

書面審査 自己評価調査票 一般病院 A版(V2.0)

財団法人日本医療機能評価機構

【回答者について】

院長がとりまとめて提出してください。ただし、診療管理者、看護管理者、事務管理者で関連する対象領域を適切に分担し、十分に合議したうえでご回答ください。

【ご回答いただくにあたって】

■この自己評価調査票と一緒にご回答いただく「病院機能の現況調査」では、各部門や領域ごとに実績等をお尋ねしています。関連する事項は現況調査記入の実績等をご参照のうえご回答ください。

■自己評価の直接の対象項目は中項目レベルのものです。中項目は項目番号が例えば「2.3.4」のように3ケタで表記されています。中項目の下に小項目(項目番号が4ケタ)がある場合には、それらの回答を勘案して総合的に中項目を評価してください。

■小項目は3段階で評点します。それらはおおむね、次のような評点結果を表します。

a: 適切に行われている/適切な形で存在する/積極的に行われている

b: 中間

c: 適切さに欠ける/存在しない/行われていない

■小項目で、あり/なしの回答を求められている場合には、あり=a、なし=cとしてご回答ください。

■中項目は5段階で評価します。それらはおおむね、次のような評価結果を表します。

5: 極めて適切に行われている/極めて適切な形で存在する/極めて積極的に行われている
他の施設の模範になると自負できる

4: 適切に行われている/適切な形で存在する/積極的に行われている

3: 中間

2: 適切さにやや欠ける/存在するが適切さに欠ける/消極的にしか行われていない

1: 適切でない/存在しない/行われていない

■中項目で、あり/なしの回答を求められている場合には、あり=5、なし=1としてご回答ください。

■各項目で求めている事項が、貴院の役割や機能から考えた場合に、評価非該当と判断される場合には、「NA」を選んでください(NA = Not Applicable)。

■各領域ごとにその末尾に自由回答欄を設けています。そこでは、当該領域に関連することで貴院がとくに努力されている点や苦勞されている点についてお尋ねしています。すでに評価項目としてご回答いただいたこと以外に関連する事項がある場合に、ぜひともご回答ください。

■また、調査票の末尾にも自由回答欄を設けています。そこでは、貴院の設立の経緯や地域の状況等についてお尋ねしています。ぜひともご回答ください。訪問審査のためのたいへん有益な情報となります。

1 病院の理念と組織的基盤

1.1 病院の理念・基本方針

1.1.1	病院の理念・基本方針が確立している		(5・4・3・2・1・NA)
1.1.1.1	病院の理念・基本方針が明文化されている	基本方針・院是の文書の掲示、パンフレットや病院案内等への記載	(a・b・c・NA)
1.1.1.2	病院の理念・基本方針の内容は地域の医療ニーズからみて妥当なものである	保健医療や健康に関わる地域の状況の把握、地域のニーズに対応した具体的な理念・方針。	(a・b・c・NA)
1.1.1.3	病院の理念・基本方針の内容は必要に応じて見直されている	少なくとも3年ごと。例えば、地域の医療ニーズに変化があった時等の修正。	(a・b・c・NA)

1.1.2	病院の理念・基本方針が内外に周知されている		(5・4・3・2・1・NA)
1.1.2.1	病院の理念・基本方針を院内に掲示している	職員にも、患者にもわかりやすい場所に掲示。	(a・b・c・NA)
1.1.2.2	病院の理念・基本方針が職員に周知されている	理念・基本方針の書かれた文書の配付や掲示。朝礼や職員研修の場での説明。病院の常勤職員への周知状況。	(a・b・c・NA)
1.1.2.3	病院の理念・基本方針を患者および地域住民が容易に知ることができる	掲示・広報誌等で知ることができる。	(a・b・c・NA)

1.2 病院組織と管理体制

1.2.1	病院の管理体制が確立している		(5・4・3・2・1・NA)
1.2.1.1	組織図が作成されている	実態に合っていること。	(a・b・c・NA)
1.2.1.2	職制、職務規程が定められている		(a・b・c・NA)
1.2.1.3	病院職員は職制、職務規程に基づいて業務を行っている	日常的な職務の内容、権限、責任、直属の上司、緊急時の対応等の理解。	(a・b・c・NA)

1.2.2	毎年の事業計画書が作成されている		(5・4・3・2・1・NA)
1.2.2.1	毎年の事業計画書が作成されている	その年の活動目標を具体的に示し、実施の時期や方法を定めているもの。	(a・b・c・NA)
1.2.2.2	事業計画書の内容は適切なものである	内容の一貫性。地域ニーズとの対応。	(a・b・c・NA)
1.2.2.3	目標達成状況について定期的に検討されている	年1回程度の検討。	(a・b・c・NA)

1.2.3	患者に対する責任が明確になっている		(5・4・3・2・1・NA)
1.2.3.1	病院職員は名札を着用している	名札の内容のわかりやすさも考慮。	(a・b・c・NA)
1.2.3.2	各部門の責任者の氏名は患者に明らかにされている		(a・b・c・NA)

1.3 各種法令の遵守

1.3.1 医療法、消防法など病院管理に関わる各種法令の標準を満たすよう努力している (5・4・3・2・1・NA)

- 1.3.1.1 病院管理者は各種法令を十分に認識している (a・b・c・NA)
- 1.3.1.2 各種法令に適合しない点がある場合には改善の努力がなされている (a・b・c・NA)

1.4 病院職員の教育・研修と活動意欲

1.4.1 教育・研修が充実している (5・4・3・2・1・NA)

- 1.4.1.1 教育・研修について年次毎の計画が立てられている 教育・研修の担当者があること。毎年度の計画。 (a・b・c・NA)
- 1.4.1.2 教育・研修は計画に基づいて定期的に行われている (a・b・c・NA)
- 1.4.1.3 教育・研修内容は職種、経験などを配慮した妥当なものである 内容に一応の配慮があること。 (a・b・c・NA)

1.4.2 職員の活動意欲が高い (5・4・3・2・1・NA)

- 1.4.2.1 職員のモラルが高い (a・b・c・NA)
- 1.4.2.2 自主的な業務検討会やサービス改善活動が行われている 事例があること。また病院がこのような活動を奨励する体制をとっていること。 (a・b・c・NA)

1.5 病院の将来像

1.5.1 病院の中長期計画が策定されている (5・4・3・2・1・NA)

- 1.5.1.1 病院の中長期計画が策定されている 中長期計画とは2年以上にわたる計画とする。 (a・b・c・NA)
- 1.5.1.2 策定にあたっては各部門の意見を反映するよう努めている 検討会議の設置。 (a・b・c・NA)
- 1.5.1.3 策定にあたっては院外の専門家、住民の意見を反映するよう努めている (a・b・c・NA)

『1. 病院の理念と組織的基盤』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください。

2 地域ニーズの反映

2.1 地域における病院の役割と連携体制

2.1.1 病院の地域における役割が明確にされている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-------------------------|--|------------|
| 2.1.1.1 | 地域の特徴が十分に認識されている | 地域の保健医療に関わる情報の収集の努力。地域の医療・福祉に関する協議会や医師会の会合に参加していることも含めて評価。 | (a・b・c・NA) |
| 2.1.1.2 | 地域における病院の役割が明確に認識されている | | (a・b・c・NA) |
| 2.1.1.3 | 病院の役割について定期的に見直しが行われている | 組織的な検討の有無。 | (a・b・c・NA) |

2.1.2 地域の医療機関との連携が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|------------------------------|--------------------------|------------|
| 2.1.2.1 | 患者の病状に応じて連携する医療機関がほぼ決まっている | 一覧表でも可。 | (a・b・c・NA) |
| 2.1.2.2 | 患者の紹介を受けた時に紹介元へ確実に返事が出されている | 紹介元へ返事が出されていることが確認できること。 | (a・b・c・NA) |
| 2.1.2.3 | 患者の紹介にあたっては十分な医療情報の提供が行われている | | (a・b・c・NA) |

2.2 在宅支援と長期療養施設との連携

2.2.1 病院として患者の退院後の療養についての方針が確立している (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-------------------------------|--|------------|
| 2.2.1.1 | 患者の退院後の療養についての方針が定まっている | | (a・b・c・NA) |
| 2.2.1.2 | 退院患者について在宅療養、施設紹介の必要性が検討されている | | (a・b・c・NA) |

2.2.2 在宅支援サービスが適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|---------------------------|-------------------------------------|------------|
| 2.2.2.1 | 訪問診療・訪問看護が積極的に行われている | 訪問診療・訪問看護を行う担当者等が決まっていること。 | (a・b・c・NA) |
| 2.2.2.2 | 訪問看護ステーションとの連携が適切に行われている | 周辺に訪問看護ステーションがなく、物理的に連携が困難な場合は“NA”。 | (a・b・c・NA) |
| 2.2.2.3 | 急変時に在宅療養者を受け入れる等の努力を行っている | 不可能な場合には他医療施設への紹介の努力。 | (a・b・c・NA) |

2.2.3 長期療養施設との連携が行われている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|------------------------|---|------------|
| 2.2.3.1 | 老人保健施設と連携して必要な場合に入所できる | 周辺に老人保健施設がなく、物理的に連携が困難な場合は“NA”。 | (a・b・c・NA) |
| 2.2.3.2 | 長期療養施設の医療支援を行っている | 特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、介護力強化病院等。急変時の受け入れも含む。 | (a・b・c・NA) |

2.3 救急医療活動

2.3.1	救急医療の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

2.3.1.1	救急医療体制に参加している	(a・b・c・NA)
---------	---------------	------------

2.3.1.2	救急医療についての自院の役割、方針が院内に周知されている	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	------------

2.3.1.3	救急患者受け入れ不能時の対応が適切である	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	------------

2.3.2	機能に見合った救急医療活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------------	----------------

2.3.2.1	職種毎に当直・オンコール体制が整備されている	(a・b・c・NA)
---------	------------------------	------------

2.3.2.2	救急患者受け入れに適切な救急処置室が整備されている	兼用でも可。必要なスペースと救急用器材の整備。(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	-----------------------------------

2.3.2.3	時間外に緊急検査が可能である	尿検査・血液検査(血算、血液ガス検査、生化学)等。30分以内。(a・b・c・NA)
---------	----------------	---

2.4 保健活動

2.4.1	地域の保健・予防活動に参加または関与している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------	----------------

2.4.1.1	地域の検診事業に参加している	個人の要請に基づく人間ドックは除く。(a・b・c・NA)
---------	----------------	------------------------------

2.4.1.2	地域の健康教育活動に参加している	同上。(a・b・c・NA)
---------	------------------	---------------

2.5 広報活動

2.5.1	患者・住民を対象に広報活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------------	----------------

2.5.1.1	院内掲示により患者に病院の医療活動等について知らせている	人間ドック、医療相談、訪問診療・訪問看護等。(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	----------------------------------

2.5.1.2	広報誌を発行して地域に病院についての情報を提供している	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------------	------------

『2. 地域ニーズの反映』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたら
ご自由にお書きください。

3 診療の質の確保

3.1 診療の責任体制

3.1.1	診療の責任体制が明確になっている		(5・4・3・2・1・NA)
3.1.1.1	入院患者に主治医（担当医）の氏名が明らかにされている	患者への説明書への記載、ベッドへの表示等。名札の着用も。	(a・b・c・NA)
3.1.1.2	診療を行った医師の氏名が外来患者にわかるようになっている	診察表、診察室入口の明示、診療録への記載等。	(a・b・c・NA)
3.1.1.3	主治医（担当医）が不在の時の代理の医師が定められている		(a・b・c・NA)
3.1.1.4	主治医（担当医）による定期的な診察が行われている		(a・b・c・NA)

3.2 診療内容の評価・検討

3.2.1	検査計画・治療計画が立てられている		(5・4・3・2・1・NA)
3.2.1.1	入院の目的が明らかになっている		(a・b・c・NA)
3.2.1.2	病態に応じた適切な検査計画が立てられている		(a・b・c・NA)
3.2.1.3	病態に応じた適切な治療計画が立てられている		(a・b・c・NA)
3.2.2	診療内容について定期的に評価・検討されている		(5・4・3・2・1・NA)
3.2.2.1	症例検討会が定期的に行われている	組織的に位置づけられた場があること。	(a・b・c・NA)
3.2.2.2	専門医の対診や症例の相談の依頼を積極的に行っている		(a・b・c・NA)
3.2.2.3	診療報酬請求の返戻・査定の内容について毎月検討されている	経営的な視点からではなく、診療内容の適切性についての検討であること。組織的な検討の場の設定。	(a・b・c・NA)

3.3 医師の教育・研修

3.3.1	医師の教育・研修体制が充実している		(5・4・3・2・1・NA)
3.3.1.1	学会や研修会への参加が積極的に行われている		(a・b・c・NA)
3.3.1.2	学会や研修会へ参加するための内規が定められている	参加の申請方法、参加中の取り扱い、費用負担方法。	(a・b・c・NA)
3.3.1.3	図書・雑誌が整備され文献の検索・入手ができる体制が整備されている		(a・b・c・NA)

3.4 診療録の管理

3.4.1	診療録の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	----------------

- | | | | |
|---------|-----------------------------|---|------------|
| 3.4.1.1 | 入院患者の診療録と退院時サマリーが迅速に作成されている | 退院時サマリーについては、特に、退院後初回の外来受診までに作成されていること。 | (a・b・c・NA) |
| 3.4.1.2 | 1患者1診療録の考え方で管理されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.4.1.3 | 必要な際に診療録を迅速に入手することができる | | (a・b・c・NA) |

3.5 臨床検査部門

3.5.1	臨床検査の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

- | | | | |
|---------|--------------------------------|---------------------------------------|------------|
| 3.5.1.1 | 病院の役割に応じた臨床検査機器が整備されている | 全検査を外注していて、支障がないと考えられれば“NA”とする。 | (a・b・c・NA) |
| 3.5.1.2 | 診療に必要な検査機器がいつでも稼働できる状態に管理されている | 同上。 | (a・b・c・NA) |
| 3.5.1.3 | 定期的に精度管理が行われている | 内部精度管理または外部精度管理。外注の場合は、外注先の精度管理状況の確認。 | (a・b・c・NA) |

3.5.2	臨床検査が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	----------------

- | | | | |
|---------|-------------------------|---------------------|------------|
| 3.5.2.1 | 検査の指示から結果報告までの過程が確立している | | (a・b・c・NA) |
| 3.5.2.2 | 有効で合理的な委託外注が行われている | 外注を全く行っていない場合は“NA”。 | (a・b・c・NA) |
| 3.5.2.3 | 手術・生検検体の病理検査・診断が実施されている | 外注でも可。 | (a・b・c・NA) |

3.6 画像診断部門

3.6.1	画像診断部門が適切に機能している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	----------------

- | | | | |
|---------|----------------------------|------------|------------|
| 3.6.1.1 | 放射線防護のための安全確保の方策がとられている | | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.2 | 病院の役割に応じた画像診断装置が整備されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.3 | 画像診断装置はいつでも稼働できる状態に管理されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.4 | 検査結果について専門家に相談できる体制がある | 院内・外を問わない。 | (a・b・c・NA) |

3.7 薬剤部門

3.7.1 薬剤が適切に管理されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-----------------------|----------------------|------------|
| 3.7.1.1 | 麻薬、向精神薬等が適切に管理されている | 管理の担当者。法令に基づく管理。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.1.2 | 薬剤の品質確保に配慮している | 品質保全の担当者、保管方法、保管期間等。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.1.3 | 使用する薬剤の選定は組織的に検討されている | 検討の場の設置。 | (a・b・c・NA) |

3.7.2 薬剤が適切に使用されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-------------------------|--------------------------------------|------------|
| 3.7.2.1 | 病棟への薬剤の供給が適切に行われている | 病棟在庫量の把握。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.2.2 | 複数科からの処方に関するチェックが行われている | 個人の薬歴の記録。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.2.3 | 服薬指導が行われている | 薬の飲み方、薬効、副作用等について。診療報酬制度上のものに限定されない。 | (a・b・c・NA) |

3.7.3 医薬品の情報が適切に提供されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-----------------------------|--|------------|
| 3.7.3.1 | 使用している薬剤のリストと各薬剤の情報が整備されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.7.3.2 | 副作用情報等が迅速に各科に提供されている | | (a・b・c・NA) |

3.8 輸血用血液製剤

3.8.1 輸血用血液製剤の管理が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|--------------------------------|--|------------|
| 3.8.1.1 | 輸血用血液製剤が適切に保管されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.8.1.2 | 輸血用血液製剤の保管・使用・返却等に関する指針・手順書がある | | (a・b・c・NA) |
| 3.8.1.3 | 輸血用血液製剤の種別毎の発注量・使用量が把握されている | | (a・b・c・NA) |

3.9 手術室部門

3.9.1 機能に見合った機器・設備が整備されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|--------------------------------|-------------|------------|
| 3.9.1.1 | 各種設備・機器はいつでも稼働できる状態に保守・点検されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.9.1.2 | 手術室の清潔が保たれている | 清潔区域の明示と遵守。 | (a・b・c・NA) |
| 3.9.1.3 | 手術室の安全管理がなされている | | (a・b・c・NA) |

3.9.2 手術室が適切に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

- | | | |
|------------------------------|-------------------|------------|
| 3.9.2.1 手術室を管理する担当者が決まっている | スケジュール調整の担当者(部門)。 | (a・b・c・NA) |
| 3.9.2.2 手術台帳が整備されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.9.2.3 術前・術後の患者管理が適切に行われている | | (a・b・c・NA) |

3.10 リハビリテーション部門

3.10.1 リハビリテーション部門が適切に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	----------------

☞リハビリテーションを必要とする患者がいない場合には“NA”とする。

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------|
| 3.10.1.1 病院の役割に応じたリハビリテーションの設備と要員が整備されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.10.1.2 リハビリテーションを実施するための指針が整備されている | 患者受入れの要件、プログラムの種類と内容、期間、目標の設定と評価の方法。 | (a・b・c・NA) |
| 3.10.1.3 リハビリテーションを受けている患者の経過が定期的に評価されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.10.1.4 地域の他の施設からの受け入れなどの連携が行われている | | (a・b・c・NA) |

3.11 感染防止対策

3.11.1 感染防止対策が適切にとられている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	----------------

- | | | |
|--|--|------------|
| 3.11.1.1 院内感染防止のための委員会が設けられ、指針が整備されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.11.1.2 感染防止対策に関する指針が遵守されている | | (a・b・c・NA) |
| 3.11.1.3 院内感染の状況が把握されている | | (a・b・c・NA) |

3.12 緊急時の対応

3.12.1 非常用カートが整備され、すぐに使用できる状態にある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	----------------

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|------------|
| 3.12.1.1 非常用カートが定位置に整備されている | 定位置への整備と職員への周知。 | (a・b・c・NA) |
| 3.12.1.2 必要な薬剤・用具がいつでも使用できる状態に整備されている | | (a・b・c・NA) |

『3. 診療の質の確保』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください。

4 看護の適切な提供

4.1 看護部門の組織運営

4.1.1	看護部門の理念が明示されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

4.1.1.1	病院の理念に沿った看護部門の理念が明示されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	------------

4.1.1.2	看護部門の理念が看護部門の職員に周知されている	理念にそった目標についての周知の努力が管理者によりなされていること。	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	------------------------------------	------------

4.1.1.3	看護部門の理念が院内に周知されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------------	------------

4.1.2	看護部門の目標管理が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	----------------

☞具体的な目標を設定し、その達成に向けての組織活動を行うこと。

4.1.2.1	理念に沿った看護部門の目標が明示されている	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	------------

4.1.2.2	目標が活動計画として具体化されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------------	------------

4.1.2.3	目標の達成状況が定期的に評価されている	評価し、必要に応じて目標の修正がなされていること。	(a・b・c・NA)
---------	---------------------	---------------------------	------------

4.1.3	看護部門組織が整備され、適切に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------	----------------

4.1.3.1	看護部門の組織図が明示されている	(a・b・c・NA)
---------	------------------	------------

4.1.3.2	看護職員および看護補助者が確保され、適切に配置されている	業務量の検討。	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	---------	------------

4.1.3.3	看護部門の職制・職務規程が定められている	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	------------

4.2 看護ケアの提供

4.2.1	看護基準・手順が活用されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

4.2.1.1	看護基準が活用されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------	------------

4.2.1.2	看護手順が活用されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------	------------

4.2.1.3	看護基準・看護手順が定期的に見直されている	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	------------

4.2.2	看護過程を展開して看護ケアが提供されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------------	----------------

4.2.2.1	患者の看護ニーズに基づいて看護計画が立てられている	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	------------

4.2.2.2	看護計画に基づいた看護ケアが提供されている	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	------------

4.2.2.3	看護ケアの実施状況と結果について検討し、看護計画を見直している	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------	------------

4.2.3 看護ケアの提供にあたって患者や家族が尊重されている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------------	----------------

4.2.3.1 患者や家族の意見が看護計画が反映されている	(a・b・c・NA)
-------------------------------	------------

4.2.3.2 看護ケアの実施にあたって患者や家族の同意を得ている	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	------------

4.3 看護ケアの質向上

4.3.1 看護業務改善に取り組んでいる	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

4.3.1.1 業務について他の部門・職種と合同で定期的 に検討している	(a・b・c・NA)
---	------------

4.3.1.2 他の部門・職種との業務分担と連携が適切に 行われている	例えば、採血業務について検査部門と検討する、注射薬のミキシングについて薬剤部門と 検討する…等。	(a・b・c・NA)
--	---	------------

4.3.1.3 業務の効率化のための機器・システムの整備 が推進されている	(a・b・c・NA)
--	------------

4.3.2 治療および看護の継続性が保たれている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

4.3.2.1 看護職員のもつ患者に関する情報や見解が 診療に反映されている	(a・b・c・NA)
---	------------

4.3.2.2 継続的な看護を実施するための看護サマリ ーが作成されている	(a・b・c・NA)
--	------------

4.3.3 事例やデータを用いて看護ケアが見直されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	----------------

4.3.3.1 看護の事例検討が行われている	(a・b・c・NA)
------------------------	------------

4.3.3.2 看護ケアに関するデータを収集し、分析して いる	(a・b・c・NA)
------------------------------------	------------

4.4 看護職員および看護補助者の研修・教育

4.4.1 看護職員および看護補助者の研修・教育が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	----------------

4.4.1.1 看護職員および看護補助者の研修・教育を行 うための資源が確保されている	人的資源、時間の確保、図書、資料、視聴覚 機器、コンピューター、コピー機等。	(a・b・c・NA)
--	---	------------

4.4.1.2 看護職員および看護補助者の研修・教育計画 がたてられ、実施されている	職員の教育ニーズを反映していること。	(a・b・c・NA)
---	--------------------	------------

4.4.1.3 研修・教育の実施後に評価が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	------------

『4. 看護の適切な提供』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください。

5 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と権利の尊重

5.1.1	十分な説明と同意に基づいて医療が実施されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.1.1	侵襲を伴う検査・治療については、適切な文書により患者に説明がなされ、同意が得られている		(a・b・c・NA)
5.1.1.2	医師が治療方針や薬効について十分に患者に説明している	診療録に実施の記載がなされていることが望ましい。	(a・b・c・NA)
5.1.1.3	治療方針については患者の希望が確認され尊重されている	診療録にその旨の記載がなされていることが望ましい。	(a・b・c・NA)

5.1.2	患者のプライバシーに配慮している		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.2.1	病室のベッド間にカーテン等を設けている		(a・b・c・NA)
5.1.2.2	外来診察室において患者のプライバシーが保たれるような配慮がされている	診察室ごとの間仕切り、その他、診察中の会話が洩れないような工夫。	(a・b・c・NA)
5.1.2.3	面会用のスペースが確保されている	病棟各階に1箇所以上。	(a・b・c・NA)

5.1.3	患者の相談に適切に応じている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.3.1	相談窓口を設けている	相談窓口と相談業務の案内表示。	(a・b・c・NA)
5.1.3.2	患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている	担当者の有無。	(a・b・c・NA)
5.1.3.3	患者相談の実施状況が適切に記録されている	日時、患者名、対応者名、相談内容等。	(a・b・c・NA)

5.2 給食サービス

5.2.1	栄養管理が適切に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
5.2.1.1	栄養基準が確立されている		(a・b・c・NA)
5.2.1.2	栄養士が適切な栄養指導を行っている		(a・b・c・NA)
5.2.1.3	喫食状況が把握されている		(a・b・c・NA)

5.2.2	衛生管理が適切に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
5.2.2.1	食材が適切に保管されている	使用前の品質保持のための保管、使用後の調理品と材料の一定期間の保管。	(a・b・c・NA)
5.2.2.2	調理人の使用する手洗い・トイレが衛生的に管理されている		(a・b・c・NA)
5.2.2.3	調理室・配膳・食器が衛生的に適切に管理されている		(a・b・c・NA)

5.2.3	食事の快適性に配慮している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------	----------------

- | | | | |
|---------|-------------------|----------------------|------------|
| 5.2.3.1 | 食事時刻に配慮している | 夕食の配膳時刻が午後6時以降であること。 | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.2 | 食事の温度管理が適切に行われている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.3 | メニューの選択が可能である | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.4 | 患者用の食堂が設置されている | | (a・b・c・NA) |

5.3 待ち時間

5.3.1	外来待ち時間に配慮している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------	----------------

- | | | | |
|---------|---------------------|------------|------------|
| 5.3.1.1 | 外来待ち時間の状況を把握している | | (a・b・c・NA) |
| 5.3.1.2 | 外来診療で予約制度を採用している | | (a・b・c・NA) |
| 5.3.1.3 | 外来待ち時間はおおむね30分以内である | 受付～診療開始まで。 | (a・b・c・NA) |

5.4 情報の提供と接遇

5.4.1	病院の案内・掲示が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	----------------

- | | | | |
|---------|---|-------------------------------|------------|
| 5.4.1.1 | 案内や掲示はわかりやすい場所に配置され、見やすいように工夫されている | 見やすい場所、内容、文字の大きさ等。高齢者や小児への配慮。 | (a・b・c・NA) |
| 5.4.1.2 | 案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金等の必要な情報が含まれている | | (a・b・c・NA) |

5.4.2	受付や呼び出し等の場合の接遇が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------------	----------------

- | | | | |
|---------|---------------------|--|------------|
| 5.4.2.1 | 受付や問い合わせの対応が適切である | | (a・b・c・NA) |
| 5.4.2.2 | 呼び出しや案内の場合の態度が適切である | | (a・b・c・NA) |

5.5 院内環境の清潔管理と快適性

5.5.1	病院内の環境が清潔で快適である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

- | | | | |
|---------|-------------------|--|------------|
| 5.5.1.1 | 院内の清掃が十分に行われている | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.2 | 院内に不快な臭気を認めない | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.3 | 院内の静寂に配慮している | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.4 | 院内の採光・彩色、空調が適切である | | (a・b・c・NA) |

5.5.2	医療廃棄物が適切に処理されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	----------------

- | | | | |
|---------|---------------------|------------|------------|
| 5.5.2.1 | 医療廃棄物処理の担当者が決められている | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.2.2 | 医療廃棄物が適切に保管されている | 保管場所、施錠管理。 | (a・b・c・NA) |
| 5.5.2.3 | 医療廃棄物の廃棄の状況が把握されている | | (a・b・c・NA) |

5.6 施設的な配慮

5.6.1 病院の施設・設備に配慮が行き届いている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|-------------------------------------|-----------------|------------|
| 5.6.1.1 | 出入り口、廊下、階段が身体の不自由な人が利用できるように配慮されている | 廊下の器材、物品の整理も含む。 | (a・b・c・NA) |
| 5.6.1.2 | トイレ、浴室、ベッドが身体の不自由な人が利用できるように配慮されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.6.1.3 | ロビーやデイルーム等が快適でくつろげる場所となっている | | (a・b・c・NA) |

5.6.2 禁煙・分煙の配慮がなされている (5・4・3・2・1・NA)

☑全館禁煙の場合は、その実態としての遵守の程度を勘案する。

- | | | | |
|---------|---------------------------|---------------|------------|
| 5.6.2.1 | 患者・家族について、院内における分煙に配慮している | 場所による分煙。 | (a・b・c・NA) |
| 5.6.2.2 | 職員に院内における分煙を徹底している | 場所または時間による分煙。 | (a・b・c・NA) |
| 5.6.2.3 | 喫煙場所の換気に配慮している | | (a・b・c・NA) |

5.7 病院の安全の確保

5.7.1 事故・災害発生時の対応体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|----------------------------------|-------------------------|------------|
| 5.7.1.1 | ベッドからの転落、徘徊患者の事故などへの対応が適切に行われている | 事故発生時の対応の責任体制、連絡網、対応手順。 | (a・b・c・NA) |
| 5.7.1.2 | 自院の火災時や停電時の対応体制が整っている | 火災・停電時の責任体制、連絡網、対応手順。 | (a・b・c・NA) |
| 5.7.1.3 | 大規模災害時の対応体制が整っている | | (a・b・c・NA) |

5.8 患者サービスの改善

5.8.1 患者サービスの改善が図られている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | | |
|---------|----------------------------|-------------------|------------|
| 5.8.1.1 | 患者の意見や要望を聞くための工夫がされている | 投書箱、アンケート調査、相談窓口。 | (a・b・c・NA) |
| 5.8.1.2 | 患者の意見や要望に基づいてサービスの改善を行っている | | (a・b・c・NA) |

『5. 患者の満足と安心』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください。

6 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

6.1.1	人事・労務管理が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.1.1.1	各職種について必要な人員が確保されている	有給休暇の消化率、病床の稼働状況等を参考に。(a・b・c・NA)
6.1.1.2	労働時間が把握されている	労働時間、有給消化率。(a・b・c・NA)
6.1.1.3	現場管理者による人事考課は明確・合理的な基準に基づいて行われている	(a・b・c・NA)

6.2 財務管理

6.2.1	財務管理が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.1.1	財務諸表は病院会計準則に基づいて作成されている	(a・b・c・NA)
6.2.1.2	予算書が作成されている	(a・b・c・NA)
6.2.1.3	決算について監査が行われている	内部または外部監査。(a・b・c・NA)

6.3 施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.3.1.1	施設・設備は定期的に保守・点検されている	(a・b・c・NA)
6.3.1.2	トラブル発生時の対応体制が整っている	トラブル発生時の対応責任者、対応マニュアル。(a・b・c・NA)
6.3.1.3	施設・設備の年次保守計画が立てられている	(a・b・c・NA)

6.4 物品管理

6.4.1	物品管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.4.1.1	定期的に棚卸しが行われ、適正な在庫管理が行われている	(a・b・c・NA)
6.4.1.2	物品の発注・検収についての責任者が定まっている	(a・b・c・NA)
6.4.1.3	物品の購入は予め立てられた計画に基づいて行われている	予算計画、執行状況の把握。(a・b・c・NA)

6.5 医事業務

6.5.1	診療報酬請求が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	----------------

- | | | | |
|---------|----------------------|--------------|------------|
| 6.5.1.1 | 未収金の状況が把握されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.5.1.2 | 返戻・査定が把握されている | 返戻率、返戻理由の把握。 | (a・b・c・NA) |
| 6.5.1.3 | 返戻・査定について適切な対応がされている | 異議申請等の対応手順。 | (a・b・c・NA) |

6.5.2	医事統計が適切に作成されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	----------------

- | | | | |
|---------|----------------------|------------------------|------------|
| 6.5.2.1 | 必要な医事統計が每期作成されている | 診療科別・入院/外来別・診療行為別患者数等。 | (a・b・c・NA) |
| 6.5.2.2 | 紹介患者数が把握されている | 他施設への紹介患者数、紹介先。 | (a・b・c・NA) |
| 6.5.2.3 | 医事統計が病院運営に有効に活用されている | | (a・b・c・NA) |

6.6 業務委託

☞業務委託がなされていない場合は“NA”とする。

6.6.1	業務委託が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	----------------

- | | | | |
|---------|------------------------------|--------------|------------|
| 6.6.1.1 | 委託業者の選定が適切である | | (a・b・c・NA) |
| 6.6.1.2 | 委託業務の管理が適切に行われている | 契約書、契約内容の遵守。 | (a・b・c・NA) |
| 6.6.1.3 | 委託先および契約内容の定期的な見直し、検討が行われている | | (a・b・c・NA) |

6.7 医療事故

6.7.1	患者の医療事故への対応が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------------	----------------

- | | | | |
|---------|----------------------|----------------|------------|
| 6.7.1.1 | 病院賠償責任保険に加入している | | (a・b・c・NA) |
| 6.7.1.2 | 事故発生時の対応が適切である | 職員教育、対応部署・手順等。 | (a・b・c・NA) |
| 6.7.1.3 | 事故防止のための教育が職員に行われている | | (a・b・c・NA) |

6.7.2	職員の事故への対応が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------	----------------

- | | | | |
|---------|----------------------------------|--|------------|
| 6.7.2.1 | 職員の事故発生の状況が記録されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.7.2.2 | 針刺し事故のような職員の事故発生時の対応が適切である | | (a・b・c・NA) |
| 6.7.2.3 | 事故発生に関する記録内容が検討され、事故防止対策が検討されている | | (a・b・c・NA) |

『6. 病院運営管理の合理性』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがおありでしたらご自由にお書きください。

↓次頁以降にもご記入ください。

評価調査者が、貴院の具体的なイメージを描くことができるように、以下の項目について自由にご記入ください。

【設立の目的・理念】

【設立後、現在に至るまでの経緯】

【地域の特徴】

【周囲の医療機関との連携状況】