

病院機能評価データブック

平成 21 年度

平成 23 年 3 月



財団法人日本医療機能評価機構

はじめに

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

病院機能評価事業が開始された平成9年（1997年）より、病院機能評価事業における認定病院数は着実に増加し、平成23年2月末時点で2,523病院、全病院の約30%に達しています。また、平成21年7月から、新たな評価項目ver. 6.0での審査を開始いたしました。

病院の皆様には、受審に際して医療提供体制の構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）を中心とした大変貴重な情報をご提出いただいております。これらの貴重なデータを病院・国民の皆様に戻元することにより、医療の質向上にむけた日々の取り組みの資料としてご活用いただくべく、平成20年度より『病院機能評価データブック』として公表してまいりました。

このたび、その続報として、平成21年度に評価項目体系ver. 6.0で訪問審査を受審された373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21年度』を作成いたしました。評価項目がver. 6.0となったことを受けて、新たな項目の追加、集計方法の改良など、全体の構成の見直しを図りました。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23年 3月

財団法人日本医療機能評価機構
理事長 井原 哲夫

＜掲載情報について＞

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

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

本データブック第2章～第16章では、平成21年度に ver. 6.0 で訪問審査を受審した 373 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 373 病院の中間的な結果報告書または最終結果報告書における評点・評価所見を利用しました。なお、最終結果報告書における評点・評価所見については当該病院の承諾を得て掲載しています。

《目次》

はじめに

掲載情報について

目次

第1章 病院機能評価概略	11
1. 財団法人日本医療機能評価機構沿革	11
2. 評価項目の変遷	13
3. 受審病院数の年度別推移	15
4. 認定病院の都道府県別割合	15
第2章 受審病院の属性について	17
1. 受審病院の病床数別割合	17
2. 受審病院の地域別割合	18
3. 病院種別・審査体制区分	18
4. 特殊病床	20
5. 施設基準	21
6. 臨床研修病院	22
7. 審査体制区分別病床 100 対職員数	23
第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標	25
1. 職員数	25
2. 医師総労働時間数・有給休暇取得率	26
3. 外部委託状況	27
4. 情報化の状況	28
5. 診療記録の媒体と保管方法	28
6. 医療安全管理者について	30
7. 感染管理担当者について	31
8. 職員に対する検査・予防接種実施状況	32
9. 医師・看護職員退職率	33
10. 院内保育の状況	34
第4章 患者受け入れ状況	35
1. 標榜科	35
2. 主要診療科別医師 1 人あたり患者数	36
3. 標榜科別医師数	38

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

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

第13章 診療情報管理部門	75
1. 診療録・診療情報管理士数	75
2. 診療録番号の管理	75
3. 診療記録の条件抽出	76
4. 2週間以内の退院時サマリー作成率	76
第14章 医療社会福祉・在宅医療支援部門	77
1. 患者相談担当者配置状況	77
2. 患者相談職員数	77
3. 月平均患者相談実施件数（入院・外来）	78
4. ワーカー1人あたり月平均相談件数	78
5. 訪問サービス実施状況	79
6. 月平均訪問診療等実施件数	80
7. 患者1人あたり訪問回数、看護師1人・1日あたり訪問件数	81
第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）	82
1. 皮膚・形成外科領域	82
2. 神経および脳血管領域	83
3. 精神科・神経科領域	84
4. 眼科領域	85
5. 耳鼻咽喉科領域	86
6. 呼吸器系領域	87
7. 消化器系領域	88
8. 肝・胆道・膵臓領域	89
9. 循環器系領域	90
10. 腎・泌尿器系領域	91
11. 産科領域	92
12. 婦人科領域	92
13. 乳腺領域	93
14. 内分泌・代謝・栄養領域	94
15. 血液・免疫系領域	95
16. 筋・骨格系領域および外傷領域	96
17. リハビリテーション領域	97
18. 小児科領域（新生児・未熟児を含む）	98
19. 麻酔科領域	99
20. 緩和ケア領域	100

21. 放射線治療領域	100
22. 画像診断・病理診断領域	101
23. 歯科口腔外科領域	102
24. 救急領域	103
25. その他	104
第16章 経営指標.....	105
1. 受審前年度の医業収支率	105
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	106
3. 1床あたり医業収益	107
4. 1床あたり医業費用	107
5. 職員 1 人あたり医業収益および人件費	108
6. 平均在院日数と入院患者 1 日 1 人あたり収益	108
第17章 審査結果（評点）の傾向	109
1. c 判定の割合が 1%を超える小項目	109
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）.....	143
おわりに.....	203

第1章 病院機能評価概略

1.1 財団法人日本医療機能評価機構沿革

年	月	できごと
昭和 56（1981）年	3 月	日本医師会・病院委員会の中間報告において「病院機能評価」という語がわが国で初めて用いられる
昭和 60（1985）年	8 月	厚生省（当時）と日本医師会が合同で「病院機能評価に関する研究会」を設置
昭和 62（1987）年		「病院機能評価に関する研究会」研究会報告書として『病院機能評価マニュアル』が作成される
平成元（1989）年	4 月	日本医師会および厚生省健康政策局により『病院機能評価マニュアル』が発刊される
平成 2（1990）年	10 月	東京都私立病院協会において、JCAHO 研究会を継承するかたちで「病院医療の質に関する研究会」が発足 専門の評価調査者の育成、中立的立場の専門家による学術的第三者評価を実施
平成 5（1993）年	9 月	厚生省「病院機能評価基本問題検討会」において、第三者評価による医療機能評価実施に向け検討
平成 6（1994）年	9 月	「病院機能評価基本問題検討会」報告書において、第三者の立場から学術的・中立的な医療機関の評価を行う公益法人の設立の必要性を提言
平成 7（1995）年	1 月 7 月	日本医師会内に設立準備室発足 (財) 日本医療機能評価機構 設立
平成 9（1997）年	4 月 8 月	病院機能評価の本格的な開始（ver. 2. 0） 第一号認定
平成 10（1998）年		ver. 3. 0 への改定作業開始
平成 11（1999）年	7 月	評価項目 ver. 3. 1 適用開始（アルゴリズムの廃止）
平成 12（2000）年	12 月	ver. 4. 0 への改定に向けた「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」発足（～13 年度）
平成 14（2002）年	7 月	評価項目 ver. 4. 0 適用開始（統合版評価項目となる） 更新審査開始

平成 15（2003）年	5 月	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

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

1.2 評価項目の変遷

評価項目の変遷について、表 1-1 に示す。

表 1-1. 評価項目の変遷

V1(運用調査)															
	一般病院A			一般病院B			精神病院								
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目			
1. 病院の理念と組織的基盤	5	9	22	5	13	37	5		13			37			
2. 地域ニーズの反映	5	7	18	5	15	34	5		17	1		41	5		
3. 診療の質の確保	11	13	41	15	53	126	12	3	46	10		110	22		
4. 看護の適切な提供	5	5	15	7	17	49	7		17			49			
5. 患者の満足と安心	8	14	37	8	32	105	8		36	3		139	13		
6. 病院運営管理の合理性	7	7	17	8	25	63	8		25			63			
7. 保護と隔離に関する機能							3		7			28			
合計	41	55	150	48	155	414	48	3	161	14		467	40		
必須項目／選択項目															
V2:1997(平9)年4月～1999(平11)年7月															
	一般病院A			一般病院B			精神病院A			精神病院B					
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	
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	大項目	中項目	
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															

注)基本項目は一般病院を対象とした

表 1-1. 評価項目の変遷（続き）

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

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

注)基本項目は一般病院を対象とした

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

(再掲)ケアプロセス (基本項目)					
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
7	22	58	7	20	50
7	22	58	7	20	50
2	8	21			
9	30	79			

注)基本項目は一般病院を対象とした

平成9年（1997年）の審査開始以降、12年間で4回の評価項目の改定が行われた。図1-1では、それぞれの評価項目のバージョンによる評価対象領域の推移を示した。

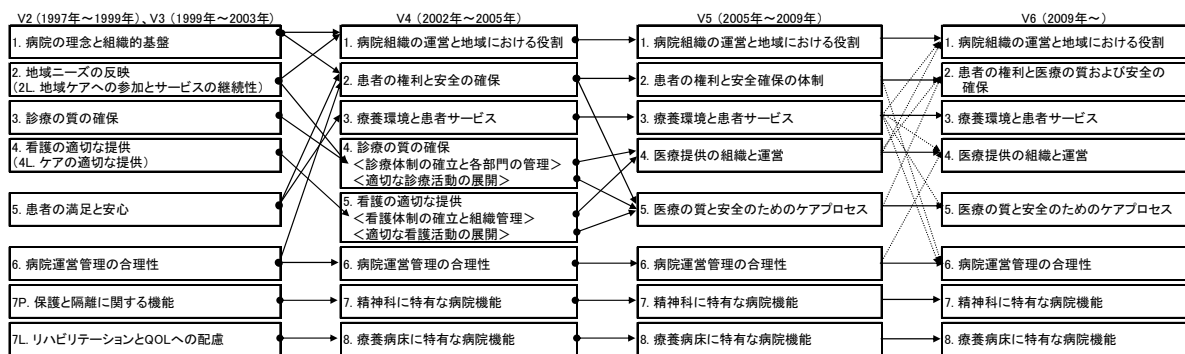


図 1-1. バージョンによる評価対象領域の推移

1.3 受審病院数の年度別推移

図1-2. 受審病院数の年度別推移

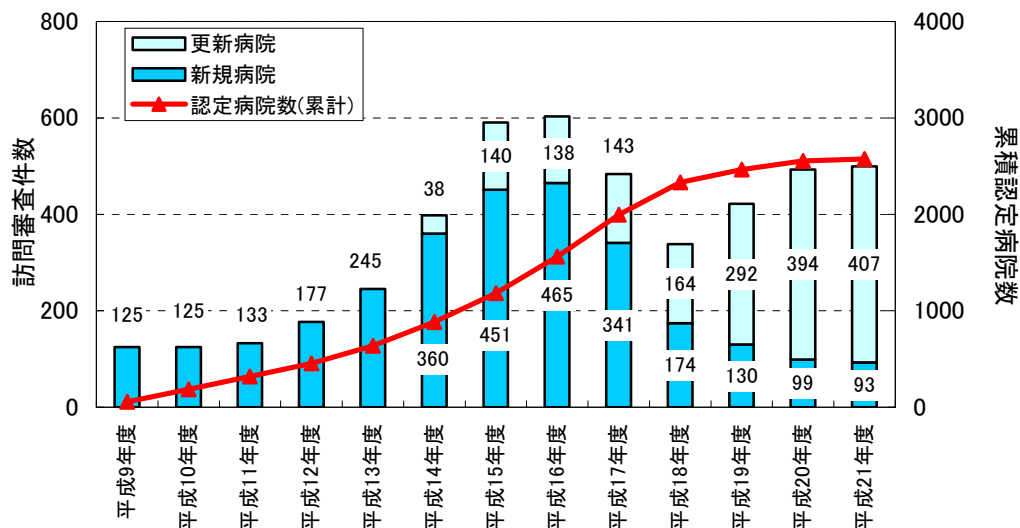


図1-2では、受審病院数の年度別推移を示した。平成9年度の審査開始以降、累積受審病院数は増加を続けているが、近年は新規病院数よりも更新病院が占める割合が増加してきている。なお、平成21年6月までにver.5.0で受審した127病院のデータは、『病院機能評価データブック 平成20年度』に収載したため、本誌では、平成21年度に受審した500病院のうち、平成21年7月のver.6.0での審査開始以降に訪問審査を受けた373病院のみを対象とした。

1.4 認定病院の都道府県別割合

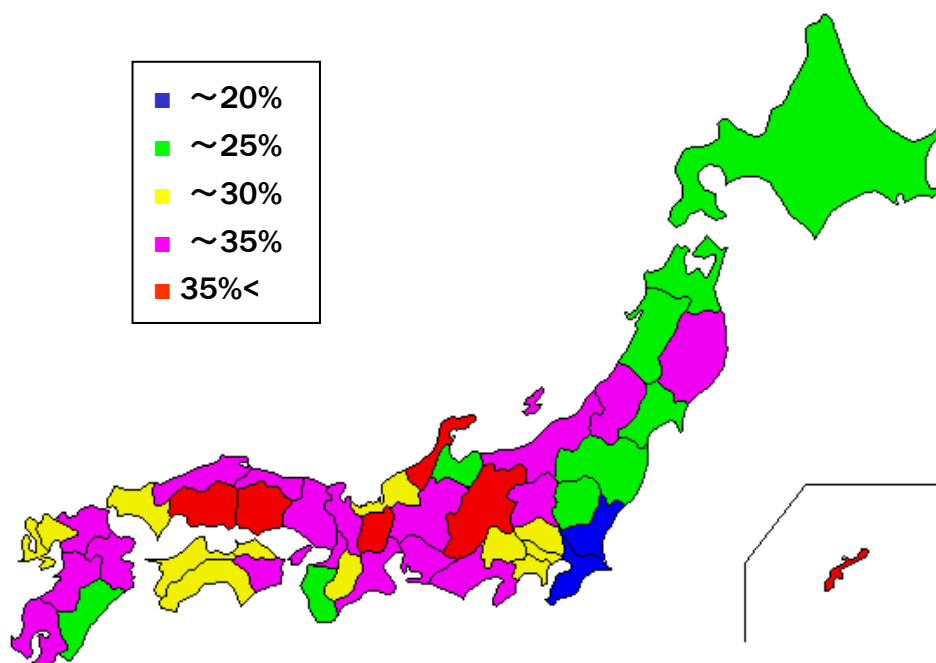
表1-2および図1-3に平成23年2月末日時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国平均認定率は29.0%であった。滋賀県43.3%、沖縄県40.4%、岡山県36.4%、長野県35.8%、石川県35.3%、広島県35.2%と認定率が35%を超える県が6あった。

表 1-2. 都道府県別認定病院率（平成 23 年 2 月 28 日現在）

都道府県名	全病院数*	認定病院数	認定率(%)	都道府県名	全病院数*	認定病院数	認定率(%)
北海道	587	135	23.0	滋賀県	60	26	43.3
青森県	104	21	20.2	京都府	175	59	33.7
岩手県	96	29	30.2	大阪府	540	172	31.9
宮城県	147	30	20.4	兵庫県	351	118	33.6
秋田県	74	16	21.6	奈良県	75	22	29.3
山形県	70	22	31.4	和歌山県	92	19	20.7
福島県	141	34	24.1	鳥取県	45	14	31.1
茨城県	189	35	18.5	島根県	55	17	30.9
栃木県	110	23	20.9	岡山県	176	64	36.4
群馬県	137	42	30.7	広島県	253	89	35.2
埼玉県	353	98	27.8	山口県	148	43	29.1
千葉県	283	55	19.4	徳島県	118	39	33.1
東京都	643	182	28.3	香川県	95	25	26.3
神奈川県	345	100	29.0	愛媛県	144	40	27.8
新潟県	132	41	31.1	高知県	138	36	26.1
富山県	110	25	22.7	福岡県	467	151	32.3
石川県	102	36	35.3	佐賀県	110	30	27.3
福井県	76	21	27.6	長崎県	163	41	25.2
山梨県	60	16	26.7	熊本県	217	69	31.8
長野県	134	48	35.8	大分県	162	49	30.2
岐阜県	104	32	30.8	宮崎県	143	33	23.1
静岡県	185	59	31.9	鹿児島県	268	87	32.5
愛知県	332	108	32.5	沖縄県	94	38	40.4
三重県	105	34	32.4	合 計	8,708	2,523	29.0

※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 23 年 2 月 28 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21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

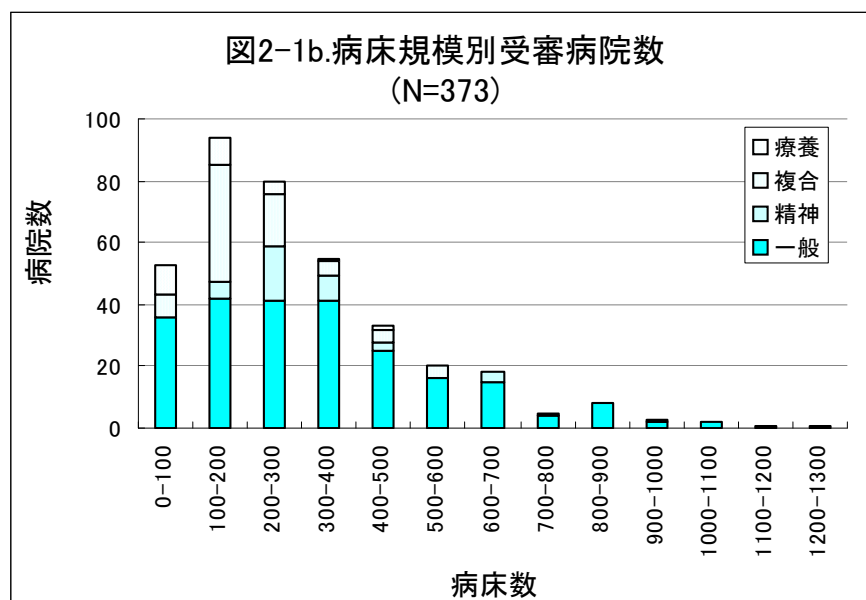
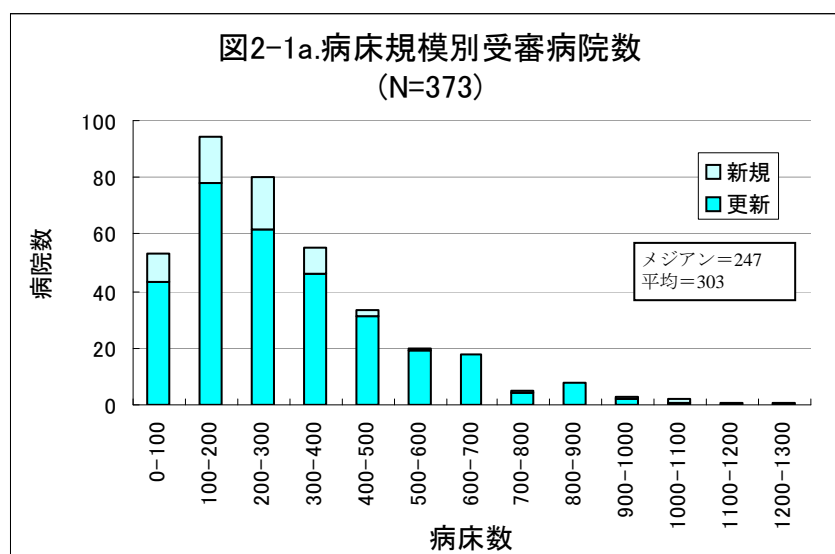


図2-1aでは、受審病院を新規受審59病院と更新受審314病院に分類し、それぞれの病床分布をヒストグラムで示した。

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 21 年 10 月 1 日時点の病院構成^{*2}

総病院数	8739 病院	(100.0%)
20～99 床	3296 病院	(37.7%)
100～199 床	2751 病院	(31.5%)
200～499 床	2230 病院	(25.5%)
500 床以上	462 病院	(5.3%)

^{*1} 参考：「審査体制区分一覧表」

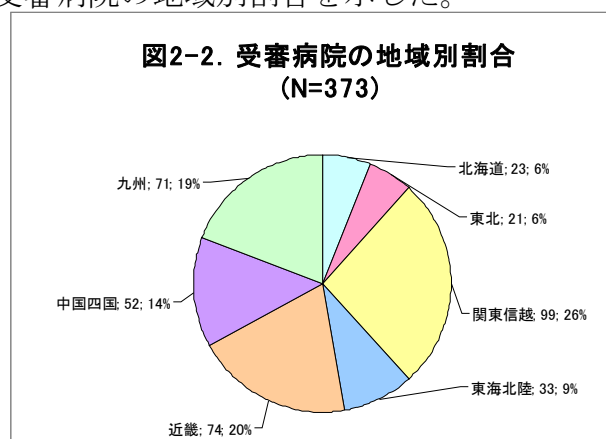
<http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/kubun.pdf>

^{*2} 参考：厚生労働省「平成 21 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/dl/05.pdf>

2.2 受審病院の地域別割合

図 2-2 では、受審病院の地域別割合を示した。



2.3 病院種別・審査体制区分

表 2-1a～c では、受審病院 373 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	精神	療養	複合	合計
1	36	5	45	10	96
2	42	26	22	9	99
3	107	6	10	6	129
4	48	—	—	1	49
合計	233	37	77	26	373

表 2-1b. 審査体制区分一覧

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

表 2-1c. 複合病院の内訳（再掲）

一般＋精神	100 床未満	0	7
	100 床以上 200 床未満	1	
	200 床以上 500 床未満	5	
	500 床以上	1	
一般＋療養	100 床未満	6	61
	100 床以上 200 床未満	37	
	200 床以上 500 床未満	16	
	500 床以上	2	
一般＋精神＋療養	100 床未満	0	7
	100 床以上 200 床未満	0	
	200 床以上 500 床未満	3	
	500 床以上	4	
精神＋療養	100 床未満	0	2
	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	－	－	77

*参考：「審査体制区分一覧表」

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

2.4 特殊病床

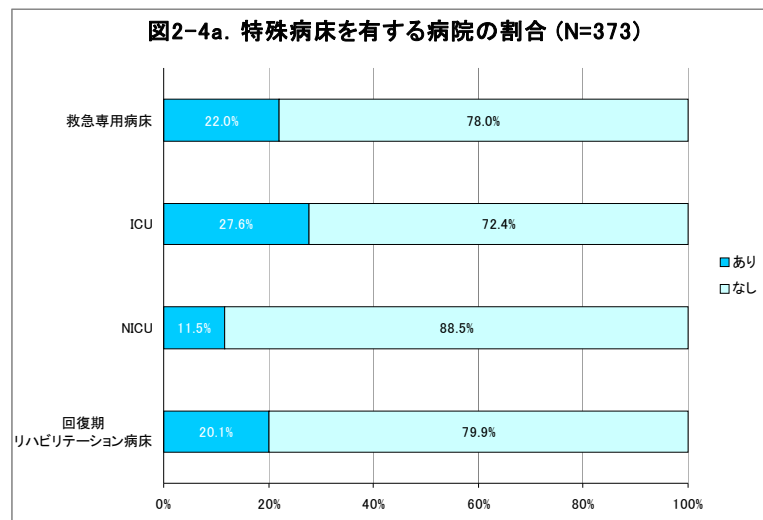
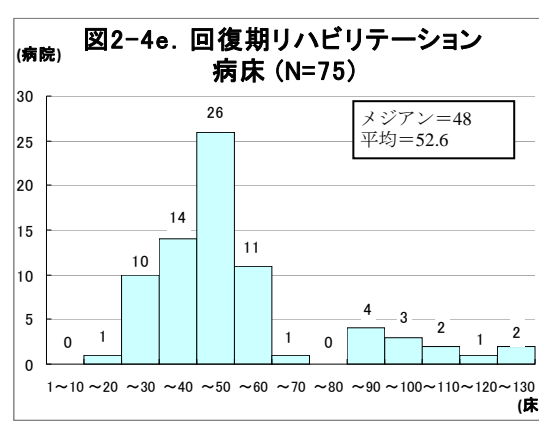
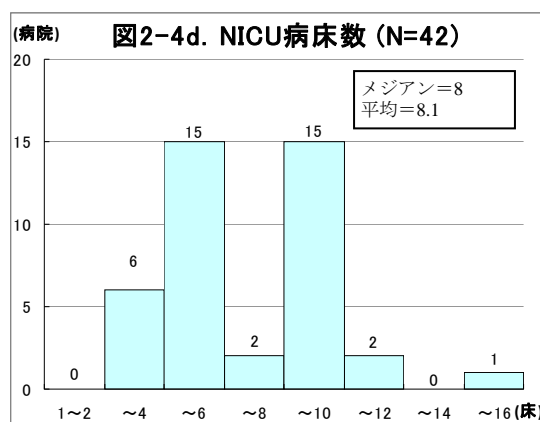
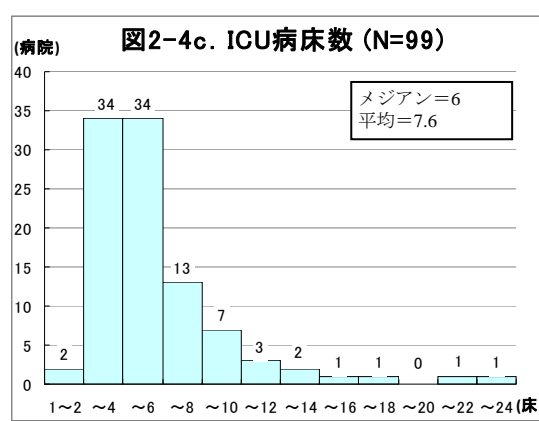
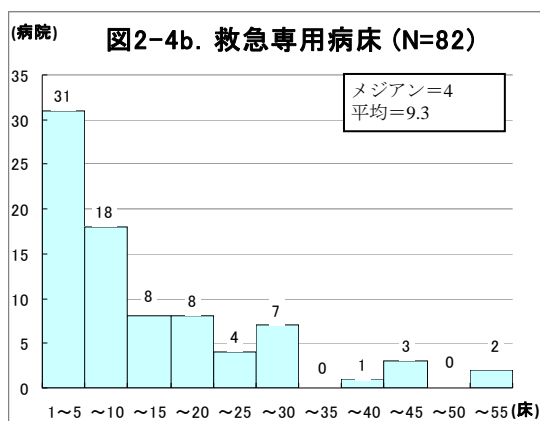


図 2-4a では、特殊病床を持つ病院の割合を示した。受審病院のうち、ICU を有する病院は 27.6%、NICU を有する病院が 11.5%であった。



■ ICU 病床数と全身麻酔手術実施件数

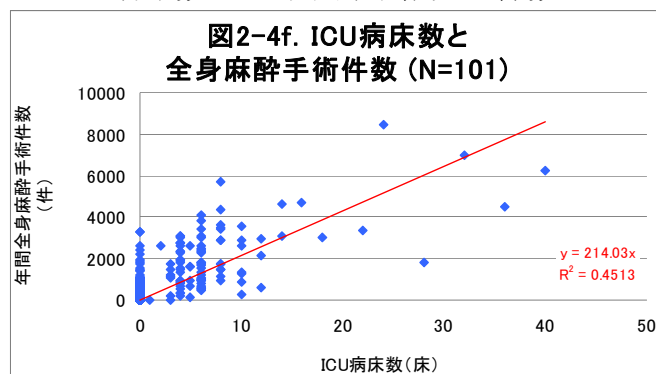
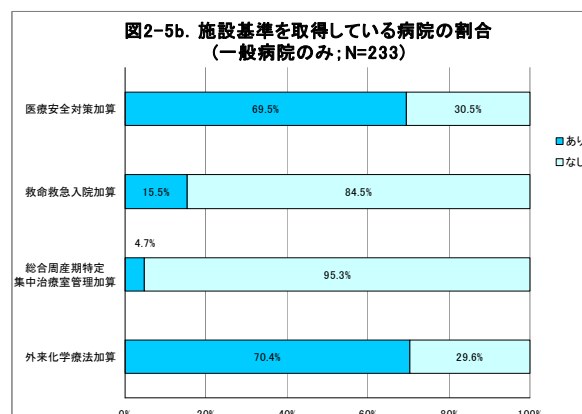
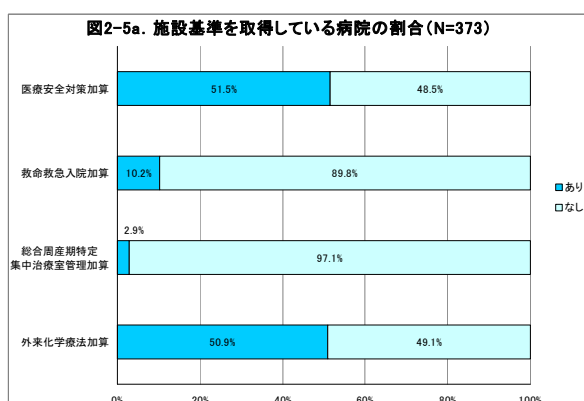


図 2-4f では、ICU 病床数と年間全身麻酔手術実施件数の相関を示した。対象の 101 施設では、明確な相関は見られなかった。

2.5 施設基準

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



中医協資料によれば、平成 21 年度の施設基準届出状況は医療安全対策加算 18.3%、救命救急入院 2.4%、総合周産期特定集中治療室加算 0.9%、外来化学療法加算 (I および II の合計) 20.8%であり*、受審病院における届出状況が全国平均と比較して高いことがうかがえる。

*参考：中央社会保険医療協議会 総会 (第 172 回) 「総-5-1 22.5.26 主な施設基準の届出状況等」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/s0526-6.html>

2.6 臨床研修病院

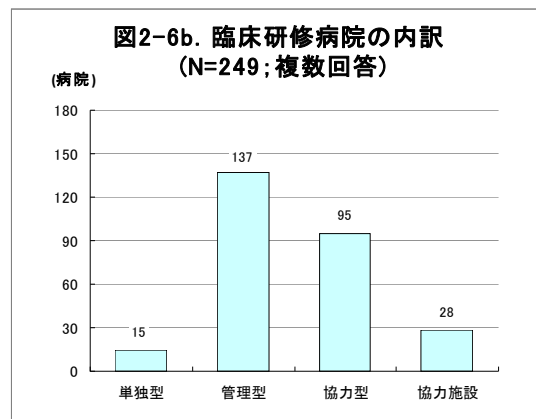
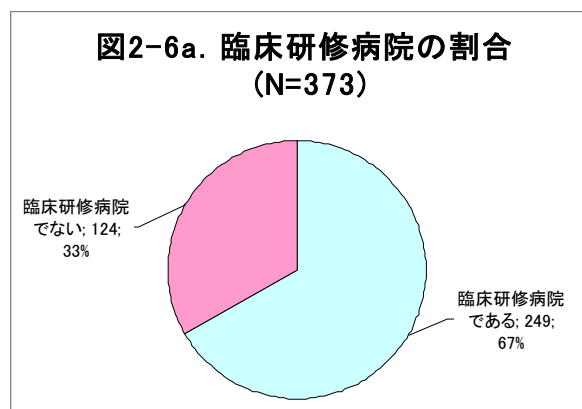


図 2-6 では、臨床研修病院の割合を示した。受審病院のうち単独型・管理型・協力型の臨床研修病院（「臨床研修協力施設」は含まれない）は 67%であった。図 2-6b では、「臨床研修病院である」と回答した 249 病院の内訳（複数回答）を示した。なお、複数の区分に重複して該当する病院があるため、総数は 249 病院を上回っている。

厚生労働省医政局資料^{*1}によれば、平成 21 年 9 月 24 日時点で平成 22 年度に研修医を受け入れる基幹型臨床研修病院は 1,059 病院であり、重複を考慮しても受審病院に占める臨床研修病院の割合が高いことが示された。

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

参考：

^{*1} 厚生労働省「臨床研修病院の指定について」

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/shitei/dl/090924b_0001.pdf

pdf

^{*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、373 病院の病床数のメジアンは 247.0 病床であった。

表 2-2. 審査体制区分別病床 100 対職員数

	一般	療養	精神	複合	全体
医師	20.3	5.3	4.1	8.4	15.2
歯科医師	0.5	0.1	0.1	0.1	0.4
保健師	0.6	0.0	0.1	0.4	0.4
助産師	2.6	0.0	0.0	0.3	1.7
看護師	69.3	23.1	23.6	37.7	55.0
准看護師	9.3	15.7	13.6	14.5	11.2
看護補助者	8.6	19.0	11.9	15.2	11.0
薬剤師	4.2	2.1	1.4	2.5	3.4
診療放射線技師	4.2	1.2	0.2	2.3	3.2
診療X線技師	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
臨床検査技師	5.6	0.8	0.5	2.7	4.2
衛生検査技師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
管理栄養士	1.5	1.5	0.9	1.4	1.4
栄養士	0.3	0.7	0.5	0.4	0.4
理学療法士	3.4	9.9	0.1	5.1	3.8
作業療法士	1.3	6.3	2.7	2.9	2.1
言語聴覚士	0.6	2.1	0.0	1.1	0.7
視能訓練士	0.5	0.0	0.0	0.1	0.3
臨床工学技士	1.9	0.4	0.0	1.3	1.4
医療ソーシャルワーカー	0.4	0.7	0.0	0.5	0.4
精神保健福祉士	0.1	0.1	2.9	0.2	0.4
社会福祉士	0.5	0.8	0.0	0.7	0.5
介護福祉士	0.7	7.6	1.1	4.3	1.9
診療情報管理士	0.8	0.5	0.1	0.7	0.7
事務職員	17.0	8.1	5.4	11.5	14.1
その他職員	6.0	6.8	6.4	6.1	6.1
総数	160.0	112.9	75.7	120.5	140.2
病院数	233	37	77	26	373

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 160.0 人であり、全国平均^{*2}の 122.9 人と比較して約 1.3 倍多かった。特に医師、看護師、薬剤師は全国平均がそれぞれ 13.6 人、45.6 人、3.0 人であるのに対し、それぞれ 20.3 人、69.3 人、4.2 人であり、約 1.4-1.5 倍多かった。一方、前年まで全国平均を下回っていた准看護師数は一般病院で 9.3 人であり、全国平均 9.8 人とほぼ同等の値であった。

<全国の病院における 100 床あたり常勤職員数（平成 21 年 10 月 1 日現在）>

	一般病院	結核療養所	精神科病院	総数
医師	13.6	4.5	3.4	11.9
歯科医師	0.7	—	0.1	0.6
薬剤師	3.0	3.1	1.2	2.7
看護師	45.6	16.3	18.6	41.2
准看護師	9.8	13.3	13.7	10.4
診療放射線技師・診療X線技師	2.8	1.1	0.2	2.4
臨床検査技師・衛生検査技師	3.5	1.1	0.4	3.0
管理栄養士・栄養士	1.5	3.2	1.1	1.5
その他	42.4	33.0	26.9	39.9
総数	122.9	75.7	65.5	113.7

（^{*2}厚生労働省「平成 21 年医療施設調査」をもとに作成）

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

参考：^{*1}「審査体制区分一覧表」

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

^{*2}厚生労働省「平成 21 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/dl/05.pdf>

第3章 職員の福利厚生・安全に関する指標

3.1 職員数

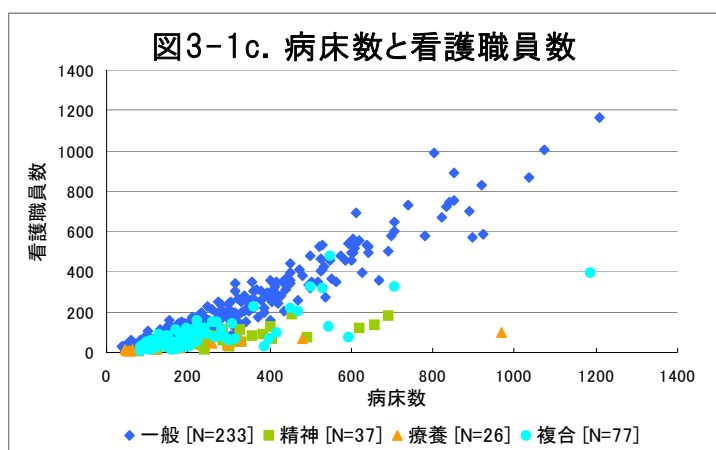
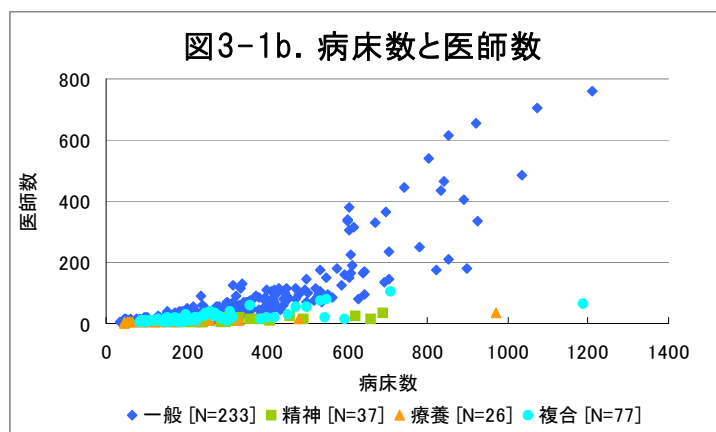
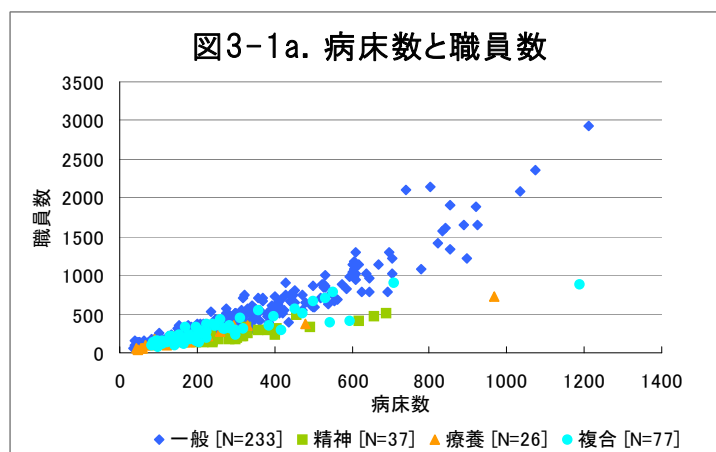


図3-1a～cでは、全職員・医師・看護職員について、病床数と職員数の関連を一般・精神・療養・複合の病院種別ごとに示した。

3.2 医師総労働時間数・有給休暇取得率

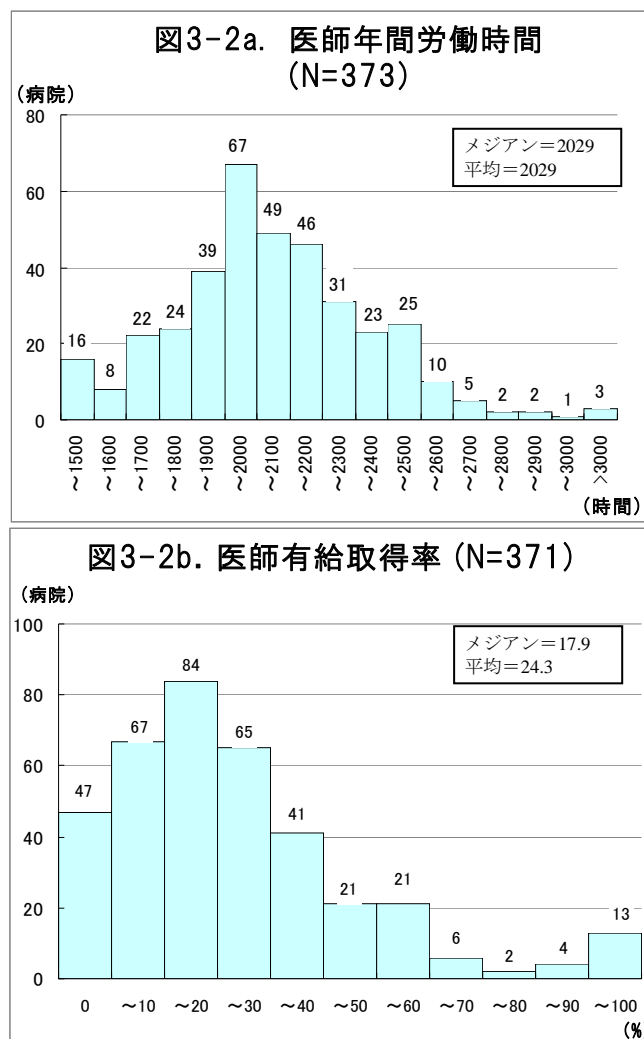


図3-2a および b では、医師の年間労働時間および有給休暇取得率を示した。医師の平均年間労働時間が2500時間を越えていた病院が23病院あった。平均年間労働時間の平均は約2029時間であった。医師有給休暇取得率が90%を超えている病院が13病院ある一方、0%の病院が47病院あった。医師有給休暇取得率のメジアンは17.9%、平均は24.3%であった。なお、有給休暇取得率は単年度について計算している。

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47.4%であり（職種を限定しない）、医療・福祉分野に限定した場合の取得率（36.3%）や取得率の最も低い宿泊業・飲食サービス業（29.4%）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 21 年就労条件総合調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/09/dl/gaikyou.pdf>

3.3 外部委託状況

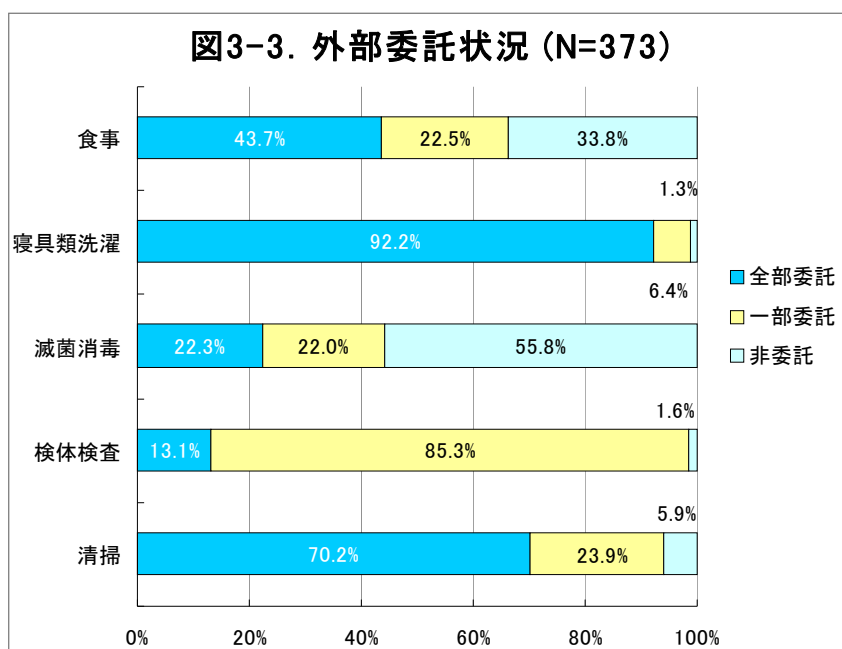


図 3-3 では、外部委託状況を示した。受審病院の委託率（全部委託・一部委託の合計）が食事 66.2%、寝具類洗濯 98.6%、滅菌消毒 44.3%、検体検査 98.4%、清掃 94.1%であった。

3.4 情報化の状況

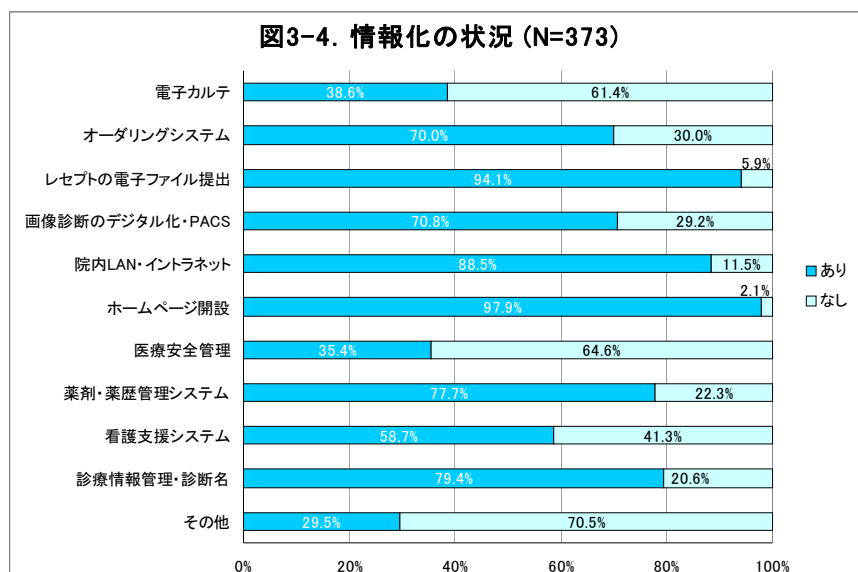


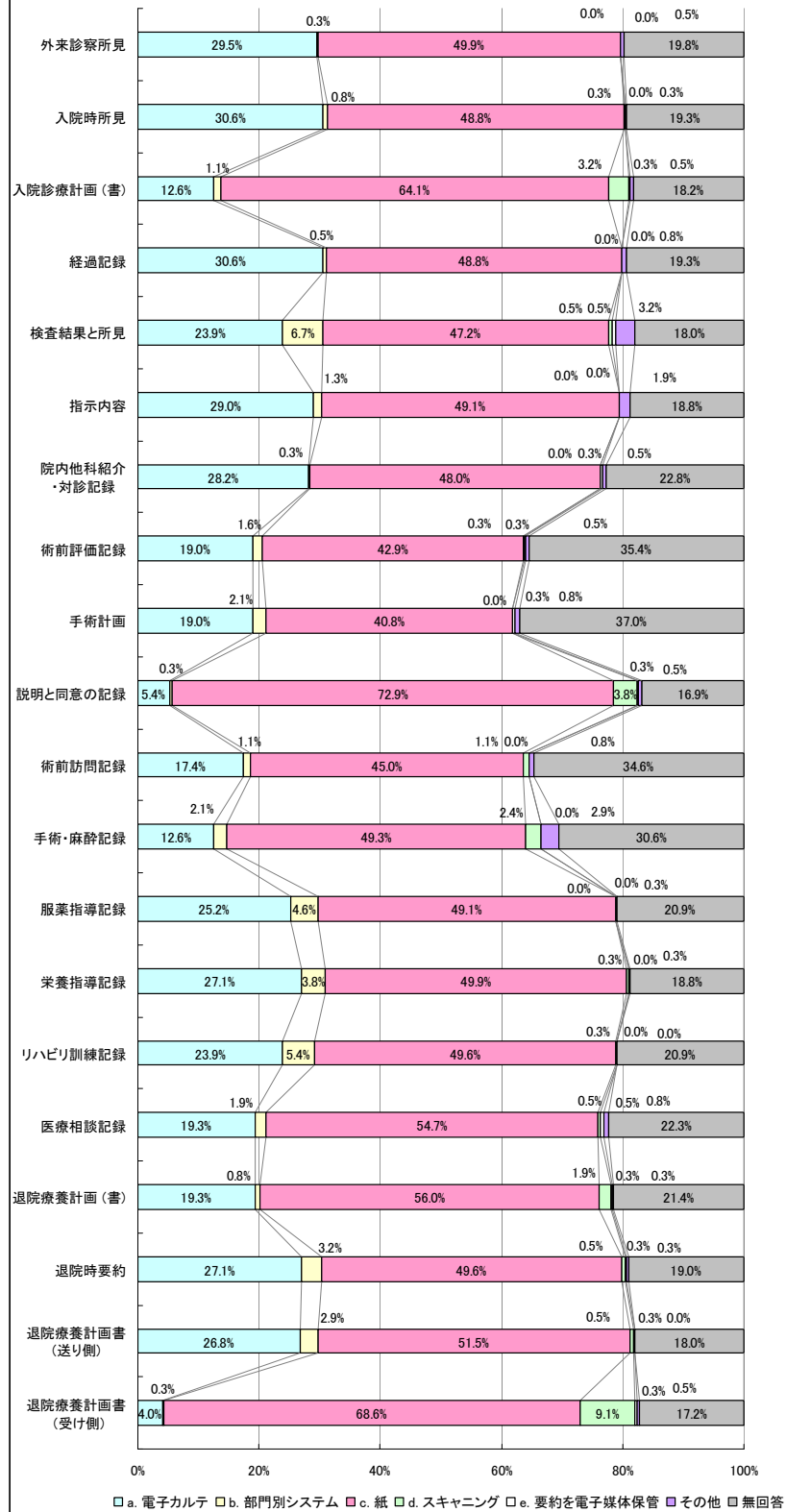
図 3-4 では、情報化の状況を示した。受審病院における情報化状況は、電子カルテおよびオーダーリングシステムを導入している病院がそれぞれ 38.6%、70.0%であった。レセプトの電子ファイル提出を実施している病院が 94.1%にさらに増加した。平成 23 年度からの義務化を前に導入が進んでいることがうかがえる。

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 6.7%、5.4%、4.6%、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=373)



3.6 医療安全管理者について

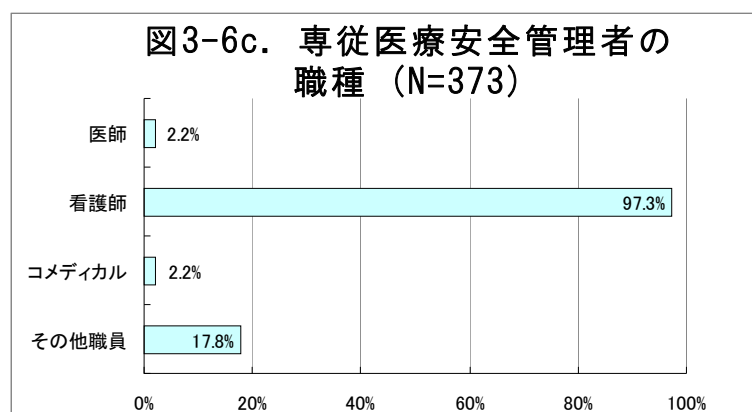
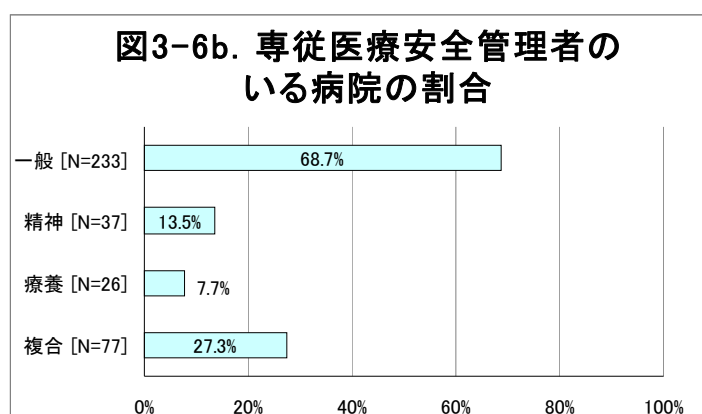
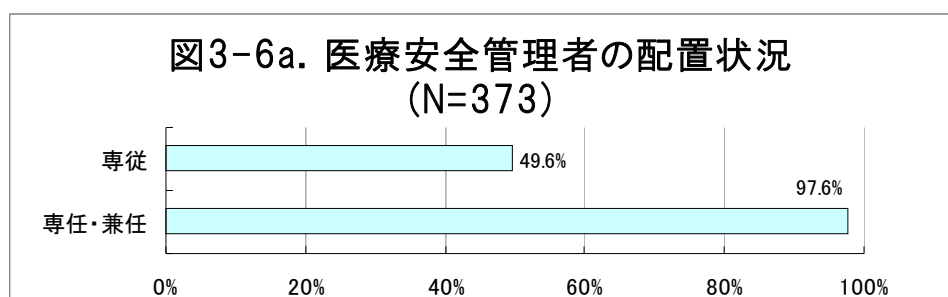


図3-6a～cでは、医療安全管理者について示した。専従医療安全管理者がいる病院は49.6%、専任または兼任で配置している病院は97.6%であった。また、一般病院で専従医療安全管理者を配置している病院が68.7%であったのに対し、精神科病院、療養病院、複合病院ではそれぞれ13.5%、7.7%、27.3%にとどまっていた。専従医療安全管理者の職種は看護師が最も多かった。

『病院機能評価データブック 平成20年度』での専従医療安全管理者配置状況（全体で32.1%、一般病院で41.4%）と比較して、この一年間で配置が充実した状況がうかがえた。

3.7 感染管理担当者について

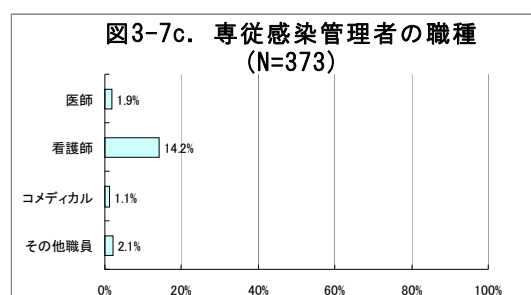
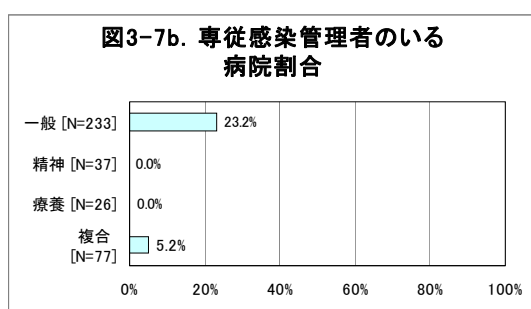
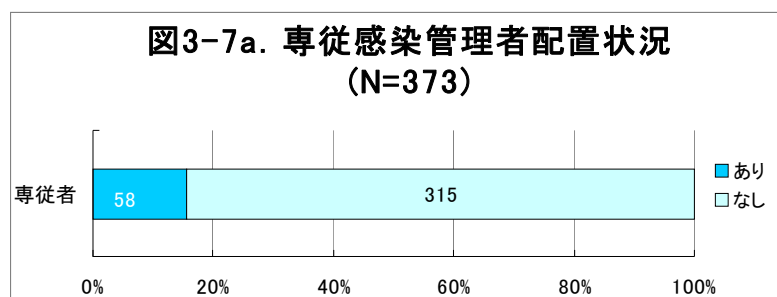


図3-7a～cでは、感染管理担当者について示した。専従感染管理担当者のいる病院は15.5%であった。専従の感染管理者を配置している一般病院が23.2%であるのに対し、精神病院および療養病院ではいずれも0%であった。また、前項の医療安全管理者の配置と同様、専従者の職種として最も割合が高かったのは看護師であった。

3.8 職員に対する検査・予防接種実施状況

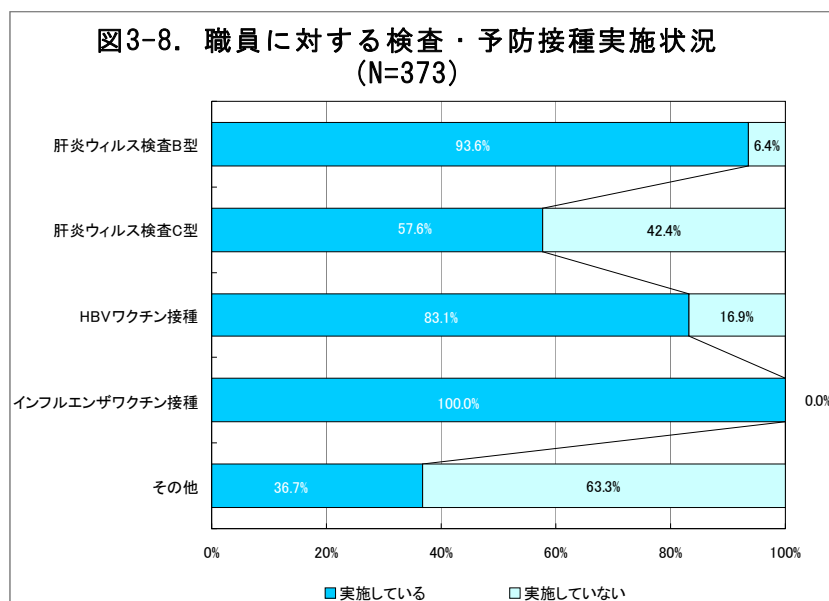


図 3-8 では、職員への検査・予防接種実施状況を示した。血液取扱者に対する B 型および C 型肝炎関連検査やワクチン接種など病院感染対策として実施するものと、インフルエンザなど主に職員から患者への感染を防止するために実施するものがある。ここでは両者の実施状況を示した。

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 93.6%、83.1%、インフルエンザワクチン接種を実施している病院が 100%と、高い実施状況がうかがえた。

3.9 医師・看護職員退職率

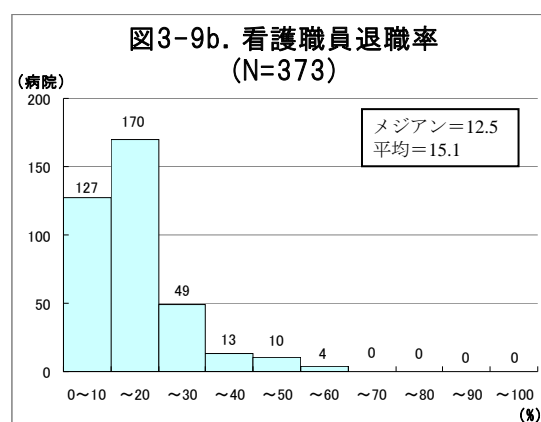
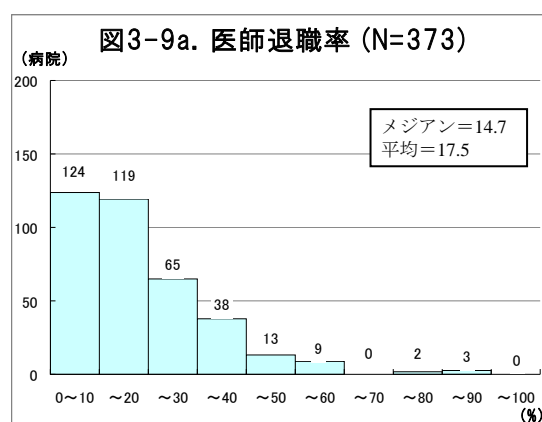


図3-9a および b では、医師および看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の退職率についてそれぞれ示した。

< 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 14.7%、平均は 17.5%であった。医師退職率が 40%を超える病院が 27 病院あった。一方、看護職員退職率のメジアンは 12.5%、平均は 15.1%であった。看護職員退職率が 40%を超える病院が 14 病院あった。

病院看護実態調査*によれば、全国の常勤看護職員の離職率は 11.9%であり、受審病院の数値と比較してほぼ同等～やや高い状況であることがうかがえた。

*参考：日本看護協会 「2009 年病院看護実態調査」

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

3.10 院内保育の状況

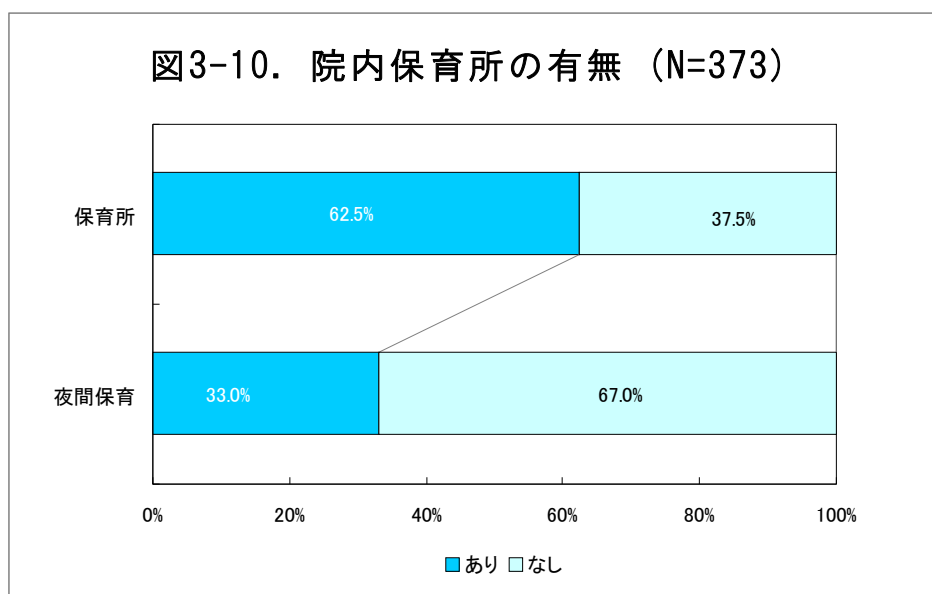


図 3-10 では、保育所の保有状況および夜間保育の実施状況を示した。受審病院での保育所保有状況は 62.5%、夜間保育の実施は 33.0%であった。

『病院機能評価データブック 平成 20 年度』によれば、平成 20-21 年度に ver. 5.0 で病院機能評価を受審した 620 病院中、院内に保育所を有する病院は 53.5%、夜間保育を実施している病院は 31.6%であり、前年の値と比較して、受審病院では職員がより働きやすい環境整備が進められていることがうかがえた。

*参考：日本医療機能評価機構『病院機能評価データブック 平成 20 年度』

第4章 患者受け入れ状況

4.1 標榜科

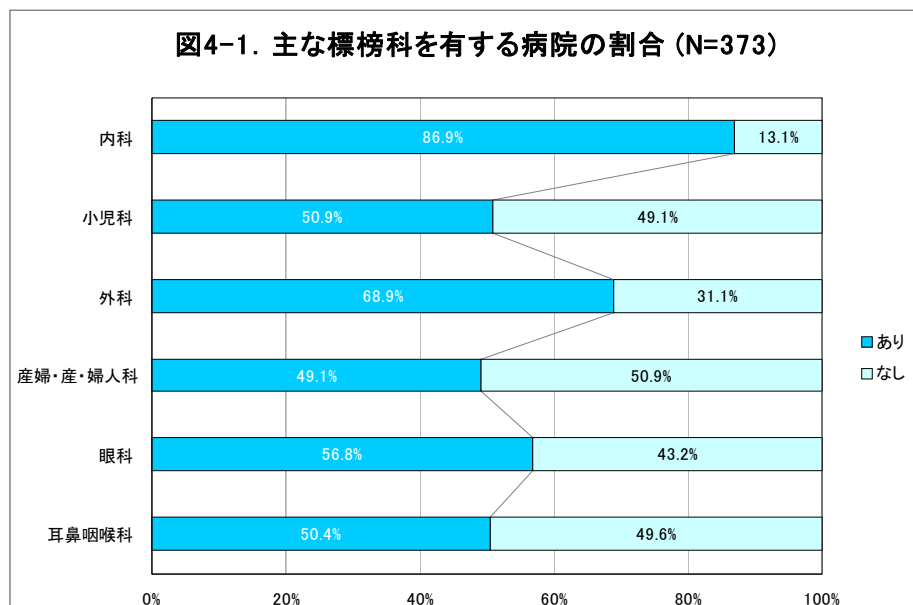


図4-1では、主な標榜科（現況調査票にある標榜科のうち、標榜する病院が多い診療科）を有する病院の割合を示した。本項目の標榜科名については主に用いられる名称を記載している。

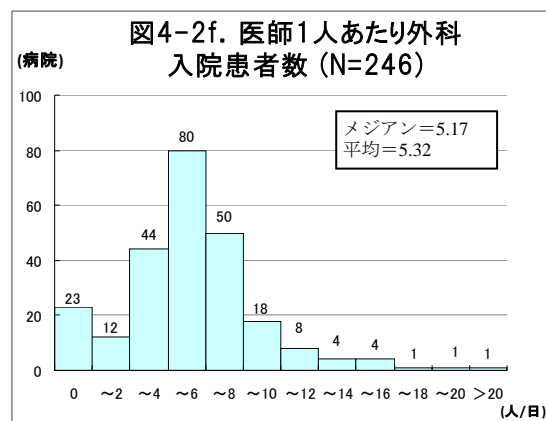
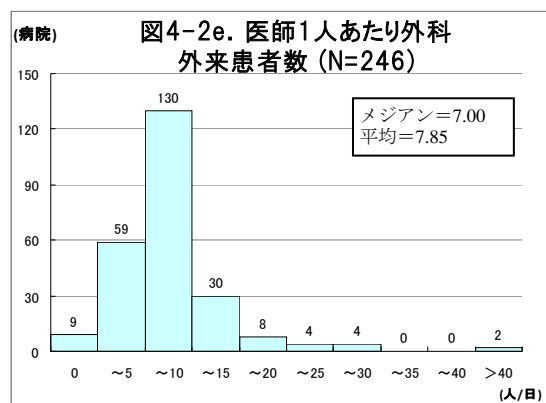
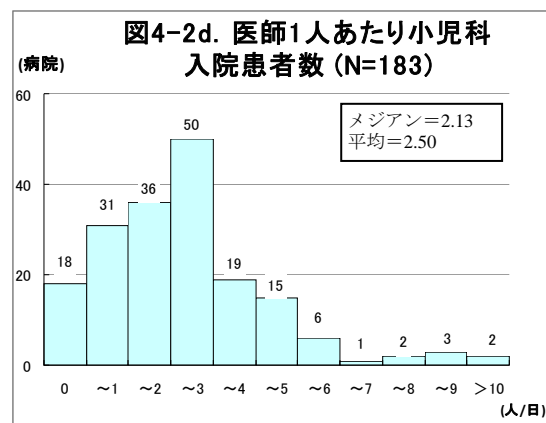
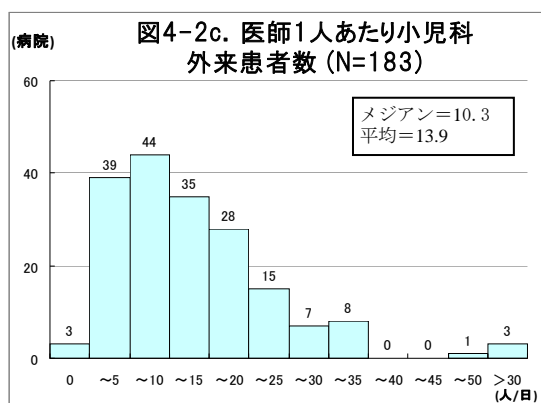
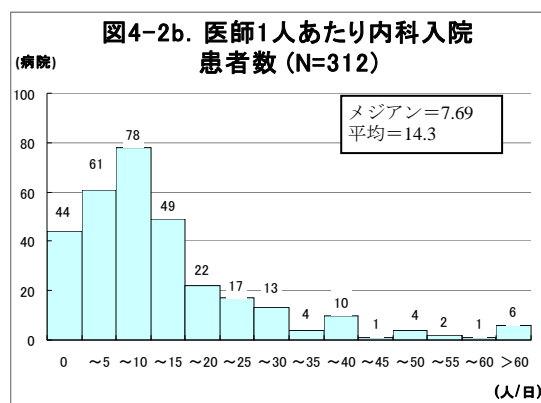
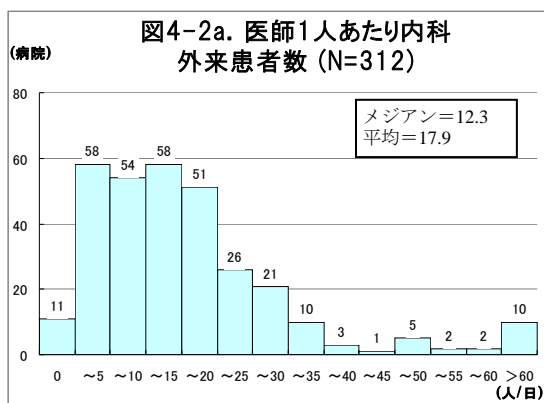
受審病院のうち小児科を標榜している病院は50.9%、産婦人科・産科・婦人科を標榜している病院は49.1%であった。一般病院の全国平均では、小児科37.3%、産婦人科16.9%、産科2.4%であり*、受審病院は高い数値であることがうかがえた。

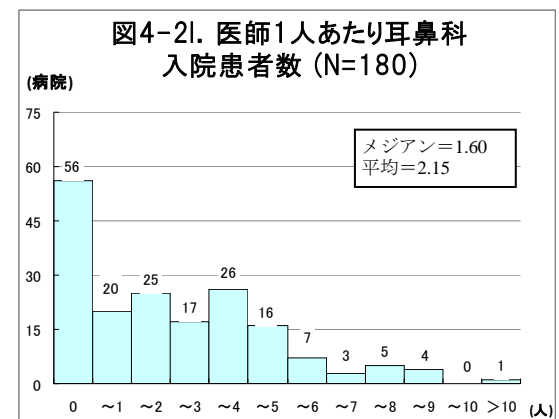
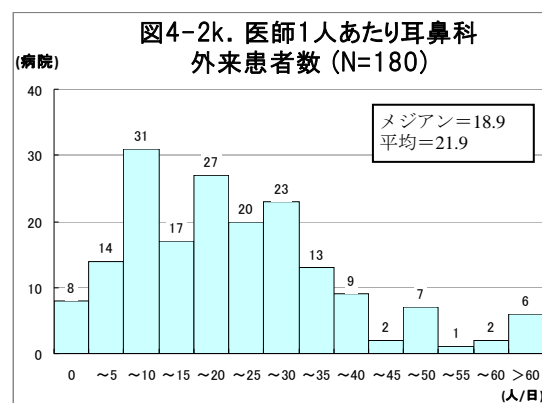
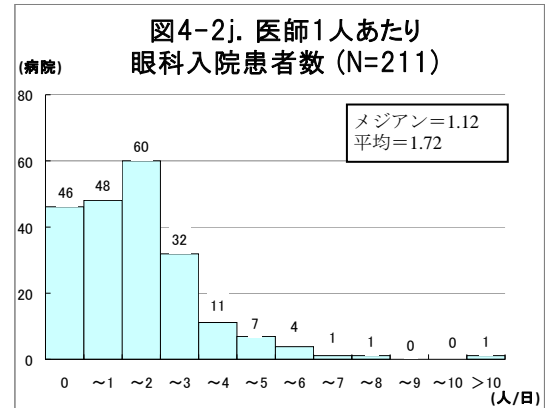
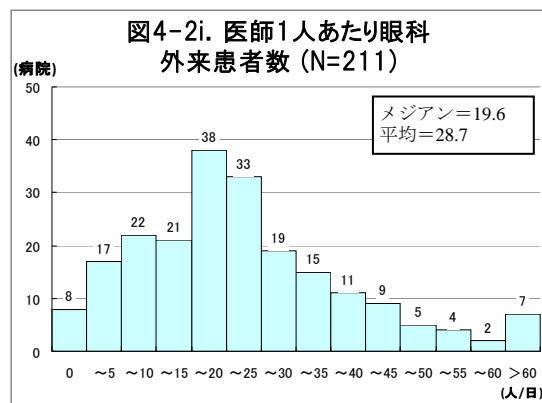
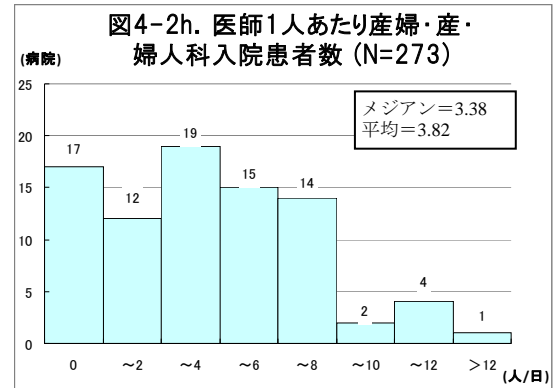
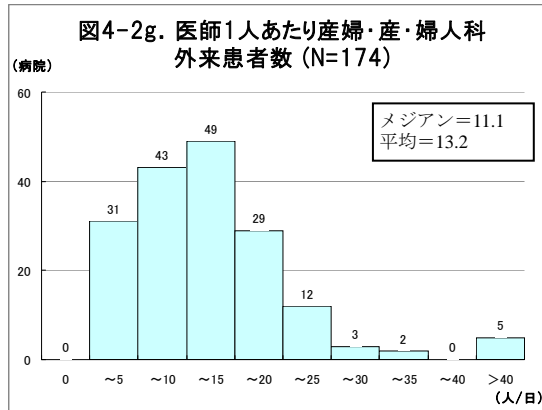
*参考：厚生労働省「平成21年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/d1/05.pdf>

4.2 主要診療科別医師1人あたり患者数

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





4.3 標榜科別医師数

表 4-3. 病院種別・標榜科別医師数

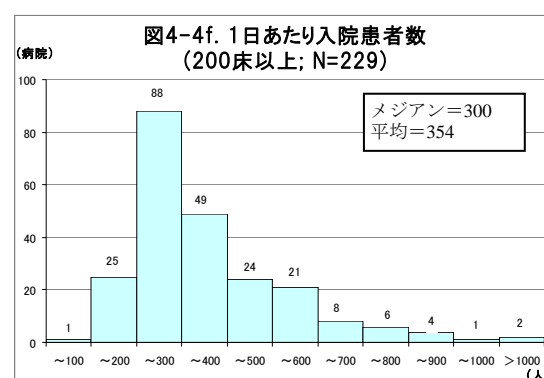
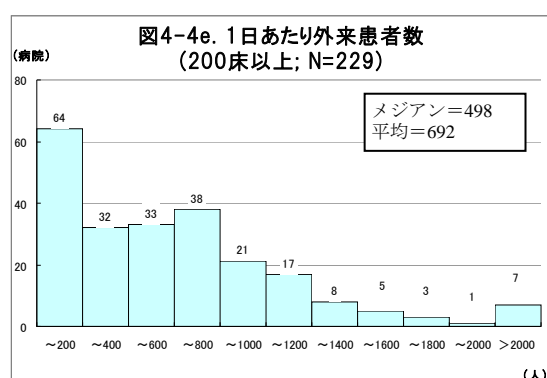
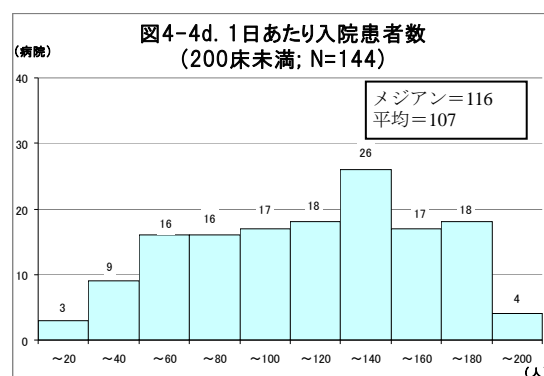
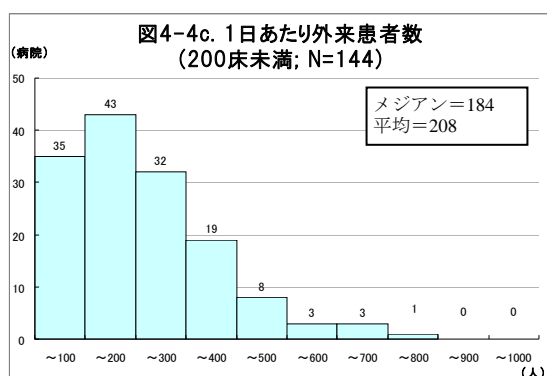
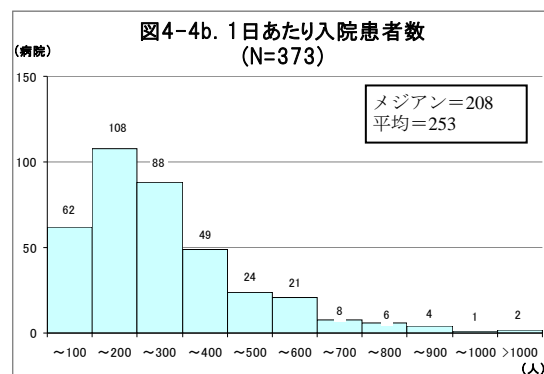
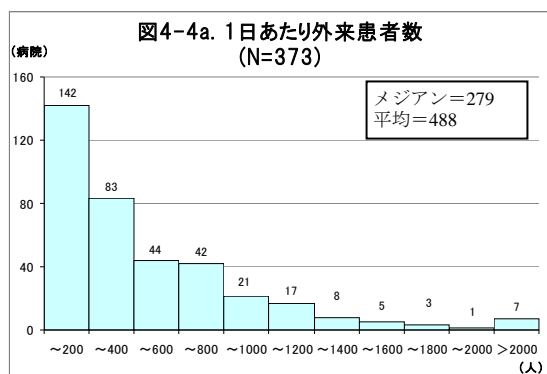
病院種別	一般			療養			精神			複合		
標榜科	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数	合計	病院数	病院あたり 医師数
内科	1841.9	197	9.35	124.1	26	4.77	41.1	26	1.58	459.2	75	6.12
呼吸器科	439.5	111	3.96	2.2	6	0.37	0.0	0	-	31.3	33	0.95
消化器・胃腸科	787.8	122	6.46	3.2	7	0.46	1.0	1	1.00	70.9	38	1.87
循環器科	832.3	155	5.37	6.2	7	0.88	0.0	0	-	69.5	45	1.55
小児科	982.9	162	6.07	0.0	0	-	0.6	1	0.60	57.8	27	2.14
精神科	321.0	93	3.45	0.0	0	-	369.5	37	9.99	94.2	25	3.77
神経内科	344.0	107	3.21	6.7	5	1.34	0.0	3	0.00	33.1	35	0.95
心療内科	14.7	28	0.52	1.8	4	0.45	3.7	10	0.37	2.8	6	0.47
リウマチ科	61.4	37	1.66	0.1	3	0.03	0.0	0	-	1.2	8	0.15
リハビリテーション科	164.2	130	1.26	27.3	21	1.30	0.1	3	0.03	35.4	63	0.56
外科	1339.7	190	7.05	10.6	7	1.52	3.2	4	0.79	147.6	56	2.64
呼吸器外科	133.4	60	2.22	0.0	0	-	0.0	0	-	11.3	10	1.13
心臓・血管外科	326.8	89	3.67	0.0	0	-	0.0	0	-	8.6	8	1.08
小児外科	69.3	31	2.24	0.0	0	-	0.0	0	-	1.0	1	1.00
整形外科	963.4	198	4.87	9.0	10	0.90	2.0	3	0.67	89.8	58	1.55
形成外科	262.3	93	2.82	0.0	0	-	0.0	0	-	8.6	13	0.66
美容外科	2.0	2	1.00	0.0	0	-	0.0	0	-	0.0	1	0.00
脳神経外科	643.8	154	4.18	1.2	3	0.38	0.0	0	-	54.4	30	1.81
産婦人科	711.5	121	5.88	0.0	0	-	0.1	1	0.14	19.6	11	1.78
産科	25.1	8	3.13	0.0	0	-	0.0	0	-	1.5	1	1.50
婦人科	45.9	33	1.39	0.5	2	0.24	0.0	0	-	8.2	18	0.46
眼科	601.6	173	3.48	2.1	5	0.41	0.0	0	-	32.6	34	0.96
耳鼻咽喉科	492.3	161	3.06	1.1	3	0.38	0.0	0	-	23.4	24	0.98
気管食道科	0.0	2	0.00	0.0	0	-	0.0	0	-	0.0	0	-
皮膚科	448.5	163	2.75	0.6	4	0.16	0.8	6	0.13	25.5	37	0.69
泌尿器科	579.2	173	3.35	0.6	3	0.20	0.0	0	-	40.8	45	0.91
肛門科	10.1	15	0.67	0.0	0	-	0.0	0	-	1.9	11	0.17
アレルギー科	12.2	14	0.87	0.0	0	-	0.0	0	-	0.2	6	0.03
放射線科	680.4	180	3.78	3.1	8	0.39	1.0	2	0.50	32.4	39	0.83
麻酔科	954.8	176	5.42	0.1	1	0.08	0.3	1	0.25	43.8	26	1.68
歯科	177.3	47	3.77	7.9	4	1.98	6.8	12	0.57	11.4	9	1.26
矯正歯科	28.1	6	4.68	0.0	0	-	0.0	0	-	0.0	2	0.00
小児歯科	19.2	7	2.74	0.2	1	0.20	0.0	0	-	0.0	2	0.00
歯科口腔外科	289.0	71	4.07	0.6	1	0.60	1.1	1	1.10	14.6	9	1.62
総数	20269.9	233	87.00	210.2	26	8.09	449.6	37	12.15	1563.4	77	20.30
病床数	78330			4803			11307			18595		
1病院あたり平均病床数	336.2			184.7			305.6			241.5		

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。



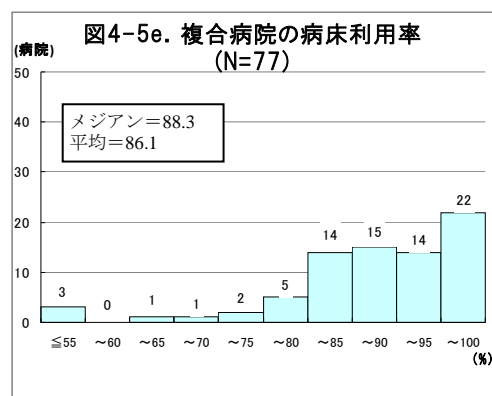
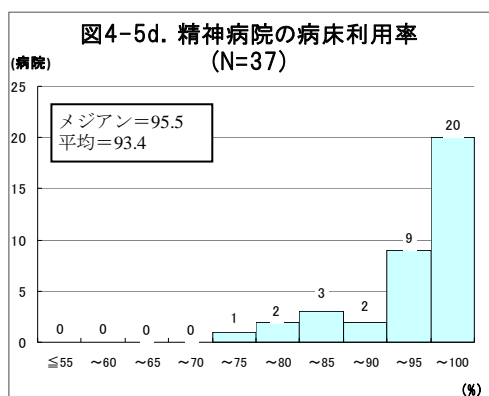
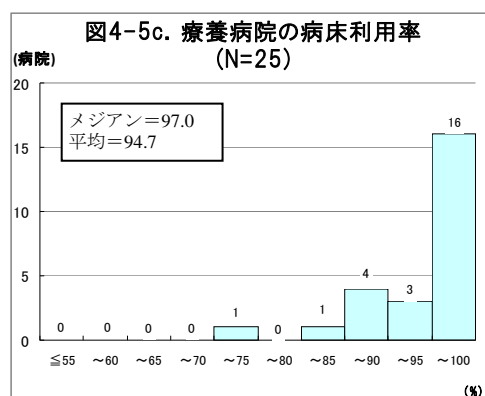
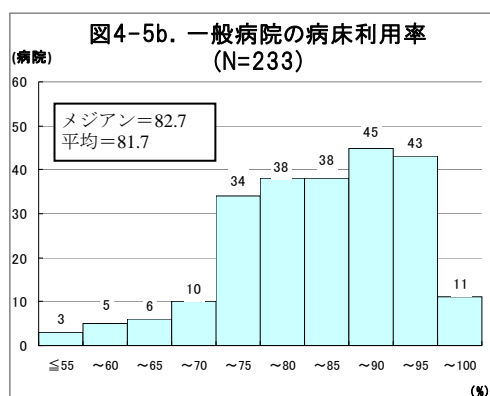
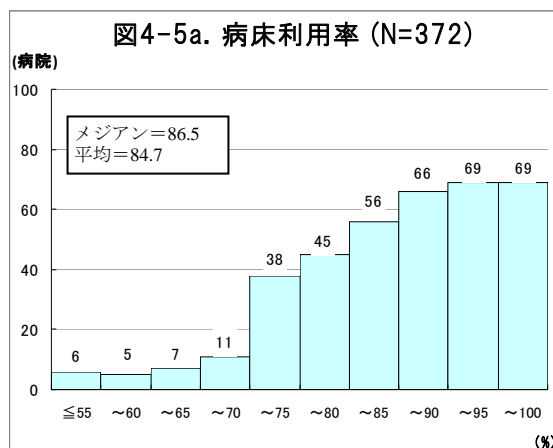
全国の一般病院における 1 日あたり平均外来患者数の平均は 177.9 人、1 日あたり平均在院患者数の平均は 140.0 人であった*。

*参考：厚生労働省「平成 21 年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/d1/05.pdf>

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 75.4%、91.2%、89.9%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 21 年医療施設調査」

4.6 平均在院日数

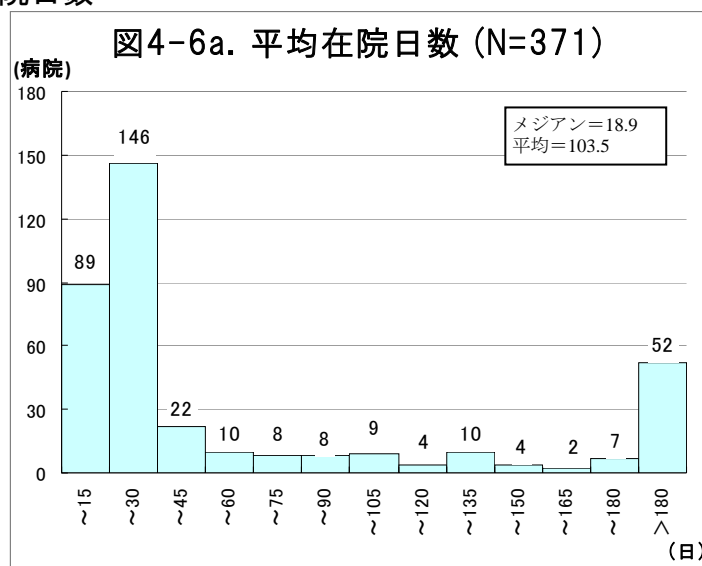
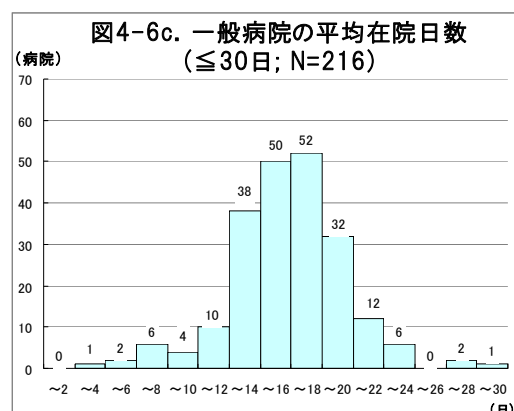
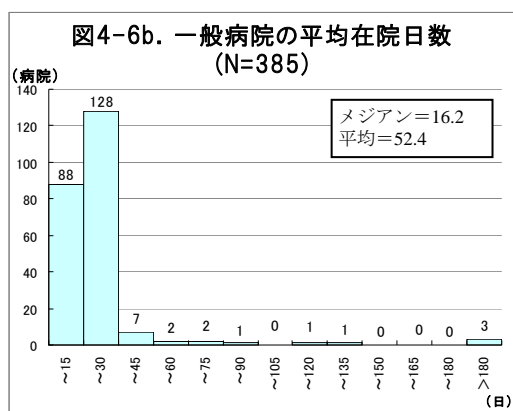


図4-6aでは、平均在院日数を示した。メジアンは18.9日であった。平均在院日数が180日を越える病院が52病院あった。全国の病院における平均在院日数は33.2日であった*。



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16.2日、平均は52.4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216病院を拡大して示したものである。一般といっても、急性期医療中心の病院だけでなく、緩和ケア中心の病院、特殊疾患療養病棟や重症心身障害児施設も含まれており、急性期型に特化した病院だけの集計はしていない。また、複合病院は除外している。全国の一般病床平均在院日数は18.5日であり*、ほぼ同等の結果であった。

*参考：厚生労働省「平成21年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iriyosd/09/dl/05.pdf>

4.7 他施設からの紹介率

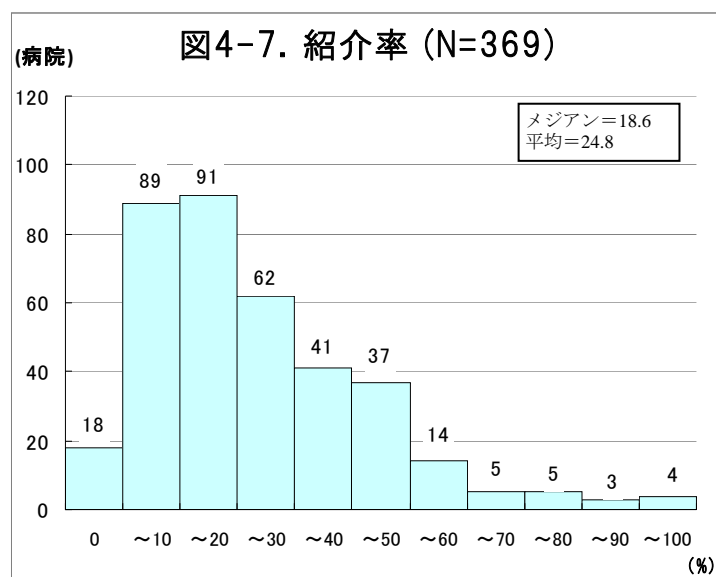


図 4-7 では、昨年度外来新患者に占める他の医療機関からの紹介患者の割合を紹介率 (%) として示した。100%を超えるものは対象外とした。メジアンは 18.6%、平均は 24.8%であった。

4.8 地域連携室の担当者配置状況

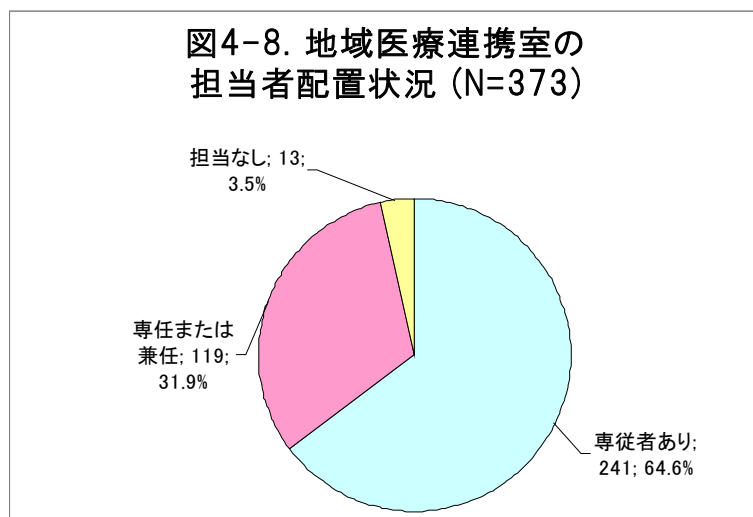


図 4-8 では、地域医療連携室の担当職員配置状況を示した。96.5%の病院で、地域医療連携に対して何らかの職員配置を行っていた。

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

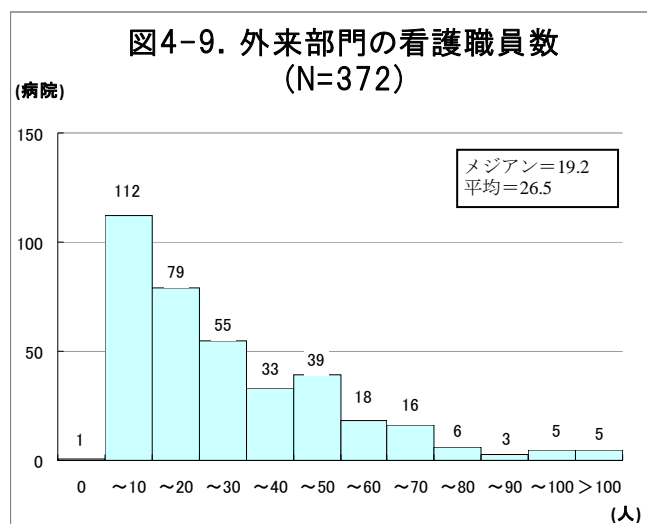


図 4-9 では、外来部門の看護職員配置状況を示した。メジアンは 19.2 人、平均は 26.5 人であった。なお、このデータは 1 日あたり外来患者数による補正を行っていない。

4.10 外来待ち時間調査の実施状況

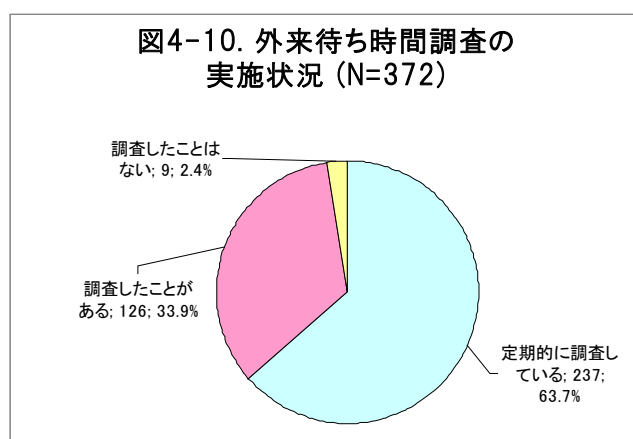


図 4-10 では、外来待ち時間調査の実施状況を示した。外来待ち時間調査を定期的に行っている病院が 63.7%であった。

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

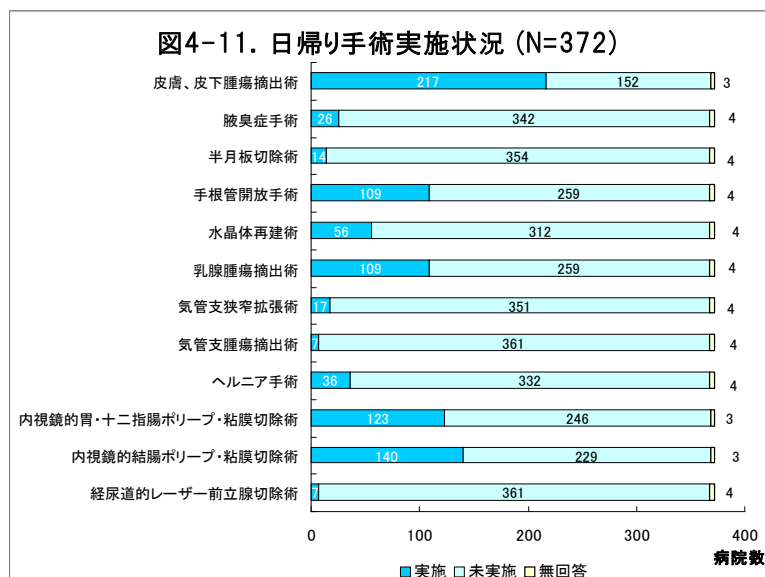


図 4-11 では、日帰り手術の実施状況を示した。皮膚・皮下腫瘍摘出術を日帰りで実施している病院が最も多く、ついで内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術、内視鏡的胃・十二指腸ポリープ・粘膜切除術の順であった。

4.12 外来化学療法

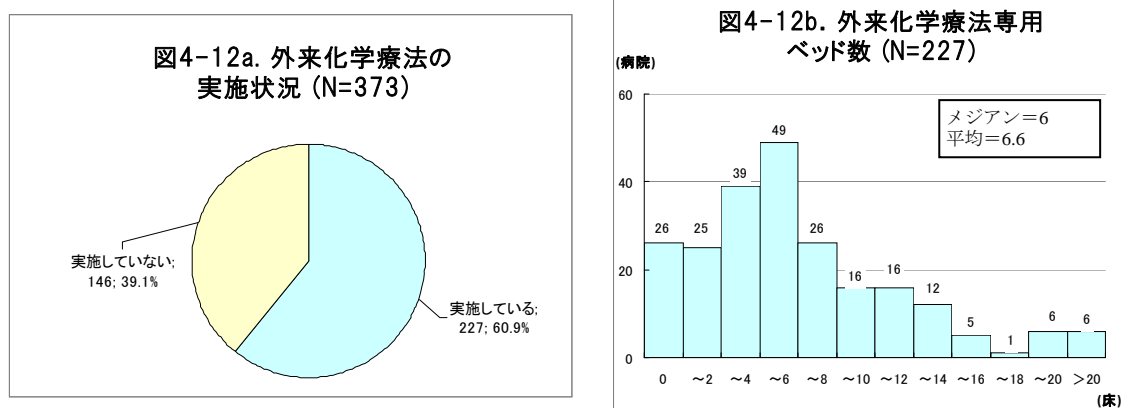


図 4-12 では、外来化学療法の実施状況を示した。外来化学療法を実施している 227 病院のうち、専用ベッドを有しない病院が 26 あった。外来化学療法専用ベッド数のメジアンは 6、平均は 6.6 であった。

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

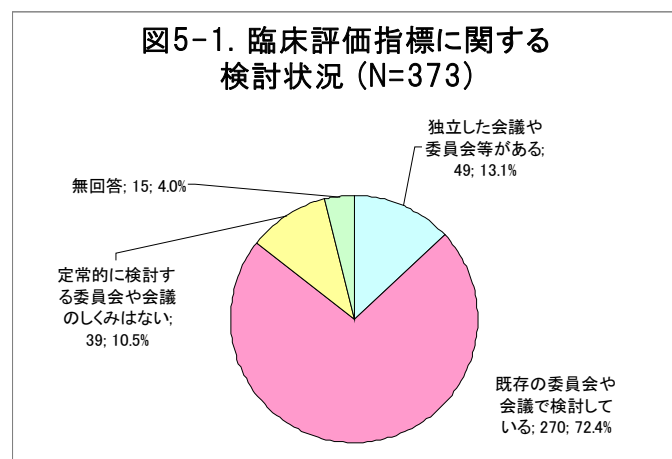


図 5-1 では、臨床評価指標に関する院内の検討状況を示した。会議や委員会の場で検討している病院が 85.5%であった。

5.2 院内で把握している臨床評価指標

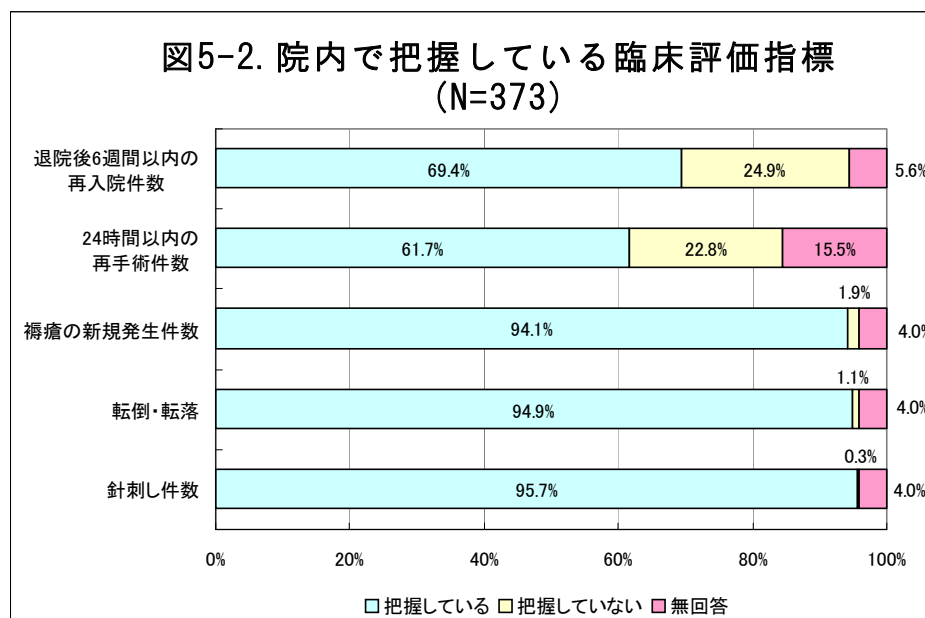


図 5-2 では、5 つの臨床指標の把握状況を示した。95%前後の病院で、針刺し事故、転倒・転落の結果発生した骨折・頭蓋内出血件数、褥瘡の新規発生件数を把握していた。

5.3 院内で把握している臨床評価指標（件数）

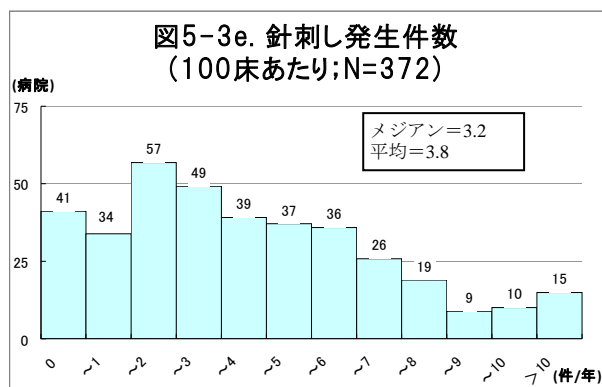
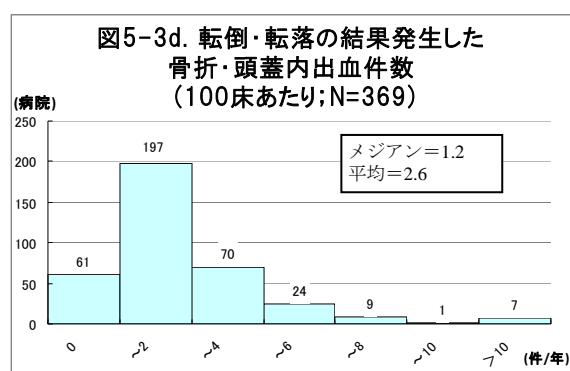
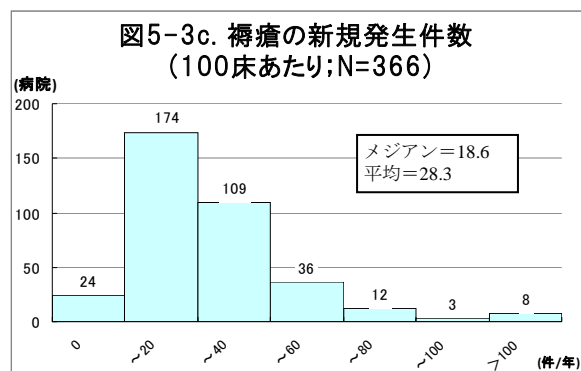
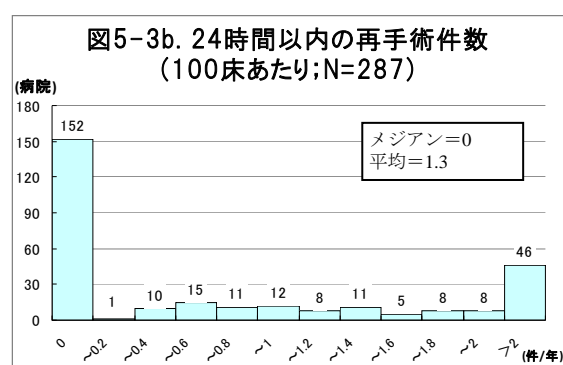
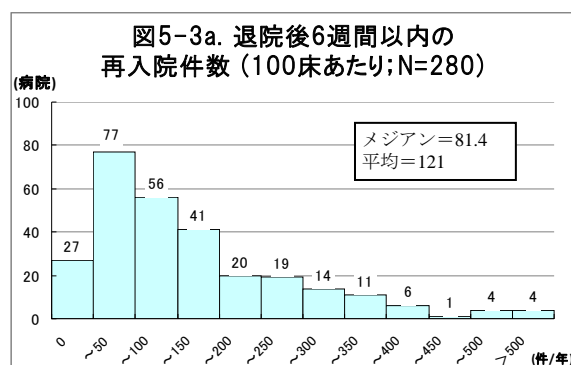


図 5-3a～e では、把握されている臨床指標の発生件数をそれぞれ 100 床あたりで示した。

第6章 救急部門

6.1 救急告示病院数

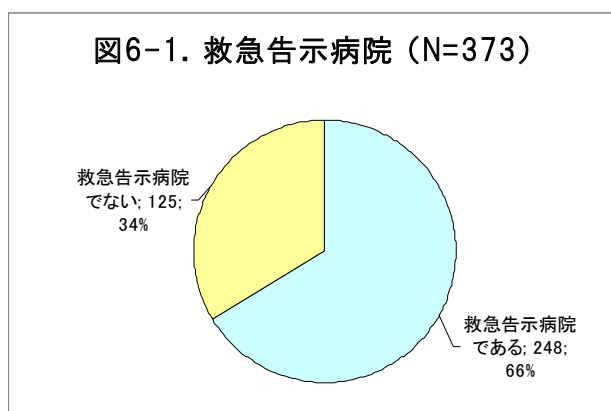


図 6-1 では救急告示の有無について示した。受審病院に占める救急告示病院は 66%であった。

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

6.2 救急車搬入患者数

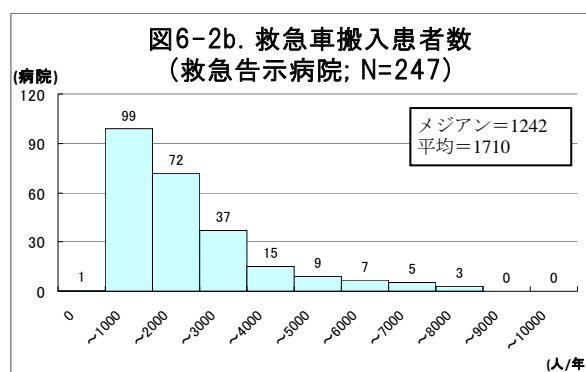
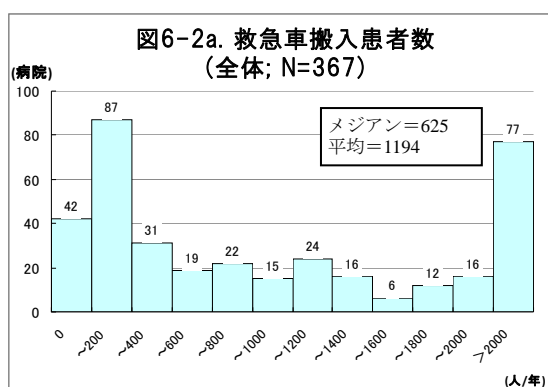


図 6-2a では、救急車搬入患者数について示した。メジアンは 625 人/年、平均は 1194 人/年であった。

また、救急告示病院 247 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 1242 人/年、平均値は 1710 人/年であった。

6.3 救急入院患者数

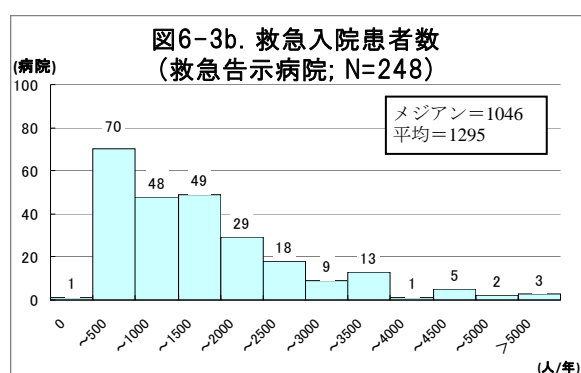
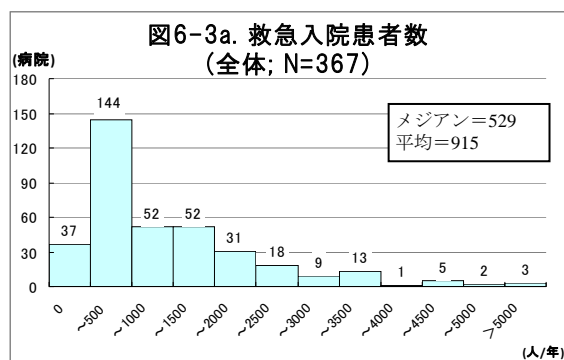


図 6-3 では、年間救急入院患者数を示した。救急告示病院 248 病院における救急入院患者数のメジアンは 1046 人/年、平均は 1295 人/年であった。

6.4 精神科救急医療体制

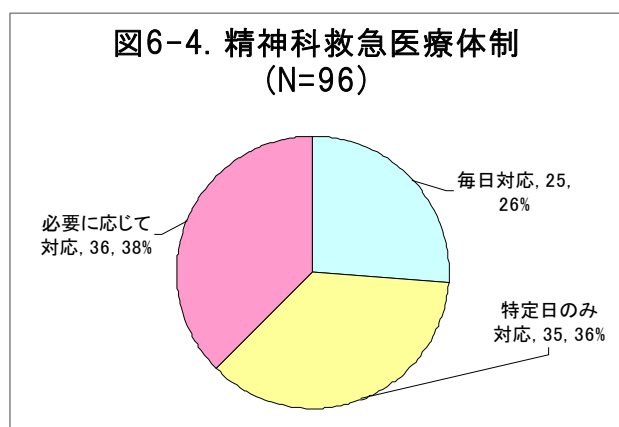
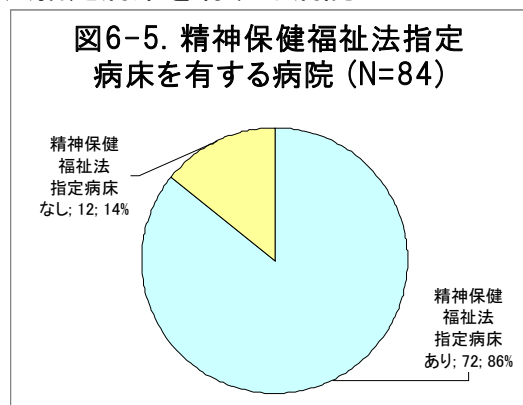


図 6-4 では、精神科救急医療体制について示した。精神科救急対応を行っている 96 病院のうち、毎日対応している病院は 25 病院 (26%)、特定日に対応している病院は 35 病院 (36%)、必要に応じて対応している病院は 36 病院 (38%) であった。

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 84 病院中、精神保健福祉法による指定病床を有する病院は 72 病院（86%）であった。

6.6 夜間勤務体制

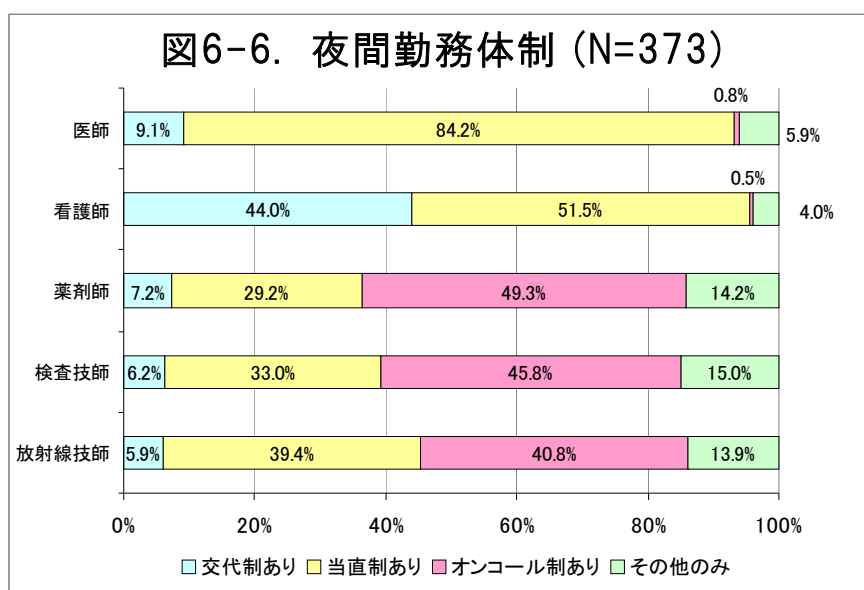


図 6-6 では、夜間勤務体制を示した。ここでは、「交代制＞当直制あり＞オンコール制あり＞その他」の順に充実度が高いものとみなし、複数回答がある場合にはより充実した体制の値に集約して集計した。

平成 20 年度のデータと比較して、医師・看護師・薬剤師については「交代制あり」が増加し、その他の職種については「当直制あり」が増加している。同一病院のデータではないため単純な比較はできないが、一般的に夜間勤務体制が充実してきている傾向があるといつてよいのではないかな。

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

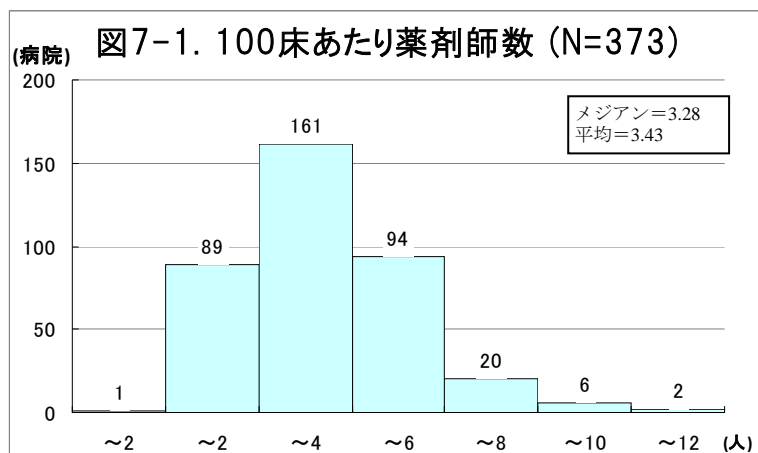


図7-1では、100床あたりの薬剤師数を示した。平成21年医療施設調査によれば、100床あたり薬剤師数の平均値は2.7人であり*、受審病院で薬剤師が手厚く配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成21年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/d1/05.pdf>

7.2 薬剤師の配置状況

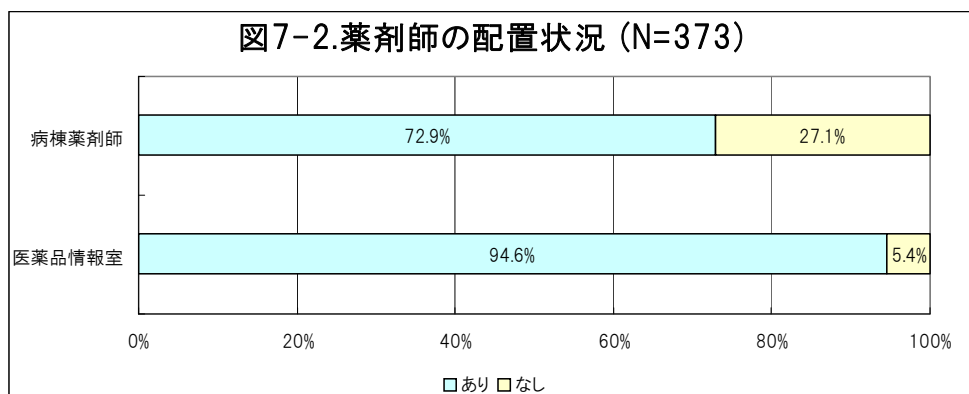


図7-2では、病棟薬剤師および医薬品情報室への薬剤師の配置状況を示した。病棟薬剤師が配置されている病院が72.9%、医薬品情報室に薬剤師が配置されている病院が94.6%であった。

7.3 病棟薬剤師・医薬品情報室薬剤師数

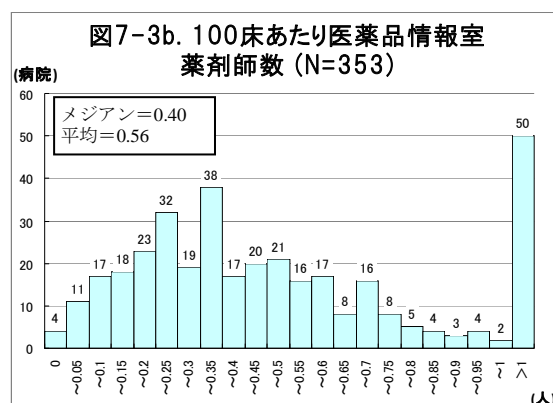
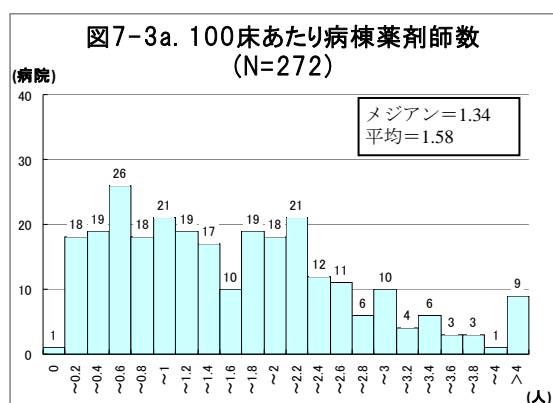


図7-3では、病棟薬剤師または医薬品情報室薬剤師を配置している病院における配置状況（人数）を示した。この人数は「7.1 薬剤師数」の内数である。

7.4 院外処方箋率（外来）

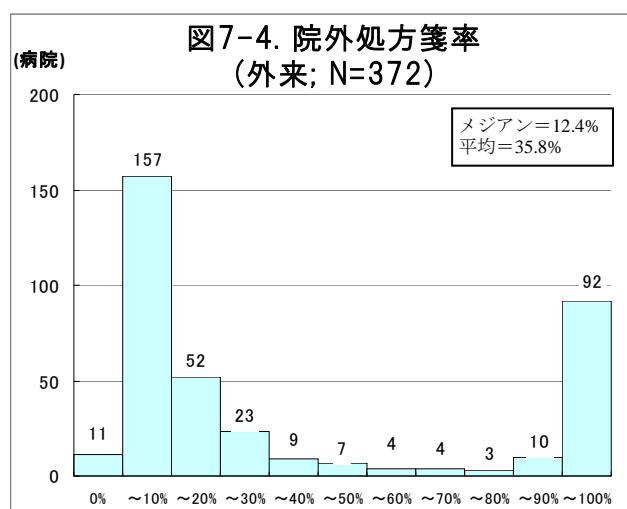


図7-4では、外来における全処方箋に占める院外処方箋の割合を示した。院外処方箋を発行していない病院が11あった。また、院外処方箋を発行している受審病院が、院外処方箋の割合が10%以下の病院と90%を超える病院の二極分化していることが示された。

7.5 薬剤部門での注射薬の混合

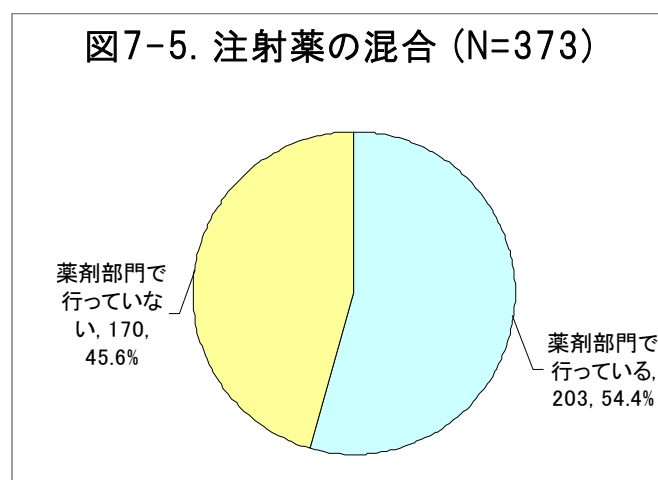


図 7-5 では、薬剤部門での注射薬の混合について示した。注射薬の混合を薬剤部門で行っている病院は 203 病院（54.4%）であった。

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）

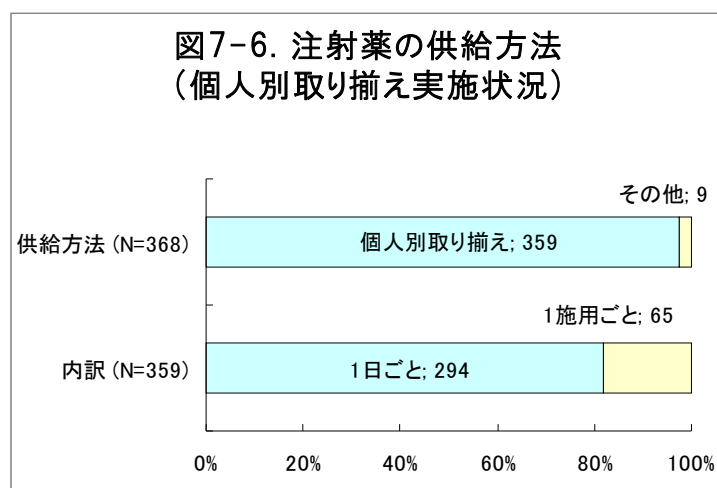


図 7-6 では、注射薬の供給方法について示した。359 病院（96.2%）が「個人別取り揃え」を実施しており、そのうち 294 病院（81.9%）で 1 日ごとの取り揃えを行っていた。

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

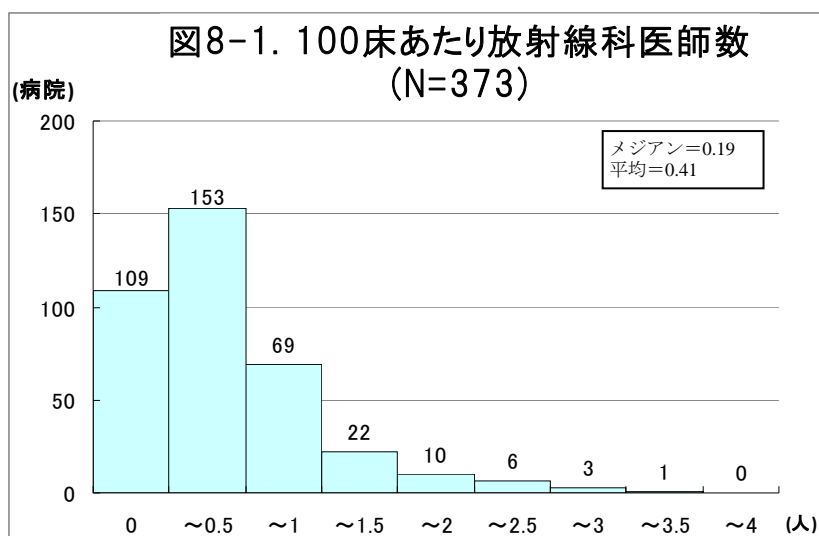


図8-1では、100床あたりの放射線科医師数の状況を示した。100床あたりのメジアンは0.19人、平均は0.41人であった。

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）

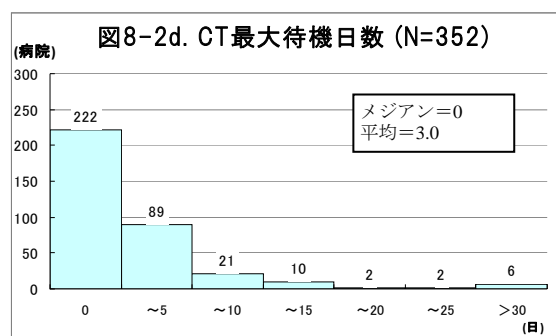
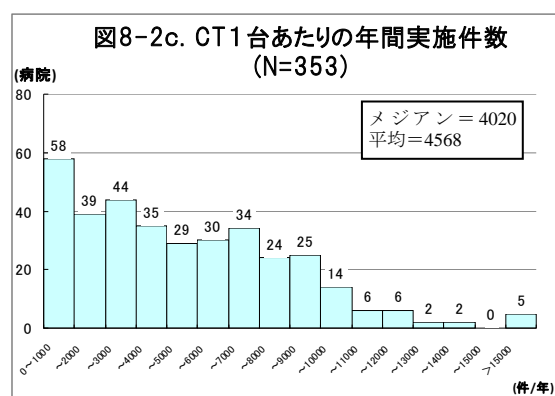
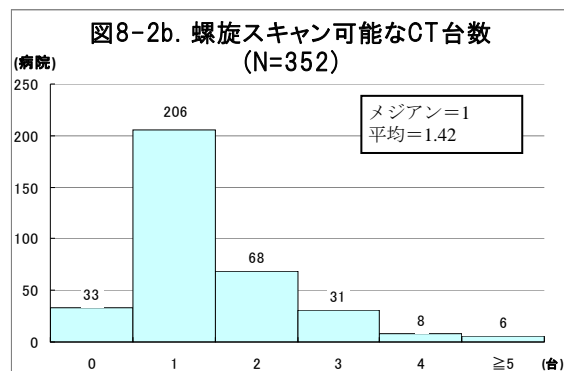
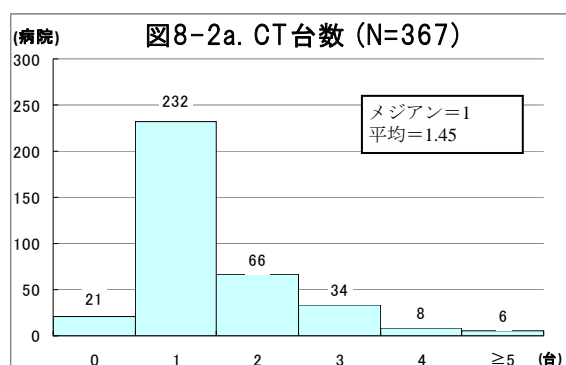


図8-2a～dでは、CTの状況について示した。図8-2dのCTの待機日数（撮影待日数）は、直近の最大待ち日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは0日、平均は3.0日であった。

8.3 MRI の状況（保有台数・実施件数・待機日数）

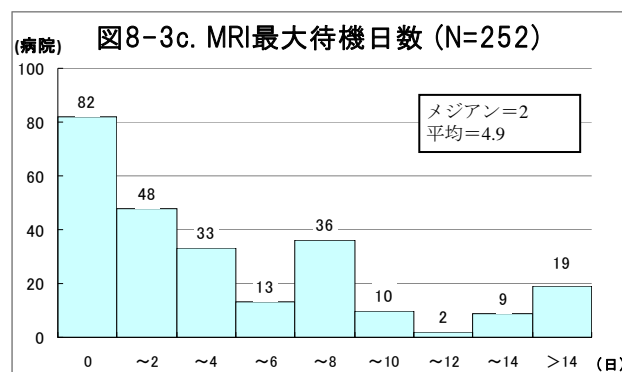
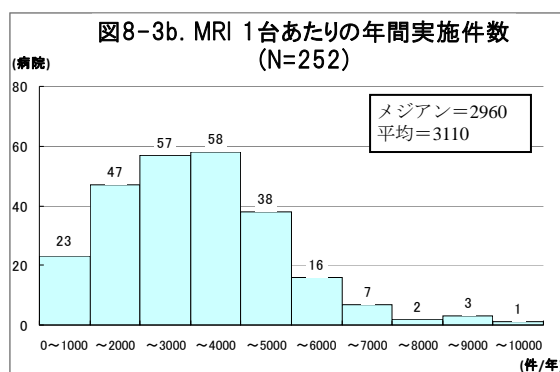
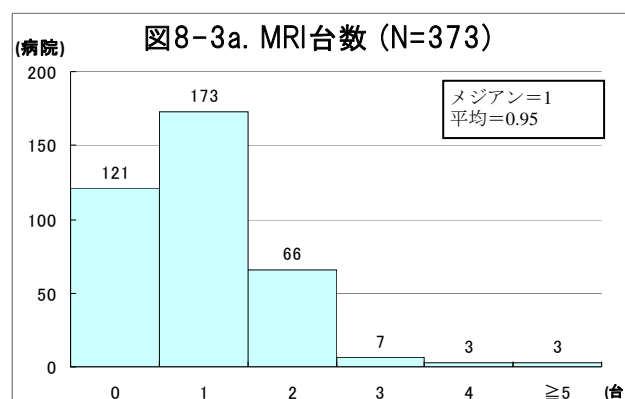


図8-3a～cでは、MRIの状況について示した。図8-3cの待機日数（撮影待日数）は、前項同様直近の最大待機日数を記入するように病院に求めたものである。待機日数のメジアンは2日、平均は4.9日であった。

8.4 放射線科医による報告書作成・読影

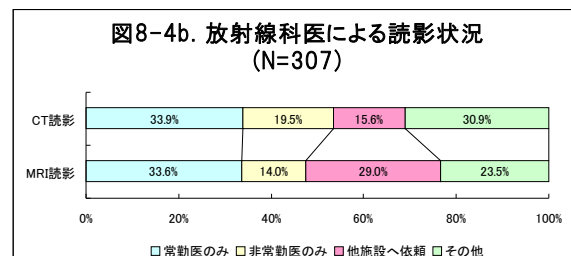
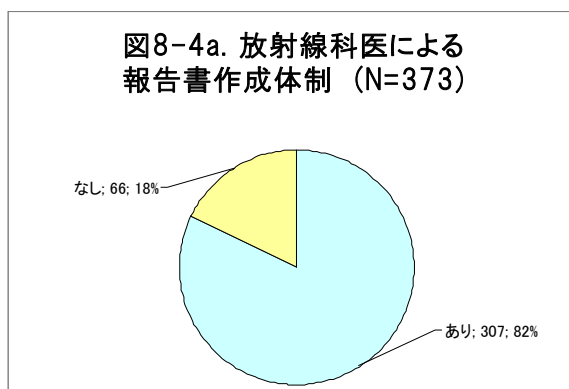


図8-4a および b では、放射線科医による報告書作成体制および読影の状況を示した。放射線科医による報告書作成体制がある 307 病院中、約 33%の病院で常勤放射線科医による読影を実施していた。

8.5 各種超音波検査の実施状況

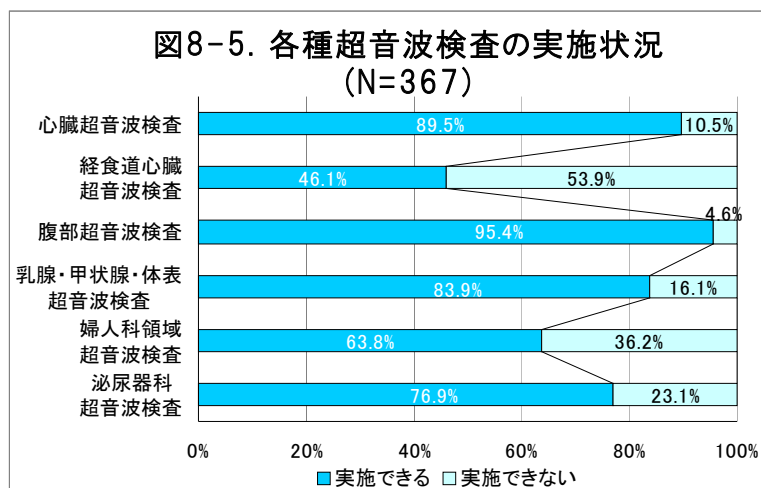


図8-5 では、各種超音波検査の実施状況（検査の可否）について示した。腹部超音波検査を実施している病院が最も多く、次いで心臓超音波検査であった。

8.6 画像の遠隔診断

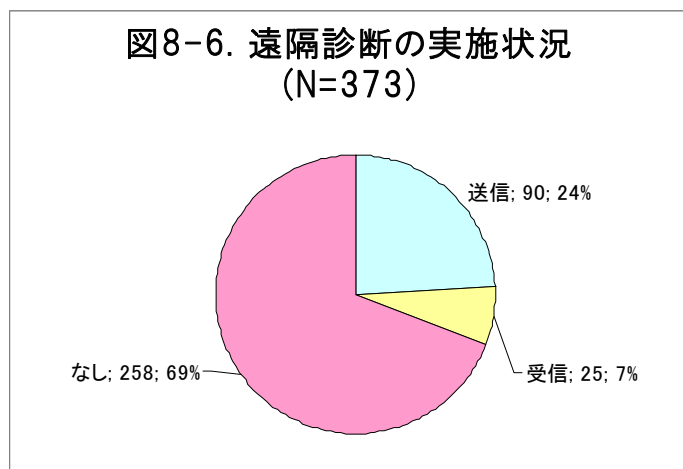


図 8-6 では、遠隔診断の実施状況を示した。遠隔画像診断の実施状況は送信側（画像の撮影が行われる医療機関）が 24%、受信側（画像診断が行われる医療機関）が 7%であった。

8.7 検査報告所要時間（ルーチン・緊急）

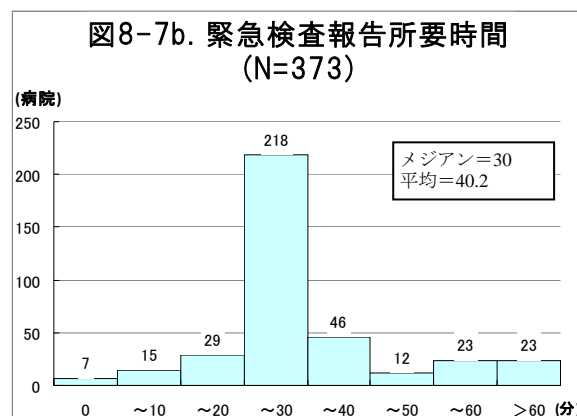
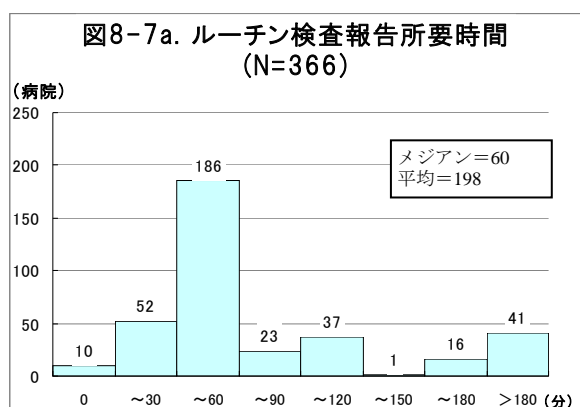


図 8-7a および b では、主要な血液・生化学検査の結果報告までの時間をルーチン検査と緊急検査の検査報告所要時間について示した。メジアンおよび平均はそれぞれ 60 分、198 分および 30 分、40.2 分であった。

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

8.8 外部精度管理の参加状況

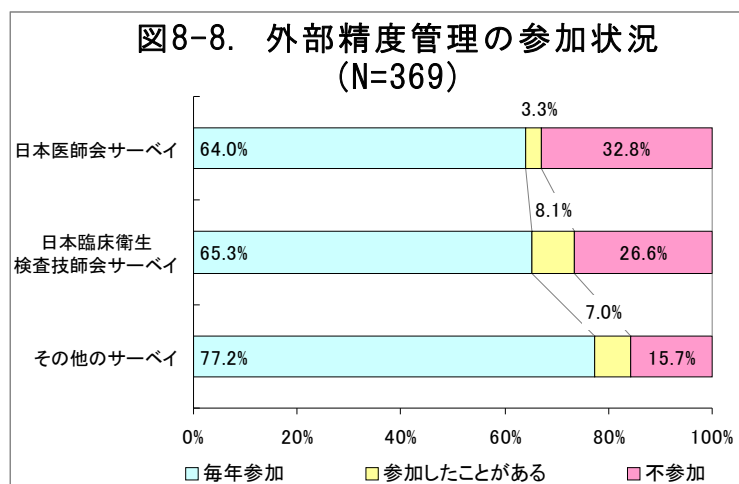


図 8-8 では、外部精度管理の参加状況について示した。回答のあった 369 病院の約 8 割の病院において、何らかの外部サーベイに毎年参加していた。

8.9 病理医配置状況

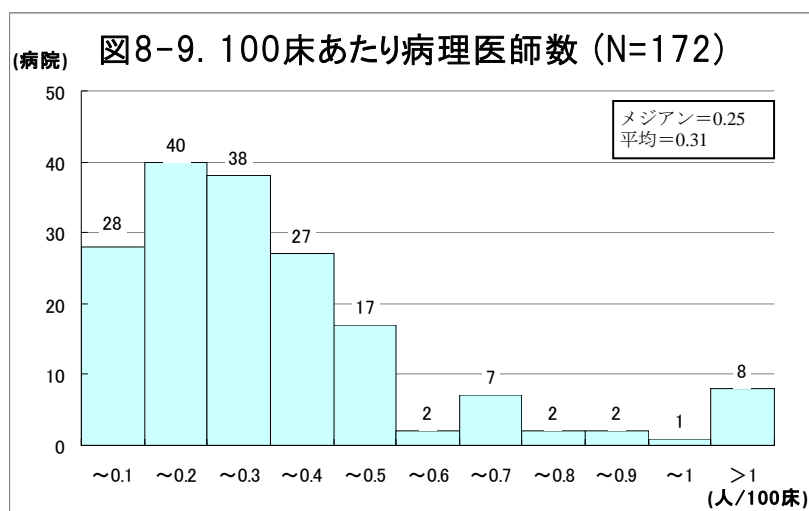


図 8-9 では、100 床あたりの病理医師数を示した。病理医のいる 172 病院におけるメジアンは 0.25 人、平均は 0.31 人であった。

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

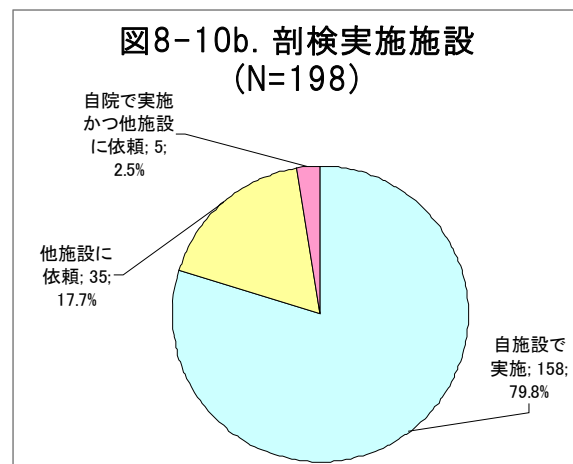
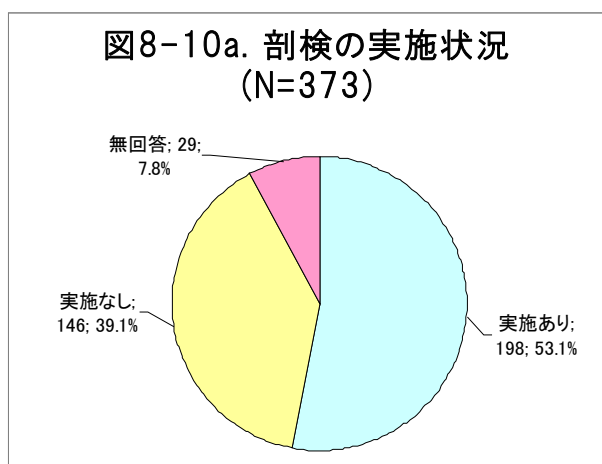


図 8-10a および b では、剖検の実施状況を示した。剖検を実施している 198 病院の約 8 割の病院が自施設で剖検を実施していた。

8.11 死亡退院率・剖検率

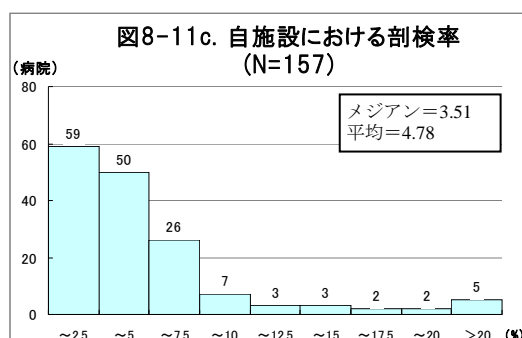
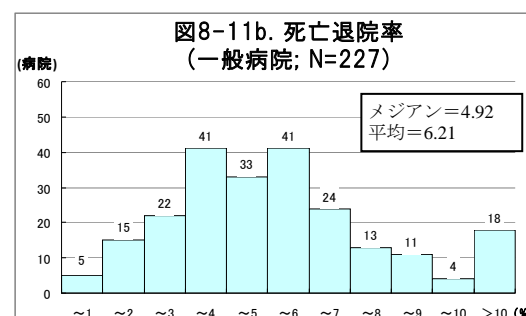
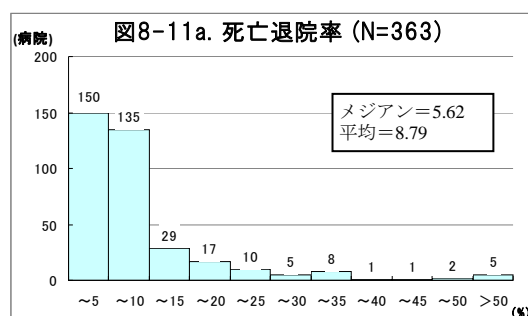


図 8-11a および b では、死亡退院率（退院患者に占める死亡退院の割合）を示した（b は一般病院に限定した死亡退院率を示している）。また、図 8-10c では、自施設での剖検率（死亡患者のうち、自施設で剖検を実施する割合）を示した。自施設での剖検率が 20%を超える病院が 5 施設あった。

8.12 術前病理検査報告所要日数（一般検査・胃生検）

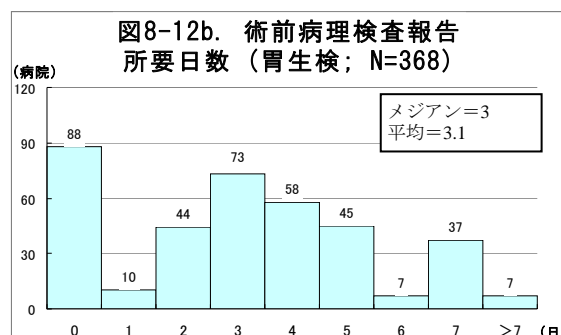
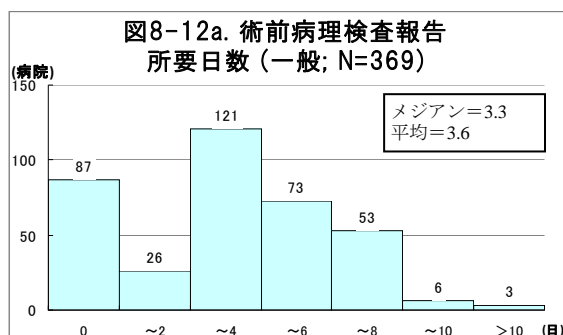


図8-12 a および b では、術前病理検査報告所要日数について、一般病理検査と胃生検に分けて示した。メジアンはそれぞれ 3.3 日、3 日であった。

病院機能評価においては、生検結果が 4～5 日以内に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

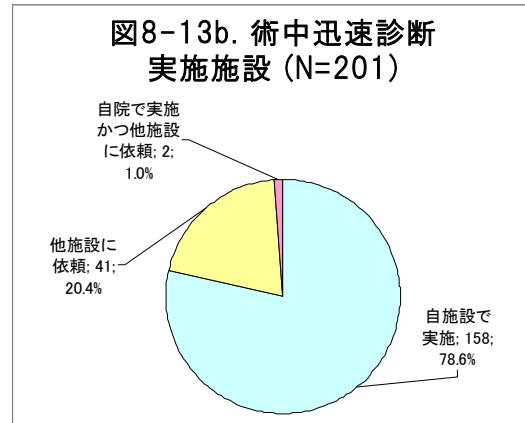
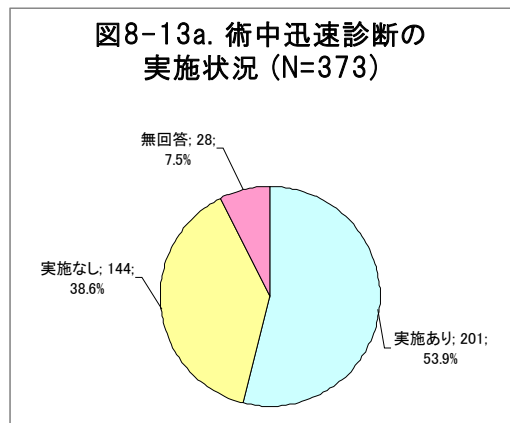


図8-13 a および b では、術中迅速診断の実施状況を示した。受審病院の 53.9% で術中迅速診断を実施しており、自施設で実施している病院はそのうち約 8 割であった。

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

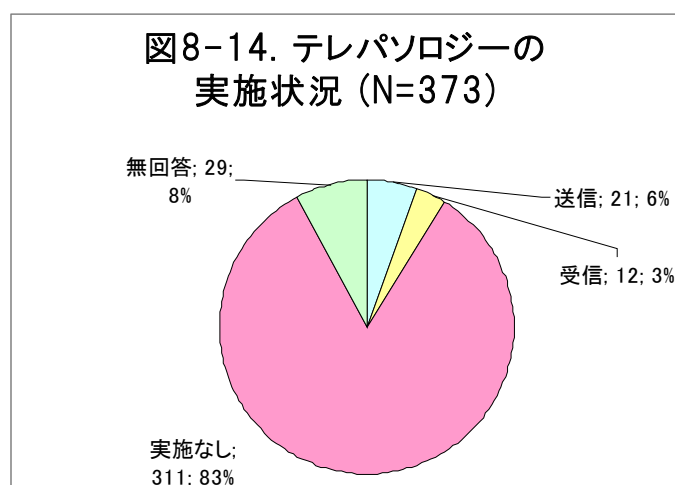


図 8-14 では、テレパソロジーの実施状況を示した。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査の実施状況は、「送信側」（検体採取が行われる医療機関）が 6%、「受信側」（画像診断が行われる医療機関）が 3%であった。

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

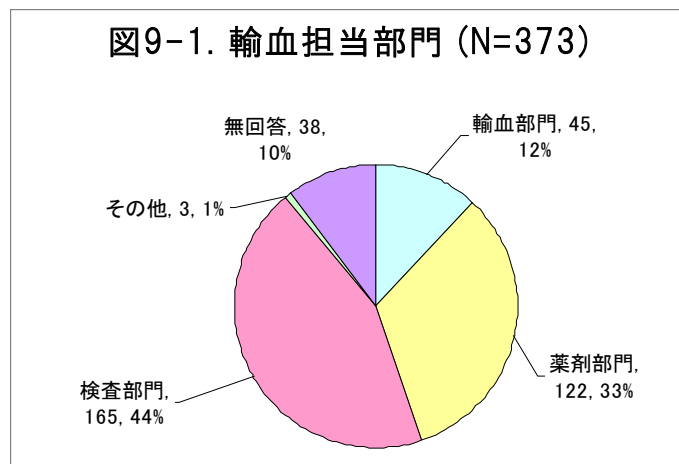


図 9-1 は、輸血担当部門の状況について示した。輸血担当部門が独立している病院は45病院、独立しておらず薬剤部門として管理している病院は122病院、検査部門として管理している病院は165病院、その他は3病院であった。

9.2 輸血担当医師数

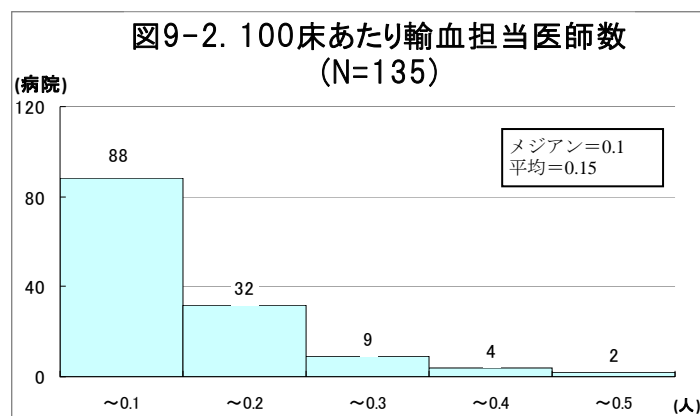


図 9-2 では、輸血担当医師数（輸血部門の常勤専従医師、常勤専任又は兼任医師、非常勤医師の常勤換算数）を示した。図中には、輸血担当医師が配置されている135病院におけるメジアンおよび平均を示した。

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

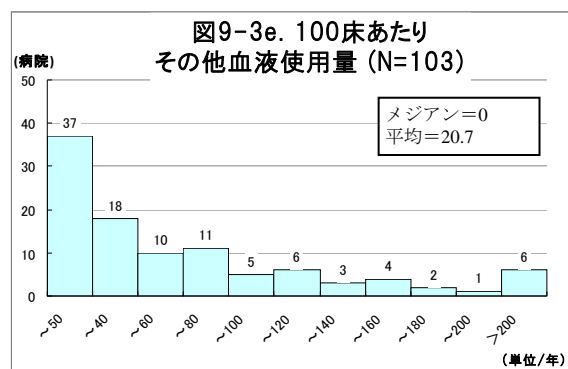
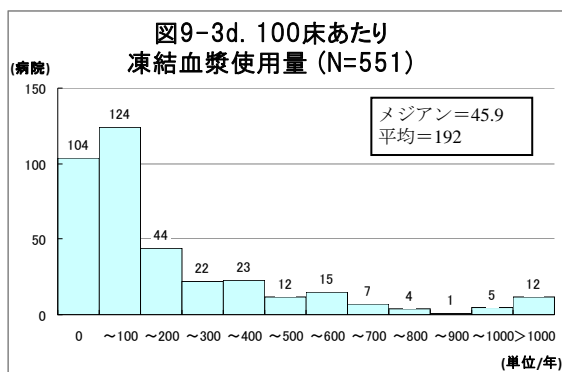
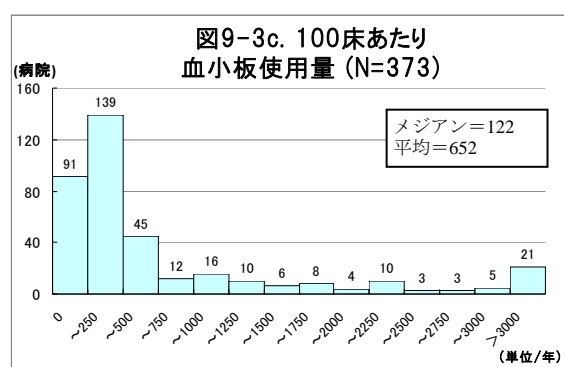
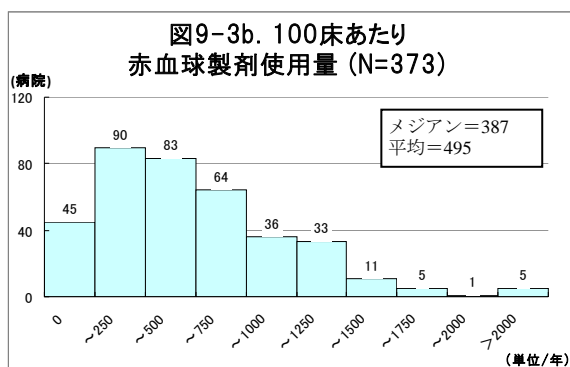
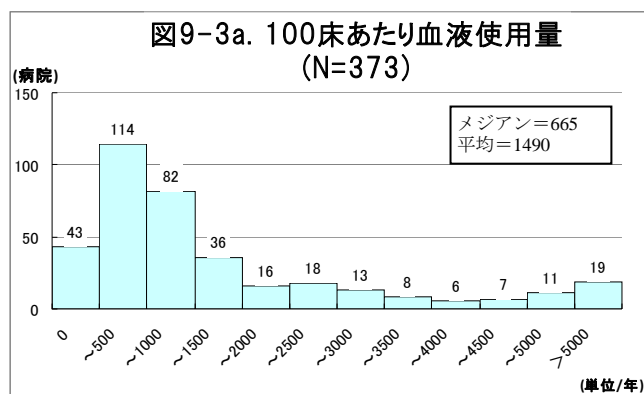


図9-3aでは、100床あたりの血液使用量の総数について示した。また、図9-3b～eでは、赤血球製剤、血小板、凍結血漿、その他血液の使用量（内数）を示した。

9.4 血液専用冷蔵庫・冷凍庫保有状況

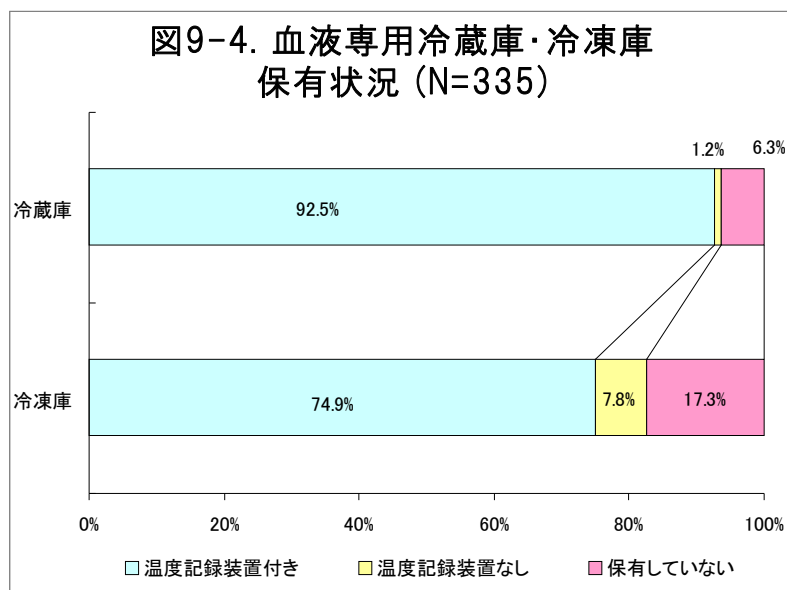


図9-4では、血液専用冷蔵庫・冷凍庫の保有状況を示した。血液専用の冷蔵庫を保有している病院は314病院であり、そのうち自記温度記録装置付き冷蔵庫を保有している病院は310病院であった。また、凍結血漿専用の冷凍庫（ -20°C 以下）を保有している病院は277病院であり、そのうち自記温度記録装置付き冷凍庫を保有している病院は251病院であった。

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

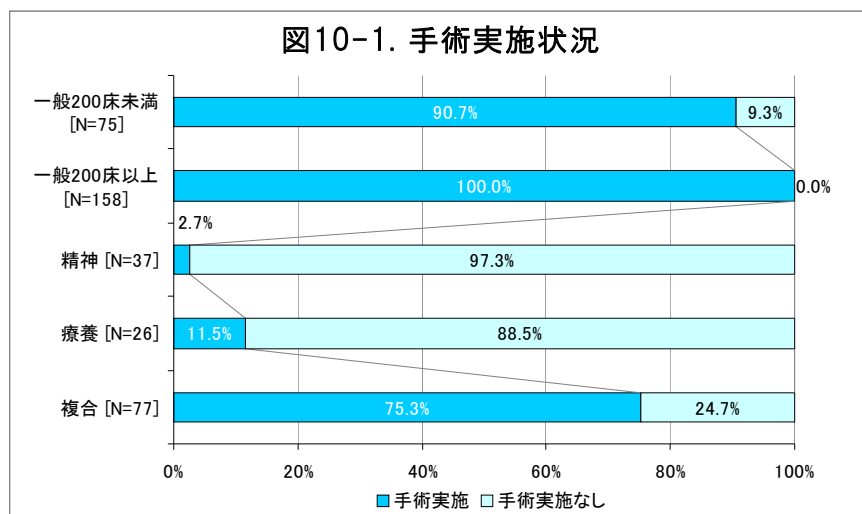


図 10-1 では、病床種別ごとの手術実施状況について示した。一般 200 床未満の 68 病院（90.7%）、一般 200 床以上の 158 病院（100%）、精神病院の 1 病院（2.7%）、療養病院の 3 病院（11.5%）、複合病院の 58 病院（75.3%）で手術を実施していた。

10.2 100 床あたり手術室数

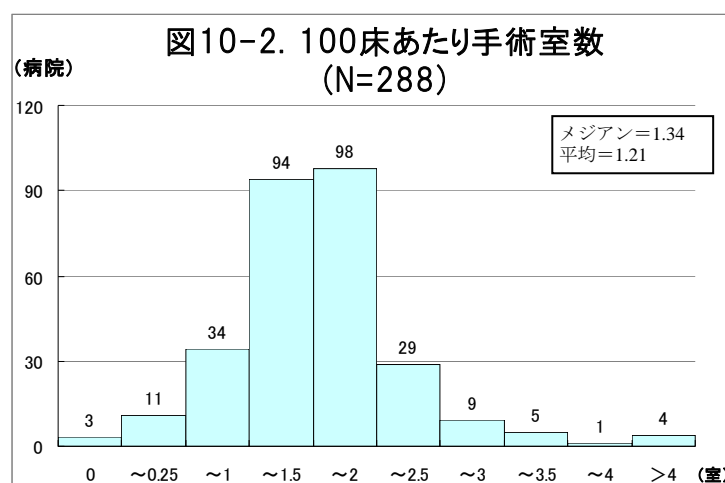


図 10-2 では、手術を実施している 288 病院について、100 床あたりの手術室数を示した。

10.3 手術件数・緊急手術率・全身麻酔手術率

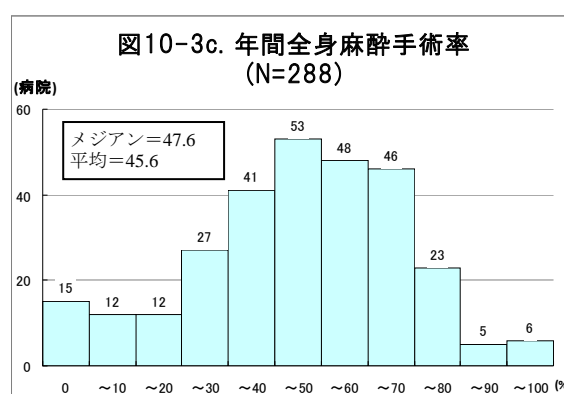
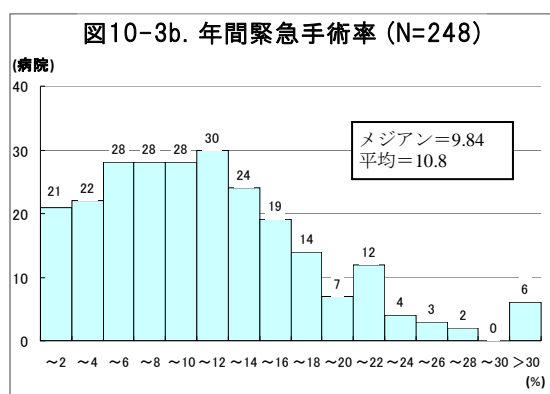
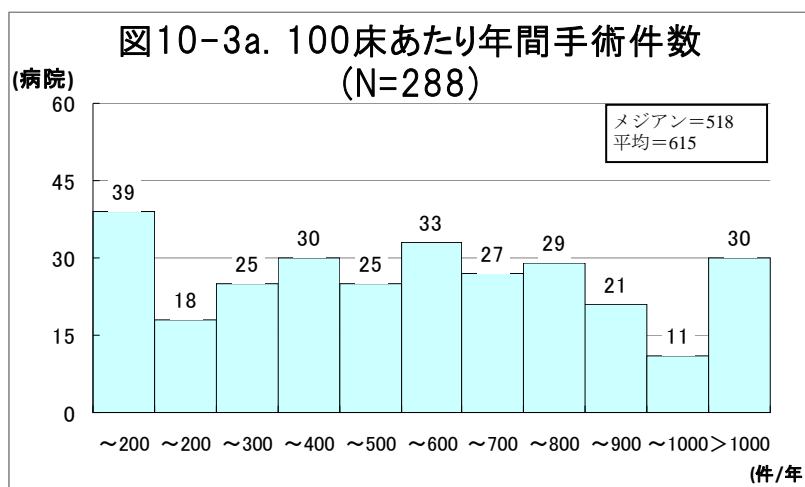


図 10-3a では、手術を実施している 288 病院における 100 床あたりの年間手術件数を示した。また、図 10-3b および c では、以下の式に基づき年間の手術に占める緊急手術および全身麻酔手術の割合を示した。

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

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

10.4 手術 1000 件あたり麻酔科医

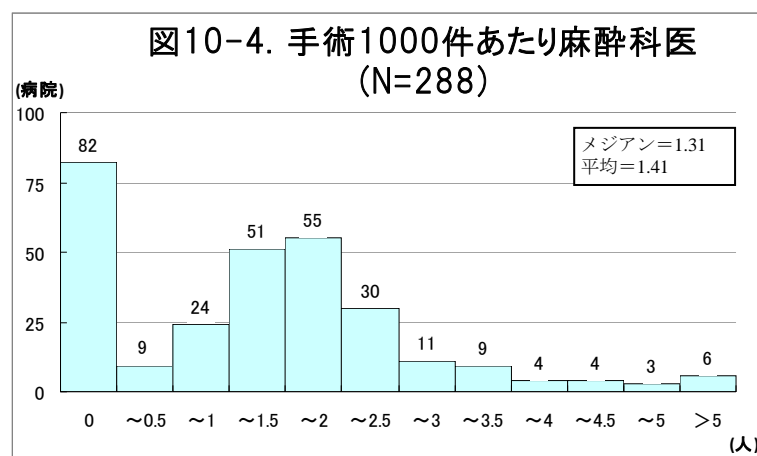


図 10-4 では、手術 1000 件あたり麻酔科医数を示した。手術を実施している 288 病院におけるメジアンは 1.31 人、平均 1.41 人であった。

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

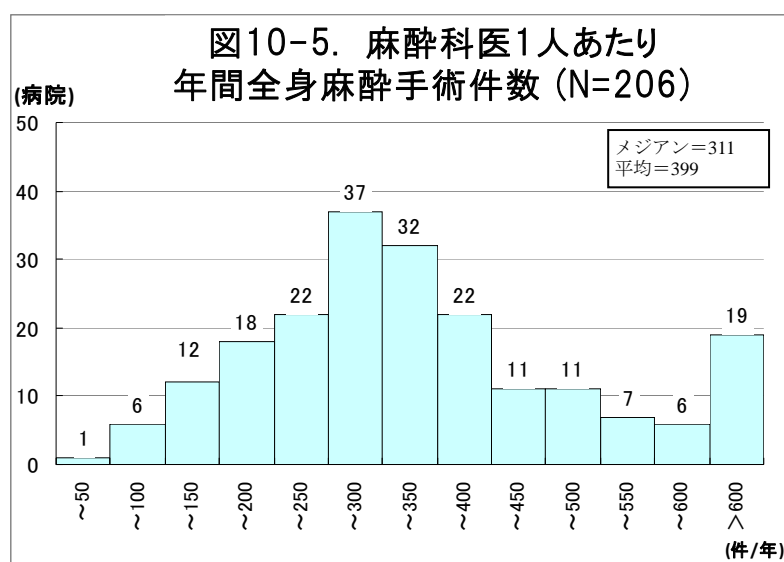


図 10-5 では、麻酔科医 1 人あたりの年間全身麻酔手術件数を示した。メジアンは 311 件、平均は 399 件であった。

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

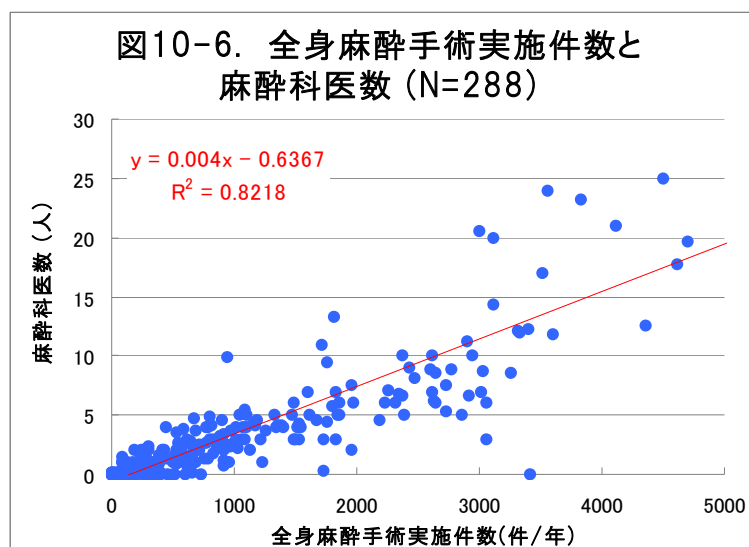


図 10-6 では、年間全身麻酔手術実施件数と麻酔科医数（常勤換算）の関係を散布図で示した。全身麻酔手術件数と麻酔科医数の一次近似式は

$$y = 0.004x - 0.6367 \quad (R^2 = 0.8218)$$

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

第11章 リハビリテーション部門

11.1 リハビリテーション担当医師数

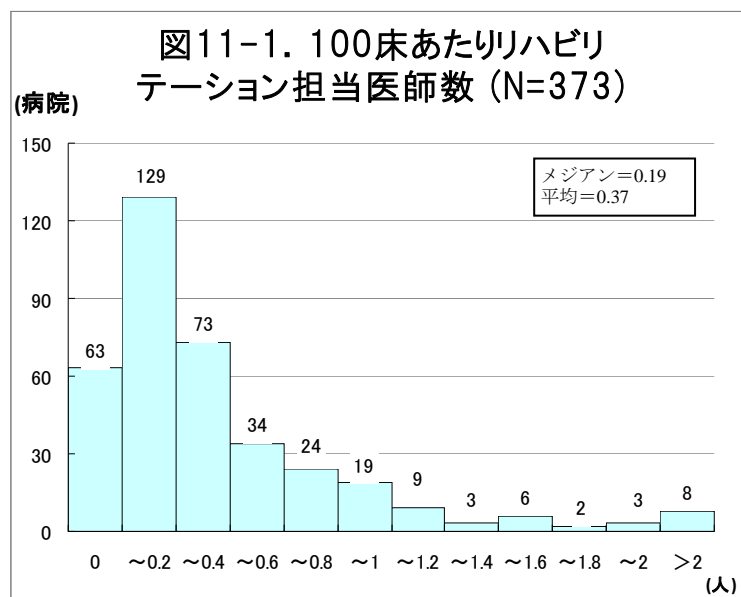
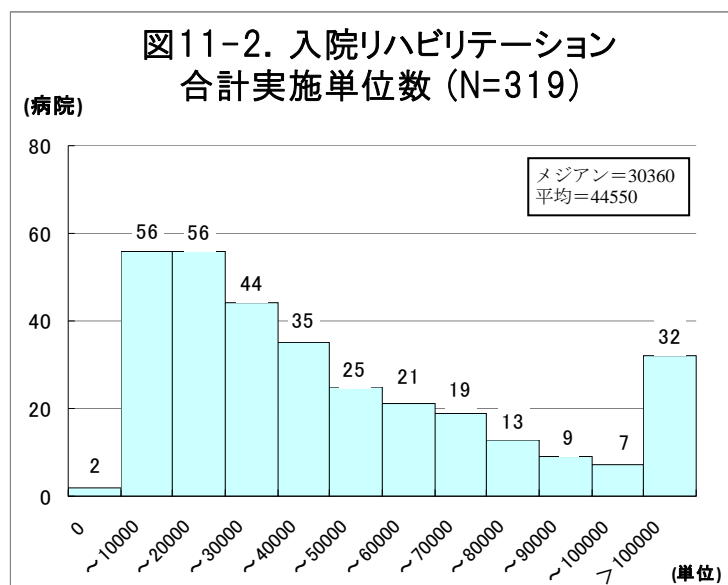


図11-1では、リハビリテーション担当医師数について示した。リハビリテーション担当医師数は、常勤の専従医師、常勤の専任・兼任医師の常勤換算数、および非常勤医師の常勤換算数の合計である。メジアンは0.19人/100床、平均は0.37人/100床であった。

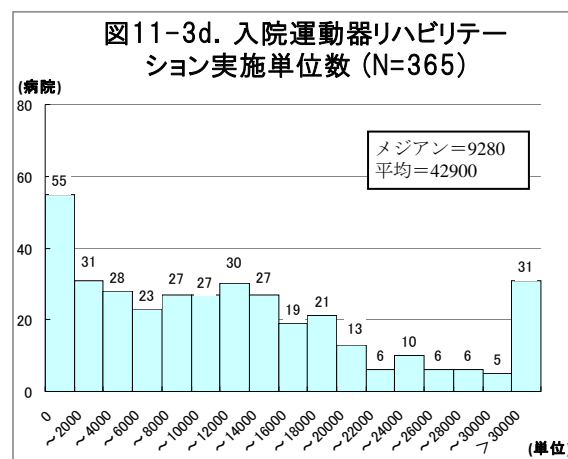
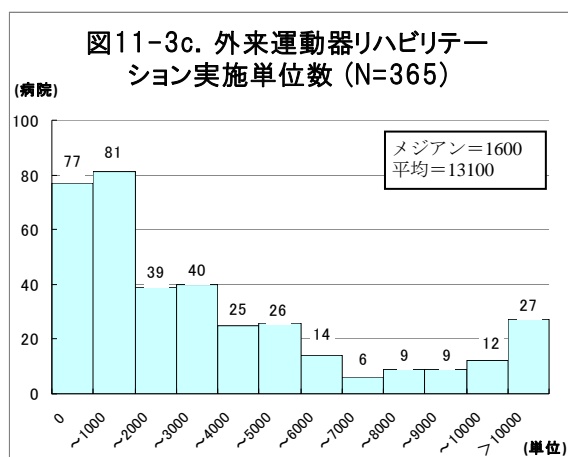
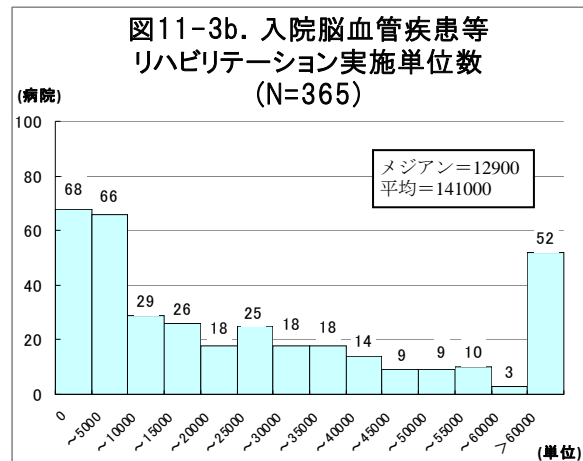
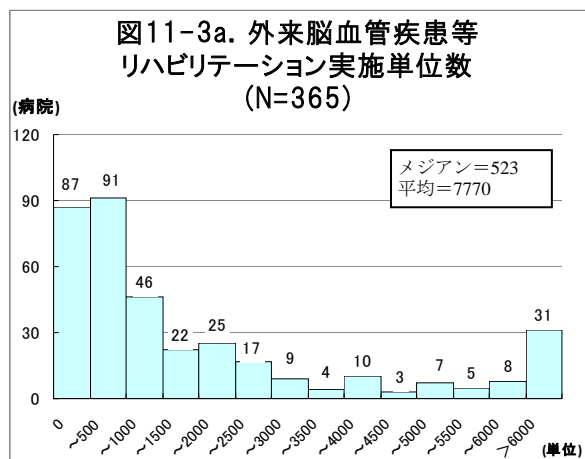
11.2 入院リハビリテーション実施単位

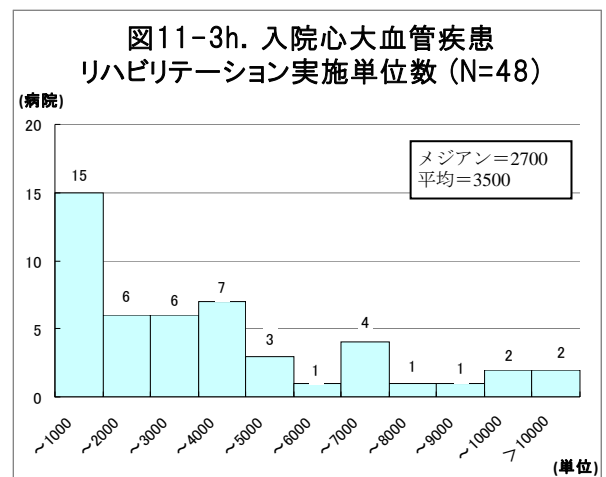
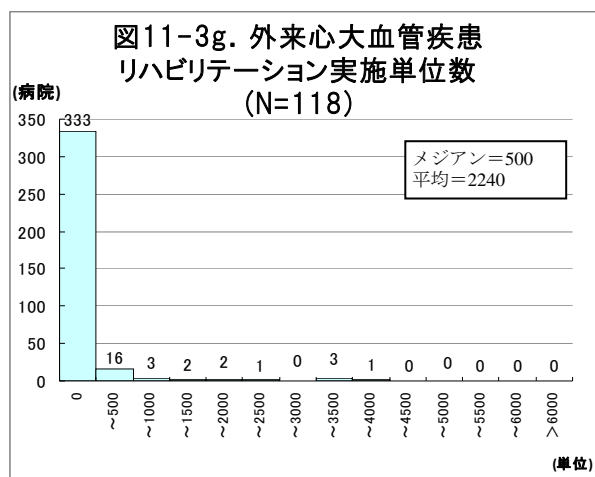
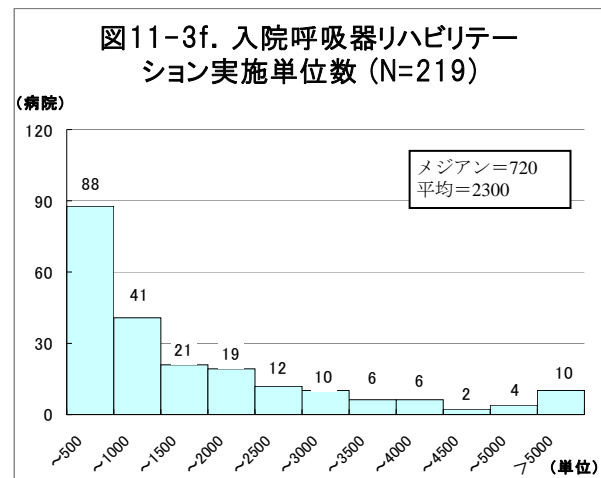
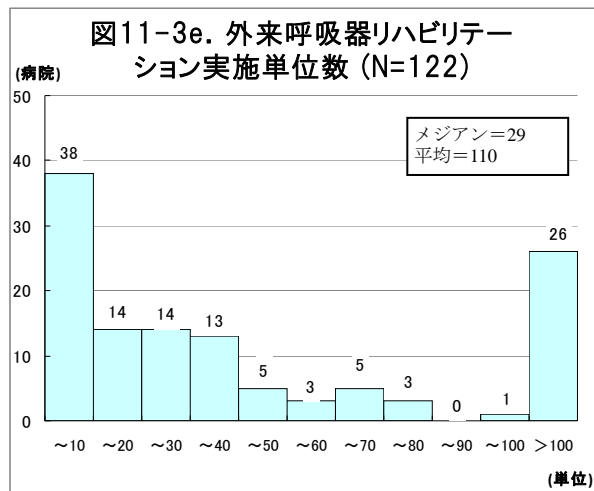
図11-2では、入院リハビリテーション実施単位について示した。



11.3 外来/入院リハビリテーション実施単位

図 11-3a～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 11-3e～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。

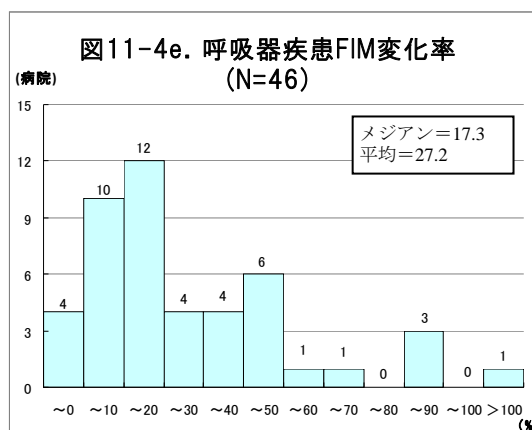
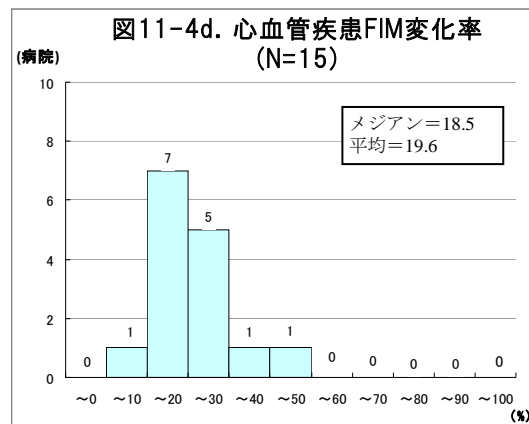
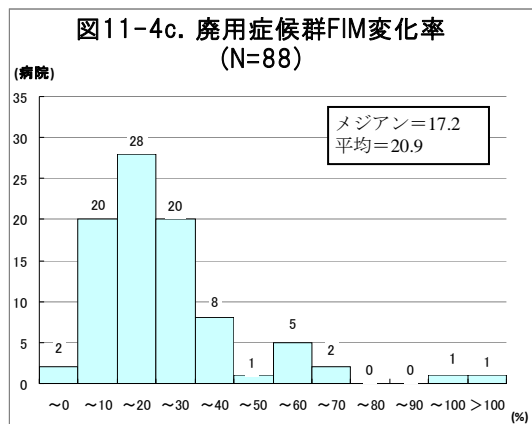
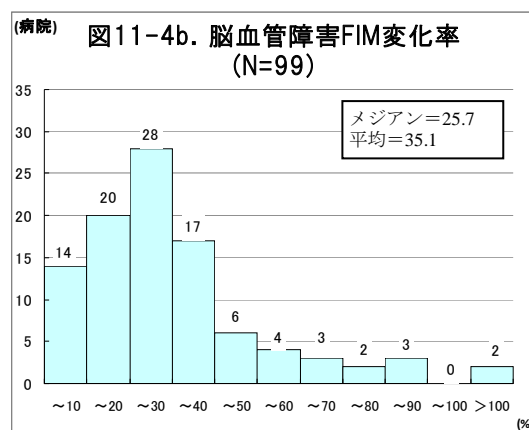
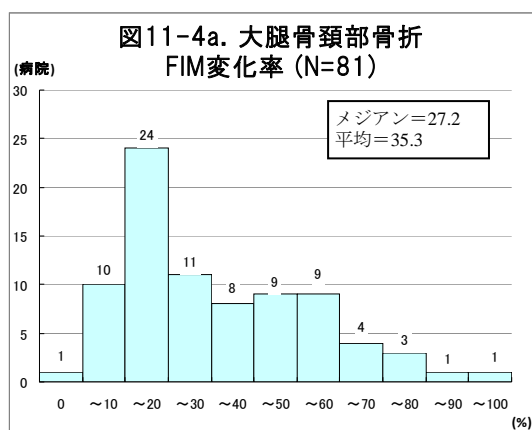




11.4 FIM (functional independence measure) の変化率

図 11-4a～e では、大腿骨頸部骨折、脳血管障害、廃用症候群、心血管疾患、呼吸器疾患について、日常生活自立度の改善指標として、リハビリテーション実施前と転院・転床時の FIM (functional independence measure) の平均の変化率を示した。

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



第12章 栄養部門

12.1 100床あたり栄養士・管理栄養士数

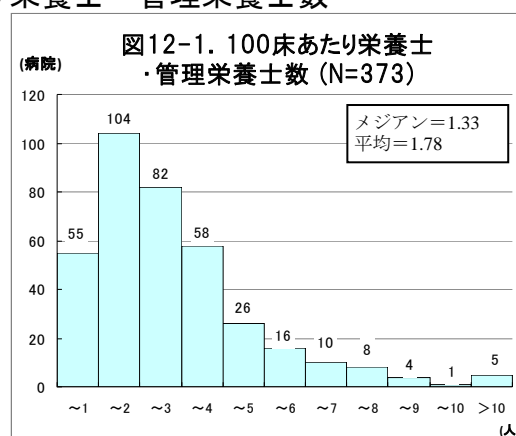


図12-1では、100床あたりの栄養士・管理栄養士数について示した。メジアンは1.33人、平均1.78人であった。100床あたりの管理栄養士・栄養士数の全国値は1.5人であり*、ほぼ同等の管理栄養士・栄養士が配置されている状況がうかがえた。

*参考：厚生労働省「平成21年医療施設調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/dl/05.pdf>

12.2 栄養サポートチームの有無および月平均実施件数

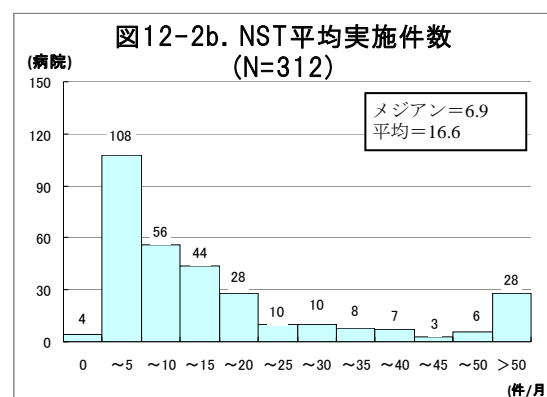
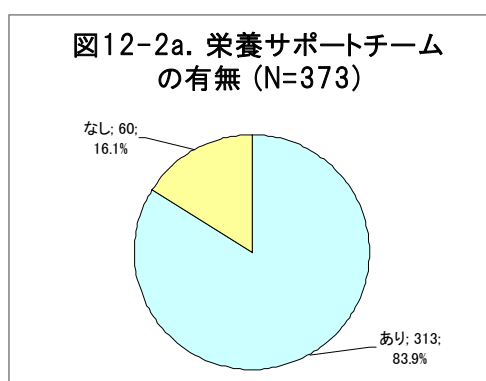
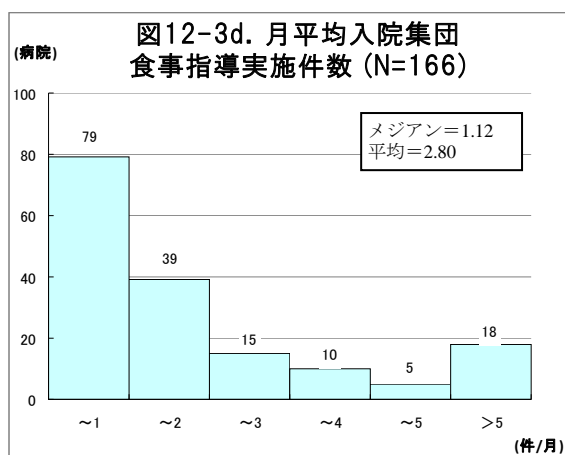
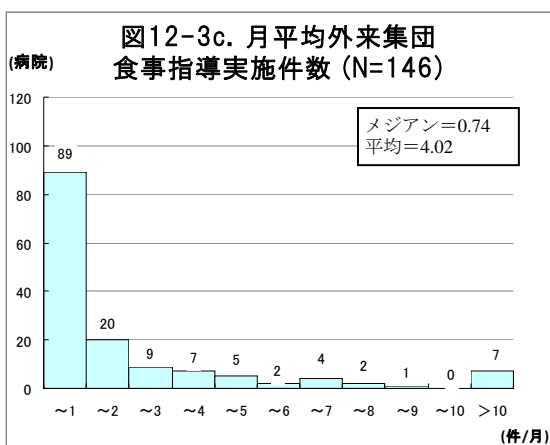
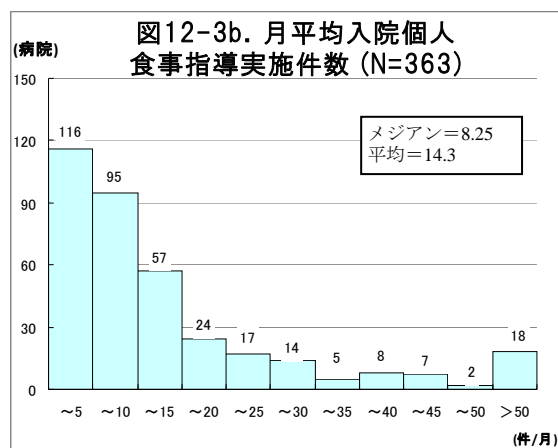
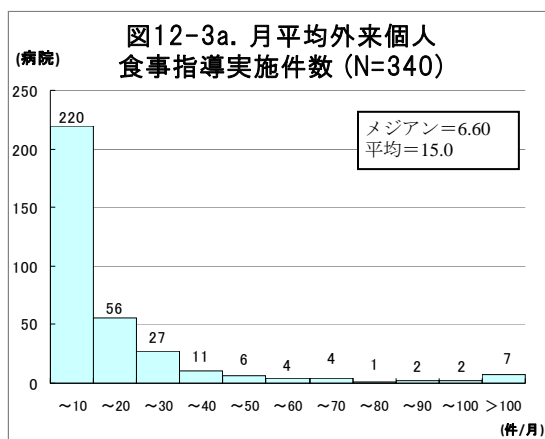


図12-2aおよびbでは、栄養サポートチーム（NST）の有無および月平均実施件数について示した。NSTがある病院は313病院（83.9%）であった。NSTによる栄養指導件数が月50件を超える病院が28病院あった。メジアンは6.9件/月、平均は16.6件/月であった。

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

12.3 月平均栄養食事指導実施件数

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



第 13 章 診療情報管理部門

13.1 診療録・診療情報管理士数

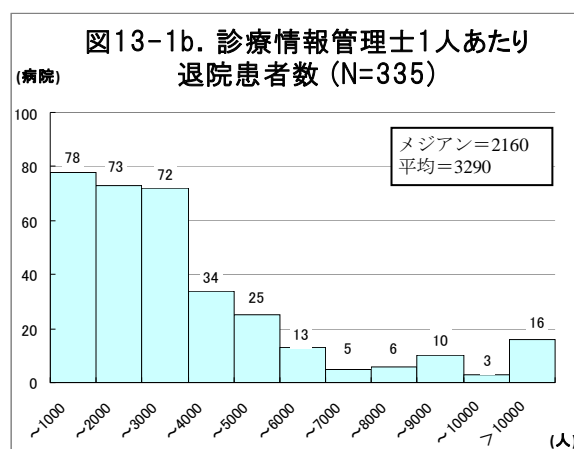
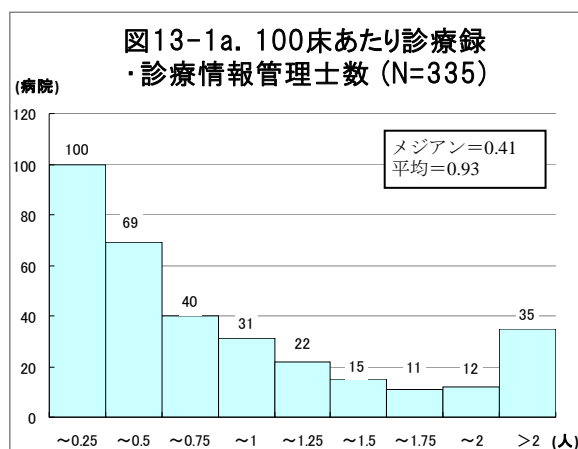


図 13-1a および b では、100 床あたりの診療録・診療情報管理士数および診療録・診療情報管理士 1 人あたりの退院患者数をそれぞれ示した。診療録・診療情報管理士 1 人あたり退院患者数のメジアンは 2160 人、平均は 3290 人であった。

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

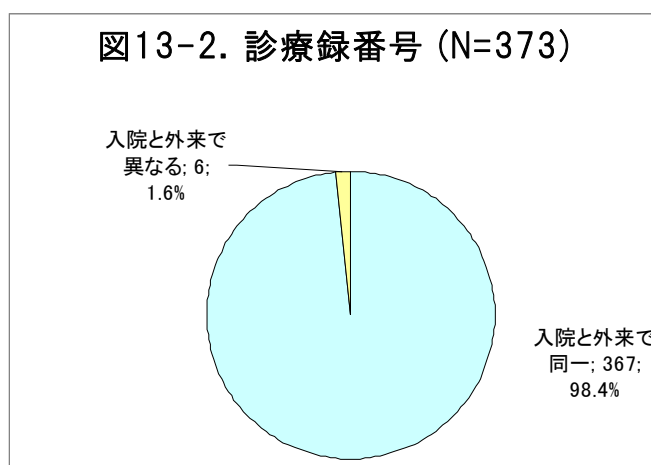


図 13-2 では、診療録番号管理方法を示した。同一患者には入院と外来で同一の番号を付与している病院が 98.4%であった。

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

13.3 診療記録の条件抽出

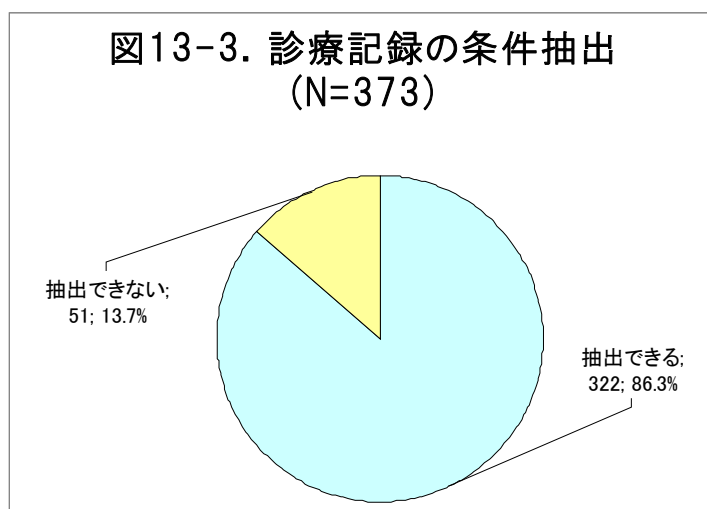


図 13-3 では、診療記録からデータを抽出可能であるかどうかを示した。条件に該当するデータを抽出できるとした病院が 86.3%であった。

13.4 2週間以内の退院時サマリー作成率

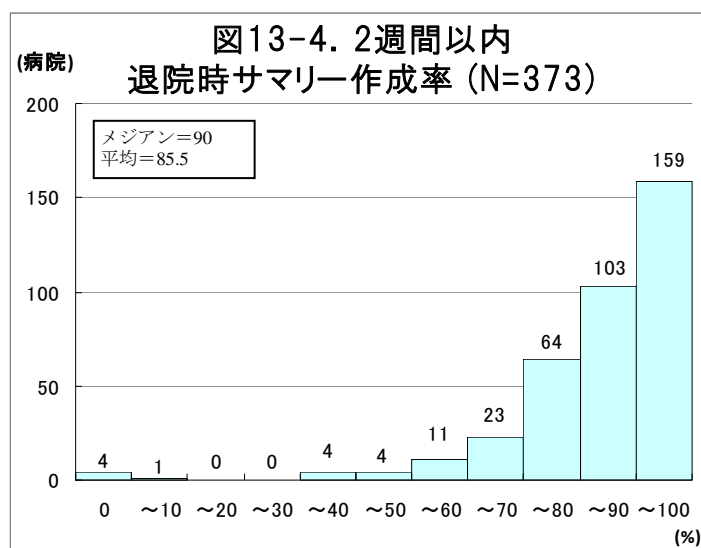


図 13-4 では、2 週間以内の退院時サマリー作成率について示した。

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

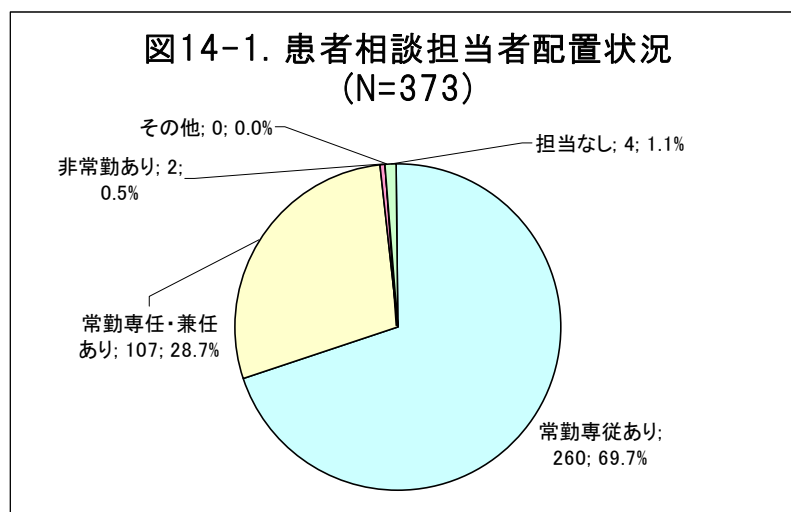


図 14-1 では、患者相談担当者の配置状況を示した。98.4%の病院で常勤担当者を配置していた。

14.2 患者相談職員数

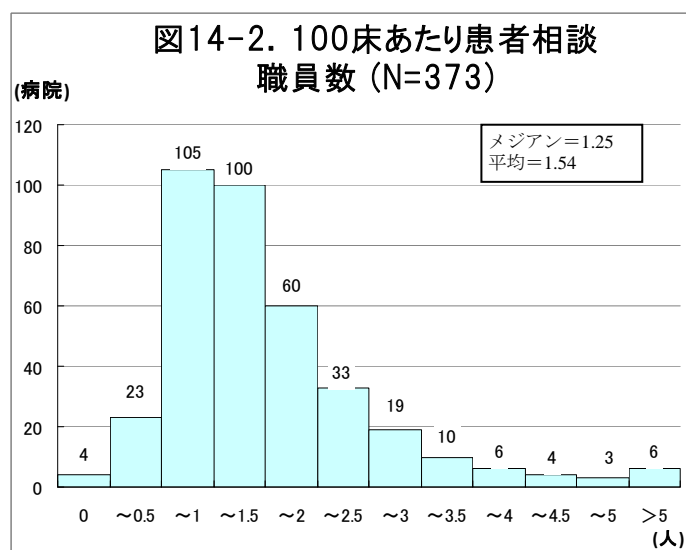


図 14-2 では、100 床あたりの患者相談担当職員数を示した。メジアンは 1.25 人、平均は 1.54 人であった。

14.3 月平均患者相談実施件数（入院・外来）

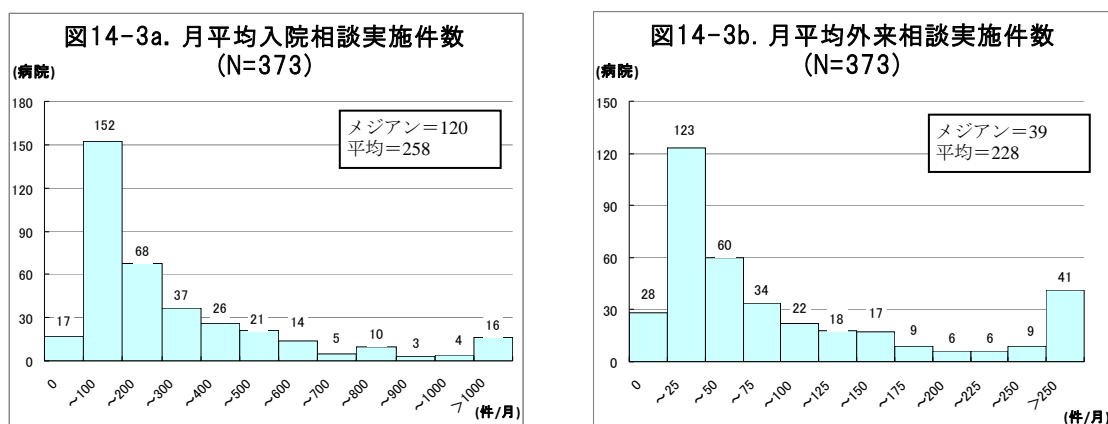


図14-3a および b では、月平均患者相談実施件数（入院・外来）についてそれぞれ示した。メジアンおよび平均はそれぞれ 120 件、258 件、および 39 件、228 件であった。

14.4 ワーカー1人あたり月平均相談件数

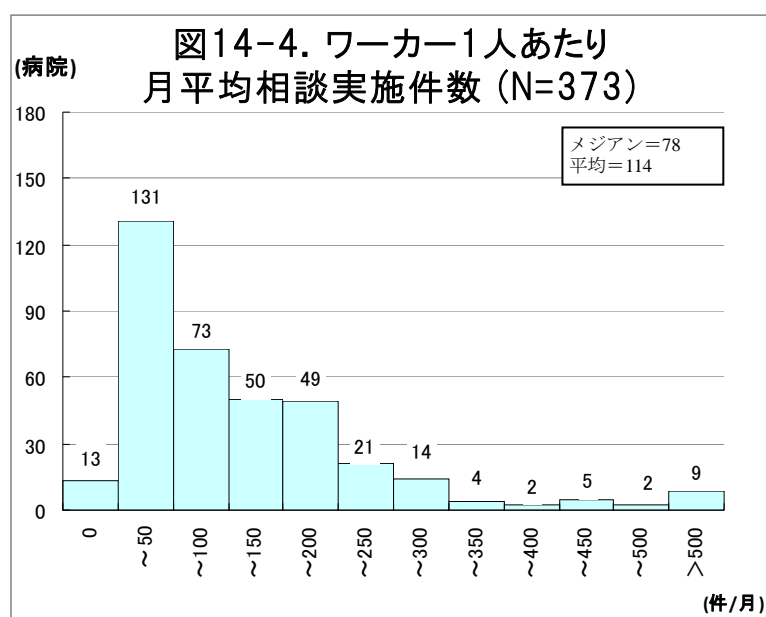


図14-4 では、ソーシャルワーカー1人あたりの月平均相談件数を示した。

14.5 訪問サービス実施状況

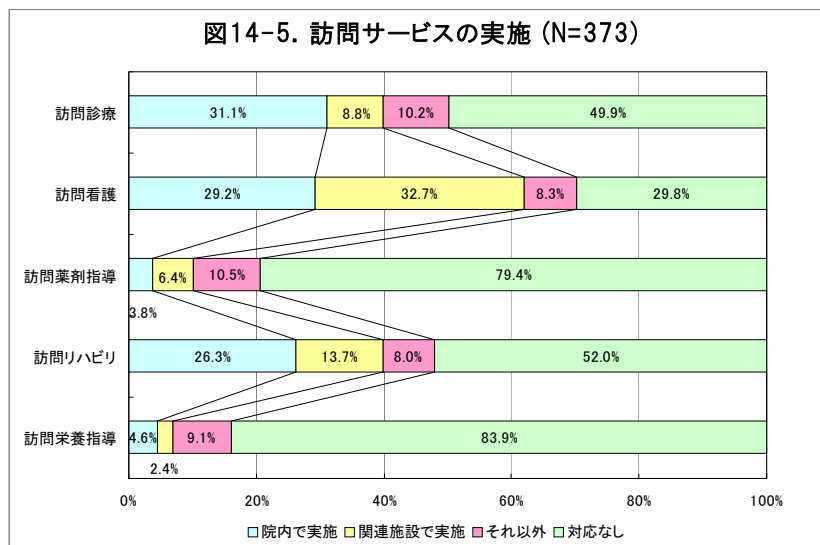


図 14-5 では、在宅医療支援部門における、訪問サービスの実施について示した。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションの順で、何らかの方法で実施している病院が多いことが示された。

14.6 月平均訪問診療等実施件数

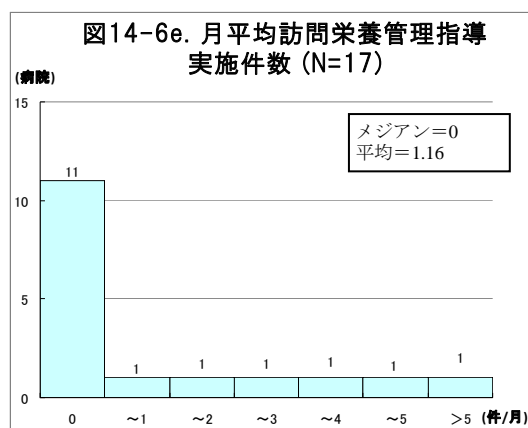
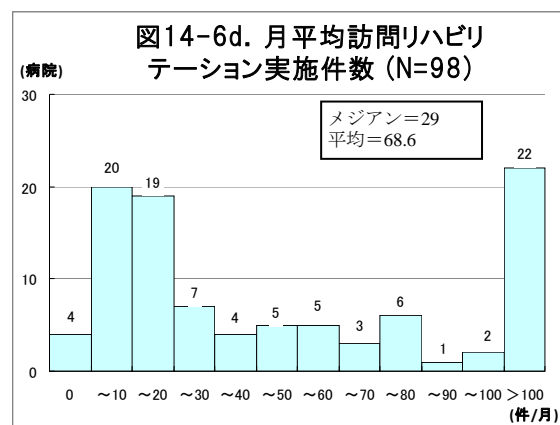
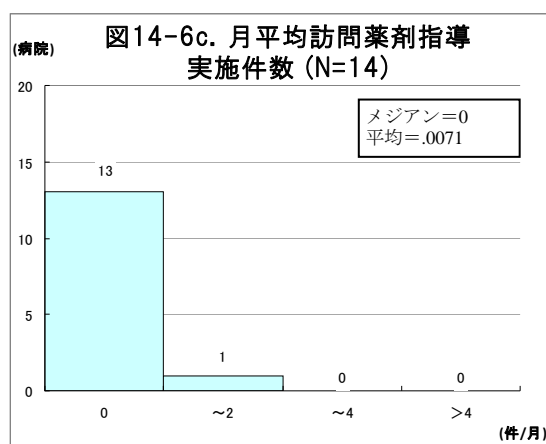
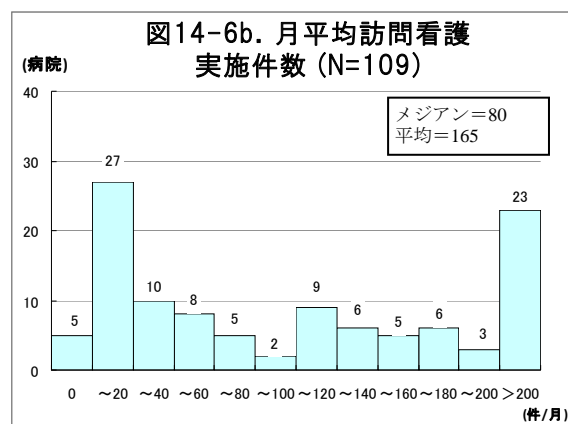
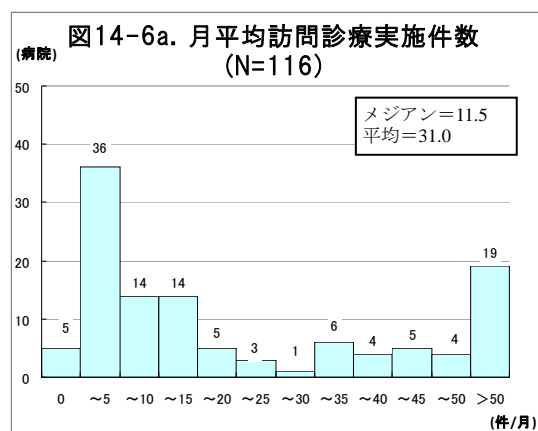


図14-6a～eでは、月平均訪問診療等実施件数（院内実施分）について示した。訪問看護および訪問リハビリテーションの実施件数が多いことが示された。

14.7 患者1人あたり訪問回数、看護師1人・1日あたり訪問件数

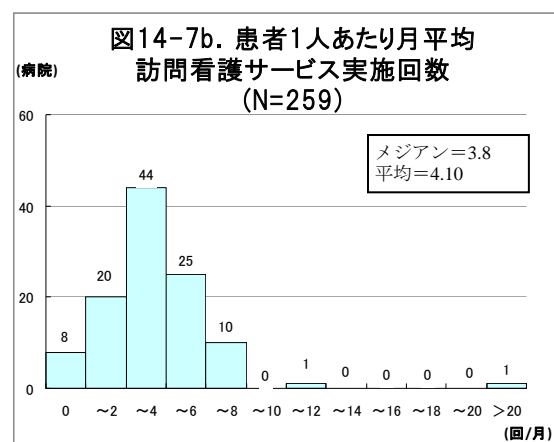
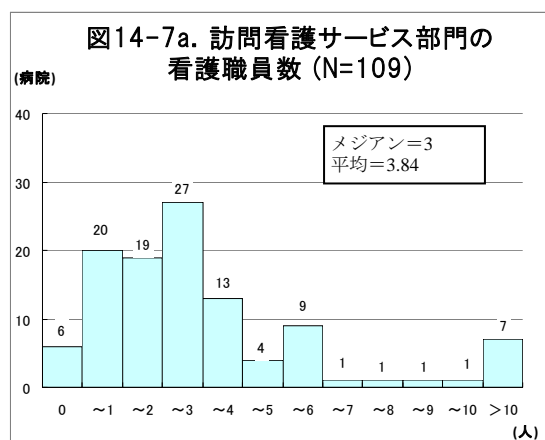
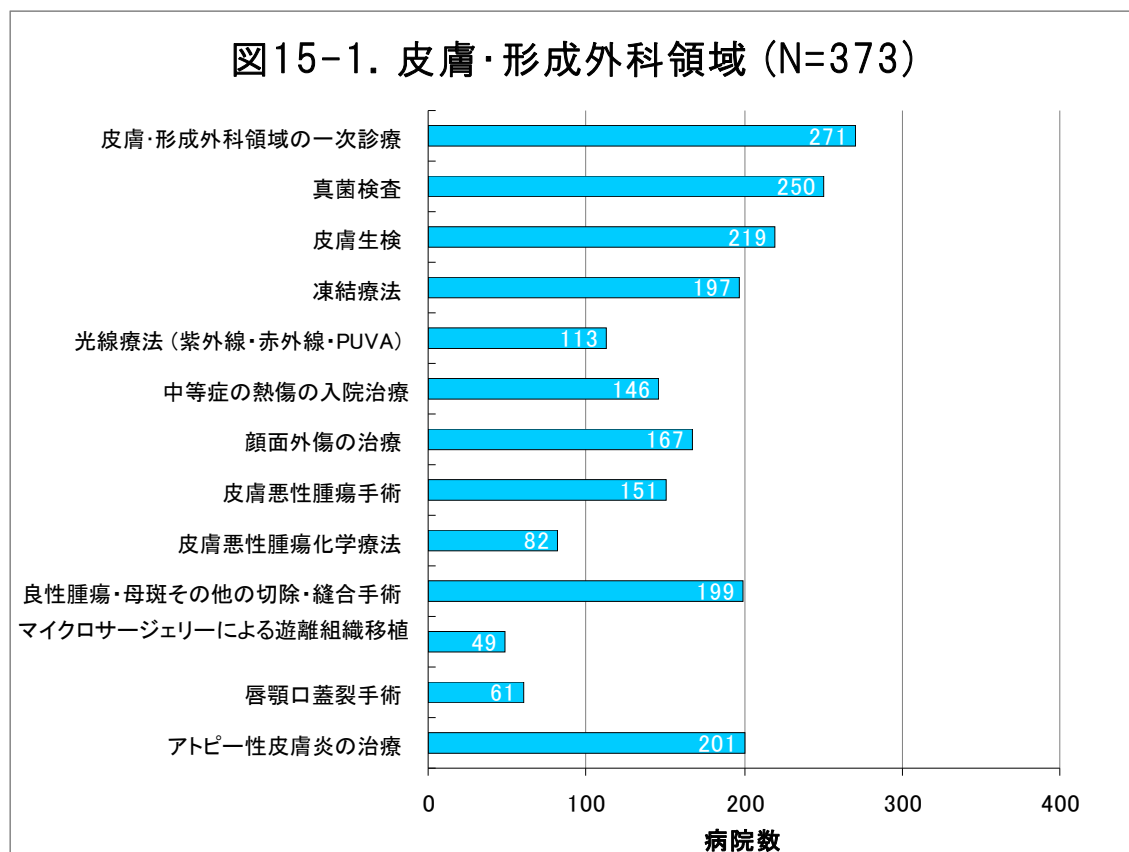


図14-7a および b では、患者1人あたりの訪問回数、看護師1人・1日あたりの実施回数についてそれぞれ示した。いずれも自院で対応しているものを「1回」としている。

第15章 診療機能（対応可能な診療機能と実施状況）

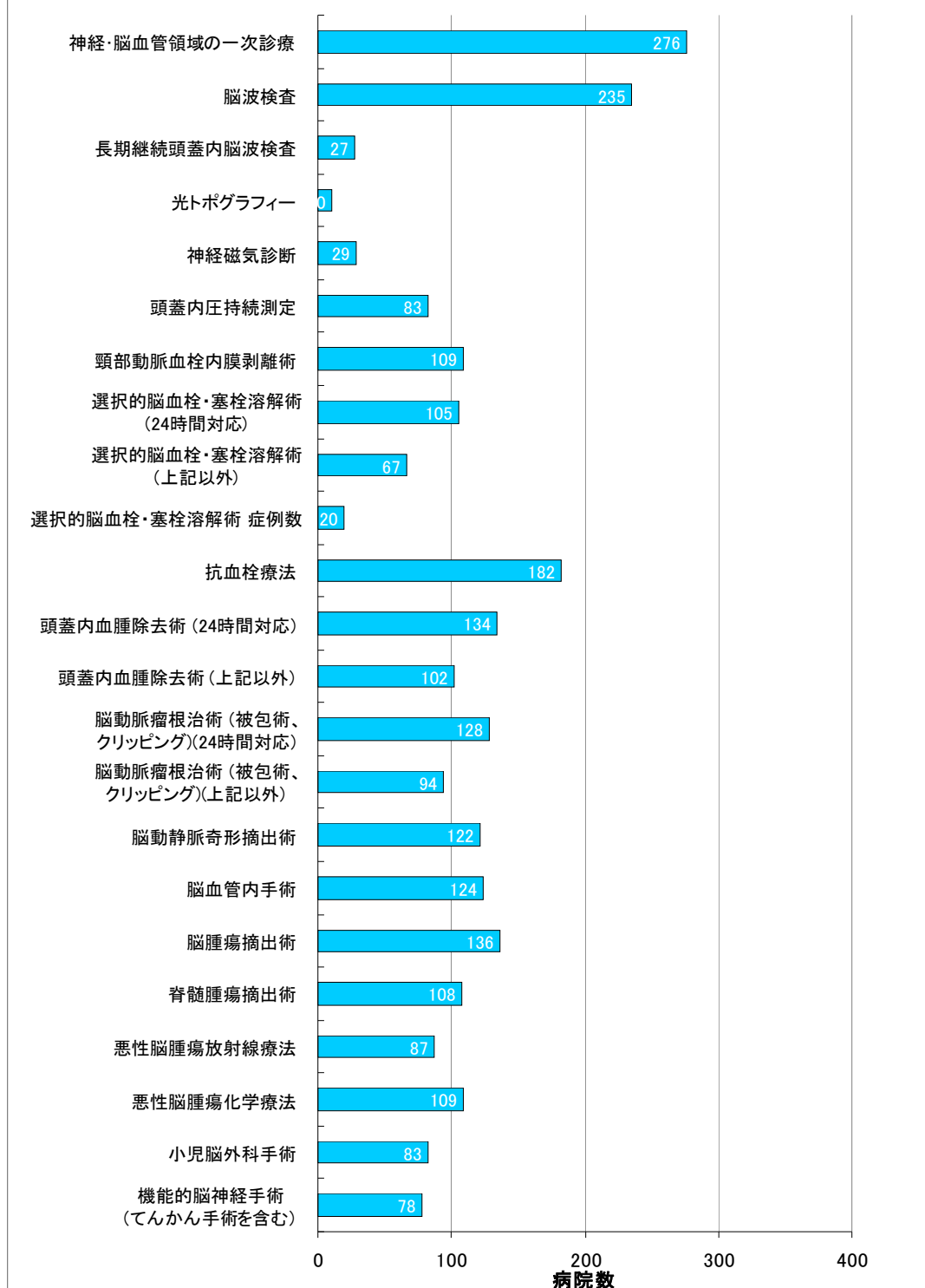
皮膚・形成外科領域からリハビリテーション領域まで、代表的な診断・治療項目を選び、自院の設備・常勤スタッフで実施しているか否かを尋ねた。

15.1 皮膚・形成外科領域



15.2 神経および脳血管領域

図15-2. 神経・脳血管領域 (N=373)



15.3 精神科・神経科領域

図15-3a. 精神科・神経科領域 (N=373)

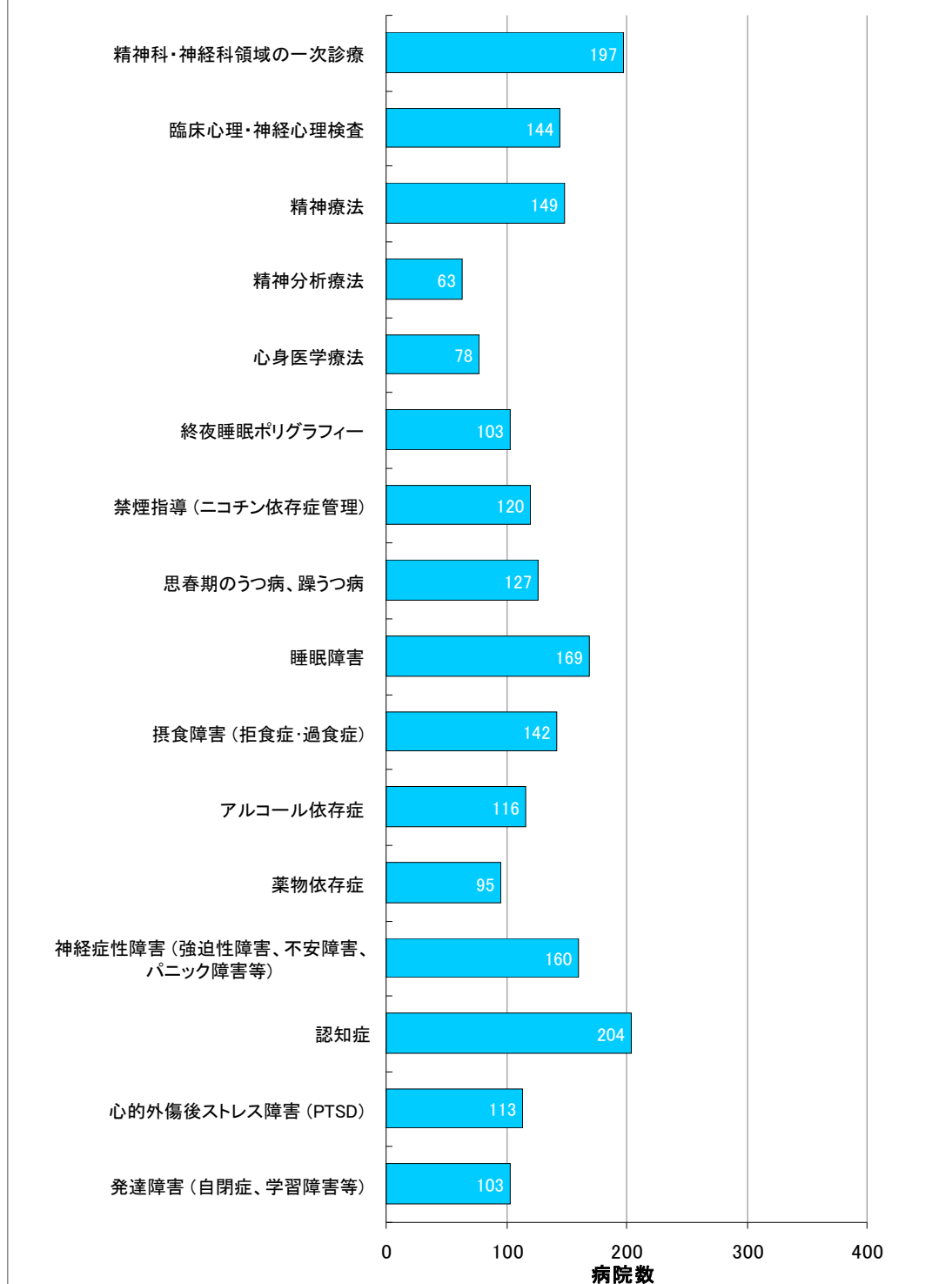
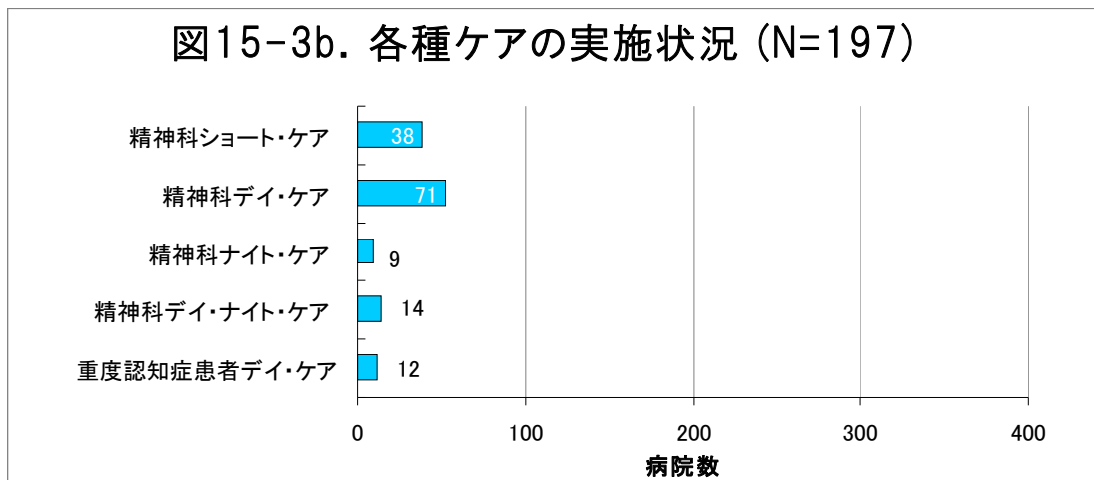
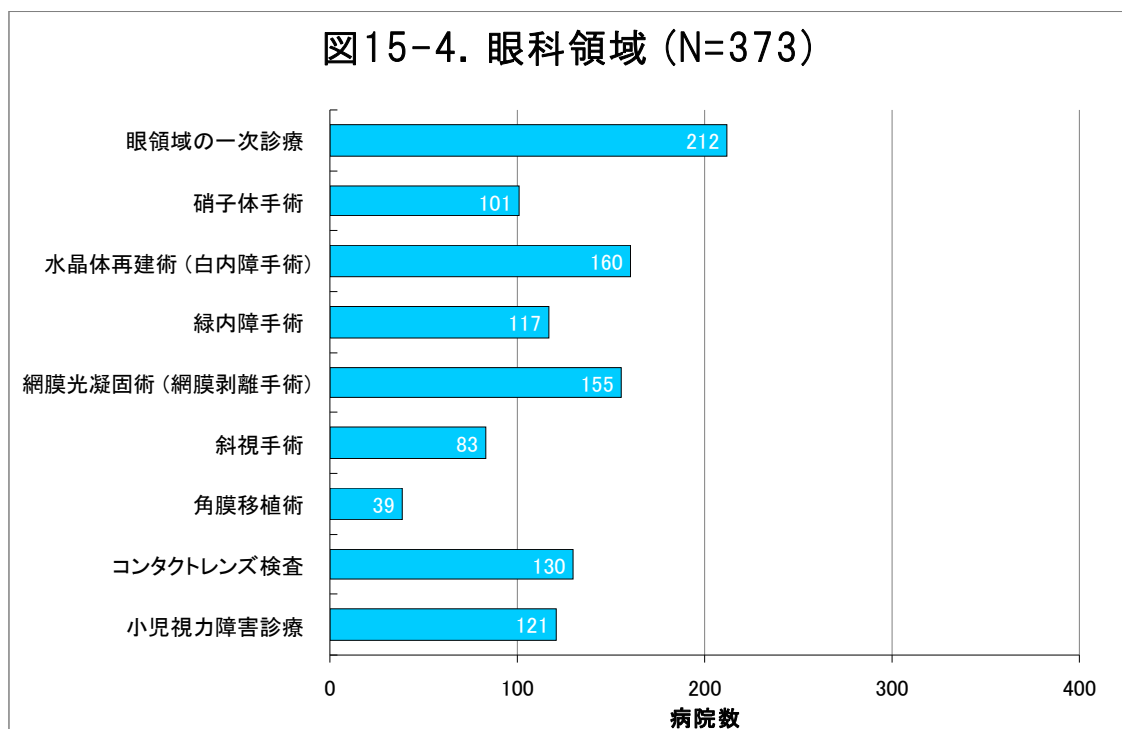


図15-3b. 各種ケアの実施状況 (N=197)



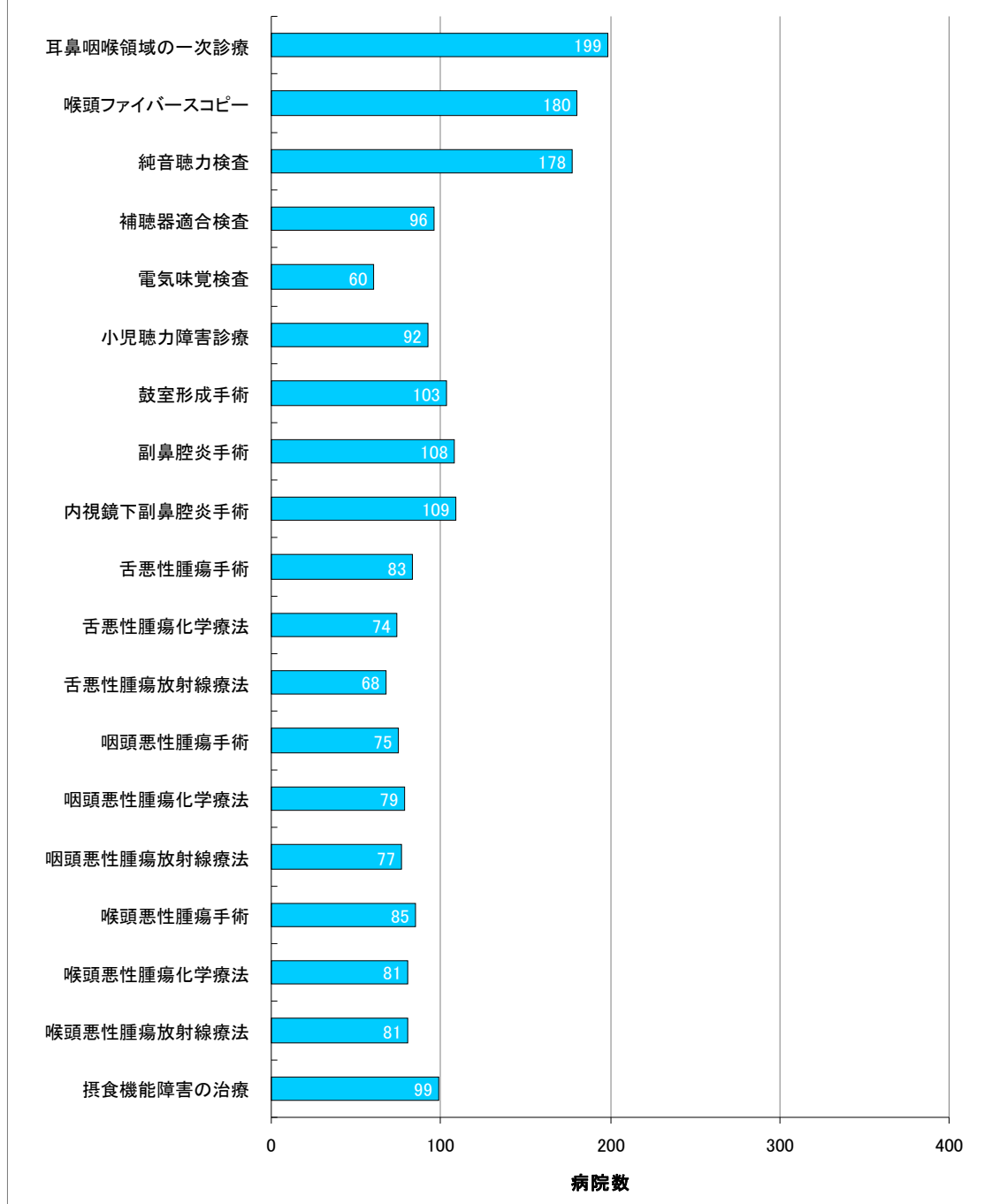
15.4 眼科領域

図15-4. 眼科領域 (N=373)



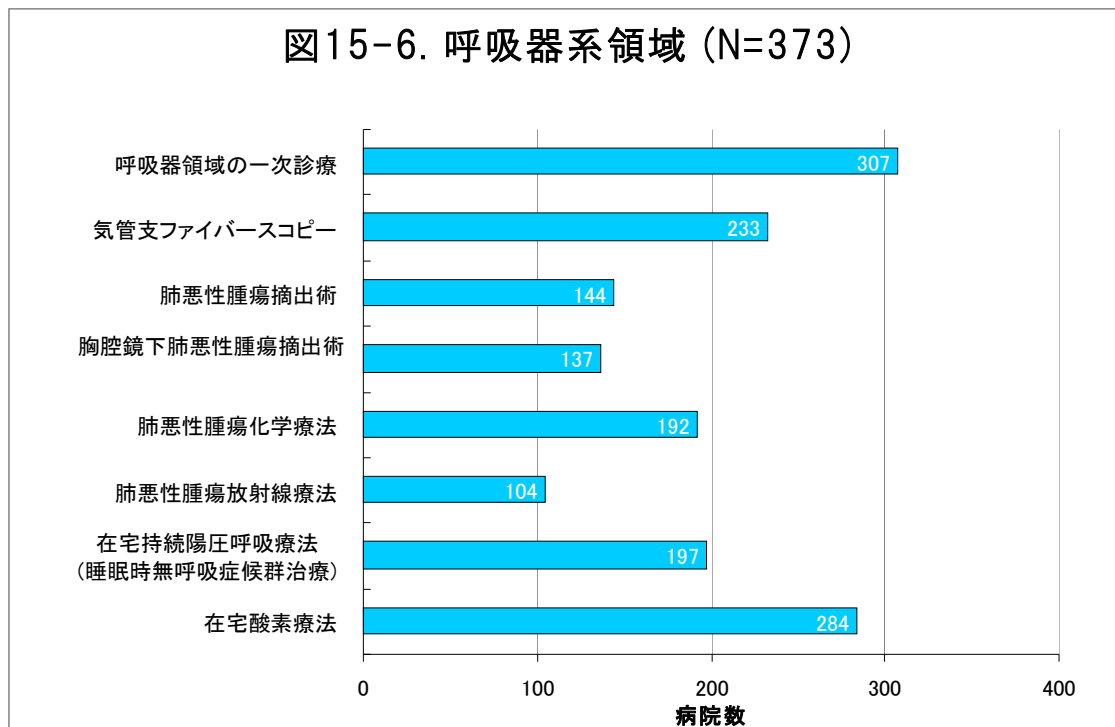
15.5 耳鼻咽喉科領域

図15-5. 耳鼻咽喉科領域 (N=373)



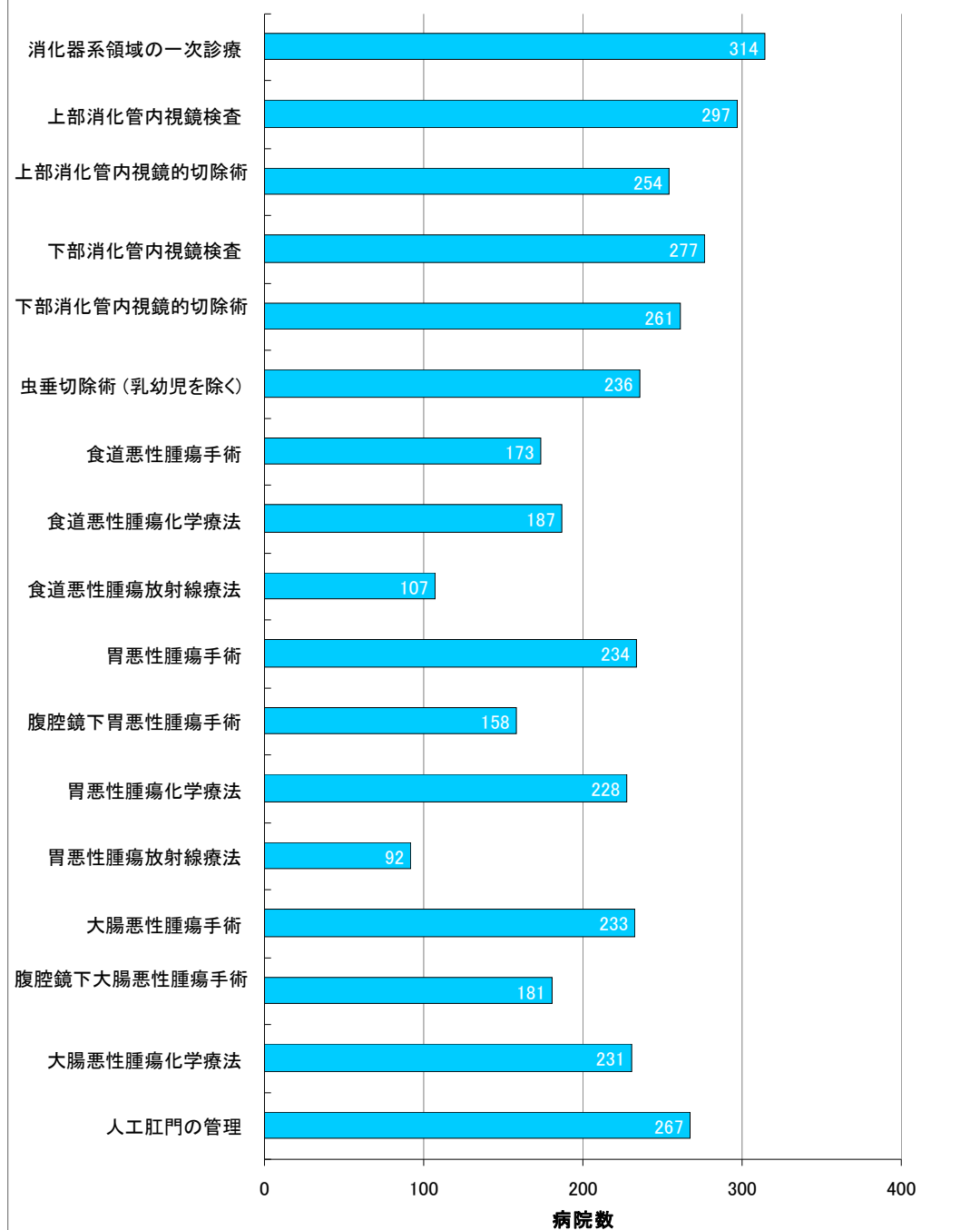
15.6 呼吸器系領域

図15-6. 呼吸器系領域 (N=373)



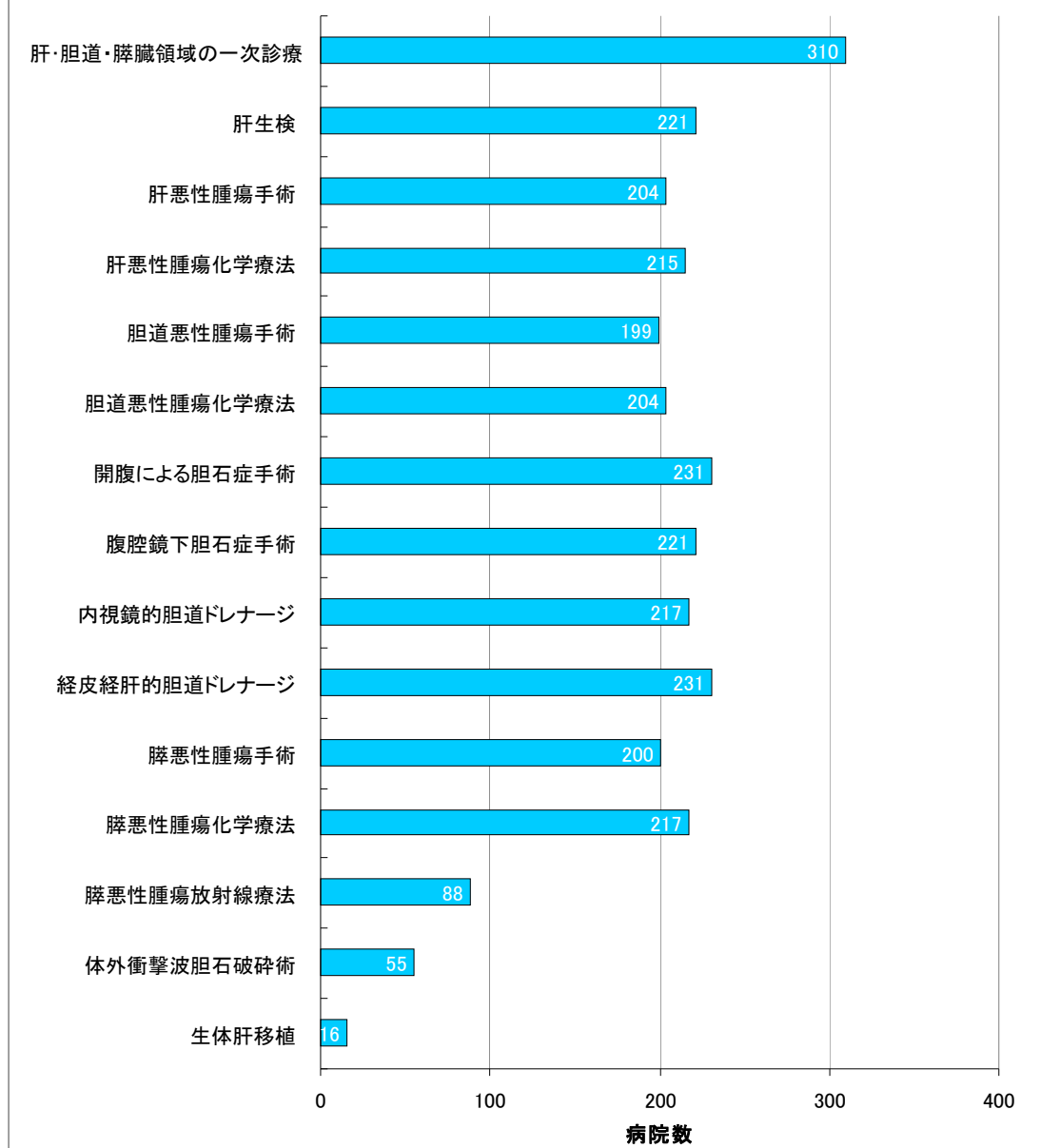
15.7 消化器系領域

図15-7. 消化器系領域 (N=373)

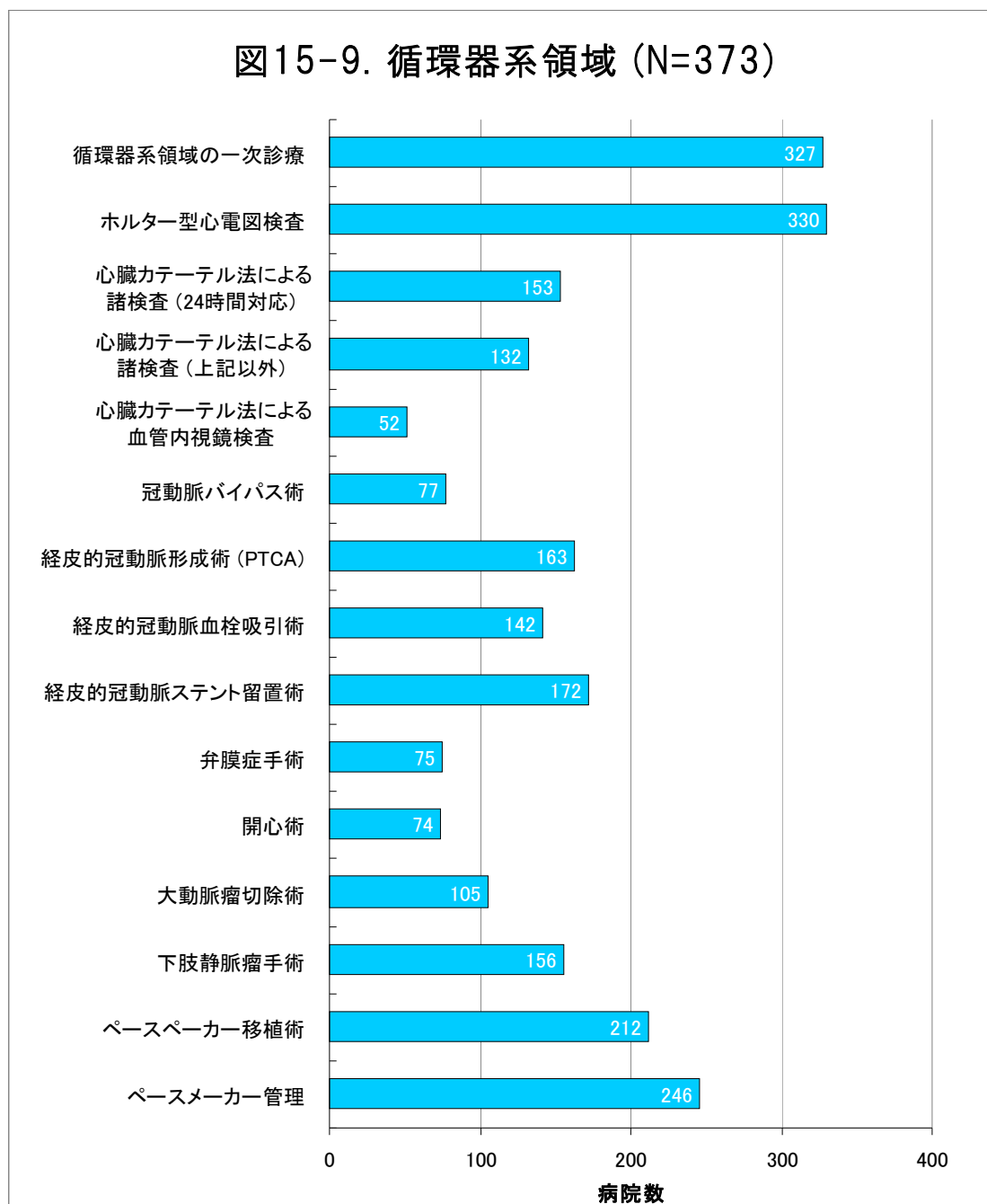


15.8 肝・胆道・膵臓領域

図15-8. 肝・胆道・膵臓領域 (N=373)

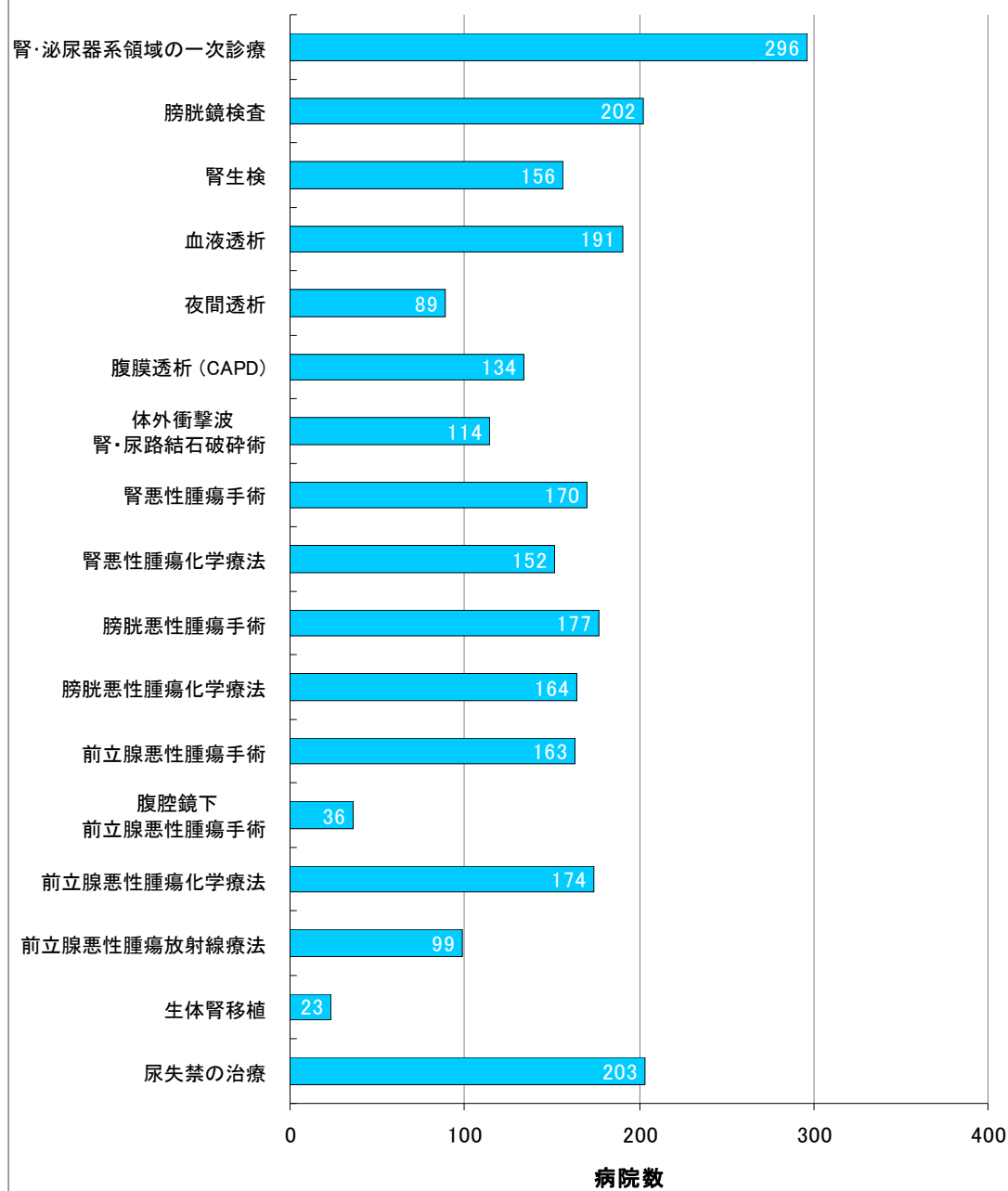


15.9 循環器系領域

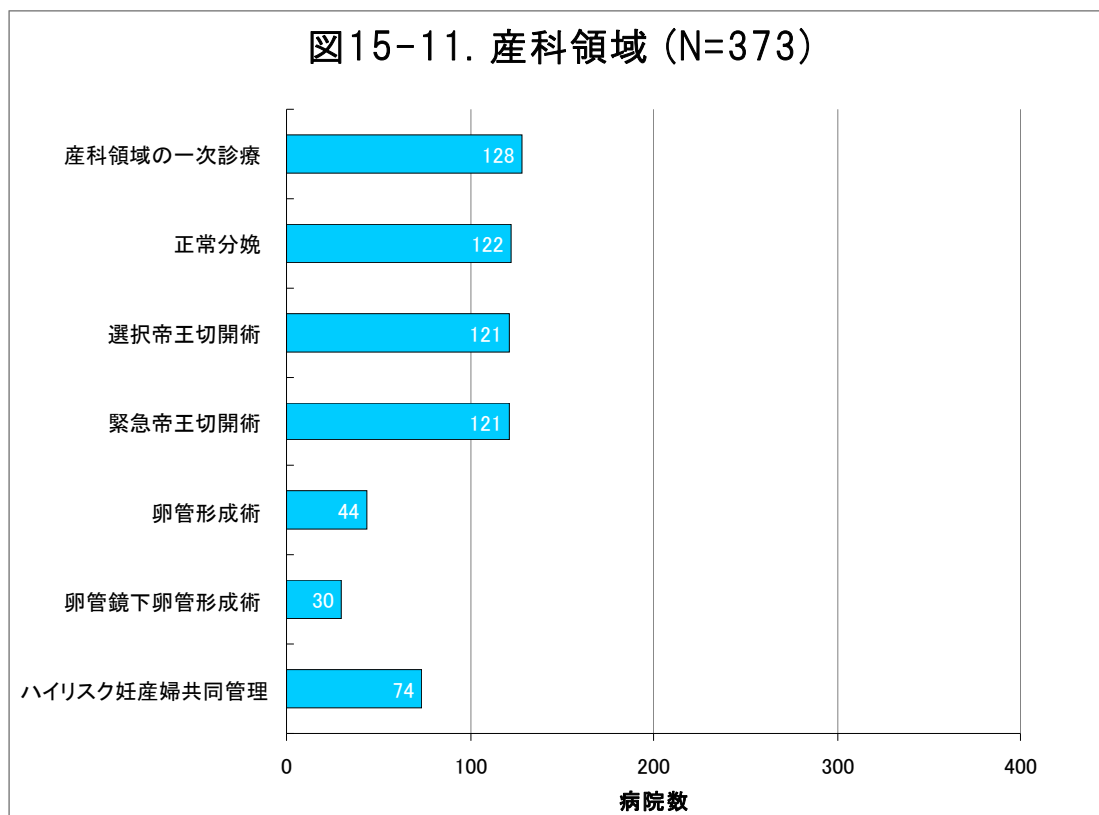


15.10 腎・泌尿器系領域

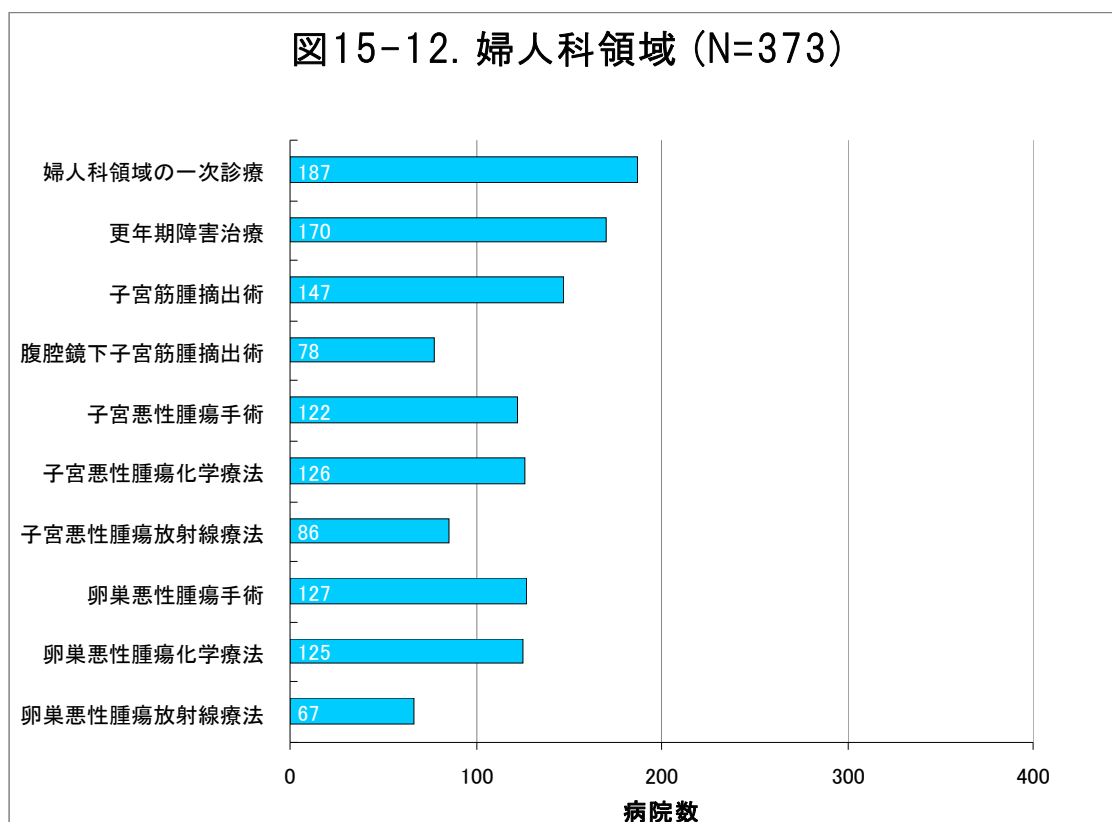
図15-10. 腎・泌尿器系領域 (N=373)



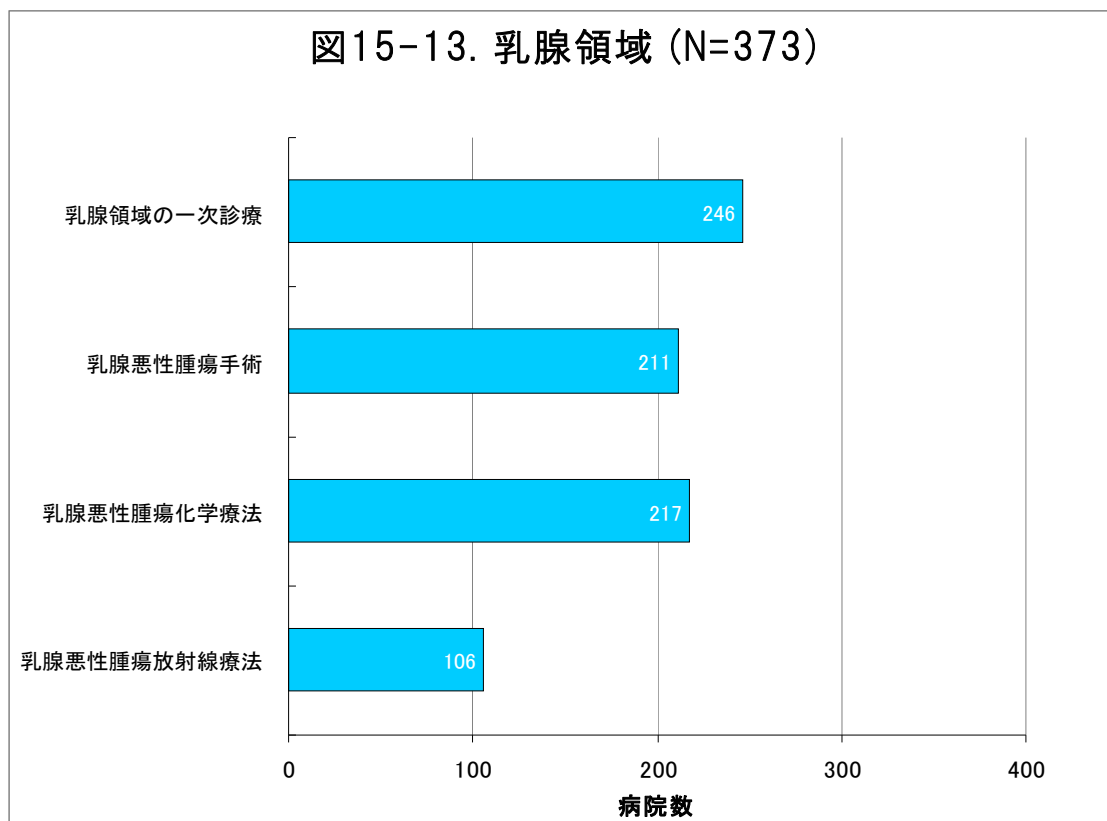
15.11 産科領域



15.12 婦人科領域

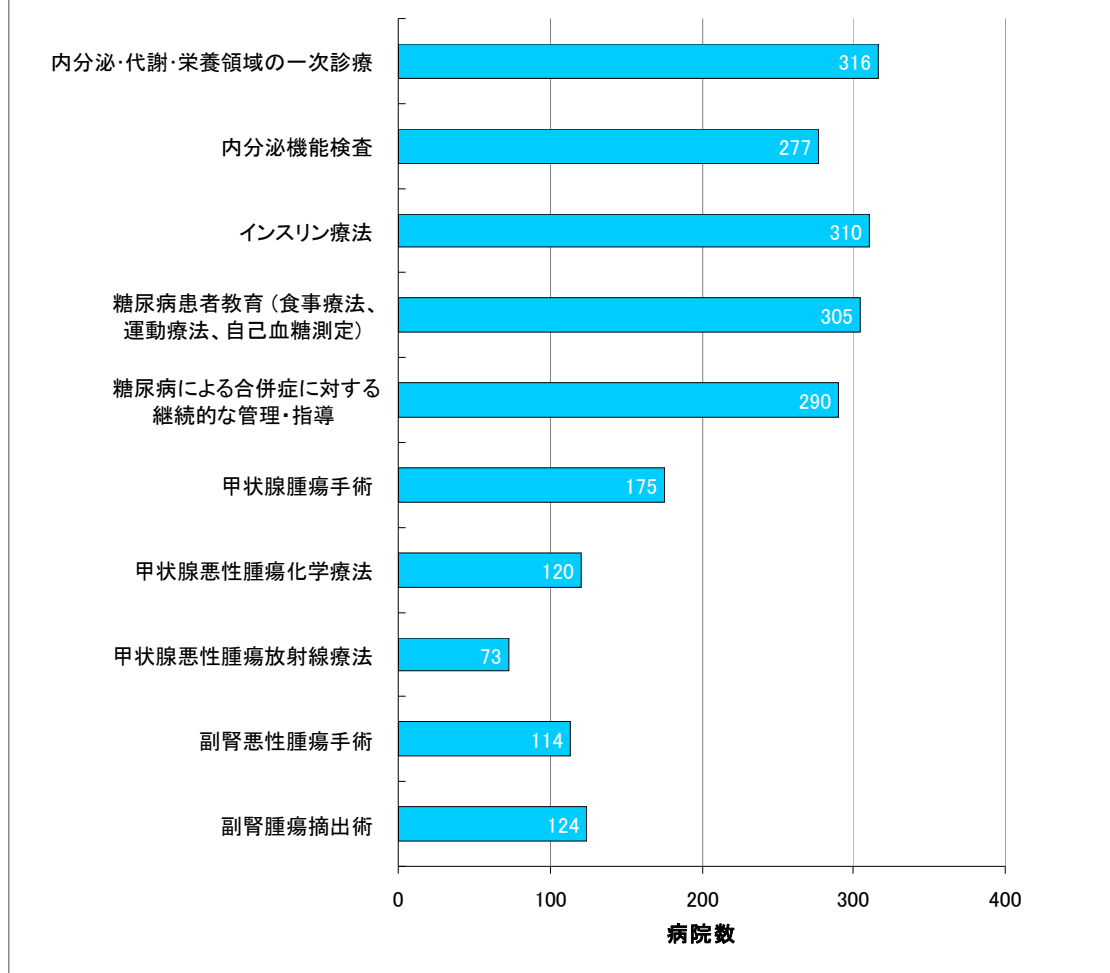


15.13 乳腺領域



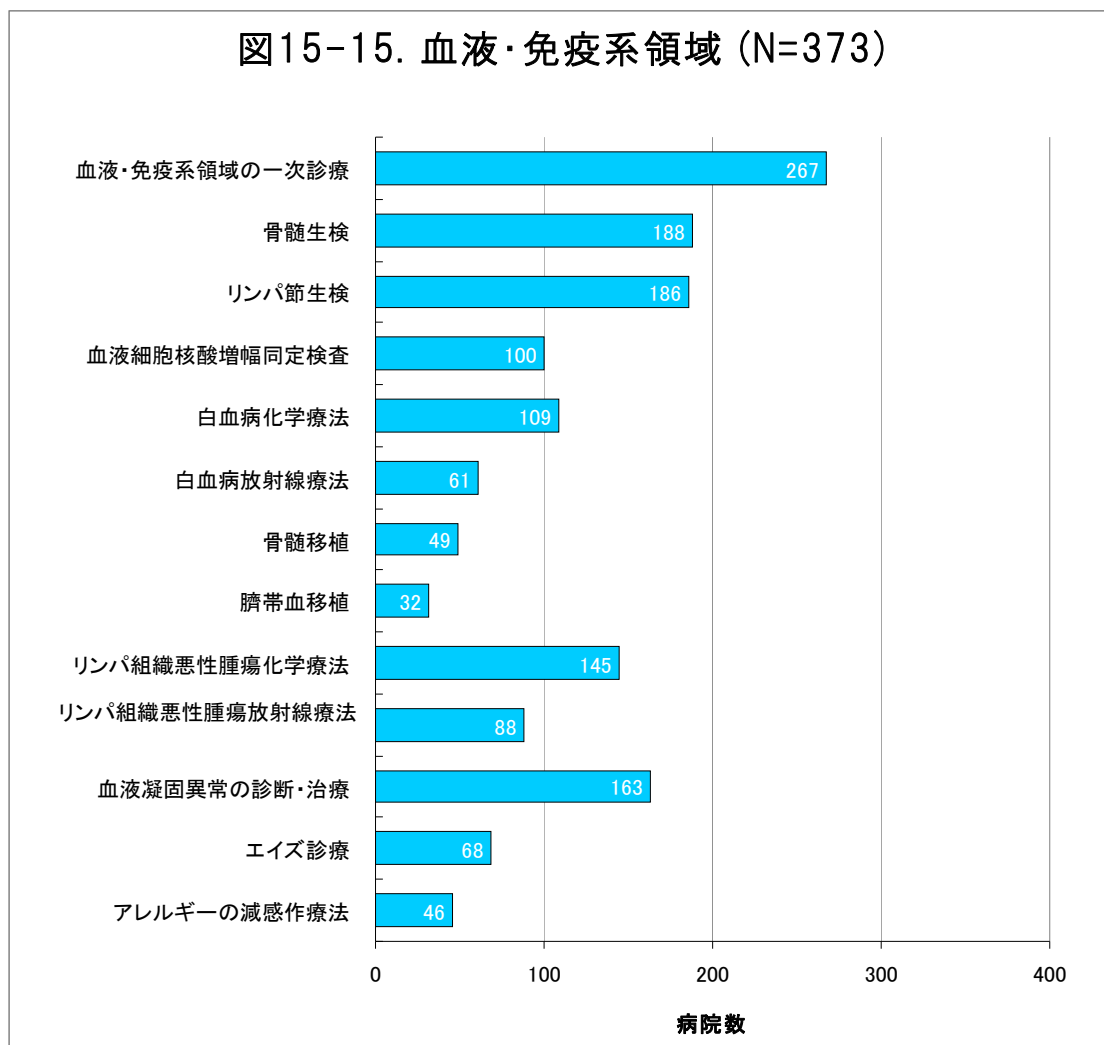
15.14 内分泌・代謝・栄養領域

図15-14. 内分泌・代謝・栄養領域 (N=373)



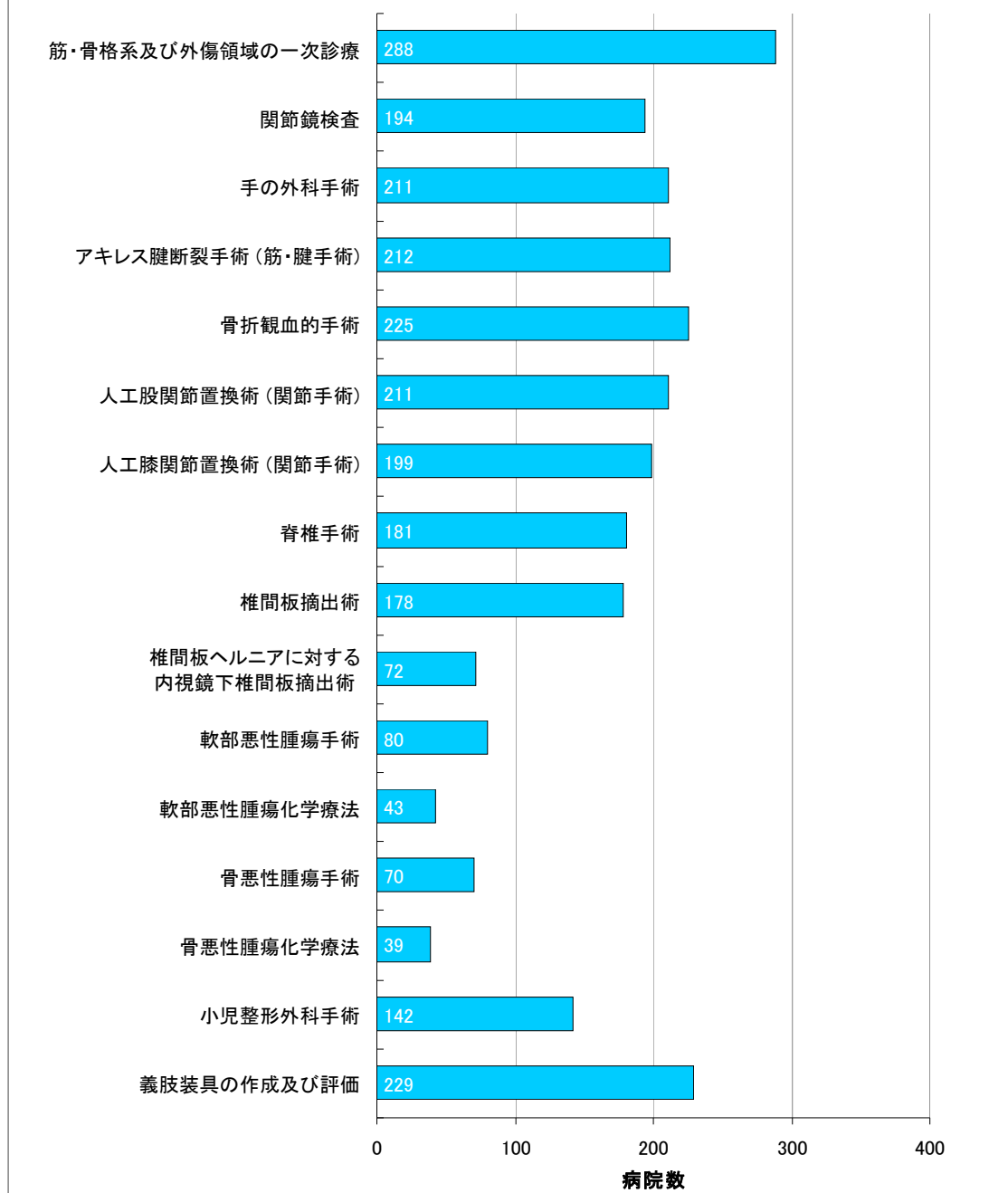
15.15 血液・免疫系領域

図15-15. 血液・免疫系領域 (N=373)

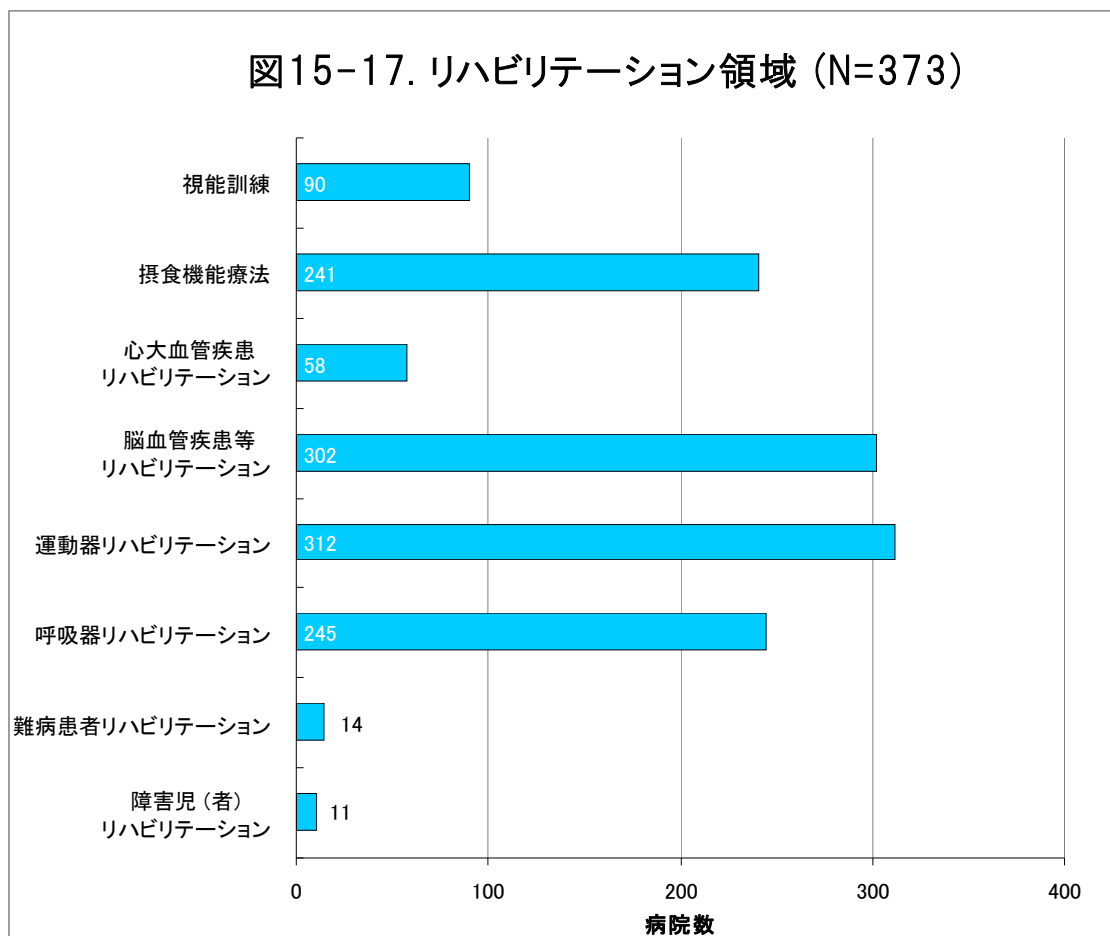


15.16 筋・骨格系領域および外傷領域

図15-16. 筋・骨格系領域および外傷領域
(N=373)

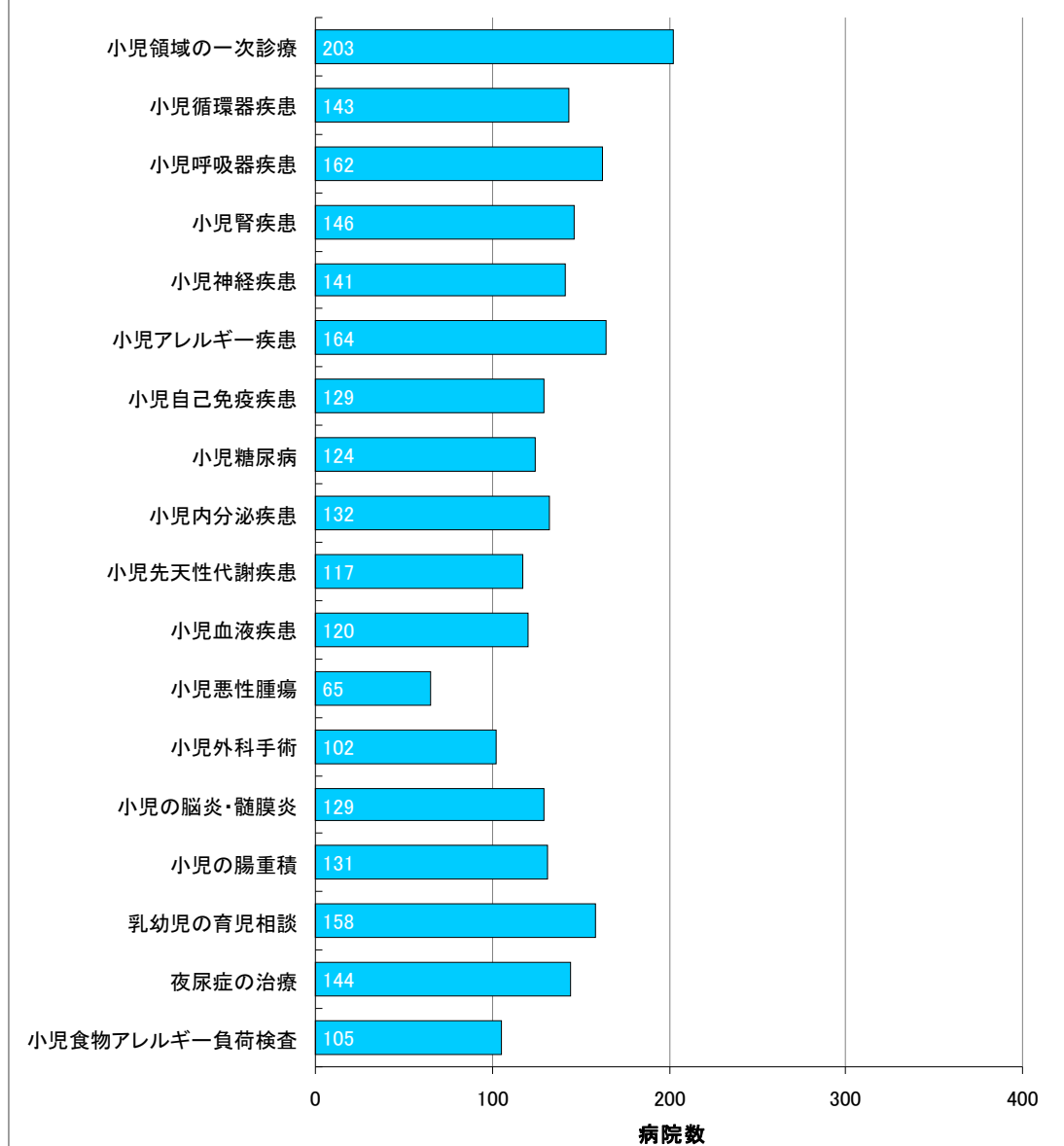


15.17 リハビリテーション領域

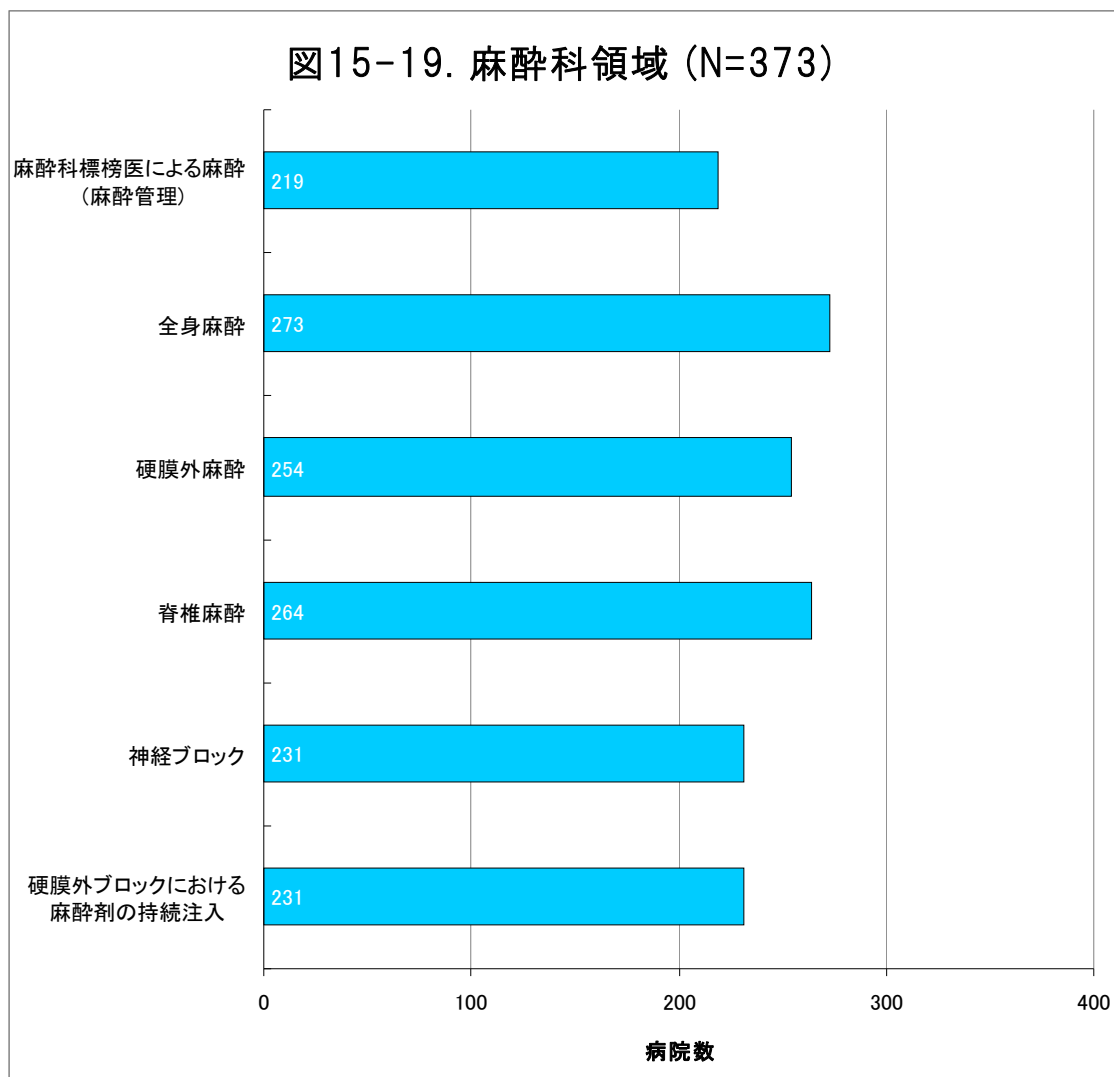


15.18 小児科領域

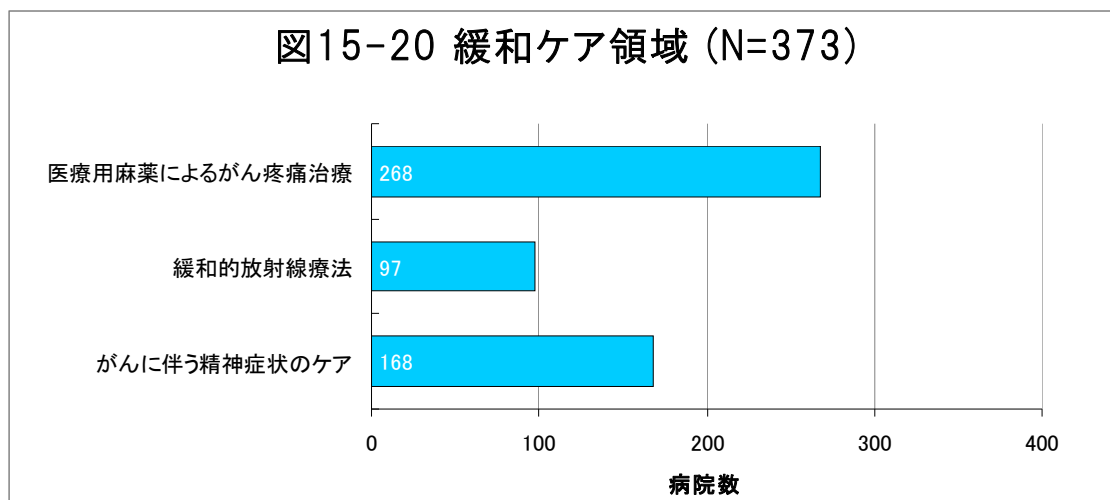
図15-18. 小児科領域 (N=373)



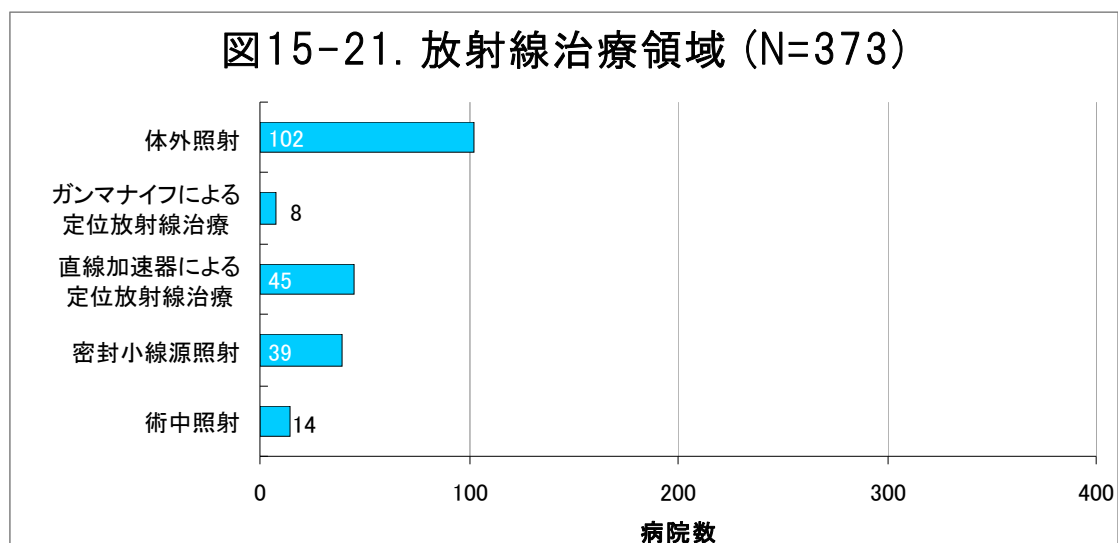
15.19 麻酔科領域



15.20 緩和ケア領域

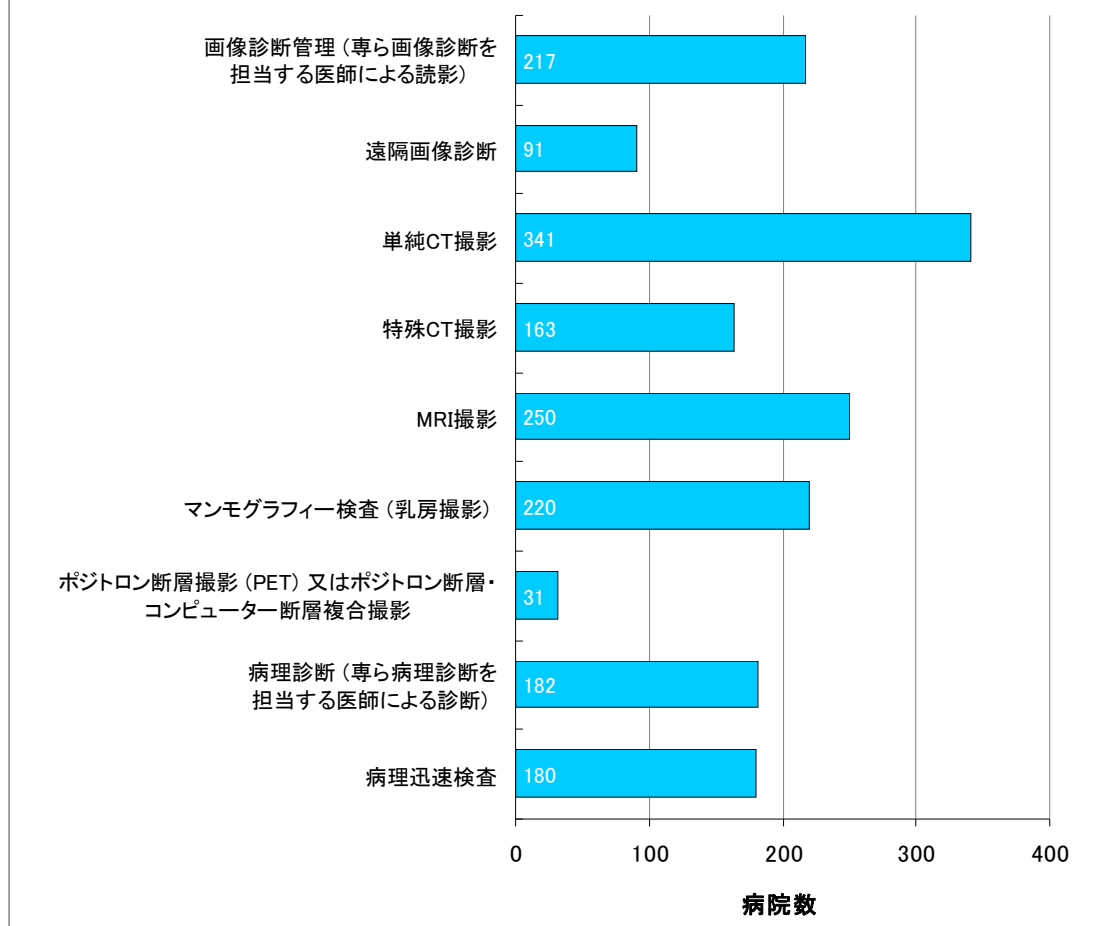


15.21 放射線治療領域



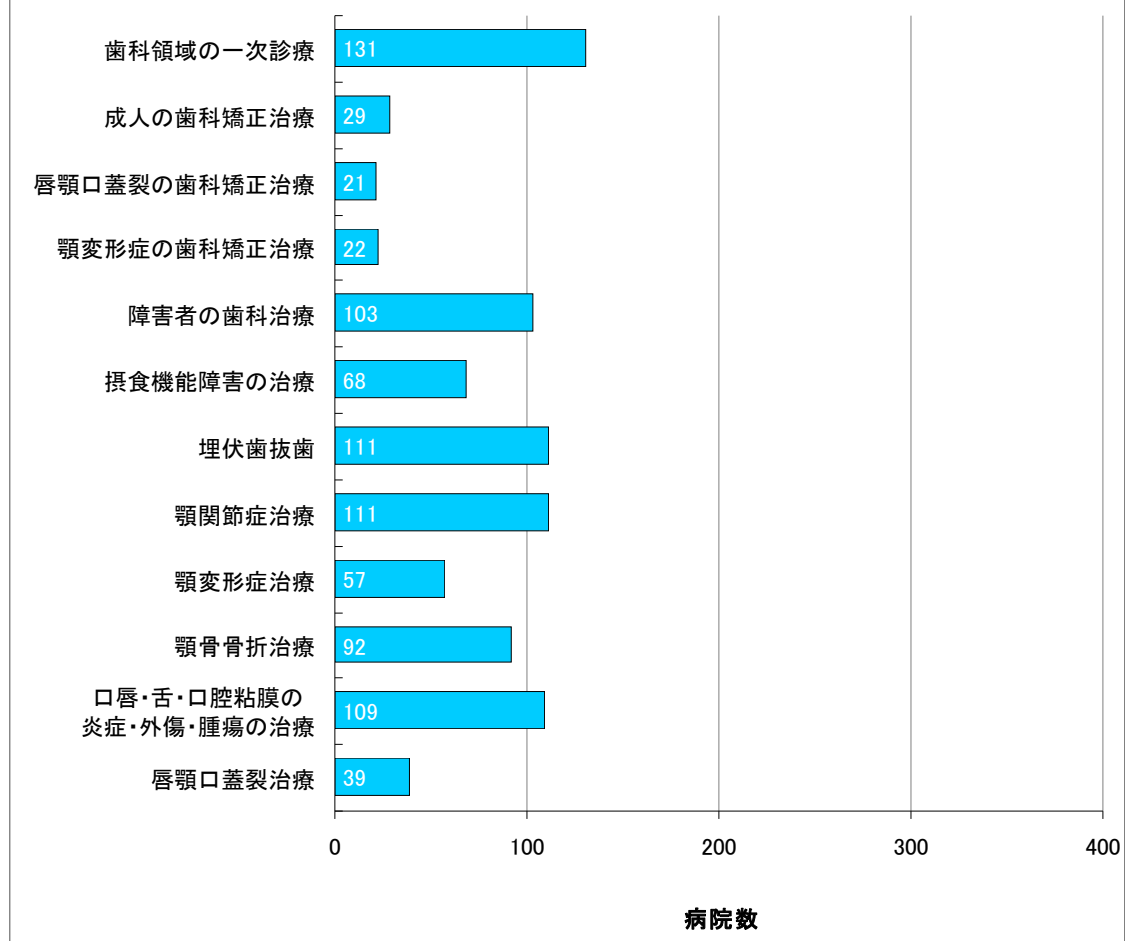
15.22 画像診断・病理診断領域

図15-22. 画像診断・病理診断領域 (N=373)



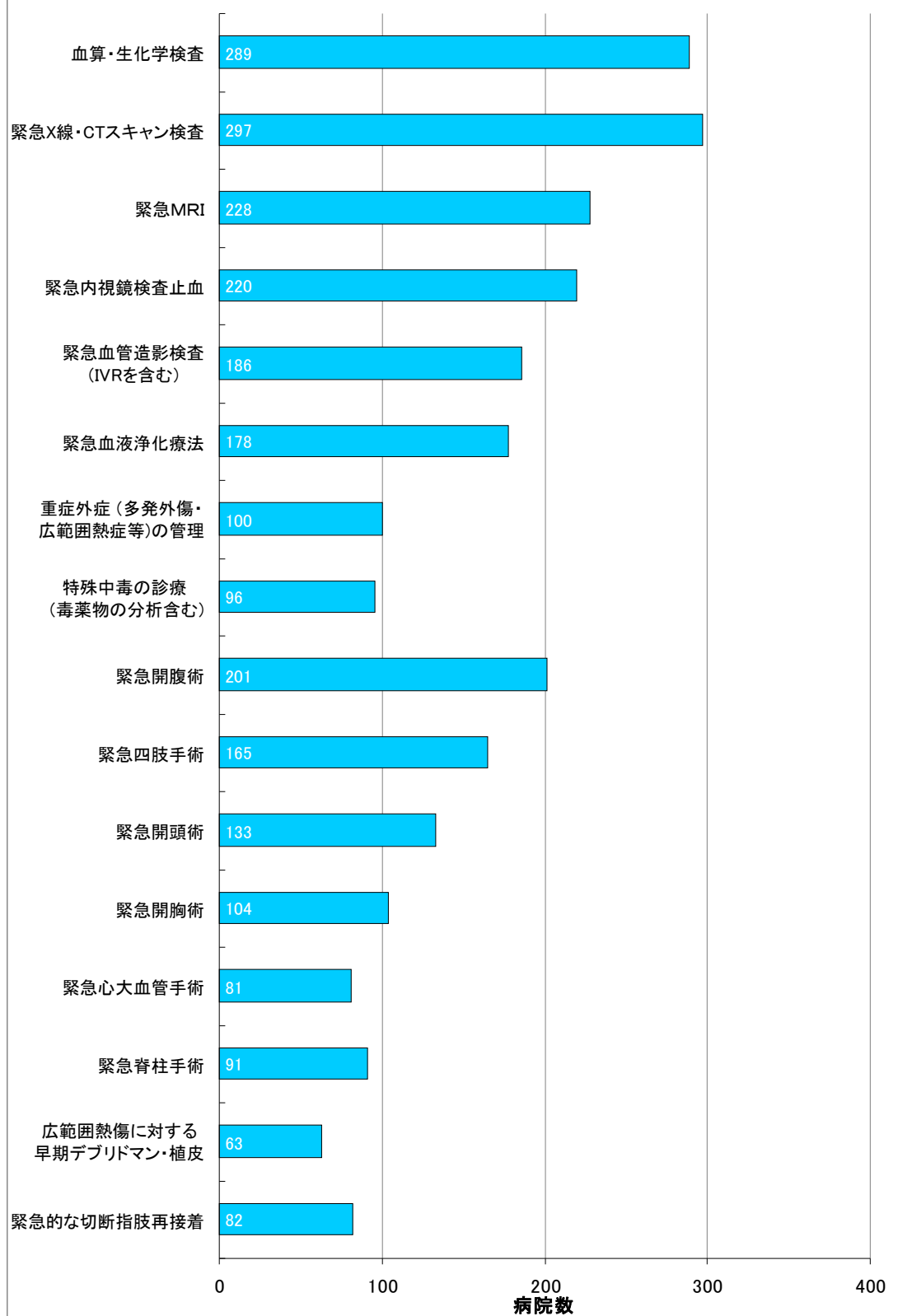
15.23 歯科・口腔外科領域

図15-23. 歯科・口腔外科領域 (N=373)

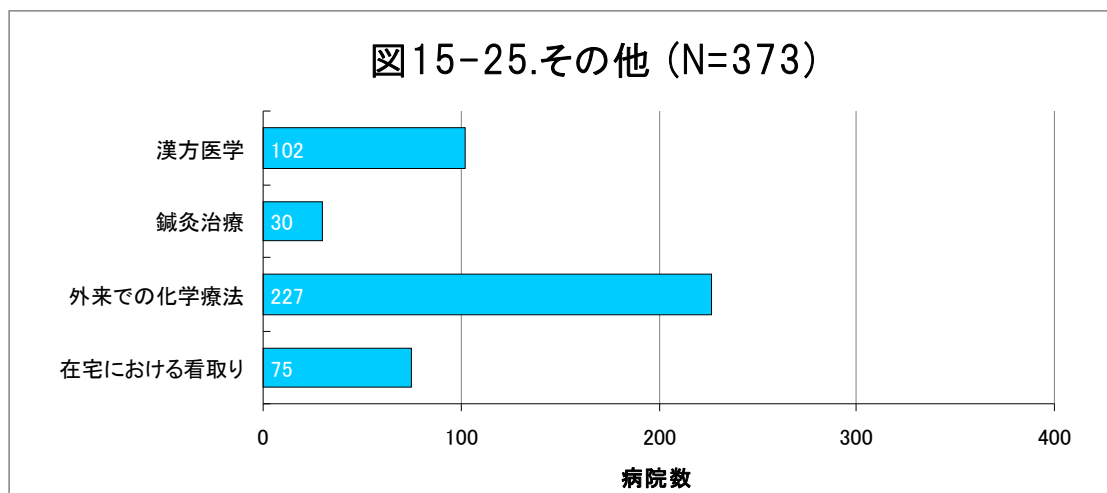


15.24 救急領域

図15-24. 救急領域 (N=373)



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

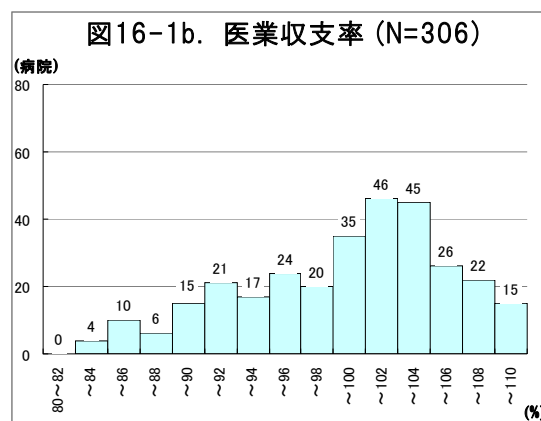
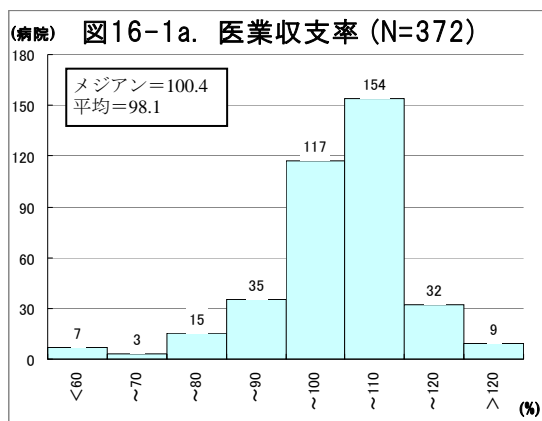


図 16-1a および b では、受審前年度の医業収支率を示した。図 16-1b は、図 16-1a のうち医業収支率が 80～110%の範囲を 2%刻みで拡大したものである。医業収支率が 100 を超えている黒字の病院は 195 病院（52.3%）であった。

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

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

表 16-2a. 病院属性別医業収支率の年次推移（メジアン）

種別	一般 (<200床)	一般 (>=200床)	精神	療養	複合
病院数	75	157	37	26	77
前年度	99.8	96.9	103.8	106.6	102.3
2年前	101.5	98.4	105.3	107.5	102.1
3年前	101.7	98.5	104.9	106.6	101.8

表 16-2a では、病院属性別の医業収支率（メジアン）の年次推移を示した。病院数の最も多い 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)	一般 (>=200床)	精神	療養	複合
病院数	75	157	37	26	77
人件費率	53.9	52.4	63.0	57.1	57.6
材料費率	20.1	27.8	10.2	8.3	16.2
経費率	9.4	6.6	10.0	8.3	9.0
減価償却費率	4.0	5.9	4.8	4.1	4.5
研究研修費率	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
入院収益	59.5	70.1	81.8	78.3	69.2
外来収益	34.0	26.2	14.3	9.1	25.0

表 16-2b では、医業収益 100 に対する各種費用および収益の割合を病院属性別に示した。200 床以上の一般病院において材料費率が高く、精神病院および療養病院において人件費率が高いこと、ならびに精神病院における入院収益率が高いことが示された。

16.3 1床あたり医業収益

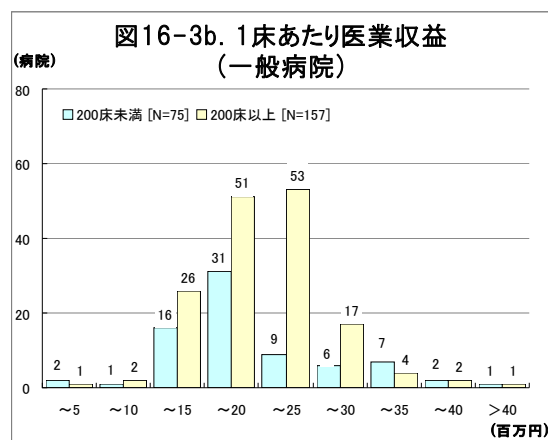
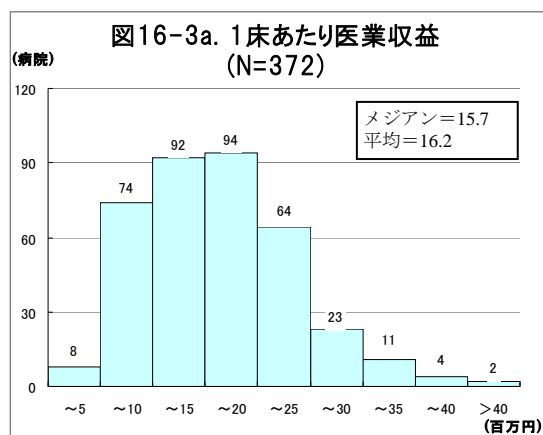


図16-3aでは、1床あたり医業収益を示した。また、図16-3bでは、一般病院に限定し、病床規模で区分して示した。200床未満の一般病院における1床あたり医業収益のメジアンは18.0、平均は19.5であったのに対し、200床以上の一般病院ではメジアン19.9、平均20.1であった（単位は百万円）。

16.4 1床あたり医業費用

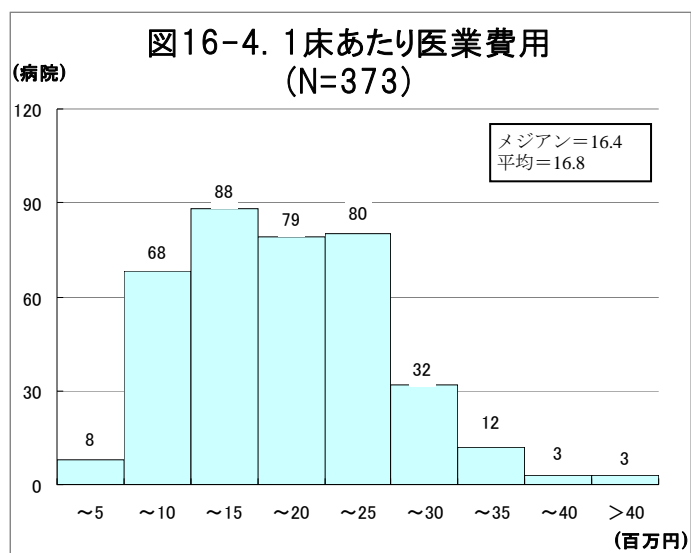


図16-4では1床あたりの医業費用を示した。メジアンは16.4、平均は16.8であった（単位は百万円）。

16.5 職員 1 人あたり医業収益および人件費

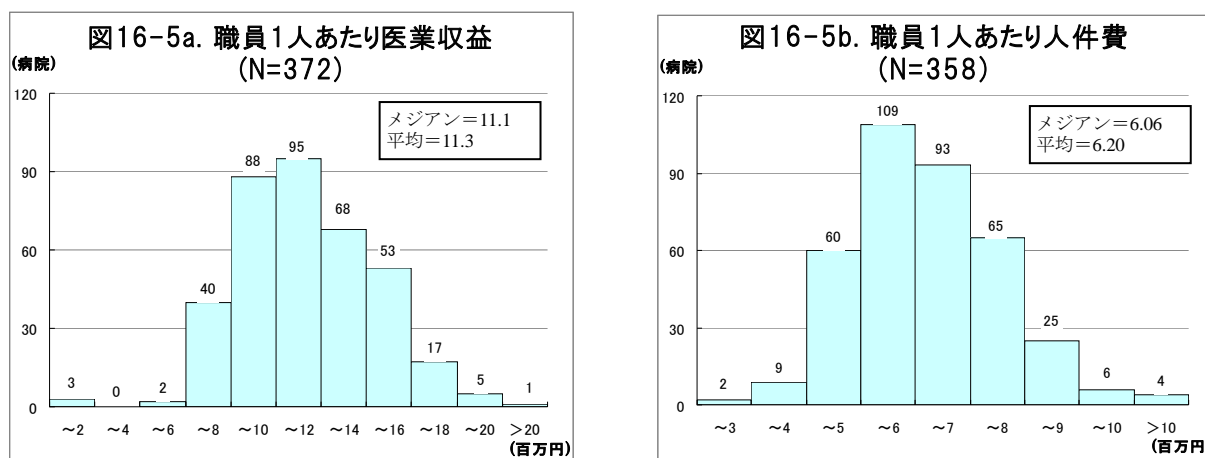


図 16-5a および b では職員 1 人あたりの医業収益および人件費を示した。

16.6 平均在院日数と 1 日 1 人あたり収益

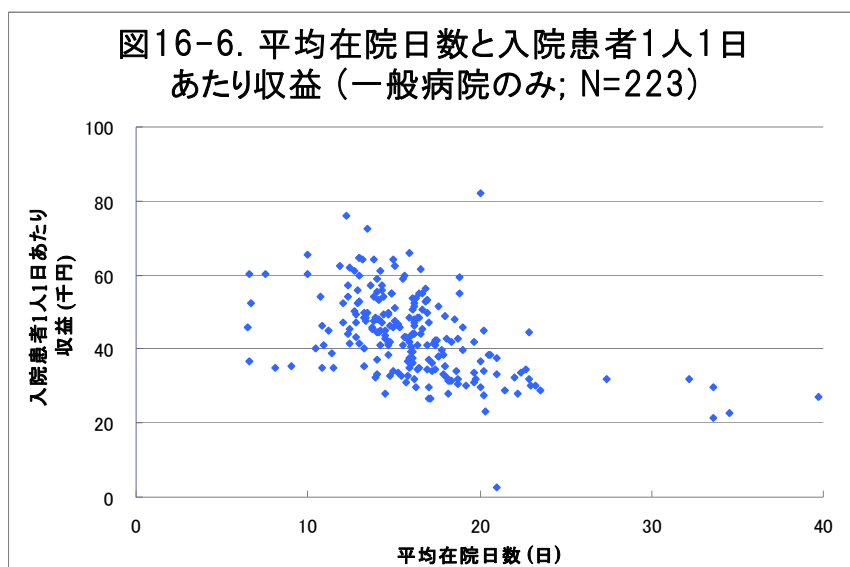


図 16-6 では、平均在院日数 40 日以下および入院患者 1 人 1 日あたり収益 10 万円以下の一般病院（223 病院）における平均在院日数と入院患者 1 人 1 日あたり収益の相関を示した。なお、それぞれの値は受審病院が書面調査票に記した値をそのまま使用した。

第17章 審査結果（評点）の傾向

17.1 c判定の割合が1%を超える小項目および中項目ごとの評点分布

小項目は、おおむね以下に従って a～c で評価される。表 17-1 では、中間的な結果報告において c 判定が 1%を超える小項目を、領域ごとに c 判定率の高い順で示した。

【判定の内容】

- a: 適切に行われている / 適切な形で存在する / 積極的に行われている
- b: 中間
- c: 適切さに欠ける / 存在しない / 行われていない

表 17-1. c 判定が 1%を超える小項目

第1領域

項目番号	評価項目	a	b	c
1.5.1.1	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	23.1%	73.2%	3.8%
1.5.1.3	図書室機能が適切に発揮されている	55.5%	42.4%	2.1%
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	80.4%	17.7%	1.9%
1.3.1.3	組織運営に必要な規程が整備されている	70.0%	28.7%	1.3%
1.4.2.3	病院の運営状況や診療実績を病院年報としてまとめている	56.0%	42.9%	1.1%
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	41.6%	57.4%	1.1%

第2領域

項目番号	評価項目	a	b	c
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	75.1%	16.6%	8.3%
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	48.0%	44.8%	7.2%
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	72.1%	21.2%	6.7%
2.1.2.3	臨床研究に関する倫理が明確である	65.8%	28.3%	5.9%
2.5.1.1	医療関連感染管理について組織的に検討する体制が整備されている	72.4%	23.9%	3.8%
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	48.5%	48.3%	3.2%
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	59.2%	37.5%	3.2%
2.2.1.4	個人情報適切に保護されている	78.6%	18.2%	3.2%
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	72.1%	25.7%	2.1%
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	43.2%	55.0%	1.9%
2.2.1.2	セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である	59.8%	38.6%	1.6%
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	83.1%	15.8%	1.1%

第3領域

項目番号	評価項目	a	b	c
3.5.2.1	トイレについての施設的な配慮がなされている	56.6%	38.1%	5.4%
3.4.1.3	病棟・病室でのプライバシーについて配慮されている	68.9%	28.2%	2.9%
3.1.1.2	案内表示・掲示が適切である	39.9%	57.9%	2.1%
3.1.2.1	外来待ち時間の状況が把握され、短縮のための努力がなされている	55.4%	42.7%	1.9%
3.5.2.2	浴室についての施設的な配慮がなされている	56.0%	42.4%	1.6%
3.4.1.2	外来では検査・処置行為・検体が人目に触れないようになっている	81.5%	17.5%	1.1%
3.3.1.4	入院案内が適切に作成され運用されている	61.7%	37.3%	1.1%

表 17-1. c 判定が 1%を超える小項目（続き）

第4領域

項目番号	評価項目	a	b	c
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	33.1%	53.8%	13.2%
4.12.4.1	ドナーカード保持者の意思が尊重されている	54.9%	32.9%	12.2%
4.15.2.2	診療記録管理業務が適切に実施されている	38.6%	49.9%	11.5%
4.3.3.4	注射薬は1施用ごとに取り揃えが実施されている	64.8%	24.5%	10.8%
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	75.1%	14.7%	10.2%
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	61.0%	28.8%	10.2%
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	56.8%	36.2%	7.0%
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	71.8%	21.8%	6.5%
4.15.2.1	診療記録が必要時に迅速に提供されている	75.9%	18.0%	6.2%
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	69.7%	24.4%	5.9%
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	76.7%	18.8%	4.6%
4.8.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	85.0%	10.8%	4.2%
4.10.2.2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	86.4%	10.0%	3.6%
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	80.1%	16.3%	3.6%
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	54.2%	42.4%	3.5%
4.18.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	79.6%	17.2%	3.2%
4.2.1.2	業務規程が整備されている	76.7%	20.1%	3.2%
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	78.0%	19.0%	2.9%
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	91.4%	5.6%	2.9%
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	87.1%	9.9%	2.9%
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	80.4%	16.9%	2.7%
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	86.8%	10.6%	2.6%
4.16.2.3	情報システム機能は、診療の安全に配慮されている	72.8%	24.6%	2.6%
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	81.8%	15.7%	2.4%
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	79.1%	18.7%	2.2%
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	73.3%	24.7%	2.1%
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	91.4%	6.5%	2.0%
4.10.3.1	洗浄・滅菌業務に関わる職員の能力開発に努めている	66.9%	31.2%	1.9%
4.10.3.2	洗浄・滅菌業務の質改善を推進している	71.7%	26.4%	1.9%
4.13.1.2	栄養管理等に必要な施設・設備・器具などが整備され、適切に管理されている	56.8%	41.3%	1.9%
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	74.0%	24.1%	1.9%
4.20.1.2	研修管理委員会が設置されている	90.1%	8.1%	1.9%
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	89.0%	9.2%	1.8%
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	84.4%	13.9%	1.7%
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	89.4%	9.0%	1.7%
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	59.3%	39.0%	1.6%
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	78.8%	19.6%	1.6%
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	63.5%	34.9%	1.6%

表 17-1. c 判定が 1%を超える小項目（続き）

第4領域（続き）

項目番号	評価項目	a	b	c
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	70.0%	28.4%	1.6%
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	59.2%	39.5%	1.4%
4.16.1.2	情報システム管理の規程・手順が適切に整備されている	70.5%	28.1%	1.4%
4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	86.4%	12.2%	1.4%
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	92.2%	6.5%	1.4%
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	63.8%	34.9%	1.4%
4.13.2.3	食事の安全性が確保されている	81.0%	17.7%	1.3%
4.15.3.2	診療記録管理の質改善を推進している	52.3%	46.4%	1.3%
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	61.1%	37.5%	1.3%
4.3.2.1	薬剤が適切に保管されている	86.1%	12.6%	1.3%
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	84.7%	13.9%	1.3%
4.3.4.1	薬剤師による薬歴管理・服薬管理指導が行われている	73.7%	24.9%	1.3%
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	81.5%	17.2%	1.3%
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	69.1%	29.6%	1.3%
4.20.3.1	研修プログラムが評価されている	80.4%	18.4%	1.3%
4.20.3.2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	70.3%	28.5%	1.3%
4.14.2.2	リハビリテーションが安全に実施されている	71.4%	27.5%	1.1%
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	88.9%	10.0%	1.1%
4.15.3.1	診療記録の管理に関わる職員の能力開発に努めている	61.4%	37.5%	1.1%
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	67.0%	31.9%	1.1%

第5領域

項目番号	評価項目	a	b	c
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	58.7%	28.0%	13.3%
5.4.2.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	40.2%	50.8%	8.9%
5.7.1.1	薬剤が適切に管理されている	70.7%	21.0%	8.3%
5.2.3.1	指示出し・指示受けが適切に行われている	76.7%	15.7%	7.6%
5.2.3.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	86.7%	7.9%	5.5%
5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	37.7%	56.9%	5.4%
5.4.8.1	安全確保のための身体抑制の必要性が適切に評価されている	72.0%	23.6%	4.5%
5.4.8.2	身体抑制を実施する際は、十分な説明が行われ、同意が得られている	71.5%	24.5%	4.0%
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	73.8%	23.1%	3.1%
5.5.1.1	標準予防策・感染経路別予防策が適切に実施されている	86.0%	11.2%	2.7%
5.4.2.1	確実・安全な処方が行われている	87.6%	10.6%	1.8%
5.4.3.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	83.9%	14.4%	1.7%
5.6.1.1	診療録の記載が適切である	61.8%	36.6%	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	40.8%	36.2%	23.1%
6.1.3.1	職場の安全衛生が確保されている	41.6%	48.8%	9.7%
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	39.4%	56.3%	4.3%
6.3.1.3	施設・設備の保守管理が適切に行われている	72.4%	23.3%	4.3%
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	45.0%	51.7%	3.2%
6.1.3.2	職業感染への対応がなされている	81.5%	15.8%	2.7%
6.5.1.2	委託業務の管理が適切に行われている	53.9%	43.7%	2.4%

表 17-1. c 判定が1%を超える小項目（続き）

第6領域（続き）

項目番号	評価項目	a	b	c
6.2.2.2	予算の執行が適切である	88.7%	9.9%	1.3%
6.1.1.2	必要な人材が確保されている	16.9%	81.8%	1.3%
6.1.1.3	就労管理が適切に行われている	32.7%	66.0%	1.3%
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	60.6%	38.1%	1.3%
6.2.4.2	窓口の収納業務が適切に行われている	91.7%	7.2%	1.1%
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	78.6%	20.4%	1.1%

第7領域

項目番号	評価項目	a	b	c
7.4.2.1	精神科専門療法（デイケアや作業療法）に伴い収入が生じた場合に患者にすべて還元されている	81.6%	5.3%	13.2%
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	77.1%	12.9%	10.0%
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	87.0%	5.6%	7.4%
7.2.2.2	隔離が適切に行われている	81.3%	13.8%	5.0%
7.1.1.1	同意能力の判定が適切に行われ、同意書が作成されている	83.3%	11.9%	4.8%
7.1.1.2	任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている	75.6%	20.5%	3.8%
7.2.3.2	身体拘束が適切に行われている	76.2%	20.2%	3.6%
7.5.1.1	抗精神病薬が適切（安全）に投与されている	59.5%	36.9%	3.6%
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	87.1%	9.7%	3.2%
7.2.2.1	精神科隔離室が整備されている	73.8%	23.8%	2.5%
7.2.1.3	通信・面会の対応が適切である	84.5%	13.1%	2.4%
7.2.1.4	精神医療審査会および実地指導への対応が適切に行われている	88.1%	9.5%	2.4%
7.4.1.1	入院形態に応じた事務手続きと処遇が適切に行われている	85.7%	11.9%	2.4%

第8領域

項目番号	評価項目	a	b	c
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	78.2%	16.8%	5.0%
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	73.3%	22.4%	4.3%
8.1.1.3	検討した内容が記録され整理保管されている	78.2%	17.6%	4.2%
8.1.2.2	人権に配慮した対応が行われている	66.4%	29.4%	4.2%
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	74.0%	22.1%	3.9%
8.2.1.1	QOLの向上を目指した診療計画が作成されている	78.6%	18.8%	2.6%
8.1.2.1	患者本人の希望や意思の確認に努めている	86.6%	10.9%	2.5%
8.2.1.2	QOLの向上を目指したケア計画が作成されている	70.8%	27.3%	1.9%
8.3.5.1	コミュニケーション障害の原因が診断され、機能回復に努めている	66.9%	31.2%	1.9%
8.3.6.1	患者の生活リズムの確立に努めている	63.6%	34.4%	1.9%
8.3.1.1	慢性期の医療が適切に行われている	89.6%	9.1%	1.3%
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	69.5%	29.2%	1.3%
8.3.2.2	嚥下機能の維持・向上に努めている	82.5%	16.2%	1.3%
8.3.3.1	排泄機能障害の原因が診断され機能の回復に努めている	75.3%	23.4%	1.3%
8.3.3.2	排泄機能の維持・向上に努めている	71.4%	27.3%	1.3%
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	69.5%	29.2%	1.3%

17.2 中項目ごとの評点分布

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

【評点の内容】

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

表 17-2. 中項目ごとの評点分布

項目番号	評価項目	5	4	3	2	1
1.1.1	理念および基本方針が確立されている	0.0%	67.6%	32.4%	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	0.5%	72.7%	26.8%	0.0%	0.0%
1.2.2	組織運営が計画的になされている	0.0%	51.5%	48.0%	0.5%	0.0%
1.3.1	病院は組織規程に基づいて運営されている	0.0%	26.3%	71.8%	1.9%	0.0%
1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	0.0%	46.9%	52.8%	0.3%	0.0%
1.4.1	情報管理の体制が確立している	0.8%	49.3%	49.6%	0.3%	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%	23.3%	75.3%	1.3%	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	0.0%	13.7%	81.2%	5.1%	0.0%
1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	0.8%	72.7%	26.3%	0.3%	0.0%
1.6.2	地域への情報発信が適切に行われている	0.0%	43.7%	56.0%	0.3%	0.0%
1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	0.5%	90.1%	9.4%	0.0%	0.0%
1.7.2	禁煙が徹底されている	0.5%	35.7%	61.4%	2.4%	0.0%
1.7.3	地球環境に配慮している	0.8%	62.7%	36.5%	0.0%	0.0%
1.8.1	継続的な医療サービスの質改善への取り組みがなされている	0.5%	48.5%	50.7%	0.3%	0.0%
2.1.1	患者の権利が明確である	0.3%	44.2%	52.5%	2.9%	0.0%
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	0.0%	30.0%	63.0%	7.0%	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%	32.2%	62.5%	5.4%	0.0%
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	0.5%	72.1%	27.3%	0.0%	0.0%
2.3.1	安全確保のための組織体制が確立している	0.0%	83.1%	15.8%	1.1%	0.0%
2.3.2	安全確保の手順が定められている	0.0%	47.2%	38.9%	13.9%	0.0%
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	0.3%	19.6%	72.4%	7.8%	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%	75.3%	24.1%	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	0.3%	72.1%	23.9%	3.8%	0.0%
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	0.0%	64.9%	34.3%	0.8%	0.0%
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	0.3%	33.8%	64.3%	1.6%	0.0%
2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	0.3%	59.5%	38.1%	2.1%	0.0%
2.6.2	診療の質の向上に向けた活動が適切に行われている	0.0%	33.2%	66.8%	0.0%	0.0%
3.1.1	案内機能が適切である	0.0%	33.0%	64.9%	2.1%	0.0%
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	0.0%	46.4%	51.8%	1.9%	0.0%
3.2.1	患者・家族の相談に応じている	0.0%	74.5%	24.7%	0.8%	0.0%
3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	0.0%	50.7%	48.5%	0.8%	0.0%
3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	0.0%	44.2%	54.7%	1.1%	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%	68.6%	31.1%	0.0%	0.0%
3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	0.3%	53.1%	42.4%	4.3%	0.0%
3.5.1	適切な療養環境が保たれている	1.1%	54.2%	44.5%	0.3%	0.0%
3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	0.0%	41.6%	53.1%	5.4%	0.0%

表 17-2. 中項目ごとの評点分布（続き）

項目番号	評価項目	5	4	3	2	1
4.1.1	診療部門の体制が確立している	0.0%	30.8%	67.8%	1.3%	0.0%
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	0.3%	36.2%	63.5%	0.0%	0.0%
4.2.1	看護部門の体制が確立している	0.0%	40.8%	55.8%	3.5%	0.0%
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	0.0%	78.8%	20.9%	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	1.1%	62.2%	34.9%	1.9%	0.0%
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	0.3%	71.8%	27.3%	0.5%	0.0%
4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	0.0%	46.6%	46.1%	7.2%	0.0%
4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	0.0%	46.6%	41.3%	12.1%	0.0%
4.3.3	調剤が適切に行われている	0.0%	20.9%	59.5%	19.6%	0.0%
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	0.3%	51.7%	44.8%	3.2%	0.0%
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	0.0%	50.4%	49.6%	0.0%	0.0%
4.4.1	臨床検査の体制が確立している	0.3%	69.4%	28.4%	1.9%	0.0%
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	0.3%	65.3%	32.5%	1.9%	0.0%
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	0.5%	67.0%	31.9%	0.5%	0.0%
4.5.1	病理診断の体制が確立している	0.7%	52.0%	41.8%	5.6%	0.0%
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	2.1%	68.0%	26.7%	3.2%	0.0%
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	1.6%	71.9%	25.9%	0.5%	0.0%
4.6.1	画像診断の体制が確立している	0.3%	55.8%	42.0%	1.9%	0.0%
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	0.3%	56.8%	41.4%	1.6%	0.0%
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	69.5%	29.4%	0.8%	0.0%
4.7.1	放射線治療の体制が確立している	0.7%	63.9%	34.7%	0.7%	0.0%
4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	1.1%	83.6%	14.6%	0.7%	0.0%
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	0.0%	81.5%	18.5%	0.0%	0.0%
4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	0.3%	71.7%	21.7%	6.3%	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%	83.3%	15.5%	0.9%	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%	55.9%	43.2%	0.9%	0.0%
4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	0.7%	47.6%	44.1%	7.6%	0.0%
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	0.0%	66.9%	32.4%	0.7%	0.0%
4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	66.8%	33.2%	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%	69.4%	27.4%	3.0%	0.0%
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	0.3%	54.1%	37.0%	8.6%	0.0%
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	0.3%	59.2%	38.6%	1.9%	0.0%
4.11.1	集中治療の体制が確立している	1.4%	60.8%	34.5%	3.4%	0.0%
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	0.7%	84.6%	14.1%	0.7%	0.0%
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	59.9%	39.5%	0.7%	0.0%
4.12.1	救急医療の体制が確立している	1.0%	56.5%	39.9%	2.6%	0.0%
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	1.0%	68.1%	28.9%	2.0%	0.0%
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	1.3%	41.7%	57.0%	0.0%	0.0%
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	0.0%	49.7%	36.5%	13.8%	0.0%
4.13.1	栄養管理の体制が確立している	0.0%	51.2%	46.6%	2.1%	0.0%
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	0.3%	47.2%	50.7%	1.9%	0.0%
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	0.3%	71.6%	27.9%	0.3%	0.0%
4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	0.3%	46.6%	51.2%	1.9%	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	0.5%	55.6%	42.8%	1.1%	0.0%
4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	69.4%	30.1%	0.5%	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%	40.8%	53.6%	5.6%	0.0%
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	0.0%	32.2%	52.3%	15.5%	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%	42.9%	55.2%	1.9%	0.0%
4.16.1	情報システム管理の体制が確立している	0.3%	55.0%	43.3%	1.4%	0.0%
4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	0.3%	64.3%	32.9%	2.5%	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	0.3%	47.2%	52.5%	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%	85.9%	12.7%	1.1%	0.0%
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	0.8%	86.2%	12.7%	0.3%	0.0%
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	0.0%	74.6%	25.4%	0.0%	0.0%
4.18.1	外来診療・看護の体制が確立している	0.3%	66.4%	29.8%	3.5%	0.0%
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	0.3%	57.0%	35.5%	7.3%	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%	74.2%	25.8%	0.0%	0.0%
4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	0.5%	49.3%	47.7%	2.4%	0.0%
4.19.2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	0.3%	75.1%	24.4%	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%	51.7%	48.3%	0.0%	0.0%
4.20.1	臨床研修体制が確立している	1.2%	80.1%	17.4%	1.2%	0.0%
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	1.3%	89.3%	9.4%	0.0%	0.0%
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	1.3%	64.6%	32.9%	1.3%	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	0.0%	67.0%	32.7%	0.3%	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%	89.2%	10.5%	0.3%	0.0%
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	0.0%	73.5%	26.2%	0.3%	0.0%
5.2.1	入院の目的が明確である	0.0%	87.8%	11.9%	0.3%	0.0%
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	0.0%	56.9%	42.2%	1.0%	0.0%
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	0.0%	72.9%	17.6%	9.6%	0.0%
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	0.0%	84.8%	15.2%	0.0%	0.0%
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	0.1%	80.8%	19.1%	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%	76.6%	22.3%	1.1%	0.0%
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	0.0%	31.1%	58.1%	10.8%	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	0.6%	76.9%	20.9%	1.6%	0.0%
5.4.4	周術期の対応が適切である	0.1%	65.0%	33.5%	1.3%	0.0%
5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	0.0%	76.4%	23.5%	0.2%	0.0%
5.4.6	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている	0.3%	78.7%	20.7%	0.2%	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	0.5%	68.8%	30.0%	0.7%	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%	42.5%	40.7%	16.8%	0.0%
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	0.6%	90.9%	8.3%	0.2%	0.0%
5.4.10	ターミナルステージの患者に適切に対応している	0.1%	82.0%	17.9%	0.0%	0.0%
5.5.1	医療関連感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	0.0%	65.2%	31.2%	3.6%	0.0%
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	0.0%	23.3%	68.8%	8.0%	0.0%
5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	0.0%	57.5%	34.1%	8.4%	0.0%
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	0.5%	89.3%	10.2%	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%	9.9%	87.7%	2.4%	0.0%
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	0.3%	31.4%	64.6%	3.8%	0.0%
6.1.3	職員が安心して働ける労働環境が整備されている	0.0%	25.2%	62.2%	12.6%	0.0%
6.2.1	財務会計が適切に行われている	0.0%	65.4%	34.3%	0.3%	0.0%
6.2.2	予算管理が適切に行われている	0.0%	78.0%	20.4%	1.6%	0.0%
6.2.3	経営管理が適切に行われている	0.0%	60.8%	39.0%	0.3%	0.0%
6.2.4	医事業務が適切に行われている	0.0%	63.8%	35.1%	1.1%	0.0%
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	0.0%	62.9%	36.9%	0.3%	0.0%
6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	0.0%	67.6%	28.2%	4.3%	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%	36.2%	40.5%	23.3%	0.0%
6.4.1	物品購入が適切に行われている	0.0%	76.9%	23.1%	0.0%	0.0%
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	0.3%	67.6%	31.6%	0.5%	0.0%
6.5.1	業務委託が適切に行われている	0.0%	49.6%	47.7%	2.7%	0.0%
6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	0.3%	50.9%	46.9%	1.9%	0.0%
6.6.2	病院の保安体制が適切である	0.0%	85.3%	13.7%	1.1%	0.0%
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	0.0%	92.5%	7.2%	0.3%	0.0%
7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	0.0%	69.0%	22.6%	8.3%	0.0%
7.1.2	医療保護入院の管理が適切に行われている	0.0%	73.8%	26.2%	0.0%	0.0%
7.1.3	措置入院・医療観察法に基づく入院の管理が適切に行われている	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%
7.1.4	精神科救急に適切に対応している	2.4%	91.6%	6.0%	0.0%	0.0%
7.2.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇が行われている	0.0%	64.3%	32.1%	3.6%	0.0%
7.2.2	隔離が適切に行われている	0.0%	62.5%	30.0%	7.5%	0.0%
7.2.3	身体拘束が適切に行われている	0.0%	67.9%	28.6%	3.6%	0.0%
7.3.1	精神科リハビリテーションが適切に行われている	0.0%	61.9%	38.1%	0.0%	0.0%
7.3.2	退院に向けての支援が適切である	0.0%	79.8%	20.2%	0.0%	0.0%
7.4.1	入退院に関する事務手続きが適切に行われている	0.0%	85.7%	11.9%	2.4%	0.0%
7.4.2	患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている	0.0%	82.1%	5.1%	12.8%	0.0%
7.4.3	預り金管理が適切に行われている	0.0%	76.7%	12.3%	11.0%	0.0%
7.5.1	精神科専門治療が適切に行われている	0.0%	59.5%	36.9%	3.6%	0.0%
7.5.2	精神障害者の身体合併(併存)症治療が適切に行われている	1.2%	85.7%	13.1%	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%	88.4%	11.6%	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%	70.6%	23.5%	5.9%	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%	42.0%	47.9%	10.1%	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	0.6%	62.3%	33.8%	3.2%	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%	74.7%	24.7%	0.6%	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%	76.0%	22.1%	1.9%	0.0%
8.3.2	嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている	0.0%	64.9%	33.8%	1.3%	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	0.6%	64.9%	33.1%	1.3%	0.0%
8.3.4	認知機能が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている	0.0%	64.9%	31.2%	3.9%	0.0%
8.3.5	コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている	0.0%	64.9%	33.1%	1.9%	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%	53.2%	45.5%	1.3%	0.0%

17.3 評点2以下の項目の主な指摘事項

中間的な審査結果報告書で評点2以下が多く付された項目の主な指摘事項を領域ごとに取りまとめた。なお、病院の規模・機能に応じて求められる内容が異なるため、必ずしも全ての施設が同一の指摘を受けるとは限らない。また、c判定の評価所見がなかった小項目については「-」とした。

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.5 職員の教育・研修

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	
1.5.1.1	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている	<p>○全職員を対象にした年間の教育・研修計画が立てられていない。</p> <p>○教育・研修の実施記録が整備されていない。</p> <p>○年間の教育計画は立てられているが、医療安全、感染管理以外の必要性の高い課題（患者の権利、医療倫理、個人情報保護等）についての研修は実施されていない。</p>
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	<p>○図書情報が一元的に管理されていない。</p> <p>○文献の検索・入手などについて病院として体制の整備は行っていない。</p>

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	<p>○屋上に職員用の喫煙場所が設けられており、全館禁煙ではない。</p> <p>○喫煙場所が病院玄関に隣接しており、非喫煙者の受動喫煙の可能性があるため、不適切である。</p>
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	<p>○職員の喫煙率が把握されていない。</p> <p>○患者および職員に対しての啓発活動実績が確認できない。</p>

第2領域 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.1 患者の権利と医療者の倫理

2.1.1	患者の権利が明確である	
2.1.1.1	患者の権利が明文化されている	-
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	○患者の権利に関して、病院案内や広報誌、ホームページに掲載されていない。 ○患者の権利に関する職員への教育・研修が行われていない。
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	
2.1.2.1	臨床倫理の方針が明確である	○臨床倫理の方針が明文化されていない。
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	○主要な倫理的な課題が明確にされておらず、検討する場も設けられていない/臨床倫理に関する検討した記録がみられない。 ○終末期医療や医療行為の妥当性といった臨床倫理の課題に関する検討体制/検討実績が見られない。
2.1.2.3	臨床研究に関する倫理が明確である	○臨床研究に関する規程が整備されていない。

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1	患者の知る権利を保障し、診療情報が患者と共有されている	
2.2.1.1	説明と同意についての方針・手順が明確である	○説明と同意について、病院としての方針や具体的な手順（説明と同意が必要となる範囲、関係スタッフの同席等）が作成されていない。
2.2.1.2	セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である	○セカンドオピニオンの方針が院内掲示されていない。 ○自院の患者が他施設にセカンドオピニオンを求める場合の手順がない。
2.2.1.3	診療情報が患者と共有されている	-
2.2.1.4	個人情報適切に保護されている	○ダウンロード規約やパスワード管理、記憶媒体の管理などが手順で示されていない。

		<p>○電子カルテ、オーダーリングシステムなどの職員のアクセス権が明確でない。</p> <p>○個人情報の院外持ち出し規程がない。</p> <p>○個人別のパスワードの設定、コンピュータのデバイスプロテクト等は実施されていない。</p> <p>○インターネットに接続可能なパソコンに個人情報を含む院内 LAN システムが接続されており、セキュリティ上の問題がある。</p> <p>○パスワードの定期的な変更が行われていない。</p>
--	--	--

2.3 患者の安全確保

2.3.2	安全確保の手順が定められている	
2.3.2.1	患者・部位・検体などの誤認防止についての手順がある	-
2.3.2.2	情報伝達エラー防止についての手順がある	<p>○指示受け、実施の一連の手順が明確でない。</p> <p>○口頭指示の内容は看護師が代行入力しているが、医師が確認する手順とはなっていない。</p> <p>○1 文字だけで薬品検索・投薬オーダーができる仕組みである。</p> <p>○処方箋の記載ルールおよび数量・単位などの記載ルールが明確化されていない。</p> <p>○内服薬の服薬確認の手順が明確でない。</p> <p>○指示受け・実施の記録が全く残っていない。</p> <p>○定期薬を処方した医師名の記載がない。</p> <p>○指示受けの署名がされているが、実施者の署名は診療録では確認できない。</p>
2.3.2.3	安全な手技実施についての手順がある	<p>○造影 CT が医師の監視下でなくても実施可能となっており、安全とはいえない。</p> <p>○医療機器の安全な取り扱いの手順が作成されていない。</p>
2.3.2.4	薬剤の安全使用に関する手順が整備されている	<p>○ハイリスク薬の院内指定、安全使用の手順、保管基準・手順が整備されていない。</p> <p>○糖尿病薬やインスリン製剤についての安全使用手順が作成されていない。</p>

		<p>○KCL がハイリスク薬の扱いになっていない/病棟・外来・その他の部署の非常用カート内に高濃度カリウム製剤を保管する手順になっている。</p> <p>○部署に定数配置されている麻薬の薬剤師による点検は月 1 回のみで不十分である。</p> <p>○抗がん剤レジメン登録・管理手順が整備されていない。</p> <p>○抗がん剤の安全使用の手順が整備されていない。</p> <p>○休日・時間外の抗がん剤の調製・混合は、病棟で看護師が実施している。</p> <p>○抗がん剤の調製・混合の際に安全キャビネットは使用されていない。</p> <p>○処方内容に対する疑義照会の手順の整備がない。</p> <p>○各部署の薬品保管棚や非常用カートは一般薬、劇薬、ハイリスク薬の区分整備がなされていない。</p>
2.3.2.5	ハイリスクな診療行為の実施における患者の観察などの手順が確立している	○術中のガーゼカウントの記載手順の明示や徹底がされていない/最終カウントとの一致記録が明確でない。
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	○チューブトラブル防止のための対応手順は定められていない。
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	
2.3.3.1	安全確保のための院内の情報を収集し活用している	-
2.3.3.2	安全確保のための院外からの情報を活用している	-
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修を実施している	○全職員を対象とした研修が行われているが、参加者が少なく、医師が参加していない/全職員を対象とした教育・研修が年 1 回しか開催されておらず不十分である。
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	○召集訓練・BLS・ACLS 訓練などの実施が十分

		<p>とはいえない。</p> <p>○緊急時、PHS で連絡しているが院内緊急コードはない。</p> <p>○非常用カートの点検済みの表示がない/非常用カートには期限切れの薬品が見られ、劇薬表示が明確でない。</p> <p>○非常用カートの置き場や物品の管理の統一などが図られていない。</p>
--	--	---

2.5 医療関連感染管理

2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	
2.5.1.1	医療関連感染管理について組織的に検討する体制が整備されている	<p>○感染対策委員会に院長、看護部長、事務部長、検査部門の代表者が参加していない/薬剤師の参加がない。</p> <p>○院内感染対策委員会は設置されているが年 2～3 回程度と開催頻度が低い。</p>

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	<p>○診療記録の記載基準が定められていない。</p> <p>○リハビリ訓練記録、薬歴管理記録、薬剤指導記録、MSW 相談記録が別冊で部署保管となっており、記録を共有できない。</p> <p>○入院診療録が退院後も診療科別に保管されており、記録を共有できない。</p>
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 療養環境と患者サービス

3.1 案内機能と待ち時間

3.1.1	案内機能が適切である	
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	○室料差額金額・食事療養費の負担額等、療養担当規則で義務付けられている内容の表示がない。
3.1.1.3	担当者名や責任者名が紹介されている	○各部門管理者の氏名が掲示されていない。
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	
3.1.2.1	外来待ち時間の状況が把握され、短縮のための努力がなされている	○外来待ち時間調査が行われていない。
3.1.2.2	待つことの苦痛軽減に努力している	-

第4領域 医療提供の組織と運営

4.2 看護部門

4.2.1	看護部門の体制が確立している	
4.2.1.1	看護部門に必要な人員が適切に配置されている	○准看護師が看護師長となっている。 ○看護部の組織図が実態と整合していない。
4.2.1.2	業務規程が整備されている	○助産師・准看護師・歯科衛生士等の業務規程がない。
4.2.1.3	看護ケア提供の基準・手順が適切に整備されている	○ターミナル時、疼痛緩和・苦痛緩和、輸血時等の看護基準・手順が整備されていない。 ○看護ケア、処置、検査等に関する実施方法・手順が整備されていない。

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	○機能に照らして、薬剤師の日直・当直体制が十分でない。 ○機能や業務に見合った人数が配置されていない。
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。 ○薬局内に、自動錠剤分包機、クリーンベンチ、安全キャビネットなど必要な機材がない。
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	○ハイリスク薬の安全管理体制と管理手順が不明確である。 ○夜間・休日の薬剤師不在時の薬局入室記録が整備されていない/薬剤師不在時の薬局への出入りを管理する仕組みが整備されていない。 ○病棟に定数配置している麻薬の薬剤師による管理は、月1回のみで不十分である。
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	○薬品冷蔵庫の温度管理がなされていない。 ○夜間・休日の薬局入室手順はなく、入室記録も作成されていない。

		○調剤室・薬局の鍵の管理が不適切である（薬局の鍵を多数の職員が常時自己所有している、暗証番号の変更が行われていない、薬剤師不在時は薬局の鍵がロッカーに保管されている、調剤室が無施錠になる時間帯がある、等）。
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	○薬剤の在庫量・廃棄数量・金額が把握されていない。 ○薬剤の実地棚卸が年 1 回しか行われていない。
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	○病棟の定数配置薬の数量が明確になっていない。 ○病棟配置薬の管理に対する薬剤師の関与が少ない。
4.3.2.4	麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品などが適切に管理されている	○麻薬保管庫の鍵の管理責任の所在が不明確である（事務室の机等、誰でも取り出せる場所に置かれている）。 ○特に夜間・休日等、薬剤師不在時の麻薬保管庫の鍵の管理責任が明確でない。 ○向精神薬が書類やファイル等と同じ戸棚で保管されており不適切である。 ○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）。 ○ハイリスク薬の管理規程が明確でない。
4.3.3	調剤が適切に行われている	
4.3.3.1	処方鑑査と必要に応じて処方医に対する疑義照会が行われている	○病棟における注射薬の処方に薬剤師の関与がない。
4.3.3.2	調剤後の確認を行う体制があり、確実に実施している	○経口薬の処方箋に押印はあるが調剤と鑑査の区別がつかない。 ○注射薬の調剤鑑査が行われていない。 ○処方箋に薬剤師調剤済印がなく、鑑査時の調剤過誤が把握されていない。
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	○抗がん剤の調製・混合が安全キャビネットを使用せず行われている。 ○抗がん剤の調製・混合を薬剤師が行っていない。

		○注射薬の調製・混合の手順が明文化されていない。
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	○注射薬の薬剤師による個人別での取り揃えが1日ごとである/1施用ごとでない/1施用ごとの取り揃えは一部にとどまっている。
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	○服薬指導を行っていない/対象が少ない。 ○薬歴管理を行っていない/対象が少ない。
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	○院内/院外で発生した薬剤の副作用情報を薬剤部門で一元的に収集・分析できる報告システムが確立されていない。

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	○病理医をはじめ、病理診断に必要な人員が確保されていない。 ○全身麻酔が多く行われているが、病理医や細胞検査士はいない/非常勤である。 ○病理診断は外注で行われているが、院内の責任者が不明である。
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	○病理室ではホルマリン（ホルムアルデヒド）濃度測定等は一度も行われていない/管理濃度を大幅に超えている。
4.5.1.3	病理診断の業務マニュアルが適切に整備されている	○必要な迅速組織診の手順が整備されていない。 ○病理診断の依頼および結果報告手順がない。 ○外部委託での病理診断の依頼、診断結果の報告の手順がない。 ○病理診断の手順（検体の採取、標本作製、検査提出、結果報告の取り扱い等）が明確でない。

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	○術中迅速診断が行われていない。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	-
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	○病理検体の誤認防止の手順が明文化されていない。

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	○輸血業務全般を監督する責任医師が明確でない。 ○輸血用血液製剤を一元的に管理する体制になっていない。
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	○凍結血漿用の冷凍庫に検査検体・ワクチン・試薬等が保管されている。 ○自記温度記録計付きの専用保冷库・冷凍庫が整備されていない。 ○温度表示はあるが、温度チェックの記録はされていない。 ○ウィルス感染者の自己血が非感染性自己血と同一の保冷库に保管されている。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	○輸血開始後 5 分後、15 分後の観察や記録がない。

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	○麻酔科医が確保されていない。 ○麻酔科医が手術件数・病院の機能からみて十分ではない。 ○全身麻酔・悪性腫瘍の手術実績を勘案すると、常勤麻酔科医が必要であるが確保されていない。

4.9.1.2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	<p>○手術室の空調設備に HEPA フィルターが入っていない。</p> <p>○麻酔器や医療機器の日常点検に臨床工学技士の関与がない。</p> <p>○筋弛緩剤が他の薬剤一緒に保管されている。</p> <p>○手術室内に薬剤が定数配置されているが、管理に薬剤師が関与していない。</p> <p>○毒薬が施錠されずに保管されている。</p> <p>○向精神薬の管理が不適切である。</p> <p>○薬剤師による麻薬在庫点検は年 2 回のみで不十分である。</p>
4.9.1.3	手術・麻酔の基準・手順が適切に整備されている	○手術室運営マニュアルが作成されていない。

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	○委託業者との器材の受渡し責任者が決められていない。
4.10.1.2	機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	<p>○設備・機器の保守点検が明確でない。</p> <p>○オートクレーブ等の定期的な点検、始業時点検が行われていない。</p>
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	<p>○洗浄・滅菌（リコールを含め）実施手順および詳細な滅菌機器取り扱いマニュアルがない。</p> <p>○汚染器材搬送手順、清潔物品払い出し手順がない。</p> <p>○物理的、化学的および生物学的インディケータの実施基準・手順がない。</p>
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	<p>○既滅菌物の保管が適切でない（未滅菌物と既滅菌物が同じ棚の別の段に保管されている、等）。</p> <p>○滅菌する物品が覆布されていない。</p> <p>○生物学的インディケータでの滅菌確認は行われていない。</p>

		○物理的インディケータが設置されていない。
4. 10. 2. 2	洗浄・滅菌業務が安全に実施されている	○一次洗浄の際に感染防止用のガウン・防護具等は使用されていない。 ○洗浄・滅菌を実施するためのマニュアルがない/不適切である（オートクレーブの温度等の数値や滅菌器材の記録がない、等）。 ○安全に実施されるための実施手順、感染管理手順に沿った業務が実施されていない。 ○EOG 滅菌の作業主任者が配置されていない。

4. 12 救急医療機能

4. 12. 1	救急医療の体制が確立している	
4. 12. 1. 1	救急医療に必要な人員が適切に配置されている	○救急機能の水準に照らして、薬剤師、臨床検査技師、および診療放射線技師の体制が十分でない。 ○救急外来の薬品棚に高濃度カリウム製剤が他の薬剤と一緒に区別されずに置かれている。
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	○麻薬保管庫の鍵の保管が適切でない（保管場所を全ての職員が把握している/守衛室に保管されている、等）。 ○高濃度カリウム注射薬が他の薬剤と区別されずに置かれている。 ○一部の向精神薬が施錠されない状態で保管されている。
4. 12. 1. 3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	-
4. 12. 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への方針・対応手順が定められていない。 ○ドナーカードに関する事項の職員への周知・教育を行っていない。 ○ドナー家族に対する心理的支援体制や院内各部署の対応体制などができていない。
4. 12. 4. 2	【脳死下で臓器提供を行う施	○倫理委員会において、病院として脳死下の臓

	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	器摘出に合意した記録がない。 ○シミュレーションが十分ではない/行われていない。
--	---	---

4.13 栄養管理機能

4.13.1	栄養管理の体制が確立している	
4.13.1.1	栄養管理等に必要な人員が適切に配置されている	-
4.13.1.2	栄養管理等に必要な施設・設備・器具などが整備され、適切に管理されている	○調理室の作業区域における清潔・不潔が明確に区分されていない。 ○調理室の温度・湿度管理が十分でない（湿度の計測が実施されていない、調理室内の床に水溜りがある、床が濡れている、等）。 ○食品保管庫に非食品の備品等が混在している。 ○故障した厨房機器の整備や交換が行われていない。
4.13.1.3	栄養管理の業務マニュアルが適切に整備されている	○栄養指導の基準・手順がない。

4.15 診療記録の管理

4.15.1	診療記録を管理する体制が確立している	
4.15.1.1	診療記録の管理に必要な人員が適切に配置されている	○責任者の権限が明確ではない。 ○有資格者が診療情報管理室に配置されていない。 ○診療録管理の専門知識を有し指導・管理する職員が配置されていない（外部委託の場合）。 ○退院患者数など病院の規模・機能からみて、診療情報管理士の配置状況は十分ではない。
4.15.1.2	機能に見合った施設・設備・機器などが整備され、適切に管理されている	○診療情報管理の執務スペース、診療録の閲覧スペースがない。 ○診療録保管庫の中に医療材料が保管されてお

		<p>り適切でない。</p> <p>○診療情報管理に必要な情報機器・ソフトウェアが整備されていない。</p>
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	<p>○診療情報整備に関する業務手順がない。</p> <p>○診療記録の作成、利用、保管に関する規程が作成されていない。</p> <p>○診療記録の貸し出しにおけるアライ管理の規程が明確でなく、返却期限も定められていない。</p> <p>○病名・手術名がコード化されていない。</p>
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	<p>○入院診療録が、退院年度ごと/1 入院ごと/五十音順で保管され、同一 ID の診療録が同一場所に保管されていない。</p> <p>○入院診療計画書、手術等の同意書が、ID 番号により管理されていない。</p> <p>○外来診療録・入院診療録が異なる部署で管理されており、連携がみられない。</p> <p>○電子カルテの病名・手術名と、退院時サマリーの病名（漢字）、病歴システムの病名（コード）の整合性が明確でない。</p>
4. 15. 2. 2	診療記録管理業務が適切に実施されている	<p>○診療録情報の規程・手順がない。</p> <p>○入院診療計画書や同意書など紙媒体による原本は、個々の診療録とは別保管されている。</p> <p>○量的点検が行われていない。</p> <p>○退院時サマリーの 2 週間以内の作成率が 70% 台にとどまる/低い。</p> <p>○病名・手術名のコード化への取り組みがなされていない/主病名のみコード化されているが、統計等は作成されていない。</p> <p>○診療記録の貸出しの期限管理が適切でない/紛失事故が発生している。</p>
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	<p>○診療録の取り違え防止の仕組みが確認できない。</p> <p>○診療録は五十音順/年度別/1312 方式で保管さ</p>

		れており不適切である。
--	--	-------------

4.16 情報システム管理機能

4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	
4.16.2.1	情報システム機能が必要時に利用可能で、適切な処理能力を有している	-
4.16.2.2	情報の真正性が確保されている	-
4.16.2.3	情報システム機能は、診療の安全に配慮されている	○誤入力や誤操作を防止する機能はない。 ○患者の誤認防止など、安全性を確保する機能がない。 ○医薬品の3文字以上の検索、警告画面などの仕組みがない/1文字でも検索可能となっており、不適切である。

4.18 外来診療機能

4.18.1	外来診療・看護の体制が確立している	
4.18.1.1	外来診療・看護に必要な人員が適切に配置されている	-
4.18.1.2	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・ハイリスク薬剤の保管・管理に薬剤師の関与がない。 ○薬品は必要に応じて施錠できる管理とはなっていない/夜間の鍵の管理が明確ではない。 ○内視鏡室に清潔保管庫が整備されていない/内視鏡の洗浄の手順が整備されていない。
4.18.1.3	外来診療・看護の基準・手順が適切に整備されている	○長期にわたる定期的注射処方を看護師が転記しているが、医師による記載内容の確認が行われていない。
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	○医師の診療録記載の署名がほとんどない。 ○セカンドオピニオンが実施された実績はあるが、記録されていない事例がある。

		○外来患者のデイクアのみの実施時には、診療録に医師の所見が記載されていない。
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	<p>○部位誤認防止・感染管理・抗がん剤等の確実・安全に実施する手順が遵守されていない。</p> <p>○感染管理手順が遵守されていない。</p> <p>○感染性廃棄物容器の置き場と薬剤調製・混合台の間隔が狭く、接触による汚染が危惧される。</p> <p>○感染性廃棄物容器にバイオハザードマークが表示されていない。</p> <p>○オーダーリングシステムには、他科の診療情報を共有し、重複処方・重複検査の防止システムはない。</p> <p>○注射針のリキャップを容認する取り決めがある/標準予防策においてリキャップをしない方針が決められているが徹底されていない。</p> <p>○抗がん剤レジメン登録・管理手順が整備されていない。</p> <p>○抗がん剤の調製・混合に薬剤師の関与していない/限定的である。</p>

4.19 医療機器管理

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	
4.19.1.1	医療機器管理に必要な人員が適切に配置されている	<p>○医療機器安全管理者が配置されていない/管理担当者が明確でない。</p> <p>○臨床工学技士の関与が少ない。</p>
4.19.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備され、適切に管理されている	<p>○医療機器の配置や保守の状況について一元管理がなされていない。</p> <p>○機器別に管理状況が把握できる書類がない/主要な医療機器の点検が年1回である。</p>
4.19.1.3	医療機器管理の業務マニュアルが適切に整備されている	○機器の管理マニュアルが整備されていない。

第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.4 ケアの実施（各論の流れ）

5.4.2	投薬・注射が确实・安全に実施されている	
5.4.2.1	确实・安全な処方が行われている	<p>○医師の最終確認および署名のないまま実施している/口頭指示の手順が遵守されていない。</p> <p>○定期処方に医師の署名、受けた看護師名の記載がない。</p> <p>○指示出し・指示受けの仕組みが明確でない。</p> <p>○医師の指示内容が診療マニュアルに沿っていない。</p> <p>○診療録には処方内容が記載されていない。</p> <p>○1 文字でも薬剤選択が可能な運用になっている。</p>
5.4.2.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	<p>○調製・混合台の衛生管理が十分でない。</p> <p>○IVH ミキシングが物品庫で行われ、ミキシング台が一次洗浄の汚水が流れる側溝に隣接している。</p> <p>○抗がん剤の調製・混合を薬剤師が実施していない/病棟における薬剤師による注射用抗がん剤の調製・混合率が低い。</p> <p>○抗がん剤の調製・混合に際しゴーグル・ガウンを着用していない。</p> <p>○抗がん剤以外の注射薬の調製・混合に対する薬剤師の関与が少ない。</p> <p>○注射薬は薬剤部からは1 施用毎に払い出されているが、実施準備過程においてそれが崩されている。</p>
5.4.2.3	确实・安全な投薬・注射が実施されている	<p>○新薬、または副作用の強い薬など投与上注意を要する薬剤の特定がされていない。</p> <p>○用法記載のない処方を確認せずに実施しており不適切である。</p> <p>○抗菌薬投与時の観察マニュアルと記録が異なる/薬剤投与後の状態や反応を観察した記録が少ない。</p> <p>○レジメン管理が行われていない。</p>

5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	
5.4.8.1	安全確保のための身体抑制の必要性が適切に評価されている	<p>○身体抑制は医師の指示に基づいて実施すべきことや、解除についての記載が身体抑制の基準と手順にない/医師の指示による開始、終了が明確にされていない。</p> <p>○4点柵が身体抑制から除外されている。</p> <p>○身体抑制にあたって、その必要性を十分に評価しているとはいえない。</p>
5.4.8.2	身体抑制を実施する際は、十分な説明が行われ、同意が得られている	<p>○同意書の内容が不適切である（身体抑制の同意書におよその期間、適応項目が選択されていない/具体的な部位と抑制方法を明記していない/同意書の家族の署名を入院当日に得ている/入院時における他書類との一括同意である、開始日が不明、等）。</p> <p>○身体抑制を実施する際の説明が医師から行われていない。</p>
5.4.8.3	身体抑制が確実・安全に実施されている	<p>○身体抑制の実施・継続・解除について、医師の指示記載がない/看護師の判断に委ねられている。</p> <p>○身体抑制中の患者の状態・反応を観察したチェックシートの記載がない/観察記録が簡略すぎる/1日1回のみである。</p> <p>○抑制の軽減・解除に向けたカンファレンス記録がない/抑制中の解除・軽減に向けた基準がない。</p> <p>○身体抑制中の患者の状態・反応の観察についてマニュアルが遵守されていない。</p>

5.5 ケアプロセスにおける感染対策

5.5.1	医療関連感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	
5.5.1.1	標準予防策・感染経路別予防策が適切に実施されている	<p>○注射の調製・混合時の手洗いや一行為一手洗いが徹底されていない。</p> <p>○一次洗浄の手順が整備されていない/一次洗</p>

		<p>浄の際、ガウンや防護具等を着用していない。</p> <p>○中心静脈カテーテル挿入時の標準予防策が徹底されていない。</p>
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	○血液・体液などが飛散する恐れのある処置の時にマキシマル・バリア・プリコーションが実施されていない/防護具を着用していない。
5.5.1.3	抗菌薬を適正に使用している	○抗菌薬の使用に関する院内指針が遵守されていない。
5.5.1.4	針刺し・切創についての対策を実施している	<p>○リキャップ防止器具の活用が不十分である。</p> <p>○リキャップ禁止が徹底されていない。</p> <p>○血液の付着した針の取り扱いルールが徹底されていない。</p>

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	<p>○入院時所見の記載が乏しく不適切である。</p> <p>○医師による投薬処方内容の記載がない。</p> <p>○診療録の記載基準が守られていない（記録が鉛筆で記載されている、修正液を用いて修正しているものがある、等）。</p> <p>○医師の記録は判読困難な記録が見られる/略語・外国語の頻用したものが認められる。</p> <p>○医師記録に主治医のサインがない/記載者名がない。</p>
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	<p>○服薬指導内容が診療録では参照できない。</p> <p>○診療情報が一元管理されていない（服薬指導実施時の患者情報・薬歴、内服処方の記録や処方箋・与薬記録が診療録にファイルされない、リハビリテーションの訓練記録、説明と同意の記録等がし担当部署に保管され、退院後も診療録とは別に管理されている、等）。</p> <p>○退院診療録が多数存在する。</p> <p>○紙データが ID 番号で個別管理がなされていない。病棟一括管理のものもある。</p>

5.6.1.4	記載された診療録・看護記録が評価されている	<p>○診療録の質的点検（内容監査）が行われていない。</p> <p>○医師の診療録の記載の評価基準・手順は確立されていない。</p> <p>○看護記録の監査が行われていない/看護記録の内容監査、評価、フィードバックが行われていない。</p>
---------	-----------------------	---

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	<p>○麻薬・向精神薬・毒薬の施錠管理が不適切である（例：麻薬は手提げ金庫に保管され、施錠された机の引き出しに向精神薬とともに保管されている、麻薬保管庫の鍵番号が扉に貼られている、部署の全職員が暗証番号を知っている、等）。</p> <p>○麻薬保管庫に麻薬以外の物品（向精神薬・書類等）が保管されており不適切である。</p> <p>○麻薬保管マニュアルが整備されていない/麻薬管理簿がなく確認の記録がなされていない/麻薬の点検は使用した日のみである。</p> <p>○向精神薬の数量が把握されていない/確認の記録がなされていない。</p> <p>○ハイリスク薬、劇薬、第二種向精神薬が他の一般薬と明確に区別されていない/ハイリスク薬の個別の具体的管理手順が整備されていない/毒薬・劇薬の表示がない。</p>
5.7.1.2	医療機器が適切に使用されている	○機器の点検記録がない。

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	<p>○機能に見合った十分な OT・ST が確保されているとはいえない。</p> <p>○理学療法士、看護師、臨床検査技師が不足している。</p> <p>○一名配置部署があり、必要な人材が確保されているとは言えない。</p>
6.1.1.3	就労管理が適切に行われている	<p>○就業状況については、職種間で労働時間の格差がある。</p> <p>○医師の労働時間・有給休暇取得率は把握されていない。</p>
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	<p>○人事考課制度が設定されていない/人事考課基準を現在検討中である。</p> <p>○全職員を対象とした人事考課は実施されていない/医師については人事評価が実施されていない。</p>
6.1.2.2	人事考課が有効に活用されている	<p>○人事考課が実施されていない。</p> <p>○病院側からの人事評価はあるが、職員には周知されていない。</p>
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	<p>○衛生委員会の規程が定められていない/衛生委員会がない/開催頻度が少ない/毎月開催されていない。</p> <p>○衛生委員会の構成員が不適切である（産業医がいない/職員の過半数を代表する者が含まれていない・少ない/管理職のみである、等）。</p> <p>○衛生管理者が選任されていない。</p> <p>○医師の健康診断受診率が低い/非常勤医師の</p>

		<p>主たる勤務先での健康診断実施状況を確認していない。</p> <p>○特定業務従事者に対する健診が年 1 回しか実施されていない。</p> <p>○労働（公務）災害時の手続きについて規程・手順が明確にされていない。</p>
6.1.3.2	職業感染への対応がなされている	<p>○職員のワクチン接種状況が明確に把握されていない。</p> <p>○必要な職員や希望者への HBV ワクチンの予防接種が実施されていない。</p> <p>○針刺し事故発生後の職員のフォロー体制が明確でない。</p>
6.1.3.3	院内暴力について組織的に対応している	○院内暴力を防止する方針・対応策が明確でない/組織的に検討したことがない。
6.1.3.4	職場環境が整備されている	<p>○職員が休憩を取れる休憩室や職員食堂がない。</p> <p>○職員ロッカーが職員通用口の廊下に設置されており、更衣するにはプライバシーが保てない。</p>
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	<p>○職員代表との 36 条協定が締結されていない/労働基準監督署への届出は行われていない。</p> <p>○職員の過半数を代表する者と話し合う仕組みがない。</p> <p>○職員の過半数を代表する者の選出方法が定められていない。</p>

6.3 施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	
6.3.1.1	施設・設備の管理体制が整備されている	－
6.3.1.2	病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備されている	－
6.3.1.3	施設・設備の保守管理が適切に行われている	<p>○医療ガス安全・管理委員会が開催されていない/議事録が作成されていない/薬剤師・麻酔科医が参加していない。</p> <p>○医療ガスの実施責任者に無資格者が任じられ</p>

		<p>ている/監督責任者・実施責任者が明確でない。</p> <p>○医療ガス設備の日常的な点検が行われていない/点検の記録がない。</p>
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	-
6.3.2.2	廃棄物の処理が適切に行われている	<p>○感染性廃棄物の飛散・流出防止が不十分である（移しかえている、ビニール袋を一重で使用している、感染性廃棄物がミキシング台の真下に保管されている、一時保管場所に注意喚起表示がない、患者が接触する恐れがある、感染性廃棄物容器の置かれている汚物処理室が職員以外立ち入り禁止となっていない、最終保管場所の防鼠・防鳥対策が十分でない、等）。</p> <p>○感染性廃棄物の最終保管場所に非感染性の廃棄物が混在している/産業廃棄物（紙おむつ）が混在している/未使用の容器がある。</p> <p>○一般廃棄物保管場所に感染性廃棄物が保管されている。</p> <p>○感染性廃棄物の処理規程が古い/見直しや改定がなされていない。</p> <p>○針捨てボックス以外の感染性廃棄物容器の中にリキャップした針が捨てられている。</p> <p>○感染性廃棄物の容器にバイオハザードマークが貼付されていない/マークが見えない。</p> <p>○非感染性廃棄物の容器にバイオハザードマークが貼付されている。</p> <p>○最終保管場所の感染性廃棄物保管庫表示が小さい/管理責任者名や連絡先の表示がない/内部のみの表示で外から見えない等、不適切である。</p> <p>○職員・委託職員への感染性廃棄物に関する教育が十分でない/行われていない。</p> <p>○特別管理産業廃棄物責任者または担当者による最終処分地の実地確認が行われていない/10数年以上前に一度行っただけである。</p>

6.5 業務委託

6.5.1	業務委託が適切に行われている	
6.5.1.1	業務の委託に関する検討がなされている	○業務内容と委託の是非についての定期的な検討、契約更新時の見直し検討が行われていない。 ○委託業者の賠償責任範囲の確認が行われていない。
6.5.1.2	委託業務の管理が適切に行われている	○委託業者の業務報告がない/業務の実施状況を把握していない。 ○委託業者と病院間で定期的に業務内容を検討する場がない。 ○委託業者の業務の質を検討する場がない。 ○事故発生時の対応手順は定められていない。

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

7.1.1	任意入院の管理が適切に行われている	
7.1.1.1	同意能力の判定が適切に行われ、同意書が作成されている	○任意入院の判定基準が明文化されていない。 ○認知症患者の任意入院の継続判定根拠が明確に記録されていない/同意能力の判定が明確でない。
7.1.1.2	任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている	○任意入院患者の閉鎖病棟への入院に関しては、説明や同意していることの記載が診療録に見られない。 ○「任意入院患者の開放処遇の制限に関わる留意事項」が病棟内に掲示されていない。

7.2 入院中の処遇の適切性

7.2.2	隔離が適切に行われている	
7.2.2.1	精神科隔離室が整備されている	○隔離中の患者が他の入院患者から見通せる構造であり不適切である。 ○隔離室の排泄スペースにプライバシーを守る手段が講じられていない。 ○隔離室に監視 TV モニターが設置され作動しているが、カメラ設置について患者・家族の同意はとられていない。
7.2.2.2	隔離が適切に行われている	○措置入院の患者のカルテに隔離中の患者の観察記録がない・不十分である。 ○隔離の介助時間の記載がされていない。 ○隔離中の患者の診察が行われない日があり不適切である。
7.2.2.3	隔離を減らす取り組みが行われている	-

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	○精神科デイケアの消耗材料費が病院負担でな

	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	い（患者自己負担、デイケア収益でまかなわれている、等）。 ○作業収益金から材料費を差し引いて患者に還元しており不適切である。
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	○検討する委員会がなく、方針が明確でない。
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	○約定書には代理行為に関する双務契約の要件が明確に記載されていない。 ○一括通帳の口座開設者名が病院管理者ではない。 ○使用明細書を迅速に提示できる体制になっていない。 ○赤字患者に対する病院会計からの補填が行われていない、または一括預り分から支出されており不適切である。 ○預り金利息が還元されていない。
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	○双務契約が取り交わされていない。

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	○病棟の機能に見合った受け入れの方針がない。
8.1.1.2	受け入れの手順が明確である	○多職種で構成されたチームで入院判定を行う仕組みがない/病棟スタッフを含めた入院判定会議が開催されていない/療養病床として入院判定を行う仕組みがない。 ○受け入れ不可能な場合の対応の規定がない。
8.1.1.3	検討した内容が記録され整理保管されている	○受け入れに関する検討記録がない。
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	○患者・家族を交えたカンファレンスを行っていない。
8.1.2.2	人権に配慮した対応が行われている	○身体抑制の同意書に抑制方法・部位・期間の記入がない/入院時に一律・画一的にとられている。 ○身体抑制の開始は、医師の指示に基づいた実施ではない。 ○身体抑制に関する手順が遵守されていない。
8.1.2.3	金銭や私物は適正に管理されている	○預り金の台帳が個人別でない。 ○双務契約の約定書を取り交わしていない。

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の一部を紹介する。

なお、以下の所見は、当該病院の許諾を得て最終結果報告書から抜粋し、病院の許諾があった場合に限り病院名を付記した（最終結果報告書に評価所見の記載がない項目については「－」で示したほか、一部明らかな誤植については修正して掲載した）。

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

■A 病院

■一般病院（200-499 床） 単独型臨床研修病院 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	現院長の就任を機に、病院経営健全化や職員の意識改革に強い想いを持って取り組み、経営・運営への参加意識醸成や労働意欲の向上に顕著な成果が認められる。院長講話会は100回以上実施され、講堂の壁には自発的に各部署の活動成果が掲示されている他、職員が自発的にボランティアを組織して老朽化した建物の補修を行うなど意識改革が実を結んでいる。また、5か年計画「徳島県病院事業第2次経営健全化計画」を策定して、経営戦略会議で数値目標を明示しているなど、リーダーシップのあり方として他の模範となる。
1.2.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	経営改善および職員の意識改革のために、3年前から毎週金曜日に院長自ら企画し資料も作成する院長講話を継続的に実施し、既に100回を超える実績がある。院長講話の参加はオープンで職種・役職に関わらず自発的な参加が促されており、職員の意識改革や病院経営・運営の参加意識の醸成に顕著な成果が認められる。これ以外にも講堂の壁を利用し

		て各部署が活動成果や周知・共有したい事項を自由かつ自発的に掲示する取り組みなどもなされている。
1.2.1.2	病院運営上の課題を明確にしている	徳島県病院事業経営健全化基本方針により平成15年から5か年の計画を遂行し、今年度、第2次経営健全化計画を策定した。
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	経営戦略会議で各部局の目標を明確にし、数値計画などを示している。

■ 国立療養所沖縄愛楽園

■ 一般病院（200-499床） 新規受審

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	園長は愛楽園運営の基本方針として5つの事業目標を具体的に示し、基本的にはリハビリテーション・看護・福祉を行うプライマリケアの施設と位置付け、これに向けた職員の能力開発を支援し、このための質改善の手段として今回の受審に向けてリーダーシップを発揮されている。職員もこれに応えて一丸となって質改善に向けて取り組まれていることが随所に見受けられ、病院管理者のリーダーシップは極めて適切に発揮されている。
1.2.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	—
1.2.1.2	病院運営上の課題を明確にしている	—
1.2.1.3	主要な課題の解決に向けて主導的に関わっている	—

1.4 情報管理機能

■ 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■ 一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

1.4.1	情報管理の体制が確立している	情報管理担当は明確で、規程の中に守秘義務などもあり適切である。平成7年から電子カルテが導入されている。また、患者自身で診療録や検査データなどの自己情報を閲覧で
-------	----------------	---

		きる機能を持つシステムが構築され、先駆的な取り組みとして高く評価できる。
1.4.1.1	情報を統合的に管理する部署 または機能がある	情報管理はシステム管理部課が担当し、守秘義務などの規程が整備されている。
1.4.1.2	情報システムの活用方針が確立しており、計画的に対応が図られている	—

■独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.4.1	情報管理の体制が確立している	医療情報室が担当部署として診療情報などが統括的に管理されている。電子カルテとクリニカルパスが組み込まれたシステムが起動しており、医療の質・安全・効率の向上のための IT 活用方針が明確であり、高く評価される。また当院では病棟で約 580 種類と多数のクリニカルパスが設定されているだけでなく、平均稼働率も 90%以上であり診療の質向上や標準化に大きく寄与していることは高く評価できる。
1.4.1.1	情報を統合的に管理する部署 または機能がある	—
1.4.1.2	情報システムの活用方針が確立しており、計画的に対応が図られている	電子カルテが平成 18 年に導入され、順調に起動していると共に、電子カルテ上では診療情報と約 580 種類のクリニカルパスが組み合わされて起動している。これにより、診療の状況に合わせた医療の質・安全性が確保され、診療の標準化にも役立てられている。情報システム管理面からの安全性も確保されている。

1.6 地域における役割と連携

■独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設	勤労者のための医療、地域医療支援病院や地
-------	---------------	----------------------

	などとの連携が適切に図られている	域がん診療連携拠点病院など地域の中核的病院として機能し、特に地域連携パスを活用した活動が充実しており、地域医療連携室が中心となり行われている。また患者の診療情報は「私の診療記録」と呼ぶ情報ファイルを患者に持たすことにより情報の共有化が図られ、医療・療養のケアをシームレスに行う連携体制が確立されている。また香川県の連携パスの標準化に主導的に関わるなどその取り組みは高く評価される。
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	患者紹介率は約 70%、逆紹介率は約 50%と高く、共同指導も年間約 270 件で地域医療支援病院の機能は十分に果たされている。さらに、退院後の在宅療養を含めたシームレスなケアが地域の医療機関と地域連携パスを使って行われている。パスは、地域の研究会などで検討され常に改良されているだけでなく、当院が主導的に関わり香川県全域の標準として広く活用されている。

■ 武蔵野赤十字病院

■ 一般病院（500 床以上） 単独型臨床研修病院 更新受審

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	地域医療支援病院、地域リハビリテーションセンター、地域がん診療連携拠点病院に指定されるなど病院の役割・機能が明確であり、地域の脳卒中ネットワークを立ち上げたり、大学病院や医師会などと地域ぐるみで地域連携パスを作成し運用するなど地域連携のための院内の体制が整備され、地域連携機能が大いに発揮されており、他の模範となる組織的な活動を行っている。
-------	-------------------------------	--

1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	地域医療支援病院、地域リハビリテーションセンター、地域がん診療連携拠点病院に指定されるなど病院の役割・機能が明確である。また、地域でのリハビリテーション機能の不足状況の解消に向けて、医師が地域の理学療法士の指導や回復期リハビリテーション病床の管理・運営などについての助言を行うなど積極的な活動を行っている点は高く評価できる。
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	組織図には収載されていないが、医療連携センターを設置して医師3名を配置して、地域医療支援係との連携する仕組みが稼働している。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	脳卒中における地域完結型医療の達成のために、超急性期に対応するための脳卒中センターを設置して複数の診療科やコメディカルの協同により運用しているだけでなく、院内から院外の回復期リハビリテーション病床、療養病床への患者の移行、情報提供など含む一連の適切な連携機能を発揮している。また、地域がん診療連携拠点病院として、大学病院や医師会と共同して地域連携パスを作成し運用している。

■独立行政法人国立循環器病研究センター

■一般病院（500床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	専門医療連携室において、地域の医療事情を把握するとともに、紹介・逆紹介処理、連携パス運用把握、公開講座の開催、連携医療機関や医師会との数多くの情報交換が実施されており高く評価される。
1.6.1.1	地域における病院の役割・機能が明確である	循環器病に関するナショナルセンターとして全国ネットの役割を明確にするとともに、大規模医療機関がひしめく医療環境の中にあつて、専門分野における中核医療機関としての役割を明確にし実践している。

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	循環器病に関する専門医療機関として、「専門医療連携室」を設置し、紹介・逆紹介手順に則り前方・後方連携を円滑に進めることができる体制を整備している。
1.6.1.3	地域における連携機能が発揮されている	循環器病に関する専門医療機関として「循環器病診療総合支援全国ネットワークシステム」を構築するとともに、「連携医制度」の設置、紹介に対する100%の返事、専門医師を対象とした公開講座の開催、脳卒中地域連携パスの運用把握、セカンドオピニオンの受付、連携医療機関や医師会との数多くの情報交換が実施されている。

1.7 健康増進と環境

■医療法人沖縄徳洲会 宇和島徳洲会病院

■一般病院（200-499床） 新規受審

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として、公開講座を平成16年の開院時より取り組んでいる。また、地域健康相談会、医療講演会等への医師等職員の派遣、地域交流勉強会への講師派遣など積極的に地域の健康増進に寄与しており極めて適切である。
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	公開講座は平成16年開院時より取り組んでおり、当初は90回位であったが平成19年は280回、平成20年は330回で3,500人超の参加を得ている。また、診療所の少ない海辺の町や山奥の村など医療環境の不十分な町の地域健康診断会、医療講演会や地域交流勉強会への講師の派遣などを積極的に施している。

■医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	地域住民に対しての健康教育活動は、他に例を見ないほど積極的かつ計画的に実施され、
-------	-------------------	--

		過去数年の継続した実績がある。事前の案内活動も対象者を明確にして繰り返し行われている。また、実際に行った活動内容がホームページ上に掲載されるなど、事後の参照も容易であり、その取り組みは高く評価できる。
1.7.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	平成20年には「医療講座」と称し、公民館、コミュニティセンター、市民センターで計112回開催しており、秋の「医療講演会」では1回の開催で1,250名の集客が記録されている。

■ 社団法人全国社会保険協会連合会 札幌社会保険総合病院

■ 一般+療養病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	禁煙推進委員会による禁煙パトロールの実施や、世界禁煙デーに合わせた禁煙週間の催しなど、禁煙に対し継続的な取り組みが行われている。また、乗客待ちタクシーの禁煙化をタクシー協会と協働で実現し、札幌圏内におけるタクシーの全面禁煙化に大きく貢献した。さらに、日本禁煙学会を主管し、学会開催中近隣ホテルの全室禁煙化を実現するなど多岐にわたる活動を行っている。喫煙者が入院する場合、予約時から禁煙の相談や支援を開始し、退院後も外来で継続支援を行うチーム医療が整備されており、極めて高く評価できる。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	平成12年より敷地内全面禁煙を実施している。
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	—

■ 医療法人清和会 長田病院

■ 一般+療養病院（100-199床） 更新受審

1.7.2	禁煙が徹底されている	敷地内禁煙の方針が確立され、禁煙サポート病院として禁煙活動に積極的に取り組んで
-------	------------	---

		いる。また、職員に対しては禁煙サポート助成制度を設け喫煙状況も調査ごとに減少しているなど極めて適切である。
1.7.2.1	全館禁煙が遵守されている	敷地内禁煙である。
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	職員の喫煙率の調査も実施し、禁煙サポート制度も設け喫煙率が下がり、禁煙が積極的に推進されている。

■財団法人大阪府警察協会 大阪警察病院

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院 更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	地球環境に配慮した取り組みについて、職員全員が最重要課題と認識し、極めて積極的かつ継続的に実施されていることは高く評価される。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	環境経営について職員全員が具体的に認識し、自らの問題として実践するため、地域のリーディング・ホスピタルとして病院独自の「環境理念」および「環境活動基本方針」を掲げて、環境省の提唱する「エコアクション21」プログラムを実施し、本年8月にはその承認申請を行う予定である。特に、エネルギー消費については、「ガスコージェネシステム」導入により10%以上の抑制効果と自然環境の汚染防止への配慮がなされている。廃棄物排出量の抑制、資源のリサイクルにも取り組みの成果が認められる。

■医療法人鴻池会 秋津鴻池病院

■一般+精神+療養病院（500床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	地球環境に配慮した様々な取り組みが組織的に行われていることは高く評価される。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	井戸水の浄化利用、病院敷地の植樹、屋上緑化、窓ガラスへの断熱フィルム、ESCO事業導入にての省電力、白熱電球より電球型蛍光灯への移行等、様々な取り組みがなされている。

■高知大学医学部附属病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

1.7.3	地球環境に配慮している	地球環境への配慮は高く評価できる。
1.7.3.1	地球の環境に配慮した取り組みがある	節電、リサイクル、植物のゴーヤのカーテンによる室温低下など、環境に配慮した考えられる最大の取り組みが実施されている。平成 20 年度から毎年環境方針、目標、実施計画などが環境報告書として定められ、平成 21 年 3 月に四国経済産業局長より大学医学部が「エネルギー管理優良工場の表彰を受けている。

1.8 継続的な質改善の取り組み

■特定医療法人北九州病院 北九州八幡東病院

■療養病院（400 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	各委員会での院内ラウンドによる多くの改善実績があり、毎年行われる同一法人グループ関連病院合同の「TQM 発表大会」で事例を発表している。また、法人グループの本部監査室に関連病院の幹部職員や専門職が加わった監査チームによる病院監査が毎年定期的に実施されており、病院の課題を明確にして改善に繋げている。さらに、病院機能の評価も継続的に行っており、その取り組みは極めて高く評価したい。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組んでいる	—
1.8.1.2	体系的な病院機能の評価に基づく改善活動に取り組んでいる	—

■独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 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	毎月 CQI・パス大会が開催され、部署横断的な改善活動が日常的に行われている。安全管
-------	-----------------------------	--

	る	理委員会や感染管理委員会で部署横断的に行われていた CQI 活動がパス勉強会と統合され、改善活動とパスの作成が同時に行われ、標準化された事例も多く、改善への取り組みは高く評価できる。また前回の受審後の継続的な改善活動も行われており、その手段としてのパス大会の継続的な活動は高く評価できる。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組んでいる	部署単位、または部署連携で CQI 活動が行われている。具体的な活動については毎年 BSC が使われて計画から実績までが示されている。
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	前回の受審後全職員が参加して部署ごとの課題に取り組まれた改善活動が、毎月開催される CQI・パス大会で発表され、病院機能の質の評価の向上を目指して継続的に行われている。

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

■医療法人桐葉会 木島病院

■精神科病院（400床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

2.1.1	患者の権利が明確である	患者の権利、権利擁護が明文化されており、院内掲示、職員研修、名札などで病院の内外に周知されている。中期計画の中においても「患者の権利の確保・人権擁護」を重点課題として、毎年継続して取り組まれており、人権擁護委員会の継続的な活動と共に高く評価したい。
2.1.1.1	患者の権利が明文化されている	外部委員も参加した人権擁護委員会が定期的に開催され、継続的に機能が発揮されている。各部署におけるケーススタディ・ミーティングからの報告事例等に基づいた研修会も実施されている。さらに研修内容をまとめた「じんけん」のポスターや「トピックス」も配布されている。人権擁護に関するチェック表に基づいた「病棟ラウンド」も行われている。また平成20年度の第36回日精協病院協会主催の精神医学会研究発表では「人権擁護の意識拡大に向けて」のテーマで、病院のこれまでの取り組みが発表されている。
2.1.1.2	患者の権利が患者・家族、職員に周知されている	—

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

■独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	患者が求める医療、治療に対し患者の立場に立った診療情報提供の一つである「私の診療記録」が患者の診療への参加意欲を促すだけでなく、地域の医療機関や施設でも利用できる。情報の共有化にも役立っている。貴院
-------	---------------------	---

		が指導的に進められているシームレスな医療連携活動にも大いに役立っていることは高く評価できる。
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	医療安全のためのパンフレットの中に患者様やご家族も一緒に安全対策という文書を作りインフォームド・コンセントにも利用しており、また患者用パスを渡して説明を行い診療への患者参加が促されている。
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	「私の診療記録」の活用が自院における診療への参加を促し、退院患者では効率的な地域連携パスにつながっている。

■ 浜松赤十字病院

■ 一般病院（200-499 床） 協力型臨床研修病院 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	院内に患者用情報コーナー、患者・家族、地域の誰もが利用できる患者図書室が設置され、指導用疾患ごとの画像メディア、推奨図書、図書の閲覧・貸し出し、パンフレット類の配布、インターネットの利用等、患者が病気や治療に知識をもち医療に積極的に参加する仕組みが支援されている。また、疾患の理解を深めるため「日赤いきいき健康塾」という患者会が組織され、職員一丸となった支援が積極的に行われている。患者・家族、地域住民の評価、信頼も高く病院の取り組みが結実していることを実感できるものであり、他の模範となる。
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	治療効果向上のため患者が守るべき課題、責務の指導、患者・家族の協力等について、外来診察医師がクランクを通して患者図書室担当者に依頼し、映像の視聴、図書の閲覧・貸し出し、パンフレットやリーフレットを配布し病気や治療法について学び調べ、理解を深めるための支援が積極的に行われている。
2.2.2.2	患者が疾患についての理解を深めるための支援を行っている	浜松日赤ニュース、インターネット、地元新聞を通して「日赤いきいき健康塾」の開催が

	る	知らされ、疾患についての理解を深めるための支援が提供され、患者・家族、地域住民が参加している。
--	---	---

2.3 患者の安全確保

■独立行政法人国立循環器病研究センター

■一般病院（500床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	院内の情報は院内 LAN で収集され、重要事故につながる報告などについて安全対策室のコアメンバー会議で抽出されている。さらに、リスクマネージャー会議において RCA などの分析手法を活用し原因を明らかにし、ワーキンググループで改善策の検討・検証がなされており、極めて適切である。また、教育・研修も交代制勤務の職員が参加できるよう十数回を重ねて 100%参加を可能にしている。安全確保のための活動から導き出されたインシデントの原因や改善策を関係団体等に発信し医療安全対策の質向上に寄与しており、他の模範となる。
2.3.3.1	安全確保のための院内の情報を収集し活用している	インシデントレポート報告は、院内 LAN を活用した報告システムとなっており、職場管理者、ジェネラルリスクマネージャーが報告内容を毎日把握する事が出来て適切である。また、無記名によるインシデントレポート報告を受けている。ジェネラルリスクマネージャーが内容の把握と分析・提案を行っている。
2.3.3.2	安全確保のための院外からの情報を活用している	—
2.3.3.3	安全確保のための教育・研修を実施している	新採用職員、非正規雇用、正規雇用職員と対象を明らかにし、複数回の研修会を企画し全職員参加となっている。
2.3.3.4	緊急時の対応が適切である	「Dr.Heart」コールの対応手順があり、非常用カート、ドクターバッグが整備されている。また、入浴中の心肺異常対応として“腕

		時計型浴室緊急コール”を活用している。
--	--	---------------------

2.5 医療関連感染管理

■東海大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	感染症の専門家が中心となって院内感染制御体制、新型インフルエンザ対策体制が確立されており、高く評価できる。
2.5.1.1	医療関連感染管理について組織的に検討する体制が整備されている	感染症専門家でICDである臨床検査科長を長とし、定期的に行われる「院内感染防止対策委員会」のもとに、院内感染対策チームおよびリンクドクター、リンクナースの活動、各種感染サーベイランスの実施、院内外からの感染症相談の実施など組織的な感染防御体制を確立している。また、知識と経験を院外に対して積極的に提供している。さらに、病院長を委員長とする新型インフルエンザ対策委員会も活動している。

■広島市立安佐市民病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	院内の各種サーベイランスはよく把握されており、改善策の検討記録も残されている。アウトブレイクへの対策は確実に実行されており、感染症情報センター等からの情報はマニュアルに取り入れられ、インフルエンザなどの流行にも迅速に対処できている。感染管理に関する院内研修会が頻繁に開催され、看護部での研修も行われている。さらに、地域における感染管理ネットワークを自院を中心に立ち上げ、他施設の感染巡視を行っており、極めて優れた活動が認められる。
2.5.3.1	自院の医療関連感染に関する情報を把握・分析・評価し活用している	—

2.5.3.2	院内におけるアウトブレイクへの対応手順が適切に整備されている	—
2.5.3.3	医療関連感染に必要な院外からの情報が活用されている	—
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	—

2.6 チーム医療の推進と診療の質の向上

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 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	電子媒体により患者情報は全部署で共有され、定期・不定期に数多く開催されるカンファレンスによって患者中心の最も適切な医療について組織的に検討されている。これらはわが国の医療の模範になるレベルであると考え高く評価できる。
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	電子化された診療録はわかりやすく記載され、各部署で記載された内容はすべての部署で共有されている。
2.6.1.2	診療科間にまたがる診療協力の仕組みがある	診療科間でのカンファレンスが頻繁に開催されている。また、必要時はいつでも他部署にコンサルト可能な体制となっている。
2.6.1.3	多職種による診療協力の仕組みがある	リハビリ部門、病理部門など多種職参加によるカンファレンスが頻繁に開催されており、緩和ケア、NST など組織横断的な活動も多く実践されている。

第3領域 療養環境と患者サービス

3.3 施設・設備の整備と利便性

■岩手県立中部病院

■一般病院（200-499床） 管理型協力型臨床研修病院 更新受審

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	建設時から、市のユニバーサル協議会の提言を受けており、院内全体にバリアフリー構造となっている。廊下幅は広く両側に手摺が設けられているほか、洗面、整容についても車椅子での利用が容易となっている。車椅子、歩行器等は必要数が確保され、点検・補修についても担当部署が決められており適切である。
3.3.2.1	院内のバリアフリーが確保されている	屋根付きの身障者用駐車場がエントランス近くに設置されており、壁際には数台の車椅子が備え付けられている。
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	洗面所等の蛇口は、自動感應式となっており、高齢者等の利用が容易となっている。

3.4 プライバシーの確保

■岩手県立中部病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	診察室・処置室、相談室および病室等はプライバシーに確保された作りとなっている。採尿室、採血室とも人目に触れないよう配慮されている。身障者についても専用の採尿室が設置され、直接検査室に提出できるよう配慮されており適切である。
3.4.1.1	診察室・相談室などにおけるプライバシーが確保されている	—
3.4.1.2	外来では検査・処置行為・検体が人目に触れないようになっている	—

3.4.1.3	病棟・病室でのプライバシーについて配慮されている	患者名は室名札の下に掲示され、蓄尿についても各病室に設けられたトイレの戸棚の中で行われている。
---------	--------------------------	---

3.5 快適な療養環境

■医療法人栗山会 飯田病院

■一般+精神病院（200-499 床） 協力型臨床研修病院 更新受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	病院理念の具現化として「医と文化の融合」が掲げられ、人間の喜びや悲しみ、生き甲斐など、文化や人間らしい生活への提案・活動に積極的に取り組まれている。特に平成 13 年以来、毎月、一流演奏家による 93 回に及ぶ「病院ロビーコンサート」が多くの市民も参加し開催されている。また、待合・廊下などには地元の著名な美術家や写真家の作品展示が継続的に行われるなど、地域住民・市民の文化の交流の場として病院施設が利用されている実績は他の模範として高く評価される。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	—
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	—

■浜松赤十字病院

■一般病院（200-499 床） 協力型臨床研修病院 新規受審

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	建築に際して 5 年間検討され、院長はじめ職員の努力・工夫が表現されている。病棟はダブル X 型の建築設計にされ、療養環境に配慮されており、高く評価される。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	病室は快適な空間と治療を考慮したスペースが確保され、またデイルームもゆっくりと

		寛げる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	廊下にはカーペットが敷かれ、静寂が保たれている。またどのベッドからも外の景色が眺められるように窓の方向が工夫されている。
3.5.1.3	院内は整理整頓されている	院内の各部署は整理整頓され、廊下に通行の障害となるものは一切置かれていない。機材室、物品庫、リネン庫等も整理整頓されている。
3.5.1.4	いやしの環境に配慮されている	観葉植物や絵画などインテリアにも配慮されている。またプロの奏者を招いて、年4回ものコンサートがロビーで開催されている。

■医療法人社団東洋会 池田病院

■一般+療養病院（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	全病床の約7割が室料差額を徴収しない個室という設計に加え、病室や廊下などの広さを十分確保するとともに院内は整理整頓されており、さらに展望レストランや屋上庭園なども整備されているなど、快適な療養空間の整備と癒しへの配慮は、極めて優れている。
3.5.1.1	療養生活に必要なスペースが確保されている	一般病棟は全39室が個室、療養病棟も半数の25室が個室であり、差額徴収は4室のみである。
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	ほとんどの患者がいつせいに食事ができる広さを確保した、海と山が展望できる明るく広々としたレストランがあり、その他にも屋上庭園など癒しの環境が整備されている。

第4領域 医療提供の組織と運営

4.1 診療部門

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4.1.2	診療業務の質改善に取り組む	わが国ではまだ一般的ではないプリビレッ
-------	---------------	---------------------

	でいる	ジングのシステムを早くから取り入れるなど質の担保については先進的な取り組みがなされている。さらに診療面だけでなく、多面的な能力開発が試みられている点など、わが国の範となりうるものと高く評価できる。
4.1.2.1	医師の能力開発に努めている	海外研修を含め多くの学会や研修への参加を積極的に支援している。また、医師の質はプリビレッジングによって担保されている。さらに院内メディエーター養成が開始されるなど、診療以外にもスキルアップのための組織的な支援体制が構築されている。
4.1.2.2	医師の診療業務実施上の課題が検討され、改善が図られている	部長会などのオフィシャルな会議だけでなく、多くの公式・非公式な会で問題事項が検討され、トップダウンでの改善のみならずボトムアップからも改善が図られる文化が浸透している。

4.2 看護部門

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

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	看護部には4プロジェクトと11委員会が設置され、看護職員の能力向上に努めている。現任教育・全体研修をはじめとし、一般職能対象、管理職能対象研修など、細やかな継続教育・研修プログラムが計画・実施されている。キャリアドバンスシステムによる一人ひとりのステップアップを図る教育の実践は、他の病院の範となるものと高く評価できる。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	—
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	—

■岩手県立久慈病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	「キャリア開発ガイドライン」および「研修体系」に基づき能力評価の基準・手順が極めて明確に定められている。看護実践能力の評価は共通の個人ファイル・育成面談シートにより標準化されており、評価者（看護師長等）による年2回の面接を通じて評価表に纏められている。これらの結果は本人にフィードバックされるほか、スキルアップ・キャリアアップの奨励にもつながっている。院内・院外の研修活動も極めて熱心であり、全体として高く評価される。
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	年間教育も能力評価を参考に計画的なプログラムを作成し、院内勉強会・OJT、クリニカルラダー研修、さらには院外学会等にも積極的な参加を図っている。対外的な研究発表も多数である。

■昭和大学病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	職員の能力開発にはクリニカルラダー別4段階で教育プログラムが提供され、個々のキャリア開発や組織における看護の質向上に活かすなど極めて適切であり、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	人材育成システムとして確立され、評価ツールはBSCによる目標管理、部署別クリニカルラダー、看護サービスチェックシート、看護管理チェックインにより、評価され活用されている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	学会発表や研修会への発表、参加、認定看護師取得のための支援などが見られる。

■独立行政法人国立循環器病研究センター

■一般病院（500床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	看護職員の能力評価や能力開発プログラムは優れており、専門領域における特別な看護活動ができる人材として、循環器病センター病院認定の専門看護師が多数育成され、専門的知識に基づいた判断により看護ケアが提供されることは高く評価できる。
4.2.3.1	看護部門の職員の能力開発が行われている	現任教育計画・人事評価制度・目標管理等により能力評価が適切に行われ、評価結果はフィードバックされ、役割変更、配置換え、昇格、研修会や自己学習などへの動機づけとして活用されている。
4.2.3.2	看護職員に必要な教育・研修を実施している	キャリア開発の年間プログラムが策定され、学会・研修会、院内外の勉強会にも積極的に参加している。トレーニングルームが自由に使用でき、呼吸器研修を受けていない看護師は呼吸器操作をできないなど、安全の教育も徹底されている。

■愛知県がんセンター中央病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	がん専門看護師2名、8分野におよぶ認定看護師13名などが、それぞれ質改善のための研究・看護実践に努力されている。また、その研究等は看護学雑誌上や日本がん看護学会、その他の関係学会などで発表・報告され、平成20年では36件にも及ぶことは高く評価できる。
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	—
4.2.4.2	看護サービスの質改善が実施され、評価されている	研究事例や実績は、看護部活動のまとめや病院年表に纏められている。
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	がん専門看護師2名、8分野におよぶ認定看護師13名などが、それぞれ質改善のための研究・看護実践に努力されている。また、その研究等は看護学雑誌上や日本がん看護学会、その他の関係学会などで発表・報告され、

		平成 20 年では 36 件にも及ぶことは高く評価できる。
--	--	-------------------------------

4.3 薬剤部門

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500 床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	薬剤に係る情報の管理は病棟払い出し時の注意情報の添付から、疑義照会・プレアボイド活動、持参薬管理、副作用情報の取り扱いに至るまできわめて高く評価できる。特に副作用情報の取り扱いに関しては、院内の収集システムを構築し、多数の厚生労働省への報告実績のあることはわが国の範になりうると考える。
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	服薬指導は原則医師の指示にて実施されるが、病棟薬剤師が必要と考えた場合は主治医に働きかけ指導依頼を促すなど、積極的に服薬指導に関わっている。
4.3.4.2	持参薬の鑑別や管理・交付が行われている	持参薬運用手順に基づいて、全ての入院患者の持参薬は、薬剤師によってチェックの上コンピュータ登録されている。
4.3.4.3	院内医薬品集が作成され、適宜改定されている	電子カルテ上で常にアップされている。
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	全ての薬剤は、原則薬剤部内で調剤され払い出されるので、安全性は担保されているが、さらに、「フィルター禁止」「ハイリスク薬」などの注意情報を添付している。また、プレアボイド活動も積極的に実施されている。さらに、副作用情報の収集体制を確立し、厚生労働省への報告が年間 150 例程度にもあがっている。

4.4 臨床検査機能

■東海大学医学部付属病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.4.1	臨床検査の体制が確立している	臨床検査科は大きく検体検査部門と生理検査部門に分かれ、前者は一般、生化学、血液、細菌、免疫、遺伝子、染色体検査の7部署、後者は臨床検査技師が行う非侵襲的検査と専門医師が行う侵襲的検査（トレッドミル、筋電図、穿刺超音波検査）より成る。これら多岐にわたる多数の検査を安全・確実に実施する体制が確立されており、高く評価できる。
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	臨床検査科は科長以下3名の専任医師（うち科長を含めて2名がICD）、生理検査担当室長（専門科医師）、77名の臨床検査技師で構成され、技師2名が当直体制をとっている。管理・責任体制は明確で、「検体検査適正化委員会」と「臨床検査科生理検査運営会議」が定期的に行われている。
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	高機能の臨床検査を行うための設備・機器等は整備され、適切に管理されている。
4.4.1.3	臨床検査の基準・手順が適切に整備されている	緊急検査時の手順を含め、多岐にわたる検査機能を遂行する上で必要な基準・手順が整備されている。これらは「病院マニュアル」に掲載されているが、携帯用の「勤務医マニュアル」、「医療安全基本マニュアル」による周知・徹底も図られている。
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	膨大な検査件数にもかかわらず適切な精度管理がなされ、精度の高い検査が確実に実施されていることは極めて高く評価できる。
4.4.2.1	検査結果が迅速に提供されている	夜間・休日にも臨床検査技師2名が当直体制をとり、迅速に検査し報告されている。
4.4.2.2	精度の高い検査が実施されている	大学の臨床検査科であり精度の高い検査が行われ、精度管理も十分なされている。
4.4.2.3	検査業務が安全に実施されている	患者・検体の誤認防止、安全な検査実施、検査中の患者急変に対する対応等は適切であ

		る。生理検査室は外来診察室と隣り合わせであり、急変に直ちに対応できる。
--	--	-------------------------------------

■ 山口県立総合医療センター

■ 一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	臨床検査室の品質と能力に関する国際規格である ISO15189 を取得している数少ない施設であり、品質マネジメントおよび技術的な維持・向上が臨床検査室の誇りと風土として根付いており、極めて適切で他の模範となる。
4.4.3.1	臨床検査に関わる職員の能力開発に努めている	院内外の学会・研修会に積極的に参加しており、各種資格認定の取得推奨・支援とともに、職員個々の評価も評価表に基づき実施されている。
4.4.3.2	臨床検査機能の質改善を推進している	—

■ 高知大学医学部附属病院

■ 一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	品質マネジメントシステム ISO9001 を取得することにより、著しい業務改善・技師の育成に努力している。
4.4.3.1	臨床検査に関わる職員の能力開発に努めている	臨床検査、輸血部の品質マネジメントシステム ISO9001 を取得し、一人ひとりの検査技師の能力評価を 5 段階評価で行い、それぞれの習熟度に応じた目標設定をすることによる能力開発に努めている。院内、院外の学会参加も積極的に行われている。また、超音波検査室に特に力を入れ、認定の超音波検査士を心電図検査技師・緊急臨床検査技師・一般検査技師なども取得している。
4.4.3.2	臨床検査機能の質改善を推進している	ISO9001 を取得するとともに、職場の問題点を洗い出し、臨床検査機能の改善につとめ、1) 病棟採血回収時間を外来採血とずらすことによる効率化、2) 心電図、脳波検査をデ

		<p>デジタル保存、3) 血液培養陽性の結果は深夜においても直ちに直接病棟へ連絡する、4) 生理検査室へのパイピングによる検査中の突発事故への対応、5) 採血環境の改善など多くの質の改善がなされている。</p>
--	--	---

4.5 病理診断機能

■ 東海大学医学部附属病院

■ 一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.5.1	病理診断の体制が確立している	<p>標榜科である病理診断科として多数の専門医師、専門臨床検査技師を確保し、施設整備と機器整備がなされ、我が国第一級の質の高い病理診断を提供する体制が確立されている。これは特定機能病院、臨床研修病院、教育機関としての極めて高い水準を担保するものであり、評価できる。</p>
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	<p>病理診断科は病理医 10.2 名（病理専門医 9 名、細胞診専門医 4 名）、病理担当臨床検査技師 14 名（細胞検査士 10 名）で構成されており、充実している。</p>
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	<p>機材整備・設備整備と保守・点検は適切で、特化則で要求されているホルマリン対策も十分なされている。</p>
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	<p>病理診断科の業務を遂行する上で必要な、標本作成から病理診断、診断報告およびその閲覧手順までのマニュアルを完備している。組織診・細胞診検体の依頼方法、術中迅速検体の依頼方法は「病院マニュアル」に記載され、適切な依頼が求められている。剖検に関する手続きは「勤務医マニュアル」にも掲載され、周知と徹底が図られている。</p>
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	<p>病理診断機能は極めて適切に発揮されており、高く評価できる。消化器外科、消化器科その他の専門各科との症例検討会は頻回に開かれており、CPC は年 10 回開催されている。</p>

4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	膨大な数の生検診断、細胞診診断、術中迅速診断が、迅速かつ正確になされ報告されている。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	病理診断科科長の統括のもと、多数の病理医、細胞診専門医間、細胞検査士間での討議や複数の検査方法・診断方法を活用することで大学の病理診断科として質の高い病理診断、細胞診診断が提供されている。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	病理診断業務は実施手順に基づき安全かつ確実に遂行されている。色違いのシール貼付等で検体からの感染防御に注意している他、病理解剖の介助を技師が行っているが、感染症患者の剖検によるバイオハザード防止に細心の注意が払われている。
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	大学の病理診断科として、さらなる質の改善に継続的に熱心に取り組んでおり、極めて高く評価できる。
4.5.3.1	病理診断に関わる職員の能力開発に努めている	専門家集団として学会参加、研究報告は当然とされている。院内外で講師として話す機会も多く質の向上に寄与している。臨床検査技師は経験年数で初級、一級などと区別され、それぞれが課題に対応している他、14名の技師のうちの10名が細胞検査士である。
4.5.3.2	病理診断機能の質改善を推進している	毎年年度の初めに機器等の整備と学術活動に関する「病理診断科活動方針」が病理診断科内で議論され決定されている。

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 新規受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	病理検査は安全に行われ、術中迅速診断は手術室に隣接した検査室に臨床検査技師や病理医が出向して迅速な診断に努めている。また、各診療科と定期的かつ頻回に病理カンファレンスを行い、全体的な診療レベルの向上に貢献している。さらに、非常勤の病理医が高度な専門性を必要とする診断に関与する
-------	-------------------	--

		など、病院の病理診断機能として非常に高く評価される。
4.5.2.1	病理診断結果が迅速に提供されている	術中迅速診断は手術室に隣接した部屋で行われている。小さなサンプルの病理結果は3～4日で報告されている。
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	常勤の病理医の診断に加え、必要に応じて非常勤の病理医が特殊な専門的診断に関わっている。さらに各診療科と定期的に頻回に病理カンファレンスが行われ、病院全体の診療レベルの向上に寄与している。
4.5.2.3	病理診断業務が安全に実施されている	業務は感染に留意し安全に行われている。

■ 公立学校共済組合 関東中央病院

■ 一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	病理診断業務に関わる誤認防止や感染管理の他各種手順が整備・遵守され、多数の術中迅速診断等が行われており、精度の高い病理診断が実施されている。病理解剖の実施およびCPCの開催も多く、死後画像診断、海外からの遠隔診断への対応などが積極的に行われており高く評価できる。
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	—

■ 小田原市立病院

■ 一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	骨腫瘍などの高度な病理診断技能を要する標本は他施設の病理医と共同して診断するなど病理診断の精度を高める努力を行っている。また、病理検体の誤認防止のためにデジタルカメラを用いた画像データベースの構築、臨床病理検討会の頻繁な実施、開院以来の全病理標本の検索システムの整備など、
-------	-------------------	--

		独創的で優れた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	—
4.5.2.2	精度の高い病理診断が実施されている	—

■ 社団法人京都保健会 京都民医連中央病院

■ 一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	日本病理学会認定施設、日本臨床細胞診断認定施設であり、院内外の検査技師に対する細胞診断士養成のためのセミナーを独自に開催されており、高く評価できる。
4.5.3.1	病理診断に関わる職員の能力開発に努めている	4 年ごとの更新制があり、資格維持のために多くの学会参加、発表が行われている。
4.5.3.2	病理診断機能の質改善を推進している	毎月の病理部会にて業務の課題、問題点を検討している。

4.6 画像診断機能

■ 財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院

■ 一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.6.1	画像診断の体制が確立している	管理・責任体制として画像診断業務を担当する放射線診断科長と撮像業務などを担当する診療放射線科長が明確であり、画像診断部門として9名の常勤放射線科医（核医学専門医3名）と43名の放射線技師が配置されている。設備・機器についても64列マルチスライスCTを含む3台のCT装置が確保されており、3Tを含むMRI装置2台、PET-CT・PET・SPECT・血管撮影装置などが全て適切な保守点検を経て整備されている。人員の配置や施設・設備・機器などは極めて高いレベルで整備されている。
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	—
4.6.1.2	機能に見合った施設・設備・	—

	機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	
4.6.1.3	画像診断の業務マニュアルが適切に整備されている	画像診断に関する業務マニュアルが、電子カルテ導入に伴う改定を経て手順書として整備されている。
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	画像診断は夜間・休日を含め 24 時間体制で対応されており、ほぼ全例が放射線科医により読影とダブルチェックがなされている。また、標準化への取り組みも積極的であり、学会をリードする報告も数多い。
4.6.2.1	画像診断が迅速に提供されている	ほぼ全例が放射線科医により読影されており、MRI や CT については即日検査と即日結果報告が実践されている。
4.6.2.2	精度の高い画像診断業務が実施されている	—
4.6.2.3	画像診断業務が安全に実施されている	「放射線安全委員会」が機能しており、安全な画像診断業務に配慮されている。特に、事故事例については SHEL モデルによる分析が行われ、再発防止に役立てられている。

■国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

■一般病院（20-99 床） 管理型臨床研修病院 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	職員の能力開発への取り組みが積極的に行われている。半数以上の職員が各種の認定資格をとっている。放射線機器管理士は 8 名が資格を持っている。
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	職員個別の能力評価基準がある。自己評価、上位者による評価を放射線部独自に作成し、新人教育プログラムも作成している。認定資格を持つものが多く、部門内で積極的に取り組んでいる。
4.6.3.2	画像診断機能の質改善を推進している	建物の老朽化と機器の老朽化が一番の問題であり、放射線機器管理士の資格を持つ技師がメンテナンスを行い、品質管理に務めている。月曜日から金曜日まで他の診療科と合同カンファレンスを行っている。

4.7 放射線治療機能

■愛知県がんセンター中央病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	治療計画作成、シミュレーション施行、計画線量が放射線科医により確認されている。また、品質管理士および医学物理士により週 1 回の定例検討会、医師と技師の合同による品質管理検討会が同じく週 1 回定例で行われている。強力な設備を有し、大きな負担がある中であっても、極めて高い水準の機能が発揮されている。
4.7.2.1	放射線治療が円滑に実施されている	—
4.7.2.2	放射線治療が適切に実施されている	—
4.7.2.3	放射線治療が安全に実施されている	4 つの治療診察室があり、リニアックの外部照射は 3 台、全身照射は 2 台で実施されている。小線源治療機器 1 台、照射装置 4 台と平成 18 年導入のトモセラピーがあり、使用時の準備期間、精度管理、検証にスタッフとレジデントの負担が増えてきているにもかかわらず、安全な作業が行われている。

■財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	放射線治療を必要とする患者には、その適応と如何なる治療法を選択するか主治医と放射線治療医で検討された後、患者に最も適した治療法が決定されている。さらに、「放射線治療マニュアル」に沿って放射線治療医により治療計画が作成された後、シミュレーションが実施されている。次いで、确实・安全な実施として機器の出力校正、適正線量の決定に則った計画線量の確認がなされている。
-------	--------------------	---

		これら一連のプロセスを経て放射線治療が提供されており、極めて質の高い放射線治療機能が発揮されている。
4.7.2.1	放射線治療が円滑に実施されている	—
4.7.2.2	放射線治療が適切に実施されている	—
4.7.2.3	放射線治療が安全に実施されている	過剰照射や過少照射による医療事故防止のための品質管理にはシミュレーターや治療機器の定期的な保守点検と出力校正の視点から特段の配慮がなされている。

■医療法人社団康心会 湘南東部総合病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	放射線治療を必要とする患者には、「治療依頼手順」、「放射線治療実施手順」に沿った放射線治療が迅速に提供されており、MU 値の測定などに基づく精度の高い放射線治療が提供されている。また、「治療線量確認作業チェック項目」も定められており、放射線治療の安全性の確保とともに、優れた治療機能が発揮されている。他施設の模範となる取り組みであると高く評価したい。
4.7.2.1	放射線治療が円滑に実施されている	—
4.7.2.2	放射線治療が適切に実施されている	全例に水ファントムによる実測値が把握されており、さらに、治療計画前にファントムで CT 値とのズレを修正している。この作業により線量分布の精度が一段と向上している。病院独自の取り組みである。
4.7.2.3	放射線治療が安全に実施されている	リニアック室や治療計画用 CT 室の線量測定が適切に行われており、治療計画についても「治療線量確認作業チェック項目」に沿って放射線治療が安全に展開されており、MU 値測定などによる線量分布の品質管理も行われている。なお、個人放射線測定報告書も整備

		されている。
--	--	--------

4.8 輸血・血液管理機能

■東海大学医学部付属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	輸血室は臨床検査科ではなく細胞移植再生医療科に所属し、輸血専門家の医師の管理と指導のもとに、組織的な輸血、成分採血、輸血用血液製剤の安全な管理と使用が行われる体制が確立している。他方、輸血を利用する医師側にも手順の遵守が強く求められており、その徹底は「病院マニュアル」、携帯版の「医療安全基本マニュアル」、「勤務医マニュアル」を通して図られている。これらの体制は他施設の模範となるものとして高く評価できる。
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	構成員として医師2名、技師10名が配置され、技師は臨床検査科とは別に日当直体制がとられている。
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	機器の点検・保管は適切である。自己血輸血専用を含め、3台の自記温度記録計付き保冷库・冷凍庫を有している。自己血採血は輸血室長が行い、自己血輸血の対象は婦人科と整形外科である。
4.8.1.3	輸血業務の基準・手順が適切に整備されている	輸血業務の一切は「輸血管理マニュアル Ver6」に則り行われている。これに輸血実施基準、緊急輸血の手順も入っている。職員は「病院マニュアル」の他、携帯版の「医療安全マニュアル」や「勤務医マニュアル」でも常に適切に手続きするよう求められており、必要事項を直ちにチェックできる。

■財団法人 東京都保健医療公社 豊島病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 新規受審

4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に	日本輸血・細胞治療学会の I&A 施設認定を取
-------	---------------	-------------------------

	発揮されている	得し、更新を継続していることは高く評価したい。委員会や院内巡回で課題改善や適正使用が周知されている。
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	各血液製剤毎に保冷庫が設置され、交差試験前後、手術待機血、自己血、アルブミン専用保管庫、血小板専用庫など個別に管理し、血液管理システムを導入しバーコード管理されている。必要な記録は長期保存できる体制が整備されている。
4.8.2.2	輸血・血液管理が安全に実施されている	ABO 血液型検査オモテ・ウラ不一致患者のリストがファイルされ、輸血用血液の選択が検討されている。院内照射装置があり、維持・管理されている。

4.11 集中治療機能

■医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.11.1	集中治療の体制が確立している	ICU、HCU とともに施設の設備や人員配置など、地域のニーズに対応できるよう十分な整備がなされており評価できる。また、その活動実態も社会的に高い評価を受けており、救急隊の信頼も非常に厚い。
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 は心臓血管外科を中心に受け入れている。心臓血管外科の専従医師 5 名が確保されている。看護体制も独立し ICU 32 名、HCU 16 名の常勤専従看護師が配置されている。
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	重症患者に対応した機器が個々のベッドに備えられている。隔離ができるベッド（2 室）もある。非常用カートや薬剤の保管は適切である。医療機器の保守点検は臨床工学技士が定期的に行っている。
4.11.1.3	集中治療の基準・手順が適切に整備されている	入退室基準は明文化されている。常に 1 ベッドは時間外の救急患者のために確保している。退室は原則としては主治医判断であるが、緊急時は専従の責任医師が判断している。

		る。
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	地域の救急医療を積極的に受け入れており重症患者も多い。集中治療室へ救急入り口から直接エレベーターで搬入し、専門医師の診療がすぐに開始できる体制である。特に ICU は心臓血管疾患に対して医師の専従体制があり、看護体制や機器設備など極めて充実している。その他の重症患者については ER-ICU として HCU が柔軟に機能しており評価できる。
4.11.2.1	集中治療が適切に実施されている	重症心臓血管患者は ICU で、その他の重症患者は HCU で治療している。HCU 10 床は専従医師がいないが、施設設備や 24 時間モニターが整備されている。ICU の呼吸管理患者に対しては週 1 回咽頭培養を実施し、呼吸器感染予防に努めている。
4.11.2.2	集中治療が安全に実施されている	人工呼吸器などの医療機器は臨床工学技士が管理している。感染症患者への対応として個室が 2 室ある。感染物の分別処理も適切に実施されている。

4.12 救急医療機能

■医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.1	救急医療の体制が確立している	救急患者を積極的に受け入れている。受け入れの手順は明確であり、後方病床との連携も確立している。心疾患重症患者は直接 ICU に搬送し、心血管外科専門医が治療を速やかに行える体制を構築し 24 時間を通じ実践されており評価できる。
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	常勤の専任医師と兼任医師で対応している。外来診療とは別に、日勤帯の救急患者にも対応している。夜間も 3 名の救急当直医が配置されている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師は各 2 名ずつ当直している。看護師

		は救急部門に配属された職員の交代制勤務である。
4. 12. 1. 2	機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている	救急室は2室あり、軽症と重症に対応している。重症対応の処置室は十分な広さと、心肺蘇生に必要な設備がある。機器の保守点検は臨床工学技士が行っている。
4. 12. 1. 3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救急受け入れ手順は、救急隊との電話対応のなかで救急救命士への指示についても明文化している。受け入れた後、緊急検査や入院・手術などの手順が明確になっている。
4. 12. 3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	地域の救急病院として近隣の医療機関とともに中核的な役割を担い機能している。地域の救急患者受け入れ拒否をなくすために、時間外も含め充実した診療体制および診療支援体制を構築し実践されており高く評価できる。
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	職員は救急部門に専任の医師と看護師であり、職員の能力に応じた教育が研修医や看護師に行われている。
4. 12. 3. 2	救急医療の質改善を推進している	救急診療の治療成績の集計がされている。近隣の医療機関、救急隊と三部合同協議会で症例検討会を実施し記録している。地域の救急医療の連携が図られるよう問題点を把握している。

■八戸市立市民病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 更新受審

4. 12. 1	救急医療の体制が確立している	必要人員の配置やドクターヘリの整備・稼動状況など、救急救命センターの体制は適切で優れている。
4. 12. 1. 1	救急医療に必要な人員が適切に配置されている	救急専門医4名、専従医師17名、研修医2～3名、看護師65名の人員配置である。昼間は医師15名と看護師19名、夜間は医師5名と看護師10～11名で救急外来部門（ER）と救急病棟30床の運営が行われている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、事務員

		の当直体制も整備されている。
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	ドクターヘリは月に 15～20 回出動し、救急関連の診療部署としては、1 階外来部門、2 階救急専用病棟、他に 25 床の救急患者収容床を確保されている。
4.12.1.3	救急医療の基準・手順が適切に整備されている	救命救急センター運営要綱、救命救急センターマニュアルは完備されている。
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	救急患者の積極的な受け入れや消防署への夜間出向など、地域全体での救急医療機能は適切で優れている。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	近隣の病院と連携し、救急診療体制の整備に努めている。週 3 回医師を消防署に出向させ、地域救急医療に貢献されている。精神科医は 1 名であるが、可能な限りの支援が実施されている。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	感染対策マニュアルが整備され、薬剤師の積極的関与によるハイリスク薬管理が行われている。
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	医師全員に対して 2 年に 1 回、繰り返し BLS 研修を行い、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師などの職員に対しては救急初期治療の教育研修を行っている。また、地域の救急医療啓発活動にも積極的に努めており、適切で優れている。
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	医師、看護師、臨床検査技師に対する BLS、ACLS、JATEC が積極的に実行されている。また、近隣中学校、高等学校に出張して AED 教育を行っている。救急救命士のトレーニングの受け入れは積極的である。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	救命救急センター運営委員会が毎月 1 回開催され、議事録も整備され質の改善が図られている。多発外傷患者を初めとする救急患者について臨床評価指標を出して、毎年、全国平均と比較検討されて診療の質向上が図られている。

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	3次救急まですべての救急患者に対応し、消防や地域の医療機関と連携し、安全に極めて適切に運営されている。房総地域における救急医療の砦としてのこれらの救急医療機能は他病院の模範となる。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	3次救急までのすべての救急患者に対応し、受入不能事例はほとんどない。産科救急・新生児救急などは千葉県外（神奈川県や東京都の離島など）からのヘリコプター搬送にも対応している。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	薬剤管理や感染管理は適切である。

■茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	救急患者の積極的な受け入れや消防署への夜間出向など、地域全体での救急医療機能は適切で優れている。
4.12.2.1	救急医療が適切に実施されている	近隣の病院と連携し、救急診療体制の整備に努めている。週3回医師を消防署に出向させ、地域救急医療に貢献されている。精神科医は1名であるが、可能な限りの支援が実施されている。
4.12.2.2	救急医療が安全に実施されている	感染対策マニュアルが整備され、薬剤師の積極的関与によるハイリスク薬管理が行われている。

■東海大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	救急医療に関わる職員の能力開発、救急医療の質を改善する取り組みが継続的になされており、実績は他施設の模範となるものとして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	医師は様々な学会、研究会のリーダーとして

	開発に努めている	積極的に参加するのみではなく、JATEC、JPTEC、JNTEC、院内スキルクリニックでのシミュレーション教育等に熱心にあたっている。看護部門に認定救急看護師会の全国および関東事務局があり、教育部会を担当し、救急看護学会での活動にも積極的である。救命救急看護師は8年で一人前との考えで教育計画が立てられ実践されている。認定看護師資格取得を勧めており、救急看護認定看護師は現在4名である。
4.12.3.2	救急医療の質改善を推進している	救急診療の実績は「東海大学付属病院診療案内」に毎年公表されている。「神奈川県ドクターヘリ事業に係る評価・検証報告書」（平成19年度）は外部専門家を入れた評価部会で詳しく検討され県に報告されたもので、5年間の経年的評価でもドクターヘリ活動は有効と判定されている。

4.13 栄養管理機能

■国立大学法人 金沢大学附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	栄養相談・指導が適切に実施され、安全への取り組みも適切に行われている。特に、配膳は、病棟の食堂において対面配膳が行われ、選択メニューも毎日の実施であり、食堂内のイメージも良く高く評価される。
4.13.2.1	栄養相談・指導・管理機能が適切に実施されている	—
4.13.2.2	食事が適切に提供されている	選択メニューも多様性があり毎日実施し、患者個別の嗜好に配慮されている。また、病棟食堂ではその場で配膳ができるよう対面式配膳サービスが実施されるなど、食事の快適性への配慮は十分である。
4.13.2.3	食事の安全性が確保されている	配膳・下膳ルートは完全に分離されている。延食への対応では各病棟に個別に保管できる冷蔵庫を設置するなど食の安全性確保に

		努められている。
--	--	----------

■医療法人耕仁会 札幌太田病院

■精神科病院（200-399 床） 協力型臨床研修病院 更新受審

4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	患者さんのために何をすれば良いかを栄養課の職員で考えて実践した実績が厚労省からの大臣表彰につながっており、大いに評価できる。
4.13.3.1	栄養管理に関わる職員の能力開発に努めている	地域栄養士会・地域栄養改善学会・全国精神科栄養士協議会に参加し、栄養管理に関する情報収集、業務改善に活用されている。毎月 1 回栄養課職員全員出勤日を定め、栄養課業務における課題の検討、業務改善の検討、他施設見学や研修の機会として活用され、実施状況は記録されている。
4.13.3.2	栄養管理業務の質改善を推進している	地域栄養士会等に参加し、栄養管理に関する質向上、業務改善等に活用されている。週 5 回のセレクトメニューの実施および月 1 回の「郷土料理の日」を設け、全国有名郷土料理を説明文とともに提供し、入院患者から好評を得ている。

4.14 リハビリテーション機能

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500 床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	体制は確立しており評価できる。特に機能別に分かれて多くの合同カンファレンスに参加し各診療科と有機的な関係を構築している点はわが国の範となりうるレベルであると考ええる。
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	リハビリ専門医が配置され、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ともに充足している。さらに、筋骨格チーム・中枢チーム・総合チーム・呼吸循環チーム・ST チーム等に機能別に分かれて効率よく活動することが可能な

		体制が整っており、各診療科のカンファレンスにも多数参加している。
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	VF が可能な機器も含めて設備は整備されている。また、循環器リハビリは循環器内科病棟の専用のスペースで実施されている。
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	基準・手順は整備され全ての事例でFIM やBI による定量的評価が行われている。
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	適切に機能が発揮されており高く評価できる。特にリスクに対する対応手順等の整備状況は他施設のベンチマークになりうるレベルであるとする。
4. 14. 2. 1	リハビリテーションが円滑に実施されている	目標設定から週1回の合同カンファレンスによる評価まで確実に実施されている。また、家屋調査も積極的に実施し、退院後の療養の継続性についても配慮が行われている。
4. 14. 2. 2	リハビリテーションが安全に実施されている	各疾患別にリハビリ施行時の発生しうるリスクからその対応方法まできめ細かく検討されおり、「リハビリテーションリスク管理」というマニュアルにまとめられている。

■医療法人讃和会 友愛会病院

■療養病院（100-199 床） 更新受審

4. 14. 2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	早期より積極的にリハビリに取り組み、地域連携パスなどの活用も積極的であり、患者中心のリハビリを継続している点は高く評価できる。
4. 14. 2. 1	リハビリテーションが円滑に実施されている	各療法士は入院時より積極的に関わりを持ち、早期にリハビリを開始している。連休時もありリハビリは継続されている。また急性期病院であるため自院を中心とした地域連携パスを作成し、退院後も連携施設と患者情報を共有している。
4. 14. 2. 2	リハビリテーションが安全に実施されている	—

4.17 在宅療養支援機能

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	地域医療支援部が設置され、在宅療養への支援を行っている。地域医療支援部には在宅医療部、在宅サービス室、総合相談室が設置され、看護師、SW、理学療法士、栄養士などの多職種が配置されており、在宅医療を支援する体制は高く評価できる。
4.17.1.1	在宅療養支援に必要な人員が適切に配置されている	—
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	—

■新潟県立津川病院

■一般病院（100床未満） 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	関連職種や地域のケアマネージャーなどと共同した質の高い退院援助が行われている。過疎地の住民の視点に立った退院調整・訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションが提供され、それら在宅支援の取り組みは高く評価できる。
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	—

■医療法人ましき会 益城病院

■精神科病院（200-399床） 協力型臨床研修病院 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	訪問看護・デイケア・家族教室など、きめ細やかなサービスが提供されている。社会復帰に向けて連続的に支援が行われ、地域活動支援センターにおける相談業務、就労継続支援事業所での健味健食園（レストラン・喫茶・パン工房・農園）の活動が、地域住民の参加・協力も得て展開されている。県内外から
--------	---------------------	---

		毎年多数の見学者があり、パン工房の製品は平成 21 年障害者の「ユニバーサルベイキングカップ全国大会」で優勝している。在宅療養支援への積極的な取り組みは高く評価される。
4.17.2.1	在宅療養支援が適切に実施されている	訪問看護・精神科デイケア・認知症デイケア・院内断酒会・児童思春期スポーツ療法や家族会・家族教室が実施されている。
4.17.2.2	在宅療養支援が安全に実施されている	夜間・急変時などの受け入れ体制は明確にされている。共同住居や病院近隣の独居生活者には、夜間訪問看護も実施され、入居者や周辺住民の不安の軽減に配慮されている。

4.19 医療機器管理

■東京慈恵会医科大学附属病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	臨床工学技士は病院全体の医療機器を管理するという積極的な意思と方針のもと、当直による 24 時間当直体制が敷かれ、機器のトラブルに即応できる体制が整備されている。極めて適切な体制が確立している。
4.19.1.1	医療機器管理に必要な人員が適切に配置されている	中央臨床工学部以外に手術部、ICU、透析室等にも臨床工学技士が常駐するなど、各施設の機器を整備するのに見合った職員が配置されている。
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	必要な機器は一元的に管理されており、中央保管庫、メンテナンスゾーン等のスペースが確保され、機器類の標準化にも積極的に取り組んでいる。
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	業務マニュアルは整備されている。

■京都市立病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4.19.2	医療機器管理機能が適切に発	病棟や外来の主要な医療機器を安全に使用
--------	---------------	---------------------

	揮されている	するための取り組みと努力は高く評価できる。
4. 19. 2. 1	医療機器の点検が確実に実施されている	病棟や外来の主要な医療機器は臨床工学技士による点検が毎日行われており、特にシリンジポンプについては朝夕実施されている。また、気管切開の患者については医療機器管理者・看護師・臨床工学技士による週 2 回の点検ラウンドが行われている。

4. 20 臨床研修機能

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500 床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

4. 20. 1	臨床研修体制が確立している	指導医の質・数、プログラムの内容、それを支えるスタッフ、設備ともいずれもわが国の初期研修のあり方のベンチマークとなりうる内容で高く評価できる。中でも常勤の米国人指導医が 2 名在籍するなど国際的な視点を持っていること、メンタルヘルスを支える多くの専門家が配置されていること、充実した設備を持つシミュレーションセンターである CSS センターを設置していることは特に高く評価できる。
4. 20. 1. 1	臨床研修に必要な人員が確保されている	プログラム責任者、指導医のみならず多くの事務スタッフやチャプレンを含んだメンタル面を支援するスタッフなどが配置されている。
4. 20. 1. 2	研修管理委員会が設置されている	卒後教育委員会が定期的開催され、多くの検討がなされている。
4. 20. 1. 3	臨床研修に必要な施設・設備、機材が整備されている	研修医に個人のデスク等は準備され、24 時間利用可能な図書室も整備されている。また、海外文献の取り寄せも病院負担で容易に行うことができるシステムが確立している。さらに、平成 17 年 4 月に開設された CSS センターでは、多くの手技を疑似体験できる機材が配置されている。

4. 20. 1. 4	研修プログラムが確立している	目標に沿ってテーラーメイドのローテーションを行うなどの「Four T's」をコンセプトとしたスーパーローテート研修プログラムが確立している。
4. 20. 2	臨床研修機能が適切に発揮されている	指導医による指導のみならず、多くのスタッフが在籍するコメディカルも含めた職員全体で指導・評価する体制が文化として浸透していることはきわめて高く評価できる。「骨太の医師」を育成するための土壌があり、わが国の範となりうる優れた研修施設であるといえる。
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	研修記録は整備され、目標の達成度が容易に把握可能となっている。
4. 20. 2. 2	研修医の指導が適切に実施されている	指導医が個々の診療行為について指導・評価するシステムが確立している。また、研修医が記載した診療録にはカウンターサインがなされ、詳細な検討がなされている。さらに、多くのコメディカルスタッフが研修医に助言、あるいは研修医を評価する体制が整備されている。
4. 20. 2. 3	研修医の採用・修了手続きが適切に行われている	初期研修、後期研修について手続きや情報の提供等は専任スタッフにより実施されている。
4. 20. 3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	卒後研修委員会だけに限らず、研修医同士、研修医と指導医・プログラム責任者、研修医と病院幹部間でのコミュニケーションがよくとられている。研修機能や質の改善について検討する多くの機会がありきわめて高く評価できる。
4. 20. 3. 1	研修プログラムが評価されている	研修医・指導医による評価は行われ、また、研修医のニーズも把握されている。
4. 20. 3. 2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	卒後研修委員会等で評価が行われている。

■東海大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

4. 20. 1	臨床研修体制が確立している	臨床研修は臨床研修部が主体となっていて行っている。臨床プログラムは複数コースを作成し、研修プログラムには必要な内容が組み込まれている。また、医学教育用シミュレーター・ビデオ等も整備されている。体制は確立し、熱意ある責任者の下に研修が行われていることは高く評価できる。
4. 20. 1. 1	臨床研修に必要な人員が確保されている	臨床研修部責任者・各プログラム責任者を擁し、指導医は多くが指導者養成講習会修了者であり、事務部門も明確である。
4. 20. 1. 2	研修管理委員会が設置されている	臨床研修管理委員会は規程も整備され、よく活動している。
4. 20. 1. 3	臨床研修に必要な施設・設備、機材が整備されている	研修医室にはデスク・ロッカーなどが整備され、シャワールーム・休憩室・当直室なども完備しており、研修医に必要な設備・機器はよく整備されている。
4. 20. 1. 4	研修プログラムが確立している	研修に関する理念・基本方針は明示され、プログラムコース・内容共に充実している。「研修手帳」（大型の冊子）があり、これを基本にスケジュール管理・習得内容・記録等が行われている。
4. 20. 3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	研修プログラムは評価され、臨床研修管理委員会において質の改善に取り組む姿勢は高く評価できる。
4. 20. 3. 1	研修プログラムが評価されている	研修プログラムは研修医・指導医によって評価されており、改善やプログラムの新設などもよく行われている。
4. 20. 3. 2	臨床研修指導医・指導者の評価が行われている	臨床研修管理委員会にて指導者の指導内容も評価され、本人へのフィードバックもあり、質の向上を図っている。

第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.4 ケアの実施（各論の流れ）

■高知大学医学部附属病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	すべての輸血後の患者は輸血専従医が回診し、副作用の発生の早期発見につとめ、その記録を保管している。また使用後バックの保存により、輸血による感染の有無を念入りにチェックしている。このような優れた取り組みは他の模範となると思われる。 適正基準に則って輸血が行われ、投与中・後の状態観察をカルテから確認できる。同意書の有無、観察の有無、副作用の有無などのチェックリスト（輸血後状態連絡票）を輸血部に提出している。全輸血患者に対して輸血部回診が行われ、病棟を指導している。また、検体とともに輸血済みバッグすべてを輸血部で保管し、副作用がおきた際の原因分析に備えているなど高く評価される。
5.4.3.1	輸血・血液製剤投与の計画が適切に立てられている	—
5.4.3.2	輸血・血液製剤投与について十分な説明が行われ、同意が得られている	—
5.4.3.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	すべての入院中の輸血患者では、輸血後回診が輸血部専従医師により行われている。また、輸血後のバックは使用後も1週間は保存されている。輸血後副作用が発生した場合には、輸血後回診により早期に発見できる。また、輸血後に発熱があった場合には保存していたバックの細菌検査も同時に行う。 投与中・投与後の患者の観察記録を輸血バッグ返還時に輸血部に報告し、翌日輸血部医師による輸血後回診が実施されて副作用等の確認が行われている。

■広島大学病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.4	周術期の対応が適切である	手術・麻酔の適応と方法は、各病棟でのカンファレンスにおいて検討して決められ患者に説明・同意を得ており、患者の周術期管理とその記録は適切である。特にB病棟では、児童憲章・貴院のこども憲章の観点を踏まえた対応がなされ、子供の年齢・発達段階に応じた取り組みが行われている。専門医・専門看護師・チャイルドライフ・スペシャリスト・臨床心理士・薬剤師等のチームにより、小児にはインフォームド・アセント、親にはインフォームド・コンセントを得ており、高く評価できる。C病棟では、白内障・ヘルニアなどの手術が適切に行われている。
5.4.4.1	手術を実施するための評価が適切に行われている	手術適応には、複数診療科でのカンファレンスにより検討されている。
5.4.4.2	麻酔を実施するための評価が適切に行われている	手術決定前に麻酔科医の診察によるリスク評価が行われ、記録されている。
5.4.4.3	手術・麻酔について十分な説明が行われ、同意が得られている	B病棟においては、患児の年齢・発達段階・理解力に対応した術前オリエンテーションが実施されている。周手術に関するシミュレーションはチャイルドライフ・スペシャリスト等の専門職チームによる親しみやすいツールを使用して、理解を促すための子供の目線に立った心理的準備への支援が行われている。 手術は文書や図を用いて十分に説明が行われて同意が得られている。また、麻酔科医による術前訪問により、説明書「麻酔を受けられる皆様へ」を用いて患者に説明が行われて同意も得られている。
5.4.4.4	患者の周術期管理が適切に行われている	「安全で快適かつ先進的な手術医療環境を提供する」フローチャートにより周術期管理が行われている。タイムアウトはチェックシ

		ートに主治医・麻酔科医・看護師が署名を行い、実施の徹底が図られている。
5.4.4.5	周術期についての記録がある	麻酔記録は電子カルテ上で経時的に記録され、保存されている。体内異物遺残防止のための器械カウント、ガーゼカウントの実施はチェックで行われている。さらにエックス線検査の実施記録も決められている。
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	緩和ケアチーム・臨床心理士など多職種連携によるケア計画により、患者・家族への支援が適切に行われている。特にB病棟においては、臨床心理士、チャイルドライフ・スペシャリストと医療スタッフとの協働によりグリリーフ・ワークの援助が行われ、病気の現実と向きあい死に向かう患児・親の心のケアに取り組んでいることは高く評価できる。C病棟では死亡例が存在しないため、NAとする。
5.4.10.1	ターミナルステージの評価が適切に行われ、ケア計画が立てられている	—
5.4.10.2	ターミナルステージについて十分な説明が行われ、同意が得られている	—
5.4.10.3	ターミナルステージの患者に適切な診療・ケアが提供されている	麻薬の使用基準は策定されている。また、緩和ケアチームが活動しており、必要時に主治医から依頼を行う仕組みが構築され、多くの実績が認められる。
5.4.10.4	逝去時の対応が手順に沿って適切に実施されている	逝去時の対応手順は患者家族の意向が尊重され、ケアとしてのエンゼルメイクに取り組まれている。

■川崎市立井田病院

■一般病院（200-499床） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.6	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている	緩和ケアチームによる関与など、医療チーム全体で症状緩和に取り組まれており、高く評価できる。
-------	--------------------------------	---

		<p>多職種による緩和ケアチームを編成し、組織的および積極的に取り組まれており適切である。</p> <p>「がんの苦痛に悩む患者への緩和ケアの基準」があり、緩和ケアナース、医師、薬剤師、栄養士など多職種による回診が毎日行われ、症状緩和治療に積極的に取り組んでいる姿勢は高く評価できる。</p>
5.4.6.1	症状緩和が適切に実施されている	<p>疼痛緩和が基準・手順に基づいて実施されている。疼痛以外の嘔気や倦怠などの症状緩和にも適切に対応されている。専門医師や認定看護師、薬剤師・栄養士よりなる緩和ケアチームの回診は、緩和ケア病棟以外の緩和ケア対象患者に対して毎日行われ、ケアの指導も行っている。</p> <p>疼痛・嘔気・全身倦怠・腹部膨満感・不眠などへの症状緩和が行われている。</p> <p>緩和ケアチームが院内での疼痛緩和、症状緩和に関与している。</p> <p>病棟で毎日、緩和ケアチームの医師・看護師・薬剤師・栄養士・精神科医等による回診が行われ、症状緩和に努めており、記録にも残されている。</p>

■医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

■一般病院（500床以上） 単独型臨床研修病院 新規受審

5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	<p>医師、看護師、リハビリテーション・スタッフをはじめとした多職種によるケアカンファレンスが毎週開催され、入院当初から多角的・専門的な総合評価がなされ、理想的なリハビリテーションが行われている。これらは他他の病院の模範となる体制・取り組みであり高く評価される。</p>
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	<p>入院当初から、リハビリテーション・スタッフが関与し、多職種によるカンファレンスの中で評価や計画が作成されている。</p>

		心臓リハは綿密な計画のもとに実施されている。他の病棟においても必要時には迅速に開始できる手順が整備されている。
5.4.7.2	リハビリテーションについて十分な説明が行われ、同意が得られている	十分な説明が行われ同意と理解が得られている。 家族・患者の事情や要望なども考慮され、リハビリテーション計画書が適切に作成され、同意も得られている。
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	各病棟毎にリハビリテーション・スタッフの担当者が決められ、摂食嚥下障害に対しては言語聴覚士も関与して実施されている。 計画に沿ったリハビリテーションが実施され、成果は日常のケア計画に反映され、ADL自立に向けた取り組みがなされている。 心臓リハは救急対応可能な循環器病棟内で実施されている。 リハビリテーション訓練の内容や評価は情報提供されセルフケア向上に活用されている。

■財団法人健和会 健和会大手町病院

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院 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	リハビリテーションを評価と計画に基づいて確実・安全に実施している。G病棟では、専従の療法士を多数配置し、極めて適切にリハビリテーションを実施している。
5.4.7.1	評価に基づいて計画が立てられている	主治医の処方に基づき、各療法士が具体的な計画を立案している。
5.4.7.2	リハビリテーションについて十分な説明が行われ、同意が得られている	総合実施計画書を作成し、同意署名を得ている。
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	G病棟ではPT、OTを専従配置し、STを専任配置して適切なリハビリを提供し、介護士とともにADL自立、在宅復帰に向けて優れた成果をあげている。 毎週リハビリ部門から病棟への連絡票を記

		<p>載し、連続した訓練を実施するように配慮している。毎週のカンファレンスで意見交換を行っている。</p> <p>摂食機能や移動動作等、日常生活に取り入れ、自立に向けて支援している。</p>
--	--	---

■国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

■一般病院（200-499 床） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	退院支援は、入院時にハイリスクスクリーニングを行い、退院計画書・退院支援計画書を作成し指導を開始している。退院指導室のMSW や看護師と連携し退院後の支援を患者や家族、地域の施設の職員との拡大カンファレンスを行い実施している。計画的な支援があり、円滑な在宅復帰が見られ評価できる。B、C 病棟は計画的であり、成果が見られたので高く評価した。
5.4.9.1	退院について適切な評価が行われ、療養継続計画が立てられている	各病棟のディスチャージナースを中心に入院早期から積極的な退院支援活動が行われている。 各病棟にディスチャージナースがいる。入院時より退院計画書を作成し、指導・支援をしている。
5.4.9.2	退院・転院について十分な説明が行われ、同意が得られている	—
5.4.9.3	療養継続の連携先に必要な情報が提供されている	看護サマリーなどの情報は、継続看護が必要な連携先に提供している。

■医療法人社団英明会 大西脳神経外科病院

■一般病院（100 床未満） 更新受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	退院支援には極めて積極的に取り組まれており、高く評価できる。
5.4.9.1	退院について適切な評価が行われ、療養継続計画が立てられている	退院後の療養計画は適切に立てられ、患者・家族や連携医師にも説明されている。地域連

	れている	携パスを用いたリハビリの継続が極めて適切に機能している。 専任の退院調整看護師が、入院時から主治医や看護師等と連携し、計画的に退院支援を実施している。また、退院時共同指導や地域連携パスを活用したリハビリの継続も行っている。
5.4.9.2	退院・転院について十分な説明が行われ、同意が得られている	—
5.4.9.3	療養継続の連携先に必要な情報が提供されている	—

■新潟県立津川病院

■一般病院（100床未満） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	地域連携室に退院調整看護師が配置され、患者・家族の要望を尊重し、地域との連携により、細やかな退院調整がなされている。多職種やケアマネージャーなどと共同した退院時指導がなされており、退院への支援は高く評価できる。
5.4.9.1	退院について適切な評価が行われ、療養継続計画が立てられている	退院にあたっては、専任の退院支援看護師を中心に多職種の職員が共同して退院後の療養について協議・指導をして、地域医療連携につなげている。
5.4.9.2	退院・転院について十分な説明が行われ、同意が得られている	—
5.4.9.3	療養継続の連携先に必要な情報が提供されている	—

■独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター

■一般病院（200-499床未満） 管理型臨床研修病院 新規受審

5.4.9	患者への退院支援が適切に行	退院スクリーニングシートで療養継続アセ
-------	---------------	---------------------

	われている	メントが実施されている。とくに G 病棟では、多職種で検討した生活から社会資源活用までの「リウマチの栞」が手渡され、内容も患者や家族が分かりやすいように絵や字も見やすいように工夫されており大きく評価できる。
5.4.9.1	退院について適切な評価が行われ、療養継続計画が立てられている	退院時の評価は適切になされ、必要時の療養継続計画も適切に立てられている。 退院時には療養継続計画が立てられている。 G 病棟では、独自で開発したリウマチ体操が退院後も継続されているか、外来に来院したときに病棟の看護師により対応されている。
5.4.9.2	退院・転院について十分な説明が行われ、同意が得られている	必要に応じ、MSW の支援も取り入れて退院・転院の説明・同意を得ている。
5.4.9.3	療養継続の連携先に必要な情報が提供されている	看護サマリーが作成され、連携先への情報提供を行っている。

5.7 病棟での薬剤・機器の管理

■地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立中央病院

■一般病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	ベッド・マットの洗浄機が 2 機設置されており、年 2 回定期的に洗浄され、清潔が保たれている。また、ベッド使用基準に応じたベッドの使用など、ベッド・マットへの配慮は高く評価できる。 ベッドの洗浄機を 2 台整備して年 2 回洗浄をすべてのベッドに実施している。日常の清掃も委託業者が細部についても清掃して清潔が保たれており、他の模範として高く評価できる。安全にも配慮され療養生活を快適に過ごすことができる体制を整えていることは評価に値する。
5.7.2.1	患者の容態に応じたベッドが	F 病棟はベッド使用基準を作成し、年齢に応

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

第6領域 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

■財団法人田附興風会医学研究所 北野病院

■一般+療養病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	医師を含む全職種同一の個人目標管理を取り入れた人事考課基準が整備されている。人事考課についての教育を受けた考課者による考課が全員に実施され、その結果を処遇や教育に繋げていることは高く評価できる。
6.1.2.1	人事考課が合理的な基準により行われている	新人事考課制度が導入され、全職員を対象に教育を受けた考課者による二段階考課が実施されている。「人事考課の手引き」を全職員に配布して周知されている。職員の個人目標も設定され、達成度評価が行われ、人事考課に反映されている。
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、昇進、昇格、賞与に反映されている。また、個人目標管理による職員育成を進める中で、次期目標設定に役立てている。

6.4 物品管理

■市立旭川病院

■一般病院（500床以上） 管理型協力型臨床研修病院 更新受審

6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	診療材料については、各部署における使用状況や在庫状況が常に把握されており、適正在庫量が維持できる仕組みになっている。使用金額も明確となる仕組みで、原価計算に活用されている。貴院の在庫管理の仕組みは、医療機関としてはレベルが極めて高く、高く評価できる。
6.4.2.1	物品の在庫量が把握されている	診療材料は診療材料室において在庫管理されており、年3回実地棚卸しが行われる。在庫量はコンピュータによって管理されており、各部署における物品の在庫量は、常に診

		療材料室において把握されている。
6.4.2.2	適正な在庫量を定め、管理している	入出庫はバーコードによる管理となっており、入院予定や手術予定により診療材料が準備される態勢が整っている。各部署における使用量は随時把握され、在庫量もタイムリーに調整される。また、物品の使用金額が明確であり、精度の高い原価分析が容易にでき、実際に活用されている。

6.6 病院の危機管理への適切な対応

■日本医科大学千葉北総病院

■一般病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 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	千葉県基幹災害医療センターとして、大規模災害に備えた研修・訓練の実施、備蓄品の確保が極めて適切に行われ、地域・行政との取り組みなど他病院に比し高く評価できる。
6.6.1.1	院内の防災体制が整備されている	災害対策マニュアルの他、夜間・休日における地震・火災等の対応体制も整備され、漏れない緊急連絡網が整備されている。
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	病院自体がマグニチュード7の耐震構造であり、災害等を想定した訓練が地域の消防等と協力して行われ、定期的に災害研修センターにおいて講習会・訓練が行われている。また、大規模備蓄庫（759 m ² ）を有し、組立型トイレ、簡易ベッド、食糧品、飲料水などが十分に備蓄されている。また、緊急時には院内の廊下などに300ベッドの収容が可能であり、間接照明による配慮もなされている。

第7領域 精神科に特有な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

■医療法人桐葉会 木島病院

■精神科病院（400床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

7.1.4	精神科救急に適切に対応している	年間約300日にもおよぶ精神科救急輪番病院を担当するほか、措置入院や医療観察法による入院も積極的に受け入れている。当該地区における精神科救急医療の拠点病院としての役割・機能を果たしており、受け入れ実績も多い。また、救急拠点病院としての体制・施設も整備されており、そのシステムや対応について高く評価する。
7.1.4.1	病院の役割に応じ、精神科救急医療の体制・施設が整備されている	—
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	—

■医療法人北斗会 さわ病院

■精神科病院（400床以上） 協力型臨床研修病院 更新受審

7.1.4	精神科救急に適切に対応している	すべての精神救急要請に応需するため、2名の医師の当直体制で精力的に地域精神科医療に貢献しており、極めて適切である。
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	—
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	救急対応困難時には、院長・理事長が積極的に関与する仕組みが確立している。

7.5 精神障害者の身体管理の適切性

■公益財団法人慈愛会 今村病院分院

■一般病院（200-499床） 協力型臨床研修病院 更新受審

7.5.2	精神障害者の身体合併（併存）症治療が適切に行われている	地域の需要を適切に反映して、精神障害者の身体合併症の治療に特化した精神科診療体制を病院の特性としている。診療体制は、精神科医を核として各科医師との協同が密であるとともに、看護も一般診療科を経験したスタッフが配置され、精神科看護師と共にチームを形成し、薬剤師、栄養士、作業療法士、PSW 等の多種職も参加して患者のケアにあたっている。他院との連携も確立し、精神科病棟でありながら、一般病棟あるいはそれ以上の水準での身体合併症の診療・ケアを実現しており、身体合併症の診療・ケアは、非常に高く評価できる。
7.5.2.1	身体合併（併存）症治療に関する方針が明確であり、適切に連携している	—
7.5.2.2	身体合併（併存）症治療が適切に行われている	—

第 8 領域 療養病床に特有な病院機能

8.2 チーム医療の適切性

■医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

■一般+療養病院（500 床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

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	急性期病院の中に併設されているが、介護療養病棟としては質的にも極めて適切に整備されている。病院における介護療養病棟としては他施設の範となりうる。 QOL の向上を目指した診療計画、ケア計画、リハビリ計画に基づき、多職種により検討され適切に運営されている。
8.2.1.1	QOL の向上を目指した診療計画が作成されている	転院・転棟・転科時には患者や家族の意見を尊重し、多職種による検討が行われ、実施計画が立てられている。 介護療養病棟であるが、原則的な医学的計画が適切に作成されている。
8.2.1.2	QOL の向上を目指したケア計画が作成されている	ケアマネージャー4 人が担当し、ケア計画は患者・家族を交え、多職種により作成されている。主治医による診療計画があり、また、リハビリ科医師による回診が毎日行われ、QOL の向上について検討されている。 ケア計画は多職種に家族が参加して立てることもあり、標準看護計画に個別性を加味して作成されている。修正は月 1 回程度行われている。
8.2.1.3	QOL の向上を目指したリハビリテーション、その他の計画が作成されている	リハビリ医や療法士による評価や目標設定が行われ、病棟とのカンファレンスも毎週実施され、患者や家族への支援も行われている。 QOL の向上を目指した計画になっている。

8.3 慢性期の診断・治療とケアの適切性

■医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

■一般+療養病院（500床以上） 管理型臨床研修病院 更新受審

8.3.3	排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている	泌尿器科医の専門的な排泄機能評価が行われ、多職種が協力し適切なケアが行われている。
8.3.3.1	排泄機能障害の原因が診断され機能の回復に努めている	泌尿器科医の関与が高く、排尿パターンにあわせた対応などが見られる。 泌尿器科専門医が中心となり、診断や回復に向けた取り組みが極めて適切に実施されている。
8.3.3.2	排泄機能の維持・向上に努めている	膀胱留置カテーテル挿入者4人、おむつ使用者20人である。間歇導尿や排泄パターンのチェック、トイレ誘導など、自立へ向けた取り組みが見られ、尿失禁からの自立例は6例ある。 膀胱留置カテーテル挿入患者は10人いる。カテーテル抜去にむけて、個々の排尿パターンを知るための排尿毎の尿量や残尿測定を実施する等、きめ細かな排尿訓練が行われている。

おわりに

一昨年度、昨年度に引き続き、病院機能評価事業を通じて得られたデータをまとめたデータブックを作成しました。本データブックに所収されたデータには、病院医療の現況を示す独自のデータが多く含まれています。認定病院をはじめとする医療機関の皆様におかれては、これらの統計データや審査結果の傾向・コメントなどを参考に、それぞれの病院機能の向上等に役立てていただければ幸甚です。

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23年 3月

財団法人日本医療機能評価機構
執行理事 今中 雄一

病院機能評価データブック 平成 21 年度

平成 23 年 3 月 31 日発行

発行者 財団法人日本医療機能評価機構（担当・企画室）

〒101-0061 東京都千代田区三崎町 1-4-17 東洋ビル

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

(C) Japan Council for Quality Health Care

本書の無断複製・転載を禁じます
