

# 次期病院機能評価について

(機能種別版評価項目3rdG:Ver2.0の運用に向けて)

1. 特定機能病院・大学病院本院等を対象とした機能種別版評価項目「一般病院3（仮称）」の新設
2. 機能種別版評価項目の改定【3rdG:Ver. 2.0】



平成29年2月

公益財団法人日本医療機能評価機構

## はじめに

平成 27 年の日本医療機能評価機構創立 20 周年を機に、病院機能評価事業のさらなる発展を目指すため、「次世代医療機能評価のアジェンダ（以下、アジェンダ）」を取りまとめた。

アジェンダでは、「(1) 地域医療の質向上に寄与するための評価」の実現に向け、以下 2 点の施策について検討することとしている。

- |  |
|--|
| <p>施策① ガバナンス機能を重視した新たな機能種別の設定<br/>施策② 病院の役割・機能に応じた評価の重視など、評価方法の見直し</p> |
|--|

次期病院機能評価では、上記施策の実現に向けて対応するとともに、以下 3 点を主要なテーマとして検討を進めた。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ 理念・基本方針<br/>理念・基本方針の浸透および達成に向けた取り組みについて確認を行う。</li><li>○ 質改善活動の取組み実績<br/>病院の継続的な質改善活動の実績を取り入れた評価を行う。</li><li>○ ガバナンス<br/>理念達成に向け価値・行動規範を共有した組織運営の仕組みを確認する。</li></ul> |
|---|

以上を踏まえ、本書は、次期病院機能評価の運用開始を平成 30 年 4 月と予定し、現時点での方向性を取りまとめたものである。

## 目次

○特定機能病院・大学病院本院等を対象とした機能種別版評価項目 「一般病院3（仮称）」の新設 .....	4
1. 背景 .....	5
2. 対象 .....	5
3. 強化した評価項目（47項目） ※平成28年12月21日時点 .....	5
4. 評価方法 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">※現在検討中</span> .....	9
○機能種別版評価項目の改定「3rdG:Ver.2.0」 .....	10
1. 概要 .....	11
2. 改定対象 .....	11
3. 強化した評価項目 ※平成28年12月21日時点 .....	11
4. 評価方法 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">※現在検討中</span> .....	16
5. 解説集 .....	17
○機能種別版評価項目（3rdG:Ver2.0）運用開始時期 .....	19

特定機能病院・大学病院本院等を対象とした機能種別版評価項目  
「一般病院3（仮称）」の新設

## 1. 背景

近年、特定機能病院における医療安全に関する重大な事案が相次いで発生し、特定機能病院・大学病院のあり方が見直されている。

また、特定機能病院を対象とした病院機能評価は、一般病院2（主に急性期医療を提供する基幹的病院）の評価項目で評価を行ってきたが、役割・機能の実態が十分に反映されていないなどの課題が指摘されていた。

特定機能病院・大学病院は、医療法<sup>※</sup>において、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価、高度の医療に関する研修の提供を有すると規定されており、日本において範となる病院であることが求められている。

以上より、特定機能病院・大学病院本院の役割・機能に応じた、新たな機能種別を開発した。

※医療法 第四条の二（平成二八年五月二〇日法律第四七号）

第四条の二 病院であって、次に掲げる要件に該当するものは、厚生労働大臣の承認を得て特定機能病院と称することができる。

- 一 高度の医療を提供する能力を有すること。
- 二 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
- 三 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。

## 2. 対象

特定機能病院及び大学病院本院等を対象とする。

## 3. 強化した評価項目（47項目） ※平成28年12月21日時点

評価項目は、以下方針のもと検討を進めた。

- 一般病院2（主に急性期医療を提供する基幹的病院）をベースに特定機能病院及び大学病院本院に求められる役割・機能（診療、教育、研究）、ガバナンスを重視した評価項目とする。
- 評価項目は、「特定機能病院に係る基準について（厚生労働省）」「21世紀に向けた大学病院の在り方について（文部科学省）」「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（文部科学省、厚生労働省 平成26年12月22日）」等を前提として検討する。

- ガバナンスを「理念達成に向け価値・行動規範を共有した組織運営の仕組み」と解釈し、開設者、経営・意思決定層（管理者、副院長等）、部門長、現場責任者等の責務・権限を明確にする。また、それぞれの活動状況及び機能の発揮状況に関する評価を強化する。

### <強化内容>

#### ○ガバナンスの仕組みと実践（ガバナンス）

主な強化内容	中項目	
医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携	1. 3. 1	安全確保に向けた体制が確立している
事故防止に向けた継続的改善活動	1. 3. 2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている
理念・基本方針の周知徹底、院外への周知	4. 1. 1	理念・基本方針を明確にしている
・病院幹部の選任過程及び監督、評価の仕組み ・理念・基本方針と中長期計画等との整合性	4. 1. 3	効果的・計画的な組織運営を行っている

#### ○役割・機能に応じた医療の提供（診療）

主な強化内容	中項目	
・倫理的課題についての継続的な取り組み ・臨床倫理に関する教育・研修（臨床研究に関する内容を 1. 5. 4 へ移動）	1. 1. 6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる
地域の医療関連施設等との連携	1. 2. 2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している
新規治療や新たな技術導入の実施への対応及び実施後のフォロー体制	1. 5. 4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している
救急医療の教育及び研修の実施	3. 2. 6	救急医療機能を適切に発揮している
・機能存続計画に基づく災害訓練の実施 ・災害派遣医療チームや救護班の派遣	4. 6. 1	災害時の対応を適切に行っている

### ○役割・機能に応じた教育・研修の提供（教育）

主な強化内容	中項目	
計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価	4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている
職員個別の能力評価と能力開発の仕組み	4.3.2	職員への能力評価・能力開発を適切に行っている
専門職種の基本的な能力を身につけるための初期研修の実施	4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている
実習生の受け入れ体制	4.3.4	学生実習等を適切に行っている

### ○役割・機能に応じた研究と実施（研究）

主な強化内容	中項目	
人を対象とする医学系研究の実施プロセス	(1.5.4)	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している

### ○医療安全の強化

主な強化内容	中項目	
医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み	2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している
情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み	2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している
・医薬品安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み及び医療安全管理部門との連携	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している
医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み	2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している
・医療機器安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み及び医療安全管理部門との連携	2.1.7	医療機器を安全に使用している
急変の兆候を捉えて対応する仕組み	2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している
医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制及び安全管理部門との連携	3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している
医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携	(1.3.1)	安全確保に向けた体制が確立している

事故防止に向けた継続的改善活動	(1.3.2)	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている
-----------------	---------	-----------------------

### ○医療関連感染制御の強化

主な強化内容	中項目	
管理者（病院長）と連携した実効的な活動	1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している
・院内の感染防止に向けた継続的な改善活動 ・感染管理に関する地域との連携	1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている
標準予防策に関する遵守状況	2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している
抗菌薬の採用・採用中止の検討	2.1.10	抗菌薬を適正に使用している

### ○その他

中項目	
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている
1.5.3	業務の質改善活動に継続的に取り組んでいる
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある
4.5.1	施設・設備を適切に管理している



4.5.2	物品管理を適切に行っている
-------	---------------

#### 4. 評価方法 ※現在検討中

##### (1) 訪問日数・訪問人数

特定機能病院・大学病院本院は、診療・教育・研究など高度な機能を有する大規模病院であるため、訪問審査の日数を連続した3日間とし、評価調査者の訪問人数を8人とする。

	一般病院3（仮称）	（現行）一般病院2
訪問日数	3日間	2日間
訪問人数	8人 （診療、看護、事務、薬剤師などその他専門職種）	6人 （診療、看護、事務）

##### (2) 病院の自主的かつ定常的な診療・ケアの確認

医療の質・安全確保に向けた自主的な取り組みが定常的に行われていることを確認する。なお、確認にあたっては、受審病院の方針及び考えを重視する。

	一般病院3（仮称）	（現行）一般病院2
訪問日程	約1週間前に機構より案内	約2.5ヶ月前に機構より案内
訪問病棟及び確認症例	○1 病棟目の訪問病棟及び確認症例は受審病院が選択 ○その他の訪問病棟及び確認症例は機構（サーベイヤー）が選択	全ての病棟・症例を受審病院が選択

##### (3) 患者視点の強化

患者の視点を強化した確認とするため、患者視点のサーベイヤーの同行を検討する。

##### (4) 特定機能病院・大学病院本院に求められる機能の確認

管理者及び責任者の責務・権限、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価、高度の医療に関する研修の提供など、特定機能病院・大学病院本院に求められる各機能の発揮状況を確認する。

## 機能種別版評価項目の改定「3rdG:Ver. 2.0」

- 一般病院 1
- 一般病院 2
- リハビリテーション病院
- 慢性期病院
- 精神科病院
- 緩和ケア病院
- (一般病院 3 (仮称))

## 1. 概要

当機構は、医療環境の変化や受審病院のニーズに応じた評価項目及び評価方法について定期的な見直しを行っている。平成 25 年 4 月からは「機能種別版評価項目 (3rdG:Ver. 1.0 (現 Ver. 1.1))」として、病院の役割・機能に応じた評価項目を設定し運用を行っている。

今回の見直しは、現在運用する機能種別版評価項目 3rdG:Ver. 1.0 の運用開始後 5 年目を控え、以下方針のもと評価項目等の検討を行った。

- 評価項目は、「評価の視点」「評価の要素」を中心に必要最小限の見直しに留める。
- 一般病院 1 (主に、比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院) をベースとして見直しを行う。
- 「理念・基本方針」「質改善活動の取組み実績」「ガバナンス」を重視した評価項目の見直しを行う。
- 評価項目「解説集」のあり方を見直し、読み手が質改善の視点を養うことができるような内容とする。
- 次期病院機能評価を「機能種別版評価項目<3rdG:Ver. 2.0>」と称す。

## 2. 改定対象

現在運用する全ての機能種別版評価項目 (一般病院 1・一般病院 2・リハビリテーション病院・慢性期病院・精神科病院・緩和ケア病院) を見直しの対象とした。

## 3. 強化した評価項目 ※平成 28 年 12 月 21 日時点

### (1) 項目数

機能種別	Ver. 2.0	(現行) Ver. 1.1	新設した中項目
一般病院 1	91 項目	89 項目	・1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している ・4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
一般病院 2	89 項目	89 項目	

機能種別	Ver. 2.0	(現行) Ver. 1.1	新設した中項目
リハビリテーション病院	91 項目	90 項目	4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
慢性期病院	91 項目	90 項目	
精神科病院	94 項目	93 項目	
緩和ケア病院	91 項目	90 項目	

## (2) 強化内容

### ①全種別共通強化内容(24 項目)

#### ○病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

主な強化内容	中項目	
理念・基本方針の周知徹底、院外への周知	4.1.1	理念・基本方針を明確にしている
理念・基本方針と中長期計画等との整合性	4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている

#### ○患者の安全確保に向けた取り組み

主な強化内容	中項目	
医療安全への多職種の参画	1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している
事故防止に向けた継続的改善活動	1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている

#### ○医療関連感染制御に向けた取り組み

主な強化内容	中項目	
院内の感染防止に向けた継続的な改善活動	1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている
標準予防策に関する遵守状況	2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している

### ○継続的質改善のための取り組み

主な強化内容	中項目	
新たな診療・治療方法や技術の導入における対応	1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している
倫理的課題への継続的な取り組み	1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している

### ○教育・研修

主な強化内容	中項目	
計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価	4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている
職員個別の能力評価と能力開発の仕組み	4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている
専門職種の基本的な能力を身につけるための初期研修の実施	4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている
実習生の受け入れ体制	4.3.4	学生実習等を適切に行っている
地域に向けた教育・啓発活動の強化	1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている

### ○その他

中項目	
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある
4.5.1	施設・設備を適切に管理している
4.5.2	物品管理を適切に行っている

②その他種別特有強化内容(大項目 2.2「チーム医療による診療・ケアの実践」)

○安全に配慮した患者の搬送

対象種別	中項目	
一般病院 1	2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している
一般病院 2	2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している
リハビリテーション病院	2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している
慢性期病院	2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している
精神科病院	2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している
緩和ケア病院	2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している

○能力に応じた病棟看護師の業務分担(看護職、介護職それぞれの専門性の重視)

対象種別	中項目	
一般病院 1	2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている
一般病院 2	2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている
リハビリテーション病院	2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている
慢性期病院	2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている
精神科病院	2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている
緩和ケア病院	2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている

○カンファレンスにおける医師の参加の明示

○患者の ADL 評価が適切に行われるための取り組み

対象種別	中項目	
リハビリテーション病院	2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している

○表現の見直しなど

対象種別	中項目	
一般病院 1	2.2.2	外来診療を適切に行っている
	2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている

	2. 2. 17	栄養管理と食事指導を適切に行っている
	2. 2. 19	リハビリテーションを確実・安全に実施している
	2. 2. 22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している
	2. 2. 23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている
一般病院 2	2. 2. 11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2. 2. 14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
	2. 2. 15	栄養管理と食事指導を適切に行っている
	2. 2. 17	リハビリテーションを確実・安全に実施している
	2. 2. 20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
	2. 2. 21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている
リハビリテーション病院	2. 2. 12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2. 2. 14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
	2. 2. 15	栄養管理と食事指導を適切に行っている
	2. 2. 23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
慢性期病院	2. 2. 13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2. 2. 15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
	2. 2. 16	栄養管理と食事指導を適切に行っている
	2. 2. 22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
	2. 2. 23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている
精神科病院	2. 2. 15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2. 2. 17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
	2. 2. 18	栄養管理と食事指導を適切に行っている

	2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
	2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている
緩和ケア病院	2. 2. 14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
	2. 2. 15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている
	2. 2. 16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている
	2. 2. 22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
	2. 2. 23	臨死期への対応を適切に行っている

#### 4. 評価方法 ※現在検討中

##### (1) 新規・更新審査の強化

- 新規審査は、書面審査でストラクチャーの確認を行い、訪問審査でプロセスの確認を行う。
- 更新審査は、前回審査の結果及び認定期間中の自己評価（認定後3年目に実施）を踏まえて、病院の課題や実績に応じた評価とする。なお、病院のニーズに応じて新規審査と同様の書面審査を受けることも可能とする。

##### (2) 訪問人数の変更

一般病院2（主に急性期医療を提供する基幹的病院）で受審する許可病床数200～499床の病院においては、事務管理サーベイヤーを1名追加する。

Ver. 2.0	(現行) Ver. 1.1
診療2人、看護2人、事務管理2人 (計6人)	診療2人、看護2人、事務管理1人 (計5人)

##### (3) 書面審査（自己評価調査）の強化

継続的な質改善活動の取り組みを評価するため、院内の課題に対する取り組み状況を可視化できるよう自己評価調査の運用を強化する。



#### (4) 確認対象（訪問病棟、確認症例）の変更

病院組織全体の質改善活動を確認するため、病院が予め準備した対象（訪問病棟、確認症例等）の他に、機構またはサーベイヤーが確認すべく対象を指定する仕組みを導入する。

Ver. 2.0	(現行) Ver. 1.1
<p>○1 病棟目の訪問病棟及び確認症例は受審病院が選択</p> <p>○2 病棟目の訪問病棟及び確認症例は機構（サーベイヤー）が選択</p>	<p>受審病院が訪問病棟・確認症例を選択</p>

#### (5) 訪問審査の強化

- 院内の役割や権限、指示命令系統などを確認するため、ヒアリング対象を明確にした面接調査（病院幹部への面接等）を実施する。
- 診療・ケア以外の領域においても、患者視点でチーム医療の機能が発揮できているかを確認する。

#### (6) 期中の確認の強化

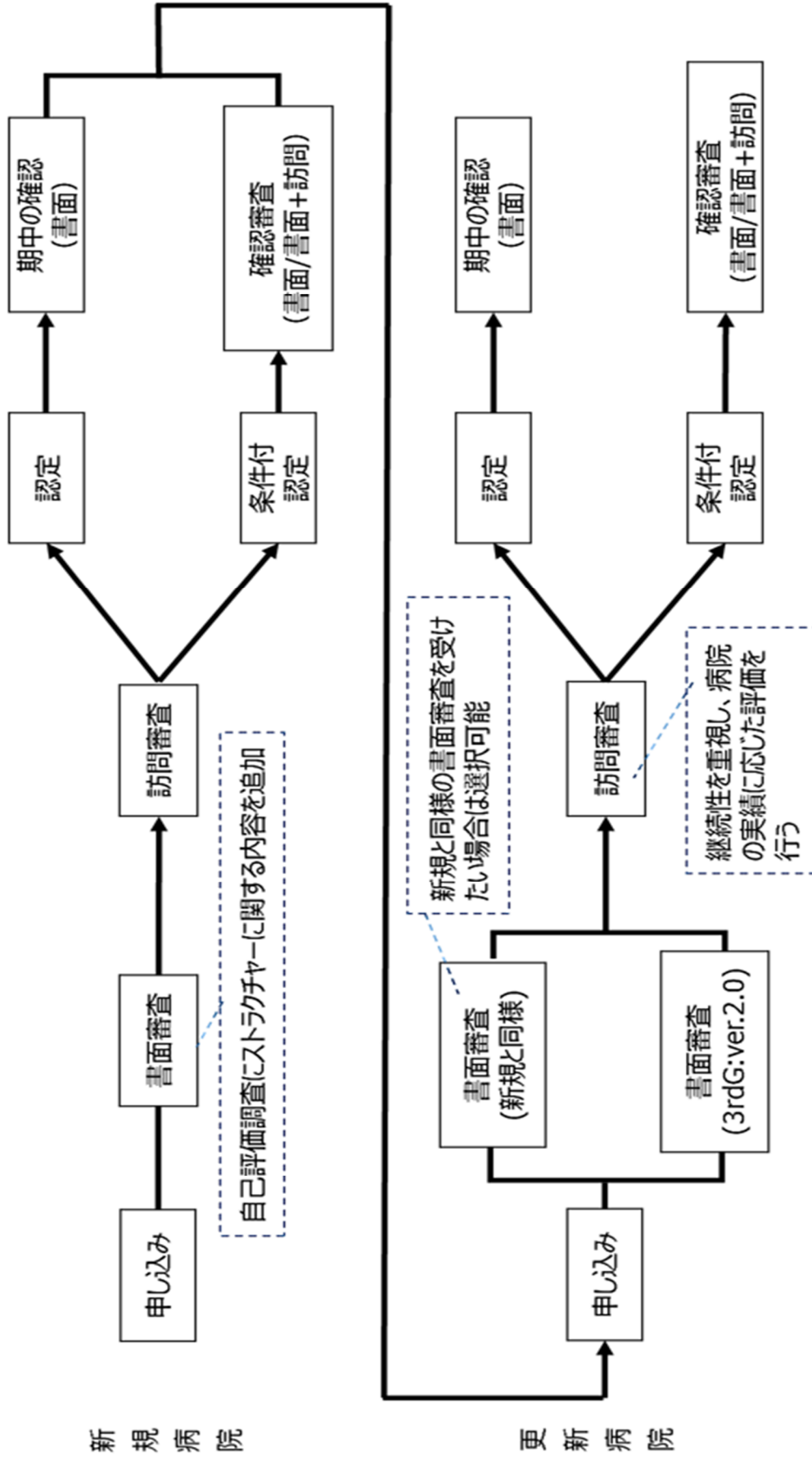
認定時点の結果（審査結果報告書受領時）により、期中の確認（認定後3年目に実施）の方法（書面／書面＋訪問）を決定する。

Ver. 2.0	(現行) Ver. 1.1						
<p>認定時点の結果（審査結果報告書受領時）により、期中の確認の方法を書面又は書面＋訪問とする。</p> <table border="1" data-bbox="240 1512 1046 1662"> <thead> <tr> <th>認定時点の結果</th> <th>確認方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認定</td> <td>書面（訪問は任意）</td> </tr> <tr> <td>条件付認定</td> <td>書面＋訪問</td> </tr> </tbody> </table>	認定時点の結果	確認方法	認定	書面（訪問は任意）	条件付認定	書面＋訪問	<p>認定後3年目に書面による確認を行う（訪問による確認は任意）。</p>
認定時点の結果	確認方法						
認定	書面（訪問は任意）						
条件付認定	書面＋訪問						

### 5. 解説集

解説集の読み手が各評価項目の意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）について理解を深め、質改善の視点を養うことができるよう、解説集の構成、内容等を強化する。

審査の流れ(例)



機能種別版評価項目（3rdG:Ver2.0）運用開始時期

**1. 受審申込受付と訪問審査の開始日**

申込受付開始 平成 29 年 7 月 1 日

訪問審査開始 平成 30 年 4 月 1 日（訪問審査の初日）

**2. 現行評価項目 (3rdG:Ver1.1) による受審申込の受付停止時期**

申込受付終了 平成 29 年 6 月 30 日

訪問審査終了 平成 30 年 3 月 31 日（訪問審査の最終日）

**3. 建替え・震災などの理由で訪問審査の実施を 2018 年 4 月以降に延期している病院への対応（特例措置の適用）**

- 原則として、既に申込済みである評価項目のバージョンで審査を行う。
- 特例措置として、病院が希望する場合は、平成 30 年 4 月 1 日以降、新たな評価項目 (3rdG:Ver2.0) による審査を行う。この場合、更新受審後の認定期間の最終日は、前回の認定期限の翌日から 5 年間とする。また審査料は新たな評価項目 (3rdG:Ver2.0) の料金表に規定された金額とする。