

## 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、文書にて当機構評価事業部までお問い合わせください。

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

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

平成 20 年 7 月

日本医療機能評価機構評価委員会  
委員長 大 道 久

## 審査結果報告書について

### 1. 報告書の構成

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

### 2. 報告書の内容

#### （1）総括

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

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

#### （2）評価判定結果

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

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

小項目評価は3段階で行われ、「a」「b」「c」で表記しました。

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

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

5.1～5.8および8.2～8.3については、訪問病棟ごとの評価結果を表記しています。その際、病棟番号としてアルファベットを用いていますが、実際の病棟名とは関係ありません。

中項目および小項目の評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

<中項目>

- 5 : 極めて適切に行われている / 極めて適切な形で存在する / 極めて積極的に行われている
- 4 : 適切に行われている / 適切な形で存在する / 積極的に行われている
- 3 : 中間
- 2 : 適切さにやや欠ける / 存在するが適切さに欠ける / 行われているが消極的である
- 1 : 適切でない / 存在しない / 行われていない

<小項目>

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

## 総括

貴院は堺市唯一の市民病院として大正12年設立以来、地域のニーズに対応した病院運営を積極的に展開されてきた。

平成10年に病院機能評価の認定を受け、平成15年に更新され、今回は再更新のための審査である。

現在救急部門の強化および専門医療体制の充実（消化器センター・循環器センター・がんセンター他）、DPC方式、7:1看護の実施など、経営改善にも努めている。また、管理型臨床研修病院等各職種の研修施設として、医療水準の向上を指向した人材の育成などに積極的に取り組まれ、公的病院として使命を果すべく活動され、中核病院として地域医療に大きく貢献している。

今回の受審を契機に職員が一丸となってよりよい病院を目指し、改善に取り組まれた成果は審査の過程で随所にかがわれた。

住民の期待に応えるべく、この更新審査をツールとして改善活動を継続され、さらなる医療の質の向上、病院の発展を期待したい。

### 「1. 病院組織の運営と地域における役割」

病院憲章が策定されており、それを包含した内容で理念が策定されている。病院の役割と将来計画については、地域ニーズの現状把握はできている。経営計画は来年度以降の早期策定を期待したい。病院の管理者・幹部は、現状の課題をよく認識されている。今後、継続的に改善を図る仕組みを確立するよう、一層のリーダーシップの発揮を期待したい。病院組織の運営は、定期的会議等の検討を経て実施されており、おおむね適切であるが、事業計画書に基づく目標の設定が望ましい。情報管理機能の整備と活用、関係法令遵守についてはおおむね適切である。職員の教育・研修については、各委員会・各部署が多彩なテーマで研修を実施していることは評価したい。今後病院全体としての教育・研修を統括する管理体制の強化を期待したい。医療サービスの改善については、部門横断的に改善に取り組む仕組みを構築し、さらに活発に改善活動に取り組むよう期待したい。地域の保健・医療・福祉との連携は地域連携室・医療相談室が担当、ほぼ適切に実施されている。地域に開かれた病院としての活動は市民健康講座、およびボランティア活動の取り組みは実績があり評価したい。広報活動については、患者や地域住民向けの広報内容の充実を図り、ホームページの更新管理を徹底し、さらに積極的に取り組むよう期待したい。

### 「2. 患者の権利と安全確保の体制」

患者の権利に関する方針は明確で明文化され、職員に周知されている。職業・臨床倫

理に関する方針も明文化されているが委員会や手順には1年以内に作られたものがあり、さらに、教育の機会を通じて職員の理解、遵守を確認されたい。治験に関する倫理については委員会が機能し適切である。

患者と医療者のパートナーシップでは説明と同意に対する方針は明確であるが、同席者の署名をルール化するなど今後具体的な細かい部分の見直しや補強を検討されたい。

患者の安全確保については組織、方針、手順の整備はおおむね適切である。報告システムは電子化により環境は整備されており、今後の改善活動に期待したい。研修も系統的に実施されている。医療事故への対応体制はおおむね適切である。

感染対策についての管理体制はおおむね適切である。院内感染サーベイランスおよび教育活動はともに適切に行われている。

### 「3. 療養環境と患者サービス」

接遇教育は随時行われている。院内案内は配慮されているが、掲示は患者の視点で見直し、工夫が望まれる。外来待ち時間については、調査を定期的を実施するとともに時間短縮に努められたい。相談業務はMSWにより適切に行われている。患者・家族の意見の尊重については満足度調査の定期的な実施と、ご意見希望に対してさらに迅速な対応体制の構築を期待したい。利便性への配慮は良好である。バリアフリー、療養環境の整備についてはおおむね適切である。プライバシーの確保については一層の配慮が望まれる。敷地内禁煙の方針は明確で適切に禁煙に取り組んでいる。快適な療養環境については配慮されている。食事の快適性については時間・温度管理・嗜好への対応は良好である。トイレ・浴室への配慮はおおむね適切である。

### 「4. 医療提供の組織と運営」

診療の基本方針や目標は最近策定されており、周知徹底による効果が期待される。各種委員会や会議はおおむね適切に開催され、各種協議会や院内LANを利用し周知徹底されている。主治医は明示されているが、担当医や上級医、レジデントなど多くの名称が使用されており患者への混乱を避けるため呼称の統一をはかられたい。診療部門に必要な教育・研修は新任研修を含めて適切に実施されている。看護部の理念・目標は明確であり、目標管理は積極的に行われ体制は確立している。組織運営はおおむね適切である。看護部門の教育・研修は計画的に行われ専門能力を活かした配置に努力されている。薬剤部門では、がんセンター開設や外来化学療法実施などを踏まえ、抗がん剤の調合に薬剤師が関わるようさらに努力されたい。臨床検査部門では体制・運営ともにおおむね適切である。画像診断部門・病理部門・輸血部門はともに職員の確保、設備・機器の整備状況など適切である。手術・麻酔部門・救急部門・集中治療室の体制は病院機能を十分果たすべく体制・運営ともに適切であり評価できる。栄養部門の体制、運営、NSTチームとしての活動も適切である。リハビリテーション部門では多くの施設基準をクリアし努力されているが、病院の機能や方針に見合った、作業療法士の配置やセラピスト

の充実が必要である。

図書室機能については適切に整備・運営されている。診療録管理部門では診療録管理は適切に行われている。今後さらに病院組織の中で位置づけを明確にし、必要な権限をもつ重要な担当部門として確立し、医療の質の向上と効率的経営に資する指標データ作成を定期的に提供されることを期待したい。

訪問サービス部門はないが必要な連携体制は整備され機能している。外来部門の方針・役割は明確であり、おおむね適切に運営されている。

#### 「5. 医療の質と安全のためのケアプロセス」

病棟における基本方針や目標は明示され、医師・看護師の責任体制は確立している。

多くの疾患でクリニカル・パスが導入され、入院から退院までを含めた計画がほぼ適切に説明、実施されている。また、電子カルテ利用により指示出しから実施までのプロセスもおおむね適切に行われている。病棟差はあるが電子カルテ上医師がよく記録していることを評価したい。看護過程における展開はおおむね適切に行われているが、患者、家族の視点に添った対応、記録のさらなる充実を期待したい。侵襲を伴う検査・輸血についてほぼ適切に実施記録されている。手術・麻酔が安全に確実に実施されている。病棟薬局が設置されていて服薬指導などが確実に行われていることは評価できる。栄養管理と食事指導はよく連携され適切である。リハビリテーションは作業療法士との連携の基にほぼ良好に行われている。緊急時の対応は訓練もよく行われ評価できるが、救急カーットの薬剤管理、日々の点検・整備に関しては病棟とSPD、薬剤部との関わりがより明確になるよう院内でさらに検討・工夫が望まれる。安全確保のための身体抑制の基準・手順は整備されほぼ適切に運用されている。療養の継続性が適切に確保されているが、転棟・転科時のサマリーの活用が望まれる。

病院感染のリスクを低減させる対策についてはおおむね適切に実施されている。

#### 「6. 病院運営管理の合理性」

人事管理体制は、市の条例・規則として整備されており適切であるが、人材確保については、医師、作業療法士の確保、および診療情報管理士の常勤配置など病院の役割・機能に見合った体制整備が望まれる。

人事考課は、一部職種について市の制度による昇任試験制度および院内施行の目標管理制度が運用されているが、制度としては十分な体制にない。今後を期待する。

職員の労働安全衛生については、定期健康診断の受診率の向上を努力されたい。

財務管理においては財務会計、予算管理、資金管理および投資計画はおおむね適切に処理されている。経営管理については、経営分析等の取り組みに一層の努力が望まれる。医事業務、病床管理は、手順の整備、仕組みなど適切に行われている。施設・設備管理については医療ガスを含め責任体制、保守管理など適切である。医療機器の管理については、補修要因発生のつど速やかに対応されたい。給食施設の衛生管理については、調

理室の環境に一部検討の余地が認められる。廃棄物の処理、物品管理、業務委託、保安体制は適切である。病院の危機管理への対応院内における災害時への対応体制および大規模災害への対応については、地域の災害拠点病院として積極的な対応体制が整備されており適切である。訴訟などへの対応体制も適切である。

# 1. 病院組織の運営と地域における役割

## 評価判定結果

### 1.1 病院の理念と基本方針

1.1.1	理念および基本方針が確立されている	3	病院の理念や病院憲章は策定されているが、基本方針が策定されていない。基本方針を明確に位置付けることが望ましい。
1.1.1.1	理念および基本方針が明文化されている	b	病院憲章が策定されており、それを包含した内容の病院理念が策定されている。
1.1.1.2	基本方針は病院運営上の目標を明確にして策定されている	b	病院憲章の内容は普遍的であり適切ではあるが、役割・機能・目標を明確に反映した具体的な内容とは言えない。「新中期経営計画（H20.3素案）」の中の「事業運営目標・基本方針」の章には「診療機能整備」の方針として、病院の役割や機能に見合った具体的内容が記載されているが、この内容が「病院の基本方針」であるという認識は病院幹部の発言からは感じられない。
1.1.1.3	理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることがらが文言に表されている	a	「患者さんの権利に関する宣言（H16.1）」が策定されている。
1.1.1.4	基本方針は定期的に見直されている	b	さらに具体的な内容の「基本方針」を策定し、医療環境の変化に合わせて定期的に見直すことが望ましい。
1.1.2	理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている	3	基本方針に相当する内容のものを策定した上で、院内での認識の共有を図るための工夫、および院外への広報の工夫を望みたい。
1.1.2.1	理念および基本方針を組織内に浸透させる努力と工夫がなされている	b	理念や病院憲章の印刷・掲示などは行われている。基本方針に相当する内容のものを策定した上で、その趣旨が職員の行動に反映されるよう、認識の共有を図るための工夫を望みたい。
1.1.2.2	理念および基本方針を院外に浸透させる努力と工夫がなされている	b	理念や病院憲章については最近改定した「入院のしおり」に記載したところである。今後、具体的な内容の基本方針を策定し、広報の工夫を図るよう望みたい。

## 1.2 病院の役割と将来計画

1.2.1	地域における病院の役割・機能が明確になっている	3	役割や機能は認識されているが、全体像を明確に明文化したものが見当たらない。市民が診療機能の現状を理解し、支援を得られるよう、情報公開の促進と診療体制の整備の継続を期待したい。
1.2.1.1	地域におけるニーズがデータに基づいて把握されている	a	市立の病院なので、保健医療計画の一環とした現状把握は行われている。
1.2.1.2	地域における自院の役割・機能が適切に設定されている	b	「医療センター機能」や救急での役割・貢献などについては認識されているが、その内容について簡潔に明文化したものが見当たらない。個々のセンター機能についての個別パンフレットは作成されているが、全体像を明確に示す資料とは言えない。
1.2.2	将来計画が策定されている	3	今年度までの経営計画は策定されているが、来年度以降を含む経営計画は、まだ素案が立案された段階である。早期策定を期待したい。
1.2.2.1	中・長期計画が策定されている	b	H17～19年度の経営計画は策定されているが、来年度以降を含む経営計画（H20～22年度）は、まだ素案が立案された段階である。
1.2.2.2	中・長期計画の策定が組織的に行われている	a	運営協議会メンバーによる策定委員会が設置されている。
1.2.2.3	中・長期計画を院内に周知する努力がなされている	a	院内LANで閲覧可能である。

## 1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.1	病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している	3	大きな課題についての認識は適切であるが、改善に向けた取り組みの監督状況は十分とは言えない。病院運営上の様々な課題の状況を中央で把握・評価し、5年間・長期にわたって継続的に改善を図るため、病院長・看護局長・事務局長による内部監査的な仕組みの構築と強力なリーダーシップを期待したい。
1.3.1.1	職員の労働意欲を高める組織運営を行っている	a	医療の専門性強化を進めることによって人材確保を図る方針、および働きやすい環境への配慮など、組織の活性化に向けた取り組みの方向性は適切と思われる。
1.3.1.2	病院運営上の問題点をよく把握している	a	大きな課題についての認識は適切である。
1.3.1.3	主要な問題について解決策を判断し実行している	b	経営管理会議（月曜会）などでの検討状況は適切である。特別委員会なども設置されているようであるが、規定等がないので、設置状況や適切に機能しているのかどうか分からない。
1.3.1.4	改善結果を評価し一層の活性化を図っている	b	各委員会、調整会議、特別委員会、チーム、および各部署が個々に活動を行っており、院内全体の改善進捗状況を、幹部が総括的に把握・評価する仕組みが明確でない。
1.3.1.5	医療の質・安全の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している	b	向上意欲はあるが、改善課題、改善目標、取り組みが具体的に設定されていない。医療の質向上についてはクリニカル・インディケータが課題であるということは中期経営計画の主要施策として記載されているが具体策が明確でない。
1.3.1.6	業務の効率化と経営改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	b	経営改善の方針は中期計画などに記載されているが、医療職の負担軽減のため、事務職との役割分担の促進や業務効率化の促進などに関する課題や目標は明確に設定されていない。

## 1.4 病院組織の運営

1.4.1	病院は組織規程に基づいて運営されている	3	委員会規定類等に見合っていない点が見られたが、改善作業により現状に即した委員会活動に整理され、規定の見直し、整備が行われた。文書管理全般についてはシステムは改められたが緒に就いたところである。継続的な運用についての対応が望まれる。現時点での改善の成果はおおむね適切である。
1.4.1.1	組織運営の基本を定めた規程がある	a	行政機関であるので、行政上の基本的な規定は整備されている。
1.4.1.2	運営方針と経営的意思を決める会議体があり、定期的開催されている	a	経営管理会議（月曜会）および運営協議会（水曜会）は定期的開催されている。
1.4.1.3	病院の組織的な構造と機能および指揮命令系統が明確に示された組織図がある	b	「医療センター（がんセンター、消化器病センター、他）」および医療安全管理室等の重要部門が記載されておらず、指揮系統が不明確であり実務に整合していない点が認められたが、4月1日から体制図を作成し補完された。
1.4.1.4	職務分掌・職務規程・会議規程などがあり組織運営の責任と権限が明確にされている	b	委員会規程の無いもの、資料の新旧混在等散見されたが、改善作業により、現状に即した委員会活動に整理され規定の見直し、整備が行われた。文書管理全般についてはシステムが改められたところである。

1.4.2	組織運営が計画的になされている	3	定期的会議などでの検討を経て組織運営が行われているが、事業計画書的な書類の記載内容は具体的とは言えず、進捗管理の実施状況も明確ではない。「事業概要(事業計画)」とは対応していないが、経営面(患者数や収入等)だけに関しては月次把握が行われており、おおむね計画的な管理が行われていると考えられる。「事業概要」の記載内容を充実させるとともに、定期的進捗管理を行うよう期待したい。
1.4.2.1	年次事業計画が策定されている	b	中期経営計画の内容を踏まえ「事業概要」という2ページ程度の資料が毎年作成されており、当該年度の重点目標的な内容が記載されている。各項目の目標達成のための具体策や進捗スケジュールなどの記載は無く、記載内容が充実しているとは言えない。
1.4.2.2	年次事業計画の実施経過とその結果が定期的に評価され見直されている	b	「中期経営計画(事業計画)の達成状況」は翌年度6月頃に評価が行われているが、年度内の実施経過管理は行われていない。経営面については「上半期業務状況」として年2回の評価が適切に行われているが、「事業概要」の記載内容とは対応していない。
1.4.2.3	事業計画に基づく部門・部署ごとの目標が設定されている	b	H18年とH19年度は部門・部署の目標を記載した具体的な計画書は作成されていない。資料は確認できなかったがH17年度はBSCの一環で作成されたとのことである。部門目標設定に使用されると思われる「確認項目シート」がH19.1に策定されているが、実際の使用状況は確認できなかった。同様の様式「目標数値等記入シート」の内容は経営面のみであり、「事業概要」の内容とは対応しない。
1.4.3	組織内の情報伝達が円滑に行われている	4	協議会や調整会議、および院内LANにより周知が図られており適切と思われる。
1.4.3.1	病院執行部の決定が全職員に伝達されている	a	
1.4.3.2	部門内および部門間の情報伝達が円滑に行われている	a	

## 1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.1	情報管理機能が整備されている	3	システム機能はおおむね整備されているが、体制面は適切とは言えない。院内の全ての診療情報を一元的に収集管理分析する部署を設置し、診療情報管理の専門知識を持った責任者を配置し、情報活用体制を強化することが望ましい。
1.5.1.1	情報を管理する部署または担当者がある	b	電子カルテのデータ、DPCのデータ、紙の診療記録、それぞれに担当者が設定されており、医療情報委員会やDPC特別委員会が設置されている。それぞれが個々に活動しており、院内の診療記録および診療情報全体の現状を把握している責任者は実質的にいないと思われる。
1.5.1.2	患者の個人情報の守秘を確実にする方法がとられている	a	規程などは整備されており、セキュリティの仕組みも設定されている。情報漏えい等に対する注意喚起もLAN画面上で行っている。
1.5.1.3	情報機能が整備され、院外の医療情報の入手や院内の情報共有が図られている	a	インターネットは主要な部署で見れるよう整備されており適切である。院内LANも整備されており、マニュアルや一部の委員会資料なども掲載されている。
1.5.2	病院の運営に必要な情報が収集され活用されている	3	基本的な医事統計については適切に検討されている。DPCデータの活用と医療の質に関する情報分析については、現状ではまだ十分とは言えず、今後の継続的な取り組みと成果に期待したい。
1.5.2.1	医療活動や診療実績に関する基本的な情報が把握され報告されている	a	医事統計については毎月検討されており適切である。
1.5.2.2	診療情報と会計情報を統合して分析した統計資料が作成されており、病院の運営に活かされている	b	DPC特別委員会が設置されており、厚生労働省の松田研究班へのデータ提供のための検討は行われている。DPC対象病院であるので、DPC別平均在院日数や医療費の分析は可能なはずであるが、自院の運営改善のための分析や検討は十分とは言えない。
1.5.2.3	医療の質に関する情報が把握され検討されている	b	科によっては5年生存率などのクリニカル・インディケータの検討に積極的である。中期経営計画の基本的事項の中には、重要施策の一つとしてクリニカル・インディケータが明記されているが、現状では科毎の取り組みであり、病院全体として検討する仕組みは出来ていない。褥瘡発生率なども把握されているが、一部の病棟で急激に悪化した事態への対策の検討状況が不明確である。

## 1.6 関係法令の遵守

1.6.1	関係する法令が遵守されている	3	法令の理解とコンプライアンスの強化、および院内での内部監査的な仕組みの構築を事務局に求めたい。
1.6.1.1	医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている	b	感染症対策委員会に看護局長などの責任者が積極的に参加していない。
1.6.1.2	その他の法令が遵守されている	a	
1.6.1.3	法令遵守の努力が継続してなされている	b	今年度の立入検査において、主に薬剤関連の事項に関して口頭指導を受けた記録があり、面接時には既に対策済みとの回答を得たが、部署訪問時には対策が徹底されていない状況が散見された。

## 1.7 職員の教育・研修

1.7.1	全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている	3	全体を管理する仕組みが必要である。
1.7.1.1	全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部署が定められている	b	研究・研修調整会議が設置されているが、今年度の初回開催はH19.10であり、組織全体の教育研修を企画・実施・結果評価する役割の会議とは言えない。担当部署も明確でない。実質的には各委員会や各部署が個々に企画・実施しており、中央で全体を統括する機能は無い。
1.7.1.2	全職員を対象とした教育・研修計画が立てられている	b	本年度計画として提示されたA4一枚の用紙には具体的なプログラムや日程は記載されておらず、有意な計画書とは言えない。例年3月に開催されるはずの院内シンポジウムもH18年は開催されておらず、H19年度の計画書も現時点では無い。計画は各委員会各部署が個々に立てており、中央での計画的な管理は行われていないと考えられる。
1.7.1.3	必要性の高い課題について教育・研修が実施されている	b	研修の企画実施を中央管理していないため、どのようなテーマ・参加人数で開催されているのか、全体の状況が把握できない。個々の委員会議事録などをみると、医療安全の全職員研修は参加人数が比較的多かったようであるが、他の様々な研修では数10人程度の参加状況である。テーマの重要性によっては参加徹底が必要である。各委員会・各部署が主催する研修を個々にみると、全職員を対象として多彩なテーマで開催されており、DVD安全自由研修などのように適切に行われている事例もみられる。
1.7.1.4	院内の教育・研修の結果が評価されている	b	研修状況を院内全体で一元的に評価する仕組みが無い。最近開催された研修のうち、一部のものでは研修後アンケートや反省会が実施されていたが、病院全体として決められた研修結果評価手順は無いと思われる。参加者名簿は記載されているが、各科・各病棟・各部署ごとの参加状況などは集計されていない場合が多く、評価活用は十分ではない。

1.7.2	院外の教育・研修の機会が活用されている	3	医師については学会出張規程が適切に整えられていると思われるが、医師以外の職種についても、学会参加を促進するような規程の策定が必要である。参加後に情報共有する仕組みは明確ではなく、学んだ知識の共有を促進する仕組みの構築が望ましい。
1.7.2.1	各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている	b	医師については学会出張に関する規定（H19.4）が策定されており適切である。薬剤・技術部については、発表しない場合には3年に1回の支給規定になっているので、積極的支援とは言えない。事務局については旅費に関する条例（H6.3）が適用されており、学会参加を促進する規定は無い。事務職は、学会等で病院運営に関する勉強の機会などは無い。予算は前年実績を基準に多少増加して確保されているので、おおむね妥当と考えられる。
1.7.2.2	参加後の出張報告などにより教育・研修内容が共有されている	b	出張報告書の提出は規定されているが、知識の情報共有のための仕組みは明確ではない。看護局で1ヶ月以上の長期研修に出張した場合には、伝達研修が義務付けられているが、他の場合には、学んだ知識を部署内・部署間で共有する仕組みは構築されていない。

## 1.8 医療サービスの改善活動

1.8.1	医療サービスの改善活動が適切に行われている	3	個々の委員会の内部や各部署の内部では改善に取り組んでいるようであるが、長期にわたって継続的および部門横断的に医療サービス全体の改善に取り組む仕組みは明確ではない。改善が望ましい課題が散見されるので、医療サービス全般について定期的に内部監査を行うような仕組みを構築し、継続的に業務改善・サービス向上を図るよう強く求めたい。
1.8.1.1	医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある	b	看護の質向上委員会や患者サービス向上委員会、および調整会議などが個々に取り組んでおり、病院全体として部門横断的に医療サービス全体の改善に取り組む体制は実質的には機能していないと思われる。
1.8.1.2	継続的な活動により医療サービスが改善されている	b	過去の改善策が現在は継続されていない事例や、ごく最近まで対策がとられていなかった事項も散見される。PDCAサイクルによる継続的な管理体制は明確ではない。すべての医療サービスについて定期的に内部監査を行うような仕組みは構築されていない。
1.8.1.3	改善の成果を評価して見直しが行われている	b	各委員会や各部署での取り組みを全職員に知らせる仕組みが無い。改善の取り組み状況が直接の担当者以外には分かりづらく、改善効果の評価が漏れなく确实適切に行われているかどうか不明確である。病院全体の改善状況を継続的に評価・見直す仕組みはない。

## 1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

1.9.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある	3	連携業務に複数の部署（担当者）が関わっており、役割・責任が重なる面がみられる。連携体制については、現在、見直し強化が行われている途中なので、その効果に期待したい。
1.9.1.1	地域における連携を図るための部署または担当者がある	b	紹介受け入れについては地域医療室が設置されており、退院調整については主として医療相談室が中心となって取り組んでいる。外来患者の逆紹介については、患者との面談の有無により所管部署が異なることになる。体制強化については現在見直し中であるので、その効果に期待したい。
1.9.1.2	地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている	a	定期的に施設アンケートを行うとともに、先方の診療機能に合わせて関連各科の医師が個別訪問する計画も立てられている。機能把握の充実に向けて適切に取り組んでおり評価できる。
1.9.1.3	地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている	a	小冊子にて自院の診療機能に関する情報提供が図られている。科によってはホームページにも詳細な機能・診療実績が掲載されている。
1.9.2	紹介患者の受け入れが適切に行われている	3	紹介に関する手順に不備があり、厳密な状況把握が出来ていないケースがある。紹介実績の正確な把握、および返書を徹底するよう、手順の充実に期待したい。
1.9.2.1	病院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れている	b	紹介患者のうち、診療予約をとる患者についての手順は整備されており、詳細実績把握も適切である。予約をとらずに、直接、外来を受診した紹介状持参患者については、紹介内容の詳細情報の把握漏れが起こりうる仕組みである。
1.9.2.2	紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている	b	紹介患者のうち、診療予約をとった患者の紹介元施設の情報管理は徹底できているが、予約をとらずに、直接、外来を受診した患者の紹介元施設の情報については、確実に把握できているとは言えない。返書の手順は定められているが、直接受診の場合にはチェック漏れが起きる可能性がある。受診後の第1報以外にも、入院時などに返書を出す方針はあるが、チェックの仕組みが明確ではなく、徹底されていない状況が散見される。

1.9.3	地域の医療機関に対して施設や医療機器が開放されている	3	検査受託などに関する手順は整えられており、おおむね適切である。
1.9.3.1	検査受託に関する手順が整備されている	a	受け入れ手順および報告手順が整備されている。
1.9.3.2	検査結果が迅速・的確に報告されている	a	検査の種類に応じて、即日または翌日に報告する手順となっており適切である。
1.9.3.3	開放型病床があり、共同診療が実施されている	b	連携医の登録、診療の手順策定、症例検討会の開催など、仕組みとしては適切に整備されている。連携医の来院もみられるが、共同診療としての実績はほとんどない。使い勝手の良い方法を検討中とのことである。
1.9.4	患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている	3	外来の逆紹介については、地域医療室が積極的に主導する仕組みを整備することが望ましい。退院調整については、相談担当者の努力を高く評価したい。さらなる充実のためには、体制強化を含めた検討が望ましい。
1.9.4.1	自院にない診療機能について適切な紹介が行われている	a	高度専門医療については連携医療機関が明確であり、適切に紹介・転院が行われていると考えられる。
1.9.4.2	患者の療養の継続性を考慮した紹介が行われている	b	かかりつけ医への逆紹介については、外来の担当医による直接の逆紹介が多い。マニュアル（H19.9）の記載内容は非常に簡略なものである。地域医療室が積極的に主導する仕組みではなく、担当医の負担は少くない。退院調整については、適切に行われている。相談担当者の努力を高く評価したい。現状の体制では、重点的に対応する病棟を絞らざるを得ない状況である。
<b>1.10 地域に開かれた病院</b>			
1.10.1	地域活動に積極的に取り組んでいる	4	地域の健康増進に向けた取り組み、およびボランティア活動の取り組みは適切と考えられる。
1.10.1.1	地域の健康増進に寄与する活動が行われている	a	市民健康講座、病院見学会、および市内イベントへの職員派遣などに取り組んでおり適切である。
1.10.1.2	ボランティアを受け入れている	a	ボランティアが組織されており、ボランティア役員と病院側担当者の定例会議も開催されて適切に取り組んでいる。

1.10.2	適切な広報活動が行われている	3	広報活動については、適切とは言えない状況が散見される。広報誌については、記載内容の充実および発行頻度の拡大を望みたい。ホームページについては、全体としての更新管理の徹底状況は不適切である。更に積極的に広報活動に取り組むよう期待したい。
1.10.2.1	広報活動が組織的に行われている	a	広報・公聴担当部署が設置されており、広報・公聴会議も年4回程度開催されている。
1.10.2.2	計画的に広報活動が行われ、その内容を見直している	b	広報誌「象さん広場」を年2回発行することになっているが、H18年は休刊しており、事実上、不定期である。発行部数も2000部に過ぎない。「市立堺病院紹介パンフレット」をH19.11に発行しているが、診療内容の特色が記載されていない。ホームページには、約3年前頃（H16年）に更新停止している箇所が多々みられる。リンク切れ等も散見される。最新の状況を適切に掲載している箇所もあるが、全体としての更新管理の徹底状況は不適切である。
1.10.2.3	自院の業務内容や診療実績を広報している	b	病院全体としての診療機能の特徴および地域での役割や現況の記載が明確でない。個別の診療機能については14種類の病院パンフレットが作成されており、内容はおおむね適切である。H18.10時点の実績が掲載されているものもあるが、発行日の記載が無い。ホームページでは診療実績などが年度更新されていない科が散見される。メールマガジン（看護向け）は優れた取り組みである。

## 2. 患者の権利と安全確保の体制

### 評価判定結果

#### 2.1 患者の権利と医療者の倫理

2.1.1	患者の権利に関する方針が明確である	4	患者の権利が明文化され、患者・家族、職員への周知は適切である。
2.1.1.1	患者の権利が明文化されている	a	
2.1.1.2	患者の権利について組織的に検討が行われている	a	
2.1.1.3	患者の権利が患者・家族に周知されている	a	
2.1.1.4	患者の権利が職員に周知されている	a	
2.1.2	職業倫理に関する方針が明確である	3	職員に対する職業倫理教育の確実な実績を積まれることを期待したい。
2.1.2.1	職業倫理についての検討が組織的に行われている	b	委員会が平成19年9月3日に設置され規約が作られたが、規約策定の日付記載がない。
2.1.2.2	職業倫理に関する方針が明文化されている	a	
2.1.2.3	職業倫理に関する方針が職員に周知されている	b	研修会が平成20年1月29日に初めて開催されそれまでの実績がない。
2.1.3	臨床における倫理に関する方針が明確である	3	規約見直しを定期的に行う体制を整えると共に、他の研修項目も含む年間職員研修プログラムを作りそれに基づいた確実な職員研修が行われることを検討されたい。
2.1.3.1	臨床における倫理について組織的に検討している	b	平成19年8月1日に臨床倫理検討委員会が初めて開催され検討された。
2.1.3.2	臨床における倫理に関する方針が明文化されている	a	
2.1.3.3	臨床における倫理に関する方針が周知されている	b	研修の実績が少ない。
2.1.3.4	臨床における倫理に関する教育・研修が行われている	b	年間研修プログラムが作られていない。

2.1.4	治験に関する倫理が明確である	4	治験委員会が機能し適切である。
2.1.4.1	治験に関する委員会が機能している	a	
2.1.4.2	治験に関する規程が遵守されている	a	
2.1.5	臨床研究に関する倫理が明確である	4	臨床研究に関する倫理が明確で委員会が機能し規定が遵守されている。
2.1.5.1	臨床研究に関する委員会が機能している	a	
2.1.5.2	臨床研究に関する規程が遵守されている	a	
<b>2.2 患者－医療者のパートナーシップ</b>			
2.2.1	患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある	3	組織的に患者－医療者のパートナーシップを強化する仕組みを作り、具体的方策の広がりや進展を図られることを期待したい。
2.2.1.1	患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明確である	b	患者に名前を名乗ってもらう手順がある。患者向けの教育、図書館、患者参加カンファレンスなどはない。
2.2.1.2	患者－医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している	b	パートナーシップの強化を組織的に検討する仕組みが明らかでなく、いくつかの委員会で散発的に検討されている。
<b>2.3 説明と同意</b>			
2.3.1	説明と同意を行う体制が確立している	3	説明と同意の場に看護師が同席することを基本とすることを明確にされたい。また説明文書には規定の説明文以外に個々の状況に応じて加えた説明を記載することが望まれる。
2.3.1.1	説明と同意についての方針が明確である	b	説明と同意の用紙に同席した看護師署名欄がないように、説明と同意の場に医師以外に患者の立場を保護する病院側看護師などが同席する体制ができていない。
2.3.1.2	説明をして同意を得る手順が明確である	b	多数の説明文書が作られているが、記載されたこと以上に個々の状況に応じて説明を加えることができる余白を設けるなどの書式になっていない。

2.3.2	患者の請求に基づく診療記録などの開示に対応している	3	開示請求に積極的に応じる体制が評価できるが、開示必要条件を満たしているか組織的に検討する仕組みがあるとさらに良いと考えられた。
2.3.2.1	診療記録などの開示請求について検討する体制が機能している	b	市の規定による開示規約と手順が決められているが、開示必要条件を満たしているか否か検討する仕組みがない。
2.3.2.2	診療記録などの開示請求に関する方針と手順が確立している	a	

## 2.4 患者の安全確保

2.4.1	安全確保のための組織体制が確立している	3	医療安全管理のための組織は整備されているが、安全確保の手順については総括的な内容の監査と周知徹底が望まれる。
2.4.1.1	安全確保のための体制が明確である	b	安全管理者（専従看護師）の権限が具体的に明文化されていない。
2.4.1.2	安全確保の方針が明確である	a	病院の姿勢は明確であり、事故発生時の方針も明示されている。
2.4.1.3	安全確保の手順が明確である	b	安全確保の手順については、誤認防止などは全部署共通手順として整備されているが、各部門、部署の手順と内容に齟齬が認められる。今後さらに検討、統一および周知への努力を望みたい。
2.4.2	安全確保のための活動が行われている	3	情報の収集は電子化で体制は整備されたが、さらに情報の分析・改善、客観的な効果・判定に活かされることを期待したい。
2.4.2.1	安全確保のための院内の情報を収集する体制がある	a	インシデントレポートは電子カルテによる報告に改善された。各職種から提出されている。月平均151件であり、看護部門が9割である。
2.4.2.2	安全確保のための院外からの情報を活用している	a	
2.4.2.3	収集した情報を分析し、改善策を実施している	b	同姓同名患者の電カル上の表示の改善、過剰内服による転倒の改善等がある。系統的な検討、効果・判定までには至っていない。
2.4.2.4	安全確保のための教育・研修を実施している	b	新任医師・研修医・新採用職員・看護職員は計画的に実施されている。直近ではあるがDVDによる全職種に自主研修など行われアンケートなどもとられている。委託職員は参加していない。

## 2.5 医療事故への対応

2.5.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	3	対応手順は明確であるが、職員の心理的支援を行う手順を明文化し、周知されたい。
2.5.1.1	医療事故発生時の対応手順が明文化されている	b	職員の心理的支援について 上司（師・科長）→産業医（血液内科医師）→専門医という手順をとっているが、明文化されていない。
2.5.1.2	医療事故発生時の手順が周知されている	a	電カル上で医療安全マニュアルとして周知している。新採用時のオリエンテーションで説明されている。
2.5.1.3	医療事故発生時の手順が遵守されている	a	

## 2.6 病院感染管理

2.6.1	病院感染管理のための体制が確立している	3	感染対策を強固にするために感染管理担当者への権限委譲と財政的支援体制があることを明確にすることと、抗菌剤使用指針の定期的な見直しと遵守を実行されたい。
2.6.1.1	病院感染管理について組織的に検討する仕組みがある	b	担当者の権限と財政的支援に関する規定がない。
2.6.1.2	病院感染防止対策のマニュアルが整備され、活用されている	b	マニュアルが各部署に周知、活用されているとは言い難い現状がある。
2.6.1.3	感染経路別予防策に基づいた隔離方法が確立している	a	
2.6.1.4	抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある	a	
2.6.2	病院感染に対応し組織的に活動している	4	感染サーベイがしっかり行われている事例がいくつかあることは評価できる。またその結果を院内に周知させている。
2.6.2.1	自院の病院感染に関する情報を把握している	a	
2.6.2.2	自院の病院感染に関する情報を分析・評価している	a	感染サーベイの実例がいくつかあり評価も行っている。
2.6.2.3	病院感染の発生情報に基づき改善策を講じている	a	

2.6.3	職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている	4	感染責任者を決め情報収集と職員教育が適切に行われている。
2.6.3.1	職員に対して採用時、およびその後、定期的に教育・研修を実施している	a	
2.6.3.2	病院感染管理に関する情報が関連部署に提供されている	a	
2.6.4	職員への感染予防策が実施されている	4	職員の抗体保持率を調査し、必要な予防接種を行っている。
2.6.4.1	感染性疾患を予防し対策を実施する仕組みがある	a	
2.6.4.2	予防接種についての情報を提供している	a	
2.6.4.3	予防接種の実施状況が把握されている	a	

### 3. 療養環境と患者サービス

#### 評価判定結果

##### 3.1 接遇と案内

3.1.1	接遇、応対に配慮されている	3	接遇教育について、病院の課題研修の位置づけをもって、定期的に行われることが望ましい。
3.1.1.1	受付や案内などの応対に配慮されている	a	
3.1.1.2	言葉づかいや身だしなみが適切である	a	
3.1.1.3	接遇教育が行われている	b	患者サービス委員会で随時に行われているが、病院の課題研修として計画的に行われていない。
3.1.2	担当者名や責任者名が紹介されている	4	名札には必要事項が記載され、また、担当医師名の表示及び部門責任者の掲示もされており、適切である。
3.1.2.1	職員は名札を着用している	a	
3.1.2.2	診療担当医師名が明示されている	a	
3.1.2.3	各部門の責任者名が明示されている	a	
3.1.3	病院の案内・掲示が適切である	3	掲示物の文字の大きさに配慮された。
3.1.3.1	外来者の案内に配慮されている	a	
3.1.3.2	必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている	a	
3.1.3.3	掲示物に配慮されている	b	必要情報は適度な位置、箇所に掲示されているが、総体的に文字が小さく読みづらい。
3.1.3.4	案内・掲示には必要な情報が含まれている	a	

3.1.4	外来待ち時間に配慮されている	3	外来待ち時間調査を定期的を実施するとともに、その分析結果を活用し、短縮に努められたい。
3.1.4.1	外来待ち時間の状況が把握されている	b	外来待ち時間調査が定期的に行われておらず、また実施分については分析されていない。
3.1.4.2	待ち時間短縮のための努力をしている	b	予約制を採っているが、待ち時間調査に基づくものではない。
3.1.4.3	診療開始予定時刻に診療が開始されている	a	
3.1.4.4	待つことの苦痛軽減に努力している	b	ポケベルの活用など特段の配慮はされていない。

### 3.2 相談機能

3.2.1	患者・家族の相談窓口が設置されている	3	相談窓口については、場所の案内表示の分かりやすさと入りやすい環境整備が望まれる。
3.2.1.1	相談窓口が案内されている	b	案内表示はされているが、わかりづらい。
3.2.1.2	相談窓口を担当者が配置されている	a	
3.2.1.3	患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている	b	相談スペースは確保されているが狭く、入り口がドアでないため会話が外部に漏れるおそれがある。
3.2.2	患者・家族の相談に応じている	4	適切に応じた記録が整備されている。
3.2.2.1	患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている	a	
3.2.2.2	院内スタッフとの調整がとられている	a	
3.2.2.3	相談の実施状況が適切に記録されている	a	

## 3.3 患者・家族の意見の尊重

3.3.1	患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている	3	意見箱は各フロアに設置して、積極的に意見を聞きタイムリーに対応されたい。
3.3.1.1	意見や苦情を聞くための手段があり、周知されている	b	意見箱の設置が1Fと2Fである。設置場所も総合案内の前で適切とは言えない。モニター制度はない。
3.3.1.2	意見や苦情に対処する手順が明確である	b	意見箱は月に1回の回収になっている。
3.3.1.3	外来患者の満足度調査が定期的に行われている	b	平成18年度の調査結果のみで継続的に実施されていない。内容も外来の待ち時間が主になっている。
3.3.1.4	入院患者の満足度調査が定期的に行われている	b	平成20年2月の調査内容は看護方式の変化によるものが、主である。広く医療サービスを対象とした内容とは言えない。
3.3.2	希望や意見、苦情に基づく対応が適切に行われている	3	意見や苦情については、職員への内容の開示をしながら、病院全体として再発防止の取り組みの検討が急務である。
3.3.2.1	担当者や委員会が適切に活動している	b	分析や具体的な改善策が少ない。
3.3.2.2	希望や意見に対する対応が適切に行われている	b	回答の掲示場所が分かりづらい（奥まっている）字のポイントが小さくて見づらい。
3.3.2.3	苦情に対する改善が適切に行われている	b	特室の浴室の段差についての苦情について、ユニットだからと改善されていない。
3.3.2.4	職員への周知と再発防止に取り組んでいる	b	接遇については、看護部の取り組みはうかがえるが他部門の取り組みは積極的ではない。
3.3.2.5	対応・改善の効果を評価・見直しを行っている	b	改善事例の効果評価と見直し等の記録はない。

## 3.4 利便性とバリアフリー

3.4.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	4	病院へのアクセスは駐車場を含め配慮されている。公衆電話については、身障者・高齢者の利用に、またプライバシーにも配慮されて設置されており、携帯電話の使用についても使用可能エリアを設定しているなど、適切である。
3.4.1.1	病院へのアクセスに配慮されている	a	
3.4.1.2	規模に応じた食堂、売店などの施設がある	a	
3.4.1.3	電話の設置場所と設置台数が適切である	a	
3.4.1.4	携帯電話の使用についてのルールがある	a	
3.4.2	入院患者の利便性に配慮されている	4	入院案内は、必要事項がわかりやすく記載され、入院生活に関してもデイルームの整備やラジオ、テレビの聴取も可能であり、また洗面、コインランドリー、理髪サービスなど生活の延長上の設備、サービスも整備されており、適切である。
3.4.2.1	入院案内が適切に作成されている	a	
3.4.2.2	入院生活の規則が患者本位に運用されている	a	
3.4.2.3	院外の社会との情報交換が容易である	a	
3.4.2.4	生活延長上の設備やサービスがある	a	
3.4.3	院内のバリアフリーが確保されている	3	病棟の身障者用トイレ開閉扉及び浴室のバリアフリーについて、改善若しくは適切な介助等十分な配慮をされたい。
3.4.3.1	玄関はバリアフリーである	a	
3.4.3.2	外来はバリアフリーである	a	
3.4.3.3	病棟はバリアフリーである	a	
3.4.3.4	トイレはバリアフリーである	b	病棟の身障者用トイレの開閉扉は押し開き式であり、やや重い。
3.4.3.5	浴室はバリアフリーである	b	浴室は、出入口口及び洗い場から浴槽へも段差があり、患者利用にあたっては容態に応じて介助している。

## 3.5 プライバシー確保への配慮

3.5.1	外来患者のプライバシーが確保されている	3	診察室は個室であるが一部上部が遮蔽されてなく、となりの部屋に会話が漏れる。運用でさらに工夫を望みたい。
3.5.1.1	患者の呼び出しに配慮されている	a	
3.5.1.2	診察室などの会話が外にもれないようになっている	b	診察室間の区切りの壁が上部が空いていて、会話が漏れる状況がある。
3.5.1.3	外来では検体などが人目に触れないようになっている	a	
3.5.1.4	検査、処置行為が人目に触れないようになっている	a	
3.5.2	入院患者のプライバシーが確保されている	3	面会時のダイルームは運用面での工夫を望みたい。
3.5.2.1	患者、家族に説明するためのプライバシーの保たれる場所がある	a	病棟のカンファレンスルームを活用している。
3.5.2.2	病室でのプライバシーについて配慮されている	a	
3.5.2.3	患者名の表示は患者本人や家族の意向が尊重されている	a	全室ともルーム内側の表示、廊下側での名前の表示はされていない。
3.5.2.4	面会用のスペースが確保されている	b	ダイルームを活用しているが、使用している人数に比べて、スペースが狭く、落ち着いて会話が出来ない状況が見受けられた。
3.5.2.5	病棟では検体などが人目に触れないようになっている	a	

## 3.6 療養環境の整備

3.6.1	療養環境の整備体制が確立している	3	病院長の院内巡視の効果を認識され、再開されることを望みたい。
3.6.1.1	療養環境を整備する担当部署または担当者がおかれている	a	
3.6.1.2	担当部署または担当者の業務内容が明確にされている	a	
3.6.1.3	療養環境整備の責任者および部署の責任者による院内巡視が行われている	b	昨年の3月以降、病院長を含めた院内巡視は行われておらず、衛生委員会が随時に、また事務局幹部職員が定期的に巡視している状況にある。

3.6.2	院内の清潔管理が適切に行われている	3	各室の用途に合った使用を守り、また修理必要機器については速やかに対応することが望まれる。
3.6.2.1	院内の清掃が十分に行われている	a	
3.6.2.2	院内に不快な臭気を認めない	a	
3.6.2.3	院内は整理整頓されている	b	一部病棟シャワー室・汚物室付近に、修理依頼済みの機器が置かれ物置化している状況がある。
3.6.3	患者が使用する設備・備品が整備されている	3	設備・備品について、随時点検されるとともに、修理必要時には速やかに対応されたい。
3.6.3.1	高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整備されている	b	一部洗面所に車椅子患者には使用しにくい箇所がある。
3.6.3.2	患者が利用する設備・備品は適宜点検・補修されている	b	一部病棟シャワー室と汚物処理室付近に、修理必要機器が置かれ物置状況である。
3.6.4	禁煙に取り組んでいる	4	全館、敷地内禁煙としており、院内外各所及び広報誌「市立堺病院ニュース・象さん広場」に禁煙表示がされている。また、禁煙支援対策として、入院患者に病院負担でコーチングを、また職員には禁煙模擬診療を実施するなど、禁煙への取り組みは適切である。
3.6.4.1	全館禁煙の方針が明確である	a	
3.6.4.2	禁煙についての表示がある	a	
3.6.4.3	禁煙に対する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる	a	
3.6.4.4	職員は禁煙を積極的に推進している	a	

## 3.7 快適な療養環境

3.7.1	やすらぎへの配慮がなされている	3	院内放送やPHSについては、ルールはあるが、守られていない実態が見受けられた。職員へのルールの周知徹底が必要。
3.7.1.1	院内の採光・彩色に配慮されている	a	
3.7.1.2	病棟の静寂が保たれている	b	院内放送（車の移動）音量が大きい。
3.7.1.3	院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている	a	
3.7.1.4	病棟に患者がくつろげるスペースがある	b	デイルームの広さが患者数に比べて狭い。
3.7.1.5	いやしへの取り組みを積極的に行っている	a	
3.7.2	病室内の快適性が保たれている	4	空調は中央管理コントロールであるが、病棟でも病室ごとにコントロール可能になっている。
3.7.2.1	病室内は整理整頓されている	a	
3.7.2.2	病室内の照明と採光に配慮されている	a	
3.7.2.3	病室内の空調に柔軟に対応している	a	
3.7.2.4	快適な空間が確保されている	a	
3.7.3	食事の快適性に配慮されている	4	食事時間や温度管理も充分されていて、選択メニューも毎日実施されて適切である。
3.7.3.1	食事時間が適切である	a	
3.7.3.2	食事の温度管理が適切に行われている	a	
3.7.3.3	快適な食事場所がある	a	デイルームを兼用している。
3.7.3.4	患者の特性や希望に応じた食事が提供されている	a	

3.7.4	ベッド・マットに配慮されている	4	全部 電動ベッドを使用し年に1回の定期的なベッドやマットレス洗浄と汚染時の交換も迅速に対応している。
3.7.4.1	患者の容態に応じてベッドを調節することができる	a	
3.7.4.2	ベッドの安全性と清潔性が保たれている	a	
3.7.4.3	マットの機能および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている	a	
3.7.5	トイレについての施設的な配慮がなされている	3	患者の高齢化もあり、今後車椅子用トイレやシャワートイレについては検討を要する。
3.7.5.1	患者数に合ったトイレが配置されている	b	患者数の割には車椅子トイレが1箇所と少ない。
3.7.5.2	車椅子用のトイレが配置されている	a	
3.7.5.3	トイレの広さは適切である	a	
3.7.5.4	トイレの安全性が確保されている	a	
3.7.5.5	トイレの清潔および清潔性に配慮されている	b	シャワートイレが1箇所と少ない(車椅子トイレのみ)。
3.7.6	浴室についての施設的な配慮がなされている	3	浴室の入り口の段差は安全の面からも工夫、改善が必要である。
3.7.6.1	病棟の機能に合った浴室が配置されている	b	ストレッチャーを使用する浴室が2病棟で1箇所しかない。利用する患者数からすると少ない。
3.7.6.2	浴室の広さが適当である	b	介助を必要とした時は少し狭い。
3.7.6.3	浴室の安全性が確保されている	b	浴室の入り口が段差になっている。ナースコールは設置されているが、押しづらい位置にあるところが認められた。
3.7.6.4	入浴の頻度と時間が適切である	a	

## 4. 医療提供の組織と運営

### 評価判定結果

#### 4.1 診療部門

4.1.1	診療上の基本方針や目標が明確である	3	最近策定された目標や基本指針を周知徹底し、評価対策へ結び付けられるようさらに努力されたい。
4.1.1.1	基本方針や目標が検討され、明文化されている	b	外来および病棟診療の基本指針が平成19年12月に作成されている。
4.1.1.2	基本方針や目標が医師と各部門の職員に徹底されている	b	基本指針作成が最近であり、各種文書やHPも含め周知徹底はこれからである。
4.1.1.3	基本方針や目標に沿って業務が行われる体制がある	b	各部門別にBalanced Score Card (BSC)として目標が設定されているが、評価およびそれに基づく対策はまだ行われていない。
4.1.2	診療部門の体制が確立している	4	
4.1.2.1	診療管理会議が開催されている	a	病院経営管理会議として開催されている。
4.1.2.2	診療に必要な各種委員会などが開催されている	a	
4.1.2.3	管理・責任体制が明確である	a	すべての出張が決裁され予算措置されている。
4.1.3	必要な医師が確保され、運営されている	3	医師の採用に努力されているが、独自の採用基準や医局人事以外の採用の拡充についてもさらに検討されたい。
4.1.3.1	医師が適切に採用されている	b	最近採用された医師の大多数は大学医局人事であり、病院独自の採用基準は明文化されていない。
4.1.3.2	病院の機能や役割に見合った医師が配置されている	b	眼科など一部診療科で配置不足がある。

4.1.4	必要な連携機能が確保されている	3	院内での連携は概ね適切であるが、院外との必要な連携には手順書の整備など組織的に取り組むよう努力されたい。
4.1.4.1	必要に応じて対診・他科受診が実施されている	a	他科受診は電子カルテ画面上で専用のタブが用意され容易に依頼状を作成し通知されるシステムである。
4.1.4.2	他職種との連携が適切に行われている	b	各種委員会や主要な会議には医師が参加しているが、症例検討会には医師の参加は少ない。
4.1.4.3	院外の診療機能との連携が適切に行われている	b	広範囲熱傷や小線源治療など紹介例はあるが、組織的な取り組みや手順は明確でない。
4.1.5	診療および業務上の指針・手順が確立している	3	病院として統一された医師マニュアルの整備や、診療責任者としての主治医が患者にも容易に理解できるような名称や定義をさらに検討されたい。
4.1.5.1	診療および業務上の指針・手順が作成されている	b	各種マニュアル、薬剤使用指針、クリニカルパスや手順書、ガイドライン等整備されているが、多くは個々の診療科や担当者の管理となっており、病院としてまとめられた状態ではない。
4.1.5.2	主治医・担当医が明確になっており、診療の責任体制が確立している	b	主治医はベッドネーム上では担当医欄に表示され明確ではあるが、電子カルテや院内各文書内で、主担当医、担当医、常勤医、非常勤医、上級医、レジデントやローテーター等多くの名称が使用されている。
4.1.6	診療部門に必要な教育・研修が実施されている	3	人事考課や問題への対応も行われているが、評価基準の明文化や看護職など他職種の参加等をさらに検討されたい。
4.1.6.1	医師の能力や実績が把握され、評価されている	b	医師の人事考課は上司が行っているが、具体的な評価基準はなく、他職種の関与もない。
4.1.6.2	診療部門内で必要な教育・研修が実施されている	a	学会や研修は奨励されており、予算措置も積極的に行われている。

4.1.7	診療の質を改善するための仕組みがある	3	多くのカンファレンスが多科他職種も交えまた院外とも活発に行われ評価できるが、診療実績の集計解析は組織的定期的ではなく、最新のものの公開や解析結果の評価等の取り組みをさらにすすめられたい。
4.1.7.1	診療に関する検討会・研究会が定期的に開催されている	a	乳腺、胸部、腎、消化器カンファレンス等、多科他職種を含めたカンファレンス、地域医師会との合同カンファレンス等行われている。
4.1.7.2	病理学的検討会が開催されている	a	前記カンファレンスは病理医参加で行われ、病理解剖症例のCPCや医師会CPC等も開催されている。
4.1.7.3	治療実績や症例報告をまとめ病院として報告・検討している	b	診療実績は診療科毎に個別に把握され、多くがインターネットホームページや年報に公開されているが、病院として統一したものではなく、データも古いものが更新されていないものが多い。
4.1.7.4	診療の質に関する評価指標を設定し、質改善に役立っている	b	個別の疾患や診療科単位の診療実績の統計解析は行われているが、定期的ではなくまた評価に基づく対応は明確でない。
<b>4.2 看護部門</b>			
4.2.1	看護部門の理念・目標が明確である	4	看護部の理念・目標は明確であり目標管理は適切に行われている。
4.2.1.1	看護部門の理念が明確である	a	
4.2.1.2	理念に沿った目標が明示されている	a	
4.2.1.3	目標管理活動が行われている	a	
4.2.2	看護部門の体制が確立している	3	部門管理の責任体制は確立し会議体は機能している。業務規程においては師長不在時の権限の委譲を明確にされたい。
4.2.2.1	看護部門を管理する責任体制が確立している	a	
4.2.2.2	看護部門運営のための会議や委員会が開催されている	a	
4.2.2.3	業務規程が整備されている	b	師長不在時の権限の委譲の仕方が不明確である。
4.2.2.4	看護業務に専念できるように業務分担と連携が適切に行われている	b	多職種との話し合いはなされているが、不定期である。

4.2.3	看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている	3	認定看護師の専門性を生かせる環境はこれからの期待したい。
4.2.3.1	病院の機能や役割に見合った人員配置をしている	b	7:1の看護で看護職の人員の確保はされているが、経験年数2年未満の看護師が約半数を占めており課題もある。
4.2.3.2	専門能力を活かした配置をしている	b	関連する病棟に配置されているが、スタッフと同じ業務分担になっているため専門性を生かす活動がしばらくの間状況がある。
4.2.3.3	看護部門の職員への技術的支援を行っている	a	プリセプター制を導入している。救急・WOC・がん化学療法・感染管理・乳がん看護6名の認定看護師が存在する。
4.2.3.4	看護部門の職員への精神的支援を行っている	a	師長や市の産業医等が支援している。
4.2.3.5	看護部門の職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている	b	病棟会が開かれ意見は吸い上げている。組織づくりに職員の意見を反映した具体的な事例はない。
4.2.3.6	専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している	b	院内外での活動はあるが、時間や資金などの支援はない。
4.2.4	看護部門に必要な教育・研修が実施されている	3	教育・研修は計画的に行われているが能力評価結果の活用は今後期待したい。
4.2.4.1	看護部門の職員の能力評価が行われている	b	平成18年度から導入されているが評価結果の活用には至っていない。
4.2.4.2	評価に基づいた能力開発プログラムが立てられている	a	ラダーを取り入れて段階的なキャリアアップを図っている。
4.2.4.3	専門領域についての必要な教育・研修を実施している	a	
4.2.5	看護ケア提供の基準・手順が明確である	3	看護基準や手順は整備されているが、質の向上には内部監査システムを構築し機能することを期待したい。
4.2.5.1	看護基準・手順が確立している	b	定期的な見直しはされているが改訂の年月日の記載がないものがある。内部監査システムがない。

4.2.6	看護の質を改善するための仕組みがある	3	ケア改善のためのデータの収集と分析については、貴院の規模・役割からも業務量の測定などより活発な取り組みを期待したい。
4.2.6.1	看護ケア改善のためのカンファレンスが開催されている	b	開催されているが定期的でない。
4.2.6.2	看護に必要な各種委員会などに参加している	a	
4.2.6.3	看護ケア改善のためのデータ収集・分析・活用を行っている	b	業務量測定は行われていない。転倒の予防・褥瘡率についてデータの収集分析には努めているが結果の活用事例が少ない。
4.2.6.4	研究や開発の成果を年報などにまとめている	a	
4.2.6.5	看護サービスを評価するシステムがあり、看護ケアの向上に活用している	b	看護師自身の自己評価がない。患者の満足度調査の結果は活用に至っていない。
<b>4.3 薬剤部門</b>			
4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	4	体制は確立している。
4.3.1.1	必要な人員が適切に配置されている	a	法定数を上回る薬剤師に加え、SPD導入が行われている。
4.3.1.2	必要な施設・設備・機器が整備されている	a	バイオハザードクリーンベンチ2台、クリーンベンチ2台、アンプルディスプレイ等充実している。
4.3.1.3	薬事委員会が定期的に開催されている	a	薬事委員会はほぼ1ヶ月毎、臨時採用薬にも対応している。
4.3.1.4	薬剤部門で必要な教育・研修が実施されている	a	担当薬剤師が決められ、多くの研修記録もある。
4.3.2	薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されている	4	
4.3.2.1	調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている	a	薬剤師が日当直を行っているため薬剤師以外が薬剤保管室へ入室することはない。鍵は当直者が管理している。
4.3.2.2	麻薬・向精神薬が適切に管理されている	a	
4.3.2.3	毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている	a	
4.3.2.4	薬剤の在庫管理が適切に行われている	a	棚卸しは年4回、使用促進に医師の協力も得られている。

4.3.3	調剤が適切に行われている	3	外来化学療法を行うなど評価できるが、抗がん剤調製の一部は看護師によって行われている。また、TPN製剤の調製や調製から投与までの時間が長いことなどはさらに検討されたい。
4.3.3.1	調剤業務の手順が確立している	a	
4.3.3.2	調剤後の確認を行う体制があり、確実に実施している	a	電子カルテによるオーダーシステムであるが、内服・注射とも処方箋は印刷されたもので運用しており、調剤・監査印が確認できた。
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	b	抗がん剤のほとんど、TPN注射薬の約50%が薬剤師により調製されているが、一般注射薬を含め、他は看護師が調製している。TPN調製が投与前日夕に行われ、翌日朝に投与されている。
4.3.4	薬剤が適切に供給されている	4	
4.3.4.1	病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている	a	オートアンプルディスペンサー導入等により1施用毎の取り揃えが実施されている。
4.3.5	薬剤情報が適切に提供されている	3	医薬品情報は電子カルテ上で閲覧可能ではあるが、不測の事態に備えた紙ベースの医薬品集は使いやすさや各部署配布の徹底等さらに検討されたい。また、副作用報告の体制についても病棟薬剤師のみの対応とならないよう検討されたい。
4.3.5.1	薬剤師による薬歴管理が行われている	a	入院の全症例について薬歴管理が行われている。
4.3.5.2	薬剤師による服薬管理指導が行われている	a	医師の指示、記録も電子カルテ上で確認できる。
4.3.5.3	院内医薬品集が作成され、定期的に改定・増補されている	b	1400品目を超える採用薬剤について副作用や配合禁忌等十分な情報を持つ医薬品集が平成20年1月にはじめて作成されているが、電子カルテの情報を印刷してファイルしただけのもので、大きく重く見開き取り扱いは容易ではない。病棟には薬剤名のみ記載された旧版が残されたままとなっている。
4.3.5.4	医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している	a	情報担当者2名のほか、病棟薬剤師等により対応されている。
4.3.5.5	新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている	a	
4.3.5.6	副作用情報を把握し検討・報告している	b	院内での報告集計は年間10件程度、厚生労働省報告は5件程度。軽微な副作用報告は病棟薬剤師へ報告されても集計数として計上されていないものがある。

4.3.6	薬剤業務を改善する仕組みがある	4	
4.3.6.1	薬剤業務を改善する仕組みがある	a	業務手順の改訂は年1回以上行われている。
<b>4.4 臨床検査部門</b>			
4.4.1	臨床検査部門の体制が確立している	3	人員、設備、機器や点検、教育・研修等適切である。中央採血室での患者間のプライバシーの配慮にはさらに検討が望まれる。
4.4.1.1	必要な人員が適切に配置されている	a	
4.4.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	b	採血室では最大3名が1つのカウンターに並んで座る形式であるが、それぞれの患者間には仕切りやカーテンはなく、プライバシーが守られていない。
4.4.1.3	施設・設備・機器の安全に配慮されている	a	主要な機器は非常用電源に接続され、避難経路3系統が明示されている。
4.4.1.4	検査部門で必要な教育・研修が実施されている	a	
4.4.2	臨床検査部門が適切に運営されている	3	緊急検査報告時間の短縮への努力等は評価されるが、精度管理についてさらなる向上が望まれる。
4.4.2.1	検査業務についての手順が確立している	a	時間外業務を含め、手順は明示されている。重要な検査13項目は24時間対応しており、緊急検査も検体処理を血清から血漿対応へ変更するなどにより、30分以内の報告時間をさらに短縮している。
4.4.2.2	適切な精度管理が行われている	b	全国規模の3種のサーベイを毎年実施し、記録されているが日医サーベイ94点から向上が少ない。
4.4.2.3	臨床検査部門における具体的な感染対策がとられている	b	専用の感染性廃棄物容器がより安全に使用されるため、蓋を手で開閉する形式から、足踏み式に改められた。容器の転用など再発防止についての啓発、手順の周知徹底のための研修会が行われている。
4.4.2.4	検査業務を改善する仕組みがある	b	精度管理成績の向上への取り組みが組織的には行われていない。

## 4.5 病理部門

4.5.1	病理部門の体制が確立している	3	複数の病理医、細胞診スクリーナーにより多数の病理・細胞検査が行われ評価されるが、教育・研修記録の充実には留意されたい。
4.5.1.1	病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている	a	病理医2名に非常勤応援3名が配置されている。生検結果は4日程度で報告されるが、休日を挟むとやや長くなる。
4.5.1.2	病理部門で必要な教育・研修が実施されている	b	部門内勉強会が週1回以上頻回に行われているが記録が残っているのは平成19年11月以降のみである。
4.5.2	病理部門が適切に運営されている	3	病理解剖やCPC、院内カンファレンス参加等評価されるが、感染性廃棄物（生標本）の取り扱い、病理解剖時の感染防止策についてはさらに検討されたい。
4.5.2.1	病理診断の手順が確立している	b	生標本の処理にはN95マスクが用意されるなどある程度の配慮がされているが、オートクレーブ処理前に感染性廃棄物容器からの移し変えが行われている。また病理解剖の際の感染防止手順は明確ではない。
4.5.2.2	病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている	a	最近1年間に16例の病理解剖が行われ、関連するCPCも院内、院外を含め開催されている。乳腺、腎、胸部、および消化器カンファレンスが病理医参加で開催されている。
4.5.2.3	病理部門の業務を改善する仕組みがある	a	複数の病理医・スクリーナーによりダブルチェックが行われ、部門内でのトラブル改善事例も11例報告された。

## 4.6 画像診断部門

4.6.1	画像診断部門の体制が確立している	4	体制は確立している。
4.6.1.1	画像診断部門に必要な医師・職員が確保されている	a	
4.6.1.2	画像診断部門に必要な施設・設備・機器が整備され、安全に配慮されている	a	
4.6.1.3	画像診断部門で必要な教育・研修が実施されている	a	

4.6.2	画像診断部門が適切に運営されている	4	適切である。
4.6.2.1	画像診断部門における業務手順が確立している	a	
4.6.2.2	画像診断部門の業務を改善する仕組みがある	a	
<b>4.7 放射線治療部門</b>			
4.7.1	放射線治療部門の体制が確立している	3	常勤専門医の意欲を反映した体制の強化と実行を期待するとともに、他施設放射線治療部門との連携体制は放射線部が主体的に関与する形で整備することが望まれる。
4.7.1.1	放射線治療に必要な医師・職員が確保されている	b	今年1月から常勤治療専門医師が赴任しきわめて意欲的に活動を始めているが、それまでは非常勤医師で運営していた。
4.7.1.2	(放射線治療部門がない場合)他施設の放射線治療部門と連携する機能がある	b	常勤医がいない時期の他施設放射線治療部門との連携は各診療科が独自に行っていて放射線部は関与していなかった。
4.7.1.3	放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている	a	
4.7.1.4	放射線治療部門で必要な教育・研修が実施されている	a	
4.7.2	放射線治療部門が適切に運営されている	4	運営は適切である。
4.7.2.1	放射線治療部門における業務手順が確立している	a	
4.7.2.2	放射線治療部門の業務を改善する仕組みがある	a	

## 4.8 輸血・血液管理部門

4.8.1	輸血・血液管理部門の体制が確立している	4	体制は確立している。
4.8.1.1	輸血・血液管理部門に必要な人員と施設・設備・機器が確保されている	a	責任医師は外科医、担当部署は検査部で専任検査技師が置かれている。時間外には日当直の検査技師が対応している。
4.8.1.2	輸血・血液管理業務に必要な教育・研修が実施されている	a	
4.8.2	輸血・血液部門が適切に運営されている	4	適切に運営されている。
4.8.2.1	輸血業務についての方針・手順が確立している	a	2名での確認、リストバンドとコンピュータログインシステムによる誤認防止が実施されている。
4.8.2.2	輸血業務の安全対策や手順を改善する仕組みがある	a	臨床検査・輸血調整委員会が開催され、各種の議題が検討されている。

## 4.9 手術・麻酔部門

4.9.1	手術・麻酔部門の体制が確立している	3	病院として手術部の効率的運営と質の向上を図るために正規運営委員会開催回数を増やすことを検討されたい。
4.9.1.1	手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている	a	
4.9.1.2	手術・麻酔に必要な施設・設備・機器が整備されている	a	
4.9.1.3	手術室の運営委員会が開催されている	b	現場関係者による小会議は頻回に行われているが、正規の運営委員会は年に2回くらいしか行われていない。
4.9.1.4	手術・麻酔部門に必要な教育・研修が実施されている	a	
4.9.1.5	手術・麻酔部門の安全を確保する体制が確立している	a	
4.9.2	手術・麻酔部門が適切に運営されている	3	医学的退室基準をさらに具体的に作るとともに退室許可責任者を明確にする体制とされたい。
4.9.2.1	手術・麻酔の実施手順が確立している	b	看護退室基準は作られているが、手術部としての退室許可責任者が明確でない。
4.9.2.2	病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている	a	
4.9.2.3	手術・麻酔部門の業務を改善する仕組みがある	a	

## 4.10 中央滅菌材料部門

4.10.1	中央滅菌材料部門の体制が確立している	4	体制は適切である。
4.10.1.1	洗浄・滅菌業務に必要な人員が確保されている	a	責任者を除き、全面委託で業者からの配置人員は12名である。委託業者メンバーの交替は1年間は実施されていない。
4.10.1.2	洗浄・滅菌業務に必要な施設・設備・機器が整備されている	a	定期的の実施し記録されている。
4.10.1.3	中央滅菌材料部門に必要な教育・研修が実施されている	a	年間計画を立て定期的勉強会が実施されている。
4.10.2	中央滅菌材料部門が適切に運営されている	3	指摘された滅菌業務の一部、化学インジゲーターに関する手順が見直されている。今後の確実な実施が望まれる。
4.10.2.1	洗浄・滅菌業務の手順が確立している	b	化学インジゲーターは滅菌バックおよびコンテナには外側のみに使用されていたが、全ての滅菌バックおよびコンテナ内部にも使用する手順に見直し、実施されている。
4.10.2.2	中央滅菌材料部門の業務を改善する仕組みがある	b	業務改善として物品の定数変更を実施しているが、改善までの経過記録が十分ではない。使用后物品の一次洗浄は、酸素マスク、カニューレ類、吸引管等が病棟等で実施されている。

## 4.11 集中治療室

4.11.1	集中治療室の体制が確立している	4	体制は確立し適切である。
4.11.1.1	必要な医師・看護師が確保されている	a	
4.11.1.2	機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	a	
4.11.1.3	集中治療室の運営委員会が開催されている	a	
4.11.1.4	集中治療室で必要な教育・研修が実施されている	a	

4.11.2	集中治療室が適切に運営されている	4	運営は適切で評価できる。
4.11.2.1	入退室の基準・手順が明確である	a	
4.11.2.2	病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている	a	
4.11.2.3	集中治療室の利用状況が把握され、運用状況が検討されている	a	
4.11.2.4	症例検討会や治療成績の検討が行われている	a	
<b>4.12 救急部門</b>			
4.12.1	救急部門の体制が確立している	3	救急部門の体制は役割と方針は明確で適切である。全病院的に救急カートの日常整備に関し、もう少し詳細なチェックリストを作ることと現場職員の薬品管理責任体制を明確にする仕組みを作ることを検討されたい。
4.12.1.1	救急部門の役割と方針が明確である	a	
4.12.1.2	救急患者受け入れの方針と手順が明確である	a	
4.12.1.3	機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている	a	
4.12.1.4	機能に見合った施設・設備・機器が確保されている	b	全病院的に救急カートの薬品整備に関し、看護師など現場職員と薬剤師の間にSPDが入るために現場職員の責任体制があいまいである。チェックリストは毎日チェックされているが項目が大まかである。
4.12.1.5	救急部門で必要な教育・研修が実施されている	a	
4.12.2	救急部門が適切に運営されている	4	運営は適切に行われている。
4.12.2.1	緊急検査・診断、入院、緊急手術などの手順が明確である	a	
4.12.2.2	救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている	a	
4.12.2.3	症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている	a	

4.12.3	臓器提供施設としての体制が確立している	3	全入院患者に関しドナーカード保持調査が行われていることは高く評価できる。救急医療を特色とし搬送患者が非常に多い病院であるので心停止後の臓器提供も含む臓器提供手順シミュレーションを行うなどの準備が望まれる。
4.12.3.1	臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している	b	心停止後の臓器提供体制も含めて臓器提供体制と手順は作られたばかりである。
4.12.3.2	【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られており、倫理委員会などで承認されている	b	体制と手順は作られたばかりでありシミュレーションは行われていない。
<b>4.13 栄養部門</b>			
4.13.1	栄養部門の体制が確立している	3	診療部門として位置づけられ管理・責任体制は明確である。栄養管理調整会議等は定期的開催が必要と思われる。
4.13.1.1	栄養評価・栄養管理を適切に行う人員が確保されている	a	管理栄養士3名と栄養士1名（非常勤）配置されている。業務はすべて業者に依頼している。業者からは、管理栄養士3名・栄養士5名、調理師10名、補助者22名（パートを含む）交代は少なく定着している。
4.13.1.2	栄養管理や栄養指導のための施設・設備が整備されている	a	栄養指導は医師の指示にて実施されている。血液生化学検査データは端末から得られ体脂肪量等病態に応じた栄養管理が実施されている。
4.13.1.3	栄養委員会が設置され、開催されている	b	栄養管理調整会議が行われ議事録は整理されているが随時開催である。
4.13.1.4	栄養部門に必要な教育・研修が実施されている	a	定期的勉強会は業者職員を含め毎月1回実施している。特定給食研究会や学会発表に積極的に参加している。
4.13.2	栄養部門が適切に運営されている	4	適切である。
4.13.2.1	栄養部門の業務手順が確立している	a	委託業者については、仕様書で業務分担区分・経費等について明記されている。
4.13.2.2	栄養基準が確立され、それに基づいて栄養管理業務が行われている	a	給与栄養目標量・院内約束食事箋が確立している。
4.13.2.3	栄養管理・支援のための組織（NSTなど）が設置され、栄養ケアが組織横断的に実践されている	a	栄養士は感染制御チーム、患者サービスチーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム、糖尿病教育チーム等参加活動している。
4.13.2.4	栄養部門の業務改善の仕組みがある	a	喫食状況調査・嗜好調査は定期的実施し、栄養管理調整委員会にて対策を検討している。給食については個人対応がきめ細かく実施されている。

## 4.14 リハビリテーション部門

4.14.1	リハビリテーション部門の体制が確立している	3	最近策定された目標や基本指針を周知徹底し、また貴院の目指す機能を考慮しセラピストの充実、OTの配置等をさらに検討されたい。機器についても安全なリハビリテーションの実施のため、保守点検管理を充実されたい。
4.14.1.1	リハビリテーションに関する方針と役割が明確である	b	理念および基本方針は平成19年10月に策定されたばかりである。
4.14.1.2	機能に応じた人員が確保されている	b	PT4名、ST1名の配置であるが、OTの配置はない。
4.14.1.3	機能に応じた施設・設備・機器が整備されている	b	機器の整備はあるが、保守点検は一部の機器のみで行われ保守点検が確認ができない機器もみられた。
4.14.1.4	リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている	a	多くの研修実績が確認できた。
4.14.2	リハビリテーション部門が適切に運営されている	3	少ないセラピストでリハビリ効果をあげるべく努力されているが、主治医や他職種を交えたリハビリテーションカンファレンスを一部の病棟や疾患のみならず他の必要な部署でも開催し、最近変更された評価指標による評価を、それに基づく手順や計画の見直しにつなげるなど、さらに努力されたい。
4.14.2.1	リハビリテーションの基準・手順が確立している	a	基準・手順は作成され、長期の休日でも4日以上は連続してリハビリテーションを休む事がないよう配慮されている。
4.14.2.2	評価に基づいた計画が立てられ、目標が設定されている	b	科学的評価指標は、平成19年10月にBIからFIMへ変更されたばかりである。
4.14.2.3	リハビリテーションは計画に沿って実施されている	a	手順は確立し、PTは乳腺カンファレンスや褥瘡カンファレンスにも参加している。
4.14.2.4	各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている	b	リハビリテーションカンファレンスは一部の病棟（整形外科、循環器）以外ではあまり行われていない。
4.14.2.5	リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある	b	手順の見直しは平成19年10月に行われたが、定期的・計画的ではない。

## 4.15 図書室機能

4.15.1	図書室機能が確立している	4	司書資格のある職員が配置されている。閲覧は24時間可能である。図書予算は確保されており、各部署毎に定期的に定期購読雑誌の意向調査を実施し確認している。
4.15.1.1	必要な施設・設備、人員等が整備されている	a	
4.15.1.2	必要な図書・雑誌が確保されている	a	
4.15.2	図書室が適切に運営されている	4	医学雑誌調整会議・図書調整会議で運営と図書費の運用について協議される。
4.15.2.1	図書室の利用促進と便宜が図られている	a	医学中央雑誌の文献ソフト借上げが計上されており、庁内LAN端末にて検索可能となっている。他については、文献依頼業者に手配する方法で取り寄せている。費用は公費である。
4.15.2.2	図書部門の業務手順が確立している	a	
4.15.2.3	図書部門の業務改善の仕組みがある	a	

## 4.16 診療録管理部門

4.16.1	診療録管理部門の体制が確立している	3	診療録管理部門を強力な権限を持つ院内組織として位置づけることと、部門としての質の向上体制の整備と実行を検討されたい。
4.16.1.1	必要な人員が確保され、部門として位置付けられている	b	診療録管理は事務部門の中で行われていて、診療録管理部門として正式に位置づけられたものではなく組織図にもない。権限も不明である。
4.16.1.2	診療録管理室（診療情報管理室）が設置され、収納場所や情報機器が整備されている	a	
4.16.1.3	診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている	b	部門としての体制が明確ではなく、自発的勉強会はしているが定期的なものではない。

4.16.2	診療録が適切に管理されている	4	適切に管理されている。
4.16.2.1	1患者1ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている	a	
4.16.2.2	診療録の中央管理が行われ所在が把握されている	a	
4.16.2.3	合理的な保管方法が採用されている	a	
4.16.3	診療情報が適切に管理され活用されている	3	医療の質の向上と効率的経営に資する指標データ作成を定期的に行うことが望まれる。現在の高い退院サマリー完成率を維持する仕組みを作るとともに、転科時と転棟時には病院としてサマリーを書く手順を加えることが望まれる。
4.16.3.1	退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている	b	退院時サマリー完成率が100%になったのは昨年11月からであり、受審申込時には60%台であった。また転棟サマリーや転科サマリーを書く仕組みになっていない。
4.16.3.2	診断名・手術名がコード化され検索可能となっている	b	手術名はICD-9-CMコーディングではない。
4.16.3.3	統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立っている	b	診療情報管理部門として定期的に作成できる診療の質および効率評価の指標は少なく、人的な対応能力も乏しい。
4.16.4	診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある	3	組織として問題点改善体制の整備と実施することを期待する。
4.16.4.1	診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある	b	問題点の分析と対策策定は個別には行われるがシステムとして行う整備はされていない。

## 4.17 訪問サービス機能

4.17.1	訪問サービス部門の体制が確立している	4	訪問サービスに関する方針と役割は明確である。訪問看護事業者や居宅サービス事業者との連携する手順もあり、在宅療養に向けた指導や合同でのカンファレンス等を実施し、環境整備についても支援している。
4.17.1.1	訪問サービスに関する方針と役割が明確である	a	
4.17.1.2	必要な人員が確保され、体制が整備されている	NA	行われていないためNAとした。
4.17.1.3	(訪問サービス部門がない場合) 訪問看護事業者や居宅サービス事業者などと連携する機能がある	a	適切に連携がされている。
4.17.1.4	訪問サービス部門で必要な教育・研修が実施されている	NA	行われていないためNAとした。
4.17.1.5	業務の改善や症例について検討する仕組みがある	NA	
4.17.2	訪問サービスが適切に提供されている	NA	行われていないためNAとした。
4.17.2.1	訪問診療が行われている	NA	
4.17.2.2	訪問看護が行われている	NA	
4.17.2.3	薬剤師や管理栄養士による訪問指導が行われている	NA	
4.17.3	在宅療養を支援するためのリハビリテーションサービスが提供されている	4	
4.17.3.1	訪問リハビリテーションが行われている	NA	行われていないためNAとした。
4.17.3.2	デイケアなどの通所サービスが行われている	NA	
4.17.3.3	在宅療養の環境整備について支援している	a	関連する多職種のカンファレンスの実施と退院前にリハビリチームで家屋の調査と調査結果に基づいた報告書の作成や家族との相談等が行われている。

## 4. 18 外来部門

4. 18. 1	外来部門の体制が確立している	3	外来の方針は明確であり体制はほぼ確立している。
4. 18. 1. 1	外来部門の方針が明確にされている	a	地域ニーズに基づいた外来機能の方針が明確であり、各外来に掲示されている。
4. 18. 1. 2	外来における看護の役割が明確にされている	a	
4. 18. 1. 3	外来看護に必要な教育・研修が実施されている	a	平成19年度の外来研修計画にて、実施されている。
4. 18. 1. 4	必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている	a	MEセンターと連携している。
4. 18. 1. 5	外来における薬剤が適切に保管・管理されている	b	定数配置管理をSPDにより実施。薬剤師は関与しているが、月1回であり、ソセゴン・レペタンなどは週1回である。SPDとの連携はわかりづらい。
4. 18. 2	外来部門が適切に運営されている	3	外来の業務改善を検討するために、外来調整会議を定期的に実施され活用されることを望みたい。
4. 18. 2. 1	診療録の記載が適切である	a	
4. 18. 2. 2	ハイリスクの治療・検査において説明と同意が適切に行われている	a	
4. 18. 2. 3	療養のための患者・家族への教育が行われている	b	看護師の専門外来（乳がん・ストーマ・がん化学療法）等にはパンフレットなどがあるが、他の外来の資料は必ずしも十分ではない。
4. 18. 2. 4	治療・ケアの継続性に配慮した仕組みがある	b	治療・看護継続のためサマリーを使用されているものもあるが例数が少ない。
4. 18. 2. 5	外来における業務の改善について検討する仕組みがある	b	外来調整会議等検討する場があるが、不定期であり十分に活用されていない。

4.18.3	外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されている	3	外来における診療・看護は安全、確実に行われ、院内感染を軽減させる対策は適切である。
4.18.3.1	外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている	a	
4.18.3.2	外来における検査・処置・手術などの実施中・実施後に、患者の状態・反応を観察している	a	手順に沿って実施されている。
4.18.3.3	外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている	a	外来に隔離室があり、標準予防策に基づき防護衣等は適切に使用されている。
4.18.3.4	内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている	b	感染性廃棄物容器は安全な状態で使用できるよう足踏み式に改められた。また、容器の転用などの再発防止に関する啓発など、感染性廃棄物の適正処理に向けた研修が行われた。
4.18.3.5	透析室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている	a	

## 5. 医療の質と安全のためのケアプロセス

### 評価判定結果

5.1 病棟における医療の方針と責任体制		A	B	
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	3	4	<p>&lt;所見 1&gt; A病棟は病棟運営に関して協議に参加し、基本方針や目標を明示し関係職員が周知していることが望まれる。</p> <p>&lt;所見 2&gt; A病棟は医師と看護師でのミーティングを行い、病棟運営上の課題や目標を具体化し、明文化されるよう望みたい。</p>
5.1.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	b	a	<p>&lt;所見 1&gt; A病棟では病棟運営上の診療の基本方針・目標が明示されていない。</p> <p>&lt;所見 2&gt; A病棟は看護部の目標が掲示されているが、医師とのミーティングが行われていない。</p>
5.1.2	病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である	3	3	両病棟ともベッドサイドに主治医と担当医が明示される体制であることが望まれる。
5.1.2.1	各医師の役割と責任体制が明確である	b	b	両病棟ともベッドサイドに担当医が明示されているが主治医か否か不明である。
5.1.2.2	各看護師の役割と責任体制が明確である	a	a	固定チームナーシングで継続受け持ち制をとり、各シフトの業務分担が明確である。ナースステーション前には、看護主幹・副主幹の名前が掲示されている。ベッドサイドに受け持ち看護師の名前が掲示されている。
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	4	4	医師と看護師とのコミュニケーションがよく、患者の問題に対応している。
5.1.3.1	当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている	a	a	身体拘束問題や入院時医師から話された病状内容を判断できず、闘病経過後、今後の問題として再度浮上する時がある。

5.2 入院診療の計画的対応		A	B	
5.2.1	入院の決定と説明が適切に行われている	3	3	治療チーム全体が目指す治療目標が明示されていることが望まれる。
5.2.1.1	入院の目的が明確にされている	b	b	入院の目的は明確にされているが治療目標が明確にされていない。
5.2.1.2	入院診療計画が適切に作成されている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 治療目標が明確でないために多職種のかかわりが明らかなでない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 入院診療計画用紙に看護計画は記載されているが多職種の記載は少ない。</p>
5.2.1.3	入院について説明がなされ、患者が理解し同意したかを確認している	a	a	
5.3 患者に関する情報の収集と伝達		A	B	
5.3.1	患者に関する情報が収集され、整理されている	4	4	適切に記載されている。
5.3.1.1	患者の身体的・精神的・社会的な情報が収集され、活用しやすくまとめられている	a	a	入院時患者の基本情報がよく記載されている。
5.3.2	患者に関する情報が確実に伝達されている	4	4	システムは適切である。
5.3.2.1	確実な指示出し・指示受けの手順がある	a	a	指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している。
5.3.2.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	a	a	口頭指示も手順に従い実施されている。
5.3.2.3	指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している	a	a	実施された指示は電子カルテ上で、表示色が変わることで確認できるシステムとなっている。

## 5.4 評価（アセスメント）と計画 [全体の流れ] A B

5.4.1	評価（アセスメント）が適切に行われ、計画が立てられている	3	3	標準看護計画の中から、その患者に必要な項目を選択する、あるいは追加するなどの工夫が必要と思われる。
5.4.1.1	評価が適切に行われ、計画が立てられている	b	b	入院後24時間以内に殆んどどの患者の初期計画が立てられているが、標準看護計画通りで個別性がなく実施されているものが見受けられた。
5.4.1.2	診療・看護を含む多職種による評価や意見を考慮した計画（ケア・服薬・栄養・リハビリテーション等）が立てられている	a	a	多職種（リハビリ・NST・褥瘡チーム等）との連携により計画が立てられている。
5.4.1.3	安全確保のためのリスクの評価が行われ、計画が立てられている	a	a	転倒・転落については入院時全患者をエクセルシートで点数評価を行い対策を立て実施されるなど適切である。
5.4.1.4	各症例の治療計画や看護計画についての検討が行われている	a	a	病棟カンファレンスにより、看護計画の検討が行われている。
5.4.2	計画は、患者の十分な参加の上で作成されている	4	4	症状により、患者・家族の希望を取り入れ作成されており、適切である。
5.4.2.1	計画には、患者や家族の意見が反映されている	a	a	患者・家族の意見・要望を聞き、計画に反映した記録がある。
5.4.2.2	患者・家族に適切に計画が説明され、同意を得ている	a	a	説明し同意を得た記録がある。
5.4.3	計画の見直しと修正が適切に行われている	4	4	計画の見直し・修正が適切に行われている。
5.4.3.1	計画の見直しが適切に行われている	a	a	看護計画の見直しが行われ、患者・家族に説明を行い、同意を得ている。

5.5 ケアの実施（各論の流れ）		A	B	
5.5.1	入院生活が適切に支援されている	4	4	基本的な身体ケアは毎日実施され記録もあり適切である。
5.5.1.1	基本的な身体ケアを実施している	a	a	身体の清潔ケアは、計画的に実施している。毎回入浴・シャワーが出来ない場合は清拭などで対応している。記録されている。
5.5.1.2	患者への心理的支援を行っている	a	a	入院や病状についての不安は医師が再度説明し、検査・治療等の不安は受け持ち看護師が受け止め支援している。記録されている。
5.5.1.3	患者への社会的支援を行っている	a	a	MSWと連携し必要に応じ支援している。
5.5.2	診断的検査は、評価と計画を経て、 確実・安全に実施されている	3	3	説明と同意の書式に看護師が同席し署名するシステムを作ることが望まれる。
5.5.2.1	侵襲を伴う検査を行う場合、十分説明した上で同意を得ている	b	b	説明と同意の書式に看護師が同席し署名するシステムになっていない。
5.5.2.2	検査は確実・安全に実施されている	a	a	検査手順・誤認防止は、適切である。
5.5.2.3	検査結果は迅速に報告され、結果の評価が記録されている	a	a	
5.5.3	適切な評価と計画を経て、投薬・注射は確実・安全に実施されている	3	3	注射薬の調製・混合については、薬剤師の更なる関与が望まれる。
5.5.3.1	患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている	a	a	薬剤師による服薬指導が行われている。
5.5.3.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	b	b	抗がん剤・IVHの調製・混合は薬剤師が行っているが、土・日・祝日は看護師が実施している。
5.5.3.3	確実・安全な処方が実施されている	a	a	
5.5.3.4	確実・安全な投薬が実施されている	a	a	手順に沿って投薬が実施されている。服薬の自己管理基準もあり基準に沿って実施されている。
5.5.4	適切な評価と計画を経て、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている	4	4	適切に実施記録されている。
5.5.4.1	確実・安全な輸血等の計画を立てている	a	a	
5.5.4.2	患者に対して、輸血等に関する説明が行われ、同意が得られている	a	a	
5.5.4.3	確実・安全な輸血等が実施されている	a	a	手順に沿って実施し、記録されている。

5.5.5	手術・麻酔が確実・安全に実施されている	NA	3	<p>&lt;所見 1&gt; 手術患者記録にはガーゼカウントを正確に記載することと手術室の医学的基準と退出許可責任者を明記されたい。</p> <p>&lt;所見 2&gt; A病棟は手術が実施されていないのでNAとした。</p>
5.5.5.1	手術・麻酔を実施するための評価が適切に行われている	NA	a	
5.5.5.2	手術・麻酔について十分な説明がなされ、同意が得られている	NA	a	看護師による術前訪問がおこなわれ、患者からの同意が得られている。
5.5.5.3	手術・麻酔が安全に実施されている	NA	b	<p>&lt;所見 1&gt; B病棟に関しては現在の退室基準は遵守されているが、手術部としての医学的退室基準と退室決定者が明確でない。</p> <p>&lt;所見 2&gt; 術後の退室基準があるが明確ではない。</p>
5.5.5.4	周術期感染対策が適切に行われている	NA	a	<p>&lt;所見 1&gt; 術前・術中予防投与が手順に従って行われている。</p> <p>&lt;所見 2&gt; 術前身体の清潔が確保されている。</p>
5.5.5.5	周術期についての記録がある	NA	b	<p>&lt;所見 1&gt; 手術室記録の器械・ガーゼのカウントの記載が詳細でない。</p> <p>&lt;所見 2&gt; 器械・ガーゼのカウントの記載が有無のみであり、実際の数の記録がない。</p>
5.5.6	栄養管理と食事指導が適切である	4	4	栄養管理・食事指導については必要時、多職種で患者を診る体制が整っており、適切である。
5.5.6.1	栄養について評価・検討され、栄養計画が立案されている	a	a	個々の患者について栄養状態はアセスメントされている。
5.5.6.2	栄養指導・食事指導が適切に行われている	a	a	栄養・食事指導は医師の指示に基づいて実施されている。
5.5.6.3	食事摂取の支援や介助が適切に行われている	a	a	メニューの工夫・多くの患者の嗜好等きめ細かく対応している。

5.5.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	4	4	PTと連携のもとに適切にリハビリテーションが実施されている。
5.5.7.1	評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている	a	a	
5.5.7.2	リハビリテーションの内容について十分な説明がなされ、同意が得られている	a	a	
5.5.7.3	リハビリテーションが安全に実施されている	a	a	
5.5.7.4	リハビリテーションの成果を活かして、セルフケアができるように援助している	a	a	患者の自立のため、NSTやリハビリカンファレンスによりADL拡大に向け援助している。
5.5.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	3	3	両病棟共に身体抑制指示は医師が主体的に出すことへの認識と実行を望みたい。
5.5.8.1	安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である	a	a	
5.5.8.2	身体抑制を実施する際の手順が明確である	b	b	身体抑制については手順があり明文化されている。また実施時、患者・家族に説明し同意を得ている。実施時 医師と看護師がカンファレンスを行っている記録があるが、医師の指示が明確でない。
5.5.8.3	身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている	b	b	両病棟ともに身体抑制の医師の指示は医師が主体的に出しているというよりも看護師の計画を追認するような印象を受ける。
5.5.8.4	身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している	a	a	医師と看護師が毎日観察・評価をし記録されている。
5.5.9	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている	4	4	苦痛や疼痛等の緩和については、適切に対応している。
5.5.9.1	症状緩和が適切に実施されている	a	a	
5.5.9.2	疼痛緩和が適切に実施されている	a	a	フェイススケールを参考に、疼痛コントロールアセスメントシートを作成し、客観的評価に基づいて疼痛緩和が実施されている。

5.5.10	緊急時の対応が適切である	3	3	<p>&lt;所見1&gt; 全病的に救急カートは整備されてはいるが、もう少し詳細なチェックリストを作ることと現場職員の薬品管理責任体制が明確になる仕組みとして統一されるとさらに良い。</p> <p>&lt;所見2&gt; 緊急時の方針や対応手順が職員に明示・周知されており、適切であるが、非常用カートの物品の収容を統一および点検・整備の方法についても統一が望まれる。</p>
5.5.10.1	院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である	a	a	
5.5.10.2	非常用カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 救急カートの薬品整備に関し、看護師など現場職員と薬剤師の間にSPDが入るために現場職員の責任体制があいまいな点がある。チェックリストは毎日チェックされているが項目が大まかである。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護師による点検・整備は項目は大まかではあるがチェック表により日々されている。使用前・使用後がカードで判別できるが、物品などの配置は病棟差が見られた。</p>
5.5.10.3	緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている	a	a	BLS、ALSおよびコードブルーを組み合わせた訓練が頻回に行われている。
5.5.11	療養の継続性が適切に確保されている	3	3	転科、転棟時の手順にサマリーを書くことを加えて実行されることを望みたい。
5.5.11.1	退院について適切な評価が行われ、退院計画が立てられ実施されている	a	a	
5.5.11.2	退院についての説明が適切に行われ、同意が得られている	a	a	退院指導看護計画を説明し、同意を得て実施されている。
5.5.11.3	退院時要約は必要な情報を網羅し、適切に作成されている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 転棟や転科時にはサマリーが書かれていない。しかし救急部から転科してくる患者に関しては治療経過がよく書かれている。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護部の退院サマリーは退院後3日以内に全員記録される。</p>

5.5.12	終末期ケアが適切に行われている	4	3	終末期ケアの取り組みは病等差がある。チームケアの観点から多職種参加が望まれる。
5.5.12.1	患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている	a	a	患者・家族の希望を取り上げ実施された記録がある。
5.5.12.2	終末期ケアにおける療養環境に配慮されている	a	a	
5.5.12.3	逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している	a	b	医師・看護師・薬剤師等の参加にて検討されているが、B病棟では実績が少ない。
5.5.13	患者の逝去に適切に対応している	4	4	逝去時の対応手順が整備され適切である。
5.5.13.1	逝去時の対応手順が適切である	a	a	
5.5.13.2	剖検についての承諾と実施の手順が明確である	a	a	手順に従って説明され、実績もある。
5.6	ケアプロセスにおける感染対策	A	B	
5.6.1	病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	3	3	課題である感染性廃棄物の容器の転用の防止策、針刺し防止を含めた対策の見直し、改善作業が行われ、職員への啓発・手順周知徹底のための研修が行われた。継続した対応が望まれる。
5.6.1.1	正しく手洗いがなされている	b	b	病室入り口の液体石鹸は継ぎ足し形式で補充されている。
5.6.1.2	手袋・防護具・ガウンを適切に着用している	a	a	防護衣一式が完備されており、必要に応じて着用されている。
5.6.1.3	感染経路別予防策に基づいたバリアプリケーション（隔離方法）を実施している	a	a	CVカテーテル挿入時は、マキシマムプリケーションが実施されている。結核が疑われる場合や麻疹・インフルエンザなどの対応手順が確立している。
5.6.1.4	抗菌薬を適正に使用している	a	a	指針に基づき適正使用されている。
5.6.1.5	針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している	b	b	感染性廃棄物容器は蓋を手で開閉する形式から、安全な状態で使用可能な足踏み式に改善された。容器はバイオハザードマークが見やすい位置に設置するほか、ハザードボックスの転用禁止・リキャップ禁止対策・分別・梱包など医療廃棄物処理に関する対策の対応が行われた。

5.7 診療・看護の記録		A	B	
5.7.1	診療・看護の記録が適切になされている	3	3	<p>&lt;所見1&gt; 病院として医師の診療録を上級医が監査する体制を整えることが望まれる。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護の記録は適切に行われている。</p>
5.7.1.1	診療録の記載が適切である	a	a	
5.7.1.2	看護記録の記載が適切である	a	a	看護記録は適切に記録され、記載者のサインもある。
5.7.1.3	同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている	a	a	
5.7.1.4	診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる	a	a	電子カルテによって、情報が一元管理されている。
5.7.1.5	記載された診療録・看護記録が評価されている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 病院として医師の診療録を上級医が監査する体制がない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護部の記録委員が年2回と各病棟の記録委員が監査し結果をフィードバックしている。</p>
5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理		A	B	
5.8.1	病棟が安全で快適に保たれている	3	3	感染性廃棄物容器の取り扱いについて再認識する必要がある。
5.8.1.1	病棟が安全で清潔に保たれている	b	b	並べてはいるが病棟廊下に車椅子・スタンドが定位置として置いてある。また病棟のシャワー室が物置室化されているところがある。
5.8.1.2	廃棄物の処理が適切である	b	b	感染性廃棄物の容器のバイオハザードマークの上に紙を貼り転用されていたが見直された。

5.8.2	病棟における薬剤・機器が管理されている	3	3	鍵の管理について検討が必要と思われる。また、病棟から依頼された機器整備が迅速・確実に行われる仕組みを検討されたい。
5.8.2.1	薬剤が適切に管理されている	b	b	病棟薬剤師はいるが、向精神薬やマイスリー服薬を毎日リーダーが数をチェックする。
5.8.2.2	麻薬・向精神薬が適切に管理されている	b	b	両病棟共に麻薬保管庫の鍵はリーダーナースが常に保持しているが、向精神薬保存場所の鍵は誰でも持ち出せる体制である。
5.8.2.3	毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている	b	b	薬剤師の積極的関与が望まれる。
5.8.2.4	医療機器が適切に維持・管理されている	b	a	<p>&lt;所見1&gt; A病棟においてレスピレーターの整備依頼に対し迅速に対応していない。</p> <p>&lt;所見2&gt; A病棟の汚物室・シャワー室に修理を要する機材が長期間置かれてある。医療機器の点検・管理はMEと連携している。</p>

## 5. 医療の質と安全のためのケアプロセス

### 評価判定結果

5.1 病棟における医療の方針と責任体制		E	F	
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	4	4	各病棟の基本方針や目標は明文化されて掲示されている。
5.1.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	a	a	医師の参加のもと、病棟毎の年次目標が策定され掲示されている。
5.1.2	病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である	3	3	<p>&lt;所見1&gt; 責任医師の名称や記載を統一し、患者に対して診療責任者がさらに明確になるよう検討されたい。</p> <p>&lt;所見2&gt; 受け持ち看護師が責任を持ってケア出来る勤務の工夫が必要。</p>
5.1.2.1	各医師の役割と責任体制が明確である	b	b	主治医はベッドネームには担当医として掲示され、明確であるが、電子カルテ上では主担当医、担当医、各種文書では主治医、担当医、上級医など多くの名称が使用されている。
5.1.2.2	各看護師の役割と責任体制が明確である	b	b	患者・家族に受け持ち看護師の紹介がされていないケースがある。
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	4	3	取り組みへの体制は確認できたが、問題点の拾い上げやカンファレンス開催等さらに努力されたい。
5.1.3.1	当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている	a	b	<p>&lt;所見1&gt; E病棟では成年後見人制度、輸血拒否など過去の取り組みがみられたが、F病棟では積極性は感じられなかった。</p> <p>&lt;所見2&gt; F病棟では倫理的問題を検討した内容の記録が見受けられない。</p>

5.2 入院診療の計画的対応		E	F	
5.2.1	入院の決定と説明が適切に行われている	3	3	外来診察医が入院の決定を行い、外来カルテ部分に説明等記載されていることが多いが電子カルテのため確認は容易となっている。説明に用いるパスや入院診療計画書で、立会人署名や患者署名が明確になるよう書式の検討をされたい。
5.2.1.1	入院の目的が明確にされている	a	a	電子カルテ上でも記載が確認できた。
5.2.1.2	入院診療計画が適切に作成されている	a	a	<p>&lt;所見1&gt; 多くの疾患でクリニカルパスが退院までの診療計画として看護師も参加して作成されている。</p> <p>&lt;所見2&gt; 計画書は作成されている。</p>
5.2.1.3	入院について説明がなされ、患者が理解し同意したかを確認している	b	b	パスおよび通常の入院診療計画書とも、新旧書式が混在し患者署名欄のない書式が一部で用いられている。立会人署名欄はない。
5.3 患者に関する情報の収集と伝達		E	F	
5.3.1	患者に関する情報が収集され、整理されている	3	4	入院診療に必要な情報の記載を徹底するようさらに努力されたい。
5.3.1.1	患者の身体的・精神的・社会的な情報が収集され、活用しやすくまとめられている	b	a	<p>&lt;所見1&gt; E病棟の診療録記載では、入院時現症等にあまり記載のないものがみられた。</p> <p>&lt;所見2&gt; E病棟においては、社会的な側面の情報の記載がない。</p>
5.3.2	患者に関する情報が確実に伝達されている	4	4	
5.3.2.1	確実な指示出し・指示受けの手順がある	a	a	<p>&lt;所見1&gt; ID、パスワードでログインし、指示および指示受けした記録が確認できる。</p> <p>&lt;所見2&gt; 指示受けの手順が明文化されている。</p>
5.3.2.2	受けた指示を確実に実施する仕組みがある	a	a	指示を確実に実施し記録されている。
5.3.2.3	指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している	a	a	実施された指示は電子カルテ上で、表示色が変わることで確認できるシステムとなっている。

5.4 評価（アセスメント）と計画 [全 E F  
体の流れ]

5.4.1	評価（アセスメント）が適切に行われ、計画が立てられている	3	3	精神的側面の問題に対する対策も十分とはいえないので日々のカンファレンスを強化することが望ましい。
5.4.1.1	評価が適切に行われ、計画が立てられている	b	b	社会的側面の情報とアセスメントの記載がないものが散見された。
5.4.1.2	診療・看護を含む多職種による評価や意見を考慮した計画（ケア・服薬・栄養・リハビリテーション等）が立てられている	b	b	＜所見1＞ 服薬、栄養ケア計画等は全症例で行われているが、リハカンファレンスは一部の病棟以外では少ない。 ＜所見2＞ 多職種と検討する仕組みはあるが、記録が不十分である。
5.4.1.3	安全確保のためのリスクの評価が行われ、計画が立てられている	a	a	＜所見1＞ 転倒や褥瘡リスク判定が全例で行われている。 ＜所見2＞ 転倒・褥瘡のリスク評価はされ予防の計画が立てられている。
5.4.1.4	各症例の治療計画や看護計画についての検討が行われている	b	b	＜所見1＞ 電子カルテによる支援やクリニカルパスがあるが、結果として個別対応部分が少なくなっている。 ＜所見2＞ 検討は行われているが記録がないものが見受けられる。
5.4.2	計画は、患者の十分な参加の上で作成されている	3	3	計画の際、患者・家族の積極的な参加を工夫する必要がある。
5.4.2.1	計画には、患者や家族の意見が反映されている	a	a	＜所見1＞ 特別な希望等がある場合には電子カルテの第1ページに表示されるシステムとなっている。 ＜所見2＞ 計画に患者や家族の意見は反映されている。
5.4.2.2	患者・家族に適切に計画が説明され、同意を得ている	b	b	＜所見1＞ 立会人署名欄がなく、患者署名欄のない書式が混在している。 ＜所見2＞ 同意を確認した記録がない。
5.4.3	計画の見直しと修正が適切に行われている	3	3	計画の見直しと修正はされているが、患者・家族への説明と同意がされていない。
5.4.3.1	計画の見直しが適切に行われている	b	b	診療内容・計画の変更は診療録に記載されているが書面での説明・同意は新たには行われていない。

5.5 ケアの実施（各論の流れ）		E	F	
5.5.1	入院生活が適切に支援されている	4	3	F病棟では、検査の説明時に同席する工夫が望まれる。
5.5.1.1	基本的な身体ケアを実施している	a	a	個々の患者に合わせて身体ケアは実施され記録されている。
5.5.1.2	患者への心理的支援を行っている	a	b	F病棟では、検査の説明時に同席していないケースがあり、支援した記録もない。
5.5.1.3	患者への社会的支援を行っている	a	b	F病棟ではMSWとの連携が記録上見えないものが認められた。
5.5.2	診断的検査は、評価と計画を経て、 確実・安全に実施されている	3	3	詳細な説明と同意がなされているが、説明の個別性や署名欄の充実等にはさらに努力されたい。
5.5.2.1	侵襲を伴う検査を行う場合、十分説明した上で同意を得ている	b	b	主要な検査では比較的詳細な内容の説明文書と同意書が使用されているが、患者個別の問題点への言及や立会人署名がないものが多い。
5.5.2.2	検査は確実・安全に実施されている	a	a	<所見1> 検査前後の観察記録が確認できた。 <所見2> 検査時の前後の観察記録はされている。
5.5.2.3	検査結果は迅速に報告され、結果の評価が記録されている	a	a	電子カルテでリアルタイムで確認できるほか、重要なもの、緊急検査等は電話でも直接報告されている。
5.5.3	適切な評価と計画を経て、投薬・注射は確実・安全に実施されている	3	3	土日祝でも抗がん剤のミキシングは薬剤師が安全な環境で実施することを検討されたい。
5.5.3.1	患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている	a	a	<所見1> 全入院患者対象に実施され、診療録に記載されている。 <所見2> 服薬指導は実施され記録もある。
5.5.3.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	b	b	抗がん剤のミキシングは土日祝は薬剤師は関与せず、看護師が病棟で実施している。
5.5.3.3	確実・安全な処方を実施されている	a	a	電子カルテによるオーダーが確立されている。口頭指示手順も整備されている。
5.5.3.4	確実・安全な投薬が実施されている	a	a	手順に沿って安全に実施されている。

5.5.4	適切な評価と計画を経て、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている	3	3	おおむね適切に行われているが、同意書の書式、観察記録手順はさらに検討されたい。
5.5.4.1	確実・安全な輸血等の計画を立てている	a	a	
5.5.4.2	患者に対して、輸血等に関する説明が行われ、同意が得られている	b	b	説明同意書の書式には、立会人署名欄がない。運用で記載されているものもある。
5.5.4.3	確実・安全な輸血等が実施されている	a	b	<p>&lt;所見1&gt; 実施前後の観察記録は行われているが、F病棟では記録の所在がわかりづらかった。</p> <p>&lt;所見2&gt; F病棟では、観察記録が簡略でわかりづらい。</p>
5.5.5	手術・麻酔が確実・安全に実施されている	3	NA	同意書の書式の検討、器械・ガーゼカウント記録が具体的になるようさらに検討されたい。F病棟では手術は行われなかったためNAとした。
5.5.5.1	手術・麻酔を実施するための評価が適切に行われている	a	NA	
5.5.5.2	手術・麻酔について十分な説明がなされ、同意が得られている	b	NA	<p>&lt;所見1&gt; 同意書には、立会人署名欄がない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護師による術前訪問が行われているが、その記録がないものがあった。</p>
5.5.5.3	手術・麻酔が安全に実施されている	b	NA	麻酔覚醒・退室基準は麻酔科医の判断に任されている。
5.5.5.4	周術期感染対策が適切に行われている	a	NA	<p>&lt;所見1&gt; 術前・術中予防投与が手順に従って行われている。</p> <p>&lt;所見2&gt; 感染対策は患者の清潔や術中に抗菌薬の予防的投与もされている。</p>
5.5.5.5	周術期についての記録がある	b	NA	器械・ガーゼのカウントの記載が有無のみであり、実際の数の記録がない。
5.5.6	栄養管理と食事指導が適切である	4	4	栄養管理と指導は個々の患者に適切に実施されている。
5.5.6.1	栄養について評価・検討され、栄養計画が立案されている	a	a	栄養についての評価検討が実施され、計画がある。
5.5.6.2	栄養指導・食事指導が適切に行われている	a	a	医師の指示により栄養・食事指導がなされ、記録されている。
5.5.6.3	食事摂取の支援や介助が適切に行われている	a	a	NSTチームとの連携で支援がされている。

5.5.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	3	3	少ないリハビリスタッフで努力されているが、病院機能を考慮しOTの配置や病棟間での差を少なくするよう努力されたい。
5.5.7.1	評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている	b	a	F病棟では心大血管リハビリテーションが専任医のもとで活発に行われているが、E病棟ではリハビリ実施症例は少ない。
5.5.7.2	リハビリテーションの内容について十分な説明がなされ、同意が得られている	a	a	
5.5.7.3	リハビリテーションが安全に実施されている	b	b	OTの配置はなく、E病棟ではリハカンファレンスは少ない。
5.5.7.4	リハビリテーションの成果を活かして、セルフケアができるように援助している	b	a	E病棟では実施結果を評価しているが、記録が抜けている。
5.5.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	3	3	基準および手順は整備されている。医師の開始指示の明確化、実施期間の明示、実施中の毎日の観察と評価の記録等手順の実施に病棟格差が認められたが、徹底されるよう運用面での改善が行われおおむね適切である。
5.5.8.1	安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である	a	a	
5.5.8.2	身体抑制を実施する際の手順が明確である	b	a	<p>&lt;所見1&gt; 実施症例は少ないが、E病棟では同意書以外には医師の明確な開始指示が確認できなかった。</p> <p>&lt;所見2&gt; E病棟では同意書はとられているが、医師の指示サインが抜けている。</p>
5.5.8.3	身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている	b	b	開始日時はあるが、終了予定の記載のない同意書がとられている。
5.5.8.4	身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している	a	b	<p>&lt;所見1&gt; E病棟では医師・看護師の毎日の記載および継続判断が署名記録されていた。F病棟では看護師の観察記録のみであったが、医師の指示の電カルへの記載、毎日の回診時の観察・評価がフローシートに医師のサインが確実に記載されるよう運用面での改善が行われた。</p> <p>&lt;所見2&gt; F病棟では医師の指示、毎日の診察、評価の実施記録を確実に残すため、電子カルテおよび観察・評価フローシートの記載など運用面での改善が行われ実施記録が確認できた。</p>

5.5.9	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている	4	4	症状緩和の適応基準があり、客観的に評価するスケールがありそれに基づいて、計画実施している。
5.5.9.1	症状緩和が適切に実施されている	a	a	疼痛スケールも採用されている。
5.5.9.2	疼痛緩和が適切に実施されている	a	a	
5.5.10	緊急時の対応が適切である	3	3	<p>&lt;所見1&gt; コードブルーは各部署から交換手を通じて発信されるシステムであるが、必要部署に掲示され頻回に訓練され概ね適切である。非常用カートは構造上の理由もあるが、主要な器具・薬剤は同じ場所に統一できるよう、また点検後であることが一見して判別できるような工夫をされたい。</p> <p>&lt;所見2&gt; 緊急時の対応は手順が明確で定期的な訓練もされている。救急カートの点検表は内容の確認を一覧表にするなどを検討を望みたい。</p>
5.5.10.1	院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である	a	a	
5.5.10.2	非常用カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 非常用カートの構造が病棟によりわずかな差があるため、一部の薬剤や機器の配置が異なる部分がある。点検は看護師が毎日行い記録し、SPDの導入により担当者が週1回程度点検しているが、点検前なのか点検後なのかが一見してわかるような表示システムはない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 救急カートの物品の収納場所が一定でなく、病棟差がある。看護師によるチェック表による点検は毎日行われている。</p>
5.5.10.3	緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている	a	a	BLS、ALSおよびコードブルーを組み合わせた訓練が頻回に行われている。

5.5.11	療養の継続性が適切に確保されている	3	3	転科、転棟時の手順にサマリーを書くことを加えて実行されることを望みたい。
5.5.11.1	退院について適切な評価が行われ、退院計画が立てられ実施されている	a	a	
5.5.11.2	退院についての説明が適切に行われ、同意が得られている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 退院はクリニカルパス症例では入院時から説明されているが、退院説明とそれに対する同意については記載が明確とはいえない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 退院についての患者・家族への同意が得られた記録がないケースがある。</p>
5.5.11.3	退院時要約は必要な情報を網羅し、適切に作成されている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 転棟や転科時にはサマリーは医師・看護師とも作成されていない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護サマリーは、退院時のみで、退院後3日以内に作成する基準になっているが、守られていない。</p>
5.5.12	終末期ケアが適切に行われている	3	3	多職種による終末期ケアが望まれる。
5.5.12.1	患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている	b	b	多職種での検討会は実施されていない。
5.5.12.2	終末期ケアにおける療養環境に配慮されている	a	a	個室への配慮をしている。
5.5.12.3	逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している	b	b	看護師間での検討会はあるが、多職種ではない。
5.5.13	患者の逝去に適切に対応している	4	4	逝去時の対応手順は整備されており、手順にそって対応している。
5.5.13.1	逝去時の対応手順が適切である	a	a	
5.5.13.2	剖検についての承諾と実施の手順が明確である	a	a	手順に従って説明され、実績もある。

5.6 ケアプロセスにおける感染対策		E	F	
5.6.1	病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	3	3	課題である感染性廃棄物の容器の転用の防止策、針刺し防止を含めた対策の見直し、改善作業が行われ、職員への啓発・手順周知徹底のための研修が行われた。継続した対応が望まれる。
5.6.1.1	正しく手洗いがなされている	b	b	洗面所の液体石鹸は（病院全体が）注ぎ足し形式となっている。手指消毒剤の交換が長期間行われていない場所があった。
5.6.1.2	手袋・防護具・ガウンを適切に着用している	a	a	ゴーグルやフェイスシールド等も確認できた。
5.6.1.3	感染経路別予防策に基づいたバリアプリコーション（隔離方法）を実施している	a	a	
5.6.1.4	抗菌薬を適正に使用している	a	a	E病棟では指針に基づき術前・術中投与も行われている。
5.6.1.5	針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している	b	b	感染性廃棄物容器は蓋を手で開閉する形式から、安全な状態で使用可能な足踏み式に改善された。容器はバイオハザードマークが見やすい位置に設置するほか、ハザードボックスの転用禁止・リキャップ禁止対策・分別・梱包など医療廃棄物処理に関する対策の対応が行われた。

5.7 診療・看護の記録		E	F	
5.7.1	診療・看護の記録が適切になされている	3	3	<p>&lt;所見1&gt; 電子カルテの使用により、文字の判読は容易で、ほとんどの情報が記録・閲覧可能となっているが、教育病院としての医師の記載の一部の充実や監査システム、同意書等の重要な文書の保管や閲覧にはさらに工夫されたい。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護記録は記載基準に沿ってされているが、アセスメントが弱い。</p>
5.7.1.1	診療録の記載が適切である	b	a	E病棟では入院時現症等の記載が十分でない診療録があった。
5.7.1.2	看護記録の記載が適切である	a	a	
5.7.1.3	同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている	b	b	ほとんどの記録が電子カルテで確認できるが、原本紙ベースとなっている文書類は同意書を含め患者毎に別ファイルとしてナースステーション内で入院中は保管されており、スキャン等による電子カルテ保管は行われていない。
5.7.1.4	診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる	a	a	必要な情報は電子カルテで参照できる。
5.7.1.5	記載された診療録・看護記録が評価されている	b	b	<p>&lt;所見1&gt; 看護記録の監査は行われているが、医師記録部分の監査システムはない。</p> <p>&lt;所見2&gt; 看護記録は記録委員によって監査されているが、結果が病棟により、ばらつきがあり、看護師へのフィードバックがなされていない。</p>
5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理		E	F	
5.8.1	病棟が安全で快適に保たれている	3	3	感染性廃棄物容器の取り扱いについて見直し、改善作業が行われ実施策は適切である。
5.8.1.1	病棟が安全で清潔に保たれている	a	a	
5.8.1.2	廃棄物の処理が適切である	b	b	感染性廃棄物の容器のバイオハザードマークの上に紙を貼り転用されていたが見直された。

5.8.2	病棟における薬剤・機器が管理されている	3	3	麻薬や向精神薬の管理は病棟の看護師に任されているが、薬剤師の関与を検討されたい。
5.8.2.1	薬剤が適切に管理されている	a	a	
5.8.2.2	麻薬・向精神薬が適切に管理されている	b	b	向精神薬は鍵のかかる引き出しに入れられているが、病棟が変わっても同じ場所に、薬剤名のラベルを表示して配置されている。鍵も別々の場所ではあるが引き出しやボックスに入れられている。
5.8.2.3	毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている	a	a	毒薬の保管はない。劇薬・ハイリスク薬剤は明確に区別されている。
5.8.2.4	医療機器が適切に維持・管理されている	a	a	医療機器は中央管理がされていて、手順も明確である。

## 6. 病院運営管理の合理性

### 評価判定結果

#### 6.1 人事管理

6.1.1	人事管理の体制が整備されている	4	市の規程として、給与に関する条例、規則及び就業関係規則が整備されており、適切である。
6.1.1.1	適切な就業規則および給与規程が定められ、職員に周知されている	a	
6.1.1.2	人事管理の仕組みが確立されている	a	
6.1.2	必要な人材が確保され、就業状況が適切である	3	職員の採用は市との調整の中で計画的に行われており適切であるが、病院の診療規模・機能に見合った職員の確保が望まれる。また、診療情報管理士については責任体制の明確化のためにも常勤職員の配置が望まれる。
6.1.2.1	職員の採用計画およびその執行が適切である	a	
6.1.2.2	必要な人材が確保されている	b	眼科医師及び作業療法士が未配置であり、また診療情報管理士が、非常勤2名（常勤換算1.5名）、委託職員1名である。
6.1.2.3	職員の就業状況は適切である	b	医師の平均総労働時間が多く、また休暇取得状況も低い状況にある。
6.1.3	職員の人事考課が適切に行われている	3	病院の資質向上に向け、全職員について、能力、功績に基づいた評価制度の整備、活用が望まれる。
6.1.3.1	人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている	b	事務職において市の係長昇任試験制度があり、また、病院として事務職（係長職以上）及び看護職において目標管理制度が運用されているのみで、他職種については行われていない。
6.1.3.2	人事考課が有効に活用されている	b	事務職及び看護職において行われている目標管理制度は人事考課として十分に機能しておらず、また他職種についても、能力評価基準に基づく昇進、昇格などは行われていない。
6.1.3.3	考課者の教育が行われている	b	市の人材育成基本方針に基づく人事評価手引きにより考課者の規定整備をはじめ準備が進められているが、本格的な運用はこれからの段階にある。

6.1.4	職員の労働安全衛生に取り組まれている	3	健康診断の全職員100%受診を実行されたい。また、労災事故の防止対策等について、衛生委員会のみならず関係委員会との連携を密にし、院内部署への周知をさらに徹底されたい。
6.1.4.1	衛生委員会が設置され、産業医が選任されている	a	
6.1.4.2	定期的な職員の健康診断が行われている	b	健康診断の平成19年度受診率は、全職員平均93.6%であり、事務職のみ100%であるが、医師93.6%、看護職91.8%、技士96.5%である。また、全職員100%に満たない状況は過年度においても同様である。
6.1.4.3	職員の事故などの防止対策を実施している	b	職員の労災事故については報告手順など制度は整備され、衛生委員会においても検討されているが、感染対策委員会など関係委員会における報告、検討が十分でない。
6.1.4.4	職員の事故への対応がなされている	a	
6.1.4.5	職員の精神的なサポート体制がある	a	
6.1.5	職場環境が整備されている	4	大阪府市町村共済組合及び市厚生会の制度に加え、病院においても労使交渉体制を含め職場環境への配慮がされており、適切である。
6.1.5.1	福利厚生活動が積極的に行われている	a	
6.1.5.2	病院管理者と職員が労働条件などに関して話し合う仕組みがある	a	
6.1.5.3	働きやすい職場環境に配慮されている	a	

## 6.2 財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている	4	担当部署は明確にされ、会計処理は地方公営企業法の財務規定に基づいて行われ、また、公認会計士、税理士の構成による包括外部監査が行われており、適切である。
6.2.1.1	会計業務を担当する部署または担当者が明確にされている	a	
6.2.1.2	病院会計準則に基づいた会計処理がなされている	a	
6.2.1.3	第三者による外部監査が行われている	a	
6.2.2	予算管理が適切に行われている	3	予算の編成手続き、執行管理の状況は適切であるが、予算編成の元となる事業計画を数値に基づいた内容とされることが望まれる。
6.2.2.1	予算書が作成されている	b	予算は作成されているが、予算と連動する年次の事業計画が、文言表現を主体とした概要のみである。
6.2.2.2	予算編成の手続きが明確である	a	
6.2.2.3	予算の執行が適切である	a	
6.2.3	資金管理および投資計画が適切である	4	担当部署は明確にされ、年度及び月次に計画、把握され、また、設備投資については、幹部会儀及び医療機器等整備委員会において機能及び経済効果が検討されており、適切である。
6.2.3.1	資金の調達および資金繰りの手続きが明確である	a	
6.2.3.2	設備投資の手続きが明確である	a	

6.2.4	経営管理が適切に行われている	3	幹部会議や多種多様な委員会活動により改善に取り組んでいるが、今後の改革推進にあたっては、より幅広く経営分析を行うなどして現状確認をし、改革・改善の視点の明確化や推進体制の整備を図るなど、より効率的かつ効果的に取り組まれることを期待する。
6.2.4.1	病院の経営分析を行い経営状態を把握している	b	患者実績、収支状況は毎月把握されており、また半期ごとに収支・財務分析などを行っているが、原価計算は行われていない。
6.2.4.2	病院の経営状態を各部門へ知らせている	b	毎月の実績は院内会議を通じて、また半期ごとに作成している経営分析は院内各部署に周知しているが、分析結果に基づく検討が十分に行われていない。なお、半期ごとの分析結果は、市の関係部署へも周知している。
6.2.4.3	経営改善の努力がなされている	b	バランスト・スコア・カードの活用や機能の拡充、病棟運用及び患者サービス改善など課題ごとにプロジェクト、委員会を組織するなど多種多様に取り組んでいるが、成果の集約、検証が十分でない。なお、平成20年度において、総務省の公立病院改革を踏まえ、これまでの計画を集約、改め、市と一体となって改革プログラムを作成することとしている。
6.2.5	医事業務が適切に行われている	4	入退院を含め患者対応手続きは明文化され、時間外・休日の窓口収納方法も確立しており適切である。また、未収金については市の「債権回収対策室」と一体となり回収に努めるなど適正に管理されており、レセプトの作成・管理についても実態が把握され医師参加のもとに管理されており、適切である。
6.2.5.1	受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である	a	
6.2.5.2	入退院の手続きが適切に行われている	a	
6.2.5.3	窓口の収納業務が適切に行われている	a	
6.2.5.4	未収金の状況が把握されている	a	
6.2.5.5	レセプトの作成・点検・提出が適正に行われている	a	
6.2.5.6	返戻・査定について適切な対応がなされている	a	

6.2.6	病床管理の仕組みが適切である	4	病床利用については、病床管理規約に基づいて病床運営検討会議において弾力的かつ効率的な利用に向けた検討がされ、医療サポートセンターにおいて日々の利用状況、入院待機患者が把握され、日報として関係部署に周知されている。また利用実績も平均在院日数短縮、感染症病床13床の影響もあるなか効率的運用に努めており、適切である。
6.2.6.1	病床運営方針を検討する場が設けられている	a	
6.2.6.2	病床管理の担当部署または担当者がある	a	
6.2.6.3	全病床が中央管理され、空床状況が迅速に把握されている	a	
6.2.6.4	入院待機患者の情報が把握され、一元的に管理されている	a	
6.2.6.5	入院における病床利用のルールが確立しており、診療科の枠を超えた弾力的な病床活用が図られている	a	
6.2.6.6	病床が効率的に利用されている	a	

## 6.3 施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	4	担当部署は明確にされ、給水設備などの法定点検を含め予算計画に基づいて保守管理計画が立てられ、実施にあたってはマニュアルが整備され、実績も把握、記録されている。また、医療ガスの安全管理については、副院長を委員長とした委員会の設置、実施責任者など体制を整備し、病棟を含め定期的に点検がされ、記録も整備されており、適切である。
6.3.1.1	施設・設備の管理責任者がいる	a	
6.3.1.2	施設・設備の年次保守計画が立てられ、保守管理が適切に行われている	a	
6.3.1.3	施設・設備の運営マニュアルが整備されている	a	
6.3.1.4	給水および空調設備の保守管理が適切に行われている	a	
6.3.1.5	医療ガスの安全管理に対する配慮がなされている	a	
6.3.1.6	霊安室が適切に整備されている	a	
6.3.2	外来・病棟で使用する医療機器の管理体制が確立している	3	医療機器は中央化され、病棟における主要医療機器は定期的に点検され、機器の標準化も含め適切であるが、一部病棟に見られる修理必要器材の滞留状態を解消するチェック体制が望まれる。
6.3.2.1	医療機器を管理する担当者が定められている	a	
6.3.2.2	病棟の医療機器の点検が定期的に行われている	a	
6.3.2.3	病棟の医療機器の補修をする仕組みが整えられている	b	一部病棟において、未修理の医療機器等が空き室に山積されているなど、修理の仕組みが整っていない状況がある。
6.3.2.4	医療機器の管理の中央化がなされている	a	
6.3.2.5	医療機器の標準化が図られている	a	

6.3.3	給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている	3	給食施設の衛生管理について、調理室内の通年の温湿度管理及び床破損箇所の補修が望まれる。
6.3.3.1	給食施設・設備が整備されている	b	調理室内の夏季の温度が、30℃を越える状況にある。
6.3.3.2	食材が適切に保管されている	a	
6.3.3.3	調理室の衛生管理が適切に行われている	b	調理室の床のめくれ状態の破損箇所が数箇所あり、水が滞留する恐れがある。
6.3.3.4	配膳が衛生的に行われている	a	
6.3.3.5	食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている	a	
6.3.4	廃棄物の処理が適切に行われている	3	感染性廃棄物の取り扱いについて、分別・梱包・表示が見直され、適切に行われている。今後の継続した対応に期待したい。
6.3.4.1	廃棄物処理の管理責任者がいる	a	
6.3.4.2	廃棄物の分別・梱包・表示が適切である	b	病棟・臨床検査部門においての感染性廃棄物の取り扱いについては、感染性廃棄物収納函の蓋をより安全に開閉使用できる足踏み式を採用。容器の転用の防止、バイオハザードマークの適切な活用等について全病院的に見直し、対応されている。
6.3.4.3	廃棄物の保管状況が適切である	a	
6.3.4.4	廃棄物の処理過程が適切である	a	
<b>6.4 物品管理</b>			
6.4.1	物品の購入の手続きが適切である	4	所管部署は明確にされ、SPD方式のもと購買の中央化、発注・検収体制が図られ、また薬事委員会はじめ物品の標準化にも努めており、適切である。
6.4.1.1	物品購入の責任者が定められている	a	
6.4.1.2	購買の中央化が行われている	a	
6.4.1.3	購入物品の標準化が図られている	a	

6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	4	物品の台帳管理はされており、在庫管理も薬品は年4回、他は年2回実施され、また部門在庫についても毎週チェックされており、適切である。
6.4.2.1	物品の帳簿が準備され、実地棚卸しを実施している	a	
6.4.2.2	適正な在庫量を定め、管理されている	a	
6.4.3	公正な取引が行われるための仕組みがある	4	納入業者は市における選定業者を対象に選定し、専決区分に応じて契約を行っている。また、発注、検収担当者も区分され内部牽制の体制もとられており、適切である。
6.4.3.1	物品納入業者は公正な基準によって選ばれている	a	
6.4.3.2	発注担当者と検収担当者は明確に区別され、内部牽制の機能を果たしている	a	
<b>6.5 業務委託</b>			
6.5.1	委託業者の選定が適切である	4	業者の選定は市の登録業者に基づいて、契約は市の契約規則、専決規定により「委託委員会」、「事務局長専決」及び「随意契約」によって行われており、契約の履行管理もチェックリストを活用し見直しを含め行われている。また、事故責任に対する賠償責任保険への加入の確認、及び病院理念の周知なども行われており、適切である。
6.5.1.1	業務の委託に関する検討がなされている	a	
6.5.1.2	委託業者の選定手順が適切である	a	
6.5.1.3	業者が業務上の事故に対する賠償責任保険などに加入していることを確認している	a	
6.5.1.4	業者が従業員の教育を適切に行っていることを確認している	a	
6.5.1.5	契約の見直しを定期的に行っている	a	

6.5.2	委託業務の管理が適切に行われている	3	安全対策、感染防止対策及び接遇など委託業務実施においても重要な事項については、委託業者職員についても病院実施研修への積極的な参加促進が望まれる。
6.5.2.1	委託業務の管理担当者が定められている	a	
6.5.2.2	委託業務従事者に対する教育が行われている	b	委託業者職員に関して、病院研修への積極的な参加体制、実績がない。
6.5.2.3	委託業務の事故発生時の対応手順が定められている	a	
<b>6.6 病院の危機管理への適切な対応</b>			
6.6.1	院内における災害発生時の対応体制が整っている	4	防災マニュアルをはじめ事故発生時の初動マニュアルが整備され、防災訓練も年1回以上行われている。また、停電時の対応体制も設備、手順整備とも適切である。
6.6.1.1	自院で作成した独自の防災マニュアルがある	a	
6.6.1.2	マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている	a	
6.6.1.3	責任体制と緊急連絡網が明確にされている	a	
6.6.1.4	停電時の対応体制が整っている	a	
6.6.2	大規模災害発生時の対応体制が整っている	3	災害拠点病院に選定されており、マニュアルの整備、訓練の実施も行われ、ライフライン確保についても耐震性、自家発電、移動ポンプなど整備されている。また、DMAT（災害派遣医療チーム）も結成し、関係の研修、訓練に参加するなど体制の充実に努めており、適切であるが、災害用備蓄品については、災害時に迅速対応できるよう、専用の備蓄体制とすることが望ましい。
6.6.2.1	大規模災害時の対応マニュアルがある	a	
6.6.2.2	大規模災害を想定した対応体制がある	a	
6.6.2.3	ライフラインの確保に配慮されている	a	
6.6.2.4	大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある	b	日常の管理在庫品の中で対応可能として、災害用品として区分して備蓄されていない。

6.6.3	病院の保安体制が適切である	4	保安管理については委託業務によっているが、出入り口管理に関する規程の整備、業務日誌の管理とも良好に行われており、また警備員研修マニュアルも整備され、緊急時の対応体制も確保されており、適切である。
6.6.3.1	病院の出入りに関する規程が定められている	a	
6.6.3.2	保安を管理する体制が整備されている	a	
6.6.3.3	保安管理業務の内容が適切である	a	
6.6.4	訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられている	4	担当者は明確にされ、公表基準、医療事故対応マニュアルも整備、運用されている。また、事故賠償責任保険も全職員を対象にし、大阪府医師会の保険に加入しており、適切である。
6.6.4.1	院内での担当者が明確にされている	a	
6.6.4.2	的確な状況把握がなされる仕組みがある	a	
6.6.4.3	外部の関係者と適切に対応する仕組みがある	a	
6.6.4.4	病院賠償責任保険に加入している	a	