

病院機能評価
審査結果報告書

2018年度実施

国立研究開発法人
国立がん研究センター東病院

訪問審査実施日 2019年2月20日～2月22日



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

ご 挨拶

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

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

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

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

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

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

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

2. 報告書の内容

（1）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（2）評価判定結果

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

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

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

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

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

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

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

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月20日～2月22日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院3	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1992年に千葉県柏市に開設されたがん専門病院である。組織および委員会的には国立がん研究センターと共有している部分もあるが、病院独自のビジョンとして「世界最高のがん医療の提供」と「世界レベルの新しいがん医療の創出」を掲げ、全職員が一丸となり崇高なビジョンの達成に向けて努力している。一般的な病院に比べ臨床研究に重きを置いている点はあるものの、最先端医療の実践や「あたたかな看護サービス」を含む良好なチーム医療の展開が院内各所で図られている。一方で、さらなる患者増を図るために、通院治療センターの拡充や連携宿泊施設の誘致なども計画されており、自院が進むべき方向性を確実に捉えつつ、病院長を含む病院幹部職が適切なリーダーシップを発揮している点には強い感銘を受けた。なお、今回の審査を通じて、他施設に比べ卓越した診療関連領域は数多く確認されたが、今後に向け一部改善されると良い事項も見受けられたので院内で検討されていくと良い。

日本を代表するがん専門病院の一つとして、今後もますます発展され、全国の模範となる専門医療機関としての位置づけを継続されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「理念」に関しては中央病院と共通のものを掲げているが、ビジョンならびに基本方針は病院独自のものを定めており、その達成に向けて、中・長期計画ならびに年度計画を策定しながら継続的な病院運営にあたっている。病院長を含む病院幹部職の課題認識は良好であり、院内各部門・各部署でのリーダーシップも適切に発揮されている。組織運営面では、中央病院と共有する部門や委員会等の存在があり、

組織図がやや分かりにくい印象もあるが、現場的にはおおむね適切な対応が取られている。情報管理や文書管理に関しても、個人情報保護への配慮を適切に行いつつ、一元的な管理体制の強化に努めている。

貴院の役割・機能を考えると、現状として、麻酔科医（常勤）や臨床工学技士、管理栄養士、MSW といった職種に不足感があるので検討されると良い。人事・労務管理に関しては、一部、有給休暇の取得率に差は見られるものの、おおむね適切な対応がなされている。併せて、職員にとって魅力的な職場となるような工夫も図られている。職員への教育・研修に関しては、「人材育成センター」ならびに「教育委員会」が中心となり、全職員向けに必要な教育や研修の実施・評価がなされている。なお、職員の能力評価については、一部「院内資格」の採用もなされているが、各種専門資格や職種に応じたキャリアパスの構築や評価基準等の精緻化なども期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、職員への周知が図られている。一方で、「説明と同意」に関しては、臨床研究領域を除く日常診療での説明文書等において、必要とされる内容事項が網羅されていない状況が一部見られたが、書式変更による対応が進められているので、継続的な検討が望まれる。なお、患者・家族との診療情報の共有などは適切に行われている。さらに、来院した患者への総合的な支援部門である「サポータティブケアセンター/がん相談支援センター」の機能は高く評価できる。

患者の個人情報保護に関しては、おおむね適切な対応が取られている。臨床倫理に関する院内での取り組みや議論等は適切になされているが、病院全体として主要な課題に対する個別方針が定められるとさらに良い。

患者や面会者に対する利便性・快適性、高齢者・障害者に配慮した環境整備、院内全体の療養環境などには問題がない。受動喫煙の防止に向けた取り組みなども適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見の収集は「ご意見箱」や「患者満足度調査」などを通じて行われ、患者サービスの質向上に向けた活用が図られている。その一方で、診療の質向上に向けた働きかけとして、臨床指標や質指標の有効活用や部門横断な質管理への取り組み面でさらなる強化を望みたい。また、高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等への対応面で、組織構築や実地運用などは適正になされているが、中・長期的なモニタリングに関しても継続的な検討を進められたい。

診療やケアの管理・責任体制は適切である。診療記録に関しても、おおむね適切な対応がなされているが、手術記録の記載手順や方法等には再検証も望みたい。なお、多職種が協働した診療・ケアへの対応については、適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制の整備や安全確保に向けた情報収集・分析・検討などは適切に行われている。今後は、現在行われている M&M カンファレンスのさらなる充実・拡大などを期待したい。なお、現場における患者・部位・検体・ルート誤認などへの対応は、確実に行われている。その一方で、情報伝達のエラー防止に関して、定型的な口頭指示書は作成・運用されたばかりなので、継続的な実践と検討が望まれる。また、臨床検査結果のパニック値報告や画像診断結果の読影確認に関しても継続的な議論を期待したい。薬剤の安全使用に向けた対応等は適切になされている。

転倒・転落防止に向けた対応では、リスク評価から予防対策まで適切に実践され、せん妄対策なども含め、多職種が連携した活動は高く評価できる。医療機器の安全使用に向けた対応では、現場職員への教育に e-learning の実施が始まったところであり更なる強化を望みたい。患者等の急変時への対応として、自施設にはない診療機能でもある、脳卒中や心筋梗塞等への受診対応、手術時の血管損傷時の緊急対応などが問題となりがちであるが、現状の近隣病院との連携構築を継続的に強化するよう努められたい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は整備され、マニュアル等の改訂なども適正に行われている。各種情報の収集や分析・検討に向けた対応も的確に行われている。ただし、病院として SSI が必要と思われる診療科・術式に関しては、サーベイランスの実施が促進されると良い。また、現場における医療関連感染制御に向けた取り組みとして、手指衛生面での観察評価や評価内容等は優れている。抗菌薬の適正使用に関しては、病院内で採用されている医薬品と直結した指針に変えていくことを望みたい。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信は分かりやすく行われ、広報誌の発行やホームページの更新なども的確になされている。また、二次医療圏外から約 60% の患者が来院している状況下、「地域医療連携のための情報交換会」などを通じて、遠方の医療機関とも良好な関係を構築している点は高く評価できる。併せて、オープンキャンパスや市民公開講座のほか、「柏の葉料理教室」などを頻回に開催することで、地域に向けた医療に関する教育や啓発活動を充実させている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者への対応は適切に行われ、外来患者への診療なども適切に実践されている。ただし、診断的検査の一つである負荷心電図の実施にあたっては、文書による同意書の取得を検討されたい。入院判断・入院決定に関しては適切な対応が取られており、病床稼働率が 100% を超える状況下、関係部署での様々な努力や取り組みが行われている。特に「入院準備センター」における多職種が参画した活動等

は高く評価できる。入院後の「入院診療計画書」等の策定や、患者・家族からの医療相談への対応、医師・看護師ほかの現場での対応などについても、適切に行われている。

医師・看護師の病棟での専門的業務も適切に実践されている。特に、投薬・注射への対応面で、抗がん剤などのハイリスク薬が多いこともあり、全ての薬剤の観察を行っていることや、内服薬について目視で飲み込み確認まで実施している点は評価できる。そのほか、輸血・血液製剤への対応なども適切である。周術期対応に関しては、非常勤麻酔科医との情報共有を今後も強化されたい。重症患者への対応管理や褥瘡対応、栄養管理、症状緩和対応なども適切に行われている。リハビリテーションへの対応なども適切である。身体抑制に関しては、「せん妄ケアプログラム」の利活用なども含め、実施率の低下に向けた対応が取られている。患者・家族への退院支援については「入院準備センター」と「サポーターケアセンター」とも協働した積極的な取り組みが数多く見受けられ高く評価したい。ターミナルステージへの対応なども適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切に発揮されているが、処方オーダーに対する処方鑑査に関してはさらなる工夫や対応が望まれる。臨床検査部門については、ISO15189の認証等がなされているが、パニック値への対応に関しては再検証されると良い。画像診断部門においても、おおむね適切な対応がなされているが、画像診断専門医によるダブルチェックの強化に向けた検討が継続的になされると良い。栄養管理部門やリハビリテーション部門、診療情報管理部門等の機能は、おおむね適切に発揮されている。医療機器管理機能については、人員体制面での強化を今後も期待したい。洗浄・滅菌部門については適切である。

放射線治療部門に関しては、設備的にも高度精度放射線治療が可能な環境下、専門職種による適切な活動と品質管理面でも特段の対応が取られており、高く評価できる。輸血・血液管理部門の機能や手術・麻酔機能、集中治療機能などは、おおむね適切に発揮されている。なお、救急医療機能に関しては、救急外来機能を有していないことから評価対象外とした。

10. 組織・施設の管理

予算の編成は法人内のプロセスに従って行われているが、自院のビジョンに沿った中・長期計画・年度計画を反映させる努力もなされている。また、決算等の会計処理は会計準則に則って適切に対応されている。医事業務は外部委託しているが、施設基準の遵守を含め、医事管理部による監督・介入が適切になされている。業務委託に関しても、業務内容の選択から業者選択、日々の業務内容確認まで適切な対応が取られている。

施設・設備管理は自院の機能に合った対応がなされているが、必要に応じて、保守管理・改修計画が「投資委員会」の中で議論される仕組みもある。物品購入に関しては、医薬品、診療材料、医療機器について各委員会での議論・検討が行われ、在庫品目が過剰とならないような対応基準も用意されている。

災害時対応に関しては、防災委員会が中心となりマニュアル等の策定や訓練などが行われているが、大規模災害時の外部からの派遣医療班への対応などを検討する機会もあると良い。保安業務は外部委託のもと適正に行われており、医療事故発生時の対応などもマニュアルに沿った対応が遵守されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

がん専門病院として、医師・歯科医師の初期臨床研修は実施されていないが、その他の職種については、学生実習ならびに初期研修を行う体制が確立している。今後は、自院の業務が限定されている臨床工学技士や事務職員に対する初期研修体制が十分確保されるよう、継続的に検討されると良い。

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	<p data-bbox="893 425 1252 459">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="893 459 1386 1254">「科学と信頼に基づいた最良のがん医療を受ける権利」を始めとして、がん専門の特定機能病院にふさわしい8項目に及ぶ患者の権利が明文化されている。また、患者の権利は、診療案内、入院案内、ホームページ、院内各所の掲示にも明記されており、患者・家族等への周知が図られている。陽子線療法が小児に対しても行われていることを踏まえ、こどもに対する権利も別途作成してホームページに掲載するなど工夫している。職員への周知に関しては「医療安全管理ポケットマニュアル」に掲載することで、いつでも職員が確認できるように配慮している。そのほか、接遇や倫理、虐待、ハラスメントなどを含む「患者の権利」に関する各種講習会なども数多く行われ、DVDを用いたフォローアップ研修にも取り組んでいる。なお、診療記録の開示については、診療記録開示委員会での検討のもと、原則開示する方向で対応しており、2017年度は36件の開示実績があった。</p> <p data-bbox="893 1288 1141 1321">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="893 1321 1005 1357">特記なし。</p>
-------	------------------------	--

1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B	<p>【適切に取り組みされている点】 インフォームドコンセントに関する規程が整備され、実施する上での基本方針や説明範囲、対象行為、具体的手順等が明記されている。また、侵襲的な検査を中心に、看護師など第三者が同席することを定めており、同席できなかった事例での観察記録や意思決定支援への介入記録等も確認できた。自院の中で対応できない診療領域や治療等は少なくないが、院外への紹介やセカンドオピニオンなどを求めることで適切に対処している。</p> <p>【課題と思われる点】 臨床研究に絡んだ診療の IC 対応は厳格になされているが、手術など一般的な説明・同意文書では「セカンドオピニオンを求めることができること」や「同意を撤回することができる」といった文言が含まれていなかった。この度、これらを含む新書式が作成され、運用が開始された。また、診療情報管理委員会で承認された説明・同意文書はあるものの、自由欄が多い「面談書」を利用した対応が相当数なされていた点に関しては、必要事項を面談書の中に追記したほか、診療情報管理係が実際の使用状況などを確実にモニタリングする仕組みが整備されるなど、一定の改善がみられた。</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>【適切に取り組みされている点】 各診療科で作成された検査・処置・手術等の説明書を用いた丁寧な説明や情報提供が行われている。また、診療・ケアプロセスの標準化にも積極的に努めており、クリニカルパスの推進と合わせて、患者向けの説明用パスも有効活用している。そのほか、誤認防止に向けた患者認証の手順説明や、転倒・転落、せん妄などに関する啓発ポスター・パンフレットなどが作成され、患者・家族への周知に向けた支援が展開されている。サポートケアセンターには 400 種類を超えるパンフレットやリーフレット等が用意され、がん看護専門看護師による情報提供や患者支援なども行われている。</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	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者および家族が抱える様々な悩みや相談等に一元的に対応できるように、「サポートイブケアセンター/がん相談支援センター」が院内に設置され、看護師、社会福祉士、薬剤師など7職種で構成された職員が集中的に対応することで高い機能を発揮している。また、同センターでは、日本のがん医療が患者のQOL向上や社会復帰を目指すことへ大きく目標転換していることに配慮した上で、生活療養相談や就労相談、看護相談をはじめとする日々の相談事例に専門的な対応を行っている。さらに、院内に存在する各種専門多職種チームとも良好な連携構築がなされており、病院全体で患者支援を行うという体制が確保されている。がん治療と仕事の両立を可能にするために、社会保険労務士を積極的に参画させ、ハローワークとも協働して対応している状況などは高く評価できる。なお、救急外来機能は有していないものの、虐待が疑われる患者が受診した際には、診療現場からサポートイブケアセンターへと連絡がなされ、そこから院内の「倫理コンサルテーションチーム」や児童相談所をはじめとする行政関係者への連絡が的確になされる流れが確保されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>個人情報保護に関する法人としての規程が定められ、事務局総務課が主管となり院内各部局に個人情報保護責任者を配置しているほか、全職員向けの定期的な教育・研修を実施するなど、おおむね適切な対応がなされている。電子カルテのアクセス権限には明確なルールが定められ、職員へのデータ提供に関しても一定の制限が設けられている。具体的には、電子カルテからの情報提供は、原則、個人情報を削除した上で行われているほか、やむを得ず個人情報を含む場合でも「データ移動用公認 USB メモリ」を使用するなど、アリバイ管理が可能な体制での運用がなされている。なお、外来診察時の対応では、患者呼出器の有効活用やプライバシーに配慮した個室対応が行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>呼吸器外科を含む3診療科において、診療系の電子カルテとは異なる「研究系システム」内のコンピュータで手術記録が作成・保管される状況が常態化している。研究系のコンピュータも施設内で適正管理のもと、データ移行の制限や個人情報の保護対応などは行われているが、そこから印刷したものを改めて診療系電子カルテに保管するといった現況は適切でないと考えるので、病院として対応方針等の議論や検討を望みたい。</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>「国立がん研究センター」として、職業倫理指針・臨床倫理指針の共通認識のもと、医療安全ポケットマニュアルには臨床倫理指針の明記がなされている。また、2018年10月以降、臨床倫理的な課題対応に関して、従前「支援療法チーム」によるコンサルテーション体制であったものが、臨床倫理委員会と診療倫理コンサルテーションチームにより対応する流れへと変更された。現在、毎週月曜日にカンファレンスを行っており、その内容は3日ほどを目途に現場へのフィードバックを図っている。これまでに、18事例の議論や検討がなされており、情報の共有だけでなく、意思決定支援などへのスタッフの意識付けや、チームで患者・家族を看ていくという意識の高まりも成果として現れている。そのほか、DNARへの対応やACPへの取り組みなども一部始まっている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>医療安全ポケットマニュアルに明記されている臨床倫理指針は一般的な文言に留まっており、「一般診療から臨床研究への誘導患者」や「癌ゲノム診療」などに絡んだ内容への言及がなく、自院に特化した主要課題を捉えている状況とはなっていない。今後、院内での具体的課題について指針等を改訂していく作業を進められたい。</p>
-------	----------------------------	---

1.2 地域への情報発信と連携

1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 国立がん研究センターとして広報誌「日々歩」を年4回発行し、医療連携施設を中心に配布・送付しているほか、ホームページからも一般の方々がアクセス可能な状況としている。患者向けの情報発信に関しては、病院ホームページ等において、来院から受診までの手続きが分かりやすく説明されているほか、他施設との医療連携機能やセカンドオピニオンの対応案内などが分かりやすく記されている。なお、診療実績については、年間実績を次年度当初にまとめて公開している。さらに、診療科および疾患ごとの「受診までの待ち日数」を詳細に広報するなど、患者本位の取り組みや対応が随所で行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	S	<p>【適切に取り組まれている点】 来院患者の地域構成は二次医療圏からが約40%、それ以外が約60%となっており、紹介元施設は全国で2,000を超える医療機関におよんでいる。そのような状況下、サポーターズケアセンターでは、地域を越えて来院する様々な患者に対応すべく積極的な連携活動に努めている。具体的には、患者単位の情報共有等を目的にした各種症例検討会や、最新のがん医療技術を紹介する場でもある「地域医療連携のための情報交換会」などを通じて、診療科単位では改善できない問題に対して地域の医療機関と協議する機会を定期的に設けている。また、地域の医療機関とは、PET-CTの共同利用や開業医からの要望に沿った内視鏡二次検診を実施するなどして、自院の診療機能と役割を明確にした上での協働が図られている。そのほか、病床稼働率が100%を超えている状況下、紹介率92.1%、逆紹介率91.7%という高い数値を維持するなど、地域の医療機関との連携機能は高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 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】 一般市民を対象に、オープンキャンパスを年1回、市民公開講座を年2回、がん患者団体と共催の市民公開講座を年1~2回開催している。また、管理栄養士による、病院外での「柏の葉料理教室」が年24回企画され、その中で「がん症状別料理教室」や「がん予防のための健康料理教室」等を開催するなど、地域における自院の役割を意識した積極的な啓発活動が展開されている。そのほか、地域の医療福祉従事者に対する多職種運営型の症例検討会が年4回催されているが、各検討会でのアンケート結果を的確に反映させた企画運営が行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 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	<p>【適切に取り組まれている点】 病院長の直下に副院長が部門長を担う「医療安全管理部門」があり、その中に「医療安全管理室」と「感染制御室」が位置づけられている。医療安全管理室には、医療安全担当副院長のほか、医療安全管理室長（兼任医師）1名、専従看護師2名、専従薬剤師1名、専従事務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。また、院内の各部署にはリスクマネージャー・サブリスクマネージャーが配置され、重大事象発生時の報告手順・対応手順などの整備や遵守も図られている。さらに、病院長を委員長とする多職種からなる「医療安全管理委員会」が設置され、その実行部隊でもある「医療安全管理部会」との連携も良好に構築されている。医療安全管理部会員と医療安全管理室スタッフとは、週1回、インシデント報告や対策検討などで意見交換を行うほか、チェック項目を定めた院内ラウンド等も実施している。医療安全管理マニュアルも随時改訂がなされ、院内サーバからの閲覧を可能とするほか、院内の職員向けに「医療安全管理ポケットマニュアル」を作成して周知を図っている。</p> <p>【課題と思われる点】 医療安全管理室スタッフの後継者育成も継続検討されたい。</p>

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 data-bbox="798 159 1394 896"> 【適切に取り組まれている点】 医療安全管理室として、アクシデント・インシデントの報告件数増加に向けた取り組みが継続的に行われ、2016年度は5,443件、2017年度は5,714件と徐々に報告件数は伸びている。また、医師からのアクシデント・インシデント報告率も10%程度までに向上している。インシデント事例に関しては、医療安全管理室にて情報把握が確実に行われ、週1回の検討会の中で系統的な分析対応がなされるとともに、再発防止に向けた取り組みが検討・実践されている。そのほか、報告事例のうち「治療関連死亡」「ICU入室事例」「安全管理部門が重大事案と考えた事例」「周知が必要な事例」に関しては、M&Mカンファレンスが内科・外科の連絡会議の中で別途開催される仕組みもある。さらに、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にも真摯に対応している。 </p> <p data-bbox="798 918 1394 1059"> 【課題と思われる点】 M&Mカンファレンスに関しては、参加者の範囲拡大や検討結果の周知徹底なども望みたい。 </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

【適切に取り組まれている点】

副院長が部門長を担う「医療安全管理部門」の下に「感染制御室」が位置づけられ、総合内科医長が同室の室長として専任配置されているほか、ICNも専従配置されている。また、感染制御室の中には「院内感染対策チーム（ICT）」と「抗菌薬適正使用支援チーム（AST）」が設置され、ASTには薬剤師の専従配置と臨床検査技師の専任配置もなされている。さらに、感染制御室の室長は、専任のICDとしてICTのリーダーを務め、院内感染対策業務に関する実質的な権限を有している。そのほか、病院長を委員長とする「院内感染対策委員会」が月1回開催されており、ICTによる諸活動から見える課題や、感染制御室が月1回開催する「院内感染対策委員会専門部会」での議論内容を確認・検証する場となっている。感染防止対策マニュアルも整備され、必要に応じた改訂も随時なされている。なお、ICT・ASTに属する薬剤師・臨床検査技師は、現状として、感染管理に関する認定・専門資格を有していないが、専門資格取得に向けた働きかけ等が進むとさらに良い。

【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</p>	<p>B</p> <p>【適切に取り組まれている点】 感染症発生時の連絡体制が整備され、必要に応じて、感染制御室や院内感染対策委員会、または病院長が組織として迅速な対応を行う体制が確保されている。また、アウトブレイクの定義や対応手順なども定められ、過去に、インフルエンザ対応で速やかに病棟閉鎖を行った事例もある。感染制御室は、院内の分離菌や抗菌薬の使用状況を把握しているほか、手指消毒薬の使用量チェックだけでなく「直接観察」によるモニタリング等も実施している。実際、直接観察による手指衛生順守率は80%であり、新規MRSAの検出密度が漸減している点は高く評価したい。そのほか、院内外からの感染関連情報を随時収集して、院内の職員向けに適宜情報提供を行っている。地域の医療機関との連携や情報共有、相互ラウンドなどにも取り組んでおり、検査部門・SSI部門ではJANISへの参画も行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 ターゲットサーベイランスに関して、現在、CR-BSIとVAP、SSIでの対応がなされているものの、SSIサーベイランスが必要と考える外科系診療科のうち3科での対応が進んでいないので検討が望まれる。</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】</p> <p>患者・家族からの直接の意見は、院内8か所に設置された「ご意見箱」や「サポートケアセンター」などの窓口対応で収集が図られ、それらの意見に対しては、内容を確認したのち関係部署への情報提供がなされている。また、必要に応じて医療安全管理委員会や患者サービス向上委員会での検討が行われるほか、重要な事案に関しては、病院長が出席する会議や委員会等での情報共有と検討対応がなされている。実際、患者・家族からの意見をもとに対応した改善事案には「早朝採血の担当者増による待ち時間短縮」や「駐車場の料金清算場所の屋根設置」「病棟の無線LAN設置によるWi-Fi化」などがある。そのほか、患者満足度調査も年1回定期的に実施されており、その内容はホームページでも公開されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	------------------------	---	---

<p>1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に 取り組んでいる</p>	<p>B 【適切に取り組まれている点】 院内には、食道外科カンファレンス、呼吸器内科外科合同カンファレンス、泌尿器科合同カンファレンス、胃外科内視鏡合同カンファレンスといった症例検討会のほか、リハビリテーション・カンファレンスや退院支援カンファレンスなどの、複数科および多職種が参加して議論や検討を行う場が数多く用意されている。また、日常診療の中では、学会等のガイドラインに準拠した標準的な診療プロセスが実践され、クリニカルパスの適用率も50%程度（外科系では90%以上）であり、アウトカム指標の検証やバリエーション分析なども実施されている。さらに、現時点で治療の中心を占める化学療法のレジメンが今後パスに反映されることもあり、パス適用率のさらなる向上も予測されている。</p> <p>【課題と思われる点】 臨床指標や質指標等への対応として、現状、一般的な診療実績とDPCデータからの病院指標報告以外では、24項目の臨床指標を設定・収集しているに過ぎない。実際、24項目の中には、一般的な診療実績も多く含まれており、自院の特色や課題を認識した上での臨床指標・質指標の設定と検証が十分でない印象を受けた。病院全体の取り組みとして、継続的な検討が望まれる。</p>
---	--

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B	<p data-bbox="885 161 1252 197">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="885 201 1385 649">医療安全管理室や感染制御室のみならず、院内に存在する各種医療チームが主体となり、組織横断的な改善活動を行っている。また、医療法に基づく特定機能病院の立入検査や外部の医療機関との相互チェック、病院機能評価受審などを通じて診療機能の質向上に努めている。臨床検査部門（病理検査部門を含む）では、ISO15189 の認定を継続的に受けている。そのほか、看護部では、QC 活動の一環として「国立がんセンターの NCC 活力向上委員会」主催の報告会に参加している。</p> <p data-bbox="885 683 1141 719">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="885 723 1385 1095">業務の質を総合的に評価して改善活動につなげる部門・部署は現在なく、いわゆる TQM や QC 活動の実績が乏しい印象を受けた。実際、立入調査等での指摘事項にも個別対応が多く「電子カルテの離席時ログオフの徹底」など、相互ラウンドで指摘された事項への対応検討もあまり進んでいない状況がある。病院全体として、業務の質改善に向けて、系統的かつ継続的に活動を展開していく組織体制の構築が期待される。</p>
-------	--------------------	---	--

1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	<p>B</p> <p>【適切に取り組みられている点】 高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等の導入にあたっては「医療安全管理部門」が窓口となり、各々の「評価委員会」で評価・検討・判断がなされる仕組みが確立している。ただし、現状として、高難度新規医療技術は過去1件の導入で、未承認新規医薬品等の導入実績はない。保険適応外の医薬品に関しては「薬事委員会」の中で審議がなされ、必要に応じて「診療倫理委員会」でも審査が行われている。臨床研究に関しては、臨床研究中核病院としての位置づけのもと病院長を「コンプライアンス推進責任者」と定め、治験審査委員会や臨床研究審査委員会、研究倫理審査委員会など法的に定められた委員会を適切に機能させているほか、生物統計などを含む教育環境も充実させ人を対象とする疫学研究などを含め数多くの臨床研究が院内で進められている。</p> <p>【課題と思われる点】 高難度新規医療技術導入後のモニタリングに関して、退院後のモニタリングとして通常の観察は行われていたものの、明確な規定がなかった。指摘を受けて、医療安全管理部門により定期的なフォローがなされる仕組みを定めた。また、モニタリング期間や症例数は評価委員会での審査時に決定することなどを明確に規定した。さらには、看護部等の臨床研究に絡んだ研修実績についても、入職時のみの対応から継続研修の必須化へと強化されるなど、一定の改善がみられた。</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】 病院へのアクセス方法はホームページに詳細に記されており、自家用車で来院する患者向けには538台分の駐車場が敷地内に用意されている。また、正面玄関のロータリーからは、最寄りの3駅にアクセス可能なバス路線が確保されている。院内の掲示物等は患者本位の分かりやすい案内表示となっており、コーヒーショップやイトインコーナー併設のコンビニエンスストア、理容室、ATM等の院内設備も充実している。入院生活への配慮面では、パジャマ・タオル等のレンタル対応のほか、Wi-Fi環境の整備を通じて入院中の情報入手にも利便性を図っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 駐車場に障害者専用スペースを6台分確保するとともに、誘導タイルを設置するなどして視覚障害者等への配慮を行っている。また、玄関脇に高齢者や障害者等を支援するためのボランティアを配置して、スムーズな受付や該当診療科への速やかな誘導に努めている。院内のバリアフリー環境は適切に整備され、手摺りや車椅子用トイレの設置なども適確になされている。さらに、院内の通路は広々としており、車椅子の患者や杖を使用する患者にとっても移動しやすい環境となっているほか、エスカレーターやエレベーターを適正に設置することで、院内移動の円滑化にも工夫している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病棟内の廊下には収納スペースが十分に確保され、物品やリネン類などの整理・整頓が行き届いている。また、診察室や病室、処置室などにも必要な広さが確保されている。浴室やトイレなどの清掃対応も行き届いており、安全性にも配慮した現場環境が確保されている。外来棟の図書コーナーには椅子とテーブルが用意され、患者・家族がいつでもくつろげるスペースが用意されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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】</p> <p>全国のがん診療の中心的施設として、受動喫煙対策を徹底して行っている。実際、病院からの禁煙指導もあり、駐車場などを含め敷地内での喫煙はほとんど見られない。また、職員の更なる喫煙率低下を目指し「禁煙推進ワーキンググループ」が設置され、禁煙パンフレットの配布や年2回の禁煙啓発週間を設定するなどの活動を展開している。そのほか、喫煙する職員に対しては、院内メールにより、禁煙の啓発や禁煙外来への受診推奨を実施している。なお、職員の喫煙率把握はアンケート方式で行われているが、5年前の喫煙率（10.2%）に対して、現在は5.3%という喫煙率の状況にある。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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】

「診療業務マニュアル」には、医師の職務や指導体制、連絡体制などが記されており、その中に「担当医であるスタッフは主治医として担当患者の入院診療にあたる」「外来で診察した医師が主治医となる」といった文言があり、臨床現場でもそのような対応が実践されている。また、ナースステーションの入口には、病棟責任医師と看護師長、病棟担当薬剤師の名前が表示され、責任体制を明確に表記している。病室のベッドネームには、医師の名前だけで看護師の名前が記載されていない部署も散見されたが、日々の担当看護師は、勤務が変わるごとに患者にプレートを渡して責任の所在を明らかにしている。なお、病棟入口には患者氏名を表記せず、担当医名を記載する対応が取られている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2 診療記録を適切に記載している B

【適切に取り組まれている点】

医療情報管理室長が診療記録管理の責任者として任命され「診療情報管理委員会」の委員長も務めている。診療記録は、診療記録記載マニュアルや看護記録記載マニュアル、院内使用略語集に準拠して電子カルテに必要事項が記載されている。なお、診療・ケアの経過記録はSOAP形式で記載されている。退院時サマリーの2週間以内の作成率は約97%であるが、最終的には全ての退院患者に対して作成されている。診療記録の質的点検は、医師記録は毎月2診療科で5人の患者を、看護記録は2か月ごとに全部署で10人の患者を選んで行われ、フィードバック等も実施されている。

【課題と思われる点】

手術記録は記載項目が定まっているものの、電子カルテに直接記載する診療科と紙媒体で作成しスキャンで取り込んでいる診療科があるほか、複数科による合同手術の場合には、主科は手術記録に記載するが主科以外は日々の診療記録に術中所見を記載している状況などもある。システム的な問題もあるが、一元的かつ分かりやすい記載・管理が望まれる。そのほか、診療記録の質的点検では、診療記録も看護記録も同職種による点検が基本となっているので、他職種による内容点検の実施なども検討されたい。

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	A	<p>【適切に取り組まれている点】 各種誤認防止対策の手順等は医療安全管理マニュアルに明記され、院内の職員向けにはポケットマニュアル等による周知・徹底が図られている。具体的には、患者誤認防止対策として、フルネームでの名乗りを原則とし、入院患者にはリストバンド、外来患者では受審票でのダブルチェックが実施されている。また、名乗れない患者に対しては、リストバンド等のバーコードや ID、生年月日等での確認も行われている。部位誤認防止対策にはサイトマーキングが実施され、手術室など確認部署での共通認識も図られている。検体の誤認防止対策にはバーコード活用が基本となっているが、内視鏡センターでは、トリプルチェック後の検体提出も徹底されている。チューブ類の誤認防止対策として、複数ラインを使用する際には使用薬剤名の表記を行うほか、注射薬以外の注入器にはカラーシリンジやカテーテルチップを使用するなど誤注入が起きにくい仕組みも取り入れている。タイムアウトに関しては、手術室だけでなく、内視鏡検査など侵襲的検査の実施場面で確実に行われる流れが確立している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	--------------------------	---	---

<p>2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している</p>	<p>B 【適切に取り組まれている点】</p> <p>電子カルテシステムの中で、指示出し・指示受け・実施・確認の流れは適切に整備されている。また、緊急指示や時間外指示における担当看護師への連絡も確実に行われている。臨床検査結果等のパニック値の報告では、依頼医への連絡を原則とし、不在時には各科の当番医へ報告するという手順になっている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>口頭指示は「出さない・受けない」ことを原則としているが、病棟によっては注射薬等の口頭指示が行われていた。その際、看護師が指示内容を復唱しメモするという手順はあるものの「口頭指示受け用紙」は存在しなかった。指摘を受けて、医薬品の「単位」等も定めた定型書式が作成され、運用が開始された。また、画像診断・病理診断の結果報告書の未読対策に関して、2019年2月から電子カルテにて「レポート未開封一覧」が取得可能となり、3月分から医療安全管理室が一覧表をもとに、全例チェックを行っている。また、開封状況が不十分な診療科には直接指導するなど、チェック体制が強化されるなど、一定の改善がみられた。</p>
---------------------------------	---

2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を 実践している	<p data-bbox="798 161 829 197">A</p> <p data-bbox="893 161 1244 197">【適切に取り組みされている点】</p> <p data-bbox="877 201 1394 1164">医薬品安全管理責任者は、医療安全管理部門と密に連携して、投薬関連事故の防止対策に努めながら継続的な取り組みをいくつも行っている。具体的には、「高濃度注射用カリウム製剤」を全てプレフィルドタイプに変更して、定数配置部署をICUと手術室に限定するとともに、その投与方法を「医療安全管理ポケットマニュアル」に明記することで適正使用の推進に努めている。また、電子カルテの患者プロフィール欄にアレルギー登録がなされた薬剤は、医師が処方オーダーした際に注意喚起が処方画面上に表示されるシステムも導入・整備した。抗がん剤に関しては、内服薬・注射薬ともに全てレジメンによる管理・運用が行われ、投与前日には薬剤師が累積用量を確認するほか、B型肝炎ウイルス再活性化防止対策の確認などを含め、全症例の治療内容を鑑査する流れが確立している。院内で発生した副作用は薬剤部の医薬品情報管理室が一元的に把握しており、同様の症例が他で発生していないか多職種が連携して確認を行っている。病棟定数配置薬に関しても、必要最低限の在庫量となるように整理・保管され、使用時には医療従事者がダブルチェックを行うことがルーチン化している。</p> <p data-bbox="893 1198 1141 1234">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="877 1238 1005 1265">特記なし。</p>
-------	---------------------------	---

2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療安全管理マニュアルに転倒・転落防止対策に関する指針や運用手順等が明記され、「入院のご案内」にも患者・家族への指導ならびに注意事項等が具体的に記載されている。また、入院予定の患者には「入院準備センター」での、入院前からの「転倒・転落リスク評価」や「せん妄ハイリスク薬チェック」が実施され、ハイリスク患者に対しては事前指導が行われている。さらに、入院後に、転倒・転落リスク評価の再検証が行われ、看護計画に反映させるとともに、手術患者に対しては、術後1日目と3日目の再検証をルーチン化させている。そのほか、せん妄患者に対しても、できるだけ抑制しない看護を目指しており、一般病棟での身体抑制率が0.3~0.4%（ICU：10%、認知症患者：1.5%）の状況下、転倒率は0.23%となっている。放射線治療の場面でも、がん放射線療法看護認定看護師が初回時に転倒・転落リスク評価を行い、2回目以降は診療放射線技師とも連携して対応する流れが確立している。医療安全環境ラウンドにおいても、理学療法士による環境チェックとリスク評価が実施され、多職種が連携して転倒・転落率の低減に努めている状況は高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	------------------	---	---

2.1.7 医療機器を安全に使用している B

【適切に取り組みされている点】

医療機器安全管理責任者は、医療安全担当副院長が兼務しており、臨床工学室ならびに医療安全管理室と連携して医療機器の安全使用に向けた対応に努めている。臨床工学室で管理する医療機器のうち、部門・部署で使用される人工呼吸器や除細動器、モニター類の使用前後の点検・確認は、院内マニュアルに則って看護師と臨床工学技士が協働して行っている。また、作動中の人工呼吸器に関しては、看護師が2時間ごとにチェックリストに基づいて作動確認を行うほか、臨床工学技士による巡回も毎日実施されている。輸液ポンプやシリンジポンプに関しては、原則、使用後に臨床工学室へ返却され、手順に沿った点検や整備が行われたのち、新規の貸し出しがなされる流れになっている。

【課題と思われる点】

医療機器を使用する職員向けの教育や研修に関しては、臨床工学技士が5名という人員体制とも関係し、比較的限られた対応となっている。全体研修として、新人研修の場での対応のほか、新人看護師向けの教育・研修は行われているが、中途採用者や医師を対象とした系統的な研修プログラムは十分機能していない状況にある。現在、e-learningを用いた研修ツールを開発しており、今後の発展を期待したい。

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	<p>【適切に取り組みられている点】 院内緊急コードとして「ハリーコール」が設定され、全館放送で医療者が集まり対応する仕組みが整備されている。夜間や蘇生処置を必要とする場合には、最初から外科・内科待機医を呼ぶシステムも別途用意されている。そのほか、入院患者および来院者等の循環器系疾病での急変に対しては、近隣の総合病院との密な連携が図られており、夜間を含め24時間体制でのホットラインと転院対応が可能な体制が確保されている。救急カートやAEDの設置場所は明確に定められ、医薬品等の整備・点検には看護師が週1回、薬剤師が月1回関与している。なお、緊急時対応の訓練として、年1回、医師と看護師は各部署での演習を、その他の職種はBLS・AED演習の受講を義務付けている。</p> <p>【課題と思われる点】 がんの専門病院として救急診療や集中治療機能に特化したスタッフが乏しい状況下、常勤医師の専門領域をリストアップし有害事象ごとの相談先医師を明確にするといった工夫はなされていたが、RRSとして急変前の対応行動が可能な体制は整備されていなかった。指摘を受けて、看護師等の医師以外も起動可能な「RRS起動基準」を院内で定め、専門多職種からなるRRTによって緊急活動が可能な体制が整備されるなど、一定の改善がみられた。</p>
-------	-------------------	---	---

2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 医療関連感染制御に向けた指針やマニュアル等が整備され、全職員向けに、研修会等の場を通じて感染防止対策の遵守を強く求めている。その結果、手指消毒剤の使用量はJ-SIPHEに参画する他施設より有意に多く、各病棟における手指衛生遵守率（直接観察）も約80%と高い数字を維持している。なお、直接観察には防犯カメラも使用するなど徹底した対応が取られている。个人防护用具（PPE）の着用に関しては、各部署や場面ごとに定められた対応手順があり、内視鏡センターや中央材料室の洗浄コーナーでも適切に対処されている。そのほか、血液や体液が付着した寝具類などの回収処理も適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 汚物処理室に「ウロゼント」が設置され、20名前後の患者で使用している病棟があった。治験患者等の尿量測定が目的かと思われたが、感染対策の視点からも、蓄尿の廃止に向けた取り組み検討を期待したい。</p>
-------	-------------------------	---	--

2.1.10 抗菌薬を適正に使用している

B

【適切に取り組みされている点】

抗菌薬の適正使用に向けて、専従薬剤師が配置された AST が積極的な活動を展開している。具体的には、届け出制抗菌薬が新規開始となった症例や1週間以上投与している事例について継続投与の是非を検証し、必要に応じて処方医への介入や助言を行っている。また、注射用抗菌薬の病院全体での使用状況を把握して、その情報を院内感染対策委員会に毎月報告している。周術期の予防的抗菌薬においては、臓器別に推奨する抗菌薬・投与量・投与期間を定めてクリニカルパスの作成プロセス等に活かしている。なお、院内の採用抗菌薬は、内服・注射ともに必要最低限となるように整理されている。そのほか、臨床現場での血液培養検査も適確に実施され、アンチバイオグラムの更新報告も年1回行われている。さらに、それらの情報は電子カルテ画面で閲覧できるほか、「医療安全管理ポケットマニュアル」等でも情報提供されている。

【課題と思われる点】

院内の「抗菌薬の適正使用に関する指針」は成書（感染症診療の手引き）を引用し策定されているが、そこに記された抗菌薬と院内採用薬とには一部齟齬が見られるので、院内で採用されている抗菌薬が記された自院専用の指針等を作成することが望まれる。

2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 医師・看護師をはじめとする多職種が、院内の各部署で倫理的課題について話し合う場を数多く設けており、せん妄患者への対応やセカンドオピニオンの検討、重症 COPD 患者への緩和ケア、ネグレクトが危惧される症例などについて検討された内容が診療記録に記載されている。また、各部署で解決が困難な事案については「倫理コンサルテーションチーム」による介入がなされる仕組みも用意され、病院全体として倫理的課題を検討しやすい風土が醸成されている。実際、倫理コンサルテーションチームは2018年10月に結成されて間もないが、職種および部門を超えて気軽に相談できる組織としても整備され、現在、週1回ほどのペースで多職種倫理カンファレンスを開催している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 病院内には、多職種からなる専門チームとして ICT や AST、NST、支持療法チーム、褥瘡対策チーム、周術期患者管理チーム、診療倫理コンサルテーションチームなどが存在するほか、部門として専門多職種が協働している医療安全管理室や感染対策室、サポータティブケアセンター/がん相談支援センター、入院準備センター、レディースセンターなどがある。専門チームならびに各部門に属する多職種からなる職員は、自らの組織に期待されている専門機能を組織横断的に発揮するとともに、チーム間・部門間の情報共有を密に図りながら様々な取り組みや活動を展開している。その中には、精神腫瘍科の医師や看護師、薬剤師等がチームアプローチにより、オリジナルの「せん妄ケアプログラム」を策定して、せん妄の予防的介入やケア提供につなげた事例などもあり評価したい。また、多職種間の情報共有ツールとして「患者情報シート」を効果的に活用している。</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

【適切に取り組まれている点】

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で分かりやすく案内されている。受付から診察、会計までの手順が明確に示されているほか、紹介患者への配慮や外国人患者への通訳手配・翻訳機設置などの対応も行われている。外来患者に対する「待ち時間調査」も定期的を実施され「診察待ち」「採血待ち」「検査結果待ち」といった発生要因別の分析や検討結果を経て、待ち時間短縮に向けた対策や対応が取られている。具体的に、待ち時間の苦痛軽減を目指して800台の呼出器を活用するするなど、工夫も図られているが、経年的に増加する外来患者数に対し、継続的な検討や対応策を実践していくと良い。なお、がん専門病院として、救急外来機能を担う診療科等は存在しないが、退院後患者の急変等の対応相談には適切に応じている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>外来の看護師は、初診患者の診察前に、院内共通の問診票を用いて患者に関する情報を収集している。また、そこで得られた情報は電子カルテの「患者情報シート」に入力され、関係職種間での情報共有ツールとして活用されている。医師は、外来にて行われる検査や入院後の診療概要等について、患者・家族に分かりやすく説明するとともに同意を得て診療・ケアの実践につなげている。他科へのコンサルテーションにおいては、依頼内容を電子カルテに記載することで共通認識のもと円滑な対応が行われている。なお、レジデント医が外来診療を行う際は教育委員会の許可を得る必要があり、実際の診療時には上級医に気軽に相談できる環境が確保されている。そのほか、外来化学療法中の患者については、症状悪化時の連絡先を「通院治療センター」に一元化することで迅速な対応を可能にしている。特殊外来としての薬剤師外来や栄養相談、WOC 外来、リンパ浮腫外来、女性看護外来なども充実しており、多職種が連携した療養支援や指導等が現場では実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>診断的検査に対する必要性の判断は医学的に行われているが、併せて、造影剤投与時のアレルギー対策や内視鏡検査時の抗血栓薬対応、MRI 撮影時の金属持ち込み防止など、患者の安全性に配慮した対策等も取られている。実際、鎮静を要する診断的検査・侵襲的検査では、検査中・検査後の患者観察が確実に行われているほか、院内で定められた基準に沿った患者搬送が実践されている。そのほか、院内で定められた侵襲的検査に対しては、検査前のタイムアウト実施が遵守されている。なお、がん専門病院として、専門的治療が完遂できない脳・心血管疾患の合併症例などについては、紹介先・転院先の施設を明確にすることで、迅速かつ適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>負荷心電図の実施にあたり、検査中のリスクに関する説明を確実に行うことや同意文書を取得するといったプロセスが取られていないので、検討が望まれる。</p>

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 入院の必要性は、各診療科でのカンファレンスやがんセンターボード等での検討を経て医学的判断のもと決定されている。また、入院前に担当医が入院適応と診療概要等について説明を行い、患者の同意を得た上での入院決定となっている。手術患者に関しては、入院前に麻酔科を受診して、麻酔科専門医にリスク評価を事前に行うことを基本としている。入院準備センターでは全ての入院患者に対し、看護師が、入院治療に関する患者の理解や同意を確認した上で、患者用クリニカルパスを用いて診療ケア計画を事前に説明するとともに、療養環境等に対する患者の希望を聞いている。なお、入院先病棟は診療科ごとに原則決まってはいるが、看護部がベッド調整を行うことで弾力的な病床活用を図っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 患者の病態に応じた診断と評価が医師によって行われ、その内容に応じた診療計画が策定されるとともに、看護師を含む多職種とも共同のもと「入院診療計画書」が迅速に作成されている。入院時には基本的なアセスメントとして、栄養評価や転倒・転落・褥瘡・せん妄・肺血栓塞栓症のリスク評価、服薬の自己管理能力評価、退院の困難性評価、苦痛スクリーニングなどが実施され、看護計画等への反映が適宜なされている。また、管理栄養士は、全ての入院患者に対して栄養管理計画を策定している。なお、入院診療計画書をはじめとする各種診療計画は、患者・家族からの要望にも一定程度配慮した上で、説明と同意のもと実行されている。入院中の病態や病状に変化が起きた際には、診療計画等の見直しは随時なされるとともに、その都度説明が行われ同意を得て対応がなされている。現在、クリニカルパスの適用率は50%程度であるが、外科系患者ではより積極的な活用（90%ほどの適用率）がなされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 外来フロアの正面に看護師とMSWが常駐する「なんでも相談」コーナーが存在し、全ての相談に対する窓口機能を担いつつ、相談内容や必要性等に応じて関係部署や適任者への紹介に繋げている。また、病院全体としては、「サポーターケアセンター/がん相談支援センター」が各種相談の統括的部門として位置づけられ、専門多職種が連携して期待される機能を発揮している。2018年の新規相談件数は5,600件を超え、その相談内容は、初回の治療前相談や治療後の不安相談、抗がん剤の継続治療に関する相談、緩和ケアに関する事など多岐にわたっており、他院で治療中の患者・家族の相談なども増加している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.7	患者が円滑に入院できる	S	<p>【適切に取り組まれている点】 「入院準備センター」が院内に設置され、外来で入院が決定した患者に対しては、同センターで入院に関する説明や同意書等の再確認が行われ、必要な支援や指導等がなされる流れになっている。同センターは、当初、食道外科患者を対象にしていたが、2018年10月からは全入院患者を対象に機能している。入院準備センターでは、サポーターケア看護師・病棟看護師・クラーク等による入院オリエンテーションや各種リスク評価が実施され、転倒・転落やせん妄などのハイリスク患者に対しては、入院前から薬剤師・管理栄養士・理学療法士等の多職種が協働しつつ、予防的な介入を行っている。そのほか、病棟看護師も交代で配置されており、手術目的の患者に対し、外来での医師の説明や同意文書の受け止め状況などを再確認することで、他の治療への変更や気持ちの変化への意思決定支援に努めている。実際、手術同意書を取得後に「説明不足が伺える」と外来医師に進言し、再度説明の日時を調整した事例もある。さらに、病棟でのオリエンテーションにおいては、看護補助者を参画させる取り組みもなされている。入院前から実際の入院までの診療ケアプロセスは高く評価できる。</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、「診療マニュアル」に沿って、病棟業務を含む日常診療を適切に遂行している。入院患者への対応は主治医または担当医によって行われ、各科医長または科長の指示のもと、適宜開催されるカンファレンスでの検討結果に基づいて治療方針が決定されている。科長回診が定期的に行われ、参加した担当医は回診時の討議事項などを記録として残している。また、主治医および担当医は、回診や多職種カンファレンス等の場を通じて、他科の医師だけでなく、病棟看護師やリハビリテーションスタッフなど他職種との情報共有にも努めている。患者・家族との面談では担当医が主導的な役割を担い、その内容は面談票を用いて診療録にも記載されている。そのほか、医師事務作業補助者を活用することで、必要書類等の作成にも迅速な対応がなされている。</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】 看護の体制は、診療科の特性に応じて柔軟な対応がなされており、必要な部署に求められる看護職員が配置されている。実際、院内認定資格でもある「抗がん剤IVナース（117人）」は、抗がん剤投与時の末梢静脈内カテーテル留置が可能な看護職員として、院内各所で期待される業務を遂行している。入院患者に対しては「入院準備センター」で事前に把握された患者・家族の身体的・心理的・社会的ニーズを入院後にも再確認しつつ、転倒・転落・せん妄・褥瘡・栄養などのリスク課題に対して、理学療法士や管理栄養士、薬剤師などと情報共有しながら対応している。なお、看護組織の中で、師長がリーダー業務担当者を任命する際の判断基準はほぼ標準化されている。そのほか、病棟管理業務の中で、車椅子等の備品管理や酸素ボンベの補充対応などにも適切に関与している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.10	投薬・注射を确实・安全に実施している	<p data-bbox="893 161 1252 197">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="877 201 1388 1164">薬物療法に対しては医師による必要性和リスクの説明が行われ、薬剤師は服薬指導等を通じて患者の理解や治療効果の把握に努めている。服薬指導は80%程度に行われ、抗がん剤使用の患者には特に積極的に実施されている。医師の指示出し・指示受け・実施・確認のプロセスは電子カルテ上で遂行され、その内容は診療録に明確に記載されている。インスリンのスライディングスケール指示に関しては、全科共通のテンプレートが使用されており評価できる。また、病棟での薬剤の準備時、与薬時および注射投与時には「医療安全管理ポケットマニュアル」にも記載されている薬の確認6Rが全職種で徹底されている。投与中・投与後の患者観察も、看護師により全ての薬剤について手順通り実施され、特に抗菌薬・抗がん剤・ハイリスク薬に関しては、投与直後と15分後など、観察時点を追加対応している。内服薬の管理は、患者の自己管理・看護師による1日配薬・看護師による毎回配薬のうち患者に見合った対応が取られているが、看護師による毎回配薬の患者には、薬剤を完全に飲み込んでいくかまでの確認をして記録を残すなど、際立った対応が随所に見受けられた。</p> <p data-bbox="893 1198 1141 1234">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="877 1238 1005 1265">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>【適切に取り組みされている点】 輸血や血液製剤の使用にあたっては、患者に対してその必要性や輸血後感染症を含むリスクについての説明が行われ、同意が得られたのちに実施されている。また、厚生労働省の指針に基づいた「輸血療法マニュアル」が院内に整備され、それに則った対応が確実に行われている。実際、交差適合試験と ABO 血液型判定検査はそれぞれ別の時点で採血された検体を用いて行われ、患者名・輸血の種類・型・ロット番号などの確認も電子カルテの認証システムを利用して行われている。投与中や投与後の患者の状態・反応なども、院内での手順に則り観察・記録されている。そのほか、手術中の危機的出血への対応手順も定められ、シミュレーションも実施されている。輸血後感染症検査に関しては、電子カルテ上のアラート機能や検査対象患者リストをチェックすることなどで、当該検査の実施率は45%までに上昇している。副作用等の報告も輸血療法部門に速やかに行われる流れになっている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	------------------------	---	--

2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>予定手術に関しては、内科外科合同の症例カンファレンスにて手術適応等が検討され、手術の前週には関係する全ての外科系診療科で手術術式や麻酔方法、スケジュールなどの確認や検証がなされる流れになっている。手術・麻酔に関する説明と同意のプロセスは確実に遵守され、肺血栓塞栓症を含む各種合併症の予防対策も適切に実施されている。また、手術終了時には、院内で定められた覚醒度評価に基づき退室判断がなされている。なお、ICUへ入室する際は、麻酔科医と主治医が同伴して搬送を行い、手術室看護師からICU看護師への申し送りなども確実に実施されている。一般病床への退室時にも、モニタリング下で、主治医が同伴して安全な患者搬送に努めている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>常勤麻酔科医4名と非常勤麻酔科医5名による体制のもと、非常勤麻酔科医が担当する全身麻酔症例に関しては、外科系診療科のレジデントが事前の麻酔説明を行う仕組みになっている。麻酔の説明を行うレジデントは麻酔科ローテーションの終了者であり、術前に常勤麻酔科医も説明内容等の確認や手術リスクの検証を行い非常勤麻酔科医との情報共有にも努めており、具体的な問題が生じてはいないが、潜在的なリスクはあるので三者間のさらなるコミュニケーション強化を期待したい。</p>
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>重症患者の管理は、ハイケアユニットとしてのICUと、各病棟のスタッフステーションに隣接した重症管理病床で行われている。ICUはSurgical ICUとしての役割を担うほか、院内で病状が悪化した患者の重症管理室として機能している。ICUでは重症度に応じた診療とケアが展開され、術後せん妄・リハビリテーション・褥瘡対策などの面で多職種が積極的な介入を行っている。なお、看護体制に関しては「特定集中治療室管理料」の将来的な算定も見据え「3対1」での対応が現状取られている。なお、各病棟に隣接した重症管理病床においても、生体モニター等が適正に整備され、患者の重症度に応じた対応が適切に行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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】 全ての入院患者に対し「入院準備センター」にて入院前の褥瘡リスク評価が行われ、褥瘡の発生予防と治療に向けた取り組みが開始される流れになっている。入院後には、ハイリスク患者を中心にケア計画等が立案されるとともに、褥瘡保有者や新規発生患者には「褥瘡対策チーム」が介入する仕組みも確保されている。なお、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士、形成外科医、理学療法士からなる褥瘡対策チームは月2～3回の褥瘡回診を行っている。そのほか、皮膚・排泄ケア認定看護師も、組織横断的な活動の中で各種コンサルテーション機能を担っており、院内の褥瘡発生率も0.8%と低値で成果を上げている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 全ての入院患者に対して、入院前に「入院準備センター」に属する看護師が栄養に関するアセスメント（スクリーニング）を行い、必要に応じて、管理栄養士との情報共有のもとNSTや嚥下サポートチームなどに専門的介入を依頼する流れが整備されている。また、院内の各部署には褥瘡およびNSTのリンクナースが配置され、管理栄養士との協働によりきめ細やかな個別対応面が適切になされている。さらに、医師・歯科医師・言語聴覚士・看護師等からなる「嚥下サポートチーム」は、SGAやODAなどによる栄養評価だけでなく、VFやVEといった画像的な嚥下機能評価も行いながら、具体的な対応策を検討・実践している。そのほか、病院の栄養管理部門として、がん患者の食事指導への啓発に「がん患者さんのための国がん東病院レシピ」を出版したり、「柏の葉料理教室」を開催するなどして、地域に向けた社会的貢献活動にも取り組んでいる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 患者にとって苦痛な症状や疼痛の訴えを把握する体制として、外来や病棟の診療部門と「入院準備センター」との連携関係が良好に保たれている。実際、各部署に所属する看護職を主体とする関係者と、がん看護専門看護師・乳がん看護認定看護師などが協働して客観的かつ専門的な評価・検証を行っている。全ての入院患者に対して入院前に行われる「入院準備センター」での痛みの評価結果は、入院後の看護計画等にも反映されている。痛みの評価に関しては、日本緩和医療学会の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」を参考に、NRSやVRS、フェイススケールなどが患者の病態に合わせて使用されている。そのほか、院内の「緩和ケアマニュアル」には、症状マネジメントとして、がん性疼痛、呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、精神症状のほかスピリチュアルペインまで網羅したケア対応手順が明記され、多職種による症状把握・評価・介入を推奨する内容となっている。さらに、担当医からも、気軽に「支持療法チーム」にコンサルテーション依頼ができる環境が整備されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	------------------	---	--

2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	<p data-bbox="893 161 1252 197">【適切に取り組みされている点】</p> <p data-bbox="893 197 1386 1164">リハビリテーションは、主に術前・術後の患者や緩和ケアが実践されている患者に対して行われている。実際には、担当医が患者の病状を把握した上で、リハビリテーション部門に対して、目標やリスク、実施時の注意事項等を伝えたのち実施されている。骨転移を有する患者にリハビリテーションを実施する際には、骨軟部腫瘍・リハビリテーション科を先に受診して、整形外科医による骨折のリスク評価が行われた上で、リハビリテーション科の医師が処方を行っている。リハビリテーションの実施にあたっては、患者・家族の希望にも配慮したゴール設定が行われ、「総合実施計画書」などを用いた説明と同意のもと対応がなされている。緩和ケア病棟に入院している患者のリハビリテーションに療法士が関与している点は評価できるが、患者・家族への説明が文書でも行われるとさらに良い。なお、リハビリテーションの実施記録は電子カルテで他職種とも共有され、病状に変化が生じた際の対応などは適切になされている。週末など休日のリハビリテーションにも、病棟の看護師が適切に関与し訓練の継続に努めている。リハビリテーション実施前後の評価にはBIなどが活用されている。</p> <p data-bbox="893 1198 1141 1234">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="893 1234 1005 1267">特記なし。</p>
--------	------------------------	---

2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 身体抑制については医療安全管理マニュアルの中で「安全のための行動制限（抑制）」として病院の方針が示されている。実際の手順的には、原則、身体抑制・行動制限の必要性を事前に評価・検討したのち、患者・家族への説明と同意のもと実施されている。また、身体抑制や行動制限が行われている患者に対しては、2時間ごとの観察記録や「必要性の有無の判断」などをテンプレート上に残す対応となっているほか、1日1回、医師と看護師によるカンファレンスも行われることになっている。さらに、病院独自の「せん妄ケアプログラム」を開発・実践することで、せん妄患者の早期発見や重症化予防、薬剤の適正使用などに積極的に取り組んでおり、認知症患者のうち行動制限を行っている患者割合は1.5%、全患者でも0.3~0.4%（2017年度）となっており、極めて低い実施率となっている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	-----------------------	---	--

2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院として「通院治療センター」の拡充と退院支援・転院支援の強化に最も力を入れており、「入院準備センター」と「サポーターケアセンター」が協働して、入院前の外来受診の段階から積極的な働きかけを行っている。入院準備センターで退院の困難性が高いと判断された患者には、サポーターケアセンターに属するMSWと退院支援看護師（2名）が入院前からの介入を試みるとともに、入院後は全部署への退院支援ラウンドを連日行っている。また、各部署で得られた情報を基にした「退院支援プログラム」を患者単位で策定・実践している。主治医・看護師ならびに関係者が参加する「退院支援カンファレンス」や「退院前カンファレンス」が頻回（2017年度は120回）に開催され、地域のケアマネージャーや訪問看護師との連携調整に努めている。病棟のホワイトボードには、患者ごとのカンファレンス日程表が掲示され、多職種間の情報共有ツールにもなっている。遠方から来院する患者向けには、患者の居住地の医療機関との交流の機会を増やすことで、満足度の高い転院調整に努めるとともに、今後に向けて敷地内に「連携宿泊施設」の誘致計画が動いている。</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>入院中の経過に関する情報伝達のツールとして、医師が記載する「退院時要約」のほか、外来初診の時点で看護師が記載し、入院・退院後には退院時サマリーとしても活用される「患者情報シート」などがある。なお、患者情報シートに関しては、多職種間での情報共有ツールにもなっている。また、退院支援・在宅療養支援にあたっては、サポーターケアセンターが中心となり「退院前合同カンファレンス」の段階から患者の病状や生活状況に合った継続的な対応を行っている。そのほか、訪問看護ステーションとの看看連携や「仕事と治療の両立支援プログラム」による就労支援などの新しい取り組みにも積極的に力を入れている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ターミナルステージの判断プロセスには患者・家族の意向が尊重されており、PCUへの転棟においても、医療者が患者・家族と何度も話し合いながら多職種チームで対応するプロセスが一般化している。実際、がん患者が子供への病状説明に困る場合などに、看護師から依頼を受けた臨床心理士が適切に介入し子供との面談に入っただけでなく、多職種カンファレンスの中で情報共有ならびに議論が行われた事例などもある。自院で開発した「せん妄ケアプログラム」は、看護師・精神腫瘍科医師・薬剤師による予防的介入やケアの提供を目指すものであるが、ターミナルステージの患者にも適宜活用されている。なお、逝去時の対応や剖検に関してはマニュアルに沿った対応がなされているが、臓器提供の意思確認については、角膜提供やアイバンク登録の意思確認を2019年2月から問診票で開始したばかりであり継続的に取り組まれると良い。そのほか、現在、「人生の最終段階における医療のプロセスに関するガイドライン」に則って多職種で対応する「ACPプログラム」が検討されているが、今後具現化されると良い。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
--------	------------------------	---	--

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1 良質な医療を構成する機能 1

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している B

【適切に取り組まれている点】

持参薬の鑑別は病棟薬剤師が全症例で実施しており、その鑑別結果は、電子カルテにて多職種による情報共有を可能にしている。また、注射薬の1施用ごとの取り揃えは、24時間体制で可能な限り実施されており、その実施率は90%となっている。注射用抗がん剤の調製・混合も「血管撮影室」での使用場面を除き、薬剤部において安全キャビネットを用いた適切な環境下で行われている。禁忌薬の誤投与防止対策に関して、薬剤同士の「併用禁忌」と病名に対する「病名禁忌」は薬剤部門システムで自動鑑査される仕組みになっており、システム上で引っ掛かった処方についても、医薬品安全管理責任者と医療安全管理部門とで適切な対応を行っている。

【課題と思われる点】

処方薬に関して、病棟薬剤師は肝機能・腎機能不全時には投与禁忌となる「病態禁忌情報」などを確認しているが、薬剤部での調剤・鑑査時には、病態禁忌情報をチェックする体制が確保されておらず検討が望まれる。特に、病棟薬剤師が不在の夜間や休日等において、病態禁忌情報等を薬剤部でチェックできる体制の整備や工夫が望まれる。

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	<p>【適切に取り組みられている点】 臨床検査部門には37名の常勤臨床検査技師がおり、夜間・休日は2名の当直体制のもと、24時間体制での臨床検査ニーズに応えている。検体検査の結果報告は必要に応じて迅速な対応が可能であり、異常値（パニック）値の定義やパニック値が確認された際の対応なども心電図検査結果も含めルールが確立している。また、生理検査部門・病理検査部門とともに臨床検査部門はIS015189の認定を受けており、検体交差防止の対応や内部・外部の精度管理、検査後の検体取り扱いなどは適切に行われている。そのほか、臨床検査部門における話し合いの場として「臨床検査委員会」が定期的開催されており、部門としての課題認識や議論等の場となっている。</p> <p>【課題と思われる点】 検査結果の報告は電子カルテにて行われているが、パニック値に対しては、現状、依頼医または同診療科の医師（夜間・休日は当番医）に連絡するという規定があるのみである。依頼医に直接情報伝達できなかった場合に、最終的に、確実に依頼医が確認を行ったか否かまで確認できる仕組みの構築も検討されたい。</p>
-------	------------------	---

3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組みられている点】 放射線診断科ではCT・MRI・PET 検査などを、内視鏡センターでは消化管内視鏡検査と気管支鏡検査等を行っている。現状、CT と MRI の予約待機期間は1週間ほどであるが、緊急性がある場合は速やかに実施できる体制にある。なお、放射線診断科では8名の画像診断専門医が読影を行っているが、緊急処置を要する所見や偶発的な異常所見を認めた際には、オーダー医に直接電話連絡するなどの対応をしている。そのほか、診断目的に応じた撮像条件の設定にも画像診断専門医が関与することで、画像診断の質向上に貢献している。夜間・休日に関しては、一般撮影とCT 検査は日当直の診療放射線技師が対応し、MRI 検査は（比較的近隣に住む）自宅待機の技師がオンコール対応するなど、時間外の画像撮影ニーズにも、おおむね応えられている。</p> <p>【課題と思われる点】 画像診断専門医によるCT 検査の読影率は80%弱に留まっている。現状として、オーダー医から読影依頼があった際に専門医が読影するという流れのようだが、偶発所見の見逃し防止の観点からも、依頼がなかった場合でも専門医によるチェックが行われることが望ましい。併せて、読影漏れが起きていないか確認できる仕組みも検討されたい。</p>
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 栄養科内は調理室を含め、整理、整頓が行き届いている。また、食材の検収から調理、配膳、下膳、洗浄、保管までの流れも整備され、清潔、不潔の区分も明確である。配膳は温冷配膳車により専用エレベーターで搬送・実施されている。入院患者全員に管理栄養士が訪室してのヒアリングを行い、アレルギー歴や嗜好等を確認した上で、入院患者個々人の食欲や精神状態等にも考慮して献立内容を検討している。そのほか、献立において15日ごとに新メニューを投入するなど、食べる意欲を高める様々な工夫も図られている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>リハビリテーション室が2014年にリニューアルされ、療法士もPT4名、OT1名、ST2名にまで増員された体制のもと、主として入院患者を対象に周術期、機能障害、症状緩和目的のリハビリテーションを行っている。骨軟部腫瘍・リハビリテーション科の医師が、骨転移患者の処方には関与するほか、他科からの処方に対しても療法士への助言を行っている。また、療法士は、NSTや支持療法チーム、褥瘡対策チーム、嚥下サポートチームなどに参画し、チーム医療の中で積極的な活動を行っている。食道外科の周術期リハビリテーションにおける「階段パス」を始め、疾患や治療法ごとに標準的なプログラムがいくつか用意されており、個別事例の評価にはBIなどが使用されている。現状、週末と休日にはリハビリテーションが行われていないが、その間は病棟看護師の協力を得ることで継続性の確保に努めている。併せて、療法士による訓練の継続が必要な患者に対しては、療法士が休日出勤するなどして随時対応を行っている。そのほか、リハビリテーションで使用する機器等の保守・点検なども確実に行われ、実施記録も残されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	-----------------------	---	--

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 診療情報等の管理は基本的に「医療情報管理室」が担っており、年間12,000人弱の退院患者数のもと、常勤専従の診療情報管理士を6名を中心に対応している。診療記録は電子カルテにより一元化され、同意書等の書類についても、スキャナーで取り込みタイムスタンプを付すなどして、電子カルテの真正性、見読性、保存性を担保している。また、電子化する以前の紙カルテについても、閲覧の手続きなどを含め、運用ならびに保管管理は適切になされている。なお、診療記録の量的点検は診療情報管理士によりの確に実施され、退院時要約の2週間以内の作成率も97～98%を維持している。そのほか、がん専門病院として、医療情報管理室とは別に「がん登録推進室」を設置しており、登録データの集計や分析結果のイントラネットでの公表、データを活用した研究支援などの取り組みも多く、評価できる。</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>【適切に取り組みられている点】 医療安全担当副院長が「医療機器安全管理者」を兼任しており、臨床工学室に属する5名の臨床工学技士をサポートしつつ医療機器の安全管理・適正使用に努めている。臨床工学室として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、生体モニターなどが主なものであり、超音波検査装置は臨床検査部門にて一元管理されている。輸液ポンプやシリンジポンプの貸出・返却はIDカードによって行われ、アライバイ管理などが可能な状況になっている。また、医療機器は原則1回使用ごとに臨床工学室に返却され、使用後点検と定期点検に分けて対応がなされている。なお、輸液ポンプとシリンジポンプはメーカー統一されており、機種統一も現在進められている。人工呼吸器に関しては部署内で機器統一が図られている。</p> <p>【課題と思われる点】 現状として、臨床工学技士が5名という体制のもと、院内における業務拡大や職員向けの教育・研修等の充実にやや制限がかかっており、継続的な人員確保を期待したい。</p>
-------	--------------------	---	--

3.1.8	洗淨・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 洗淨・滅菌業務は「中央材料室」にて行われ、手術室師長が主任として兼務しつつ、実務に関しては委託職員（9名）が担当している。委託職員の中には滅菌管理士と滅菌技師資格保有者がいる。院内各部署での使用済み器材は専用容器にて搬送・回収がなされたのち、洗淨・組み立て・滅菌・保管・払い出し業務がワンウェイのもと行われている。なお、洗淨の品質がインディケーターで評価されているほか、滅菌器についてはボウイー・ディックテストが、滅菌の質管理には生物学的インディケーターによる検証が毎日1回実施されている。さらに、既滅菌物の保管エリアにはHEPA フィルターが設置されている。そのほか、既滅菌物の保管・管理に関し定期的な定数の見直しが行われ、保管場所の整理整頓なども適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-------------------	---	--

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病理検査部門では、常勤医2名のほか非常勤医5名、細胞検査士5名の体制のもと、年間20,000件を超える病理診断機能を担っている。病理検体は原則バーコードラベルが貼付された状態で受付され、病理番号が振られた後は検体交差が起らないような作業工程となっている。また、バーコードラベルがない検体や標本数が合わない検体等については、担当医への疑義照会や臨床現場への標本返却などが確実になされている。病理検体の処理に関しては、ホルマリン固定から切り出し、パラフィン包埋、薄切、染色までの過程が一部自動化のもと行われ、途中での検体交差が起らないような工夫や配慮が随所でなされている。病理診断報告書に関しては、制度確保のためのダブルチェックが確実に行われているほか、細胞診についても細胞検査士と病理医による確認が全例で実施されている。術中の迅速診断に関しても、依頼医との直接対話のもと、患者誤認・検体誤認が生じないような対応に努めている。そのほか、病理医は、臨床科の医師とともに各種合同カンファレンスに参加しており、病理診断の精度確保に努めている。なお、病理診断部門としてISO15189の認定も取得している。</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	S	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>放射線治療科では、陽子線治療のほか強度変調放射線治療、定位放射線治療、画像誘導放射線治療などが放射線治療専門医や医学物理士等の専門スタッフにより実施されている。実際には、放射線治療専門医が治療の適応や照射方法等の判断を行い、患者への説明ののち、治療計画の作成、シミュレーションの実施、計画線量の確認といった診療プロセスに関わっている。照射時には診療放射線技師が治療計画等のダブルチェックを行い、誤認防止等への対応も図りながら确实・安全な治療の実践に努めている。さらに、がん放射線療法認定看護師が中心となり、照射治療を行う際の転倒・転落アセスメントや頭頸部のがん患者に対する皮膚炎のケア等にも配慮しつつ、専門看護職としての役割を担っている。関係スタッフと依頼元診療科との情報共有や連携等も適切に行われ、治療後のフォローなどにも配慮がある。「放射線品質管理室」が設置され、医学物理士5名が、定期的な治療装置の精度管理や故障・災害復旧時の対応、新技術導入時や臨床試験の際の品質保証などに関わっている。線量校正ではMD アンダーソンの第三者評価も受けており、品質管理に対する取り組みは秀でており、高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	-------------------	---	---

3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>輸血・血液管理部門は、臨床検査部の中に位置づけられ、専任の医師1名と臨床検査技師3名（うち2名が認定輸血検査技師）の体制で輸血関連業務への対応を行っている。輸血用血液製剤の発注から保管、供給、返却までの流れは院内規程およびマニュアル等に沿って行われ、確実・安全な輸血療法の実施に努めている。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。同種血については一定の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、手術時の危機的出血への対応やシミュレーションなども実施されている。自己血輸血に関しては保管用保冷庫が用意されているが、現実的には使用実績がない状況にある。なお、手術等における輸血準備にはコンピュータクロスマッチによる対応を実践し、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。ただし、凍結血漿に関しては廃棄率がやや高い印象を受けるので、継続的な検討がなされると良い。そのほか、輸血・血液管理部門としてISO15189の認定も受けている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------	---	--

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>手術室は4名の常勤麻酔科医と39名の看護師、ローテーション中のレジデント等で運営され、年間3,000件を越える手術を行っている。また、薬剤師が常駐するサテライトファーマシーを併設させているほか、専任の臨床工学技士も手術室に配置している。なお、2017年に増設されたNEXT棟に手術室が移動したことで、部屋の数従前の8床から12床に増床され機能強化された。手術のスケジュールは「手術室編成会議」で決められ、定時手術に関しては前週に症例の割り振りが行われている。その際、緊急手術に備え、原則1室を常に確保した運用がなされている。手術室では、術中映像をスタッフステーションやリカバリー、麻酔科医居室、ICUなどに配信しており、患者急変時の緊急コール対応に使用しているほか、レジデント教育などにも活用がなされている。手術室内の清潔管理面では、時間的・空間的に滅菌物と汚染機材とが交差しないような環境が確保されている。手術中ならびに手術後の患者管理に関しては、タイムアウト等の実施を含め、入室から退室、搬送までの手順が「手術室マニュアル」に規定され遵守されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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】</p> <p>ハイケアユニットとして登録されている8床のICUには、院内の集中治療機能が集約化され、手術室と共用のサテライトフューマシーも併設されている。ICUには集中治療医1名が専従配置されているほか、29名の看護師が、3対1の看護配置のもと日々の診療ケアの提供に努めている。また、ICUは基本的にはSurgical ICUとして機能しているが、入院患者等の急変にも随時応えており、年間約1,500人の患者対応を行っている。なお、医師の人員配置的には「オープンICU」としての運用がなされており、日中の患者管理は各診療科で行うが、夜間・休日は当番医制のもと24時間対応している状況にある。そのほか、ICU担当の臨床工学技士が定められ、人工呼吸器や輸液ポンプ、CHDFなどの医療機器の保管管理や安全使用に向けた専門的介入を行っている。ICUへの入退室基準等も定められているが、必要時には、重症患者に対して、院内の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士などが臨機応変に協働していく組織風土がある。実際、食道がん手術では、周術期患者管理チーム（ESST）による多職種連携が極めて良好に機能している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院として、救急外来機能は担っていないのでNAとした。</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	<p>【適切に取り組まれている点】 「国立がん研究センター」の理念として中央病院と共通したものとなっているが、ビジョンと基本方針に関しては、東病院独自のものを定めて見直し検討なども行われている。病院内の職員に対しては、院内掲示や「医療安全管理ポケットマニュアル」への掲載、入職時オリエンテーションや年2回（年頭・年度初め）の病院長挨拶の場などで周知を図っている。また、患者・家族を含む一般住民向けは、ホームページへの掲示や診療案内・入院のご案内などへの掲載で周知を図るように努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------	---	---

4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	<p data-bbox="798 159 829 201">A</p> <p data-bbox="893 159 1244 201">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="877 201 1394 1097">病院のビジョンである「世界最高のがん医療の提供」と「世界レベルの新しいがん医療の創出」の達成に向けて、病院幹部職が、共通認識のもと院内職員への継続的な周知を図りながら、各部門・各部署における具体的な目標設定や基本戦略等の立案を促している。また、病院管理者ならびに病院幹部職は、限られた病床数のもと100%を超える病床稼働率の状況下、さらなる患者増を図ることが必要だとの共通認識を持っており、その対応策として「通院治療センターの拡充」や「さらなる在院日数の短縮」「連携宿泊施設の誘致」などを計画しつつ、中・長期計画や年度計画等に予算をつけて具体的に落としていく作業を進めている。その一方で、高回転の病床運用のもと職員が疲弊しがちな環境下、定期的な院内ラウンドや病院長ヒアリングなどの場で職員の意見を聴く機会を多く設けている。さらに、経常収支および人事評価等を踏まえた毎年度の給与改定や、研究業績等の表彰を通じた職員のモチベーション向上にも努めているなど、病院管理者・幹部職のリーダーシップは適切に発揮されている。</p> <p data-bbox="893 1131 1141 1176">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="877 1176 1005 1198">特記なし。</p>
-------	------------------------------	---

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
		<p>【適切に取り組みられている点】 医療法の改訂に基づき、病院長は理事長が指名する外部委員を含む選考委員会の中で選出されている。診療科長は公募の上、病院長が選任して理事会の承認を得る仕組みになっている。病院内の最高意思決定会議は「東病院運営会議」であり、院長・副院長・看護部長・事務部長・先端医療開発センター長からなる「五役会議」での企画提案や各委員会の中で決定された事案の最終的合意の場となっている。組織内の情報伝達に関しては「東病院連絡会」などで各部署の職員に情報提供がなされるほか、文書やメールでの対応が行われている。病院として独自に「6か年計画部門方針」を設定し、それを単年度計画の中で予算を入れた具体的なものとしている。部門・部署ごとの目標設定や達成度評価なども行われている。BCPについても自院の機能に沿ったものが作成されている。</p> <p>【課題と思われる点】 事務系部門や委員会などの位置づけに関して、中央病院と共有されているものが少なくない。「医事管理部」は東病院に固定化されたが、その他の部門でも専従化の職員配置が望まれる領域がある。看護部を含むコメディカルの人事異動でも国立病院機構に依存した部分があり、現場的な継続的努力や工夫も望みたい。</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	<p>【適切に取り組まれている点】 診療情報は「医療情報部」と「医療情報管理室」が主管となり、院内規程等に基づいて、電子カルテによる一元的な管理が行われている。病院内で発生した診療情報関連の課題に対しては、「診療情報管理委員会」が中心となり議論や検討が行われているほか、法人内で共有されている各種委員会とも整合性を図りながら問題解決を図っている。また、2年後にシステム更新が計画されているが、仕様追加に向けて新たなワーキンググループなども設置される予定にある。そのほか、病院内に存在する各種の医療情報・診療情報は様々な形で二次活用されており、医療の質向上や安全性・効率性の強化に向けた取り組みも行われている。なお、診療情報に関しては、定期的にバックアップされる仕組みがあり、中央病院との情報共有も一部可能となっている。そのほか、データサーバー室の管理も厳重になされており、入退室が厳しく制限されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院内の文書は法人総務課が主管となり、「法人文書管理規定」に基づいて管理されている。具体的には、各部局に文書管理責任者が配置され、文書の発信から受付、保管、保存、廃棄までの流れが文書取扱規程で明確に定められ運用されている。関係機関や学会等からの依頼に対する回答なども、決裁のルールに基づいた運用が確実になされている。また、病院内で管理する文書は厳格に取り扱われており、規程集や業務マニュアルなどが改訂される際は変更履歴が確実に記録され、全職員が、院内のイントラネットでも閲覧・確認可能な状態にしている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</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	<p>【適切に取り組まれている点】 医療法や施設基準等で定められた必要人員は確保されている。また、毎年5月に行われる院長ヒアリング等で各部署の業務実態や要望などが確認され、法人の投資委員会での議論を経て人員の配置や採用計画が策定される仕組みも確保されている。さらに、病院内の「人材育成ワーキンググループ」の中では、データサイエンティストやシステムエンジニアなど 在職者がいない職種の新たな配置の議論が積極的に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特定機能病院としてより高い診療機能を発揮する上で、常勤の麻酔科医や臨床工学技士、管理栄養士、MSWといった職種に不足感があるので検討が望まれる。</p>
4.2.2	人事・労務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】 人事・労務管理に関しては、就業規則や給与規定等が明文化され、イントラネット等を通じて全職員に周知が図られている。また、「労働基準法第36条」に基づいた協定が締結され、就業規則と合わせて遅滞なく労働基準監督署に内容が報告されている。そのほか、育児・介護休業制度や短時間勤務制度などが整備され、人事評価制度も実際機能している。就労管理は、現在、申告制による対応が行われているが、より客観的な管理が可能なシステム導入が2019年度に予定されている。「負担軽減委員会」も設置され、タスクシフティングや業務の見直しに関する議論等が熱心に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</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】 労使双方で構成された「安全衛生管理委員会」が設置され、年間計画に基づく衛生ラウンドや健康診断、ストレスチェックなどが実施されている。併せて、労災や病気休養、長時間労働の状況などが報告・審議されている。ストレスチェックの結果に基づくメンタルサポートや長時間労働者に対する産業医の関与、復職時のプログラム手順なども確立している。また、職場環境の整備面で、特定化学物質の管理は適切になされている。そのほか、病院内で暴力事案が発生した際の緊急コードとして「S コール」が定められ、職員への周知も図られている。</p> <p>【課題と思われる点】 血管撮影室で肝動脈化学塞栓療法を実施する際に、放射線診断科の医師が、安全キャビネットを使用せず油性造影剤と注射用抗がん剤の調製・混合を行っている実態がある。実際には、個人用防護用具を用いた対応がなされているが、安全キャビネット下で実施するか、少なくとも閉鎖式接続器具を用いるなど検討されたい。また、健康診断の実施率に関して、非常勤医師のうちレジデントは100%確認がなされているものの、その他の医師は提出依頼がなされたのみで現状50%程度の把握に留まっており再確認の徹底が望まれる。</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】 毎年度の病院長ヒアリングや各部門の運営委員会・連絡会議、年に4～5回開催される労使の協議会等の場で職員からの提案や要望が随時出されるほか、全職員を対象とした「職員満足度調査」も定期的実施されている。また、それら様々な機会に収集された職員からの意見や提案は、病院管理者および幹部職だけでなく、法人の中でも十分な議論や検討が行われる組織体制が確保されている。実際、職員からの意見を反映させ具現化したものとして、就労支援に向けた取り組みでは、育児・介護休業制度や育児短時間勤務制度の実施、敷地内の保育施設設置などの事案がある。そのほか、慶弔見舞金制度や施設利用の補助といった福利厚生面の取り組みもあり、職員のモチベーション向上に繋がっている。</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】 多職種で構成された「人材育成センター」が院内に設置され、病院内外での職員教育・職員研修を統括する部門として位置づけられている。なお、医療安全・感染管理・個人情報保護などの全職員向け研修会や新入職者・中途採用者に対する研修会等については、「教育委員会」の中で、開催時期や開催内容等が議論されて実行される流れになっている。また、法的にも受講が必須とされる研修会に関しては、当日参加できなかった職員向けに、後日のDVD講習やe-learning等による受講を可能にするなどして、受講率を100%にする努力が徹底されている。そのほか、病院内には図書室が設置され、電子ジャーナルについては院内随所からアクセスできるような環境も確保されている。さらに、院外での教育や研修会等に参加するための予算も一定程度確保されている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</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】 職員の能力評価に関しては、全職員を対象とした自己評価ならびに年1~2回の業績評価が実施され、評価内容を賞与等の処遇に反映させるなどの工夫がなされている。また、職員向けの教育や能力開発に対しては、教育委員会の中で具体的な内容や方法論などが議論され、それを実行する部門として「人材育成センター」が設置されている。同センターでは、職員個々の保有資格等を把握するとともに、職員個別の能力開発支援も行っている。なお、院内資格として、レジデント医の「外来診療」や「治験責任医師」のほか、看護部では「抗がん剤IVナース」や「放射線検査IVナース」などがある。</p> <p>【課題と思われる点】 各部門・各職種における継続教育の中で、一定程度の能力評価や能力開発は行われているものの、部門間・職種間でのばらつきがやや目立つように感じた。各種専門資格や職種に応じたキャリアパスに関して、もう少し明確な基準や評価指標を設けるなど検討されたい。</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】</p> <p>がん専門病院として、医師・歯科医師の初期臨床研修は実施されていないが、他の職種については、教育委員会が各部門・各職種と連携しつつ初期研修に関して一元的な管理を行っている。具体的には、看護部では「新人看護職員ガイドライン」に沿って実践がなされ、目標に到達できない新人職員には「新人要支援者ガイドライン」による多職種での教育支援が行われている。薬剤部門には3年間の教育プログラムが準備され、自己評価ならび指導者評価が行われている。臨床検査部門では、レベルを3段階に分けた習得項目ごとの進捗管理がなされている。診療放射線技師に関しては、採用後6か月後に当直業務ができるように、一般撮影やCT検査の操作研修を行うといった方針が定められている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>臨床工学技士の初期研修に関しては、自施設で行われている業務範囲が限られていることもあり、医療機器全般にわたる初期研修を立案・実施する体制にはなっていない。現状からみると、他施設との連携を図りながら初期研修体制の整備が図れると良い。そのほか、事務領域における初期研修体制も十分ではないと思われるので継続検討されたい。</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】 中央病院の「人材育成センター」が主管となり、医学生だけでなく、看護・薬剤・栄養・医事などの学生実習を受け入れている。そのほか、がん専門病院として、専門職種の実習も積極的に受け入れている。特に、レジデント制度のある医師と薬剤師の受け入れに力を入れているが、今後は他の専門職種への対象拡大が進むと良い。なお、学生等の受け入れにあたっては、依頼元施設との間で契約を締結し、各種抗体価の確認を含む健康診断書の提出や個人情報保護の誓約書提出などを義務付けている。また、学生等の実習を受け入れる各部門では、専門学校等のシラバスや自部門でのカリキュラムに沿った教育が行われ、学生等の評価やフィードバックなども確実に実施されている。さらに、学生等の実習を始める前のオリエンテーションでは、病院として確実に伝えるべき基本事項や院内の共通ルールなどを集合研修の中で周知することで、実習開始後に混乱等が生じないように配慮している。</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】 予算の編成は法人内で定められたプロセスに沿って行われており、院内各部門の要望をまとめて原案を策定したのち、投資委員会や執行役員会での審議、理事会での承認を経て年度計画として決定される手順となっている。独立行政法人会計準則に則り会計処理が行われ、財務諸表の整備、月次の確認、内部監査、独立監査人による外部監査が実施されている。経営状況の分析やそこで抽出された課題等の検討は「五役会議」や「東病院経営会議」などで行われ、経営の健全化に向けた努力が継続的になされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------	---	--

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>窓口の収納業務や診療報酬請求などの医事業務は、夜間および休日を含め、院内の手順に沿って対応されている。レセプトの作成・点検・返戻・査定への対応等も「診療報酬委員会」の中でも議論がなされており、医師やその他の職種の協力のもと、適正かつ速やかな業務の遂行が図られている。未収金の管理では、発生させないための対応策の実施・検討だけでなく、発生した際に手順に沿って督促・回収を進める対応がなされている。そのほか、陽子線治療を希望する外国籍患者への対応として、保険会社との提携を図るといった方策も取られている。施設基準を適切に遵守するための検討なども医療管理部を中心に行われ、各部署との連携ならびに情報共有も適切になされている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------	---	--

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>病院として委託すべき業務内容等の検討や審議などは、法人内の「投資委員会」や「契約審査委員会」の場で行われ、理事会での決定のもと総合評価落札方式による選定対応が行われている。また、日々の委託業務の実施状況は、日報や週報に記された内容等で確認するとともに、担当者との話し合いの場を定期的に設けることで、業務の質管理ならびに質改善に向けた努力がなされている。委託職員向けの教育や研修等については、委託先での実施状況を確認するだけでなく、院内で開催される医療安全や感染管理などの研修会への参加も促している。そのほか、委託業務に関係する事故発生時の対応手順なども定められており、関係職員への周知も図られている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	----------------	---	---

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>自院の役割と機能に応じた施設・設備が整備されている。日常的点検として院内巡視を始めとする定型業務の中での対応が遵守されており、管理課への報告なども毎日行われている。中期・長期にわたる保守管理や改修計画に関しても、経理室を中心に「投資委員会」の中で議論される仕組みがある。実際、2018年5月には、建物の耐震状況等を詳細に把握するために「劣化診断検査」を受検して、AからDまでの4段階に区分した上での改修計画が現在進行中である。「医療ガス安全委員会」なども定期的で開催されている。院内の清掃状況は良好であり、廃棄物の分別対応なども徹底されている。感染性廃棄物の保管・管理やマニユフェストへの対応等も適確であり、最終処分場の現場確認なども定期的に行われている。</p>
-------	-----------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】</p> <p>購入物品の選定に関しては、医薬品は「薬事委員会」、診療材料は「材料委員会」、医療機器は「五役会議」での議論や検討が行われる仕組みになっている。また、医薬品や医療材料を新規購入する際には、品質や価格等を考慮するとともに、類似製品の削除や一増一減の原則で採用品が増加することを防ぐように努めている。なお、医療材料は委託業者によりSPD管理されており、病棟内での定数管理は確実になされている。さらに、医薬品も医療材料も定期的に棚卸が実施され、適正在庫数の確保や有効期限の確認などが行われている。そのほか、院内で使用するSUDに関しては、現在再利用は行われていない。</p>
-------	---------------	---	--

【課題と思われる点】

特記なし。

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】 災害発生時の対応手順や緊急時の連絡・責任体制の確保に向けて「防災管理委員会」が中心となって策定された「災害マニュアル」が整備されており、定期的かつ必要に応じた見直し検討などもなされている。また、防災訓練等を院内で実施する際には、訓練結果を評価するためのアンケートを毎回実施している。「院内緊急連絡網」の内容確認なども定期的に行われ、災害など不測の事態が発生した際の連絡対応が確実に行われるように努めている。そのほか、火災・落雷・台風など様々な事象に対応したマニュアルも別途策定されている。非常用発電は、通常電力の70%程度の状況で約3日間供給することが可能である。病院としてのBCPが策定され、災害時の医療協力を目的とした千葉県広域災害医療情報システム（EMIS）にも参加している。</p>
-------	-----------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

4.6.2	保安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】 保安業務は委託化されているが、警備業務仕様書などに定められた業務内容や業務手順に基づいて日々の対応が行われている。また、保安業務の主管は「医事管理部」で対応しているが、委託職員への指揮命令系統は明確に定められ、日中・夜間の適正な必要人員も確保されている。日々の業務内容は日報によって管理課長に報告がなされており、事故等が発生した際の連絡系統なども確立している。そのほか、院内78か所に設置された防犯カメラによって保安業務のサポート等が行われている。院内で暴力事案が発生した際には「Sコール」によって警備員が現場に急行するシステムも整備されている。さらに、夜間・休日には出入口を1か所に限定し、院内への出入者に、業務または面会等の区分を明らかにさせることで不審者の侵入を防ぐ対応もなされている。</p>
-------	---------------	---	--

【課題と思われる点】

特記なし。

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>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。具体的には、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「医療安全管理室」に報告がなされるとともに、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。また、必要に応じて、医療安全管理室から病院長への報告が速やかになされる流れになっている。死亡事例やレベル 3b 以上で医療安全管理室が必要と考える事例については、病院長への報告がなされるとともに、病院長の指示により「院内事例検討会」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」が開催されることになる。なお、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ない。そのほか、訴訟対応に向けて、全職員を対象とする「病院賠償責任保険」にも加入している。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

病院機能評価
書面審査サマリー

書面審査 集計結果報告書

公益財団法人

日本医療機能評価機構

年間データ取得期間： 2017年 4月 1日～2018年 3月 31日
 時点データ取得日： 2018年 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3
 I-1-3 開設者： 厚生労働省
 I-1-4 所在地： 千葉県柏市柏の葉6-5-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	425	425	+0	93.7	12.6
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	425	425	+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		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
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	25	+0
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

特定機能病院, がん診療連携拠点病院, DPC対象病院 (II群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

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

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 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	198.55	107	91.55	46.72	23.22
うち研修医	0			0	0
歯科医師	1.3	1	0.3	0.31	0.15
うち研修医	0			0	0
看護要員 合計	541.28	473	68.28	127.36	63.3
保健師	0			0	0
助産師	0			0	0
看護師	494.29	473	21.29	116.3	57.8
准看護師	0			0	0
看護補助者	46.99	0	46.99	11.06	5.5
薬剤部門 合計*2	51	35	16	12	5.96
薬剤師	51	35	16	12	5.96
臨床検査部門 合計*2	52.54	44	8.54	12.36	6.14
臨床検査技師	44.74	37	7.74	10.53	5.23
画像診断部門 合計*2	31.65	30	1.65	7.45	3.7
診療放射線技師(X線技師)	41.54	40	1.54	9.77	4.86
栄養部門 合計	15.8	15	0.8	3.72	1.85
管理栄養士	8.8	8	0.8	2.07	1.03
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	7	7	0	1.65	0.82
リハビリ部門 合計*2	6	6	0	1.41	0.7
理学療法士	3	3	0	0.71	0.35
作業療法士	1	1	0	0.24	0.12
言語聴覚士	2	2	0	0.47	0.23
診療情報管理士	6	6	0	1.41	0.7
臨床工学技士	5	5	0	1.18	0.58
社会福祉士	0	0	0	0	0
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)	6	6	0	1.41	0.7
ケアマネージャー	0			0	0
介護福祉士	0			0	0
臨床心理士	0			0	0
事務部門	94.07	31	63.07	22.13	11
職員総数*1	1207.28	837	370.28	284.07	141.18

医師配置標準数 (人)	102.8
薬剤師配置標準数 (人)	13.27

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	1944.65	18.91 %	19	7	6.54 %
看護師	1618.5	49.95 %	82	50	10.57 %
准看護師		%			%
看護補助者		%	0	0	0.00 %
薬剤師	1874.75	17.88 %	9	1	2.86 %
臨床検査技師	1775.9	16.4 %	7	1	2.70 %
診療放射線技師	1939.35	31.74 %	5	4	10.00 %
管理栄養士・栄養士	1240.6	5 %	1	2	25.00 %
理学療法士	2194.67	25 %	0	0	0.00 %
作業療法士	2162	50 %	0	0	0.00 %
言語聴覚士	2128.5	30 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1729.2	0.83 %	5	0	0.00 %
臨床工学技士	1289.17	29 %	2	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1911.28	7.5 %	2	3	50.00 %
事務職員	1837.17	19.77 %	3	1	3.23 %

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	5
看護師	2	1
薬剤師	1	2
その他のコ・メディカル	0	0
事務職員	1	0
全体	5	8

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	270	5443
医師	192	335
看護師	58	4623
薬剤師	1	228
その他のコ・メディカル	19	241
事務職員	0	16
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	12	4.44 %	2118	38.91 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	47	0.86 %
治療・処置に関するもの	130	48.15 %	226	4.15 %
医療機器等に関するもの	2	0.74 %	147	2.70 %
ドレーンチューブに関するもの	1	0.37 %	777	14.28 %
検査に関するもの	76	28.15 %	525	9.65 %
療養上の世話に関するもの	17	6.30 %	1430	26.27 %
その他	32	11.85 %	173	3.18 %

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

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)	39
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	0
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)	10
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)	27
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌 (BLNAR)	3
メタロβラクタマーゼ産生菌	0
その他	8

I-6-4 主要な医療関連感染の発生状況の把握

- 把握している ○ 把握していない

I-6-4-1 把握している主要な医療関連感染の内容

内容	件数 (件/年)
中心ライン関連血流感染	19
人工呼吸器関連による肺炎	
尿路カテーテル関連感染	
手術部位感染	136

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	6
常勤専任・兼任（実人数）	2
常勤専任・兼任（常勤換算）	1
非常勤（常勤換算）	2.3
常勤換算 合計	9.3
病床100対 担当者数	2.19

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	7982
紹介率	92.08 %
1日あたり紹介患者数（外来）	32.71
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	3845
紹介入院患者割合	33.28 %
入院に繋がった紹介患者の比率	48.17 %

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	6	職種・資格：精神保健福祉士
うち社会福祉士	6	
常勤専任・兼任（実人数）	2	職種・資格：看護師
常勤専任・兼任（常勤換算）	1	
非常勤（常勤換算）		
常勤換算 合計	7	
病床100対 担当者数	1.65	

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）	285	23.8	3.39
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	2640	220.0	31.43
退院相談（退院先の調整）	7549	629.1	89.87
苦情相談（医療事故 クレーム）	14	1.2	0.17
看護相談（退院後のケア等）	1508	125.7	17.95
がん相談	664	55.3	7.90
その他の医療相談			
その他			
総数	12660	1,055.0	150.71

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	77 件
分母：延入院患者数	145317 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	9 件
分母：延入院患者数	145317 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	3.16 %
分子：計画的再入院件数	365 件
分母：全入院件数	11552 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	2.41 %
分子：予期された再入院件数	278 件
分母：全入院件数	11552 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	0.31 %
分子：予期せぬ再入院件数	36 件
分母：全入院件数	11552 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0.21 %
分子：予定外の再手術件数	7 件
分母：総手術件数	3382 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	49.6 %
分子：パス適用入院患者数	5737 人
分母：全退院患者数	11567 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	0 件
分母： 全手術件数	3382 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	80 %
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	4 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	5 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	0 %
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	0 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	0 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	100 %
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	3382 人
分母： 手術を受けた退院患者数	3382 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	9	
精神看護	1	
地域看護		
老人看護		
小児看護		
母性看護		
慢性疾患看護		
急性・重傷患者看護		
感染症看護		
家族支援看護		

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護		
皮膚・排泄ケア	4	1
集中ケア		
緩和ケア	10	1
がん化学療法看護	10	
がん性疼痛看護	6	
感染管理	2	
訪問看護		
糖尿病看護		
不妊症看護		
新生児集中ケア		
透析看護		
手術看護		
乳がん看護	3	
摂食・嚥下障害看護	1	
小児救急看護		
認知症看護		
脳卒中リハビリテーション看護		
がん放射線療法看護	2	

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	35	0	0	16	51
薬剤師	35			16	51
その他()					0
その他()					0

病棟担当薬剤師 (常勤換算)	6
----------------	---

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	3097	12.69	0.25	1.11
外来 院外処方箋枚数	85943	352.23	6.91	30.83
入院処方箋枚数	103682	284.06	5.57	24,395.76
注射処方箋枚数	188269	515.81	10.11	44,298.59
薬剤管理指導	12231	33.51	0.66	2,877.88

院外処方率	96.52 %
-------	---------

医薬品 品目数	1100
---------	------

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	640
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*	575
抗がん剤対象患者数 入院*	161
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	100 %
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	100 %

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 1
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 11
○ 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 (%)	95 %
<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 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	44	0	0	8.54	52.54
うち医師	7			0.8	7.8
うち臨床検査技師	37			7.74	44.74
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	80
緊急検査	50

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： 日本医師会臨床検査精度管理調査、日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査、千葉県臨床検査技師会 精度管理調査

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
■ 常勤専従	2
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	2
■ 非常勤(常勤換算)	0.8
□ 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	21914	0	21914
うち組織診	14863	0	14863
うち細胞診	4319	0	4319
うち免疫組織化学	2732	0	2732

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	980
□ 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	250
□ 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	5.68 %
死亡数 (再掲)	657
退院患者数 (再掲)	11567

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	5		5
剖検率	0.76 %	%	0.76 %

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	30	0	0	1.65	31.65
うち医師	8			0.11	8.11
うち診療放射線技師	22			1.54	23.54
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	38099	8,964.47	29664	0	77.86 %
うち頭部CT	3974	935.06	3974		100.00 %
MRI撮影	6423	1,511.29	6423		100.00 %
うち頭部MRI	1919	451.53	1919		100.00 %
核医学	4385	1,031.76	4385		100.00 %

II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	4
X線テレビ装置	8
血管撮影装置	2
乳房軟線撮影装置	3
パノラマ撮影装置	1
CT	9
MRI	2
ポータブル撮影装置	3
外科用イメージ	1
核医学診断装置	4
うち PET CT	2

II-6-4 画像の電子保管 ● 1) あり ○ 2) なし

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

II-7 放射線治療部門

II-7-1 放射線治療の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-7-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
放射線治療部門 総数	24	0	0	1.68	25.68
うち医師	6			1.68	7.68
うち看護師					0
うち診療放射線技師	18				18

II-7-3 保有機器

粒子線治療機器	● 1) あり ○ 2) なし
小線源治療機器	○ 1) あり ● 2) なし
リニアック・マイクロトロン(台)	4
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	3

II-8 輸血・血液管理部門

II-8-1 輸血の実施有無

 1) あり 2) なし

II-8-2 保管管理担当部署

 1) 薬剤部門 2) 検査部門 3) その他

II-8-3 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.5
<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	15612	3,673.41	102	0.65 %
赤血球製剤	5353	1,259.53	26	0.49 %
血小板	9675	2,276.47	60	0.62 %
凍結血漿	584	137.41	16	2.74 %
その他	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	4
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.2
■ 非常勤(常勤換算)	5
□ 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	37	0	0	0.8	37.8
うち看護師	37			0.8	37.8

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	12	2.82
手術総件数 (件/年)	3382	795.76
うち全身麻酔件数	3095	728.24
うち緊急手術件数	136	32.00
うち短期滞在手術件数	0	0.00
うち悪性腫瘍手術件数	3262	767.53

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	3102	心カテ	
硬膜外麻酔	1022	冠動脈バイパス術	
脊椎麻酔	108	弁膜症手術	
		開心術	
		大動脈瘤切除術	

神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術		緊急開頭術	
脳動脈瘤根治術		緊急開胸術	
脳動静脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	
脳血管内手術		緊急帝王切開術	
脳腫瘍摘出術			

II-9-6 術前訪問（術前の患者チェック）の有無

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

II-10 中央滅菌材料部門

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

II-10-2 保有機器 (台)

超音波洗浄器	1
ジェットウォッシャー	4
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	4
EOG滅菌器	0
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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		

II-12 時間外・救急診療部門

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

II-12-2 救急医療の水準（自己評価）

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

II-12-3 医師の配置状況（水準1または水準2が対象）

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

II-12-4 職員の配置状況（水準1または水準2が対象）

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

II-12-5 時間外勤務体制（通常日）

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	3					
うち研修医	2					
看護要員	1					
うち看護補助者						
薬剤師	1					
臨床検査技師	2					
診療放射線技師	1					
事務職員	2					
その他						

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	1538	4.21
救急車搬入患者数	469	1.28
救急入院患者数	680	1.86

	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)	791	3.24
救急車搬入患者数	206	0.84
救急入院患者数	330	1.35

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	506	4.25
救急車搬入患者数	77	0.65
救急入院患者数	181	1.52

II-13 栄養管理部門

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

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

II-13-3 職員の配置状況 (施設基本票5-1職員数より)

	常勤職員	非常勤 (常勤換算)	職員総数
管理栄養士	8	0.8	8.8
栄養士	0	0	0
調理師	7	0	7

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	121	219
集団実施回数(回/月)	0	0
月間対象延患者数(人)	0	0
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	13.75	24.89
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(8 回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(200 件/月)
○ 2) なし

II-14 リハビリテーション部門

A 共通部分

II-14-1 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.3
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 医師はいない	

II-14-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
リハビリテーション部門 総数	6	0	0	0	6
うち理学療法士	3				3
うち作業療法士	1				1
うち言語聴覚士	2				2

II-14-3 リハビリテーション実施状況

		外来	入院
心大血管疾患リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	0
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)	0	0
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.42	1.48
<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.14	0.36
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.07	1.31
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	療法士1人1日あたり (人)	0.82	0.84
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.14	1.45
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	療法士1人1日あたり (人)	0.09	0.87

	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	89	1633
摂食機能療法	162	345
集団コミュニケーション療法	0	0

B 機能種別でリハビリテーション病院版で受審する病院

II-14B 疾患別・期間別の入院患者構成 (人)

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

II-15 診療録管理部門

II-15-1 診療録管理業務担当者の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
診療録管理士・診療情報管理士	6				6
上記以外	0	0	0	6.75	6.75

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	97.32 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	11257 件
分母：昨年度の年間退院患者数	11567 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
36	8.47

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：医事室
- 2) 診療録(情報)管理：医療情報管理室
- 3) コンピュータシステムの管理：情報統括センター

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	0
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	1.6
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	1
<input checked="" type="checkbox"/> 委託職員(常勤換算)	4
<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	17	0	0	25.5	42.5
うち看護師	17			14.76	31.76

II-18-2 外来患者の待ち時間調査

- 1) 調査したことがある 直近の調査 2018年 9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	68	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	575	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)	100	(II-3-4 再掲)

II-19 医療機器管理部門

II-19-1 臨床工学技士の配置状況

	人数
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	5
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 臨床工学技士はいない	

II-19-2 臨床工学技士の対象業務

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

II-19-3 主な医療機器台数と管理の仕組み

	台数	管理形態		
人工呼吸器	11	<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	447	<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	99	<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	2	<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	133	<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)	20,493,600	19,553,809	18,107,492	104.81 %	107.99 %
医業費用	19,566,429	18,041,442	16,824,950	108.45 %	107.23 %
医業損益(繰入金を除く)	927,171	1,512,367	1,282,542	61.31 %	117.92 %
医業収支率	104.74 %	108.38 %	107.62 %		

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	36,327
入院収益	75,572

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2017 年度(西暦)	2,350,977
-------------	-----------

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)	20,674,209	19,716,252	18,259,259	104.86 %	107.98 %
繰入金(他会計負担金等)	461,953	464,908	456,217	99.36 %	101.91 %
上記合計に占める繰入金の割合	2.19 %	2.30 %	2.44 %		

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	9,991,652	9,673,213	9,493,162	48.75 %	49.47 %	52.43 %
室料差額	729,789	515,313	461,399	3.56 %	2.64 %	2.55 %
外来診療収益	9,654,218	9,272,430	8,050,795	47.11 %	47.42 %	44.46 %
保健予防活動	1,697	2,368	1,997	0.01 %	0.01 %	0.01 %
受託検査・施設利用収益	779	1,356	841	0.00 %	0.01 %	0.00 %
その他の医業収益	193,975	167,476	164,968	0.95 %	0.86 %	0.91 %
保険等査定減	-78,510	-78,347	-65,670	-0.38 %	-0.40 %	-0.36 %
医業収益 合計	20,493,600	19,553,809	18,107,492	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	5,512,189	5,023,717	4,748,994	26.90 %	25.69 %	26.23 %
常勤(再掲)	4,341,036	4,015,809	3,784,924	21.18 %	20.54 %	20.90 %
非常勤(再掲)	139,555	114,067	92,201	0.68 %	0.58 %	0.51 %
材料費	8,420,740	8,139,588	7,021,552	41.09 %	41.63 %	38.78 %
医薬品費(再掲)	6,511,434	6,399,944	5,360,260	31.77 %	32.73 %	29.60 %
診療材料費(再掲)	1,714,572	1,588,804	1,513,797	8.37 %	8.13 %	8.36 %
給食用材料費(再掲)	85,829	43,053	40,358	0.42 %	0.22 %	0.22 %
医療消耗器具備品費(再掲)	108,905	107,786	107,137	0.53 %	0.55 %	0.59 %
委託費	1,940,080	1,714,467	1,742,185	9.47 %	8.77 %	9.62 %
設備関係費	2,855,657	2,542,532	2,619,379	13.93 %	13.00 %	14.47 %
減価償却費(再掲)	1,809,808	1,547,131	1,702,550	8.83 %	7.91 %	9.40 %
器機賃借料(再掲)	42,814	42,288	41,586	0.21 %	0.22 %	0.23 %
研究研修費	3,255	2,674	2,541	0.02 %	0.01 %	0.01 %
経費	834,508	618,464	690,299	4.07 %	3.16 %	3.81 %
その他の医業費用	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
医業費用 合計	19,566,429	18,041,442	16,824,950	95.48 %	92.27 %	92.92 %

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