

病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG:Ver.3.0 解説集の新旧対照表

【一般病院2】

法改正、診療報酬改定、趣旨の明確化等により、解説文を修正する。修正理由および修正箇所は以下の通りとする。

【修正項目・修正理由 一覧】

中項目名	修正理由
1.1.6_臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	現場で解決できない問題を適切な期間内に病院として対応する仕組みとなっていることも求めていることを明記した。
1.3.1_安全確保に向けた体制が確立している	診療報酬の「医療安全対策地域連携加算」を算定する病院が増えてきたことを踏まえ、記載を追加した。
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	現行では感染状況の把握について、「モニタリング」との言葉が曖昧に用いられていたこと、および、SSI(手術部位感染)、CLABSI(中心ライン関連血流感染)、VAP(人工呼吸器関連肺炎)、CAUTI(尿路カテーテル関連感染)等の JANIS や JHAIS の感染判定基準を用いたサーベイランスを病院全体で行うことを求めると読み取れる記載であったため、機構で求める感染状況の把握方法を明記した。特に、デバイスに関連する感染や手術部位の感染については、平時および感染状況に応じたより詳細なサーベイランスに分けて記載した。
2.1.1_診療・ケアの管理・責任体制が明確である	「併診」という不明確な言葉の記載を削除し、当該文の趣旨を明確化したうえで「2.2.2」および「2.2.8」に記載を追加した。
2.2.2_外来診療を適切に行っている	審査で確認・評価している外来診療における、複数診療科の連携に関する要求内容を具体的に追記した。
2.2.8_医師は病棟業務を適切に行っている	審査で確認・評価している病棟業務における、複数診療科の連携に関する要求内容を具体的に追記した。
2.2.18_身体拘束(身体抑制)の最小化を適切に行っている	診療報酬改定の求めに沿うよう記載を修正した。実施時の記録や報告について、記載が明確となるよう修正した。

3.1.3_画像診断機能を適切に発揮している	必要な検査を行ううえで誤解を招く表現であったため、必要な検査を行ったうえで、できる限り被ばくを少なくするという意味となるよう、記載を修正した。
3.1.8_洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	一般社団法人日本医療機器学会「医療現場における滅菌保証のガイドライン」の求めに沿うよう記載を修正し、判定結果を確認してから払い出すことを求める記載とした。 ※現行の現況調査票(部門別、(10)中央滅菌材料部門(機能)、項目5-3)では、生物学的検知の実施回数の選択肢に「毎回」は存在しません。毎回実施している場合は、選択肢にて「A)1日1回」を選択し、備考欄に毎回実施していることを記載していただきますようお願い申し上げます。
4.1.1_理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	職員の行動規範・行動倫理の位置づけを明確化した。
4.1.2_病院運営を適切に行う体制が確立している	公益通報者保護法の改正に伴い、記載を追加した。

【新旧対照表】

下線部は修正箇所。

※頁数は現行の解説集のもの

頁※	箇所	修正後	現行
12	1.1.6_臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	[解説] ●倫理的な課題を共有・検討する場の確保 倫理的課題の多くは臨床現場にて当事者間で解決できることも多いが、現場で解決できない問題や重大な課題等については、病院としての判断を下す仕組みが必要であり、 <u>病院が定めた適切な期間内に対応されること</u> が求められる。 (略)	[解説] ●倫理的な課題を共有・検討する場の確保 倫理的課題の多くは臨床現場にて当事者間で解決できることも多いが、現場で解決できない問題や重大な課題等については、病院としての判断を下す仕組みが必要である。 (略)
20	1.3.1_安全確保に向けた体制が確立している	[解説] ●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 (略) そのためには、組織的位置付けと責任の所在が明確に	[解説] ●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 (略) そのためには、組織的位置付けと責任の所在が明確に

		<p>され、担当者には相応の権限が付与されていなければならず、事故発生時の原因究明や改善の実行において、具体的な指導が支障なく実施されていなければならない。<u>また、医療安全管理体制の確保のために医療安全管理部門を監査・評価する外部監査や病院間のピアレビューの体制が整備され機能していれば適切である。</u></p>	<p>され、担当者には相応の権限が付与されていなければならず、事故発生時の原因究明や改善の実行において、具体的な指導が支障なく実施されていなければならない。</p>
<p>28-29</p>	<p>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</p>	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●院内での感染発生状況の把握 ●<u>院内感染防止活動の継続的・定期的な把握</u> ●<u>収集したデータの分析と検討</u> <p><u>医療関連感染制御にあたっては、感染症発症、菌検出等の把握・情報共有の仕組みが職員に周知されている必要がある。また、感染対策部門が中心となって、院内外の感染症の発生状況の把握と分析、臨床現場への報告・対策の指示、具体的な改善策の立案とその周知徹底が継続的に行われ、院内の感染防止活動の実施状況が定期的に把握されていることが求められる。</u></p> <p><u>感染状況の把握にあたっては、患者の発熱や下痢、嘔吐といった感染症が疑われる症状の発現を捉えることや、MDRP、MRSA、VRE、CRE などの各種耐性菌の出現頻度の把握と病棟別・部署別の分析が求められる。アウトブレイク等を疑う際は、病室・ベッド毎などのより詳細な分析が求められる。</u></p> <p><u>人工呼吸器、中心静脈カテーテル、膀胱留置カテーテルを装着した患者の感染症(それぞれ、肺炎、菌血症、尿路感染症)については、一部の病棟・デバイスについてでも発生状況が把握されていれば適切であり、全病棟・デバイスについて発生状況が把握されていれば</u></p>	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●院内での感染発生状況の把握 <p><u>(移動)</u></p> <p><u>(移動)</u></p> <p><u>感染防止対策部門は、院内の感染発生時に速やかに対応できるよう、常時モニタリングし、発生状況を早期に把握することが求められる。感染発生は、通常、主治医による微生物検査の結果により把握されるが、感染発生のモニタリングでは、発熱や下痢、嘔吐といった感染症が疑われる症状の発現を捉えた早めの行動が開始されている必要がある。また、感染症発症、菌検出等の把握・情報共有の仕組みが明確にされていることが必要である。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ●<u>院内感染防止活動の継続的・定期的な把握</u> <p><u>医療関連感染の制御にあたっては、発生状況の把握と分析、臨床現場への報告、具体的な改善策の立案とその周知徹底が継続的に行われ、定期的に把握されていることが重要となり、そのためには、ICT (Infection Control Team) ラウンドによる現場の定期的な状況把握や病院全体を対象とした包括的なサーベイランスが必要である。さらに、病院の機能に応じた取り組みとして、SSI (手術部位感染)、CLABSI (中心ライン関連血流感染)、</u></p>

高く評価される。感染の判定基準は医学的合理性に基づき、病院が決めたものを採用して差し支えない。例えば、症状や徴候等から医師が感染症と判断したもの、抗菌薬を投与したもの、胸水や血液・尿などの培養陽性ものなどが考えられる。また、感染状況が悪化した場合には対象部門を定め、JANIS(院内感染対策サーベイランス事業、厚生労働省)や JHAIS(日本環境感染学会)等で提示されている感染の判定基準を用いた CLABSI(中心ライン関連血流感染)、VAE(人工呼吸器関連イベント)、CAUTI(カテーテル関連尿路感染)等のより詳細なサーベイランスが実施されていなければならない。

手術部位の感染発生状況については、主要な術式について病院の定めた判定基準に基づいて把握していれば適切である。さらに、感染状況に応じて JANIS や JHAIS 等の感染の判定基準を用いたより詳細な SSI(手術部位感染)サーベイランスが実施されていなければならない。

各種サーベイランス等で収集・分析された情報に関しては、自院の問題点の分析、改善策の検討・立案・実行、結果の評価等に活用され、改善策は職員に周知徹底されていることが求められる。院内感染防止活動の実施状況は定期的な ICT(Infection Control Team)ラウンドで把握しなければならない。

●アウトブレイクへの対応

アウトブレイクとなる前の情報収集は重要であり、入院制限等に至る前に、通常レベルを超える感染発生率、稀な耐性菌の発生状況等を把握し、対策を講じることが求められる。そのためには、アウトブレイクに関する自院

VAP(人工呼吸器関連肺炎)、CAUTI(尿路カテーテル関連感染)など、ターゲットを明確に定めた部門別サーベイランスも、ICU や特定診療科に限らず病院全体で積極的に行われていることが必要である。

●収集したデータの分析と検討

院内の医療関連感染に関する各種情報が収集・分析されていなければならない。自院の感染関連情報としては、院内の分離菌と菌種別の薬剤感受性などが基本となり、特に、MDRP、MRSA、VRE などの各種耐性菌の出現頻度の把握が必要である。保菌状態と感染源かの評価も重要であるが、これらの情報に関しては、病棟別・部署別の分析・検討が求められる。アウトブレイクを疑う際は、病室・ベッドごとの分析など、より詳細な検討が求められる。ターゲットサーベイランスで得られたデータについても、JANIS(院内感染対策サーベイランス事業、厚生労働省)に参加するなどして、自院の問題点の分析・検討、改善策の立案・実行、結果の評価等を行い、院内の感染防止対策に活用していることが必要である。

●アウトブレイクへの対応

アウトブレイクとなる前の情報収集も重要であり、入院制限等に至る前に、院内サーベイランスで通常レベルを超える発生率、稀な耐性菌発生等を拾い上げ、対策をとり制御するなど、積極的なサーベイランスと事実の公表

の定義を明確にして、委員会等の緊急召集や地域住民や関係者への事実の公表・連絡などを含め、アウトブレイクへの対応基準・手順を整備しておくべきである。特に、インフルエンザやノロウイルスなどの主要な感染症および薬剤耐性菌については、より具体的な内容とすることが求められる。なお、アウトブレイクの正確な診断に向けて、PCRを用いた遺伝子的タイピング検査の積極的な実施や、自院に有する検査機器を用いた迅速な検査の実施がなされていけば適切である。

●院外での流行情報などの収集と活用

医療関連感染の制御のためには、院内の情報のみならず、地域の感染症情報センターからの感染傾向等の状況把握のほか、国立感染症研究所の感染症発生動向調査や流行予測調査など、院外の情報を収集・活用していなければならない。JANIS などの参加により得られた外部機関の情報や、WHO や CDC によるガイドライン等を有効に活用していることなどが求められる。近隣施設との勉強会・意見交換等の実施だけでなく、地域の医療機関と合同での定期的なカンファレンスの実施や、行政との積極的な情報交換も必要である。さらに、パンデミックが起こった際の流行状況に合わせた対応(フェーズに合わせた職員の移動制限、面会制限、実習生・ボランティアの受け入れ、研修会・患者会開催などについて)を組織的に定め、職員に周知・徹底しておく必要がある。

(略)

[本項目のポイント]

等が求められる。そのためには、アウトブレイクに関する自院の定義を明確にして、委員会等の緊急召集やマスコミ発表などを含め、基準・手順が整備されるべきである。特にインフルエンザやノロウイルスなどについては、具体的な行動指針の整備が求められる。なお、アウトブレイクの正確な診断に向けて、PCRを用いた遺伝子的タイピング検査を積極的に行っている施設や、自院にその検査機器を有し迅速に検査を実施している場合は、高く評価される。

●院外での流行情報などの収集と活用

医療関連感染の制御のためには、院内の情報のみならず、国立感染症研究所の感染症発生動向調査や流行予測調査、地域の感染症情報センター、WHO・CDC 等ガイドラインの新規情報の利用、JANIS への参加などにより、院外の情報を収集・活用していなければならない。地域の感染情報なども重要であり、近隣施設との勉強会・意見交換等の実施だけでなく、地域の医療機関と合同での定期的なカンファレンスの実施や、行政との積極的な情報交換も必要である。さらに、感染症パンデミックが起こった際の流行状況に合わせた対応(フェーズに合わせて職員の移動制限、面会制限、実習生・ボランティアの受け入れ、研修会・患者会開催などについて)を組織的に定めておく必要がある。

(略)

[本項目のポイント]

	<p>◆自院の感染関連情報として収集すべき情報が明確となっていることを確認する。</p> <p>◆人工呼吸器、中心静脈カテーテル、膀胱留置カテーテルを装着した患者の感染症(それぞれ、肺炎、菌血症、尿路感染症)の発生状況、手術部位感染の発生状況を把握しているかを確認する。</p> <p>◆感染状況が悪化した場合の、JANIS や JHAIS 等の判定基準を用いた詳細なサーベイランス(SSI・CLABSI サーベイランス、VAEサーベイランス、CAUTIサーベイランス)の実施状況を確認する。</p> <p>◆感染発生状況の把握や、感染状況が悪化した場合のより詳細なサーベイランスに基づき立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の評価と見直しがどのようにされているかを確認する。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>◆感染対策に関して、施設間でのピアレビューを行っている場合などは、その結果を確認する。</p> <p>(略)</p> <p>[C 評価となりうる状況(例)]</p> <p>○院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない。</p> <p>○感染状況に応じて、より詳細なサーベイランス(SSI・CLABSI・VAE・CAUTI 等)を実施していない。</p> <p>○収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない。</p> <p>○院内感染防止活動の実施状況を把握していない。</p>	<p>◆自院の感染関連情報として収集すべき情報が明確となっていることを確認する。</p> <p><u>(新規)</u></p> <p><u>(新規)</u></p> <p>◆立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の評価と見直しがどのようにされているかを確認する。</p> <p>◆SSI、CLABSI、VAP 等の発生状況や推移の分析について、病院全体としての把握状況を確認する。</p> <p>◆感染対策に関して、施設間でのピアレビューを行っている場合などは、その結果も確認する。</p> <p>(略)</p> <p>[C 評価となりうる状況(例)]</p> <p>○院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない。</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>○収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない。</p> <p><u>(新規)</u></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>[関連する項目]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症パンデミック時の具体的対応は、主に本項目で評価する。災害対応の面から、病院としての組織的な対応については『4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている』で評価する。 ・<u>抗菌薬の適正使用に関する情報収集と分析・検討については『2.1.10 抗菌薬を適正に使用している』で評価する。</u> 	<p>[関連する項目]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症パンデミック時の具体的対応は、主に本項目で評価する。災害対応の面から、病院としての組織的な対応については『4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている』で評価する。 <p>(新規)</p>
52	2.1.1_診療・ケアの管理・責任体制が明確である	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者・家族への明示 (略) <p>入院・外来ともに、主治医や診療科の責任者が不在となる時の代理責任者や緊急時の連絡先が明確になっている必要がある。</p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者・家族への明示 (略) <p><u>外来診療が複数の診療科による併診の場合、診療の責任者が明確になっていなければならない。</u>入院・外来ともに、主治医や診療科の責任者が不在となる時の代理責任者や緊急時の連絡先が明確になっている必要がある。</p> <p>(略)</p>
86-87	2.2.2_外来診療を適切に行っている	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●安全な外来診療 <p>医療安全への配慮は外来であっても重要性は変わることなく、むしろリストバンドなどを装着しないことが多いことや、継続した対応が難しいという特性などもふまえ、患者・治療部位の誤認防止策や院内各部門との連携体制など、外来の特性に合わせた安全管理への配慮がなされていない。</p> <p><u>院内の複数診療科を同時に受診している患者に、治療中以外の症状が見つかった場合には、複数の診療科</u></p>	<p>[解説]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●安全な外来診療 <p>医療安全への配慮は外来であっても重要性は変わることなく、むしろリストバンドなどを装着しないことが多いことや、継続した対応が難しいという特性などもふまえ、患者・治療部位の誤認防止策や院内各部門との連携体制など、外来の特性に合わせた安全管理への配慮がなされていない。また、<u>他科に依頼して外来手術や処置等を行う場合や、化学療法、人工透析、内視鏡検査・治療などのように</u>相応の侵襲が予想される診療</p>

		<p><u>が調整しないままに治療が行われる状況や、互いに相手が治療を行うと考えると未対応になるような事態が避けられるよう、診療科同士が連携する必要がある。また、他科に依頼した外来手術・処置や、化学療法、人工透析、内視鏡検査・治療など相応の侵襲が予想される診療行為等</u>においては、診療内容や診療結果が確実に依頼医へ伝達されるほか、依頼した科と実施部門が連携して帰宅等の判断を含む安全な運用手順のもと行われていることが求められる。重複検査や重複処方、<u>症状への未対応を防止するための仕組みや工夫が必要であり、特に、外来診療録が診療科別になっている場合には、注意が求められる。</u></p> <p>(略)</p>	<p>行為においては、診療内容や診療結果が確実に依頼医へ伝達されるほか、依頼した科と実施部門が連携して帰宅等の判断を含む安全な運用手順のもと行われていることが求められる。特に、<u>外来診療録が診療科別になっている場合には、重複検査や重複処方を防止するための仕組みや工夫が必要である。</u></p> <p>(略)</p>
100	2.2.8_医師は病棟業務を適切に行っている	<p>[解説]</p> <p>●診療上の指導力の発揮</p> <p>(略)</p> <p>そのためには、関係するスタッフが医師に対して意見を言いやすい環境が大切であり、医師として、他職種への接し方に相応の配慮がなされていることも必要である。</p> <p><u>患者に治療中以外の症状が見つかった場合には、複数の診療科が調整しないままに治療が行われる状況や、互いに相手が治療を行うと考えると未対応になるような事態が避けられるよう、医師が中心となって診療科同士が連携する必要がある。また、他科に依頼した手術・処置や、化学療法、人工透析、内視鏡検査・治療など相応の侵襲が予想される診療行為等</u>においては、診療内容や診療結果が確実に依頼医へ伝達されるほか、依頼した科と実施部門が連携して転科・転院・帰宅等の判断</p>	<p>[解説]</p> <p>●診療上の指導力の発揮</p> <p>(略)</p> <p>そのためには、関係するスタッフが医師に対して意見を言いやすい環境が大切であり、医師として、他職種への接し方に相応の配慮がなされていることも必要である。</p>

		<p>を含む安全な運用手順のもと行われていることが求められる。</p>	
<p>124- 125</p>	<p>2.2.18_身体拘束(身体抑制)の最小化を適切に行っている</p>	<p>[解説]</p> <p>●人権への配慮</p> <p>身体拘束(身体抑制)は、基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為である。<u>患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束(身体抑制)を行ってはならない。</u></p> <p>病院として身体拘束(身体抑制)の範囲を定義するとともに、<u>最小化に向けた取り組みが規定された指針を作成し、緊急やむを得ず実施する場合の適応・実施方法なども明確にしておかなければならない。</u>指針には、<u>患者の人権を脅かす危険性が高い行為を含む必要がある。</u>ドラッグロック(薬物拘束)、離床センサーやベッドの4点柵などの患者の行動を制限する行為についても含めていけば適切である。指針は定期的に見直され、職員に周知されていなければならない。</p> <p><u>また、身体拘束(身体抑制)を最小化するために、多職種(医師・看護師等)からなる最小化チームを設置し、身体拘束(身体抑制)の実施状況の把握や、職員研修等を実施しなければならない。</u></p> <p>●身体拘束(身体抑制)・行動制限の必要性の評価</p> <p>●必要性とリスクなどについての説明と同意</p> <p>●回避・軽減・解除に向けた取り組み</p> <p>身体拘束(身体抑制)の必要性の評価については、<u>切迫性・非代替性・一時性の三原則を踏まえた判断基準を明確にしておかなければならない。</u>身体拘束(身体抑制)をできる限り回避できるよう、<u>必要性の評価にあた</u></p>	<p>[解説]</p> <p>●人権への配慮</p> <p>身体拘束(身体抑制)は、基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることを前提に、<u>必要最低限で実施しなければならない。</u>フィジカルロック(身体拘束)のほか、<u>行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させるドラッグロック(薬物拘束)、スピーチロック(言葉による拘束)にも注意する必要がある。</u></p> <p>病院として、<u>身体拘束(身体抑制)の範囲を定義するとともに、その実施について、基本方針、適応、実施方法などを明確にしておかなければならない。</u></p> <p>●身体拘束(身体抑制)・行動制限の必要性の評価</p> <p>●必要性とリスクなどについての説明と同意 (移動)</p> <p>身体拘束(身体抑制)の必要性の評価については、<u>切迫性・非代替性・一時性の三原則を踏まえた判断基準を明確にしておかなければならない。</u></p> <p>必要性の評価にあたって看護師は、フローチャートな</p>

		<p>っては、フローチャートなどを活用し明確な判断基準を基に慎重に検討されなければならない。</p> <p>実施が必要と判断された場合、主治医は必要性を判断した理由やリスク、具体的な実施方法等について、患者・家族に説明し同意を得る必要がある。</p> <p>身体拘束(身体抑制)の開始を看護師が判断する場合には、患者の個別の状況を踏まえた主治医の事前の指示に基づき、病院の定めた手順に沿って行っていれば適切であり、開始後主治医に報告しなければならない。あらかじめ患者・家族の同意が得られておらず、緊急やむを得ず身体拘束(身体抑制)が必要になった場合は、担当医(主治医、当直医など)あるいは看護師の判断で、病院の定めた身体拘束(身体抑制)の判断基準・手順に応じて実施し、看護師が判断した場合には、担当医に報告しなければならない。身体拘束(身体抑制)を継続する必要性は一定時間ごとに判断を行う必要がある。主治医の指示に示される身体拘束(身体抑制)の要件を満たさなくなった際には、看護師の判断により解除し、主治医に報告を行っていれば適切である。</p> <p>上記の身体拘束(身体抑制)の事前の指示、開始、継続、解除については、都度記録されていれば適切である。</p> <p>実施中の軽減・解除に向けた検討は、多職種のカンファレンス等で患者の状態・反応の観察記録を共有したうえで行われる必要がある。</p> <p>●拘束(抑制)・制限中の患者の状態・反応の観察</p> <p>身体拘束(身体抑制)の開始直後は注意深く観察し、</p>	<p>どを活用し明確な判断基準を基にチームで検討されなければならない。主治医は、必要性の判断やリスクについて、患者・家族に説明し同意を得る必要がある。主治医が説明し事前に同意を得ている場合に、担当看護師は、身体拘束(身体抑制)の実施の判断基準・手順に応じて、実施あるいは解除することができるが、どちらの場合も主治医に報告しなければならない。</p> <p>●拘束(抑制)・制限中の患者の状態・反応の観察</p> <p>●回避・軽減・解除に向けた取り組み</p> <p>身体拘束(身体抑制)・行動制限の開始直後は注意</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>その後は患者の状態に応じた間隔で観察し、記録されなければならない。観察は、拘束(抑制)部位の皮膚や、関節可動域、体動、精神状態、バイタルサイン、<u>患者の反応</u>などを系統的に行うことが求められる。</p> <p>●患者・家族の不安の軽減への配慮 <u>実施中は患者の苦痛や不安を把握して軽減する取り組みが必要である。家族に対しては面会時の状況説明や疑問や不安の確認などを行っていけば適切である。</u></p> <p>[本項目のポイント] (略)</p> <p>◆<u>診療報酬で記される「身体的拘束」は患者の身体又は衣服に触れる用具を用いての拘束をいう。本項目では、ドラッグロック(薬物拘束)、離床センサー、ベッドの4点柵等を含めて評価する。</u> <u>(削除)</u></p> <p>(略)</p>	<p>深く観察し、その後は患者の状態に応じた間隔で観察されなければならない。観察は、拘束(抑制)部位の皮膚や、関節可動域、体動、精神状態、バイタルサイン<u>測定</u>などを系統的に行うことが求められる。<u>これらの観察記録で患者の状態・反応を共有し解除に向けた検討がされている必要がある。</u></p> <p>●患者・家族の不安の軽減への配慮 <u>説明者は、身体拘束(身体抑制)・行動制限が人間の尊厳に関わる重大な問題であることを認識しているべきで、このことが患者・家族に伝わる必要がある。そのためには、患者の状況についての的確に説明することにより、安全確保のために、やむを得ず実施することに納得が得られる必要がある。特に、看護師には、実施中の患者・家族の思いを受け止めるような態度や言動が求められる。</u> <u>解除に向けた検討の場やカンファレンスで、観察項目の確認だけでなく、患者・家族の不安を受け止めた内容が検討されていることも求められる。</u></p> <p>[本項目のポイント] (略)</p> <p>◆<u>本中項目では、薬剤による鎮静を含む身体拘束(身体抑制)と行動制限を確認する。</u></p> <p>◆<u>身体拘束(身体抑制)・行動制限の実施状況を確認する。</u> (略)</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>◆<u>身体拘束(身体抑制)の実施を最小化するため、実施患者をどのように把握し評価しているかを確認する。</u></p> <p>[C 評価となりうる状況(例)] (略) ○<u>身体拘束(身体抑制)の実施状況を把握していない。</u></p>	<p>◆<u>身体拘束(身体抑制)の実施が必要最低限となるよう、実施患者の把握と評価の状況を確認する。</u></p> <p>[C 評価となりうる状況(例)] (略) (新規)</p>
140	3.1.3_画像診断機能を適切に発揮している	<p>[解説] ●<u>タイムリーな実施</u> (略) また、侵襲のある検査の適応は慎重に判断されるべきであり、安全利用のための指針に基づき、被ばく線量の管理・記録を行い、放射線被ばくを<u>必要最小限とする配慮</u>も求められる。 (略)</p>	<p>[解説] ●<u>タイムリーな実施</u> (略) また、侵襲のある検査の適応は慎重に判断されるべきであり、安全利用のための指針に基づき、被ばく線量の管理・記録を行い、放射線被ばくを<u>極力少なくする配慮</u>も求められる。 (略)</p>
152- 153	3.1.8_洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	<p>[解説] ●<u>滅菌の質保証</u> (略) 生物学的インディケータは、滅菌工程をモニターできるよう、PCD (process challengedevice) の形態で<u>毎回使用され、判定結果を確認してから払い出しされること</u>が求められる。<u>滅菌物・消毒物の不具合、処理過程のエラーなどを確認した場合は、リコールマニュアルに沿って速やかに行動しなければならない。</u> (略)</p>	<p>[解説] ●<u>滅菌の質保証</u> (略) 生物学的インディケータは、<u>滅菌が困難な機器・器材の滅菌工程をモニター</u>できるよう、PCD (process challenge device) の形態で<u>少なくとも週 1 回以上使用されるべきであり、毎日の初回における滅菌工程においても使用されていれば適切である。</u>滅菌効果が不十分な場合は、<u>前回の陰性判定までさかのぼり、速やかにリコールを手順に沿って実施しなければならないが、生物学的インディケータの使用が週 1 回の場合は、リコールすべき機器・器材がすでに使用されているリスクを生じること</u>に留意する必要がある。 (略)</p>

<p>174</p>	<p>4.1.1_理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている</p>	<p>[解説] ●理念と基本方針の明文化 (略) 理念は長く親しまれる内容で策定されていることが考えられ、表現は抽象的・概念的であってもよい。基本方針は、理念を達成・実現するために、<u>具体的かつ端的にまとめられていれば適切であり、診療や病院運営の基本となる方針が示されていることが求められる。</u>理念と基本方針は、上述のような違いがあるため、それぞれ別に明文化されていなければならない。<u>また、理念・基本方針を実現するために、各々の職員が行動する際の基準・ルールである行動規範・行動倫理が就業規則や職員倫理規程等で具体的に定められ、全職員に周知されていなければならない。</u></p>	<p>[解説] ●理念と基本方針の明文化 (略) 理念は長く親しまれる内容で策定されていることが考えられ、表現は抽象的・概念的であってもよい。基本方針は、理念を達成・実現するための<u>行動指針の性格をもっている</u>ので、<u>具体的かつ端的にまとめられていれば適切</u>であり、診療や病院運営の基本となる方針が示されていることが求められる。理念と基本方針は、上述のような違いがあるため、それぞれ別に明文化されていなければならない。</p>
<p>176- 177</p>	<p>4.1.2_病院運営を適切に行う体制が確立している</p>	<p>[解説] ●組織内への決定事項の周知と遵守状況 (略) また、決定事項の院内での遵守状況を把握する工夫が行われていれば適切である。<u>一定以上の規模の病院においては公益通報窓口を設置するとともに、受付後の対応手順が整備され、職員への周知が行われていることが必要である。</u></p> <p>[本項目のポイント] (略) ◆常時使用する労働者の数が 300 人を超える場合には、公益通報者保護法に基づく公益通報窓口の設置状況と職員への教育・周知の状況、通報が寄せられた際</p>	<p>[解説] ●組織内への決定事項の周知と遵守状況 (略) また、決定事項の院内での遵守状況を把握する工夫が行われていれば適切である。</p> <p>[本項目のポイント] (略) <u>(新規)</u></p>

		<p><u>の対応を確認する。</u></p> <p>[参考資料・出典] <u>・消費者庁「公益通報ハンドブック」</u></p>	<p>[参考資料・出典] <u>(新規)</u></p>
--	--	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------