

第1章. プロジェクトの推進

- 1-1. 病院機能評価の概要
- 1-2. 3rdG:Ver.2.0 における特徴
- 1-3. プロジェクトの組織
- 1-4. 実施プロセスとスケジュール
- 1-5. プロジェクト管理と注意点
- 1-6. 受審申込から認定取得までの流れ
- 1-7. 必要資料の一覧
- 1-8. 訪問審査の流れ
- 1-9. 訪問審査のポイント
- 1-10. 様々なサービス
- 1-11. 一般病院 3 について

目次

1-1. 病院機能評価の概要	4
病院機能評価について	4
病院機能評価のメリットとデメリット	5
1-2. 3rdG:Ver.2.0 における特徴	6
「一般病院3」の新設	6
評価項目数の改定	7
機構による病棟および確認症例の決定	8
事務管理サーベイヤーの追加	9
期中後の関与強化、期中の改善審査	10
1-3. プロジェクトの組織	11
プロジェクトメンバーの選定	11
関連要員の役割	12
1-4. 実施プロセスとスケジュール	14
プロジェクトの流れ	14
プロジェクト・スケジュール	17
プロジェクト・スケジュールの詳細(STEP②～⑤)	20
1-5. プロジェクト管理と注意点	30
職員育成のためのプロジェクトへ	30
リーダーシップを表明することの大切さ	30
スケジュール管理の徹底	31
全員参加	32
1-6. 受審申込から認定取得までの流れ	33
受審申込	33
申込後の注意点	35
申込から訪問審査、認定取得までの流れ	38
改善要望事項について	40
認定から次回の更新審査まで	41

1-7. 必要資料の一覧	42
事前提出書類	42
事前に準備が必要な資料.....	45
1-8. 訪問審査の流れ.....	49
訪問審査当日のスケジュール	49
審査区分選択の注意点.....	50
訪問審査当日までの準備	51
訪問審査の注意点	51
審査進行モデル	51
対象病棟数が規定に満たない場合のケアプロセス審査.....	56
1-9. 訪問審査のポイント	57
訪問審査のコツと回答方法	57
ポイント.....	58
1-10. 様々なサービス	61
受審に関する様々なサポート.....	61
1-11. 一般病院3について	63
一般病院3 導入の背景.....	63
評価項目の特徴.....	64
事前準備の特徴.....	69
訪問審査内容の特徴	71

1-1. 病院機能評価の概要

病院機能評価について

病院機能評価は、1995年に設立された財団法人日本医療機能評価機構（以下：機構）が実施する病院への第三者評価サービス制度です。病院のサービス品質、組織管理、職員育成体制、施設設備など、様々な点から審査を行い、基準を満たした病院には認定書が授与されます。1995年に大学病院を中心に始めた運用調査を経て、1997年から民間病院に広げて本審査が開始され、現在、認定を受けている病院は全体の約30%、2196病院にのぼります（2018年6月時点）。

制度運用開始時は大学病院、公立病院、および比較的病床規模の大きい病院が中心になって認定への取り組みを行っていましたが、年を経るにつれ参加病院も増え、小規模病院から中堅病院、精神科病院、療養型病院に至るまで幅広い取得がなされています。

評価基準は、2013年より「第三世代」の意味を持つ3rdG（サード・ジー）へと評価内容が変わり、2018年4月より3rdG:Ver.2.0へと変わりました。3rdG Ver.1.0では、医療の質の向上のため、書類重視の審査から実質重視の審査へと代替わりをし、3rdG:Ver.2.0では近年の医療環境や社会の変化に対応し、「理念・基本方針」「質改善活動の取組み実績」「ガバナンス」を重視した内容に改定されています。



※ 「公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ」より一部引用

病院機能評価のメリットとデメリット

公益財団法人日本医療機能評価機構では、病院機能評価の認定のメリットを 6 つ提示しています。それは、①病院の現状を客観的に把握することができる、②院内の業務改善のきっかけとして認定審査のタイミングを利用できる、③評価を受けることにより効果の上がる具体的な改善目標を設定することができる、④第三者評価を受審することにより医療品質の維持・向上に対する職員の自覚と改善意欲が醸成できる、⑤審査機構は、ただ審査だけ行うのではなく、病院改善の相談や情報発信などトータルで病院改善をサポートされている、⑥認定書を取得することにより病院に対する患者からの信頼が増すことです。

それに対して、デメリットとして、①診療成績や診療技術に対する評価がないこと、②認定に至らなかった病院の公表がなく、また病院の判断で認定の事実を公表しなくてもよいこと等が一般的に指摘されています。

第三者評価の認定は今や社会の要求です。介護保険適用事業所には「介護サービス第三者評価」、医薬品・医療機器メーカーには薬事法、一般産業でも、ISO9001 やプライバシーマークの認定など、自主的に第三者評価の認定を受ける組織が多くあります。メリット・デメリットだけで判断するのではなく、安全・安心、信頼と納得の得られる質の高い医療を追求する病院としての社会的責任の視点でぜひ受審を検討してください。

1-2. 3rdG:Ver.2.0 における特徴

「一般病院 3」の新設

3rdG:Ver.2.0 の特徴としては、従来の「一般病院1、一般病院 2、リハビリテーション病院、慢性期病院、精神科病院、緩和ケア病院」に加え、高度医療や社会的役割を担う病院に対しての機能種別「一般病院 3」を新たに加えたことが挙げられます。「一般病院 3」の対象は特定機能病院や大学病院本院等としており、一般病院 2(主に急性期医療を提供する基幹的病院)をベースに特定機能病院および大学病院本院に求められる役割・機能(診療、教育、研究)、ガバナンスを重視した評価内容となっているのが特徴です。

病院の実情に合わせた機能種別を 7 つから選択し、ミスマッチを最小限に抑えた実のある審査の実施が望ましいです。尚、評価項目は公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページから無料でダウンロードできます。

《一般病院 1》

- 主に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》

- 主に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を支える基幹病院

《一般病院 3》

- 主に高度の医療の提供、高度の医療技術の開発と評価、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
- 評価項目として以下の内容を重視
 1. ガバナンスの仕組みと実践
 2. 高度の医療の提供
 3. 高度の医療技術の開発と評価
 4. 高度の医療に関する研修および人財育成
 5. 医療安全確保の取り組み
 6. 医療関連感染制御の取り組み

評価項目数の改定

3rdG:Ver.2.0 では、一般病院 1 を基準として、「評価の視点」「評価の要素」を中心に最小限の見直しが行われております。3rdG:Ver1.1 から新設した中項目は「一般病院 1」と「リハビリテーション病院」で各 1 項目となっており、第 3 世代となった 3rdG:Ver.1.0 と 3rdG:Ver1.1 から大きな方針転換がなかったことを表しています。

機能種別	中項目数			新設した中項目
	Ver.1.0	Ver.1.1	Ver.2.0	
一般病院 1	88	89	90	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
一般病院 2	88	89	89	
一般病院 3			89	
リハビリテーション病院	89	90	91	4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
慢性期病院	89	90	90	
精神科病院	92	93	93	
緩和ケア病院		90	90	

機構による病棟および確認症例の決定

3rdG:Ver.1.1 までは訪問病棟、ケアプロセスの確認症例について、受審する病院側で選択することができました。3rdG:Ver.2.0 からは受審病院の典型的な症例を扱う病棟を訪問病棟として 1 病棟または 2 病棟を受審病院が設定し、それ以外の訪問病棟および確認症例は機構(サーベイヤー)が選択することになります。また、機構が選択する訪問病棟の通知は 1 週間前、一般病院 3 のみ通知は訪問審査初日となっています。

確認症例については、受審病院が選択した訪問病棟 1 病棟につき、その病棟の典型的な 1 症例を確認します。機構が選択した病棟の確認症例は、受審病院が準備する複数(3 症例程度)の中から 1 症例を訪問審査初日に指定し確認します。

従来は病院側が病棟を選択できたため、効果的な準備ができていました。今回の改定により、全ての病棟が対象となる可能性があるため、これまで以上に病院全体で審査に臨むことが求められています。病院管理者や管理職だけではなく、現場スタッフ全員が受審することを意識した業務を促せるように働きかけることを心がけてください。

機能種別	“受審病院”指定	“評価機構”指定	
一般病院 1 リハビリテーション病院 慢性期病院 精神科病院 緩和ケア病院	1 病棟	1 病棟	
一般病院 2 ※審査区分 1、2 ※審査区分 3、4	1 病棟 2 病棟	1 病棟 2 病棟	訪問 1 週間前に通知
一般病院 3	2 病棟	3~4 病棟	訪問審査初日に通知

事務管理サーベイヤーの追加

3rdG:Ver.1.1までは「一般病院2【審査区分3】」で受審する病院(許可病床数200~400床)の場合、従来は5名で審査を実施しておりました。3rdG:Ver.2.0からは事務管理サーベイヤーを1名追加し、6名体制で審査を実施することになります。その為、3rdG:Ver.1.0までは2チーム編成でしたが、3rdG:Ver.2.0より3チーム編成での審査となります。

3rdG:Ver.1.0の一般病院2【審査区分3】

時間	内容
8:30~9:00 (0'30")	事前打ち合わせ
9:00~11:30 (2'30")	チーム別別室訪問
	1チーム(診療・看護)
	2チーム(診療・看護)
11:30~12:00 (1'00")	昼食・休憩
12:00~13:00 (1'00")	チーム別別室訪問
	1チーム(診療・看護)
	2チーム(診療・看護)
13:30~15:00 (1'30")	合議会議(サーベイヤーミーティング)および再確認(病棟および部署)
15:30~16:30 (1'00")	議決および意見交換
16:30	終了挨拶

午後のチーム編成が
3チーム制に変更



3rdG:Ver.2.0の一般病院2【審査区分3】

午後	チーム別訪問・調査		
	1チーム(診療・看護・事務)	2チーム(診療・看護・事務)	(事務)
13:30~14:10 (0'40")	A病棟概要確認 ※病院選択 (●●病棟)	C病棟概要確認 ※病院選択 (●●病棟)	
14:10~15:40 (1'30")	1チーム(診療・看護・事務)	2チーム(診療・看護)	A病棟およびC病棟ケアプロセス調査にそれぞれ同行 (~15:00)
	A病棟ケアプロセス調査	C病棟ケアプロセス調査	15:00~15:10(0'10") 移動・休憩 15:10~16:10 (1'00") 面接調査(事務) (1.6、4.2、4.4、4.5、4.6)
15:40~15:55 (0'15")	休憩・移動	休憩・移動	16:10~17:55 (1'45") 部署訪問* (訪問順変更可)
15:55~16:15 (0'20")	B病棟概要確認 ※機構選択 (△△病棟)	D病棟概要確認 ※機構選択 (△△病棟)	□外来(案内、環境、受診の流れ等) □医事課
16:15~17:30 (1'15")	B病棟ケアプロセス調査	D病棟ケアプロセス調査	□物品倉庫(医療材料) □備蓄倉庫(食料等) □防災管理室/保安管理室 □休憩室 □当直室 □図書室
17:30~17:55 (0'25")	救急外来訪問	一般外来訪問	□診療情報管理部門 □栄養部門(給食施設) □感染性廃棄物最終保管場所 □その他必要な部署
17:55~18:00 (0'05")	1日目終了挨拶		

期中後の関与強化、期中の改善審査

プロセスを重視した評価内容とする 3rdG:Ver.1.0 より導入された認定期間中の確認(期中の確認)は、3rdG:Ver2.0 でも継続して運用がされます。認定病院については、従来通り「書面による確認」は必須、病院の希望に応じては「書面による確認」と「訪問による確認」を 3 年ごとに実施することになります。しかし、審査結果でC評価のある病院については、認定取得後3年目に審査結果に対して改善行動を実施しているのかを確認するための審査が期中の確認に加えて実施されることになります。

従来の期中の確認は評価結果に関わらず審査ではなく、あくまでも確認という位置づけでした。今回、C評価の審査結果に対して再度審査を実施することになったことで、期中の確認を活用した質改善活動のサイクルへの取り組みを審査することになります。

1-3. プロジェクトの組織

プロジェクトメンバーの選定

プロジェクトチームを組むときにまず考えなければならないのが、医師を含む多職種から担当者を選定することです。病院機能評価の要求事項は多岐にわたります。それぞれの領域に対して専門職種として理解・判断ができる者を選定することがスムーズなプロジェクトの進捗につながります。実際のメンバーは、医師・看護師(病棟・外来)・コメディカル(2名)・事務職員(2名)ほどで構成するのが適切でしょう。また、その中からリーダーを決めます。プロジェクトの全体を総括し、かつチーム員に指示を与え、問題に直接対応できる者を選定してください。院内委員会のように医師をリーダーにするよりも、実務対応を重視して事務職員或いは看護職員をリーダーの方が機能的です。

プロジェクトチームの役割は、プロジェクトの進捗管理と品質管理を行うことです。プロジェクトメンバーは作業担当者ではありません。スケジュールを明確にし、院内に提示し、必要な作業を各部門・担当者に割り振り、その進捗具合を管理すること、プロジェクト中、定期的に会議を開き、現在の問題点を確認し、対応をすること、また、院内全体への統一見解が必要な事項について、各部門の意見を調整してまとめる役割を持ちます。その意味でプロジェクト担当者は現場の実務の経験と人をまとめる能力の両面を持っている者が望ましいです。単に現場技術に優れているだけではなく、人を管理し、人を指揮し、人を動かす能力が要求されます。

無難にプロジェクトを進めたいと考える場合、既存の管理職をプロジェクト担当者に任命することが適切です。日々の業務の延長線上で部下に仕事を割り振り、部下の作業の出来上りを管理していくことができるからです。また、病院機能評価を人材育成の場に使いたいと考える病院では、幹部候補生や下級管理職(主任・課長層)を担当者に出すのも1つの考え方です。プロジェクトを機に、人を管理すること、業務の品質を改善すること、多職種で協力して1つのことをやり遂げることを、実際のプロジェクトを動かしながら学ぶことができるというメリットがあります。その際には、経営層・上級管理職の適切なフォローが必要なことは言うまでもありません。

いずれにしても、プロジェクト担当者に必要な能力は現場の技術力よりもマネジメント力であることを念等に人選を行ってください。

関連要員の役割

プロジェクト担当者以外の各関連担当者の役割は表の通りです。全員参加で皆が協力して病院機能評価の認定を達成するために、全ての職員が必ず何かの役割を持てるよう配慮する必要があります。

経営層・上級管理職の役割は、プロジェクト進行中に発生する課題や問題の解決に示唆を与えることです。また、一般職員が考えた業務改善案やマニュアル案を確認し、承認やアドバイスを与えることです。間違っても作業担当者になってはいけません。

一般職員の役割は、プロジェクトチームや部門責任者の指示に従って、マニュアル等の資料を作成することや、業務改善案を検討することにあります。膨大な作業量を職員の頭数で分配し、効率的に対応を進めます。また、必要に応じて、プロジェクトチームや部門責任者に報告・相談し、承認を受けます。

委員会の役割は、病院全体に適用するガイドラインを作成することです。たとえば、臨床倫理、抗菌薬使用基準、ターミナル期の治療・ケアなど、1つの部門では定めることのできない病院全体のガイドラインを多職種で検討し、作成し、職員に提示します。

【プロジェクトチーム管理表の様式】

大日程	審査希望年月	年 月
	審査申し込み年月	年 月
	認定希望年月	年 月
プロジェクト 担当者	プロジェクトリーダー	
	医局	
	看護部門	
	コメディカル	
	事務部門	
備考		

【プロジェクトに関連する各担当者の役割の定義】

経営層	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 病院機能評価の必要性を院内に徹底する ▪ 病院の方針や将来像を明示する ▪ 医療品質・サービス品質に関する方針を明示する ▪ 費用等がかかる対応への最終判断をする
プロジェクトチーム	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 病院機能評価プロジェクトの計画立案、業務割り振り、進捗管理、課題対応、部門間調整等を行う ▪ 審査機構との直接対応を行う ▪ 審査に関する必要事項を職員に周知・徹底する
部門責任者	<ul style="list-style-type: none"> ▪ プロジェクトチームより依頼された部門固有の評価項目に対する対応の責任を有する ▪ 部下に対応作業を割り振り、作業を進める ▪ 部下の対応状況を確認し、承認又は修正の指示を与える
委員会	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 部門間にまたがる評価項目への対応を行う ▪ 病院全体に適用する診療およびサービスのガイドラインを作成する ▪ 必要な場合、部門で作成した診療・ケア等のガイドラインの検証を行い、承認又は修正指示を与える
一般職員	<ul style="list-style-type: none"> ▪ プロジェクトチームまたは部門責任者、委員会等から依頼された評価項目への対応作業を実施し、その結果を報告する ▪ プロジェクト中に気づいた業務改善への提案を積極的に表明する

↓			
STEP⑤ 評価項目への対応 改善と文書の具備	職員全員	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 評価項目の領域ごと、担当部門を定め、各責任を明確にします。 ✓ 必要な業務改善、マニュアル作成、記録の具備を行います。 ✓ プロジェクトチームは定期的に進捗を確認し、対応を行います。 	プロジェクト管理表
↓			
STEP⑥ 作業の終了と審査申込	プロジェクトチーム	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 当初に定めたスケジュールのもと、病院機能評価の対応作業を終了します。 ✓ この段階で審査の申し込みをします。 	
↓			
STEP⑦ 審査資料の作成と提出	職員全員	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 機構から送付される審査計画書に従い、審査資料や各種統計資料の作成を行います。 	審査計画書
↓			
STEP⑧ 審査前の教育・研修	職員全員	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 審査に対応するための事前職員研修を行います。 ✓ また病院機能評価で求められる各種研修を行います。 	
↓			
STEP⑨ 内部監査と不適合点の抽出	プロジェクトチーム	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 審査前に最後の点検を行います。評価項目をもとに、要求事項に適合しているかどうかをチェックします。 ✓ 不適合があれば、業務修正します。 	評価項目
↓			
STEP⑩ 審査後対応・再審査への準備	職員全員	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 審査報告書に記載された不適合の改善を行い、認定の取得を目指します。 	審査報告書

プロジェクト・スケジュール

(1) スケジュールの目安は約1年、認定までは2年

審査対応プロジェクトの期間の目安は1年です。それ以上の期間ではプロジェクト自体が間延びしてしまい、職員のモチベーションを維持しにくくなります。また、それより短くすると職員の業務負担が大きくなり、不満が発生しやすくなります。プロジェクトリーダーは、認定の取得まで十分な期間を考えてプロジェクト・スケジュールを組んでください。

新規に認定を取得する場合、約2年の期間が必要になります。プロジェクトを立ち上げてから審査受審まで1年、審査後に報告書を受領するまでに3ヶ月、不適合があった場合、その対応や再審査受審などで3～6ヶ月、それらを合計した場合、どうしても2年弱はかかってしまいます。

認定を焦る気持ちはありますが、院長やプロジェクトリーダーは、職員に過度なプレッシャーをかけることなく、十分な期間を与え、また認定審査までの期間をきちんと示すことで、不安なくプロジェクトを進捗できるようにしてください。

(2) 業務改善後の運用期間を設けることがカギ

プロジェクト期間の目安となる1年間を大まかに分けると、最初の3ヶ月は準備・計画期間、次の5ヶ月は実行・対応期間、最後の4ヶ月は審査対応期間と分けることができます。準備・計画期間や実行・対応期間はある程度前後してもよいのですが、審査対応期間は必ずある一定の期間を設けてください。

審査では、マニュアル・記録があること自体が確認されるだけでなく、そのマニュアルに則って業務が行われ、適切な記録内容が残されているかが確認されます。マニュアル作成等、資料の準備が終わった段階で審査を受けても、運用の実績(=記録)がない状態では不適合となります。審査対応期間の4ヶ月とは、審査資料を作成する期間だけではなく、新しく改善した業務を運用し、実績を残す期間だと考えてください。

実績を残す期間は、少なくとも初回審査の場合は3ヶ月程度、更新審査の場合(本来は更新期間である5年の実績があれば望ましいが)6ヶ月程度、適切な業務が行われた記録が残されていることが求められます。審査直前になって“準備はできたが記録がない”とあせらないためにも、マニュアル作成等の準備は早めに切り上げて、余裕をもって受審できるようにして下さい。