

病院機能評価(3rdG: Ver.3.0) 受審に向けた傾向と対策



株式
会社 **ユアーズブレイン**
〒730-0042 広島市中区国泰寺町1-3-29 3F
TEL 082-243-7331 FAX 082-249-7070
URL <http://yb-satellite.co.jp/>

医業経営コンサルティング部
課長 小金丸 実

全国 8,193 病院中 2,044 件の認定 (24.9%)

2022/4/1 付

病院機能評価の認定が影響する診療報酬や施設認定など

- 急性期充実体制加算、総合入院体制加算1及び2、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算
「医療機能評価を受けている病院または準じる病院」
- 感染対策向上加算1、2及び3、患者サポート体制充実加算、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3
「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」
- 特定機能病院、臨床研究中核病院、がん拠点病院
「第三者の評価を受けること(特定機能病院は結果も公表)」
- 臨床研修指定病院、地域医療支援病院
「第三者の評価を受けることを推奨(望ましい)」
- 救命救急センターの充実評価 … 認定病院は加点
- 非医師が理事長になる際の要件
- 広告することができる事項

※ 第三者の評価: 病院機能評価、ISO9001、JCI(海外版機能評価)、など

届出のためには認定取得が必須です。

同種同規模の施設と比べて、認定を有して当然と捉える。

<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)

- 病院の種別によらず、1領域、2.1領域、3領域、4領域は、共通項目になります。
- 副機能の共通項目は評価されず、主機能にて評価されます。
- 2.2領域は、病院の種別に合わせて、投げかけられる内容がことなります。
- 副機能の受審では、2.2領域だけを主機能に追加して評価を受けます。



病院種別に合わせて異なる



- 全ての病院において、カルテレビューとしてサーベイヤによるカルテ点検が開始されます（一般病院3においてはVer.2.0から実施中）。
 - ✓ 受審に対応するカルテだけでなく、病院全体におけるカルテ記載の一層の充実、診療とケアに関する運用の周知が求められます。
- 一般病院2の審査体制区分3と4、一般病院3において、テーマ別面接の新要素が導入されます。
 - ✓ 単独の評価項目だけでなく、それぞれのテーマに関連するいくつかの評価項目を関連づけて、病院全体として課題解決に取り組む姿勢が問われます。

評価項目を単位とした調査以外に、テーマ別に調査を実施（従前も一般病院3は、一部の内容を実施していた）。

- カルテレビュー

 - ✓ 日常的なカルテの記載状況を点検 すべての病院
- テーマ別の面接

 - ✓ 事務部門(組織、経営、人材) 区分3、区分4、一般3
 - ✓ 地域・患者支援 区分4、一般3
 - ✓ 薬剤 一般3
 - ✓ 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品、臨床研究 一般3
 - ✓ 医師・歯科医師、看護師の教育 区分3、区分4、一般3
 - ✓ 幹部面接 区分4、一般3
- 医療安全・感染対策ラウンド

 - ✓ 医療安全と感染対策に特化したラウンド 区分3、区分4、一般3

対象： 全ての種別と区分。

点検： 日常的なカルテの記載状況の確認。

- ✓ 審査用に準備したもの以外の記載を確認
- ✓ 説明と同意の様子(記載)
- ✓ 診療・ケアの様子(記載)

SVR： 医師と看護師が手分けして確認。

準備： 電カルの場合は、医師SVR用と看護師SVR用に2台を用意。

視点： 医師と看護師、多職種の記録を確認(職種に拘らず確認)。

例数： サーベイヤ(SVR)の一人当たり5例程度以上を確認。

対応： 電子カルテ操作に慣れた職員(診療録管理担当の職員)。
カルテ内容の説明は不要です(記録の確認に専念する)。

審査当日の進行について

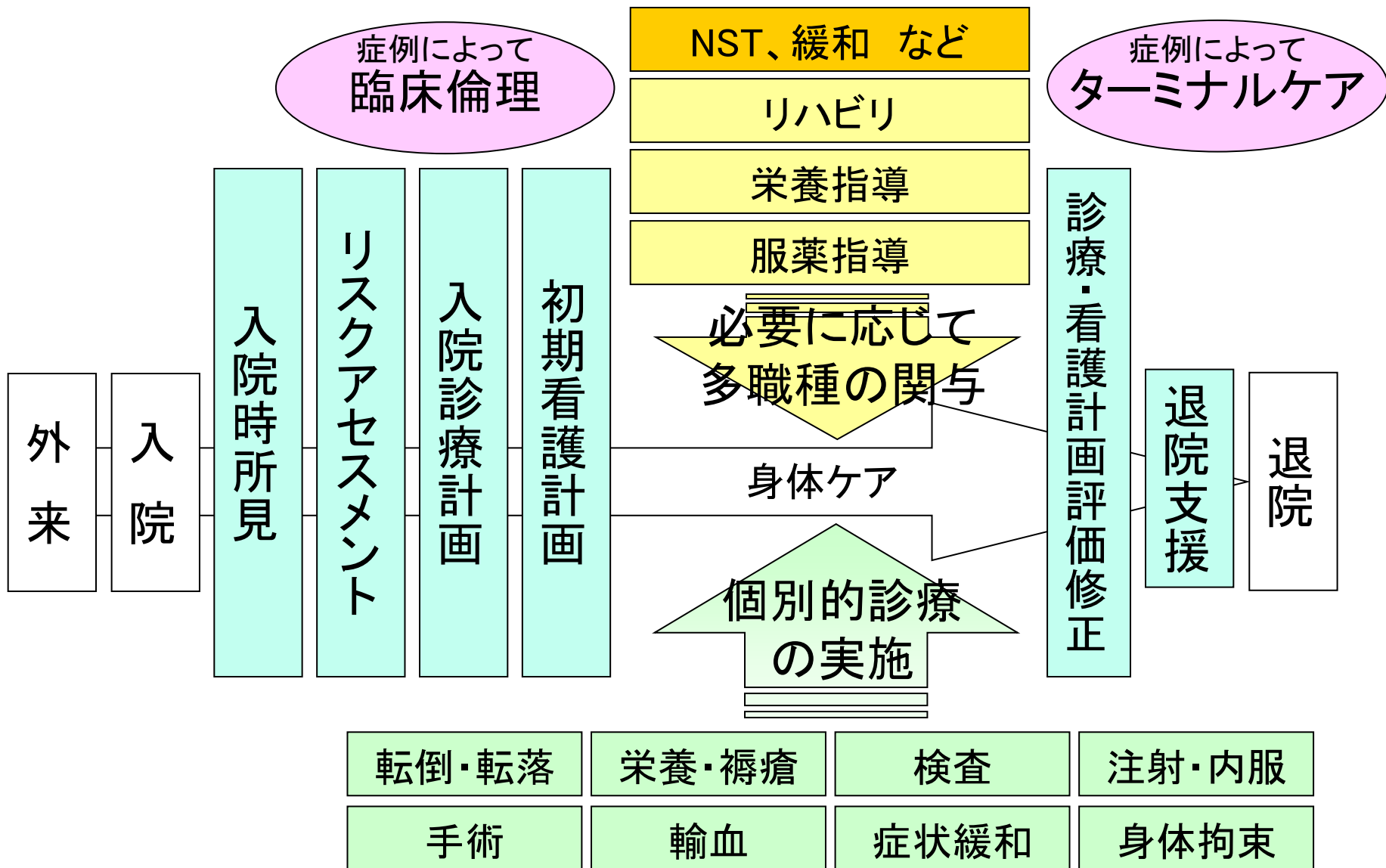
審査体制区分3の場合（副機能を一つ受審の場合） 抜粋版

1日目				
事前打ち合わせ				
9時	書類確認			
病院概要説明				
10時	1領域面接調査			
11時	4領域面接調査			
医師の教育		看護師の教育		
12時	昼食			
13時	病棟概要確認 病院選択	病棟概要確認 機構選択	診療・看護に同行	病棟概要確認 病院選択
14時	ケアプロセス調査	ケアプロセス調査	テーマ別調査	ケアプロセス調査
15時	安全感染ラウンド 機構選択	安全感染ラウンド 機構選択	・組織 ・経営 ・人材	外来訪問 部署訪問再確認
16時	ケアプロセス調査	ケアプロセス調査	部署訪問	補充講評意見交換
17時	救急外来	一般外来	部署訪問	補充講評意見交換

2日目			
9時	部署訪問		
10時	部署訪問		
11時	カルテレビュー	部署訪問	
12時	昼食		
13時	部署訪問	部署訪問	事務面接
14時	再確認およびサーベイヤーマ会議		
15時	講評および意見交換		
16時	終了挨拶		

- A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、C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、候補となり得る一般病棟は、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。
- Eの病棟は、副機能の受審として病院が指定します。

ケアプロセス調査(2.2～)において紹介する主な 抜粋版



- 調査に必ず立合う職員、職種
 1. 医師(主治医、担当医)
 2. 看護師(師長、副師長、患者の受け持ち)
 3. 地域連携室(MSW)
 4. 薬剤師
 5. 管理栄養士
 6. 療法士(PT、OT、ST)
- 紹介内容に応じて立ち会う職員、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ち会う
 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
- その他
 - ※ 書記(質疑を記録、専門用語の聴き取りは、当該部署の職員が良い)

など

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をしたことが確認。

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へ掲載することも必要。
- 患者の権利に関する教育や研修などを、毎年、全職員対象として実施しているか？
- 診療録の開示に関する手順では、代理人の範囲や続柄の確認をしているか？

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。

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

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における説明を必要とする事項は院内統一としているか？
- 同じ検査であるにもかかわらず、診療科によって異なる文書を使用していないか？
- 説明文書(説明内容)は、非医療者である患者に対して、分かりやすいか？
- 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？
- 終末期や緩和ケアなどでは、患者の意向を確認しているか？その記録もあるか？

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)

1.1.3 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

抜粋版

評価の趣旨

- 患者を治療に参画させるような働きかけの工夫を確認。
- 患者や家族に分かりやすい工夫を確認。
- 糖尿病教室など疾患教室や患者の会、患者用の図書なども評価。

注意点

- 転倒転落防止や呼名参画、アレルギー問診、薬剤(抗がん剤など)治療での副作用の申告の協力依頼、などを確認。
- メーカーのパンフレットを利用するだけでなく、診療科や病棟、薬剤部などで作成したパンフレット類などがある場合は紹介し、評価の対象に加える。

指摘事例

- 特になし(病院独自の工夫を高く評価する)。

対策・工夫

- 外来での配布物、入院での患者への各種の説明パンフレットなど、いろいろな配りものが該当。
- 患者用配布物や情報収集やアセスメントは、一覧に整備する。
- 中核病院や特定機能病院は、患者用図書室やインターネット環境の整備も検討。

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

- ✓ 機能種別によらず共通的な内容の評価項目となります。
- ✓ 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領域は、全種別の共通項目です。病院における、診療とケアに関する手順やルール、運用の実践状況を、病棟ラウンドや実際のカルテを開いて確認します。
- 2.2領域は、機能種別ごとの評価項目です。それぞれの内容が、カルテなどの記録となっているか？それは、診断と評価に基づいたものであるかを、実際の患者のカルテで確認します。
- なぜ輸血が必要なのか、輸血実施中の容体観察はあるか、輸血後の効果判定があるか、これらの記録をカルテで確認します。
- 各種のインフォームドコンセントや病状説明では、患者の理解と納得について、カルテを見ながら質問されます。

評価の趣旨

- 主治医や担当医の決定方法について確認。
- 診療科内でのカンファレンスなどの開催状況などを確認。

注意点

- 主治医不在時(出張など)の指示の取り方は決まっているか？
- 夜間や休日(休暇)の時の連絡方法は？
- ベッドネームなどは適切に作成されているか？
- 診療と看護の管理体制についても回答できること。
- 病棟担当医(病棟医長)と看護師長の名前を表示(責任者の表示)。
- 責任者の表示は、一般外来や救急外来、手術室にもあると良い。

指摘事例

- 主治医、担当医の基準(規定)がない。
- 主治医や担当医、担当看護師が患者に明示されていない(ベッドネーム)。

対策・工夫

- 病棟目標を多職種に向けたものとして、立案し、評価をしているか確認。
- 病棟目標は秋～冬の受審の場合、その年度の中間的な評価について提示。

2.1.2 診療記録を適切に記載している

評価の趣旨

- 診療録の記載基準に基づいたカルテとなっていることを確認。
- 必要な診療情報が一元管理されていることを確認。
- 診療と看護のそれぞれについて、量的監査と質的監査を実施しているか確認。

注意点

- 個人的な独自の略語を使用していないか？
- 部門カルテも本カルテに編綴されているか？リハ記録やオペ記録などに注意。
- 量的監査だけでなく、質的監査も含めて監査結果を返しているか？

指摘事例

- リハカルテは分冊され、訓練室にて保管されている。
- 医師記録に対する質的監査が実施されていない。
- 退院時サマリーの作成率が悪い(退院後2週間以内に完成)。

対策・工夫

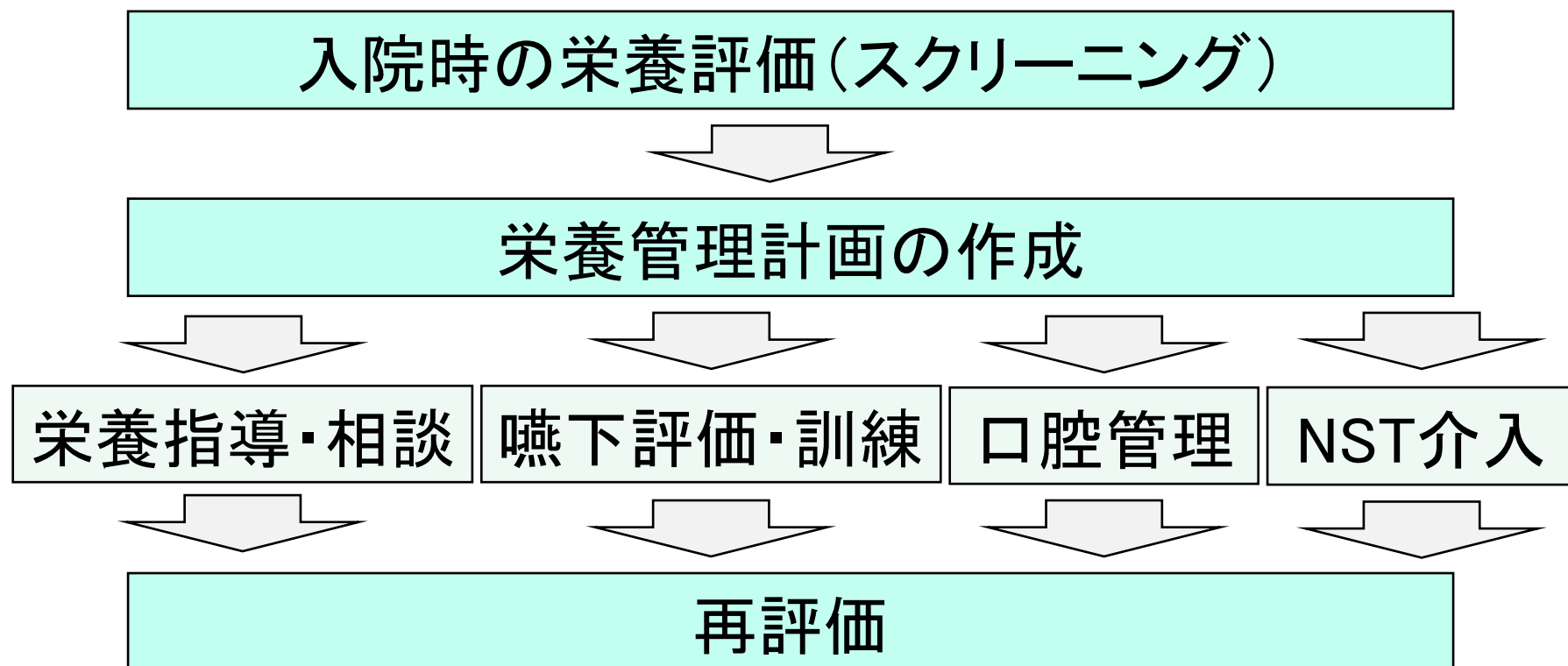
- 公式な書類として不備がないか確認(量的監査)。
- 各種の指導記録の確認は診療報酬でも必要な記録(量的監査)。
- 医師記録のうち研修医の記録は、日々、指導医が確認(施設基準でも必須)。
- 常勤医師は各自が年に1回以上(1冊以上)の監査を受ける(質的監査)。

2領域 良質な医療の実践1

2.2 チーム医療による診療・ケアの実践

- 一般病院2
- 一般病院3

- 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？



医療機関における緊急やむを得ない場合の身体拘束 抜粋版

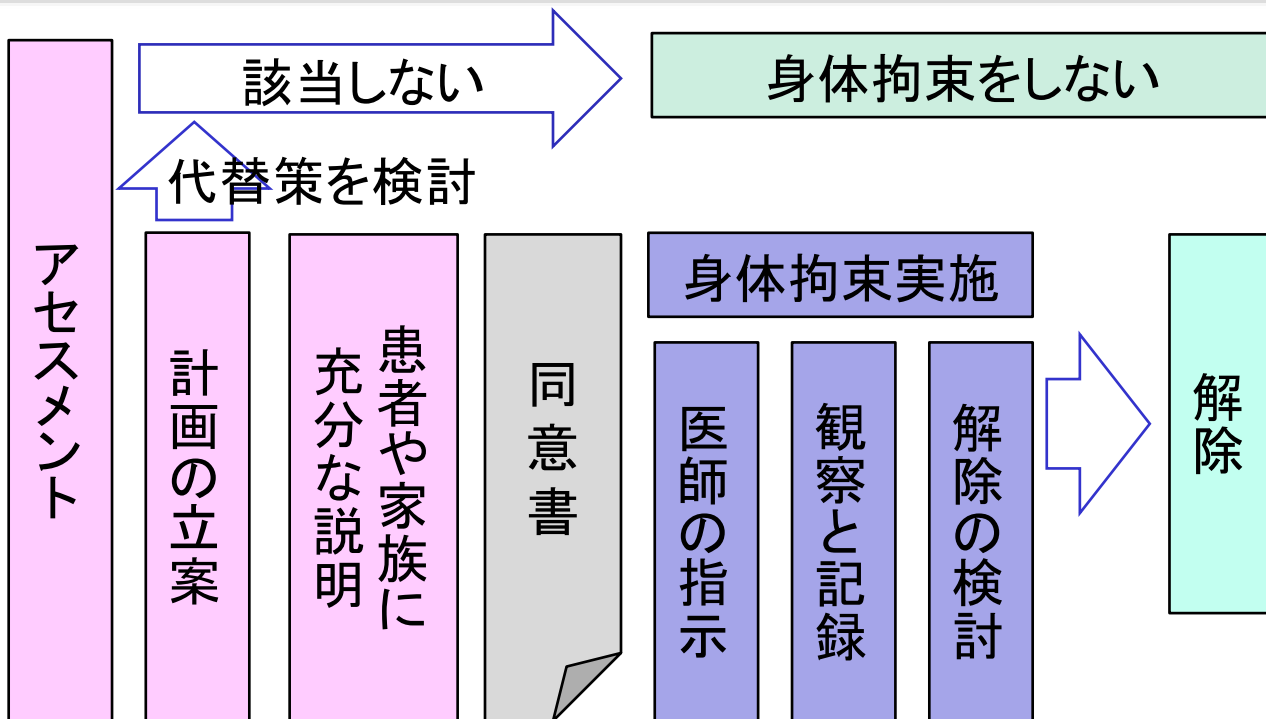
切迫性 … 生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。

非代替性 … ほかに代替する方法がない。

一時性 … 一時的なものである(期間は限定的である)。

拘束の実施基準(例)

- ①治療に必要なチューブ類や蛇管などを抜いたり、損傷しようとする。
- ②治療に必要な体位の保持や安静が保てない。
- ③興奮や不穏などによる多動がある。指示が通らない。
- ④自傷行為・異食行為がある。
- ⑤転倒転落の危険が著しい。
- ⑥認知力の低下などで他の患者に危害が及ぼされる。



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。

院内の各部門や部署は、下記の救急応需の水準に合わせて、人員体制や施設設備の確保が求められる(職員の日当直など含む)。

救急体制(水準)は？(部門別調査票に水準の考え方の記載あり)

1. 救命救急センターを有する病院
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
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
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

精神科救急の対応は？(部門別調査票の精神科を確認)

1. 毎日対応している
2. 特定日に対応の体制をとっている
3. 必要に応じて対応している

4領域 理念達成に向けた組織運営

- 4.1 病院組織の運営
- 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。

4.1.1 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基 礎としている

抜粋版

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

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

- 受審に向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。

4.3.1 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)を計画的に実施しているか？
 - 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いるか？
- ※ 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)。