

## 老人の専門医療を考える会

# 老人病院機能評価マニュアル

	項目数					点数
	10点	7点	4点	3点	計	
A 運営の基本理念		4	3		7	40点
B 医療、看護、介護	5	9	12		26	161点
C 患者、家族の満足	1	4	11	2	18	88点
D 病院の機能		3	5	6	14	59点
E 教育、研修		1	8		9	39点
F 構造、設備、器具	1	1	15	1	18	80点
G 社会地域への貢献		1	5	2	8	33点
計	7	23	59	11	100	500点

(100項目 500点満点 ・ 『特 a』を除く)

# 目 次

機能評価マニュアルとは .....	1
-------------------	---

## 機能評価項目

A . 運営の基本理念実践に関する項目 .....	6
B . 医療、看護、介護に関する項目 .....	10
C . 患者、家族の満足と安心に関する項目 .....	22
D . 病院の機能に関する項目 .....	30
E . 教育、研修に関する項目 .....	35
F . 構造、設備、器具に関する項目 .....	39
G . 社会、地域への貢献に関する項目 .....	45

# 機能評価マニュアルとは

## 1. 老人病院の歴史

### 1. 要介護高齢者の受け入れ先

高齢者の急激な増加、疾病構造の変化、家庭内介護力の低下等の要因により、わが国で要介護高齢者の施設ケアへの需要が目立ちはじめたのは、1970年代初頭の頃のものである。

欧米の高齢化先進国でのこれら要介護老人の主要な受け入れ先は、主としてわが国の特別養護老人ホームに相当するナーシングホームであるが、わが国では病院がその役割を担うこととなった。

なぜ、病院が選ばれたかといえば、第一には、当時、特別養護老人ホームの絶対数が不足しており、他に行く場所がなかったことがあげられる。第二には、生活困窮者の入所先としてのイメージが強かった特別養護老人ホームよりも、病院の方が世間体が保ちやすかったことがある。第三には、1973年に始まった老人医療費の無料化により、金銭的な面でも、病院に入院するのが最も負担が少なくなるシステムが確立されたことである。

### 2. 対応機能の欠如

一方、引き受け先となった病院はたちまち大きな困難を抱えることとなった。

その第一は、要介護老人に対応できるだけの機能を備えていなかったことである。要介護老人への対応には、在宅であれ施設であれ、また施設の種別を問わず、次の四つの機能、高齢者の身体的、精神的、社会的特性を十分理解した上での医療機能、食事、排泄、入浴、身だしなみ等の日常生活の基本を支える介護機能、長期にわたる療養生活を少しでも快適におくるための生活の場としての機能、障害部位への狭義のリハビリテーションも含めて高齢者の残存機能を最大限に引き出し、また生きる意欲や喜びを刺激する広義のリハビリテーション機能、を各個人の状態や状況により組み合わせ、QOLを高めるといった思想こそ不可欠である。しかしながら、病院はこれらのどの機能もほとんど持たぬまま、要介護老人を受け入れてしまった。

結果はすでに知られているとおり、多くの高齢者は、寝かせきり状態にさせられ、オムツ、褥瘡、さらには不適切な検査や治療のなかで人生の残り少ない時間をおくることとなった。

### 3. 診療報酬体系の歪み

第二は経営上の困難である。従来の診療報酬体系のもとでは、入院が長期化し、治療や検査が減少すれば収入も減り、また介護や生活活性化機能を備えても、診療報酬上の評価が不十分となれば、たちまち経営的に行き詰まってしまう。加えて、必要な費用を受益者から直接的に徴収する道も閉ざされていた。そこで、招来されたのが、帳尻あわせのための『点滴・薬・検査づけ』であり、付添婦の大量導入であった。部外者には、医療資源の膨大な浪費が行われているように映ったことであろう。また、社会的入院という言葉に代表されるように、病院は入院医療の対象とならないような高齢者も院内に大量に抱え込むこととなった。

#### 4. 老人入院医療費の抑制

また、この二つの困難に起因する厳しい現実、一方で要介護老人を受け入れた病院に対して激しい社会的非難を集中させ、他方で老人の入院医療費の爆発的ともいえる増加を招来することとなった。

1980年代の行政サイドの最大の関心事は、この極めて非効率な要介護老人対策を、いかに改善するかにあったといっても過言ではない。

1983年施行の老人保健法で、高齢者の入院比率の高い病院を『老人病院』と位置づけ、この部分に対して医療費の抑え込みが開始された。それ以来、各種の施策により、老人一人当たりの入院医療費の伸びは抑えられたものの、病院が抱える高齢者の処遇はほとんど改善されなかったのが実態であろう。

#### 老人病院の質

##### 1. 『介護力強化病院』制度の発足

老人病院に大きな転機をもたらしたのは、平成2年4月より特例許可老人病院に選択制で導入された、いわゆる『介護力強化病院』制度である。一方で介護者の院内化と大幅な人員増による介護力の強化をはかり、他方で看護、注射、検査、投薬部分の支払いを包括化したものである。

この制度は、導入した老人病院に大きな変化をもたらした。

第一は、看護、介護の質が大きく変わったことである。介護力の大幅増と診察補助業務の減少で、看護師、介護者の関心は、オムツ交換や入浴の回数のレベルから、いかに入院者の残存能力を引き出して自立度を高めるか、さらに、どのようにしてより質の高い生活を構築するかに向けられつつある。結果として食事の経口摂取者は大幅に増え、褥瘡や感染の機会は著しく減少している。看護師や介護者の意欲は高まり、入院者やその家族の満足度も格段に増しているようである。

第二の変化は、コスト意識の芽生えである。包括払いのもと、同じ効果、同じ結果に到達するなら、より少ない医療資源の消費でという意識が生まれるのはきわめて自然な成り行きである。

この二つの変化の結果として薬剤費、検査費の大幅な減少がもたらされた。一方、これらにより老人患者が重症化したり、死亡率が高まったかといえ、どうも事態は逆の展開をみているようである。

##### 2. 包括払い制に伴う問題点

しかしながら、支払いの包括化に伴う問題点も指摘されはじめている。

その第一は、出来高払い時代の医療の過剰関与にかわって、必要な医療も行われていないのではないか、という懸念である。

経済的な動機で、『点滴・薬・検査づけ』を行っていた病院が、この制度の導入後、いわゆる『粗診・粗療』に走ることは想像に難くないし、大部分の導入病院での薬剤費、検査費の大幅な減少という変化だけとらえれば、その懸念がないとはいえない。

第二の問題点は、診療報酬上の多額な支払いをともなう介護者の大幅な増員が、介護の質を高め、成果をあげるのに本当に寄与しているかどうかである。

看護、介護者を規定数揃えるだけでは、必ずしも介護力の向上につながらず、まして介護の方向づけいかんでは、成果を期待しがたいことも明らかである。

第三の懸念は、医療的に、あるいは介護度からみて、手のかかる老人の追い出し、あるいは受け入れ拒否が起きているのではないか、ということにある。

確かに、包括払い制のもとでは、運営上の視点に立てば、医療上の重症者や、いわゆる重介護患者を排除するのが最も有利であり、このような行動に走る病院が出て不思議ではない。また、介護力強化病院といえども現在の体制では、入院患者のすべてが重症者や重介護患者で占められれば、実際の運営面では対応できないこともまた事実であろう。

### 3. 老人病院の役割

このように見てくると、包括払いを伴う介護力強化病院制度の創設は、長期入院の高齢者の比率の高い病院、特に老人病院の果たすべき役割の明確化を迫っているとも考えられる。

まず、注射や投薬、検査が減って、介護力が増えただけでは、単に老人病院が老人ホーム化したただけのことではなかろうか。冒頭より述べてきたとおり、わが国では、病院が要介護の高齢者の最大の受け入れ先という、特異なスタートを切り、その流れは今日でも続いている。他の高齢化先進国のようなナーシングホーム中心型の対応への転換も試みられたが、諸般の事情からうまくいかなかったのが実情であろう。そこで、最近の動きは、むしろ老人病院の機能そのものをナーシングホーム型に転換し、将来的には、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの一元化さえも考えられる情勢にある。

しかし、この認識には大きな誤解がある。老人病院には、他の高齢者施設でも受け入れられる、あるいは家庭でも対応可能な高齢者がいることは確かであるが、老人病院の入院者の大半を占めるのは、あくまでも家庭や他の施設では対応不可能な高齢者であることもまた、紛れもない事実である。

では、当面、老人病院に期待される役割は何であろうか。老人病院は、その期待にかなる機能をもって応えるべきであろうか。

老人病院のはたすべき役割は、次の5点にあると考える。

第一は、高齢者に頻繁にみられる疾患や障害への対応である。医師や看護師の人員配置からみて限界はあるものの、高齢者の心身の特性を十分に把握した急性期対応は、患者の予後を大きく左右するのみならず、在宅ケアの支援機能としても不可欠であり、また、要介護老人の行き先の振り分け機能も期待される。加えて、継続的な医学的管理と重介護を同時に必要とする高齢者の受け入れである。

第二は、いかなる状態にあっても、少しでも自立度を高めるために援助する、広義での高齢者リハビリテーションの機能である。具体的には、常時、疾病や障害の管理を必要とする、いわゆるハイリスクの高齢者の残存能力を最大限に引き出して、生活の再構築をはかることである。

わが国では、全くの善意から家族内でも医療機関でも、要介護状態の高齢者にはできるだけ安静を保たせ、かつ手をかけすぎの傾向がある。加えて、医療機関でも、過度の医学的管理が行われ、結果として能力を持ちながら、いわゆる寝たきりに代表される状況に陥っている高齢者は多い。特に障害、疾病の状態が重度になるに従ってその傾向が加速されている。

これらの誤った介護、あるいは過度の医学的管理からハイリスクの高齢者を解放し、残存機能を最大限に活用して、各個人にあった生活を再構築することこそ老人病院の役割である。

第三は、最大限に残存能力を活用してもなお、継続して多大な生活上の援助や医学的管理を必要とする状態の高齢者も少なくないが、これらの高齢者に対してより質の高い生活を提供することである。適

切な援助さえできれば半植物状態の患者でも、家族と共に車椅子で散歩する等、香り高い生活は十分可能となる。

第四は、安らかな終末の場の提供である。70歳以上の国民の70%以上が病院で死ぬ時代であるにもかかわらず、病院は死の問題に真正面から取り組んでこなかった。医療機能のほとんどない場で死を迎えることは、今や大きな不安であるが、医療の過剰関与、家族の手を離れた状況で、死を迎えることは悲惨でさえある。本人にも、家族にも、そして関与する医療関係者にも納得できる死を迎える場の提供こそ老人病院しかあるまい。

第五は、在宅ケア支援である。老人病院のもつ在宅ケア支援機能は二つの面をもっているといえよう。まず、老人病院にはいうまでもなく、高齢者ケアに不可欠な数多くの職種、人員、設備等があり、これらの資源を有効に活用することで要介護高齢者の在宅ケア実現に大きな力を発揮することができる。他の一つの面は、介護者への安心の提供である。在宅ケアに携わる家族にとって、最大の不安は、この先いつまでケアが続くのであろうか、もし、自分がなんらかの理由でお手上げになった時に、どんな展開になるのであろうか、一息入れたいと思う時にはどうするべきか、介護上の悩み事や相談事を気軽にきける場所は、等にあると考えられる。この際には、老人病院は、その最強の支援者となるべきであろう。

#### 4. 病院情報の把握と公開

医療界への風当たりは非常に強い。その原因の一つは医療機関の実態があまりにも知られていない、あるいは断片的にしか伝えられていないことにある。法による厳しい広告規制のもとではやむをえない点多々あるにせよ、医療あるいはケアの内容についての情報は、他病院のことはおろか、自病院についても手に入らないのが普通である。いや、手に入らないというより、そのような情報が作られていない病院も少なくないことが実態である。医療に対する信頼の醸成のための手段として、インフォームド・コンセントに関心が集まっているように、病院内の情報を極力公開することが信頼の回復、増強に不可欠な時代に突入しつつある、といっても過言ではなからう。

介護力強化病院についても、事情は全く同じである。各種の制度のもとでは利用者の要望にすべて応えることは不可能に近いが、その根拠となる情報なしには、単なる言い訳に聞こえることにもなりかねない。共通の認識、共通の指標による情報が作成されるようになれば、他病院との比較や、自院の継続的变化等から、行っているサービス水準への評価も明らかになり、改善すべき方向が見え、改善への意欲も高まるにちがいない。情報の把握と公開が不可欠なゆえんである。

#### 5. 老人病院機能評価マニュアルの改定

平成5年4月の機能評価マニュアルは上記の考えをふまえて作成された。当初、特に留意した点は次のとおりである。

- 定量化しやすい項目を選び、かつ多段階評価で自らの病院のサービス水準が把握しやすい形とする
- プロセスのみならず成果を重視する
- 家族を含めて、専門家でない部外者にもわかりやすい項目の多用につとめる

平成5年以後この機能評価マニュアルを使用し、毎年、主として日本療養病床協会会員病院を対象として機能評価調査を行い、その結果を機関誌に公表する一方、結果と調査参加病院からの意見等をもと

に部分的な改定を行ってきた。主な改定点は、調査結果にもとづいた評価基準の変更である。ハードルは高すぎず、低すぎないように調整した。

第二は、評価基準の明確化である。より多くの人に参加し、かつ、より客観的に行えるよう、評価の基準となる参考資料の作成も含めて工夫をこらした。

第三は、特に重症患者の比率の高い病院への対応である。このような改定を行っても、当機能評価マニュアルに対する意見として、最も多く寄せられるのは、自分たちがこんなにも苦労しているのに、評価、特に総得点が低い、というものである。当評価表は、500点満点であるが、満点をとることはおろか、高得点を得ることもかなりむずかしい仕組みになっている。

第一の理由は、評価の対象が老人病院の機能として非常に幅広いものにわたっていることである。各地域の特性や担っている役割が各病院により大きく異なることを考えると、全項目にわたり高得点を得ることはなかなかむずかしい。

第二の理由は、重症者を受け入れなければ、高得点にならない項目がある一方で、重症者を多く抱える病院では高得点を得にくい項目も多数あるからである。理論的にいえば、重症者を受け入れ、努力によりADLを高め、早期に退院させることができるならば得点が高くなるが、現実には困難な症例が少なくないこともまた事実である。

第三の理由は、一部項目を除き過去10回の調査結果にもとづき、全参加者の平均得点で40～70%前後になるように各項目の評価基準の修正が重ねられていることである。

以上に加えて、最近の制度改正の影響もあって、一口に老人病院といっても、その機能分化は確実に進展しており、各病院は自らの機能を明確にすることが求められている。本マニュアルも各病院の目指す機能と水準がよりはっきりと描出できるような内容に改定すべしとの意見が出ているがなかなか妙案がない。

いずれにせよ、各病院は総得点というよりも自らに与えられた機能、役割の項目で高得点を得ることに努力する一方、意に反する結果になった時には、その理由をつぶさに検討することで、さらなる質の向上がはかれるのではないかと考えられる。

ちなみに、総得点が30点未満であったとしても、通常の老人病院としての基準に触れずに運営することが可能であり、250点を超えるためには、かなりの努力を要するものであることを付言したい。

老人の専門医療を考える会

A. 運営の基本理念実践に関する項目

1. 病院の運営方針浸透のため、次のことが実践されていますか。

- イ. 明文化されている
- ロ. 職員に明示している
- ハ. 職員が実践している
- ニ. 利用者へ明示されている

イ. 明文化 明文化されている文章は具体的な内容である  
(例えば、「良い病院」等は不十分)

ロ. 各部署に明示 しっかり目につく所に大きな字で貼り出されている

ハ. 職員意識調査で 60%以上が正しく回答

ニ. 利用者に明示 しっかり目につく所に大きな字で貼り出されている

a	4点とも実施している	7点	
b	明文化されているが、ロ、ハ、ニのうち行われていないことがある	4点	
c	明文化されているが、他のことは行われていない	2点	
d	明文化されていない	0点	

(A-1 解説)

組織がある目的を達成しようとするためには、目指すところ、価値観、手段等について、できるだけ具体的に文章化するとともに、その組織の構成員に十分理解させ、浸透させることが不可欠である。老人病院もその例外ではない。自らの役割、具体的方針、価値観等を明文化し、職員への浸透と同時に患者やその家族といった外部にもそれを伝えるべきである。それが自らを高い目標に駆り立てる力となり、患者や家族には大きな安心となる。

2. 自らをサービス業と位置づけて、次のことが実践されていますか。

- イ. サービス業であることが明文化されている
- ロ. 全職員が外来者に挨拶する
- ハ. 親切を旨とする対応が浸透している
- ニ. 物事を頼みやすい雰囲気がある

イ. 職員向け広報等で確認

ロ. 少なくとも3分の2以上の職員が会釈する。こちらからの挨拶等を無視する職員がいない

ハ. 院内でトイレや公衆電話の場所を尋ねられた際の対応をみる

ニ. 職員意識調査で 60%以上がサービス業と位置づけている

a	4点とも実施している	7点	
b	3点実施している	4点	
c	2点しか実施していない	2点	
d	自らをサービス業とは考えない職員がいる	0点	



( A - 2 解説 )

医師をはじめ医療専門職の間には、自分たちをサービス業と位置づけることに抵抗を示す者が少なくない。かつての『診てやる、治療してやる』等の施しとしての医療の名残りと考えられるが、医療は自分たちのもつ専門知識、技術を駆使して、患者や社会に満足を与えて収入を得るという形態、あるいは、患者や社会の幸福に奉仕するという精神においても、まさにサービス業である。このことをつねに念頭においた姿勢、対応が重要である。

3 . 高齢者の残存機能を活かす対応をしていますか。

a	入院後A D L が明らかに改善する患者が多い	7 点	
b	入院後A D L が改善する患者が多い	4 点	
c	入院後A D L が改善する患者が少しはいる	2 点	
d	入院後はA D L が横這いの、あるいは低下する患者が多い	0 点	

- ・入院時、入院後定期的にA D L の状態チェックがなされていることが望ましい
- ・なされていない場合は、印象点から1ランクさげる

( A - 3 解説 )

老人病院に期待される機能の一つは、疾病や障害の管理を必要とする、いわゆるリスクの高い老人の残存機能を最大限に引きだし活用することで、自立度を高めることにある。したがって、構造設備から医療、看護、介護、リハビリのあり方に至るまで、つねにこの目的を念頭においたものであることが望ましい。

4 . 入院生活上の制限や規制を減らす努力がなされていますか。

a	生命上の危険がない限り、生活上の制限を加えていない	4 点	
b	医学的な不利益のない限り、生活上の制限を加えていない	3 点	
c	周囲への迷惑がない限り、生活上の制限を加えていない	2 点	
d	安全第一を考えて対応している	0 点	

- ・面会時間
- ・食べものや嗜好品の持ち込み
- ・身のまわりのもの、衣類の持ち込み
- ・外泊、外出、散歩等、主として家族と行動を共にする状況に対する制限の有無、ならびにその程度をチェックする

( A - 4 解説 )

かつては病院での入院生活は日常生活とくらべて不自由、不便が当然と考えられていたが、入院中といえどもより日常生活に近い生活を望むのは当然といえる。一方、病院側は今もって疾病や障害の管理に都合のよいような制限や規制を行い、入院患者に不便や不自由をおしつけている。老人とは残された人生の時間の短い人と理解するならば、少しでも快適な状況での生活の実現にむけて、病院側は努力すべきであろう。

5 . 患者本人ならびに家族の納得できる死を迎えるための対応がなされていますか。

a	自分の親であったらそうしてもらいたい、と思えるような対応がなされており、患者家族から感謝されることがしばしばある	7点	
b	自院のもつ重要な機能と考え実践されているが、家族からの評価は今一歩である	4点	
c	病院のもつ重要な機能との認識はあるものの、実践は不十分である	2点	
d	病院であるからには延命を第一に考えるべきである	0点	

・職員意識調査を参考にして判定する

( A - 5 解説 )

わが国の従来の医療機関、特に病院では、死は単に忌み嫌うもの、医療サービスの対象外というとなえ方がなされてきたが、今や70歳以上の人のうち、その4分の3は病院で死ぬ時代である。なかでも、老人病院はリスクの高い高齢者をその主な対象とすることから、好むと好まざるとにかかわらず、この問題に取り組むことを余儀なくされるばかりでなく、むしろ、積極的に対応することが期待される。ある程度の高齢に達すれば、大部分の人が『安らかな死』を望んでいる。安らかな死とは、本人も家族も第三者も納得のいく死の形であるが、主体はあくまでも本人と家族であり、病院職員はその環境を整えるといった心構えが重要である。効果の期待できない医療行為で、人生の最後の時がいたずらに浪費されること等があってはならない。

6 . 患者への対応は多職種が情報を提供し、連携、協力して関わるという思想にもとづいて行われていますか。

- イ . 少なくとも1ヶ月に1回は経過の概要が誰にも分かるように診療記録(カルテ)に記載されている
- ロ . 診療記録(カルテ)は平易な日本語によって記載され、医療チームとしての記録を一元化する等の工夫をしている
- ハ . 記載された情報をもとに全患者に対して少なくとも3ヶ月に1回は、多職種(医師、看護・介護職員、リハビリスタッフ、栄養士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師等)討議のうえで対応が決定され、実践されている

a	3点とも実施されている	4点	
b	2点が実施されている	3点	
c	1点のみ実施されている	2点	
d	どれも実施されていない	0点	

・診療記録の内容、各職種間の情報交換、意志統一の方法、手段について具体的にきく

(A - 6 解説)

これも老人医療に限ったことではないが、特に老人の場合には、医師、看護師のみならず、介護、リハビリ、医療ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師等、多数の職種が同時に関わり、同じ方針で臨むいわゆるチーム医療こそ、成果をあげるのに不可欠である。対応方針の検討、決定にあたっては、できるだけ多くの職種が参加し、共通の認識をもつことが重要である。

その前提になるのは情報の共有であり、診療記録(カルテ)が医師等の特定の職種のものであってはならない。場合によっては患者、家族から求めがあった場合は開示することも考えられ、その視点から的確な記載が必要となる。

7. 老人病院の機能が社会資源という自覚のもとに、有効的活用の視点から、入院(継続)の可否、医療適応の可否、費用対効果、についての検討が行われていますか。

a	3点とも定期的に、かつ委員会を設けて行われている	4点	
b	委員会を設けているが、定期的には検討されていない	3点	
c	3点とも院長の判断で行われる	2点	
d	そのような検討は特に行われていない	0点	

・入退院について検討する場の設置状況、記録をチェックする

(A - 7 解説)

高齢社会の到来に際しては、いかに少ない社会資源の消費で、いかに多くの高齢者やその周辺の人々の満足を生み出せるかが課題である。老人病院もその重要な一端を担っている。老人病院は目先の利益追求に走ることなく、たえず社会資源の有効活用という視点に立って自らの役割を見直すべきである。

B. 医療、看護、介護に関する項目

1. 患者の状態やその変化を的確に把握するための調査が行われていますか。

- イ. 一定の評価方式（書式）にもとづき行われる
- ロ. 全患者に行われている
- ハ. 1ヶ月に1回以上行われている
- ニ. 調査結果が集計、分析され、公表されている

a	4点とも実施されている	7点	
b	3点が実施されている	4点	
c	2点のみ実施されている	2点	
d	1点のみ、またはどれも実施されていない	0点	

- ・状態評価表の有無、内容、実施状況、集計表の有無、伝達方法をそれぞれチェックする
- ・評価項目には、少なくともADL、体重、褥瘡の有無や状態、チューブ類装着の状況、認知症の程度、等が含まれることが望ましい

2. 患者の状態の評価にもとづき、看護・介護計画は適切に立てられ実行されていますか。

- イ. 全患者に対して行われている
- ロ. 入院後すみやかに、その後は病状の変化時、または少なくとも3ヶ月に1回以上実施されている
- ハ. 明文化され、全担当者に伝達されている
- ニ. 家族にも伝達されている

a	4点とも実施されている	7点	
b	3点が実施されている	4点	
c	2点以下実施されている	2点	
d	どれも実施されていない	0点	

- ・実施状況、文章化された内容、家族への伝達の方法、形式をそれぞれチェックする

(B - 1・2 解説)

一人一人の患者の状態を正しく評価し、それにもとづいて患者への適切な看護・介護計画を立案し、実行することは、効果的かつ効率的な対応や病棟の運営を行う上で不可欠であるが、それにもまして、定期的かつ反復してこれら一連の作業を行うことで、看護、介護の成果が明確にされることが大切である。なぜなら、日頃の自分たちの努力の結果が明らかな形で示されるとなれば、より大きな成果を目指して意欲もわき、達成のよろこびも大きくなるからである。評価とそれにもとづく適切な看護・介護計画こそ意欲の原動力である。

3. 必要な医療は次の視点に立って行われていますか。

- イ. 関わる専門職間で患者のQOLを高めるといった視点から医療の関わり方が検討されている
- ロ. 高齢者に発生頻度の高い疾患（いわゆるコモンディジーズ）に十分対応できる設備、器具、体制にある
- ハ. 医師のみならず他の医療専門職との検討のもとに行われている
- ニ. 患者や家族の納得の得られる医療を行っている

a	4点とも実施されている	10点	
b	3点実施されている	4点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ実施されている	0点	

・職員意識調査によりチェックする

(B-3 解説)

高齢者への医療にあたっては、一般成人とは大きく異なる心身の特性、障害や疾病の特性のみならず、医療の関わり方、あるいは医療適応の可否について、特に患者本人や家族の意向の正しい把握や、患者や家族への必要にして十分な説明も不可欠である。また、慢性経過をたどる疾病が多いことから、とかく看護職員にまかせきりとなったり、きめ細かな対応に欠ける状況に陥らないよう注意すべきである。

4. 植物状態や気管カニューレ装着状態等、常時濃密な医学的管理を必要とする患者の受け入れは行っていますか。調査時の前1年間における新規入院患者数に対する該当患者数の比率は、

a	5%以上	10点	
b	2%以上5%未満	4点	
c	1%以上2%未満	2点	
d	1%未満	0点	

5. 現在の全入院患者中、植物状態や気管カニューレ装着状態等の患者が占める比率は、

特a	10%以上	10点	
a	5%以上	4点	
b	3%以上5%未満	3点	
c	1%以上3%未満	2点	
d	1%未満	0点	

・実態を調査して確認する

( B - 4・5 解説 )

老人病院の役割として、急性期治療は終わったものの、常時医療行為が必要であったり、密度の濃い医学的管理、観察を必要とする老人の受け入れがある。これらの老人を老人病院が引き受けることで、第一線の急性期を扱う病院の機能が確保できる。また、この機能は他の老人施設では絶対対応できない部分である。特に、包括払い制の導入病院では、このような患者の受け入れを意図的に拒否したり、排除したりすることがあってはならない。

6 . 認知症による行動障害をともなう老人患者の受け入れは可能ですか。

特 a	すべての行動障害に対応できる	10点	
a	特殊な例（著しい暴力行為、性的逸脱行為、放火癖等）を除き、各種の行動障害に対応できる	7点	
b	大部分の行動障害に対応できる	4点	
c	中程度の行動障害までは対応できる	2点	
d	行動障害のある老人は扱わない	0点	

・主に入院相談窓口と職員の話よりチェックする  
 ・激しい興奮、奇声等があっても受け入れ可能ならば（ a ）  
 ・認知症患者受け入れに消極的なところがみられれば（ d ）

( B - 6 解説 )

老人患者ではかなりの頻度で認知症がみられ、身体疾患の管理と同時に認知症にも対応しなければならぬ状況も稀ならず発生する。したがって、認知症による行動障害を有する老人にどの程度対応できるかは老人病院の機能として大切である。

7 . 患者への対応は適切ですか。

a	受容と敬愛の態度に徹し、ゆったりと対応している	7点	
b	受容と敬愛に満ちているが、ゆったりした雰囲気欠ける	4点	
c	やさしさや親切の情はあるが、子供扱いをする職員がいる	2点	
d	やさしさや親切さに欠けたり、時に指示的であったり、拒絶的あるいは馬鹿にした態度をとる職員がいる	0点	

・職員の現場での対応を観察して判定する

( B - 7 解説 )

自分よりも弱い立場の存在に対応する時に、人の心の持ち様が出されやすいものである。加齢や障害、疾病ゆえに能力の著しく低下している高齢者へどんな態度で接しているかは、職員の質をはかる最良のバロメーターであるといつてよい。愛情をこめて接するとはいえ、子ども扱いしたり、愛称で、あるいは『おじいちゃん、おばあちゃん』で呼びかけたりするのは、その家族の心情を思うと厳しく戒める必要がある。

また、高齢者への対応はゆったりとした気持ち、ゆったりとした行動こそ不可欠である。あわただしい言動は老人患者の気持ちを不安にし、その結果、興奮や異常行動を誘発することにもなる。

8 . 水分や栄養補給の手段として、点滴 ( I V H を含む ) や経鼻経管栄養 ( 胃ろうを含む ) よりも経口摂取を重視していますか。その指標としての点滴 ( I V H ) や経鼻経管栄養を実施中の患者の比率は、

a	5 % 未満	4 点	
b	5 % 以上 1 0 % 未満	3 点	
c	1 0 % 以上 2 0 % 未満	2 点	
d	2 0 % 以上	0 点	

- ・患者の状態のいかんは問わない
- ・水分や栄養補給を目的としない点滴等 ( 例えば、抗生剤投与のための 1 0 0 cc の点滴等 ) はここではカウントしない

( B - 8 解説 )

嚥下障害、摂食拒否の強い際には、経管栄養あるいは点滴注射による水分や栄養分の補給は避けられぬ場合があるが、患者から見れば大変な不快と苦痛、行動制限をとらなうものである。一方、点滴や経管栄養は、介護する立場から見れば、時間をかけて経口摂取させる、あるいはその介助をするよりもはるかに手のかからない対応方法であるため、多用されやすいことも事実である。自分で噛み、味わって食べることは生きている最大の楽しみの一つでもあることを考えると、点滴や経管栄養はできるだけ減らす努力が必要である。

9 . 口腔ケアは十分に行われていますか。

a	全員に 1 日 3 回以上	7 点	
b	全員に 1 日 2 回以上 3 回未満	4 点	
c	全員に 1 日 1 回以上 2 回未満	2 点	
d	全員に 1 日 1 回未満	0 点	

- ・自分の歯のある場合は、1日に施行する歯磨きの回数について
- ・総入れ歯の場合は、その洗浄の回数について
- ・なお、実施回数に関わりなく、口臭の程度により1ランク上下させる

( B - 9 解説 )

口腔内のケアはとかく後まわしにされやすい部分であるが、呼吸器や歯根周囲の感染予防、歯牙の保持のみならず、老人病院特有の不快な臭いの減少のためにも、きわめて重要な役割を果たしている。

10 . 事故防止対策は十分ですか。

- イ . 所定の事故報告書がある
- ロ . 事故発生時にはすみやかに報告がなされている
- ハ . 事故統計が定期的に職員間で公表されている
- ニ . 事故発生の原因が分析され、対策の検討、実行がされている

a	4点とも実施されている	4点	
b	3点実施されている	3点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ、またはどれも実施されていない	0点	

( B - 10 解説 )

転倒、転落、骨折、誤飲による窒息、異食、負傷、他者への暴力等は老人病院では少なからず発生するが、その頻度は低いに越したことはない。対応の決め手となるのは、事故の発生状況や頻度を的確に把握し、対策を共有することである。

11 . 床ずれの発生防止、治療に努めていますか。その指標として褥瘡のみられる率は、  
(他からの持ち込みも含めて)

a	1%未満	10点	
b	1%以上5%未満	4点	
c	5%以上10%未満	2点	
d	10%以上	0点	

・処置の行われている褥瘡はすべてカウントする

( B - 11 解説 )

床ずれの発生は、栄養不良等との関連はあるにしても、当該部位の不潔、湿潤、長時間にわたる物理的圧迫こそが主な原因である。ぬれたオムツのままで長時間寝かせきりにしておけば、床ずれは必発といってもよい。これが、床ずれの発生率こそ寝たきり老人の看護、介護の質、ひいてはその病院の質をはかる尺度の一つといわれるゆえんである。防止のための最も有効な対策は、頻繁に体位を変換することである。また、老人病院は床ずれ治療のスペシャリストでなければならない。



12. オムツはずしに努力していますか。

オムツあるいは尿留置カテーテル着用者の比率は（夜間のみも含めて）

a	40%未満	10点	
b	40%以上60%未満	4点	
c	60%以上80%未満	2点	
d	80%以上	0点	

・終日使用はもちろんのこと、夜間のみ、あるいは用心のための着用も含めてカウントする

13. オムツの使用法は適切ですか。

イ. 随時、頻回にオムツ交換・チェックが行われている

ロ. 多様なオムツが使われている

ハ. オムツはずしのため、トイレ誘導、ポータブルトイレの使用等、積極的な取り組みがなされている

a	3点実施されている	7点	
b	2点実施されている	4点	
c	1点実施されている	2点	
d	どれも実施されていない	0点	

（B-12・13 解説）

老人病院の看護、介護に対する悪評の3大要因は、オムツをあて、寝たきりにし、床ずれをつくるというものである。なかでもオムツ使用は老人患者の尊厳を著しく傷つけるとともに、日常生活での緊張の糸を断つものであり、何としても避けたいところである。しかし、すでにオムツをあてられた状態で入院、あるいは病状等によりオムツの使用を余儀なくされた患者に対しては、極力、快適性や機能性に配慮した多様なオムツを使用し、オムツはずしに向けて最大限の努力を払うべきである。また、オムツ使用者に対して、原則として排尿、排便のサインをできるだけすばやくキャッチし、即刻の対応で少しでも失禁にともなう不快感を解消すべきである。失禁後、対応までの時間が長いほど、弄便や床ずれ等、二次的な問題を引き起こすこととなる。

14. 寝食分離は実行されていますか。3食ともベッドでとる患者の比率は、

a	10%未満	10点	
b	10%以上30%未満	4点	
c	30%以上50%未満	2点	
d	50%以上	0点	

・ベッドでとるとは、ベッド上で寝たまま、またはベッド上で座って、あるいは、ベッドの端に腰をかけて摂食することをいう。食事不摂食者、鼻腔栄養者は母数から除く

(B-14 解説)

空間が十分でない、人手が足りない、設備がない等の理由から、ベッドの上で1日の大部分を過ごし、食事もベッドの上という光景は、今もってわが国の老人病院では極めて普通にみられている。食べやすい姿勢をつくり、生活にメリハリ、けじめをつけることで残存能力を引きだすといった視点からも、ベッドから離れ、正しい姿勢での食事が望ましい。

15. 日中の着替えは実施されていますか。

a	半数以上の患者に毎日行われている	4点	
b	3分の1以上の患者に毎日行われている	3点	
c	一部の患者で毎日行われている	2点	
d	ほとんど行われていない	0点	

・着替えとは、日中の起床時と夜間の就寝時、それぞれにふさわしい衣服に取り替えることをいう  
 ・上に羽織る程度は着替えにカウントしない

(B-15 解説)

身体的に重症な患者を除き、日中に着替えをすることは患者の生活にメリハリを与える上できわめて大きな効果をもつ。特に、できるだけお洒落な服装を心掛け、化粧を含めきちんとした身だしなみが有効である。

16. 抑制等は理由のいかんをとわず回避するように努力していますか。

a	全くないに等しい	7点	
b	原則として行っていない	4点	
c	医療上の理由のみ認めている	2点	
d	本人の転落や転倒等の危険、または周囲への危害防止のためにでも行っている	0点	

・抑制とは人手以外の物理的な力で行動の自由を長時間（15分以上）にわたり制限する行為を指す。ベッド上等はもちろん、車椅子からの立ち上がりや降り落ちを防ぐための抑制もカウントする

17. 抑制等の施行は、次の手続きを経て行われていますか。

- イ．家族の了解を得ている
- ロ．理由ならびに実施状況を明記した書類がある
- ハ．主治医の了解をとっている
- ニ．病院長へのすみやかな報告がなされ、病院としての実施状況が一目瞭然である

特a	抑制は全く行っていない	10点	
a	4点とも行われている	4点	
b	3点が行われている	3点	
c	2点しか行われていない	2点	
d	1点、あるいははっきりした規程がないまま行われている	0点	

・手続きの書類、痕跡でチェックする

18. 抑制等の発生頻度は1日あたり平均在院患者の、

a	0.1%未満	4点	
b	0.1%以上1%未満	3点	
c	1%以上5%未満	2点	
d	5%以上	0点	

・抑制者リストにより B - 16 と同じ基準でチェックする

( B - 16 ~ 18 解説 )

医療行為を確実に遂行する、あるいは特に認知症のある患者で、転倒や異食、周囲への迷惑を防ぐため等の理由で、老人患者がベッドや車椅子、椅子等にヒモ等で縛られることがある(これを抑制と呼んでいる)。この行為は患者にとって身体的、精神的に大きな苦痛であるのは勿論のこと、家族にとっても大変なショックである。一方、看護、介護する側からみればより手がかからぬ対応法であることも事実である。いろいろな理由はあるにしても、抑制はきわめて限られた状況下で必要最小限のみ許される対応としてとらえ、その実施はまず家族の了解を得、その理由をカルテと看護記録に記載し、最高責任者である病院長の管理下におかれるべきである。患者の行動を制限しようとする対応がかえって不安、興奮を助長し、問題行動を多発させることも認識すべきであろう。

19 . 拘束着やいわゆるつなぎ服の着用比率は、

特 a	0 %	7 点	
a	1 % 未満	4 点	
b	1 % 以上 5 % 未満	3 点	
c	5 % 以上 10 % 未満	2 点	
d	10 % 以上	0 点	

( B - 19 解説 )

抑制と同様、患者によるオムツいじり、弄便の防止、あるいは医療上の理由から、自分の意志では脱ぐことの困難な、いわゆるつなぎ服(上下が一体となり、ファスナーや鍵のついている衣服)が使用されることがある。この使用により、看護・介護上の手間や危険が一気に軽減される例があることも否定できないが、患者からすれば極めて不快であり、家族の目には異様に映るのも確かである。オムツをはずしてしまう行為や、弄便等は他の方法でも対処可能であり、抑制と同様の理念で極力排除されるべきものと考えられる。

20 . 入浴は頻回かつ適切に行われていますか。その頻度は平均週に、

a	随時または 3 回以上	7 点	
b	2 回以上 3 回未満	4 点	
c	1 . 5 回以上 2 回未満	2 点	
d	1 . 5 回未満	0 点	

・浴槽に入る生活習慣のない地域ではシャワー浴も可。ただし、足のみ、手のみ等の部分浴や洗髪のみはカウントしない

2 1 .入浴不能の患者には全身清拭を行っていますか。その頻度は週に、

a	日曜、祝祭日を含めて毎日	4点	
b	ほぼ毎日	3点	
c	3回以上	2点	
d	3回未満	0点	

・全身清拭とは、清潔さを十分に保つことを目的に、全身をたんねんに濡れタオル等で拭くことであり、身体の一部、または、結果が十分清潔でない場合は施行とはカウントしない

( B - 2 0 ・ 2 1 解説 )

寝たきり者ではもちろんのこと、大部分の老人患者では、入浴に際して多大な介助が必要なことは事実であるが、入浴は入院生活での最大の楽しみの一つであると同時に、身体の清潔を保ち、全身の血液循環を促進し、床ずれや合併症を防止する意味でも有益である。したがって、患者の身体的状況が許す限り、特殊浴槽等も駆使して週2回以上の入浴が確保されるべきである。独力で入浴できる患者には、毎日でも入浴できる体制を作り、できるだけ多くの入浴機会を設けたい。また、身体的状況のため、入浴が危険と判断された患者でも、できるだけ頻回の全身清拭がなされるべきである。それも不可能ならば、代わるものとして部分浴等でも対応されるべきである。

2 2 . いわゆるマカロニ症候群を避けるための努力はなされていますか。

a	病棟ごと、担当医ごとに気管切開、鼻腔栄養、点滴、尿留置カテーテル、酸素カニューレの患者が月1回以上チェックされ、適否についての検討が行われている	4点	
b	不定期にチェックされている	3点	
c	統計はないが医師、看護師でその適否について検討が行われている	2点	
d	各担当医に任されている	0点	

・(a) については記録があることを条件にする

2 3 . 尿留置カテーテル着用者を減らす努力はなされていますか。その指標としての着用者の比率は、

a	1%未満	4点	
b	1%以上3%未満	3点	
c	3%以上10%未満	2点	
d	10%以上	0点	

・着用の理由のいかんは問わない

( B - 2 2 ・ 2 3 解説 )

医療行為の進歩にともない、各種の器具機械を使つての身体管理が増加している。なかでも、各種のチューブが多用されていることを称してマカロニ症候群、スパゲッティ症候群などといれている。確かに、急性期で、かつ回復の可能性の大きい場合にはやむを得ないことであるが、一旦実施されると状況が改善されているにもかかわらず、安全のためと称して延々とチューブによる管理が続けられる傾向がないとはいえない。さらに、高齢のために、あるいは慢性的経過で身体的状況が徐々に下降し、かつ回復の見込みのきわめて少ない状況下で、多種のチューブによって延々と生かし続けられることは、尊厳ある、あるいは安らかな人生の終わりの迎え方として大いに疑問である。チューブ管理の適否については、原則として家族の了解のもとでなされるべきであり、全スタッフ間でいつも厳重に検討され、一本でも少なくする努力がなされるべきである。

2 4 . 治療方針、投薬、注射の内容、薬効、副作用等について関係者が知っていますか。

a	関わる全スタッフが知っている	4点	
b	医師と看護師のみが知っている	3点	
c	医師と看護責任者のみが知っている	2点	
d	医師のみが知っていることが多い	0点	

周知徹底の方法、書類等から推察する

職員意識調査によりチェックする

( B - 2 4 解説 )

多職種が交代でチームを組んで一人の患者にあたる場合には、治療や対応の方針、内容の全スタッフ間での共有が基本となる。治療や対応方針の決定は医療専門職が行うとしても、その理由や方針は全員が理解すべきである。

また、薬剤の効果や副作用は、患者の病状やその変化を理解する上できわめて重要であるにもかかわらず、従来はとかく医師のみ、あるいは医師と看護師のみの理解にとどまることが多かった。老人患者では自分の症状の変化を的確に訴えることができない、あるいは、症状があっても自覚しない等のケースが少なくないことを考えると、特に副作用については患者に接する全スタッフが理解し、その発症時に迅速に対応することは、患者の被る不利益を最小限にするのに有効である。

2 5 . 退院時のサマリーは記載されていますか。

- イ．退院日から数日以内に記載されている
- ロ．必要にして十分な内容が記載されている
- ハ．退院者全員（死亡退院も含む）の記載がされている
- ニ．多職種合議の上、あるいは多職種ごとに記載されたサマリーがある

a	4点とも実施されている	4点	
b	3点実施されている	3点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ実施、あるいは実施されていない	0点	

( B - 2 5 解説 )

退院時のサマリー（要約）の記載は、他者への情報の伝達のみならず、担当した職員の資質向上に不可欠であるのに、その重要性は必ずしも認識されているとはいいがたい。一人の患者の全体の流れを今一度しっかり把握することで、新たな対応が開発されることも少なくない。

26 . 医療、看護、介護の適切さについての検討会（ケアカンファレンス等）は行われていますか。

イ . 病棟の全患者について行う

ロ . 3か月に1回以上検討する

ハ . 関連する4つ以上の職種（医師、看護・介護職員、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士等）が参加する

ニ . 結果が明文化され、担当職種全員に伝えられる

a	4点とも実施されている	7点	
b	3点実施されている	4点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ実施、あるいは実施されていない	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアカンファレンス実施の記録をもとにチェックする</li> <li>・個別性に乏しいものは1ランクさげる</li> </ul> |
|---|

( B - 2 6 解説 )

これも老人医療に限ったことではないが、医療に対する批判の一つは、専門職の名のもとに医師や看護職員が情報を独占し、権威主義的な態度をとることである。疾病や障害をもつとはいえ、老人への対応には家族はもちろんのこと、医療専門職以外の職種や第三者も含めて多様な意見があり、かつ多様な意見が集約されてはじめて、患者の全体像が浮かび上がり、適切な対応が可能となる。したがって、誰でも自由に意見を述べられるような仕組みを通して、関係者の納得が得られるよう、医療、看護、介護の適切さを常に検証しなければならない。

## C. 患者、家族の満足と安心に関する項目

### 1. 院内の清潔保持、整理整頓はなされていますか。

a	清潔であり、整理整頓されきわめて良い印象を与える	7点	
b	清潔である	4点	
c	放置された物品や汚れが気になることがある	2点	
d	雑然とし、また清潔とはいえない	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・一時的といえども病院内、通路や廊下等に放置あるいは置いてある物品の状況も勘案する</li> <li>・床のみならず、壁や天井棚の上の清掃状況等もチェックする</li> </ul> |
|---|

#### (C-1 解説)

医療職の間では、清潔、不潔への関心は非常に強いにもかかわらず、病院の施設全体となると、他のサービス業の施設と比べて、清潔さ、整理、整頓の度合いで格段に劣る場合が多い。清潔の保持、整理、整頓は単に病院への信頼を生むばかりでなく、中に働く者の緊張感と誇りも生む。

### 2. 院内の悪臭、異臭、不快臭の除去につとめていますか。

a	常時不快臭や芳香剤の臭いは全くないといってよい	10点	
b	オムツ交換時を除けばほとんど臭いが気にならない	4点	
c	オムツ交換時を除き時として気になることがある	2点	
d	常時、臭いが気になる(芳香剤を含む)	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・外部から建物内に入った際の異臭、不快臭の状況で決める。芳香剤も臭いとしてカウントする</li> </ul> |
|---|

#### (C-2 解説)

老人病院の臭いの程度はその病院の看護、介護の水準の集大成といっても過言ではない。特有の悪臭、不快臭を減らすには、まず、オムツ使用者を減らす、失禁があつたらすぐに対応する、頻回の入浴や清拭を行う、口腔内を清潔に保つ、衣類やリネンの汚れにすぐ対応する、トイレや入浴施設の清掃、等発生源への対応をするとともに、発生した悪臭が周囲にしみこむ前に強制的に換気する、消臭剤を使用する、等の対応も不可欠である。芳香剤による臭いは一見よさそうに思えるが、悪臭との混合によりさらに不快感が増すこともあり、少なくとも悪臭のもとを断つという根本的な努力を怠らせることになる。



3. 夕食の時間は早すぎませんか。現在の開始時間は、

a	午後6時以降	7点	
b	午後5時30分～6時	4点	
c	午後5時～5時30分	2点	
d	午後5時以前	0点	

・配膳の時間もチェックする。食事開始表示時間より、15分以上早い場合には、その時間をもって判定する

4. 食事の質の向上に向けて、適温食、選択メニュー、良質で多様な食器使用、が実施されていますか。

a	3点とも実施されている	7点	
b	2点実施されている	4点	
c	1点実施されている	2点	
d	どれも実施していない	0点	

・適温食は、保温食器の使用がなくても病棟等での盛り付けがなされていればよい  
 ・良質で多様な食器とは、割れにくさ、洗浄のしやすさを中心に選ばれたという印象のないもの

(C-3・4 解説)

病院食への関心は高まっているものの、依然として評判は芳しくない。老人病院についていえば、その批判の主なものは、夕食時間が早すぎる、まずい、さめている、食事をせかせる、形の無いものをだす、食器が貧弱、メニューが画一的である、等があげられる。食事こそ入院患者の最大の楽しみであり、残された人生の時間が短い高齢者となれば、一食一食の重みはさらに増してくる。老人病院の場合、食事の介助に多くの人手を確保せねばならぬため、夕食の時間を遅くするにはかなりの困難がともなうが、より日常生活に近づける努力という視点にたてば、夕食は6時以降ということになる。

また、従来は割れにくい、洗やすい、コストが安い等、管理する側の都合を優先した食器が多用される傾向があったが、香り高い生活の実現のためには食器への配慮は欠かせない。

なお、適温食は、保温トレイの使用または病棟盛りつけの実施で可能となり、選択メニューは毎日最低一食、副食について選択できることが条件となる。

5. 患者の自立度、QOLに配慮した食事援助ができていますか。

- イ. 食事に関するケアプランの実施・評価がされている
- ロ. 個々に合わせた食事形態が提供できている
- ハ. 食事時間の制限がない
- ニ. 個々に適した食器類が使用されている

a	4点とも実施されている	4点	
b	3点が実施されている	3点	
c	2点のみ実施されている	2点	
d	1点のみ実施、あるいは実施されていない	0点	

(C-5 解説)

この項目は看護、介護の姿勢を問うものである。老人患者の側は心身の老化にともない、生活上の動作は緩徐となり、これに疾病や障害が加わればこの傾向はさらに顕著となる。しかるに、看護、介護にあたる職員の側は、人手不足の名残もあって、より短時間に一つの作業を済ませようとする傾向があり、結果としては患者の動作をせきたてたり、必要以上に手をかけることで時間を短縮させようとする。しかし、老人病院の役割は、患者に残された能力を最大限に引き出し、それを活用することで自立度を高め、QOLを向上することにある。となれば、そのような対応が具体化されるべきである。

食事についても、不自由な手を駆使してでも何とか自分で食べられるように、できるだけゆっくり時間をかけるべきであり、少なくとも時間を短縮するために不必要な介助をするようなことがあってはならない。また、食事の内容についても、歯がないためにうまく噛めない、呑み込みが下手である、等の理由はあるにしても、きざみ食やおかゆの多用は食事介助をしやすい、短時間で終わらせることができる等、介助する側の都合である部分も否定できない。普段、おかゆやきざみ食の老人患者が、家族の持参したお寿司やお弁当を苦もなく食べる光景もよく見受けられるからである。

6. 入院前の病院内見学は自由にできますか。

a	いつでも全病棟を見学できる	4点	
b	いつでも受け入れ先となる病棟を見学できる	2点	
c	病棟の見学に制限をつけることがある	0点	

・見学受け入れの時間制限等についてもチェックし、判定する

(C-6 解説)

できることなら住みなれた地で、自分たちで親や肉親の老いを介護したい気持ちは十分にあって、実際にはお手上げとなって老人病院に入院させるケースが大部分であるが、その際その入院先の状況でできるだけ自分の目で見て確かめたいというのが、本人や家族の本音であろう。しかしながら、患者のプライバシー保護や、作業の都合等を理由に、病室内はおろか病棟内すら見せようとしなない病院があることも現実である。本人や家族の期待と現実の姿とのギャップを埋める意味から、また、外部の見学者の目で見てもらうことで、職員にも緊張と意欲をかきたてる意味からも、入院前の十分な説明と見学のもと、できるだけ本人や家族の同意を得るよう心がけるべきである。

7. 面会促進のため家族の面会時間に配慮していますか。

a	原則として面会時間の制限はない	4点	
b	1日12時間以上可能である	3点	
c	1日8～12時間可能である	2点	
d	1日8時間以下に限られている	0点	

8. 面会場所の制限はありますか。

a	面会者の病室立入りは特別の理由のない限り自由である	4点	
b	面会者の病室内立入りは業務に支障のない限り自由である	3点	
c	面会前に病棟の許可が必要であったり、制限されることがある	2点	
d	他の患者のプライバシー保護等のため面会は病室外に限られている	0点	

C - 7・8

・制限の程度についてチェックし、判定する

9. 1日の面会者は平均すると入院患者の何%ありますか。

特a	30%以上	7点	
a	20%以上	4点	
b	10%以上20%未満	3点	
c	5%以上10%未満	2点	
d	5%未満	0点	

・各病棟に面会者数をきき、また、印象も勘案して決める

(C - 7～9 解説)

家族や知人の面会は、老人患者にとって最大の楽しみであると同時に、看護、介護にあたる職員にとっても、家族とのコミュニケーションを通じての対応の改善、あるいは良き対応への動機づけとしての意味は大きい。したがって、面会者の増加に向けて、病院側は時間制限の撤廃や、繰り返し来たくなるような雰囲気づくりを含めて最大限の便宜を図るべきであり、また、理由のいかんを問わず家族の安心を高めるためにも、面会場所の制限等もするべきではない。面会者の多さは病院の質の良さの指標の一つと考えてもよい。

10. 診療や対応について患者や家族へ十分な説明を行い、同意を得ていますか。

a	病状の変化がなくとも、少なくとも1ヶ月に1回は主治医から患者・家族に対して生活全般について説明し、同意を得ている	4点	
b	診療上のことについてのみ行っている	3点	
c	重大な変化についてのみ行っている	2点	
d	問い合わせがあれば行っている	0点	

・職員意識調査によりチェックする

(C-10 解説)

老人病院の役割は、老人患者のみならずその家族も含めたケアをすることにある。なぜなら、老人医療の現場では単に疾病や障害に対してさえ医学的判断のみでは不十分であり、対応も家族の協力なしには考えられないからである。老人本人の意志や判断能力が低下している際には、利益の代弁者としての家族の役割はますます重要になってくる。医療や対応についてもたえず、本人や家族が最善の選択ができるよう、専門家の良心にもとづいて助言をし、同意を得るようにしなければならない。しかしながら、いくら同意が得られたとしても、結果の悪い時の責任は病院側にあるという覚悟をもつ必要がある。

11. 主治医や部署の責任者は、患者、家族にわかりやすく示されていますか。

a	誰がみてもわかりやすくなっている	3点	
b	慣れた人にはわかるようになっている	2点	
c	聞けばわかるようになっている	0点	

12. 職員名は患者や家族にわかりやすくなっていますか。

a	全員が名札をつけ、各部署ごとに顔写真と名前が貼り出されている	4点	
b	全員が名札を見やすい形でつけている	3点	
c	名札をつけているが見にくい	2点	
d	名札をつけていない	0点	

C-11・12

・患者や家族からみてのわかりやすさで判定し、表示の小さいもの、わかりにくいもの等はランクを下げる

(C - 11・12 解説)

利用者に対して担当の責任者を明らかにし、また、職員名をできるだけわかりやすく示すことは、サービス業の基本である。この一見単純なことが各職員の自覚を促し、志気を高めるのに大きな役割を果たし、利用者には大きな安心を与える。

13. 退院後の満足度調査は実施していますか。

- イ. 全員に対して行っている
- ロ. 回収率は60%を超えている
- ハ. 結果が集計され、院内で定期的に検討されている
- ニ. 結果が全職員に公表されている
- ホ. 院外にも公表されている

特a	5点とも実施されている	7点	
a	4点実施されている	4点	
b	3点実施されている	3点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ実施、またはどれも実施されていない	0点	

(C - 13 解説)

退院後のアンケートは今後の対応を改善する上で、非常に多くの情報をもたらしてくれる。入院中であれば、患者や家族は不満や意見があってもなかなか本音は言いにくい。しかし、退院、特に死亡退院等であれば対等の立場で答えて下さる場合が多い。この際、回答率、回収率も一つの大きな指標になる。高回答率は病院への評価の一つと考えてよい。回答の内容を生かせるかどうかで病院の将来が決まる。

14. 四季感の演出、生活の活性化のためのイベントを実施していますか。

a	専従の担当者をおき月に1回以上行っている	4点	
b	専従の担当者をおき季節ごとに行っている	3点	
c	担当者はおいていないが行っている	2点	
d	行っているとはいえない	0点	

・専従の担当者とは、イベント実施時間内では看護・介護の業務に属さない過剰配置された人員のことである。

(C - 14 解説)

入院生活がきめられた日課の単なる反復であり、周囲に自然が乏しく外界とのつながりもないとなれば、生きる意欲を持ち続けることはおろか、残された機能を維持することすら至難の技であろう。残存能力を引きだし、活用するためには、まず、患者本人の周囲への関心呼び戻し、生きる意欲を刺激することが肝要である。その手段として、四季折々が実感できるような仕組みや、より本人の興味をそそるようなイベントが有効である。しかし、もっぱら企画する側の嗜好や経験にもとづく企画、あまりにも稚拙な内容のものは、単なる苦痛の時を与えるだけという認識も必要であろう。

15. 患者、家族の意見や要望は運営に反映されていますか。

a	あらゆる手段（定期的アンケート、窓口、投書箱等）で発掘し、文書による回答や、改善の報告などを行っている	4点	
b	意見、要望は全て院長に伝えられることになっている	3点	
c	相談窓口や投書箱を設置している	2点	
d	特別の仕組みはない	0点	

・アンケートの実施記録、投書箱の設置状況、窓口の表示等、また、その後の対応の記録等をチェックする

（C - 15 解説）

利用者から寄せられる意見や要望にいかにか的に対応するかこそが、サービス業の将来を決するといっても過言ではない。医療界は、従来はともすると『施してやる』式の発想に立った行動が多かったこともあり、今もって患者や家族の利用者のニーズを発掘することに努力が足りず、また、意見、要望が寄せられたとしても、その声が現場だけで止まったり、種々の理由をつけて組織全体としての対応に高められないことが多い。かくして、利用者は意見や要望を寄せることの無駄を知り、病院は現状に安住する形でニーズから遊離し、社会での地位を低下させることとなる。

16. 患者情報について守秘義務は守られていますか。

a	外部に対してはもちろん、職場の同僚に対しても職務上必要な場合を除き情報がもれることはない	3点	
b	職務以外の場で同僚に対して話題にのぼることがある	2点	
c	外部にもれることがある	0点	

・職員意識調査によりチェックする

（C - 16 解説）

守秘義務とは業務の遂行上、他人の個別情報にふれざるを得ない者に課せられている最低の義務である。これがいかに厳密になされるかで、その組織への信頼感が醸成され、より重要な情報もたらされ、結果としてより効果的な業務遂行が可能となる、といった脈絡のなかにある。どんな形にせよ、業務上知り得た情報は業務以外に使用してはならないと教育し、監視すべきである。

17. 本人・家族への費用請求はわかりやすい形でなされていますか。

a	毎回、個別明細をつけて行っている	4点	
b	入院時に説明し、大きな項目毎に行っている	3点	
c	入院時に説明し、まとめた金額のみで行っている	2点	
d	希望があれば説明している	0点	

・請求明細書の実物を入院患者の10%についてチェックし、判定する

(C-17 解説)

費用請求にあたっては、金額の多寡よりもその妥当性や明朗性が問題となることが多い。たとえば、あらかじめ説明も受け納得している際には、1万円、10万円であっても不満を生じないが、その一方で、説明も受けず予想もしていなかった際には100円の請求でも不満のもとになる。さらに妥当性、明朗性に欠けるとなれば、たちまち思わぬトラブルに発展する。金銭上のトラブルは他のあらゆる努力を帳消しにすると知るべきである。

18. 安らかな死に向けて、十分な説明、単なる延命のための処置の排除、単なる重症室でない特別な部屋の確保、家族の参加の奨励、が実施されていますか。

a	すべて実施されている	7点	
b	3点が実施されている	4点	
c	2点が実施されている	2点	
d	1点しか実施されていない	0点	

・職員意識調査によりチェックする

(C-18 解説)

安らかな死とは、本人も残される家族も納得できる死であるが、その実践となるとなかなか議論のあるところである。ポイントとしては、医師や看護師から医学的な経過や今後の見通し、回復の可能性が乏しいこと等を十分伝えること、単なる延命のための治療行為や処置がなされていないこと、家族が安心して一緒に過ごせる、あるいは自由に付き添っていただける落ちついた個室が確保されていること、希望があれば家族が介護や処置に参加できる仕組みにあること、等があげられる。

## D. 病院の機能に関する項目

### 1. 許可病床数は守られていますか。

a	各病室の定員が守られ、男女、病状別に配慮されている	4点	
b	各病棟の定員は守られている	3点	
c	病院の定員は守られている	2点	
d	病院の定員を超過することがある	0点	

・病室入口に表示された患者人数ではなく、都道府県に届け出られている各室の人数によりチェックする

#### (D - 1 解説)

入院患者の快適性を少しでも損なわないという視点に立てば、定員の遵守は当然のことではあるが、現実の場面ではなかなかそうもいかないことがある。病室や病棟は男女別、病状別等、各種の要素によって分けられており、もし各病室や各病棟の定員を厳密に守ろうとすれば、病院全体としての稼働率は低下せざるを得ない。多少ともスケールメリットに依存している現在の老人病院の実態からすれば、定員の遵守状況は評価に値する。

\* 設問D - 2 ~ 8は常勤換算した職員数についてお答え下さい。

### 2. 医師

a	基準より20%以上の配置	3点	
b	基準以上20%未満の配置	2点	
c	基準どおり	0点	

### 3. 看護職員

a	基準より20%以上の配置	4点	
b	基準の10%以上、20%未満の配置	3点	
c	基準以上、10%未満の配置	2点	
d	基準どおり	0点	



#### 4. 介護職員

a	基準より20%以上の配置	4点	
b	基準の10%以上、20%未満の配置	3点	
c	基準以上、10%未満の配置	2点	
d	基準どおり	0点	

#### (D-2~4 解説)

老人病院では、直接患者に接する職員数の多寡がサービスの質そのものに大きく関わることが多い。対象になる老人の症状や介護度にもよるが、100人につき少なくとも医師は3人以上、看護職員17人以上、介護職員20人以上は揃える必要があると思われる。

#### 5. 医療ソーシャルワーカー（入院患者100人当たりの人数をお答え下さい）

特a	医事業務等から離れた専属の者が2名以上	7点	
a	医事業務等から離れた専属の者が1名以上2名未満	3点	
b	医事業務等から離れた専属の者が1名未満	2点	
c	なし	0点	

#### (D-5 解説)

医療ソーシャルワーカーの果たす役割は老人病院でもきわめて大きい。特に患者本人と家族、病棟、病院の間に立って情報の収集、整理や利害の調整、困難への援助等、専門知識と技術を駆使する医療ソーシャルワーカーは老人病院に不可欠といってもよい。独立した医療相談室ももつ必要がある。

#### 6. 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（入院患者100人当たりの人数をお答え下さい）

a	3名以上	3点	
b	3名未満	2点	
c	なし	0点	

#### (D-6 解説)

リスクの高い高齢者の残存機能を引きだし、十分に活用するのが老人病院の役割とすれば、PT、OT、STの活躍は不可欠であり、また、看護、介護職員の日常の対応の中へ、PT、OT、STの思想や技術を導入することで成果は格段に大きくなるに違いない。ハード面、特に専用スペースの確保も欠かせない。

7. 管理栄養士（入院患者100人当たりの人数をお答え下さい）

a	2名以上	3点	
b	1名以上2名未満	2点	
c	1名未満	0点	

8. 調理スタッフ（入院患者100人当たりの人数をお答え下さい・委託を含む）

a	8名以上	3点	
b	5名以上8名未満	2点	
c	5名未満	0点	

（D-7・8 解説）

各種の障害や疾病をもつ老人一人一人に食事を通してきめ細やかな対応をしようとするれば、管理栄養士ならびに調理の現場に携わる調理スタッフの数は増えざるを得ない。

D-2～8  
・いずれも常勤換算人員数でチェックする

9. 一看護単位の平均患者数は何名ですか。

特a	40名以下	10点	
a	41名以上50名以下	7点	
b	51名以上60名以下	4点	
c	61名以上	0点	

・一看護単位の患者数の最頻値で判定する

10. 夜勤体制は適切ですか。患者100名当たりの夜勤者数は、

特a	8名以上	10点	
a	6名以上8名未満	7点	
b	5名以上6名未満	4点	
c	4名以上5名未満	2点	
d	4名未満	0点	

・{病棟に所属する実働全夜勤者数(医師を除く)}÷全入院患者数}×100 で計算する  
 ・夜勤時間帯常時の勤務人数でカウントする

(D-9・10 解説)

一看護単位の構成患者、構成職員数をどの程度に定めるかは、看護、介護の質を確保する上で非常に大きな問題である。一般に、一看護単位当たりの患者数、職員数とも少ないほどマネジメントしやすい。また、夜勤帯も含めて、職員一人当たり受け持ち患者数は少ないほど細かく対応できる。一方、患者一人当たり投入できる人件費は経営的な理由から限界がある。特に夜勤帯の配置人数を増やすと、急速に人件費負担が増加する。以上の要因が複雑に絡み合っ、一看護単位の平均患者数、夜勤体制が決められる。経験的には、老人病院の場合、一看護単位は患者数50名未満、構成職員数25名、夜勤帯は2～3名とするのが現実的な望ましい形であろう。

11. リハビリテーションの施設基準が満たされていますか。

特a	脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハの基準をすべて取得している	7点	
a	脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハの基準を2つ取得している	4点	
b	脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハの基準を1つ取得している	3点	
c	脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハの基準を1つ以上取得している	2点	
d	脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハのいずれの基準も取得していない	0点	

(D-11 解説)

D-6 解説参照

12. 災害時に備え、防災訓練を実施していますか。

a	年4回以上行っている	3点	
b	年に2回以上行っている	2点	
c	年に2回未満である	0点	

・放水・消火訓練、避難・誘導訓練等の実施状況を実施記録で判定する

(D - 12 解説)

病院内で最も注意すべき災害は火災である。自力ではすばやく移動できない患者が大部分であることを考えると、火災発生時には初期消火以外に方法がないようにも思える。したがって、患者、職員を問わず、火災発生防止への徹底した管理が行われるべきであり、また、訓練は初期消火に重点をおき、スプリンクラーの設置はぜひとも実施すべきである。

13. MRSAや疥癬等の院内感染の防止のための配慮がなされていますか。

- イ. 発生時には、特別の病棟や病室を設け、感染の拡大防止に努めている
- ロ. 発生状況に関する情報がすみやかに全関係者に伝えられている
- ハ. マニュアルをつくり病院全体として定期的に会議でチェックしている
- ニ. 必要に応じて対策委員会をつくって対応している

a	4点とも実施されている	7点	
b	3点実施されている	4点	
c	2点実施されている	2点	
d	1点のみ実施、またはどれも実施されていない	0点	

・院内ルール、実施状況を確認し判定する

(D - 13 解説)

院内感染防止は、患者のみならず職員の安全確保の視点から進められるべきである。肝炎、結核といった従来の感染症もさることながら、現実場面では施設で流行している疥癬、あるいはMRSAへの対応が頻度としては大きい。

14. 退院促進に努めていますか。6ヶ月以上の長期入院者の比率は、

特a	平均在院日数 90日未満	7点	
a	20%未満	4点	
b	20%以上40%未満	3点	
c	40%以上60%未満	2点	
d	60%以上	0点	

・資料により判定する

(D - 14 解説)

入院時よりも症状の改善がみられ、入院の継続が不要と判断された患者については退院促進に努めるべきである。しかし、病院によっては、入院時に比してADLも含めてなんらの改善もないのに、病院側の都合により一方的に退院を迫るケースも少なくない。

退院の促進には社会資源の有効利用と利用者の利益優先の双方に配慮する必要がある。

## E. 教育、研修に関する項目

1. 望ましい職員像、行動模範の浸透のため、次のことが実施されていますか。

- イ. 明文化されている
- ロ. 定期的に教育を行っている
- ハ. 定期的に人事評価を行っている
- ニ. 本人に評価を伝えている

a	3点以上実施されている	7点	
b	2点が実施されている	4点	
c	1点のみ実施されている	2点	
d	どれも行っていない	0点	

- イ. 明文化 わかりやすく具体的であることが必要
- ロ. 教育の形式、頻度をチェックする
- ハ. 人事評価の方法、実績を示す記録等をチェックする
- ニ. 職員への質問をしてみ決めてみる

(E-1 解説)

一般に人は、はっきりした目標が示され、それが妥当で納得できるものであれば、それに向けて自らを律し成長していく存在である。病院長や組織のトップがはっきり示さない、あるいはその浸透の努力を一瞬でも怠れば、職員の成長は期待すべくもない。

2. 医療スタッフ間で、業務に関連した勉強会、研究会は行われていますか。

a	毎週行っている	4点	
b	毎月行っている	3点	
c	年に3～4回行っている	2点	
d	不定期に行っている	0点	

(E-2 解説)

老人医療や老人看護の分野でも、新しい知見、新しい対応方法の登場により現場での対応が一変することも少なくない。また、業務、運営についてもちょっとした工夫が業務の効率化、サービスの改善に大きく寄与する。したがって、医療間スタッフでのケアカンファレンス、勉強会、研究会は不可欠である。加えて、これらの勉強会や研究会は、情報の共有化をすすめ、他の職種の発想や理解の仕方を知ることで、スタッフ間の理解と洞察を深めるのに有用である。短時間に頻回に行うのが肝要である。

3. 全職員を対象にした教育、研修のための院内活動が行われていますか。

a	毎月行っている	4点	
b	2～3か月に1回行っている	3点	
c	年に1～2回行っている	2点	
d	特に決めていない	0点	

4. 介護職員へのケアに関する専門的教育を行っていますか。

a	毎月行っている	4点	
b	2～3か月に1回行っている	3点	
c	年に1～2回行っている	2点	
d	特に決めていない	0点	

5. 全ての職員に対し、接遇教育を行っていますか。

a	あらゆる機会をとらえて行い、成果をあげている	4点	
b	定期的を実施している	3点	
c	不定期に実施している	2点	
d	特別な教育は行っていない	0点	

E - 2 ~ 5

・形式、頻度を記録でチェックする

6. 職務上必要とする学会や研修への参加を奨励していますか。その指標として、費用、時間とも病院負担で参加させている職員の年間の比率は、

a	80%以上	4点	
b	50%以上80%未満	3点	
c	30%以上50%未満	2点	
d	30%未満	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員意識調査によりチェックする</li> <li>・院内のルールを原則として文章化されたものでチェックし判定する</li> </ul> |
|---|

7. 図書や研修機器が整っていますか。職員一人当たりの年間投入額は、

a	3,000円以上投入している	4点	
b	2,000～3,000円投入している	3点	
c	1,000～2,000円投入している	2点	
d	1,000円未満の投入または実績がない	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・図書等の整備状況より推測する</li> </ul> |
|---|

8. 院内における研究発表の機会を設けていますか。

a	全職員が参加し、年2回以上実施している	4点	
b	全職員が参加し、年1回実施している	3点	
c	一部の職員のみで年1回以上実施している	2点	
d	不定期に開催している、または行っていない	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施記録にてチェックする</li> </ul> |
|---|

( E - 3 ~ 8 解説 )

サービス業の特性として、サービスが大部分は個人によって生み出され、その場で消費されるために品質の管理が難しい点があげられる。また、100人の職員のうち一人の対応が悪いゆえに、他の99人の努力が水泡に帰すといった側面もある。となれば、職員の教育、研修を通じてサービスの品質の底上げを図ることが、サービス水準を上げる重要な要因となる。一般に病院は質の高いサービス内容を要求されているのに、教育、研修に費やされる時間も費用もきわめて少ない状況にある。加えて医療、看護、介護はきわめて専門的な知識、技術でもあり、その進歩、発展もめざましいものがある。目先の業務に追われ、自分の病院内だけ、自分の分野だけが世界とならないよう、他の病院や他分野の研修を通じて職員の質の向上を図る必要がある。

9 . ターミナルケアの検討はなされていますか。

a	医師、看護師以外の職員も参加して行っている	4点	
b	該当する部署の医師、看護師のみで行っている	3点	
c	一部の有志で行っている	2点	
d	特に行っていない	0点	

- ・院内の実施記録、実績より判定する
- ・職員意識調査もあわせて実施する

( E - 9 解説 )

老人病院に期待される役割は、疾病や障害を有するいわゆるハイリスクの高齢者を対象として、残存能力を最大限に活用した生活の再構築、より高いQOLの維持、本人も周囲も納得できる死の準備、にある。

今まで医療の世界では、死を敗北としての位置づけでしかみない結果、生物学的な延命のみに努力が払われ、本人も家族も、携わる医療関係者も惨めな思いのうちに死を迎えるケースが多かった。しかし、今やある年齢、不治の病となれば、いかに安らかに尊厳を保ちつつ人生を終えることができるかが社会の求めるものとなりつつある。文化が異なれば死の形も違うのが当然であり、安易に他の国の真似をするわけにはいかない。難しくとも納得できる死を迎えられる体制づくりに向けて、検討は家族も含めて全関係者でなされるべきである。



## F. 構造、設備、器具に関する項目

1. 各種杖、歩行器、自助具など、ADL向上のための器具が十分備えられていますか。

a	十分な種類と数がそろっている	4点	
b	だいたいそろっている	3点	
c	必要最小限そろっている	2点	
d	不十分である	0点	

・職員意識調査によりチェックする

2. 車椅子や歩行器が利用可能な構造になっていますか。

a	院内どこでもそうなっている	4点	
b	一部なっている	2点	
c	あまり配慮されていない	0点	

・院内の構造をチェックする

3. 病棟の浴室は障害者にとって適切ですか。

a	障害者にとって利用しやすい浴室が整備されており、浴槽は自宅復帰を目的として一般家庭用の浴槽を置き、浴槽の数も十分である。	4点	
b	障害者にとって利用しやすい浴室が整備されているが、浴槽の数が不十分である。	3点	
c	各病棟毎に浴室は整備されているが、障害者用とはいえない。	2点	
d	各病棟ごとには浴室が整備されていない。	0点	

・病棟単位でチェックする

4. 廊下、階段、トイレ、浴室等に手すりが設置されていますか。

a	全てについている	4点	
b	8割以上についている	2点	
c	8割未満、または不十分である	0点	

5. トイレが容易に使用できるよう、配慮がされていますか。(配置場所や数において)

a	各部屋についている	4点	
b	2～3部屋に1か所についている	3点	
c	4～5部屋に1か所についている	2点	
d	1病棟に1か所についている	0点	

6. 障害者でも容易に使用できるトイレ、洗面設備が設置されていますか。

a	十分についている	4点	
b	ほぼについている	3点	
c	不十分である	2点	
d	ついていない	0点	

・障害者用トイレは少なくとも1病棟に、平均2か所以上あれば(a)、1か所以上あれば(b)、1か所未満は(c)とする

7. ベッドの両側に車椅子の入るスペースが確保されていますか。

a	全ベッドともそうになっている	7点	
b	大部分のベッドでそうになっている	4点	
c	半分程度のベッドでそうになっている	2点	
d	一部のベッドでそうになっている	0点	

・車椅子の入るスペースとは片側、少なくとも1m以上のスペースが得られていることを指す

8. 患者の状態に応じたベッド（ギャッチ付き、高低調節付き等）を使用していますか。

a	全部に両機能がある	4点	
b	全部にどちらかの機能がある	3点	
c	半分にどちらかの機能がある	2点	
d	それ以外	0点	

9. 患者の状態に応じて、エアーマット、体位交換マット、等が用意されていますか。

a	必要な際にはいつでも使用できる数がそろっている	4点	
b	だいたいそろっている	3点	
c	やりくりをして使っている	2点	
d	明らかに不十分である、または患者家族に買わせている	0点	

・職員意識調査によりチェックする

10. ナースコールが各病室、各ベッドに設置されていますか。

a	全ベッドにつけられ機能している	4点	
b	全ベッドにつけられているが一部使えない状態にある	2点	
c	ほとんど使えない状態にある	0点	

・きちんと鳴るかどうかもチェックしてみる

11. 気分不快時に対応できるよう、緊急連絡装置がトイレや浴室に設置されていますか。

a	全部に使いやすいものが設置されている	4点	
b	全部についているが使いにくいところがある	3点	
c	一部についている	2点	
d	ついていない	0点	

・操作性をチェックする

( F - 1 ~ 1 1 解説 )

加齢により、あるいは疾病や障害によって身体的、精神的機能が低下した老人を対象とする老人病院の構造、設備、器具は、まず、患者の苦痛、不安を軽減し、快適性・安全性を高めると同時に、残存能力の活用により自立を助ける視点から整備されるべきである。自立度が高まることは、患者にとっての満足を生み、職員の労力も結果的には軽減することでもある。看護、介護の人手の充実なくして、QOLを高めることはできないとしても、構造、設備、器具の整備がなければ、QOLが高まらないのも事実である。

1 2 . 酸素吸入器、吸引器は十分に備えられていますか。

a	各病室に設置されている	4点	
b	半数以上に設置されている	3点	
c	一部の病室に設置されている	2点	
d	設置されていない	0点	

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・配管のみの場合は、1ランク下げる</li><li>・移動式の吸引器等が十分備えられていれば1ランク上げる</li></ul> |
|---|

( F - 1 2 解説 )

老人病院の場合、突然の心停止や血圧低下等の急変、あるいは誤嚥による窒息等も稀ではない。そして、その対応は一瞬を争うことがあるゆえに、酸素吸入器、吸引器はいつも手近に欲しい。使用頻度としては吸引器の方が高い。

1 3 . 冷暖房などの空調設備が、全館に設備されていますか。

a	冷暖房が必要なときは、いつでも各部屋別でコントロールできる	4点	
b	大部分で快適な空調が可能である	3点	
c	一部で快適な空調が可能である	2点	
d	十分とはいえない	0点	

( F - 1 3 解説 )

高齢者では体温調節機能が低下しているため、外気温の変化にうまく対応できない例が珍しくない。また、快適な空調は患者の活動性を高めることができる。

14. 食堂やデイスペースなどが設備されていますか。患者一人当たり確保されているスペースは、

a	1.5㎡以上	10点	
b	1.0㎡以上1.5㎡未満	4点	
c	0.5㎡以上1.0㎡未満	2点	
d	0.5㎡未満	0点	

・食堂、デイスペースの使用を妨げる物品の専有する面積は除いた部分で計算する

(F-14 解説)

在来型のがん国の病院ではベッドから離れても過ごす空間がないため、患者は終日ベッド上で横臥し、そのうち自力では動けなくなる例が多かった。食堂やロビー等の形で空間が確保されなければ、人手をかけても寝たきり起こしが患者の苦痛を増すだけということにもなりかねない。

15. 医療相談室が設備されていますか。

a	独立した相談室がある	3点	
b	事務兼用の相談室がある	2点	
c	特に設けていない	0点	

(F-15 解説)

D-5 解説参照

16. 患者が家族とくつろげる場所は確保されていますか。

a	独立した部屋がある	4点	
b	独立したコーナーがある	3点	
c	設けているが十分とはいえない	2点	
d	特に設けていない	0点	

・部屋またはコーナーの大きさは、一か所につき少なくとも5㎡以上であること

(F-16 解説)

老人病院の場合、患者と家族と一緒に過ごせる場所の確保にはもっと努力が払われてよいし、満足度を高めるのにきわめて効果的である。面会に来て、ベッドの脇や、会話の内容がすべてもれてしまうような場所で過ごすのではよい思い出を残すことは難しい。持参した食べ物が簡単に温められ、遠慮なく楽しめるような空間と雰囲気があるとよい。

17. スプリンクラーは設置されていますか。

a	全病棟にある	4点	
b	半分以上の病棟にある	3点	
c	一部の病棟にある	2点	
d	設置されていない	0点	

(F - 17 解説)

自力による移動能力の低下している高齢者の著しく多い施設では、災害時、特に火災時の対応は困難をきわめる。ベランダやスロープの設置もさることながら、実際にはスプリンクラーによる初期消火しか効果はないと思われる。(D - 12 解説参照)

18. 霊安室は次の条件を備えていますか。

- イ. 10㎡以上の大きさ
- ロ. 清潔で落ちついた雰囲気
- ハ. 十分な空調と換気
- ニ. 外部から出入りしやすい位置
- ホ. 外線の通じる電話の設置

a	5点とも備わっている	4点	
b	4点備わっている	3点	
c	3点以下である	2点	
d	霊安室は設けていない	0点	

(F - 18 解説)

老人病院では患者の大部分の人は時期のずれはあっても、死が予測されている。安らかな死の延長として霊安室のイメージもきわめて大切である。入院中の対応はよかったが、霊安室がみじめで病院への印象が悪くなるケースも少なくない。霊安室の整備は死者への、そして家族へのサービスの総決算である。

・個室で死を迎え、そのままお見送りする場合は、その個室の状況について評価する

## G. 社会、地域への貢献に関する項目

在宅サービスは貴院のサテライトとして設置されているものを含みます

1. 訪問医療を行っていますか。月間の平均訪問（往診を含む）延べ件数は、

特 a	50 件以上	10 点	
a	15 件～49 件	7 点	
b	6～14 件	4 点	
c	5 件以下、または希望時、必要な時に行っている	2 点	
d	特に行っていない	0 点	

2. 患者の家族、あるいは地域住民に対して、専門技術や知識の提供、あるいは啓発する機会等をつくっていますか。

a	月1回以上行っている	4 点	
b	2～3か月に1回以上行っている	3 点	
c	年に1回以上行っている	2 点	
d	特に行っていない	0 点	

3. 通所系サービス（通所リハビリテーション、通所介護）を併設していますか。月間の延べ利用者数は、

特 a	300 人以上	7 点	
a	150 人以上300 人未満	4 点	
b	50 人以上150 人未満	3 点	
c	1 人以上50 人未満	2 点	
d	特に行っていない	0 点	

4．訪問看護を行っていますか。月間の延べ実施件数は、

特a	300件以上	10点	
a	100件以上300件未満	4点	
b	50件以上100件未満	3点	
c	50件未満	2点	
d	特に行っていない	0点	

5．訪問リハビリテーションを行っていますか。月間の延べ実施件数は、

特a	100件以上	7点	
a	50件以上100件未満	4点	
b	25件以上50件未満	3点	
c	1件以上25件未満	2点	
d	特に行っていない	0点	

(G-1～5 解説)

要介護老人が急速に増加するなかで、在宅ケアの充実が急務であるが、その際、老人病院は大きな役割が期待されている。老人病院のもつノウハウやマンパワー、緊急時の受け入れ機能等を活用すれば、地域の在宅ケアの推進に大きな力を発揮できるに違いない。また、地域とのつながりは職員にとっても新しい目を開く機会となり、さらに自分たちに期待されている役割や対応についての認識を深める契機となろう。

6．ボランティアの導入を行っていますか。月間の延べ導入人数は、

特a	50人以上	7点	
a	25人以上50人未満、または毎週1回以上受け入れている	4点	
b	25人未満、または毎月1回以上受け入れている	3点	
c	年間に数回受け入れている	2点	
d	特に行っていない	0点	



( G - 6 解説 )

わが国でも最近ではボランティア活動への関心が高まり、希望者も増加しているようであるが、ボランティアが望む病院内での活動と、受け入れ側が考えるボランティアの役割の間のギャップがあるのも事実である。導入に際しては、病院は実利的な活動を期待するよりも、病院の実状や老人患者の実態を通して、高齢社会の到来を実感してもらう等、啓発活動の一環と考える方がよりスムーズである。

・ G - 1 ~ 6 は実施記録にもとづき判定する

7 . 地域の他の医療機関や福祉施設、公的機関等と協力体制が整っていますか。

a	常時、密接な協力体制にある	3点	
b	必要に応じて協力体制が組める	2点	
c	不十分である	0点	

・ 連携の実績を十分勘案して判定する。

8 . 地域の社会的サービス資源について、その情報を把握していますか。

a	十分把握し活用している	3点	
b	ほぼ把握し活用している	2点	
c	必要に応じて調べられる	0点	

( G - 7・8 解説 )

地域の施設や機関との役割分担や協力を密にすることは、自らの役割をより明確にし、社会資源のより有効的な活用を図るという視点からも積極的に推進すべきであろう。

---

## 老人の専門医療を考える会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1 - 1 - 7 コスモ新宿御苑ビル9F

TEL.03 - 3355 - 3020 FAX.03 - 3355 - 3633

ホームページ <http://ro-sen.jp/> E-mail : [info@ro-sen.jp](mailto:info@ro-sen.jp)

---