

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
1.1.5_患者の個人情報適切に取り扱っている	「個人情報保護法」および「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を踏まえて要求事項を具体的に記載した。
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
1.5.3_患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針」に沿うよう記載を修正した。
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
2.1.2_診療記録を適切に記載している	略語の使用と多職種による質的点検について、要求事項が明確になるよう修正した。

2.1.3_患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	リストバンドなどの患者と一体の情報をういた患者確認について、要求事項が明確になるよう追記した。
2.1.5_薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	「2.1.5」と「3.1.1」の関係が明確になるよう、「関連する項目」の記載を修正した。
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
3.1.1_薬剤管理機能を適切に発揮している	「2.1.5」と「3.1.1」の関係が明確になるよう、「関連する項目」の記載を修正した。
3.1.2_臨床検査機能を適切に発揮している	パニック値等の重要な結果の迅速・確実な医師への伝達について、依頼医が不在の場合の対応を含め、要求事項が明確になるよう修正した。
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
3.1.6_診療情報管理機能を適切に発揮している	「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版」に沿う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。(2025 年 9 月 30 日修正、12 月 5 日追加修正) ※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。選択肢にて「A) 1 日 1 回」を選択し、備考欄に実施の実態を記載していただきますようお願い申し上げます(例、蒸気滅菌は 1 日 1 回、その他の滅菌法では毎回 など)。
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
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。(2025 年 9 月 30 日修正)
4.2.3_職員の安全衛生管理を適切に行っている	派遣職員や業務委託先の職員等の病院と雇用契約のない職員についても、健康

診断結果の提出を求めるように読める記載であったため、「本項目のポイント」に留意点を明記した。

【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
10	1.1.5_患者の個人情報を適切に取り扱っている	<p>[解説]</p> <p>●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知</p> <p>患者が病院を受診することによって、医療者は患者の個人情報を知り得る立場となるが、知り得た個人情報の利用は、患者の事前の承諾に基づく目的・範囲に限定されるとともに、適切な管理・運用に努めなければならない。<u>診療で取り扱う情報は、要配慮個人情報であることに特に留意する必要がある。</u></p> <p>病院内では、患者の診療上必要な情報を多岐にわたり共有しているが、近年では IT 化の進展とともに大量の情報が外部に流出する危険性が増大していることも考慮すべきである。<u>要配慮個人情報が含まれる個人データの漏えいが発生、または発生したおそれがある場合は、速やかに個人情報保護委員会へ報告するとともに、概要、原因等を対象となる患者本人に通知しなければならない。例えば、診療情報が記録されたUSBを紛失した場合等が該当する。</u></p> <p>病院が保有・管理する個人情報やデータベースを適切に保護・運用するために、個人情報保護方針(プライバシーポリシー)を定め、その取り扱いに関する規程や運用手順を明文化し、遵守していなければならない。</p>	<p>[解説]</p> <p>●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知</p> <p>患者が病院を受診することによって、医療者は患者の個人情報を知り得る立場となるが、知り得た個人情報の利用は、患者の事前の承諾に基づく目的・範囲に限定されるとともに、適切な管理・運用に努めなければならない。</p> <p>病院内では、患者の診療上必要な情報を多岐にわたり共有しているが、近年では IT 化の進展とともに大量の情報が外部に流出する危険性が増大していることも考慮すべきである。</p> <p>病院が保有・管理する個人情報やデータベースを適切に保護・運用するために、個人情報保護方針(プライバシーポリシー)を定め、その取り扱いに関する規程や運用手順を明文化し、遵守していなければならない。<u>また、</u></p>

		<p><u>要配慮個人情報</u>の第三者への提供は「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」の「別表2」に規定するものを除いては、オプトアウトは認められないことに留意する。これについても利用目的・範囲については揭示等により患者に示される必要がある。研究等における外部(第三者)への提供は、原則として本人の同意を得なければならない。</p> <p>(略)</p> <p>●個人情報の物理的・技術的保護</p> <p><u>通常</u>の診療業務以外で個人情報を利用する際には、申請内容(利用する個人情報、利用目的や目的に応じた提供範囲など)が病院として検討されていることが求められる。外部への漏えいは病院として大きなリスクとなるため、利用者への提供手順、提供後の管理、利用終了後の廃棄について規定されるとともに、個人情報の取扱いについて職員に周知されていることが必要である。</p> <p>個人情報を物理的・技術的に保護するためには、各種情報機器に収納している個人情報を、紙媒体・可搬記憶媒体・PC などの情報機器等に記録・コピーする場合のダウンロード<u>規程</u>が厳守されていなければならない。また、個人情報の取り扱いにおいては、アクセス・操作権限やパスワードの管理、情報機器の関連場所の鍵管理、ネットワークセキュリティ(無線 LAN 機器の管理や通信暗号化で用いるパスワード設定、院外システムに接続できる端末の制限等を含む)の確保などが必要である。さらに、廃棄時の手順としては、シュレッダー、溶解処理など確実な手段による処理が求められる。</p>	<p><u>患者情報</u>を使用した研究や第三者提供についても、個人情報保護法等、各種法令・指針に基づいた規程が整備されていれば適切である。</p> <p>(略)</p> <p>●個人情報の物理的・技術的保護</p> <p>個人情報を物理的・技術的に保護するためには、各種情報機器に収納している個人情報を、紙媒体・可搬記憶媒体・PC などの情報機器等に記録・コピーする場合のダウンロード<u>規約</u>が厳守されていなければならない。<u>個人情報のダウンロード</u>は一定の申請手続を経て可能とし、利用目的や目的に応じた仮名加工情報化の範囲などが事前に検討されていることが求められる。また、個人情報の取り扱いにおいては、アクセス・操作権限やパスワードの管理、情報機器の関連場所の鍵管理、ネットワークセキュリティ(無線 LAN 機器の管理や通信暗号化で用いるパスワード設定、院外システムに接続できる</p>
--	--	---	--

		<p>(略)</p> <p>運用手順については、個人情報利用規約、文書の管理、外部持ち出しの規程、<u>匿名化の具体的な方法</u>などが規定され、職員の遵守状況が定期的に確認される必要がある。</p> <p>(略)</p>	<p>端末の制限等を含む)の確保などが必要である。さらに、廃棄時の手順としては、シュレッダー、溶解処理など確実な手段による処理が求められる。</p> <p>(略)</p> <p>運用手順については、個人情報利用規約、文書の管理、外部持ち出しの規程、<u>患者名の仮名加工情報化の具体的な方法</u>などが規定され、職員の遵守状況が定期的に確認される必要がある。</p> <p>(略)</p>
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	<p>[解説]</p> <p>●倫理的な課題を共有・検討する場の確保</p> <p>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。</p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●倫理的な課題を共有・検討する場の確保</p> <p>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。</p> <p>(略)</p>
20	1.3.1_安全確保に向けた体制が確立している	<p>[解説]</p> <p>●医療安全に関する多職種から構成された組織体制</p> <p>(略)</p> <p>そのためには、組織的位置付けと責任の所在が明確にされ、担当者には相応の権限が付与されていなければならない。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。また、<u>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>[解説]</p> <p>●医療安全に関する多職種から構成された組織体制</p> <p>(略)</p> <p>そのためには、組織的位置付けと責任の所在が明確にされ、担当者には相応の権限が付与されていなければならない。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>
28-29	1.4.2_医療関連感染制	[解説]	[解説]

御に向けた情報収集と検討を行っている	<p>●院内での感染発生状況の把握</p> <p>●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握</p> <p>●収集したデータの分析と検討</p> <p>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・尿などの培養陽性の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)</u></p>	<p>●院内での感染発生状況の把握 (移動)</p> <p>(移動)</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> <p>●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握</p> <p>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)、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。</p> <p>●収集したデータの分析と検討</p> <p><u>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</u></p>
--------------------	--	--

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

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

	<p><u>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。</u></p> <p>●院外での流行情報などの収集と活用</p> <p>医療関連感染の制御のためには、院内の情報のみならず、<u>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。</u>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、<u>職員に周知・徹底しておく必要がある。</u></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>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。</u></p> <p>◆<u>感染状況が悪化した場合の、JANIS や JHAIS 等の判</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p>●院外での流行情報などの収集と活用</p> <p>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、<u>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。</u>地域の感染情報なども重要であり、<u>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。</u>さらに、<u>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の職員の移動制限、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)</u>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><u>(新規)</u></p> <p><u>(新規)</u></p>
--	---	---

	<p><u>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。</u></p> <p>◆<u>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。</u></p> <p><u>(削除)</u></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などは、その結果を確認する。</u></p> <p><u>(略)</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>○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> <p>・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> <p><u>・抗菌薬の適正使用に関する情報収集と分析・検討に</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>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。</u></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などは、その結果も確認する。</u></p> <p><u>(略)</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>(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> <p>・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> <p><u>(新規)</u></p>
--	---	---

		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。	
36-37	1.5.3_患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	<p>[解説]</p> <p>●患者・家族へのフィードバック</p> <p>患者・家族の意見・クレーム等の検討の結果や対応策は、直接的な回答、掲示等の方法で患者・家族に周知されることが求められる。患者満足度調査等のアンケートに関しては、<u>患者満足度調査を実施していることや調査結果の入手方法が、掲示やウェブサイトなどで案内されていることが求められる。</u></p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●患者・家族へのフィードバック</p> <p>患者・家族の意見・クレーム等の検討の結果や対応策は、直接的な回答、掲示、<u>広報誌等の方法で患者・家族に周知されることが求められる。患者満足度調査等のアンケート結果に関しては、掲示やウェブサイトなどでの公開を含め、地域住民も閲覧できるようになっていることが求められる。</u></p> <p>(略)</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> <p>●患者・家族への明示</p> <p>(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。</p> <p>(略)</p>	<p>[解説]</p> <p>●患者・家族への明示</p> <p>(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。</p> <p>(略)</p>
54-55	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</p> <p>(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。<u>略語の使用については、使用ルールが定められており、複数の意味を有する同一の略語が使用されることのない運用が求められる。</u>なお、非常勤の医療従事者に対しても、これらのルールの徹底が求め</p>	<p>[解説]</p> <p>●基準に基づく記載</p> <p>(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。<u>略語等の多用は避けるべきであり、必要に応じて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。</u>なお、非常勤の医療従事者に対しても、これらのルールの徹底が求められる。</p>

		<p>られる。</p> <p>(略)</p> <p>●診療記録の内容についての点検(質的点検)</p> <p><u>診療記録を適切に記載するために、多職種の記録が、診療記録委員会や診療情報管理部門等が主導する医師を含む多職種により点検されていることが求められる。診療記録の質的点検にあたっては、患者情報の収集状況や治療計画等の立案内容、説明と同意のプロセス、治療結果の評価、退院にむけた支援計画、退院時サマリーなどが確認されとともに、改善が必要な場合には適切にフィードバックされる必要がある。具体的な点検事項等に関しては、日本診療情報管理学会の「診療情報管理士業務指針」などが参考になる。診療記録の適切な記載が担保できるよう、一定以上の件数・範囲で質的点検が実施されていることが適切である。</u></p>	<p>(略)</p> <p>●診療記録の内容についての点検(質的点検)</p> <p><u>診療記録の適切な記載を担保するため、記載方法に関するルール等の設定だけでなく、実際の記録内容に関して、各部門、職種における点検に加えて、病院として診療記録委員会や診療情報管理部門等が主導する多職種による質的点検が求められる。診療記録の質的点検にあたっては、患者情報の収集状況や治療計画等の立案内容、説明と同意のプロセス、治療結果の評価、退院にむけた支援計画、退院時サマリーなどが確認されとともに、改善が必要な場合には適切にフィードバックされる必要がある。具体的な点検事項等に関しては、日本診療情報管理学会の「診療情報管理士業務指針」などが参考になる。なお、医師の診療記録の質的点検は、病院の規模によっては同一診療科の医師を得ることができないなどの状況があり得るが、医師を含む多職種による質的点検を実施するなど、記録の質の向上を目指した工夫や対応がなされていれば適切である。質的点検が実効性を有するため、個々の診療科において年間を通じて数例以上実施されていれば適切である。</u></p>
58	2.1.3_患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	<p>[解説]</p> <p>●患者の確認</p> <p><u>患者の本人確認を確実にを行うためには、リストバンドやバーコード等に、正確な情報が登録されるべきであり、患者情報登録時における本人確認と情報入力の仕組みに、エラー防止対策が組み込まれていなければならない。</u></p>	<p>[解説]</p> <p>●患者の確認</p> <p><u>患者の本人確認は、エラー防止の基本的事項である。リストバンドやバーコードの使用においては、最初に正確な情報がシステムに登録されていることが前提になっているため、患者情報登録時における本人確認と情報入力の仕組みに、エラー防止対策が組み込まれてい</u></p>

		<p>(略)</p> <p>患者自身が意思表示できない場合の対応についても定められている必要がある。<u>リストバンドを用いて患者確認を行う場合は、リストバンドは患者と一体となっていないなければならない。患者の状態に応じて、リストバンドの装着場所の変更、材質の変更、衣類への装着など、患者と患者情報が一体となる運用の工夫が求められる。夜間に点滴の交換等で本人を確認する必要がある場合も、患者と一体となった情報での確認を行うべきであり、ベッド柵や床頭台につけられている患者と一体でない患者情報での本人確認は避けなければならない。</u></p>	<p>なければならない。</p> <p>(略)</p> <p>患者自身が意思表示できない場合の対応についても定められている必要がある。</p>
64	2.1.5_薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	<p>[関連する項目]</p> <p>(略)</p> <p>・病棟や各部署における<u>薬剤の適切な保管・管理への薬剤師の関与</u>については『3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。</p> <p>(略)</p>	<p>[関連する項目]</p> <p>(略)</p> <p>・病棟在庫薬(ハイリスク薬・麻薬等含む)以外の<u>薬剤の適切な保管・管理</u>については『3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。</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> <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> <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れていない。</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>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>
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</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>

		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。	
124-125	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>[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。指針には、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。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れば適切である。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。</u></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、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、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<u>ことを前提に、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、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。</p> <p>必要性の評価にあたって<u>看護師</u>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<u>慎重に</u>検討されなければならない。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></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<u>チームで</u>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。<u>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。</u></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)・<u>行動制限</u>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、<u>記録されなければならない</u>。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</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]</p> <p>(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><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しなければならない。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</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></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]</p> <p>(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></p> <p>(略)</p>
--	--	---

		<p>◆身体拘束(身体抑制)の実施を<u>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>◆身体拘束(身体抑制)の実施が<u>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>
136	3.1.1_薬剤管理機能を適切に発揮している	<p>[関連する項目] (略) ・<u>病棟や薬剤部門を含む各部署における薬剤の適切な保管・管理については『2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。</u> (略)</p>	<p>[関連する項目] (略) ・<u>ハイリスク薬、麻薬などの病棟在庫薬の保管・管理については『2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。</u> (略)</p>
138	3.1.2_臨床検査機能を適切に発揮している	<p>[解説] ●検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●異常値(基準値外の結果)やパニック値の取り扱い (略) <u>パニック値が生じた場合などの重要な結果は、迅速かつ確実に依頼医に報告しなければならない。なお、依頼医が不在の場合は、処置等を行える医師へ報告がされ、看護師等を経由する場合でも迅速・確実に医師に報告されているべきであり、それらは記録されていなければならない。</u> (略)</p>	<p>[解説] ●検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●異常値(基準値外の結果)やパニック値の取り扱い (略) <u>パニック値が生じた場合などは、速やかに依頼医らに報告されなければならない。パニック値を含めて重要な結果は依頼した医師に確実に伝えられなければならない。</u> (略)</p>
140	3.1.3_画像診断機能を適切に発揮している	<p>[解説] ●タイムリーな実施 (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</p>	<p>[解説] ●タイムリーな実施 (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</p>

		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。 (略)	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。 (略)
146- 147	3.1.6_診療情報管理機能を適切に発揮している	[解説] ●診療情報の一元的な管理 (略) 電子カルテの場合、部門システムとの統合状況はさまざまであるが、必要な診療情報へのアクセスがモニター内で容易にできる必要がある。 <u>一部の診療情報を紙媒体で記録・保管している場合や、紙の診療記録等をスキャナ等により電子カルテに取り込む際に電子署名・タイムスタンプが導入されていない場合には、原本である紙媒体が患者 ID 毎に保管・管理されていなければならない。</u> (略) ●迅速な検索、迅速な提供 (略) なお、診療記録をスキャナ等により <u>電子カルテに取り込む場合には、一定期間内に遅滞なくスキャンが行われていることが求められる。</u>	[解説] ●診療情報の一元的な管理 (略) 電子カルテの場合、部門システムとの統合状況はさまざまであるが、必要な診療情報へのアクセスがモニター内で容易にできる必要がある。 <u>一部の文書等を紙保管している状況があっても、オーダリングシステムと紙文書ファイルが容易に突合できれば適切である。</u> (略) ●迅速な検索、迅速な提供 (略) なお、診療記録をスキャナ等により <u>電子化して保存する場合には、(適切な電子処理環境のもと)一定期間内に遅滞なくスキャンが行われていることが求められる。</u>
152- 154	3.1.8_洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	[解説] ●滅菌の質保証 (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 challenge device) の形態で <u>毎回(「インプラントおよび滅菌が困難な機器・器材」以外の蒸気滅菌の場合には少なくとも毎日)使用され、判定結果を確認してから払い出しされることが求められる。滅菌物・消毒物の不具合、処理過程のエラーなどの際には、</u>	[解説] ●滅菌の質保証 (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できるよう、PCD (process challenge device) の形態で少なくとも週 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。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</u>

		<p><u>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></p> <p>(略)</p> <p>[本項目のポイント]</p> <p>(略)</p> <p>◆単回使用医療機器(SUD)の再使用については、「製造販売業者によって再製造された SUD(再製造 SUD)」の使用に限定するなど、安全性への配慮が行われているかを確認する。</p>	<p><u>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。</p> <p>(略)</p> <p>[本項目のポイント]</p> <p>(略)</p> <p>◆単回使用医療機器(SUD)の再使用については、「製造販売業者によって再製造された SUD(再製造 SUD)」の使用に限定するなど、<u>どのような</u>安全性への配慮が行われているかを確認する。</p>
174	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</p> <p>(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</u>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。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</p> <p>(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・実現するための<u>行動指針の性格をもっている</u>ので、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。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>
176- 177	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</p>	<p>[解説]</p> <p>●組織内への決定事項の周知と遵守状況</p>

		<p>(略)</p> <p>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]</p> <p>(略)</p> <p>◆<u>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の対応を確認する。</u></p> <p>[参考資料・出典]</p> <p>・消費者庁「<u>公益通報ハンドブック</u>」</p>	<p>(略)</p> <p>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]</p> <p>(略)</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>[参考資料・出典]</p> <p><u>(新規)</u></p>
188-191	4.2.3_職員の安全衛生管理を適切に行っている	<p>[解説]</p> <p>●健康診断の確実な実施</p> <p>(略)</p> <p>非常勤医師や派遣職員・委託業務従事者が受診した健康診断の結果等についても確認しておく必要がある。</p> <p>[本項目のポイント]</p> <p>(略)</p> <p>◆<u>雇用契約のある常時使用する職員(非常勤を含む)については、原則、病院に健康診断実施義務があり、結果を保存することが求められ、雇用契約のない者(派遣職</u></p>	<p>[解説]</p> <p>●健康診断の確実な実施</p> <p>(略)</p> <p>非常勤医師や<u>直接患者に接する派遣職員・委託業務従事者が受診した健康診断の結果</u>についても確認しておく必要がある。</p> <p>[本項目のポイント]</p> <p>(略)</p> <p>◆<u>非常勤医師が主たる勤務先で、直接患者に接する派遣職員・委託業務従事者が派遣元、委託先で受診した健康診断の結果が把握されていることを確認する。</u></p>

	<u>員、業務委託先の職員等)については、院内感染防止・安全衛生の観点から、所属先等における受診の有無と健康状態に問題がないことの確認が求められることに留意する。</u> (略)	(略)
--	--	-----