

書面審査 自己評価調査票 長期療養病院版

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。

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とき等の修正	(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布や掲示 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・家族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 病院の組織と管理体制

1.2.1	病院の組織体制・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	実態にあっていること	(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	職員の名前は名札などで明示されている		(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、老人保健法、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・研修について年次ごとの計画が立てられている 教育・研修の担当者がいること、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 部門ごとの目標が設定されている (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)
- 1.4.2.3 研究発表会などが定期的に行われている (a・b・c・NA)

1.5 病院の将来像

- | | | |
|-------|---------------------|------------------|
| 1.5.1 | 病院の将来像についての検討がされている | (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 策定にあたっては院内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、患者・家族、住民の意見を反映するよう努めている (a・b・c・NA)
- 1.5.1.4 計画には長期療養機関として自施設の求められる機能が織り込まれている (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

2.0 地域ケアへの参加とサービスの継続性

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	地域の特性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果たすべき役割が職員に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	組織的な検討の場の有無 (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)
2.1.2.4	患者の紹介や受入れ後の転院に際してのマニュアルがある	マニュアルには担当者、手順・記録簿の整理、院内の連絡・連携体制などが明記されていることが望ましい (a・b・c・NA)
2.1.3	老人ホーム・老人保健施設などの保健福祉サービス機関などとの機能分担および連携が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
2.1.3.1	自院の情報が紹介先に十分に提供されている	(a・b・c・NA)
2.1.3.2	保健福祉サービス機関との連携が適切に行われている	(a・b・c・NA)
2.1.3.3	老人ホームなどへ自院スタッフによる技術支援が実施されている	(a・b・c・NA)

2.2 入院患者の受入れ体制

2.2.1	患者を受け入れる際の方針がある	(5・4・3・2・1・NA)
2.2.1.1	受入れ方針がある	(a・b・c・NA)
2.2.1.2	受入れ方針は妥当なものである	(a・b・c・NA)
2.2.1.3	受入れ方針が遵守されている	(a・b・c・NA)
2.2.2	患者の受入れが適切に検討されている	(5・4・3・2・1・NA)
2.2.2.1	患者の受入れの是非に関し組織的に検討の場がある	(a・b・c・NA)
2.2.2.2	検討の記録が残されている	(a・b・c・NA)

2.2.3	受入れに際して患者の重症度・要介護度を十分に把握している	(5・4・3・2・1・NA)
2.2.3.1	病態は医師によって把握されている	(a・b・c・NA)
2.2.3.2	濃厚な医療的管理を要する患者を受け入れている	(a・b・c・NA)
2.2.3.3	要介護度の高い患者を受け入れている	(a・b・c・NA)
2.2.3.4	問題行動のある痴呆患者の受入れに配慮されている	(a・b・c・NA)
2.3 ケアの継続性		
2.3.1	在宅ケアについての相談業務の体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
2.3.1.1	退院後の療養環境の調整を行う担当者がある	(a・b・c・NA)
2.3.1.2	退院後の療養環境について患者や家族と院内スタッフとの話し合いが行われている	(a・b・c・NA)
2.3.1.3	患者の退院後の療養環境について、院外の諸機関との調整が行われている	(a・b・c・NA)
2.3.2	在宅ケアの支援に取り組んでいる	(5・4・3・2・1・NA)
2.3.2.1	在宅の可能性を検討している	(a・b・c・NA)
2.3.2.2	担当する部署が確立し、訪問診療、訪問看護などが行われている	(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	自治体の企画する保健予防事業に参加している	(a・b・c・NA)
2.4.1.2	健康教室や介護教室などを開催し、地域住民の健康教育や介護技術の向上に取り組んでいる	(a・b・c・NA)
2.4.1.3	老人クラブなど地域住民主体の企画に参加している	(a・b・c・NA)
2.5 広報活動		
2.5.1	患者・家族、地域住民に適切な広報活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
2.5.1.1	病院の医療機能や地域活動が院内にわかりやすく掲示されている	(a・b・c・NA)
2.5.1.2	広報誌などを発行して病院についての情報を地域に提供している	(a・b・c・NA)

2.6 ボランティアの受入れ

2.6.1 ボランティアを積極的に受け入れている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
--------------------------	----------------------------

2.6.1.1 受入れ窓口があり、明文化された規程がある	(a ・ b ・ c ・ NA)
------------------------------	--------------------

2.6.1.2 ボランティアのための部屋などが用意されている	(a ・ b ・ c ・ NA)
--------------------------------	--------------------

2.6.1.3 ボランティアと患者との交流の場がある	(a ・ b ・ c ・ NA)
----------------------------	--------------------

2.0 地域ケアへの参加とサービスの継続性

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

3.0 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)の氏名が明らかに患者への説明書への記載、ベッドへの表示等されている	(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	(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)による定期的な診療が行われている	(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、適切に見直されている	(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)
3.2.1.4	検査・治療計画は随時見直されている	(a・b・c・NA)
3.2.2	患者のQOLを高める視点から医療を行っている	(5・4・3・2・1・NA)
3.2.2.1	患者のQOLを高める視点から挿管カテーテルの装着などに配慮している	(a・b・c・NA)
3.2.2.2	基礎疾患の悪化防止や併発症の発生予防に努めている	(a・b・c・NA)
3.2.2.3	侵襲のある検査・治療に関して高齢者という立場から検討がされている	(a・b・c・NA)
3.2.3	患者の状態の評価に基づいた診療内容になっており、定期的に評価検討されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.2.3.1	症例検討会やケア・カンファレンスが定期的に行われている	(a・b・c・NA)
3.2.3.2	症例検討会やケア・カンファレンスの記録が残されている	(a・b・c・NA)
3.2.3.3	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)

3.3 ターミナルケア

3.3.1	適切なターミナルケアの提供がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
3.3.1.1	適切なターミナルケアの方針がある	(a・b・c・NA)
3.3.1.2	患者・家族の意思が尊重するよう配慮されている	(a・b・c・NA)
3.3.1.3	各部署の職員参加による死亡例についての検討会がもたれている	(a・b・c・NA)

3.4 医師の教育・研修

3.4.1	医師の教育・研修体制が充実している	(5・4・3・2・1・NA)
3.4.1.1	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)
3.4.1.2	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、参加中の取扱い、費用負担方法 (a・b・c・NA)
3.4.1.3	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)
3.4.1.4	高齢者の特性に配慮した医療に関する教育・研修が行われている	(a・b・c・NA)

3.5 診療録の管理

3.5.1	診療録の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.5.1.1	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)
3.5.1.2	診療録が適切に記載されている	(a・b・c・NA)
3.5.1.3	必要なときに診療録を適確に検索できる	(a・b・c・NA)
3.5.1.4	診療録管理の担当者が明確になっている	(a・b・c・NA)

3.6 臨床検査部門

3.6.1	臨床検査の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.6.1.1	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)
3.6.1.2	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)
3.6.1.3	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)

3.6.2	臨床検査が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.6.2.1	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)
3.6.2.2	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)
3.6.2.3	手術・生検検体の病理診断が実施されている	外注でも可 (a・b・c・NA)
3.7 画像診断部門		
3.7.1	画像診断部門が適切に機能している	(5・4・3・2・1・NA)
3.7.1.1	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)
3.7.1.2	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)
3.7.1.3	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)
3.7.1.4	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)
3.8 薬剤部門		
3.8.1	薬剤が適切に管理されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.8.1.1	麻薬、向精神薬など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)
3.8.1.2	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)
3.8.1.3	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)
3.8.2	薬剤が適切に使用されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.8.2.1	年齢に応じた適用量を処方している	(a・b・c・NA)
3.8.2.2	個々の高齢者に適した服薬法など配慮がなされている	(a・b・c・NA)
3.8.2.3	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)
3.8.3	医薬品の情報が適切に提供されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.8.3.1	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)
3.8.3.2	副作用情報などが迅速に各科に提供されている	(a・b・c・NA)

3.9 輸血用血液製剤

3.9.1 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)
3.9.1.1 輸血用血液製剤が適切に保管されている	(a・b・c・NA)
3.9.1.2 輸血用血液製剤の保管・使用・返却などに関する指針・手順書がある	(a・b・c・NA)
3.9.1.3 輸血用血液製剤の種別ごとの発注量・使用量が把握されている	(a・b・c・NA)

3.10 感染防止対策

3.10.1 感染防止対策が適切にとられている	(5・4・3・2・1・NA)
3.10.1.1 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)
3.10.1.2 感染防止対策に関する指針が遵守されている	(a・b・c・NA)
3.10.1.3 院内感染の状況が把握されている	(a・b・c・NA)
3.10.2 滅菌業務が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.10.2.1 病院の役割に応じた滅菌業務のための機器が整備されている	(a・b・c・NA)
3.10.2.2 滅菌業務に関する手順書がある	(a・b・c・NA)
3.10.2.3 滅菌業務の担当者が明確で機器の保守点検が行われている	(a・b・c・NA)

3.11 緊急時の対応

3.11.1 緊急時の対応が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
3.11.1.1 非常用カートが定位置に整備されている	(a・b・c・NA)
3.11.1.2 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)
3.11.1.3 患者急変時の医者の非常呼出し体制が確立している	(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

4.0 ケアの適切な提供

4.1 看護・介護部門の組織運営

4.1.1	看護・介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・介護部門の理念が明示されている	(a・b・c・NA)
4.1.1.2	看護・介護部門の理念が看護・介護職員に周知されている	(a・b・c・NA)
4.1.1.3	看護・介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・介護部門の目標管理が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
4.1.2.1	看護・介護部門の理念に沿った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・介護部門の組織が整備され、適切に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
4.1.3.1	看護・介護職員が確保され適切に配置されている	(a・b・c・NA)
4.1.3.2	看護・介護部門の組織図が明示されている	(a・b・c・NA)
4.1.3.3	看護・介護部門の職制、職務規程が定められている	(a・b・c・NA)

4.2 看護・介護ケアの提供

4.2.1	看護・介護の基準・手順が活用されている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.1.1	高齢者・障害者の心身の特徴を踏まえた看護・介護の基準・手順が作成されている	(a・b・c・NA)
4.2.1.2	看護・介護の基準・手順が活用されている	(a・b・c・NA)
4.2.1.3	看護・介護の基準・手順が定期的に見直されている	(a・b・c・NA)
4.2.2	ケアプランに沿ってケアが提供されている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.2.1	患者の状態の評価基準が確立している	(a・b・c・NA)
4.2.2.2	ケア・プランが作成されている	(a・b・c・NA)
4.2.2.3	ケア・プランに沿って看護・介護が実施され、評価修正されている	(a・b・c・NA)
4.2.2.4	看護サマリーが作成されている	(a・b・c・NA)

4.2.3	起こりうる合併症や二次障害などの予防に努めている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.3.1	体位変換は必要時適切に行っている	(a・b・c・NA)
4.2.3.2	廃用性症候群を作らないよう努力している	(a・b・c・NA)
4.2.3.3	離床を促進するために日課の工夫がなされている	(a・b・c・NA)
4.2.3.4	水分チェックが必要な患者には適切な水分管理が行われている	(a・b・c・NA)
4.2.4	摂食機能の維持・向上に努めている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.4.1	食事は、食堂やデイルームなどで摂れるよう努力している	(a・b・c・NA)
4.2.4.2	経管栄養の患者もできるだけ経口摂取にむけての努力がされている	(a・b・c・NA)
4.2.4.3	自力摂取を重視し個々の能力に合わせ十分な時間が確保されている	(a・b・c・NA)
4.2.5	排泄機能の維持・向上に努めている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.5.1	オムツは個々の状態に合わせ適切なものが選択され、適時交換されている	(a・b・c・NA)
4.2.5.2	個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導などに工夫がみられる	(a・b・c・NA)
4.2.5.3	排泄障害については医師の診断に基づき、機能回復に向けての努力がされている	(a・b・c・NA)
4.2.6	患者の清潔が保たれるように配慮されている	(5・4・3・2・1・NA)
4.2.6.1	口腔ケアを適切に行っている	(a・b・c・NA)
4.2.6.2	洗顔・洗髪などの身のまわりの清潔に配慮されている	(a・b・c・NA)
4.2.6.3	入浴・清拭などの身体の清潔を適切に行っている	(a・b・c・NA)
4.3	看護・介護ケアの質向上	
4.3.1	看護・介護部門の業務改善に取り組んでいる	(5・4・3・2・1・NA)
4.3.1.1	業務について他部門・他職種と合同で定期的に検討している	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)
4.3.1.2	業務の分担・連携が他部門・他職種と適切に行われている	(a・b・c・NA)
4.3.1.3	看護・介護部門内で業務の評価改善に取り組んでいる	(a・b・c・NA)

4.3.2 患者のデータがケアの質の向上に活かされている	(5・4・3・2・1・NA)
4.3.2.1 ケアの質に結びつく、患者個々のデータが収集されている	(a・b・c・NA)
4.3.2.2 データに対する分析・検討がなされている	(a・b・c・NA)
4.3.2.3 検討結果をケア改善の試みなどに用いている	(a・b・c・NA)

4.4 看護・介護職員の研修・教育

4.4.1 看護・介護職員の研修・教育が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
4.4.1.1 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、コピー機等 (a・b・c・NA)
4.4.1.2 研修・教育計画が立てられ、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)

4.0 ケアの適切な提供

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

5.0 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	医師が治療や療養の方針および薬効などについて患者または家族に十分説明している	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)
5.1.1.2	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納得が得られている	(a・b・c・NA)
5.1.1.3	治療方針・療養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などを設けている	(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、診察中の会話がもれないような工夫 (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ヶ所以上 (a・b・c・NA)
5.1.2.4	病室の入口の患者名の表示は患者本人や家族の意向を尊重している	(a・b・c・NA)
5.1.3	入院患者の人権を尊重している	(5・4・3・2・1・NA)
5.1.3.1	職員は患者の人権や尊厳に十分配慮した態度で接している	(a・b・c・NA)
5.1.3.2	金銭の自己管理を尊重しており、金銭を預かる場合、適切な対応がなされている	(a・b・c・NA)
5.1.3.3	抑制を極力行わない努力をしている	(a・b・c・NA)
5.1.4	患者の相談に適切に応じている	(5・4・3・2・1・NA)
5.1.4.1	相談窓口を設けている	(a・b・c・NA)
5.1.4.2	患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている	(a・b・c・NA)
5.1.4.3	患者相談の実施状況が適切に記録されている	(a・b・c・NA)
5.1.5	患者の逝去時の対応が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
5.1.5.1	看取りのための適切な環境に配慮されている	必要な場合は個室対応 (a・b・c・NA)
5.1.5.2	逝去時の手順が明文化されている	(a・b・c・NA)
5.1.5.3	霊安室が整備されている	(a・b・c・NA)

5.2 食事サービス

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場・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	高齢者の特性をふまえて調理形態に工夫がなされている	(a・b・c・NA)
5.2.3.5	利便性・快適性に配慮した食堂がある	(a・b・c・NA)

5.3 情報の提供と接遇

5.3.1	病院の案内・掲示が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
5.3.1.1	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	(a・b・c・NA)
5.3.1.2	案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金などの必要な情報が含まれている	(a・b・c・NA)
5.3.2	接遇、応対が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
5.3.2.1	受付や問い合わせの応対が適切である	(a・b・c・NA)
5.3.2.2	呼出しや案内の場合の態度が適切である	(a・b・c・NA)
5.3.2.3	外来待ち時間に配慮している	(a・b・c・NA)

5.4 院内環境の管理

5.4.1	病院内の環境が清潔で快適である		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.1.1	院内の清掃が十分に行われている	見やすい場所、内容、文字の大きさ等、高齢者への配慮	(a・b・c・NA)
5.4.1.2	院内に不快な臭気を認めない		(a・b・c・NA)
5.4.1.3	院内の静寂に配慮している		(a・b・c・NA)
5.4.1.4	院内の採光・彩色、空調が適切である		(a・b・c・NA)
5.4.2	医療廃棄物が適切に処理されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.4.2.1	医療廃棄物処理の担当者が決められて状況が整っている		(a・b・c・NA)
5.4.2.2	医療廃棄物が適切に保管されている		(a・b・c・NA)
5.4.2.3	医療廃棄物の廃棄の状況が把握されている		(a・b・c・NA)

5.5 施設的な配慮

5.5.1	病院の施設・設備に患者に対する配慮が行き届いている		(5・4・3・2・1・NA)
5.5.1.1	ロビーやデイルームなどが快適でくつろげる場所となっている		(a・b・c・NA)
5.5.1.2	売店があり必要なものが購入できるようになっている		(a・b・c・NA)
5.5.1.3	高齢者に配慮した施設・設備が配慮されている	電話の高さ、音量調節、テレビのイヤホンなど	(a・b・c・NA)
5.5.2	禁煙・分煙の配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.5.2.1	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)
5.5.2.2	職員の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)
5.5.2.3	喫煙場所の換気に配慮している		(a・b・c・NA)

5.6 病院の安全の確保

5.6.1	日常の安全への配慮が見られる		(5・4・3・2・1・NA)
5.6.1.1	施設・設備に安全への配慮が行き届いている		(a・b・c・NA)
5.6.1.2	職員の服装・備品などは患者に危害を与えない工夫がなされている		(a・b・c・NA)

5.6.2 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)

5.6.2.1 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)

5.6.2.2 月間、年間の事故発生件数が把握されている (a・b・c・NA)

5.6.2.3 適切な事故発生防止対策がたてられている (a・b・c・NA)

5.6.3 ベッドの転落・徘徊患者の事故などへの対応が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

5.6.3.1 患者の安全性を考えた構造・設備が整っている (a・b・c・NA)

5.6.3.2 患者が使用する設備・備品は適宜点検・補修されている 車いす、床頭台、待合いのいすなどの点検補修で判断する (a・b・c・NA)

5.6.3.3 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 (a・b・c・NA)

5.6.3.4 患者の安全に関する教育が行われている (a・b・c・NA)

5.7 患者サービスの改善

5.7.1 患者サービスの改善が図られている (5・4・3・2・1・NA)

5.7.1.1 患者・家族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)

5.7.1.2 患者・家族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)

5.8 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

6.0 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	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	必要な医事統計が毎期作成されている	診療科別、入院・外来別、診療行為別の患者数等	(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

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	事故防止のための教育が職員に行われている		(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

7.0 リハビリテーションとQOLへの配慮

7.1 リハビリテーション・サービス

7.1.1	リハビリテーション部門の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.1.1	リハビリテーションの要員・設備が確保されている	(a・b・c・NA)
7.1.1.2	リハビリテーションの評価と見直しが適切に行われている	(a・b・c・NA)
7.1.1.3	教育、研修プログラムが作成され、実行されている	(a・b・c・NA)
7.1.2	目標設定がされ定期的に見直されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.2.1	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)
7.1.2.2	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	(a・b・c・NA)
7.1.2.3	OT・PTなどの訓練記録が作成されて、常時診療録と一緒にになっている	(a・b・c・NA)
7.1.2.4	嚥下訓練プログラムがあり実施されている	(a・b・c・NA)
7.1.3	PT、OTは他職種と適切に連携している	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.3.1	リハビリテーションの計画書は多職種によって作成され個別的で選択肢が多い	(a・b・c・NA)
7.1.3.2	他職種と緊密に連携したリハビリテーション・サービスが適切に提供されている	(a・b・c・NA)
7.1.3.3	ケア・カンファレンスや症例検討会などに、リハビリテーション部門の職員も常時参加している	(a・b・c・NA)
7.1.4	在宅支援サービスが適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.4.1	デイ・ケアが適切に行われている	(a・b・c・NA)
7.1.4.2	訪問リハビリテーション・サービスが行われている	(a・b・c・NA)
7.1.4.3	家庭復帰の際には家屋評価・改造などが検討されている	(a・b・c・NA)
7.1.5	適切なコミュニケーション手段が検討されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.5.1	コミュニケーション障害の原因が医師により診断されている	(a・b・c・NA)
7.1.5.2	言語障害の患者に対しては適切な機能回復訓練が行われている	(a・b・c・NA)
7.1.5.3	コミュニケーション機能障害者への対応が適切である	(a・b・c・NA)
7.1.5.4	視力・聴力障害者に対するコミュニケーションの手段が考えられている	(a・b・c・NA)

7.1.6	患者およびその家族にリハビリテーションの意義が知らされている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.6.1	リハビリテーションの目的、方向性、期間、予後 予測、禁忌などが文書化されている	(a・b・c・NA)
7.1.6.2	リハビリテーションの具体的な内容が説明され 患者の同意が得られている	(a・b・c・NA)
7.2 患者QOLへの配慮		
7.2.1	生活活性化への配慮がされている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.1.1	日中着への着替えなどを適切に行っている	(a・b・c・NA)
7.2.1.2	整容に適切に配慮されている	(a・b・c・NA)
7.2.1.3	外出は患者の意向を尊重して積極的に取り組 んでいる	(a・b・c・NA)
7.2.2	家族・知人・友人との交流に配慮されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.2.1	外泊は患者の意向を尊重して可能な限り対応 している	(a・b・c・NA)
7.2.2.2	面会の重要性が認識され積極的に支援してい る	(a・b・c・NA)
7.2.3	ADL障害者に配慮したバリアフリーな生活環境が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.3.1	ADL障害者も利用できるよう、出入口、廊下、 階段などに配慮がある	(a・b・c・NA)
7.2.3.2	トイレ、浴室、ベッドにもADL患者への配慮が なされている	(a・b・c・NA)
7.2.3.3	自助具や介助用品が量的にも質的にも揃って いる	(a・b・c・NA)
7.2.4	QOL向上を図る多種のスペースや環境が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.4.1	病棟や病室には季節の移り変わりや四季を感 じさせる工夫がなされている	(a・b・c・NA)
7.2.4.2	不眠の患者が他の患者に遠慮することなく時を 過ごせる場所がある	(a・b・c・NA)
7.2.4.3	散策を楽しめる庭園や草花を育てるようなス ペースが確保されている	(a・b・c・NA)
7.2.5	個人の生活史を尊重した適切な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.5.1	愛用品や家族の写真などを飾ったり保管する スペースがある	(a・b・c・NA)
7.2.5.2	信じる宗教の信仰などを深めるような場所や空 間が確保されている	(a・b・c・NA)
7.2.5.3	個々の職業歴や生活歴に配慮した接し方が工 夫されている	(a・b・c・NA)

7.0 リハビリテーションとQOLへの配慮

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