

1.0 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などへの記載	(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などの修正	(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・広報誌などで知ることができる	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------------	-------------------	--------------

1.2 病院の中・長期計画

1.2.1	地域での役割を踏まえた病院の中期または長期計画が策定されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------------------	------------------

1.2.1.1	中・長期計画が策定されている	2～10年程度の事業計画があること 地域のニーズを反映していること 病院の役割が明確であり、将来像をイメージできること	(a・b・c・NA)
---------	----------------	---	--------------

1.2.1.2	中・長期計画策定にあたっては地域住民の意見や専門家の意見を取り入れる努力をしている	特定のものを指すものではないが、院外の声を計画に適切に反映する努力がどのようになされているか	(a・b・c・NA)
---------	---	--	--------------

1.2.1.3	中・長期計画策定にあたっては、院内各部門からの意見を反映するよう努めている		(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------------	--	--------------

1.2.1.4	中・長期計画を策定する部門がある	病院全体に認知される組織的な位置づけが必要	(a・b・c・NA)
---------	------------------	-----------------------	--------------

1.3 病院組織と管理体制

1.3.1 病院組織規定がある	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------	------------------

- | | | |
|---|------------------------------|--------------|
| 1.3.1.1 組織運営の基本を定めた規定がある | 定款、寄付行為 組織の形態によっては、これらに替わるもの | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.2 理事会あるいはそれに代わる機関が設けられ定期的に開催されている | 会議の内容についての記録 | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.3 機能・活動を反映した組織図がある | 責任の所在・職務分担がわかるもの | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.4 職務規定、職務権限規定、会議規定などが定められている | 明文化されていること | (a・b・c・NA) |

1.3.2 事業が計画的に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

- | | | |
|---------------------------------------|--|--------------|
| 1.3.2.1 組織的な過程を経て毎年の事業計画が立てられている | 事業計画書があること 内容の具体性、予算計画による裏付け、年度ごとの見直し | (a・b・c・NA) |
| 1.3.2.2 事業計画書は部門ごとの目標と計画に具体化され実施されている | 目標の設定 達成度の評価 対策 | (a・b・c・NA) |
| 1.3.2.3 事業計画は客観的データに基づいて評価されている | 入院／外来別および診療科別1日平均患者数、病床の利用状況 医療費情報 診療圏調査など | (a・b・c・NA) |

1.4 病院職員の教育・研修

1.4.1 医療に関する職業倫理についての教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------	------------------

- ☞ 対象職員の範囲と教育の頻度やプログラムを考慮
- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 1.4.1.1 患者の権利についての教育が行われている | 患者の基本的な権利は何なのかの認識を定着させるための教育 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.2 患者のプライバシーの尊重についての教育が行われている | 守秘義務に関する教育も含む 資格制度のない職員への教育も実施 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.3 医療事故防止のための教育が行われている | 病院全体としての取組と内容の充実 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.4 患者からの金品の謝礼を受け取らない教育が行われている | | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.5 患者に対する接遇についての教育が行われている | | (a・b・c・NA) |

1.4.2 業務に関わる教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

☞ 対象職員の範囲と教育の頻度やプログラムを考慮

1.4.2.1 医療専門知識についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
------------------------------	--------------

1.4.2.2 経営的側面についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

1.4.2.3 各部門の職務規程についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
--------------------------------	--------------

1.4.2.4 医療関連規則などの教育が行われている	(a・b・c・NA)
----------------------------	--------------

1.4.3 教育・研修の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

☞ 病院全体としての体制を評価

1.4.3.1 部門ごとの担当者が決まっている	担当部門あるいは責任者(兼任も可)	(a・b・c・NA)
-------------------------	-------------------	--------------

1.4.3.2 部門ごとのニーズに沿った計画が立てられている	計画の立てられ方	(a・b・c・NA)
--------------------------------	----------	--------------

1.4.3.3 教育・研修の実施結果が評価されている	教育・研修内容の見直しをどのようにしているか	(a・b・c・NA)
----------------------------	------------------------	--------------

1.4.3.4 教育研修のための予算が立てられている	実施可能性も考慮 医療収益の何%位を、という意識があるか	(a・b・c・NA)
----------------------------	------------------------------	--------------

1.5 患者の権利の尊重

1.5.1 患者の権利を尊重する方針が徹底している	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

☞ 患者の立場を尊重する趣旨が病院の理念や基本姿勢に盛り込まれていることが望ましい

1.5.1.1 理念・基本方針の中で患者の権利の尊重について言及されている	権利という言葉を使っていなくても可	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	-------------------	--------------

1.5.1.2 患者への案内書や掲示、広報、院内報などにおいて、患者の権利の尊重が明示されている	患者にどう伝えているかに配慮	(a・b・c・NA)
--	----------------	--------------

1.5.1.3 患者の権利を尊重する方針を職員に周知する努力がなされている	職員への教育・研修、朝礼などでの説明、院内報など	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	--------------------------	--------------

1.6 医療の質の評価・改善活動への取組

1.6.1 医療の質の評価・改善活動に取り組まれている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

1.6.1.1 医療・サービスの質の評価・改善に組織的に取り組み、継続的に行っていく体制がある	医療・サービスの質の評価・改善を推進・調整する部署あるいは担当者 委員会相当の組織でも可	(a・b・c・NA)
---	--	--------------

1.6.1.2 系統的な評価の実績があり、それに基づく改善活動を行っている	病院全体の各部署で評価活動に取り組んでいること 評価結果に基づく改善の努力が行われていること	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	--	--------------

1.0 病院の理念と組織的基盤

この領域に関連して、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

2.0 地域ニーズの反映

2.1 地域における役割・機能の認識

2.1.1	病院の地域における役割・機能が明確にされている		(5・4・3・2・1・NA)
2.1.1.1	地域のニーズを把握する努力をしている	把握の方法、院内での検討状況 地域の保健医療情報の収集と整理	(a・b・c・NA)
2.1.1.2	地域の他の保健・医療・福祉機関の機能を把握している	把握の方法、院内での検討状況 診療圏の把握、地域の人口、疾病統計の静態／動態など	(a・b・c・NA)
2.1.1.3	自院の具体的な役割・機能を規定している	以上を踏まえて役割・機能が明文化されていること	(a・b・c・NA)

2.2 地域その他施設との連携

2.2.1	自院の診療機能を地域の他の医療機関に知らせている		(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 印刷物の配布、地域連携のための会合への出席など		
2.2.2	自院の地域における役割・機能に応じた紹介患者の受入れ体制がある		(5・4・3・2・1・NA)
2.2.2.1	紹介患者と紹介元の医療機関を把握している	医療機関別、診療科別の患者数の把握	(a・b・c・NA)
2.2.2.2	紹介元への返答が的確に行われている	返答様式、返答の迅速性・確実性、返答もれのチェックなど	(a・b・c・NA)
2.2.3	高額医療機器などを用いた検査の依頼の受入れ体制がある		(5・4・3・2・1・NA)
2.2.3.1	検査受託に関する手順・ルールが外部にも利用されやすいように設定されている		(a・b・c・NA)
2.2.3.2	検査の結果報告が的確に行われている	報告様式、報告の迅速性・確実性、報告もれのチェックなど	(a・b・c・NA)
2.2.4	適時、適切な患者紹介がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
2.2.4.1	他の医療施設への紹介患者が把握されている	月報や施設のリストなど	(a・b・c・NA)
2.2.4.2	他の適切な医療施設に紹介・転送する仕組が確立している	担当者、手順など	(a・b・c・NA)

2.3 病院が地域に開かれていること

2.3.1	地域活動に積極的に取り組んでいる		(5・4・3・2・1・NA)
2.3.1.1	住民によるボランティアサービスを受け入れている	検討した上で、受け入れないことを病院として決めている場合はNAとする	(a・b・c・NA)
2.3.1.2	地域の住民を対象にした健康教室、医療相談などを定期的に開催している	自院のスタッフで行っていること	(a・b・c・NA)
2.3.1.3	要請に応じて、地域の行事における救護などに自院のスタッフを派遣している	お祭りや運動会などの救護など	(a・b・c・NA)
2.3.2	広報活動が積極的に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
2.3.2.1	広報活動を担当する部門がある、または担当者がある	広報誌の企画や制作の担当	(a・b・c・NA)
2.3.2.2	広報誌の発行などの広報活動が行われている	広報誌の発行部数、発行回数、内容など広報活動の効果の評価が行われており、評価結果を企画に反映させる等活用している	(a・b・c・NA)

2.4 救急医療活動

2.4.1	救急医療について、地域における自院の役割が認識されている		(5・4・3・2・1・NA)
2.4.1.1	地域における救急医療の整備・実施状況が把握されている	地域における機能別救急の実施機関など	(a・b・c・NA)
2.4.1.2	自院の救急医療に対する方針が院内に徹底している	救急部門以外の職員への周知も含む	(a・b・c・NA)
2.4.1.3	自院の救急医療実施状況が把握され、評価されている		(a・b・c・NA)
2.4.2	【三次救急でない場合】認識されている役割に必要な救急医療体制(救急機能)が整っている		(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 三次救急を行う病院の場合はNAとする。ここでいう三次とは地域の高次救急医療機関として明確に位置づけられている場合をいう		
2.4.2.1	救急患者受入れのための施設・設備・人員が整っている		(a・b・c・NA)
2.4.2.2	診療各科の支援体制が整っている		(a・b・c・NA)
2.4.2.3	救急患者受入れ時の対応手順が確立されている	担当スタッフ、受入れの諾否の決定の仕組、受入れ不能時の対応手順	(a・b・c・NA)
2.4.2.4	救急医療部門の運営に関する規則がある		(a・b・c・NA)
2.4.2.5	地域における救急システムに関する会合(救急業務連絡会議など)に参加している		(a・b・c・NA)

2.4.3 【三次救急の場合】救急医療の人材・人員が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------------	------------------

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 2.4.3.1 救急部門に専従の専門医師がいる | (a・b・c・NA) |
| 2.4.3.2 医師の当直体制が整っている | (a・b・c・NA) |
| 2.4.3.3 看護婦の当直体制が整っている | (a・b・c・NA) |
| 2.4.3.4 コ・メディカル、他の支援スタッフの当直体制が整っている | (a・b・c・NA) |
| 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員 | |
| 2.4.3.5 診療各科の支援体制が整っている | (a・b・c・NA) |
| 精神科医のコンサルテーションも含む | |

2.4.4 【三次救急の場合】救急患者受入れ時の対応体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------------	------------------

☞ 三次救急でない場合はNAとする

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 2.4.4.1 スタッフの対応体制が確立している | (a・b・c・NA) |
| 2.4.4.2 病床確保の体制が確立している | (a・b・c・NA) |

2.4.5 【三次救急の場合】救急医療のための施設・設備が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------------	------------------

☞ 三次救急でない場合はNAとする

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------|
| 2.4.5.1 救急処置室が整備されている | 麻酔器、无影灯、手術器具 重症／軽症患者を別々に処置できること | (a・b・c・NA) |
| 2.4.5.2 救急外来に付属する経過観察用のベッドがある | | (a・b・c・NA) |
| 2.4.5.3 必要な画像検査や侵襲的検査をただちに行うことができる | 緊急で使用できること | (a・b・c・NA) |
| 2.4.5.4 緊急に手術(開頭、開胸、開腹)をただちに行うことができる施設と体制が整っている | 緊急で使用できること | (a・b・c・NA) |
| 2.4.5.5 救急患者のケアについての妥当性について検討されている | | (a・b・c・NA) |

2.4.6 【三次救急の場合】地域の救急システムの整備に向けて、救急業務連絡会議などに参加している	(5・4・3・2・1・NA)
---	------------------

☞ 三次救急でない場合はNAとする

2.5 医療の継続性

2.5.1	入院中の患者の退院後の療養環境の調整が行われている		(5・4・3・2・1・NA)
2.5.1.1	退院後の療養環境の調整を行う担当者がある	MSW的な役割	(a・b・c・NA)
2.5.1.2	退院後の療養環境について患者や家族との話し合いが行われている		(a・b・c・NA)
2.5.1.3	患者の退院後の療養環境の整備について、院内のスタッフとの調整が行われている	調整の仕組みがあること	(a・b・c・NA)
2.5.1.4	患者の退院後の療養環境の整備について、院外の諸機関との調整が行われている	連絡などの仕組みがあること	(a・b・c・NA)
2.5.2	在宅ケアが行われている		(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 病院の方針として在宅ケアを行わない場合はNAとする対象とする	明確な方針がなくても実績がある場合は評価	
2.5.2.1	担当する部署が確立し、訪問看護が行われている	責任者、担当看護婦が決められていること	(a・b・c・NA)
2.5.2.2	訪問診療が行われている		(a・b・c・NA)
2.5.2.3	訪問サービスが行われている	OT・PT、薬剤師・栄養士などのコ・メディカル の関わり	(a・b・c・NA)
2.5.2.4	自院で在宅ケアを提供している患者の急変時の入院に即応できる	在宅療養中の情報の把握と管理、対応手順が 明確になっていること	(a・b・c・NA)
2.5.3	在宅ケアの支援が行われている		(5・4・3・2・1・NA)
2.5.3.1	訪問看護ステーションや在宅介護支援センターなどと連携している	自院で在宅ケアを積極的に実施していることが認められる場合には、訪問看護ステーションとの連携がなされていなくても可	(a・b・c・NA)
2.5.3.2	在宅ケアを受けている患者が急変した時に入院を受け入れている	病床をもたない診療所の在宅ケアの支援など	(a・b・c・NA)

2.0 地域ニーズの反映

この領域に関連して、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

3.0 診療の質の確保

3.1 診療の責任体制

3.1.1	個々の患者について、主治医・担当医をはじめとする責任体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
3.1.1.1	主治医たる資格および診療の責任体制が適切に定められている	主治医責任を有する医師の条件、研修医などの診療の判断や行為を監視する体制 (a・b・c・NA)
3.1.1.2	患者と家族に対して、診療の責任体制が明確に示されている	名札の着用、患者への説明書などへの記載、ベッドサイドへの表示など (a・b・c・NA)
3.1.1.3	主治医(担当医)との連絡が常に保たれている	迅速な連絡が可能であること (a・b・c・NA)
3.1.1.4	主治医(担当医)不在時の支援体制が明示されている	不在時の医師の明示 (a・b・c・NA)
3.1.1.5	主治医による毎日の回診および診療科の責任者による定期的回診が行われている	(a・b・c・NA)
3.1.1.6	医師の診療活動を評価し改善を支援する仕組みがある	評価のフィードバックシステム、診療実績、診療内容、患者への説明と対応、院内外の医師や他職種とのネットワークなどの評価、他者評価、自己評価、診療録のレビューなど (a・b・c・NA)

3.2 診療内容の質と保証

3.2.1	個々の症例について十分な検討が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.2.1.1	症例検討会が定期的に行われ、日常の診断治療の適切性についてレビューされている	治療目的、治療方針、治療計画 (a・b・c・NA)
3.2.1.2	死亡症例について病理医を交えて検討が行われている	(a・b・c・NA)
3.2.2	診療指針などにより診療のプロセスにおける質の保証を図っている	(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 例として診療指針やクリニカル・パスの導入によるプロセス管理などがある	
3.2.3	治療の実績・成績がまとめられ、診療内容の改善の指標となっている	(5・4・3・2・1・NA)
3.2.3.1	治療の実績・成績が年報、実績集、その他の報告などによりまとめられ、組織的に検討されている	評価の方法やその仕組みを検討する委員会がある等、組織的に取り組まれていること (a・b・c・NA)
3.2.3.2	診療の質の評価指標がとられ検討され、改善に結びついている	経時的にレビューされていること (a・b・c・NA)

3.3 診療における倫理の確立

3.3.1	診療における倫理が確立される仕組みがある	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------------	------------------

3.3.1.1	倫理上問題となる症例などに対応する仕組みが確立されている	研究倫理委員会など	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	-----------	--------------

3.3.1.2	診療における倫理に関する教育・研修が行われている	具体的な内容があること	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	-------------	--------------

3.3.1.3	治験・臨床研究の規程があり遵守されている	実態をチェックする仕組みのあること	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	-------------------	--------------

3.4 病院組織と医師

3.4.1	医師の人事管理が合理的に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------------	------------------

3.4.1.1	医師の採用基準があり、採用時に必要な手続きの様式が整備されている	採用基準および採用手続きの明確化	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------------	------------------	--------------

3.4.1.2	医師の人事考課のシステムがある	人事考課基準の明確化 定期的な実施の実績	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	----------------------	--------------

3.4.1.3	医師の業務管理が行われている	勤務規程、勤怠管理の体制 管理の責任の所在が明確であること	(a・b・c・NA)
---------	----------------	-------------------------------	--------------

3.4.2	病院の基本方針が医師に徹底している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------	------------------

3.5 診療情報の管理

3.5.1	診療録の管理体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------	------------------

3.5.1.1	診療録管理室が設置されている	(a・b・c・NA)
---------	----------------	--------------

3.5.1.2	診療録管理士・診療情報管理士(またはそれに準ずる者)がおり、業務量に対応した職員が確保されている	(a・b・c・NA)
---------	--	--------------

3.5.2 診療録が適切に作成されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

- | | |
|---|--------------|
| 3.5.2.1 診療録の記載内容が適切である | (a・b・c・NA) |
| 3.5.2.2 諸検査の所見についての記載がある | (a・b・c・NA) |
| 3.5.2.3 手術記録が迅速に作成されており、作成された日時が記載されている | (a・b・c・NA) |
| 3.5.2.4 退院時サマリーが適切に迅速に作成されている | (a・b・c・NA) |
- サマリーの様式、期限内完成の状況、完成率の把握、作成を促進する体制と努力

3.5.3 診療録が適切に管理されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

- | | |
|---|--------------|
| 3.5.3.1 1患者1ID番号である | (a・b・c・NA) |
| 3.5.3.2 1患者1診療録(または1ファイル)または患者情報が一元化できる方式になっている | (a・b・c・NA) |
| 3.5.3.3 診療録の中央管理が行われている | (a・b・c・NA) |
| 3.5.3.4 適切な保管方法が採用されている | (a・b・c・NA) |
| 3.5.3.5 診療録の紛失が把握されている | (a・b・c・NA) |
- 入院では1ファイル、外来では情報が一元化されていれば1ファイルでなくとも可
- 紛失の防止、紛失を把握するシステム

3.5.4 診療情報の有効利用を促進する体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| 3.5.4.1 診療情報の検索が容易である | (a・b・c・NA) |
| 3.5.4.2 診療の管理に必要な統計が作成されている | (a・b・c・NA) |
- 診断名および術式のコーディング、コンピューターの導入など
- 傷病の頻度、手術件数、在院日数などの分析、病院全体および診療科別など

3.6 医師の教育・研修

3.6.1 医師の教育・研修を推進する体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 3.6.1.1 研修会・学会への参加・発表が支援されている | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.2 専門資格・認定医の取得・維持が支援されている | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.3 学会・研修の内容が報告されている | (a・b・c・NA) |
| 3.6.1.4 院内の研修会が積極的に行われている | (a・b・c・NA) |
- 情報の収集、申請方法、参加中の取扱い、費用負担の方法など
- 資格保持者の把握、保持者の機能の活用、人事・処遇面での配慮など
- 報告の場、記録など
- 開催記録

3.7 図書室の機能

3.7.1 図書室が適切に管理されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

3.7.1.1 専任の図書室実務の管理責任者がいる	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

3.7.1.2 院内の各専門職種の生涯研修に配慮した専門雑誌の購入が行われている	(a・b・c・NA)
--	--------------

3.7.1.3 図書に関する情報が定期的に知らされている	(a・b・c・NA)
------------------------------	--------------

3.7.1.4 図書が中央で一括管理されている	一部各科に常置図書がある場合はその所在が中央で把握されていること	(a・b・c・NA)
-------------------------	----------------------------------	--------------

3.7.1.5 図書の分類、整理が行われている	一定の方式で分類、整理されていること	(a・b・c・NA)
-------------------------	--------------------	--------------

3.7.2 図書室機能の有効利用を推進する体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	------------------

3.7.2.1 文献検索ができる	検索雑誌、コンピューターによる検索システムの整備など	(a・b・c・NA)
------------------	----------------------------	--------------

3.7.2.2 文献入手の支援体制がある		(a・b・c・NA)
----------------------	--	--------------

3.7.2.3 利用のための便宜が図られている	閲覧・勉強のための場所、利用可能時間の便宜など	(a・b・c・NA)
-------------------------	-------------------------	--------------

3.8 臨床検査

3.8.1 臨床検査部門の体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

3.8.1.1 部門の管理責任者がいる		(a・b・c・NA)
---------------------	--	--------------

3.8.1.2 機能に応じて必要な職員が確保されている	外注、ブランチラボの場合は、院内職員による業務量を勘案	(a・b・c・NA)
-----------------------------	-----------------------------	--------------

3.8.1.3 十分な広さの施設が確保されている	業務量に応じた広さ	(a・b・c・NA)
--------------------------	-----------	--------------

3.8.1.4 必要な設備、機器がある	機能に応じた整備状況	(a・b・c・NA)
---------------------	------------	--------------

3.8.1.5 検査機器の整備と点検が適切に行われている	手順の明確化、定期的実施、実施記録	(a・b・c・NA)
------------------------------	-------------------	--------------

3.8.2 運営体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------	------------------

3.8.2.1 検査結果の報告に関する規則が定められている パニック値の取扱いも含む (a・b・c・NA)

3.8.2.2 緊急時の検査体制が整っている (a・b・c・NA)

3.8.3 精度管理が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------	------------------

3.8.3.1 外部精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.3.2 内部精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.3.3 外注検査については適切な精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.4 検査室の安全管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

3.8.4.1 構造上の安全に配慮している 危険物の取扱い、物の配置、整理整頓 (a・b・c・NA)

3.8.4.2 災害時、緊急時の設備・体制が整っている (a・b・c・NA)

3.8.4.3 検査室職員の感染防止が図られている 方針、手順の明確化、遵守状況 (a・b・c・NA)

3.9 画像診断

3.9.1 画像診断のための体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.9.1.1 機能に応じて必要な職員が確保されている (a・b・c・NA)

3.9.1.2 画像診断および安全管理について放射線科専門医による他科医師への教育が随時行われている (a・b・c・NA)

3.9.2 画像診断の報告書が作成されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.9.2.1 専門医により画像診断の報告書が作成されている (a・b・c・NA)

3.9.2.2 画像診断の報告書が迅速に作成されている (a・b・c・NA)

3.10 放射線治療

3.10.1 放射線治療のための体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

3.10.1.1 放射線専門医がいる	(a・b・c・NA)
--------------------	--------------

3.10.1.2 高エネルギー電子加速照射装置の出力校正を定期的に行っている	(a・b・c・NA)
--	--------------

3.10.1.3 線量計の校正を定期的に行っている	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

3.11 薬剤の使用・管理

3.11.1 薬剤部門の体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

3.11.1.1 部門の管理責任者がいる	(a・b・c・NA)
----------------------	--------------

3.11.1.2 業務量に見合った人員が確保されている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

3.11.2 薬剤に関する管理体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

3.11.2.1 薬剤の使用および採用・採用取消に関する検討会が定期的に行われている	薬事委員会の設置、定期的な開催	(a・b・c・NA)
--	-----------------	--------------

3.11.2.2 麻薬、向精神薬などが適切に管理されている	保管、使用手順、使用記録など	(a・b・c・NA)
-------------------------------	----------------	--------------

3.11.2.3 病院の薬剤の在庫管理が適切に行われている		(a・b・c・NA)
-------------------------------	--	--------------

3.11.2.4 病棟の薬剤在庫を減らす努力がなされている		(a・b・c・NA)
-------------------------------	--	--------------

3.11.3 適切な調剤体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------	------------------

3.11.3.1 注射薬の一本渡しが行われている		(a・b・c・NA)
--------------------------	--	--------------

3.11.3.2 調剤後の確認体制が整っている		(a・b・c・NA)
-------------------------	--	--------------

3.11.3.3 夜間の調剤体制が整っている	薬剤師、調剤体制の確保	(a・b・c・NA)
------------------------	-------------	--------------

3.11.4 薬剤情報の管理・提供が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

3.11.4.1 院内の医薬品集が作成されている	定期的な内容の見直し、適宜改定・増補	(a・b・c・NA)
--------------------------	--------------------	--------------

3.11.4.2 院内で薬剤に関する情報提供を行っている	副作用情報、新規採用薬剤に関する情報など	(a・b・c・NA)
------------------------------	----------------------	--------------

3.11.4.3 薬剤の副作用発生状況などの報告を受け、調査・検討する体制が整っている		(a・b・c・NA)
---	--	--------------

3.11.4.4 医薬品情報に関する問い合わせへの対応の体制が整っている		(a・b・c・NA)
--------------------------------------	--	--------------

3.11.5 投薬するときの服薬指導が十分行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

3.11.5.1 外来患者に対して服薬指導が十分に行われている		(a・b・c・NA)
---------------------------------	--	--------------

3.11.5.2 入院患者に対して服薬指導が十分に行われている		(a・b・c・NA)
---------------------------------	--	--------------

3.11.5.3 院内で薬歴管理を行っている		(a・b・c・NA)
------------------------	--	--------------

3.12 輸血血液などの管理

3.12.1 輸血血液などが適切に管理されている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

3.12.1.1 輸血血液などの管理を行う部門がある		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

3.12.1.2 輸血血液などが適切に保管され取り扱われている	保管場所、保管設備	(a・b・c・NA)
---------------------------------	-----------	--------------

3.12.1.3 輸血血液などの適切な使用手順が定められている		(a・b・c・NA)
---------------------------------	--	--------------

3.12.1.4 夜間・休日の緊急時の対応手順がある		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

3.12.2 輸血血液などがより適切に使用されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	------------------

3.12.2.1 輸血の実施状況を把握し、その適切性について検討している		(a・b・c・NA)
--------------------------------------	--	--------------

3.12.2.2 輸血による副作用や事故に対する対応指針があり、随時見直されている		(a・b・c・NA)
---	--	--------------

3.13 手術・麻酔の体制

3.13.1 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)
-----------------------------	------------------

3.13.1.1 各種機器・設備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)
---	--------------

3.13.1.2 手術室の清潔が保たれている	清潔区域の明確化と遵守、入退室規程、清掃など	(a・b・c・NA)
------------------------	------------------------	--------------

3.13.1.3 手術室の安全管理がなされている	(a・b・c・NA)
--------------------------	--------------

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

3.13.2.1 手術室を管理する担当者が決まっている	スケジュール管理の担当者	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------	--------------

3.13.2.2 手術台帳が整備されている	実効のあるもの	(a・b・c・NA)
-----------------------	---------	--------------

3.13.2.3 入退室の基準・手順がある	遵守されていること	(a・b・c・NA)
-----------------------	-----------	--------------

3.13.3 麻酔の覚醒・回復過程の安全が保証されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	------------------

☞ 方針・手順の明確化、責任者

3.13.4 麻酔部門の管理が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

3.13.4.1 麻酔医が確保されている	(a・b・c・NA)
----------------------	--------------

3.13.4.2 術前訪問から術後管理までの適切な手順が定められている	手順の明確化、責任者	(a・b・c・NA)
-------------------------------------	------------	--------------

3.14 集中治療室

☞ CCU、ICU、NICUなど 施設基準をとってなくてもユニットとして独立している場合は評価の対象とする

3.14.1 集中治療室の適切な管理体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

3.14.1.1 集中治療室として適切な施設設備が整備されている	(a・b・c・NA)
----------------------------------	--------------

3.14.1.2 担当する医師がおり職務体制がある	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

3.14.1.3 適切な看護体制がある	専門的機能と必要人員の確保	(a・b・c・NA)
---------------------	---------------	--------------

3.14.2 集中治療室が適切に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

3.14.2.1 入退室の方針と基準が明確になっており、遵守 明確な規程
されている (a・b・c・NA)

3.14.2.2 運営委員会があり機能している 利用状況の把握と検討 (a・b・c・NA)

3.14.3 【臓器提供を行う施設である場合】臓器提供施設として体制整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
---	------------------

☞ 「臓器移植に関する法律の運用に関する指針」該当施設でない場合はNAとする

3.14.3.1 適切な脳死判定を行う体制がある (a・b・c・NA)

3.14.3.2 臓器の摘出の場を提供する等のために必要な
体制が確保されている (a・b・c・NA)

3.14.3.3 施設全体として、脳死下での臓器摘出の実施
について合意が得られており、倫理委員会など
で承認されている (a・b・c・NA)

3.14.3.4 移植コーディネーターとの連携が取られている (a・b・c・NA)

3.15 病理学的検討

☞ 外注の場合は、その状況を勘案して評価する

3.15.1 病理診断のための体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

3.15.1.1 機能に見合った設備・機器がある (a・b・c・NA)

3.15.1.2 機能に見合った人材・人員が確保されている (a・b・c・NA)

3.15.2 病理部門の機能が適切に発揮されている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

3.15.2.1 病理医がいる (a・b・c・NA)

3.15.2.2 病理解剖が行われている (a・b・c・NA)

3.15.2.3 原則としてすべての手術検体の病理診断を行
っている (a・b・c・NA)

3.15.2.4 迅速標本による診断が可能である (a・b・c・NA)

3.15.2.5 検体の保存・記録の管理体制がある 適切な保管、記録の整備、検索機能 (a・b・c・NA)

3.16 リハビリテーション

☞ 対象とする患者が存在せず、そのことが妥当と思われる場合はNAとする

3.16.1 リハビリテーション部門の体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

3.16.1.1 部門の責任者がいる (a・b・c・NA)

3.16.1.2 機能に応じて必要な職員が確保されている (a・b・c・NA)

3.16.1.3 必要な施設、設備、機器が整備されている (a・b・c・NA)

3.16.2 リハビリテーションサービスが適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------	------------------

☞ 対象病院の患者の中にリハビリテーションの必要な患者がいると考えられる場合には、リハビリテーション部門を有していなくても評価の対象とする リハビリテーション機能を有する他施設との連携状況も含めて評価する

3.16.2.1 リハビリテーションに関する評価、目標、計画(プログラム)、再評価が系統的になされている (a・b・c・NA)

3.16.2.2 退院に向けての多職種による症例検討会が行われている リハビリテーションの効果、退院後の可能性、退院の受入れ状況など (a・b・c・NA)

3.16.2.3 OT・PTなどの訓練記録が作成されて、診療録でもその内容が確認できる (a・b・c・NA)

3.17 院内感染防止の体制

3.17.1 院内感染防止のための体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.17.1.1 院内感染防止のための委員会が存在し、活動している 定期的な開催 (a・b・c・NA)

3.17.1.2 院内感染防止のための指針が作成され、関係する部署に配付されている (a・b・c・NA)

3.17.2 職員に対する教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.17.3 院内感染に関する対応体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

3.17.3.1 院内感染が発生した場合、あらかじめ決められている責任者に報告され、迅速な対策をとる体制が明文化されている (a・b・c・NA)

3.17.3.2 院内感染の現状把握に対する努力が行われ、発生頻度が報告されている (a・b・c・NA)

3.18 院内の救急体制

3.18.1 院内の救急体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

3.18.1.1 非常用カートが定位置に整備されている (a・b・c・NA)

3.18.1.2 緊急時の対応に関する方針や手順が明確に定められている (a・b・c・NA)

3.18.1.3 非常用の召集体制が定められ、定期的に訓練されている (a・b・c・NA)

3.0 診療の質の確保

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞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

4.0 看護の適切な提供

4.1 看護部門の組織の確立と運営

4.1.1 看護部門の理念が周知されている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

☞ 看護部門の理念・目標が作成され、周知される努力が管理者によりなされていること

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 看護部門の理念は看護部門の職員に周知されている	(a・b・c・NA)
---------------------------------	--------------

4.1.1.3 看護部門の理念を病院全体に理解させる活動がなされている	(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活動が行われていること

4.1.2.1 看護部門の目標が明示されている	(a・b・c・NA)
-------------------------	--------------

4.1.2.2 看護部門の目標と一貫性のある各看護単位ごとの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 看護部門の目標と各看護単位の目標の達成度が評価されている	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 看護部門の組織が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

4.1.3.1 看護部門の職員が確保され、適切に配置されている	業務量などに合わせて配慮している (a・b・c・NA)
---------------------------------	----------------------------------

4.1.3.2 看護部門の組織図が明示されている	現況を反映した組織図がある (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)
------------------------------	--------------

4.1.4 組織運営が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

4.1.4.1 看護部門の組織を円滑に運営するための会議や委員会があり、機能している	会議や委員会の内容が記録され、結果が現場で活用されている (a・b・c・NA)
--	--

4.1.4.2 ケア・ニーズに基づいた勤務体制である	看護必要度に応じて勤務人員などを考慮している (a・b・c・NA)
----------------------------	--

4.1.4.3 働きやすい勤務体制である	個人の希望を考慮したフレキシブルな体制が取られている (a・b・c・NA)
----------------------	--

4.1.5	個々の看護部門の職員をいかすよう組織が作られ、運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------------------------	------------------

4.1.5.1	職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている	各職場のグループ活動、委員会活動、提案箱、自己申告書制度などがある	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	-----------------------------------	--------------

4.1.5.2	権限の委譲が適宜なされている		(a・b・c・NA)
---------	----------------	--	--------------

4.1.5.3	看護ケアを実践する上で看護部門の職員を支援している	専門知識や技術を得る機会がある	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	-----------------	--------------

4.1.5.4	看護部門の職員への精神的支援をしている	職場内で悩みや相談に対応できている	(a・b・c・NA)
---------	---------------------	-------------------	--------------

4.2 看護ケアの提供

4.2.1	看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------	------------------

☞ 患者のケアに必要な量の基準と手順があること

4.2.1.1	看護基準が活用されている	ここで看護基準とは主な疾患、症状に対する看護ケアの内容が明示されているもの 患者のアセスメント、計画立案、実施、評価に活用されていること	(a・b・c・NA)
---------	--------------	--	--------------

4.2.1.2	看護基準の見直しが行われている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--	--------------

4.2.1.3	看護手順が活用されている	看護ケア、検査、処置などの手続きを明文化したもの 日常のケア提供に活用できるマニュアル	(a・b・c・NA)
---------	--------------	---	--------------

4.2.1.4	看護手順の見直しが行われている		(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)
-------	-----------------------	------------------

☞ アセスメントした事柄が残されていて、看護を行った結果などが書かれている

4.2.2.1	ケア・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	提供された看護ケアについて評価している		(a・b・c・NA)
---------	---------------------	--	--------------

4.2.2.4	評価結果を看護計画に反映させている		(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	看護ケアの実施にあたって患者や家族に十分な説明をしている		(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	--	--------------

4.2.3.2	患者や家族の意見が看護の提供に反映されている		(a・b・c・NA)
---------	------------------------	--	--------------

4.2.3.3	看護ケアの提供にあたって患者や家族の同意を得ている		(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	--	--------------

4.2.4 看護の継続性が保たれている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------	------------------

4.2.4.1 患者の退院後の生活を配慮した看護計画が立てられている (a・b・c・NA)

4.2.4.2 看護ケアを継続するためにサマリーが作成されている (a・b・c・NA)

4.2.4.3 看護ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている (a・b・c・NA)

4.3 看護ケアの質向上の努力

4.3.1 看護ケアを改善する取組が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

4.3.1.1 ケアカンファレンスが行われている (a・b・c・NA)

4.3.1.2 看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある (a・b・c・NA)

4.3.1.3 よりよい看護ケアの実施に向けてデータを収集し、分析している (a・b・c・NA)

例えば褥瘡の発生率や感染率などを把握して、ケアの改善に役立てている

4.3.1.4 研究や開発の成果が看護ケアに反映されている (a・b・c・NA)

院内外で発表されたものを活用している

4.3.2 効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------------	------------------

4.3.2.1 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 (a・b・c・NA)

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

4.3.2.2 看護ケアに関わる機器、薬剤、物品などの流れのシステム化が推進されている (a・b・c・NA)

4.3.2.3 看護ケアに関わる情報の流れがシステム化されている (a・b・c・NA)

4.4 看護部門の職員の能力開発

4.4.1 看護部門の職員の能力評価が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

4.4.1.1 看護部門の職員の能力を評価するための道具や方法をもっている (a・b・c・NA)

4.4.1.2 所定の手順で評価が行われている (a・b・c・NA)

4.4.1.3 能力評価結果が活用されている (a・b・c・NA)

4.4.2 看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている (5・4・3・2・1・NA)

4.4.2.1 看護部門の職員の能力開発計画が立てられて 職員の教育ニーズを反映していること (a・b・c・NA)
 いる

4.4.2.2 適切な能力開発プログラムがある キャリア・アップの視点 (a・b・c・NA)

4.4.2.3 能力開発プログラムの評価が行われている (a・b・c・NA)

4.4.2.4 看護部門の職員の能力開発のための資源が 人的資源、時間の確保、図書、資料、視聴覚 (a・b・c・NA)
 確保されている 機器、コンピューター、コピー機など

4.0 看護の適切な提供

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞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

5.0 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と意見の尊重

5.1.1	患者の声に耳を傾ける努力がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.1.1	患者・家族に対して、自己の希望や意見を述べる機会があることを知らせている	入院案内書などへの記載と説明	(a・b・c・NA)
5.1.1.2	患者・家族の意見をきくための投書箱を設けている	投書箱の設置場所の適切さなども評価	(a・b・c・NA)
5.1.1.3	患者満足度や要望・意見をきくための調査などが定期的に行われている	例えば、嗜好調査のような単一サービスについてではなく、病院サービスの全般についての調査などの実施	(a・b・c・NA)
5.1.1.4	各部門の責任者名を患者にわかるように明示している	院内の適当な場所または入院案内書などに記載してあること	(a・b・c・NA)
5.1.2	患者の希望や意見に基づき改善を行っている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.2.1	患者の希望や意見に対して、責任をもって対処する部署が決まっている		(a・b・c・NA)
5.1.2.2	患者の希望や意見に対処する手順が決まっている		(a・b・c・NA)
5.1.2.3	具体的な改善活動が行われている	具体的な事例があること	(a・b・c・NA)
5.1.3	患者または家族に、診療について説明を行い、同意を得ている		(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 説明の内容、説明の手段、患者の質問・選択の機会、患者の希望などが診療録へ記載しており、第三者が確認できるようになっている		
5.1.3.1	患者に対して、治療方針・治療方法について説明を行い、同意を得ている		(a・b・c・NA)
5.1.3.2	主治医または担当医が、手術や大きな検査について説明を行い、同意を得ている		(a・b・c・NA)
5.1.3.3	患者に対して、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ている		(a・b・c・NA)
5.1.4	患者のプライバシー保護の配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.4.1	診察室などの会話が外にもれないよう配慮がなされている	構造上の配慮、運営上の配慮	(a・b・c・NA)
5.1.4.2	病室で入院患者がプライバシーを確保できる配慮がなされている	1人当りの面積、カーテン、廊下から見えないような工夫など	(a・b・c・NA)
5.1.4.3	面会用のスペースがある	専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること	(a・b・c・NA)
5.1.4.4	患者、家族に説明するための、プライバシーの保たれる場所がある	専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること	(a・b・c・NA)
5.1.4.5	病名などの患者情報の取扱いが適切である	公文書や診療録の取扱い、電話での問い合わせへの対応、他施設との情報交換時の配慮	(a・b・c・NA)
5.1.4.6	検体などが人目に触れないように配慮がなされている	検査室の配置、検体の採取、搬送の方法など	(a・b・c・NA)

5.1.5	入院前に患者および家族に対して相談支援が行われ、院内との調整が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------------------------	------------------

5.1.5.1	担当者がおり、患者・家族が相談をしている	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	--------------

5.1.5.2	患者・家族と相談を行うための、適切な相談スペースが確保されている	専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------------	-------------------------------	--------------

5.1.5.3	相談内容により担当者が院内スタッフと調整している	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	--------------

5.1.6	患者の逝去時の対応が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	------------------

5.1.6.1	霊安室が整備されている	(a・b・c・NA)
---------	-------------	--------------

5.1.6.2	逝去時の手順が明文化されている	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--------------

5.2 患者の食事への配慮

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	栄養士が医師、看護婦と密接に個々の患者の栄養管理について意見交換を行っている	栄養委員会の開催その他のシステム	(a・b・c・NA)
---------	--	------------------	--------------

5.2.1.3	患者それぞれの嗜好なども考慮して、食事の喫食状況を把握している	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------	--------------

5.2.1.4	栄養士が適切な栄養指導を行っている	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	--------------

5.2.1.5	経口栄養へ移行するための努力がなされている	医師、看護婦、栄養部門の協働	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	----------------	--------------

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

5.2.2.1	食事時間に配慮している	配膳時間の適切さ(夕食の場合、午後6~7時)、食事と食事の間隔が十分とられていること	(a・b・c・NA)
---------	-------------	--	--------------

5.2.2.2	食事の温度管理が適切に行われている	診療報酬上の加算の取得とは関係なく評価配膳設備、配膳方法	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	------------------------------	--------------

5.2.2.3	選択メニューを実施している	週3回以上実施していること	(a・b・c・NA)
---------	---------------	---------------	--------------

5.2.2.4	快適な食事場所がある	病室内でもスペースが十分で、快適さに配慮されていればよい	(a・b・c・NA)
---------	------------	------------------------------	--------------

5.2.2.5	食器や季節食などさまざまな工夫がなされている	(a・b・c・NA)
---------	------------------------	--------------

5.2.3 衛生管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

5.2.3.1 食材が適切に保管されている	使用する食材の管理状況全般の適切さ 使用後の食材と調理品の一定期間保管	(a・b・c・NA)
-----------------------	-------------------------------------	--------------

5.2.3.2 調理室内の衛生管理が行われている	調理人の使用する手洗い場、ユニフォームなどの衛生管理も含む	(a・b・c・NA)
--------------------------	-------------------------------	--------------

5.2.3.3 衛生状態を考慮した配膳が行われている		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

5.2.3.4 食器類の洗浄・乾燥・保管の方法が適切である		(a・b・c・NA)
-------------------------------	--	--------------

5.3 患者サービスの配慮

5.3.1 外来における待ち状況の改善に努めている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

5.3.1.1 外来における待ち時間調査を実施している	診療科別、セクション別の分析も	(a・b・c・NA)
-----------------------------	-----------------	--------------

5.3.1.2 待ち時間短縮のための努力をしている	待ち時間を短縮するための方策の導入とあわせて、待つことの苦痛を軽減する工夫についても評価	(a・b・c・NA)
---------------------------	--	--------------

5.3.1.3 診療開始予定時刻に診療が開始されている	外来全診療科で行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	---------------	--------------

5.3.2 患者・家族や面会者の利便性への配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------	------------------

5.3.2.1 総合案内の機能がある	対応する職員がいること	(a・b・c・NA)
--------------------	-------------	--------------

5.3.2.2 入院生活の種々のきまりは患者の利便性を配慮したものになっている	消灯時間や面会時間の設定状況、家族の付添への配慮など	(a・b・c・NA)
---	----------------------------	--------------

5.3.2.3 患者の利便性を考慮した施設がある	食堂、売店、コインランドリー、冷蔵庫、給湯機がある	(a・b・c・NA)
--------------------------	---------------------------	--------------

5.3.2.4 病棟の電話の設置場所や数に配慮がなされている	設置場所ではプライバシーに配慮されていることが望ましい	(a・b・c・NA)
--------------------------------	-----------------------------	--------------

5.3.2.5 病棟に患者がくつろげるデイルームがある		(a・b・c・NA)
-----------------------------	--	--------------

5.4 院内環境の整備

5.4.1	院内の環境整備体制が確立している		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.1.1	院内の環境整備の担当部署または担当者がおかれている		(a・b・c・NA)
5.4.1.2	院内の環境整備の業務内容が明確にされている		(a・b・c・NA)
5.4.1.3	院内の環境整備の責任者および部署の管理責任者により、院内巡視が行われている		(a・b・c・NA)
5.4.2	院内の清潔管理が適切に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.2.1	院内の清潔管理に必要な設備、備品が整っている	必要なものがそろっていて、適切に保管されていること	(a・b・c・NA)
5.4.2.2	院内は整理整頓されている		(a・b・c・NA)
5.4.2.3	壁・天井・床が清潔に管理されている		(a・b・c・NA)
5.4.3	院内の明るさおよび配色に配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.3.1	病室内の採光に配慮がなされている		(a・b・c・NA)
5.4.3.2	廊下・階段などに適切な採光や照明の配慮がなされている		(a・b・c・NA)
5.4.4	院内の空調が行われている		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.4.1	空調が各病室ごとに行われている	温度調整、適切な湿度を保つことへの配慮	(a・b・c・NA)
5.4.4.2	病室の空調が24時間行われている		(a・b・c・NA)
5.4.4.3	外来部分の空調が行われている		(a・b・c・NA)
5.4.5	病棟の静粛についての配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.5.1	緊急時以外は院内放送を行わない		(a・b・c・NA)
5.4.5.2	周囲の環境に応じて病棟の静粛への工夫がなされている	道路騒音への配慮など	(a・b・c・NA)
5.4.5.3	病棟の静粛が保たれている		(a・b・c・NA)

5.4.6 患者に安らぎを与える落ち着いた空間づくりがなされている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.6.1 院内に観葉植物や絵画などを含むインテリアに配慮がみられる (a・b・c・NA)

5.4.6.2 院内の掲示物などに配慮されている 乱雑になっていないこと (a・b・c・NA)

5.4.7 院内の案内表示が整備されている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.7.1 必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている 表示の配置、大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)

5.4.7.2 正面玄関に全館の案内図が表示されている 大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)

5.4.7.3 各階のエレベーターホールなどに、その階の平面図が表示されている 大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)

5.4.8 分煙への配慮がなされている (5・4・3・2・1・NA)

☞ 全館禁煙で、守られている場合には高く評価する

5.4.8.1 隔離された喫煙区域が設けられ、他の用途に用いられていない 全館禁煙の場合は、NAとする (a・b・c・NA)

5.4.8.2 喫煙区域の内外に適切な表示がある 全館禁煙の場合は、そのことについての表示が適切になされていることを評価 (a・b・c・NA)

5.4.8.3 喫煙区域には換気の機能がある 全館禁煙の場合はNAとする (a・b・c・NA)

5.4.9 ベッドについて施設的な配慮がなされている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.9.1 患者の状態に応じてベッドを調節することができる (a・b・c・NA)

5.4.9.2 院内のベッドについて安全性の配慮がなされている 安全性の確認、点検 (a・b・c・NA)

5.4.9.3 マットの機能および清潔性が保たれるように、交換・洗浄が適宜行われている (a・b・c・NA)

5.4.10 トイレについて施設的な配慮がなされている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.10.1 トイレの配置が適当である 数・配置・使用方法 (a・b・c・NA)

5.4.10.2 トイレの広さが適当である 車イスでの利用についても考慮 (a・b・c・NA)

5.4.10.3 トイレの安全性に配慮がなされている 構造、床の材料、清掃状況、緊急時の対策など (a・b・c・NA)

5.4.10.4 トイレの清潔性に配慮がなされている (a・b・c・NA)

5.4.11 浴室などについての施設的な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	------------------

5.4.11.1 病棟の機能に合った浴室・シャワー室が配置されている	数・配置・使用方法	(a・b・c・NA)
------------------------------------	-----------	--------------

5.4.11.2 浴室・シャワー室の広さが適切である		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

5.4.11.3 浴室・シャワー室の安全性に配慮がなされている	構造、床の材料、清掃状況、緊急時の対策など	(a・b・c・NA)
---------------------------------	-----------------------	--------------

5.4.11.4 浴室・シャワー室の清潔性に配慮がなされている		(a・b・c・NA)
---------------------------------	--	--------------

5.5 安全体制の確立

5.5.1 患者の安全に対する日常的な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	------------------

5.5.1.1 患者の安全性を考えた構造・設備が整っている	小児や高齢者への配慮、疾患別の配置、構造上の種々の配慮	(a・b・c・NA)
-------------------------------	-----------------------------	--------------

5.5.1.2 患者が使用する設備・備品は適宜点検・補修されている	現場で点検を心掛ける姿勢、補修の手順	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	--------------------	--------------

5.5.1.3 患者に関わる院内の事故が把握され、適切に対応されている	事故などの報告と対処の手順	(a・b・c・NA)
-------------------------------------	---------------	--------------

5.5.1.4 患者の安全に関する教育が行われている		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

5.5.2 医療廃棄物の処理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

5.5.2.1 医療廃棄物処理の責任者を配置している		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

5.5.2.2 感染性廃棄物の分別・梱包が適切である		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

5.5.2.3 医療廃棄物の処理の過程が適切に行われていることが確認されている	外部委託の場合には、業者による処理の適切性の確認が必要	(a・b・c・NA)
---	-----------------------------	--------------

5.5.3 自院での災害発生時の対応体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	------------------

5.5.3.1 病院で作成した独自の防災マニュアルがある	消防計画を含む	(a・b・c・NA)
------------------------------	---------	--------------

5.5.3.2 マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている		(a・b・c・NA)
------------------------------------	--	--------------

5.5.3.3 地域の医療機関、地域住民との防災訓練を年1回以上行っている		(a・b・c・NA)
---------------------------------------	--	--------------

5.5.3.4 夜間の災害発生時に対応する体制がある	連絡網、役割分担、避難路の明示など 夜間を想定した訓練の実施など	(a・b・c・NA)
----------------------------	----------------------------------	--------------

5.5.3.5 停電時の対応体制が整っている		(a・b・c・NA)
------------------------	--	--------------

5.5.4 地域における大規模災害時の対応体制が整っている

(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)

5.5.4.1 大規模災害時の対応マニュアルがある

(a ・ b ・ c ・ NA)

5.5.4.2 大規模災害時に備えた医薬品の用意がある

(a ・ b ・ c ・ NA)

5.5.4.3 大規模災害時に備えた水や食料品の用意がある

(a ・ b ・ c ・ NA)

5.0 患者の満足と安心

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞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

6.0 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

6.1.1	人事管理の体制が整備されている		(5・4・3・2・1・NA)
6.1.1.1	適切な就業規則および給与規定が定められ、職員に周知されている	法的に完全であること 職員に周知されることが必要	(a・b・c・NA)
6.1.1.2	人事管理の仕組が確立されている	担当部署、担当者の明確化	(a・b・c・NA)
6.1.1.3	人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている	基準が明確でかつ職員に周知されることが必要	(a・b・c・NA)
6.1.1.4	就業の実態が適切である	労働時間、就業形態、有給休暇の状況	(a・b・c・NA)
6.1.2	人材確保のための努力がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
6.1.2.1	職員の採用計画およびその執行が適切である	配置計画に基づく採用計画	(a・b・c・NA)
6.1.2.2	柔軟な雇用形態および勤務体制に配慮している	職員のライフスタイルや要望を配慮した、柔軟な形態を用意していること	(a・b・c・NA)
6.1.2.3	職員の離職状況とその理由が把握されている		(a・b・c・NA)
6.1.2.4	必要な人材が確保されている		(a・b・c・NA)
6.1.3	職場環境が整備されている		(5・4・3・2・1・NA)
6.1.3.1	職員の安全が考えられている	労働安全衛生委員会、健康診断、感染防止、事故発生時の対応など	(a・b・c・NA)
6.1.3.2	職員の休憩室および食堂が整備されている		(a・b・c・NA)
6.1.3.3	福利厚生活動が積極的に行われている		(a・b・c・NA)
6.1.4	健全な労使関係が確立している		(5・4・3・2・1・NA)
☞ 労働組合がない場合でも評価対象とする。組合がない場合には、以下の小項目はNAとし、「労使協議の場が適切に設けられているか」等により包括的に中項目を評価			
6.1.4.1	【労働組合がある場合】労使協議制が設けられている		(a・b・c・NA)
6.1.4.2	【労働組合がある場合】団体交渉のルールが確立されている		(a・b・c・NA)
6.1.4.3	【労働組合がある場合】患者に不安を与えないような労働協約が設けられている		(a・b・c・NA)

6.2 財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.1.1	病院会計準則に基づいた会計処理がなされている	別に開設主体の定めるものがあればそれで可 (a・b・c・NA)
6.2.1.2	会計業務を担当する部署および担当者が明確になっている	(a・b・c・NA)
6.2.2	予算管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.2.1	予算書が作成されている	基本方針と関連のあること (a・b・c・NA)
6.2.2.2	予算計画に際して、各部門の意見を取り入れている	(a・b・c・NA)
6.2.2.3	予算編成手続きが明瞭である	(a・b・c・NA)
6.2.2.4	予算の執行が適切に行われている	(a・b・c・NA)
6.2.3	経営管理がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.3.1	部門別、診療科別の収入が把握されている	(a・b・c・NA)
6.2.3.2	部門別、診療科別の費用が把握されている	(a・b・c・NA)
6.2.3.3	経営状態が各部門に周知されている	(a・b・c・NA)
6.2.4	経営改善の努力がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.4.1	経営分析が定期的になされている	(a・b・c・NA)
6.2.4.2	経営に関する方針について検討がなされ、職員に示されている	(a・b・c・NA)
6.2.4.3	経営改善に向けての活動が行われている	(a・b・c・NA)
6.2.5	資金管理および投資計画が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.5.1	資金の調達および資金繰りの手続きが適切である	担当者、手順・手続きの明確化 (a・b・c・NA)
6.2.5.2	設備投資の手続きが適切である	(a・b・c・NA)

6.2.6 第三者による外部監査が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

☞ 監査をする監事は外部の人材を選任している等、第三者的な客観的視点から組織活動を監査できる体制になっていること

6.3 病床管理体制

6.3.1 適切な病床管理の仕組みがある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

6.3.1.1 全病床が中央管理され、空床理由が把握されている (a・b・c・NA)

6.3.1.2 病床運営委員会などがあり、病床の有効利用が常に検討されている (a・b・c・NA)

6.3.1.3 病床が効率的に利用されている (a・b・c・NA)

6.3.1.4 入院予定および待ちの状況が把握されている (a・b・c・NA)

6.3.1.5 入院待ち患者情報が一元化されている (a・b・c・NA)

6.4 施設・設備管理

6.4.1 施設・設備の管理体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

6.4.1.1 施設・設備の管理責任者がいる (a・b・c・NA)

6.4.1.2 年次保守管理計画が立てられている (a・b・c・NA)

6.4.1.3 施設・設備運営マニュアルが整備されている (a・b・c・NA)

6.4.2 医療ガスの管理に対する十分な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	------------------

6.4.2.1 医療ガス安全管理委員会が設置されている (a・b・c・NA)

6.4.2.2 医療ガス設備の改修・保守点検などの監督責任者および実施責任者が選任されている (a・b・c・NA)

6.4.3 医療機器の保守点検が適切に行われ、トラブル発生時にも迅速な対応ができる	(5・4・3・2・1・NA)
---	------------------

6.4.3.1 医療機器の保守点検が中央化されている	(a・b・c・NA)
----------------------------	--------------

6.4.3.2 医療機器の定期点検マニュアルが作成されている	(a・b・c・NA)
--------------------------------	--------------

6.4.3.3 それぞれの医療機器にトラブル発生時の対策が明示され、内部の職員による迅速な対応ができる	(a・b・c・NA)
---	--------------

6.5 物品管理

6.5.1 物品管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

6.5.1.1 物品購入方法の適正化に努めている	購入手続きが明確にされていること	(a・b・c・NA)
--------------------------	------------------	--------------

6.5.1.2 物品管理の責任者が決まっている	(a・b・c・NA)
-------------------------	--------------

6.5.1.3 購買の中央化が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------	--------------

6.5.1.4 適切な物品購入予算が立てられている	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

6.5.1.5 物品の定義、規格の標準化が行われている	部品や消耗品の互換性の確保、管理の効率化のため	(a・b・c・NA)
-----------------------------	-------------------------	--------------

6.5.2 物品の在庫管理が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

6.5.2.1 適正な在庫量を定め、欠品と不良在庫の防止や陳腐化の防止およびスペースの節約に努めている	在庫の定量化、補給体制	(a・b・c・NA)
---	-------------	--------------

6.5.2.2 期末(または毎月)帳簿が準備され、棚卸を実施している	(a・b・c・NA)
------------------------------------	--------------

6.5.2.3 在庫量については半期または期末に見直しを行って、適正在庫量の調整を行っている	(a・b・c・NA)
--	--------------

6.5.3 公正な取引が行われるための仕組みがある	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

6.5.3.1 物品納入業者は公正な基準によって選ばれている	納入実績の管理、指名入札など	(a・b・c・NA)
--------------------------------	----------------	--------------

6.5.3.2 発注部門と検収部門は明確に区別され、内部牽制の機能を果たしている	病床規模によっては、担当者が分けられている ればよい	(a・b・c・NA)
--	-------------------------------	--------------

6.5.3.3 医療機器、材料および薬品の購入については、購入希望部署と用度担当とが協議して行っている	(a・b・c・NA)
---	--------------

6.6 医事業務

6.6.1	医事業務手順が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	------------------

6.6.1.1	受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である	窓口対応の工夫、診療録の検索と搬送の方法とその所要時間なども勘案	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------	----------------------------------	--------------

6.6.1.2	会計計算の手順が合理的である	伝票の取扱い、コンピューターの入力方法なども勘案	(a・b・c・NA)
---------	----------------	--------------------------	--------------

6.6.1.3	レセプト作成と点検、提出が適正に行われている	作成・点検・提出の手順の明確化とその手順の適切性	(a・b・c・NA)
---------	------------------------	--------------------------	--------------

6.6.2	医療費算定および収納業務が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------	------------------

6.6.2.1	窓口の収納業務が適切に行われている	患者負担金の領収方法、現金過不足の処理方法など	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	-------------------------	--------------

6.6.2.2	未収金の状況が把握されている	未収金の発生理由、対医業収益割合、回収方法など	(a・b・c・NA)
---------	----------------	-------------------------	--------------

6.6.2.3	返戻・査定状況が把握されている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--	--------------

6.6.2.4	返戻・査定について適切な対応がなされている	対応手順の明確化	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	----------	--------------

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

6.6.3.1	必要な医事統計が每期作成されている	(入院／外来別・診療科別)新患者数、延べ患者数、診療単価、平均在院日数など	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	---------------------------------------	--------------

6.6.3.2	医事統計が病院運営に有効に活用されている	運営会議などで活用	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	-----------	--------------

6.7 業務委託

6.7.1	委託業者の選定が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------	------------------

6.7.1.1	業者が業務上の事故に対する賠償責任の保険などに加入していることを確認している		(a・b・c・NA)
---------	--	--	--------------

6.7.1.2	業者が従業員の教育を適切に行っていることを確認している	業者の従業員の教育、教育内容などの確認	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------------	---------------------	--------------

6.7.1.3	契約の見直しを定期的に行っている		(a・b・c・NA)
---------	------------------	--	--------------

6.7.2 委託業務の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

- | | | |
|---|-----------------------|--------------|
| 6.7.2.1 患者サービスと病院業務の質の向上に配慮して、業務の委託が行われている | 委託の必要性、適切性などについての検討の場 | (a・b・c・NA) |
| 6.7.2.2 委託業務の品質管理を担当する部門または体制がある | | (a・b・c・NA) |
| 6.7.2.3 委託業者に対する教育が定期的に行われている | | (a・b・c・NA) |
| 6.7.2.4 委託業務の事故発生時には、単独に処理せずに必ず病院責任者に報告して指示を受けるよう手順が定められている | 対応方法の明確化、業者への周知 | (a・b・c・NA) |

6.8 医療事故防止への対応

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

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------|
| 6.8.1.1 患者の医療事故または医療事故に準ずる出来事が分析され安全教育の場に戻される等、患者の医療事故を防止するための組織的対応体制が整備されている | 発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化など、対応手順の明文化 | (a・b・c・NA) |
| 6.8.1.2 患者の医療事故発生時の対応が適切である | 事故発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化 | (a・b・c・NA) |
| 6.8.1.3 医療事故の発生時には、その内容が記録され、残されている | | (a・b・c・NA) |

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------|
| 6.8.2.1 職員の事故または事故に準ずる出来事が分析され、組織的に事故防止対策が検討されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.8.2.2 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 | 事故発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化 | (a・b・c・NA) |
| 6.8.2.3 職員の事故発生の状況が記録されている | | (a・b・c・NA) |

6.0 病院運営管理の合理性

この領域に関連して、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