

病院機能評価データブック

2019年度

2021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

新型コロナウイルス感染症の対応については、予断を許さない状況が続いておりますが、医療関係者の皆様が国民の命と健康を守るために献身的にご尽力されておられることに深い敬意を表すとともに、国難とも言えるこの状況の一刻も早い収束を切に願っています。

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、1995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1997年より開始されました。2020年3月末時点で認定病院は2,159病院であり、その病床数はわが国の病床数の42.3%を占めています。

病院の皆様には、審査を通じて、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いただいております。これらを病院や国民の皆様に戻元するために、2019年度に評価項目体系3rdG:Ver.2.0により認定の可否を決定した469病院のデータをまとめた『病院機能評価データブック2019年度』を作成いたしました。医療の質の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 2019年度」について	6
第1章 病院機能評価の概要	11
1.1 病院機能評価の意義	12
1.2 病院機能評価の変遷	12
1.3 機能種別	13
1.4 審査の流れ	14
1.5 対象領域と評価項目	14
1.6 評価判定と認定	15
1.7 受審病院数の推移	16
1.8 高度・専門機能Ver.1.0について	19
第2章 現況調査の概要	21
2.1 対象病院の概要	22
2.2 臨床指標	29
2.3 部門ごとの活動状況	31
2.4 経営の状況	39
2.5 機能種別ごとの要約	39
第3章 審査結果の概要	47
(1) 審査結果の要約・全体（一般病院3を除く）	50
(2) 一般病院1	52
(3) 一般病院2	59
(4) リハビリテーション病院	65
(5) 慢性期病院	70
(6) 精神科病院	76
(7) 緩和ケア病院	82

第4章	テーマ別分析	87
4.1	一般病院3の審査結果の要約と評価項目の評点分布	88
4.2	評価Sの項目分布と継続的な受審の効果の検討	95
日本医療機能評価機構	病院機能評価事業	沿革
		108

「病院機能評価データブック 2019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 2019 年度版を作成した。

集計対象は、2019 年度に評価項目体系 3rdG:Ver.2.0 により認定の可否を決定した 469 病院である。Ver.2.0 では、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院を対象に、一般病院 3 を新設して 7 分類とした。病院は 7 つの機能種別のうち 1 つを主機能として選択し、病院機能評価を受審する。

機能種別	種別の説明
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的病院
一般病院 3	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
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
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
緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟またはホスピスを保有している病院

第 1 章「病院機能評価の概要」では、病院機能評価の制度の沿革と認定病院の現状などを説明した。2019 年度から訪問審査を開始した高度・専門機能も紹介した。

第 2 章「現況調査の概要」では、受審病院が提出する「病院機能の現況調査」（以下「現況調査票」）のデータを要約した。

2019 年度に評価項目体系 3rdG:Ver.2.0 により認定の可否を決定した 469 病院を集計対象とした。

主機能別の内訳は、一般病院 1 が 123 病院、一般病院 2 が 220 病院、一般病院 3 が 27 病院、リハビリテーション病院が 25 病院、慢性期病院が 33 病院、精神科病院が 38 病院、緩和ケア病院が 3 病院だった。

このうち、特定機能病院は集計対象の5%、地域医療支援病院は25%、がん診療連携拠点病院（都道府県または地域）は21%だった。

地域包括ケア病床を持つ病院は38%と昨年度（2018年度版のこと、以下同じ）の35%より多かった。

職員数（100床当り常勤換算 中央値）は、総数は184人（全国値136人）で、職種別では、医師が21人（全国値14人）、看護師が75人（全国値52人）、薬剤師が5人（全国値3人）、臨床検査技師が5人（全国値4人）、診療放射線技師が4人（全国値3人）など、受審病院の方が全国値（平成29年（2017）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況）よりも多かった。

医療安全担当の常勤専従者（看護師）を配置しているのは55%で、昨年度（58%）より少なかった。感染管理担当の常勤専従者（看護師）を配置しているのは53%で、昨年度（53%）と同様であった。病理部門に医師（常勤専従）がいるのは36%であった。

放射線科医による画像の読影体制があるのは86%で、昨年度（83%）よりも多かった。

手術を実施しているのは79%で、そのうち麻酔科医（常勤専従）がいるのは56%であった。

時間外・救急の水準を水準1（救命救急センター）または水準2（救急専用病床があるか、救急部門からの入院患者が毎日2名以上など）と回答した病院は48%で、昨年度（50%）よりもやや少なかった。

第3章「審査結果の概要」では、2019年度に機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0で主機能の認定の判定を決定した病院のうち、主機能を一般病院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、または緩和ケア病院とした442病院を集計対象とした。集計内容は、中間的な結果報告と最終的な審査結果報告書の評価項目の評価（S、A、B、C）の分布と最終的な審査結果（認定、条件付認定、認定留保）の割合である。

評価S（秀でている）の評価項目があった病院は271病院（61.3%）で、昨年度（64.3%）よりも少なかった。

評価Sが多い評価項目は「地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている」などだった。病院が掲載に同意した評価Sの所見を別冊に掲載した。

評価C（一定の水準に達しているとは言えない）の評価項目があった病院は、中間的な結果報告では151病院（34.2%）で昨年度（31.9%）より多かった。補充的な審査などを経て、最終的な審査結果報告書では評価Cの評価項目がある病院は19病院（4.3%）で昨年度（4.3%）と同様だった。

中間的な結果報告で評価Cが多かった評価項目は、「職員の安全衛生管理を適切に行っている」「薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」などだった。

審査結果（認定の判定）は、認定が426病院（96.4%）で昨年度（96.7%）と同様だった。条件付認定は14病院（3.2%）、認定留保は2病院（0.5%）だった。

認定とした病院には、認定期間5年の認定証を交付した。

条件付認定とした病院には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

認定留保とした病院には、改善要望事項を付して認定証を交付せず、最終的な審査結果報告書受領後6か月以内に改善要望事項に対応し、再審査を受けることを求めた。

第4章「テーマ別分析」では、一般病院3の審査結果のまとめと、評価Sの取得に向けた分析と検討を行った。

1. 一般病院3の審査結果の要約と評価項目の評点分布

一般病院3は Ver.2.0 で新設した機能種別で、主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院が選択する。

評価項目では、説明と同意、倫理、医療安全、感染管理、高度先進医療、教育研修、組織運営等に関する内容などが充実している。訪問審査の体制では、審査を担当するサーベイヤーを9名として、他の機能種別にはない「医療安全」「薬剤」担当のサーベイヤーもこの中に含めている。訪問審査の期間は3日（他の機能種別では2日）で部署訪問の箇所数も多い。カルテレビュー、医療安全ラウンド、幹部面談など他の機能種別では導入していない新たな審査手法も導入している。

病院には、日常的に評価項目の要求を満たしていること、補充的な審査で評価をCからBにするためには、改善策が適切であり、かつ改善策が定着していることを求めている。

こうした審査体制、審査方法、評価基準により評価をしているため、他の機能種別とは分離して、集計結果を掲載した。

一般病院3を受審した病院は27病院であった。

評価S（秀でている）があった病院は25病院（92.6%）だった。病院が掲載に同意した評価Sの所見を別冊に掲載した。

評価C（一定の水準に達しているとはいえない）があった病院は、中間的な結果報告では27病院（100%）だったが、補充的な審査を経て、最終的な審査結果報告書では18病院（66.7%）になった。

中間的な結果報告で評価Cが多かった評価項目は、「患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている」「情報伝達エラー防止対策を実践している」などだった。

審査結果（認定の判定）は、認定が9病院（33.3%）、条件付認定が18病院（66.7%）だった。認定留保とした病院はなかった。

認定とした病院には、認定期間5年の認定証を交付した。

条件付認定とした病院には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

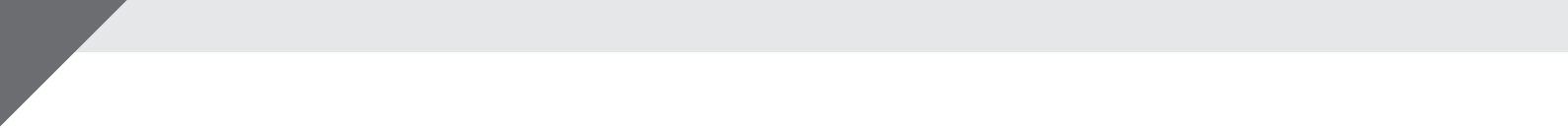
2. 評価Sの項目分布と継続的な受審の効果の検討

2019年度に機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0で認定の可否を決定した病院のうち、主機能を一般病院2で受審した病院を対象に、評価Sの取得傾向を分析し、さらに継続的な受審による効果を検討した。

最終的な審査結果報告書において、主機能を一般病院2で受審した220病院中158病院が計443項目の評価Sを取得していた。評価Sを取得した158病院を評価S取得数によって3つの病院群に分け、各病院群の評価Sの取得率が高い上位5項目を集計したところ、最も取得数の多い病院群にのみ第2領域（良質な医療の実践1）の「多職種が協同して患者の診療・ケアを行っている」という項目が認められた。また、第4領域（理念達成に向けた組織運営）の「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」という項目についても取得率に差がみられた。

また、主機能を一般病院 2 で受審した 220 病院のうち、3rdG:Ver.1.0/Ver.1.1 を受審している 198 病院においては、評価 S を取得した病院の割合は 74.7% (Ver.1.0/Ver.1.1 では 72.2%)、評価 S の総数は 409 項目 ((Ver.1.0/Ver.1.1 では 371 項目) となり、更新受審において、評価 S の取得数が増加する傾向がみられた。各病院群の更新回数と評価 S 取得数の変化を集計したところ、最も取得数の多い病院群は、すべて 3 回目以降の更新受審病院であり、「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」という項目について 3rdG:Ver.2.0 において新たに評価 S を取得している率が高かった。

最も取得数の多い病院群の傾向として、継続的な受審を通じて病院の個別の機能部分での充実が十分に行われた結果、より高い水準を目指した活動に組織的に取り組めるようになったと考えられる。



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 高度・専門機能 Ver.1.0
について

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。2013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、評価内容は定期的に見直されており、2018年4月からはVer.2.0の運用している。Ver.2.0では、特定機能病院等を対象とする機能種別「一般病院3」を新設した。

また、当機構の病院機能評価事業は、2013年より国際医療の質学会（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

過去の評価項目の内容については、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/>

図表 1-2b. 評価項目 3rdG:Ver.2.0 の構成

	機能種別													
	一般1		一般2		一般3		リハビリ		慢性期		精神科		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	大項目	中項目
1. 患者中心の医療の推進	6	21	6	21	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	33	2	35	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	2	14	2	14
4. 理念達成に向けた組織運営	6	20	6	21	6	21	6	21	6	20	6	20	6	20
合計	16	90	16	89	16	89	16	91	16	90	16	93	16	90

評価項目の詳細は、「第3章 審査結果の概要」を参照いただきたい。

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7つから選択し受審する。

図表 1-3. 機能種別一覧

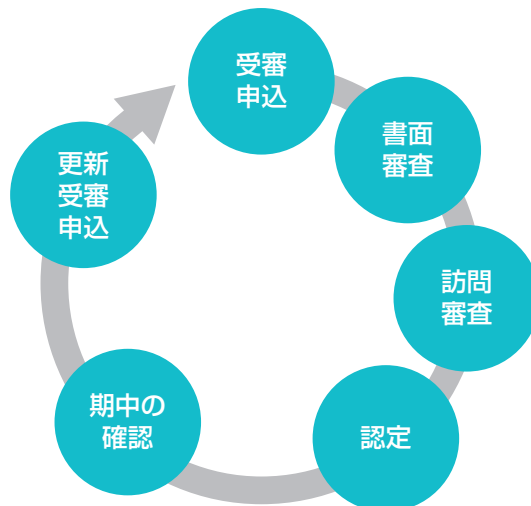
機能種別名	内容
一般病院1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3 (2018年度から運用開始)	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院 (2015年度から運用開始)	主として、緩和ケア病棟また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*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。

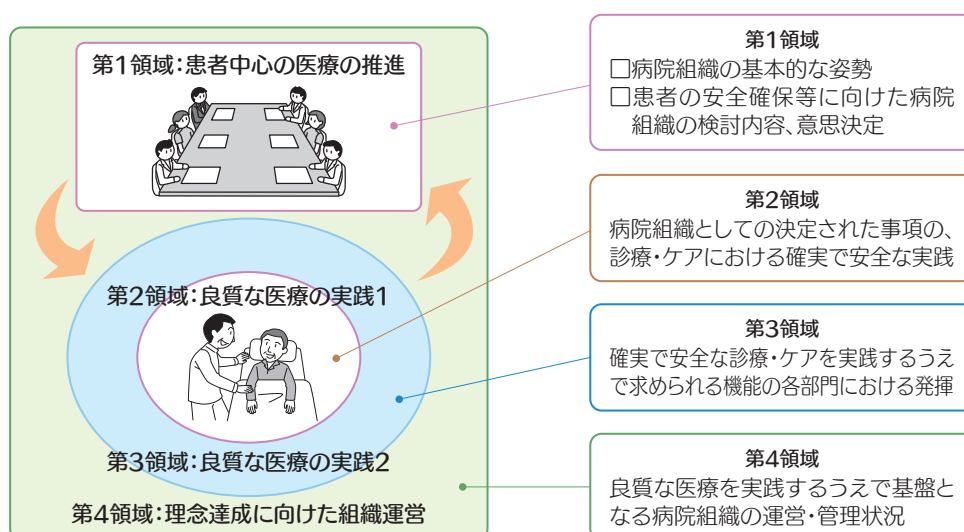
図表1-4. 審査の流れ



1.5 対象領域と評価項目

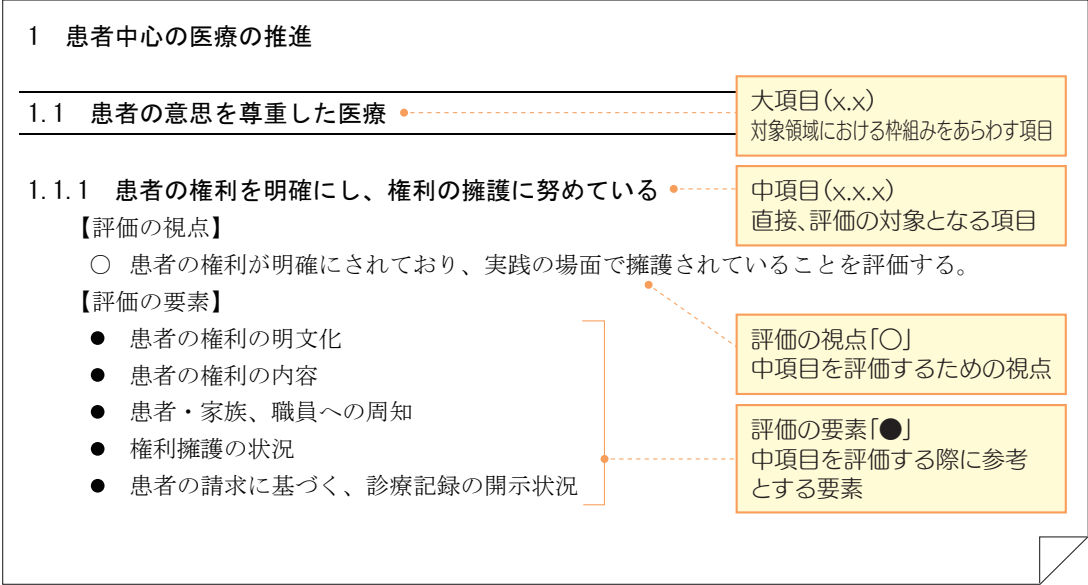


病院の組織管理・運営実態や、医療の質を適切に評価するため、評価項目は以下4つの評価対象領域で構成されている。



※詳細は「1.6 評価判定と認定」を参照。

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「評価A（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「評価B（一定の水準に達している）」となり、全ての中項目が評価B以上であれば認定となる。「評価C（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。取り組みが秀でている場合は「評価S」となる。

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

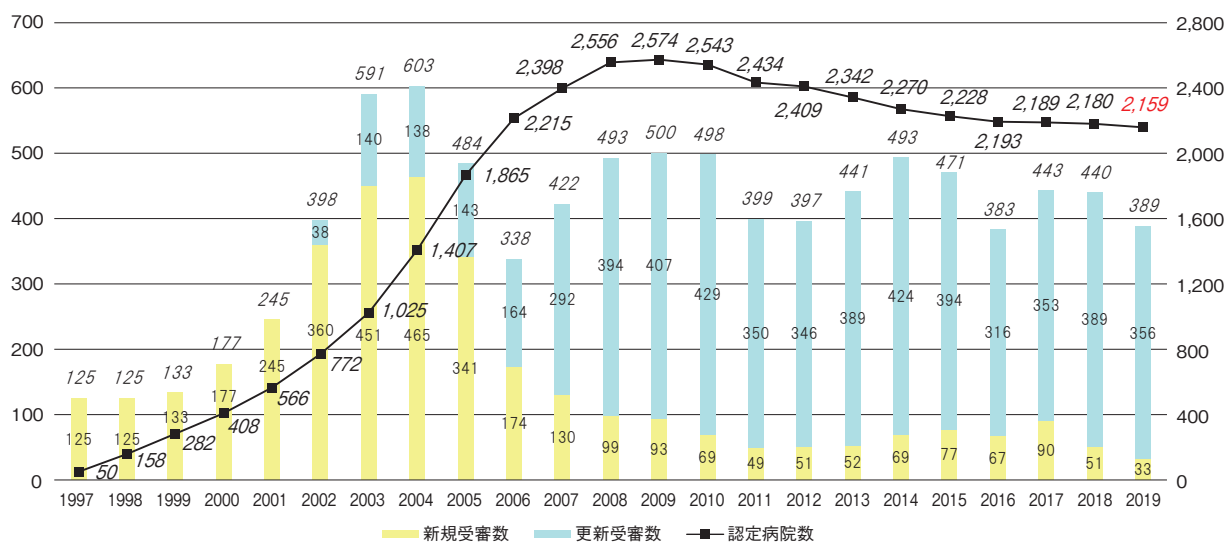
1.7

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。2004 年度以降、新規受審病院数は減少した後 2012 年度から増加傾向がみられていたが、2018 年度、2019 年度は再度減少している。2019 年度の受審病院数は、新型コロナウイルス感染症の影響により、訪問審査が実施直前に 32 件延期となったため、389 件（新規 33 件・更新 356 件）であった。なお、2020 年 3 月末時点の認定病院数は 2,159 病院となっている。

図表 1-7a. 受審病院数の年度別推移

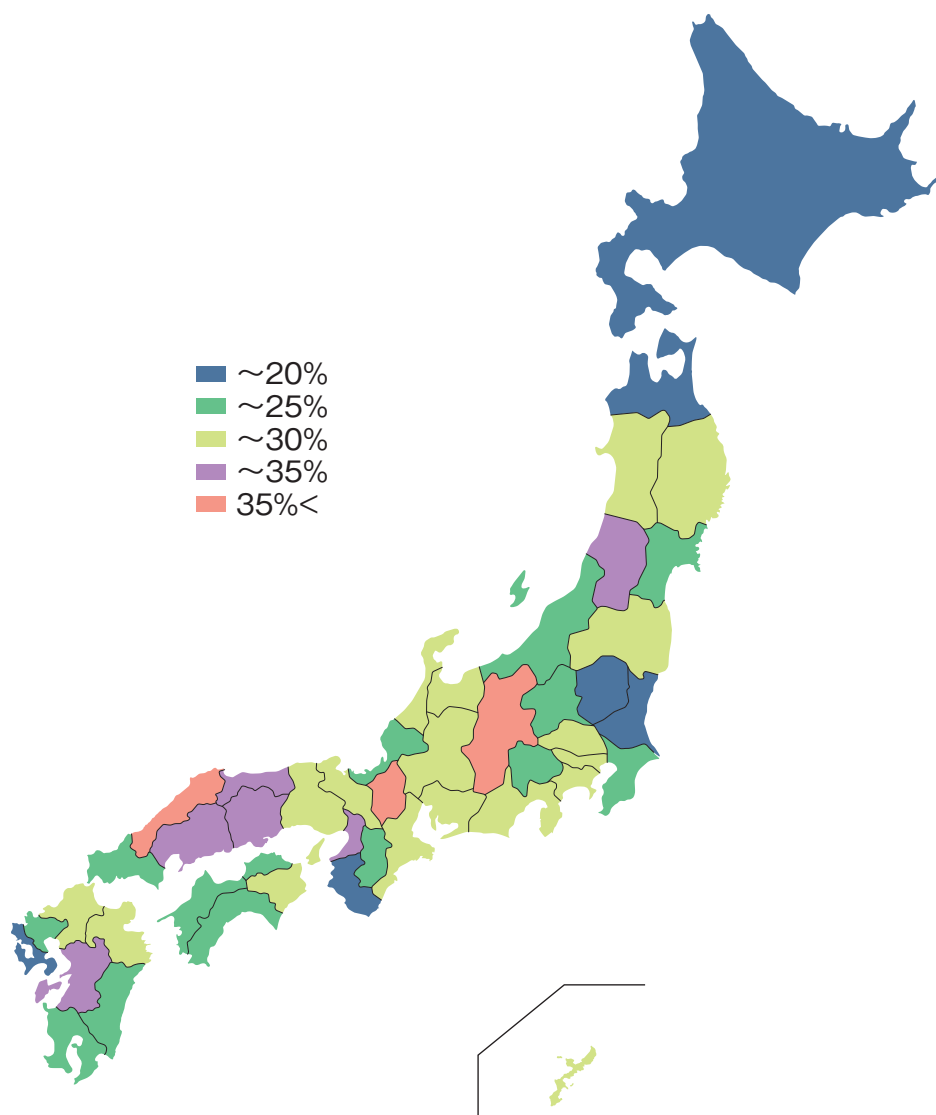


図表 1-7b および図表 1-7c に 2020 年 3 月末時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の認定率は約 25.9%であった。認定病院の割合が 35%を超えた都道府県は、滋賀県 42.1%、島根県 38.8%、長野県 37.8%であった。

図表 1-7b. 都道府県別認定病院率（2020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	553	110	19.9	滋賀県	57	24	42.1
青森県	95	17	17.9	京都府	166	49	29.5
岩手県	91	26	28.6	大阪府	516	155	30.0
宮城県	139	29	20.9	兵庫県	350	92	26.3
秋田県	69	20	29.0	奈良県	79	19	24.1
山形県	68	22	32.4	和歌山県	83	15	18.1
福島県	128	33	25.8	鳥取県	43	14	32.6
茨城県	175	33	18.9	島根県	49	19	38.8
栃木県	106	21	19.8	岡山県	163	49	30.1
群馬県	130	32	24.6	広島県	238	75	31.5
埼玉県	343	91	26.5	山口県	145	34	23.4
千葉県	288	61	21.2	徳島県	109	29	26.6
東京都	642	174	27.1	香川県	89	22	24.7
神奈川県	338	92	27.2	愛媛県	138	29	21.0
新潟県	128	26	20.3	高知県	125	27	21.6
富山県	107	27	25.2	福岡県	460	126	27.4
石川県	94	28	29.8	佐賀県	101	24	23.8
福井県	68	14	20.6	長崎県	149	28	18.8
山梨県	60	12	20.0	熊本県	213	73	34.3
長野県	127	48	37.8	大分県	155	40	25.8
岐阜県	99	27	27.3	宮崎県	139	28	20.1
静岡県	176	46	26.1	鹿児島県	242	59	24.4
愛知県	324	89	27.5	沖縄県	92	27	29.3
三重県	93	24	25.8	合 計	8,342	2,159	25.9

図表 1-7c. 都道府県別認定病院率（2020 年 3 月 31 日時点）



1.8

高度・専門機能Ver.1.0について



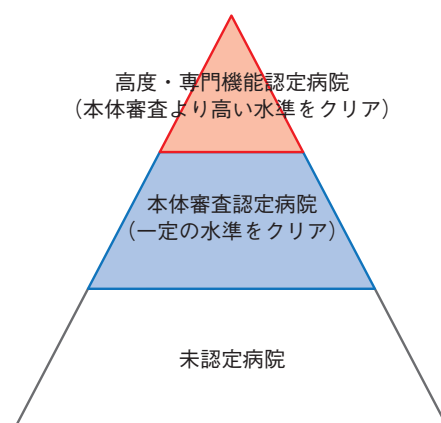
2019年10月より、「高度・専門機能 Ver.1.0（以下 高度・専門機能）」の運用を開始した。

高度・専門機能の前身となる「付加機能」は、本体審査の受審病院を対象に、「本体審査で確認しきれない機能（分野）を付加的に確認する」という位置づけで2003年10月より運用が開始された。その後、運用と改定を重ねる中で「より充実した機能を評価する」という位置づけに改められ、受審病院の高度な機能、専門的な機能の更なる質向上に活用されてきた。

今回の改定では、評価項目や評価方法を見直すとともに、より高い水準の評価であることを適切に表す名称に改めた。

高度・専門機能には、「救急医療・災害時の医療 Ver.1.0」、「リハビリテーション（回復期） Ver.1.0」の2種類があり、所定の要件を満たす病院が、自院の役割・機能に応じて受審する。

なお、2019年度は「救急医療・災害時の医療 Ver.1.0」を4病院、「リハビリテーション（回復期） Ver.1.0」を4病院に訪問審査を実施した。



救急医療・災害時の医療 Ver.1.0 受審要件

地域において高次救急機能を担う病院で、以下のいずれかを満たす病院。

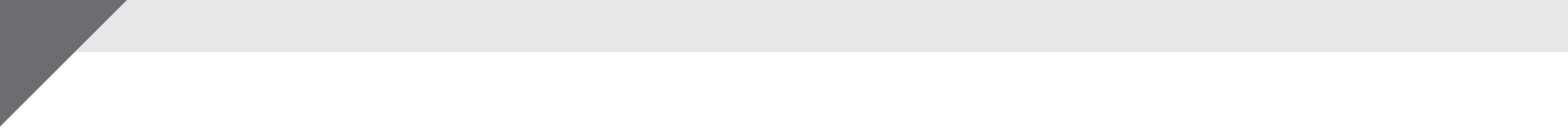
- ①三次救急を担う病院
- ②または準ずる病院

リハビリテーション（回復期） Ver.1.0 受審要件

- ①主たる機能種別または副機能にて「リハビリテーション病院」を受審していること
- ②回復期リハビリテーションを継続的に行うための適切な体制が整っていること（受審申し込み時点での診療報酬（回復期リハビリテーション病棟入院料）の上位区分で規定される施設基準*を参考とする）
※回復期リハビリテーション病棟入院料1または2を想定
- ③常勤の「公益財団法人日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医」が回復期リハビリテーション病棟において、主治医または担当医として従事していること
- ④回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション提供単位数が1日あたり平均6単位以上であること

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.jcqhc.or.jp/>



第 2 章

現況調査の概要

- 2.1 対象病院の概要
- 2.2 臨床指標
- 2.3 部門ごとの活動状況
- 2.4 経営の状況
- 2.5 機能種別ごとの要約
 - (1) 一般病院 1
 - (2) 一般病院 2
 - (3) 一般病院 3
 - (4) リハビリテーション病院
 - (5) 慢性期病院
 - (6) 精神科病院
 - (7) 緩和ケア病院

2.1

対象病院の概要



2019 年度に機能種別版評価項目 3rdG:Ver.2.0 により認定の可否を決定した 469 病院（以下、「集計対象病院」という。）の現況調査票のデータを集計した。

（１）機能種別と審査体制区分（表１）

病院は、7つの機能種別のうち1つを主たる機能種別（以下、「主機能」という。）として選択する。

機能種別	種別の説明
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的病院
一般病院 3	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
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
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
緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟またはホスピスを保有している病院

集計対象病院は、469 病院だった。

主機能別では、一般病院 1 が 123 病院（26%）、一般病院 2 が 220 病院（47%）、一般病院 3 が 27 病院（6%）、リハビリテーション病院が 25 病院（5%）、慢性期病院が 33 病院（7%）、精神科病院が 38 病院（8%）、緩和ケア病院が 3 病院（1%）だった。

新規・更新別では、新規が 42 病院（9%）、更新が 427 病院（91%）だった。

審査体制区分別では、区分 1 が 101 病院（22%）、区分 2 が 150 病院（32%）、区分 3 が 139 病院（30%）、区分 4 が 52 病院（11%）、区分 9 が 27 病院（6%）だった。

主機能に加えて「副機能」も受審したのは 87 病院（19%）だった。副機能の受審延べ件数は 103 件で、最も多いのがリハビリテーション病院で 43 件だった。

訪問審査受審年度別では、2018 年度が 220 病院（47%）、2019 年度が 249 病院（53%）だった。

表 1 機能種別と審査体制区分など

2019年度版	総数	一般 1	一般 2	一般 3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

新規／更新

新規	42	10	17	2	6	4	3	0	病院
更新	427	113	203	25	19	29	35	3	病院

審査体制区分の定義（機能種別と許可病床数による）

審査体制区分 1		20 ～ 99床	20 ～ 99床	－	20 ～ 199床	20 ～ 199床	20 ～ 199床	20 ～ 99床	
審査体制区分 2		100床～	100 ～ 199床	－	200床～	200床～	200床～	100床～	
審査体制区分 3		－	200 ～ 499床	－	－	－	－	－	
審査体制区分 4		－	500床～	－	－	－	－	－	
審査体制区分 9		－	－	一般 3 すべて	－	－	－	－	

審査体制区分別の受審病院数

審査体制区分 1	101	50	1	－	20	19	9	2	病院
審査体制区分 2	150	73	28	－	5	14	29	1	病院
審査体制区分 3	139	－	139	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分 4	52	－	52	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分 9	27	－	－	27	－	－	－	－	病院

副機能を受審した病院

副機能を受審した病院（実）	87	29	23	10	7	9	9	0	病院
---------------	----	----	----	----	---	---	---	---	----

選択した副機能（延）	103	32	28	11	8	10	14	0	病院
副機能_一般 1	7	－	－	－	3	1	3	0	病院
副機能_一般 2	2	－	－	－	1	1	0	0	病院
副機能_リハビリ	43	22	11	0	－	7	3	0	病院
副機能_慢性期	16	6	3	0	1	－	6	0	病院
副機能_精神	19	1	8	10	0	0	－	0	病院
副機能_緩和	16	3	6	1	3	1	2	－	病院

訪問審査受審年度

2018年度	220	54	113	15	12	14	11	1	病院
2019年度	249	69	107	12	13	19	27	2	病院

(2) 病院の役割・機能等 (表 2)

特定機能病院に指定されているのは、集計対象病院の 5% だった。

地域医療支援病院に指定されているのは、集計対象病院の 25% だった。

救命救急センターに指定されているのは、集計対象病院の 16% だった。

がん診療連携拠点病院に指定されているのは、集計対象病院の 21% だった。

在宅療養支援病院に指定されているのは、集計対象病院の 16% だった。

(3) 病床の内訳 (表 2)

実稼動可能病床数の平均値は 310 床で、内訳は一般病床 251 床、療養病床 29 床、精神病床 28 床、結核病床 1 病床、感染症病床 1 病床だった。

特殊病床の平均値は、回復期リハビリテーション病床 17 床、地域包括ケア病床 15 床、緩和ケア病床 4 床などだった。

(4) 患者数経年推移 (表 2)

外来患者数の平均値は 510 人／日、入院患者数の平均値は 267 人／日、病床利用率の平均値は 85%、平均在院日数の中央値は 17 日だった。

(5) 診療科目

内科は 84%、整形外科は 77%、リハビリテーション科は 74%、外科は 64%、小児科は 52%、精神科は 46%、産婦人科は 35%、救急科は 34% の集計対象病院が標榜していた。

麻酔科は 69%、放射線科は 65%、病理診断科は 47%、臨床検査科は 26% の集計対象病院が標榜していた。

(6) 職員数 (常勤換算) (表 3)

職員総数 (合計) の平均値は 592 [184] 人だった。(カギカッコ内は実稼動可能病床 100 床あたりの人数、以下同じ。)

職種別の平均値は、医師が 84 [21] 人、看護師が 261 [75] 人、看護補助者が 29 [11] 人、薬剤師が 16 [5] 人、臨床検査技師が 19 [5] 人、診療放射線技師が 15 [4] 人、管理栄養士が 5 [2] 人、理学療法士が 18 [8] 人、作業療法士が 9 [4] 人、臨床工学技士が 7 [2] 人、診療情報管理士・診療録管理士が 3 [1] 人、事務職員が 49 [17] 人、医療事務作業補助者が 11 [3] 人などだった。

表2 病院の概要1（役割・機能、病床数、患者数など）

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

病院の役割・機能等をもつ病院の割合

特定機能病院	5%	0%	0%	93%	0%	0%	0%	0%	割合%
地域医療支援病院	25%	0%	53%	7%	0%	0%	0%	0%	割合%
救命救急センター	16%	0%	27%	63%	0%	0%	0%	0%	割合%
がん診療連携拠点病院	21%	0%	33%	93%	0%	0%	0%	0%	割合%
在宅療養支援病院	16%	39%	5%	0%	20%	21%	0%	67%	割合%

実稼動可能病床数（平均値）

合計	310	127	386	775	151	234	323	66	病床／病院
一般病床	251	98	373	736	61	48	14	66	病床／病院
療養病床	29	28	6	0	88	183	18	0	病床／病院
精神病床	28	1	5	38	2	2	290	0	病床／病院
結核病床	1	0	1	1	0	1	0	0	病床／病院
感染症病床	1	0	1	0	0	0	0	0	病床／病院

特殊病床数（再掲）（平均値）

回復期リハビリテーション病床	17	18	10	1	111	21	4	7	病床／病院
地域包括ケア病床	15	20	18	0	9	12	3	11	病床／病院
緩和ケア病床	4	3	4	3	2	5	1	48	病床／病院

特殊病床がある病院の割合

救急専用病床	31%	20%	46%	67%	4%	0%	3%	0%	割合%
集中治療管理室（ICU）	30%	0%	53%	96%	0%	0%	0%	0%	割合%
回復期リハビリテーション病床	28%	37%	20%	4%	100%	36%	11%	33%	割合%
地域包括ケア病床	38%	62%	36%	0%	28%	27%	8%	33%	割合%
緩和ケア病床	20%	17%	25%	19%	12%	21%	5%	100%	割合%

外来患者数、入院患者数、病床利用率、平均在院日数（平均値または中央値）

外来患者数（平均値）	510	208	719	1766	61	65	107	38	人／診察実日数
入院患者数（平均値）	267	107	326	678	139	220	294	50	人／日
病床利用率（平均値）	85	82	84	87	92	91	92	76	%
平均在院日数（中央値）	17	27	14	14	64	157	234	40	日

表3 病院の概要2 (職員数)

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

職員数（常勤換算）、上段は病院あたりの人数（平均値）、下段は実稼動可能病床100床あたりの人数（平均値）

医師	84	16	105	492	12	11	15	7	人／病院
	21	14	25	63	8	5	5	11	人／100床
歯科医師	3	0	2	32	0	1	0	0	人／病院
	1	0	0	4	0	0	0	0	人／100床
助産師	10	1	15	38	0	0	0	0	人／病院
	2	1	3	5	0	0	0	0	人／100床
看護師	261	78	373	830	77	67	103	54	人／病院
	75	64	94	108	51	30	32	88	人／100床
准看護師	11	11	7	2	7	25	28	2	人／病院
	5	10	2	0	5	10	9	2	人／100床
看護補助者	29	17	33	51	14	34	28	8	人／病院
	11	14	9	7	10	16	9	12	人／100床
薬剤師	16	5	22	58	4	4	5	3	人／病院
	5	4	6	8	3	2	2	5	人／100床
臨床検査技師	19	6	27	67	2	2	2	2	人／病院
	5	5	7	9	2	1	1	3	人／100床
診療放射線技師	15	5	21	49	3	2	2	2	人／病院
	4	5	6	6	2	1	0	3	人／100床
管理栄養士	5	3	7	12	3	3	3	3	人／病院
	2	3	2	2	2	2	1	4	人／100床
理学療法士	18	14	19	18	50	15	3	5	人／病院
	8	11	6	2	34	7	1	5	人／100床
作業療法士	9	7	9	7	32	8	12	2	人／病院
	4	5	3	1	21	4	4	2	人／100床
言語聴覚士	4	3	4	5	13	4	1	1	人／病院
	2	2	1	1	9	2	0	1	人／100床
臨床工学技士	7	3	11	20	1	1	0	0	人／病院
	2	3	3	3	1	1	0	0	人／100床
診療情報管理士／ 診療録管理士	3	2	4	9	1	1	0	1	人／病院
	1	1	1	1	1	0	0	1	人／100床
社会福祉士	2	2	3	4	5	2	1	1	人／病院
	1	1	1	1	3	1	0	1	人／100床
精神保健福祉士	1	0	0	2	0	0	10	0	人／病院
	0	0	0	0	0	0	3	0	人／100床
医療ソーシャルワーカー（MSW）	2	1	3	3	1	1	0	1	人／病院
	1	1	1	0	1	1	0	1	人／100床
介護福祉士	6	5	4	0	16	22	8	0	人／病院
	3	4	1	0	10	10	3	0	人／100床
事務職員	49	25	65	140	20	19	19	11	人／病院
	17	22	18	18	14	9	6	15	人／100床
医師事務作業補助者	11	4	19	21	1	0	1	0	人／病院
	3	3	5	3	1	0	0	0	人／100床
職員総数（合計）	592	224	784	1934	273	248	262	101	人／病院
	184	189	203	250	184	112	84	156	人／100床

（7）コンピュータ利用状況（表4）

電子カルテを利用しているのは、集計対象病院の 84% だった。

（8）医療安全管理の状況（表4）

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいるのは、集計対象病院の 55% だった。

アクシデント・インシデントの院内報告制度整備と医療事故防止・患者安全をテーマとした院内研修（全職員向け）は、集計対象病院のすべてが実施していた。

（9）感染管理の状況（表4）

専従の感染管理担当者（看護師）がいるのは、集計対象病院の 53% だった。

微生物サーベイランスを行っているのは、集計対象病院の 96% だった。

特別な抗菌薬（カルバペネム系やバンコマイシンなど）の届出制・許可制を行っているのは、集計対象病院の 95% だった。

主要な医療関連感染の発生状況を把握しているのは、集計対象病院の 84% だった。

職員の職業感染防止のために検査・予防接種は、集計対象病院のすべてが行っていた。

感染防止に関する院内研修（全職員向け）は、集計対象病院のすべてが実施していた。

（10）地域連携機能（表4）

常勤専従の地域連携担当者があるのは、集計対象病院の 82% だった。

（11）患者相談機能（表4）

常勤専従の患者相談担当者があるのは、集計対象病院の 75% だった。

表 4 病院の概要 3（コンピュータ利用状況、安全、感染、地域連携、相談など）

2019年度版	総数	一般 1	一般 2	一般 3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

(7) コンピュータ利用状況

電子カルテを利用している	84%	80%	97%	100%	84%	45%	47%	33%	割合%
--------------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

(8) 医療安全管理の状況

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる	55%	18%	88%	96%	16%	9%	29%	0%	割合%
アクシデント・インシデントの院内報告制度がある	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	割合%
医療事故防止・患者安全をテーマにした院内研修（全職員向け）を開催している	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	割合%

(9) 感染管理の状況

専従の感染管理担当者（看護師）がいる	53%	13%	90%	100%	8%	12%	8%	0%	割合%
サーベイランスまたは院内感染に関する検討会を行っている	98%	95%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	割合%
微生物サーベイランスを行っている	96%	93%	100%	100%	80%	94%	87%	67%	割合%
特別な抗菌薬（カルバペネム系やバンコマイシンなど）の届出制・許可制を行っている	95%	91%	99%	100%	96%	88%	82%	100%	割合%
主要な医療関連感染の発生状況を把握している	84%	67%	95%	100%	80%	88%	68%	67%	割合%
職員に対する職業感染防止を目的とした検査・予防接種を行っている	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	割合%
感染防止に関する院内研修（全職員向け）を行っている	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	割合%

(10) 地域連携機能

常勤専従の地域連携担当者がある	82%	71%	96%	93%	76%	64%	58%	33%	割合%
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(11) 患者相談機能

常勤専従の患者相談担当者がある	75%	67%	86%	78%	68%	64%	58%	33%	割合%
-----------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2.2

臨床指標



臨床評価指標または診療の質評価指標を検討する独立した委員会や会議があるのは集計対象病院の23%だった。

(1) すべての機能種別に共通な指標 (表5)

Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率(過去1年間の新規発生件数/延入院患者数)の中央値は0.52件/1000人日だった。

入院患者の転倒・転落による骨折または頭蓋内出血の発生率(過去1年間の新規発生件数/延入院患者数)の中央値は0.05件/1000人日だった。

(2) 機能種別ごとの指標 (表5)

次の指標を掲載した。

【一般病院1・2・3】

入院患者のうちパス適用患者割合

急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始割合

【慢性期病院】

肺炎の新規発生率

【精神科病院】

平均残存件数

表 5 臨床指標

2019年度版	総数	一般 1	一般 2	一般 3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

病院全体で臨床評価指標または診療の質評価指標について検討する委員会や会議

独立した委員会や会議がある	23%	15%	27%	26%	20%	21%	18%	33%	病院
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

【共通】全ての病院が対象

褥瘡発生率 = 分子：過去 1 年間の発生件数 / 過去 1 年間の延入院患者数

データを提出した病院の中央値	0.52	0.62	0.56	0.38	0.36	0.38	0.19	2.47	件 / 1000 人日
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

転倒骨折発生率 = 過去 1 年間の発生件数 / 過去 1 年間の延入院患者数

データを提出した病院の中央値	0.05	0.05	0.05	0.04	0.08	0.03	0.09	0.06	件 / 1000 人日
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

【一般病院 1・2・3】

入院患者のうちバス適用患者割合 = 過去 1 年間のバス適用患者数 / 過去 1 年間の全退院患者数

データを提出した病院の中央値	—	16	39	39	—	—	—	—	%
----------------	---	----	----	----	---	---	---	---	---

急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始割合 = 分子：分母のうち、入院してから 4 日以内にリハビリテーションが開始された患者数 / 分母：急性脳梗塞（発症時期が 4 日以内）の退院患者のうち、リハビリテーションが施行された退院患者数

データを提出した病院の中央値	—	88	89	73	—	—	—	—	%
----------------	---	----	----	----	---	---	---	---	---

【慢性期病院】

肺炎の新規発生率 = 過去 1 年間の発生件数 / 過去 1 年間の延入院患者数

データを提出した病院の中央値	—	—	—	—	—	2	—	—	件 / 1000 人日
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------

【精神科病院】

平均残存件数 = 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 / 前年 6 月 1 ヶ月間の新入院患者数 × 12

データを提出した病院の中央値	—	—	—	—	—	—	26	—	%
----------------	---	---	---	---	---	---	----	---	---



(1) 薬剤部門 (表6)

病棟担当の薬剤師がいるのは、集計対象病院の 75% だった。

外来処方箋の院外処方率の中央値は 92% だった。

注射薬の個人別取り揃え (1 施用ごと) を行っているのは、集計対象病院の 89% だった。

定常的に抗がん剤を使用しているのは、集計対象病院の 66% だった。

薬剤部に安全キャビネットがあるのは、集計対象病院の 62% だった。

(2) 臨床検査部門 (機能) (表6)

外部精度管理に毎年参加しているのは、集計対象病院の 90% だった。

主要な血液、生化学検査 (ルーチン検査) の結果報告にかかる時間の中央値はルーチン検査が 60 分、緊急検査が 30 分だった。

(3) 病理診断部門 (機能) (表6)

病理部門に医師 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 36% だった。

迅速術中凍結切片病理検査を実施しているのは、集計対象病院の 55% だった。

剖検を実施しているのは、集計対象病院の 52% だった。

(4) 画像診断部門 (機能) (表6)

画像診断部門に医師 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 51% だった。

放射線科医による読影体制があるのは、集計対象病院の 86% だった。

CT 装置があるのは、集計対象病院の 96% だった。

MRI 装置があるのは、集計対象病院の 77% だった。

(5) 放射線治療部門 (機能) (表6)

放射線治療を行っているのは、集計対象病院の 37% だった。

(6) 輸血・血液管理部門 (機能) (表 6)

輸血を実施しているのは、集計対象病院の 91% だった。

血液専用の保冷庫 (自記式温度計付き) があるのは、集計対象病院の 81% だった。

凍結血漿専用の冷凍庫 (自記式温度計付き) があるのは、集計対象病院の 68% だった。

(7) 手術・麻酔科部門 (機能) (表 6)

手術を実施しているのは、集計対象病院の 79% だった。

手術・麻酔科部門に麻酔科医 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 56% だった。

手術・麻酔科部門に麻酔科医 (非常勤) がいるのは、集計対象病院の 50% だった。

手術件数の平均値は、総数 2220 件 / 年で、うち全身麻酔は 1247 件 / 年だった。

麻酔担当医による術前訪問を実施しているのは、集計対象病院の 64% だった。

手術室看護師による術前患者訪問を実施しているのは、集計対象病院の 74% だった。

(8) 中央滅菌材料部門 (機能) (表 6)

中央滅菌材料部門が再生医療用具・材料の滅菌と管理を行うのは、集計対象病院の 73% で、管理を使用場所が行うのは、集計対象病院の 14% だった。

滅菌効果の確認として物理的検知を行っているのは、集計対象病院の 89% だった。

滅菌効果の確認として化学的検知を行っているのは、集計対象病院の 88% だった。

滅菌効果の確認として生物学的検知を行っているのは、集計対象病院の 84% だった。

(9) 時間外・救急診療部門 (機能) (表 6)

受審病院は、自院の救急医療の水準を下記の水準 1 ～ 4 から 1 つ選択する。

＜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

水準1または水準2を選択したのは、集計対象病院の48%だった。

救急患者数の平均値は6598人／年、救急車入院患者数の平均値は2009人／年、救急入院患者数の平均値は1471人／年だった。

(10) 栄養管理部門（機能）(表6)

全患者に個別に栄養アセスメントを実施しているのは、集計対象病院の72%だった。

栄養サポートチーム（NST）があるのは、集計対象病院の83%だった。

(11) リハビリテーション（リハビリ）部門（機能）(表6)

リハビリ部門がリハビリテーション科を標榜し独立しているのは、集計対象病院の66%だった。

リハビリ部門に医師（常勤専従）がいるのは、集計対象病院の32%だった。

診療報酬の心大血管疾患リハビリテーション料（I）は41%、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）は69%、運動器リハビリテーション料（I）は83%、呼吸器リハビリテーション料（I）は73%の集計対象病院が届出していた。

(12) 診療録管理部門（機能）(表6)

診療録管理部門に診療録・診療情報管理士（常勤専従）がいるのは、集計対象病院の70%だった。

診療録管理室において不完全な診療録のチェック（量的点検）を行っているのは、集計対象病院の92%だった。

退院時サマリーの2週間以内の作成率の平均値は92%だった。

(13) 情報システム管理部門（機能）(表6)

院内の情報システムを総合的に管理する部署があるのは、集計対象病院の82%だった。

(14) 在宅療養支援部門 (機能) (表6)

訪問診療には、集計対象病院の 35% が院内で、13% が法人関連施設で対応していた。

訪問看護には、集計対象病院の 19% が院内で、42% が法人関連施設で対応していた。

訪問リハビリテーションには、集計対象病院の 26% が院内で、24% が法人関連施設で対応していた。

(いずれも複数回答可)

(15) 外来部門 (機能) (表6)

外来に医師事務作業補助者 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 32% だった。

外来診察時に他科の診療内容 (処方内容、検査内容) を参照する仕組みがあるのは、集計対象病院の 95% だった。

外来がん化学療法を実施しているのは、集計対象病院の 63% だった。

(16) 医療機器管理部門 (機能) (表6)

医療機器管理部門に臨床工学技士 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 56% だった。

人工呼吸器を中央管理しているのは、集計対象病院の 68% だった。

モニターを中央管理しているのは、集計対象病院の 50% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制なのは、集計対象病院の 81% だった。

(17) 臨床研修機能 (表6)

医科の基幹型臨床研修病院に指定されているのは、集計対象病院の 44% だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されているのは、集計対象病院の 60% だった。

表6 部門ごとの活動状況

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

(1) 薬剤部門

病棟担当の薬剤師がいる	75%	65%	96%	100%	60%	30%	18%	67%	割合%
外来処方箋の院外処方率(%)：中央値	92	96	90	91	97	43	35	6	割合%
注射薬の個人別取り揃え(1施用ごと)を行っている	89%	84%	96%	100%	88%	73%	79%	33%	割合%
定常的に抗がん剤を使用している	66%	50%	98%	100%	0%	9%	3%	0%	割合%
薬剤部に安全キャビネットがある	62%	50%	89%	100%	8%	9%	5%	0%	割合%

(2) 臨床検査部門（機能）

外部機関の精度管理へ毎年参加している	90%	90%	99%	100%	68%	67%	61%	67%	割合%
主要な血液、生化学検査の結果報告にかかる時間ルーチン検査 中央値(分)	60	60	60	50	120	120	540	90	分
主要な血液、生化学検査の結果報告にかかる時間緊急検査 中央値(分)	30	30	30	32	45	30	53	30	分

(3) 病理診断部門（機能）

病理部門に医師(常勤専従)がいる	36%	1%	64%	96%	0%	0%	0%	0%	割合%
術中迅速凍結切片病理検査を実施している(院内または他施設)	55%	21%	91%	100%	0%	3%	3%	0%	割合%
剖検を実施している(院内または他施設)	52%	15%	88%	100%	0%	12%	3%	0%	割合%

(4) 画像診断（放射線）部門（機能）

画像診断部門に医師(常勤専従)がいる	51%	20%	82%	100%	8%	6%	5%	0%	割合%
放射線科医による読影体制がある	86%	83%	99%	100%	64%	55%	53%	67%	割合%
撮影装置 CTがある	96%	96%	100%	100%	88%	88%	84%	67%	割合%
撮影装置 MRIがある	77%	70%	100%	100%	48%	18%	32%	0%	割合%

(5) 放射線治療部門（機能）

放射線治療を行っている	37%	4%	64%	100%	0%	0%	0%	0%	割合%
-------------	-----	----	-----	------	----	----	----	----	-----

(6) 輸血・血液管理部門（機能）

輸血を実施している	91%	98%	100%	100%	64%	94%	34%	67%	割合%
血液専用の保冷庫(自記式温度計付)がある	81%	85%	97%	100%	44%	55%	18%	67%	割合%
凍結血漿専用の冷凍庫(自記式温度計付)がある	68%	59%	93%	100%	28%	18%	3%	33%	割合%

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

(7) 手術・麻酔科部門（機能）

手術を実施している	79%	85%	100%	100%	28%	24%	13%	0%	割合%
手術・麻酔部門に麻酔科医（常勤専従）がいる	56%	29%	89%	100%	4%	6%	3%	0%	割合%
手術・麻酔部門に麻酔科医（非常勤）がいる	50%	40%	72%	85%	8%	0%	8%	0%	割合%
手術件数 総数：平均値	2220	572	3430	7829	105	29	32	0	件／年
うち 全身麻酔件数：平均値	1247	237	1909	4908	74	17	24	0	件／年
麻酔担当医による術前訪問を実施している	64%	58%	86%	100%	16%	9%	11%	0%	割合%
手術室看護師による術前患者訪問を実施している	74%	74%	98%	100%	24%	12%	11%	0%	割合%

(8) 中央滅菌材料部門（機能）

中材が再生医療用具・材料の滅菌・管理を行う	73%	69%	86%	89%	40%	42%	47%	33%	割合%
中材が再生医療用具・材料の滅菌を行い、管理は使用場所が行う	14%	19%	11%	11%	16%	12%	21%	0%	割合%
滅菌効果の確認として物理的検知を行っている	89%	86%	100%	100%	52%	76%	68%	33%	割合%
滅菌効果の確認として化学的検知を行っている	88%	88%	95%	96%	60%	82%	71%	33%	割合%
滅菌効果の確認として生物学的検知を行っている	84%	81%	99%	100%	52%	61%	45%	33%	割合%

(9) 時間外・救急診療部門（機能）

救急医療の水準が1または2である	48%	15%	83%	93%	4%	0%	3%	0%	割合%
全救急患者数：平均値	6598	2045	11781	8690	101	133	232	139	人／年
うち救急車搬入患者数：平均値	2009	603	3582	2814	24	32	65	23	人／年
うち救急入院患者数：平均値	1471	360	2612	2407	28	34	105	69	人／年

(10) 栄養管理部門（機能）

全患者に個別に栄養アセスメントを実施している	72%	65%	69%	59%	96%	94%	89%	67%	割合%
栄養サポートチーム（NST）がある	83%	71%	98%	100%	80%	48%	55%	0%	割合%

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

(11) リハビリテーション部門（機能）

組織的位置づけ リハビリテーション科を標榜し独立している	66%	58%	75%	74%	88%	73%	21%	33%	割合%
リハビリ部門に医師（常勤専従）がいる	32%	11%	39%	89%	64%	18%	13%	0%	割合%
施設基準_心臓血管疾患リハビリテーション料（I）を届出ている	41%	9%	68%	81%	16%	6%	3%	0%	割合%
施設基準_脳血管疾患等リハビリテーション料（I）を届出ている	69%	51%	83%	93%	100%	58%	16%	33%	割合%
施設基準_運動器リハビリテーション料（I）を届出ている	83%	76%	96%	96%	100%	67%	21%	33%	割合%
施設基準_呼吸器リハビリテーション料（I）を届出ている	73%	59%	93%	100%	52%	61%	11%	0%	割合%

(12) 診療録管理部門（機能）

診療録管理部門に診療録・診療情報管理士（常勤専従）がいる	70%	63%	88%	100%	40%	33%	21%	33%	割合%
診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている	92%	89%	97%	100%	84%	85%	82%	100%	割合%
退院後2週間以内にサマリーを作成した患者の割合：平均値	92	91	93	94	98	84	89	100	%

(13) 情報システム管理部門（機能）

院内の情報システムを総合的に管理する部署がある	82%	70%	94%	100%	68%	61%	71%	33%	割合%
-------------------------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

(14) 在宅療養支援部門（機能）

訪問診療に院内で対応している	35%	61%	25%	0%	40%	42%	21%	67%	割合%
訪問診療に法人関連施設で対応している	13%	14%	10%	4%	24%	15%	16%	33%	割合%
訪問看護に院内で対応している	19%	20%	16%	7%	20%	18%	45%	0%	割合%
訪問看護に法人関連施設で対応している	42%	50%	34%	4%	56%	58%	61%	67%	割合%
訪問リハビリテーションに院内で対応している	26%	37%	18%	0%	72%	45%	11%	0%	割合%
訪問リハビリテーションに法人関連施設で対応している	24%	30%	19%	4%	36%	42%	18%	33%	割合%

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院

(15) 外来部門（機能）

医師事務作業補助者（常勤専従）がいる	32%	39%	41%	30%	12%	3%	3%	0%	割合%
外来診察時に他科の診察内容（処方内容、検査内容）を参照する仕組みがある	95%	97%	100%	100%	92%	79%	74%	67%	割合%
外来がん化学療法を実施している	63%	46%	95%	100%	0%	0%	5%	0%	割合%

(16) 医療機器管理部門（機能）

医療機器管理部門に臨床工学技士（常勤専従）がいる	56%	38%	80%	89%	16%	24%	5%	0%	割合%
人工呼吸器を中央管理している	68%	46%	94%	100%	32%	42%	8%	33%	割合%
モニターを中央管理している	50%	26%	69%	85%	40%	30%	21%	33%	割合%
医療機器の供給が24時間体制である	81%	73%	91%	96%	56%	64%	71%	33%	割合%

(17) 臨床研修機能

医科の基幹型臨床研修病院	44%	5%	80%	93%	0%	0%	3%	0%	割合%
医科の協力型臨床研修病院	60%	34%	81%	89%	24%	15%	68%	0%	割合%

2.4

経営の状況（表7）



外来患者1人1日あたりの収益の平均値は14千円だった。

入院患者1人1日あたりの収益の平均値は50千円だった。

表7 経営の状況

2019年度版	総数	一般1	一般2	一般3	リハビリ	慢性期	精神	緩和	単位
対象病院	469	123	220	27	25	33	38	3	病院
患者1人1日あたりの収益 外来全体 平均値	14	11	16	20	10	9	9	9	千円／人日
患者1人1日あたりの収益 入院全体 平均値	50	40	63	76	40	23	18	46	千円／人日

2.5

機能種別ごとの要約



現況調査票のデータ（表1～7）を機能種別ごとに要約した。

（1）一般病院1

主機能一般病院1は123病院だった。

在宅医療支援病院に指定されている病院の割合は39%だった。

実稼動可能病床数の平均値は127床で、内訳は一般98床、療養28床などだった。

地域包括ケア病床は62%の、回復期リハビリテーション病床は37%の病院にあった。

外来患者数の平均値は208人／日、入院患者数の平均値は107人／日、病床利用率の平均値は82%、平均在院日数の中央値は27日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は100床あたり）は総数が224〔189〕人で、職種別では、医師が16〔14〕人、看護師が78〔64〕人、薬剤師が5〔4〕人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は80%だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は18%だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は13%だった。

常勤専従の地域連携担当者がある病院の割合は71%だった。

常勤専従の患者相談担当者がいる病院の割合は 67% だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は 65% だった。定常的に抗がん剤を使用している病院の割合は 50% だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は 90% だった。

術中迅速切片病理検査を実施している病院の割合は 21% だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は 83% だった。

手術を実施している病院の割合は 85% だった。手術・麻酔科部門に麻酔科医（常勤専従）がいる病院の割合は 29%、麻酔科医（非常勤）がいる病院の割合は 40% だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は 69% で、管理は使用場所が行う病院の割合は 19% だった。

救急医療の水準が 1 または 2 と回答した病院の割合は 15% だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は 71% だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は 58% だった。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は 89% だった。

訪問診療に院内で対応している病院の割合は 61%、訪問看護に法人関連施設で対応している病院の割合は 50% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制である病院の割合は 73% だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されている病院の割合は 34% だった。

患者 1 人 1 日あたりの収益の平均値は、外来が 11 千円、入院が 40 千円だった。

（２）一般病院 2

主機能一般病院 2 は 220 病院だった。

地域医療支援病院には 53% の病院が、救命救急センターには 27% の病院が、がん診療連携拠点病院には 33% の病院が指定されていた。

実稼動可能病床数の平均値は 386 床で、内訳は一般 373 床、療養 6 床、精神 5 床などだった。

救急専用病床は 46% の、集中治療管理室（ICU）は 53% の、地域包括ケア病床は 36% の、緩和ケア病床は 25% の、回復期リハビリテーション病床は 20% の病院にあった。

外来患者数の平均値は 719 人／日、入院患者数の平均値は 326 人／日、病床利用率の平均値は 84%、平均在院日数の中央値は 14 日だった。

職員数（常勤換算）の中央値（カギカッコ内は 100 床あたり）は、総数が 784 [203] 人で、職種別では医師が 105 [25] 人、看護師が 373 [94] 人、薬剤師が 22 [6] 人、臨床検査技師が 27 [7] 人、診療放射線技師が 21 [6] 人、医師事務作業補助者が 19 [5] 人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は 97% だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 88% だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 90% だった。

常勤専従の地域連携担当者がいる病院の割合は96%だった。

常勤専従の患者相談担当者がいる病院の割合は86%だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は96%だった。定常的に抗がん剤を使用している病院の割合は98%だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は99%だった。

術中迅速切片病理検査を実施している病院の割合は91%だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は99%だった。

放射線治療を実施している病院の割合は64%だった。

手術・麻酔部門に麻酔科医（常勤医）がいる病院の割合は89%だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は86%で、管理は使用場所が行う病院の割合は11%だった。

救急医療の水準が1または2と回答した病院の割合は83%だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は98%だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は75%だった。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は97%だった。

医療機器の供給が24時間体制である病院の割合は91%だった。

医科の基幹型臨床研修病院に指定されている病院の割合は80%だった。

患者1人1日あたりの収益の平均値は、外来が16千円、入院が63千円だった。

（3）一般病院3

主機能 一般病院3は27病院だった。

特定機能病院には93%の病院が、救命救急センターには63%の病院が、がん診療連携拠点病院には93%の病院が指定されていた。

実稼動可能病床数の平均値は775床で、内訳は一般736床、精神38床などだった。

救急専用病床は67%の、集中治療室は96%の、緩和ケア病床は19%の病院にあった。

外来患者数の平均値は1766人／日、入院患者数の平均値は678人／日、病床利用率の平均値は87%、平均在院日数の中央値は14日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は100床あたり）は、総数が1934〔250〕人で、職種別では、医師が492〔63〕人、看護師が830〔108〕人、薬剤師が58〔8〕人、臨床検査技師が67〔9〕人、診療放射線技師が49〔6〕人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は100%だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は96%だった。

専従の感染管理担当者がある病院の割合は100%だった。

常勤専従の地域連携担当者がいる病院の割合は93%だった。

常勤専従の患者相談担当者がいる病院の割合は78%だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は 100% だった。定常的に抗がん剤を使用している病院の割合は 100% だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は 100% だった。

術中迅速切片病理検査を実施している病院の割合は 100% だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は 100% だった。

放射線治療を実施している病院の割合は 100% だった。

手術・麻酔部門に麻酔科医（常勤医）がいる病院の割合は 100% だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は 89% で、管理は使用場所が行う病院の割合は 11% だった。

救急医療の水準が 1 または 2 と回答した病院の割合は 93% だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は 100% だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は 74% だった。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は 100% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制である病院の割合は 96% だった。

医科の基幹型臨床研修病院に指定されている病院の割合は 93% だった。

患者 1 人 1 日あたりの収益の平均値は、外来が 20 千円、入院が 76 千円だった。

（４）リハビリテーション病院

主機能 リハビリテーション病院は 25 病院だった。

実稼動可能病床数の平均値は 151 床で、内訳は回りハ 111 床などだった。

回復期リハビリテーション病床はすべての病院に、地域包括ケア病床は 28% の病院にあった。

外来患者数の平均値は 61 人／日、入院患者数の平均値は 139 人／日、病床利用率の平均値は 92%、平均在院日数の中央値は 64 日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は 100 床あたり）は、総数が 273 [184] 人で、職種別では医師が 12 [8] 人、看護師が 77 [51] 人、薬剤師が 4 [3] 人、理学療法士が 50 [34] 人、作業療法士が 32 [21] 人、言語聴覚士が 13 [9] 人、介護福祉士が 16 [10] 人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は 84% だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 16% だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 8% だった。

常勤専従の地域連携担当者がある病院の割合は 76% だった。

常勤専従の患者相談担当者がある病院の割合は 68% だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は 60% だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は 68% だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は 64% だった。CT がある病院の割合は 88% だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は40%で、管理は使用場所が行う病院の割合は16%だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は80%だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は88%だった。リハビリ部門に医師（常勤専従）がいる病院の割合は64%だった。診療報酬の脳血管疾患等リハビリテーション料（I）と運動器リハビリテーション料（I）はすべての病院が届出をしていた。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は84%だった。

訪問リハビリテーションに院内で対応している病院の割合は72%だった。

医療機器の供給が24時間体制である病院の割合は56%だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されている病院の割合は24%だった。

患者1人1日あたりの収益の平均値は、外来が10千円、入院が40千円だった。

（5）慢性期病院

主機能 慢性期病院は33病院だった。

実稼動可能病床数の平均値は234床で、内訳は療養183床、一般48床などだった。

回復期リハビリテーション病床は36%の、地域包括ケア病床は27%、緩和ケア病床は21%の病院にあった。

外来患者数の平均値は65人／日、入院患者数の平均値は220人／日、病床利用率の平均値は91%、平均在院日数の中央値は157日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は100床あたり）は、総数が248〔112〕人で、職種別では、医師が11〔5〕人、看護師が67〔30〕人、准看護師が25〔10〕人、看護補助者が34〔16〕人、薬剤師が4〔2〕人、理学療法士が15〔7〕人、介護福祉士が22〔7〕人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は45%だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は9%だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は12%だった。

常勤専従の地域連携担当者がある病院の割合は64%だった。

常勤専従の患者相談担当者がある病院の割合は64%だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は30%だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は67%だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は55%だった。CTがある病院の割合は88%だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は42%で、管理は使用場所が行う病院の割合は12%だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は48%だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は73%だった。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は 85% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制である病院の割合は 64% だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されている病院の割合は 15% だった。

患者 1 人 1 日あたりの収益の平均値は、外来が 9 千円、入院が 23 千円だった。

(6) 精神科病院

主機能 精神科病院は 38 病院だった。

実稼動可能病床数の平均値は 323 床で、内訳は、精神 290 床などだった。

外来患者数の平均値は 107 人／日、入院患者数の平均値は 294 人／日、病床利用率の平均値は 92%、平均在院日数の中央値は 234 日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は 100 床あたり）は、総数が 262 [84] 人で、職種別では、医師が 15 [5] 人、看護師が 103 [32] 人、准看護師が 28 [9] 人、看護補助者が 28 [9] 人、薬剤師が 5 [2] 人、作業療法士が 12 [4] 人、精神保健福祉士が 10 [3] 人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は 47% だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 29% だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は 8% だった。

常勤専従の地域連携担当者がある病院の割合は 58% だった。

常勤専従の患者相談担当者がある病院の割合は 58% だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は 18% だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は 61% だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は 53% だった。CT がある病院の割合は 84% だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は 47% で、管理は使用場所が行う病院の割合は 21% だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は 55% だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は 21% だった。

診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は 82% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制である病院の割合は 71% だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されている病院の割合は 68% だった。

患者 1 人 1 日あたりの収益の平均値は、外来が 9 千円、入院が 18 千円だった。

(7) 緩和ケア病院

主機能 緩和ケア病院は3病院だった。

実稼動可能病床数の平均値は66床で、内訳は緩和ケア病床48床などだった。

外来患者数の平均値は38人／日、入院患者数の平均値は50人／日、病床利用率の平均値は76%、平均在院日数の中央値は40日だった。

職員数（常勤換算）の平均値（カギカッコ内は100床あたり）は、総数が101〔156〕人で、職種別の職員数は、医師が7〔11〕人、看護師が54〔88〕人、薬剤師が3〔5〕人などだった。

電子カルテを利用している病院の割合は33%だった。

専従の医療安全管理担当者（看護師）がいる病院の割合は0%だった。

専従の感染管理担当者（看護師）がいる病院の割合は0%だった。

常勤専従の地域連携担当者（看護師）がいる病院の割合は33%だった。

常勤専従の患者相談担当者（看護師）がいる病院の割合は33%だった。

病棟薬剤師がいる病院の割合は67%だった。

臨床検査部門が外部機関の精度管理に毎年参加している病院の割合は67%だった。

放射線科医による読影体制がある（遠隔診断等を含む）病院の割合は67%だった。CTがある病院の割合は67%だった。

中央滅菌材料部門が再生医療用具の滅菌と管理を行う病院の割合は33%で、管理は使用場所が行う病院の割合は0%だった。

栄養サポートチーム（NST）がある病院の割合は0%だった。

リハビリテーション科を標榜してリハビリ部門が独立している病院の割合は33%だった。

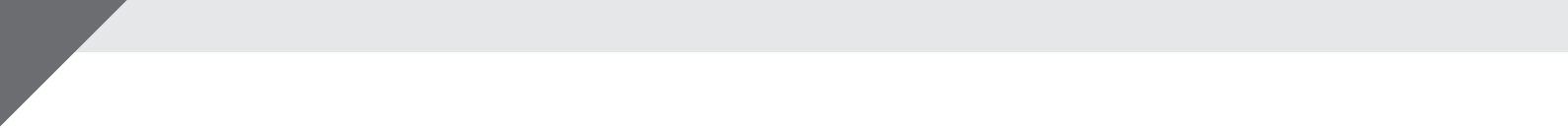
診療録管理室が不完全な診療録のチェックを行っている病院の割合は100%だった。

訪問診療に院内で対応している病院の割合は67%だった。

医療機器の供給が24時間体制である病院の割合は33%だった。

医科の協力型臨床研修病院に指定されている病院の割合は0%だった。

患者1人1日あたりの収益の平均値は、外来が9千円、入院が46千円だった。



第 3 章

審査結果の概要

- (1) 審査結果の要約・全体
(一般病院 3 を除く)
- (2) 一般病院 1
- (3) 一般病院 2
- (4) リハビリテーション病院
- (5) 慢性期病院
- (6) 精神科病院
- (7) 緩和ケア病院

病院は、下記の7つの機能種別のうち1つを主たる機能種別（以下、「主機能」という）として病院機能評価を受審する。

機能種別	種別の説明
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的病院
一般病院 3	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
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
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
緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟またはホスピスを保有している病院

サーベイヤーが受審病院を訪問して訪問審査を行い、評価項目（主機能ごとに評価項目数は異なるが、概ね 90 項目）を S、A、B、C の 4 段階で評価し、評価所見を【適切に取り組まれている点】【課題と思われる点】に分けて記載する。

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

訪問審査の6～8週間後に病院に中間的な結果報告を送付する。

中間的な結果報告で評価Cの評価項目があった病院は、評価所見の【課題と思われる点】などをもとに改善に取り組み、中間的な結果報告の受領から2か月以内に補充的な審査を受審できる。補充的な審査で改善が認められれば、評価項目の評価をCからBまたはAに修正する。補充的な審査の結果は、最終的な審査結果報告書に反映される。

最終的な審査結果報告書をもとに認定の判定を決定する。

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。

最終的な審査結果報告書に評価Cの評価項目があれば、個別に認定の可否（認定の判定）を決定する。

評価Cはあるが、改善要望事項がつかなければ、認定とする。

評価Cがあり、改善要望事項がつけば、条件付認定又は認定留保とする。

「認定」とした病院には5年間有効の認定証を交付する。

「条件付認定」とした病院には改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付する。病院は条件付認定期間中に確認審査を受ける。病院が改善要望事項に対応していれば、条件付認定を解除し、認定として5年間有効の認定証を交付する。

「認定留保」とした病院には改善要望事項を付して認定証を交付しない。病院は最終的な結果報告書を受領してから6か月以内に再審査を受審する。病院が改善要望事項に対応していれば、認定として5年間有効の認定証を交付する。

最終的な審査結果報告書に評価Cがあった病院は、認定開始日から3年目に改善審査を受審する。改善がなされていない場合は認定留保となることもある。

2019年度に機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0で主機能の認定の判定を決定した469病院を対象に、主機能別に中間的な結果報告と最終的な報告書、及び認定の可否の判定結果を集計した。

（2018年度の病院機能評価データブックでは、2018年度に機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0で病院機能評価を受審した病院を集計対象とした。今年度は集計対象の選定方法が異なる。）

集計対象の主機能別病院数は、一般病院1が123、一般病院2が220、一般病院3が27病院、リハビリテーション病院が25、慢性期病院が33、精神科病院が38、緩和ケア病院が3だった。

第3章では、機能種別のうち6種別（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）442病院の中間的な報告書と最終的な審査結果報告書の評価項目の評定の分布と認定の判定を集計した。

一般病院3は、他の機能種別とは審査体制、審査方法、評価基準の運用が異なるため、集計結果は第4章に掲載する。

(1) 審査結果の要約・全体

(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6種別)

1) 評価S (秀でている)

最終的な審査結果報告書では 271 病院 (61.3%) に計 725 項目の評価 S があった。

評価 S が多かった評価項目は、「地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている」などだった。

別冊に病院の同意を得た評価 S の所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価 S の評価項目数の分布

最終 S 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	171	173	58	34	6	442
構成比%	38.7%	39.1%	13.1%	7.7%	1.4%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 S が多かった評価項目 (カッコ内は評価 S の病院数)

主機能	評価項目と評価Sの病院数	
一般病院 1	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)
一般病院 2	3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している (48)
	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 (44)
リハビリテーション病院	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 (12)
慢性期病院	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 (9)
精神科病院	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 (8)

緩和ケア病院は、項目別の評価 S の病院数の最大値が 1 なので、掲載しない。

2) 評価 C (一定の水準に達しているとはいえない)

①中間的な結果報告

中間的な結果報告では 291 病院 (65.8%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。151 病院 (34.2%) に計 245 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目は、「職員の安全衛生管理を適切に行っている」(一般病院 1 と一般病院 2)、「薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」(一般病院 1 と一般病院 2) などだった。

評価 C があった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受審することを求めた。

中間的な結果報告の評価 C の評価項目数の分布

中間 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	291	127	20	3	1	442
構成比%	65.8%	28.7%	4.5%	0.7%	0.2%	100.0%

中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目（カッコ内は評価 C の病院数）

主機能	評価項目と評価Cの病院数	
一般病院 1	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（19）
	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（13）
一般病院 2	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（26）
	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（18）
慢性期病院	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（3）
精神科病院	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）
	3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している（2）

リハビリテーション病院と緩和ケア病院は、項目別の評価 C の病院数の最大値が1なので、掲載しない。

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 423 病院（95.7%）はすべての評価項目が評価 B 以上（評価 C が
ない）だった。19 病院（4.3%）に計 20 項目の評価 C があった。

評価 C の主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	423	19	0	0	0	442
構成比 %	95.7%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目（カッコ内の数字は評価 C の病院数）

主機能	評価項目と評価 C の病院数	
一般病院 1	3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している（2）
一般病院 2	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（4）
	4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている（4）

一般病院 1、リハビリテーション病院、慢性期病院、精神科病院、緩和ケア病院は、項目別の評価 C の
病院数の最大値が1または0なので、掲載しない。

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 423 病院（95.7%）を認定とした。

最終的な審査結果報告書で 1 つ以上の評価項目に評価 C があった 19 病院（4.3%）は、個別に認定の判定を審議し、3 病院を認定、14 病院を条件付認定、2 病院を認定留保とした。

「認定」とした 426 病院（96.4%）には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした 14 病院（3.2%）には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした 2 病院（0.5%）には、改善要望事項を付して認定証を交付せず、最終的な審査結果報告書受領後 6 か月以内に改善要望事項に対応し、再審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	291	0	132	3	426	96.4%
条件付認定	0	0	0	14	14	3.2%
認定留保	0	0	0	2	2	0.5%
病院数	291	0	132	19	442	100.0%
構成比 %	65.8%	0.0%	29.9%	4.3%	100.0%	

(2) 一般病院 1

主機能「一般病院 1」の 123 病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価 S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では 45 病院（36.6%）に計 90 項目の評価 S があった。

評価 S が多かった評価項目と評価 S の病院数は、「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」（19 病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価 S の所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	78	37	5	3	0	123
構成比 %	63.4%	30.1%	4.1%	2.4%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

一般1	評価項目	最終S 病院数	最終S 割合 %
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	15.4%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	8	6.5%

最終S割合% = 最終S病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では70病院（56.9%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。53病院（43.1%）に計96項目の評価Cがあった。

評価Cが多かった評価項目と評価Cの病院数は、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」（19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」（13病院）などだった。

評価Cのあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

中間C項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	70	44	7	1	1	123
構成比 %	56.9%	35.8%	5.7%	0.8%	0.8%	100.0%

中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目

一般 1	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている (指摘の例) ホルムアルデヒド作業環境管理の不備 16 病院 衛生委員会の構成または運営の不備 11 病院	19	15.4%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している (指摘の例) 病棟における麻薬管理の不備 8 病院 ハイリスク薬の表示の不備 6 病院 アンプル型カリウム製剤の部署配置 4 病院	13	10.6%

中間 C 割合 % = 中間 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

②最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 120 病院 (97.6%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C が
ない) だった。3 病院 (2.4%) に計 3 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目と評価 C の病院数は、「3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮して
いる」(2 病院) だった。

評価 C の主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	120	3	0	0	0	123
構成比 %	97.6%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目

一般 1	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している (指摘の例) 量的点検の未実施 2 病院	2	1.6%

最終 C 割合 % = 最終 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 120 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった 3 病院は、個別に認定の可否を審議し、2 病院を「条件付認定」、1 病院を「認定留保」とした。

「認定」とした 120 病院（97.6%）には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした 2 病院（1.6%）には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした 1 病院（0.8%）には、改善要望事項を付して認定証を交付せず、最終的な審査結果報告書受領後 6 か月以内に改善要望事項に対応し、再審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	70	0	50	0	120	97.6%
条件付認定	0	0	0	2	2	1.6%
認定留保	0	0	0	1	1	0.8%
病院数	70	0	50	3	123	100.0%
構成比 %	56.9%	0.0%	40.7%	2.4%	100.0%	

主機能 一般病院 1

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価 C の割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 1)	S	A	B	C	NA	構成比%	最終 C
第 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%	85.4%	14.6%	0.0%	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%	48.8%	51.2%	0.0%	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	1.6%	93.5%	4.9%	0.0%	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	0.0%	79.7%	20.3%	0.0%	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%	70.7%	27.6%	1.6%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.8%	45.5%	52.8%	0.8%	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%	73.2%	26.8%	0.0%	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	3.3%	81.3%	15.4%	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	15.4%	81.3%	3.3%	0.0%	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	0.8%	78.9%	20.3%	0.0%	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%	65.9%	34.1%	0.0%	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%	73.2%	26.0%	0.8%	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	0.8%	52.8%	46.3%	0.0%	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	0.8%	77.2%	22.0%	0.0%	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	0.8%	35.8%	63.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	3.3%	70.7%	26.0%	0.0%	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	0.8%	68.3%	30.9%	0.0%	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	2.4%	96.7%	0.8%	0.0%	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%	91.1%	8.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	80.5%	19.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	64.2%	35.0%	0.8%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 1)	S	A	B	C	NA	構成比%	最終C
第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%	81.3%	18.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.8%	29.3%	64.2%	5.7%	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%	82.9%	17.1%	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%	82.9%	16.3%	0.8%	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%	52.8%	36.6%	10.6%	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%	96.7%	3.3%	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%	94.3%	5.7%	0.0%	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%	63.4%	34.1%	2.4%	0.0%	100.0%	0.8%
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%	47.2%	46.3%	6.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	82.1%	16.3%	1.6%	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	0.8%	68.3%	30.1%	0.8%	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	0.8%	91.9%	7.3%	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	1.6%	88.6%	9.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.8%	98.4%	0.8%	0.0%	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%	89.4%	10.6%	0.0%	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%	76.4%	23.6%	0.0%	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%	99.2%	0.8%	0.0%	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%	99.2%	0.8%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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	0.8%	95.9%	3.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.9	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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	0.8%	96.7%	2.4%	0.0%	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%	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	0.8%	67.5%	31.7%	0.0%	0.0%	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%	84.6%	11.4%	0.8%	3.3%	100.0%	0.0%
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	74.0%	7.3%	0.8%	17.9%	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%	95.1%	4.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	0.8%	97.6%	1.6%	0.0%	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	1.6%	93.5%	4.9%	0.0%	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%	87.0%	13.0%	0.0%	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	0.0%	80.5%	18.7%	0.0%	0.8%	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%	66.7%	30.9%	2.4%	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	0.8%	98.4%	0.8%	0.0%	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	2.4%	94.3%	1.6%	0.0%	1.6%	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	0.0%	80.5%	17.1%	0.0%	2.4%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院1)	S	A	B	C	NA	構成比%	最終C
第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%	58.5%	39.0%	2.4%	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%	82.1%	17.1%	0.8%	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	0.8%	87.8%	11.4%	0.0%	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	6.5%	87.0%	6.5%	0.0%	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	4.9%	80.5%	10.6%	0.0%	4.1%	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	0.8%	69.9%	22.8%	6.5%	0.0%	100.0%	1.6%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	2.4%	81.3%	16.3%	0.0%	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	0.8%	79.7%	15.4%	3.3%	0.8%	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	0.8%	88.6%	10.6%	0.0%	0.0%	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%	3.3%	0.0%	0.0%	96.7%	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%	82.9%	11.4%	2.4%	3.3%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.8%	68.3%	9.8%	3.3%	17.9%	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%	6.5%	0.0%	0.0%	93.5%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	0.8%	74.0%	5.7%	0.0%	19.5%	100.0%	0.0%
第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%	92.7%	7.3%	0.0%	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	1.6%	95.1%	3.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効率的・計画的な組織運営を行っている	0.8%	52.8%	46.3%	0.0%	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	0.8%	87.8%	11.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.0%	32.5%	63.4%	4.1%	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%	69.1%	30.9%	0.0%	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%	72.4%	27.6%	0.0%	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%	56.1%	28.5%	15.4%	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	1.6%	93.5%	4.9%	0.0%	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	0.8%	40.7%	58.5%	0.0%	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	1.6%	66.7%	31.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	0.8%	89.4%	4.9%	0.0%	4.9%	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%	92.7%	7.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	92.7%	6.5%	0.8%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.3	効率的な業務委託を行っている	0.0%	85.4%	14.6%	0.0%	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	0.8%	76.4%	20.3%	2.4%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	78.0%	22.0%	0.0%	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	1.6%	86.2%	12.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	91.1%	8.9%	0.0%	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%	93.5%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(3) 一般病院 2

主機能「一般病院 2」の 220 病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価 S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では 158 病院（71.8%）に計 443 項目の評価 S があった。

評価 S が多かった評価項目と評価 S の病院数は、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（48 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」（44 病院）などだった。別冊に病院の同意を得た評価 S の所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価 S の評価項目数の分布

最終 S 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	62	94	38	22	4	220
構成比 %	28.2%	42.7%	17.3%	10.0%	1.8%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 S が多かった評価項目

一般 2	評価項目	最終 S 病院数	最終 S 割合 %
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	48	21.8%
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	44	20.0%

最終 S 割合 % = 最終 S 病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価 C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では 140 病院（63.6%）はすべての評価項目が評価 B 以上（評価 C がない）だった。80 病院（36.4%）に計 116 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目と評価 C の病院数は、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」（26 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」（18 病院）などだった。

評価 C のあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価 C の評価項目数の分布

中間 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	140	70	9	1	0	220
構成比 %	63.6%	31.8%	4.1%	0.5%	0.0%	100.0%

中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目

一般 2	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている (指摘の例) ホルムアルデヒド作業環境管理の不備 19 病院 抗がん剤調製・混合時の曝露防止対策の不備 7 病院	26	11.8%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している (指摘の例) カリウム製剤の部署配置 9 病院 病棟等での麻薬管理の不備 9 病院	18	8.2%

中間 C 割合 % = 中間 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

②最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 207 病院 (94.1%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C が
ない) だった。13 病院 (5.9%) に計 14 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目と評価 C の病院数は、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行って
いる」(4 病院)、「4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている」(4 病院) などだった。

評価 C の主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	207	13	0	0	0	220
構成比 %	94.1%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目

一般 2	評価項目	最終 C 病院数	最終 C 割合 %
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている (指摘の例) ホルムアルデヒド作業環境管理の不備 4 病院	4	1.8%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている (指摘の例) 医療安全・院内感染などの職員研修の受講率低値 3 病院	4	1.8%

最終 C 割合 % = 最終 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 207 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった 13 病院は、個別に認定の可否を審議し、1 病院を「認定」、12 病院を「条件付認定」とした。

「認定」とした 208 病院 (94.5%) には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした 12 病院 (5.5%) には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	140	0	67	1	208	94.5%
条件付認定	0	0	0	12	12	5.5%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	140	0	67	13	220	100.0%
構成比 %	63.6%	0.0%	30.5%	5.9%	100.0%	

主機能 一般病院2

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価 C の割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院2)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
第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	0.5%	94.5%	5.0%	0.0%	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%	59.5%	40.0%	0.5%	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	1.4%	98.2%	0.5%	0.0%	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	2.7%	93.2%	4.1%	0.0%	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%	84.1%	13.6%	2.3%	0.0%	100.0%	0.5%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.9%	61.4%	35.5%	2.3%	0.0%	100.0%	0.5%
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	2.3%	91.8%	5.9%	0.0%	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	11.8%	85.0%	3.2%	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	20.0%	79.1%	0.9%	0.0%	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	0.5%	90.5%	9.1%	0.0%	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	0.9%	90.0%	9.1%	0.0%	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	1.8%	90.9%	7.3%	0.0%	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	4.5%	74.5%	20.9%	0.0%	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	0.9%	91.4%	7.7%	0.0%	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	3.2%	65.9%	30.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	7.3%	79.5%	13.2%	0.0%	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	1.8%	80.9%	17.3%	0.0%	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	0.5%	99.5%	0.0%	0.0%	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%	98.6%	1.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	2.3%	90.9%	6.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.5%	76.8%	22.3%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 2)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
第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%	93.6%	6.4%	0.0%	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%	57.7%	40.5%	1.8%	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	0.5%	81.8%	17.7%	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%	89.1%	9.5%	1.4%	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	0.5%	58.6%	32.7%	8.2%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.9%	95.9%	3.2%	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	0.9%	97.3%	1.8%	0.0%	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	0.9%	83.6%	15.5%	0.0%	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%	64.1%	35.0%	0.9%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	2.7%	86.4%	10.5%	0.5%	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	1.4%	74.1%	24.5%	0.0%	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	3.6%	96.4%	0.0%	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	2.3%	93.6%	3.6%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.5%	99.1%	0.5%	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	0.5%	92.7%	5.9%	0.9%	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%	100.0%	0.0%	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%	79.1%	20.9%	0.0%	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	1.4%	98.2%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	1.4%	98.2%	0.5%	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%	99.1%	0.9%	0.0%	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	0.9%	98.2%	0.9%	0.0%	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	0.5%	85.5%	13.6%	0.5%	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	0.9%	95.9%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	1.8%	87.3%	10.9%	0.0%	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	1.4%	98.2%	0.5%	0.0%	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	0.9%	99.1%	0.0%	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	3.2%	95.5%	1.4%	0.0%	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	1.4%	90.0%	8.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	0.5%	87.3%	12.3%	0.0%	0.0%	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	0.5%	69.5%	28.2%	1.8%	0.0%	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	1.4%	98.6%	0.0%	0.0%	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	2.7%	97.3%	0.0%	0.0%	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	0.9%	89.1%	10.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 2)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
第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	2.7%	75.9%	20.5%	0.9%	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	4.1%	91.4%	4.5%	0.0%	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	9.1%	77.7%	12.3%	0.9%	0.0%	100.0%	0.5%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	7.3%	89.1%	3.6%	0.0%	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	8.2%	80.9%	10.5%	0.5%	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	1.8%	85.9%	10.5%	1.8%	0.0%	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	5.0%	86.8%	7.7%	0.5%	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	1.8%	93.6%	4.5%	0.0%	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%	85.0%	7.3%	0.9%	0.5%	100.0%	0.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	5.0%	57.7%	0.9%	0.0%	36.4%	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	4.5%	80.0%	11.4%	4.1%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	1.8%	87.7%	6.8%	3.6%	0.0%	100.0%	0.9%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	3.6%	79.5%	0.9%	0.0%	15.9%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	21.8%	73.6%	3.2%	0.0%	1.4%	100.0%	0.0%
第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	0.5%	98.2%	1.4%	0.0%	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	4.5%	93.6%	1.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効率的・計画的な組織運営を行っている	1.8%	82.7%	15.5%	0.0%	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	0.9%	95.5%	3.2%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.5%	67.7%	31.4%	0.5%	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%	67.7%	31.8%	0.5%	0.0%	100.0%	0.5%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	70.5%	29.5%	0.0%	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%	60.5%	27.7%	11.8%	0.0%	100.0%	1.8%
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	1.4%	97.3%	1.4%	0.0%	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	1.8%	55.9%	39.5%	2.7%	0.0%	100.0%	1.8%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	2.3%	85.9%	11.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	0.0%	89.1%	10.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	0.5%	95.9%	3.2%	0.0%	0.5%	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%	97.7%	2.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.5%	95.5%	4.1%	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	0.5%	93.6%	5.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 2)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
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	0.5%	91.8%	6.8%	0.9%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	84.5%	15.0%	0.5%	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	4.1%	90.0%	5.5%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.9%	92.7%	6.4%	0.0%	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%	98.2%	1.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(4) リハビリテーション病院

主機能「リハビリテーション」の25病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価 S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では22病院（88.0%）に計96項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「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」（12病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	3	9	6	5	2	25
構成比 %	12.0%	36.0%	24.0%	20.0%	8.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

リハ	評価項目	最終S 病院数	最終S 割合 %
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	12	48.0%
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	7	28.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	7	28.0%

最終S割合 % = 最終S病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価 C (一定の水準に達しているとはいえない)

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では 23 病院 (92.0%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。2 病院 (8.0%) に計 2 項目の評価 C があった。

評価項目別の評価 C の病院数の最大値が 1 のため、表「中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目」は割愛する。

評価 C のあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価 C の評価項目数の分布

中間 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	23	2	0	0	0	25
構成比 %	92.0%	8.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 25 病院 (100%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。

評価 C の病院がないため、表「最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目」は割愛する。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	25	0	0	0	0	25
構成比 %	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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 (評価 C がない) だった 25 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった病院はなかった。

「認定」とした 25 病院 (100%) には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした病院はなかった。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	23	0	2	0	25	100.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	23	0	2	0	25	100.0%
構成比 %	92.0%	0.0%	8.0%	0.0%	100.0%	

主機能 リハビリテーション病院（以下、「リハビリ病院」という。）

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価 C の割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 リハビリ病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
第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%	92.0%	8.0%	0.0%	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	4.0%	80.0%	16.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	4.0%	96.0%	0.0%	0.0%	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%	76.0%	24.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	52.0%	48.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	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	28.0%	72.0%	0.0%	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	48.0%	48.0%	4.0%	0.0%	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	8.0%	88.0%	4.0%	0.0%	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	8.0%	72.0%	20.0%	0.0%	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	4.0%	84.0%	12.0%	0.0%	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	4.0%	80.0%	16.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 リハビリ病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
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	8.0%	88.0%	4.0%	0.0%	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	8.0%	72.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	4.0%	88.0%	8.0%	0.0%	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	12.0%	68.0%	20.0%	0.0%	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	8.0%	92.0%	0.0%	0.0%	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	12.0%	80.0%	8.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	12.0%	72.0%	16.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第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	4.0%	88.0%	8.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	4.0%	72.0%	24.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	92.0%	8.0%	0.0%	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	4.0%	76.0%	16.0%	4.0%	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%	76.0%	24.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%	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	0.0%	56.0%	44.0%	0.0%	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	12.0%	88.0%	0.0%	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%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	92.0%	8.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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	12.0%	76.0%	12.0%	0.0%	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	8.0%	92.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	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	0.0%	92.0%	8.0%	0.0%	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	8.0%	84.0%	8.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	52.0%	0.0%	0.0%	48.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 リハビリ病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	16.0%	0.0%	0.0%	84.0%	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%	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	4.0%	96.0%	0.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	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	12.0%	88.0%	0.0%	0.0%	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	4.0%	96.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	12.0%	80.0%	8.0%	0.0%	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	4.0%	76.0%	20.0%	0.0%	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	8.0%	92.0%	0.0%	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	16.0%	84.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第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%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	92.0%	8.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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	12.0%	84.0%	4.0%	0.0%	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	28.0%	68.0%	4.0%	0.0%	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%	88.0%	12.0%	0.0%	0.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	88.0%	12.0%	0.0%	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%	40.0%	8.0%	0.0%	52.0%	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%	56.0%	4.0%	4.0%	36.0%	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%	24.0%	0.0%	0.0%	76.0%	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%	28.0%	4.0%	0.0%	68.0%	100.0%	0.0%
第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%	96.0%	4.0%	0.0%	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	4.0%	96.0%	0.0%	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	4.0%	68.0%	28.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	4.0%	68.0%	28.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	92.0%	8.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	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	16.0%	80.0%	4.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 リハビリ病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
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	4.0%	76.0%	20.0%	0.0%	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	20.0%	72.0%	8.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	0.0%	84.0%	16.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	4.0%	96.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	96.0%	4.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	4.0%	84.0%	12.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%	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%	84.0%	16.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	92.0%	8.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(5) 慢性期病院

主機能「慢性期病院」の33病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では16病院（48.5%）に計32項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「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」（9病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	17	12	2	2	0	33
構成比 %	51.5%	36.4%	6.1%	6.1%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 S が多かった評価項目

慢性期	評価項目	最終 S 病院数	最終 S 割合 %
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	9	27.3%

最終 S 割合 % = 最終 S 病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価 C (一定の水準に達しているとはいえない)

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では 24 病院 (72.7%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。9 病院 (27.3%) に計 13 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目と評価 C の病院数は、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」(3 病院) などだった。

評価 C のあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価 C の評価項目数の分布

中間 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	24	7	2	0	0	33
構成比 %	72.7%	21.2%	6.1%	0.0%	0.0%	100.0%

中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目

慢性期	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している (指摘の例) 病棟での麻薬管理の不備 2 病院 ハイリスク薬の定義や表示の不備 2 病院	3	9.1%
2.1.2	診療記録を適切に記載している (指摘の例) 2 週間以内の退院時サマリー作成率低値 2 病院	2	6.1%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している (指摘の例) 外来カルテの患者名の五十音順による管理 2 病院	2	6.1%

中間 C 割合 % = 中間 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では31病院(93.9%)はすべての評価項目が評価B以上(評価Cがない)だった。2病院(6.1%)に計2項目の評価Cがあった。

評価項目別の評価Cの病院数の最大値が1のため、表「最終的な審査結果報告書で評価Cが多かった評価項目」は割愛する。

評価Cの主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価Cの評価項目数の分布

最終C項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	31	2	0	0	0	33
構成比%	93.9%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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(評価Cがない)だった31病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価Cがあった2病院は、個別に認定の可否を審議し、1病院を「認定」、1病院を「認定留保」とした。

「認定」とした32病院(97.0%)には、認定期間5年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした病院はなかった。

「認定留保」とした1病院(3.0%)には、改善要望事項を付して認定証を交付せず、最終的な審査結果報告書受領後6か月以内に改善要望事項に対応し、再審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価Cの有無と認定の判定

認定の判定	中間Cなし	中間Cなし	中間Cあり	中間Cあり	合計	
	最終Cなし	最終Cあり	最終Cなし	最終Cあり	病院数	構成比%
認定	24	0	7	1	32	97.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
認定留保	0	0	0	1	1	3.0%
合計	24	0	7	2	33	100.0%
構成比%	72.7%	0.0%	21.2%	6.1%	100.0%	

主機能 慢性期病院

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価Cの割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 慢性期病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
第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%	87.9%	12.1%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	3.0%	87.9%	9.1%	0.0%	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	3.0%	69.7%	27.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	36.4%	63.6%	0.0%	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	3.0%	48.5%	48.5%	0.0%	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	0.0%	66.7%	33.3%	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	27.3%	48.5%	24.2%	0.0%	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%	78.8%	21.2%	0.0%	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	3.0%	75.8%	21.2%	0.0%	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%	81.8%	18.2%	0.0%	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	3.0%	66.7%	30.3%	0.0%	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	3.0%	75.8%	21.2%	0.0%	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	3.0%	36.4%	60.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	3.0%	81.8%	15.2%	0.0%	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%	84.8%	15.2%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	3.0%	69.7%	27.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	3.0%	78.8%	18.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	54.5%	45.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第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%	93.9%	6.1%	0.0%	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%	36.4%	57.6%	6.1%	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%	90.9%	9.1%	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%	84.8%	12.1%	3.0%	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%	45.5%	45.5%	9.1%	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%	97.0%	3.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 慢性期病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	93.9%	6.1%	0.0%	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%	60.6%	39.4%	0.0%	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%	54.5%	45.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	75.8%	24.2%	0.0%	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	0.0%	81.8%	18.2%	0.0%	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%	97.0%	3.0%	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%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.0%	87.9%	3.0%	0.0%	9.1%	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%	97.0%	3.0%	0.0%	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%	87.9%	12.1%	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%	97.0%	3.0%	0.0%	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%	75.8%	24.2%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	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	0.0%	97.0%	3.0%	0.0%	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%	84.8%	15.2%	0.0%	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	3.0%	87.9%	9.1%	0.0%	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%	69.7%	30.3%	0.0%	0.0%	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%	87.9%	3.0%	0.0%	9.1%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	6.1%	93.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	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%	78.8%	21.2%	0.0%	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%	78.8%	21.2%	0.0%	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	9.1%	54.5%	36.4%	0.0%	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	3.0%	81.8%	15.2%	0.0%	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	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	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	3.0%	97.0%	0.0%	0.0%	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	0.0%	69.7%	30.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	87.9%	12.1%	0.0%	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%	90.9%	9.1%	0.0%	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	3.0%	84.8%	12.1%	0.0%	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	3.0%	78.8%	18.2%	0.0%	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%	60.6%	33.3%	6.1%	0.0%	100.0%	3.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	72.7%	3.0%	0.0%	24.2%	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%

番号	評価項目 (Ver.2.0 慢性期病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	90.9%	3.0%	0.0%	6.1%	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%	18.2%	0.0%	0.0%	81.8%	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%	15.2%	0.0%	0.0%	84.8%	100.0%	0.0%
第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%	87.9%	12.1%	0.0%	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%	97.0%	3.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効率的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	51.5%	48.5%	0.0%	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%	60.6%	39.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.0%	45.5%	51.5%	3.0%	0.0%	100.0%	3.0%
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%	78.8%	18.2%	3.0%	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%	63.6%	36.4%	0.0%	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%	63.6%	33.3%	3.0%	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%	93.9%	6.1%	0.0%	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%	39.4%	57.6%	3.0%	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	0.0%	75.8%	24.2%	0.0%	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%	75.8%	15.2%	0.0%	9.1%	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	3.0%	72.7%	24.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	93.9%	6.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.3	効率的な業務委託を行っている	0.0%	72.7%	27.3%	0.0%	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%	57.6%	39.4%	3.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	90.9%	9.1%	0.0%	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	6.1%	87.9%	6.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	97.0%	3.0%	0.0%	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%	97.0%	3.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(6) 精神科病院

主機能「精神科病院」の38病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では27病院（71.1%）に計59項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「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」（8病院）、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（6病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	11	19	6	2	0	38
構成比 %	28.9%	50.0%	15.8%	5.3%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

精神科	評価項目	最終S 病院数	最終S 割合 %
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	8	21.1%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	6	15.8%

最終S割合% = 最終S病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では32病院（84.2%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。6病院（15.8%）に計12項目の評価Cがあった。

評価Cが多かった評価項目と評価Cの病院数は、「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病院）、「3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している」（2病院）などだった。

評価Cのあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価 C の評価項目数の分布

中間 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	32	4	2	0	0	38
構成比 %	84.2%	10.5%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%

中間的な結果報告で評価 C が多かった評価項目

精神科	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
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 (指摘の例) 排泄中の患者のプライバシー保護の不備 2 病院 電子カルテの暗証番号の未設定 1 病院	2	5.3%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している (指摘の例) 診療録の患者名の五十音順による管理 1 病院 量的点検の未実施 1 病院	2	5.3%

中間 C 割合 % = 中間 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 38 病院 (100%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。

評価 C の病院がないため、表「最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目」は割愛する。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	38	0	0	0	0	38
構成比 %	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 38 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった病院はなかった。

「認定」とした 38 病院（100%）には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした病院はなかった。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	32	0	6	0	38	100.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	32	0	6	0	38	100.0%
構成比 %	84.2%	0.0%	15.8%	0.0%	100.0%	

主機能 精神科病院

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価Cの割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 精神科病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
第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%	92.1%	7.9%	0.0%	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%	78.9%	21.1%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	2.6%	94.7%	2.6%	0.0%	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%	76.3%	18.4%	5.3%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	65.8%	34.2%	0.0%	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	5.3%	76.3%	18.4%	0.0%	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	5.3%	94.7%	0.0%	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	21.1%	78.9%	0.0%	0.0%	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	5.3%	86.8%	7.9%	0.0%	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	2.6%	89.5%	7.9%	0.0%	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	5.3%	86.8%	7.9%	0.0%	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	5.3%	78.9%	15.8%	0.0%	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%	89.5%	10.5%	0.0%	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%	71.1%	28.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	7.9%	81.6%	10.5%	0.0%	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%	86.8%	13.2%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	97.4%	2.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	2.6%	78.9%	18.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	78.9%	18.4%	2.6%	0.0%	100.0%	0.0%
第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%	97.4%	2.6%	0.0%	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%	44.7%	55.3%	0.0%	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%	94.7%	5.3%	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%	84.2%	15.8%	0.0%	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%	73.7%	26.3%	0.0%	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%	92.1%	7.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 精神科病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	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	2.6%	86.8%	10.5%	0.0%	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%	71.1%	26.3%	2.6%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	78.9%	18.4%	2.6%	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	0.0%	71.1%	28.9%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	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療を受けることができる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	2.6%	97.4%	0.0%	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%	97.4%	2.6%	0.0%	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%	86.8%	13.2%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	76.3%	5.3%	0.0%	18.4%	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	0.0%	26.3%	0.0%	0.0%	73.7%	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	0.0%	63.2%	36.8%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.10	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	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%	86.8%	13.2%	0.0%	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	0.0%	97.4%	2.6%	0.0%	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	2.6%	60.5%	36.8%	0.0%	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%	31.6%	0.0%	0.0%	68.4%	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	5.3%	18.4%	2.6%	0.0%	73.7%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	2.6%	97.4%	0.0%	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%	86.8%	13.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
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%	94.7%	5.3%	0.0%	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	5.3%	86.8%	7.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.22	隔離を適切に行っている	2.6%	81.6%	10.5%	0.0%	5.3%	100.0%	0.0%
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	5.3%	81.6%	10.5%	2.6%	0.0%	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	7.9%	92.1%	0.0%	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	7.9%	92.1%	0.0%	0.0%	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%	81.6%	13.2%	0.0%	5.3%	100.0%	0.0%
第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%	81.6%	15.8%	2.6%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	5.3%	84.2%	10.5%	0.0%	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	5.3%	92.1%	2.6%	0.0%	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%	89.5%	5.3%	5.3%	0.0%	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%	94.7%	5.3%	0.0%	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%	84.2%	13.2%	0.0%	2.6%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 精神科病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
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%	15.8%	0.0%	0.0%	84.2%	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%	34.2%	2.6%	0.0%	63.2%	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%	10.5%	0.0%	0.0%	89.5%	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%	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	15.8%	71.1%	0.0%	0.0%	13.2%	100.0%	0.0%
第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%	94.7%	2.6%	0.0%	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	5.3%	94.7%	0.0%	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	2.6%	81.6%	15.8%	0.0%	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%	81.6%	18.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.0%	76.3%	23.7%	0.0%	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%	94.7%	2.6%	2.6%	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%	94.7%	5.3%	0.0%	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%	89.5%	7.9%	2.6%	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	5.3%	92.1%	2.6%	0.0%	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%	94.7%	5.3%	0.0%	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	2.6%	84.2%	13.2%	0.0%	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%	97.4%	2.6%	0.0%	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%	94.7%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	2.6%	89.5%	7.9%	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%	94.7%	5.3%	0.0%	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%	92.1%	5.3%	2.6%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	84.2%	15.8%	0.0%	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%	97.4%	2.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	97.4%	2.6%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(7) 緩和ケア病院

主機能「緩和ケア病院」の3病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では3病院（100%）に計5項目の評価Sがあった。

評価項目別の評価Sの病院数の最大値が1のため、表「最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目」は割愛する。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	0	2	1	0	0	3
構成比 %	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%

2) 評価C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では2病院（66.7%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。
1病院（33.3%）に計6項目の評価Cがあった。

評価項目別の評価Cの病院数の最大値が1のため、表「中間的な結果報告で評価Cが多かった評価項目」は割愛する。

評価Cのあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

中間C項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	2	0	0	1	0	3
構成比 %	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	100.0%

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では2病院（66.7%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。1病院（33.3%）に計1項目の評価Cがあった。

評価項目別の評価Cの病院数の最大値が1のため、表「最終的な審査結果報告書で評価Cが多かった評価項目」は割愛する。

評価Cの主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	2	1	0	0	0	3
構成比 %	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 2 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった 1 病院は、個別に認定の可否を審議し、「認定」とした。

「認定」とした 3 病院（100%）には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした病院はなかった。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	2	0	0	1	3	100.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	2	0	0	1	3	100.0%
構成比 %	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%	

主機能 緩和ケア病院

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価 C の割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 緩和ケア病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
第 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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.2	身体機能が低下した患者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第 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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	100.0%	33.3%
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%	66.7%	33.3%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 緩和ケア病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
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%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	33.3%	33.3%	33.3%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.9	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.19	自律支援およびQOL向上に向けて取り組んでいる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第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%	66.7%	0.0%	33.3%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	0.0%	33.3%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 緩和ケア病院)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
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%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	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%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	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%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
第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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.0%	66.7%	0.0%	33.3%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	33.3%	66.7%	0.0%	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	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	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%	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

第 4 章

テーマ別分析

- 4.1 一般病院 3 の審査結果の要約と
評価項目の評点分布
- 4.2 評価 S の項目分布と継続的な
受審の効果の検討
 - (1) 評価 S の評価項目ごとの分布
 - (2) 継続的な受審
 - (3) まとめ

4.1

一般病院3の審査結果の要約と評価項目の評点分布



一般病院3について

一般病院3は3rdG:Ver.2.0で新設した機能種別で、主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院が選択する。

評価項目では、説明と同意、臨床倫理、医療安全、感染管理、高度先進医療、教育・研修、組織運営等に関する内容などを充実させた。

訪問審査の体制では、審査を担当するサーベイヤーを9名として、他の機能種別にはない「医療安全」「薬剤」担当のサーベイヤーもこの中に含めた。

訪問審査の期間は3日（他の機能種別では2日）で部署訪問数も増やした。

カルテレビュー、医療安全ラウンド、幹部面談など他の機能種別では導入していない新たな審査手法も導入した。

病院には、日常的に評価項目の要求を満たしていること、補充的な審査で評価をCからBにするためには、改善策が適切であり、かつ改善策が定着していることを求めている。

こうした審査体制、審査方法、評価基準により評価をしていることを踏まえ、他の機能種別とは別に集計結果を掲載した。

一般病院3

主機能「一般病院3」の27病院について、評価項目の評価（S、A、B、C、NA）と審査結果（認定の判定）を集計した。

1) 評価S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では25病院（92.6%）に計94項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（10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」（8病院）などだった。別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	2	5	15	5	0	27
構成比%	7.4%	18.5%	55.6%	18.5%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

一般3	評価項目	最終S 病院数	最終S 割合 %
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	10	37.0%
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	8	29.6%

最終S割合% = 最終S病院数 / 集計対象病院数 × 100

2) 評価C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では27病院（100%）すべてに計186項目の評価Cがあった。

評価Cが多かった評価項目と評価Cの病院数は、「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」（14病院）、「2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している」（14病院）などだった。

評価Cのあった病院には、速やかに改善に取り組み、補充的な審査を受けることを求めた。

中間的な結果報告の評価Cの評価項目数の分布

中間C項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	0	3	7	9	8	27
構成比 %	0.0%	11.1%	25.9%	33.3%	29.6%	100.0%

中間的な結果報告で評価Cが多かった評価項目

一般3	評価項目	中間C 病院数	中間C 割合 %
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 (指摘の例) 説明時の看護師等の同席に関する課題 11病院 説明と同意の書式の不統一 7病院	14	51.9%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している (指摘の例) 口頭指示に関する課題 10病院 パニック値の医師への伝達に関する課題 8病院 病理・放射線報告書の未読防止対策の課題 4病院	14	51.9%
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 技術を開発・導入している (指摘の例) 新規医療技術等の申請漏れ対策の不備 8病院 新規医療技術等導入後のモニタリングの不備 7病院	13	48.1%

一般 3	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている (指摘の例) 抗がん剤投与時の曝露防止対策の不備 9 病院 抗がん剤調製・混合時の曝露防止対策の不備 6 病院	13	48.1%

中間 C 割合 % = 中間 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 9 病院 (33.3%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。18 病院 (66.7%) に計 82 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目と評価 C の病院数は、「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」(7 病院)、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」(7 病院) などだった。

評価 C の主な理由は、改善内容の不備または改善実績の不足だった。

最終的な審査結果報告書の評価 C の評価項目数の分布

最終 C 項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	9	4	7	4	3	27
構成比 %	33.3%	14.8%	25.9%	14.8%	11.1%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価 C が多かった評価項目

一般 3	評価項目	最終 C 病院数	最終 C 割合 %
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 (指摘の例) 説明時の看護師等の同席に関する課題 7 病院	7	25.9%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる (指摘の例) 臨床指標を用いた質改善の取り組みの不足 7 病院 クリニカルパスの活用が不十分 6 病院	7	25.9%

一般 3	評価項目	最終 C 病院数	最終 C 割合 %
	情報伝達エラー防止対策を実践している (指摘の例)		
2.1.4	口頭指示に関する課題 3 病院	6	22.2%
	パニック値の医師への伝達に関する課題 3 病院		
	病理・放射線報告書の未読防止対策の課題 2 病院		

最終 C 割合 % = 最終 C 病院数 / 集計対象病院数 × 100

指摘の例の病院数：1 病院が複数の指摘を受けることがあるため、指摘の例の合計が、中間 C 病院数を上回ることがある。

3) 認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

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（評価 C がない）だった 9 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった 18 病院は、個別に認定の可否を審議し、18 病院を「条件付認定」とした。

「認定」とした 9 病院 (33.3%) には、認定期間 5 年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした 18 病院 (66.7%) には、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価 C の有無と認定の判定

認定の判定	中間 C なし	中間 C なし	中間 C あり	中間 C あり	合計	
	最終 C なし	最終 C あり	最終 C なし	最終 C あり	病院数	構成比 %
認定	0	0	9	0	9	33.3%
条件付認定	0	0	0	18	18	66.7%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	0	0	9	18	27	100.0%
構成比 %	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%	

主機能 一般病院 3

中間的な結果報告の評価項目別の評価の分布と最終的な審査結果報告書の評価 C の割合

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院 3)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終 C
第 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%	66.7%	33.3%	0.0%	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%	11.1%	37.0%	51.9%	0.0%	100.0%	25.9%
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%	96.3%	3.7%	0.0%	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	3.7%	66.7%	22.2%	7.4%	0.0%	100.0%	3.7%
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%	74.1%	11.1%	14.8%	0.0%	100.0%	3.7%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	14.8%	51.9%	33.3%	0.0%	100.0%	14.8%
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	7.4%	55.6%	37.0%	0.0%	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	7.4%	59.3%	33.3%	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	29.6%	66.7%	3.7%	0.0%	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%	40.7%	44.4%	14.8%	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	7.4%	59.3%	25.9%	7.4%	0.0%	100.0%	7.4%
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%	74.1%	25.9%	0.0%	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	7.4%	37.0%	40.7%	14.8%	0.0%	100.0%	14.8%
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	3.7%	85.2%	11.1%	0.0%	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%	14.8%	59.3%	25.9%	0.0%	100.0%	25.9%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	0.0%	51.9%	40.7%	7.4%	0.0%	100.0%	7.4%
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	3.7%	22.2%	25.9%	48.1%	0.0%	100.0%	14.8%
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%	96.3%	3.7%	0.0%	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%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	81.5%	18.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第 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%	96.3%	3.7%	0.0%	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%	14.8%	66.7%	18.5%	0.0%	100.0%	14.8%
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%	44.4%	18.5%	37.0%	0.0%	100.0%	11.1%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	18.5%	29.6%	51.9%	0.0%	100.0%	22.2%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	0.0%	44.4%	25.9%	29.6%	0.0%	100.0%	11.1%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	11.1%	74.1%	14.8%	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	3.7%	63.0%	29.6%	3.7%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院3)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	3.7%	25.9%	25.9%	44.4%	0.0%	100.0%	14.8%
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%	44.4%	37.0%	18.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	70.4%	14.8%	14.8%	0.0%	100.0%	14.8%
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%	55.6%	44.4%	0.0%	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	7.4%	81.5%	11.1%	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%	51.9%	48.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	3.7%	96.3%	0.0%	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%	77.8%	11.1%	11.1%	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%	100.0%	0.0%	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%	44.4%	55.6%	0.0%	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	11.1%	85.2%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	7.4%	74.1%	18.5%	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%	96.3%	3.7%	0.0%	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	3.7%	88.9%	7.4%	0.0%	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	3.7%	33.3%	33.3%	29.6%	0.0%	100.0%	14.8%
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	3.7%	85.2%	11.1%	0.0%	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	3.7%	88.9%	7.4%	0.0%	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	3.7%	92.6%	3.7%	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	0.0%	77.8%	22.2%	0.0%	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%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	7.4%	66.7%	22.2%	3.7%	0.0%	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	3.7%	44.4%	37.0%	14.8%	0.0%	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	3.7%	92.6%	3.7%	0.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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	3.7%	70.4%	22.2%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
第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	3.7%	51.9%	40.7%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	11.1%	63.0%	18.5%	7.4%	0.0%	100.0%	3.7%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	14.8%	55.6%	25.9%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	3.7%	81.5%	14.8%	0.0%	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	14.8%	44.4%	37.0%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	3.7%	63.0%	14.8%	18.5%	0.0%	100.0%	14.8%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	7.4%	37.0%	37.0%	18.5%	0.0%	100.0%	7.4%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	11.1%	77.8%	11.1%	0.0%	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	14.8%	59.3%	14.8%	11.1%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	14.8%	81.5%	3.7%	0.0%	0.0%	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	11.1%	66.7%	14.8%	7.4%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	7.4%	88.9%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	14.8%	77.8%	3.7%	3.7%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	37.0%	55.6%	0.0%	0.0%	7.4%	100.0%	0.0%

番号	評価項目 (Ver.2.0 一般病院3)	S	A	B	C	NA	構成比 %	最終C
第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%	100.0%	0.0%	0.0%	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%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効率的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	48.1%	40.7%	11.1%	0.0%	100.0%	7.4%
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%	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	0.0%	51.9%	40.7%	7.4%	0.0%	100.0%	3.7%
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%	33.3%	66.7%	0.0%	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%	22.2%	74.1%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	40.7%	11.1%	48.1%	0.0%	100.0%	11.1%
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%	92.6%	7.4%	0.0%	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%	40.7%	33.3%	25.9%	0.0%	100.0%	11.1%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	0.0%	22.2%	77.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	3.7%	63.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	3.7%	74.1%	18.5%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	92.6%	7.4%	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	3.7%	81.5%	14.8%	0.0%	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%	85.2%	11.1%	3.7%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	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	7.4%	70.4%	22.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	3.7%	96.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%



病院機能評価データブック 2019年度では、テーマ別分析のテーマとして、評価Sの取得に向けた分析と検討を行うこととした。病院機能評価は、病院組織が継続的に質改善活動に取り組み、医療の質向上が図られることを支援している。そのため、病院における質改善活動の実施と評価の効果的な活用として、継続的な受審を推奨している。今回、2019年度に機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0（以下、3rdG:Ver.2.0という）の一般病院2で認定の判定を決定した病院について、評価Sの傾向を分析し、さらに継続的な受審による効果を検討した。

限定的な結果ではあるが、この分析と結果を踏まえ、各病院における質改善の取り組みの一助となれば幸いである。また、今回の分析は項目および領域に限定されているため、個々の事例や秀でた実績、取り組みについては「病院機能評価データブック 2019年度 別冊～評価Sの事例～」をご覧ください。

(1) 評価Sの評価項目ごとの分布

2019年度に3rdG:Ver.2.0で認定の判定を決定した病院のうち、主機能を一般病院2で受審した220病院について、最終的な審査結果報告書において評価Sを取得した項目を集計した。

1) 全体

最終的な審査結果報告書において、220病院中158病院が計443項目の評価Sを取得していた。

評価Sが多かった項目は、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（158病院中30.4%が評価S）などであった。

表1-1 評価Sの取得率が高かった評価項目

評価項目	病院数	割合
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	48	30.4%
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	44	27.8%
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	26	16.5%
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	20	12.7%
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	18	11.4%
1.5.3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる	16	10.1%

	評価項目	病院数	割合
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	16	10.1%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	14	8.9%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	11	7.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	11	7.0%

上位10項目のうち、7項目が3領域(良質な医療の実践2)、3項目が1領域(患者中心の医療の推進)であった。主としてケアプロセスなど患者の流れ(patient flow)に沿ってチーム医療の実践状況を評価する2領域に比較して、3領域では部署・部門を対象に評価を行う。部署・部門内では、対象範囲、業務内容が比較的明確であり、取り組みやすい状況がうかがえる。1領域では、地域との関係、業務の質改善で評価Sが多く認められた。

2) 評価S取得数を基準とした病院の分類

評価Sがあった158病院を、評価S取得数によって3つのグループに分けた。

表1-2 病院群グループ分け

評価S取得数	グループ名	病院数 (n=158)
1～4	I 群	132 (83.5%)
5～8	II 群	20 (12.7%)
9～	III 群	6 (3.8%)

3) 各病院群における評価S取得率が高かった項目

各病院群において、評価Sの取得率が多い項目の傾向について分析するため、取得率の高かった上位5項目について集計した。

表1-3-1 I群における評価Sの取得率が高かった上位5項目 (n=132)

	評価項目	病院数	割合
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	31	23.5%
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	28	21.2%
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	12.1%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	13	9.8%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	12	9.1%

表 1 - 3 - 2 II群における評価Sの取得率が高かった上位5項目 (n=20)

	評価項目	病院数	割合
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	12	60.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	12	60.0%
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	40.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	5	25.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	5	25.0%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	5	25.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	4	20.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	4	20.0%

※5位は同率多数のため割愛

表 1 - 3 - 3 III群における評価Sの取得率が高かった上位5項目 (n=6)

	評価項目	病院数	割合
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	5	83.3%
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	66.7%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	4	66.7%
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	4	66.7%

※3位以下は同率多数のため割愛

各病院群で評価が高かった項目と、各々の病院群の取得率をまとめたものが下記の通り。

表 1 - 3 - 4 各病院群における評価Sの取得率が高かった項目

項目 番号	内容	I群での 取得 病院% (n=132)	II群での 取得 病院% (n=20)	III群での 取得 病院% (n=6)	全体での 取得 病院% (n=158)
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	12.1%	40.0%	33.3%	16.5%
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	21.2%	60.0%	66.7%	27.8%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	8.3%	20.0%	16.7%	10.1%
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%	0.0%	66.7%	3.6%

項目 番号	内容	I 群での 取得 病院 % (n=132)	II 群での 取得 病院 % (n=20)	III 群での 取得 病院 % (n=6)	全体での 取得 病院 % (n=158)
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	9.8%	25.0%	33.3%	12.7%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	6.8%	25.0%	33.3%	10.1%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	9.1%	20.0%	33.3%	11.4%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	6.1%	10.0%	16.7%	7.0%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	8.3%	5.0%	33.3%	8.9%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	23.5%	60.0%	83.3%	30.4%
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%	15.0%	66.7%	4.5%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2.3%	25.0%	16.7%	4.1%

- ・I 群は、地域における教育・啓発活動（1.2.3）や救急対応（3.2.6）において評価を取得している傾向がある。
- ・I 群から III 群までを比較し、I・II 群と III 群との間で顕著な差が表れたのは、「2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている」「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」であった。
- ・特に、「2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている」においては、I 群・II 群ともに 0 % となっており、III 群にのみ認められた。
- ・2 領域の項目が提示されたのは III 群のみであった。
- ・評価 S の取得をめざす病院には、まず地域連携や救急対応の改善が候補となりうる。また、II 群から III 群になるために評価 S の取得数の向上を図る場合は、多職種協働・病院幹部のリーダーシップの発揮が課題であることが示唆された。

（２）継続的な受審

評価機構では病院機能評価の継続的な受審を推奨している。継続的な受審により、病院の取り組みが一時的なものになるのを防ぐだけでなく、さらなる改善、質の向上といった効果が期待される。評価 S について、2019 年度に 3rdG:Ver.2.0 で認定の判定を決定した病院のうち、主機能を一般病院 2 で受審した病院について、継続的な受審の効果を検討した。

1) 全体

2019年度に一般病院2を受審した220病院のうち、3rdG:Ver.1.0あるいは3rdG:Ver.1.1を受審している病院は198病院であった。

表2-1 更新受審と評価S

	198病院中、評価S があった病院数	評価Sの総数
Ver.1.0 / 1.1	143 (72.2%)	371
Ver.2.0	148 (74.7%)	409

- ・更新受審をした病院においては、3rdG:Ver.2.0での評価Sを有する病院割合、項目総数は、ともに増加している。更新の受審では評価Sの取得数が増える傾向がみられた。

2) 評価Sの継続と新規取得

3rdG:Ver.2.0で評価Sを取得した項目のうち、前回は評価Sであった項目（継続）と新たに取得した項目（新規）について集計した。

- ・3rdG:Ver.2.0における評価Sの項目総数409項目のうち、3rdG:Ver.1.0 / 1.1から継続して評価Sを取得しているのは135項目（33.0%）であった。また、新たに評価Sを取得したのは274項目（67.0%）であった。相当数の項目で新規に評価Sが取得されていることが伺えた。

評価Sの項目数（N=409）

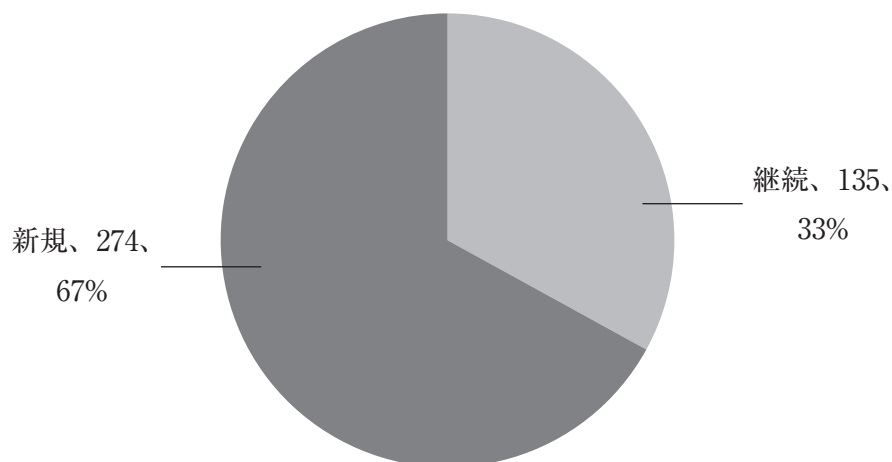


図2-1 評価Sの項目数（継続と新規）

3rdG:Ver.1.0 / 1.1 で評価 S があった全体 143 病院における 3rdG:Ver.1.0 / 1.1 と 3rdG:Ver.2.0 で継続して評価 S を取得している項目と、3rdG:Ver.1.0 / 1.1 では評価 S ではなかったが、3rdG:Ver.2.0 で新たに評価 S を得た項目は下記の通りであった。

表 2 - 2 - 1 継続して評価 S を取得している項目の上位 5 項目 (n=143)

	評価項目	病院数	割合
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	25	17.5%
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	15	10.5%
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	13	9.1%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	7	4.9%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	6	4.2%

表 2 - 2 - 2 新たに評価 S を取得した項目の上位 5 項目 (n=143)

	評価項目	病院数	割合
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	26	18.2%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	18	12.6%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	14	9.8%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	13	9.1%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	13	9.1%
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	11	7.7%

- ・継続して評価 S を取得している 5 項目のうち、3 領域が 2 項目、1 領域が 2 項目であった。
- ・新たに評価 S を取得した項目の上位 5 項目についても、3 領域が 3 項目、1 領域が 3 項目となっており、2、4 領域と比較して、1、3 領域は評価 S を取得しやすい傾向があると考えられる。

3) 各病院群における継続して評価Sを取得している項目

3rdG:Ver.2.0 で評価Sがあった148病院の各病院群において、継続して評価Sを取得している項目の傾向について分析するため、取得率の高かった上位5項目について集計した。

表2-3-1 I群における継続して評価Sを取得している上位5項目 (n=124)

評価項目	病院数	割合
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	14	11.3%
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	9	7.3%
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	6	4.8%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	5	4.0%
3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している	4	3.2%

表2-3-2 II群における継続して評価Sを取得している上位5項目 (n=19)

評価項目	病院数	割合
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	8	42.1%
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	6	31.6%
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	5	26.3%
4.6.1 災害時の対応を適切に行っている	3	15.8%

※5位は同率多数のため割愛

表2-3-3 III群における継続して評価Sを取得している上位5項目 (n=5)

評価項目	病院数	割合
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	3	60%

※2位以下は同率多数のため割愛

4) 各病院群における新たに評価Sを取得した項目

各病院群において、新たに評価Sを取得した項目の傾向について分析するため、取得率の高かった上位5項目について集計した。

表2-4-1 I群における新たに評価Sを取得した上位5項目 (n=124)

	評価項目	病院数	割合
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	17	13.7%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	10	8.1%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	10	8.1%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	9	7.3%
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	6.5%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	8	6.5%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	8	6.5%
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	7	5.6%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	7	5.6%

表2-4-2 II群における新たに評価Sを取得した上位5項目 (n=19)

	評価項目	病院数	割合
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	36.8%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	4	21.1%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	3	15.8%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	3	15.8%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	3	15.8%
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	15.8%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	3	15.8%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	3	15.8%

※ 4位以下は同率多数のため割愛

表2-4-3 Ⅲ群における新たに評価Sを取得した上位5項目（n=5）

評価項目	病院数	割合
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	4	80.0%
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	3	60.0%
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	2	40.0%
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	40.0%
4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている	2	40.0%

※4位以下は同率多数のため割愛

5) 各病院群の継続評価Sと新規評価Sの取得率まとめ

表2-5-1 継続して評価Sを取得している項目（Ⅰ～Ⅲ群まとめ）

項目 番号	内容	Ⅰ群での 取得 病院% (n=124)	Ⅱ群での 取得 病院% (n=19)	Ⅲ群での 取得 病院% (n=5)	全体での 取得 病院% (n=148)
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	4.8%	31.6%	20.0%	8.8%
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	7.3%	26.3%	20.0%	10.1%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	3.2%	0.0%	20.0%	3.4%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	4.0%	5.3%	20.0%	4.7%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	11.3%	42.1%	60.0%	16.9%
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2.4%	15.8%	0.0%	4.1%

表2-5-2 新たに評価Sを取得した項目（Ⅰ～Ⅲ群まとめ）

項目 番号	内容	Ⅰ群での 取得 病院% (n=124)	Ⅱ群での 取得 病院% (n=19)	Ⅲ群での 取得 病院% (n=5)	全体での 取得 病院% (n=148)
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	6.5%	10.5%	20.0%	7.4%
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	13.7%	36.8%	40.0%	17.6%
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	0.8%	15.8%	0.0%	2.7%
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	5.6%	5.3%	0.0%	5.4%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	2.4%	10.5%	40.0%	4.7%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	7.3%	15.8%	20.0%	8.8%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	0.8%	0.0%	60.0%	2.7%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	6.5%	21.1%	20.0%	8.8%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	6.5%	15.8%	20.0%	8.1%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	8.1%	15.8%	20.0%	9.5%
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	5.6%	5.3%	20.0%	6.1%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	3.2%	15.8%	20.0%	5.4%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	8.1%	15.8%	20.0%	12.2%
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	1.6%	10.5%	80.0%	5.4%
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	0.8%	0.0%	40.0%	2.0%

- ・新たに評価Sを取得した項目のうち、「2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている」／「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」はⅢ群での取得率が高かった。3rdG:Ver1.0／1.0から3rdG:Ver2.0の間の5年間で、多職種協働を強化してきたことが伺える。
- ・Ⅰ群の病院が新たに評価Sを取得した項目で、最も割合が高いものは、「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」であった。本項目も、直近5年で各病院が機能を強化させてきた項目であると考えられる。
- ・評価Sを取得した病院を、評価Sの取得数で分類した場合、Ⅰ群は評価Sを取得した病院全体の84%を占める。

- ・領域別では、どの病院群においても、1・3領域は評価Sが取得しやすく、一方で2・4領域は評価Sが取得しにくい傾向がみられる。
- ・I群は、主に地域に向けた教育・啓発活動（1.2.3）や救急対応（3.2.6）において評価Sを取得している傾向がみられる。
- ・上記の項目は、3rdG:Ver1.0 / 1.1 の審査時に比べると取得率が高い傾向にあり、前回審査から今回にかけて各病院が力を入れて取り組んだ項目であると推察される。
- ・III群の特徴として、他の群と比較して、多職種連携（2.1.12）や病院幹部のリーダーシップ（4.1.2）において評価Sを取得している傾向がみられる。
- ・同様に、上記の項目での評価は、3rdG:Ver1.0 / 1.1 の審査時に比べると取得率が高い傾向があるため、前回調査から今回にかけて各病院が力を入れて取り組んだ項目であると推察される。
- ・評価Sをこれまで取得してこなかった病院が評価Sを取得するためには、高評価を比較的取りやすい1・3領域の項目の中から、各病院の状況／特徴に見合う項目を取り上げ、強化していくのが良いと思われる。
- ・なお、教育・啓発活動や救急対応は、上記の通り力を入れている病院が多いため、参考とすべき点は多いものと考えられる。

6) 更新受審病院の病院群推移

各病院群の更新回数割合と、前回審査時から今回審査にかけて、評価S数の変化を集計した。

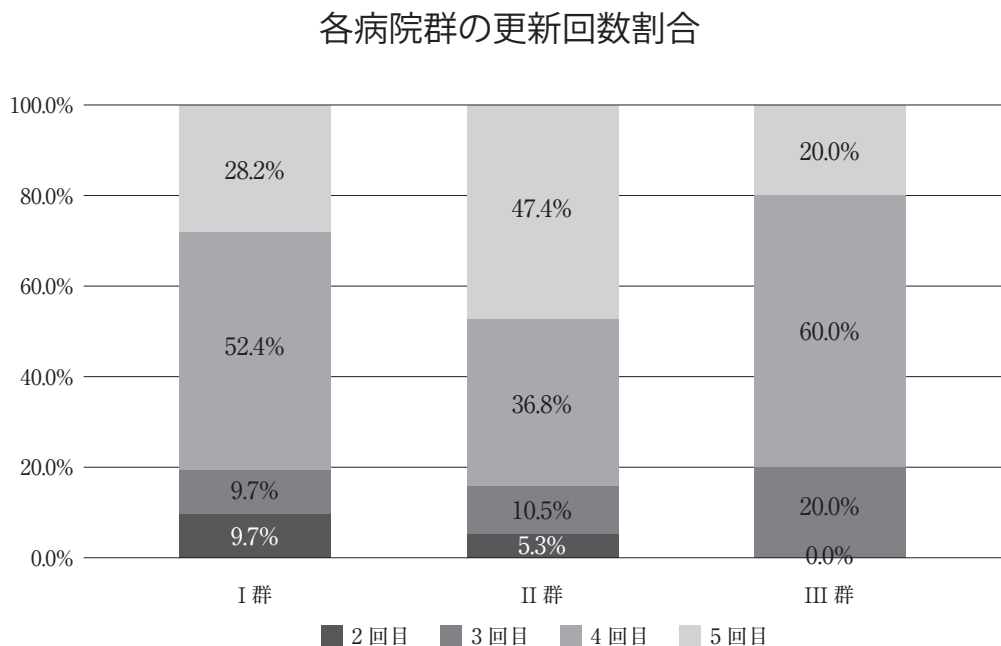


図2-6 各病院群の更新回数割合

- ・III群では、すべての病院が3回目以降の更新受審病院であった。
- ・受審回数が多いほど、評価Sが多く取得される傾向が示唆された。

表 2- 6 前回審査時の病院群別割合

前回審査時病院群 2019 年度病院群	0	I'	II'	III'
I 群	23% (29)	69% (85)	8% (10)	0% (0)
II 群	0% (0)	74% (14)	21% (4)	5% (1)
III 群	0% (0)	40% (2)	40% (2)	20% (1)

- ・ 前回評価 S が無かった病院が、更新受審において、いきなり II 群もしくは III 群になることはなかった。改善に向けて、日常的な活動が重要であること、また、それが成果としてあらわれるまでには一定の時間を要することが示唆された。

(3) まとめ

III 群の特徴として、I、II 群と異なる点は、病院の個別の機能の拡充（1、3 領域）に加えて、診療／治療の質向上や、来院患者以外のステークホルダー（地域、病院職員）との関係強化に向けて実践的な取り組みが評価されている。前述の取り組みは、3rdG:Ver.2.0 での審査において評価 S の取得が増えていることを踏まえると、3rdG:Ver1.0 / 1.1 の審査を経て、意識・組織改革／向上が図られたものと推察される。

また、そのことは、III 群の多くの病院が「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」の項目において評価 S を取得している点からも示唆されており、一定期間の質の向上活動を経て病院の個別の機能部分での充実が十分に行われた結果、より高い水準を目指して来院患者以外のステークホルダーに対してのアプローチを病院として組織的に取り組めるようになったと考えられる。すなわち、病院が当該地域の医療を担う上で求められている「病院の求められる姿」への実現に向けて、更なる高次、あるいは広範囲な取り組みが実践されているといえよう。

I、II 群における特徴として 1、3 領域の評価 S が多く見られたが、まず、部署・部門の充実を図ることで对患者への良質な医療の提供に努めていることの現れである。評価 S を確実に定着させることで、診療／治療の質向上や地域への連携・配慮といった医療提供面（病院としてのインフラ）が充足され、III 群へのステップアップに向けた確固たる地盤構築がなされることが期待される。

I、II 群の病院が III 群となるためには、病院経営を医療提供という観点からのみではなく、地域の医療を担う病院として果たすべき役割という観点から、病院幹部を始めとする関係者が密に議論し、推進していく構造や意識改革が求められよう。

1

病院機能評価の概要

2

現況調査の概要

3

審査結果の概要

4

テーマ別分析

日本医療機能評価機構 病院機能評価事業 沿革

年	月	できごと
1981（昭和 56）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
1985（昭和 60）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
1987（昭和 62）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
1989（平成元）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
1990（平成 2）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
1993（平成 5）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
1994（平成 6）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
1995（平成 7）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
1997（平成 9）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
1998（平成 10）年		Ver.3.0 への改定作業開始
1999（平成 11）年	7 月	評価項目 Ver.3.1 適用開始（アルゴリズムの廃止）
2000（平成 12）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（～ 2001（平成 13）年度）
2002（平成 14）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

年	月	できごと
2003（平成 15）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
	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（～ 2004（平成 16）年度）
2004（平成 16）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
2005（平成 17）年	7 月	当機構発足 10 周年 Ver.5.0 適用開始
2009（平成 21）年	7 月	Ver.6.0 適用開始
2011（平成 23）年	4 月	公益財団法人移行
2013（平成 25）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
2015（平成 27）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
2016（平成 28）年	10 月	第 33 回 ISQua 国際学術総会を開催（東京）
2018（平成 30）年	4 月	機能種別版評価項目 3rdG:Ver.2.0 適用開始
2019（令和元）年	10 月	高度・専門機能（救急医療・災害時の医療、リハビリテーション（回復期））適用開始

病院機能評価データブック 2019 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 2019 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、第4章で掲載した評価Cの例示には該当しなくても、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（第2章は小数点第1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 2019 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。

転載・複製をする場合は、公益財団法人日本医療機能評価機構にあらかじめ許諾を求めてください。

病院機能評価データブック 2019 年度

2021 年 3 月 1 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

ISBN978-4-902379-95-2

C0047 ¥4000E



9784902379952

定価：本体 4,000 円＋税