



Control Chart Benefits

- **WHEN:**
 - Shows the time period(s) to investigate
- **WHAT:**
 - Distinguishes variation due to common cause(s) vs. special cause(s)
 - Prevent unnecessary process adjustment
 - Provide information about process capability
- **HOW:**
 - Gives clues about the type of action needed
 - Assesses results of process improvement efforts
 - Increases management's responsibility and credibility




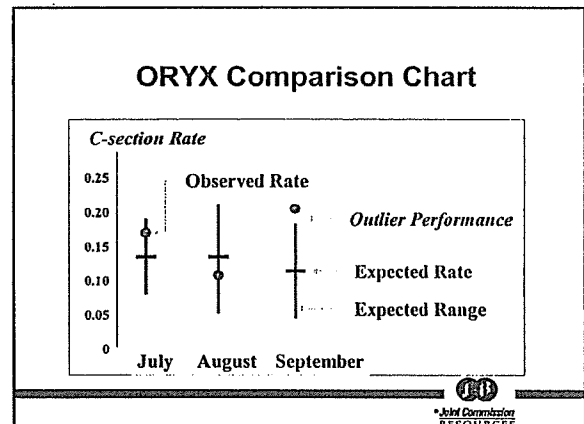
ORYX Performance Measure Report

Comparison Charts




ORYX Comparison Analysis

- A graphical comparison between a health care organization's Observed Rate and its Expected Rate
- Displayed by calculating a 99% confidence interval around the organization's actual observed rate and converting the confidence interval into the expected range around the expected (national) rate for each measure


ORYX: The Next Evolution in Accreditation™

The Evolution to Core Performance Measures 1998



Why Do We Need Core Measures?

- Get beyond broad system characteristics and face validity
- Current disparate measures
- Need pools of measures to support accreditation
- Little ability to compare across systems
- Uniformity



Core Measures Working Definition

- Standardized sets of performance measures (usually disease- condition specific)
- Precisely-defined specifications
- Can be uniformly embedded/adopted in extant systems
- Standardized data collection protocols
- Meet established evaluation criteria



Attributes of Core Performance Measures

- Improve health
- Precisely defined
- Reliable
- Valid
- Can be interpreted
- Risk adjusted
- Data collection assessed
- Useful in accreditation
- Provider control
- Public availability



ORYX The Move to Core Measures

1999 - Input from stakeholders about potential focus areas for core measures for hospitals.

- clinical professionals,
- health care provider organizations,
- state hospital associations
- health care consumers
- performance measurement experts



Core Measure Selection Process

- Identify measurement focus areas
 - Acute myocardial infarction
 - Heart failure
 - Community-acquired pneumonia
 - Pregnancy and related conditions
 - Surgical procedures and complications



Core Measure Selection Process

- Establish measurement framework
 - Evidence-based measures
 - Meet established evaluation criteria
 - CMS measures (where feasible)




Core Measure Selection Process

- Stakeholder comment period
- Modify as needed
- Joint Commission Board ratification




Acute Myocardial Infarction

- Aspirin at arrival
- Aspirin at discharge
- ACE inhibitor for Left Ventricular Systolic Dysfunction
- Adult smoking cessation advice/counseling
- Beta blocker at arrival
- Beta blocker at discharge
- Time to thrombolysis
 - Thrombolysis within 30 minutes of arrival
- Time to PCI
 - PCI within 120 minutes of arrival
- Risk adjusted inpatient mortality




Heart Failure

- Discharge instructions
 - Activity, diet, meds, follow-up appointment, weight monitoring, symptom worsening
- Assessment of left ventricular function
- ACE Inhibitor for Left Ventricular Systolic Dysfunction
- Adult smoking cessation advice/counseling




Pneumonia

- Oxygenation assessment
- Pneumococcal screening and/or vaccination
- Blood culture collected before antibiotic started
- Adult smoking cessation advice/counseling
- Pediatric smoking cessation advice/counseling
- Antibiotic timing (arrival to 1st administration)
 - Initial antibiotic within 8 hours of arrival
 - Initial antibiotic within 4 hours of arrival
- Initial antibiotic selection – ICU patients
- Initial antibiotic selection – non-ICU patients
- Influenza vaccination



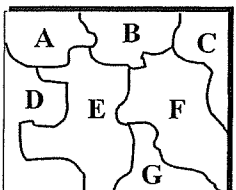
Pregnancy and Related Conditions

- Risk adjusted vaginal birth after cesarean section (VBAC)
- Risk adjusted inpatient neonatal mortality
- Risk adjusted third or fourth degree laceration



Core Measure Set

Includes 4-10 Well-tested, Evidence-Based Measures



A = Initial set

B = Initial set


C = Initial set

D = Initial set

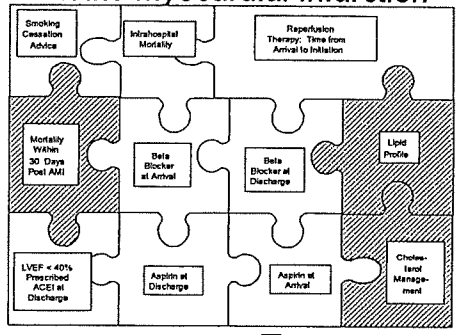
E = Initial set

F = Future measure


G = Future measure

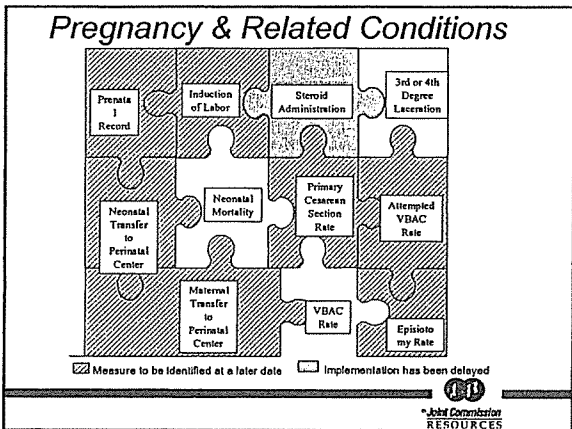
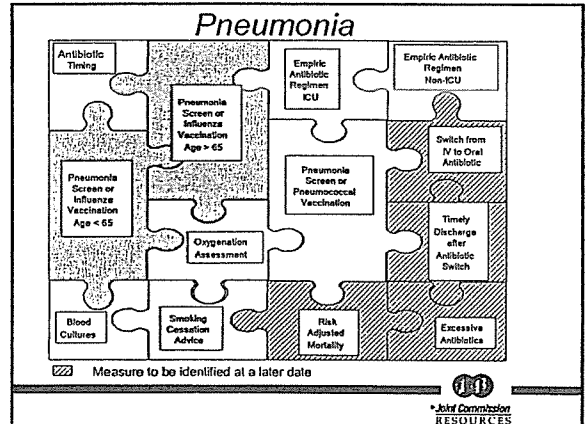
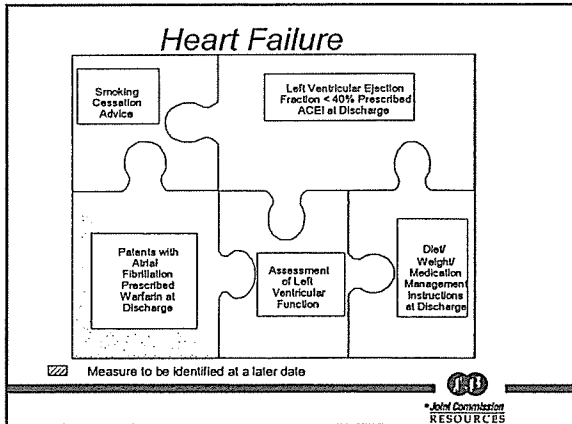


Acute Myocardial Infarction*



▨ To be identified





Methods for Creating Standardized Technical Measure Specifications

- General data elements
- Measure-specific data elements
- Measure information forms
- Flowcharts

Joint Commission RESOURCES

Data Element Efficiencies

- Minimum approach
- Use of administrative data
- Use of ICD-9-CM codes
- Standardization
- Other efficiencies to reduce burden

Joint Commission RESOURCES

Technical Specifications Manual

- Detailed information
- Combine measures and technical information

Joint Commission RESOURCES

評価項目体系 Ver 4 の運用実績に関する検討報告

1. 受審概要

評価項目体系 Ver 4 は、2002 年 7 月から運用を開始し、2005 年 8 月で本体審査を終了した。この間 1460 病院の審査を実施した。

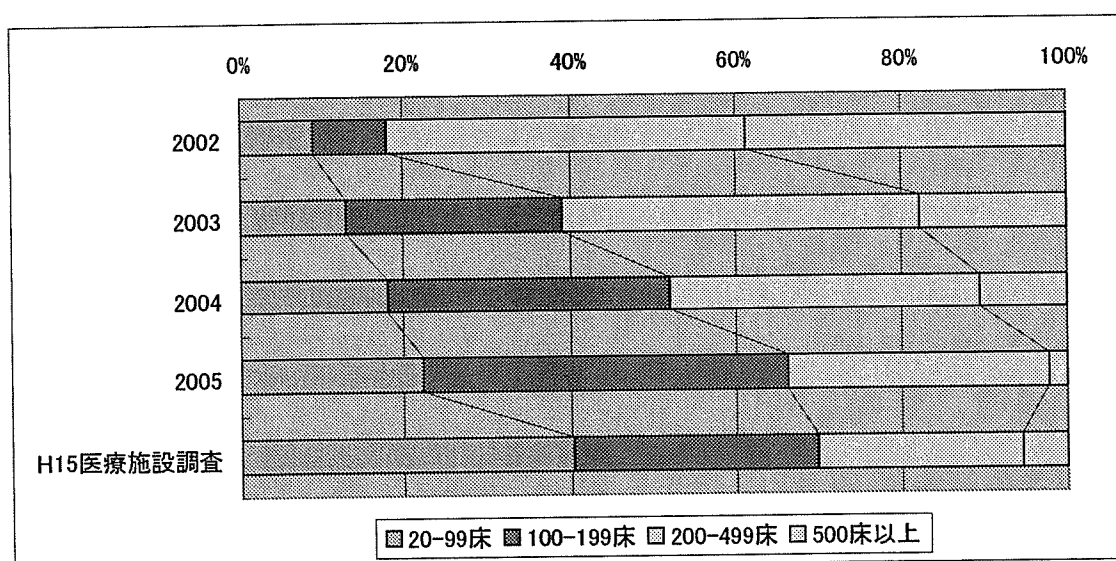
図表 1-1. 年度別受審病院数

受審年度	2002	2003	2004	2005	総計
新規受審	67	409	465	175	1116
更新受審	38	140	138	28	344
総計	105	549	603	203	1460

図表 1-2. 年度別・病床規模別受審病院数（新規のみ）

病床規模	2002	2003	2004	2005	(参考) H15 医療 施設調査
20-99 床	6	53	84	39	3667
100-199 床	6	107	157	77	2703
200-499 床	29	177	176	55	2267
500 床以上	26	72	48	4	485
総計	67	409	465	175	9122

図表 1-3. 年度別・病床規模別受審病院数グラフ（新規のみ）



図表 1 - 4. 年度別・平均病床数

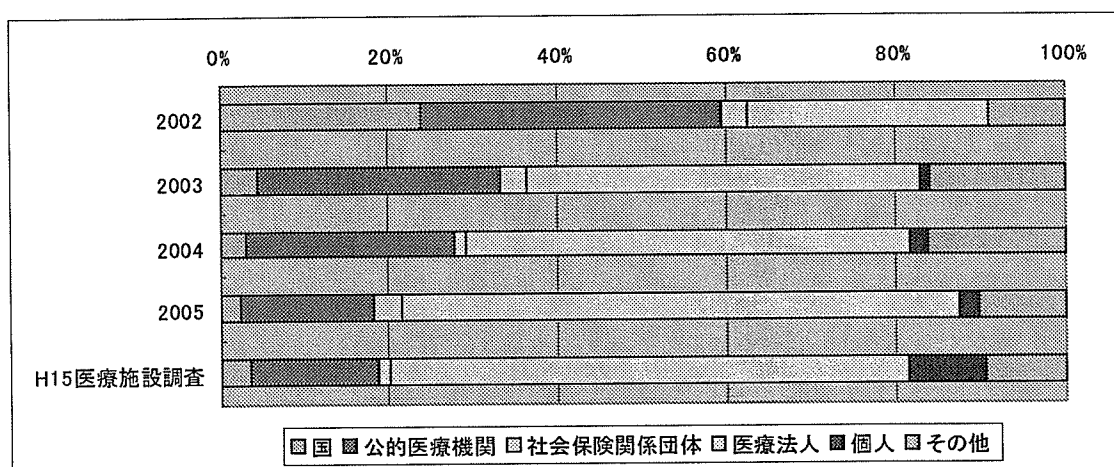
	2002	2003	2004	2005	総計
新規	431.8 床	313.3 床	251.0 床	192.8 床	275.6 床
更新	436.3 床	350.7 床	343.6 床	250.9 床	349.2 床
総計	433.5 床	322.8 床	272.2 床	200.8 床	292.9 床

受審病院の施設規模は、200 床未満の中小規模病院の割合が年々高まっている。平均病床数で見ると、2002 年度には平均 434 床であったが、2005 年度には 201 床となっている。当初、病院機能評価の受審は大規模な病院の受審が先行していたが、一定の普及・定着によって、全国の病院施設分布に近づいていったものと考えられる。

図表 1 - 5. 開設主体別・年度別受審病院数（新規のみ）

開設主体	2002	2003	2004	2005	(参考) H15 医療 施設調査
国	16	18	14	4	323
公的医療機関	24	118	115	28	1382
社会保険関係団体	2	13	7	6	129
医療法人	19	190	244	115	5588
個人	0	5	10	4	838
その他	6	65	75	18	862
総計	67	409	465	175	9122

図表 1 - 6. 開設主体別・年度別受審病院数グラフ



開設主体別に見ても、医療法人の施設割合が増えており、全国の施設分布に近づいているものと考えられる。

2. 審査結果と評点分布

図表 2 - 1. 本体審査の審査結果

	認定	条件付認定	留保	総計
新規	243	0	873	1116
更新	82	259	3	344
総計	325	259	876	1460

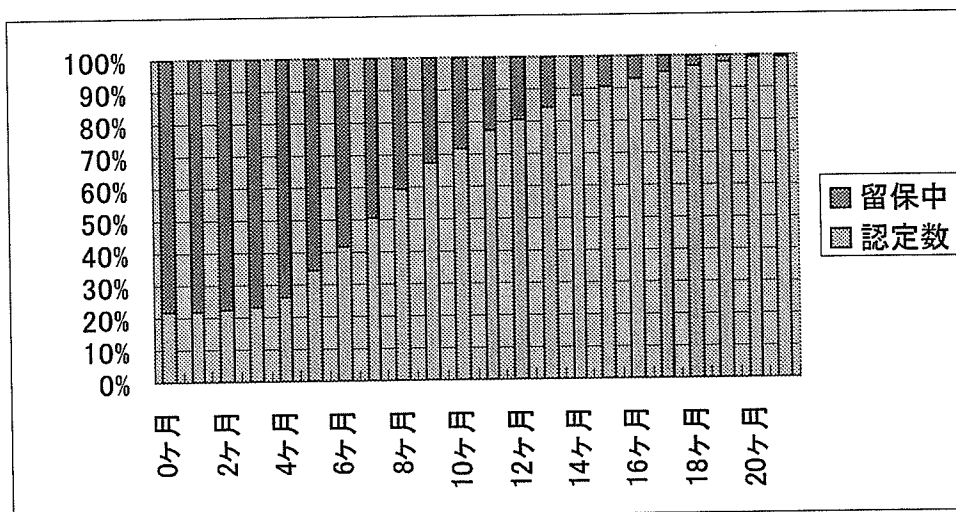
本体審査の審査結果をみると、一定の水準に達していたのは新規受審病院の約 22%、更新病院の 24% であり、残りの病院は審査の結果、何らかの問題点の指摘があり、更なる改善を求められている。

図表2-2. 評点2以下の割合が高い項目

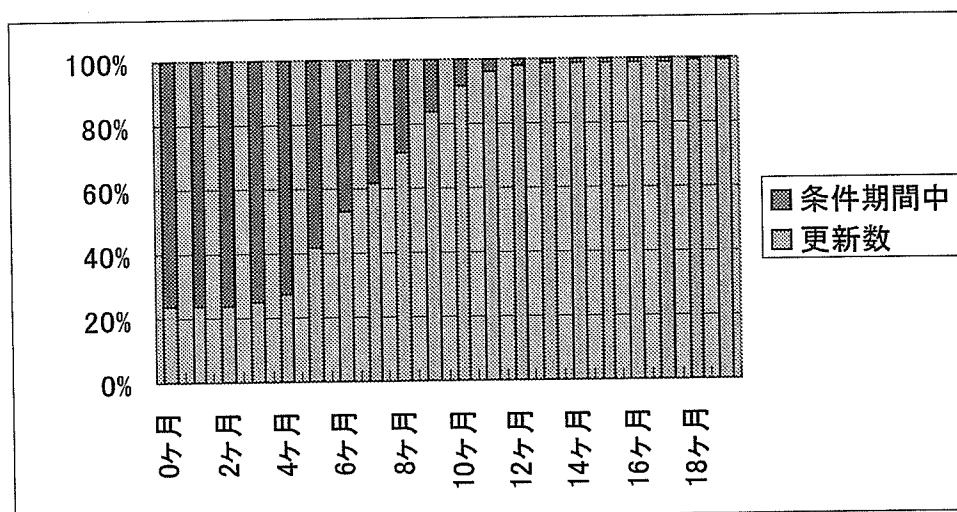
項目番号	評価項目	評点2以下の割合
1.6.1	関係する法令が遵守されている	26.3%
2.7.2	院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている	10.7%
3.6.4	禁煙、分煙に配慮されている	17.7%
4.1.1	診療組織が整備されている	10.1%
4.3.1	診療録管理部門の体制が整備されている	12.7%
4.3.2	診療録が適切に管理されている	22.3%
4.3.3	診療情報が適切に管理され活用されている	15.0%
4.6.1	病理診断部門の体制が整備されている	14.6%
4.9.1	輸血血液部門の体制が整備されている	13.3%
4.23.2	病棟における薬剤が適切に管理されている	12.9%
4.28.1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	10.4%
6.1.3	職員の人事考課が適切に行われている	16.4%
6.1.4	職員の労働安全衛生に取り組まれている	10.1%
6.3.5	廃棄物の処理が適切に行われている	23.5%
7.2.4	身体拘束が適切に行われている	11.6%
7.3.2	患者の生活訓練指導および作業収益の管理が適切に行われている	10.8%
7.3.3	預り金管理が適切に行われている	35.3%

本体審査の評点分布から中項目評点が2以下になる割合が高い項目は、関係法令の遵守、廃棄物の処理、診療録の管理などが挙げられた。

図表 2-3. 新規受審病院の認定経過



図表 2-4. 更新受審病院の認定経過



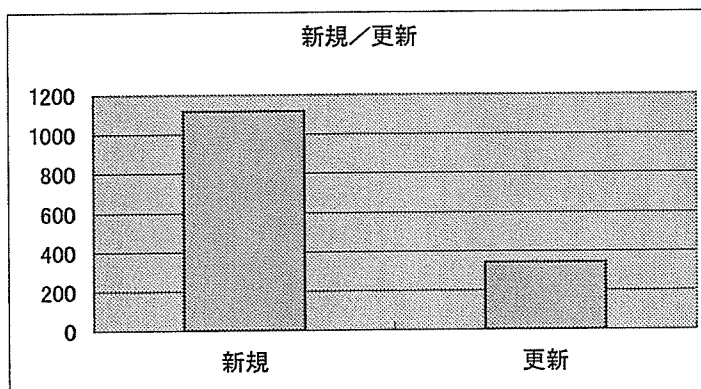
問題点の指摘を受けた病院は、その後、新規病院の場合は再審査を、更新受審の場合は確認審査を受審することができる。前述のように新規受審病院では、初回の訪問審査で認定を取得するのは約22%であるが、その後改善に取り組み再審査を受審することによって、初回訪問審査から10ヶ月で約70%、15ヵ月後に90%の施設が認定を取得している。一方、更新受審病院では、初回訪問審査時点での認定更新割合は約24%であったが、審査後8ヶ月で約70%、10ヵ月後には90%が認定更新している。

統計資料

A. 単純集計図表

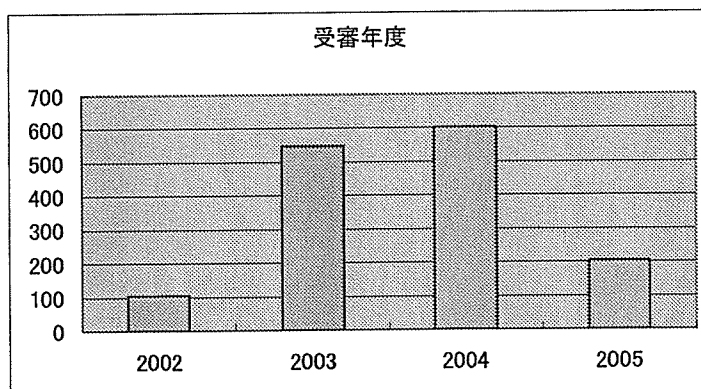
図表A-1. 新規／更新別受審病院数

新規／更新	計
新規	1116
更新	344
総計	1460



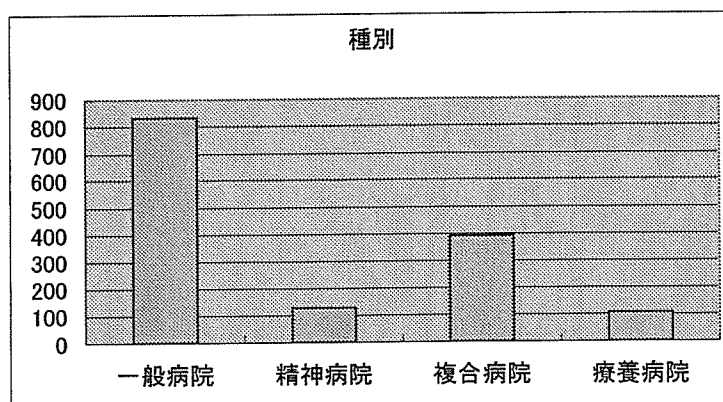
図表A-2. 年度別受審病院数

受審年度	計
2002	105
2003	549
2004	603
2005	203
総計	1460



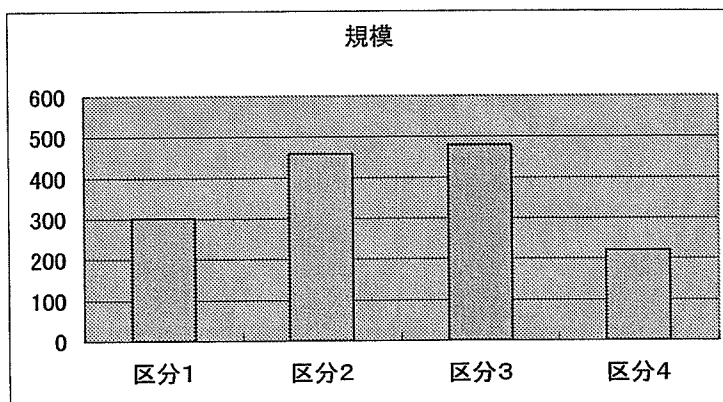
図表A-3. 種別ごとの受審病院数

種別	計
一般病院	833
精神病院	128
複合病院	391
療養病院	108
総計	1460



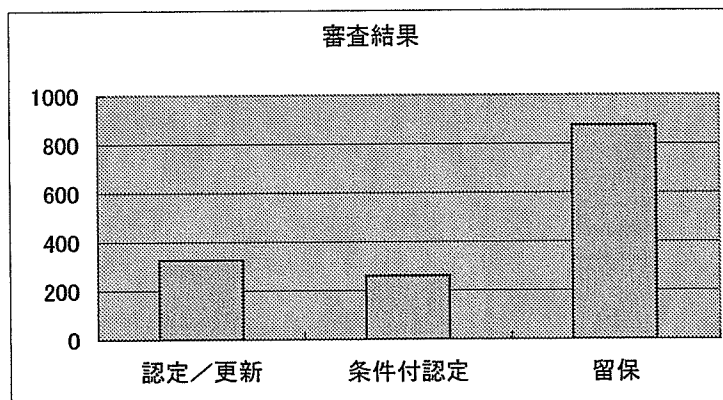
図表A-4. 審査体制区分別受審病院数

規模	計
区分1	301
区分2	458
区分3	480
区分4	221
総計	1460



図表A-5. 審査結果別病院数

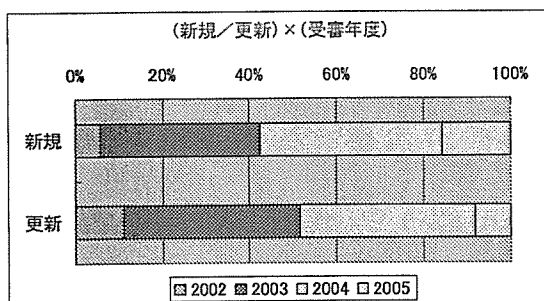
審査結果区分	計
認定/更新	325
条件付認定	259
留保	876
総計	1460



B. クロス集計図表

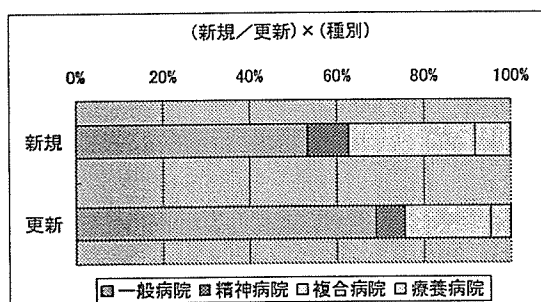
図表B-1. (新規/更新) × (受審年度)

新規/更新	受審年度				総計
	2002	2003	2004	2005	
新規	67	409	465	175	1116
更新	38	140	138	28	344
総計	105	549	603	203	1460



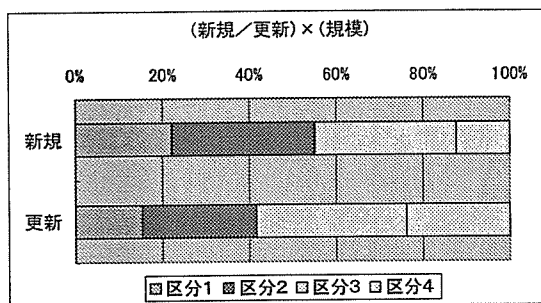
図表B-2. (新規/更新) × (種別)

新規/更新	種別				総計
	一般病院	精神病院	複合病院	療養病院	
新規	595	106	323	92	1116
更新	238	22	68	16	344
総計	833	128	391	108	1460



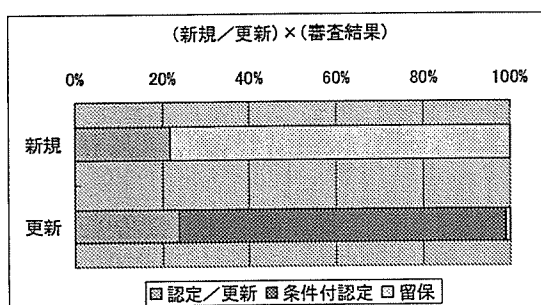
図表B-3. (新規/更新) × (審査体制区分)

新規/更新	規模				総計
	区分1	区分2	区分3	区分4	
新規	248	368	361	139	1116
更新	53	90	119	82	344
総計	301	458	480	221	1460



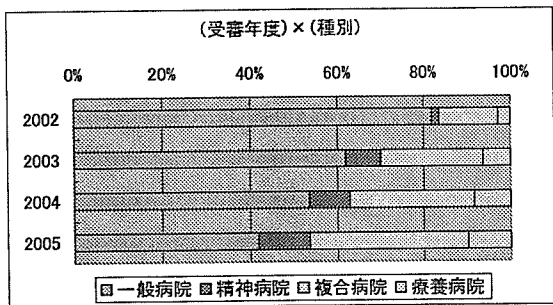
図表B-4. (新規/更新) × (審査結果)

新規/更新	審査結果区分			総計
	認定/更新	条件付認定	留保	
新規	243		873	1116
更新	82	259	3	344
総計	325	259	876	1460



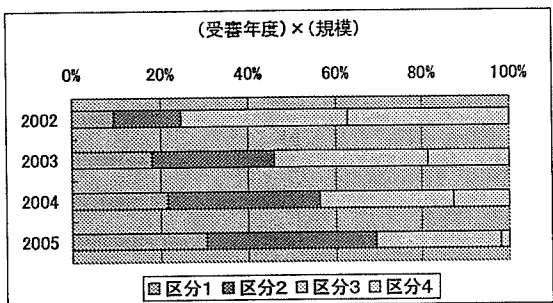
図表 B-5. (受審年度) × (種別)

受審年度	種別				総計
	一般病院	精神病院	複合病院	療養病院	
2002	86	2	14	3	105
2003	340	45	129	35	549
2004	322	57	174	50	603
2005	85	24	74	20	203
総計	833	128	391	108	1460



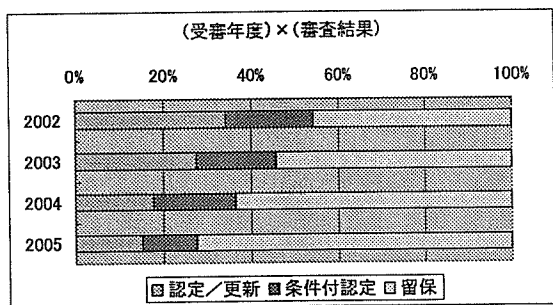
図表 B-6. (受審年度) × (審査体制区分)

受審年度	規模				総計
	区分1	区分2	区分3	区分4	
2002	10	16	40	39	105
2003	99	153	195	102	549
2004	130	210	187	76	603
2005	62	79	58	4	203
総計	301	458	480	221	1460



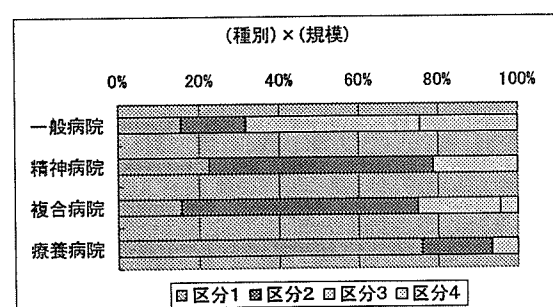
図表 B-7. (受審年度) × (審査結果)

受審年度	審査結果区分			総計
	認定/更新	条件付認定	留保	
2002	36	21	48	105
2003	151	100	298	549
2004	107	113	383	603
2005	31	25	147	203
総計	325	259	876	1460



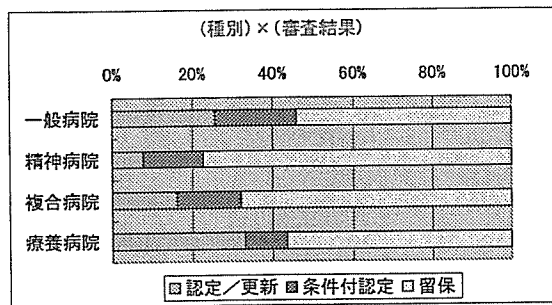
図表 B-8. (種別) × (審査結果)

種別	規模				総計
	区分1	区分2	区分3	区分4	
一般病院	129	135	365	204	833
精神病院	29	72	27	17	128
複合病院	61	232	81	17	391
療養病院	82	19	7	0	108
総計	301	458	480	221	1460



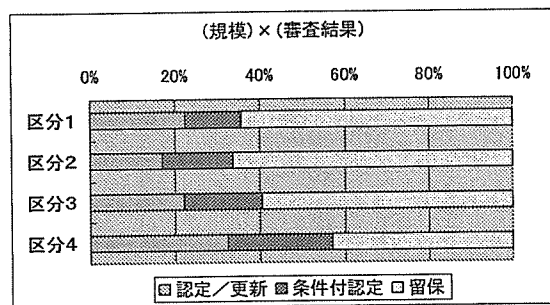
図表B-9. (種別) × (審査結果)

種別	審査結果区分			総計
	認定/更新	条件付認定	留保	
一般病院	216	166	451	833
精神病院	10	19	99	128
複合病院	63	63	265	391
療養病院	36	11	61	108
総計	325	259	876	1460



図表B-10. (審査体制区分) × (審査結果)

規模	審査結果区分			総計
	認定/更新	条件付認定	留保	
区分1	68	40	193	301
区分2	78	77	303	458
区分3	107	88	285	480
区分4	72	54	95	221
総計	325	259	876	1460



C. Ver 4 中項目評点の分布

No	Item	1点	2点	3点	4点	5点	NA	NM	総計	評点2以下の割合
1.1.1	理念および基本方針が確立されている		7	811	639	3			1460	0.5%
1.1.2	理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている		6	721	732	1			1460	0.4%
1.2.1	地域における病院の役割・機能が明確になっている		12	523	924	1			1460	0.8%
1.2.2	将来計画が策定されている		31	830	599				1460	2.1%
1.3.1	病院管理者・幹部は病院運営の基本方針や将来計画の策定に指導力を発揮している		14	792	653	1			1460	1.0%
1.3.2	病院管理者・幹部は病院運営上の諸問題の解決に指導力を発揮している		7	722	728	3			1460	0.5%
1.3.3	病院管理者・幹部は医療の質の向上や業務の効率化に向けた取り組みに指導力を発揮している		6	991	460	3			1460	0.4%
1.4.1	病院は組織規定に基づいて運営されている		35	1181	243	1			1460	2.4%
1.4.2	組織運営が計画的になされている		33	825	602				1460	2.3%
1.4.3	組織内の情報伝達と連携		3	613	842	2			1460	0.2%
1.5.1	情報管理機能が整備されている		62	1028	366	4			1460	4.2%
1.5.2	病院の運営に必要な情報が収集され活用されている		18	937	504	1			1460	1.2%
1.5.3	診療情報が適切に開示・提供されている		34	895	530	1			1460	2.3%
1.6.1	関係する法令が遵守されている	1	383	601	475				1460	26.3%
1.7.1	全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている		41	1174	243	2			1460	2.8%
1.7.2	院外の教育・研修の機会が活用されている		12	865	582	1			1460	0.8%
1.8.1	医療サービスの改善課題と改善目標が設定されている		7	905	546	2			1460	0.5%
1.8.2	改善活動への取り組みがなされ成果を上げている		17	980	461	2			1460	1.2%
1.9.1	地域の保健・医療・福祉施設などと適切な連携が図られている		15	647	795	3			1460	1.0%
1.9.2	紹介患者の受け入れが適切に行われている		31	658	769	1	1		1460	2.1%
1.9.3	高額医療機器などによる検査の受託をしている		7	209	422	2	48		688	1.1%

1.9.4	患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている	11	513	935	1			1460	0.8%
1.10.1	地域活動に積極的に取り組んでいる	43	869	539	9			1460	2.9%
1.10.2	適切な広報活動が行われている	21	1212	227				1460	1.4%
2.1.1	患者の権利と職業倫理に関する方針が明確であり患者および職員に周知させる体制が整っている	35	1028	397				1460	2.4%
2.1.2	医療の質と安全確保のために患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある	14	843	603				1460	1.0%
2.2.1	説明と同意を行う体制が確立している	42	944	348	1			1335	3.1%
2.2.2	患者の立場を配慮して説明がなされている	10	998	326	1			1335	0.7%
2.2.3	患者の請求に基づく診療記録などの開示を行う体制が整っている	24	850	460	1			1335	1.8%
2.3.1	患者の安全確保のための組織体制が確立している	16	924	517	3			1460	1.1%
2.3.2	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している	8	642	810				1460	0.5%
2.3.3	患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	49	1065	345	1			1460	3.4%
2.4.1	患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している	136	1014	310				1460	9.3%
2.5.1	患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している	26	900	534				1460	1.8%
2.5.2	外部と連携して患者の安全を確保する体制を整備している	10	695	755				1460	0.7%
2.6.1	医療事故発生時の手順が明確であり、職員に周知・徹底されている	31	572	857				1460	2.1%
2.7.1	組織的に院内感染管理が行われている	101	477	882				1460	6.9%
2.7.2	院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている	156	956	348				1460	10.7%
2.7.3	自院の院内感染に関して分離菌や感染症例を把握し改善策を講じている	41	640	778	1			1460	2.8%
2.7.4	院内感染管理についての教育活動が行われている	20	715	724	1			1460	1.4%
3.1.1	接遇、応対に配慮されている	2	774	684				1460	0.1%

3.1.2	担当者や責任者が紹介されている	16	556	888			1460	1.1%
3.1.3	病院の案内・掲示が適切である	34	1121	305			1460	2.3%
3.1.4	外来待ち時間に配慮されている	16	960	477		7	1460	1.1%
3.2.1	患者・家族の相談窓口が設置されている	21	593	843	3		1460	1.4%
3.2.2	患者・家族の相談に応じている	22	506	929	3		1460	1.5%
3.3.1	患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている	34	949	477			1460	2.3%
3.3.2	患者・家族の希望や意見に基づくサービスの改善が行われている	15	603	842			1460	1.0%
3.3.3	患者・家族の苦情についての対応が適切に行われている	12	589	859			1460	0.8%
3.4.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	17	953	489	1		1460	1.2%
3.4.2	入院患者の利便性に配慮されている	14	661	785			1460	1.0%
3.4.3	院内のバリアフリーが確保されている	36	883	531	10		1460	2.5%
3.5.1	外来患者のプライバシーが確保されている	74	876	507		3	1460	5.1%
3.5.2	入院患者のプライバシーが確保されている	46	759	652	3		1460	3.2%
3.6.1	療養環境の整備体制が確立している	11	470	979			1460	0.8%
3.6.2	患者が使用する設備・備品が整備されている	8	709	743			1460	0.5%
3.6.3	院内の清潔管理が適切に行われている	47	739	672	2		1460	3.2%
3.6.4	禁煙、分煙に配慮されている	258	537	650	15		1460	17.7%
3.7.1	やすらぎへの配慮がなされている	6	643	790	21		1460	0.4%
3.7.2	病室内の快適性が保たれている	10	725	718	7		1460	0.7%
3.7.3	食事の快適性に配慮されている	22	929	504	5		1460	1.5%
3.7.4	ベッド・マットについて配慮されている	10	630	813	7		1460	0.7%
3.7.5	トイレについての施設的な配慮がなされている	72	848	532	8		1460	4.9%
3.7.6	浴室についての施設的な配慮がなされている	49	1015	393	3		1460	3.4%
3.8.1	院内における災害発生時の対応体制が整っている	14	464	981	1		1460	1.0%
3.8.2	大規模災害発生時の対応体制が整っている	35	764	653	8		1460	2.4%
4.1.1	診療組織が整備されている	148	1106	206			1460	10.1%

4.1.2	診療組織が適切に運営されている		14	915	531				1460	1.0%
4.1.3	診療における倫理に適切に対応している		77	1129	253	1			1460	5.3%
4.2.1	医師が適切に採用されている		14	475	327		3	1	820	1.7%
4.2.2	医師の能力や病院への貢献度が評価されている		120	1171	167	2			1460	8.2%
4.2.3	医師の教育、研修が適切に行われている		15	944	501				1460	1.0%
4.3.1	診療録管理部門の体制が整備されている		185	902	370	3			1460	12.7%
4.3.2	診療録が適切に管理されている		326	614	518	2			1460	22.3%
4.3.3	診療情報が適切に管理され活用されている	1	218	956	281	4			1460	15.0%
4.4.1	図書室が確保され図書・文献が整備されている		114	865	460	19	2		1460	7.8%
4.4.2	図書室の利用促進と便宜が図られている		123	834	487	13	3		1460	8.4%
4.5.1	臨床検査部門の体制が整備されている		39	639	754	1	27		1460	2.7%
4.5.2	臨床検査部門は適切に運営されている		42	791	618	2	7		1460	2.9%
4.6.1	病理診断部門の体制が整備されている		95	213	332	9	39		688	14.6%
4.6.2	病理診断部門は適切に運営されている		65	508	606	11	145		1335	5.5%
4.7.1	画像診断部門の体制が整備されている		14	755	678	4	9		1460	1.0%
4.7.2	画像診断部門は適切に運営されている		21	894	413	2	5		1335	1.6%
4.7.3	放射線治療部門が適切に運営されている		1	169	181	4	333		688	0.3%
4.8.1	薬剤部門の体制が整備されている		54	742	664				1460	3.7%
4.8.2	薬剤が適切に保管・管理されている		133	426	901				1460	9.1%
4.8.3	調剤が適切に行われている		92	906	461	1			1460	6.3%
4.8.4	薬剤が適切に購入され供給されている		44	738	678				1460	3.0%
4.8.5	薬剤情報が適切に提供されている		14	652	793	1			1460	1.0%
4.9.1	輸血血液部門の体制が整備されている		171	392	717	8	47		1335	13.3%
4.9.2	輸血用血液製剤が適切に供給されている		13	435	838	5	44		1335	1.0%
4.10.1	手術・麻酔部門の運営体制が整備されている		90	428	616	2	199		1335	7.9%
4.10.2	手術・麻酔部門の施設・設備・機器が適切に管理されている		26	528	576	6	199		1335	2.3%
4.10.3	手術・麻酔部門が適切に運		6	398	729	1	201		1335	0.5%

	営されている									
4.10.4	中央滅菌材料部門が適切に運営されている	11	275	393	4	5		688	1.6%	
4.11.1	集中治療室の体制が整備されている	7	147	263	2	295		714	1.7%	
4.11.2	集中治療室が適切に運営されている	6	159	251	2	296		714	1.4%	
4.12.1	救急部門の地域における役割が明確になっている	8	439	873	10	130		1460	0.6%	
4.12.2	役割に応じて救急部門の体制が整備されている	83	753	479	6	139		1460	6.3%	
4.12.3	救急部門が適切に運営されている	21	841	465	7	126		1460	1.6%	
4.13.1	栄養部門の運営体制が整備されている	19	660	779	2			1460	1.3%	
4.13.2	栄養管理が適切に行われている	25	894	539	2			1460	1.7%	
4.14.1	リハビリテーション部門の体制が整備されている	79	728	584	12	57		1460	5.6%	
4.14.2	リハビリテーション部門が適切に運営されている	50	568	774	7	61		1460	3.6%	
4.15.1	訪問サービス部門の体制が整備されている	15	321	417	1	706		1460	2.0%	
4.15.2	訪問サービス部門が適切に運営されている	9	340	328	1	782		1460	1.3%	
4.20.1	主治医・担当医が明確になっており、診療責任が確立している	34	1067	3742	1	1	2	4847	0.7%	
4.20.2	回診が定期的実施され適切な医学的管理が行われている	19	1931	2891	3	1	2	4847	0.4%	
4.20.3	医師の指示が確実に伝達され実施されている	475	1838	2528	3	1	2	4847	9.8%	
4.20.4	診療録が適切に記載されている	447	3208	1183	6	1	2	4847	9.2%	
4.21.1	入院の決定が適切に行われている	72	3001	1768	2	2	2	4847	1.5%	
4.21.2	入院診療計画が作成されている	85	2145	2613		2	2	4847	1.8%	
4.21.3	診療計画が適切に見直されている	114	2636	2090	1	4	2	4847	2.4%	
4.22.1	臨床検査・画像診断・病理診断が適切に実施されている	53	1809	2957	1	25	2	4847	1.1%	
4.22.2	検査結果を迅速に入手し的確に診断を確定することができる	22	1758	3054	6	5	2	4847	0.5%	
4.23.1	処方が適切に行われている	252	2527	2065		1	2	4847	5.2%	
4.23.2	病棟における薬剤が適切に管理されている	623	3123	1096		3	2	4847	12.9%	
4.23.3	薬剤の投与が適切に行われている	262	3066	1516		1	2	4847	5.4%	
4.24.1	手術・麻酔・処置が計画に	69	1216	2020	2	1235	2	4544	2.1%	

	基づいて行われている									
4.24.2	手術・麻酔が適切に実施されている	39	896	2214	5	1388	2	4544	1.2%	
4.25.1	栄養学的に配慮された食事計画・食事指導が行われている	73	2588	2168	10	6	2	4847	1.5%	
4.26.1	ニーズに基いたリハビリテーションが実施されている	218	2435	1968	14	210	2	4847	4.7%	
4.27.1	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている	73	2442	2125	3	202	2	4847	1.6%	
4.28.1	行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている	466	1817	2198	4	57	2	4544	10.4%	
4.29.1	院内緊急事態に適切に対応されている	98	2355	2381	8	3	2	4847	2.0%	
4.30.1	退院時の療養指導が適切に行われている	1	29	1674	5	13	2	4847	0.6%	
4.30.2	退院後の療養継続のために適切な連携・調整が行われている	43	1897	2888	5	12	2	4847	0.9%	
4.31.1	個々の症例について十分な検討が行われている	193	2762	1884	5	1	2	4847	4.0%	
4.31.2	治療実績が取りまとめられ診療の質改善の指標となっている	186	2652	586	8	2	2	3436	5.4%	
5.1.1	看護管理に理念が反映されている	2	283	1175				1460	0.1%	
5.1.2	看護部門の目標管理が行われている	23	652	780	5			1460	1.6%	
5.1.3	看護部門の組織が整備されている	34	829	596	1			1460	2.3%	
5.1.4	役割ごとの業務規程がある	33	566	860	1			1460	2.3%	
5.2.1	看護部門の個々の職員をいかにしよう組織が作られ、運営されている	8	863	589				1460	0.5%	
5.2.2	効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている	25	1120	313	2			1460	1.7%	
5.3.1	看護部門の職員の能力評価が行われている	73	981	403	3			1460	5.0%	
5.3.2	看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている	29	895	533	3			1460	2.0%	
5.3.3	専門的知識に基づいた判断により看護ケアが行われている	2	453	251	8			714	0.3%	
5.10.1	看護を必要とする人に適切な看護が実践されている	27	2612	2204	1	1	2	4847	0.6%	
5.10.2	看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている	79	2873	1888	4	1	2	4847	1.6%	
5.10.3	看護ケアを提供する仕組みに関する規程が定められている	14	1063	3767		1	2	4847	0.3%	