

200401029A

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

病院機能評価に連動した継続的改善システムの
基盤整備に関する研究

平成16年度 総括研究報告書

主任研究者 梅里 良正

平成17(2005)年3月

目 次

I. 総括研究報告

病院機能評価に連動した継続的改善システムの基盤整備に関する研究 梅里 良正	1
(資料)	
病院機能評価 自己評価調査票	11
付加機能 評価判定指針	87
自動インポート機能ファイル変更対応設計書	129
病院機能評価審査データ等に基づく 認定医療機関の傾向分析業務 報告書	137
JCAHO資料	213

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合)
総括研究報告書

病院機能評価に連動した継続的改善システムの基盤整備に関する研究
(H16-医療-010)

主任研究者 梅里 良正 財団法人日本医療機能評価機構 客員研究主幹

研究要旨

平成16年度末で受審病院合計数が2000病院を超えるなど、病院機能評価は一定の普及・定着を見せた。一方で、初回の審査で認定される割合は新規受審・更新受審ともに低下傾向にあり、改善すべき課題を残したまま受審している状況が見出された。病院機能評価の本来趣旨は病院の改善支援であり、受審準備段階、あるいは認定後、次回受審までの期間における何らかの改善支援策が必要である。病院機能の改善支援システムを具体的に検討するために、①既存の病院機能評価の枠組みを活用した方法、②これまでの審査結果データを解析し、望ましい活動状況を示す数値目標を作成する試み、について検討するとともに、③海外の病院認定機関で取り組まれている仕組みの調査を行った。

今年度は、①「既存の病院機能評価の枠組みの活用」において、評価判定指針を受審病院に情報開示することによって、改善に向けた詳細な情報を提供することとした。また、付加機能評価判定指針を作成し、高度・専門的な内容の審査の標準化を図った。また的確な審査結果報告書を作成し受審病院にフィードバックするために、審査結果報告書の情報処理システムの一部改修を行った。②「審査結果データの解析による病院運営の活動指標の作成」では、現況調査データ、評点・判定データから、病院機能に関連した26の作業仮説を設定し、病院の基本属性とともに変数間の関連を解析した。③「海外の病院認定機関で取り組まれている仕組みの調査」ではとくに米国JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)におけるNPSG(National Patient Safety Goals)を軸とした医療安全への取り組みを調査した。

分担研究者

大道 久 日本医療機能評価機構 理事
寺崎 仁 日本医療機能評価機構特別審査員

A 研究目的

平成16年度末で受審病院合計数が2000病院を超えるなど、病院機能評価は一定の普及・定着を見せた。一方で、初回の審査で認定される割合は新規受審・更新受審ともに低下傾向にある。具体的には平成15年度に受審した病院のうち、初回の審

査で認定される割合は、新規受審病院・更新受審病院ともに約30%であり、平成14年度の約49%からさらに低下した。また平成16年度については最終的には初回認定率が約20%に低下することが見込まれている。これは、病院機能評価における要求水準が次第に高まるとともに、受審前の改善活動が決して十分ではなく、何らかの改善課題を残したまま受審しているためと思われる。一方、指摘された改善要望事項に対する取り組みを審査する再審査・確認

審査では、ほぼ100%の病院で改善成果が認められ、認定されている。したがって、受審前または認定後、次の審査までの間の改善活動を支援する仕組みの必要性が改めて確認された。

そこで、本研究では、病院機能評価の受審のみならず、受審前や認定後における継続的な改善支援に資するような仕組みを検討し、提言することを目的とする。

B 研究方法

受審病院に対する継続的な改善支援システムを検討するために、①既存の病院機能評価の枠組みの活用、および②審査結果データの解析による病院運営の活動指標の作成を試みた。また、③海外の病院認定機関で取り組まれている仕組みの調査を行い、わが国に適用可能かどうかを検討した。

①「既存の病院機能評価の枠組みの活用」については、受審病院に対して、より詳細な情報提供を行うことで、的確な受審準備を支援することを検討した。まず、受審に向けた準備のためには評価項目の十分な理解が不可欠であることから、評価調査者が評価判定するためのガイドラインである「評価判定指針」の情報を受審病院に示し、受審にむけた改善目標として活用することを検討した。一方、受審後の継続的な改善活動のためには、的確な指摘をした審査結果報告書を迅速に発行し、受審病院に審査結果情報をフィードバックすることが必要である。そのためには評価調査者の的確な審査の実施や審査結果報告書案の点検プロセスの円滑な運用が不可欠であるが、今年度は迅速・正確な情報処理を行うために、情報処理システムの一部改修を行った。

病院機能評価体系のひとつとして、救急医療機能、リハビリテーション機能、緩和ケア機能の付加機能評価項目を運用しているが、これらの審査を的確に実施するために、付加機能評価項目の評価判定指針を検

討した。

②「審査結果データの解析による病院運営の活動指標の作成」については、これまでに蓄積された審査結果のデータ（現況調査データおよび評点・判定データ）を解析し、それに基づいて活動状況を示す数値的な目標を設定し、病院の改善活動に活用する方法について検討した。そのために評価調査者の意見を踏まえ、経験的に病院機能の評価・改善に有効と思われる26の作業仮説および6つの重点領域を設定した。26の作業仮説をさらに精査すると一部、既存の重点領域に集約されたが新たに4つの重点領域が抽出され、結局、10の重点領域を検討対象とした。これらの領域について、「現況調査データ」「評点・判定データ」の中からそれぞれに関連すると思われる説明変数、被説明変数を抽出し、これら変数間の関連を解析した。

③「海外の病院認定機関で取り組まれている仕組みの調査」は、とくに米国JCAHOで取り入れられている、NPSG（医療安全に関する全国目標）およびアウトカム指標を評価・分析するシステムであるORYXの状況を現地調査した。

（倫理面への配慮）

各種分析において、受審病院の審査結果データを取り扱うこととなる。そこで、IDデータを削除し、個別の施設を特定できないようにしたデータの提供を日本医療機能評価機構に依頼し、統計的な処理を行うこととした。

C. 研究結果

①「既存の病院機能評価の枠組みの活用」のうち、受審前の改善支援方策として、評価判定指針の利用について検討した。評価判定指針には評価項目の適合度を測定するための「スコアリング・ガイドライン」が

記載されている。このうち「適切に行われている／適切な形で存在する／積極的に行われている」と判断するための要件を開示することで、病院にとって具体的な活動目標を示すことになると思われた。例えば、「診療録の合理的な保管方法が採用されている」という評価項目に対しては、「適切である」ための要件として「入院・外来診療録ともに患者のID番号により保管されている」「迅速・確実な取り出しと返納ができる適切な保管方法が採用されている」という2つの要件が記載されている。これらの情報は評価調査者が評価判定のために利用してきたが、病院にとっても改善活動の具体的な方向性を示す情報であり、有用であると思われた。同様に、評価判定上の留意点を示す補足情報も有用であると思われた。先ほどの評価項目に対しては「五十音順など患者氏名による保管がなされており、同姓同名患者の取り違えの危険性があることは適切でない」などの記載があり、評価項目の理解を深めるために有用である。一方、スコアリング・ガイドラインには、「適切さに欠ける」と判断する場合の基準も記載されており、この情報の扱いについても検討した。このような最低基準を示すことによっても改善課題が明確になるが、最低基準をクリアすることのみに注力し、それ以上の改善に向かうインセンティブが得られにくいと考えられることから、最低基準の開示は見送ることとした。これらの情報を受審病院に周知する方法として、自己評価調査票に記載することとした。

また、受審後の情報提供として、審査情報の迅速・正確な処理を行うために審査結果報告書作成システムの一部を改修した。具体的には評価調査者が電子ファイルで作成した審査結果報告書をデータベースにインポートする機能の見直しを行った。

さらに、付加機能評価項目の評価判定指針の検討については、これまでの付加機能評価の運用を踏まえて、本体の評価判定指

針に準じた形式でスコアリング・ガイドラインを作成した。

②「審査結果データの解析による病院運営の活動指標の作成」については、作業仮説にもとづき、最終的に10の重点領域を取り上げた。それらは「病院のガバナンスと経営管理」「職員体制」「院外連携」「施設・設備」「薬剤」「感染管理」「病理」「手術・麻酔」「診療録管理」「医療安全管理」である。分析結果の詳細は以下のとおりとなった。

(1) 病院のガバナンスと経営管理

- リーダーシップに関するどの項目も、医業収益100対医業費用、医師一人当たり診療単価等との相関は明確ではなく、管理者のリーダーシップが直接経営状況に影響するかどうかについては、今回の分析からは把握されなかった。
- 200床未満の医療機関では200床以上の医療機関に比べて、「適切な人事考課」「適切な予算管理」「適切な資金・投資回収計画」「適切な経営管理」「適切な在庫管理」等の項目でリーダーシップと相関がより強く見られた。
- 公的病院、民間病院それぞれについて、医業収益100対医業費用の高低により上位群、下位群を抽出し、収支状況の良い病院の特徴について分析したところ、公的病院では、上位群には「その他一般病院」「ケアミックス」が比較的多く、病床規模は比較的小さかった。評価項目の分野別の合計点には両者の間であまり差が見られなかったが、合計得点は平均で25点程度の差があり、基本方針策定や事業計画策定・予算編成の指導力や、適切な経営管理に関する評価が上位群で高く、医師の能力評価に取り組んだり、患者の権利に関する意識も高いことが示された。
- 民間病院では、上位群には「療養型病

床」や「ケアミックス」が比較的多く、病床規模は比較的大きかった。評価項目の合計点には両者の間であまり差が見られないが、上位群では、事業計画策定・予算編成、質向上・業務効率化、経営改善に関する指導力や、適切な経営管理に関する評価が高かった。

- これらの要素が病院の収支状況の差を生じさせている要因であることが示唆される。ただし、今回の分析の区分を用いた場合、特に公的病院では経営や管理の内容・質が異なる病院が混在していることも考えられ、今後詳細な検討が必要である

(2) 職員体制

- 看護師数と看護の能力開発プログラムの実施、専門知識に基づいた判断による看護ケアの実施などの看護関連評価項目とは、やや関連が見られていたが、病床100対看護師数との関連はほとんど見られなかった。これらの看護関連評価項目に影響を及ぼす要因としては、病床数・病床規模があげられる可能性が高いことを示唆している。
- また、准看護師数/病床100床あたり准看護師数と、看護関連評価項目とはやや負の相関を示しており、かつ正看護比率が高い方が看護関連評価項目の平均値も高くなっていたことから、正看護師が多い方が、看護体制が整い、看護ケアが適切に提供されていることを示唆していると考えられる。
- 薬剤師については、時間外対応をするために手厚い配置を行っている傾向が見られたが、院外処方割合、病棟業務については薬剤師数の多寡とは関連が認められなかった。なお、PT、OT、STの厚い配置は、リハビリ体制の適切な管理および運営と相関が見られ、リハ関連職員体制が整っている病院ではリハが適切に供給されていることが

示唆された。

(3) 院外連携

- 院外連携の指標となる年間紹介患者数（他機関から/他機関へ）を用いて分析を試みたが、特筆すべき相関や傾向は見られなかった。ただし、受審病院において現在の施設基本票で収集している年間紹介患者数（他機関から/他機関へ）の正しい解釈がなされていない可能性があり、調査項目の補足説明や項目の細分化などにより正確な紹介患者数を把握することが望ましい。
- 院外連携を病院内で取り扱うのは医療社会福祉部門であるが、病床100対医療社会福祉部門職員数は病床規模が小さいほど職員が多い傾向にある。部門内職員数が相対的に充実しているのは単科専門病院や一般病院であり、特定機能病院では不足気味であることが推察される。
- 院外連携に関連する評価項目間では相関が見られ整合性がある。また退院後の療養継続のための適切な連携・調整に関する評価項目との相関が見られた。
- 退院時サマリに係る評価項目と退院時サマリ作成率との間には正の相関がある。また退院時サマリ作成率と療養継続のための診療情報の提供には相関があるが、当該評価項目と紹介患者数など院外連携に係る評価項目との間には明確な相関がない。

(4) 施設・設備

- 200床以上の病院では、病棟面積と相関のある評価項目として、3.7.1.4「病棟に患者がくつろげるスペースがある」、3.7.2.4「快適な空間が確保されている」、3.4.1.2「規模に応じた食堂・売店などの施設がある」、6.1.5.3「働きやすい職場環境に配慮されている」がある。これらの項目について、高い評

価を得ている病院の1床あたり病棟面積の平均は、26.3㎡であった。また、3.7.1.4「患者がくつろげるスペース」および3.7.2.4「快適空間の確保」の2つの項目で評価aを得ている病院の1床あたり病室面積平均は、9.3㎡であった。これらの値を、それぞれ1床あたり病棟面積、病床面積の目標の参考値と考えることができる。

- 高さ／傾斜調節ベッド数は、2.4.1.3「事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している」と相関がなかった。当該評価項目で捉えている「事故のリスク把握」は幅広い内容を含んでおり、転倒・転落のみではないため、高さ調節・傾斜調節ベッドの整備状況については、事前の安全対策と強く関連付けた評価が行われていないと考えられる。安全の観点から「転落防止」対策を評価するための項目設定の必要性が伺える。

(5) 薬剤

- 薬剤師数と薬剤関連項目との相関を分析した結果、病床数、宿日直体制、無菌製剤処理の有無、薬剤部門での注射薬混合、薬剤部門における定期的な勉強会の開催、薬剤部門の適切な体制整備、夜間・時間外の調剤体制、緊急的な薬剤投与への適切な対応など、さまざまな項目との相関が見られた。しかし、病床100床あたり薬剤師数との関連を分析すると、「宿日直体制」のみ関連が見られていた。これより、宿日直体制については、病院薬剤師数が多く、さらに病床あたり薬剤師数も多いことが必要であり、病床規模に関わらずヒューマンリソースが必要であることが示唆された。
- 薬剤部門について病床規模別に見ると、多くの項目で200床以上の病院ほど評価が高い結果となった。ただし、院外

処方割合、調剤の適切な実施については200床未満の方が良い結果となっていた。とくに調剤の適切な実施については、200床以上など一定以上の規模の施設では薬剤師の適切な関与が求められる。

- 薬剤部門で定期的な勉強会を開催しているほど院内医薬品集の作成・改訂などが適切に行われており、積極的な知識吸収が業務に良い影響を及ぼしていることが示唆された。さらに、病棟担当薬剤師がいること、病棟の薬剤在庫管理を薬剤部門が行っていることが病棟の適切な薬剤管理につながるということが示唆された。
- 業務量を考慮した薬剤師数と薬剤関連項目との関係を検討するため、薬剤師の人員配置基準の充足率と薬剤関連項目との関連を分析したところ、人員配置基準を満たしていない病院よりも人員配置基準を満たしている病院の方が適切な処方、投与がなされていることが示唆された。人員配置基準を満たしており薬剤師の充足率が200%を超えている病院では、適切な薬剤保管・管理にも効果があることが示唆された。

(6) 手術・麻酔

- 手術・麻酔部門は、全身麻酔手術の割合が高くなるほど特定機能病院や単科専門病院の割合が増える傾向にある。当該部門の評価が高い病院では、年間全身麻酔手術件数が150件以上で常勤専任医師の平均が1名以上となった。また、年間全身麻酔手術件数が1,000件までは200件～250件/人であり、1,000件以上は300件/人という配置状況である。
- 手術100対麻酔標榜医の分布を見ると、手厚い体制となっている病院はほとんどが一般病院であった。麻酔科医の偏在および特定機能病院や単科専門病院での麻酔科医の不足が懸念される。

- 手術・麻酔に関連する中心的な評価項目間では相関が見られ整合性がある。また診療の質の保証にかかる評価項目における手術・麻酔関連項目とも相関が見られた。
- ただし、医療安全にかかる手順の確立に関連する評価項目の評点が高くない場合でも、中心的な評価項目の評価が高い場合があり、不整合となっていないかどうか確認する必要がある。
- 4.10.1.2（必要な麻酔医の確保）の評点と全身麻酔件数に着目したところ、手術麻酔部門の医師の配置基準は、①常勤換算医師数は4名より多く、全身麻酔件数3,000件までは“常勤換算医師数 $=0.0028 \times$ 全身麻酔件数 $+0.7759$ ”、②常勤専任医師数は3名以上で、全身麻酔件数3,000件までは“常勤専任医師数 $=0.0025 \times$ 全身麻酔件数 $+0.6276$ ”が目安となった。

(7) 病理

- 病理部門は、その病院が有する機能によって病理医の有無が決定する。これを受審病院における病理医の在籍割合から明らかにした。
- 病理医数は病床規模、退院数、検査件数、剖検数と正の強い相関を持っていることから、大病院ほど病理医が多い。しかし、病理医数と審査結果に相関がないことから、病理部門で高い評価を得るためには病理医の確保のみならず、適切な運営状況が求められる。
- 病理部門の中心となる評価項目は、他の関連する評価項目とも正の相関が見られる。特に病床規模が200床以上500床未満の病院でこの傾向が強い。
- 当該部門の評価が高い病院での病理医数の配置は、がん手術が400件までは、100件/人程度という大まかな傾向が見られた。ただし「がん手術」は診療機能調査票からの抜粋であり、悪性腫瘍

手術症例を網羅しているわけではないので、指標の実用化を目指すためには、診療機能調査票で取得するがん手術関連の設問を見直す必要がある。

- 4.6.1.1（病理医が確保されている）の評点とがん手術件数に着目したところ、病理部門の医師の配置基準は、常勤換算医師数が0.3名より多く、がん手術件数400件までは“常勤換算医師数 $=0.0044 \times$ がん手術件数 $+0.7279$ ”が目安となった。ただし、前項と同様「がん手術」データの取得方法の見直しが必要である。

(8) 感染管理

- 感染管理については、入院基本料（院内感染防止対策）を算定する病院が98%あり（1096病院中1075病院）、委員会設置、マニュアル作成、報告制度、予防接種、研修をすべて行っている施設は94.6%（うち、マニュアルおよび予防接種は100%）と、ほとんどすべての病院において、基本的な体制が整備されている状況であった。
- 病床100対感染管理担当医師および感染管理担当看護職員数、研修の開催回数は、対策の実施状況、原因菌の分離、改善策といった評価項目と相関が見られなかった。担当者数が多いグループと他のグループを比較したところ、多いグループのほうが概ね成績が良かったが、明確な傾向は見られず、人数の確保よりも、質、すなわち担当者の意識や活動レベル、担当業務の内容や活動状況などを充実させることが重要と考えられる。

(9) 診療録管理

- 診療情報管理士の有無については、200床以上の病院の方が多く配置しており、その人数も多くなっている。外来延べ患者数、入院延べ患者数との関連も比

較的高く、患者数が多い病院の方が診療情報管理士数は多くなっていた。

- 診療録管理部門の体制整備、情報の活用に診療情報管理士の有無が関連しており、診療情報管理士がいる病院の方が評価は高かったが、診療録の適切な管理においては、それほど関連はみられなかった。
- これより、診療情報管理士の有無は、通常の情報管理体制ではなく、その情報をコード化し、その後の業務に活用したり、データ分析をしたりする上で重要な役割を果たしているものと示唆された。一方、診療録の適切な管理のために診療情報管理士の意向が反映されていないことが示唆される。診療録管理に関する評価結果は全般的に低いところから、診療録管理部門の権限強化などによって診療情報管理士の主導による適切な管理が求められる。

(10) 医療安全管理

- インシデント・アクシデントの院内報告について、病床規模の影響を除外した場合でも、看護師、コメディカル、その他職員の医療安全担当者の配置が充実している方が報告件数は多いことが示された。医療安全担当者を配置することが、報告制度の浸透に寄与していることが伺われた。一方で、医師の医療安全担当者の配置は報告件数と関係が見られなかった。
- 医療安全のための独立部門があることや、事故を起こした職員の免責制度があることが報告件数を高めるという関係は確認されなかった。
- 院内の情報収集及び分析の体制に関しては、情報収集体制の整備だけでは改善策の立案・実行・評価に結びつきにくいことや、改善策が明示できていればその実行や評価には結びつきやすいことが示唆され、改善策の立案がひと

つの障害になっている可能性が示唆された。

- さらに、改善策の立案のためには、「問題事例に関する原因分析や対策立案の方法についての教育」が寄与していることが示唆された。

③「海外の病院認定機関で取り組まれている仕組みの調査」については、2004年度のNPSGはおおきく7つの項目を設定しているが、抜き打ち審査(Unannounced Survey)と通常の訪問審査(Full Survey)ではコンプライアンスに差があり、病院組織としての行動変容が必ずしも容易でない状況がうかがわれた。しかしながら病院機能の重要な要素である医療安全の確保にむけて、参考にすべき方法論であると思われた。一方、ORYXについては、わが国におけるアウトカムデータ収集の仕組みが整っていないため、直ちに応用ができるわけではないが、スタンダードによる評価を補完するツールとして検討の余地があるものと思われた。

D 考察

本研究では初年度の研究として、審査結果データに基づき、仮説検証型というよりは仮説探索的な分析を中心に行った。

具体的には、麻酔科医や病理医の配置が必要となる病院属性や機能水準に関する試行的な検討や、収支状況のよい病院と悪い病院を比較することによる収支改善のためのベストプラクティスの探索、アウトカムや評価の高い群と低い群との比較を通じた差異をもたらしている要因の検討、その他評価項目あるいは評価判定指針に関する検討などを行い、その結果以下に示すいくつかの興味深い仮説や知見を得ることができた。

【サーベイヤーの経験知から導出される仮説の検証】

○管理者のリーダーシップと経営状況との間には明確な関係は見られなかった。ただし、病床規模の小さい病院では管理者のリーダーシップが経営管理体制等に影響を与えている傾向があることが示唆された。

○退院時サマリの作成状況等は、療養継続のための調整には関連するものの、紹介患者数など院外連携の状況と関連は見られなかった。

【質向上や経営改善のための示唆】

○公的病院では「基本方針策定の指導力」「事業計画策定・予算編成の指導力」「適切な経営管理」「医師の能力評価」等が、民間病院では「事業計画策定・予算編成の指導力」「質向上・業務効率化の指導力」「経営改善に関する指導力」「適切な経営管理」等が、それぞれ収支状況の良さにつながっていることが示唆された。

○人員配置に関しては、看護師やOT、PT、ST、栄養士は人員配置が厚いほどケアやリハビリテーション等が適切に行われていることが示唆された。一方、薬剤師や診療情報管理士については必ずしもそうではなく、院内での役割や果たしている機能によって評価が異なることが伺われた。

○薬剤部門では、定期的な勉強会を開催しているなどの質向上への取り組みが、院内医薬品集の作成・改訂など業務に良い影響を及ぼしていることが示唆された。さらに、病棟担当薬剤師がいること、病棟の薬剤在庫管理を薬剤部門が行っていることが病棟の適切な薬剤管理につながることを示唆された。また、人員配置基準を満たしていない病院よりも人員配置基準を満たして

いる病院の方が適切な処方、投与がなされていることや、人員配置基準を満たしている病院では、適切な薬剤保管・管理に効果があることが示唆された。

○感染管理については、入院基本料（院内感染防止対策）を算定する病院が98%に達し、ほとんどすべての病院において基本的な体制が整備されていた。今後の感染管理の取り組みにおいては、人数の確保よりも、質すなわち担当者の意識や活動レベル、担当業務の内容や活動状況などを充実させることが重要と考えられた。

○診療録管理部門の体制整備、情報の活用には診療情報管理士の配置の有無が関連していたが、診療録の適切な管理においては明確な関連はみられなかった。

○医療安全担当者（リスクマネージャー）に関しては、人員配置を厚くすることが院内報告件数の増加に寄与しているものの、原因分析や対策実行など他の側面にはあまり影響していないことがうかがわれた。改善策立案を充実させるためには焦点を絞った教育研修が有効である可能性が示唆された。

【評価判定指針への示唆】

○麻酔科医の配置に関して、受審病院では手術における全麻件数が年間150件を超えると常勤麻酔科医を1名配置していた。手術麻酔部門の医師の配置基準は、①常勤換算医師数は4名より多く、全身麻酔件数3,000件までは“常勤換算医師数=0.0028×全身麻酔件数+0.7759”、②常勤専任医師数は3名以上で、全身麻酔件数3,000件までは“常勤専任医師数=0.0025×全身麻酔件数+0.6276”が目安となった。

○病理医の配置に関して、当該部門の評価が高い病院での病理医数の配置は、がん手術が400件までは、100件/人程度という大まかな傾向が見られた。病理部門の医師の配置基準として、常勤換算医師数が0.3名より多く、がん手術件数400件までは“常勤換算医師数=0.0044×がん手術件数+0.7279”が目安となった。しかし、「がん手術」とは診療機能調査票に例示されている症例数の合計であるため、「年間悪性腫瘍手術症例数」などのような、より一般的な定義によるデータを用いるなど、データ取得方法を見直す必要がある。

○年間紹介患者数について、調査項目の補足説明や項目の細分化などにより、より詳細なデータを把握することの必要性が示唆された。

○高さ調節・傾斜調節ベッドの整備状況については、事前の安全対策と関連付けた評価が行われていないことがうかがわれ、安全の観点から「転落防止」対策を評価するための項目設定の必要性が示唆された。

一方で今年度の分析を通じて以下のような課題も明らかになった。

○施設基本票等からはアウトカムに関する情報が十分得られず、アウトカムに寄与する審査項目を検討することが困難であることが分かった。個別のテーマごとにアウトカムの代替となる項目や、プロセス指標のみを用いた分析の方法論について検討する必要がある。

○今年度の分析は主に2変数間の関係を検証するにとどまっている。引き続き多面的な視点から今年度得られた結果の検討を行う必要がある。

○特に、今回取り扱ったデータは項目数

が非常に多く、項目間相互の関連も強いことが考えられるため、今後多変量解析を用いた分析を行うことが必要である。

○また、変数、サンプル数とも大量であるため、データマイニング的な手法を用いることも有効である。

○今年度の分析の班では結果の妥当性に関する検討は十分行われなかった。サーベイヤーを対象としたインタビュー調査などを通じて、審査現場の実感との整合を検証することなども必要となろう。

○今後は上記のような分析・検討を進め、病院における医療機能モデル（客観的データに裏づけられた構造・プロセス・アウトカムの構造に関するモデル）の構築を進めることが求められる。

今年度の分析は試行的なものとして位置づけられ、データの全体像を概観することに注力した。今年度の成果を踏まえることで、今後の分析において、よりテーマを絞り込んだ精緻な分析に移行していくことが可能となったものと考えられる。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

第43回日本病院管理学会学術総会

「病院機能評価における書面審査データから見た認定病院の現状評価と継続的な改善支援に関する研究」

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得状況
なし
2. 実用新案登録

なし
3. その他
なし

1 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針

1.1.1 理念および基本方針が確立されている (5・4・3・2・1・NA)

1.1.1.1 理念および基本方針が明文化されている (a・b・c・NA)

1.1.1.2 基本方針は病院運営上の目標を明確にして策定されている (a・b・c・NA)

1.1.1.3 理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることがらが文言に表されている (a・b・c・NA)

1.1.1.4 基本方針は定期的に見直されている (a・b・c・NA)

1.1.2 理念および基本方針が病院内の内外へ周知・徹底されている (5・4・3・2・1・NA)

1.1.2.1 理念および基本方針を組織内に浸透させる努力と工夫がなされている (a・b・c・NA)

1.1.2.2 理念および基本方針を院外に浸透させる努力と工夫がなされている (a・b・c・NA)

1.2 病院の役割と将来計画

1.2.1 地域における病院の役割・機能が明確になっている (5・4・3・2・1・NA)

1.2.1.1 地域におけるニーズがデータに基づいて把握されている (a・b・c・NA)

1.2.1.2 地域における自院の役割・機能が適切に設定されている (a・b・c・NA)

1.2.2 将来計画が策定されている (5・4・3・2・1・NA)

1.2.2.1 中・長期計画が策定されている (a・b・c・NA)

1.2.2.2 中・長期計画の策定が組織的に行われている (a・b・c・NA)

1.2.2.3 中・長期計画を院内に周知する努力がなされている (a・b・c・NA)

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

一般 精神 療養

1.3.1.6 業務の効率化と経営改善に向けた取り組みに指導力を発揮している

- ①業務の効率化や経営改善の方針を明確にしている
 - ②現状を把握し具体的な課題や目標を明確にしている
 - ③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主導的に関わっている
- ◇委員会などの取り組み体制の設定とその運用状況などを記録で確認する
◇6.2.4.3との整合

一般 精神 療養

1.3.1 病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している (5・4・3・2・1・NA)

- ◇病院管理者・幹部とは病院長、副院長、部長級の職員を指す

療養 ◇高齢者や障害者への医療やケアについて、病院幹部の基本的な考え方を確認し、病院の理念・基本方針の策定や見直しの際にどのように反映しているのか評価する

1.3.1.1 職員の労働意欲を高める組織運営を行っている

- ①病院管理者・幹部は病院運営の将来像を示している
- ②病院管理者・幹部は病院運営の活性化に努力している

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.3.1.2 病院運営上の問題点をよく把握している

- ①病院の現状の問題点を説明できる
 - ②対応すべき課題を明確にしている
 - ③地域の医療環境や医療全般の問題を把握している
- ◇面接時の回答など、全体を通して判断する
◇地域の医療関係団体への関与も参考にする

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.3.1.3 主要な問題について解決策を決定し実行している

- ①主要な問題の解決に向けた方策の検討に積極的に関わっている
 - ②必要な会議や委員会を設置して機能させている
- ◇会議や委員会等の設置と活動状況などを記録で確認する
◇1.3.1.2で提示された問題点の解決策を確認する

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.3.1.4 改善結果を評価し一層の活性化を図っている

- ①改善結果を評価する仕組みがある
- ②評価した結果を次の改善につなげている

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.3.1.5 医療の質・安全の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している

- ①医療の質・安全を向上させる方針が示されている
- ②そのための具体的な課題や目標を明確にしている
- ③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主導的に関わっている

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

- ◇委員会や活動の場の設定と運用状況などを記録で確認する
◇2.4.1、4.1.7、4.2.6との整合

療養 ◇高齢者や障害者などへの医療やケアの質や安全への質を、具体的にどう高めようとしているかを評価する

1.4 病院組織の運営

一般 精神 療養

1.4.1 病院は組織規程に基づいて運営されている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

1.4.1.1 組織運営の基本を定めた規程がある (a・b・c・NA)

- ①規程がある
②改定履歴を確認できる
◇定款・審判行 為またはそれに準じる基本規程、適切な見直しなどを確認する

一般 精神 療養

1.4.1.2 運営方針と経営的意図を決める会議体があり、定期的に開催されている (a・b・c・NA)

- ①病院の意思決定会議が明確にされている
②会議は毎月1回以上開催されている
③会議の議事録が作成されている
◇ここでは病院としての運営方針を決定する会議の実態を問う

一般 精神 療養

1.4.1.3 病院の組織的な構造と機能および指揮命令系統が明確に示された組織図がある (a・b・c・NA)

- ①病院の実態にあった組織図がある
②組織図は指揮命令系統が明確である
◇指揮命令系統が職員に理解されやすい組織図であるかを確認する
◇組織の構成内容は、ここでは評価の対象としないで、各部門の項目で評価する

一般 精神 療養

1.4.1.4 職務分掌・職務規程・会議規程などがあり組織運営の責任と権限が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①各担当の仕割り内容を規定した文書がある
②各種委員会の規程がある
③各担当の責任と権限の範囲が明確である
◇4.1.2.3, 4.2.2.1との整合

一般 精神 療養

1.4.2 組織運営が計画的になされている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

1.4.2.1 年次事業計画が策定されている (a・b・c・c・NA)

- ①年次事業計画書がある
②年次事業計画は過去3年分が確認できる
◇要付けの確認(予算・資金、中・長期計画、人員配置)

一般 精神 療養

1.4.2.2 年次事業計画の実施経過とその結果が定期的に評価され見直されている (a・b・c・c・NA)

- ①年次事業計画の実施経過が定期的に評価されている
②年次事業計画は必要に応じて見直されている
◇定期的に評価とは年2回以上の評価をいう

一般 精神 療養

1.4.2.3 事業計画に基づく部門・部署ごとの目標が設定されている (a・b・c・c・NA)

- ①部門・部署ごとの具体的な目標が設定されている
②目標の達成度が評価されている
◇4.1.1, 4.2.1との整合

一般 精神 療養

1.4.3 組織内の情報伝達が円滑に行われている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

1.4.3.1 病院執行部の決定が全職員に伝達されている (a・b・c・c・NA)

- ①組織運営上の機関決定した重要情報の伝達の仕組みが確立されている
◇運営会議、科長会議、院内ニュース、掲示板、院内LANの活用など
◇病院としての意思決定が職員に周知される仕組みを問う

一般 精神 療養

1.4.3.2 部門内および部門間の情報伝達が円滑に行われている (a・b・c・c・NA)

- ①部門内・部門間の情報伝達と連携の方法が確立されている
◇部門内ニュース、掲示板、院内LANの活用など
◇部門をまたがる委員会・会議などの情報についての伝達を評価する

1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.2 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

一般 精神 療養

◇ 運営会議などで活用されている

1.5.2.1 医療活動や診療実績に関する基本的な情報が把握され報告されている (a・b・c・NA)

- ① 診療科別患者数、手術件数など診療実績に関する基本統計が定期的に作成されている
- ② 作成された資料が会議等で検討され、各部門にフィードバックされている

◇ 基本的な情報とは、診療科別、行為別、病種別、手術、検査の手術件数などの医学統計的な資料を指す

1.5.2.2 診療情報と会計情報を統合して分析した統計資料が作成され、病棟の運営に活かされている (a・b・c・NA)

- ① 疾患別または診断群分類別平均在院日数、平均医療費などが作成されている
- ② 作成された資料が会議等で検討され病棟運営に活かされている

◇ 診療情報とは医療活動や診療実績に関する基本的な情報

一般 精神 療養

一般 精神 療養

1.5.2.3 医療の質に関する情報が把握され検討されている (a・b・c・NA)

- ① 疾患別または診断群分類別死亡率や術後合併症発生率など、医療の質を評価する統計が作成され、会議等で検討されている

◇ ADLなどの生活機能の改善状況や手術後経過、あるいは褥瘡治療率や身体抑制/固定の実施状況などが把握され、検討されている

1.5.1 情報管理機能が整備されている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.5.1.1 情報を管理する部署または担当者がある (a・b・c・NA)

- ① 院内の情報を統合して管理する部署または担当者がある
- ② 具体的に院内のデータを収集している

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.5.1.2 患者の個人情報の守秘を確実にする方法がとられている (a・b・c・NA)

- ① 職員は患者の個人情報の守秘の重要性を認識している
- ② インターネットのセキュリティの仕組みがある
- ③ 院内利用におけるパスワード等のセキュリティの仕組みがある
- ④ 情報のダウンロードに関する取り決めがある
- ⑤ 外部からの問い合わせへの対応のルールがある

◇ ②については院内情報システムが外部ネットワークに接続されていない問題は無い
◇ 個人情報の安全管理について病院内における責任体制が明確にされていることが望ましい

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

1.5.1.3 情報機能が整備され、院外の医療情報の入手や院内の情報共有が図られている (a・b・c・NA)

- ① 院外情報の入手システムがある
- ② 院内LANが構築され、情報の共有が図られている

◇ 院外情報の入手では、職員がインターネットを使いやすい環境が整備されている

1.6 関係法令の遵守

一般	精神	療養	1.6.1 関係する法令が遵守されている	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	----------------------	----------------

精神 ◯ ① 他の領域で法令遵守が満たされない場合に整合性を
持つて評価する

療養 ◯ ② 精神保健福祉法についても確認する

療養 ◯ ③ 老人保健法についても確認する
④ 介護療養型医療施設では、介護保険法などの遵守
状況も確認する

1.6.1.1 医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている

① 医療法の基準を満たしている

② 診療報酬上の施設基準を満たしている

療養 ◯ ③ 老人保健法についても確認する
④ 介護保険適用施設では、介護保険法などの遵守状況も
確認する

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養	1.6.1.2 その他の法令が遵守されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	------------------------	------------

① その他の各種法令を遵守している

② 法令などに基づく必要な委員会が設置されている(衛生委員会、医療
ガス安全管理委員会など)

◯ ③ 委員会の構成などを確認する

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養	1.6.1.3 法令遵守の努力が継続してなされている	(a・b・c・NA)
----	----	----	----------------------------	------------

① 法令に基づく指摘事項を改善している

② 院内で組織的に認識され、周知・徹底し、遵守する取り組みを行って
いる

◯ ③ 法令の標準人員に不足がある場合は過去の採用の努力
を確認する

一般	精神	療養
----	----	----

1.7 職員の教育・研修

一般	精神	療養	1.7.1 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	---------------------------------	----------------

◯ ① 病院全体としての体制を評価する

精神 ◯ ② 精神保健福祉法に関する教育・研修が必要である

◯ ③ 7領域の評価で教育実態を評価する

1.7.1.1 全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部署
が定められている

① 組織全体の教育・研修を担当する委員会・部署などがある

1.7.1.2 全職員を対象とした教育・研修計画が立てられている

① 年間計画・プログラム・カリキュラムなどがある

◯ ② 2.1.3.4、2.4.2.4、2.6.3.1、3.1.1.3との整合

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養	1.7.1.3 必要性の高い課題について教育・研修が実施されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	-----------------------------------	------------

① 患者の安全確保、患者の権利、患者のプライバシー保護、接遇、医
療倫理などの教育が実施されている

◯ ② 2.1.3.4、2.4.2.4、2.6.3.1、3.1.1.3との整合

精神 ◯ ③ 行動制限、通信、面会、電話の制限、退院請求や処遇改
善要求への対応教育、などを評価する

◯ ④ 患者の権利や精神科固有の権利保護や職業倫理につい
て、職員に周知されている

◯ ⑤ 精神科特有の安全対策などについて手順や周知も評価
する

療養 ◯ ⑥ 高齢者や障害者などの医療とケアに関する教育・研修が
行われていることも確認する

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養
----	----	----

一般	精神	療養	1.7.1.4 院内の教育・研修の結果が評価されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	-----------------------------	------------

① 実施された教育・研修の結果を評価するためのアンケートや感想文
など一連のプロセスがわかる記録・文書がある

② 参加状況が把握されている

1.7.2 院外の教育・研修の機会が活用されている (5・4・3・2・1・NA)

◇予算のみの判断では旅費・交通費などを含むかにより大きく異なるので注意する
 ◇物理的・心理的などの教育・研修はそれぞれの領域で判断、ここでは全体としての評価を行う

1.7.2.1 各種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている (a・b・c・NA)

- ①各種類の外部の学会・教育・研修活動への参加が支援され、予算的な裏付けがある
- ②学会や研修参加の出張に関する規程を明確にしている

1.7.2.2 参加後の出張報告などにより教育・研修内容が共有されている (a・b・c・NA)

- ①外部の教育・研修の機会に参加した場合、その教育研修内容は報告会や院内誌、年報などで共有されている

1.8 医療サービスの改善活動

1.8.1 医療サービスの改善活動が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

◇病院の方針に基づいた改善活動、業務改善委員会、QCCサークル活動などの実態から判断する

1.8.1.1 医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある (a・b・c・NA)

- ①部門横断的な改善活動体制がある
- ②例：業務改善委員会、QCCサークル活動などについて問う

1.8.1.2 継続的な活動により医療サービスが改善されている (a・b・c・NA)

- ①業務改善委員会などによる具体的な改善事例がある

1.8.1.3 改善の成果を評価して見直しが行われている (a・b・c・NA)

- ①改善効果について評価されている
- ②改善の成果は発表会、院内広報などで公表されている

1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.1 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.1.1 地域における連携を図るための部署または担当者がいる (a・b・c・NA)

- ①担当部署(地域医療連携室など)、担当者が確保されている
②組織図上で位置付けられている

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.1.2 地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている (a・b・c・NA)

- ①地域の医療機関、福祉施設の状態が把握されている
②連携している施設の機能が把握されている

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.1.3 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている (a・b・c・NA)

- ①協議会・会議等において診療機能情報を提供している
②パンフレットや広報紙、ホームページに掲載している
③年報、パンフレット、診療担当表などを連携施設に郵送するなどして、自院の診療機能を提供している

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.2 紹介患者の受け入れが適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

療養

- ①入院患者の受け入れについては、8.1「療養病床への適切な受け入れと入居への配慮」において評価・判定するが、ここでは入院予定の患者を含めて主に外来における紹介患者への対応の全般的な状況を評価・判定する
②特に、自院の機能に合致しないような病状の紹介患者には、他の適切な施設を紹介したり相談に応じるなどの姿勢が必要である

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.2.1 病院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れている (a・b・c・NA)

- ①受け入れ方針が明文化されている
②受け入れマニュアルを整備している
③実績が把握されている

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.2.2 紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている (a・b・c・NA)

- ①紹介元施設の一覧表を作成している
②紹介患者の情報を一元的に管理している
③返答のチェックシステムがある

1.9.3 地域の医療機関に対して施設や医療機器が開放されている

一般 精神 療養 * NA NA

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.3.1 検査受託に関する手順が整備されている (a・b・c・NA)

- ①紹介患者の利便性に配慮した手順が整備されている
②実績が把握されている
③高額医療機器の共同利用の計画
④ここでは、病院内の個別の受託契約と外来患者として紹介受託をする両方のケースがあるが、いずれもその利便性と実績の把握を問う

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.3.2 検査結果が迅速・的確に報告されている (a・b・c・NA)

- ①専門医の報告が提出されている
②報告し遅れの手エクセスシステムがある
③遅くとも翌日までに報告されている

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.3.3 開放型病床があり、共同診療が実施されている (a・b・c・NA)

- ①共同診療が実施されている
②連携医が登録されている
③実績を把握している
④登録医との症例検討会が行われている
⑤開放病床が設置されていない施設は[NA]とする

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.4 患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

精神

- ①75.1で評価する
②急性期医療への対応に限界がある施設では、それに対応できる医療施設と緊密な連携関係を構築して、患者に必要な医療を遅滞なく提供できる体制が求められる

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.4.1 自院にない診療機能について適切な紹介が行われている (a・b・c・NA)

- ①自院で行えない高度な医療や専門外の医療について、紹介医療機関が明確にされている
②医学的判断に基づき紹介・転院を行っている
③紹介については必要な診療情報が提供されている
④自院にない診療科について他院への紹介受診または他院医師への対診依頼なども評価する

一般 精神 療養 * NA NA

1.9.4.2 患者の療養の継続性を考慮した紹介が行われている (a・b・c・NA)

- ①紹介手順がある あるいはマニュアルが整備されている
②組織的な検討に基づき紹介・転院を実施している
③実績を把握し評価している

1.10 地域に関わった病院

一般 精神 療養

1.10.1 地域活動に積極的に取り組んでいる (5.4.3.2.1.NA)

精神 〇 〇 病院に精神保健相談窓口を設置し、精神医療と精神障害への理解を広げる努力をしている

一般 精神 療養

1.10.1.1 地域の健康増進に寄与する活動が行われている (a.b.c.NA)

① 病院が主体となって講演会・健康教室・セミナー等の活動が行われている
② 健康を増進する外部の活動に職員を派遣している

精神 〇 〇 地域の健康増進や精神保健普及活動に関与している
〇 〇 地域の健康増進や精神保健普及活動に関与している
〇 〇 地域の健康増進や精神保健普及活動に関与している
〇 〇 地域の健康増進や精神保健普及活動に関与している

一般 精神 療養

1.10.1.2 ボランティアを受け入れている (a.b.c.NA)

① 受け入れ方針があり、担当者・部署が明確である
② 活動内容が明確であり、講習課程が整備されている
③ 活動状況が記録され、整備されている

〇 〇 地域特性、または病院の機能により、ボランティアを受け入れたいという明確な方針がある場合には、この項目は「NA」として差し支えない。
〇 〇 なお、ボランティア活動が職員の労働力を補うものではなく、また、一時的な「感懐」として受け入れているだけでは十分である

一般 精神 療養

1.10.2 適切な広報活動が行われている (5.4.3.2.1.NA)

一般 精神 療養

1.10.2.1 広報活動が組織的に行われている (a.b.c.NA)

① 広報活動を担当する部署、あるいは担当者が決められている
② 広報活動に関する業務内容が定められている
③ 広報に関する情報が一元的に管理されている

一般 精神 療養

1.10.2.2 計画的に広報活動が行われ、その内容を見直している (a.b.c.NA)

① 地域住民や患者向けの広報誌が定期的に発行されている
② ホームページが開設され、内容は定期的に更新されている
③ 広報活動と広報誌の内容は組織的に評価され、見直されている
〇 〇 広報誌の発行部数と配布方法も考慮する

一般 精神 療養

1.10.2.3 自院の業務内容や診療実績を広報している (a.b.c.NA)

① 病院機構や対応しているサービスについて具体的に広報している
② 診療実績について広報している
〇 〇 広告可能事項とされているものについては、広告または広報されていることが望ましい
〇 〇 診療実績の広報については、院内掲示やホームページの紹介も評価対象とする

2 患者の権利と安全確保の体制

2.1 患者の権利と医療者の倫理

精神 〇 〇 患者の権利や精神科固有の権利擁護や職業倫理について、職員に周知されている

一般 精神 療養

2.1.1 患者の権利に関する方針が明確である (5.4.3.2.1.NA)

〇 〇 平等で最善の医療、安全確保、安全確保、自己の医療に関わる情報の入手、説明を受ける、選択の自由、自己決定権、プライバシー保護、苦情申し立てなど

精神 〇 〇 精神保健福祉法に沿った適切な運用が求められる

一般 精神 療養

2.1.1.1 患者の権利が明文化されている (a.b.c.NA)

① 明文化されている
② 内容は、一般的な人権・医療の価値観・病院の特性(役割・機能)に矛盾していない

精神 〇 〇 精神障害者の権利を擁護する内容が含まれている

一般 精神 療養

2.1.1.2 患者の権利について組織的に検討が行われている (a.b.c.NA)

① 検討の場がある
② 検討した記録がある

一般 精神 療養

2.1.1.3 患者の権利が患者・家族に周知されている (a.b.c.NA)

① 院内掲示・病院案内・入院(外来)案内・広報誌への掲載がなされている

一般 精神 療養

2.1.1.4 患者の権利が職員に周知されている (a.b.c.NA)

① 院内掲示、教育・研修等で行われている
② 職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている

〇 〇 ②については職員が携帯できるものであれば高く評価する
精神 〇 〇 職員採用時の教育に患者人権擁護の項目があり、精神障害者に対する偏見をなくす努力や権利擁護などに取組んでいる