

病院機能評価
感染症対策に関する評価項目
解説集

2020 年 4 月



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

目次

機能種別版評価項目 一般病院 2 3rdG:Ver. 2.0(*)

(*)「一般病院 2」は、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を対象にしています。

1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	… P. 2
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	… P. 4
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	… P. 6
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	… P. 9
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	… P. 11
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	… P. 13
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	… P. 15
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	… P. 17

高度・専門機能評価項目 救急医療・災害時の医療 Ver. 1.0(*)

(*)「高度・専門機能 救急医療・災害時の医療」は、三次救急病院等、地域において高次救急機能を担う病院を対象にしています。

2.1.5	救急患者の受け入れや対応における危機管理が適切に行われている	… P. 21
-------	--------------------------------	---------

病院機能評価の詳細につきましては、評価機構の下記 HP をご参照下さい。

<https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/accreditation/outline/internallink/>

病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集

一般病院2 <3rdG:Ver.2.0>

人の安心、医療の安全 JQ



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

1.4.1

医療関連感染制御に向けた体制が 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、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 医療関連感染制御に関する組織体制
- 委員会等の機能
- 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成と必要に応じた改訂

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

● 医療関連感染制御に関する組織体制

医療関連感染の制御を行うことは、各病院が医療の質を担保する上で極めて重要な責務と考えられ、職員個々の努力に留まることなく、病院全体での取り組みが必須である。また、地域における基幹病院であれば、自院の感染制御だけでなく、周辺の医療機関等の感染制御に関しても指導的立場が求められ、共同して議論できる場が用意されていることが必要である。

医療関連感染制御は、病院組織としての対応が必要であり、その対応を担う感染防止対策部門を設置し、院内感染管理者を配置することが求められる。感染防止対策部門や感染管理者の組織的位置づけと責任の所在を明確にすることは基本であるが、部門の体制は病院の規模や機能に見合ったものとなっていればよい。感染防止対策部門には、感染制御に関する専門的な研修を受けた医師および看護師の他、薬剤師、臨床検査技師が適切に関与し、感染制御チームが組織されていることが求められる。感染管理者には院内外の感染関連情報の収集・分析に基づく改善・指導に関して、必要な権限が付与されていなければならない。医師はICD（Infection Control Doctor）、看護師はICN（Infection Control Nurse）の資格を有すること

が望ましく、ICD、複数のICN、薬剤師、臨床検査技師、事務職員の専任・専従化が望ましい。これらの組織は、実際に活動していることが必要であり、名目上の組織に留まってはならない。

● 委員会等の機能

病院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染管理の専門的知識を有する医師等からなる院内感染防止対策委員会が毎月開催され、十分機能していることが必要であり、アウトブレイクなど緊急時には随時召集できることが求められる。

感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、地域の医療機関と合同で少なくとも年4回程度、院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが求められる。

● 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成と必要に応じた改訂

感染防止対策マニュアルや各種指針等の整備は必須であり、院内感染管理者や感染制御チームの具体的な業務内容が明確になっているとともに、標準予防策や主要な病原体別の感染対策、感染経

路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、抗菌薬適正使用、洗浄・消毒・滅菌、手技、器具の取り扱いに関する感染対策などがマニュアルとしてまとめられている必要がある。マニュアルは、必要時に参照するような内容と、基本的に知っているべき事項とは区別されるなど実用的に編集されていることが重要である。いずれも教科書的に詳しいことよりも、速やかな判断や行動に結びつ

くようになっていることが望まれ、また、国内外の最新情報を速やかに収集し、随時改訂されていることが重要である。改訂年月日の記載、院内職員への周知とともに、マニュアルがいつでも参照できるような工夫が望まれる。

前述のような各種の取り組みが形の整備に留まらず、具体的な活動実績があることが必要である。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- ◆ 委員会の委員長や最終責任者である病院長とともに、ICD、ICN等を必須とはしないものの、基幹病院では相応の知識を有する実務担当者としての医療職の専従配置が望まれる。
- ◆ 委員会の構成や月1回の開催のほか、委員会が報告会としての位置づけか、議論の場であるかの判断が必要であり、議論の場には専門的知識を有する職員の参加が望まれる。

C評価となりうる状況（例）

- 医療関連感染制御に関する実務的な担当者が明確になっていない。
- 担当者に必要な権限が付与されていない。
- 医療関連感染制御に関する活動実績がない。

関連する項目

- ・ 抗菌薬の適正使用に向けた対応状況については『2.1.10抗菌薬を適正に使用している』で評価する。
- ・ 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。

1.4.2

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（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 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

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

● 院内での感染発生状況の把握

感染防止対策部門は、院内の感染発生の常時モニタリングを行い、感染の発生をできるだけ早期に把握し、速やかな対応を図ることが重要である。感染発生は、通常、主治医による微生物検査の結果により把握されるが、感染発生のモニタリングは、発熱や下痢、嘔吐といった感染症が疑われる症状の発現を捉えた早めの行動開始が望ましい。また、感染症発症、菌検出等の情報の流れが明確にされていることが重要である。

● 院内感染防止活動の継続的・定期的な把握

医療関連感染の制御にあたっては、発生状況の把握と分析、臨床現場への報告、具体的な改善策の立案とその周知徹底が継続的に行われ、定期的に把握されていることが重要となり、そのためには、ICT（Infection Control Team）ラウンドによる現場の定期的な状況把握や病院全体を対象とした包括的なサーベイランスの他、病院の機能に応じて、SSI（手術部位感染）、BSI（血流感染）、CRI（カテーテル関連感染）、VAP（人工呼吸関

連肺炎）、UTI（尿路感染）など、ターゲットを明確に定めたサーベイランスも求められる。

● 収集したデータの分析と検討

自院の感染関連情報としては、院内の分離菌把握と菌種別の薬剤感受性などが基本となる。特に、MDRP、MRSA、VREなどの各種耐性菌の出現頻度の把握は重要である。保菌状態と感染源かの評価も重要であるが、これらの情報に関しては、病棟別・部署別の分析・検討は当然であり、アウトブレイクを疑う際は、病室・ベッドごとの分析など、より詳細な検討が望まれる。ターゲットサーベイランスで得られたデータについても、JANIS（院内感染対策サーベイランス事業、厚生労働省）に参加するなど、自院の問題点を分析・検討し、改善策を立案・実行して、結果を評価するなど、院内の感染防止対策に活用していることが重要である。

● アウトブレイクへの対応

アウトブレイクに関しては各種定義があるが、自院における定義を明確にするとともに、委員会

等の緊急召集やマスコミ発表などを含め、基準・手順が整備されるべきである。インフルエンザやノロウイルスなどについては、アウトブレイクに際しての具体的な行動指針として整備されていることが求められる。入院制限等に至る前に、院内サーベイランスで通常レベルを超える発生率、稀な耐性菌発生等を拾い上げ、対策をとり制御できた事例などは、定義的にはアウトブレイクであっても感染制御面ではすぐれた実績である。積極的なサーベイランスと事実の公表などを行っている場合は、高く評価される。アウトブレイクの正確な診断に向けて、PCRを用いた遺伝子のタイピング検査を積極的に行っている施設や、自院にその検査機器を有している場合は、高く評価される。

● 院外での流行情報などの収集

医療関連感染の情報収集・活用には、国立感染症研究所の感染症発生動向調査や流行予測調査、地域の感染症情報センター、WHO・CDC等ガイドラインの新規情報の利用などがあげられる。また、アウトブレイク等については地域の感染情報なども重要であり、近隣施設との勉強会・意見交換等の実施だけでなく、行政との積極的な情報交換も重要である。

上述したような各種感染関連情報は、単に院内で報告することを最終ゴールとせず、分析・検討により得た知見を学会、研究会等で発表し、院内職員向けの定期的な感染関連教育・研修の場でもフィードバックするなど、有効に活用することが望ましい。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 相当数の手術が行われている施設でのSSIや、集中治療部門を有する施設でのBSI・CRI、VAP等の発生状況や推移の分析は必要であり、病院全体としての把握状況を確認する。

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。
- 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。

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



評価の視点

- 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況进行评估する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 標準予防策に関する遵守状況
- 感染経路別の予防策に基づいた対応
- 手指衛生（手洗い・手指消毒）の徹底
- 個人防護用具（PPE）の着用
- 現場での感染性廃棄物の取り扱い
- 血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱い

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

● 標準予防策に関する遵守状況

感染症の有無にかかわらず、すべての患者に適用される基本的な感染対策が、標準予防策として明確に定められ、院内のすべての部門・部署において、確実に遵守されていなければならない。手洗い等手指衛生を必要とする場面や手順、手袋・マスク・ゴーグル・ガウンなどの個人防護具（PPE:Personal Protective Equipment）の使用基準や手順が遵守され、その状況が把握・評価・指導・教育されていることが求められる。

● 感染経路別の予防策に基づいた対応

感染経路別予防策は、感染症の種類に応じて、標準予防策に加えて実施する。接触感染予防では、患者の個室収容が望ましく、手袋の適切な着脱と必要時のガウンの使用が求められる。飛沫感染予防では、患者の個室収容、手袋・ガウンの適切な使用の他、患者に近寄る際にはサージカルマスクの着用が必要である。結核等空気感染予防では、陰圧室、隔離室を使用し、入室の際はN95マスクを着用する。患者が検査等で室外に出る場合は、サージカルマスクの着用などの対策が必要であ

る。さらに、他院へ転送する場合の手順や隔離解除基準等も明確にしておくことも重要である。いずれにせよ感染症が発生した場合に、速やかに診断され治療が開始されることが重要であり、現場におけるトリアージや待合室の工夫、咳エチケットなどは重要で、疑われる疾患によっては隔離も考慮されなければならない。

● 手指衛生（手洗い・手指消毒）の徹底

手指衛生は、患者に接触する前、清潔・無菌操作の前、体液に暴露された可能性のある場合、患者に接触した後、患者周辺の物品に触れた後の5つの場面で実施することが推奨されている。手指衛生に関しては、汚れの程度や種類に応じ、流水手洗いと速乾式消毒剤が使い分けられ、速乾式消毒剤は備え式でも携帯式でも、その確実な使用を徹底することが重要である。手指衛生の徹底状況の評価については、速乾式消毒剤の使用状況のモニタリングや手洗い評価などの実施が求められる。

● 個人防護用具（PPE）の着用

個人防護用具（PPE）の使用に関して、処置内容に応じて適切に使用される必要がある。採血を

含め、手袋の着用は1処置1手袋の原則が徹底されていることが望まれる。手袋、ガウン等の取り扱いについては、着用だけでなく暴露予防となる着脱方法についても手順等が整備され、使用後の適切な処理(ガウンは外側を内側に包んでまとめるなど)が全職員に徹底していることが重要である。中心静脈カテーテル挿入等は、清潔手技におけるマキシマル・バリア・プリコーションの遵守が望まれる。

●現場での感染性廃棄物の取り扱い

感染性廃棄物は、発生場所で速やかに他の廃棄物と分別する。梱包の条件や取扱いの安全性・容易性の観点から、液状または泥状のもの、固形状のもの、鋭利なものに分別し、それぞれ対応する容器を用いて安全な廃棄に努める。特に、注射針やメス等の鋭利なものは、金属製またはプラスチック製等で耐貫通性のある堅牢な容器を使用する。容器は一目で廃棄物の種類がわかるように、液状または泥状は赤色、固形状は橙色、鋭利なものは黄色、分別排出が困難なものは黄色のバイオハザードマークを付すことが望ましい。

感染性廃棄物の飛散による汚染の拡大を防ぐために、容器は適切量で密閉する。また、内容物が飛散する形の移し替えは行ってはならない。

感染性廃棄物は、速やかに最終保管場所に安全に搬送される仕組みになっている必要があるが、病棟等発生場所で一時的に保管される場合は、患者等が触れないよう工夫されている必要がある。感染症患者が使用した紙おむつは、感染性廃棄物として処理する必要がある。また、輸液点滴セットは、点滴バッグを除き感染性廃棄物として処理することとし、チューブの途中で切断することは適切でない。透析回路はダイアライザー、チューブ等血液が含まれる部分は感染性廃棄物として処理する。

●血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱い

血液・体液が付いたリネン・寝具類や感染症患者が使用したリネン・寝具類は、速やかにビニル袋等に密封し、交差感染を防止する。外部に搬出

されるまでの間、一時的に院内に保管される場合は、患者等が触れないよう工夫されている必要がある。

院内で消毒等の一次処理を行う場合は、感染の拡大防止に細心の注意を払うとともに、必要な個人防護具を適切に使用するなど、職員の職業感染防止対策が適切に行われていなければならない。このような感染防止対策上の取り扱いを院内で定め、手順を明文化しておくことが求められる。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 1 処置 1 手袋を原則としているなど、適切な運用を確認する。外科病棟などでは包交・処置時の伝搬感染疑い事例も報告されており、手袋の頻回な交換と手袋を外した際の手指消毒の実施は必要である。
- ◆ 感染性廃棄物や血液・体液が付いたりネン・寝具類の取り扱いについては、搬出者の感染防御への配慮がなされていることを確認する。
- ◆ 産科混合病棟における感染対策を確認する。
- ◆ 感染性廃棄物が現場から受け渡されるところまでを評価の対象とする。

C評価となりうる状況（例）

- 手洗いまたは手指消毒が確実に実施されていない。
- 血液・体液が飛散する可能性がある場合等に、个人防护用具（PPE）が適切に使用されていない。
- 感染経路別の予防策に基づいた対応が行われていない。
- 感染性廃棄物の表示・分別が適切に行われていない。

関連する項目

- ・ 感染防止対策の有効性の評価と見直しについては『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』で評価する。
- ・ 廃棄物の運搬以降の処理過程については『4.5.1施設・設備を適切に管理している』で評価する。

参考資料・出典

- ・ 環境省「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」

2.1.10

抗菌薬を適正に使用している



評価の視点

- 抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 抗菌薬の採用・採用中止に関する検討
- 抗菌薬の適正使用に関する指針の整備
- 院内における分離菌感受性パターンの把握
- 抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック
- 起炎菌・感染部位の特定

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

● 抗菌薬の採用・採用中止に関する検討

抗菌薬の不適正使用や過剰投与による耐性菌の出現は、一病院の問題に留まらないことが多い。したがって、抗菌薬の選択や使用期間等に関しては、個々の医師の裁量権に任せず、病院全体として議論されることが望ましい。

抗菌薬の採否は、診療内容や自院の感染に関するデータに基づき、抗菌薬の分類にも配慮し合理的な選択がなされていることが必要で、随時見直しが行われていることも重要である。

● 抗菌薬の適正使用に関する指針の整備

抗菌薬の使用指針に関しては、各種ガイドライン等に準拠した具体的な使用方法と、耐性菌の出現防止に向けた院内のルール等が明記されている必要がある。起炎菌不明時の抗菌薬の選択、速やかな菌種の同定と感受性の確認、適正な抗菌薬へのDe-escalationの実施、特別な抗菌薬等の使用、抗菌薬使用の監視・制御の仕組みなどが整備されていることが求められる。

カルバペネム系やバンコマイシンなど、特殊な抗菌薬使用を届け出制としている施設も多いが、形骸的とならないように、薬剤師だけでなく感染対策チームとして適正使用を評価する仕組みが望まれ

る。特殊なものに限らず抗菌剤全般について、院内での使用状況が把握されていることが必要であり、使用指針に反した使用があればもちろん、そうでなくても必要に応じて薬剤選択、使用期間、効果判定など、随時指導が行われることが重要である。

周術期の予防的抗菌薬使用に関しては、清潔手術、準清潔手術、準汚染手術といった術式別に推奨抗菌薬が定められるべきであり、既存のガイドラインと院内採用薬との整合性が求められる。また、執刀の直前投与、抗菌薬の半減期等に合わせた追加投与、術後短期間での投薬中止まで、クリニカル・パス（クリティカル・パス）での周術期抗菌薬の指定とともに、現場医師との議論・決定の過程が望まれる。感染対応が困難な事例に関しては、感染症専門医にコンサルトできる環境は望ましく、ICD等が院内に不在の場合は、地域において相談できる専門医等の確保を望みたい。

● 院内における分離菌感受性パターンの把握

院内で検出された病原菌については、その菌種とともに感受性についても検査され、その結果に基づき抗菌薬の選択が修正されていることが必要である。

これらの情報は一定期間ごとに集約してアンチバイオグラムが作成され、院内の抗菌薬使用状況の評価・適正使用に活用されていることが望ましい。

● 抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック

抗菌薬の使用状況は、感染症の発症状況、検出菌の情報などを踏まえ、感染管理の担当者からのコメントを付けて臨床の現場にフィードバックされていることが望ましい。単なる文書配布だけでなく、感染症に関わる部門においてはカンファレンス等で話題にすることが重要である。

● 起炎菌・感染部位の特定

抗菌薬使用にあたっては、起炎菌・感染部位を特定した上で、使用することが原則であるが、起炎菌の不明時に広域スペクトラム薬剤を使用する場合にはde-escalationの考え方を導入して、経過中に判明した情報に基づき狭域の最適な薬剤への

変更を考慮すべきである。感染対策チームで、このようなde-escalationの実施状況を監視し、必要な指導が定常的に実施されていることが望ましい。起炎菌の同定は抗菌薬の選択に重要であるので、24時間培養検査（検体受付）が可能で、早期に培養検査が実施されていることが求められる。感染源が特定しがたい場合は、必要に応じて複数の疑われる部位からの検体が提出されていることも大切である。その結果の評価について、ICTなどが積極的に関与し指導していることが望まれる。

グラム染色は、短時間で起炎菌に関する多くの情報を得ることができ、研修医教育等においても意義が高いので、日常診療において、その実施を必須とはしないが、病院として方針を決めておくことが望ましい。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 周術期の予防的抗菌薬使用にあたっては、清潔手術・準清潔手術などの清潔度に応じて適正な抗菌薬が選択され、術中の薬剤濃度を考慮した投与間隔や術後早期の中止状況を確認する。
- ◆ 培養検査などで起炎菌を速やかに同定し、適切な抗菌薬に移行することが日常化していることを確認する。漫然とした長期投与や同系統薬剤の継続使用に対して、感染対策チームに属する薬剤師が、院内の監視・抑制に関与することが望まれる。
- ◆ 特殊な抗菌薬の届け出制に関して、形骸化していないことが必要である。

C評価となりうる状況（例）

- 抗菌薬の使用指針が作成・改訂されていない。
- 抗菌薬の使用指針に基づいた抗菌薬使用が行われていない。
- 抗菌薬の使用実態が病院として把握されていない。
- 起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択が行われていない。

参考資料・出典

・厚生労働省「抗微生物薬適正使用の手引き」

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



評価の視点

- 患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 受診に必要な情報の案内
- 初診、再診、会計などの手続き
- 紹介患者の受け入れ
- 待ち時間への配慮
- 患者の病態・緊急性への配慮

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

初めて来院した患者や紹介されて訪れた患者が、戸惑うことなく円滑に受診できる仕組みが、患者の視点に立って整備されていることが望ましい。また、一刻を争う病態で救急搬送による来院や、他機関からの転院のための搬送による来院、診療時間内・休日・夜間の急患としての来院など、自院で想定される来院に対応する仕組みも整備しておく必要がある。

● 受診に必要な情報の案内

患者の診療受け入れにあたっては、自院の役割・機能を明確にして、診療内容・診療時間、診療医師名、入院の受け入れ体制、自己負担となる療養費など最新の情報を明確に掲示・表示していなければならない。また、ホームページには診療科の特徴など、受診に必要な情報が掲載されていることが望ましい。

● 初診、再診、会計などの手続き

一般的な初診や急患として来院する際には、予め患者が電話による問い合わせや、ホームページで確認するなど、何らかの事前アクションが想定される。そこで受診に必要な情報の案内について、常に更新されていること、また、窓口での丁寧な対応が必要である。来院してからは、病態を観察

しながら必要な受診手続きを進め、緊急性に応じて外来医師や看護師など診療部門との連携も重要である。症状から見た適切な診療科の案内などについても配慮されていることが必要である。

● 紹介患者の受け入れ

紹介患者の受け入れについては、窓口となる部門（地域連携室など）と受付との連携により、事前情報の共有や持参書類・検査データの取り扱いなど、手順に沿った対応が必要である。

他機関からの転院による来院については、患者の「速やかに病室に入りたいという気持ち」に留意し、関係部門間の連携や、入院前の診察・検査や入院手続きには配慮が必要である。

夜間・休日や輪番制などによる診療時間外の患者受け入れについては、病院機能について明確に広報や、問い合わせなどへの適切な対応に留意する。来院時は手順に基づいた適切な対応が求められると同時に、受け入れが不可能な状況があれば受け入れ可能な病院への紹介など適切で速やかな連携を図ることが重要である。万が一にも「門前払い」などあってはならないことである。

● 待ち時間への配慮

外来診療における「待ち時間」は、患者にとっ

て重要な関心事であり、病院にとっても課題である。来院受付から、診察、検査、投薬、会計などを経て、病院を出るまでの間の待ち時間を、定期的に把握・分析すると同時に、各診療科の状況に応じて、待ち時間を短縮したり、待つことの苦痛を軽減したりするためにきめの細かい配慮や工夫が是非とも望まれる。また、同日の内に他科を受診したいという希望にも診療科間の速やかな連携によって対応できる仕組みも必要である。また、入院当日の病室への入室待ちなどについても配慮されていることが望ましい。

● 患者の病態・緊急性への配慮

高齢者、障害者の受診について、また日本語での会話がむずかしい患者の受診についても配慮が求められる。また、インフルエンザなど感染が疑われる疾患の患者受け入れについては、他の患者と区分する手順を予め決めておくなど、患者に理解を求めながら適切に対応する仕組みが必要である。外来で受診待ちをしている患者の中には、緊急な対応が必要なケースもあり得るので、外来看護師等が適切に目を配らせ、緊急性についてのトリアージにより適切に対応できていることが必要である。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 救急搬送、夜間・時間外、転院や紹介受診など想定される来院形態について、適切に診療につなげているプロセスを患者の視点で評価する。
- ◆ 待ち時間短縮に向けた予約制の導入などは、高く評価するが、診療科の特性によっては、予約制の導入が困難な場合もあることに留意する。
- ◆ 紹介患者については、情報交換が円滑に行われていることを評価する。
- ◆ 病院の状況によっては、外国語による表示、病院案内や診療マニュアルの整備など、外国人の診療に対するサポートを評価する。

C評価となりうる状況（例）

- 患者の病態・緊急性に適切に対応していない。
- 待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない。

関連する項目

- ・ 紹介患者受け入れ後の、紹介機関への段階ごとの返答（報告）が行われる仕組みについては『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』で評価する。
- ・ 入院案内については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

3.2.6

救急医療機能を適切に発揮している



評価の視点

- 地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 救急患者の受け入れ方針と手順
- 自院で受け入れができない場合の対応
- 夜間・休日の対応体制の整備
- 緊急入院などへの対応
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

いかなる医療機関も、患者の緊急な来院に対応できる機能を有する必要があるが、当該病院の地域における役割と機能により、三次救急患者を受け入れる病院から、ほとんどの救急患者を他院へ紹介して対応する病院もあり得る。救急告示病院でない場合、本項目は評価非該当となる。

● 救急患者の受け入れ方針と手順

救急患者の受け入れの方針は、院内および院外関連機関に周知されている必要がある。現実的には文字どおりの救急患者に限らず、時間外対応をしなければならない場合があると想定され、トリアージや待合室内での患者の状況確認、帰宅の判断などの対応手順の整備も重要である。また、感染症が疑われる患者の対応手順も整備され、可能なら別の診療場所を確保することも望まれる。

● 自院で受け入れができない場合の対応

自院で対応が困難な場合は、受け入れ可能な機関への紹介等を行っていることが求められる。また、受け入れなかった症例について、判断の是非等の検討を行っていることが望まれる。

● 夜間・休日の対応体制の整備

救命救急センターに相当する機能を有する病院では、専任の救急科専門医が責任者として従事し、地域における役割から受診が想定される救急患者に無理なく24時間対応できるために十分な医師数が救急部門に配属されていることが求められる。また、看護についても、無理なく24時間対応するために十分な看護師が配置されていることが求められる。日本看護協会救急看護認定看護師等の専門性を持った看護師が配属されていることが望ましい。さらに、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員の当直体制が求められる。診療科については、内科、外科、循環器科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、精神科等の支援を、必要時に緊急で受けられることが求められる。また、このことを、各診療科が了解していることが必要である。

二次救急に相当する救急機能を有する病院においては、外科的処置を含めた対応が可能な医師の配置が求められる。各診療科の医師が、時間外も含めて対応できる病院は、高く評価される。また、看護については、専任の職員が24時間配属され、

円滑な運用のための人員数を確保していることが望まれる。さらに、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員については、基本的に当直体制にあることが求められるが、救急患者数によってはオンコール体制でもよい。

上記以外の救急病院については、専従・専任である必要はないが、対応する医師が24時間にわたって決まっていることが求められる。また、看護については、専任者が決められ、必要時には、他の部署等から応援を受けられる仕組みが機能していることが求められる。さらに、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員については救急患者数によってはオンコール体制でよい。

● 緊急入院などへの対応

救急患者の円滑で安全な入院を可能にするために、救急担当部門と病棟との連携の手順が明確である必要がある。入院の可否や調整に、時間がい

たずらに費やされる状況は好ましくない。

なお、適切に救急医療機能を発揮するためには、いかなる医療機関も心肺蘇生に必要な医療機器や薬剤を整備する必要がある。また、救命救急センターに相当する機能を有する病院および二次救急に相当する救急機能を有する病院では、心肺蘇生および重症患者管理に必要な医療機器や薬剤を常に使用できることが求められる。

● 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応

救急医療の現場では、患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等があり得るという可能性を念頭において、診察・ケアにあたっていることが求められる。また、患者が虐待等を受けた可能性のある場合に、適切に患者支援および院内・外の連絡調整を行えることが求められる。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 救急医療機能が病院に見合っているかどうかは、地域の事情を病院から聴取した内容を参考に評価する。
- ◆ 基本的に救急の受け入れはしておらず、自院に通院中の患者、退院患者が来院した場合のみ対応する方針があれば、病院の役割・機能、地域の状況等を勘案して、本項目では評価の対象としない。
- ◆ 本項目が評価の対象としない場合であっても、救急患者が連絡なしに来院した場合の対応を確認し、少なくとも可能な応急処置および適切な医療機関に紹介していることを確認する。

C評価となりうる状況（例）

- 病院の機能に応じた受け入れ方針が明確になっていない。
- 病院の機能に応じた救急対応の職員が決められていない。（時間外も含める）
- 自院での受け入れが困難な場合に適切に対応されていない。
- 緊急入院を必要とする患者が円滑に入院できない。
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた可能性を適切に検討し、疑いのある場合に報告していない。

関連する項目

- ・ 本項目を対象としない場合であっても、救急患者が連絡なしに来院した場合の対応（可能な応急処置および適切な医療機関への紹介など）については『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』で評価する。

4.1.3

効果的・計画的な組織運営を行っている



評価の視点

- 病院の組織が整備され、効果的・計画的に運営されていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 病院運営の意思決定会議の実態
- 組織内の情報伝達
- 病院の実態にあった組織図や職務分掌
- 病院運営に必要な会議・委員会の開催
- 2年以上の先の将来を見据えた中・長期計画の策定
- 理念・基本方針と中長期計画等との整合性
- 中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定
- 部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価
- リスクに対応する病院の機能存続計画

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

- 病院運営の意思決定会議の実態
- 組織内の情報伝達

病院運営を組織的に行うためには、意思決定の仕組みが明確でなければならない。病院の運営方針を決定する会議は明確にされ、定期的な開催および議事録の作成が必要である。また、決定された内容が、適切に組織内に伝達・周知されることも欠かせない。

- 病院の実態にあった組織図や職務分掌
- 病院運営に必要な会議・委員会の開催

全職員が指揮命令システムを理解できる組織図が作成され、組織の実態と整合が取れたものとして、各部門、職場の組織図上の位置づけが明確に示されていることも必要である。

組織構成は、病院の考え方に応じたもので差し支えないが、各部門の果たすべき機能を発揮しやすい部門名称や組織内の位置づけの配慮も必要である。また、必要な会議や委員会が設置され、その規程が整備され、意思決定会議、連絡会議、諮問委員会等の目的や役割が明確になっていなければ

ばならない。さらに、組織運営上の職務分掌や職務規程など各部門、各担当者の業務を規定した文書が明確にされていることにも留意したい。

- 2年以上の先の将来を見据えた中・長期計画の策定
- 理念・基本方針と中長期計画等との整合性

運営の視点は、理念達成に向けた将来計画が中・長期計画として示されており、経営目標、活動計画、部門方針など、具体的な内容が明示されている必要がある。

計画策定にあたっては、病院運営、業務上の課題、あるいは経営指標や診療実績等から得られる情報だけではなく、院内の各部門、職員の意見のほか、患者・家族、地域住民、地域の関係者の意見を参考にし、より実効性を伴った計画とすることが重要である。また、院外から提供される情報として、地域医療計画や地域の医療環境、法令や通知等の健康に関する施策、学会・病院団体・政府・国際機関（例：WHO、OECD）の指針、ガイドライン等の視点を踏まえた内容であることが求められる。

●中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定

立案された計画は、組織全体で取り組む目標として、組織内に浸透している必要がある。中・長期計画では、検討課題や施設整備計画の概要が示されることがあるが、そのような課題は、可能な限り数値目標や年次ごとの達成目標を示すなど、事業計画に連動させて部門目標に具体化していくことが望まれる。

●部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価

病院の年次事業計画を反映した部門・部署ごと

の具体的な年間活動目標が設定されていることも求められる。年間活動目標は、可能な限り数値目標を設定し、定期的に達成状況の評価を行い、年度末で未達成の目標は、次年度の活動目標として継続性を有しているなど、実効性が伴うものであることが望ましい。目標策定から達成度の評価に至るPDCAのサイクルの確立が重要である。

●リスクに対応する病院の機能存続計画

災害発生時や感染症の発生時など自院に関する様々なリスクを評価し、病院事業が中断しないこと、もしくは、中断したとしても可能な限り短い期間で再開することができるよう、包括的なリスクマネジメント計画を策定することが求められる。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 運営方針と経営的意思を決める会議体があり、毎月1回以上開催されていることを確認する。
- ◆ 意思決定会議は、病院長・副院長・看護部長・事務部長など適切な構成員となっていることを確認する。
- ◆ 組織図は実態を反映していることを確認する。
- ◆ 組織運営に必要な事項が会議・委員会等で検討されていることを確認する。
- ◆ 院内感染防止対策・医療安全管理・衛生・医療ガスに関する委員会など法令に基づく委員会について留意する。
- ◆ 中・長期計画とは、経営目標、活動計画、部門方針などに関連するものをいう。
- ◆ 中・長期計画はグループの法人本部や行政機関（公的病院の場合）が作成したものでよいが、内容が具体的であり、病院としての意見が取り入れられる仕組みを確認する。

C評価となりうる状況（例）

- 組織図や職務分掌が明確にされていない。
- 組織が計画立案、実施、達成度評価のサイクルで運営されていない。

4.2.3

職員の安全衛生管理を適切に行っている



評価の視点

- 職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 衛生委員会の設置と活動状況
- 健康診断の確実な実施
- 職場環境の整備
- 労働災害・公務災害への対応
- 職業感染への対応
- 職員への精神的なサポート
- 院内暴力対策

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

病院管理者は、労働安全衛生の観点から労働環境を評価し、職員の安全確保に努めなければならない。具体的には、衛生委員会が機能していること、健康診断が適切に行われていること、安全な職場環境の整備、職業感染防止への配慮、職員の精神的なサポートや院内暴力対策、労働（公務）災害時の手続きが明確であり、周知されていることなどが重要である。

● 衛生委員会の設置と活動状況

労働安全衛生の視点では、所定の構成員による衛生委員会が設置され、毎月開催されていることが法的に義務づけられている。職員の危険または健康障害を防止するための基本となるべき対策として、職場環境の整備、健康診断の実施、予防接種、長時間労働による健康障害の防止等の検討が行われていることが必要である。

● 健康診断の確実な実施

医師を含め全職員に対する年1回以上の定期健康診断を実施しなければならない。また、雇入時の健康診断、特定業務従事者の健康診断（放射線被曝に係る職員は6カ月に1回の実施）、給食従事者の検便の実施の他、夜勤を行う職員には、

6カ月に1回の健康診断の実施が必要である。健康診断の受診率が低い状況は不適切である。非常勤医師については、健康診断を受診していることを確認しておく必要がある。心理的な負担の程度を把握するための検査としてのストレスチェックの実施も不可欠である。

● 職場環境の整備

抗がん剤の調製・混合は、専門職種である薬剤師により、安全キャビネットを使用して行われる必要がある。抗がん剤の使用量、使用頻度により、安全キャビネットが使用できない場合は、専用の閉鎖式デバイスを用いて、必要な個人防護用具（PPE）を着用して実施しなければならない。環境、ホルムアルデヒド、酸化エチレンガス（EOG）などの特定化学物質は、6カ月に1回、作業環境測定が義務付けられており、環境濃度が一定の基準を満たしている必要がある。放射線の被曝量測定など業務環境、休憩室、宿直室、仮眠室の整備なども職員の安全衛生管理上の重要な視点である。患者の移乗等の介助は、一般に腰痛症の発生が多いとの指摘がある。ノーリフティング（患者を抱えない介助）の研修や具体的な腰痛症発生防止の対策も課題となる。

●労働災害・公務災害への対応

病院で発生する事故の多くは、事故後の迅速な対応により、重大な結果を回避できることが多い。想定される事故については、防止策が十分検討されるとともに、事故発生時の対応手順が定められ、職員は適切な対応方法を熟知し、労災保険（公務災害）適用の手続きが速やかに行われる仕組みが求められる。

●職業感染への対応

医療従事者が感染性の疾病に罹患した場合、患者に対する感染源になり得る。結核・肝炎・インフルエンザなど、職員を取り巻く感染症についても、その脅威を正しく認識して、適切かつ組織的な対応が必要である。職員のなかでも、感染リスクの高い業務に携わる職員には、感染リスクの低減を図るため、職業感染防止対策が必要である。針刺し損傷防止対策の他、ワクチンで予防可能な感染性疾患については、予防接種が有効な感染防止の手段となる。したがって、必要な職員にはワクチンの接種が行われている必要がある。病院管理者は、予防接種を希望する職員が予防接種に関する情報を把握できるよう情報提供していなければならない。

●職員への精神的なサポート

メンタルヘルス対策として、職員をサポートする体制は重要である。夜勤を伴うハードワークや患者・家族との関係性が要因で心身ともに調子を崩してしまうケースが考えられる。上司などの職場のサポート体制に加えて、精神科医、臨床心理士、リエゾンナースなど、院内外の専門職の支援を受けられる体制が求められる。患者の人権を守ることが求められるように、医師、看護師ら医療の人権も尊重されねばならない。例えば医療事故では、当事者の精神的なケアも考慮される必要がある。ストレスチェック制度の導入が求められており、適切に実施されている必要がある。

●院内暴力対策

院内暴力対策は、医療従事者を暴力から守ると同時に、病院の社会的信頼を守る重要な対策であり、担当者を明確にして組織的な対応が求められる。職員が脅威を感じたときの緊急コールなど、暴力発生時の対応の仕組みおよび事後処理に関する具体策が立てられていなければならない。

1

患者中心の医療の推進

1.1
1.2
1.3
1.4
1.5
1.6

2

良質な医療の実践1

2.1
2.2

3

良質な医療の実践2

3.1
3.2

4

理念達成に向けた組織運営

4.1
4.2
4.3
4.4
4.5
4.6



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 非常勤の医師については、主たる勤務先で健康診断が行われていること、その結果を確認していることを、確認する。
- ◆ 安全面・衛生面の観点から、抗がん剤の調製・混合環境、放射線の被曝量測定など業務環境、ホルムアルデヒド、キシレン、酸化エチレンガス（EOG）の使用環境、また、湿度、気温などへの配慮、休憩室、宿直室、仮眠室の整備について確認する。
- ◆ 勤務中の事故による検査や治療は労災保険（公務災害）により処理されている必要がある。
- ◆ 結核やノロウイルスなどの曝露に関する予防策や、曝露した場合の対応体制が確立している。
- ◆ ワクチン等の接種率向上のための工夫など組織的な体制と方針を確認する。
- ◆ 各種ワクチンの接種については、職場環境に応じリスク管理面での推奨がなされていることが望ましい。
- ◆ 院内暴力とは、病院の院内外を問わず、患者および家族などから医療者および病院関係者に対する暴力、暴言、脅し、威嚇、不当要求、セクハラなどをいう。本項目では院内暴力と表現するが、院外においてのストーカー、迷惑電話なども含む。
- ◆ 労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施状況と事後対応を評価する。
- ◆ 職員一人一人の健康状態をどのように把握し、課題に対して適切に対応しているかを評価する。

C評価となりうる状況（例）

- 衛生委員会が開催されていない。
- 健康診断の受診率が低い。
- 労働中の事故について労災保険（公務災害）の適用が行われていない。
- 必要な職員のワクチン接種が行われていない。
- 職場環境の適切性が確保されていない。（EOG、ホルムアルデヒド、抗がん剤等）

参考資料・出典

- ・厚生労働省「職場における腰痛予防対策指針」

病院機能評価 高度・専門機能 解説集

救急医療・災害時の医療

Ver.1.0



人の安心、医療の安全 JQ
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2.1.5

救急患者の受け入れや対応における危機管理が適切に行われている



評価の視点

- 感染や身元の情報が不十分な患者の受け入れや対応などの仕組みが整備され、安全かつ適切に行われていることを評価する。



評価の要素（中項目を評価する際に参考とする要素）

- 標準的な感染防護対策の実施と感染性廃棄物の適切な処理
- 感染症患者の隔離に関するルール
- 感染が疑われる救急患者の受診後の動線
- 身元不明救急患者等への対応
- 危機管理における関係機関、関係部署との連携

解説（本項目における意図（ねらい）や目指すべき方向性（本来のあり方や望まれる状況）の解説）

救急部門に運ばれてくる患者は、患者情報が不明な場合や感染に関する情報が十分でない場合が多い。安全管理や感染管理などの危機管理について適切かつ確実な対応が必要である。救急部門では医療従事者が、感染症、外傷、熱傷、消化管出血、呼吸器疾患などに罹患している患者の血液や体液に触れること、有毒ガスや有機リン化合物を肺や皮膚から吸収すること、あるいは病原体そのものを気道内に吸入してしまう危険性もあり得る。

医療従事者は、自身の心身を危険から守ることも重要な役目である。救急部門において危機管理が適切に行われ、業務上の危険の回避、感染防止のための手順等を確立し遵守する必要がある。

また、感染管理については感染症専門医の介入や院内感染管理対策室との連携、安全管理については安全管理部門との連携や院内外の関係機関、関係部署との連携が求められる。

● 標準的な感染防護対策の実施と感染性廃棄物の適切な処理

感染防護対策に関するマニュアルに則って、救急外来等に手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどの個人防護用具（PPE）が備えられ、血液や体液等に触れる可能性がある患者の診療の際、これらの用具が適切に使用されていることが求められる。

れる。

安全な廃棄物用容器が必要個所に設置されており、感染性廃棄物が適切な廃棄手順に従って処理される必要がある。救急部門では、患者への迅速な対応が最優先にされることにより感染性廃棄物の処理が不十分となりやすい。他の部門以上に一層の配慮をすることが必要である。

● 感染症患者の隔離に関するルール

感染症が疑われる患者に対して、待合室や診察室などにおける感染症伝播を防ぐために隔離に関するルールを定めていることが求められる。隔離に必要な飛沫感染に対応できる部屋が確保されていれば適切である。陰圧室があることが望ましいが、陰圧室がなくても空気感染する感染症患者（結核など）を受け入れざるを得ないような場合は、院内感染を防止するための手順などに沿って対応することが求められる。

また、救急部門では新型インフルエンザなど、新しい感染症に対しても対応せざるを得ない場合も多い。このため、対応を検討する場を定めておくことはもちろんのこと、実際に救急部門として行動するためのマニュアルが必要である。このほか、隔離が必要な疾患リストや対応マニュアルの記載内容を常に見直していることが求められる。

● 感染が疑われる救急患者の受診後の動線

感染症が疑われる救急患者による感染伝播を防ぐため、受診後の動線に関するルールを定めておくことが求められる。感染伝播の予防を考慮した動線が定められ、関係者全員に周知されていることが必要である。感染症患者の隔離に関するルールと同様に、対応を検討する場を定めておくこと、動線に関するマニュアルが必要であり、マニュアルの記載内容を常に見直していることが求められる。

● 身元不明救急患者等への対応

救急部門では、身元不明患者が搬入されてくることも多々あるため、身元不明患者が搬入された場合のルールを定めておくべきである。身元を明らかにするための手順や患者間違い防止のための仮ネーム発行等について明文化されており、身元判明後には以前の診療録、看護記録を含む診療記

録や検査データが引き継がれるシステムについて整備されていることが求められる。

● 危機管理における関係機関、関係部署との連携

救急部門の安全管理、感染管理などの危機管理については、院内の安全管理部門との連携に加え、院外の関係機関、関係部署との連携が重要である。虐待が疑われる場合の市町村、都道府県を設置する福祉事務所もしくは児童相談所への通報、患者・家族からの暴力や脅しと捉えられる暴言、身元不明患者を受け入れる際の警察への通報、感染症の保健所への届け出等、患者や医療従事者の心身に危害が及ぶと考えられる事象が発生した場合の関係機関、関係部署との連携についてマニュアルに定められており、救急医療に関係する職員全員に周知されていることが求められる。



本項目のポイント（現状を確認するためのポイント）

- ◆ 感染性廃棄物の専用容器のバイオハザードマークや廃棄物の内容を確認する。
- ◆ はしか、流行性結角膜炎などのほか、新規の感染症（新型インフルエンザなど）に関するルール作成の仕組みについて確認する。
- ◆ 接触感染、飛沫感染する感染症の患者に対応できる部屋を確認する。
- ◆ 空気感染する感染症（結核など）の患者用の陰圧室がない場合には、院内感染を防止するための手順などとあわせて総合的に評価する。
- ◆ 感染が疑われる救急患者の動線がマニュアルで定められていることを確認する。
- ◆ 身元不明患者受け入れに関するルール、手順が明文化されていることを確認する。
- ◆ 患者・家族、医療従事者の心身に危害が及ぶと考えられる事象が発生した場合の関係機関、関係部署との連携がマニュアルに定められていることを確認する。

IV 評価となりうる状況（例）

- 救急部門に手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどの個人防護用具（PPE）が備えられていない。
- マニュアルを遵守した感染防護対策を実施していない。
- 隔離が必要な疾病リストの作成、マニュアル等への明記ができていない。
- 感染症患者等の隔離に必要な部屋が確保されていない。
- 感染が疑われる救急患者の動線についてマニュアル等へ明記されていない。
- 身元不明患者受け入れ時のルールが定められていない。
- 安全管理、感染管理について院外の関係機関と連携していない。