

病院機能評価データブック

平成 27 年度

平成 29 年 3 月



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

国民が適切で質の高い医療を安心して享受できることは、医療を受ける立場からは無論のこと、医療を提供する立場からも等しく望まれているところです。

日本医療機能評価機構は、国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上をはかるために、病院の医療機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として、平成7年に設立されました。

設立当初は病院機能評価事業のみを行う組織でしたが、現在では、病院機能評価事業のほか、産科医療補償制度運営事業、EBM 医療情報事業、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、認定病院患者安全推進事業という幅広い事業に取り組み、日本における医療の質・安全の向上を目指して活動しております。

平成27年7月には、創立から20年という大きな節目の年を迎えることができました。20周年の記念式典・祝賀会では、慶應義塾塾長の清家篤氏、国際医療の質学会(International Society for Quality in Health Care: ISQua)理事長のDavid W. Bates氏にご講演いただき、厚生労働大臣をはじめ、行政官や医療関係の方々にご列席いただきました。また、「次世代医療機能評価のアジェンダ」として医療機能評価における今後のビジョンおよびビジョン達成に向けた施策を発表しました。

平成28年10月には、第33回ISQua国際学術総会を、ISQuaと当機構の共催により東京で開催いたしました。世界各国から1,200名を超える医療に関わる専門家の方々に参加され、活発な情報交換がなされました。引き続き、国内はもとより海外との連携も強めつつ、医療の質の向上、安全の確保に向けてなお一層の努力を重ねてまいる所存でございます。

さて、病院機能評価事業は平成9年より開始されましたが、病院機能評価事業における認定病院数は、平成28年3月末時点で2,228病院、全病院の26%を占めています。

病院の皆様には、受審に際して、医療提供の構造(ストラクチャー)や過程(プロセス)を中心とした大変貴重な情報をご提出いただいております。これらの貴重なデータを病院や国民の皆様に戻すために、平成27年度に評価項目体系3rdG.ver.1.1で訪問審査を受審された471病院のデータをまとめた『病院機能評価データブック 平成27年度』を作成いたしました。医療の質向上に向けた日々

の取り組みの資料としてご活用いただければ幸甚でございます。

本データブックが皆様にとって有用な情報提供となるよう、内容の一層の充実に今後とも努めてまいりますので、ご指導、ご鞭撻のほどお願い申し上げます。また、医療の質の向上に引き続き尽力してまいりたいと考えておりますので、今後とも評価機構ならびに当事業に対するご理解とご協力を賜りますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

目次

はじめに	1
「病院機能評価データブック 平成 27 年度」について	4
第 1 章 病院機能評価の概要	8
1. 病院機能評価の意義	8
2. 病院機能評価の変遷	8
3. 機能種別	11
4. 審査の流れ	11
5. 対象領域と評価項目	12
6. 評価判定と認定	13
7. 受審病院数の推移	13
8. 次期病院機能評価について	15
9. 国際認定の取得	16
第 2 章 平成 27 年度受審病院の概要	17
1. 受審病院の属性	18
2. 職員の状況	21
3. 患者受け入れ状況	26
4. 医療安全管理	35
5. 感染管理	37
6. 情報管理	39
7. 臨床評価指標	43
第 3 章 審査結果の概要	51
1. 中項目ごとの評価の割合	51
2. C 評価項目の主な指摘事項	75
3. S 評価の所見	78
第 4 章 テーマ別分析（特定機能病院、がん診療連携拠点病院）	110
1. 2013 年度～2015 年度 特定機能病院の審査結果	110
2. 2013 年度～2015 年度 がん診療連携拠点病院の審査結果	112
日本医療機能評価機構 沿革	114

「病院機能評価データブック 平成 27 年度」について

平成 27 年度から適用されている評価項目「機能種別版病院機能評価項目 3rdG: Ver. 1. 1」は、一般病院 1、一般病院 2、慢性期病院、精神科病院、リハビリテーション病院、緩和ケア病院の 6 区分から主たる機能を選択して受審する審査方法になっている。受審時には主たる機能に加えて副機能を選択して受審することができるが、本書では、主たる機能によって病院を区分して集計した。

第 1 章では病院機能評価の概要を示した。第 2 章では、病院機能評価の過程で提出いただいた「病院機能の現況調査」(以下「現況調査票」)のデータを集計・分析した結果を示した。第 3 章では、中間的な結果報告における項目ごとの評価の割合および C 評価の事例、最終結果報告書における S 評価の所見を掲載した。第 4 章では、テーマ別分析として、2013 年から 2015 年における特定機能病院とがん診療連携拠点病院の審査結果の分析を掲載した。

なお、現況調査票のデータについては、記入漏れ・異常値等をチェックしているが、原則として、受審病院に記入いただいた数値をそのまま審査に利用している。

データの概要は以下の通りである。

(1) 受審病院の属性および職員の状況 (第 2 章 p. 18～25)

本書で対象としている病院は、平成 27 年度に病院機能評価の訪問審査を受けた 471 病院である (以下「受審病院」)。受審病院中、新規受審病院は 77、更新受審病院は 394 であった。また、機能種別ごとの受審病院数は、一般病院 1 が 135、一般病院 2 が 228、慢性期病院が 39、精神科病院が 47、リハビリテーション病院が 22、緩和ケア病院が 0 であった。

「一般病院 1」と「一般病院 2」を合計した一般病院における 100 床あたり職員総数は 183.4 人であり、全国値¹の 145.1 人と比較して約 1.3 倍であった。また、一般病院における 100 床あたり医師、看護師、薬剤師の数は、受審病院ではそれぞれ 19.6 人、74.3 人、4.5 人であり、全国値²の 15.6 人、55.8 人、3.4 人よりも手厚く配置されている状況がうかがえた (p. 21、図表 2-2a)。なお、これらは過去の病院機能評価データブックにおいて示された結果と同様である。

¹ 厚生労働省「平成 27 年医療施設調査」、
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/>>、2017 年 2 月 15 日アクセス

² 厚生労働省、前掲。

(2) 臨床評価指標について（第2章、p. 43～50）

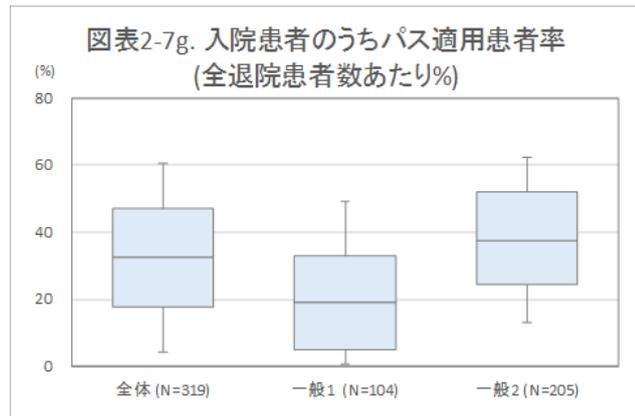
臨床評価指標については、以下の項目の記入を求めている。

（緩和ケアを主たる機能とした病院はなかったため、緩和ケア病院の欄は設けていない。）

	一般1	一般2	慢性期	精神科	リハビリ
Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率	○	○	○	○	○
転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血の発生した割合	○	○	○	○	○
退院後 6 週間以内の計画的再入院率	○	○			
退院後 6 週間以内の予期された再入院率	○	○			
退院後 6 週間以内の予期せぬ再入院率	○	○			
24 時間以内の再手術率	○	○			
入院患者のうちクリニカルパス適用患者率	○	○			
術後肺塞栓発生率	○	○			
急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	○	○			
人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	○	○			
手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率	○	○			
入院時医療区分の 3 ヶ月後の改善率			○		
肺炎新規発生率			○		
膀胱留置カテーテル留置患者の 1 ヶ月以内の抜去率			○		
身体抑制率			○		
平均残存率				○	
入院 1 年以上の患者の退院率				○	
入院 5 年以上の患者の退院率				○	
リハビリテーション実施による FIM（運動）変化値					○
リハビリテーション実施による FIM（認知）変化値					○

Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率のメジアンは、延べ入院患者 1000 人あたり 0.46 であった。機能種別ごとでは、一般病院 1 が 0.58、一般病院 2 が 0.54、慢性期病院では 0.38 だったのに対し、精神科病院およびリハビリテーション病院では 0.12 および 0.23 であった。また、「転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した割合」のメジアンは、全体で延べ入院患者 1000 人あたり 0.040、機能種別ごとでは一般病院 1 で 0.042、一般病院 2 が 0.037、慢性期病院では 0.023、精神科病院では 0.060、リハビリテーション病院では 0.085 であった。

また、一般病院の「入院患者のうちクリニカルパス適用患者率」のメジアンは、一般病院全体で 32.4%、一般病院 1 で 19.2%、一般病院 2 で 37.4%であった (p. 46、図表 2-7g)。



(3) 中項目ごとの評価の割合について (第3章、p. 51~74)

第3章では、中間的な結果報告における評価結果のうち、中項目ごとの評価の割合を掲載した。各種別でS評価およびC評価を取得した病院の割合が最も多い項目は下表の通りであった。なお、Nが10未満の項目は除外した。S評価が1つ以上ある病院は、受審病院 471 病院中 294 病院(62.4%)であった。C評価が1つ以上ある病院は、受審病院 471 病院中 114 病院(24.2%)であった。

	S評価の割合が最も多い項目	C評価の割合が最も多い項目
一般1	1.2.3 地域活動に積極的に参加している (11.9%)	4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている (8.1%)
一般2	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 (16.7%)	2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している (7.5%)
慢性期	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 (12.8%)	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 (10.3%)
精神科	2.2.25 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している (12.8%)	1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している (2.1%)

		1.6.4 受動喫煙を防止している (2.1%)
		2.1.2 診療記録を適切に記載している (2.1%)
		2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実 践している (2.1%)
		3.1.6 診療情報管理機能を適切に発 揮している (2.1%)
		4.2.1 役割・機能に見合った人材を確 保している (2.1%)
リハビリ	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 (22.7%)	3.1.6 診療情報管理機能を適切に発 揮している (9.1%)
	2.2.23 必要な患者に継続した診 療・ケアを実施している (22.7%)	4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に 行っている (9.1%)

第1章 病院機能評価の概要

1.1 病院機能評価の意義

日本医療機能評価機構は、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的としている。

設立当初から研究・実施されている病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動(機能)が、適切に実施されているかどうかを第三者の立場から評価する仕組みである。評価の結果明らかになった課題に対し、病院が改善に取り組むことで、医療の質向上が図られる。

1.2 病院機能評価の変遷

病院機能評価は、医療環境や社会の変化、病院のニーズ等に応じ、病院の機能をより適切に評価し、病院の質改善活動を支援できるよう、適宜改定を行っている。平成25年4月より、第三世代(3rdG:Ver. 1.0)の運用を開始した。3rdG(サード・ジー)とは、「第三世代」の意味である。なお、平成27年4月からは、より充実した評価を提供するため、一部の評価項目について改定を行い、Ver. 1.1として運用されている。Ver. 1.1では、文書を一元的に管理する仕組みを求める評価項目が追加となっている。

図表 1-2a. 病院機能評価の変遷

	1996.2~ 第一世代	2002.7~ 第二世代	2013.4~ 第三世代
評価項目	Ver. 2.0~3.1	Ver. 4.0~6.0	3rdG:Ver. 1.0~
特徴	<ul style="list-style-type: none">「一般病院 A・B」「精神病院 A・B」「長期療養病院」の種別を設定	<ul style="list-style-type: none">全ての病院に同じ評価項目を適用診療・看護領域が合同で病院を評価する「ケアプロセス審査」を導入医療安全に関する評価項目を体系的に組み入れ	<ul style="list-style-type: none">病院の特性に応じた機能種別の選択評価内容の重点化プロセス重視の審査継続的な質改善活動の支援

図表 1-2b. 評価項目の変遷

V1(運用調査)

	一般病院A			一般病院B			精神病院		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院の理念と組織的基盤	5	9	22	5	13	37	5	13	37
2. 地域ニーズの反映	5	7	18	5	15	34	5	17	41
3. 診療の質の確保	11	13	41	15	53	126	12	46	110
4. 看護の適切な提供	5	5	15	7	17	49	7	17	49
5. 患者の満足と安心	8	14	37	8	32	105	8	36	139
6. 病院運営管理の合理性	7	7	17	8	25	63	8	25	63
7. 保護と隔離に関する機能							3	7	28
合計	41	55	150	48	155	414	48	161	467

必須項目/選択項目

V2: 1997(平9)年4月~1999(平11)年7月

	一般病院A			一般病院B			精神病院A			精神病院B		
	大項目	中項目	小項目									
1. 病院の理念と組織的基盤	5	9	24	6	13	28	5	9	24	6	11	28
2. 地域ニーズの反映	5	9	23	5	18	41	5	9	30	5	10	33
3. 診療の質の確保	12	17	52	15	38	97	10	15	46	10	26	71
4. 看護の適切な提供	4	10	27	4	12	41	4	10	29	4	12	41
5. 患者の満足と安心	8	15	44	5	27	96	8	17	63	5	21	89
6. 病院運営管理の合理性	7	9	27	8	22	67	7	10	30	8	23	70
7. 保護と隔離に関する機能							3	9	38	3	9	38
合計	41	69	197	43	130	370	42	79	260	41	112	370

V3: 1999(平11)年7月~2003(平15)年6月/(長期療養はV2): 1998(H10)年9月~2003(平15)年6月

	一般病院A			一般病院B			精神病院A			精神病院B			長期療養病院		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目									
1. 病院の理念と組織的基盤	6	10	29	6	10	35	6	10	29	6	10	35	5	9	26
2. 地域ニーズの反映	4	9	24	5	16	44	4	5	14	5	8	21			
2L. 地域ケアへの参加とサービスの継続性													6	12	32
3. 診療の質の確保	12	19	57	18	43	120	8	13	38	11	23	69	11	17	55
4. 看護の適切な提供	4	12	38	4	13	44	4	11	36	4	12	41			
4L. ケアの適切な提供													4	12	38
5. 患者の満足と安心	6	19	51	5	26	91	5	9	28	5	17	59	7	18	56
6. 病院運営管理の合理性	7	10	34	8	24	74	7	10	34	7	23	69	7	9	27
7P. 保護と隔離に関する機能							6	32	144	6	32	144			
7L. リハビリテーションとQOLへの配慮													2	11	33
合計	39	79	233	46	132	408	40	90	323	44	125	438	42	88	267

統合版V4: 2002(平14)年7月~2005(平17)年8月

	全体			(基本項目)			(再掲)ケアプロセス			(基本項目)		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	10	24	70	10	23	40						
2. 患者の権利と安全の確保	7	16	44	7	16	38						
3. 療養環境と患者サービス	8	26	90	8	26	71						
4. 診療の質の確保	27	63	202	26	56	135	12	23	72	12	22	51
5. 看護の適切な提供	14	27	90	14	25	63	11	18	61	11	17	44
6. 病院運営管理の合理性	6	22	81	6	21	49						
共通項目計	72	178	577	71	167	396	23	41	133	23	39	95
7. 精神科に特有な病院機能	5	17	48				2	5	17			
8. 療養病床に特有な病院機能	4	9	29				25	46	150			
統合版計	81	204	654									

注)基本項目は一般病院を対象とした

図表 1-2b. 評価項目の変遷（つづき）

統合版V5:2005(平17)年7月～2009(平21)年6月

	全体			(基本項目)			(再掲)ケアプロセス			(基本項目)		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	10	20	59	10	19	43						
2. 患者の権利と安全確保の体制	6	15	43	6	13	39						
3. 療養環境と患者サービス	7	23	88	7	23	75						
4. 医療提供の組織と運営	18	54	177	17	49	133						
5. 医療の質と安全のためのケアプロセス	8	26	76	8	26	74	8	26	74			
6. 病院運営管理の合理性	6	24	89	6	23	64						
共通項目 計	55	162	532	54	153	428	8	26	76	8	26	74
7. 精神科に特有な病院機能	5	16	47									
8. 療養病床に特有な病院機能	3	10	29									
統合版 計	63	188	608				2	8	23			
							10	34	99			

注)基本項目は一般病院を対象とした

統合版V6:2009(平21)年7月～2013(平25)年3月

	全体			(基本項目)			(再掲)ケアプロセス			(基本項目)		
	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	8	14	33	8	14	33						
2. 患者の権利と医療の質および安全の確保	6	13	38	6	13	38						
3. 療養環境と患者サービス	5	9	24	5	9	24						
4. 医療提供の組織と運営	20	63	159	20	43	106						
5. 医療の質と安全のためのケアプロセス	7	22	58	7	20	50	7	22	58	7	20	50
6. 病院運営管理の合理性	6	16	40	6	16	40						
共通項目 計	52	137	352	52	115	291	7	22	58	7	20	50
7. 精神科に特有な病院機能	5	15	39									
8. 療養病床に特有な病院機能	3	10	27									
統合版 計	60	162	418				2	8	21			
							9	30	79			

注)基本項目は一般病院を対象とした

機能種別版3rdG V1.0:2013(平25)年4月～

	機能種別									
	一般1		一般2		慢性期		精神科		リハビリ	
	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目
1. 患者中心の医療の推進	6	20	6	21	6	21	6	21	6	21
2. 良質な医療の実践1	2	35	2	33	2	35	2	38	2	35
3. 良質な医療の実践2	2	14	2	14	2	14	2	14	2	14
4. 理念達成に向けた組織運営	6	19	6	20	6	19	6	19	6	19
合計	16	88	16	88	16	89	16	92	16	89

機能種別版3rdG V1.1:2015(平27)年4月～

	機能種別											
	一般1		一般2		慢性期		精神科		リハビリ		緩和ケア	
	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目	大項目	中項目
1. 患者中心の医療の推進	6	20	6	21	6	21	6	21	6	21	6	21
2. 良質な医療の実践1	2	35	2	33	2	35	2	38	2	35	2	35
3. 良質な医療の実践2	2	14	2	14	2	14	2	14	2	14	2	14
4. 理念達成に向けた組織運営	6	20	6	21	6	20	6	20	6	20	6	20
合計	16	89	16	89	16	90	16	93	16	90	16	90

1.3 機能種別

病院は役割・機能に応じて最も適した「機能種別」を図表 1-3 の 6 つから選択し受審する。

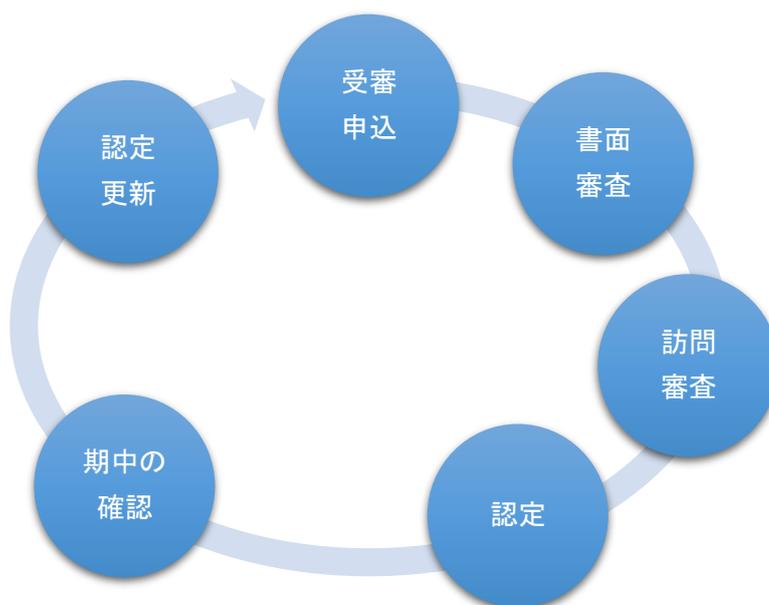
図表 1-3. 機能種別一覧

機能種別名	内容
一般病院 1	主として、日常生活圏域等の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
一般病院 2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院
緩和ケア病院 (2015 年度から運用開始)	主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを保有している病院

1.4 審査の流れ

病院は「受審申込」を行い、「書面審査」および「訪問審査」を経て、当機構の基準を満たしている³と判断された場合に認定となる。また、認定後 3 年目には、質改善の取り組み状況を確認する「期中の確認」が行われる。認定から 5 年後に更新受審となる。

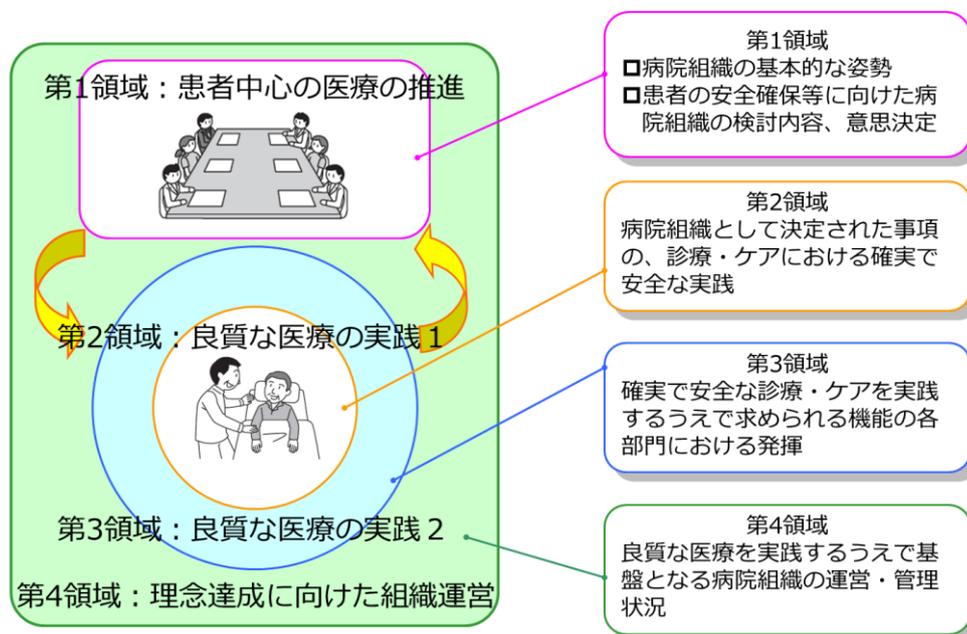
図表 1-4. 審査の流れ



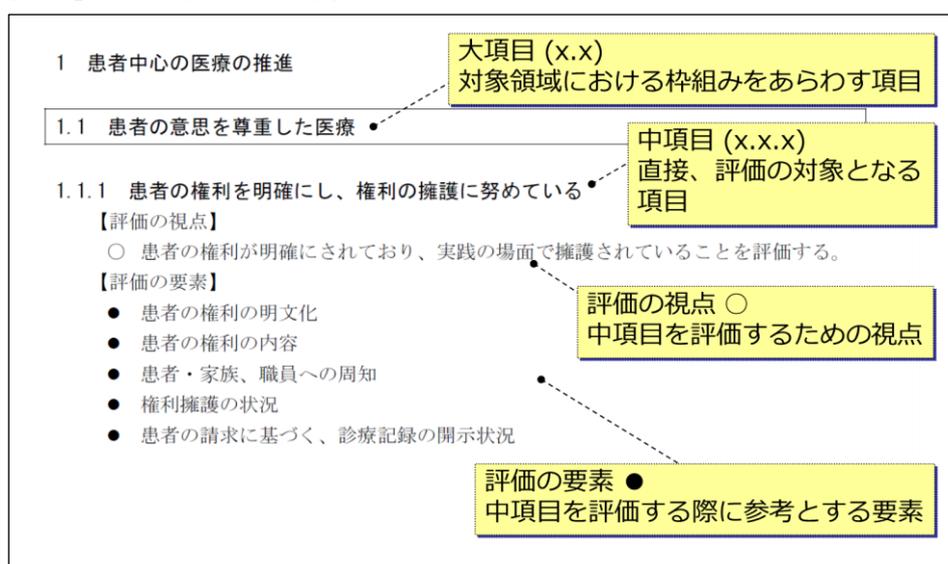
³ 詳細は「1.6 評価判定と認定」を参照。

1.5 対象領域と評価項目

病院の組織管理・運営実態や、医療の質を適切に評価するため、評価項目は以下4つの評価対象領域で構成されている。



また、上記の評価対象領域は、対象領域における枠組みをあらわす「大項目」、評価の対象となる「中項目」から構成されている。中項目の内容は、「評価の視点」・「評価の要素」に示されている。



1.6 評価判定と認定

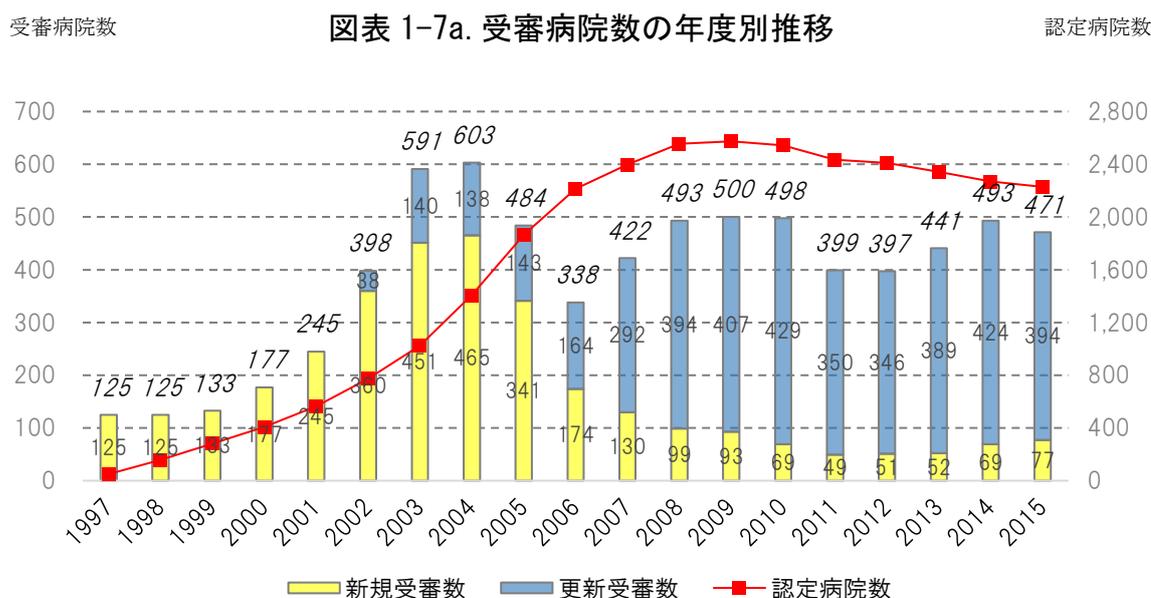
評価対象である中項目は、「S、A、B、C」の4段階で評価される。

指摘する問題がない場合は「A評価（適切に行われている）」、若干の課題（継続性等）は認められるが、認定の判定には影響しない場合は「B評価（一定の水準に達している）」となり、全ての中項目がB評価以上であれば認定となる。C評価（一定の水準に達しているとはいえない）がついた項目のうち、改善を必要とする問題の緊急性や患者・住民への影響の程度、問題の原因や背景と改善の可能性などを考慮して、「改善要望事項」をつける場合もある。改善要望事項がついた場合は、条件付認定または認定留保となる。S評価「秀でている」は、非常に達成度が優れているだけでなく、これを超える取り組みがある場合に適用される。

評価	定義
S	秀でている
A	適切に行われている / 指摘する問題がない
B	一定の水準に達している / 若干の課題（継続性等）は認められるが、認定の判定には影響しない
C	一定の水準に達しているとはいえない

1.7 受審病院数の推移

図表 1-7a では、事業開始以降の受審病院数の年度別推移を示した。2004年度以降、新規受審病院数は減少していたが、2012年度から増加傾向がみられる。2015年度の受審病院数は471件（新規77件・更新394件）であり、2016年3月末時点の認定病院数は2,228病院となっている。



図表 1-7b および図表 1-7c に平成 28 年 3 月末時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の認定率は 26.4%であった。認定病院の割合が 35%を超えた都道府県

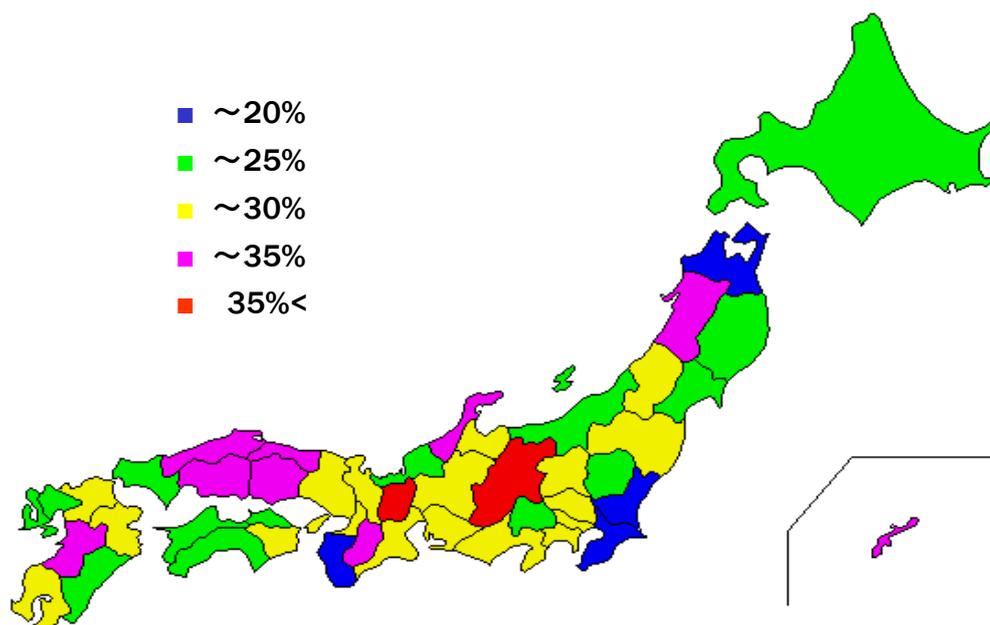
は、滋賀県 38.6%、長野県 37.7%であった。

図表 1-7b. 都道府県別認定病院率（平成 28 年 3 月 31 日時点）

都道府県名	全病院数*	認定病院数	認定率(%)	都道府県名	全病院数*	認定病院数	認定率(%)
北海道	563	124	22.0	滋賀県	57	22	38.6
青森県	97	19	19.6	京都府	170	50	29.4
岩手県	91	21	23.1	大阪府	529	153	28.9
宮城県	139	29	20.9	兵庫県	353	98	27.8
秋田県	69	21	30.4	奈良県	76	23	30.3
山形県	68	20	29.4	和歌山県	85	15	17.6
福島県	127	33	26.0	鳥取県	44	15	34.1
茨城県	179	30	16.8	島根県	51	17	33.3
栃木県	107	22	20.6	岡山県	165	57	34.5
群馬県	129	34	26.4	広島県	244	76	31.1
埼玉県	343	92	26.8	山口県	147	36	24.5
千葉県	286	54	18.9	徳島県	111	33	29.7
東京都	650	170	26.2	香川県	89	20	22.5
神奈川県	341	91	26.7	愛媛県	142	32	22.5
新潟県	132	29	22.0	高知県	131	30	22.9
富山県	106	27	25.5	福岡県	462	131	28.4
石川県	95	30	31.6	佐賀県	107	23	21.5
福井県	68	15	22.1	長崎県	152	32	21.1
山梨県	60	12	20.0	熊本県	214	69	32.2
長野県	130	49	37.7	大分県	156	45	28.8
岐阜県	102	28	27.5	宮崎県	140	31	22.1
静岡県	181	51	28.2	鹿児島県	252	69	27.4
愛知県	320	95	29.7	沖縄県	94	29	30.9
三重県	99	26	26.3	合計	8,453	2,228	26.4

*各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査(平成28年3月末概数)」(厚生労働省)より

図表 1-7c. 都道府県別認定病院率（平成 28 年 3 月 31 日時点）



1.8 次期病院機能評価について

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、以下の 2 点の施策について検討することとしている。

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

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

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。

○理念・基本方針

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。

○質改善活動の取組み実績

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。

○ガバナンス

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。

以上を踏まえ、このたび特定機能病院・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、ならびに機能種別版評価項目の改定「3rdG:Ver. 2.0」について、検討を進めているところである。これらの次期病院機能評価の運用開始は、平成 30 年 4 月を予定している。

1.9 国際認定の取得

国際医療の質学会（International Society for Quality in Health Care: ISQua）は、1985年に設立された世界の医療の質向上を目的とする国際学会である。アイルランド・ダブリンに本部があり、世界保健機関（WHO）の公式関連団体として、WHOに対して技術や政策の面で協力している。本学会は、2000年以降世界的に行われてきた医療の質・安全を向上させる取り組みを推進し続けている学会である。本学会は、医療の外部評価を行う世界各国の組織の運営体制や評価項目について評価・認定を行う国際第三者評価（International Accreditation Programme: IAP）事業のほか、医療の質・安全の向上に関する教育研修事業を実施している。

また、医療の質・安全に関する年次総会を開催しており、2016年の年次総会は、評価機構との共催により東京国際フォーラムを会場として日本で初めて開催され、約70カ国から1200名以上が参加した。

ISQuaには、医療機関の第三者評価を行う団体を中心とした組織会員（約35カ国70団体）のほか、約45カ国250名の個人会員が加盟している。評価機構も組織会員であり、Joint Commission International（JCI）、カナダのAccreditation Canada、オーストラリアのThe Australian Council on Healthcare Standards（ACHS）、Australian General Practice Accreditation Limited / Quality Innovation Performance（AGPAL/QIP）等、各国の第三者評価組織も組織会員となっている。

評価機構の病院機能評価事業は、2013年にIAPを受審し、組織認定および項目認定を取得した。病院機能評価事業を実施する組織および評価項目自体の質をさらに向上させていくため、2017年度には認定継続に向けて更新審査を受審する予定である。

IAP 認定ロゴマーク

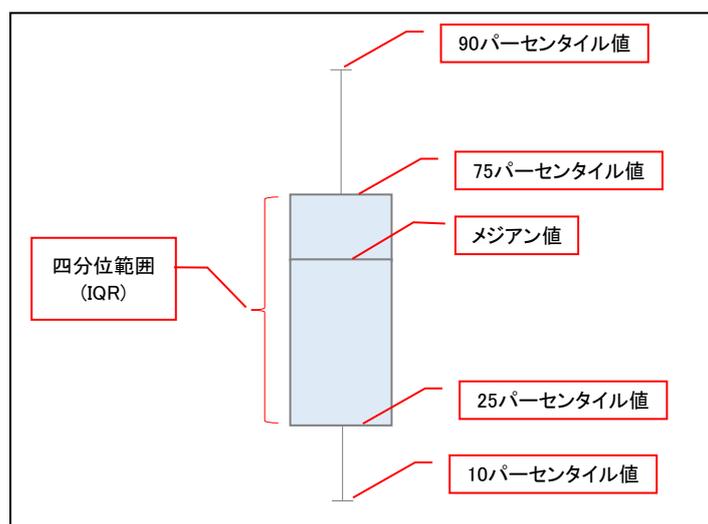


第2章 平成27年度受審病院の概要

第2章では、平成27年度受審病院の概要について示した。なお、本データブックでは、以後、平成27年度に「病院機能評価機能種別版評価項目 3rdG:ver. 1.1」で訪問審査を実施した病院を「受審病院」と呼ぶ。また、実稼動可能病床数を「病床数」とした。

<箱ひげ図の見方>

本書では、各機能種別の分析結果を一つの図にまとめるために、下図の方法でデータの分布を示した。なお、はずれ値の計算は以下の(1)、(2)式で算出した。また、はずれ値はN数から除外したため、同一の図表内であっても、全体のN数と各種別のN数の合計が一致するとは限らない。



$$\text{上方はずれ値} > 75 \text{ パーセンタイル値} + 1.5 \times \text{IQR} \quad \dots\dots (1)$$

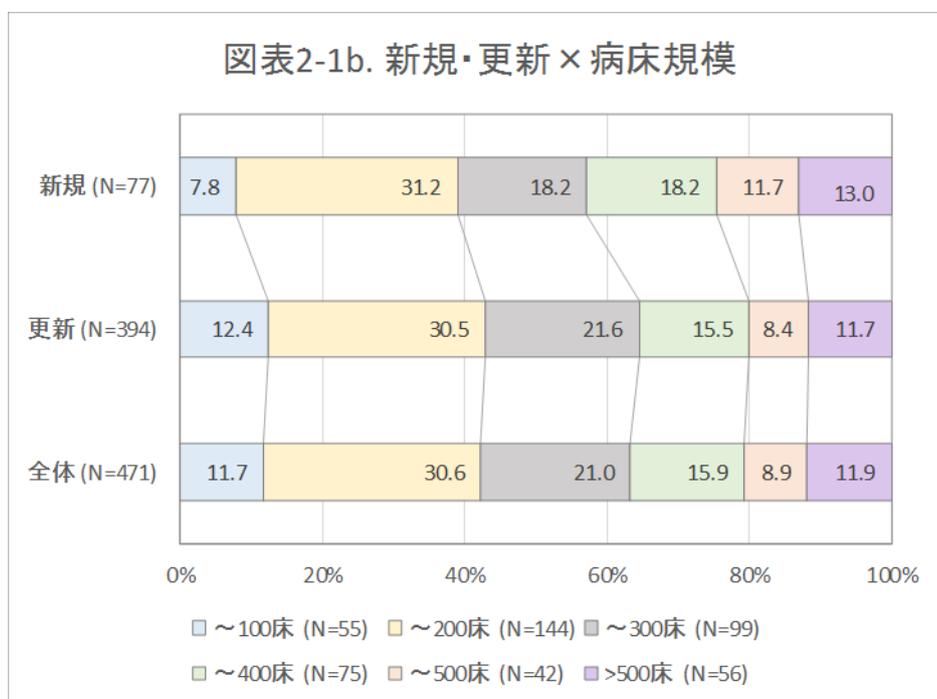
$$\text{下方はずれ値} < 25 \text{ パーセンタイル値} - 1.5 \times \text{IQR} \quad \dots\dots (2)$$

2.1 受審病院の属性

図表 2-1a では、新規受審 77 病院と更新受審 394 病院について、機能種別ごとの病院数を示した。図表 2-1b では、新規受審と更新受審の病床規模別の割合を示した。同様に、図表 2-1c では、病床規模別の割合を機能種別ごとに示した。

図表 2-1a. 機能種別（新規／更新別）

新規/更新	一般病院1 (N=135)	一般病院2 (N=228)	慢性期 (N=39)	精神科 (N=47)	リハビリ (N=22)	全体 (N=471)
新規	16	39	9	7	6	77
更新	119	189	30	40	16	394
全体	135	228	39	47	22	471

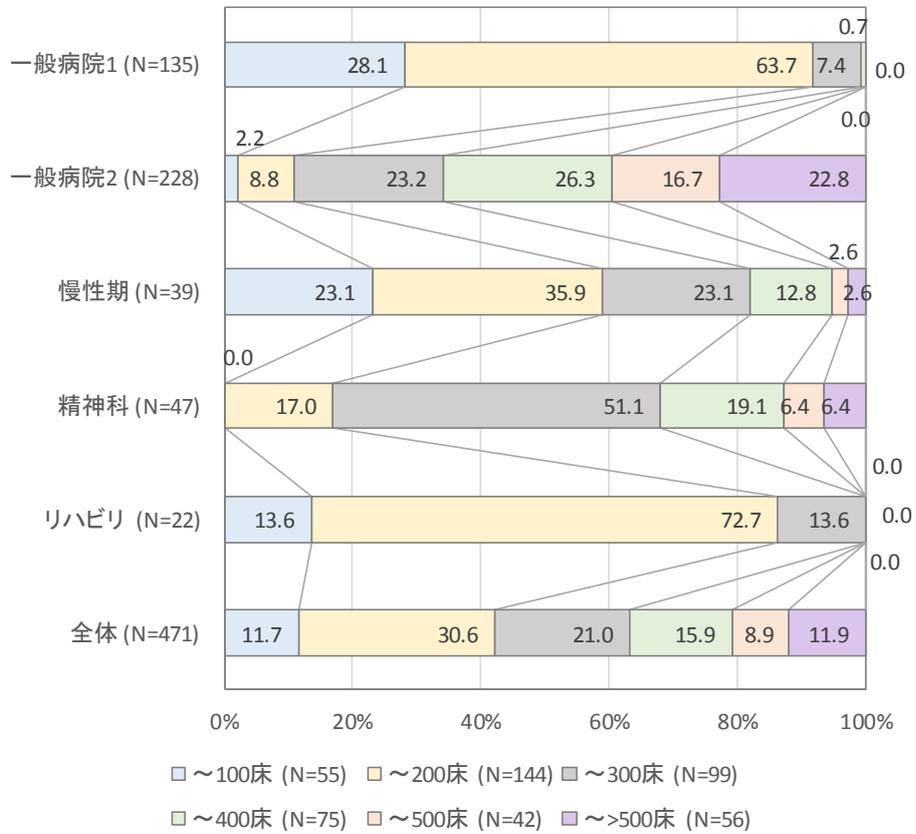


<参考：平成 27 年 10 月 1 日時点の病院構成⁴>

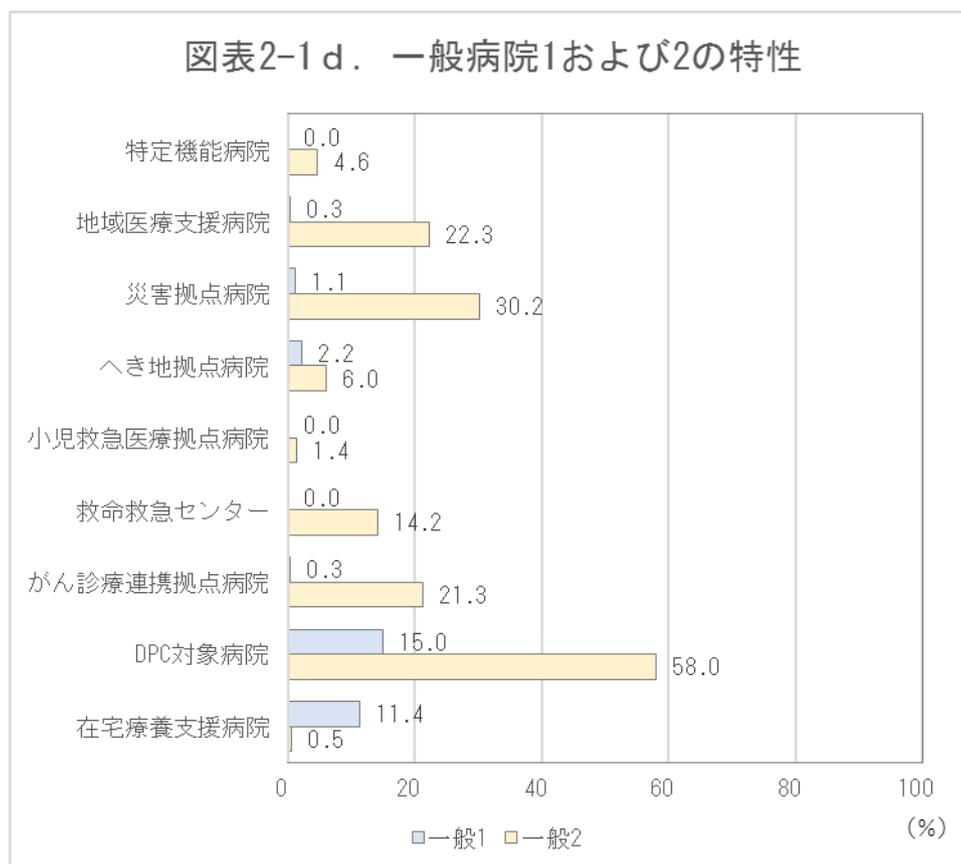
	病院数	割合 (%)
20～99 床	3,069	36.2
100～199 床	2,767	32.6
200～499 床	2,219	26.2
500 床以上	425	5.0
総病院数	8,480	100.0

⁴ 厚生労働省、前掲。

図表2-1c. 機能種別 × 病床規模



図表 2-1d では、一般病院 1 および一般病院 2 の特性を示した。DPC 対象病院が一般病院 1 は 15.0%で一般病院 2 が 58.0%であったほか、災害拠点病院が一般病院 1 で 1.1%、一般病院 2 で 30.2%、地域医療支援病院が一般病院 2 で 22.3%であった。



2.2 職員の状況

図表 2-2a では、機能種別ごとの 100 床あたり職種別職員数（常勤換算の平均値）を機能種別ごとに示した。一般病院 1 および 2 の合計を「一般病院」とした。

図表 2-2a. 100 床あたり職種別職員数（人）（機能種別ごと）

	一般病院		慢性期	精神科	リハビリ	全体	
	一般1	一般2					
医師	19.6	12.4	24.0	5.7	4.3	6.7	16.4
歯科医師	4.9	0.7	5.5	0.7	0.2	0.5	4.2
保健師	2.3	2.1	2.4	1.3	0.4	1.0	2.2
助産師	5.8	12.4	5.1	-	-	-	5.8
看護師	74.3	56.3	85.0	29.5	25.8	41.9	64.2
准看護師	10.0	14.2	7.4	13.2	11.1	10.9	10.4
看護補助者	11.7	15.1	9.6	14.9	13.2	14.1	12.2
薬剤師	4.5	3.7	5.0	1.9	1.3	2.3	3.9
診療放射線技師	4.6	4.1	4.9	1.1	0.5	1.7	3.9
診療X線技師	0.5	0.2	0.7	0.1	0.2	0.4	0.3
臨床検査技師	5.8	4.6	6.4	1.5	0.6	2.0	4.9
衛生検査技師	0.2	-	0.2	0.3	-	0.3	0.2
管理栄養士	1.8	2.3	1.5	1.4	1.0	2.2	1.7
栄養士	1.0	2.0	0.6	1.1	1.1	3.2	1.1
理学療法士	7.0	10.2	5.1	5.8	1.5	25.2	7.6
作業療法士	3.4	5.5	2.4	3.6	3.5	19.8	4.3
言語聴覚士	1.6	2.6	1.2	1.7	0.8	8.4	2.0
視能訓練士	0.8	1.0	0.8	0.0	0.5	0.3	0.8
臨床工学技士	2.9	4.1	2.4	1.1	0.2	3.3	2.8
医療ソーシャルワーカー	1.1	1.7	1.0	1.0	0.5	2.5	1.2
精神保健福祉士	0.5	1.2	0.4	0.6	3.4	1.1	1.8
社会福祉士	1.5	1.8	1.2	1.4	0.5	3.6	1.6
介護福祉士	5.9	8.0	3.6	13.9	7.0	13.8	7.9
診療情報管理士	1.2	1.4	1.0	0.8	0.5	1.0	1.1
事務職員	18.4	19.6	17.6	10.2	6.1	13.2	16.2
総数	183.4	165.1	194.3	109.7	80.9	167.4	166.4
病院数	363	135	228	39	47	22	471

※一般1、一般2は内数（再掲）。

受審病院中、一般病院の 100 床あたり職員総数は 183.4 人であり、全国平均⁵⁾の 145.1 人と比較して約 1.3 倍多かった。特に医師、看護師、薬剤師は全国平均がそれぞれ 15.6 人、55.8 人、3.4 人であるのに対し、それぞれ 19.6、74.3、4.5 人であった。

⁵⁾ 厚生労働省、前掲。

<参考：全国の病院における 100 床あたり常勤職員数（人）⁶（平成 27 年 10 月 1 日現在）>

	一般病院	精神科病院	全体
医師	15.6	3.6	13.7
歯科医師	0.8	0.1	0.6
薬剤師	3.4	1.2	3.1
看護師	55.8	21.6	50.3
准看護師	7.7	11.4	8.3
診療放射線技師	3.3	0.2	2.8
診療 X 線技師			
臨床検査技師	4.1	0.4	3.5
衛生検査技師			
管理栄養士	1.8	1.2	1.7
栄養士			
その他	52.7	28.5	48.8
総数	145.1	68.2	132.8

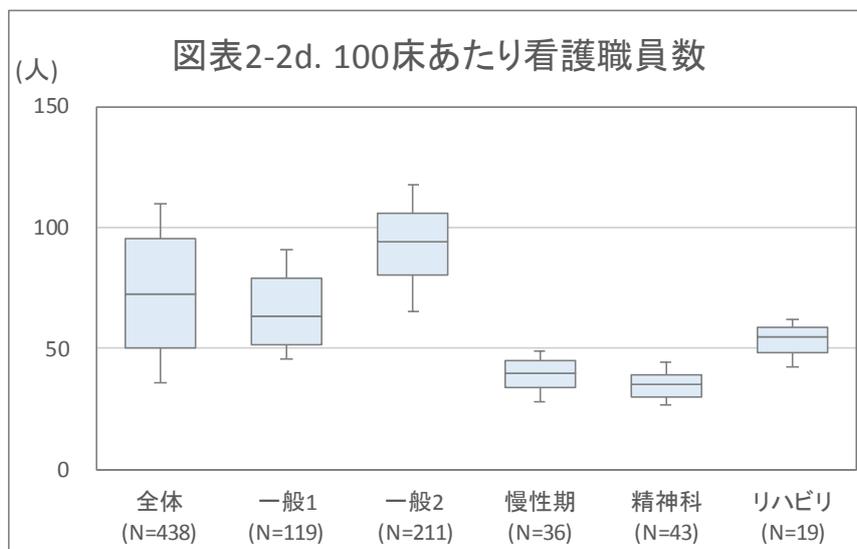
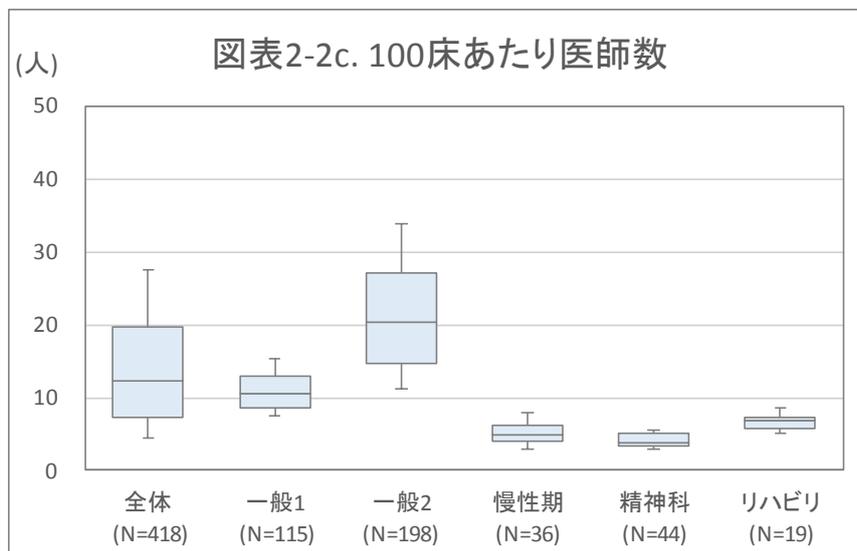
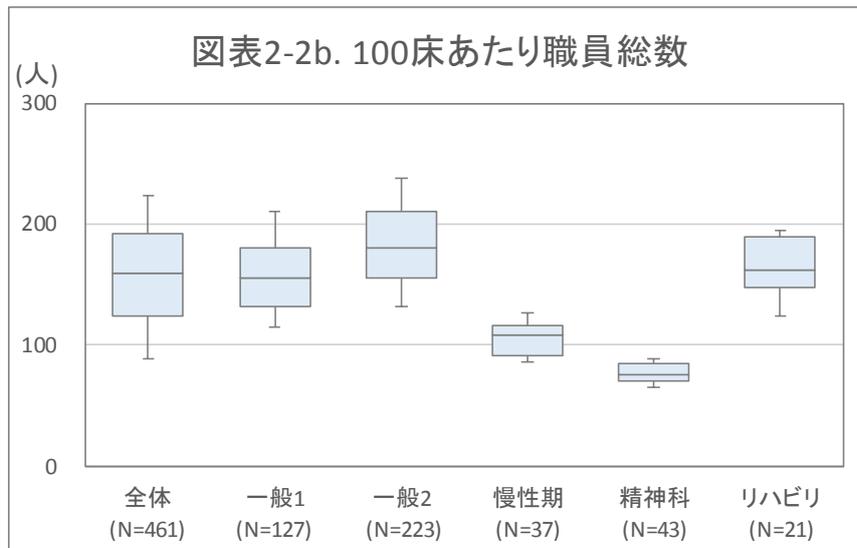
病院が適切にその機能を果たすためには、機能に応じた職員が配置されていなければならない。

図表 2-2b～d では、全職員・医師・看護職員（看護補助者を含まない）について、100 床あたりの職員数を機能種別ごとに示した。なお、メジアンは以下の通りであった。

100 床あたり職員数メジアン（人）（職員総数・医師・看護職員）

	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
職員総数	159.6	155.6	180.8	107.9	75.7	161.4
医師	12.3	10.5	20.3	5.0	3.9	6.8
看護職員	72.6	63.3	94.0	40.0	35.4	54.7

⁶ 厚生労働省、前掲。



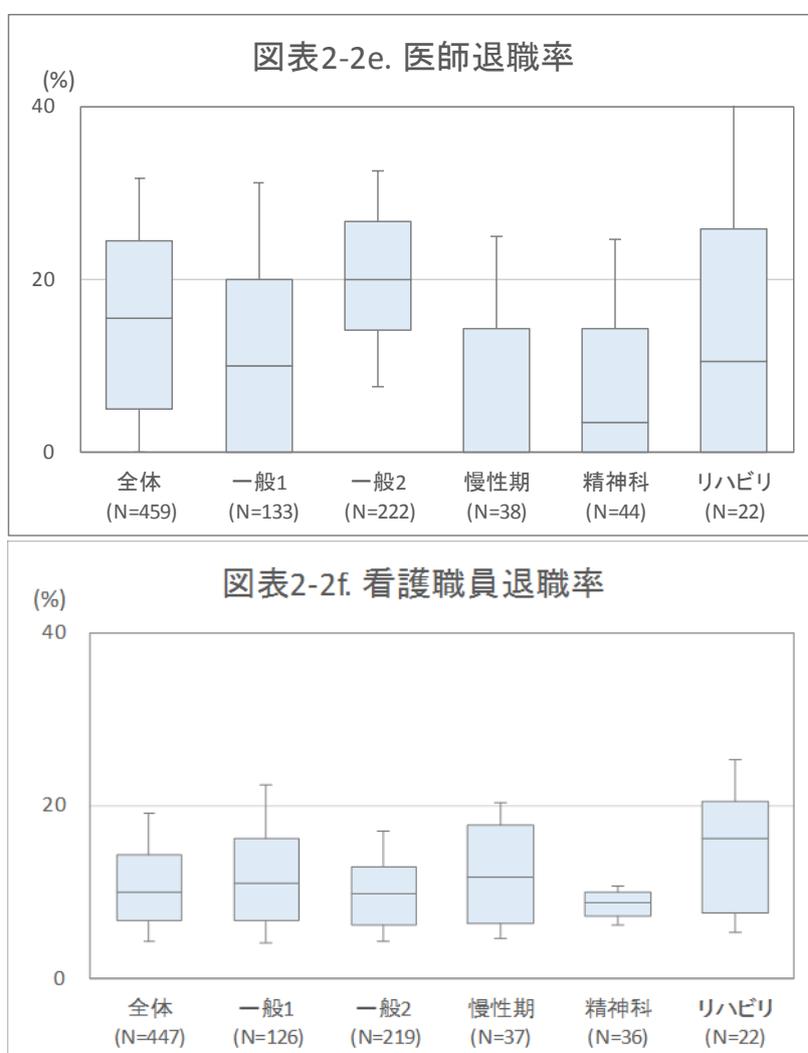
図表 2-2e および f では、医師および看護職員（看護補助者を含まない）の退職率について、機能種別ごとに示した。退職率は以下の式に基づいて算出した。

$$\text{退職率 (\%)} = \frac{\text{受審前年度の退職職員数} \times 100}{\text{受審年の職員数}}$$

なお、メジアンは以下の通りであった。

退職率メジアン (%) (医師・看護職員)

メジアン値	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
医師退職率	15.4	10.0	20.0	0.0	3.3	10.4
看護職員退職率	10.0	10.9	9.7	11.6	8.7	16.2

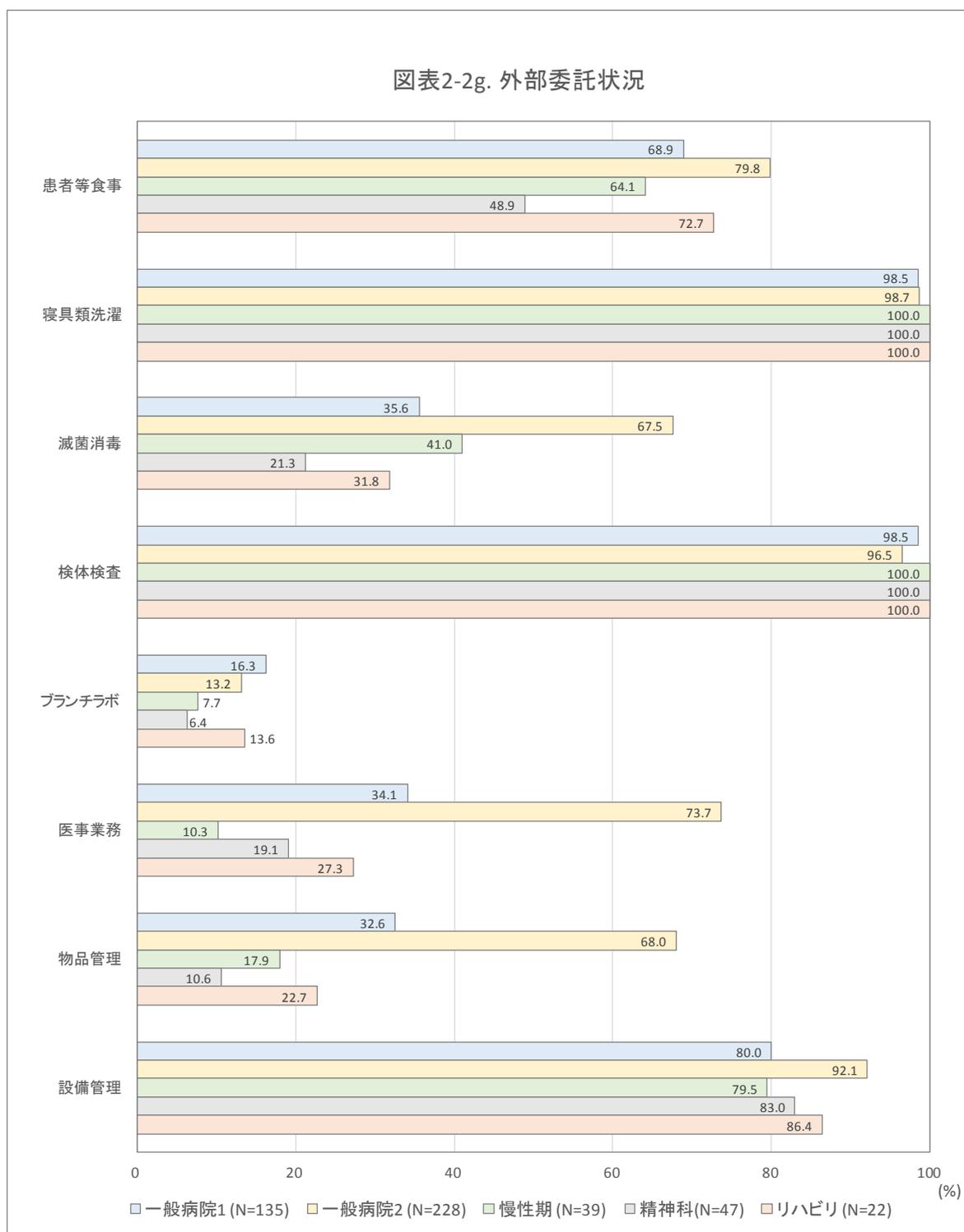


医師の退職率は一般病院2で高く、看護師の退職率はリハビリテーション病院で高い傾向がうかがえた。「2015年 病院看護実態調査⁷」によれば、全国の常勤看護

⁷ 日本看護協会「2015年 病院看護実態調査」
http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20160418114351_f.pdf

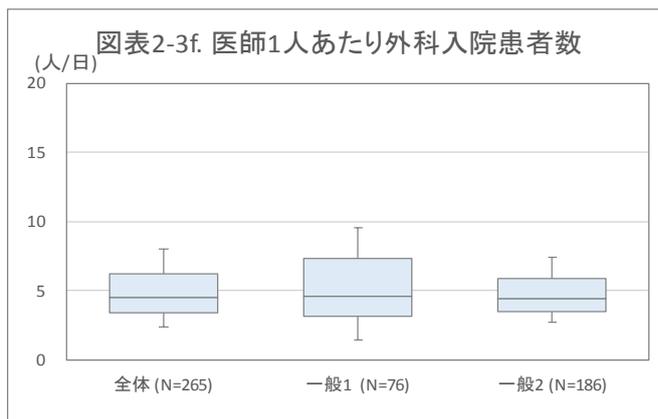
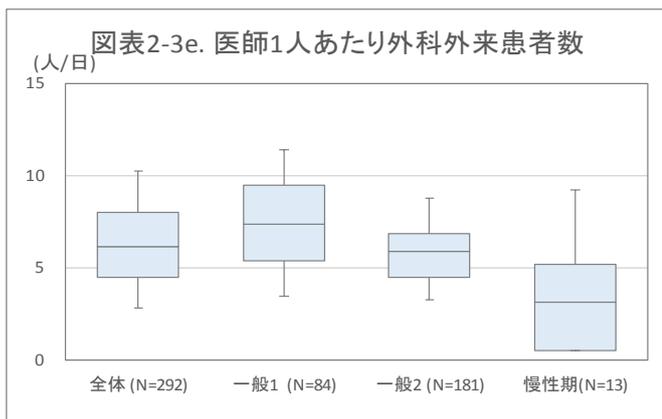
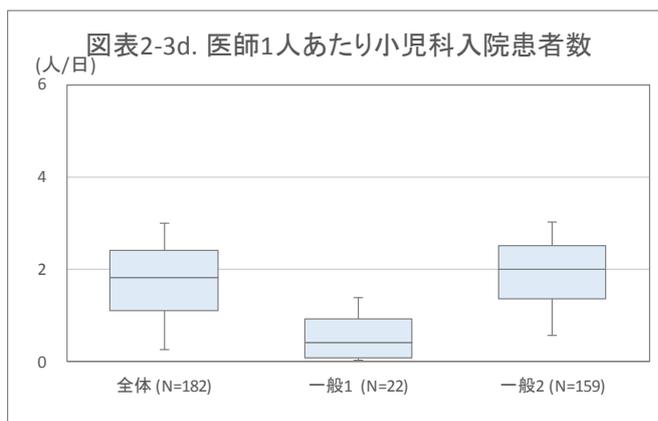
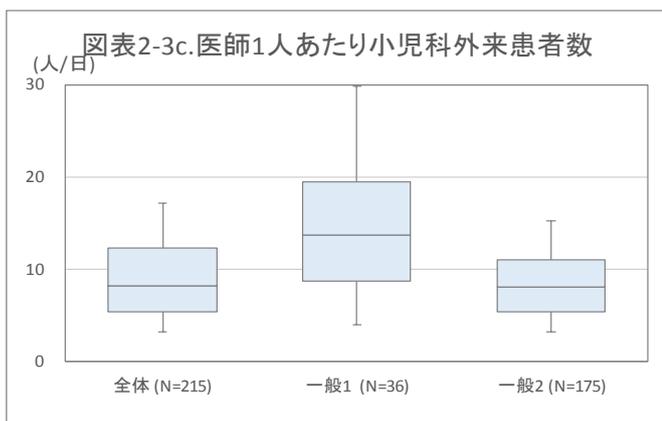
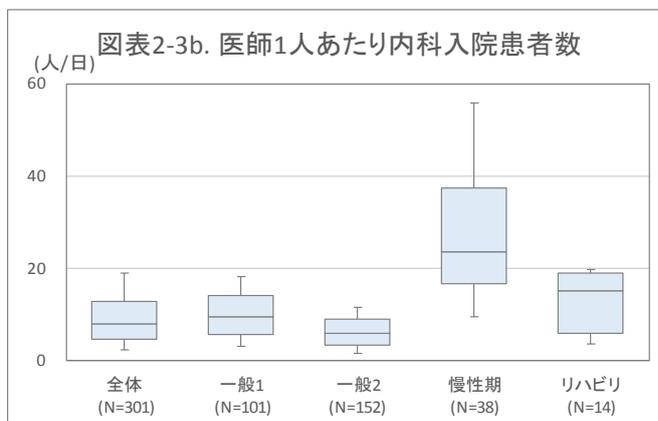
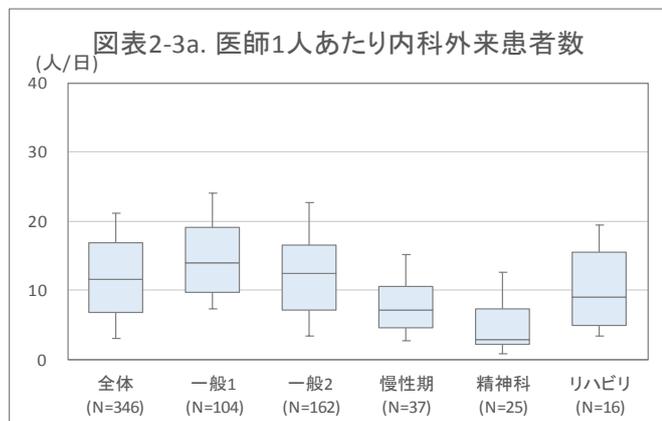
職員の離職率は10.8%であり、受審病院全体の平均値とほぼ同等であった。

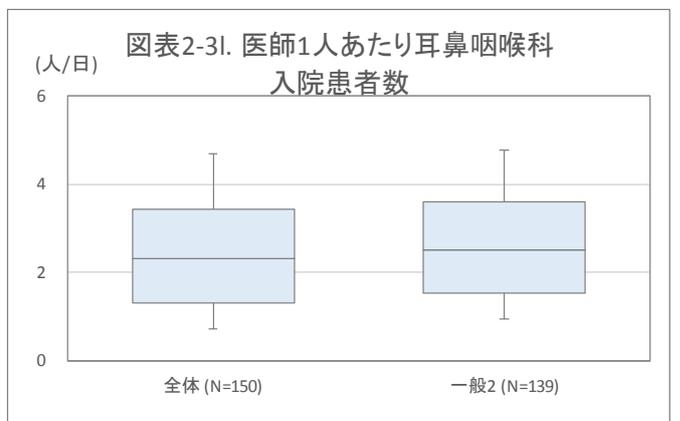
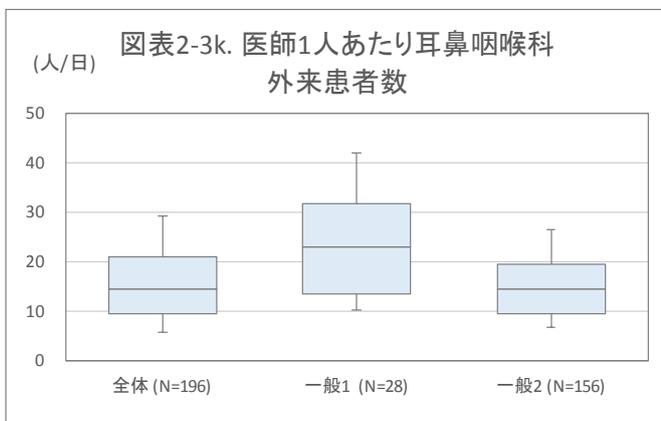
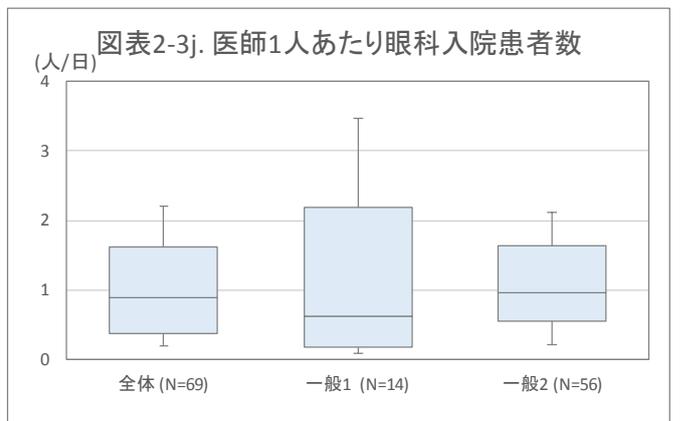
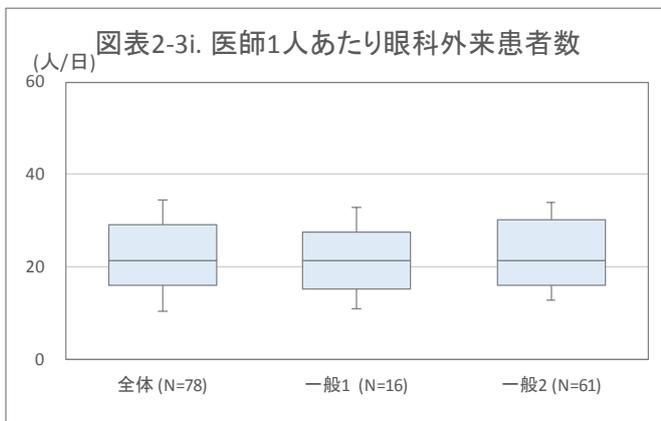
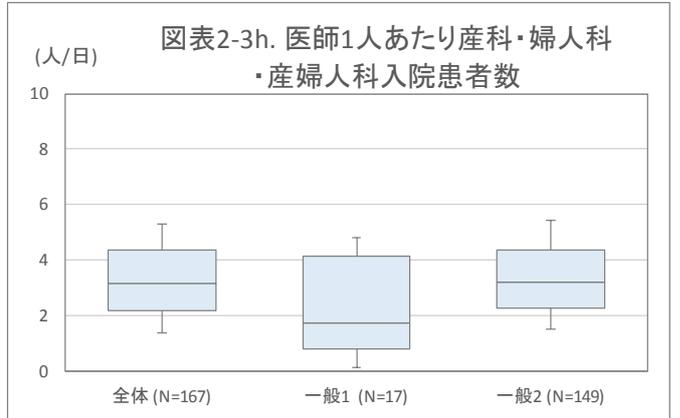
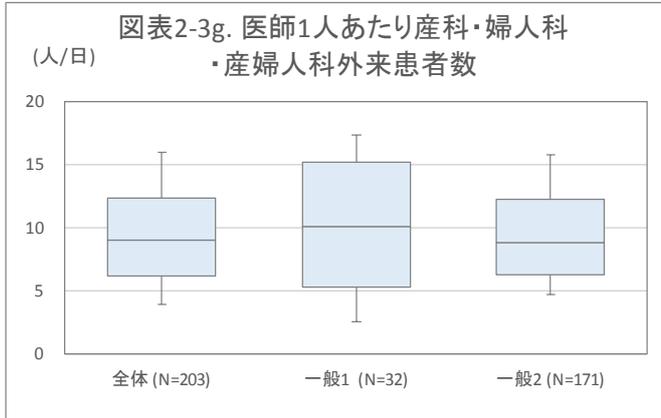
図表 2-2g では、外部委託の状況（全部委託および一部委託を行っている病院数の合計）を機能種別ごとに%で示した。

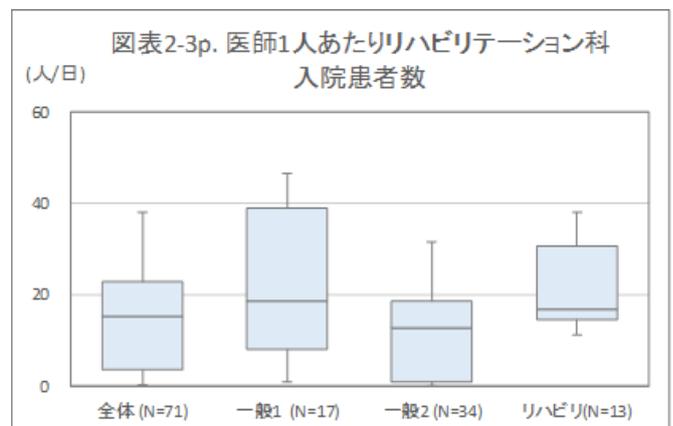
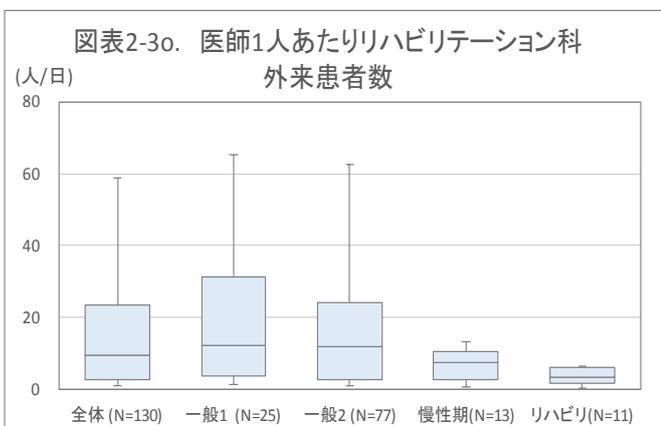
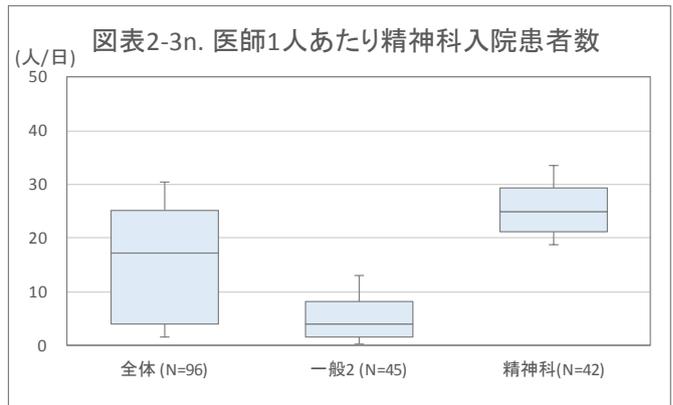
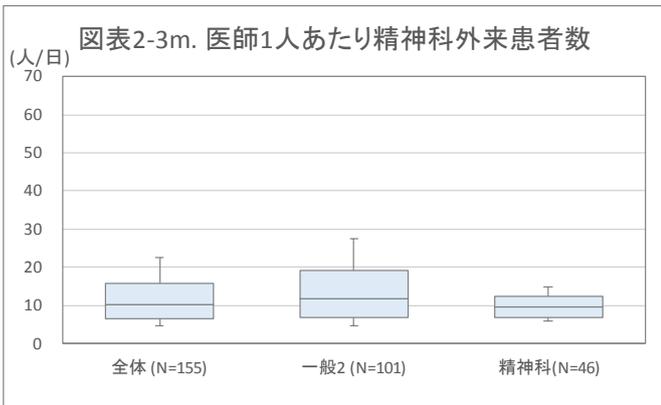


2.3 患者受け入れ状況

図表 2-3a～p では、主要診療科の医師 1 人あたり 1 日平均外来・入院患者数を機能種別ごとに示した。対象病院数が 10 未満の場合は割愛した。







機能種別ごとの診療科別医師 1 人あたり患者数のメジアンは以下の通りであった。対象病院数が 10 未満のため割愛した項目は、「-」で示した。

診療科別医師 1 人あたり患者数メジアン (人/日)

	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
内科外来	11.6	14.1	12.4	7.1	2.9	9.1
内科入院	8.0	9.5	6.0	23.5	-	15.2
小児科外来	8.2	13.7	8.1	-	-	-
小児科入院	1.8	0.4	2.0	-	-	-
外科外来	6.2	7.4	5.9	3.1	-	-
外科入院	4.5	4.6	4.4	-	-	-
産科・婦人科・ 産婦人科外来	9.0	10.1	8.8	-	-	-
産科・婦人科 ・産婦人科入院	3.1	1.7	3.2	-	-	-
眼科外来	21.4	21.5	21.4	-	-	-
眼科入院	0.9	0.6	1.0	-	-	-
耳鼻科外来	14.4	22.8	14.3	-	-	-
耳鼻科入院	2.3	-	2.5	-	-	-
精神科外来	10.3	-	11.8	-	9.4	-
精神科入院	17.2	-	3.9	-	24.9	-
リハビリテーション科 外来	9.5	12.1	11.9	7.5	-	3.3
リハビリテーション科 入院	15.3	18.5	12.7	-	-	16.8

図表 2-3q. 標榜科別医師数 (人) (機能種別ごと)

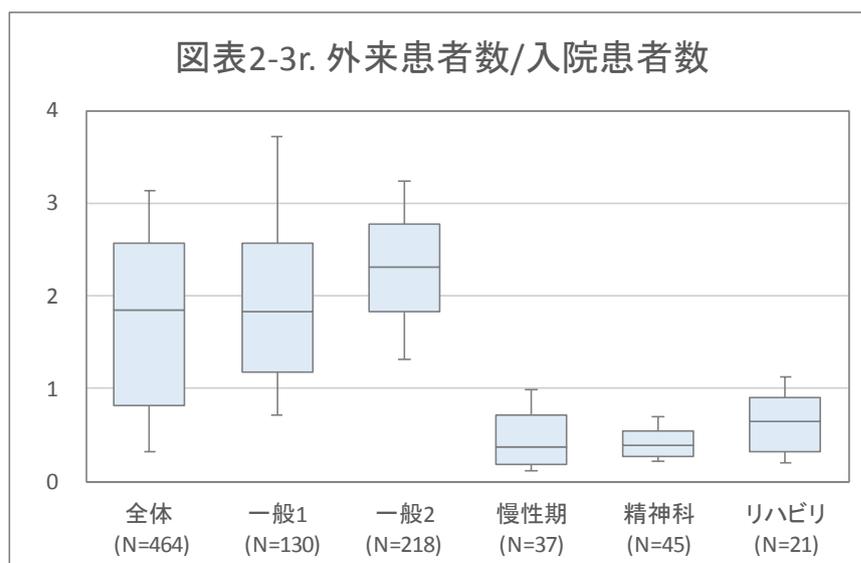
病院種別 標榜科	全体		一般病院1		一般病院2		慢性期		精神		リハビリテーション			
	合計	病院あたり 医師数	合計	病院あたり 医師数	合計	病院あたり 医師数	合計	病院あたり 医師数	合計	病院あたり 医師数	合計	病院あたり 医師数		
内科	2535.4	401	586.6	120	4.89	1621.7	190	8.54	193.6	39	4.96	65.1	1.9	4.07
呼吸器科	686.6	213	45.8	51	0.90	642.9	143	4.50	7.6	15	0.50	2.4	-	0.60
消化器・胃腸科	1348.6	243	90.3	63	1.43	1229.7	159	7.73	26.8	18	1.49	1.8	-	0.60
循環器科	1432.7	291	4.92	80	1.20	1316.9	186	7.08	14.9	16	0.93	3.8	0.5	0.54
小児科	1287.7	233	5.53	40	1.42	1211.8	186	6.52	16.8	5	3.35	1.1	1.2	1.10
精神科	924.5	190	4.87	13	0.77	446.3	120	3.72	3.7	8	0.46	47	9.9	0.1
神経内科	544.0	228	2.39	300	0.62	491.9	158	3.11	19.4	12	1.62	0.3	3	2
心臓内科	24.3	46	0.53	40	0.33	17.3	20	0.86	2.5	4	0.63	0.5	10	0.1
リウマチ科	157.4	77	2.04	14	0.21	150.8	56	2.69	2.6	4	0.65	-	1	2
リハビリテーション科	348.7	328	1.06	440	0.49	205.8	177	1.16	21.7	34	0.64	3.4	8	0.4
外科	1722.0	320	5.38	239.1	0.9	1400.3	195	7.39	31.1	14	2.22	1.1	3	0.4
呼吸器外科	231.0	92	2.51	5	0.52	228.3	86	2.65	0.1	1	0.10	-	-	-
心臓・血管外科	502.6	131	3.84	15	0.58	492.8	113	4.36	0.1	1	0.10	-	-	0.55
小児外科	90.6	38	2.38	0.2	0.10	87.4	35	2.50	3.0	1	3.00	-	-	-
整形外科	1778.0	362	4.91	241.3	0.26	1499.4	216	6.94	14.1	22	0.64	1.8	3	0.6
形成外科	350.4	158	2.22	15.1	0.58	335.3	131	2.56	0.1	1	0.10	-	-	1.54
美容外科	3.2	947	0.00	-	177	3.2	7	0.46	-	9	-	-	8	26
脳神経外科	927.6	269	3.45	85.5	52	1.65	828.4	201	4.12	3.1	0.45	4.4	2	2.2
産婦人科	999.5	159	6.19	51.2	3.41	908.2	139	6.53	-	-	-	0.1	1	0.1
産科	74.0	18	4.11	-	2	74.0	16	4.63	-	-	-	-	-	-
婦人科	175.3	76	2.31	11.4	22	0.52	161.1	48	3.36	2.7	3	0.90	1	0.08
眼科	761.1	260	2.93	47.5	52	0.91	710.3	193	3.68	1.2	0.15	0.6	3	0.2
耳鼻咽喉科	622.2	216	2.88	20.4	30	0.68	596.3	175	3.41	3.3	0.47	0.0	1	0.0
気管食道科	0.0	2	0.00	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	0.73
皮膚科	584.6	290	2.02	26.5	60	0.44	545.6	192	2.84	9.7	0.44	2.0	12	0.2
泌尿器科	787.0	280	2.81	47.8	63	0.76	732.3	201	3.64	3.1	0.39	2.2	3	0.7
肛門科	19.3	27	0.72	1.2	12	0.10	17.7	13	1.36	0.4	0.20	-	-	0.32
アレルギー科	31.8	16	1.99	0.6	7	0.09	28.2	8	3.65	2.0	2.00	-	-	-
放射線科	902.9	305	2.96	48.1	76	0.63	845.8	203	4.17	5.1	0.46	2.5	9	0.3
麻酔科	1417.2	320	4.43	56.4	85	0.66	1354.0	220	6.15	5.3	0.66	1.0	5	0.2
歯科	338.2	71	4.76	7.4	7	1.06	306.5	38	8.07	12.3	1.54	8.6	14	0.6
矯正歯科	31.6	2	15.80	-	-	31.6	2	15.80	-	-	-	-	-	-
小児歯科	13.0	3	4.33	-	-	13.0	3	4.33	-	-	-	-	-	-
歯科口腔外科	466.6	115	4.06	14.1	9	1.56	446.5	102	4.38	5.0	1.67	1.0	1	1.0
総数	22091.6	471	46.90	1891.47	135	14.01	19022.2	228	83.43	411.1	39	10.54	47	12.0
病床数	134014		18425		136.5	90785		7904		13652		3218		146.3
1病院あたり平均病床数	284.5		136.5		398.2	202.7	291.1							

図表 2-3q では、病院あたり標榜科別医師数を機能種別ごとに示した。病院あたり各診療科医師数は以下の式に基づいて算出した。

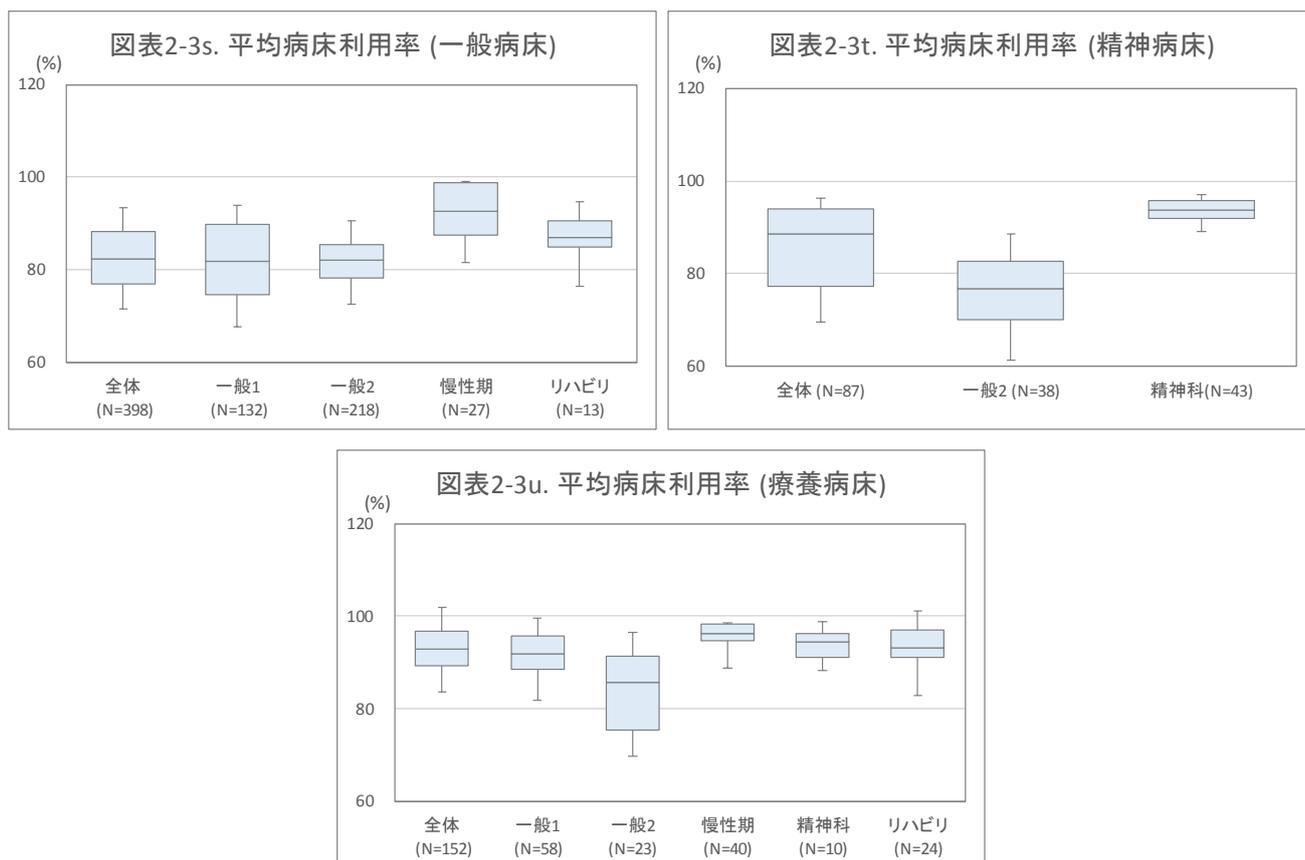
$$\text{病院あたり各診療科医師数} = \frac{\text{各診療科の常勤換算医師数の合計}}{\text{当該診療科を有する病院数}}$$

図表 2-3r では、外来患者数と入院患者数の比を以下の式で算出した値を機能種別ごとに示した。メジアンは、全体が 1.8、一般病院 1 が 1.8、一般病院 2 が 2.3、慢性期病院が 0.4、精神科病院が 0.4、リハビリテーション病院が 0.6 であった。

$$\text{外来・入院患者比} = \frac{\text{受審前年の外来患者数}}{\text{受審前年の入院患者数}}$$



図表 2-3s～u では、年間平均病床利用率を医療法の区分である一般病床・精神病床・療養病床について、機能種別ごとに示した。なお、「0」と回答した病院は対象外とした。一般病床の平均病床利用率については、精神科病院は N が 10 未満となったため割愛した。また、精神病床の平均病床利用率については、一般病院 2 および精神科病院以外は N が 10 未満となったため割愛した。



なお、メジアンは以下の通りであった。

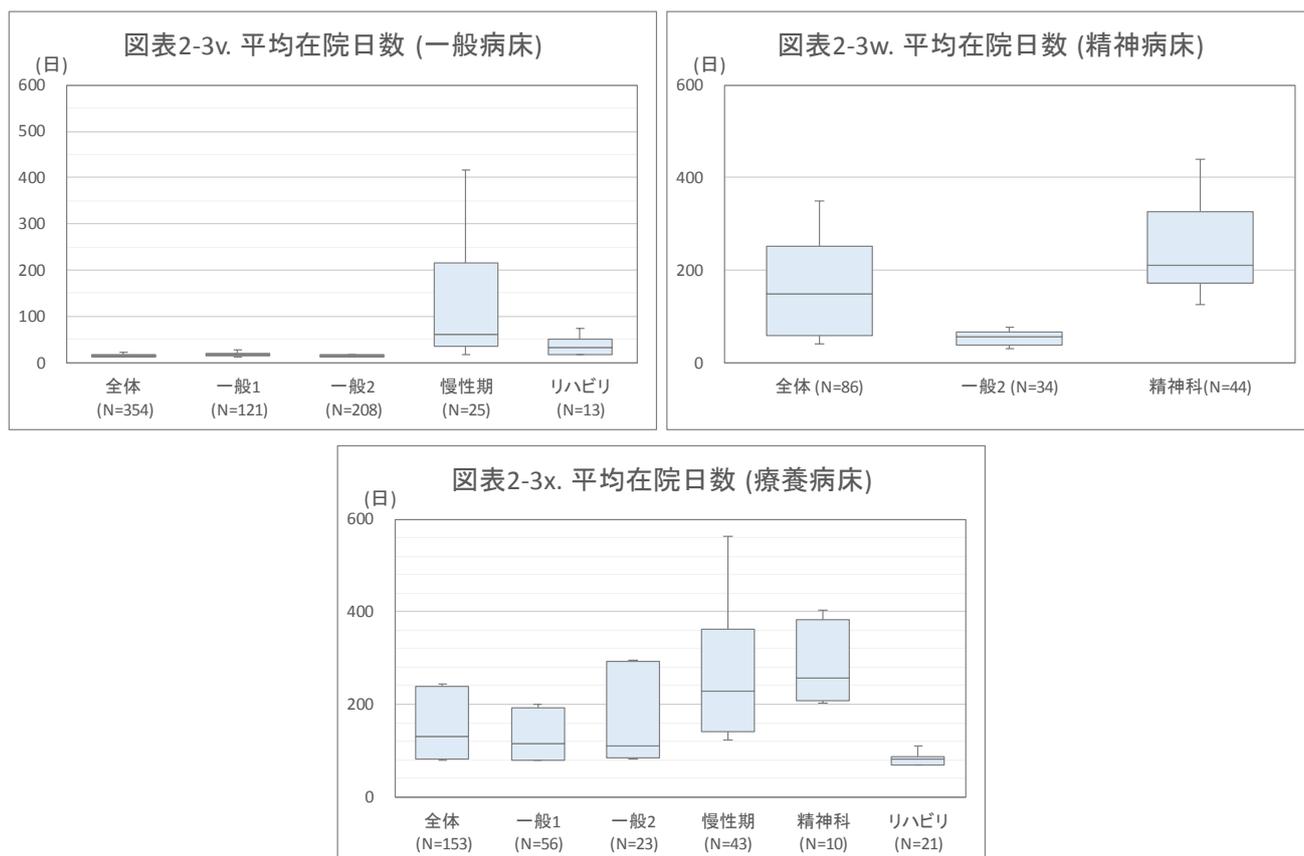
病床区分別平均病床利用率メジアン (%)

メジアン	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
一般病床	82.4	81.8	82.1	92.7	-	87.0
精神病床	88.7	-	76.9	-	93.8	-
療養病床	93.0	91.9	85.7	96.2	94.6	93.3

全国の病院における一般病床・精神病床・療養病床の病床利用率は、それぞれ 75.0、86.5、88.8%であった⁸。なお、この値は感染症病床および結核病床を一般病床に含まず、介護療養病床と療養病床を区別して集計した値である。

⁸ 厚生労働省、前掲。

図表 2-3v～x では、年間平均在院日数を医療法の区分である一般病床・精神病床・療養病床について、機能種別ごとに示した。一般病床の平均在院日数については、精神科病院はNが10未満となったため割愛した。また、精神病床の平均在院日数については、一般病院2および精神科病院以外はNが10未満となったため割愛した。



なお、メジアンは以下の通りであった。

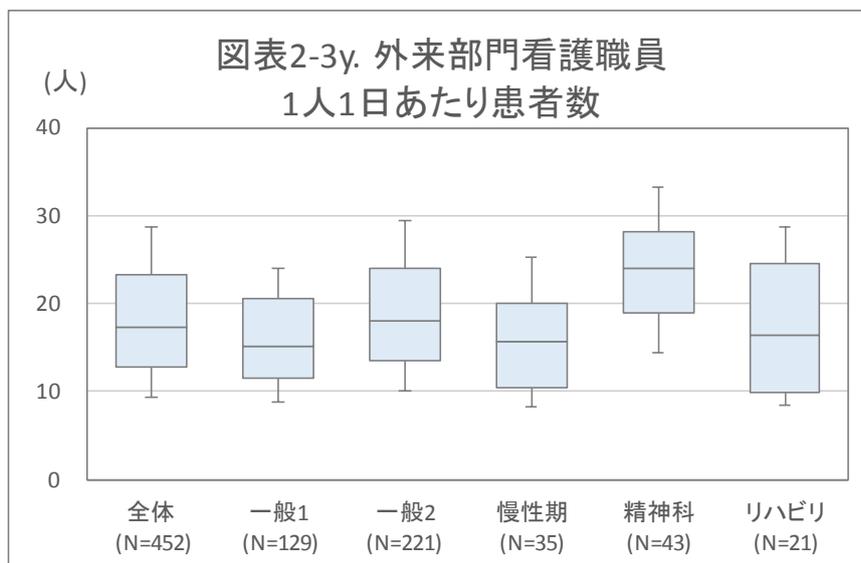
病床区分別平均在院日数メジアン (日)

メジアン	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
一般病床	15.1	18.2	13.8	60.7	-	31.9
精神病床	148.2	-	54.9	-	210.1	-
療養病床	131.4	116.1	111.0	228.0	-	80.5

全国の全病床・一般病床・精神病床・療養病床の平均在院日数はそれぞれ 29.1、16.5、274.7、158.2 日であった⁹。

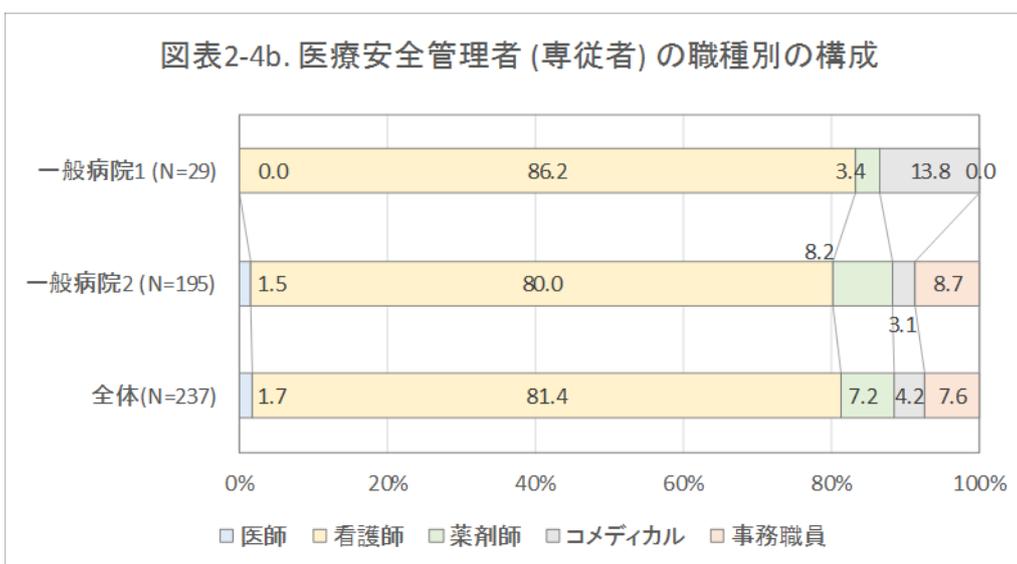
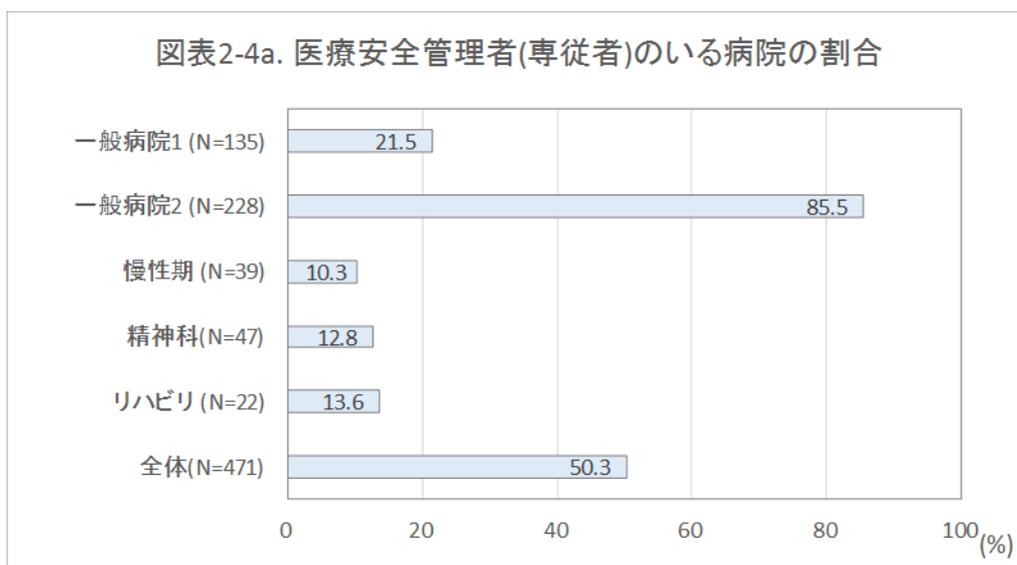
⁹ 厚生労働省、前掲。

図表 2-3y では、外来部門の看護職員配置状況を外来部門看護職員 1 人 1 日あたり患者数として機能種別ごとに示した。メジアンは、全体が 16.9、一般病院 1 が 14.9、一般病院 2 が 18.0、慢性期病院が 15.6、精神科病院が 23.7、リハビリテーション病院が 15.4 人であった。

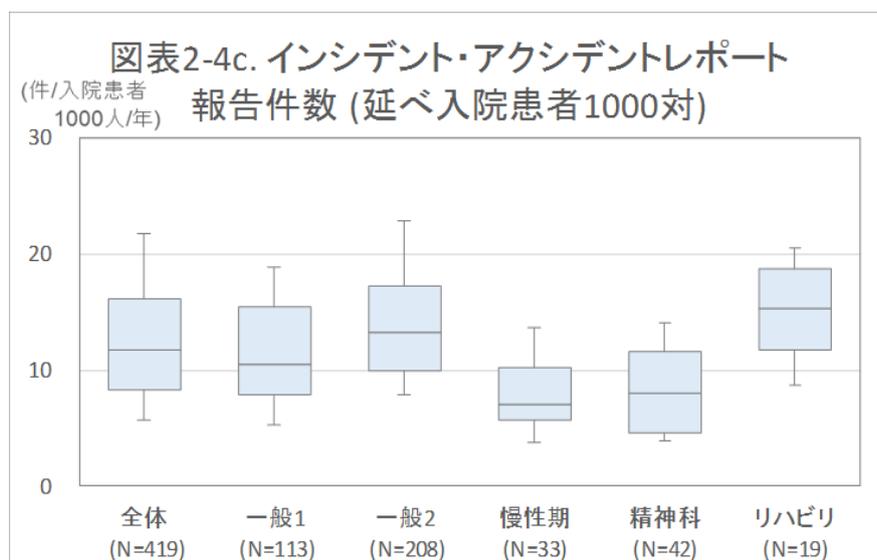


2.4 医療安全管理

図表 2-4a～b では、医療安全管理者（専従者）のいる病院の割合および職種別の構成について、機能種別ごとに示した。専従医療安全管理者のいる病院の割合は、一般病院 1 が 21.5%、一般病院 2 が 85.5%、慢性期病院が 10.3%、精神科病院が 12.8%、リハビリテーション病院が 13.6%、全体が 50.3%であった。専従医療安全管理者の職種別の構成は、看護師が一般病院 1 で 86.2%、一般病院 2 で 80.0%であった。なお、図表 2-4b では、精神科病院、慢性期病院、リハビリテーション病院は、対象となる病院数が 10 未満であったため割愛した。

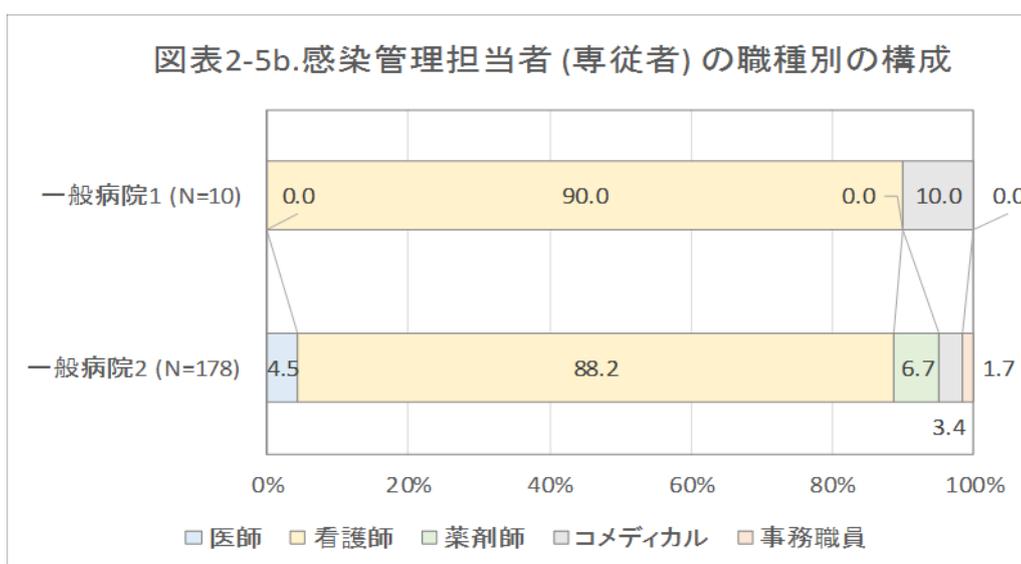
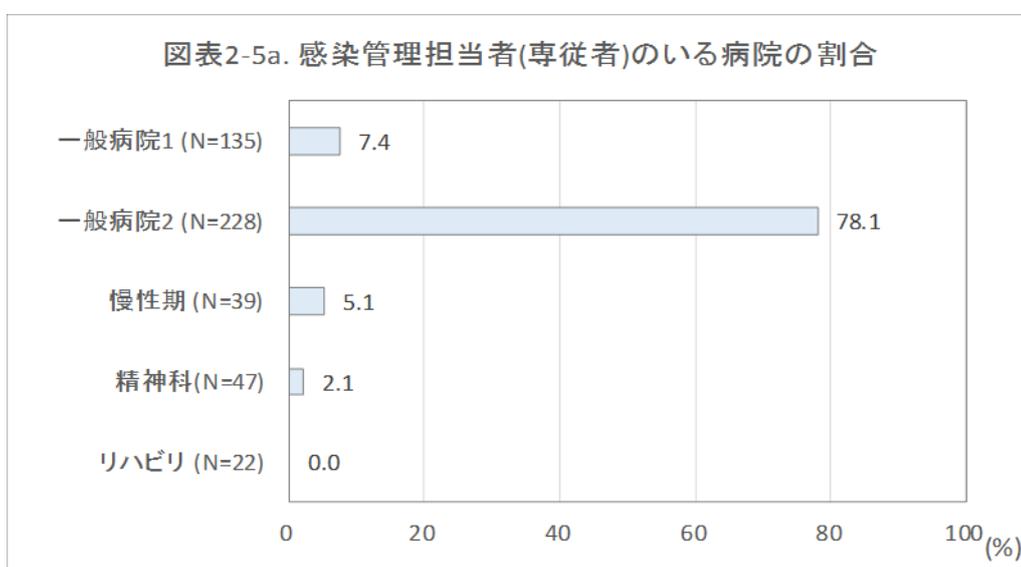


図表 2-4c では、1 年間の延べ入院患者 1000 対インシデント・アクシデントレポート報告件数について、機能種別ごとに示した。メジアンは、全体が 11.7 件、一般病院 1 が 10.5 件、一般病院 2 が 13.2 件、慢性期病院が 7.1 件、精神科病院が 8.1 件、リハビリテーション病院が 15.3 件であった。

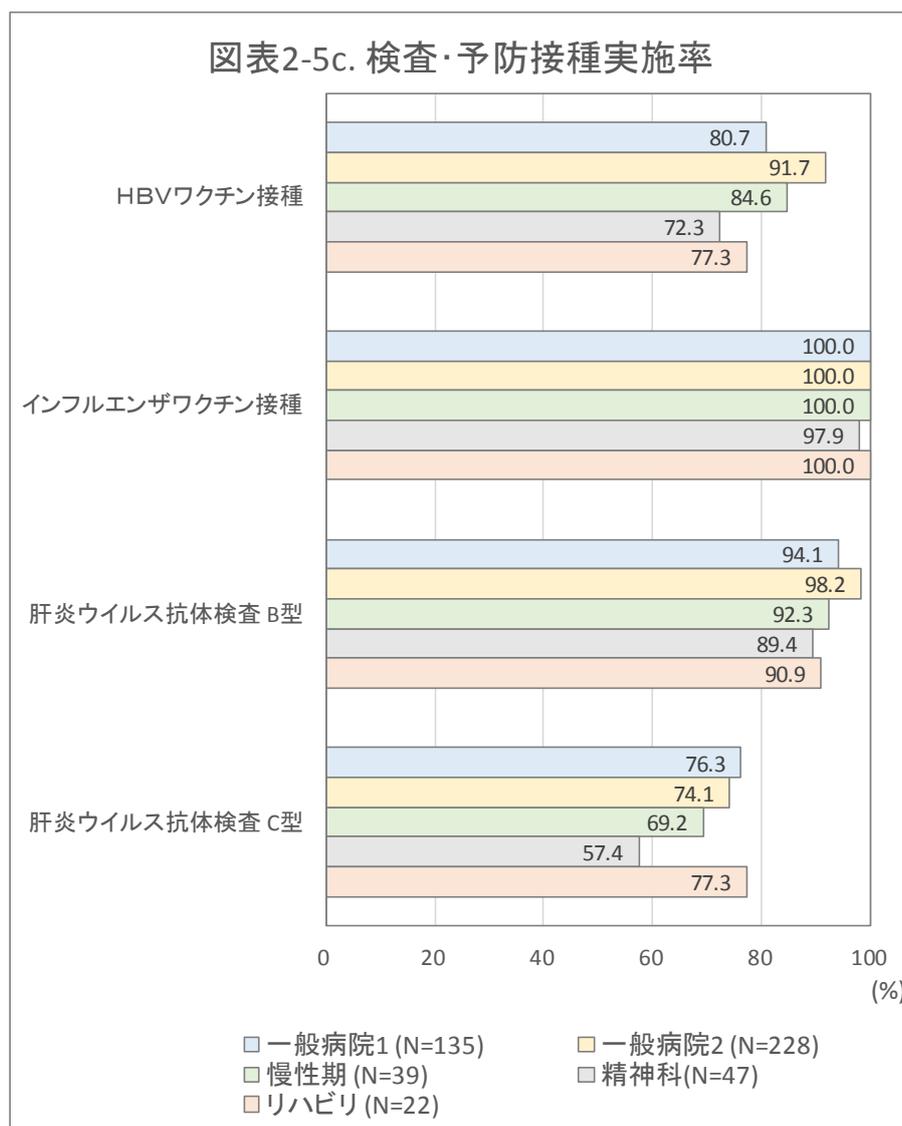


2.5 感染管理

図表 2-5a～b では、感染管理担当者（専従者）のいる病院の割合および職種別の構成について、機能種別ごとに示した。専従の感染管理者のいる病院の割合は、一般病院 1 が 7.4%、一般病院 2 が 78.1%、慢性期病院が 5.1%、精神科病院が 2.1%、リハビリテーション病院が 0.0%であった。専従の感染管理者の職種別の構成は、看護師が一般病院 1 で 90.0%、一般病院 2 で 88.2%であった。専従の感染管理者のいる一般病院 2 のうち、医師を専従の感染管理者としている病院は 4.5%であった。なお、図表 2-5b では、精神科病院、慢性期病院、リハビリテーション病院は、対象となる病院数が 10 未満であったため割愛した。

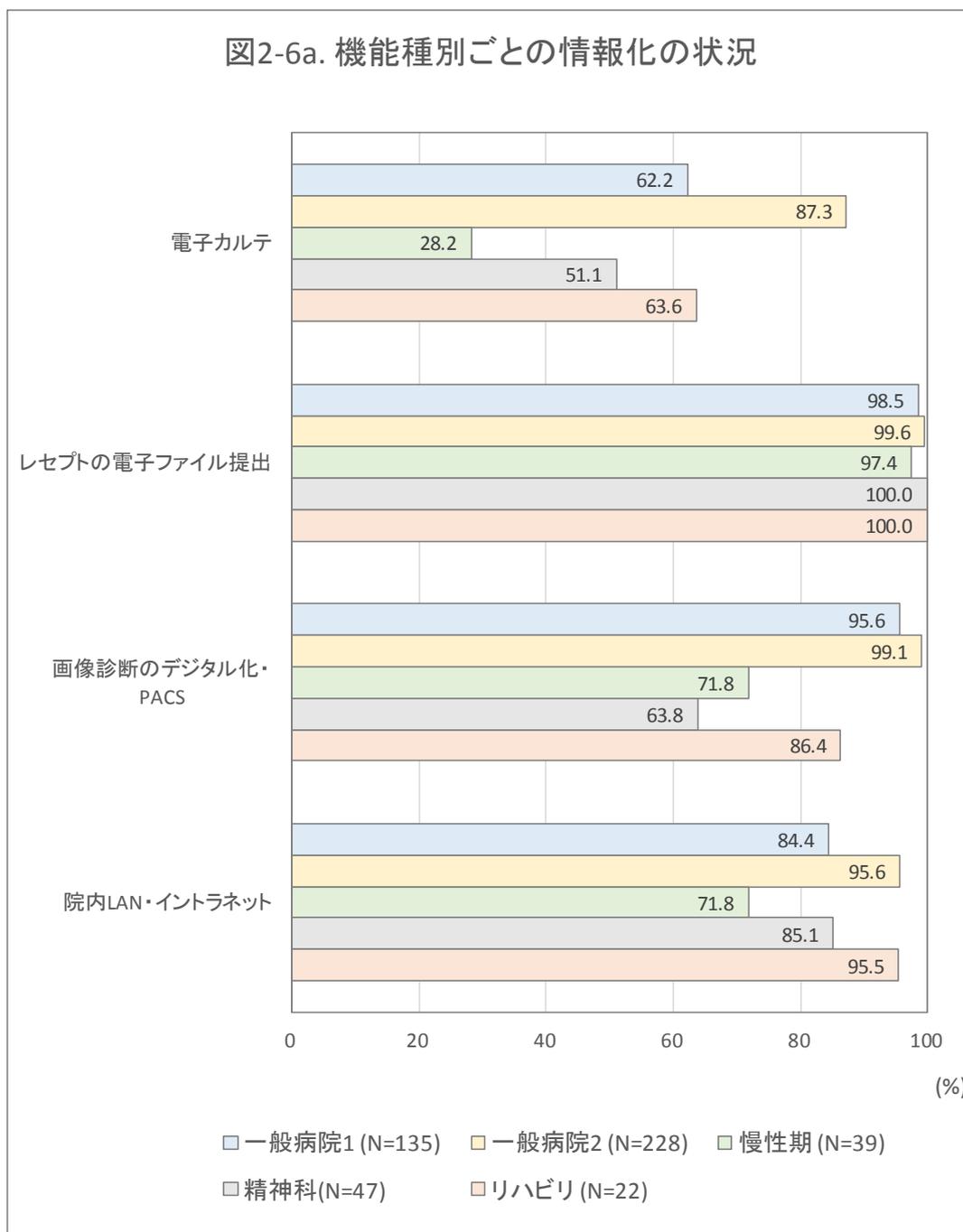


図表 2-5c では、職員に対する検査・予防接種実施状況を機能種別ごとに示した。インフルエンザワクチン接種の実施率は、すべての機能種別でほぼ 100%であった。肝炎ウイルス B 型検査を実施している病院は、一般病院 2 ではほぼ 100%と、高い実施状況がうかがえた。



2.6 情報管理

図表 2-6a では、情報化の状況を機能種別ごとに示した。電子カルテは、一般病院1が62.2%、一般病院2が87.3%、慢性期病院が51.1%、精神科病院が51.1%、リハビリテーション病院が63.6%であった。レセプトの電子ファイル提出は、すべての機能種別でほぼ100%であった。



図表 2-6b～g では、診療記録の媒体（正本の扱い）を機能種別ごとに示した。複数の媒体を選択している場合はそれぞれの項にカウントしている。

図表 2-6b. データの扱い（全体； N=471）【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	326	11	161	12	7
2	入院時所見	328	18	153	5	8
3	入院診療計画(書)	259	27	314	134	12
4	経過記録	314	43	158	13	4
5	検査結果と所見	326	123	223	107	11
6	院内他科紹介・対診記録	308	8	149	13	3
7	術前評価記録	236	30	124	27	6
8	手術計画	251	24	122	15	2
9	説明と同意の記録	187	13	351	202	10
10	麻酔・手術記録	216	69	223	145	9

図表 2-6c. データの扱い（一般病院 1； N=135）【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	82	3	57	3	2
2	入院時所見	84	5	56	2	3
3	入院診療計画(書)	63	6	98	36	5
4	経過記録	76	14	57	5	2
5	検査結果と所見	84	29	78	35	5
6	院内他科紹介・対診記録	83	3	56	1	1
7	術前評価記録	63	4	54	7	2
8	手術計画	66	4	60	6	0
9	説明と同意の記録	41	2	109	50	4
10	麻酔・手術記録	56	5	87	49	4

図表 2-6d. データの扱い（一般病院 2； N=228） 【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	196	8	43	8	3
2	入院時所見	196	10	37	3	2
3	入院診療計画(書)	154	15	127	86	5
4	経過記録	192	22	41	6	1
5	検査結果と所見	193	81	72	55	3
6	院内他科紹介 ・対診記録	191	4	39	9	1
7	術前評価記録	163	26	49	18	3
8	手術計画	174	20	41	7	1
9	説明と同意の記録	122	9	158	138	4
10	麻酔・手術記録	148	63	103	87	5

図表 2-6e. データの扱い（慢性期病院； N=39） 【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	11	0	29	0	0
2	入院時所見	10	1	29	0	1
3	入院診療計画(書)	9	2	36	2	1
4	経過記録	10	3	29	0	0
5	検査結果と所見	11	7	31	4	1
6	院内他科紹介 ・対診記録	10	0	25	2	0
7	術前評価記録	5	0	11	0	0
8	手術計画	6	0	10	0	0
9	説明と同意の記録	7	1	37	4	0
10	麻酔・手術記録	4	1	17	2	0

図表 2-6f. データの扱い（精神科病院；N=47）【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャンニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	24	0	23	1	0
2	入院時所見	24	0	23	0	0
3	入院診療計画(書)	22	0	37	4	0
4	経過記録	23	2	23	1	0
5	検査結果と所見	24	4	30	5	1
6	院内他科紹介 ・対診記録	13	1	22	1	0
7	術前評価記録	1	0	7	1	0
8	手術計画	1	0	8	1	0
9	説明と同意の記録	9	1	31	2	1
10	麻酔・手術記録	4	0	11	2	0

図表 2-6g. データの扱い（リハビリテーション病院；N=22）【単位：病院数】

No.	項目	a. 電子カルテ	b. 部門別システム	c. 紙	d. スキャンニング	e. 要約を電子媒体保管
1	外来診察所見	13	0	9	0	2
2	入院時所見	14	2	8	0	2
3	入院診療計画(書)	11	4	16	6	1
4	経過記録	13	2	8	1	1
5	検査結果と所見	14	2	12	8	1
6	院内他科紹介 ・対診記録	11	0	7	0	1
7	術前評価記録	4	0	3	1	1
8	手術計画	4	0	3	1	1
9	説明と同意の記録	8	0	16	8	1
10	麻酔・手術記録	4	0	5	5	0

2.7 臨床評価指標

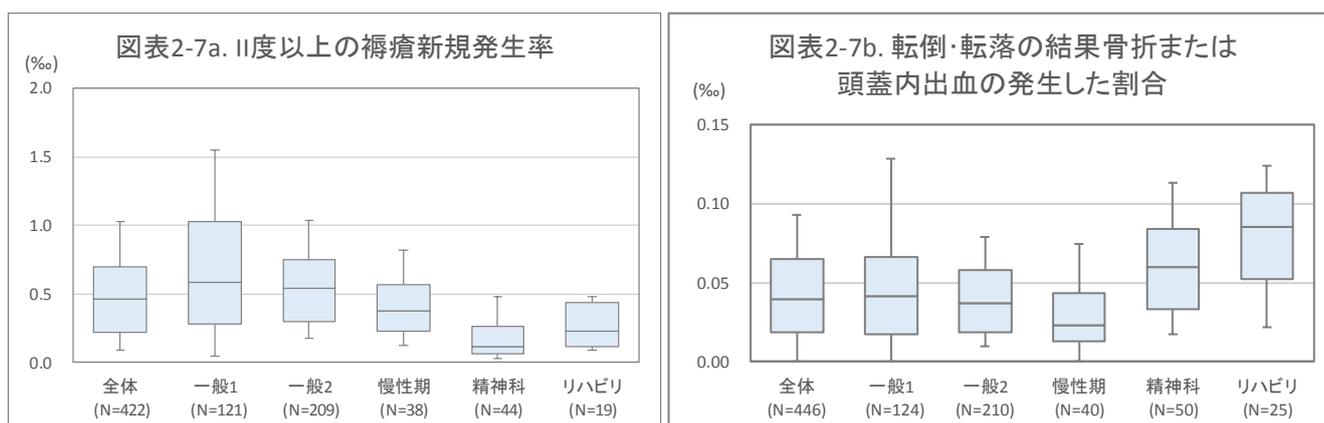
図表 2-7a～b では、全病院に共通の臨床評価指標として収集しているⅡ度以上の褥瘡の新規発生率と、転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血の発生した割合を機能種別ごとに示した。算出方法は以下の通りである。

指標名	分子	分母
Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率 (%)	Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	延入院患者数
転倒・転落の結果、骨折または 頭蓋内出血の発生した割合 (%)	入院患者で転倒・転落の結 果、骨折または頭蓋内出血 が発生した件数	延入院患者数

なお、メジアンは以下の通りであった。

臨床評価指標メジアン（図表 2-7a～b）

メジアン	全体	一般病院1	一般病院2	慢性期	精神科	リハビリ
Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率(%)	0.460	0.584	0.539	0.377	0.116	0.226
転倒・転落の結果、転倒・転落の結果骨折 または頭蓋内出血の発生した割合(%)	0.040	0.042	0.037	0.023	0.060	0.085



図表 2-7c～j は、一般病院に関する 9 指標の結果を示した。なお、それぞれの指標を算出していない病院は除外した。人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率は、本年度のデータではほぼ 100%であったため箱ひげ図を割愛した。

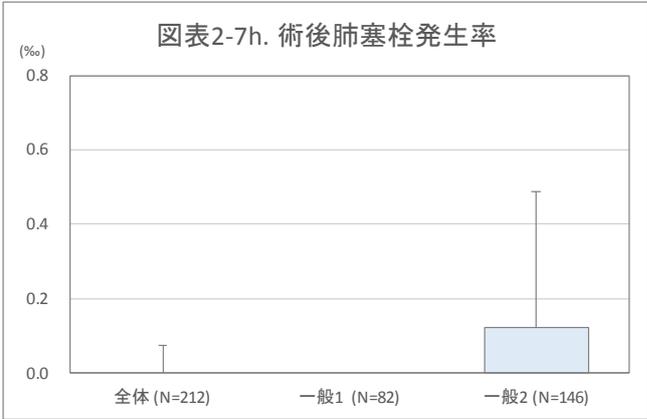
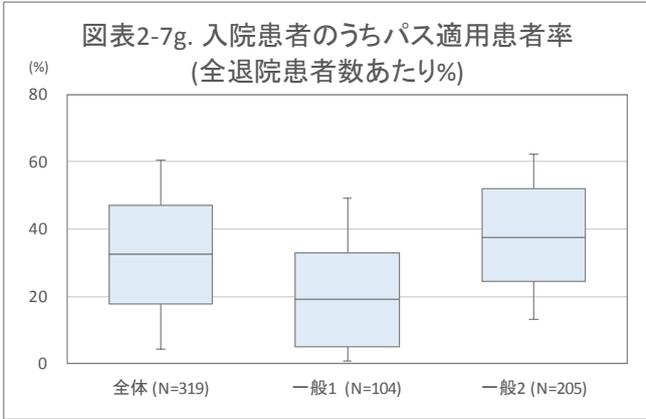
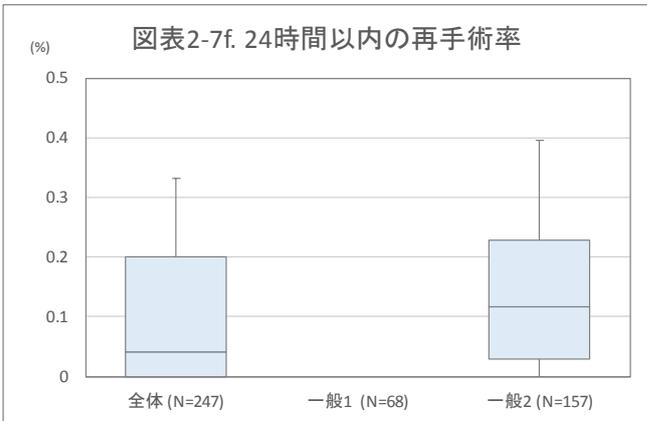
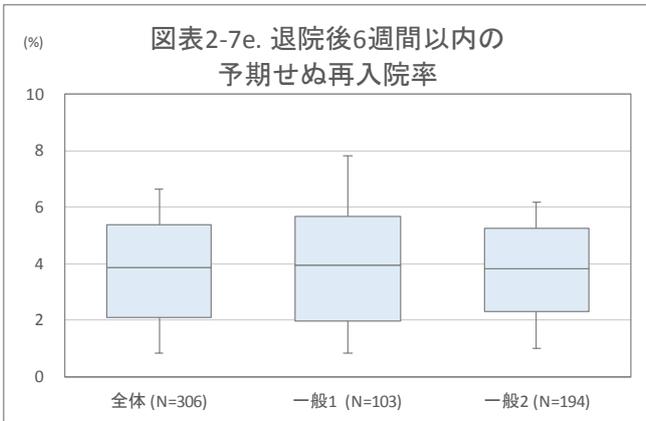
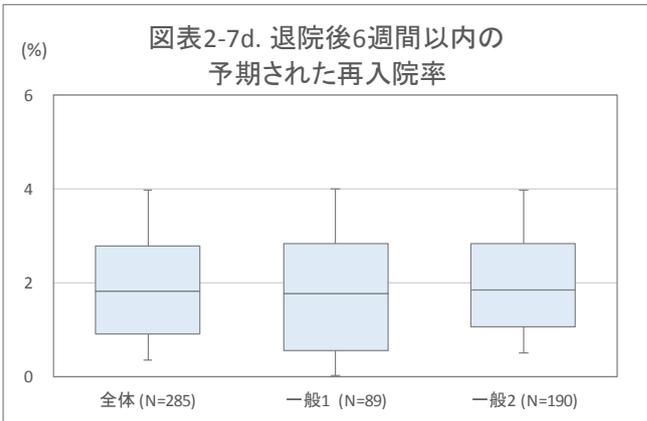
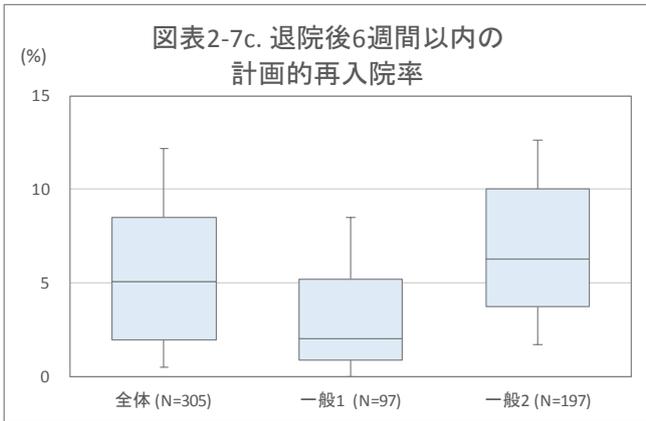
算出方法は以下の通りである。

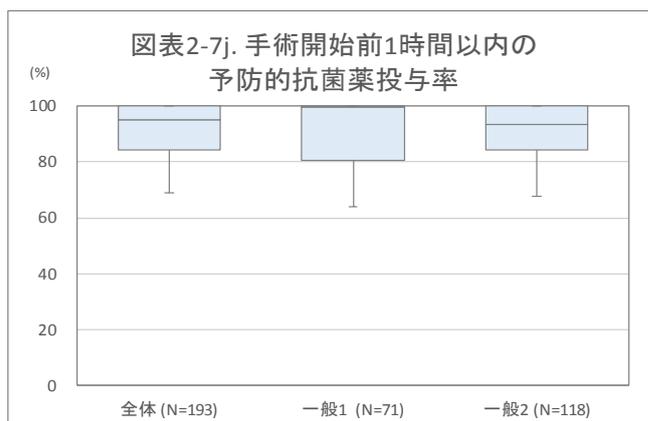
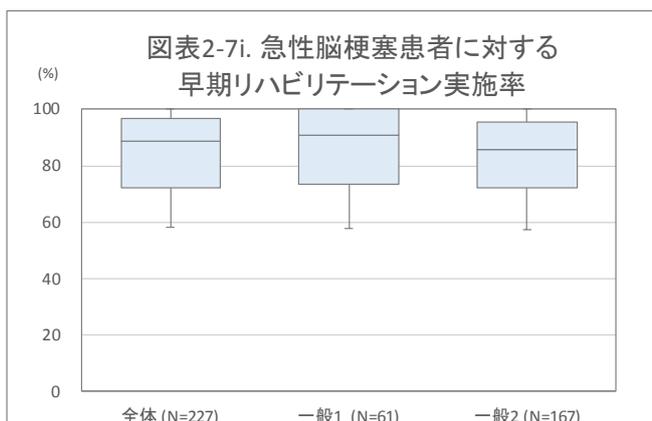
一般病院 臨床評価指標算出方法	指標名	分子	分母
退院後6週間以内の計画的再入院率(%)	計画的再入院件数	全入院件数	
退院後6週間以内の予期された再入院率(%)	予期された再入院件数	全入院件数	
退院後6週間以内の予期せぬ再入院率(%)	予期せぬ再入院件数	全入院件数	
24時間以内の再手術率(%)	予定外の再入院件数	総手術件数	
入院患者のうちクリニカルパス適用患者率(%)	パス適用入院患者数	全退院患者数	
術後肺塞栓発生率(‰)	術後肺塞栓発生件数	全手術件数	
急性脳梗塞患者に対する早期リハビリ開始率(%)	分母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数	急性脳梗塞(発症時期が4日以内)の退院患者のうち、リハビリテーションが施行された退院患者数	
人工膝関節全置換術患者の早期リハビリ開始率(%)	分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが開始された患者数	人工膝関節全置換術が施行された患者数	
手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率(%)	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数	手術を受けた退院患者数	

なお、メジアンは以下の通りであった。

臨床評価指標メジアン（図表 2-7c～j）

メジアン	全体	一般病院1	一般病院2
退院後6週間以内の計画的再入院率(%)	5.1	1.8	1.9
退院後6週間以内の予期された再入院率(%)	1.8	1.4	2.1
退院後6週間以内の予期せぬ再入院率(%)	3.9	4.0	3.8
24時間以内の再手術率(%)	0.04	0.00	0.12
入院患者のうちクリニカルパス適用患者率(%)	32.4	19.2	37.4
術後肺塞栓発生率(‰)	0.0	0.0	0.0
急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率(%)	88.7	90.9	85.7
人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率(%)	100.0	100.0	100.0
手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率(%)	95.3	99.6	93.3





図表 2-7k～n では、慢性期病院に関する 4 指標の結果を示した。各指標は以下の方法に基づいて算出した。なお、それぞれの指標を算出していない病院は除外した。

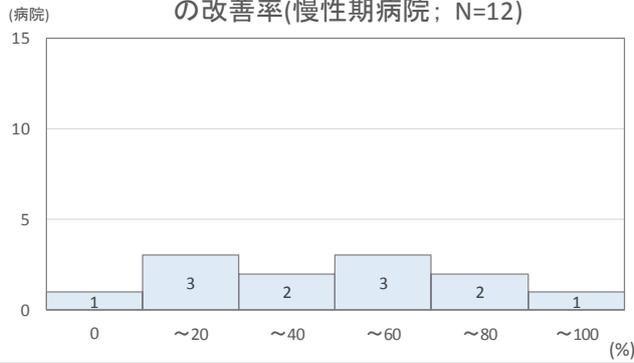
指標名	分子	分母
入院時医療区分の3ヵ月後の改善率 (%)	医療区分の改善した患者数	医療区分の変化した患者数
肺炎新規発生率 (%)	肺炎発生件数	延べ入院患者数
膀胱留置カテーテル留置患者の1ヵ月以内の抜去率 (%)	分母のうち、カテーテルを抜去できた患者数	膀胱カテーテルを留置されていた患者数
身体抑制率 (%)	身体抑制が行われた患者数	全入院件数

なお、メジアンは以下の通りであった。

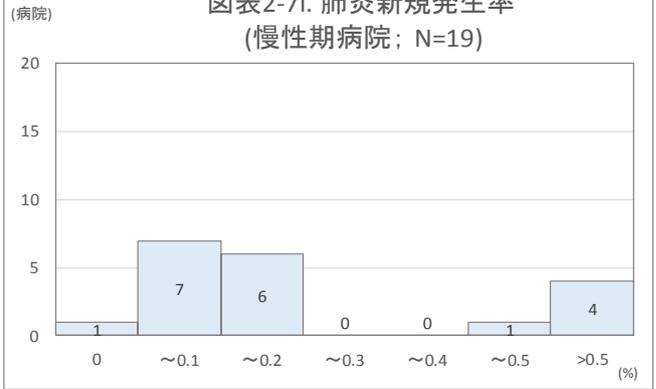
臨床評価指標メジアン (図表 2-7 k～n)

メジアン	慢性期
入院医療区分改善率 (%)	38.6
肺炎新規発生率 (%)	0.13
膀胱カテーテル留置1ヶ月後の抜去率 (%)	15.3
身体抑制率 (%)	14.5

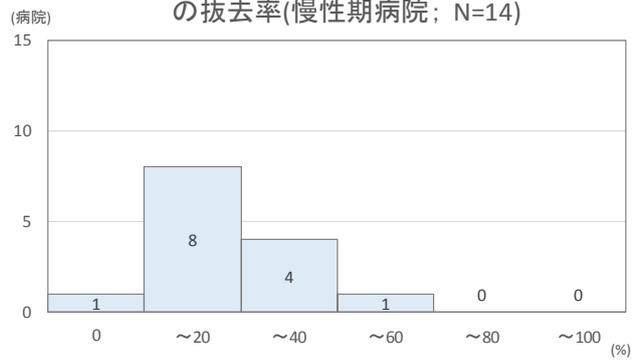
図表2-7k. 入院時医療区分の3カ月後の改善率(慢性期病院; N=12)



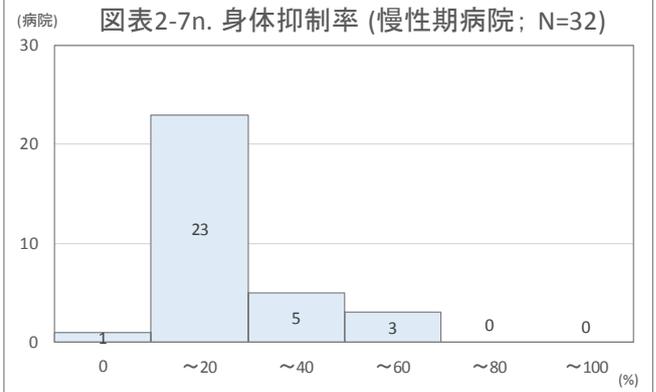
図表2-7l. 肺炎新規発生率(慢性期病院; N=19)



図表2-7m. 膀胱カテーテル留置1カ月後の抜去率(慢性期病院; N=14)



図表2-7n. 身体抑制率(慢性期病院; N=32)



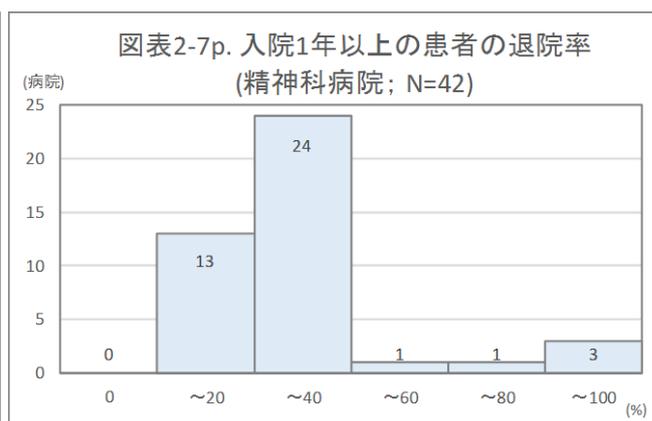
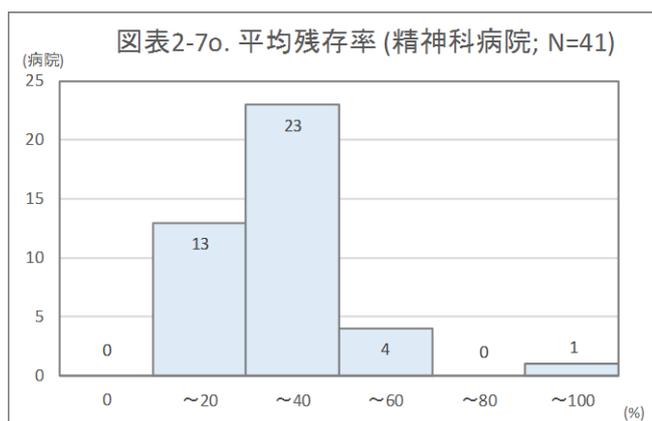
図表 2-7o~q では、精神科病院に関する以下の 3 指標の結果を示した。各指標は以下の方法に基づいて算出した。なお、それぞれの指標を算出していない病院は除外した。

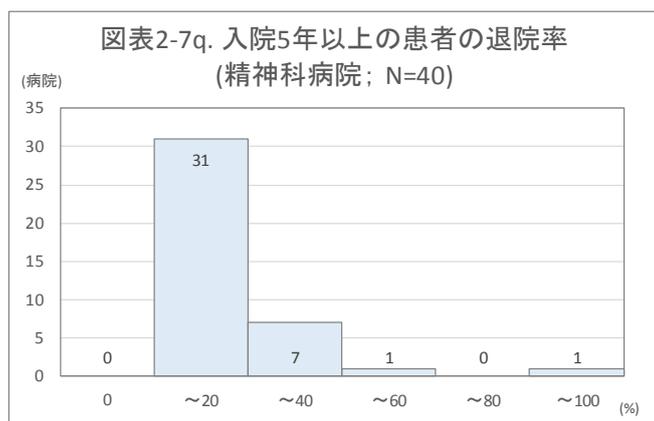
指標名	分子	分母
平均残存率 (%)	当年6月～翌年5月の毎月の残存者数の合計	前年6月1ヶ月間の新入院患者数 × 12
入院1年以上の患者の退院率 (%)	分母のうち、その後1年以内に退院した患者数	入院期間が1年以上となった患者数
入院5年以上の患者の退院率 (%)	分母のうち、その後1年以内に退院した患者数	入院期間が5年以上となった患者数

なお、メジアンは以下の通りであった。

臨床評価指標メジアン (図表 2-7 o~q)

メジアン	精神科
平均残存率 (%)	25.2
入院1年以上の患者の退院率 (%)	23.8
入院5年以上の患者の退院率 (%)	15.4





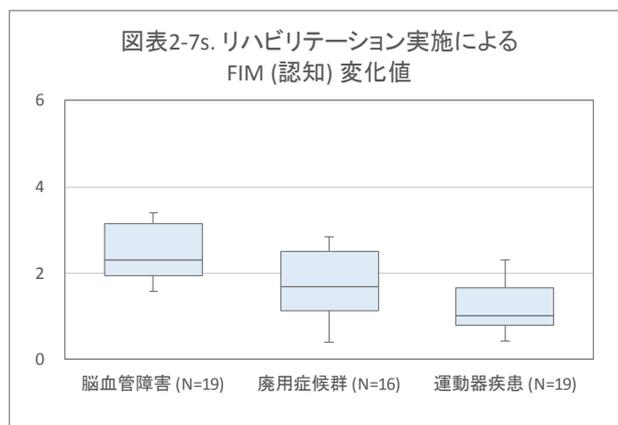
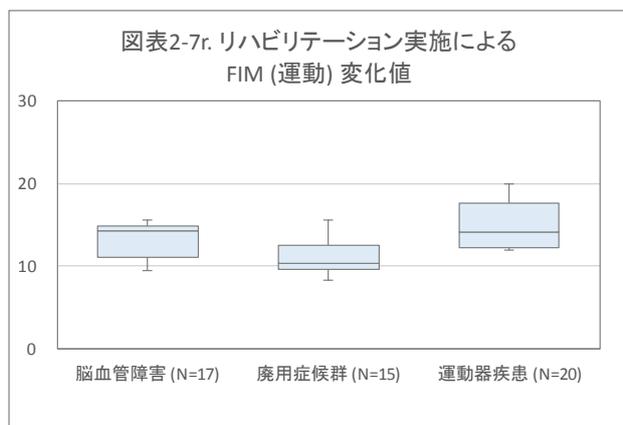
図表 2-7r～s では、リハビリテーション病院における、リハビリテーション実施による FIM（運動および認知）変化値を示した。各指標は以下の式に基づいて算出した。なお、それぞれの指標を算出していない病院は除外した。心血管疾患と呼吸器疾患は対象病院数が 10 未満であったため割愛した。

$$\text{リハビリテーション実施による FIM 変化値} = \text{退院・転床時の FIM 値} - \text{リハビリテーション実施前の FIM 値}$$

なお、メジアンは以下の通りであった。

臨床評価指標メジアン（図表 2-7 r～s）

メジアン	脳血管障害	廃用症候群	運動器疾患
リハビリテーション実施による FIM（運動）変化値	14.3	10.4	14.2
リハビリテーション実施による FIM（認知）変化値	2.3	1.7	1.0



第3章 審査結果の概要

3.1 中項目ごとの評価の割合

病院機能評価の審査結果は、中項目ごとにS・A・B・Cの4段階の評価と所見で示され、すべての中項目の評価がB以上なら認定している。

図表 3-1a～e では、中間的な結果報告における中項目の評価の割合を機能種別ごとに示した。なお、NA およびNが10未満の項目は除外した。

【評価の定義と考え方】	
S:	秀でている
A:	適切に行われている / 指摘する問題がない
B:	一定の水準に達している / 若干の課題（継続性等）は認められるが、認定の判定には影響しない
C:	一定の水準に達しているとはいえない
NA:	各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる

図表 3-1a. 中項目ごとの評価（一般病院 1; N=135）

		S	A	B	C	総計
1領域	患者中心の医療の推進					
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	70.4%	29.6%	0.0%	100.0%
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	0.0%	46.7%	52.6%	0.7%	100.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	2.2%	90.4%	7.4%	0.0%	100.0%
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	1.5%	80.0%	17.8%	0.7%	100.0%
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	0.0%	52.6%	45.9%	1.5%	100.0%
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	0.7%	40.7%	56.3%	2.2%	100.0%
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	0.7%	51.9%	47.4%	0.0%	100.0%
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	4.4%	74.1%	21.5%	0.0%	100.0%
1.2.3	地域活動に積極的に参加している	11.9%	78.5%	9.6%	0.0%	100.0%

図表 3-1a. 中項目ごとの評価（一般病院 1；つづき）

		S	A	B	C	総計
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	0.0%	65.9%	33.3%	0.7%	100.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	0.7%	60.0%	39.3%	0.0%	100.0%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	1.5%	64.4%	34.1%	0.0%	100.0%
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	0.0%	47.4%	52.6%	0.0%	100.0%
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	75.6%	24.4%	0.0%	100.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.0%	28.1%	71.9%	0.0%	100.0%
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	2.2%	73.3%	23.7%	0.7%	100.0%
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	3.0%	89.6%	7.4%	0.0%	100.0%
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	78.5%	21.5%	0.0%	100.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.7%	65.2%	34.1%	0.0%	100.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	1.5%	45.2%	53.3%	0.0%	100.0%
2領域	良質な医療の実践1					
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	77.0%	23.0%	0.0%	100.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.0%	23.7%	73.3%	3.0%	100.0%
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	0.0%	88.1%	11.9%	0.0%	100.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	79.3%	19.3%	1.5%	100.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.0%	51.9%	40.7%	7.4%	100.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.7%	95.6%	3.7%	0.0%	100.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	1.5%	85.2%	13.3%	0.0%	100.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	54.8%	43.7%	1.5%	100.0%
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	0.0%	51.1%	43.0%	5.9%	100.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	68.9%	31.1%	0.0%	100.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	0.0%	61.5%	37.8%	0.7%	100.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	0.7%	90.4%	8.9%	0.0%	100.0%

図表 3-1a. 中項目ごとの評価（一般病院 1；つづき）

		S	A	B	C	総計
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	0.0%	85.2%	14.8%	0.0%	100.0%
2.2.2	かかりつけ医機能としての外来診療を適切に行っている	0.0%	95.6%	4.4%	0.0%	100.0%
2.2.3	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	3.0%	85.2%	11.9%	0.0%	100.0%
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	78.5%	21.5%	0.0%	100.0%
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	0.0%	99.3%	0.7%	0.0%	100.0%
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	100.0%
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	0.0%	51.1%	48.9%	0.0%	100.0%
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	100.0%
2.2.9	患者が円滑に入院できる	0.0%	99.3%	0.7%	0.0%	100.0%
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	95.6%	4.4%	0.0%	100.0%
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	0.7%	78.5%	20.7%	0.0%	100.0%
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	54.8%	45.2%	0.0%	100.0%
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.7%	42.5%	56.7%	0.0%	100.0%
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	79.0%	21.0%	0.0%	100.0%
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	0.0%	95.6%	4.4%	0.0%	100.0%
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	3.0%	94.8%	2.2%	0.0%	100.0%
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	1.5%	85.2%	13.3%	0.0%	100.0%
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	0.7%	82.2%	17.0%	0.0%	100.0%
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	0.0%	77.9%	22.1%	0.0%	100.0%
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	1.5%	48.1%	48.1%	2.3%	100.0%
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	2.2%	94.8%	3.0%	0.0%	100.0%
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	3.7%	93.3%	3.0%	0.0%	100.0%

図表 3-1a. 中項目ごとの評価（一般病院1；つづき）

		S	A	B	C	総計
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	3.8%	72.2%	24.1%	0.0%	100.0%
3領域	良質な医療の実践2					
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	1.5%	44.4%	51.1%	3.0%	100.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	85.9%	14.1%	0.0%	100.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	1.5%	92.6%	5.9%	0.0%	100.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	1.5%	77.8%	20.7%	0.0%	100.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	3.8%	80.8%	15.4%	0.0%	100.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	60.7%	39.3%	0.0%	100.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	2.2%	80.7%	16.3%	0.7%	100.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	1.5%	74.8%	21.5%	2.2%	100.0%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	0.0%	82.8%	15.7%	1.5%	100.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	78.4%	20.1%	1.5%	100.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.8%	81.3%	17.9%	0.0%	100.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	0.8%	94.2%	5.0%	0.0%	100.0%
4領域	理念達成に向けた組織運営					
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	0.7%	85.2%	14.1%	0.0%	100.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	2.2%	91.9%	5.9%	0.0%	100.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	41.5%	58.5%	0.0%	100.0%
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	0.7%	63.0%	36.3%	0.0%	100.0%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	0.0%	47.4%	51.9%	0.7%	100.0%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.7%	42.2%	56.3%	0.7%	100.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	60.7%	38.5%	0.7%	100.0%

図表 3-1a. 中項目ごとの評価（一般病院 1：つづき）

		S	A	B	C	総計
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	48.1%	43.7%	8.1%	100.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	100.0%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	0.0%	36.3%	63.7%	0.0%	100.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	0.0%	57.0%	43.0%	0.0%	100.0%
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	0.0%	91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.7%	83.7%	15.6%	0.0%	100.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	87.4%	12.6%	0.0%	100.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	71.9%	28.1%	0.0%	100.0%
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	0.0%	77.8%	21.5%	0.7%	100.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	75.6%	24.4%	0.0%	100.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	0.7%	82.2%	17.0%	0.0%	100.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	88.9%	11.1%	0.0%	100.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	88.9%	11.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1b. 中項目ごとの評価（一般病院 2; N=228）

		S	A	B	C	総計
1領域	患者中心の医療の推進					
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.4%	86.8%	12.7%	0.0%	100.0%
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	0.4%	48.2%	51.3%	0.0%	100.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	2.6%	96.1%	1.3%	0.0%	100.0%
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	3.5%	86.8%	9.6%	0.0%	100.0%
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	0.0%	72.4%	26.8%	0.9%	100.0%
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	0.4%	55.3%	43.9%	0.4%	100.0%
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	3.5%	79.8%	16.7%	0.0%	100.0%
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	11.0%	80.3%	8.8%	0.0%	100.0%
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	16.7%	81.6%	1.8%	0.0%	100.0%
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	2.6%	78.1%	19.3%	0.0%	100.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	1.8%	77.6%	20.2%	0.4%	100.0%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	3.5%	82.5%	14.0%	0.0%	100.0%
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	8.3%	64.5%	27.2%	0.0%	100.0%
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.9%	83.8%	15.4%	0.0%	100.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.4%	51.3%	48.2%	0.0%	100.0%
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	2.6%	80.3%	16.7%	0.4%	100.0%
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	0.4%	77.6%	21.9%	0.0%	100.0%
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	1.8%	93.9%	4.4%	0.0%	100.0%
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	94.3%	5.7%	0.0%	100.0%
1.6.3	療養環境を整備している	3.5%	76.3%	20.2%	0.0%	100.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.4%	71.9%	27.6%	0.0%	100.0%

図表 3-1b. 中項目ごとの評価（一般病院 2：つづき）

		S	A	B	C	総計
2領域	良質な医療の実践1					
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	91.7%	8.3%	0.0%	100.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.4%	42.1%	57.5%	0.0%	100.0%
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	0.0%	85.5%	14.0%	0.4%	100.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.9%	84.2%	14.9%	0.0%	100.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.9%	58.8%	32.9%	7.5%	100.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	96.5%	3.5%	0.0%	100.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	89.0%	11.0%	0.0%	100.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	1.3%	69.3%	28.5%	0.9%	100.0%
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	0.0%	65.8%	31.6%	2.6%	100.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	4.4%	83.3%	12.3%	0.0%	100.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	0.9%	72.4%	26.3%	0.4%	100.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	7.9%	89.0%	3.1%	0.0%	100.0%
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	1.3%	90.8%	7.9%	0.0%	100.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	3.5%	92.5%	3.9%	0.0%	100.0%
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	89.0%	11.0%	0.0%	100.0%
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	0.4%	99.6%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	0.0%	82.9%	17.1%	0.0%	100.0%
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	0.4%	99.6%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	0.9%	99.1%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	97.8%	2.2%	0.0%	100.0%
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	96.5%	3.5%	0.0%	100.0%

図表 3-1b. 中項目ごとの評価（一般病院 2：つづき）

		S	A	B	C	総計
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.4%	77.2%	22.4%	0.0%	100.0%
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.4%	75.4%	24.1%	0.0%	100.0%
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	0.4%	87.7%	11.5%	0.4%	100.0%
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	0.9%	97.4%	1.8%	0.0%	100.0%
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	1.3%	98.2%	0.4%	0.0%	100.0%
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	2.6%	91.7%	5.7%	0.0%	100.0%
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	1.3%	86.8%	11.8%	0.0%	100.0%
2.2.17	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	3.5%	80.3%	16.2%	0.0%	100.0%
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.4%	60.5%	37.7%	1.3%	100.0%
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	2.2%	97.4%	0.4%	0.0%	100.0%
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	3.9%	95.2%	0.9%	0.0%	100.0%
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	1.8%	87.7%	10.5%	0.0%	100.0%
3領域	良質な医療の実践2					
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	4.8%	70.2%	24.6%	0.4%	100.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	3.1%	94.3%	2.6%	0.0%	100.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	6.6%	83.3%	10.1%	0.0%	100.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	6.1%	78.1%	15.8%	0.0%	100.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	8.3%	70.2%	21.5%	0.0%	100.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	1.3%	78.1%	19.3%	1.3%	100.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	6.6%	78.9%	14.5%	0.0%	100.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	2.6%	87.3%	9.6%	0.4%	100.0%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	5.8%	80.5%	13.3%	0.4%	100.0%

図表 3-1b. 中項目ごとの評価（一般病院 2：つづき）

		S	A	B	C	総計
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	8.3%	86.4%	5.3%	0.0%	100.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	5.7%	74.6%	17.1%	2.6%	100.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	2.2%	83.3%	12.8%	1.8%	100.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	4.1%	90.6%	5.3%	0.0%	100.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	14.7%	77.3%	8.0%	0.0%	100.0%
4領域	理念達成に向けた組織運営					
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	0.4%	98.7%	0.9%	0.0%	100.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	3.1%	93.9%	3.1%	0.0%	100.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	1.8%	64.9%	33.3%	0.0%	100.0%
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	1.8%	87.7%	10.5%	0.0%	100.0%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	0.4%	55.1%	43.6%	0.9%	100.0%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	55.7%	43.4%	0.9%	100.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	78.5%	21.5%	0.0%	100.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	63.2%	29.8%	7.0%	100.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	2.6%	91.7%	5.7%	0.0%	100.0%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	1.8%	39.0%	59.2%	0.0%	100.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	2.2%	75.0%	22.8%	0.0%	100.0%
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	6.0%	74.9%	19.2%	0.0%	100.0%
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	0.9%	92.5%	6.6%	0.0%	100.0%
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.4%	95.6%	3.9%	0.0%	100.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	98.7%	1.3%	0.0%	100.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.4%	90.8%	8.8%	0.0%	100.0%

図表 3-1b. 中項目ごとの評価 (一般病院 2 : つづき)

		S	A	B	C	総計
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	0.4%	87.3%	11.8%	0.4%	100.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.4%	83.3%	16.2%	0.0%	100.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	4.4%	86.8%	8.8%	0.0%	100.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	98.7%	1.3%	0.0%	100.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	97.8%	2.2%	0.0%	100.0%

図表 3-1c. 中項目ごとの評価（慢性期病院；N=39）

		S	A	B	C	総計
1領域	患者中心の医療の推進					
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	82.1%	17.9%	0.0%	100.0%
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	0.0%	38.5%	61.5%	0.0%	100.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	0.0%	84.6%	15.4%	0.0%	100.0%
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	2.6%	76.9%	20.5%	0.0%	100.0%
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	0.0%	43.6%	56.4%	0.0%	100.0%
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	5.1%	41.0%	51.3%	2.6%	100.0%
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	0.0%	53.8%	46.2%	0.0%	100.0%
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	7.7%	61.5%	30.8%	0.0%	100.0%
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	12.8%	76.9%	10.3%	0.0%	100.0%
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	0.0%	56.4%	43.6%	0.0%	100.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	2.6%	46.2%	51.3%	0.0%	100.0%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
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	2.6%	48.7%	48.7%	0.0%	100.0%
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	74.4%	25.6%	0.0%	100.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	2.6%	79.5%	17.9%	0.0%	100.0%
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	0.0%	84.6%	15.4%	0.0%	100.0%
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	2.6%	84.6%	12.8%	0.0%	100.0%
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	74.4%	25.6%	0.0%	100.0%
1.6.3	療養環境を整備している	5.1%	51.3%	43.6%	0.0%	100.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	2.6%	33.3%	64.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1c. 中項目ごとの評価（慢性期病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2領域	良質な医療の実践1					
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	79.5%	20.5%	0.0%	100.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.0%	41.0%	56.4%	2.6%	100.0%
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	0.0%	69.2%	30.8%	0.0%	100.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	66.7%	30.8%	2.6%	100.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.0%	59.0%	33.3%	7.7%	100.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	84.6%	12.8%	2.6%	100.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	84.6%	15.4%	0.0%	100.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	46.2%	51.3%	2.6%	100.0%
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	2.6%	41.0%	46.2%	10.3%	100.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	69.2%	30.8%	0.0%	100.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に 対応している	5.1%	59.0%	35.9%	0.0%	100.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行って いる	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	100.0%
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることが できる	0.0%	94.9%	5.1%	0.0%	100.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.0%	97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	71.8%	28.2%	0.0%	100.0%
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	0.0%	79.5%	20.5%	0.0%	100.0%
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成し ている	2.6%	71.8%	25.6%	0.0%	100.0%
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	0.0%	74.4%	25.6%	0.0%	100.0%
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応して いる	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	92.3%	7.7%	0.0%	100.0%
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%

図表 3-1c. 中項目ごとの評価（慢性期病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	0.0%	48.7%	51.3%	0.0%	100.0%
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	0.0%	71.8%	28.2%	0.0%	100.0%
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	2.6%	56.4%	41.0%	0.0%	100.0%
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	74.2%	25.8%	0.0%	100.0%
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	0.0%	94.9%	5.1%	0.0%	100.0%
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	2.6%	92.3%	5.1%	0.0%	100.0%
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	2.6%	84.6%	12.8%	0.0%	100.0%
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	61.5%	38.5%	0.0%	100.0%
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	2.6%	76.9%	20.5%	0.0%	100.0%
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	5.1%	38.5%	56.4%	0.0%	100.0%
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	5.1%	35.9%	59.0%	0.0%	100.0%
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	5.1%	84.6%	10.3%	0.0%	100.0%
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	0.0%	94.9%	5.1%	0.0%	100.0%
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	0.0%	48.7%	51.3%	0.0%	100.0%
3領域	良質な医療の実践2					
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	5.1%	64.1%	28.2%	2.6%	100.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	79.5%	20.5%	0.0%	100.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	2.6%	92.3%	5.1%	0.0%	100.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	0.0%	76.9%	23.1%	0.0%	100.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	2.6%	79.5%	17.9%	0.0%	100.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	43.6%	53.8%	2.6%	100.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	76.9%	23.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1c. 中項目ごとの評価（慢性期病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	36.8%	57.9%	5.3%	100.0%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	0.0%	86.7%	13.3%	0.0%	100.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	100.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	0.0%	86.7%	13.3%	0.0%	100.0%
4領域	理念達成に向けた組織運営					
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	2.6%	84.6%	12.8%	0.0%	100.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	2.6%	87.2%	10.3%	0.0%	100.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	46.2%	53.8%	0.0%	100.0%
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	0.0%	51.3%	48.7%	0.0%	100.0%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	0.0%	46.2%	51.3%	2.6%	100.0%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	59.0%	41.0%	0.0%	100.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	74.4%	25.6%	0.0%	100.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	56.4%	38.5%	5.1%	100.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	0.0%	79.5%	20.5%	0.0%	100.0%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	2.6%	38.5%	59.0%	0.0%	100.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	2.6%	59.0%	38.5%	0.0%	100.0%
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	0.0%	81.1%	18.9%	0.0%	100.0%
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	84.6%	15.4%	0.0%	100.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	74.4%	25.6%	0.0%	100.0%
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	0.0%	71.8%	28.2%	0.0%	100.0%

図表 3-1c. 中項目ごとの評価（慢性期病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	71.8%	28.2%	0.0%	100.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2.6%	84.6%	12.8%	0.0%	100.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	82.1%	17.9%	0.0%	100.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%

図表 3-1d. 中項目ごとの評価（精神科病院；N=47）

		S	A	B	C	総計
1領域	患者中心の医療の推進					
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	93.6%	6.4%	0.0%	100.0%
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	0.0%	74.5%	25.5%	0.0%	100.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	2.1%	91.5%	6.4%	0.0%	100.0%
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	4.3%	91.5%	4.3%	0.0%	100.0%
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	0.0%	61.7%	36.2%	2.1%	100.0%
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	0.0%	68.1%	31.9%	0.0%	100.0%
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	4.3%	78.7%	17.0%	0.0%	100.0%
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	4.3%	91.5%	4.3%	0.0%	100.0%
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	10.6%	89.4%	0.0%	0.0%	100.0%
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	4.3%	85.1%	10.6%	0.0%	100.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	2.1%	78.7%	19.1%	0.0%	100.0%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	2.1%	91.5%	6.4%	0.0%	100.0%
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	2.1%	72.3%	25.5%	0.0%	100.0%
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	2.1%	66.0%	31.9%	0.0%	100.0%
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	4.3%	87.2%	8.5%	0.0%	100.0%
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%	85.1%	10.6%	0.0%	100.0%
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	93.6%	6.4%	0.0%	100.0%
1.6.3	療養環境を整備している	10.6%	70.2%	19.1%	0.0%	100.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	8.5%	53.2%	36.2%	2.1%	100.0%

図表 3-1d. 中項目ごとの評価（精神科病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2領域	良質な医療の実践1					
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.0%	40.4%	57.4%	2.1%	100.0%
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	0.0%	72.3%	27.7%	0.0%	100.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	83.0%	14.9%	2.1%	100.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.0%	68.1%	31.9%	0.0%	100.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	93.6%	6.4%	0.0%	100.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	76.6%	23.4%	0.0%	100.0%
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	2.1%	91.5%	6.4%	0.0%	100.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	63.8%	36.2%	0.0%	100.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	0.0%	85.1%	14.9%	0.0%	100.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	6.4%	87.2%	6.4%	0.0%	100.0%
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	2.1%	95.7%	2.1%	0.0%	100.0%
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	0.0%	89.4%	10.6%	0.0%	100.0%
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	0.0%	93.0%	7.0%	0.0%	100.0%
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	2.1%	57.4%	40.4%	0.0%	100.0%
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	0.0%	97.9%	2.1%	0.0%	100.0%
2.2.10	患者が円滑に入院できる	0.0%	97.9%	2.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1d. 中項目ごとの評価（精神科病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	0.0%	89.4%	10.6%	0.0%	100.0%
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	93.6%	6.4%	0.0%	100.0%
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	4.3%	70.2%	25.5%	0.0%	100.0%
2.2.16	電気けいれん療法（ECT治療）を適切に行っている	0.0%	94.4%	5.6%	0.0%	100.0%
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	2.1%	93.6%	4.3%	0.0%	100.0%
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	2.1%	91.5%	6.4%	0.0%	100.0%
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	85.1%	14.9%	0.0%	100.0%
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	4.3%	80.9%	14.9%	0.0%	100.0%
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	6.4%	76.6%	17.0%	0.0%	100.0%
2.2.22	隔離を適切に行っている	0.0%	87.0%	13.0%	0.0%	100.0%
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	6.4%	80.9%	12.8%	0.0%	100.0%
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	10.6%	87.2%	2.1%	0.0%	100.0%
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	12.8%	87.2%	0.0%	0.0%	100.0%
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	0.0%	84.8%	15.2%	0.0%	100.0%
3領域	良質な医療の実践2					
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	2.1%	72.3%	25.5%	0.0%	100.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	87.2%	12.8%	0.0%	100.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	2.1%	95.7%	2.1%	0.0%	100.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	4.3%	85.1%	10.6%	0.0%	100.0%

図表 3-1d. 中項目ごとの評価（精神科病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	74.5%	23.4%	2.1%	100.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	97.9%	2.1%	0.0%	100.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	63.8%	36.2%	0.0%	100.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	4.8%	90.5%	4.8%	0.0%	100.0%
4領域	理念達成に向けた組織運営					
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	2.1%	95.7%	2.1%	0.0%	100.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	4.3%	95.7%	0.0%	0.0%	100.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	4.3%	85.1%	10.6%	0.0%	100.0%
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	0.0%	78.7%	21.3%	0.0%	100.0%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	0.0%	73.9%	26.1%	0.0%	100.0%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	91.5%	6.4%	2.1%	100.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	4.3%	93.6%	2.1%	0.0%	100.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	89.4%	10.6%	0.0%	100.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	4.3%	95.7%	0.0%	0.0%	100.0%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	10.6%	70.2%	19.1%	0.0%	100.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	4.3%	59.6%	36.2%	0.0%	100.0%
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	4.3%	95.7%	0.0%	0.0%	100.0%
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	85.1%	14.9%	0.0%	100.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	93.6%	6.4%	0.0%	100.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	2.1%	89.4%	8.5%	0.0%	100.0%

図表 3-1d. 中項目ごとの評価（精神科病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2.1%	95.7%	2.1%	0.0%	100.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	97.9%	2.1%	0.0%	100.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	97.9%	2.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1e. 中項目ごとの評価（リハビリテーション病院；N=22）

		S	A	B	C	総計
1領域	患者中心の医療の推進					
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
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	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	4.5%	86.4%	9.1%	0.0%	100.0%
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	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
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	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
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	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
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	9.1%	86.4%	4.5%	0.0%	100.0%
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	22.7%	77.3%	0.0%	0.0%	100.0%
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	0.0%	54.5%	45.5%	0.0%	100.0%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	4.5%	81.8%	13.6%	0.0%	100.0%
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	9.1%	54.5%	36.4%	0.0%	100.0%
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	4.5%	90.9%	4.5%	0.0%	100.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.0%	45.5%	54.5%	0.0%	100.0%
1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	0.0%	77.3%	22.7%	0.0%	100.0%
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	9.1%	63.6%	27.3%	0.0%	100.0%
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
1.6.3	療養環境を整備している	4.5%	81.8%	13.6%	0.0%	100.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	4.5%	77.3%	18.2%	0.0%	100.0%

図表 3-1e. 中項目ごとの評価（リハビリテーション病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2領域	良質な医療の実践1					
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.0%	40.9%	59.1%	0.0%	100.0%
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	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.0%	63.6%	36.4%	0.0%	100.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	4.5%	81.8%	13.6%	0.0%	100.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
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	0.0%	36.4%	63.6%	0.0%	100.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	77.3%	18.2%	4.5%	100.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	0.0%	54.5%	45.5%	0.0%	100.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	4.5%	77.3%	18.2%	0.0%	100.0%
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
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	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%

図表 3-1e. 中項目ごとの評価（リハビリテーション病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	77.3%	22.7%	0.0%	100.0%
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	70.0%	30.0%	0.0%	100.0%
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	4.5%	95.5%	0.0%	0.0%	100.0%
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	4.5%	68.2%	27.3%	0.0%	100.0%
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	9.1%	68.2%	22.7%	0.0%	100.0%
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	4.5%	90.9%	4.5%	0.0%	100.0%
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	22.7%	68.2%	9.1%	0.0%	100.0%
3領域	良質な医療の実践2					
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	0.0%	72.7%	22.7%	4.5%	100.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	86.4%	13.6%	0.0%	100.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	9.1%	68.2%	22.7%	0.0%	100.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	9.1%	72.7%	18.2%	0.0%	100.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	81.8%	9.1%	9.1%	100.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	86.4%	13.6%	0.0%	100.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%

図表 3-1e. 中項目ごとの評価（リハビリテーション病院：つづき）

		S	A	B	C	総計
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	0.0%	86.7%	13.3%	0.0%	100.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	92.9%	7.1%	0.0%	100.0%
4領域	理念達成に向けた組織運営					
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	4.5%	90.9%	4.5%	0.0%	100.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	4.5%	90.9%	4.5%	0.0%	100.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	59.1%	40.9%	0.0%	100.0%
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	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	0.0%	68.2%	31.8%	0.0%	100.0%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	4.5%	59.1%	31.8%	4.5%	100.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	4.5%	90.9%	4.5%	0.0%	100.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	4.5%	54.5%	31.8%	9.1%	100.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	4.5%	81.8%	13.6%	0.0%	100.0%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	4.5%	45.5%	50.0%	0.0%	100.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	4.5%	77.3%	18.2%	0.0%	100.0%
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	86.4%	13.6%	0.0%	100.0%
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	100.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	13.6%	72.7%	13.6%	0.0%	100.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	95.5%	4.5%	0.0%	100.0%

3.2 C評価項目の主な指摘事項

中間的な審査結果報告で、C評価の割合が、一般病院1および一般病院2で2.0%以上、慢性期病院、精神科病院、リハビリテーション病院で5.0%以上の中項目について、主な指摘事項を領域ごとに以下に示した。

第1領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

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

- 倫理的課題についての検討がなされていない。(一般1)

第2領域 良質な医療の実践1

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.2 診療記録を適切に記載している

- 入院診療計画書、医師記録、看護記録、術前訪問記録、退院時サマリー、看護サマリーなどにおいて、未記載や誤記載がある。(一般1)
- 診療記録の質的監査が実施されていない。(一般1)
- 退院後2週間以内の退院時サマリートの作成率が低い。(一般1)

2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

- 麻薬の保管庫の鍵が、誰でも手にすることができる状態にある。(一般1、一般2)
- 病棟の麻薬の保管場所に、麻薬以外のもの(向精神薬など)が入れられている。(一般1)
- 麻薬・向精神薬・劇薬などの管理において、払出しの都度、在庫量が記録される運用となっていない。(一般1、一般2)
- 劇薬の表示が適切になされていない。(一般1)
- ハイリスク薬の定義付けと、保管上の表示がなされていない。(一般1、慢性期)
- 病棟にアンプル型高濃度カリウム製剤が定数配置されている。(一般1、一般2、慢性期)
- レジメン登録のされていない抗がん剤が投与されている。(一般2)
- 注射薬の調製・混合において、1施用ごとに取り揃えられた注射薬を、複数の患者分にまとめ直したうえで作業している。(一般1、一般2)

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

- 病棟で使用済み器材の一次洗浄を行っているが、個人防護用具（PPE）の着用が徹底されていない。（一般1、慢性期）
- 感染性廃棄物の分別が徹底されていない。（一般1、一般2）
- 患者が容易に触れることのできる場所に、感染性廃棄物が置かれている。（一般1）
- 感染性廃棄物がバイオハザードマークのついていない状態で一時保管されている。（一般1）
- 血液・体液の付着したリネン・寝具類の保管場所に、車椅子やストレッチャーが置かれている。（一般2、慢性期）

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている

- 身体抑制の必要性については医師と看護師により評価されているが、その記録が経過記録や説明・同意書から確認できない。（一般1）
- 身体抑制中の患者の状態・反応は看護師により記録されているが、医師の記録がない。（一般1）

第3領域 良質な医療の実践2

3.1 良質な医療を構成する機能1

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している

- 看護師全員が薬剤部の入口を開錠するための暗証番号を知っているため、夜間は看護師であれば誰でも薬剤部に入室できる状況である。（一般1）
- 薬剤師ではない職員が調剤を実施し、それを薬剤師が監査する運用となっている。（一般1）

3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している

- 診療記録の量的監査が実施されていない。（リハビリテーション）

3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

- 滅菌の精度保証として、生物学的インディケータが採用されていない。（一般1、慢性期）
- 清潔物と不潔物の交差する部分があるが、運用上の工夫がなされていない。（一般1、慢性期）

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している

- 輸血血液管理部門以外（病棟や手術室）では、温度管理のされていない通常の冷蔵庫に、輸血用血液製剤が他の薬品と一緒に保管されている。（一般2）

第4領域 理念達成に向けた組織運営

4.2 人事・労務管理

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

- 衛生委員会が月に1回の頻度で開催されていない。（一般1、一般2、慢性期）
- 産業医・衛生管理者が選任されていない。（一般1、リハビリテーション）
- 健康診断について、医師の受診率が低く、非常勤医師の受診状況の確認も十分でない。（一般2）
- 職業感染の対応マニュアルに労災申請の手順が示されておらず、針刺し事故が発生した際に労災申請がなされていない。（一般1、一般2、リハビリテーション）
- 抗がん剤の調製・混合を実施しているが、安全キャビネットが設置されていない。（一般1）
- 夜間・休日における抗がん剤の調製・混合は、安全キャビネットを使用せずに実施している。（一般2）
- ホルムアルデヒドの分注作業を行っている検査室は換気が不十分であり、作業環境測定は実施されていない。（一般1、一般2、慢性期）
- 病理検査室の作業環境測定において、ホルムアルデヒドの職場環境測定結果が第3管理区分の状況が継続している。（一般1、一般2）

3.3 S評価の所見

最終的な審査結果報告書でS評価を取得した病院は、295病院（746事例）であった。そのうち、他の病院にはみられない独自の優れた取り組みにより評価項目の要求を達成した事例や、評価項目の要求をはるかに上回る水準で達成した事例、77病院（93事例）について受審病院の同意を得て掲載した。

< 一般病院 1 >

第1領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している（一般病院1）

○医療法人社団藤聖会 八尾総合病院（100床～）更新受審

診療やケアに関する患者への必要な情報として、医療者側は「診療計画書」「検査データ」等を提供している。患者側は誤認防止への協力ならびにアレルギー情報や既往歴および診療歴情報を提供している。自己管理を深めるための支援として認定看護師等による4領域の看護相談外来を開設し、デリケートな課題に対し細やかな対応が適切に行われている。特にブレストケアにおいては「マイカルテ」を作成し、データ管理や家族指導とともにセルフケアの確立を図っていることは高く評価される。

○医療法人愛賛会 浜田病院（～99床）更新受審

患者情報の共有については、入院診療計画書、検査結果の手渡しが行われている。産科病院として患者が望むお産を行うため、個別のバースプランを助産師と話し合いで作上げていく作業が行われている。外来編、妊婦編、出産編、産後編、育児編にに分けメモ欄も設けられた「母と子のカルテ」を本人に渡し、来院時に持参して、指導を受けるようになっている。産科保健指導ではオリジナルのテキストを使用し説明が行われている。妊婦教室、育児教室、スキンシップ教室などが行われ医療への患者参加を促進する取り組みが積極的に行われていることは、高く評価できる。

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（一般病院1）

○医療法人崇徳会 長岡西病院（100床～）更新受審

医療相談室は病院玄関を入ったわかりやすい場所に設置しており、社会福祉士および精神保健福祉士が様々な相談に応じており、主に退院後の療養や社会資源の制度活用等についての相談が行われている。また、法人全体で取り組んでいる「長岡医療と福祉の里インフォメーション」において24時間365日患者や地域住民からの医療相談を受け付けており、患者への支援体制は秀でている。

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（一般病院1）

○医療法人社団広恵会 春山記念病院（～99床）更新受審

特殊な立地環境にあるため、病院規模に比べ救急搬送件数が年間 4,000 件と多く、外来での新患比率も 30%に達している。そのため臨床現場では倫理問題に遭遇する可能性が高いことから、「患者の権利宣言」を明確にするとともに、倫理委員会を定期に開催している。また、職員に対してはヘルシンキ宣言やリスボン宣言の周知活動が行われている。死亡検討・死の受容・輸血拒否・HIV 陽性受け入れ・臓器提供などの議論があり、倫理的課題の共有・検討が行われている。「DNR 指針」や「終末期医療における行動指針」などが整備されている。医師の行動規範に関する「マドリッド宣言」に関しても検討・周知されるなど、臨床における倫理的課題に対する取り組みは秀でており高く評価される。

1.2 地域への情報発信と連携

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（一般病院1）

○社会医療法人玄真堂 川島整形外科病院（～99床）更新受審

病院の診療実績や医療内容は、広報誌、年報およびホームページなどで発信されており、広報委員会が担当している。広報誌「ラ・サンテ」は年4回、毎号3,500部が30年以上にわたって継続的に発行されている。これらは患者や地域住民が自由に手にすることができるほか、地域の関係各機関へ担当者が持参して訪問し、地域連携の推進に重要な役割を果たしている。また、現在は病院特性や専門性を活かして、整形外科看護月刊誌にコラムを連載しているなど広報活動の幅は広く、極めて高い水準であり秀でている。

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（一般病院1）

○医療法人社団シャローム シャローム病院（～99床）新規受審

病院は、医療福祉相談室を窓口とする患者紹介・逆紹介を通じた、また、強化型在宅療養支援病院としての、地域医療関連施設との患者連携に積極的なばかりでなく、「在宅療養支援ベット輪番制」への参加、「県難病医療連絡協議会協力医療機関」への参加および「県難病患者一次入院事業」の受け入れ医療機関（県下8病院のみ）となっていることや「大人の救急電話相談制度」への多数医師の参加、地域の在宅歯科医療推進体制への協力、さらには訪問薬剤との連携推進等々、小規模病院にも関わらず地域医療ニーズに応えるシステムとしての地域医療連携を積極的に行っており、その姿勢と実践は高く評価できる。

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている（一般病院 1）

○国家公務員共済組合連合会 吉島病院（100床～）更新受審

医療安全指導や報告システムは整備されている。アクシデント・インシデントの報告は、マニュアルに沿って適切に行われている。RCAが行われ、医師からの報告もされている。PDCA サイクルが回っており、今後の対策まで記録されていることは評価できる。毎週ラウンドが行われ、問題先取りの行動分析がされている。他病院との比較もされ、実績を挙げている。医師に直接確認したり、聞き取り調査もしており、高く評価できる。

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している（一般病院 1）

○医療法人 創起会 くまもと森都総合病院（100床～）更新受審

感染制御に関する組織体制は ICD4 名、専従の ICN1 名を中心に確立している。院内感染対策マニュアルが整備され、週 1 回の ICT ラウンドも有効に機能している。また、委託職員も含めた全職員対象の教育・研修のほかに、医師部門をはじめ各部門でも年数回教育の機会が設けられている。さらに、病院長が感染対策委員会に毎回出席していること、看護部リンクナースがサーベイランス班ラウンドを行うなど、組織的に活動していることは特筆される。

○西予市立野村病院（100床～）更新受審

院内の関連部署の責任者で構成される院内感染防止対策委員会が設置され、院長を責任者として ICD1 名、ICN1 名を配置し、ICT 活動もみられ、管理・組織体制は適切に確立している。院内感染防止対策委員会は月 1 回開催され、議事録も残されている。ICT のラウンドは、チェック表に基づき環境ラウンドが主体であるが、さらに ICD を含む院内感染対策ラウンドが、発熱患者、下痢患者、抗菌薬の長期投与患者などを中心に行われており、直接患者に介入し指導・監督する権限を有し、ラウンド結果は記録に残されており高く評価できる。院内感染対策マニュアルは適切な内容で作成され、適時改訂も行われており、改訂記録も残されている。診療報酬上の加算 1 の病院とのカンファレンスも、年 4 回開催され記録に残されている。職員研修は年 4 回開催されており、職員が出席しやすいよう同じ内容で 2 回開催し、さらに参加できなかった職員にはレポート提出を求めている。医療関連感染制御に向けた体制は、高いレベルで確立している。

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる（一般病院 1）

○社会医療法人玄真堂 川島整形外科病院（～99床）更新受審

部門横断的な質改善への取り組みとして TQM 活動が 23 年間継続して行われており、多くの成果が得られている。最近では入院オリエンテーション時の説明ツールにタブレット

1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる（一般病院1）

ト端末を導入し、視覚的・聴覚的な観点から充実化を図り、学会発表しているなど高く評価できる。また、BSCは約10年前から継続して取り組んでおり、法人目標に従い各部署の目標設定を行い、質改善に大きな成果を上げている。今回の病院機能評価の受審に関しては、「機能評価実行委員会」を中心として病院全体で見直しに取り組んでおり、前回受審時の指摘事項のほとんどが改善されている。医療法や消防法に基づく立入検査でも指摘事項はなく、医療サービスの質改善に向けた取り組みは継続的になされており、極めて活発で良好な成果が見られている点を高く評価したい。

○医療法人明徳会 佐藤第一病院（100床～）更新受審

院内にTQM委員会、医療サービス・施設環境向上委員会があり、それらの主導によりBSCを用いた病院方針に基づいたテーマ設定での毎年のTQM活動、毎月のKAIZEN活動、毎日の5S活動が階層化されて実践されており、10年以上にわたって継続的に取り組まれていることは高く評価される。特にKAIZEN活動は、サービスの質、患者・職員の満足度、能率や効率、コストや経費などの改善に寄与しており、職場の改善機運の醸成や全員参画経営の実行、病院風土の活性化の促進に大いに貢献している。各種立ち入り検査の指摘事項への対応も系統的であり適切である。

○社会医療法人水和我 水島中央病院（100床～）更新受審

医療サービスの質の改善は、約30年前よりQC活動に取り組み、成果を上げている。現在、QCサークル推進事務局の下に43のサークルが活動しており、年2回院内QC大会を開催している。また、全日本選抜QC大会にも参加し、優秀な成績をあげている。さらに、他県の病院に招請されQC活動の取り組みを紹介するなど、QC活動の水準は極めて高く、秀でており、他の模範となる水準である。その他、保健所による立ち入り調査は指摘事項はなく、口頭での指示事項については、迅速に対応しているなど、適切である。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.3 療養環境を整備している（一般病院1）

○医療法人社団善仁会 横浜第一病院（～99床）更新受審

病室は患者ごとに十分なスペースが確保され、患者・家族がくつろげるデイルームが各階に配置されている。寝具類の定期交換や浴室の柔軟な運用により快適な療養環境づくりに配慮されている。また、透析治療においては、仕事を持つ夜間透析患者が気兼ねせず治療したいという要望に応え、個室透析室12床分を設置し、シャワー設備やパウダールームも完備した。これらの設備は利用者に好評である。さらに、最近では昼間透析の患者も個室透析室を利用できるようにしている。患者からの要望に十分に答えるなど、療養環境の整備に関する取り組みは秀でており高く評価できる。

第2領域 良質な医療の実践1

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している（一般病院1）

○社会医療法人玄真堂 川島整形外科病院（～99床）更新受審

全患者を対象とした転倒・転落リスク評価が入院時早期に行われ、個々に応じた看護計画が立案されている。また、ウォーキングカンファレンスの実施、ベッドサイドボードの活用などのほか、全職員への意識づけなど積極的な取り組みがある。転倒・転落予防をテーマとした院内の活動を振り返り、研究としてまとめた成果を、全国学会で毎年発表している。さらに、予防グッズを業者と協業して開発・作成し、臨床で使用しているなど、積極的な努力がされていることなどは、他の模範となる水準であり、高く評価したい。

2.1.7 医療機器を安全に使用している（一般病院1）

○社団医療法人養生会 かしま病院（100床～）更新受審

医療機器の管理は、臨床工学技士によって中央管理されている。使用可能（整備済み）な機器の明示、使用後未整備の機器はパーテーションにより分けて整然と保管されている。医療機器を使用する病棟はおおむね1フロアに決められ、病棟で使用後の機器は、直接中央管理室に返却され、病棟での保管はない。夜間の臨時使用についてはマニュアルが整備され円滑な運用がされており、評価に値する。新入職員が迷わずに機器を病棟に運ぶことができる体制が整備されている。夜間に持ち出した医療機器は、記録用紙が作成され、翌朝、臨床工学技士が確認している。使用中の機器点検は記録も含め、毎日実施されている。また、職員への定期的な研修会も実施され、医療機器の安全使用に関して高く評価できる。

2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている（一般病院1）

○医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院（100床～）更新受審

栄養サポートや褥瘡対策、緩和ケア、糖尿病、感染対策、認知症ケア、口腔ケア、摂食嚥下など様々な専門チームが目標と役割を明確に設定して、入院前から入院療養、そして退院支援から退院後に至るまで関わり、多くの場面で患者・家族を中心に置いた多職種によるチーム医療が実践されている。病棟では、多職種によるコ・メディカルカンファレンス等が定期的に行われ、各部門・各職種が意見を出し合って計画を立案し医療・ケアに活かそうとするなどの優れた取り組みが認められる。また、その内容は合同カンファレンスシートに記載されて各職種の情報共有に活用され、さらに訪問看護師、ケアマネジャー、訪問セラピストなどとの情報交換によって、在宅療養における継続性の維持された患者の意思を尊重したケアにも役立てられている。

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.3 地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている（一般病院1）

○医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院（100床～）更新受審

広島西区医師会では、「西区在宅あんしんネット」として、在宅療養中の患者の入院が必要となったケースやレスパイトケアが必要とわかりつけ医が判断した場合に、拠点病院として貴院に搬送されるシステムが確立しており、対応できない場合には、他の10の支援病院へ転送される仕組みで、たらいまわしのない、安心して生活ができるシステムが、24時間365日稼働しており、高く評価する。

2.2.11 看護師は病棟業務を適切に行っている（一般病院1）

○国家公務員共済組合連合会 吉島病院（100床～）更新受審

看護勤務体制・業務の提供は、看護部業務基準看護業務マニュアルに基づき実践している。身体的・心理的・社会的ニーズが把握され、適切な援助が行われている。看護計画の立案から評価・修正まで適切に実施され、定期的に多職種カンファレンスが行われている。関係部署との協力体制もできており、評価される。DNR後の気持ちの揺れや心理的問題への具体的関わりが記録されている。病棟管理業務としてナースエイドへの接遇、感染、医療安全の研修など積極的に行われており、他病院の模範となり高く評価できる。

2.2.13 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している（一般病院1）

○特定医療法人長生会 大井田病院（～99床）更新受審

輸血・血液製剤投与は厚生労働省のガイドラインに基づいて計画され、説明と同意取得ののちに実施されている。医師・看護師らによる実施前の製剤取り違えや、患者誤認防止や輸血療法開始後の副作用発生などに関する患者の観察と記録も適切に行われている。輸血管理業務を担当する臨床検査科では、輸血療法が実施された患者ごとに「輸血療法の適応性および効果の評価レポート」を作成している。これには患者の背景病態およびこれまでの輸血歴、今回実施された輸血製剤の種類と量、実施前後の関連検査データ、輸血後の病状変化、副作用発現の有無とその内容が記入されたうえで、総合的に検証した今回の輸血療法の妥当性や効果判定がレポートされている。このレポートは輸血療法委員会への報告や処方医への質の高いフィードバックとして用いられており、高く評価できる。緊急輸血への迅速な対応方法はマニュアル内に明確にされているとともに、輸血担当者のオンコール体制も整えられている。また、輸血療法後の感染症検査についても患者・家族へその実施を積極的に推奨しているなど、輸血・血液製剤投与は高いレベルで確実・安全に実施されている。

2.2.16 褥瘡の予防・治療を適切に行っている（一般病院1）

○特定医療法人長生会 大井田病院（～99床）更新受審

入院時にリスク評価を行い、持ち込み、院内発生患者は褥瘡対策委員会のカンファレンスとラウンドが実施され、高リスク患者は予防対策を実施している。2014年度より褥瘡対策委員が「褥瘡予防のポジショニング」の院外研修を3回受講し、院内のポジショニングについての意識を高め、正しい知識を学ぶため実技を含めた研修を年間活動とし、月1回「姿勢管理クラブ」として実施している。「入院患者全員24時間姿勢管理を行っていく」の目標のもと、患者ごとに体位別のクッションの使用法の写真と手順などを、ベッドサイドに掲示し実施している。その結果、院内発生の褥瘡は軽度であり、早期に治癒している。持ち込みの重度の症例でも治癒できている。体位（ポジショニング）と体位交換の確実な実施を行う取り組みについて、極めて高く評価したい。

○医療法人社団聖仁会 我孫子聖仁会病院（100床～）更新受審

「褥瘡をつくらない、持ち込みは治癒させる」ことをモットーとする褥瘡対策マニュアルに基づき、日常生活の自立度、危険因子等のリスク評価、栄養状態の把握、DESIGN-Rを用いた客観的な創評価、そして、それらの評価に基づいた褥瘡治療計画書の作成が行われている。また、月1回、医師や看護師・介護士・管理栄養士・事務部総務係員による褥瘡チームの回診が行われ、褥瘡の状態評価がなされるなどの活動等により、Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率は低率に抑えられている。さらに、写真撮影による治癒状況の可視化や経時的な変化の記録と評価がなされ、特浴や丁寧なスキンケアによる皮膚の清潔の保持、2時間ごとの体位変換、患者の状態に応じた体圧分散マットの使用などが実施されている。なお、難治性など困難事例に関する皮膚科医師への相談体制も整えられ、難治性の褥瘡患者についても適切に治癒に導いているなど、優れた取り組みがみられる。加えて、褥瘡に関する診療の質評価指標として、病棟ごとおよび院内全体の褥瘡発生率と治癒率が毎月評価され報告されているなど、褥瘡の予防・治療に関する活発な取り組みは秀でている。

2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている（一般病院1）

○特定医療法人長生会 大井田病院（～99床）更新受審

管理栄養士は入院時全患者の栄養アセスメントを実施し、評価に基づく食形態を選択している。病棟訪問にて患者の状態や摂取量の把握、看護師・介護士と情報交換、医師の病棟回診に多職種で同行し、情報などを共有している。障害をもった患者の個々の状態や生活状況に合った指導を行う中で、在宅療養に繋げる取り組みも実践されている。「栄養ケア経過記録」から、昼食時に患者訪問し摂食・嚥下状態を見ながら、患者・家族の考え・希望も取り入れる等、患者の状態に応じた管理栄養士の指導は高く評価したい。

2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている（一般病院 1）

○医療法人弘恵会 ヨコクラ病院（100床～）更新受審

入院時に全患者の栄養アセスメントを実施し、管理栄養士により栄養管理計画書が作成されている。嚥下の状態に応じて食形態が工夫されており、特に嚥下困難者への工夫としてミキサー食の食形態を変え、形・色に配慮し見た目も良いスルー食を提案し、喫食率を上げるなど、適切に対応されている。食物アレルギーについては入院時に情報が把握され、アレルギー除去食での対応等、栄養管理は適切に実践されている。また、1984年より現在まで30年間、毎月1回糖尿病教室と生活習慣病教室を開催し、管理栄養士が中心になり医師・薬剤師・看護師・検査技師・理学療法士等の多職種が連携し、地域住民の健康増進に寄与されており、その活動は福岡県知事より表彰を受けるなど、高く評価されており、秀でている。

2.2.18 症状などの緩和を適切に行っている（一般病院 1）

○医療法人社団シャローム シャローム病院（～99床）新規受審

ホスピスの原点に基づいて全ての患者を受け入れ、患者とのコミュニケーションを密にとり全人的に病に寄り添うという方針が実践されている。医師の診療マニュアルには症状の機序から症状緩和の治療まで詳細に明記され、看護師は緩和ケアマニュアルに基づいて症状緩和がされている。医師・薬剤師、看護師による観察を通して毎日の多職種で開催されるカンファレンスにより情報共有と患者への対応方針が計画され、患者の症状は患者の訴え・NRSで痛みの評価をするのみでなく、しぐさや表情などの客観的評価も合わせて行われている。全てのケアには心をこめて時間をかけて実施するという院長の方針が多職種のケア実践の基盤になっており、これらの姿勢と実践は高く評価されるべきものである。

2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている（一般病院 1）

○松江記念病院（100床～）更新受審

身体行動制限に関する理念と基本方針が明文化され、詳細なマニュアルが整備されている。全入院患者のリスク評価を行い、やむを得ず実施する場合はカンファレンスを行い、主治医より患者・家族に説明し手順に沿って安全に配慮しながら実施されている。身体行動制限を廃止するために、家族の理解と協力を呼びかけるパンフレットも作成し、説明時に手渡し協力を得ている。カンファレンスが頻回に行われ記録シートに記録されている。また、解除基準があり身体行動制限・虐待防止委員会の介入もある。行動制限に関するカンファレンス記録シート、記載基準、解除基準などフローチャートを含めわかりやすいマニュアルを作成し、多職種を含めた積極的な取り組みがなされていることは高く評価したい。

2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている（一般病院 1）

○出雲市民病院（100床～）新規受審

患者の人権への配慮をベースに、医療倫理委員会で「身体抑制の指針」を作成し、運用基準や実施手順に基づき、事前評価を行った後に身体抑制が行われている。また、身体抑制を実施する際には、患者・家族へ説明され同意も得られている。抑制の開始ならびに解除は医師の指示の基に行われ、抑制中は観察項目に基づき毎日チェックされ、医師や看護師などにより解除に向けた検討が行われている。さらに、抑制中の患者には、医療倫理ラウンドが行われ、倫理上の視点からアドバイスを提示し、情報共有のもと検討していることは秀でた活動であり高く評価できる。

2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている（一般病院 1）

○医療法人仁雄会 穂高病院（100床～）更新受審

入院時の情報は電子カルテにて多職種で情報共有し、入院 7 日以内に多職種が協働して退院支援計画を立案している。療養の継続性に関する検討は、症例検討会、回診カンファレンス、リハビリテーション・退院支援カンファレンスで検討している。患者・家族に対しては地域医療連携室の看護師・社会福祉士が退院支援計画書を提示して説明・同意を得ている。具体的な退院支援は、地域医療連携室が窓口になり、院内・院外の多職種や患者・家族を含めて退院カンファレンスを開催し、退院後速やかに必要なサービス・支援が受けられる調整が行われている。また、連携先への必要な情報提供と退院後の情報収集も行われている。それらの手順は退院支援フローチャートに沿って実施されており、計画的な退院支援の実践は高く評価される。

○医療法人同信会 福岡整形外科病院（100床～）更新受審

入院時スクリーニング等により、入院早期から退院を想定した課題の把握に努め、地域連携室の医療ソーシャルワーカーと病棟間で連携を図り、協力して早い時期から介入している。関係職種間で退院支援のための多職種カンファレンスを開催し退院支援計画書の策定、計画の患者・家族への説明と同意の取得、さらには退院時アセスメントの実施など支援活動に取り組んでいる。また、転院先との調整や情報提供、自宅退院希望者の退院前訪問を行うなどスムーズな退院に向け、多職種協働で積極的に対応している。患者・家族が安心して自宅復帰できる体制を構築しており、高く評価できる。

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 1）

○医療法人生寿会 かわな病院（～99床）更新受審

「終末期ケアマニュアル」が整備され、患者や家族の意向にも配慮され、医師・看護師・薬剤師・栄養士・療法士などが検討し、計画的なケアが実践されている。入院時に臓器提供意思を確認し、希望者には「ドナーカード保持者の方針と手順」に基づき、遵守される仕組みになっている。在宅での看取りを希望する患者・家族にはその意向に応え、訪問診

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1）

療医師・訪問看護師・在宅診療部師長・緩和ケアチームなどが訪問し支援していることは高く評価できる。昨年は退院患者の約10%（15件）を在宅で看取っている。また、事例からの学びを共有し、緩和ケアの意識を高めていることも高く評価できる。

第3領域 良質な医療の実践2

3.1 良質な医療を構成する機能1

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している（一般病院1）

○医療法人竹村医学研究会 小阪産病院（～99床）更新受審

処方監査・疑義照会や調剤後の確認は、手順に沿って適切に行われている。注射薬に関しては、病院の機能上から緊急指示が多いが、妊娠悪阻等の緊急以外のものについては、すべて1施用ごとに取り揃えられている。注射薬の調製・混合は助産師・看護師により行われているが、注意事項等の情報は適切に提供されている。持参薬は手順に沿って、適切に対応・管理されている。薬剤に関する各種情報は、定期的に提供されている。また、薬局内の各種薬剤は適切に保管・管理され、院内各部署に配置されている薬剤は、薬剤師が毎日チェックしている。医薬品の採用や削減については、薬事委員会で検討されている。薬剤師不在の夜間における薬局には、手順に沿って2名で入室して記録を残しており適切である。薬剤部門は病棟業務に積極的に取り組んでおり、内服薬の配薬を担当して説明・指導にあたっている。さらに、医師の回診や退院診察にも立ち会っており、その際の投薬指示を直接聞いて、患者の説明・指導にあたっている。この取り組みについては患者から好評を得ており、高く評価できる。

○医療生活協同組合健文会 宇部協立病院（100床～）更新受審

薬剤科の温・湿度管理は適切で、処方と処方監査、調剤と調剤鑑査、注射薬の1施用ごと取り揃え、抗がん剤の調製・混合などがダブルチェックで確実に実施されている。疑義照会、副作用報告体制、院内医薬品集の整備も適切である。使用可能な持参薬は処方する。時間外はオンコールで対応している。薬事委員会、医薬品安全管理委員会が適切に機能し、薬剤師が日々プレアボイドに熱心に取り組む、院内総じての部署での薬剤の安全な使用と適切な管理に積極的に関わっていることは極めて高く評価される。

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している（一般病院1）

○社会医療法人三校会 宮崎病院（100床～）更新受審

画像診断は緊急時も考慮されてタイムリーに実施できる体制であり、24時間体制となっている。放射線診断医が常勤配置され、質の確保された速やかな画像診断が行われている。夜間・休日に関しても画像診断のコンサルトができる体制にあり、緊急性の要する診断が出た場合には、担当医師への連絡が速やかに行われていることは優れている。

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している（一般病院 1）

○医療法人財団慈生会 野村病院（100床～）更新受審

診療放射線技師 11 名で、画像検査は 24 時間対応可能である。CT・MRI は毎日 2 名の放射線科医で全て読影され、報告書が作成されている。MRI では外部受託検査を毎月約 80 件程度受け、報告書を送付している。画像診断の質の確保については年 30 回の外部研修会参加、年 9 回の症例検討会、随時の放射線科医とのカンファレンスを行っている。CT・MRI・胃がん・マンモグラフィーなどの専門技師の取得を奨励することや大腸 CT の導入、胸部経時差分診断システムの導入など、質の向上が図られている。さらに、画像診断部だよりを発行して近隣医療機関へ情報を提供する取り組みは、非常に高く評価できる。

3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している（一般病院 1）

○国家公務員共済組合連合会 吉島病院（100床～）更新受審

臨床工学技士を配置し、医療機器は中央管理とし一元的管理が行われている。機器類の保守点検は臨床工学技士が関与し、適切に行われている。新人・中途採用者には研修を行い、新規購入の機器類については現場で立会指導している。医療機器の習得が積極的に行われている。点検前のもとの点検済みものが区別され、確認票や使用時チェック表も添付して漏れがないようにシステム化されており、職員から安心して使用できるとの評価も得ている。定期点検も適切に実施されている。現場では 18 台の人工呼吸器が使用されているが、毎日点検しており、高く評価できる。

○社団医療法人養生会 かしま病院（100床～）更新受審

医療機器の点検・整備は、個々の機器管理台帳が作成され、臨床工学技士が実施している。業者の関わりが必要な法的範囲は業者と連携し常に安全な医療機器により患者の治療ができるよう整備している。医療機器の種類は少ないが、機器の標準化はされている。また、自院の患者に必要とする医療機器は整備され、職員向け研修会も実施されている。安全管理の視点で日常の臨床工学技士の活動が積極的に、また細部まで記録され、安心して使用できる体制は高く評価したい。

○社会医療法人三校会 宮崎病院（100床～）更新受審

医療機器は 5 名の臨床工学技士により管理され、手術室・人工透析室などにも関与する体制が整えられている。業務マニュアル・点検計画書に基づいて計画的に点検・整備が行われ、トラブル時の手順も整備され、機器の供給は 24 時間体制となっている。機器の標準化は購入時に統一を図っており、特に優れた取り組みとしては臨床工学技士により行われている機器の取り扱いに関する研修である。機器を取り扱う職員に新規導入時を含めて年 70 回超の研修を実施し、個々の能力向上に努力されていることは高く評価できる。

3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している（一般病院 1）

○国家公務員共済組合連合会 吉島病院（100床～）更新受審

中央材料室改築の際に職員の意見が全面的に取り入れられ、ワンウェイ方式ですべての問題点を解決できるようになった。洗浄も中央化されており、体制も整備されている。5S運動により、整理整頓も適切に行われている。物理的・化学的・生物学的インディケータも実施され、滅菌の質保証もできている。滅菌物の保管・管理も適切にマニュアルが遵守されている。在庫量も適切に把握されている。中央材料室での責任意識が高く、質向上に努めており、高く評価できる。

○医療法人同信会 福岡整形外科病院（100床～）更新受審

洗浄・消毒は中央化され、器材の搬送も清潔ライン・不潔ラインの区分が明確になっている。手術室師長の管理のもと担当者が洗浄・滅菌業務にあたり、滅菌の質保証も確実に実施されている。さらに、各種マニュアルは整備され教育・研修が行われている。また、中央材料室の既滅菌物の保管は、効率的に保管され、手術の術式に合わせた緊急手術にも即対応できる体制がある。整形外科専門病院として、担当者3名が滅菌技士資格を取得し感染予防対策強化に努めている点は、病院規模から考えて秀でている。

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している（一般病院 1）

○医療法人辰星会 柘記念病院（100床～）更新受審

「受診者は受け入れる」方針で、救急患者は年間約3,200人の患者数で、うち約1,100件の救急車を受け入れている。診察は救急処置室で行い、専用病床4床を運用し緊急入院にも対応している。時間外は、当直医師・看護師・診療放射線技師・事務が配置され、薬剤師・検査技師はオンコールで対応している。受け入れ不能な疾患は、カテーテル治療を要する循環器疾患、高エネルギー外傷で、対応可能な大学などの医療機関へ搬送される。受け入れ不能事例は、事務が取りまとめて病床運営会議で検証されている。虐待に関しては対応マニュアル、対応フローが整備され対応している。自院でDMATを組織し、敷地内にヘリポートを有してドクターヘリの受け入れ、実績も年間約10例ある。震災後の厳しい医療環境にあるにも関わらず、救急医療に積極的に取り組み、脳神経外科領域では県内および近県の基幹的施設として、重要な機能・役割を果たしており、高く評価する。

第4領域 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

4.1.4 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している（一般病院1）

○社会医療法人社団 慈生会 等潤病院（100床～）更新受審

電子カルテシステム、「ID-LINK」を用いた医療連携システム等、IT化の推進と診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示している。診療情報管理室や法人 JSIC 部門は、システムの管理運用と開発を行い、診療情報のデータベースを総合的に管理し医療の質や効率の評価に活用していることは高く評価される。セキュリティ強化と利便性を両立したシステム構成や、往診専用・リモート保守用モバイル環境からのアクセス、患者との情報共有できるベッドサイドシステム、組織内・地域との連携に役立てている電子カルテの情報共有と開示した電子カルテシステムと介護トータルシステムのアクセス共有、医療機関40施設、特養2施設と連携したデータリンク型医療連携システムの活用など、高度医療から在宅医療、介護、健康増進まで ICT を活用した情報連携システムを積極的に取り入れており、高く評価される。

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（一般病院1）

○社会福祉法人北海道社会事業協会 余市病院（100床～）新規受審

医師および薬剤師の法定人数は確保されている。医療法の基準は満たしているが人材確保は病院の重要な課題とし、人材確保に相当の継続努力が認められる。2014年「地域医療国際支援センター」を病院独自に立ち上げた。センターは不安定な立場で海外に留学・勤務する医療者に経済的、キャリアアップの支援を行っている。個別の希望や期間に合わせた柔軟なプログラムを用意している。関心のある医師、看護師、検査技師、リハビリ専門職らが10数人在籍し、地域医療を支える原動力として働いている。医療スタッフが派遣期間中、安心して業務に専念できるよう研修費、健康保険、身分保障などの仕組みも整えている。今春から海外経験のある看護師2名、整形外科医の入職が内定している。また、アジアの大学・病院とも連携を強めている。このような活動を通して海外活動する医療者の相互受け入れ、マッチングを増やし、地域医療の接点と海外医療への貢献は高く評価できる。

4.4 経営管理

4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている（一般病院1）

○一般財団法人杏仁会 江南病院（100床～）新規受審

予算書は各部署からの意見を吸い上げ、事務部が作成し院長の確認後、最終的に法人理事会で承認される仕組みになっている。会計処理・財務諸表の作成も適切で、会計監査も内部・外部とも適切に実施されている。経営状況の把握と分析は、損益計算書分析が月次

4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている（一般病院 1）

で行われ、年度の半期経過時に今年の実績を作成し、予算の部分修正が実施されている。また、配賦方式による各種の原価計算が作成され、DPC データ分析や経営データのベンチマークが実施されるなど、秀でた分析が行われており高く評価ができる。

< 一般病院 2 >

第 1 領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している（一般病院 2）

○埼玉医科大学国際医療センター（500 床～）更新受審

診療・ケア等に必要情報は、院内掲示やホームページ、「入院手帳」、外来受診案内等で提供されている。ホームページには、「入院案内」など数種類の資料が PDF ファイルとして保管され、ダウンロードおよび印刷可能となっている。また、診療内容や疾病等を分かりやすく記載した各種パンフレットや患者用パスなどが活用されている。「入院手帳」の中には「自己管理記録、私の治療メモ」というスペースが用意され、毎日の記録や関連する医療職とのやり取りを、患者自らが記載して医療者と確認できる仕組みとなっている。さらに、入院手帳には「ありがとうメッセージ」の記述ができるようになっており、その使用実績は 1,000 件以上ある。クリニカル・パスについては、「患者目標設定型」形式を採用することで、患者との情報共有ならびに多職種カンファレンス等で活用しやすいものとなっている。院内には「ラーニングセンター（患者図書室）」も整備され、担当者が 1 名常駐し、患者の問い合わせや資料提供などに応じている。全体として、患者・家族等への情報提供機能は極めて優れている。

○東邦大学医療センター大森病院（500 床～）更新受審

診療情報は、電子カルテで一元化され、検査データなど必要な情報は随時患者に提供されている。また、専従の司書を配置した患者用図書室「からだのとしよしつ」を設置し、パンフレットやインターネットのみならず、司書を通して患者の要望に応じるなど本格的な医療に係る情報提供が可能となっている。さらに、オリジナルのカルタを作成するなど、多くの機会、ツールで患者参加を促進する取り組みを行っている。加えて、がん相談支援センターにおいて、夜間電話相談を毎週実施するなど、かかりつけ患者以外にも広く患者参加の促進に取り組んでいる。これらは秀でた取り組みであり、きわめて高く評価できる。

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（一般病院 2）

○埼玉県立がんセンター（500床～）新規受審

患者・家族からの様々な相談対応窓口として「地域連携・相談支援センター」が設置され、専門職員の手厚い配置（看護師 11 名・MSW5 名・事務 1 名）がなされている。相談件数（年に約 2 万件）は多く、電話相談だけでも月 270 件を超えている。相談内容に関しても、通常の医療相談のほか、療養支援、就労支援など多岐にわたる対応が行われている。がん患者と家族を対象とした「いこいの場」が毎月開催され、幅広い情報の提供と精神的サポートに寄与している。就労支援に関しては、社会保険労務士やフィナンシャル・プランナーを招いての無料相談会（月 1 回）や、ハローワークからの出張相談会（月 2 回）、がん体験者（埼玉県がんピアサポーター養成研修会修了者 40 名）による相談会（週 3 回）などが行われている。全体的にみて、がん患者および家族等を対象とした相談支援機能は極めて優れている。なお、病院の診療方針として小児の患者は取り扱っていないが、高齢者虐待や DV などへの対応手順は整備されている。

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（一般病院 2）

○徳島県立三好病院（200～499床）更新受審

院内では臨床倫理勉強会を毎月実施している。外部のトップクラスの専門家を招聘しての 1 日研修会も開催している。最近、その成果を踏まえて臨床倫理委員会を設置し、児童・高齢者虐待や延命処置に関する医師指示など主要な倫理的課題への対応マニュアルの作成、臨床倫理コンサルテーションチームの育成、近隣医療施設にも開放した臨床倫理症例検討会の開催などに着手されており、高く評価し、今後の展開を期待する。臨床研究に対する審査は、外部委員を加えた倫理委員会で審査され、記録に残されており適切である。

1.2 地域への情報発信と連携

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（一般病院 2）

○旭川赤十字病院（500床～）更新受審

医療サービスの内容や患者向けの医療情報などは、病院案内や患者向け広報誌「クロスレター」、院内掲示によって発信されている。医療機関に対しては、「連携室だより」の発行や各種会合の場で情報発信に特に努めている。これらの情報に加え、ホームページでは診療実績、DPC データ、QI プロジェクトのほか、クリニカル・インディケータについて、他の医療機関に比べて詳細に公開しており、高い評価に値する。また、その項目は、「医療の質」に関する項目から「職員の喫煙率」に至るまで、集計結果を単に公開するだけではなく、医療関係者以外が見ても理解しやすいような解説と病院としての「考え」を記載するなどの工夫も認められ、その点でも高く評価できる。情報公開による透明性の確保と質向上に取り組む病院の積極的な姿勢がうかがえ秀逸である。

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（一般病院2）

○中野こども病院（～99床）更新受審

小児救急医療拠点病院として、来院患者はもちろん、他院からの紹介や救急搬送による小児内科の救急患者を、昼夜を問わず受け入れている。休日・夜間の救急診療には、自院の医師とともに、地域の開業医を中心に27名の医師が交代で参加しており、医療連携の典型の一つとして評価できる。紹介・予約は医事課が受け付け、地域医療連携室が、来院予定、返書等の管理を確実にやっている。「紹介カード」が活用され、当日予約・当日診療を積極的に受け入れている。独自の調査も含めて把握した、地域の医療機関の情報が詳細に把握され、これらも活用して、かかりつけ医の紹介が積極的に行われている。「退院フォローシート」を用いて紹介後の連携も行われている。自院にはない機能を有する病院との連携が確立し、転送後の合同カンファレンスも実施されている。登録医制度には、約180名の医師が登録し、「地域医療連携懇談会」において情報共有が図られるとともに、「中野こども医療学会」や院内の症例検討会にも参加している。地域の医療関連施設等との連携は極めて適切に行われ、秀でている。

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる（一般病院2）

○滝川市立病院（200～499床）更新受審

医療サービスの改善のため、主任・係長が中心となり組織横断的なTQM活動を行っている。活動内容の発表会を開催して周知を図っている点は評価できる。保健所や消防署の立ち入り検査の指摘に対しては適正に対応している。特筆すべきは、前回審査時の指摘事項を参考に改善が進んだ様子が随所にみられる点である。臨床指標の収集・分析、医療安全・感染制御の体制、総合的な患者相談体制などを挙げるができる。また、病院の建て替えに際して、指摘事項を取り入れ、様々な設備が改善されている。当審査の活用度合は一般的にみるよりも高く、他の見本となる。

○埼玉医科大学国際医療センター（500床～）更新受審

病院長直属の組織として「QI室」が設置されており、「医療安全対策室」や「感染対策室」などと協働し、組織横断的な改善活動に努めている。なお、「QI委員会」は月1回開催されている。また、病院で定められた優先事項（7つの柱）に沿った「24指標」に関する情報収集を積極的に行い、その結果に基づいた分析・検討ののち、各部署にてPDCAサイクルを回すことで継続的な質改善に努めている。各種立入検査の指摘事項等への対応も速やかであり、前回の日本医療機能評価機構の病院機能評価で指摘された項目への対応も適切になされている。さらに、2015年2月には、大学病院として本邦初のJCI認定を受けるなど、医療の質改善に向けた取り組みには卓越したものがある。

1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる（一般病院2）

○一般財団法人操風会 岡山旭東病院（200～499床）更新受審

新人職員を含めた全職員が作成する経営戦略検討シートにより意見を収集し、ブレインストーミングで議論して経営指針書を毎年作成し、病院の改善課題を部門横断的に取り上げて確実な実績を上げていることは、秀でたシステムと考えられる。それ以外にも院内学会が開催され、各部署における改善活動が発表されている。また、日本医療機能評価内部監査委員会を設置し、継続的に病院の改善活動が行われており、これらの取り組みは高く評価される。

○医療法人 彩樹 守口敬任会病院（100～199床）更新受審

毎月開催される業務改善委員会では、患者・家族からの投書や各種アンケート、職員からの各種提案など、多くの問題提起や改善策について多角的な業務改善活動を部門横断的かつ継続的に行っている。すなわち開業医向け読影システムの構築や乳がんドック、待ち時間対策など、医療経済的改善も含めた幅広い医療サービスの質改善について検討し取り組んでいる。さらに年末には全部署から業務改善案を募集して表彰する活動もあるなど極めて積極的であり高く評価したい。体系的な病院機能の評価としては、評価機構による病院機能評価の受審が3回目を迎え、副院長を中心に全病院的なワーキングチームを立ち上げて対応している。保健所、消防署などの立ち入り検査には総務課が対応し、担当部署に改善を依頼し報告を受ける体制であるなど、医療サービスの質改善に適切かつ積極的に取り組んでいる。

○医療法人社団 宇部興産中央病院（200～499床）更新受審

患者からの意見「あなたの声」に加え、職員からの声を集める「ワンカード」というシステムを使って、医療サービスや環境に対しての課題を広く収集している。このような意見・指摘についてはCS向上委員会が中心となって対応し、多くの改善実績もある。保健所の立入検査など外部監査にも適切に対応している。2012年から成果発表会が年4回開催されており、現場での取り組みを管理者の前で発表し、それを評価・共有している。毎回多数の部署からの発表があり、経営的な改善事例も多数ある。成果発表会には褒賞基準があり、職員のモチベーションアップにもつながっている。更に優秀事例は全国レベルでの学会での発表が行われ、特許取得が試みられた例もある。また、手話が病院全体でできるような、職員の自主的な取り組みもユニークであり、医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいることは秀でている。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.3 療養環境を整備している（一般病院2）

○医療法人 東札幌病院（200～499床）更新受審

診察室や病室、デイルームなどの共用スペース、廊下幅は必要なスペースが確保されている。また、室温管理などにも配慮され、快適な療養環境の維持に努めている。病院内は整理整頓が行き届き、トイレ・浴室の安全性・清潔性も十分確保されている。特に、ボランティア活動が活発に展開され、季節ごとの各種行事から、映画会の上映、コンサート開催、朗読、園芸、図書管理、ヒーリング、ちぎり絵、バザーの開催など、多種多様な行事や活動を開院以来行っている。病院は積極的にボランティア活動を支援するとともに、病院職員と85名ものボランティアが一体となって良質な療養環境の構築に努めている。患者・家族に安らぎを提供するこれらの取り組みは秀でており、高く評価できる。

1.6.4 受動喫煙を防止している（一般病院2）

○医療法人社団寿量会 熊本機能病院（200～499床）更新受審

喫煙対策委員会（各職種計18人）が設置され、委員会規程に基づき取り組みがなされている。病院は熊本県内では早くから敷地内禁煙を実施し徹底されている。喫煙対策委員会が2か月に1回開催され、患者や職員に対して教育・研修を通じ、職場はもとより地域に対しても健康的な環境をつくることを目的として、取り組まれている。入院患者に対しては禁煙クリニカル・パスがあり活用している。また、職員の喫煙率は現在2.9%となっており、今回の病院機能評価受審時のヒアリングの際、その会場に何人も禁煙成功者がいるなど、喫煙対策委員会の取り組み含め、徹底した禁煙促進に対し高く評価できる。

第2領域 良質な医療の実践1

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.1.2 診療記録を適切に記載している（一般病院2）

○埼玉医科大学国際医療センター（500床～）更新受審

必要な診療情報は、院内の「診療録記載基準」に基づいて適切に記載されている。日々の回診記録は適時・確実に記載されており、研修医等への指導も行われている。退院時サマリーに関しては、退院時に完成していることが求められ、現状、1週間以内の完成率が99%を越えている。診療情報管理部門による全科に及ぶ質的監査が行われ、1か月に100冊ほどのカルテチェックと現場へのフィードバックがなされている。今後、CGA（高齢者総合機能評価）の導入なども期待したいが、現状として、診療記録の記載状況は極めて優れている。

2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（一般病院 2）

○埼玉医科大学国際医療センター（500床～）更新受審

全病棟に薬剤師が配置され、8時間勤務のもと、病棟内の各種薬剤管理業務を担っている。麻薬・向精神薬・ハイリスク薬等の他、特に注意が必要な注射薬をハイアラート薬と定め、1本単位でのラベリング対応が行われている。電子カルテシステムによって各種アラート情報の提供がなされ、アレルギー情報などの共有も適切になされている。600件に及ぶ「抗がん剤のレジメン管理」が適正に実施され、プリビリッジ（院内資格）を厳守している看護師との協働のもと適切な対応が行われている。病棟内在庫薬の適正管理もなされており、薬剤の安全使用に向けた対応は極めて適切に行われている。

2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している（一般病院 2）

○国立大学法人金沢大学附属病院（500床～）更新受審

2014年12月に結成されたRRT（Rapid Response Team）が患者等の急変時に対応している。緊急コールがかかるとICUから医師1名、看護師1名が現場に駆け付ける仕組みであり、どの部署からのコールに対しても2～3分で駆け付けることができるため、臨床現場の職員からの信頼は厚く、運用開始後3ヶ月間で26件の実績がある。また、全職員対象のBLS（一部はICLS）研修は受講率100%である。さらに第1回受講後3年、5年の再受講が義務付けられており、対象外の職員の受講希望も多いなど、職員の医療安全への意識は非常に高い。救急カートや蘇生装置の整備・配置状況を含め、患者等の急変時への対応は極めて高く評価したい。

○埼玉医科大学国際医療センター（500床～）更新受審

院内救急コードとして「心肺停止」、「RRS」、「暴力・不審者」、「誘拐等」の5種類が用意され、いずれも「ポリシー」に沿った対応が行われている。「心肺停止（コードブルー）」は24時間対応となっており、RRS（コードグリーン）については救急部の医師が時間外を含め駆けつける体制が整備されている。救急カートは全部署に配備され、毎日および使用後に、看護師・薬剤師による点検が実施されている。救急カート内の医薬品等の標準化も図られている。さらに、全職員に対しBLS講習が実施されており、2年ごとの更新受講も義務付けられ、その遵守が徹底されている。病院全体として、患者急変時の対応は極めて優れている。

2.1.10 抗菌薬を適正に使用している（一般病院 2）

○神戸大学医学部附属病院（500床～）更新受審

2010年3月から抗菌薬の適正使用を推進する「Big gun project」が実施されている。耐性菌の発生低減に注力し、抗菌薬の感受性を90%以上に保つべく努力がなされている。特に、耐性に注意すべき抗菌薬27剤がリスト化され、監視対象となっている。薬剤師が処方を確認し、それらが使用されている症例を週に200例前後カルテベースにてレビュー

2.1.10 抗菌薬を適正に使用している（一般病院 2）

一する。その中から 20 例程度の問題のある症例が抽出され、感染制御部での検討にかけられる。明らかに抗菌薬自体の変更や使用方法の変更が必要な場合は、感染制御部から主治医に連絡をとり、適切な形に変更している。カルバペネム系と抗 MRSA 薬については 100%届け出がされている。培養検査は 24 時間受付可能である。また、TDM で問題があれば、100%介入している。さらに、抗菌薬の使用状況が分析され、各診療科にフィードバックされている。これらの抗菌薬の適正使用に向けた組織で精力的な取り組みは、高く評価できる。

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.12 周術期の対応を適切に行っている（一般病院 2）

○東邦大学医療センター大森病院（500 床～）更新受審

外来に周術期センターが設置され、手術決定後、患者は、麻酔科医による診察、手術部看護師による面談、歯科衛生士による口腔のチェック、薬剤師による服薬歴のチェック等を全例受ける手順となっており、D ダイマーを全員に測定するなど質の高い術前評価がなされている。手術の適応や手術方法の決定はガイドラインに基づく医学的判断のもと、最終的にはカンファレンスによって行われる。また、術前の体毛処置、抗菌剤の予防投与はマニュアルに従い実施されている。さらに、WHO 手術安全チェックリストに準拠して、患者・部位確認、ブリーフィング、タイムアウト、器械カウント・ガーゼカウント等が実施されている。術後についても麻酔科医による診察だけでなく、手術部看護師が積極的に関与している。周術期の対応はきわめて適切に行われている。特に、外来周術期センターが全手術患者に対して機能している点は他施設の範になる秀でた取り組みであり高く評価できる。

2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている（一般病院 2）

○医療法人社団寿量会 熊本機能病院（200～499 床）更新受審

管理栄養士は病棟担当制で、全患者に栄養管理フローチャートに基づき、入院後 48 時間以内に栄養スクリーニングを実施し、医師はじめ看護師・薬剤師等、多職種で栄養管理計画を立てている。また、入院時に行われる各種アセスメントシートにて、必要に応じて、各専門チーム NST・摂食嚥下チーム・褥瘡対策チームが介入する仕組みになっており、リスク別の栄養管理計画が実施されている。80 歳以上の入院患者の 1 食目には、嚥下に配慮した食事を提供し、管理栄養士はその摂食場に立ち合い、アセスメントし適切な栄養方法を考えている。さらに全入院患者に、入院後 4 日間は喫食率を把握しリスクのある患者に関しては、状態改善まで喫食率を電子カルテ内の熱型表でモニタリングする等、栄養管理に向けた取り組みは高く評価できる。

2.2.17 急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している（一般病院2）

○医療法人榮昌会 吉田病院 附属脳血管研究所（100～199床）更新受審

患者・家族の同意を得てリハビリ指示箋は入院当日に出されるのが原則で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は常駐している SCU や病棟で嚥下機能を含め速やかに評価し、急性期・超急性期リハビリテーションを開始している（実施率95%）。リハビリテーション中のリスク評価と対策、退院後を想定したリハビリテーション訓練計画書の作成と実施は適切である。また、毎週リハビリカンファレンスで進捗状況を検討し、月に1度訓練評価も行われている。患者の退院後を見据えた早期・超早期から提供される一貫したリハビリテーション体制は、脳卒中患者に極めて有用・有益で、他施設の模範となり得るものとして高く評価したい。

第3領域 良質な医療の実践2

3.1 良質な医療を構成する機能1

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している（一般病院2）

○国立大学法人 三重大学医学部附属病院（500床～）更新受審

臨床検査室の国際認定 ISO15189 を取得している。全ての採血管に IC チップを装着し、所在を明確にすることにより、患者誤認、検体誤認、検体紛失などの予防に効果を上げている。質量分析器も稼働しており、院内感染アウトブレイク時の迅速な分離菌の同定等に威力を発揮している。また、遺伝子検査も可能であり、必要に応じて関連疾患の診断に用いられている。検査に関する患者からの相談にも患者相談室を設けて対応しており、臨床検査機能は秀でており、高く評価される。

○愛知医科大学病院（500床～）更新受審

検体検査・生理検査ともに時間外・休日も含めて質の高い臨床検査が提供されている。特に緊急手術における術中モニタリングのすべてに対応しており高く評価できる。また内外の精度管理が確実に行われ、パニック値への対応も手順に則って行われている。さらに、大規模災害に備えて、すべての検査機器を二重化してバックアップ体制を整え、さらに UPS に接続することで、災害時にも継続的な検査体制を維持できるようにしている点は高く評価できる。また、検査室内にとどまらず ICT、NST、呼吸サポートチームなど多職種チームに積極的に参加し、また三次初療室にも臨床検査技師を配置して、救急医療の現場でも活躍している。チーム医療の観点からも臨床検査部門全体の取り組みは秀でており、きわめて高く評価できる。

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院（200～499床）新規受審

放射線科医師 5 名と診療放射線技師 16 名の体制で、CT・MRI・RI を含めて必要な検査が迅速に実施されている。放射線科医師は操作室で読影を行っており、その場で技師に条件などの指示を出すことができ、逐時の読影が可能になっている。緊急検査の読影にもすばやく対応できる体制が整備されている。休日・夜間も日直と 22 時までの残り番と、その後のオンコール体制が採られている。地域医療画像連携ネットワークシステム「くまちゅう画像ネット」を運用し、約 50 施設の参加医療機関と連携し、検査直後に画像と読影結果を依頼元の医療機関に送ることができるシステムが整っており、画像診断機能は高く評価したい。

○社会福祉法人恩賜財団済生会 済生会新潟第二病院（200～499床）更新受審

一般撮影、CT、RI は待ち日数なく当日検査が施行されている。緊急検査は MRI、血管撮影も含めてタイムリーに実施され、PACS システムによりリアルタイムに報告されている。また、2 名の放射線診断専門医による読影が行われ、MRI、CT、RI の読影結果が翌日までに報告されている。その報告書が 2 週間未読の際には、主治医に通知される仕組みが構築されている。さらに、CT・MRI のすべての造影検査において、放射線診断医がその必要性を判断するとともに、患者の腎機能・アレルギー等を確認し、造影剤の種類と量を決定し、安全に配慮した検査が行われている。夜間・休日の読影依頼に対しては、2 名の読影医によりオンコール体制がとられている。また、19 名の放射線技師による 2 交代制の勤務により、検査依頼に対して 24 時間対応をしている。診断医は乳腺検討会・消化器病理検討会・消化器検討会・神経放射線検討会・救急検討会など、平均週 3 回の診療科横断的カンファレンスに参加し、技師においては毎週の救急症例検討会や毎月勉強会を開催するなど、診断の質向上への取り組みも積極的であり、高く評価される。

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○市立函館病院（500床～）更新受審

リハビリ専従専門医 1 名を含め理学療法士 16 名、作業療法士 10 名、言語聴覚士 5 名を配置し、認定専門理学療法士・認定作業療法士・呼吸療法士・がんリハビリ研修修了者など数多くの認定資格者が在籍しており、貴院の役割に沿った体制が確立している。主治医や病棟あるいは他職種との情報共有は、合同カンファレンスやミーティング、あるいは摂食・嚥下などの医療チームでの活動を通して適切になされ、疾患別のリハビリプログラムの評価と改善にも役立っている。これらの原動力となるのは、リハビリスタッフの精力的な姿勢であり、特に専門医は毎日病棟に出向き全てのリハビリ患者を回診しており、高く評価したい。この中で、がんリハビリにおいては、手術前・化学療法前から介入し、様々なステージでのサポートに対応できている。さらに、リハビリの継続性と地域連携の観点から、市内回復期リハビリ病院の専門医による回診が毎週実施されている。また、地域に

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している（一般病院 2）

において「がんリハビリ研修会」を主催して指導性をもつなど、リハビリテーション機能は極めて優れている。

3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○大阪大学医学部附属病院（500床～）更新受審

洗浄・滅菌業務は材料部で行われ、部長には専従医師が配置されている。第1種滅菌技師資格等を有するスタッフの管理のもと、50名の外部委託社員が実務を行っている。委託職員の教育は計画的に実施され、新たな消毒滅菌物に関しては、作業工程をマニュアル化し、浸透を図っている。また、洗浄業務は中央化され、軟性内視鏡も中央洗浄されている。毎月、2,000本程度の内視鏡に対応し、近々、耳鼻咽喉科用内視鏡にも対応する予定となっている。さらに、洗浄の評価として残留汚染物の定量測定が行われ、滅菌の評価として、生物学的インディケータが1日1回用いられている。既滅菌物の保管・管理、ならびに期限切れチェックの実施なども確実に実行され、リコール規定も整備されている。単回使用物品は再使用を禁じており、必要性が生じた際は、組織的に再使用の是非について検討する仕組みがある。EOG滅菌器が使用されているが、有資格者が存在し、作業環境の整備等も適切になされている。洗浄・滅菌機能は優れた機能を発揮している。特に、内視鏡の中央洗浄は秀でた取り組みであり、きわめて高く評価できる。

3.2 良質な医療を構成する機能2

3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○自治医科大学附属病院（500床～）更新受審

多数の医師と細胞検査士9名を含む技師により、年間35,000件を超える組織診や細胞診に対応している。年間15,000件を超える組織検査と800件を超える迅速検査の全例で、認定病理専門医によるダブルチェックを行い、確実に報告している。通常の術前病理検査の診断結果は4日ほどを要するが、診療上の必要性を要するものについては迅速に対応している。病理解剖は年間46体なされ、開院以来のすべての病理報告書、標本が管理・保存されている。依頼医が結果確認を行っていない場合は、毎月、連絡するシステムがあり、病理機能は精度、安全への配慮がなされており、秀でているものとして高く評価する。

3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○市立宇和島病院（200～499床）更新受審

輸血・血液管理は臨床検査室が担当し、専任医師が2名配置されている。自記温度記録計付きの冷蔵庫・冷凍庫が整備され、自己血は感染性と非感染性が別保管されている。手術室の冷蔵庫も自記温度記録計付きである。日赤センターからの配送は20分以内であり、血液製剤の常時保管は自己血以外ほとんどない。輸血指示とともに輸血届出書の提出を

3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している（一般病院 2）

ルール化しており、血液検査値、患者体重等から輸血の効果予測の記載が義務づけられている。検査室では、輸血前後の検査値等から、輸血の効果を検証するとともに副作用の確認を行い、隔月で実施される血液製剤管理委員会で審議している。輸血実施時は血液製剤払い出しから、CRC が 30 分以内、FFP が 1 時間以内に使用という取り決めがあり、実際の使用状況が全例確認されている。また、緊急輸血に対する独自の院内統一手順を導入し、緊急度 1(0 型ノンクロス)での依頼から製剤払い出しまでの平均時間は 3.8 分である。廃棄率は 2009 年から 1%以下を継続しており、研修会を毎年 2 回実施し、輸血後 4 ヶ月目の始めには輸血後感染症検査の実施を主治医に個別のメールを発信するなど、輸血・血液管理機能は極めて適切である。

3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○兵庫医科大学病院（500 床～）更新受審

院内には、集中治療部門として、EICU、ICU、SCU、CCU、NICU、MFICU、HCU が整備され、高度かつ専門的な医療が日々展開されている。今回は、ICU、ECCU、NICU を訪室した。いずれも入退室基準等が整備され、適正人員配置のもと、多職種が介入するチーム医療が行われている。ICU は 14 床を有し、6 人の「集中治療医学科」医師による Closed ICU として機能しており、ベッドコントロールは専従医師によってなされている。一方、HCU (20 床) は、各診療科の医師によって管理されている。ICU では、毎朝、医師・看護師・PT・ME・薬剤師・薬剤師・医学生などによるベッドサイド・ラウンドカンファレンスが行われている。そのほか、ICT との感染カンファレンスや、医師と看護師によるベッドサイド・ラウンドカンファレンス（毎夕）などが催されている。さらに、隔週で、M&M カンファレンスも開催されている。「急性医療総合センター」に設置されたサテライト薬局とサテライト検査部も適切に機能しており、「集中ケア認定看護師」等の複数配置を含め、集中治療部門としての機能は極めて高いものがある。

○藤田保健衛生大学病院（500 床～）更新受審

ICU は、18 床完全個室であり、医師 3 名、看護師 67 名（うち集中ケア認定看護師 3 名）、医薬品管理責任者の薬剤師 1 名、医療機器安全管理責任者の臨床工学技士 1 名の人員で、各ケアチームの関与も大きい。ユニットの管理および責任医師は、集中治療部部長兼麻酔科部長であり、クローズド ICU である。工夫された天井吊り下げ式のユニット、生命維持管理装置、各種生体モニター、除細動器など必要な設備・機器が整備・管理され、麻薬・向精神薬・ハイリスク薬を含めすべての医薬品は薬剤師管理である。年間入室患者数は 10 床から 18 床に増床したことにより 2016 年は、約 1,800 人になる見込みである。RO 水製造装置を備え、年間延べ 1,000 件の血液浄化、人工肺年間約 10 名の実施例があり、早期からリハビリテーションを開始している。入退出基準が整備され、毎朝のカンファレンスに多部門の医師、多職種が参加し、治療方針・入退出が決定されている。また ICU 医師

3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している（一般病院 2）

が麻酔科医と協力し、24 時間体制で院内患者の異常を早期に察知して MET を機能させ、入院患者の安全・病棟勤務者の安心に寄与しているなど、集中治療管理機能は高い評価に値する。

3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している（一般病院 2）

○社会医療法人緑泉会 米盛病院（200～499 床）更新受審

すべてを応需する方針として、救急科専門医 7 名と、救急看護認定師 1 名も含め兼任の 34 名の看護師を配属し、薬剤師、診療放射線技師、事務職員、臨床検査（ブランチラボ）でも 365 日 24 時間対応可能な体制を取っている。ドクターカー、ドクターヘリを独自に管理して「でかけていく」救急医療を目標として、地域から僻地に至るまで広域な救急医療を実践している。また、救急室内に救急調整室を設置して、病院職員として採用した 9 名の救急救命士による市民向けの「救急相談ダイヤル」を 365 日 24 時間で対応し多数の実績を積んでいる。さらに、ハイブリッド ER を設置して CT や血管造影を設置して、患者搬送から緊急開胸術や緊急開腹術などの手術までの時間を 10 分で行える体制を設置し、それによる救命実績もある。救急告示病院であり、水準 2 の機能ではあるが、本邦でのトップレベルの救命救急センターに匹敵する機能を有しており、地域の救急医療への貢献においても秀でてい

○杉田玄白記念公立小浜病院（200～499 床）更新受審

貴院は救命救急センターに指定されている。近隣に病院が設置されておらず、クリニックも少ないという地域性から、一次から三次までの全救急患者を受け入れるという基本方針のもと、救急隊からのホットラインのみならず、消防デジタル無線まで設置して、100%の受け入れ実績をもつ。救急医として常勤専任医師 5 名（うち 3 名は日本救急医学会の認定救急科専門医）が在籍し、夜間・休日は医師当直 2 名、各科にオンコール医師 11 名を置く他、看護師 2 名（交代制）、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、事務職員（各 1 名）が当直する。救急看護認定看護師も配備し、的確な教育・指導を行っている。夜間・休日は救急患者が殺到するとはいえ、医師、看護師ともに応援体制を確立するとともに、当地域における救急医療の役割を理解して全診療科が緊急対応に応じている。また、常勤医師が在籍しない診療科は、とりあえず初期治療を施した後に大学病院などに適切に転送し、入院が必要な患者は全病棟で円滑に受け入れている。虐待等への対応では手順を周知しているが、最近の事例はない。総じて、全マンパワーを挙げて地域に貢献しており、貴院の救急医療機能は極めて優れている。

第4領域 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

4.1.4 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している（一般病院2）

○公立松任石川中央病院（200～499床）更新受審

電子カルテシステムを中心に、ナースシステム、薬剤管理システムなどの多様な情報システムが活用され、医療情報課がシステムおよびデータの一元管理にあたっている。外部ネットワークからの遮断、外部記憶媒体の接続規制、入力履歴の保存なども適正に行われ、データのバックアップは院外への保存も含めて毎日実施されている。ID・パスワードによるアクセス規制、パスワードの定期的更新、指紋認証等も実施されている。診療情報はデータウェアハウスに統合されて有効活用が図られ、臨床現場からの情報活用の要望にも迅速な対応がなされている。マスターファイルのメンテナンスは対応する部署が担当しているが、作業は医療情報課内の定められた端末によって行われている。地域連携システム「まっとう連携くん」が構築され、地域医療機関との情報共有が図られ、ワンタイムパスワードによるセキュリティ対策も行われている。医療情報技師が配置され、「医療情報委員会」ではシステム拡張の妥当性や定期的な更新が検討されるなど、情報管理に関する方針の確立と有効活用は極めて適切に行われており、秀でている。

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（一般病院2）

○東邦大学医療センター大森病院（500床～）更新受審

医療安全・感染対策など全職員を対象とした計画的な研修が行われている。DVDでの追加研修会による研修参加の徹底をはじめ、勤務時間帯に配慮した研修を実施し、委託業者も含めた100%の研修参加率を達成している。新入職者・中途採用者への研修も確実に行われている。また、医療安全の研修は、シミュレーションベースの研修を行うなど、多くの教育効果が得られ、職員の評価も高い。さらに、部門・部署で必要な図書が保管され、図書情報が一元的に管理されているメディアネットセンターで職員は図書・雑誌の閲覧が可能である。多くの研修の効果が上がるように工夫のうえ、実施されていることは秀でた取り組みであり、きわめて高く評価できる。

4.3.3 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている（一般病院2）

○蒲郡市民病院（200～499床）更新受審

基幹型・協力型（医科）研修病院および単独型・協力型（歯科）研修病院である。管理体制としては、病院長直轄の臨床研修センターが組織され、臨床研修管理委員会およびプログラム作成部会も設置されている。また、卒後臨床研修評価機構による施設認定を受けている。研修医の指導体制は、指導医のほか看護師・薬剤師など医療スタッフが配されている。研修プログラム、指導医体制は適切であり、シミュレーターやビデオなどの研修器

4.3.3 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている（一般病院2）

材や生活環境なども整備されている。評価については、研修医による指導医・指導者の評価、プログラム責任者による指導医評価および指導医・指導者による研修医評価、さらには、消防署・救急隊など地域からの研修医評価など、病院独自の評価システムを整備している。病院全体および地域をあげて研修医を育成している体制は高く評価できる。

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（一般病院2）

○伊勢崎市民病院（200～499床）新規受審

火災や大規模災害などに関するマニュアルが整備され、停電時の対応体制も整備されている。年2回、夜間・休日想定を含めた訓練が実施されている。建物は耐震構造であり、備蓄品については、患者・職員用として食品・飲料水が必要数備蓄されている。また、災害拠点病院として、DMATを2班有し、国や県で行われる訓練に参加するほか、貴院の役割を踏まえ、近隣3病院と共同で大規模災害に備えた訓練を定期的に行うなど、地域の安全・安心に大きく貢献していることは高く評価できる。

< 慢性期病院 >

第1領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

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（慢性期病院）

○医療生協さいたま生活協同組合 秩父生協病院（～199床）更新受審

倫理の方針として「一人で決めない、一度で決めない」が提唱されており、患者・家族を含めて多職種で論議を重ねることとされている。倫理委員会が組織され、月に1回開催され、外部委員として利用者代表が参加している。倫理委員会では毎回SDH（健康社会的決定要因）カンファと称して、倫理的課題を抱える事例を検討している。別に検討が必要な事例は院長を含めた多職種で、拡大倫理委員会を開催して検討している。拡大倫理委員会には行政や地域のサービス提供者も参加している。地域と共同で倫理的課題に対する対応をしており、高く評価する。臨床研究はそれほど多くないが、倫理的審査は管理会議で行っている。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.4 受動喫煙を防止している（慢性期病院）

○医療生協さいたま生活協同組合 秩父生協病院（～199床）更新受審

敷地内禁煙の方針が病院案内や入院案内、およびホームページへの掲載や院内に掲示されている。禁煙外来が実施されており、直近では複数の禁煙成功者の実績が出ている

1.6.4 受動喫煙を防止している（慢性期病院）

他、禁煙を促進するポスターも掲示されている。職員の禁煙対策については禁煙の学習会を実施し、喫煙率は毎年漸減している。特に HPH 登録病院として受動喫煙防止に対する取り組みは、患者への積極的な啓発活動や、職員に対する取り組みとともに高く評価される。

第2領域 良質な医療の実践1

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.20 身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている（慢性期病院）

○医療法人 大誠会 内田病院（～199床）新規受審

2000年から、身体抑制を行わないことを目標に工夫と努力が重ねられている。例えば、認知症状などがある患者に点滴治療や胃瘻造設などを行う場合には、チューブやカテーテル抜去などの危険性があるが、趣味を活かした紐などで気をそらす工夫や見守り方法などで、個別性のある看護・介護やリハビリテーションなどが実施されている。2000年より、身体抑制0件を10数年継続されており、研究発表などでさらに質の向上や職員のモチベーションを上げていることなどは、非常に高く評価できる。

< 精神科病院 >

第1領域 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

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（精神科病院）

○社会医療法人あいざと会 藍里病院（200床～）更新受審

相談室に精神保健福祉士や臨床心理士が配属され、精神保健福祉士を中心に幅広い相談・支援業務を担当している。相談窓口についての案内が掲示され、プライバシーに配慮された相談室が整備されている。児童虐待や高齢者虐待などの事例については、対応マニュアルが整備されており適切である。特に、2011年より、行政に先駆けて24時間、365日対応の「あいざと・こころの医療福祉相談センター」を開設し、電話による相談体制を整備し、法人内の精神保健福祉士が夜間や休日の相談に対応していることは高く評価される。

1.2 地域への情報発信と連携

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（精神科病院）

○医療法人財団北林厚生会 五条山病院（200床～）更新受審

地域連携室に配属の専従の看護師と事務員による地道な活動により、県下の精神科医療機関をはじめ他県を含む他科病院や診療所などとの密接な信頼関係が構築され、地域連携が強固なものとされている。その活動の成果に基づく受診や入院の受け入れ依頼は、病院長の一元管理により、2014年度の実績は紹介受け入れ446件、逆紹介454件に及んでいる。通院患者や地域医療機関からの依頼は時間外も含め断らない方針を組織一丸となり貫き、連携先のバックベッドとしての役割を積極的に担われるなど、県内の精神科医療連携を強力に牽引するリーディングホスピタルとして、その活動は高く評価される。

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している（精神科病院）

○医療法人財団北林厚生会 五条山病院（200床～）更新受審

ICDの資格を持つ医師が中心となり、委員会が組織されている。ICTチームは事務・薬剤師・検査技師・看護師・ICDの医師から構成され、週1回の巡回とカンファレンスを行っており、細部にわたる徹底的な評価を行っていることがうかがわれる。また、全職員を対象としたICTミニレクチャーを月2回開催し、参加者からの意見をフィードバックして爾後の方針に役立てている。感染制御のマニュアルは適切に改訂されている。このような活発なICTチームの活動は高く評価できる。

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる（精神科病院）

○医療法人山田会 八代更生病院（200床～）更新受審

部門横断的な検討の場として接遇改善委員会、CS・ES委員会をそれぞれ月1回開催し、終末期の患者に対する関わりを検討するなど医療サービスの充実を図っている。今回で病院機能評価の受審は3回目となり組織的・継続的な改善活動に取り組まれている。常設のピアレビュー委員会を改組して機能評価実行委員会を設置し評価項目を改善のツールとして医療サービスの向上や質の改善に取り組み、院内環境整備、訪問看護ステーションの充実、人材育成、給与体系の見直しなど様々な課題に関する検討が行われており評価できる。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.4 受動喫煙を防止している（精神科病院）

○医療法人長尾会 ねや川サナトリウム（200床～）更新受審

健康増進法の施行や健康増進を図る医療機関としての社会的使命から、2005年8月から禁煙実施に向けた組織的な取り組みが展開された。禁煙プロジェクトチームが組織横断的に機能し、分煙から全館禁煙を経て、2009年9月から全敷地内禁煙（職員・患者とも）となり現在に至る。患者の禁煙により病状悪化、トラブル発生、隠れタバコによる火災事故発生など予測されることについて、患者への教育活動および禁煙指導により、患者自身が禁煙について考え始める機会を積極的に提供し、禁煙が実現した。タバコのポイ捨て対策として、職員による地域パトロールおよび清掃活動が継続されている。精神科病院のタバコ対策は他に比べると立ち後れている現状にあつて、精神科病院として積極的に禁煙を呼びかけ、ニコチン依存症からの回復を支援する役割を果たされたことは他の模範となる。また、他の病院からの見学者も多い。

第2領域 良質な医療の実践1

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.23 身体拘束を適切に行っている（精神科病院）

○医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院（200床～）更新受審

拘束については指定医により判断され、観察も確実に行われている。マニュアルも整備されており、血栓防止への取り組みも行われている。1999年から身体拘束ゼロを目標に身体拘束廃止委員会が立ち上げられ、定期的な病棟巡回、夜間帯での抜き打ち巡回調査や諸会議での啓発活動を繰り返し、全職員が「拘束廃止」の実践を行っている。診療科別の身体拘束実施件数・拘束の種類と理由別件数を経年的に分析し、要注意患者や転倒転落ハイリスク患者や日常生活自立度のアセスメントと比較しながらその対策を具体的に示し、全職員、特に、看護師が共有して成果を上げていることは他に類を見ない点である。近年は件数も極めて少なく、理由もチューブ管理・輸液によるものである。拘束時間までもを把握し、検討しており詳細な分析も行われている。身体拘束廃止委員会により多職種チームで必要性や予測期間を評価するなど、身体拘束最小化への組織的な取り組みと実績を挙げられている状況は高く評価したい。

<リハビリテーション病院>

第1領域 患者中心の医療の推進

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

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（リハビリテーション病院）

○社会医療法人孝仁会 星が浦病院（～199床）更新受審

院内の感染発生状況は把握・分析されており、感染制御に活用されている。同一法人内の急性期病院との勉強会等に参加し、院外での流行情報等の収集に努めている。そして、院内の分離菌の分析により、各種耐性菌の出現頻度は把握されており、得られた知見は研究会で発表されている。病院では、ICNが中心となり発熱患者を早期に把握する仕組みを立ち上げ、培養検査を確実にし、適切な抗菌薬の選択による治療効果の向上に結び付けており、その取り組みは高く評価したい。また、過去のアウトブレイクの発生を踏まえてICNが配置され、今シーズンのインフルエンザのアウトブレイクに際しては、約2週間で終息をさせることに成功するなど、着実に成果を挙げている。

1.6 療養環境の整備と利便性

1.6.4 受動喫煙を防止している（リハビリテーション病院）

○社会福祉法人こうほうえん 錦海リハビリテーション病院（～199床）新規受審

敷地内禁煙の方針が明確に示され、実施されており、鳥取県より「健康づくり応援施設」の認定登録施設として認定されている。玄関・院内掲示・入院案内・ホームページなどには敷地内禁煙についてわかりやすく表示され掲載されている。入院時には敷地内禁煙に対する説明や禁煙活動への指導・教育がわかりやすく行われており、入院患者の理解と同意が得られている。院内には禁煙や受動喫煙への教育用のポスターも貼付されている。職員へは毎年禁煙教育が実施され、喫煙率の調査では年々減少しており、2014年には全職員の5.3%まで下がっている。受動喫煙防止や禁煙対策が積極的に継続的に実施され成果を上げていることは、医療施設として、秀でている施設として高く評価される。

第2領域 良質な医療の実践1

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.2.23 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している（リハビリテーション病院）

○医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院（～199床）更新受審

退院後、必要に応じ外来リハビリテーションを提供しており、自施設内にある通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションも活用している。また、全ての患者に、退院1か月後と3か月後にフォローアップ外来を無償で実施しており、リハビリテーション的

2.2.23 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している（リハビリテーション病院）

な評価と相談の機会を提供している。フォローアップ外来を実施する職種は病棟担当医を含め多職種で、生活状況や家族の介護負担等の聴取や、身体機能の評価を実施している。その結果は主に医師より伝えられるが、多職種の専門性を活かしたアドバイスも同時に行っており、生活期へ移行後の継続した診療・ケアの視点から秀でた取り組みと評価できる。なお、必要な在宅療養を側面支援する取り組みとして、区西南部地域リハビリテーション支援センターの事業者として、地域リハビリテーションを推進している。

○医療法人社団生和会 周南リハビリテーション病院（200床～）更新受審

院内スタッフとの連携で、必要な患者には早期から自宅復帰へ指導等が行われ、退院後に利用するサービス担当者とのカンファレンスも適切に実施されている。また、退院後は自院の外来リハビリテーションや、訪問リハビリテーションに繋いでおり、そのため体制を適切に整備し、退院後1週間後と3か月後には電話、1か月後には自宅訪問を実施して、状態を確認しFIMで評価を残しており、アフターケアは非常によい取り組みがなされている。

第3領域 良質な医療の実践2

3.1 良質な医療を構成する機能1

3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している（リハビリテーション病院）

○公益財団法人宮城厚生協会 長町病院（～199床）更新受審

厨房はサテライトキッチンであり、委託会社よりクックチル方式で管理された調理済み料理が毎日納品されている。チルド庫と再加熱カートによる温度管理と時間管理による徹底した衛生管理が行われている。マニュアルに基づき、保管、調理、盛り付け、配膳、下膳、洗浄等の一連の業務が确实・安全に提供されるように、十分な配慮や注意が払われている。また、クックチル方式を取り入れることで、非常に効率的な作業となっている。約束食事せんに基づいた献立により、病態・嚥下機能に応じた食事の種類、主食、形態等を工夫し、個別に食事の提供を行っている。年8回の行事食の提供や選択メニューも実施している。嚥下食については、摂食嚥下リハビリテーション学会2013の嚥下分類に即した嚥下食の研究をセントラルキッチンも含む関連6施設の医師・言語聴覚士・摂食・嚥下認定看護師らで進め、試食を繰り返しながら、より安全で見た目のきれいな嚥下食の開発・提供を行っており、秀でた取り組みと評価できる。また、職員向けの学習会で嚥下食への理解を深め、病院全体への周知に努めるとともに、他施設へ転院する際に申し送ることで、嚥下食の地域連携が広がっている。

第4章 テーマ別分析(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

評価機構は、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)」の新設及び指定の要件化について検討を進めているところである。

そこで、2013年度から2015年度までに病院機能評価の訪問審査を受審した特定機能病院について審査結果の集計と分析を行った。

また、がん診療連携拠点病院については指定の要件化が望まれているので、2013年度から2015年度までに病院機能評価の訪問審査を受審したがん診療連携拠点病院についても審査結果の集計と分析を行った。

4.1 2013年度～2015年度 特定機能病院の審査結果

2016年4月1日現在、84の病院が特定機能病院に指定されている。

この84病院のうち、2013年度から2015年度までに機能種別版評価項目で訪問審査を受審し、かつ訪問審査の時点で特定機能病院だった50病院の審査結果を集計し分析した。

50病院すべてが、主たる機能種別(以下、「主機能」として「一般病院2」)を選択していた。このうち17病院が副機能を受審した。受審した副機能は、「精神科病院」だけが16病院、「精神科病院と緩和ケア病院」が1病院だった。

50病院の主機能(一般病院2)のうちCとなった評価項目について集計した。

中間的な結果報告で評価Cの評価項目がなかった病院は30病院(60.0%)で、1項目以上Cがあった病院は20病院(40.0%)であった。(注)

評価Cの評価項目	なし	あり	合計
病院数	30	20	50
割合(N=50)	60.0%	40.0%	100%

この20病院に、16の評価項目について延べ35の評価Cがついた。

評価Cの病院数が多い評価項目と病院数は、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」と「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」がそれぞれ7病院、「3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している」と「3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している」がそれぞれ3病院だった。

評価項目番号	評価項目	評価Cの病院数	割合 N=50
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	7	14.0%

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	7	14.0%
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	3	6.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	3	6.0%

評価Cとされた主な理由は、2.1.5が「アンプル型高濃度カリウム製剤の病棟・部署への定数配置」「抗がん剤のレジメン登録の不備」、4.2.3が「病棟での抗がん剤の調製・混合時の職員への曝露対策の不備」「ホルムアルデヒド作業環境濃度高値」、3.1.1が「一施用ごとの払い出しの割合が低い」、3.2.3が「血液製剤の保管・管理の不備」であった。

中間的な結果報告で主機能（一般病院2）の評価項目の1つ以上に評価Cがあった20病院は、中間的な結果報告を受領してから改善に取り組み、補充的な審査を受審するなどして、このうち16病院が最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がなくなった。最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が1項目以上あった4病院（50病院の8.0%）には改善要望事項を付して改善を求めた。

注：2013年度から2015年度までに主機能として「一般病院2」を選択した病院（今回集計・分析した50病院を含む）のうち、評価Cの評価項目があった病院の割合は、2013年度が25.1%（227病院中57病院）、2014年度が25.8%（236病院中61病院）、2015年度が24.1%（228病院中55病院）であった。

4.2 2013年度～2015年度 がん診療連携拠点病院の審査結果

2016年4月1日現在、398の病院が地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携病院、または国立がん研究センターのいずれかに指定されている。

この398病院のうち、2013年度から2015年度までに機能種別版評価項目により病院機能評価の訪問審査を受審し、かつ訪問審査の時点でがん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携病院、または国立がん研究センターのいずれか）だった221病院の審査結果を集計し分析した。

221病院すべてが、主たる機能種別（以下、「主機能」）として「一般病院2」を選択していた。このうち33病院が副機能も受審した。受審した副機能は、「精神科病院」だけが28病院、「緩和ケア病院」だけが3病院、「精神科病院と緩和ケア病院」が1病院、「リハビリテーション病院」だけが1病院だった。

221病院の主機能（一般病院2）のうちCとなった評価項目について集計した。中間的な結果報告で、主機能で評価Cの評価項目がなかった病院は164病院（74.2%）で、1項目以上Cがあった病院は57病院（25.8%）であった。（注）

評価Cの評価項目	なし	あり	合計
病院数	164	57	221
割合（N=221）	74.2%	25.8%	100%

この57病院に、22の評価項目について延べ84の評価Cがついた。

評価Cの病院数が多い評価項目と病院数は、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」と「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」がそれぞれ20病院、「3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している」が6病院、「3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している」が5病院だった。

評価項目番号	評価項目	評価Cの病院数	割合 N=221
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	20	9.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	20	9.0%
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	6	2.7%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	5	2.3%

評価Cとされた主な理由は、2.1.5が「アンプル型高濃度カリウム製剤の病棟・部署への定数配置」「抗がん剤のレジメンの管理不備」「麻薬・向精神薬の管理不備」、4.2.3が「病棟での抗がん剤の調製・混合時の職員への曝露対策の不

備」「ホルムアルデヒド作業環境濃度高値」、3.1.1が「一施用ごとの払出しの割合が低い」、3.2.3が「血的製剤の保管・管理の不備」であった。

中間的な結果報告で主機能（一般病院2）の評価項目の1つ以上に評価Cがあった57病院は、中間的な結果報告を受領してから改善に取り組み、補充的な審査を受審するなどして、このうち51病院が最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がなくなった。最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が1項目以上あった6病院（221病院の2.7%）には改善要望事項を付して改善を求めた。

注：2013年度から2015年度までに主機能として「一般病院2」を選択した病院（今回集計・分析した221病院を含む）のうち、評価Cの評価項目があった病院の割合は、2013年度が25.1%（227病院中57病院）、2014年度が25.8%（236病院中61病院）、2015年度が24.1%（228病院中55病院）であった。

日本医療機能評価機構 沿革

年	月	できごと
昭和 56 (1981) 年	3 月	日本医師会・病院委員会の中間報告において「病院機能評価」という語がわが国で初めて用いられる
昭和 60 (1985) 年	8 月	厚生省（当時）と日本医師会が合同で「病院機能評価に関する研究会」を設置
昭和 62 (1987) 年		「病院機能評価に関する研究会」研究会報告書として『病院機能評価マニュアル』が作成される
平成元 (1989) 年	4 月	日本医師会および厚生省健康政策局により『病院機能評価マニュアル』が発刊される
平成 2 (1990) 年	10 月	東京都私立病院協会において、JCAHO 研究会を継承するかたちで「病院医療の質に関する研究会」が発足 専門の評価調査者の育成、中立的立場の専門家による学術的第三者評価を実施
平成 5 (1993) 年	9 月	厚生省「病院機能評価基本問題検討会」において、第三者評価による医療機能評価実施に向け検討
平成 6 (1994) 年	9 月	「病院機能評価基本問題検討会」報告書において、第三者の立場から学術的・中立的な医療機関の評価を行う公益法人の設立の必要性を提言
平成 7 (1995) 年	1 月 7 月	日本医師会内に設立準備室発足 (財) 日本医療機能評価機構 設立
平成 9 (1997) 年	4 月 8 月	病院機能評価の本格的な開始 (ver. 2. 0) 第一号認定
平成 10 (1998) 年		ver. 3. 0 への改定作業開始
平成 11 (1999) 年	7 月	評価項目 ver. 3. 1 適用開始 (アルゴリズムの廃止)
平成 12 (2000) 年	12 月	ver. 4. 0 への改定に向けた「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」発足 (~13 年度)
平成 14 (2002) 年	7 月	評価項目 ver. 4. 0 適用開始 (統合版評価項目となる) 更新審査開始
平成 15 (2003) 年	5 月 8 月 9 月 10 月	健康増進法の施行に伴い、「病院機能評価における『禁煙・分煙』の考え方について」を発表 認定病院数が 1, 000 を超える 統合版評価項目 ver. 4. 0 が ALPHA (医療評価認定機関の国際標準に基づく国際審査) の評価項目に対する審査で認定される 付加機能評価 (救急・緩和ケア・リハビリテーション) 審査

	12月	開始 統合版評価項目改定検討会開始（～16年度）
平成16（2004）年	4月	サーベイヤー・パフォーマンス・レビューによる評価調査者の業務遂行状況評価開始
平成17（2005）年	7月	当機構発足10周年 ver. 5.0 適用開始
平成21（2009）年	7月	ver. 6.0 適用開始
平成23（2011）年	4月	公益財団法人移行
平成25（2013）年	4月	機能種別版評価項目 3rdG: Ver. 1.0 適用開始 付加機能評価（リハビリテーション機能(回復期)) Ver. 3.0による訪問審査開始
平成27（2015）年	4月 7月	機能種別版評価項目 3rdG: Ver. 1.1 適用開始 当機構発足20周年

病院機能評価データブック 平成 27 年度

平成 29 年 3 月 31 日発行

発行者 公益財団法人日本医療機能評価機構（担当・評価事業審査部）

〒101-0061 東京都千代田区三崎町 1-4-17 東洋ビル

Tel: 03-5217-2321 Fax: 03-5217-2328

(C) Japan Council for Quality Health Care

本書の無断複製・転載を禁じます
