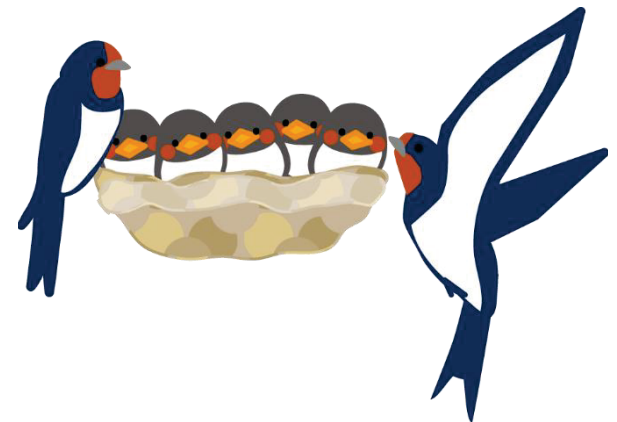


病院機能評価(3rdG:Ver.2.0)徹底解説!

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



従来とはここが違う！ 3rdG: Ver.2.0の概要

改定の概要： Ver.1.1 (Ver.1.0)からの変更点

- 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。

審査結果に応じて、認定後の改善状況の評価を強化

期中の確認の強化

- 認定時点の結果(審査結果報告書受領時)により、期中の確認(認定後3年目に実施)の方法(書面/書面+訪問)を決定する。

(現行) Ver.1.1	Ver.2.0						
認定後3年目に書面による確認を行う(訪問による確認は任意)。	認定時点の結果(審査結果報告書受領時)により、期中の確認の方法を書面又は書面+訪問とする。 <table border="1"><thead><tr><th>認定時点の結果</th><th>確認方法</th></tr></thead><tbody><tr><td>認定</td><td>書面(訪問は任意)</td></tr><tr><td>条件付認定</td><td>書面+訪問</td></tr></tbody></table>	認定時点の結果	確認方法	認定	書面(訪問は任意)	条件付認定	書面+訪問
認定時点の結果	確認方法						
認定	書面(訪問は任意)						
条件付認定	書面+訪問						

審査に向けた準備

最近の審査における注意点から見える傾向と対策 ①

- 患者視点で診療を進めている姿勢が伝えられるか？
- 患者の権利を、病院として展開していること
 - 患者に分かりやすい説明と同意、同意を強要しない
→ 説明文書の見直し、評価
 - 患者の要望・希望を取り入れているか(聞いている)
→ 医療者には当然のことも、患者には分からない
 - 上記のための工夫や取組みがあるか？
→ 難しい内容を簡単な言葉で説明する
 - 患者を治療に参画させるための取組みがあるか？
→ 知る権利、患者教育 に取り組んでいるか？
- 必要なことであるとして押付けとなっていないか？
 - 入院のしおり、面会ルールなども確認

申し込みから受審までの全体の流れ

活動内容		2018年1月～3月			2018年4月～6月			2018年7月～9月			2018年10月～12月			2019年1月～3月			
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
現状確認	【院内研修会の実施】 全職員向けに研修会(勉強会)を開催	○															
	【受審準備プロジェクト結成】 領域別責任者や評価項目担当者を決定	○															
	【現状ヒアリングや自己評価の実施】 プロジェクトによる現状ヒアリングや自己評価	→															
	【問題点の報告会を開催】 規定や手順の見直し、要新規作成を明確化			○													
改善推進	【受審準備プロジェクトの開催】 月に1回程度、プロジェクトを開催し、進捗管理	受審準備プロジェクトを定期開催 →															
	【現場への作業指示】 院内調整は、各種委員会やプロジェクトで協議	→															
	【自己評価の実施】 評価項目を自己評価(必要に応じて複数回)	○ 初期			△ 任意			△ 任意					○ 提出用				
直前準備	【手順やマニュアルの運用】 規定や手順を運用し、内容を検証	→															
	【審査用カルテの準備】 本審査時に提示できるカルテか確認	→															
	【模擬審査の実施】 面接審査、病棟や部署のラウンドの模擬を実施	→															
	【書類審査用の資料準備】 審査において必要な規定や手順を準備															○	
機能評価機構の手続き	【機能評価機構に受審申込】 更新期限の一年半前から申し込み可能	●															
	【機能評価機構の説明会参加】 審査の申し込み後に代表者が参加	→															
	【施設調査票などの提出】 受審の2か月前の1日までに提出																提出
	【自己評価票提出】 受審の1か月前の1日までに提出																提出
	【本審査の受審】 2日間の訪問審査を受審(一般3は3日間)																受審
	【中間的な結果報告の受領】 8週間程度で中間的結果(Cがなければ認定)																中間結果

現状を把握し、到達目標を共有

改善推進

審査に向けて受審の準備

→

日程通知

本審査における注意点

どの病棟で受審するか？

- 主機能として対象となっている病床から、病院を代表する病棟を選択します。
- 複数の診療科を持つ場合、外科系と内科系を1か所ずつ選ぶこととなります。単科や特化している場合は、偏った選択をしても構いません。
- ICUやHCUなど重症系病棟は、受審病棟として選択せず、ケアプロセスの一連の流れ中で重症患者の管理の実践をカルテで紹介します。
- 部署の管理は、部署訪問の審査時間に集中治療機能として、審査を受けます。
- 2番目に受審となる病棟は、医療機能評価機構から指定されます。

1日目:カルテ直前チェックリスト ①

- 各評価項目において、具体的に〇月〇日の何のケア記録を提示するのか把握できているか？
(各種検査・リハビリ・各種カンファレンス等)
- 手術記録、ICUやHCU記録など部門の記録は、すぐに開くことができますか？
- コメディカル(リハ、薬剤師、栄養士)等の指導記録や計画書は、すぐに提示出来ますか？
- 指示の出し方は受け方(注射、投薬、輸血等)は、どの病棟でも同じオーダーリング画面や実施記録画面を用いて、同じ回答が出来ますか？

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、権利の擁護に努めている

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）。

1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している

評価の趣旨

- 委員会活動や規模に応じた専従・専任の配置状況を確認。
- 誤認防止、侵襲を伴う検査、指示出し～指示受けと実施、薬剤の使用、インシデント報告など手順を確認。

注意点

- 手順の作成が必要（誤認防止、検査・処置実施手順、薬剤使用手順、インシデント報告手順など）。
- 特に誤認防止は各部署で手順が必要。
- 離院防止、自殺防止の手順があるか？
- ※ 精神科：電気けいれん療法の手順（パスなど）が整備済か？

指摘事例

- 医療安全担当者に、必要な権限が付与されていない。
- 手術室においてタイムアウトが実施されていない。
- 救急カートの点検手順があいまい。点検済みの表示がない。

対策・工夫

- 医療安全マニュアルの整備では、すべてを医療安全で網羅すると作業が膨大になるため、目次を整備し、別冊参照としても良い。

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

評価の趣旨

- 収集・分析された情報が活用されているかを確認。
- 各種のデータがタイムリーに院内へ情報発信されているかを確認。

注意点

- 医師会や保健所など様々なルートから入手した感染関連情報を、統合的に院内へ情報発信できているか？
- 病院規模に応じた部門別サーベイランスを実施しているか？

指摘事例

- 院内のサーベイランス情報が活用されていない。
- 情報収集と院内周知の担当者が明確ではない。
- サーベイランスが少ない、一部のSSIのみである（感染防止対策加算1）。

対策・工夫

- 毎年の季節性の感染症への対応や対策の変更、それらの周知徹底について紹介できるよう記録をまとめる。
- ICTラウンドでは、確認、指導、検証、対策のPDCAを意識し、指摘して放置とならないよう注意。

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

1領域と2領域(ケアプロセス)の関係

1領域では体制・規定・基本手順等を確認し、
2領域で実際の運用を確認

1.1.6 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している → 決定された臨床倫理の方針に基づき、課題が発生した場合はカンファレンスなどで協議し、それでも解決策が決まらない場合は倫理委員会を開催するなどの組織体制があるかを確認。



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 → カルテやカンファレンス記録を確認

2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している

評価の趣旨

- 伝言ゲームになっていないことを確認。
- 指示は発生源入力であること。

注意点

- 電子カルテの画面や指示簿、処方箋などで、医師による検査・投薬・注射の指示が出てから、看護による受けと実施の記録までを確認できる必要がある。
- 医師は指示が実施されているか否かを電子カルテの上で確認できる必要がある。
- 口頭指示については、手順の確認と実際のカルテ記録を確認。看護師による当日の実施記録が残っているか注意。また、後日に医師によるカルテ記録についても確認。

指摘事例

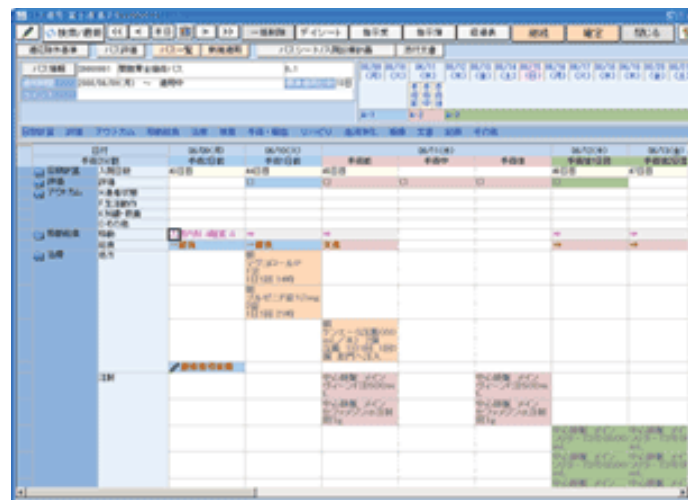
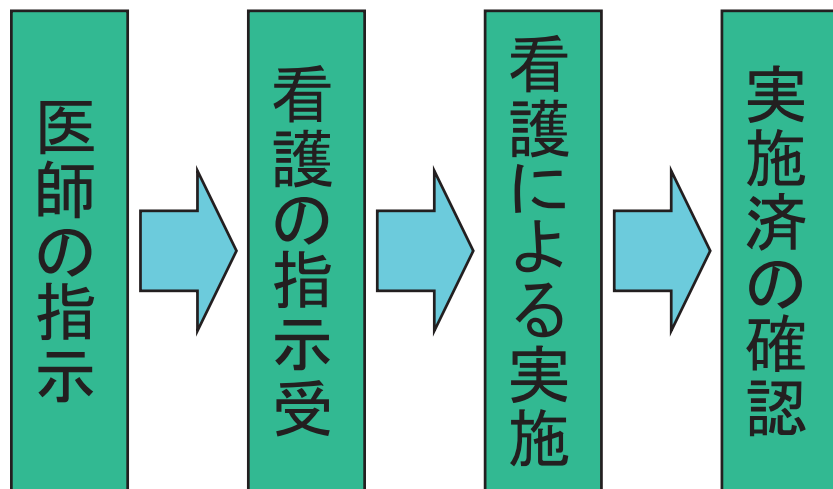
- 指示出し～指示受け～実施確認の手順が病棟によって異なる。
- 口頭指示は看護師が指示簿に代筆するが、後日の医師の確認がない。
- 電子カルテやオーダーリングの代行入力が未承認である。

対策・工夫

- 救急外来やICUなど緊急事態が発生しやすい部署での指示出し、指示受けについて、例外ばかりが起きていないか確認。
- 口頭指示は、通常の運用が難しい部署(救急やICUなど)は、専用の記録用紙の作成も検討。

2.1.4 情報伝達エラー防止(指示出し指示受け)

「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、定期的の場合・臨時の場合の手順説明が必要。

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

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

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。

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

4.1.1 理念・基本方針を明確にしている

評価の趣旨

- 病院の理念、基本方針の設定と院内院外への周知方法。

注意点

- 理念や基本方針を定期的に見直しをしているか？必ずしも変更してことを求めるものではない。(議事録で確認)
- ※ 精神科: 偏見を取り除き、権利を擁護する考えが見えるか？
- ※ 精神科: 精神障害者社会復帰施設や家族へ浸透させているか？

指摘事例

- 特になし。

対策・工夫

- 理念や基本方針は、広報誌や病院長の年始所感などでも職員、患者へ周知。
- 機能評価の受審に合わせて見直したのであっても構わない。

4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある

評価の趣旨 (Ver.1.1から追加)

- 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。