

病院機能評価データブック

平成 28 年度

平成 30 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。

さて、病院機能評価事業は平成9年より開始されました。平成29年12月31日現在、認定病院数は2,181病院で、その病床数はわが国の病床数の41.5%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、および審査を通じて得られたデータを病院や国民の皆様に戻元するために、平成28年度に評価項目体系3rdG:Ver.1.1で訪問審査を受審された383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28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28年度」について	4
第1章 病院機能評価の概要	7
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	14
8. 次期病院機能評価について	17
9. 国際認定の取得	18
第2章 平成28年度受審病院の概要	19
1. 病院の概要	22
2. 臨床評価指標	34
3. 部門ごとの活動状況	37
4. 経営の状況	45
第3章 審査結果の概要	47
1. 主機能別の審査結果の要約と評価項目の評点分布	48
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）	95
1. 特定機能病院の審査結果	96
2. がん診療連携拠点病院の審査結果	97
日本医療機能評価機構 沿革	99

「病院機能評価データブック 平成28年度」について

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事 長谷川 友紀

病院機能評価を受審した病院の実態を明らかにし、受審病院の医療の質に関する情報を病院、医療関係者、国民に還元するため、病院機能評価データブック平成28年度版を作成した。

平成28年度に評価項目「病院機能評価 機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.1」の、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区分のいずれかを主たる機能（主機能）として選択し、訪問審査を受審した383病院のデータを集計・分析した。

第1章「病院機能評価の概要」では、病院機能評価の制度を解説し、受審病院数と認定病院数を述べた。制度解説では現行の評価項目「病院機能評価 機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.1」の開発に至る経緯やその狙いを説明した。認定病院数では、平成29年3月31日現在の県別の認定病院の割合（認定病院数／全病院数）を掲載した。上位3県は滋賀県、長野県、島根県である。

第2章「平成28年度受審病院の概要」では、今年度は、受審病院から提出された「病院機能の現況調査」(以下「現況調査票」)のデータを、病院機能評価審査結果報告書の末尾の「書面審査サマリー」の配列に準拠して集計した。

383病院が選択した「主機能」は、一般病院2が最も多く（172病院）、次いで一般病院1（115病院）、精神科病院（34病院）、慢性期病院（32病院）、リハビリテーション病院（29病院）、緩和ケア病院（1病院）だった。一般病院2が最も多く、次いで一般病院1という傾向は平成27年度と同じだった。

「主機能」一般病院2の172病院のうち、9病院が特定機能病院に、66病院が地域医療支援病院に、56病院ががん診療連携拠点病院（都道府県又は地域）に、41病院が救命救急センターに、85病院が臨床研修病院（基幹型）に指定されていた。

職種別職員数（100床当り常勤換算 中央値）の総数、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士は、それぞれ165.3人、15.8人、65.3人、4.0人、4.6人、3.7人、1.8人であり、平成26年（2014）厚生労働省 医療施設（静態・動態調査）・病院報告の概況による全国値と比べて、受審病院のほうが多かった。

図表 100床当り常勤換算従事者数（単位：人）

	総数	医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	診療放射線技師	管理栄養士
受審病院	165.3	15.8	65.3	4.0	4.6	3.7	1.8
平成26年全国値	130.3	13.4	48.9	3.0	3.4	2.7	1.7

看護師の退職率は9.4%で、平成27年度の10.0%とほぼ同じだった。

医療安全担当の常勤専従者がいる病院は52.9%で、一般病院2が91.9%と最も高く、他の主機能では30%未満だった。

感染管理担当の常勤専従者がいる病院は44.8%で、一般病院2が87.8%と最も高く、他の主機能では15%未満だった。

画像診断部門で、放射線科医による読影体制がある病院は80.4%で、一般病院2が98.3%と最も高く、ついで一般病院1が82.6%だった。

手術を実施している病院のうち麻酔科医（常勤、常勤専任または兼任、または非常勤）がいる病院は88.5%だった。

経営の状況は、必要なデータが抽出できた240病院を対象に集計した。医業収支率（医業収益／医業費用）は100.5%だった。平成29年実施 第21回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告では、一般病院の損益差額の構成比率〔（医業収益＋介護収益－医療・介護費用）÷（医業・介護費用）〕は、97.3%だった。（一般病院（集計表2）全体 前年（度））

第3章「審査結果の概要」では、今年度は、主機能別の中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書における中項目（評価項目）の評価（S,A,B,C）の集計を充実させ、これから受審する病院が中間的な結果報告で評価Cの評価項目を減らすために効率的な準備ができるようにした。

中間的な結果報告では383病院のうち96病院（25.1%）に評価C（一定の水準に達しているとは言えない）の評価項目が1つ以上あったが、補充的な審査を経て、最終的な審査結果報告書では7病院（1.8%）だけに評価Cの評価項目が1つ以上あった。この7病院のうち5病院（1.3%）には改善要望事項を付して、引き続き改善を求めた。

最終的な審査結果報告書では383病院のうち232病院（60.6%）に評価S（秀でている）の評価項目が1つ以上あった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、11の評価項目がSになった病院もあった。評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介した。

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）」では、平成27年度に引き続き、平成28年度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を集計した。

4.1 特定機能病院の審査結果

特定機能病院9病院は、すべて主機能として一般病院2を選択していた。このうち5病院（55.6%）が中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった。評価C（一定の水準に達しているといえない）が多かった評価項目と主な理由は、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」（ホルムアルデヒド作業環境濃度高値など）だった。

平成27年度の病院機能評価データブックで集計した特定機能病院50病院のうち20病院（40.0%）が中間的な結果報告で評価Cの評価項目があり、評価項目4.2.3で評価Cとなった病院も7病院あった。

4.2 がん診療連携拠点病院（都道府県又は地域）の審査結果

がん診療拠点病院（都道府県又は地域）56病院のうち、17病院（30.4%）が中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった。評価Cが多かった評価項目と主な理由は、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実施している」（アンプル型高濃度カリウム製剤の病棟・部署への配置など）、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」（ホルムアルデヒド作業環境濃度高値など）だった。

平成27年度の病院機能評価データブックで集計した がん診療連携拠点病院（都道府県、地域、又は国立がん研究センター）221病院のうち57病院（25.8%）が中間的な結果報告で評価Cの評価項目があり、今年度と同様、評価項目2.1.5、4.2.3で評価がCになった病院が多かった。

第 1 章

病院機能評価の概要

- 1.1 病院機能評価の意義
- 1.2 病院機能評価の変遷
- 1.3 機能種別
- 1.4 審査の流れ
- 1.5 対象領域と評価項目
- 1.6 評価判定と認定
- 1.7 受審病院数の推移
- 1.8 次期病院機能評価について
- 1.9 国際認定の取得

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	・「一般病院A・B」「精神病院A・B」「長期療養病院」の種別を設定	・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	・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	1	41	5
3. 診療の質の確保	11	13	41	15	53	126	12	3	46	10	110	22
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	3	139	13
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	3	161	14	467	40

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)		
	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
5. 看護の適切な提供	14	27	90	14	25	63
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
7. 精神科に特有な病院機能	5	17	48			
8. 療養病床に特有な病院機能	4	9	29			
統合版 計	81	204	654			

(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
12	23	72	12	22	51
11	18	61	11	17	44
23	41	133	23	39	95
2	5	17			
25	46	150			

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)		
	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
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
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			

(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
8	26	76	8	26
8	26	76	8	26
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)		
	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
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. 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			

(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
7	22	58	7	20
7	22	58	7	20
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の病院
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 (平成27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

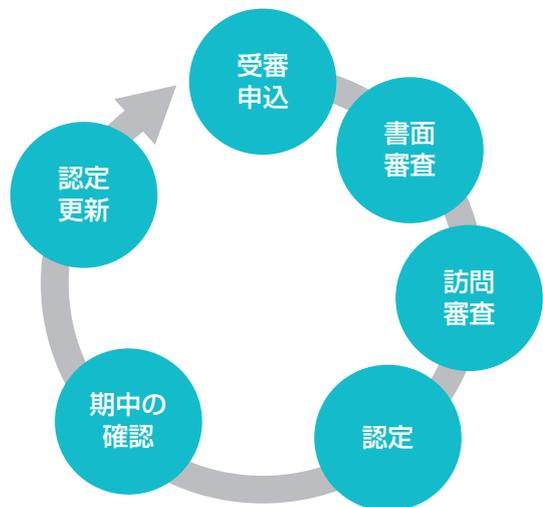
1.4

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¹⁾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



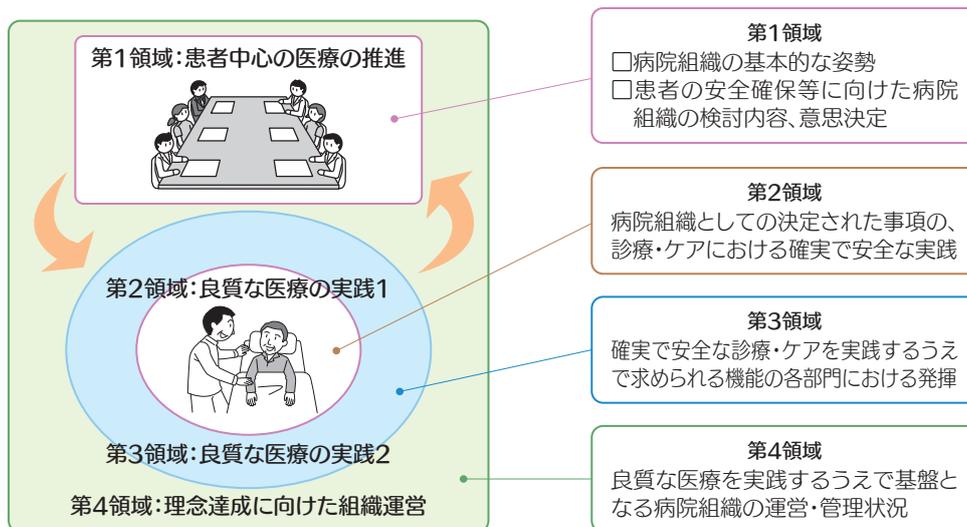
1) 詳細は「1.6 評価判定と認定」を参照。

1.5

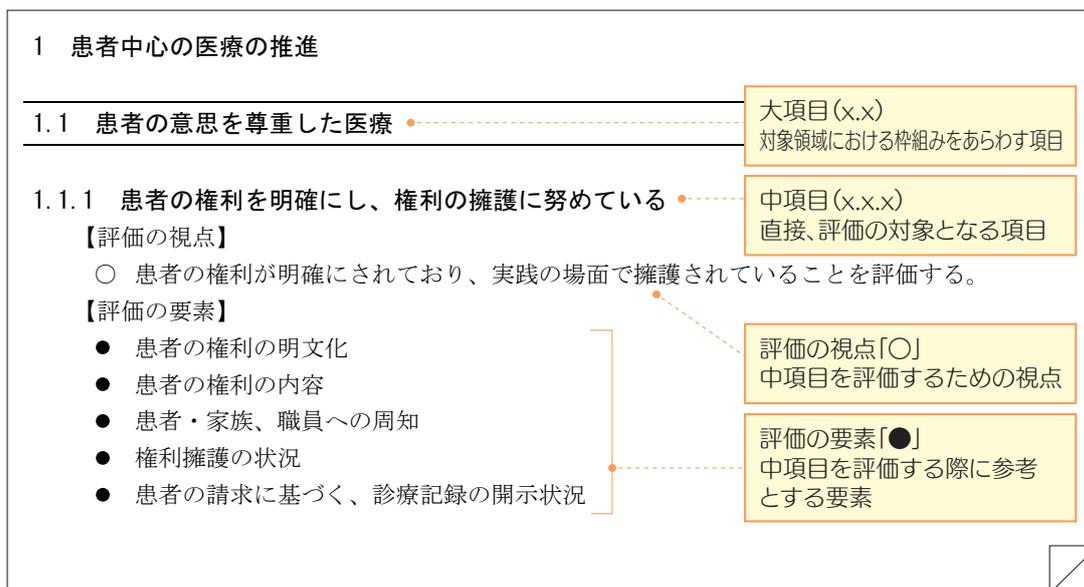
対象領域と評価項目



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

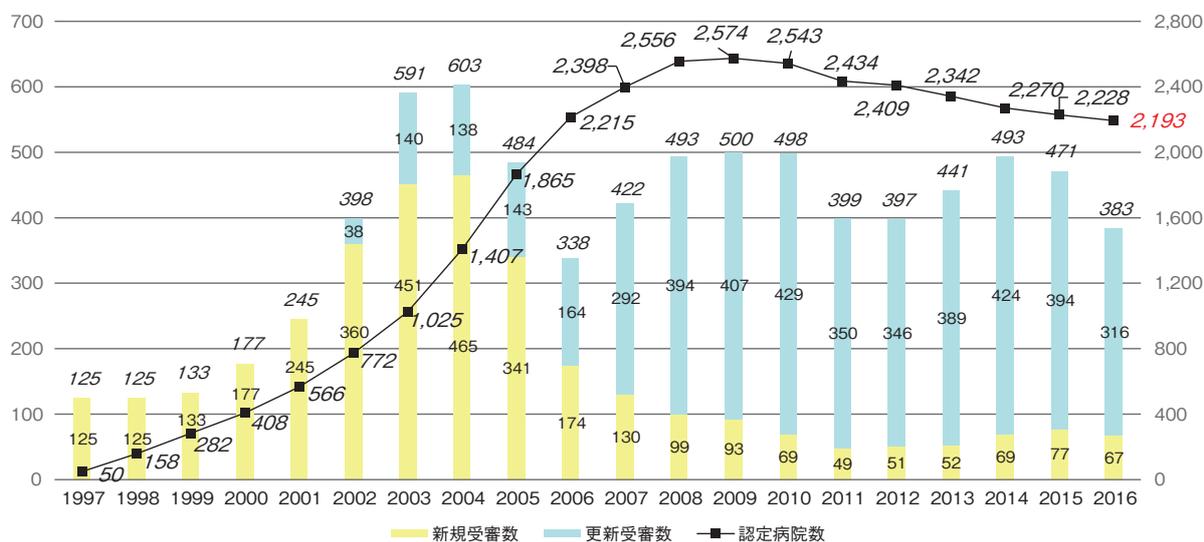
1.7

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。平成16年度（2004年度）以降、新規受審病院数は減少していたが、平成24年度（2012年度）から増加傾向がみられる。平成28年度（2016年度）の受審病院数は383件（新規67件・更新316件）であり、平成29年3月末時点の認定病院数は2,193病院となっている。

図表1-7a.受審病院数の年度別推移



図表1-7bおよび図表1-7cに平成29年3月末時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の認定病院の割合は約26%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%、島根県35.3%であった。

図表1-7b. 都道府県別の認定病院の割合（平成29年3月31日時点）

都道府県名	全病院数	認定数	認定病院の割合 (%)	都道府県名	全病院数	認定数	認定病院の割合 (%)
北海道	563	123	21.8	滋賀県	57	22	38.6
青森県	96	19	19.8	京都府	169	51	30.2
岩手県	93	23	24.7	大阪府	522	150	28.7
宮城県	140	31	22.1	兵庫県	351	95	27.1
秋田県	69	20	29.0	奈良県	79	22	27.8
山形県	68	22	32.4	和歌山県	83	14	16.9
福島県	128	32	25.0	鳥取県	44	14	31.8
茨城県	178	31	17.4	島根県	51	18	35.3
栃木県	107	23	21.5	岡山県	163	56	34.4
群馬県	130	35	26.9	広島県	244	73	29.9
埼玉県	344	86	25.0	山口県	147	36	24.5
千葉県	287	57	19.9	徳島県	111	32	28.8
東京都	651	167	25.7	香川県	89	19	21.3
神奈川県	340	91	26.8	愛媛県	141	32	22.7
新潟県	128	29	22.7	高知県	130	30	23.1
富山県	106	27	25.5	福岡県	461	131	28.4
石川県	94	29	30.9	佐賀県	107	24	22.4
福井県	68	13	19.1	長崎県	149	31	20.8
山梨県	60	12	20.0	熊本県	212	69	32.5
長野県	130	49	37.7	大分県	157	43	27.4
岐阜県	102	26	25.5	宮崎県	140	29	20.7
静岡県	181	45	24.9	鹿児島県	251	67	26.7
愛知県	325	92	28.3	沖縄県	94	29	30.9
三重県	99	24	24.2	合計	8439	2193	26.0

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

1.8

次期病院機能評価について



平成30年4月より、第3世代に入り2回目の改定となる機能種別版評価項目「3rdG:Ver.2.0（以下、Ver.2.0）」の運用を開始する。

Ver.2.0は、第3世代の運用方針（病院の特性に応じた評価項目の設定、双方向性を強化したプロセス重視の評価、認定期間中の確認を通じた継続的な質改善活動の支援など）を変更せず、以下4点を特徴とした改定である。

○評価項目の見直し

「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）」「質改善活動の取り組み実績（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）」を主要な検討テーマとして評価項目の見直しを実施。

○評価方法の強化

組織横断的な質改善活動を確認するため、病院があらかじめ選択した確認対象（訪問病棟、確認症例）のほかに、機構または評価調査者が確認対象を指定する仕組みを導入。

○一般病院3の新設

特定機能病院などの役割・機能を反映した評価項目（ガバナンスの仕組みと実践、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発および評価、高度の医療に関する研修および人材育成、医療安全確保の取り組み、医療関連感染制御の取り組み）の新設。また、これらを適切に評価できるよう従来の確認方法のほか、「カルテレビュー」「医療安全ラウンド」「患者相談の事例を切り口とした新たなプロセス調査」などを導入。

○認定取得後における評価機構の関与を強化

従来の認定取得後3年目に行う書面による確認のほか、審査結果報告書において評価Cとされた評価項目のうち、評価機構が必要と認めたものについては、改善状況を確認する審査を導入。

詳細は、病院機能評価事業のホームページを参照いただきたい。

※病院機能評価事業ホームページ <https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/>

1.9

国際認定の取得



当機構の病院機能評価事業は、2017年に国際医療の質学会（ISQua: International Society for Quality Health Care）が実施する国際認定（IAP）を受審し、組織運営に関する認定（組織認定）および評価項目に関する認定（項目認定）を取得した。当機構は2013年に初回認定を取得しており、今回は更新認定となる。

IAPは、当機構のような医療機関の第三者評価を行う組織を対象とした国際認定プログラムである。アメリカ、カナダ、オーストラリアなど、各国の第三者評価組織も本認定を取得している。組織認定は、ガバナンスや財務管理などの8領域から構成されており、機構全体の組織管理が適切に行われているかを確認する。一方、項目認定は6領域からなり、病院機能評価の評価項目がISQuaの基準を満たしているかを評価する（詳細下表）。

このように、当機構は第三者評価機関として国際的な水準に照らして継続的な改善を行い、事業の質を高める取り組みを進めている。



IAP認定ロゴマーク

表 IAP評価対象領域

領域	組織認定	項目認定
1領域	ガバナンス	評価項目の策定
2領域	戦略、人事及び財務管理	評価方法
3領域	リスク管理及び業績の向上	病院の役割・計画立案・実績
4領域	人事管理	安全とリスク管理
5領域	情報管理	患者中心の医療
6領域	サーベイヤー管理	質の評価
7領域	審査及び受審病院管理	-
8領域	認定の付与	-

< ISQuaについて >

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、技術や政策の面で協力している。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40か国90団体）のほか、約60か国400名の個人会員が加盟している。本学会はIAP事業のほか、教育研修事業、年次総会などを実施している。2016年の年次総会は東京、2017年はロンドンで開催され、約70か国から1200名が参加した。なお、本年（2018年）は9月にマレーシアのクアラルンプールで行われる。

第 2 章

平成28年度 受審病院の概要

- 2.1 病院の概要
- 2.2 臨床評価指標
- 2.3 部門ごとの活動状況
- 2.4 経営の状況

第2章では、平成28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28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」、実稼働可能病床数を「病床数」とした。また、機能種別の名称は、下記の通り略称を使用した。なお、対象病院数が10病院未満の項目は削除、または、表内の項目をハイフン（-）とした。（図表2-1e以降）

名称	略称
一般病院1	一般1
一般病院2	一般2
リハビリテーション病院	リハ
慢性期病院	慢性期
精神科病院	精神
緩和ケア病院	緩和

受審病院が提出した現況調査票（施設基本票、部門別調査票、診療機能調査票、経営調査票）のデータを主機能別に集計した。

受審病院が選択した主機能は、一般病院2が172病院（44.9%）と最も多く、続いて一般病院1が115病院（30.0%）だった。精神科病院、慢性期病院、リハビリテーション病院は各々約30病院（精神科病院34病院（8.9%）、慢性期病院32病院（8.4%）、リハビリテーション病院29病院（7.6%））だった。主機能として緩和ケア病院を選択したのは1病院（0.3%）だった。（図表2-1a）

主機能別の平均病床数（稼働病床数）は、一般病院2が399.4床と最も多く、ついで精神科病院が301.6床、慢性期病院219.5床、リハビリテーション病院153.7床であった。一般病院1は受審要件が「原則200床未満」であり144.5床であった。（図表2-1e）

病院の役割・機能では、一般病院2（172病院）のうち、9病院が特定機能病院、66病院が地域医療支援病院、56病院ががん診療連携拠点病院、41病院が救命救急センターに指定されていた。（図表2-1k）

電子カルテの導入割合は、一般病院2が93.0%と最も高く、一般病院1、リハビリテーション病院、精神科病院が50%台（一般病院1が59.1%、リハビリテーション病院が55.2%、精神科病院が52.9%）であり、慢性期病院が40.6%だった。（図表2-1n）

医療安全担当の常勤専従者がいる割合は、一般病院2が91.9%と最も高く、ついで一般病院1が26.1%だった。他の種別では15%未満だった。（図表2-1r）

感染管理担当の常勤専従者がいる割合は、一般病院2が87.8%と最も高く、ついで一般病院1が12.2%だった。他の種別では10%未満だった。（図表2-1t）

薬剤部門では、院外処方率は全ての種別で80%を超え、全体では92.4%の処方箋が院外処方として交付されていた。（図表2-3b）一般病院2では、172病院のうち166病院が、抗がん剤の調製・混合をすべて又は原則として薬剤師が対応していた。（図表2-3c）

病理診断部門に医師がいる受審病院の割合は、一般病院2が最も高く83.1%、他の種別は5%未満だった。(図表2-3g)

画像診断部門で、放射線科医による読影体制がある病院の割合は、一般病院2が98.3%と最も高く、ついで一般病院1が82.6%だった。他の種別は60%未満だった。(図表2-3h)

手術を実施している受審病院のうち麻酔科医（常勤、常勤専任または兼任、または非常勤）がいる病院の割合は、一般病院2が最も高く98.8%（170/172病院）で、ついで一般病院1が76.0%（76/100病院）だった。(図表2-3m)

救急医療の水準を水準1（救命救急センターを有する病院）から水準4（時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院）にわけて受審病院に回答を求めた。主機能ごとに最も選択した割合が多かった水準は、一般病院1が水準3（77/115）、一般病院2が水準2（89/172）、その他の種別が水準4だった。(図表2-3q)

在宅医療では、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを病院が実施している割合が多い主機能は、訪問診療は慢性期病院（17/32）、訪問看護は精神科病院（20/34）、訪問リハビリテーションは慢性期病院（15/32）だった。(図表2-3u)

経営状況については、医業収支率（医療収益÷医業費用×100）は全種別で100.5%だった。主機能ごとにみると、一般病院2は96.9%だったが、他の種別はいずれも100%以上だった。(図表2-4a)

2.1

病院の概要

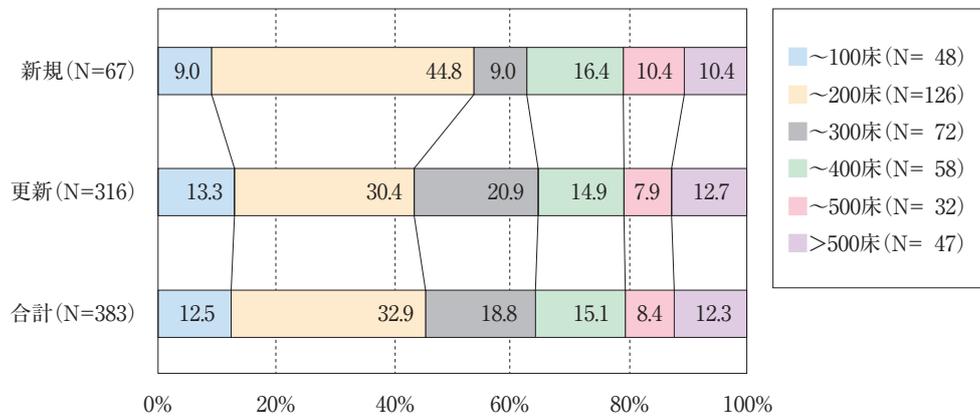


図表2-1a 受審病院の基本的概要

新規／更新	一般1	一般2	リハ	慢性期	精神	緩和	総数
新規	16	30	14	7	0	0	67
更新	99	142	15	25	34	1	316
総数	115	172	29	32	34	1	383

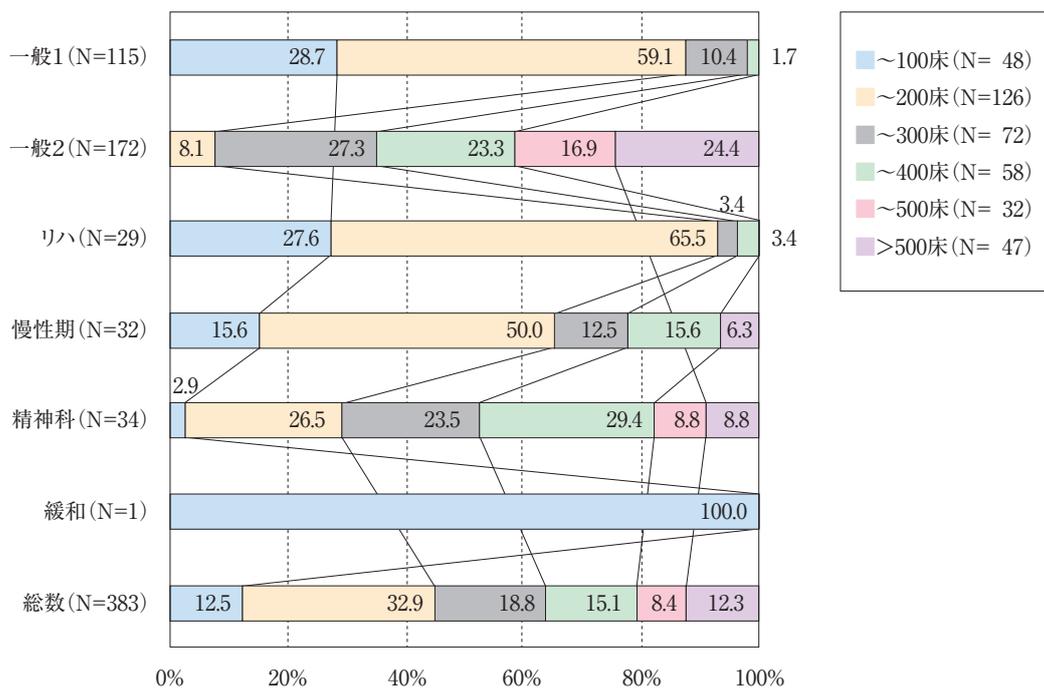
新規・更新×病床規模

図表2-1 b 新規・更新×病床規模



機能種別×病床規模

図表2-1 c 機能種別×病床規模



図表2-1 d 機能種別と副機能の選択

主機能	副機能 (病院数 延べ)						総数
	一般1	一般2	リハ	慢性期	精神	緩和	
一般1 (N=115)	-	0	27	6	3	5	41
一般2 (N=172)	0	-	6	6	16	12	40
リハ (N= 29)	1	0	-	2	1	0	4
慢性期 (N= 32)	4	2	7	-	1	1	15
精神 (N= 34)	1	0	1	2	-	0	4
緩和 (N= 1)	0	0	0	0	0	-	0
総数 (N=383)	6	2	41	16	21	18	-

緩和ケア病院を主機能として受審した病院は1病院であったため、集計対象より外し、382病院を集計した。(図表2-1e以降)

図表2-1e 病床数

主機能	病床数 (平均値)					総数
	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
一般1 (N=115)	108.3	32.5	3.2	0.4	0.1	144.5
一般2 (N=172)	376.2	8.7	11.2	2.2	1.2	399.4
リハ (N= 29)	48.4	103.2	2.1	-	-	153.7
慢性期 (N= 32)	72.9	142.3	1.9	2.4	-	219.5
精神 (N= 34)	6.7	7.3	287.7	-	-	301.6
総数 (N=382)	212.4	34.1	31.9	1.3	0.6	280.3

図表2-1 f 病床区分別平均病床利用率 (中央値)

主機能	一般病床	療養病床	精神病床
一般1 (N= 115)	82.4%	92.1%	-
一般2 (N= 172)	82.2%	85.6%	76.0%
リハ (N= 29)	88.9%	92.7%	-
慢性期 (N= 32)	90.7%	95.1%	-
精神 (N= 34)	-	-	92.9%
全体 (N= 382)	82.9%	93.4%	89.2%

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

図表2-1g 病床区分別平均在院日数（中央値）

主機能	一般病床（日）	療養病床（日）	精神病床（日）
一般1（N= 115）	19.5	97.0	-
一般2（N= 172）	13.8	128.6	55.9
リハ（N= 29）	81.9	82.9	-
慢性期（N= 32）	66.0	171.8	-
精神（N= 34）	-	-	281.9
全体（N=382）	16.3	123.6	112.7

図表2-1h 特殊病床・診療設備

主機能	病床数（1病院あたりのベッド数）（平均値）				
	救急	ICU	CCU	回りハ	緩和ケア
一般1（N=115）	1.4	-	-	23.6	2.5
一般2（N=172）	8.1	4.0	0.6	8.0	4.3
リハ（N= 29）	-	-	-	113.0	-
慢性期（N= 32）	0.1	-	-	20.4	2.2
精神（N= 34）	-	-	-	1.4	-
総数（N=382）	4.1	1.8	0.3	21.1	2.9

表題に240病院と追記している図表については、年度途中に調査票の書式を変更し新規帳票で記入した240病院を集計対象とした。（図表2-1i以降）

図表2-1i 地域包括ケア病床の有無（240病院）

主機能	地域包括ケア病床を有する病院	
	病院数	割合
一般1（N= 69）	38	55.1%
一般2（N=111）	29	26.1%
リハ（N= 22）	4	18.2%
慢性期（N= 20）	4	20.0%
精神（N= 18）	1	5.6%
総数（N=240）	76	31.7%

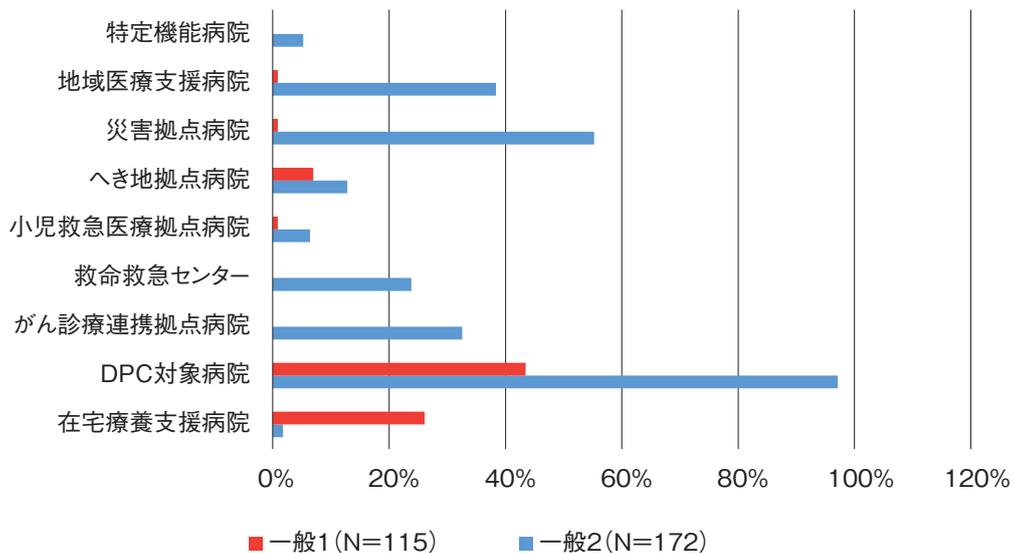
図表2-1 j 地域包括ケア病床数 (240病院)

主機能	病床数 (1病院あたりの病床数) (平均値)
一般 1 (N= 69)	14.8
一般 2 (N=111)	11.1
リ ハ (N= 22)	4.1
慢性期 (N= 20)	4.9
精 神 (N= 18)	3.3
総 数 (N=240)	10.4

図表2-1k 病院の役割・機能等

主機能	役割・機能 (病院数)				
	特定機能病院	地域医療 支援病院	がん診療連携 拠点病院	救命救急 センター	DPC対象病院
一般 1 (N=115)	0	1	0	0	50
一般 2 (N=172)	9	66	56	41	167
リ ハ (N= 29)	0	0	0	0	1
慢性期 (N= 32)	0	0	0	0	0
精 神 (N= 34)	0	0	0	0	0
総 数 (N=382)	9	67	56	41	218

図表2-1l 一般 1 および 2 の特性



図表2-1m 臨床研修（240病院）

主機能	基幹型臨床研修病院（医科）	
	病院数	割合
一般1（N= 69）	1	1.4%
一般2（N=111）	85	76.6%
リハ（N= 22）	0	0.0%
慢性期（N= 20）	0	0.0%
精神（N= 18）	0	0.0%
総数（N=240）	86	35.8%

図表2-1n コンピュータシステムの利用状況

主機能	電子カルテ		オーダーリング		院内LAN		PACS	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1（N=115）	68	59.1%	113	98.3%	104	90.4%	110	95.7%
一般2（N=172）	160	93.0%	172	100.0%	169	98.3%	172	100.0%
リハ（N= 29）	16	55.2%	29	100.0%	27	93.1%	25	86.2%
慢性期（N= 32）	13	40.6%	31	96.9%	28	87.5%	23	71.9%
精神（N= 34）	18	52.9%	34	100.0%	29	85.3%	23	67.6%
総数（N=382）	275	72.0%	379	99.2%	357	93.5%	353	92.4%

図表2-10 職種別職員数 100床あたり中央値

主機能	一般1	一般2	リハ	慢性期	精神	総数
医師	11.8	24.1	7.6	5.5	4.3	15.8
歯科医師	0.3	0.4	0.1	0.1	0.0	0.3
保健師	0.5	1.0	0.9	0.1	0.0	0.7
助産師	0.7	3.7	0.0	0.0	0.0	1.9
看護師	58.3	87.4	45.3	31.5	26.8	65.3
准看護師	9.7	3.3	5.5	11.1	9.0	6.6
看護補助者	13.9	9.4	11.8	14.0	11.3	11.5
薬剤師	4.1	5.2	2.5	2.0	1.3	4.0
臨床検査技師	4.1	6.8	1.5	1.5	0.5	4.6
衛生検査技師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
診療放射線技師	4.0	5.0	1.5	1.3	0.3	3.7
診療X線技師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
管理栄養士	2.3	1.6	1.9	1.7	0.9	1.8
栄養士*	0.4	0.2	0.4	0.9	0.7	0.4
調理師*	1.2	1.4	0.3	1.7	2.3	1.3
理学療法士	11.8	4.7	31.1	7.5	0.5	8.7
作業療法士	5.8	2.2	20.9	3.9	3.4	4.9
言語聴覚士	2.3	0.9	9.0	1.7	0.1	1.9
義肢装具士*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
視能訓練士	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.4
臨床工学技士	2.1	2.4	0.1	0.4	0.0	1.7
柔道整復師／あんまマッサージ指圧師*	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
診療情報管理士／診療記録管理士	1.1	1.0	0.3	0.3	0.1	0.9
社会福祉士	1.4	0.8	2.8	0.9	0.1	1.1
精神保健福祉士	0.1	0.1	0.1	0.0	3.3	0.4
MSW	0.7	0.5	1.6	0.8	0.0	0.7
臨床心理士*	0.2	0.3	0.3	0.1	0.8	0.3
ケアマネージャー*	0.4	0.1	0.2	0.7	0.0	0.2
介護福祉士	3.8	0.9	9.6	7.6	2.5	3.2
ホームヘルパー*	0.2	0.1	0.2	0.4	0.1	0.2
歯科衛生士*	0.7	0.5	0.4	0.3	0.1	0.5
歯科技工士*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他医療技術員*	0.5	0.4	0.4	1.1	0.1	0.5
事務職員	18.9	16.6	12.5	9.2	5.4	15.3
職員総数	168.1	189.9	173.2	110.3	76.9	165.3

*を付している職種については240病院の情報を集計、その他の職種は382病院の情報を集計した。

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

図表2-1p 職員の就業状況（常勤職員）（240病院）（中央値）

主機能		一般1 (N=69)	一般2 (N=111)	リハ (N=22)	慢性期 (N=20)	精神 (N=18)	総数 (N=240)
総労働時間	医師	1,896.0	2,074.0	1,917.3	1,953.0	1,781.9	1,974.9
	看護師	1,931.8	1,943.6	1,949.0	1,920.0	1,853.3	1,937.0
	准看護師	1,931.0	1,865.0	1,926.3	1,920.5	1,843.9	1,898.3
	看護補助者	1,902.8	1,822.5	1,946.0	1,926.7	1,838.1	1,875.3
	薬剤師	2,007.0	2,041.0	1,950.0	1,935.3	1,859.5	1,991.3
	臨床検査技師	1,953.0	1,977.0	1,912.0	1,904.5	1,816.7	1,955.8
	診療放射線技師	2,012.0	2,019.0	1,951.0	1,929.0	1,563.0	1,980.0
	管理栄養士・栄養士	1,953.0	1,962.0	1,957.0	2,006.0	1,860.7	1,957.0
	理学療法士	1,933.7	1,972.0	1,974.5	1,972.5	-	1,949.6
	作業療法士	1,872.0	1,942.7	1,972.1	1,945.8	1,809.0	1,934.1
	言語聴覚士	1,832.0	1,926.0	1,967.0	1,918.5	-	1,907.5
	診療情報管理士	2,007.5	1,956.0	-	-	-	1,921.3
	臨床工学技士	1,820.1	2,023.0	-	-	-	1,909.2
	ソーシャルワーカー	1,953.0	2,015.0	1,969.0	1,991.9	1,855.9	1,970.9
	事務職員	2,019.0	2,025.0	1,959.7	2,039.0	1,876.0	2,017.0

主機能		一般1 (N=69)	一般2 (N=111)	リハ (N=22)	慢性期 (N=20)	精神 (N=18)	総数 (N=240)
有給取得率 (%)	医師	27.8	19.0	40.5	24.0	31.3	22.3
	看護師	52.4	39.2	61.2	50.4	63.6	48.5
	准看護師	60.0	39.0	63.3	60.4	74.5	52.9
	看護補助者	49.0	37.0	65.4	49.7	66.7	47.1
	薬剤師	44.0	31.0	46.2	41.0	55.0	39.3
	臨床検査技師	47.0	36.0	48.8	33.7	45.4	40.8
	診療放射線技師	49.0	43.8	62.5	24.5	10.5	43.9
	管理栄養士・栄養士	43.0	32.0	48.8	34.4	49.6	36.1
	理学療法士	48.0	37.7	56.5	55.7	-	39.7
	作業療法士	44.0	39.6	68.4	55.2	68.1	45.0
	言語聴覚士	46.0	37.0	50.9	47.7	-	40.0
	診療情報管理士	25.0	31.3	-	-	-	22.0
	臨床工学技士	28.2	43.2	-	-	-	29.4
	ソーシャルワーカー	51.0	41.6	58.7	52.0	66.6	46.6
	事務職員	37.8	35.9	54.5	37.3	54.9	38.5

主機能	一般1 (N=69)	一般2 (N=111)	リハ (N=22)	慢性期 (N=20)	精神 (N=18)	総数 (N=240)
退職率						
医師	9.4%	17.6%	9.7%	16.0%	9.8%	14.9%
保健師	20.8%	21.9%	6.5%	-	-	20.8%
助産師	10.2%	11.7%	-	-	-	11.0%
看護師	10.9%	8.4%	9.9%	10.1%	7.1%	9.4%
准看護師	15.5%	12.7%	25.0%	9.7%	9.2%	13.6%

※退職率 = (退職数 ÷ 当該職種の常勤職員数) × 100

図表2-1q 外部委託の状況

主機能	一般1 (N=115)		一般2 (N=172)		リハ (N=29)		慢性期 (N=32)		精神 (N=34)		総数 (N=382)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一部委託又は全部委託 (病院数)												
患者等に対する 食事の提供	88	76.5%	131	76.2%	23	79.3%	20	62.5%	19	55.9%	281	73.6%
寝具類洗濯	115	100.0%	172	100.0%	27	93.1%	31	96.9%	34	100.0%	379	99.2%
滅菌消毒	35	30.4%	121	70.3%	12	41.4%	9	28.1%	5	14.7%	182	47.6%
検体検査	113	98.3%	165	95.9%	26	89.7%	31	96.9%	34	100.0%	369	96.6%
ブランチラボ*	19	16.5%	18	10.5%	3	10.3%	2	6.3%	0	0.0%	42	11.0%
医事業務	40	34.8%	141	82.0%	5	17.2%	8	25.0%	6	17.6%	200	52.4%
物品管理	53	46.1%	129	75.0%	7	24.1%	4	12.5%	3	8.8%	196	51.3%
設備管理	98	85.2%	148	86.0%	22	75.9%	24	75.0%	23	67.6%	315	82.5%

*ブランチラボは、外部委託でブランチラボ形式のものを計上。

図表2-1r 医療安全担当者（リスクマネージャーなど）の配置状況

主機能	常勤専従者を配置している病院	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	30	26.1%
一般2 (N=172)	158	91.9%
リハ (N= 29)	4	13.8%
慢性期 (N= 32)	4	12.5%
精神 (N= 34)	5	14.7%
総数 (N=382)	202	52.9%

主機能	常勤専従 (人数) (中央値)	専任・兼任 (実人数) (中央値)
一般1 (N=115)	0	15
一般2 (N=172)	1	25
リハ (N= 29)	-	14
慢性期 (N= 32)	-	15
精神 (N= 34)	-	15
総数 (N=382)	1	17

図表2-1s アクシデント・インシデントの報告件数(年間) (240病院) (中央値)

主機能	アクシデント件数 (件/年) インシデント件数 (件/年)	
	総数	総数
一般1 (N= 69)	14.0	465.0
一般2 (N=111)	26.0	1,375.0
リハ (N= 22)	20.5	522.5
慢性期 (N= 20)	24.5	632.0
精神 (N= 18)	53.0	353.0
総数 (N=240)	22.0	825.0

図表2-1t 感染管理担当者の配置状況(病院全体)

主機能	常勤専従者を配置している病院	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	14	12.2%
一般2 (N=172)	151	87.8%
リハ (N= 29)	2	6.9%
慢性期 (N= 32)	2	6.3%
精神 (N= 34)	2	5.9%
総数 (N=382)	171	44.8%

主機能	常勤専従 (人数) (中央値)
一般1 (N=115)	0
一般2 (N=172)	1
リハ (N= 29)	0
慢性期 (N= 32)	0
精神 (N= 34)	0
総数 (N=382)	0

図表2-1u 検査・予防接種実施率

	一般1 (N=115)		一般2 (N=172)		リハ (N=29)		慢性期 (N=32)		精神科 (N=34)		総数 (N=382)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
インフルエンザ ワクチン接種	115	100.0%	172	100.0%	29	100.0%	32	100.0%	34	100.0%	382	100.0%
HBVワクチン 接種	106	92.2%	168	97.7%	23	79.3%	25	78.1%	26	76.5%	348	91.1%
C型肝炎ウイルス 抗体検査	114	79.1%	167	79.7%	26	58.6%	28	59.4%	30	55.9%	365	74.1%
B型肝炎ウイルス 抗体検査	91	99.1%	137	97.1%	17	89.7%	19	87.5%	19	88.2%	283	95.5%

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

図表2-1v 微生物サーベイランス (240病院)

主機能	実施している	
	病院数	割合
一般1 (N= 69)	65	94.2%
一般2 (N=111)	107	96.4%
リハ (N= 22)	19	86.4%
慢性期 (N= 20)	20	100.0%
精神 (N= 18)	10	55.6%
総数 (N=240)	221	92.1%

図表2-1w 地域医療連携機能 担当者の配置状況 (中央値)

主機能	常勤換算 合計 (人)
一般1 (N=115)	1.6
一般2 (N=172)	4.1
リハ (N= 29)	3.5
慢性期 (N= 32)	2.0
精神 (N= 34)	2.0
総数 (N=382)	2.8

図表2-1x 紹介状持参患者 (中央値)

主機能	紹介率	1日あたり紹介患者数 (外来) (人)
一般1 (N=115)	21.2%	4.0
一般2 (N=172)	42.1%	26.7
リハ (N= 29)	22.1%	1.3
慢性期 (N= 32)	26.9%	1.1
精神 (N= 34)	49.6%	1.0
総数 (N=382)	34.6%	7.4

※紹介率 (%) = (紹介状持参患者数 (年間) ÷ 初診患者数 (年間)) × 100

※1日あたり紹介患者数 (外来) (人) = (紹介状持参患者数 (年間) ÷ (外来診療日数 (年間)))

図表2-1y 患者相談機能 担当者の配置状況（中央値）

主機能	常勤換算 合計（人）
一般1（N=115）	2.2
一般2（N=172）	5.0
リハ（N= 29）	5.0
慢性期（N= 32）	3.0
精神（N= 34）	3.8
総数（N=382）	4.0

図表2-1z 患者相談機能 相談件数（240病院）（中央値）

主機能	担当職員1人あたり月平均相談件数
一般1（N= 69）	62.3
一般2（N=111）	99.8
リハ（N= 22）	54.9
慢性期（N= 20）	29.0
精神（N= 18）	61.9
総数（N=240）	69.9

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
 （特定機能病院、がん診療連携拠点病院）

2.2

臨床評価指標



図表2-2a 機能種別共通（240病院）（中央値）

主機能	Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率
一般 1 (N= 66)	0.060%
一般 2 (N=108)	0.051%
リ ハ (N= 20)	0.023%
慢性期 (N= 19)	0.045%
精 神 (N= 17)	0.021%
総 数 (N=230)	0.046%

※Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率（％）

=（過去1年間の実績（発生件数））÷（過去1年間の実績（延入院患者数））×100

主機能	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割合
一般 1 (N= 65)	0.007%
一般 2 (N=108)	0.005%
リ ハ (N= 18)	0.008%
慢性期 (N= 18)	0.005%
精 神 (N= 15)	0.008%
総 数 (N=224)	0.006%

※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割合（％）

=（過去1年間の実績（発生件数））÷（過去1年間の実績（延入院患者数））×100

図表2-2 b 一般1・2（主機能）（240病院）（中央値）

主機能	入院患者のパス適用率
一般1（N= 52）	16.7%
一般2（N=104）	40.0%

※入院患者のパス適用率（%）
 =（過去1年間の実績（適用患者数）÷（過去1年間の実績（全退院患者数））×100

主機能	術後の肺塞栓発生率
一般1（N=36）	0.000%
一般2（N=88）	0.017%

※術後の肺塞栓発生率（%）
 =（過去1年間の実績（発生件数）÷（過去1年間の実績（分母：全手術件数））×100

主機能	手術開始前1時間以内の 予防的抗菌薬投与率
一般1（N=33）	90.9%
一般2（N=75）	91.4%

※手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率（%）
 =（過去1年間の実績（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）÷（過去1年間の実績（手術を受けた退院患者数））×100

図表2-2 c 慢性期病院（主機能）（240病院）（中央値）

主機能	入院時医療区分の3か月後の改善率
慢性期（N= 12）	59.6%

※入院時医療区分の3ヶ月後の改善率（%）
 =（過去1年間の実績（医療区分の改善した患者数）÷過去1年間の実績（医療区分の変化した患者数））×100

主機能	抑制が行われた患者の割合
慢性期（N= 18）	15.4%

※抑制が行われた患者の割合（%）
 =（過去1年間の実績（抑制が行われた患者数）÷（過去1年間の実績（全入院件数））×100

リハビリテーション病院（主機能）（240病院）

図表2-2d 主な疾患等に関する日常生活自立度の改善状況（中央値）

（認知）FIMの「変化値」

主機能	心大血管疾患に 関するもの 変化値（N数）	脳血管障害に 関するもの 変化値（N数）	廃用症候群に 関するもの 変化値（N数）	運動器疾患に 関するもの 変化値（N数）	呼吸器疾患に 関するもの 変化値（N数）
リハビリ	-	2.70（N=22）	1.05（N=20）	1.20（N=22）	-

※（認知）FIMの変化値=FIM（退院・転床時）-FIM(実施前)

（運動）FIMの「変化値」

主機能	心大血管疾患に 関するもの 変化値（N数）	脳血管障害に 関するもの 変化値（N数）	廃用症候群に 関するもの 変化値（N数）	運動器疾患に 関するもの 変化値（N数）	呼吸器疾患に 関するもの 変化値（N数）
リハビリ	-	15.65（N=22）	11.55（N=20）	16.45（N=22）	-

※（運動）FIMの変化値=FIM（退院・転床時）-FIM(実施前)

日常生活機能評価の「変化値」

主機能	心大血管疾患に 関するもの 変化値（N数）	脳血管障害に 関するもの 変化値（N数）	廃用症候群に 関するもの 変化値（N数）	運動器疾患に 関するもの 変化値（N数）	呼吸器疾患に 関するもの 変化値（N数）
リハビリ	-	-3.3（N=17）	-2.4（N=15）	-3.5（N=17）	-

※日常生活機能評価の変化値

=日常生活機能評価点数（退院・転床時）-日常生活機能評価点数(実施前)

図表2-2e 精神科病院（主機能）（240病院）（中央値）

主機能	平均残存率 割合（N数）	退院率 割合（N数）	5年以上入院患者の退院率 割合（N数）
精神科	22.12%（N=15）	24.78%（N=14）	15.38%（N=15）

※平均残存率（%）

=（過去一年間の実績（前年6月1ヶ月間の新入院患者の当年6月～翌年5月末の毎月の残存者数の合計）
÷（過去一年間の実績（前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12））×100

※退院率（%）

=（過去一年間の実績（入院期間が1年以上となった患者のうち、その後1年間以内に退院した患者数）
÷（過去一年間の実績（入院期間が1年以上となった患者数））×100

※5年以上入院患者の退院率（%）

=（過去一年間の実績（入院期間が5年以上となった患者のうち、その後1年間以内に退院した患者数）
÷（過去一年間の実績（入院期間が5年以上となった患者数））×100

2.3

部門ごとの活動状況



【薬剤部門】

図表2-3a 職員の配置状況（中央値）

主機能	病棟担当薬剤師（常勤換算）（人）
一般1（N=115）	1.0
一般2（N=172）	6.0
リハ（N= 29）	0.0
慢性期（N= 32）	0.0
精神（N= 34）	0.0
総数（N=382）	2.5

図表2-3b 院外処方率（中央値）

主機能	院外処方率
一般1（N=115）	95.0%
一般2（N=172）	91.4%
リハ（N= 29）	81.4%
慢性期（N= 32）	92.6%
精神（N= 34）	92.0%
総数（N=382）	92.4%

※院外処方率（%）

=（院外処方箋枚数（年間））÷（総外来処方箋枚数（年間））×100

図表2-3c 抗がん剤の使用状況と薬剤師の関与

主機能	定常的に抗がん剤を使用している病院の状況		レジメン登録・管理を実施		抗がん剤の調製・混合 1) 全て薬剤師による対応		抗がん剤の調製・混合 2) 原則薬剤師による対応	
	使用病院数 (A)	割合	実施病院数	(A) に対する割合	実施病院数	(A) に対する割合	実施病院数	(A) に対する割合
一般1 (N=115)	72	62.6%	66	91.7%	29	40.3%	33	45.8%
一般2 (N=172)	169	98.3%	169	100.0%	111	65.7%	55	32.5%
リハ (N=29)	0	0.0%	0	-	0	-	0	-
慢性期 (N=32)	6	18.8%	5	83.3%	1	16.7%	3	50.0%
精神 (N=34)	0	0.0%	0	-	0	-	0	-
総数 (N=382)	247	64.7%	240	97.2%	141	57.1%	91	36.8%

【臨床検査部門】

図表2-3 d 検査実施状況 (240病院)

主機能	一般検査		血液検査		生化学検査		血清検査		微生物検査	
	院内で実施		院内で実施		院内で実施		院内で実施		院内で実施	
	病院数	割合								
一般1 (N=69)	58	84.1%	57	82.6%	53	76.8%	42	60.9%	27	39.1%
一般2 (N=111)	103	92.8%	104	93.7%	103	92.8%	103	92.8%	102	91.9%
リハ (N=22)	19	86.4%	18	81.8%	15	68.2%	12	54.5%	5	22.7%
慢性期 (N=20)	18	90.0%	18	90.0%	16	80.0%	12	60.0%	8	40.0%
精神 (N=18)	16	88.9%	10	55.6%	8	44.4%	4	22.2%	3	16.7%
総数 (N=240)	214	89.2%	207	86.3%	195	81.3%	173	72.1%	145	60.4%

図表2-3 e 内部精度管理

主機能	管理試料を用いた内部精度検査	
	実施病院数	割合
一般1 (N=115)	108	93.9%
一般2 (N=172)	171	99.4%
リハ (N= 29)	22	75.9%
慢性期 (N= 32)	28	87.5%
精神 (N= 34)	21	61.8%
総数 (N=382)	351	91.9%

図表2-3 f 異常値への対応

主機能	前回結果との比較を実施	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	115	100.0%
一般2 (N=172)	170	98.8%
リハ (N= 29)	26	89.7%
慢性期 (N= 32)	31	96.9%
精神 (N= 34)	33	97.1%
総数 (N=382)	375	98.2%

【病理診断部門】

図表2-3 g 医師の配置状況

主機能	病理医がいる（常勤・非常勤含む）	
	病院数	割合
一般1（N=115）	4	3.5%
一般2（N=172）	143	83.1%
リハ（N= 29）	0	0.0%
慢性期（N= 32）	1	3.1%
精神（N= 34）	0	0.0%
総数（N=382）	148	38.7%

【画像診断部門】

図表2-3 h 放射線科医による読影体制

主機能	放射線科医による読影体制がある病院	
	病院数	割合
一般1（N=115）	95	82.6%
一般2（N=172）	169	98.3%
リハ（N= 29）	15	51.7%
慢性期（N= 32）	19	59.4%
精神（N= 34）	9	26.5%
総数（N=382）	307	80.4%

【輸血・血液管理部門】

図表2-3 i 輸血の実施有無

主機能	輸血を実施	
	病院数	割合
一般1（N=115）	113	98.3%
一般2（N=172）	171	99.4%
リハ（N= 29）	16	55.2%
慢性期（N= 32）	25	78.1%
精神（N= 34）	8	23.5%
総数（N=382）	333	87.2%

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析
（特定機能病院、がん診療連携拠点病院）

図表2-3 j 廃棄血液（中央値）

主機能	廃棄率
一般1 (N= 68)	1.5%
一般2 (N=114)	1.4%
リハ (N= 10)	0.0%
慢性期 (N= 18)	0.6%
精神 (N= 2)	-
総数 (N=212)	1.2%

※廃棄率(%) = (年間廃棄数 ÷ 年間購入数) × 100

※年間購入数がなく、廃棄率があった病院はNより除いた。

図表2-3 k 血液専用の保冷庫

主機能	自記温度記録装置付保冷庫（専用）を保有している	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	100	87.0%
一般2 (N=172)	169	98.3%
リハ (N= 29)	10	34.5%
慢性期 (N= 32)	19	59.4%
精神 (N= 34)	7	20.6%
総数 (N=382)	305	79.8%

図表2-3 l 凍結血漿専用の冷凍庫

主機能	自記温度記録装置付冷凍庫（専用）を保有している	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	70	60.9%
一般2 (N=172)	160	93.0%
リハ (N= 29)	4	13.8%
慢性期 (N= 32)	9	28.1%
精神 (N= 34)	1	2.9%
総数 (N=382)	244	63.9%

【手術・麻酔部門】

図表2-3m 手術の実施の有無と麻酔科医の配置状況

主機能	手術を実施している病院		麻酔科医（常勤専従、常勤専任・兼任、または非常勤）がいる病院数	
	病院数（A）	割合	病院数	（A）に対する割合
一般1（N=115）	100	87.0%	76	76.0%
一般2（N=172）	172	100.0%	170	98.8%
リハ（N= 29）	6	20.7%	3	50.0%
慢性期（N= 32）	7	21.9%	4	57.1%
精神（N= 34）	1	2.9%	0	0.0%
総数（N=382）	286	74.9%	253	88.5%

【中央滅菌材料部門】

図表2-3n 機能的な役割

主機能	滅菌および診療材料の管理を実施		滅菌のみ実施		その他	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1（N=115）	67	58.3%	34	29.6%	14	12.2%
一般2（N=172）	138	80.2%	28	16.3%	5	2.9%
リハ（N= 29）	12	41.4%	5	17.2%	11	37.9%
慢性期（N= 32）	20	62.5%	4	12.5%	8	25.0%
精神（N= 34）	14	41.2%	5	14.7%	14	41.2%
総数（N=382）	251	65.7%	76	19.9%	52	13.6%

図表2-3o 滅菌効果の確認

主機能	物理的検知状況の記録		化学的検知の実施		生物学的検知の実施	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1（N=115）	106	92.2%	107	93.0%	102	88.7%
一般2（N=172）	171	99.4%	161	93.6%	171	99.4%
リハ（N= 29）	18	62.1%	19	65.5%	15	51.7%
慢性期（N= 32）	27	84.4%	30	93.8%	25	78.1%
精神（N= 34）	25	73.5%	23	67.6%	12	35.3%
総数（N=382）	347	90.8%	340	89.0%	325	85.1%

【時間外・救急診療部門】

図表2-3 p 救急告示等の有無

主機能	救急告示あり	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	90	78.3%
一般2 (N=172)	166	96.5%
リハ (N= 29)	3	10.3%
慢性期 (N= 32)	6	18.8%
精神 (N= 34)	3	8.8%
総数 (N=382)	268	70.2%

図表2-3 q 救急医療の水準（自己評価）

主機能	水準1		水準2		水準3		水準4	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1 (N=115)	0	0.0%	11	9.6%	77	67.0%	26	22.6%
一般2 (N=172)	41	23.8%	89	51.7%	38	22.1%	3	1.7%
リハ (N= 29)	0	0.0%	0	0.0%	2	6.9%	26	89.7%
慢性期 (N= 32)	0	0.0%	0	0.0%	5	15.6%	27	84.4%
精神 (N= 34)	0	0.0%	0	0.0%	2	5.9%	31	91.2%
総数 (N=382)	41	10.7%	100	26.2%	124	32.5%	113	29.6%

※水準1…救命救急センターを有する病院

水準2…次(*)のいずれかに該当する病院

・救急部門の専用の病床を有している病院

・救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院

水準3…その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院

水準4…時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

【栄養管理部門】

図表2-3 r 患者個別の栄養アセスメント

主機能	全患者に実施		一部の患者に実施		未実施	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1 (N=115)	82	71.3%	33	28.7%	0	0.0%
一般2 (N=172)	116	67.4%	54	31.4%	1	0.6%
リハ (N= 29)	25	86.2%	3	10.3%	0	0.0%
慢性期 (N= 32)	30	93.8%	2	6.3%	0	0.0%
精神 (N= 34)	32	94.1%	2	5.9%	0	0.0%
総数 (N=382)	285	74.6%	94	24.6%	1	0.3%

図表2-3 s 患者個別の栄養摂取状況の把握

主機能	全患者について把握		一部の患者のみ把握		未実施	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
一般1 (N=115)	82	71.3%	28	24.3%	1	0.9%
一般2 (N=172)	87	50.6%	78	45.3%	1	0.6%
リハ (N= 29)	22	75.9%	4	13.8%	0	0.0%
慢性期 (N= 32)	28	87.5%	2	6.3%	0	0.0%
精神 (N= 34)	22	64.7%	9	26.5%	0	0.0%
総数 (N=382)	241	63.1%	121	31.7%	2	0.5%

図表2-3 t 栄養サポートチーム

主機能	栄養サポートチームがある	
	病院数	割合
一般1 (N=115)	93	80.9%
一般2 (N=172)	168	97.7%
リハ (N= 29)	21	72.4%
慢性期 (N= 32)	21	65.6%
精神 (N= 34)	18	52.9%
総数 (N=382)	321	84.0%

1

病院機能評価の概要

2

平成28年度受審病院の概要

3

審査結果の概要

4

チーム別分析
(特定機能病院、がん診療連携拠点病院)

【在宅療養支援部門】

図表2-3u 訪問サービス対応状況

主機能	訪問診療 を実施		訪問看護 を実施		訪問リハビリテーション を実施	
	病院数	割合	病院数	病院数	病院数	病院数
一般1 (N=115)	45	39.1%	16	13.9%	33	28.7%
一般2 (N=172)	32	18.6%	32	18.6%	22	12.8%
リハ (N= 29)	10	34.5%	4	13.8%	11	37.9%
慢性期 (N= 32)	17	53.1%	6	18.8%	15	46.9%
精神 (N= 34)	9	26.5%	20	58.8%	4	11.8%
総数 (N=382)	113	29.6%	78	20.4%	85	22.3%

【精神科診療機能】

図表2-3v 精神科訪問看護

主機能	実施している (病院数)	割合
精神 (N=34)	29	85.3%

【回復期リハビリテーション病棟の状況】

図表2-3w 回復期リハビリテーション病棟入院料(重複あり)の取得状況

主機能	入院料1		入院料2		入院料3	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
リハ (N=29)	26	89.7%	10	34.5%	1	3.4%

2.4

経営の状況（240病院）



図表2-4a 医業収支率（中央値）

主機能	医業収支率（直近の1年）
一般1（N= 69）	101.1%
一般2（N=111）	96.9%
リハ（N= 22）	109.2%
慢性期（N= 20）	103.8%
精神（N= 18）	105.1%
総数（N=240）	100.5%

※医業収支率（%）＝（医業収益（年間））÷（医業費用（年間））×100

図表2-4b 患者1人1日あたりの収益（単位：円）（中央値）

主機能	外来収益（円）	入院収益（円）
一般1（N= 69）	9,636.0	35,099.0
一般2（N=111）	13,184.0	55,938.0
リハ（N= 22）	7,925.0	38,348.0
慢性期（N= 20）	7,587.5	23,269.5
精神（N= 18）	7,772.0	15,513.0
総数（N=240）	10,906.0	40,969.5



第 3 章

審査結果の概要

3.1 主機能別の審査結果の要約と
評価項目の評点分布

3.1

主機能別の審査結果の要約と 評価項目の評点分布



病院機能評価では、評価項目をS・A・B・Cの4段階で評価し、同時にその根拠となる評価所見を報告書に記載する。

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

訪問審査後、概ね6～8週間後に、評価機構は、病院に中間的な結果報告（評価項目の評価と評価所見）を送付する。中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった病院は改善に取り組み、補充的な審査（中間的な結果報告の受領後2か月以内に）を受審できる。補充的な審査により改善が認められれば、評価Cが評価BまたはAとなる。評価機構は、最終的な審査結果報告書に補充的な審査の結果を反映させている。最終的な審査結果報告書ですべての評価項目が評価B以上なら、特段の理由がない限り認定し、5年間有効の認定証を交付する。評価Cの評価項目があれば、評価委員会の審議を経て、評価機構の運営会議が改善要望事項の要否と認定の可否を決定する。改善要望事項が付かなければ「認定」とする。改善要望事項が付いた病院には、引き続き改善を求めて「条件付認定」または「認定留保」とする。条件付認定の病院には認定期間の短い認定証を交付し、改善要望事項に対応し、認定期間中に確認審査を受審することを求める。認定留保の病院には認定証は交付せず、改善要望事項に対応し、6か月以内に再審査を受審することを求める。確認審査または再審査で改善が認められれば「認定」として5年間有効の認定証を交付する。

ここでは中間的な結果報告の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価の分布について、主機能ごとに集計した。

(1) 審査結果の要約・全体

383病院の主機能（一般病院1、一般病院2、リハビリテーション病院、慢性期病院、精神科病院、緩和ケア病院）の評価項目について、中間的な結果報告での評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告で、383病院のうち287病院（74.9%）は主機能で評価Cの評価項目がなく、96病院（25.1%）は評価Cの評価項目があった。評価Cは1つだけの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	287	57	23	16	383
構成比	74.9%	14.9%	6.0%	4.2%	100.0%

中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった病院は、補充的な審査で改善が認められれば、その評価項目の評価がBまたはAになる。

評価Cの評価項目があった96病院（25.1%）のほとんどが補充的な審査を受審した。多くは改善が認められ、最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が残った病院は7病院（1.8%）にまで減少した。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	376	5	2	0	383
構成比	98.2%	1.3%	0.5%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がなかった376病院は、すべて認定とした。

評価Cの評価項目が残った7病院は、評価委員会の審議を経て、運営会議で2病院を認定、4病院を条件付認定、1病院を認定留保とした。

最終的な審査結果報告書で232病院（60.6%）に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、5つ以上の病院もあった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	151	102	53	33	19	25	383
構成比	39.4%	26.6%	13.8%	8.6%	5.0%	6.5%	100.0%

(2) 審査結果の要約・一般病院1

一般病院1を主機能として受審した115病院について、中間的な結果報告の評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告では85病院（73.9%）は主機能の評価項目で評価Cがなく、30病院（26.1%）に評価Cの評価項目があった。評価Cは1つの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	85	16	10	4	115
構成比	73.9%	13.9%	8.7%	3.5%	100.0%

評価Cの病院が多い評価項目は「4.23 職員の安全衛生管理を適切に行っている」（8病院）で、ついで「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」（6病院）、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」（5病院）であった。

中間的な結果報告で評価Cの多かった評価項目（5病院以上がCの評価項目）

一般1	評価項目	評価Cの 病院数	構成比 N=115
4.23	職員の安全衛生管理を適切に行っている	8	7.0%
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	6	5.2%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	5	4.3%

評価Cの代表的な理由を紹介する。

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

- ホルムアルデヒドの分注作業時に職員が个人防护用具を着用していない。
- ホルムアルデヒドの作業環境測定を実施していない。

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

- 病棟での使用済み器材の一次洗浄の際に、感染防止対策マニュアルの作業手順を遵守せず、个人防护用具を着用していない。
- 病室に感染性廃棄物容器が置かれていて、患者が触るおそれがある。

2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

- 病院としてハイリスク薬を指定していない。
- カリウム製剤は病棟に定数配置しない方針だが、一部の病棟ではアンプル型カリウム製剤が他の薬品と区別されずに置かれていた。

中間的な結果報告で評価Cだった評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば、BまたはAになる。

評価Cの評価項目があった病院のほとんどが補充的な審査を受審した。

その結果、最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が残った病院は、30病院から1病院(0.9%)にまで減少した。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	114	1	0	0	115
構成比	99.1%	0.9%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がない114病院は認定した。

評価Cの評価項目が残った1病院は、評価委員会の審議を経て運営会議で条件付認定とし、引き続き改善要望事項に対応することを求めた。

最終的な審査結果報告書で48病院(41.8%)に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、5つ以上の病院もあった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	67	33	8	1	4	2	115
構成比	58.3%	28.7%	7.0%	0.9%	3.5%	1.7%	100.0%

評価Sが多い評価項目は、「1.2.3 地域活動に積極的に参加している」（13病院）、ついで「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」（6病院）、「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病院）だった。

最終的な審査結果報告書で評価Sの病院が多かった評価項目（上位3項目）

一般1	評価項目	評価Sの 病院数	構成比 N=115
1.2.3	地域活動に積極的に参加している	13	11.3%
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	6	5.2%
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	3.5%

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。

2.1.2 診療記録を適切に記載している（一般病院1）

○埼玉西協同病院（～99床）更新受審

電子カルテが導入され、「医師記録の記載基準」を遵守し、診療に必要な患者情報を収集し、毎日日本語主体で詳細に記載されており適切である。診療録の質的監査は、診療記録監査手順書に沿って、医師診療記録監査シート、看護記録監査シートを用いて監査し、その結果は診療情報委員会で検討し、各部署にフィードバックしており、高く評価できる。退院時サマリーの2週間以内の作成率は100%である。さらに、退院サマリーの内容は詳細に記載されており、特に考案を記載している点は高い評価に値する。診療記録は高いレベルで適切に記載されている。

2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している（一般病院1）

○原泌尿器科病院（～99床）更新受審

入院前の説明時に「転倒自己チェック票」の記入を依頼している。さらに、入院患

者全員にアセスメントシートで評価を行っている。リスクⅠの患者でも注意が必要な患者には計画立案・対応策の導入を行い、看護計画では食事・排泄・洗面の項目を特に詳細に対応できるように設定され、予防策に取り組んでいる。フローチャートを用い、適応患者には参画型看護計画について説明のうえ、同意を得て実施している。危険度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ別、患者用・看護師用の看護計画で実施している。毎日病棟カンファレンスを行い対応策や必要性の評価・修正を実施している。また、周知のために「ナースコールボード」の名前の枠に、リスク度と対応策記載や、ベッドサイドに注意喚起の標語掲示、電子カルテの患者一覧に転倒・転落・認知の経歴が表示されるなど、転倒・転落によるリスクをアピールし、患者・家族も一緒に取り組むことで安全な入院が行えるよう、防止対策が実践されていることは、高く評価できる。

図表3-1a. 中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布（一般病院1；N=115）

評価Sの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書で変わらない。

評価Cの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の値を併記する。

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	73.0%	27.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	47.0%	52.2%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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	0.9%	92.2%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.9%	79.1%	20.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	45.2%	53.9%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	40.0%	55.7%	2.6%	-	100.0%	0.0%
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	2.6%	55.7%	41.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.6%	81.7%	15.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	11.3%	80.0%	8.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	72.2%	27.0%	0.9%	-	100.0%	0.0%
1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	0.9%	60.9%	38.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.9%	74.8%	24.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	47.8%	50.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5 継続的質改善のための取り組み							
1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	1.7%	73.9%	24.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.9%	30.4%	68.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.9%	64.3%	34.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
1.6 療養環境の整備と利便性							
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%	0.0%
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%	87.8%	12.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.3 療養環境を整備している	1.7%	67.8%	30.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.4 受動喫煙を防止している	2.6%	51.3%	46.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	82.6%	17.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	0.9%	30.4%	68.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	87.0%	12.2%	0.9%	-	100.0%	0.0%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	86.1%	13.0%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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%	50.4%	45.2%	4.3%	-	100.0%	0.0%
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	0.9%	96.5%	2.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.7 医療機器を安全に使用している	0.0%	87.8%	12.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	58.3%	41.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	51.3%	43.5%	5.2%	-	100.0%	0.0%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	0.0%	73.9%	25.2%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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%	60.9%	38.3%	0.9%	-	100.0%	0.0%
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	0.9%	90.4%	8.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践							
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	2.6%	90.4%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	97.4%	2.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	88.7%	11.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.4 診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	84.3%	15.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.5 適切な連携先に患者を紹介している	0.0%	99.1%	0.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.6 入院の決定を適切に行っている	0.0%	96.5%	3.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	64.3%	35.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	93.9%	6.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.9 患者が円滑に入院できる	0.0%	99.1%	0.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.10 医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.11 看護師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	87.8%	12.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.12 投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	62.6%	36.5%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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%	55.7%	41.7%	0.0%	2.6%	100.0%	0.0%
2.2.14 周術期の対応を適切に行っている	0.0%	56.5%	29.6%	0.0%	13.9%	100.0%	0.0%
2.2.15 重症患者の管理を適切に行っている	0.0%	94.8%	4.3%	0.0%	0.9%	100.0%	0.0%
2.2.16 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	0.9%	97.4%	1.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている	2.6%	89.6%	7.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.18 症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	89.6%	10.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.19 リハビリテーションを確実・安全に実施している	1.7%	69.6%	25.2%	0.9%	2.6%	100.0%	0.0%
2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.0%	58.3%	40.9%	0.9%	-	100.0%	0.0%
2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている	1.7%	96.5%	1.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	97.4%	0.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	5.2%	76.5%	15.7%	0.0%	2.6%	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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	0.9%	57.4%	40.9%	0.9%	-	100.0%	0.0%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	91.3%	8.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	87.8%	12.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	2.6%	82.6%	14.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	1.7%	76.5%	17.4%	0.0%	4.3%	100.0%	0.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	65.2%	33.0%	1.7%	-	100.0%	0.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	0.9%	83.5%	15.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.9%	77.4%	20.0%	1.7%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	75.7%	19.1%	0.0%	5.2%	100.0%	0.0%
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	98.3%	100.0%	0.0%
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%	16.5%	1.7%	1.7%	100.0%	0.0%
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	60.9%	19.1%	3.5%	16.5%	100.0%	0.0%
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	10.4%	0.0%	0.0%	89.6%	100.0%	0.0%
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	0.9%	79.1%	7.8%	0.0%	12.2%	100.0%	0.0%
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							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	2.6%	89.6%	7.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	92.2%	6.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	0.9%	45.2%	53.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	66.1%	33.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある	0.0%	42.6%	56.5%	0.9%	-	100.0%	0.0%
4.2 人事・労務管理							
4.2.1 役割・機能に合った人材を確保している	0.0%	53.0%	46.1%	0.9%	-	100.0%	0.0%
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	58.3%	41.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	51.3%	41.7%	7.0%	-	100.0%	0.9%
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	3.5%	81.7%	14.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	19.1%	80.0%	0.9%	-	100.0%	0.0%
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	1.7%	64.3%	33.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.3 学生実習等を適切に行っている	0.0%	93.0%	4.3%	0.0%	2.6%	100.0%	0.0%
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	0.9%	82.6%	16.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.2 医事業務を適切に行っている	0.9%	86.1%	13.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	0.9%	72.2%	27.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	0.0%	75.7%	22.6%	1.7%	-	100.0%	0.0%
4.5.2 物品管理を適切に行っている	0.0%	74.8%	24.3%	0.9%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	84.3%	15.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.2 保安業務を適切に行っている	0.0%	87.0%	13.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.3 医療事故等に適切に対応している	0.0%	87.8%	12.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%

(3) 審査結果の要約・一般病院2

一般病院2を主機能として受審した172病院について、中間的な結果報告の評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告では129病院（75.0%）は主機能の評価項目で評価Cがなく、43病院（25.0%）に評価Cの評価項目があった。評価Cは1つの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	129	30	8	5	172
構成比	75.0%	17.4%	4.7%	2.9%	100.0%

評価Cの病院が多い評価項目は「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」(17病院)で、ついで「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」(8病院)で、ついで「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」(6病院)であった。

中間的な結果報告で評価Cの多かった評価項目（6病院以上がCの評価項目）

一般2	評価項目	評価Cの 病院数	構成比 N=172
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	17	9.9%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	8	4.7%
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	6	3.5%

評価Cの代表的な理由を紹介する。



2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

- 病棟麻薬保管庫の暗証番号を全ての病棟職員が知っているため、だれでも麻薬を取り出せる状態である。
- 手術室に定数配置された麻薬はほぼ毎日使用されているが、薬剤師の関与が希薄で、月1回手術室の麻薬保管庫を確認するだけである。
- アンプル型カリウム製剤が集中治療室、救急外来、手術室、中央処置室に定数配置されている。
- 病棟在庫の薬剤のハイリスク薬・劇薬の表示が曖昧である。

- 病棟の薬品保管用冷蔵庫と救急カートに表示と異なる薬品が入っていた。
- 各部署で毒薬を含む複数の薬剤が定数を超えて配置されていた。

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

- 解剖室のホルムアルデヒドの作業環境測定結果が第3管理区分である。
- 剖検室のホルムアルデヒドの作業環境測定を行っていない。
- 産業医は衛生委員会の構成員でなく、委員会に出席もしていない。

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

- 汚物処理室や感染性廃棄物の一次保管場所で、清潔と不潔が混在している。
- 使用済みガーゼや包帯類、酒精綿等で少量の血液が付着のものを一般廃棄物として廃棄している。PPEに使用したゴム手袋やマスクエプロンは全て非感染性廃棄物として廃棄している。
- 血液・体液が付着したりネン類をナイロン袋に入れ回収した後、専用のランドリーボックスに移し替えているが、その際二次汚染の危険がある。
- 外来患者が出入りする場所に感染性廃棄物を置いている。

中間的な結果報告で評価Cだった評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば、BまたはAになる。

評価Cの評価項目があった病院のほとんどが補充的な審査を受審した。

その結果、最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が残った病院は、43病院から3病院(0.9%)にまで減少した。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	169	2	1	0	172
構成比	98.3%	1.2%	0.6%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がない169病院は認定した。

評価Cの評価項目が残った3病院には、評価委員会の審議を経て運営会議で改善要望事項を付して2病院を条件付認定、1病院を認定留保とし、引き続き改善要望事項に対応することを求めた。

最終的な審査結果報告書で132病院(76.7%)に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの

病院が多かったが、18病院は5つ以上あった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	40	46	35	21	12	18	172
構成比	23.3%	26.7%	20.3%	12.2%	7.0%	10.5%	100.0%

評価Sが多い評価項目は、「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」（34病院）、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（21病院）、「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」（16病院）であった。

最終的な審査結果報告書で評価Sの病院が多かった評価項目

一般2	評価項目	評価Sの 病院数	構成比 N=172
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	34	19.8%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	21	12.2%
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	16	9.3%

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。

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）

○独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院（200～499床）更新受審

患者情報は、既往歴や服薬歴、アレルギー情報、家族歴、家屋状況などが外来受診時および入院時に収集され、それらの情報は、電子カルテにより多職種での情報共有が図られている。また、アレルギー情報に関しても食品、薬品ともに具体的に対応されている。多くのパンフレットの活用や患者・家族への開放図書室、カートによる移動図書での医学書の閲覧、インターネットによる検索利用などが行われている。さらに、ネット環境の整備や禁煙や糖尿病指導のDVD視聴等、多岐にわたり、様々な患者が病気や、その診療内容について患者・家族が理解を深めるための支援を実践されており、高く評価したい。加えて、安全対策として、患者自身の氏名の名乗りを基本にリストバンドの装着等についても説明されるなど、患者の医療への

参加を促す多種多様な取り組みが行われており適切である。

○公益財団法人がん研究会 有明病院 (500床～) 更新受審

診療・ケアに必要な情報の共有については、入院診療計画書で説明され、クリニカル・パスも適宜使用されている。各診療科はパンフレット、パス、DVD、模型などを活用している。患者情報コーナーが設けられ、多数の資料が常備されて患者が自由に診療情報を得る機会が与えられている。患者・家族向けイベントカレンダーやピアサポートプログラムなど多くの工夫と参加の機会があり、ホームページからも情報を得ることが可能である。がん経験者の会も乳がん・喉頭がんなど複数の活動を開催・支援しており、患者と目標を共有しQOLの向上を支えている。診療情報の共有と医療への患者参加促進は積極的に取り組んでいる。その活動は優れており高く評価できる。

○医療法人社団愛育会福田病院 (100～199床) 更新受審

外来では各科毎に問診票が準備されており、患者による記入、および外来看護師による補足記入の後に、電子カルテに入力されている。入力された情報は、診察時に患者・医師の両方で参照でき、効率的な診療につながっている。電子カルテの患者基本情報は、どの職種からも参照でき、職員間および職員と患者との情報の共有に活用されている。患者への説明には、各種パンフレット、模型、説明図・DVDなど多くの手段が用いられており、患者・家族にとって有益なツールとなっている。入院診療計画書やクリニカルパス等も効果的に活用されている。よいお産のために職員が一丸となって努力されており、おっぱい学級・笑顔学級・逆子学級・CS学級等は、他の病院に先駆けて実践されている素晴らしい取り組みである。また、待ち時間を活用したタブレットによるクイズ式教育で、妊娠出産への意識を高めているのも特徴的である。がん診療協力病院として「私のカルテ」運用で、子宮がんの早期発見・治療に貢献している。

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)

○千葉県こども病院 (200～499床) 更新受審

こども・家庭支援センターを相談支援窓口として設置することにより、患者・家族からの相談受け入れ姿勢をアピールしている。センターには、医療ソーシャルワーカー、医師、看護師、チャイルドライフスペシャリスト (CLS)、認定遺伝カウンセラー等、強力な専門スタッフを配置し、多様な相談に対応している。窓口の所在や対応内容は、院内各所へのポスターの掲示、病院ホームページや入院案内等への掲載を通じて案内・周知が図られている。実際の相談は、相談対応フローチャートに沿って行われ、多職種との連携のもとに必要な都度、カンファレンスを開催し、相談内

容や相談対応について検討するとともに情報の共有と対応等の評価に取り組んでいる。小児病院特有の児童虐待に対しては院内に児童虐待対策委員会を設置し、的確な対応に努めるとともに地域の関係機関等との連携を積極的に推進している。千葉県の実業である児童虐待防止ネットワークの拠点病院としての活動も実施されており、充実した体制のもとに病院に寄せられた大きな期待に応えており評価に値する。

○独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター（200～499床）更新受審

がん患者とその家族への手厚い支援を目指し、「患者・家族総合支援センター」を運営しており、医療相談・よろず相談、退院調整、在宅療養支援、医療連携などを一括して担い、緊密に連携する体制がある。副院長（兼任）の下、よく訓練された看護師、専門知識面でサポートを的確に行う社会福祉士（MSW）に加え、診療情報管理士や専属事務職員など数多くの従事者を配属し、病棟別にチームを組んで、志気高く活動している。このうち相談業務は同センター内の「がん相談支援センター」を主軸としており、医療安全管理室その他部署との情報共有も円滑に進め、対外的な情報発信にも意欲的である。こうした支援活動は患者・家族から投書等を通じて多くの感謝が寄せられている。高齢者への虐待、DVなどには所要の手順を備え、遺漏なき対応に努めている。また、個々の問題点等を抽出して振り返る機会を確実に設けている。立地面を考慮しての、家族が廉価で宿泊できる施設サービスも特筆できる。相談室の環境や社会福祉士の充実などの一部課題も残るものの、がん専門病院の特性を考慮した患者支援体制は優れている。



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）

○長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 佐久医療センター（200～499床）新規受審

理念・行動目標、診療機能、医療サービスなどに関する情報は、広報誌、ホームページ等で周知され、これらは広報課が作成し、定期的に提供・更新されている。職員・院外関係者向け広報誌「農民とともに」では院内の取り組みや行事報告、診療実績などが広報されている。また、患者向け広報誌「お加減はいかがですか」では医療活動の啓発・教育や外来担当・診療実績などが広報されている。その他に職員の意見誌「季刊佐久病院」、診療実績、学会・研究分野等を掲載している「年報」「業績集」など、様々な広報する情報の一元化を図り、活発な広報活動がなされている。特に、地域住民への発信方法として、毎年5月に2日間にわたり「病院祭」を開催し、医療の情報、医療の手技の模範的な体験や病院職員とのコミュニケーションを図る機会として、また様々な地域ニーズにも応えており、約15,000人の参加者で盛大に行われている。これらの取り組み・実績は、極めて高く評価できる。

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2）

○筑波大学附属病院（500床～）更新受審

独自のインシデント、オカレンスの基準が詳細かつ明確に定義され、医療安全マニュアルに掲載されている。特に医師のオカレンス・インシデント報告件数は全体の16%にのぼり、オカレンス件数は全職種中で最も報告件数が多いことから、医師の安全への意識の高さがうかがえる。薬剤部においては、安全確保への取り組みとして、調剤ミス件数を指標とし部内で検討するなど、インシデントに至らないような努力が重ねられている。また、全死亡例がM&M委員会にて検証されている。全部署の組織リスクマネージャーを中心とし、全体に医療安全に対する意識を高める取り組みが成果を上げており、高く評価する。

○医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院（500床～）更新受審

インシデント・アクシデントレポートは電子カルテシステムにより、リアルタイムに医療安全管理者が確認でき、各部門からなる医療安全推進委員会にて検証が行われ、対策の実施評価が行われている。特に転倒・転落については、QIセンターにてインシデントレポートを様々な角度から分析し、そのデータを基に対策・改善に結びつけている。2016年9月には、その成果をボストンで開催された国際医療マネジメント学会にて発表するなど、PDCAサイクルを機能させ効果的に運用しており、その活動は極めて高く評価できる。また、医療安全情報はニュースレターにて現場へタイムリーに情報提供され活用している。さらにアクシデント報告の約半数を医師が占め、M&Mカンファレンスも実施されるなど医師の取り組みも積極的で適切である。安全確保に向けた活動は秀でており、高く評価できる。

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2）

○岐阜大学医学部附属病院（500床～）更新受審

生体支援センターの感染制御部門に専従のICN 1名が配置され、ICD 1名・認定薬剤師・認定臨床微生物検査技師などによりICTを構成している。ICD・専従ICNを中心とするICTコアメンバーにより週1回のラウンドを実施している。また、毎週のICTミーティング、毎月の院内感染対策委員会が機能し、院内感染対策に関する各種マニュアルの作成・改定、研修会の企画、各種サーベイランス結果の検討などが行われている。さらに、県内のすべての感染防止対策加算算定病院のネットワークを構築し、カンファレンスやデータ収集とフィードバック事業をコーディネートしている。医療関連感染制御に向けた体制は秀でており、きわめて高く評価できる。

○東京都立駒込病院（500床～）更新受審

感染症科部長が委員長である感染対策委員会が設置され、その下部組織としてICTがある。専従感染管理認定看護師1名を配置しており、毎月各1回会議が開催されている。ICTラウンドは毎週3チームで実施され、現場指導をはじめ、毎朝、ICD、ICN、ICMTのカンファレンスを実施し、毎日培養結果をチェックしている。毎週行われる耐性菌カンファレンスにて、耐性菌対策も行われている。臨床微生物科の医師がICD業務を行い、毎朝のチェックと他科の感染症例のコンサルト専門医師として積極的に活動している。アウトブレイクとなる前に培養陽性患者に対しICTとして介入していくことにより、緊急性により1日単位での対策が取れる体制を確立している。また、感染症とがんに特化した病院という使命に従い、1類感染症受け入れ病院に指定されており、対応マニュアルが整備され、感染症病棟のみでの対応が困難になった場合IMATという制度を作り、院内の有志の看護師に対して、着脱訓練を年3回、ファーストレベルを年3回、セカンドレベルを年5回実施するなど、新興感染症発症対策やパンデミック対策を含め、感染制御に向けた取り組みは秀でている。

○大阪市立大学医学部附属病院（500床～）更新受審

感染制御部はICD 2名を含む専従医師3名、専従ICN 2名、専従検査技師1名、専従事務員1名と専任の看護師、薬剤師、事務員各1名の10名によって構成されている。環境ラウンド、血液・抗菌薬ラウンド、耐性菌等報告・対策確認ラウンドを各々週1回実施し、月に1回のニュースの発行と感染防止対策マニュアルの作成および必要に応じた改訂などの組織横断的な活動が活発に行われている。病院長を含む全ての診療科および関連各部門の責任者によって構成される医療安全協議会が毎月開催され、耐性菌の発生状況や各種調査結果の報告等を含む、医療安全および感染対策に関する議題が検討され、その結果は月に1回開催され、各部門の代表者からなるICT会議を通して周知を行うとともに、必要に応じて電子メール等の手段も用いて、周知が図られている。また、各部署の実務者からなる感染対策マネージャー会が看護部門は月に1回、全部門では年2回開催され、ベストプラクティスとして部署における課題の抽出と対策および効果の検証を行うとともに、それぞれの取り組みと成果が学会を通して公表されている。医療関連感染制御に向けた体制は非常に優れている。



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（一般病院2）

○岡山済生会総合病院（500床～）更新受審

院内での感染発生状況はICTやリンクナースが、院外の感染情報はICNが収集し、感染制御室で分析している。JANISや地域の感染対策協議会を通じて、他施設との

比較検討を行っている。電子カルテや各部門システム内のデータから各種感染関連情報を抽出して統合化させる感染制御支援システムを導入し、感染発生状況のリアルタイム監視、ICTラウンド業務、抗菌薬の使用状況監視、アウトブレイク発生時における伝搬経路の遡及探索などに活用している。感染制御室は、そのシステムを用いて院内における感染発生と現場での対策実施状況を毎日数回監視し、院内へ周知すべき情報や対応策を、Web・CoMedix機能や看護師長の朝会などを通じて迅速に周知している。対策が未実施または不十分な場合には、ICN等が直ちに現場に向き指導している。また、アウトブレイクの発生時の対応を迅速に実施できる手順を整備し、その制御実績を有するなど、医療関連感染制御に向けた情報の収集・検討と対応を高いレベルで実践している。また、約9年の期間を掛けてMDRP発生要因の排除活動を行い、その発生を劇的に減少させた実績も秀でており、高く評価できる。

1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる（一般病院2）

○独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院（500床～）更新受審

診療科内のカンファレンスに留まらず、診療科横断的にキャンサーボードやCPC、指導医参加のもと研修医症例検討会、リハビリカンファレンスなどが開催されている。特に剖検例が多く、CPCが年12回開催され、CPC記録集を発行していることは、臨床研修病院として高く評価できる。臨床指標は、診療実績とともに各種の臨床指標を収集・分析し、グループ病院間で比較しており、さらにホームページに掲載・公表し、診療の質向上に努めている。クリニカルパスの入院患者適応率は高く、診療の標準化が図られており、さらにバリエーション分析に基づくパス改訂が行われ、パス大会が開催されるなど、クリニカルパス委員会、医療の質検討委員会は適切に機能している。地域連携クリニカルパスは、計画策定病院として、脳卒中パス、大腿骨頸部骨折パスなどが積極的に運用されている。診療の質向上に向けた活動は、高く評価できる。

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）

○独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター（200～499床）更新受審

部門横断的な改善活動としては、業務改善委員会が主導するTQM活動があり、毎年12月には20チーム前後の発表が行われている。優秀な発表には表彰があり、JCHOグループ内で、招待チームとして互いに発表・啓発している。体系的な病院機能評価を継続して受審しており、業務改善委員会が中心となって各委員会、部署が対応し、初回受審以来、継続的な改善活動を行っている。例えば業務改善委員会の5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）ラウンド、ケアプロセス監査、医療安

全推進委員会の安全ラウンド、感染防止対策委員会の衛生ラウンドといった具合に、病院機能評価で指摘された事項を中心に継続的な改善活動が行われている。更に、中国四国厚生局や保健所の立ち入り検査には総務企画課が中心となって対応し、指摘事項には各委員会や部署に指示して対応策を取りまとめ、報告書を作成しているなど、医療サービスの質改善への継続的取り組みに極めて積極的で、高く評価できる。

○社会医療法人仙養会 北摂総合病院（200～499床）更新受審

1990年からの長い歴史をもつQC活動は、2009年に院内学会と名前を変え、現在も職員が積極的かつ継続的に取り組んでおり、高く評価したい。2016年は院内各部署より25題の発表があり、優秀な発表は表彰され、さらには関連した学会で報告する仕組みができています。VHJ機構や日本病院会などにも参加して、ベンチマーキングを行い、病院の質改善に役立てる努力をしていることも評価したい。また、1977年より患者や職員に対して、丁寧に対応することを旨とした「親切係」を設け、約40年にわたって患者サービスに取り組んできたことも併せて、高く評価したい。



2.1.2 診療記録を適切に記載している（一般病院2）

○独立行政法人国立病院機構 呉医療センター（500床～）更新受審

診療録は電子カルテ化し、その記載にあたっては診療録記載マニュアル、看護記録基準を用意している。医師の診療そのものについては「医師・歯科医師診療マニュアル」を定め、主治医・担当医の位置づけに沿って医師法や保険診療の基本を踏まえた診療の進め方などを具体的に書き込むほか、その記録についても退院サマリーを完成させる期日の目安等を明記している。当該手順が現場ではほぼ守られている状況は、個々の診療記録・看護記録において確認できたところであるが、こうした背景には、医師記録で年4回、看護記録で毎月実施の質的監査が奏功している点を挙げることができる。特に医師の診療記録の監査については、毎回、死亡退院例や入院が長引いた症例の中から抽出した70～80冊の診療録のそれぞれについて、電子カルテの運用に見合うように30数項目を定め、監査者が残らず点検する作業を既に30回以上も繰り返しており、よく訓練された診療情報管理士の下で結果の分析とフィードバックを徹底させている。診療記録の質向上へのこのような努力と実績は秀れている。



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）

○帝京大学医学部附属病院（500床～）更新受審

緊急蘇生チーム呼び出しコードが設定され、月5～6件の実働がある。救急カート・

AEDの配置・整備はマニュアルに沿って実施されている。また、BLSについては全職員が受講し、2年毎に更新し、受講歴も管理されている。さらに、シミュレーションを毎月病棟で実施しているほか、各部署でも行っている。その結果、特に血管造影室ではアナフィラキシーショック時の薬剤投与時間が4分から45秒に短縮したことや外来化学療法室で急変時の対応が1分以内に対応ができるなど効果が明らかとなっており、患者の急変時の訓練と対応は、組織的に極めて積極的に取り組まれ、秀でており、高く評価したい。



2.1.10 抗菌薬を適正に使用している（一般病院2）

○東京都立多摩総合医療センター（500床～）更新受審

感染症専門医・呼吸器科医師・内科医師・救急診療科医師・他の診療科医師・ICN・臨床検査技師・薬剤師などの多職種で構成されるICTが、病院全体における抗菌剤の使用状況や、検出される細菌や微生物を毎日把握している。特定の抗菌薬の使用状況は直ちにICTで確認され、一定の使用期間を超えるものは「ICTからのお知らせ」としてコメントが診療録に記載され、主治医に伝達されている。時には使用時からの介入も行われ、コンサルティングにも数多く対応している。さらに、週に1回の抗菌薬ラウンドにて監査を行い、難治例や長期化している患者には協働で診療している。アンチバイオグラムや抗菌薬の使用量は定期的にフィードバックがなされている。手術部位サーベイランスから予防的抗菌薬の投与のタイミングが検討がされた実績があるなど、データの分析から適正な使用に向けた活動も水準が高い。これらの取り組みにより、カルバペネム系抗菌薬の使用料が減少する結果が出ている。抗菌薬の適正使用についての取り組みは、極めて優れており高く評価したい。



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（一般病院2）

○総合病院水島協同病院（200～499床）更新受審

病棟では、臨床倫理の課題を積極的に把握しようとする姿勢がみられ、課題は臨床倫理の4分割法に沿ってカンファレンスで検討しており、高く評価できる。現場で解決できない臨床倫理の課題については、病院の事例検討会で検討し、さらに解決困難な事例については看護部倫理委員会で、最終的には医療倫理委員会で検討し、院長の提言として現場にフィードバックする仕組みがある。緊急を要する事例では、倫理コンサルタントチームが設置されており、迅速に対応するシステムも構築されている。加えて、院外の研究会で実績の報告も積極的に行われており、臨床倫理の課題を広く把握し、誠実に対応しており高く評価できる。

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2）

○津軽保健生活協同組合 健生病院（200～499床）新規受審

入院予定患者に対しては、入院の前週に内科・外科カンファレンスや多職種で構成された総合カンファレンスが開催され、多職種参加による協議と入院方針の共有が行われている。また、多職種で構成されたNST・RST・褥瘡対策および緩和ケアチームなどが定期的に巡回し、多職種カンファレンスを開催し、患者の病態・診療方針・治療計画等について情報交換や検討が実施されている。さらに、平日は毎朝、医師・看護師・管理栄養士による回診が行われ、回診結果が治療計画に反映されており、消化器外科では術後1日目よりリハビリテーションスタッフの関わりがもたれている。退院調整に関しても、医療ソーシャルワーカーと退院調整看護師が連携・協働し、外来・病棟の様々な内容の依頼に対応している。ケアプロセス調査における事例検討においても、多職種協働の患者への関わりが認められ、一つひとつの治療行為やケアに、それぞれの枠を超えた実態を伴った優れたチーム医療が展開されており高く評価したい。

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）

○群馬県済生会前橋病院（200～499床）更新受審

入院時に全患者に栄養管理スクリーニングを行い、管理栄養士がチェックし、多職種で栄養管理計画書を作成している。管理栄養士が病棟に配置されており、患者の食形態・喫食状態の把握・食物アレルギーの把握に努めており、病棟カンファレンスにも積極的に参加している。情報は、厨房スタッフと共有し、患者ごとに適した食事の提供を行っている。栄養指導・食事指導では、患者一人一人に対応したオーダーメイドのパンフレットを作成し、患者のニーズに合った指導が行われており、秀でていると評価できる。

○社会医療法人近森会 近森病院（500床～）更新受審

入院時に、管理栄養士が全入院患者の栄養状態を把握し、その後も定期的に評価している。しかも、予定入院の患者だけでなく、救急患者にも365日24時間に対応している点は優れている。また、疾患や手術などの治療方針に合わせて入院時に、栄養アセスメント、食生活栄養問診票などから評価して、個別に介入するなど、きめ細やかに対応している点も優れている。嗜好調査は、入院時と入院後に一斉に行われており、全入院患者の栄養状態、摂食・嚥下機能の評価が行われ、その結果を参考にして、28食の食事形態から栄養方法が選択できる。必要な患者には、NSTが介入し、病棟スタッフとともにカンファレンスを行い、月間500件以上の実績がある。カンファレンスの結果は、診療録に記載し、情報共有している。他の医療機関の手本と

なっており、極めて高く評価する。

2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している（一般病院2）

- 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立市民病院（200～499床）更新受審
患者・家族への退院支援の中で、特に継続した診療・ケアを必要とするケースに対しては、外来部門・MSW・病棟部門、必要に応じて院外のケアマネージャーや施設の参加を得てカンファレンスを開催している。終末期のがん患者が自宅退院を希望する場合には、365日24時間体制で訪問診療・訪問看護を行っていることは特筆すべき点である。主治医による訪問診療が行われ、訪問看護認定看護師・緩和ケア認定看護師・がん性疼痛看護認定看護師・HCU経験看護師がチームで活動し、患者・家族の安心感につながっている。2015年度には15例の自宅での看取りの実績が見られ、全国トップの横須賀市の在宅死亡率（28%）の実現に貢献している。必要な患者への継続した診療・ケアは極めて適切に行われており、秀でている。

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している（一般病院2）

- 医療法人社団協友会 彩の国東大宮メディカルセンター（200～499床）更新受審
薬剤師は27名で、各種の認定薬剤師を多数有し、全病棟・ICUに全日配置し、多くの部署、チーム等に関与している。処方監査と疑義照会、調剤と調剤監査を適切に行い、持参薬を確認して電子カルテに入力し医師が継続・中止を判断している。注射薬は薬剤師が手作業で取り揃え、薬剤トレーに1施用ごとに準備して払い出す。病棟での一般注射薬は看護師が調製・混合するが、抗がん剤、TPNは全て薬剤師で混合し、スピルキットも整備している。全KCL製剤を薬剤科で管理・調合し、ハイリスク薬・抗菌薬・抗がん剤の初回投与時には薬剤師が同席する。麻薬は薬剤師のみの静脈認証式保管庫で管理している。慢性肝炎、骨粗鬆症治療では医師説明後、薬剤師が詳細な薬物療法の内容、副作用等を説明して医師が処方する。毎月、薬剤情報やプレアボイド情報を提供し、年間15例の副作用を報告する等、情報提供の質も高い。院内採用薬品数は1,020で、医薬品集を配布し毎年改定し、院内LANにも掲載して調剤薬局も確認できる等、薬剤管理機能は秀でており、極めて質が高い。

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）

- 愛媛大学医学部附属病院（500床～）更新受審
基幹型臨床研修病院として、医科で約80名、歯科4名の研修医であり、指導医は医科128名、歯科6名を擁している。総合臨床研修センターにスキルスラボを設置し、他に類をみないものを含めて約60種類のシミュレーターが準備され、研修医の他に

も看護職や学生などのトレーニングの他、地域の医師の教育・養成に活用されている。また、献体を使用した手術手技トレーニングセンターも設置されているなど、極めて充実した環境が整備されている。指導医による研修の評価はEPOCシステムを用いる他、研修医による指導医や研修プログラムの評価体制も機能している。また、他病院からも参加する研修医のOSCE（客観的臨床能力試験）が行われ、多職種で評価するなど、優れた取り組みも実践されている。メンター制や精神科医を通して精神的なサポートにも努めている。加えて、愛媛県全体の研修医の教育にも積極的な役割を發揮し、県内初期研修マッチングや県内研修医数が増加する実績を挙げるなど、臨床研修における取り組みは高く評価できる。



4.5.2 物品管理を適切に行っている（一般病院2）

○医療法人朝日野会 朝日野総合病院（200～499床）更新受審

薬剤や食材を含む全ての物品は用度課を通して購入されている。各現場で使用する医療材料は1週間分の定数を定め、曜日を決めて順に補充している。特定医療材料には償還額や使用期限を記載したシールを貼付して払い出し、現場にコスト意識をもたせるとともに、使用後は請求伝票にシールを貼付することで簡便な処理を可能としている。特定医療材料以外は、用度課職員が定数の残数を確認して補充している。独自に開発した物品管理システムを医事システムと連動させ、払い出し量と診療報酬請求額のズレが管理されている。同システムにより在庫管理がなされ、設定した発注点で購入がかかる仕組みである。用度課職員が使用現場や医師と個別に話し合い、コストパフォーマンスのよい医療材料の採用がなされている。新規の医療材料は最終的に理事長承認の仕組みがある。医療機器の購入時の採算性資料等は購入後検証されている。ディスプレイ製品は全て単回使用となっている。総じて物品管理は極めて適切に実施されており、高く評価したい。

図表3-1b. 中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布（一般病院2；N=172）
 評価Cの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の値を併記する。

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.6%	92.4%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	57.6%	41.9%	0.6%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	94.2%	4.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	5.2%	86.0%	8.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	71.5%	26.2%	2.3%	-	100.0%	0.6%
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	1.2%	62.2%	36.0%	0.6%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	88.4%	8.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	9.3%	86.0%	4.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	19.8%	79.1%	1.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	75.0%	22.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	1.2%	75.0%	23.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	5.2%	84.9%	9.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.4%	68.0%	25.0%	0.6%	-	100.0%	0.0%
1.5 継続的質改善のための取り組み							
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%	81.4%	18.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	2.3%	61.6%	36.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.2%	75.0%	23.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	81.4%	18.0%	0.6%	-	100.0%	0.0%
1.6 療養環境の整備と利便性							
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	1.2%	95.3%	3.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	1.2%	93.0%	5.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.3 療養環境を整備している	4.7%	82.0%	13.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.4 受動喫煙を防止している	0.0%	68.6%	31.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	92.4%	7.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	0.6%	52.9%	45.3%	1.2%	-	100.0%	0.0%
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%	84.3%	15.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	0.6%	86.6%	9.9%	2.9%	-	100.0%	0.6%
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.6%	54.7%	34.9%	9.9%	-	100.0%	0.0%
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	94.8%	5.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.7 医療機器を安全に使用している	0.0%	92.4%	7.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	1.2%	77.3%	21.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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%	65.1%	31.4%	3.5%	-	100.0%	0.0%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	3.5%	83.1%	13.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	81.4%	16.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	5.2%	90.7%	4.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践							
2.2.1 来院した患者が円滑に診療を受けることができる	0.0%	94.2%	5.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.2 外来診療を適切に行っている	1.2%	97.7%	1.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	91.3%	8.1%	0.6%	-	100.0%	0.0%
2.2.4 入院の決定を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	80.2%	19.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している	2.9%	96.5%	0.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.7 患者が円滑に入院できる	1.7%	98.3%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	98.8%	1.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている	1.2%	94.2%	4.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している	0.6%	82.6%	16.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.6%	74.4%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.12 周術期の対応を適切に行っている	1.2%	93.0%	5.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている	1.2%	96.5%	2.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	2.3%	97.7%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている	2.9%	94.2%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている	1.2%	91.9%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	87.2%	9.3%	0.0%	0.6%	100.0%	0.0%
2.2.18 安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.0%	59.9%	39.0%	1.2%	-	100.0%	0.0%
2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている	6.4%	93.0%	0.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	3.5%	95.9%	0.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.6%	91.3%	8.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	4.7%	73.3%	21.5%	0.6%	-	100.0%	0.0%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	5.2%	91.3%	2.9%	0.6%	-	100.0%	0.0%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	4.7%	86.0%	9.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	5.8%	86.0%	7.6%	0.6%	-	100.0%	0.6%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	5.2%	79.1%	15.1%	0.0%	0.6%	100.0%	0.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	1.7%	79.7%	17.4%	1.2%	-	100.0%	0.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	5.8%	82.6%	11.0%	0.6%	-	100.0%	0.0%
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	1.7%	91.9%	6.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.4%	82.6%	9.9%	0.0%	1.2%	100.0%	0.0%
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	7.6%	47.1%	2.3%	0.0%	43.0%	100.0%	0.0%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	4.7%	76.7%	17.4%	1.2%	-	100.0%	0.0%
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	3.5%	86.0%	9.9%	0.6%	-	100.0%	0.0%
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	4.1%	62.8%	3.5%	0.0%	29.7%	100.0%	0.0%
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	12.2%	78.5%	8.7%	0.0%	0.6%	100.0%	0.0%
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							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	0.6%	98.8%	0.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.3%	95.9%	1.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	1.7%	65.7%	31.4%	1.2%	-	100.0%	0.0%
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	0.6%	92.4%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.5 文書管理を適切に行っている	0.6%	63.4%	36.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	59.3%	40.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	75.6%	24.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	69.8%	25.6%	4.7%	-	100.0%	0.6%
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	1.2%	93.0%	5.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	1.7%	47.7%	50.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	1.2%	74.4%	24.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.3 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	2.9%	62.8%	12.2%	0.6%	21.5%	100.0%	0.0%
4.3.4 学生実習等を適切に行っている	0.0%	95.3%	4.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	0.6%	96.5%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.2 医事業務を適切に行っている	0.0%	95.9%	4.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	0.0%	93.0%	7.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	1.7%	92.4%	5.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5.2 物品管理を適切に行っている	1.2%	81.4%	17.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.3%	88.4%	9.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.2 保安業務を適切に行っている	0.0%	94.8%	5.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.3 医療事故等に適切に対応している	0.0%	98.8%	1.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%

※2.2.15については、最終的な審査結果報告書のSの割合は35%、Aの割合は93.6%であった

(4) 審査結果の要約・リハビリテーション病院

リハビリテーション病院を主機能として受審した29病院について、中間的な結果報告の評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告では21病院（72.4%）は主機能の評価項目で評価Cがなく、8病院（27.6%）に評価Cの評価項目があった。評価Cは1つか2つの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	21	3	3	2	29
構成比	72.4%	10.3%	10.3%	6.9%	100.0%

評価Cの病院が多い評価項目は「3.16 診療情報管理機能を適切に発揮している」（4病院）と「4.15 文書を一元的に管理する仕組みがある」（4病院）であった。

中間的な結果報告で評価Cの多かった評価項目（4病院以上がCの評価項目）

リハビリ テーション 病院	評価項目	評価Cの 病院数	構成比 N=29
3.16	診療情報管理機能を適切に発揮している	4	13.8%
4.15	文書を一元的に管理する仕組みがある	4	13.8%

評価Cの代表的な理由を紹介する。



3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している

- 診療記録の貸し出し管理に関する規程がなく、診療録の貸出日や返却日の記録等、貸し出し管理が実施されていない。
 - 診療記録の量的監査が実施されていない。
 - 病名や手術名のコーディングが行われていない。
-

4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある

- 文書管理規程がなく、院内の規程や文書類を一元的に管理する部署・担当者も明確でない。
- 文書の作成責任者、作成日および承認の仕組みが確立していない。

中間的な結果報告で評価Cだった評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば、BまたはAになる。

評価Cの評価項目があった病院のほとんどが補充的な審査を受審した。

その結果、最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が残った病院は、8病院から1病院(3.4%)にまで減少した。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	28	0	1	0	29
構成比	96.6%	0.0%	3.4%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がない28病院は認定した。

評価Cの評価項目が残った1病院は、評価委員会の審議を経て運営会議で条件付認定とし、引き続き改善要望事項に対応することを求めた。

最終的な審査結果報告書で10病院(34.5%)に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、5つ以上の病院もあった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	10	7	3	4	2	3	29
構成比	34.5%	24.1%	10.3%	13.8%	6.9%	10.3%	100.0%

評価Sが多い評価項目は、「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」(8病院)、「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」(7病院)、「3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している」(5病院)であった。

最終的な審査結果報告書で評価Sの病院が多かった評価項目

リハビリテーション病院	評価項目	評価Sの病院数	構成比 N=29
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	8	27.6%
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	7	24.1%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	5	17.2%

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。

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（リハビリテーション病院）

○医療法人三愛会 埼玉みさと総合リハビリテーション病院（～199床）更新受審

社会福祉相談室と総合相談窓口のそれぞれの役割と機能が明確であり、有効に機能している。社会福祉相談室には12名のMSWがおり、全入院患者の担当制で、入院生活上のことや社会復帰、社会資源の活用などの様々な相談に応じ、専門スタッフとの連携によって、速やかな問題解決につなげている。虐待への意識は高く、子供の集いの場として「こども食堂」を開設して、虐待発生予防、早期発見、いじめ発生予防・相談そして貧困家庭への支援を行っている。また、特徴として、各病棟に専従する退院支援看護師を中心に、退院支援サポートチームが在宅復帰への計画立案から見直し、評価を行い、地域や家族と連携を図って、安全で安心な在宅療養が継続的に提供されるように退院支援を行っており、優れた取り組みである。

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（リハビリテーション病院）

○公益財団法人いわてリハビリテーションセンター（～199床）更新受審

看護部の主導のもとに、診療・ケアにおける臨床倫理的課題に対する気付きの感性を磨くことを目的として、また課題の現実的な解決に向けて、組織的かつ内容的に充実した検討が加えられており、高く評価をしたい。運用にあたっては、倫理的行動を高めるための視点を明らかにして、12に分類した日常の場面で遭遇する倫理的課題や、5つの看護職が業務上において悩む場面が具体的に明示されている。そして、このことにより、患者・家族が抱える倫理的な課題への診療現場での気づきの

頻度が高くなり、かなりの検討事例が記録としても残されている。病棟では患者・家族と医師を含む担当の病棟スタッフが参加したカンファレンスが開催され「看護シート」として検討内容が記録されている。さらに病棟では解決困難事例について倫理委員会で看護協会が推奨する4分割法に則った詳細な検討が行われており、検討内容も充実したものとなっている。最終的には多くの事例検討を行うことで、今後の対応方針がより明確となり、解決に役立てられている。



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（リハビリテーション病院）

○医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院（～199床）更新受審

多職種にて総合実施計画書が作成されている。また、理学・作業・言語聴覚士の3職種が共同して多岐にわたる項目によって作成するシートにて定期的な評価が実施され、記録されている。あわせて2週間に1回、2週間プログラムが3職種共同で作成されている。本プログラムでは「している活動」「できていない活動」「できていない活動の要因」「2週間の目標」「具体的なリハビリプログラム」を記載する形式をとっており、遅延なく訓練の見直しと実施が提供できる体制となっており、高く評価したい。



2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている（リハビリテーション病院）

○医療法人社団甲友会 西宮協立リハビリテーション病院（～199床）更新受審

管理栄養士は病棟に1名が配置され、患者個々に栄養アセスメントを行い栄養指導を実施している。多職種でNSTを構成し、横断的に活動している。刻み食や嚥下食は19食種あり、昼食時には看護師・言語聴覚士・管理栄養士で患者の摂食状況を評価し、言語聴覚士から患者に合わせた食形態の要望に対して管理栄養士はその要望に応え、外観や満足度も良好な嚥下食の開発など工夫に積極的に取り組み、摂食嚥下障害への支援は高く評価できる。また、退院時に利用者には感謝を込め、退院祝いとして退院御膳を振る舞うなど、栄養管理のみならず、患者の立場で喜んでもらえる食事を提供する取り組みは高く評価できる。



2.2.18 作業療法を確実・安全に実施している（リハビリテーション病院）

○兵庫県立リハビリテーション西播磨病院（～199床）新規受審

運動麻痺・心理判定員による高次脳機能、日常生活活動能力と実行状況など、詳細な評価を基に患者の要望を聴取・評価して目標を明確にした個別のプログラムが作成されている。リスク評価とともに看護師と患者情報を共有し、訓練が実施されている。実施内容はリアルタイムに記載するとともに、隔週にチーム内で検討し、問題点、目標などのプログラムを記載し、訓練が共有できる工夫がされている。毎日の評価と週単位の定量的評価が行われており、定期的なりハビリカンファレンスでプログラムの評価、成果の確認、変更が行われている。家庭仕様に準備可能な訓練室ADL（入浴・調理など）室における訓練、公共バスを利用した試乗訓練、自動車運転シミュレーターを活用し、運転評価を行うなど積極的に在宅・社会復帰への取り組みが行われている。さらに、音楽療法、園芸療法を取り入れ、手芸、木工、陶芸、などにも取り組み、多角的な治療を展開しており、作業療法は確実・安全に実施され、成果を上げており、極めて秀でている。



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（リハビリテーション病院）

○社会医療法人 高橋病院（～199床）更新受審

地域全体で共有できる「生涯カルテ」構想を描き、産学官民協力で開発、活用を進めている。地域医療連携ネットワークシステムID-Linkにより急性期病院との患者情報を共有し、医療・介護・生活支援一体型システム「ばるな」により患者の地域での医療・介護・生活支援・介護予防等の情報を共有している。情報共有は患者・家族にも広げられ、スマートフォン等によりバイタル情報も管理されている。これから迎える地域包括ケアシステム時代に対応する教訓的な取り組みとして高く評価したい。これらの開発と管理は、情報システム委員会にて検討され、情報システム室が管理している。電子カルテも活用されているが、データの真正性、保存性の確保は、各種ガイドラインに則り適切に管理されている。

図表3-1c. 中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布（リハビリテーション病院; N=29）

評価Sの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書で変わらない。

評価Cの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の値を併記する。

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	82.8%	17.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	69.0%	31.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	96.6%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.9%	86.2%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	55.2%	41.4%	3.4%	-	100.0%	0.0%
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%	31.0%	69.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	58.6%	41.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	27.6%	72.4%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	24.1%	65.5%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	79.3%	20.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	69.0%	31.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	72.4%	27.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	65.5%	34.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5 継続的質改善のための取り組み							
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%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	3.4%	65.5%	31.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	3.4%	75.9%	20.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	72.4%	27.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6 療養環境の整備と利便性							
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	6.9%	89.7%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	3.4%	75.9%	20.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.3 療養環境を整備している	0.0%	79.3%	20.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.4 受動喫煙を防止している	3.4%	65.5%	31.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	0.0%	48.3%	51.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	93.1%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.7 医療機器を安全に使用している	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	62.1%	37.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	65.5%	34.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	0.0%	62.1%	34.5%	3.4%	-	100.0%	0.0%
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	3.4%	51.7%	44.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	82.8%	17.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践							
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	3.4%	96.6%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.2 外来診療を適切に行っている	0.0%	96.6%	0.0%	0.0%	3.4%	100.0%	0.0%
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.4 入院の決定を適切に行っている	3.4%	89.7%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	75.9%	24.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	10.3%	72.4%	13.8%	3.4%	-	100.0%	0.0%
2.2.7 患者・家族からの医療相談に適切に対応している	6.9%	89.7%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.8 患者が円滑に入院できる	3.4%	96.6%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.9 医師は病棟業務を適切に行っている	3.4%	82.8%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.10 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.11 投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	79.3%	20.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	44.8%	6.9%	0.0%	48.3%	100.0%	0.0%
2.2.13 周期の対応を適切に行っている	0.0%	10.3%	0.0%	0.0%	89.7%	100.0%	0.0%
2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている	10.3%	82.8%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	69.0%	31.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.17 理学療法を確実・安全に実施している	0.0%	93.1%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.18 作業療法を確実・安全に実施している	6.9%	86.2%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.19 言語聴覚療法を確実・安全に実施している	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	72.4%	27.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.22 患者・家族への退院支援を適切に行っている	3.4%	96.6%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.23 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	6.9%	93.1%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	82.8%	13.8%	3.4%	-	100.0%	0.0%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	3.4%	82.8%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	3.4%	82.8%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	17.2%	79.3%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	3.4%	55.2%	27.6%	13.8%	-	100.0%	0.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	65.5%	34.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	51.7%	3.4%	0.0%	44.8%	100.0%	0.0%
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	37.9%	13.8%	3.4%	44.8%	100.0%	0.0%
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	13.8%	0.0%	0.0%	86.2%	100.0%	0.0%
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	0.0%	10.3%	3.4%	0.0%	86.2%	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	0.0%	93.1%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	3.4%	96.6%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	55.2%	41.4%	3.4%	-	100.0%	0.0%
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	3.4%	62.1%	34.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.5 文書管理を適切に行っている	0.0%	44.8%	41.4%	13.8%	-	100.0%	3.4%
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	0.0%	72.4%	27.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	89.7%	10.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	65.5%	34.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	96.6%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	51.7%	48.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	6.9%	75.9%	17.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.3 学生実習等を適切に行っている	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.2 医事業務を適切に行っている	0.0%	86.2%	10.3%	3.4%	-	100.0%	3.4%
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	0.0%	75.9%	24.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	0.0%	79.3%	17.2%	3.4%	-	100.0%	0.0%
4.5.2 物品管理を適切に行っている	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	93.1%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.2 保安業務を適切に行っている	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.3 医療事故等に適切に対応している	0.0%	93.1%	6.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%

(5) 審査結果の要約・慢性期病院

慢性期病院を主機能として受審した32病院について、中間的な結果報告の評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告では22病院（68.8%）は主機能の評価項目で評価Cがなく、10病院（31.2%）に評価Cの評価項目があった。評価Cは1つの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	22	7	0	3	32
構成比	68.8%	21.9%	0.0%	9.4%	100.0%

評価Cの病院が多い評価項目は「3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している」（4病院）、「2.1.10 抗菌薬を適正に使用している」（3病院）、及び「4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある」（2病院）であった。

中間的な結果報告で評価Cの多かった評価項目（2病院以上がCの評価項目）

慢性期 病院	評価項目	評価Cの 病院数	構成比 N=32
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	4	12.5%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	3	9.4%
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	2	6.3%

評価Cの代表的な理由を紹介する。

▶▶▶ 3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している

- 病名・手術名のコード化が行われていない。
- 診療録の量的監査が行われていない。

▶▶▶ 2.1.10 抗菌薬を適正に使用している

- 抗菌薬の使用状況の集計・報告がなされていない。

- 培養検査がほとんど実施されていない。
- 抗菌薬の適正使用の指針は整備されているが、適正使用の指針に遵守せず、特殊な抗菌薬が使用されている事例が多く見受けられる。

4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある

- 管理すべき文書が把握されていない。
- 規程類や議事録、各マニュアルは関係部署が管理しており、組織的に管理部署を決定しておらず、管理すべき文書の内容、管理部署、責任者が明確になっていない。

中間的な結果報告で評価Cだった評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば、BまたはAになる。

評価Cの評価項目があった病院のほとんどが補充的な審査を受審した。

その結果、最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目が残った病院は、10病院から2病院(6.3%)にまで減少した。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	30	2	0	0	32
構成比	93.8%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がない30病院は認定した。

評価Cの評価項目が残った2病院は、評価委員会の審議を経て運営会議で改善要望事項は付さないこととなり、いずれも認定した。

最終的な審査結果報告書で14病院（43.8%）に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、4つの病院もあった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	18	8	3	2	1	0	32
構成比	56.3%	25.0%	9.4%	6.3%	3.1%	0.0%	100.0%

評価Sが多い評価項目は、「3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している」（5病院）、「2.2.19 療

養生生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる」(2病院)、「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」(2病院)、「2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている」(2病院)、「4.6.1 災害時の対応を適切に行っている」(2病院)であった。

最終的な審査結果報告書で評価Sの多かった評価項目

慢性期 病院	評価項目	評価Sの 病院数	構成比 N=32
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	5	15.6%
2.2.19	療養生生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	2	6.3%
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	2	6.3%
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	2	6.3%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2	6.3%

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。

1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している (慢性期病院)

○医療法人財団百葉の会 湖山リハビリテーション病院 (200床～) 更新受審

医療安全管理責任者は、医療安全管理室の看護科長である。委員会を医療安全管理委員会、セーフティマネジメント部会、医療安全推進チームの3部構造とし、それぞれに役割を持ち連携して活動に取り組んでいる。6年前から、医療安全推進週間として、手作りポスター、医療安全かるた、各部署の取り組みをポスターにして掲示したり、ポジショニング指導、病室を再現したKYTコーナー、メーカー協賛の転倒予防グッズの紹介や片麻痺疑似体験、心肺蘇生訓練が院内のイベントとして1週間行われているなど、高く評価できる。セーフティマネジメント部会の「ころばんチーム」での事故予防ラウンドや医療安全管理者のラウンドなど、継続的で積極的な組織体制が構築されており秀でている。

1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている (慢性期病院)

○医療法人高幡会 大西病院 (～199床) 更新受審

毎朝、医療安全ミーティングが院長・看護課長・事務長・地域連携室長と医療安全

管理者で行われ、患者の様態変化と共に安全情報の確認と対応、経過が確認されている。レベル3以上をアクシデントとし、医療安全管理者が事象を聞き取り、関係者と共にRCAを行い、委員会で予防策を検討している。転倒・転落や皮膚剥離、薬剤関連の事故防止を重要課題として、6年間継続的に取り組んだ結果、転倒・転落を20%削減し、誤薬をゼロにした実績があり、高く評価できる。安全情報の収集促進に向け、KYT研修や届出用紙の検討が行われており、更なる成果が期待できる。

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（慢性期病院）

○医療法人社団松涛会 安岡病院（200床～）更新受審

介護職が病棟レクリエーションの計画を立案し、毎日行われている。また、年間行事も各病棟ごとに夏祭り、クリスマス会、春のお花見などを企画し、家族も参加できる仕組みである。特に、特定疾患病棟では人工呼吸器使用患者に対しても、積極的に自宅への短時間の外出や外泊、院内の庭園散歩、野球観戦等に医師および多職種が協働しての取り組みが行われており高く評価できる。また、レスパイトケアというシステムを活用して、自宅退院と入院を行いながら療養活性化の取り組みおよび社会・家族との接点がつながる取り組みが行われており高く評価したい。

図表3-1d. 中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布（慢性期病院; N=32）

評価Sの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書で変わらない。
 評価Cの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の値を併記する。

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	65.6%	34.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	37.5%	62.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	68.8%	31.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	50.0%	50.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	40.6%	59.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	50.0%	46.9%	3.1%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	68.8%	31.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	3.1%	75.0%	21.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.3 患者の安全確保に向けた取り組み							

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している	3.1%	53.1%	43.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	3.1%	34.4%	62.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	71.9%	28.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	34.4%	65.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5 継続的質改善のための取り組み							
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%	75.0%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	40.6%	56.3%	3.1%	-	100.0%	3.1%
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%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	68.8%	31.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6 療養環境の整備と利便性							
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	0.0%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	65.6%	34.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.3 療養環境を整備している	3.1%	68.8%	28.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.4 受動喫煙を防止している	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	0.0%	25.0%	71.9%	3.1%	-	100.0%	0.0%
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%	75.0%	21.9%	3.1%	-	100.0%	0.0%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	59.4%	37.5%	3.1%	-	100.0%	0.0%
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.7 医療機器を安全に使用している	0.0%	90.6%	9.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	37.5%	59.4%	3.1%	-	100.0%	0.0%
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%	37.5%	59.4%	3.1%	-	100.0%	0.0%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	0.0%	50.0%	40.6%	9.4%	-	100.0%	0.0%
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%	62.5%	37.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践							
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%	96.9%	3.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.2 外来診療を適切に行っている	0.0%	90.6%	6.3%	0.0%	3.1%	100.0%	0.0%
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	78.1%	21.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.4 入院の決定を適切に行っている	0.0%	78.1%	21.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	68.8%	31.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	68.8%	31.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	96.9%	3.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.8 患者が円滑に入院できる	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.9 医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.10 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	3.1%	46.9%	50.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	71.9%	28.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.12 投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	43.8%	53.1%	3.1%	-	100.0%	0.0%
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%	40.6%	34.4%	0.0%	25.0%	100.0%	0.0%
2.2.14 重症患者の管理を適切に行っている	0.0%	96.9%	3.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.15 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	3.1%	84.4%	12.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
2.2.16 栄養管理と食事指導を適切に行っている	0.0%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.17 症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	53.1%	46.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.3%	40.6%	53.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.3%	34.4%	59.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている	6.3%	65.6%	28.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	96.9%	3.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	3.1%	43.8%	53.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	59.4%	40.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	90.6%	9.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	15.6%	65.6%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	3.1%	71.9%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	43.8%	43.8%	12.5%	-	100.0%	0.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	81.3%	18.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	40.6%	56.3%	3.1%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	75.0%	3.1%	0.0%	21.9%	100.0%	0.0%
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	3.1%	3.1%	0.0%	93.8%	100.0%	0.0%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	65.6%	9.4%	0.0%	25.0%	100.0%	0.0%
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	15.6%	3.1%	3.1%	78.1%	100.0%	0.0%
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	0.0%	34.4%	3.1%	0.0%	62.5%	100.0%	0.0%
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							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	84.4%	12.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	3.1%	37.5%	59.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	50.0%	50.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.5 文書管理を適切に行っている	0.0%	46.9%	46.9%	6.3%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	50.0%	46.9%	3.1%	-	100.0%	3.1%
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	43.8%	56.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	53.1%	46.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	87.5%	12.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	28.1%	71.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	3.1%	59.4%	37.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.3 学生実習等を適切に行っている	0.0%	71.9%	21.9%	0.0%	6.3%	100.0%	0.0%
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	75.0%	21.9%	3.1%	-	100.0%	0.0%
4.4.2 医事業務を適切に行っている	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	0.0%	71.9%	28.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
4.5.2 物品管理を適切に行っている	0.0%	84.4%	15.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	6.3%	59.4%	31.3%	3.1%	-	100.0%	0.0%
4.6.2 保安業務を適切に行っている	0.0%	93.8%	6.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.3 医療事故等に適切に対応している	0.0%	93.8%	6.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%

(6) 審査結果の要約・精神科病院

精神科病院を主機能として受審した34病院について、中間的な結果報告の評価C、最終的な審査結果報告書の評価Cと評価Sの項目数などを集計した。

中間的な結果報告では29病院（85.3%）は主機能の評価項目で評価Cがなく、5病院（14.7%）に評価Cの評価項目があった。評価Cは1つの病院が多かったが、3つ以上の病院もあった。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	29	2	1	2	34
構成比	85.3%	5.9%	2.9%	5.9%	100.0%

評価Cの病院が多い評価項目は「2.1.2 診療記録を適切に記載している」（2病院）だった。

中間的な結果報告で評価Cの多かった評価項目（2病院以上がCの評価項目）

精神科 病院	評価項目	評価Cの 病院数	構成比 N=34
2.1.2	診療記録を適切に記載している	2	5.9%

評価Cの代表的な理由を紹介する。

2.1.2 診療記録を適切に記載している

- 退院後2週間以内のサマリーの作成率が20%程度である。
- 指示出し・指示確認実施の際、電子カルテ入力になされておらず、「指示出し」と「指示受け」の時刻が逆に記載されているものや、「指示出し」から「指示受け」までにタイムラグがあるものがあつた。

中間的な結果報告で評価Cだった評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば、B又はAになる。

評価Cの評価項目があった病院のほとんどが補充的な審査を受審した。

その結果、5病院すべて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の評価Cの評価項目数の分布

評価Cの評価項目数	0	1	2	3以上	合計
病院数	34	0	0	0	34
構成比	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Cの評価項目がない34病院を認定した。

最終的な審査結果報告書で18病院（52.9%）に評価Sの評価項目があった。評価Sは1つだけの病院が多かったが、5つ以上の病院もあった。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

評価Sの評価項目数	0	1	2	3	4	5以上	合計
病院数	16	8	3	5	0	2	34
構成比	47.1%	23.5%	8.8%	14.7%	0.0%	5.9%	100.0%

評価Sが多い評価項目は、「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」（4病院）、「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」（3病院）、「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」（3病院）、「2.2.25 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している」、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（3病院）であった。

最終的な審査結果報告書で評価Sの多かった評価項目（2病院以上がSの評価項目）

精神科 病院	評価項目	評価Sの 病院数	構成比 N=34
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	4	11.8%
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	3	8.8%
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	3	8.8%
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	3	8.8%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	3	8.8%

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。

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（精神科病院）

○医療法人社団 五稜会病院（～199床）更新受審

入院案内などに「患者・医療者のパートナーシップ」が掲載され、患者・家族の治療への協力と参加を明確にしている。患者の情報収集は医師・担当精神保健福祉士・看護師により面談で実施され電子カルテに記載し、各部署・各職種間で共有されている。治療計画や薬剤情報、検査データなどの情報提供として、患者・家族の参加するカンファレンスも入院から1か月後や退院前に実施されている。各病棟では病棟特性に応じた集団治療プログラムがあり、疾病教育に重点が置かれている。特にストレスケア・思春期病棟では「対人交流」「認知行動療法」「火曜ゼミナール」「コミュニケーションゼミナール」「イライラとの付き合い方」「アナモネ（10代女性が対象）」「思春期スケジュール」など摂食障害・発達障害など、患者の個別性を重視した取り組みが行われており、個別性のある疾病教育に多職種で積極的に取り組んでいることは高く評価する。

○医療法人社団更生会 草津病院（200床～）更新受審

社会で生活できる支援を行うことを方針に取り組みされている。「入院の手引き」に治療の基本方針・治療環境・パートナーシップ・安全管理・各職種の役割・入院形態・各種行動制限・各ステップの説明・退院後の基本的な心構えと地域生活維持に必要な事項・相談窓口などが示され、教育指導に活用されている。また、疾病別の心理教育として、MDIには「すまいるグループ」、うつ病には「はっぴーグループ」、統合失調症には病態に合わせて「そらまめ教室」「ピーナッツ」が実践され、患者の個別性に合わせた治療参加への促しは高く評価したい。

○医療法人同和会 千葉病院（200床～）更新受審

患者・医療者間における情報の提供や共有を目的として、毎週病棟会議を実施し、機能している状況を高く評価する。また、患者・家族向けの教育も継続的に実施されており、さらに患者主体で経営されている喫茶店の運営支援など、患者・医療者間のパートナーシップの強化にも工夫がある。精神科医療に求められる患者のストレンダスを大切に医療の展開を実施している状況は、他の模範となる。

▶▶▶ **2.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している（精神科病院）**

○医療法人同仁会 乙金病院（200床～）更新受審

2009年8月、初回のプライバシーマークを取得して以来、2年ごとに更新し、現在4回目の取得に至っている。毎月、個人情報保護検討委員会を開催し、個人情報特定調査票を作成して、病院全体で約500項目を挙げ、それぞれに対してリスク分析が行われており、個人情報・プライバシーの保護については高く評価したい。

▶▶▶ **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（精神科病院）**

○医療法人サヂカム会 三国丘病院（～199床）更新受審

各病棟には倫理的な問題と思われる事を記載する専用ノートが準備されており、直ぐに記載することができる。また、各病棟には倫理委員が任命されている。このノートの記載内容を基にして、毎月定期的に各病棟で倫理カンファレンスを開催し、検討が行われている。その活動内容が月1回開催する看護倫理委員会で検討され、ここで解決できない課題に関しては、倫理審査委員会に提出してさらに検討が行われている。これらの活動については、いずれも検討記録が残されている。非常に多くの課題収集が行われていることや、定期的に検討され活動されていること高く評価される。

▶▶▶ **2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている（精神科病院）**

○医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院（200床～）更新受審

入院時にリスクアセスメントを行い、多職種で課題を検討している。新規入院の全患者に8種類のパスを用いて多職種が関わり、カンファレンスもパスに基づき開催している。病棟配置の作業療法士によって入院早期からリハビリテーションが開始され、栄養士によって集団・個別で健康管理の食事指導が取り組まれている。音楽療法士は認知症の周辺症状の緩和や認知症の進行抑制、嚥下訓練にも関わっている。服薬拒否時は薬剤師が理由をアセスメントし薬剤の形状を検討するなど、それぞれの職種が活動ができるよう、全職員のキャリアラダーを考案し教育を行っているなど秀でていいる。多職種が協働する体制とその実績は極めて優れており、特筆に値する。

▶▶▶ **2.2.24 患者・家族への退院支援を適切に行っている（精神科病院）**

○医療法人社団欣助会 吉祥寺病院（200床～）更新受審

開院以来、退院支援には積極的に取り組んでおり、病院の重要な機能となっている。入院時から患者の退院後の生活を考え、多職種が連携して行動している。特に精神保健福祉士が入院状況、外来での受診状況、在宅での生活状況などの情報を積極的に収集し、関係者に情報提供している。入院中は服薬教室・退院準備などのSSTプ

プログラムが充実しており、患者の状態に応じて適応して退院へ導いている。長期入院患者へも「チャレンジグループ」というプログラムにより退院支援へ取り組んでいる。また、退院した患者が入院患者へ退院後の生活について話をし（ピアサポーター講演会）、退院後の生活イメージを得られるような工夫も行われている。さらに、家族心理教育・家族教室・家族会の充実により、家族が退院を受け入れやすい環境整備を行っていることも退院支援に繋がっている。これらの多職種での退院支援への取り組みについては高く評価したい。



3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している（精神科病院）

○独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター（200床～）更新受審

佐賀県の精神科救急基幹病院であり、精神科救急情報センターとして24時間365日対応で精神科救急トリアージシステムを機能させている。また、自院でも24時間365日精神科救急入院患者を受け入れており、院内では精神科救急病棟（閉鎖）・精神科急性期病棟（開放・薬物依存・アルコール・ストレスケア）を運営しており、多様な患者の状態に対応できる環境が整備されている。指定医も十二分に確保されており、研修医にとっても有用な精神科救急の場を提供している。精神科救急は病院の重要な機能の一つであり、実績もあり高く評価したい。

図表3-1e. 中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布（精神科病院; N=34）

評価Sの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書で変わらない。
 評価Cの割合は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の値を併記する。

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	94.1%	2.9%	2.9%	-	100.0%	0.0%
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%	82.4%	17.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	8.8%	79.4%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	94.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	55.9%	41.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	52.9%	44.1%	2.9%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	76.5%	20.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	8.8%	91.2%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	11.8%	88.2%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	88.2%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	79.4%	20.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	61.8%	38.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5 継続的質改善のための取り組み							
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%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	2.9%	64.7%	32.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	82.4%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	82.4%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6 療養環境の整備と利便性							
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.3 療養環境を整備している	2.9%	79.4%	17.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
1.6.4 受動喫煙を防止している	2.9%	50.0%	47.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	0.0%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	0.0%	35.3%	58.8%	5.9%	-	100.0%	0.0%
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%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	88.2%	8.8%	2.9%	-	100.0%	0.0%
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%	70.6%	26.5%	2.9%	-	100.0%	0.0%
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.7 医療機器を安全に使用している	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	76.5%	23.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	2.9%	67.6%	29.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	82.4%	11.8%	2.9%	-	100.0%	0.0%
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	2.9%	97.1%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践							
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%	0.0%
2.2.2 外来診療を適切に行っている	2.9%	97.1%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.4 任意入院の管理を適切に行っている	0.0%	88.2%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.5 医療保護入院の管理を適切に行っている	0.0%	82.4%	17.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.6 措置入院の管理を適切に行っている	0.0%	76.5%	11.8%	0.0%	11.8%	100.0%	0.0%
2.2.7 医療観察法による入院の管理を適切に行っている	2.9%	17.6%	2.9%	0.0%	76.5%	100.0%	0.0%
2.2.8 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	2.9%	52.9%	44.1%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.9 患者・家族からの医療相談に適切に対応している	2.9%	97.1%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.10 患者が円滑に入院できる	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	2.9%	85.3%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.12 医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.13 看護師は病棟業務を適切に行っている	2.9%	91.2%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.14 投薬・注射を確実・安全に実施している	2.9%	55.9%	41.2%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.15 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	20.6%	2.9%	0.0%	76.5%	100.0%	0.0%
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%	35.3%	11.8%	0.0%	52.9%	100.0%	0.0%
2.2.17 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.18 栄養管理と食事指導を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.19 症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	82.4%	17.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%

評価項目	S	A	B	C	NA	総計	最終的なCの割合
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	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.22 隔離を適切に行っている	2.9%	91.2%	2.9%	2.9%	-	100.0%	0.0%
2.2.23 身体拘束を適切に行っている	2.9%	85.3%	8.8%	2.9%	-	100.0%	0.0%
2.2.24 患者・家族への退院支援を適切に行っている	5.9%	94.1%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%
2.2.25 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	8.8%	88.2%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	88.2%	8.8%	0.0%	2.9%	100.0%	0.0%
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	0.0%	70.6%	29.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	85.3%	11.8%	0.0%	2.9%	100.0%	0.0%
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	0.0%	82.4%	14.7%	0.0%	2.9%	100.0%	0.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	76.5%	20.6%	2.9%	-	100.0%	0.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	73.5%	23.5%	0.0%	2.9%	100.0%	0.0%
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	0.0%	5.9%	2.9%	0.0%	91.2%	100.0%	0.0%
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	23.5%	2.9%	0.0%	73.5%	100.0%	0.0%
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	8.8%	2.9%	0.0%	88.2%	100.0%	0.0%
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	97.1%	100.0%	0.0%
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	8.8%	82.4%	2.9%	0.0%	5.9%	100.0%	0.0%
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							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	2.9%	67.6%	29.4%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.1.5 文書管理を適切に行っている	0.0%	64.7%	35.3%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	88.2%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	82.4%	14.7%	2.9%	-	100.0%	0.0%
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%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	2.9%	73.5%	23.5%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.3.3 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	0.0%	97.1%	2.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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%	0.0%
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	0.0%	85.3%	14.7%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	0.0%	91.2%	8.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.5.2 物品管理を適切に行っている	0.0%	88.2%	11.8%	0.0%	-	100.0%	0.0%
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	0.0%	82.4%	17.6%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.2 保安業務を適切に行っている	0.0%	94.1%	5.9%	0.0%	-	100.0%	0.0%
4.6.3 医療事故等に適切に対応している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	-	100.0%	0.0%

(7) 緩和ケア病院

緩和ケア病院を主機能として受審した病院は1病院だけだったので、中間的な結果報告の評価C、最終的な結果報告の評価Cと評価Sの項目数などの集計表、及び中間的な結果報告の評価項目ごとの評価の分布の表は割愛する。

評価Sの代表例として、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で、病院が掲載に同意したものを紹介する。



1.6.3 療養環境を整備している(緩和ケア病院)

○みどりの杜病院(～99床)更新受審

緩和ケア病院としての機能・特性・役割を踏まえた設計の下、30床の個室が、様々な仕様によって、患者・家族のニーズにきめ細かく対応されている。院内は、廊下、水回り等共用設備にも十分なゆとりを持たせ、かつシアタールーム・リラクゼーションルーム、家族が共に利用できるファミリーキッチンの設備が施されている。衛生設備含めて、院内の清潔管理、整理・整頓も適切な状態である。庭園は、ボランティアの協力も得て、工夫が随所に認められ、患者・家族の癒しの環境として日々整備されている。当院の療養環境は、職員、患者・家族、ボランティア一体となって、素晴らしい環境の提供がなされており、その成果は秀でており、極めて高く評価できる。

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)

- 4.1 特定機能病院の審査結果
- 4.2 がん診療連携拠点病院の審査結果

4.1

特定機能病院の審査結果



平成28年度に病院機能評価の主たる機能種別（以下、「主機能」）の訪問審査を受審し、かつ書面審査サマリーに特定機能病院の表示がある9病院の審査結果を集計した。

9病院すべてが、主機能として「一般病院2」を選択していた。このうち5病院が副機能を受審した。受審した副機能は、「精神科病院」が4病院、「緩和ケア病院」が1病院だった。

9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4病院（44.4%）で、評価Cの評価項目があった病院は5病院（55.6%）であった。

評価Cの評価項目	なし	あり	合計
病院数	4	5	9
割合（N=9）	44.4%	55.6%	100%

中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった5病院について集計した。

4つの評価項目について延6の評価Cがついた。

評価Cの病院数が多い（複数の病院の評価がCの）評価項目と病院数は、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」が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=9
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	3	33.3%

評価Cとなった主な理由は、「ホルムアルデヒド作業環境濃度高値」（病理検査室などのホルマリン使用場所のホルムアルデヒドの作業環境測定結果が第3管理区分（管理濃度を超えている）で作業環境管理が適切でない状態）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5病院は、中間的な結果報告受領後に補充的な審査を受審し、4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に評価Cの評価項目が残った1病院（9病院の11.1%）には改善要望事項を付して改善を求めた。

4.2

がん診療連携拠点病院の審査結果



平成28年度に病院機能評価の主機能の訪問審査を受審し、かつ書面審査サマリーにがん診療連携拠点病院（都道府県又は地域）の表示がある56病院の審査結果を集計した。

56病院すべてが、主機能として「一般病院2」を選択していた。このうち14病院が副機能も受審した。受審した副機能は、「精神科病院」が8病院、「緩和ケア病院」が5病院、「リハビリテーション病院」が1病院だった。

56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39病院（69.6%）で、評価Cの評価項目があった病院は17病院（30.4%）であった。

評価Cの評価項目	なし	あり	合計
病院数	39	17	56
割合（N=56）	69.6%	30.4%	100%

中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった17病院について集計した。

14の評価項目について延26の評価Cがついた。

評価Cとなった病院が多い（受審した病院の5%以上が評価Cとなった）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」が6病院（10.7%）、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」が4病院（7.1%）、「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」が3病院（5.4%）だった。

評価項目番号	評価項目	評価Cの病院数	割合N=56
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	6	10.7%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	4	7.1%
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	3	5.4%

評価Cの主な理由は、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」「薬剤部又は病棟での麻薬・向精神薬の管理不備」、4.2.3が「ホルムアルデヒド作業環境濃度高値」（病理検査室などのホルマリン使用場所のホルムアルデヒドの作業環境測定結果が第3管理区分（管理濃度を超えている）で作業環境管理が適切でない状態）、1.1.5が「個人情報管理体制の不備（個人

情報管理規程の未整備又は不遵守)」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17病院は、中間的な結果報告受領後に補充的な審査を受審し、15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の評価項目が残った2病院（3.6%）には改善要望事項を付して改善を求めた。

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	日本医師会内に設立準備室発足
	7月	(財)日本医療機能評価機構 設立
平成9 (1997) 年	4月	病院機能評価の本格的な開始 (Ver.2.0)
	8月	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	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
	8月	認定病院数が1,000を超える
	9月	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

年	月	できごと
平成15 (2003) 年	10月	付加機能評価 (救急・緩和ケア・リハビリテーション) 審査開始
	12月	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	機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.1適用開始
	7月	当機構発足20周年
平成28 (2016) 年	10月	第33回ISQua国際学術総会を開催 (東京)

病院機能評価データブック平成 28 年度は、病院機能評価事業において収集したデータをもとに作成しました。
病院機能評価事業の趣旨などは、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページをご覧ください。
病院機能評価データブック平成 28 年度の PDF 版を公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページに掲載します。
第 3 章で例示した評価 S の代表例の病院と同じ活動をしていても、評価項目の評価が S にならないことがあります。
第 3 章で例示した代表的な評価 C の理由がなくても、評価項目の評価が C になることがあります。
図表や本文中の構成比は、小数点第 2 位を四捨五入した結果を表示しています。合計しても 100% にならない場合があります。
個別の病院の情報は、病院機能評価データブック 平成 28 年度と公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページに公表している以上のものは開示できません。

病院機能評価データブック 平成 28 年度

平成 30 年 3 月 2 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 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル

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

本書の無断複製・転載を禁じます
