

## 第一内科同窓会 集談会

### 病院の質を評価する

東海学園大学 健康栄養学部 太田久彦

### 医療における品質

- 医療における品質の標準化、質の保証
  - ◆ JCAHO と Standards Manual
  - ◆ CARF と Standards Manual
  - ◆ ISO 9001
  - ◆ 医療の質に関する研究会
  - ◆ 日本医療機能評価機構
- 医療の品質の評価、測定
  - Ernest Amory Codman による “End Result System”
  - A. Donabedianによる医療の質の評価と測定
- 改善活動
  - TQM (Total Quality Management)

### Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

### Joint Commission History

- 1910年 Ernest Codman 病院の標準化のための方策として “End Result System”を提案
- 1913年 アメリカ外科学会が設立され、End Result System” の実行を学会の目標として掲げた。
- 1917年 アメリカ外科学会は “Minimum Standard for Hospitals” を開発
- 1918年 アメリカ外科学会は、病院の on-site inspections を開始する。
- 1951年 the Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) 設立: American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association が参加
- 1987年 JCAHO に名称変更: the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

### 日本における医療の質の標準化の動き

- 1987年 厚生省と日本医師会による「病院機能評価表」が開発された。自己評価
- 1987年 東京都私立病院会の青年部会がJCAHO研究会を立ち上げた。第三者評価用の「病院機能評価表」を開発
- 1990年 JCAHO研究会の活動に全国の病院からの参加を得て「医療の質に関する研究会」が発足
- 1995年 財団法人日本医療機能評価機構が発足

### Joint Commission History

- 1910年 Ernest Codman 病院の標準化のための方策として “End Result System”を提案
- 1913年 アメリカ外科学会が設立され、End Result System” の実行を学会の目標として掲げた。
- **➡ 1917年 アメリカ外科学会は “Minimum Standard for Hospitals” を開発**
- 1918年 アメリカ外科学会は、病院の on-site inspections を開始する。
- 1951年 the Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) 設立: American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association が参加
- 1987年 JCAHO に名称変更: the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

## The Minimum Standard (American College of Surgeons)

- ここで言う医師(内科医・外科医)とは、病院の医師のグループ・スタッフとして組織され、診療を行なう特権を有する。そのような医師の組織は、病院オープン・クロズドに関係しないし、医師のグループ(regular, visiting, associate)とも関係せず、すべての医師を対象とする。
- 医師は、(a)それぞれの専門領域において求められる能力を有し、(b) 尊敬されるべき性格と医師の職業倫理観を持っている。
- 医師は、病院管理者の承認の下、病院の専門職としての業務を規定する内規や規則を開発している。その内規や規則は、(a) 医師のミーティングが最低月に1回(規模の大きい病院では部門ごとに)開催される、(b) 医師は、診療録などに基づいて、医師の各部門ごとに、医師の診療経験をレビューし、分析すること。

## The Minimum Standard (American College of Surgeons)

- すべての患者の診療録が正確かつ完璧に記録されていて、かつ、病院内で閲覧できるように保存されていること。診療録には、以下の情報が含まれる: 病歴、身体所見、臨床所見、病理検査所見、し線所見、暫定的診断、治療内容、診療経過、退院時の状況、最終診断、死亡した場合は剖検所見
- 臨床検査部門(施設)があり、臨床研究・診断・治療に利用可能である。これらの部門(施設)では、熟達した検査技師による化学検査、細菌学的検査、血清検査、組織学的検査、レントゲン検査、透視検査を行なうことが可能である。

## The Minimum Standard サーベイの結果

1918・1919年(大正8・9年)にアメリカとカナダでサーベイを実施

Groups by No. of beds	No. hospitals in each group	Staff meetings each month	Personal history	CASE RECORDS										No. hospital meetings, Min. Max.
				Phys. Exam.	Working Diag.	Lab. Findings	Treat-ment or Operations	Progress Notes	Final Diag.	Path.	X-Ray			
<b>1. IN UNITED STATES</b>														
100-149	202	91	131	117	119	181	178	112	104	170	174	66		
150-199	133	49	67	56	54	95	93	56	97	96	95	37		
200-249	65	27	30	31	27	40	40	27	40	40	40	22		
250-299	57	33	33	31	28	42	41	28	44	44	42	24		
300-349	24	13	13	12	12	18	18	14	20	21	20	8		
350-399	11	6	6	5	5	6	6	5	6	6	6	3		
400 or more	45	34	39	39	35	41	41	37	41	41	41	30		
<b>Totals</b>	<b>617</b>	<b>253</b>	<b>318</b>	<b>292</b>	<b>273</b>	<b>423</b>	<b>417</b>	<b>279</b>	<b>442</b>	<b>418</b>	<b>418</b>	<b>190</b>		
<b>2. IN DOMINION OF CANADA</b>														
100-149	26	3	4	7	4	0	6	0	7	8	8	2		
150-199	7	1	2	2	1	2	2	0	2	3	3	0		
200-249	6	1	2	2	2	3	3	2	5	3	3	1		
250-299	3	1	2	2	1	3	3	1	3	3	3	1		
300-349	2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0		
350-399	5	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1		
400 or more	5	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3		
<b>Totals</b>	<b>54</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>8</b>		

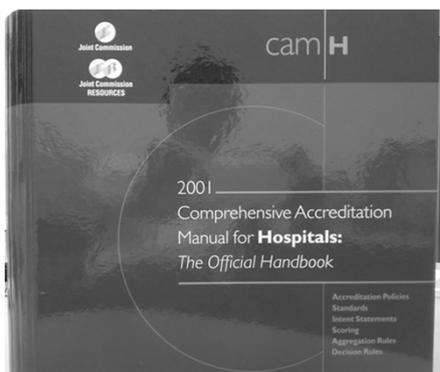
## The Minimum Standard サーベイの結果

MSIによるサーベイの結果と病院の治療成績を2例の病院で比較

2つの病院の100例の虫垂炎患者の治療成績

	In hospital No. 1	In hospital No. 2
Complete physical examination, including blood count	100	14
Number of consultations held	41	2
Working diagnoses recorded in advance of operation	100	None
Progress notes recorded by doctor	100	None
Incorrect diagnosis	1	14
Infections following operation	3	12
Number patients relieved	94	77
Number patients died	3	9

## JCAHO Comprehensive Accreditation Manual



## JCAHO Manual は、3つの領域から成る

PATIENT-FOCUSED FUNCTIONS			ORGANIZATION-FOCUSED FUNCTIONS			ORGANIZATION-FOCUSED FUNCTIONS CONTINUED		
<b>Patient Rights and Organization Ethics</b>	<b>Improving Organization Performance</b>	<b>Management of Information</b>						
Patient Rights	Design	Information Management Planning						
Organization Ethics	Data Collection	Patient-Specific Data and Information						
	Aggregation and Analysis	Aggregate Data and Information						
<b>Assessment of Patients</b>	Performance Improvement	Knowledge-Based Information						
Initial Assessment		Comparative Data and Information						
Pathology and Clinical Laboratory Services—Ward Testing	<b>Leadership</b>	<b>Surveillance, Prevention, and Control of Infection</b>						
Measurement	Planning	Surveillance, Prevention, and Control of Infection						
Care Decisions	Directing Departments							
	Integrating and Coordinating Services							
Structure Supporting the Assessment of Patients	Role in Improving Performance	<b>STRUCTURES WITH FUNCTIONS</b>						
Additional Requirements for Specific Patient Populations	<b>Management of the Environment of Care</b>	<b>Governance</b>						
	Planning	Governance						
<b>Care of Patients</b>	Implementation							
Planning and Providing Care								

## JCAHO Standards の一例

### Care of Patients 患者のケア

#### 治療計画立案と治療の提供 Planning and Providing Care

- TX.1 ケア、治療、リハビリテーションは、患者の病状、重症度、障害の程度に応じて、適切に計画されている。
- TX.1.1 患者の治療目標を達成するために必要な条件やサービスが認識され、計画され、提供されている。
- TX.1.1.1 患者の治療目標達成に必要な治療が計画されていない場合は、そのことが診療録に記録する。
- TX.1.2 治療は、各部門の協力に基づいて計画され、提供される。各部門のメンバーは有資格者により成る。
- TX.1.2.1 患者のケア(入浴など)では、患者の尊厳に配慮がなされなければならない。
- TX.1.3 治療目標に向かって、患者の変化は定期的に評価され、計画は修正が加えられること。

リハビリテーション医療の認定団体CARF  
日本における医療の質保証とその認定  
ISO 9001



carf  
**Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities**  
July 2003  
Tokyo, Japan  
Carf International Carf-CCAC Carf Canada  
Christine MacDonell  
Managing Director at CARF, since 1991

## CARFの評価対象

- Medical rehabilitation
  - Aging services
    - Adult day services
    - Assisted Living
    - Continuing Care Residential Communities
- Behavioral health
  - Mental health
  - Drug and substance abuse
- Employment / Community services

## CARF Medical Rehabilitation "Standard manual"

<b>Section 1. Standards for Organizational Leadership, Management, and Quality</b> .....	17
<b>L. Leadership</b> .....	17
Structure and Role Delineation .....	18
Advocacy .....	20
Ethics .....	21
Strategic Planning .....	23
Financial Management .....	24
Human Resources .....	26
Health, Safety, and Transportation .....	30
Health and Safety Program and Inspections .....	30
Physical Plant .....	41
Transportation .....	42
Survey Resource Documents .....	44

## CARF Medical Rehabilitation "Standard manual"

<b>IOM. Information and Outcomes Management Systems</b> .....	47
Gathering Information at the Level of the Persons Served .....	48
Gathering Information at the Level of the Program .....	56
The Integrity of All Information Gathered .....	57
Analysis of All Information Gathered .....	58
Performance Improvement .....	60
Communication with Stakeholders .....	61
Survey Resource Documents .....	65
<b>RP. The Rehabilitation Process for the Persons Served</b> .....	67
Rights .....	67
Program .....	73
Team .....	76
Records of the Persons Served .....	79
Survey Resource Documents .....	82
Medical Rehabilitation Case Management-	
The Rehabilitation Process for the Persons Served .....	83
Rights .....	83
Program .....	90
Team .....	92
Records of the Persons Served .....	94
Survey Resource Documents .....	96

## CARF Medical Rehabilitation "Standard manual"

Section 2. Specific Program Standards .....	99
CIIRP. Comprehensive Integrated Inpatient Rehabilitation Programs .....	99
Program Description .....	99
Scope of Services .....	100
Rights .....	102
Program .....	103
Interdisciplinary Team .....	104
Survey Resource Documents .....	117
SCSC. Spinal Cord System of Care .....	119
Program Description .....	119
Scope .....	121
Rights .....	125
Program .....	126
Interdisciplinary Team .....	127
Survey Resource Documents .....	143

## CARF スタンドアードの例

### 障害者に対するリハビリテーション・プロセス 障害者の権利

- 病院(施設)は、
  - 障害者が意思決定するために必要な十分な情報を提供している。
  - 障害者のプライバシー(自己決定権)を擁護している。
  - 身体虐待を行わない。
  - 侮辱、脅し等を含めて精神的な虐待を行わない。
  - 障害者が後見人、権利擁護団体等への意見を求めることを勧める。
  - 病院(施設)が提供できていないサービスに関する情報を障害者に提供している。

## 医療の質に関する研究会 評価スタンダード

### 病院機能評価スタンダード V5.5

- 共通1. 基本的な方針と組織
  - 病院の基本方針と将来計画
  - 情報に基づく管理
  - 病院全体での医療サービスの評価と改善
  - 教育・研修の充実
- 共通2. 地域での具体的活動
  - 地域の医療機関との連携
  - 医療の継続性への配慮
  - 在宅ケアの支援
  - 地域社会とのかかわり

### 病院機能評価スタンダード V5.5

- 共通3. 患者の満足と安心
  - 患者に対する責任の明確性
  - 患者サービスの改善
  - 患者のプライバシーへの配慮
  - 患者・家族への診療についての説明と同意
  - 医療事故への対応
  - 患者の死亡時の対応

## 医療の質に関する研究会 評価スタンダード

### ●看護サービス

- 看護サービスの基本
  - 看護サービスの提供の方法
  - 看護サービスの提供のための組織化
- ### ●診療の質の維持と向上
- 主治医責任の適切な委譲と遂行
  - 病院機能に応じた図書室機能の整備と活用
  - 医師の教育・研修活動
  - 診療録の管理
  - 臨床検査部門の組織的な機能
  - 病院の機能にふさわしい放射線部の機構と機能
  - 薬剤の使用と管理
  - 輸血血液などの適切な管理
  - 手術・麻酔部門の管理

- 患者と医療従事者の感染防止
- 積極的な病理学的検討
- 救急医療活動
- 心肺蘇生や生命に関わる緊急事態への対応
- 外来診療
- Critical Care Unit (ICU など)

### ●病院運営管理の合理性

- 病院組織規程
- 適切な経営管理
- 合理的な人事管理
- 療養環境への配慮
- 施設的配慮
- 患者の安全性への配慮
- 患者の食事への配慮
- 健全な労使関係の確立

## ISO 9001 と医療の標準化

- 国際標準化機構 International Organization for Standardization
- 製品とサービスの規格を開発することで、製品・サービスの開発、製造及び提供を効率的に安全で透明性を高めることに貢献している。
- ISO 9001
  - 品質マネジメントシステムに関する規格である。
  - 品質マネジメントシステムは、品質目標を達成し、製品・サービスを改善し、顧客要求事項を満たすために必要な計画、プロセス、資源を含む組織構造と文書から成る。

## ISO 9001 と医療の標準化

附属書表 A.1 ISO 9001:2000 と ISO 14001:1996 との対比表

ISO 9001:2000		ISO 14001:1996	
序文		序文	
一般	0.1		
プロセスアプローチ	0.2		
ISO 9004 との関係	0.3		
他のマネジメントシステムとの両立性	0.4		
適用範囲	1	適用範囲	1
一般	1.1		
適用	1.2		
引用規格	2	引用規格	2
定義	3	定義	3
品質マネジメントシステム	4	環境マネジメントシステム要求事項	4
一般要求事項	4.1	一般要求事項	4.1
文書化に関する要求事項	4.2		
一般	4.2.1	環境マネジメントシステム文書	4.4.4
品質マニュアル	4.2.2	環境マネジメントシステム文書	4.4.4
文書管理	4.2.3	文書管理	4.4.5
記録の管理	4.2.4	記録	4.5.3
経営者の責任	5	体制及び責任	4.4.1

## アウトカム評価

## Joint Commission History

### ➡ 1910年 Ernest Codman 病院の標準化のための方策として “End Result System”を提案

- 1913年 アメリカ外科学会が設立され、End Result System”の実行を学会の目標として掲げた。
- 1917年 アメリカ外科学会は “Minimum Standard for Hospitals”を開発
- 1918年 アメリカ外科学会は、病院のon-site inspectionsを開始する。
- 1951年 the Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) 設立: American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association が参加
- 1987年 JCAHO に名称変更: the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

## Ernest Codman と End Result System



### Ernest Amory Codman

- 1869 – 1940年 ポストン出身
- マサチューセッツ総合病院在職中に End Result System を提唱

### “End Result System”

- すべての病院は、当該病院で治療したすべての患者を十分長期間追跡して、治療が成功したかどうかを確認するべきである。そして、治療が成功していない場合は、理由を考察して、同じ失敗を繰り返さないようにしないといけない、と提唱したシステム。
- 外科学会の助成金を得て、1920年に骨肉腫の患者の登録を始めたが、1926年までに登録された症例は、17例に過ぎなかった。

## Avedis Donabedian と Donabedian’s Model



- 1919 – 2000年
- レバノンのベイルート生まれのアルメニア人
- 1961年よりミシガン大学公衆衛生学部教授
- 1966年に医療の質を評価する3つの次元を提唱した:

### Donabedian’s Model

- Structure 構造
- Process 過程
- Outcome 結果

## アウトカム評価の事例 カリフォルニア州

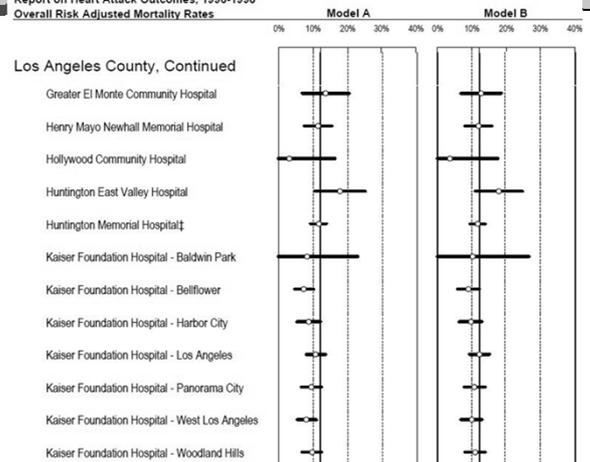
### California Hospital Outcomes Project

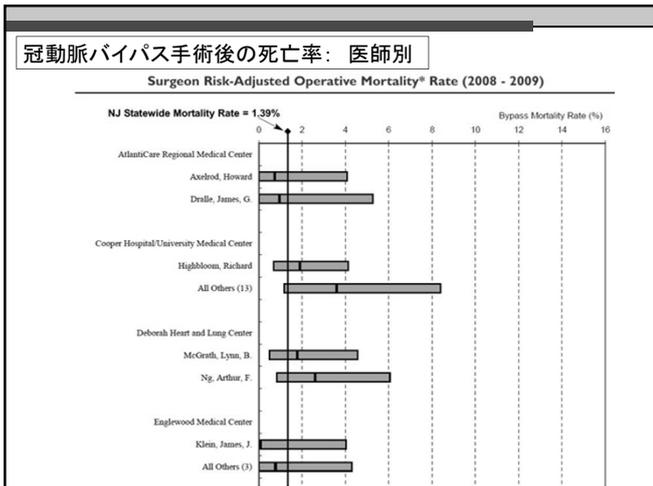
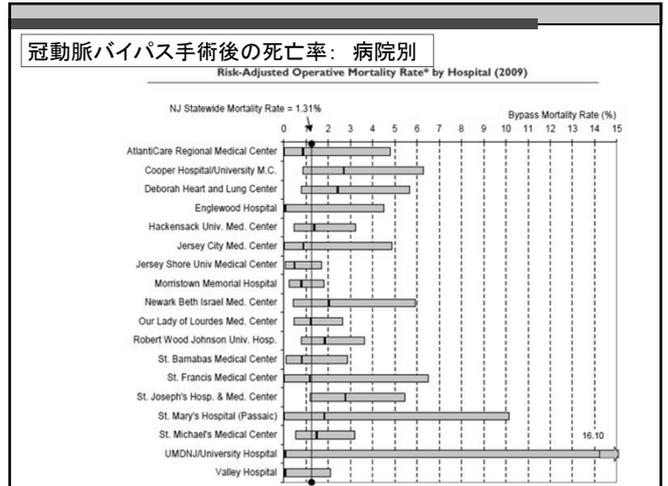
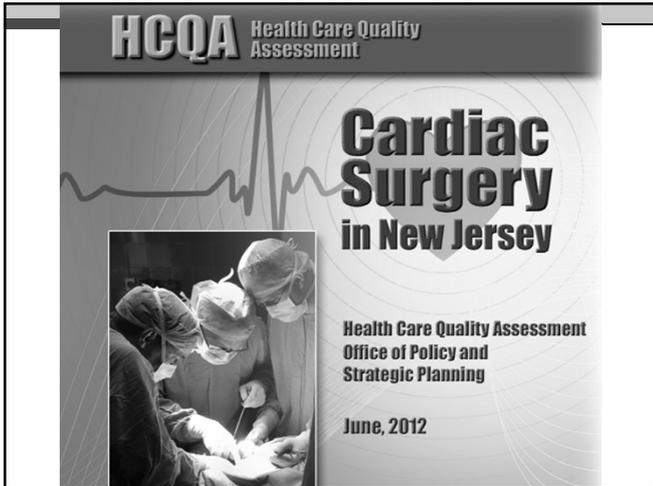


Heart Attack Outcomes  
1996 - 1998

### Report on Heart Attack Outcomes, 1996-1998

#### Overall Risk Adjusted Mortality Rates





### 自験例：急性期脳卒中リハビリのアウトカム評価

表 1 病院別患者数

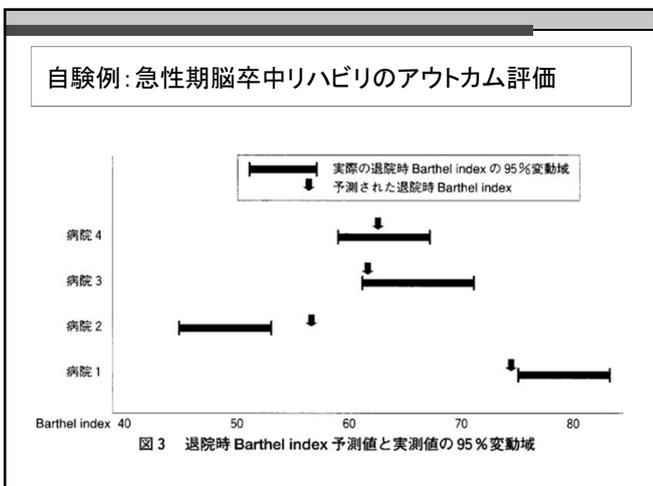
病院	患者数	%
1	114	30.4
2	100	26.7
3	63	16.8
4	97	25.9
合計	374	99.7
欠損値	1	0.27
合計	375	100

表 2 調査対象患者の特性

年齢	70.2 (± 11.1)
脳梗塞：脳出血	2.78 : 1
男女比	1.44 : 1
既婚：未婚	15.7 : 1
配偶者有無	2.13 : 1
同居人有無	11.5 : 1
初期評価時 BI	35.5 (± 32.2)
退院時 BI	67.4 (± 33.7)
在院日数	56.4 (± 42.0)

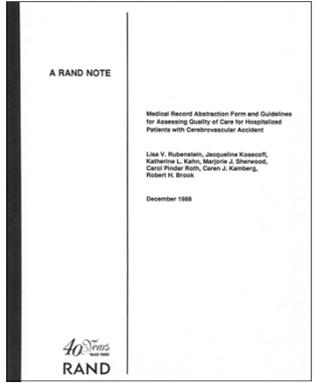
BI : Barthel index

- 退院時の日常生活自立度 (BI) をアウトカム指標とした。
- 多変量解析を用いてアウトカムを説明する従属変数と回帰式を求めた。



### プロセス評価

## RAND Coporation と診療録の評価



## RAND NOTEによる診療録評価 脳卒中版

### PART I: CEREBROVASCULAR ACCIDENT ABSTRACTION FORM

I.	Tear Sheet.....	I-1
II.	Identification Data.....	I-3
III.	Inclusion-Exclusion Criteria.....	I-5
IV.	Patient Characteristics.....	I-12
V.	General Medical History.....	I-13
VI.	Physician Care.....	I-23
VII.	Nursing Care, Respiratory Therapy and Vital Signs.....	I-33
VIII.	Medications.....	I-39
IX.	Intensive Care, Ancillary Services and Activities of Daily Living.....	I-42
X.	Chest X-Rays.....	I-45
XI.	EKGs.....	I-49
XII.	CT/MRI/NMR Scans of Head/Brain.....	I-52
XIII.	Special Tests and Procedures.....	I-56
XIV.	Laboratory.....	I-57
XV.	Management of Suspected Infection.....	I-64
XVI.	Admission/Discharge Status.....	I-65
XVII.	Completeness Check.....	I-70

## RAND NOTEによる診療録評価の一例

### 43. Physicians' Notes: Specified Days Calendar

Based on a review of physician progress notes, ER and consult reports, and the admitting history and physical, provide the information requested. Refer to the synonyms on the adjacent page when necessary. (Include symptoms on day 1 prior to hospital arrival.)

Speci- fied Day	(i) Specified Date (ND=9999) Mo/Day	(ii) MD Note on Deficits		(iv) Aspiration	(v) CHF/SOB	(vi) Lung Exam Performed
		1=Yes 9=No	1=Present 9=Not present/ND	1 9	1 9	1 9
1	<input type="checkbox"/>	1 9	1 9	1 9	1 9	1 9
2	<input type="checkbox"/>	1 9	1 9	1 9	1 9	1 9
3	<input type="checkbox"/>	1 9	1 9	1 9	1 9	1 9
4	<input type="checkbox"/>	1 9	1 9	1 9	1 9	1 9
5	<input type="checkbox"/>	1 9	1 9	1 9	1 9	1 9

## エスノグラフィー

## エスノグラフィーによる質的調査



ブロニスワフ・マリノフスキ Bronislaw Malinowski  
 • 1884年 - 1942年  
 • ポーランド出身のイギリスの人類学者

1913年 - 1918年、マリノフスキはニューギニア島東沖にあるトロブリアンド諸島のフィールドワークを行なった。マリノフスキは、長期にわたって現地の人々と行動を共にし、その生活の詳細な観察を行うこととなり、エスノグラフィーと呼ばれる研究手法を確立した。

## Total Quality Management (TQM) 会社(組織)全体にわたる質の改善

## William Edwards Deming



1900年 - 1993年  
 1947年、GHQの統計派遣団の一員として国勢調査の準備に来日  
 1950年、日本科学技術連盟主催「品質管理の統計管理8日間コース」を国内各地で実施

従来の生産方法  
 1 Design it → 2 Make it → 3 Try to sell

デミング・サイクル  
 1 Plan → 2 Do → 3 Check → 4 Action → 1

PDCAサイクル  
 P Plan  
 D Do  
 C Check  
 A Action

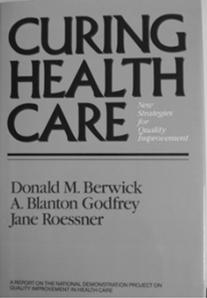
## 今井正明氏と「改善」




● 1930年東京生まれ  
 ● 1955年東京大学教養学部アメリカ科卒業。1957年から約5年間アメリカに日本生産性本部の通訳員として滞在。

● 1962年「ケンブリッジ・リサーチ研究所」を設立。代表取締役役に就任。以後約20年以上にわたり、上級管理職の研修、企業の競争優位獲得のためのコンサルティングに従事。  
 ● 1985年には「カイゼン・インスティテュート」を設立

## Donald Berwick と IHI

● 1946年ボストン生まれ、ハーバードメディカルスクール卒業、小児科医  
 ● 1986年 Institute for Healthcare Improvement (IHI) 創設

Institute for Healthcare Improvement

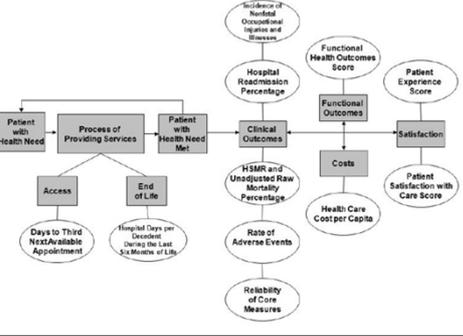
## IHI と Whole System Measures

Table 1. Whole System Measures, IOM Dimensions of Quality, and Care Locations

Whole System Measure	IOM Dimension of Quality	Outpatient Care	Inpatient Care
1. Rate of Adverse Events	Safe	X	X
2. Incidence of Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses	Safe	X	X
3. Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)	Effective		X
4. Unadjusted Raw Mortality Percentage	Effective		X
5. Functional Health Outcomes Score	Effective	X	X
6. Hospital Readmission Percentage	Effective	X	X
7. Reliability of Core Measures	Effective	X	X
8. Patient Satisfaction with Care Score	Patient-Centered	X	X
9. Patient Experience Score	Patient-Centered	X	
10. Days to Third Next Available Appointment	Timely	X	
11. Hospital Days per Decedent During the Last Six Months of Life	Efficient		
12. Health Care Cost per Capita	Efficient	X	X
13. Equity (Stratification of Whole System Measures)	Equitable	X	X

## IHI と Whole System Measures

Figure 1. View of a Health System Using the Whole System Measures



## Total Quality Management のねらい



ねらい  
 品質・質のよい製品・サービスの提供による顧客満足度の獲得

行動の指針  
 PDCAと継続的改善(Ⅰの1)  
 プロセスで作りこむ(Ⅱの2)  
 緊急対策と再発防止策(Ⅲの3)  
 データで語る(Ⅳの4)など

ねらいの達成経路  
 ・SS(Ⅰの1)  
 ・標準化(Ⅱの2)  
 ・改善のステップ(Ⅲの3)  
 ・統計的手法(Ⅳの4)など

組織全体の推進方法  
 ・QCサークル、プロジェクトチーム(Ⅰの2)  
 ・方針管理(Ⅱの3)  
 ・日常管理(Ⅲの4)  
 ・機能別管理(Ⅳの5)など

TQMでは、行動指針や基本的な考え方、個々のプロセスでの実践方法、組織全体の推進方法が整備されている

日本の経済発展と品質管理のアプローチ

TQMのねらいとその実現の3要素

- TQMは会社、組織ごとに個別に展開されるもの
- 各病院にとって必要な手法やデータを加えることで、今日的な新しいTQMを実施することが求められている。

**JCAHO  
Hospital Accreditation Services  
Accreditation Decision Grid**

Organization: \_\_\_\_\_ Survey Date: \_\_\_\_\_  
 Location: \_\_\_\_\_ Survey Type: \_\_\_\_\_

**PATIENT-FOCUSED FUNCTIONS**

**Patient Rights and Organization Ethics**

Patient Rights	1
Organization Ethics	2

**Assessment of Patients**

Initial Assessment	1
Pathology and Clinical Laboratory Services—Waived Testing	1
Reassessment	1
Care Decisions	2
Structures Supporting the Assessment of Patients	1
Additional Requirements for Specific Patient Populations	1

**Care of Patients**

Planning and Providing Care	1
Anesthesia Care	3
Medication Use	1
Nutrition Care	2
Operative and Other Procedures	1
Rehabilitation Care and Services	1
Special Procedures	1

**Education**

Patient and Family Education and Responsibilities	1
---	---

**Continuum of Care**

Continuum of Care	1
-------------------	---

**ORGANIZATION-FOCUSED FUNCTIONS**

**Improving Organization Performance**

Design	2
Data Collection	1
Aggregation and Analysis	1
Performance Improvement	1

**Leadership**

Planning	1
Directing Departments	1
Integrating and Coordinating Services	1
Role in Improving Performance	1

**Management of the Environment of Care**

Planning	2
Implementation	1
Other Environmental Considerations	1
Measuring Outcomes of Implementation	1

**Management of Human Resources**

Human Resources Planning	1
Orienting, Training, and Educating Staff	1
Assessing Competence	1
Managing Staff Requests	1

- 1 = Evidence of good compliance
- 2 = Evidence of acceptable compliance
- 3 = Insufficient evidence of acceptable compliance (least deficient)
- 4 = Insufficient evidence of acceptable compliance (more deficient)
- 5 = Insufficient evidence of acceptable compliance (most deficient)
- N = Not applicable

**Summary Grid Score =**

**ORGANIZATION-FOCUSED FUNCTIONS CONTINUED**

**Management of Information**

Information Management Planning	1
Patient-Specific Data and Information	2
Aggregate Data and Information	1
Knowledge-Based Information	1
Comparative Data and Information	4

**Surveillance, Prevention, and Control of Infection**

Surveillance, Prevention, and Control of Infection	1
--	---

**STRUCTURES WITH FUNCTIONS**

**Governance**

Governance	1
------------	---

**Management**

Management	1
------------	---

**Medical Staff**

Organization, Bylaws, Rules, and Regulations	1
Credentialing	1

**Nursing**

Nursing	1
---------	---

**SPECIAL TYPE I RECOMMENDATION(S)**

Accreditation Participation Requirements	
--	--

2002 HAS Grid—Effective: January 2002 © 2001

**Steps 1 and 2: Convert Actual Scores**

Conversion Table	Number of Grid Elements Scored	Converted Actual Score
Score 1 = 4 points	x 34	= 136
Score 2 = 3 points	x 5	= 15
Score 3 = 2 points	x 3	= 6
Score 4 = 1 point	x 2	= 2
Score 5 = 0 points	x 0	= 0
		159

**Step 3: Convert Perfect Score**

Score 1 = 4 points x 44\* = 176

**Step 4: Calculate Grid Score**

Sum of Converted Actual Scores 159 } Grid 159/176 = .90 x 100 = 90  
 Total of Converted Perfect Scores 176 }

**Figure 3.** A fully scored decision grid showing the steps for calculating the summary grid score.

## Standards

The following is a list of all standards for this function. They are presented here for your convenience without footnotes or other explanatory text. If you have a question about a term used here, please check the Glossary, page GL-1. Terms that are critical to the understanding of the standard are defined in the margin adjacent to the term as it appears in the next section of this chapter—Standards, Scoring, and Aggregation Rules.

**TX.1** Care, treatment, and rehabilitation are planned to ensure that they are appropriate to the patient's needs and severity of disease, condition, impairment, or disability.

**TX.1.1** Settings and services required to meet patient care goals are identified, planned, and provided if appropriate.

**TX.1.1.1** When care is not planned to meet all identified needs, this is documented in the medical record.

**TX.1.2** Care is planned and provided in an interdisciplinary, collaborative manner by qualified individuals.

**TX.1.2.1** Patient care procedures (such as bathing) are performed in a manner that respects privacy.

**TX.1.3** Patients' progress is periodically evaluated against care goals and the plan of care and when indicated, the plan or goals are revised.

**TX.2** Moderate or deep sedation and anesthesia are provided by qualified individuals.

**TX.2.1** *A pre-sedation or pre-anesthesia assessment is performed for each patient before beginning moderate or deep sedation and before anesthesia induction.*

**TX.2.1.1** Each patient's moderate or deep sedation and anesthesia care is planned.

**TX.2.2** Sedation and anesthesia options and risks are discussed with the patient and family prior to administration.

**TX.2.3** Each patient's physiological status is monitored during sedation or anesthesia administration.

## RP. The Rehabilitation Process for the Persons Served

### Principle

The fundamental responsibilities of the organization are to effect positive change in functional ability while protecting and promoting the rights of the persons served. The persons served should be treated with dignity and respect at all times. All personnel are able to demonstrate their awareness of the rights of the persons served as well as their own rights. The rehabilitation process is delivered by an integrated team that includes the person served. The process focuses on clarity of information, reduction of redundancy in service delivery, achievement of predicted outcomes, and reintegration of the person served into his or her community of choice.

#### Applicable Standards

- Medical Rehabilitation Case Management and Pediatric Family-Centered Rehabilitation Case Management must meet Standards RP. 37–67 in this subsection.
- A program seeking accreditation as a Health Enhancement Program must meet the standards in this subsection that are marked by a star (★).
- Any other program seeking accreditation must meet Standards RP.1–35 in this subsection.

### Rights

- ★ 1. **The organization:**
  - a. **Provides sufficient information to facilitate decision making.**
  - b. **Protects the privacy of the persons served.**
  - c. **Protects the confidentiality of information concerning the persons served.**
  - d. **Prohibits physical abuse.**
  - e. **Prohibits psychological abuse, including humiliating, threatening, and exploiting actions.**
  - f. **Facilitates access or referral to:**
    - (1) **Guardians.**
    - (2) **Conservators.**



- (2) **Trustees.**
- (3) **Self-help groups.**
- (4) **Advocacy services.**
- g. **Investigates and resolves allegations concerning the infringement of rights.**
- h. **Provides information about services not available or not covered.**
- i. **Provides information about current out-of-pocket expenses for care delivery.**
- j. **Preserves sensitivity to different cultural beliefs.**
- k. **Preserves sensitivity to different treatment practices.**

#### Intent Statements

1. The organization demonstrates commitment to a system that will nurture the persons served, protect their dignity and self-worth, and foster an environment that will focus on a quality of life that is important to the persons served.

1.d.–e. Physical abuse is characterized by procedures that are punishing or physically painful or deprivational and put persons served at medical risk. Physical punishment is the use of physical force—spanking, slapping, pinching, etc.—to attempt to change the behavior of a person served. Psychological abuse includes verbal abuse.

1.h. Information about what will be done during the rehabilitation program, as well as what will not be done, is given in a fashion that is clearly understood by the persons served.

1.i. Any out-of-pocket expenses will be disclosed to the persons served, and any services that are not covered will be provided only with their permission and understanding.

1.j.–k. The program should demonstrate how it has gained and considered information about any specific cultural beliefs or alternative treatment approaches that would impact the delivery of the rehabilitation program.

- 2. **The organization has a written policy, if applicable, on:**



- a. **Advance directives.**
- b. **Resuscitation orders, including:**
  - (1) **Provision of sufficient information for making decisions.**
  - (2) **The right to refuse resuscitation.**

# 日本医療機能評価機構 評価スタンダード

## 目次

病院機能評価 統合版新評価項目について

### 第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針	1
1.2 病院の役割と将来計画	4
1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ	8
1.4 病院組織の運営	14
1.5 情報管理機能の整備と活用	19
1.6 関係法令の遵守	24
1.7 職員の教育・研修	26
1.8 医療サービスの改善活動	29
1.9 地域の保健・医療・福祉施設等との連携と協力	31
1.10 地域に開かれた病院	37

### 第2領域 患者の権利と安全の確保

2.1 患者の権利の尊重と患者－医療者のパートナーシップ	41
2.2 説明と同意	44
2.3 患者の安全確保のための体制	49
2.4 患者の安全を確保するための手順の確立	54
2.5 患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善	57
2.6 医療事故への対応	60
2.7 院内感染管理	62

### 第3領域 療養環境と患者サービス

3.1 接遇と案内	71
3.2 医療相談	78
3.3 患者・家族の意見の尊重	81
3.4 利便性とバリアフリー	86
3.5 プライバシー確保への配慮	92
3.6 療養環境の整備	96
3.7 快適な療養環境	103
3.8 災害時の対応	116

### 第4領域 診療の質の確保

#### <診療体制の確立と各部門の管理>

4.1 診療組織と運営体制	121
4.2 医師の人事管理と教育・研修	127
4.3 診療録管理部門	133
4.4 図書室機能	139
4.5 臨床検査部門	143
4.6 病理診断部門	149
4.7 放射線部門	153
4.8 薬剤部門	159
4.9 輸血血液部門	170
4.10 手術・麻酔部門	174
4.11 集中治療室	181
4.12 救急部門	187
4.13 栄養部門	196
4.14 リハビリテーション部門	199
4.15 訪問サービス部門	203

#### <適切な診療活動の展開>

4.20 診療の責任体制と記録の徹底	208
4.21 入院診療の計画的対応	217
4.22 検査の実施と診断の確定	223
4.23 薬剤投与の管理	227
4.24 手術・麻酔・処置の適切性	233
4.25 栄養管理と食事指導	237
4.26 効果的なリハビリテーションの実施	238
4.27 QOLへの配慮と緩和医療	241
4.28 行動制限（抑制・拘束）への配慮	243
4.29 院内緊急時への対応	245
4.30 療養の継続性の確保	247
4.31 診療の質の保証	249

### 第5領域 看護の適切な提供

#### <看護体制の確立と組織管理>

5.1 看護部門の組織の確立	253
5.2 看護部門の組織の運営	259
5.3 看護部門の職員の能力開発	262

#### <適切な看護活動の展開>

5.10 看護の実践と責任体制	267
5.11 看護活動の計画的対応	276
5.12 検査の実施への看護の関わり	280
5.13 与薬の実施への看護の関わり	282
5.14 周手術期の看護の適切性	284
5.15 栄養管理と食事指導	285
5.16 リハビリテーションの適切な実施	286
5.17 行動制限（抑制・拘束）への配慮	287
5.18 看護の継続性の確保	289
5.19 逝去時の対応	291
5.20 看護ケアの評価と質向上への努力	293

### 第6領域 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理	297
6.2 財務・経営管理	305
6.3 施設・設備管理	316
6.4 物品管理	325
6.5 業務委託	329
6.6 訴訟などへの適切な対応	332

附属書表 A.1 ISO 9001:2000 と ISO 14001:1996 との対比表

ISO 9001:2000		ISO 14001:1996	
序文			序文
一般	0.1		
プロセスアプローチ	0.2		
ISO 9004 との関係	0.3		
他のマネジメントシステムとの両立性	0.4		
適用範囲	1	1	適用範囲
一般	1.1		
適用	1.2		
引用規格	2	2	引用規格
定義	3	3	定義
品質マネジメントシステム	4	4	環境マネジメントシステム要求事項
一般要求事項	4.1	4.1	一般要求事項
文書化に関する要求事項	4.2		
一般	4.2.1	4.4.4	環境マネジメントシステム文書
品質マニュアル	4.2.2	4.4.4	環境マネジメントシステム文書
文書管理	4.2.3	4.4.5	文書管理
記録の管理	4.2.4	4.5.3	記録
経営者の責任	5	4.4.1	体制及び責任
経営者のコミットメント	5.1	4.2 4.4.1	環境方針 体制及び責任
顧客重視	5.2	4.3.1 4.3.2	環境側面 法的及びその他の要求事項
品質方針	5.3	4.2	環境方針
計画	5.4	4.3	計画
品質目標	5.4.1	4.3.3	目的及び目標
品質マネジメントシステムの計画	5.4.2	4.3.4	環境マネジメントプログラム
責任、権限及びコミュニケーション	5.5	4.1	一般要求事項
責任及び権限	5.5.1	4.4.1	体制及び責任
管理責任者	5.5.2		
内部コミュニケーション	5.5.3	4.4.3	コミュニケーション

附属書表 A.1 ISO 9001:2000 と ISO 14001:1996 との対比表 (続き)

ISO 9001:2000		ISO 14001:1996	
マネジメントレビュー	5.6	4.6	経営層による見直し
一般	5.6.1		
マネジメントレビューへのインプット	5.6.2		
マネジメントレビューからのアウトプット	5.6.3		
資源の運用管理	6	4.4.1	体制及び責任
資源の提供	6.1		
人的資源	6.2		
一般	6.2.1		
力量、認識及び教育・訓練	6.2.2	4.4.2	訓練、自覚及び能力
インフラストラクチャー	6.3	4.4.1	体制及び責任
作業環境	6.4		
製品実現	7	4.4	実施及び運用
		4.4.6	運用管理
製品実現の計画	7.1	4.4.6	運用管理
顧客関連のプロセス	7.2		
製品に関連する要求事項の明確化	7.2.1	4.3.1 4.3.2 4.4.6	環境側面 法的及びその他の要求事項 運用管理
製品に関連する要求事項のレビュー	7.2.2	4.4.6 4.3.1	運用管理 環境側面
顧客とのコミュニケーション	7.2.3	4.4.3	コミュニケーション
設計・開発	7.3		
設計・開発の計画	7.3.1	4.4.6	運用管理
設計・開発へのインプット	7.3.2		
設計・開発からのアウトプット	7.3.3		
設計・開発のレビュー	7.3.4		
設計・開発の検証	7.3.5		
設計・開発の妥当性確認	7.3.6		
設計・開発の変更管理	7.3.7		
購買	7.4	4.4.6	運用管理
購買プロセス	7.4.1		
購買情報	7.4.2		
購買製品の検証	7.4.3		
製造及びサービス提供	7.5	4.4.6	運用管理
製造及びサービス提供の管理	7.5.1		
製造及びサービス提供に関するプロセスの妥当性確認	7.5.2		
識別及びトレーサビリティ	7.5.3		
顧客の所有物	7.5.4		
製品の保存	7.5.5		

附属書表 A.1 ISO 9001:2000 と ISO 14001:1996 との対比表 (続き)

ISO 9001:2000		ISO 14001:1996	
監視機器及び測定機器の管理	7.6	4.5.1	監視及び測定
測定, 分析及び改善	8	4.5	点検及び是正処置
一般 監視及び測定	8.1 8.2	4.5.1	監視及び測定
顧客満足	8.2.1		
内部監査	8.2.2	4.5.4	環境マネジメントシステム監査
プロセスの監視及び測定	8.2.3	4.5.1	監視及び測定
製品の監視及び測定	8.2.4		
不適合製品の管理	8.3	4.5.2 4.4.7	不適合並びに是正及び予防処置 緊急事態への準備及び対応
データの分析	8.4	4.5.1	監視及び測定
改善	8.5	4.2	環境方針
継続的改善	8.5.1	4.3.4	環境マネジメントプログラム
是正処置	8.5.2	4.5.2	不適合並びに是正及び予防処置
予防処置	8.5.3		