

病院機能評価(3rdG:Ver.2.0)徹底解説!

株式会社ユアーズブレン
医業経営コンサルティング部
課長 小金丸 実

新評価体系の開始(2018年4月から)

抜粋版

総合評価版 Ver.6.0

- ・ 機能による区別なし

規程、規約や手順の整備
(ハード、ソフトの整備)

実践、活動を確認
(過程・プロセスの評価)

結果

かつての病院機能評価

機能種別3rdG: Ver.2.0

- ・ 一般病院1
- ・ 一般病院2
- ・ 一般病院3 (Ver.2.0~@2018)
- ・ 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(Ver.1.1~@2015)

実践、活動を確認
(過程・プロセスの評価)

ハード
ソフト

結果

現在の病院機能評価

- ※ Ver.1.0は2013年3月から開始。
- ※ 1.0に対して、1.1では緩和ケア病院が、2.0では一般病院3が、それぞれ追加。

<p>第1領域 大項目6 中項目21</p>	<p>患者中心の 医療の推進</p>	<p>患者の権利、説明と同意、医療相談、 地域連携、医療安全、感染対策、 個人情報保護、倫理的課題</p>
<p>第2領域 大項目2 中項目33～38</p>	<p>良質な医療の実践1</p>	<p>診療・看護の体制、診療録、誤認防止、 指示出し、指示受け、診療計画、看護計画、 外来から退院までの一連の流れ (<u>実践状況は実際のカルテで説明</u>)</p>
<p>第3領域 大項目2 中項目14</p>	<p>良質な医療の実践2</p>	<p>診療支援の各部署の運営体制 業務規定、業務基準、機器・器具の管理、 部署での教育、業務改善実績</p>
<p>第4領域 大項目6 中項目20～21</p>	<p>理念達成に向けた 組織運営</p>	<p>理念・基本方針、運営管理、組織管理、 人事・労務、安全衛生、福利厚生、教育・ 研修、臨床研修、学生実習、財務管理、業 務委託、施設管理、購買管理、保安・防災</p>

1領域
患者中心の医療の推進
(権利、地連、安全、感染)

3領域
良質な医療の実践2
(≡ 各部門・部署)

2領域
良質な医療の実践1
(≡ ケアプロセス)

4領域
理念達成に向けた組織運営
(計画、人事、教育、管理)

審査に向けた準備

- 領域の全体的な管理をする担当を任命します。
 - 理想的な任命は、診療部門、看護部門、コメディカル、事務部門のそれぞれから選出します。
 - 各領域とも、特定の職種だけではなく、チーム医療に関わる内容であるため、バランスよく任命をします。
- 各評価項目の担当を任命します。
 - 各評価項目ごとに、主担当や副担当を任命します。評価項目は一つの部門・部署に限定した内容ではなく、多職種・多部門に関わる内容であることに注意が必要です。
 - 本審査までの評価項目ごとの進捗確認をしてもらいます。
 - 最終的に提出する評価項目の自己評価や自由記載欄の作成管理をしてもらうこととなります。

評価項目管理表の例(進捗管理表)

抜粋版

項目No	評価項目	担当者	副担当	副担当	評価の視点	評価の要素	自己評価	現状評価
1	患者中心の医療の推進	副院長	看護部長					
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	医療安全対策室長	副看護部長		患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。	患者の権利の明文化 患者の権利の内容	A	明文化され、病院案内やホームページに掲載している。
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	医療安全対策室長	医療安全師長		説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。	説明と同意に関する方針 説明と同意の状況	B	患者説明用の用紙が一部の診療科で古いものが混ざっていた。同席者の認識が病棟で異なる。
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	医療安全対策室長	連携室師長	医事課長	診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、患者-医療者相互に必要な情報が提供されていることを評価する。	診療・ケアに必要な情報の共有 患者の理解を深めるための支援・工夫	A	患者向けに説明文書や検査結果の交付などがある。
2	良質な医療の実践1	診療部長	看護部長					
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	診療部長	副看護部長		安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。	病棟、外来等における管理・責任体制 各責任者による診療・ケアの実施状況の把握	A	病棟の責任者は決まっており、特に問題はない。患者向けにベッドネームを作成している。
2.1.2	診療記録を適切に記載している	診療録委員会	看護記録委員会		診療の記録が正確に遅滞なく作成されていることを評価する。	必要な情報の記載 基準に基づく記載	B	診療録の監査が一部で実施できていない。
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	医療安全師長	外来師長	検査技師長	患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウト方式などの誤認防止策の導入と実施状況を評価する。	患者の確認 検査・治療部位の確認	B	リストバンドが装着できない場合の対応方法が明文化されていない。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	診療部長	医療安全師長	電子カルテ担当	医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。	処方箋・指示箋の記載 医師の指示出し・実施確認	A	電子カルテの指示出しと指示受け、実施の手順を順守しており問題ない。
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	薬剤部長	副薬剤部長		薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されていることを評価する。	重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法 ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理	A	特に問題はない。審査までの間も、より分かりやすい薬剤表示などを随時取り組む。

※ 配布は秋以降、受審病院専用のファイル送受信システムもしくは公式ホームページを予定とのこと。

- 読んだときのわかりやすさを重視
 - 長い文書でなくても良い、箇条書きでも良い。することがわかれば良い。
 - フロー図で示せる場合は、それだけでも良い。
 - 連絡先、伝達先、受渡先などは、できる限り具体的な人を指定して記載する。個人名ではなく役職名でも良い。
例) IALレポートは看護部へ提出 ⇒ 医療安全室長へ提出
休暇届は事務へ提出 ⇒ 人事係長へ提出
- マニュアルの管理所在、作成日、改定日を入れる
- 原版(ワード、エクセル、パワポ)ファイルを管理
 - 原版がない場合は、やむを得ないので紙資料をスキャナするなどし、その時点での原版(仮)とする。
 - 改定に合わせて新規にPCファイルを作成し、今後は原版とする。

本審査における注意点

～ 必要なケアは、なされているはず！

あとはそれをどう記録で説明するか？ ～

✓ 審査病棟や提示するカルテは病院側で選びます。

→ 病院を代表する病棟を選択する。

→ いつのカルテを準備する。

✓ サーベイヤーの病棟での動きは？

→ 原則、ペアで審査するのだが…

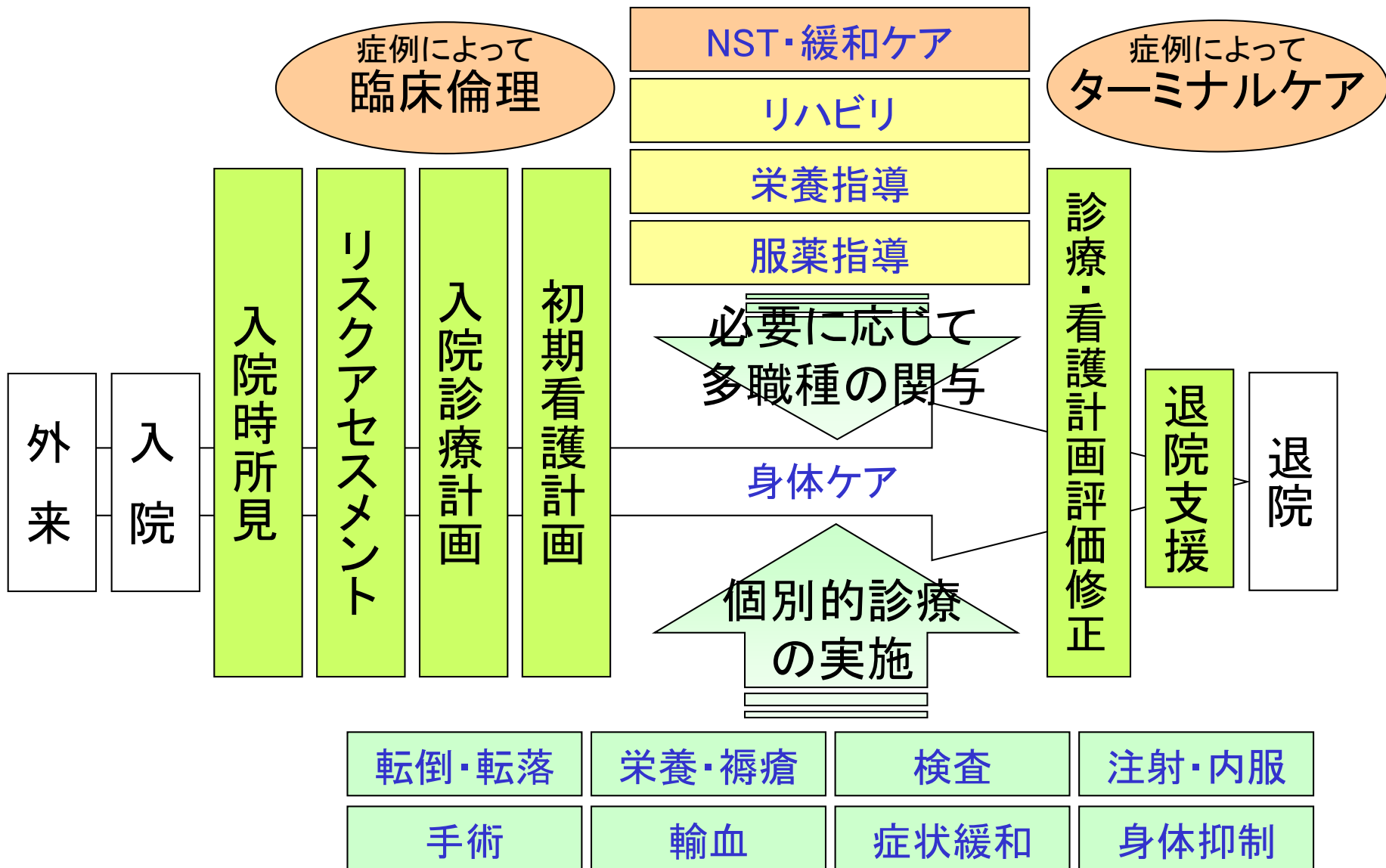


※概要確認（病棟ラウンド）は、

1ヶ所目の病棟は40分、2ヶ所目は20分あります。

※面接審査（カルテ審査含む）は、

1ヶ所目の病棟は90分、2ヶ所目は75分あります。



● 審査に立合う職員、職種

1. 医師(主治医、担当医)
2. 看護師(師長、副師長、紹介患者の受持ち)
3. 地域連携室(MSW)
4. 薬剤師
5. 管理栄養士
6. 療法士(PT、OT、ST)

● 必要に応じて立合う職員、職種

7. 外来看護師、救急外来看護師
8. 手術室看護師
9. ICU、HCUなど重症系病床の看護師
10. 専門・認定の看護師(皮膚排泄、摂食嚥下、など)
11. 事務系職員

- チーム医療（介入）があった患者の場合に立合う

12. 感染対策チーム
13. 褥瘡ケアチーム
14. 摂食嚥下サポートチーム
15. 栄養サポートチーム
16. 呼吸ケアチーム
17. 排泄ケアチーム
18. 認知症ケアチーム
19. 緩和ケアチーム
20. 歯科医師、歯科衛生士
など

- その他

※ 書記（質疑を記録、専門用語の聞取りは各部署の職員がオススメ）

医師診療マニュアル（作成・更新状況を確認） 病棟で看護師が参照するマニュアル

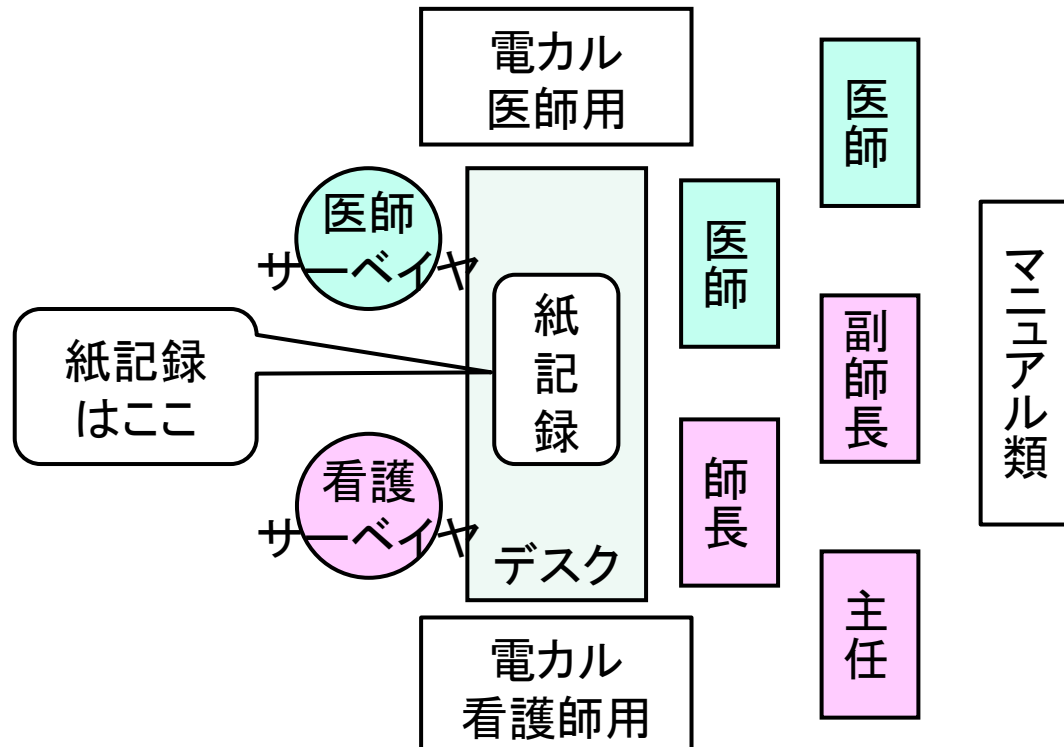
- 看護基準・手順
- 電子カルテマニュアル
- 指示出し・指示受けマニュアル
- 抗菌薬マニュアル
- 輸血療法マニュアル
- 緩和ケアマニュアル
- 身体抑制マニュアル
- 介護福祉士マニュアル
- 看護補助者マニュアル
- 勤務帯毎の業務一覧（看護）

など

1日目:ケアプロセスの対応イメージ(案) ①

抜粋版

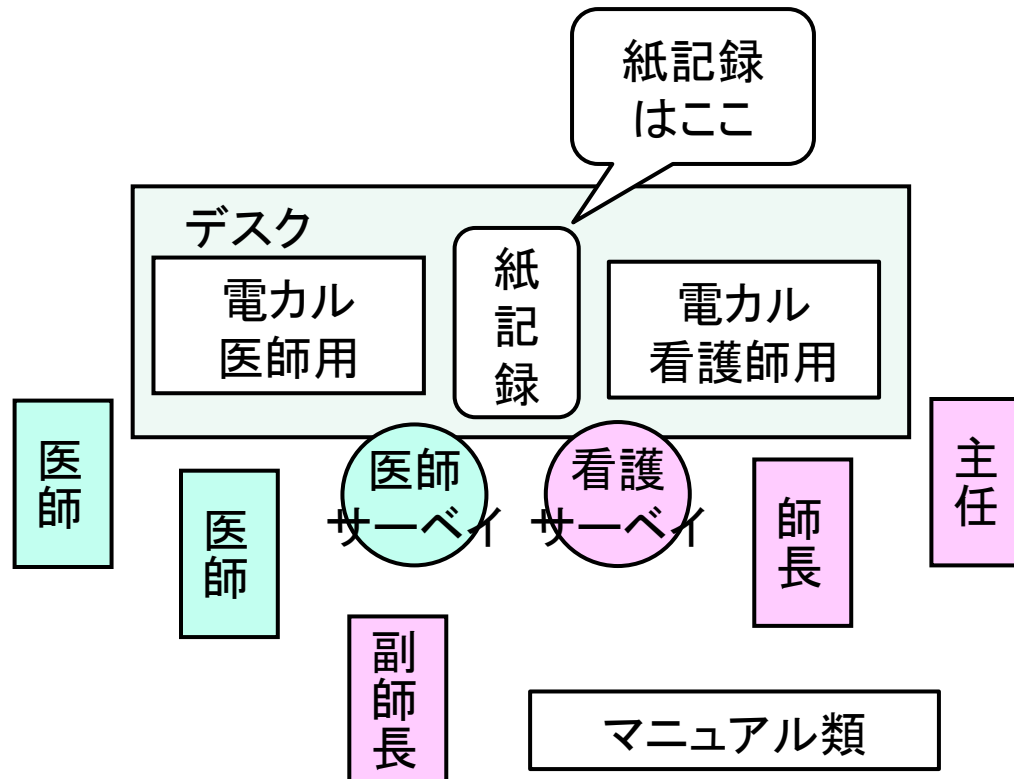
- 電子カルテは2台用意し、医師用、看護師用とします。
 - 電子カルテをその都度開いて説明していると時間が不足しがちです。
 - 提示を予定するカルテは印刷して付箋やマーカーをつけておきます。
- ※ 顔を見合わせて説明するため、聴き取りしやすいです。
- ※ 印刷物などの資料は、向きが逆になり提示しづらいです。



1日目:ケアプロセスの対応イメージ(案) ②

抜粋版

- 電子カルテは2台用意し、医師用、看護師用とします。
- ※ 横に並ぶと、病院側の医師と看護師の声が多少聞き取りづらいです。
- ※ 後ろに控えている、チーム医療の説明の方々も聞き取りづらいです。
- ※ 印刷物などの資料は横に並んでいるため、説明がしやすいです。



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
- 1.2 地域への情報発信と連携
- 1.3 患者の安全確保に向けた取り組み
- 1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み
- 1.5 継続的質改善のための取り組み
- 1.6 療養環境の整備と利便性

1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努

抜粋版

評価の趣旨

- 患者の権利を明文化した経緯、院内と院外への周知を確認。
- 患者の権利を時代に合わせた見直しや変更があるか確認。

注意点

- 院内の掲示だけではなく、病院案内やホームページなどへの工夫を求められる。
- 患者の権利に関する研修を、毎年、全職員に実施しているか？
- ※ 精神科：精神障害者の権利を擁護する内容となっているか？

指摘事例

- 患者の権利に関する全職員向け研修が実施されていない。
- セカンドオピニオンについての掲示がない。手順がない。

対策・工夫

- 患者の権利（治療を知る権利、治療の選択の権利、個人情報保護、など）を内容として取り上げた研修会であっても構いません。全職員向けに定期的（年1回程度）に開催。
- 各種の虐待に対する手順を見直し周知（1.1.4に関連）。

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

抜粋版

評価の趣旨

- 患者の知る権利を保障するような規定・手順があるかを確認。
- 手順では、説明と同意の要件を定めているか、同席の基準なども確認。

注意点

- 検査などの説明と同意での必要事項は院内で統一しているか？
(侵襲的な検査や遺伝子検査など)
- 同じ検査でも診療科によって異なる書類を使用していないか？
- 同席者(看護師など)の基準と同席の記録はあるか？
- セカンドオピニオンを希望できることなど説明しているか？
- 救急や高齢者など本人の同意が難しい場合はどうしているか？

指摘事例

- 同一の検査でも、説明と同意に用いる文書が各診療科で異なる。
- セカンドオピニオンが希望できることを説明していない。

対策・工夫

- 患者視点での分かりやすさを追求し、説明書や同意書の形式(見た目)も統一化。
(最近の審査では確認)

1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に評価している

抜粋版

評価の趣旨

- 臨床倫理方針と、課題が発生した際の病院判断の仕組みを確認。

注意点

- 倫理委員会を設置している場合、臨床研究以外にも臨床上の課題について取り扱うのか？を確認する。
例)・同意や告知 ・終末期対応 ・治療拒否 ・退院拒否 など。
- 臨床倫理についての全職員に対する研修を実施しているか？
- 病院として各現場の臨床上の倫理的な課題を把握しているか？
(倫理委員会の議題が臨床研究に特化している場合は要注意)

指摘事例

- 病院として、臨床上の倫理的な課題が分析・検討されていない。
- 倫理委員会は、臨床研究についてのみ取扱っている。

対策・工夫

- 病院として日々の倫理的課題の収集は、カンファレンス記録の提出、毎日の師長連絡会(朝の申送り)などでの報告、インシデント報告などでも良い。

2領域 良質な医療の実践1

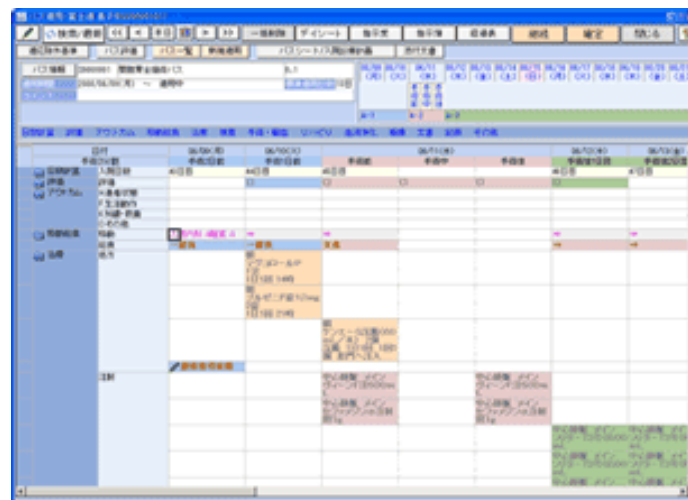
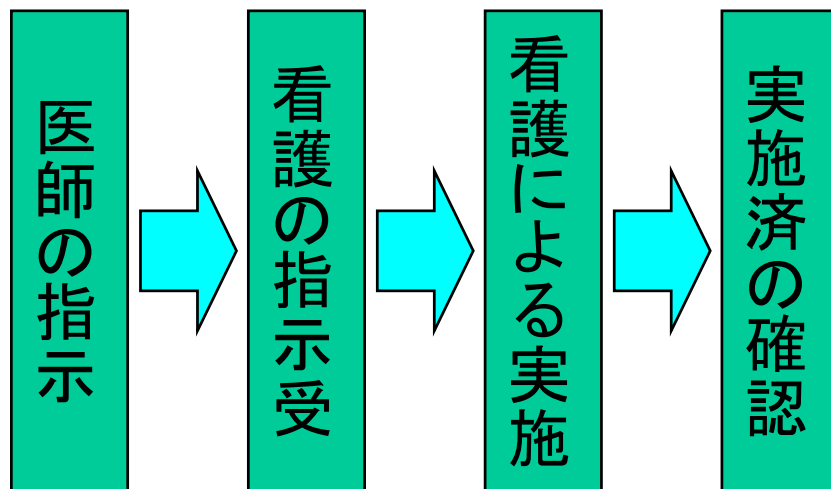
2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

2.1.4 情報伝達エラー防止(指示出し指示受け)

抜粋版

「指示出し、受け、実施までの流れを説明してください。」



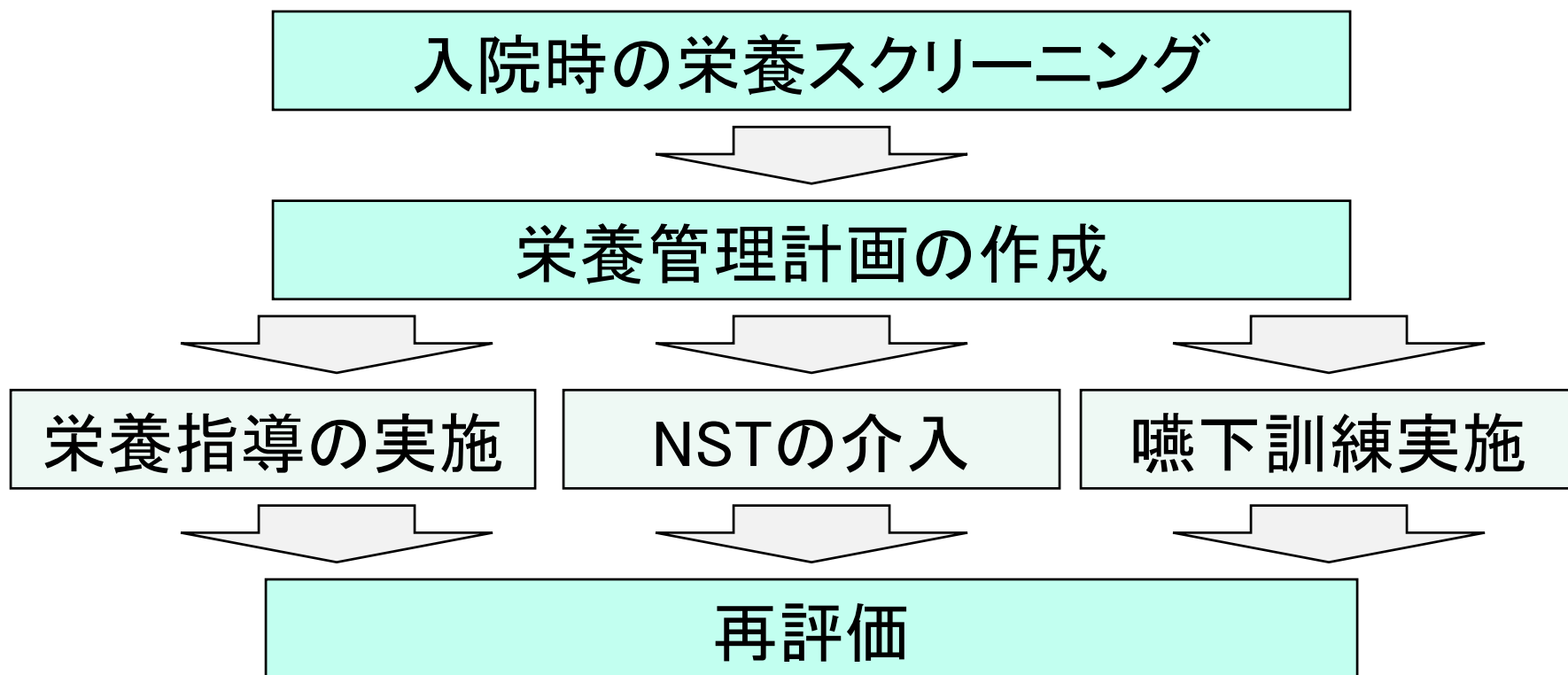
電カル上、医師が出した指示が現在どのような状態か(未受? 受済で未実施? 実施済?)を説明できますか?

投薬(注射・内服)の実施を、電カル画面で説明できますか?

薬剤検索は3文字以上で入力する。

注射・投薬、定期的場合・臨時の場合の手順説明が必要。

- 介入が必要な患者に対し、漏れなく確実に他職種が介入できるようにするための体制があるか？また、その記録はカルテ内の記録として他職種が自由に見ることができるか？



入院時アセスメント(身体的・心理的・社会的)

退院困難事例の把握

地域連携室、MSWの介入

外部機関との連携・調整

各種指導の実施(外部含む)

在宅・施設への退院(情報提供実施)

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(全病院が対象)
- 3.2 良質な医療を構成する機能2(機能がある時)

3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している

抜粋版

注意点

- 夜間・休日の体制は(水準に合った)救急医療に対応可能か？
- 麻薬・向精神薬・毒薬・劇薬の管理方法は法定どおりか？
- 薬剤助手の業務は規程されているか？
- 原則、薬剤師2名以上での調剤と監査を実施しているか？
- 注射薬は1施用ごとの取り揃えとなっているか？
- 抗がん剤のミキシングは薬剤師が安全キャビネット内で実施しているか？(特に厳しく確認)
- TPNのミキシングは薬剤師か？看護が行う場合の清潔管理は？
- オーダリングなどの薬剤検索は3文字以上の検索か？
- 服薬管理指導は実施されているか？(持参薬を含む)

指摘事例

- 抗がん剤のミキシングを病棟で医師(看護師)が不適切な環境で行っている。
- 調剤を薬剤助手だけで実施している。

対策・工夫

- 薬剤師法は変わっていない。薬剤助手が無条件に各種の調剤業務を実施することがないよう、教育体制や業務規程を整備。

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している

抜粋版

注意点

- 夜間・休日の体制は(水準に合った)救急機能に対応可能か？
- 有機溶媒の管理は適切か？(廃液含む)
- 検体のプライバシー配慮はできているか？
- 検体の誤認防止は適切に行われているか？
- 外部精度管理に年2カ所以上へ参加しているか？
- 生理検査時の患者の急変に対応できるか？
- パニック値は各診療現場でも確認できるか？
- パニック値が出た際の対応手順はあるか？

指摘事例

- 尿検体提出場所のプライバシー配慮に欠ける(外来・病棟)。
- 外部委託検査の精度管理の状況を確認していない。

対策・工夫

- パニック値は、主治医に確実に伝わるように看護部と情報伝達経路を確認。
- 外来採血が円滑に進むよう、待ち時間調査や満足度調査と連動した対策を練る。

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している

注意点

- 夜間・休日の体制は(水準に合った)救急機能に対応可能か？
- 画像診断装置は保守点検しているか？
- MRIの待ち日数は概ね7日以内か？(CTは3日以内程度)
- CT・MRIの読影に放射線科の医師が関与しているか？
- 通常の画像診断は当日又は翌日には報告がなされているか？
- 患者急変時の対応が可能か？
- 造影剤の保管や発注に薬剤師が関与しているか？
- 誤認防止、感染対策手順がとられているか？

指摘事例

- 操作室の窓越しに隣の撮影室の患者(患者同士)が見える。
- フィルムの保管状況(場所)などにプライバシーの配慮がない。
- 造影剤を使用する場合に患者の同意が取られていない。

対策・工夫

- 緊急依頼の撮影枠だけでなく、当日用(緊急とは言えないが急ぎ)の撮影枠を設定し、実運用上での待ち日数を無くす。
- 造影剤が定数在庫の場合は、薬剤師も関与(期限と数の点検)。

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
- 4.2 人事・労務管理
- 4.3 教育・研修
- 4.4 経営管理
- 4.5 施設・設備管理
- 4.6 病院の危機管理

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

抜粋版

評価の趣旨

- 法定通りの労働安全衛生委員会が開催されているか確認。
- 職員の健康診断が100%実施されているかを確認。
- 院内暴力への対応手順が整備されているか確認。

注意点

- 労働安全衛生委員会に職場の過半数を代表する職員もしくは、職場の代表者が認めている職員が出席しているか？
- 健康診断は非常勤医師を含めて確認できるか？
- 予防接種の実施が職員の意識任せとなっていないか？
- 針刺し事故への対応手順が適切であるか？周知されているか？

指摘事例

- 健康診断の実施率が100%ではない。
- 非常勤医師が健康診断を受診しているか確認していない。

対策・工夫

- 事前提出の調査票は、前年度の健診受診率であることに注意。
- 前年度が受診率100%ではない場合、未受診者には個別に何度もアプローチするなどの取り組みを実施。

4.6.1 災害時の対応を適切に行っている

評価の趣旨

- ・ 防災マニュアルの適切な作成と配布が行われているか確認。
- ・ 医薬品や物品、食糧や水などの備蓄についても確認。

注意点

- ・ 防災マニュアルは各職場に配布しているか？（冊子で配布）
- ・ 非常用の食料、水、医薬品の備蓄は何日分か？
- ・ 非常用電源から給電されるコンセントはどれか？また、必要な機材に給電されているか？
（各現場で確認を！）

指摘事例

- ・ 消防訓練が年2回実施されていない。
- ・ 医薬品や食料・水などの備蓄がない（災害拠点であれば3日分必要）。
- ・ 災害拠点病院としての備蓄には不十分である（食糧、医薬品）。

対策・工夫

- ・ 非常用の備蓄は、3日分程度を求められているので、足りない場合はどのように補うのか回答できるようにしておく（地域の協定、グループ病院から融通、業者からの優先配送、など）。

4.6.2 保安業務を適切に行っている

評価の趣旨

- 保安業務を委託している場合には、院内の管理担当を確認。
- 保安に関する規定・手順や日誌について確認。

注意点

- 夜間の出入口は何カ所で、それは何処か？
- 面会者の出入りと、職員の出入りはそれぞれ何処か？
- 徘徊や無断離院の対策と対応方法が決まっているか？

指摘事例

- 建替えや改修中を理由に施錠管理が出来ていない個所がある。

対策・工夫

- 徘徊や無断離院の対策は、看護部と事務部で確認。
- 暴力対策では、警察OBなどによる研修会なども実施。