

病院機能評価
審査結果報告書

2019年度実施

公立大学法人横浜市立大学附属
市民総合医療センター

訪問審査実施日 2019年6月26日～6月28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6月26日～6月28日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院3	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

大学附属病院の本院が教育・研究を含めた役割・機能を担う中で、2つ目の附属病院として、市民に対する診療と優れた人材の育成を重視した理念・基本方針のもとに、運営されている病院であり、医学部附属病院ではなく、大学本部の直轄となっている。地域医療を重視する姿勢は、救急応需や増加し続ける新入院患者数等に顕れている。長年にわたる初期臨床研修医マッチング率100%は、貴院が初期研修医からも高く評価されていることを示している。特定機能病院ではないが、特定機能病院を主たる対象とする機能種別「一般病院3」の評価項目に即して、自院の機能をより高い水準で評価し、その向上を目指そうとする姿勢は、高く評価される。以下にカテゴリーごとの総括を記載するが、評価項目別評価結果とともに、本報告書が、今後の貴院の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

地域への医療提供と優れた人材の育成を重視する理念・基本方針が定められ、ホームページ、院内掲示、パンフレット等への掲載によって周知が図られている。病院の役割・機能が明確になっており、中期計画が立てられ職員に示されている。職員の前向きな姿勢が感じられ、執行部のリーダーシップは適切に発揮されている。病院は大学直轄で、医学部の過度な介入は最大限排除される組織形態であるが、事務組織が病院管理者と大学本部両者の指示命令系統下となる組織であるため、上部組織における調整の仕組みが重要と思われる。

院内で取り扱う情報の統合的な管理を行い、情報の管理・活用の方針を明確にしている。また、計画的な情報システムの導入を行い、得られた医療情報をもとに病

院運営に活用しており適切である。文書管理は規程に基づいて行われている。また、電子稟議による承認の仕組みも整備されている。なお、医療・ケアの現場で使用する規程やマニュアルについては整理中であり、今後の整備に期待したい。

法令や施設基準等に見合った必要な人材が確保され、継続的な人材確保・充実に取り組まれていることは評価できる。なお、貴院の機能や規模および業務量からみると、一部の職種について増員を望みたい。人事に関する各種規則・規程を整備し、職員への周知も図られている。職員の出退勤の把握は、今後はより客観的な方法に改めるよう検討されたい。安全衛生委員会は適切に機能している。また、公務災害や職業感染、および職員の精神的なサポートについても適切に対応できる体制が整備されている。職員の意見・要望の把握に努めており、就労支援への対応は適切である。院内厚生施設の活用に加え、横浜市職員共済組合の福利厚生サービスを受けられる仕組みとなっているなど、配慮されている。

院内の教育・研修について一元管理している。また、必要性の高い課題についての教育・研修も適切に行っており、e-learning システムを活用し、受講状況の把握や教育・研修効果を高める仕組みも確立しており、評価できる。職員の能力評価は、職種により実施状況が異なっているが、病院としての仕組みの整備が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の基本的権利を明文化し、周知して実践の場で擁護に努めている。インフォームド・コンセントに関わる取得の基準・手順、書式の統一に向けた見直しと整備が促進されている。今後は実施状況の把握・管理と、さらなる意思決定支援の充実について取り組みを期待したい。患者に医療への参加を促し、対話を促進しながら診療情報の共有に努めている。院内に総合サポートセンター、がん相談支援センター等が設置され、患者からの様々な相談に対応している。

個人情報保護については取り扱い指針やマニュアルを定め、職員への周知も図っている。診療および生活上におけるプライバシーに配慮しており適切である。医療情報活用の際に使用されるデバイスについては、実態の把握と適正化が進められているので、今後さらに管理を徹底することが期待される。臨床倫理委員会が倫理問題の審議を実施し、臨床倫理コンサルテーションチームが組織されて機能し始めており、今後とも、臨床倫理的な課題に取り組む努力を継続するよう期待したい。

病院内での外来待ち時間の自由度向上を目的とし、呼び出しベルを配布するなど、利便性に配慮している。また、院内全域にわたりバリアフリーを実現している。院内の各種案内表示は、ピクトグラムの採用や表示を大きくすることにより、高齢者にも見やすく分かりやすいよう工夫されている。病院の療養環境は快適性・清潔性・安全性を有し、患者にやさしい環境となっている。病院敷地内における禁煙方針は徹底され、病院ホームページをはじめ入院手帳に示されており、院内・院外における掲示もなされている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等については事例検討会に報告され、対応策や再発防止策が検討されて、必要に応じTQM委員会において多職種参加の上で検討されている。臓器別症例検討会では多職種が参加して、治療方針などが熱心に検討されている。クリニカル・パスを積極的に活用しており、利用率も一定の水準にある。一方、病院全体として取り組むカンサーボード、M&MそしてCPCなど、診療の質の改善に寄与するカンファレンスの積極的な開催が期待される。幹部ミーティングを開催し、病院の課題に速やかに対応している。新規医療技術および未承認薬の申請について、継続的に職員への周知を図ることを期待したい。

診療の管理・責任体制は明確であり、医療チームとしての診療・ケア体制は患者・家族に分かりやすく示されている。診療記録はマニュアルに基づき適時に記載されている。退院時サマリーの2週間以内作成率の一層の向上と、質的点検を活用した記載内容の充実が望まれる。患者・家族等が抱えている倫理的課題の多くは、入院後の様々な機会に情報収集し、問題を抽出して、検討されている。診療科間での症例検討会、多職種によるチーム医療によって、患者の診療・ケアが丁寧に実践されている。

5. 医療安全

副病院長である統括安全責任者の管理のもと、医療の質・安全管理部が医療安全指導者を中心に、医療安全推進に向けた組織横断的な活動を行っている。アクシデント・インシデント報告の件数増加に向けた取り組みが継続的に行われており、安全文化調査では「出来事の報告される頻度」が上位にランクされ、報告する文化が根付いている。

誤認防止に向けた患者確認は、各種ルールに従いおおむね適切である。口頭指示票への使用可能な単位等の記載や診断報告書の重要所見の未読防止対策など、さらに細部にわたる安全確認の継続を期待したい。医薬品安全管理者、安全管理部との連携により医薬品の医療安全対策が図られている。転倒・転落リスクシートを用いて評価されたリスクに応じて看護計画を立案し、対策を実施している。また、リハビリ部による移乗訓練も実施している。今後は、転倒・転落発生に対する詳細な分析とその分析結果を活用した具体的な転倒・転落防止策の強化を期待したい。

ほとんどの医療機器の教育はおおむね適切である。院内緊急コードについては、運用方法やコール基準が周知されており、実績もある。職員対象のBLS研修については、受講率を高めることが必要であり、継続的な取り組みを期待する。

6. 医療関連感染制御

感染制御部が設置され、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師など多職種による、医療関連感染制御に向けた適切な取り組みがある。感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームが組織され、積極的な取り組みが行われている。感染対策委員会等が組織され、定期的な検討が行われている。アウトブレイクが疑われる場合の対応も適切である。

SSI や CLABSI などのターゲットサーベイランスは適切に評価・分析されており、JANIS へも参加している。地域連携も、加算連携施設に対し、指導的な役割を十分に果たしている。院内 ICT ラウンド、教育・研修についても適切に実施されている。医師を含む手指衛生の徹底に向けては、より具体的な対策実施を期待したい。

抗菌薬の使用に関しては、院内のガイドラインを定期的に見直し、初期抗菌薬の選択、デ・エスカレーションの実施、特定抗菌薬の届出制・許可制の実施、使用状況のモニタリング、薬剤感受性の保持など、感染制御部を中心に各診療科とも連携して適正使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

病院利用者が必要とする情報は、ホームページに詳細に掲載されている。患者向け広報誌と、地域医療機関向け「地域連携だより」を発行・配布している。診療実績の公開については、DPC の公開情報の他にがん手術実施後の生存率を公開する等、幅広く情報が公開されており適切である。院内に地域医療支援事業委員会を設置し、地域医療支援病院として地域医療機関と密接な連携を進めている。地域医師会との様々な会議や研修会を開催している。また、地域医療機関からのニーズの把握に努め、的確に病院の運営体制に反映させている。

地域に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座の開催に加え、市医師会をはじめとした地域医師会との共同による、医療従事者向けの地域医療研修会を開催している。参加者のニーズを把握し、今後の開催内容に反映させる取り組み等もある。看護部においては、院内の看護研修会を地域の医療機関に開放する等の試みも行われている。さらに、県政の課題を解決することを目的とした「大学発・政策提案事業」に、貴院が提案した慢性痛対策普及啓発事業が採択され、今後、県内幅広い地域に向けた講演会や研修、ワークショップの開催を企画している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を案内しており、円滑な診療が受けられるよう配慮されている。また、待ち時間短縮に努められている他、待つことの苦痛軽減にも取り組まれている。さらに、外国語通訳の派遣や通訳タブレットの活用など、外国人への円滑な診療支援を実施しており適切である。患者に関する情報収集は、多職種の下、適切に実施されている。外来診療における患者や家族への説明内容は、電子カルテに記載され、心情への配慮もあり適切である。診断的検査においてはリスクを含めた説明が行われ、同意書を取得している。内視鏡検査・処置、造影剤を用いた画像診断の実施は、安全に充分配慮した設備と体制が整備されており、適切である。

入院は、医学的判断に基づき決定されている。病床管理は、入院病床に関する患者の希望に配慮しながら、病床管理担当者により弾力的な運用が行われている。多職種で診療計画が立案され、患者用クリニカル・パスも有効に活用されている。患者・家族の相談対応は看護師・MSW・事務など多職種連携により実践されている。

病院で作成された「入院手帳」を用いて、入退院の手続きや入院中の生活等について、わかりやすく説明されている。初めて入院する患者については、看護助手が迎えに行き、病棟まで同行することで、患者や家族の不安軽減に努めている。

医師のリーダーシップのもとに日常の病状の分析と治療方針の策定が行われ、回診、診療録の記載が適切に行われている。看護の業務基準や看護手順は整備され、必要に応じて改訂されている。看護方式は、継続受け持ちペア看護方式を導入し、日常生活援助や診療の補助業務を適切に実施している。薬剤の確実・安全な投与については、病院で定めた確認方法が実践されている。輸血は輸血療法マニュアル収載の適応判断と実施手順に基づき適切に実施されている。手術・麻酔の適応と方法、ハイリスク症例については麻酔科医、担当診療科医、手術室看護師、関係診療科医を含めて、手術の可否、術式などが検討されている。術中、術後の管理も麻酔科医、看護師により適切に行われている。重症患者の管理については、豊富な集中治療病床を有し、それらが連携して病態に応じた診療・ケアが行われている。易感染の移植患者や感染症患者の管理も、適切な機能を有する個室での管理が行われており、評価できる。

入院時全患者に対して褥瘡発生のリスク評価を実施し、リスクの高い患者や褥瘡が発生している患者については、褥瘡計画を立案してケアを提供している。栄養管理においては、管理栄養士の役割拡大を踏まえ積極的な関与が期待される。痛みのマネジメント、呼吸困難の緩和、消化器症状への対策などについてまとめたガイドラインに基づいて症状緩和に努めている。症状緩和が困難な患者については、緩和ケアチームによる対応も適宜行われている。全てのリハビリ実施計画の策定に際し、リハビリ科医師が診察している。実施前後の評価も定量的に実施されている。身体抑制については、多職種による検討の強化など、対応の充実を期待したい。

退院支援については、患者・家族が安心して療養生活を継続できるように、さらなる退院支援看護師と病棟との連携を期待したい。退院後の医療が必要な患者に対して、地域医療機関との連携による支援が適切に行われている。DNARについては、最近作成したDNARに関する方針決定フローチャートに基づき、おおむね適切に対応している。今後、現場への一層の浸透が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、全ての注射処方には薬剤師が関与し、1施用単位で払い出しを行う方針を基本として、取り組みを推進することが期待される。臨床検査は検体採取から結果報告まで適切に機能している。部門内の安全管理が徹底され継続的に機能し、スタッフの教育プランが策定され、人材育成の仕組みが構築されており、安全性と品質の保証に寄与しているなど、評価できる。画像診断は、救急部門にもCT、MRIの検査装置を備え、24時間体制でタイムリーな画像検査が行われている。

患者食は、朝、夕は選択メニューが用意されるとともに、アレルギー食や嚥下調整食の対応をはじめ、患者の多様な嗜好に対応するためのメニューが用意されている。既存のメニューでは対応できない場合は個別献立で対応する等、患者本位の栄養機能が発揮されている。リハビリ機能は、E-ICUやG-ICUでのリハビリの積極的

な取り組みの一方、療法士の人員制約から、提供単位数が少ない場合が生じており、より質の高いリハビリ提供のため、機能強化が望まれる。診療情報管理部門を設置し診療情報の一元管理が行われ、診療記録の量的点検が行われている。また、診断名や手術名のコード化を行い、コード化された症例はデータベース化し病院運営に活用している。輸血・血液管理部門は輸血部として独立し、輸血用製剤の発注・保管・供給・返却が確実に行われている。洗浄・滅菌業務は、適切に教育を受けた外部委託職員が行っている。既滅菌物の所在や使用期限についてはコンピュータシステムで把握しており、期限切れの器材が使用されないように管理されている。

病理検体処理に関して、細心な処理システムを通じて交差を起こさないプロセス、複数病理医によるダブルチェックなどにより診断精度が担保されている。報告書、標本の保管、危険性の高い薬品類の保管・管理も適切である。放射線治療計画の作成とシミュレーションの実施は、専門医と専門技師らにより適切に行われている。医局購入の医療機器については、管理の一元化が進められているので、今後の拡充を期待したい。手術室について、効率的に使用するスケジュール管理が行われている。誤認を回避する仕組みが機能し、術中患者管理、合併症予防対策が適切に実施されており、評価できる。

外傷患者、緊急分娩への緊急対応が機能している。病態・機能別に設置された豊富な集中治療室に、機能に合わせた多職種の人材と設備・機材が適切に配置されて、高い集中治療機能が発揮されている。救急医療は、豊富な人材と重症患者に対応できる病床・機器を背景に、夜間・休日の体制も整備され、地域の中核としての極めて優れた機能を果たしている。

10. 組織・施設の管理

経営・財務管理については、会計規則や規程等を定め、会計処理が適正に行われている。また、財務諸表も適切に作成しており、公認会計士による会計監査についても適切に実施されている。医事業務における窓口の収納業務やレセプト作成における一連の作業は手順に則り、医師の点検のもとに適切に行っている。業務委託については、委託の是非が検討され、委託業者の選定の手続きも適切に行われている。また、委託業務の質の管理や、委託業務従事者に対する教育も実施しており、事故発生時にも適切に対応できる体制が確保されている。

日常点検の実施や建物および機器等に関する保守管理が適切に実施されている。また、建物の経年による老朽化対策の一環として、建物劣化診断を実施し、調査結果をもとに中期・長期における建物の修繕計画を策定している。医療材料についてはSPDを採用している。医療材料の適正価格での調達を目指し、価格交渉にはベンチマークシステムを活用している。

災害対策マニュアルを作成し、災害時を想定した災害対策実働訓練の実施や、夜間や休日等、少ない職員体制を想定した火災訓練、机上シミュレーション訓練も実施されている。災害に対する備えとしてe-learningにより職員全員が研修できる機会を用意している。さらに、災害対策チーム（DMAT）を編成しており、その他

DPAT 隊や横浜市消防局と協力し「YMAT」も編成している。院内の保安体制は業務委託より運営されている。警備業務の内容や非常時の対応方法は明確化されている。院内で発生した特殊事案については速やかに報告され、必要に応じて院内で情報共有される仕組みとなっている。院内で暴力事案が発生した場合の対応も明確化され、保安体制は良好である。

医療事故発生時の対応手順は整備されており、職員にも周知されている。医療事故調査制度に則った院内事故報告事例の仕組みも整っている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師研修医・歯科医師研修医については臨床教育・研修センターが主管し、研修計画の立案、研修の実施、評価等の一連の業務が適切に遂行されている。研修の実施にあたり研修医 4～5 名に対し指導医 1 名が担当し、研修終了までの間、研修医からの相談やメンタルケア等きめ細かな対応を実施している。初期研修は、主に診療科ローテーションによる OJT と集合研修で構成され、集合研修は、新規採用者オリエンテーション、アフタヌーンセミナー、ランチョンセミナー、ランチミーティングおよび e-learning 等で構成されている。評価は EPOC、研修レポート、看護師長評価等、多面的評価を取り入れている。また、それ以外の職種については、委員会により看護師、薬剤師、ME、事務等の初期研修計画が用意されている。

実習生受け入れ要綱を策定し、各職種の学生を受け入れている。カリキュラムに沿った実習を行い、実習生および実習内容の評価も適切に行われている。実習生の受け入れに際しては医療安全・医療関連感染制御に関する対応や患者・家族との関わり方の取り決めを説明した上で、病院実習を適切に行っている。

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 B

【適切に取り組まれている点】

良質な医療を受ける権利、病気の説明を受け自ら治療法を選択する権利、セカンドオピニオンの提供を求める権利、プライバシー・個人情報保護される権利など患者の権利が明文化され、擁護に努められている。患者・家族や職員への周知は適切に行われている。患者の請求に基づく診療記録の請求には、患者の権利として院内で定められた検討過程を経て開示されている。

【課題と思われる点】

人間としての尊厳が守られる権利、人格が尊重される権利、さらに小児患者の権利（生きる権利、育つ権利、守られる権利、参加する権利）などは謳っていないので、明文化する患者の権利の内容について、検討することが期待される。

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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 インフォームド・コンセント（IC）の取得にかかわる統括は医療安全推進部が担っており、2019年6月に整備されたICガイドラインには目的、説明時の手順書や医療者の同席を必要とする診療内容の基準、同席基準、同席できない時の運用手順が記載されている。説明後の同意では、時間的な猶予を与えるなどの内容も網羅されている。また、ICの書式は、病院として使用する雛形を各診療科に提示し、作成された書式は診療録管理委員会で随時承認する体制がある。</p> <p>【課題と思われる点】 IC書式の標準化が図られていなかった。指摘を受けて、使用している説明書に、記載すべき8項目が記載されているかを確認し、不備なものは修正・整備しており、約7割が終了している。新規のIC書式についての確認と承認の仕組みも整えられた。また、同席基準は、必要性を3段階に区分けし運用しているが、職員への周知を徹底するため、分かりやすいフロー図等を作成し、周知した。なお、同席できなかった場合の事後の患者のフォローアップについての記録の不足が指摘されたが、当該記録用のテンプレートを作成し、記録の徹底を図った。</p>
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者との診療情報の共有は、院内の様々な場面・プロセスで実践されている。具体的には、「患者用クリニカルパス」の積極的な活用」「絵・図解による診療情報の提示」「DVDを活用した小児診療」などの促進活動がある。また、入院手帳「入院のご案内」には、病棟オリエンテーションの際に参照できる患者参加の医療安全、感染対策のお願い、チーム医療の提示などの文書が詳細に掲載されている。また、がん情報を中心とした患者情報コーナーの整備に力をいれ、パンフレットの活用状況の確認もあるなど、医療への患者参加の促進強化が図られており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者支援体制を的確に遂行するため、院内に総合サポートセンター及びがん相談支援センター等が設置されている。各種相談窓口は本館1階に設置され、公的医療費の適用申請、がん相談等の様々な悩み事の受付として機能している。相談窓口の場所が分かり易いよう、ホームページや入院手帳、院内掲示、外来ディスプレイ等により幅広く周知されている。また、多職種参加による相談情報の収集、検討、対応、報告の仕組みも確立され、必要に応じてTQM委員会や安全管理対策委員会に報告している。また、治療と就労の両立を希望する患者を支援するため必要に応じて社会保険労務士との相談を可能にする等、患者目線の相談体制を確立している。人的体制としては、総合サポートセンター等には社会福祉士11名を含む40名を超えるスタッフが配置されている。虐待が疑われる患者が入院した場合には、診療側と院内に設置された患者人権擁護委員会のメンバーとの協議により行政を含めた対応手順があり適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 個人情報保護取り扱い指針を策定し、個人情報適正管理・漏えい事故等防止マニュアルを定め対応している。また、携帯用のポケットマニュアルである「安全ポッケ」に掲載し、職員への周知を図っているほか、病院長等によるメッセージ配信によって個人情報保護の周知徹底に努めている。学生、退職者、委託職員等への個人情報保護の徹底についても、誓約書をとるなど工夫している。診療および生活上におけるプライバシーには適切に配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 患者データの利用の手順やUSB媒体、デジタルカメラ等の管理が適切になされていなかった。指摘を受けて、医療情報部へのデータ利用申請に、臨床研究審査委員会の承認通知を添付する運用とし、利用する患者データのダウンロード履歴は残して管理するように改めた。また、既に貸与されているUSB等デバイスの利用状況および継続利用の意向調査を行い、不要なデバイスの利用停止を実施した。</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>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院には「臨床倫理委員会要綱」のもと、臨床倫理委員会が設置されている。臨床倫理に関する方針は「安全ポッケ」に明示され、倫理的課題としては、2019年6月にDNARガイドラインとその対応方針を定め、職員への周知に努めている。そのほか病棟などの臨床現場では、臨床倫理に関して医師・看護師による協議の機会が設けられ記録もある。</p>
		<p>【課題と思われる点】</p> <p>臨床倫理委員会では、「医学系研究、医薬品の適応外使用」などの議題が大半を占めている実態があった。指摘を受けて、高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等を審議する委員会を別に設け、臨床倫理委員会は臨床倫理について審議する場に改め、1か月間で対応が難しい事例3件が審議された記録が確認された。また、倫理コンサルテーションについて、従来は医療安全部門で受け、カンファレンスを行うなどの対応をしていたが、新たにコンサルテーションチームを発足させ、1か月間で8件の現場要請に対応するなど、実績が挙げられている。倫理コンサルテーションチームの活動内容は、臨床倫理委員会に報告されている。</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

【適切に取り組まれている点】

ホームページには地域医療支援病院としての自院の役割として、地域の「かかりつけ医」との機能分担について説明され、紹介状の持参について説明と理解を求めている。また、外来機能や入院手続きをはじめ院内施設の状況、病院までの交通機関等のアクセス方法や患者へのお知らせ、各種イベント情報等、来院される患者が必要とする情報について詳細に掲載されている。外来各科の案内には診療担当や診療の特徴・特色等がわかりやすく掲載され、患者が受診を決める際に確認したい内容が網羅されている。なお、患者向けの広報誌「十全」は年3回、各6000部を配布するとともに、地域医療機関には「地域連携だより」を年3回配布する等の取り組みを行っている。診療実績の公開については、DPCの公開情報の他にがん手術実施後の生存率を公開する等、幅広く情報が公開されており、適切である。

【課題と思われる点】

一部の診療科の手術件数が数年前のものであるので、更新されると良い。

1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>横浜市南区に位置し、来院患者の85%以上が横浜市民である。地域医療支援病院として地域医療機関と密接な連携を進めている。具体的には、院内においては地域医療支援事業委員会を開催し、外部医療機関とは、連携医療機関連絡会議、南区医師会合同地域医療連携研修会や地域との事例検討会等を通じて、地域医療機関のニーズの把握に努め、そのニーズを的確に病院の運営体制に反映させている。医科272医療機関、歯科85医療機関を数える登録医に対する病床および医療機器の共同利用を進めている。また、連携医療機関からの円滑な患者受け入れを推進するため、2019年3月からは連携医療機関からの電話による初診予約も開始した。紹介、逆紹介については、第二期中期計画にその目標値紹介率90%、逆紹介60%を明示し、紹介医療機関に対して、来院時報告、中間報告、退院時報告を行う等、信頼関係の醸成を含め適切に対応している。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>地域に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座の開催や横浜市医師会をはじめとした地域医師会との協同による医療従事者向けの地域医療研修会を開催している。同研修会の開催実績は2018年度は38回であり、参加人数や参加者のニーズを把握し今後の開催内容に反映させる等の取り組みがある。2019年度の開催についても既に32回の開催が予定されホームページに公開されている。看護部においては、院内の看護研修会を地域の医療機関に開放する等の試みも行われている。さらに2018年度には県政の課題を解決することを目的とした「大学発・政策提案事業」に同センターが提案した慢性痛対策普及啓発事業が採択され、令和元年度、令和2年度には県内幅広い地域に向けた講演会や研修、ワークショップの開催を企画している。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している A

【適切に取り組まれている点】

病院長の直下に組織されている病院運営部門に副病院長が部門長（統括安全責任者）を担う医療の質・安全管理部が位置づけられている。統括安全責任者の他、医療安全指導者（医療安全管理室長）である専従医師、他の専従として看護師2名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、事務1名が配置され、兼任者7名とともに組織横断的な活動を行っている。院内の各部署にはリスクマネージャーが配置され、管理部門のスタッフと協力して医療安全の推進に向けた活動を行っている。統括安全責任者を委員長とした多職種からなる安全管理対策委員会ならびにリスクマネージャー会議が毎月1回行われ、インシデント・アクシデントの報告や対策検討などの意見交換が行われ、議事内容も共有の上で周知されている。重大事象発生時の報告手順・対応手順のフローは整備され遵守も図られている。医療安全管理マニュアルも随時改訂がなされ、院内の職員向けにポケットマニュアル「安全ポッケ」を作成し周知がはかられている。2019年4月より医療安全管理部から医療の質・安全管理部と名称が変更され体制も強化されており、医療倫理面の課題解決や質向上にむけての活動にも期待したい。

【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	<p>A 【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療安全管理室として、アクシデント・インシデント報告の件数増加に向けた取り組みが継続的に行われ、2018年度は8,917件に上っている。安全文化調査の「出来事の報告される頻度」は3位にランクインしており、報告する文化が根付いている。増加するインシデント報告に対する迅速な把握や対応が難しくなりつつあり、今後も現状の対応が維持できるよう期待したい。アクシデント・インシデント事例は、医療安全管理室にて情報把握が確実に行われ、週1回の検討会で系統的な分析対応がなされ、再発防止に向けた取り組みが検討・実践されている。2016年に発生したCT未読に関する医療事故を経験して以降、CT未読の改善にむけ病院をあげての取り組みが行われている。特定機能病院と同等に外部監査委員会や特定機能病院間のピアレビュー等を通じた外部評価を受けており真摯に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>医師特に研修医の報告がまだまだ少なく、継続的な報告数増加への取り組みが期待される。外部通報窓口も設置されているが、運用事例はなく十分な周知が期待される。術中のインシデントの把握さらには合併症か否かの検証の仕組みが十分とはいえず継続的な取り組みを期待したい。</p>
-------	-----------------------	--

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 定期的に更新されている感染管理指針及び感染対策マニュアルに基づき、感染制御部が設置され、部長である感染症専門指導医の専任医師1名、専従である感染症看護専門看護師1名、専任薬剤師1名、専任臨床検査技師1名とICD医師1名、事務職員が医療関連感染制御に中心的役割を果たしている。病院長が委員長を務める感染対策委員会と、主要な診療科医師も加わったICT会議が月1回、定期的に開催されており、アウトブレイク発生時の緊急会議の開催なども円滑に行われている。年間計画に基づき、週1回の環境ラウンドも適切に実施されている。また、抗菌薬適正使用支援チームは、メンバーが重複するが、TDM、ラウンド実施など積極的な取り組みが行われており高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------------	---	---

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>【適切に取り組まれている点】 病棟での麻疹患者の発生事例では、緊急ICT会議開催をはじめとする情報収集、周知と対策実施が適切に行われていた。サーベイランスでは、MRSAの監視培養、手術部位感染（SSI）、カテーテル関連尿路感染（CAUTI）、中心ライン関連血流感染（CLABSI）、人工呼吸器関連肺炎（VAP）、針刺し・粘膜曝露、手指衛生等が実施され、JANISにも参画するなど、適切な取り組みがある。地域との連携では、加算連携施設を中心に、定期的な講演会、フォーラムの開催など、指導的な役割を十分に果たしている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	---------------------------	---	--

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者および家族からの意見の収集方法として、外来3か所、病棟8か所、救急棟1か所の計12か所に設置された意見箱をはじめ、入院患者全員を対象としたアンケートの実施や各相談窓口において情報収集を行っている。届いた意見等は、該当部署に連絡するとともに、病院長や安全管理指導者等が参加する週1回の事例検討会に報告され、対応策や再発防止策が検討されている。さらに必要に応じて看護部長を長とするTQM委員会において多職種参加の上で検討されている。また、寄せられた不満、要望、謝辞等がメール等で職員に送信される仕組みとなっておりタイムリーな情報の共有化が図られている。病院ホームページには意見に対する対応を掲載するとともに、意見を寄せた患者に対しても必要に応じて直接回答をする等の対応も行っている。なお、患者満足度調査も年2回実施されており適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 入院患者アンケートの回収率が低いので、工夫したい。</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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 臓器別症例検討会が定期的に多数回開催され、関連する診療科の医師や看護師などの多職種が参加して治療方針などが検討されている。がんセンターボード、M&Mも随時ではあるが開催され、がん患者の病態、状況に即した治療方針が検討されている。診療ガイドラインは電子カルテで閲覧できる仕組みがあり、さらに各診療部門独自の臨床指標が設定され、診療の質の向上に向けた取り組みがなされている。クリニカル・パスを積極的に活用しており、多職種で課題を解決することで利用率も一定の水準にある。</p>
			<p>【課題と思われる点】 病院全体として多職種で取り組むがんセンターボード、M&MそしてCPCなど、診療の質の改善に寄与する質の高いカンファレンスの積極的な開催が期待される。</p>

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院全体としての課題を、平日毎朝の病院長を含めた幹部ミーティング、月2回行われる病院管理会議等で検討し、各領域を担当する副院長・院長補佐を中心に改善を図っている。救急車、他医療機関からの紹介などの受け入れ率の向上等の課題に対して、病院長をはじめとする幹部のリーダーシップのもと病院全体で継続的に改善に取り組み成果をあげている。各部門・部署においても個別の課題に取り組み、病院として必要性の高い課題については、病院長ヒアリングなどを通じて質の改善に向けて取り組んでいる。看護部長を長とするTQM委員会があり、活動実績がある。様々な業務の改善に適切に取り組み、各種立ち入り検査では重大な指摘事項はない。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</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	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>副院長が部門長を担う高度等評価部の中に高難度新規医療技術等および未承認新規医薬品等評価部会が位置付けられ、導入の審議を行っている。臨床研究については大学附属病院直下の次世代臨床研究センターにおいて適切に審議されている。申請案件については研究開始後のモニタリングについても適切に運用されている。臨床研究に関する研修はe-learningを整備し、受講が研究申請の必須要件となっている。COIについても大学附属病院2施設に関する委員会で適切に審査されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>高難度新規医療技術は申請が1件でまだ審議されておらず、また、未承認医薬品は1件承認されているが実施されていなかった。新規医療技術および未承認薬を申請する必要性について十分に周知されているとはいえない状況であった。指摘を受けて、高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を審議する評価委員会を独立させ、2019年7月以降、高難度新規は2件、未承認新規医薬品等8件の審議が行われた。申請書、患者への説明と同意書、審議経過等適切に記録されており、条件付き承認、不承認の事例も確認された。</p>

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院へのアクセスは、電車では2駅から徒歩圏内であり、バスは5系統が病院正面玄関に乗り入れしており利便性は高い。なお、車で来院する患者のためには敷地内に機械式駐車場約400台を用意している。病院内は車椅子利用患者等も余裕をもって移動できる十分なスペースが用意されている。また、夜間や休日等の緊急入院時にも必要な生活用品が調達できるよう24時間オープンコンビニエンスストアを設置するとともに、売店、銀行ATMや理髪店も設置されている。携帯電話の利用については利用範囲が病院の方針として明確化されている。さらに、外来患者の病院内での待ち時間の自由度向上を目的とし、呼び出しベルを配布する等の試みを行っている。入院患者に対しては、デイルームを用意しインターネット利用者に対しては無線通信カードの貸し出し等も実施しており適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>高齢者・障害者に対する配慮として、車寄せから玄関、そして院内全域にわたりバリアフリーを実現している。院内の各種案内表示はピクトグラムの採用や表示を大きくすることにより高齢者にも見やすく分かりやすいよう工夫されている。また、玄関付近には体調不良者や歩行困難者のために車椅子が設置され必要に応じて貸出を行うとともに、1階に配置されたボランティア職員が、高齢者・障害者の受診や移動を手助けしている。院内全域には手摺りが設置されるとともに、耳の不自由な患者に対しては、患者希望に応じて聴覚障害者には「耳」マークをつけたカードを渡すことにより、筆談による対応を行う等、各窓口での手続きを円滑にする工夫等も取り入れており適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟の療養環境については、診療・ケア等に必要なスペースが確保されている。院内各部署では、整理整頓、徹底したトイレ清掃による清潔さの確保がなされており、良好な状況にある。病棟廊下では、清潔リネン庫の棚の下段には、車椅子やストレッチャーなどを収納できる空間が確保されている。また、一般外来、救急外来には、通常時は待合ベンチ・椅子として、緊急時は処置用ベッドや仮眠用ソファとなり災害時の備えを行っている。総じて、療養環境の整備は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院敷地内における禁煙方針は徹底され、病院ホームページをはじめ入院手帳、院内、院外に掲示されている。禁煙推進への取り組みとしては、患者に対しては、禁煙外来の設置、そして合併症リスクの軽減を目的とした手術前の禁煙指導や増加を続ける若年層の喫煙率低減を目的とした小児禁煙外来を設置している。また、職員の禁煙推進については、定期的に喫煙率を調査するとともに、喫煙者に対しては、呼吸器病センター医師による禁煙セミナーを実施する等の対策を講じている。職員の喫煙率は2014年度8%から若干ではあるが2018年度は7.3%に低減した。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である A

【適切に取り組まれている点】

病棟・外来等における管理・責任体制は明確であり、管理責任者の役割が定められている。また、病棟では、病棟責任医師、看護師長、担当薬剤師、担当管理栄養士などがスタッフステーション前に掲示されているほか、ベッドネームには主治医名と担当看護師名が表記されている。看護師を始めとし患者に関わる職員は、業務開始の際にベッドサイドで自己紹介している。看護師長は病棟ラウンドを連日行い、管理的視点での患者状況の把握や看護実践の評価を行っている。また、主治医不在時は、必要に応じて病棟責任医師と相談し、早期に問題解決のための検討を行うなど、診療・ケアの管理・責任体制は適切である。

【課題と思われる点】

ベッドネームの主治医名、担当看護師名は、姓のみの表記の病棟があるので、フルネームに統一しておきたい。

2.1.2 診療記録を適切に記載している B

【適切に取り組まれている点】

診療録記載マニュアル（2019年5月版）の規程に沿った診療録の記載が適時に行われている。看護記録も運用上の取り決めに従って適切に行われている。質的点検は、診療科へのフィードバックを改善した111項目の新たな枠組みによる取り組みが2019年より開始されており、既に1回実施された。今後7診療科で1症例ずつ、年間7回の実施が決定している。

【課題と思われる点】

退院時サマリーの2週間以内作成率は、2016年4月実施の期中の確認から変化なく93%台であり、100%実施に向けた継続的な取り組みが期待される。また、一部診療科の退院時サマリーで記載内容の乏しいものが認められた。新たな枠組みによる質的点検の目的有効性を高め、記載内容が充実されることを期待したい。

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>【適切に取り組まれている点】 患者確認は状況に応じて、患者本人によるフルネーム申告、診療券、ネームバンドの照合を用いて実施されている。多くの検査の実施直前に診療券を電子的に読み込む運用は優れている。手術の際には、「手術時の安全チェックリスト」に基づき、タイムアウトを始めとした誤認防止対策が徹底されている。手術部位のマーキングについては、医療安全管理マニュアルに従って、適切に運用（左右の手背にマーキングする等）されている。輸血の際には、患者にフルネームと血液型を申告してもらうとともに、患者に血液バックを見せて血液型を確認してもらうなど、誤認防止に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 夜間の点滴交換時において、ベッドサイドのネームプレートに印字されたバーコードを用いた患者認証が一部行われている。一部の受付において、複数の患者の診療券を同時に預かり、受付作業後患者を呼んで返却する運用が見受けられる。患者確認に用いる ID は、一端患者から離れると、マッチングエラーのリスクを生じるため、患者の誤認防止に向けた改善が求められる。</p>
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 2019年5月より更新された電子カルテシステムに加えて、集中治療部門や周産期母子医療センター等の部門システムが複数連携して運用されているが、指示出し、実施確認は確実に実施されている。口頭指示は、医療安全管理マニュアルの規程に則り、口頭指示票による運用と電子カルテへの記載が適切に行われている。画像診断、病理診断報告書の未読管理システムが電子カルテ上に構築され、管理が開始されている。</p> <p>【課題と思われる点】 口頭指示票の指示内容部分は自由記載で単位等のプレプリントがないため、エラー防止の観点から検討が望まれる。電子カルテ上で指示が出ると、指示の実施漏れ防止のマークが個別表示されるが、未実施の指示に関してまとめて確認する機会がないため、リスト化するなど、確認機会を設けることが期待される。診断報告書では、重要所見に対するフラグ表示など、更なる未読管理の向上が期待される。</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	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と連携し、薬剤の安全に関する必要な対策を決定し、マニュアル改訂などを実行している。注射抗がん剤のレジメンは多職種で構成されるレジメン審査委員会で審査され、承認後は電子カルテに登録し使用している。適応外使用となるレジメンはレジメン委員会に留まらず、必要があれば臨床倫理委員会でも検討し適用している。薬剤に関するアレルギー、重複投与や相互作用はシステムにてチェックが行われている。ハイリスク薬剤は、薬品ごとのリスクを注意事項として帳票に印字するなど、院内で情報を共有し、適切な管理がなされている。高濃度注射用カリウム製剤はプレフィルドシリンジのみを採用し、一般病棟では原液投与禁止としている。集中治療では臨床倫理委員会で承認された倍希釈した KCL の使用が認めているが、希釈方法を統一し、使用場所を限定するなど規程も整備されており、安全に使用できる仕組みが構築されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践して いる	B	<p>【適切に取り組まれている点】 入院時に、全患者に対して転倒・転落リスクシートを用いてリスクを評価し、そのリスクに応じて看護計画を立案し対策を実施している。手術等により患者の状態が変化した際には再評価し、必要時看護計画を見直している。また、患者や患者家族から転倒・転落防止に向けた協力を得るため、入院時に患者が自ら出来る防止策について説明し協力を得ている。転倒・転落発生時には対応項目が整理された「転倒・転落後の初期対応シート」を用いて適切に対応している。また、研修医等を対象としたリハビリ部による移乗訓練も実施されており、転倒・転落防止に努めている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 転倒・転落発生に対する分析やその分析結果に基づく対策が十分ではないため、例えば転倒・転落別の要因分析や転倒・転落の発生が多い場所や時間帯の分析等を実施して、その分析結果を活用した具体的な転倒・転落防止策の実施を期待したい。</p>

2.1.7	医療機器を安全に使用している	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ほとんどの医療機器（人工呼吸器や輸液・シリンジポンプ等）については、使用する職員に向け e-learnig や実機を用いた教育・研修が適切に実施されている。医療機器の設定条件の確認や使用中の確認も適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>診療科独自で購入した医療機器（例えば、ネーザルハイフロー等）の使用方法に関する教育については、臨床工学技士の関わりが十分とは言えず各科任せの状況である。今後、医療機器の安全使用に向け、医療機器安全管理責任者を中心に、院内で使用する全ての医療機器に関するマニュアル・手順書の整備、教育・研修を進める等の取り組みを期待したい。</p>
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内緊急コードについては、運用方法やコール基準が周知されており実績もある。救急カートは、病棟や外来、検査部門等機能に応じた数パターンを設け、薬剤や物品がパターン別に院内で統一されており、現場のスタッフによる日常点検と、薬剤部門による薬剤の使用期限に関する定期点検が実施されている。RRSについては、2019年5月よりもともと平日の日中のみの対応だったものが24時間365日対応へと充実させた状況である。RRSについては、少しずつ実績も積みあがってきているということなので、今後更に浸透し活用されることを期待したい。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>職員対象のBLS研修は実施しているが、受講者が少ない状況であった。指摘を受けて、BLS研修の実施状況・受講状況を遡って調査した。その結果、過去に受講経験がある者が1,564名（83.1%）、ない者が319名（16.9%）であった。入職時は、医師・研修医・看護師は全員受講している。過去2か年間は毎年8～9回の訓練を実施し、コメディカル、事務職を含む347名が受講した実績であった。受講経験がない者を優先とし、受講周期、1回の対象人数、インストラクターの数、実施時間等から、訓練の実施計画を具体化している。</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>B</p> <p>【適切に取り組まれている点】 感染対策リンクナースによる活動や院内 ICT ラウンド等の医療関連感染制御に向けた活動が活発に行われている。教育・研修については、感染対策の基本や院内ルールを周知するためのテスト付きの e-learning を毎年開講しており、ほぼすべての職員が受講している状況である。感染性リネンはビニール袋で密封したのち、指定のランドリーバッグに入れ、定時に業者が適切に回収している。</p> <p>【課題と思われる点】 血液や体液等が付いたリネンや寝具、および感染性の廃棄物の一部が、患者や患児が触れることができる場所にあった。指摘を受けて、血液や体液等が付いたリネンや寝具は、ビニール袋に入れて、汚物室の所定のボックスに保管する運用を徹底した。感染性の廃棄物の一部についても、容器の設置場所を改めた。また、消毒液の使用状況を部署ごとに把握していたが、手指衛生の遵守状況を職種別に把握することなど、一層の対策が求められた。指摘を受けて、直接観察法による手指衛生の遵守状況の把握を開始し、医師についても ICT ラウンド時の確認を開始した。</p>
--------------------------------------	--

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>抗菌薬の使用に関しては、国の薬剤耐性対策アクションプランを院内に周知し、目標としている。抗菌薬の適正使用に関する院内の指針は、定期的に改訂されている。感染が疑われる場合は、血液培養 2 セットの遵守の促進を図り、グラム染色やアンチバイオグラムに基づく抗菌薬選択カードを作成して、初期抗菌薬の適切な選択に努めている。抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗菌薬などを届出抗菌薬に、抗 VRE 薬などを許可制抗菌薬に選定し、適切に届け出が行われ、その状況は感染対策委員会でモニタリングしている。血中濃度測定が必要な抗菌薬では、全例で TDM が実施されている。AST 担当薬剤師は毎日使用状況の把握、使用患者の確認を行い、必要時には医師に対して介入を行うことで不必要な抗菌薬の長期投与の回避に努めている。クリニカルパスの改定時に診療科と協働し、不必要な抗菌薬の削除を断行しており、抗菌薬の適正な使用を推進している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>アンチバイオグラムに基づく抗菌薬選択カードは、立派なカードにしているため、作成コストの関係があり、アンチバイオグラムデータがタイムリーに更新されていない。電子カルテで参照できるようにするなどの方策を検討したい。</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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 患者・家族等が抱えている倫理的課題の多くは、入院後の様々な機会に情報収集、問題抽出が行われ、必要に応じて4分割法を取り入れ課題解決に向けた議論が臨床現場で行われている。病棟では、例えば治療における患者と家族の思いのズレについて、医師・看護師間で協議された事例などが確認される。小児総合医療センターでは、倫理的課題について、多職種でのカンファレンスが丁寧に行われており、記録もある。</p>
			<p>【課題と思われる点】 日常診療の現場で発生する倫理的課題では、一部の病棟を除き医師と看護師による協議が中心となり多職種協議までには至っていない。必要に応じて他職種を巻き込んだ医療チームとしての検討が望まれる。病棟で解決困難な事例は、医療安全部に相談がなされるケースが増加しており、よく対応されているが、臨床倫理的な課題への対応窓口として明確化されたものではない。近々、医療安全部を「よろず相談窓口」とする、新たなサポート体制の整備を予定しているとのことなので、仕組みが院内に周知され、定着することを期待したい。また、日頃感じている問題の検討や課題解決の積み重ねで職員個々の倫理的課題に関する理解を深めていくことを期待したい。</p>
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院では全職種型合同カンファレンス、ICT、褥瘡対策チーム、RRT、救命多職種連携カンファレンスなど多職種からなる多くの医療チームが活動しており、それぞれに高い専門性が発揮され、活動の実態は、記録から読み取れる。また、各診療科間の症例検討会も活発に行われ、ハートチームカンファレンスでは、長年その活動を通して質の高い循環器ケアの人材育成に繋げている。その他、部門連携会議が開催され部門間の協力についての検討がなされている。多職種協働による診療・ケアの実践は適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けられることができる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 受診に必要な情報を案内し、総合案内、患者相談窓口を設置して、円滑な診療が受けられるよう配慮している。また、紹介患者の受入れについても地域連携担当者が関与し、適切な対応に努めているほか、患者の病態や緊急性を配慮し、看護師が適切に関わっている。待ち時間調査を定期的実施し、初診予約制度を導入するなど待ち時間短縮に努められているほか、受診時に「呼出受信機」を貸与するなど、待つことへの苦痛軽減にも取り組まれている。さらに、地域的に外国人の患者も多いことから、中国語の医療通訳の雇用を行って対応することに加え、外国語通訳の派遣や通訳タブレットの活用など外国人への円滑な診療支援を実施しており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	--------------------------	---	---

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 紹介患者や急患など、来院の形態を問わず患者に関する情報収集は、医師、看護師、薬剤師など多職種の間での関与の下、適切に実施されている。外来診療における患者や家族への説明内容は電子カルテに詳細な記録があり、心情への配慮が認められるなど内容も適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	---------------	---	--

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 侵襲性の高い検査を含め検査の必要性は、担当医師によって医学的合理性をもって判断されている。侵襲性のある検査や鎮静処置、造影剤の使用の必要性のある検査、処置においては、リスクを含めた説明が行われ同意書が取得されている。自院で行えない検査は患者への説明と同意の後、連携する地域医療機関に依頼して行っている。内視鏡検査・処置、造影剤を用いた画像診断や負荷を課す検査などの実施において、患者の安全に十分配慮した設備の整備と体制が整備されており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	--------------------	---	---

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組みられている点】
			入院は医学的判断に基づき、必要に応じて診療科医師らによるカンファレンスを経て外来主治医が決定している。病床管理担当者は、入院病床に関する患者の希望に配慮しながら、看護師長と協力して弾力的な病床運用を行っている。予定手術症例の場合、麻酔科医の評価も入院前に行われており適切である。
			【課題と思われる点】
			特記なし。
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B	【適切に取り組みられている点】
			転倒・転落、褥瘡、栄養などに関するリスク評価が看護師を中心に多職種で行われており、診療計画が立案されている。入院診療計画書は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士など複数の職種が協働して作成しており、患者・家族への説明も作成後、速やかに行われている。患者用クリニカル・パスが有効に活用されており、患者・家族に診療計画が分かりやすく提示されていて適切である。
			【課題と思われる点】
			急性期疾患に対応しているために、患者の容態が変化し、診療計画が見直されている症例が複数認められたが、計画書の再作成については基準が不明確で、ケアプロセス上は再作成したものは認められなかった。見直された診療計画は、必要に応じて再作成し、患者・家族に説明する手順の確立を期待したい。
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	【適切に取り組みられている点】
			患者相談窓口では、相談を受け付け、内容に応じて専門職種への振り分けを随時行っている。相談内容の多くは「退院相談」「経済的な問題」「看護相談」で占めている。2例の相談事例では、入退院支援看護師による病棟との連携、MSWを中心とした学業支援・就労相談、がん相談支援センターによるがん終末期患者の地域医療機関との細やかな連絡による支援等が行われており、医療相談への対応は適切である。
			【課題と思われる点】
			相談への対応状況や相談実施後の評価等の検証を行い、次の相談対応に活用することを期待したい。

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院が決定すると、救急患者等一部を除き、入退院支援センターで必要事項の説明がなされ、服薬中の薬剤などの情報の収集もこの時点でなされている。病院で作成された「入院手帳－入院のご案内－」の冊子において、入退院の手続きや入退院当日の流れ、入院時の持ち物、入院中の生活、面会等について、読みやすい文字の大きさをわかりやすく説明されている。初めて入院する患者については、「入院当日受付」のブースまで看護助手が迎えに行き、病棟まで同行することで患者や患者家族の不安軽減に努めている。病棟では、看護助手や看護師がオリエンテーションを行うことで、患者が円滑に入院生活に溶け込めるような配慮がなされている。</p> <p>【課題と思われる点】 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>【適切に取り組まれている点】 医師は受け持ち患者の病状を毎日回診して把握し、診療録に記録している。各病棟では必要に応じて関連診療科の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション療法士など多職種を交え頻回にカンファレンスが行われ、医師のリーダーシップのもとに病状の分析と治療方針の策定が多職種との意見交換を通して行われている。また、電子カルテの記述を通じた多職種の情報交換も、活発に行われている。患者・家族との面談は適宜病棟の個室で行われ、医師事務作業補助者の協働で速やかに書類が作成されており医師は病棟業務を適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 看護の業務基準や看護手順は整備され、必要に応じて改訂されている。入院時は、患者の身体的・心理的・社会的ニーズの把握を行い、各種アセスメント結果により、多面的に患者の疾病や状態を把握して看護計画を立案し、患者・家族に説明している。看護方式は、継続受け持ちペア看護方式を導入し、日常生活援助や診療の補助業務を適切に実施している。また、認定看護師や専門看護師も多数育成し、専門性を発揮した看護を提供するとともに、他職種と連携し質の高い診療・ケアの提供に努めている。看護師長は、病棟ラウンドや他職種との情報交換の中で患者情報を収集するとともに、安全管理や療養環境整備に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-------------------	---	--

2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟での薬剤の準備から与薬・実施は、病院で定めた手順で実施されている。内服薬の服用管理は、患者ごとに自己管理可否のアセスメントを行い、適切な管理方法が選択されている。必要な患者には服薬指導と薬歴管理が実施されており、服薬指導の記録は電子カルテを利用して、他職種との情報の共有が図られている。全病棟に薬剤師が配置され、入院時の持参薬確認、アレルギー歴、禁忌薬などの患者情報の確認が実施され、院内で共有されている。化学療法センターでは、薬剤師外来が開設され全例ではないが、治療とリスクの説明が行われている。化学療法実施前には用法・用量・検査値などの必要事項の確認がなされ、安全に化学療法を行える体制が確立している。投与後の観察が必要な抗菌薬や抗がん剤などについては患者観察を行い、その結果を診療録に記録している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	--------------------	---	--

2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 輸血療法マニュアル第12版（2019年4月改定）に基づき、輸血の適応が判断され、実施されている。説明・同意書を用いて、必要性和リスクの説明が行われ、同意に基づき輸血が実施されている。T&S実施症例における術中輸血に際しても、必要量の輸血が確実に確保され、迅速に輸血が実施されている。副作用報告と輸血後感染症検査の取り組みも認められ適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手術・麻酔の適応と方法について、周術期管理センターで担当診療科医、麻酔科医、手術室看護師により検討・決定され、説明と同意が得られている。ハイリスク症例については、麻酔科医、担当診療科医、手術室看護師、関係診療科医などを含めたカンファレンスが行われ手術の可否、術式などが安全性を含めて検討されている。周術期には褥瘡予防・血栓予防を含めた合併症の予防対策が取られ、術中に問題のあった患者に対して看護師による術後の訪室が行われている。手術後は覚醒状態が評価され、麻酔科医によって安全に配慮した搬送が行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	S	<p>【適切に取り組まれている点】 様々な重症患者に対応した豊富な集中治療ユニット（EICU、ICU、HCU、CCU、NICU、MFICU など）を有し、それらが連携して調整機能を発揮して病態に応じた診療・ケアが行われている。さらに、各種の病態に応じたセンター（重症外傷、総合周産期母子医療、精神医療、小児総合医療、心臓血管、重症呼吸不全）を構築し、それぞれのセンターならびに集中治療ユニットでは医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、管理栄養士、また、感染制御チーム、褥瘡対策チーム、呼吸ケアチームなどが参加するカンファレンスを通して方針が判断され質の高い診療・ケアが実践されている。重症病床等で発生する急変患者に対しては、担当診療科に加え救急診療部門、集中治療部門などの医師・看護師が迅速に対応する緊急呼び出しシステム、RRS などが適切に機能し、優れた重症患者の管理が励行されている。易感染の移植患者や感染症患者の管理も、適切な個室での管理が行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院時全患者に対して K 式スケールを用いて、褥瘡発生のリスク評価を実施している。リスクの高い患者や褥瘡が発生している患者については、褥瘡管理者に報告するとともに褥瘡計画を立案してケアを提供している。必要時、褥瘡対策チームも介入し、褥瘡状況の把握や対策の検討、および治療・ケアを実施している。褥瘡の予防や管理に関するマニュアルを整備し、体位変換を始めとした圧迫やずれの排除、浮腫等のスキンケア、栄養管理、リハビリテーション、患者教育等の総合的な褥瘡対策を実施している。褥瘡発生率は病棟別に把握され、毎月、褥瘡対策委員会に報告されているとともに、褥瘡管理システムで常時参照可能となっている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】
			<p>栄養状態の評価は、入院前より入院支援看護師（PMF 看護師）が行い、食物アレルギーも同様に聞き取っている。問題が予想される場合は、入院前に管理栄養士の介入に繋げている事例もある。摂食・嚥下では、医師、看護師、必要時言語聴覚士が協働で摂食・嚥下に関わるアセスメントを行い、管理栄養士が安全な栄養方法（食形態、用具）を検討している。管理栄養士は、喫食状況を看護カルテから把握、必要に応じた食事指導、小児病棟においては、小児選択メニューの拡大、個別食や満足度の確認、食形態ニーズへの細やかな対応など、力をいれた取り組みがある。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>栄養、食事、摂食・嚥下等への介入は、看護師によるアセスメント結果を受けてから管理栄養士が関与しており、受身的な対応の印象がある。特に入院が土日をもたぐ場合の食物アレルギーへの対応、摂食・嚥下機能評価への関与など、管理栄養士としての専門性を活かした積極的な介入の検討が望まれる。中でも摂食・嚥下機能低下者にかかわる摂食状況の把握が十分とはいえないので、医師・看護師・言語聴覚士とともに、更なる実態の把握と評価をしていくことが望まれる。</p>
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>症状緩和・疼痛ケアガイドラインに基づいて症状緩和に努めている。ガイドラインでは痛みのマネジメントだけではなく、呼吸困難の緩和や消化器症状（嘔気・嘔吐）への対策も含めた症状緩和についてまとめられている。疼痛評価としては、自己申告スケールである NRS (NumericRatingScale) や FS (FaceScale) 等を用いている。また、小児については自己評価に加え看護師による評価も併用することで、疼痛の程度について適切に評価している。身体的苦痛や精神的苦痛への対応としては、薬物療法以外のケア、酸素療法、輸液、医療用麻薬を用いた薬物療法等が適切に実施されている。症状緩和が困難な患者に対しては、緩和ケアチームによる対応も適宜行われている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>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	B	<p>【適切に取り組みられている点】 E-ICU、G-ICUにおいて、早期からのリハビリテーションの取り組みを行っている。リハビリテーションの実施計画の策定では、主科からの依頼により、全例でリハビリテーション科医師の診察が行われており適切である。実施前後の評価もBarthelIndexとFunctionalIndependenceMeasureを用いて定量的に実施している。中止基準が定められ安全性に配慮したリハビリテーションが実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション実施率が、ベンチマークとして比較されている国大協の病院と比較して低値にとどまっている。早期リハビリテーションの更なる充実を期待したい。リハビリテーションのリスクに関して、記載がない計画書が認められた。リスクに対する患者・家族の理解は重要であることから、リハビリテーション科医師の関与に基づく記載の充実が望まれる。</p>
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組みられている点】 身体抑制については、抑制の必要性が予測される場合は、身体抑制3要件を踏まえ、患者・家族に対し抑制の必要性、行動制限の方法、解除への取り組み等の説明が行われ、理解が得られたのち同意を取得している。夜間、せん妄症状などの出現で緊急に抑制の必要性が生じた場合は、家族への事後報告で理解が得られている。また、抑制実施後には、医師・看護師は毎日患者の状況を把握し、解除に向けたカンファレンスが行われている。その他、鎮静法の方針もある。</p> <p>【課題と思われる点】 身体抑制実施に関して、抑制解除では医師記録はあるが実施前の医師記録のないカルテが確認された。抑制実施後の解除への取り組みに関する協議は、医師・看護師のみとなっているので、必要に応じて他職種を巻き込んだ医療チームとしての協議が望まれる。また、ICU病棟を始めとする身体抑制の実施が比較的多いことから、高度急性期における抑制しないための看護の視点で検討することを望みたい。</p>

2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>在宅療養ケアガイドのもと、入院前から入退院支援看護師が関わり入院病棟と情報を共有している。病棟では入院後3日以内に看護師がスクリーニングを行い、問題の抽出と退院後の療養の継続性についての情報を得て、退院支援看護師と協働で退院支援に繋げている。自宅への退院患者では、医師・看護師を始めとする多職種は、患者・家族が入院前の生活と退院後の生活の違いをイメージ化した上で療養計画を作成し、転院の場合には、全職種型カンファレンスを開催し、課題等の検討が行われている。患者・家族への退院支援は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>退院に向けては、退院支援看護師が中心となり、全職種型カンファレンスを開催し、退院後の療養生活上の課題、社会資源の活用等について検討している。必要時には、患者・家族の同席もあり、ケアマネジャー、施設職員または関係機関とのカンファレンスを行っている。その他、在宅での医療が必要な患者に対しては、外来看護との継続性や訪問看護、かかりつけ医など、地域医療機関との連携による在宅療養支援が行われており、継続した診療・ケアの実践は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ターミナルステージと判断された患者については、患者や家族の意向を踏まえて、多職種による診療・ケア計画の立案および実施がなされている。DNARについては、最近 DNAR ガイドラインを作成し、DNAR に関する方針決定フローチャートに基づき対応している。具体的には、主治医の確認、担当医師を含む医療・ケアチームの確認、患者家族が DNAR について検討できる精神状態か否かの確認を経て、DNAR 対象・対象外を決定し、患者や家族等に対して DNAR の説明および同意を取得した後、DNAR 指示を実施している。DNAR 指示の見直しや再確認も家族等の希望を踏まえて適宜実施することになっており、DNAR 指示の実績も少しずつ増えてきている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>DNAR ガイドラインが作成され間もないこともあり、一部においては DNAR の目的や意味について理解が不十分である等の問題が見受けられ、現場にまだ浸透していないという課題がある。今後 DNAR ガイドラインの運用が定着していくことを期待したい。</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

【適切に取り組まれている点】

医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、安全管理部門との連携は、院内会議などを通じて実行されている。持参薬は、入院時に薬剤師により鑑別され、その情報は退院まで院内で共有されている。薬剤に関する情報収集および関連部署への周知は、DI室、病棟薬剤師を通じて行われている。新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討は、年6回開催の薬事委員会でなされている。抗がん剤は、休日も含めて薬剤師が調製・混合している。処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認は、マニュアルに従って確実に実行されている。院外処方箋には臨床検査値などの情報のほか内服の抗がん剤ではプロトコールなどを記載し、院外薬局との勉強会を定期的に行うなど薬剤師会を通じて地域連携が行われている。

【課題と思われる点】

注射薬の1施用ごとの取り揃えは、全体の57%に行われているが、それ以外は、病棟の定数配置薬が使用されている。システム更新で全て1施用ごとの取り揃えに対応予定であったが、院内周知などに時間がかかっている。より多くの注射処方に対して薬剤師が関与し、1施用ごとに取り揃える方針で運用の見直しを期待したい。

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	S	<p>【適切に取り組まれている点】 検体採取から結果報告までの安全性を含めた品質が、ISO の認定取得等を通じて高い精度で担保されている。超音波検査結果も含めてパニック値は、迅速に担当医に報告されることが徹底されている。夜間・休日の検査体制も整備されている。また、部門内に安全管理検討委員会が設置され、インシデント発生の制御等が可視化され、継続的に機能して成果が伴っている。また、教育プランが策定され、力量評価システムに基づく再教育、再評価などを通じて人材育成の仕組みが機能している。これらの取り組みが高い品質の業務の実践に寄与し、優れた臨床検査機能を発揮している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 放射線診断専門医 3 名、教員 1 名、スタッフ医師 6 名の合計 10 名の放射線科医師と、診療放射線技師 40 名で、各種モダリティの画像検査に対応している。救急部門に CT、MRI の検査装置を備え、24 時間体制でタイムリーに検査が実施されている。造影検査の実施時の判断は放射線科医が行っており適切である。血管造影検査では、看護師によるカテーテル前訪問の実施や高線量被曝時の報告、説明の仕組みの整備などの優れた取り組みが行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 CT、MRI の全検査に対する読影依頼の割合は、頭部 CT で約 28%、頭部 MRI で約 49%と低値にとどまる。MRI 全体でも約 65%であり、重要所見の見落としを防止するために、放射線科医師の増員と読影率向上の取り組みが望まれる。また、読影依頼に対する結果の報告も外来検査で時間を要するものがあることから、読影率の向上と並行して迅速な結果報告のための取り組みを期待したい。</p>

3.1.4	<p>栄養管理機能を適切に発揮している</p>	A	<p>【適切に取り組まれている点】 栄養科における食材の検収から保管、仕込み、調理、盛り付け、配膳までの手順は明確であり、清潔・不潔の区域も明確化され衛生管理も徹底されている。食材保管庫および厨房等は一日3回定時温度管理を行い記録している。病棟へは温冷配膳車が使用され、盛り付けから30分以内に患者に配膳されるよう、適時適温の配慮がされている。また、朝、夕は選択メニューが用意されるとともに、アレルギー食や嚥下調整食の対応をはじめ患者の多様な嗜好に対応するためのメニューが用意されている。なお、既存のメニューでは対応できない場合は個別献立で対応する等、患者本位の栄養機能が発揮されている。更に、患者の残食の調査・分析や食事アンケートの実施を行うことにより今後のメニュー改定の参考にする等の試みも適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.5	<p>リハビリテーション機能を適切に発揮している</p>	B	<p>【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションの実施に際して、リハビリテーション科医師が全例診察を行うなど、積極的な関わりがある。主治医との連携も良好であり、カンファレンス等の機会を通じて、看護師とも十分な情報共有の機会が設けられている。機器等の保守、点検も適切に実施されている。また、リハビリテーションプログラムの評価も定量的な評価法を導入して分析、検討が行われていることが認められる。</p> <p>【課題と思われる点】 E-ICUやG-ICUでの積極的な取り組みの一方、療法士の人員制約から、リハビリテーションの提供単位数が少ない場合が生じている。また、訓練の連続性に関しては、従来より土曜日の実施が懸案となっており、病棟看護師の協力を得ての対応はあるものの、質の高いリハビリテーションを提供していくためのリハビリテーション機能の強化が望まれる。</p>

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診療情報管理部門を設置しており、診療情報の一元管理を行っている。2019年5月に電子カルテ内検索システムを導入し、迅速な記録検索が可能となり提供されているところであり、今後のさらなる充実が期待される。クリニカル・パスは電子化され、BasicOutcomeMaster (BOM) を活用し、効率的な作業と医療の標準化に向けた取り組みも行われている。診療記録の量的点検は確実に行われており、診断名や手術名のコード化についてもDPCコーディング・分析担当者と医事担当および診療科と連携して、適切に実施している。また、コード化された症例はデータベース化し、病院運営に活用しており適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 統括安全責任者が医療機器安全管理者を兼任しており、22名の臨床工学技士が配属され、医療機器の安全管理・適正使用に努めている。中央管理する医療機器としては人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、除細動器、生体モニターなどが主なものであり、輸液ポンプやシリンジポンプの貸出・返却はME機器管理ソフトによってアリバイ管理が行われている。医療機器の使用についてはe-learningを用いた定期的な研修だけでなく、人工呼吸器稼働時には稼働部門における臨時の研修を行い病棟での安全な使用に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 医局で購入管理されている超音波やネーザルハイフローの管理について、現状把握に留まっていた。指摘を受けて、管理台帳を作成し、かつ、医療機器管理システムに組み込むこととしてシステムを発注した。また、医療機器に関するアクシデントについては、従来からのメール配信に加え、e-learningにME機器安全情報を掲載した他、紙ベースでの通知、委員会を通じた周知も行っている。更に、安全な使用に関する取り扱い研修を実施した。加えて、ICUで現場管理が行われていたポンプ類は、使用後は毎回臨床工学室に返却して点検を行う運用に改めた。</p>

3.1.8	洗淨・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 洗淨・滅菌業務は、適切に教育を受けた外部委託職員が行っている。使用済み器材の洗淨・滅菌は中央管理されており、使用済み器材の回収から洗淨、滅菌、保管、払出しまでの動線はワンウェイで適正に整備されている。高圧蒸気滅菌やEOG滅菌の質保証については、物理的・化学的確認が行われ、生物学的インディケータは毎日1回実施されており、リコール規程も作成されている。既滅菌物の所在や使用期限については、コンピューターシステムで把握しており、期限切れの器材が使用されないように管理されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
<hr/>			
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	A	<p>【適切に取り組まれている点】 検体処理に関して、重要なプロセスでは複数の臨床検査技師が対応するなど細心な処理システムを通じて交差を起こさないプロセスが構築され、複数病理医によるダブルチェックなどにより診断精度が担保されている。速やかな診断結果の報告が行われ未読の管理も行われているが、治療方針の決定に反映される確実な報告において病院としてのさらなる取り組みも期待される。報告書、標本の保管、危険性の高い薬品類の保管・管理も適切である。</p> <p>【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>【適切に取り組まれている点】 放射線治療専門医 4 名、治療専門放射線技師である放射線治療品質管理士 2 名、医学物理士 1 名を擁し、小線源治療 (RALS) や、高精度の放射線治療 (IMRT) 等に取り組んでいる。治療計画の作成とシミュレーションの実施は、各専門家が関わり適切に行われている。放射線治療機器の品質管理も年間計画に基づき適正に実施されている。また、放射性同位元素の保管、管理も法令に基づき実施されている。2019 年 6 月からは、リニアック 1 台の更新が完了し、2 台の体制となったことで、新患枠も 8 から 15 に拡大した。放射線治療機能の充実が図られており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 輸血・血液管理部門は独立し、専任医師 1 名が輸血部長として配置され、非常勤 1 名を含む臨床検査技師 7 名の体制で輸血関連業務への対応を行っている。2 名が認定輸血検査技師、3 名が細胞治療認定管理師を取得している。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、輸血・血液管理部門以外での常時保管は行われていない。感染性自己血も別途専用の冷蔵庫で保管されている。輸血用血液製剤の発注から保管、供給、返却まで確実・安全な輸血療法の実施に努めている。骨髄移植に伴う血液型の変化についても電子カルテを用いて情報が共有されている。同種血については定数在庫が確保され、必要時には迅速な供給に応えるとともに、廃棄率の減少と輸血用血液製剤の有効活用に努めている。休日・夜間の業務は臨床検査部および病理部と協働して対応しており、協働する職員には定期的な研修を行い、支障ない運用に努めている。緊急輸血に備えてトラウマコールや産褥コールシミュレーションを定期的に行い、速やかな緊急輸血の実施に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 凍結血漿に関しては廃棄率がやや高く継続的な検討がなされると良い。</p>

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	S	<p>【適切に取り組まれている点】 各診療科に割り当てられた手術枠に対する申込みについて、前週の半ばに次週の予定が麻酔科医である手術室管理責任者によって決定され、さらに、空き状況がリアルタイムで公開されており各診療科は追加の予定を組み込むことができ極めて効率的な手術室17室のスケジュール管理が行われている。適宜、各診療科に手術時間等の課題をフィードバックして、効率性と安全性に配慮した質の高い管理が行われている。手術室の入室に際して患者、担当医、麻酔医、病棟看護師、手術室看護師によって患者確認・手術術式・部位などの確認が行われ、誤認を回避する仕組みが機能し、薬剤師、臨床工学技士などによるチーム医療も精力的に実践されている。術中患者管理においてはサインイン、タイムアウト、サインアウトが励行され、合併症予防対策も適切に取られ患者の観察も術中・回復期を通して適切に行なわれている。また、外傷患者に対する迅速対応であるトラウマコール、緊急分娩に対する緊急対応である産褥コールが機能し、優れた手術・麻酔機能が常時発揮されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病態・機能別に設置された豊富な集中治療室に、機能に合わせた多職種の人材と設備・機材が適切に配置されて高い集中治療機能が発揮されている。それぞれの集中治療室では入退室基準が厳格に運用され、各診療科の担当医とも密な情報交換が積極的に行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

<p>3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している</p>	<p>S</p>	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>三次救急を中心に積極的な受け入れが行われ、ほぼ断ることのない救急医療が実践できている。救急専従医、IVR 対応の可能な看護師など豊富な専門的人材と重症患者に対応できる多彩な病床・機器を背景に、夜間・休日の体制も整備され地域の中核として信頼を集め優れた機能を果たしている。重症外傷センター、総合周産母子医療センターなど様々な病態の重症患者の診療・ケアを行う各分野のセンターにおける院内救急にもたずさわり、さらに、多くの DMAT の派遣を行い、地域のトリアスロンなどの主要な院外のイベントにおける急病者の発生の予防・診療にも貢献し多くの救急救命士の教育を含めた医療者の教育活動にも積極的に取り組んでいる。MSW など多職種のかかわりも通して、虐待に対する対応も優れている。極めて高い水準で、救急医療機能が発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------------------------------	----------	---

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

4.1.1 理念・基本方針を明確にしている **A**

【適切に取り組まれている点】
 病院の理念および基本方針は定められ、明文化して院内に掲示するとともに、病院案内やホームページ等で、院内外に周知されている。大学附属病院であるが、本院ではなく、市民総合医療センターとして、地域への医療提供を重視する姿勢が、理念・基本方針に明確に示されている。自院の役割・機能を明確にしており、文言も平明で分かりやすく、周知が図られており適切である。

【課題と思われる点】
 特記なし。

4.1.2 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している **A**

【適切に取り組まれている点】
 病院の役割や将来の方向性は、病院長による病院概要説明で分かりやすく、明確に示され、「常に正しいことを行おう」という教職員への呼びかけは、病院の組織運営の基本的姿勢を示すものであり高く評価したい。病院長、事務部長、看護部長ともに優れた人材の育成を最も重要な課題と認識してそのためのリーダーシップを発揮している。理事長表彰、学長表彰、病院長表彰の制度を設けるとともに、教育・研修の機会の提供などに力を入れており、職員の就労意識を高める努力もなされている。

【課題と思われる点】
 特記なし。

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B	【適切に取り組まれている点】
			<p>病院管理者の選任方法は、大学として定められている。病院運営に関する合議体は設置されている。病院管理職の人事権は大学本部となるが、病院幹部の意向が強く反映される仕組みとなっている。病院の事業実施は理事会で評価され、医療安全等に関しては外部監査委員会が設置されている。病院の組織は明確で、必要な委員会の設置および実施も適切になされている。大学としての中・長期計画のなかで、附属2病院の計画が定められ、年度ごとの事業計画が立てられ、達成度評価もなされている。BCPは作成されている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>病院管理者は大学理事会に参画しておらず、病院の事務組織が病院管理者と大学本部両者の指示命令系統下となる組織である。部門・部署の目標管理は臨床検査部門など適切に実施されている部門もあるが、病院として全部門について実施されていない。部門長を含む職員ごとの目標管理はなされているが、部門ごとの目標管理をPDCAサイクルで実施していくことが望ましい。</p>
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>病院長直轄に医療・診療情報統括管理者を配置し、医療・診療情報部を設置して、院内で取り扱う情報の統合的な管理を行っている。情報の管理・活用の方針を明確にしており、情報システムの導入・活用についても計画的な対応が図られている。また、病院経営分析ソフトを導入し、分析結果をベンチマークとして活用することや原価計算の構築などに利用している。診療データは電子化されたものと紙媒体のものが存在するが、紙媒体のデータはスキャン後タイムスタンプ・電子署名を付し、いずれも電子化したものを原本として保存している。さらに、診療データは、外部データセンターに保管するなど、真正性、保存性、見読性を確保しており適切である。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

<p>4.1.5 文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある</p>	<p>B 【適切に取り組まれている点】</p> <p>公立大学法人横浜市立大学が定めた、文書管理規程および文書取扱規程に基づいた文書管理が行われている。また、医療安全や感染対策などの委員会が中心となって策定している規程や診療・ケアの現場で必要なマニュアルなどについても、総務課庶務担当が責任部署となって一元管理する仕組みとなっている。さらに、整理された規程・マニュアル等は大学構内の LAN および電子カルテ上で閲覧可能となっている。新たな規程やマニュアルの策定や改定の場合には、電子稟議によって決裁するなど、承認の仕組みも整備されており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>文書管理システムを導入し、整備に取り組まれているところである。また、規程の一覧についても、現在確認・整理半ばであり、病院全体の文書の整理には一定の日数を要する状況にあるので、今後の取り組みに期待したい。規程やマニュアルにおいて、マイナーな改定の場合には改定日がそのままになっているものがみられたので、改訂の都度、改定日の変更を徹底されたい。</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 B

【適切に取り組まれている点】

法令や施設基準等に見合った必要な人材は確保されている。集中治療機能として高機能のICU、CCU、NICU、MFICU等を配備していることに加え、救命救急センターとして独立した病床ユニットを設置していることから多くの職員配置を必要としている。看護師の人材確保については、専門看護師、認定看護師をはじめとしてスキルの高い看護師確保に取り組まれている。また、看護師採用担当者を定め、全国の主要地方都市において採用試験を実施するなど、人材の確保・充実に取り組まれていることは評価できる。

【課題と思われる点】

貴院の機能や規模および業務量からみると、画像診断の専門医師の確保による読影率の向上が求められるほか、リハビリテーション部門における高次脳機能障害や摂食・嚥下障害への対応として言語聴覚士の増員は喫緊の課題と思われる。また、現状からみると院内の医療機器管理のさらなる充実が必要であり、臨床工学技士の増員を検討されたい。

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組みられている点】 就業規則や給与規程等の人事に関する各種規則・規程を整備し、36協定についても締結している。規則・規程等の周知については、大学構内のLAN等によって職員は常に閲覧できる環境が確保されている。また、医師は「教員評価」、医師以外では「人事考課」制度を導入しており、考課者訓練が実施され、いずれの職種においても業務実績評価を適切に実施している。評価結果は賞与等に反映される仕組みとなっている。更に、人事に関する事項には、総務課人事担当が対応することが明確になっており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 職員の就労管理の方法は出勤簿によって行われており、超過勤務命令書や休暇届出簿を用いた運用となっている。また、職員の年間総労働時間は、言語聴覚士、診療情報管理士、臨床工学技士、事務職などでは2,200時間を超過している状況にある。今後はより客観的な入退出管理ができる仕組みの導入とともに、職員の適切な就労管理が徹底されるよう改善されたい。なお、出退勤管理のシステム導入を検討しているところなので、今後の取り組みに期待したい。</p>
-------	------------------	---	--

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 適切な委員構成のもとに安全衛生委員会を設置して毎月開催し、職員の衛生管理にかかわる検討、取り組みが行われている。常勤職員の定期健康診断は100%の実施率である。公務災害にも適切に対応しており、職業感染への対応策として定期的な抗体検査の実施や積極的なワクチン接種を推進している。職員の精神的なサポートについては、健康管理室において、精神科の医師等が適切に対応できる体制が整備されている。院内暴力対策として手順を明確にして、対応できる体制が確保されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 非常勤職員について、主たる就業場所における健康診断結果の把握が十分でなかったが、指摘を受けて、徹底を図り、労働条件通知書でも、健康診断書の提出について追記した。また、入院、外来を問わず抗がん剤を投与する際、看護師は手袋とマスク着用のみで業務を行っていた。指摘を受けて、がん化学療法委員会で再検討し、ガウンを加えるなど必要なPPEの着用を一覧表にまとめるとともに、装着方法の分かりやすいマニュアルを作成し周知した。なお、投与時は被曝防止のため、全例、閉鎖式薬物移送システム（CSTD）を使用している。</p>
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 職員の意見・要望の収集は、人事考課制度等における上長等の面談時や職員満足度調査および労働組合との協議・交渉の機会において行われている。また、理事長面談も年に数回行われており、職員の意見要望の把握に努められている。院内保育園を設置し、一時保育・夜間保育に対応しているほか、育児・介護休暇制度、育児短時間勤務制度を導入し、職員の就労支援に配慮されている。福利厚生に関しては、福利施設運営に係る要綱を定め、福利施設運営委員会を設置して、厚生施設の有効な活用に努めているほか、横浜市職員共済組合の慶弔見舞金等の福利厚生サービスが受けられる仕組みとなっているなど、適切に配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 働き方改革・教育推進部を設置して、院内の教育・研修について一元管理している。また、医療安全・感染対策に加え、患者の権利、個人情報保護などの必要性の高い課題への教育・研修も適切に行っている。できる限り全職員が参加できるように e-learning システムを導入し、受講後にレポートの記載を義務付け試験を実施するなど、受講状況の把握や教育・研修効果を高める仕組みも確立しており評価できる。新入職員の研修は、病院全体として他部門に関する研修も含めて適切に行っている。院外の教育・研修を積極的に活用しており、旅費規程等に定めた経済的支援も行っているなど適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 臨時職員など中途入職者についても各職場で研修を行っているが、今後は新入職員と同様に、他部門に関する研修も組み入れた研修のプログラムに変更予定であるので、今後の取り組みに期待したい。</p>
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 能力開発については、各職種別に用意された人材育成プランにそって実施されている。特に看護師については CDP (CareerDevelopmentProgram) を取り入れ、個々の看護師のキャリア形成を中長期的視点で支援する等適切である。また、臨床検査部門では、力量評価の仕組みが機能している。院内には職員が利用できるメディカル・トレーニング・センターを用意し各種シミュレーションの実施を可能としている。</p> <p>【課題と思われる点】 医師の臨床能力評価は、病院としての仕組みにはなっていない。一部の職種で専門能力の評価を実施しているが、未実施である職種が多いので、病院として仕組みを整備していくことが期待される。</p>

4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 医師研修医・歯科医師研修医は、臨床教育・研修センターが主管し、研修計画の立案、研修の実施、評価等の一連の業務が適切に遂行されている。研修の実施に当たり研修医4～5名に対し指導医一人が担当し、相談やメンタルケア等きめ細かな対応をしている。初期研修は、主に診療科ローテーションによるOJTと集合研修で構成され、集合研修は、新規採用者オリエンテーション(4月1週間)、アフタヌーンセミナー、ランチョンセミナー、ランチミーティング及びe-learning等で構成されている。評価はEPOC、研修レポート、看護師長評価等多面的評価を取り入れている。また、それ以外の職種については、副院長を長とする働き方改革・教育推進部に設置された職員教育・研修委員会により看護師、薬剤師、ME、事務等の初期研修計画が用意されている。</p> <p>【課題と思われる点】 医師、歯科医師、看護師、MSW、放射線技術員等の初期研修は用意された詳細なプログラムにより実施されていることが確認できたが、一部の専門職種においては初期研修プログラムが簡素であったり今後の実施を予定している等職種間で研修に格差が見られた。</p>
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 実習生受入要綱を策定し、総務課庶務担当が窓口となって医師、看護師、薬剤師をはじめとして各職種の学生を受け入れている。実習依頼校が定めるカリキュラムに沿った実習を実施し、実習生および実習内容の評価も適切に行われている。実習生の受入に際しては、患者・家族との関わり方の取り決めや部門ごとの研修のほか、ワクチン接種の状況把握や医療安全等について対応等を説明し、個人情報保護への誓約書を取っている。また、実習中に事故が発生した場合の連絡・対応手順は明確で、適切に対応できる仕組みが確保されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.4 経営管理

4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>予算規程、会計規則および会計実施規則等が定められ、地方公営企業会計基準に基づいて会計処理が適正に行われている。また、予算編成スケジュールに沿って各部署の要望・意見を集約し、臨床部長会で予算への組み入れ等の検討も行っている。必要な財務諸表を作成しており、会計監査についても中間監査と決算監査として年2回行うなど、適切に実施されている。経営分析ソフトを用いて、病院の経営状況を分析し、分析結果については病院長をはじめ病院幹部も把握し、病院の経営改善・運営改善に活用されている。</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	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>外来窓口の収納業務については、業務委託で行われており、自動精算機を導入しクレジットカードの使用も可能となっている。レセプト作成における一連の作業は、医師の点検を経て手順に則り適切に行っている。また、返戻や査定についても、その妥当性について検討を行い、適切に対応している。施設基準の遵守状況については、医事課請求調整担当が確認を行い、施設基準の一覧表を作成し毎月チェックし、関連部門と調整するなど適切に対応する仕組みが確立している。未収金については対応手順を明確にして、分割払いを勧めるなど早期の介入を行っている。必要な場合には、契約先の弁護士に相談する仕組みもあり、未収金回収に努めている。</p>
-------	---------------	---	---

【課題と思われる点】

夕刻の一定時刻を超えると、自動精算機は使用できない状況で、夜間における窓口精算についても全件に対応できる体制にはない。時間外・夜間等では、確実に請求事務ができる職員の配置が厳しい状況にあるため、翌日に精算する件数が少なくない状況となっている。このような状況のもとでは、未収金を発生させる一因ともなり得るので、診療終了後の都度、窓口精算ができる体制整備が望まれる。

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 業務委託については、「直営化での実施可否」「外部業者の履行の確実性」「費用対効果」等を考慮したうえで、法人本部が委託業者の選定・決定する仕組みである。委託業務の実施状況や質については、それぞれ所管する部署が評価を行い、総務課が取りまとめている。評価結果をもとに必要な場合には、委託業者との話し合いを実施するなど、より良い品質を求めて適切に対応している。また、委託業務従事者に安全ポッケの配布や院内研修への参加および e-learning 受講を義務づけている。事故発生時には、明確な手順が定められ、適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	----------------	---	---

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院の施設・設備は総務課が主管し、日常点検の実施や建物および機器等に関する保守管理も適切に実施されている。また、建物の経年による老朽化対策の一環として、建物劣化診断を実施し、調査結果をもとに中期・長期における建物の修繕計画を策定している。なお、修繕計画の遂行にあたり毎年度事業計画に反映させる確な修繕の推進に努めている。医療ガスの保守・管理については医療ガス安全管理委員会が開催され、薬剤師や ME 等必要な職種が参加し、安全性等について検討されている。廃棄物については、院内で各区分に分類された後、廃棄コストの圧縮を目的に感染性廃棄物については、高圧蒸気滅菌の実施により一般廃棄物化を図るなど、費用対効果も考慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------	---	--

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 物品管理は経営企画課が主管し、医療材料についてはSPD（業務委託）を採用している。医療材料の適正価格での調達を目指し、価格交渉にはベンチマークシステムを活用するとともに、当該診療科の医師も同席する等の工夫がされている。なお、病院資産としての在庫を軽減するために、病棟における医療材料は消化払い方式を採用する等適正在庫に努めている。新規医療材料の申請があった場合の対応は、費用対効果を踏まえた上で診療材料委員会において採否の検討がされるとともに、一増一減等、採用品目がいたずらに増加しない工夫もされている。SUDの取り扱いについては、病院の方針として使用していないことが確認できた。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.6 病院の危機管理			
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 災害拠点病院として、地震をはじめとする非常時の対応は「災害対策マニュアル」に明確化されている。災害時の被災者の来院に対応するためのトリアージ訓練や電子カルテシステムダウン等も想定した災害対策実働訓練の実施、および夜間や休日等、少ない職員体制を想定した火災訓練、机上シミュレーション訓練も実施されている。また、電力供給が停止した場合には、自家発電により通常電力の60%程度を3日間カバーすることを可能とし、食料等の備蓄は敷地内の備蓄倉庫に保管され、患者（580名想定）や職員（1,200名想定）用の飲料水は7日分、食料は5日分が保管されている。災害に対する備えとしてe-learningにより職員全員が研修できる機会を用意している。更に、災害対策チームDMATを4隊編成しており、その他DPAT隊や横浜市消防局と協力しYMATも編成し活動しており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 院内の保安体制は、業務委託された警備会社により運営されている。警備業務の内容や非常時の対応方法は明確化されている。警備人員の配置は、日中は常時4名体制、夜間は3名体制としている。また、院内には40台を超える監視カメラが設置され保安業務を補完している。停電時のエレベーター停止の対応をはじめ不測の事態が発生した場合の様々な対応方法の訓練も適切に実施されている。院内で発生した特殊事案については速やかに総務課長に報告され、必要に応じて院内で情報共有される仕組みとなっている。院内で暴力事案が発生した場合の対応も明確化され、職員の安全に関する簡易マニュアル「安全ポッケ」に記載され周知されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 医療事故発生時の対応手順は整備され、医療安全管理ポケットマニュアルの中にもその内容が明記されている。医療事故が発生した際や可能性がある場合には、速やかに医療安全管理部門に報告されるとともに、当該科の医師と看護師長が医療安全管理室の指示に従って患者・家族への説明や誠意ある対応を行うだけでなく、現場保全や記録等の確認を行うことがルール化されている。病院長には毎朝行われる病院長室会議で速やかに報告される仕組みになっている。院長と統括安全管理者の協議の上で「事例検証会議」が開催され、事実確認や原因分析、再発防止に向けた対応策等の検討が行われている。併せて、適宜、外部の委員も参画した「院内事故調査委員会」が開催される。外部委員の選定は事例に関連する学会に依頼して行っており公平性を担保するように心がけている。現時点で、医療事故調査制度に則った院内事故報告事例は4例経験しており、情報開示についても外部員を含む事例検討会議で適切に審議されている。その他訴訟対応に向けて、病院損害賠償保険に加入している。</p>
			<p>【課題と思われる点】 今後は各事例を通じて立案した対策を院内全体に周知することが望まれる。</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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2019年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市南区浦舟町4-57

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	676	676	+0	91.1	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	50	+0	74.7	50.9
結核病床					
感染症病床					
総数	726	726	+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	47	+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)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	10	+10
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	20	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	5	+0
精神科救急入院病床	45	+0
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(II群), 総合周産期母子医療センター

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： 31人 2年目： 34人 歯科： 4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	442.2	431	11.2	60.91	30.44
うち研修医	65	65	0	8.95	4.48
歯科医師	11	11	0	1.52	0.76
うち研修医	4	4	0	0.55	0.28
看護要員 合計	1088.77	1043	45.77	149.97	74.96
保健師	0	0	0	0	0
助産師	86.7	86	0.7	11.94	5.97
看護師	942.97	928	14.97	129.89	64.92
准看護師	0	0	0	0	0
看護補助者	59.1	29	30.1	8.14	4.07
薬剤部門 合計*2	52.81	47	5.81	7.27	3.64
薬剤師	56.49	50	6.49	7.78	3.89
臨床検査部門 合計*2	79.29	68	11.29	10.92	5.46
臨床検査技師	77.09	66	11.09	10.62	5.31
画像診断部門 合計*2	57	50	7	7.85	3.92
診療放射線技師(X線技師)	55	48	7	7.58	3.79
栄養部門 合計	14.54	10	4.54	2	1
管理栄養士	12.54	9	3.54	1.73	0.86
栄養士	2	1	1	0.28	0.14
調理師	0	0	0	0	0
リハビリ部門 合計*2	24.97	22	2.97	3.44	1.72
理学療法士	16	15	1	2.2	1.1
作業療法士	6.2	5	1.2	0.85	0.43
言語聴覚士	1.77	1	0.77	0.24	0.12
診療情報管理士	11	5	6	1.52	0.76
臨床工学技士	24	23	1	3.31	1.65
社会福祉士	11.38	11	0.38	1.57	0.78
精神保健福祉士(PSW)	0	0	0	0	0
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	6.57	2	4.57	0.9	0.45
事務部門	130.12	84	46.12	17.92	8.96
職員総数*1	1994.64	1824	170.64	274.74	137.33

医師配置標準数 (人)	125
薬剤師配置標準数 (人)	20

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	2241	29.7 %	223	232	53.83 %
看護師	2086	75 %	85	98	10.56 %
准看護師		%			%
看護補助者		%	0	0	0.00 %
薬剤師	2160	60 %	1	3	6.00 %
臨床検査技師	2120	51 %	3	4	6.06 %
診療放射線技師	2116	74.5 %	3	5	10.42 %
管理栄養士・栄養士	2152	44.6 %	1	0	0.00 %
理学療法士	2140	88 %	2	0	0.00 %
作業療法士	2017	82 %	0	0	0.00 %
言語聴覚士	2288	58 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）		%	0	0	0.00 %
臨床工学技士	2214	74 %	1	2	8.70 %
ソーシャルワーカー*	2139	52 %	1	0	0.00 %
事務職員	2257	66.5 %	1	4	4.76 %

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	41
看護師	2	28
薬剤師	1	3
その他のコ・メディカル	1	8
事務職員	1	9
全体	6	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	62	8917
医師	42	337
看護師	17	7802
薬剤師	3	154
その他のコ・メディカル	0	500
事務職員	0	124
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	2	3.23 %	3252	36.47 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	41	0.46 %
治療・処置に関するもの	40	64.52 %	627	7.03 %
医療機器等に関するもの	3	4.84 %	230	2.58 %
ドレーンチューブに関するもの	2	3.23 %	1523	17.08 %
検査に関するもの	0	0.00 %	739	8.29 %
療養上の世話に関するもの	10	16.13 %	1362	15.27 %
その他	5	8.06 %	1143	12.82 %

I-6 感染管理の状況

I-6-1 感染管理担当者の配置状況（院内全体）

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師	0	2
うちICD	0	2
看護師	1	1
うちICN	1	1
薬剤師	0	1
その他コ・メディカル	0	1
事務職員	1	0
全体	2	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)	95
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	3
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)	
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)	48
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌 (BLNAR)	
メタロβラクタマーゼ産生菌	3
その他	12

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	6
人工呼吸器関連による肺炎	
尿路カテーテル関連感染	22
手術部位感染	80

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	4
常勤専任・兼任（実人数）	
常勤専任・兼任（常勤換算）	
非常勤（常勤換算）	1
常勤換算 合計	5
病床100対 担当者数	0.69

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	22781
紹介率	52.48 %
1日あたり紹介患者数（外来）	93.36
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	10126
紹介入院患者割合	50.57 %
入院に繋がった紹介患者の比率	44.45 %

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	40
うち社会福祉士	11
常勤専任・兼任（実人数）	
常勤専任・兼任（常勤換算）	
非常勤（常勤換算）	3.38
常勤換算 合計	43.38
病床100対 担当者数	5.98

職種・資格： 看護師、事務

職種・資格：

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）	1298	108.2	2.49
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	2372	197.7	4.56
退院相談（退院先の調整）	12965	1,080.4	24.91
苦情相談（医療事故 クレーム）	80	6.7	0.15
看護相談（退院後のケア等）	974	81.2	1.87
がん相談	645	53.8	1.24
その他の医療相談	2411	200.9	4.63
その他	610	50.8	1.17
総数	21355	1,779.6	41.02

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	0.05 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	110 件
分母：延入院患者数	238382 人

● 把握している ○ 把握していない

入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した率	0.01 %
分子：入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した件数	13 件
分母：延入院患者数	238382 人

一般病院1・2・3

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の計画的再入院率	6.1 %
分子：計画的再入院件数	1222 件
分母：全入院件数	20022 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の（計画的ではないが）予期された再入院率	2.48 %
分子：予期された再入院件数	496 件
分母：全入院件数	20022 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の予期せぬ再入院率	1.62 %
分子：予期せぬ再入院件数	324 件
分母：全入院件数	20022 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0.1 %
分子：予定外の再手術件数	9 件
分母：総手術件数	8698 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	52.86 %
分子：パス適用入院患者数	10559 人
分母：全退院患者数	19976 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0.1 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	9 件
分母： 全手術件数	8698 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	47.17 %
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	25 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	53 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	90.4 %
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	113 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	125 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	99.45 %
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	7535 人
分母： 手術を受けた退院患者数	7577 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	0	0
精神看護	2	0
地域看護	0	0
老人看護	0	0
小児看護	1	0
母性看護	0	0
慢性疾患看護	0	0
急性・重傷患者看護	1	0
感染症看護	1	0
家族支援看護	0	0

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護	2	0
皮膚・排泄ケア	4	0
集中ケア	4	0
緩和ケア	2	0
がん化学療法看護	1	0
がん性疼痛看護	2	0
感染管理	2	0
訪問看護	1	0
糖尿病看護	0	1
不妊症看護	2	0
新生児集中ケア	2	0
透析看護	1	0
手術看護	1	0
乳がん看護	1	0
摂食・嚥下障害看護	1	0
小児救急看護	1	0
認知症看護	1	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	0	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	47	0	0	5.81	52.81
薬剤師	47			5.81	52.81
その他()					0
その他()					0

病棟担当薬剤師 (常勤換算)	10
----------------	----

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	6035	24.73	0.47	1.24
外来 院外処方箋枚数	198465	813.38	15.40	40.70
入院処方箋枚数	134878	369.53	7.00	18,578.24
注射処方箋枚数	194568	533.06	10.09	26,800.00
薬剤管理指導	2576	7.06	0.13	354.82

院外処方率	97.05 %
-------	---------

医薬品 品目数	1561
---------	------

II-3-3 処方鑑査・薬歴管理

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

II-3-4 抗がん剤の使用状況

抗がん剤の使用状況	1)使用
レジメン登録・管理の実施有無	1)実施
レジメン登録・管理件数	574
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*	90
抗がん剤対象患者数 入院*	160
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	%
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	%

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 3
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 3
○ 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 (%)	57 %
<input type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋 (%)	0 %
<input checked="" type="checkbox"/> 3) 定数配置		
<input checked="" 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	68	0	0	11.29	79.29
うち医師	2			0.2	2.2
うち臨床検査技師	66			11.09	77.09
うち衛生検査技師					0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	50
緊急検査	37

II-4-3 検査実施状況

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

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

II-4-4 外部委託業者の精度管理状況の把握有無

● 1) 定期的な把握 ○ 2) 必要な場合のみ ○ 3) 把握していない

II-4-5 内部精度管理

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

II-4-6 異常値への対応

前回結果との比較 ● 1) 実施 ○ 2) 未実施

II-4-7 外部精度管理の参加状況

● 1) 毎年 ○ 2) 参加経験あり ○ 3) 不参加
 参加サーベイ名： 日本医師会精度管理調査、日本臨技臨床検査技師会精度管理調査、
 神奈川県臨床検査精度管理調査、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	8
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
□ 非常勤(常勤換算)	
□ 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	23766	0	23766
うち組織診	12796		12796
うち細胞診	7853		7853
うち免疫組織化学	3117		3117

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	544
□ 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	27
□ 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 4

II-5-7 死亡率

死亡率	3.06 %
死亡数 (再掲)	612
退院患者数 (再掲)	19976

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	12		12
剖検率	1.96 %	%	1.96 %

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	50	0	0	7	57
うち医師	10				10
うち診療放射線技師	40			7	47
うち診療X線技師					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	37431	5,155.79	26900		71.87 %
うち頭部CT	5959	820.80	1687		28.31 %
MRI撮影	13405	1,846.42	8723		65.07 %
うち頭部MRI	3998	550.69	1949		48.75 %
核医学	3124	430.30	1792		57.36 %

II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	8
X線テレビ装置	4
血管撮影装置	4
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	1
CT	6
MRI	3
ポータブル撮影装置	9
外科用イメージ	4
核医学診断装置	3
うち PET CT	0

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	21	0	0	2	23
うち医師	4				4
うち看護師	9			2	11
うち診療放射線技師	8				8

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)	2
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	2

II-8 輸血・血液管理部門

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

II-8-3 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	1.6
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 医師はいない	

II-8-4 年間購入・廃棄血液単位数 (件/年)

	購入数	病床100対	廃棄数	廃棄率
総数	49720	6,848.48	76	0.15 %
赤血球製剤	14885	2,050.28	6	0.04 %
血小板	26290	3,621.21	10	0.04 %
凍結血漿	8545	1,177.00	60	0.70 %
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	23
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
■ 非常勤(常勤換算)	0.8
□ 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	63	9	1	0.96	64.96
うち看護師	62			0.96	62.96

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	17	2.34
手術総件数 (件/年)	8698	1,198.07
うち全身麻酔件数	3386	466.39
うち緊急手術件数	833	114.74
うち短期滞在手術件数	0	0.00
うち悪性腫瘍手術件数	2038	280.72

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	5025	心カテ	実施
硬膜外麻酔	1608	冠動脈バイパス術	75
脊椎麻酔	115	弁膜症手術	68
		開心術	77
		大動脈瘤切除術	87
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	25	緊急開頭術	66
脳動脈瘤根治術	6	緊急開胸術	30
脳動静脈奇形摘出術	0	緊急心大血管手術	64
脳血管内手術	67	緊急帝王切開術	169
脳腫瘍摘出術	0		

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	3
ジェットウォッシャー	2
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	6
EOG滅菌器	2
プラズマ滅菌装置	2

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)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+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
 ・救急部門の専用の病床を有している病院
 ・救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院
 ○ 水準3: その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院
 ○ 水準4: 時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

II-12-3 医師の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	人数
■ 常勤専従	28
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
■ 非常勤(常勤換算)	0.2
□ 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	121	0	0	2.8	123.8
うち看護師	120				120

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			3	13		14
うち研修医			2	3		
看護要員	24					
うち看護補助者						
薬剤師				1		
臨床検査技師				3		
診療放射線技師				2		
事務職員				0		
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	9710	26.60
救急車搬入患者数	3693	10.12
救急入院患者数	3904	10.70

	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)	3820	15.66
救急車搬入患者数	1591	6.52
救急入院患者数	1692	6.93

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	5018	42.17
救急車搬入患者数	1439	12.09
救急入院患者数	1624	13.65

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 64.5%) ○ 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 28.8%) ○ 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	9	3.54	12.54
栄養士	1	1	2
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)	188	65
集団実施回数(回/月)	4	3
月間対象延患者数(人)	16	11
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	12.93	4.47
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0.28	0.21

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(60 回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(28 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
■ 常勤専従	4
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
□ 非常勤(常勤換算)	
□ 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	22	0	0	2.97	24.97
うち理学療法士	15			1	16
うち作業療法士	5			1.2	6.2
うち言語聴覚士	1			0.77	1.77

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	1.3
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0	17.6
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.5	1.4
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0.3	4.9
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.5	1.8
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0.6	3.1
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2	1.2
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0.04	0.9

	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	13	196
摂食機能療法	9	513
集団コミュニケーション療法		

B 機能種別でリハビリテーション病院版で受審する病院

II-14B 疾患別・期間別の入院患者構成 (人)

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

II-15 診療録管理部門

II-15-1 診療録管理業務担当者の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
診療録管理士・診療情報管理士	2			2	4
上記以外	4	0	0	1	5

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	93.8 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	18737 件
分母：昨年度の年間退院患者数	19976 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
125	17.22

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：医事課請求調整担当、経営企画課DPC分析担当
- 2) 診療録(情報)管理：医事課診療情報管理担当
- 3) コンピュータシステムの管理：総務課システム担当、(大学ICT担当)

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	5
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	1.93
<input checked="" type="checkbox"/> 委託職員(常勤換算)	5
<input type="checkbox"/> 担当者はいない	

II-16-4 システムの稼働状況 (I-1-9 再掲)

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

II-17 在宅療養医療支援部門

II-17-1 訪問サービス対応状況 (件/月)

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

II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

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

II-18 外来部門

II-18-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
外来部門 総数	77	0	0	53.83	130.83
うち看護師	75			26.3	101.3

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 2019 年 1 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	18	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	90	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)		(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	22
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	1
<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	<input type="checkbox"/> 1) あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2) なし
2) 透析室	<input checked="" type="checkbox"/> 1) あり	<input type="checkbox"/> 2) なし
3) 手術室	<input checked="" type="checkbox"/> 1) あり	<input type="checkbox"/> 2) なし
4) ICU	<input checked="" type="checkbox"/> 1) あり	<input type="checkbox"/> 2) なし
5) 病棟	<input checked="" type="checkbox"/> 1) あり	<input type="checkbox"/> 2) なし
6) その他	<input type="checkbox"/> 1) あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2) なし

II-19-3 主な医療機器台数と管理の仕組み

	台数	管理形態		
		<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
人工呼吸器	61	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
輸液ポンプ	399	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
シリンジポンプ	459	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
除細動器	73	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
モニター	204	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他

Ⅲ 経営の状況

Ⅲ-1 医業収支の状況

Ⅲ-1-1 医業収支の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2017	2016	2015	2017	2016
医業収益(繰入金を除く)	28,220,815	26,680,509	25,986,589	105.77 %	102.67 %
医業費用	30,400,491	29,354,561	28,513,850	103.56 %	102.95 %
医業損益(繰入金を除く)	-2,179,676	-2,674,052	-2,527,261	81.51 %	105.81 %
医業収支率	92.83 %	90.89 %	91.14 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2017
外来収益	19,222
入院収益	77,979

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2017 年度(西暦)	2,567,653
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況(推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2017	2016	2015	2017	2016
総収益(繰入金を除く)	30,478,675	28,747,085	28,100,574	106.02 %	102.30 %
繰入金(他会計負担金等)	69,393	70,387	78,626	98.59 %	89.52 %
上記合計に占める繰入金の割合	0.23 %	0.24 %	0.28 %		

Ⅲ-3 医業収益の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対構成比		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
入院診療収益	18,641,164	17,616,827	17,509,425	66.05 %	66.03 %	67.38 %
室料差額	345,113	355,266	364,278	1.22 %	1.33 %	1.40 %
外来診療収益	9,262,048	8,732,003	8,130,150	32.82 %	32.73 %	31.29 %
保健予防活動	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
受託検査・施設利用収益	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
その他の医業収益	105,858	112,170	113,395	0.38 %	0.42 %	0.44 %
保険等査定減	-133,369	-135,756	-130,659	-0.47 %	-0.51 %	-0.50 %
医業収益 合計	28,220,815	26,680,509	25,986,589	100%	100%	100%

Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対費用		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
給与費	13,426,105	13,053,196	12,458,016	47.58 %	48.92 %	47.94 %
常勤(再掲)	11,195,371	10,883,747	10,293,897	39.67 %	40.79 %	39.61 %
非常勤(再掲)	2,230,734	2,169,449	2,164,119	7.90 %	8.13 %	8.33 %
材料費	10,952,542	10,324,722	9,969,136	38.81 %	38.70 %	38.36 %
医薬品費(再掲)	6,366,053	6,047,297	5,839,976	22.56 %	22.67 %	22.47 %
診療材料費(再掲)	4,218,344	3,964,293	3,875,745	14.95 %	14.86 %	14.91 %
給食用材料費(再掲)	173,466	169,863	165,686	0.61 %	0.64 %	0.64 %
医療消耗器具備品費(再掲)	194,680	143,268	87,729	0.69 %	0.54 %	0.34 %
委託費	2,448,551	2,301,174	2,321,979	8.68 %	8.62 %	8.94 %
設備関係費	1,059,960	1,335,956	1,431,472	3.76 %	5.01 %	5.51 %
減価償却費(再掲)	914,511	1,181,561	1,247,631	3.24 %	4.43 %	4.80 %
器機賃借料(再掲)	145,448	154,395	183,841	0.52 %	0.58 %	0.71 %
研究研修費	5,007	3,806	2,477	0.02 %	0.01 %	0.01 %
経費	1,307,642	1,206,090	1,194,646	4.63 %	4.52 %	4.60 %
その他の医業費用	1,200,685	1,129,617	1,136,124	4.25 %	4.23 %	4.37 %
医業費用 合計	30,400,491	29,354,561	28,513,850	107.72 %	110.02 %	109.73 %

病院機能評価 書面審査サマリー

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

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

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

1.サマリーの構成

書面審査サマリーは、下記構成となっております。

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

2.本資料中の指標の作成ルール

<全体に関する事柄>

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

<各項目に関する事柄>

■「I 病院の基本的概要」

□「I-1-3 開設者」

評価機構が有する病院データより、下記種類から抽出・表示されます。

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

□「I-2-1 診療科別医師数および患者数」

- ・ 診療科名：診療科にチェックのあるもの、もしくは数値入力のあるものについて、表示しています。
- ・ 各項目について、下記のとおり算出しています。（「I-2-2 年度推移」の各項目も同様です）
 - ・ 1日当たり外来患者数
年間外来延患者数÷診療日数
 - ・ 1日当たり入院患者数
年間入院延患者数÷365
 - ・ 外来新患割合
(年間外来新患数÷年間延外来患者数)×100
 - ・ 平均在院日数
年間延入院患者数÷{(年間新入院数+年間退院数)÷2}
 - ・ 医師1人当たりの患者数
1日当たり患者数÷所属医師数

□「I-3-1 職員数」

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

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

・「看護職員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師を指します。

・病床100対職員数

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

・患者規模100対職員数

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

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

□「I-3-2 職員の就業状況」

・常勤者を対象としています。

・退職率

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

□「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネージャー等)の配置状況」

□「I-6-1 感染管理担当者の配置状況(院内全体)」

・専任・兼任者は実人数で算出しています。

□「I-7-3 紹介状持参患者数」

・各項目は、以下の計算式により算出しています。

・紹介率

$(紹介状持参患者数 \div 初診患者数) \times 100$

・1日あたり紹介患者数(外来)

$紹介状持参患者数 \div 外来診療日数$

・紹介入院患者割合

$(紹介状持参入院患者数 \div 新入院患者数) \times 100$

・入院に繋がった紹介患者の比率

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

□「I-9 臨床指標」

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

■「Ⅱ 各部門の活動状況」

□「Ⅱ-3-2 処方箋枚数等」

- ・ 1日あたり枚数・件数は、下記計算式で算出しています。

外来：院内(院外)処方箋枚数÷年間診療実日数

入院：入院(注射)処方箋枚数÷365

- ・ 外来患者（病床）100対は、下記計算式で算出しています。

外来：(院内(院外)処方箋枚数÷外来延患者数)×100

入院：(入院(注射)処方箋枚数÷稼働病床数)×100

□「Ⅱ-5-8 剖検率」

- ・ 剖検率

(剖検数÷昨年度死亡退院数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数(読影件数)」

- ・ 読影率

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

□「Ⅱ-8-4 年間使用・廃棄血液単位数」

- ・ 廃棄率

(廃棄数÷購入数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-12-7 時間外・救急患者数」

- ・ 救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷365 で算出しています。

- ・ 平日時間外救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷外来診療日数 で算出しています。

- ・ 休日の救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷119 で算出しています。

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

□「Ⅱ-13-4 栄養指導・栄養相談」

- ・ 栄養士1人当たり栄養指導件数は下記計算式で算出しています。

- ・ 個別実施回数

個別実施回数÷(管理栄養士総数+栄養士総数)

- ・ 集団実施回数

集団実施回数÷(管理栄養士総数+栄養士総数)

□「Ⅱ-14B 疾患別・期間別の入院患者構成(人)」

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

□「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等」

- ・ 看護職員1人あたり月平均訪問回数

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

■「Ⅲ 経営の状況」

□「Ⅲ-1-1 医業収支の推移」

- ・ 対前年比

(当該年度÷前年度)×100 で算出しています。

- ・ 医業収支率

(医業収益÷医業費用)×100 で算出しています。

□「Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移」

- ・ 医業収益100対費用

当該年の医業収益における各科目の割合で算出しています。

(医業費用における割合ではありません)

書面審査サマリーについてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

公益財団法人日本医療機能評価機構
評価事業審査部 審査課

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