

## 病院機能評価(3rdG:Ver.2.0)セミナー

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



全国	8,365 病院中	2,184 件の認定	(26.1%)
広島	239 病院中	76 件の認定	(31.8%)

## 機能評価認定が影響する診療報酬など

2019/2/1 付

- 緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算、総合入院体制加算1および2  
「医療機能評価を受けている病院または準じる病院」
- 感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算  
「機能評価等の第三者の評価を受けていることが望ましい」
- 基幹型臨床研修指定病院  
「第三者の評価を受けその結果の公表を目指すこと」
- 地域医療支援病院、特定機能病院  
「第三者の評価を受けていることが望ましい」
- 広告が可能な事項
- 非医師が理事長になる際の要件

<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)

# 従来とはここが違う！

## 3rdG: Ver.2.0の概要

- 評価項目は、「評価の視点」「評価の要素」を中心に必要最小限の見直しに留める。
- 一般病院1(主に、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)をベースとして見直しを行う。
- 「理念・基本方針」「質改善活動の取組み実績」「ガバナンス」を重視した評価項目の見直しを行う。
- 評価項目「解説集」のあり方を見直し、読み手が質改善の視点を養うことができるような内容とする。
- 次期病院機能評価を「機能種別版評価項目〈3rdG:Ver.2.0〉」と称する。

Ver.1.0に無かった『 4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある 』がVer.1.1から追加されています。


- 自己評価調査票を活用し、各評価項目の担当となった職員は「前回結果」や「期中の確認」を把握します。

自己評価調査票

機能種別版評価項目 一般病院2 <3rdG:Ver. 2.0>

病院名

今回審査	審査ID		初回審査日
期中の確認	審査ID		実施日
前回審査	審査ID		初回審査日


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

**1 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

【評価の視点】  
○患者の権利が明確にされており、実践の場で擁護されていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者の権利の内容
- 患者の権利の啓発
- 患者・家族、職員への周知
- 権利擁護の状況
- 患者の請求に基づき、診療記録の開示状況

※本項目のポイント

○患者の権利の周知方法は、単々であるが、十分に周知する姿勢が認められればよい。

○権利が擁護されているかどうかの実施は、部署別問診ケアプロトコル等で総合的に確認する。

○精神機能や身体機能に障害のある患者や社会的な弱者に対する配慮も確認する。

○説明と同意や個人情報保護など、別に評価項目がある場合で、これらの権利が擁護されているかについては、本項目で評価する。

関連する項目

権利が擁護されているが、実際に不備がある場合については、それぞれの項目で評価する。

3

1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている

今回審査

自己評価	評価には ( S / A / B / C / NA ) を記入
------	---------------------------------

アピールしたい点

今回の自己評価を記載

課題と認識されている点

期中の確認

自己評価	
------	--

前回の審査から2年経過した時点の自己評価 (途中経過)

前回審査

前回評価	
------	--

前回の審査結果

4

一般2(1)

1日目			
9時	事前打ち合わせ		
	病院概要説明		
10時	書類確認		
11時	1領域面接調査		
12時	4領域面接調査		
13時	昼食		
	概要確認	概要確認	
14時	ケアプロセス調査 ①	ケアプロセス調査 ②	同行
15時			事務面接
16時	概要確認	概要確認	
17時	ケアプロセス調査 ③	ケアプロセス調査 ④	部署訪問
	救急外来	一般外来	

2日目	
9時	
10時	部署訪問
11時	部署訪問
12時	昼食
13時	部署訪問
14時	サーベイヤーマーケティング 再確認(病棟および部署)
15時	
16時	講評および意見交換

- AとCの病棟は、病院が自ら指定して審査を受ける病棟となります。
- BとDの病棟は、審査の1週間前に、医療機能評価機構から、どの病棟にするかを指定されます。
- 直前まで、どの病棟が審査対象となるか分からないため、候補となりえる一般病棟は、それぞれ審査に対応するカルテの準備をすることになります。



# 審査に向けた準備

## • 部門や部署における約束事項

- 日々の部門や部署における運用を文書やフローにしておくことが大切です。人によって約束事項の認識や理解がバラバラにならないようにすることが目的です。
- 一人部署や少人数の場合は、もしも来月、担当交代をしなくてはならないときの申送りはどうするか？を想像し、次の人に送らないとならない内容を文書化します。
- 複数人が業務をするにあたり、統一した動きとなることが、医療安全や感染対策において重要な事柄となります。
- 上記以外は、やることリスト(業務分掌)を掲げてあるものが、マニュアルとなります。

※学校で使うような教科書の内容、機械・機器のマニュアルを写しなおすことは不要です。

## ・ チーム医療の約束事項

- ・ 部門単位や部署単位の日常業務の範囲を超えたものは、該当する委員会やチームとして、介入の基準や手順、依頼受付などを文書化します。
- ・ チーム医療や複数職種に係る内容は、独立した規定やマニュアルとして整備します。
- ・ 看護部のマニュアルにだけ書かれていることをよく見ます。多職種に係る内容は、全体に向けたマニュアルとして整備してください。

例) 手術申込手順が、手術室病棟の手順に整備

集中治療室の退室基準が、病棟管理基準に整備

輸血手順が看護手順にある⇔検査科の手順は払出まで

# カルテ準備表の例(一般病院2の場合)

抜粋版

- 病院種別に合わせて星取表を作り、ルール通りに実践ができたカルテができているか、確認します。
- 原則として対応しない内容は、NAで構いません。

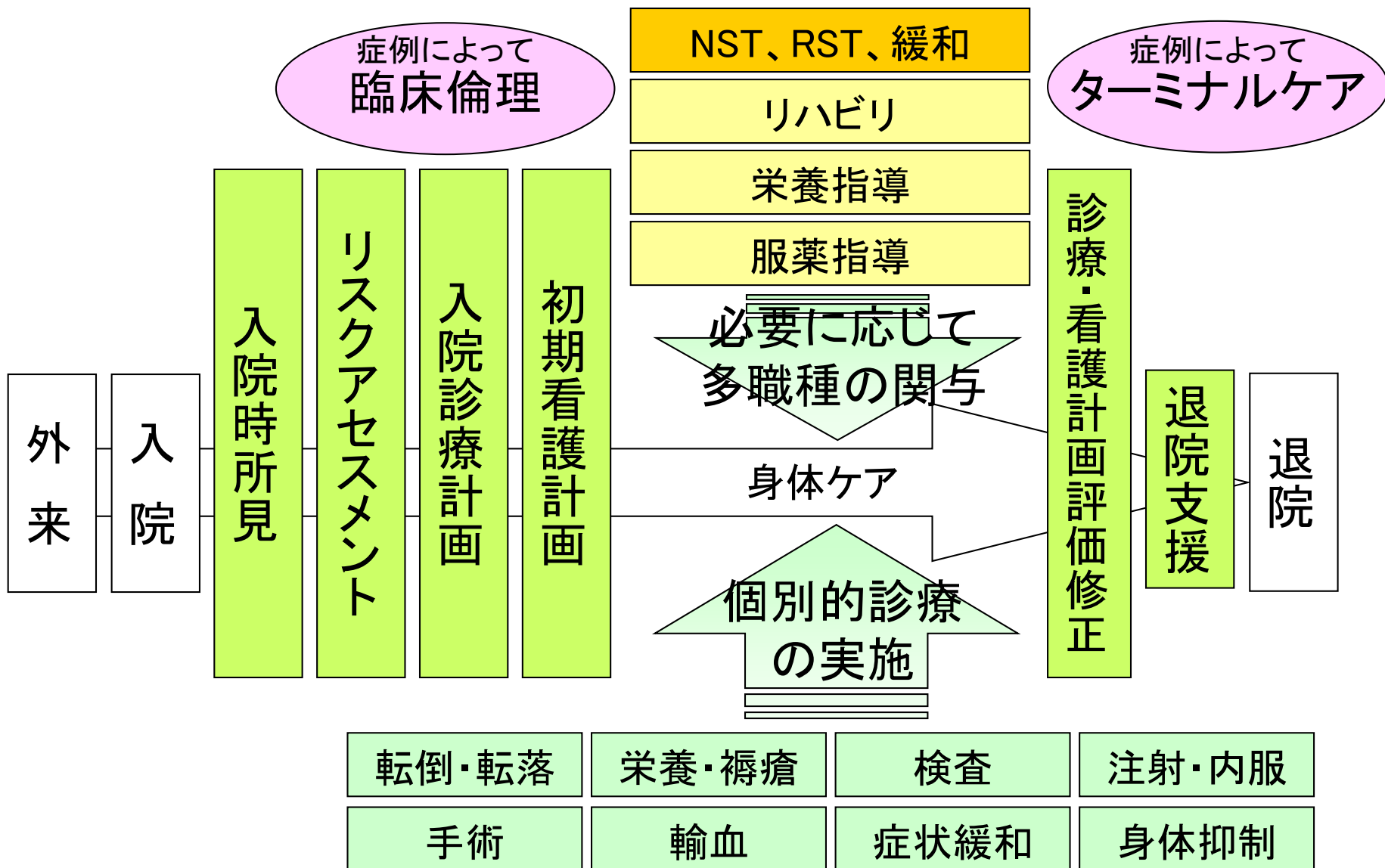
項目番号	2.2.2	2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.11	2.2.12	2.2.13
患者氏名 カルテID	外来診療を適切に行っている	診断的検査を確実・安全に実施している	入院の決定を適切に行っている	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	周術期の対応を適切に行っている	重症患者の管理を適切に行っている
〇〇A男 1234567890	2016/1/5 救急搬送	2016/1/5 上部内視鏡	2016/1/5 吐血により	2016/1/5 救急センター	なし	なし	2016/1/5から 1/8～内科病棟
△△B子 1234567893	2016/1/13 定期通院	なし	2016/1/25 化学療法のため	2016/1/25 内科病棟	なし	なし	なし
□□C郎 1234567891	2015/12/20 地連経由	2015/12/25 上部内視鏡	2016/1/8 転科、手術目的	2016/1/8 外科病棟	2016/1/29 SICUにて実施	2016/1/29	2016/1/29～30 SICU

- 概ね、審査予定の3か月前程度からの入院患者とします（急性期系の場合）。
- どの病棟も、ケアプロセスの最初において代表的症例として紹介する患者は、審査当日までの退院していることが必要です。つまり逆算すると、審査の3か月前程度からの入院患者が、審査に提示されることになります。
- 病棟（診療科）を代表するような事例を、審査で提示するカルテとして用意します。代表的の捉え方として、症例数が多い、特に力を入れている、どちらでも構いません。
- トラブルなしの事例で構いませんが、多職種連携、チーム介入など、資源投入が多い患者を推奨します。

# 審査における注意点

# ケアプロセス(2.2～)において紹介する主な内容

抜粋版



- 調査に立合う職員、職種
  1. 医師(主治医、担当医)
  2. 看護師(師長、副師長、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. 臨床心理士



- 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

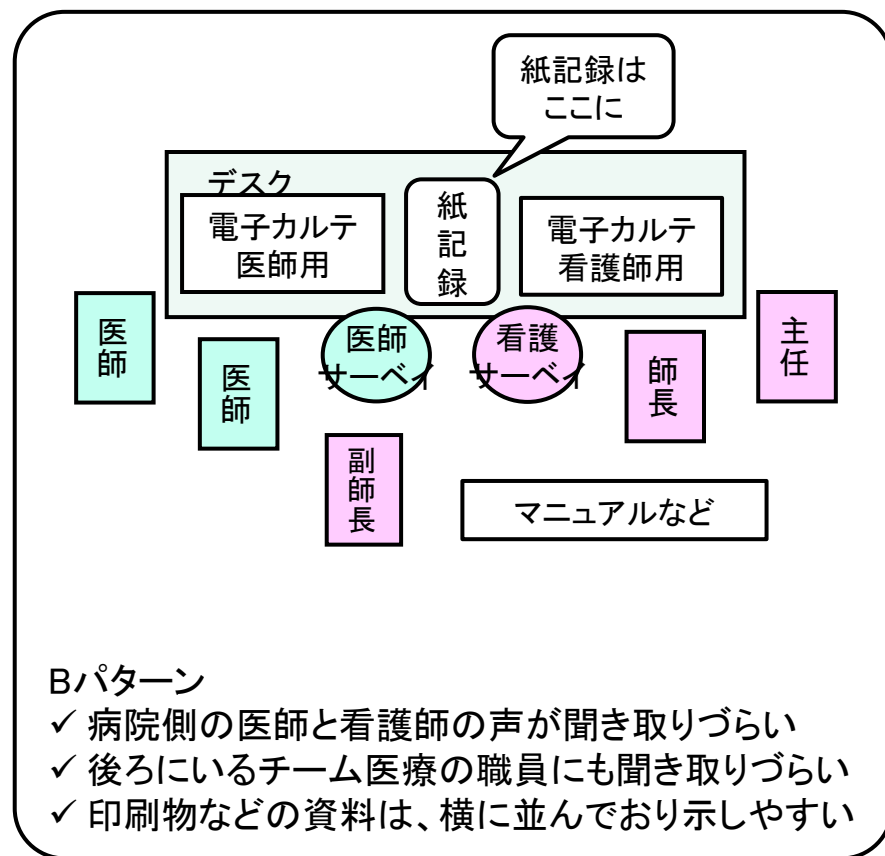
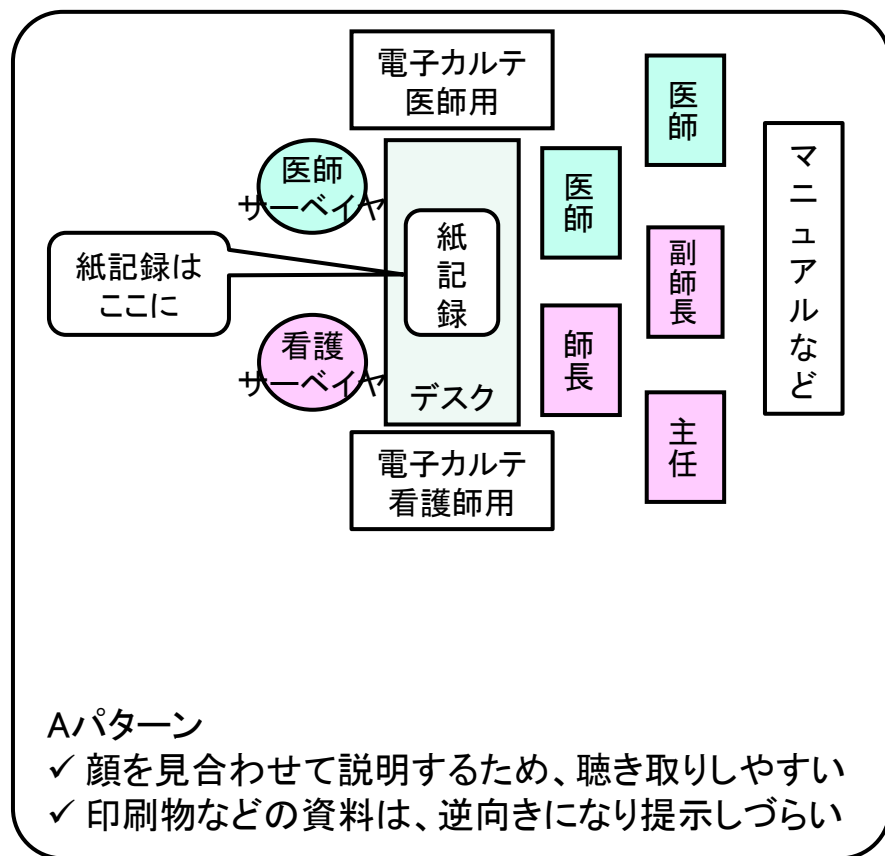
- その他

※ 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）

# ケアプロセスの対応イメージ(案)

抜粋版

- 電子カルテは2台用意し、医師用、看護師用それぞれとします。
- 電子カルテを都度開いて説明していると時間が不足しがちです。
- 提示予定のカルテは印刷して付箋やマーカーをつけておきます。



## 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

✓ 病院全体に影響することになる領域です。主に診療やケアに関する運用を確認する領域です。

# 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について、これまでの経緯、院内と院外への周知を確認。
- 患者の権利は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も必要。
- 患者の権利に関する教育や研修を、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教育や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、同意を得る

## 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？
- 同意した内容は撤回することは可能であるか？その場合の記録は？
- 緩和ケア病棟や終末期では、DNARの適応の検討、説明と同意を得て、記録しているか？

## 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。
- 臨床における倫理に関する職員の認識不足や誤認に注意する。  
ここでの倫理の例)・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。
- 臨床上の倫理として何があるか、明文化されたものがない。
- 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

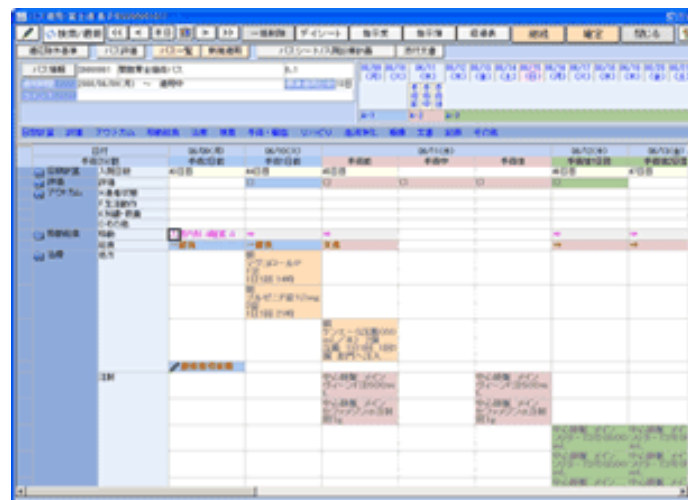
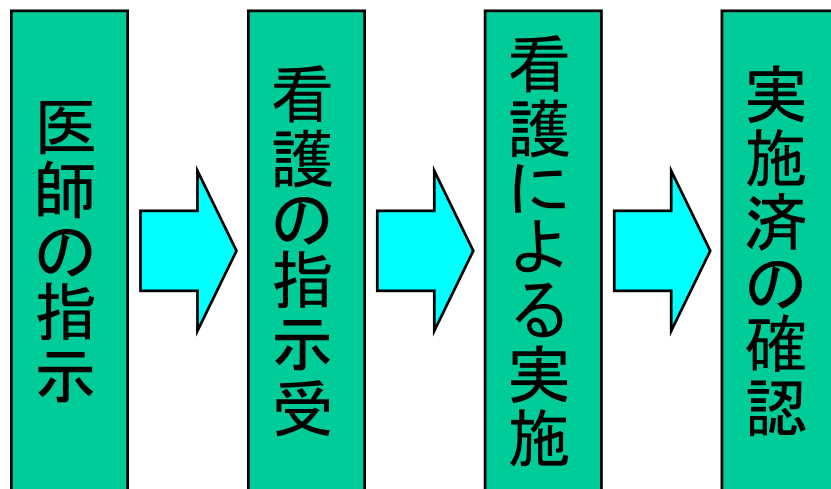
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

- ✓ 診療とケアの実践状況を、確認する領域です。
- ✓ 実際に診療があった患者のカルテを用いて、実践状況を記録にて確認します(ケアプロセス)。
- ✓ 病院や部門、部署として定めたルールが実践に結びついているか確認します。

## 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。」

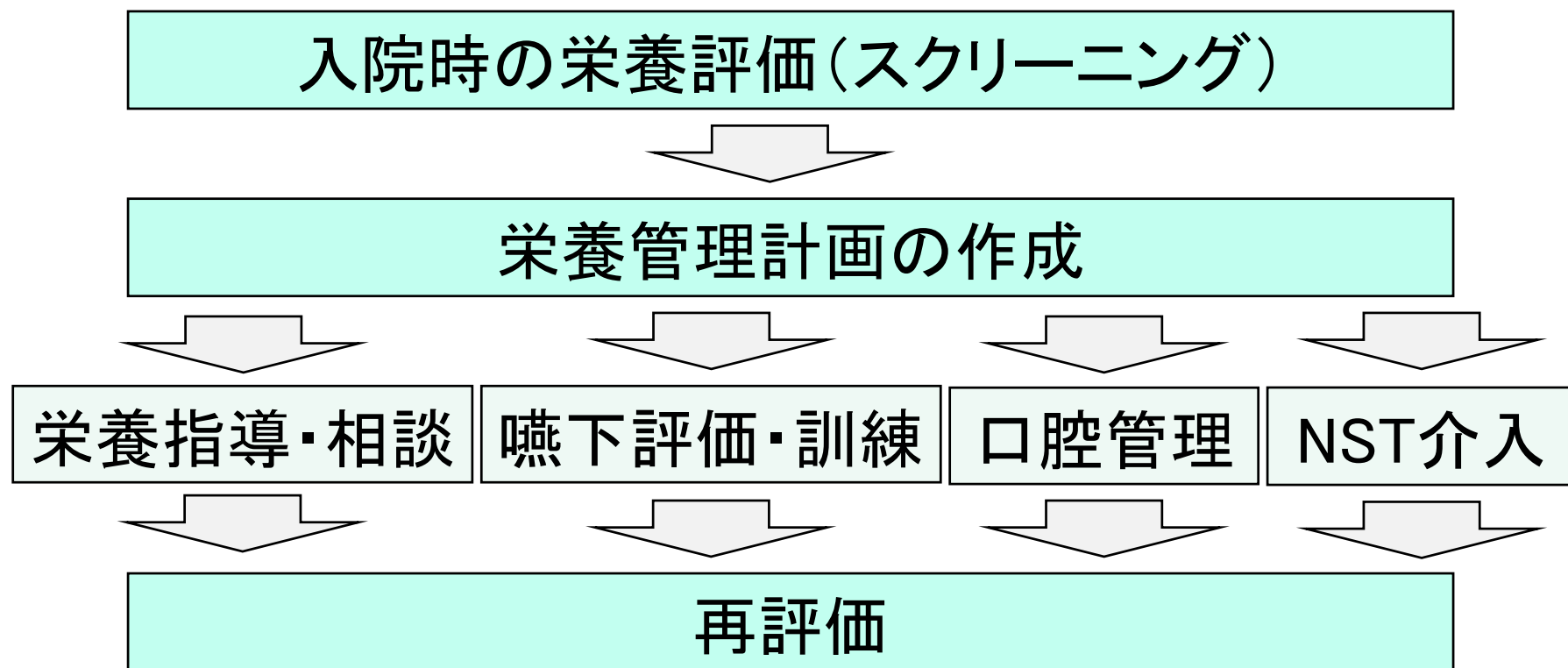


電子カルテの指示簿などで、医師は指示が現在どのような処理の状態であるか(未受? 受済で未実施? 実施済?)を説明できること。  
投薬(注射・内服)の実施状況を、電子カルテの画面で説明できること。

薬剤検索は3文字以上で入力となっていること。  
注射・投薬は定期と臨時、それぞれの処理手順が説明できること。



- 介入が必要な患者を抽出し、確実に多職種が介入できるようにするための体制があるか？
- 介入記録はカルテ内の記録として多職種は自由に見ることができるか？



入院前、入院時の評価（介護、栄養、身体、心理、社会）

退院困難事例の把握

退院支援担当の介入

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)

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 3.1.1 薬剤管理機能 | 3.1.5 リハビリテーション機能 |
| 3.1.2 臨床検査機能 | 3.1.6 診療情報管理機能    |
| 3.1.3 画像診断機能 | 3.1.7 医療機器管理機能    |
| 3.1.4 栄養管理機能 | 3.1.8 洗浄・滅菌機能     |

### 3.2 良質な医療を構成する機能2(機能がある時)

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 3.2.1 病理診断機能    | 3.2.4 手術・麻酔機能 |
| 3.2.2 放射線治療機能   | 3.2.5 集中治療機能  |
| 3.2.3 輸血・血液管理機能 | 3.2.6 救急医療機能  |

✓ 上記の各部門、部署の運用について、確認する領域です。各持ち場において確認します。

## 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？
- 抗がん剤の調製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

- 抗がん剤の調製を病棟で医師(看護師)が不適切な環境と防護具で実施している。
- 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)。置きっぱなしに注意。
- 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

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？
- 画像診断装置は保守点検しているか？
- CT・MRIの待ち日数が、診療に影響を及ぼしていることがないか？
- CT・MRIの読影に放射線科の医師の関与があるか？
- 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)。
- 画像診断結果を主治医が確実に確認する仕組みを評価。異常所見の場合は電子カルテに警告が表示される、など。

## 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

✓ 病院の組織管理について、確認する領域です。

# 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

抜粋版

Ver.1.1から追加！

## 評価の趣旨

- 病院内に多くある規定や基準・手順、マニュアルなどが個々に勝手に作られていないかを確認。
- 全職員は当然であるが、多くの職員に関わる文書を作成する際は、ここで定めたルールに従っていることが必要。

## 注意点

- 受審にむけた見直しをする際には、必ず文責、作成日、改定日(改定内容の注釈を含むと尚良い)があるか確認して更新。

## 指摘事例

- 古い文書が配布されている部署がある。
- 病院全体に係る文書(規定やマニュアル)が、委員会や会議などで未承認のまま配布され、使用されている。

## 対策・工夫

- 文書管理規定があること、規定に沿った管理となっていることを、各評価項目で点検した資料の状況で判断となることに注意。
- 重要書類(会議や委員会の規定、安全・感染のマニュアル、など)と、直近の新規作成や改定した文書から整備して受審。



## 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。

## 4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている

抜粋版

### 評価の趣旨

- 全職員を対象とした必要な研修を実施しているか確認。
- 新人職員を対象とした研修プログラムがあるか確認。
- 学会や院外の研修に参加するために病院の支援体制を確認。
- 図書室機能や文献検索機能が整備されているか確認。

### 注意点

- 全職員対象の研修を計画管理する部署や担当者などが決まっているか？
  - 法定研修(医療安全・医療ガス・感染対策・個人情報保護)を実施してるか？
  - 診療報酬の届出状況により、これに求められる自院に必要な研修を実施しているか？
  - 上記以外、全職員対象の患者の権利、接遇研修、倫理研修、心肺蘇生を実施してるか？
- ※ 精神科:精神科の患者への対応や拘束具の研修をしているか？

### 指摘事例

- 全職員向けの研修を計画管理する部署(担当)がなく、年間の教育計画がない。
- 医療安全や感染対策の研修会への参加率が悪い。

### 対策・工夫

- 病院の年間教育計画が未作成の場合、少なくとも開催実績の取りまとめは必須。
- 法定研修は欠席対応が必須(ビデオ、複数回実施、回覧署名、アンケートの実施、など)。