

病院機能評価  
審査結果報告書

2023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 2023年10月25日～10月27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10月25日～10月27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 条件付認定（6ヶ月）

### ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院3

1. 規程に沿った説明文書の改訂をすみやかに完了させてください。  
(1.1.2)
2. 臨床倫理委員会による倫理的課題の把握・検討および新たな倫理指針の作成を計画どおり確実に実施してください。(1.1.6)
3. TQMセンター運営会議の統括による、評価指標を活用した診療の質向上活動を計画どおり確実に実施してください。(1.5.2)
4. 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等について、新たに定めた方法での患者説明とモニタリングを継続的に実践してください。  
(1.5.4)
5. 鎮静に関する患者説明、全身状態監視の担当医師について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実に実践してください。  
(2.2.3)

#### 1. 病院の特色

貴院は開設以来、「社会と協働し、全ての国民に最適ながん医療を提供する」との理念のもと、がん診療・研究のリーディング・ホスピタルとしての役割を果たしてきた。また、国が推進するがん対策においても中心的な役割を担っている。さらに、特定機能病院として、高度な医療技術の開発を行うとともに、全国でがん医療に携わる人材を育成している。

今回の訪問審査においても、低侵襲手術、内視鏡手術などの高度専門的な医療を行いながら、患者の安全に配慮した診療・ケアが実践されていることを確認できた。特筆すべき取り組みとして、多職種協働によるチーム医療、小児患者の権利擁護、子を持つ患者のターミナルステージへの対応、工夫された食事の提供、病理診断機能の全国貢献、地域に向けたがんに関する教育・啓発活動を挙げておきたい。

医療を取り巻く社会情勢の変化に伴い、病院に求められる質と安全の水準はますます高まっている。そのため、病院が主体となって継続的な改善活動に取り組むこ

とが求められる。今回の外部評価の結果も活用し、貴院の改善への取り組みがさらに深化し、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

病院組織の運営はおおむね適切に行われている。国立がん研究センターの理念のもと、病院のビジョンと基本方針を掲げ、病院組織運営の基本としている。中長期計画を策定し、目標達成に向けワーキングチームが活動している。幹部の選任や指揮命令系統など、病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備されている。一方、電子カルテのシステムダウンへの備え、院外文書の管理についてはさらなる検討が望まれる。

人事・労務管理はおおむね適切に行われている。病院に期待される役割・機能を発揮できるよう人材を確保している。職員宿舎や院内保育所の設置など、職員にとって魅力ある職場となるよう努めるとともに、職員の安全衛生管理を適切に行っている。一方、全職員の勤怠管理について、より客観的な方法の導入を予定しているところであり、早期実施が望まれる。

教育・研修は適切に行われ、秀でた取り組みも見られる。全職員に対し、年間計画に基づく教育・研修、能力評価・能力開発を適切に行っている。特に、全国のがん医療に携わる高度医療人材を多数、育成しており、高く評価できる。

## 3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療はおおむね適切に行われているが、より一層の取り組みが望まれる。動画公式チャンネルの配信、患者教室の開催などにより、診療・ケアに必要な情報を患者に提供している。患者支援体制の整備、個人情報保護、患者の権利の擁護が適切に行われている。特に、小児患者の教育を受ける権利の擁護に向けた取り組みは秀でている。一方、患者への説明・同意について管理強化に取り組んでいるが、説明文書の整備についてはより一層の取り組みが望まれる。また、個々の患者・家族の倫理的課題に対しては臨床倫理コンサルテーションチームが関与し適切に対応しているが、病院として倫理的課題を把握・分析し継続的に検討することが望まれる。

療養環境の整備と利便性の確保は適切に行われている。病院へのアクセスに配慮がなされ、院内はバリアフリーになっており、病院利用者の視点で利便性・快適性に配慮されている。病棟の療養環境は安全面と清潔面で適切に整備され、小児病棟では季節の行事や室内の装飾が行われるなど、患者の視点を踏まえた療養環境が整備されている。敷地内は禁煙になっており、職員の喫煙率も低く、患者・職員の禁煙推進が図られている。

## 4. 医療の質

継続的な質改善に取り組んではいるが、より一層の取り組みが望まれる。TQMセ

ンターが現場発の業務改善運動を取りまとめて継続的に管理している。また、外部評価の取得、立ち入り検査などへの対応も適切に行われている。一方、診療の質の向上に向けた活動において体制整備に取り組んでいるが、指標を活用した改善活動とクリニカルパスのより有効な活用が望まれる。医療サービスの質向上に向けた活動では、患者・家族からの意見に対する回答の周知について検討が望まれる。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等を用いた医療の提供においては、患者への説明とその理解確認、実施後のモニタリングについてより一層の取り組みが望まれる。

良質な医療の実践に向け、診療・ケアの質の確保におおむね適切に取り組んでいる。特に、AYA世代へのピアサポートやアピアランスケア、生殖機能温存、療養・就労両立支援など、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っており、高く評価できる。一方、診療記録の質向上に向け、点検のさらなる充実が望まれる。

## 5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みは適切に行われている。医療安全管理責任者の配置や医療安全管理部門の設置など、安全確保に向けた体制が確立している。インシデント・アクシデントが報告され、医師からは有害事象も報告されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、再発防止に向けた検証が行われている。

良質な医療の実践に向け、転倒・転落防止対策、医療機器の安全使用など、診療・ケアの安全の確保に取り組んでいる。患者等の急変時への対応として院内緊急コードの設定や救急カートの整備がなされ、職員に対する心肺蘇生訓練の徹底に取り組んでいる。一方、患者の誤認防止対策については、より確実な方法による患者確認が望まれる。情報伝達エラー防止対策において、口頭指示は原則として行っていないが、必要時にはより確実な手順・方法での実施が望まれる。薬剤の安全な使用に向けた対策では、病棟在庫注射薬を使用する際の準備において、より確実な手順による実施が望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みは適切に行われている。感染制御室の設置、専門職の専従配置など、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。院内の感染症発生状況の把握、細菌の遺伝子解析検査、各種サーベイランスの実施などにより、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。

良質な医療の実践に向け、診療・ケアにおける医療関連感染制御に適切に取り組んでいる。院内感染対策マニュアルに基づき、各部署における感染防止対策の実施が徹底されている。抗菌薬の使用状況を毎日確認し、医師への助言など、適正使用に向けた取り組みが行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携は適切に行われ、秀でた取り組みも見られる。患者、医療関連施設、連携機関それぞれに向けた広報誌の発行、ホームページの充実など、患者や医療関連施設等に対し必要な情報をわかりやすく発信している。医療機関からの患者紹介に対する返書の作成が徹底され、連携医療機関との定期的なミーティングが行われている。また、自院で対応困難な疾患について他院との連携体制も構築されており、他の医療関連施設等の連携が適切に行われている。特に、がん患者を対象とした「生活の工夫展」の開催やがんに関する啓発動画の公開を行っており、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は秀でている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

良質な医療の実践に向け、患者の受入れから外来・入院診療、退院後の継続までの一連の診療・ケアがチーム医療によっておおむね適切に実践されている。全患者を対象に初診時に苦痛のスクリーニングを実施し、定期的に再評価している。退院後は、ハローワークや社会保険労務士と協働し、治療継続と仕事の両立支援を行っている。特に、ターミナルステージへの対応においては、未成年のこどもを持つがん患者・家族を対象とした親子支援チームがあり、臨死期に起こりうる症状や見通しの説明、こどもの面会調整などの支援を行っており、高く評価できる。

一方、診断的検査時において、より安全な鎮静に取り組んでいるが、確実な実施が望まれる。また、患者の個別性により配慮した入院診療計画の策定、抗がん剤・抗菌薬投与時の観察結果の確実な記録、輸血量に関する説明の徹底が望まれる。身体拘束は必要性の判断や観察が適切に行われているが、同意書や観察記録の一層の充実が期待される。

## 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療の実践に向けた各構成機能はおおむね適切に発揮されている。がん診療拠点病院として、診療情報管理機能では年間約 8,000 件のがん登録を行っている。また、放射線治療機能については機器・人員・品質管理の体制が充実しており、患者の個別性に配慮した高精度照射治療を提供している。なお、がん専門病院であるため救急医療機能を持たないが、必要時の緊急入院対応や他施設との連携は適切に行われている。

栄養管理機能と病理診断機能は秀でている。患者が食事を楽しむ工夫として、郷土料理や色彩に配慮した「築地食」、焼きたてパンを調理するなど様々な取り組みを行い、患者から数多くの感謝の言葉が届けられている。また、がん専門病院として自院のみならず全国から病理診断相談を受けており、国内での貢献は高く評価できる。

一方、いくつかの機能について、より一層の取り組みが望まれる。薬剤管理機能における病棟定数配置の削減、手術・麻酔機能における麻酔終了時の手順の明文化が望まれる。また、リハビリテーション機能では、十分量の訓練の提供とその連続

性の確保に向け検討が望まれる。

#### 10. 組織・施設の管理

経営管理は適切に行われている。財務・経営管理においては、会計処理が適正に行われ、DPC データを活用して収益性を分析し、経営状況の把握と分析に基づく経営管理を的確に行っている。医事業務については、窓口業務や保険請求業務、未収金対策等を適切に行っている。業務委託は、総合評価落札方式、業務の質・効率性の評価などにより選定している。

施設・設備管理は適切に行われている。病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、日常点検および保守点検が定期的実施されている。購買管理においては、病院で使用される各種物品について安全性、有用性、経済効果を比較して購入を決定し、物品管理は預託在庫方式で行っている。

病院の危機管理において、保安業務は適切に行われている。防犯カメラや定期的な院内巡視より、24 時間 365 日の管理体制を確保している。一方、災害時等の危機管理への対応については、大規模災害に備え、外部の災害派遣医療チームの受け入れ体制の検討が望まれる。



# 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 S

##### 【適切に取り組まれている点】

8項目の患者の権利と9項目のこどもの権利を定め、病院ホームページ、入院案内、玄関・病棟の掲示などを通じて患者・家族に広く周知している。職員に対しては医療安全ポケットマニュアルへの掲載などにより周知している。権利の内容は「通常の世界生活や私生活を営む権利」など、がん専門病院ならではのものを含んでいる。2023年2月、リスボン宣言を参考に、年齢・障害によって差別されない権利を加えるなど、社会通念の変化を見据えた適時の改訂も実施している。実際の権利擁護の状況では、他院向けセカンドオピニオンの紹介は年300件以上ある。患者の求めに応じた診療録の開示も年100件行っている。特に、こどもの権利として掲げている教育を受ける権利について、長期入院の小児がん患者を多く診療していることから、特別支援学校の分教室を16A病棟に設け、小学校1年生から高校3年生まで、入院中も正規の学校生活を送れるよう配慮している。患者の権利の明文化・周知のみならず、その擁護に向け積極的に取り組んでおり、高く評価できる。

##### 【課題と思われる点】

特記なし。

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	C	【適切に取り組まれている点】
			<p>説明と同意に関する方針や基準・手順等を「インフォームド・コンセント規程・細則」に定めている。説明と同意の関する責任者、治療・検査に関し同意を得る範囲と説明時期、説明文書に記載すべき事項として同意撤回やセカンドオピニオンなどの5項目、文書の記録・管理、同意を得ることが困難な場合の基準等が明記されている。説明・同意文書は、医療安全管理室と医療情報部が連携して管理を担い、医療事故等防止対策委員会の承認を経て電子カルテに登録している。セカンドオピニオンについては、患者サポートセンターで初診時に説明されている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>説明と同意に関する責任者の業務が説明文書の承認に留まっていた。責任者が主体となり、説明と同意が適切に実施されていることの確認や、適切でない場合の職員への教育・指導を行うよう改善を求めた。指摘を受けて、責任者が診療情報管理委員会の委員になり、説明と同意の実施状況を把握するとともに、適切でない場合には職員に教育・指導するよう改め、実際に指導した実績がある。今後も取り組みの継続が望まれる。また、同席を必要とする場面が明確になっていなかった。規程等で同席基準を明文化するとともに、その基準に沿って同席し、患者の理解の確認、意思決定支援を行うよう改善を求めた。指摘を受けて、同席を必要とする場面として「全ての手術及び消化管・気管支内視鏡検査」、「がん薬物療法（初回時）」などの9項目を規定した。規程に沿って看護師が同席し、患者の理解の確認、意思決定支援を行い、その内容を記録していることを確認できた。今後も取り組みの継続が望まれる。さらに、作成が見直されていないものも含め、約3割の説明文書の内容が現行規程に準拠していなかった。現行規程に準拠した文書に改訂するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年3月末を目途に改訂作業を進めているが、同年3月初旬の時点で約350文書が未完了になっている。計画どおり改訂を終了するよう、引き続き改善が求められる。</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><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  患者・家族への診療関連情報の提供として、SNS 動画配信サービスを利用した各種疾患や治療等に関する動画、「入院のご案内」などの冊子、パンフレットなどを活用している。「入院のご案内」には、患者誤認防止に向けたリストバンドの装着依頼、転倒・転落防止のための注意事項、感染予防、褥瘡予防などについて分かりやすく記載している。小児や AYA 世代の患者に対し、発達段階に応じたイラストを用いた冊子やぬいぐるみを活用して治療・処置の説明を行うなど、不安感を和らげる工夫を行っている。患者サポートセンターでは、「抗がん剤治療教室」、「アピアランスケアプログラム」、「治験・臨床研究教室」、「AYA ひろば」「外来栄養教室」など 10 種類以上の患者教室を対面またはオンラインで開催している。「生活の工夫カード」を作成し、がんの治療のために生じた症状への対処方法をホームページに掲載している。患者会の代表者との意見交換を年 2 回開催している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
-------	-----------------------------	---	---

<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</p>	<p>A</p> <p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          患者・家族から様々な相談に対応する窓口として患者サポートセンターを設置している。患者サポートセンターは8階にあるが正面入口に案内掲示、パンフレットに記載するなど患者に周知されている。患者サポートセンターでは、療養生活支援・地域医療連携・入退院支援の部門に分かれ、きめ細やかな支援が行われている。患者・家族からの病院への要望・相談・安全・苦情等を療養相談支援（がん相談支援センター）が窓口として対応し、専門知識を有する職員（看護師等）を配置し、相談内容により適切に振り分けしている。相談記録は患者サポートセンター内で情報共有され、相談内容は専門の形式でカルテに記載し、閲覧権限を内容に応じて設定している。患者のプライバシーに配慮した相談室を整備し質の高い支援を実施している。児童虐待、高齢者虐待などの虐待疑いは、虐待発見時フローチャートにて対応し、発生時には虐待対策チームを結成し、多職種で情報の共有が行われ必要に応じて臨床倫理コンサルテーションチームに相談している。認識向上を目的とした虐待研修を開催し周知している。患者の視点に立った相談体制を整え、患者支援体制を確立している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
---------------------------------------	--

1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>個人情報保護に関する規程を定め個人情報の方針・利用目的を明確にし、職員へ周知している。規程が守られているか各部署に対し個人情報保護チェックシートを用いて毎月遵守状況を確認している。個人情報の取り出しについて電子カルテ端末からデータ抽出は原則遮断され、物理的・技術的に保護している。電子カルテのセキュリティは職員 ID カードおよびパスワードにより管理されている。研究などに必要な患者情報は、「診療情報データファイルの保有の届出書」により所属長・統括個人情報保護担当者の許可を得て決裁され、その届け出を確認後、総務課がデータ抽出依頼書を作成し、所属長・医療情報部長・病院長の承認を得て医療情報部で抽出している。データは個人氏名と連絡先を削除しデータの匿名化をしている。病院内での個人情報関連は個人情報管理委員会で検討されている。他、サーバー室の入退室管理、電子カルテの不正アクセス管理、職員の注意喚起など適切に行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>主要な倫理的課題についての方針として、輸血拒否患者、虐待患者への対応、身体拘束への対応、DNARに関する基本方針を定めている。倫理的な課題について各部署でがん看護専門看護師が主導する多職種でのカンファレンスを行い、解決できない場合は臨床倫理支援室に申請し、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、医療安全室職員で構成する臨床倫理コンサルテーションチームが介入している。さらに検討が必要な場合は、臨床倫理小委員会で検討する仕組みになっている。収集した事例は臨床倫理支援室で集約されている。</p>
		<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>臨床倫理委員会等において、臨床倫理コンサルテーションチームが介入した倫理的課題の分析などに基づく、病院としての方針や対応等の検討が行われていなかった。実際に、主要な倫理的課題についての方針は一般的な課題に対するものに留まっていた。倫理コンサルテーションチームで蓄積した検討課題を自院で生じている倫理的課題として分析し、病院としての対応方針の標準化に向けた検討を組織的かつ継続的に行うよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年2月、臨床倫理委員会が臨床倫理コンサルテーションチームおよび虐待対策チームが関与した倫理的課題について報告を受け、検討することを始めた。また、臨床倫理指針の作成に向け、ACP、DNAR、苦痛緩和のための鎮静、妊孕性の温存、遺伝的検査・診断などの各論を含め検討している。2024年4月、臨床倫理委員会の開催回数を従来の年2回から毎月に変更し、これらの改善策を実施する予定になっている。計画どおり実践されるよう、引き続き改善が求められる。</p>

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><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  病院の提供する医療サービスに関する広報媒体として、患者向け広報誌「日々歩」（年4回発行）、医関連施設向け「NCCだより」（年2回発行）、医療連携機関向け「医療連携だより」を発行し、院内や地域住民、公共機関、医療連携機関等に配布している。広報誌以外の活動としてホームページを活用し様々な情報を発信している。広報企画室が窓口となり、日々の取材、最新の取り組み等のプレスリリースを積極的に発信している。病院ホームページに市民公開講座の案内、医療者用セミナーなど新着情報が項目別に分かりやすく掲載され、がんの解説や副作用情報の動画を掲載し患者に役立てている。病院の提供する医療サービスや実績など情報が適切に発信されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者サポートセンター内に地域医療連携室を設置し、紹介・逆紹介、返書など連携に関する一元管理を行っている。紹介の返書を事務返書・医師返書について区分し返書管理システムを構築している。医師記載未返書が生じた場合は手順に従い督促を3回行い、さらに未返書の場合は担当診療科長へ赤紙として配布し、強化を図り医師返書作成率99.9%で推移している。紹介患者が転科した場合も地域医療連携室がチェックし返書を行っている。連携を図るため連携医療機関を訪問するほか定期的に医師を含めて対面・WEBにてミーティングを実施している。400以上の医療機関と連携し、15医療機関と診療連携に関する協定書を締結し、連携会を定期的に開催している。連携医療機関を東京都内のみならず、全国の主たる医療関連施設等のニーズを把握し、紹介・逆紹介に役立てている。院内で対応が困難の疾患が併発した場合は緊急受け入れを含め、都内の大学病院と連携体制を構築している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></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><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>わが国のがん専門の旗艦病院として、医療者向け地域連携 WEB セミナー（年 19 回開催、聴講 4165 人）、希少がん Meet the expert（年 12 回開催）をはじめ、医師会や学会などを通じた患者・家族および市民向け啓発のための講演活動を年間 1904 件行っている。これらの講演を人事課で一元管理しデータベース化している。がん患者の暮らしをもっと快適に行うために患者と看護師が作成した「生活の工夫カード」を 43 カード作成し、「生活の工夫展」年 1 回開催をはじめ 1 階に実物の案内、ホームページ掲載、WEB サイトに啓発動画 10 本を公開し、約 3 万人が視聴するなど患者・地域住民の教育・啓発活動に役立てられている。医師、薬剤師、心理士、放射線物理士についてレジデント制を設け、将来のがん治療をリードする人材育成を行っている。がん専門病院として質の高い教育・啓発活動は模範的であり、秀でている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></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 A

**【適切に取り組まれている点】**

副病院長である医療安全管理責任者が部門長を担う医療安全管理部内に医療安全管理室が配置されている。医療安全管理責任者が専従医師として部門を統括し、他の専従として看護師4名、薬剤師1名、診療情報士1名が配属されている。医療安全管理室のスタッフは、各部署に配置されているリスクマネージャー

(RM)と協力して、医療安全推進に向けた諸活動を適切に行っている。院内各所から報告されたインシデント・アクシデント事例は部門長が委員長を務める医療安全管理部会および、病院長が委員長を務める医療事故等防止対策委員会で毎月報告および審議され、RM会議で各部署のRMに周知される体制となっている。医療安全管理マニュアルも随時改訂され、その骨子はポケット版にして院内職員へ配布されて、重大事象発生時の報告や対応手順なども整備され遵守が図られている。内部通報窓口は研究センター全体の通報窓口として設置され、職員に周知されている。なお、特定部署からの委員が出席できてない委員会があるため、代理出席や委員の交代など出席率向上への工夫があるとさらに良い。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

---

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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>インシデント・アクシデント事例は毎年約 6,000 件が報告されており、医師からの報告は約 9%程度を占めている。医療安全管理部会で事例の検証および分析が行われ、RM と協働して対策立案を行っている。医師からの有害事象症報告数は年々増加し、昨年度には年間 1,000 件程度にまで増加している。今後は、有害事象報告事例を診療の質向上にも活用するとさらに良い。また、M&amp;M カンファレンスは各診療科での開催に留まっており、事例に応じて医療安全管理室主導で開催するとさらに良い。年間約 360 例の死亡事例は、医療安全管理部門が速やかに把握され、管理者に報告され、事例の検証も行われている。院外の医療安全に関する情報については毎月の RM 会議だけでなく、電子カルテの内部サーバー、院内ニュースなどを通じて周知している。各部署の院内巡視も行っている。</p>
-------	-----------------------	---	---

**【課題と思われる点】**

特記なし。

---

1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医療事故発生時の対応手順が整備され、医療安全管理マニュアルに明記されている。医療事故が発生した際やその可能性がある場合には、速やかに医療安全管理部門ならびに病院長に報告される仕組みとなっている。重大事例については外部委員も含めた医療事故調査委員会で検証している。10 年間で 43 事例が検証され、医療事故調査制度に則った院内事故調査も 5 事例行われている。検証結果は医療事故防止対策委員会で報告され、患者医療対話推進室と協働して患者家族にも説明されている。</p>
-------	-----------------	---	--

**【課題と思われる点】**

特記なし。

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

**【適切に取り組まれている点】**

院長直轄の医療安全管理部内に感染制御室を設置し、ICDである感染症部長が室長を担っている。専従のICD、ICN、薬剤師、兼任の臨床検査技師を含む多職種スタッフも配置されている。院内感染防止のための指針と感染制御室運営要領に明文化された院内感染対策に関する権限のもと、感染制御室は病院長と緊密に連携し、ICTおよびASTとして日常の活動を行っている。院内感染対策委員会は病院長を委員長とし、月1回の定例会議にて病院全体の感染関連事項の意思決定を行っている。そのほか、アウトブレイク発生時などには、緊急の委員会が適時開催されている。ICTは定期的に病棟ラウンドと環境ラウンドを行い、院内の情報収集に努め、感染防止策を立案している。医療関連感染制御に関するマニュアル類を体系的に整備し、定期的に改訂するほか、必要に応じて随時改訂している。改訂時には医療安全ニュースや院内感染対策委員会で院内に周知している。

**【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	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>感染制御室が院内の分離菌や抗菌薬使用を把握し、日頃の病棟ラウンドや ICT の日常活動を通じて病院内の感染関連情報を収集している。そこで得られた情報を分析・評価し、それをもとに検討された感染制御対策を迅速に実行している。アウトブレイクの定義を規定し、アウトブレイクまたはそれに準じる事象を早期に把握し迅速に介入・制圧した事例も過去にある。特に MRSA については、細菌の遺伝子解析検査をすることでアウトブレイクの早期把握に努めていることを高く評価したい。院内の 13 の外科系診療科の SSI、病院全体のデバイス関連感染（CLABSI、VAP、CAUTI）などの発生情報を収集する各種ターゲットサーベイランスを積極的に実施し、感染防止対策に活用している。JANIS の SSI・検査・全入院患者部門に参加して得られた報告書などから得た他院とのベンチマーキング情報をも参考にしている。区と医師会から地域の感染症の流行情報を随時収集し、タイムリーに院内に周知する。地域の医療機関と連携し、情報共有や相互ラウンドを行っている。感染症パンデミック時の流行フェーズに応じた自院の対応を定めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------------	---	--

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>業務改善活動として2014年からQC活動を実践し、年度ごとの表彰制度など医療サービスや職場環境の改善に取り組んでいる。2020年にはQC活動を部門横断的に統括する部署としてTQMセンター・推進室を設置し、TQMセンター運営会議とともに現場からの意見を拾い上げて改善につなげる活動を継続的に行っている。加えて各部門長が参加するQI会議では各部署の業務実績であるQI指標や重要病院指標を算出して経時的に俯瞰し、業務改善や経営分析を図っている。体系的な機能の評価として臨床検査部がISO15189、臨床研究支援部門が同9001を取得し、前回の病院機能評価の指摘事項に対する対応もおおむね適切である。自治体による関連各法規に基づいた立ち入り検査に対しても、指摘事項と対応部署・対応策・結果を適切にまとめた記録を残している。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

<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</p>	<p>【適切に取り組まれている点】</p>
	<p>外科系診療科では1回10症例あまりのM&amp;Mカンファレンスを3か月に1回開催し、多職種の参加者名簿を含めた記録を内部サーバーに残している。内科系診療科も症例検討を含めた全体会議を4か月に1回開催・記録している。CPCは年7回開催し、多診療科医師や多職種が参加した記録を残している。診療ガイドラインはオンラインで各医師が関連領域のものを参照可能であるが、貴院発のガイドライン作成に向けた活動も活発である。クリニカルパス委員会がクリニカル・パス新規作成、採用などを統括している。</p>
	<p>【課題と思われる点】</p>
	<p>2022年10月から医療の質可視化プロジェクトに参加し、医事課が臨床指標を算出しているが、ベンチマークに基づいた自院の改善活動にはいまだ至っていなかった。診療の質向上を病院組織的に担う委員会や部門等を明確化するとともに、評価指標を活用した診療の質向上活動を継続的に実施するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024年4月から、TQMセンター運営会議が診療の質向上を統括する組織体制に変更することにした。これにより、病院としてのQI指標「重要病院指標」の選定を従来は担当部門が行っていたが、2024年度からはTQMセンター運営会議が選定し、改善活動のモニタリング等を継続的に行う予定になっている。計画どおり実践されるよう、引き続き改善が求められる。また、クリニカル・パスは内科系の一部で作成率や適用率が低く、2024年1月からDCF療法等、化学療法のパスの作成に取り組んでいる。プロセスの標準化による診療の質向上の視点から、より実効性のあるパスのさらなる作成が望まれる。さらに、バリエーション分析も、DPC比較等、入院期間関連等の分析に偏っている。日々のアウトカムを設定したパスの作成に取り組んでいるところであり、診療・ケアの質の視点からの分析が望まれる。</p>

1.5.3	患者・家族の意見を活かし、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>院内各所に意見箱を設置し、医事管理課が毎日回収している。回収された内容は「患者サービス向上委員会」に報告され対応を検討している。意見箱に入ったすべての内容を病院長が確認している。収集した意見は医事管理課が取りまとめ、病院幹部も含め情報共有されている。具体的な検討は患者サービス向上委員会にて改善提案がなされ病院長による内容確認、返答確認、対応策の立案と実施が行われている。患者・家族へのフィードバックは病院1階に設置している掲示板に一括して掲示している。患者満足度調査を行い、分析結果をもとに外来委員会にて検討し、対策を講じている。患者・家族団体代表者との意見交換会を年2回開催し、医療サービスの質向上に役立てられている。意見箱などから患者から寄せられた意見から改善に繋がった事例も多く、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>意見に対する回答方法について患者・家族に対し案内されていない。各部署に設置している意見箱の回答を1階掲示板に掲示する旨の案内や、その場で回答を閲覧できる仕組みが望まれる。</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	C	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等は、高難度新規医療技術等管理室が担当部門として申請を受け付け、各小委員会で審査し、承認している。これまでに39技術、1薬剤を承認している。適応外医薬品は生命に及ぼす影響度に応じて分類し、薬事委員会の適応外使用小委員が審議し、承認している。臨床研究、治験等は審査・許可、実施・モニタリング、研修、COIの管理等が国の指針等に基づき適切に行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  担当部門において、未承認新規医薬品等に関する責任者が明確になっていなかった。組織図や名簿等で明確化するよう改善を求めた。指摘を受けて、担当部門における未承認新規医薬品等に関する責任者を明確化・明文化され、改善されたことを確認した。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等について、実施・使用後のモニタリングは始まったばかりであり、観察期間を決めていたが、期間中の具体的なスケジュールがなかった。申請事案に応じて期間とスケジュールを明確に定め、担当部門がモニタリングを実施するよう改善を求めた。指摘を受けて、モニタリングは原則、退院時、1か月後、3か月後とし、事例毎に管理室長が新規医療技術導入小委員会に意見を求め、決定することにした。担当部門による実際のモニタリングは始まったばかりのため、継続的な実践が求められる。また、両者の説明文書に自院の経験が少ないことや、それに対する安全対策等の記載がなかった。これらを記載した説明文書を整備し、患者に説明するよう改善を求めた。指摘を受けて、自院での実施症例数、術者の経験実績を記載することにした。新しい説明文書を用いた患者への説明は始まったばかりのため、継続的な実践が求められる。なお、高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等の治療を実施する場合の説明時に看護師が同席しないことがあった。同席を徹底するよう改善を求めた。指摘を受けて、同席に関する規程を改訂し、同席を優先する場合として「高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療」を明記し、職員に徹底した。今後も取り組みの継続が</p>
-------	---	---	---

---

望まれる。

---

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.1 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている

A

**【適切に取り組まれている点】**

公共交通が近くにあり、タクシーの待合が整えられ、外来患者用駐車場 400 台確保し、障害者駐車場区画を確保するなど来院時のアクセスの配慮がなされている。駐車場が満車になることはない。院内には生活利便性の設備としてコンビニエンスストア、レストラン、理容室、美容室、売店デリバリサービスなどが設けられているほか生活延長上に必要な設備（洗面、冷蔵庫、洗濯機、乾燥機、テレビ等）が整っている。携帯電話の使用について可能なエリアを定め適切に行われている。院内全域にフリーWi-Fiを整備している。外来・病棟の車椅子・ストレッチャー等が常備され管理されている。院内はバリアフリーで、廊下等における手摺りも整備している。患者や家族など病院利用者の視点で利便性・快適性に配慮されている。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

---

1.6.2	療養環境を整備している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  各フロアは全域バリアフリー化されており、病棟や処置室等には診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなども採光が良好で患者がくつろげる環境となっている。トイレは清潔に保たれ、手摺りやナースコールの適切な設置や、各フロアには防犯カメラが設置され、警備員の定期的な巡回など安全面にも配慮されている。有料個室には、日常生活用品、アメニティセットが準備されている。車椅子やストレッチャー、リネン類の物品置き場は整理整頓が行き届き、清潔・不潔の区分も適切になされている。寝具類も定期的に交換され清潔の保持が図られている。その他、小児腫瘍科病棟では、季節を感じられるように、夏祭り、ハロウィーン、クリスマス、節分など季節の行事に合わせて、病棟内の装飾を行っている。また、プレイルームが設置され、療養支援士を中心に乳幼児から思春期までそれぞれの状況や個性・発達に応じたあそびを提供し、あそびを含めた子どもたちの交流、企画なども行うなど、安らぎへの配慮がなされた環境が整備されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
1.6.3	受動喫煙を防止している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  敷地内禁煙とし、患者および来客者に対して掲示・パンフレットでの禁煙表示や禁煙ポスターを掲示し、禁煙啓発を行っている。禁煙を徹底するため禁煙ワーキングチームを設置し、職員の喫煙者への啓発活動、禁煙外来の受診推奨を行っている。禁煙ワーキングチームの様々な取り組みの結果、昨年度の職員喫煙率は2.2%であり、過去3年間2.2~5.3%で推移していて、3年前より半減している。職種別の差異はない。敷地内禁煙が徹底され、患者の禁煙教育、職員の禁煙推進が図られている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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】

病棟の入口に病棟責任医師、看護師長、薬剤師、地域連携担当者の名前を表記し、部門責任者の所在を明らかにしている。また、ベッドネームには担当医のほか受け持ち看護師名が記載されており、看護師長等の役割は看護管理基準に明記され、各部署で求められる役割と機能を果たしている。病棟責任医師と看護師長は月1回、各診療科科長と看護師長は週1回、緊急性を要する場合はその都度カンファレンスを行い、情報共有を図りながら診療やケア等の実施状況把握に努めている。医師による日常診療は担当医が主導しており、緊急時や担当医不在時の連絡先などもステーション内に掲示されている。そのほか、外来担当医表なども必要部署に明示されている。夜間の診療体制はレジデント2名を含む5名体制（内科医師、外科医師、ICU医師）で行われている。当直医で対応困難な場合は、当直医師が当該診療科のオンコール医師に連絡して対応する仕組みが整備されている。

##### 【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><b>【適切に取り組まれている点】</b>          電子カルテシステムに必要な各種診療情報を分かりやすく適時に記載し、職員・職種間で情報共有している。病院が独自に整備した略語集と学会用語集に準拠して記載すると診療録の記載指針に定め、一般的でない略語の作成と記載を禁止している。退院サマリーの2週間以内作成率は99%前後を推移している。医師の診療録を医師、看護師、薬剤師、診療情報管理士が質的点検し、点検結果を各診療科の診療情報担当医師を通して各医師にフィードバックしている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          看護記録の質的点検は1部署あたり年間3症例の記録を対象に行うことになっているが、過去2年間中断していた。2023年度内に再開する予定となっており、確実に実施するよう改善を求めた。指摘を受けて、2023年12月に質的点検を再開した。全22部署について約150患者の看護記録を点検し、結果を診療診療情報管理委員会に報告した。次年度以降も同様に実施する計画になっており、取り組みの継続が望まれる。診療記録の質的点検については、点検症例数を拡大するとともに、職種ごとの記載に限定することなく、診療・ケア全体の経過について、多職種による点検を実施することが望まれる。</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	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>誤認防止対策が医療事故防止対策マニュアルに基づき、現場で実施されている。手術部位の確認のためのマーキングは、手術部位付近に丸印、または切開線を入れている。その後安全チェックリストに記載し、手術室入室時、タイムアウトなどで再確認が行われている。タイムアウトは血管造影室、内視鏡室でも実施している。点滴・輸血時はリストバンドのバーコードを活用し、PDAを用いた3点認証を行っている。チューブの誤認防止対策として各ラインの注入元と患者刺入部の指差し確認等を行っている。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>患者確認は、フルネームの名乗りで行うことを基本としている。そのため、内視鏡検査や化学療法実施時などの外来の重要な場面や、入院患者へのリストバンド装着時にもフルネームのみでの確認になっていた。重要な場面においては、生年月日を併用した2識別子での確認など、より確実な方法で患者確認を行うよう改善を求めた。指摘を受けて、2023年12月、医療事故防止マニュアルを改訂し、患者確認は2識別子で行うことにした。実際に、患者に言われたフルネームと生年月日を電子カルテ登録情報と照合しており、患者確認を確実にしていることが確認できた。今後も取り組みの継続が望まれる。また、手術室でタイムアウトを行った安全チェックリストは電子カルテに取り込まずに廃棄している。診療記録としての保管が望まれる。</p>

---

<p>2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している</p>	<p>B</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          日常診療での指示出し・指示受け・実施・確認の流れは、指示変更や中止などを含め、電子カルテ上で運用する仕組みになっている。医師から指示が出ると電子カルテ上にマークが表示され、指示確認が看護師に促される。緊急時にやむを得ず口頭指示を行う際は、口頭指示受け用紙を用いた指示受けの手順に従って実施している。病理診断報告書や画像読影所見の未読対策として、電子カルテ上で依頼医へ注意喚起アラートを発出する仕組みと、既読にならない所見リストを定期的に作成しリスクマネージャー会議を通して診療科長に通知する流れが確立している。検査のパニック値の伝達と併せて、各部署と医療安全管理部が協働して情報伝達エラー防止策を講じている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          口頭指示受け用紙を用いて薬剤の内服を指示受けする際は錠単位で伝達することになっている。内服薬に複数の規格があり得るので、単位を明確にする手順と書式の整備が望まれる。</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	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と協議し、薬剤の安全使用に関する必要な対策を決定し、定期的に手順書の改訂などを実行している。医薬品安全使用に関する職員への教育・研修は、テーマを決め、理解度を確認して実施されている。重複投与、アレルギーなどのリスク回避は、処方入力時、鑑査システム、薬歴管理などで対応している。注射用抗がん剤は全て多職種で構成されるレジメン小委員会で審査されたレジメンで管理されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          手術部やICUで毒薬保管庫に毒薬と毒薬以外の薬品を区別せずに保管していた。毒薬は専用の施錠できる保管庫での管理が薬機法で規定されているため、法令に則り管理をするよう改善を求めた。指摘を受けて、毒薬は専用の保管庫で施錠管理するよう改めた。今後も取り組みの継続が望まれる。向精神薬のホリゾンが救急カートに配置され、施錠できない場所に保管されていた。法令に則り、施錠できる場所に保管するよう改善を求めた。指摘を受けて、ホリゾン注を救急カートから撤去し、向精神薬用の保管庫に保管するよう改めた。今後も取り組みの継続が望まれる。病棟在庫注射薬の投与時、手書きのラベルを使用しているためにバーコード認証できないが、確認手順が統一されておらず投与時の患者・注射薬の確認が確実な方法で行われていなかったが、手書きラベルの記載方法を統一し、院内統一の確認手順を定めた。今後は、新しい手順に沿った確実な確認の実施が望まれる。</p>
-------	---------------------------	---	--



2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  入院時に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行い、患者個々のリスクに対応した看護計画を立てている。再評価は、1週間後や病棟間の転棟時、状態変化時、インシデント発生時等に実施している。患者・家族へは、「転倒・転落予防説明用紙」を用い、ベッドの周辺や転倒しやすい場所、履物などについて注意喚起し、転倒・転落防止のために必要な行動を説明している。せん妄評価や睡眠薬の検討も行い、必要時には、リハビリテーション職員や医療安全管理部職員も協力し、対策を検討している。転倒・転落の発生時には、医療事故防止対策マニュアルの発生時のフローに沿って、必要な検査、処置、観察が行われている。年1回、「転倒・転落 day」を設け、危険予知トレーニングや外来患者に向けたリーフレットの配布などを行い、転倒・転落率の軽減につなげている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  特記なし。</p>
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  医療事故防止対策マニュアルに人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどの医療機器使用手順・注意などの記載があり、医療機器使用の安全管理を行っている。看護師は機器の使用前点検を実施している。人工呼吸器使用中の患者には臨床工学技士が毎日、巡回して動作確認などを行っている。人工呼吸器使用中の設定チェックについては、看護師が2時間ごと、各勤務交代時、指示の変更時にダブルチェックを行い、確認状況はカルテに記載している。生体モニターのアラーム確認についてもマニュアルに明記され、医師の指示に従い設定し、各勤務前に点検している。医療機器関連研修は、新採用者に毎年実施している。また、医療機器に関連したインシデント発生時は、医療安全管理部と臨床工学室が連携し、研修会の開催等を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  特記なし。</p>

<p>2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している B</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          院内緊急コードは患者急変時の「ER コール」と、急変予兆時に 24 時間、誰でも相談・依頼が可能な「重症患者相談」がある。招集手順や対応手順は医療事故防止対策マニュアルに定められている。ER コールは、心肺停止などの際に発見者より防災センターに連絡し、一斉放送で職員が参集する仕組みとなっている。重症患者相談は RRS の仕組みになっており、成人・小児について報告基準を定め、ICU 医師もしくは看護師が窓口となり、相談と対応を行っている。事後には事例の分析や検討が行われている。救急カートは院内統一であり、適切に配置され、看護師と薬剤師による点検が行われている。BLS 研修は、2023 年 4 月から全職員が毎年受講することになり、受講状況の管理は医療安全管理部が行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          BLS 研修の受講修了者が、2023 年 10 月時点で全職員の約 80%に留まっていた。未受講者の受講を速やかに完了し、全職員が BLS 研修を受講するよう改善を求めた。指摘を受けて、2024 年 1 月に全職員 1627 名が受講を完了し、受講率 100%になった。次年度から実習管理システムで未受講者の管理を確実にを行う予定になっている。今後も取り組みの継続が望まれる。</p>
----------------------------------	---

---

<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</p>	<p>A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>院内感染対策マニュアルに基づき、感染防止対策の基本事項が周知・実践されている。手指衛生については、感染制御室や各部署のリンクナースが直接、実施状況を観察するとともに、消毒薬の使用量をモニタリングし、フィードバックしている。リンクナースは、現場の感染対策上の問題の把握や対策の周知等を行っている。個人防護具は、部屋前、処置室、汚物室等に適切に配置されている。感染経路別予防策が必要な病室には、注意を促す掲示や具体的に必要な手袋・ガウンなどを明示し、対応が適切に実施できるよう工夫している。感染症患者に使用したリネンや感染性廃棄物の取り扱い、マニュアルに基づき適切に行われている。患者・家族、職員へ対して、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症に対する注意喚起をホームページ、ポスター掲示等で実施している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
--------------------------------------	----------	--

---

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>国の抗菌薬適性使用のアクションプランを周知し、目標としている。抗菌薬の採用・採用中止は、薬剤委員会と感染制御室で協議し、抗菌薬の適正在庫に努めている。AST 担当薬剤師は、抗菌薬の使用状況と使用患者を毎日確認し、抗菌薬適正使用に関する業務を ICT と協働で実践している。抗 MRSA 薬などを届出抗菌薬に選定し、届け出は適切に行われ、その状況は感染制御室でモニタリングしている。特定抗菌薬や血液培養陽性症例のラウンドを適宜行い、対象診療科への助言など、抗菌薬適正使用を推進している。抗菌薬使用マニュアルを院内各専門領域のスタッフとともに作成し、適宜改訂を行っている。24 時間培養検査の受付が可能で、対応が困難な症例は、感染症専門医にコンサルトできる体制がある。前年のアンチバイオグラムを院内システムに取り込み、「医療安全ポケットマニュアル」内にも記載して、院内で情報共有を図っている。毎月、院内の抗菌薬の使用動向調査を行って動向を監視し、内容は医療従事者に会議などでフィードバックしている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
--------	---------------	---	---

<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>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  終末期医療や妊孕性への対応、患者が不安を抱く治療やケア等への意思決定、療養場所の選択など、日常診療において生じやすい倫理的な課題について、各部署で多職種による話し合いや議論が行われている。各部署で解決が困難な事例に対しては、「臨床倫理対応フローチャート」に則り、臨床倫理コンサルテーションチームに相談している。相談内容に応じて、関連する領域のコンサルテーションチームのメンバーが介入し、指導や助言を行っている。臨床倫理コンサルテーションチームが介入した事例は、治療に関する意思決定やネグレクト、終末期の鎮静、妊孕性の問題など多岐にわたっている。2022年度の検討実績は、各部署でのカンファレンス100件程度、臨床倫理コンサルテーションチームの介入23件となっており、臨床倫理小委員会でも2事例が検討されている。看護部では看護職を対象に「がん医療と看護倫理」の研修を毎年、実施し、倫理的課題に対する認識の向上に努めている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  特記なし。</p>
--	--

<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</p>	<p style="text-align: center;"><b>S</b></p> <p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  院内には多職種が参画する専門診療チームとして ICT、NST、褥瘡ケアチーム、せん妄チーム、緩和ケアチーム、呼吸ケアチームなどがあり、それぞれの専門領域で積極的な活動を展開している。また、AYA 世代へのピアサポートやアピアランスケア、生殖機能温存（リプロ支援）、療養・就労両立支援などのチームが形成され、診療科横断・職種横断的な活動を行っている。実際、専門診療チームの多くは院内ラウンドを行いながら、各部署からの相談対応等に迅速に当たっている。リプロ支援では、遺伝子専門看護師や心理士が主導し、13 診療科の患者に対して治療前より介入している。2022 年度は他大学病院との連携により妊孕性温存等の支援が 113 件行われている。その他、集中治療室では多職種によるチームカンファレンスが毎朝行われ、人工呼吸器管理や感染症患者など重症者への対応において、デブリーフィングによる情報共有が有効になされている。患者サポートセンターでは、各領域の専門・認定看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士などが、院外の関係者とも連携を図りつつ適切な相談・支援を行っており、多職種からなるチーム活動は高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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 A

【適切に取り組まれている点】

受診時に必要な情報を院内掲示、ホームページに掲載している。ホームページに英語を表記するなど患者の視点に立って案内している。患者満足度調査、外来待ち時間調査を行いその分析から早朝採血枠の設定、CT予約枠の調整など混雑時間内の平坦化など講じている。待ち時間呼び出し機システムにより待合室以外でも待機することを可能としている。これまで紹介画像を取り込む際に患者を別の場所に誘導していたが、患者の利便性を鑑み、1階初診受付窓口で持参データを取り込む体制に変更している。外国人の診療を国際診療室で調整・各種案内を行っている。患者サポートセンターが8階に設置されているが、正面玄関や総合受付などに案内掲示を行って周知している。夜間・休日など救急対応時は患者らから事前の連絡がある場合には当直医の判断で連携施設などへの受診を勧めているが、通院中やウォークインなどの理由による救急処置室での時間外受診対応は自院への緊急入院のほか、循環器系など専門外疾患が疑われる場合にも連携施設への搬送手順を明文化している。紹介患者への配慮もなされ患者の視点に立った円滑な受診が提供されている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	<p data-bbox="885 224 1252 264"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="885 264 1367 1153">外来患者に関する情報を紹介状や問診票などで事前に収集し、医師事務作業補助者が電子カルテに入力することで関係者との情報共有を図っている。医師事務作業補助者による代行入力を医師が確認して承認している。電子カルテで全診療科の診療記録が閲覧可能であり、各職種の指導内容等を含め多職種間で容易に情報共有できる環境を整備している。侵襲を伴う治療・処置・検査等については、患者・家族に文書を用いて説明し、同意を得た上で行っている。各種検査結果等をもとに患者を診断し、病名・病態および治療方針等を患者・家族に分かりやすく説明し、診療録に記載している。外来診療中の修練医やレジデント医師が自科のスタッフ医師や他科の医師に容易に相談できる体制を確保している。通院治療センターにがん化学療法看護認定看護師と薬剤師が配置され、安全で患者に配慮した診療が行われている。がん化学療法の実施後は、帰宅基準に則って帰宅の可否を判断している。日中・時間外ともに患者が医師に化学療法の副作用等を容易に電話で相談できるようにホットラインを整備している。</p> <p data-bbox="885 1198 1141 1227"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="885 1227 1005 1258">特記なし。</p>
-------	---------------	---	--



2.2.3	<p>診断的検査を確実・安全に実施している</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p>
		<p>検査の適応判断は診療科医師相互の相談や、放射線診断科医師または技師からの提案もあるなど適切に行われている。造影CT検査などでは同意書の取得を義務付け、検査リスクや撤回許容の記載、担当医・患者の署名も適切に記載されている。医師は医療放射線安全管理研修を受講しており、被曝最小化などに対する意識は適切である。循環器系検査など自院で行えない検査は近隣施設との連携で実施されている。</p>
		<p><b>【課題と思われる点】</b></p>
		<p>上部消化管内視鏡検査、IVRの施行時に鎮静目的でプロポフォールを使用しているが、麻酔薬であり適応外使用である旨の説明を患者にしていなかった。指摘を受けて、プロポフォール、ミダゾラムの説明文書を改訂する方針にしたが、改訂作業が完了しておらず、患者への説明は一部の検査において別紙文書を用いた説明に留まっている。方針に沿って文書を改訂し、患者に説明するよう、引き続き改善が求められる。また、プロポフォール使用時の検査中の全身状態監視は、検査施行医とは別に、麻酔科医から指導を受けた医師が行う院内ルールであるが、遵守されずに看護師が代行することがあった。病院として鎮静マニュアルを作成し、プロポフォールの使用を含め、適正かつ安全な鎮静を実施するよう改善を求めた。指摘を受けて、「手術室・集中治療室以外で行う治療・検査・処置時の麻酔・鎮静実施要領」、「プロポフォールを用いた治療・検査・処置時の麻酔・鎮静マニュアル」を作成し、講習を受け認定された医師が鎮静を行うことを含め、鎮静の具体的な実施方法を明文化した。実際の運用は2024年4月以降に開始予定になっているため、計画どおり実施されるよう、引き続き改善が求められる。また、気管支鏡検査でミダゾラム使用後に拮抗薬を投与した際の観察時間がマニュアルに明記されておらず、30分後に退室させている状況があった。観察時間を鎮静マニュアルに明記し、患者の安全を確保した退室を徹底するよう改善を求めた。指摘を受けて、鎮静後は60分以上観察し、退室時にチェックリストで確認することを徹底している。今後も取り組み</p>

の継続が望まれる。

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>            医師が病態や診断的検査結果等に基づいて入院治療の必要性を検討し、患者・家族の要望も考慮しつつ、患者・家族に対し十分に説明し同意を得た上で入院を決定し、それを診療録に記載している。必要時には入院適応の有無を自科の上級医や他科の医師に相談できる体制を確保しており、入院患者の病態については定期的に開催されるカンファレンスやキャンサーボードの中で情報共有している。入院患者は原則として当該診療科の病棟に入院するが、必要に応じてベッドコントロール師長が調整して当該科以外の病棟に入院させるなど、病院全体の病床を弾力的に運用している。患者サポートセンターにおいて看護師、薬剤師、管理栄養士、MSW、麻酔科医、精神科医等の多職種が協働して、外来から入院・手術へのシームレスな診療・看護プロセスの実現に向けて支援している。患者サポートセンターでは入院予定患者との面談の中で、説明内容の理解や受け止め方の確認も行っている。手術予定患者に対し、多職種で構成する周術期管理チームが支援している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>            特記なし。</p>
-------	----------------	---	---

2.2.5	<p>診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している</p>	<p>B</p>
<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  患者の病態に沿った診断と評価が行われ、その結果に基づいて各種診療計画が迅速に策定されている。入院診療計画書を作成し、患者に説明し同意を得ている。外来での入院決定後の患者サポートセンターと、入院時の病棟で看護師が患者基本情報等の収集と確認・評価を行い、病態だけでなく、栄養、褥瘡、転倒転落、せん妄等のリスク評価なども反映させた看護計画を別途策定している。入院期間中に診療計画等の見直しが必要な際には、患者・家族等にその都度説明を行い、同意を得て対応している。クリニカル・パスを典型的症例である約半数の入院患者に適用し、患者と治療計画を共有している。</p>		
<p><b>【課題と思われる点】</b>                  入院診療計画書に多職種のサインはあるが、各職種が記載する計画を主に定型文で構成している。また、計画を策定した職種を判別できない計画書も多数見受けられた。関与する各職種が患者の病態の個別性に配慮しつつ診療計画を立案し、職種の専門性が明確に判別できる計画書の作成が望まれる。</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	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>患者・家族等からの医療相談に対し、患者サポートセンター・がん相談支援センター等で対応がなされている。同センターの相談窓口では、がん看護専門看護師を含む専従看護師やソーシャルワーカー、心理療法士、事務職員等が相談内容に応じた個別対応を行っている。また、そこでの相談内容は部門内での情報共有が随時なされており、他部門の職員と共有すべき情報は電子カルテに記録・反映されている。なお、相談内容によっては、電子カルテの中で自部署のみで閲覧可能な仕組みも用意されている。具体的な相談事案としては、治療に関すること、緩和ケアに関すること、がん患者における就労支援や再発への不安、家族等の心理的動揺、医療者への不満、セカンドオピニオンの是非、その他の生活支援など多岐に亘っている。併せて、入院時支援や退院調整等に関わる各種相談や行政機関・各種団体との連絡・調整、経済的支援など、同センターが中心となり院内・院外の医療相談対応に当たっている。その他、アピアランス支援センターでは、医師や看護師、薬剤師、心理療法士、理美容職などが連携し、治療中も安心して過ごせるよう患者、家族の相談対応がなされている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	------------------------	---	---

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>入院が決定した患者は、患者サポートセンターで入院申し込みを行い、手術予定患者は周術期サポート外来、内科系の7診療科は入院前支援の窓口で対応している。どちらも、担当の看護師が入院生活に必要なオリエンテーション、患者情報シートを入力、転倒・転落およびせん妄アセスメントの実施、歯科受診、クリニカルパス・疾患や手術のパンフレットを使用した説明を行っている。薬剤師は、「おくすり確認外来」で薬物アレルギーや休薬等に関する確認と指導を行っている。管理栄養士は、栄養状態や食事の摂取に課題がある場合に術前栄養指導等を行っている。また、入院中の決まり事や注意事項などを分かりやすく記載した「入院のご案内」を活用し、入院生活の案内をしている。入院当日は、看護師による転倒・転落をはじめとする各種のリスクアセスメントや薬剤師による持参薬の確認が行われ、担当の看護師が病棟の構造・設備や入院生活に関するオリエンテーションを行っている。緊急入院患者に対しては、入院当日または翌日に同様の支援が行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------	---	--

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          診療業務マニュアルに科長・医長・医員の職務を明記し、科長は診療科内のガバナンス責任者と定義している。病棟管理責任と診療体制も規定しており、病棟長は主要診療科科長1名と定義のうえ他科科長・看護師長との月1回以上の病棟ミーティングを義務付けている。全診療科でチーム医療を実践し、リーダーは科長、主担当医は医員以上のスタッフ、副担当医は修練医以下と責任分担を明記している。主担当医は診療方針決定と医療行為の実施に主たる責任を持ち、副担当医は主担当医の指示・指導のもと補佐・協力する義務を有している。主副担当医とも診療録を正しく記載する義務があり、それぞれ毎日の診察や術後・病態変化時など適時の記載を病棟担当医師や日当直医師と協働で実践している。病棟スタッフとは週1回以上の多職種検討会を実施して情報共有に努め、患者・家族との面談記録も適切に記載されている。窓口で受け付けた証明書などは医師事務作業補助者の協力を得て、担当医が速やかに完成させる手順を実践している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
-------	------------------	---	--

2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>看護提供体制は継続受け持ち看護方式を導入し、患者ケアの継続性と責任性を確保している。リーダー、受持ち看護師、リンクナースなどの役割・基準は、クリニカルラダーレベルで明確にしている。また、末梢静脈注射の穿刺については、院内で1年目に研修を受け、2年目以降は全看護師が実施可能となっている。抗悪性腫瘍薬抹消静脈注射認定やリンパ浮腫ケア実施の院内認定看護師を育成している。病棟・外来の看護業務は、病棟運用基準や看護師長業務基準やナーシングスキルに基づき実践している。患者の身体的・社会的・精神的ニーズについては、NANDA アセスメントシートに沿って情報収集し、入院時に初期評価を行い、看護計画に反映させるなど、看護実践につなげている。看護計画には看護目標と具体策が明記され、患者の状況変化に応じて見直しが行われている。また、院内横断的に活動する各種チームや専門看護師、認定看護師と連携し、効果的にケアを提供している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------------	---	--

<p>2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している</p>	<p>B</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  投薬・注射を安全確実に実施するための院内マニュアルが明文化され、それに則って業務が実施されている。抗がん剤やハイリスク薬が投与される際には、必ず薬剤師の初回指導と継続的な副作用モニタリングを実施している。手術部やICUを含む全病棟に薬剤師が配置され、入院時に持参薬確認、アレルギー歴、禁忌薬などの患者情報の確認を実施し、服薬指導などの情報はシステムで、院内共有されている。薬剤師外来が開設され、内服薬のみ処方されているがん患者を対象に、服薬指導を実施している。化学療法実施前に用法・用量・検査値などの必要事項の確認が多職種間でなされ、閉鎖器具を用いて安全に化学療法を行える体制が確立している。入院患者の内服薬の確認は自己管理薬を含めて、看護師と病棟薬剤師が連携して対応している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  注射用抗がん剤や抗生剤の投与時に観察した患者の状態・反応について記録がない症例が目立った。マニュアルに従い、患者観察記録の記載を徹底するよう改善を求めた。指摘を受けて、注射用抗がん剤投与時には検温時、速度変更時、各抗がん剤投与終了時、抗がん剤更新時、レジメン終了時に、過敏性反応、血管外漏出、悪心、嘔吐、その他の症状について観察し、記録を徹底している。抗菌薬投与時には、投与開始後と終了時に異常の有無、異常があった場合にはその症状を観察し、記録を徹底している。今後も取り組みの継続が望まれる。</p>
----------------------------------	----------	--



2.2.11	<p>輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>厚生労働省の輸血療法の実施に関する指針に準拠して作成した院内の輸血療法マニュアルに則って適応を判断している。電子カルテで入力する使用指針チェックリストで基準を満たしていなければ製剤をオーダーできないようになっている。医師が輸血の必要性とリスクを患者に説明し同意を取得している。血液型判定検査と交差適合試験は別々に採血した検体を用いている。輸血を実施する際、患者や製剤の血液型・ロット番号等をダブルチェックしている。開始後5分間、15分後、投与終了時の患者状態を観察し記録している。緊急輸血の対応手順を定め、24時間体制で輸血検査と製剤オーダーができる体制になっている。輸血後感染症検査をルーチンでは実施しないが、免疫抑制状態等の患者に実施することになっている。輸血後の副作用情報を輸血療法部門に集約し、輸血療法委員会で検証している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>使用を予定していない輸血・血液製剤にもチェックが入った輸血同意書が数多くあった。また、同意書の書式に製剤の量を記載する欄がなかった。使用を予定または想定している輸血・血液製剤の種類および量を同意書に記載し、患者に説明するよう改善を求めた。指摘を受けて、同意書の書式を修正して使用予定の製剤量を記載する欄を設け、改訂した同意書を用いた患者への説明を徹底している。今後も取り組みの継続が望まれる。</p>
--------	-------------------------------	---

<p>2.2.12 周術期の対応を適切に行っている A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  担当医は手術・術式および麻酔の適応について、診療科内、他診療科、麻酔科医師、必要な場合には循環器系検査を依頼する他施設医師と十分に相談して適切な方法を選択し、診療録に残している。頭頸部がんで機能面を考慮して看護師や言語聴覚士らと術式の相談を適切に行っている。予定手術症例が多くを占めるため、担当医は外来で説明書を用いて術式等を分かりやすく説明し、治療に伴うリスクや代替手段などを明記した手術同意書を取得している。麻酔科医は外来で麻酔の説明と同意書取得を行うが、入院後にも実際に麻酔を担当する医師が術前診察を行っている。患者サポートセンターでは外来担当医の依頼を受けて、病歴と薬歴の確認、リスクと合併症の評価、総合機能評価、口腔ケア、禁煙指導、退院支援など、PFMの流れに沿った多職種の周術期外来チームが介入している。入院後は肺血栓塞栓予防管理や褥瘡対策などを評価して安全な手術に臨む適切な体制を実践している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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><b>【適切に取り組まれている点】</b>            病院の機能から、重症患者は手術後、抗がん剤投与中、病態進行などが多い特徴がある。術後、一部診療科を中心に、2割弱の患者が8床のICUに入室するが、多くは一般病棟の重症者等特別療養管理加算病床に直接入室している。また、ICU退室後は重症管理病床を経て一般病床に退出する患者が多い。重症管理病床は看護師の管理が容易で、受け持ちの配分など柔軟な対応が可能である。重症管理病床から一般病床への退出は各チューブ類の抜去や歩行可能などの基準に従って判断している。重症管理病床入室中は主治医の責任をはじめ、多職種の間と、医療機器による管理などに一般病床との差異はないが、頭頸部外科の術後患者に対してリハビリテーション療法士が直接の介入を可能とするなど病態に応じたケアを実践している。抗がん剤投与後の無顆粒球症患者に対して無菌治療室管理加算病床を利用して対応しており、適切な重症管理ケアを行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>            特記なし。</p>
--------	------------------	---	--

<p>2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  褥瘡対策マニュアル、褥瘡対策フローチャートに基づき、褥瘡予防対策を実践している。入院時、全患者に対して「褥瘡に関する危険因子票」を用い、日常生活の自立度評価を行い、その結果に基づき褥瘡対策計画書を作成し、ケア介入をしている。また、患者の状態変化に合わせて適宜、再評価している。ハイリスクと評価された場合は、褥瘡対策チームに介入依頼をし、多職種で構成した褥瘡対策チームと週1回カンファレンスを開催し、ケアプランを評価している。また、外来の皮膚・排泄ケア認定看護師や褥瘡専従看護師にタイムリーに相談できる体制となっており、褥瘡状態の評価、結果のモニタリング、フィードバックが行われている。体圧分散マットレスや高機能マットレスについては、マットレス選択フローチャートにより適切な提供ができています。手術患者のポジショニングやMDRPU対策が適切に行われるよう、専従看護師のコンサルトや直接介入も行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
-----------------------------------	---

<p>2.2.15 栄養管理と食事支援を適切に行っている</p>	<p><b>A</b></p> <p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  入院時に全患者に対して、医師と看護師が栄養スクリーニング評価を行った後に、管理栄養士がその内容を確認して提供する食事の内容を決定する仕組みが運用されている。また、外来および患者サポートセンターでは、看護師と管理栄養士が連携して患者の食物アレルギー情報や栄養状態等の確認を行い、特別な栄養管理の必要性がある患者に対しては、管理栄養士が「栄養管理計画書」を作成してその後の評価につなげている。その他、抗がん剤の副作用で生じる味覚や嗅覚障害への対応として、病院オリジナル食が提供できる機能が整備されている。具体的には、「築地食」（食欲不振対応食）、フォーク食、嚥下調整食や、自施設で焼いた「焼き立てパン」など、患者の希望や状態の変化に応じた食物や食形態の工夫がなされている。また、小児用の食器はサイズや形態が工夫されている。その他、院内には多職種で構成されたNSTが活動しており、担当部署を週3回の病棟ラウンドを通じて患者の喫食状況等の把握や評価を行い、各種指導および相談等に当たっている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
----------------------------------	--

<p>2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          初診時に、全患者を対象に「苦痛のスクリーニング」を実施し、その後も定期的に評価している。疼痛、消化器症状、呼吸困難、倦怠感、精神症状などへの症状マネジメントに関し、緩和ケアマニュアル、非がんを含む症状緩和マニュアル、ナーシングスキルが整備され、症状緩和が実践されている。また、緩和ケアチーム、精神腫瘍科周術期チーム、認知症ケアチームなどが効果的に介入している。痛みの評価はNRSやフェイススケール等を用いて行い、その結果に基づいた介入を実践している。麻薬の使用に関しては、使用基準や適応などがマニュアルに明記され、実践されている。緩和ケアチームは、緩和ケア医療科医師、精神腫瘍科医師、専門看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士などで構成されている。毎日回診し、身体症状・精神症状による苦痛のほか、治療に対する不安や全人的苦痛などへの精神的サポートも積極的に行っている。手術後疼痛など、がん以外の症状緩和についても、予定指示や硬膜外鎮痛等によって対応が行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          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><b>【適切に取り組まれている点】</b>          担当医がリハビリテーションの必要性を判断している。その後、骨軟部腫瘍・リハビリテーション科など3診療科の患者については主科の担当医が、その他の診療科の患者については担当医から依頼を受けた骨軟部腫瘍・リハビリテーション科の医師が、それぞれ目標や病的骨折等のリスク・禁忌事項を記入したオーダーを提出している。このオーダーを受けて、療法士と骨軟部腫瘍・リハビリテーション科医師が患者の希望や社会的背景を考慮しながら、疾患の病態に応じた目標を設定したりハビリテーション総合実施計画書を作成している。担当医が計画書を用いて患者・家族にリハビリテーションの必要性・リスク等を説明し、同意を得て訓練を開始している。訓練の前・中・後の療法士と担当医・病棟看護師等の職種間の情報交換・共有は、多職種カンファレンスや電子カルテ、口頭報告を通して実施している。退院時に患者の病状等を観察し、リハビリテーションの効果と目標達成度をバーセルインデックス等のスケールで可能な限り定量的に評価している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
--------	--------------------------	--

<p>2.2.18 身体拘束（身体抑制）の最小化 B を適切に行っている</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          身体拘束に関しては、「最小限にする」ことを基本方針に定め、実施する際には「身体拘束に関するフロチャート」の基準に則った対応がとられている。具体的には、せん妄アセスメントなどによる事前評価を実施し、医師と看護師が必要性を判断したのちに、患者・家族への書面による説明と同意のもと身体拘束を実施する流れになっている。なお、全身麻酔や集中管理が必要な患者に対しては、事前に身体拘束の可能性を説明し、実際に行う際には再度説明して同意を得る対応がなされている。また、医療安全管理室と、精神看護専門看護師が主導して「身体拘束を適切に実施するための研修会」を開催し、講義と実技講習を行っている。その他、臨床指標を活用して、拘束率をモニタリングし、目標値を設定した身体拘束を最小限にする取り組みが行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          「身体拘束に関する説明同意書」に、拘束方法として、体幹拘束を含む5項目が一律に記載されている。同意を得る時点で想定される拘束方法のみ説明するよう検討が望まれる。また、拘束中の観察記録において、患者の心理面についての記録の充実が期待される。</p>
--	--



<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>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  退院支援等への対応は、病棟の看護師と患者サポートセンターのスタッフが中心となり行っている。具体的には、「入退院支援マニュアル」に則り、外科系8診療科と内科の一部は患者サポートセンター、その他の診療科は外来で、入院予約時に患者基本情報の収集を行い、入院後に病棟において退院支援の必要性を「退院スクリーニングシート」を用いて評価している。なお、その際に退院支援の必要性が高いと判断された患者に対しては、退院支援計画書を作成し、患者・家族への説明のもと、介入準備が進められる流れになっている。また、週1回、病棟看護師と退院調整看護師、社会福祉士、そして必要に応じて医師も参加する退院調整カンファレンスが各病棟で開催されている。そのほか、退院困難事例や転院症例等に関しては、患者サポートセンター内の退院支援看護師が主導する形で調整、対応が行われ、在宅療養を開始する事例などでは在宅医や訪問看護師、ケアマネージャー、行政担当者などとの連携と調整がなされている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
--------------------------------------	---

<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>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  退院後の診療・ケアの継続性に関して、自施設の外来に通院する患者には看護サマリーとアセスメントシートなどによる情報共有がなされている。乳腺外来、薬物療法外来、リンパ浮腫外来、ストーマケア外来、移植後長期フォローアップ外来などの専門看護外来にて引き続き対応する事例がある。また、AYA サポートやピアランス支援などについても、退院後の継続した支援が行われている。医師に関しては、入院時の担当医がそのまま外来担当医となる場合が多い。一方、在宅療養としての対応や転院後も継続的な診療とケアが必要な患者に対しては、退院前に、地域の医師やケアマネージャー、訪問看護師などと「退院準備カンファレンス」を、対面やオンラインで行っている。退院先施設や訪問看護ステーションなどへの情報提供には診療情報提供書や看護サマリーなどが利用されている。その他、継続した治療と仕事の両立支援として、患者サポートセンターで、ハローワークや社会保険労務士と協働して「療養・就労支援」が行われている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
--	---

<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 S</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          医師、看護師および多職種カンファレンスにおいて、「緩和ケアマニュアル」の予後スケールに基づき、ターミナルステージの評価・判定を行っている。ターミナルステージの患者に対し、意思決定支援、療養環境への配慮など、患者・家族の意向や患者のQOLを尊重した診療・ケアを行っている。特に、未成年の子どもを持つがん患者・家族に対する親子支援チーム(PC-Panda)は、月40件程度、多職種による支援プログラムを組み、ケアを提供している。親に対し、主治医と緩和ケアチーム医師は、臨死期に起こりうる症状、見通しやケア手順などについて説明し、子どもの面会調整やビデオの活用等の工夫をしている。また、ACPの一環として、「私について」の質問用紙で、患者自身が望む医療やケアを確認している。子どもに対しては、親の病気に対する理解や死に対する受け止めの手助け等、発達段階を考慮したケアを提供している。逝去時の対応、剖検の承諾や実施手順、臓器提供(角膜)の手順を整備している。ターミナルステージへの対応は、親子支援チームの関わりを含め、他病院の模範になるものであり、高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          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

##### 【適切に取り組みされている点】

医薬品安全管理責任者と安全管理部門との連携は、院内会議などを通じて行われている。処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認は、院外薬局との対応も含めて、マニュアルに従って確実に実行されている。注射薬は1施用ごとの払い出しを行っている。抗がん剤の混合調製は、休日を含めてレジメンに基づき薬剤師が行っている。持参薬は入院時に薬剤師が鑑別し、その情報は電子カルテを通じて退院まで多職種間で共有され、ポリファーマシー対策にも取り組んでいる。医薬品に関する情報収集はDI室を通じて行われ、必要な情報は全職員に周知している。新規医薬品の採用と品目削減は、薬剤委員会で必要性と安全性などを協議し、1増1減を原則とした適切な在庫管理を行っている。薬剤部から病棟まで院内で薬剤に応じた温・湿度管理が行われている。

##### 【課題と思われる点】

特定抗菌薬に指定しているメロペネムが病棟に定数配置され、薬剤師による鑑査を経ずに使用されていた。医薬品の安全使用の観点で、その他の医薬品を含め、病棟定数配置の必要性を検討し、削減に向けて取り組むよう改善を求めた。指摘を受けて、2023年11月、メロペネム、アタラックスPの病棟配置を廃止した。さらに、その他の配置薬についても、配置の必要性や定数の見直しに向け検討している。今後も取り組みの継続が望まれる。

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	<p data-bbox="893 224 1244 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="877 257 1385 1198">検体検査管理加算Ⅳを算定する臨床検査科は、2012年からISO15189を取得し、臨床検査委員会などの審議を経て、自院の機能に合致した諸検査を適切に提供している。QC活動を通じて外来患者の採血に要する時間を短縮し結果判明までの時間を改善しており、至急分析希望検体の差別化や外来化学療法患者の早朝採血など、常に臨床サイドのニーズに応えた機能を発揮している。異常値とパニック値を適切に定義・分別し、生理部門・微生物部門を含め、パニック値の検出時には、医師以外への伝言を許容せず、報告記録を残す適切なフローを作成・実践している。外来採血室では自動排出されたバーコードラベル付き検体スピッツをベースに表示された患者姓名およびIDと目視で一致確認しているが、検体交差の可能性をさらに低減する工夫が見られればさらによい。病棟の予定採血では検査科から払い出したスピッツを3点認証により確認しており、検査科搬入後の検体は分析から報告、冷蔵保管まで自動的にバーコード管理されている。日常点検や外部サーベイによる分析機器の精度管理、生理検査技師の技術担保や患者プライバシーの保護などいずれも適切である。</p> <p data-bbox="893 1220 1141 1254"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="877 1254 1005 1294">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><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>画像診断は、依頼から撮影方法、診療放射線技師によるダブルチェック、読影所見報告に至る手順が標準化されている。診療放射線技師が日当直し夜間・休日の緊急検査依頼にも対応可能である。CTやMRI検査の予約の待ち日数は15日前後であるが、緊急を要する症例には即日に対応している。造影検査は、医師が病歴や検査値から可否を判断し、説明・同意のもとに行っている。被曝量を患者に説明し、被ばく管理システムで線量を管理している。造影検査で副作用が生じた患者に対し、患者保管型造影剤副作用カードを手渡して、他施設との副作用情報の共有に努めている。IVRでは開始直前にタイムアウトを実施し、安全・確実な治療の実施に万全を期している。MRI検査では問診・目視・探知機で金属の持ち込みを防いでいる。放射線科医によるCTとMRI検査の翌日までの読影率は約97%である。人工知能を用いた画像診断支援システムを導入している。読影所見が依頼医に確実に届くよう、未読で放置されることを防止する仕組みを整備・構築している。検査目的外に重大な所見が見つかった場合は、放射線科医が依頼医に電話し注意喚起している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	------------------	---	---

<p>3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している S</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          温冷配膳車により適時・適温が実施されている。病棟への配膳・下膳の専用エレベーターにより配膳・下膳ルートが確保され安全で安心な食事が提供されている。作業区域における清潔・不潔は区画されている。調理室内は日々チェックされ室内・冷蔵温度管理、食器洗浄・保管、職員衛生管理が適切に行われ、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至るまでの一連のプロセスは適切に行われている。食事の評価は検食や嗜好調査、NST 活動などから献立の改善を行っている。選択メニューの実施をはじめ、食事を楽しむ工夫として「病室で旅行気分作戦」として北海道・長野・愛知・長崎などの郷土料理をはじめ多彩な行事食の提供、色彩に配慮した「築地食」の提供、厨房内で焼きたてパンを調理するなど様々な取り組みが行われ、その結果患者さんから数多くの感謝の言葉が届けられている。世界的な食品原材料価格の高騰が続いている中、コスト削減の取り組みとして「見た目判断しないで作戦」やロス対策について、チーム一丸となって対策を講じコスト削減の成果をあげている。患者が食事を楽しむことができるよう様々な工夫がなされ、快適で美味しい食事を提供しており、高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
---------------------------------	--

<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>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  がん患者の機能障害全般のリハビリテーションのニーズに応えることを目標としている。療法士と骨軟部腫瘍・リハビリテーション科医師が総合実施計画書を作成し、療法士が計画に沿って訓練を実施している。リハビリテーション医はリハビリテーションが困難な症例に積極的に関与している。主科の担当医、リハビリテーション医、病棟看護師等は、多職種カンファレンスや各種チームラウンド、電子カルテの相互閲覧によって情報を共有している。休日は患者の自主訓練や病棟看護師が協力して訓練を実施している。嚥下リハビリテーションではNST、頭頸部外科と連携している。療法士は毎日の部門内ミーティングで情報共有している。リハビリテーションの中止基準を明文化し、主要な疾患には標準的プログラムを用い、プログラムは定期的に見直している。部門内の機器類の保守点検を定期的に療法士が実施している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  脳卒中リハビリを実施していないものの、連休には3日間連続して訓練を休んでいる。連続性の確保が望まれる。患者1人1日あたり1.5単位前後の実施にとどまっており、必要な訓練を実施できていない可能性がある。単位数の増加が望まれる。</p>
--------------------------------------	--



3.1.6	<p>診療情報管理機能を適切に発揮している</p>	<p><b>A</b></p> <p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>診療記録管理規程および診療録の記載指針に基づき、診療情報管理室にて診療情報を一元的に管理している。また、がん診療拠点病院として、院内がん登録実務研修修了（初級および中級）の認定資格を有する診療情報管理士を配置し、年間約 8,000 件のがん登録を行っている。診断名は ICD-10、手術は K コードでコード化して電子カルテへ登録し、各種の臨床指標や研究支援のデータ提供を行っている。診療情報の検索・提供は、電子カルテ上で迅速に対応可能であり、同姓同名患者など警告表示が可能なシステムになっている。紙の診療記録は、規程に従いスキャナで電子化しているが、紙を原本として保存管理しており、閲覧、貸出、督促の手順を整備している。診療記録の量的点検は、入院診療計画書を含め 46 項目について診療記録チェックシートを活用し、全退院患者に点検を実施している。また、全診療科を対象とした多職種による診療の質的監査（質的 point 検）に関与し、監査シートの見直しや、2022 年度から開始した外来診療録の質的監査（質的 point 検）にも携わり、各診療科へフィードバックするなど診療記録の質向上に取り組んでいる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------------	--

---

<p>3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している</p>	<p>A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医療機器安全管理責任者である内視鏡科科長が統括する医療工学室は共通部門に位置づけられ、11名の臨床工学技士が配属されている。放射線部門、臨床検査部門、臨床工学の3部門で分担し約5500台の医療機器の管理を行っている。輸液ポンプやシリンジポンプの貸出・返却は医療機器管理システムを用いてアリバイ管理を行っている。夜間および休日は1名が当直し24時間体制で医療機器の安全管理・適正使用に努めている。医療機器の使用については定期的な全体研修会だけでなく、各部署で年間300回程度の研修会を行っている。人工呼吸器が病棟で稼働している時には、機器の研修だけでなく、毎日巡回し安全な使用に努めている。生体モニターのアラーム設定の管理も適切に行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
---------------------------------	----------	--

---

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  中央材料室は、看護部長が管理責任者、看護師長が現場責任者の体制で、日常業務は委託会社の職員約16名が行っている。夜間に勤務する委託職員も4名おり、365日24時間対応で手術室の清掃も含め、器材の洗浄・滅菌に対応している。滅菌業務担当者には、滅菌管理士4名、特定化学物質作業主任者2名を有している。外来・病棟で使用後の器材は回収用コンテナで滅菌材料室に搬送される。作業区域は、汚染・清潔区域のエリア分けがされ、ワンウェイ方式で滅菌・保管・供給がされている。洗浄度評価、各種インディケータ、ボウイー・ディックテスト等のモニタリングで品質保証が確認され記録も残されている。化学的インディケータは手術室機械セットの内側、および単品包装に使用している。滅菌後の機材は、生物学的インディケータで判定を行った後に供給している。中央材料室の課題は、院内感染対策委員会で検討している。リコールの発生はなく、リコール手順は整備されている。また、単回使用物品の再滅菌は行っていない。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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】

病理部門では年間約 35,000 件の病理検体を取り扱っている。ID ラベリングした検体の受付時、複数採取分の枝番を含めて病理番号を発行し、以降のプロセスではこれらによるバーコード管理を行っている。薄切時は 1 カセット 1 作業を徹底し、鏡検時にはスライドガラスの QR コードの読み込みで所見記載画面を立ち上げるなど、検体交差リスクを低減する手順を実践している。切り出し検体や剖検検体の扱いでもインシデントを共有し安全確保に努めている。術中迅速診断の連絡手順や診断所見の既読管理も適切である。ホルマリンは既製の検体瓶を使用し、手術室での検体切り出しは行っていない。キシレンを含めた部内各所の作業環境測定結果は過去いずれも第 1 管理区分と適切な作業環境である。病理診断の対象は自院検体のみならず、他院診断の病理相談外来や学会の仕組みを経由した全国からの病理診断コンサルトを受けるなど、国内で重責を果たしている。2 名の細胞診断士が読み合わせた細胞診所見は全例病理専門医が再確認し、組織診所見も全例専門医同士のダブルチェック体制を実践している。検体交差が起こらない確実な検体処理、質の高い病理診断の国内での貢献は高く評価できる。

【課題と思われる点】

特記なし。

<p>3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している A</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  放射線治療機能は放射線治療科と放射線品質管理室と放射線治療技術室で担っている。放射線治療医が各診療科からの依頼に応じて入院・外来で放射線治療にあたっている。IMRT やサイバーナイフ等の機器装置、常勤医師 9 名、医学物理士 4 名、品質管理士 2 名、がん放射線療法看護認定看護師 1 名等の充実したスタッフを有している。IMRT 等の高精度照射を積極的に実施していることは高く評価したい。関係各診療科と合同開催するカンサーボードで放射線治療医が潜在的症例の情報を共有して治療適応を判断している。放射線治療医が医学物理士と協働して治療計画を策定し、患者・家族に説明と同意取得を行っている。線量を実測して計画線量の確認を行った上で治療を開始している。照射時に装置の設定を診療放射線技師がダブルチェックしている。緊急照射のニーズに応える体制が整っている。認定看護師が治療の副作用フォローや精神的ケア等の患者支援を実施している。根治目的の治療を実施した症例には治療後 5 年間、外来で経過観察している。治療機器の精度管理および保守・点検を頻度を定めて実施している。放射性同位元素の保管・管理と廃棄を適切に行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  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><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>造血幹細胞移植科医師が統括している輸血管理部門は、共通部門の臨床検査部門内に配置されて、認定輸血検査技師3名、細胞治療認定管理師2名が所属し輸血関連業務を行っており、ISO15189も取得している。輸血用血液製剤の保管には自記温度記録装置付き冷蔵庫が用いられ、感染性自己血も別途専用の冷蔵庫で保管されている。乳幼児用輸血は必要分量を分割して払い出されている。細胞幹細胞輸血を年間約100例程度行っており、骨髄移植に伴う血液型の変化は部門システムで管理され、病棟とも情報が共有されている。適切な払い出しと回収に努め、廃棄率は赤血球製剤0.23% 血小板0.03%、新鮮凍結血漿0.10%全体では0.07%となっている。アルブミン製剤の管理も担当し、適正使用に努めている。休日・夜間は臨床検査部門と協働で業務を対応しており、緊急輸血の手順も整備されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------	---	--

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>がん専門病院として年間 5,000 件以上の全身麻酔手術を、17 室の手術室で全例麻酔科標榜医以上の管理のもと実施している。多くが予定手術の特性もあり前週半ばに 1 週間分の手術スケジュールを手術室師長・手術室長・診療担当副院長の協働で決定するが、臨時・緊急手術にも対応可能なフローチャートを明示している。延長を含めた日勤帯以降の手術には麻酔科当直医やシフト勤務の看護師で適切に対応可能である。患者・職員入室時の清潔管理は適切で、構造上使用前後器材の動線は分離できないものの密閉容器の使用や声がけなどで交差を防いでいる。HEPA フィルターは定期的な流量測定記録を残し、それに基づいた交換を行っている。サインイン・タイムアウト・サインアウトは WHO 基準に準じたチェックリストを項目ごとに確認・記録している。術後のリカバリー室を 7 床有し、担当の麻酔科医師が患者状態を監視している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>手術室からの退室は、スコアに基づいた客観的な手順で行っているが、覚醒判断や気管挿管抜管に対する基準の明文化が望まれる。</p>
-------	-------------------	---	---

3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  集中治療室は特定集中治療室管理料1を算定する8床からなり、麻酔・集中治療科医師が常駐および院内専従の24時間体制で重症患者の管理を行っている。がん専門病院であることから入室患者の90%はがん術後患者で、診療科主治医は患者・家族へのICをはじめ方針決定などの責任を継続して有するが、入室全患者に対する呼吸循環管理などの医学的責任は、麻酔・集中治療科医師が負うmandatory critical care consultationの体制で運用している。両科医師らと集中治療ケア認定看護師をはじめとする看護師・薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士など多職種は毎日のカンファレンスで密接な情報共有を行っており、とくに専任の理学療法士はそこで得た患者情報を主に早期からの適切なリハビリテーション介入を行っている。医療機器の整備・管理や薬剤の配置・管理も適切である。手術数と病床数の関係から術後も一般病棟管理となる患者が多い中で、重症患者に限定した入退室基準を明文化して集中治療室の機能を最大限に発揮できる運用を実践している。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b>                  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><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  がん専門病院であり、救急医療機能がないため、NAとした。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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

4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病院の理念、Vision、基本方針を定め、分かりやすい表現で明文化し、職員・病院外へ周知している。理念は国立がん研究センター内で共通になっており、病院のVisionとして患者に対する最適かつ世界最高レベルの医療の提供を掲げている。病院の基本方針および中長期計画は、国立がん研究センターの中・長期計画の中で策定されている。基本方針は7つあり、安全で高度な医療の提供、全人的な医療の提供、専門性の高い人材の育成など、日本のがん医療の旗艦病院としての行動指針になっている。病院の第3期中・長期目標（6年間）として、高度・専門的な医療と標準化に資する医療の提供、患者の視点に立った良質・安心な医療の提供、研究成果の最大化と適正・効果的・効率的な業務運営の両立を掲げ、それに基づき具体的な部門方針が策定されている。これらの病院の目標や将来像は、病院長による運営方針説明会や各種会議等を通じて職員に明示され、組織内に浸透している。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          病院長は外部委員を含む候補者選考委員会での審査を経て選任され、副院長は病院長が指名している。病院幹部それぞれの所掌が明確であり、予算の立案・執行、人事等、病院運営に必要な一定の権限が与えられている。病院運営の最高意思決定会議は病院長ら幹部、多職種部門長等で構成される中央病院運営会議であり、幹部による戦略会議、理事長が出席する幹部会で検討した方針に基づき、病院運営に関する重要事項について審議している。組織図は指揮命令系統が職員に理解できるよう各部門の関係が明確になっており、各部門の所掌は法人の組織規程で明確になっている。医療事故等防止対策委員会、院内感染対策委員会、安全衛生委員会等、必要な会議や委員会が設置、定期開催され、それぞれの役割は設置規程・要綱によって明確になっている。決定事項は中央病院運営会議等の各種会議で伝達され、各部署での遵守状況は毎週の病院長回診等で確認している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
-------	---------------------	---	--

4.1.3	計画的・効果的 な組織運営を行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病院の中期目標の達成に向け、中央病院 6カ年部門方針 WT を設置し、年単位で PDCA サイクルを実施している。病院長がリーダーとなる WT1 による統括の下、病院機能・体制、国際診療、医療安全・感染症、人材確保・育成、臨床情報の活用、研究開発の推進・ゲノム医療の実施、希少がん・AYA 小児がん・難治がんの 7 つの WT が活動している。毎年、各 WT が取組事項について課題、具体的方針、目標、経営資源投入、財源を検討し、数値目標をもって進捗状況を管理している。2023 年度の取り組み事項は各 WT で 1～3 項目、全体で 12 項目を策定している。診療科等、各部門の目標管理は病院長ヒアリングで行っている。病院長による運営方針説明、幹部の各種会議への出席等を通じて病院の方針と役割を職員に示し、経営参画意識を高めている。幹部はそれぞれの所掌について課題を把握しており、その解決に向けて取り組んでいる。また、病院長ら幹部は毎週、病院長回診を毎週行い、現場の課題を把握するとともに、職員との直接的なコミュニケーションによって労働意欲の向上を図っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------	---	---

4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	B
<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病院情報システムの管理運営は、医療情報部が担い、運用管理規程およびセキュリティ規程を定め、統合的に管理している。医療情報部には、医療情報技師の有資格者のほか、上級医療情報技師の資格取得者も在籍している。サイバー攻撃に対する備えとして、VPN 装置を含め外部ネットワークの全数調査を行い、監視体制を強化している。また、PC にはウイルス対策ソフトの導入、外部ストレージ接続不可の仕様としている。電子カルテは、電子認証によるタイムスタンプ機能はないが、ログの管理による改ざんや書き換えなど修正履歴が残る防止策で真正性を確保している。また、データ保管では、院内にサーバーを設置しているほか、大規模災害に備え、遠隔地（東病院）でもバックアップが可能な体制を構築し、保存性を確保している。データ利活用の推進に向け、2022 年度からデータ利活用管理部を設置し、テンプレートの作成や研究のための二次利用をサポートする体制を構築している。</p>		
<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>災害や停電、ネットワーク障害時など非常時を想定し、電子カルテのシステムダウンに備えた訓練の定期的な実施が望まれる。</p>		

4.1.5	<p>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</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>文書管理規程および文書取扱規程、文書決裁規程を整備し、文書の作成から保存、廃棄に至るまで一元的に管理している。また、管理責任部署は、総務課が担い、総務部長が文書管理の責任者としてしている。文書管理規程に基づき、法人文書ファイル保存要領を定め、作成管理者、保存部署、保存場所、保存期間などが明記された法人文書ファイル管理簿を作成している。また、文書決裁システムを活用し、文書種別により決裁権者を定め、決裁・承認が行われている。承認後の各種規程やマニュアルは、施行期日を文書に記載し、内部サーバーに最新文書として登録・情報共有している。院内文書の把握と更新は、年1回点検される仕組みとなっている。なお、電子カルテ内の診療情報や診療録等は、診療記録管理規程に基づき、保管・管理している。</p>
		<p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>前回の審査で指摘された FAX 文書および院外電子メールの取り扱いについて、手順を要領として明文化したところだが、その運用はこれからになっている。院内に周知し、運用の開始が望まれる。</p>

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 A

**【適切に取り組まれている点】**

医療法や施設基準等で求められる人員を確保している。職員を新たに募集する際には人事課を窓口に対応している。人材確保では、中・長期計画や年度計画等に基づき各部門・部署からの要望や退職予定者の状況を踏まえ、採用計画を立案して投資委員会で審査している。病院機能を維持・充実させるための人材確保に向けて、ハローワーク、病院ホームページを活用した採用活動のほか、求人サイトを活用した採用活動も行っている。さらに、学生に対しては、インターンシップや見学会、オープンキャンパス、就職説明会等を活用した採用活動も行っている。働き方改革の一環として、医師事務作業補助者や夜勤看護補助者の配置を充実させた業務負担軽減を図る取り組みや、レジデント（医師）の待遇について雇用形態を見直し、非常勤から常勤登用するなど人材確保に向けた工夫もみられる。また、離職防止に向けた取り組みとして、離職原因を分析し、多職種によるメンタル休暇対策ワーキンググループを設置して職員のメンタルケアなどを行っている。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

<p>4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている B</p>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          就業規則、給与規程、育児・介護休業等に関する規程など、人事・労務における各種規程を整備し、規程に基づき昇進・昇格などの人事・労務管理を行っている。また、時間外労働に関する「労働基準法第36条」の労使協定等、労働基準監督署へ必要な届出を行っている。各種規程は、内部サーバーに掲載し、全職員へ周知している。育児休暇制度の利用では、女性職員の取得だけでなく、男性職員における取得実績もある。働き方改革に向けた就労管理として、時間外労働や年次有給休暇では、職種間の偏りがあるものの、宿日直回数や連続勤務時間の管理を行い、時間外の超過勤務者への面談、年次有給休暇の取得を促すなど、改善に向けて取り組んでいる。また、2020年度から夏季休暇をリフレッシュ休暇として、通年で休暇を取得可能とした取り組みの実績がある。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          全職員の勤怠管理は、現在、自己申告に基づく管理方法になっており、パソコン使用履歴の確認等を行っている。ICカードによる勤怠管理システムの導入を2025年1月に予定しているところであり、客観的な就労状況の把握・管理の早期実施が望まれる。</p>
---------------------------------	---

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	<p data-bbox="893 224 1244 257"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="877 257 1385 1120">職員の労働安全衛生への対応として、安全衛生管理委員会を適正なメンバー構成のもと毎月開催している。2022年度の定期健康診断受診率は非常勤職員を含め100%になっている。職業感染防止を目的とした四種抗体検査が入職時に行われ、各種のワクチン接種も実施している。ホルムアルデヒド、酸化エチレンガス（EOG）等の特定化学物質の作業環境測定は、必要な場所で実施され、いずれも第1管理区分と良好な結果となっている。また、職員の精神的サポートでは、ストレスチェックを実施している。また、必要に応じて産業医面談のほか、外部業者とのWebカウンセリングによる相談支援、さらに復職プログラムを用意している。ハラスメントへの対応として、各種ハラスメントの防止に関する規程を整備し、相談窓口を設置しているほか、e-learningにて全職員にセクハラ・パワハラ研修を行っている。院内暴力対策は、保安担当員（警察OB）や警備員等が対応にあたる対策が講じられ、医療安全ポケットマニュアルにて全職員に周知している。</p> <p data-bbox="893 1153 1141 1187"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="877 1187 1005 1225">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><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>職員からの意見や要望の把握は、毎年実施している職員満足度調査のほか、病院長ヒアリング、職員意見箱により収集している。その他、週1回の病院長回診（巡視）を通じて、病院長自らが各部署へ出向き、意見や要望を聞いている。さらに、レジデントや専攻医等には、意見交換会を実施している。それらの意見を踏まえた改善事例では、白衣からスクラブへの切り替え、キッチンカーの導入、当直室を男女別にするなどの取り組みが確認できた。就労支援に向けた取り組みとして、育児・介護休業、短時間勤務制度など時間外労働への配慮のほか、職員宿舍の整備がある。また、子育て支援や両立支援に向けた環境整備として、24時間対応可能な院内保育所が設置され、全職員が利用できるほか、育児休業中の職員とのミーティングなどの復職支援も行っている。現在は、院内スポーツ大会など休止しているが、福利厚生への配慮として、共済組合の活用による各種の福利厚生が利用可能となっており、仕事に取り組むための支援体制が確立している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>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 A

**【適切に取り組まれている点】**

全職員向けの教育・研修は、人材育成センターが中心となり、年間計画を策定して実施している。入職時のオリエンテーションは、医療安全、感染制御、個人情報保護のほか、接遇等の研修が組み込まれ、中途採用者に対しても同様のプログラムで実施している。研修は、教育履修管理システムを活用して e-learning により受講しやすい環境を整備している。また、受講後は WEB 形式の事後テストを行うことにより、理解度など研修効果の把握にも努めている。医療安全、感染制御における全体研修は、委託職員など含め 100% の受講率である。また、全体研修として、臨床倫理・研究倫理、個人情報保護、患者の権利、虐待対応、関連法規に関わる研修を実施している。さらに、セクハラ・パワハラ、接遇・身だしなみ等の研修を実施しており、2023 年度は 100% 近い受講状況である。院外での教育・研修では、旅費規程を整備し、各種学会への参加や専門資格等への資格取得支援を行っている。なお、図書館では、インターネットの利用環境があるほか、各種の文献検索が可能で閲覧できる環境を確保している。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医師の能力評価・能力開発は、全職員を対象とした業績評価における人事評価の中で、研究・教育・社会貢献・センター内活動の業務実績と職務行動および自己アピール評価を組み合わせ、客観的指標に基づき自己評価と上司評価で確認している。また、人材育成センターが中心となり、各診療科科長が医師の診断能力等を把握している。医師の侵襲的行為における院内認定の用意はないが、CVCはIVRセンターへ依頼し安全に実施している。看護部では、キャリアラダーに基づく目標管理のもと能力評価・能力開発を行っている。また、末梢静脈注射やリンパ浮腫ケア等の院内資格制度を設け、実践能力に応じた権限や役割を付与している。さらに、専門・認定看護師・特定行為看護師、認定看護管理者育成にも積極的な支援を行っている。その他の医療職、事務職員でも、業績評価による人事評価を通じて能力評価を行いつつ、OJTやジョブローテーション、指導者からの助言や指導、レベルごとに専門性を高めるための種々の研修を実施し、職種に応じて専門資格や認定資格の取得を目指すなどの能力開発を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	-----------------------	---	---

4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
<b>【適切に取り組まれている点】</b>		
臨床研修病院ではないため医師の初期臨床研修はない。看護部門では、厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」に則り、研修を行っている。また、教育担当者準備教育コースを用意し、指導者の養成を行っているほか、メンタル不調者に対する支援体制を整備している。薬剤部門では、病院薬剤師としての基本的な技術と、がん薬物療法に関する幅広い技術の習得を目的とした3年間のレジデント制度で教育研修を実施している。また、放射線技術部門では、当直業務を可能とするまでの新人教育プログラムのほか、医学物理士などのレジデント制度がある。臨床検査部門では、到達目標を明記した人材育成システムを構築し、業務理解度チェックシートによる力量評価を行っている。事務職員では、国立病院機構の基礎研修プログラムにより、病院業務の基本の習得を目指す内容で研修を実施している。その他の職種でも、研修プログラムを用意し、OJTや業務のローテーションで育成しつつ、技術レベルの向上や到達目標を明確に定め、自己評価と指導者の達成度の評価などを行っている。		
<b>【課題と思われる点】</b>		
特記なし。		

4.3.4 学生実習等を適切に行っている S

【適切に取り組まれている点】

学生実習は、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等、多職種および多数の実習生を受け入れている。2022年度、知識・手技習得を目的とする任意研修生は延べ1,415人、大学等からの受託実習生は延べ559人の受け入れがあり、医療人の育成に積極的に取り組んでいる。職種ごとに実習指導やカリキュラムの内容に沿った実習を実施し、依頼元の評価基準で評価している。実習生としての患者・家族との関わり方、医療安全、感染制御等の教育を実施している。また、高度医療人材の育成においては、専攻医、レジデント、がん専門修練医コースのカリキュラムを設け、がん医療を牽引する医療人の育成を行っており、2022年度は約140名を育成している。意見交換会などにより、レジデント等の処遇改善を行い、また、外国を含めた学会出張に対する金銭的支援や英文校正費用補助などのサポート体制を整えている。さらに、連携大学院制度による若手研究者の育成として、学位（博士号）の取得を支援し、研究を志望する大学院生を多数受け入れ、実技指導や研究協力を行っている。国内でがん医療を担う人材を多数、育成する取り組みは高く評価できる。

【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><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  会計処理は、独立行政法人会計準則に基づき適切に行われている。財務諸表・決算報告書等が作成され、大学法人による監事監査、監査法人監査、監査室による内部監査が行われている。予算は、中・長期計画に基づいた年度計画を作成し、作成過程で各部署とのヒアリングを実施し、年度事業計画との整合性を図りながら予算管理を行っている。経営状況は、毎月開催される病院運営会議で報告され改善策を講じている。経営状況について毎月損益計算書を作成し、グループ内での比較・DPC分析ソフトのよるDPCデータを活用した診療科別の収益性分析を行い状況の変化に応じ対応している。原価計算システムを用いた経営分析を行い収支改善に役立っている。会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析に基づく経営管理が的確に行われている。</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><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  診療報酬請求業務における一連のプロセスは明確で、医師によるレセプト点検も全件で行われている。医事請求は医事管理課が担当し、施設基準については、担当者2名が担当し、関係する部署と情報交換を行い、防止や遵守状況を把握している。査定は診療報酬DPC委員会で報告し、医師や多職種へ情報共有し対策を講じている。保険等の査定率はマイナス0.2%前後で推移している。医事業務が組織的かつ合理的に行われ適切に行われている。未収金対策は、未収金対策WGにて多職種による情報共有を図り未収金発生の防止を図っている。未収金回収は未収金管理マニュアル・督促マニュアルの手順に基づいて、電話および文書による督促を行い困難案件は法律事務所が関与している。</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>	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  清掃、寝具、給食、ガス供給、設備管理などが主な委託業務であり、業種毎に業務仕様書を作成し、総合評価落札方式にて選定している。1,000万円以上の契約について投資委員会において審議され、過去の実績、相見積もり、プレゼンテーションを行うなど業務内容の質、効率性の評価を行っている。契約に関して契約審査委員会を設置し、内容の審議が行われている。業務評価は評価項目を定め評価を行い、業務日誌や業者とのミーティングを定期的に行い、業務の状況把握や質の検討・評価を行い、業務委託することで患者サービスや質の低下しないよう指導している。毎年、業務内容が評価・検討される仕組みがあり適切に行われている。委託業務の質の把握は、日々の書面報告と担当者の現場確認が行われている。委託業務従事者に病院が開催する医療安全・感染などの研修に参加していることに加え、委託会社での教育・研修の状況を把握している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  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

**【適切に取り組まれている点】**

施設・設備の管理は、総務課が管理部署となり、業務委託のもと中央監視室および防災センターにおいて24時間365日の運用管理で行っている。主要な施設・設備の日常点検を日々実施し、日報や点検表等で状況を把握・管理している。緊急時の対応では、緊急連絡先を一覧表として整備しており、施設・設備に関する連絡・応援体制が確立している。医療ガスの安全管理では、医療ガス安全管理委員会が年1回開催され、実施責任者を定め定期点検を行っている。また、医療ガスに関わる職員研修についても、年1回実施している。院内の清掃は行き届き、感染性廃棄物の処理では、委託職員が院内を定期的に巡回して回収し、院内の最終保管場所へ運搬する処理工程で対応している。経年劣化等の現況は、日々、把握に努めており、将来に向けた備えとして、中・長期計画を踏まえた大規模改修計画を策定している。

**【課題と思われる点】**

特記なし。



---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医療用消耗材料は材料委員会、医療機器（1,000万円以上）は投資委員会、医薬品は薬事委員会にて安全性や有用性、経済効果を比較し採否を決定している。高額医療機器の経済効果モニタリングを6ヶ月後に評価を行っている。物品管理は預託在庫方式（SPD）にて行い、棚卸を定期的に行い、品質管理、在庫管理を適切に管理している。各部署の定数在庫を定期的に見直し、在庫量の変動が大きい場合は、随時の見直しを行っている。発注者と検収業務を区別し内部牽制機能を確保している。ディスプレイ製品の再利用は禁止している。SPDより払い出されたデータと医事請求との突合を行い請求漏れなど防止する内部牽制を行っているほか、原価計算システムに連動し、経営状況の把握と分析に役立っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------	---	--

---

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている B

**【適切に取り組まれている点】**

病院建物は、耐震機能を有している。消防計画・防災マニュアルを策定し、緊急時の医療体制・初動体制を整備している。消防法に基づき、防災訓練のほか、避難訓練、水害訓練、通報訓練などを含め総合訓練を実施している。また、所管（管内）消防署主催の消防訓練にも参加し、夜間帯における地震を想定した実施訓練も行っている。停電時の備えとして、自家発電装置や無停電電源装置が設置され、通常3日間程度の電力供給が可能な状況にある。また、行政等との災害時の連携による物資等の支援体制を確保している、さらに、通信手段として、衛星電話・衛星回線を整備している。災害時事業継続計画書（BCP）を整備し、また、新型コロナウイルス感染症に備えた事業継続計画（BCP）も策定している。災害派遣医療チーム（DMAT）はないが、中央区と災害時医療救護活動の協定を結び、地域と連携した医療救護活動にも備えた体制を構築している。

**【課題と思われる点】**

病院の規模や機能を踏まえると、外部の災害派遣医療チーム（DMAT）などの受け入れ体制の整備が望まれる。

---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>総務課が管理部署となり、警備会社へ委託のもと24時間365日体制で保安業務を行っている。保安体制として、入退室管理のほか、電子錠による施錠管理、定期的な院内巡回を行い、警備日誌等により日々の実施状況を把握している。院内主要箇所には、318台の防犯カメラを設置して、無断離院患者や遺失・盗難など防災センターにて中央監視を行い、映像データの保管運用による保安体制を整備・確保している。また、緊急時の対応では、連絡体制を整備し、日中および夜間・休日の応援体制も確立している。なお、暴力迷惑行為への対応として、緊急コードの発令体制はないが、緊急ボタンの設置や保安担当員（警察OB）や警備員への連絡体制を構築している。その他、時間外における面会、業者等の来訪者に対しては、記帳および入館証の着用を求める運用で管理している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></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： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2023年 7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	+0	85.5	9.7
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	578	578	+0		

## 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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	28	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## 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, DPC対象病院 (DPC特定病院群)

## 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： 0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	375.42	352	23.42	64.95	33.43
うち研修医	0	0	0	0	0
歯科医師	4.48	3	1.48	0.78	0.4
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	730.56	696	34.56	126.39	65.05
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	696.51	680	16.51	120.5	62.02
准看護師	0	0	0	0	0
看護補助者	34.05	16	18.05	5.89	3.03
薬剤部門 合計*2	73	73	0	12.63	6.5
薬剤師	73	73	0	12.63	6.5
臨床検査部門 合計*2	89.48	73	16.48	15.48	7.97
臨床検査技師	87.48	71	16.48	15.13	7.79
画像診断部門 合計*2	70.33	61	9.33	12.17	6.26
診療放射線技師(X線技師)	91.77	85	6.77	15.88	8.17
栄養部門 合計	11	11	0	1.9	0.98
管理栄養士	11	11	0	1.9	0.98
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	0	0	0	0	0
リハビリ部門 合計*2	11.97	11	0.97	2.07	1.07
理学療法士	6	6	0	1.04	0.53
作業療法士	2	2	0	0.35	0.18
言語聴覚士	3	3	0	0.52	0.27
診療情報管理士	11	11	0	1.9	0.98
臨床工学技士	13	13	0	2.25	1.16
社会福祉士	6	6	0	1.04	0.53
精神保健福祉士(PSW)	3	3	0	0.52	0.27
医療ソーシャルワーカー(MSW)	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0
事務部門	202.33	87	115.33	35.01	18.02
職員総数*1	1711.2	1499	212.2	296.06	152.38

医師配置標準数 (人)	137.4
薬剤師配置標準数 (人)	16.5

## 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	2121	98 %	100	98	27.84 %
看護師	1843	100 %	100	157	23.09 %
准看護師	0	0 %	0	0	0.00 %
看護補助者	1709	100 %	4	2	12.50 %
薬剤師	1956	100 %	10	18	24.66 %
臨床検査技師	1818	100 %	9	11	15.49 %
診療放射線技師	1965	100 %	13	10	11.76 %
管理栄養士・栄養士	1758	100 %	3	1	9.09 %
理学療法士	2097	100 %	1	0	0.00 %
作業療法士	2118	100 %	0	0	0.00 %
言語聴覚士	2085	100 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1893	100 %	1	2	18.18 %
臨床工学技士	1788	100 %	0	1	7.69 %
ソーシャルワーカー*	1752	100 %	1	1	11.11 %
事務職員	2001	100 %	22	16	18.39 %

## 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	1	43
看護師	4	24
薬剤師	1	2
その他のコ・メディカル	1	12
事務職員	1	8
全体	8	89

## 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	16	6161
医師	9	564
看護師	7	4647
薬剤師	0	70
その他のコ・メディカル	0	824
事務職員	0	56
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	1	6.25 %	1999	32.45 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	45	0.73 %
治療・処置に関するもの	5	31.25 %	713	11.57 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	156	2.53 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	496	8.05 %
検査に関するもの	0	0.00 %	1403	22.77 %
療養上の世話に関するもの	9	56.25 %	749	12.16 %
その他	1	6.25 %	600	9.74 %

## 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	1	1
うちICD	1	1
看護師	2	0
うちICN	1	0
薬剤師	1	2
その他コ・メディカル	0	1
事務職員	0	1
全体	4	5

## 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)	72
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	2
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)	78
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	5
その他	13

## 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	9
人工呼吸器関連による肺炎	3
尿路カテーテル関連感染	9
手術部位感染	232

## 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	2
常勤専任・兼任（実人数）	2
常勤専任・兼任（常勤換算）	1
非常勤（常勤換算）	2
常勤換算 合計	5
病床100対 担当者数	0.87

## I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	12505
紹介率	74.43 %
1日あたり紹介患者数（外来）	51.46
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	8753
紹介入院患者割合	47.14 %
入院に繋がった紹介患者の比率	70.00 %

## I-8 患者相談機能

## I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	9	職種・資格： 看護師
うち社会福祉士	8	
常勤専任・兼任（実人数）	3	職種・資格： 看護師
常勤専任・兼任（常勤換算）	3	
非常勤（常勤換算）	3.08	
常勤換算 合計	15.08	
病床100対 担当者数	2.61	

## 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）	926	77.2	5.12
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	814	67.8	4.50
退院相談（退院先の調整）	9179	764.9	50.72
苦情相談（医療事故 クレーム）	40	3.3	0.22
看護相談（退院後のケア等）	584	48.7	3.23
がん相談	3506	292.2	19.37
その他の医療相談	191	15.9	1.06
その他	798	66.5	4.41
総数	16038	1,336.5	88.63

## 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	0.07 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	131 件
分母：延入院患者数	180421 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 %
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	8 件
分母：延入院患者数	180421 人

## 一般病院1・2・3

● 把握している ○ 把握していない

退院後4週間以内の計画的再入院件数	26.64 %
分子：計画的再入院件数	4947 件
分母：全入院件数	18569 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後4週間以内の計画外の再入院件数	4.52 %
分子：計画外の再入院件数	839 件
分母：全入院件数	18569 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0.18 %
分子：予定外の再手術件数	10 件
分母：総手術件数	5503 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	49.55 %
分子：パス適用入院患者数	9205 人
分母：全退院患者数	18576 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	5503 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	%
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	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	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	%
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	人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	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	74.37 %
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	4092 人
分母： 手術を受けた退院患者数	5502 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	12	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・重症患者看護	0	0
感染症看護	0	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	6	1
集中ケア	2	0
緩和ケア	7	0
がん化学療法看護	9	0
がん性疼痛看護	3	1
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	0
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	3	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	73	0	0	0	73
薬剤師	73	0	0	0	73
その他( )	0	0	0	0	0
その他( )	0	0	0	0	0

病棟担当薬剤師 (常勤換算)	18
----------------	----

## 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	13652	56.18	0.77	3.57
外来 院外処方箋枚数	117833	484.91	6.64	30.85
入院処方箋枚数	149623	409.93	5.62	25,886.33
注射処方箋枚数	142479	390.35	5.35	24,650.35
薬剤管理指導	18700	51.23	0.70	3,235.29

院外処方率	89.62 %
-------	---------

医薬品 品目数	1362
---------	------

## 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
一包化の実施：外来	4)院外処方
一包化の実施：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	1160
抗がん剤の調製・混合への対応	1)全て対応

抗がん剤対象患者数 外来*	156
抗がん剤対象患者数 入院*	43
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*	100 %

\*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 1  
○ 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 (%)	100 %
<input type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋 (%)	%
<input 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	73	0	0	16.48	89.48
うち医師	2	0	0	0	2
うち臨床検査技師	71	0	0	16.48	87.48
うち衛生検査技師	0	0	0	0	0

## II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	120
緊急検査	60

## 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： 公益財団法人日本医師会臨床検査精度管理調査、日臨技精度管理調査、都臨技精度管理調査、CAP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	13
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0
□ 非常勤(常勤換算)	0
□ 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	41850	0	41850
うち組織診	23364	0	23364
うち細胞診	11208	0	11208
うち免疫組織化学	7278	0	7278

## II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	1390
□ 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	288
□ 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 7

## II-5-7 死亡率

死亡率	1.95 %
死亡数 (再掲)	362
退院患者数 (再掲)	18577

## II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	16		16
剖検率	4.42 %	%	4.42 %

## 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	9.33	70.33
うち医師	15	0	0	3.53	18.53
うち診療放射線技師	46	0	0	5.8	51.8
うち診療X線技師	0	0	0	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	59937	10,369.72	59725	0	99.65 %
うち頭部CT	9366	1,620.42	9333	0	99.65 %
MRI撮影	11488	1,987.54	11448	0	99.65 %
うち頭部MRI	4155	718.86	4140	0	99.64 %
核医学	7426	1,284.78	7400	0	99.65 %

## II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	3
X線テレビ装置	2
血管撮影装置	4
乳房軟線撮影装置	3
パノラマ撮影装置	1
CT	6
MRI	4
ポータブル撮影装置	8
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	40	0	0	3.95	43.95
うち医師	9	0	0	0.26	9.26
うち看護師	0	0	0	0	0
うち診療放射線技師	31	0	0	0.97	31.97

## 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)	6
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	6

## 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	0
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	1
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	0
<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	59322	10,263.32	43	0.07 %
赤血球製剤	10420	1,802.77	24	0.23 %
血小板	44950	7,776.82	15	0.03 %
凍結血漿	3952	683.74	4	0.10 %
その他	0	0.00	0	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	19
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0
□ 非常勤(常勤換算)	0
□ 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	45	0	0	1.35	46.35
うち看護師	45	0	0	1.35	46.35

## 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)	5525	955.88
うち全身麻酔件数	5044	872.66
うち緊急手術件数	160	27.68
うち短期滞在手術件数	0	0.00
うち悪性腫瘍手術件数	4362	754.67

## 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	3031	心カテ	
硬膜外麻酔	0	冠動脈バイパス術	0
脊椎麻酔	8	弁膜症手術	0
		開心術	0
		大動脈瘤切除術	0
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	5	緊急開頭術	0
脳動脈瘤根治術	0	緊急開胸術	0
脳動静脈奇形摘出術	0	緊急心大血管手術	0
脳血管内手術	0	緊急帝王切開術	0
脳腫瘍摘出術	160		

## 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	0
ジェットウォッシャー	5
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)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0



## 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  
 ・ 特定の病棟に固定した救急専用病床を有している病院  
 ・ 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			5		2	
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	1902	5.21
救急車搬入患者数	709	1.94
救急入院患者数	585	1.60

	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)	452	1.86
救急車搬入患者数	217	0.89
救急入院患者数	179	0.74

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	1247	10.48
救急車搬入患者数	243	2.04
救急入院患者数	201	1.69

## 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 %) ○ 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 %) ○ 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	11	0	11
栄養士	0	0	0
調理師	0	0	0

## II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	266	151
集団実施回数(回/月)	0	8
月間対象延患者数(人)	0	35
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	24.18	13.73
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0.73

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数( 48 回/月)  
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数( 344 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	0
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	6
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	0
<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	11	0	0	0.97	11.97
うち理学療法士	6	0	0	0	6
うち作業療法士	2	0	0	0	2
うち言語聴覚士	3	0	0	0	3

## 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)	0	0
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)	0	0
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.4	2.2
<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.02	2.1
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.6	1.5
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.06	0.65
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.6	1.5
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)	0.13	0.65

	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	266	1631
摂食機能療法	0	8
集団コミュニケーション療法	0	0

## 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	11	0	0	0	11
上記以外	36	0	0	2	38

## 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	99.74 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	18529 件
分母：昨年度の年間退院患者数	18577 件

## II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
100	17.3

## 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
- 3) コンピュータシステムの管理： 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	10
<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"/> 委託職員 (常勤換算)	0
<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	0
<input type="checkbox"/> 訪問看護	0
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	0
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	0
<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導	0

## II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

看護職員数 (人)	0
患者1人あたり月平均訪問回数	0
看護職員1人あたり月平均訪問回数	0

## 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	129	0	0	8.29	137.29
うち看護師	129	0	0	5.39	134.39

## 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 2023 年 3 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	73	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	156	(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	13
<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		
		1) 中央管理	2) 使用場所での管理	3) その他
人工呼吸器	15	<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	440	<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
シリンジポンプ	110	<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
除細動器	21	<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
モニター	209	<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	
	2022	2021	2020	2022	2021
医業収益(繰入金を除く)	37,326,289	35,916,457	32,533,001	103.93 %	110.40 %
医業費用	36,996,484	35,431,728	32,445,394	104.42 %	109.20 %
医業損益(繰入金を除く)	329,805	484,729	87,607	68.04 %	553.30 %
医業収支率	100.89 %	101.37 %	100.27 %		

## Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2022
外来収益	46,264
入院収益	115,479

## Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2022 年度(西暦)	3,309,567
-------------	-----------

## Ⅲ-2 繰入金の状況(推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2022	2021	2020	2022	2021
総収益(繰入金を除く)	37,500,944	36,107,913	32,704,878	103.86 %	110.41 %
繰入金(他会計負担金等)	787,309	814,528	1,189,054	96.66 %	68.50 %
上記合計に占める繰入金の割合	2.06 %	2.21 %	3.51 %		

## 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		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020
入院診療収益	19,129,300	18,560,961	16,546,129	51.25 %	51.68 %	50.86 %
室料差額	1,437,104	1,464,879	1,318,742	3.85 %	4.08 %	4.05 %
外来診療収益	16,019,314	15,116,937	14,089,547	42.92 %	42.09 %	43.31 %
保健予防活動	767	15,354	913	0.00 %	0.04 %	0.00 %
受託検査・施設利用収益	6,885	12,211	7,212	0.02 %	0.03 %	0.02 %
その他の医業収益	826,210	851,957	644,479	2.21 %	2.37 %	1.98 %
保険等査定減	-93,291	-105,843	-74,021	-0.25 %	-0.29 %	-0.23 %
医業収益 合計	37,326,289	35,916,457	32,533,001	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		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020
給与費	9,788,310	9,894,324	9,608,398	26.22 %	27.55 %	29.53 %
常勤(再掲)	9,426,143	9,528,234	9,252,887	25.25 %	26.53 %	28.44 %
非常勤(再掲)	362,167	366,090	355,511	0.97 %	1.02 %	1.09 %
材料費	17,265,758	15,919,916	14,431,199	46.26 %	44.32 %	44.36 %
医薬品費(再掲)	13,888,111	12,742,362	11,316,150	37.21 %	35.48 %	34.78 %
診療材料費(再掲)	3,145,003	2,947,467	2,906,014	8.43 %	8.21 %	8.93 %
給食用材料費(再掲)	129,171	127,073	121,402	0.35 %	0.35 %	0.37 %
医療消耗器具備品費(再掲)	103,473	103,015	87,632	0.28 %	0.29 %	0.27 %
委託費	3,418,131	3,594,883	3,198,071	9.16 %	10.01 %	9.83 %
設備関係費	4,876,052	4,828,640	4,091,976	13.06 %	13.44 %	12.58 %
減価償却費(再掲)	3,311,110	2,927,287	2,364,720	8.87 %	8.15 %	7.27 %
器機賃借料(再掲)	239,833	218,454	156,116	0.64 %	0.61 %	0.48 %
研究研修費	100	89	33	0.00 %	0.00 %	0.00 %
経費	1,648,134	1,193,876	1,115,719	4.42 %	3.32 %	3.43 %
その他の医業費用	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
医業費用 合計	36,996,484	35,431,728	32,445,394	99.12 %	98.65 %	99.73 %

II-20 精神科診療機能

- II-20-1 精神保健福祉法による指定 ○ 1) 指定あり ● 2) 指定なし
- II-20-2 医療観察法による指定 ○ 1) 指定あり ● 2) 指定なし
- II-20-3 精神科救急医療体制 ○ 1) 毎日対応 ○ 2) 特定日に対応 ● 3) 必要に応じて対応
- II-20-4 電気けいれん療法の実施 ○ 1) 実施している ● 2) 実施していない
- II-20-5 精神科訪問看護 ○ 1) 実施している ● 2) 実施していない
- II-20-6 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス ○ 1) 実施している ● 2) 実施していない

II-20-7 精神保健指定医の配置状況

	常勤	非常勤
精神保健指定医	2	0

II-20-8 精神科リハビリテーションの実績

	延実施人数 (年)	実施回数 (週)	現在登録数
精神科作業療法	0	0	0
生活技能訓練法 (SST)	0	0	0
ショートケア	0	0	0
デイ・ケア	0	0	0
ナイト・ケア	0	0	0
デイ・ナイト・ケア	0	0	0
重度認知症デイケア	0	0	0

II-20-9 精神科病棟の構造と機能

病棟 番号 *1	病棟名称	開放度	稼働 病床数	入院形態別 患者数 (人)					患者 平均 年齢	平均在院 日数	拘束数	隔離数
				医療観察法 入院	措置入院	医療保護 入院	任意入院	合計*2				
合計				0	0	0	0	0			0	0

\*1 病棟番号は「部門調査票(1)病棟部門」で記載した病棟番号  
 \*2 合計には「その他入院」を含む

## 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、病院から提出期限までに提出された現況調査に基づき作成しています。



## 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