

一般病院 3：自己評価調査票 差し替え用（2025年9月修正版）

※修正箇所：赤字

1 患者中心の医療の推進

1 3 患者の安全確保に向けた取り組み

1 3 1 安全確保に向けた体制が確立している

【評価の視点】

●担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。

【評価の要素】

- 医療安全に関する多職種から構成された組織体制
- 医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制
- 患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知
- 安全管理に関する委員会等の機能

【本項目のポイント】

- ◆組織図上の位置付けだけでなく、医療安全管理責任者、医療安全管理者（または実務を担当する者）、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者の権限を確認する。
- ◆医療安全上の重大な問題などが発生した場合の管理者との連携方法や実績などを、具体的に確認する。
- ◆医療安全管理部門の日常的な活動と個別の担当者の活動実績について確認する。
- ◆医療安全管理委員会、医療安全管理部門の業務内容が定められていることを確認する。
- ◆担当者の研修受講実績を確認する。
- ◆内部通報窓口については、個人を識別できないようにするなど、情報提供者が単に情報を提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けることがない体制となっているか、**匿名の通報についても受け付けられているか**を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 担当者に必要な権限が付与されていない。
- 担当者に、医療安全に関する活動実績がない。
- 医療安全上の課題に対する、管理者との連携体制がない。

【関連する項目】

・院内規程、マニュアル等の承認の仕組みについては、『4.1.5文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある』で評価する。

1 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

【評価の視点】

- 院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。
- 院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。

【評価の要素】

- 院内での感染発生状況の把握
- 院内感染防止活動の継続的・定期的な把握
- 収集したデータの分析と検討
- アウトブレイクへの対応
- 院外での流行情報などの収集と活用
- 感染管理に関する地域との連携

【本項目のポイント】

- ◆ 自院の感染関連情報として収集すべき情報が明確となっていることを確認する。
- ◆ 全病棟を対象に人工呼吸器、中心静脈カテーテル、膀胱留置カテーテルを装着した患者の感染症（それぞれ、肺炎、菌血症、尿路感染症）の発生状況を把握していることを確認する。
- ◆ 手術部位感染の発生状況をどのように把握しているかを確認する。
- ◆ SSI、CLABSI、VAE、CAUTI等の発生状況や推移等の分析について、病棟や診療科、術式等の状況を確認する。
（記載場所移動）
- ◆ 立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の評価と見直しがどのようにされているかを確認する。
- ◆ 収集・分析した院外の医療関連感染に関する情報を自院で活用した事例、他の医療機関との連携の具体例を確認する。
（記載場所移動）
- ◆ 感染対策に関して、施設間でのピアレビューを行っている場合は、その結果を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない。
- 全病棟を対象に人工呼吸器、中心静脈カテーテル、膀胱留置カテーテルを装着した患者の感染症（それぞれ、肺炎、菌血症、尿路感染症）の発生状況を把握していない。
- 主要な術式について手術部位の感染発生状況を把握していない。
- 感染状況に応じて、より詳細なサーベイランス（SSI・CLABSI・VAE・CAUTI等）を実施していない。
- 収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない。
- 院内感染防止活動の実施状況を把握していない。

【関連する項目】

- ・感染症パンデミック時の具体的対応は、主に本項目で評価する。災害対応の面から、病院としての組織的な対応については『4.6.1災害時等の危機管理への対応を適切に行っている』で評価する。
- ・抗菌薬の適正使用に関する情報収集と分析・検討については『2.1.10抗菌薬を適正に使用している』で評価する。

2 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 18 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者の安全を確保した身体拘束（身体抑制）の最小化に適切に取り組んでいることを評価する。

【評価の要素】

- 人権への配慮
- 身体拘束（身体抑制）・行動制限の必要性の評価
- 必要性和リスクなどについての説明と同意
- 回避・軽減・解除に向けた取り組み（記載場所移動）
- 拘束（抑制）・制限中の患者の状態・反応の観察
- 患者・家族の不安の軽減への配慮

【本項目のポイント】

◆ 病院機能評価においては、従来、精神保健福祉法に規定する「身体拘束」との混同を避けるため「身体抑制」を使用してきた。近年、身体抑制を含めて「身体拘束」が使用されることが多くなってきたため、「身体拘束（身体抑制）」の用語を使用する。

◆ 診療報酬で記される「身体的拘束」は患者の身体又は衣服に触れる用具を用いての拘束をいう。本項目では、ドラッグロック（薬物拘束）、離床センサー、ベッドの4点柵等を含めて評価する。

◆ 薬剤による鎮静の方針を確認する。

◆ 多職種カンファレンスによる早期解除への取り組みを確認する。

◆ 身体拘束（身体抑制）の実施を最小化するため、実施患者をどのように把握し評価しているかを確認する。
（以下、削除）

◆ 本中項目では、薬剤による鎮静を含む身体拘束（身体抑制）と行動制限を確認する。

◆ 身体拘束（身体抑制）・行動制限の実施状況を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 身体拘束（身体抑制）が適切に適用されていない。
- 身体拘束（身体抑制）中の患者の状態・反応の観察が患者の状態に合わせて行われてない。
- 身体拘束（身体抑制）の必要性和リスクについて、説明と同意が行われていない。
- 回避・軽減・解除に向けた取り組みがない。
- 身体拘束（身体抑制）の実施状況を把握していない。

【関連する項目】

4 理念達成に向けた組織運営

4 1 病院組織の運営

4 1 2 病院運営を適切に行う体制が確立している

【評価の視点】

- 病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備されていることを評価する。

【評価の要素】

- 病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する評価の仕組み
- 病院運営の意思決定会議の実態
- 病院の組織構造と指揮命令系統を示す組織図や職務分掌の整備
- 病院運営に必要な会議・委員会の実態
- 組織内への決定事項の周知と遵守状況

【本項目のポイント】

- ◆ 病院幹部の組織運営に対して、任命側からの定期的な評価を確認する。
- ◆ 組織図は実態を反映していることを確認する。
- ◆ 公益通報者保護法に基づく公益通報窓口の設置状況と職員への教育・周知の状況、通報が寄せられた際の対応を確認する。

【C評価となりうる状況（例）】

- 幹部職員、特に病院長の権限が明確でない。また、病院幹部の組織運営状況に対する監督や評価がされていない。
- 意思決定会議が定期的には開催されていない。
- 組織図や職務分掌が明確にされていない。

【関連する項目】

・ 幹部職員の選任過程については、病院の管理運営体制の適切性を評価するために本項目で評価する。幹部職員以外の人事については『4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている』で評価する。