

病院機能評価データブック

2020年度

2021年12月



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

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

国民が適切で質の高い医療を安心して享受できることは、医療を受ける立場からは無論のこと、医療を提供する立場からも等しく望まれているところです。

日本医療機能評価機構は、国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上をはかるために、病院の医療機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として、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。2021年3月末時点で認定病院は2,112病院であり、その病床数はわが国の病床数の41.6%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、2020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237病院のデータをまとめた『病院機能評価データブック 2020年度』を作成いたしました。医療の質向上に向けた日々の取り組みの資料としてご活用いただければ幸いです。

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 2020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 集計対象病院の概要	22
2.2 臨床指標	29
2.3 部門ごとの活動状況	30
2.4 経営の状況	36
第3章 審査結果の概要	37
(1) 審査結果の要約・全体（一般病院3を除く）	40
(2) 一般病院1	42
(3) 一般病院2	48
(4) リハビリテーション病院	54
(5) 慢性期病院	60
(6) 精神科病院	65

第4章	テーマ別分析	71
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	72
4.2	病院機能評価機能種別版一般病院3評価Cの分析と検討 ～受審病院が抱えている課題について～	79
4.3	2020年度 病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の 影響と受審病院の取り組み	92
日本医療機能評価機構	病院機能評価事業 沿革	100

「病院機能評価データブック 2020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 2020 年度版を作成した。

集計対象は、2020 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 237 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。

2020 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 237 病院を集計対象とした。

主機能別の内訳は、一般病院 1 が 50 病院、一般病院 2 が 105 病院、一般病院 3 が 10 病院、リハビリテーション病院が 23 病院、慢性期病院が 25 病院、精神科病院が 24 病院、緩和ケア病院が 0 病院だった。

このうち、特定機能病院は集計対象の4%、地域医療支援病院は24%、がん診療連携拠点病院（都道府県または地域）は18%だった。

職員数（100床当り常勤換算 中央値）は、総数は174人（全国値136人）で、職種別では、医師が15人（全国値14人）、看護師が69人（全国値52人）、薬剤師が4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（55%）と同様であった。

感染管理担当の常勤専従者（看護師）を配置しているのは51%で、昨年度（53%）よりやや少なかった。

病理部門に医師（常勤専従）がいるのは29%であった。

放射線科医による画像の読影体制があるのは81%で、昨年度（86%）よりも少なかった。

手術を実施しているのは72%で、麻酔科医（常勤専従）がいるのは49%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41%で、昨年度（48%）よりも少なかった。

第3章「審査結果の概要」では、2020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、精神科病院とした227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139病院（61.2%）で、昨年度（65.8%）よりも割合が少なかった。

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82病院（36.1%）で昨年度（34.2%）より割合がやや多かった。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6病院（2.6%）で昨年度（4.3%）より割合がやや少なかった。

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

審査結果（認定の判定）は、認定が221病院（97.4%）で昨年度（96.4%）より割合がやや多かった。条件付認定は6病院（2.6%）、認定留保はなかった。

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、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。

第4章「テーマ別分析」では、2020年度に一般病院3で認定の判定を決定した病院の審査結果のまとめ、2018年度～2020年度に一般病院3を受審した病院における審査結果の評価Cの分析、病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の影響と受審病院の取り組みを取りあげた。

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を対象とする。

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、体制が整備されているのみではなく一定の成果を挙げていることを求めている。総体として他の機能種別に比較して要求水準が高くなっている。

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けて、集計結果を掲載した。

主機能一般病院3の記定可否を決定した病院は10病院であった。

評価S（秀でている）があった病院は9病院（90.0%）だった。

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10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9病院（90.0%）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、「職員の安全衛生管理を適切に行っている」「患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている」などだった。

審査結果（認定の判定）は、認定が1病院（10.0%）、条件付認定が8病院（80.0%）、認定留保が1病院（10.0%）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。

2. 病院機能評価機能種別版一般病院3評価Cの分析と検討

～受審病院が抱えている課題について～

一般病院3を受審した41病院（2018～2020年度）を対象に本審査における中間的な結果（以下、「中間結果」という）や最終的な審査結果、確認審査における評価Cの内容、分布を集計した。また、前回の審査で機能種別一般病院2を受審した28病院について、今回の一般病院3における審査結果との比較検討を行った。

一般病院3を受審した41病院では、中間結果において、40病院（97.6%）に評価Cが付された。また、一般病院2で受審した前回審査時と比較して評価Cを有した病院は多かった。中間結果を受けた後の審査（補充的な審査）、確認審査の結果からは、比較的改善が容易な評価項目と改善が得られにくい評価項目に大別された。前者の評価項目は、「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」、「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」などであった。後者の評価項目は、「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」、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」、「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」などであった。一般病院3では一般病院2と比較し、評価項目・評価方法を充実させ、新たな審査方法を導入しており、総体として要求水準が高くなったと考えられる。病院の体制の整備だけでなく、一定の活動実績が要求されており、活動実績を示すためにはPDCAサイクルが確実に機能していることが必要であると考えられた。

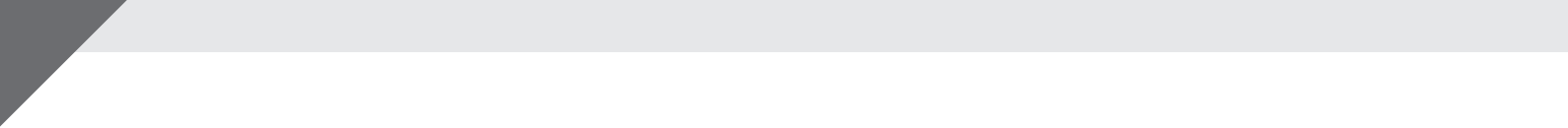
3. 2020年度 病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の影響と受審病院の取り組み

コロナ禍での病院機能評価への訪問審査への影響と、訪問審査を実施した病院の特徴に関する分析を試みた。2020年4月時点で2020年度の訪問審査の実施予定病院数は447病院、このうち2020年度内に訪問審査を実施した病院（以下、「受審病院」という）は165病院、実施率は36.9%であった。機能種別毎の実施率を比較すると、急性期患者を受け入れている病院は、他の機能種別より受審率が低い傾向がみられた。

受審病院と訪問審査を延期した病院の前回審査結果の比較では、受審病院では延期病院に比較して、「1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している」が高評価である割合が高かった。

受審病院（2020年度に認定の可否を決定した病院）の審査結果報告書の内容からは、感染制御体制の確立や医療を提供する現場での活動に加え、組織運営・ガバナンスの面においても取り組みが行われており、病院組織全体として新型コロナウイルス感染症へ取り組んでいたことが示唆された。加えて、新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目については、前回の審査から評価を向上させていた病院も多かった。

新型コロナウイルス感染症への取り組みは、病院の感染制御等の活動が積極的に推進されただけでなく、組織横断的な取り組みによる組織運営のガバナンスの強化がなされ、結果として病院機能評価での評価へ良い影響を与えたことが示唆された。より良い病院組織の確立に向けて、引き続き積極的な病院機能評価の受審と活用が期待される。



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を運用している。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、次期病院機能評価 3rdG:Ver.3.0 への改定作業を進めている。

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

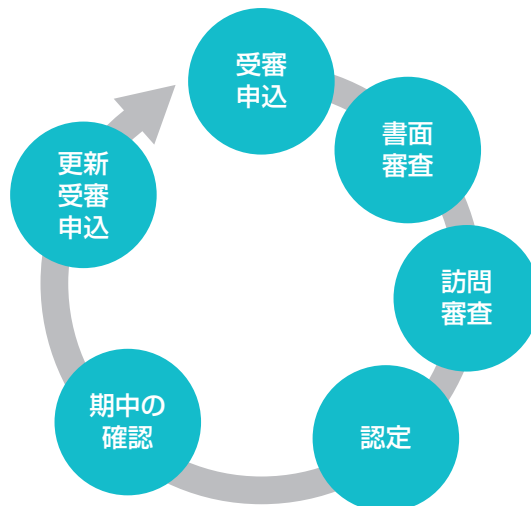
機能種別名	内容
一般病院1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3 (2018年度から運用開始)	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院 (2015年度から運用開始)	主として、緩和ケア病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

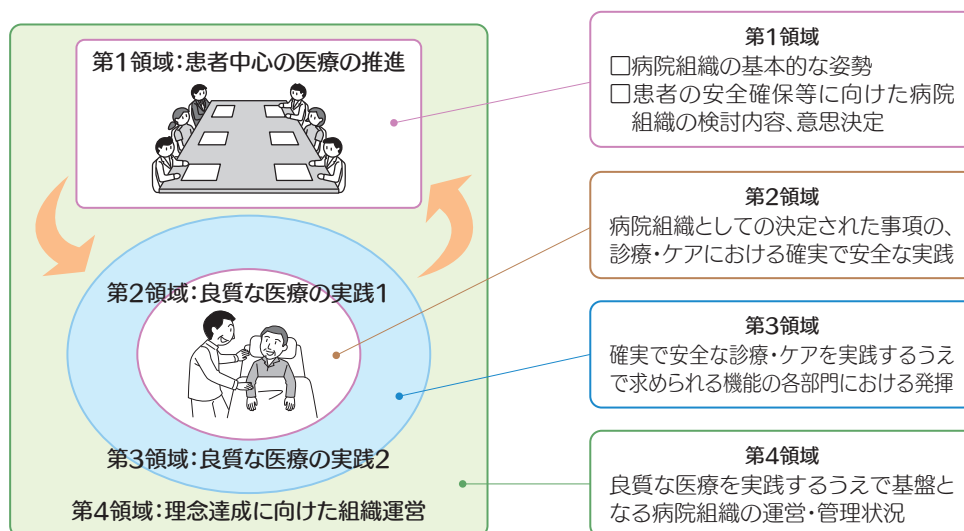
図表1-4. 審査の流れ



1.5 対象領域と評価項目

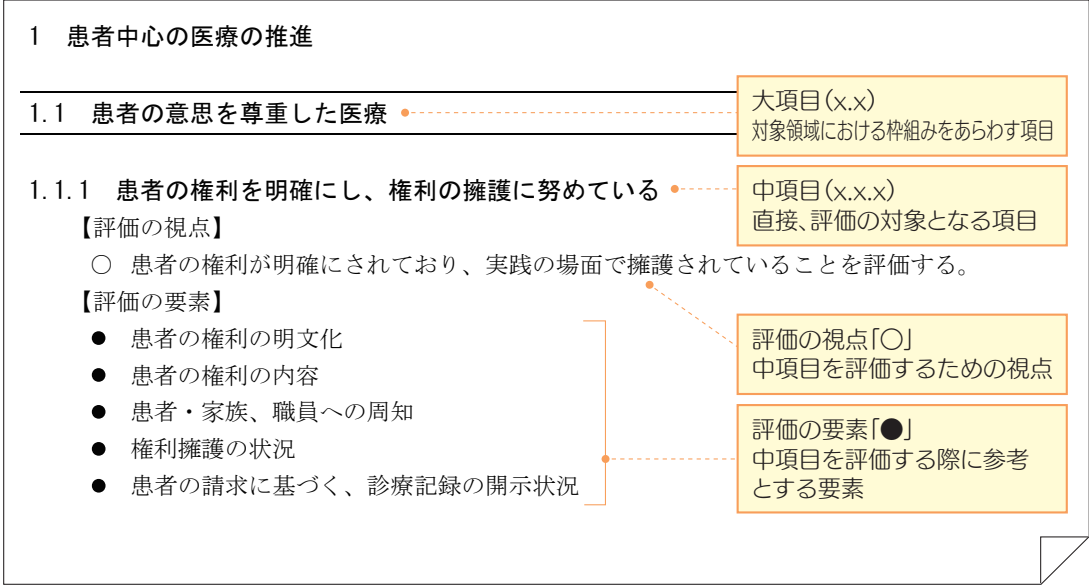


病院の組織管理・運営実態や、医療の質を適切に評価するため、評価項目は以下4つの評価対象領域で構成されている。



※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

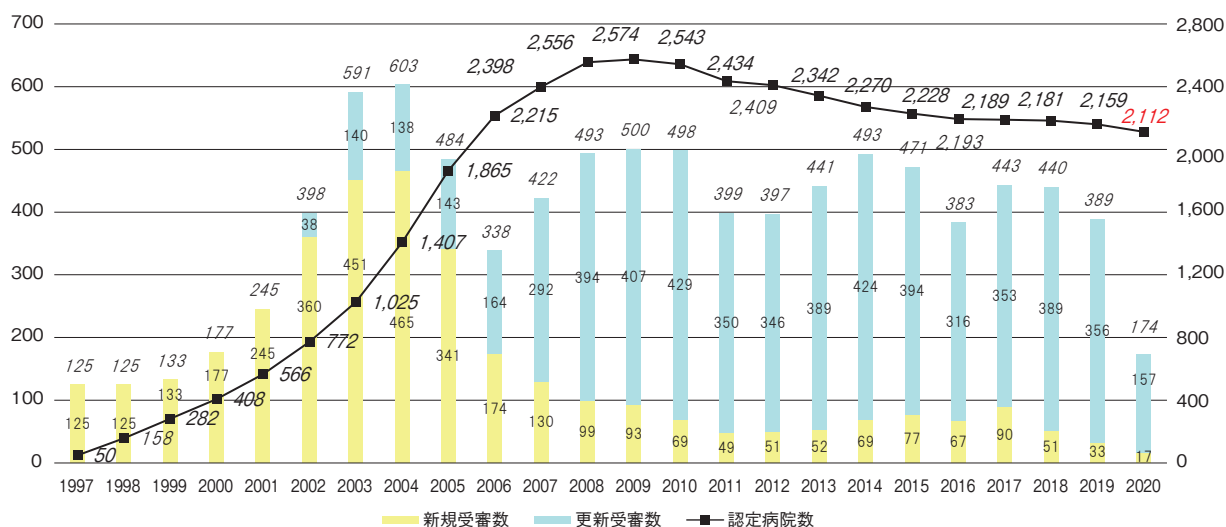
受審病院数の推移



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、訪問審査直前に 32 病院が延期となり、389 病院であった。なお、2020 年度の受審病院数は、2020 年度当初は 447 病院の審査が予定されていたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、訪問審査の延期等が行われ、174 病院（新規 17 病院・更新 157 病院）の実施となった。

2021 年 3 月末時点の認定病院数は 2,112 病院となっている。

図表 1-7a. 受審病院数の年度別推移



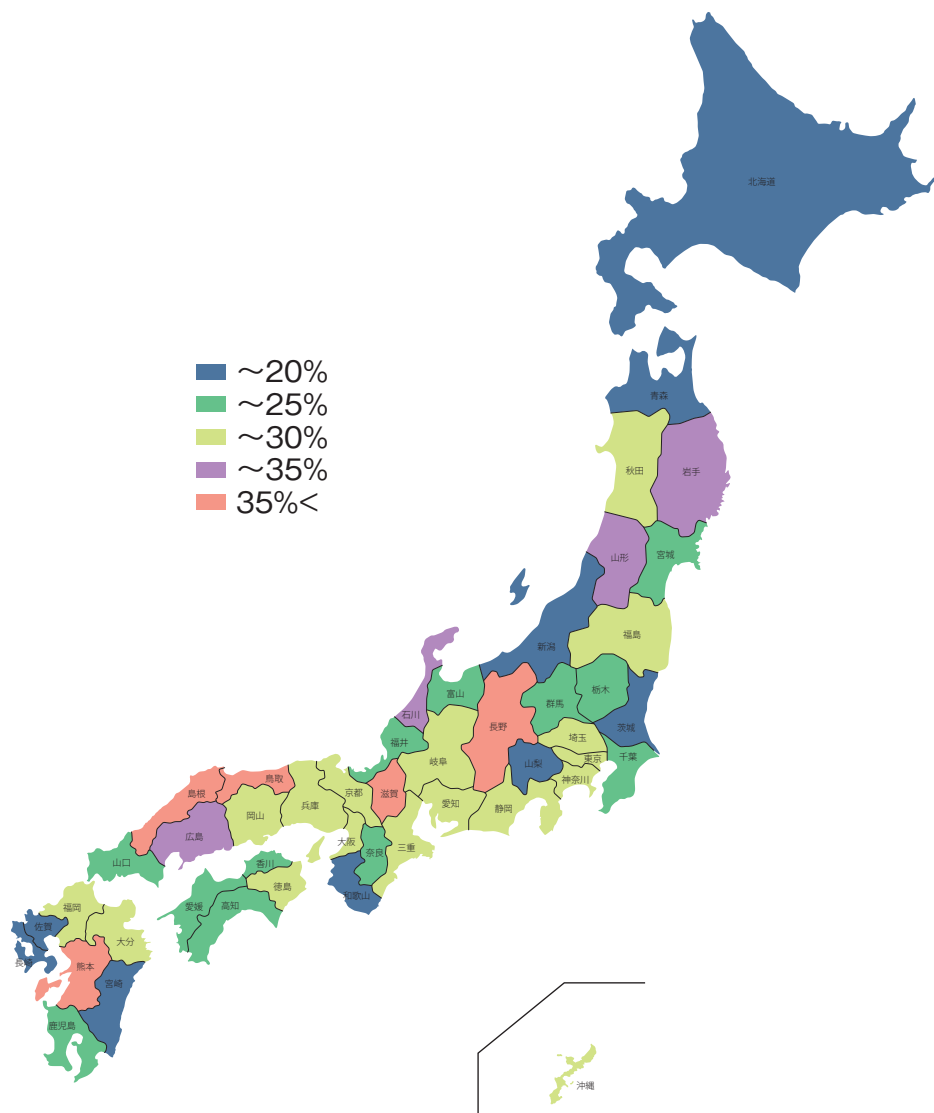
図表 1-7b および図表 1-7c に 2021 年 3 月末時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の認定率は約 25.5%であった。認定病院の割合が 35%を超えた都道府県は、滋賀県 40.4%、島根県 39.6%、鳥取県 37.2%、長野県 36.2%、熊本県 35.7%であった。

図表 1-7b. 都道府県別認定病院率（2021 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	552	108	19.6	滋賀県	57	23	40.4
青森県	94	16	17.0	京都府	164	48	29.3
岩手県	92	28	30.4	大阪府	512	151	29.5
宮城県	138	29	21.0	兵庫県	348	90	25.9
秋田県	67	20	29.9	奈良県	76	18	23.7
山形県	67	22	32.8	和歌山県	83	15	18.1
福島県	126	33	26.2	鳥取県	43	16	37.2
茨城県	173	32	18.5	島根県	48	19	39.6
栃木県	105	21	20.0	岡山県	161	47	29.2
群馬県	129	31	24.0	広島県	237	75	31.6
埼玉県	342	89	26.0	山口県	145	33	22.8
千葉県	291	61	21.0	徳島県	107	28	26.2
東京都	639	174	27.2	香川県	87	21	24.1
神奈川県	335	89	26.6	愛媛県	135	28	20.7
新潟県	126	25	19.8	高知県	123	26	21.1
富山県	107	26	24.3	福岡県	456	123	27.0
石川県	92	28	30.4	佐賀県	101	19	18.8
福井県	67	14	20.9	長崎県	149	27	18.1
山梨県	60	11	18.3	熊本県	210	75	35.7
長野県	127	46	36.2	大分県	153	39	25.5
岐阜県	97	25	25.8	宮崎県	137	26	19.0
静岡県	172	44	25.6	鹿児島県	237	57	24.1
愛知県	323	88	27.2	沖縄県	90	24	26.7
三重県	93	24	25.8	合 計	8,273	2,112	25.5

※各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査（2020 年 3 月末概数）」（厚生労働省）より

図表 1-7c. 都道府県別認定病院率（2021 年 3 月 31 日時点）





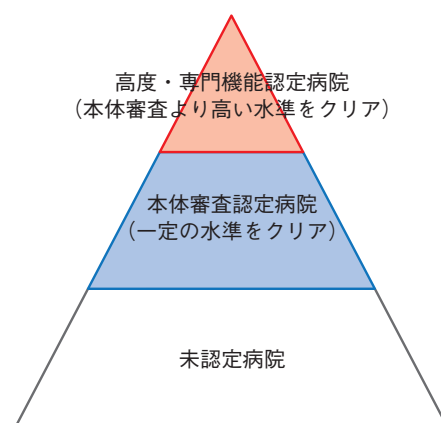
2019年10月より、「高度・専門機能 Ver.1.0（以下 高度・専門機能）」の運用を開始した。

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、2020年度は「救急医療・災害時の医療 Ver.1.0」を1病院、「リハビリテーション（回復期） Ver.1.0」を7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

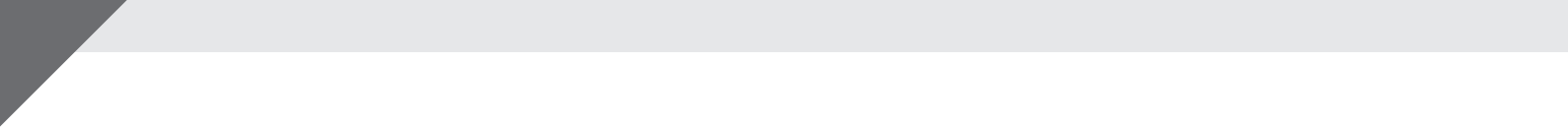
- ①主たる機能種別または副機能にて「リハビリテーション病院」を受審していること
- ②回復期リハビリテーションを継続的に行うための適切な体制が整っていること（受審申し込み時点での診療報酬（回復期リハビリテーション病棟入院料）の上位区分で規定される施設基準*を参考とする）

※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

評価項目等の詳細は、病院機能評価事業のホームページを参照いただきたい。

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



第 2 章

現況調査の概要

- 2.1 集計対象病院の概要
- 2.2 臨床指標
- 2.3 部門ごとの活動状況
- 2.4 経営の状況

2.1

集計対象病院の概要



2020 年度に主たる機能種別の認定の可否を決定した 237 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、237 病院だった。

主機能別では、一般病院 1 が 50 病院（21%）、一般病院 2 が 105 病院（44%）、一般病院 3 が 10 病院（4%）、リハビリテーション病院が 23 病院（10%）、慢性期病院が 25 病院（11%）、精神科病院が 24 病院（10%）、緩和ケア病院が 0 病院（0%）だった。

新規・更新別では、新規が 30 病院（13%）、更新が 207 病院（87%）だった。

審査体制区分別では、区分 1 が 51 病院（22%）、区分 2 が 80 病院（34%）、区分 3 が 72 病院（30%）、区分 4 が 24 病院（10%）、区分 9 が 10 病院（4%）だった。

主機能に加えて「副機能」も受審したのは 57 病院（24%）だった。副機能の受審延べ件数は 67 件で、最も多いのがリハビリテーション病院で 20 件だった。

訪問審査受審年度別では、2019 年度が 140 病院（59%）、2020 年度が 97 病院（41%）だった。

表 1 機能種別と審査体制区分など

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

新規／更新

新規	30	9	11	1	4	3	2	0	病院
更新	207	41	94	9	19	22	22	0	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	51	9	0	－	19	19	4	0	病院
審査体制区分 2	80	41	9	－	4	6	20	0	病院
審査体制区分 3	72	－	72	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分 4	24	－	24	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分 9	10	－	－	10	－	－	－	－	病院

副機能を受審した病院

副機能を受審した病院（実）	57	14	23	5	6	7	2	0	病院
---------------	----	----	----	---	---	---	---	---	----

選択した副機能（延）	67	16	28	5	6	8	4	0	病院
副機能_一般 1	6	－	－	－	3	3	0	0	病院
副機能_一般 2	2	－	－	－	0	1	1	0	病院
副機能_一般 3	0	－	－	－	－	－	－	－	病院
副機能_リハビリ	20	9	8	0	－	2	1	0	病院
副機能_慢性期	11	5	3	0	2	－	1	0	病院
副機能_精神	15	1	9	5	0	0	－	0	病院
副機能_緩和	13	1	8	0	1	2	1	－	病院

訪問審査受審年度

2019年度	140	32	66	9	13	12	8	0	病院
2020年度	97	18	39	1	10	13	16	0	病院

(2) 病院の役割・機能等 (表 2)

特定機能病院は、集計対象病院の 4% だった。

地域医療支援病院は、集計対象病院の 24% だった。

救命救急センターは、集計対象病院の 12% だった。

がん診療連携拠点病院は、集計対象病院の 18% だった。

在宅療養支援病院は、集計対象病院の 13% だった。

(3) 病床の内訳 (表 2)

実稼働可能病床数の平均値は 302 床で、内訳は一般病床 230 床、療養病床 34 床、精神病床 37 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 20 床、地域包括ケア病床 17 床、緩和ケア病床 5 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 437 人／診療日、入院患者数の平均値は 254 人／日、病床利用率の平均値は 84%、平均在院日数の平均値は 19 日だった。

(5) 診療科目

内科は 84%、整形外科は 80%、リハビリテーション科は 76%、外科は 64%、小児科は 52%、精神科は 51%、産婦人科は 37%、救急科は 28% の集計対象病院が標榜していた。

麻酔科は 64%、放射線科は 57%、病理診断科は 39%、臨床検査科は 23% の集計対象病院が標榜していた。

表2 病院の概要1（役割・機能、病床数、患者数など）

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

病院の役割・機能等をもつ病院の割合

特定機能病院	4%	0%	0%	90%	0%	0%	0%	－	割合%
地域医療支援病院	24%	2%	53%	0%	0%	0%	0%	－	割合%
救命救急センター	12%	0%	21%	70%	0%	0%	0%	－	割合%
がん診療連携拠点病院	18%	0%	31%	100%	0%	0%	0%	－	割合%
在宅療養支援病院	13%	34%	3%	0%	9%	32%	0%	－	割合%

実稼働可能病床数（平均値）

合計	302	148	390	803	142	175	317	－	病床／病院
一般病床	230	111	366	767	52	54	9	－	病床／病院
療養病床	34	32	11	0	89	121	8	－	病床／病院
精神病床	37	5	9	36	0	0	300	－	病床／病院
結核病床	1	0	2	0	0	0	0	－	病床／病院
感染症病床	1	0	2	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	20	19	13	5	90	10	2	－	病床／病院
地域包括ケア病床	17	24	21	0	8	13	1	－	病床／病院
緩和ケア病床	5	4	6	5	3	4	1	－	病床／病院

特殊病床がある病院の割合

救急専用病床	24%	14%	38%	80%	0%	4%	0%	－	割合%
集中治療管理室（ICU）	24%	4%	44%	90%	0%	0%	0%	－	割合%
回復期リハビリテーション病床	31%	42%	21%	10%	96%	24%	4%	－	割合%
地域包括ケア病床	41%	74%	41%	0%	35%	36%	4%	－	割合%
緩和ケア病床	24%	20%	34%	20%	13%	20%	4%	－	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）

外来患者数	437	196	700	1667	70	78	108	－	人／診療日／病院
入院患者数	254	126	323	625	118	166	290	－	人／日／病院
病床利用率	84%	85%	83%	78%	83%	95%	91%	－	%
平均在院日数	19	31	14	13	71	98	174	－	日

(6) 職員数 (常勤換算)(表 3)

職員総数 (合計) の中央値は 174 人だった。(実稼働可能病床 100 床あたりの人数、この項目以下同じ。)

職種別の中央値は、医師が 15 人、看護師が 69 人、看護補助者が 10 人、薬剤師が 4 人、臨床検査技師が 5 人、診療放射線技師が 4 人、管理栄養士が 2 人、理学療法士が 5 人、作業療法士が 2 人、臨床工学技士が 1 人、診療情報管理士が 1 人、事務部門が 14 人などだった。

表 3 病院の概要 2 (職員数)

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

職員数 (常勤換算) / 稼働100床 (中央値)

医師	15	12	23	66	7	6	4	—	人/稼働100床
歯科医師	0	0	0	2	0	0	0	—	人/稼働100床
保健師	0	0	0	0	0	0	0	—	人/稼働100床
助産師	0	0	3	4	0	0	0	—	人/稼働100床
看護師	69	62	94	111	49	30	25	—	人/稼働100床
准看護師	4	7	1	0	5	10	9	—	人/稼働100床
看護補助者	10	12	8	5	11	15	11	—	人/稼働100床
薬剤師	4	4	5	8	2	2	1	—	人/稼働100床
臨床検査技師	5	4	7	8	1	1	1	—	人/稼働100床
診療放射線技師 (X線技師)	4	4	5	6	2	1	0	—	人/稼働100床
管理栄養士	2	2	2	1	2	2	1	—	人/稼働100床
栄養士	0	0	0	0	0	0	0	—	人/稼働100床
調理師	0	0	0	2	0	2	3	—	人/稼働100床
理学療法士	5	9	4	3	28	5	0	—	人/稼働100床
作業療法士	2	3	2	1	17	3	3	—	人/稼働100床
言語聴覚士	1	2	1	1	6	1	0	—	人/稼働100床
診療情報管理士	1	1	1	1	1	0	0	—	人/稼働100床
臨床工学技士	1	1	2	3	0	0	0	—	人/稼働100床
社会福祉士	1	2	0	0	3	1	0	—	人/稼働100床
精神保健福祉士 (PSW)	0	0	0	0	0	0	4	—	人/稼働100床
医療ソーシャルワーカー (MSW)	0	0	1	0	0	0	0	—	人/稼働100床
介護福祉士	0	0	0	0	8	7	0	—	人/稼働100床
臨床心理士	0	0	0	1	0	0	1	—	人/稼働100床
事務部門	14	17	16	27	14	10	6	—	人/稼働100床
職員総数	174	173	193	253	173	118	76	—	人/稼働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 86% 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 51% だった。

サーベイランスまたは院内感染に関する検討会、微生物サーベイランス、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、主要な医療関連感染の発生状況把握は、集計対象病院の 99%、95%、94%、82% が実施していた。

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いるのは、集計対象病院の 76% 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いるのは、集計対象病院の 72% 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、患者相談など）

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	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	86%	88%	100%	100%	65%	44%	75%	－	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%	26%	94%	100%	9%	12%	17%	－	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%	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%	－	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	51%	20%	91%	100%	4%	8%	8%	－	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	99%	98%	100%	100%	96%	100%	96%	－	割合%
微生物サーベイランスを行っている	95%	92%	98%	100%	96%	96%	79%	－	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	94%	94%	98%	100%	100%	88%	75%	－	割合%
主要な医療関連感染の発生状況を把握している	82%	82%	93%	90%	57%	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%	－	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%	－	割合%

(10) 地域連携機能

常勤専従の地域連携担当者がある	76%	66%	92%	100%	61%	56%	46%	－	割合%
-----------------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	---	-----

(11) 患者相談機能

常勤専従の患者相談担当者がある	72%	60%	85%	100%	61%	64%	50%	－	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22%だった。

(1) 全ての機能種別が対象の指標（表5）

データを提出した病院の指標の平均値を算出した。

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）の平均値は0.60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）の平均値は0.09件／1000人日だった。

表5 臨床指標

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	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	22%	14%	27%	30%	35%	12%	17%	－	割合%
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----

【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

褥瘡発生率 平均値	0.60	0.72	0.70	0.46	0.32	0.77	0.17	－	件／1000人日
データ提出病院数	235	50	103	10	23	25	24	0	病院

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

転倒骨折発生率 平均値	0.09	0.11	0.06	0.04	0.40	0.04	0.15	－	件／1000人日
データ提出病院数	233	48	104	9	23	25	24	0	病院

2.3

部門ごとの活動状況



(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71%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)に行っているのは、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61%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89%だった。

主要な血液、生化学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29%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53%だった。

剖検を実施しているのは、集計対象病院の51%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47%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81%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72%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32%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 86% だった。

血液専用の保冷库（自記式温度計付）があるのは、集計対象病院の 76% だった。

凍結血漿専用の冷凍庫（自記式温度計付）があるのは、集計対象病院の 65% だった。

(7) 手術・麻酔科部門（機能）(表6)

全身麻酔手術を実施しているのは、集計対象病院の 72% 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 49% だった。

(8) 中央滅菌材料部門（機能）(表6)

使用場所での一次洗浄を行っているのは、集計対象病院の 28% だった。

滅菌効果の確認として滅菌時間・温度・圧力などの記録、化学的インディケーターの使用、生物学的検知を行っているのは、集計対象病院の 88%、88%、83% だった。

(9) 時間外・救急診療部門（機能）(表6)

救急告示病院の割合は、集計対象病院の 68% だった。

救急医療の水準 1 を選択したのは集計対象病院の 12%、水準 2 を選択したのは集計対象病院の 29% だった。(救急医療の水準は下記を参照)

救急医療の水準

＜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

(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 74% 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)

リハビリ部門に医師 (常勤専従) がいるのは、集計対象病院の 30% 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)、運動器リハビリテーション料 (I)、脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)、呼吸器リハビリテーション料 (I) を届け出ているのは、集計対象病院の 36%、67%、84%、74% だった。

(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 65% 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 90% だった。

退院時サマリーの 2 週間以内の作成率の中央値は 95% 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、訪問看護、訪問リハビリテーションに院内で対応しているのは、集計対象病院の 37%、25%、27% だった。

(15) 外来部門（機能）(表6)

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92%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59%だった。

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30%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54%だった。

人工呼吸器、モニターを中央管理しているのは、集計対象病院の67%、47%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79%だった。

(17) 臨床研修機能（表6）

医師の基幹型臨床研修病院は、集計対象病院の40%だった。

医師の協力型臨床研修病院は、集計対象病院の58%だった。

表6 部門ごとの活動状況

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

(1) 薬剤部門

病棟担当の薬剤師がいる	71%	72%	93%	100%	52%	40%	13%	－	割合%
外来処方箋の院外処方率 中央値（%）	92%	95%	91%	91%	96%	88%	74%	－	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%	76%	98%	90%	87%	84%	83%	－	割合%
定常的に抗がん剤を使用 している	61%	58%	96%	100%	4%	8%	4%	－	割合%
薬剤部に安全キャビネット がある	62%	66%	92%	90%	9%	16%	4%	－	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	89%	92%	99%	100%	65%	80%	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	71	60	90	120	－	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	60	35	30	35	－	分

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

(3) 病理診断部門（機能）

病理部門に医師（常勤専従）がいる	29%	2%	56%	90%	0%	0%	0%	－	割合%
術中迅速凍結切片病理検査を実施している（院内または他施設に依頼）	53%	26%	95%	100%	0%	4%	4%	－	割合%
剖検を実施している（院内または他施設に依頼）	51%	20%	92%	100%	0%	8%	4%	－	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	47%	20%	85%	90%	0%	4%	8%	－	割合%
放射線科医による読影体制がある	81%	86%	99%	100%	65%	52%	29%	－	割合%
撮影装置 CTがある	96%	100%	100%	100%	83%	96%	79%	－	割合%
撮影装置 MRIがある	72%	72%	99%	100%	48%	24%	13%	－	割合%

(5) 放射線治療部門（機能）

放射線治療を行っている	32%	2%	61%	100%	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	86%	100%	100%	100%	65%	84%	13%	－	割合%
血液専用の保冷庫（自記式温度計付）がある	76%	86%	98%	90%	43%	52%	8%	－	割合%
凍結血漿専用の冷凍庫（自記式温度計付）がある	65%	64%	95%	90%	26%	24%	4%	－	割合%

(7) 手術・麻酔科部門（機能）

手術を実施している	72%	84%	100%	100%	26%	28%	4%	－	割合%
全身麻酔手術を実施している	72%	82%	100%	100%	26%	24%	8%	－	割合%
手術・麻酔部門に麻酔科医（常勤専従）がいる	49%	24%	89%	100%	0%	4%	4%	－	割合%

(8) 中央滅菌材料部門（機能）

使用場所での一次洗浄を行っている	28%	24%	18%	20%	43%	48%	46%	－	割合%
滅菌効果の確認_滅菌時間・温度・圧力等を記録している	88%	94%	98%	100%	65%	72%	63%	－	割合%
滅菌効果の確認_化学的インディケータを使用している	88%	92%	96%	90%	78%	68%	71%	－	割合%
滅菌効果の確認_生物学的検知を行っている	83%	94%	100%	100%	57%	72%	17%	－	割合%

(9) 時間外・救急診療部門（機能）

救急告示病院である	68%	72%	96%	90%	26%	20%	13%	－	割合%
救急医療_水準1	12%	0%	21%	70%	0%	0%	0%	－	割合%
救急医療_水準2	29%	12%	56%	10%	0%	0%	8%	－	割合%

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

(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	74%	74%	70%	70%	87%	76%	79%	－	割合%
栄養サポートチーム（NST）がある	83%	76%	98%	100%	78%	72%	38%	－	割合%

(11) リハビリテーション部門（機能）

リハビリ部門に医師（常勤専従）がいる	30%	14%	34%	100%	65%	16%	0%	－	割合%
施設基準_心大血管疾患リハビリテーション料（I）を届出ている	36%	14%	61%	80%	9%	16%	4%	－	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	67%	50%	84%	90%	91%	52%	8%	－	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	84%	88%	97%	100%	100%	72%	13%	－	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	74%	80%	94%	90%	57%	44%	13%	－	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	65%	62%	82%	100%	52%	32%	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	90%	90%	96%	100%	78%	92%	71%	－	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：中央値	95%	92%	95%	95%	98%	100%	97%	－	割合%

(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%	76%	94%	100%	78%	52%	67%	－	割合%
情報システム担当者（常勤専従）がいる	54%	46%	75%	100%	30%	4%	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	37%	62%	25%	10%	35%	60%	25%	－	割合%
訪問看護に院内で対応している	25%	30%	23%	10%	9%	20%	54%	－	割合%
訪問リハビリテーションに院内で対応している	27%	52%	16%	10%	39%	44%	0%	－	割合%

(15) 外来部門（機能）

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	92%	96%	100%	100%	78%	88%	63%	－	割合%
外来がん化学療法を実施している	59%	50%	95%	100%	9%	8%	4%	－	割合%
医師事務作業補助者（常勤専従）がいる	30%	38%	44%	30%	4%	4%	8%	－	割合%

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院

(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	54%	42%	86%	90%	13%	24%	0%	－	割合%
人工呼吸器を中央管理している	67%	54%	97%	100%	39%	40%	4%	－	割合%
モニターを中央管理している	47%	32%	68%	90%	30%	20%	17%	－	割合%
医療機器の供給が24時間体制である	79%	80%	90%	80%	65%	68%	54%	－	割合%

(17) 臨床研修機能

医師の基幹型臨床研修病院	40%	6%	78%	90%	0%	0%	4%	－	割合%
医師の協力型臨床研修病院	58%	34%	86%	100%	9%	16%	58%	－	割合%

2.4

経営の状況（表7）



外来患者1人1日あたりの収益の中央値は12千円（千円未満切り捨て）だった。

入院患者1人1日あたりの収益の中央値は40千円（千円未満切り捨て）だった。

表7 経営の状況

2020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
集計対象病院	237	50	105	10	23	25	24	0	病院
患者1人1日あたりの収益 外来全体 中央値	12,246	9,970	15,253	21,637	7,806	8,112	8,133	－	円／人日
患者1人1日あたりの収益 入院全体 中央値	40,749	33,586	56,367	79,992	35,602	23,359	16,712	－	円／人日

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

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。

2020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237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。

集計対象の主機能別病院数は、一般病院1が50、一般病院2が105、一般病院3が10、リハビリテーション病院が23、慢性期病院が25、精神科病院が24、緩和ケア病院が0だった。

第3章では、機能種別のうち5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）227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点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、精神科病院の5種別)

1) 評価 S (秀でている)

最終的な審査結果報告書では 139 病院 (61.2%) に計 339 項目の評価 S があった。

評価 S が多かった評価項目は、「1.2.3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている」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	88	95	27	16	1	227
構成比%	38.8%	41.9%	11.9%	7.0%	0.4%	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 (5)
一般病院 2	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 (23)
	3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している (20)
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 (8)
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 (3)
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 (6)

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

中間的な受審結果報告では 145 病院 (63.9%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。82 病院 (36.1%) に計 111 項目の評価 C があった。

評価 C が多かった評価項目は、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」(一般病院 1 と一般病院 2)、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」(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	145	78	4	0	0	227
構成比%	63.9%	34.4%	1.7%	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（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	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（6）
	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（5）
一般病院 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（13）
	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（13）

リハビリテーション病院、慢性期病院、精神科病院は、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 221 病院（97.4%）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（2.6%）に計 41 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	221	6	0	0	0	227
構成比 %	97.4%	2.6%	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 2	4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている（2）

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 221 病院（97.4%）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 6 病院（2.6%）は、個別に認定の判定を審議し、6 病院を条件付認定とした。認定留保とした病院はなかった。

「認定」とした 221 病院（97.4%）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 6 病院（2.6%）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	145	0	76	0	221	97.4%
条件付認定	0	0	0	6	6	2.6%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	145	0	76	6	227	100.0%
構成比 %	63.9%	0.0%	33.5%	2.6%	100.0%	

(2) 一般病院 1

主機能「一般病院 1」の 50 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 17 病院（34.0%）に計 25 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」（5 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	33	16	1	0	0	50
構成比 %	66.0%	32.0%	2.0%	0.0%	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	5	10.0%
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	2	4.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	2	4.0%

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22病院（44.0%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。28病院（56.0%）に計42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」（6病院）、「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」（5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	22	26	2	0	0	50
構成比 %	44.0%	52.0%	4.0%	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

一般 1	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) ハイリスク薬の表示の不備 3 病院 病棟における麻薬管理の不備 3 病院 アンプル型カリウム製剤の部署配置 2 病院	6	12.0%
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 (指摘の例) 感染性廃棄物の取り扱いの不備 4 病院 リネン・寝具類の取り扱いの不備 3 病院	5	10.0%
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	5	10.0%

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 50 病院（100.0%）はすべての評価項目が評価 B 以上（評価 C がない）だった。

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	50	0	0	0	0	50
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 50 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 50 病院（100.0%）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	22	0	28	0	50	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	22	0	28	0	50	100.0%
構成比 %	44.0%	0.0%	56.0%	0.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	58.0%	42.0%	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	0.0%	82.0%	18.0%	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%	62.0%	38.0%	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%	48.0%	50.0%	2.0%	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
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%	64.0%	36.0%	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	4.0%	84.0%	12.0%	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	10.0%	86.0%	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	0.0%	78.0%	22.0%	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	0.0%	74.0%	26.0%	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	0.0%	88.0%	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	2.0%	56.0%	42.0%	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%	86.0%	14.0%	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%	34.0%	66.0%	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%	76.0%	24.0%	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	0.0%	46.0%	54.0%	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	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	88.0%	12.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	2.0%	62.0%	36.0%	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%	82.0%	18.0%	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	2.0%	28.0%	62.0%	8.0%	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%	92.0%	8.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	88.0%	12.0%	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%	48.0%	40.0%	12.0%	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%	98.0%	2.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	66.0%	34.0%	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	2.0%	52.0%	36.0%	10.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	70.0%	28.0%	2.0%	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	2.0%	64.0%	34.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	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
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践								
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	0.0%	96.0%	4.0%	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%	84.0%	16.0%	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%	84.0%	16.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	68.0%	32.0%	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%	94.0%	6.0%	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	2.0%	96.0%	2.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	68.0%	30.0%	2.0%	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%	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	66.0%	12.0%	4.0%	18.0%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	96.0%	4.0%	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	2.0%	94.0%	4.0%	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%	82.0%	18.0%	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%	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	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%	74.0%	26.0%	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	0.0%	78.0%	22.0%	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%	54.0%	38.0%	8.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	90.0%	10.0%	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	2.0%	94.0%	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	2.0%	88.0%	8.0%	0.0%	2.0%	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%	68.0%	26.0%	6.0%	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	2.0%	88.0%	10.0%	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%	92.0%	6.0%	0.0%	2.0%	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%	2.0%	0.0%	0.0%	98.0%	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%	72.0%	24.0%	4.0%	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%	70.0%	10.0%	2.0%	18.0%	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%	6.0%	0.0%	0.0%	94.0%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	2.0%	70.0%	6.0%	0.0%	22.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	98.0%	2.0%	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%	60.0%	40.0%	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	2.0%	88.0%	10.0%	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	0.0%	54.0%	38.0%	8.0%	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%	76.0%	24.0%	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%	86.0%	14.0%	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%	70.0%	20.0%	10.0%	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	2.0%	94.0%	4.0%	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	2.0%	34.0%	64.0%	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	4.0%	68.0%	28.0%	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%	96.0%	2.0%	0.0%	2.0%	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	2.0%	96.0%	2.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	82.0%	16.0%	2.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	82.0%	16.0%	2.0%	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	2.0%	94.0%	4.0%	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%	94.0%	4.0%	2.0%	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%	98.0%	2.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

(3) 一般病院2

主機能「一般病院2」の105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77病院（73.3%）に計198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」（23病院）、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（20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	28	49	19	8	1	105
構成比 %	26.7%	46.7%	18.1%	7.6%	0.9%	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 %
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	23	21.9%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	20	19.0%

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 60 病院 (57.1%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。45 病院 (42.9%) に計 57 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」(13 病院)、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」(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	60	44	1	0	0	105
構成比 %	57.1%	41.9%	1.0%	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

一般 2	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)	13	12.4%
	病棟等での麻薬管理の不備	11 病院	
	アンプル型カリウム製剤の部署配置	2 病院	
	ハイリスク薬の表示の不備	2 病院	

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 11 病院	13	12.4%

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 100 病院 (95.2%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C が
ない) だった。5 病院 (4.8%) に計 5 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」(2 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	100	5	0	0	0	105
構成比 %	95.2%	4.8%	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 2 病院	2	1.9%

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 100 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 5 病院は、個別に認定の可否を審議し、5 病院を「条件付認定」とした。

「認定」とした 100 病院（95.2%）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 5 病院（4.8%）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	60	0	40	0	100	95.2%
条件付認定	0	0	0	5	5	4.8%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	60	0	40	5	105	100.0%
構成比 %	57.1%	0.0%	38.1%	4.8%	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	0.0%	98.1%	1.9%	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%	61.0%	39.0%	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	1.0%	99.0%	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	3.8%	93.3%	2.9%	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%	81.0%	16.2%	2.9%	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	2.9%	64.8%	31.4%	1.0%	0.0%	100.0%	0.5%

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
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	1.9%	90.5%	7.6%	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	7.6%	84.8%	7.6%	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	21.9%	78.1%	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%	92.4%	7.6%	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%	90.5%	9.5%	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	1.0%	93.3%	5.7%	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	1.9%	73.3%	24.8%	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%	94.3%	5.7%	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	1.0%	65.7%	33.3%	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	4.8%	76.2%	19.0%	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	0.0%	75.2%	24.8%	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	1.0%	99.0%	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%	99.0%	1.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	1.0%	96.2%	2.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	1.9%	77.1%	21.0%	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%	96.2%	3.8%	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	1.0%	61.9%	34.3%	2.9%	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%	84.8%	15.2%	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%	78.1%	21.0%	1.0%	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%	60.0%	27.6%	12.4%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	1.0%	99.0%	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%	97.1%	2.9%	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%	85.7%	14.3%	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%	71.4%	26.7%	1.9%	0.0%	100.0%	1.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	1.9%	89.5%	8.6%	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	4.8%	80.0%	15.2%	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	3.8%	96.2%	0.0%	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
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	1.9%	96.2%	1.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	1.0%	99.0%	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%	98.1%	1.9%	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%	99.0%	1.0%	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%	85.7%	14.3%	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	1.0%	99.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	1.0%	98.1%	1.0%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	99.0%	1.0%	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	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	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	0.0%	96.2%	3.8%	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	1.0%	92.4%	6.7%	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	0.0%	98.1%	1.9%	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	1.0%	99.0%	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	3.8%	95.2%	1.0%	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	1.9%	94.3%	3.8%	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	1.9%	90.5%	6.7%	1.0%	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	0.0%	74.3%	22.9%	2.9%	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	1.9%	98.1%	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	2.9%	97.1%	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	2.9%	91.4%	5.7%	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	1.0%	76.2%	20.0%	2.9%	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	2.9%	95.2%	1.9%	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	10.5%	83.8%	5.7%	0.0%	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	9.5%	85.7%	4.8%	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	6.7%	91.4%	1.9%	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	2.9%	80.0%	14.3%	2.9%	0.0%	100.0%	1.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	4.8%	86.7%	8.6%	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	1.0%	94.3%	3.8%	1.0%	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	3.8%	88.6%	6.7%	1.0%	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	8.6%	52.4%	1.0%	0.0%	38.1%	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	5.7%	80.0%	10.5%	3.8%	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	1.9%	90.5%	4.8%	2.9%	0.0%	100.0%	1.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	1.9%	74.3%	1.0%	0.0%	22.9%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	19.0%	78.1%	1.0%	0.0%	1.9%	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%	99.0%	1.0%	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	3.8%	96.2%	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	1.9%	83.8%	14.3%	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	1.9%	95.2%	2.9%	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%	78.1%	21.9%	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%	75.2%	24.8%	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%	76.2%	23.8%	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%	62.9%	24.8%	12.4%	0.0%	100.0%	1.9%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	1.9%	98.1%	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	1.0%	59.0%	40.0%	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	2.9%	82.9%	14.3%	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	1.0%	84.8%	14.3%	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	0.0%	100.0%	0.0%	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	1.0%	98.1%	1.0%	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%	97.1%	2.9%	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%	95.2%	4.8%	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%	94.3%	4.8%	1.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	1.0%	78.1%	21.0%	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	6.7%	87.6%	5.7%	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%	90.5%	8.6%	1.0%	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%	97.1%	2.9%	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23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20病院（87.0%）に計52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）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	13	3	4	0	23
構成比 %	13.0%	56.5%	13.0%	17.4%	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

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	8	34.8%

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21病院（91.3%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。2病院（8.7%）に計3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	21	2	0	0	0	23
構成比 %	91.3%	8.7%	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23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	23	0	0	0	0	23
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 23 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 23 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	21	0	2	0	23	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	21	0	2	0	23	100.0%
構成比 %	91.3%	0.0%	8.7%	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%	87.0%	13.0%	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%	82.6%	17.4%	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%	95.7%	4.3%	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	8.7%	91.3%	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	4.3%	91.3%	4.3%	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%	56.5%	43.5%	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%	69.6%	30.4%	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	8.7%	87.0%	4.3%	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	34.8%	65.2%	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%	95.7%	4.3%	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%	82.6%	17.4%	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	4.3%	87.0%	8.7%	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%	87.0%	13.0%	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	4.3%	91.3%	4.3%	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	4.3%	60.9%	34.8%	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	4.3%	82.6%	13.0%	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	0.0%	78.3%	21.7%	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	4.3%	95.7%	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	4.3%	91.3%	4.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	4.3%	91.3%	4.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	4.3%	78.3%	17.4%	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
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%	95.7%	4.3%	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%	65.2%	34.8%	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%	95.7%	4.3%	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%	91.3%	8.7%	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%	91.3%	4.3%	4.3%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	4.3%	91.3%	4.3%	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%	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%	82.6%	17.4%	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%	78.3%	21.7%	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%	95.7%	4.3%	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%	56.5%	43.5%	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	13.0%	87.0%	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%	91.3%	8.7%	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%	91.3%	8.7%	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%	87.0%	13.0%	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	4.3%	87.0%	8.7%	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	4.3%	87.0%	8.7%	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%	87.0%	13.0%	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%	87.0%	13.0%	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%	56.5%	0.0%	0.0%	43.5%	100.0%	0.0%
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	17.4%	0.0%	0.0%	82.6%	100.0%	0.0%
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	4.3%	91.3%	4.3%	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	4.3%	91.3%	4.3%	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%	78.3%	21.7%	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	8.7%	87.0%	4.3%	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	13.0%	82.6%	4.3%	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	13.0%	87.0%	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	13.0%	87.0%	0.0%	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	0.0%	69.6%	26.1%	4.3%	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	0.0%	100.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	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
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	4.3%	73.9%	21.7%	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%	87.0%	13.0%	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%	95.7%	4.3%	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	8.7%	87.0%	4.3%	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	13.0%	82.6%	4.3%	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%	82.6%	17.4%	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%	95.7%	4.3%	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%	82.6%	17.4%	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%	39.1%	0.0%	0.0%	60.9%	100.0%	0.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	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%	65.2%	4.3%	0.0%	30.4%	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%	26.1%	0.0%	0.0%	73.9%	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%	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%	30.4%	0.0%	0.0%	69.6%	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%	95.7%	4.3%	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%	87.0%	13.0%	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%	87.0%	13.0%	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	0.0%	52.2%	47.8%	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%	87.0%	13.0%	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%	95.7%	4.3%	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	4.3%	65.2%	26.1%	4.3%	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%	73.9%	26.1%	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	4.3%	87.0%	8.7%	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	13.0%	78.3%	8.7%	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	0.0%	100.0%	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%	95.7%	4.3%	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%	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%	95.7%	4.3%	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	4.3%	73.9%	21.7%	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%	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	0.0%	91.3%	8.7%	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%	100.0%	0.0%	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10病院（40.0%）に計22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」（3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	15	8	1	1	0	25
構成比%	60.0%	32.0%	4.0%	4.0%	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	3	12.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	3	12.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	2	8.0%

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22病院（88.0%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。3病院（12.0%）に計3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	22	3	0	0	0	25
構成比 %	88.0%	12.0%	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	22	0	3	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	22	0	3	0	25	100.0%
構成比 %	88.0%	0.0%	12.0%	0.0%	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%	76.0%	24.0%	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%	68.0%	32.0%	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	0.0%	92.0%	8.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	48.0%	48.0%	4.0%	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%	68.0%	32.0%	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%	92.0%	8.0%	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	12.0%	76.0%	12.0%	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%	92.0%	8.0%	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	0.0%	76.0%	24.0%	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	0.0%	92.0%	8.0%	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	0.0%	80.0%	20.0%	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	4.0%	72.0%	24.0%	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%	52.0%	48.0%	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	8.0%	80.0%	12.0%	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	0.0%	92.0%	8.0%	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	4.0%	92.0%	4.0%	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%	88.0%	12.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	4.0%	84.0%	12.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	4.0%	60.0%	36.0%	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%	84.0%	16.0%	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	0.0%	36.0%	64.0%	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%	92.0%	8.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	76.0%	24.0%	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%

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%	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	0.0%	60.0%	40.0%	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%	60.0%	40.0%	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%	80.0%	20.0%	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%	64.0%	36.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	88.0%	12.0%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	92.0%	8.0%	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	0.0%	80.0%	20.0%	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	0.0%	88.0%	12.0%	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%	76.0%	24.0%	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	4.0%	72.0%	8.0%	0.0%	16.0%	100.0%	0.0%
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	0.0%	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	4.0%	92.0%	4.0%	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	4.0%	88.0%	8.0%	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%	88.0%	12.0%	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	4.0%	88.0%	8.0%	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	4.0%	64.0%	32.0%	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	4.0%	52.0%	44.0%	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%	96.0%	4.0%	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	0.0%	100.0%	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%	80.0%	16.0%	4.0%	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%	72.0%	28.0%	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%	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%	92.0%	8.0%	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%	88.0%	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%	92.0%	8.0%	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%	84.0%	16.0%	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%	92.0%	8.0%	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%	72.0%	24.0%	0.0%	4.0%	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	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%	76.0%	4.0%	0.0%	20.0%	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%	84.0%	0.0%	0.0%	16.0%	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%	4.0%	0.0%	72.0%	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%	32.0%	0.0%	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	4.0%	92.0%	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	0.0%	96.0%	4.0%	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%	64.0%	36.0%	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%	88.0%	12.0%	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	0.0%	56.0%	44.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	80.0%	20.0%	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%	88.0%	8.0%	4.0%	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	4.0%	88.0%	8.0%	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	4.0%	56.0%	40.0%	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	0.0%	72.0%	28.0%	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%	96.0%	0.0%	0.0%	4.0%	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%	92.0%	8.0%	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%	96.0%	4.0%	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%	80.0%	20.0%	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	4.0%	76.0%	20.0%	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%	96.0%	4.0%	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%

(6) 精神科病院

主機能「精神科病院」の24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15病院（62.5%）に計42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」（6病院）、「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	9	9	3	3	0	24
構成比%	37.5%	37.5%	12.5%	12.5%	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

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	6	25.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	4	16.7%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	4	16.7%

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20病院（83.3%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。4病院（16.7%）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	20	3	1	0	0	24
構成比 %	83.3%	12.5%	4.2%	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 23 病院 (95.8%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。1 病院 (4.2%) 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	23	1	0	0	0	24
構成比 %	95.8%	4.2%	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 23 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、1 病院を「条件付認定」とした。

「認定」とした 23 病院 (95.8%) 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 1 病院 (4.2%) 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	20	0	3	0	23	95.8%
条件付認定	0	0	0	1	1	4.2%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	20	0	3	1	24	100.0%
構成比 %	83.3%	0.0%	12.5%	4.2%	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%	91.7%	8.3%	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%	91.7%	8.3%	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	4.2%	91.7%	4.2%	0.0%	4.2%	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%	100.0%	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%	70.8%	25.0%	4.2%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	0.0%	83.3%	16.7%	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%	91.7%	8.3%	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	8.3%	91.7%	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	25.0%	70.8%	4.2%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	83.3%	16.7%	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	8.3%	87.5%	4.2%	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	0.0%	79.2%	20.8%	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%	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	8.3%	54.2%	37.5%	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	12.5%	79.2%	8.3%	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	4.2%	87.5%	8.3%	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
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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	4.2%	87.5%	8.3%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	50.0%	45.8%	4.2%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	0.0%	87.5%	12.5%	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%	87.5%	8.3%	4.2%	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%	58.3%	37.5%	4.2%	0.0%	100.0%	4.2%
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%	95.8%	4.2%	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%	83.3%	12.5%	4.2%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	66.7%	29.2%	4.2%	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%	95.8%	4.2%	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	16.7%	79.2%	4.2%	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	4.2%	95.8%	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%	100.0%	0.0%	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%	91.7%	8.3%	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%	87.5%	12.5%	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%	75.0%	12.5%	0.0%	12.5%	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%	16.7%	4.2%	0.0%	79.2%	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%	66.7%	33.3%	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%	91.7%	8.3%	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%	91.7%	8.3%	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%	95.8%	4.2%	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	0.0%	79.2%	20.8%	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%	16.7%	0.0%	0.0%	83.3%	100.0%	0.0%
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	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	0.0%	95.8%	4.2%	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%	83.3%	16.7%	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%	87.5%	12.5%	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	0.0%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.22	隔離を適切に行っている	0.0%	79.2%	16.7%	0.0%	4.2%	100.0%	0.0%
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	0.0%	91.7%	8.3%	0.0%	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	4.2%	95.8%	0.0%	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
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	4.2%	95.8%	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%	91.7%	8.3%	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	8.3%	75.0%	16.7%	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%	87.5%	12.5%	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	0.0%	95.8%	0.0%	0.0%	4.2%	100.0%	0.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	12.5%	87.5%	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%	87.5%	12.5%	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%	70.8%	29.2%	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%	100.0%	0.0%	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%	66.7%	25.0%	0.0%	8.3%	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%	12.5%	0.0%	0.0%	87.5%	100.0%	0.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	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%	8.3%	8.3%	0.0%	83.3%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	87.5%	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%	4.2%	0.0%	0.0%	95.8%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	16.7%	75.0%	4.2%	0.0%	4.2%	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	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	8.3%	91.7%	0.0%	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	4.2%	83.3%	12.5%	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%	95.8%	4.2%	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%	70.8%	29.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2 人事・労務管理								
4.2.1	役割・機能に合った人材を確保している	0.0%	91.7%	8.3%	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%	91.7%	8.3%	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%	91.7%	8.3%	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	8.3%	91.7%	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	4.2%	95.8%	0.0%	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	4.2%	75.0%	20.8%	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%	100.0%	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%	100.0%	0.0%	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%	95.8%	4.2%	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%	91.7%	8.3%	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
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	4.2%	91.7%	4.2%	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%	95.8%	4.2%	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 病院機能評価機能種別版一般病院 3
評価Cの分析と検討
～受審病院が抱えている課題について～
- 4.3 2020年度 病院機能評価における
新型コロナウイルス感染症の影響と
受審病院の取り組み

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10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9病院（90.0%）に計31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」（3病院）、「3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している」（3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	1	3	3	3	0	10
構成比%	10.0%	30.0%	30.0%	30.0%	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 %
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	3	30.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	3	30.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	3	30.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	3	30.0%

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10病院（100.0%）すべてに計83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」（9病院）、「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）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	0	3	4	3	10
構成比 %	0.0%	0.0%	30.0%	40.0%	30.0%	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 5病院 ホルムアルデヒドの作業環境管理の不備 3病院	9	90.0%
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 (指摘の例) 説明時の看護師等の同席に関する課題 5病院 説明と同意の書式の不統一 4病院	7	70.0%

一般 3	評価項目	中間 C 病院数	中間 C 割合 %
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) クリニカルパスの活用が不十分 6 病院 臨床指標を用いた質改善の取り組みの不足 5 病院	6	60.0%

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 1 病院 (10.0%) はすべての評価項目が評価 B 以上 (評価 C がない) だった。9 病院 (90.0%) に計 36 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、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」(6 病院)、「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」(5 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	1	1	7	0	1	10
構成比 %	10.0%	10.0%	70.0%	0.0%	10.0%	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 3	評価項目	最終 C 病院数	最終 C 割合 %
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) クリニカルパスの活用が不十分 6 病院 臨床指標を用いた質改善の取り組みの不足 5 病院	6	60.0%
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 (指摘の例) 説明時の看護師等の同席に関する課題 5 病院 説明と同意の書式の不統一 4 病院	5	50.0%

一般 3	評価項目	最終 C 病院数	最終 C 割合 %
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している (指摘の例) 急変の兆候をとらえて対応する仕組みの不備 3 病院	3	30.0%

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 1 病院は、「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価 C があった 9 病院は、個別に認定の可否を審議し、8 病院を「条件付認定」、1 病院を「認定留保」とした。

「認定」とした 1 病院（10.0%）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 8 病院（80.0%）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（10.0%）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	0	0	1	0	1	10.0%
条件付認定	0	0	0	8	8	80.0%
認定留保	0	0	0	1	1	10.0%
病院数	0	0	1	9	10	100.0%
構成比 %	0.0%	0.0%	10.0%	90.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	20.0%	10.0%	70.0%	0.0%	100.0%	50.0%
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	10.0%	50.0%	30.0%	10.0%	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%	60.0%	10.0%	30.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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	10.0%	50.0%	20.0%	20.0%	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%	80.0%	20.0%	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	10.0%	50.0%	40.0%	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	30.0%	70.0%	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%	80.0%	10.0%	10.0%	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	10.0%	70.0%	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	10.0%	40.0%	40.0%	10.0%	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%	20.0%	50.0%	30.0%	0.0%	100.0%	20.0%
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%	90.0%	10.0%	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%	10.0%	30.0%	60.0%	0.0%	100.0%	60.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	0.0%	70.0%	20.0%	10.0%	0.0%	100.0%	10.0%
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	0.0%	30.0%	30.0%	40.0%	0.0%	100.0%	20.0%
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%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	10.0%	90.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	30.0%	60.0%	10.0%	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	10.0%	40.0%	10.0%	40.0%	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%	20.0%	30.0%	50.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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%	20.0%	40.0%	40.0%	0.0%	100.0%	20.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	90.0%	0.0%	10.0%	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%	70.0%	20.0%	10.0%	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	0.0%	20.0%	30.0%	50.0%	0.0%	100.0%	30.0%
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%	80.0%	10.0%	10.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	10.0%	10.0%	50.0%	30.0%	0.0%	100.0%	20.0%
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	10.0%	60.0%	30.0%	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	10.0%	90.0%	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%	80.0%	20.0%	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%	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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%	50.0%	50.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	0.0%	90.0%	10.0%	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%	100.0%	0.0%	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	0.0%	80.0%	20.0%	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	0.0%	40.0%	30.0%	30.0%	0.0%	100.0%	30.0%
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	90.0%	10.0%	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	0.0%	90.0%	10.0%	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	0.0%	100.0%	0.0%	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	0.0%	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	0.0%	90.0%	10.0%	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%	90.0%	0.0%	10.0%	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	0.0%	80.0%	10.0%	10.0%	0.0%	100.0%	10.0%
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.0%	60.0%	40.0%	0.0%	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	0.0%	100.0%	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	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	10.0%	80.0%	10.0%	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%	50.0%	30.0%	20.0%	0.0%	100.0%	10.0%
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	0.0%	90.0%	10.0%	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	10.0%	80.0%	10.0%	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	30.0%	70.0%	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	20.0%	60.0%	20.0%	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%	70.0%	30.0%	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	10.0%	40.0%	40.0%	10.0%	0.0%	100.0%	10.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	90.0%	10.0%	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%	60.0%	20.0%	20.0%	0.0%	100.0%	10.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	30.0%	70.0%	0.0%	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	10.0%	60.0%	20.0%	10.0%	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	10.0%	70.0%	10.0%	10.0%	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	10.0%	80.0%	10.0%	0.0%	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	30.0%	40.0%	20.0%	0.0%	10.0%	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
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%	90.0%	10.0%	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%	40.0%	40.0%	20.0%	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%	80.0%	20.0%	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	0.0%	70.0%	20.0%	10.0%	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%	40.0%	60.0%	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%	40.0%	60.0%	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%	10.0%	0.0%	90.0%	0.0%	100.0%	30.0%
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%	30.0%	60.0%	10.0%	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%	30.0%	70.0%	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%	90.0%	10.0%	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	0.0%	80.0%	20.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	70.0%	20.0%	10.0%	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	10.0%	80.0%	10.0%	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%	90.0%	0.0%	10.0%	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%	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

病院機能評価機能種別版一般病院3 評価Cの分析と検討 ～ 受審病院が抱えている課題について ～



I. 緒言

2018年度から新たに特定機能病院、大学病院本院等を対象とする機能種別「一般病院3」を導入した。「一般病院3」では、主として高度の医療の提供、医療技術の開発および評価、医療に関する研修の提供を行う能力を有する病院を対象としている。我が国の模範となるべきそれらの病院に対し、適切に評価・支援できるよう、ガバナンスや医療安全等を中心に評価項目・評価方法を充実させ、サーベイヤーによるカルテレビュー、医療安全ラウンド、幹部面談など、新たな審査方法を導入した。

今回、「一般病院3」を受審した病院における評価結果（S、A、B、C、NA）のうち、評価C（一定の水準に達しているとはいえない）となった評価項目について集計し、評価Cとなった傾向や特徴について検討した。評価Cの分析から、短期間で改善できる事項と日常的なPDCAサイクルを使った活動がないと十分な改善が達成できない事項が明確になった。機能種別版「一般病院3」を受審する病院には、他の機能種別の病院に比べて、一層の日常的な質改善活動が望まれる。

II. 対象と方法

2018年度～2020年度に「一般病院3」を受審した41病院（いずれも更新受審）の「中間的な結果報告」（以下、「中間結果」とする）で評価Cとなった項目について、「審査結果報告書」（以下、「最終結果」とする）、本審査の結果として条件付認定となった病院が受審する「確認審査の結果」から、その後の改善状況を分析した。

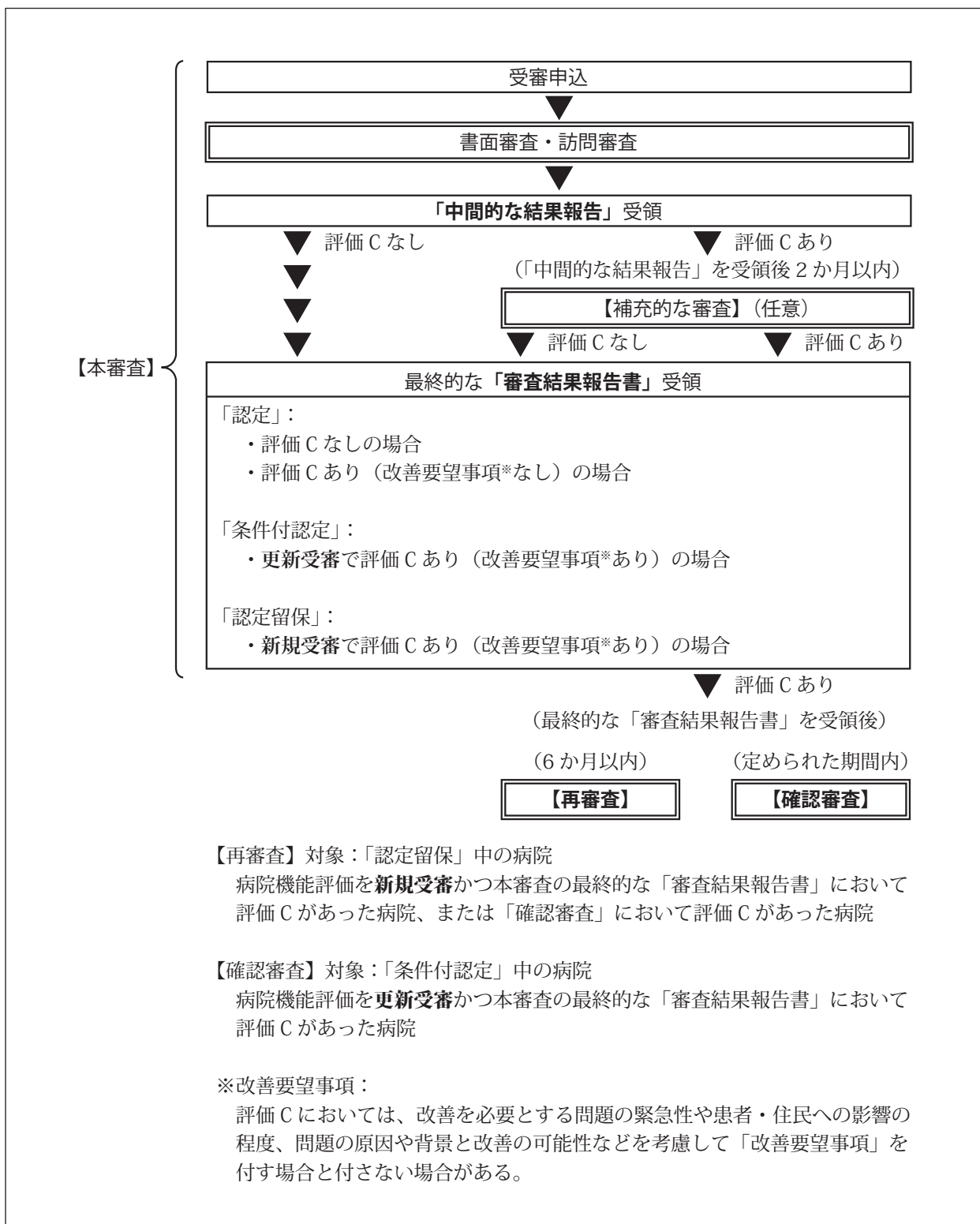
また、5年前に機能種別「一般病院2」を受審した前回審査結果と今回「一般病院3」の審査結果を比較した。なお、比較対象は、前回審査が機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.1以降かつ今回審査で最終結果まで審査結果が明らかになっている28病院である。

III. 病院機能評価の概要について

(1) 審査（本審査受審から審査結果まで）の流れ

病院は受審申込後、本審査を受審する。サーベイヤーは「一般病院3」の評価項目89項目について、評価する。その評価結果に応じて、病院は各審査（補充的な審査、再審査、確認審査）を受審することになる。

図 1 審査の流れ



(2) 評価の定義と考え方

サーベイヤーが訪問して訪問審査を行い、評価項目を4段階で評価する。

表1 評価の定義と考え方

評価	内容
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

IV. 結果

1. 審査結果

(1) 評価Cとされた評価項目数

中間結果、最終結果、確認審査の結果で評価Cとされた評価項目数を審査ごとに集計した。

1) 評価Cとされた評価項目数の合計

評価Cとされた評価項目数の合計は、中間結果では217個、最終結果では123個であり、約半数に減少した。また、最終結果123個から確認審査の結果7個に評価Cが大幅に減っていた。

表2 審査毎の評価Cとされた評価項目数の合計

	合計（個）
中間結果	217
最終結果	123
確認審査の結果	7

※1病院で複数の評価項目が評価Cとされることがある。

2) 中間結果

1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布を表 3 に示す。

表 3 中間結果における 1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布

	評価 C とされた評価項目数			
	0 個	1 ～ 4 個	5 ～ 9 個	10 個以上
病院数	1	15	14	11
構成比 %	2.4%	36.6%	34.1%	26.8%

3) 最終結果

中間結果で評価 C とされた評価項目は、補充的な審査で改善が認められれば評価 B となる。

1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布を表 4 に示す。

表 4 最終結果における 1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布

	評価 C とされた評価項目数			
	0 個	1 ～ 4 個	5 ～ 9 個	10 個以上
病院数	13	19	5	4
構成比 %	31.7%	46.3%	12.2%	9.8%

最終結果に基づく「認定の判定」では、「認定」が 13 病院 (31.7%)、「条件付認定」は 28 病院 (68.3%) であった。(最終結果で評価 C があり、当該項目が改善要望事項の対象と判断されれば条件付認定となる)

4) 確認審査（「条件付認定」の病院が対象となる審査）の結果

病院は最終結果において、評価 C とされた評価項目の改善要望事項に対して改善に取り組み、一定期間（通常は最終結果を受けて 6 か月以内であるが、状況により異なる）内に、確認審査を受審する。

「条件付認定」の判定を受けた 28 病院中、22 病院が 2020 年度までに確認審査を受審した。1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布を表 5 に示す。最終結果、確認審査の結果を比較すると、22 病院中 18 病院 (81.8%) において、評価 C とされた評価項目がなくなり、「条件付認定」から「認定」と判定された。また、確認審査において評価 C を有する 4 病院においても評価項目数の減少が認められた。

表5 最終結果と確認審査の結果における1病院当たりの評価Cとされた評価項目数の分布

		評価Cとされた評価項目数			
		0個	1～4個	5～9個	10個以上
最終結果	病院数	0	14	5	3
	構成比%	0.0%	63.6%	22.7%	13.6%
確認審査の結果	病院数	18	4	0	0
	構成比%	81.8%	18.2%	0.0%	0.0%

(2) 評価Cとされた評価項目

1) 中間結果

評価Cとされた割合が高かった評価項目を表6に示す。「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」、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」は、半数以上の病院が評価Cだった。

表6 中間結果で評価Cとされた評価項目

評価項目		病院数	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	22	53.7%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	22	53.7%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	19	46.3%
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	18	43.9%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	17	41.5%

※1病院で複数の評価項目が評価Cとされることがある。

2) 最終結果

評価Cとされた評価項目の割合が上位の評価項目を表7に示す。「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」、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」の評価項目は、30%以上の病院が評価Cだった。

表 7 最終結果で評価 C とされた評価項目

評価項目	病院数	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	13	31.7%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	13	31.7%
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	7	17.1%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	7	17.1%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	7	17.1%
2.2.10 投薬・注射を确实・安全に実施している	7	17.1%

※ 1 病院で複数の評価項目が評価 C とされることがある。

「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」、「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」、「2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している」、「2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している」の 4 項目が、中間結果（表 6）と最終結果（表 7）いずれにおいても評価 C と評価される割合が高かった。これら 4 項目について、特にしばしば指摘された課題の内容を表 8 に示す。

表 8 中間結果・最終結果において評価 C とされた評価項目の課題の内容

評価項目	課題の内容
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	・ 同席を必要とする基準やルールがない
	・ 説明・同席範囲の設定がない
	・ 診療科によって書式に相違があり標準化されていない
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	・ 高難度新規医療技術事例に対してその後のフォローが確実に行われる仕組みがない
	・ 高難度新規医療技術等の医療提供の適否を決定する部門の設置がない
	・ 委員構成の不備等がある
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	・ パニック値の伝達について直接医師に伝える仕組みがない
	・ 口頭指示のルールに不備がある
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	・ 急変する前の兆候を捉えて対応する仕組みがない
	・ 救急カートの薬剤や物品管理等に不備がある

3) 確認審査

確認審査の対象となった28病院中2020年度までに確認審査を受審した22病院について、確認審査の審査結果で評価Cとされた評価項目を表9に示す。

表9 確認審査において評価Cとされた評価項目

評価項目	病院数	割合
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	2	9.1%
1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	1	4.5%
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	1	4.5%
1.5.3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる	1	4.5%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	1	4.5%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	1	4.5%

※1病院で複数の評価項目が評価Cとされることがある。

4) 中間結果と最終結果で改善した評価項目の比較

中間結果から最終結果までに、比較的短期間で改善しやすい評価項目と改善が難しい評価項目を把握するため、各評価項目における改善割合を表10に示す。なお、中間結果で評価Cとされた病院が5病院以上であった評価項目に絞り、集計した。

表10 中間結果と最終結果の評価項目の比較

評価項目	評価Cを有した 病院数		改善 病院数 ① - ②	改善割合 (① - ②) / ①
	中間結果 ①	最終結果 ②		
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	22	13	9	40.9%
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	7	2	5	71.4%
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	13	5	8	61.5%
1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している	6	1	5	83.3%
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	6	1	14.3%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	13	13	0	0.0%

評価項目	評価 C を有した 病院数		改善 病院数 ① - ②	改善割合 (① - ②) / ①
	中間結果 ①	最終結果 ②		
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	18	7	11	61.1%
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	7	6	1	14.3%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	6	4	2	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	14	3	11	78.6%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	19	7	12	63.2%
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	13	5	8	61.5%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	17	7	10	58.8%
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	6	0	6	100.0%
2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している	12	7	5	41.7%
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している	5	1	4	80.0%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	5	4	1	20.0%
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	6	3	3	50.0%
3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している	5	1	4	80.0%
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	5	2	3	60.0%
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	22	6	16	72.7%
4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている	9	3	6	66.7%

中間結果から最終結果までの改善割合が高かった評価項目と、改善割合が低かった評価項目について、評価 C とされた主な課題の内容を表 11、表 12 に示す。

表 11 中間結果・最終結果において改善割合が高かった課題の内容

評価項目	課題の内容
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	・患者確認の方法がマニュアルと実際に齟齬がある ・誤認防止対策の院内ルールが確立していない ・手術部位マーキングの方法が複数診療科で異なりルールの遵守もされていない
2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実践している	・血液や体液等が付いたりネン類や感染性廃棄物を患者が触れられる場所に保管している
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	・抗がん剤の調製・混合時の PPE 着用方法が院内で統一されていない ・非常勤職員の健康診断受診状況を把握する仕組みがない

表 12 中間結果・最終結果において改善割合が低いとされた課題の内容

評価項目	課題の内容
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	・バリエーション分析を実施していない ・臨床指標を定めておらず診療の質改善に向けた仕組みがない

3. 前回審査（機能種別「一般病院 2」）と今回審査「一般病院 3」の審査結果の比較

5 年前の機能種別「一般病院 2」審査結果と今回の「一般病院 3」の審査結果を比較した。

(1) 評価 C とされた評価項目数

1) 中間結果

1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布を表 13、表 14 に示す。評価 C を有する病院は、前回審査の中間結果では 10 病院（35.7%）だったが、今回審査の中間結果では 28 病院（100%）であった。

表 13 【前回審査「一般病院 2」】中間結果における 1 病院当たりの評価 C とされた評価項目数の分布

	評価 C とされた評価項目数			
	0 個	1 ～ 4 個	5 ～ 9 個	10 個以上
病院数	18	9	1	0
構成比 %	64.3%	32.1%	3.6%	0.0%

表 14 【今回審査「一般病院3」】中間結果における1病院当たりの評価Cとされた評価項目数の分布

	評価Cとされた評価項目数			
	0 個	1～4 個	5～9 個	10 個以上
病院数	0	8	11	9
構成比%	0.0%	28.6%	39.3%	32.1%

2) 最終結果

1 病院当たりの評価Cとされた評価項目数の分布を表 15、表 16 に示す。評価Cを有する病院は、前回審査の最終結果では2病院（7.1%）だったが、今回審査の最終結果では22病院（78.6%）であった。

表 15 【前回審査「一般病院2」】最終結果における1病院当たりの評価Cとされた評価項目数の分布

	評価Cとされた評価項目数			
	0 個	1～4 個	5～9 個	10 個以上
病院数	26	2	0	0
構成比%	92.9%	7.1%	0.0%	0.0%

表 16 【今回審査「一般病院3」】最終結果における1病院当たりの評価Cとされた評価項目数の分布

	評価Cとされた評価項目数			
	0 個	1～4 個	5～9 個	10 個以上
病院数	6	16	3	3
構成比%	21.4%	57.1%	10.7%	10.7%

(2) 評価Cとされた評価項目

前回審査「一般病院2」と今回審査「一般病院3」において、評価Cとされた評価項目の割合が上位の評価項目を集計した。

1) 中間結果

前回審査は表 17、今回審査は表 18 に示す。

前回審査では、評価Cとされる評価項目には一定の傾向は見られず、病院によりばらつきが見られた。今回審査では、評価項目 4.2.3、1.1.2、1.5.4、2.1.4、2.1.8 は、28 病院中半数以上が評価Cだった。前回審査と今回審査ともに、「4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている」の評価項目が評価Cとされた病院の数が最も多かった。一方で、今回審査で評価Cとされた評価項目のうち、上位に挙げられている「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」、「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」の2項目について、前回審査で評価Cとされた病院はなかった。

表 17 【前回審査「一般病院2」】中間結果

評価項目	病院数	割合
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	4	14.3%
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	10.7%
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	2	7.1%
1.5.3 業務の質改善に継続的に取り組んでいる	1	3.6%
2.1.2 診療記録を適切に記載している	1	3.6%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	1	3.6%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	1	3.6%
2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している	1	3.6%
3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している	1	3.6%
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	1	3.6%
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	1	3.6%
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	1	3.6%

※1 病院で複数の評価項目が評価Cとされることがある。

表 18 【今回審査「一般病院3」】中間結果

評価項目	病院数	割合
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	18	64.3%
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	16	57.1%
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	15	53.6%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	15	53.6%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	15	53.6%

※1 病院で複数の評価項目が評価Cとされることがある。

2) 最終結果

前回審査は表 19、今回審査は表 20 に示す。

前回審査では、「2.1.2 診療記録を適切に記載している」、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」において、病院組織として決定した事項の診療・ケアにおける確実で安全な実践について評価 C とされていた。しかし、今回審査では、「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」10 病院（35.7%）、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」9 病院（32.1%）と、「第 1 領域 患者中心の医療の推進」で評価される病院組織の基本的な姿勢や患者の安全確保等に向けた病院組織の検討内容、意思決定について、評価 C とされる傾向が認められた。

表 19 【前回審査「一般病院 2」】最終結果

評価項目	病院数	割合
2.1.2 診療記録を適切に記載している	1	3.6%
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	1	3.6%

※ 1 病院で複数の評価項目が評価 C とされることがある。

表 20 【今回審査「一般病院 3」】最終結果

評価項目	病院数	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	10	35.7%
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	9	32.1%
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	7	25.0%
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	7	25.0%
2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している	6	21.4%

※ 1 病院で複数の評価項目が評価 C とされることがある。

V. 考察

「一般病院 3」を受審した 41 病院では、中間結果において、ほぼすべての受審病院が評価 C を有する結果となった。「一般病院 2」で受審した前回審査時と比較して評価 C を有した病院が多くなった理由として、社会的な関心の高まりを背景に、病院のガバナンスや医療安全等に焦点をあてようになったこと、新たな審査方法を導入したこと、総体として要求水準が高くなったことが考えられる。特に審査方法では、サーベイヤーによるカルテレビュー、医療安全ラウンド、幹部面談など、新たな審査方法を導入し、審査の量（サーベイヤーを 6 人から 9 人としたこと、審査日程を 2 日から 3 日にしたこと）と質（新しい審査方法の導入、サーベイヤーが訪問審査時に指定した病棟

の訪問や指定したカルテの閲覧、医療安全、新規医療技術などに特化した評価項目の導入、幹部面談など）を充実させた。この手法は、今後、検証を経て他の種別にも拡大が図られる予定である。

中間結果を受けた後の審査（補充的な審査、確認審査）の結果からは、比較的改善が容易な評価項目と改善が得られにくい評価項目に大別された。前者としては、「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」、「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」が挙げられる。病院全体で見直された手順や仕組みを速やかに導入し、実践することができたと推察される。患者等と直接かかわる職員の行動変容に関する項目であることから、臨床現場で患者と直接かかわる職員のニーズとも一致している可能性があり、結果として速やかな導入・改善につながったと考えられる。また、「一般病院3」で評価Cとされることが多く、かつ短期間での改善が得られにくい評価項目としては、「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」、「1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる」、「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」が挙げられた。「一般病院3」では、病院の体制の整備だけではなく、一定の活動実績が要求される。活動実績を示すためにはPDCAサイクルが確実に機能していることが必要である。本審査の受審に際しては当機構の解説集や支援事業を参考に、日常的に質改善活動に取り組むことが期待される。



I. はじめに

2019 年末に発生した新型コロナウイルス感染症は、病院機能評価にも大きな影響を及ぼし、訪問審査が中止又は延期となった病院も多かった。しかし、こうした状況であっても訪問審査を実施した病院もあり、両者の違い、特に新型コロナウイルス感染症流行下でも訪問審査が実施できた病院の特徴に関する分析を試みた。

分析の結果から、新型コロナウイルス感染症を契機に、病院の感染制御等の取り組みが積極的に推進され、結果として病院機能評価での評価へ良い影響を与えたこと、新型コロナウイルス感染症の対応を通じて、病院の感染制御等の取り組みに加えて、病院と地域の連携や組織運営のガバナンス強化といった機能の強化にもつながっていることが示唆された。

より良い病院組織の確立に向けて、引き続き積極的な病院機能評価の受審と活用が推進されることが期待される。

II. 方法と対象

1. 2020 年度に訪問審査を実施した病院と延期した病院の比較

2020 年 4 月 6 日時点で受審（訪問審査）の申込をしていた病院（以下、「実施予定病院」という）を分析の対象とした。

実施予定病院を、2020 年度内に訪問審査を実施した病院（以下、「実施病院」という）と、訪問審査を延期した病院（以下、「延期病院」という）に分け、両者の機能種別等の審査基本情報を比較した。

また、実施病院と延期病院のうち更新受審の病院には、前回受審（5 年前）の病院機能評価の評価項目ごとの評価（S、A、B、C）の分布を比較した。評価項目は S（秀でている）、A（適切に行われている）、B（一定の水準に達している）、C（一定の水準に達しているとは言えない）の 4 段階で評価する。

さらに、実施病院のうち更新受審の病院は、前回受審（5 年前）と今回受審の評価項目ごとの評価（S、A、B、C）の分布も比較した。評価の分布は、Wilcoxon rank sum test を用いて検定した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

2. 病院の新型コロナウイルス感染症対策の把握

2020 年度に認定の可否を決定した 237 病院（訪問審査の時期は主に 2019 年度後半から 2020 年度前半であり、1. の「実施病院」の一部を含む）を対象に、評価項目ごとの評価所見にキーワード検索（「新型コロナウイルス」および「COVID-19」）を行い、抽出したテキストデータをもとに病院の新型コロナウイルス感染症対策の現状把握を行った。

III. 結果

1. 2020 年度の訪問審査実施予定病院数と実施病院数

2020 年度の訪問審査の実施予定病院数は 447 病院で、このうち実施病院数は 165 病院^{*}だった。

※ 2020 年度に受審した 174 病院のうち、2020 年 4 月 6 日時点で受審申込済の 165 病院について集計した。

(1) 各月の訪問審査の実施状況

2020 年 4 月と 5 月は、緊急事態宣言発令に伴い訪問審査を停止したため、実施病院数は 0 であった。その後、月別の実施率（実施病院数÷実施予定病院数）は 11 月に 60.8% まで上昇したが、2021 年 1 月には再び緊急事態宣言が発令され、実施率は 38.5% に低下した。2020 年度の実施率は 36.9% だった。

表 1 各月の訪問審査の実施状況

年月	実施予定数	実施数	実施率 (%)	備考
2020 年 4 月	7	0	0.0	4/7 緊急事態宣言発令
2020 年 5 月	28	0	0.0	5/25 緊急事態宣言解除
2020 年 6 月	46	3	6.5	
2020 年 7 月	39	17	43.6	
2020 年 8 月	28	10	35.7	
2020 年 9 月	44	19	43.2	
2020 年 10 月	50	12	24.0	
2020 年 11 月	51	31	60.8	
2020 年 12 月	50	20	40.0	
2021 年 1 月	39	15	38.5	1/7 第二回緊急事態宣言発令
2021 年 2 月	42	15	35.7	
2021 年 3 月	23	23	100.0	3/21 第二回緊急事態宣言解除
総計	447	165	36.9	

(2) 機能種別ごとの訪問審査の実施状況

最も件数が多かった機能種別は、一般病院 2 の 69 病院で「実施病院」の 41.8% を占めた。実施率が最も高かった機能種別はリハビリテーション病院で、52.2%（実施予定数 23 病院のうち実施 12 病院）であった。

表2 機能種別ごとの訪問審査の実施状況

機能種別	実施予定数	実施数	実施率 (%)
一般病院 1	116	37	31.9
一般病院 2	206	69	33.5
一般病院 3	23	7	30.4
リハビリテーション病院	23	12	52.2
慢性期病院	31	16	51.6
精神科病院	48	24	50.0
総計	447	165	36.9

2. 2020 年度 訪問審査の実施病院と延期病院の前回受審時の評価結果比較

(1) 更新受審の病院

更新受審は、実施病院 165 病院のうち 151 病院、延期病院 282 病院のうち 247 病院であった。

(2) 実施病院と延期病院の評価の分布の比較

更新受審の実施病院（151 病院）と延期病院（247 病院）の前回（5 年前）の病院機能評価の評価項目ごとの評価の分布を比較した。

新型コロナウイルス感染症への対策は院内の医療関連感染制御活動に大きく関わることを踏まえ、医療関連感染制御に向けた体制や活動を評価している下記 3 つの評価項目について評価の割合を比較したが、有意な差は見られなかった。

1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している

1.4.2 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

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

表3 各評価項目における前回審査結果の評価の割合

(受審病院 n=151, 延期病院 n=247)

評価項目 \ 評価		S		A		B		C	
		受審	延期	受審	延期	受審	延期	受審	延期
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% (4)	4% (9)	79% (120)	77% (190)	18% (27)	19% (48)	0% (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% (8)	5% (13)	56% (84)	60% (147)	39% (59)	39% (59)	0% (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)	0% (0)	62% (94)	64% (157)	34% (52)	32% (42)	3% (5)	4% (9)

なお、受審病院と延期病院で評価の分布において評価の割合の差が最も大きかった評価項目は「1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している」であった（ $p < 0.05$ Wilcoxon rank sum test）。

表4 受審病院と延期病院の評価項目 1.5.1 における前回審査結果の評価の割合

(受審病院 n=151, 延期病院 n=247)

評価項目		S		A		B		C	
		受審	延期	受審	延期	受審	延期	受審	延期
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	1% (1)	0% (1)	89% (135)	83% (204)	10% (15)	17% (42)	0% (0)	0% (0)

3. 2020 年度に認定の可否を決定した病院における新型コロナウイルス感染症への取り組み

(1) 2020 年度に認定の可否を決定した病院における新型コロナウイルス感染症に関する所見があった評価項目と評価の分布

2020 年度に認定の可否を決定した 237 病院のうち、80 病院の審査結果報告書の評価項目の所見に、新型コロナウイルス感染症に関する取り組みが記載されていた。

新型コロナウイルス感染症に関する内容の所見の合計数は 167 であった。

新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目は、「1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している」、「1.4.2 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」などであった。

これらの評価項目の評価の分布をみると、A（適切に行われている）と評価されている病院が多かった。

表5 新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目（上位 5 項目）と評価の分布

評価項目		病院数	評価			
			S	A	B	C
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	24	2	21	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	22	0	15	7	0
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	15	1	12	2	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	11	0	11	0	0
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	7	0	7	0	0

(2) 新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目の前回受審時の評価結果との比較

審査結果報告書の評価項目の所見に、新型コロナウイルス感染症に関する取り組みが記載されていた 80 病院のうち 71 病院が更新受審であった。この 71 病院について新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった 5 つの評価項目の前回受審時の評価結果と今回の評価結果を比較した。

多くの病院が前回受審と今回受審ともに A 評価であったが、前回受審は B 評価でも今回は A 評価へと評価を向上させている病院もあった。

表 6 前回受審時の評価結果と今回評価結果の比較

前回評価結果→今回評価結果 評価項目		向上		維持		低下		新規受審の ため前回 実績なし	計
		B→S	B→A	S→S	A→A	B→B	A→B		
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	4	1	15	0	0	4	24
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	5	0	9	3	2	3	22
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	1	5	0	5	2	0	2	15
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	0	10	0	0	1	11
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けられることができる	0	2	0	5	0	0	0	7

(3) 新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目の所見内容について

新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目の上位 5 項目の所見内容について領域ごとに抜粋し、掲載する。

表7 第1領域の所見の抜粋

評価項目	所見	評価
1.4.1	最近の COVID-19 に関連して、感染制御部の責任者が XX 県新型コロナウイルス感染症対策専門委員会委員長を務めており、県内でも指導的な役割を果たしている。PPE の着脱に関してはビデオを作成し、県内の医療機関に配布している。感染制御に向けた体制と継続的に強化する仕組みは秀でており、高く評価できる。	S
1.4.1	直近の新型コロナウイルス感染症に対しても、厚生労働省や県の通達に基づき、相談、受診、ハイリスク対応、患者発生後の対応など多くの課題に迅速、かつ的確に対応している。さらに、第二種感染症指定医療機関等として、地域での役割も適切に果たしている。専従 ICN に負うところが大きい、その機能発揮は評価できる。	A
1.4.1	新型コロナウイルス感染症に対しては敷地内に発熱外来専用の別途施設を設置し、自院で1日あたり200件以上のPCR検査や抗原検査が行える体制を確保している。PCR検査は入院患者全員のみならず必要時には職員にも迅速に施行するなど、新型コロナウイルス感染症の感染制御体制は評価される。	A
1.4.2	新型コロナウイルス感染症における対策は、外来トリアージや医師会・自治体と協力して感染防御に向けた情報収集と検討をしており適切である。	A
1.4.2	アウトブレイクへの対処フローが整備されており、新型コロナウイルス患者を早期より受け入れ、日々変わるガイドラインにも適切に対応している。	A

表8 第2領域の所見の抜粋

評価項目	所見	評価
2.1.9	新型コロナウイルスの予防対策も整備され、1処置1手袋、消毒噴霧器の設置など、感染予防を徹底している。	A
2.1.9	新型コロナウイルス感染症の対策委員会を立ち上げ、PPEの脱着訓練やゾーニングの検討など、現状に沿った対応が適切に行われている。	A
2.2.1	新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等、感染患者に対しては受け付け時の問診を徹底し、病態や緊急性を考慮して別室で診察するなど配慮している。	A
2.2.1	感染が疑われる患者の対応についてはトリアージを実施し、病院敷地内に設置した発熱外来で専用待合や診察室・検査室の確保などがなされており患者の円滑な受診に配慮されている。特に、新型コロナウイルス感染症による発熱患者を積極的に受け入れてPCR検査も院内で実施するなどの取り組みは評価できる。	A

表9 第4領域の所見の抜粋

評価項目	所見	評価
4.1.2	病院管理者・幹部は、新型コロナウイルス感染症対策と地域の基幹病院としての役割の両立、収益確保対策の強化、看護の質の見える化などの課題を明確にし、会議・委員会などを通じて、その解決にリーダーシップを発揮している。	A
4.1.2	今年度の新型コロナウイルス感染症においては、オンライン面会やオンライン診療の開始を計画しており、病院長はじめ各部署のリーダーがリーダーシップを発揮している。	A

IV. 考察

2020年度の訪問審査は、新型コロナウイルス感染症の影響が大きく、例年と比較して中止や延期が多く発生し、申込数に対して実施率は36.9%であった。機能種別ごとの実施率は、一般病院1～一般病院3といった急性期患者を受け入れている病院の実施率について低い傾向が見られた。

訪問審査を実施した病院における特徴としては、「1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している」の評価項目において積極的に取り組んでいる傾向があることが分かった。1.5.1において高い評価を得るためには、患者・家族から寄せられる多様な意見に対し、迅速な振り分けおよび対応体制が明確になっている必要があり、組織横断的で柔軟な活動が定着していることが求められる。実施病院においては組織横断的な活動が院内で活発に展開されていた結果、新型コロナウイルス感染症のパンデミックという状況下においても迅速な意思決定や感染制御対策が実施され、病院機能評価の評価に良い影響を与えたと推察される。

2020年度に認定の可否を決定した病院の結果から、第1領域における感染制御体制の確立や第2領域の医療を提供する現場での取り組みに加え、第4領域での組織運営・ガバナンスの面においても新型コロナウイルス感染症への取り組みが行われていたことが分かった。感染制御部門だけでなく、病院組織全体として今回の新型コロナウイルス感染症への取り組みが実施されていたことが示唆された。

加えて、新型コロナウイルス感染症に関する記載が多かった評価項目について、評価を向上させていた病院が多く、パンデミックを経験して感染制御等の取り組みが推進され、結果として病院機能評価での評価へ良い影響を与えたことが示唆された。

V. 結語

新型コロナウイルス感染症の感染拡大は通常の医療の提供に大きな影響を与えているが、医療サービスや体制の見直しを図り、必要な対策を講じることを通じて、堅牢な組織体制を構築し、優れた病院づくりに向けた取り組みを強化する機会となりうる。また、新型コロナウイルス感染症流行下での病院機能評価の受審は、日頃見ることができない病院の良い部分を評価することを可能とし、病院の持つポテンシャルをよりはっきりと見出す機会となる。より良い病院組織の確立に向けて、引き続き積極的な病院機能評価の受審と活用が推進されることが期待される。

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

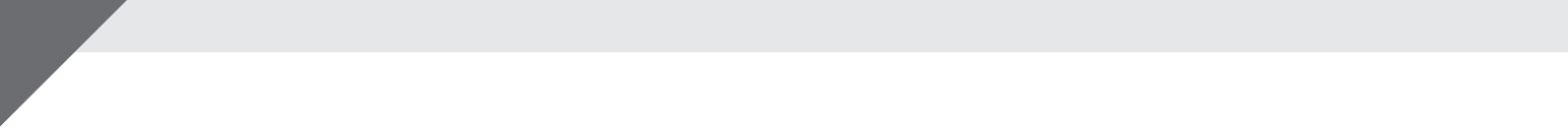
4

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	公益財団法人へ移行
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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 年度

2021 年 12 月 15 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

ISBN978-4-902379-01-3

C0047 ¥4000E



9784902379013

定価：本体 4,000 円＋税