

4. 理念達成に向けた組織運営

- 4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ
- 4.2 人事・労務管理
- 4.3 教育・研修
- 4.4 経営管理
- 4.5 施設・設備管理
- 4.6 病院の危機管理

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

- 理念・基本方針をわかりやすく内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。
- ◆ 理念と基本方針の明文化
- ◆ 必要に応じた基本方針の検討
- ◆ 職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知

<評価項目の概要>

当評価項目では、病院の設立の基本となる理念や方針について、きちんと明確化され周知されていることが要求されます。しかし、理念や方針があればよいというものではなく、それらが公表され、職員に把握され、行動に移されているかが評価の対象となります。

院長は、自らの法人の理念と病院の方針について、なぜこの文言にしたのか明確にする必要があります。審査では口頭で理念・方針の内容とその設定根拠を説明することが要求されます。

<対応確認チェックリスト>

- 病院の理念が文書化されている
- 病院の基本方針が文書化されている
- 病院の基本方針が毎年見直され、時代や病院の役割に合わせて変更の必要が検討され、その検討の記録(議事録など)が残されている ※「検討の結果、変更しない」ということは問題になりません。
- 患者・家族などに理念・基本方針を周知させるための仕組みがある
- 職員に理念・基本方針を周知させるための仕組みがある
- 委託業者に理念・基本方針を周知させるための仕組みがある
- 非常勤医師に理念・基本方針を周知させるための仕組みがある
- 理念・基本方針を周知させる仕組みとして以下があげられる
 - 院内掲示
 - 病院パンフレット
 - ホームページ、院内LANへの掲示
 - 広報誌
 - 教育・研修
 - 名札への添付
 - 朝礼での唱和 等

< 詳細解説 何が求められているか？ >

社会における病院の役割や貢献を考えた場合、ただ漫然と経営を行えば良いというわけではなく、自分達の行動を理念や基本方針という形で社会に公約(コミットメント)し、それを果たす形での事業活動が求められます。

理念は法人に1つで問題ありません。ただし基本方針については法人内に複数の病院や診療所、介護事業所等がある場合、施設における機能が異なるため施設単位で異なっている必要があります。

理念とは、法人の設置の根拠や活動の基本的指針を示したものであり、永続性があり、たとえ代替わりした場合にも基本的には普遍な内容とすべきと考えられます。基本方針とは、その施設の進むべき方向であり、時代や制度の変遷、患者動向、経営層の考え等が変われば、その内容を検討し、変更すべきものです。急性期病院と慢性期病院、介護施設とでは、施設の活動目的が異なるため、進むべき方向性も異なり、当然基本方針も異なってきます。

理念・基本方針とも、明文化が要求されています。明文化とは文書にて明示されていることです。明文化の一般例として、施設の入り口、職員の詰め所、ホームページ、病院パンフレット、職員名札などに掲示されていることがあげられます。物理的に明文化されていることが要求されるので、理念や方針があるにはあるが、“院長の頭の中にある”という対応は指摘を受けます。

基本方針は定期的に検討(=見直し)されていることが望ましいですが、必ずしも変更しなければならないということではありません。年度末の理事会や経営会議で見直しを行うことを慣例化することや、事業計画に基本方針を盛り込み、事業計画を立案する過程で基本方針も併行して見直しているなどの事例があれば問題ありません。

患者や家族、職員や関連医療・福祉機関等に対して、理念や基本方針の周知・浸透を図る役割は、病院側すなわち院長にあるということがポイントです。例えば、ある職員が理念や方針を理解していなかった場合、その責任は理解していない職員にあるのではなく、確実に理解させることのできなかつた院長(経営層)にあると考えるべきです。そのため、理念や基本方針を周知徹底するための日頃からの取り組みについては、当評価項目にて具体的に確認されます。ここでいう“職員”には非常勤職員(特に非常勤医師)、委託業者職員、派遣業者職員も含まれるので、該当職員に対しても理念や基本方針の周知徹底を図る取り組みが必要となります。

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

- 病院の規模・機能や業務量に見合った人材が確保されていることを評価する。
- ◆ 各部門・部署に必要な人材の確保
- ◆ 人員の確保と充実に向けた努力や工夫

<評価項目の概要>

医療法や施設基準に則った人員が配備されていることは最低限必要となります。対象となる医師及び看護師、薬剤師等の基準数は確実に足りていることが求められます。また、患者数や検査数、手術件数などの診療実績や残業時間数などから、たとえ施設基準を満たしていたとしても、審査では職員数が十分でないという指摘を受ける可能性もあります。各部門や部署の必要人員数はどの程度なのか、人事関連部門は各部署と情報共有を適宜行い、より良い人材を確保するための取り組みや採用計画を明確にしてください。

<対応確認チェックリスト>

- 医師・看護師・薬剤師の数が医療法上の要求を満たしている
- 診療報酬における加算や施設基準の要求上の職員数を配備している
- 上記を証明する勤務実態の記録を毎月作成している
- 各部門や部署での必要人員数について検証されている
- 職員の確保に関する工夫が行われている(審査上で示すことができる)
- 離職率を把握している
- 離職率を減らすために組織的に検討した記録がある

<詳細解説 何が求められているか？>

口頭で法定人員を満たしていることを伝えても審査上の判断根拠にはなりません。記録による証拠を提示する必要があります。保健所や社会保険事務所などの監査記録、毎月看護師の数を数等を確認している内部記録などを具備してください。

看護師の勤務状況が病棟毎の施設基準に適合している記録(様式9)を毎月必ず作成してください。公的監査でも確認される事項ですが、病院によっては作成されていないケースも多く見られます。

人材確保のための工夫について、病院がどのように対応をしているかを説明する必要があります。学校回りをする、雑誌広告をしている、ハローワークに登録している、知り合い紹介や昔の職員の復職例などへの取り組みを検討してください。工夫の内容自体の適切性を問われることはありませんが、取り組みがなされていないことは不適切につながります。また離職率についても、職員確保の観点からは確認される内容となります。離職率は低ければ良いというわけではありませんが、職員確保の観点からも低いに越したことはありません。離職率が高い、あるいは特定の部署だけ高いなどの兆候がある場合には、組織として改善に取り組んでいるのかを示すことが求められます。

人材活用について上述と同様で取り組みの工夫が確認されます。例えば、既婚者にはパートタイムで働いてもらっているといったワークライフバランスの観点からの活用や、地域連携室に看護師を配備しているといった診療の質向上のための活用、資格取得者に奨励金を出しているといった職員モチベーション向上のための活用など、工夫の事例が求められます。実施結果の内容の良し悪しではなく、病院として工夫の行動がとられていることが必要です。

常勤麻酔医、病理医、認定看護師、専門看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床工学技士など、必要に応じた専門職種を活用している事実があれば評価されます。

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

- 職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。
- ◆ 全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価
- ◆ 必要性の高い課題の教育・研修の実施
- ◆ 教育・研修効果を高める努力や工夫
- ◆ 入職時研修・新人研修の実施
- ◆ 院外の教育・研修の機会の活用
- ◆ 教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用

<評価項目の概要>

病院全体の研修体制への要求事項です。医療職・事務職問わず全職員に対して、必要な研修が必要なタイミングで行われる仕組みがあることが確認されます。また全職員を対象とした研修計画書が立案され、それによって研修が行われ、研修内容が記録され、研修効果が評価されているといった一連のプロセスが確認されます。医師や看護師など、特定の部門への評価項目ではなく、病院として全ての職員が、その役割に応じて等しく研修を受ける機会が設定されているかが審査のポイントです。

<対応確認チェックリスト>

- 病院全体の教育研修を管轄する委員会又は部署がある
- 全部門・職種が適用となる教育・研修計画が立案されている
- 教育・研修計画には、以下のプログラムが含まれている
 - 法令要求上の研修
 - 病院機能評価要求上の研修
 - その他、病院の必要性に応じたカリキュラム
- 外部研修については、研修報告書がある
- 内部研修については、研修主催記録がある
- 内部研修の参加者記録を残している
- 研修や学会参加の実績記録をリスト化している
- 図書室または図書コーナーがあり、夜間・休日でも職員が利用できる

- 書籍・雑誌がデータベース化されていて、検索が容易である
- 図書室の運営に関するルールが定められている
- 貸出・返却に関するルールが定められている
- インターネットなどを介して必要な文献が検索できるシステムがある

<詳細解説 何が求められているか? >

形式は問いませんが、年間開催計画書の作成が必要となります。カレンダー形式で作成するとわかりやすいです。年度初めに作成し、一年を通じて活用してください。立案は教育委員会もしくは教育担当部門で行ってください。研修内容は看護部など一部の部門に偏った内容であってははいけません。しばしば、審査で指摘されるのが、「看護部門の研修体制は整っているが、病院全体の研修体制はない」という点です。

病院機能評価上で要求される研修には以下があります(数字は評価項目番号)。

【必須となる研修】

- 安全管理研修(年2回、法令要求、1.3.1)
- 感染防止研修(法令要求、1.4.1)
- 症例検討会(1.5.2)
- 心肺蘇生に関する訓練(2.1.8)
- 医薬品安全管理研修(必要時、3.1.1)
- 医療機器安全管理研修(導入時、2.1.7)
- 災害時を想定した訓練(4.6.1)

【実施が推奨される研修】

- 患者の権利研修(1.1.1)
- 医療倫理・職業倫理研修(1.1.6)
- 個人情報保護研修(1.1.5)
- 考課者研修(4.3.2)
- 委託業者への研修(4.4.3)
- 実習生への安全・感染研修(4.3.3)
- 接遇・マナー研修
- 新人研修
- 虐待、ハラスメントに関する研修
- 精神保健福祉法や権利擁護に関する研修

院内で開催される研修会については、出席者の記録が必要となります。特に、法令で定められている研修は、当日不参加の職員に対して事後にビデオ研修を受講する等の対応によって、受講率を限りなく100%に近づけることが求められます。それ以外の研修についても、参加者は全て把握し、参加率向上に向けた取り組みを示すことが必要です。

外部研修に参加した場合、参加者ごとの個別記録を作成してください。記録には、研修概要(開催日、講師等)、講義内容、業務への活かし方などの項目を含めることが望ましいです。また、外部研修については予算上の裏付けがあることが望ましいです。病院として、ある一定の予算は職員の成長の機会のために投資しているということが経理上でもわかると評価につながります。職員が自らの時間と実費参加した外部研修は、当要求事項の適用にはなりません。病院の業務中であって、病院の費用を使って参加した場合のみが対象となるので注意が必要です。

研修報告書が実質的に経費申請書であり、研修報告そのものが残されていないことがあるので注意してください。報告書には何を学び、どのように業務に活かしていきたいかを残してください。当然、医師にも適用されます。学会参加後には報告書の提出を求めてください。

職員を対象とした必要最小限の図書室(図書コーナー)を整備する必要があります。図書室は、病院の規模や設置目的によりますが、大学病院、特定機能病院、臨床研修病院、地域医療支援病院等の公的役割を負う病院では、独立した図書室の設置が必要となります。一般の病院では個室形式でも、図書コーナーのような形でも問題ありません。

医局、看護部門、事務部門など、部門ごと図書の保管場所が異なっても問題はありますが、蔵書内容、新規購入図書、購入雑誌等については一括して管理できる体制があることが必要です。

古い建物の病院など、スペースとして図書室が設けられない場合があります。その場合、職員食堂の一角や、休憩スペース、医局の図書置き場と併設するなどの工夫をして図書コーナーを確保できていれば問題ありません。

図書室は職員専用を前提として、患者に開放されている必要はありません。基本的に24時間利用可能な状態とするが、夜間・休日については、宿直担当者を介して開錠して利用するという形でも構いません。

図書及び購入雑誌について、全てがデータベース化され、識別番号が付与され、検索可能な状態になっていることが必要です。新刊図書・雑誌についても購入次第データベース登録できるようにしてください。検索できるPCを図書室に据え付けるか、事務局内などのいつでも利用可能な場所に設置してください。

臨床研修病院は図書室に専属の職員を配置する場合がありますが、その他の病院では、規模に応じて兼務する形でも問題はありません。ただし、その場合、利用者が困らないよう、図書室運営や貸出・返却のルールを明文化しておく必要があります。

4.4 経営管理

4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている

- 会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析による経営管理が的確に実施されていることを評価する。
- ◆ 予算管理の状況
- ◆ 財務諸表の作成
- ◆ 病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理
- ◆ 会計監査の仕組み
- ◆ 経営状況の把握と分析

<評価項目の概要>

会計処理そのものはどの病院でも適切に行われているため要求事項への対応に大きな問題はないと考えられます。当評価項目では、それに加え、事業計画(予算)に対する経営状況を種々のデータから分析し、必要な場合、改善対策がとられていることが求められます。審査では経営会議で用いられる資料が必ず確認されます。資料が「ある」だけの状態ではなく、分析され検討され改善につながっていることを記録で示せることが求められます。

<対応確認チェックリスト>

- 予算書が作成されている
- 予算執行状況を把握している
- 毎月、予算と経営成績を対比した資料が作成されている
- 経営成績を分析している
 - 医事データ(診療報酬、入院・外来患者数、検査数など)
 - 財務データ(人件費率、医業収益の推移、部門別原価計算など)
 - 疾病データ(ICD-10に基づく疾病統計からの患者動向など)
 - DPC データ(導入病院のみ)
- 経営成績が悪化状況の場合、改善計画が検討されている
- 病院会計準則等に基づく会計処理が行われている
- 年度ごと財務諸表が作成されている
- 税理士や公認会計士による会計のチェックが行われている
- 監査役員による内部監査が行われている

< 詳細解説 何が求められているか? >

当評価項目に対応するには、年1回以上の第三者からの会計監査が行われている必要があります。対応の難しい評価項目ではありますが、審査の実際として、顧問税理士や公認会計士に会計を委託している状況であれば不適切になることはありません。また、同一グループ内の別組織からの監査であっても、病院外部者からの監査となるため、評価の対象となります。

事業計画書(4.1.3)の一部として、当年度予算書(予算計画書)を定めることが要求されています。事業を運営するにあたり、計画的な収益管理と資金計画が行われているかが確認されます。加えて、予算編成の手続きの適切性も問われます。精度の高い予算書が作られていたとしても、事務長が一人で作成したものでは不適切となります。院長のリーダーシップの下、各管理職が集まって策定されていることが望ましいです。

病院の損益計算書、貸借対照表については、母体となる団体が定めた会計基準がある場合もありますが、多くの病院については平成16年に定められて病院会計準則に従って作成することが求められます。病院会計準則に則り算出した各勘定項目の内容から、厚生労働省が発表している「病院経営管理指標」の内容と比較し、自院の経営状況を把握することも求められる取り組みの一つと言えます。

その他の経営分析として、医事データ、財務データ、疾病データ、DPCデータなど、病院の経営上で必要な種々のデータを総合的に収集し、必要な指標を抜き出して、月ごと確認・分析されることです。単に医事コンピュータから抽出できるデータを会議資料として配布しているだけでは経営状態の把握にはならないことに注意してください。

経営分析の結果、経営上の課題が確認された場合、その改善を図るために適切な行動が検討され、行動されているかについて確認がされます。前章と合わせて、病院経営に関するPDCAサイクルが正しく機能していることが会議検討資料や経営数値から確認できることが要求されています。

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

- 自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。

- ◆ 自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備
- ◆ 日常点検と保守管理
- ◆ 緊急時の対応
- ◆ 経年劣化等の現状把握および将来への対応
- ◆ 院内の清掃
- ◆ 廃棄物の処理

<評価項目の概要>

当評価項目の示す施設・設備とは、3.1.7 に示す医療機器ではなく、エレベーターや給水施設、空調設備などを指します。法令に管理要求が定まっている設備等も多いです。保守点検を確実にを行い記録を残してください。

医療感染性廃棄物の処理に関する要求事項も当評価項目にあります。全ての廃棄物箇所の管理徹底対応と審査事前チェックを確実にしてください。

<対応確認チェックリスト>

- 各施設・設備の管理責任者が設定されている
- 管理を委託している場合、委託業者の管理責任者が設定されている
- 法令上の必要管理が行われ、記録が残されている
- 事故発生時、災害時等、緊急時の対応方法（動作確認、安全確認、緊急停止等）が定まっている
- 医療ガス委員会が設置され以下の対応が取られている
 - 委員会実施規程の作成
 - 年1回以上の委員会の開催と議事録の具備
 - 業者による定期点検（6ヵ月ごと）の実施と記録の具備
 - 職員による日常点検（3ヶ月ごと）の実施と記録の具備
- トイレの清掃が毎日行われている
- 病床のシーツ交換が毎日行われている
- 患者退院後に病床のベッドメイキングが行われている
- 廃棄物処理（一般、感染）の対応手順が定められている

- 廃棄物処理(一般ゴミ)について以下の対応ができていること
 - 産業廃棄物管理責任者が定められている
 - 管轄行政の定める区分に従い適切に廃棄物処理がされている
- 感染性廃棄物処理について以下の対応ができていること
 - 特別管理産業廃棄物管理責任者が定められている
 - 病院建物とは別の独立した感染性廃棄物保管場所が設置されている
 - 保管場所は常時施錠している
 - 保管場所には法令で定める 60 センチ角以上の表示(バイオハザードマーク、管理責任者の表記等、記載必要要件あり)がある
 - 感染性廃棄物のごみ箱は、密閉できるふた付きで、直接手を触れにくい構造(足で開かせる)であること
 - 病棟等からの回収時に一時保管・詰め替えをせず、直ぐに保管場所に移動させている
 - マニフェストが保管され、病院担当者のサインが記入されている
 - 最終処分地の確認を行っている

<詳細解説 何が求められているか?>

病院に関連する施設・設備の法令要求項目は以下の通りです。

| 項目 | 業務内容 | 点検・作業回数 | 関係法令 |
|------------|------------|---|--|
| 高圧ガス | 定期検査 | 各都道府県知事が決定 | 高圧ガス保安法第 35 条第 1 項 |
| 医療ガス | 日常点検 | 1 回/日 | 厚生労働省医政局 医政発 0906 第 3 号 「医療ガスの安全管理について」 |
| | 定期点検 | 1 回/3~12 ヶ月 (点検内容によって異なる) | |
| エアコンディショナー | 簡易点検 | 1 回以上/3 ヶ月 | 経済産業省環境省告示第 13 号第二 (フロン排出抑制法) |
| | 定期点検 | 1 回/年 | |
| ボイラー関連 | 定期自主点検 | 1 回/月 (1 ヶ月をこえる期間使用しない 場合、その期間は対象外) | ボイラー及び圧力容器安全規則第 32 条 |
| 給水設備 | 貯水槽の点検・清掃 | 1 回/年 | ビル管理法(参考) |
| | 水質検査 | 項目ごとに規定有 | ビル管理法第 1 条/第 4 条(参考) ビル管理法施工規則第 4 条(参考) 水道法第 4 条 水道法第 34 条の 4 |
| 排水設備 | 排水管清掃 | 1 回/年 | ビル管理法(参考) |
| 消防用設備機能点検 | 設備点検 | 設備毎に確認 | 消防法第 17 条(設備種類について) |
| エレベーター保守点検 | 定期点検 | 1 回/月 | 建築基準法第 8 条 建築基準法第 12 条第 3 項 |
| 防虫防鼠 | ねずみ、昆虫等の防除 | 1 回/6 ヶ月以内 | ビル衛生管理法第 4 条 2 項(参考) |
| 自家発電装置 | 機器点検 | 1 回/6 ヶ月 | 消防法 |
| | 総合点検 | 1 回/年 | |
| | 定期点検 | 1 年/1 回 2 回/年 | 電気事業法 建築基準法 |
| 重油タンク | 漏えい確認 | 1 回/年 | 消防法第 14 条 3 の 2 |

医療ガスの点検は、厚生労働省医政局長発出の通知「医療ガスの安全管理について」(平成 29 年 9 月 6 日 医政発 0906 第 3 号)にて頻度等について定められています。点検内容によって点検間隔は異なり、3 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月の頻度で実施する内容が存在しています。点検を実施した場合には、参考の様式を踏まえて必ず記録してください。それ以外にも日常点検を実施する必要がありますので、委員会担当者が中心となり「見た目に損傷がないか」、「空気漏れの音が聞こえないか」など、目視等で確認できる検査基準で実施することが求められます。

院内の清掃管理・清潔保持について、評価項目を満たすために、何を、どこまですべきかといった明確な基準は定められていません。当要求事項を満たすためには、“適正に清掃が行き届いている”ことが、確認できることが重要となります。清潔・衛生が管理できる業務プロセスが定められていれば、手順書の作成や記録は最小限で構いません。

清掃の記録は、トイレの清掃記録のみ最低限残してください。その他の清掃記録については、必要と考える記録を残してください。

しばしば審査上で指摘を受けるのが、清掃中であることを理由に院内に道具類が出っぱなしになっており、病棟の整理整頓がなされていないと判断されるケースです。単に清潔であればよいという視点だけではなく、患者へのマナーやホスピタリティーの視点を考慮した清掃業務を行うことが必要です。委託業者が清掃を行っている場合は、適切な教育・管理を行ってください。

廃棄物の処理については、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」に則った対応が必要で、特に感染性廃棄物については、環境省の定める通知「感染性廃棄物の適正処理について(環廃産発 040316001)」に準拠した対応が求められます。当要求事項は病院機能評価の審査上で最も指摘される項目の 1 つです。

廃棄物処理については、多くのプロセスを委託業者が引き受けることもあり、病院として委託業者職員に適切な要求をすること、必要な場合教育をすることによって、審査上での指摘を防止してください。感染性廃棄物保管場所の鍵の閉め忘れや、運搬時の一時保管(仕事の効率上を優先し、汚物室に保管した)のミスで指摘を受ける例をよく見受けられます。

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

- 火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。
- ◆ 火災発生時の対応
- ◆ 緊急時の責任体制
- ◆ 停電時の対応
- ◆ 大規模災害時の対応

<評価項目の概要>

災害発生時対応の準備状況について確認されます。消防署に提出する「防災計画書」のみを具備しているだけでは不適切です。病院が独自に作成した「防災マニュアル」の具備が要求されます。地震・火災・落雷・水害・その他災害について、発生時の連絡体制、対応方法、安全確認、夜間・休日時の等、病院がどのように動くのかを明確にしてください。

あわせて、防災訓練を通じて患者誘導や災害発生時のシミュレーションを行うことで、万一の事態に備え、職員の意識を醸成し、被害を最小限に抑えるため努力と準備が常日頃からされていることが要求されます。

<対応確認チェックリスト>

- 消防署に提出する「消防計画書」が毎年作成されている
- 上述とは別に、病院独自の防災マニュアルが作成されている
 - 患者誘導経路と誘導時の対応方法
 - 発生災害別の具体的一時対応プロセス
 - 緊急連絡網
 - 職員招集方法
 - 職員の心構え
 - 停電時の機器類の扱いについて
 - 停電復旧後の機器類および機器類を使用した検査結果等の安全・品質確認について
- 防災訓練が年2回以上実施され記録が残されている
- 医薬品・医療器具・食料品・飲料水について、患者および職員分が3日以上以上の備蓄がある
- 必要な場合、他の医療機関や公的施設、食料等販売店などとの相互協力協定が結ばれている

<詳細解説 何が求められているか？>

緊急時の責任体制や連絡網、呼び出し体制などは消防署提出の「消防計画書」で明確にされているので、重複する部分を改めてマニュアル化する必要はありません。独自の防災マニュアルとは、病院の立地や患者構成、施設構造、導入される設備機器の特徴に合わせた具体的な対応マニュアルを設けることです。

大規模災害とは、地域一帯を含む災害を言い、主として地震・水害・雪害・その他天災などがこれにあたります。火災マニュアルは、施設のみを範囲とした災害であり、違いに注意してください。ただし対応方法や対応プロセスは重複するために、マニュアルは大規模災害対応と火災対応とを一部共通で作成して構いません。

備蓄品は審査時に現物を確認されるため必ず用意してください。食料品や飲料水など、患者および職員分の3日分の必要量を計算し、備蓄品の保有量の算出根拠をまとめてください。備蓄は食堂や売店に保管している在庫分を含めても問題ありません。医薬品・医療器具(医療材料・医療機器)の備蓄は、在庫分で対応できる場合が多いですが、災害時に必要となる医薬品等をリスト化し、在庫管理に活用する等の対応を検討していることも評価の対象になります。職員分の食料品や飲料水の備蓄についても同様に必要量を算出し、備蓄しておく必要があります。

食料品の備蓄は委託業者が準備するのか、病院が購入するのかを定めてください。調理に必要な食材(米やインスタントみそ汁など)の場合、同時に燃料の具備が必要となります。アルファ米や缶詰など調理不要な食糧品を具備するほうが適切です。食料品の備蓄は、必ずしも1日の平均栄養摂取必要量を全て満たすのに十分な量を備える必要はありません。生命維持と治療に最低限必要な栄養状態が確保される量であれば問題ありません。また高齢者や経管栄養患者にも配慮した食料品の備蓄をすることが望ましいです。栄養部門は、非常食利用時の予定献立を立てておく必要があります。

飲料水については、貯水タンクなどに保有されている量を確認して、不足分を備蓄すれば問題ありません。ただし、保有量から治療に必要な量を除いて計算してください。

停電時の対応方法として、非常用コンセントの確保、非常電源の確保が挙げられます。非常時に使用するコンセントは、各部署や病室に完備されていることが多いですが、通常用のコンセントとして使用されている場合もあります。非常時に使用できる数少ない設備であるため、各部署にて配置場所の再通知や活用方法の検討について、再確認をすることが望ましいです。非常電源の確保として、自家発電設備を完備していることが求められます。非常時には、使用する機器等を制限するため、自家発電用の燃料として、通常の6割程度の使用を3日間程度維持することができる量を確保できていれば十分と言えます。

地域で開催される大規模災害訓練、災害拠点病院が開催する大規模災害訓練などにも精力的に参加し、病院の特性を踏まえた地域での役割を検証している場合には高く評価されます。災害拠点病院の場合には、広域での災害を想定した訓練の実施、地域との連携体制の確認、DMATの設置などについて検討することが求められます。