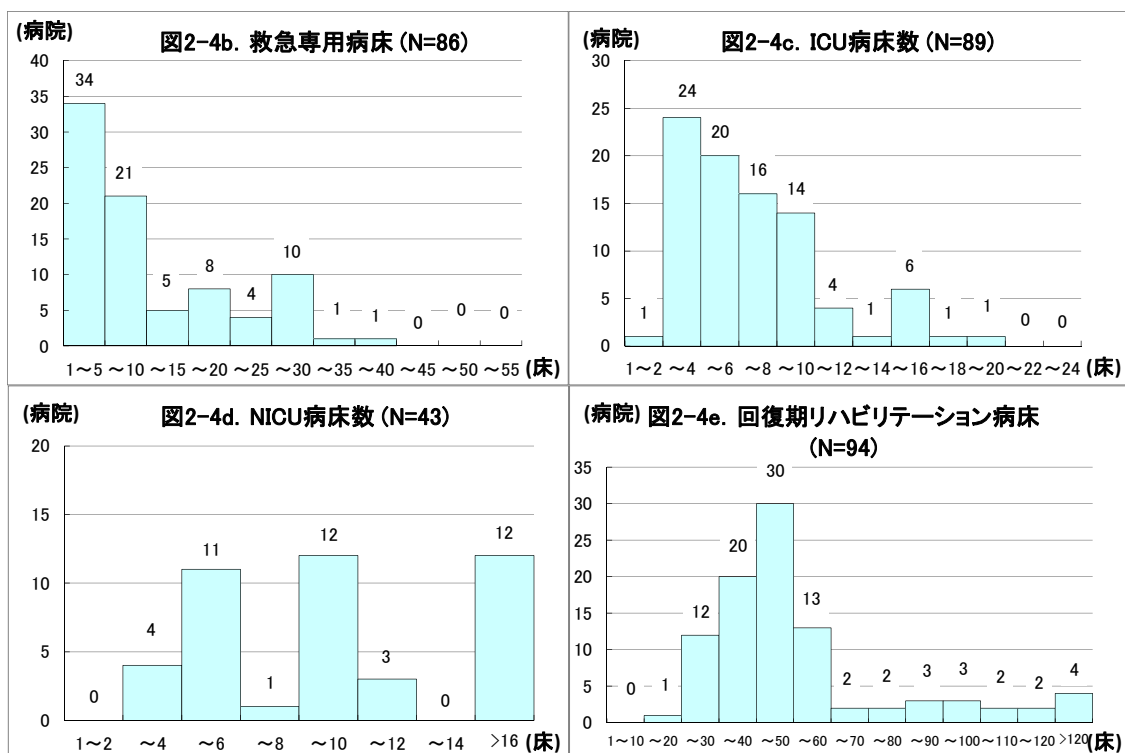


図 2-4a では、特殊病床を持つ病院の割合を示した。受審病院のうち、ICU を有する病院は 22.4%、NICU を有する病院が 10.8%であった。



■ ICU 病床数と全身麻酔手術実施件数

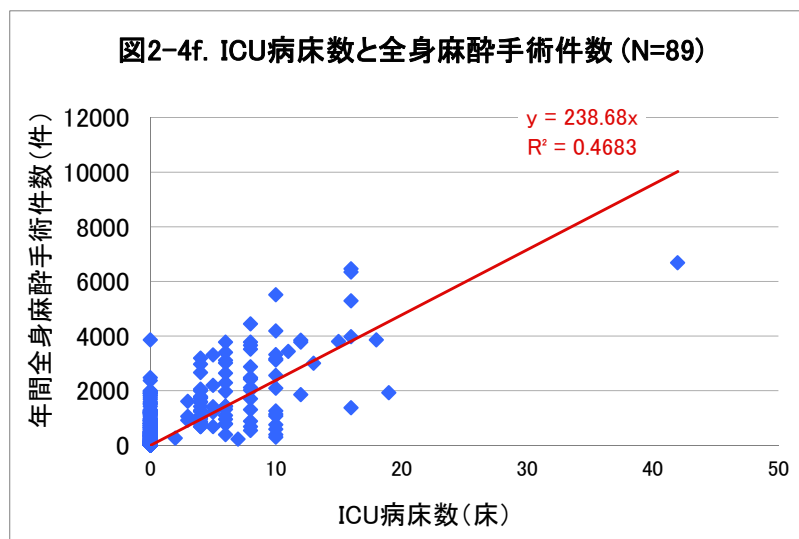
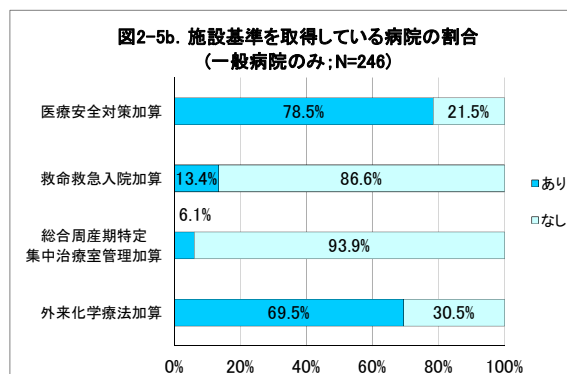
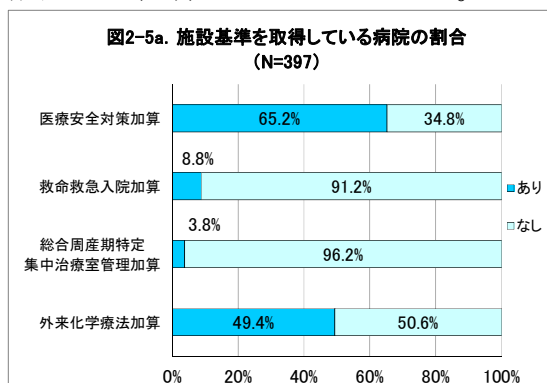


図 2-4f では、ICU 病床数と年間全身麻酔手術実施件数の相関を示した。対象の 89 施設では、明確な相関は見られなかった。

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

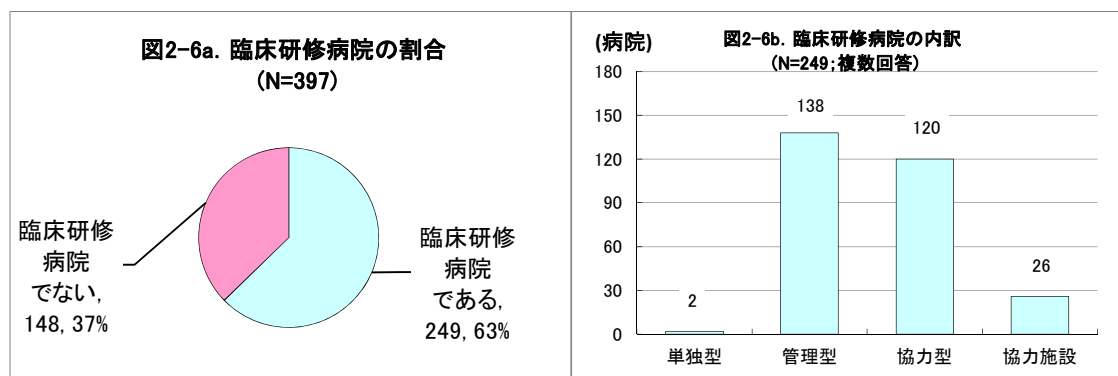


図 2-6 では、臨床研修病院の割合を示した。受審病院のうち単独型・管理型・協力型の臨床研修病院（「臨床研修協力施設」は含まれない）は 63%であった。図 2-6b では、「臨床研修病院である」と回答した 249 病院の内訳（複数回答）を示した。なお、複数の区分に重複して該当する病院があるため、総数は 249 病院を上回っている。

厚生労働省医政局資料^{*1}によれば、平成 25 年 9 月 26 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 1,014 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、397 病院の病床数のメジアンは 200.0 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	19.9	5.3	3.9	8.7	15.1
歯科医師	5.3	0.6	0.2	0.8	4.2
保健師	2.2	—	2.5	1.6	2.1
助産師	4.9	—	—	3.5	4.8
看護師	74.4	22.5	21.9	39.7	58.7
准看護師	11.0	14.6	12.9	15.2	12.4
看護補助者	12.2	19.0	12.5	14.9	13.3
薬剤師	4.4	2.2	1.3	2.9	3.6
診療放射線技師	4.9	1.0	0.3	2.7	3.8
診療X線技師	1.4	0.8	0.4	1.0	0.9
臨床検査技師	6.0	1.3	0.6	3.2	4.8
衛生検査技師	0.7	—	—	0.6	0.7
管理栄養士	1.9	2.0	0.8	1.7	1.8
栄養士	1.1	2.4	1.1	1.3	1.3
理学療法士	5.4	7.7	0.9	9.2	6.5
作業療法士	2.6	5.4	3.0	5.7	3.6
言語聴覚士	1.2	2.6	0.4	2.6	1.7
視能訓練士	0.7	—	—	1.0	0.8
臨床工学技士	3.0	4.1	0.6	2.6	3.0
医療ソーシャルワーカー	1.1	1.4	0.6	1.2	1.1
精神保健福祉士	0.5	1.0	3.5	1.1	1.7
社会福祉士	1.3	1.6	0.4	1.5	1.4
介護福祉士	3.8	14.3	6.0	8.0	7.2
診療情報管理士	1.1	0.9	0.4	1.1	1.1
事務職員	19.2	8.5	4.9	14.0	16.1
その他職員	1.4	3.0	0.7	2.3	1.7
総数	176.9	116.0	74.1	135.6	155.0
病院数	246	25	32	94	397

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 176.9 人であり、全国平均^{*2}の 135.0 人と比較して約 1.31 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 14.7 人、51.0 人、3.1 人であるのに対し、それぞれ 19.9 人、74.4 人、4.4 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 24 年 10 月 1 日現在）＞

	一般	結核療養所	精神科病院	全体
医師	14.7	4.9	3.5	12.9
歯科医師	0.8	－	0.1	0.6
薬剤師	3.1	3.2	1.2	2.8
看護師	51.0	11.2	20.1	46.0
准看護師	8.7	6.7	12.6	9.4
診療放射線技師・ 診療X線技師	3.0	1.1	0.2	2.6
臨床検査技師・ 衛生検査技師	3.8	1.1	0.4	3.2
管理栄養士・栄養士	1.7	3.2	1.2	1.6
その他	48.3	25.4	28.1	45.0
総数	135.0	56.8	67.2	124.1

（*2 厚生労働省「平成 24 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 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>

第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標

3.1 職員数

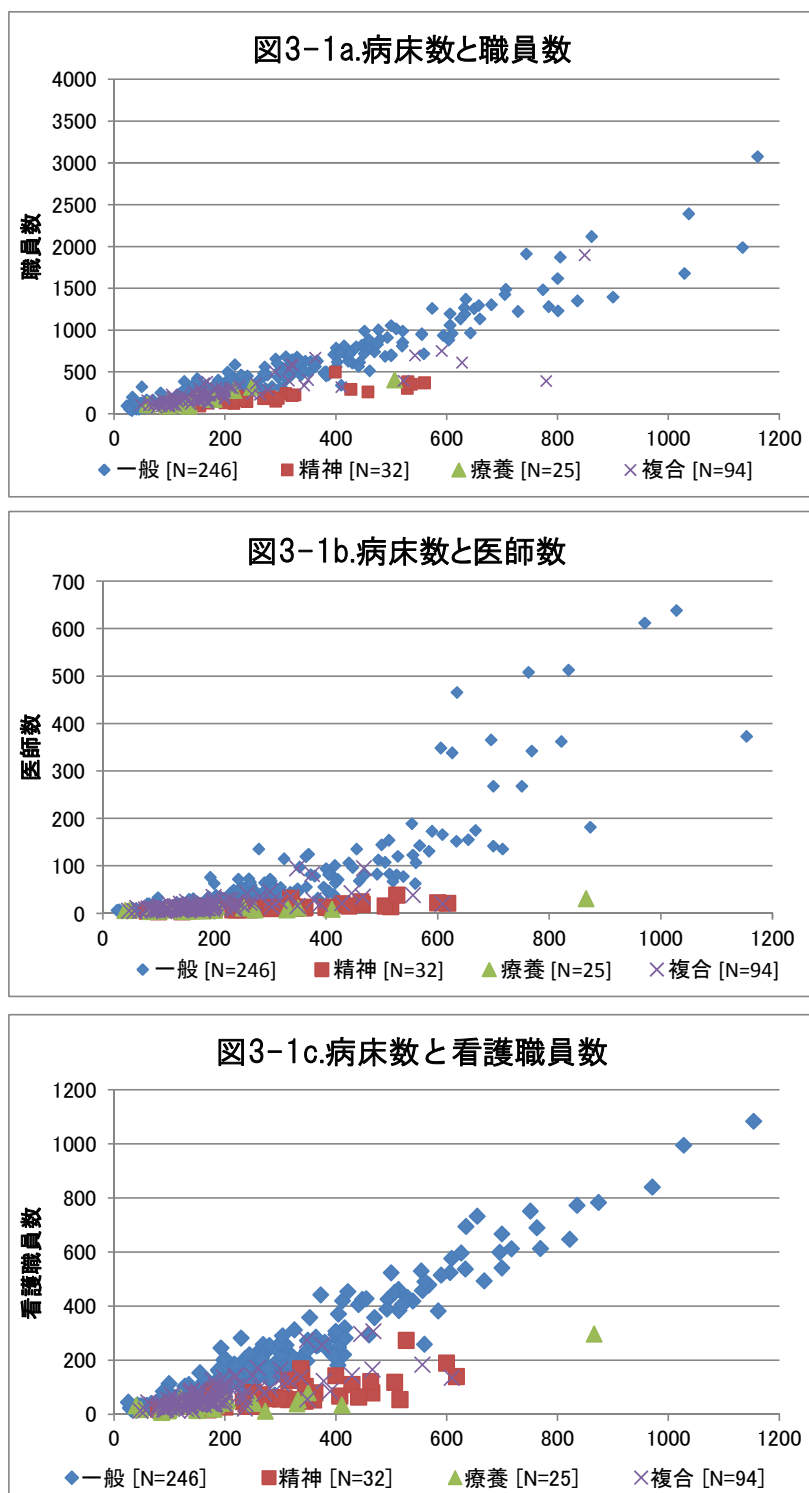


図3-1a～cでは、全職員・医師・看護職員について、病床数と職員数の関連を一般・精神・療養・複合の病院種別ごとに示した。

3.2 医師総労働時間数・有給休暇取得率

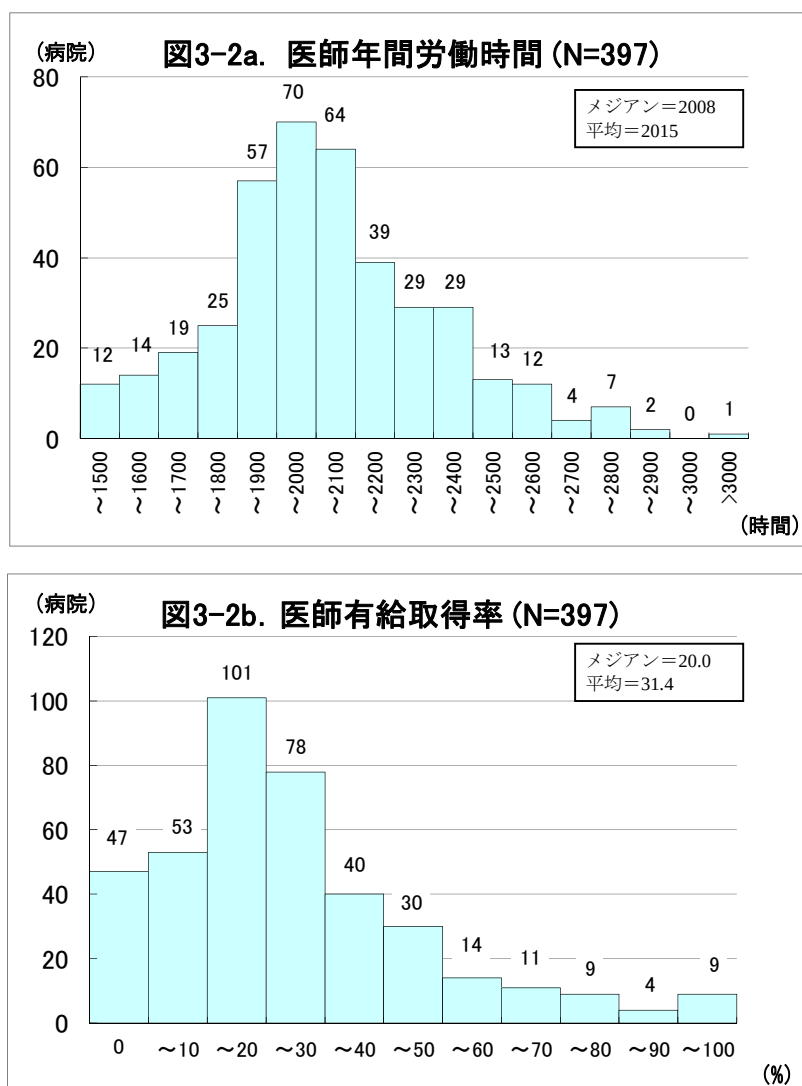


図3-2a および b では、医師の年間労働時間および有給休暇取得率を示した。医師の平均年間労働時間が2500時間を越えていた病院が26病院あった。平均年間労働時間の平均は約2015時間であった。医師有給休暇取得率が90%を超えている病院が9病院ある一方、0%の病院が47病院あった。医師有給休暇取得率のメジアンは20.0%、平均は31.4%であった。なお、有給休暇取得率は単年度について計算している。

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47.5%であり、取得率の最も低い宿泊業・飲食サービス業(37.4%)と比較しても、受審病院における医師の有給休暇取得率が著しく低いことが示された。

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

http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2009.pdf

*2 参考：厚生労働省「平成 24 年就労条件総合調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/12/dl/gaikyou.pdf>

3.3 外部委託状況

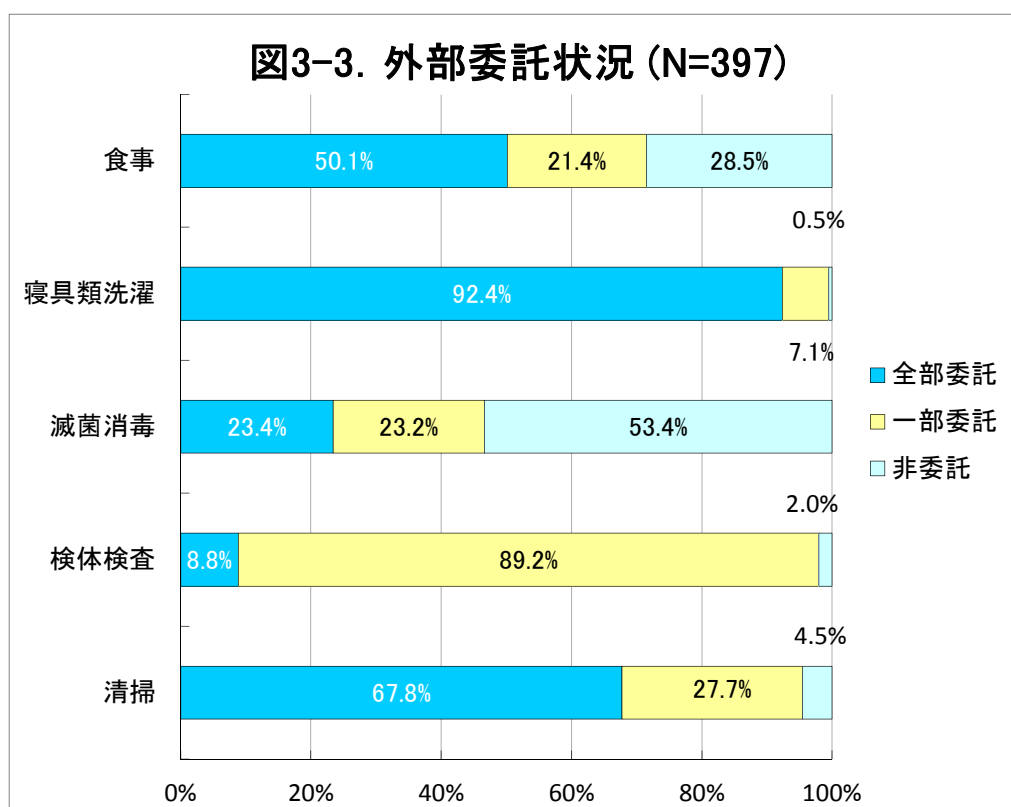


図 3-3 では、外部委託状況を示した。受審病院の委託率（全部委託・一部委託の合計）は食事 71.5%、寝具類洗濯 99.5%、滅菌消毒 46.6%、検体検査 98.0%、清掃 95.5%であった。内訳のパーセントは小数第二位を四捨五入しているため、全体の合計が 100%にならないことがある。

3.4 情報化の状況

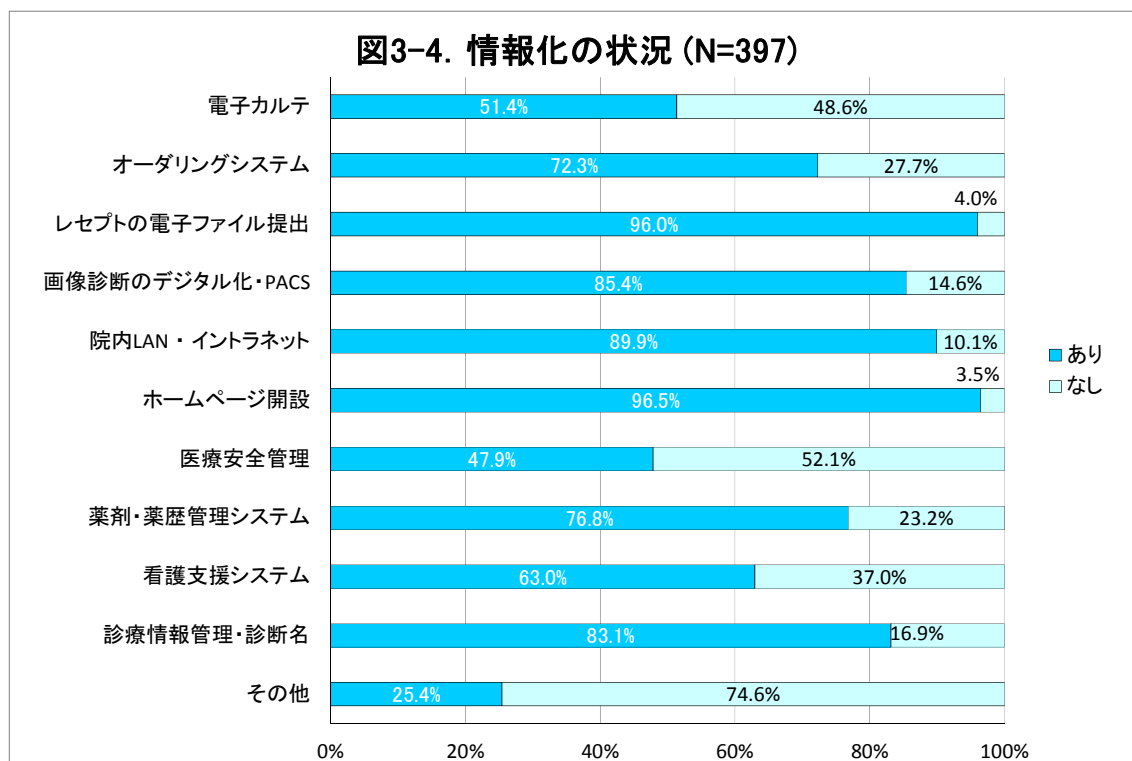


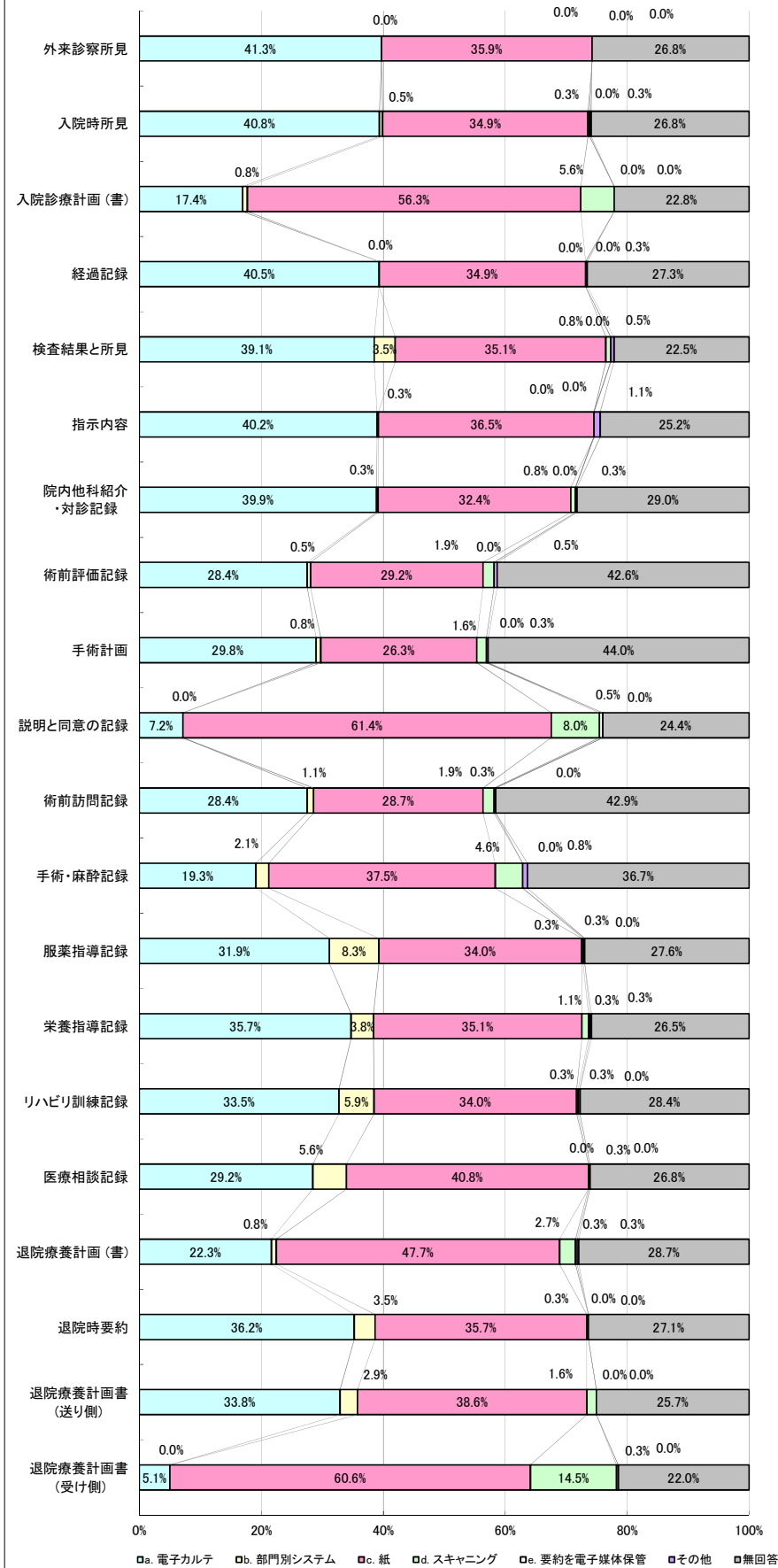
図 3-4 では、情報化の状況を示した。受審病院における情報化状況は、電子カルテおよびオーダーリングシステムを導入している病院がそれぞれ 51.4%、72.3%であった。レセプトの電子ファイル提出を実施している病院が 96.0%であった。

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 3.5%、5.9%、8.3%、3.8%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=397)



3.6 医療安全管理者について

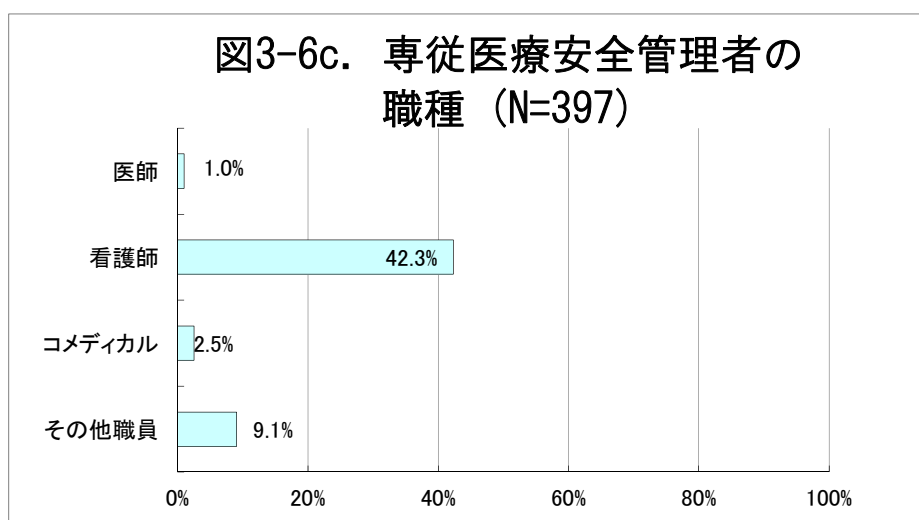
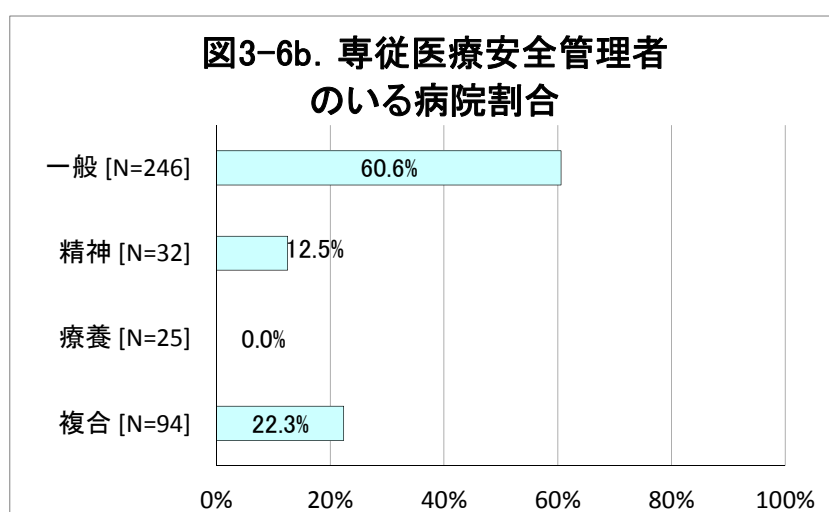
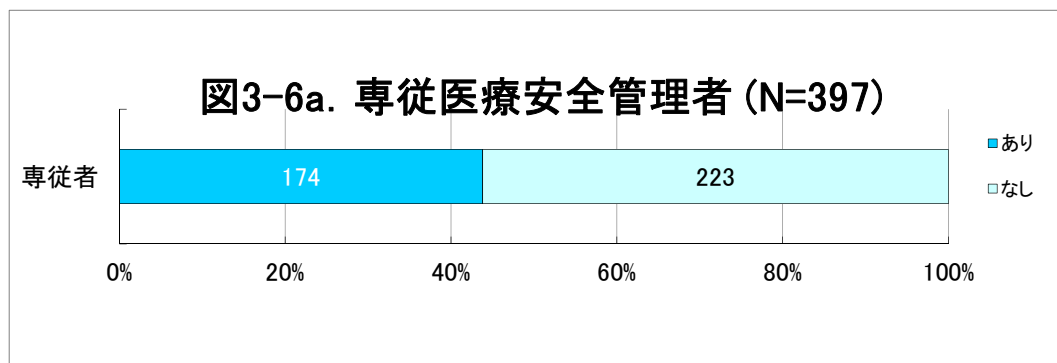


図 3-6a～c では、医療安全管理者について示した。専従医療安全管理者がいる病院は 43.8%であった。また、病院種別による配置の差は大きく、一般病院においては 6 割程度であるものの、療養では専従医療安全管理者のいる病院は 0%であった。専従医療安全管理者として医師を配置している病院は 1.0%であった。

3.7 感染管理担当者について

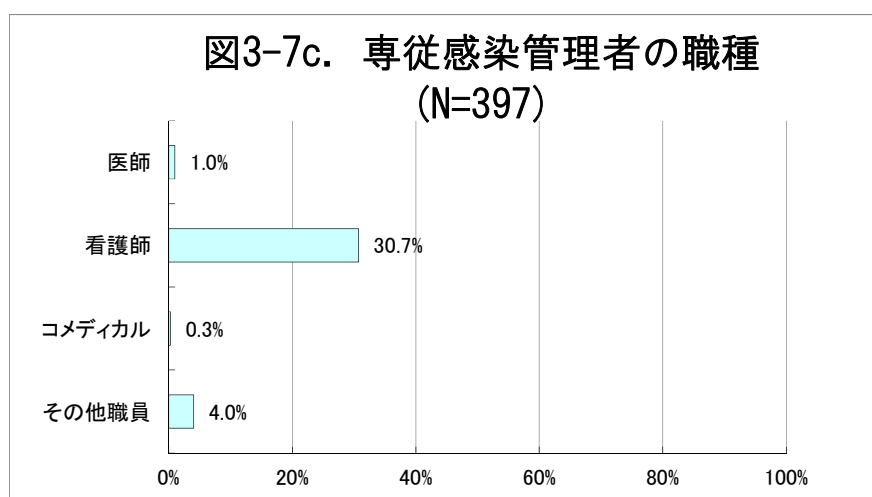
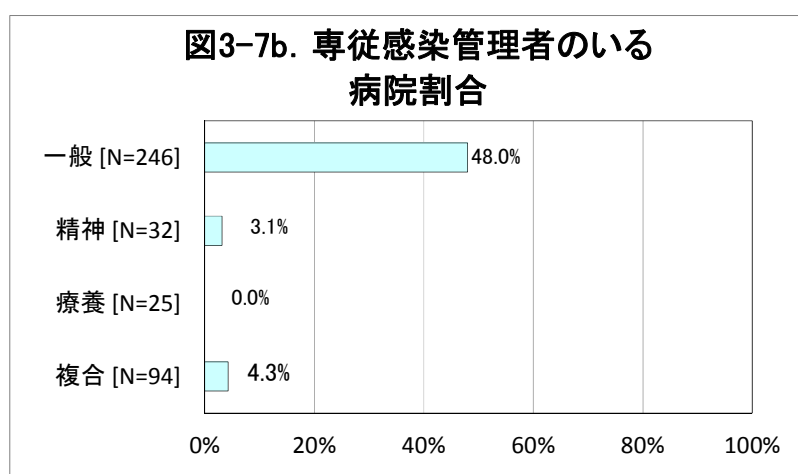
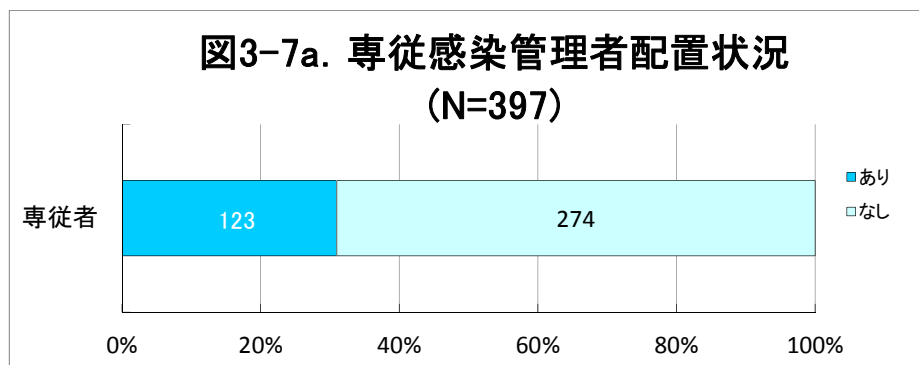


図 3-7a～c では、感染管理担当者について示した。専従感染管理担当者のいる病院は 31.0%であった。専従の感染管理者を配置している一般病院が 48.0%であるのに対し、精神病院では 3.1%、療養病院では 0%、複合病院では 4.3%であった。また、前項の医療安全管理者の配置と同様、専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。

3.8 職員に対する検査・予防接種実施状況

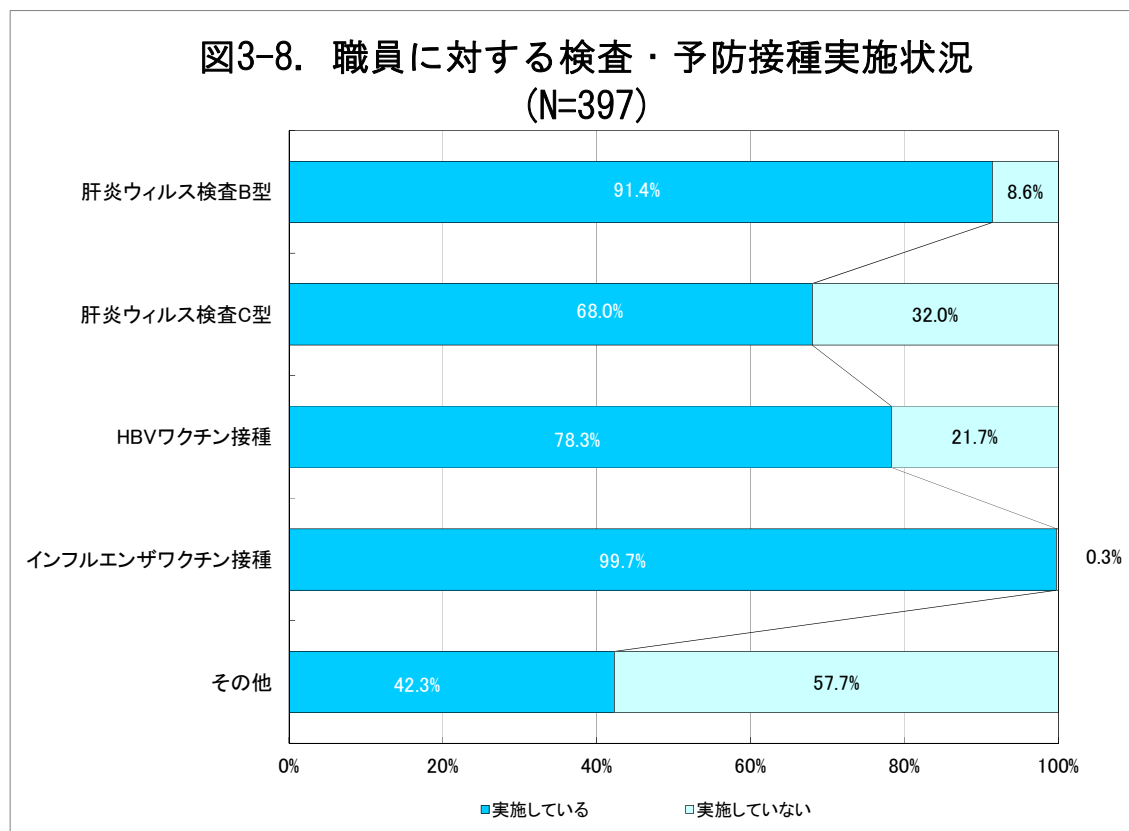


図 3-8 では、職員への検査・予防接種実施状況を示した。血液取扱者に対する B 型および C 型肝炎関連検査やワクチン接種など病院感染対策として実施するものと、インフルエンザなど主に職員から患者への感染を防止するために実施するものがある。ここでは両者の実施状況を示した。

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 91.4%、78.3%、インフルエンザワクチン接種を実施している病院が 99.7%と、高い実施状況がうかがえた。

3.9 医師・看護職員退職率

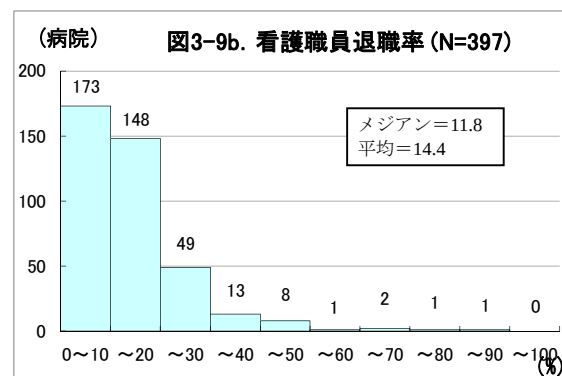
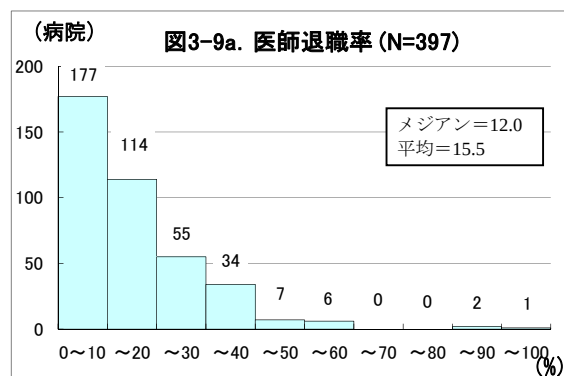


図3-9a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の退職率についてそれぞれ示した。

< 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 12.0%、平均は 15.5%であった。医師退職率が 40%を超える病院が 16 病院あった。一方、看護職員退職率のメジアンは 11.8%、平均は 14.4%であった。看護職員退職率が 40%を超える病院が 13 病院あった。

2012 年 病院における看護職員需給状況調査*によれば、全国の常勤看護職員の離職率は 10.9%であり、受審病院の数値の方が高いことがうかがえた。

*参考：日本看護協会 「2012 年 病院における看護職員需給状況調査」

http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf

3.10 院内保育の状況

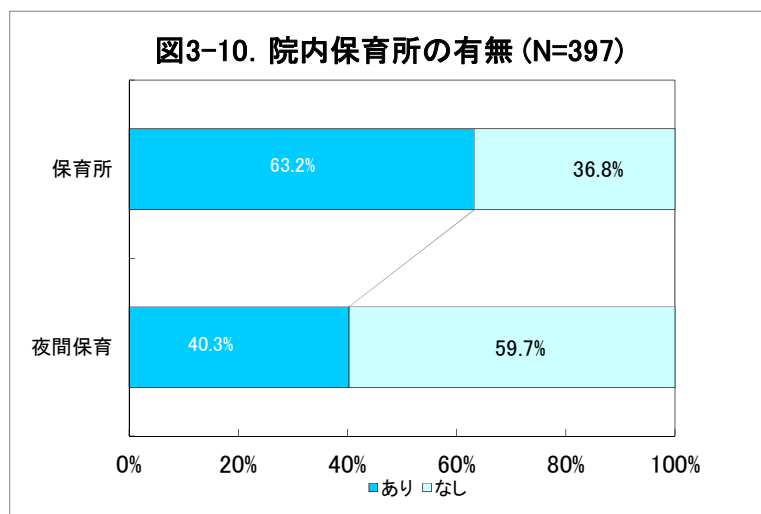


図 3-10 では、保育所の保有状況および夜間保育の実施状況を示した。受審病院での保育所保有状況は 63.2%、夜間保育の実施は 40.3%であった。

第4章 患者受け入れ状況

4.1 標榜科

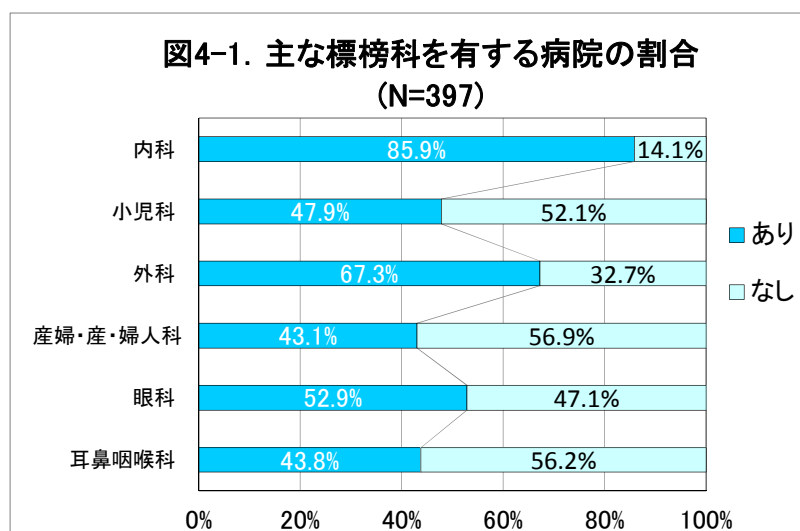


図 4-1 では、主な標榜科（現況調査票にある標榜科のうち、標榜する病院が多い診療科）を有する病院の割合を示した。本項目の標榜科名については主に用いられる名称を記載している。

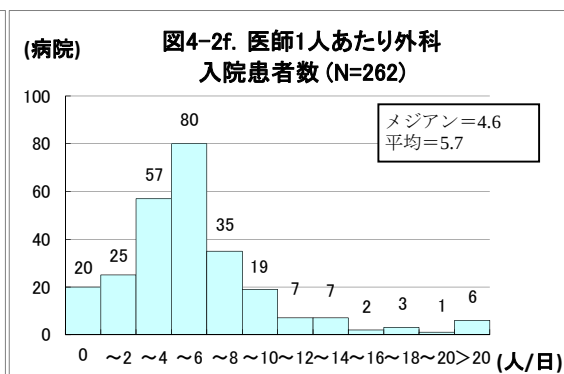
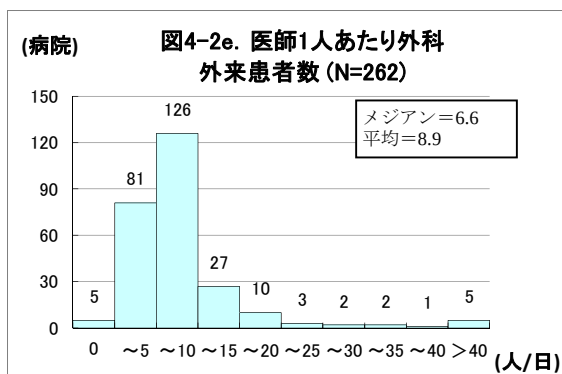
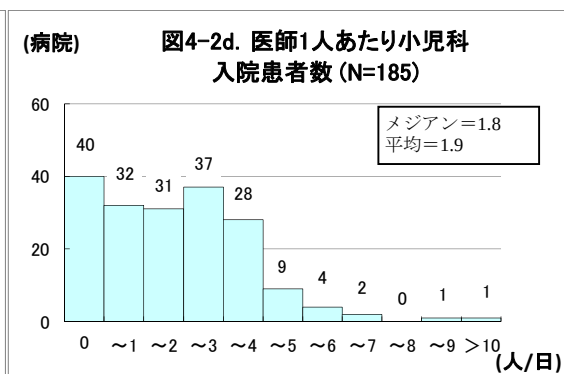
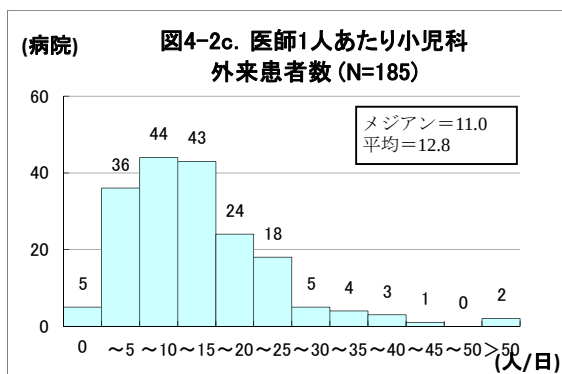
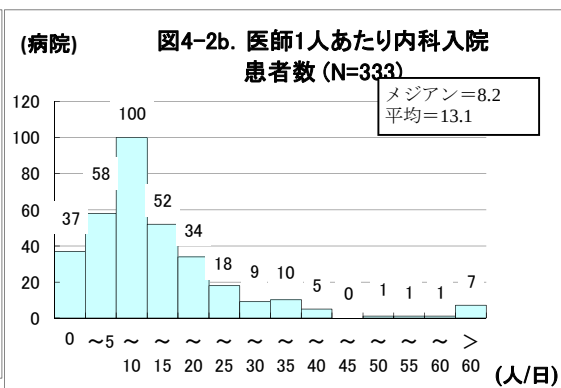
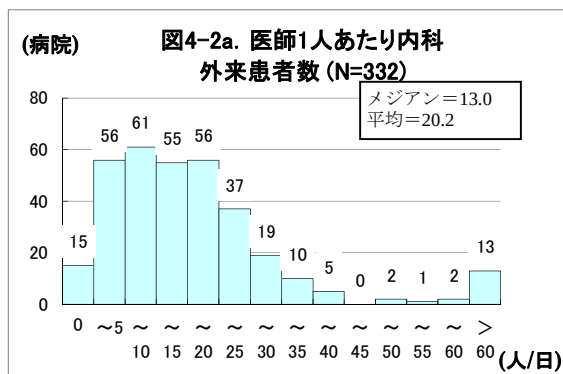
受審病院のうち小児科を標榜している病院は 47.9%、産婦人科・産科・婦人科を標榜している病院は 43.1%であった。一般病院の全国平均では、小児科 36.0%、産婦人科 16.3%、産科 2.3%であり*、受審病院は高い数値であることがうかがえた。

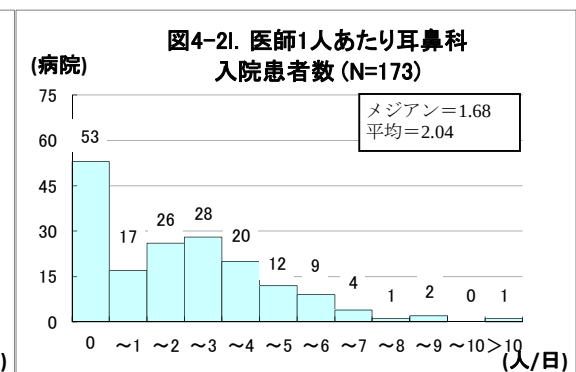
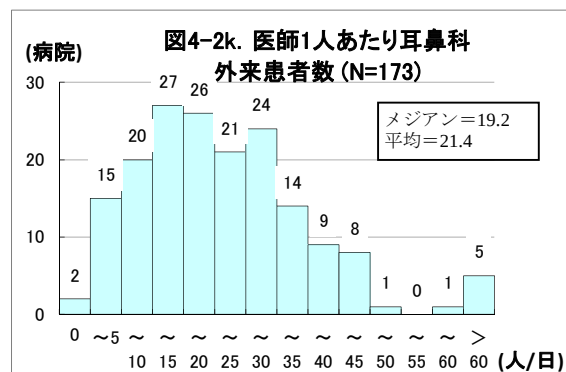
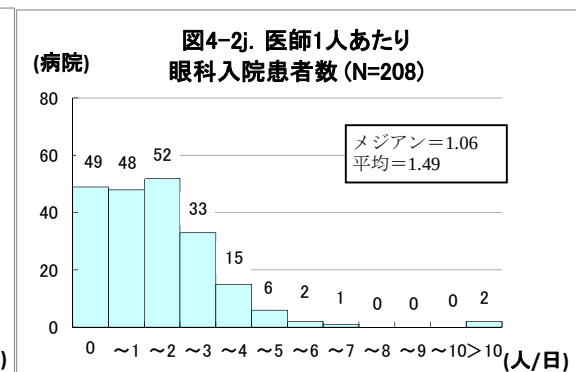
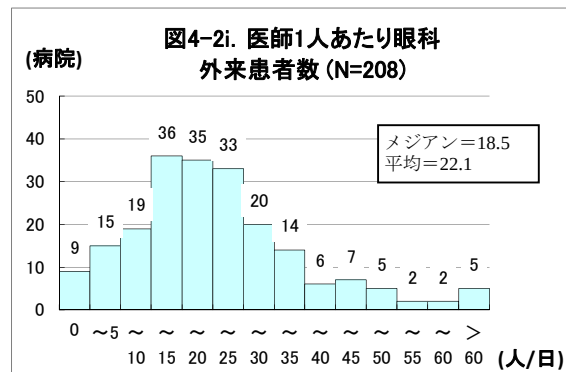
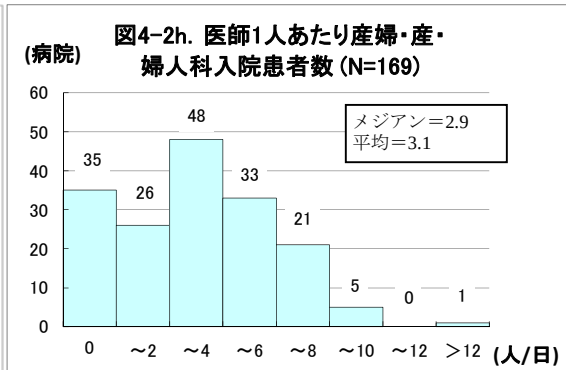
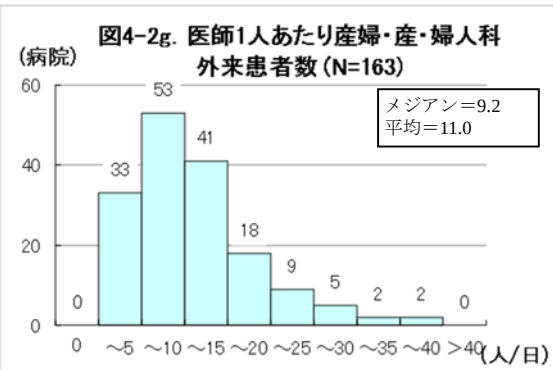
*参考：厚生労働省「平成 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>

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

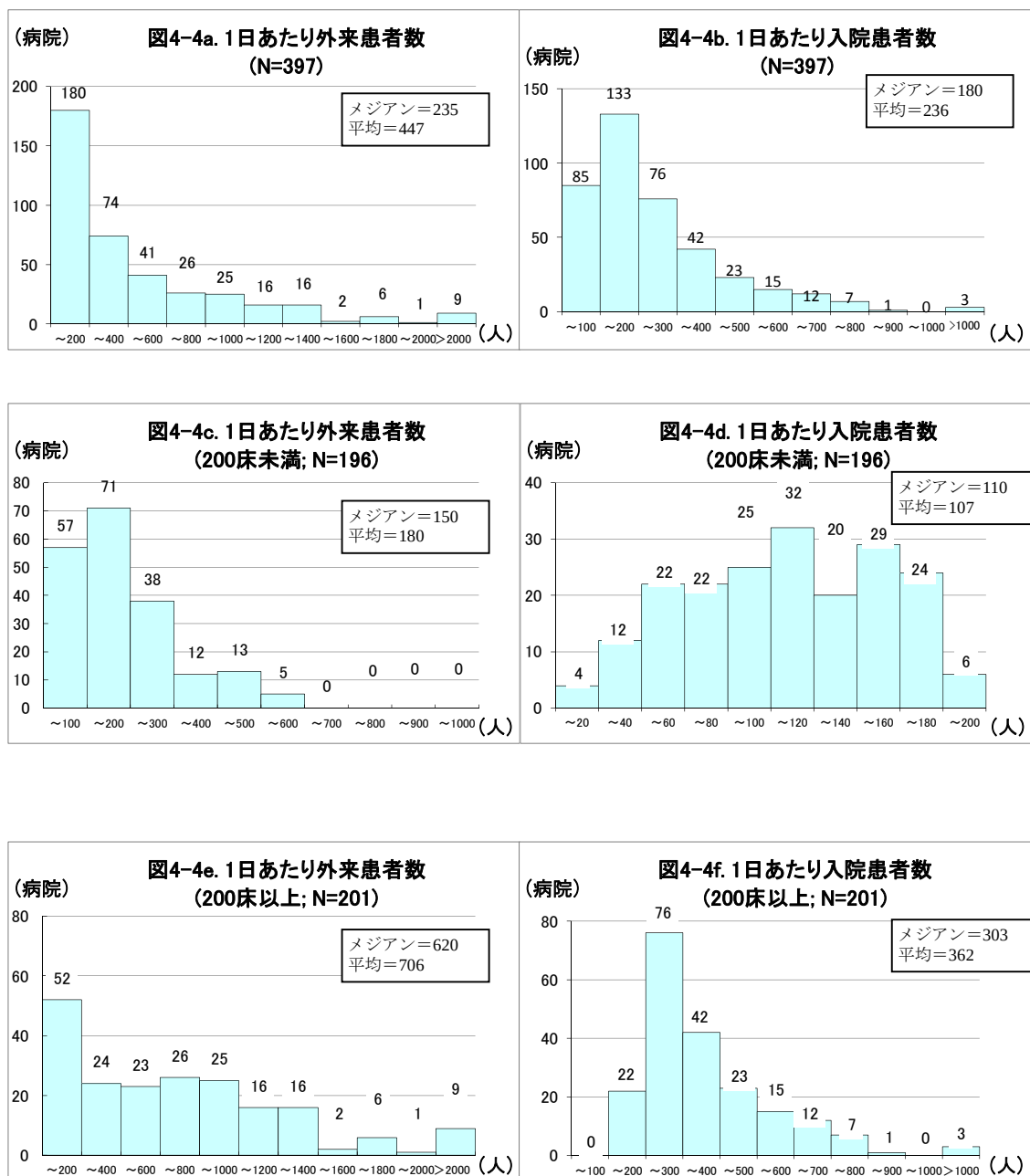
病院種別 標榜科	一般			療養			精神			複合		
	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数
内科	1633.4	205	7.97	124.7	24	5.20	28.0	19	1.48	519.5	93	5.59
呼吸器科	487.7	124	3.93	1.6	4	0.40	0.2	1	0.20	17.1	27	0.63
消化器・胃腸科	821.2	144	5.70	2.1	6	0.35	0.4	1	0.40	39.5	40	0.99
循環器科	889.5	180	4.94	1.5	5	0.30	0.1	1	0.10	44.7	46	0.97
小児科	941.5	157	6.00	0.0	1	0.00	1.0	1	1.00	46.4	31	1.50
精神科	289.2	93	3.11	0.5	3	0.17	283.6	32	8.86	75.3	17	4.43
神経内科	348.8	121	2.88	1.8	4	0.45	3.0	3	1.00	26.1	31	0.84
心療内科	45.2	32	1.41	0.6	2	0.30	1.0	9	0.11	3.3	11	0.30
リウマチ科	78.7	44	1.79	1.3	1	1.30	-	0	-	3.9	15	0.26
リハビリテーション科	168.7	177	0.95	23.3	18	1.30	1.4	2	0.70	60.1	70	0.86
外科	1383.0	203	6.81	2.7	4	0.68	-	0	-	189.7	60	3.16
呼吸器外科	158.4	66	2.40	-	0	-	-	0	-	0.1	5	0.02
心臓・血管外科	290.5	77	3.77	-	0	-	-	0	-	11.0	8	1.38
小児外科	80.9	32	2.53	-	0	-	-	0	-	-	0	-
整形外科	1117.8	210	5.32	5.8	9	0.64	1.2	2	0.60	143.0	74	1.93
形成外科	208.6	91	2.29	-	0	-	0.2	1	0.20	10.3	10	1.03
美容外科	0.1	3	0.03	-	0	-	-	0	-	0.2	1	0.21
脳神経外科	643.1	164	3.92	4.3	3	1.42	1.0	1	1.00	42.3	30	1.41
産婦人科	637.8	108	5.91	-	0	-	-	0	-	33.6	8	4.20
産科	88.5	13	6.80	-	0	-	-	0	-	0.0	1	0.00
婦人科	92.3	50	1.85	-	0	-	-	0	-	1.5	7	0.22
眼科	511.9	172	2.98	1.3	3	0.43	-	0	-	29.0	35	0.83
耳鼻咽喉科	439.6	152	2.89	0.0	1	0.00	-	0	-	23.5	21	1.12
気管食道科	7.9	5	1.58	-	0	-	-	0	-	0.0	1	0.00
皮膚科	400.6	162	2.47	2.4	6	0.39	0.4	3	0.13	20.6	38	0.54
泌尿器科	566.4	182	3.11	1.7	3	0.57	-	0	-	39.8	39	1.02
肛門科	23.7	26	0.91	-	0	-	-	0	-	0.2	9	0.02
アレルギー科	12.0	11	1.09	-	0	-	-	0	-	0.0	2	0.00
放射線科	601.9	186	3.24	1.1	6	0.18	0.2	1	0.18	31.1	48	0.65
麻酔科	982.3	194	5.06	0.0	1	0.00	-	0	-	47.5	41	1.16
歯科	321.6	42	7.66	3.4	3	1.13	8.4	9	0.93	16.9	10	1.69
矯正歯科	50.7	12	4.23	-	0	-	0.0	1	0.00	0.2	3	0.07
小児歯科	40.8	10	4.08	-	0	-	0.0	1	0.00	0.2	2	0.10
歯科口腔外科	385.0	77	5.00	-	0	-	-	0	-	20.7	12	1.72
総数	19627.2	246	79.79	180.4	25	7.21	336.1	32	10.50	1636.4	94	17.41
病床数	77986			3981			9222			18501		
1病院あたり平均病床数	317.0			159.2			288.2			196.8		

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)

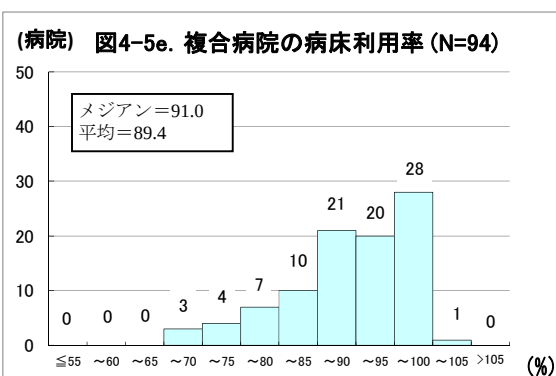
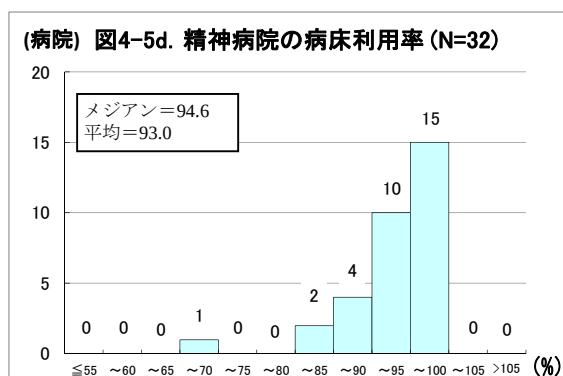
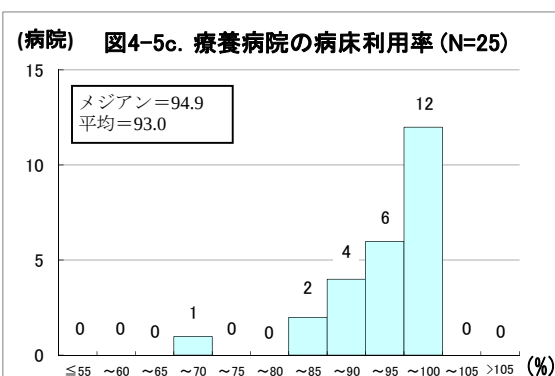
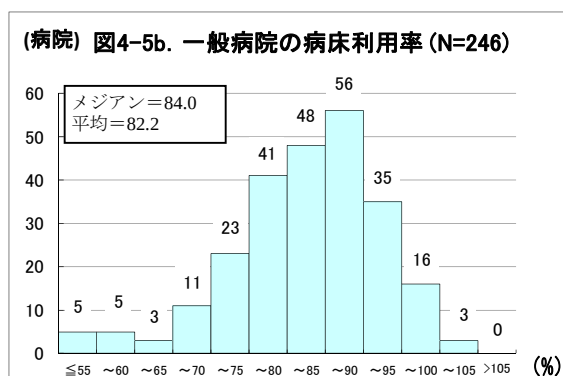
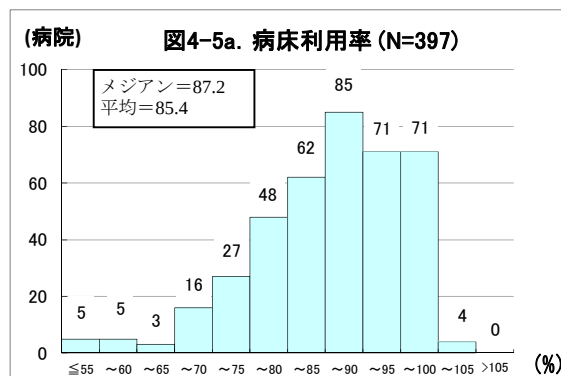
4.4 1日あたり患者数

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 76.0%、90.6%、88.7%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 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>

4.6 平均在院日数

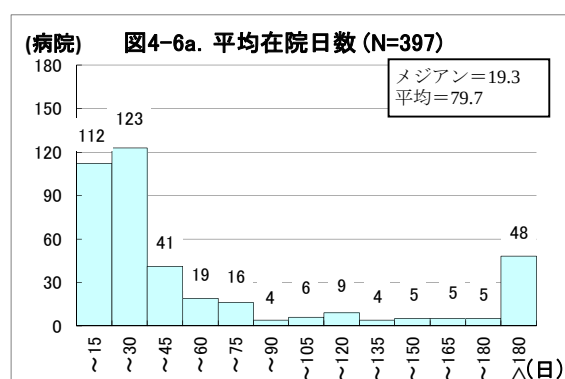
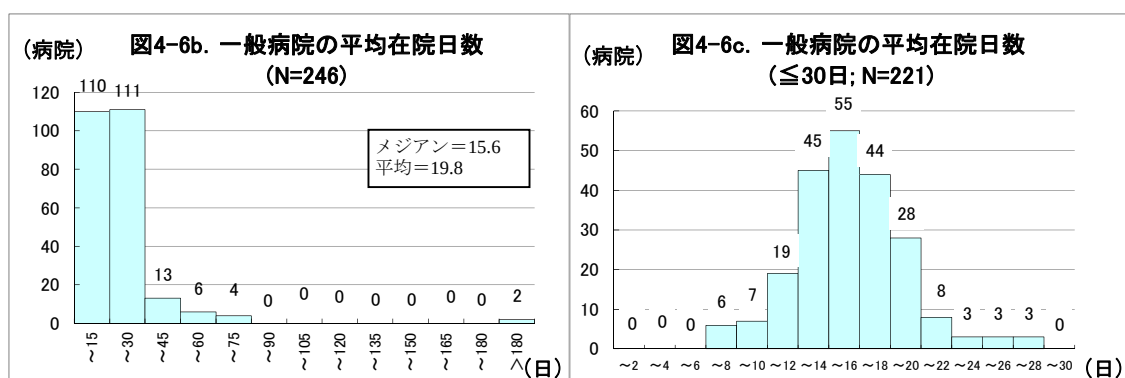


図 4-6a では、平均在院日数を示した。メジアンは 19.3 日であった。平均在院日数が 180 日を越える病院が 48 病院あった。全国の病院における平均在院日数は 31.2 日であった*。



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 15.6 日、平均は 19.8 日であった。図 4-6c は、図 4-6b のうち平均在院日数が 30 日以下の 221 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 17.5 日であり*、ほぼ同等の結果であった。

*参考：厚生労働省「平成 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>

4.7 他施設からの紹介率

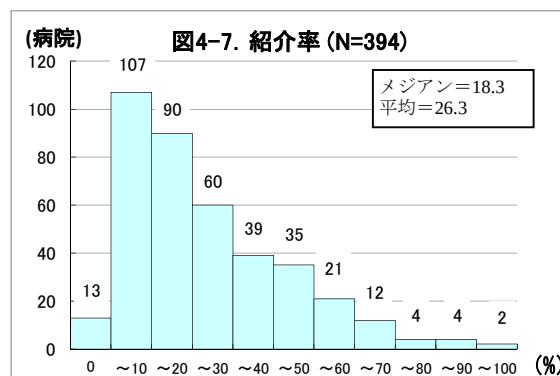


図 4-7 では、昨年度外来新患者に占める他の医療機関からの紹介患者の割合を紹介率 (%) として示した。100%を超えるものは対象外とした。メジアンは18.3%、平均は26.3%であった。

4.8 地域連携室の担当者配置状況

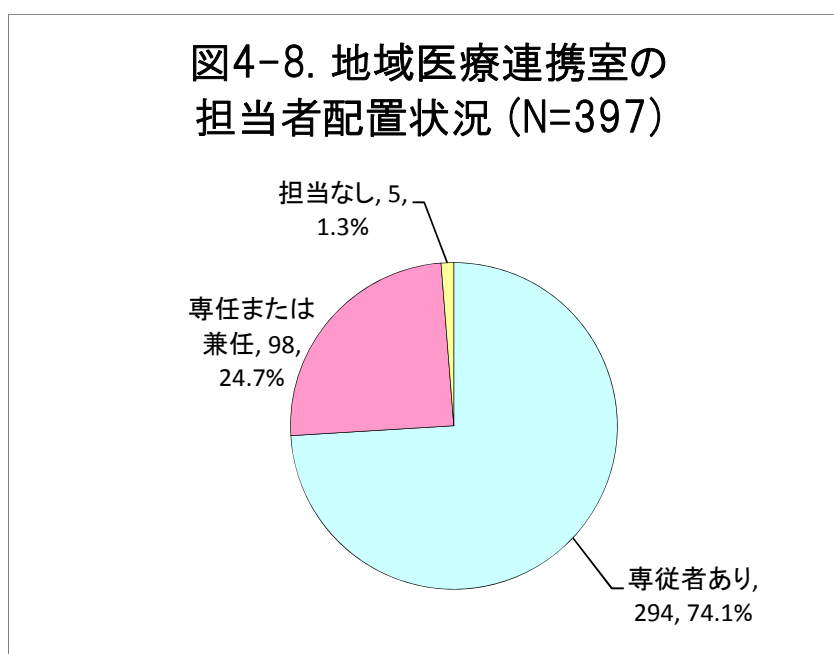


図 4-8 では、地域医療連携室の担当職員配置状況を示した。98.7%の病院で、地域医療連携に対して何らかの職員配置を行っていた。

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

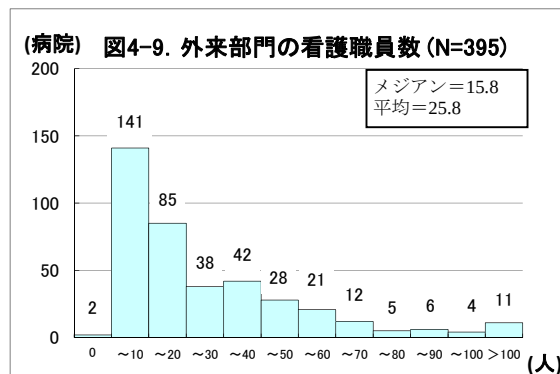


図 4-9 では、外来部門の看護職員配置状況を示した。メジアンは 15.8 人、平均は 25.8 人であった。なお、このデータは 1 日あたり外来患者数による補正を行っていない。

4.10 外来待ち時間調査の実施状況

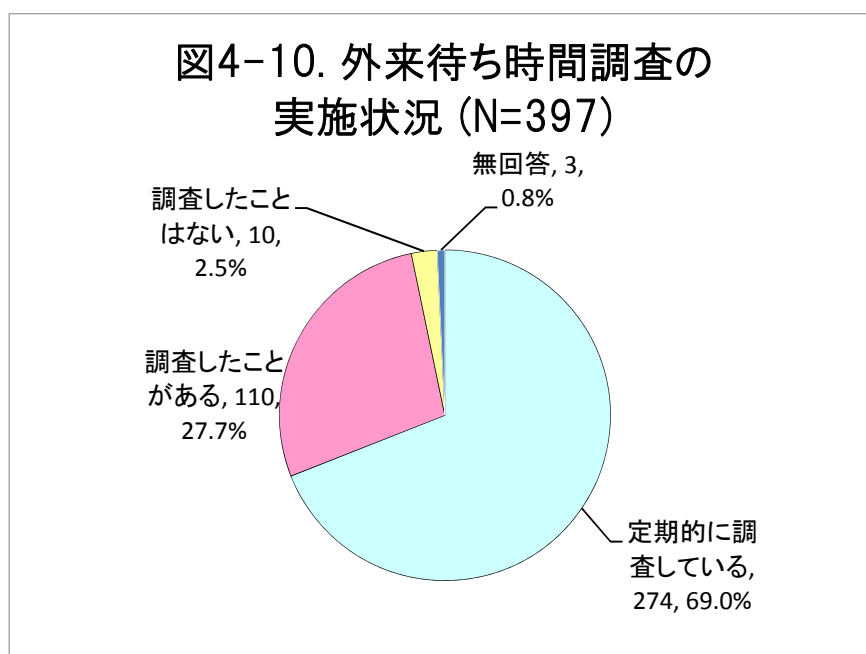


図 4-10 では、外来待ち時間調査の実施状況を示した。外来待ち時間調査を定期的実施している病院が 69.0%であった。

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

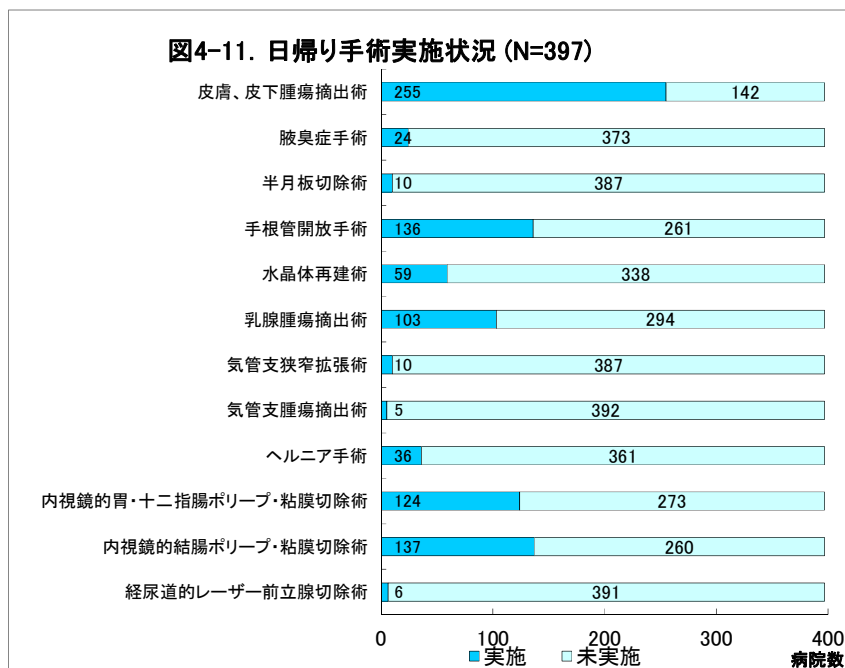


図 4-11 では、日帰り手術の実施状況を示した。皮膚・皮下腫瘍摘出術を日帰りで実施している病院が最も多く、ついで内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術、手根管開放手術の順であった。

4.12 外来化学療法

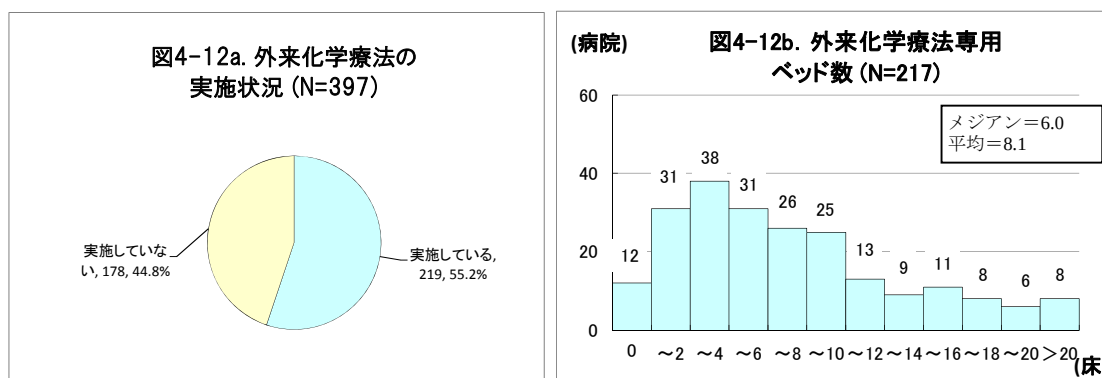


図 4-12 では、外来化学療法の実施状況を示した。外来化学療法を実施している 217 病院のうち、専用ベッドを有しない病院が 12 あった。外来化学療法専用ベッド数のメジアンは 6、平均は 8.1 であった。

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

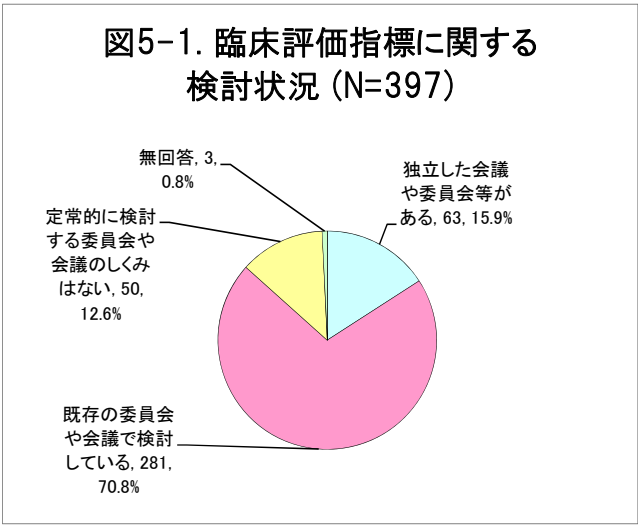


図 5-1 では、臨床評価指標に関する院内の検討状況を示した。会議や委員会の場で検討している病院が 86.6%であった。

5.2 院内で把握している臨床評価指標

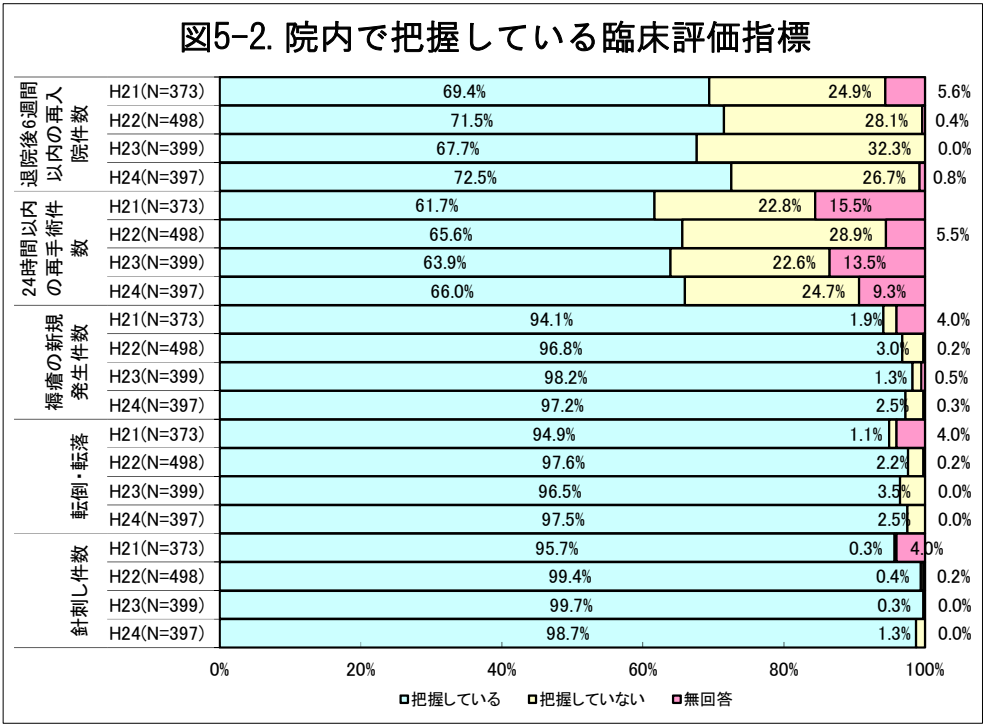


図 5-2 では、5 つの臨床指標の把握状況を年度推移で示した。95%以上の病院で、針刺し事故、転倒・転落の結果発生した骨折・頭蓋内出血件数、褥瘡の新規発生件数を把握していた。

5.3 院内で把握している臨床評価指標（件数）

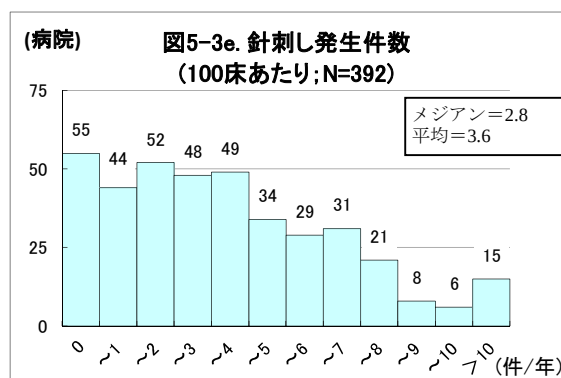
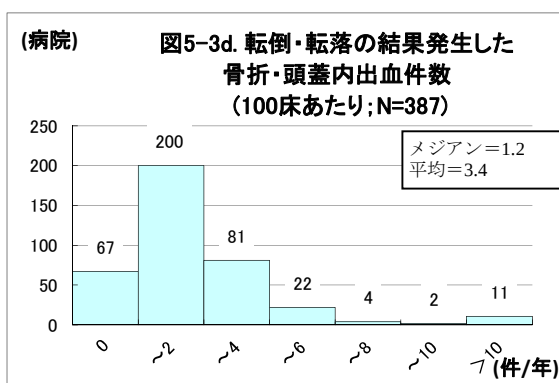
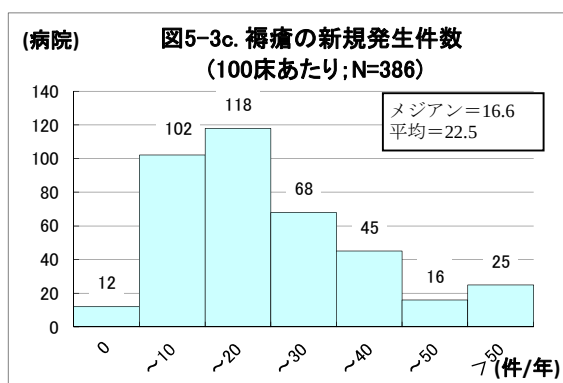
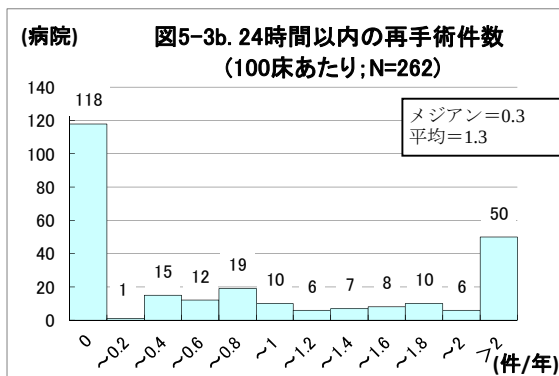
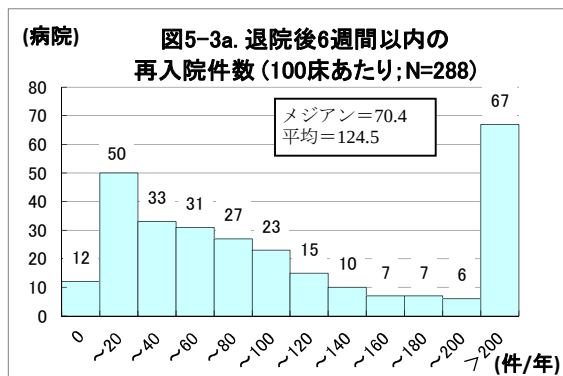


図 5-3a～e では、把握されている臨床指標の発生件数をそれぞれ 100 床あたりで示した。

第 6 章 救急部門

6.1 救急告示病院数

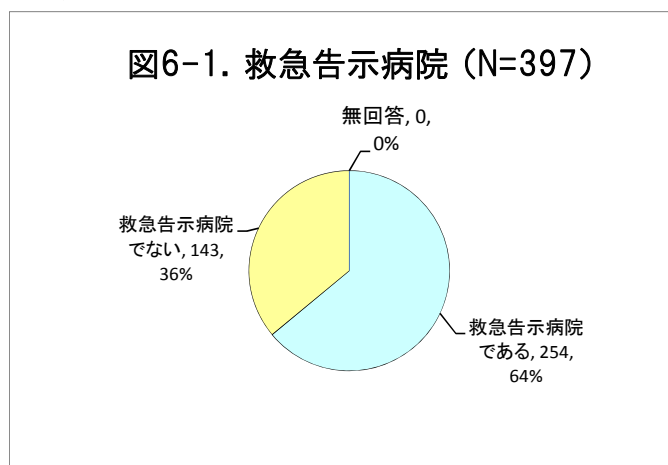


図 6-1 では救急告示の有無について示した。受審病院に占める救急告示病院は 64%であった。

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

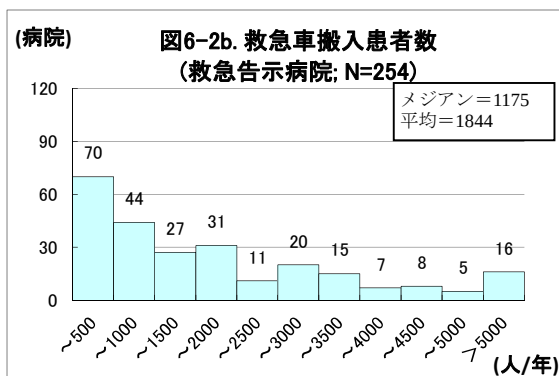
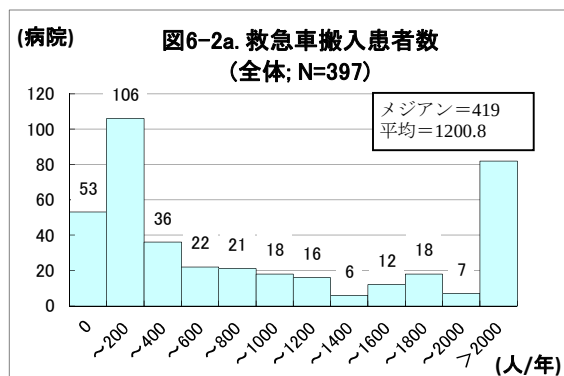


図 6-2a では、救急車搬入患者数について示した。メジアンは 419 人/年、平均は 1200.8 人/年であった。

また、救急告示病院 254 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 1175 人/年、平均値は 1844 人/年であった。

6.3 救急入院患者数

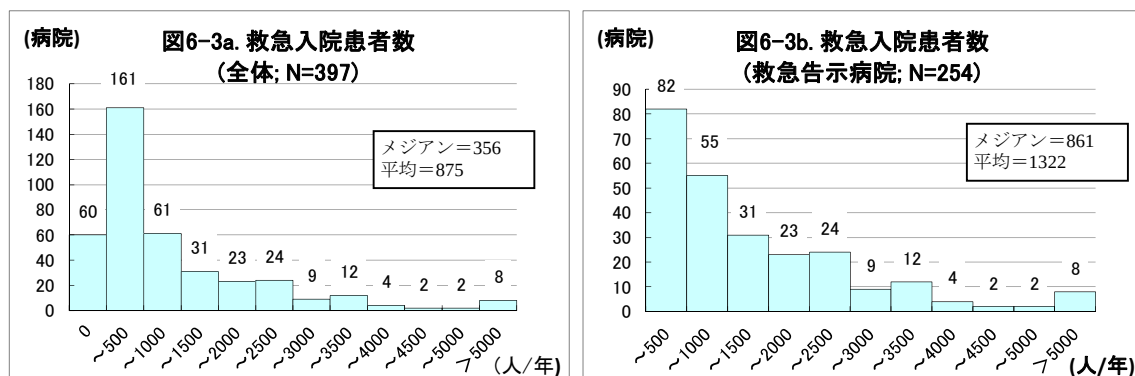


図 6-3 では、年間救急入院患者数を示した。救急告示病院 254 病院における救急入院患者数のメジアンは 861 人/年、平均は 1322 人/年であった。

6.4 精神科救急医療体制

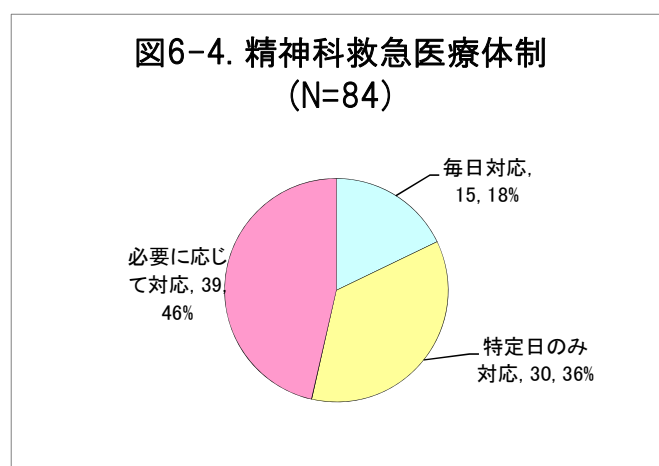
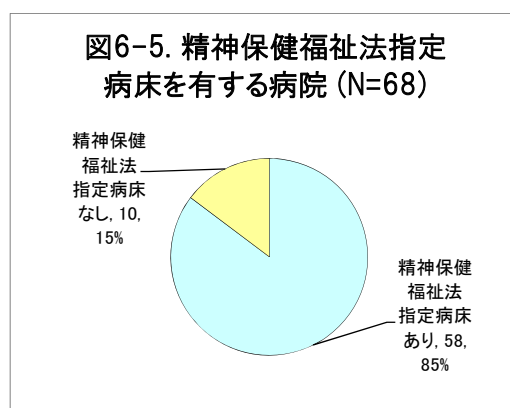


図 6-4 では、精神科救急医療体制について示した。精神科救急対応を行っている 84 病院のうち、毎日対応している病院は 15 病院（18%）、特定日に対応している病院は 30 病院（36%）、必要に応じて対応している病院は 39 病院（46%）であった。

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 68 病院中、精神保健福祉法による指定病床を有する病院は 58 病院（85%）であった。

6.6 夜間勤務体制

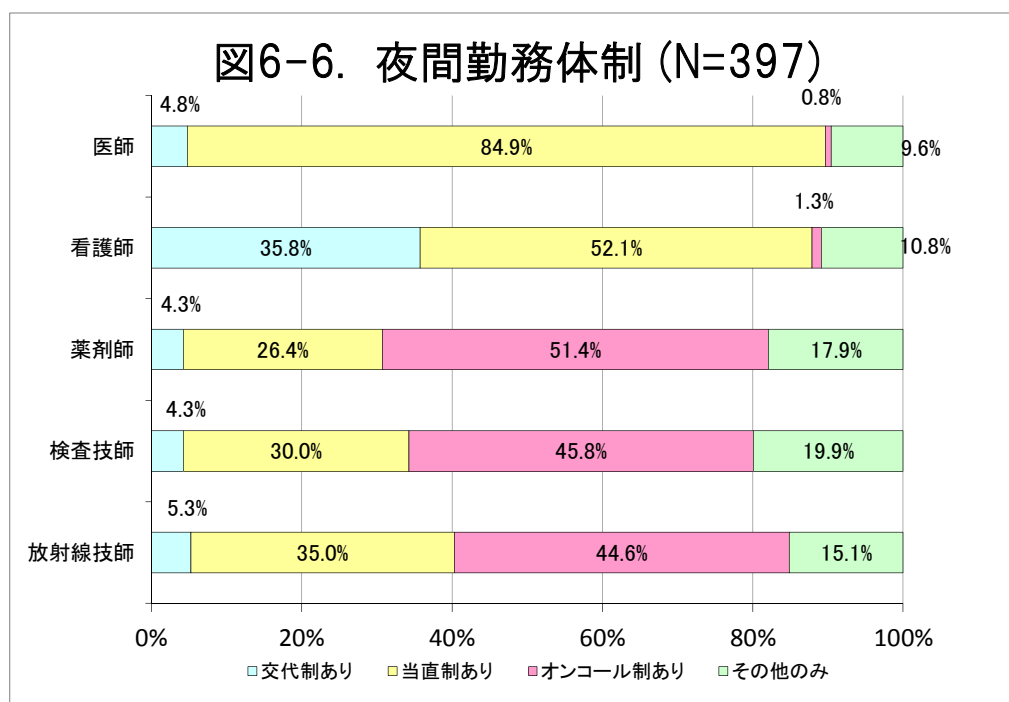


図 6-6 では、夜間勤務体制を示した。ここでは、「交代制＞当直制あり＞オンコール制あり＞その他」の順に充実度が高いものとみなし、複数回答がある場合にはより充実した体制の値に集約して集計した。なお、「4 交代制」などさらに充実した体制をとっている場合も「その他」に含まれることに注意が必要である。

第7章 薬剤部門

7.1 100床あたり薬剤師数

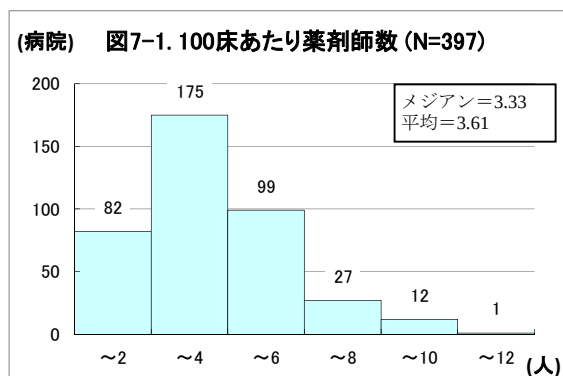


図 7-1 では、100 床あたりの薬剤師数を示した。平成 24 年医療施設調査によれば、100 床あたり薬剤師数の平均値は 2.8 人であり*、受審病院で薬剤師が手厚く配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成 24 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>

7.2 薬剤師の配置状況

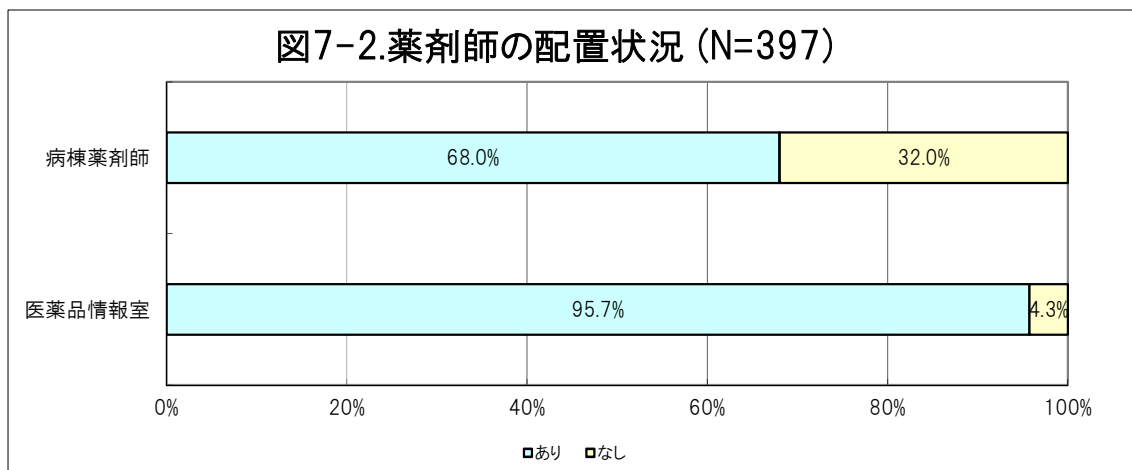


図 7-2 では、病棟薬剤師および医薬品情報室への薬剤師の配置状況を示した。病棟薬剤師が配置されている病院が 68.0%、医薬品情報室に薬剤師が配置されている病院が 95.7%であった。

7.3 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数

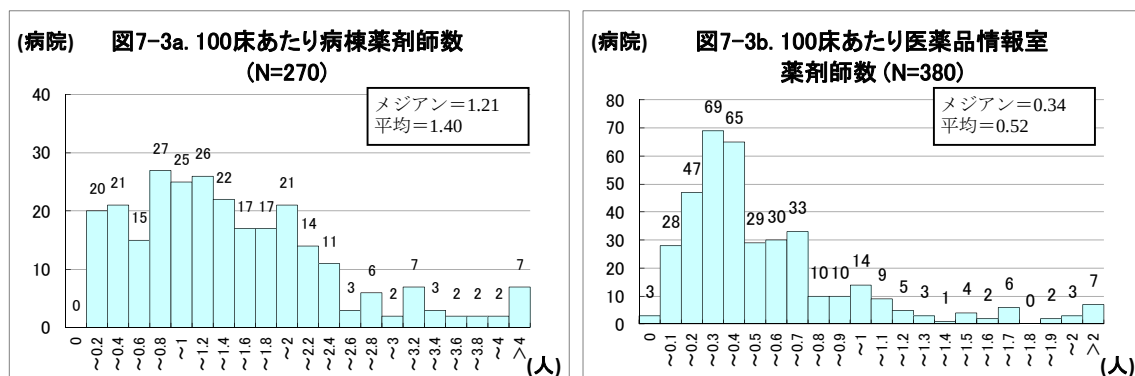


図 7-3 では、病棟薬剤師または医薬品情報室薬剤師を配置している病院における配置状況（人数）を示した。この人数は「7.1 薬剤師数」の内数である。

7.4 院外処方箋率（外来）

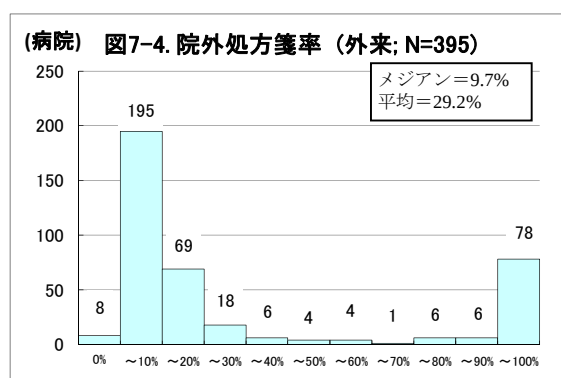


図 7-4 では、外来における全処方箋に占める院外処方箋の割合を示した。院外処方箋を発行していない病院が 8 あった。また、院外処方箋を発行している受審病院が、院外処方箋の割合が 10%以下の病院と 90%を超える病院の二極分化していることが示された。

7.5 薬剤部門での注射薬の混合

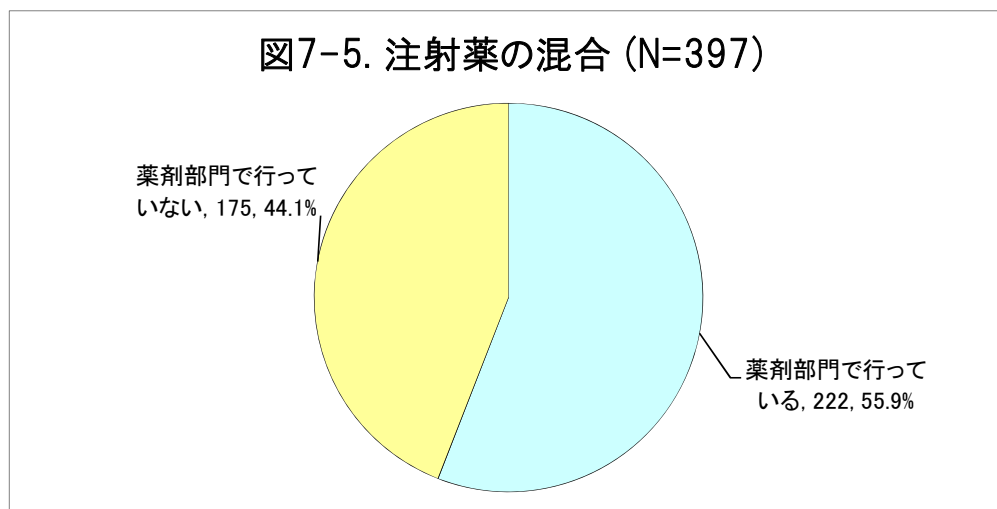


図 7-5 では、薬剤部門での注射薬の混合について示した。注射薬の混合を薬剤部門で行っている病院は 222 病院（55.9%）であった。

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）

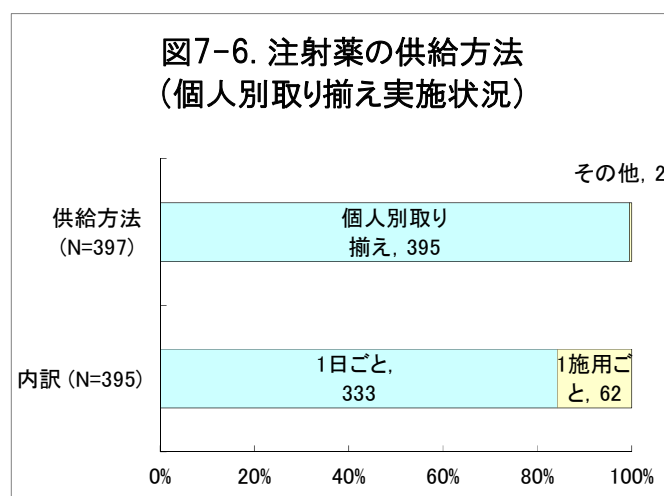


図 7-6 では、注射薬の供給方法について示した。395 病院（99.5%）が「個人別取り揃え」を実施しており、そのうち 333 病院（84.3%）で 1 日ごとの取り揃えを行っていた。

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

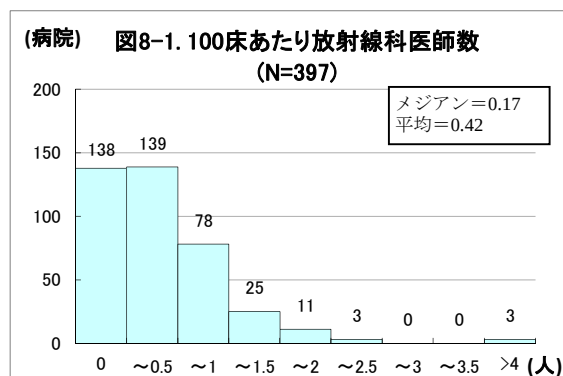


図8-1では、100床あたりの放射線科医師数の状況を示した。100床あたりのメジアンは0.17人、平均は0.42人であった。

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）

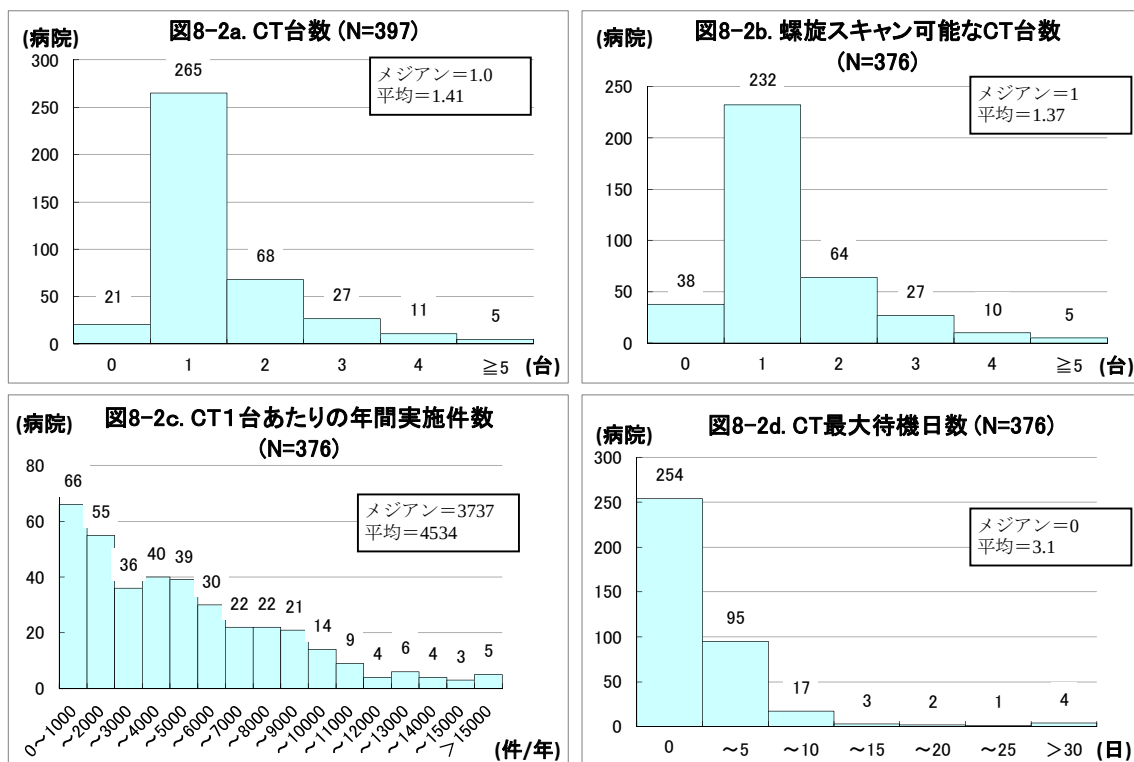


図8-2a～dでは、CTの状況について示した。図8-2b～cでは、CTを1台以上保有していると回答した376病院のデータをまとめた。図8-2dのCTの待機日数（撮影待日数）は、直近の最大待ち日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは0日、平均は3.1日であった。

8.3 MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

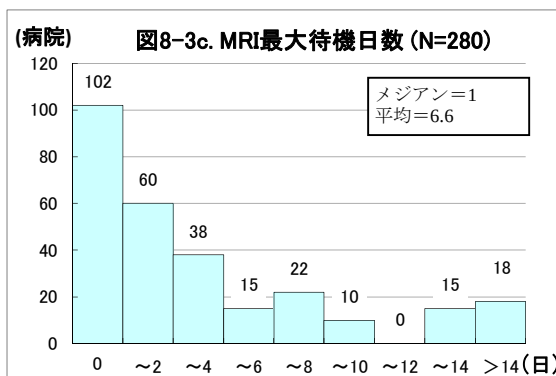
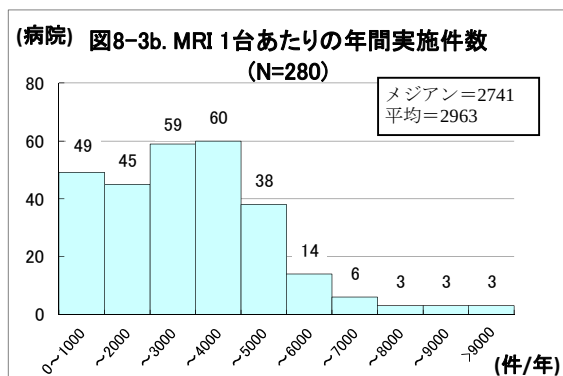
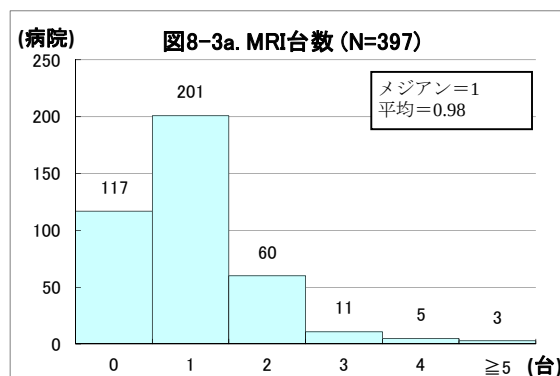


図 8-3a～c では、MRI の状況について示した。図 8-3b～c では、MRI を 1 台以上保有していると回答した 280 病院のデータをまとめた。図 8-3c の待機日数（撮影待日数）は、前項同様直近の最大待機日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは 1 日、平均は 6.6 日であった。

8.4 放射線科医による報告書作成・読影

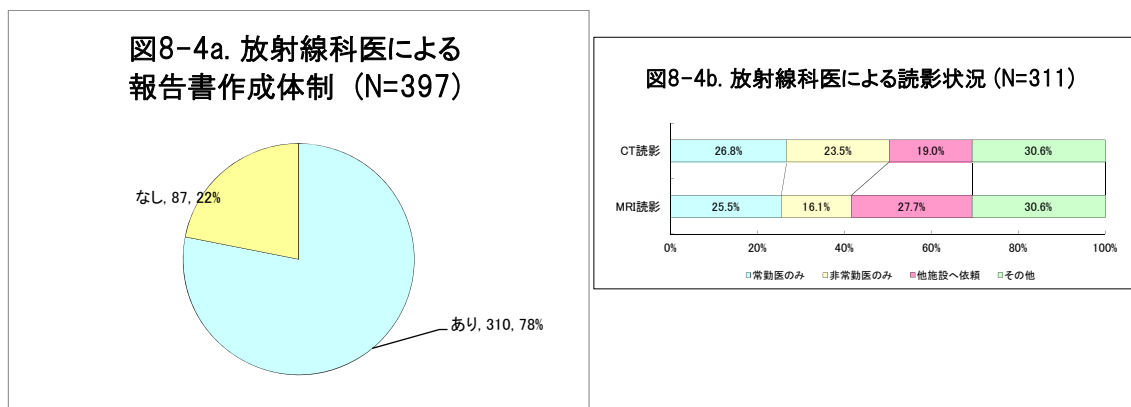


図 8-4a および b では、放射線科医による報告書作成体制および読影の状況を示した。放射線科医による報告書作成体制がある 310 病院中、約 26%の病院で常勤放射線科医による読影を実施していた。

8.5 各種超音波検査の実施状況

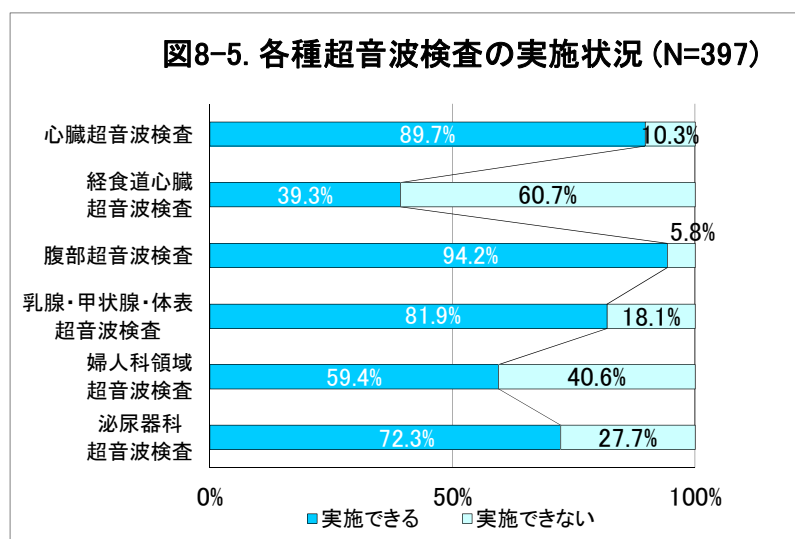


図 8-5 では、各種超音波検査の実施状況（検査の可否）について示した。腹部超音波検査を実施している病院が最も多く、次いで心臓超音波検査であった。

8.6 画像の遠隔診断

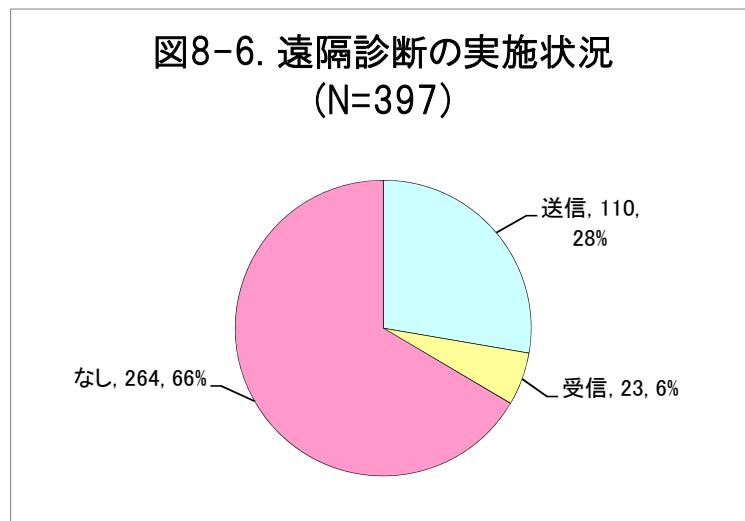


図 8-6 では、遠隔診断の実施状況を示した。遠隔画像診断の実施状況は送信側（画像の撮影が行われる医療機関）が 28%、受信側（画像診断が行われる医療機関）が 6%であった。

8.7 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）

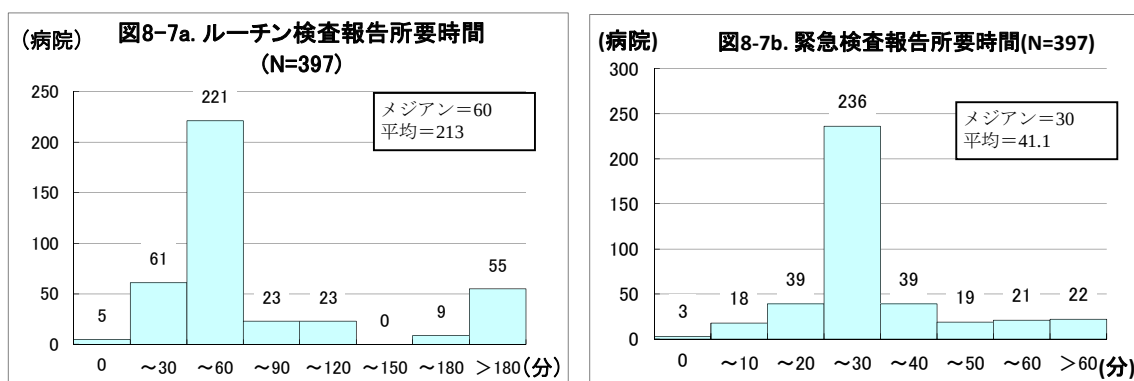


図 8-7a および b では、主要な血液・生化学検査の結果報告までの時間を示した。ルーチン検査のメジアンおよび平均は 60 分および 213 分であり、緊急検査の検査報告所要時間は 30 分および 41.1 分であった。

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

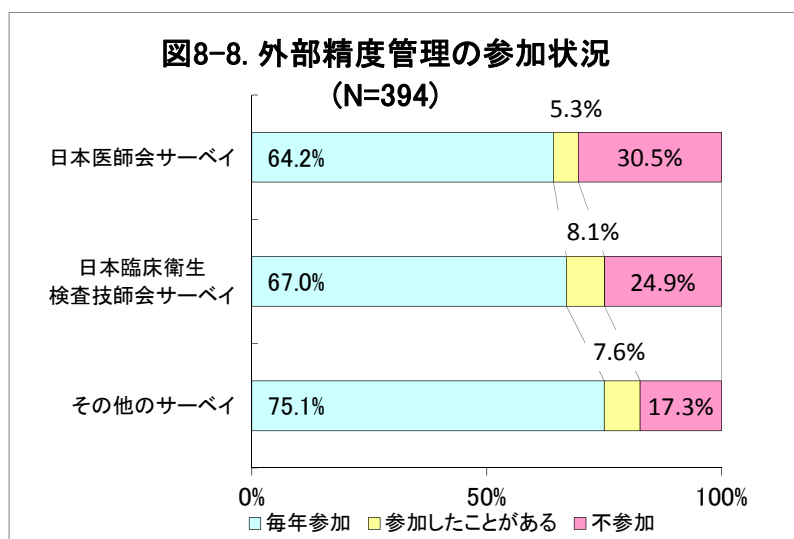


図 8-8 では、外部精度管理の参加状況について示した。約 8 割の病院において、何らかの外部サーベイに毎年参加していた。

8.9 病理医配置状況

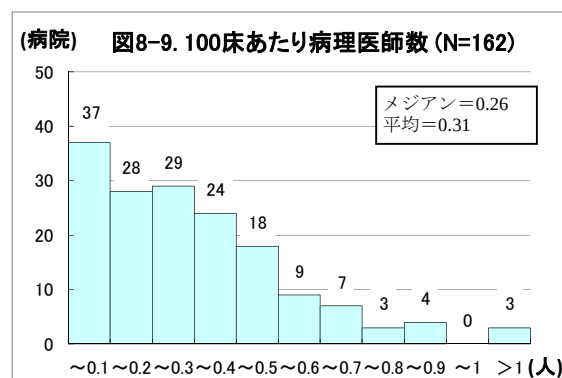


図 8-9 では、100 床あたりの病理医師数を示した。病理医のいる 162 病院におけるメジアンは 0.26 人、平均は 0.31 人であった。

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

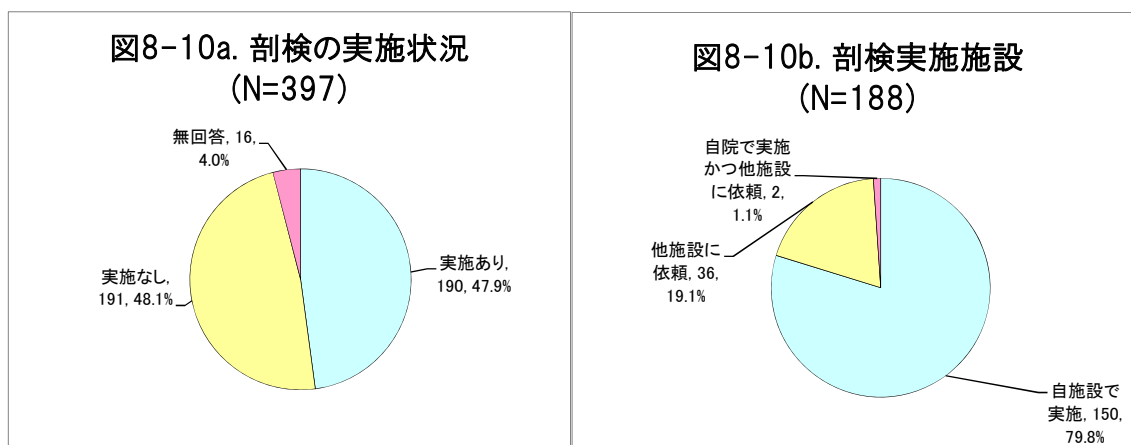


図 8-10a および b では、剖検の実施状況を示した。剖検を実施している 190 病院の約 8 割の病院が自施設で剖検を実施していた。

8.11 死亡退院率・剖検率

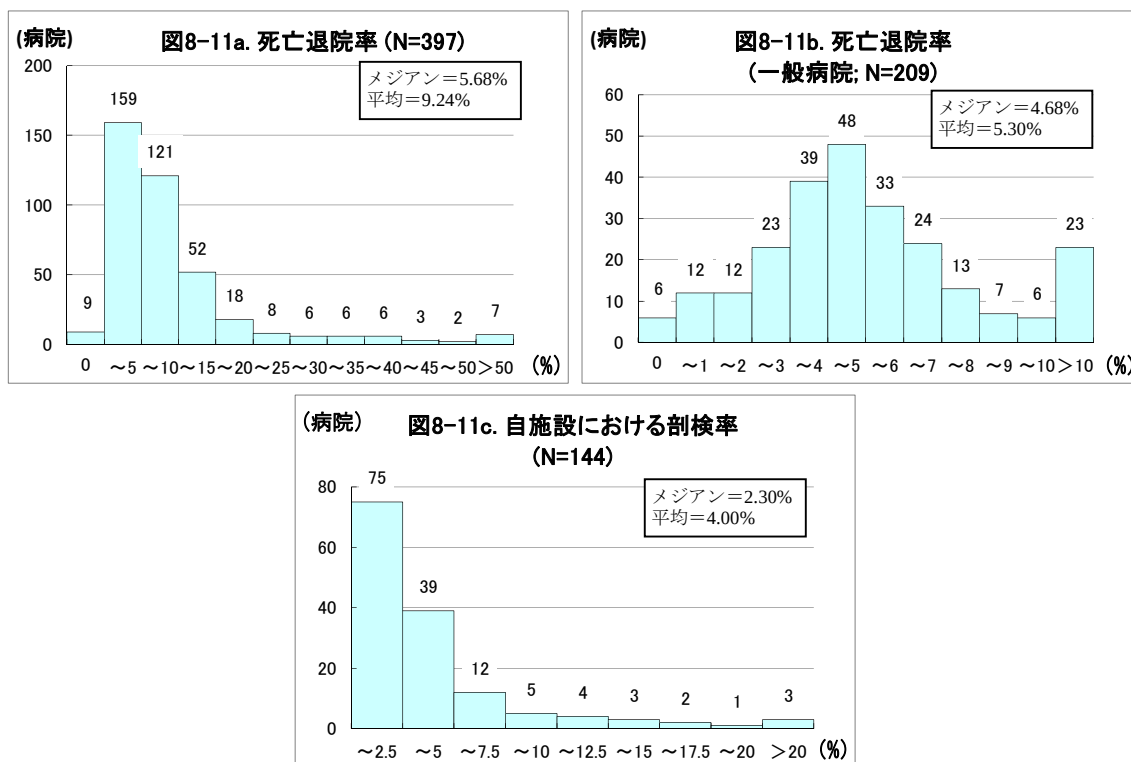


図 8-11a および b では、死亡退院率（退院患者に占める死亡退院の割合）を示した（b は一般病院に限定した死亡退院率を示している）。また、図 8-10c では、自施設での剖検率（死亡患者のうち、自施設で剖検を実施する割合）を示した。自施設での剖検率が 20%を超える病院が 3 施設あった。

8.12 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）

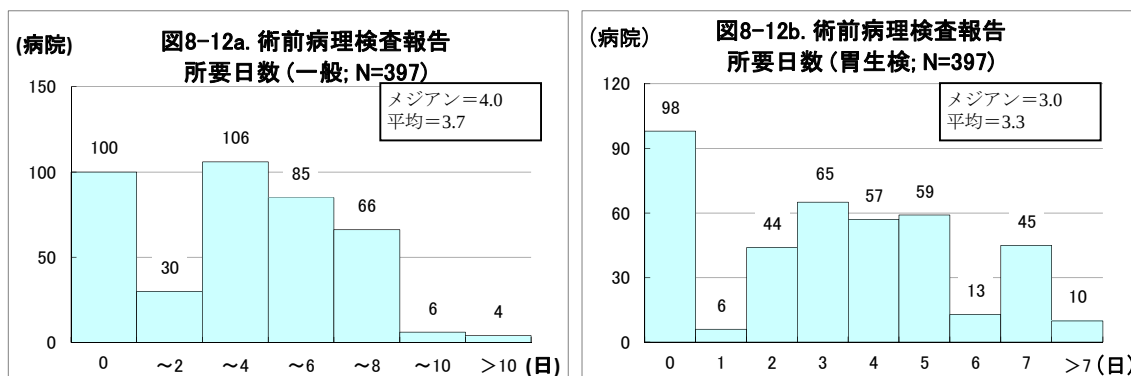


図8-12 a および b では、術前病理検査報告所要日数について、一般病理検査と胃生検に分けて示した。メジアンはそれぞれ4.0日、3.0日であった。

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

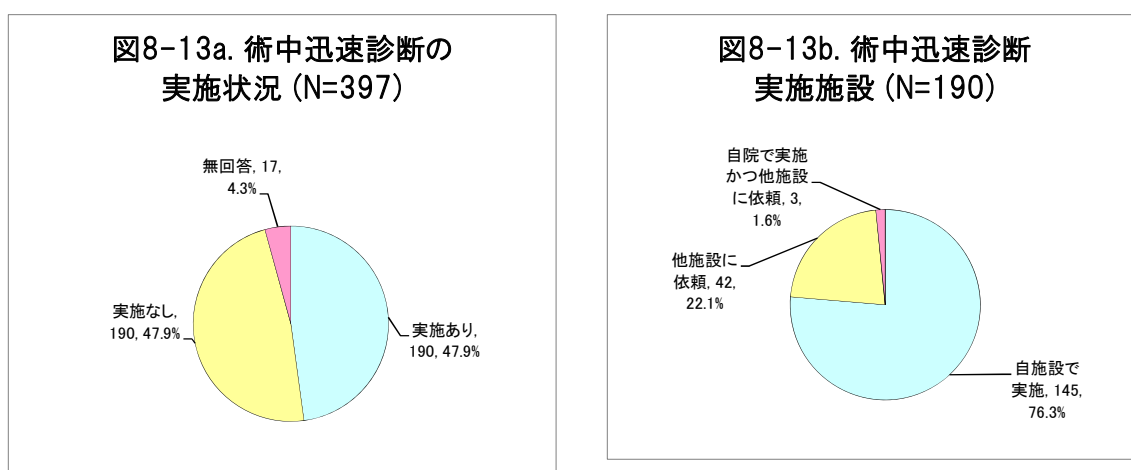


図8-13 a および b では、術中迅速診断の実施状況を示した。受審病院の47.9%で術中迅速診断を実施しており、自施設で実施している病院はそのうち約8割であった。

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

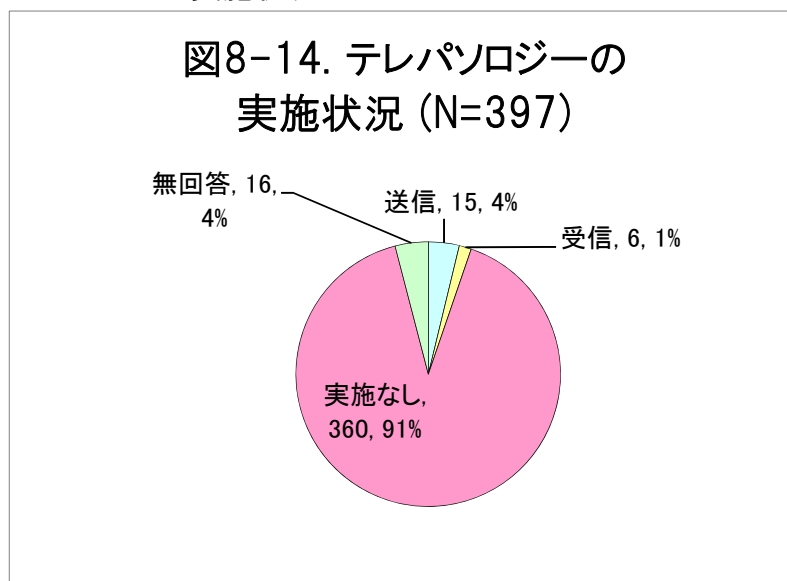


図 8-14 では、テレパソロジーの実施状況を示した。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の実施状況は、「送信側」（検体採取が行われる医療機関）が 4%、「受信側」（画像診断が行われる医療機関）が 1%であった。

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

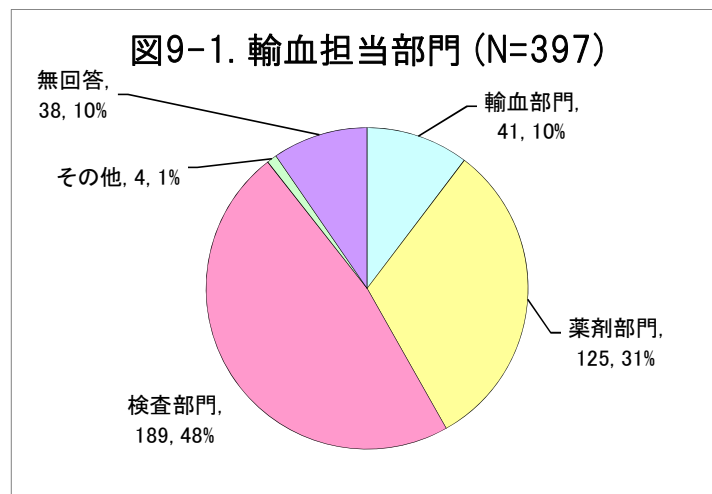


図 9-1 は、輸血担当部門の状況について示した。輸血担当部門が独立している病院は 41 病院、独立しておらず薬剤部門として管理している病院は 125 病院、検査部門として管理している病院は 189 病院、その他は 4 病院であった。

9.2 輸血担当医師数

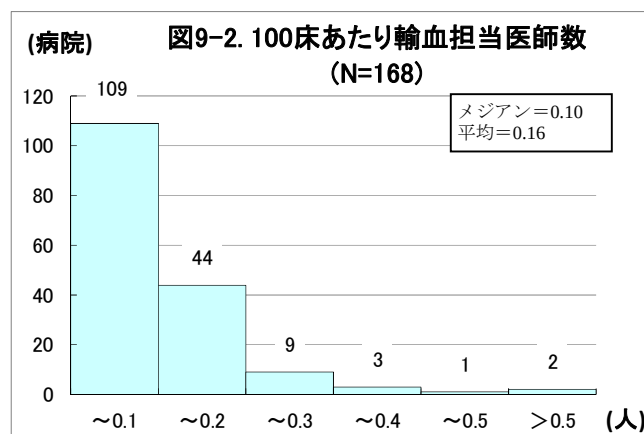


図 9-2 では、輸血担当医師数（輸血部門の常勤専従医師、常勤専任又は兼任医師、非常勤医師の常勤換算数）を示した。図中には、輸血担当医師が配置されている 168 病院におけるメジアンおよび平均を示した。

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

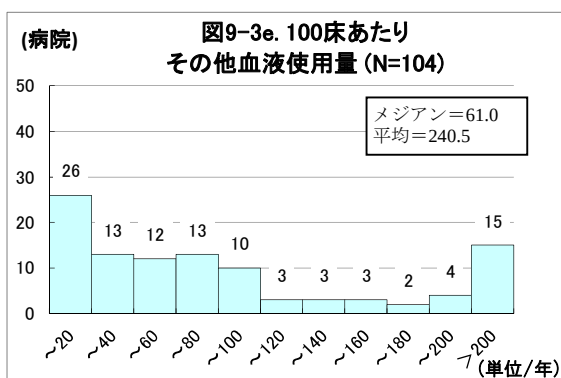
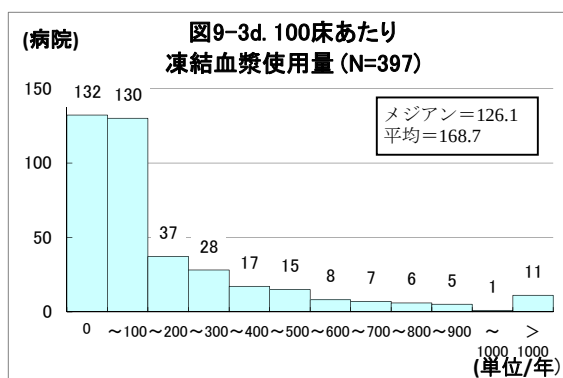
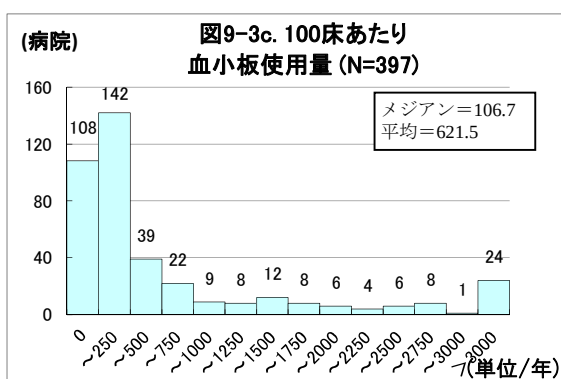
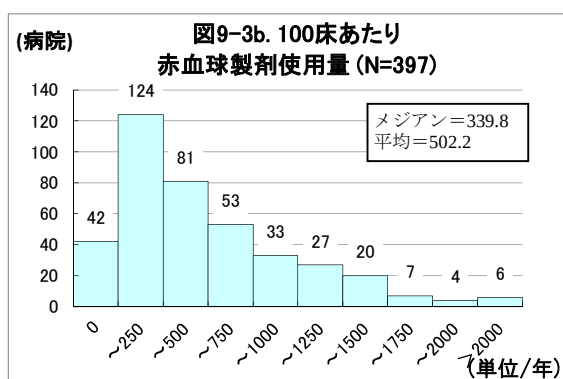
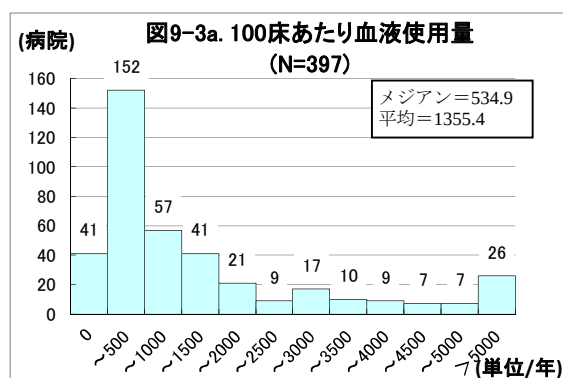


図9-3aでは、100床あたりの血液使用量の総数について示した。また、図9-3b～eでは、赤血球製剤、血小板、凍結血漿、その他血液の使用量（内数）を示した。

9.4 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況

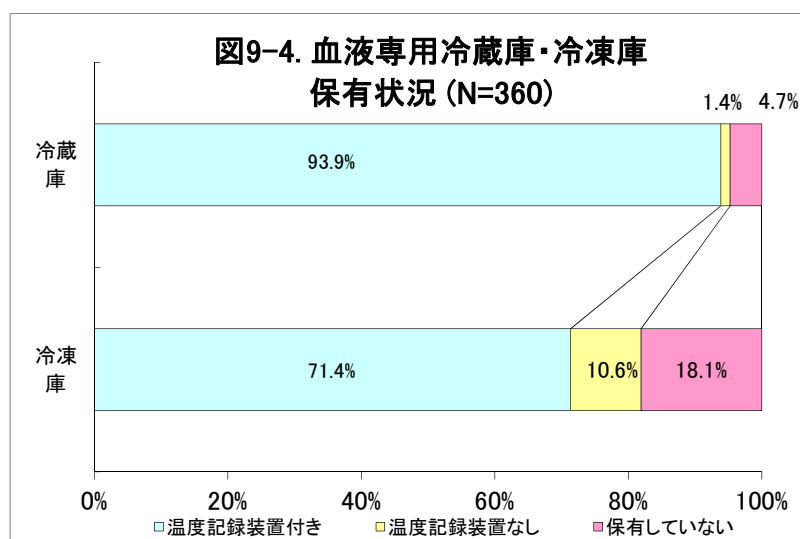


図 9-4 では、血液専用冷蔵庫・冷凍庫の保有状況を示した。血液専用の冷蔵庫を保有している病院は 343 病院（95.3%）であり、そのうち自記温度記録装置付き冷蔵庫を保有している病院は 338 病院であった。また、凍結血漿専用の冷凍庫（ -20°C 以下）を保有している病院は 285 病院（81.9%）であり、そのうち自記温度記録装置付き冷凍庫を保有している病院は 257 病院であった。

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

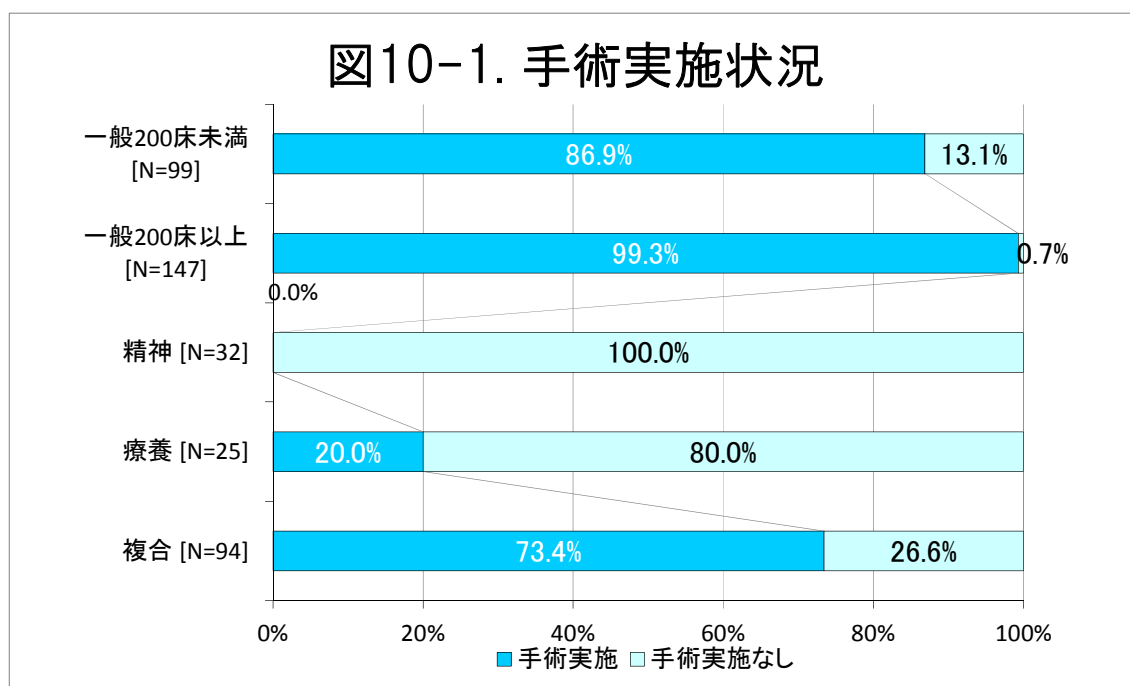


図 10-1 では、病床種別ごとの手術実施状況について示した。一般 200 床未満の 86 病院（86.9%）、一般 200 床以上の 146 病院（99.3%）、療養病院の 5 病院（20.0%）、複合病院の 69 病院（73.4%）で手術を実施していた。精神科病院では手術を実施している病院はなかった。

10.2 100 床あたり手術室数

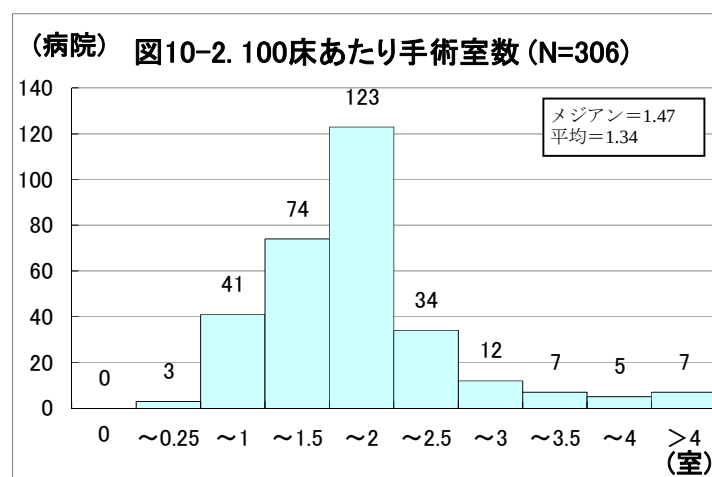


図 10-2 では、手術を実施している 306 病院について、100 床あたりの手術室数を示した。

10.3 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率

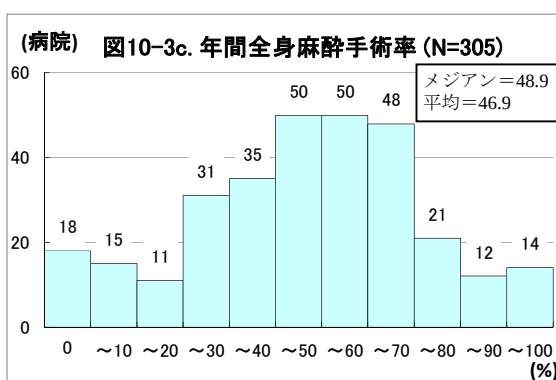
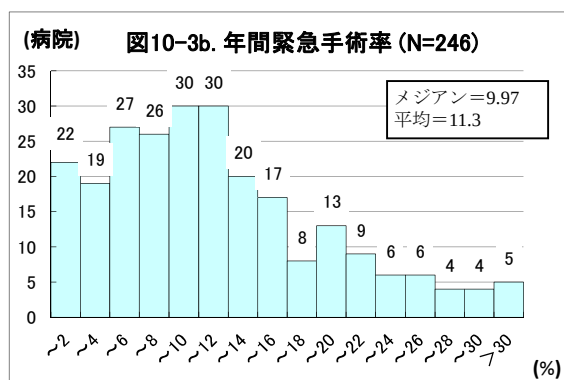
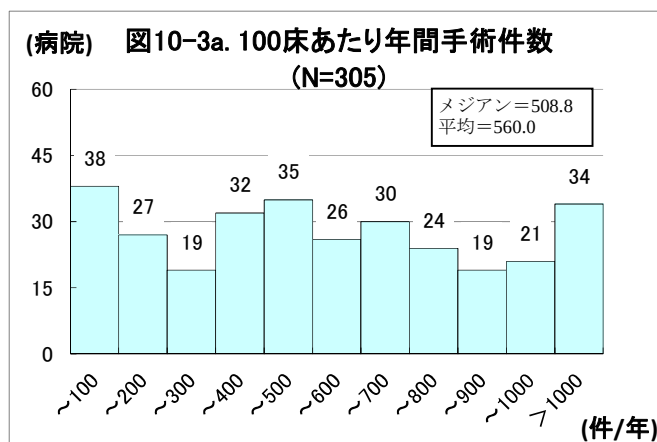


図 10-3a では、手術を実施している 305 病院における 100 床あたりの年間手術件数を示した。また、図 10-3b および c では、以下の式に基づき年間の手術に占める緊急手術および全身麻酔手術の割合を示した。

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

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

10.4 手術 1000 件あたり麻酔科医

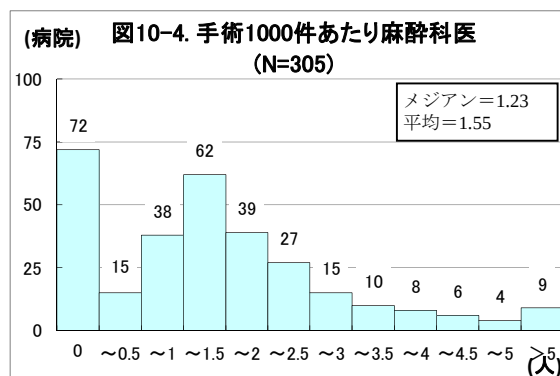


図 10-4 では、手術 1000 件あたり麻酔科医数を示した。手術を実施している 305 病院におけるメジアンは 1.23 人、平均 1.55 人であった。

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

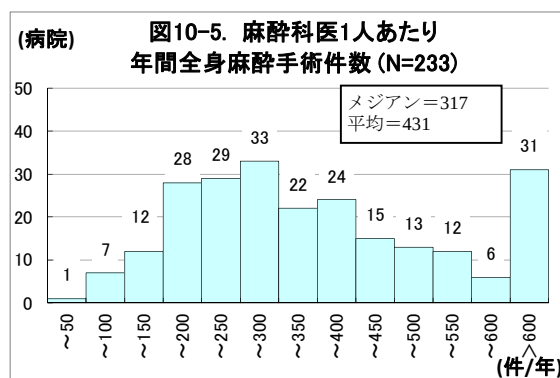


図 10-5 では、麻酔科医 1 人あたりの年間全身麻酔手術件数を示した。メジアンは 317 件、平均は 431 件であった。

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

10.6 年間全身麻酔手術件数と麻酔科医数

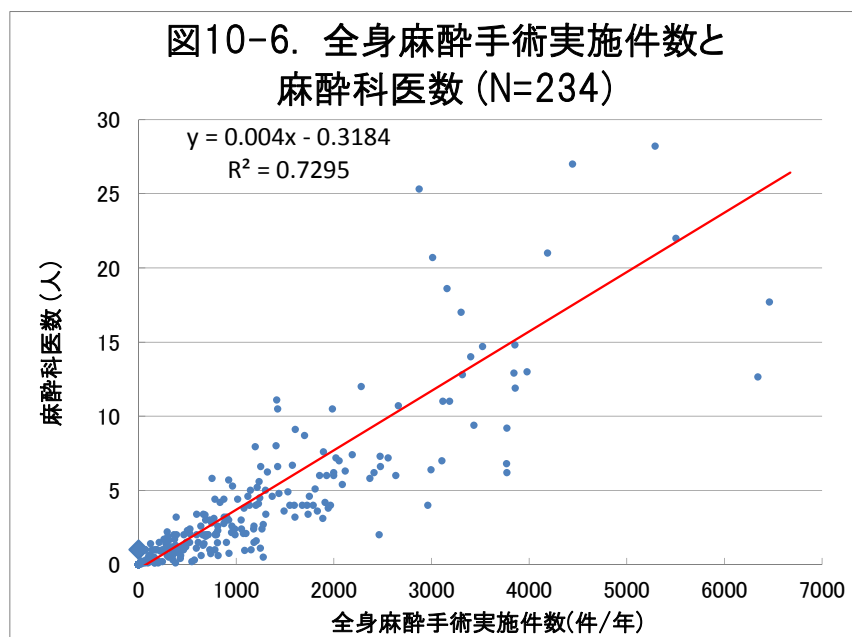


図 10-6 では、年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数（常勤換算）の関係を散布図で示した。全身麻酔手術件数と麻酔科医数の一次近似式は

$$y = 0.004x - 0.3184 \quad (R^2 = 0.7295)$$

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 2500 件を超えるあたりからは、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

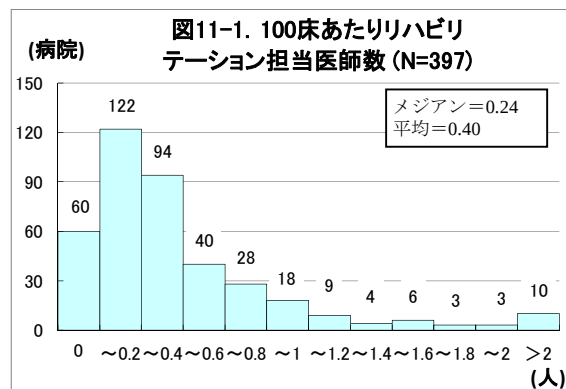
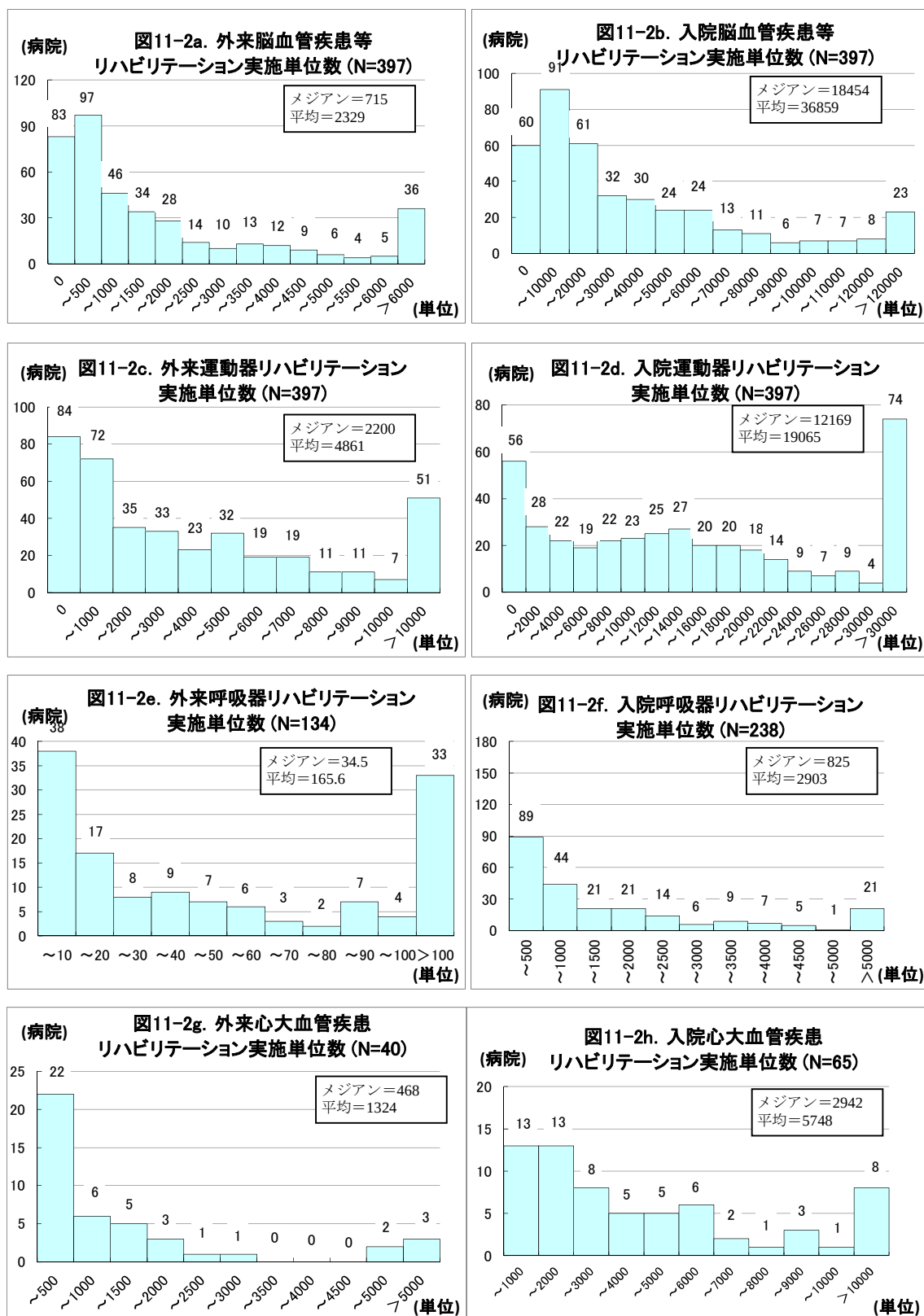


図11-1では、リハビリテーション担当医師数について示した。リハビリテーション担当医師数は、常勤の専従医師、常勤の専任・兼任医師の常勤換算数、および非常勤医師の常勤換算数の合計である。メジアンは0.24人/100床、平均は0.40人/100床であった。

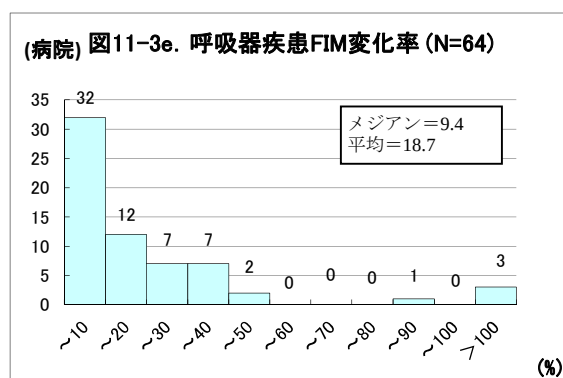
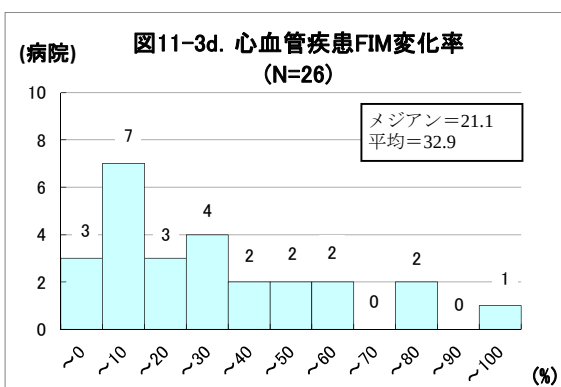
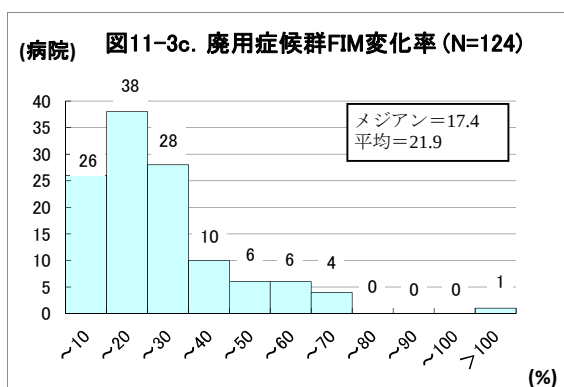
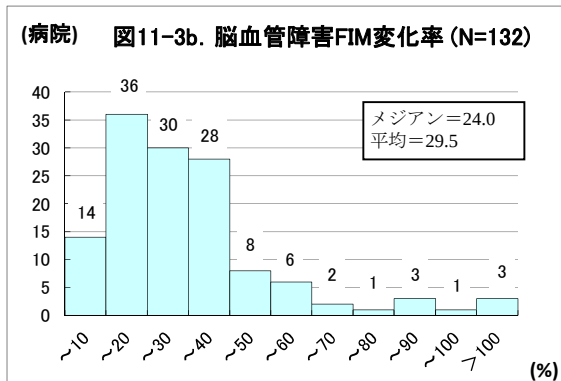
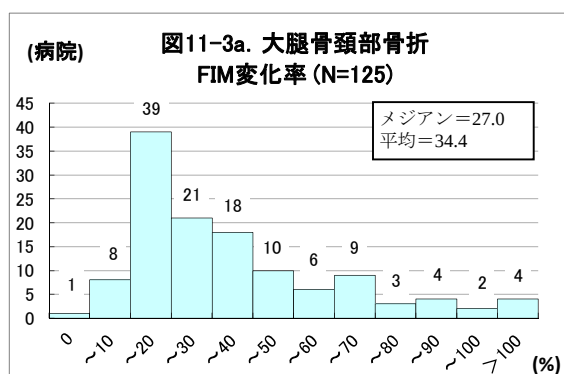
11.2 外来/入院リハビリテーション実施単位

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

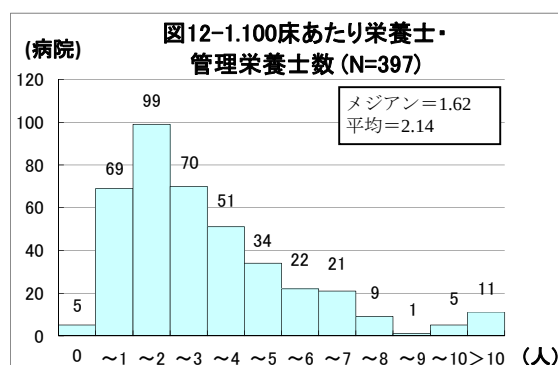


図12-1では、100床あたりの栄養士・管理栄養士数について示した。メジアンは1.62人、平均2.14人であった。100床あたりの管理栄養士・栄養士数の全国値は1.6人であり*、ほぼ同等の管理栄養士・栄養士が配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成24年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12>

12.2 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数

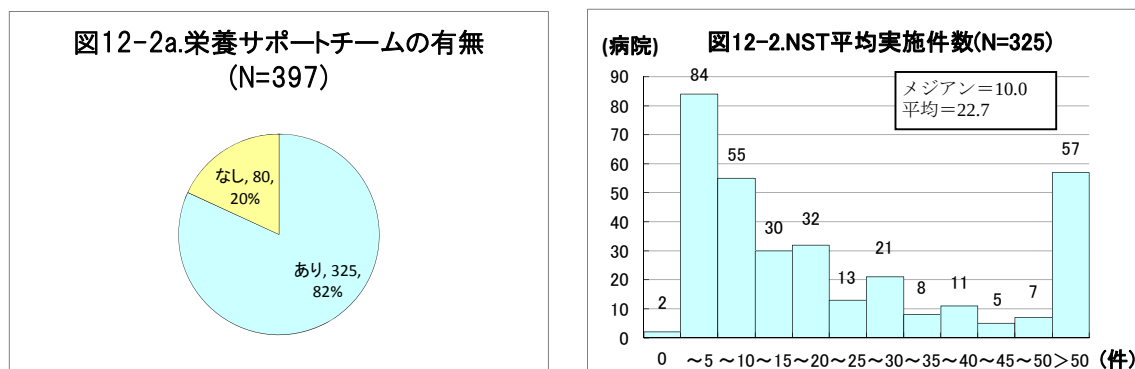
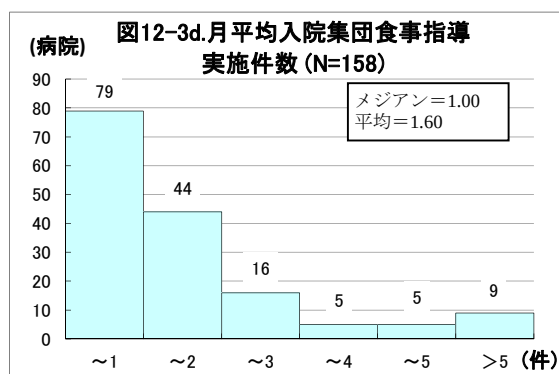
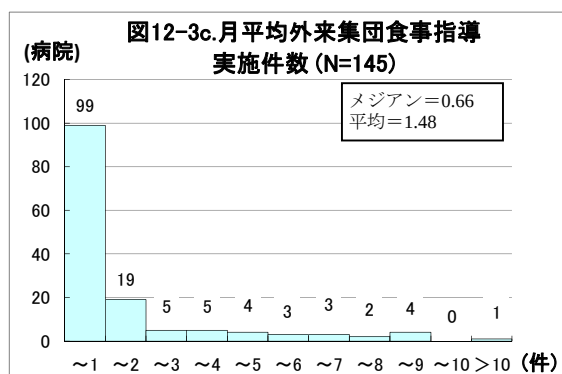
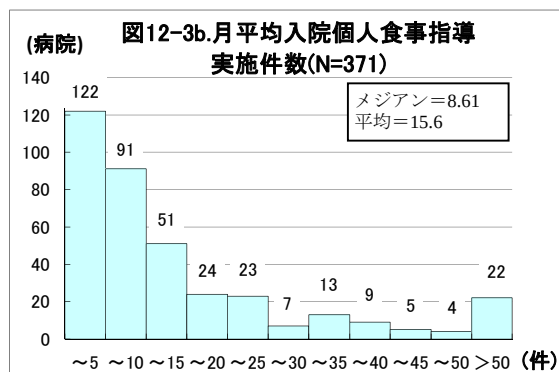
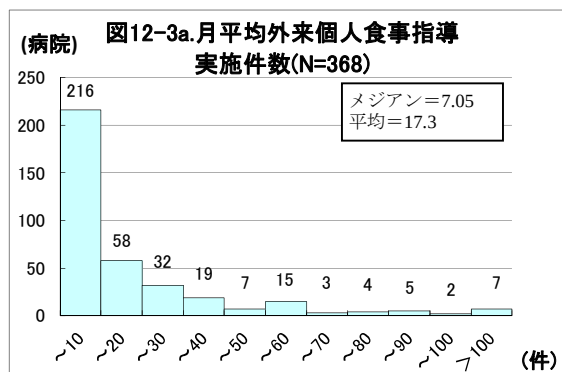


図12-2aおよびbでは、栄養サポートチーム（NST）の有無および月平均実施件数について示した。NSTがある病院は325病院（82%）であった。NSTによる栄養指導件数が月50件を越える病院が57病院あった。メジアンは10.0件/月、平均は22.7件/月であった。

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

12.3 月平均栄養食事指導実施件数

図12-3a～dでは、栄養食事指導実施件数について示した。栄養食事指導実施件数の記入があったものを対象とした。



第 13 章 診療情報管理部門

13.1 診療録・診療情報管理士数

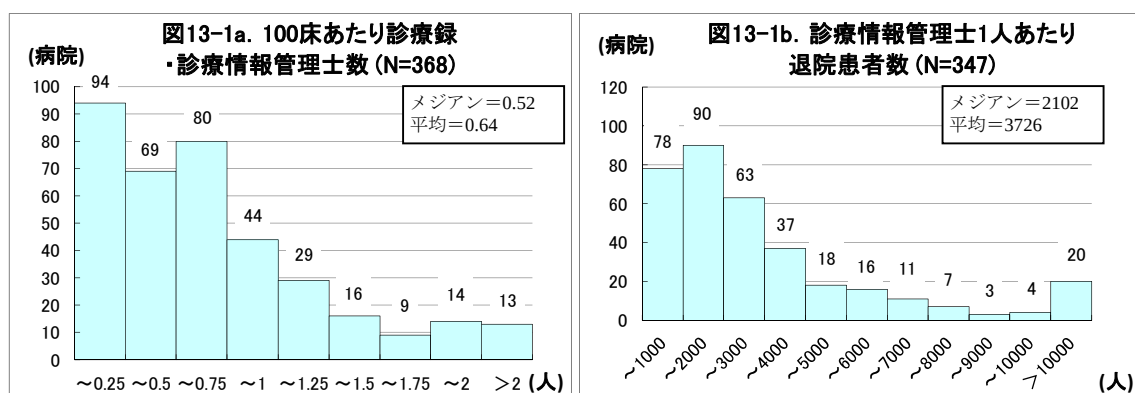


図 13-1a および b では、100 床あたりの診療録・診療情報管理士数および診療録・診療情報管理士 1 人あたりの退院患者数をそれぞれ示した。診療録・診療情報管理士 1 人あたり退院患者数のメジアンは 2102 人、平均は 3726 人であった。

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

13.2 診療録番号の管理

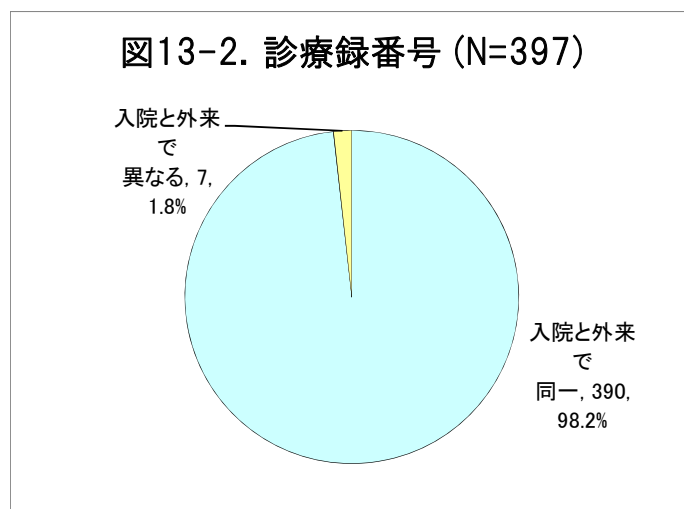


図 13-2 では、診療録番号管理方法を示した。同一患者には入院と外来で同一の番号を付与している病院が 98.2%であった。

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

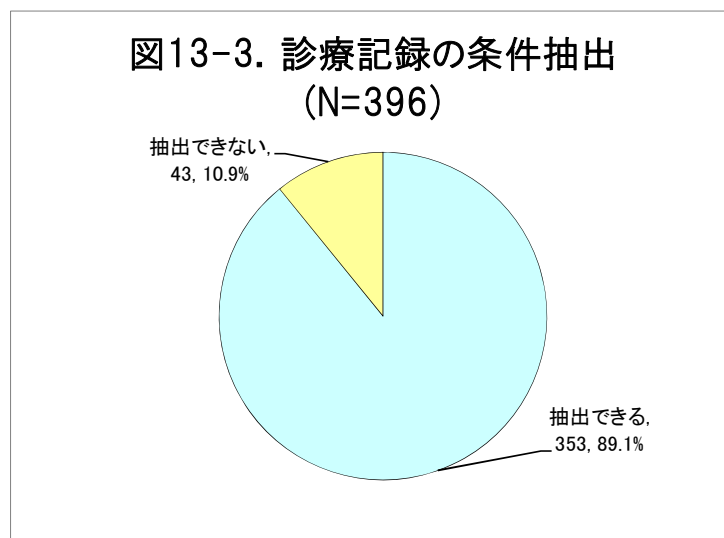


図 13-3 では、診療記録からデータを抽出可能であるかどうかを示した。条件に該当するデータを抽出できるとした病院が 89.1%であった。

13.4 2週間以内の退院時サマリー作成率

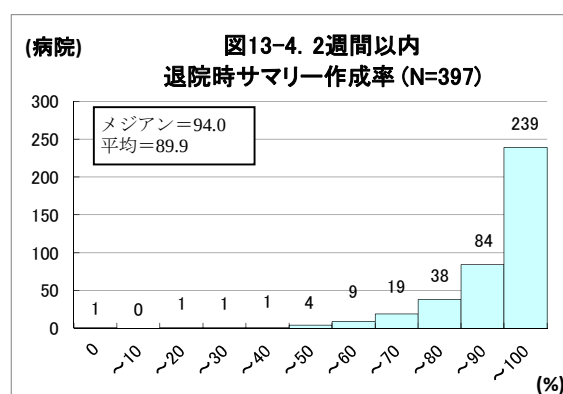


図 13-4 では、2 週間以内の退院時サマリー作成率について示した。

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

第 14 章 医療社会福祉・在宅医療支援部門

14.1 患者相談担当者配置状況

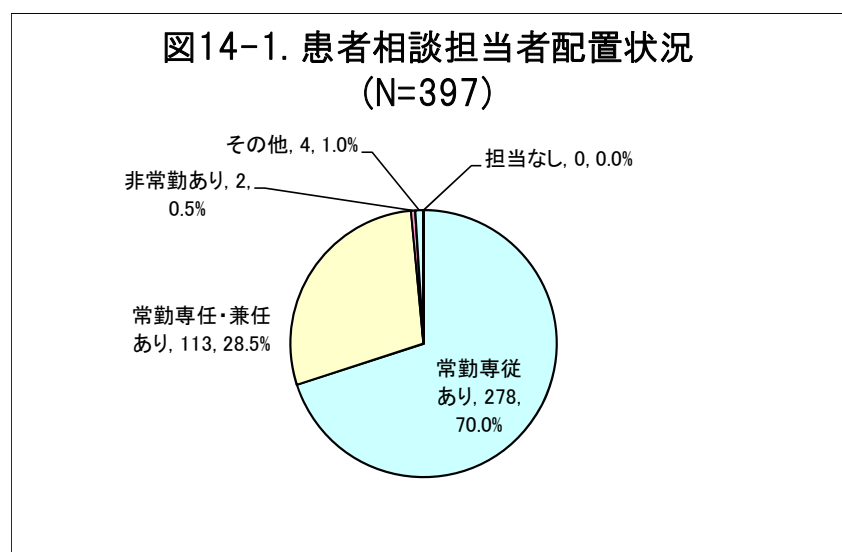


図 14-1 では、患者相談担当者の配置状況を示した。98.5%の病院で常勤担当者を配置していた。

14.2 患者相談職員数

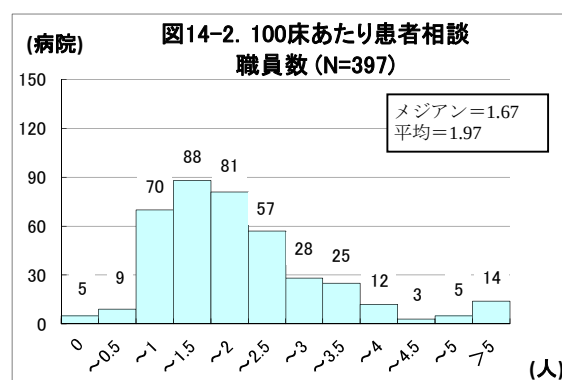


図 14-2 では、100 床あたりの患者相談担当職員数を示した。メジアンは 1.67 人、平均は 1.97 人であった。

14.3 月平均患者相談実施件数（入院・外来）

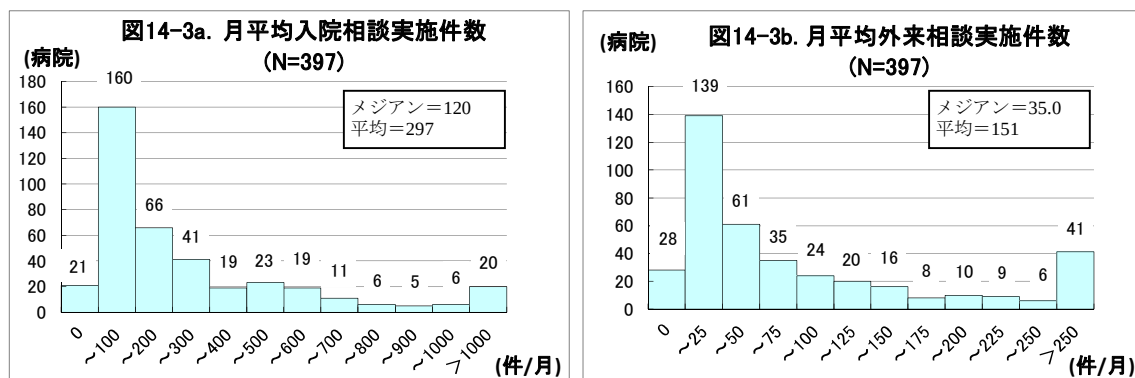


図14-3a および b では、月平均患者相談実施件数（入院・外来）についてそれぞれ示した。入院のメジアンおよび平均はそれぞれ 120 件および 297 件、外来のメジアンおよび平均はそれぞれ 35 件および 151 件であった。

14.4 ワーカー1人あたり月平均相談件数

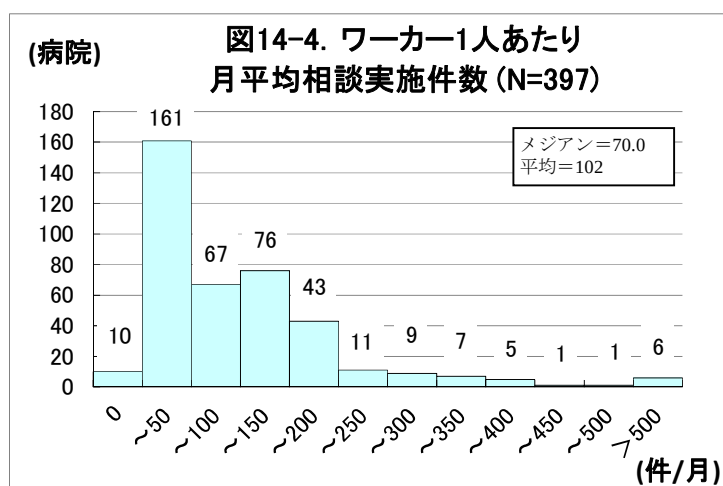


図14-4 では、ソーシャルワーカー1人あたりの月平均相談件数を示した。

14.5 訪問サービス実施状況

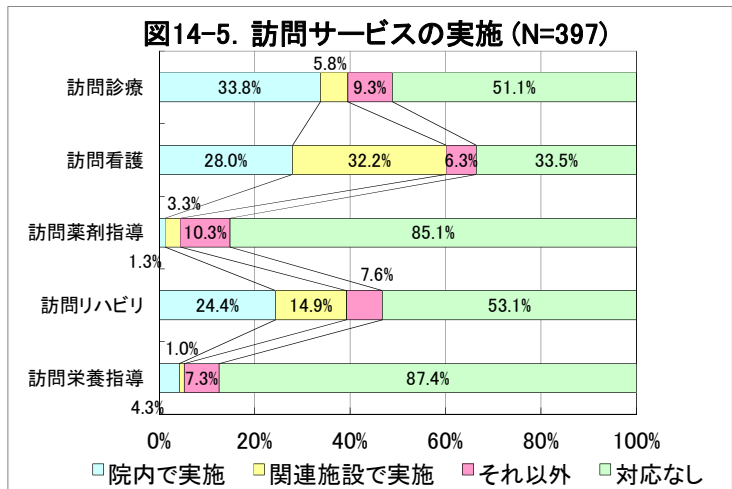


図 14-5 では、在宅医療支援部門における、訪問サービスの実施について示した。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションの順で、何らかの方法で実施している病院が多いことが示された。

14.6 月平均訪問診療等実施件数

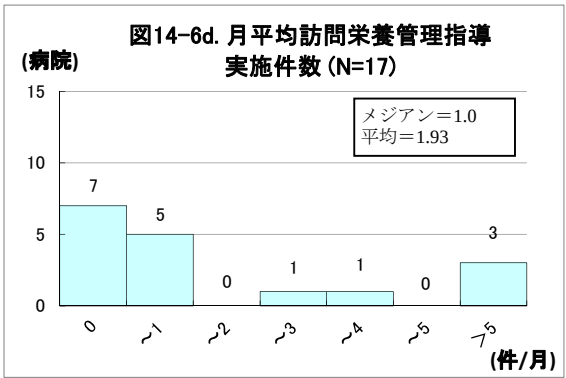
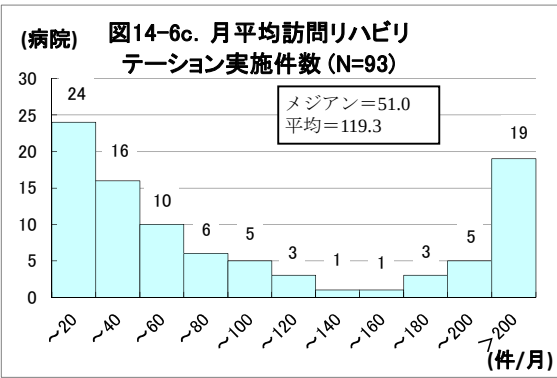
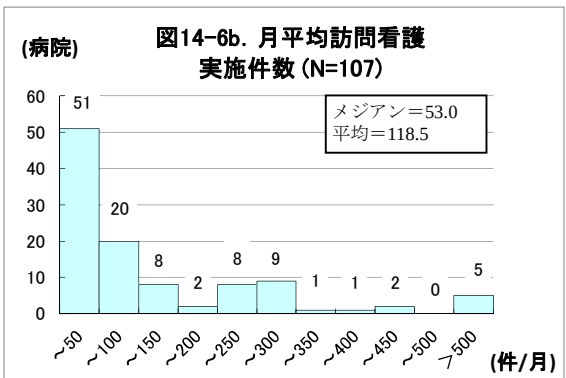
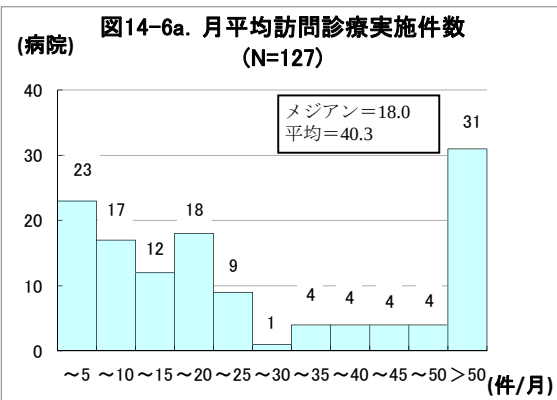


図 14-6a～d では、月平均訪問診療等実施件数（院内実施分）について示した。訪問看護および訪問リハビリテーションの実施件数が多いことが示された。

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

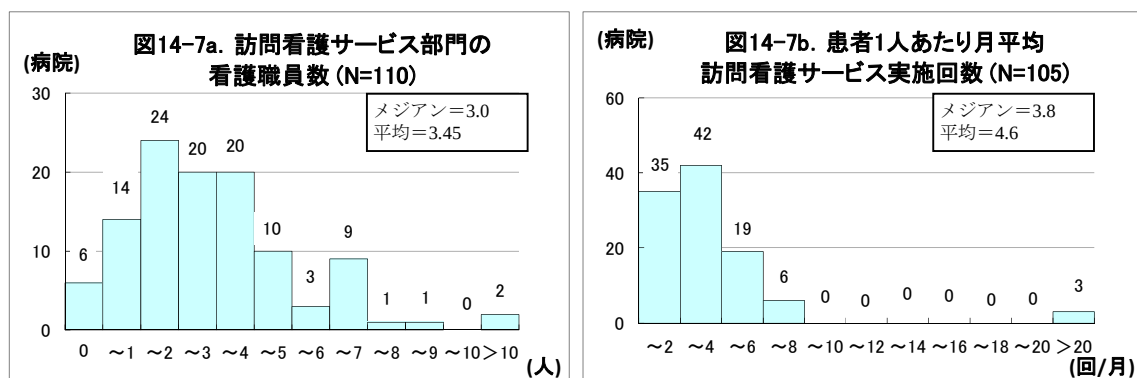
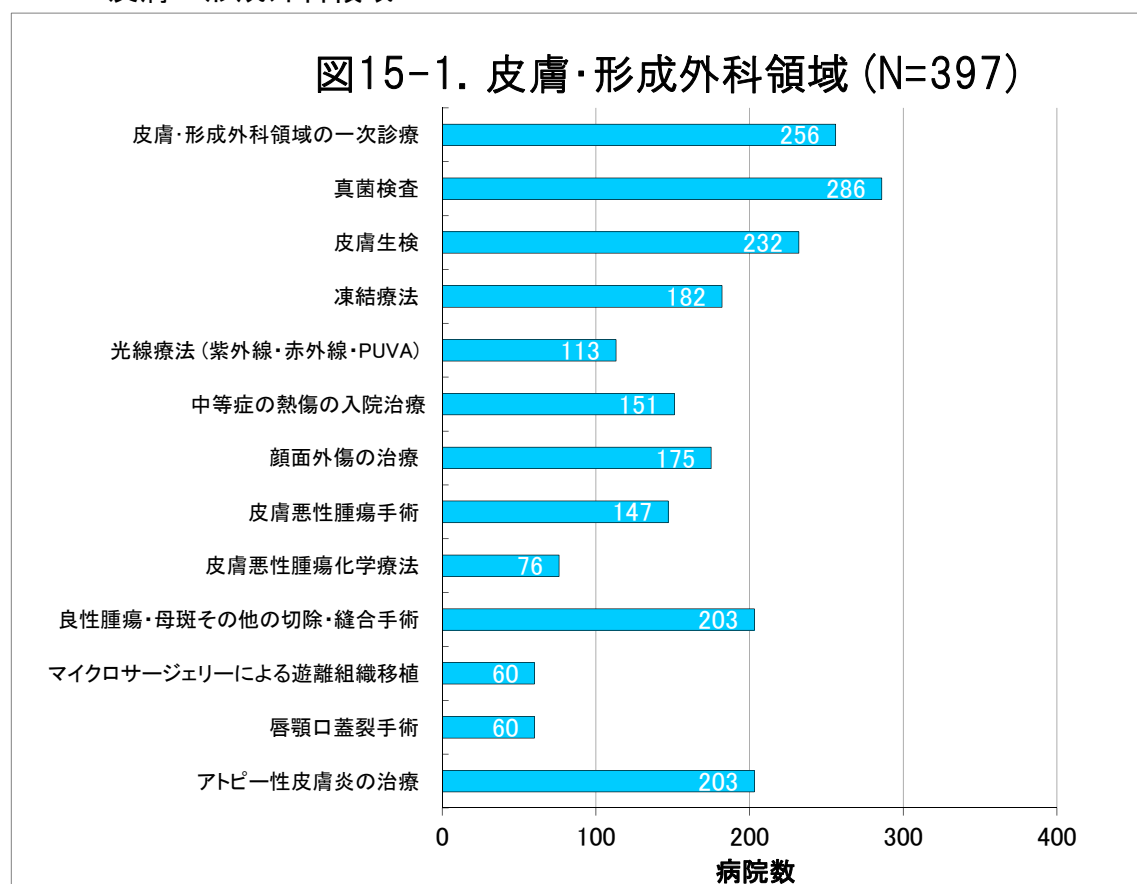


図14-7a および b では、患者1人あたりの訪問回数、看護師1人・1日あたりの実施回数についてそれぞれ示した。いずれも自院で対応しているものを「1回」としている。

第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）

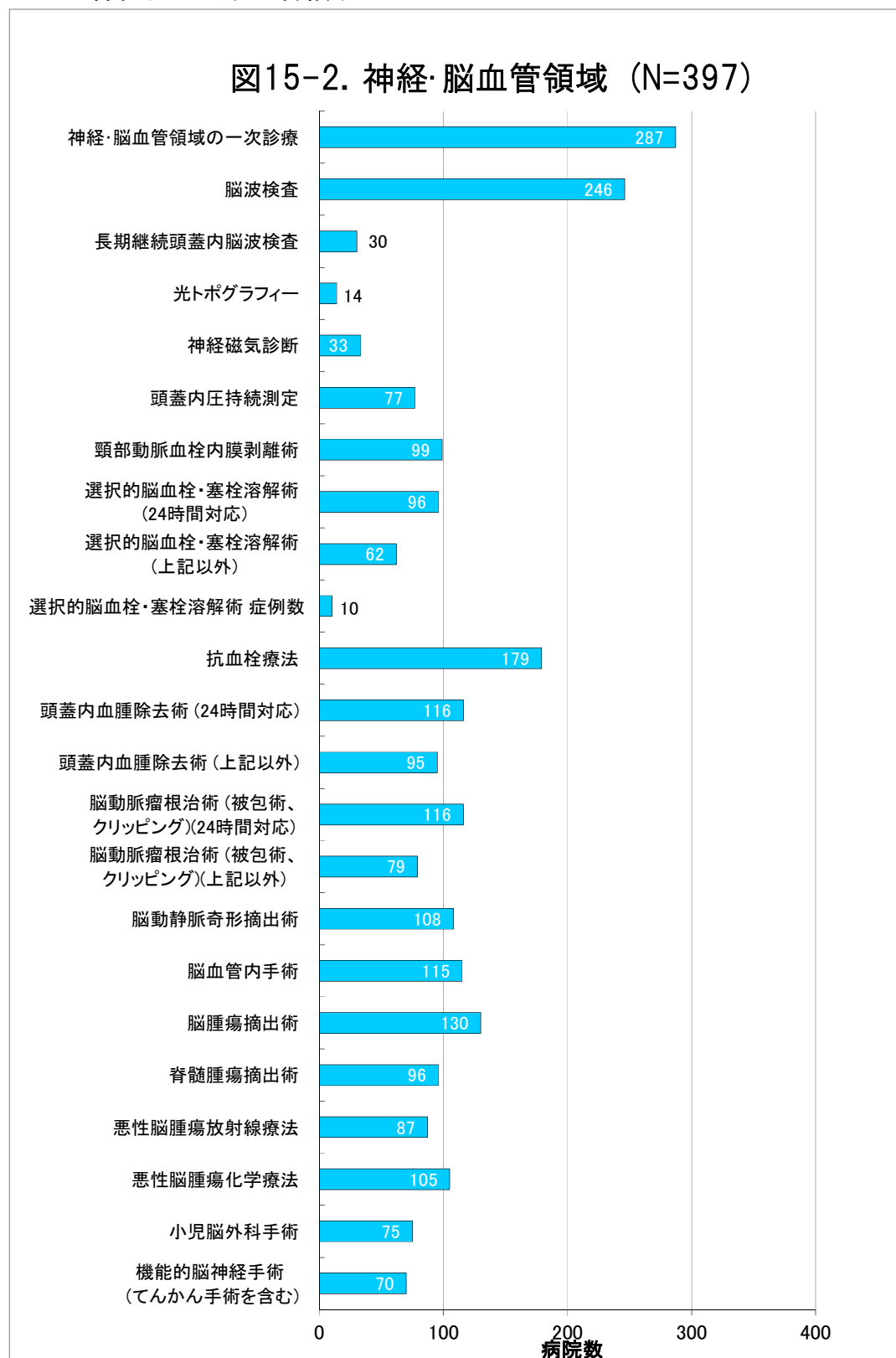
皮膚・形成外科領域からリハビリテーション領域まで、代表的な診断・治療項目を選び、通常の診療で対応可能なかを尋ねた。以下のグラフは「通常の診療で対応可能」と回答した病院数を示す。

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=397)



15.3 精神科・神経科領域

図15-3a. 精神科・神経科領域 (N=397)

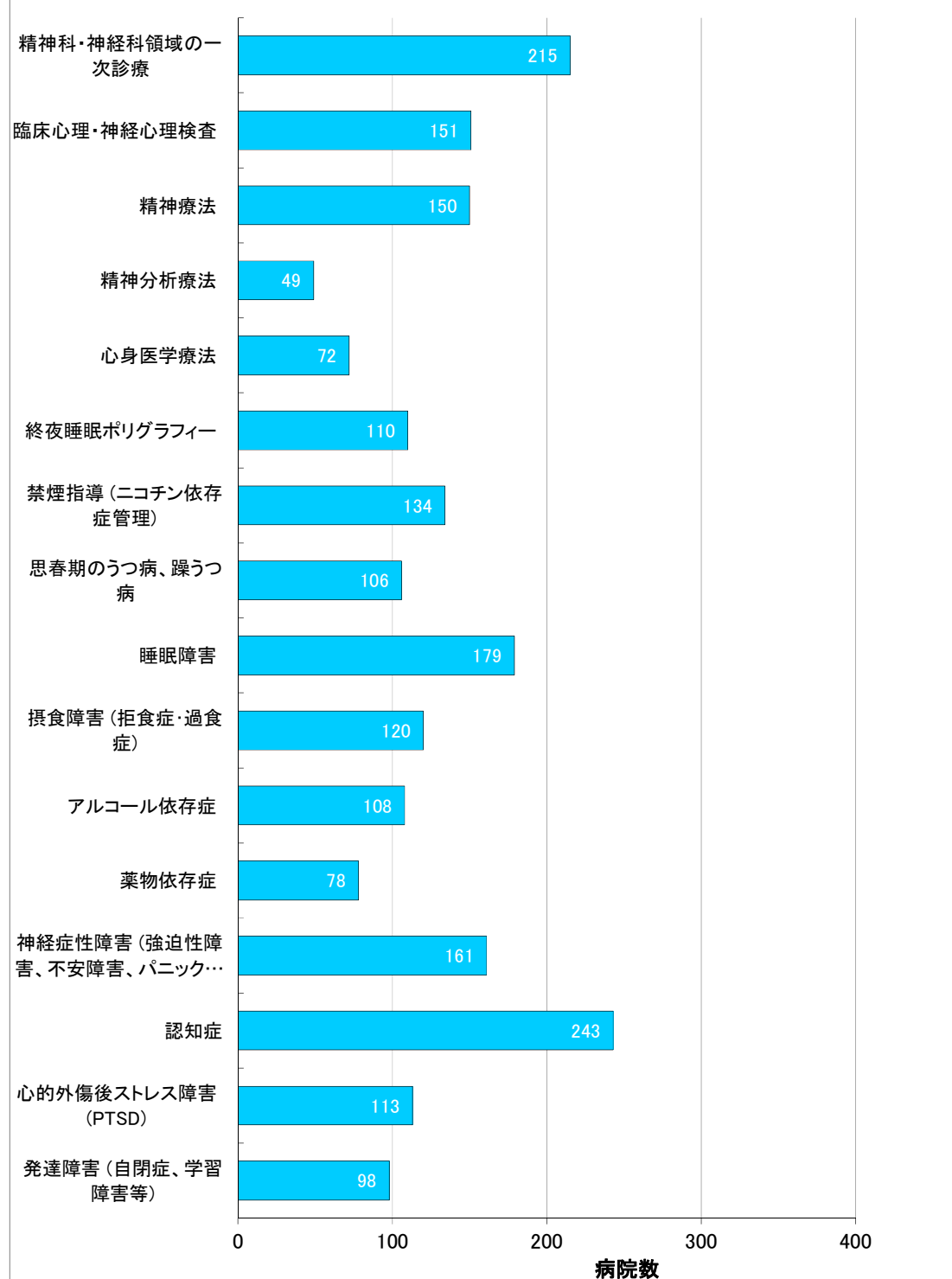
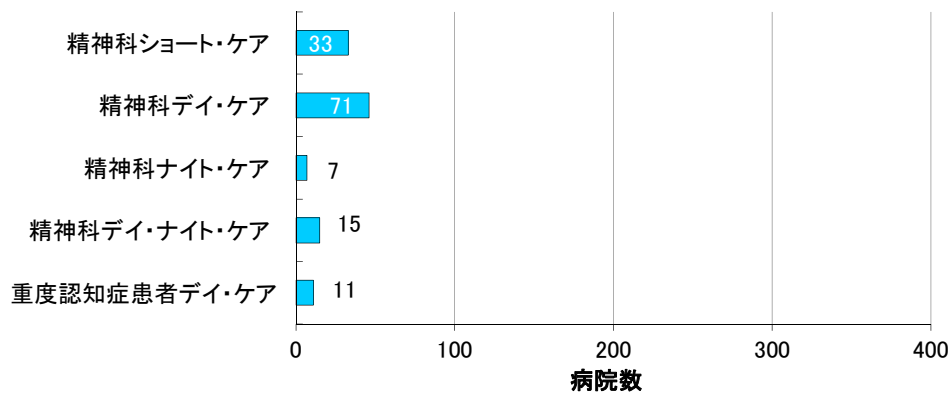
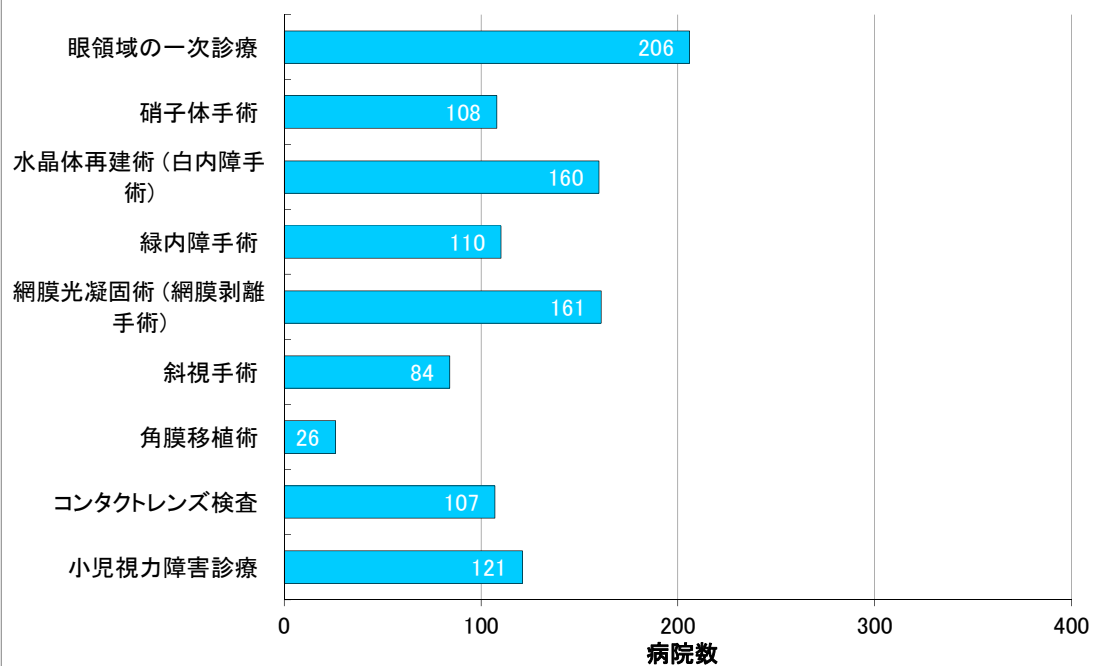


図15-3b. 各種ケアの実施状況 (N=397)

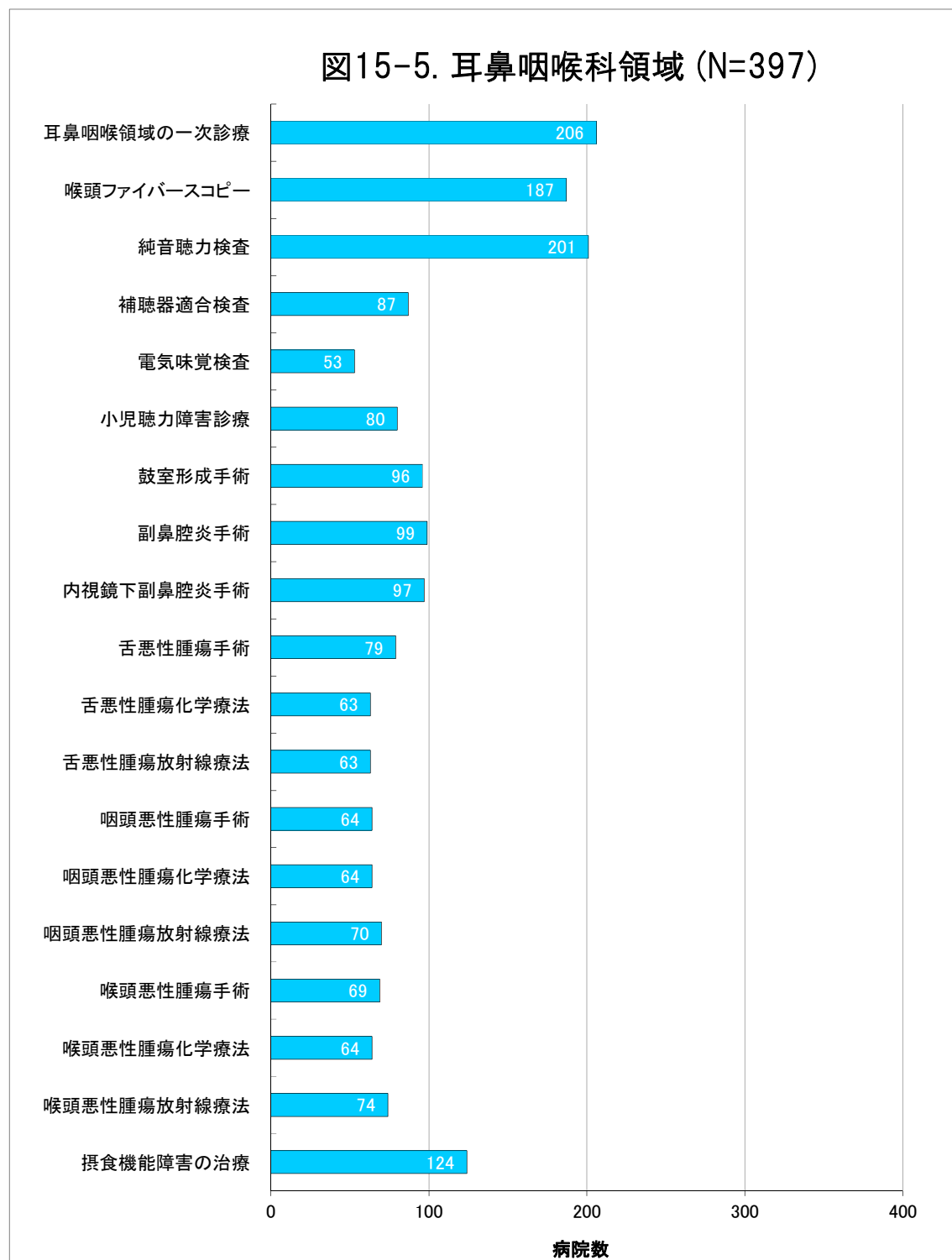


15.4 眼科領域

図15-4. 眼科領域 (N=397)

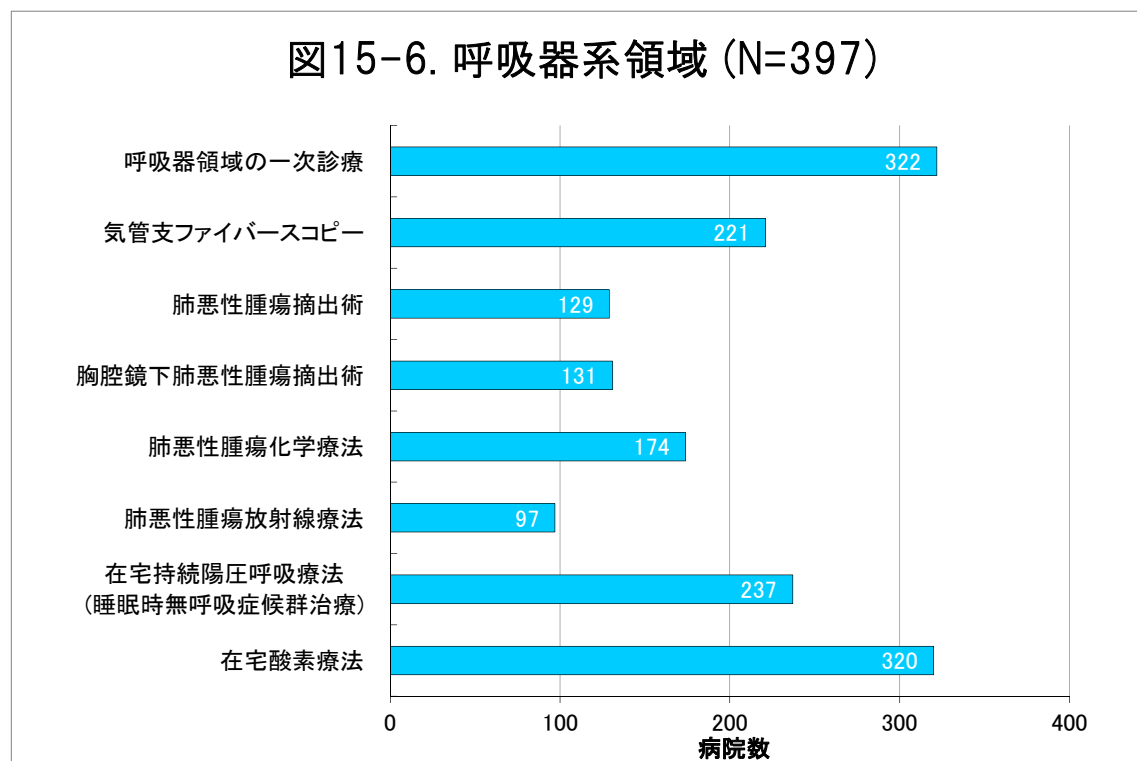


15.5 耳鼻咽喉科領域

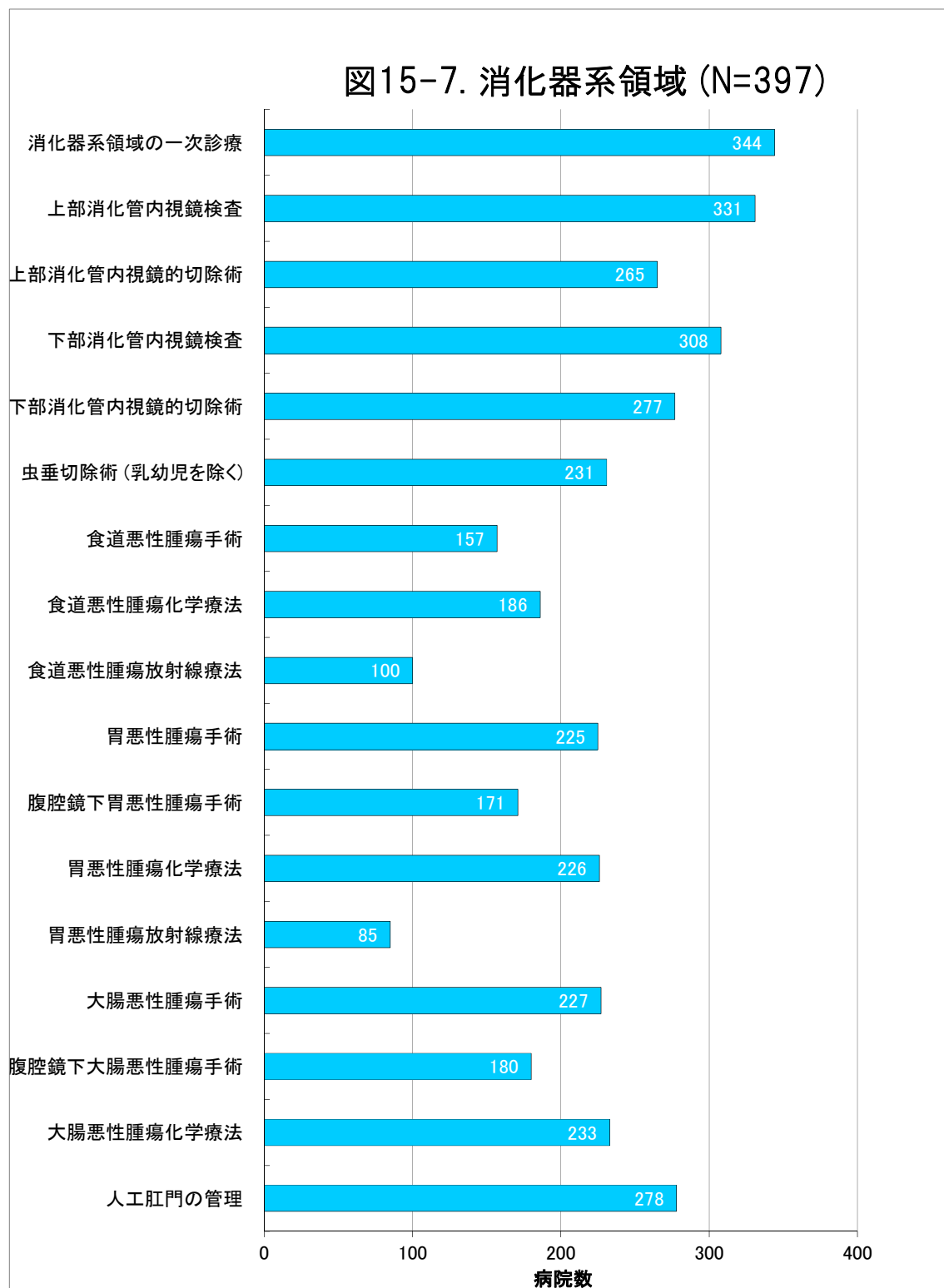


15.6 呼吸器系領域

図15-6. 呼吸器系領域 (N=397)

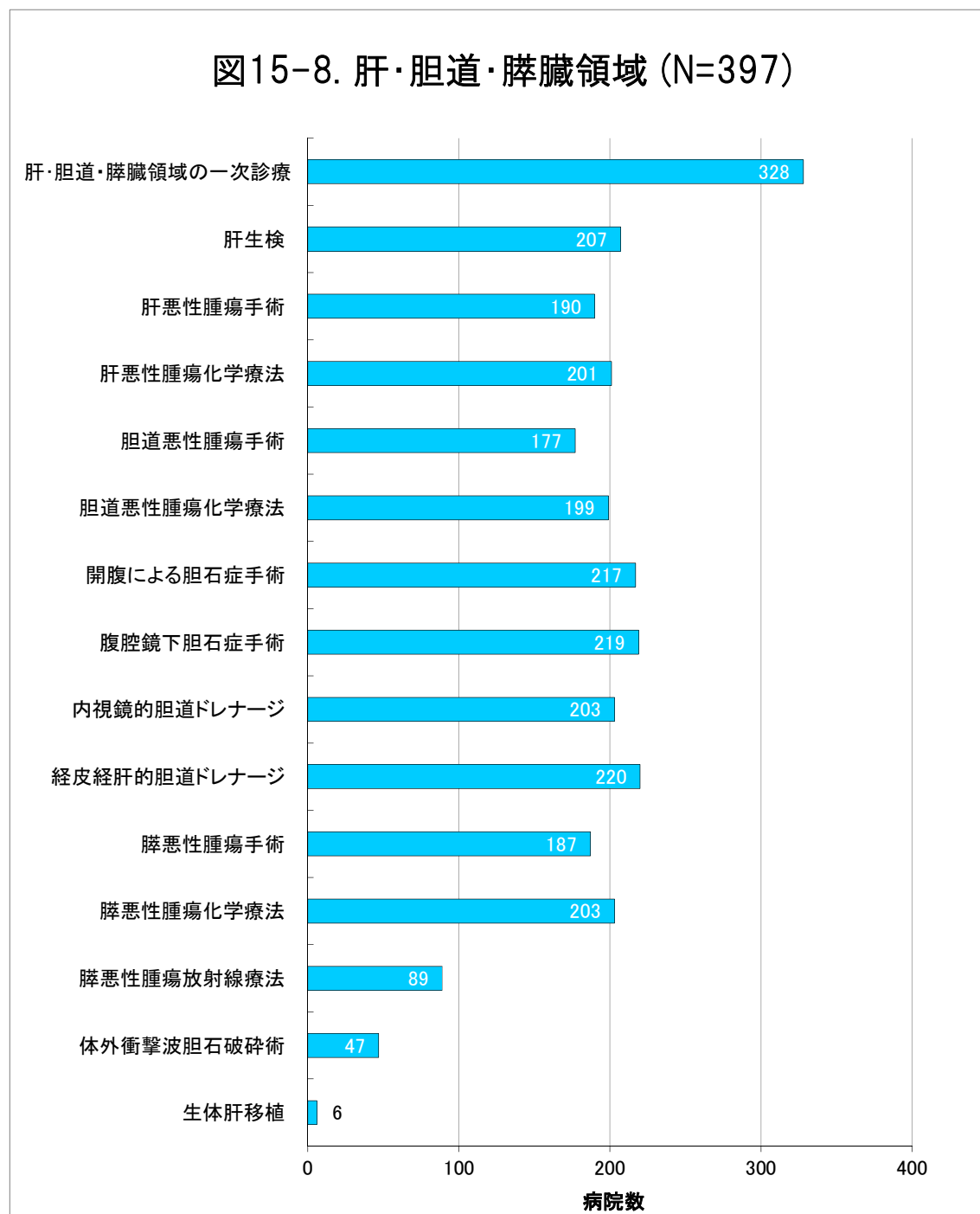


15.7 消化器系領域



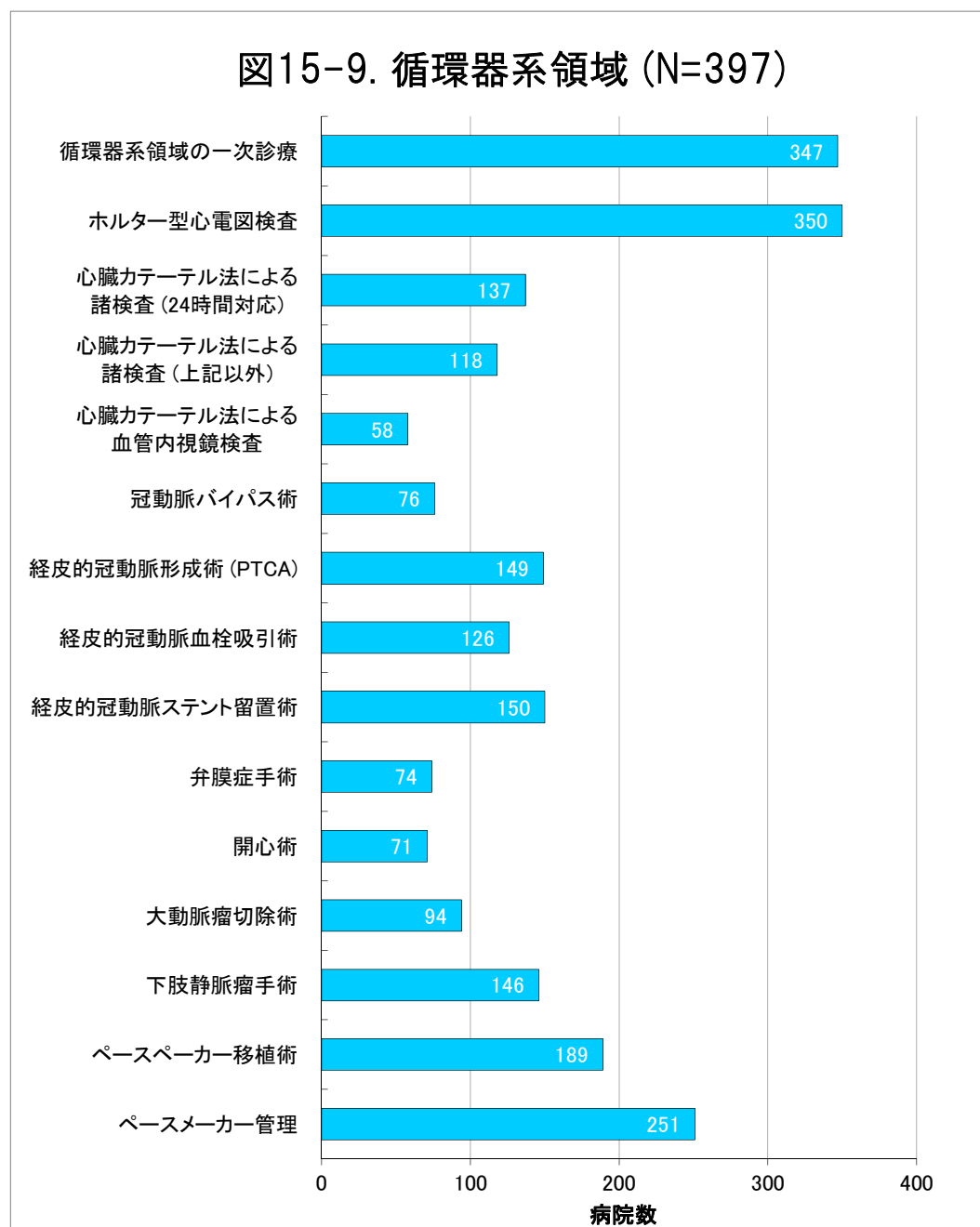
15.8 肝・胆道・膵臓領域

図15-8. 肝・胆道・膵臓領域 (N=397)



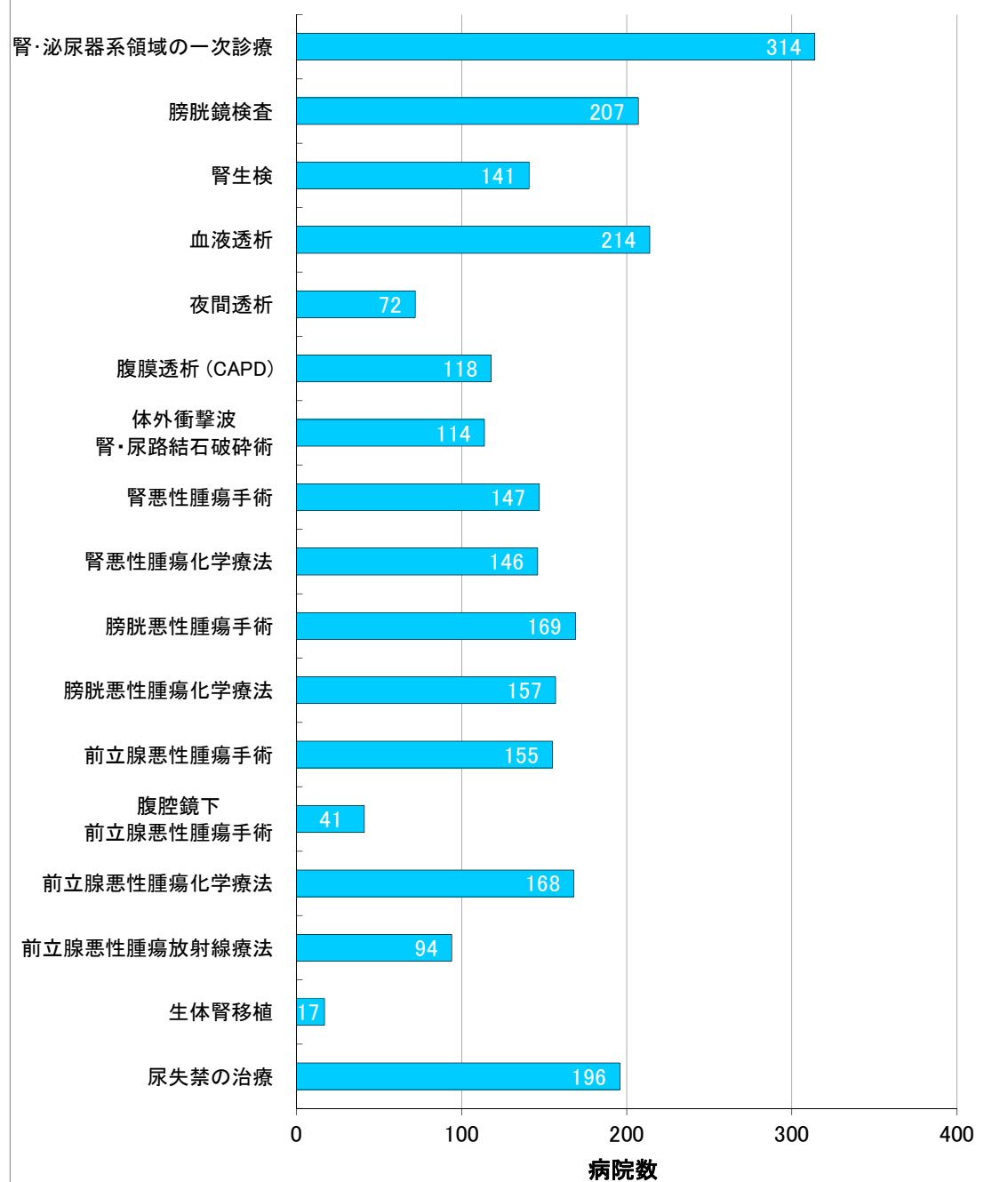
15.9 循環器系領域

図15-9. 循環器系領域 (N=397)

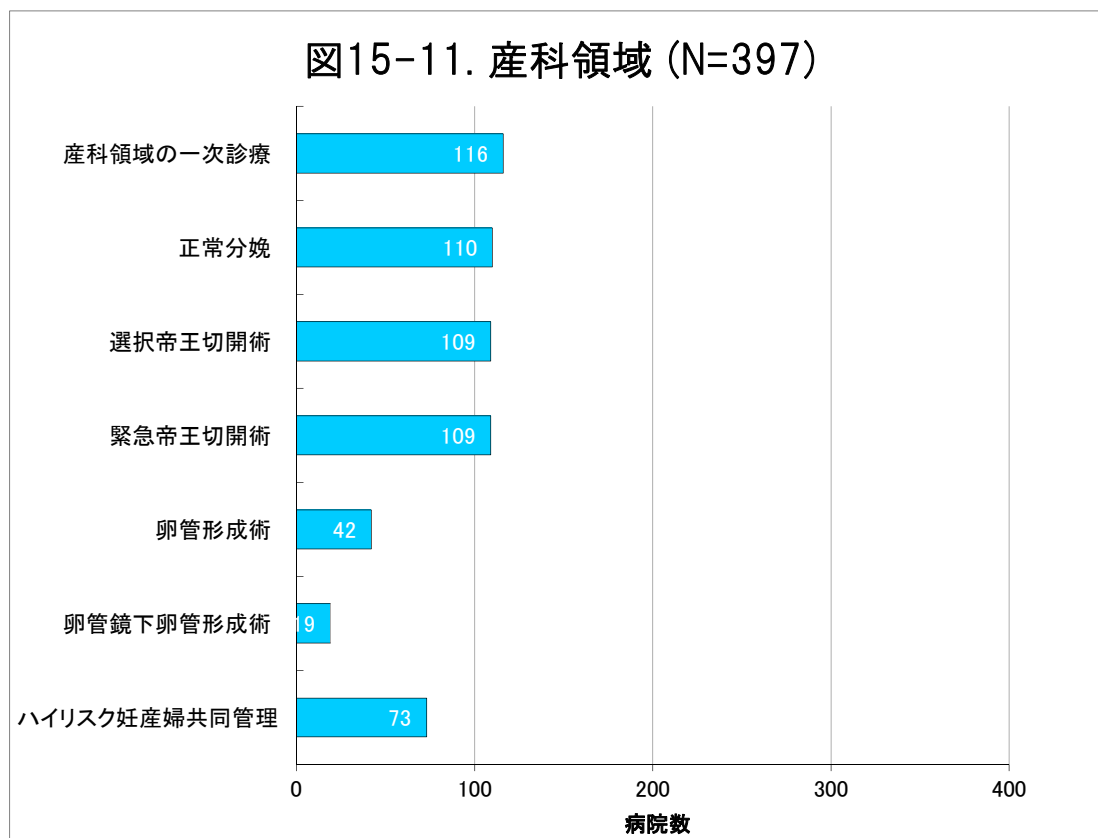


15.10 腎・泌尿器系領域

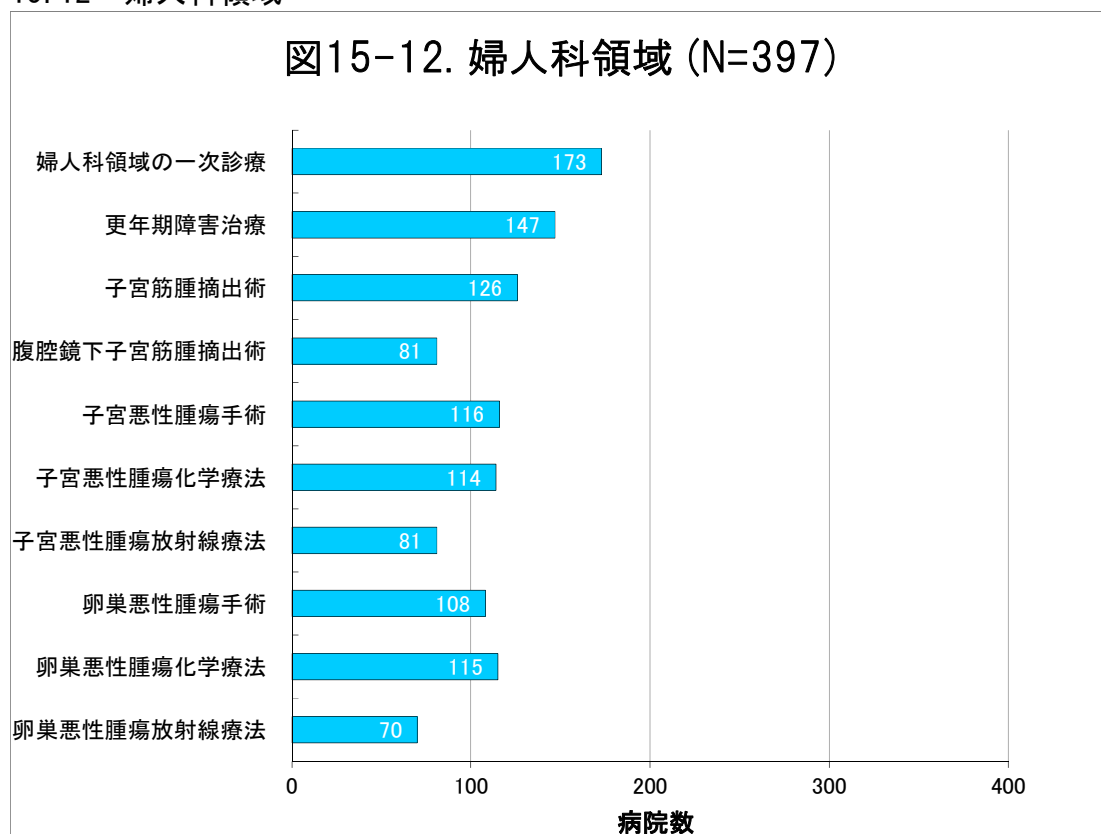
図15-10. 腎・泌尿器系領域 (N=397)



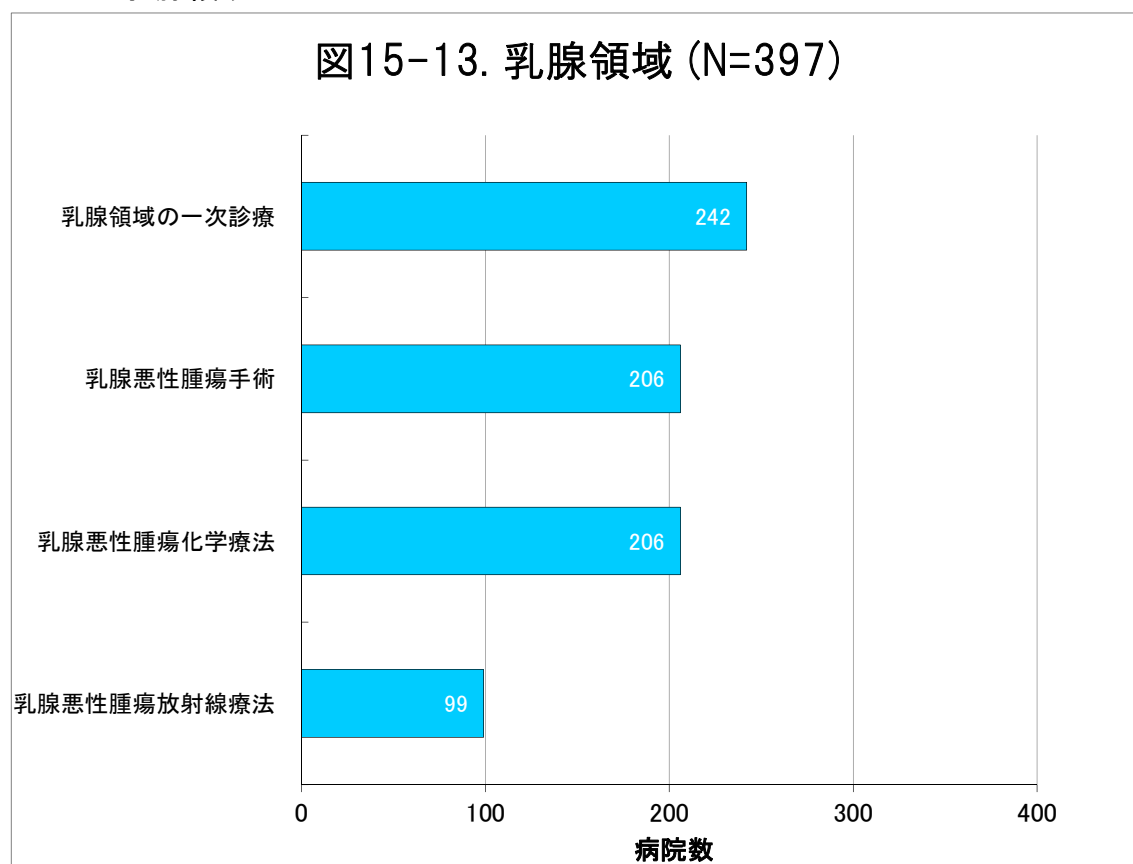
15.11 産科領域



15.12 婦人科領域

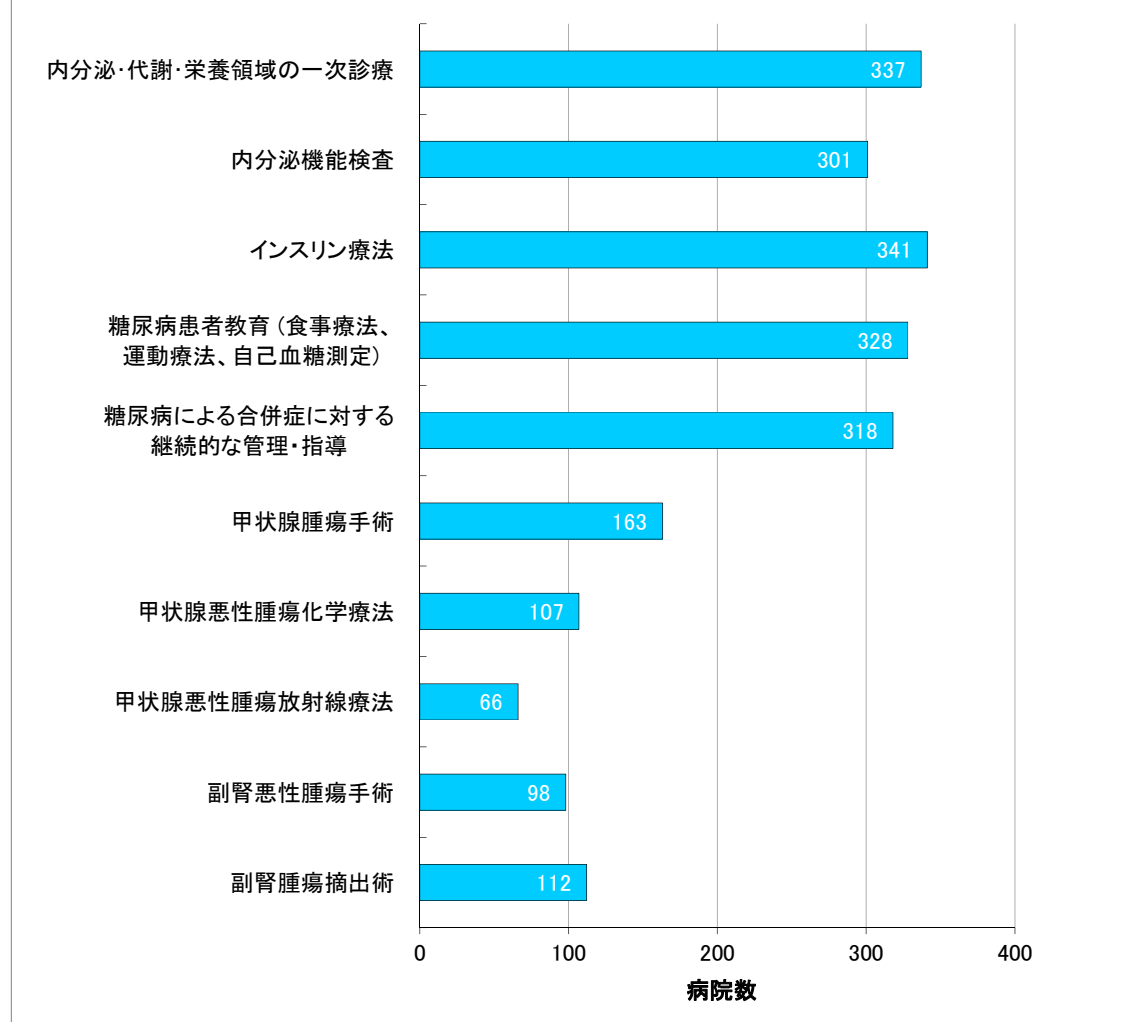


15.13 乳腺領域



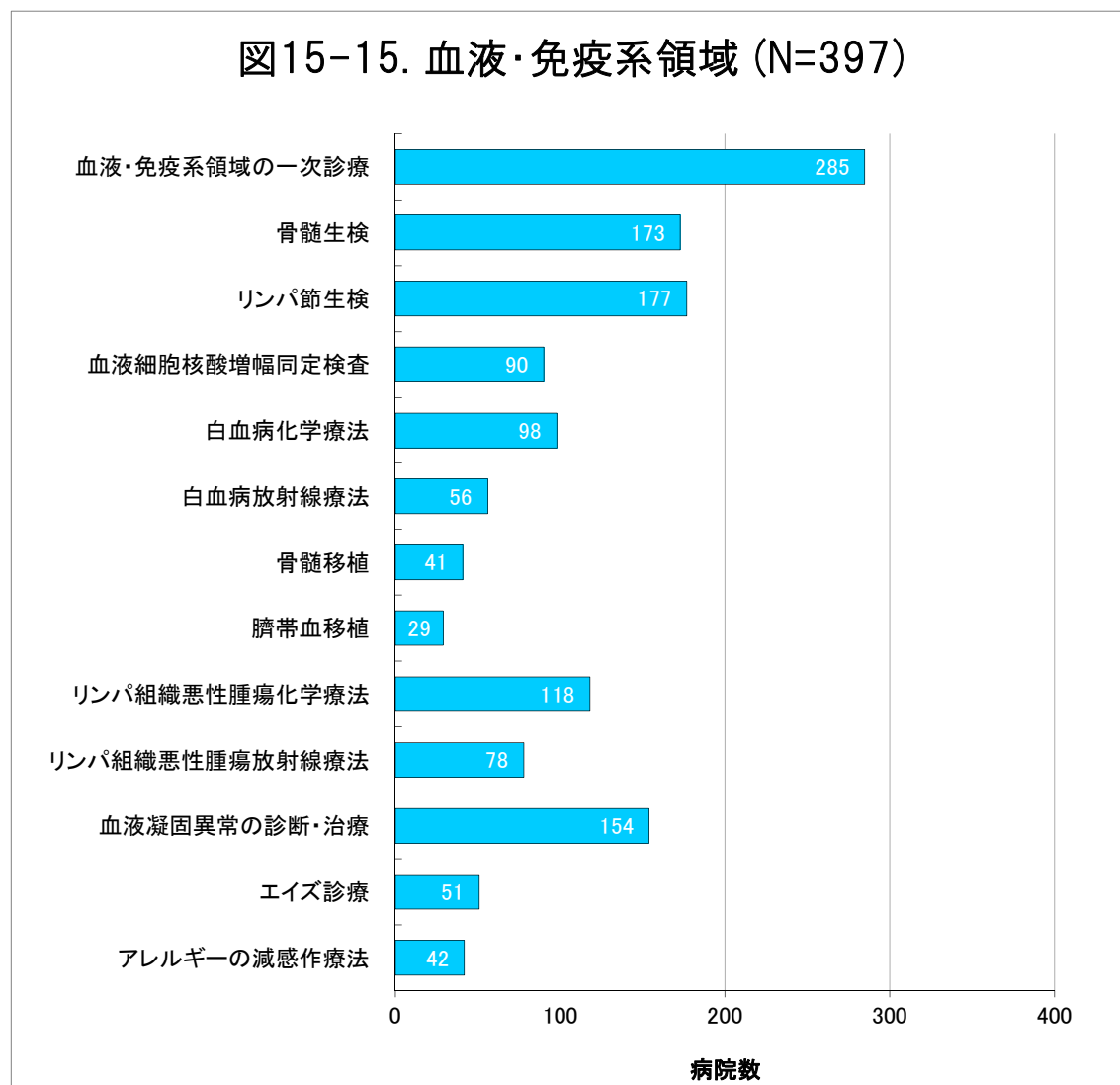
15.14 内分泌・代謝・栄養領域

図15-14. 内分泌・代謝・栄養領域 (N=397)

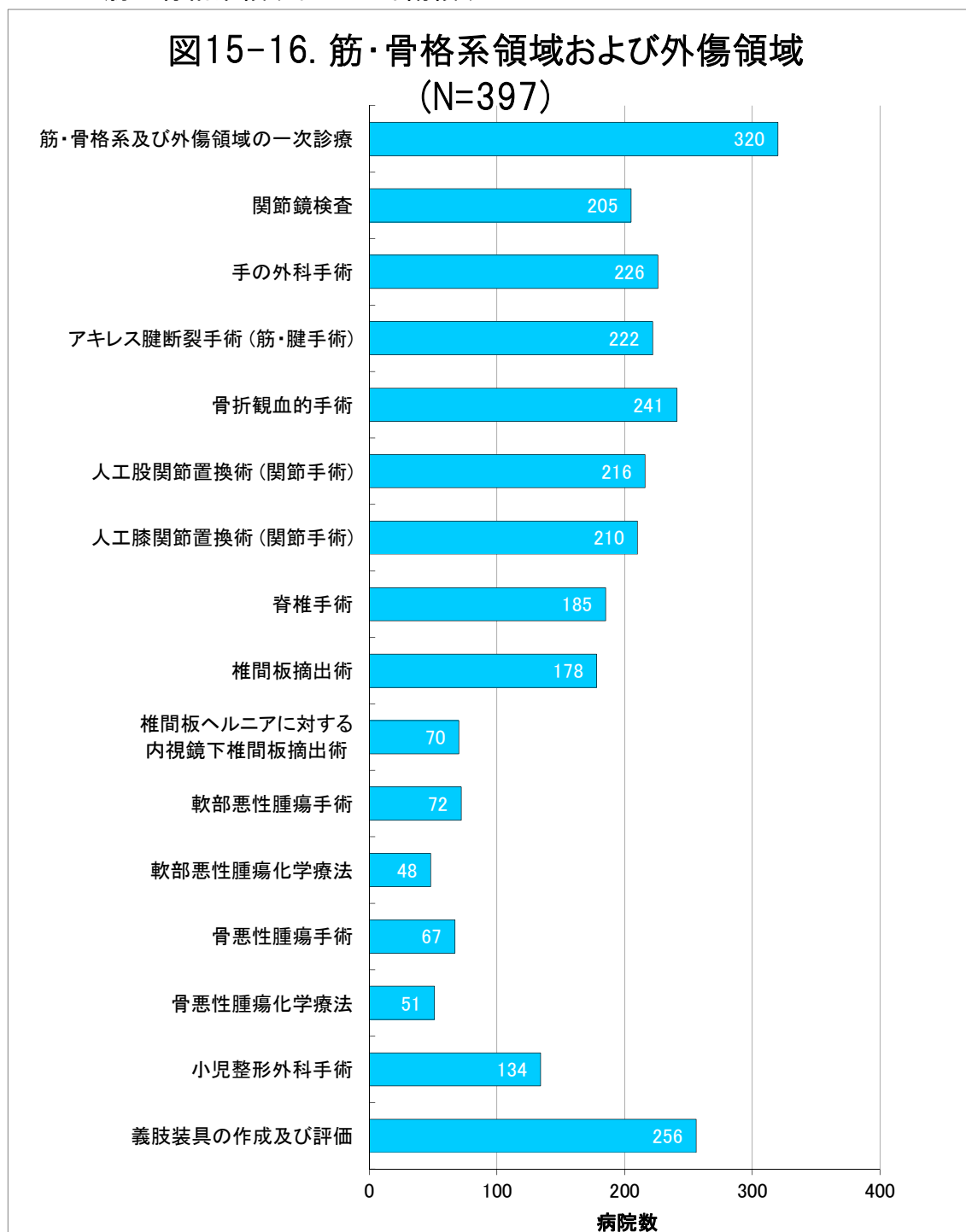


15.15 血液・免疫系領域

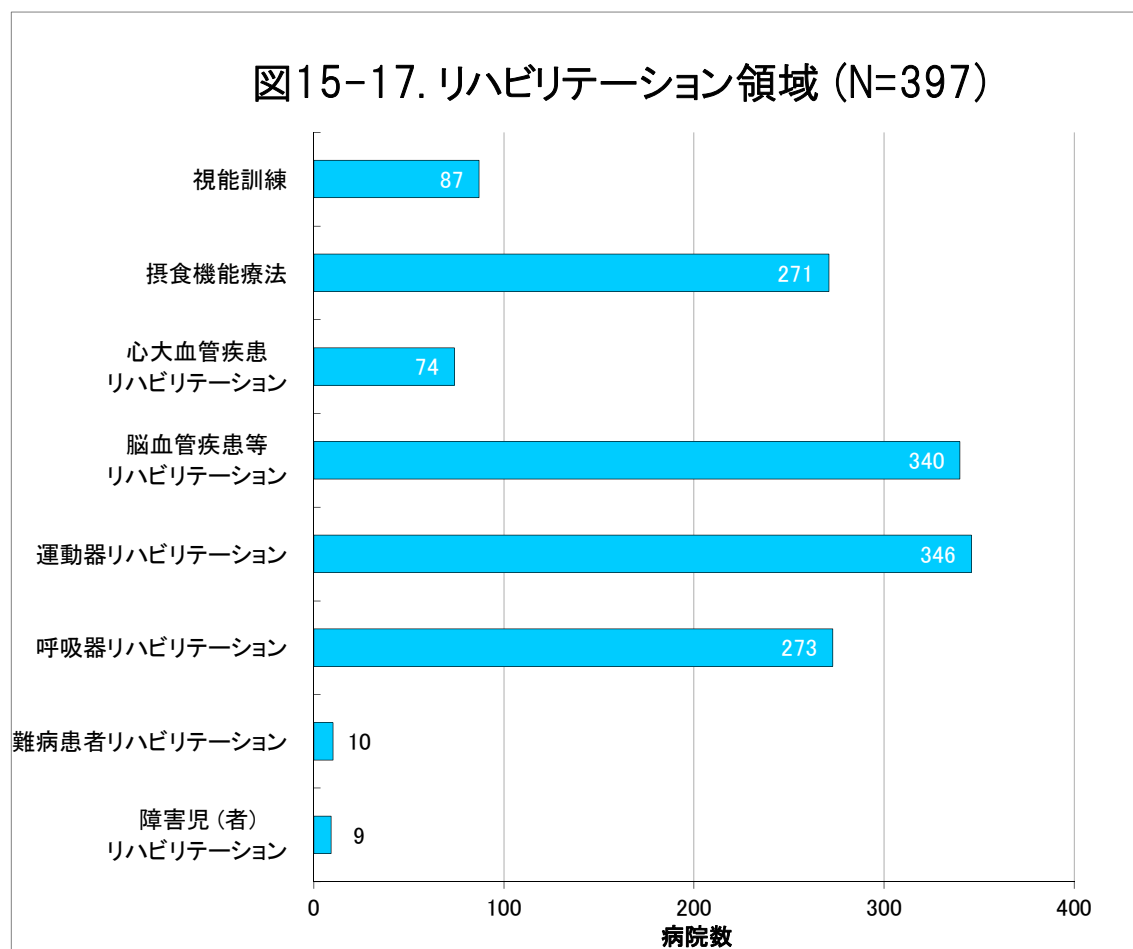
図15-15. 血液・免疫系領域 (N=397)



15.16 筋・骨格系領域および外傷領域

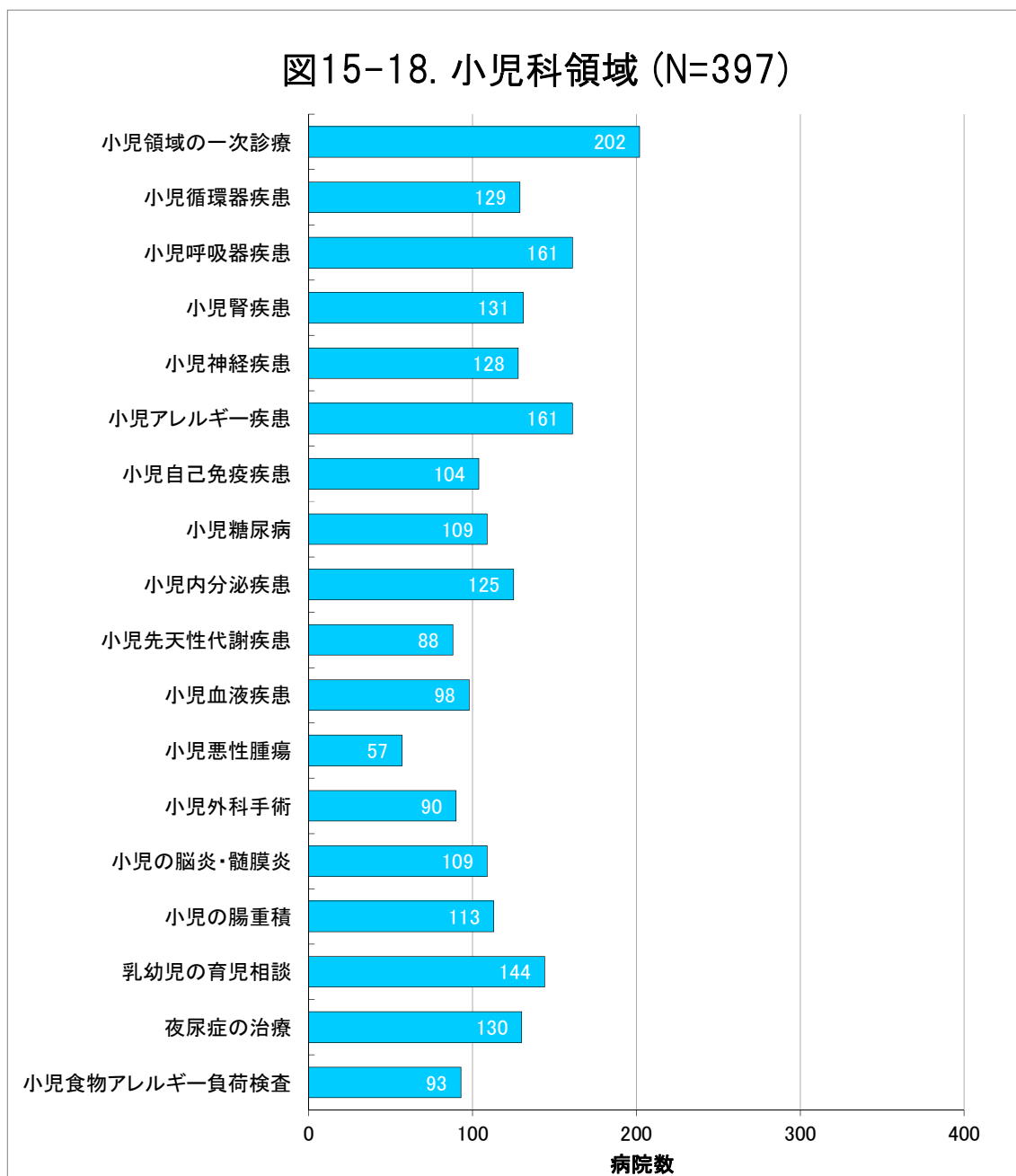


15.17 リハビリテーション領域

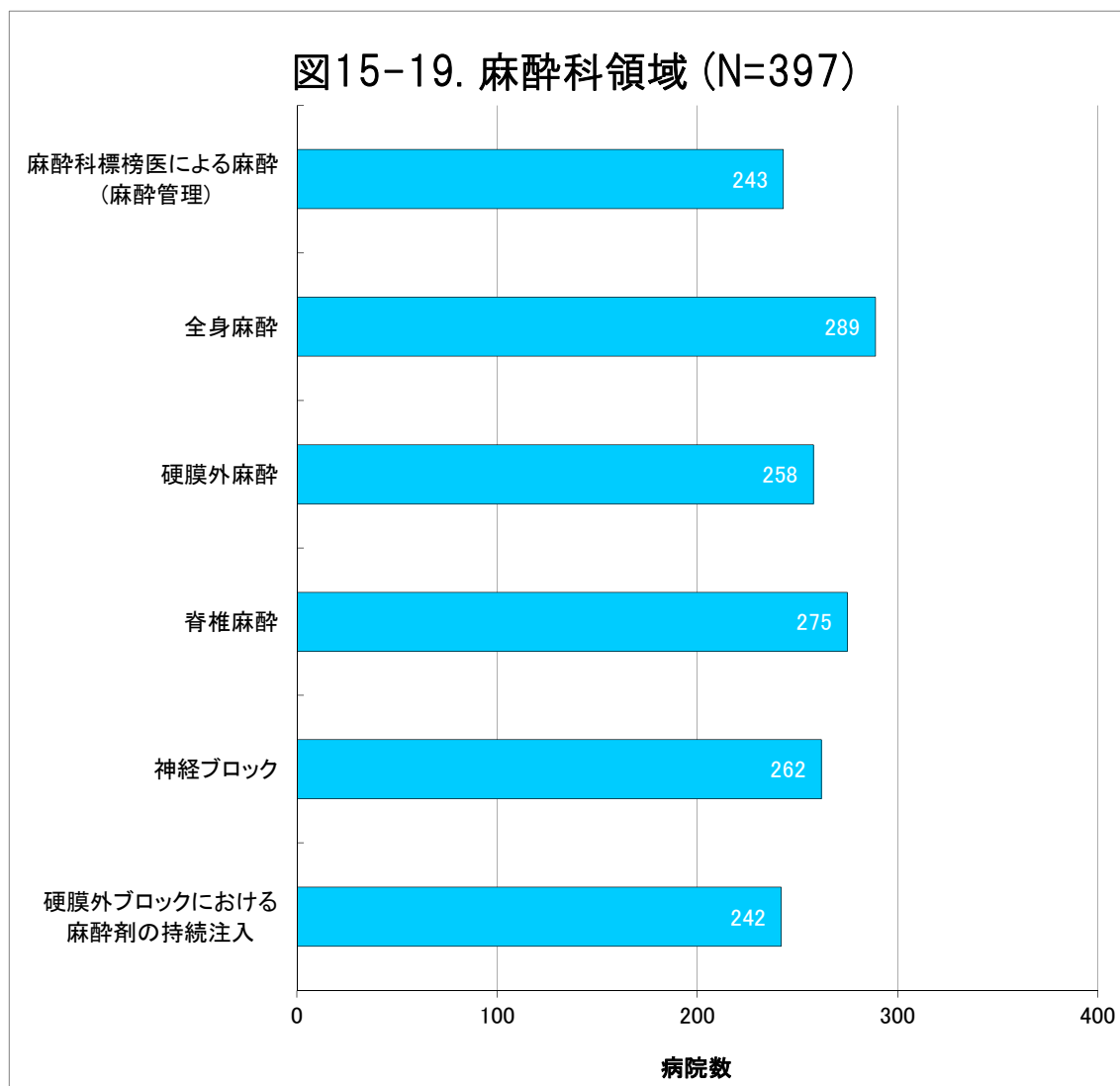


15.18 小児科領域

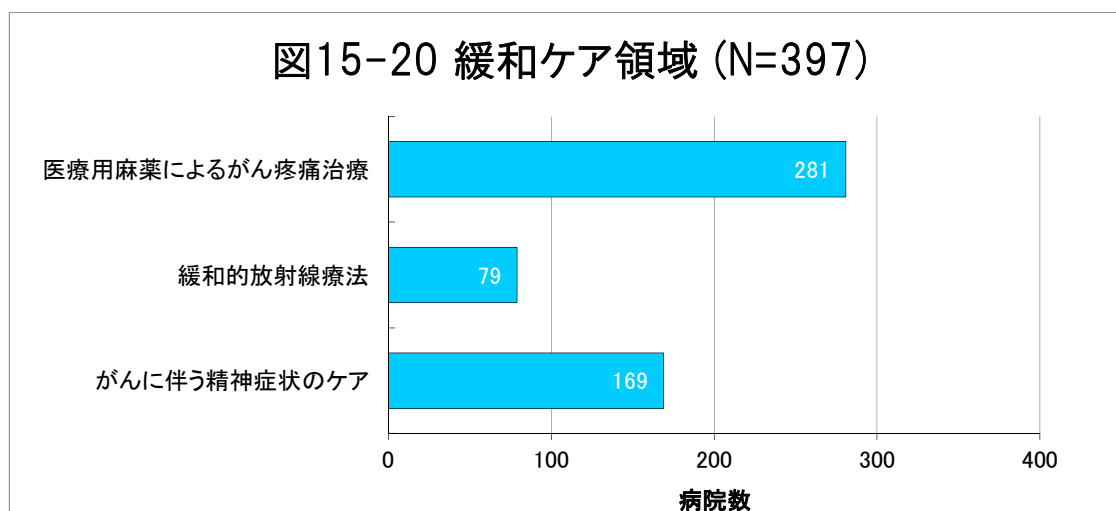
図15-18. 小児科領域 (N=397)



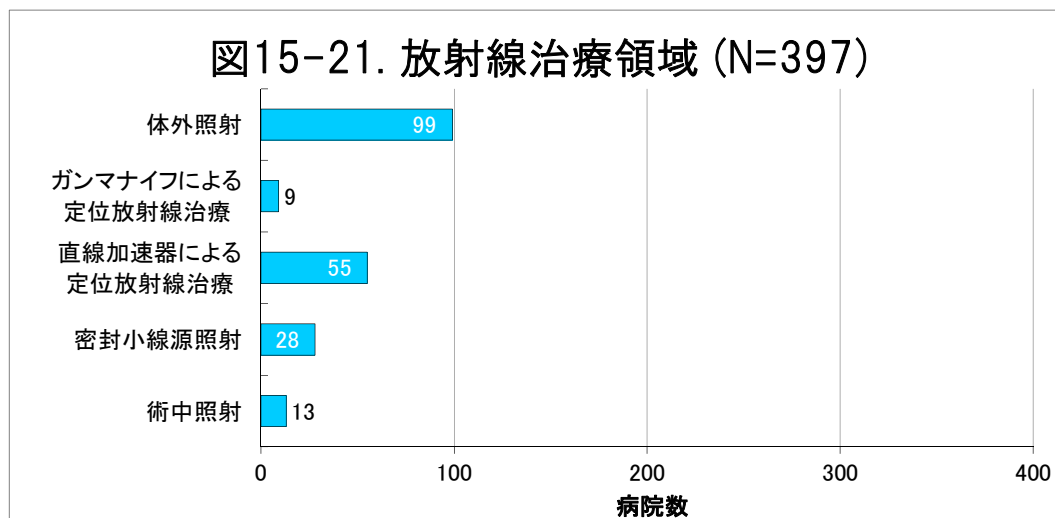
15.19 麻酔科領域



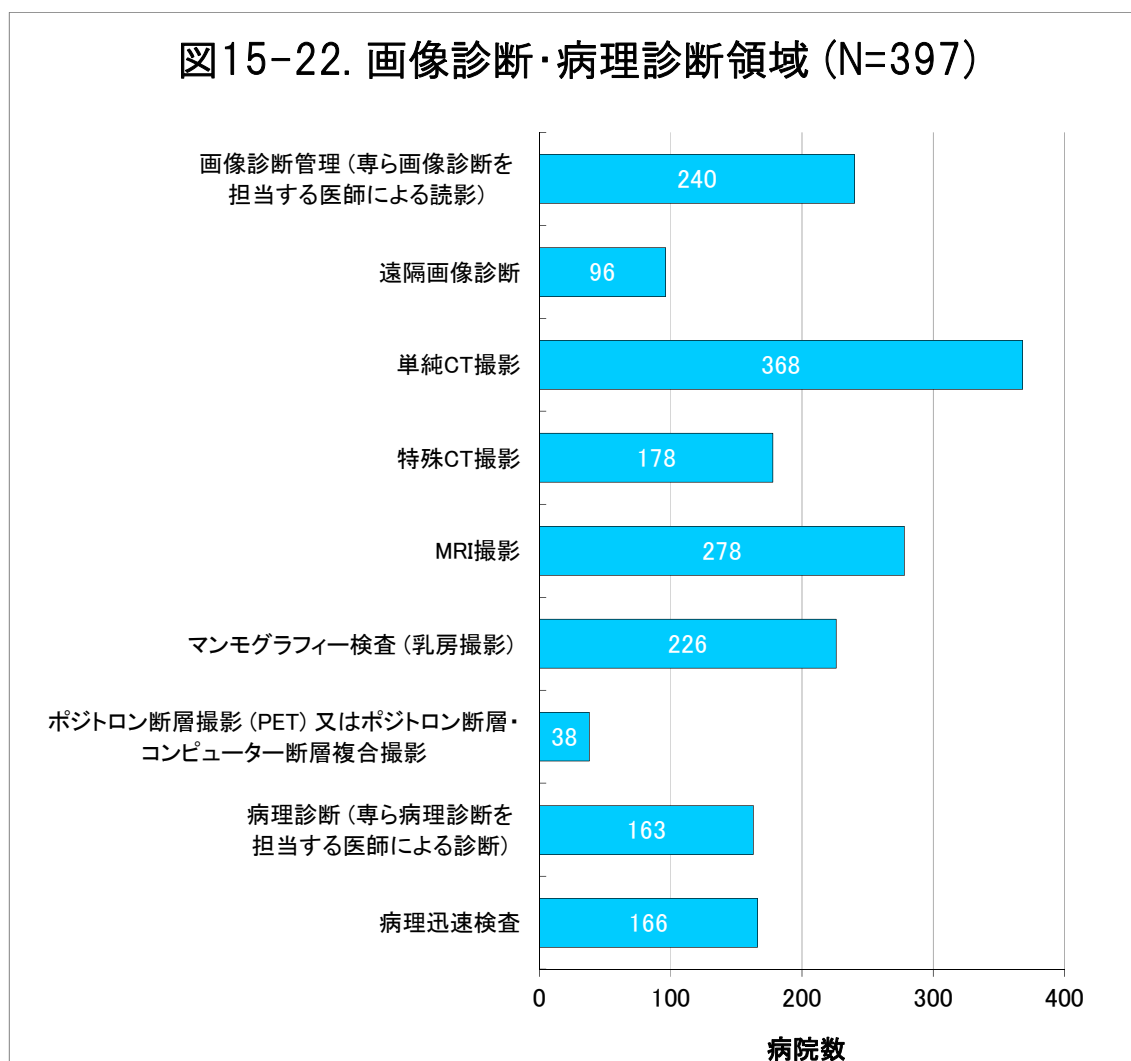
15.20 緩和ケア領域



15.21 放射線治療領域

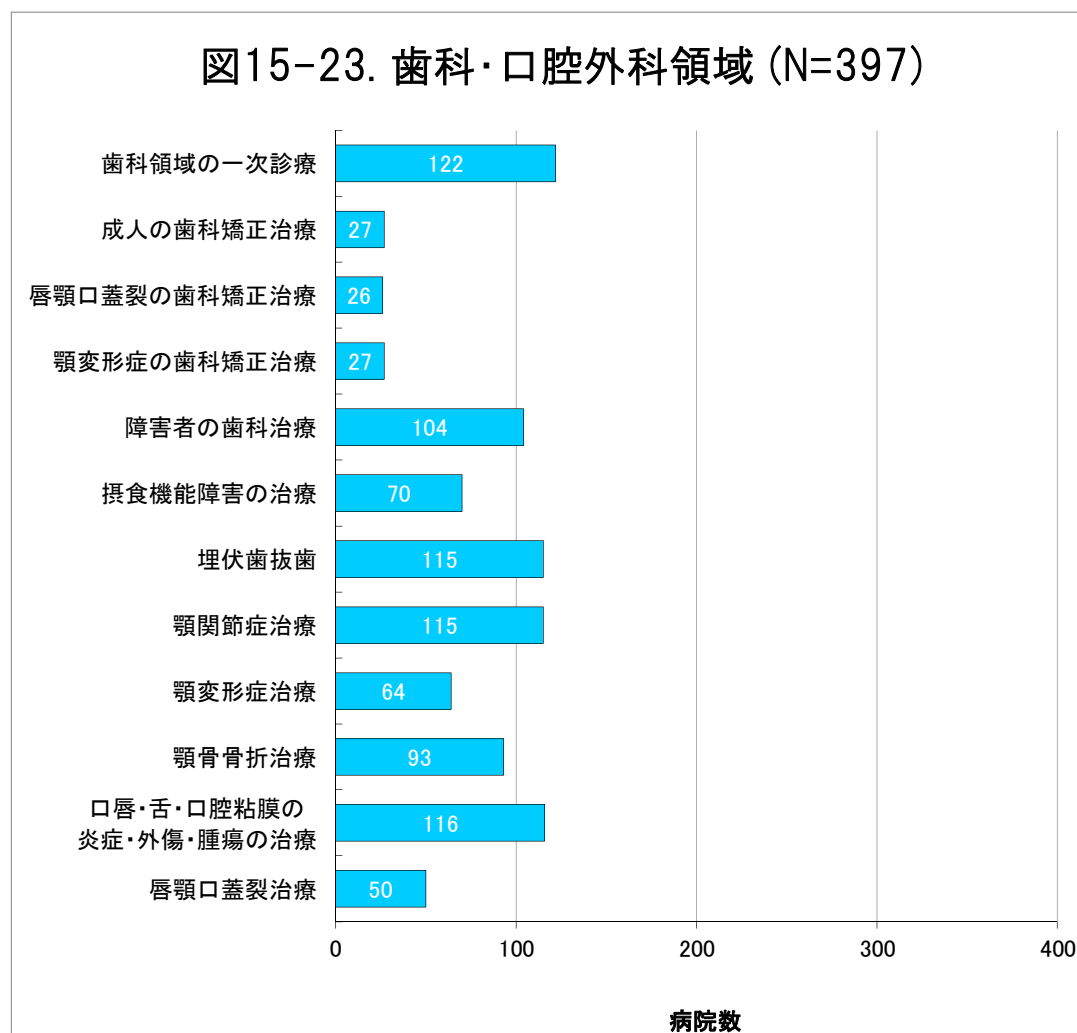


15.22 画像診断・病理診断領域

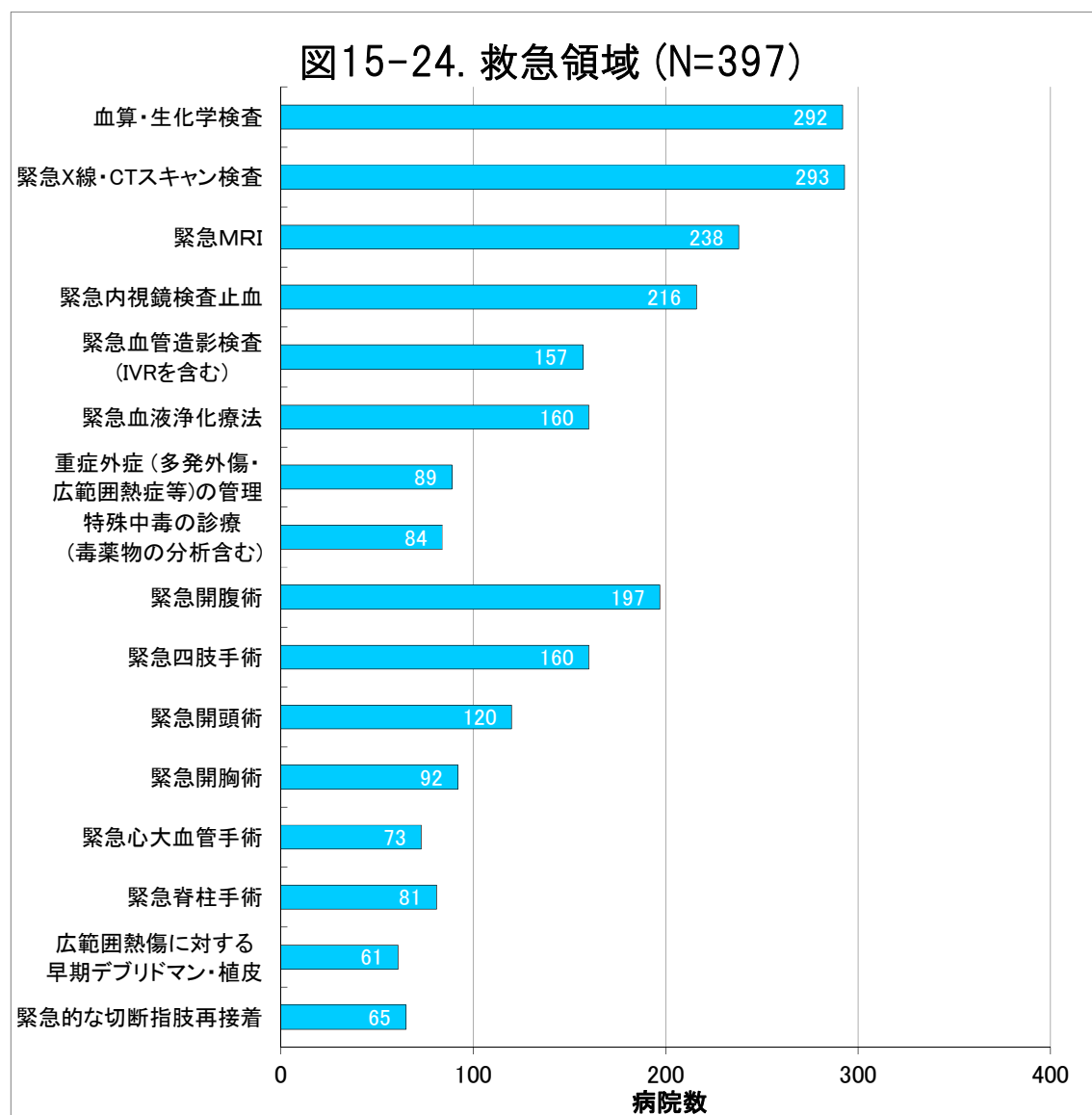


15.23 歯科・口腔外科領域

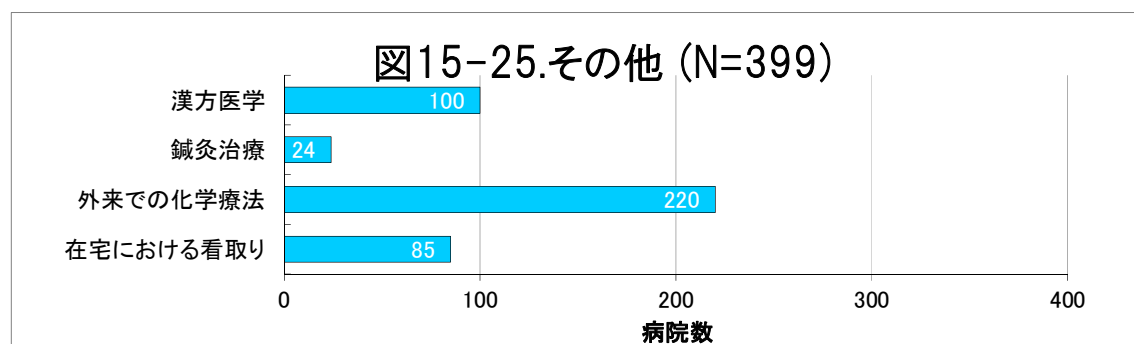
図15-23. 歯科・口腔外科領域 (N=397)



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

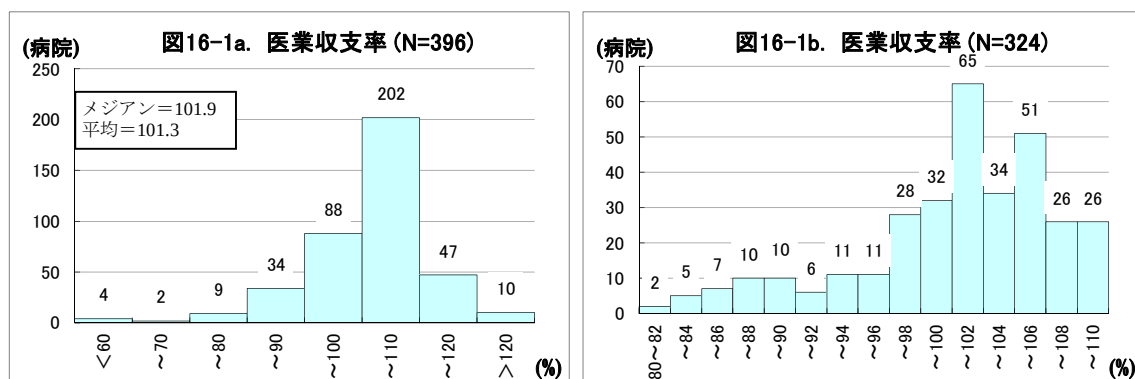


図 16-1a および b では、受審前年度の医業収支率を示した。図 16-1b は、図 16-1a のうち医業収支率が 80～110%の範囲を 2%刻みで拡大したものである。医業収支率が 100 を超えている黒字の病院は 259 病院（65.4%）であった。

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

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	99	147	25	32	94
前年度	102.0	100.5	108.8	105.0	103.0
2年前	101.4	99.8	110.2	104.5	104.1
3年前	101.0	97.8	107.5	105.5	103.4

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	99	147	25	32	94
人件費率	53.9	50.6	58.0	61.1	56.8
材料費率	19.3	25.3	9.2	8.4	12.9
経費率	8.0	5.8	9.6	10.0	8.7
減価償却費率	3.6	6.4	4.1	4.8	4.4
研究研修費率	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
入院収益	65.4	69.5	88.0	83.5	74.1
外来収益	28.7	26.4	6.1	12.7	19.1

表 16-2b では、医業収益 100 に対する各種費用および収益の割合を病院属性別に示した。200 床以上の一般病院において特に材料費率が高い。精神病院および療養病院においては、人件費と入院収益の医業収益に占める割合が高いことが示された。

16.3 1床あたり医業収益

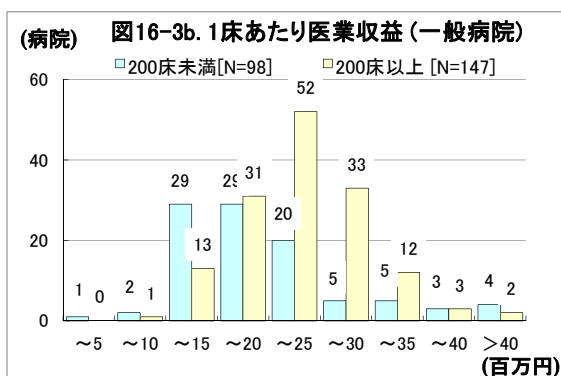
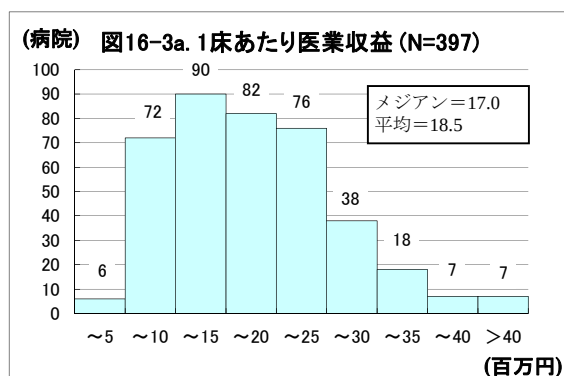


図16-3aでは、1床あたり医業収益を示した。また、図16-3bでは、一般病院に限定し、病床規模で区分して示した。200床未満の一般病院における1床あたり医業収益のメジアンは18.1、平均は20.0であったのに対し、200床以上の一般病院ではメジアン22.6、平均22.9であった（単位は百万円）。

16.4 1床あたり医業費用

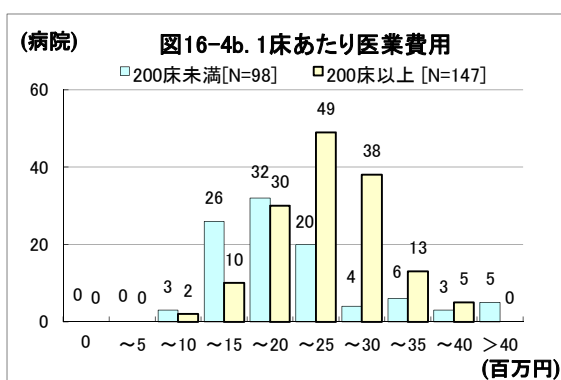
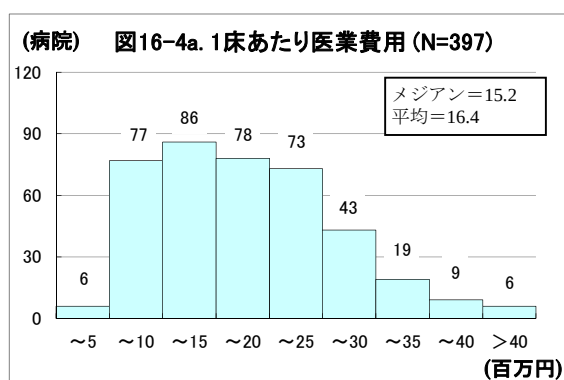


図16-4aでは1床あたりの医業費用を示した。メジアンは17.0、平均は18.8であった（単位は百万円）。図16-4bでは一般病院について病院1床あたりの医業費用を示した。

16.5 職員 1 人あたり医業収益および人件費

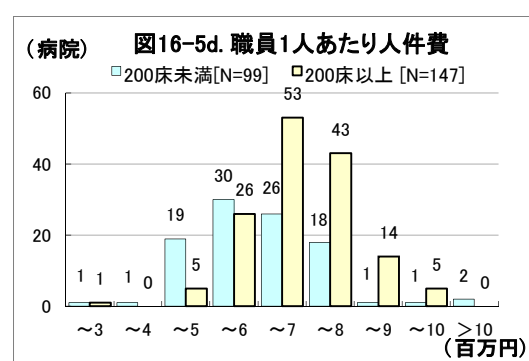
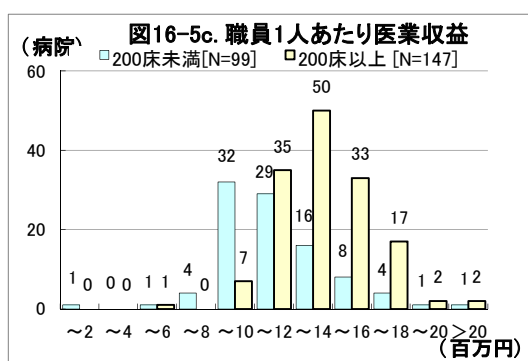
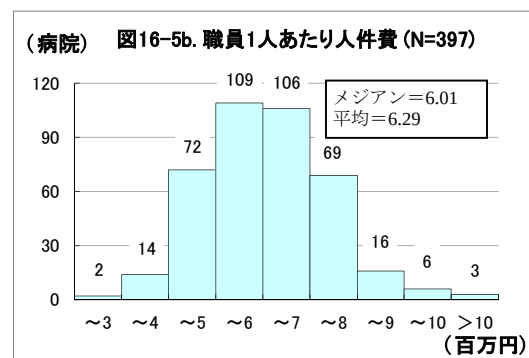
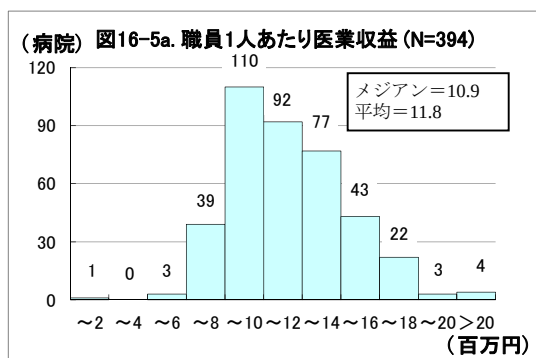


図 16-5a および b では職員 1 人あたりの医業収益および人件費を示した。図 16-5c および d では、一般病院について病床規模別に職員 1 人あたりの医業収益および人件費を示した。

16.6 平均在院日数と1日1人あたり収益

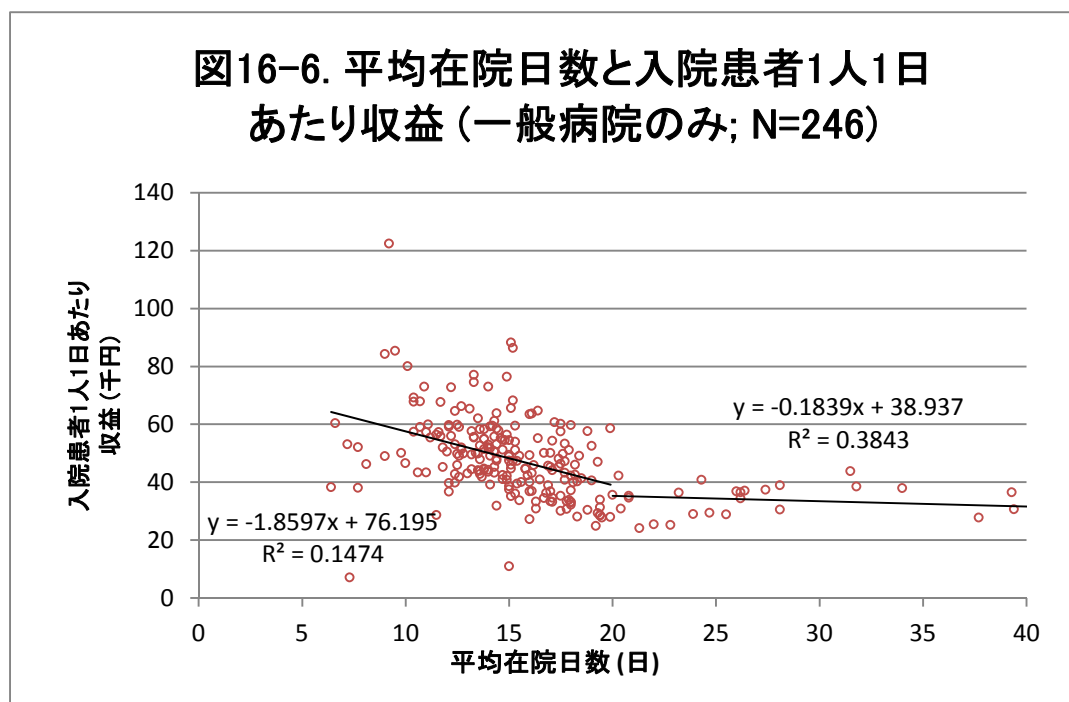


図16-6では、平均在院日数40日以下および入院患者1人1日あたり収益12万円以下の一般病院（246病院）における平均在院日数と入院患者1人1日あたり収益の相関を示した。なお、それぞれの値は受審病院が書面調査票に記した値をそのまま使用した。

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
1.3.2.1	病院運営に必要な会議・委員会が開催されている	72.8%	26.2%	1.0%
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	89.2%	9.8%	1.0%
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	64.4%	32.3%	3.3%
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	82.4%	15.4%	2.3%
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	70.0%	28.2%	1.8%
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	50.4%	48.1%	1.5%
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	59.4%	39.0%	1.5%
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	73.0%	25.7%	1.3%
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	43.8%	55.2%	1.0%
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	87.7%	11.3%	1.0%
第3領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
	該当なし			
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	62.7%	30.5%	6.8%
4.3.3.4	注射薬は1施用ごとに取り揃えが実施されている	74.8%	20.2%	5.0%
4.15.2.2	診療記録管理業務が適切に実施されている	53.1%	42.8%	4.0%
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	80.6%	16.3%	3.1%
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	68.7%	28.2%	3.1%
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	82.5%	14.9%	2.6%
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	70.5%	27.1%	2.4%
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	54.7%	43.6%	1.8%
4.11.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	86.0%	12.4%	1.6%
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	35.8%	62.7%	1.5%
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	87.4%	11.3%	1.3%

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
4.3.1.2	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	82.6%	16.1%	1.3%
4.3.2.4	麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品などが適切に管理されている	84.6%	14.1%	1.3%
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	77.1%	21.7%	1.3%
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	93.8%	5.1%	1.2%
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	84.8%	14.0%	1.1%
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	91.6%	7.3%	1.1%
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	74.1%	24.8%	1.0%
4.15.1.1	診療記録の管理に必要な人員が適切に配置されている	69.8%	29.2%	1.0%
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	83.9%	15.1%	1.0%
4.15.2.1	診療記録が必要時に迅速に提供されている	86.9%	12.1%	1.0%
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	71.5%	27.5%	1.0%
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	72.0%	27.0%	1.0%
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	67.3%	29.3%	3.4%
5.7.1.1	薬剤が適切に管理されている	80.6%	17.1%	2.3%
5.2.3.1	指示出し・指示受けが適切に行われている	89.9%	8.5%	1.6%
5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	37.9%	60.5%	1.5%
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	58.4%	35.3%	6.3%
6.1.3.1	職場の安全衛生が確保されている	50.4%	44.8%	4.8%
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	16.6%	80.9%	2.5%
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	54.7%	43.3%	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	55.7%	42.6%	1.8%
第7領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
7.4.3.1	日常的なこづかい金などに関する管理が適切に行われている	78.7%	14.8%	6.6%
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	93.8%	0.0%	6.3%
7.4.2.2	患者の日常活動（農耕やバザーなど）から生じる収益に関する方針が明確である	83.3%	11.1%	5.6%
7.4.3.2	多額の患者個人の財産管理が適切に行われている	83.3%	12.5%	4.2%
7.1.3.1	措置患者の治療と処遇が適切に行われている	90.4%	7.7%	1.9%
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	96.9%	1.5%	1.5%
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	98.5%	0.0%	1.5%
7.2.2.2	隔離が適切に行われている	98.5%	0.0%	1.5%
7.2.3.2	身体拘束が適切に行われている	97.0%	1.5%	1.5%
7.1.2.3	医療保護による入院継続の必要性が定期的に検討されている	76.1%	22.4%	1.5%
7.2.1.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切である	95.6%	2.9%	1.5%
7.2.1.2	開放的な処遇が入院形態ごとで適切に行われている	92.6%	5.9%	1.5%
第8領域				
項目番号	評価項目	a	b	c
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	87.7%	10.8%	1.5%
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	88.8%	9.7%	1.5%

17.2 中項目ごとの評点分布

中項目は以下の5段階で評価される。表17-2では、中間的な結果報告における全中項目の評点分布を評価項目順に示した。なお、ここではNA以外の評点について集計している。

【評点の内容】

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

表 17-2. 中項目ごとの評点分布

項目番号	評価項目	5	4	3	2	1
1.1.1	理念および基本方針が確立されている	0.0%	83.1%	16.9%	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%	86.9%	12.8%	0.0%	0.0%
1.2.2	組織運営が計画的になされている	0.5%	57.9%	41.3%	0.3%	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%	44.8%	54.9%	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%	67.3%	31.7%	1.0%	0.0%
1.4.1	情報管理の体制が確立している	0.0%	64.7%	35.3%	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%	33.0%	66.8%	0.3%	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	0.3%	17.6%	81.4%	0.8%	0.0%
1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などの連携が適切に図られている	1.8%	83.4%	14.9%	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	0.3%	53.9%	45.8%	0.0%	0.0%
1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	1.5%	89.4%	9.1%	0.0%	0.0%
1.7.2	禁煙が徹底されている	0.0%	49.4%	49.4%	1.3%	0.0%
1.7.3	地球環境に配慮している	1.0%	72.0%	27.0%	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	0.3%	52.4%	47.4%	0.0%	0.0%
2.1.1	患者の権利が明確である	0.0%	40.8%	58.4%	0.8%	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	0.3%	35.5%	59.4%	4.8%	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%	45.1%	54.2%	0.8%	0.0%
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	1.0%	85.1%	13.9%	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	0.5%	88.7%	10.6%	0.3%	0.0%
2.3.2	安全確保の手順が定められている	0.0%	57.2%	39.3%	3.5%	0.0%
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	0.0%	25.2%	73.0%	1.8%	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%	78.3%	21.2%	0.5%	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	0.0%	83.9%	15.9%	0.3%	0.0%
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	0.5%	75.6%	23.7%	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	0.5%	32.5%	66.0%	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	0.5%	66.8%	31.5%	1.3%	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	0.3%	39.8%	59.2%	0.8%	0.0%
3.1.1	案内機能が適切である	0.3%	47.6%	52.1%	0.0%	0.0%
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	0.0%	55.4%	42.8%	0.5%	0.0%
3.2.1	患者・家族の相談に応じている	0.8%	79.6%	19.6%	0.0%	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	0.5%	56.4%	42.1%	1.0%	0.0%
3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	0.3%	61.2%	38.0%	0.5%	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	0.3%	79.3%	20.4%	0.0%	0.0%
3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	0.0%	71.0%	28.2%	0.8%	0.0%
3.5.1	適切な療養環境が保たれている	1.8%	60.7%	37.5%	0.0%	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	0.3%	55.7%	43.1%	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%	30.2%	67.8%	2.0%	0.0%
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	46.6%	53.4%	0.0%	0.0%
4.2.1	看護部門の体制が確立している	0.3%	52.6%	46.9%	0.3%	0.0%
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	0.3%	84.1%	15.4%	0.3%	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	2.0%	62.0%	35.0%	1.0%	0.0%
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	1.0%	73.8%	25.2%	0.0%	0.0%
4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	0.0%	46.9%	50.1%	3.0%	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	0.3%	61.0%	37.3%	1.5%	0.0%
4.3.3	調剤が適切に行われている	0.3%	42.1%	47.6%	10.1%	0.0%
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	1.0%	54.7%	41.8%	2.5%	0.0%
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	0.5%	56.2%	43.1%	0.3%	0.0%
4.4.1	臨床検査の体制が確立している	0.3%	75.6%	23.4%	0.8%	0.0%
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	0.3%	74.3%	24.2%	1.3%	0.0%
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	68.3%	29.0%	0.3%	0.0%
4.5.1	病理診断の体制が確立している	0.6%	59.4%	33.3%	2.9%	0.0%
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	1.4%	67.8%	22.0%	1.7%	0.0%
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	40.9%	10.1%	0.0%	0.0%
4.6.1	画像診断の体制が確立している	0.5%	64.5%	33.8%	1.0%	0.0%
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	0.5%	63.7%	34.8%	0.8%	0.0%
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	71.8%	25.7%	0.0%	0.0%
4.7.1	放射線治療の体制が確立している	0.0%	70.4%	20.9%	0.0%	0.0%
4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	0.0%	82.0%	7.8%	0.0%	0.0%
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	0.9%	27.2%	2.9%	0.0%	0.0%
4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	0.5%	68.0%	19.6%	2.0%	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%	74.6%	15.1%	0.3%	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%	53.7%	35.5%	0.5%	0.0%
4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	0.3%	45.3%	28.5%	2.5%	0.0%
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	0.0%	58.2%	17.9%	0.5%	0.0%
4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	57.2%	19.1%	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%	73.6%	23.7%	1.5%	0.0%
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	0.0%	65.5%	29.5%	3.3%	0.0%
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	70.0%	25.4%	0.0%	0.0%
4.11.1	集中治療の体制が確立している	0.3%	27.8%	8.7%	0.6%	0.0%
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	0.3%	33.3%	3.8%	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	0.0%	31.9%	5.5%	0.0%	0.0%
4.12.1	救急医療の体制が確立している	1.2%	67.2%	24.9%	0.0%	0.0%
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	1.7%	68.1%	23.2%	0.3%	0.0%
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	1.2%	42.0%	49.0%	0.3%	0.0%
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	0.6%	66.7%	27.8%	2.3%	0.0%
4.13.1	栄養管理の体制が確立している	0.0%	61.2%	38.5%	0.3%	0.0%
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	0.0%	62.7%	37.3%	0.0%	0.0%
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	90.9%	9.1%	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	0.8%	52.4%	45.8%	0.0%	0.0%
4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	0.8%	56.9%	41.1%	0.3%	0.0%
4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	1.0%	76.3%	21.2%	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%	59.4%	38.5%	2.0%	0.0%
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	0.0%	49.9%	45.8%	4.3%	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%	60.5%	39.0%	0.5%	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%	58.9%	20.2%	0.0%	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%	65.5%	11.8%	0.3%	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%	51.6%	26.4%	0.0%	0.0%
4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	0.3%	92.4%	7.1%	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	1.0%	94.5%	4.0%	0.0%	0.0%
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	36.0%	7.8%	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%	75.6%	22.9%	0.3%	0.0%
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	0.0%	78.8%	18.9%	1.0%	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%	83.6%	15.1%	0.0%	0.0%
4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	0.3%	59.7%	39.3%	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	0.0%	84.9%	14.9%	0.3%	0.0%
4.19.3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	65.5%	34.0%	0.3%	0.0%
4.20.1	臨床研修体制が確立している	0.0%	26.4%	8.6%	0.0%	0.0%
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	0.3%	30.2%	4.3%	0.0%	0.0%
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	22.2%	12.3%	0.3%	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	0.5%	70.7%	28.8%	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%	92.4%	7.6%	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	0.1%	82.0%	17.9%	0.0%	0.0%
5.2.1	入院の目的が明確である	0.0%	94.5%	5.4%	0.1%	0.0%
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	0.0%	74.0%	26.0%	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%	86.7%	11.5%	1.8%	0.0%
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	0.2%	90.1%	9.7%	0.0%	0.0%
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	0.0%	88.4%	11.6%	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%	88.2%	9.9%	0.0%	0.0%
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	0.0%	60.4%	36.0%	3.6%	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%	74.3%	8.7%	0.2%	0.0%
5.4.4	周術期の対応が適切である	0.0%	57.8%	11.9%	0.2%	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	0.3%	83.2%	16.4%	0.0%	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	0.0%	86.3%	13.6%	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	0.2%	73.9%	24.7%	0.5%	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	0.0%	57.3%	36.2%	0.9%	0.0%
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	0.0%	87.3%	5.2%	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	0.0%	79.9%	10.5%	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	0.1%	79.1%	20.3%	0.5%	0.0%
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	0.0%	30.2%	67.5%	2.3%	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%	74.3%	23.4%	2.3%	0.0%
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	0.0%	94.8%	5.2%	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%	9.6%	87.9%	2.5%	0.0%
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	1.0%	43.8%	53.1%	2.0%	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%	37.0%	57.4%	5.5%	0.0%
6.2.1	財務会計が適切に行われている	0.0%	72.8%	27.2%	0.0%	0.0%
6.2.2	予算管理が適切に行われている	0.0%	85.1%	14.9%	0.0%	0.0%
6.2.3	経営管理が適切に行われている	0.0%	69.8%	30.0%	0.0%	0.0%
6.2.4	医事業務が適切に行われている	0.0%	81.6%	17.9%	0.5%	0.0%
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	0.3%	75.6%	23.9%	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%	77.8%	21.9%	0.3%	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%	51.6%	41.8%	6.5%	0.0%
6.4.1	物品購入が適切に行われている	0.0%	86.1%	13.9%	0.0%	0.0%
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	0.0%	81.9%	17.9%	0.3%	0.0%
6.5.1	業務委託が適切に行われている	0.0%	62.7%	36.5%	0.8%	0.0%
6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	1.5%	59.2%	38.3%	1.0%	0.0%
6.6.2	病院の保安体制が適切である	0.0%	87.4%	12.3%	0.3%	0.0%
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	0.3%	94.0%	5.8%	0.0%	0.0%
7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	0.0%	74.3%	22.9%	0.0%	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%	71.4%	24.3%	1.4%	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%	65.7%	7.1%	1.4%	0.0%
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	1.4%	88.6%	1.4%	1.4%	0.0%
7.2.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇が行われている	0.0%	74.3%	20.0%	2.9%	0.0%
7.2.2	隔離が適切に行われている	0.0%	71.4%	21.4%	0.0%	0.0%
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	0.0%	82.9%	12.9%	0.0%	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%	81.4%	15.7%	0.0%	0.0%
7.3.2	退院に向けての支援が適切である	1.4%	78.6%	17.1%	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%	94.3%	2.9%	0.0%	0.0%
7.4.2	患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている	0.0%	40.0%	2.9%	2.9%	0.0%
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	0.0%	65.7%	15.7%	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%	55.7%	41.4%	0.0%	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%	82.9%	14.3%	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%	41.4%	2.9%	0.0%	0.0%
8.1.1	療養病床への受け入れ体制が整備されている	0.0%	75.7%	20.6%	2.2%	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%	69.1%	27.2%	2.2%	0.0%
8.2.1	QOLの向上を目指したチーム医療が展開されている	0.0%	34.1%	14.5%	0.0%	0.0%
8.2.2	退院後の継続療養に向けたケアプロセスが展開されている	0.0%	40.6%	8.0%	0.0%	0.0%
8.3.1	療養病床の入院患者の医学的管理が適切に行われている	0.0%	40.6%	8.0%	0.0%	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	0.3%	36.1%	12.2%	0.0%	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%	36.9%	11.6%	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	0.3%	39.2%	8.8%	0.3%	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%	39.5%	9.1%	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	0.0%	29.5%	19.0%	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

1.3 病院組織の運営

1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	
1.3.2.1	病院運営に必要な会議・委員会が開催されている	○臨床検査の適正化に関する委員会が未設置である。 ○主要な委員の出席がない。
1.3.2.2	部門間の業務分担および連携が適切に図られている	-
1.3.2.3	組織内の情報伝達が適切に行われている	-

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

2.1.2	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。

2.3 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	○同姓同名の場合の手順は明文化されていない。 ○手術部位の確認手順が明文化されていない。
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	○指示出し・指示受けの手順は院内で統一されていない。 ○指示受けの記録は残されていない。
2.3.2.3	安全な手技実施についての手順がある	○防護具の使用の基準が明確でない。
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	○救急カートに高濃度注射用カリウム製剤が配置されている。 ○抗がん剤治療に関するレジメン管理は行っていない。 ○各部署の注射薬について取り違え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	○原因分析や改善策についての検討はされていない。 ○インシデント・アクシデント報告件数が少ない。
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	－
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修	－

	を実施している	
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	○緊急時の招集訓練や BLS の研修が行われていない。 ○緊急コードが職員に周知されていない。

2.6 チーム医療の推進と診療の質の向上

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	○診療録の医師記載の多くは英語表記である。 ○診療記録の記載基準が整備されていない。 ○退院時サマリーの記載期限が明文化されていない。
2.6.1.2	診療科間にまたがる診療協力の仕組みがある	-
2.6.1.3	多職種による診療協力の仕組みがある	-

第3領域 医療提供の組織と運営

3.2 相談機能および患者・家族の意見の尊重

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

3.5 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。 ○トイレが男女共用である。 ○トイレの仕切りがカーテンのみでプライバシーが保てない。 ○車椅子用のトイレが外来にない。 ○トイレの数が十分でない。
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮	○浴室に段差がある。

	がなされている	○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

4.1 診療部門

4.1.1	診療部門の体制が確立している	
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	○医師に関わる医療法上の配置標準を満たしていないまま改善されていない。
4.1.1.2	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	－
4.1.1.3	診療および業務上の指針・手順が適切に整備されている	○統一された診療マニュアルは作成されていない

4.2 看護部門

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	
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	○看護職員の能力評価の基準・手順が定められていない。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	－

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	○院内処方の患者に対しての説明がなされていない。 ○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。 ○薬剤関連機器の定期的な保守点検が実施されていない。
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	－
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）。 ○湿度計がない。
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。 ○不動在庫や紛失チェックの体制が確立されていない。
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	○麻薬・劇薬・向精神薬が混在している。 ○定数配置の薬剤が、定数より多いことがある。
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。 ○高濃度注射用カリウム製剤が救急カート内に存在している。
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	-
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	○調剤は薬剤助手によって行われ、薬剤師が全く関与していない
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	○抗がん剤の調製・混合が安全キャビネットや閉鎖式調剤器具を使用せず行われている。 ○注射薬の調製・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。
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。 ○現在も持参薬の管理はしていない。
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。 ○プレアボイドのための情報が医師に提供されていない。

4.4 臨床検査機能

4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	
4.4.2.1	検査結果が迅速に提供されている	-
4.4.2.2	精度の高い検査が実施されている	○内部精度管理を実施していない。 ○外部精度管理のサーベイに参加していない。 ○委託先の精度管理を確認していない。
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	○誤認防止対策がない。

4.5 病理診断機能

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

4.6 画像診断機能

4.6.1	画像診断の体制が確立している	
4.6.1.1	画像診断に必要な人員が適切に配置されている	
4.6.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	○CTの定期的な保守点検は行われていない
4.6.1.3	画像診断の業務マニュアルが適切に整備されている	業務手順が明確化されていない。

4.8 輸血・血液管理機能

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	○輸血業務を監督する責任医師が決められていない。
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	○自己血輸血が、日赤の一般血と同じ場所に保管されている。 ○冷凍庫は自記温度記録計付きではない。 ○保冷库・冷凍庫は停電時に電源が供給されない。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	○血液製剤の保管・管理に関するマニュアルはない。

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。麻酔科標榜医もいない。
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・麻酔薬の管理に薬剤師がかかわっていない。 ○麻薬保管庫が持ち出し可能である。 ○HEPA フィルターが設置されていない。
4.9.1.3	手術・麻酔の基準・手順が適切に整備されている	○退室基準や麻酔覚醒の具体的な確認手順は整備されていない。

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	-
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	○洗浄室は整頓されておらず清掃も不十分である。
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	○実際の手順とマニュアルが乖離している。 ○滅菌業務の基準・手順にリコール規定がない。
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	
4.10.2.1	洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている	○化学的インディケータがパックの内側にならない。 ○生物学的・物理的・化学的インディケータが使用されていない。
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	○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	-

4.15 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	-
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）。
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。

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	○診療を担当した医師の署名がない。
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	○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。 ○化学療法中・投与後の観察記録がない。

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	○代行入力の内容が医師によって確認されていない。

		○指示受けの記録がない。 ○口頭指示の手順が明確でない。
5.2.3.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	○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・安全に実施されている	
5.4.2.1	確実・安全な処方が行われている	-
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。
5.4.2.3	確実・安全な投薬・注射が実施されている	○手順が遵守されていない。 ○薬剤が患者ごとに病室内の壁に並んで保管されている。 ○抗菌薬投与時の観察手順がなく、記録もない。

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	○医師の署名が欠落した診療録や判読が困難である。
5.6.1.2	看護記録の記載が適切である	-
5.6.1.3	診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる	○診療情報が一元管理されていない。 ○リハビリテーションの実施記録が分散しており、日々の情報共有が難しい。 ○薬歴管理や服薬指導記録が診療録に綴じられていない。
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・量的監査が行われていない。

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	-
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。 ○歯科医師が不足している。 ○病院機能や業務からみて、看護師、作業療法士が不足している。
6.1.1.3	就労管理が適切に行われている	-
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	○全職員に対する人事考課が実施されていない。 ○人事考課の基準がなく、実施されていない。 ○人事考課が実施・活用されていない。
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	○人事考課の結果は本人には知らされていない。また、結果は処遇などには反映されていない。
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	-
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	○36 協定の締結および届出は行われていない。

6.3 施設・設備管理

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	○小児科病棟の感染性洗濯物保管庫が廊下に設置されている。
6.3.2.2	廃棄物の処理が適切に行われている	○感染性廃棄物収納容器はバイオハザードマークが外見で目視できない。 ○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。 ○輸液ルートが、針の部分のみを切断して非感染性の廃棄物扱いとなっている。 ○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。 ○感染性廃棄物の最終保管場所では一般廃棄物と明確な区分ができていない。 ○感染性廃棄物の最終保管場所施錠されていない。

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。 ○自家発電装置や非常用コンセントがない

		め、停電時の手術中の麻酔装置や人工呼吸器への対応が行えない。
6.6.1.2	大規模災害発生時の対応体制が整備されている	○医薬品の非常時用備蓄がない。 ○災害拠点病院としては食料品の備蓄が少ない。 ○他施設との応援協定がない。

第7領域 精神科に特有な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7.1.2	医療保護入院の管理が適切に行われている	
7.1.2.1	精神保健指定医が判断し、入院告知が行われている	-
7.1.2.2	保護者選任の手続きが適切に行われている	-
7.1.2.3	医療保護による入院継続の必要性が定期的に検討されている	○医療保護入院の継続の根拠が診療録から確認できず、多職種による検討もなされていない。
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	
7.1.3.1	措置患者の治療と処遇が適切に行われている	○措置患者の入院処遇手順や対応マニュアルがない。
7.1.3.2	医療観察法による入院が適切に行われている	
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	
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	○かかりつけ患者の精神科救急事態時への対応体制を準備していない。
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	○外来患者数は極めて少なく、救急患者の入院受け入れ実績もない。

7.2 入院中の処遇の適切性

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	
7.2.1.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切である	○預かりの個人物品が、施錠されない状態で保管されている。
7.2.1.2	開放的な処遇が入院形態ごとで適切に行われている	○閉鎖病棟の任意入院患者の外出は、医師の許可と外出届を必要としている。
7.2.1.3	通信・面会の対応が適切である	-
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	-

7.4 精神科における事務管理

7.4.2	患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている	
7.4.2.1	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	○患者にすべて還元できているかは不明である。 ○収益が発生しているが、材料費が病院負担になっていない。
7.4.2.2	患者の日常活動（農耕やバザーなど）から生じる収益に関する方針が明確である	○還元については当事者の声は反映されず従来通りの方法が長年とられている。
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	
7.4.3.1	日常的なこづかい金などに関する管理が適切に行われている	○赤字患者の分は、他の患者の小遣い金の預り金から補填されている。 ○代理行為の双務契約は交わされておらず、預かり委託書のみである。 ○管理は一人で行っており、他の職員が取引状況を把握するなどの体制が確立していない。
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	-

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	○入院判定を行う仕組みはない。
8.1.1.3	検討した内容が記録され整理保管されている	○受け入れ可否の検討記録がない。
8.1.2	療養病床の入院患者の意思を尊重し、人権に配慮している	
8.1.2.1	患者本人の希望や意思の確認に努めている	－
8.1.2.2	人権に配慮した対応が行われている	○身体抑制の早期解除への取り組みがみられない。
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	○双務契約が取り交わされているが赤字の患者には病院会計から補填がされていない。

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を紹介する。

なお、以下の所見は、当該病院の許諾を得て最終結果報告書から抜粋し、病院の許諾があった場合に限り病院名を付記した。また、掲載にあたり、明らかな誤植は修正した。

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.2 病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

■医療法人仙養会 北摂総合病院

■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	病院の沿革を草創期・充実期・発展期と捉え過去の課題や成果が分析・評価され、今後の課題や将来ビジョンを明確に示し、職員参加型の取り組みにリーダーシップを発揮し、実践においても多くの成果が確認されており、高く評価できる。
1.2.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	各種会議や委員会、さらには毎日行われる朝会などを通じ、課題や将来ビジョンである病院の方向性が示されており、職員の励みになり労働意欲を高める工夫がなされている。
1.2.1.2	病院運営上の課題を明確にしている	学会への参加および発表、研修会への出席などが積極的に行われ、医療の質の向上に対する取り組みが行われている。
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	行動計画書や院内学会発表など各部門・部署が課題や目標を掲げ、発表会の開催や会議・委員会で達成度や成果の評価が行われている。

■医療法人安積保養園附属 あさかホスピタル

■精神病院（400床以上）更新受審

1.2.2	組織運営が計画的になされている	病院の将来計画として中・長期計画が策定され、毎年年初に院長より全職員に具体的な計画と目標の講話があり、院内LANでも全職員に周知徹底が図られている。また、翌年度には全ての部門・部署での達成度が評価されており、高く評価できる。
-------	-----------------	--

1.2.2.1	将来計画が策定されている	平成 22 年度～平成 24 年度の全体目標・計画が策定されており、院長講演や院内 LAN により全職員に周知されている。
1.2.2.2	年次事業計画が策定され、実施されている	中期計画に沿った年次事業計画が策定され、月次で達成状況が把握・評価されている。
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	部門・部署ごとの目標が設定され、全体評価の達成度は 80%である。

■医療法人仁友会 北彩都病院

■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	5 年ごとのマスタープラン、年次事業計画、部門・部署計画について、具体的な行動項目が設けられ、各項目を評価する指標、数値目標が設定されている。各項目の目標達成度が年度末に評価され、次年度の目標設定につなげていく、いわゆる PDCA のサイクルが確立しており高く評価される。例えばマスタープランは、「患者・医療機関の視点」「質と安全の視点」など 5 つの視点について、それぞれ戦略目標が数項目設定され、戦略目標を達成するための具体的な行動が十数項目定められ、その達成目標と達成期限、担当者が設定されている。達成度は毎年評価されている。
1.2.2.1	将来計画が策定されている	-
1.2.2.2	年次事業計画が策定され、実施されている	-
1.2.2.3	年次事業計画に基づく部門・部署ごとの目標が設定されている	-

1.5 職員の教育・研修

■医療法人コミュノテ風と虹 のぞえ総合心療病院

■精神病院（200 床未満）更新受審

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	全職員を対象とした研修は教育促進・新人委員会で行われている。院内の研修に参加出来なかった職員対象に研修レジメ等が院内 LAN で送信
-------	-----------------------	--

		され、受け取った職員からは感想文が戻るシステムによって確認ができています。多職種による「治療共同体」に基づく力動的チーム医療の実践に向けた院内独自の研修は活発で発表や論文として研究成果が形になっており、高く評価できる。
1.5.1.1	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている	必要性の高い課題についての教育等も積極的に実施されている。
1.5.1.2	院外の教育・研修の機会が活用されている	－
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	－

1.6 地域における役割と連携

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■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	地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、エイズ診療拠点病院、総合周産期母子医療センター、臨床研修病院の指定を受け、27診療科を有する高度急性期病院として地域完結型医療圏の構築に中心的な役割を果たしている。地域の15病院との診療情報共有化推進活動や、地域連携パスに8ネットワークが機能しているほか、医療機関との定期的な学習会の開催など、地域と一体となった退院支援等の連携強化の取り組みは具体的でかつ充実しており、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	－
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	－
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	地域連携パスは大腿骨頸部骨折、脳卒中、5大がん、糖尿病の8ネットワークが機能している。がん支援相談室、退院支援看護師の配置など医師、MSWなど多職種の関わりにより紹介者の受け入れや地域医療機関との連携が行われている。

■社会医療法人愛仁会 高槻病院

■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	地域医療支援病院および総合周産期母子医療センターとして地域の救急医療を担い、地域における役割・機能を十分に果たしている。病院長直轄の組織として地域医療室を設置し、19名の職員が地域医療連携業務と医療相談業務を担当して総合的に対応する体制が確立され、連携の手順やシステムも適切に整備・運用されている。地域の医療機関や福祉施設等とは、患者紹介業務や高度医療機器の機能提供、開放病床の運用、地域連携パスの運用等、多方面にわたって連携機能を発揮しており、地域貢献度は高く評価できる。
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	-
1. 6. 1. 3	地域における連携機能が発揮されている	地域医師会との連携活動を重視し、地域医療室の職員が登録医や医療機関を定期的に訪問して、コミュニケーションの促進に努めている。

■総合病院国保旭中央病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

1. 6. 1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	地域中核病院として自院の役割・機能は明確であり、院内外に明示されている。また、紹介や逆紹介など地域の医療機関・福祉施設との連携機能は、医療連携福祉相談室を中心に積極的に発揮されており、適切である。なお、地域医療支援センターにおける地域の医療従事者の育成・研修などの積極的な取り組み、および地域診療情報連携システムによる地域の医療機関との患者の検査データなどの相互共有利用は、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	地域医療再生計画に基づく地域医療支援センターには、地域医療連携ユニット・診療支援タ

		スクフォース・臨床研究支援ユニット・教育ユニットが整備され、医師・看護師等医療を担う人材を育成・確保することを通じて、近隣の医療機関への医師派遣、地域医療連携、臨床研究支援、教育支援を行うとし、積極的な取り組みが行われている。
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	-
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	現在、旭中央病院を中心に市内 9 医療機関・市外 3 医療機関との間で地域診療情報連携システムが構築され、検査データなど診療情報の共有により連携医療機関や患者の利便性が図られており、さらに連携医療機関の拡大にも積極的に取り組んでいる。平成 24 年度には「地域医療への貢献」と「経営の健全性」が評価され、自治体立優良病院として総務大臣表彰を受けている。

■ 公立みつぎ総合病院

■ 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	地域包括ケア構想を自院の機能と捉え、早くから取り組んで今日に至っている。不断の努力と行政との連携や地域住民・ボランティアとの連携を経て、超高齢社会に向けるわが国の模範となる体制構築に至っている。地域の保健・福祉全てに関わり、地域の要として活躍されていることは至極の評価に値する。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	行政の保健・福祉部門と一体となって活動している。
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	-
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	-

■ 長崎大学病院

■ 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	長崎県の中核医療機関として機能しており、高
-------	---------------	-----------------------

	などとの連携が適切に図られている	度医療を担っている。がん拠点病院・被爆者医療・離島医療などに積極的に取り組み、前方連携としてあじさいネット登録、後方連携として退院支援や転院調整などが行われている。地域連携センターとして医師・看護師など13名の職員が活発に活動され、模範的である。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	-
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	-
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	-

■東京女子医科大学病院

■一般病院（500床以上）新規受審

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	地域の医療施設、行政機関等との連携に、社会支援部を設置して取り組み、全診療科医師から構成される医療連携推進委員会の活発な活動など、極めて適切な地域連携が行われている。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	地域における自院の役割を、理念や基本方針、病院規程などを通して明確に設定し周知に努めている。区西部保健医療圏（新宿区・中野区・杉並区）の人口動態、意識調査等の詳細な情報・データを把握して、医療圏内における医療を充足するためにさまざまな取り組みを行っている。
1.6.1.2	地域連携のための院内の体制が整備されている	社会支援部を設置し、看護師など8名の専従職員を配置している。地域の医療機関等の情報、機能を把握し、電子カルテ内に地域医療支援システムを整備し、紹介受入れや高次医療施設への紹介等に活用している。区医療圏のみならず、海外（米国、モンゴル）との連携も行っている。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	紹介患者受け入れ、高次医療施設との円滑な連携を行うために、院長直轄の医療連携推進委員会を設置している。各診療科から1名ずつ42名の医師が委員として参加し、6グループ（連携実態調査、啓発、連携支援、返書、予約、キーパ

		ーソン不在) に分かれ月 1 回会合を行っている。委員会活動を通し科別の紹介先への報告書未作成リストによる返書率の向上など、地域との連携が飛躍的に向上している。
--	--	--

■社会医療法人恵和会 西岡病院

■複合病院（100床未満）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	貴院は社会医療法人として複数の無医地域への継続的医師派遣（年間延べ190日強）や、在宅療養支援病院として地域の連携拠点作り、外部医療機関の連携医の取り纏めに励み、さらに厚生労働省の「在宅医療拠点事業」にも参画され、地域をリードする形で時代の先を行く連携体制を構築している。さらに、患者の退院カンファレンスには、紹介医も参加を求めて地域での連携情報の共有化に努めているなど、地域連携への貴院の努力は高く評価できる。
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	－
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	－

1.7 健康増進と環境

■三重県厚生農業協同組合連合会 いなべ総合病院

■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	地域の健康増進活動への取り組みは積極的に行われ、極めて適切である。
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14年から地域の公民館・自治会館や老人会会場を借りて出前講演を開始し、院長、医師、理学療法士、管理栄養士等が地域に出向いて地域住民の健康維持・増進に向けた講演や実演会を行い、平成23年度までに359回に及んでいる。地域の警察・消防・行政・医師会等とも連携し、市民医療健康講座、健康指導、医療相談等も行っている。また、草取りボランティア251

		人、ほほえみの会ボランティア 168 人、その他ボランティアを含め総勢 421 人のボランティアを登録している。人間ドック受診の啓発、地域住民の健康管理啓発を行い、地域ぐるみでの健康維持を目指した活動を積極的に実践している。
--	--	--

■社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

■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	健康診断事業、健康教室の開催や研修会・講演会・市民講座への医師の派遣・へき地医療の支援などに積極的に取り組んでおり、能登万葉マラソン大会や地域の祭り、花火大会への医療チームの派遣なども積極的に行われている。また、能登半島北部の医療機関に対する診療支援や遠隔画像診断の対応もなされるなど、地域の健康増進活動は極めて適切に行われており、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	健康管理センターによる人間ドック、事業所健診、多くの事業所への産業医の派遣などの健診活動が積極的に行われている。また、院内での糖尿病教室などは毎月頻回に開催されており、地域住民も参加できる病院祭も実施されている。さらに、リハビリテーション部門によるリハビリテーション講習会、助産師による中学・高校での思春期教育、医師による医療講座や BLS 講習会なども、公民館・学校・保健センターなど広い地域で行われている。

■医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院

■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	地域の健康教育活動は極めて積極的な取り組みを継続して実施しており、年間 1,000 回におよぶ公開医学講座の開催は高く評価できる。地域の健康行事への職員の派遣や健康管理センターを立ち上げ、健康診断、人間ドックの受け入れなどにも積極的な取り組みが見られる。
-------	-------------------	---

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	毎月公開医学講座の開催情報をリーフレットに作成して新聞折り込みを活用し公表し、継続的に実施するほか、病院見学会、心肺蘇生などの実地教育などにも取り組み、極めて活発な活動が行われている。公開医学講座には病院施設を利用するほか、関連施設、行政施設などを利用し、月間 80 余の講座に 1,200 人余の参加者がある。
---------	-----------------------	--

■医療法人沖縄徳洲会 南部徳洲会病院

■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	予防医療の充実と向上を基本方針に掲げ、地域の健康増進活動の実践に全職種が関わって病院全体として積極的に取り組んでいる姿勢は極めて高く評価でき、他の見本となる。
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	総合健診センターでの健康診断・各種検診の他、地域での予防接種や健康診断に医師・看護師等が年間計画を立てて出かけている。また、病院主催の院内外での公開講話の他、無料の出張医療講話（おしかけ医療講話）メニューに対する講師派遣依頼にも全職種が分担して対応しており、院内外での医療講話の開催はそれぞれ年間 600 件を超え、参加人員は延べ 2 万人に達している。毎年開催する病院祭にも多くの地域住民の参加があり、地域と共生する取り組みが極めて盛んなことが明確に窺える。

■ブレストピアなんば病院

■一般病院（100 床未満）更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	乳がん医療に対し、精度の高い機器を組み合わせた検診事業を全国展開し、高い成果を収めている。その活動と実績は広く認知されており、健康増進活動への取り組みは卓越し優れている。
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	乳がんの早期発見・早期治療を実現すべく、乳がん専用の移動検診車を 6 台配置し、マンモグラフィと超音波検査装置を備えて地域のみな

		らず全国の自治体・企業・団体の乳がん検診依頼に応じている。
--	--	-------------------------------

■医療法人社団正峰会 大山病院

■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	病院理念である「地域とともに、あなたとともに生きる」を具体的に実現するために、CCAC 部門を設置して専従職員を配置し、長年にわたり地域への健康増進活動に病院全体で取り組んできた実績は、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	地域の健康増進活動として、専従職員のコーディネートによる各自治区への様々な職種による出前講座「いきいきサロン」（延べ200回）の開催、公開講座「健康ふれあい教室」（延べ24回）の院内開催、地域を巻き込んだ3,000人規模の「健康ふれあいフェスタ」の開催が10年間、継続的に行われている。

■済生会八幡総合病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	電気使用量や水量の削減、ISO14001 の認証、残食利用での野菜栽培、省エネ型機器や環境物品等の調達、グリーン購入大賞奨励賞の受賞など、地球環境に配慮した多様な工夫がなされ高く評価される。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	環境方針に基づいた活動が積極的に行われ環境白書が発行されている。具体的には、電気使用量の削減、水量の削減実施や井水の利用、ディスプレイ製品の効率的な利用、ISO14001 の認証、廃棄物の削減計画と実施、残飯等を堆肥化し農園のグリーンジムで野菜を栽培し職員食堂の食材として利用、夏場のグリーンカーテンなど地球環境に配慮した取り組みが積極的に行われ成果も確認できる。

■日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院

■一般病院（500 床以上）新規受審

1.7.3	地球環境に配慮している	地下水の井水熱利用ヒートポンプ、太陽光発電パネルの設置、風車設置による風力発電、屋上緑化、資源のリサイクル、ECO 委員会による院内巡視など、ハード面およびソフト面での取り組みが積極的に行われている。さらに、国土交通省から全国初の「省 CO2 推進モデル病院」にも選定されており、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	-

■医療法人財団岩井医療財団 岩井整形外科内科病院

■一般病院（100 床未満）更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	病院の方針として地球環境を守る姿勢が確立されており、様々なエコ活動へ積極的に取り組んでいる。また、職員へ活動状況を報告するなど、啓発・教育活動も積極的に実施されており、入院患者にも環境運動への啓発を行うなど、他の病院の模範となる極めて適切な取り組みを行っている。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	カーボンオフセットにより平成 20 年から CO2 排出ゼロとなっており、チームマイナス 6%登録、エコキャップ、グリーンカーテンなどの取り組みがある。また、環境運動へ賛同する入院患者に対し、退院時に感謝状を贈呈している。

1.8 継続的な質改善の取り組み

■総合病院国保旭中央病院

■複合病院（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	組織横断的な改善活動については、TQM センター運営会議を中心に毎年 QC サークル活動が活発に行われ、QC 活動発表大会や優良表彰も実施されている。また、ISO の更新認証など継続的な病院機能評価の改善活動にも積極的に取り組んでおり、高く評価できる。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改	平成 24 年度は、QC サークル活動として 20 グル

	善に組織的に取り組んでいる	ープが参加し、活動状況などが毎月 TQM センター発行の「横断活動ジャーナル」で紹介されている。
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	基本方針に「国際医療標準化機構が定めた質マネジメントシステムの要求事項に適合した医療の実現と継続的改善に努めます」と記されており、平成 24 年 3 月に ISO9001 : 2008 の更新認証を受けている。

第2領域 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.1 患者の権利と医療者の倫理

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■一般病院（500床以上）更新受審

2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	病院全体の臨床倫理に関する組織的な検討体制が、基軸となる倫理綱領や指針をもとに現場の課題を検討、分析する仕組みとして確立していることは高く評価される。さらに、これらの検討結果をDNARに対する指針の見直しや、体外受精室安全管理マニュアルの策定につなげるなど、臨床活動へのフィードバックを積極的に行う活動として定着させている点は、他の模範となる取り組みとして極めて高い水準にある。
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	臨床倫理の方針は「倉敷中央病院倫理指針」や「倫理綱領」「診療上の基本方針」に明示されており、2012年9月に一部改訂された。この内容は、「病院のしおり」や院内LAN、入職時オリエンテーションで全職員に周知されている。
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	指針をもとに「倫理的問題を検討する病棟基準」を定め、看護部門倫理委員会や倫理担当者研修会の活動を中心に、各現場で発生する倫理的課題について積極的に収集しているだけでなく、隔月で開かれる倫理委員会で病院組織全体としての分析・検討を行っている。
2.1.2.3	臨床研究に関する倫理が明確である	臨床研究実施基準は2011年に改訂され、院内LANで申請手続きなどと一体で公開され、申請をしやすくする取り組みが行われている。これによって毎年200件前後の臨床研究が認められており、規程の遵守状況についての審査も行われている。

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

■東京都立駒込病院

■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	医療安全に対する患者への協力は入院案内やポスター掲示などがなされている。また、患者が疾患について理解を深めるために、がんサロン
-------	---------------------	---

		にて定期的な教室の開催が行われている。特に、医療情報室「こまどり」では、自由に患者が充実した図書の閲覧やインターネットでの検索ができるようになっており、患者が医療参加できる工夫がなされており、高く評価できる。
2.2.2.1	治療効果向上および医療安全の観点から診療への患者参加が促進されている	-
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	医療情報室「こまどり」において、患者向けの図書・インターネットが整備され、蔵書として医学書 1,000 冊、一般書 650 冊が整備され、DVD などの映像も閲覧ができる。また、一般書は文京区から毎月 100 冊入れ替えが行われている。待ち時間対策としても活用され、6 年前の開設以降の運用実績としては、月延べ 800 人以上の利用がある。司書が常駐し、閲覧場所なども広く確保されており、極めて充実した環境が提供されている。

■ 浜松医療センター

■ 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	患者にはインフォームドコンセントで、症状・治療に対する説明を行い、問診票などで患者の情報を得ている。外来では待合ホールに疾病・予防に関する各種パンフレットが配置され、市民のための講座を実施され、患者図書室ではインターネットが使えるパソコンコーナーがあり、医療に関わるサイトの検索ができ、医療について学ぶことができる。また、患者図書室には常時職員が配置され利用者に便宜が図られている。診療への参加を患者に促している仕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	誤認防止のため、患者に名乗ってもらう患者確認ポスターやリストバンド着用の説明など、患者と医療安全を確認し患者の参加が促進されている。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解	市民公開講座、認定看護師の外来での教育、外

	を深めるための支援を行っている	部研修の講師として職員派遣などが実施されている。患者図書室には医療についてわかりやすく書かれた図書が約 600 冊揃えられている。また、図書室には図書の貸出サービスがあり、病気・治療に関する映像の視聴や、インターネットの利用ができるサービスが提供されている。
--	-----------------	---

■香川医療生活協同組合 高松平和病院

■一般病院（100-199 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	医療安全を高めるために患者・家族に誤認防止の協力などについて説明されている。また、パンフレットの整備、「私のカルテ」の DVD 映像によって患者が医療に参加することや理解を深められることに積極的に取り組み、また、入院案内パンフレットには「患者さま・ご家族へのお願い」として患者参加を求めている。「私のカルテ」の作成は患者本人が自分の病気を理解する方法として高く評価出来る。
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	入院患者の「私のカルテ」には検査結果・看護計画・患者が記録する療養日誌・退院療養計画書等が一冊に纏められ、患者・家族と医療者共に共有する仕組みになっている。「私のカルテ」を作る過程で患者が自身の疾患について理解を深める手法として非常に効果的だといえる。
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	各職員が地域での健康チェックや学習会への講師活動が行われ、院内での患者会も積極的に開催され、ホームページ上でも知らせる工夫がされている。

■東京女子医科大学病院

■一般病院（500 床以上）新規受審

2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	患者用図書館「からだ情報館」や「がん情報サロン」を正面玄関のすぐ横に設置して、診療への患者の参加を強力に推進する姿勢を明確に示す等、極めて適切に取り組まれている。
2.2.2.1	治療効果向上および医療安全	医療安全確保や治療効果向上のために患者や

	全の観点から診療への患者参加が促進されている	家族が守るべきことを「患者さんへのお願い」として6項目にまとめている。また、患者・家族への協力を求める具体的内容を入院案内等に明記している。
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	患者が疾患の理解を深める施設として「からだ情報館（150㎡の患者用図書館）」を設置し、2,100冊の専門書、各科教授執筆による疾患別小冊子、インターネット端末4台等を整備し、毎日150人の利用者がいる。また、隣接して「がん情報サロン」を設置し、がん患者からの相談、患者同士の情報交換の場として使用している。さらに、からだ情報館主催の専門医による特別講演会（年4回）の開催、希望者には専門看護師や管理栄養士、社会福祉士、精神保健福祉士が個別に対応する仕組みがある。

2.3 患者の安全確保

■長崎大学病院

■一般病院（500床以上）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	平成13年より医療安全管理室が設置され、当初は看護師1名の専従リスクマネージャーによりスタートし、現在では医師・看護師2名・事務4名を配置し、院長直結の組織として指示命令系統が明確で、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者も任命するなど組織体制が確立されている。「医療安全ポケットマニュアル」は職員用と外注業者用が作成され、働く職員全員に配布し周知されている。安全確保の方針も明確に示され、院内掲示、入院案内にも絵図柄入りで患者の安全について示すなど適切に運営され、その活動は高く評価できる。
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	以前、感染管理責任者であった医師を医療安全専従責任者に配置し、看護師・事務職により構成され、院内ラウンド時の指摘も徹底され、指示命令系統が明確にされている。

■医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

■一般病院（500床以上）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	安全確保のための組織体制は、副院長をリーダーとする10名のメンバーで構成する安全環境管理室を置き、医療安全管理者、感染管理者を含む4名が専任であり、衛生委員会、院内感染委員会を統括・連携する体制で機能している。特にアクシデント発生時にはその報告に基づいて速やかに原因究明と予防対策の指示を出し、速やかな対応ができる体制になっている。医療安全対策委員会は部課長会議メンバーを中心とする委員で構成され、SMT委員会、SMTワーキンググループ（全職種によるメンバー構成）の活動を指揮・管理する体制が確立し、事故防止、感染防止、事故対策への取り組みが積極的に行われる仕組みになっていることを高く評価したい。
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	安全環境管理室－医療安全対策委員会－SMT委員会－SMTワーキンググループ（全職種、39名で構成）という組織体制が整備され、各委員会およびメンバーの役割が明確にされている。

2.5 医療関連感染管理

■鹿児島大学病院

■一般病院（500床以上）更新受審

2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	詳細でわかりやすい感染対策マニュアルの作成、院内ネットワークを活用したICTサイトの開設、さらには抗菌薬の適正使用を促す効果的なシステムの構築などは他の医療機関の模範となるものであり、高く評価できる。
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	感染対策マニュアルは毎年改定されており、マニュアルには数多くのカラー写真やシェーマなどが含まれ、ハンドサイズの縮小版冊子も作成されていて職員への浸透と理解度の向上に貢献している。これに加えて、院内ネットワーク上のICTサイトに感染対策のリアルタイムでの追加や変更情報を随時掲載し、周知徹底に努めて

		いる。同サイトにはマニュアルを含むあらゆる感染対策情報が掲載されており、病院ホームページを経由して外部からもアクセスできるようになっている。
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	届け出制となっているカルバペネム系や抗MRSA薬などを含む全ての抗菌薬の、毎月の診療科別・病棟別使用量を把握し、各種会議やICTサイトを通じて医師にフィードバックしている。
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	院内での感染管理活動はもちろんのこと、「鹿児島ICTネットワーク」や「県医師会の感染対策相談窓口」を通しての全県的な活動は今後の日本の地域感染対策を考えるうえでの模範となるものであり、高く評価できる。
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	病棟別の分離菌リストが作成されており、MRSAや緑膿菌など主要分離菌についての抗菌薬感受性も検証している。また、MRSA・SSI・BSI、さらにはNICUや多剤耐性菌など数多くの目的別・包括的サーベイランスを精力的に実施して院内感染防止に役立てており、それらは「感染管理ニュース」やICTサイトにより職員に周知されている。
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	昨年度、ロタウィルス、MRSA、および職員食中毒のアウトブレイク疑いを早期に察知し、その拡大を未然に防止した実績がある。
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	県全体の院内感染対策の向上を目的に、10年前にICTが事務局となって「鹿児島ICTネットワーク」を構築しており、定期的な研修会を開催するとともに、離島を含む県下医療従事者約150人からなるメーリングリストを活用して、感染症流行状況など様々な感染情報のリアルタイムでの収集と共有、あるいは具体的な院内感染対策の助言・指導や意見交換を行っている。また、県医師会の感染対策相談窓口も引き受け、

		地域診療所などの感染対策の維持・向上にも貢献している。
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	ICT を中心とした教育・研修活動が精力的かつ計画的に実施されており、職員アンケート調査などによってその評価が行われ、研修会への出席数や出席割合も個人別・部門別・診療科別に把握されている。またこれらに加えて、DVD 研修としての集中上映、24 医局に出向いての出張上映、e-ラーニング、中途採用者や委託業者への教育・研修など、様々な取り組みも行っている。

■株式会社東芝 東芝病院

■一般病院（200-499 床）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	院内感染防止委員会・ICT・ICN やリンクナースなどの組織的活動は積極的であり、医療関連感染状況改善の実績に結びつけているなど、医療関連感染に対する組織的な活動は高く評価できる。
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	日々の抗菌剤使用量や病棟別の分離菌・薬剤感受性リストについて毎月開催される院内感染防止委員会において検証されている。また、瘡感染・血流感染・尿路感染・カテ先感染等の目的別サーベイランスの結果を検討し、臨床現場にフィードバックしている。これらの情報分析結果より、ICN 活動の一環としての抗菌薬の適正使用に関する担当医への介入などにより、MRSA・緑膿菌等の感染率減少や MRSA/SA 比の低下などの成果が得られている。
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	医療関連感染アウトブレイクの兆候を早期に察知する努力がなされており、ESBL 産生菌の感染拡大を未然に防止した等の実績も複数ある。
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	ICT とリンクナースが中心となって院内外の感染情報を収集しており、院内ホームページ等により職員に周知している。国立感染症研究所感染症情報センターや東京都感染症情報センターの最新情報が院内ホームページの院内感染防止委員会関係の項に掲載されている。

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	年度ごとの実施計画に基づいた全職員向けの教育・研修会が定期的実施されており、研修後には参加者へのテストも行われている。また、欠席者への研修を別に行うなど、全職員が研修を受けることができるよう配慮されている。
---------	--------------------------------	---

2.6 チーム医療の推進と診療の質の向上

■医療法人コミュニテ風と虹 のぞえ総合心療病院

■精神病院（200床未満）更新受審

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	毎朝、祝祭日も休み無く全職種の職員が参加して開催される「総合診療会議」によって病院全職員に情報と方針が伝達され共有されている。これは貴院の力動的な患者理解と治療的共同体形成の方向に全職員が一体となって組織的に活動できる根源的システムになっている。このことは特筆に値し、他の模範となりうるものである。
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	診療録の記載基準が定められ、電子カルテシステムによって多職種の記録が一元化されている。
2.6.1.2	診療科間にまたがる診療協力の仕組みがある	他科との治療方針の検討や他科での治療については近隣の医療施設との医療協力によって適切に行われている。
2.6.1.3	多職種による診療協力の仕組みがある	毎朝、全職種の職員が参加する「総合診療会議」が祝祭日を含め連日開催され、選定事例についての報告および検討が行われ、その対応策や方針が決定されている。各病棟でも多職種参加の事例検討会議が開催されている。

■社団法人全国社会保険協会連合会 宇和島社会保険病院

（現：独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院）

■一般病院（100-199床）新規受審

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	診療科・職種横断的に患者中心の医療に取り組む様々な仕組みとその実践が進められており高く評価できる。また、少ない医師体制をサポートして多職種・部門が自らの力量を高めて医師関連業務をカバーし、医師には医師にしかできない業務を行うなど、全体で自院の診療の質を
-------	--------------------	--

		高めようとする姿勢が明確である。医師もそれに呼応した業務を恒常的に行っており、患者中心の組織的な医療・チーム医療の取り組みは模範的と評価できる。
2.6.1.1	必要な医療従事者に情報が共有される仕組みがある	電子カルテ上で、栄養指導、服薬指導、リハビリ記録、MSW 援助記録などの情報の共有が行われている。医師は日本語主体で略語の少ない診療録作成に努めており、身体拘束開始・解除にも積極的に関与し、治療方針の変更を含めて記録を残している。
2.6.1.2	診療科間にまたがる診療協力の仕組みがある	自殺企図患者や認知症患者には非常勤心療内科医、精神科医を関与させている。また、複数の医療問題を抱えた患者に対応するために、整形外科医が主治医の時には老年病科医が、一般科医が主治医の場合にはリハビリテーション医が併診するシステムが機能している。通常の治療方針の決定などにも診療科横断的な取り組みがあり、また、多職種の関与が確認できる。
2.6.1.3	多職種による診療協力の仕組みがある	褥瘡・NST チーム、感染対策チーム、糖尿病チーム、地域連携室などが、入院当初から迅速な情報交換を行い、患者中心の医療を行っている。また、手術室看護師がフィジカルアセスメント能力を高めて麻酔科医へ情報提供する、あるいは緊急を要する CT、MRI 画像が出現した際には放射線科医・放射線科技師が即刻主治医に連絡する、さらには事務・看護部が退院カルテや退院サマリー作成を手伝うなどの、多職種からの医師業務支援が行われている。

■社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

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	M&M カンファレンスの性格を色濃くした救命救急センター症例検討会（救命救急士の参加による院外公開）をはじめとし、数多くの診療の質向上を目標とした症例検討会が開催されており、診療の標準化への取り組みも疎結合方式による電子カルテへの PCAPS（患者状態適応型パ
-------	-------------------------	--

		ス)の実装を目標とした先駆的な活動が見られる。この取り組みは極めて高く評価される。
2.6.2.1	診療の質に関する症例検討会が行われている	消防本部の救急救命士も参加する院外公開型の救命救急センター症例検討会や、多職種参加型の総合CPC、内科合同カンファレンス、消化管カンファレンス、呼吸器カンファレンス、乳腺カンファレンスなどが定期的かつ活発に開催されている。
2.6.2.2	診療の標準化が促進されている	質改善のための組織体制として企画室のTQM部が整備されており、質向上に向けた取り組みはPCAPSの活用として特徴付けられている。具体的には、診療ガイドラインの質指標と医療構造を構造化したPCAPSの連携を目的に、電子カルテに意思決定支援機能と疾患管理機能を付加したPCAPSを実装するものであり、動脈硬化症管理システムの開発や、脳梗塞のコンテンツ作成、脳血管障害後の嚥下障害と運動麻痺のコンテンツ作成が進行中である。特段に評価される。

第3領域 療養環境と患者サービス

3.1 案内機能と待ち時間

■医療法人雄心会 函館新都市病院

■一般病院（100-199床）更新受審

3.1.1	案内機能が適切である	医事課職員が担当し、診療時間帯は機能している。外国人来院者に対してロシア語、英語、フランス語、スペイン語、中国語、韓国語に対応する担当者が配置されている。案内表示・掲示は適切である。
3.1.1.1	受付や案内などの対応に配慮されている	-
3.1.1.2	案内表示・掲示が適切である	-
3.1.1.3	担当者名や責任者名が紹介されている	-

3.2 相談機能および患者・家族の意見の尊重

■医療法人仙養会 北摂総合病院

■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	地域連携室を中心に、他職種との連携により患者中心の相談機能が適切に発揮されており高く評価できる。また、院内各部署および院外の各機関との連携も適切である。
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	地域医療連携室スタッフ8名が担当しており、気軽に相談できるカウンターや個室が整備されている。
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	転院や退院調整、介護保険、がん相談など、患者・家族の多様な相談に適切に対応している。

■国立療養所長島愛生園

■一般病院（500床以上）更新受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	福祉課にソーシャルワーカーが3名配置され、相談支援フローチャートにより体制は明確にされている。また、園外施設との相談記録が残されていて、多様な相談業務に応じており、適切である。ハンセン病固有の状況に対する配慮であるが、具体的な取り組みとそのきめ細やかさは、医療機関としての相談機能の理想的な状態
-------	----------------	---

		として、極めて高く評価できる。
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	福祉課の中に相談スペースがあり、相談者が落ち着けるよう、海や島が見える窓があり、配慮されている。
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	親族検索フローチャートが整備され、地域連携室の看護師と連携して、園外施設や委託医療機関との調整が図られている。

■ 帝京大学ちば総合医療センター

■ 一般病院（500床以上）更新受審

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	なんでも相談室に配置された社会福祉士、精神保健福祉士など6名の相談員が患者・家族の相談に誠心誠意対応し、厳しい環境の中で後方連携にも全力を尽くしていることは高く評価できる。
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	－
3.2.1.2	必要な相談機能が適切に発揮されている	－

■ 医療法人社団同仁会 金光病院

■ 複合病院（100-199床）更新受審

3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	患者・家族の意見・苦情については、意見箱以外に入院案内や広報誌にも案内され、積極的に聴取する努力がなされていることは評価できる。意見・苦情は業務改善委員会で検討・対応され、病院にとって耳の痛い意見も含めて広報誌でも回答されている。また、満足度調査はアンケート調査として定期的に行われ、院外モニター制度も導入して院外モニターは常に募集中であり、半年に一度意見交換会を開催していることについても高く評価できる。
3.2.2.1	意見や苦情を聞くための手段があり、適切に機能している	－
3.2.2.2	患者の満足度調査が定期的	－

	に行われている	
--	---------	--

■医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院

■複合病院（500床以上）更新受審

3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	患者・家族の意見を尊重するための組織として、看護師をチーフとした3名からなるサービスシステム開発室が設置されている。開発室が中心となって意見箱の管理、外来患者・入院患者の満足度調査、退院患者へのアンケート、院内ラウンドなどを実施し、患者・家族の声を聴く努力がなされている。それらの意見や要望・苦情を、手順に沿って「CS委員会」や「医療の質と安全の会議」などで対応策を検討している。職員へは冊子や委員会・掲示・朝礼などを通じて周知され、再発防止に努めており適切である。
3.2.2.1	意見や苦情を聞くための手段があり、適切に機能している	意見箱は各所に設置し、週1回収後「医療の質と安全の会議」などで検討し、対応策を講じている。案件により本人に回答あるいは、院内掲示板、ホームページに掲載している。慢性期の患者が多いため意見箱などによる意見や要望を聴きにくいことから退院患者・家族にアンケートを実施し、郵送してもらう仕組みを取り入れている。アンケートの回収率は約5～60%である。また、ペイシェントベルを活用するなど、患者の声を聴く努力をしている。
3.2.2.2	患者の満足度調査が定期的に行われている	外来患者、入院患者、退院患者満足度調査は、全職種ごとに「説明」「診療」「態度」など医療サービス全般に亘って、毎年1回実施し、「医療の質と安全の会議」で検討し病院のサービス改善にいかしている。また、患者・家族の声は冊子「ありがとう鶴巻温泉病院」にまとめられている。冊子は、約40ページにわたって纏められ、毎年発行されている。平成24年度で16年目である。その記録を経年的に検討することによる改善も行われ、冊子は患者・家族や地域関係機関に配布している。

3.3 施設・設備の整備と利便性

■東海大学八王子病院

■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	駐車場や院内コンビニ、フラワーショップ・レストラン・クリーニングショップ・ベーカリーカフェ・各種介護用品・入院用品の販売やレンタル、書籍販売とビデオレンタル・理容・美容の出張・ATMなど、患者・家族・面会者の利便性に配慮した各種施設が整備されている。生活延長上のサービスは院内でそのほとんどを提供できる環境であり、高く評価できる。これらのサービスを利用者等に詳しく知らせる手段の一つである入院案内や各種添付文書の記載項目・内容なども適切に作成され運用されており高く評価できる。
3.3.1.1	利便性に配慮した施設がある	－
3.3.1.2	生活延長上の設備やサービスがある	－
3.3.1.3	入院中の情報入手や通信手段が確保されている	病棟デイルームにはパソコンが配備され、インターネット利用が可能になっている。
3.3.1.4	入院案内が適切に作成され運用されている	－

■医療法人社団誠広会 岐阜中央病院

■一般病院（200-499床）更新受審

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	院内外共、高齢者や障害者に配慮したバリアフリーは完璧である。トイレ・浴室・脱衣室等院内はバリアフリーが徹底され、病院敷地も平坦で玄関へのアプローチに、スロープや階段もない。身障者専用駐車場も好立地に設置されて、院内外とも車椅子や歩行器等の移動が容易である。洗面・整容は車椅子に対応している。車椅子等はボランティアの方々が担当で定期点検のほか日常点検・整備・清掃が行き届き、常に利用可能な状態が維持されており極めて高く評価される。
-------	--------------------------	--

3.3.2.1	院内のバリアフリーが確保されている	-
3.3.2.2	高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整備されている	-

3.5 快適な療養環境

■社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター

■一般病院（100-199床）更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	療養上必要なスペースが十分確保され、快適に過ごせるための構造および機能的な工夫が随所になされている。また、病院全体にいやしの環境を提供すべく洗練された展示物が配置され、計画的にイベントを実施するなど充実度は高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	ベッド間は処置やケアなど、複数のスタッフが同時に関与できるよう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	各病室は個別に温度管理が可能であり、加湿器の使用もできる。病棟の静寂性は確保され、天井部分の可動式の日窓を開放することで広く採光されている。また、多床室のいずれのベッドでも横になって景色を楽しめるよう、壁面構造にガラス枠を設け、窓枠も低くすることで個室空間的な雰囲気作りがなされている。また、消音性の高いカーテンレールも採用されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	院内各部署を衛生委員会が「職場環境巡視チェックリスト」により毎月点検している。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内各所の展示空間に、病院構造と調和のとれた精緻で格調の高い工芸品や絵画が見やすい位置に配置され、作品の作者やタイトルなどを表示したキャプションや解説パネルも添えられている。また、大小様々な観葉植物も配置され、手入れが行き届いている。壁面をガラス造りとした吹き抜けのアトリウムでは、幼稚園児の絵画や高校生による書道などの展示物が毎月更新されている。また、クリスマスコンサートなど

		の多彩なイベントが開催されている。
3.5.2	トイレおよび浴室についての施設の配慮がなされている	トイレおよび浴室は、すべての患者が安心・快適に利用できるための必要な機能を備えるなど、設計上の工夫が随所になされている。また、清潔管理も行き届いており施設の配慮は高く評価できる。
3.5.2.1	トイレについての施設の配慮がなされている	病室ごとにトイレが設置され、点滴スタンドや介助者、車椅子にも対応できる広さが確保されている。また、病棟には畜尿対応トイレや浣腸処置用の折りたたみベッドを備えた多目的トイレが設置されている。いずれも毎日、担当者により清潔管理されている。
3.5.2.2	浴室についての施設の配慮がなされている	浴室は患者の疾患に応じ、必要な機能、安全性、広さなどが確保されている。また、希望に応じ毎日入浴可能である。機械浴槽として最新のチェアイン浴やストレッチャー浴などが配置され、曜日や時間帯を決め、全病棟対象に使用できる運用がなされている。最上階にある天然温泉の展望大浴場も利用できる。

■医療法人コミュノテ風と虹 のぞえ総合心療病院

■精神病院（200床未満）更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	病院は自然環境豊かな丘陵地に位置しており、広大な敷地に樹木と花に囲まれてゆとりを感じさせる関連施設が設置されている。患者がくつろげる広いスペースが用意され、患者ロッカーは収納に余裕があり、整理や清掃も十分行われている。食堂は院庭に広がる芝生に接しており、患者や職員が共に利用している。病棟の静寂や採光にも配慮されており、廊下には絵画や工芸品、古裂などが展示されているなど、癒しの環境づくりへの取り組みは高く評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	－
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	-
---------	----------------	---

■日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院

■一般病院（500床以上）新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	療養環境に十分配慮されており、色彩・静寂さ・ゆったりしたスペースなど、療養環境は他の模範となる優れたレベルに達しており、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	一般病床は全て個室対応であり、患者がくつろげるスペースが確保されている。デイルームや面会室も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	病棟・病室では、静寂が保たれている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	院内は清潔感があふれ、整理整頓されている。廊下に障害物はみられない。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内全体が色彩や接遇面で癒しの環境に配慮されている。コンサートやイベントも行われている。

■医療法人仙養会 北摂総合病院

■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	「VERY BEST HOSPITAL」を目指す病院として、療養上に必要なスペースが十分確保され、病棟全体が非常に明るく、院内には絵画や観葉植物、庭園、コンサートの実施など、いやしの環境に積極的に取り組ま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	各階にデイルームが設置され、病室もベッド間に十分なスペースが確保されており適切である。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	採光に配慮され、病棟全体が明るく静寂も保たれている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	院内各部署の整理整頓が行き届いており、廊下の障害物もない。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	絵画などが院内アート規程に基づき配置され、フルートや和楽器など、院内コンサートも適時

		実施されている。患者が利用できる庭園もある。
--	--	------------------------

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■一般病院（500床以上）更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	創業以来の理念の下、「病院くさくない明るい病院」の建築方針通り、環境・アメニティ・エネルギー・癒し等に配慮された施設づくりが行われており、他の病院に較べても極めて高い水準で整備が行き届いており、特筆するものとして評価できる。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	病室内および廊下等は十分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	病室内空調の温度設定については中央でコントロールされているが、患者の要望や体調により個別に対応が図られている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	清潔・不潔が明確に区分されており、器材庫やリネン庫は整理整頓されている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	院内各所に絵画やステンドグラス、温室、パーラー、患者図書室など、これまで一貫した方針により患者・家族および地域へ配慮した施設づくりが実践されている。ボランティア活動も活発であり、地域との連携意識も高い。また、長年の取り組みの結果として、2010年には日本ファシリティマネジメント推進協会最優秀賞を、病院としては初めて受賞した。

■社会医療法人財団新和会 八千代病院

■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	病棟では必要なスペースが十分に確保され、院内は良く整理整頓されている。空調や照明への工夫がなされ、地域の人々の協力による絵画等の展示も行われ、屋上庭園はリハビリテーションにも活用されている。努力の結果「愛知県人にやさしい街づくり賞」を受賞しており、療養環境は極めて適切に保たれている。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	療養病棟、一般病棟とも2.7メートルの廊下幅が確保されている。すべての病棟に食堂および

		談話コーナーが設置されている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	病室内の空調吹き出し口は壁面に対して 45 度に設置され、各病床への空調の配慮がなされている。照明による無用な刺激を避けるため、間接照明や照明器の位置の工夫が行われている。病棟に隣接して屋上庭園が整備されリハビリテーションにも活用されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	病棟には車椅子や歩行器等も格納できる器材庫が整備され、病棟廊下は通行の障害はもちろん物品の仮置き等もないよう配慮されている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	地域の絵画グループ等の協力で絵画や写真の継続的な展示が行われている。ボランティアによるミニコンサートも頻繁に開催されている。

■学校法人北里研究所 北里大学メディカルセンター

■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	医療機能の充実を図るとともに人間性の尊重という視点から、新しい病院環境づくりを進めており、療養生活に必要なスペースの確保、療養上の環境への配慮、院内の整理整頓等が適切に行われているが、とくに、院内のインテリアへの配慮、院内コンサートやイベントの実施など、いやし・やすらぎのある療養環境づくりは極めて高く評価される。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	各病棟のデイルームは広く、使いやすいテーブルや椅子が備えられ、インテリアにも配慮されており、また、患者の食事場所にも利用される快適な空間となっている。
3.5.1.2	療養上の環境に配慮されている	病棟・病室の静寂を保つため、院内放送マニュアルを定めて適切に対応している。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	各部署の看護助手、ホスピタルハウスキーパー、清掃員、あるいは、幹部の院内巡回などにより、院内の整理整頓に努めている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	近代医学に自然と芸術を融合させた「ヒーリングアート」をコンセプトに、院内各所に絵画を展示し、「絵のある病院」として患者・家族の心を和ませている。また、敷地内には、内外の著名

		な画家の作品を展示した「大村記念館」があり、患者・家族・市民にも開放されており、好評を博している。さらに、院内各所には管理が行き届いた観葉植物が配置され、院内では市民コンサートが開催され、ピアノ、フルート、クラリネットなどの演奏会もあり、待合いでは毎朝診療開始前の 15 分間、グランドピアノの自動演奏が行われている。その他、こどもの日、お花見、七夕、クリスマスなどのイベントが計画的に行われている。
--	--	---

第4領域 医療提供の組織と運営

4.2 看護部門

■長崎大学病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.2.1	看護部門の体制が確立している	看護部門は813名の体制で、看護部長を中心に副部長4名・看護師長33名・副師長79名をもって組織的な管理体制が確立している。その役割は広く病院機能全般にわたっており適切である。
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	専門看護師3名・認定看護師23名はそれぞれの専門分野においてコーディネートの役割を果たしている。
4.2.1.2	業務規程が整備されている	業務規定は整備されており、イントラネットが必要時活用できるようになっており適切である。
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	看護ケアの基準・手順は適切に整備され、イントラネットで活用されている。
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	看護部門は平成16年からBSCを導入し、数的目標を明確にし、部門目標・個人目標にリンクさせ定期的な評価を実施し、適切な運営がなされている。
4.2.2.1	看護部門の目標が設定され管理されている	－
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	看護部運営会議が月2回定期的に開催されて問題解決にあたるほか、個人面接を実施している。
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	クリニカルラダーによって個人の業務遂行能力は評価されている。平成24年度からはマネジメントラダーが開始され、11名が承認されている。必要な教育研修が計画的に実施されているほか、認定研修等にも出張扱いで参加できるようになっており適切である。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	－
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	－
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	毎年の活動業績は研究年報として集積されている。

	り組んでいる	る。また、必要十分なデータが集積され活用されており適切である。
4.2.4.1	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行っている	-
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施され、評価されている	-

■社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院

■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	能力開発システム、教育・研修など、個々の職員が積極的にキャリアアップに取り組むための教育環境が整備され、動機付けが行われている。他施設からの看護教育体制の見学・研修依頼も多く、モデル的な取り組みがされている。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	-
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	専門看護師による専門分野の職員研修や、キャリア支援担当者による教育支援、認定・専門看護師の教育機関への入学希望者を公募して支援するなどの仕組みがある。
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	看護の質の向上・安全など、質改善に関する取り組みが職員の参加意識を高める方法で行われている。また、看護の質の向上を目指してナースングインディケーター（看護指標）が作成され、看護ケアの質評価報告書としてまとめられている。
4.2.4.1	看護サービス改善のためのデータ収集・分析を行っている	-
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施され、評価されている	-

■独立行政法人国立病院機構 熊本再春荘病院

■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	新採用者オリエンテーションを1年目の看護師
-------	---------------	-----------------------

	員の能力開発に努めている	全員で企画・立案し実施する中で自律した看護師の育成が行われ、26 名の新採用者からの離職が 0 など効果をあげている。4 年目以上の看護師には 7 コースの専門研修生募集が実施され、各コースとも積極的な活動が行われている。資格取得支援の継続等につなげられている。研修や学会参加は積極的であり発表もしており、極めて優れている。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	積極的に能力評価を行っており、実践現場のケア向上などに活用している。自施設に合った取り組みがされキャリアアップシステムの構築もされている。シンポジウムも積極的に行われ活発な取り組みが行われている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	部門独自の教育・研修活動は積極的である。伝達研修も組織の中に活かせる事柄が積極的に取り組まれ成果・評価まで PDCA サイクルが回っている。

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■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	病院独自に定めたレベルⅠ～Ⅳのラダーの能力評価尺度が独自に開発運用され定着している。病院の人事評価制度、目標管理制度と連動し役割変更や昇給、報償、研修推薦など個人のモチベーションを上げていく仕組みや動機づけにもつながっているなど、その水準は極めて高く、他の模範となる取り組みである。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	レベルⅠ～Ⅳのラダーの能力評価尺度が独自に開発運用され、定着している。手順は明確であり、各段階に求められる能力や役割、推奨研修内容等も明示されている。結果は病院の人事評価制度と連動しており、役割変更や昇給、報償、研修推薦等に活用されており、自己学習への動機づけとなっているため研修参加希望も多い。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	ラダーの発達段階に応じた教育計画があり、各段階の研修項目や、課題図書も明示されている。育成面接の中で目標達成のために必要な研修内

		容が確認され、院内外の研修申し込みは院内 LAN で行われている。
--	--	-----------------------------------

■九州大学病院

■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	文部科学省大学改革推進事業採択の「看護実践力 Blossom 開花プロジェクト」に、平成 21 年度より 5 年計画で取り組んでいる最中である。教育プログラム開発・教育指導者養成・人事交流・キャリアパス構築が推進され、看護部全体に専門職として取り組む姿勢がみられる。また、院外との交流も行われ、看護職全体のレベルアップが期待できるなど、能力開発の取り組みは極めて高く評価できる。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	目標管理や人事考課が行われ、能力開発にも努めている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	院外研修では、クリニカルラダーのレベルに応じた研修会への参加が積極的に奨励されている。また各部署では、必要な技術習得のため研修会等の取り組みが行われている。

■宮崎大学医学部附属病院

■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	看護職員の能力開発は能力評価基準に沿って評価する仕組みが確立しており、さらにキャリア開発の仕組みがあり、高度先進医療に対応する看護の質の向上とキャリア開発の支援体制が実施されている。それらの結果を本人にフィードバックし職責・役割分担、スキルアップや専門・認定看護師資格取得につなげていることは高く評価できる。また、看護部公開講座を開催し、院外との交流を深め、地域のオピニオンリーダー的な役割を發揮している。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	クリニカルラダー別に能力評価する仕組みがあり、修了後さらに、キャリア開発としてセレクトコース（スキンケア・呼吸理学療法・重症集中ケア）、プチコース（エンゼルケア・結核 Q&A

		などの特定の専門領域の分野)、アラカルトコース（がん看護・災害看護・看護診断・伝達研修・看護研究）と看護の専門性を高めるよう認定制度が工夫されている。その結果は各職場で活用されており、職員の能力開発に努めている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	院内外の学会や研修に積極的に参加し、個人の希望を聞くシステムもある。また、看護部公開講座は他施設からもホームページで申し込みにより参加ができるようになっている。
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	気づきの看護実践・質改善委員の活動や看護研究の活用など、看護サービスの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	過去5年間の看護ケアに反映されている研究や開発などの成果に関する調査をまとめ、特に有効性が高いと判断された研究材料については特許申請中のものもある。
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	気づきの看護実践・質改善委員会が各職場を36項目で数値化したり、また多くの研究事例が看護現場で看護実践につながっており、継続的に評価する仕組みは今後の看護サービスの質改善に期待できる。研究事例や実績は看護年報として有効活用されている。

■日本大学医学部附属板橋病院

■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	個々の看護職員の看護実践能力を発展させ、組織における看護の質向上に反映させるための教育・研修への取り組みは高く評価され、他の模範となる。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	能力評価は看護部独自の評価で実施され、配置や昇格に活用されている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	能力開発はクリニカルダラーを取り入れたプログラムが立てられ、実施・評価されている。能力の認定は、部内認定制度があり、業務の推進・教育の充実に能力を発揮されている。また、短期留学制度があり、教育支援金が支給され、活用・実施されている。研修は、自薦・他薦の制

		度があり、学会・研修会は年間計画が立てられ、多数が参加されている。
--	--	-----------------------------------

■香川医療生活協同組合 高松平和病院

■一般病院（100-199 床）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	看護部全体に専門職としての取り組みの姿勢がみられ、院内での認定看護師制度やポートフォリオの活用などが職員の意欲を高めている仕組みは高く評価したい。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	クリニカルラダー別に能力評価する仕組みがあり、終了後更に、キャリア開発として院内認定看護師制度があり、看護の専門性を高めるよう認定制度が工夫されている。更に、認定後講師登録制度やスペシャリストバッチを渡す仕組みがあり、職員の励みとなっている。また、ポートフォリオを作成し、自分の研修参加や学習した事・目標面接シート等をファイルにして自分自身の成長過程も見ながら活用しており、高く評価出来る。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	院内外の学会や研修に積極的に参加し、個人の希望を聞くシステムもある。また、誤嚥性肺炎を起こした入退院患者 45 施設にアンケート調査を実施して研究し、地域連携の一環として NST サマリーを作成する等、地域に公開した学習講座も定期的開催されている。

■大分県立病院

■一般病院（500 床以上）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	サービスの質改善に楽しく取り組むという方針のもと、医師等も巻き込んで病院全体での活動が積極的に展開されている。活動件数の多さだけでなく、その姿勢や実際の成果について極めて優れた取り組みであると高く評価したい。
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	皮膚・排泄ケア看護師による褥瘡対策や医療安全管理室の看護師による事故防止対策、その他専門看護師および認定看護師による月 1 回の会議で、組織横断的にデータの共有や改善に取り

		組むシステムがある。
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	各セクションおよび委員会による TQM 活動が実施され、平成 23 年度は 22 件の実績がある。また、それ以外にも院内研究発表が 64 件、院外の論文 8 件、学会発表 47 件など様々な看護サービスの質改善に積極的に取り組んでいる。

4.3 薬剤部門

■財団法人津山慈風会 津山中央病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	薬剤の取り間違い防止として、輸液ビンのキャップにメーカーがつけた識別のための色が処方箋に薬の名前とともに印字されている。また、処方された薬について粉砕使用可、分包不可等のマークが表示される等識別のための工夫が行われている。学会発表も行われ、高い注目を浴びている。
4.3.2.1	薬剤が適切に保管されている	－
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	廃棄品の数量、その金額は毎月報告されている。
4.3.2.3	病棟や各部門の薬剤保管・管理に薬剤師が関与している	薬剤取り違い防止策に適切な工夫が行われているなど、賞賛に値する取り組みである。
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	－

■埼玉医科大学病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.3.3	調剤が適切に行われている	処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査と過誤の把握、注射薬の調製・混合への薬剤師の関与、注射薬の取り揃えなどの調剤業務は極めて高いレベルにあり、他のモデルとするに相応しい内容と評価したい。
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	電子カルテシステムに「薬剤エラーメンテナンスシステム」を独自に組み込んで、薬学的見地

	われている	からの処方監査を行う仕組みがある。このシステムで院内の全処方をチェックし、疑義が少しでもあると処方医に照会するようになっている。月間 100 件程度の疑義照会を行い、処方ミスの防止や統計的处理も行っている。
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	処方電子カルテによりバーコードで出力され、薬剤師はハンディターミナル（携帯用バーコードリーダー）を用いて処方バーコードと薬剤に貼付したバーコードを用いて調剤監査を行っている。この仕組みは薬剤部で独自に考案したもので、これにより外来・入院処方の調剤過誤発生が 10 分の 1 から 100 分の 1 程度に減少している。また、薬剤部外でのヒヤリハット報告も減少している。
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	全ての注射用の抗がん剤および 200ml 以上の注射薬の調製・混合は、全て薬剤師が安全キャビネットやクリーンベンチを用いて行っている。
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	注射薬は 1 日分を入れるボックスで、1 施用ごとの区画に入れて各病棟に配送されている。1 施用ごとの取り揃えがほぼ 100% に対応されている。

■ 特定医療法人 昂和会 内山病院（現・社会医療法人 昂和会 内山病院）

■ 複合病院（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	薬剤情報は適切に把握・提供されている。特に副作用情報収集への取り組みや TDM への関与は同規模の施設としてはわが国の範となり得るレベルであり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	対象となる全ての患者に服薬指導が行われている。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	全入院患者の持参薬の鑑別に薬剤師が関わっている。
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	副作用等まで詳細に記載された院内医薬品集が毎年発行されている。
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	定期的な DI ニュースの発行に加え、年 2～3 件以上の実績がある厚生労働省への副作用報告、抗 MRSA 製剤やジギタリス製剤に対する TDM へ

		の取り組みと医師への助言など極めて高品質かつ積極的な DI 活動が行われている。
--	--	--

■長崎大学病院

■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	持参薬鑑別と電子カルテへの参照掲示システム、体系的な薬剤情報収集・解析・提供システムを構築されている。各種疑義照会・特定薬剤血中濃度測定とその後の処方提案が、各診療科から求められるものを広く認知される形で提供しており模範的である。
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	医師と連携した服薬指導が行われ、詳細な服薬指導内容が記載されている。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	事務・看護部、診療科と連携して、入院当日にメディカルサポートセンターで薬剤師が持参薬を預かって鑑別を行うとともに、薬剤師面談を行っている。鑑別された持参薬は電子カルテの薬歴管理表上に色分けされて記載され、入院後の処方薬と並列で確認できるようになっている。
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	イントラネット上の「院内医薬品集」は、医薬品・医療機器等安全性情報や新規採用薬情報などと連携する形で、月 1 回以上更新されている。
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	院内の新規採用薬情報と院外の医薬品・医療機器等安全性情報は媒体を駆使して周知が図られている。また、薬剤師による処方内容のチェックが行われ、配合禁忌、各種処方提案、不要処方の中止、術前の抗凝固薬服用中止、ランマーク使用時の Ca 濃度のコントロールなどが行われている。疑義照会やプレアボイド情報は集計・解析を行ったうえで、リスクマネージャー会議から各診療科に周知している。また、特定薬剤の血中濃度測定を行い個々の循環動態に合わせた処方提案とともに返却するなど、きめ細やかな診療サポートを行っている。

■医療法人昭友会 埼玉森林病院

■精神病院（200-399 床）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	全患者を対象とした積極的な服薬指導への取り組みや CP 換算値・ビペリデン換算値・ジアゼパム換算値の把握による薬剤最小化への取り組みが行われている。また、患者の血液検査・体重・血中濃度の定期的な把握による薬剤投与の適正化への取り組みについては高く評価したい。
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	基本的には全ての入院患者へ服薬指導が定期的に行われ、薬歴管理も電子カルテ上で確認でき、情報も一元化されている。また、服薬指導記録には副作用の状況や CP 換算・ビペリデン換算・ジアゼパム換算などの情報が確実に提供されている。認知症患者についても副作用チェックが中心になるが、可能な限り行われており、家族や施設職員への説明も行われている。服薬指導中指示の取り扱いも明確である。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	持参薬の対応手順が整備されている。その情報は電子カルテ上に反映されている。
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	医薬品集は作成されており、適宜増補改定が行われている。
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	DI ニュースによる院内への情報提供や副作用の収集体制は確実にある。薬剤部では血液検査・体重・血中濃度などの把握が定期的に行われており、服薬内容に関わる変化がある場合には主治医へ注意喚起が行われる仕組みがある。

■社会医療法人財団白十字会 燿光リハビリテーション病院

■複合病院（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	薬歴管理・服薬指導・持参薬管理は適切に行われている。さらに「医薬品等安全性情報協力施設」および「プレアボイド報告施設」の指定を受け、副作用の情報把握とプレアボイドの積極的な取り組みや、特定の抗菌薬・抗てんかん薬の血中濃度測定の評価・検討・情報提供などの取り組みは極めて優れている。
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	
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	-
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	-
4.3.4.4	関連部署へ薬剤に関する情報提供が行われている	-

■公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	薬事委員会は、医薬品の採用や適正使用等に関する基準策定などの役割を果たしている。院内・外の学習の機会も保障され、各種機会による能力開発にも取り組まれている。また、充実した病棟薬剤業務を基点にして、薬剤師の総合的な能力開発を行っている状況がうかがえ評価できる。また、薬剤師病棟常駐によるチーム医療への貢献を実証的に追求し明らかにするなど、質改善に対する取り組みは高く評価できる。
4.3.5.1	薬事委員会が適切に機能している	薬剤委員会が新規採用薬の適否、品目削減、ジェネリック薬の採用促進、医薬品の適正使用などを検討している。採用薬は 1,099 品目、ジェネリック薬の比率は購入品目比で 22%近くになっている。
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	院内・外の学習の機会が保障され、参加報告も行われている。職員個別の能力開発は多面的な観点から行われており、病院の資格取得支援制度を積極的に活用して、職員の個別能力開発に生かしている。
4.3.5.3	薬剤業務の質改善を推進している	病院の目標に沿った薬剤科の組織目標として、患者中心の医療、健全な経営基盤の構築、志の高い医療人の育成を掲げ多彩な質改善に取り組んでいる。中でも、病棟薬剤業務の強化に長年取り組んでおり、その一環で厚労省の「チーム医療推進実証事業」に参画して薬剤師の活用分野で薬剤師病棟常駐による質改善に取り組み、その成果を報告したことは特筆される。結果、

		病棟薬剤師業務実施加算を取得するなどの実績に繋がっている。
--	--	-------------------------------

■名古屋共立病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	薬剤部内・外の業務に積極的に関わり安全確保に努めている。また、継続的な取り組みは病院の内外から高く評価され、指導的役割を果たしている。質改善に向け数々の成果を残されており優れている。
4.3.5.1	薬事委員会が適切に機能している	医師が委員長を務め、看護師、薬剤師などが参加する薬事委員会は毎月開催されている。
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	薬剤師の能力開発に向け、計画的な育成を行い、段階別に研修や学会参加の機会を与えながら専門的な資格取得にもつなげている。
4.3.5.3	薬剤業務の質改善を推進している	院内全体の薬剤管理に積極的に関わり病棟薬剤業務に先進的に取り組むとともに、透析患者の服薬管理にも専門性を発揮して医師の処方計画を支援している。得られた成果は、多職種と連携して、国内外の学会等に発表・投稿し評価を得ている。また、透析薬物療法を中心として豊富な臨床経験を背景に、地域の薬剤業務の指導的役割を担っている。

4.4 臨床検査機能

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.4.1	臨床検査の体制が確立している	臨床検査部門には責任医師および専任医師がいる。検査技師は時間外でも支障なく要求された業務が行える人員配置があり、また機器の自動化が進められ、安全で迅速かつ精度高い検査が行える体制が確立している。前回検査値との比較やパニック値での再検、報告など必要な処理も迅速に行われてことを含め、極めて高い水準で整備されており、他の模範となる。
4.4.1.1	臨床検査に必要な人員が適切に配置されている	臨床検査技師は分析、微生物、生理検査の3グループで116名を配置しており、時間外の緊急

		検査に対して複数の技師を配置して多様な要請に対応している。また、一部の病棟では早出勤務の検査技師による早朝採血を行っている。
4.4.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	1 時間に 4,000 項目を処理できる分析機器が 2 台設置されるなど自動化が進んでいる。検査値は直ちに技師が読み取り、パニック値の処理や前回検査の値との比較などを常に行っている。毒・劇薬については時間外では施錠管理され、台帳管理もなされている。
4.4.1.3	臨床検査の基準・手順が適切に整備されている	検査実施手順が整備され、各部署において安全な実施に向けての配慮が見られる。特にトレッドミルの検査では医師が常駐し、緊急時に必要となる機器の整備がなされた状況下で検査が行われている。

■社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	質の高い内部・外部精度管理が組織的に実施され、ISO15189 認定を受けている。検査結果は迅速に提供され業務の安全も確保されるなど、臨床検査機能は極めて適切に発揮されている。
4.4.2.1	検査結果が迅速に提供されている	24 時間緊急検査システムを運用している。100 項目以上の臨床検査は医師のオーダーから 30 分以内に結果報告がされている。
4.4.2.2	精度の高い検査が実施されている	ISO15189 の認定を平成 19 年 12 月に受け、日本臨床衛生検査技師会精度保証認定を平成 23 年に受けている。日本医師会、日本臨床衛生検査技師会のサーベイに参加し高い評価を得ている。
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	検査業務手順に従い業務を行っている。生理部門では受付に危機管理マニュアルが掲示され、患者急変時の対応手順が示されている。

4.5 病理診断機能

■山形県立中央病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.5.1	病理診断の体制が確立して	管理・責任体制は明確で、業務に見合った人材
-------	--------------	-----------------------

	いる	が配置され、施設・設備等の整備・管理も適切である。日本病理学会研修認定施設 A は、山形県で 2 施設のみ、日本臨床細胞学会教育研修施設認定は山形県内で 1 施設といった状況であり、病理部門として県内の中心的役割を發揮している。
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	－
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	－
4.5.2	病理診断機能が適切に發揮されている	実質 3 名体制で、剖検 32 例の実績があり、そのうち年間 CPC9 例が行われている。CPC は、1 例 1 例で内容を踏まえた密度の濃い CPC が実施されている。研究面でも CPC を研究業績として纏め、外部への学会研究会発表や紙面での報告も活発に行っている。実際に参加している検討会は、年間 150 回で院内での活発な業務実績と合わせて、他の施設にとっても模範となるものである。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	実際の臨床業務も活発に処理し、生検報告は 2 ～3 日で、術中迅速診断は毎日ほぼ 22 時まで受け付け、年間 363 例の実績がある。臨床研修医の研修希望部門で、研修部門として魅力的であることが伺える。院内各科からの信頼も厚く、臨床病理として院内各科からの検討会への依頼も多い。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	3 名体制で、平成 23 年の組織検体数が約 7,400 件に対応し、自動免疫染色装置を週 3 回に増やし、免疫染色枚数は約 2,900 枚に上っている。細胞検査数も約 5,400 件に上る。判断の難しい症例は、細胞検査士間、細胞診専門医と意見交換を活発に行い、検査精度の向上に努めており、極めて適切である。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	安全および感染管理はマニュアルに沿って、適切に行われている。病理検体は採取したままの状態、機械的に迅速に病理部へ届けられ、空

		気清浄の可能な最新の処置台で処理されている。また、現場からは、安全への意識とともに、仕事への意欲が感じられる。
--	--	---

■ 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■ 一般病院（500 床以上）更新受審

4.5.1	病理診断の体制が確立している	病理診断の体制としては、要求される高度な診断機能に合わせ医師および検査技師が確保されている。さらに診断精度向上のため外部の専門家にコンサルテーションを依頼する体制があるほか、施設・設備等の整備も申し分なく、極めて高い水準である。
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	常勤病理医 4 名、非常勤 3 名と技師 9 名（うち細胞検査士 7 名）、補助 2 名が確保されている。一般病理検査、術中迅速診断や剖検に対応しているほか、遺伝子検査にも対応されている。
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	病理検査室は十分な広さが確保されており、とくに切り出し室ではホルムアルデヒド対策として全体換気の他に強力な局所排気装置が 2 台、さらに包埋作業台に 1 台が設置されている。濃度測定は年 2 回行っており、いずれの部署でも 0.1ppm 以下である。現在、さらにこの空間を陰圧室とする計画が進行中である。
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	-
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	病理診断機能では診断精度の向上に対して特段の配慮がなされており、院内、院外の医師との意見交換が活発に行われていることを高く評価したい。また、他施設から意見を求められ、双方向性のチェック体制もともなっている。診断業務に関わる安全性についても十分に配慮されており、極めて高い水準で機能が発揮されている。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	術中迅速診断は年間 900 件以上である。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	診断精度向上のため、病理医が毎日 2 回の部内ミーティングで検討を行っている。脳腫瘍については外部の専門医にセカンドオピニオンを依

		頼し、また軟部腫瘍では国外の専門医に意見を求めるなどの方法も駆使して精度の高い診断が追及されている。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	感染症を持つ患者の剖検時の対応など、バイオハザード対策は確立している。剖検後などの検体処理では火葬し、ホルムアルデヒドには中和剤を使用するなど、業務に関わる安全対策にも配慮されている。

■ 帝京大学ちば総合医療センター

■ 一般病院（500 床以上）更新受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	質の高い病理機能を提供し、内科剖検例 CPC、婦人科 CPC、乳腺 CPC、脳外科 CPC など各科に対応した CPC も頻回に行っている。適切な病理機能が発揮されており、他施設の模範となるものと高く評価できる。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	-
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	大学の病理部門として精度の高い診断を提供し、研究面の充実も図られている。ダブルチェック、PCR、in situ hybridization、flow cytometry なども行われている。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	部署の感染対策マニュアルが作成され、スタッフの感染防御も図られている。

■ 総合病院国保旭中央病院

■ 複合病院（500 床以上）更新受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	年間 3 万件近い病理検査や 300 件を超える術中迅速診断、200 例前後の剖検が行われている。病理診断は複数の病理医の協議により実施され、顧問病理医によって確認されるなど、病理診断機能は極めて高く評価できる。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	最近の術中迅速診断の turn around time (TAT) は平均 19 分であり、一般病理検査の報告日数は 3 日である。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施	病理標本だけでなく、病理組織も永久保管され

	されている	ている。また、外部精度管理評価が行われ、結果も良好である。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	感染症患者の剖検手順も定められている。

■九州大学病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	診断結果は迅速に報告され、トリプルチェックによる精度の高い病理診断が提供されているなど、病理診断業務は極めて高く評価できる。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	術中迅速は数分で、生検結果は1日で、診断結果が報告されている。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	必要な検体には3名の病理医によるトリプルチェックが行われ、他科の医師との病理診断カンファレンスも実施されている。また、1980年代からの病理標本が保管されている。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	検体誤認や感染予防などの安全実施手順が遵守されている。

■国家公務員共済組合連合会 呉共済病院

■一般病院（200-499床）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	依頼された結果が主治医に伝達しえない場合、悪性腫瘍では重大な結果を招きかねないので、悪性診断の結果は紙ベースであらためて主治医と患者に伝えるようにしている。さらに、1ヶ月ごとに1回過去2ヶ月間の悪性病理、細胞診断陽性例のリストを臨床各科に伝え、より確実に情報が伝達出来るシステムを構築しており、きわめて適切な方法として高く評価される。また、各技師は1人で年10回、病理医は5回くらいの院外研修に出かけている。少人数であるため、職場ではOJTスタイルでの勉強会が随時行われている。
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	—
4.5.3.2	病理診断機能の質改善を推	電子カルテでは、悪性腫瘍等の病理診断が主治

	進んでいる	医がその部分を開かない場合には結果が伝わらない場合が稀にあり、重大な結果を招くこともありうるので、二重、三重に悪性腫瘍の報告が依頼医師に届く配慮がなされている。
--	-------	--

4.6 画像診断機能

■社会福祉法人恩賜財団済生会支部栃木県済生会宇都宮病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.6.1	画像診断の体制が確立している	放射線科科長（副院長）を管理・責任者とし、常勤放射線科医8名、非常勤放射線科医0.8名、常勤放射線技師37名が配置され、休日・時間外は日・当直制（放射線技師2名）および病院と常勤放射線科専門医宅間の遠隔画像診断支援システムを活用して24時間のニーズに対応している。また、機能に見合った機器・薬品の整備・管理および「画像診断マニュアル」などの業務手順の整備は適切であり体制は優れている。
4.6.1.1	画像診断に必要な人員が適切に配置されている	常勤放射線科専門医7名が配置され、休日・時間外も交代制で病院－専門医宅間に整備された遠隔画像診断支援システムを用いて、常時必要な画像診断業務を実施している。
4.6.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	MRI（64列3台）、CT（3テスラ1台、1.5テスラ2台）、PET/CT1台、血管撮影装置3台などが整備されている。また、病院－常勤専門医宅間の遠隔画像診断システムは必要な情報セキュリティ管理が実施されている。
4.6.1.3	画像診断の業務マニュアルが適切に整備されている	－
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	平日の画像診断結果が迅速かつ安全に提供されるのみならず、常勤放射線科専門医宅との遠隔画像診断システムの活用などにより、1年を通じて24時間連続して精度の高い画像診断業務が実施され、特に救命救急センター機能における重要な支援的役割を果たしており、画像診断機能は一般的な水準よりも高く、他の見本になる。
4.6.2.1	画像診断が迅速に提供され	平日の平均CT待ち日数は2日、MRI待ち日数は

	ている	2 日であり、それ以外に多数の当日緊急オーダーの CT、MRI 検査などの撮影・読影に迅速に対応している。また、休日・時間外も病院－放射線科専門医宅間の遠隔画像診断システムを用いてタイムリーに画像診断が提供されている。
4.6.2.2	精度の高い画像診断業務が実施されている	必要な CT、MRI、PET/CT、RI などは放射線科専門医が読影し、各診療科医師とのダブルチェックが行われている。また、放射線科専門医は外科術前・消化器・耳鼻科・化学療法・整形外科・救急外来・放射線治療など定期的・頻回に開催される多数のカンファレンスに参加している。
4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	放射線検査専用問診コーナーが設置され、患者は専従クラークの補助のもと電子ペンを用いて問診表に記入し、検査直前の患者情報が即時各検査室の電子カルテ上で共有でき、患者確認は患者自身の名乗りに加えて、全ての患者の診察券・受付票またはネームバンドのバーコードを読み取り、RIS の患者認証システムで照合・確認されている。

■ブレストピアなんば病院

■一般病院（100 床未満）更新受審

4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	乳がん診療を行う病院にふさわしい診療放射線技師となるべく専門性を計画的に高めるとともに、疾患を正確に描出できるよう、また、患者に負担の少ない撮影になるよう画像診断部門が一丸となって、質向上に積極的に取り組まれており高く評価できる。
4.6.3.1	画像診断に関わる職員の能力開発に努めている	診療放射線技師全員がマンモグラフィ技術認定技師（A 判定）を取得し、超音波検査担当者は検査士資格を取得している。多数の学会・研究会での発表や投稿、参加実績があり、毎週、経験豊かな実績のある画像診断部長を中心に画像診断に関する勉強会が行われている。また、評価基準に達した診療放射線技師が、MR ガイド下集束超音波手術装置を操作している。
4.6.3.2	画像診断機能の質改善を推	待ち時間を短縮すべく、画像診断の予約枠を工

	進んでいる	夫し円滑な運用を目指している。また、撮影技術の標準化を図るために、患者の状態に応じた固定具などについて検討を重ねている。
--	-------	--

4.7 放射線治療機能

■豊橋市民病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	院内外の学会・研修会への参加は奨励されており、専門性の高い技師の育成実績もある。また、放射線治療の質改善への取り組みとして、治療計画のトリプルチェック体制を日常化し、品質管理を徹底することにより MIBM を行っている状況は高く評価される。
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	-
4.7.3.2	放射線治療機能の質改善を推進している	2名の技師によりダブルチェックされた放射線治療計画を第三者の監査員が「誤照射防止監査表」を用いてトリプルチェックし、品質管理で言う MIBM の防止を図っている状況は高く評価できる。

■地方独立行政法人宮城県立病院機構 宮城県立がんセンター

■一般病院（200-499床）更新受審

4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	医学物理士などが育成されており、第三者評価の線量評価にも適合している。また、がん拠点病院対象の研修会を開催して他施設の教育を担う質改善にも努めており、その取り組みは極めて適切と評価できる。
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	医学物理士1名、放射線治療品質管理士1名、がん放射線療法認定看護師1名が育成されており、病院の支援体制が整備されている。
4.7.3.2	放射線治療機能の質改善を推進している	公益財団法人医用原子力技術振興財団の治療用照射装置（X線）の出力線量測定業務に参加して、第三者評価のプログラムに適合するよう質改善に努めている。実行すべきテストとテスト頻度はガイドラインに則って実行され、毎朝のミーティングや週1回の診療放射線技術部会で

		質改善の検討が行われており、他の放射線治療施設の教育的施設として機能している。
--	--	---

■名古屋共立病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	職員個別の能力を評価しながら、質の高い医療を目指して独自の教育体制を構築し、高い治療成績を得ている。取り組んだ成果を取り纏め、発表や投稿を通じて国内外から評価され続け放射線治療の水準向上に貢献されるなど、質改善に向けた取り組みは優れている。
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	学会や研修には積極的に参加し、診療放射線技師の能力に応じた計画的教育がなされている。
4.7.3.2	放射線治療機能の質改善を推進している	放射線治療に関わる国内外の各種学会で治療成績や手技の評価を得るとともに、放射線治療の豊富な診療実績を背景に標準的な指針作成にも関わっている。

4.8 輸血・血液管理機能

■桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	認定輸血検査技師 2 名、認定臨床輸血看護師 3 名（うち 1 名が認定自己血輸血看護師）を擁し、2009 年には県第 1 号の日本輸血・細胞治療学会認定施設となっている。輸血過誤防止体制や適正使用に関する体制作りは極めて高水準であり、高く評価できる。また、2007 年 2 月全自動輸血検査装置が導入され、より安全性が向上した。
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	-
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	2007 年 2 月、全自動輸血検査装置を導入している。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	厳しい業務基準と手順が定められ、遵守する監視体制も実働している。

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立	輸血に関わる業務はすべて血液治療センターで
-------	---------------	-----------------------

	している	行われ必要な職員数が確保されている。とくに夜間にも職員を配置して時間内同様の業務の遂行が可能とされている。保管や払い出し、使用後のパックの回収などが厳密に行われているなど。管理体制は極めて高い水準であり評価したい。
4.8.1.1	輸血・血液管理に必要な人員が適切に配置されている	血液治療センターとして血液内科を中心に医師11名、専任検査技師5名のほか、管理を担当する専任薬剤師を配置し、夜間でも日中と同様の対応が可能な体制となっている。また、専任看護師も確保されている。
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	同種血では不規則抗体を持つ患者用、自己血では感染症の有無によりそれぞれ別個に保管されている。各血液型5～30の在庫があるが、管理は薬剤師により厳密に行われている。センター内にはアフェレシスのための2床も整備されている。設備・機器の保守は定期的に行われている。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	輸血用血液の払い出しは厳密で1単位ずつ使用の都度出庫され、翌日には使用後パックの回収が行われている。廃棄の場合には廃棄届に事由を記載して提出させるなどのルールも徹底遵守されている。

■九州大学病院

■一般病院（500床以上）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	通常の交差適合試験に加えて全手術症例に不規則抗体スクリーニングを実施し、タイプアンドスクリーニング法を導入してコンピュータ・クロスマッチングに対応するなど、輸血・血液管理機能は極めて高く評価できる。
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	輸血用血液は血液型ごとに保管され、自己血輸血は専用保管庫で個人ごとに保管されており、感染性自己血は分離保管している。輸血血液は迅速に供給され、血液のロット番号も記録されている。
4.8.2.2	輸血・血液管理が安全に実施	交差適合試験は、時間内は手作業により、時間

	されている	外は機器（オートビュー）によって実施されている。また、全手術症例に不規則抗体スクリーニングを実施し、タイプアンドスクリーニング法を導入してコンピュータ・クロスマッチングに対応している。
--	-------	--

4.9 手術・麻酔機能

■帝京大学ちば総合医療センター

■一般病院（500床以上）更新受審

4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	手術・麻酔を安全に行うための責任体制と運営体制が確立していることは高く評価できる。
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	麻酔科専門医 8.7 名、看護部 26 名、手術室薬剤師、臨床工学技士が、手術室 8 室（無菌室 3 室）の運営に関わっている。
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	－
4.9.1.3	手術・麻酔の基準・手順が適切に整備されている	手術部運営基準、手術部看護管理運営、手術部業務マニュアル、看護基準、麻酔科マニュアルなど、必要なマニュアルや基準・手順は整備されている。

■名古屋共立病院

■一般病院（100-199床）更新受審

4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	医師や専門技術者を講師として、部門内勉強会を定期的に開催し専門性の向上に努めている。また、症例ごとに検証し、国内外での専門学会で評価を得て、総説としての取り纏めや治療指針の作成などに継続して関わり、手術・麻酔の質改善に広く貢献されており優れている。
4.9.3.1	手術・麻酔に関わる職員の能力開発に努めている	－
4.9.3.2	手術・麻酔機能の質改善を推進している	適応した手技や得られた数々の知見を国内外の学会等に発表・投稿し、評価を得て更なる質改善に取り組まれている。また、総説や各種の治療指針作成に携わり、専門医療の標準化に貢献している。

4.10 洗浄・滅菌業務

■埼玉医科大学病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	病院敷地内に洗浄・滅菌専用のビルを建て、中央器材センターを設置し、法人内3病院の洗浄・滅菌を担当する機能を有している。洗浄・滅菌部門としては我が国病院のモデルともいえる体制が整備されている。感染防止対策として、収益部門ではない洗浄・滅菌業務を重要視した法人の運営姿勢も併せて評価したい。
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	責任者として看護部所属の専従看護師長1名（EOG取り扱い作業資格・滅菌技師資格）の外、診療支援部門に位置づけられた中央器材センター職員64名（常勤44名、嘱託20名）を配置している。
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	洗浄・滅菌工程は不潔と清潔区域を完全に区分し、洗浄、袋詰め、組立、滅菌、滅菌検査等の工程をワンウェイで流れ作業的に行い、機能に見合った洗浄機器12台、乾燥機器3台、オートクレーブ11台を設置している。3病院それぞれの機能に応じた洗浄・滅菌を行う、機器・人員体制で対応する仕組みである。機器の始業点検、停電時の自家発電機能も自前で備えている。
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	使用済み器材の搬入と払い出し（配送）の手順は明確であり、業務基準・手順を整備している。滅菌の検査は作業者のQRコード（名札に印字）と滅菌物に貼付されたバーコードで行われ、熱菌物の作成日時・作成者を読み取れる仕組みになっており、滅菌に対する責任体制も明確である。

4.11 集中治療機能

■帝京大学ちば総合医療センター

■一般病院（500床以上）更新受審

4.11.1	集中治療の体制が確立している	市原二次医療圏の中核病院としてICU・CCU・HCUと救急医療を「救急集中治療室センター」で一
--------	----------------	---

		元的に管理し、整った組織体制のもとで高次の医療機能を二次医療圏に提供していることは高く評価できる。
4.11.1.1	集中治療に必要な人員が適切に配置されている	ICU 担当臨床工学技士、専属の薬剤師も配置されている。
4.11.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	－
4.11.1.3	集中治療の基準・手順が適切に整備されている	「ICU 手順（救急集中治療室センター）」、「ICU マニュアル」、「安全管理マニュアル」、「入室基準」など運営上不可欠なマニュアルが整備されている。
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	適切な体制のもとで高次の救命救急医療と一体化した高度の集中治療機能を提供している点は極めてユニークであり、高く評価できる。
4.11.2.1	集中治療が適切に実施されている	センター長のもとで救急科医師と各科専門医が連携して対応している。
4.11.2.2	集中治療が安全に実施されている	部署別の「ICU 感染対策マニュアル」も作成されている。

4.12 救急医療機能

■帝京大学ちば総合医療センター

■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	「救急集中治療室センター」を一体的に運営し、県独自の制度である「救急基幹センター」として、市原二次医療圏に三次救命救急センターに匹敵する高次の救命救急医療を提供していることは、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	常勤 5 名・非常勤 6 名の救急科医師と 26 名の看護体制で輪番制をとり、水準 2 の救急医療を担当している。専任の臨床工学技士や薬剤師も配置されている。
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	必要なマニュアル・手順は整備されている。看

	に整備されている	護部では「救急外来業務マニュアル」を作成して活用している。
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	「当番日は初期から3次まで全ての救急を引き受ける、当番日以外でもかかりつけ患者は断らない」方針を堅持して、高度の救命救急医療を提供しており、貴院の救急医療は市原医療圏では不可欠のもので、高く評価できる。ドクターヘリも活用されており、その意義も極めて大きい。
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	部署別の「感染対策マニュアル」も作成されている。
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	「脳死判定ならびに臓器摘出マニュアル」を整備し、脳死下での臓器移植の経験もあり、臓器提供体制は適切に機能していると高く評価できる。
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	－
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	過去4年間の間に2例の脳死下における臓器提供を行った実績がある。臓器提供にあたっては、臓器移植ネットワークと連携し、院外の専門チーム（臓器移植チーム）の指示に従って適切に行動している。

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■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	救急医療センターとしてハード面を充実し、多くの人材を配置しており、実績的にはすでに救命救急センターの役割を果たしている。院内に設置された各センターや専門診療科、コメディカル部門などとの院内連携も良好であり、職員の救急医療への理解と協力意識が極めて高く、他の模範となる水準である。
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	専従医師12名、看護師25名を配置して、ER型の救急医療を行っている。各専門診療科の協力

		体制は極めて充実しており、さらには心臓、脳卒中、総合周産期母子医療センターなどセンター化した部門における救急医療への積極的な参加と相俟って、年間 6 万人を超える患者に対応されている。
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	2012 年 9 月に移転し、救急医療センターとして広いスペースが確保された。11 の診察ブースがあり、小手術が可能な 2 室は大型機器が使用できる広さを有している。ウォークイン患者では受付後トリアージナースが重症度、感染症疑いなどをチェックし、それぞれの診察室に誘導される体制となっている。処置室をはじめ各室には必要機器が設置されており、実態は三次救急対応である。また、センターには 12 床の観察ベッドが整備されている。
4. 12. 1. 3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急来院患者の流れと職員の役割分担は明確であり、十分に確立している。ドクターカーへの対応にも取り決めがなされており、実績もある。救急車搬送症例の重複への対応能力があり、これまでに 5 台連なって来院したケースにも対応されている。

■ 東京女子医科大学病院

■ 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	救命救急医療センターとしてハード面だけでなく、多くの人材を配置して病院機能から見ても充実した診療体制を構築している。一次・二次救急医療への対応についても、院内の各センターや専門診療科、コメディカル部門などとの院内連携を得て、救急部門が主体的に対応するなど、病院全体の職員の救急医療への理解と協力意識が極めて高く、他の模範となる水準である。
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	専従医師 17 名、看護師 87 名、臨床工学技士 4 名、臨床検査技師 2 名を配置して三次救急のほか一次・二次救急医療にも対応している。各専門診療科との協力体制は極めて充実しており、心臓、総合周産期母子医療センター等のセンタ

		一化した部門の救急医療への積極的な参加と相俟って、年間 1.5 万人を超える患者の対応を行っている。また、近隣の三次施設からの受け入れ不能患者も受け入れている。
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	ウォークイン患者では受付後トリアージナースが重症度、感染症疑いなどをチェックし、それぞれの診察室に誘導する体制となっている。処置室をはじめ各室には必要機器を設置しており、必要な設備・薬品なども整備している。また、専用 MRI、CT をセンター内に設置している。
4. 12. 1. 3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急来院患者の流れと職員の役割分担は明確であり、十分に確立している。ホットラインへの対応手順も確立しており、研修医の業務も明確に取り決めており、遵守の実績もある。

■和歌山県立医科大学附属病院

■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	2000 年に救命救急センターの指定を受けたのち、2003 年にドクターヘリの運航を開始し、2011 年には高度救命救急センターに指定されるなど、ソフト・ハード両面での体制を充実させながら、10 年以上の長きにわたって ER 型救命救急医療に取り組んでおり、救急医療体制は非常に高く評価できる。
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	重症処置ベッド 5 床（うち陰圧処置室 1 床）とオーバーナイトベッド 12 床を有する高度救命救急センターには、センター長を最高責任者として、ER 医長 1 名・専従スタッフ医師 7 名・後期研修医 9 名・初期研修医 2 名を配置し、必要に応じて精神科を含む各診療科からの支援が得られる体制となっている。医師・看護師は交代制、薬剤師・検査技師・放射線技師・事務職は当直制となっている。ドクターヘリの運航のために、フライトドクター 14 名とフライトナース 12 名を育成・指名し、日勤帯は常に両者各 1 名が待機している。
4. 12. 1. 2	機能に見合った施設・設備・	ER 室には、迅速な診断治療のための X 線・CT 撮

	機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	影室、消化管・気管支内視鏡、人工呼吸器・PCPS 装置などを配備するとともに、緊急救命手術のための麻酔器と无影灯なども整備している。また、手術室においては看護師が交代制で勤務しており、24 時間体制で緊急手術に備えている。医療機器や薬剤は、臨床工学技士や薬剤師などが協力して、適切に保管・管理している。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急医療の方針と手順は明確で、1 次から 3 次までの数多くの救急傷病患者を受け入れている。
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	数多くの医療スタッフと充実した医療機器をもとに、積極的に救急医療活動を実践している。特にドクターヘリ機能は全国屈指のものであり、2011 年 9 月の台風 12 号による紀伊半島紀南地方での災害時には、ドクターヘリによる被災地への DMAT 投入や孤立集落への 20 回以上の救援活動を行っており、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	ドクターヘリは、奈良県・三重県に加えて、大阪府および四国徳島県を広域的にカバーしており、出動件数は 2011 年 416 件（過去 9 年間総計 3,185 件）に上っている。さらには、救急車による搬送患者数も年間 4,000 人を超えるなど、救急医療活動が極めて活発に実施されている。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	患者誤認防止手順、ハイリスク薬剤使用手順、感染管理手順は、いずれも遵守され、感染症疑い患者に対しては、別室に収容し、標準予防策を適切に実施している。

■市立岸和田市民病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	救急診療の理念と方針に基づき、泉州二次医療圏で果たすべき役割を明確にして、内外に明示している。救急車搬入実績は年間 5,500 件に及び、重症度も高く、実質的に地域の救命救急センター機能を果たしている。救急受入れから、救命救急病棟・集中治療室・手術室、バックア
--------	-------------------	--

		ップする各病棟へと続く連携体制が非常によく、安全管理・感染症への対応も十分にとられ、救急医療機能が発揮されている点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	病院の方針が内外に明示され、地域での役割が明確になっている。その結果、年間 5,500 件を超える救急車搬入を受け入れ、救命救急センターの役割を担っている。病院職員にもその方針が浸透し、各部門の連携も密である。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	救急外来に連続して救命救急病棟 14 床が配置され、その中には陰圧設備を有する個室が複数備えられていて、感染症患者にも対応している。安全に配慮された救急診療が実践されている。

■総合病院国保旭中央病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	全ての救急患者を積極的に受け入れ、年間受診者数 6 万人・救急車搬送件数約 6,500 台の実績があり、地域の救急医療に貢献しており、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	救急患者の受け入れ手順が遵守され、少数例ではあるが手術対応が困難な場合の受け入れ不能事例も検討されている。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	薬剤師が関与して薬剤の管理は適切に行われており、感染管理に関する手順も遵守されている。
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	教育・研修活動は院内のみならず院外に向けても活発に行われ、救急医療の質改善を実践しており、極めて高く評価できる。
4.12.3.1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	院内の研修だけでなく、トレーニングサイトとして日本 ACLS 協会の BLS コースや ACLS コースが開催され、職員も多数受講している。また、救急救命士のトレーニングも積極的に行っている。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	救急外来パス導入、APACHE II スコアの活用、消防合同症例検討会、近隣の病院と連携するための救急コーディネート事業など、様々な取り組みが行われている。

■石巻赤十字病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	東日本大震災発災直後から地域の救急医療の要となっただけでなく、地域内の他施設が被災したことによって急増した救急患者にも医療の質を担保しながら対応してきた実績は極めて高く評価でき、他施設の災害医療の模範となり得る。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	毎朝カンファレンスを開催し、全ての救急搬送事例について検討を行い救急医療の質を担保している。また、CPA 事例には全例 Ai（死亡時画像診断）を実施している。一方、受け入れ不能事例については発生しない体制が確立している。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	必要に応じて薬剤師、臨床工学技士等が関わり、薬剤や機器の安全性を担保している。
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	救急患者が急増している状態であるにも拘らず MET を立ち上げたことは高く評価できる。また、このような状況においても質の高い救急医療の提供を可能としていることは組織全体の質の向上によるものであり、この点も高く評価できる。被曝医療について検討を開始したこと等も合わせると地域の基幹病院の救急医療のあり方として模範となり、極めて適切である。
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	個人目標管理、チームとしての目標管理が行われている。また、多くの学会・研修会等への参加実績がある。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	院内救急に対応するためにコードブルーだけでなく MET を立ち上げ活動を開始した。また、被曝医療についても検討を開始した。

■東京都立墨東病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	同時に 8 台の救急車が搬入でき、モニターを通して各処置の進行をオンタイムで確認しながら適切に運用されており、氏名不詳者や同時搬入者への対応、トリアージなども適切に行われて
--------	-------------------	--

		いる。不搬入事例の主要因は軽症事例であり、精神科疾患を背景に持つ合併症周産期妊婦なども積極的に受け入れているなど、救急医療への取り組み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	-
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	-

■社会福祉法人恩賜財団済生会支部栃木県済生会宇都宮病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	受け入れ不能に対する真剣な討議などの記録が議事録などで多数散見され、また、たとえ満床でも受け入れを模索する取り組みも行われている。これらは県の救急医療の実態を職員が強く認識し、使命感を持って業務をなされていることのあらわれと解することができることから、全国の病院の模範となるべき所見として高く評価できる。
4.12.3.1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	全職員に対して BLS または ICLS のいずれかの研修を受けさせるシステムが構築され機能している。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	救急隊に対して「他医が受け入れ不可なら再連絡可能」など、自院が満床でも何とか受け入れできないかなどの取り組みがシステムとして確立されており、それが担当職員に周知徹底され機能している。

■独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

■一般病院（500床以上）更新受審

4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	職員に対する ICLS トレーニングは、インストラクターの指導のもと、年4回行われており、外傷患者を多く受け入れている救命救急センターとして、JATEC の教育も積極的に行われている。看護師に対する教育は、救命救急ラダーを活用して適切に行われている。質改善への取り組みは、地域における病院前・病院後救急体制の疫
--------	--------------------	---

		学調査や救急医療に関わる課題・提言などを行う、「大阪 EMS (Emergency Medical Service) 会」を主管しており、国際的にもその活動は評価されている。
4. 12. 3. 1	救急医療に関わる職員の能力開発に努めている	-
4. 12. 3. 2	救急医療の質改善を推進している	院内の救急医療に関わる課題は、救命救急センター運営会議で検討され、救急医療体制の整備が進められており、西日本の災害医療センターを目標に体制等の整備が図られている。また、大阪 EMS 会を主催するなど、地域の救急体制の構築・運営・改善に努力されている。なお、具体的な成績として、社会復帰率が 8%と高いことも評価される。

■長崎大学病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

4. 12. 4	臓器提供への対応が適切である	脳死下での臓器提供を病院職員が一致団結し、「長崎大学病院臓器提供に関するマニュアル」に従って適切にかつ順調に 3 症例を行ったことは、国立大学病院では最多症例数でもあり、極めて高く評価できる。さらに、手順書に基づいたシミュレーションを毎年行っており、患者家族に対する細やかな配慮も高く評価できる。
4. 12. 4. 1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	ドナーカード保持者に対する方針や移植用臓器摘出の手順は「長崎大学病院臓器提供に関するマニュアル」に記載されている。ドナー家族に対する心理的支援体制や移植コーディネーターとの連携も可能で、院内各部署は 24 時間体制である。
4. 12. 4. 2	【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られており、倫理委員会などで承認されている	脳死下での臓器提供は、平成 23 年 11 月 30 日、平成 24 年 12 月 2 日と平成 24 年 12 月 13 日の 3 回行った。倫理委員会から、脳死下の臓器提供は病院運営会議での承諾があれば可との承認を受けている。

4.14 リハビリテーション機能

■医療法人社団誠広会 岐阜中央病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	常勤の専従医師が2名、理学療法士30名、作業療法士18名、言語聴覚士6名という陣容で、ベッドサイドから訓練室に至る十分なリハビリ訓練が実施されている。かつては地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受け、2009年に制度が廃止されるまで機能を継続した。現在は、その機能性を維持発展して十分なリハビリ提供体制を構築し、地域の中心的な役割を担っていて、極めて高く評価される。
4.14.1.1	リハビリテーションに必要な人員が適切に配置されている	-
4.14.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	-
4.14.1.3	リハビリテーションの基準・手順が適切に整備されている	-

■医療法人安積保養園附属 あさかホスピタル

■精神病院（400 床以上）更新受審

4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	精神科リハビリテーションは多数の職員と充実した施設のもと、積極的に行われている。特に、発達障害をもつ児童思春期の患者に対する SST や TEACCH プログラムなどのリハビリテーションが行われていることは、同じ診療圏に同様の病院がほとんどみられないことから、特筆される。
4.14.1.1	リハビリテーションに必要な人員が適切に配置されている	OT の他、ST が2名配置されている。地域的に対応の乏しい児童思春期の精神疾患患者に対するリハビリテーションにも積極的に関与しており、そのための複数の臨床心理士も関わっている。また、OT の一部は小児のリハビリテーションにも参加している。

4. 14. 1. 2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	十分な広さのリハビリテーション室が確保されており、施設も充実している。また、発達障害などの小児を対象としたリハビリテーション室は別に整備され、設備器具などが小児用に工夫されている。ST による嚥下機能訓練は病棟で行われている。
4. 14. 1. 3	リハビリテーションの基準・手順が適切に整備されている	リハビリテーション科マニュアルがあり、定期的に改定され、遵守されている。本人や家族への説明のために作業療法説明書が準備され、これに沿って漏れのない説明がなされている。

■医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

4. 14. 1	リハビリテーションの体制が確立している	回復期部門と急性期部門よりなる貴院のリハビリ部門は人間の尊厳の保持を合言葉にして ADL の向上、寝たきり防止、在宅支援のため 365 日リハビリを提供している。部門はリハビリ専門医師 3 名、理学療法士 27 名、作業療法士 17 名、言語聴覚士 9 名で構成されており、リハビリ機能提供のための陣容の充実は高く評価できる。MSW、管理栄養士、薬剤師、事務部門の参加、VF を耳鼻科医師が担当する摂食機能療法実施にも積極的である。貴院が発揮すべき機能と役割を明確にした病院挙げてのチームリハビリ体制が確立されており、他の模範となる。
4. 14. 1. 1	リハビリテーションに必要な人員が適切に配置されている	－
4. 14. 1. 2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	－
4. 14. 1. 3	リハビリテーションの基準・手順が適切に整備されている	－
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	退院後を見据え、「毎日の総てがリハである」を合言葉にエビデンスに基づいたリハビリが 365 日継続して安全かつ円滑に提供され、着実に成

		果を挙げている。リハビリ機能は極めて適切に提供されている。
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が安全に実施されている	－
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	陣容の質的充実のために専任の「教育担当課長」を置き、積極的にリハビリカンファレンス、勉強会、症例検討会を行い、外部研修は年間予定を立てて実行している。新人療法士教育の担当は教育担当課長である。職員が力をつけて協力し合うチームリハビリの構築に組織的に取り組み実績を上げている。質改善への取り組みも他の模範となる。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	－
4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	－

■医療法人社団和風会 橋本病院

■複合病院（500床以上）更新受審

4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	各病棟にリハビリテーションスタッフが配属されて、「個々人の独自性と個性を尊重し、よりよく生きることを目指し実践する機会を持てるようサポートする」という、ダイバージョナルセラピーを取り入れ、個々の患者の退院後の生活を想定した計画に基づいた、リハビリテーションが行われている。リハビリテーションの専門職以外の病棟スタッフも同じ目標を持って看護や介護にあたっており、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	365日毎日7時から19時まで1人の患者に対し、作業療法士1時間・理学療法士1時間・言語聴覚士1時間が関わり、リハビリテーションが提供されている。
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	リハビリテーションが、安全に実施される手順や体制が整備され、順守されている。病棟間の

		情報の共有化が、適切に図られている。
--	--	--------------------

■ 東海大学八王子病院

■ 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	国内における専門領域のリーダーとしての自覚のもとに特色のあるリハビリテーション訓練を行い、プロトコルを用いた入念なリスク管理や急変時対応を繰り返し行うなど、安全に十分配慮した高水準のリハビリテーション機能が発揮されていることは他施設の模範となるものであり高く評価できる。
4. 14. 2. 1	リハビリテーションが円滑に実施されている	全国でも数少ない心臓リハビリテーション研修施設でもあり、急性期入院時から外来回復期にかけて薬剤師・栄養士・臨床心理士等を含む多職種チームによる「包括的心臓リハビリテーション」が行われている。また、痙攣に対するボツリヌス治療に積極的に取り組む等、基本的なリハビリテーション訓練に加えて、特色のあるリハビリテーション訓練・治療が行われている。
4. 14. 2. 2	リハビリテーションが安全に実施されている	部署内各パートごとには毎月 1 回、部門全体では年 2 回、急変時対応シミュレーション訓練が実施されている。

■ 医療法人社団東光会 北総白井病院

■ 一般病院（100-199 床）新規受審

4. 14. 3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	伝統的にセラピスト同士が切磋琢磨し、技能を向上させてきたという気風があり、高く評価する。
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	戸田中央医科グループ 1（TMG）の主催する研修会に 1 年目から 3 年目の新人は年に 8 回から 9 回、4 年目以降は年 4 回から 5 回参加することになっている。また、朝のセラピスト同士の勉強会、午後の解剖などの基礎的な学習、先輩セラピストによる実地講習、症例検討会などが縦横に行われている。
4. 14. 3. 2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	整形外科手術例について疾患ごとの機能評価表を用いて訓練の評価を継続して行っている。

■医療法人柏葉会 柏戸病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	学会・研修会参加が奨励され、呼吸療法認定士 3 名・糖尿病療養指導士 2 名・福祉住環境コーディネーター1 名の有資格者が育成されている。療法士の能力は基準に従って年 2 回評価されている。カンファレンスが週 1 回、勉強会が月 1 回開催され、院内の他職種勉強会にも積極的に講師として参加し、リハビリテーションの理解・啓発に努めている。誤嚥性肺炎を再発し入退院を繰り返す症例を、NST と合同して食事訓練や食事評価を行い食事の自立に成功した症例などが多くあり、療法士の活動は他病院に比較しても特筆すべきものであり、高く評価できる。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わる職員の能力開発に努めている	胃瘻造設術を受けた患者に積極的に対応し、胃瘻を除去することに成功した症例や他院で誤嚥性肺炎を連続して発症している患者を受け入れ、誤嚥性肺炎の発症を予防できた事例がある。
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	-

■社会医療法人財団白十字会 耀光リハビリテーション病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	療法士の資質・技能の基本理念として「リハビリスタッフ 5 か条」が制定されている。PT・OT・ST 課ごとに積極的に学会に参加し勉強会、症例検討会・抄読会に取り組むとともに「耀光リハビリテーション病院リハビリハンドブック」リハビリテーション部用、同看護部用が整備されている。さらに「リハ技術向上マニュアル・日常生活版」・「同・介護技術版」を整備し、リハビリテーション部独自の「mieru 考課表」を用いて能力開発と質改善に取り組まれるなど、極めて優れている。
4.14.3.1	リハビリテーションに関わ	-

	る職員の能力開発に努めている	
4.14.3.2	リハビリテーション機能の質改善を推進している	-

4.17 在宅療養支援機能

■長崎大学病院

■一般病院（500床以上）更新受審

4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	病床数 862 床の急性期型病院で、平均在院日数 16 日、病床稼働率 91%という活動実績があるのは、入院前・入院中・退院後の地域連携体制で在宅療養を支援している故と思われ適切である。
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	入院前にはメディカルサポートセンターで在宅復帰のためのアセスメントを実施し、入院中は看護部退院支援チーム、各病棟のリンクナースと地域医療連携センターの体制で在宅復帰に向けて連携が取られている。
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	-
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	退院時には退院時共同指導について説明がなされ対応がなされている。毎週水曜日にはオープンカンファレンスを開催し、在宅療養に移行した患者にかかわった病院スタッフ並びに退院後在宅医療を担っている多職種（訪問医師、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネージャー、行政職員等）が一堂に会し、症例の振り返りを行っており適切である。
4.17.2.1	在宅療養支援が適切に実施されている	-
4.17.2.2	在宅療養支援が安全に実施されている	-
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	毎週のオープンカンファレンスで適正な在宅療養が提供されているかを検証・検討している。また、医療マネジメント学会に発表している。
4.17.3.1	在宅療養支援に関わる職員	業務分析を行い、地域連携マニュアルを作成し

	の能力開発に努めている	ている。また、新人のための業務マニュアルを作成中である。
4.17.3.2	在宅療養支援機能の質改善を推進している	在宅におけるハイケアマニュアル（胃瘻の管理の手引き、口腔気管内吸引の手引きなど）を作成している。

■徳島県立海部病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	院内・院外の関係スタッフとの協力・連携のもとに、在宅療養支援が必要な患者・家族に対して、積極的な働きかけと調整が行われ、患者・家族の要望に応えての支援を適切に行っており、その実績を高く評価したい。
4.17.2.1	在宅療養支援が適切に実施されている	在宅療養支援が必要な事例について、地域の関係者、院内の関係スタッフ、患者・家族を含むカンファレンスを行い、在宅療養が困難な状況に対しての必要な支援を行い、在宅療養を可能にした事例が複数見られた。また、特に訪問件数の増加や在宅での看取りの事例の実績もある。
4.17.2.2	在宅療養支援が安全に実施されている	－

■公立みつぎ総合病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	患者・家族の意向を十分汲み、責任者による計画的・継続的・適正な訪問療養支援が実施されている。行政をはじめ他施設や関係部門との連携も連絡会議などを介して、情報の共有化やケア向上の研鑽を行う機会を持ち、積極的に在宅療養支援を実施していることは高く評価できる。
4.17.2.1	在宅療養支援が適切に実施されている	毎月、訪問診療 20 回・看護 561 回・服薬指導 44 回・リハビリテーション 194 回・栄養指導 7 回の訪問支援が実施されている。
4.17.2.2	在宅療養支援が安全に実施されている	夜間・急変時の受け入れ体制は整備され、電話を中心とした連絡方法も相互周知しており、感

		染管理基準・手順も遵守されている。
--	--	-------------------

■東京都立神経病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	神経内科専門医が、多摩地区を中心に広範囲にわたり担当患者へ月 1 回計画的に訪問診療を行っており、訪問看護も実践されている。また、患者・家族を交えた退院前カンファレンス、必要時退院前訪問による家屋改修、在宅支援診療所・外部施設等との連携を行っている。入院していた病棟に常時情報提供をすることで緊急時対応を当該病棟が担うシステムも確立している。都内 16 の医師会や訪問看護師ステーションとの連携もできており、神経難病在宅患者に対する支援機能は高く評価できる。
4.17.2.1	在宅療養支援が適切に実施されている	-
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

■長野県厚生農業協同組合連合会 篠ノ井総合病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	中央器材室が設置され、臨床工学技士は透析室や手術室などと兼務体制であるが、常時 1 名が配置されている。医療機器安全管理責任者は臨床工学科長で管理体制は確立している。また、主要な医療機器は全て標準化され中央管理されている。保守点検、使用手順および緊急時の連絡体制などを内容とする管理マニュアルも整備されており、管理体制は高く評価できる。
4.19.1.1	医療機器管理に必要な人員が適切に配置されている	-
4.19.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	-

4. 19. 1. 3	医療機器管理の業務マニュアルが適切に整備されている	-
-------------	---------------------------	---

4. 20 臨床研修機能

■ 碧南市民病院

■ 一般病院（200-499 床）更新受審

4. 20. 2	臨床研修機能が適切に発揮されている	研修プログラムに沿った学習、指導が積極的に行われている。過去 3 年のマッチング率が 100%であることや、研修修了後約 7 割の医師が当院にて就業するなど、臨床研修機能は非常に高く評価できる。
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	研修プログラムの評価は EPOC オンライン卒後臨床研修評価システムを採用している。へき地医療に関しては愛知県へき地医療臨床研修システムが採用されている。
4. 20. 2. 2	研修医の指導が適切に実施されている	診療、手技等は指導医の監督監視下で行われている。研修医に対する勉強会が 2 週に 1 回行われている。
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	研修医の採用・修了は規程に基づいて行われている。過去 3 年間のマッチング率は 100%である。

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

■独立行政法人労働者健康福祉機構 関東労災病院

■一般病院（500床以上）更新受審

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	3 病棟とも、病棟の特殊性に基づいた病棟運営上の課題が認識されて、その課題に対する病棟目標が、具体的な文言でスタッフステーションに掲示されている。この病棟目標を達成する取り組みとして、BSC が活用されており、その取り組みは、3 病棟の全職員で展開されている。他の施設の模範となるものであり、特段に評価できる。基本方針や目標は、前年度の評価をもとに医師と協働で決定しており、BSC を用いて具体的な評価がなされており適切である。さらに、病棟間格差が全くなく運用されていることは優れており、高く評価できる。
5.1.1.1	病棟における重点目標が明確である	病棟運営上の課題が医師と看護師で検討され、病棟運営目標が設定されている。この目標を達成するための戦略としては、BSC が活用されている。具体的には利用者の視点、質の向上の視点、財務の視点、学習と成長の視点から戦略に適合した、病棟ごとの実施項目や数値目標・評価指標を策定し、PDCA サイクルを回してモニタリングすることによって、病棟内のプロセス改善や各病棟職員のスキルアップが志向されている。

■社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院

■一般病院（500床以上）更新受審

5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	B 病棟では、倫理委員会の示す「あなたの近くにあるそのジレンマは医療倫理問題ではありませんか」という提案に沿った活動が行われている。この委員会活動は平成9年から始まり、メンバー10人～20人が現場から上がってきた倫理問題を話し合っているもので、そのような実績の71例が院内LANで自由に閲覧でき、類似の問題が発生した場合には、参照可能な仕組みである。
-------	-----------------------	---

		このボトムアップの倫理的問題への取り組みは部署により温度差があるが、特に B 病棟では積極的に活用されていることを強調し高く評価したい。院内の倫理委員会が月 1 回、また緊急度にあわせて臨時で開催され職員個人・各部門から提示された医療倫理問題が検討されている。 また目標管理活動の一環として倫理課題対策シートを使用して職場の倫理観を高めるための検討会等が実施されているなど、倫理的問題についての対応は適切である。
5.1.3.1	当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている	B 病棟では、下咽頭進行がん患者が無断外泊を繰り返し、主治医が強制退院を申し出たが、看護師は病態に問題があり、倫理的に反対し、皆で話し合ったが結論がでないため、倫理問題検討委員会に申し出て審議された事例がある。その結果、体力的には自宅に帰ることが可能と判断され、本人の希望通り退院させることにしたが、患者は気管切開をしており、声が出ないため、ブザーを渡したり、市役所での生活保護の申請をするなど自宅に帰ることが出来るような手続きをして、一時的ではあるが本人の希望通り退院が可能となった例がみられる。

5.3 適切なケアサービスの実施

■医療法人コミュノテ風と虹 のぞえ総合心療病院

■精神病院（200 床未満）更新受審

5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	医師は毎日回診し病状を記録している。PICU 入院患者・措置入院患者については 1 日に 4 回院長を始めとする各医師の回診が行われている。これは他の模範に値する。毎朝の「総合診療会議」、病棟別に定期的開催される「卓上回診」によってケアの方針が多職種によって検討されていることも評価できる。看護師長は病棟を巡回し患者把握に努めている。毎朝の総合診療会議や多職種によるカンファレンスでケアの方向性が検討されている。
5.3.1.1	医師は回診し、記録している	-

5.3.1.2	看護部門の病棟責任者は病棟を巡視している	-
5.3.1.3	多職種によるケアカンファレンスを実施している	-

5.4 ケアの実施（各論の流れ）

■医療法人仙養会 北摂総合病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	入院時管理栄養士により全員に MNA（簡易栄養状態評価表）を用いアセスメントが実施され、個々の患者のニーズに対する栄養管理・食事指導が適切に実施されている。特に E 病棟では看護師による口腔ケアの徹底で、誤嚥性肺炎の発生をゼロに抑えている。さらに病棟担当管理栄養士が中心になり看護師・管理栄養士・ST を中心に摂食嚥下機能訓練が実施され、経管栄養摂取から経口摂取に移行できるよう積極的な支援により、自立摂取できた実績を持ち、高く評価できる。
5.4.5.1	栄養管理計画が適切に立案され、実施されている	全患者の栄養状態が MNA（簡易栄養状態評価表）を用い評価され、栄養管理計画書が立案されている。
5.4.5.2	食事摂取の支援や介助が適切に行われている	E 病棟では、がん末期患者が多く、化学療法による副作用のため、口内炎や口腔内びらんを伴い、食事摂取が困難な患者が多いが、患者の状態に合わせた食事形態を工夫し、「少しでも口から食べられるように」をモットーに患者の要望に応え個別に対応し、食事支援が積極的に実施されている。また摂食嚥下機能訓練を継続的に実施し、口腔ケアはベッドサイドに口腔ケアチェックリストを用い 1 日 4 回全介助者に徹底され、誤嚥性肺炎の発生は激減している。また、患者の状態に合わせた食事形態を工夫し、「嚥下導入期食」から「嚥下安定期食」そして「全粥・五分菜キザミ食」に至るまで、食事摂取の支援が積極的に実施され、経口摂取へ移行して、在宅復帰にこぎつけている。

■医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院

■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	リハビリ部門は人的、質的に充足された大規模部門である。急性期のベッドサイドリハを始め必要なリハビリは適切な評価のもとに 365 日確実・安全に実施され、効果も検証されている。他の模範となるリハビリを実施していると高く評価される。
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	-

5.5 ケアプロセスにおける感染対策

■九州大学病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

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	各病室には速乾式手指消毒剤が設置され、必要時の手袋・防護具の着用なども行われている。また、リスクのある検査・処置にはマキシマル・バリア・プリコーションが実施されるなど、標準予防策・感染経路別予防策の基準・手順も遵守されており、適切である。
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	一行為一手洗いが遵守されている。
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	-
5.5.1.3	抗菌薬を適正に使用している	抗菌薬の院内指針が整備され、周術期の予防投与も適切に行われている。
5.5.1.4	針刺し・切創についての対策を実施している	セイフティボックスを使用するなど、手順に則って実施されている。安全装置付き器材の採用や取り扱い対策なども行われている。

第6領域 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

■公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

■一般病院（500床以上）更新受審

6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	職種ごとの考課票は能力水準に応じた基準表に照らして評価されており、処遇への反映のほか、個別の能力・業績の評価がなされている。職員への周知や考課者教育も適切であり、職場のモチベーション向上や人材育成を目的とした総合的な評価体制として実際に運用されているなど、極めて優れた制度が確立されており高く評価できる。
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	病院独自に人事考課基準が策定されており、職種ごとの考課票や職種能力基準表に基づき、10年前から実施されている。考課者に対する教育も定期的に行われている。
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	職員への面談は医師を含む全職員について行われており、結果は賞与、昇給、昇格に反映されるが、業績評価は別途行われるため、本人の意欲向上につながっている。職員が目標レポートを作成するにあたっては、上司は部下の育成に重点を置き助言するという方針が徹底された考課制度である。

■医療法人光の会 重本病院

■精神病院（200-399床）更新受審

6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	貴院は10年前の初回の病院機能評価受審を契機に医師を含む全職員に対し人事考課を実施するため、職能資格等級規程を設け、目標チャレンジシートおよび人事考課表により人事考課が実施されている。人事考課実施手順に基づき、人事考課結果は本人にも知らされ、昇格推薦や賞与に反映、有効活用されている。早くから医師の人事考課に取り組まれていることについては、同規模・機能の病院と比較し、極めて珍しく高く評価できる。
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準に	-

	より行われている	
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	-

■医療法人仁友会 北彩都病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	医師を含めた全職員を対象に考課基準が定められ、継続的に実施されている。その手法は、評価基準の明示や年 2 回の個人面接の実施などにより、職員の意欲向上、能力開発に活用されている。また、考課の公正・公平を期すため考課者の教育の実施や評価調整の仕組みも確立されているなど、高く評価できる。
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	-
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	-

6.2 財務・経営管理

■日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院

■一般病院（500 床以上）新規受審

6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	入退院センター部門を拠点に、ベッドコントロールマネージャーやベッドコントロール看護師が関わって、混合病棟を基本とする効率的な病床管理の仕組みが構築されている。また、500 床の三次救急病院での全個室は全国で初めてで、その運用は他病院の模範となるべきレベルに達しており、高く評価できる。
6.2.5.1	入院における病床利用のルールが確立しており、弾力的な病床活用が図られている	入退院センター（PFM）において、全病床が運用規程に基づいて管理されている。空床状況が把握され、前方連携・後方連携を推進する地域連携室、相談室を 1 か所に集めて、連携した対応が迅速に行われている。入棟基準のある病棟以外は混合病棟で運用しており、個室対応であることがこの効率的な方法を可能にしている。
6.2.5.2	病床が効率的に利用されている	平均在院日数が全体で 15 日という状況下で、全病棟での病床利用率は 96%、一般病床は 100%と

		高い。特に、精神科病棟においては平均在院日数が 51 日と比較的短い入院日数であり、病床利用率も 90%である。
--	--	--

6.6 病院の危機管理への適切な対応

■医療法人社団緑愛会 川西湖山病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	院内および大規模災害発生時の防災マニュアルが整備され、緊急連絡網や停電時対応も定められている。防災訓練および備蓄も実施され、災害発生時の対応体制は極めて適切である。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	－
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	東日本大震災に際しては、過酷な環境の中で病院職員が一丸となって多くの入所者を受け入れ、要介護高齢者の治療・介護にあたっている。さらに、後方受け入れ支援の経験を日医雑誌で広く広報している。また、震災被害・復旧の教訓を活かし、マニュアルの見直し、備蓄の充実、法人内施設との協力体制を強化するなど、様々な改善が実施されている。

■姫路赤十字病院

■一般病院（500 床以上）更新受審

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	災害拠点病院として年 2 回の病院防災訓練以外に地元自治会等が参加した防災訓練を実施している。東日本大震災への救護班派遣や海外支援派遣を行い災害発生時の対応体制は極めて適切である。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	院内 LAN 上以外に防災マニュアルが各職場に配備され、緊急連絡網が整備されている。年 2 回の防災訓練は夜間想定を含め行われている。
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	災害拠点病院であり大規模災害対応マニュアルが作成・配備され、建物は耐震構造になっておりロビーのソファは緊急時にはストレッチャーに転用できる。医薬品・医療器具・食料・水等は患者と職員用 3 日分以上に、災害地派遣用定

		数が備蓄されている。常時災害派遣用救護班が組織され、東日本大震災では延べ 10 班 72 名が派遣された。
--	--	---

■ 日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院

■ 一般病院（500 床以上）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	地震耐震性・補助電源機能・備蓄など、地域災害拠点病院として極めて優れた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	防災マニュアルは手帳サイズの携帯型の職員便覧にも記載されており、総合訓練が年 2 回実施されている。緊急時には近くの看護宿舎からの支援も可能で、停電時の補助電源は通常の業務をカバーできる能力を有している。
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	診療部門は免震・制震構造である。地下プールには地下水を貯えていてフィルターにより飲料水としての供給も可能であり、薬品・器具・食糧の備蓄も十分に確保されている。また、他の医療機関との災害協定もある他、患者が搬送された場合のトリアージ場所が決められており、大会議室を災害時の治療対応場所とするための設備も整っている。

■ 医療法人社団 健育会 石巻港湾病院

■ 複合病院（100-199 床）更新受審

6. 6. 1	災害発生時の対応体制が整備されている	東日本大震災の経験に基づき、具体的な行動マニュアルを含む大規模災害対策マニュアルを作成し、災害発生時の対応体制が整備されている。また、備蓄についても詳細な献立表を作成し、5 日分の患者食・職員食を備蓄するなど危機管理への姿勢は極めて適切である。
6. 6. 1. 1	院内の防災体制が整備されている	-
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	大規模災害時における「30 分以内の行動」「30 分以降 24 時間以内の行動」などを盛り込んだ詳細で具体的なマニュアルが整備されている。

■徳島県立海部病院

■一般病院（100-199 床）更新受審

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	災害拠点病院として「災害対策マニュアル」「南海地震対策マニュアル」が策定され、毎年防災訓練、地震・津波避難訓練が行われている。三連動地震災害訓練や平成 24 年度内閣府主催広域搬送訓練に参加している。病院建物は昭和 58 年改築されているが、施設・設備が老朽化しているため、県民の命を守る使命があり、津波被害を受けない安全な高台に移転改築が決定され、平成 27 年度完成に向けて整備計画が進んでいるなど、災害発生時の対応体制は高く評価できる。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	－
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	災害発生時に派遣できるよう DMAT を編成されている。自家発電装置は 1 階に設置のメイン装置に加えて、想定される津波の高さに冠水しない位置の 1 階屋上にも平成 18 年に設置された。備蓄の食糧品は、入院患者・職員・近隣住民に対して配慮し、2,700 食が備蓄されている。

■石巻赤十字病院

■一般病院（200-499 床）更新受審

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	防火対策委員会や災害対策員会を機能させ、ハード・ソフト両面における体制整備により、昨年の大規模災害医療に果たした役割は極めて高いものがある。貴院の災害対応体制の整備は、他の医療機関の体制整備においてモデルとなるものであり高く評価される。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	防火対策委員会の管理の下に、火災発生時対応マニュアルや停電発生時対応マニュアルなどが策定されているほか、防火・スプリンクラー漏水対応・近隣住民の駆け込み対応訓練などを含む総合防災訓練や夜間想定訓練、また、消防職員 0B の採用など院内の防災体制の整備がされている。

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	災害対策マニュアルの策定、複数組の DMAT の配置、免震構造の採用、受変電の 2 系統化などの体制整備に加え、部署別マニュアルやフローチャートの策定、とりわけ、平成 18 年からは部署別・フロア別の防火・防災研修としてのきめ細かい講話・実技研修を実施するなどにより、昨年の大規模震災の救護活動に高い能力を発揮した。震災後は、マニュアルの見直し、地域や航空自衛隊との合同訓練、大規模スーパーとの災害時支援協定の締結、災害時コーディネーターの養成を目的とする医療 ACT 研究所設立を主導するなど一層の災害対応体制を整備している。
---------	-----------------------	--

■社会医療法人財団白十字会 燿光リハビリテーション病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	ADR 室を設置し、紛争が起こらないような環境整備を行い、紛争が起こった際に適切に対応している。また、ADR 活動が患者の満足度を上げるとともに、職員の満足度を上げるためにも寄与しており、高く評価される。
6.6.3.1	紛争化の恐れがある事案に適切に対応している	ADR 室に専従のメディエーターを置き、紛争が大きくなる前に相手の話をじっくり聞き、紛争化することを防ぐとともに、紛争化させない組織の基盤作りとしてスタッフの教育・研修を行っている。
6.6.3.2	訴訟が発生した場合に適切に対応する仕組みがある	-

第7領域 精神科に特有な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

■医療法人社団 旭川圭泉会病院

■精神病院（200-399床）更新受審

7.1.4	精神科救急に適切に対応している	精神科救急水準は1であり、広域にわたる道北地区の精神科救急の基幹病院として、救急要請に対しては全て受け入れられている。精神科救急入院料病棟が整備され、当番日には指定医の対応体制も確立していて、隔離室を含めた空床も確保されている。救急患者の受け入れ実績も多数あり、身体合併症を有する精神障害者を含めて入院拒否例もなく、精神科救急に対する貴院の積極的な姿勢は高く評価でき、他の模範となるものである。
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	CT・MRIが整備されており、夜間・休日でも使用可能である。
7.1.4.2	病院の役割に応じ、精神科救急医療が適切に実施されている	身体合併症がある精神障害者も含めて、受け入れを断ったケースはない。

7.3 精神科リハビリテーションと退院支援

■総合病院国保旭中央病院

■複合病院（500床以上）更新受審

7.3.2	退院に向けての支援が適切である	退院に向けての支援は、入院時より退院に向けての方向性が示されると、充実した支援体制のもと、入院患者のほとんどが多職種支援により地域や障害者福祉施設へ退院可能となっている。このことは、病院とさまざまな地域支援連携のもと、情報が共有され、実効的かつ有効に退院支援が行われている結果であり高く評価できる。
7.3.2.1	退院に関して患者・家族の意向を尊重した支援計画を立てている	患者や家族を含めた多職種による検討会が行われている。退院後の生活の場や、キーパーソンもしっかり把握されている。
7.3.2.2	退院に向けた調整が実施されている	ケースカンファレンスも多職種により行われている。

7.3.2.3	地域生活への包括的な支援が行われている	本人・家族を中心に置き、地域での支援が効果的に可動している。外来、ACT、NPO 法人、精神科訪問看護、デイケア、生活支援等々が、いろんな方向から支援を送っている。病院でも家族心理教育や地域家族会と、家族をも含めた障がい者への支援は包括的かつ前向きに行われている。
7.3.2.4	医療観察法による通院が適切に行われている	マニュアルは整備されており、保護観察所開催のケア会議が行なわれ参画されている。

第 8 領域 療養病床に特有な病院機能

8.3 慢性期の診断・治療とケアの適切性

■医療法人凌雲会 稲次整形外科病院

■複合病院（100 床未満）更新受審

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	「経口摂取へ移行することが人間としての尊厳の回復にも繋がるものである」との方針に沿って、医学的な診断のもと、訓練プログラムが立てられている。多職種による検討の場を構築して、チームとして嚥下機能の回復に向けたケアを計画的に行っていて、経口摂取に移行した実績も多数あり、高く評価できる。摂食・嚥下機能の回復が期待できる患者には、可能な限り経口摂取を推進することを方針としている。医学的な診断・評価を行いながら、リハビリテーションの一環として嚥下機能の回復に向けたケアを積極的・計画的に行っており、高く評価できる。
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	専門的な診断と検討のもと、ST や栄養士と連携して、機能の回復に積極的に努めている。
8.3.2.2	嚥下機能の維持・向上に努めている	経鼻栄養 12 名に対して嚥下訓練プログラムを活用し、NST チームや ST などとの連携、患者への個別対応により、経口摂取が 10 名・PEG が 2 名となった実績がある。

■社会医療法人財団白十字会 燿光リハビリテーション病院

■複合病院（500 床以上）更新受審

8.3.4	認知機能が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている	認知症の診断はスケールで行われている。認知症患者への関わりについて、デイルームを使用して午前・午後およびナイトまで担当者がデイ計画を立て実施している。患者個々の認知症の改善が見られている。A 病棟は 1 名の参加であるが、特に B 病棟は 20 名の患者が参加し認知改善効果が出ており、大いに評価できる。
8.3.4.1	認知症の原因が診断され、回復の可能性が検討されている	医師による原因診断と HDS-R、MMSE、FAB を活用した認知症の程度の判定が行われ、「認知症ケア基準・手順」に基づいたケアが行われている。

8.3.4.2	認知症患者との関わりを工夫し、意向を把握する努力が行われている	院内で入院患者へのデイを午前と午後に行い、A病棟は1名の参加であるがB病棟は20名を参加させ認知症の改善ができています。
---------	---------------------------------	--

おわりに

平成 24 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 24 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 6 回目となりました。また、今回のデータブックで統合版評価項目 ver. 6.0 で受審されたすべての病院のデータを所収したことになります。

本データブックに所収されたデータには、病院医療の現況を示す独自のデータが多く含まれています。認定病院をはじめとする医療機関の皆様におかれては、これらの統計データや審査結果の傾向・コメントなどを参考に、それぞれの病院機能の向上等に役立てていただければ幸甚です。

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26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 24 年度

平成 26 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・企画部）

〒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
