

Pc.1.5 施設内、地域および他施設との連携・交流の体制が確立している 5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

Pc.1.5.1 病院内の緩和ケアチームまたは他病棟、地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携がとれている

- a. ①病院内の緩和ケアチームまたは、他病棟・部門と連携する体制がある
- ②地域の医療機関、訪問看護ステーションと連携する体制がある
- b.
- c. ①②のすべてを満たさない  
HSP ☞ 病院内の連携体制、地域の病院などとの連携体制  
SVR ☞ カンファレンス等が開催されているかを確認する

Pc.1.5.2 ホスピス・緩和ケア病棟は、他施設と交流し協力している 5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

- a. ①専門家や他施設とのネットワークに参加し質の向上に取り組んでいる
- ②他施設と共同して教育に取り組んでいる
- ③他施設と共同して研究を行っている
- b.
- c. ①を満たさない  
HSP ☞ 専門家の全国ネットワークの質の評価への協力、共同の教育・研究への参加

Pc.2 患者の尊厳・プライバシーと安全の確保

Pc.2.1 患者の尊厳・プライバシーに配慮した対応がなされている 5・4・3・2・1・NA

Pc.2.1.1 患者の意思を確認した上で、治療、看護が行われている a・b・c・NA

- a. ①ケアの方針は、患者・家族の意思を確認した上で立てられており記録されている
- ②患者・家族による評価を含めた治療や看護についての評価が行われ記録されている
- b.
- c. ①②のうち1つでも満たさない  
HSP ☞ ケアにおける意思決定への参加状況、診療録・看護記録の記録状況  
SVR ☞ 患者の尊厳に十分に配慮されているかを確認する

Pc.2.1.2 患者に関する守秘義務が守られ、情報の秘密保持に関する体制が確立されている a・b・c・NA

- a. ①個人情報の取り扱いに関する基準がある(診療録の取り扱いも含む)
- ②守秘義務に関して職員やボランティアに周知徹底されている
- ③患者の個人情報に関する記録は、患者の意思を尊重したものととなっている
- ④取材に対する基準がある
- b.
- c. ①②のうち1つでも満たさない  
HSP ☞ 患者の個人情報の取り扱い方、保管、チーム内での伝達方法  
SVR ☞ 診療録等の個人情報に関する取り扱い基準を確認する  
患者の個人情報に関して、家族にも知られたいくない情報などについて、患者に確認し、その取り扱い方を職員全員、ボランティアに周知しているか確認する  
また、その情報がどの様に取られていいるかを確認する

Pc.2.2 患者・家族とのコミュニケーションが円滑であり、適切なインフォームドコンセントが得られている

Pc.2.3 患者の安全確保の体制が整備されている

a・b・c・NA

Pc.2.2.1 患者・家族に、診断、治療、予測される結果について、理解できるように十分説明し、情報を与え、提供されるケアや治療に同意し、適切なインフォームドコンセントを得て、いかなる危険や利益も説明された上で実行されている

- a. ①患者・家族への説明と同意について記録されている(オビオイド・鎮痛剤の使用、向精神薬・鎮静薬の使用、DNR、望まないケアについても含む)
- ②治療やケアに関する患者・家族の希望・要望が記録されている
- ③家族・患者にとって最も重要な人(重要他者)が希望すればいつでも説明している
- ④患者が判断できなくなったり、意思を代弁するための代理人の氏名を記録している

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP 〆 説明内容(診断、治療、予測される結果)・ケア・モルヒネ使用等の同意・ケア拒否、家族や重要他者への説明・説明内容の理解・蘇生処置等を確認したこと、などを記録

SVR 〆 事前の意思表示(リビングウィル)、代弁者の意思表示について確認されているかを確認する  
キープマンが患者の代弁者ではない場合もあるため、これを確認し、診療録、看護記録にこれが記録され、チームにも周知されているかを確認する

Pc.2.2.2 患者が、治療を受けたり、臨床研究に協力する場合は、文書で説明を受け同意を得る体制がある

- a. ①治療・臨床研究の実施についてチームで検討を行う仕組みがある
- ②治療・臨床研究の手順が確立している
- ③文書で同意を得ている
- ④説明と同意についての記録がある(診療録・看護記録など)
- ⑤両方が進化した時、衰弱している患者にとって、研究への協力を得ることが負担にならないように十分な配慮がされている

b.

c. ①②③④⑤のうち1つでも満たさない

HSP 〆 チームによる倫理的側面の検討、説明・同意の手順、患者が理解したこと、の記録、法律・行政指針への適合

SVR 〆 行政の指針などに基づいて、同意を得るかを記録する

Pc.2.2.3 患者以外の人への病状や治療に関する情報の提供については、患者の同意が得られている

- a. ①患者が情報提供について同意した人の名前を記録している
- ②患者にとって最も重要な人(重要他者)について記録している

b.

c. ①②のうち1つでも満たさない

HSP 〆 患者が同意した人・患者の最も重要な人・意思代弁者の名前を記録

Pc.2.3 患者の安全確保の体制が整備されている

a・b・c・NA

Pc.2.3.1 患者が安全に生活できるような環境が整えられ、患者の行動に関する安全性について、患者・家族へ説明がされている

- a. ①患者の周りに危険物が置かれていない
- ②患者・家族に患者の行動に伴う注意事項、危険性を説明し、記録している
- ③危険が予測される患者ごとに、安全確保に対する対応が計画され、記録されている
- ④墜落やインシデントについては、手順に沿った報告書が提出され、対策について記録している

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP 〆 バリアフリー環境、危険物配置への配慮、患者・家族への注意事項説明、事故・インシデント報告

SVR 〆 患者のQOLと安全の確保は相反するところがあるが、そのような状況を患者や家族がどのように理解しているかを確認する

Pc.2.3.2 患者の安全な移動と介助のための手順が確立されている

- a. ①患者の安全な移動と介助に関する手順がある
- ②職員・ボランティアは、患者の安全な移動と介助に関する教育を受けている
- ③患者の搬送や移動のための用具は、定期的に保守点検している
- ④患者の移動や搬送に必要な用具がある

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP 〆 手順、職員・ボランティアへの教育、用具の定期的保守・点検、十分な用具

SVR 〆 患者の安全に関する看護基準を確認する

Pc.2.3.3 麻薬・向精神薬管理、使用は、マニュアルに基づいておこなわれている

- a. ①麻薬・向精神薬はマニュアルに基づいて管理・使用されている
- ②薬剤に関連する事故や取り扱いに間違いがあった場合、マニュアルに基づいて対処し、報告している
- ③上記についての記録がある

b.

c. ①②③のうち1つでも満たさない

HSP 〆 マニュアルに基づく使用と管理、事故の場合の対処と報告、麻薬・向精神薬の使用の記録

SVR 〆 特に、緩和ケア領域では、麻薬、向精神薬、鎮静薬に使用する薬剤などの使用頻度、使用量が一般診療よりも多いために、十分な知識をもって安全に使用されているかを確認する

Pc.3 療養環境と患者サービス

Pc.3.1 案内や患者・家族への対応が適切である

5・4・3・2・1・NA

Pc.3.1.1 患者、家族の状況にあわせて適切なマナーで接している

a・b・c・NA

- a. ①患者・家族を尊重した言葉遣いや態度となるように配慮している
- ②上記に備える教育を実施している
- ③言葉遣いや態度について継続的に評価し改善に活かしている

b.

- c. ①②③のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 接遇教育の継続評価、話しやすい環境、あたたかい雰囲気、患者の希望する名前・呼び方の確認

Pc.3.1.2 家族ケアを配慮した対応が適切である

a・b・c・NA

HSP ◯ 台所設備、家族室、浴室、家族同士の交流の機会、気分転換をはかる行事、家族のストレス、健康などの情報収集

Pc.3.1.3 必要な案内が表示されている

a・b・c・NA

- a. ①病棟内の案内や説明などを、わかりやすく表示している
- ②国籍の異なる患者の入院がある場合、その国の言語で意思疎通できるように対応がなされている

b.

- c. ①を満たさない

HSP ◯ みやま字、誰もが読めるような表示、国籍の異なる患者の言語の対応

SVR ◯ わかりやすい字の大きさ、掲示の位置、色調など

Pc.3.2 バリアフリーに配慮された環境である

5・4・3・2・1・NA

Pc.3.2.1 障害者が施設を利用しやすいように十分に整備されている

a・b・c・NA

- a. ①建物がバリアフリーの基準を満たしている
- ②障害者に対する施設面での配慮がある

b.

- c. ①②のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 傾斜路、幅の広いドア、手すり、適切な高さの洗面台、トイレのドア開閉が容易、トイレ内手すり、ブザー、羞恥心への配慮

SVR ◯ 傾斜路、幅の広いドア、手すり、適切な高さの洗面台、開閉が容易なトイレのドア、トイレのブザーなど

Pc.3.3 患者のバリアフリーに配慮した環境・設備である

5・4・3・2・1・NA

Pc.3.3.1 外来診察室、病棟面談室の環境は、バリアフリーが守られるようになっている

a・b・c・NA

- a. ①療室・診察室や面談室においてバリアフリーに配慮している
- ②患者には、診察や面談時に研修生を拒否できることを知らせている

b.

- c. ①②のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 遮音、必要最低限の診察人数、患者が研修生を拒否する権利、専断・バリアフリー、患者・家族の対話への配慮

SVR ◯ ハード面では、個人的な会話は遮音されるような診察室や面談室があるかを確認する  
ソフト面では、相談しやすい落ち着いたスペースであるか、患者と家族の時間を職員の手配で中断しないような配慮があるか、必要のない入室をしない配慮があるか、会話の内容によっては他のスタッフに伝えることの許可を得ているか等を確認する  
患者との会話を録音・録画する際は患者の許可を得ているか等についても確認する

Pc.3.4 療養環境・設備が快適なものである

5-4-3-2-1-NA

SVR ◯ できるだけその人らしく過ごすことが出来るように、十分に配慮しているかを確認する

Pc.3.4.1 病棟の内部、外部ともきれいで整頓された環境に保たれている

- a. ①病棟・病室内は清掃が行き届き、整頓されている
- ②清掃器具・機器は患者と訪問者の目にふれないところに安全に保管されている
- ③清掃担当者が明確に示され、清掃計画、清掃手順が作成されている

b.

c. ①を満たさない  
HSP ◯ 清掃手順、清掃器具・機器等の安全な保管

Pc.3.4.2 患者がホスピス・緩和ケア病棟で心地よく過ごせるように温度・湿度・明るさ・色・芸術品の設置などへの配慮が行き届いている

a・b・c・NA

- a. ①温度・湿度・明るさなどが調整可能となっている
- ②美術品が備えられたり、インテリアや施設などの色調への配慮がある

b.

c. ①を満たさない

HSP ◯ 電話、TV、ラジオ、冷蔵庫、新聞、音楽、図書、インテリア、探光・彩色・騒音への配慮、空調、防音、脱臭等

SVR ◯ 各自の好みに合わせて温度・湿度・明るさが調整できるようになっているか

SVR ◯ テレビ、ラジオ、冷蔵庫、新聞、カセットやCD、図書が利用しやすいか確認する

携帯電話の利用についても配慮があるか確認する

Pc.3.4.3 療養生活をおく上で必要な設備や備品が準備されている

a・b・c・NA

- a. ①患者の身体状況に合ったマットレス(除圧マットなど)が整備されている
- ②患者の身体状況に応じた、ベッド・ポータブルトイレ、ナースコール、歩行器、車椅子などが整備されている

b.

c. ①②のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 身体状況に応じたマットレス・ベッド・ポータブルトイレ・ナースコール・歩行器・車椅子等の利用

Pc.3.4.4 療養生活を豊かにするための物品や環境に配慮されている

a・b・c・NA

- a. ①酒類、タバコなどの持ち込みを希望した場合の方針・対応が確立されている
- ②ベッドの取り扱いについての方針・基準がある
- ③家族用台所はいつでも使用可能である
- ④必要にあわせて自由に使える食事スペースが確保されている
- ⑤自宅の家具や患者の愛蔵品の持ち込みに対応している
- ⑥患者・家族の要望を把握し対応している

b.

c. ①②③④⑤のうち1つでも満たさない

HSP ◯ ペット、酒類、タバコの持ち込み等の基準、病室の使い勝手の確認、随時利用可能な台所・食卓、家具や愛蔵品の持ち込み

Pc.3.4.5 面会者が、ホスピス・緩和ケア病棟内で面会しやすくなっている

a・b・c・NA

- a. ①面会は24時間可能である
- ②面会者に配慮した構造になっている
- ③家族と患者の交流に配慮した環境が整備されている
- ④家族がくつろぐための設備や配慮がある
- ⑤面会者への対応は患者・家族の意向に従っている

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 面会者の為の場所、子供が遊べる設備、自由な面会、家族の為の設備、患者の希望に応じた面会者への対応

SVR ◯ 患者と家族や重要な面会者が気兼ねなく過ごせる環境があるか、多床室の場合は病室以外に適切な場所があるか確認する

くつろぐための空間、コーナー、サロン、散歩コースなどへの配慮

Pc.3.4.6 ホスピス・緩和ケア病棟は‘禁煙’方針を守っている

a・b・c・NA

- a. ①病棟の禁煙についての方針が職員に周知徹底されている
- ②禁煙についての方針が入院案内・掲示物などによって患者・家族に周知徹底されている
- ③嗜好への対応(患者の喫煙へのニーズ)について配慮されている
- ④受動喫煙が防止できるよう工夫されている

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 禁煙方針に対するスタッフの理解、患者や面会者への周知、患者の嗜好(禁煙ニーズ)への対応

Pc.3.5 療養生活を有意義にするための対応がされている

5-4-3-2-1-NA

Pc.3.5.1 療養生活を有意義にするための季節の行事や外泊、外出への対応がされている

a・b・c・NA

- a. ①患者や家族が望めば参加できる季節の行事などが計画されている
- ②患者や家族が望んだときに外泊、外出できる対応(許可基準など)が明確である
- ③外泊、外出についての支援体制が整備されている
- ④生活の質を高めるためのプログラム・人材・設備などが整備されている

b.

c. ①②③④のうち1つでも満たさない

HSP ◯ 季節行事、外泊・外出の対応基準と支援、生活の質を高める設備・プログラム、絵画・コンサート、花壇など

SVR ◯ 茶話会、俳句、絵画、アロマセラピー、アニマルセラピー、コンサート、季節の行事など患者が趣味の活動に従事することや、患者が関わっている動物との面会が可能であるか確認する

患者が個々に楽しんでおり有意義に過ごせるプログラムがあるか確認する

Pc.4 ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

Pc.4.1 患者の諸症状、身体的、心理的、社会的、霊的(スピリチュアル)

5-4-3-2-1-NA

5-4-3-2-1-NA

SVR 多職種によるアセスメントが継続的に継続的に行われているか、アセスメントに基づき適切に計画、対応されているか、必要に応じて連携する体制があるか、実施後の評価が行われているかについて確認する

Pc.4.1.1 患者の痛みをはじめとする諸症状に適切な対応がなされている

- a. ①入院時および定期的にアセスメントを実施している
- ②アセスメントに基づき治療やケアを計画している
- ③標準的な方法に基づいた症状緩和を行っている
- ④薬物以外の症状緩和も実施している
- ⑤症状緩和については必要に応じて、院内外の専門家(例:放射線治療医、麻酔科医、精神科医、臨床心理士、理学療法士など)、専門機関に紹介している
- ⑥継続的な評価に基づいて治療や計画が見直されている
- ⑦症状緩和についての患者による評価が記録されている

b.

c.

①②③④のうち1つでも満たさない

HSP アセスメント、計画、見直し、症状緩和基準、薬物以外の対応、院内外専門家への紹介、患者による評価

SVR 標準的な方法:WHO方式癌疼痛治療法、緩和医療学会がん疼痛治療ガイドライン、WHO症状緩和のためのガイドラインなど

Pc.4.1.2 患者の身体的ニーズに対して適切な対応がなされている

- a. ①患者の身体的ニーズがアセスメントされ記録されている
- ②患者の希望、生活習慣を考慮した計画が立てられている
- ③患者のニーズを満たすために、多職種(栄養士、理学療法士など)チームによる体制がとられている
- ④継続的な評価に基づいて計画が見直されている
- ⑤受けたケアに対する患者の評価が記録されている

b.

c.

①②③のうち1つでも満たさない

HSP アセスメント、希望を考慮した計画、多職種チーム、患者意向の尊重、継続的評価、見直し、患者による評価

SVR 患者の希望・生活習慣を考慮しているかに留意する援助やケアの実施は患者の意向が尊重されているかに留意する

Pc.4 ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

Pc.4.1.3 患者・家族の心理的なニーズに対し適切な対応がなされている

a・b・c・NA

- a. ①患者・家族の心理的なニーズがアセスメントされ記録されている
- ②アセスメントに基づき計画が立てられている
- ③家族の悲嘆に、チームで支援する体制をとっている
- ④必要に応じて、院内外の専門家(例:精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、各種セラピストなど)、専門機関に紹介している
- ⑤親を失う子供のニーズを考慮した支援体制をとり、計画が立てられている
- ⑥継続的な評価に基づいてケアの計画が見直されている
- ⑦対応に対する患者・家族の評価を診療録や看護記録などに記録している

b.

c.

①②③④のうち1つでも満たさない

HSP アセスメント、計画、家族悲嘆の支援、院内外専門家への紹介、継続的評価と見直し、患者・家族による評価

Pc.4.1.4 患者・家族の社会的なニーズに対し適切な対応がなされている

a・b・c・NA

- a. ①患者・家族の社会的なニーズがアセスメントされ記録されている
- ②アセスメントに基づき計画が立てられている
- ③必要に応じて、院内外の専門家(例:ソーシャルワーカー、法律家など)、専門機関に紹介している
- ④継続的な評価に基づいてケアの計画が見直されている
- ⑤対応に対する患者・家族の評価が記録されている

b.

c.

①②③のうち1つでも満たさない

HSP アセスメント、計画、院内外専門家への紹介、継続的評価と見直し、患者による評価

Pc.4.1.5 患者の霊的(スピリチュアル)なニーズに適切に対応している

a・b・c・NA

- a. ①患者のスピリチュアルな問題、宗教的ニーズがアセスメントされ記録されている
- ②アセスメントに基づいて計画が立てられている
- ③必要に応じて、院内外の専門家(例:臨床心理士、ソーシャルワーカー、宗教家など)に紹介している
- ④継続的な評価に基づいて計画が見直されている
- ⑤対応に対する患者の評価が記録されている

b.

c.

①②③のうち1つでも満たさない

HSP アセスメント、計画、院内外専門家への紹介、継続的評価と見直し、患者による評価

Pc.4 ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

Pc.4.2 緩和ケアにおける外来診療・在宅療養に適切に対応している

5.4.3.2.1-1A

Pc.4.2.1 緩和ケアにおける外来診療の体制が整っている

- a. ①外来患者が継続的に外来でケアを受けられる体制がある
- ②病棟、地域の医療機関と緊密な連携がとれている

- b.
- c. ①を満たさない

HSP 〻 紹介患者、外来患者への対応、病棟・地域の医療機関との密接な連携

Pc.4.2.2 ホスピス・緩和ケア病棟からの退院について適切に対応している

a・b・c・NA

- a. ①多職種で在宅療養への準備を適切に行い、必要な物品、書類を揃えている
- ②退院後の支援体制(例:地域の医療機関、必要物品の入手方法など)について患者・介護者に説明され、記録されている
- ③患者・家族に緊急時の連絡方法を知らせている

- b.
- c. ①②③のうち1つでも満たさない

HSP 〻 多職種による在宅療養への準備、患者・家族への退院後支援体制の説明・緊急時連絡方法の通知

Pc.4.2.3 自宅で死を迎えたい患者のために退院後の支援が調整されている

a・b・c・NA

- a. ①求めに応じて患者・家族に病状、予後を説明したことが記録されている
- ②家族が、説明内容、患者の予測される変化について理解していることが記録されている
- ③地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携がとれている

- b.
- c. ①②③のうち1つでも満たさない

HSP 〻 病状・予後の説明、説明内容・予測される変化に対する家族の理解、地域医療機関、訪問看護との連携

SVR 〻 病状の進行、予測される症状とその時の対処方法や、臨死期のケアについて、家族が理解でき対応できるようにされているか確認する

Pc.4.2.4 緩和ケア病棟や当該病院からの訪問サービスが整備され、適切なケアが行われている

a・b・c・NA

- a. ①訪問サービス(在宅サービス)に関する基本的な考えが明確である
- ②必要な職員が配置されている
- ③各サービスの基準、手順に基づいて訪問サービスの計画が作成されている
- ④計画に基づいて訪問が実施され、記録されている
- ⑤患者・家族の評価に基づき、訪問サービスの実施が評価され記録されている

- b.
- c. ①③④⑤のうち1つでも満たさない

HSP 〻 基本的考え方、必要な職員の配置、各サービスの基準・手順に基づく計画と実施、患者・家族の評価

Pc.4 ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

Pc.4.2.5 在宅患者のために地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携をとる体制がある

a・b・c・NA

- a. ①希望に応じて、地域の医療機関・訪問看護ステーションに紹介している

- ②地域の病院、診療所、訪問看護ステーションから24時間連絡がとれる体制がある
- ③自院(施設)から在宅に移した患者からの電話での相談内容が記録に残されている
- ④自院(施設)での入院から在宅に移行した患者について入院の必要があれば迅速に対応している

- b.
- c. ①②のうち1つでも満たさない

HSP 〻 病棟、診療所、訪問看護ステーションとの連絡体制、連絡、相談内容の記録、入院の対応

SVR 〻 死別後の家族へのケアがチームで行われる体制があるかを確認する

SVR 〻 死別後の家族へのケアがチームで行われる体制があるかを確認する

Pc.4.3 死別後の家族への対応が適切である

5.4.3.2.1-1A

Pc.4.3.1 死別後の家族の悲嘆が軽減されるように、死別後のケアが行われている

a・b・c・NA

- a. ①家族の悲嘆について認識し、チームで支援する体制がある
- ②残された家族のニーズが考慮された死別へのケアが提供されている

- b.
- c. ①②のすべてを満たさない

HSP 〻 家族の悲嘆へのチームによる支援、残された家族のニーズに考慮した死別へのケア

SVR 〻 死別後の家族へのケアがチームで行われる体制があるかを確認する

SVR 〻 死別後の家族へのケアがチームによる関わりが行われているか確認する

Pc.5 人材・資源のマネジメント

Pc.5.1 職員の教育プログラムの提供体制が適切である

SVR 〇 ホスピス、緩和ケア病棟の運営理念、方針や目的、機能に  
配慮した教育プログラムが用意され、患者に配慮した適切  
な教育が実施されているかを評価する

Pc.5.1.1 教育・指導、研究を行うための体制が整えられ、実施状況が評  
価され、実践に組み込まれている

- a. ①図書室などの施設に文献資料などが整備されている
- ②多職種職員が参加するカンファレンスが定期的に開催されている
- ③教育・指導や、研究を実施する責任者が明確である
- ④病棟内、他部署、他の施設などと協力し調査・研究に取り組んでいる
- ⑤教育・指導、研究の各々について役割が実施されている
- ⑥新任者向けの教育プログラムが用意され、専門性を継続的に高める  
体制と具体的な継続教育プログラムが整えられている
- b.
- c. ①②③のうち1つでも満たさない  
HSP 〇 図書室、定期的多職種カンファレンス、他部署・施設との調  
査・研究とその評価、新任者向け教育プログラム

Pc.5.1.2 ホスピス・緩和ケア病棟で働く教育・指導の担当者は、自らも  
適切な指導と教育を受け、自分の専門的知識と臨床能力を高  
めるように努めている

- a. ①教育・指導の担当者は、専門的教育を受けている
- ②教育・指導の担当者は、学会・研究会などに積極的に参加している
- ③教育・指導の担当者は、学芸・研究会などに積極的に参加している
- ④教育・指導の担当者が院外で得た情報を院内で共有・還元するため  
の仕組みがある
- b.
- c. ①を満たさない  
HSP 〇 専門的教育、学会・研究会への参加・発表、院外専門家ネッ  
トワーク、他の職員への還元  
SVR 〇 教育・指導の担当者が学会などに参加できているような配慮が  
なされているかを確認する

Pc.5.1.3 教育プログラムには、コミュニケーション技術についてのカリキ  
ュラムが組み込まれ、職員全員に適切な教育が提供されてい  
る

- a. ①教育・指導の担当者には、専門的教育を受けている
- ②教育・指導の担当責任者は、学会・研究会などに積極的に参加してい  
る
- ③教育・指導の担当責任者は院外で得た情報を院内で共有・還元する  
参加し活動している
- ④教育・指導の担当責任者が院外で得た情報を院内で共有・還元する  
ための仕組みを持っている
- ⑤教育・指導の責任者は病棟の看護業務の夜勤体制から外れて臨床  
能力を高められる勤務体制である
- b.
- c. ①②のうち1つでも満たさない  
HSP 〇 カウンセリング、家族支援、スピリチュアルケア、喪失・悲嘆ケ  
ア、倫理、法律、心構え、信念、価値観

Pc.5.2 研修の受け入れ体制が整備され、研修生への指導が適切になさ  
れている

Pc.5.2.1 ホスピス、緩和ケア病棟は、研修の場を提供する役割を持ち、  
施設内外の教育を問わず、緩和ケアに必要な教育プログラム  
を提供している

- a. ①教育プログラムは緩和ケアに必要な基礎と専門の内容を網羅してい  
る
- ②教育プログラムは定期的に見直されている
- ③研修に必要な教材や環境が整備されている
- ④研修生の評価が行われている
- ⑤(院外からの研修希望者がいる場合)研修生受け入れ体制が整備され  
ている
- b.
- c. ①を満たさない  
HSP 〇 網羅的教育プログラム、院外への教育プログラム、プログラム  
基準の定期的見直し、適切な環境・教材、外部研修生受け  
入れマニュアル  
SVR 〇 教育プログラムについては、病院の規模・機能を勘案して  
評価する

Pc.5.2.2 研修生が直接患者と接する場合は、患者に安全なケアが提供  
されるように指導されている

- a. ①教育・指導の責任者と担当者が明確にされている(患者への責任も合  
む)
- ②研修生の参加について患者に説明し同意を得ている
- ③研修生による患者へのケアは規程に則って実施されている
- ④指導方針が明確で、患者の安全への配慮が適切である
- b.
- c. ④を満たさない  
HSP 〇 教育・指導担当者の責任、研修生参加に対する患者同意、  
受け入れ規定、研修参加人数の配慮  
SVR 〇 研修生を交えるとき患者の対応時に多人数になりやすいた  
め、患者に負担をかけないような配慮がされているかを確  
認する

Pc.5.3 ホスピス・緩和ケア病棟職員の健康と安全を確保する体制が確  
立している

Pc.5.3.1 職員を支援することの重要性が認識され、必要な体制が整備  
されており、患者や家族から危険な行為や嫌がらせを受ける  
可能性のある状況の対処方法を知っている

- a. ①ストレスマネジメントに取り組んでいる
- ②暴力や嫌がらせを受けたときの対処方法が確立している
- b.
- c. ①②のすべてを満たさない  
HSP 〇 暴力や性的嫌がらせの対処方法、ストレスマネジメント、職員  
満足度調査、労働安全衛生委員会  
SVR 〇 職務満足度調査の結果を改善に生かしている場合は高く  
評価する

Pc.5.4.病棟運営が、効率的かつ円滑に進むように適切な管理がされている

a・b・c・NA

Pc.5.4.1 病棟運営の円滑にむけて計画的な病棟管理がされている

- a. ①病棟の年間運営計画(人員・機器等の整備)が立てられている
- ②計画に患者・家族の意見、スタッフの意見、評価結果が反映されている
- ③年間運営計画の実施について評価する仕組みがある

b.

c. ①を満たさない

HSP ◯ 病棟の年間運営計画、満足度調査結果の反映、年間運営計画の評価

SVR ◯ 患者・家族・の満足度調査、職員の満足度調査など

a・b・c・NA

Pc.5.4.2 病棟運営の経済面での状況を評価検討し、責任ある管理がされている

- a. ①ホスピス・緩和ケア病棟の診療統計等の情報を作成し、検討分析している
- ②運営計画を反映した予算が作成され実績評価に基づく見直しがおこなわれている
- ③病院の運営会議等で、定期的に収支状況の検証がされ方針・運営計画の実施状況等について検討協議がされている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

HSP ◯ 診療統計等の情報、運営計画を反映した予算と見直し、収支状況の定期的検討



## 1. 概要

- 評点自動取込ファイルのレイアウトを変更します。
- 評点自動取込のファイルのレイアウトの変更による画面の自動取込処理を変更します。
- 総括に関連する帳票、履歴画面のレイアウトの変更を行います。

※今回の自動取込ファイル変更対応をすることにより、現在運用している自動取込用ファイルのレイアウトでは取込が出来なくなります。

## (1) 「工程20 工程管理-訪問審査実施報告書案受取画面」対応内容(P.3)

- ・自動取込新フォーマットのデータ取得処理の追加を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、DBの項目変更を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、登録処理変更を行います。

## (2) 「工程25 工程管理-認定結果入力画面」対応内容(P.4、P.5)

- ・自動取込新フォーマットのデータ取得処理の追加を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、DBの項目変更を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、登録処理変更を行います。

## (3) 「評点入力-印刷画面」対応内容(P.6)

- ・自動取込新フォーマットのファイル出力処理の追加を行います。

## (4) 「訪問管理-総括入力画面」対応内容(P.7)

- ・DB変更に伴う画面表示時の総括データ取得処理の変更を行います。
- ・DB変更に伴う画面表示時の総括データ登録処理の変更を行います。

[新病院評価システム]-[画面設計書] [1/13]

## (5) 「メンテナンス-評価項目一覧画面」対応内容(P.8)

- ・自動取込新フォーマットのファイル出力処理の追加を行います。
- ・総括出力ファイル名「領域総括【バージョン】(【種別】).doc」から「総括【バージョン】(【種別】).doc」に変更を行います。  
例：「総括 Ver4.0(G1).doc」

## (6) 「病院施設情報-履歴参照画面」対応内容(P.9)

- ・審査結果報告書の新フォーマットのプレビュー処理の追加を行います。
- ・審査結果報告書の新、旧フォーマットの切替処理の追加を行います。

## (7) 帳票「審査結果報告書(案)」対応内容(資料①)

- ・審査結果報告書(案)の新フォーマットのレイアウト変更(領域総括の削除)を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、DB変更による取得方法の変更を行います。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、ワークテーブルのDBレイアウト変更

## (8) ファイル「評点自動取込用ファイル」(P.10~P.12)(資料②)

- ・領域総括のコメントが入力対象外になる為、領域総括コメント入力欄を削除します。
- ・章のコメントを入力可能にする、章単位のコメント欄を追加します。
- ・章以外に全体総括のコメント欄を追加します。
- ・体総括の登録文字数を10000文字まで登録を可能とします。

(データの登録単位は、現行の領域総括の登録方式と同様とします。)

※変更対応後は、領域総括のコメントが有る、旧フォーマットのファイルは取込対象外とします。

(9)帳票「審査結果報告書」対応内容 (資料③)

- ・審査結果報告書の新フォーマットのレイアウト変更
- ・領域総括のヘッダー表示を削除します。(現行のバージョンは領域総括のヘッダーを表示します。)
- ・全体総括の出力可能文字数を10000文字まで出力を可能とします。
- ・総括のデータの保持方法が変わる為、ワークテーブルのDBレイアウト変更を行います。

[新病院評価システム]-[画面設計書] [3/13]

2. 訪問審査実施報告書案受取画面

受審ID: H02007				病院名: 医療法人社団カレスアライアンス 日鋼記念病院		地域: 北海道	
バージョン: 4.0		受審種別: 一般病院 (500床以上)		訪問日: 2002/07/16			
前工程: 2002/07/16 訪問審査実施							
完了登録							
予定日	訪問審査実施報告書案受取	2002/07/30	1	2002/08/28	SV評価	訪問審査評価入力	2002/08
	訪問資料送付確認			2002/08/28	SV評価	評価自動取込	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
	藤 中山 明			2002/08/28	SV評価	印刷	
次工程: 2002/08/03 部会/特別審査員会議開催準備							
						備考	閉じる

新フォーマットで取込可能にする為に、評点自動取込処理を変更します。

3. 特別審査委員会報告書受取

訪問管理-報告書受取/決定画面

受審ID S02002 病院名 国立がんセンター中央病院 地域 東京都  
バージョン 4.0 受審種別 一般病院 (500床以上)

書類審査 特別審査委員会開催日 評価委員会開催日(認定日) 2004/10/20

前回認定日 新規

認定結果 留保 有効期間 3ヶ月 2004/10/20

付記事項 無

出力日

改善要望 / 留意事項一覧  
病院機能評価[再審査]の結果について(留保)  
再審査結果報告書(病院送付用)

印刷

備考 閉じる

新フォーマットで取込可能にする為  
に、本審査と再審査の共通部分の評点  
自動取込処理を変更します。

[新病院評価システム]-[画面設計書] [5/13]

4. 報告書受取/決定画面

訪問管理-報告書受取/決定画面

受審ID H02243 病院名 財団法人慈愛会 今村病院 地域 鹿児島県  
バージョン 4.0 受審種別 一般病院 (100床以上200床未満)

訪問日 2003/03/10 特別審査委員会開催日 2003/06/06 評価委員会開催日(認定日) 2003/06/16

前回認定日 1998/02/03 更新

認定結果 条件付認定 有効期間 3ヶ月 2003/04/02

付記事項 有 2003/02/08 ~ 2003/01/01

ケアプロセス担当

出力日 2003/10

評点2以下の項目  
審査結果報告書  
報告書貸し出しに付いて

改善要望 / 留意事項  
製本・発送チェックリスト

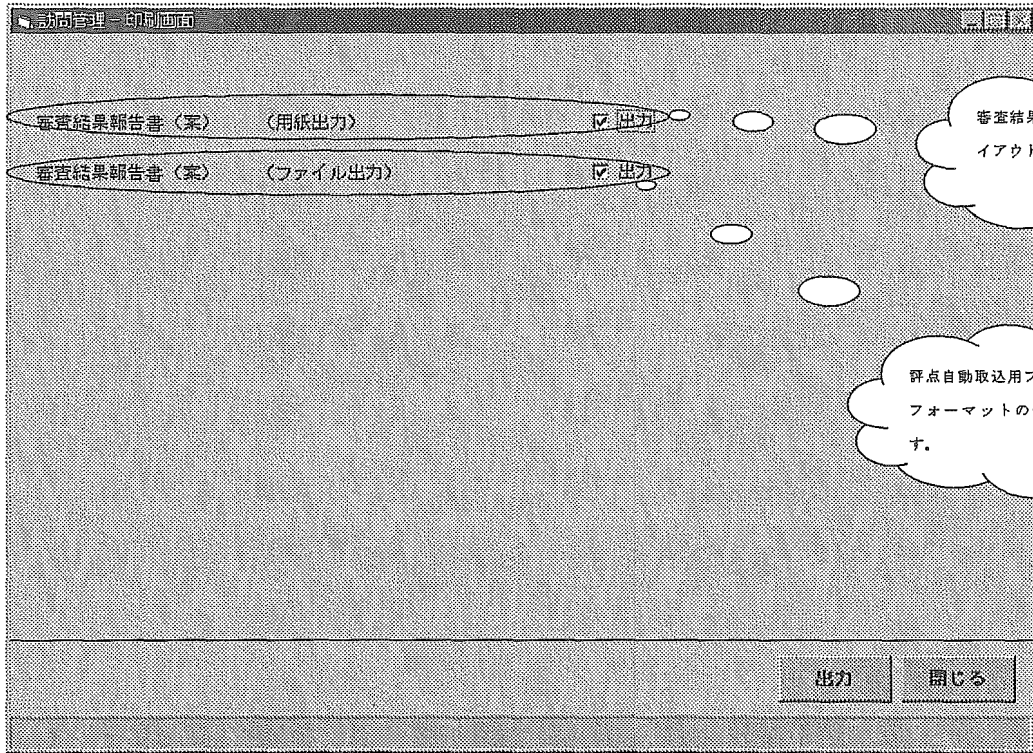
印刷

備考 閉じる

評点自動取込処理を変更し  
ます。

[新病院評価システム]-[画面設計書] [6/13]

5. 評点入力-印刷画面

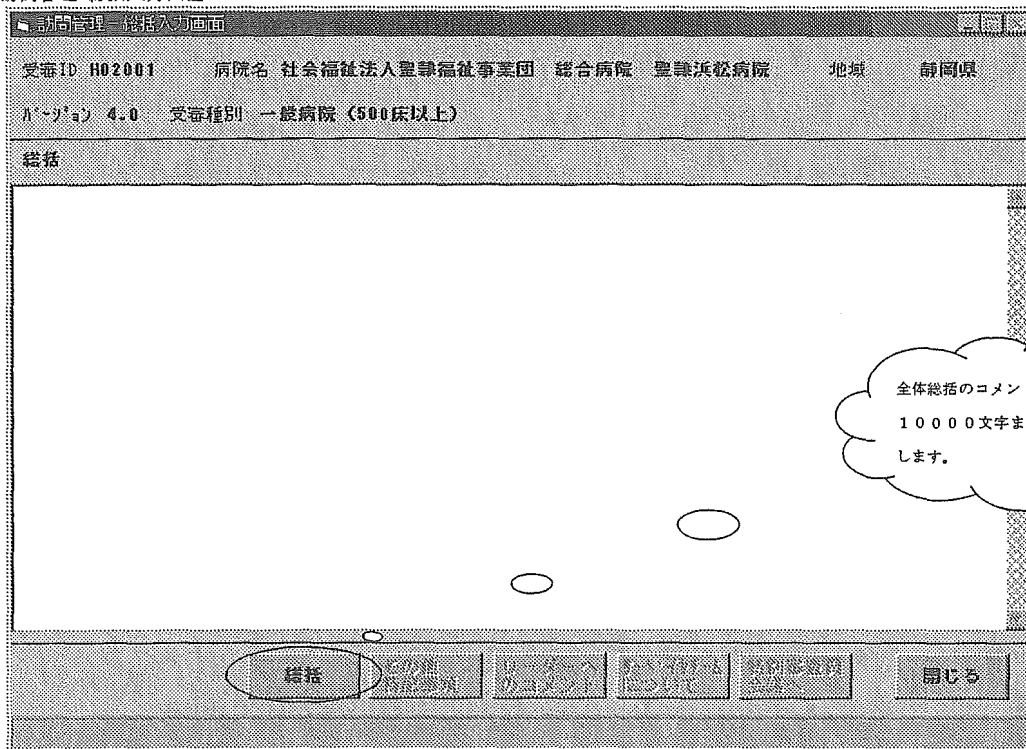


審査結果報告書(案)の横票レイアウトを変更します。

評点自動取込用ファイルの出力フォーマットの変更を行います。

[新病院評価システム]-[画面設計書] [7/13]

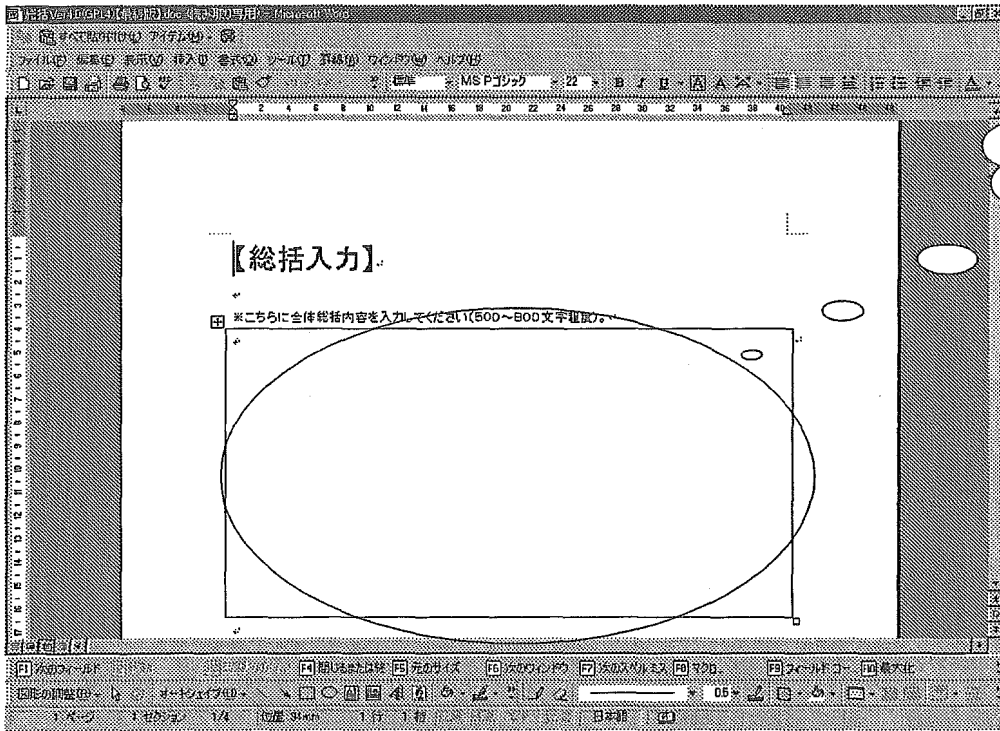
6. 訪問管理-総括入力画面



全体総括のコメントを10000文字まで入力可能とします。

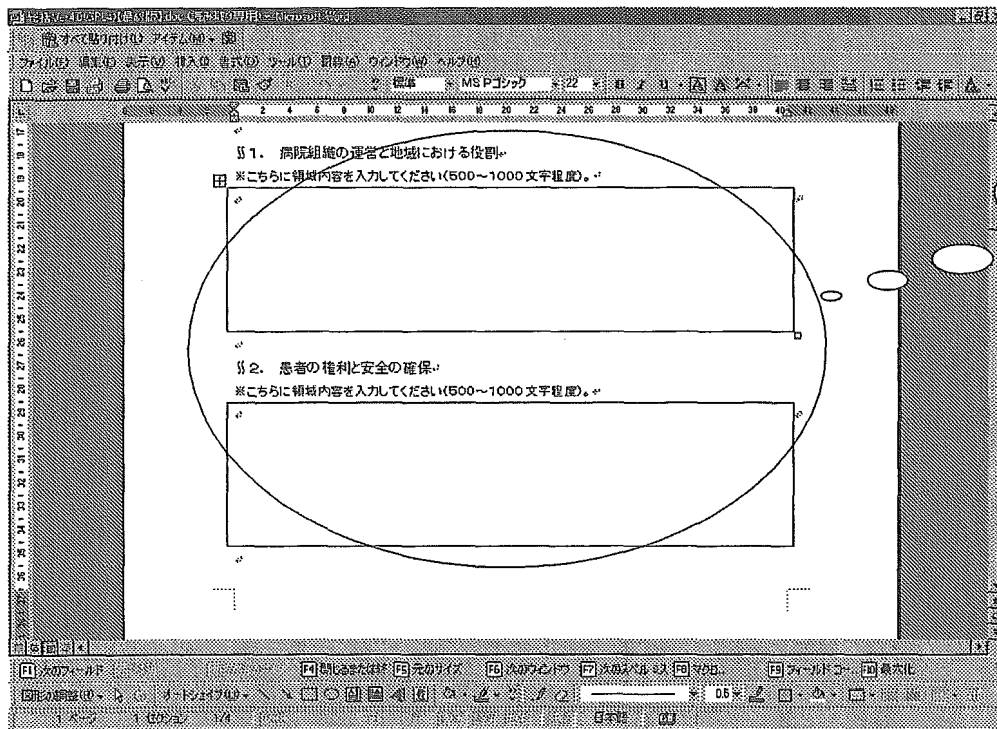


9. ファイル「評点自動取込用ファイル」

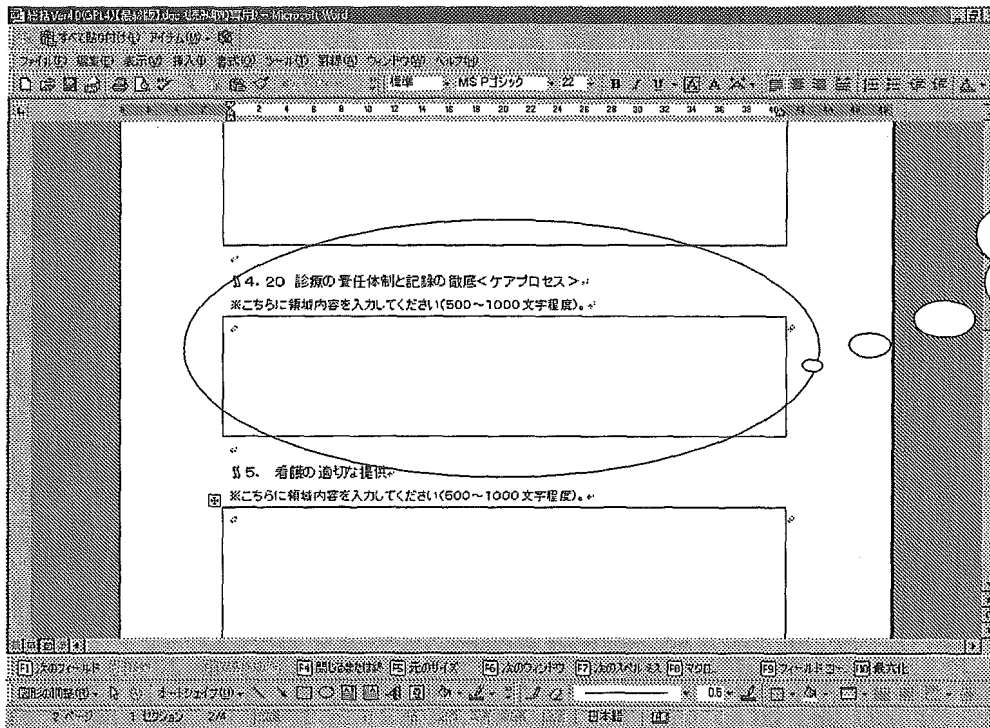


全体総括のコメントを入力可能にします。

【新病院評価システム】-【画面設計書】 [11/13]



章単位のコメントを入力可能にします。



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

平成17年3月

 **株式会社 三菱総合研究所**



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 目次

ア	分析の視点	103
イ	分析結果	105
(9)	診療録管理	118
ア	分析の前提	118
イ	分析結果	120
(10)	医療安全管理	123
ア	分析の視点	124
イ	分析結果	125
4	まとめと今後の課題	138

1	研究目的	1
2	研究方法	2
(1)	分析方法	2
(2)	データセット	7
3	研究結果	8
(0)	第1段階の作業仮説の検証結果	8
(1)	病院のガバナンスと経営管理	13
ア	分析の視点	14
イ	分析結果	16
(2)	職員体制	28
ア	分析の前提	28
イ	分析結果	30
(3)	院外連携	35
ア	分析の視点	35
イ	分析結果	37
(4)	施設・設備	46
ア	分析の視点	46
イ	分析結果	48
(5)	薬剤	63
ア	分析の前提	63
イ	分析結果	65
(6)	手術・麻酔	72
ア	分析の視点	72
イ	分析結果	74
(7)	病理	89
ア	分析の視点	89
イ	分析結果	91
(8)	感染管理	103

## 1 研究目的

貴財団では、発足以来病院機能評価を実施してきており、認定医療機関数も約 2,000 病院となっている。

この認定審査業務の実施においては、病院の基本情報、活動状況を踏まえて認定審査を行っており、膨大なデータの蓄積がなされているが、日常の認定審査において、サーベイヤーによる調査日程調整、審査会運営などの業務量が多いため、これらの蓄積データについて有効な活用が充分なされていないといえない。

本業務は、上記の問題意識を踏まえて、貴財団の実施したこれまでの認定審査データの解析を行うことにより、

- ① 質の向上等にかかわる要因分析を行い、医療機関の実施すべき方向性を検討する
- ② スコアリング・ガイドラインとの関連を検討し、審査の際のサーベイヤーの判断材料となるデータを提供する
- ③ 評価結果の精度や項目間の整合を確認する

ことを目的とした調査研究の第 1 年度目の調査として実施するものである。

## 2 研究方法

### (1) 分析方法

分析に際しては、評価項目、調査項目を以下の 10 領域に整理し、領域ごとに作業仮説を設定した。これら作業仮説の検証を行い、仮説が棄却された場合には新たな仮説を検討し、再度検証を行った。

分析領域の設定

〇病院のガバナンスと経営管理 〇職員体制 〇院外連携 〇施設・設備 〇感染管理 〇病理 〇手術・麻酔 〇診療録管理 〇薬剤 〇医療安全管理
--

第 1 段階として、サーベイヤーの議論を踏まえて作業仮説を設定した。この作業仮説に従い、変数間の相関係数を算出することで関係性の強弱について検討した。

図表 1 サーベイヤーの議論を踏まえて設定された作業仮説

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段：被説明変数、下段：説明変数)
① 病院のガバナンスと経営管理	管理者のリーダーシップが高ければ診療実績を取りまどめて質向上に活用している	4.3.1.1 (診療実績の取りまどめ) 1.3.2.1 (質向上に関する管理者の指導力)
	研修にお金をかけていけば 1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修の実施) の評点は高い	1.7.1 (院外研修の活用) 1.7.2 (医師の教育研修)
	1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修) が実施されているば、4.2.3 (医師の教育・研修) も実施されている	4.2.3 (医師の教育研修) 1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修)
	1.7.1 (全職員を対象とした教育・研修) が実施されているば、5.1.1.2.4 (バスのバリエーション評価) も実施されている	5.1.1.2.4 1.7.1
		4.2.3
		1.7.1
		1.7.2
		5.1.1.2.4
		1.7.1
		1.7.1

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段: 被説明変数、下段: 説明変数)
②職員体制	患者の権利に関する方針が周知されているか、患者のプライバシーも確保されている	8.5.1 (外来患者のプライバシーの確保) 3.5.2 (入院患者のプライバシーの確保) 2.2.1 (患者の権利に関する方針の周知)
	パスのバリアンス分析を行っているところはない 在院日数が短い	平均在院日数 5.11.2.4 (パスのバリアンス分析)
	医師の能力評価・貢献度評価が行われているか、医師の収益性は高い	医師一人当たり診療単価 (薬剤差を除いた医療収益+医師数) 4.2.2 (医師の能力評価・貢献度評価の実施)
	通常管理が適切に行われていれば収支はよい	医療収支率 6.2.4 (適切な経営管理)
	在庫管理・物品購入管理が適切に行われていれば収支はよい	医療収支率 材料費率 6.4.1 (適切な物品購入手続き) 6.4.2 (適切な在庫管理)
	人事考課が適切に行われていれば収支はよい	6.1.3 (適切な人事考課) 医療収支率
	人材が確保されているか、収益性は高い (どの職種を確保すれば収益が高まるか)	6.1.2 (人材の確保と就業状況の適切性) 病床 100 対麻酔医数 病床 100 対診療情報管理士数 病床 100 対 MSW 数
	若手人材が適切であれば待ち時間も少ない	3.3.3 (若手人材の適切性) 待ち時間
	臨床検査の外部サーベイに参加していれば精度管理が適切に行われている	4.5.2.4 (適切な精度管理) 外部サーベイ参加の有無 日本医師会サーベイ参加と点数 日本臨床衛生検査技師会サーベイ参加 その他
	検査報告時間が短ければ緊急時の検査への対応が可能になる	4.5.2.3 (緊急時の検査体制) 4.22.1.3 (緊急検査・時間外検査への対応)
	看護部門の組織が整備されているか、患者の声を聞き取る	主要な血液・生化学検査の報告時間 ルーチン検査 (分) キンギョウ (分) 3.3.1 (患者の声を聞く努力) 3.3.2 (患者の声に基づく改善)
	病床管理が適切であればベッドの回転率は高い	5.1.3 (看護組織の整備) 病床利用数÷平均在院日数
	退院時サマリーが作成されているか、退院時サマリーに関する評価が高い	6.2.6 (適切な病床管理) 4.20.4.4 (退院時サマリー作成率) 退院時サマリー作成率
	放射線専門医が配置されているか、画像診断が適切に行われている	画像診断管理加算算定の有無 4.7.2.1 (画像の搬送・所見報告の手順) 1.9.3 (高機能医療検査受託)
	院外処方箋を進んでいるか、薬剤師数は少ない	放射線専門医数 (常勤、非常勤) 薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方数/院内処方数)
	薬剤師が併業を行っているか、薬剤師数は少ない	薬剤師数 (常勤、非常勤)

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段: 被説明変数、下段: 説明変数)
③院外連携	多い	病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導 薬剤師数 (常勤、非常勤) 24 時間体制
	時間外の薬剤師の対応と薬剤師数	4.13.2 (適切な薬剤管理) 4.13.2.2 (適切な薬剤指導) 患者 1 人当たり薬剤指導件数 (個人/集団、外来/入院)
	薬剤師が多いほど薬剤管理が適切に行われている	管理薬剤師 1 人当たり薬剤指導件数 (個人/集団、外来/入院) 100 床あたり管理薬剤師数 4.14.2 (適切なリハ運営)
	PT、OT、ST が多いほどリハビリが適切に行われている	100 床あたり PT 数 100 床あたり OT 数 100 床あたり ST 数 5.1.3 (看護の組織整備)
	正看護師が多いほど看護が適切に行われている	正看護師 看護士率 看護士数 (看護士連続率) 5.10.2 (看護士連続率の活用)
	看護管理が適切であれば退院率は低い	看護職員退院率 看護職員退院率 5.2.1 (働きやすさに配慮した組織づくり) 5.2.2 (効果的な看護提供のための組織づくり) 5.3.1 (看護職員の能力評価) 5.3.2 (看護職員の能力開発) 5.3.3 (看護の専門知識) 5.20.1 (看護ケア改善の取り組み) 5.20.2 (改善の成果を活かしたケアの向上)
	救急体制を整えるために各職種の当直体制が必要	救急体制 4.12.2.3 (各職種の当直体制) 当直体制 4.12.2.3 (診療各科の緊急への支援体制) 4.5.2.3 (緊急時の検査体制) 4.7.2.3 (緊急時の放射線診断体制) 4.8.3.5 (夜間・時間外の調剤体制) 4.9.1.2 (夜間・時間外の輸血対応体制) 4.10.3.2 (緊急手術の対応) 4.10.3.2 (緊急手術の対応) 5.2.2.1 (他職種との連携)
	看護と多職種との役割分担・連携により退院率を個別取り替えてできる	退院率 1.9.2 (紹介患者受け入れの適切性)、1.9.4 (患者の他施設への紹介・転院の適切性) の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い
	退院時要約を作成しているか、紹介・逆紹介率は高い	退院時要約作成率 紹介率 逆紹介率 1.9.2 1.9.4
	退院時要約を作成しているか、紹介・逆紹介率は高い	退院時要約作成率 紹介率 逆紹介率 4.20.4.4 (医師) 5.10.5.3 (看護)

スを繰り返し行い、探索的、試行錯誤的な分析を行った。

なお、分析に際しては審査項目の小項目 a, b, c を 1, 2, 3 (a = 1 がよい評価) と置き換えて数値的な分析をしている部分がある。中項目の評価 5, 4, 3, 2, 1 (5 がよい評価) とは評価の順序が異なることに留意されたい。

領域	作業仮説	分析に用いるデータ (上段: 被説明変数、下段: 説明変数)
	4.2.1.2.3 (退院後の療養方針と計画の検討)、 4.3.0.2.3 (療養継続のための診療情報提供) の評価が高ければ、紹介・逆紹介率は高い	紹介率 逆紹介率 1.9.2 1.9.4 4.2.1.2.3 4.3.0.2.3
④施設・設備	床面積が大きければ、アメニティスペースが 確保できる	3.7.1.1.4 (患者がつらがるスペース) 3.7.2.4 (休養空間の種類) 1床あたり病棟面積 1床あたり病室面積
	高さ調節ベッドが多ければ、3.7.4.1 (患者の 状態に応じたベッド調節) の評価が高い	3.7.4.1 1床あたり高さ調節ベッド数 1床あたり傾斜調節ベッド数
	高さ調節ベッドが多ければ、2.4.1.3 (安全の ための事前対策) の評価が高い	2.4.1.3 1床あたり高さ調節ベッド数 1床あたり傾斜調節ベッド数
	病院の業率や除霊所の有無が看護職員の退 職率に影響する	看護職員退職率 病院業率 除霊所の有無
⑤感染管理	—	—
⑥清理	清理部門が充足していれば 4.1.1.1 (機能に見 合った医師・職員の採用) の評価は高い	4.1.1.1 4.6.1.1 (病棟医) 4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ) 4.10.1.2 (麻酔医)
	設置主体、病院属性により清理部門の充足率 は異なる	病床 100 対麻酔医、病棟医、診療情報管理士、ケ アーカー人数 開設主体、病棟、種別、臨床研修医
⑦手術・麻酔	麻酔、手術部門が充足していれば 4.1.1.1 (機 能に見合った医師・職員の採用) の評価は高 い	4.1.1.1 4.6.1.1 (病棟医) 4.10.1.1 (手術・麻酔部門の組織体制の明確さ) 4.10.1.2 (麻酔医)
	設置主体、病院属性により麻酔、手術部門の 充足率は異なる	病床 100 対麻酔医、病棟医、診療情報管理士、ケ アーカー人数 開設主体、病棟、種別、臨床研修医
⑧診療録管理	—	—
⑨薬剤	院外処方が進んでいけば薬剤師数は少ない	薬剤師数 (常勤、非常勤) 院外処方割合 (外来院外処方薬剤数 / (外来院外 + 外来院内))
	薬剤師が精確業務を行っていれば薬剤師数は 多い	薬剤師数 (常勤、非常勤) 病棟担当薬剤師の有無 服薬管理指導・薬剤管理指導 薬剤師数 (常勤、非常勤) 24 時間体制
⑩医療安全	—	—

仮説の妥当性が確認されなかった場合には新たな仮説を検討し検証を行うというプロセス