病院機能評価データブック

2023

2023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。2023 年 3 月末時点で認定病院は 2,013 病院であり、その病床数はわが国の病床数の 41.0％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還元するために、2022 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 383 病院のデータをまとめた『病院機能評価データブック　2023』を作成いたしました。医療の質向上に向けた日々の取り組みの資料としてご活用いただければ幸甚です。

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。

「病院機能評価データブック　2023」
目次

はじめに…… 1

「病院機能評価データブック　2023」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

第2章　現況調査の概要 …… 19

2.1 集計対象病院の概要 …… 20

2.2 臨床指標 …… 27

2.3 部門ごとの活動状況 …… 28

2.4 経営の状況 …… 34

第3章　審査結果の概要 …… 35

3.1 主機能別の審査について …… 36

3.2 審査結果の要約・全体（一般病院3を除く）…… 38

3.3 一般病院1 …… 41

3.4 一般病院2 …… 47

3.5 リハビリテーション病院 …… 53

3.6 慢性期病院 …… 59

3.7 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 病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の影響（2022年度）… 79
4.3 高度・専門機能 リハビリテーション（回復期） …… 81

日本医療機能評価機構　病院機能評価事業　沿革…… 92

「病院機能評価データブック　2023」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　2023 を作成した。

集計対象は、2022 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 383 病院である。3rdG: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。

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。

2022 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 383 病院を集計対象とした。

主機能別の内訳は、一般病院 1 が 94 病院、一般病院 2 が 185 病院、一般病院 3 が 20 病院、リハビリテーション病院が 31 病院、慢性期病院が 27 病院、精神科病院が 26 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5%、地域医療支援病院は28%、がん診療連携拠点病院（都道府県または地域）は21%だった。

職員数（100床当り常勤換算　中央値）は、総数は189人（全国値142人）で、職種別では、医師が18人（全国値16人）、看護師が79人（全国値56人）、薬剤師が5人（全国値3人）、臨床検査技師が6人（全国値4人）、診療放射線技師が5人（全国値3人）など、受審病院の方が全国値（令和2　(2020)　年医療施設（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61%で、昨年度（58%）よりも多かった。

感染管理担当の常勤専従者（看護師）を配置しているのは56%で、昨年度（49%）よりも多かった。

病理部門に医師（常勤専従）がいるのは36%であった。

放射線科医による画像の読影体制があるのは89%で、昨年度（85%）よりも多かった。

手術を実施しているのは75%、麻酔科医（常勤専従）がいるのは53%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（44%）よりも少なかった。

第3章「審査結果の概要」では、2022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363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232病院（63.9%）で、昨年度（65.2%）よりも少なかった。

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

評価C（一定の水準に達しているとは言えない）の評価項目があった病院は、中間的な結果報告では112病院（30.9%）で昨年度（24.4%）より多かった。補充的な審査などを経て、最終的な審査結果報告書では評価Cの評価項目がある病院は8病院（2.2%）で昨年度（2.6%）とほぼ同等であった。

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」（一般病院2）「薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」（一般病院1、一般病院2、リハビリテーション病院、精神科病院）などだった。

審査結果（認定の判定）は、認定が356病院（98.1%）で昨年度（97.4%）とほぼ同等であった。条件付認定は7病院（1.9%）、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、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。

第4章「テーマ別分析」では、一般病院3の審査結果と、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、高度・専門機能 リハビリテーション（回復期）を取り上げた。

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

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

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

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

一般病院3を受審した病院は20病院であった。

評価S（秀でている）があった病院は19病院（95.0%）だった。病院が掲載に同意した評価Sの所見を別冊に掲載した。

評価C（一定の水準に達しているとはいえない）があった病院は、中間的な結果報告では20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14病院（70.0%）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、「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」「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」などだった。

審査結果（認定の判定）は、認定が6病院（30.0%）、条件付認定が12病院（60.0%）、認定留保が2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. 病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の影響（2022年度）

新型コロナウイルス感染症の訪問審査への影響についてまとめた。2020年度は予定されていた447病院のうち165病院に訪問審査を実施（実施率は36.9%）、2021年度は予定されていた511病院のうち321病院に訪問審査を実施（実施率は62.8%）した。2022年度は予定されていた573病院のうち448病院に訪問審査を実施し、実施率は78.2%となった。

2020 年度の訪問審査の実施率は 36.9％で、機能種別ごとの内訳は一般病院 1 ～ 3 で 30％台、それ以外では 50％台の実施率であった。2021 年度の実施率は 62.8％で機能種別ごとの訪問審査の実施率には大きな差はなく、いずれの機能種別も 60％前後の実施率となった。2022 年度の実施率は 78.2％で、緩和ケア病院で 50.0％、一般病院 1 で 71.5％、一般病院 3 では 88.9％、それ以外では 80% 前後の実施率であった。

3. 高度・専門機能 リハビリテーション（回復期）

2019 年 10 月より運用が開始された「病院機能評価 高度・専門機能 Ver.1.0」（以下 高度・専門機能）について、高度・専門機能審査の前身となる「付加機能」からの変遷、高度・専門機能リハビリテーション（回復期）審査の概要、評点分布、審査結果についてまとめた。

第1章

病院機能評価の概要

1.1　病院機能評価の意義
1.2　病院機能評価の変遷
1.3　機能種別
1.4　審査の流れ
1.5　対象領域と評価項目
1.6　評価判定と認定
1.7　受審病院数の推移

1.1 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。評価内容は定期的に見直されており、2018 年 4 月からは Ver.2.0 の運用を開始し、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、2023 年 4 月より新評価体系 3rdG:Ver.3.0 の運用を開始した。

当機構の病院機能評価事業は、2013 年に国際医療の質学会(ISQua: International Society for Quality Health Care)が実施する国際認定(IAP)を受審し、組織運営に関する認定(組織認定)および評価項目に関する認定(項目認定)を取得、2017 年、および 2022 年 10 月(組織認定)・2023 年 2 月(項目認定)に更新の認定を取得した。

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.jcqhc.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。

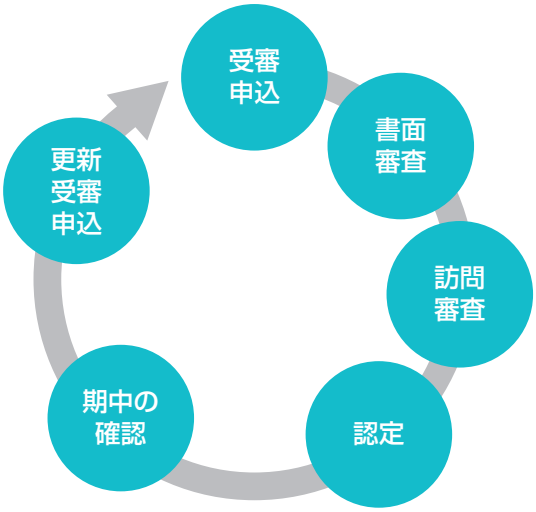
図表 1-3. 機能種別一覧

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

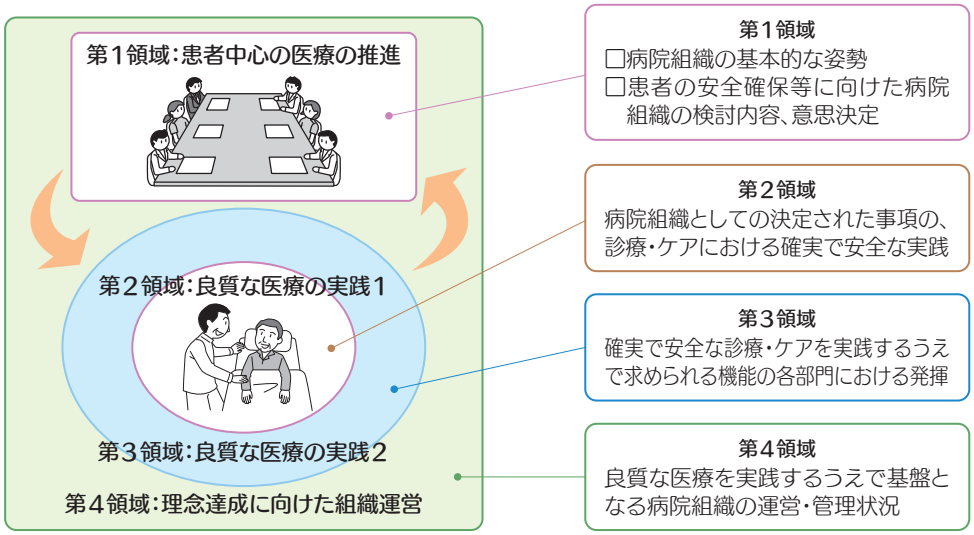
病院は「受審申込」を行い、「書面審査」および「訪問審査」を経て、当機構の基準を満たしている※と判断された場合に認定となる。また、認定後３年目には、質改善の取り組み状況を確認する「期中の確認」が行われる。認定から５年後に更新受審となる。

図表1-4. 審査の流れ



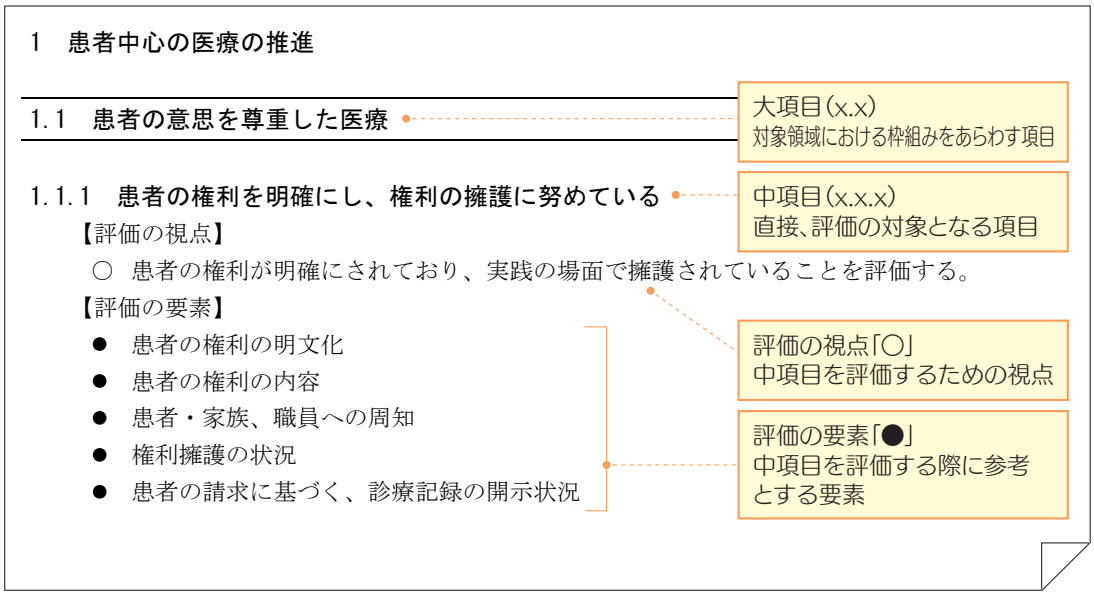
1.5 対象領域と評価項目

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。

取り組みが秀でている場合は「評価S」となる。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。

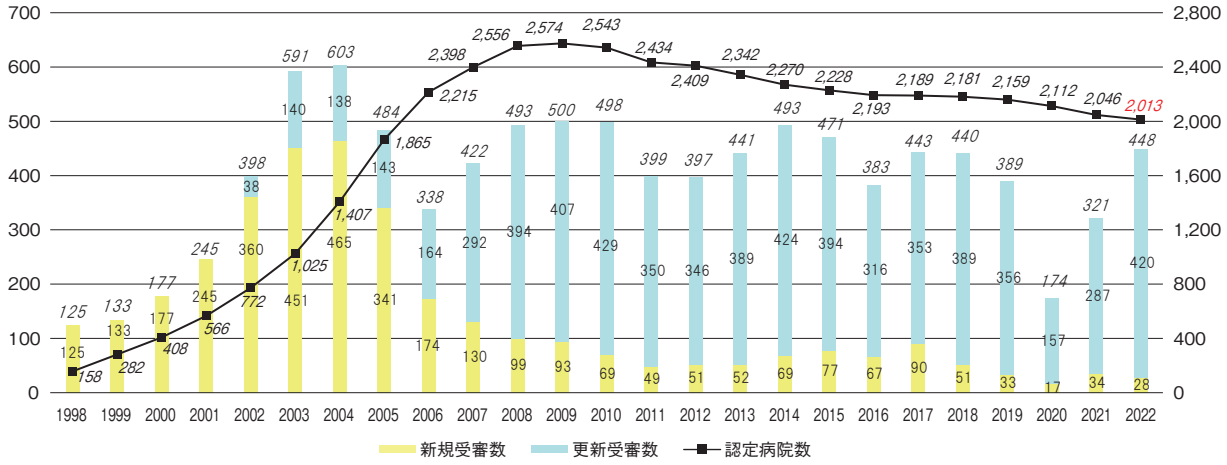
評価	定義
S	秀でている
A	適切に行われている / 指摘する問題がない
B	一定の水準に達している / 若干の課題（継続性等）は認められるが、認定の判定には影響しない
C	一定の水準に達しているとはいえない

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 年度以降は再度減少している。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、訪問審査直前の延期等が発生し、受審病院数は 2019 年度 389 病院、2020 年度 174 病院、2021 年度 321 病院、2022 年度 448 病院となった。

2023 年 3 月末時点の認定病院数は 2,013 病院となっている。

図表 1-7a. 受審病院数の年度別推移



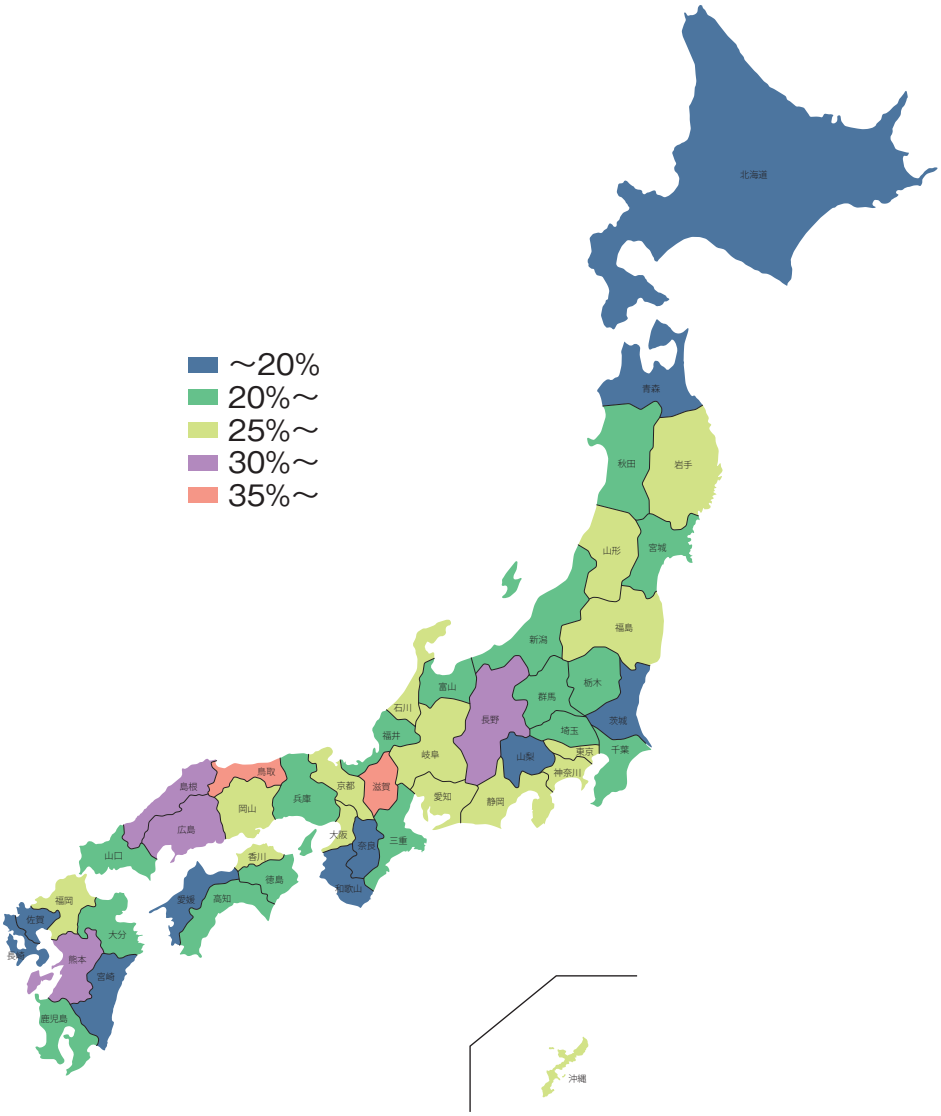
図表 1-7b および図表 1-7c に 2023 年 3 月末時点の都道府県別の認定病院率を示した。全国の認定率は 24.6％であった。認定病院の割合が 30％を超えた都道府県は、長野県 33.6％、滋賀県 41.4％、鳥取県 37.2％、島根県 34.8％、広島県 31.3％、熊本県 33.7％であった。

図表 1-7b. 都道府県別認定病院率（2023 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	537	100	18.6	滋賀県	58	24	41.4
青森県	91	16	17.6	京都府	161	48	29.8
岩手県	92	27	29.3	大阪府	509	143	28.1
宮城県	135	28	20.7	兵庫県	348	86	24.7
秋田県	65	14	21.5	奈良県	75	14	18.7
山形県	67	19	28.4	和歌山県	83	12	14.5
福島県	124	33	26.6	鳥取県	43	16	37.2
茨城県	173	34	19.7	島根県	46	16	34.8
栃木県	109	22	20.2	岡山県	159	43	27.0
群馬県	128	28	21.9	広島県	233	73	31.3
埼玉県	344	85	24.7	山口県	139	32	23.0
千葉県	289	63	21.8	徳島県	106	23	21.7
東京都	631	174	27.6	香川県	89	23	25.8
神奈川県	336	89	26.5	愛媛県	134	22	16.4
新潟県	123	25	20.3	高知県	121	25	20.7
富山県	106	25	23.6	福岡県	453	116	25.6
石川県	91	26	28.6	佐賀県	97	17	17.5
福井県	67	14	20.9	長崎県	147	26	17.7
山梨県	60	9	15.0	熊本県	205	69	33.7
長野県	125	42	33.6	大分県	151	33	21.9
岐阜県	97	25	25.8	宮崎県	133	24	18.0
静岡県	170	46	27.1	鹿児島県	232	51	22.0
愛知県	318	87	27.4	沖縄県	89	24	27.0
三重県	93	22	23.7	合　計	8,182	2,013	24.6

※各都道府県の全病院数は、「医療施設動態調査（2022 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（2023 年 3 月 31 日時点）



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

2022 年度に主たる機能種別の認定の可否を決定した 383 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、383 病院だった。

主機能別では、一般病院 1 が 94 病院（25%）、一般病院 2 が 185 病院（48%）、一般病院 3 が 20 病院（5%）、リハビリテーション病院が 31 病院（8%）、慢性期病院が 27 病院（7%）、精神科病院が 26 病院（7%）、緩和ケア病院が 0 病院（0%）だった。

新規・更新別では、新規が 32 病院（8%）、更新が 351 病院（92%）だった。

審査体制区分別では、区分 1 が 75 病院（20%）、区分 2 が 125 病院（33%）、区分 3 が 117 病院（31%）、区分 4 が 46 病院（12%）、区分 9 が 20 病院（5%）だった。

主機能に加えて「副機能」も受審したのは 85 病院（22%）だった。副機能の受審延べ件数は 94 件で、最も多いのがリハビリテーション病院で 35 件だった。

訪問審査受審年度別では、2021 年度が 116 病院（30%）、2022 年度が 267 病院（70%）だった。

表1　機能種別と審査体制区分など

2022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	383	94	185	20	31	27	26	0	病院

新規／更新

新規	32	11	14	3	2	2	0	0	病院
更新	351	83	171	17	29	25	26	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	75	24	3	－	27	17	4	0	病院
審査体制区分2	125	70	19	－	4	10	22	0	病院
審査体制区分3	117	－	117	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分4	46	－	46	－	－	－	－	－	病院
審査体制区分9	20	－	－	20	－	－	－	－	病院

副機能を受審した病院

副機能を受審した病院（実）	85	30	28	5	6	12	4	0	病院

選択した副機能（延）	94	34	30	5	7	14	4	0	病院
副機能_一般1	6	－	－	－	4	2	0	0	病院
副機能_一般2	1	－	－	－	0	1	0	0	病院
副機能_リハビリ	35	23	4	0	－	7	1	0	病院
副機能_慢性期	14	3	5	0	3	－	3	0	病院
副機能_精神	16	1	9	5	0	1	－	0	病院
副機能_緩和	22	7	12	0	0	3	0	－	病院

訪問審査受審年度

2021年度	116	22	63	11	4	11	5	0	病院
2022年度	267	72	122	9	27	16	21	0	病院

（注）緩和ケア病院は集計対象が0病院のため機能種別毎の集計結果は表示しない。（以下表2-7も同様）

（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 5% だった。
地域医療支援病院は、集計対象病院の 28% だった。
救命救急センターは、集計対象病院の 16% だった。
がん診療連携拠点病院は、集計対象病院の 21% だった。
在宅療養支援病院は、集計対象病院の 17% だった。

（3）病床の内訳（表 2）

実稼働可能病床数の平均値は 305 床で、内訳は一般病床 255 床、療養病床 24 床、精神病床 25 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 16 床、緩和ケア病床 4 床などだった。

（4）患者数経年推移（表 2）

外来患者数の平均値は 486 人／診療日、入院患者数の平均値は 236 人／日、病床利用率の平均値は 77%、平均在院日数の平均値は 16 日だった。

（5）診療科目

内科は 83%、整形外科は 82%、リハビリテーション科は 74%、外科は 64%、小児科は 53％、精神科は 49%、産婦人科は 39%、救急科は 34% の集計対象病院が標榜していた。

麻酔科は 71%、放射線科は 62%、病理診断科は 47%、臨床検査科は 24% 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）

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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	5%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	－	割合%
地域医療支援病院	28%	1%	57%	0%	0%	0%	0%	－	割合%
救命救急センター	16%	0%	27%	65%	0%	0%	0%	－	割合%
がん診療連携拠点病院	21%	0%	34%	95%	0%	0%	0%	－	割合%
在宅療養支援病院	17%	47%	5%	0%	19%	26%	0%	－	割合%
実稼働可能病床数（平均値）									
合計	305	137	379	828	159	185	284	－	病床／病院
一般病床	255	107	364	794	67	79	6	－	病床／病院
療養病床	24	28	5	0	85	103	9	－	病床／病院
精神病床	25	1	8	32	7	2	269	－	病床／病院
結核病床	1	0	2	2	0	1	0	－	病床／病院
感染症病床	1	0	1	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	20	8	0	114	20	2	－	病床／病院
地域包括ケア病床	16	26	17	0	9	9	0	－	病床／病院
緩和ケア病床	4	3	5	3	0	6	0	－	病床／病院
特殊病床がある病院の割合									
救急専用病床	30%	15%	45%	80%	3%	0%	0%	－	割合%
集中治療管理室（ICU）	29%	1%	49%	95%	0%	0%	0%	－	割合%
回復期リハビリテーション病床	28%	37%	18%	0%	100%	33%	4%	－	割合%
地域包括ケア病床	38%	70%	36%	0%	23%	30%	0%	－	割合%
緩和ケア病床	20%	18%	27%	15%	0%	26%	0%	－	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	486	196	676	1783	73	64	120	－	人／診療日／病院
入院患者数	236	108	284	628	137	166	253	－	人／日／病院
病床利用率	77	79	75	76	87	90	89	－	%
平均在院日数	16	18	9	8	44	83	139	－	日

（6）職員数（常勤換算）（表３）

職員総数（合計）の中央値は 189.1 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 17.7 人、看護師が 79.0 人、看護補助者が 8.5 人、薬剤師が 4.5 人、臨床検査技師が 5.8 人、診療放射線技師が 4.6 人、管理栄養士が 1.9 人、理学療法士が 4.6 人、作業療法士が 2.5 人、臨床工学技士が 1.7 人、診療情報管理士・診療録管理士が 0.9 人、事務部門が 14.9 人などだった。

表３　病院の概要２（職員数）

2022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	383	94	185	20	31	27	26	0	病院
職員数（常勤換算）／稼働100床（中央値）									
医師	17.7	12.2	25.7	68.0	7.9	5.4	4.9	－	人／稼働100床
歯科医師	0.0	0.0	0.4	1.8	0.0	0.0	0.0	－	人／稼働100床
保健師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	－	人／稼働100床
助産師	0.0	0.0	3.3	4.4	0.0	0.0	0.0	－	人／稼働100床
看護師	79.0	63.5	96.2	114.8	51.9	39.3	30.3	－	人／稼働100床
准看護師	1.9	5.7	0.6	0.0	2.4	7.5	6.4	－	人／稼働100床
看護補助者	8.5	11.2	8.0	6.5	10.7	11.2	9.7	－	人／稼働100床
薬剤師	4.5	4.0	5.7	8.3	3.0	2.0	1.3	－	人／稼働100床
臨床検査技師	5.8	4.2	7.5	10.0	1.1	1.4	0.5	－	人／稼働100床
診療放射線技師（X線技師）	4.6	4.5	5.6	6.6	1.2	1.0	0.4	－	人／稼働100床
管理栄養士	1.9	2.2	1.8	1.5	2.3	1.5	1.1	－	人／稼働100床
栄養士	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	－	人／稼働100床
調理師	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.9	－	人／稼働100床
理学療法士	4.6	10.4	3.9	2.2	33.6	4.3	0.0	－	人／稼働100床
作業療法士	2.5	4.6	1.7	0.8	19.9	2.5	3.7	－	人／稼働100床
言語聴覚士	1.0	1.7	0.9	0.6	7.6	1.4	0.0	－	人／稼働100床
診療情報管理士	0.9	1.1	1.0	1.2	0.5	0.4	0.2	－	人／稼働100床
臨床工学技士	1.7	0.9	2.6	2.9	0.0	0.0	0.0	－	人／稼働100床
社会福祉士	0.8	1.9	0.0	0.3	3.0	1.0	0.0	－	人／稼働100床
精神保健福祉士（PSW）	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	3.8	－	人／稼働100床
医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ（MSW）	0.0	0.0	0.7	0.6	0.0	0.6	0.0	－	人／稼働100床
介護福祉士	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	3.2	0.0	－	人／稼働100床
臨床心理士	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	1.1	－	人／稼働100床
事務部門	14.9	17.0	15.8	19.5	12.2	9.0	6.7	－	人／稼働100床
職員総数	189.1	172.5	201.7	268.1	172.4	117.3	80.4	－	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 92% 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 61% だった。

アクシデント・インシデントの院内報告制度、集計対象病院のすべてが実施していた。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 99% 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 56% 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 98%、94%、96%、87%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 100% 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 84% 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 79% 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）

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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	92%	91%	99%	100%	77%	70%	69%	−	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	61%	27%	92%	100%	23%	19%	19%	−	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	99%	98%	99%	100%	97%	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	56%	21%	90%	100%	6%	11%	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	98%	98%	99%	100%	97%	100%	92%	−	割合%
微生物サーベイランスを行っている	94%	94%	99%	100%	87%	93%	62%	−	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	96%	96%	99%	100%	97%	96%	73%	−	割合%
主要な医療関連感染の発生状況を把握している	87%	82%	95%	100%	65%	85%	69%	−	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%	96%	−	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いる	84%	80%	91%	95%	74%	81%	62%	−	割合%

（11）患者相談機能

常勤専従の患者相談担当者がいる	79%	74%	84%	90%	81%	67%	69%	−	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 29% 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 0.70 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

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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	29%	17%	38%	45%	26%	15%	19%	−	割合%

【共通】全ての機能種別が対象
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	0.70	1.06	0.75	0.63	0.44	0.46	0.26	−	件／ 1000人日
データ提出病院数	376	90	183	20	30	27	26	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	0.16	0.10	0.05	0.09	0.04	0.10	−	件／ 1000人日
データ提出病院数	374	88	183	20	30	27	26	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 78% だった。
外来処方箋の院外処方率の中央値は 94% だった。
注射薬の個人別取り揃え（1 施用ごと）行っているのは、集計対象病院の 93% だった。
定常的に抗がん剤を使用しているのは、集計対象病院の 66% だった。
薬剤部に安全キャビネットがあるのは、集計対象病院の 69% 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 94% だった。
主要な血液、生化学検査（ルーチン検査）の結果報告にかかる時間の中央値はルーチン検査が 60 分、緊急検査が 30 分だった。

（3）病理診断部門（機能）（表 6）

病理部門に医師（常勤専従）がいるのは、集計対象病院の 36% だった。
迅速術中凍結切片病理検査を実施しているのは、集計対象病院の 55% だった。
剖検を実施しているのは、集計対象病院の 54% 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 49% 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 89% だった。
CT 装置があるのは、集計対象病院の 98% だった。
MRI 装置があるのは、集計対象病院の 79% 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 36% 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 88% だった。
血液専用の保冷庫（自記式温度計付）があるのは、集計対象病院の 78% だった。
凍結血漿専用の冷凍庫（自記式温度計付き）があるのは、集計対象病院の 67% 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 75% 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 53% 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 29%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の使用、生物学的検知を行っているのは、集計対象病院の 89%、90%、84% 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 74% 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 16%、水準 2 を選択したのは集計対象病院の 25% 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86%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34%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）､脳血管疾患等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）、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43%、72%、88%、77%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68%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95%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85%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38%、20%、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 96% 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 64% 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 38% 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 57% 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 70%、50% だった。

医療機器の供給が 24 時間体制なのは、集計対象病院の 80% 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 42% だった。

医師の協力型臨床研修病院は、集計対象病院の 57% だった。

表６　部門ごとの活動状況

2022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	383	94	185	20	31	27	26	0	病院
（1）薬剤部門									
病棟担当の薬剤師がいる	78%	67%	97%	100%	58%	41%	27%	−	割合%
外来処方箋の院外処方率中央値（%）	94%	96%	93%	94%	95%	94%	97%	−	%
注射薬の個人別取り揃え（1施用ごと）を行っている	93%	89%	97%	100%	84%	96%	85%	−	割合%
定常的に抗がん剤を使用している	66%	57%	95%	95%	3%	7%	0%	−	割合%
薬剤部に安全キャビネットがある	69%	66%	96%	95%	0%	15%	0%	−	割合%
（2）臨床検査部門（機能）									
外部機関の精度管理へ毎年参加している	94%	96%	100%	95%	71%	89%	73%	−	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	60	120	60	450	−	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	43	40	30	40	−	分

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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	36%	0%	64%	100%	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）	55%	23%	90%	100%	0%	4%	0%	−	割合%
剖検を実施している(院内または他施設に依頼)	54%	17%	90%	100%	0%	7%	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	49%	17%	81%	100%	3%	4%	0%	−	割合%
放射線科医による読影体制がある	89%	89%	98%	100%	81%	74%	42%	−	割合%
撮影装置　CTがある	98%	97%	99%	100%	97%	96%	88%	−	割合%
撮影装置　MRIがある	79%	80%	98%	100%	39%	33%	19%	−	割合%

（5）放射線治療部門（機能）

放射線治療を行っている	36%	1%	62%	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	88%	97%	99%	100%	61%	70%	15%	−	割合%
血液専用の保冷庫（自記式温度計付）がある	78%	80%	95%	100%	39%	44%	12%	−	割合%
凍結血漿専用の冷凍庫(自記式温度計付）がある	67%	59%	91%	100%	26%	11%	12%	−	割合%

（7）手術･麻酔科部門（機能）

手術を実施している	79%	86%	99%	100%	39%	26%	0%	−	割合%
全身麻酔手術を実施している	75%	78%	99%	100%	23%	4%	8%	−	割合%
手術・麻酔部門に麻酔科医(常勤専従）がいる	53%	22%	88%	95%	6%	0%	0%	−	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	29%	32%	19%	5%	39%	59%	62%	−	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	89%	86%	99%	100%	68%	59%	73%	−	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	90%	89%	97%	90%	68%	63%	88%	−	割合%
滅菌効果の確認_生物学的検知を行っている	84%	87%	98%	100%	58%	44%	38%	−	割合%

（9）時間外・救急診療部門（機能）

救急告示病院である	74%	80%	96%	95%	19%	22%	8%	−	割合%
救急医療_水準１	16%	0%	27%	65%	0%	0%	0%	−	割合%
救急医療_水準２	25%	9%	44%	35%	0%	0%	0%	−	割合%

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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%	70%	71%	45%	94%	93%	85%	－	割合%
栄養サポートチーム（NST）がある	86%	79%	96%	100%	81%	67%	50%	－	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	34%	21%	34%	90%	71%	15%	8%	－	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	43%	18%	69%	90%	10%	0%	0%	－	割合%
施設基準_脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を届出ている	72%	66%	80%	90%	100%	48%	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	88%	88%	97%	95%	100%	78%	12%	－	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	77%	71%	95%	90%	61%	59%	4%	－	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	68%	67%	86%	95%	32%	22%	12%	－	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	95%	94%	96%	100%	94%	93%	85%	－	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%	91%	95%	95%	96%	84%	83%	－	%

（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	85%	72%	95%	100%	74%	70%	73%	－	割合%
情報システム担当者（常勤専従）がいる	52%	40%	65%	100%	45%	11%	23%	－	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	38%	68%	22%	0%	55%	63%	35%	－	割合%
訪問看護に院内で対応している	20%	14%	20%	0%	23%	30%	50%	－	割合%
訪問リハビリテーションに院内で対応している	27%	38%	18%	0%	71%	41%	8%	－	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	96%	97%	98%	100%	97%	85%	77%	－	割合%
外来がん化学療法を実施している	64%	57%	92%	95%	0%	7%	0%	－	割合%
医師事務作業補助者（常勤専従）がいる	38%	46%	45%	55%	16%	4%	4%	－	割合%

2022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	383	94	185	20	31	27	26	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	57%	45%	79%	95%	10%	30%	4%	−	割合%
人工呼吸器を中央管理している	70%	57%	94%	100%	23%	41%	12%	−	割合%
モニターを中央管理している	50%	26%	71%	90%	13%	22%	35%	−	割合%
医療機器の供給が24時間体制である	80%	67%	90%	100%	71%	67%	58%	−	割合%

（17）臨床研修機能

医師の基幹型臨床研修病院	42%	6%	74%	90%	0%	0%	0%	−	割合%
医師の協力型臨床研修病院	57%	34%	75%	65%	26%	22%	77%	−	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 14,279 円だった。
入院患者１人１日あたりの収益の中央値は 50,026 円だった。

表７　経営の状況

2022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	383	94	185	20	31	27	26	0	病院

患者1人1日あたりの収益　外来全体　中央値	14,279	11,710	16,953	25,015	9,055	8,901	7,951	−	円／人日
患者1人1日あたりの収益　入院全体　中央値	50,026	38,649	64,777	88,246	40,593	23,642	17,410	−	円／人日

第3章

審査結果の概要

3.1　主機能別の審査について
3.2　審査結果の要約・全体
（一般病院3を除く）
3.3　一般病院1
3.4　一般病院2
3.5　リハビリテーション病院
3.6　慢性期病院
3.7　精神科病院

3.1 主機能別の審査について

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。

2022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383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、およ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94、一般病院２が185、一般病院３が20、リハビリテーション病院が31、慢性期病院が27、精神科病院が26、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）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。（緩和ケア病院は０病院のため、割愛する。）

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ので、集計結果は第４章に掲載する。

3.2 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 232 病院（63.9%）に計 589 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	131	151	48	31	2	363
構成比%	36.1%	41.6%	13.2%	8.5%	0.6%	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（8）
一般病院2	3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している（31）
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（11）
慢性期病院	1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している（3）
	2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている（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（4）
	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）
	2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている（4）

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 251 病院（69.1%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。112 病院（30.9%）に計 157 項目の評価Cがあった。

評価Cが多かった評価項目は、「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」（一般病院1、一般病院2、リハビリテーション病院、精神科病院）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	251	101	11	0	0	363
構成比%	69.1%	27.8%	3.0%	0.0%	0%	100.0%

中間的な結果報告で評価Cが多かった評価項目（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	3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している（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（5）
	3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している（5）
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（17）
	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（16）
リハビリテーション病院	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（2）
	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）
慢性期病院	2.1.2	診療記録を適切に記載している（2）
	4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している（2）
精神科病院	2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している（2）

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355病院（97.8%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。8病院（2.2%）に計11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	355	7	1	0	0	363
構成比 %	97.8%	1.9%	0.3%	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 355 病院（97.8%）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 8 病院（2.2%）は、個別に認定の判定を審議し、1 病院を「認定」、7 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 356 病院（98.1%）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 7 病院（1.9%）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 最終Ｃなし	中間Ｃあり 最終Ｃなし	中間Ｃなし 最終Ｃあり	中間Ｃあり 最終Ｃあり	合計	
					病院数	構成比 %
認定	251	104	0	1	356	98.1%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	7	7	1.9%
病院数	251	104	0	8	363	100.0%
構成比 %	69.1%	28.7%	0.0%	2.2%	100.0%	

3.3 一般病院1

主機能「一般病院１」の 94 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 34 病院（36.2%）に計 60 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	60	28	5	1	0	94
構成比 %	63.8%	29.8%	5.3%	1.1%	0.0%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

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	8	8.5%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	6	6.4%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	5	5.3%

最終S割合％＝最終S病院数／集計対象病院数× 100

2）評価C（一定の水準に達しているとはいえない）

① 中間的な結果報告

中間的な結果報告では 66 病院（70.2%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。28 病院（29.8%）に計 34 項目の評価Cがあった。

評価Cが多かった評価項目と評価Cの病院数は、「3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している」（6 病院）、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」（5 病院）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	66	28	0	0	0	94
構成比 %	70.2%	29.8%	0.0%	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 %
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している （指摘の例） 診療記録の量的点検の不備　6 病院	6	6.4%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している （指摘の例） 病棟等での麻薬管理の不備　3 病院	5	5.3%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している （指摘の例） 血液製剤の保管体制の不備　2 病院	5	5.3%

中間Ｃ割合％＝中間Ｃ病院数／集計対象病院数× 100

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

②最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 92 病院（97.9%）はすべての評価項目が評価Ｂ以上（評価Ｃがない）だった。2 病院（2.1%）に計 2 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。

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

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	92	2	0	0	0	94
構成比 %	97.9%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3）認定の判定

最終的な審査結果報告書に基づいて認定の判定を決定した。

最終的な審査結果報告書ですべての評価項目が評価Ｂ以上（評価Ｃがない）だった 92 病院は、すべて「認定」とした。

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

「認定」とした 93 病院（98.9%）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（1.1%）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 最終Ｃなし	中間Ｃあり 最終Ｃなし	中間Ｃなし 最終Ｃあり	中間Ｃあり 最終Ｃあり	合計	
					病院数	構成比 %
認定	66	26	0	1	93	98.9%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	1	1	1.1%
病院数	66	26	0	2	94	100.0%
構成比 %	70.2%	27.7%	0.0%	2.1%	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

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院 1）	S	A	B	C	NA	合計	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%	95.7%	4.3%	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%	68.1%	31.9%	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	1.1%	98.9%	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%	91.5%	8.5%	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	1.1%	76.6%	22.3%	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	2.1%	62.8%	35.1%	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	合計	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%	67.0%	33.0%	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	1.1%	85.1%	13.8%	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	8.5%	87.2%	4.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み							
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	0.0%	92.6%	7.4%	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%	85.1%	14.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み							
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	0.0%	89.4%	10.6%	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	2.1%	78.7%	19.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5	継続的質改善のための取り組み							
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	89.4%	10.6%	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%	46.8%	53.2%	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	1.1%	84.0%	14.9%	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%	73.4%	26.6%	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%	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	88.3%	11.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	2.1%	71.3%	26.6%	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%	85.1%	14.9%	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	1.1%	46.8%	51.1%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	0.0%	86.2%	13.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	84.0%	13.8%	2.1%	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%	63.8%	30.9%	5.3%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	94.7%	5.3%	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%	97.9%	2.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	78.7%	21.3%	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%	70.2%	28.7%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	1.1%	86.2%	12.8%	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	1.1%	78.7%	20.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	0.0%	97.9%	2.1%	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	合計	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	1.1%	91.5%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	1.1%	97.9%	1.1%	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%	96.8%	3.2%	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%	91.5%	6.4%	2.1%	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	2.1%	97.9%	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%	79.8%	20.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.9	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	84.0%	16.0%	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	0.0%	93.6%	4.3%	0.0%	2.1%	100.0%	0.0%
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	80.9%	5.3%	0.0%	13.8%	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%	97.9%	1.1%	0.0%	1.1%	100.0%	0.0%
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	1.1%	97.9%	1.1%	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	2.1%	96.8%	1.1%	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%	88.3%	11.7%	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%	86.2%	12.8%	0.0%	1.1%	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	1.1%	75.5%	23.4%	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	3.2%	96.8%	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	4.3%	95.7%	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	1.1%	91.5%	6.4%	0.0%	1.1%	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%	76.6%	21.3%	2.1%	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%	86.2%	13.8%	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	2.1%	92.6%	5.3%	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	6.4%	91.5%	2.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	5.3%	88.3%	4.3%	0.0%	2.1%	100.0%	0.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	79.8%	13.8%	6.4%	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%	91.5%	8.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	0.0%	84.0%	14.9%	1.1%	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%	81.9%	12.8%	2.1%	3.2%	100.0%	1.1%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	98.9%	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%	74.5%	18.1%	5.3%	2.1%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	73.4%	7.4%	3.2%	16.0%	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%	9.6%	0.0%	0.0%	90.4%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	3.2%	73.4%	5.3%	0.0%	18.1%	100.0%	0.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院１）	S	A	B	C	NA	合計	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	1.1%	95.7%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	1.1%	96.8%	2.1%	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%	59.6%	40.4%	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%	89.4%	10.6%	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%	52.1%	47.9%	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	1.1%	79.8%	18.1%	1.1%	0.0%	100.0%	1.1%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	76.6%	23.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	75.5%	24.5%	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	1.1%	96.8%	2.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3　教育・研修								
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	0.0%	68.1%	30.9%	1.1%	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%	76.6%	23.4%	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%	90.4%	4.3%	0.0%	5.3%	100.0%	0.0%
4.4　経営管理								
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	93.6%	6.4%	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%	95.7%	4.3%	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%	91.5%	8.5%	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%	90.4%	8.5%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	85.1%	14.9%	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	3.2%	87.2%	8.5%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	94.7%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	95.7%	4.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

3.4 一般病院2

主機能「一般病院2」の185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135病院（73.0%）に計353項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」（31病院）、「3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している」（19病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	50	88	25	21	1	185
構成比%	27.0%	47.6%	13.5%	11.4%	0.5%	100.0%

最終的な審査結果報告書で評価Sが多かった評価項目

一般2	評価項目	最終S病院数	最終S割合%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	31	16.8%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	19	10.3%
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	17	9.2%

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113病院（61.1%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。72病院（38.9%）に計104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」（17病院）、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」（16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	113	63	9	0	0	185
構成比 %	61.1%	34.1%	4.9%	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 %
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） 手術室等の作業環境管理の不備　12 病院 職員の健康診断の実施の不備　3 病院 安全衛生委員会の機能不十分　2 病院	17	9.2%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している （指摘の例） 病棟等での麻薬管理の不備　12 病院 アンプル型カリウム製剤の部署配置　3 病院 向精神薬の管理不十分　2 病院	16	8.6%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している （指摘の例） 診療記録の形式的な点検（量的点検）不備　10 病院	11	5.9%

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 180 病院（97.3%）はすべての評価項目が評価Ｂ以上（評価Ｃがない）だった。5 病院（2.7%）に計 6 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	180	5	0	0	0	185
構成比 %	97.3%	2.7%	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） 作業環境管理の不備　1病院 職員の健康診断の実施の不備　1病院	2	1.1%

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180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180病院（97.3%）には、認定期間5年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした5病院（2.7%）には､改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価Cの有無と認定の判定

認定の判定	中間Cなし 最終Cなし	中間Cあり 最終Cなし	中間Cなし 最終Cあり	中間Cあり 最終Cあり	合計 病院数	合計 構成比 %
認定	113	67	0	0	180	97.3%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	5	5	2.7%
病院数	113	67	0	5	185	100.0%
構成比 %	61.1%	36.2%	0.0%	2.7%	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

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院２）	S	A	B	C	NA	合計	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%	95.7%	4.3%	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%	64.3%	35.1%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	1.6%	98.4%	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%	94.1%	2.2%	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%	80.0%	16.2%	3.8%	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	1.1%	69.7%	28.6%	0.5%	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	2.7%	90.8%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	9.2%	87.6%	2.7%	0.5%	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	8.6%	90.8%	0.5%	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	1.6%	88.6%	9.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	2.2%	89.2%	8.6%	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	1.6%	91.9%	6.5%	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	2.2%	74.1%	23.8%	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	0.5%	95.7%	3.8%	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	2.7%	66.5%	30.3%	0.5%	0.0%	100.0%	0.5%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	3.2%	80.5%	16.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	0.0%	78.4%	21.6%	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%	99.5%	0.5%	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%	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	2.7%	93.5%	3.2%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	82.2%	17.8%	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	合計	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%	94.6%	5.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.2	診療記録を適切に記載している	0.0%	62.7%	35.7%	1.6%	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%	85.4%	13.0%	1.6%	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%	71.9%	24.9%	3.2%	0.0%	100.0%	0.5%
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%	63.2%	28.1%	8.6%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.5%	98.4%	1.1%	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	1.1%	96.8%	2.2%	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	1.1%	88.1%	10.8%	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%	80.0%	17.8%	2.2%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	3.8%	88.1%	7.6%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	3.2%	83.2%	13.5%	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	5.4%	93.0%	1.6%	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	0.5%	97.3%	2.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	1.6%	97.3%	0.5%	0.0%	0.5%	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%	92.4%	7.6%	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%	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%	84.3%	15.7%	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	3.8%	95.7%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.7	患者が円滑に入院できる	0.5%	98.9%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	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	0.5%	99.5%	0.0%	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	0.5%	89.2%	10.3%	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%	98.4%	1.6%	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	1.1%	91.9%	5.9%	0.0%	1.1%	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%	99.5%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	0.5%	99.5%	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	2.7%	96.2%	1.1%	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	2.2%	95.7%	2.2%	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	3.2%	90.3%	5.9%	0.0%	0.5%	100.0%	0.0%
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	0.5%	73.0%	25.9%	0.5%	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	1.1%	98.9%	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	4.3%	95.7%	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	2.2%	90.8%	6.5%	0.0%	0.5%	100.0%	0.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院２）	S	A	B	C	NA	合計	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	5.4%	75.1%	18.4%	1.1%	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	5.4%	83.8%	8.1%	2.7%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	5.4%	76.8%	17.8%	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	9.2%	89.2%	1.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	10.3%	83.8%	5.4%	0.0%	0.5%	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	0.5%	82.7%	10.8%	5.9%	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	4.9%	91.4%	2.2%	1.6%	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	1.6%	93.5%	4.3%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2	良質な医療を構成する機能２							
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	7.0%	83.2%	7.6%	1.6%	0.5%	100.0%	0.5%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	8.1%	54.6%	0.5%	0.0%	36.8%	100.0%	0.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	5.4%	83.8%	10.3%	0.5%	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	1.6%	89.2%	4.3%	3.8%	1.1%	100.0%	0.5%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	4.3%	74.1%	0.0%	0.0%	21.6%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	16.8%	79.5%	2.7%	0.0%	1.1%	100.0%	0.0%
第４領域　理念達成に向けた組織運営								
4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ							
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	0.5%	98.9%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	5.4%	94.1%	0.5%	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	1.6%	80.5%	17.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	0.5%	97.8%	1.6%	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	1.1%	74.6%	23.2%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2	人事・労務管理							
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	76.8%	23.2%	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%	84.9%	15.1%	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	0.5%	67.0%	23.2%	9.2%	0.0%	100.0%	1.1%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	2.2%	96.8%	1.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3	教育・研修							
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	1.1%	61.6%	36.2%	1.1%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	1.6%	84.9%	13.5%	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	1.6%	88.6%	9.7%	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	1.1%	95.1%	3.8%	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	0.5%	98.9%	0.5%	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%	98.9%	1.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	96.8%	3.2%	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	0.5%	93.0%	4.9%	1.6%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	85.9%	13.5%	0.5%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6	病院の危機管理							
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	2.7%	91.9%	5.4%	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%	98.9%	1.1%	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%	99.5%	0.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

3.5 リハビリテーション病院

主機能「リハビリテーション病院」の31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30病院（96.8%）に計107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」（11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	11	12	6	1	31
構成比%	3.2%	35.5%	38.7%	19.4%	3.2%	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	11	35.5%
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	9	29.0%
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	9	29.0%

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28病院（90.3%）はすべての評価項目が評価B以上（評価Cがない）だった。3病院（9.7%）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、「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病院）、「2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している」（2病院）などだった。

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

中間的な結果報告の評価Ｃの評価項目数の分布

中間Ｃ項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	28	2	1	0	0	31
構成比 %	90.3%	6.5%	3.2%	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

リハ	評価項目	中間Ｃ 病院数	中間Ｃ 割合 %
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している （指摘の例） 感染性廃棄物の取り扱いの不備　2 病院	2	6.5%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している （指摘の例） 病棟等での麻薬管理の不備　2 病院	2	6.5%

中間Ｃ割合％＝中間Ｃ病院数／集計対象病院数× 100

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

② 最終的な審査結果報告書

最終的な審査結果報告書では 31 病院（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	31	0	0	0	0	31
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 31 病院は、すべて「認定」とした。

最終的な審査結果報告書で評価Ｃがあった病院はなかった。

「認定」とした 31 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 最終Ｃなし	中間Ｃあり 最終Ｃなし	中間Ｃなし 最終Ｃあり	中間Ｃあり 最終Ｃあり	合計 病院数	合計 構成比 %
認定	28	3	0	0	31	100.0%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	28	3	0	0	31	100.0%
構成比 %	90.3%	9.7%	0.0%	0.0%	100.0%	

主機能　リハビリテーション病院（以下、「リハビリ病院」という）

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

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　リハビリ病院）	S	A	B	C	NA	合計	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%	90.3%	9.7%	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%	71.0%	29.0%	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	3.2%	90.3%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	9.7%	87.1%	3.2%	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%	96.8%	3.2%	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%	54.8%	45.2%	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	合計	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%	96.8%	3.2%	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	29.0%	64.5%	6.5%	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	35.5%	64.5%	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%	83.9%	16.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	0.0%	90.3%	9.7%	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	3.2%	87.1%	9.7%	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%	87.1%	12.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5　継続的質改善のための取り組み								
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	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	6.5%	87.1%	6.5%	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	0.0%	96.8%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	6.5%	71.0%	22.6%	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	9.7%	90.3%	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	12.9%	83.9%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	96.8%	3.2%	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%	96.8%	3.2%	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	6.5%	80.6%	12.9%	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%	96.8%	3.2%	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%	93.5%	6.5%	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%	80.6%	12.9%	6.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	3.2%	93.5%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	96.8%	3.2%	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%	90.3%	9.7%	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%	71.0%	22.6%	6.5%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	0.0%	93.5%	6.5%	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	3.2%	77.4%	19.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	9.7%	90.3%	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	合計	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%	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%	96.8%	0.0%	0.0%	3.2%	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	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	3.2%	87.1%	9.7%	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	3.2%	90.3%	6.5%	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	6.5%	87.1%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	3.2%	96.8%	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	6.5%	93.5%	0.0%	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	3.2%	90.3%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	96.8%	3.2%	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%	41.9%	0.0%	0.0%	58.1%	100.0%	0.0%
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	0.0%	12.9%	0.0%	0.0%	87.1%	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%	96.8%	0.0%	0.0%	3.2%	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	6.5%	90.3%	3.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	6.5%	93.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	29.0%	71.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	12.9%	87.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	12.9%	83.9%	3.2%	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%	74.2%	25.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	3.2%	96.8%	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	3.2%	96.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第３領域	**良質な医療の実践２**							
3.1	良質な医療を構成する機能１							
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	0.0%	93.5%	6.5%	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%	90.3%	6.5%	3.2%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	96.8%	3.2%	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	9.7%	87.1%	3.2%	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	29.0%	71.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	6.5%	90.3%	3.2%	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%	96.8%	3.2%	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%	80.6%	19.4%	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%	58.1%	0.0%	0.0%	41.9%	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%	35.5%	22.6%	0.0%	41.9%	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%	25.8%	0.0%	0.0%	74.2%	100.0%	0.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	0.0%	22.6%	0.0%	0.0%	77.4%	100.0%	0.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　リハビリ病院）	S	A	B	C	NA	合計	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	3.2%	96.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	64.5%	35.5%	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	3.2%	96.8%	0.0%	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%	77.4%	22.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2	人事・労務管理							
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	93.5%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	3.2%	87.1%	9.7%	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	6.5%	93.5%	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	9.7%	77.4%	12.9%	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	12.9%	83.9%	3.2%	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	6.5%	93.5%	0.0%	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	3.2%	96.8%	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%	93.5%	6.5%	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%	96.8%	3.2%	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%	93.5%	6.5%	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%	96.8%	3.2%	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	3.2%	90.3%	6.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	6.5%	83.9%	9.7%	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%

3.6 慢性期病院

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

1）評価 S（秀でている）

最終的な審査結果報告書では 13 病院（48.1%）に計 24 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、「1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している」（3 病院）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	14	11	1	1	0	27
構成比 %	51.9%	40.7%	3.7%	3.7%	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 %
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	3	11.1%
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	3	11.1%

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（81.5%）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（18.5%）に計 7 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、「2.1.2 診療記録を適切に記載している」（2 病院）などだった。

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

中間的な結果報告の評価Ｃの評価項目数の分布

中間Ｃ項目数	0 項目	1 ～ 2 項目	3 ～ 4 項目	5 ～ 9 項目	10 項目以上	合計
病院数	22	4	1	0	0	27
構成比 %	81.5%	14.8%	3.7%	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

慢性期	評価項目	中間Ｃ病院数	中間Ｃ割合 %
2.1.2	診療記録を適切に記載している （指摘の例） 退院時サマリーの迅速な作成　2 病院	2	7.4%
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している （指摘の例） 医師・薬剤師の人員確保の不備　2 病院	2	7.4%

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 26 病院（96.3%）はすべての評価項目が評価Ｂ以上（評価Ｃがない）だった。1 病院（3.7%）に計 3 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。

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

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	26	0	1	0	0	27
構成比 %	96.3%	0.0%	3.7%	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 26 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 26 病院（96.3%）には、認定期間５年の認定証を交付した。

「条件付認定」とした１病院（3.7%）には､改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした病院はなかった。

中間的な結果報告・最終的な審査結果報告書での評価Ｃの有無と認定の判定

認定の判定	中間Ｃなし 最終Ｃなし	中間Ｃあり 最終Ｃなし	中間Ｃなし 最終Ｃあり	中間Ｃあり 最終Ｃあり	合計 病院数	 構成比 %
認定	22	4	0	0	26	96.3%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	1	1	3.7%
病院数	22	4	0	1	27	100.0%
構成比 %	81.5%	14.8%	0.0%	3.7%	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

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　慢性期病院）	S	A	B	C	NA	合計	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%	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	0.0%	77.8%	22.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	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%	92.6%	7.4%	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%	81.5%	18.5%	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	7.4%	74.1%	18.5%	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	合計	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%	66.7%	33.3%	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	11.1%	70.4%	18.5%	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	3.7%	92.6%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み							
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	3.7%	88.9%	7.4%	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	0.0%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	3.7%	81.5%	14.8%	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%	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	0.0%	66.7%	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	0.0%	81.5%	18.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	0.0%	81.5%	18.5%	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	3.7%	96.3%	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%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	3.7%	74.1%	22.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	85.2%	14.8%	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%	40.7%	51.9%	7.4%	0.0%	100.0%	3.7%
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%	85.2%	11.1%	3.7%	0.0%	100.0%	3.7%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	96.3%	3.7%	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%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	92.6%	7.4%	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%	77.8%	22.2%	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%	74.1%	25.9%	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%	81.5%	18.5%	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	3.7%	96.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　慢性期病院）	S	A	B	C	NA	合計	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%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	3.7%	96.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	0.0%	92.6%	7.4%	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%	96.3%	3.7%	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%	88.9%	11.1%	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%	88.9%	11.1%	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%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.8	患者が円滑に入院できる	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	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%	92.6%	7.4%	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%	100.0%	0.0%	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%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	0.0%	66.7%	7.4%	0.0%	25.9%	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	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	11.1%	88.9%	0.0%	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%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	0.0%	92.6%	7.4%	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	7.4%	81.5%	11.1%	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	7.4%	66.7%	22.2%	3.7%	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%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	3.7%	96.3%	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%	88.9%	11.1%	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%	81.5%	18.5%	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%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	0.0%	96.3%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	3.7%	96.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	85.2%	14.8%	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%	92.6%	7.4%	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%	59.3%	37.0%	0.0%	3.7%	100.0%	0.0%
3.2	良質な医療を構成する機能２							
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	0.0%	77.8%	0.0%	0.0%	22.2%	100.0%	0.0%
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	0.0%	66.7%	3.7%	0.0%	29.6%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	18.5%	0.0%	0.0%	81.5%	100.0%	0.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	0.0%	29.6%	3.7%	0.0%	66.7%	100.0%	0.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　慢性期病院）	S	A	B	C	NA	合計	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%	96.3%	3.7%	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%	96.3%	3.7%	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%	59.3%	40.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	0.0%	81.5%	18.5%	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%	59.3%	37.0%	3.7%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2　人事・労務管理								
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	0.0%	88.9%	3.7%	7.4%	0.0%	100.0%	3.7%
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	0.0%	85.2%	14.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	0.0%	96.3%	3.7%	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%	74.1%	25.9%	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	3.7%	85.2%	11.1%	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%	77.8%	11.1%	0.0%	11.1%	100.0%	0.0%
4.4　経営管理								
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	88.9%	11.1%	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%	88.9%	11.1%	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%	88.9%	11.1%	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%	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6　病院の危機管理								
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	7.4%	81.5%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	92.6%	7.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

3.7 精神科病院

主機能「精神科病院」の 26 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（76.9%）に計 45 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」（4 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	6	13	5	2	0	26
構成比 %	23.1%	50.0%	19.2%	7.7%	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	4	15.4%
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	15.4%
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	4	15.4%

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（84.6%）はすべての評価項目が評価 B 以上（評価 C がない）だった。4 病院（15.4%）に計 7 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」（2 病院）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	4	0	0	0	26
構成比 %	84.6%	15.4%	0.0%	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

精神科	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） ハイリスク薬の保管管理の不備　1 病院 病棟等での麻薬管理の不備　1 病院	2	7.7%

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 26 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	26	0	0	0	0	26
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 26 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 26 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 最終Cなし	中間Cあり 最終Cなし	中間Cなし 最終Cあり	中間Cあり 最終Cあり	合計 病院数	合計 構成比 %
認定	22	4	0	0	26	100.0%
認定留保	0	0	0	0	0	0.0%
条件付認定	0	0	0	0	0	0.0%
病院数	22	4	0	0	26	100.0%
構成比 %	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	100.0%	

主機能　精神科病院

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

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　精神科病院）	S	A	B	C	NA	合計	最終_C
第1領域　患者中心の医療の推進								
1.1	患者の意思を尊重した医療							
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	0.0%	88.5%	11.5%	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%	96.2%	3.8%	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%	96.2%	3.8%	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%	73.1%	26.9%	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%	92.3%	7.7%	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%	92.3%	7.7%	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	7.7%	92.3%	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	15.4%	84.6%	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	3.8%	96.2%	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	7.7%	92.3%	0.0%	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	3.8%	88.5%	7.7%	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	7.7%	80.8%	11.5%	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	合計	最終 _ C
1.5　継続的質改善のための取り組み								
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	96.2%	3.8%	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%	76.9%	23.1%	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	11.5%	80.8%	7.7%	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	7.7%	88.5%	3.8%	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	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%	96.2%	3.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	3.8%	80.8%	15.4%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	0.0%	76.9%	23.1%	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	0.0%	57.7%	38.5%	3.8%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	0.0%	88.5%	11.5%	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%	88.5%	11.5%	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%	69.2%	23.1%	7.7%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.7	医療機器を安全に使用している	0.0%	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	0.0%	80.8%	15.4%	3.8%	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%	84.6%	11.5%	3.8%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	3.8%	76.9%	19.2%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	3.8%	92.3%	3.8%	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	15.4%	84.6%	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	3.8%	96.2%	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%	92.3%	7.7%	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%	84.6%	15.4%	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%	69.2%	19.2%	0.0%	11.5%	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%	19.2%	0.0%	0.0%	80.8%	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	3.8%	57.7%	38.5%	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%	92.3%	7.7%	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%	96.2%	3.8%	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%	100.0%	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	合計	最終_C
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	0.0%	84.6%	15.4%	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%	19.2%	0.0%	0.0%	80.8%	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%	46.2%	0.0%	0.0%	53.8%	100.0%	0.0%
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	3.8%	96.2%	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	15.4%	84.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	0.0%	92.3%	7.7%	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	3.8%	88.5%	7.7%	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%	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.22	隔離を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	11.5%	88.5%	0.0%	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	3.8%	96.2%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	11.5%	88.5%	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%	88.5%	11.5%	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%	80.8%	19.2%	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%	84.6%	15.4%	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%	88.5%	7.7%	0.0%	3.8%	100.0%	0.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	7.7%	92.3%	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%	96.2%	3.8%	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%	84.6%	11.5%	3.8%	0.0%	100.0%	0.0%
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	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%	69.2%	26.9%	0.0%	3.8%	100.0%	0.0%
3.2　良質な医療を構成する機能２								
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	0.0%	15.4%	0.0%	0.0%	84.6%	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%	15.4%	0.0%	0.0%	84.6%	100.0%	0.0%
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	3.8%	88.5%	0.0%	0.0%	7.7%	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	7.7%	92.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	0.0%	80.8%	19.2%	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%	96.2%	3.8%	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%	80.8%	15.4%	3.8%	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	合計	最終 _ C
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%	96.2%	3.8%	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%	92.3%	7.7%	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%	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	0.0%	96.2%	3.8%	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%	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	0.0%	73.1%	26.9%	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%	96.2%	0.0%	0.0%	3.8%	100.0%	0.0%
4.4	経営管理							
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.2	医事業務を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	96.2%	3.8%	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	3.8%	84.6%	11.5%	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%	88.5%	11.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6	病院の危機管理							
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.2	保安業務を適切に行っている	0.0%	96.2%	3.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	0.0%	96.2%	3.8%	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 病院機能評価における新型コロナウイルス感染症の影響（2022年度）
4.3 高度・専門機能 リハビリテーション（回復期）

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、特定機能病院など、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20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19病院（95.0%）に計95項目の評価Sがあった。

評価Sが多かった評価項目と評価Sの病院数は、「3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している」(9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」(6病院）などだった。

別冊に病院の同意を得た評価Sの所見を掲載した。

最終的な審査結果報告書の評価Sの評価項目数の分布

最終S項目数	0項目	1～2項目	3～4項目	5～9項目	10項目以上	合計
病院数	1	3	6	10	0	20
構成比%	5.0%	15.0%	30.0%	50.0%	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%
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	9	45.0%
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	6	30.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	6	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20病院（100.0%）すべてに計132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、「1.5.4 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」（15病院）、「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」（10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	1	4	13	2	20
構成比%	0.0%	5.0%	20.0%	65.0%	10.0%	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%
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 （指摘の例） 高難度新規医療技術のモニタリング体制の不備　9病院 高難度新規医療技術の適切な説明　5病院	15	75.0%
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 （指摘の例） SSIサーベイランスの対応体制の不備　9病院 デバイスサーベイランスの実施体制の不備　5病院	10	50.0%

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） 臨床指標・質指標の取り組み改善　10 病院 クリニカル・パスの運用体制の見直し　6 病院	10	50.0%

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 6 病院（30.0%）はすべての評価項目が評価Ｂ以上（評価Ｃがない）だった。14 病院（70.0%）に計 56 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」（10 病院）、「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」（8 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	6	2	8	4	0	20
構成比 %	30.0%	10.0%	40.0%	20.0%	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） 臨床指標・質指標の取り組み改善　10 病院 クリニカル・パスの運用体制の見直し　5 病院	10	50.0%
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 （指摘の例） SSI サーベイランスの対応体制の不備　8 病院 デバイスサーベイランスの実施体制の不備　4 病院	8	40.0%

一般３	評価項目	最終Ｃ 病院数	最終Ｃ 割合％
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 （指摘の例） 医薬品の禁忌・適応外使用の手順不備　３病院 高難度新規医療技術のモニタリング体制の不備　３病院	7	35.0%

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 6 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 14 病院は、個別に認定の可否を審議し、12 病院を「条件付認定」、2 病院を「認定留保」とした。

「認定」とした 6 病院（30.0%）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 12 病院（60.0%）は、更新受審の病院であり、改善要望事項を付して認定期間の短い認定証を交付し、条件付認定の期間中に改善要望事項に対応し、確認審査を受けることを求めた。

「認定留保」とした 2 病院（10.0%）は、新規受審の病院であり、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 最終Ｃなし	中間Ｃあり 最終Ｃなし	中間Ｃなし 最終Ｃあり	中間Ｃあり 最終Ｃあり	合計 病院数	 構成比％
認定	0	6	0	0	6	30.0%
認定留保	0	0	0	2	2	10.0%
条件付認定	0	0	0	12	12	60.0%
病院数	0	6	0	14	20	100.0%
構成比％	0.0%	30.0%	0.0%	70.0%	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的な審査結果報告書の評価Ｃの割合

単位（%）

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院３）	S	A	B	C	NA	合計	最終 _ C
第１領域　患者中心の医療の推進								
1.1　患者の意思を尊重した医療								
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	0.0%	85.0%	15.0%	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%	35.0%	45.0%	0.0%	100.0%	15.0%
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	15.0%	85.0%	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	5.0%	85.0%	10.0%	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%	75.0%	5.0%	20.0%	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	5.0%	75.0%	15.0%	5.0%	0.0%	100.0%	5.0%
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	0.0%	70.0%	15.0%	15.0%	0.0%	100.0%	5.0%
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	15.0%	85.0%	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	5.0%	70.0%	15.0%	10.0%	0.0%	100.0%	5.0%
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	15.0%	75.0%	0.0%	10.0%	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%	75.0%	15.0%	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	10.0%	30.0%	10.0%	50.0%	0.0%	100.0%	40.0%
1.5　継続的質改善のための取り組み								
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	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%	15.0%	35.0%	50.0%	0.0%	100.0%	50.0%
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	15.0%	30.0%	30.0%	25.0%	0.0%	100.0%	20.0%
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%	10.0%	15.0%	75.0%	0.0%	100.0%	35.0%
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	5.0%	95.0%	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%	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.3	療養環境を整備している	0.0%	85.0%	15.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
1.6.4	受動喫煙を防止している	5.0%	90.0%	5.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	35.0%	45.0%	20.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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%	50.0%	20.0%	30.0%	0.0%	100.0%	5.0%
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	0.0%	50.0%	10.0%	40.0%	0.0%	100.0%	5.0%
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	10.0%	35.0%	25.0%	30.0%	0.0%	100.0%	5.0%

番号	評価項目（Ver.2.0　一般病院３）	S	A	B	C	NA	合計	最終＿C
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	0.0%	85.0%	15.0%	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	5.0%	95.0%	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	5.0%	45.0%	10.0%	40.0%	0.0%	100.0%	25.0%
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%	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	10.0%	50.0%	30.0%	10.0%	0.0%	100.0%	5.0%
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%	75.0%	15.0%	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	30.0%	65.0%	5.0%	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	5.0%	80.0%	15.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.2	外来診療を適切に行っている	5.0%	95.0%	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%	75.0%	10.0%	15.0%	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%	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	5.0%	90.0%	5.0%	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	25.0%	65.0%	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%	100.0%	0.0%	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	10.0%	45.0%	30.0%	15.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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%	65.0%	20.0%	15.0%	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%	95.0%	5.0%	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	5.0%	95.0%	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	20.0%	75.0%	5.0%	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	5.0%	95.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	10.0%	90.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	0.0%	65.0%	20.0%	15.0%	0.0%	100.0%	5.0%
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%	70.0%	30.0%	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	5.0%	95.0%	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	5.0%	95.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
第３領域　良質な医療の実践２								
3.1　良質な医療を構成する機能１								
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	5.0%	50.0%	25.0%	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%	95.0%	5.0%	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	15.0%	80.0%	0.0%	5.0%	0.0%	100.0%	5.0%
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	10.0%	90.0%	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%	80.0%	10.0%	10.0%	0.0%	100.0%	5.0%
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	0.0%	80.0%	5.0%	15.0%	0.0%	100.0%	10.0%
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%	0.0%
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	15.0%	75.0%	5.0%	5.0%	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	合計	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	5.0%	75.0%	5.0%	15.0%	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	10.0%	90.0%	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	20.0%	60.0%	10.0%	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	5.0%	90.0%	5.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	30.0%	70.0%	0.0%	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	45.0%	55.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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	5.0%	95.0%	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	10.0%	85.0%	5.0%	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%	45.0%	55.0%	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	5.0%	90.0%	5.0%	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%	60.0%	30.0%	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%	65.0%	35.0%	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%	70.0%	30.0%	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%	85.0%	5.0%	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	0.0%	90.0%	10.0%	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%	55.0%	35.0%	10.0%	0.0%	100.0%	5.0%
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%	45.0%	55.0%	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	5.0%	85.0%	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%	90.0%	10.0%	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%	95.0%	5.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5	施設・設備管理							
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
4.5.2	物品管理を適切に行っている	0.0%	95.0%	0.0%	5.0%	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	5.0%	85.0%	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%	95.0%	5.0%	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%

4.2 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（2022年度）

1．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、訪問審査が中止または延期となった病院も多く、その状況は2022年度も続いた。

2020年度、2021年度に続き、2022年度も新型コロナウイルス感染症流行下の訪問審査の実施状況をまとめた。

2022年度は緊急事態宣言の発令はなかったが、国内最多の感染者数となった第7波が起き、それは病院機能評価の実施にも影響を与えた。

2．2022年度の訪問審査について

1）各月の訪問審査の実施状況

2022年度は予定されていた573病院のうち448病院の訪問審査を実施し、実施率は78.2%であった。2022年度は緊急事態宣言の発令はなく、4月から毎月訪問審査の実施率が75%を超えていたが、新型コロナウイルス感染者数が最多となった7月には56.6%、8月には32.8%と大幅に減少した。なお、訪問審査を延期した病院が年度内での受審を希望したため、3月の実施率が100%を超えた。

表1　2022年度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
2022年 4月	17	13	76.5	
2022年 5月	47	39	83.0	
2022年 6月	57	50	87.7	
2022年 7月	53	30	56.6	
2022年 8月	58	19	32.8	新型コロナウイルス流行 第7波
2022年 9月	51	38	74.5	
2022年10月	52	45	86.5	
2022年11月	52	43	82.7	
2022年12月	46	33	71.7	
2023年 1月	47	40	85.1	
2023年 2月	51	49	96.1	
2023年 3月	42	49	116.7	
（総計）	573	448	78.2	

※実施予定数：2023年3月31日時点

2．2022 年度の機能種別ごとの訪問審査の実施状況

2022 年度の機能種別ごとの訪問審査の実施率について、最大が一般病院 3 の 88.9%、次いで精神科病院の 81.8%、最小が緩和ケア病院の 50.0%、次いで一般病院 1 が 71.5% でこの 2 つの種別で全体の実施率を下回った。

表２　2022 年度機能種別ごとの訪問審査の実施状況

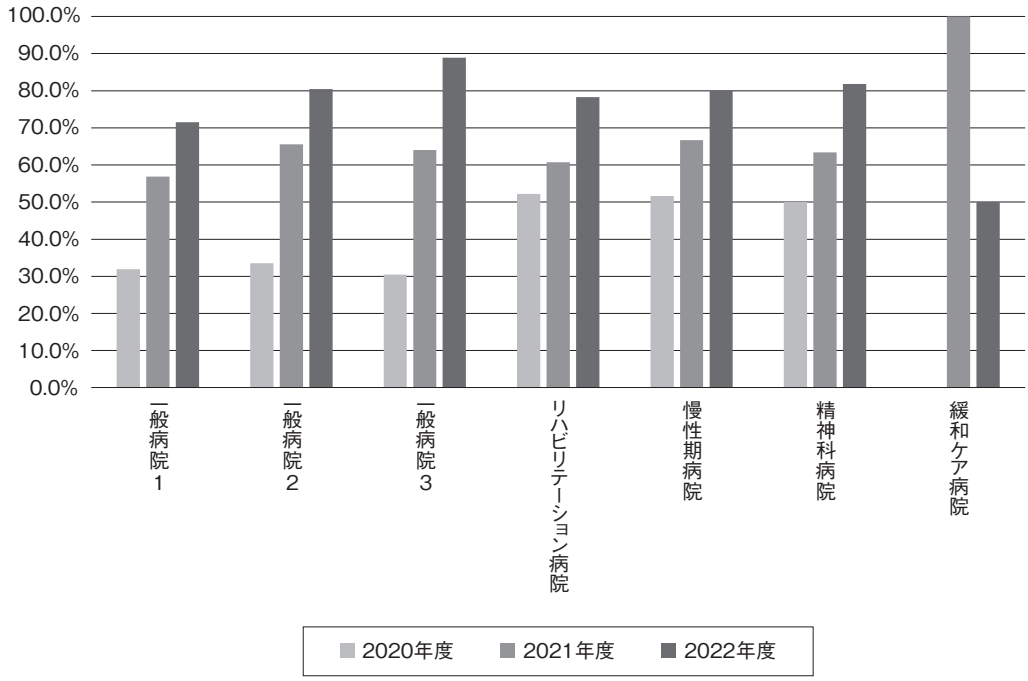
機能種別	実施予定数	実施数	実施率（%）
一般病院1	158	113	71.5%
一般病院2	266	214	80.5%
一般病院3	27	24	88.9%
リハビリテーション病院	46	36	78.3%
慢性期病院	30	24	80.0%
精神科病院	44	36	81.8%
緩和ケア病院	2	1	50.0%
（総計）	573	448	78.2%

※実施予定数：2023年3月31日時点

3．2020 年度から 2022 年度の訪問審査の実施状況

新型コロナウイルス感染症流行下である 2020 年度、2021 年度、2022 年度の訪問審査について、機能種別ごとに比較し、緩和ケア病院を除くすべての種別で実施率が上昇した。

2020.2021.2022 年度ごとの機能種別の実施率の比較



4.3 高度・専門機能 リハビリテーション（回復期）

1．はじめに

2019 年 10 月より「病院機能評価 高度・専門機能 Ver.1.0」（以下 高度・専門機能）の運用が開始された。高度・専門機能審査の前身となる「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を付加的に確認する」という位置づけであった。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」という視点で、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。2019 年の改定では、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「高度・専門機能」に改められた。高度・専門機能には、「救急医療・災害時の医療」、「リハビリテーション（回復期）」の 2 種類があり、所定の要件を満たす病院を対象に、自らの役割・機能に応じて受審いただく。本項では、高度・専門機能リハビリテーション（回復期）について述べる。

2．付加機能から高度・専門機能への変遷（表 1）

1）付加機能 Ver.1.0 ～ Ver.3.0

2003 年より認定病院を対象に付加機能として救急医療機能、緩和ケア機能、リハビリテーション機能の評価事業が開始された。付加機能 Ver.1.0 では、リハビリテーション部門を評価対象とし、「地域における役割と基本方針」「組織体制」「適切な運営」「施設・設備の整備」「患者への適切な対応」「診療とチーム・アプローチ」の視点で評価した。

2011 年より運用した付加機能 Ver.2.0 は、リハビリテーション機能のうち、増加する回復期リハビリテーション病棟を評価対象に限定した。そのため、患者の日常生活の自立支援や QOL（生活の質）の向上について、より高い水準で評価することを重要視した。

2013 年より本体審査（3rdG:Ver.1.0）に「リハビリテーション病院」を機能種別の一つとして設けたことにより、本体審査と付加機能審査での重複を避けるため、評価項目や評価方法などを全般的に見直した。付加機能 Ver.3.0 では、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を取得している病院でかつ本体審査において主たる機能種別または副機能として「リハビリテーション病院」を受審した病院を対象とした。評価項目は、職種の専門性の発揮やチーム医療の実践に重点をおき、より充実した回復期リハビリテーション機能を評価できるように設定した。

2）高度・専門機能 Ver.1.0

2019 年より付加機能から名称を変更した高度・専門機能は、医療情勢に適した内容への改定、より充実した回復期リハビリテーション機能の評価の明確化の 2 点を方針として内容の充実を図った。例えば、安全対策の有効性を評価する仕組み、自宅への復帰を目指したリハビリテーションの実施、適正な患者評価のための教育・研修、管理栄養士の専門性の確認、などの評価の視点が追加された。また、審査方法には「症例トレース型ケアプロセス調査」と「チームカンファレンス評価」に加えて、「カルテレビュー」が追加され、より詳細な情報収集が可能となった。

表1 付加機能から高度・専門機能への変遷

	付加機能	
	Ver.1.0	Ver.2.0
改定時期	2003年10月～	2011年7月～
審査対象	リハビリテーション部門	回復期リハビリテーション病棟
大項目	6	5
中項目	27	20
小項目	92	54

	付加機能	高度・専門機能
	Ver.3.0	Ver.1.0
改定時期	2013年4月～	2019年10月～
審査対象	回復期リハビリテーション病棟	回復期リハビリテーション病棟
領域	3	3
大項目	13	13
中項目	48	42
要素	192	164

3．付加機能および高度・専門機能の審査件数の推移（表2）

2003 ～ 2022 年度までに、付加機能：158 件、高度・専門機能：31 件の審査を実施している（延べ件数）。これまでに 107 病院が受審し、受審回数は、4 回:9 病院、3 回:11 病院、2 回:33 病院、1 回：54 病院である。

表2 付加機能および高度・専門機能の審査件数

受審年度	新規	更新	合計	できごと
2003	1	0	1	10 月～付加機能 Ver.1.0 の審査開始
2004	5	0	5	
2005	11	0	11	
2006	6	0	6	
2007	7	0	7	
2008	4	0	4	
2009	6	3	9	
2010	4	6	10	
2011	7	5	12	7 月～付加機能 Ver.2.0 の審査開始
2012	9	4	13	
2013	5	3	8	4 月～付加機能 Ver.3.0 の審査開始
2014	5	3	8	
2015	6	5	11	
2016	13	4	17	
2017	8	8	16	
2018	9	8	17	
2019	1	6	7	10 月～高度・専門機能 Ver1.0 の審査開始
2020	3	4	7	
2021	1	8	9	
2022	2	9	11	
合計	113	76	189	

4．高度・専門機能リハビリテーション（回復期）審査の概要

1）受審要件

地域において高い水準の回復期リハビリテーション機能を担う病院で、以下のすべてを満たす病院が審査対象となる。

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。（受審申込時点での診療報酬（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）

③常勤の「公益社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 日当たり平均6 単位以上であること。

2）高度・専門機能リハビリテーション（回復期）の評価の考え方

①評点

評点は、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳの4 段階評価となる。

Ⅰ：秀でている
Ⅱ：適切に行われている
Ⅲ：高度・専門機能の水準に達している
Ⅳ：高度・専門機能の水準に達しているとはいえない

②認定可否の基準

本体審査より高い水準を求めているため、最終結果である審査結果報告書において「高度・専門機能の水準に達しているとはいえない」（Ⅳ評価）と判断される中項目が　あった場合には、認定とせず、「条件付認定」または「認定留保」となる。

5．高度・専門機能リハビリテーション（回復期）～受審病院の背景

受審した31病院は、以下のような特徴のある病院であった。（表3）このデータは訪問審査前に提出する現況調査票の記載内容を集計したものであり、訪問審査当日に変更・修正されていることもある。

表3 受審病院の背景

地域	病院数
北海道	2
東北	2
関東	8
北陸	1
甲信	1
東海	4
近畿	4
中国	1
四国	1
九州	7

付加機能と高度・専門機能の受審回数	病院数
4回	8
3回	3
2回	14
1回	6

本体審査の受審	病院数
主機能リハで認定	26
副機能リハで認定	5

回復期リハ病棟数	病院数
4病棟	5
3病棟	11
2病棟	7
1病棟	8

回復期リハ病棟の病床数	病院数
150 ～ 200 床	10
100 ～ 149 床	11
50 ～ 99 床	7
～ 49 床	3

リハ科専門医師数（常勤）	病院数
9 ～ 10 人	1
7 ～ 8 人	2
5 ～ 6 人	4
3 ～ 4 人	9
1 ～ 2 人	15

回復期リハ病棟に関与する職種（常勤）	1 病棟あたりの人数（中央値）
看護師	24.7
理学療法士	22.7
作業療法士	16.3
言語療法士	5.3
社会福祉士	2.0
管理栄養士	1.5
介護福祉士	6.0

回復期リハ病棟入院料	病院数
入院料 1	30
入院料 2	1

病院機能評価事業 評価調査者	病院数
評価調査者が所属している病院	12

6．高度・専門機能リハビリテーション（回復期）～評点分布

中間的な結果報告書の各評点の個数は、評点Ⅰ:55 個（4.2%）、評点Ⅱ:1121 個（86.1%）、評点Ⅲ:126 個（9.7%）、評点Ⅳ：1 個（0.1%）であった。各評価項目の評点は以下の通りである。（表 4 ）

＊中間的な結果報告＝訪問審査終了後、概ね 6 ～ 8 週間後に中項目の評価とその項目所見を中間的な結果として受審病院に送付される報告。中間的な結果報告を受領した受審病院は、評価Ⅳの項目で指摘された所見を受けて改善を図り、補充的な審査を受審することができる。

表 4 中間的な結果報告の評点分布

		Ⅰ		Ⅱ		Ⅲ		Ⅳ	
項目NO	評価項目	個数	割合%	個数	割合%	個数	割合%	個数	割合%
1.1.1	回復期リハビリテーション病棟の運営に関する方針が明確である	0	0.0	27	87.1	4	12.9	0	0.0
1.1.2	良質な回復期リハビリテーション機能を発揮するために必要な人員を配置している	6	19.4	25	80.6	0	0.0	0	0.0
1.1.3	リハビリテーションを提供するための組織体制が確立している	0	0.0	29	93.5	2	6.5	0	0.0
1.2.1	患者の安全確保に向けた体制を整備している	1	3.2	27	87.1	3	9.7	0	0.0
1.2.2	患者の急変時に適切に対応できる仕組みを整備している	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0
1.2.3	安全で安心できる療養環境の整備に努めている	2	6.5	23	74.2	6	19.4	0	0.0
1.3.1	回復期リハビリテーションの質改善に必要なデータを収集し活用している	2	6.5	21	67.7	8	25.8	0	0.0
1.3.2	回復期リハビリテーションに関する自院の課題の把握と対応策を検討している	0	0.0	29	93.5	2	6.5	0	0.0
1.3.3	回復期リハビリテーションに関する教育・研修を行っている	4	12.9	24	77.4	3	9.7	0	0.0
1.4.1	急性期病院と円滑に連携している	2	6.5	28	90.3	1	3.2	0	0.0
1.4.2	自宅復帰後のリハビリテーション・ケアの継続に向けて地域サービス機関等と円滑に連携している	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0
1.4.3	自宅復帰が困難な患者のリハビリテーション・ケアの継続に向けて施設等と円滑に連携している	2	6.5	28	90.3	1	3.2	0	0.0
2.1.1	医師は専門的な役割・機能を発揮している	1	3.2	22	71.0	8	25.8	0	0.0
2.1.2	医師は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	1	3.2	29	93.5	1	3.2	0	0.0
2.1.3	医師はチーム医療の実践に適切に関与している	1	3.2	29	93.5	1	3.2	0	0.0
2.1.4	医師は質向上に向けた活動に取り組んでいる	6	19.4	23	74.2	2	6.5	0	0.0
2.2.1	看護・介護職は役割・専門性を発揮している	0	0.0	24	77.4	7	22.6	0	0.0
2.2.2	看護・介護職は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	0	0.0	29	93.5	2	6.5	0	0.0
2.2.3	看護・介護職はチーム医療の実践に適切に関与している	0	0.0	29	93.5	2	6.5	0	0.0
2.2.4	看護・介護職は質向上に向けた活動に取り組んでいる	4	12.9	25	80.6	2	6.5	0	0.0
2.3.1.P	理学療法士は役割・専門性を発揮している	1	3.2	28	90.3	2	6.5	0	0.0
2.3.1.O	作業療法士は役割・専門性を発揮している	1	3.2	27	87.1	3	9.7	0	0.0
2.3.1.S	言語聴覚士は役割・専門性を発揮している	2	6.5	26	83.9	3	9.7	0	0.0
2.3.2	療法士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	0	0.0	28	90.3	3	9.7	0	0.0
2.3.3	療法士はチーム医療の実践に適切に関与している	0	0.0	26	83.9	5	16.1	0	0.0
2.3.4	療法士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	7	22.6	22	71.0	2	6.5	0	0.0
2.4.1	社会福祉士は役割・専門性を発揮している	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0
2.4.2	社会福祉士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0

項目NO	評価項目	Ⅰ 個数	Ⅰ 割合%	Ⅱ 個数	Ⅱ 割合%	Ⅲ 個数	Ⅲ 割合%	Ⅳ 個数	Ⅳ 割合%
2.4.3	社会福祉士はチーム医療の実践に適切に関与している	0	0.0	31	100.0	0	0.0	0	0.0
2.4.4	社会福祉士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	3	9.7	25	80.6	3	9.7	0	0.0
2.5.1	管理栄養士は役割・専門性を発揮している	2	6.5	29	93.5	0	0.0	0	0.0
2.5.2	管理栄養士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0
2.5.3	管理栄養士はチーム医療の実践に適切に関与している	1	3.2	30	96.8	0	0.0	0	0.0
2.5.4	管理栄養士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	3	9.7	27	87.1	1	3.2	0	0.0
3.1.1	初期評価を適切に行っている	0	0.0	24	77.4	7	22.6	0	0.0
3.1.2	リハビリテーション計画を適切に立案している	0	0.0	21	67.7	10	32.3	0	0.0
3.2.1	各職種により患者に必要なリハビリテーション・ケアを実施している	0	0.0	25	80.6	5	16.1	1	3.2
3.2.2	リハビリテーションの進捗状況を共有している	0	0.0	29	93.5	2	6.5	0	0.0
3.3.1	定期的な情報共有による新たな課題の評価・検討を行っている	0	0.0	20	64.5	11	35.5	0	0.0
3.3.2	新たな課題の解決に向けたリハビリテーション・ケアを実施している	1	3.2	24	77.4	6	19.4	0	0.0
3.4.1	自宅復帰とその維持に必要な患者固有の課題の評価・検討を行っている	2	6.5	28	90.3	1	3.2	0	0.0
3.4.2	自宅復帰とその維持に向けた課題の解決のための具体的な取り組みを行っている	0	0.0	30	96.8	1	3.2	0	0.0
	合計	55	4.2	1,121	86.1	126	9.7	1	0.1

7．高度・専門機能リハビリテーション（回復期）～評価結果

1）評点Ⅰ：秀でている

22の評価項目に評点Ⅰがつき、5病院以上が評点Ⅰであった評価項目は以下の3項目であった。

表5 評点Ⅰの評価項目（5病院以上）と高く評価された点の例

評価項目	高く評価された点の例
1.1.2 良質な回復期リハビリテーション機能を発揮するために必要な人員を配置している	すべての回復期リハ病棟にリハ科専門医が専従として配置 管理栄養士や薬剤師が専任として配置 施設基準を超える多くの人員配置 社会福祉士が病棟に複数人配置 1日の生活時間帯に応じた人員配置 常勤の歯科医師・歯科衛生士 外国人労働者の採用と教育 義肢装具士の院内常駐 患者・家族に十分な指導を行える体制と実績 院外歯科医との連携体制 公認心理師の介入 認定取得の支援と配置 学会認定の療法士 看護補助者のほとんどが介護福祉士

評価項目		高く評価された点の例
2.1.4	医師は質向上に向けた活動に取り組んでいる	リハビリテーション科専門医が主導した病棟運営 回復期リハ病棟のデータを用いた論文・学会発表 活発な研究活動 最新の設備や治療機器の導入 新規治療の取り組みと発表業績 ミーティングを活用した診療の均質化 症例検討会と抄読会の開催 医師同士の良好なコミュニケーション 専門医の研修施設 大学と連携した専門医育成体制 院内研修・病棟勉強会の講師 地域の研究会運営
2.3.4	療法士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	様々な療法の導入と改善 新しいリハ機器を活用した療法の導入 毎日の療法プログラムの妥当性の検討や技術指導 独自のクリニカルパスの作成 実績の発表と改定 課題の抽出と改善への取り組み 課題分析スキルの向上の取り組み 職員グループによる改善活動 日本リハ病院施設協会の医科歯科連携拠点病院としての活動 組織的な患者サービスの向上や業務の運営管理 患者同士のコミュニケーション練習 患者と家族の食事会の開催 所定労働時間を超える業務削減の対策 協会・学会認定療法士 多数の認定資格取得者 職員教育の体系的かつ計画的な実施 研究のための機器や指導体制 組織的な学習支援 院内勉強会 研究サポートチームの設置 大学院への進学支援 大学との人事交流

2）評点Ⅲ：高度・専門機能の水準に達している

5病院以上に評点Ⅲがついた評価項目は10項目であった。一部課題はあるが一定の水準に達している場合には、評点Ⅲとなる。改善活動を促進するために評価調査者が指摘した課題例を以下に示す。（表6）

表6 評点Ⅲの評価項目（5病院以上）と評価調査者が指摘した課題例

	評価項目	評価調査者が指摘した課題の例
1.2.3	安全で安心できる療養環境の整備に努めている	感染症予防対策、患者の状態にあった車いすの整備、など
1.3.1	回復期リハビリテーションの質改善に必要なデータを収集し活用している	退院後の状況把握、退院時サマリーの作成率、など
2.1.1	医師は専門的な役割・機能を発揮している	リハビリテーション科専門医と主治医の連携、患者の状態に応じた医師の適時の指示、など
2.2.1	看護・介護職は役割・専門性を発揮している	ICFに基づいたアセスメント、個別性のある看護計画、介護福祉士の積極的な参加、など
2.3.3	療法士はチーム医療の実践に適切に関与している	療法士間の連携、療法士・看護師・介護職の連携、食事評価への作業療法士の関与、など
3.1.1	初期評価を適切に行っている	一般病棟からの転入時の記録、多職種による評価、ICFの視点での評価、など
3.1.2	リハビリテーション計画を適切に立案している	早期の計画立案、患者・家族への早期の具体的な説明、多職種での情報共有、など
3.2.1	各職種により患者に必要なリハビリテーション・ケアを実施している	療法士の生活場面への積極的な関与、多職種協働、など
3.3.1	定期的な情報共有による新たな課題の評価・検討を行っている	各職種の課題への発言や関与、カンファレンスでの評価や課題の計画への反映、など
3.3.2	新たな課題の解決に向けたリハビリテーション・ケアを実施している	計画の変更点・修正点の明確化、進捗管理、退院までの目標設定、など

3）評点Ⅳ：高度・専門機能の水準に達しているとはいえない

評点Ⅳとなったのは、評価項目「3.2.1 各職種により患者に必要なリハビリテーション・ケアを実施している」であった。生活場面に即したリハケアの実践が不十分（廊下や病室での食事、終日病衣、など）であるという指摘であった。その後、指摘を受けた受審病院は改善活動に取り組み、指摘事項の改善が確認された。

8．おわりに

2000年に回復期リハビリテーション病棟制度が開始された。2008年には回復期リハビリテーション入院料の要件として、病棟の質評価が導入された。その後、入院料の改定を重ねながら質評価が強化され、それとともに病院機能評価事業においてもリハビリーション機能の評価が発展を遂げてきた。さらに、2022年度診療報酬改定において「回復期リハビリテーション病棟入院料1および3を算定する場合には、第三者の評価を受けている病院であることが望ましい」と定められた。今後、本体審査だけでなく、高度・専門機能を受審する病院が増加すると予想されている。2022年度末の高度・専門機能の受審病院数は31病院と決して多くはないが、付加機能から高度・専門機能までに蓄積したデータが、回復期リハビリテーション機能の質向上の一助となれば幸いである。

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	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（救急医療機能・緩和ケア機能・リハビリテーション機能）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・レヴ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
2010（平成 22）年	10 月	付加機能評価（救急医療機能・緩和ケア機能）Ver.2.0 による訪問審査を開始
2011（平成 23）年	4 月	公益財団法人へ移行
	7 月	付加機能評価（リハビリテーション機能（回復期））Ver.2.0 による訪問審査を開始
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
	10 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「機能種別版評価項目 3rdG:Ver.1.0」に関する「項目認定」を取得
	11 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「病院機能評価事業の運営」に関する「組織認定」を取得
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）
2017（平成 29）年	11 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「病院機能評価事業の運営」に関する「組織認定」を更新
2018（平成 30）年	2 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「機能種別版評価項目 3rdG:Ver.2.0」に関する「項目認定」を更新
	4 月	機能種別版評価項目 3rdG:Ver.2.0 適用開始 主に特定機能病院を対象とする新しい機能種別「一般病院３」を導入

年	月	できごと
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
2022（令和 4）年	10 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「病院機能評価事業の運営」に関する「組織認定」を更新
2023（令和 5）年	2 月	国際医療の質学会（ISQua）による国際認定（IAP）で「機能種別版評価項目 3rdG:Ver.3.0」に関する「項目認定」を更新
	4 月	機能種別版評価項目 3rdG:Ver.3.0 適用開始

病院機能評価データブック 2023 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 2023 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 2023 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　2023

2023 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

ISBN978-4-910861-38-8

C0847 ¥-E

9784910861388