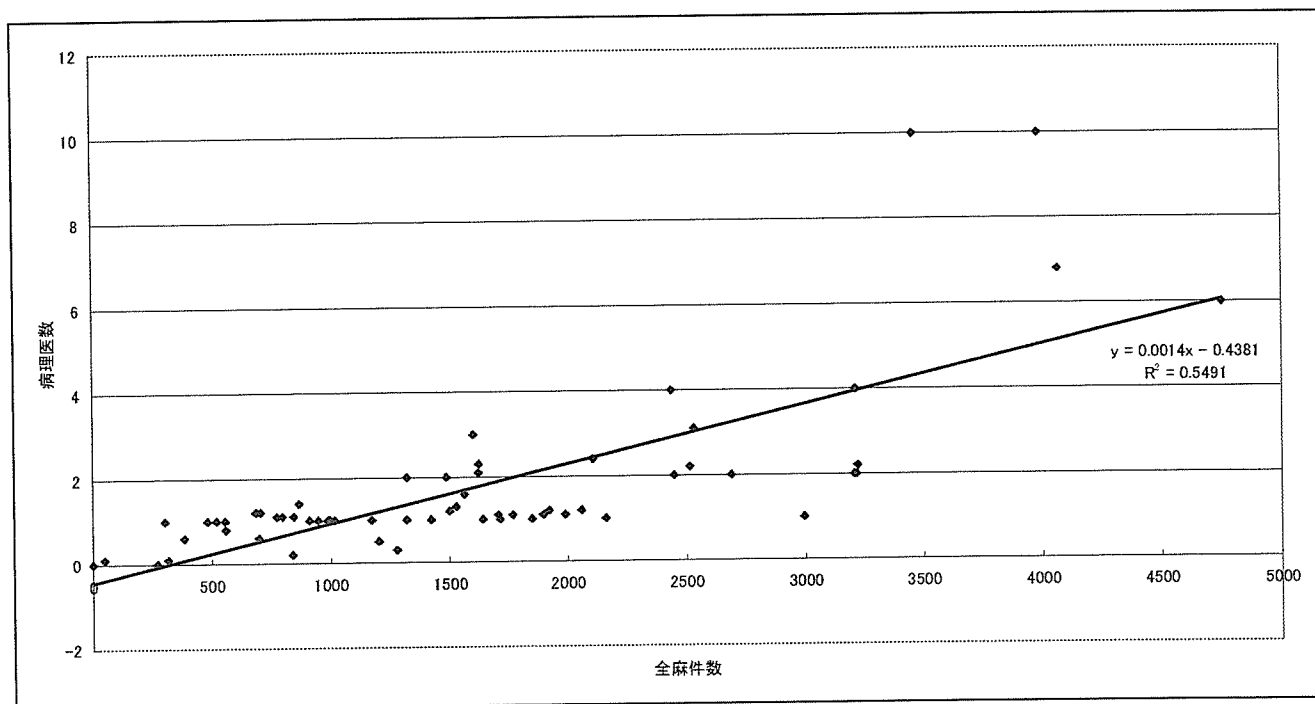
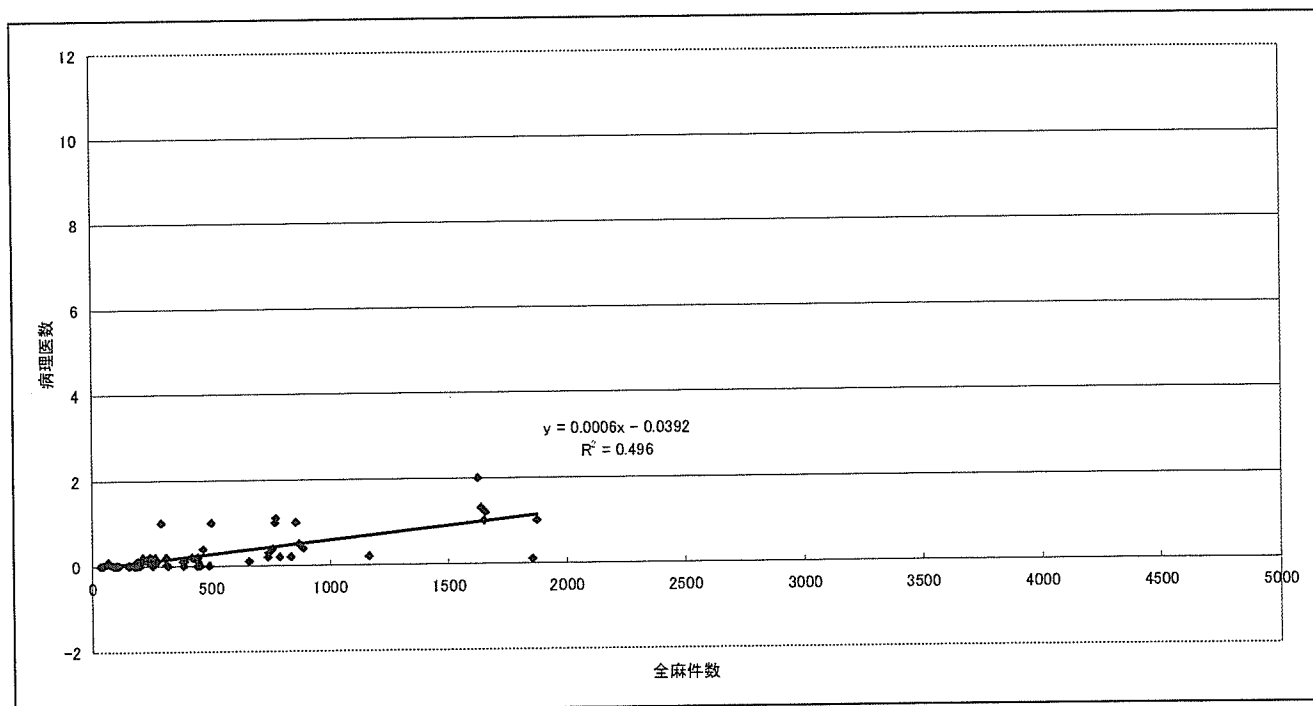


(1. 病理診断体制)

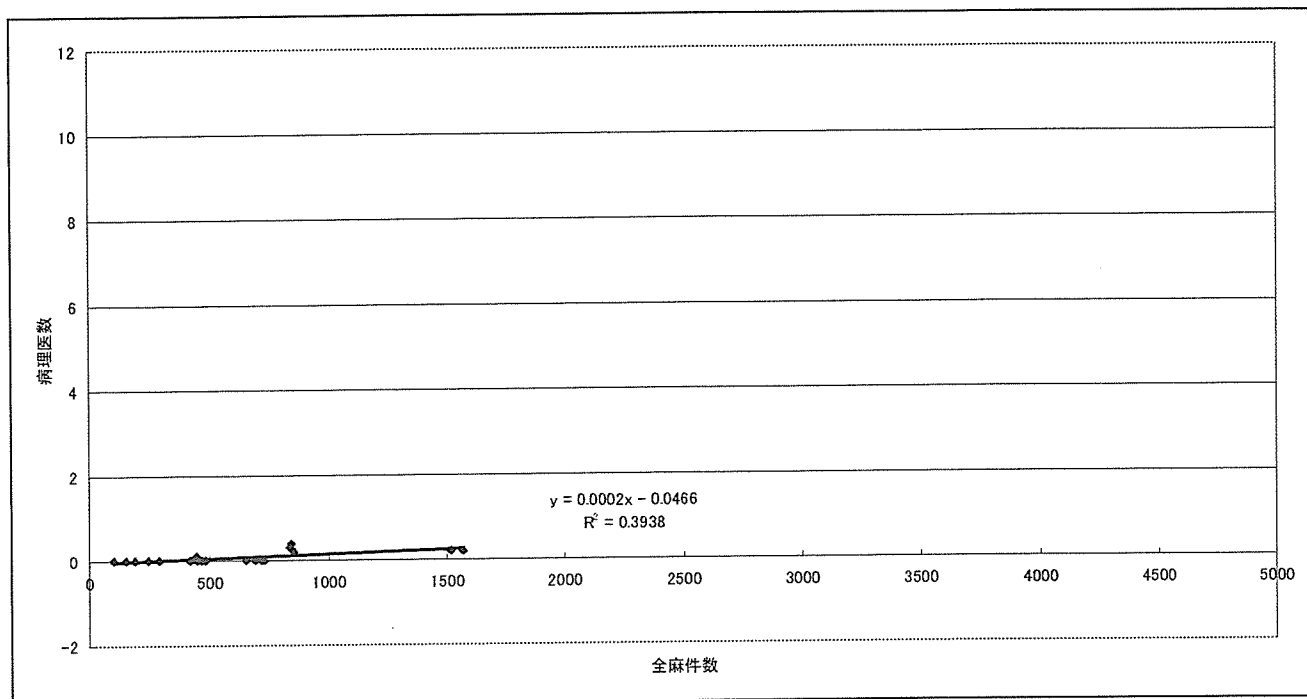
図表5-1. (病理医数) × (全身麻酔件数) by 4.5.1.1=a



図表5-2. (病理医数) × (全身麻酔件数) by 4.5.1.1=b



図表5-3. (病理医数) × (全身麻酔件数) by 4.5.1.1=c



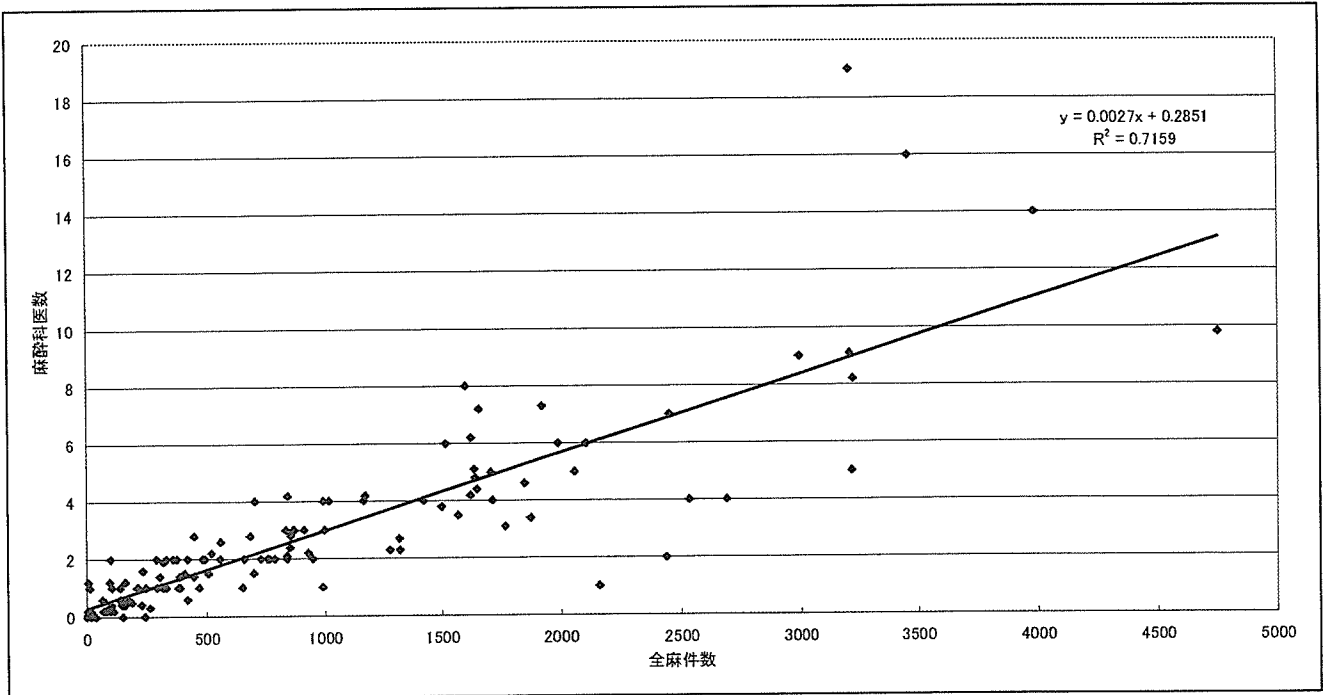
(該当評価項目)

4.5.1.1 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている

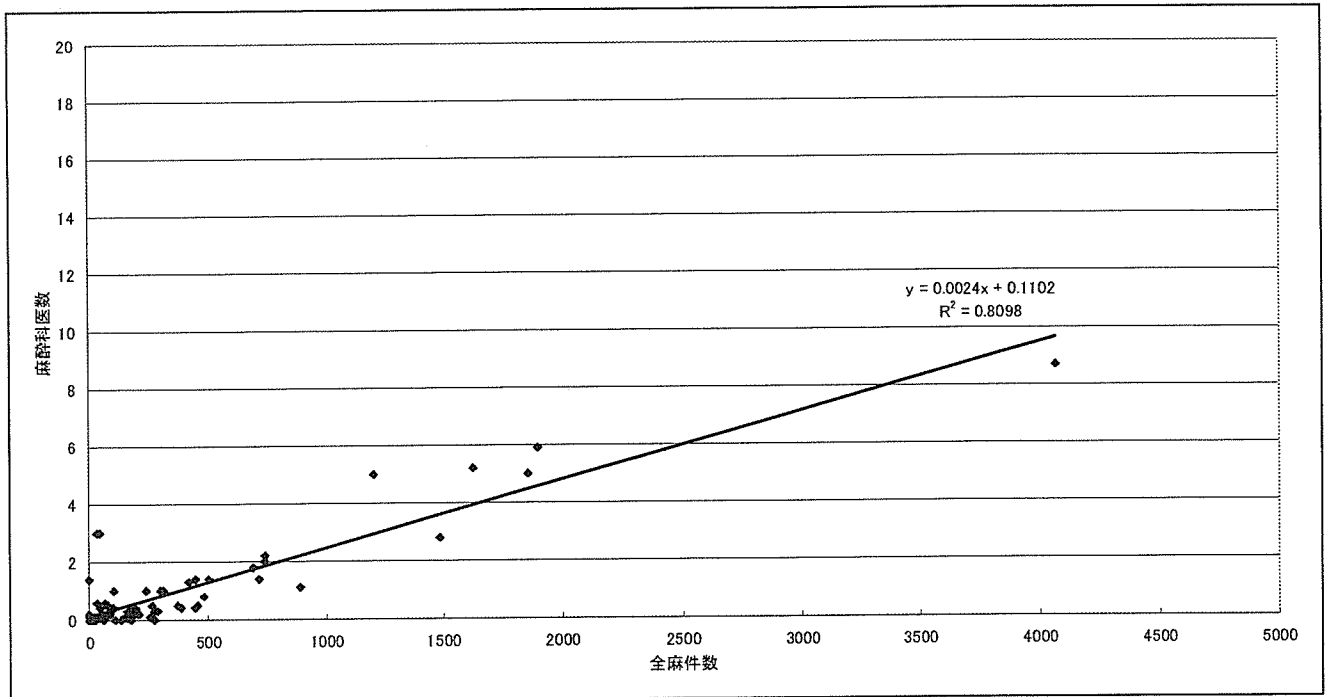
- ①必要な病理医が確保されている
- ②標本を作製する技師・細胞診スクリーナーが確保されている
- ③病理診断を実施するための施設、設備、機器が整備されている
- ④生検結果は4-5日以内で判明する

(3. 手術・麻酔部門の体制)

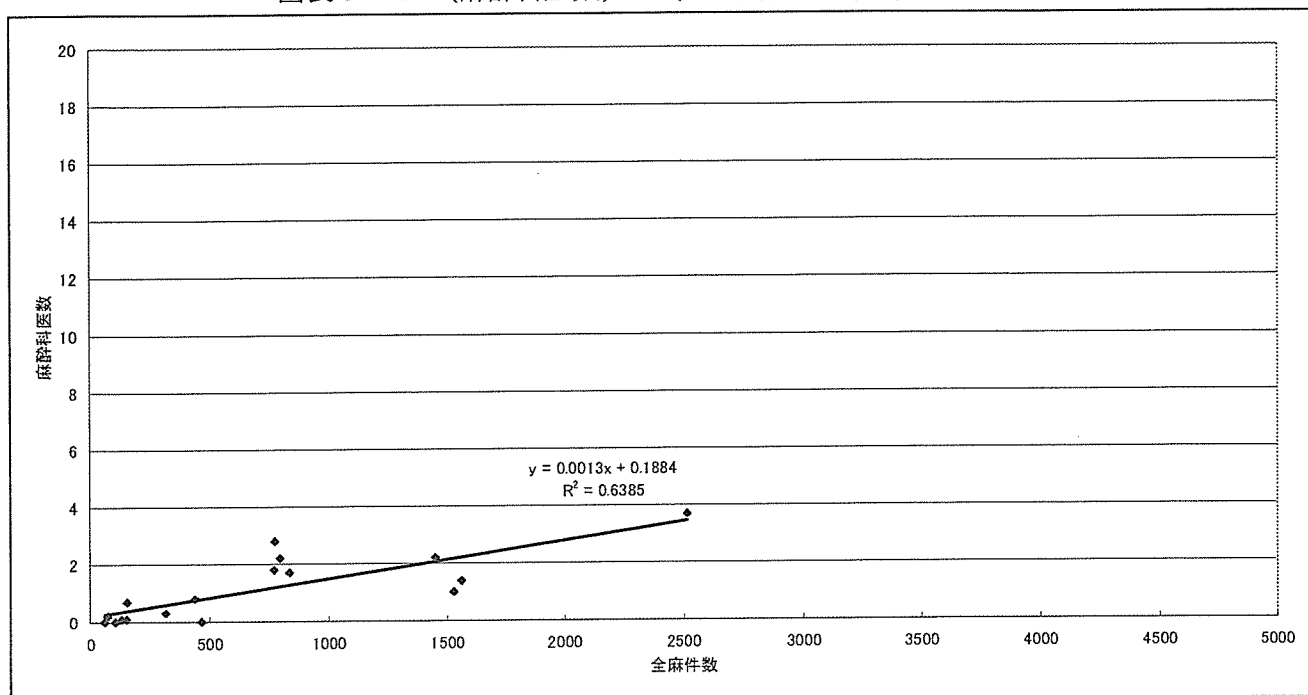
図表5-4. (麻酔科医数) × (全身麻酔件数) by 4.9.1.1=a



図表5-5. (麻酔科医数) × (全身麻酔件数) by 4.9.1.1=b



図表 5 - 6 . (麻酔科医数) × (全身麻酔件数) by 4.9.1.1=c



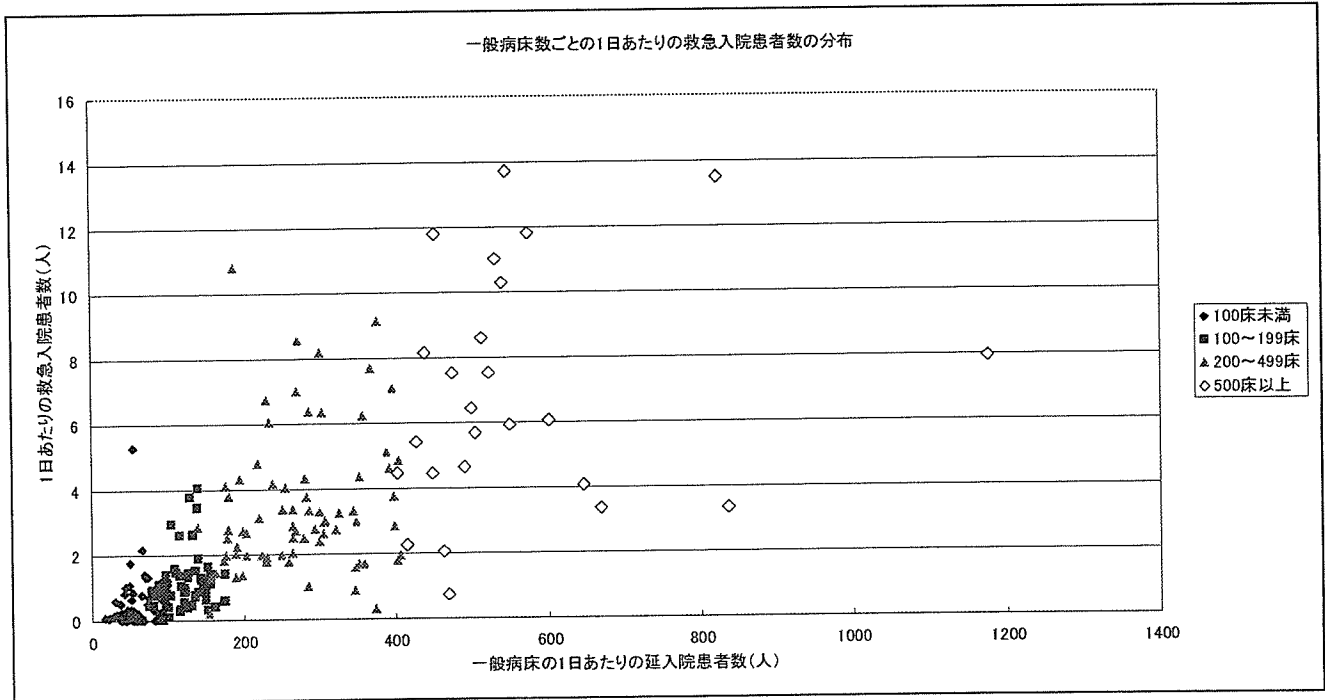
(該当評価項目)

4.9.1.1 手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている

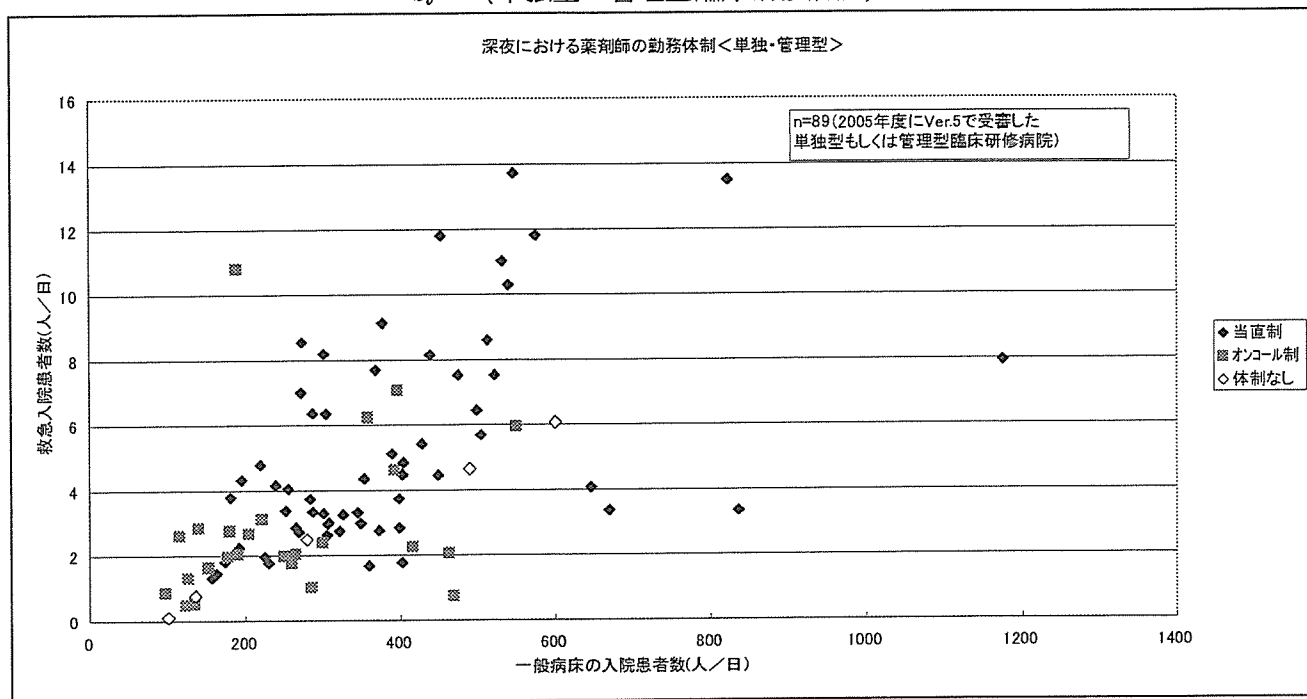
- ①手術・麻酔部門の管理責任者として常勤の専任医師がいる
- ②手術件数と手術内容に見合った麻酔科標榜医が確保されている
- ③看護の管理責任者が明確にされている
- ④緊急手術に対応できる麻酔科医が確保されている

(4. 夜間・休日の体制)

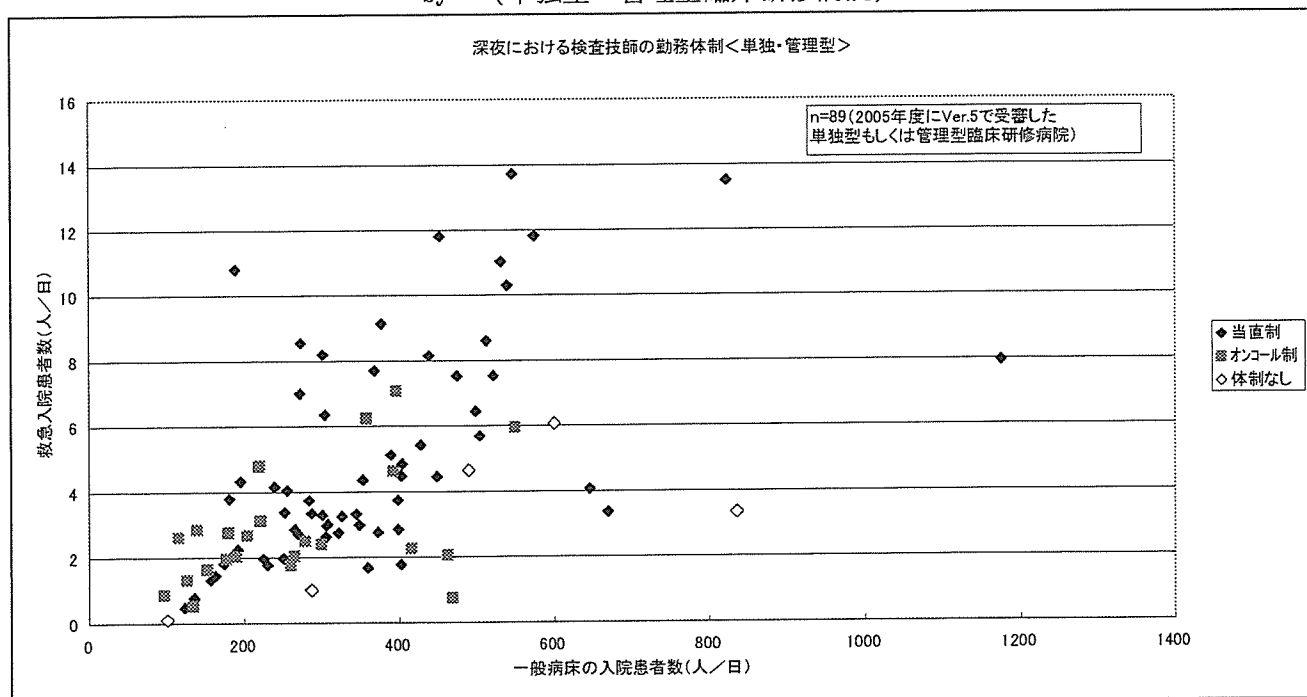
図表5-7. (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (病床規模)



図表 5 - 8 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (薬剤師の夜間勤務体制)
by (単独型・管理型臨床研修病院)

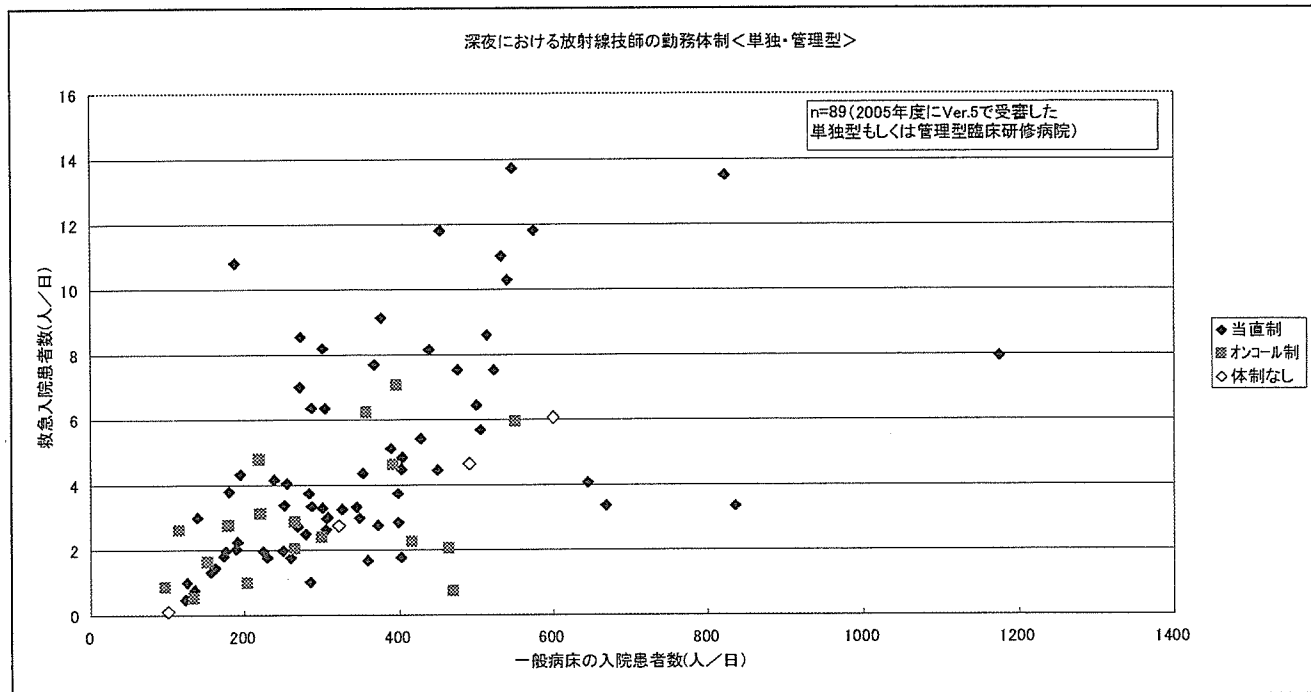


図表 5 - 9 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (検査技師の夜間勤務体制)
by (単独型・管理型臨床研修病院)

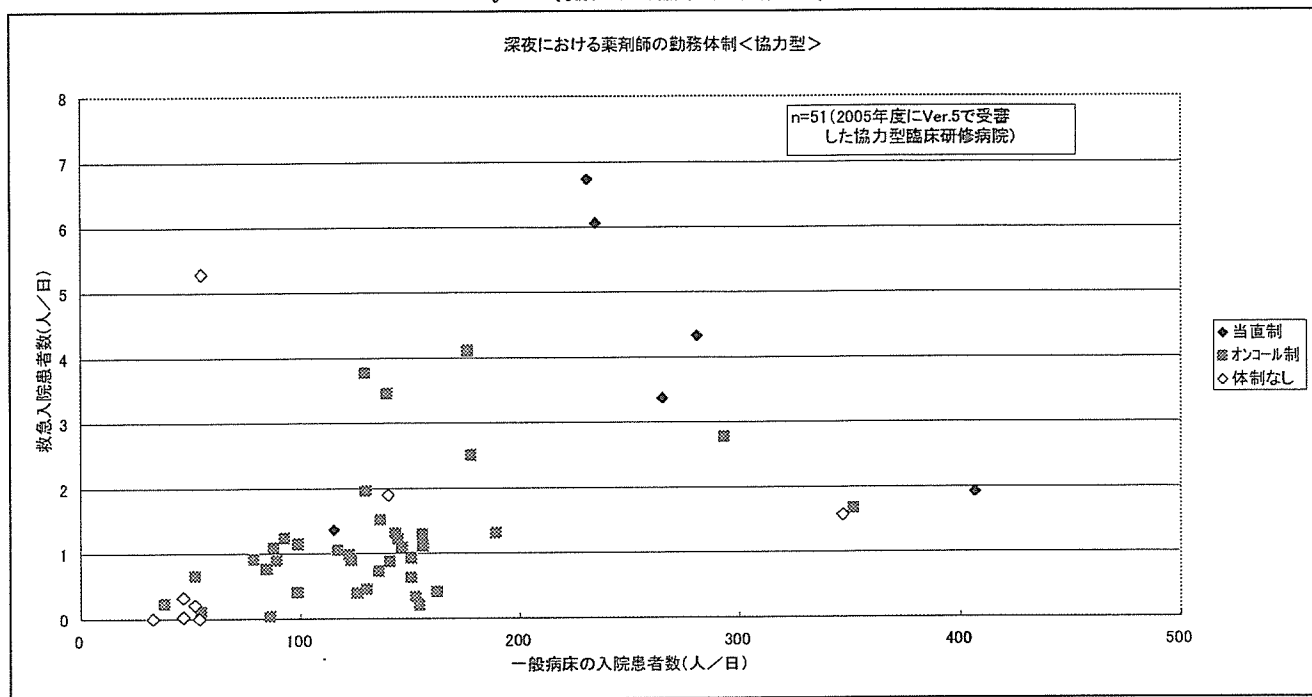


図表 5 - 1 0 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (放射線技師の夜間勤務体制)

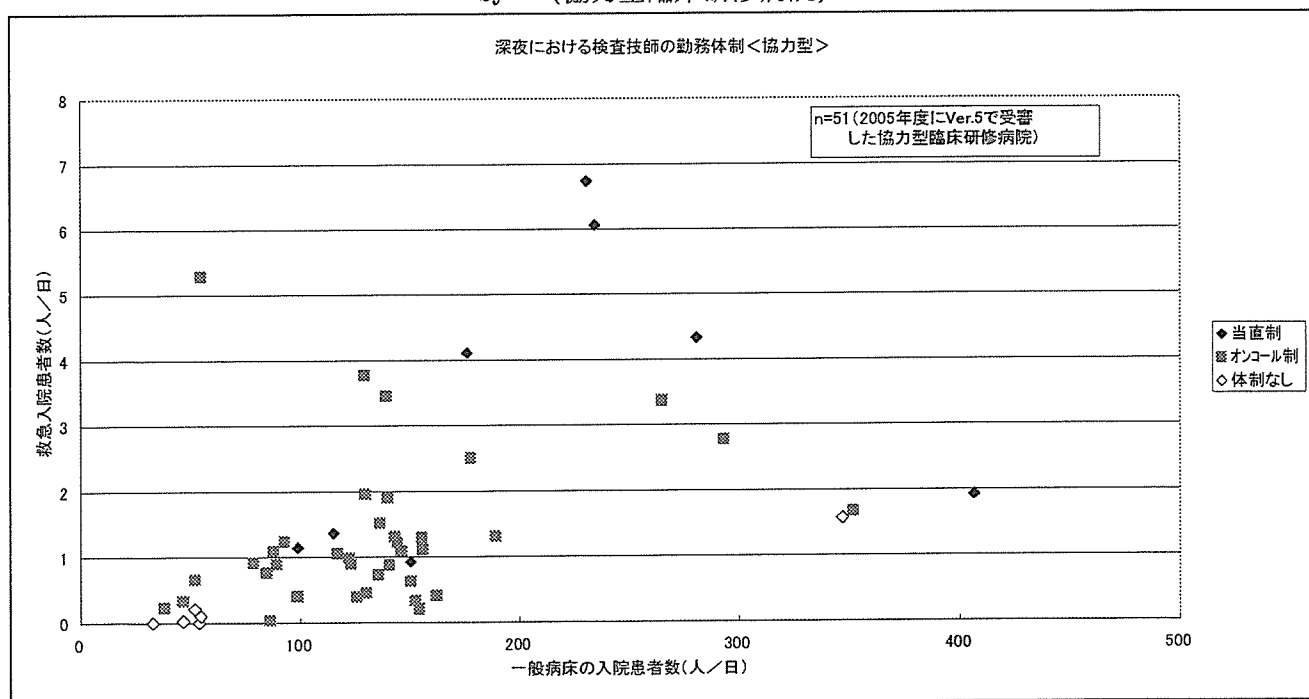
by (単独型・管理型臨床研修病院)



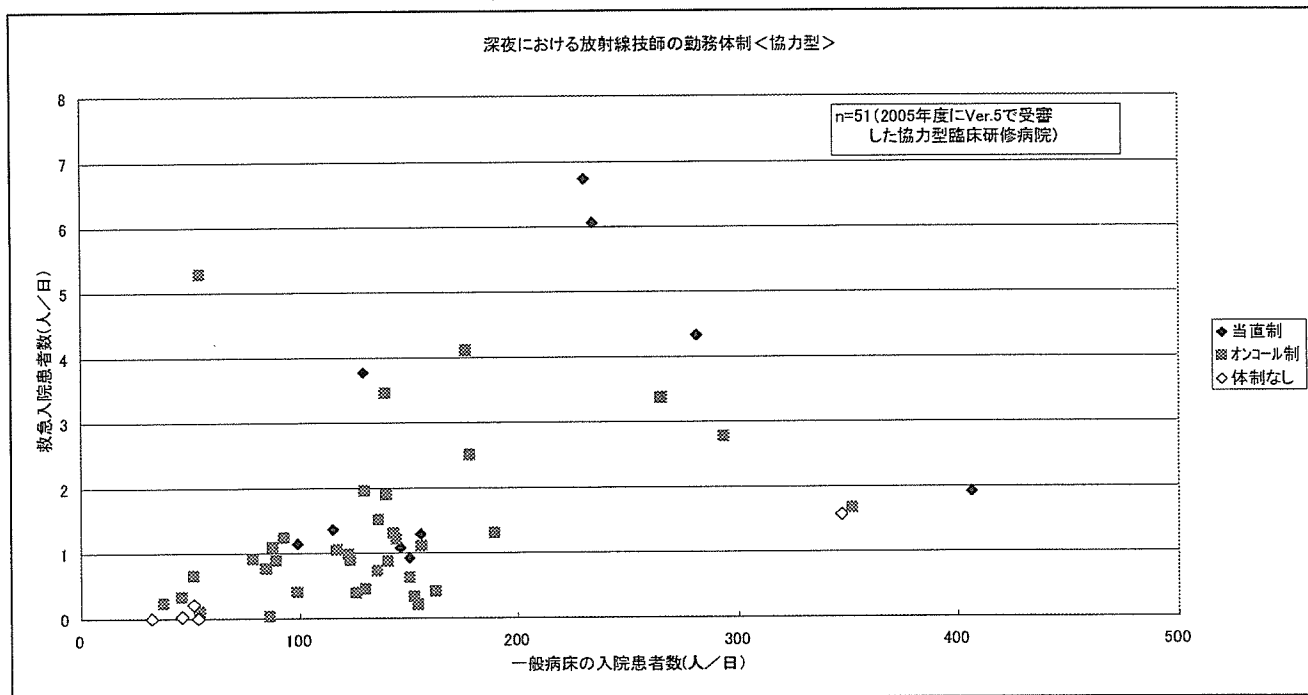
図表 5 - 1 1 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (薬剤師の夜間勤務体制)
by (協力型臨床研修病院)



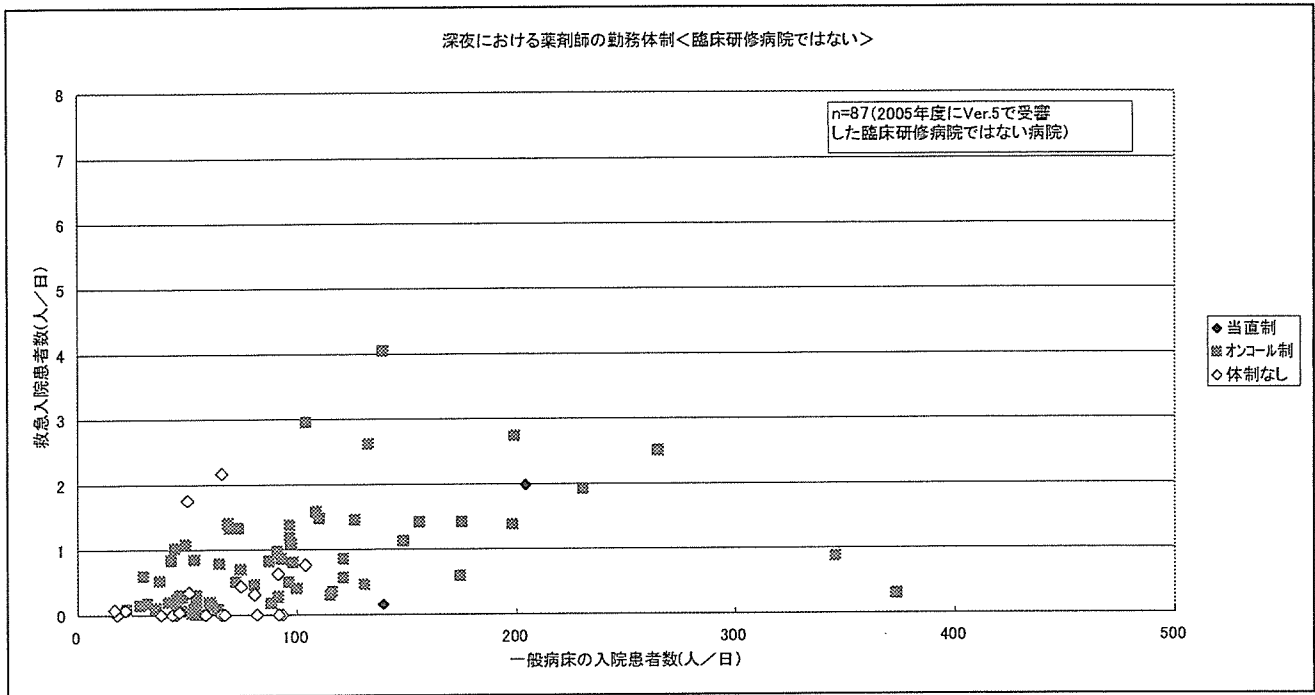
図表 5 - 1 2 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (検査技師の夜間勤務体制)
by (協力型臨床研修病院)



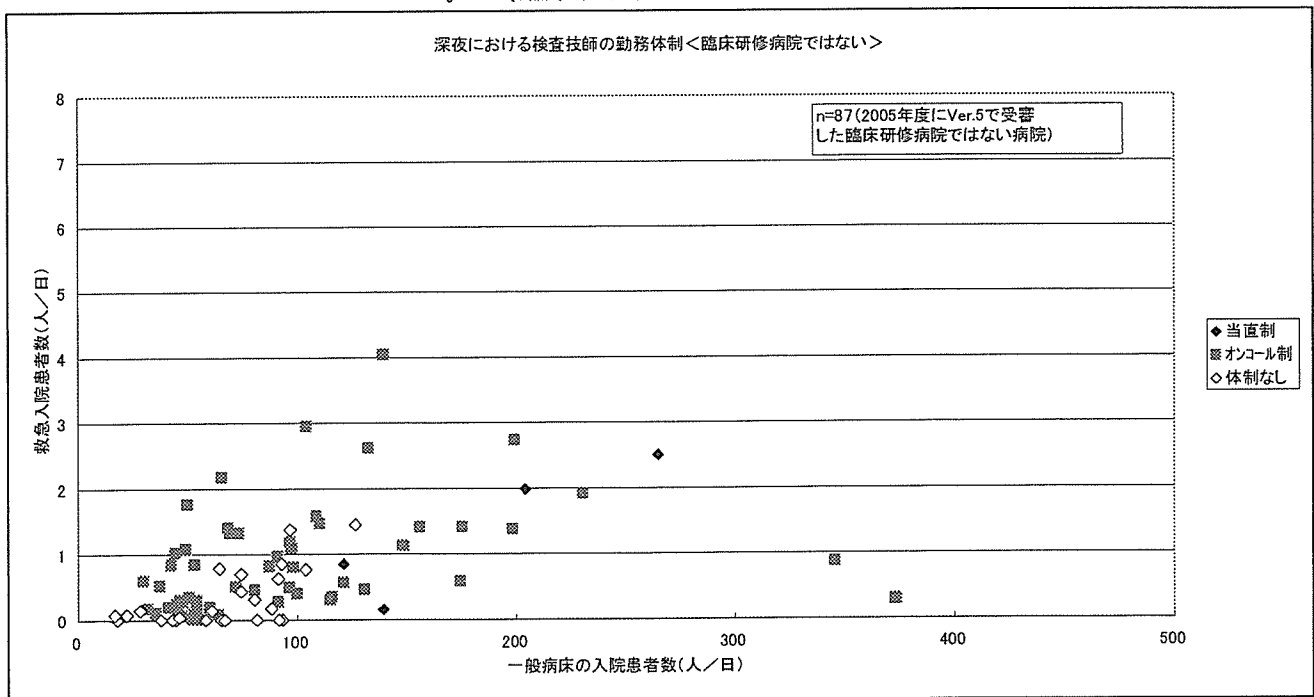
図表 5 - 1 3 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (放射線技師の夜間勤務体制)
by (協力型臨床研修病院)



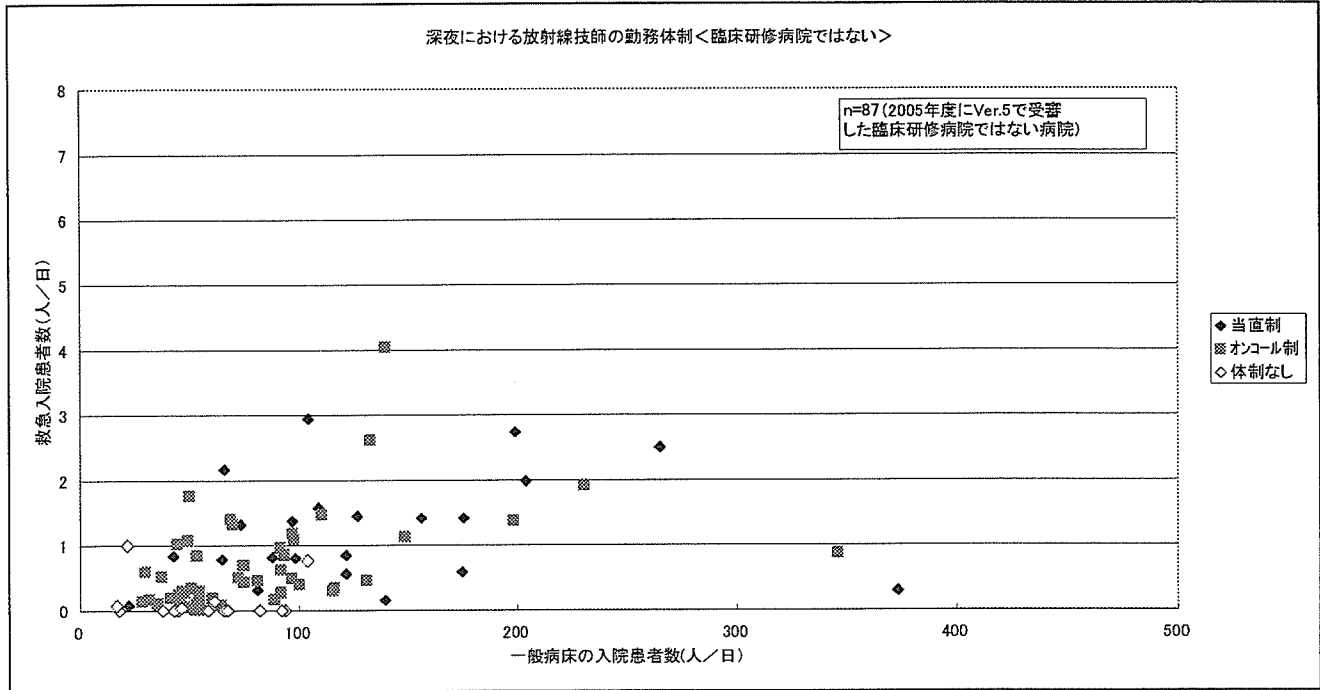
図表 5 - 1 4 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (薬剤師の夜間勤務体制)
by (臨床研修病院ではない施設)



図表 5 - 1 5 . (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (検査技師の夜間勤務体制)
by (臨床研修病院ではない施設)

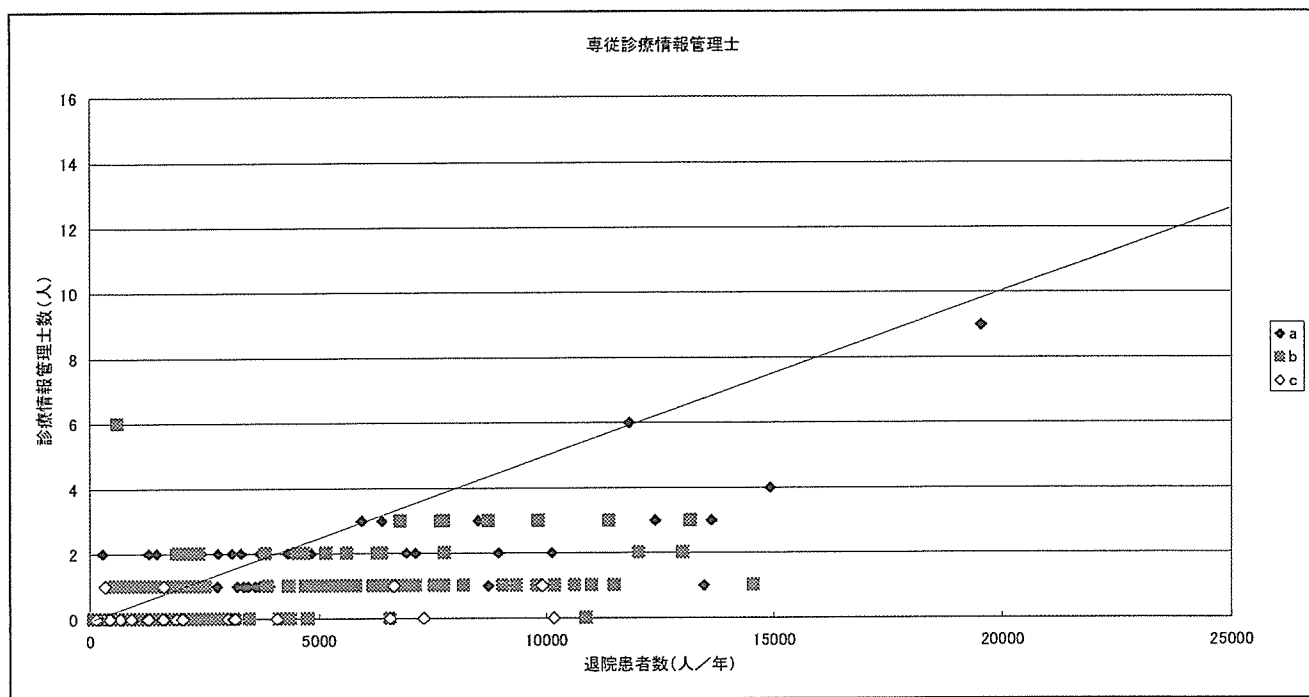


図表 5-16. (救急入院患者数) × (一般病床入院患者数) by (放射線技師の夜間勤務体制)
by (臨床研修病院ではない施設)

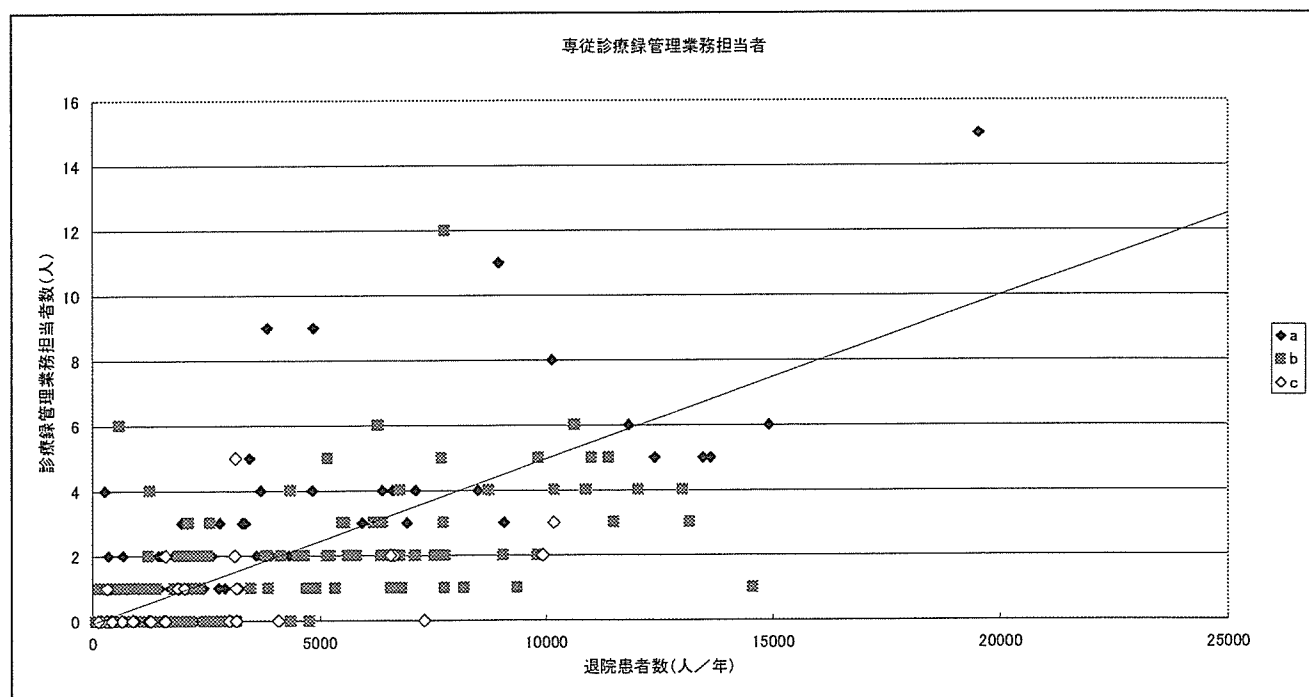


(6. 診療録の管理)

図表 5 - 1 7 . (専従診療情報管理士数) × (年間退院患者数) by 小項目判定



図表 5 - 1 8 . (専従診療情報管理業務担当者数) × (年間退院患者数) by 小項目判定



評価項目体系 Ver5 評価判定指針修正案

1. 病理診断体制

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
4.5.1.1	病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている	<p>a.(1)必要な病理医が確保されている</p> <p>(2)標本を作製する技師・細胞診スクリーナーが確保されている</p> <p>(3)病理診断を実施するための施設、設備、機器が整備されている</p> <p>(4)生検結果は4-5日以内で判明する</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(3)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇病理医の確保の状況（常勤・非常勤・外部委託）や技師・細胞診スクリーナー確保の状況については、病院の規模・機能、手術件数と内容、専門標榜科、生検数、病理解剖数などを判断して評価する</p> <p>◇全身麻酔 400～500 件以上の施設では病理医の関与が必要である</p> <p>◇CPCなどへの病理医の関与についても評価の視点を向ける</p> <p>◇テレパソロジーのみの対応では不十分である</p>	<p>○ 特定機能病院、がん拠点病院など、腫瘍系手術件数が多い施設においては、複数の常勤病理医の配置が必要である。</p> <p>○ 腫瘍系手術件数によっては、常勤換算 1 名の非常勤病理医による対応でも“a”と判定してよい。</p> <p>○ 腫瘍系手術を実施しているが、病理医が非常勤も含め全くおらず、術中迅速診断に対応していない場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 腫瘍系手術を実施しており、病理医が非常勤も含め全くいないが、術中迅速診断には対応している場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 術中迅速診断は、院内における実施でなくとも、テレパソロジー、近隣病院、近隣ラボ等で 30 分以内に回答が得られる場合は、実施されているものとして評価する。</p> <p>○ 迅速診断のシステムについて必ず確認する。</p> <p>○ 適宜病理医に相談できる体制であるか確認する。</p> <p>○ 常勤の病理医が配置され、いつでもコンサルテーションのできる状況である場合は「a」と判定して</p>

			<p>よい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 非常勤医師が常勤換算 1 人以下の場合は、病理診断が必要なきに病理診断機能（外注含む）があれば「b」と判定する。 ○ CPC の実施の有無は「4.5.2.2 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている」で評価し、「4.5.1.1 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている」の判定には含まれない。 ○ 病理診断が必要な日に病理診断機能が確保されている（迅速診断が必要な手術日、CPC 開催日等）ことを確認する。 ○ 登録のみの非常勤ではないかどうかを訪問審査時に確認する。
4.5.2.1	病理診断の手順が確立している	<ul style="list-style-type: none"> a.(1)手術・内視鏡など診療に必要な病理検査が実施され、その手順が確立している (2)必要な手術検体の病理診断を実施している (3)迅速標本の病理診断が実施されている (4)検体・ブロック・標本などが保存・管理され、過去の症例の事後検証ができる (5)感染管理手順が確立している (6)病理診断報告書が管理され、過去の症例の事後 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 必要な症例について病理医との診療協議が行われ、診断精度の向上が図られている。 ○ 迅速診断に対応できない場合は「c」と判定する。

		<p>検索ができる</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇必要な手術検体の範囲について、病院として定められている内容を確認する</p>	
--	--	---	--

2、画像診断体制

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
4.6.1.1	<p>画像診断部門に必要な医師・職員が確保されている</p>	<p>a.(1)管理・責任体制が明確に定められている</p> <p>(2)病院の規模・機能に見合った放射線科医が確保されている</p> <p>(3)画像診断部門に必要な放射線技師・看護師・事務員が配置されている</p> <p>(4)機能に見合った緊急検査に対応できる職員が確保されている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(4)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇時間外・夜間・休日の人員体制も確認する</p> <p>◇病院の規模・機能などを勘案し、医師の勤務形態（常勤／非常勤）を確認する</p> <p>◇放射線科医が確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているか確認する</p> <p>◇上記工夫には遠隔画像診断体制も含まれる</p>	<p>○ 一定機能以上の病院では少なくとも常勤1名の放射線科医の配置が必要である。</p> <p>○ 単に読影のみではなく、安全管理・責任体制の状況についても確認する。</p>

4.6.2.1	画像診断部門における業務手順が確立している	<p>a.(1)始業時点検査や機器の取り扱い・報告書の作成・予約・緊急割り込み・報告書送付などの業務手順が確立している</p> <p>(2)緊急検査について、時間内・時間外・休日の業務手順が確立している</p> <p>(3)原則的に全ての画像診断について報告書が作成されている</p> <p>(4)必要に応じた支援体制が確立している</p> <p>(5)他施設からの受託検査がある場合は、その手順が確立している</p> <p>(6)患者・職員に対する安全が配慮されている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(6)のうち一つでも満たさない ⇒◇放射線科医の確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているか、また、そのための画像ファイルム搬送手段を確認する ◇画像診断がダブルルチエックされていることが必要 (放射線科医と主治医でも可)</p>	<p>○ 専門領域（呼吸器、脳外科など）医師と放射線科医のダブルルチエックでファイルムの読影がなされている場合は「a」と判定する。</p> <p>○ 専門領域医師により読影がなされており、必要に応じて放射線科医に意見を求めることができるシステムがある場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 専門領域医師により読影がなされている場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 必ずしも専門でない主治医が読影しているが、専門領域医師または放射線科医に意見を求めることができるシステムがある場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 必ずしも専門でない主治医が読影している場合は「b」と判定する。</p> <p>○ 読影所見の記録がないものがある場合は「c」と判定する。</p> <p>○ 特に小規模病院の緊急検査の場合、ダブルルチエックのルールがどのようなになっているのか、コンサルテーションの仕組みを確認する。一定規模以上ではダブルルチエックは必須である。</p> <p>○ 訪問審査時には報告書作成のルールを確認する。</p>
---------	-----------------------	---	---

3. 手術・麻酔部門の体制

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
4.9.1.1	手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている	<p>a.(1)手術・麻酔部門の管理責任者として常勤の専任医師がいる</p> <p>(2)手術件数と手術内容に見合った麻酔科標榜医が確保されている</p> <p>(3)看護の管理責任者が明確にされている</p> <p>(4)緊急手術に対応できる麻酔科医が確保されている</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)(4)のうち一つでも満たさない</p> <p>⇒◇中小病院では、必ずしも独立部署の存在は必要ではない</p> <p>◇手術室の責任が看護師に委ねられている状況は適切でない</p> <p>◇常勤麻酔科標榜医が確保されていない場合、資格を保有している兼任医師や非常勤麻酔科標榜医の関与の状況を判断して評価する</p> <p>◇年間全麻手術件数400～500以上で常勤の麻酔科標榜医の確保が必要である</p>	<p>○ 麻酔科医とは、標榜医、専門医、指導医資格にはこだわらず、麻酔科に所属する医師という意味で使用する。</p> <p>○ 手術を実施しているが麻酔科医が配置されていない場合は「c」と判定する。（非常勤でよいので必ず麻酔科医を配置する必要がある。）</p> <p>○ 全身麻酔に麻酔科医の関与がない場合「c」と判定する。</p> <p>○ 麻酔科医の関与とは、安全性の観点から検討・指導・教育に関わることを示す。また、全身麻酔施行時に、麻酔科医が院内にいることが必要である。（院内に麻酔科医がいれば、「当科麻酔」は可である。）</p>
5.5.5.2	手術・麻酔について十分な説明がなされ、同意が得られている	<p>a.(1)手術について患者が理解しやすいように説明した記録がある</p> <p>(2)麻酔科医による術前訪問が行われ記録されている</p> <p>(3)訪問時、麻酔方法について患者が理解し易いよう</p>	<p>○ 術前管理は麻酔科医が必ず行わなくてはならないものではないが、麻酔科医がリスク管理を行うこと（術前評価など）が必要である。</p>

	に説明している	
	b.	
	c.(1)(2)(3)のうち一つでも満たさない	

4. 夜間・休日の体制（救急医療体制）

No	評価項目	評価判定指針（現行）	修正意見
4.12.1	救急部門の体制が確立している	⇒◇救急機能の水準を以下のように区分して評価する ◇<水準 1>救急救命センターないし地域の三次救急医療を担う(ランクAの確認) ◇<水準 2>分類上は地域の二次救急医療機関であるが、極めて活発な救急医療活動の実績があり、いわゆる2.5次の救急医療を担う ◇<水準 3>その他の救急病院 ◇<水準 4>救急医療を標榜告示していない	○ 救急役割判断フローチャートによって水準を設定する。 ※「ランク A の確認」を削除する。 ※「標榜」を「告示」に差し替える。
4.12.1.3	機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている	a.(1)水準に見合った医師・看護師の確保 <水準 1>専門医のほか複数の医師が専従し、十分な看護要員が確保されている <水準 2>内科・外科系の医師が常に対応可能で、十分な看護要員が確保されている <水準 3>担当医が定められており、必要に応じて内	<医師の体制> ○ 水準 2～3の救急告示病院の場合、院内に複数の医師が当直しており、救急担当の医師が定められている場合は「a」と判定する。 ○ 院内に1名の医師が当直しており、必要に応じてオンコールで呼ぶ場合は「b」と判定する。

	<p>科・外科の医師をオンコールで呼ぶことができる体制に応じた看護師が確保されている</p> <p><水準 4> 必要に応じて医師・看護師が対応できる</p> <p>(2)水準に見合った各職種の夜間・休日の体制</p> <p><水準 1> 薬剤師・検査技師・放射線技師・事務職員の当直体制がある</p> <p><水準 2> 薬剤師・検査技師・放射線技師・事務職員の当直体制がおおむね確保され、必要に応じてオンコールで応援を求めることができる</p> <p><水準 3～4> 必要に応じて当直またはオンコールの体制がある</p> <p>(3)水準に見合った診療各科の支援体制</p> <p><水準 1> 常に内・外・脳外・整・眼・耳・産婦・泌・麻・児・放の支援が緊急で得られ、定期的に精神科の対応があるなど、支援体制が適切である</p> <p><水準 2> 内科系・外科系の医師の要請に応じて上記各科の支援がオンコールで得られる</p> <p><水準 3～4> 機能に見合った体制がある</p> <p>b.</p> <p>c.(1)(2)(3)のうち一つでも満たさない</p>	<p>○ 複数科において救急告示している場合、さらに各科のオンコール体制があることを確認する。</p> <p>○ オンコールの内容・機能を実績などから十分確認する必要があるが、十分機能していない場合「c」と判定することもありうる。</p> <p><看護師の体制></p> <p>○ 水準3～4の場合、病棟夜勤者が施設基準で定められた必要数+αで確保されており、必要に応じて救急対応を兼務している場合、救急対応者を除いても診療報酬上の要件を欠くことがないことが必要である。</p> <p>○ 水準2以上の場合、救急専従の看護師が必要である。</p> <p><コ・メディカルの体制></p> <p>○ 水準2以上の場合、薬剤師・検査技師・放射線技師すべて当直体制が必要である。</p> <p>○ 水準3の場合、3職種当直が望ましいが、オンコールであってもよい。この場合救急機能・役割から見えて判断する。</p> <p>○ 管理型臨床研修病院の場合、3職種ともオンコール体制では不十分である。</p>
--	---	---

	<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
--	---