

ご 挨拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構審査部までお問い合わせください。

当機構の医療機能評価事業は、評価によって明らかになった問題を改善することによって、医療サービスの質の向上を図ることを第一の目的としております。本報告書が貴院の業務の改善と患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

平成 15年 8月

日本医療機能評価機構評価委員会  
委員長 大 道 久

## 審査結果報告書について

### 1. 報告書の構成

- ご挨拶
- 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- 領域総括
- 評価判定結果

### 2. 報告書の内容

#### （1）領域総括

病院の地域における役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

領域間の評価結果の相対的なバランスについて指摘すべきことがある場合には、その点についても記述してあります。

#### （2）評価判定結果

中項目（調査票の中で3ケタの番号がついている項目）および小項目（調査票の中で4ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

中項目評価は5段階で行われ、報告書の中では1から5の数字で表記しました。数字が大きいほど評価が高かったこととなります。

小項目評価は3段階で行われ、「a」「b」「c」で表記しました。

評価結果のNAは、対象となった病院の機能に照らして当該評価項目で求めている機能を有さないことが妥当であると判断される場合に付されるものです。Not Applicable（非該当）の略です。

中項目、小項目には評価所見が付されていますが、中項目における評点「4」「3」および小項目における判定「a」については、特記すべき事項がない場合は、所見が記載されていない場合があります。

4.20～4.31 および5.10～5.20については、訪問病棟ごとの評価結果を表記しています。その際、病棟番号としてA～Hの記号を用いていますが、実際の病棟名とは関係ありません。

中項目および小項目の評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

<中項目>

- 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
- 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 / 行われているが消極的である
- 1 : 適切でない / 存在しない / 行われていない

<小項目>

- 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 : 適切でない / 存在しない / 行われていない

# 1. 病院組織の運営と地域における役割

---

## 領域総括

---

病院の理念は、「思いやりとふれあいの心がかよう人間尊重の医療サービスを提供します。」をはじめとする5項目から構成される病院憲章として定めている。この憲章は理念に代わるものであるが、基本方針は特に定められていない。憲章・基本方針の見直しについては経営企画会議で随時論議されているが、現状では改正の必要を認めていない。また、憲章とは別に患者などの理解をより深めるために「患者の権利に関する宣言」を検討中であり、早期実現が期待される。憲章を周知させる努力については、院内掲示、職員の名札への印刷、病院案内・広報誌の掲載など工夫されているが、入院案内には掲載されておらず、院内掲示もわかり難い。周知についてさらなる努力が望まれる。

地域における役割・機能はよく検討されており明確である。将来計画については、堺市の行財政改革計画に「病院事業の不良債務解消」が掲げられ、それに基づき平成12～16年度の財政健全化計画として策定されている。財政以外の全般的事項については、別途、堺病院将来検討会議で検討中であるが、早期な策定が期待される。特に、入院待ち患者の減少、医療の質向上や業務改善についての積極的な取り組みが望まれる。

病院幹部のリーダーシップについては、努力が認められるものの、前記の項目への取り組みのほか、重点施策の明確化および評価と見直しについて、さらに努力されたい。

組織的運営では、市立病院としての諸規定がよく整備されている点が評価される。

情報管理については、医療情報科が設置され、電子カルテの導入など情報化への努力が評価されるが、発展途上であり十分な機能を発揮していない。また、病院運営に必要な情報の収集・活用では、診療情報と会計情報の統合と分析、臨床指標、患者満足度の把握と分析の充実が望まれる。診療情報の開示については、市の関係機関が保有する個人情報について定めた「堺市個人情報保護条例」があり、さらに「診療情報提供に関する指針」が定められている。

法令の遵守については適切である。

研修計画の充実と評価および活用については不十分であるので、今後充実されたい。

医療サービスの改善については、組織的な取り組みが遅れている。業務改善の視点など、各職場で目標を掲げて継続的に取り組んで成果をあげられたい。

地域の保健医療機関との連携、高額機器の検査受託、他施設への紹介、広報活動については、適切である。ただし、開放型病床の利用実績が少ない点が惜しまれる。また、地域の健康増進への積極的な参加については、一層の充実が望まれる。

## 2. 患者の権利と安全の確保

---

### 領域総括

---

患者の権利の尊重については、病院独自の「患者の権利宣言」を検討中である。策定については、パブリックコメントを求める等の時間を要することは理解されるが、医療提供の根幹をなすものであり早急に実現されたい。

説明と同意については、種々の疾患について詳細な説明文が用意されており、適切な内容と判断される。また医療者の説明が十分にわかるような工夫も認められる。ただし、診療情報開示については、「診療録開示請求の手続き」そのものが患者に広報されていない。入院案内や外来、病棟で患者が知る機会を得られるよう配慮されたい。

患者の安全確保のために医療事故防止委員会は設置されているが、実質的な活動の記録が見当たらず、十分に機能していないように見受けられる。インシデント報告や職員の安全教育のためにも組織横断的な安全部門担当部署を設置して、病院全体の安全確保策を推進する必要がある。医師によるインシデント報告が月に3件前後であることを考慮すると特に医師への安全管理に対する意識の強化が望まれる。また、病院としての医療事故発生時の対応マニュアルが整備されていないことは、重大事故発生時に迅速な対応が取り難いリスクを負うことになることも予測される。早急な整備が望まれる。

医療事故への対応は、ガイドラインや報告手順を明文化され、職員に周知徹底されたい。

院内感染対策についてはICTが機能しているが、病院全体の感染防止を統括するシステムが確立していないために系統だった感染対策を困難にしているように見受けられる。ICTの活動をより効率的で、効果的なものにするために、正式な院内感染対策委員会の設置と感染防止マニュアルの早期策定が望まれる。

医療安全活動や感染対策については、現場レベルではかなり努力していると見受けられるが、病院上層部での組織だった対応がやや不足している感が否めない。また、病院としての「患者の権利と安全の確保」に向けた一層の努力を期待したい。

### 3. 療養環境と患者サービス

---

#### 領域総括

---

職員は患者接遇に配慮している様子が見受けられ、おおむね適切な対応が行われている。ただし、履物や服装のルールはなく、身だしなみは徹底されていない。また、担当医師名の紹介は行われているが、各部門の責任者の紹介は行われていないので、掲示などを検討されたい。

病院内の掲示物には必要な案内はされているが、掲示場所と位地、高齢者にわかりやすい配慮を望みたい。外来待ち時間については、定期的な調査を実施して結果分析を行い、短縮に向けて努力されたい。

医療相談については窓口があり、MSWがさまざまな相談に応じており適切である。院内各部署との調整、外部の福祉機関などとの連携も良好であり、相談記録も整備されている。

患者・家族の意見の尊重については、投書箱を設置して対応している。患者・家族の苦情への対応は特別な仕組みは認められず、問題発生時に口頭で院長に報告されるシステムである。病院としての課題を各部門が共通認識して、サービス改善に結びつける手順の確立が課題である。

患者や家族が利用する施設は充実しており、利便性は確保されている。また、院内のバリアフリーもおおむね適切である。

プライバシーの配慮では、外来診察室は一部がカーテンによる間仕切りである。中待合のイスも設置されており、利用の実態があることから適切な環境とは言い難い。また、泌尿器科の検尿は、診療科の廊下側窓口に患者自身が検体を運んでいる。尿コップと試験管の氏名の記載も患者自身で行い、廊下からは検体と患者氏名が見える状況である。患者のプライバシーの配慮に欠けており、改善が必要である。

療養環境の整備では、院内の清掃と整理整頓に配慮されており、全館禁煙についても努力している。

快適な療養環境については優れており、特に空調は24時間温湿度の調整が可能であり設備と運用は評価できる。院内の静寂性の確保では、院内放送、職員の履物の音などに配慮されたい。ベッド・マットの清潔性の確保として定期的な消毒が実施されていることは評価できる。

災害時の対応として、連絡網、マニュアルの整備に加えて、定期的な防災訓練が行われている。停電時の対応も周知されており、大規模災害を想定したライフラインの確保、訓練の実施も適切である。特に、委託会社職員が積極的に活動している様子が印象的であった。

## 4. 診療の質の確保

---

### 領域総括

---

#### <診療体制の確立と各部門の管理>

診療組織の整備については、医師・薬剤師などの標準人員は満たされているが、病院機能の充実の面から、診療情報管理士、臨床工学技士の増員や作業療法士の確保が望まれる。診療組織の運営では、会議や委員会の開催要項を明確にして実効ある活動を行い、議事録の整備にも努められたい。診療における倫理に適切に対応するために、第三者的立場の委員が参加した倫理委員会を定期的で開催して問題事例などを検討するとともに、倫理に関する教育・研修の計画的な実施を求めたい。

医師の人事管理については、採用基準を明確にし、医師の能力や病院への貢献度が評価されるよう、人事考課制度の導入が望まれる。医師の教育・研修については、学会参加の内規の整備や報告書の充実、院内研修会の計画的実行など適切な対応が課題である。

診療録管理部門については、組織図上での位置付けの明確化および退院患者数に見合った診療情報管理士の確保が望まれる。診療情報の有効活用として、診療活動の基本統計の報告、臨床指標の検討などに取り組んでおり、今後に期待したい。

図書室は整備され利用促進と便宜が図られており評価できる。

臨床検査部門、画像診断部門の体制の整備および運営はおおむね適切である。

病理診断部門の体制は整備されており評価できるが、剖検件数がやや少ない。病理診断部門の運営はおおむね適切である。

薬剤部門の体制は整備され積極的な姿勢も認められる。また、薬剤は適切に保管・管理されている。ただし、調剤に関しては、病棟における中心静脈栄養剤の準備と使用方法に検討をされたい。薬剤の購入・供給、薬剤情報の提供はおおむね適切である。

輸血血液部門の体制の整備、輸血用血液製剤の供給はおおむね適切であるが、病棟運搬時の容器については適切なものに統一されたい。

手術・麻酔部門の運営体制の整備、施設・設備・機器の管理、中央滅菌材料部門の運営は適切である。

集中治療室の体制では、専任の医師は確保されているが、看護職員の充足については業務の実態を考慮した配置が必要である。

救急医療については、地域における役割と運営方針の明文化と職員への周知徹底が望まれる。救急部門の体制は整備されており適切であり、運営についてはおおむね適切である。

栄養部門の運営体制の整備や栄養管理については適切であるが、栄養指導の積極的な実施が課題である。

リハビリテーション部門の運営についてはおおむね評価できるが、リハビリに関する

方針を明確にして、作業療法士の確保も検討されたい。

訪問サービス部門は病院の方針として行わないので、“NA”とした。

#### <適切な診療活動の展開ーケアプロセス1ー>

診療の責任体制では、各病棟とも研修医が単独で主治医となっているので、上級医と連名にするか担当医にとどめるかの対応が必要である。診療録への記載では、患者の訴えと説明の記載、検査結果の記載など必ずしも十分でない点が見受けられるので注意されたい。また、診療管理責任者は診療録の評価と点検を行う等、適切な記録の徹底に努められたい。診療録は電子カルテに移行中であるが、現状では退院2週間以内のサマリー作成率は低く改善が必要である。また、医師の指示に基づいて確実に実施し記録する仕組みの明確化も望まれる。

入院診療の計画的対応については、入院の目的を明らかにし、入院時の患者の身体的・精神的・社会的状態を評価、記載して、患者への説明が行われ理解と同意が得られるよう努められたい。入院診療計画書は適切に作成されているが、説明時に患者の署名を得ることが望ましい。また、病状・診断の変化などに対応し、診療計画を見直す考え方と手順を明確にして、改めて患者に十分に説明することも必要であろう。

臨床検査・画像診断・病理診断が適切に行われおり評価できるが、検査・診断結果についての担当医の評価、記載を徹底されたい。

薬剤投与の管理については、抗菌薬の使用指針の整備と抗がん剤や特殊な薬剤などの臨床検討会の開催が望まれる。病棟における注射薬の混合や調剤の薬剤師の関与については、充実に向けた努力が必要である。薬剤の投与では、要観察事例の観察を十分に行い記録を残されたい。また、服薬管理指導の適用基準と手順の明文化は課題である。

栄養管理と食事指導については、患者の栄養状態の評価に基づき、適切な栄養・食事指導を十すること、さらには多職種による栄養管理についての検討会の実施をされたい。

効果的なリハビリテーションの実施においては、患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し家族の協力が得られるように努め、また、リハビリテーションの訓練記録は診療録でも参照できるよう記録の一元化の工夫が望まれる。

QOLへの配慮と緩和医療については、症状緩和や疼痛緩和の適応基準と実施の手順を整備する必要がある。

行動制限への配慮では、行動制限に関する方針と適用する場合の基準を明文化するとともに、医師の診察により指示が出され実施されたことを記録に残す手順を明確にされたい。

院内緊急時への対応については、緊急時の手順書を整備にするとともに院内研修会と定期的な訓練も求めたい。

療養の継続性の確保については、退院時の服薬・栄養・リハビリテーション指導などの実施手順を明確にして適切な指導を行い連携・調整が行われるような仕組みが求めら



れる。

診療の質の保証について、臨床各科の症例検討会は開催され記録も残されているが、死亡症例の検討会や関連職種を交えた症例検討会などの開催が望まれる。今後は、治療実績を取りまとめ、診療の質改善に向けた組織的な取り組みをされたい。

#### <適切な診療活動の展開ーケアプロセス2ー>

入院決定から主治医・担当医の責任体制、回診、診療記録はおおむね適切である。診療録は、現在オーダーリングシステムが稼動しており、電子カルテ化に向けた作業が進行中であるが、電子カルテと従来の診療記録を併用している段階であり電子化のメリットがまだ十分に生かされていない。診療情報管理では、2週間以内の退院時サマリーの完成率は60%台と低く、医師への徹底が課題である。診療録管理室の責任者に医師を任命し、権限を持った委員会を組織して、サマリー作成の徹底を図ることも検討されたい。

患者への説明と同意は文書によってなされており、入院診療計画も適切に記載されている。しかし、診療計画の変更時の対応には検討の余地がある。

検査の実施、結果報告などはオーダーリングシステムにより適切な体制が整っている。

薬剤の処方についてもおおむね適切になされている。注射薬については、薬剤が個人別に薬剤部から届けられるシステムとなっているが、今後は病棟での注射薬の混合について薬剤師が積極的に関与することが望ましい。

手術については、常勤の麻酔医によって術前訪問・麻酔・手術管理が適切になされている。また集中治療室の管理についてもおおむね適切である。

栄養管理については、症例によっては医師、看護師、栄養士等の多職種による検討も考慮されたい。

高齢者の術後管理では早期リハビリが必要なことが多いので、特に術後患者に対するリハビリの充実が望まれる。また、効果的なリハビリのためには術後の疼痛管理が不可欠であり、疼痛緩和のためのマニュアルの整備も求められる。

医療事故防止の観点から行動制限（抑制・拘束）を行うことがあるが、その運用には慎重さが求められる。したがって全病院的な行動抑制の指針が必要であり、行動抑制について検討するための委員会の組織化が望まれる。抑制の指示、解除については明確な記載が必要であることを留意されたい。

非常用カートは整備されており、院内緊急放送を利用した緊急時の体制もよく機能している。職員に対する研修などが実施されれば、緊急時対応能力が向上すると思われる。

診療の質の保証については、貴院は急性期病院であり、病診連携に力を注いでいることもあり他施設との連携・調整にさらに努力することが求められる。また、常勤の病理医が2名いることから剖検率をさらに高め、臨床医と病理医との症例検討の場を強化することも課題である。

医療の最終目標はアウトカムの向上にも求められるので、電子化によって症例のデー

データベースを構築し、臨床指標の設定、指標に基づく改善への努力をさらに期待したい。

## 5. 看護の適切な提供

---

### 領域総括

---

#### <看護体制の確立と組織管理>

平成14年の組織改正を機に看護の質向上に向けて、看護局の熱意ある取り組みが随所にうかがわれた。看護部の理念・方針は病院の理念に沿って作成されている。年度ごとの重点項目は科長会で検討して明文化しており、周知への努力も適切である。目標管理については、各単位の活動計画に具体性が物足りなく、また、中間評価・修正についての徹底が望まれる。

看護部門の組織整備では、業務量調査が実施されているが、データ分析の過程の段階であり職場の特性を踏まえた人員配置への活用を期待したい。会議は明確な位置付けのもとで開催され議事録も整備されている。委員会機能については、現在見直しが行われており、ワーキンググループの再編成も認められる。職務についての役割ごとの業務規定は整備されている。看護ケアを実践するための支援体制は、プリセプター、教育委員、主任により適切に取り組まれている。職員の意見は各単位のカンファレンス、委員会を通して聴取されているが、意見を反映するためのアンケート調査については工夫をされたい。精神的支援は必要時に上司や先輩が対応している。昨年、看護職員の健康度セルフチェックを実施した結果を生かして、充実に向けた検討をされたい。他部門との連携、業務分担は、科長クラスによる自発的な会としてコ・メディカル委員会が持たれている。臨床工学技士、薬剤師、臨床検査技師などとの一層の連携強化を期待したい。

看護部門の能力評価の1～3年目は評価表により所定の手順で行われている。他の職員については昨年作成された能力評価基準に沿って取り組まれている段階であり、実績とその活用のついては今後の成果に期待したい。能力開発は教育委員会を中心にプログラムが立案・実施されている。院内・外研修に自己申告で参加できる体制があり、資源確保などおおむね適切である。ただし、キャリアアップの視点での計画・評価の妥当性については、工夫されたい。さらに、貴院の機能から判断して、認定・専門看護師の育成と専門領域の研修の充実に向けて、より積極的な取り組みを期待したい。

#### <適切な看護活動の展開ーケアプロセス1ー>

看護の実践では基本的なケアはよく行われているが、プライマリーナーシング体制の中での患者の反応や家族の意見、さらには継続的観察を要する記録は十分にとられていない。また、看護基準は見直しの途中であり、十分に活用されている状況とは見受けられない。作成日や見直し期日を明記して、実際に活用されるよう留意されたい。また、クリニカル・パス、看護計画書などを含めて検討されることも期待したい。医師の指示に基づいた医療行為を行う仕組みは整備されており、患者の反応の観察も行われている。

ただし、記録の方法は検討の余地がある。現在、電子カルテに移行中であり一元的な記録は今後整備されると思われるが、患者や患者・家族の意見の記録は十分に整備されていないので注意されたい。

看護計画については、入院時の計画書は認められるが、ケアニーズに沿った立案や他職種との話し合いの活用、患者への十分な説明については、一層努力されたい。また、看護計画の見直しについては、おおむね適切であるが、患者への説明の徹底とクリニカル・パスのバリエーションの検討については課題である。

検査の手順は適切な対応が認められる。

与薬の実施では、薬剤師と協力して服薬指導の関与を進められたい。

手術については該当がないことから“NA”とした。

食事の適切性では、栄養指導の対応が消極的と思われる。看護ケアの立場からも推進に努力されたい。

リハビリテーションへの関わりは消極的であるので、急性期疾患におけるリハビリテーションの援助は課題と思われる。

行動制限の配慮では、看護部でマニュアル作成が始まったばかりで整備されていない。病院としての方針を明確にすべきであり改善が必要である。早急に整備されたい。

退院後の療養の継続性はおおむね適切である。外来における受診相談は積極的に行われているので、通院中の療養指導への拡充にも努力されたい。

ケア改善について、多職種とのカンファレンスに積極的に参加して、ケア改善に繋がられたい。また、改善活動の成果をまとめてケアの向上に反映させ、看護ケアのデータを分析して業績として報告する等努力されたい。

#### <適切な看護活動の展開ーケアプロセス2ー>

看護の実践と責任体制については、看護を必要とする人を継続的に観察して的確な判断のもとに対処している。また看護者としての倫理に基づいて、看護ケアがおおむね適切に実施されている。看護内容を規定した看護基準・看護手順は見直しが行われ活用されているが、整備は継続中であり、さらに質を深める内容を検討されたい。看護ケアを提供する仕組みと医師の指示受けの仕組みは適切である。治療に対する患者の反応や観察の記録もとられている。看護記録は「患者が見える看護記録」を目標に記録委員会で基準・指針が整備されている。しかし、患者・家族の意見や要望を確認し看護が展開されていることが、看護記録のなかに十分に認められない。

看護計画はアセスメントされ、標準看護計画に個別性を加えて入院時に立案・評価・修正されているが、その達成度にばらつきがみられる。看護記録に関する研修計画があるので、その成果に期待したい。

検査への関わり、周手術期の看護は適切である。服薬指導については病棟間で差が認められる。

栄養管理と食事指導はおおむね適切である。

リハビリテーションについては適用や効果について、医師、理学療法士などとの検討の場が十分でない点が見受けられた。患者の現状把握に努力されたい。

行動制限への配慮については、院内適用基準・手順を早急に整備されたい。

看護の継続性の確保では、MSW室の看護師配置が特徴的で連携体制は整備されている。ただし、患者の退院後の生活を配慮した退院計画を患者とともに早期に立てられたい。外来における受診相談では、総合案内、地域連携室、看護相談、相談室の連携体制が強化されたことを評価したい。

看護ケアの評価と質向上への努力とケア改善のための取り組みはおおむね適切である。病棟による対応が異なるが、研究会・学会で発表されたものは年報で紹介され、看護に活かされており評価できる。患者満足度調査や事例検討会など実績が、今後の看護ケアの向上に活用されることを期待したい。

## 6. 病院運営管理の合理性

### 領域総括

人事労務管理の体制が整備され、有給休暇の取得や福利厚生制度など恵まれた職場環境が確保されている。職員の採用計画は予算要求に関連して作成しているが、人件費率が高く病院経営を圧迫している。病院機能や部門別の業務量を調査して適切な人員配置に向けた検討をされたい。人事考課については、昇格試験受験対象者のみを対象として実施している。市職員として条例・規則との関連で制約はあるが、企業体職員として労働意欲の向上と活力ある職場づくりのため、業務実績を評価し処遇に反映できる方策の検討も必要と思われる。

財務・経営管理では、財務会計、資金管理、投資計画などの関係書類が整備され、適切に処理されている。ただし、各部門からの予算要望に対する意見聴取に、予算総括部門の責任者である事務局長、総務課長が参画していない。市から多額の補助金・繰入金などを受けており、事務局長が市財政当局と折衝する場合、各部門の状況把握は必須の要件と思われるので、直接意見聴取ができる体制整備が必要である。また、累積欠損金の解消が当面の大きな課題であるが、経営管理上必要な部門別収支原価、疾病統計、診療行為別の診療報酬改定による影響、財務比率などの統計資料がほとんど作成されていないため、的確な経営状況の把握と分析が困難な状況がみられる。さらに、院内横断的な経営改善組織がなく、職員の創意による英知を結集した改善努力が消極的である。病床の効率的な利用による入院待ち患者の解消策などは経営改善に寄与すると思われるが、具体的な解決策は示されていない。年次的な経営実態統計を基にした経営の効率化や将来の経営展望など、職員の積極的な協力による経営改善努力を期待したい。

施設・設備の管理体制、給食設備の衛生管理、病院の保安体制、廃棄物の処理など適切に管理運用されており、担当職員の努力を評価したい。

物品の購入では、給食材料の契約、発注、検収が同一部署で行われており、生鮮物の多い食材の特殊性はあるが、適正な購入契約のためには牽制機能を持たせることが必要である。

業務委託は、従事者の雇用上の問題や専門的業務に精通する必要性から同一業者との契約が多くなっているが、委託の必要性、委託職員の配置数、メリット・デメリット、業務の実績評価や関係部署の意見など、新規委託や契約更新に際して組織的に検討する場が必要と思われる。

訴訟への対応については、訴訟などが発生した場合の対応手順や固定した総括責任者の指名など迅速適切な対応体制について検討されたい。

# 1. 病院組織の運営と地域における役割

## 評価判定結果

### 1.1 病院の理念と基本方針

1.1.1	理念および基本方針が確立されている	3	
1.1.1.1	理念および基本方針が明文化されている	a	
1.1.1.2	基本方針は地域の医療ニーズを反映している	a	
1.1.1.3	理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることが文言に表されている	a	
1.1.1.4	基本方針は定期的に見直されている	b	経営企画会議で見直しの必要性が検討されているが、議事録は整備されておらず見直しの過程は明確でない。
1.1.2	理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている	3	
1.1.2.1	理念および基本方針を組織内に浸透させる努力と工夫がなされている	a	
1.1.2.2	理念および基本方針を院外に浸透させる努力と工夫がなされている	b	入院案内やホームページなどにも記載して地域に対して一層浸透されたい。

### 1.2 病院の役割と将来計画

1.2.1	地域における病院の役割・機能が明確になっている	4	適切である。
1.2.1.1	地域におけるニーズがデータに基づいて把握されている	a	
1.2.1.2	地域における自院の役割・機能が設定されている	a	
1.2.2	将来計画が策定されている	3	財政のみならず、他の項目も含めた幅広い将来計画の策定が望まれる。
1.2.2.1	中・長期計画が策定されている	b	
1.2.2.2	中・長期計画の策定が組織的に行われている	b	地域住民や有識者の意見の反映が課題である。
1.2.2.3	中・長期計画を院内に周知する努力がされている	b	コミュニケーションの充実が望まれる。

## 1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.1	病院管理者・幹部は病院運営の基本方針や将来計画の策定に指導力を発揮している	3	
1.3.1.1	医の倫理を踏まえた理念・基本方針の策定と見直しに指導力を発揮している	b	「患者の権利に関する宣言」を策定中であり、早期実現が望まれる。
1.3.1.2	目標の設定とその達成に向けた計画的対応に指導力を発揮している	b	副院長が座長の将来検討会議が設けられているが、組織改革・質向上などについてさらなる充実が望まれる。
1.3.1.3	毎年の事業計画の策定と予算編成に指導力を発揮している	b	事務管理の立場から検討し、意見具申する等、事務局機能の活用が望まれる。
1.3.2	病院管理者・幹部は病院運営上の諸問題の解決に指導力を発揮している	3	将来検討会議が設置して対策を検討しているが、問題把握と対応策の検討が望まれる。
1.3.2.1	現状を的確に把握しその問題点をよく認識している	b	入院待ち人数が多いこと、外科などの待ち時間が長いことは認識されている。
1.3.2.2	問題点の解決に向けた方策の検討において指導力を発揮している	b	各部門の管理者が協力して一層努力されたい。
1.3.2.3	解決策について決断し実行することに指導力を発揮している	b	
1.3.3	病院管理者・幹部は医療の質の向上や業務の効率化に向けた取り組みに指導力を発揮している	3	業務の効率化などについて病院は市の計画に参加する姿勢であるが、病院としての積極的な姿勢、が望まれる。
1.3.3.1	医療の質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	b	
1.3.3.2	業務の効率化と経営改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	c	市の計画に病院も参加する姿勢をさらに積極的なものに改めることが望まれる。
1.3.3.3	取り組みの成果について評価し院内の一層の活性化を図っている	b	評価の充実が望まれる。



## 1.4 病院組織の運営

1.4.1	病院は組織規定に基づいて運営されている	3	
1.4.1.1	組織運営の基本を定めた規程がある	a	
1.4.1.2	運営方針と経営的意思を決める会議体があり定期的に開催されている	a	
1.4.1.3	病院の組織的な構造と機能および指揮系統が明確に示された組織図がある	b	地域医療連携室は設置主体が市医師会であるが、病院の職員も配置している実態からは組織図上に表示すべきである。
1.4.1.4	職務分掌・職務規程・会議規程などがあり組織運営の責任と権限が明確にされている	a	
1.4.2	組織運営が計画的になされている	3	
1.4.2.1	年次事業計画が策定されている	b	財政健全化以外にも、病院運営全般について具体的・幅広い年次計画の策定が望まれる。
1.4.2.2	年次事業計画の策定が組織的に行われている	b	各部門の意見の把握の明確化が望まれる。
1.4.2.3	年次事業計画に部門ごとの目標が設定されている	b	各部門ごとの目標設定の明確化が望まれる。
1.4.2.4	事業計画の実施経過とその結果が定期的に評価され見直しされている	b	実施経過の評価・見直しの充実が望まれる。
1.4.3	組織内の情報伝達と連携	3	
1.4.3.1	病院執行部の決定が全職員に伝達されている	a	
1.4.3.2	部門内・部門間の情報伝達と連携が円滑に行われている	b	各部門・各委員会の調整を行う部署または会議が明確になればなお円滑に行われると期待される。

## 1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.1	情報管理機能が整備されている	4	適切である。
1.5.1.1	情報を管理する部門または担当者がある	a	
1.5.1.2	患者の個人情報の守秘を確実にする方法が取られている	a	
1.5.1.3	情報管理に関する委員会があり情報管理規程が定められている	a	
1.5.1.4	情報機能が整備され、院外の医療情報の入手や院内の情報共有が図られている	a	
1.5.2	病院の運営に必要な情報が収集され活用されている	3	
1.5.2.1	医療活動や診療実績に関する基本的な情報が把握され報告されている	a	
1.5.2.2	診療情報と会計情報を統合して分析した統計資料が作成されており、病院の運営に活かされている	b	診療情報と会計情報の統合・分析と活用が課題である。
1.5.2.3	医療の質に関する情報が把握され検討されている	b	臨床指標、患者満足度などの充実が望まれる。
1.5.3	診療情報が適切に開示・提供されている	3	
1.5.3.1	診療情報の開示・提供に関する病院の方針と手続きが明示されている	a	
1.5.3.2	患者は自分の診療録を閲覧することができる	a	
1.5.3.3	診療情報管理の意義と重要性について教育・研修をしている	b	意義と重要性について、病院全体への徹底が図られていない。

## 1.6 関係法令の遵守

1.6.1	関係する法令が遵守されている	4	適切である。
1.6.1.1	医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている	a	
1.6.1.2	その他の法令が遵守されている	a	
1.6.1.3	法令遵守の努力が継続してなされている	a	

## 1.7 職員の教育・研修

1.7.1	全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている	3	
1.7.1.1	全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部門が定められている	a	
1.7.1.2	必要性の高い課題について教育・研修が実施されている	b	医の倫理などの研修の充実を図りたい。
1.7.1.3	全職員を対象とした教育・研修が計画的に実施されている	b	年間計画を策定して計画的な教育体制を整備されたい。
1.7.1.4	院内の教育・研修の結果が評価されている	b	結果の把握はなされているが、評価は不十分である。
1.7.2	院外の教育・研修の機会が活用されている	3	
1.7.2.1	各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている	b	全体の研修費は十分に確保されているが医師への配分が多く、職種間の配分の見直しが望まれる。
1.7.2.2	参加後の出張報告などにより教育・研修内容が共有されている	b	出張報告書、レポートは提出されているが、単なる報告に止まっている。共有化については課題である。
1.7.2.3	外部の学会・教育・研修活動への参加を評価する仕組みがある	b	評価する仕組みを検討されたい。

## 1.8 医療サービスの改善活動

1.8.1	医療サービスの改善課題と改善目標が設定されている	3	
1.8.1.1	院内の報告や調査の分析を踏まえて具体的な改善課題と改善目標を設定している	b	各委員会で検討されているが、議事録が不十分である。
1.8.1.2	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある	b	業務改善委員会が設置されておらず、病院として総合的に取り組む機能が見当たらない。唯一、病院経営会議などで論議されているが、サービスの質の評価・改善についての議事録が明確でない。
1.8.2	改善活動への取り組みがなされ成果を上げている	2	改善を要する。
1.8.2.1	継続的な活動により医療サービスが改善されている	c	各職場での自主的な改善活動の実績が認められない。
1.8.2.2	改善の成果を評価し取り組み方法の見直しが行われている	b	看護部門では行われているが、他部門ではほとんど行われていない。
1.8.2.3	院内において改善の成果に関する発表会が定期的に行われている	c	病院としての発表の場はない。

## 1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

1.9.1	地域の保健・医療・福祉施設などと適切な連携が図られている	4	医師会立の連携室が院内に設置されている。病院は、場所提供のほかに病院職員の配置も行っている。
1.9.1.1	地域における連携を図るための部門または担当者がある	a	
1.9.1.2	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携を促進する努力がなされている	a	
1.9.1.3	地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている	a	
1.9.2	紹介患者の受け入れが適切に行われている	3	開放型病床の実績の向上が望まれる。
1.9.2.1	病院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れている	a	
1.9.2.2	紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている	a	
1.9.2.3	開放型病床があり協同診療を行っている	b	実績の向上が望まれる。

1.9.3	高額医療機器などによる検査の受託をしている	3	検査受託をしているが、CT、MRIの待ち日数が長く、機能的な検査受託状態とは判断できない。
1.9.3.1	検査受託に関する手順が整備されている	a	
1.9.3.2	検査結果が迅速・的確に報告されている	a	
1.9.4	患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている	4	適切である。
1.9.4.1	患者の病態やニーズに応じて適切な地域の保健・医療・福祉施設などに紹介されている	a	
1.9.4.2	地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている	a	
<b>1.10 地域に開かれた病院</b>			
1.10.1	地域活動に積極的に取り組んでいる	3	積極的な姿勢が望まれる。
1.10.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	b	外部からの依頼に応じているが、自院が主催する健康教室などの充実が望まれる。
1.10.1.2	ボランティアを受け入れている	a	
1.10.2	適切な広報活動が行われている	4	適切である。
1.10.2.1	広報活動を担当する部門または担当者がある	a	
1.10.2.2	計画的に広報活動が行われその内容を見直している	a	
1.10.2.3	自院の業務内容や経営情報の概要を広報している	a	

## 2. 患者の権利と安全の確保

### 評価判定結果

#### 2.1 患者の権利の尊重と患者－医療者のパートナーシップ

2.1.1	患者の権利と職業倫理に関する方針が明確であり患者および職員に周知させる体制が整っている	2	患者の権利と倫理規定を早急に策定されたい。
2.1.1.1	患者の権利に関する内容が明文化され患者・家族に周知されている	c	患者の権利については、策定中であり、周知に至っていない。
2.1.1.2	患者の権利と職業倫理に関する方針が職員に周知されている	b	職員の意見を聴取している段階である。
2.1.2	医療の質と安全確保のために患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある	3	
2.1.2.1	医療の質と安全確保のために患者自身の医療への主体的な参加を支援する仕組みがある	b	クリニカル・パスの実施を行っているが、患者の主体的参加が不明確である。

#### 2.2 説明と同意

2.2.1	説明と同意を行う体制が確立している	3	
2.2.1.1	患者に説明すべき内容を指針として明示し実践している	a	
2.2.1.2	説明をして同意を得る手順が確立している	a	
2.2.1.3	説明と同意のプロセスにおける環境・プライバシーへの配慮がなされている	b	外来診察室はカーテンの仕切りである。
2.2.2	患者の立場を配慮して説明がなされている	3	
2.2.2.1	患者に十分理解されるよう説明がなされている	b	特別な配慮まではなされていない。
2.2.2.2	説明と同意のプロセスにおいて患者の心理的側面に配慮している	b	特に配慮されていることはない。

2.2.3	患者の請求に基づく診療記録などの開示を行う体制が整っている	3	
2.2.3.1	患者の請求に基づく診療記録などの開示について組織的に検討している	a	
2.2.3.2	患者の請求に基づく診療記録などの開示における意義・目的・内容・手順が職員に教育され理解されている	b	開示の意義などについて職員に周知されることが望ましい。
<b>2.3 患者の安全確保のための体制</b>			
2.3.1	患者の安全確保のための組織体制が確立している	3	
2.3.1.1	患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である	b	医療事故防止委員会の積極的な活動と、病院としての安全対策についてのマニュアル策定が急務である。
2.3.1.2	患者の安全確保に関する体制が実働し、取り組みが浸透している	c	医療事故防止委員会を実働させる病院の意思を明示・徹底されたい。
2.3.1.3	各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる	b	医師のインシデントレポートが少ない。
2.3.2	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している	3	対策立案とフィードバックの手順を工夫されたい。
2.3.2.1	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されている	b	適宜改定は行われていない。
2.3.2.2	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている	b	病院としての組織的な活動が不十分である。
2.3.3	患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	3	年度計画で教育研修を実施されたい。系統的な教育・研修は十分とは言い難い。
2.3.3.1	患者の安全確保のための病院の取り組みに関し、職員教育が計画的に実施されている	a	
2.3.3.2	患者の安全確保のために、個人や各職種のニーズを同定し、技術的支援・訓練を行っている	b	
2.3.3.3	問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている	b	
2.3.3.4	医療事故に関与した職員の心理的支援を行う体制がある	b	市役所任せでなく、病院組織として支援体制を整備されたい。

## 2.4 患者の安全を確保するための手順の確立

2.4.1	患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している	3	
2.4.1.1	患者・部位・検体・医薬品などの識別（誤認防止）に関する手順が確立している	b	リストバンドは病院で印字するより患者自身が書くことも考慮されたい。
2.4.1.2	情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立している	b	特段の手順は見当たらない。
2.4.1.3	事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している	b	特段の手順は見当たらない。
2.4.1.4	医療行為のプロセスを監査する手順が確立している	a	
2.4.1.5	患者の反応の観察・モニター、変化などへの迅速な処置に関する手順が確立している	a	

## 2.5 患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善

2.5.1	患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している	3	インシデント報告を病院全体で共有できるシステムを構築されたい。
2.5.1.1	病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されている	b	医師のインシデントレポートが少ない。
2.5.1.2	患者の安全確保の要因の究明が表面的な事項にとらわれず改善につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されている	b	一部改善例もみられる。
2.5.1.3	改善策の実行とその効果との確認がなされている	b	考課の確認までには至っていない。
2.5.2	外部と連携して患者の安全を確保する体制を整備している	3	業者との連携で改善への工夫もしてみることも考慮されたい。
2.5.2.1	患者の安全の確保に関する知識・情報を収集し活用する体制が整備されている	b	活動体制として積極的な姿勢がみられない。
2.5.2.2	連携医療機関や取引業者と協同してより安全な仕組みを作る体制が整備されている	b	業者との連携はとられている。



## 2.6 医療事故への対応

2.6.1	医療事故発生時の手順が明確であり、職員に周知・徹底されている	3	事故発生時のガイドライン、報告手順のチャート図を整備されたい。
2.6.1.1	医療事故発生時の対応・説明・報告・記録に関して手順が文書化されており、職員に周知徹底されている	b	職員への周知徹底は十分とは見受けられない。
2.6.1.2	医療事故が発生した場合、必要に応じて公表を検討する手順がある	b	明文化した手順になっていない。

## 2.7 院内感染管理

2.7.1	組織的に院内感染管理が行われている	3	組織的な取り組みが乏しい。
2.7.1.1	院内感染管理のための組織がつけられている	b	感染管理委員会が設置されていない。
2.7.1.2	院内感染防止対策のマニュアルが作成され活用されている	b	病院としての感染防止マニュアルを作成してICTの統括をされたい。
2.7.2	院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている	3	感染管理委員会による総合対策が望まれる。
2.7.2.1	各室に流水と石けんで手を洗うことのできる設備あるいは速乾式手指消毒剤が整備されている	a	
2.7.2.2	血液・体液に触れる可能性があるときには手袋を着用し、血液・体液が飛散する可能性があるときには防護具やガウンを着用している	b	一部の部署で手袋を使用せずに検体を扱っている。
2.7.2.3	感染経路別予防策に基づいた隔離方法が行われている	a	結核、SARSへの取り組みがある。
2.7.2.4	抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある	b	最新の抗生物質使用指針を作成されたい。
2.7.2.5	手術前の体毛処置の手順が確立している	b	体毛処置手順を明確にされたい。
2.7.2.6	針刺し事故（切創など他の血液暴露事故も含む）対策が確立している	b	十分な確立しているとは言い難い。
2.7.2.7	感染症疾患に罹患しないための予防接種について職員教育を実施し、接種を勧めている	a	

2.7.3	自院の院内感染に関して分離菌や感染症例を把握し改善策を講じている	3	サーベイランスの結果が共有されておらず、対策が乏しい。
2.7.3.1	検体の種類や病棟別にどのような菌が分離されているか把握している	b	十分な把握とはいえない。
2.7.3.2	院内感染の発生およびその動向を、少なくとも重要となる部門や症例群で把握、評価し改善策を講じている	b	ICTチームが活動しているが、改善策を病院に具申するには至っていない。
2.7.4	院内感染管理についての教育活動が行われている	3	
2.7.4.1	職員に対して採用時、およびその後定期的に教育活動が行われている	b	定期的な教育は不十分である。
2.7.4.2	病院として院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供が行われている	b	感染管理の情報提供のシステムが確立していない。

### 3. 療養環境と患者サービス

#### 評価判定結果

##### 3.1 接遇と案内

3.1.1	接遇、応対に配慮されている	3	
3.1.1.1	受付や案内などの接遇に配慮されている	a	
3.1.1.2	言葉づかいや身だしなみが適切である	b	履物や服装など、身だしなみのルールがない。
3.1.1.3	接遇教育が行われている	b	全職員を対象として定期的の実施されたい。
3.1.2	担当者や責任者が紹介されている	3	
3.1.2.1	職員は名札を着用している	a	
3.1.2.2	診療担当医師名が紹介されている	a	
3.1.2.3	各部門の責任者名が紹介されている	b	医師の紹介はされているが、各部門の責任者は紹介されていない。
3.1.3	病院の案内・掲示が適切である	3	
3.1.3.1	外来者の案内に配慮されている	a	
3.1.3.2	必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている	a	
3.1.3.3	掲示物に配慮されている	b	字体が小さく見にくいものが多い。
3.1.3.4	案内・掲示には必要な情報が含まれている	b	日付の古い掲示物もみられる。
3.1.4	外来待ち時間に配慮されている	3	
3.1.4.1	外来待ち時間の状況が把握されている	b	看護部で調査しているが、調査対象も少なく、結果分析はされていない。
3.1.4.2	待ち時間短縮のための努力をしている	b	予約診療以外の特別な対応は行われていない。
3.1.4.3	診療開始予定時刻に診療が開始されている	a	

## 3.2 医療相談

3.2.1	患者・家族の相談窓口が設置されている	4	適切である。
3.2.1.1	相談窓口が案内されている	a	
3.2.1.2	相談窓口を担当者が配置されている	a	
3.2.1.3	患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている	a	
3.2.2	患者・家族の相談に応じている	4	適切である。
3.2.2.1	患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている	a	積極的に対応しており評価される。
3.2.2.2	院内スタッフとの調整がとられている	a	
3.2.2.3	相談の実施状況が適切に記録されている	a	

## 3.3 患者・家族の意見の尊重

3.3.1	患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている	3	
3.3.1.1	患者・家族の希望や意見を聴くための手段がとられている	b	意見箱が外来に2か所設置されているが、病棟には設置されていない。
3.3.1.2	患者満足度調査などが定期的に行われている	b	最近において、入院患者に対して実施しているが、調査手法は適切でない。
3.3.2	患者・家族の希望や意見に基づくサービスの改善が行われている	3	
3.3.2.1	患者・家族の希望や意見に対して、責任をもって対処する部署または担当者が決まっている	a	
3.3.2.2	患者・家族の希望や意見に対処する手順が決まっている	b	意見に対してそれぞれの部署で対応している。
3.3.2.3	患者・家族の希望や意見に基づいてサービスの改善を行っている	b	全体で問題を共有し、サービスの改善に繋げて行く体制が見当たらない。
3.3.2.4	希望・意見への回答や対応が患者および職員に知らされている	a	

3.3.3	患者・家族の苦情についての対応が適切に行われている	3	
3.3.3.1	患者・家族の苦情に対応する担当部署（担当者）または委員会が決まっている	b	窓口対応の処理にとどまり、病院として苦情に対応するシステムは確立されていない。
3.3.3.2	患者・家族の苦情に対処する手順が決まっている	b	管理職にレポートを提出する等、クレーム処理の手順を明確にする必要がある。
3.3.3.3	苦情の内容が検討され改善や再発防止の対策がたてられている	b	改善事例はあるが、記録はない。

### 3.4 利便性とバリアフリー

3.4.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	4	適切である。
3.4.1.1	病院へのアクセスに配慮されている	a	
3.4.1.2	規模に応じた食堂、売店などの施設がある	a	利用しやすい環境が整備されている。
3.4.1.3	電話の設置場所と数が適切である	a	
3.4.2	入院患者の利便性に配慮されている	4	適切である。
3.4.2.1	入院生活の規則が患者本位に運用されている	a	
3.4.2.2	院外の社会との情報交換が容易である	a	
3.4.2.3	生活延長上の設備やサービスがある	a	院内の設備はよく整備されている。
3.4.3	院内のバリアフリーが確保されている	3	
3.4.3.1	玄関、外来はバリアフリーである	a	
3.4.3.2	病棟はバリアフリーである	a	
3.4.3.3	トイレはバリアフリーである	a	
3.4.3.4	浴室はバリアフリーである	b	段差がある。

## 3.5 プライバシー確保への配慮

3.5.1	外来患者のプライバシーが確保されている	2	泌尿器科の検尿提出方法はプライバシーの確保がされておらず、改善が必要である。
3.5.1.1	患者の呼び出しに配慮されている	b	特別な配慮はなく、範囲は限定されているがマイクも利用されている。
3.5.1.2	診察室などの会話が外にもれないようになっている	b	一部はカーテンの仕切りであり、十分な環境ではない。
3.5.1.3	検体などが人目に触れないようになっている	c	患者が自分の尿検体を持ってトイレから診療科受付まで運んでいる。廊下に面した提出場所に患者自身が指名を記載した試験管と尿を提出しており、配慮が不足している。
3.5.1.4	検査、処置行為が人目に触れないようになっている	a	
3.5.2	入院患者のプライバシーが確保されている	3	
3.5.2.1	患者、家族に説明するためのプライバシーの保たれる場所がある	a	
3.5.2.2	病室でプライバシー確保について配慮されている	a	
3.5.2.3	患者名の表示は患者本人や家族の意向を尊重している	b	患者名の表示について、患者の意向を尊重することはどこにも明示されていない。
3.5.2.4	面会用のスペースが確保されている	a	

## 3.6 療養環境の整備

3.6.1	療養環境の整備体制が確立している	3	
3.6.1.1	療養環境を整備する担当部署または担当者がおかれている	a	
3.6.1.2	担当部署または担当者の業務内容が明確にされている	a	
3.6.1.3	療養環境整備の責任者および部署の責任者による院内巡視が行われている	b	記録が残されていない。

3.6.2	患者が使用する設備・備品が整備されている	4	適切である。
3.6.2.1	高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整っている	a	
3.6.2.2	患者が利用する設備・備品は適宜点検・補修されている	a	
3.6.3	院内の清潔管理が適切に行われている	4	適切である。
3.6.3.1	院内の清掃が十分に行われている	a	
3.6.3.2	院内に不快な臭気を認めない	a	
3.6.3.3	院内は整理整頓されている	a	
3.6.4	禁煙、分煙に配慮されている	4	院内は全館禁煙であり、職員も努力している。
3.6.4.1	喫煙区域が設けられ分煙されている	NA	
3.6.4.2	喫煙区域の内外に適切な表示がある	NA	
3.6.4.3	喫煙場所の換気に配慮されている	NA	
3.6.4.4	職員に対して院内における分煙が徹底されている	NA	
<b>3.7 快適な療養環境</b>			
3.7.1	やすらぎへの配慮がなされている	3	
3.7.1.1	院内の採光・彩色に配慮されている	a	
3.7.1.2	病棟の静寂が保たれている	b	良好に配慮されているとは言い難い。
3.7.1.3	院内に観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている	b	病棟では癒しの配慮を一層求めたい。
3.7.1.4	病棟に患者がくつろげるスペースがある	a	
3.7.2	病室内の快適性が保たれている	3	
3.7.2.1	病室内は整理整頓されている	a	
3.7.2.2	病室内の照明と採光に配慮されている	b	改築の影響から病室の一部で採光が不十分な部屋がある。
3.7.2.3	病室内の空調に関して柔軟に対応している	a	
3.7.2.4	快適な空間が確保されている	b	快適な空間の確保とは言い難い。

3.7.3	食事の快適性に配慮されている	3	
3.7.3.1	食事時間が適切である	a	
3.7.3.2	食事の温度管理が適切に行われている	a	
3.7.3.3	快適な食事場所がある	b	患者数に比較してスペースが狭い。
3.7.3.4	患者の特性や希望に応じた食事が提供されている	b	選択メニューの希望は週1回のみ聞いている。
3.7.4	ベッド・マットについて配慮されている	4	適切である。
3.7.4.1	患者の容態に応じてベッドを調節することができる	a	
3.7.4.2	ベッドについての安全性と清潔性が保たれている	a	
3.7.4.3	マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている	a	交換・洗浄は適切に実施されている。
3.7.5	トイレについての施設的な配慮がなされている	4	適切である。
3.7.5.1	患者数に合ったトイレが配置されている	a	
3.7.5.2	車椅子用のトイレが配置されている	a	
3.7.5.3	トイレの広さが適当である	b	若干狭いトイレがある。
3.7.5.4	トイレの安全性が確保されている	a	
3.7.5.5	トイレの清潔性が保たれている	a	
3.7.6	浴室についての施設的な配慮がなされている	3	
3.7.6.1	病棟の機能に合った浴室が配置されている	a	
3.7.6.2	浴室の広さが適当である	b	若干狭い。
3.7.6.3	浴室の安全性が確保されている	b	一部に段差と手すりのない浴槽がある。
3.7.6.4	入浴の頻度と時間が適切である	a	



## 3.8 災害時の対応

3.8.1	院内における災害発生時の対応体制が整っている	4	委託会社の職員が積極的であり、病院職員を巻き込んで活動している。
3.8.1.1	自院で作成した独自の防災マニュアルがある	a	
3.8.1.2	マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている	a	
3.8.1.3	休日、夜間の対応体制が整っている	a	
3.8.1.4	停電時の対応体制が整っている	a	
3.8.2	大規模災害発生時の対応体制が整っている	4	定期的な訓練も行われており、適切であるが、委託会社主導である。
3.8.2.1	大規模災害時の対応マニュアルがある	a	
3.8.2.2	大規模災害を想定した対応体制がある	a	
3.8.2.3	ライフラインの確保に配慮されている	a	
3.8.2.4	大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある	a	

## 4. 診療の質の確保

### 評価判定結果

#### 4.1 診療組織と運営体制

4.1.1	診療組織が整備されている	3	
4.1.1.1	病院機能に見合う医師と各診療部門の職員が確保されている	b	職員として診療情報管理士の確保が望まれる。急性期病院であっても作業療法士の確保は必要であろう。
4.1.1.2	現況を反映した組織図が明確になっている	b	病歴管理室や図書室が明確に位置付けられていない。
4.1.1.3	各部門の職制・職務規程が明確になっている	a	市の規定に則っている。
4.1.2	診療組織が適切に運営されている	3	
4.1.2.1	診療管理会議・業務連絡会議などが定期的開催されている	b	会議要項を明確にされたい。
4.1.2.2	診療上の基本方針や目標が検討され明確になっている	b	診療の基本方針の明確化が望まれる。
4.1.2.3	基本方針や目標が医師と各部門の職員に徹底している	b	基本方針や目標の徹底を期待したい。
4.1.2.4	各委員会が適切に開催され活動している	b	各委員会の開催要項を定め、活動の充実に努められたい。
4.1.3	診療における倫理に適切に対応している	3	
4.1.3.1	倫理上問題となる症例や課題について検討する仕組みがあり機能している	b	倫理委員会に外部の学識経験者の参加を実現され、委員会機能の充実を図られたい。
4.1.3.2	診療における倫理に関する教育・研修が行われている	c	計画的な教育・研修が必要である。
4.1.3.3	治験・臨床研究に関する規定があり遵守されている	a	

## 4.2 医師の人事管理と教育・研修

4.2.1	医師が適切に採用されている	3	
4.2.1.1	医師の採用基準がある	b	医局の人事に任せるのみではなく、公募に備えても明確な採用基準が望まれる。
4.2.1.2	採用時の手続きが明確になっている	a	
4.2.2	医師の能力や病院への貢献度が評価されている	3	
4.2.2.1	診療能力や実績が把握されている	b	上司による不定期の評価はなされている。
4.2.2.2	病院の組織的活動への関与や貢献を把握している	b	評価項目が明文化されていない。
4.2.2.3	医師の人事考課の基準があり人事や給与に反映させている	c	人事考課の基準がない。年功序列での昇任・昇格も明文化されていない。
4.2.3	医師の教育、研修が適切に行われている	3	
4.2.3.1	学会・研修会への参加・発表が支援されている	b	医師に対する内規の整備が望まれる。
4.2.3.2	学会・研修会への参加の実績があり成果が診療に反映されている	b	院内・医局での報告会はない。診療科内で行われている科も見受けられる。
4.2.3.3	院内の研修会が実施されている	b	担当者が明確でなく、年間計画も明確でない。

## 4.3 診療録管理部門

4.3.1	診療録管理部門の体制が整備されている	3	
4.3.1.1	診療録管理部門があり必要な職員が確保されている	b	情報管理科は組織図上明確であるが、院内の情報管理と病歴管理が区別されていない。病歴管理部門は要員の大部分は外部委託であり、退院患者数に比して入院診療録管理に関与する職員が少ない。
4.3.1.2	職員は診療情報管理に関する教育・研修を受けている	b	委託の職員には1名の診療情報管理士がいるが、院内の職員には診療情報管理士は確保されていない。
4.3.1.3	診療録管理室（診療情報管理室）が設置され収納場所や情報機器が整備されている	a	

4.3.2	診療録が適切に管理されている	4	適切である。
4.3.2.1	1患者1ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている	a	
4.3.2.2	診療録の中央管理が行われ所在が把握されている	a	
4.3.2.3	合理的な保管方法が採用されている	a	
4.3.3	診療情報が適切に管理され活用されている	3	診療情報が十分に活用されるよう努められたい。
4.3.3.1	各診療科の診療録から診断名・手術名などがコード化され検索可能となっている	a	
4.3.3.2	傷病別患者数や手術件数などの診療活動の基本統計が定期的に報告されている	b	傷病別患者数など定期的に報告されていない。
4.3.3.3	診療の質や効率に関する分析や指標化が行われ組織的に検討されている	b	クリニカル・インディケーターが十分に設定されていない。

#### 4.4 図書室機能

4.4.1	図書室が確保され図書・文献が整備されている	4	整備状況は適切である。
4.4.1.1	図書室があり担当者が明確になっている	a	
4.4.1.2	図書が一括管理され適切に分類・整理されている	a	
4.4.1.3	必要な図書・文献が購入され各部署に定期的に図書情報が提供されている	a	
4.4.2	図書室の利用促進と便宜が図られている	4	適切である。
4.4.2.1	各職種の職員がいつでも利用することができる	a	
4.4.2.2	文献検索を容易に行うことができる	a	
4.4.2.3	文献入手の便宜が図られている	a	

## 4.5 臨床検査部門

4.5.1	臨床検査部門の体制が整備されている	3	
4.5.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	a	
4.5.1.2	病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	a	
4.5.1.3	施設・設備・機器が適切に保守・点検されている	b	検査の標準作業書を完備されたい。
4.5.1.4	施設・設備・機器の安全に配慮されている	a	
4.5.2	臨床検査部門は適切に運営されている	3	
4.5.2.1	検査結果の報告の手順と方法が確立している	a	
4.5.2.2	検査の予約の手順が確立している	b	受託検査のマニュアルを明確にされたい。
4.5.2.3	緊急時の検査体制が整備されている	a	
4.5.2.4	適切な精度管理が行われている	b	日本医師会サーベイの精度管理の成績の向上が望まれる。

## 4.6 病理診断部門

4.6.1	病理診断部門の体制が整備されている	4	適切である。
4.6.1.1	病理医が確保されている	a	
4.6.1.2	必要な職員が確保され適切に配置されている	a	
4.6.1.3	病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	a	
4.6.2	病理診断部門は適切に運営されている	3	
4.6.2.1	病理解剖が行われている	b	臨床研修指定病院として、剖検件数がやや少ない。
4.6.2.2	手術検体の病理診断を行っている	a	
4.6.2.3	迅速標本の病理診断を行っている	a	
4.6.2.4	検体が保存され病理診断の結果が管理されている	a	

## 4.7 放射線部門

4.7.1	画像診断部門の体制が整備されている	3	
4.7.1.1	必要な医師・職員が確保され適切に配置されている	a	
4.7.1.2	病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	b	MRI検査の待ち日数が長い。
4.7.1.3	施設・設備・機器が適切に保守・点検されている	a	
4.7.2	画像診断部門は適切に運営されている	3	
4.7.2.1	画像の搬送と診断所見の報告の手順が確立している	a	
4.7.2.2	画像診断の予約の手順が確立している	a	
4.7.2.3	緊急時の診断体制が整備されている	b	夜間の緊急画像診断体制が十分でない。
4.7.2.4	画像診断の結果について関連診療科の医師と検討している	b	特定の診療科とは検討会が行われている。
4.7.3	放射線治療部門が適切に運営されている	3	専門医の確保が望まれる。
4.7.3.1	必要な医師・職員が確保されている	b	非常勤医師により行われている。
4.7.3.2	施設・設備・機器が適切に保守・点検されている	a	
4.7.3.3	放射線治療の効果について関連診療科の医師と評価・検討している	b	十分な検討会ができていない。

## 4.8 薬剤部門

4.8.1	薬剤部門の体制が整備されている	4	適切である。
4.8.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	a	
4.8.1.2	必要な施設・設備・機器が整備され保守点検されている	a	
4.8.1.3	薬事委員会などが設置され開催されている	a	薬事委員会の開催状況は良好である。

4.8.2	薬剤が適切に保管・管理されている	4	適切である。
4.8.2.1	調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている	a	
4.8.2.2	麻薬・向精神薬が適切に管理されている	a	
4.8.2.3	薬剤の品質保全に配慮されている	a	
4.8.3	調剤が適切に行われている	3	病棟での注射薬の調剤に関する対応を検討されたい。
4.8.3.1	調剤業務の手順が確立している	a	
4.8.3.2	調剤業務が円滑に行われている	a	
4.8.3.3	調剤後の確認を行う体制があり確実に実施している	a	
4.8.3.4	病棟における注射薬の調剤が薬剤師により行われている	b	注射薬の調剤が行われていない。薬剤科で調剤された中心静脈栄養剤は病棟の保冷庫で保管され翌日投与されているので検討されたい。
4.8.3.5	夜間・時間外の調剤体制があり適切に対応している	a	
4.8.4	薬剤が適切に購入され供給されている	3	
4.8.4.1	薬剤購入の方針と手順が確立している	a	
4.8.4.2	使用薬剤の採否が薬事委員会などで定期的に検討されている	a	
4.8.4.3	病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている	b	個人別取り揃えを充実されたい。
4.8.4.4	薬剤の在庫管理が適切に行われている	a	
4.8.5	薬剤情報が適切に提供されている	3	
4.8.5.1	院内医薬品集が作成され定期的に改定・増補されている	a	
4.8.5.2	医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している	a	
4.8.5.3	新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている	a	
4.8.5.4	副作用情報を把握し検討・報告している	b	報告様式を定め、医師への通達を徹底されたい。

## 4.9 輸血血液部門

4.9.1	輸血血液部門の体制が整備されている	3	
4.9.1.1	担当部署と責任者が明確で必要な職員が確保されている	b	輸血業務の全般について、実務上の監督および責任を持つ医師を任命されたい。
4.9.1.2	夜間・時間外の対応体制が明確になっている	a	
4.9.1.3	輸血用血液製剤が適切に保管されている	a	
4.9.2	輸血用血液製剤が適切に供給されている	3	
4.9.2.1	輸血用血液製剤の供給・使用の手順が確立している	b	病棟への血液製剤の運搬時の容器については、病院として統一されたものを使用されたい。
4.9.2.2	輸血用血液製剤の発注・使用・返却状況が把握されている	a	廃棄血液は少ない。
4.9.2.3	輸血用血液製剤の使用のあり方や副作用・事故防止について検討している	a	

## 4.10 手術・麻酔部門

4.10.1	手術・麻酔部門の運営体制が整備されている	4	適切である。
4.10.1.1	手術・麻酔部門の組織体制と責任者が明確になっている	a	
4.10.1.2	必要な麻酔医が確保されている	a	常勤医4名、非常勤医1名が確保されている。
4.10.1.3	手術室運営のための運営委員会が設置され開催されている	a	
4.10.2	手術・麻酔部門の施設・設備・機器が適切に管理されている	4	適切である。
4.10.2.1	機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	a	
4.10.2.2	施設・設備・機器の保守・点検と安全管理が適切に行われている	a	
4.10.2.3	施設・設備の清潔保持のために適切な管理が行われている	a	



4.10.3	手術・麻酔部門が適切に運営されている	3	
4.10.3.1	手術のスケジュール管理が円滑に行われている	a	
4.10.3.2	緊急手術に適切に対応している	a	
4.10.3.3	手術症例の情報管理が行われている	b	手術台帳が整備されつつある。
4.10.4	中央滅菌材料部門が適切に運営されている	3	
4.10.4.1	滅菌設備が整備され必要な職員が確保されている	b	EOG滅菌に生物学的インディケータが使用されていない。
4.10.4.2	材料・用具・機器の滅菌消毒・清潔管理が適切に行われている	a	
4.10.4.3	材料・用具の搬送で清潔・不潔動線が交差していない	a	ワンウェイ方式が確立している。

#### 4.11 集中治療室

4.11.1	集中治療室の体制が整備されている	3	
4.11.1.1	必要な医師・看護師が確保され組織体制が確立している	b	看護体制が十分とはいえない。
4.11.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	a	
4.11.1.3	施設・設備・機器の保守・点検と清潔管理が適切に行われている	a	
4.11.2	集中治療室が適切に運営されている	4	適切である。
4.11.2.1	集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている	a	明確になっている。
4.11.2.2	入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されている	a	
4.11.2.3	集中治療室運営委員会が設置され開催されている	a	

## 4.12 救急部門

4.12.1	救急部門の地域における役割が明確になっている	3	明確化に努められたい。
4.12.1.1	救急医療について地域における役割と方針が明確になっている	b	役割と方針を明文化されたい。
4.12.1.2	救急医療についての役割と方針が院内に周知・徹底されている	b	明文化して、周知・徹底を図られたい。
4.12.1.3	地域における救急医療の現状を把握している	a	
4.12.2	役割に応じて救急部門の体制が整備されている	4	適切である。
4.12.2.1	医師・看護師が確保され適切に配置されている	a	
4.12.2.2	各職種の当直体制が整っている	a	当直体制が整っている。
4.12.2.3	診療各科の支援体制が整っている	a	
4.12.2.4	施設・設備・機器が整備され保守管理・清潔管理が適切に行われている	a	
4.12.3	救急部門が適切に運営されている	3	より適切な運営に努められたい。
4.12.3.1	救急患者の受け入れの方針と手順が確立している	a	
4.12.3.2	役割に応じて緊急検査・診断、入院、緊急手術などが円滑に実施されている	a	
4.12.3.3	在宅療養者の受け入れに適切に対応している	a	
4.12.3.4	救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている	b	傷病別患者数など受け入れ実績が十分に把握されていない。
4.12.3.5	救急患者に対する医療の妥当性について検討している	b	救急入院患者の検討が十分に行われていない。

## 4.13 栄養部門

4.13.1	栄養部門の運営体制が整備されている	3	
4.13.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	a	
4.13.1.2	栄養部門の施設・設備が整備されている	a	
4.13.1.3	栄養委員会が設置され開催されている	b	栄養管理委員会の開催回数を増やされたい。
4.13.2	栄養管理が適切に行われている	3	より適切に行われるよう努力されたい。
4.13.2.1	栄養基準が確立されそれに基づいて栄養管理業務が行われている	a	
4.13.2.2	栄養士が適切な栄養指導を行っている	b	栄養指導の件数の増加に努められたい。
4.13.2.3	喫食状況が把握され嗜好調査が行われている	b	個々の患者の喫食状況の把握をされたい。

## 4.14 リハビリテーション部門

4.14.1	リハビリテーション部門の体制が整備されている	3	体制に整備に努められたい。
4.14.1.1	リハビリテーションに関する方針と役割・機能が明確になっている	b	必要性の検討と方針の確立が望まれる。
4.14.1.2	役割・機能に応じて必要な職員が確保され適切に配置されている	b	作業療法士の確保を検討されたい。
4.14.1.3	役割・機能に応じた施設・設備・機器が整備され保守・点検されている	a	
4.14.2	リハビリテーション部門が適切に運営されている	3	
4.14.2.1	リハビリテーション基準・手順に基づいてリハビリテーション計画が作成されている	a	
4.14.2.2	計画に沿ってリハビリテーションが実施され訓練記録に適切に記載されている	b	訓練記録に記載されているが、診療録へのファイリングは行われていない。
4.14.2.3	リハビリテーション患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている	NA	急性期病院としてリハ単独目的の患者は受け入れていない。

## 4.15 訪問サービス部門

4.15.1	訪問サービス部門の体制が整備されている	NA	病院として行わない方針である。
4.15.1.1	訪問サービス(在宅サービス)に関する方針と役割が明確になっている	NA	
4.15.1.2	必要な職員が確保されている	NA	
4.15.2	訪問サービス部門が適切に運営されている	NA	
4.15.2.1	各サービスの基準・手順に基づいて訪問サービス計画が作成されている	NA	
4.15.2.2	計画に沿って訪問が実施され記録が作成されている	NA	
4.15.2.3	サービス実施の実績が把握され症例検討会で評価・検討されている	NA	

## 評価判定結果

4. 20 診療の責任体制と記録の徹底		A	B	
4. 20. 1	主治医・担当医が明確になっており、診療責任が確立している	3	3	診療責任をより明確にされたい。
4. 20. 1. 1	主治医・担当医が適切に定められている	b	b	研修医が単独で主治医になっている。
4. 20. 1. 2	主治医・担当医が明示され常に連絡が保たれている	a	a	
4. 20. 1. 3	診療管理責任者は医師の診療状況を把握し問題点の改善・指導をしている	b	b	診療録の評価・点検が行われていない。
4. 20. 2	回診が定期的実施され適切な医学的管理が行われている	3	3	医学的管理の充実が望まれる。
4. 20. 2. 1	主治医・担当医により毎日回診が行われ記録されている	b	b	診療録への記載が十分でないものが散見される。
4. 20. 2. 2	患者の訴えや要望に応え十分に説明している	b	b	患者の訴えと説明の記載が必ずしも十分でない。
4. 20. 2. 3	必要に応じて適切に対診・他科受診が実施されている	a	a	
4. 20. 3	医師の指示が確実に伝達され実施されている	3	3	確実な実施の手順を明確にされたい。
4. 20. 3. 1	医師の指示が記録され確認される仕組みが確立している	a	a	
4. 20. 3. 2	指示に基づいて安全・確実に実施し記録する仕組みが確立している	b	b	実施済みの記載が確認される仕組みを明確にされたい。
4. 20. 3. 3	医師の指示と確認に関して円滑なコミュニケーションが図られている	b	b	変更・修正時の対応マニュアルの明確化が望まれる。
4. 20. 4	診療録が適切に記載されている	2	2	適切な記載に努められたい。
4. 20. 4. 1	診療録がもれなく記載され事後の検討に供することができる	b	b	記載が簡潔な診療録がかなり認められる。
4. 20. 4. 2	同意書・検査結果・手術記録などの必要な記録が作成されファイルされている	b	b	検査結果の経過記録への記載が必ずしも十分でない。
4. 20. 4. 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	b	b	一元的に記載・管理されていない。
4. 20. 4. 4	退院時要約が遅滞なく作成されている	c	c	期限内完成率が67%と悪い。臨床研修病院でありサマリーの適切な記載は必須である。

4. 21 入院診療の計画的対応		A	B	
4. 21. 1	入院の決定が適切に行われている	3	3	
4. 21. 1. 1	入院の目的が明らかになっている	a	a	
4. 21. 1. 2	入院時の患者の身体的・精神的・社会的状態が評価され記載されている	b	b	評価の記載が不足している。
4. 21. 1. 3	患者への説明が行われ理解と同意が得られている	b	b	同意書は綴じこまれているが、診療録に病状・病態について説明をしたという記載が望ましい。
4. 21. 2	入院診療計画が作成されている	3	3	
4. 21. 2. 1	入院診療計画が適切に作成されている	a	a	クリニカル・パスが活用されている。
4. 21. 2. 2	入院診療計画が適切に患者に説明されている	b	b	説明を受けた患者のサインがない。
4. 21. 2. 3	退院後の療養方針と計画が検討されている	a	a	
4. 21. 3	診療計画が適切に見直されている	3	3	適切な見直しをされたい。
4. 21. 3. 1	診療計画を見直す考え方と手順が明らかになっている	b	b	考え方と手順を明確にされたい。
4. 21. 3. 2	新たな診療計画が作成され患者に十分に説明されている	b	b	新たな診療計画を十分に説明されたい。
4. 21. 3. 3	診療計画の変更・修正の原因や背景について検討されている	b	b	バリエーション分析が望まれる。
4. 22 検査の実施と診断の確定		A	B	
4. 22. 1	臨床検査・画像診断・病理診断が適切に実施されている	4	4	適切である。
4. 22. 1. 1	検査の手順が確立し安全・確実に実施されている	a	a	
4. 22. 1. 2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	a	a	
4. 22. 1. 3	緊急検査・時間外検査に適切に対応している	a	a	

4.22.2	検査結果を迅速に入手し的確に診断を確定することができる	3	3	診断の根拠を明確にされたい。
4.22.2.1	検査・診断結果を迅速・確実に入手する仕組みが確立している	a	a	
4.22.2.2	検査・診断結果が評価され所見が診療録に記載されている	b	b	記載が簡潔であり、評価の記載が乏しいと見受けられる。
4.22.2.3	術中の迅速病理診断が実施されている	NA	NA	手術が行われていない。
4.23 薬剤投与の管理		A	B	
4.23.1	処方が適切に行われている	3	3	より適切に行われたい。
4.23.1.1	薬剤情報を容易に入手できる	a	a	
4.23.1.2	処方内容が処方箋・注射箋に適切に記載・入力されている	a	a	
4.23.1.3	抗菌薬・血液製剤などの使用指針・手順書があり遵守されている	b	b	抗菌薬の使用指針の整備と活用が望まれる。
4.23.1.4	抗がん剤・特殊な薬剤などの投与について検討されている	b	b	臨床検討会を開催されたい。
4.23.2	病棟における薬剤が適切に管理されている	3	3	適切な管理が望まれる。
4.23.2.1	病棟に薬剤が適切に供給されている	a	a	
4.23.2.2	病棟における薬剤の在庫が適切に管理されている	b	b	SPDに任されており、薬剤師の関与が少ない。
4.23.2.3	病棟における調剤が適切に行われている	b	b	行われていない。
4.23.3	薬剤の投与が適切に行われている	3	3	適切な投与に努められたい。
4.23.3.1	投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与法が確認されている	b	b	確認が毎行われていない。
4.23.3.2	必要により投与中・投与後の経過が観察されている	b	b	観察記録が十分でない。
4.23.3.3	服薬管理指導・薬歴管理が行われている	b	b	服薬指導の適用基準と手順を明確にされたい。
4.23.3.4	緊急的な薬剤投与に適切に対応している	a	a	夜間当直体制あり。

4. 24 手術・麻酔・処置の適切性		A	B	
4. 24. 1	手術・麻酔・処置が計画に基づいて行われている	NA	NA	手術が行われていない。
4. 24. 1. 1	手術・麻酔・処置の適応が検討され術前評価・手術計画が記載されている	NA	NA	
4. 24. 1. 2	麻酔医の術前訪問が行われ麻酔計画が立てられている	NA	NA	
4. 24. 1. 3	手術・麻酔・処置について十分に説明し同意が得られている	NA	NA	
4. 24. 2	手術・麻酔が適切に実施されている	NA	NA	手術が行われていない。
4. 24. 2. 1	手術室の入退室基準と手順が整備されている	NA	NA	
4. 24. 2. 2	麻酔記録・手術記録が適切に作成されている	NA	NA	
4. 24. 2. 3	術後の覚醒過程が適切に管理されている	NA	NA	
4. 24. 2. 4	術後の集中治療室・ハイケア室などの使用基準と手順が確立している	NA	NA	
4. 25 栄養管理と食事指導		A	B	
4. 25. 1	栄養学的に配慮された食事計画・食事指導が行われている	3	3	今後の努力に期待したい。
4. 25. 1. 1	患者の栄養状態が評価され適切な食事の指示が出されている	b	b	栄養状態の評価が行われていない。
4. 25. 1. 2	必要な患者に栄養指導・食事指導が行われている	b	b	栄養指導・食事指導件数が少ない。
4. 25. 1. 3	患者の栄養方法や栄養管理について検討されている	b	b	多職種による検討が不足している。



4. 26 効果的なリハビリテーションの実施		A	B	
4. 26. 1	ニーズに基いたリハビリテーションが実施されている	3	3	記録の充実が望まれる。
4. 26. 1. 1	リハビリテーションの必要性が評価され適切な指示が出されている	a	a	
4. 26. 1. 2	患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し要望や意見を聴いている	b	b	診療録への記載が認められない。
4. 26. 1. 3	リハビリテーションの経過やその効果について訓練記録などにより参照できる	b	b	記録の一体化が行われていない。
4. 26. 1. 4	リハビリテーションの効果が多職種による症例検討会で評価・検討されている	a	a	
4. 27 QOLへの配慮と緩和医療		A	B	
4. 27. 1	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	3	3	
4. 27. 1. 1	症状緩和や疼痛緩和の適応基準と実施の手順が整備されている	b	b	疼痛緩和のマニュアルを整備されたい。
4. 27. 1. 2	QOLに配慮してさまざまな苦痛や疼痛などの症状の緩和が図られている	a	a	
4. 27. 1. 3	人生の仕上げにおける患者や家族への心理的な支援などが検討され実施されている	a	a	
4. 28 行動制限（抑制・拘束）への配慮		A	B	
4. 28. 1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	2	2	基準を明確にするよう努められたい。
4. 28. 1. 1	行動制限（抑制・拘束）に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている	c	c	基準が明確に作成されていない。
4. 28. 1. 2	行動制限（抑制・拘束）は医師の診察により指示が出され診療録に記載されている	c	c	医師の指示により行われ、診療録に記載することを明確にされたい。

4. 29 院内緊急時への対応		A	B	
4. 29. 1	院内緊急事態に適切に対応されている	3	3	適切な対応を検討されたい。
4. 29. 1. 1	非常用カートや蘇生装置が整備されいつも使用可能となっている	a	a	
4. 29. 1. 2	緊急時の対応に関する方針と手順が明確になっている	b	b	手順書を明確にされ、緊急放送コードを明示されたい。
4. 29. 1. 3	緊急時の対応に関する研修・教育と定期的な訓練が実施されている	b	b	定期的な訓練を計画されたい。
4. 30 療養の継続性の確保		A	B	
4. 30. 1	退院時の療養指導が適切に行われている	3	3	
4. 30. 1. 1	退院時に服薬指導・栄養指導・リハビリテーション指導などが行われている	b	b	実施手順を明確にされたい。
4. 30. 1. 2	退院後の受療方法や制度の利用について必要な指導が行われている	a	a	
4. 30. 2	退院後の療養継続のために適切な連携・調整が行われている	3	3	
4. 30. 2. 1	退院後の療養環境について院内スタッフとの調整がとられている	a	a	
4. 30. 2. 2	病状やニーズに応じた適切な施設・制度に紹介している	a	a	
4. 30. 2. 3	退院時要約や看護サマリーなどの診療情報が適切に提供されている	b	b	退院時要約を速やかに作成し、診療情報の適切な提供に努められたい。

4.31 診療の質の保証		A	B	
4.31.1	個々の症例について十分な検討が行われている	3	3	さらに積極的に行われたい。
4.31.1.1	症例検討会が定期的開催されている	a	a	
4.31.1.2	死亡症例について病理学的検討会が開催されている	b	b	CPCだけでなく、死亡症例の病理学的検討会を開催されたい。
4.31.1.3	関連職種を交えた症例検討会が開催されている	b	b	積極的な開催が望まれる。
4.31.2	治療実績が取りまとめられ診療の質改善の指標となっている	3	3	診療の質改善に努力されたい。
4.31.2.1	治療実績や症例報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している	b	b	傷病別症例数にとどまらず、治療実績を報告・検討されたい。
4.31.2.2	症例データベースを構築し診療実績について統計的に検討している	b	b	退院時要約情報の集積に努められたい。
4.31.2.3	診療の質に関する評価指標を設定して質改善に役立てている	b	b	臨床指標を設定し、指標に基づいた質改善の取り組みを進められたい。

## 評価判定結果

4. 20 診療の責任体制と記録の徹底		E	F	
4. 20. 1	主治医・担当医が明確になっており、診療責任が確立している	3	4	責任体制はほぼ確立している。
4. 20. 1. 1	主治医・担当医が適切に定められている	a	a	定められている。
4. 20. 1. 2	主治医・担当医が明示され常に連絡が保たれている	a	a	
4. 20. 1. 3	診療管理責任者は医師の診療状況を把握し問題点の改善・指導をしている	b	a	診療上の指示の記載が十分でない。
4. 20. 2	回診が定期的実施され適切な医学的管理が行われている	4	4	一部の病棟で回診時の記載が十分ではないが、グループとして機能している。
4. 20. 2. 1	主治医・担当医により毎日回診が行われ記録されている	a	a	
4. 20. 2. 2	患者の訴えや要望に応え十分に説明している	a	a	
4. 20. 2. 3	必要に応じて適切に対診・他科受診が実施されている	a	a	
4. 20. 3	医師の指示が確実に伝達され実施されている	4	4	適切である。
4. 20. 3. 1	医師の指示が記録され確認される仕組みが確立している	a	a	
4. 20. 3. 2	指示に基づいて安全・確実に実施し記録する仕組みが確立している	a	a	
4. 20. 3. 3	医師の指示と確認に関して円滑なコミュニケーションが図られている	a	a	円滑である。
4. 20. 4	診療録が適切に記載されている	2	2	サマリー記載が十分でない。
4. 20. 4. 1	診療録がもれなく記載され事後の検討に供することができる	b	a	POMRで記載されるとなおよい。
4. 20. 4. 2	同意書・検査結果・手術記録などの必要な記録が作成されファイルされている	a	a	
4. 20. 4. 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	b	a	
4. 20. 4. 4	退院時要約が遅滞なく作成されている	c	c	完成率が十分でない。

4. 21 入院診療の計画的対応		E	F	
4. 21. 1	入院の決定が適切に行われている	3	3	理学所見などの記載が不十分である。
4. 21. 1. 1	入院の目的が明らかになっている	b	b	
4. 21. 1. 2	入院時の患者の身体的・精神的・社会的状態が評価され記載されている	b	b	社会的背景、精神的状況の把握が不十分である。
4. 21. 1. 3	患者への説明が行われ理解と同意が得られている	a	a	
4. 21. 2	入院診療計画が作成されている	3	4	
4. 21. 2. 1	入院診療計画が適切に作成されている	a	a	
4. 21. 2. 2	入院診療計画が適切に患者に説明されている	a	a	
4. 21. 2. 3	退院後の療養方針と計画が検討されている	b	a	検討内容が記載されるとよい。
4. 21. 3	診療計画が適切に見直されている	3	3	見直しが不十分である。
4. 21. 3. 1	診療計画を見直す考え方と手順が明らかになっている	b	b	見直しの手順が不明である。
4. 21. 3. 2	新たな診療計画が作成され患者に十分に説明されている	b	b	十分でない。
4. 21. 3. 3	診療計画の変更・修正の原因や背景について検討されている	b	b	計画の変更・修正は検討されていない。
4. 22 検査の実施と診断の確定		E	F	
4. 22. 1	臨床検査・画像診断・病理診断が適切に実施されている	3	4	
4. 22. 1. 1	検査の手順が確立し安全・確実に実施されている	b	a	手順が不明確な場合があり安全性が確実でない場合がある。
4. 22. 1. 2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	a	a	説明と同意が得られている。
4. 22. 1. 3	緊急検査・時間外検査に適切に対応している	a	a	

4. 22. 2	検査結果を迅速に入手し的確に診断を確定することができる	3	4	所見の評価記録が不十分である。
4. 22. 2. 1	検査・診断結果を迅速・確実に入手する仕組みが確立している	a	a	確立している。
4. 22. 2. 2	検査・診断結果が評価され所見が診療録に記載されている	b	a	所見評価の記録がされない場合がある。
4. 22. 2. 3	術中の迅速病理診断が実施されている	a	NA	
4. 23 薬剤投与の管理		E	F	
4. 23. 1	処方が適切に行われている	3	3	副作用情報の入手できるとよい。
4. 23. 1. 1	薬剤情報を容易に入手できる	a	a	
4. 23. 1. 2	処方内容が処方箋・注射箋に適切に記載・入力されている	a	a	
4. 23. 1. 3	抗菌薬・血液製剤などの使用指針・手順書があり遵守されている	b	b	指針・手順書がない。
4. 23. 1. 4	抗がん剤・特殊な薬剤などの投与について検討されている	b	a	検討する機会が明示されていない。
4. 23. 2	病棟における薬剤が適切に管理されている	3	3	
4. 23. 2. 1	病棟に薬剤が適切に供給されている	a	a	
4. 23. 2. 2	病棟における薬剤の在庫が適切に管理されている	a	a	
4. 23. 2. 3	病棟における調剤が適切に行われている	b	b	薬剤師の関与が不十分である。
4. 23. 3	薬剤の投与が適切に行われている	4	3	おおむね適切である。
4. 23. 3. 1	投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与法が確認されている	a	b	
4. 23. 3. 2	必要により投与中・投与後の経過が観察されている	a	a	
4. 23. 3. 3	服薬管理指導・薬歴管理が行われている	a	b	
4. 23. 3. 4	緊急的な薬剤投与に適切に対応している	a	a	

4. 24 手術・麻酔・処置の適切性		E	F	
4. 24. 1	手術・麻酔・処置が計画に基づいて行われている	3	4	
4. 24. 1. 1	手術・麻酔・処置の適応が検討され術前評価・手術計画が記載されている	a	a	
4. 24. 1. 2	麻酔医の術前訪問が行われ麻酔計画が立てられている	a	a	
4. 24. 1. 3	手術・麻酔・処置について十分に説明し同意が得られている	b	a	外科医と麻酔医の同席のもとでの説明が不明である。
4. 24. 2	手術・麻酔が適切に実施されている	3	NA	
4. 24. 2. 1	手術室の入退室基準と手順が整備されている	a	NA	
4. 24. 2. 2	麻酔記録・手術記録が適切に作成されている	a	NA	
4. 24. 2. 3	術後の覚醒過程が適切に管理されている	a	NA	
4. 24. 2. 4	術後の集中治療室・ハイケア室などの使用基準と手順が確立している	b	NA	使用基準・手順が明確にされるとよい。
4. 25 栄養管理と食事指導		E	F	
4. 25. 1	栄養学的に配慮された食事計画・食事指導が行われている	3	3	
4. 25. 1. 1	患者の栄養状態が評価され適切な食事の指示が出されている	a	b	
4. 25. 1. 2	必要な患者に栄養指導・食事指導が行われている	a	b	全例では行われていない。
4. 25. 1. 3	患者の栄養方法や栄養管理について検討されている	b	b	多職種による検討が不十分である。

4. 26	効果的なリハビリテーションの実施	E	F	
4. 26. 1	ニーズに基いたリハビリテーションが実施されている	3	3	術後早期リハビリの位置付けを明確にされたい。
4. 26. 1. 1	リハビリテーションの必要性が評価され適切な指示が出されている	b	b	評価・指示が不明である。
4. 26. 1. 2	患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し要望や意見を聴いている	b	a	要望・意見の記載がない。
4. 26. 1. 3	リハビリテーションの経過やその効果について訓練記録などにより参照できる	b	a	効果について記録が不明である。
4. 26. 1. 4	リハビリテーションの効果が多職種による症例検討会で評価・検討されている	b	b	多職種の検討会が組織化されていない。
4. 27	QOLへの配慮と緩和医療	E	F	
4. 27. 1	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	3	NA	疼痛緩和マニュアルを作成されたい。
4. 27. 1. 1	症状緩和や疼痛緩和の適応基準と実施の手順が整備されている	b	NA	整備されていない。
4. 27. 1. 2	QOLに配慮してさまざまな苦痛や疼痛などの症状の緩和が図られている	b	NA	QOLへの配慮が不十分である。
4. 27. 1. 3	人生の仕上げにおける患者や家族への心理的な支援などが検討され実施されている	b	NA	十分とはいえない。
4. 28	行動制限（抑制・拘束）への配慮	E	F	
4. 28. 1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	2	NA	院内合意ができてない。
4. 28. 1. 1	行動制限（抑制・拘束）に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている	c	NA	病院の指針が示されていない。
4. 28. 1. 2	行動制限（抑制・拘束）は医師の診察により指示が出され診療録に記載されている	c	NA	医師の指示の記載がない。



4. 29 院内緊急時への対応		E	F	
4. 29. 1	院内緊急事態に適切に対応されている	3	3	
4. 29. 1. 1	非常用カートや蘇生装置が整備されいつも使用可能となっている	b	a	一部の緊急薬品の準備ができてない。
4. 29. 1. 2	緊急時の対応に関する方針と手順が明確になっている	a	a	
4. 29. 1. 3	緊急時の対応に関する研修・教育と定期的な訓練が実施されている	b	b	ACLS、PCLSの訓練が十分でない。
4. 30 療養の継続性の確保		E	F	
4. 30. 1	退院時の療養指導が適切に行われている	3	3	
4. 30. 1. 1	退院時に服薬指導・栄養指導・リハビリテーション指導などが行われている	b	b	総合的な指導が不十分である。
4. 30. 1. 2	退院後の受療方法や制度の利用について必要な指導が行われている	b	b	十分でない部分がある。
4. 30. 2	退院後の療養継続のために適切な連携・調整が行われている	3	3	十分でない。
4. 30. 2. 1	退院後の療養環境について院内スタッフとの調整がとられている	b	b	
4. 30. 2. 2	病状やニーズに応じた適切な施設・制度に紹介している	b	b	
4. 30. 2. 3	退院時要約や看護サマリーなどの診療情報が適切に提供されている	b	b	退院時に退院サマリーが完成してない場合がある。

4.31 診療の質の保証		E	F	
4.31.1	個々の症例について十分な検討が行われている	3	3	検討が不十分である。
4.31.1.1	症例検討会が定期的開催されている	b	b	開催記録を徹底されたい。
4.31.1.2	死亡症例について病理学的検討会が開催されている	b	b	十分でない。
4.31.1.3	関連職種を交えた症例検討会が開催されている	b	b	十分でない。
4.31.2	治療実績が取りまとめられ診療の質改善の指標となっている	3	3	指標が明確にされるとよい。
4.31.2.1	治療実績や症例報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している	a	b	年報で報告されている。
4.31.2.2	症例データベースを構築し診療実績について統計的に検討している	b	a	十分でない。
4.31.2.3	診療の質に関する評価指標を設定して質改善に役立っている	b	b	指標が設定されていない。

## 5. 看護の適切な提供

### 評価判定結果

#### 5.1 看護部門の組織の確立

5.1.1	看護管理に理念が反映されている	4	適切である。
5.1.1.1	看護部門の理念は病院の理念と整合しており、一般的な看護の価値観に矛盾していない	a	
5.1.1.2	看護部門の理念を反映した具体的な活動がある	a	
5.1.1.3	看護部門の理念は看護部門の職員に周知されている	a	
5.1.2	看護部門の目標管理が行われている	3	
5.1.2.1	看護部門の理念に沿った目標が明示されている	a	
5.1.2.2	看護部門の目標と一貫性のある各看護単位ごとの目標が活動計画として具体化されている	b	一部活動計画が抽象的である。
5.1.2.3	看護部門の目標と各看護単位の目標の達成度が評価されている	b	看護局で達成度統括されてない中間評価のシステムはない。
5.1.3	看護部門の組織が整備されている	3	
5.1.3.1	病棟の特性を踏まえた人員配置をしている	b	業務量を反映した配置が課題である。
5.1.3.2	看護職により看護部門の組織が管理されている	a	
5.1.3.3	看護部門の組織を円滑に運営するための会議や委員会があり、機能している	b	会議は適切に機能しているが、委員会は実態を見直し一部整理も検討されたい。
5.1.3.4	看護部門の責任者は病院運営の執行会議に正式メンバーとして参加している	a	
5.1.4	役割ごとの業務規程がある	4	適切である。
5.1.4.1	看護単位の責任者（看護師長など）の業務規程がある	a	
5.1.4.2	看護職の業務規程がある	a	
5.1.4.3	看護補助者の業務規程がある	a	

## 5.2 看護部門の組織の運営

5.2.1	看護部門の個々の職員をいかすよう組織が作られ、運営されている	3	
5.2.1.1	職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている	b	月1回のカンファレンスで意見収集している提案制度やアンケートなどの工夫をされたい。
5.2.1.2	看護部門の職員が主体的に活動できる	a	
5.2.1.3	看護ケアを実践する上で看護部門の職員を支援している	a	
5.2.1.4	看護部門の職員への精神的支援をしている	b	先輩、上司が対応しているにとどまっている。
5.2.1.5	働きやすい勤務体制である	a	
5.2.2	効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている	3	
5.2.2.1	他の部門・職種との業務分担と連携が適切に行われている	b	3か月に1回自発的な委員会として議論している。
5.2.2.2	看護業務に専念できるよう具体的対策・活動がなされている	b	薬剤師によるIVHのミキシングは実施されている。電子カルテ移行による対策が進みつつある。

## 5.3 看護部門の職員の能力開発

5.3.1	看護部門の職員の能力評価が行われている	3	
5.3.1.1	看護部門の職員の能力評価の基準がある	a	昨年から取り組み作成されている。
5.3.1.2	所定の手順で評価が行われている	b	今年実施まとめの段階である。
5.3.1.3	能力評価結果が活用されている	b	活用には至ってない。
5.3.2	看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている	3	
5.3.2.1	看護部門の職員の能力開発計画が立てられている	b	十分な計画は立てられていない。
5.3.2.2	適切な能力開発プログラムがある	b	キャリアアップの視点からプログラムの妥当性の評価をされたい。
5.3.2.3	能力開発プログラムの評価が行われている	b	アンケート・習得度評価のみならず、教育プロセス全体の短期・長期的面からも検討が望まれる。
5.3.2.4	看護部門の職員の能力開発のための資源が確保されている	a	必要な資源は申請により可能である。

5.3.3	専門的知識に基づいた判断により看護ケアが行われている	3	
5.3.3.1	専門領域の知識や関連分野の学際的な知識を習得することを支援している	a	自主的参加を支援、情報提供している。
5.3.3.2	看護の専門領域において特別な看護活動ができる人材を活用している	b	認定・専門看護師はいないが、今年度から予定している。

## 評価判定結果

5.10 看護の実践と責任体制		A	B	
5.10.1	看護を必要とする人に適切な看護が実践されている	3	3	
5.10.1.1	基本的な身体ケアを実施している	a	a	
5.10.1.2	看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援している	b	b	患者家族への説明、希望などの記録が少ない。
5.10.1.3	看護を必要とする人を継続的に観察し、的確な判断により問題を予知して対処している	b	b	省略した表現がみられる。
5.10.1.4	看護職者としての倫理に基づいて看護が実践されている	a	a	
5.10.2	看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている	3	3	
5.10.2.1	看護基準・看護手順は看護の質を規定する内容になっている	b	b	作成日が明確でない。
5.10.2.2	看護基準が活用されている	b	b	十分に活用されているとは言い難い。
5.10.2.3	看護基準の見直しが行われている	b	b	
5.10.2.4	看護手順が活用されている	b	b	十分に活用されているとは言い難い。
5.10.2.5	看護手順の見直しが行われている	b	b	
5.10.3	看護ケアを提供する仕組みに関する規程が定められている	4	4	適切である。
5.10.3.1	看護ケアを提供する仕組みにおいて各人の役割と責任内容が明確になっている	a	a	
5.10.3.2	看護ケアを提供する担当者が明確になっており患者に知らせている	a	a	
5.10.3.3	各シフトにおける業務分担と責任者が明確になっている	a	a	

5.10.4	医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察している	4	4	適切である。
5.10.4.1	医師の指示を受ける仕組みが整備されている	a	a	
5.10.4.2	治療に対する患者の反応が把握され記述されている	a	a	
5.10.4.3	医師の指示について疑問をもった時、医師に相談している	a	a	
5.10.5	看護実践の一連の過程が適切に記録されている	3	3	
5.10.5.1	記録の方法や評価のための基準や指針が整備されている	b	b	十分に整備されていない。
5.10.5.2	看護記録は医療者のみならず患者・家族のために記録されている	b	b	患者家族の意見の記録は少ない。
5.10.5.3	提供された看護ケアについてサマリーが作成されている	b	b	作成されていないものがある。
5.10.5.4	診療録との一元化を図るために配慮されている	b	b	電子カルテへの移行期である。
5.11	看護活動の計画的対応	A	B	
5.11.1	看護計画が作成されている	3	3	
5.11.1.1	身体的・精神的・社会的な視点からアセスメントされている	a	a	
5.11.1.2	ケア・ニーズに沿った入院時看護計画が立てられている	b	b	標準看護計画を利用、個別性を加え立案されたい。
5.11.1.3	看護計画は患者に十分に説明され、患者・家族の意見が反映されている	b	b	意見反映の記載を適切にされたい。
5.11.1.4	必要に応じて看護ケアについて他職種と話し合われている	b	b	記録を残されたい。
5.11.2	看護計画が見直され、修正されている	3	3	問題はあるが通常範囲。
5.11.2.1	看護計画を修正したことが記録され、他の看護者に伝達されている	b	b	努力しているが十分な体制とは言い難い。
5.11.2.2	看護計画見直しの方法や担当者が決められている	a	a	
5.11.2.3	修正された看護計画は患者に説明されている	b	b	部分的である。
5.11.2.4	看護基準やクリニカルパスからのバリエーションを評価している	b	b	バリエーションの検討には至っていない。

5. 12 検査の実施への看護の関わり		A	B	
5. 12. 1	検査計画に沿って十分な説明がなされている	4	4	適切である。
5. 12. 1. 1	患者に対する検査の手順書が整備され遵守されている	a	a	
5. 12. 1. 2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	a	a	
5. 12. 1. 3	検査の説明では検査に伴う不安を軽減している	a	a	
5. 13 与薬の実施への看護の関わり		A	B	
5. 13. 1	薬剤の投与が適切に行われている	3	3	
5. 13. 1. 1	投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与法が確認されている	a	a	
5. 13. 1. 2	必要により投与中・投与後の経過が観察されている	a	a	
5. 13. 1. 3	服薬指導に適切に関与している	b	b	与薬の実施は薬剤師と協力して服薬指導の関与をすすめられたい。
5. 13. 1. 4	緊急的な薬剤投与の指示に適切に対応している	a	a	
5. 14 周手術期の看護の適切性		A	B	
5. 14. 1	周手術期の看護が適切に行われている	NA	NA	
5. 14. 1. 1	周手術期の看護基準・手順が整備され遵守されている	NA	NA	
5. 14. 1. 2	看護師による術前訪問が行われている	NA	NA	
5. 14. 1. 3	周手術期の看護記録が作成されている	NA	NA	



5. 15 栄養管理と食事指導		A	B	
5. 15. 1	食事が適切に提供されている	3	3	
5. 15. 1. 1	食事摂取が適切に支援されている	a	a	
5. 15. 1. 2	患者の状況に合わせて食事の介助が行われている	a	a	
5. 15. 1. 3	栄養士による食事指導が行われている	b	b	栄養士との関わりが少ない。
5. 16 リハビリテーションの適切な実施		A	B	
5. 16. 1	リハビリテーションが適切に実施されている	3	3	リハビリテーションへの関わりは消極的である。
5. 16. 1. 1	リハビリテーションの適用や効果について医師・理学療法士などと検討している	a	a	
5. 16. 1. 2	理学療法士、作業療法士によるベッドサイドのリハビリテーションが行われている	a	a	
5. 16. 1. 3	リハビリテーションの成果をいかして、セルフケアができるように援助している	b	b	消極的である。
5. 17 行動制限（抑制・拘束）への配慮		A	B	
5. 17. 1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	2	2	病院の基準・手順が未整備である。
5. 17. 1. 1	行動制限（抑制・拘束）に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている	c	c	マニュアル作成が始まったばかりである。
5. 17. 1. 2	行動制限（抑制・拘束）の手順書が整備されそれに基づいて実施されている	c	c	マニュアル作成が始まったばかりである。
5. 17. 1. 3	行動制限（抑制・拘束）について検討し回避・軽減・解除の努力が行われている	c	c	マニュアル作成が始まったばかりである。

5. 18 看護の継続性の確保		A	B	
5. 18. 1	退院後の療養の継続性が確保されている	3	3	おおむね適切である。
5. 18. 1. 1	患者の退院後の生活を配慮した退院計画が立てられている	b	b	
5. 18. 1. 2	看護ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている	a	a	
5. 18. 1. 3	退院時の患者・家族の社会的・経済的・心理的相談に応じている	a	a	
5. 18. 2	外来における看護ケアが適切に行われている	3	3	
5. 18. 2. 1	受診相談が行われている	a	a	積極的に行われている。
5. 18. 2. 2	通院中の療養指導が適切に行われている	b	b	療養指導の件数が少ない。
5. 19 逝去時の対応		A	B	
5. 19. 1	患者の逝去時の対応が適切である	4	4	適切である。
5. 19. 1. 1	看取りのための適切な環境が配慮されている	a	a	
5. 19. 1. 2	逝去時の手順が明文化されている	a	a	
5. 19. 1. 3	逝去後の家族への対応が適切になされている	a	a	
5. 19. 1. 4	霊安室が整備されている	a	a	
5. 20 看護ケアの評価と質向上への努力		A	B	
5. 20. 1	看護ケアを改善する取り組みが行われている	3	3	
5. 20. 1. 1	ケア改善のためのカンファレンスが行われている	a	a	
5. 20. 1. 2	看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある	a	a	
5. 20. 1. 3	多職種によるカンファレンスに積極的に参加している	b	b	参加状況は十分とはいえない。

5.20.2	改善活動の成果を取りまとめて看護ケアの向上に反映している	3	3	看護ケア向上の活動に向けた取り組みに一層努力されたい。
5.20.2.1	よりよい看護ケアの実施に向けてデータを収集し、分析し活用している	b	b	
5.20.2.2	研究や開発の成果を年報にまとめて報告している	b	b	昨年度発表例なし。
5.20.2.3	看護サービスを評価するシステムがあり看護ケアの向上に活用している	b	b	

## 評価判定結果

5.10 看護の実践と責任体制		E	F	
5.10.1	看護を必要とする人に適切な看護が実践されている	3	3	
5.10.1.1	基本的な身体ケアを実施している	a	a	
5.10.1.2	看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援している	b	b	患者の視点での十分な説明記録が不足している。
5.10.1.3	看護を必要とする人を継続的に観察し、的確な判断により問題を予知して対処している	a	a	
5.10.1.4	看護職者としての倫理に基づいて看護が実践されている	a	a	
5.10.2	看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている	3	3	
5.10.2.1	看護基準・看護手順は看護の質を規定する内容になっている	b	b	作成・見直し期日がないもの、古いものが混在している。
5.10.2.2	看護基準が活用されている	b	b	十分に活用されているとは言い難い。
5.10.2.3	看護基準の見直しが行われている	b	b	
5.10.2.4	看護手順が活用されている	b	b	十分に活用されているとは言い難い。
5.10.2.5	看護手順の見直しが行われている	b	b	
5.10.3	看護ケアを提供する仕組みに関する規程が定められている	4	4	適切に整備されている。
5.10.3.1	看護ケアを提供する仕組みにおいて各人の役割と責任内容が明確になっている	a	a	
5.10.3.2	看護ケアを提供する担当者が明確になっており患者に知らせている	a	a	モジュール受け持ち制である。
5.10.3.3	各シフトにおける業務分担と責任者が明確になっている	a	a	

5.10.4	医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察している	4	4	適切である。
5.10.4.1	医師の指示を受ける仕組みが整備されている	a	a	
5.10.4.2	治療に対する患者の反応が把握され記述されている	a	a	
5.10.4.3	医師の指示について疑問をもった時、医師に相談している	a	a	
5.10.5	看護実践の一連の過程が適切に記録されている	3	3	
5.10.5.1	記録の方法や評価のための基準や指針が整備されている	a	a	記録委員会により基準・指針が作成されている。
5.10.5.2	看護記録は医療者のみならず患者・家族のために記録されている	b	b	記録監査グループによる監査活動はこれからである。
5.10.5.3	提供された看護ケアについてサマリーが作成されている	b	b	作成されていないものがある。
5.10.5.4	診療録との一元化を図るために配慮されている	b	b	電子カルテが12月完成予定である。
5.11	看護活動の計画的対応	E	F	
5.11.1	看護計画が作成されている	3	3	
5.11.1.1	身体的・精神的・社会的な視点からアセスメントされている	a	a	ゴードンをベースにアセスメントしている。
5.11.1.2	ケア・ニーズに沿った入院時看護計画が立てられている	b	b	標準看護計画を利用、個別性を加え立案されたい。
5.11.1.3	看護計画は患者に十分に説明され、患者・家族の意見が反映されている	b	b	一部クリニカル・パス活用している。意見反映の記載を適切にされたい。
5.11.1.4	必要に応じて看護ケアについて他職種と話し合われている	b	b	話し合いの記録を残されたい。
5.11.2	看護計画が見直され、修正されている	3	3	
5.11.2.1	看護計画を修正したことが記録され、他の看護者に伝達されている	b	a	E病棟は評価・修正の実施率が診療録から見てやや低い。
5.11.2.2	看護計画見直しの方法や担当者が決められている	a	a	
5.11.2.3	修正された看護計画は患者に説明されている	b	b	一部の実施である。
5.11.2.4	看護基準やクリニカルパスからのバリエーションを評価している	b	b	バリエーションの検討はこれからである。

5.12	検査の実施への看護の関わり	E	F	
5.12.1	検査計画に沿って十分な説明がなされている	4	4	適切である。
5.12.1.1	患者に対する検査の手順書が整備され遵守されている	a	a	
5.12.1.2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	a	a	
5.12.1.3	検査の説明では検査に伴う不安を軽減している	a	a	
5.13	与薬の実施への看護の関わり	E	F	
5.13.1	薬剤の投与が適切に行われている	3	4	おおむね適切である。
5.13.1.1	投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与方法が確認されている	a	a	
5.13.1.2	必要により投与中・投与後の経過が観察されている	a	a	
5.13.1.3	服薬指導に適切に関与している	b	a	E病棟で十分でない。
5.13.1.4	緊急的な薬剤投与の指示に適切に対応している	a	a	
5.14	周手術期の看護の適切性	E	F	
5.14.1	周手術期の看護が適切に行われている	4	4	適切である。
5.14.1.1	周手術期の看護基準・手順が整備され遵守されている	a	a	
5.14.1.2	看護師による術前訪問が行われている	a	a	
5.14.1.3	周手術期の看護記録が作成されている	a	a	

5.15	栄養管理と食事指導	E	F	
5.15.1	食事が適切に提供されている	3	3	
5.15.1.1	食事摂取が適切に支援されている	a	a	
5.15.1.2	患者の状況に合わせて食事の介助が行われている	a	a	
5.15.1.3	栄養士による食事指導が行われている	b	b	栄養士との関わりが少ない。
5.16	リハビリテーションの適切な実施	E	F	
5.16.1	リハビリテーションが適切に実施されている	3	3	リハビリテーションへの関わりは消極的である。
5.16.1.1	リハビリテーションの適用や効果について医師・理学療法士などと検討している	b	b	検討が十分でない。
5.16.1.2	理学療法士、作業療法士によるベッドサイドのリハビリテーションが行われている	b	a	
5.16.1.3	リハビリテーションの成果をいかして、セルフケアができるように援助している	b	a	
5.17	行動制限（抑制・拘束）への配慮	E	F	
5.17.1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	2	NA	病院の基準・手順が未整備である。
5.17.1.1	行動制限（抑制・拘束）に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている	c	NA	マニュアルの作成が始まったばかりである。
5.17.1.2	行動制限（抑制・拘束）の手順書が整備されそれに基づいて実施されている	c	NA	マニュアルの作成が始まったばかりである。
5.17.1.3	行動制限（抑制・拘束）について検討し回避・軽減・解除の努力が行われている	c	NA	マニュアルの作成が始まったばかりである。

5.18 看護の継続性の確保		E	F	
5.18.1	退院後の療養の継続性が確保されている	3	3	
5.18.1.1	患者の退院後の生活を配慮した退院計画が立てられている	b	b	患者退院後の生活を配慮した退院計画を患者とともに早期に立てられたい。
5.18.1.2	看護ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている	a	a	
5.18.1.3	退院時の患者・家族の社会的・経済的・心理的相談に応じている	a	a	
5.18.2	外来における看護ケアが適切に行われている	3	3	
5.18.2.1	受診相談が行われている	a	a	連携体制も良好に行われている。
5.18.2.2	通院中の療養指導が適切に行われている	b	b	療養指導の件数が少ない。
5.19 逝去時の対応		E	F	
5.19.1	患者の逝去時の対応が適切である	4	4	適切である。
5.19.1.1	看取りのための適切な環境が配慮されている	a	a	
5.19.1.2	逝去時の手順が明文化されている	a	a	
5.19.1.3	逝去後の家族への対応が適切になされている	a	a	
5.19.1.4	霊安室が整備されている	a	a	



5. 20 看護ケアの評価と質向上への努力		E	F	
5. 20. 1	看護ケアを改善する取り組みが行われている	3	3	
5. 20. 1. 1	ケア改善のためのカンファレンスが行われている	a	a	
5. 20. 1. 2	看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある	a	a	
5. 20. 1. 3	多職種によるカンファレンスに積極的に参加している	b	b	参加状況は十分とはいえない。
5. 20. 2	改善活動の成果を取りまとめて看護ケアの向上に反映している	3	4	F病棟は病棟の研究成果をケアに適切に反映している。E病棟は看護局の転倒・転落に関するデータ収集・分析結果の活用にとどまっている。
5. 20. 2. 1	よりよい看護ケアの実施に向けてデータを収集し、分析し活用している	b	a	
5. 20. 2. 2	研究や開発の成果を年報にまとめて報告している	b	a	
5. 20. 2. 3	看護サービスを評価するシステムがあり看護ケアの向上に活用している	b	a	患者満足度調査を1月に実施した。中間報告で分析結果活用はまだ行われていない。

## 6. 病院運営管理の合理性

### 評価判定結果

#### 6.1 人事管理

6.1.1	人事管理の体制が整備されている	3	
6.1.1.1	適切な就業規則および給与規程が定められ、職員に周知されている	b	必要な規程は整備されているが職員への周知が不足している。
6.1.1.2	人事管理の仕組みが確立されている	a	
6.1.2	必要な人材が確保され、就業状況が適切である	3	
6.1.2.1	職員の採用計画およびその執行が適切である	b	業務量、機能に応じた配置計画が望まれる。
6.1.2.2	必要な人材が確保されている	b	看護職、リハビリスタッフ職員、診療情報管理士を充実されたい。
6.1.2.3	職員の就業状況は適切である	a	
6.1.3	職員の人事考課が適切に行われている	3	実績を評価し、意欲の向上が期待できる人事考課を実施されたい。
6.1.3.1	人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている	b	昇格試験対象者以外の人事考課は行われていない。
6.1.3.2	人事考課が有効に活用されている	b	昇格試験対象者以外への活用はなく、限定的である。
6.1.3.3	考課者の教育が行われている	b	
6.1.4	職員の労働安全衛生に取り組まれている	3	
6.1.4.1	労働安全衛生委員会が設置され、産業医が選任されている	a	
6.1.4.2	定期的な職員の検診が行われている	a	
6.1.4.3	職員の事故などの防止対策を実施している	b	事故分析と改善策、現場へのフィードバックが不十分である。
6.1.4.4	職員の事故への対応がなされている	a	
6.1.4.5	職員の精神的なサポート体制がある	b	院内全体を対象とした体制がない。

6.1.5	職場環境が整備されている	4	適切である。
6.1.5.1	福利厚生活動が積極的に行われている	a	福利厚生制度は充実している。
6.1.5.2	病院管理者と職員が労働条件などに関して話し合う仕組みがある	a	
6.1.5.3	働きやすい職場環境に配慮されている	a	
<b>6.2 財務・経営管理</b>			
6.2.1	財務会計が適切に行われている	4	適切である。
6.2.1.1	会計業務を担当する部署または担当者が明確にされている	a	
6.2.1.2	病院会計準則に基づいた会計処理がなされている	a	
6.2.1.3	第三者による外部監査が行われている	a	
6.2.2	予算管理が適切に行われている	3	
6.2.2.1	予算書が作成されている	a	
6.2.2.2	予算編成の手続きが明確である	b	各部門の意見聴取は院長・副院長が行い、事務局長、総務課長は参加していない。
6.2.2.3	予算の執行が適切である	a	
6.2.3	資金管理および投資計画が適切である	4	適切である。
6.2.3.1	資金の調達および資金繰りの手続きが明確である	a	
6.2.3.2	設備投資の手続きが明確である	a	
6.2.4	経営管理が適切に行われている	3	経営改善に向けた具体策が不十分であり、職員の危機意識が希薄である。
6.2.4.1	病院の経営状態を各部門へ知らせている	b	運営協議会、院内誌で収支状況を知らせているが、赤字になる要因や具体的な改善策の説明は不十分である。
6.2.4.2	経営分析が行われている	b	医事統計や診療統計を活用した分析と改善策の検討が望まれる。
6.2.4.3	部門別の収支管理が行われている	b	部門別原価計算、診療行為別診療報酬改定による影響などの把握が十分とは言い難い。
6.2.4.4	経営改善の努力がなされている	c	多額の累積欠損金があるにもかかわらず、院内横断的な経営改善委員会など検討の場がなく経営改善の具体策が不十分である。

6.2.5	医事業務が適切に行われている	3	未収金と査定減に対する解消努力をされたい。
6.2.5.1	受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である	a	
6.2.5.2	入退院の手続きが適切に行われている	a	
6.2.5.3	窓口の収納業務が適切に行われている	a	
6.2.5.4	未収金の状況が把握されている	b	時効欠損金が多額である。
6.2.5.5	レセプトの作成・点検・提出が適正に行われている	b	手書きのマニュアルはあるが、要点の整理が必要である。レセプトの作成・点検は業者任せである。
6.2.5.6	返戻・査定について適切な対応がなされている	b	科別査定理由一覧がなく、返戻・査定に対する科別、医局での検討が不十分である。
6.2.6	病床管理の仕組みが適切である	3	経営改善が急務であり、効率的な病床運営が必要である。
6.2.6.1	病床運営方針を検討する場が設けられている	a	
6.2.6.2	病床管理の担当部門または担当者がある	a	
6.2.6.3	全病床が中央管理され、空床状況が迅速に把握されている	a	
6.2.6.4	入院待機患者の情報が把握され、一元的に管理されている	a	
6.2.6.5	入院における病床利用のルールが確立しており、診療科の枠を超えた弾力的な病床活用が図られている	b	在院日数の短縮に努力しているが、病床運営管理の組織的対応を検討されたい。
6.2.6.6	病床が効率的に利用されている	c	入院待ち患者が多く、効率的な病床利用のための努力が求められる。

## 6.3 施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	4	よく努力しており、適切である。
6.3.1.1	施設・設備の管理責任者がいる	a	
6.3.1.2	年次保守管理計画が立てられている	a	
6.3.1.3	施設・設備の運営マニュアルが整備されている	a	
6.3.1.4	給水および空調設備の保守管理が適切に行われている	a	
6.3.1.5	医療ガスの安全管理に対する配慮がなされている	a	
6.3.2	医療機器の管理体制が確立している	3	
6.3.2.1	医療機器を管理する担当者が定められている	a	
6.3.2.2	病棟の医療機器の点検が定期的に行われている	a	
6.3.2.3	病棟の医療機器の補修をする仕組みが整えられている	a	
6.3.2.4	医療機器の管理の中央化がなされている	b	臨床工学技士は努力しているが、体制が不十分である。
6.3.3	給食設備の衛生管理が適切に行われている	4	適切である。
6.3.3.1	検食・食材が適切に保管されている	a	
6.3.3.2	調理室の衛生管理が適切に行われている	a	
6.3.3.3	配膳が衛生的に行われている	a	
6.3.3.4	食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている	a	
6.3.4	病院の保安体制が適切である	4	適切である。
6.3.4.1	病院の出入りに関する規約が定められている	a	
6.3.4.2	保安を管理する体制が整備されている	a	
6.3.4.3	保安管理業務の内容が適切である	a	

6.3.5	廃棄物の処理が適切に行われている	4	適切に処理されている。
6.3.5.1	廃棄物処理の管理責任者がいる	a	
6.3.5.2	廃棄物の分別・梱包・表示が適切である	a	
6.3.5.3	廃棄物の保管状況が適切である	a	
6.3.5.4	廃棄物の処理過程が適切である	a	

#### 6.4 物品管理

6.4.1	物品の購入の手続きが適切である	3	購買の中央化、物品の標準化について、積極的に努力されたい。
6.4.1.1	物品購入の責任者が定められている	a	
6.4.1.2	物品購入の方法の適正化に努めている	a	
6.4.1.3	物品の購入計画および予算が立てられている	a	
6.4.1.4	購買の中央化が行われている	b	食材の契約、発注、検収が同一部署で行われている。
6.4.1.5	購入物品の標準化が図られている	b	一部は標準化により単価契約であり、全体的な導入は検討段階である。
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	3	
6.4.2.1	物品の帳簿が準備され、実地棚卸しを実施している	b	年2回以上の実地棚卸しが望まれる。
6.4.2.2	適正な在庫量を定め、管理されている	a	
6.4.3	公正な取引が行われるための仕組みがある	3	内部牽制機能が確立されていない。
6.4.3.1	物品納入業者は公正な基準によって選ばれている	a	
6.4.3.2	発注担当者と検収担当者は明確に区別され、内部牽制の機能を果たしている	b	食材の発注、検収は給食部門が行っており、内部牽制機能に欠ける。

## 6.5 業務委託

6.5.1	委託業者の選定が適切である	3	業者選定の適切な対応が望まれる。
6.5.1.1	業務の委託に関する検討がなされている	b	委託の必要性・メリット・デメリットなど組織的な検討の場がない。
6.5.1.2	委託業者の選定手順が適切である	b	病院としての業者選定基準が設けられていない。
6.5.1.3	業者が業務上の事故に対する賠償責任保険などに加入していることを確認している	a	
6.5.1.4	業者が従業員の教育を適切に行っていることを確認している	b	業者からの年間教育計画や実施状況報告を受けていない。
6.5.1.5	契約の見直しを定期的に行っている	b	関係部署の意見や業務実績の検討・評価が消極的である。
6.5.2	委託業務の管理が適切に行われている	3	
6.5.2.1	委託業務の管理担当者が定められている	b	総括担当者は明確であるが、部署の担当者が不明確である。
6.5.2.2	委託業務従事者に対する教育が行われている	b	積極的に関与されたい。
6.5.2.3	委託業務の事故発生時の対応手順が定められている	a	

## 6.6 訴訟などへの適切な対応

6.6.1	訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられている	3	手順を明確にし、対外的な応対可能な総括責任者の配置を検討されたい。
6.6.1.1	院内での担当者が明確にされている	b	広報を担当できる固定した総括担当者を配置されたい。
6.6.1.2	的確な状況把握がなされる仕組みがある	b	状況把握の方法と処理手順が明確になっていない。
6.6.1.3	外部の関係者と適切に対応する仕組みがある	b	担当者が明確になっていない。
6.6.1.4	病院賠償責任保険へ加入している	a	