

病院機能評価
審査結果報告書

2018年度実施

国立研究開発法人
国立がん研究センター中央病院

訪問審査実施日 2019年2月5日～2月7日



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

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、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。病院は、評価を受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。そして、その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や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、当機構の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。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

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）
- 総括
- 評価判定結果

2. 報告書の内容

（1）総括

病院の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。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（2）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で3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。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は4段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月5日～2月7日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院3	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以来、わが国はもとより国際的にも、がん診療のリーディングホスピタルとして、医療・医学に多大な貢献をしてきた。常のがん対策の中心に位置し、多くの事業の指導的役割も担っている。今回の審査においても、随所でその伝統と実績が窺え、質の高い診療・研究・医育が展開されていることが確認できた。なかでも、病理診断機能やがん専門医養成に係る実績は特筆に値する。その一方で、先進性を優先するだけでなく、患者にやさしい医療、患者目線でのケアが実践されていることも確認できた。

ゲノム診療を含めて、先端医療の開発と実践は貴院の主たる使命であることは論を俟たないが、相応の高い倫理観、安全性も求められている。また、人口の高齢化に伴い、がん専門施設であっても非がん疾患合併患者への対応がさらに重要性を増してくる可能性もある。これらの課題に対して貴院は高いレベルで対応していくことが期待され、わが国の範であり続けることが求められている。

今回の審査結果も踏まえ、それらの取り組みがさらに深化し、貴院の一層の発展に繋がることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、ビジョン、基本方針を明確にしており、これらを具現化するための中長期計画を策定し、病院長が適切なリーダーシップを発揮している。また、病院幹部が低敵にラウンドを行うなど、現場の声を汲み取り、やりがいのある職場を実現している。意思決定会議があり、職員への周知も適切になされている。データの真正性・見読性・保存性が担保されるなど、情報管理は適切に行われている。

必要な職種や法的な人員の確保はなされているが、貴院の高い診療機能を鑑みると、一部の職種のさらなる充実が期待される。労務管理はおおむね適切になされているが、勤怠チェックのあり方について検討されるとよい。職員の安全衛生管理は、関連委員会が機能し、作業環境測定、職員の感染防止対策、精神的ケアの確保などが適切に行われており、福利厚生も充実している。

院内研修会は計画的に実施されているが、医療安全・感染制御の他の職員研修について、参加率が向上するとよい。能力評価は、看護部門および薬剤部門では適切に実施されているが、他の職種に対してもさらなる整備が期待される。

以上、病院長のもと、組織運営は適切になされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、こどもの権利はわかりやすい内容で簡潔に明示され、各種案内やホームページを利用して内外に周知されている。また、説明と同意は適正なプロセスで実施され、セカンドオピニオンやカルテ開示に係る対応も適切になされている。さらに、医療への患者参加を促進するための多くの工夫が行われている。患者サポート研究開発センターが整備され、患者・家族の様々な相談に適切に応じているが、医療安全相談については、わかりやすい案内が期待される。

個人情報保護や患者のプライバシー擁護に係る取り組みは適切になされている。臨床倫理的な課題に対する取り組みは、各現場で積極的な検討が行われている。対応困難事例は、臨床倫理コンサルテーションチームへの相談や、臨床倫理委員会に諮ることも可能となっており評価できる。

施設面では、アクセスは良好であり、障がい者や高齢者にも利用しやすい構造となっている。アメニティも整備され、外来患者や入院患者の利便性・快適性も満たしている。敷地内は禁煙とし、禁煙教育にも積極的に関わっている。

以上、施設・システム面だけでなく、個々の職員が、患者に優しい医療の提供に努めていることが窺える。

4. 医療の質

患者サービスの改善は、意見箱や患者満足度調査によって得られた情報に基づいて行われ、患者・家族へのフィードバックも適切に行われている。業務の質改善に係る取り組みとして、テーマを決めてのQC活動が行われている。また、診療の質は、多くの診療科横断的な症例検討会や他施設とのWebカンファレンス、多数の医師が診療ガイドラインの策定に関わること等により、十分担保されている。

特定臨床研究を含む医学研究は適正な手順で高いレベルで展開されており、高難度新規医療技術の導入、未承認新規医薬品の使用等も適正な手順で行われている。また、診療記録の記載状況はおおむね適切であるが、質的点検のあり方については検討が期待される。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確にされている。また、多職種からなる多彩な専門チームが活発に活動している。特に小児領域においては、子供療法支援士・精神腫瘍科心理士等も関わり、手厚いケアが展開されている。

以上、医療の質の向上に資する多くの取り組みがなされているが、貴院の診療能力に相応しいさらなる検討が期待される領域もある。

5. 医療安全

医療安全管理体制はおおむね適切に整備されている。インシデントレポートの収集・分析は精力的に行われ、その結果は現場へ適切にフィードバックされている。

患者誤認・部位誤認防止策が遵守されており、注射投与時は夜間も含めて患者のリストバンド、施行者、投与薬の三点認証を行うことが徹底している。情報伝達エラー防止対策は取り組みが充実しつつあり、今後とも進展を期待したい。転倒・転落防止に係る取り組みも適切に行われている。

薬剤・医療機器についてもそれぞれ、薬剤師・臨床工学技士が関わり、安全な管理・使用が推進されている。急変時の対応体制は取り組みが充実しつつあり、今後とも進展を期待したい。

以上、医療安全に係る取り組みはおおむね適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会、感染制御室、ICT・ASTの設置、ICD・ICN等の配置など、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。感染症部長には適切な権限が付与され、関連マニュアルも整備されている。また、感染制御室による抗菌薬使用や分離菌、耐性菌発生率の把握、BSI・CRI、VAP、SSIなどの部門別サーベイランスが行われており、感染制御に向けた情報収集と検討も適切に行われている。

各部署における感染防止対策は、ICNが各病棟のリンクナース、各科のリスクマネージャー等と連携し、正しい手洗い・個人防護具の装着等に取り組んでいる。また、感染性廃棄物も適正に処理されている。さらに、抗菌薬の適正使用を推進する取り組みは、ICT、ASTを中心に精力的になされている。

以上、医療関連感染制御に係る取り組みは適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

情報発信については広報誌の発行、日々の取材、記者会見、プレリリースの配信など、多岐に亘る広報が積極的に行われている。医療連携については、近隣だけでなく全国の医療関連施設等との積極的な連携を図り、一定の治療が終了した入院患者に対して、適切な治療の継続が可能な体制を整えている。

教育・啓発活動は地元医師会との勉強会、市民公開講座、講演会の開催や専門的な医療知識・技術等に関する研修会等、開催頻度・質ともに、秀でた実績がある。

以上、情報発信と連携は適切に行われており、また、教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

円滑な外来受診が可能となるように、多くの工夫がなされているが、受付後の患者動線や待ち時間に対してはさらなる配慮が期待される。外来がん化学療法患者に対する支援体制は充実し、アピアランスケアなど多彩な支援も可能となっている。また、患者サポート研究開発センターを中心とした医療相談機能は秀でており、外来・入院患者のあらゆるニーズに応需している他、全国から電話相談を受け付けている。

医師・看護師は病棟業務を確実に実行しており、入院計画の立案やアセスメントは迅速に実施されている。また、病棟薬剤師が関わり、投薬・注射等は適切に行われている。栄養・食事についても入院時から管理栄養士が介入し、がん患者に配慮した取り組みがなされている。輸血や診断的検査への対応、周術期や重症患者の管理も適切になされている。

多職種が関わり、多くのチーム医療を展開している。また、リハビリテーションも多職種が関与して実施されており、身体抑制に係る取り組みも適切である。退院支援、退院後の診療・ケアの継続性への配慮もなされている。さらに、ターミナルステージへの対応もACPを積極的に取り入れるなど、評価できる。

以上、診療・ケアは高い水準で展開されており評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査から調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまで、適切に発揮されている。特に、がん化学療法を支援する体制は充実している。臨床検査機能、画像診断機能、輸血・血液管理機能、放射線治療機能、集中治療機能、手術・麻酔機能、病理診断機能も、専門医と多くの職種が関与し適切に発揮されている。特に病理診断機能は秀でており、多数の専門医による質の高い診断を提供しているだけでなく、全国からのコンサルテーションにも応じている。また、放射線治療機能も質・量ともにわが国のトップレベルとなっている。

さらに、栄養管理機能、洗浄・滅菌機能、診療情報管理機能も意欲的なスタッフのもと、適切に発揮されている。一方、リハビリテーション機能については、訓練の継続性の担保、がんや呼吸器リハビリテーションへの応需など、さらなる充実が期待される。また、医療機器管理機能に関しても内視鏡センター、IVRセンターへのさらなる関わりが期待される。

以上、多くの中央部門において高い専門性が発揮されており評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算管理は、事業計画に基づき、予算計画に対して収支管理資料を作成し、本部への報告とともに、会議等で組織的な検討過程を得る仕組みになっている。医事業務、業務委託の管理なども適切に実施されている。施設・設備の管理では、委託業者による日常点検・定期点検等に加え、中長期的な対応も行われている。感染性廃棄物の取り扱いも適正になされている。物品管理についても検討委員会等およびSPDが機能し、適正かつ効率的に行われている。

災害時の対応は、BCP および防災マニュアルを整備し、食料・水も備蓄されており適切である。また、医療事故等に対しても、医療メディエーターが機能するなど、体制・対応手順ともに整備されている。保安業務についてはおおむね適切である。

以上、組織・施設の管理はおおむね適切に実施されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師に対する初期研修は行われていないが、その他の職種については初期研修期間、初期研修の方針を明確にして計画的な研修を行っている。また、研修者の評価、研修内容の見直しも適時に行われている。

医学生、看護学生等、多職種・多数の実習生を受け入れている。受け入れ手順や実習体制は適切に整備されている。また、医師、薬剤師については多数のレジデント等を受け入れ、がん医療に貢献する人材を数多く輩出するなど、秀でた機能を発揮している。

以上、特に学生実習についての機能は高く評価できる。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者の権利は明文化され、その内容は8項目を平易な言葉で記載している。2年前には、こどもの権利9項目も作成されている。患者・家族には外来ファイル、入院パンフレットや病院ホームページへの記載に加え、院内各所への掲示により周知されている。また、職員に対しては、医師の全体会議や部門会議で周知されているほか、ポケットマニュアルにも記載されている。さらに、診療録開示の規定は整備されており、2017年は99件が開示され運用状況も適正である。患者の権利に係る取り組みは適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------------	---	--

1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 説明と同意に関する方針・手順はインフォームド・コンセント規程にあり、説明内容・同意が必要な項目・説明の担当者・書式・配慮すべきケース(高齢者・障害者等)について記述がある。また、説明すべき内容についても明確に規定している。説明時の同席者に関しては、主治医のほか、関係する医師に加え、侵襲の高い治療や予後の説明時には看護師が原則、同席することとし、同席が不可能な時には患者の理解度や反応を後から確認し、記録に残している。説明同意文書は医療安全管理部が監査及び承認を行い、約400文書が電子カルテへ登録されている。さらに、セカンドオピニオンへの対応も確実になされ多くの実績がある。インフォームド・コンセントは適切なプロセスで取得されている。</p> <p>【課題と思われる点】 看護師の同席は必要事例に対してはなされているが、同席規定が「侵襲の高いもの・予後の説明時」とやや曖昧な点と、同意書の看護師署名がされていないケースあることについては検討が期待される。</p>
-------	--------------------------	---	--

1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院案内に患者氏名確認や転倒・転落防止への協力依頼が記載され、患者参加を促している。また、外来や病棟には、治療食や患者関連の講演会・研修会のポスター等の提示、化学療法や治療に関するパンフレット類（持ち帰り自由）を配備するほか、インターネット利用環境の提供等の工夫・支援を行っている。病院ホームページでもがん治療に関する基本的情報が掲載されている。さらに、入院診療計画書や患者用パス・個別パンフレットの作成と指導、小児腫瘍科におけるプレパレーションの実施等、患者との情報共有や理解を深めるための多彩な支援を行っている。医療への患者参加を適切に促進しており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 2016年9月にがん診療を患者目線から見直すことに加え、情報の共有を図ることを目的に地域連携と相談支援を統合し、8階に地域医療連携部として患者サポート研究開発センターを設置している。そのなかで、がん相談、医療安全に関わる相談をはじめ様々な相談に応じる体制として相談支援センターを整備している。看護師、社会福祉士等が常駐し、相談内容によって薬剤師、心理療法士、管理栄養士、理学療法士等による対応を行っており、人員体制も充実している。患者サポート研究開発センターは広いスペースを確保し、ゆったりとした雰囲気を醸し出し相談しやすい環境を確保している。様々な虐待への対応もマニュアルは整備され、相談支援センターで担当している。患者支援体制はおおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 患者サポート研究開発センターの周知は外来・入院共になされているが、医療安全に係る相談も可能なことの案内がなされていない。医療安全相談は、安全管理部内の患者医療対話推進室で行われ、場所も異なることから早急な案内が必要である。</p>

1.1.5	<p>患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している A</p>	<p>【適切に取り組まれている点】 個人情報保護方針および個人情報保護に関する規程のほか、「個人情報保護 20 ヶ条」が明確に定められ担当職員によるチェックが行われている。個人情報保護委員会は情報システム運営委員会にて代用する仕組みであったが、2019 年 1 月に正式な委員会として設立された。個人情報保護方針は院内での掲示や、入院案内冊子、ホームページへの掲載によって患者・家族への周知を図っている。カルテ開示等の手続き、定期のパスワード変更および診療データの外部への持ち出し手順等は適切に整備されている。外部持ち出し用の USB 等は厳重に管理され、別途に抽出用サーバーを設けるなど、機械的・技術的防御が行われている。また、病室のカーテン、診察室のドアにより患者のプライバシー保護に配慮されている。個人情報、プライバシーに係る取り組みはおおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 外来や検査室での患者誘導は番号化されてはいるが、訪問審査中に全館放送での患者氏名による呼び出しが数回あった。個人情報に係る全館放送の禁止や氏名を伏せた案内方法についての検討・工夫が求められる。</p>
-------	-----------------------------------	--

1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床現場で日常的に遭遇することの多い倫理的課題について、がん治療全般・生命維持治療の差し替えや中止・終末期鎮静・妊孕性の温存等の10項目を定め、医師・安全担当・臨床心理士・看護師等の多職種で構成された臨床倫理コンサルテーションチームを中心に継続的に取り組む仕組みがある。職員が直面し、現場で解決できない課題は、コンサルテーションチームに意見を求める手順となっている。さらに、生命を脅かす可能性のある診療拒否に関する事等は、重要事項として臨床倫理委員会に諮る仕組みが確立している。輸血拒否やDNAR意思確認に関する基準は整備されている。加えて、倫理的課題を共有・検討する場として2018年より月1回、臨床倫理カフェを開催し、多職種により現在まで15事例の倫理的課題を検討しているほか、臨床倫理セミナーも2018年は3回開催している。臨床倫理的課題に対する取り組みは高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
<hr/>			
1.2	地域への情報発信と連携		
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 国立がん研究センターの一部門として中央病院が運営されていることから、広報活動についてもセンターの広報企画室が、病院の広報活動を担っている。患者向け広報誌を年4回発行し、連携機関、関連病院等向けとして診療活動報告、診療科紹介等の広報を行っているほか、医療連携だよりの発行も行っている。また、広報誌のほか、日々の取材、記者会見、プレリリースの配信など、広報に関わる活動はきわめて多く、ホームページを活用した広報も積極的に行っている。さらに、診療実績は毎年更新しており、患者等に役立つ最新の情報を提供している。必要な情報は、地域のみならず、広く国民に発信されており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>地域医療連携部において、東京都内のみならず、関東一円のほか全国の主たる医療関連施設等の状況・ニーズを把握している。関東一円の連携医療機関は400施設以上にものぼり、依頼目的別機関集計表を作成し、状況に応じた連携を図っている。また、近隣の医師会および医療機関には関係する医師とともに医療連携担当者が医療機関を訪問するなど、積極的な連携を図っているほか、非がん疾患合併症例の連携医療機関を定め、連携強化を推進している。さらに、全国からがん患者が紹介されることから、全国的に病院運営を展開している地域医療推進団体等との継続的診療の包括連携協定を締結するなど、安心して地域で診療が受けられる仕組みを構築している。他の医療機関との連携は適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>わが国のがん専門の旗艦病院として、高度ながん医療を提供していることから、その役割を果たすため活動の一つとして、がん医療に関する教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。地元医師会との勉強会はもとより、市民に対する研修会として、市民公開講座、講演会の開催など積極的な取り組みが行われている。また、専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援に対しては、病院の医師をはじめとした医療専門職による教育講演を実施している。これらの市民啓発のための講演および医療従事者向けの講演活動は、2017年度実績で2,310件にものぼり、積極的な教育・啓発活動が行われていることが窺える。さらに、医師および薬剤師については、レジデント制を設け、質の高いがん専門教育を実施している。医療に係る教育・啓発活動は秀でており、極めて高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している B

【適切に取り組まれている点】

医療安全管理部には医療安全管理室と感染制御室、患者医療対話推進室、診療の質管理室が設置され、4名の事務員が配置されている。医療安全管理室には、医療安全管理責任者を務め医療安全管理部長を兼ねる専従の医師と、兼任の医師2名、また専従の看護師4名、薬剤師1名、診療情報管理士1名が配置され、インシデント・アクシデントや有害事象に関する報告や死亡事例等の検討と院内巡視などを行っている。医療安全に関わる28項目の指標が設定され、医療安全上の課題は医療安全管理部会で検討された後に、死亡事例や3a以上の全てのインシデントとともに医療事故等防止対策委員会で検討され、決定事項は全体運営会議を通して周知されている。重大事例の発生時には直接病院長および医療安全管理責任者に通知され、速やかに対応する体制が整えられている。

【課題と思われる点】

死亡事例の報告は、医事課からの情報に基づいて医療安全管理部が検証する手順となっていたが、今回の訪問審査を機に担当医師からも直接報告するシステムが整備された。また、医療安全管理責任者が医療機器安全管理者を兼ねる体制も解除された。

1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>インシデント・アクシデント報告や有害事象報告に加えて臨床研究等に関連した報告も収集可能なインシデント・アクシデント報告分析システム（CLIP）が整備され、年間4,000件を超えるインシデント・アクシデントおよび年間300件程度の有害事象情報が収集され、医師からの報告も1割を超えている。収集された全てのインシデント・アクシデント報告は転倒・転落や薬剤関連、ドレーン・チューブ関連、治療・処置関連などの6つのテーマに分けられ、診療科・部門等の責任者であるリスクマネージャー・サブリスクマネージャーによって構成されたワーキンググループで発生要因に対する分析と事故防止対策などが検討され、院内の転倒・転落やせん妄、患者誤認などの対策の標準化に向けた活動を行っている。これらの検討結果は、医療事故等防止対策委員会での承認後に医療安全ニュースを用いて周知されるとともに医療事故防止対策マニュアルに掲載され、この効果は医療安全管理室による院内巡視にて確認されている。患者の安全確保に向けた取り組みは適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している A

【適切に取り組みされている点】

院内感染対策委員会が月1回開催され、病院長が委員として出席しており、医療関連感染制御に関する報告がなされている。アウトブレイク発生時には委員会を臨時開催し、対応を検討する体制になっている。医療安全管理部に設置された感染制御室が日常的な感染制御に関する活動を担い、ICT及びASTを組織し、現場ラウンドや院内外の感染関連情報の収集・分析を行っている。当室の室長には感染症部長が任命され、専任のICDとしてICTのリーダーを務めるとともに、院内感染対策に関する実質的な権限が付与されている。同室には専従のICD1名、ICN2名のほか、薬剤師、臨床検査技師、事務員が配置されている。また、感染防止対策マニュアルが作成され、必要に応じて改訂されている。医療関連感染制御に向けた体制が確立しており適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

1.4.2 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている A

【適切に取り組みされている点】

感染症発生時の連絡体制、アウトブレイク発生時の対応手順が作られ、病院長、感染制御室、院内感染対策委員会等によって組織として迅速に対応できる体制が確立している。感染制御室が院内の分離菌や抗菌薬使用を毎日把握し、また、ICTの日常活動を通じて、自院の感染関連情報を収集し、検討している。MRSA、CRE等の耐性菌の発生率を把握し、アウトブレイクの早期発見、早期介入に努めている。BSI・CRI、VAPなど部門別サーベイランスを行い、JANISには検査部門、全入院患者部門、手術部位感染部門について報告している。さらに、地域の3病院と連携し、情報共有や相互ラウンドを行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は適切に行われている。

【課題と思われる点】

部門別サーベイランスでSSIは外科系の4診療科のみの実施となっている点については、さらなる拡大が期待される。

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者の意見・苦情の収集は、患者支援センターに直接寄せられるもののほか、院内14か所に設置している意見箱によって行われている。加えて、患者満足度調査も実施しており、患者の意見・苦情の多面的な収集が行われている。このような手段で得られた意見・苦情は、多職種で構成している患者サービス向上委員会に報告し、改善対策の検討も行っている。検討された対応策については、外来に掲示することによって患者・家族へのフィードバックを行っている。また、検討された改善策が有効に機能しているかを経時的に調査を行い、改善結果の評価も行っている。さらに、患者満足度調査の結果を踏まえ、患者・家族団体代表者との意見交換会を開催している。患者・家族の意見は適切に活用されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	------------------------	---	--

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 各科ならびに複数診療科（臓器別内科・外科など）、放射線診断部、病理部を交えた多くの症例検討会が行われ、カンファレンスには多職種が参加している。また、多地点メディカルカンファレンスなど他のがん拠点病院との Web カンファレンスも月 2 回行われている。診療ガイドラインの作成には院内の多くの医師が関わり、ガイドラインにはホームページから容易にアクセス可能となっている。クリニカル・パスは、160 本以上作成され、適用率も 50% を超えている。さらに、パス委員会ではバリエーション分析が行われ、入院期間短縮の取り組みにも活用されている。診療の質の向上に向けた取り組みはおおむね適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 臨床指標は重要な 50 項目を選定し、毎月報告され、前月、前年度との経時的検討はなされているが、他施設との比較検討はなされていない。また、臨床指標を横断的に分析する部署がなく、今後、診療の質向上に資する部門の設置、ならびに多施設 QI 活動に参画し、ベンチマークとの比較検討がなされればなお良い。また、M&M カンファレンスも定期的に行われているが、記録がやや不確実で、CPC と同様の記録が期待される。</p>
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 部門横断的な活動は、がんセンター（中央病院、東病院）として 2014 年から QC 活動に取り組んでおり、2018 年には「職場環境の改善」をテーマとしている。また、毎週の院長巡視で各部門の問題点を抽出し、病院運営会議で検討する、トップダウンの質改善への取り組みは确实・迅速に行われている。病院全体としては病院機能評価を継続して受審し、臨床検査部では ISO15189 も取得している。さらに、厚生局や保健所の立入調査では、大きな指摘事項はなく、一部の書類整備に留まっている。業務の質改善に係る取り組みはおおむね適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 組織横断的な取り組みを担う部署または委員会を明確にし、トップダウンのみならず、ボトムアップで取り組める体制の整備も期待される。</p>

1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	<p>B</p> <p>【適切に取り組みされている点】 特定臨床研究は中央病院倫理審査事務室が取り扱い、その他の医学研究と治験は国立がん研究センターに設置されている研究支援センターが対応しているが、いずれも、わが国のがん研究の主導的な役割を果たしている。高難度新規医療技術の導入と未承認新規医薬品の使用および医療機器の適応外使用は医療安全管理部に設置された診療の質管理室が担当し、審議と承認を行う体制が整備されている。また、抗がん剤の適応外使用を含むレジメンは、レジメン審査委員会の承認後も区別して管理され、使用前に薬事委員会に置かれた適応外使用小委員会の承認を患者毎に受け、使用後も使用成績調査書および副作用報告が義務付けられている。新たな診療、技術の開発・導入のプロセスはおおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 高難度新規医療技術および未承認新規医薬品に関しては、実施後の報告を定期的を求める体制がなく、一部の診療科において実施後の報告に督促が必要である状況は、検討が望まれる。また、抗がん剤以外の医薬品の適応外使用に関しては、対象が臨床研究に関わる一部の医薬品等に留まっているが、抗がん剤以外でも高いリスクが想定される場合などは対象とすることが求められる。</p>
-------	---	---

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 地下鉄の駅からも近く、一般駐車場、障害者用駐車場および駐輪場も確保しており、タクシーの待合など来院時のアクセスへの配慮がなされている。玄関では車椅子での介助や職員による案内を実施している。また、携帯電話の利用ルールを明確にした使用やWi-Fiも利用できる環境を整備している。院内には24時間営業のコンビニエンスストアがあり、レストラン、理容・美容等が設けられている。売場で一部の商品についてはベッドサイド端末から注文可能でデリバリーも行っているほか、ボランティアによる移動図書によって各病棟に図書を配布するサービスも提供している。患者・面会者の利便性・快適性には適切な配慮がなされ高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------------	---	--

1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内はバリアフリーに配慮し、廊下等における手摺りも整備されている。また、補助犬の同伴を積極的に受け入れるなど、障害者にも配慮した対応がなされている。外来・病棟では車椅子、ストレッチャー等が常備され管理体制も整備されている。さらに、受診時や入院生活における患者動線および掲示物の文字などは、高齢者・障害者にもわかりやすいものとなっている。施設・設備は高齢者・障害者に適切に配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-------------------------	---	---

1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病室・処置室等、診療・ケアに必要なスペースは十分に確保されている。病室や病棟食堂等は採光もよく、くつろげる場所が提供されている。院内は整理整頓され、清潔であり、相談室には木を多用するなど、ほとんどが担がん者という患者背景を配慮した、安らぐことのできる環境作りに努力している。また、清潔な寝具の提供がなされ、トイレ・浴室等の清掃も行き届いている。療養環境は適切に整備されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 がん診療連携拠点病院として、敷地内禁煙に取り組んでいる。院内では禁煙ワーキンググループを組織しており、敷地内禁煙の遵守状況の把握や職員を対象とした禁煙啓発活動を行っている。また、禁煙外来を設置し、患者数は多くはないものの、患者支援センターにおいて、自力での禁煙が困難な患者等は、禁煙外来の受診に繋げるなど、患者の禁煙推進にも取り組んでいる。さらに、職員についても毎年喫煙率を把握した上で、禁煙困難者を禁煙外来に誘導するなど、禁煙活動を推進した結果、2018年の喫煙率は4.6%と低下してきている。禁煙推進に係る取り組みは適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である A

【適切に取り組まれている点】

病棟入口には、責任医師名と師長名・薬剤師名・地域連携担当者（退院支援）が掲示されている。病棟責任医師・師長は回診等により、毎日患者状況を把握し、支援や指導を行っている。ベッドネームには主治医名・受け持ち看護師名が明示され、看護師の当日の担当者は勤務開始時に直接患者へ挨拶をし、名前の記載されたカードを明示している。病棟運用基準で責任医師の役割は明文化され、不在時の連絡・責任体制についても、ファイル管理されており、事前に看護師へ周知される。診療・ケアの管理・責任体制は適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2	診療記録を適切に記載している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 診療担当副病院長が診療記録の管理に関する責任者に任命され、診療情報管理委員長を務めている。診療記録は、診療録の記載指針、院内共通略語集に沿って、必要な情報が電子カルテに記載されている。診療の経過記録は SOAP 形式で適時に行われている。退院時サマリーの 2 週間以内作成率は 97% であるが、最終的に全ての退院について作成されている。診療録の質的点検は、診療情報管理委員会が監査基準を決め、毎月 7 診療科について医師と診療情報管理士が行い、その結果は各診療科にフィードバックされている。レジデント医の記載に対し、指導医が確認記録を記載している。</p> <p>【課題と思われる点】 説明と同意の記録において、診療録、看護記録とも、患者・家族の反応の記載がないものが見受けられた。また、看護記録の点検は、2017 年から年 1 回、1 病棟あたり 2 名の看護師に対して面接調査しているが、点検項目を定めた質的点検は行われていない。さらに、診療録、看護記録とも同職種による点検となっている点についても多職種による点検の実施が望まれる。</p>
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者の確認は、患者の名乗りに加えて、入院患者はリストバンド、外来患者は計算カードを用いている。また、入院患者の同姓同名、類似名の注意喚起として朝のカンファレンスにて情報共有している。部位の誤認防止として、放射線画像検査室では患者と共に確認し、一致しない場合は、指示医師に確認してから撮影している。さらに、手術関連では、マーキングは主治医が実施し、手術室でのサインイン、タイムアウトで確認されている。注射投与時は、患者のリストバンド、施行者、投与薬の三点認証で実施し、夜間の注射においても遵守されている。加えて、各種検体検査もバーコード管理されるなど誤認防止は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 医師からの指示出し、多職種による指示受けはオーダーリングシステムで行っている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 口頭指示は原則として受けないこととなっているが、やむを得ず受ける際の手順が曖昧であった。しかし、今回の訪問審査を機に、口頭指示受け用紙を用いることとなり、mg や ml まで正確に記載することが必要なこと、指示をした医師は指示内容を速やかに電子カルテに指示入力が必要なことが周知徹底された。さらに、術後せん妄に対する予測指示が一律に出され、指示内容に薬物療法その他、家族の付き添い、身体抑制まで含まれており、どの指示を実施するかが看護師の判断に委ねられていた実態があったが、改善され、予測指示は最小限とされ必要時には医師をコールする手順となった。なお、画像診断検査、病理診断検査の結果報告書の未読対策については2019年1月から開始されたが、1か月以上の未読レポートを抽出し、対応状況を1週間以内に安全管理部門に報告する手順に対策が強化された。今回の訪問審査を機に情報伝達エラー防止対策はおおむね適切な状況となった。</p>

2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を 実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医薬品安全管理責任者は、医療安全管理室と連携して薬剤の安全使用に取り組んでいる。麻薬に関しては、薬剤部ならびに定数配置している部署において適正に保管・管理されている。高濃度注射用カリウム製剤は、プレフィルドシリンジ製剤を採用し、使用の都度薬剤部から払い出しを行っている。抗がん剤のレジメンは、薬事委員会レジメン小委員会にて多職種による審査が行われ、薬剤師は投与量、休薬期間や累積用量など確認している。また、アレルギー情報は電子カルテシステムにて多職種で共有可能であり、重複投与ならびに相互作用チェックとあわせ、適時の疑義照会に繋げている。さらに、病棟常備薬の使用時には、2名の看護師で確認し、安全使用に努めている。薬剤の安全使用に係る取り組みはおおむね適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 レジメンの迅速審査の際はシステム登録されるまでに時間を要し、手書きで運用されている場合があるので、速やかなマスタ登録が期待される。</p>
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 転倒・転落防止対策は、入院時にアセスメントシートを用いて評価し、一つでもチェックがつけば看護計画を立案する。その他、術後など患者の状態に変化がある場合も再評価基準を定め適時に評価を行っている。また、アセスメントシートにて「筋力低下」にチェックがついた場合は、さらにアセスメント表を用いて評価し、理学療法士に介入を依頼し再評価・リハビリテーション指導を受け、患者に実施している。加えて、入院時にベッド周りの説明を行う際に、病室内、トイレ・浴室等の転倒しやすい場所や履物の注意喚起をしている。転倒してしまった場合は、必ず医師の診察を受ける決まりである。頭部打撲の可能性がある場合はCT撮影を行い評価している。転落防止対策は、適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟で使用する輸液ポンプ、シリンジポンプは、必要に応じてMEセンターから届けられ、使用後は回収・点検がなされている。病棟設置の心電図モニター、エコーの機器も臨床工学技士が点検・管理を行っている。輸液ポンプ、シリンジポンプの研修は、新採用者研修として行われ、随時使用する機器、人工呼吸器などは臨床工学技士、RSTが協力して行っている。人工呼吸器の設定は医師が行い、その後のチェックは、時間毎、勤務交代毎に看護師が施行している。また、心電図モニターのアラームの設定は、医師の指示を基にセットしている。医療機器は適切に使用されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記すべきことなし。</p>
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 院内緊急コードはERコード5100として設定され、日中・夜間の区別なく参集する運用で周知されている。救急対応時の指示・解除はICUの麻酔科医師が行う決まりである。緊急コードの他に「ICUcall」を設定し、予測される急変患者対応の体制が確立されている。また、当直医が交代時に全病棟をラウンドし、急変の可能性がある患者について、病棟と情報共有を行っている。救急カートは院内統一された構成でセットされ、点検は看護師が毎日、薬剤師が月1回の頻度で行っている。BLS訓練は新採用者研修他に年3回開催され、各50名程が参加している。さらに、各部署で、患者の特性に合わせてシナリオ作りをし、急変シミュレーションを行い、緊急対応に備えている。</p> <p>【課題と思われる点】 「ICUcall」がRRSに準じた機能を持っているが、主治医や当直医からICU専従の麻酔科医師に連絡・相談する流れであり、看護師から直接連絡できる仕組みではなく、また、明確な基準等も定められていなかった。今回の訪問審査を機に、作動基準が明文化・周知され、看護師等の医師以外の医療者が直接コール可能な体制に改善され、おおむね適切な状況となった。</p>

2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手指衛生の5つのタイミングは、ポスターによる啓発と共に、毎週行うICTラウンドで指導されている。手指衛生促進のために、直接観察の結果を経時的にまとめ各科、各病棟へフィードバックし、各病棟はリンクナース、他の職種は各科のリスクマネージャーが中心となり促進活動を行っている。また、正しい手洗いと適切な个人防护用具装着のために毎月1回研修会を継続している。さらに、ICNは外科の回診にも立ち会い、適時の装着の指導を行っている。経路別予防策が必要な患者の病室には、スタッフに声かけを促す案内が表示されると共に、医療従事者向けには、表示の裏に具体的な方法が記載されている。加えて、感染性廃棄物はマニュアルに則って適正に処理されている。感染対策は適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-------------------------	---	---

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 抗菌薬の採用・削除に関しては、ICDが薬事委員会に出席し意見を述べ適正な採用に努めている。抗菌薬の使用指針を作成し、必要時にはICDへの相談も可能であり、的確な薬剤選択が行われている。ICTに加えASTを組織し、広域抗菌薬使用患者、血液培養結果などをモニタリングし、抗菌薬適正使用に取り組んでいる。また、アンチバイオグラムを年1回作成し院内全体に周知することで適正な抗菌薬処方を支援している。今後は、注射薬に加え経口抗菌薬の使用状況を把握し、総合的な監視システムの構築などさらなる抗菌薬の適正使用の取り組みを期待したい。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	---------------	---	--

2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 現場で生じた倫理的課題は、部署内の多職種カンファレンスで検討される。部署で解決不可能、または判断に迷う事例は、臨床倫理対応フローチャートに沿い、倫理コンサルテーションチームに連絡され、コンサルテーション記録がされている。その他、精神専門看護師が病棟を巡回し、現場の倫理的課題の相談に応じている。また、2018年4月より緩和医療科医師とMSWが中心となり、臨床倫理カフェを開催し、多職種からなる20～30人の参加によって、現場で発生した倫理的課題を共有し、解決を図っている。患者サポート研究開発センターでは、外来患者や入院前の面談等を行い、早期に患者の持つ倫理的課題の把握ができる体制を構築した。相談支援センターに訪れる患者・家族の倫理的課題についても、面接を繰り返し、AYA世代への対応やがん患者の就労問題等について、医師・看護師・MSW・がん専門看護師等の多職種で検討し、介入している。倫理的課題については、適切に把握及び誠実な対応がとられており高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 多職種からなる専門チームには、臨床倫理コンサルテーションチーム・緩和ケアチーム・褥瘡管理チーム・ICT・周術期管理チーム・NST・排泄ケアチーム等があり、多種多様なチームが介入依頼時や週1回の回診等で組織横断的に活動し、記録もされている。小児腫瘍科においては、子供療法支援士・精神腫瘍科心理士・病棟看護師・生命倫理科医師等でチーム医療を展開しており、カンファレンスを実施し、子供と家族のケアに介入している。また、内科・外科チームのカンファレンスに放射線診断部門、病理部門等も加わり、診療科の枠を超え、治療方針の検討がされている。多職種が協働して適切な診療・ケアを行っており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けられることができる B

【適切に取り組まれている点】

受診に必要な情報提供は、病院パンフレット、入院案内冊子、ホームページ、院内掲示板等にて周知している。来院者へは総合案内係（外来師長、事務職員）が対応し、受付では外国人や障害者への対応も柔軟に行っている。初・再診、紹介状受付から外来診察までには、診察準備のために時間を要しているが、診療、会計までの流れは円滑である。待ち時間対応として、積極的な声掛け等を心掛けているほか、採血待ち時間短縮のために採血スペースの拡張を行った。また、インフルエンザ罹患者等に対しては、受付時の問診を徹底し、病態や緊急性を考慮して別室で診察するなどの対応を行っている。

【課題と思われる点】

紹介患者は受付終了後、研究協力のための説明を受けるために一旦バイオバンクに行き、さらに持参した画像データ（CD-R等）を取り込むため1階から4階の画像受付まで自身で運び、その後2階の外来ブースへ移動しなければならない。その度に待ち時間が発生し、患者の負担も懸念される。患者持参の診療情報等の一括収集やスタッフによる運搬など、患者負担の軽減に係る検討が求められる。

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 初診患者に対し、診察前に問診表、苦痛のスクリーニング、薬手帳のコピーなどにより、患者の情報を収集している。それらの収集した情報が関係職種で共有されている。医師は外来で入院後の診療の概要について説明し、患者の理解を確認している。手術患者に対しては手術説明文書を渡し、熟慮の期間を入院前に設けている。また、外来診察室では患者の氏名を電子カルテ画面と照合し、確認している。他科へのコンサルテーションは、依頼内容を電子カルテに記載し、円滑に行われている。化学療法中の患者の症状悪化時は連絡先を通院治療センターに一元化している。さらに、薬剤師外来、リンパ浮腫外来、栄養相談、アピアランスケア、看護相談など、多職種により患者への療養指導を実施している。外来診療は適切に行われている。</p>
-------	---------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診断的検査は、担当医によりその必要性が判断され、患者・家族への説明と同意のもと実施されている。また、侵襲的検査の実施にあたっては同意書が取得されている。検査中・検査後の患者状態把握は手順に則って行われ、特に内視鏡室で行われる鎮静剤を使用した検査の場合は、検査施行医以外の医師が立ち会い、適時のモニタリングと記録が確実に行われ、覚醒後の観察や帰宅基準についても遵守されている。診断的検査は適切に行われている。</p>
-------	--------------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 入院の必要性は、診療科のカンファレンスやがんセンターボードで検討した医学的判断に基づいて決定している。入院適応について医師が入院前に説明し、患者の理解や希望を診療録に記録している。手術患者は入院前に麻酔科を受診し、麻酔科専門医がリスク評価を行っている。また、周術期管理チームが関与し、看護師が問診や検査結果の確認をしている。入院病棟は診療科毎に決まっているが、病棟師長間で入退院予定を情報共有し、満床の場合でも柔軟に病床を活用している。入院の決定は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 医師による病状評価と治療の基本方針に基づき、多職種で入院診療計画書を迅速に作成し、患者に説明し同意を得ている。看護師は転倒・転落、褥瘡等のリスク評価を行い、看護計画に反映させている。計画には患者・家族からの希望を取り入れている。また、入院中に患者の状態変化などにより治療方針が変更になった場合には診療計画を見直し、患者・家族に説明している。クリニカル・パスの適用率は50%を超え、積極的に活用されている。手術患者については、手術説明文書に組み合わせてクリニカル・パスと術後リハビリテーション計画が決められている。診療計画はおおむね適切に作成されている。</p> <p>【課題と思われる点】 一部の診療科において入院診療計画書の記載内容が画一的であり、術式が略語で記載されていた。患者の個別性や理解しやすさにも配慮することが望まれる。</p>

2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者相談は、がん診療に関する情報提供と相談を主に行う「患者サポート研究開発センター」と地域・全国からの相談に応じる「地域連携部」、医師やMSWによる「相談支援センター」を一つのフロアに配備し対応している。患者サポート研究開発センターの総合受付で、相談内容によりトリアージを行い、適切な担当に繋げている。内科系の初診患者は原則として患者サポート研究開発センターへ案内され、初診スクリーニングを受ける手順となっており、がん診療・薬剤・妊孕性医療連携・アピアランス・栄養・就労支援・リンパ浮腫等の多種多様な問題に対して多職種による支援を受けることが可能となっている。面談室も複数あり、プライバシーへの配慮がなされている。相談件数は、相談支援センターは年約12,000件、患者サポート研究開発センターは年1,000件以上、地域連携部による全国よりの電話相談は年約3,000件の相談に応じている。また、電話相談には対応窓口医師を輪番で決定し、医療の専門的問題には医師も対応している。相談の量と質、相談機能体制は他病院の模範となる秀でたレベルであり、極めて高く評価できる。</p>
-------	------------------------	---	--

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>手術目的で入院する患者については、患者サポート研究開発センターにて「周術期管理」として手術までの意思決定支援、手術前の状態評価、術前トレーニング等が多職種の介入で行われると共に、患者自身が主体であることを認識できるように促している。内科系の外来では、外来看護師が入院前評価、入院案内を行っている。それぞれで収集された入院前情報を活かして入院計画が立てられる。入院時は、担当看護師が患者の状態に合わせて病棟オリエンテーションを行っている。また、看護師長の情報共有、協力のもと、柔軟なベッドコントロールがなされ緊急入院にも対応可能となっている。円滑な入院が可能な体制は適切に整備されている。</p>
-------	-------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 担当チームによる回診は毎日行われて、多職種が参加するカンファレンス等も毎週開催されている。医師は看護師・薬剤師・療法士・MSWなどと情報共有や意見交換を行うとともにチーム医療の中心的役割を果たしている。また、患者・家族との面談にも医師が主導的な役割を担い、内容に応じて担当看護師が立ち会う体制が整備されている。医師の病棟業務はおおむね適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 医師事務作業補助者の配置が少なく、必要書類の作成・提供には時間を有することもある。補助者の増員等、医師業務の支援体制の拡充も期待される。</p>
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院時、各種アセスメントシートや NANDA アセスメントシートによる評価から、介入が必要と判断した場合は問題点を明確にし、看護計画を立案している。看護業務指針、病棟看護基準は、がん患者に必要とされる視点で作成されており、看護ケアに活かされている。また、多くの専門看護師、認定看護師を擁し、質の高いケアの提供に繋げている。さらに、看護師長は病棟ラウンドを毎日行い、患者のニーズの把握に努めるとともに看護提供状況を評価し看護スタッフにフィードバックしている。看護師は病棟業務を適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.10	投薬・注射を确实・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟担当薬剤師は、服薬指導時にその指導内容を電子カルテに記載し、全職種で情報共有している。全ての抗がん剤の調製・混合は、薬剤師が安全キャビネットにて24時間体制で行っている。また、外来化学療法部門では、多職種で治療とリスクの説明を行い、患者の同意のもと治療が実施され、投与前には用法・用量・検査値などの必要事項を確認することで安全に化学療法を行う体制が確立している。抗菌薬や抗がん剤などの投与時には、看護師が患者の状態・反応を観察し、患者状況をカルテに确实に記載している。投薬・注射はおおむね適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 病棟での薬剤準備の過程において一部で病棟ごとのルールが確認された。患者背景の差異もあるが、ローカルルールのあり方については検討が望まれる。</p>
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 輸血・血液製剤を投与する際には、その必要性や輸血後感染症を含むリスクについて患者に説明し、同意を得ている。厚生労働省の指針に基づいた輸血療法マニュアルが整備され、それに則って輸血が実施されている。血液型判定検査と交差適合試験は、異なる機会に採血した検体を用いることを徹底している。患者名、輸血の種類と型、ロット番号等の確認は、電子カルテの認証システムを利用し确实に行われている。また、投与中、投与後の患者の状態・反応を手順に沿って観察し記録している。輸血後感染症検査については、電子カルテのアラート機能を活用し、検査実施率は約30%である。副作用は輸血療法部門へ速やかに報告されている。輸血・血液製剤投与は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手術・麻酔の適応や方法等については、担当医、担当診療科および関連内科・外科のカンファレンス等で検討・判断がなされている。また、手術に関する説明は初診時に行い、時間をおいて再診時に同意を取得する手順となっている。また、麻酔に関しては、外来で麻酔科対診依頼が行われ、麻酔科医師による診察と説明が行われ、リスクなどの情報は手術部門システムで共有出来る仕組みとなっている。さらに、6診療科で周術期管理外来が導入され、専従の看護師がリスク評価を行い、適宜薬剤師、歯科など関連部門にコンサルトしている。入院後は手術前に手術室看護師による病棟訪問が行われ、リスクの評価・確認が行われている。手術後はリカバリー室で観察し、退出基準を満たしたことを確認の上、主治医と病棟看護師によって安全に搬送されるほか、病状に応じてICU管理となる手順が確立している。周術期の対応は適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内には8床のICUを備え、脳神経・肝胆膵・頭頸部などの術後患者を中心に、病棟からの重症患者も入室基準に則って受け入れている。また、病棟での術後患者の受け入れは、ナースステーションに近い重症個室など、病態に応じた対応がなされている。ICUでは専従レジデントと上級医が配置され、責任体制は明確である。さらに、薬剤師、臨床工学技士も配置され、毎朝のカンファレンスでの情報共有のもと、それぞれに専門性を発揮している。特に長期入室になった場合は、関連各部門が密に連携して診療・ケアが行われている。重量患者の管理はおおむね適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 療法士の人員が少ないため、重症患者に対するリハビリテーションの早期介入がやや少ないように見受けられる。専任療法士の配置等も期待される。</p>

2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 褥瘡対策は、褥瘡対策フローチャートに沿って進められる。入院時の日常生活自立度が低い場合や状態悪化時にはそれぞれ褥瘡発生危険因子評価を行い、リスクが高い場合は看護計画に反映させている。褥瘡発生時・持込時、MDRPU 発生時、ハイリスク介入対象患者発生時に褥瘡チームへ依頼する手順となっているが、「リスクあり」と評価された患者は全てWOC 看護師が把握し、体圧測定や体圧分散用具の選択など予防対策の指導や褥瘡処置の支援を行っている。褥瘡対策チームによる回診、コンサルトも適時に行われている。褥瘡に係る取り組みは適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院の全患者に栄養状態・摂食嚥下機能評価を看護師が行い、医師に報告後、特別な栄養管理の必要性の有無について判断がなされる。また、管理栄養士は全患者に栄養指導計画書を作成し、必要性のある患者はNST により継続フォローが実施される。NST は6 チームあり、週1 回、回診を行い、月に約350 件の実績がある。また、化学療法患者等の食欲不振に対しては、築地食と称し、ホットケーキ等の視覚から食べる意欲を促す工夫もしている。喫食状態の把握や延食時の対応、食物アレルギーへの対応等も確実に行われている。栄養管理と食事指導は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 初診時、全患者に対して苦痛のスクリーニングを行い、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル苦痛を評価し、即介入を行っている。主治医、担当看護師で対応困難な場合は、患者サポート研究開発センターや緩和ケアチームなどの専門チームに介入を依頼している。また、緩和ケアマニュアルには、各種苦痛に対するケア方法が掲載されている。特に化学療法を受ける患者は多いため、嘔気、食思不振に対する各種食事の工夫もなされている。さらに、麻薬については、使用基準が緩和ケアマニュアルに掲載され適正に使用されている。症状緩和は適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションを実施する際は、主治医が必要性を判断した上で処方を出し、骨軟部腫瘍・リハビリテーション科に依頼している。骨軟部腫瘍・リハビリテーション科では、同科の整形外科医が必要に応じて確認や助言を行い、療法士が実施計画書を作成している。患者や家族の希望を取り入れてゴール設定を行い、計画書に記載している。患者や家族へは計画書を使用して説明し、同意を得ている。療法士は多職種によるカンファレンスに参加し、必要に応じて計画の修正を行っている。リハビリテーションの実施状況は電子カルテに記載し、医師や看護師と共有している。症状の変化があった場合などは病棟の看護師と情報交換を行いながら、安全性に配慮して訓練を行っている。週末などは病棟の看護師が訓練を継続している。訓練の効果評価は実施前後にBIを用いて行っている。リハビリテーションはおおむね適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 骨転移を有するがん患者には、骨折のリスクについて計画書に明記するなど、リハビリテーションの実施に伴うリスクについて明確とすることが期待される。</p>

2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 身体抑制は原則実施しないことを基本とし、実施する際は身体抑制フローチャートに従い、適用判断を行い、患者・家族に説明している。ベッド柵・センサーの使用は、複数の看護師判断で実施可能、ミトン・抑制帯等は医師も含んだ評価と医師の指示で実施する手順となっている。夜間は看護師判断で抑制を開始するが、必ず医師に事後報告を行う。必要性和リスクなどについては、「身体抑制に関する説明同意書」に記載され、患者・家族へ説明している。解除に向けたカンファレンスを多職種で最低1日1回は実施し、記録されている。抑制中の観察は、直後・30分後・その後2時間ごとで行い経過観察表に記載される。身体抑制はおおむね適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 一部に抑制部位や解除の指示が明確に記載されていないことがあった点については、徹底が望まれる。</p>
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 予定入院患者に対して、入院前より内科系の患者には患者サポート研究開発センター、手術患者には周術期管理センターが関わり、情報収集を行い、退院へ向けた介入がなされている。生活のしやすさ質問票や入院時に退院スクリーニングが実施され、退院支援が必要と判断される症例については、退院支援計画書が作成される。患者・家族との面談は入院翌日にされ、7日以内には多職種でカンファレンスが開催され、記録も整備されている。退院支援担当MSWが患者・家族と面談後、患者情報を整理し、必要時は多職種協働の退院支援を行っている。在宅の場合はケアマネジャーや訪問看護師・MSWなど多職種が参加したカンファレンスを開催している。また、転院先には、診療情報提供書・看護サマリーなど、的確な情報が文書で提供されている。退院支援は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>地域の施設との病病・病診連携を大切に、積極的な情報交換が行われている。診療のみならず看護ケアやリハビリテーションについても情報提供がなされ、必要時は地域連携部や患者サポート研究開発センターを中心に連携先の病院や施設・訪問看護ステーションなどと迅速に調整し、対応する体制が整っている。また、退院後も継続して外来通院する場合は、電子カルテ内のサマリーや看護計画で情報を引き継ぐとともに、相談支援センター等への情報提供も行い、継続した診療・ケアが可能な体制を築いている。さらに、栄養相談・薬剤師外来・アピアランス支援や各種の患者教室も開催され、患者支援を継続している。診療・ケアの継続性は適切に担保されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>緩和ケアマニュアルに ACP について詳細に記載され、終末期の医学的判断、患者・家族との協議の原則、医療者間の意思決定支援、心肺蘇生確認、後の修正・撤回等が明示されている。外来や通院治療室では、病状進行時や BSC への転換時などに積極的に説明の機会を持ち、患者の大切にしていることや療養先について積極的に傾聴し、意思決定支援を行っている。また、DNAR については、医師から説明がなされ、DNAR 意思確認同意書が運用されている。必要な情報は電子カルテの「伝達事項」に表示し、医療従事者間で共有しながら、患者・家族の意向に沿うようにしている。ターミナルステージへの対応は適切に行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1 良質な医療を構成する機能 1

3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 薬剤部門における日常業務は、処方鑑査から調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまで手順に則って実施されている。特に、内服抗がん剤の調剤、調剤鑑査の際には、電子カルテシステムを用い、疾患・検査値・休薬期間などの確認を遺漏なく実施している。注射薬の払い出しは、1施用単位の取り揃えを確実にしている。また、入院患者の持参薬チェックは病棟担当薬剤師が行い、医師・看護師と情報共有することで安全に使用している。</p> <p>【課題と思われる点】 薬剤部内における筋弛緩薬の保管・管理は盗難等が危惧される状況であったが、訪問審査中に改善された。今後も継続的に厳格な管理が求められる。また、調剤鑑査段階での適応外・禁忌処方の把握は抗がん剤以外では十分に行われていない点についても検討が求められる。</p>
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床検査部として臨床検査技師常勤 69 人、非常勤 13 名を配置し、24 時間体制のもと、検体検査、生理検査などの院内ニーズに応えている。多くの検査項目は院内で実施可能であり、検体受付後は、バーコード管理で検体交差を防止している。必要に応じて迅速に対応できる体制も確保され、検体検査では 10 分以内に 60%、30 分以内に 90% が結果報告されている。また、内部・外部の精度管理は確実に行われており、ISO15189 の認定も早くから取得し、その後も定期的監査を受けているが、大きな指摘事項はない状況が続いている。さらに、異常値やパニック値は主治医や担当チーム医師に必ず電話で連絡するシステムが確立し、その記録も整備されている。臨床検査機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 放射線診断科においてCT、MRI、PET等の検査、IVRセンターにおいて動脈塞栓術、CVカテーテル留置等の処置を行っている。CT、MRIの予約待機期間は4～5か月であるが、依頼当日に撮影できるように検査枠を確保している。全てのCT、MRI、RI検査について画像診断専門医が読影し、診断結果を報告している。また、画像診断医は、読影した際に明らかな異常所見や偶発的な所見を認めた場合、オーダー医師に直接、電話連絡している。診断目的に応じた撮像条件の設定に画像診断専門医が関与し、画像診断の質確保を図っている。夜間・休日の画像診断のニーズには画像診断専門医が当番制で対応しており、ポータブル端末を用い在宅で読影できるようにしている。画像診断機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------	---	---

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 温冷配膳車による適時・適温食の提供を行っており、専用のエレベーターによる安全で安心な食事の提供に努めている。また、がん専門病院という患者特性から、嗜好・味覚の変化に応じた対応をするため、色彩に配慮し食欲をそそるために「築地食」を創作するなど、工夫した取り組みがみられる。さらに、がん治療における有害事象に配慮した食器の選択や食事の温度にも工夫し、患者の意見を汲み取って、美味しい食事の提供に努めている。嗜好調査や喫食状況の把握もなされ、それらの結果から食事の改善への活用も行われている。加えて、食材や調理済み食品の冷凍保存も適正に行われている。栄養管理機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------	---	--

3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 骨軟部腫瘍・リハビリテーション科に PT2 名、OT3 名、ST2 名が配置され、主として入院患者を対象に術前・術後患者、高齢者等に対するリハビリテーションを行っている。対象患者は年々増加しているが、1 療法士 1 日 18 単位を確保している。整形外科医が他診療科からの処方に対し、療法士に助言している。主要な手術に対する術後リハビリテーションについて標準的なプログラムがあり、BI を用いて個別事例の評価を行っている。使用機器について保守・点検を行い、実施記録を残している。</p> <p>【課題と思われる点】 訓練は週末と休日には行っておらず、その間は病棟看護師の協力を得ることにより継続性の確保に努めているが、療法士の人員数が不足しているため、訓練が 3 連休以上になることがある。また、がんリハビリテーションや ICU での呼吸器リハビリテーションの潜在ニーズに対応できていない可能性がある。リハビリテーション機能のさらなる充実に向け、療法士の増員が望まれる。</p>
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診療情報管理士が 11 名に増員され、診療管理業務は診療録管理規程に基づき確実に実施されている。電子カルテにおける診療情報の保存・検索・提供・取り違え防止、カルテ開示・閲覧手続きは適切に整備されている。また、がん登録は年間 8,000 件に及んでいる。病名コーディングや提出を義務付けられた書式・書類の作成等についても取り扱っている。さらに、診療録の閲覧は別室にて区分されており、診療録の持ち出しにも配慮されている。診療データ等は臨床指標等に適宜に利用されており、量的点検についても、全退院患者に対しチェック表を利用し行われている。診療情報管理機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B	【適切に取り組まれている点】
			<p>臨床工学室には8名の臨床工学技士が配置され、ポンプ類、ネブライザー、エアーマット、持続吸引、酸素流量計、生体モニターなど4,000を超える医療機器を中央管理し、当直体制で夜間も緊急の要請に応えている。除細動器、心電計などを含めた病棟配置の医療機器は、病棟担当の臨床工学技士が巡回して整備を行い、保守管理計画に基づいて医療機器の点検が行われている。臨床工学室では管理対象の機器に加えて酸素飽和計なども把握しており、これらの修理は臨床工学室、点滴台などの設備系の機器は調達部門と、明確な基準のもとで一括管理されている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>透析や体外循環の管理等を必要とする診療科を持たない施設ではあるものの、臨床工学室が臨床工学技士8名のみで事務系職員も配置されていないため、非常に高機能で多数の症例を取り扱っている内視鏡センターにおいて臨床工学技士の関与が機器の修理・管理にとどまり、IVRセンターに関しては関与ができていない。病院に期待される機能を鑑みると、これらの部門においても医療機器管理に対する臨床工学技士のさらなる関与が期待される。</p>
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>各部署で使用後の機材は、部署での洗浄は行われることなく、搬送システムで回収される。材料室での洗浄は感染防護用具を用いて作業を行い、汚染区域・清潔区域を明確にした作業工程になっている。滅菌精度の確認は物理的、化学的、生物学的インディケータを用いて行われ、生物学的評価を確認してから搬出等を進める手順となっている。日常の業務は委託業者が行っているが、看護師長が実施内容を確認し日誌に残している。エチレンオキサイドガス、過酸化水素の管理も鍵のかかる場所で保管し、出納状況も記載されている。洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>特記なし。</p>

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している S

【適切に取り組まれている点】

病理診断部門は、11名の常勤医師を有し、年間45,000件を超える病理検体を取り扱っている。病理標本は、作成過程においてバーコード管理がなされ、検体交差を起こさないシステムが確立している。また、手術標本は、手術室で処理されず、時間外も必ず病理検査室で主治医と検査技師が立ち会って確認・処理が行われている。細胞診は細胞検査士がダブルチェックし、専門医が最終チェックを行っている。組織診断は、臓器別に専門性が確立し、必ず2名の病理医が診断しており、診断の質が保証されている。さらに、外来において、セカンドオピニオンの病理外来と、日々の各科外来に持ち込まれる病理標本の診断にも携わり、希少がんの診断等でわが国の指導的役割を担っている。加えて、ホルマリン等の保管や環境整備は適切な対応がなされており、すべての場面でエアダクトによる環境整備が行われている。病理診断部門は秀でた機能を発揮しており、極めて高く評価できる。

【課題と思われる点】

特記なし。

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 放射線治療科において、放射線治療専門医や医学物理士等の専門スタッフにより、最新の治療装置を使用し、がん専門病院に求められる高度な放射線治療を数多くの患者に行っている。放射線治療専門医が治療の適応や照射方法の判断、患者への説明を行い、全例、放射線治療科内で多職種カンファレンスを行っている。治療計画の作成、シミュレーションの実施、計画線量の確認といった全てのプロセスに治療医が関与している。医学物理士が放射線治療計画の最適化と検証を行っている。照射時には診療放射線技師が設定をダブルチェックしてから開始している。また、各治療室に看護師を配置し、患者の安全確保と副作用への早期介入に努めている。放射線治療機器の品質管理、治療用放射性同位元素の保管・管理も適正に行われている。放射線治療機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 輸血検査・細胞治療部門には、日本輸血・細胞治療学会および日本造血細胞移植学会の認定医である専任の輸血責任医師1名と認定輸血検査技師1名を含む検査技師6名が配置され、輸血用血液製剤、アルブミンを管理している。輸血は副作用も含めて電子システムで管理され、輸血の依頼には24時間対応している。年間100例前後の造血幹細胞移植を実施し、大量の血小板製剤を使用する施設であるにも拘わらず、造血幹細胞移植科および血液腫瘍科、小児腫瘍科との合同カンファレンスの毎週の開催や、3名の細胞治療認定管理師による血液製剤の適正使用への関与等により、廃棄率を0.1%以下としている。幹細胞移植に伴う血液型変更に対しても、病棟との連携のもとで、継時的な変化を含めてきめ細やかに情報共有と対応を行っており、輸血・血液管理機能は高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 手術用血液は診療科の要望に応じて準備されているが、その適正性を検証するなど、血液製剤の適正使用に向けたさらなる取り組みが期待される。</p>

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>手術部門として、手術室 17 室（MRI 対応手術室・ロボット手術対応手術室を含む）のもと、年間 5,000 件の全身麻酔手術を行い、全て麻酔科医の管理下で対応している。また、手術室長、麻酔科長、看護師長によるスケジュール管理は厳格に行われ、予定時間の 1.5 倍以上かかった科の予定手術の一部制限や、再手術症例、大量出血症例などの検討を行い、スケジュール管理に反映させており、平日 18 時の時点では、おおむね 1～2 列が残るのみとなっている。患者の手術までの待機期間は、およそ 2～4 週であり、スケジュール管理は適切に行われている。手術室への入室手順は整備され、入室後の患者確認・部位確認等もサインイン・タイムアウト・サインアウトの手順に沿って確実に実施・記録されている。さらに、麻酔の覚醒から退室までの基準・手順等も整備され、7 床のリカバリー室で、十分に覚醒が確認された後、安全な患者搬送への配慮もなされている。手術・麻酔機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>HEPA フィルターの点検は年 1 回行われているが、最近フィルターの流量低下が指摘されていることから、計画的な HEPA フィルターの交換が期待される。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>集中治療部門として ICU8 床を、24 時間専従レジデント 1 名と、日勤帯は上級医 1～2 名が専任で、夜間休日は上級医 1 名がオンコールで対応している。看護師は集中ケア認定看護師 2 名を含むラダー 3 以上の 34 名で対応し、また、薬剤師、臨床工学技士などが専門職種としての介入ならびにスタッフ等への教育に当たっている。また、救急蘇生器具、人工呼吸器、監視装置、輸液ポンプなど、必要な機器が十分に配置され、常時臨床工学技士が整備・点検している。さらに、入退室基準は整備され、毎朝のカンファレンスで患者移動状況が確認されており、病棟からの緊急転室に関しても、ICU コール体制が確立している。集中治療機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA	<p data-bbox="893 165 1252 201">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="893 201 1386 443">救急患者の受け入れは、自院で治療中の患者のがん治療に関わることのみのため、NAとした。なお、自院治療中患者の救急対応に関しては、昼間は担当科、夜間・休日は当直医が必ず対応し、病状に応じて自院または、かかりつけ病院への紹介を行っている。</p> <p data-bbox="893 481 1141 517">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="893 517 1005 548">特記なし。</p>
-------	------------------	----	---

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 センター共通の理念のもと、中央病院としてのビジョン、基本目標が設定されている。基本目標には病院として目指すべき方向がわかりやすく示されている。また、新たに、職場環境の整備に係る項目を追加するなど、院長を中心としたワーキンググループによる見直しも適時に行われている。さらに、ホームページへの掲載、院内掲示等によって広く周知されているほか、職員に対しては、院長からの訓示、ポケットマニュアルへの記載等による啓発も行われている。理念・基本方針は明確であり、周知等も適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院長は、わが国のがん医療の旗艦病院としての使命を果たすという明確なビジョンのもと、5名の副院長、看護部長、統括事務部長とともに病院運営を行っている。医療安全を最重要課題と位置づけ、医療安全管理部内に安全管理室、感染制御室、患者医療対話推進室、診療の質管理室を設置し、医療安全管理指導者である医療安全専従の副病院長が統括している。また、これらの部門と院長との距離は近く必要事項は随時報告・相談が可能となっている。さらに、院長、副院長、看護部長等で院内巡視を毎週行い、問題点の早期把握に繋げているだけでなく、職員と直接コミュニケーションをすることによって労働意欲の向上にも寄与している。病院幹部はリーダーシップを適切に発揮しており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 意思決定は病院運営会議でなされ、必要事項が検討されているほか、診療科長会議等を通して院内に伝達されている。院長・看護部長はがん研究センター全体の会議である執行役員会議や全体運営会議にも出席し病院の要望実現に努力している。院長選任手順が新たに整備され、選考委員会が主として選考する手順となった。また、副院長は院長が指名し、診療科長は公募制となっているなど幹部の選考方法は透明化されている。2015年度から6か年の中長期計画が策定され、基本方針に反映されている。各部門の6か年方針も策定され、3年連続で収支が黒字となるなどその成果は着実に実を結びつつある。加えて、2018年1月には災害時事業継続計画を策定し有事の病院機能の温存について検討している。組織運営は適切に行われており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 情報システム管理課が配置され、運用管理規程が定められている。また、診療情報委員会が設置されている。診療データや医療情報の活用、部門システムの運用・管理は適切に行われており、データの真正性・見読性は確保されバックアップ体制も外部のデータセンターを利用している。USBメモリーや個人のパソコン使用も制限・禁止されている。また、研究開発のために外部との診療情報ネットワークシステムを構築しているが、院内LANや電子カルテシステムとは区分し、別途にシステムを設けるなど、機械的・技術的にも安全・保護が確保されている。さらに、次期計画として、医療安全、業務効率化を目的に支援システム導入を検討している。情報の管理と活用は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A	<p>【適切に取り組みられている点】 「公文書管理に関する法律」に基づく文書管理規程が定められ、総務部長が総括文書管理者となり、総務課文書管理係により管理されている。文書作成や責任者の明示・保存部署・更新履歴・廃棄等の取り扱いは適切である。多種多様な文書類は種類ごとに分類され、事務文書や電子文書、委員会規程や議事録も一覧表による管理が行われている。また、外部文書の受信簿および発信簿は、日付、内容が明確にされ、受信番号、発信番号による一元管理がなされている。さらに、FAX文書や院外電子メールの受信・発信についても確実な対応がなされている。文書管理は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 FAX文書や院外電子メールの受信・発信の取り扱い手順については、明文化することも期待される。</p>
<hr/>			
4.2	人事・労務管理		
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B	<p>【適切に取り組みられている点】 医療法、施設基準等で必要な人員は確保されている。単年度計画や投資委員会による各部門とのヒアリングにより、業務量に見合う人材配置となっている。現在、治験コーディネーターや看護師、各専門分野の事務職員等の確保に取り組んでおり、ホームページやハローワークの利用、合同説明会、見学会等の募集活動を継続している。なお、医師レジデントについては全国から多数の応募がある。また、前回審査で指摘された診療情報管理士については増員・充実を行った。さらに、医師事務作業補助者や看護補助者の採用によって医師、看護師等の業務軽減を図っている。</p> <p>【課題と思われる点】 貴院に求められる診療機能を鑑みると、リハビリテーション療法士や臨床工学技士のさらなる充足が期待される。</p>

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組みられている点】 国立研究開発法人の規程に基づき、就業規則をはじめ給与規程等の各種規程は整備され、職員へ周知が図られている。労働基準法第36条に基づく協定は労使合意の上、届け出も適切に行われている。また、産休・育児休暇や夏季休暇等の実施、年休取得の促進、復職者プログラムの作成などのほか、業績評価により就労のモチベーションを高めるよう取り組んでいる。職員の就労管理では、超過勤務職員の報告体制整備や医師のタスクシフトへの取り組みも進めている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 勤怠チェックについて、現在は自己申告による印鑑・パソコン入力での管理であるため、例えばタイムカードや認証システム等による実働の出退勤時刻をデータ化するための工夫を望みたい。また、総労働時間数や有給取得率に関しては、職種間での多寡や偏りが見受けられるため、安全衛生委員会や各会議等で検討するなど、組織全体での取り組みが期待される。</p>
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】 安全衛生委員会が毎月開催されており、衛生管理における課題解決や院内巡視も定期に行われている。職員の定期健康診断は非常勤医師を含め100%の受診である。ホルムアルデヒドなどの化学物質やEOG等の作業環境、測定結果は適正な範囲である。また、職業感染防止でのワクチン接種や、針刺し・切創、粘膜曝露防止対策および曝露後対策も明確に定められている。職員の精神的サポート体制として、ストレスチェックの実施や、産業医によるカウンセリングの利用もある。さらに、院内暴力については、非常呼び出し体制や警察OB職員を配置し、院内ラウンドや職員研修を行うなど組織的な取り組みが行われている。職員の安全衛生管理は適切に行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 職員満足度調査が実施されているほか、職員の意見や要望は各委員会のヒアリング等により把握され、改善活動に活かされている。職員代表との話し合いや交渉の場も設けている。就業支援については、各休暇制度や短時間勤務制度の整備等や、退職後の復帰支援交流会が年2回開催されるなど活発である。福利厚生については、共済組合によるイベントへの参加や、院内スポーツ大会（卓球大会）は盛況である。また、職員宿舎や24時間保育所等も整備されている。就労に対する意欲高揚のための様々な工夫がなされており評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.3 教育・研修			
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 教育・研修は、各委員会および各部門にて必要な研修が年間を通し積極的に実施されている。出欠の確認だけでなく、研修後の評価としてアンケートや小テスト等が行われ、成果の確認や次回開催の参考となるように活かされている。また、入職時や新人の研修は確実に行われ、全職員に対しても必要性の高い課題として、医療安全、感染制御の他、倫理、接遇、ハラスメント、個人情報など多岐に亘る研修が、教育委員会の年間計画に基づいて実施されている。欠席者に対しては、eラーニングやビデオ視聴等の配慮もなされている。また、院外研修や専門学会参加への奨励、支援体制も整備されている。さらに、図書室は6時から23時まで利用可能であり、文献検索や新刊案内など、専門教育・研修に必要な情報が常時提供されている。</p> <p>【課題と思われる点】 必要性の高い課題の教育・研修は全職員対象であり、安全管理研修、感染制御研修の出席率は100%であるが、その他の必須研修における出席率は極めて低く、参加の呼び掛けを行うも出席者増加に繋がっていない。開催日時の調整や複数回開催など出席率向上のための検討・工夫が望まれる。</p>

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師を含めた全職員を対象とした業績評価を実施し、そのなかで職員の能力評価が行われている。看護部門では、キャリア支援システムのもとキャリアラダーが設定されており、看護師個々の能力評価を行うとともに、能力開発のための教育・研修を実施している。また、ICUおよび手術室では、看護師に対する専門的なラダーを設定の上、能力評価を行い、評価結果をもとにした業務範囲の設定を行っている。さらに、薬剤師においても、教育ラダーを設定しており、能力評価・能力開発が行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>医師の能力把握は、コミュニケーション能力等については基準に則って行われているが、診療能力等については、上長が面談の機会に把握している。今後は、より定量的な評価方法の導入も期待される。また、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士などの職種についてもキャリアパスを設定し、人材育成の仕組みを明確にした取り組みが望まれる。</p>
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師に対する初期研修は行われていないが、その他の職種については、初期研修期間、初期研修の方針を明確にして計画的な研修を行っている。それぞれに設定したカリキュラムに沿った研修が行われ、その評価に基づいて、実際の業務に就く仕組みとなっているが、必要な場合には研修期間を延長するなど柔軟な対応が可能となっている。また、がん専門病院であることから、看護師をはじめ各医療専門職では、より専門的な研修を受けた指導者による研修の実施や技術的評価が行われている。専門職種に応じた初期研修は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

4.3.4	学生実習等を適切に行っている	S	<p>【適切に取り組まれている点】 教育に努める機関として医学生、看護学生、薬学生、栄養士・臨床検査技師・診療放射線技師等の学生等、多職種・多数の実習生を受け入れている。依頼元との契約書・誓約書によって、実習生として、患者・家族との関わり方や個人情報保護、実習中の事故対応等、依頼元ごとに取り決められており、医療安全や感染制御に関する教育についても確実に行われている。また、医師、薬剤師については、多数のレジデント等を受け入れている。特に医師については、がん医療専門の教育施設として1,400人以上を育成した実績があり、全国のがん医療を牽引する人材を数多く輩出している。研修コースは、がん専門修練医、レジデントコースなど、ニーズに合わせた研修課程が用意され、連携大学院制度の導入や学位取得も可能な体制を整えている。さらに、薬剤師については、2006年より開始した薬剤師レジデント制度において、病院薬剤業務ならびにがん薬物療法に関する基礎及び臨床の幅広い知識と技術を習得した薬剤師の育成に取り組んでいるなど、極めて高く評価できる。</p>
-------	----------------	---	--

【課題と思われる点】

特記なし。

4.4 経営管理

4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 年度予算書は直近の実績や年度事業計画を基に、現場とのヒアリングや投資委員会を経て作成されている。月次損益計算書、期末決算などの財務諸表が適切に作成され、理事会、病院運営会議やホームページなどで医業収入や収支状況が報告されている。財務諸表等は独立行政法人会計基準に準じ、監事・監査法人・内部監査が定期に行われている。予算管理は中期事業計画および単年度事業計画に沿って実行されており、企画経営部を通し事務部長や執行役員会による修正が図られるなど、PDCAサイクルに沿った管理運営がなされている。財務・経営管理は適切に行われている。</p>
-------	------------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医事業務における窓口業務、会計処理およびレセプト作成は、主治医への内容確認を含め適正に実施されている。減点・査定・返戻に関しては、診療報酬DPC委員会にて報告し各医師へ周知されている。施設基準の遵守は3名の指導係が担当し、届出要件の更新や関連部署との調整・準備・確認に従事している。未収入金については、個人台帳が作成され、督促マニュアルの手順に従い、電話・郵便・弁護士の介入・訪問による請求・督促が順次実施されており、未収の患者には電子カルテ上に「\$」マークを付すなどの工夫も見られた。未収入金を発生させない方策として、医療費限度額の説明の徹底や入院時での説明を徹底するなどの措置も取っている。医事業務は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	---------------	---	---

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 業務委託契約は一定規模以上の案件は投資委員会にて審議し、過去の実績、相見積りやプレゼンテーションにて、質の確保を前提とした総合評価落札方式である。また、契約に関しては契約審査委員会を設置し内容の審議が行われている。業務の状況把握や質の検討・評価について、業務日誌や業者とのミーティングを定期的に行い情報を共有している。さらに、院内委託業者職員は、医療安全・感染制御など必要性の高い研修への参加についてはほぼ出席している。加えて、事故発生時の緊急連絡体制は周知されており、「委託業者への留意事項」のパンフレットを配布し周知している。業務委託は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	----------------	---	--

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 総務課が担当責任部署となり、施設・設備の管理が行われている。日常点検・管理および清掃は委託業者によって行われているが、仕様を定め適切に実施している。設備管理は24時間中央監視を行い、防災センターで常駐体制を確保し、緊急時への対応、連絡方法等の周知徹底が図られている。また、日常点検、保守管理状況は記録され、総務課に報告している。感染廃棄物処理は廃棄物処理法に基づき適正に処理しており、医療ガスについても医療ガス安全管理委員会が定期的に関催され、定期点検も確実に実施している。建築・設備の経年劣化への対応では、現況を把握し6か年計画の中で対応できるよう組み込まれている。施設・設備は適切に管理されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------	---	--

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 購入物品については、薬剤は薬剤委員会、医療用消耗材料は医用材料委員会、および医療機器は部門別予算委員会でそれぞれ選定を行っている。物品の購入過程は明確にしており、稟議書によって実施され、購入先の選定については、一般競争入札によって行っている。また、使用期限については、医薬品は薬剤部で管理し、医療用消耗材料についてはSPDを導入のもと、委託業者が管理している。さらに、発注者と検収者を明確に区分しており、牽制機能も働いている。ディスプレイ製品については再利用は行わない方針が徹底している。物品管理は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	---------------	---	--

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 BCP および防災マニュアルを整備し、これらに基づいた火災消防訓練、総合訓練を実施している。また、災害時における責任体制を明確にしており、緊急時の連絡網を職員の中で共有し、迅速に対応できる体制を整備している。建物は耐震構造となっているほか、食料・水の備蓄については、患者用、職員用それぞれ5日分を確保している。さらに、中央区長と「災害時医療救護活動の協定書」を締結し、地域の医療救護活動にも協力している。災害時の対応は適切になされている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 保安業務については業務内容を明確にし、外部警備会社委託職員によって24時間の保安体制を整備している。毎日、19時以降はIDカードによる施錠管理に切り替わり、出入口が限定される仕組みとなっている。院内外には監視カメラを設置して巡視を行っており、患者・家族および職員の身の安全、盗難防止に努めている。また、緊急時の連絡体制を明確にしており、応援体制も整備している。さらに、日々の保安業務の状況は日誌に記載され、病院の管理担当部署に報告している。</p> <p>【課題と思われる点】 昼間の対応として、バックヤードでは職員専用のエレベーターを設置しているが、一般のエレベーターの使用頻度が高くなると職員専用エレベーターも自由に使用できる状況にある。また、リネン用エレベーターも設置しており、リネン専用の張り紙があるものの、患者・外来者等が自由に乘れる状況でもある。さらに、各フロアにおける携帯電話使用エリアは奥に入り組んでおり、監視が難しく近くの階段もフリーアクセスの状況にある。これまで大きな問題は起きていないとのことであるが、より厳格な保安体制の強化が望まれる。</p>

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療事故発生時には、医療安全管理部内に設置された患者医療対話推進室に配置された専従の2名の医療メディエーターの支援を受けつつ、病院として対応する体制が整えられている。また、重大事故発生時には、患者医療対話推進室が事務局を担当し、複数の外部委員からの助言のもと、事故調査委員会で検討を行う手順となっている。さらに、提供した医療に起因する予期せぬ死亡が疑われる事例においては、情報の把握から医療事故調査制度への報告に関する検討までが速やかに行われる。発生した事故については、外部への公表を含めて検討され、再発防止に向けた組織的な取り組みが行われている。医療事故に係る対応は適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	-----------------	---	--

病院機能評価
書面審査サマリー

書面審査 集計結果報告書

公益財団法人

日本医療機能評価機構

年間データ取得期間： 2017年 4月 1日～2018年 3月 31日
 時点データ取得日： 2018年 8月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3
 I-1-3 開設者： 厚生労働省
 I-1-4 所在地： 東京都中央区築地5-1-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	578	578	-22	92.9	12.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	578	578	-22		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	2	+0
無菌病室	39	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	28	+8
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(II群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

- 医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ● 1) いる 医科 1年目： 0人 2年目： 1人 歯科： 0人
 ○ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ● 1) あり ○ 2) なし 院内LAN ● 1) あり ○ 2) なし
 オーダリングシステム ● 1) あり ○ 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

I-3 職員の状況

I-3-1 職種別職員数（施設基本票 5-1 職員数より）

- *1 職員総数には表示された職種以外の職員数も含まれます。
 *2 各部門の合計は、部門別調査票 各部門 職員の配置状況 総数から抜粋していますが、各職種は院内の総数を計上しているため、必ずしも各部門に配置されていない場合があります。また、各職種合計数と部門合計の数値が一致している場合でも、必ずしもその職種が部門に配置されていない場合があります。（栄養部門を除く）

	職種総数	常勤職員数	非常勤(常勤換算)	病床100対	患者規模100対
医師	292.78	185	107.78	50.65	25.96
うち研修医	0.77	0	0.77	0.13	0.07
歯科医師	5.3	3	2.3	0.92	0.47
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	682.8	640	42.8	118.13	60.54
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	617.8	612	5.8	106.89	54.78
准看護師	0	0	0	0	0
看護補助者	65	28	37	11.25	5.76
薬剤部門 合計*2	59.8	45	14.8	10.35	5.3
薬剤師	59.8	45	14.8	10.35	5.3
臨床検査部門 合計*2	66.6	58.1	8.5	11.52	5.91
臨床検査技師	64.5	56	8.5	11.16	5.72
画像診断部門 合計*2	66.56	61	5.56	11.52	5.9
診療放射線技師(X線技師)	64.9	61	3.9	11.23	5.75
栄養部門 合計	13.5	12	1.5	2.34	1.2
管理栄養士	7.5	6	1.5	1.3	0.66
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	6	6	0	1.04	0.53
リハビリ部門 合計*2	7	7	0	1.21	0.62
理学療法士	2	2	0	0.35	0.18
作業療法士	3	3	0	0.52	0.27
言語聴覚士	1	1	0	0.17	0.09
診療情報管理士	10.8	10	0.8	1.87	0.96
臨床工学技士	9	9	0	1.56	0.8
社会福祉士	0	0	0	0	0
精神保健福祉士(PSW)	1	1	0	0.17	0.09
医療ソーシャルワーカー(MSW)	8.77	8	0.77	1.52	0.78
ケアマネージャー	0	0	0	0	0
介護福祉士	0	0	0	0	0
臨床心理士	4.1	1	3.1	0.71	0.36
事務部門	159.3	55	104.3	27.56	14.12
職員総数*1	1465.45	1161	304.45	253.54	129.93

医師配置標準数(人)	128
薬剤師配置標準数(人)	18

I-3-2 職員の就業状況（常勤職員）

*医療ソーシャルワーカー(MSW)・社会福祉士・精神保健福祉士(PSW)の合算

	総労働時間	有休取得率	採用数	退職者数	退職率
医師	2247	27 %	33	26	14.05 %
看護師	1978	31 %	85	68	11.11 %
准看護師		%	0	0	0.00 %
看護補助者	1904	16 %	20	1	3.57 %
薬剤師	2122	32 %	13	9	20.00 %
臨床検査技師	2117	46 %	9	4	7.14 %
診療放射線技師	2202	51 %	8	10	16.39 %
管理栄養士・栄養士	2154	46 %	2	3	50.00 %
理学療法士	2007	43 %	0	0	0.00 %
作業療法士	2262	56 %	0	0	0.00 %
言語聴覚士	1978	60 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	2130	39 %	4	3	30.00 %
臨床工学技士	2115	35 %	5	1	11.11 %
ソーシャルワーカー*	2126	62 %	1	0	0.00 %
事務職員	2151	50 %	20	13	23.64 %

I-4 外部委託状況

患者等に対する食事の提供	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
寝具類洗濯	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
滅菌消毒	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
検体検査	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
ブランチラボ	○ あり	● なし	
清掃	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
ガス供給設備保守点検	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
医療機器保守点検	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
医事業務	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
物品管理	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
設備管理	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
その他	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託

I-5医療安全管理の状況

I-5-1 医療安全管理担当者（リスクマネージャー等）の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師	0	39
看護師	0	23
薬剤師	0	2
その他のコ・メディカル	0	11
事務職員	0	9
全体	0	84

I-5-2 アクシデント・インシデントの院内報告制度の有無

● あり ○ なし

I-5-3 職種別アクシデント・インシデントの報告件数（年間）

	報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	インシデント件数 (件/年)
総数	31	4309
医師	17	224
看護師	12	3418
薬剤師	0	114
その他のコ・メディカル	2	550
事務職員	0	3
その他	0	0

I-5-4 報告されるアクシデント・インシデントレポートの主な内容別報告件数（年間）

	報告件数		報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	総数に占める割合	インシデント件数 (件/年)	総数に占める割合
薬剤に関するもの	0	0.00 %	1547	35.90 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	57	1.32 %
治療・処置に関するもの	14	45.16 %	495	11.49 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	42	0.97 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	602	13.97 %
検査に関するもの	5	16.13 %	785	18.22 %
療養上の世話に関するもの	12	38.71 %	608	14.11 %
その他	0	0.00 %	173	4.01 %

I-6 感染管理の状況

I-6-1 感染管理担当者の配置状況（院内全体）

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師	0	3
うちICD	0	1
看護師	2	1
うちICN	2	1
薬剤師	0	2
その他コ・メディカル	0	1
事務職員	0	1
全体	2	8

I-6-2 サーベイランスまたは院内感染に関する検討会

- 行っている ○ 行っていない

I-6-3 微生物サーベイランス

- 行っている ○ 行っていない

I-6-3-1 微生物サーベイランスの対象種類と発生件数

対象となる種類【薬剤耐性菌】	発生件数 (件/年)
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)	98
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	0
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)	0
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VRSA)	0
多剤耐性アシネトバクター属 (MDRA)	0
基質特異性拡張型βラクタマーゼ (ESBLs)	77
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌 (BLNAR)	0
メタロβラクタマーゼ産生菌	4
その他	8

I-6-4 主要な医療関連感染の発生状況の把握

- 把握している ○ 把握していない

I-6-4-1 把握している主要な医療関連感染の内容

内容	件数 (件/年)
中心ライン関連血流感染	11
人工呼吸器関連による肺炎	0
尿路カテーテル関連感染	
手術部位感染	222

I-7 地域医療連携機能

I-7-1 地域連携担当部署の有無 ● あり ○ なし

I-7-2 担当者の配置状況

	人数
常勤専従	1
常勤専任・兼任（実人数）	8
常勤専任・兼任（常勤換算）	4
非常勤（常勤換算）	4
常勤換算 合計	9
病床100対 担当者数	1.56

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	9924
紹介率	61.44 %
1日あたり紹介患者数（外来）	40.67
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	9331
紹介入院患者割合	58.20 %
入院に繋がった紹介患者の比率	94.02 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	職種・資格：
常勤専従	9	職種・資格：
うち社会福祉士	9	
常勤専任・兼任（実人数）		職種・資格：
常勤専任・兼任（常勤換算）		
非常勤（常勤換算）	0.77	
常勤換算 合計	9.77	
病床100対 担当者数	1.69	

I-8-2 相談内容（対応している相談内容）

	年間相談件数	月平均相談件数	職員1人あたり月平均相談件数
社会福祉相談（経済的な内容）	730	60.8	6.23
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	1969	164.1	16.79
退院相談（退院先の調整）	802	66.8	6.84
苦情相談（医療事故 クレーム）	70	5.8	0.60
看護相談（退院後のケア等）	1146	95.5	9.77
がん相談	7853	654.4	66.98
その他の医療相談			
その他			
総数	12570	1,047.5	107.22

I-9臨床評価指標

共通

● 把握している ○ 把握していない

Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率	0.06 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	109 件
分母：延入院患者数	196164 人

● 把握している ○ 把握していない

入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した率	0.01 %
分子：入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した件数	12 件
分母：延入院患者数	196164 人

一般病院1・2・3

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の計画的再入院率	25.08 %
分子：計画的再入院件数	4021 件
分母：全入院件数	16033 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の（計画的ではないが）予期された再入院率	0 %
分子：予期された再入院件数	0 件
分母：全入院件数	16033 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の予期せぬ再入院率	6.6 %
分子：予期せぬ再入院件数	1058 件
分母：全入院件数	16033 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0.4 %
分子：予定外の再手術件数	22 件
分母：総手術件数	5513 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	51.13 %
分子：パス適用入院患者数	8211 人
分母：全退院患者数	16058 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	0 件
分母： 全手術件数	5513 件

● 把握している ○ 把握していない

急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	100 %
分子： 分母のうち、入院してから4日以内に リハビリテーションが開始された患者数	18 人
分母： 急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者の うち、リハビリテーションが施行された退院患者数	18 人

● 把握している ○ 把握していない

人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	100 %
分子： 分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが 開始された患者数	12 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	12 人

● 把握している ○ 把握していない

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	89.9 %
分子： 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が 投与開始された退院患者数	4956 人
分母： 手術を受けた退院患者数	5513 人

慢性期病院

○ 把握している ○ 把握していない

入院時医療区分の3ヶ月後の改善率		%
分子：医療区分の改善した患者数		人
分母：医療区分の変化した患者数		人

○ 把握している ○ 把握していない

肺炎の新規発生率		%
分子：発生件数		件
分母：延入院患者数		人

○ 把握している ○ 把握していない

入院時、膀胱留置カテーテルが留置されていた患者が1ヶ月以内に抜去できた割合		%
分子：抜去できた患者数		人
分母：留置されていた患者数		人

○ 把握している ○ 把握していない

抑制が行われている患者割合		%
分子：抑制が行われた患者数		人
分母：全入院件数		件

リハビリテーション病院

主な疾患等に関する日常生活自立度の改善状況

※回復期リハビリテーション病棟の全入院患者数が対象

FIM（運動）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

FIM（認知）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

B. I

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

日常生活機能評価点数

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

在宅復帰率 （部門別調査票（23）回復期リハビリテーション病棟部門より）	0 %
分子：退院先が「居宅」の患者数	0 人
分母：退院患者数	0 人

I-9臨床評価指標

精神科病院

○ 把握している ○ 把握していない

平均残存率	
	%
分子： 前年6月1ヶ月間の新入院患者の当年6月～翌年5月末 の毎月の残存者数の合計	人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	人

○ 把握している ○ 把握していない

退院率	
	%
分子： 入院期間が1年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

5年以上入院患者の退院率（再掲）	
	%
分子： 入院期間が5年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	人

II 各部門の活動状況
 専門看護師・認定看護師の状況

II-1 専門看護師

	常勤	非常勤
がん看護	11	0
精神看護	2	0
地域看護	0	0
老人看護	0	0
小児看護	1	0
母性看護	0	0
慢性疾患看護	0	0
急性・重傷患者看護	0	0
感染症看護	1	0
家族支援看護	0	0

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護	0	0
皮膚・排泄ケア	4	0
集中ケア	2	0
緩和ケア	7	0
がん化学療法看護	10	0
がん性疼痛看護	7	0
感染管理	4	0
訪問看護	0	0
糖尿病看護	0	0
不妊症看護	0	0
新生児集中ケア	0	0
透析看護	0	0
手術看護	0	0
乳がん看護	2	1
摂食・嚥下障害看護	3	0
小児救急看護	0	0
認知症看護	0	0
脳卒中リハビリテーション看護	0	0
がん放射線療法看護	1	0

II-3薬剤部門の状況

II-3-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
薬剤部門 総数	45	0	0	14.8	59.8
薬剤師	45			14.8	59.8
その他()					0
その他()					0

病棟担当薬剤師 (常勤換算)	20
----------------	----

II-3-2 処方箋枚数等

	枚数・件数 (枚/年)	1日あたり 枚数・件数	薬剤師 1人1日あたり	外来患者(病床) 100対
外来 院内処方箋枚数	10500	43.03	0.72	2.92
外来 院外処方箋枚数	94586	387.65	6.48	26.26
入院処方箋枚数	136592	374.22	6.26	23,631.83
注射処方箋枚数	203367	557.17	9.32	35,184.60
薬剤管理指導	16627	45.55	0.76	2,876.64

院外処方率	90.01 %
-------	---------

医薬品 品目数	1305
---------	------

II-3-3 処方鑑査・薬歴管理

相互作用、重複処方などのチェック	1)実施
1回量包装の実施：外来	4)院外処方
1回量包装の実施：入院	2)一部
入院患者の薬歴管理	2)対象者

II-3-4 抗がん剤の使用状況

抗がん剤の使用状況	1)使用
レジメン登録・管理の実施有無	1)実施
レジメン登録・管理件数	846
抗がん剤の調製・混合への対応	2)原則対応

抗がん剤対象患者数 外来*	619
抗がん剤対象患者数 入院*	285
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	100 %
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	99 %

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 3
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 10
○ 2) なし

閉鎖式薬物混合器具使用の有無

○ 1) あり
○ 2) なし

II-3-5 薬品の供給・在庫管理

注射薬 (入院) の供給方法

<input checked="" type="checkbox"/> 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋 (%)	70 %
<input checked="" type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋 (%)	25 %
<input checked="" type="checkbox"/> 3) 定数配置		
<input type="checkbox"/> 4) 箱渡し		

II-4 臨床検査部門

II-4-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
臨床検査部門 総数	58	1	0.1	8.5	66.6
うち医師	2	1	0.1		2.1
うち臨床検査技師	56	0	0	8.5	64.5
うち衛生検査技師					0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	60
緊急検査	30

II-4-3 検査実施状況

プランチラボ (I-4 外部委託状況 再掲) ○ 1) あり ● 2) なし

一般検査 ● 1) 院内実施 ● 2) 外部委託 ○ 3) 未実施
 血液検査 ● 1) 院内実施 ● 2) 外部委託 ○ 3) 未実施
 生化学検査 ● 1) 院内実施 ● 2) 外部委託 ○ 3) 未実施
 血清検査 ● 1) 院内実施 ● 2) 外部委託 ○ 3) 未実施
 微生物検査 ● 1) 院内実施 ● 2) 外部委託 ○ 3) 未実施

II-4-4 外部委託業者の精度管理状況の把握有無

● 1) 定期的な把握 ○ 2) 必要な場合のみ ○ 3) 把握していない

II-4-5 内部精度管理

管理試料を用いた内部精度管理 ● 1) 実施 ○ 2) 未実施
 血液検査 ● 1) 毎日 ○ 2) 週1回程度 ○ 3) それ以下 ○ 4) 未実施
 生化学検査 ● 1) 毎日 ○ 2) 週1回程度 ○ 3) それ以下 ○ 4) 未実施
 血清検査 ● 1) 毎日 ○ 2) 週1回程度 ○ 3) それ以下 ○ 4) 未実施

II-4-6 異常値への対応

前回結果との比較 ● 1) 実施 ○ 2) 未実施

II-4-7 外部精度管理の参加状況

● 1) 毎年 ○ 2) 参加経験あり ○ 3) 不参加
 参加サーベイ名： 日本医師会、日臨技、都臨技、CAP、各メーカー実施のサーベイ

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
■ 常勤専従	11
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.9
■ 非常勤(常勤換算)	11.55
□ 医師はいない	

II-5-2 病理検査件数 (件/年)

	院内実施	外部委託	総数
病理検査 総件数	45161	390	45551
うち組織診	24668	0	24668
うち細胞診	13149	0	13149
うち免疫組織化学	7344	390	7734

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	2020
□ 2) 外部委託	
□ 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	377
□ 2) 外部委託	
□ 3) 実施していない	

II-5-5 術前病理検査報告所要日数 (日)

5

II-5-6 臨床病理検討会・病理学的検討会 (件/年)

開催回数 11

II-5-7 死亡率

死亡率	2.45 %
死亡数 (再掲)	393
退院患者数 (再掲)	16058

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	33		33
剖検率	8.40 %	%	8.40 %

II-6画像診断部門

II-6-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
画像診断部門 総数	61	0	0	5.56	66.56
うち医師	18	0	0	3.16	21.16
うち診療放射線技師	43	0	0	2.4	45.4
うち診療X線技師	0				0

II-6-2 放射線科医による読影体制 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数(読影件数)

	撮影件数 (件/年)	病床100対	左記のうちの読影件数		読影率
			自院で読影	他施設へ依頼	
CT撮影	51248	8,866.44	49326	0	96.25 %
うち頭部CT	851	147.23	851	0	100.00 %
MRI撮影	10102	1,747.75	10102	0	100.00 %
うち頭部MRI	4019	695.33	4019	0	100.00 %
核医学	4705	814.01	4705	0	100.00 %

II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	4
X線テレビ装置	2
血管撮影装置	3
乳房軟線撮影装置	3
パノラマ撮影装置	1
CT	5
MRI	3
ポータブル撮影装置	7
外科用イメージ	2
核医学診断装置	6
うち PET CT	3

II-6-4 画像の電子保管 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-5 フィルムの保管方法 ● 1) 中央 ○ 2) 併用 ○ 3) 各科 ○ 4) 外部 ○ 5) その他

II-7 放射線治療部門

II-7-1 放射線治療の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-7-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
放射線治療部門 総数	24	0	0	5.35	29.35
うち医師	6			3.85	9.85
うち看護師					0
うち診療放射線技師	18			1.5	19.5

II-7-3 保有機器

粒子線治療機器	○ 1) あり ● 2) なし
小線源治療機器	● 1) あり ○ 2) なし
リニアック・マイクロトロン(台)	4
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	5

II-8 輸血・血液管理部門

II-8-1 輸血の実施有無 1) あり 2) なしII-8-2 保管管理担当部署 1) 薬剤部門 2) 検査部門 3) その他

II-8-3 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.6
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 医師はいない	

II-8-4 年間購入・廃棄血液単位数 (件/年)

	購入数	病床100対	廃棄数	廃棄率
総数	64919	11,231.66	52	0.08 %
赤血球製剤	10880	1,882.35	24	0.22 %
血小板	50210	8,686.85	0	0.00 %
凍結血漿	3829	662.46	28	0.73 %
その他		0.00		%

II-8-5 血液専用の保冷庫 1) 自記式専用 2) 自記なし専用 3) 専用ではないII-8-6 凍結血漿専用の冷凍庫 1) 自記式専用 2) 自記なし専用 3) 専用ではないII-8-7 GVHD対策 1) 院内照射 2) 日赤照射 3) 対策なし

II-9 手術・麻酔科部門

II-9-1 手術の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-9-2 麻酔科医の配置状況（麻酔科部門の業務を主とする医師の配置状況）

	人数
■ 常勤専従	17
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
■ 非常勤(常勤換算)	5.68
□ 医師はいない	

II-9-3 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
手術・麻酔部門 総数	38	0	0	2.31	40.31
うち看護師	38			1.54	39.54

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	17	2.94
手術総件数 (件/年)	5513	953.81
うち全身麻酔件数	4957	857.61
うち緊急手術件数	90	15.57
うち短期滞在手術件数	463	80.10
うち悪性腫瘍手術件数	4957	857.61

II-9-5 主な手術の年間症例数（診療機能調査票より）

麻酔領域	件/年	循環器系領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	3943	心カテ	
硬膜外麻酔	7	冠動脈バイパス術	
脊椎麻酔	19	弁膜症手術	
		開心術	
		大動脈瘤切除術	
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	4	緊急開頭術	
脳動脈瘤根治術		緊急開胸術	
脳動静脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	
脳血管内手術		緊急帝王切開術	
脳腫瘍摘出術	90		

II-9-6 術前訪問（術前の患者チェック）の有無

麻酔担当医 ● 1) 術前訪問実施 ○ 2) 訪問無し(手術室内で術前確認) ○ 3) 未実施
 手術担当看護師 ● 1) 術前訪問実施 ○ 2) 未実施

II-10 中央滅菌材料部門

II-10-1 機能的な役割 ○ 1) 滅菌および診療材料の管理 ● 2) 滅菌のみ ○ 3) その他

II-10-2 保有機器 (台)

超音波洗浄器	1
ジェットウォッシャー	3
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	4
EOG滅菌器	2
プラズマ滅菌装置	3

II-10-3 滅菌効果の確認

滅菌の物理的検知状況の記録 ● 1) あり ○ 2) なし
 滅菌の化学的検知の実施 ● 1) あり ○ 2) なし
 滅菌の生物学的検知の実施 ● 1) あり ○ 2) なし
 生物学的検知ありの場合の頻度 ● A) 1日1回 ○ B) 週1回程度 ○ C) それ以下の頻度

II-11 集中治療機能

II-11-1 集中治療機能の状況 (施設基準の算定有無と、独立したICU/CCUまたはNICUの有無)

ICU/CCU ● 1) 算定、独立
 ○ 2) 未算定、独立
 ○ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
 ○ 4) 機能なし

NICU ○ 1) 算定、独立
 ○ 2) 未算定、独立
 ○ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
 ● 4) 機能なし

II-11-2 集中治療機能の状況 (I-1-6 特殊病床・診療設備 再掲)

	稼働病床数	3年前からの増減数
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		

II-12 時間外・救急診療部門

II-12-1 救急告示等の有無 ○ 1) 救急告示病院である ● 2) 救急告示病院ではない

II-12-2 救急医療の水準 (自己評価)

- 水準1: 救命救急センターを有する病院
 ○ 水準2: 次のいずれかに該当する病院
 ・ 救急部門の専用の病床を有している病院
 ・ 救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院
 ○ 水準3: その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院
 ● 水準4: 時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

II-12-3 医師の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 医師はいない	

II-12-4 職員の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
時間外・救急部門 総数	0	0	0	0	0
うち看護師					0

II-12-5 時間外勤務体制 (通常日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師		1		1		5
うち研修医						
看護要員		1				
うち看護補助者						
薬剤師						1
臨床検査技師						1
診療放射線技師						1
事務職員				2		
その他				1		

II-12-6 時間外勤務体制 (輪番日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師						
うち研修医						
看護要員						
うち看護補助者						
薬剤師						
臨床検査技師						
診療放射線技師						
事務職員						
その他						

II-12-7 時間外・救急患者数 (人/年)

	年間総数	1日あたり患者数
救急患者数	1157	3.17
救急車搬入患者数	305	0.84
救急入院患者数	556	1.52

	年間総数	1日あたり患者数
平日の時間外救急患者数(再掲)	378	1.55
救急車搬入患者数	157	0.64
救急入院患者数	247	1.01

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	779	6.55
救急車搬入患者数	148	1.24
救急入院患者数	309	2.60

II-13 栄養管理部門

II-13-1 患者個別の栄養アセスメント ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 100 %) ○ 3) 未実施

II-13-2 患者個別の栄養摂取状況の把握 ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 100 %) ○ 3) 未実施

II-13-3 職員の配置状況 (施設基本票5-1職員数より)

	常勤職員	非常勤 (常勤換算)	職員総数
管理栄養士	6	1.5	7.5
栄養士	0	0	0
調理師	6	0	6

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	67.7	101.2
集団実施回数(回/月)	0	18.5
月間対象延患者数(人)	0	52.9
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	9.03	13.49
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	2.47

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(21.3回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(355.8件/月)
○ 2) なし

II-14 リハビリテーション部門

A 共通部分

II-14-1 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.2
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	1.54
<input type="checkbox"/> 医師はいない	

II-14-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
リハビリテーション部門 総数	7	0	0	0	7
うち理学療法士	2	0	0	0	2
うち作業療法士	3	0	0	0	3
うち言語聴覚士	1	0	0	0	1

II-14-3 リハビリテーション実施状況

		外来	入院
心大血管疾患リハビリ	患者1人1日あたり (単位)		
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)		
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.8	1.5
<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.1	1.1
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.8	1.8
<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.1	1.2
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.8	1.3
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)	0.1	0.5

	年間外来延患者数	年間入院延患者数
リハビリテーション総合計画評価	313	1272
摂食機能療法	0	74
集団コミュニケーション療法		

B 機能種別でリハビリテーション病院版で受審する病院

II-14B 疾患別・期間別の入院患者構成 (人)

	リハビリテーション起算日からの経過期間					
	合計	1ヶ月未 満	1ヶ月～ 2ヶ月	2ヶ月～ 3ヶ月	3ヶ月～ 6ヶ月	6ヶ月～
脳卒中、脳外傷、脳炎、急性脳症、 脳腫瘍など	0					
脊髄損傷、その他の脊髄疾患 (二分脊椎など)	0					
神経筋疾患 (筋ジストロフィー、ギランバレー症候 群、パーキンソン病、脊髄小脳変性症など)	0					
骨関節疾患など (リウマチ、外傷、軟部組織 の外傷を含む)	0					
切断・四肢欠損	0					
呼吸器疾患	0					
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全な ど	0					
外科手術、肺炎等の治療時安静による 廃用症候群	0					
脳性麻痺を含む小児疾患	0					
その他()	0					
合計(人)	0	0	0	0	0	0

II-15 診療録管理部門

II-15-1 診療録管理業務担当者の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
診療録管理士・診療情報管理士	10			0.8	10.8
上記以外	0	0	0	1.6	1.6

II-15-2 診療録の形式

- 1) 電子カルテ
- 2) 入院・外来共通の1患者1診療録
- 3) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は1患者1診療録
- 4) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
- 5) 入院・外来別で、入院は転科ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
- 6) その他：

II-15-3 病名のコード化およびコードの種類

- 1) ICD-10 2) その他： ()
- 3) コード化していない

II-15-4 手術名のコード化およびコードの種類

- 1) ICD-9-CM 2) Kコード 3) その他： ()
- 4) コード化していない

II-15-5 不完全な診療録のチェック 1) 行っている 2) 行っていない

II-15-6 退院時サマリーの2週間以内の作成率

作成率	96.97 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	15572 件
分母：昨年度の年間退院患者数	16058 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
99	17.13

II-16 医療情報システム部門

II-16-1 全体を管理する部署の有無 1) あり 2) なし

II-16-2 院内の担当部署 (施設基本票 8-2 管轄している院内の担当部署 より)

- 1) 診療報酬情報管理：医事管理課
- 2) 診療録 (情報) 管理：医事管理課診療情報管理室
- 3) コンピュータシステムの管理：中央病院医療情報部

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	1
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	2.1
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 委託職員 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 担当者はいない	

II-16-4 システムの稼働状況 (I-1-9 再掲)

- 電子カルテ 1) あり 2) なし
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし
- 院内LAN 1) あり 2) なし

II-17 在宅療養医療支援部門

II-17-1 訪問サービス対応状況 (件/月)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導	

II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

看護職員数 (人)	
患者1人あたり月平均訪問回数	
看護職員1人あたり月平均訪問回数	

II-18 外来部門

II-18-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
外来部門 総数	57	0	0	5.81	62.81
うち看護師	57			3.5	60.5

II-18-2 外来患者の待ち時間調査

- 1) 調査したことがある 直近の調査 2018年 7月
○ 2) 調査したことはない

II-18-3 他科の診察内容を参照する仕組みの有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-4 外来がん化学療法実施有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-5 外来がん化学療法の実施状況

専用ベッド数	62	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	619	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)	100	(II-3-4 再掲)

II-19 医療機器管理部門

II-19-1 臨床工学技士の配置状況

	人数
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	9
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	0
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	0
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 臨床工学技士はいない	

II-19-2 臨床工学技士の対象業務

1) 中央器材室	● 1) あり ○ 2) なし
2) 透析室	○ 1) あり ● 2) なし
3) 手術室	● 1) あり ○ 2) なし
4) ICU	● 1) あり ○ 2) なし
5) 病棟	● 1) あり ○ 2) なし
6) その他	● 1) あり ○ 2) なし

II-19-3 主な医療機器台数と管理の仕組み

	台数	管理形態		
		<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
人工呼吸器	20	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
輸液ポンプ	475	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
シリンジポンプ	110	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
除細動器	19	<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
モニター	161	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他

Ⅲ経営の状況

Ⅲ-1 医業収支の状況

Ⅲ-1-1 医業収支の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2017	2016	2015	2017	2016
医業収益(繰入金を除く)	29,191,289	28,487,065	26,316,829	102.47 %	108.25 %
医業費用	27,356,935	26,710,064	24,654,691	102.42 %	108.34 %
医業損益(繰入金を除く)	1,834,354	1,777,001	1,662,138	103.23 %	106.91 %
医業収支率	106.71 %	106.65 %	106.74 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2017
外来収益	32,570
入院収益	81,692

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2017 年度(西暦)	2,719,848
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況(推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2017	2016	2015	2017	2016
総収益(繰入金を除く)	29,452,853	28,662,132	26,444,894	102.76 %	108.38 %
繰入金(他会計負担金等)	4,716,180	3,548,388	3,089,505	132.91 %	114.85 %
上記合計に占める繰入金の割合	13.80 %	11.02 %	10.46 %		

Ⅲ-3 医業収益の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対構成比		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
入院診療収益	15,720,721	15,285,084	14,838,735	53.85 %	53.66 %	56.38 %
室料差額	1,454,296	1,440,192	1,414,786	4.98 %	5.06 %	5.38 %
外来診療収益	11,211,265	11,033,049	9,330,016	38.41 %	38.73 %	35.45 %
保健予防活動	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
受託検査・施設利用収益	7,538	11,523	18,765	0.03 %	0.04 %	0.07 %
その他の医業収益	900,534	828,726	814,344	3.08 %	2.91 %	3.09 %
保険等査定減	-103,064	-111,509	-99,818	-0.35 %	-0.39 %	-0.38 %
医業収益 合計	29,191,289	28,487,065	26,316,829	100%	100%	100%

Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対費用		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
給与費	8,272,037	7,785,485	7,329,805	28.34 %	27.33 %	27.85 %
常勤(再掲)	7,835,126	7,374,678	6,964,484	26.84 %	25.89 %	26.46 %
非常勤(再掲)	436,911	410,807	365,321	1.50 %	1.44 %	1.39 %
材料費	11,456,500	11,699,835	10,478,115	39.25 %	41.07 %	39.82 %
医薬品費(再掲)	8,820,788	9,199,553	7,922,134	30.22 %	32.29 %	30.10 %
診療材料費(再掲)	2,452,734	2,327,598	2,404,536	8.40 %	8.17 %	9.14 %
給食用材料費(再掲)	132,249	130,090	123,568	0.45 %	0.46 %	0.47 %
医療消耗器具備品費(再掲)	50,729	42,594	27,877	0.17 %	0.15 %	0.11 %
委託費	2,295,422	2,178,915	1,915,332	7.86 %	7.65 %	7.28 %
設備関係費	4,186,515	3,953,683	3,761,794	14.34 %	13.88 %	14.29 %
減価償却費(再掲)	2,593,275	2,597,397	2,534,988	8.88 %	9.12 %	9.63 %
器機賃借料(再掲)	123,314	122,866	106,932	0.42 %	0.43 %	0.41 %
研究研修費	109		122	0.00 %		0.00 %
経費	1,146,352	1,092,146	1,169,523	3.93 %	3.83 %	4.44 %
その他の医業費用						
医業費用 合計	27,356,935	26,710,064	24,654,691	93.72 %	93.76 %	93.68 %

病院機能評価 書面審査サマリー

本資料は、病院機能評価事業における書面審査のうち、病院機能の現況調査の結果を要約したものです。書面審査サマリーは、訪問審査に先立って評価調査者が病院の概要を把握するための基礎資料とすること、並びに、調査票を提出して頂いた病院に対して分析結果をフィードバックし、病院機能の向上に役立てて頂くことを目的としております。

なお、本資料は、病院から訪問1日目の前日までに病院機能評価ファイル送受信システムにて修正・送信（再提出）された現況調査に基づき作成しています。

よって、訪問審査中に評価調査者へご報告いただいた訂正内容などについては、本資料には反映しておりません。

1.サマリーの構成

書面審査サマリーは、下記構成となっております。

- I 病院の基本的概要：施設基本票に関するデータを中心にまとめています。
- II 各部門の活動状況：部門別調査票に関するデータを中心にまとめています。
- III 経営の状況：経営調査票に関するデータを中心にまとめています。

2.本資料中の指標の作成ルール

<全体に関する事柄>

- ・ 回答選択型の項目では、該当するものを■や●で表示しています。
- ・ 病床100対：各項目の数値÷稼働病床数×100 で算出しています。

<各項目に関する事柄>

■「I 病院の基本的概要」

□「I-1-3 開設者」

評価機構が有する病院データより、下記種類から抽出・表示されます。

厚生労働省、その他（国）、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、その他（公的）、独立行政法人地域医療機能推進機構、共済組合及びその連合会、健康保険及びその連合会、その他（社保）、公益法人、医療法人、学校法人、会社、その他法人（社会福祉法人等）、個人、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、地方独立行政法人

□「I-2-1 診療科別医師数および患者数」

・ 診療科名：診療科にチェックのあるもの、もしくは数値入力のあるものについて、表示しています。

・ 各項目について、下記のとおり算出しています。（「I-2-2 年度推移」の各項目も同様です）

- ・ 1日当たり外来患者数
年間外来延患者数÷診療日数
- ・ 1日当たり入院患者数
年間入院延患者数÷365
- ・ 外来新患割合
(年間外来新患数÷年間延外来患者数)×100
- ・ 平均在院日数
年間延入院患者数÷{(年間新入院数+年間退院数)÷2}
- ・ 医師1人当たりの患者数
1日当たり患者数÷所属医師数

□「I-3-1 職員数」

・薬剤部門、臨床検査部門、リハビリ部門の合計は、部門別調査票における職員の配置状況から算出しています。栄養部門のみ管理栄養士、栄養士、調理師の職員数の合計数を部門人数として計上しています。

・「看護要員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師および看護補助者を指します。

・「看護職員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師を指します。

・病床100対職員数

$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 稼働病床数\} \times 100$ で算出しています。

・患者規模100対職員数

$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 患者規模※\} \times 100$ で算出しています。

※患者規模 = 1日あたり入院患者数 + (1日あたり外来患者数 \div 2.5)

□「I-3-2 職員の就業状況」

・常勤者を対象としています。

・退職率

$(退職数 \div 当該職種の常勤職員数) \times 100$ で算出しています。

□「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネージャー等)の配置状況」

□「I-6-1 感染管理担当者の配置状況(院内全体)」

・専任・兼任者は実人数で算出しています。

□「I-7-3 紹介状持参患者数」

・各項目は、以下の計算式により算出しています。

・紹介率

$(紹介状持参患者数 \div 初診患者数) \times 100$

・1日あたり紹介患者数(外来)

$紹介状持参患者数 \div 外来診療日数$

・紹介入院患者割合

$(紹介状持参入院患者数 \div 新入院患者数) \times 100$

・入院に繋がった紹介患者の比率

$(紹介状持参入院患者数 \div 紹介状持参外来患者数) \times 100$

□「I-9 臨床指標」

・各指標について、分子 \div 分母 $\times 100$ で算出しています。

■「Ⅱ 各部門の活動状況」

□「Ⅱ-3-2 処方箋枚数等」

- ・ 1日あたり枚数・件数は、下記計算式で算出しています。

外来：院内(院外)処方箋枚数÷年間診療実日数

入院：入院(注射)処方箋枚数÷365

- ・ 外来患者（病床）100対は、下記計算式で算出しています。

外来：(院内(院外)処方箋枚数÷外来延患者数)×100

入院：(入院(注射)処方箋枚数÷稼働病床数)×100

□「Ⅱ-5-8 剖検率」

- ・ 剖検率

(剖検数÷昨年度死亡退院数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数(読影件数)」

- ・ 読影率

(読影件数(自院)+読影件数(他院))÷撮影件数×100 で算出しています。

□「Ⅱ-8-4 年間使用・廃棄血液単位数」

- ・ 廃棄率

(廃棄数÷購入数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-12-7 時間外・救急患者数」

- ・ 救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷365 で算出しています。

- ・ 平日時間外救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷外来診療日数 で算出しています。

- ・ 休日の救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷119 で算出しています。

(外来診療日数が365日の病院対応のため、便宜上、休日日数を119日で算出)

□「Ⅱ-13-4 栄養指導・栄養相談」

- ・ 栄養士1人当たり栄養指導件数は下記計算式で算出しています。

- ・ 個別実施回数

個別実施回数÷(管理栄養士総数+栄養士総数)

- ・ 集団実施回数

集団実施回数÷(管理栄養士総数+栄養士総数)

□「Ⅱ-14B 疾患別・期間別の入院患者構成(人)」

- ・ 機能種別でリハビリテーション病院版を受審する病院のみが対象の設問です。

□「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等」

- ・ 看護職員1人あたり月平均訪問回数

「Ⅱ-17-1 訪問サービス対応状況(件/月) 訪問看護件数」÷「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等 看護職員」で算出しています。

■「Ⅲ 経営の状況」

□「Ⅲ-1-1 医業収支の推移」

- ・ 対前年比

(当該年度÷前年度)×100 で算出しています。

- ・ 医業収支率

(医業収益÷医業費用)×100 で算出しています。

□「Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移」

- ・ 医業収益100対費用

当該年の医業収益における各科目の割合で算出しています。

(医業費用における割合ではありません)

書面審査サマリーについてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

公益財団法人日本医療機能評価機構
評価事業審査部 審査課

Tel 03-5217-2321 Fax 03-5217-2328