

病院機能評価
機能種別版評価項目
3rdG:Ver. 3.0

評価項目一覧
(主な変更点)

一般病院 3



2022年12月15日

公益財団法人日本医療機能評価機構

第1領域 患者中心の医療の推進

中項目・評価の視点 ※ 青字 が変更箇所 ※ 緑字 が種別特有もしくは全種別共通ではない記載		評価の要素 ※ 青字 が変更箇所 ※ 緑字 が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
1.1 患者の意思を尊重した医療			
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている (評価の視点) 患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。	●患者の権利の内容 ●患者の権利の明文化 ●患者・家族、職員への周知 ●権利擁護の状況 ●患者の請求に基づく、診療記録の開示状況	
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている (評価の視点) 説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。	●説明と同意に関する方針、基準・手順書 ●説明と同意の状況、 説明と同意に関する責任者による確認 ●病院としての書式の把握と管理 ●セカンドオピニオンへの対応	
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 (評価の視点) 診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、必要な情報が提供され、患者、医療者で共有されていることを評価する。	●診療・ケアに必要な情報の共有 ●患者の理解を深めるための支援・工夫	
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している (評価の視点) 患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されるなど、患者支援体制が確立していることを評価する。	●患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置 ●患者・家族への案内・周知 ●担当する職員の配置 ● 多職種・他部門等との連携体制 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針 ●患者・ 家族からの相談に関する情報共有と支援に係る取り組みの体制 ●各種相談に関する記録の仕組み	◇多職種・他部門連携、記録に関する要素の新設。
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している取り組み (評価の視点) 個人情報が 適切に保護・管理 されていること、 また、プライバシーが守られていること を評価する。	●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知 ●個人情報の物理的・技術的保護 ●診療における プライバシーへの配慮個人情報の保護 ● 生活上のプライバシーへの配慮	◇患者の個人情報保護に特化した中項目とし、生活上のプライバシーについては「新1.6.2」で評価することとして、中項目名を修正。 ◇上記に伴い、評価の視点・要素を整理 ◇無線LANのセキュリティの確保に関する要求事項を追加。 ◇個人情報保護に関する規程の中に、ソーシャルメディア等への投稿についても明記することを新たに要求。
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 (評価の視点) 臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされていることを評価する。	●主要な倫理的課題についての方針 ●倫理的な課題を共有・検討する場の確保 ●倫理的課題についての継続的な取り組み	
1.2 地域への情報発信と連携			
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している (評価の視点) 病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信していることを評価する。	●病院の提供する医療サービス に関する の広報に関する組織体制 ●情報の定期的な更新 ●診療実績の発信	
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している (評価の視点) 地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っていることを評価する。	●地域の医療関連施設等の状況・ニーズの把握 ● 地理的条件、担うべき政策医療、理念を踏まえた 地域の医療関連施設等との連携 ●施設間の紹介・逆紹介への対応	
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている (評価の視点) 患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が病院の役割・機能に応じて実施されていることを評価する。	●地域の健康増進に寄与する活動状況 ●地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援の実施	

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載		評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
1.3 患者の安全確保に向けた取り組み			
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している (評価の視点) 担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、 管理者との連携のもとに実効的に活動している ことを評価する。	●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 ●患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知 ●安全管理に関する委員会等の機能	◇医療法施行規則の改正に伴い、解説文に「医療放射線安全管理責任者の配置」について追記。
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている (評価の視点) ○院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることを評価する。	●院内のアクシデント・インシデント等の収集 ●院外の医療安全に関する情報の収集 ●収集したデータの分析と再発防止策の検討 ●安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し	
4.6.3 1.3.3	医療事故等に適切に対応している (評価の視点) 医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。	●医療事故発生時の対応手順 ●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討 ●訴訟患者・家族に適切に対応する仕組み	◇医療安全の取り組みの一環として評価する方がより適切であるため、中項目「4.6.3」を移動し「1.3.3」とする。
1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み			
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している (評価の視点) 担当者の配置や委員会の設置など、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、 管理者(病院長)との連携のもとに実効的に活動している ことを評価する。	●医療関連感染制御に関する多職種から構成された組織体制 ●医療関連感染制御に向けた管理者(病院長)との連携体制 ●感染に関する委員会等の機能 ●医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成および必要に応じた改訂と周知	◇要求事項をより具体的に示すとともに、要求水準を高めた。
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 (評価の視点) ○院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。	●院内での感染発生状況の把握 ●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握 ●収集したデータの分析と検討 ●アウトブレイクへの対応 ●院外での流行情報などの収集と活用 ●感染管理に関する地域との連携	◇要素「●院外での流行情報などの収集と対応」で、パンデミック時の流行状況に合わせた対応を定めておくことを新たに要求。 ◇パンデミックが起こった際の具体的な感染対応は、本中項目で評価し、病院全体としての組織的な対応に関わる内容であれば「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」で評価することを明記。
1.5 継続的質改善のための取り組み			
4.5.3 1.5.1	業務の質改善に 向け 継続的に取り組んでいる (評価の視点) 病院が主体となって継続的に取り組む改善活動の 仕組み・取り組み 状況を評価する。	●部門横断的継続的な改善活動の仕組み ●体系的な病院機能の評価 ●各種立入検査の指摘事項への対応	◇中項目の変更 継続的な質改善に向けた取り組みについては、病院としての体制・取り組みを本中項目1.5.1(Ver.2.0.1.5.3)で確認した上で、診療の質向上に向けた取り組み(1.5.2)、患者・家族の意見を活用した取り組み(Ver.2.0.1.5.1)で評価する構成とするため、1.5.1と1.5.3の順番の入れ替えおよび中項目名の変更を行った。 ◇質改善に関する院内の責任体制について追記。(1.5.1) ◇臨床指標に加えて「質指標」も、またデータの分析のみならず「活用」についても重要であることから、評価の視点に追加。(1.5.2)
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる (評価の視点) 症例検討会、診療ガイドラインの活用、臨床指標・ 質指標 に関するデータの収集 と分析および活用 、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動の状況を評価する。	●症例検討会の開催 ●診療ガイドラインの活用 ●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の作成・見直し ●臨床指標・質指標に関するデータの収集と分析および活用	
4.5.3 1.5.3	患者・家族の意見を 開き活用し、質改善に活用している 医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる (評価の視点) 患者・家族の意見・要望を積極的に収集し 活用 するなど、 対応していること 医療サービスの質向上に向けた活動の状況を評価する。	●意見苦情クレーム等の収集 ●医療サービスの質向上に向けた対応策の立案検討と実施 ●患者・家族へのフィードバック	
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を 開発・導入 している (評価の視点) ○新規治療や新たな技術導入の実施にあたっては、必要な情報が収集され、適切な教育期間の確保と倫理・安全面への配慮のもと、実施後の臨床経過が病院としてフォローできる体制を評価する。 ○ 人を対象とする医学系研究に携わる全ての関係者が、「倫理指針ガイダンス」臨床研究に携わる全ての関係者が法律や倫理指針等の内容を十分に理解して、院内規定に沿った審査や承認を経て各種研究が遂行されることを評価する。	●新たな技術導入に対する組織としての方針・基準 ●新規治療の定期的な評価と効果・安全性の判定 ●人を対象とする医学系臨床研究の適切な実施プロセスとその確実なチェック機能	◇臨床研究法施行に伴い、内容を整理し、より理解しやすいよう評価の視点・要素を修正。 ◇特定臨床研究に関し、「研究の状況の把握」、「認定臨床研究審査委員会の承認」などを新たに要求。 ◇臨床研究のうち侵襲を伴う介入研究について、「モニタリング・監査の実施」、「健康被害に備えた措置」を新たに要求。

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
1.6 療養環境の整備と利便性		
1.6.1 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている 1.6.1 1.6.2 (評価の視点) 安全性・利便性・快適性について、患者や家族、面会者といった利用者の視点で高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっていることを評価する。 【Ver.2.0.1.6.1】 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している (評価の視点) 患者や家族、面会者といった病院利用者の視点で利便性・快適性を評価する。 【Ver.2.0.1.6.2】 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている (評価の視点) 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっていることを評価する。なお、構造的に整備が困難な場合は、運用面での工夫を評価する。	●来院時のアクセスへの配慮 ●入院生活への配慮 ●高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品 【Ver.2.0.1.6.1】 ●来院時のアクセスへの配慮 ●患者本位の入院生活への配慮 ●生活延長上の設備やサービス ●入院中の情報入手や通信手段の確保 【Ver.2.0.1.6.2】 ●院内のバリアフリー ●手摺りの設置 ●車椅子などでも利用しやすい施設・設備 ●必要な備品の整備	◇中項目の変更 現行「1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」および「1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」については、いずれも施設全体の設備やサービスの整備状況を評価しているため、統合し、一つの中項目で患者・面会者・高齢者・障害者への配慮について評価するように変更。
1.6.3 療養環境を整備している 1.6.2 (評価の視点) 病院の機能に応じて療養環境が整備されていることを評価する。	●診療・ケアに必要なスペースの確保 ●患者がくつろげるスペースの確保 ●快適な病棟・病室環境 ●院内の整理整頓 ●清潔な寝具類の提供 ●トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性 ●生活上のプライバシーへの配慮	◇「1.1.5」の要素「●生活上のプライバシーへの配慮」の要素、解説文、C評価となりうる状況(例)を本中項目へ移動。
1.6.4 受動喫煙を防止している 1.6.3 (評価の視点) 健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底されていることを評価する。	●全館禁煙・敷地内禁煙の方針の徹底 ●患者の禁煙教育 ●職員の禁煙推進	◇評価の要素の変更 健康増進法改正により、敷地内での原則禁煙が求められることになったため、「敷地内禁煙」と明記。

第2領域 良質な医療の実践1

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保		
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である (評価の視点) 安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。	●病棟、外来等における管理・責任体制 ●患者・家族への明示 ●各責任者による診療・ケアの実施状況の把握	
2.1.2 診療記録を適切に記載している (評価の視点) 診療の記録が正確に遅滞なく作成されていることを評価する。	●判読できる記載 ●必要な情報の記載 ●基準に基づく記載 ●必要な情報の記載 ●適時の記載 ●診療記録の内容についての点検(質的点検)	◇紙カルテ運用を想定した内容から電子カルテ運用を想定した内容へ変更。(紙カルテに求める内容は引き続き記載しているが、電子カルテに関する記載を充実させ、そのウェイトを高めた)
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 (評価の視点) 患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況の評価する。	●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●患者の確認 ●検査・治療部位の確認 ●検体などの確認 ●チューブの誤認防止対策	
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している (評価の視点) 医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。	●医療安全管理部門と連携した情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み ●処方箋・指示箋の記載 ●医師の指示出し・実施確認 ●指示受け・実施 ●検査結果等の確実な報告	◇本中項目では、検査依頼部門内における検査結果の迅速・確実な報告を評価することとし、「検査部門からの迅速・確実な検査結果の報告については、それぞれ『3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している』『3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している』『3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している』で評価する。」を関連する項目に追記し、評価対象を明確にした。
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している (評価の視点) 薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されていることを評価する。	●医薬品安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●使用する職員への教育・研修 ●麻薬等の安全な使用と保管・管理 ●ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理 ●重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法 ●副作用の発現状況の把握と対応 ●薬剤の取り違え防止への取り組み ●抗がん剤など必要な薬剤のレジメン管理・登録 ●病棟在庫薬剤使用時の確認方法	◇施行規則上求められる「医薬品の安全利用のための研修」に関する要素として「●使用する職員への教育・研修」を新設した。
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している (評価の視点) 転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。	●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●転倒・転落発生時の対応 ●転倒・転落のリスク評価 ●転倒・転落防止対策の立案・実施 ●対策の実施結果の評価と見直し ●転倒・転落発生時の対応	
2.1.7 医療機器を安全に使用している (評価の視点) 人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。	●医療機器安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●使用する職員への教育・研修 ●使用マニュアルに基づく確認 ●設定条件の確認と確実な伝達 ●使用中の作動確認	
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している (評価の視点) 全職員を対象に心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。	●院内緊急コードの設定 ●急変の兆候をとらえて対応する仕組み ●救急カートや蘇生装置の整備・配置状況 ●定期的な訓練	
2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実践している (評価の視点) 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況の評価する。	●標準予防策に関する遵守状況の徹底 ●感染経路別の予防策に基づいた対応 ●手指衛生(手洗い・手指消毒)の徹底 ●個人防護用具(PPE)の着用使用 ●現場での感染性廃棄物の取り扱い ●血液、体液の付着した病衣やリネン・寝具類の取り扱い	◇基本的な感染対策については各種別間で原則として要求水準に差を設けないこととした。 ◇要求事項をより具体的に記載。
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している (評価の視点) 抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。	●抗菌薬の採用・採用中止に関する検討 ●抗菌薬の適正使用に関する指針の整備 ●起炎菌・感染部位の特定 ●院内における分離菌感受性パターンの把握 ●抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック	◇「抗菌薬の指針に沿った使用を推進する体制の整備」を要求することを明確化した。 ◇外来における抗菌薬使用も評価対象に加えた。
2.1.11 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している (評価の視点) 臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、実際の対応状況の評価する。	●患者・家族の抱えている倫理的な課題の把握 ●診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み ●解決困難な倫理的な問題課題への対応	
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている (評価の視点) 患者の利益を尊重質の高い診療・ケアを提供するために、必要に応じて多職種が協働し、チームとして患者の診療・ケアにあたっていることを評価する。	●多職種が参加協働した診療・ケアの実践 ●専門チームによる組織横断的な取り組み ●必要に応じて診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施 ●多職種からなる専門チームの介入 ●部署間の協力	◇タスクシフトやタスクシェアを行う際の安全性に関する要求事項を追加した。

第2領域 良質な医療の実践1

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践		
2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる (評価の視点) 患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。	●受診に必要な情報の案内 ●初診、再診、会計などの手続き ●紹介患者の受け入れ ●待ち時間への配慮 ●患者の病態・緊急性への配慮	◇感染症が疑われる患者の受け入れについて要求事項を追加。
2.2.2 外来診療を適切に行っている (評価の視点) 患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。	●患者に関する情報収集 ●患者への説明と同意 ●安全な外来診療 ●患者への指導の実施状況	◇外来における患者・治療部位の誤認防止について解説文に追記。
2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している (評価の視点) 外来・入院を含め、検査を確実・安全に実施していることを評価する。	●必要性の判断 ●必要性和リスクに関する説明 ●侵襲的検査の同意書の取得 ●安全な検査の実施 ●検査中、検査後の患者状態・反応の観察 ●安全に配慮した患者の搬送 ●検査中、検査後の患者状態・反応の観察 ●自院で行えない検査への対応	
2.2.4 入院の決定を適切に行っている (評価の視点) 医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。	●医学的な判断に基づく入院の必要性の検討 ●患者の希望への配慮 ●患者への十分な説明と入院することの同意 ●弾力的な病床活用	
2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している (評価の視点) 医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。	●患者の病態に応じた診断・評価 ●診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成 ●患者・家族への説明と同意 ●患者・家族の要望の反映 ●必要に応じた診療計画の見直し ●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の活用	
2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している (評価の視点) 医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。	●多様な相談への対応 ●院内スタッフとの調整・連携 ●院外の社会資源との調整活用・連携 ●相談内容の記録と活用	
2.2.7 患者が円滑に入院できる (評価の視点) 患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されていることを評価する。	●わかりやすい入院の手続き ●入院生活に関する入院前の説明 ●病棟のオリエンテーション	
2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている (評価の視点) 疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されていることを評価する。	●診療上の指導力の発揮 ●病棟スタッフとの情報交換 ●必要な回診の実施と病態の把握 ●診療上の指導力の発揮 ●病棟スタッフとの情報交換 ●患者・家族との面談 ●必要な書類の迅速な作成	
2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている (評価の視点) 疾病や患者の状態に応じて、日常生活援助や診療の補助業務が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。	●身体的ニーズの把握と日常生活援助 ●患者・家族の心理的ニーズの把握と援助 ●患者・家族の社会的ニーズの把握と援助 ●観察に基づく病態の把握とケア ●診療の補助業務 ●患者情報の他職種との共有 ●他部署との連携 ●病棟管理業務 ●能力に応じた業務分担	
2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している (評価の視点) 患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。	●必要性和リスクについての説明と同意 ●服薬指導・薬歴管理の実施状況 ●患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認 ●安全な薬剤の準備 ●必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察 ●服薬の確認	
2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している (評価の視点) 適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。	●輸血の適応と血液製剤の種類の検討 ●必要性和リスクについての説明と同意 ●患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与方法の確認と記録 ●緊急輸血への対応 ●輸血の適応と血液製剤の種類の検討 ●投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録 ●輸血療法後の感染症検査 ●副作用の報告	

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
2.2.12 周術期の対応を適切に行っている (評価の視点) 手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われていることを評価する。	●手術・麻酔の適応と方法についての検討と記録 ●手術・麻酔に関する説明と同意 ●術前・術後訪問の実施 ●合併症の予防対策 ●安全に配慮した患者の搬送 ●術直後の患者ケア ●術前・術後の申し送り	◇手術室内の誤認防止は「3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している」で評価することを明記。
2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている (評価の視点) 患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが実施されていることを評価する。	●重症度に応じた病床の選択 ●重症度に応じた診療・ケア ●関連職種との関与	◇専門資格等を有している医療専門職の関与を評価。
2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている (評価の視点) 患者の褥瘡リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されていることを評価する。	●患者ごとの褥瘡発生リスクの評価 ●必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与 ●褥瘡状態の評価と治療 ●体位(ポジショニング)と体位変換の方法・頻度の検討と確実なマットなどの体圧管理の実施 ●褥瘡状態の評価と治療 ●ベッド・マットなどの工夫 ●スキナーや医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)対策の実施	◇重要なケア項目であるスキナーやMDRPUに関する評価の要素を追加。
2.2.15 栄養管理と食事指導支援を適切に行っている (評価の視点) 患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に対する支援が実施されていることを評価する。	●栄養状態、摂食・嚥下機能の評価 ●管理栄養士多職種との関与 ●栄養状態、摂食・嚥下機能の評価 ●評価に基づく栄養方法の選択 ●食物アレルギーなどの把握・対応 ●食形態、器具、安全性、方法の工夫 ●嚥食状態の把握 ●必要に応じた栄養食事指導 ●食形態、器具、安全性、方法の工夫	◇食事指導だけでなく、摂食・嚥下に関する支援も含まれることから中項目名の「食事指導」を「食事支援」に変更。
2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている (評価の視点) 患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めていることを評価する。	●患者の訴えの把握 ●標準的な評価方法・治療方法に基づく実施 ●麻薬の使用基準と必要時の使用	
2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している (評価の視点) 患者の状態に応じて、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されていることを評価する。	●リハビリテーションの必要性の評価 ●病態に応じた目標・実施計画の設定・立案 ●必要性とリスクなどについての説明と同意 ●患者・家族の社会的背景や要望への配慮 ●計画に基づくリハビリテーションの実施 ●リハビリテーションの進捗状況の把握方法 ●実施時に想定されるリスクの評価と安全性への配慮 ●実施前後の評価	
2.2.18 安全確保のための身体拘束(身体抑制)の最小化を適切に行っている (評価の視点) 患者の安全を確保のため、必要時に身体拘束(身体抑制)や行動制限が最小化に適切に行われている取り組みを行っていることを評価する。	●人権への配慮 ●身体拘束(身体抑制)・行動制限の必要性の評価 ●必要性とリスクなどについての説明と同意 ●拘束(抑制)・制限中の患者の状態・反応の観察 ●回避・軽減・解除に向けた取り組み ●患者・家族の不安の軽減への配慮	◇従来、精神保健法上の拘束と区別するため、「身体抑制」の用語を使用してきたが、近年、診療報酬や実務上においても「身体拘束」に統一される流れであるため「身体拘束(身体抑制)」の用語に変更するとともに、最小化することが現状の共通目標になっていることから中項目名を「身体拘束(身体抑制)」の最小化を適切に行っている。」へ変更。 ◇中項目名の変更に伴い評価の視点・要素を変更。
2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている (評価の視点) 患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。	●療養の継続性に関する検討 ●退院、転院などに関する説明と同意 ●計画に沿った療養の指導や関係機関との調整 ●連携先で必要な情報の提供	
2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している (評価の視点) 退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、必要な在宅療養支援に関する支援に繋げていることを評価する。	●入院中の経過に関する伝達診療・ケアに関する情報の共有 ●患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施	
2.2.21 ターミナルステージへの対応を適切に行っている (評価の視点) 患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。	●ターミナルステージの判断プロセス ●多職種による診療・ケア計画の立案 ●ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意 ●患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア ●療養環境への配慮 ●逝去時の対応 ●臓器提供に関する意思の確認と対応 ●剖検の承諾と実施	

第3領域 良質な医療の実践2

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
3.1 良質な医療を構成する機能1		
3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している (評価の視点) 薬剤部門の薬剤管理はもとより、薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に関与していることを評価する。	●医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携 ●薬剤に店じた温・湿度管理 ●持参薬の鑑別と管理 ●院内医薬品集の整備 ●薬剤に関する情報収集および関連部署への周知 ●新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討 ●注射薬の調製・混合への関与 ●注射薬の1施用ごとの取り揃え ●処方鑑査と疑義照会 ●調剤後の確認 ●注射薬の1施用ごとの取り揃え ●注射薬の調製・混合への関与 ●持参薬の鑑別と管理 ●薬剤に関する情報収集および関連部署への周知 ●新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討 ●院内医薬品集の整備 ●薬剤に店じた温・湿度の適切な保管・管理	
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じた臨床検査(委託を含む)が適切に実施されていることを評価する。	●必要な検査項目の実施 ●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 ●検体交差を起さらない検体検査処理プロセス ●精度管理の実施 ●検査後の検体の取り扱い ●夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応	◇関連する項目において、「誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、検査中の急変への対応、感染防止対策等」に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、臨床検査部門内における取り組み状況については本項目で評価する。」旨を明記した。
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じた画像診断が適切に実施されていることを評価する。	●タイムリーな実施 ●画像診断結果の迅速な報告 ●画像診断の質の確保 ●夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応	◇医療法施行規則の改正に伴い、被ばく線量の管理・記録、「安全利用のための指針」に基づいた実施について追記。 ◇緊急に報告すべき所見の基準・手順の整備について追記。
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している (評価の視点) 快適で美味しい食事が確実・安全に提供されていることを評価する。	●適時・適温への配慮 ●患者の特性や嗜好に応じた対応 ●食事の評価と改善の取り組み ●衛生面に配慮した食事の提供 ●使用食材、調理済み食品の冷凍保存	
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の役割・機能に基づくリハビリテーションが適切に実施されていることを評価する。	●必要なリハビリテーションへの対応 ●主治医との連携 ●病棟等との情報共有 ●系統的な実施と連続性の確保 ●リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検 ●リハビリテーションプログラムの評価と改善	
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて診療情報が適切に管理されていることを評価する。	●診療情報の一元的な管理 ●迅速な検索、迅速な提供 ●診療記録の取り違え防止策 ●診療記録の閲覧・貸出し ●診療記録の形式的な点検(量的点検) ●診断名や手術名のコード化(コーディング)	◇紙カルテ運用を想定した内容から電子カルテ運用を想定した内容へ変更。(紙カルテに求める内容は引き続き記載しているが、電子カルテに関する記載を充実させ、そのウェイトを高めた)
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している (評価の視点) 医療機器が正しく機能するように、病院の機能・規模に応じて適切に管理されていることを評価する。	●医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携 ●医療機器の一元的な管理 ●夜間・休日の対応体制 ●定期的な点検 ●標準化に向けた検討	
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて医療機器・器材の洗浄・滅菌が適切に実施されていることを評価する。	●使用済み機器・器材の一次洗浄・消毒の中央化 ●滅菌の質保証 ●既滅菌物の保管・管理 ●使用量および滅菌能力に見合った在庫量作業環境の整備 ●ディスプレイ製品の管理④	◇単回使用医療機器(SUD)の実際の評価場面で洗浄・滅菌部門であることを踏まえ、「4.5.2 購買管理を適切に行っている」から移動させたが、評価の要素は設けないこととした。 ◇SUDの再使用はしてはならない旨を明記した。 ◇洗浄・滅菌等の上限回数が定められている医療機器・器材の回数管理について要求事項を追記。

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
3.2 良質な医療を構成する機能2		
3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて病理医が関与して、病理診断が適切に実施されていることを評価する。	●検体交差をが起こらない病理検査処理プロセス ●病理診断の精度の確保 ●診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●病理診断報告書や標本などの保存・管理 ●危険性の高い薬品類の保管・管理	◇検体の誤認防止策の要求事項を具体的に追記。 ◇関連する項目において、「誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、病理診断部門内における取り組み状況については本項目で評価する。」旨を明記した。
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて放射線治療医が関与して、放射線治療が適切に実施されていることを評価する。	●必要な放射線治療の提供 ●治療計画の作成とシミュレーションの実施 ●放射線治療医による計画線量の確認 ●放射線治療機器の品質管理 ●治療用放射性同位元素の保管・管理	◇医療法施行規則の改正に伴い、「安全利用のための指針」に基づいて放射線治療を実施することを新たに要求。
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している (評価の視点) 確実・安全な輸血療法を実施するために、輸血・血液管理が適切に行われていることを評価する。	●輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態 ●輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などを行う担当者の明確化 ●発注・保管・供給・返却・廃棄 ●必要時の迅速な供給 ●自記温度記録付き専用保冷庫・冷凍庫での保管・管理 ●使用された血液のロット番号製剤の記録・保存 ●輸血用血液製剤の使用状況の検証	
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している (評価の視点) 外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。	●スケジュール管理 ●手術室における清潔管理 ●術中患者管理 ●麻酔覚醒時の安全性の確保	◇特定行為研修を修了した看護師が、法令で認められた麻酔管理のうちの一部医行為を担当する際には、麻酔科専門医・標榜医もしくは麻酔担当医の指示・管理のもと、安全に十分配慮されたうえで手順書に沿って対応されていることを求める。
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している (評価の視点) 取り扱う疾病や患者数に応じて、集中治療機能が適切に発揮されていることを評価する。	●機能に応じた人材の配置 ●機能に応じた設備・機器の整備 ●入退室基準の明確化と遵守	
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している (評価の視点) 地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われるとともに、救急医療の教育及び研修が適切に行われていることを評価する。	●救急患者の受け入れ方針と手順 ●自院で受け入れができない場合の対応 ●夜間・休日救急患者への対応体制の整備 ●緊急入院などへの対応 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応 ●救急医療の教育及び研修の実施	◇感染症が疑われる患者の対応手順の整備や別の診療場所の確保に関する要求水準を高める。

第4領域 理念達成に向けた組織運営

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ		中項目名の変更に伴い大項目名を変更する。
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 (評価の視点) 理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。	●理念と基本方針の明文化 ●必要に応じた基本方針の検討 ●理念・基本方針の施策への反映 ●理念・基本方針と整合性のある中・長期計画等との整合性策定 ●職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知 ●病院の将来像や運営方針等の職員への明示	◇「4.1.1～4.1.3」を整理し、大枠として「4.1.1」は現行通り理念・基本方針、「4.1.2」ではガバナンスの仕組み、「4.1.3」では具体的活動状況を確認することとし、それに伴い「4.1.1～4.1.3」の間で要素を再構成する。
4.1.2 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮適切に行う体制が確立している (評価の視点) 病院管理者・幹部が病院の将来像を示し、実現に向けた病院運営に指導力を発揮していることを総合的に評価する。 病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備されていることを評価する。	●病院の将来像や運営方針等の職員への明示 ●職員の就労意欲、経営参画意識を高める組織運営ための活動や取り組み ●運営上の課題の明確化とその解決に向けた目標管理への関わり ●病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する監督・評価の仕組み ●病院運営の意思決定会議の実態 ●病院の実態にあった組織構造と指揮命令系統を示す組織図や職務分掌の整備 ●病院運営に必要な会議・委員会の開催実態 ●組織内への決定事項の情報伝達周知と遵守状況	
4.1.3 計画的・効果的・計画的な組織運営を行っている (評価の視点) 病院の組織が整備され、計画的・効果的・計画的に運営されていることを評価する。	●病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する監督・評価の仕組み ●病院運営の骨子を策定する組織の実態 ●病院運営の意思決定会議の実態 ●組織内の情報伝達 ●病院の実態にあった組織図や職務分掌 ●病院運営に必要な会議・委員会の開催 ●2年以上先の将来を見据えた中・長期計画の策定 ●理念・基本方針と中長期計画等との整合性 ●リスクに対応する病院の機能存続計画 ●中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定と実績評価 ●部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価 ●職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための組織運営活動や取り組み ●運営上の課題の明確化とその解決に向けた目標管理への関わり	
4.1.4 情報管理に関する方針を明確にし、院内で発生する情報を有効に活用している (評価の視点) 情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されていることを評価する。	●情報の管理・活用の方針 ●院内で取り扱う情報の統合的な管理 ●診療情報の管理・責任体制とセキュリティ対策 ●情報システムの導入・活用・更新に関する計画的な対応 ●医療の質や安全性、効率性の改善に向けた活用 ●データの真正性、保存性の確保	◇情報を有効に活用していることを主眼に確認する中項目であることを明確にするため中項目名を変更する。 ◇内容を充実させるため、要素を追加。
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 (評価の視点) 病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがあることを評価する。	●文書管理規程の整備 ●管理責任部署または担当者の明確化 ●発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み ●院内規程、マニュアル等の承認の仕組み	◇規程の整備を求める要素を追加。
4.2 人事・労務管理		
4.2.1 役割・機能に見合った人材を確保している (評価の視点) 病院の期待される規模役割・機能を発揮できるよう、業務量に見合った人材が確保されていることを評価する。	●診療機能に必要な人材の検討 ●採用計画の策定と実施 ●各部門・部署に必要な人材の確保 ●人材の確保と充実にに向けた努力や工夫	◇人材確保の前段階である取り組みを明確に要求するために要素を新設した。
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている (評価の視点) 人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員の就労管理が適切に行われていることを評価する。	●人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備 ●各種規則・規程の職員への周知 ●職員の就労管理	◇実際の労働時間の把握を要求し、労働時間の改善実績を確認する旨を明記。
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている (評価の視点) 職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。	●衛生委員会の設置と活動状況 ●健康診断の確実な実施 ●職場環境の整備 ●労働災害・公務災害への対応 ●職業感染への対応 ●職員への精神的なサポート ●院内暴力対策 ●ハラスメントへの対応	◇労働施策総合推進法の改正等を踏まえ、パワハラ・セクハラへの対応体制(通報だけでなく、ヒアリングやサポートの仕組み等)の整備を求める評価の要素「●ハラスメントへの対応」を新設。
4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている (評価の視点) 職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が具体的に実施されていることを評価する。	●職員の意見・要望の把握 ●職員の就業支援に向けた取り組み ●福利厚生への配慮	

中項目 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載		評価の要素 ※青字が変更箇所 ※緑字が種別特有もしくは全種別共通ではない記載	主な変更点
4.3 教育・研修			
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている (評価の視点) 職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。	●全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価 ●必要性の高い課題の教育・研修の実施 ●教育・研修効果を高める努力や工夫 ●入職時研修・新人研修の実施 ●院外の教育・研修の機会の活用 ●教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用	◇解説文において、全職員には、委託業務従事者、派遣職員、ボランティアが含まれることを明示した。
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている (評価の視点) 職員個別の能力評価や、自己啓発への支援など、優れた人材を育成し、活用する仕組みを評価する。	●職員の能力評価、能力開発の方針と仕組み ●職員個別の能力の客観的評価 ●職員個別の能力開発の実施 ●能力に応じた役割や業務範囲の設定	
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている (評価の視点) 専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるために初期研修が適切に行われていることを評価する。	●初期研修の方針と計画 ●計画に則った研修の実施 ●研修者の評価 ●指導者の養成と評価 ●研修内容の評価と見直し	
4.3.4	学生実習等を適切に行っている (評価の視点) 各職種において、指定されたカリキュラムに沿った病院実習が適切に行われていることを評価する。	●実習生の受け入れ体制 ●医療安全・医療関連感染制御等に関する教育 ●カリキュラムに沿った実習 ●実習生および実習内容の評価 ●医療安全・医療関連感染制御に関する教育 ●患者・家族との関わり方の取り決め ●実習中の事故等に対応する仕組み	
4.4 経営管理			
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている (評価の視点) 会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析に基づく経営管理が的確に実施されていることを評価する。	●予算管理編成の手順と執行状況の把握 ●財務諸表の作成 ●病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理 ●財務諸表の作成と会計監査の仕組み ●経営状況の把握と分析 ●収支分析による課題の検討 ●データを活用した経営改善活動	◇病院の「経営企画」を評価する中項目として病院の経営改善に向けた「取り組み」を評価することを明確にした。
4.4.2	医事業務を適切に行っている (評価の視点) 窓口の収納業務や診療報酬保険請求業務が組織的かつ合理的に行われ、病院経営に活用するためのデータが収集・提供されていることを評価する。	●窓口の収納業務の対応手順の適切性 ●レセプトの作成・点検・保険請求業務と返戻・査定への対応 ●施設基準を遵守管理するための体制 ●未収金への対応 ●病院経営に資するデータの提供	◇医事業務について、経営面への寄与もあらたに要求すべく要素を新設した。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている (評価の視点) 委託の是非に関する検討が行われ、委託後の業務管理が適切に行われていることを評価する。	●業務内容と委託の是非の検討と委託業者先の選定 ●委託業者の選定 ●委託業務の実施状況の把握展開確認と質の検討評価 ●委託業務従事者に対する必要な教育・研修の実施 ●事故発生時の対応	◇組織的に仕組みを構築した上で委託先を検討・決定しているか、決定後も履行確認をしているかなど経営的な視点を強化した内容としている。
4.5 施設・設備管理			
4.5.1	施設・設備を適切に管理している (評価の視点) 自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。	●自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備 ●日常点検と・保守管理計画の策定と実施 ●緊急時の対応や連絡体制 ●医療ガスの安全管理 ●経年劣化等の現状把握および将来への対応 ●院内の清掃・廃棄物の管理・処理 ●廃棄物の処理	◇医用テレメータ等の電波環境について要求事項を追加。
4.5.2	物品購買管理を適切に行っている (評価の視点) 病院で使用される各種物品購入の過程が明確であり、物品の購入、品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。	●購入物品の選定 ●物品購入の過程 ●使用期限の管理 ●在庫管理の状況 ●ディスプレイ製品の管理 ●医薬品購入の過程 ●医療消耗品購入の過程 ●医療機器購入の過程 ●高額医療機器購入の過程 ●在庫の適正管理	◇本項目は、単純な物品の管理だけでなく、適正な価格で購入し、質を評価しながら組織として決定しているか、「購買」管理へ変更し、病院経営に対して大きな影響を持つ各種物品や医薬品の「購買管理」の適切性が図られているかを評価することとした。
4.6 病院の危機管理			
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 (評価の視点) 火災や大規模災害等を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。	●リスクに対応する病院の機能存続計画の策定と内容の見直し ●緊急時の責任体制 ●火災発生時の対応 ●緊急時の責任体制 ●停電時の対応 ●大規模災害時の対応 ●病院の機能存続計画に基づいた災害訓練の実施 ●災害派遣医療チームや医療救護班の派遣や受け入れの対応	◇病院として危機管理を行うべきリスクは自然災害に限らないため、対象を広げ中項目名を変更。 ◇一般病院3が地域で求められる役割から災害派遣医療チーム等に関する要素を追加。
4.6.2	保安業務を適切に行っている (評価の視点) 病院の規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。	●業務内容の明確化と確実な実施 ●緊急時の連絡、応援体制 ●保安・警備や施錠管理、事故防止対策等の実施 ●日々の業務実施状況の把握	
4.6.3	医療事故等に適切に対応している (評価の視点) 医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。	●医療事故発生時の対応手順 ●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討 ●訴訟に適切に対応する仕組み	◇医療安全の取り組みの一環として評価する方がより適切であるため、1.3.3へ移動。