

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 職種による優先順位として、①放射線技師②検査技師③薬剤師の順で当直体制が望ましい。 ○ 救急告示している病院では、最低限、救急対応の医師1名、看護師1名が配置されていることが必要である。 ○ 自院に通院中の患者の急変時や退院後の急変による救急来院などを想定すると、救急機能にNA(非該当)はない。したがって水準4は病院として最低限の機能である。 ○ 専門で高次救急を行っている場合水準2とする。 (診療科の告示に関係なく「救急役割判断フローチャート」に則して当てはめる。) ○ 告示診療科の内容に応じて医師を配置する
--	--	--

5. 感染管理

(5-1) 病院感染に関する情報の分析・評価について

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
2.6.2.2	自院の病院感染に関する情報を分析・評価している	<p>a.(1)病院機能や規模に応じて、主要な病院感染率を把握している</p> <p>b.</p> <p>c.感染症例数も把握していない</p> <p>⇒◇手術部位感染率、ICU などの血流感染、尿路感染、肺炎感染率など包括的サーベイランス・焦点を定めたサーベイランス・目的別サーベイランスの実施状況についてもたずねる</p> <p>◇MRSA 感染症例数のみの報告だけでは不十分である</p>	<p>○ MRSA のみであっても発生率が算出されその評価・検討がなされていれば「b」と判定する。</p> <p>○ MRSA の状況把握のみの場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 「主要な病院感染率」については、自院で必要なデータを検討し、実施することが望ましい。</p>

(5-2) 中央材料室の洗浄・滅菌業務について

4.10.1.2	<p>洗浄・滅菌業務に必要な施設・設備・機器が整備されている</p>	<p>a.(1)必要な滅菌設備がある</p> <p>(2)保守・点検が定期的に行われ、記録されている</p> <p>(3)滅菌された物品は清潔区域に保管されている</p> <p>(4)滅菌された物品は、清潔なカート・覆いを用いて搬送され、適切に保管されている</p> <p>(5)汚染された物品の搬入と、滅菌された物品の搬出、保管の経路が交差していない</p> <p>(6)エチレンオキシドガス滅菌を実施している場合は、</p>	<p>○ 中材業務外注の場合、汚染物と既滅菌物の置き場が同室（上下、左右に棚が並んでいるなど）であっても厳しく言及する必要はない。ただし職員への意識付けが十分であるかどうかに配慮する。</p> <p>○ 汚染物と既滅菌物の搬入経路が交差している場合、手術室の評価に準じて、交差している状況だけを持って「c」判定とはしない。</p>
----------	------------------------------------	--	---

	定められた基準を遵守している	
4.10.2.1	<p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)(6)のうち一つでも満たさない</p> <p>a.(1)病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている</p> <p>(2)高圧蒸気滅菌の場合、物理的インディケータは常時モニターされ、記録されている</p> <p>(3)化学的インディケータは毎回パックの内側と外側に使用され、使用者側にわかるようになっている</p> <p>(4)高圧蒸気滅菌およびエチレンオキシドガス滅菌には、生物学的インディケータが週に1回以上使用され、記録されている</p> <p>(5)洗浄・滅菌過程に異常が発生した場合のリコールの規程がある</p> <p>(6)時間外・休日の手順が確立している</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)(4)のうち一つでも満たさない</p>	<p>○ 化学的インジケータについては、パックの内側に使用されることが必要である。</p> <p>○ 生物学インジケータは週1回の使用が必要である。</p> <p>○ 使用場所で一次洗浄を行っているが、飛散しない環境で十分プロテクトした状態で適切に行っている場合には「b」と判定する。</p> <p>○ 使用場所で一次洗浄を行っているが、感染が拡大する可能性があり、むやみに行っている場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 使用場所で一次洗浄を行わない場合は、中材への搬送時の飛散等への配慮が必要である。</p>

(5-3) 内視鏡室の感染対策について

4.18.3.4	<p>内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている</p>	<p>a.(1)内視鏡室の清潔管理に関する規程がある</p> <p>(2)標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している</p> <p>(3)検査終了の度に内視鏡の洗浄・消毒を行っている</p> <p>○ 内視鏡室内に防護具の用意がない場合は「c」と判定する。</p>
----------	--	--

		<p>(4)適切な洗浄装置が備えられている</p> <p>(5)グルタラールなどを使用している場合は、ゴーグル・防毒マスクなどの防具が整備されている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇内視鏡の実施件数に見合ったファイバースコープの台数が確保されていることも確認する</p> <p>◇ファイバー部分だけでなく、水入れや生検鉗子・ブラシなど種々の処置具の洗浄・消毒も確認する</p>
--	--	--

(5-4) 病棟における感染対策について

5.6.1.2	<p>手袋・防護具・ガウンを適切に着用している</p>	<p>a.(1)血液・体液・排泄物などに触れる可能性があるときには手袋を着用している</p> <p>(2)血液・体液が飛散する可能性があるときには、手袋のほかガウンや防護具(マスク、ゴーグル、フェースシールドなど)を着用している</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のすべてを満たさない</p>	<p>○ 採血時に手袋を着用しており、患者ごとに手袋を交換している場合「a」と判定する。</p> <p>○ 採血時に手袋を着用していない場合「c」と判定する。</p> <p>○ 採血時に手袋を着用しているが、患者ごとに手袋を交換しておらず連続して複数の患者に使用している場合は「c」と判定する。</p> <p>○ ゴーグル、ガウンについては着用していないからといって一概に「c」判定とはしない。</p>
5.6.1.5	<p>針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している</p>	<p>a.(1)感染性廃棄物容器が安全な状態で使用されている</p> <p>(2)リキヤップした針が廃棄容器内には見られない</p>	<p>○ ミキシング等を使用した針をリキヤップするころとは、安全文化の視点からは望ましくない。リキヤップしている理由を確認のうえ、患者に未使用</p>

		<p>る</p>	<p>のものであれば「c」にはしない</p>
	<p>(3) 針刺し防止機能を有した安全な器具が使用されている</p> <p>(4) 針刺し後の連絡体制、および発症予防策を講ずる体制が確立している</p> <p>(5) 血液・体液に触れる恐れのある職員(少なくとも医師・看護師・検査技師)には HBV ワクチン接種を行っている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のうち一つでも満たさない</p>		

(5-5) 感染性廃棄物の処理について

<p>5.8.1.2</p>	<p>廃棄物の処理が適切である</p>	<p>a.(1) 責任者が明確である</p> <p>(2) マニュアルが整備されている</p> <p>(3) 分別が適切である</p> <p>(4) 感染性廃棄物の容器にはバイオハザードマークが貼付されている</p> <p>b.</p> <p>c.(3)(4)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇病棟・ナースステーション内の感染性廃棄物の処理状況を確認する</p> <p>◇清潔な場所に置かれていないかについても確認する</p>	<p>○ オムツを廃棄する際は、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」および病院規程に沿って評価する。</p> <p>○ 病棟などで感染性廃棄物を保管する場合、関係者以外が自由に立ち入れない(自発的に患者が入る場所でない)ことが重要である。表示などで注意を促すことが望ましく、必ずしも鍵管理までを求めるとは必要はない。</p> <p>○ ナースステーションで発生した廃棄物の一時保管が常態的に汚物室等でなされていることは、密封された容器が使用されていても望ましい状態とはいえないが、保管状態については上記に準じ</p>
----------------	---------------------	--	---

6.3.4.2	<p>廃棄物の分別・梱包・表示が適切である</p>	<p>a.(1)病棟、手術室、採血室、透析室等廃棄物の発生場所での分別が適切に行われている (2)各部署で指定の容器に分別投棄され、最終保管場所まで安全に搬送されている (3)感染性廃棄物の収納函(袋)には、バイオハザードマークが付けられている (4)放射性廃棄物の管理(放射線治療後のオムツ等を含む)が適切に行われている b. c.(1)(2)(3)(4)のうち一つでも満たさない ⇒◇特に発生場所から最終保管場所への搬送途中での感染性廃棄物回収容器の詰め替えは、取り扱い者の感染の可能性や環境汚染の危険性もあり好ましくない ◇外部委託職員が発生場所からの回収を行う場合には、適切な取り扱い教育が行われていることも確認し評価する</p>	<p>で判断する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 廃棄物収納容器の蓋を開けたまま運用しているだけで一律に不適切とはしない。 ○ 足踏み式容器は必ずしも必須ではない。 ○ 飛散、流出の恐れがある移し替えについては、改善が必要である。 ○ 廃棄物の飛散、流出の危険性が特にないと判断される場合は、移し替えの事実のみで不適切とは判断しない。
6.3.4.3	<p>廃棄物の保管状況が適切である</p>	<p>a.(1)最終保管場所では一般産業廃棄物と感染性廃棄物とが明確に区分されて保管され、施錠されている b. c.(1)を満たさない ⇒◇感染性廃棄物の最終保管場所は防鼠対策にも</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 最終保管場所に未使用容器を保管している場合、院内に血液等の付着した容器が運び込まれる可能性があること、および最終保管場所は「専用」とすべきことから、不適切である。 ○ 最終保管場所の囲いが網の場合、防鼠対策の配慮

	配慮されている	からは不適切である。
--	---------	------------

6. 診療録の管理

(6-1) 診療録管理部門の体制について

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
4.16.1.1	必要な人員が確保され、部門として位置付けられている	<p>a.(1)診療情報管理士またはこれに準ずる担当者が適切に配置されている</p> <p>(2)業務量に応じた職員が確保されている</p> <p>(3)診療協力部門として組織的に位置付けられ、必要な権限を有している</p> <p>b.</p> <p>c.(1)を満たさない</p> <p>⇒◇適切に配置とは年間およそ 2000 人の退院患者に 1 人を目安とする</p> <p>◇これに準ずる担当者には通信教育中の職員を含めてもよいが、その場合においても有資格者は最低 1 名必要である</p> <p>◇部門長は院長・副院長の直轄であるなどで、権限を有しているかを確認する</p> <p>◇業務委託の場合は病院の責任者が配置されている</p>	<p>○ 診療情報管理士が診療録管理部門の専任でない場合（部門の専任者が診療情報管理士でない場合）、院内の診療情報管理士が委員会などにより必要な業務に関わっていることが確認できれば「b」と判定する。</p> <p>○ 診療情報管理士が院内に 1 名もいない場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 診療情報管理士がすべて委託（派遣含む）職員である場合、管理者として病院の専従常勤職員が最低 1 人はいることが必要である。</p>

(6-2) 診療録の保管・管理方法について

4.16.2.3	合理的な保管方法が採用されている	<p>a.(1)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</p> <p>(2)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</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇入院・外来いずれもが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、あるいは退院番号等で保管されていることは適切でない</p> <p>◇入院診療録が年度別に保管され、容易に個別患者の全入院診療録が取り出せない場合は不十分である</p>	<p>○ 退院番号（ID番号とは異なる）を付番しているも、保管に用いていないければよい。</p> <p>○ 退院番号を用いて保管することは適切でない。最終退院の診療録と同一場所に保管されていたとしても、ID番号で管理するよう一本化すべきという観点から適切でない</p> <p>○ 作業のために一時的に退院番号による保管を行っている場合は不適切とは判断しない。</p>
5.7.1.4	診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる	<p>a.(1)診療録と看護記録が一冊に綴じられている</p> <p>(2)分冊になっても診療情報が共有される仕組みになっている</p> <p>b.</p> <p>c.(2)を満たさない</p> <p>⇒◇別綴である場合、情報の共有の仕方、記録の工夫などを確認する</p> <p>◇診療録と分冊になっても、看護記録・リハビリ訓練・服薬指導など各職種の記録が容易に参照できるかを確認する</p>	<p>○ カンファレンスの記録については、議事録的なものはカンファレンス記録として診療録とは別に管理したうえで、個別の診療録にはカンファレンスで検討した結果（サマリー的な内容・要点）を記載することが必要である。</p>

7. プライバイシーの確保

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
3.5.1.4	検査、処置行為が人目に触れないようになっている	<p>a.(1)検査や処置室(スペース)は個室化されているか 一テンで仕切られている (2)検査・処置行為が廊下や待合室から見えないような配慮がある</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のすべてを満たさない ⇒◇耳鼻科、眼科、歯科などの処置行為についても評価対象とする ◇採血室は入り口にカーテンなどで目隠しがあれば評価できる</p>	<p>○ 採血ブースを1人分ずつ仕切っていれば「a」と判定する。</p> <p>○ 内視鏡センターの説明ブースは仕切りがなければ「b」と判定する。</p> <p>○ 採血・検査・処置・点滴行為について、原則として廊下から見えないように配慮されていることが必要であり、全く配慮されていない場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 採血・検査・処置・点滴行為について、個室化する必要はないが、外来化学療法や救急患者の処置等の様子が廊下から見える場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 点滴注射の場合、すべての患者をカーテンで仕切ることは安全面からは適切ではないことから、個別の配慮があるかを確認する。廊下から見える場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 種類を問わず生理機能検査が廊下から見える場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 廊下からは見えないが、並んで採血するようになっている場合は、必要な状況時に配慮する手順が</p>

3.5.2.2	病室でのプライバシーについて配慮されている		<p>あるかを確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 耳鼻科・眼科・歯科のプライバシーについては、目線をさえぎる仕切りがあることが望ましい。 ○ 外来診察室のドア（スタッフ通路側）が常に開放されている状況は「a」判定とはいえない。
	病室でのプライバシーについて配慮されている	<p>a.(1)ベッドの間に十分なスペースがあり、カーテンが設置されている</p> <p>(2)更衣が安心してできる</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇廊下のドアが常時開放されており廊下から患者が見える状況は好ましくない</p> <p>◇TV モニター監視を行っている場合には患者・家族の承諾を得ている</p> <p>療養⇒◇職員の作業効率を優先し、病室のドアを開放したままで、患者のプライバシーが疎かにされる傾向がないことを確認する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 基本的には病室のドアは閉めておくほうがよいが、病室のドアを開けている場合でも一律に不適切とは判断しない。患者に断っているか、患者の希望時には閉められるか、プライバシーは確保されているか、などの配慮があれば「a」と判定する。 ○ 蓄尿器に患者の氏名が書かれている場合であっても、わざわざ見に行かなければ見えないところに蓄尿の場所があれば「a」と判定する。 ○ 蓄尿器が廊下から見える場所の場合は、衝立等があれば「a」と判定する。

8. 口頭指示

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
5.3.2.1	<p>確実な指示出し・指示受けの手順がある</p>	<p>a.(1)確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している (2)指示は医師が指示簿に記載、署名している (3)指示を確認した看護師は署名している (4)指示は転記がない、あるいは転記によるミスが発生しない仕組みがある (5)口頭指示、臨時の指示などの手順が明文化されている b. c.(1)(2)(3)のうち一つでも満たさない ⇒◇コンピュータオーダーは、パスワードなどで安全が確立していれば、自筆とみなす ◇指示の変更が迅速に正しく伝わる仕組みが確立しているかを確認する</p>	<p>○ 電話指示の場合、指示を受けた看護師による読み上げを実施していない場合は「c」と判定する。 ○ 薬の単位は「mg」や「cc」を使用するなど指示統一のルールがあれば「a」と判定する。「1アンプル」という表現は曖昧なので「b」と判定する。</p>

9. 薬剤部門

(9-1) 注射薬の調製・混合について

No	評価項目	評価判定指針 (現行)	修正意見
4.3.3.3	注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている	<p>a.(1)注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている</p> <p>(2)IVH・抗がん剤は、適切な環境下で調製を行っている</p> <p>(3)調製・混合された注射薬は短時間で配送されている</p> <p>b.</p> <p>c.薬剤師が関与していない</p> <p>⇒◇薬剤部門での実施状況を評価する</p> <p>◇薬剤師が注射薬の調製・混合を直接行っていない</p> <p>場合には、看護師への調製・混合指導や配合禁忌・注意、配合手順、管理手順等についての情報提供を積極的に行い、調製過誤の防止の努力があるか確認する</p>	<p>○ 薬剤師がほぼ抗がん剤の調製・混合を実施しているれば「a」と判定する。</p> <p>○ 薬剤師による抗がん剤の調製・混合が実施されていないなくても、薬剤師による関与があれば「b」と判定する。</p> <p>○ 薬剤師が一部でも抗がん剤の調製・混合を実施しているか確認する。</p> <p>○ 薬剤師による抗がん剤の調製・混合については薬剤師の「直接的な関与」を求める。直接的関与とは薬剤師による指導・情報提供であり、薬剤師がレクチャー・研修会を行うことなどが求められる。紙1枚程度の情報提供は不適切と評価する。</p> <p>○ 薬剤師による抗がん剤の調製・混合が0% (全く行われていない) の場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 医師が抗がん剤の調製・混合を行っている場合「a」判定とはいえない。</p> <p>○ 研修医が抗がん剤の調製・混合を業務として行うことは不適切である。ただし指導医のもとで研修の一環として行うことはやむを得ない。</p> <p>○ 薬剤師がIVHの調製・混合を全く実施していない</p>

			ければ「c」と判定する（抗がん剤に準じて評価する）。
			○ IVHはパックを使用しているかどうかを確認する。
5.5.3.2	病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている	<p>a.(1)注射薬の調製・混合場所は十分な広さがあり、清潔に管理されている</p> <p>(2)注射薬の調製・混合は薬剤師が関与している</p> <p>(3)抗がん剤やIVHについては、適切な環境で薬剤師が調製・混合している</p> <p>(4)調製・混合された注射薬は速やかに使用されている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)のいずれも満たさない（薬剤師数を勧告する）</p> <p>⇒◇作り置きがないか、周囲の環境が整理されているかを確認する</p>	<p>○ 抗がん剤の調製・混合は安全面から病棟で実施することは不適切と評価する。</p>

(9-2) 注射薬の個人別取り揃えについて

4.3.4.1	病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている	<p>a.(1)注射薬の個人別取り揃えができています</p> <p>(2)払い出し時間帯が適切である</p> <p>b.</p> <p>c.(1)を満たさない</p> <p>⇒◇薬剤部からの払出し時間は、各部署からの希望</p>	<p>○ 注射薬を個人別1回分（1施用）ごとに取り揃えている場合は「a」と判定する。</p> <p>○ 注射薬を個人別1日分ごとに取り揃えている場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 個人別取り揃えを実施していない場合は「c」と判定する。</p>
---------	------------------------	--	---

	が合議されて設定されているか確認する	判定する。 ○ ボトルだけ箱払いで、薬が個人別取り揃えである場合、ボトルに患者名が記され個人別になっていればよい。
--	--------------------	--

(9-3) 薬歴管理および服薬指導について

4.3.5.1	薬剤師による薬歴管理が行われている	a.(1)薬歴管理が行われている (2)薬歴管理の記録が診療録にファイルされ、医師・看護師に情報が共有がされている b. c.(1)を満たさない	○ 持参薬についても管理されていることを確認する。
5.5.3.3	確実・安全な処方を実施されている	a.(1)院内で統一された記載方式が守られている (2)内服処方・注射薬指示ともに薬品名、用法・用量、投与期間などを確実に記載している b. c.(2)を満たさない ⇒◇口頭指示の際の対応を確認する	○ 持参薬の内容を確認し、その扱いに関する指示も確認する。
4.3.5.2	薬剤師による服薬管理指導が行われている	a.(1)服薬指導は医師の同意に基づいている (2)薬歴管理に基づいた指導が行われている (3)服薬指導の記録(もしくは要約)が診療録にファイルされている b. c.(1)(3)のうち一つでも満たさない	○ 薬剤師による服薬指導が行われていれば「a」と判定する。この場合「5.5.3.1 患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている」も「a」と判断できる。さらに医師・看護師が関与している とよい。 ○ 薬剤師による服薬指導が全く行われていない、ま

		⇒◇服薬管理指導には、自己注射薬も含む	<p>たは極めて少ない場合は「c」と判定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 服薬管理指導は医師の「同意」があれば実施できるが、医師の「同意」が確認できることが求められる。この場合医師の署名があれば確実であるが、医師の署名がなくても何らかの方法で記録に残ればよい。 ○ 「医師が同意しない場合を除いて服薬管理指導を実施する」という方針の場合は、その内容を確認して評価する。
--	--	---------------------	--

(9-4) 副作用情報の収集について

4.3.5.6	副作用情報を把握し 検討・報告している	<p>a.(1)外来・入院で発生した副作用情報を一元的に収集する体制がある (2)副作用情報を厚生労働省に確実に報告している</p> <p>b. c.(1)を満たさない</p> <p>⇒◇確実に収集する手段をもっていることが大切である</p>	○ 副作用情報を収集する手順書があることを確認する
---------	------------------------	---	---------------------------

1 0. 症状緩和と疼痛緩和

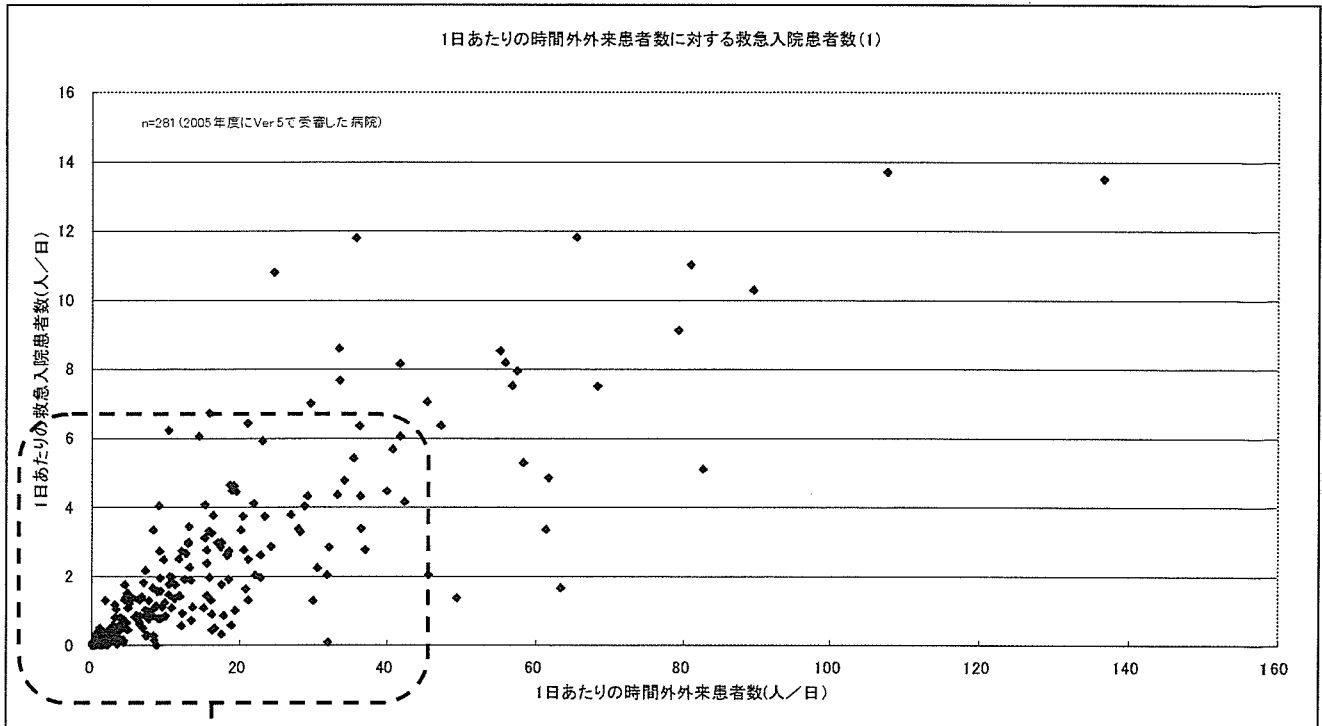
No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
5.5.9	患者にとつて苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている	精神⇒◇副作用、EPS等の症状の早期発見と対応について評価する	○ 疼痛緩和は緩和ケア病棟以外の病棟においても評価対象となる。また、疼痛緩和は症状緩和の一部である。
5.5.9.1	症状緩和が適切に実施されている	a.(1)症状緩和の適応となる基準が定められている (2)患者の訴えを客観的に評価し、適切な計画に基づいて実施されている (3)記録されている b. c.(1)(2)(3)のすべてを満たさない	○ 患者の訴える不快な症状や苦痛な症状にどのように対応しているのか、看護基準・手順等で確認する。
5.5.9.2	疼痛緩和が適切に実施されている	a.(1)疼痛緩和の適応となる基準が定められている (2)患者の訴えを客観的に評価し、適切な計画に基づいて実施されている (3)記録されている b. c.(1)(2)(3)のすべてを満たさない	○ 疼痛緩和マニュアルなどを確認する。

1.1. 情報管理機能

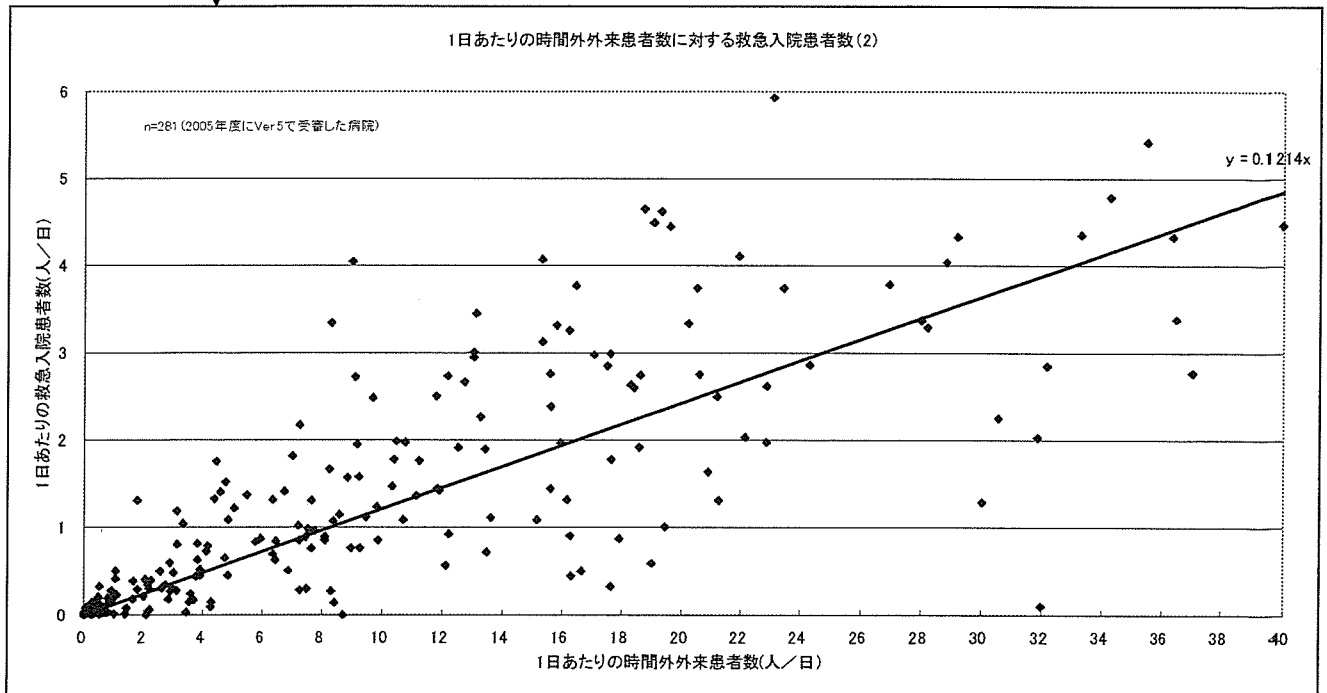
No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
1.5.1.1	情報を管理する部署または担当者がいる	a.(1)院内の情報を統合して管理する部署または担当者がいる (2)具体的に院内のデータを収集している b. c.(1)(2)のすべてを満たさない	○ ここでいう情報管理機能とは、病歴管理情報と保険請求情報を統合的に管理することをさす。 ○ 患者の診療情報を一元的に管理する部署・担当者を確認する。

(救急役割判断フローチャート)

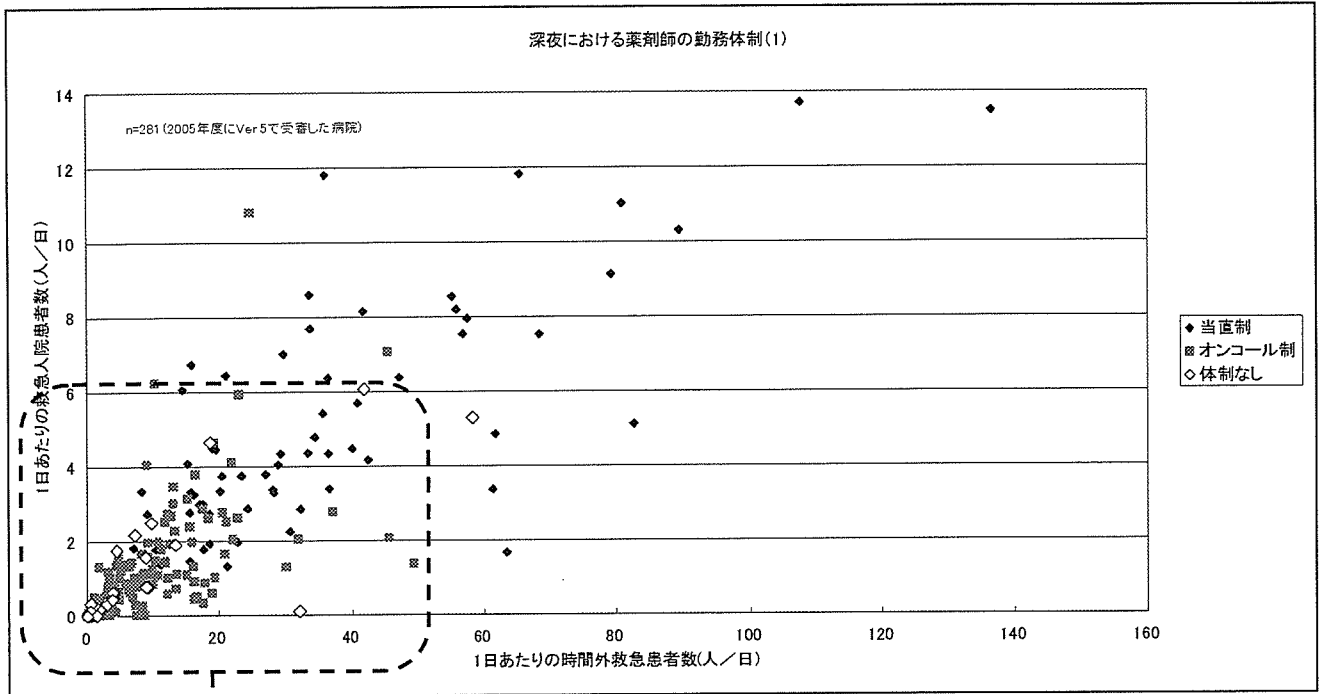
図表7-1. (救急入院患者数) × (時間外外来患者数)



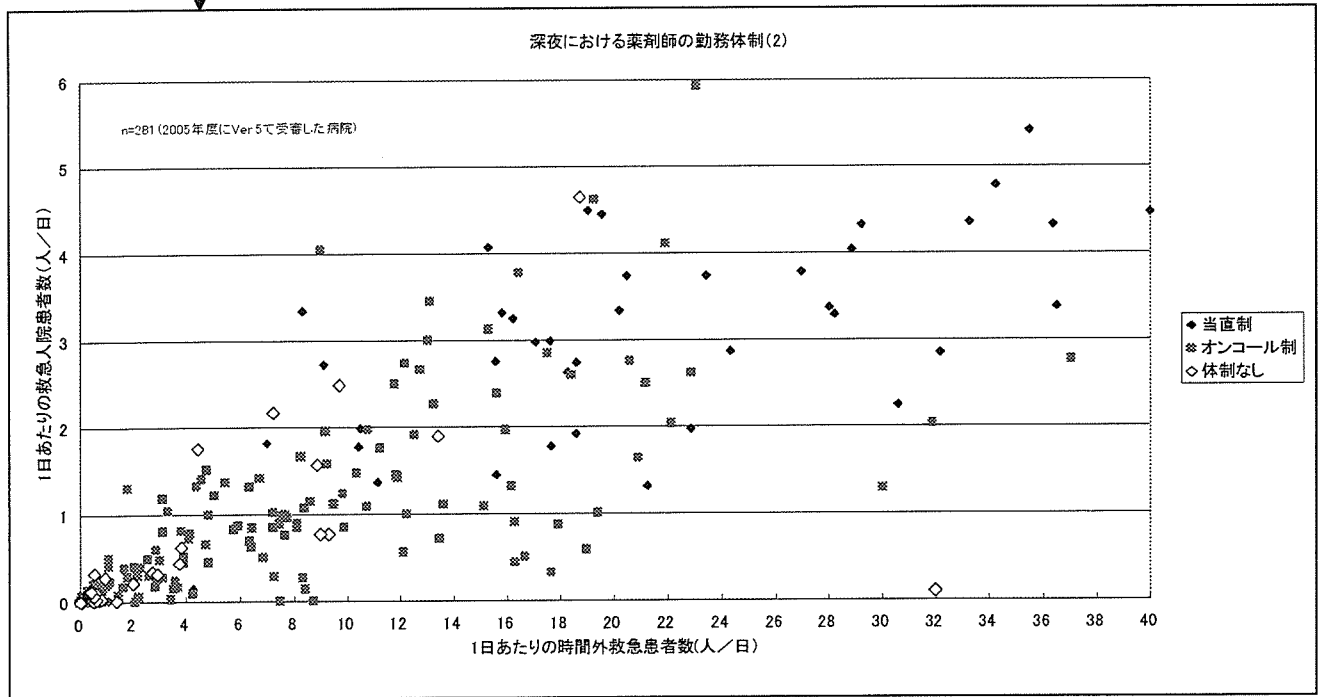
(拡大図)



図表7-2. (救急入院患者数) × (時間外外来患者数) by 薬剤師の夜間勤務体制



(拡大図)



図表 7-3. (救急入院患者数) × (時間外外来患者数) by 検査技師の夜間勤務体制

