

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3】

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	内部通報の仕組みである公益通報窓口においても、匿名の通報を受け入れることとされているため、特定機能病院に求められる内部通報においても同様の仕組みを確認する記載とした。
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。
2.1.2_診療記録を適切に記載している	死亡症例や他院へ転院しない症例を含めて看護サマリーを作成することを求める記載となっており、病院の実情にそぐわないため記載を修正した。
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
14	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)
22-23	1.3.1_安全確保に向けた	[解説]	[解説]

	<p>体制が確立している</p>	<p>●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 ●医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制 (略) 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等に情報提供者が不利益なく情報提供できる体制(内部通報窓口)を整備し、職員に周知<u>しなければならない</u>。</p> <p>[本項目のポイント] (略) ◆内部通報窓口については、個人を識別できないようにするなど、情報提供者が単に情報を提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けることがない体制となっているか、<u>匿名の通報についても受け付けられているか</u>を確認する。</p>	<p>●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 ●医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制 (略) 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等に情報提供者が不利益なく情報提供できる体制(内部通報窓口)を整備し、職員に周知<u>することも必要である</u>。</p> <p>[本項目のポイント] (略) ◆内部通報窓口については、個人を識別できないようにするなど、情報提供者が単に情報を提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けることがない体制となっているかを確認する。</p>
<p>30-32</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] ●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> 医療関連感染制御にあたっては、<u>感染症発症、菌検出等の把握・情報共有の仕組みが整備され職員に周知されている必要がある</u>。また、<u>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>。 <u>感染状況の把握にあたっては、患者の発熱や下痢、</u></p>	<p>[解説] ●院内での感染発生状況の把握 (移動) (移動) 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<u>必要である</u>。<u>感染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とともに、院内外の感染関連情報を一元的に集約化して分析することが求められる</u>。なお、<u>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</u></p>

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。

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、全病棟を対象に発生状況を把握しなければならない。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・尿などの培養陽性のものなどが考えられる。また、実際の感染状況に応じて対象とする部門や装着機器などを定め、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なければならない。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

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。

●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握

感染防止対策に関しては、部門ごとの個別対応に加え、病院全体としての情報共有が十分になされ、対応や意思決定が組織的に行われていることが重要であり、現場から報告される事例等が速やかに把握できるシステムが整備され、管理者を含め組織としての迅速な対応が可能な手順となっていることが求められる。

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)、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を、ICUや特定診療科に限らず病院全体で積極的に実施することが求められる。これら部門別の各種サーベイランス情報に関しては、病院全体として把握・報告する体制が求められる。

●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・耐性率などが基本となり、特に、MRSA を含む各種耐性菌の出現頻度の把握が必要である。また、院内で抗菌薬が適正に使用されているか否かの検討・分析も必要である。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

れていることが求められる。各現場の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。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必要がある。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、具体的な内容にすることが求められる。なお、アウトブレイクの正確な判断に向けて、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れば適切である。

●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

られ、アウトブレイク等を疑う際は、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。なお、部門別の各種サーベイランス情報に関しては、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、院内の感染対策に活用していることが求められる。

●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、地域における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 (院内感染対策サーベイランス事業、厚生労働省)など外部機関への報告実績や、WHO や CDC に

	<p>等を有効に活用していることなどが求められる。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、<u>職員に周知・徹底</u>しておく必要がある。</p> <p>(略)</p> <p>[本項目のポイント]</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>全病棟を対象に人工呼吸器、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)の発生状況を把握していることを確認する。</u></p> <p>◆<u>手術部位感染の発生状況をどのように把握しているかを確認する。</u></p> <p>◆<u>SSI、CLABSI、VAE、CAUTI 等の発生状況や推移等の分析について、病棟や診療科、術式等の状況を確認する。</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>◆<u>収集・分析した院外の医療関連感染に関する情報を自院で活用した事例、他の医療機関との連携の具体例を確認する。</u></p>	<p>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。さらに、パンデミックが起こった際の<u>近隣の</u>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)を組織的に定めておく必要がある。</p> <p>(略)</p> <p>[本項目のポイント]</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>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(移動・修正)</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>◆<u>SSI、CLABSI、VAP 等の発生状況や推移等の分析について、病院全体としての把握状況を確認する。</u></p> <p>(移動)</p>
--	--	--

	<p>◆<u>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は、その結果を確認する。</u></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>全病棟を対象に人工呼吸器、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)の発生状況を把握していない。</u></p> <p>○<u>主要な術式について手術部位の感染発生状況を把握していない。</u></p> <p>○<u>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。</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>院内感染防止活動の実施状況を把握していない。</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</u> 	<p>◆<u>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、その結果も参考にして確認する。</u></p> <p>◆<u>収集・分析した院外の医療関連感染に関する情報を自院で活用した事例、他の医療機関との連携の具体例を確認する。</u></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>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</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>(新規)</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。 <p>(新規)</p>
--	--	--

		する。	
55	2.1.1_診療・ケアの管理・責任体制が明確である	<p>[解説]</p> <p>●患者・家族への明示 (略)</p> <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。 (略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●患者・家族への明示 (略)</p> <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。 (略)</p>
56-57	2.1.2_診療記録を適切に記載している	<p>[解説]</p> <p>●基準に基づく記載 (略)</p> <p>紙カルテにおいては、判読できる文字で記載されることが求められる。略語等の多用は避けるべきであり、院内で略語等の使用ルールが定められている必要がある。 (略)</p> <p>看護記録の一般的な記載様式としては、患者の基本情報や各種アセスメントからなる入院時基本情報(患者プロフィール)のほか、プロブレム・リストを含む看護診断記録、看護・ケア等の初期計画、経過記録(患者の状態とケア等の実施状況)、指示受けおよび実施の署名、治療・処置などに対する患者の反応および効果等の記録、熱型表(体温表・三測表)などがある。 (略)</p> <p>●適時の記載 (略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●基準に基づく記載 (略)</p> <p>紙カルテにおいては、判読できる文字で記載されることが求められる。略語等の多用は避けるべきであり、<u>必要に応じて</u>院内で略語等の使用ルールが定められている必要がある。 (略)</p> <p>看護記録の一般的な記載様式としては、患者の基本情報や各種アセスメントからなる入院時基本情報(患者プロフィール)のほか、プロブレム・リストを含む看護診断記録、看護・ケア等の初期計画、経過記録(患者の状態とケア等の実施状況)、指示受けおよび実施のサイン、治療・処置などに対する患者の反応および効果等の記録、熱型表(体温表・三測表)などがある。 (略)</p> <p>●適時の記載 (略)</p>

		<p>クリニカル・パス(クリティカル・パス)を使用する場合には、診療記録という観点から必要な情報等がパス記録にも網羅されていなければならない。慢性期の病院においては、連日の回診が行われていなくても、診察を行った際には適時の記録がなされている<u>必要</u>がある。退院時サマリーに関しては、あとから入院診療のレビューを行うとともに、退院後の継続した診療を行うための根拠ともなるため、退院後速やか(遅くとも2週間以内)に作成されていなければならない。なお、<u>退院後の外来や在宅医療、他施設でのケアなどのケアの継続性のために、看護サマリー等の各種サマリーについては、病院で定められた基準に沿って作成されていなければならない。作成されたサマリーを、症例検討や評価などに使っていけば適切である。</u></p> <p>そのほか、近年は医師事務作業補助者等による診療記録等の代行入力が行われているが、代行入力の範囲を適切に判断するとともに、代行入力された事項については速やかな承認対応が求められる。特に、<u>やむを得ない場合の口頭指示を除き、担当医の承認がないまま処方や処置等の指示が看護師等により実施されてはならない。</u></p>	<p>クリニカル・パス(クリティカル・パス)を使用する場合には、診療記録という観点から必要な情報等がパス記録にも網羅されていなければならない。慢性期の病院においては、連日の回診が行われていなくても、診察を行った際には適時の記録がなされている<u>べき</u>である。退院時サマリーに関しては、あとから入院診療のレビューを行うとともに、退院後の継続した診療を行うための根拠ともなるため、退院後速やか(遅くとも2週間以内)に作成されていなければならない。なお、<u>看護記録においては、死亡症例や他院へ転院しない症例を含めて、症例検討や分析などが行えるように全ての症例で退院時サマリーを作成することが求められる。</u></p> <p>そのほか、近年は医師事務作業補助者による診療記録等の代行入力が行われているが、代行入力の範囲を適切に判断するとともに、代行入力された事項については速やかな承認対応が求められる。特に、処方や処置等の指示<u>内容</u>に関しては、<u>担当医の承認がないまま看護師等による実施対応がなされてはいけない。</u></p>
92-93	2.2.2_外来診療を適切に行っている	<p>[解説]</p> <p>●安全な外来診療</p> <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</p>	<p>[解説]</p> <p>●安全な外来診療</p> <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</p>

		<p>れていなければならない。</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、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>れていなければならない。また、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・治療などのように相応の侵襲が予想される診療行為においては、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>
106	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</u></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><u>応の侵襲が予想される診療行為等においては、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。</u></p>	
<p>132- 133</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>また、<u>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>●<u>身体拘束(身体抑制)・行動制限の必要性の評価</u></p> <p>●<u>必要性とリスクなどについての説明と同意</u></p> <p>●<u>回避・軽減・解除に向けた取り組み</u></p> <p>身体拘束(身体抑制)の必要性の評価については、</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>病院として身体拘束(身体抑制)の範囲を定義するとともに、<u>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>●<u>身体抑制・行動制限の必要性の評価</u></p> <p>●<u>必要性とリスクなどについての説明と同意(移動)</u></p> <p>身体拘束(身体抑制)の必要性の評価については、</p>

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。身体拘束(身体抑制)をできる限り回避できるよう、必要性の評価にあたっては、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。

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。

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。

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。

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。

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。

必要性の評価にあたって看護師は、フローチャートな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>●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、その後は患者の状態に応じた間隔で観察し、<u>記録されなければならない</u>。観察は、<u>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、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</p> <p><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></p>	<p>●拘束(抑制)・制限中の患者の状態・反応の観察</p> <p>●<u>回避・軽減・解除に向けた取り組み</u></p> <p>身体拘束(身体抑制)・行動制限の開始直後は注意深く観察し、その後は患者の状態に応じた間隔で観察しなければならない。観察は、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</p> <p><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・家族に伝わることも必要である。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></p> <p><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>(削除)</p> <p>(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</u>を確認する。</p> <p>[C 評価となりうる状況(例)]</p> <p>(略)</p> <p>○<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)・行動制限の実施状況を確認する。</u></p> <p>(略)</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</u>を確認する。</p> <p>[C 評価となりうる状況(例)]</p> <p>(略)</p> <p>(新規)</p>
148	3.1.3_画像診断機能を適切に発揮している	<p>[解説]</p> <p>●<u>タイムリーな実施</u></p> <p>(略)</p> <p>また、侵襲性の高い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</u>とする配慮も求められる。</p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●<u>タイムリーな実施</u></p> <p>(略)</p> <p>また、侵襲性の高い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</u>する配慮も求められる。</p> <p>(略)</p>
162- 163	3.1.8_洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	<p>[解説]</p> <p>●<u>滅菌の質保証</u></p> <p>(略)</p> <p>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</u>されることが求められる。<u>滅菌物・消毒物の不具合、処理過程のエラー</u>などを確認した場合は、リコールマニュアルに沿って<u>速やかに行動</u>しなければならない。</p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●<u>滅菌の質保証</u></p> <p>(略)</p> <p>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</u>をモニターできるよう、PCD (process challenge device) の形態で<u>少なくとも週 1 回以上</u>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、前回の陰性判定までさかのぼり、速やかにリコール</u>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</p>

			<p><u>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。</p> <p>(略)</p>
184	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>[解説]</p> <p>●理念と基本方針の明文化 (略)</p> <p>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]</p> <p>●理念と基本方針の明文化 (略)</p> <p>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、<u>理念を達成・実現するための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>
187	4.1.2_病院運営を適切に行う体制が確立している	<p>[解説]</p> <p>●組織内への決定事項の周知と遵守状況 (略)</p> <p>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>また、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)</p> <p>◆<u>公益通報者保護法に基づく公益通報窓口の設置状</u></p>	<p>[解説]</p> <p>●組織内への決定事項の周知と遵守状況 (略)</p> <p><u>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></p> <p>[本項目のポイント] (略)</p> <p>(新規)</p>

		<p><u>況と職員への教育・周知の状況、通報が寄せられた際の対応を確認する。</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>
--	--	--	-----------------------------------