

期中の確認 実施のご案内（第 6 版）



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

人の安心、医療の安全 JQ

目次

はじめに	5
I.実施概要	7
II. 確認方法について.....	13
(1) 書面による確認「主たる機能種別の自己評価」.....	15
(2) 書面による確認「質改善活動事例報告」	17
(3) 訪問による確認.....	19
III. スケジュールについて	21

はじめに

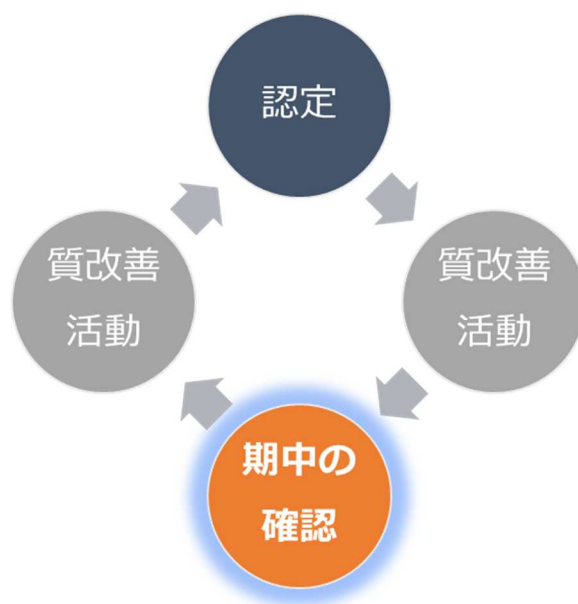
病院機能評価は、2013年4月からプロセスを重視した評価内容とする第三世代（機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>）として新たにスタートしました。現在は3rdG:Ver.3.0の運用が開始され、認定期間中の継続的な質改善を支援するしくみである「期中の確認」についても多くの病院に取り組んでいただいています。

「期中の確認」を実施される際は、本書に記載している内容をご確認いただき、期日までにご提出くださるようお願いいたします。「期中の確認」として自己評価を行い、病院の現状を把握し、課題に対して取り組んでいただくことが継続的な質改善活動そのものとなります。また、ご提出いただいた自己評価に対してはサーベイヤーがコメントを付記してお返しいたします。

「期中の確認」を継続的な質改善のツールとしてご活用いただき、次の更新審査の準備のきっかけとしていただければ幸いです。引き続きご高配を賜りますよう何とぞよろしくお願い申し上げます。

2024年10月1日

評価事業推進部 支援課 一同



期中の確認を活用した質改善活動のサイクル

I.実施概要

1. 概要

- 「認定期間中の確認」(以下、期中の確認)は、「病院機能評価認定に関する運用規則」第 12 項に基づき、病院の継続した質改善活動を支援することを目的に、認定から 3 年目となる年に病院における質改善活動の取り組み状況を提出いただくものです。
- **期中の確認は、審査ではありません。**原則、確認内容をもって認定を留保したり、評価・評点を変更することはありませんが、提出された内容は次の更新審査における事前資料として取り扱います。

2. 対象

機能種別版評価項目<3rdG:Ver.1.0>(以下、<3rdG:Ver.1.0>)以降の主たる機能種別で認定されたすべての病院を対象とします。

3. 実施方法

- 必須:すべての病院に対して、「書面による確認(自己評価)」を実施します。
- 任意:病院の希望に応じて、「書面による確認(質改善活動事例報告)」および「訪問による確認」を実施します。

※1 対象となる評価項目のバージョンについて

「期中の確認」では、期中の確認の実施時期において運用されている最新のバージョンを使用します。2024 年 10 月時点では、<3rdG:Ver.3.0>が最新バージョンです。3rdG: Ver.2.0 で受審・認定された病院も 3rdG: Ver.3.0 で自己評価してください。

詳細は「期中(様式1).xlsm」の「はじめにお読みください」シートをご参照ください。

4. 実施時期

原則、認定開始日から起算して 3 年目に実施します。

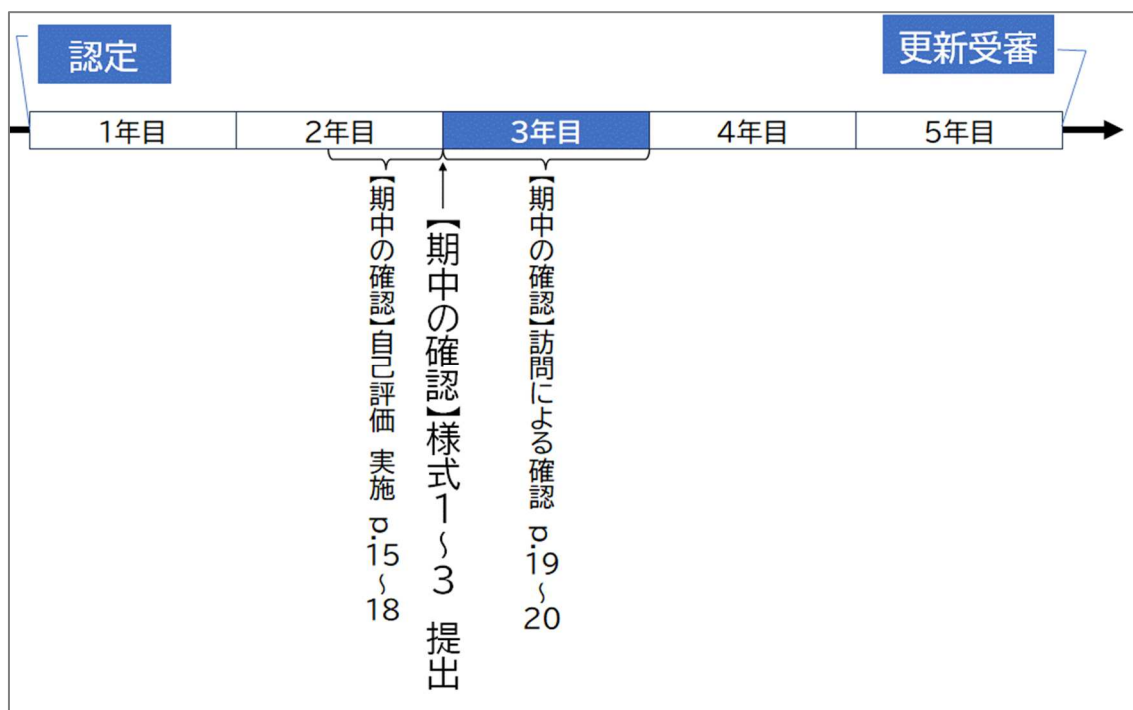
- ・ 「書面による確認」の書面提出期限は、認定 3 年目の開始月の末日です。
- ・ 「訪問による確認」は、3 年目に実施します(日程応相談)。

※特例措置等が適用された場合については延期して実施する場合があります。

(例)主たる機能種別の認定証に記載された認定期間が 2024 年 7 月 25 日～2029 年 7 月 24 日の場合、

- ・ 「書面による確認」の書面提出月は 2026 年 7 月です。

- ・ 「訪問による確認」を希望される場合は、「書面による確認」の書面提出後から 2027 年 6 月の間に訪問を実施します。



「期中の確認」の全体概要

※「訪問による確認」の実施体制の選択について(☞p.19)

「訪問による確認」を希望される病院は、表 1 からご希望の実施体制を選択し、「期中(様式 3)」に必要事項を記載してお申し込みください。

表 1 「訪問による確認」実施体制の選択について

	訪問する SVR 数	時間	料金(税込、旅費込)
1	診療・看護・事務管理 SVR いずれか 1 名	半日	132,000 円
2	診療・看護・事務管理 SVR 各 1 名	1 日	550,000 円

☞ 事務局から①

- ・「期中の確認」は主たる機能における認定証に記載されている、「**認定期間**」の**開始日**から起算して3年目に実施します。
- ・2014年11月より、「期中の確認」の対象となる病院の機能評価ご担当者様に宛て、関連する書類一式の送付を開始いたしました。順次、対象となる病院様に対して、期中の確認が開始となる月から遡って6か月前に、ご案内いたします。



・なお、実施に関連する書類や様式に関する改訂や変更があれば、随時、最新版をホームページ(<http://jcqhc.or.jp/>)を通してお知らせいたします。是非、定期的に最新の情報をご確認くださいようお願いいたします。

II. 確認方法について



(1) 書面による確認「主たる機能種別の自己評価」

関連書類:期中(様式1).xlsm

1. 目的

認定時に明確化した課題に対し、現在の改善状況を院内にて把握・共有していただくために、全項目の自己評価をお願いしています。

2. 対象となる病院

<3rdG:Ver.1.0>以降のすべての認定病院。

お申し込みは不要で、費用は無料です。

3. ご提出

① 提出期限

認定開始日から起算して 3 年目の開始月の末日。

※ 特例措置等の対象病院については延期して実施する場合があります。詳しくは別途お送りしている「『期中の確認』の実施に関するご案内」をご参照ください。

(例) 主たる機能種別の認定証に記載された認定期間が 2024 年 7 月 25 日～2029 年 7 月 24 日の場合、「書面による確認」の提出月は 2026 年 7 月です。

② 提出方法

「病院機能評価 ファイル送受信システム」のフォルダに「期中(様式1).xlsm」をご提出ください。アップロード方法は【ファイル送受信システム「期中の確認」用 簡易マニュアル】をご参照ください。

■ ファイル形式:エクセル形式(.xlsm)

■ ファイル名:「(元のファイル名)_**(提出日の年月日)**」

(例)

元のファイル名:00123456789_期中(様式1)H99999 評価機構テスト病院.xlsm

⇒00123456789_期中(様式1)H99999 評価機構テスト病院_**20240918**.xlsm

4. ご記入事項

- 主たる機能種別における評価項目について、以下をご記入ください。詳細は「期中(様式1).xlsm」ファイルの「はじめにお読みください」シートをご参照ください。
- 副機能の認定を取得している場合、副機能の中項目については認定時の評点に関わらず評点の記載および現状の自由記載は任意です。

(1) 認定時に評価が「B」「C」であった中項目

a) 現状を自己評価した評点(必須)

b) 改善状況の現況(必須;「自由記述欄」に記載)

※ 審査時の評点と現在の自己評価の評点が同一である場合も空欄にせず、プルダウンから選択してください。

(2) 認定時に評価が「S」「A」であった中項目

a) 現状を自己評価した評点(必須)

※ 審査時の評点と現在の自己評価の評点が同一である場合も空欄にせず、プルダウンから選択してください。

※ 「自由記述欄」の記述は任意です。

■自己評価記入欄の見方

項目 番号	機能 種別	評価項目	自己 評価	自由記述欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)	前回 評価
1	A	患者の権利の保護			
1-1	A	患者の意思を尊重した医療 患者の権利を明確にし、権利の保護に努めている		プルダウンしたい点	適切に取組まれている点
1-1-1	A	【評価の視点】 ○患者の権利が明確にされており、実際の場面で確認されていることも評価する。 【評価の要素】 ●患者の権利の内容 ●患者の権利の明文化 ●患者の意識、最善への周知 ●権利保護の状況 ●患者の請求に基づく診療記録の開示状況		評価に記述されている点	評価と思われる点

1 ページ

実施時点の最新バージョンの中項目番号、中項目名、評価の視点、評価の要素を記載しています。
なお、機能種別の欄に記載されているアルファベットは機能種別を表しています。
(A=一般病院1、B=一般病院2、C=一般病院3、R=リハビリテーション病院、P=精神科病院、L=慢性期病院、K=緩和ケア病院)

こちらに自己評価を記載してください。記載時の留意点(は上段「■ご回答いただく際にご留意いただきたい点」をご確認ください。)

貴院の前回の受審結果です。

< > 表紙 はじめにお読みください 一般2(1) 一般2(2-1) 一般2(2-2) 一般2(3) 一般2(4) 一般1(2-2) リハ(2-2) 慢性期

5. ご提出後について

- ・ 認定取得時に C 評価であった項目を中心に、サーベヤーが確認し、コメントを記入の上、お返しいたします。



(2) 書面による確認「質改善活動事例報告」

関連書類: 期中(様式2) [質改善活動報告シート]

1. 目的

- ・ 認定期間中における質改善活動の活性化を図るため。自院の取り組みを振り返り、文書化・可視化していただくため。
- ・ 自院の活動を外部に向けアピールする機会としていただくため。さらに、全国の認定病院との情報交換の契機としていただくため。

2. 対象となる病院

- ・ <3rdG:Ver.1.0>以降のすべての認定病院(任意)。
- ・ お申し込みは不要で、費用は無料です。

3. ご提出

① 提出時期

期中(様式2) [質改善活動報告シート]にご記入の上、前項「主たる機能種別の自己評価」と同時にご提出ください。

② 提出方法

「病院機能評価 ファイル送受信システム」のフォルダに期中(様式2) [質改善活動報告シート]をご提出ください。アップロード方法は【ファイル送受信システム「期中の確認」用 簡易マニュアル】をご参照ください。

■ ファイル形式:ワード形式(.docx)

■ ファイル名:「(元のファイル名)_(病院名)_(テーマ名)_(提出日の年月日)」

(例)

元のファイル名:期中(様式2) 質改善活動報告シート.docx

⇒期中(様式2) 質改善活動報告シート_評価機構テスト病院_職員研修について
_20240918.docx

4. ご記入事項

認定後の期間において、院内で実施された質改善活動に向けた取り組みについて、テーマごとに「期中(様式2)質改善活動報告シート.docx」に下記の内容をご記入・ご提出ください。必要に応じて、別紙を添付いただいてもかまいません。

- (1) ご提出データの取り扱いに関するご承諾書
- (2) 質改善活動報告票(完了、継続中などの経過は問いません)

表 2 期中(様式2)「質改善活動報告シート」に含まれる項目

(1) ご提出データの取り扱いに関するご承諾書	
(2) 質改善活動報告票	1. 病院の概要、記入者(部門)の概要
	2. 活動の名称、タイトル
	3. 活動の背景、きっかけ
	4. 活動の内容や成果 (予算確保の状況・活動期間)
	5. 今後の課題
	6. 苦労した点、工夫した点

🔑 事務局から②

・(様式2)の提出は任意としておりますが、審査や評価項目の枠組みにとらわれない自由な活動報告をお待ちしております。



(3) 訪問による確認(有料)

関連書類:期中(様式3)[訪問による確認 申込用紙]

1. 目的

- ・認定期間中における質改善活動の継続と活性化を図るため。

2. 対象となる病院

- ・ <3rdG:Ver.1.0>以降のすべての認定病院(任意)。

3. ご提出

① 提出時期

「訪問による確認」を希望される場合は、p.15-16「主たる機能種別の自己評価」と同時にご提出ください。その後、日程等を調整し、原則として認定期間の3年目の間に「訪問による確認」を実施します。

② 提出方法

「病院機能評価 ファイル送受信システム」のフォルダに期中(様式3)[訪問による確認 申込用紙]をご提出ください。アップロード方法は【ファイル送受信システム「期中の確認」用 簡易マニュアル】をご参照ください。

■ ファイル形式:ワード形式(.docm)

■ ファイル名:「(元のファイル名)_(病院名)_(提出日の年月日)」

(例)

元のファイル名:期中(様式3)訪問による確認 申込用紙.docm

⇒期中(様式3)訪問による確認 申込用紙_評価機構テスト病院_20240918.docx

③ 提出内容

1) 実施希望時期

「(1) 書面による確認」の提出後に実施いたします。

認定開始日から起算して3年目における希望月をお知らせください。

2) 実施に向けてのご要望

実施体制の選択:p.10 表1に記載の2パターンから実施体制をお選びください。

その他、実施にあたってご要望やご意向があればお聞かせください。

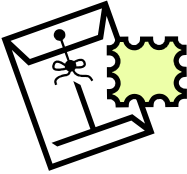
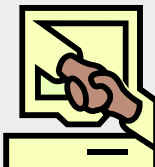
4. 「訪問による確認」実施方法について

「訪問による確認」を希望された病院のご要望を踏まえ、確認実施者が病院に伺い確認を行います。

III. スケジュールについて

期中の確認は、おおむね下記のスケジュールで実施いたします。

関係書類を適宜ご確認の上、期日までに必要な書類をご提出ください。

	病院様と機構の動き		関係書類
3年目の開始月の6か月前		病院機能評価ご担当者様宛に、機構から関連書類一式をお送りいたします。	・送付状 ・実施のご案内（この資料） ・ファイル送受信システム「期中の確認」用 簡易マニュアル
		送付状の発送とともに、提出書類に関するデータが病院機能評価 ファイル送受信システムにアップロードされます。必ず、内容をご確認ください。	・期中（様式1） 自己評価フォーマット ・期中（様式2） 質改善活動報告シート ・期中（様式3） 訪問による確認申込用紙
）		提出に向け、自己評価および改善活動をお願いいたします	
3年目の開始月		・該当月に、必要な書類を病院機能評価 ファイル送受信システムにてご提出ください。	・様式1（必須） ・様式2（任意） ・様式3（任意）
）		提出いただいた書面を機構で確認し、サーベヤーのコメントを付記してお返しします。 訪問による確認を希望される場合は、日程調整を開始します。	

期中の確認 実施のご案内 第 6 版

2024 年 10 月 10 日発行

公益財団法人 日本医療機能評価機構

評価事業推進部 支援課

TEL:03-5217-2326(直通)