

主たる機能種別 一般病院2 「C評価となりうる状況(例)」

《留意点》

本資料は、各中項目においてC評価となりうる状況の例を示したものです。

審査では、これらの状況等を考慮しC評価が検討されますが、あくまで例示であり、挙げられている内容を満たしていればよいということではありません。本資料の趣旨をご理解いただいたうえで、自己評価の参考資料としてご活用ください。

なお、本資料は今後の運用実績等を踏まえ随時改定される可能性があります。

《参考》自己評価の対象項目

主たる機能種別または副機能（任意）として選択した機能種別において、以下の通りに自己評価を実施します

| | 評価対象 | 評価項目 | 備考 |
|-----------------------|-----------------|---------------------|---|
| 主たる機能種別 (P.2～P.6) | 病院全体 | 全評価項目 (1～4領域) | 各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には、“NA（非該当）”とする |
| 副機能（任意） (P.7～P.15) | 関連する病棟 および外来 | 一部の評価項目 (大項目2.2) | |

| 第1領域 患者中心の医療の推進 | | C評価となりうる状況(例) |
|-----------------|---------------------------------------|---|
| 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 | <input type="checkbox"/> 患者の権利(平等で最善の医療を受ける権利、選択の自由、自己決定権など)が擁護されていない <input type="checkbox"/> 患者の権利が患者・家族に知らされていない <input type="checkbox"/> 患者の権利を職員へ周知する手段がなく、周知されていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 説明すべき内容(ハイリスクの検査・治療、入院の必要性、治療の計画など)について、患者へ説明されていない <input type="checkbox"/> 同意を得る際に患者の意思を尊重する配慮がない <input type="checkbox"/> 説明と同意の実践状況について、病院として確認・把握していない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 患者参加を促す取り組みがない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 相談窓口が明確になっていない <input type="checkbox"/> 相談に対応する仕組みが確立していない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 患者の個人情報が保護されていない <input type="checkbox"/> 患者のプライバシーが保護されていない |
| 1.1.6 | 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している | <input type="checkbox"/> 主要な倫理的課題について検討する場がない <input type="checkbox"/> 主要な倫理的課題について病院の方針・考え方が定められていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 病院の最新の情報が地域へ発信されていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 患者に必要な医療を提供するため、適切に地域の医療関連施設等と連携が図られていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が全く行われていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 医療安全に関する実務的な担当者が明確になっていない <input type="checkbox"/> 担当者に必要な権限が付与されていない <input type="checkbox"/> 医療安全に関する活動実績がない |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている | <input type="checkbox"/> 院内、院外の医療安全に関する情報が収集・分析されていない <input type="checkbox"/> 収集・分析した情報が自院の事故防止に活用されていない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 医療関連感染制御の実務的な担当者が明確になっていない <input type="checkbox"/> 担当者に必要な権限が付与されていない <input type="checkbox"/> 医療関連感染制御に関する活動実績がない |
| 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 | <input type="checkbox"/> 院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない <input type="checkbox"/> 収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない |
| 1.5 | 継続的質改善のための取り組み | |
| 1.5.1 | 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している | <input type="checkbox"/> 患者・家族の意見が収集されていない <input type="checkbox"/> 収集した意見が改善に活用されていない |
| 1.5.2 | 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる | <input type="checkbox"/> 各学会等から発行されている診療ガイドラインが参照されていない <input type="checkbox"/> 臨床指標を定め、診療の質改善に活用する仕組みがない <input type="checkbox"/> 診療内容の標準化を図る取り組みが行われていない <input type="checkbox"/> 診療内容の検証に基づく改善が検討されていない |
| 1.5.3 | 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる | <input type="checkbox"/> 組織的・継続的な質改善活動が行われていない |
| 1.5.4 | 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している | <input type="checkbox"/> 研究的・実験的診療が倫理的検討を経ずに実施されている <input type="checkbox"/> 使用の要件を満たさない状況で薬品・機器が導入されている <input type="checkbox"/> 十分な体制が整わない状況で新しい技術が実施されている <input type="checkbox"/> 新技術の導入が全面的に現場に任せられ、組織的な支援がない <input type="checkbox"/> 新技術が導入されずに、診療ガイドラインで推奨されない診療が行われている |
| 1.6 | 療養環境の整備と利便性 | |
| 1.6.1 | 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している | <input type="checkbox"/> 入院生活の利便性への配慮に著しく欠けている |
| 1.6.2 | 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている | <input type="checkbox"/> 院内のバリアフリーが確保されていない <input type="checkbox"/> 手摺りや必要な設備・備品が整備されていない <input type="checkbox"/> 車椅子利用に配慮がない |
| 1.6.3 | 療養環境を整備している | <input type="checkbox"/> 療養環境が安全性や感染制御面での配慮に欠けている <input type="checkbox"/> 病棟・病室の環境が劣悪で快適性に欠けている |
| 1.6.4 | 受動喫煙を防止している | <input type="checkbox"/> 全館禁煙が守られていない |

| 第2領域 良質な医療の実践1 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|----------------------------|---|
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○主治医・担当医・看護担当者が、患者・家族に明らかにされていない ○診療チームの責任者が明確になっていない |
| 2.1.2 | 診療記録を適切に記載している | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の病状に応じた必要な頻度での医師の診療記録がない ○見読性、真正性が確保されていない ○必要な診療記録が不足している |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の確実な登録が保障されていない ○患者・部位・検体などの誤認防止手順が定められていない ○誤認防止手順が遵守されていない ○手術実施時にタイムアウト(あるいはそれに準ずる確認)が実施されていない |
| 2.1.4 | 情報伝達エラー防止対策を実践している | <ul style="list-style-type: none"> ○指示出しの手順が統一されていない ○指示における数量、単位等の記載ルールが明確になっていない ○指示の確認および実施の記録がない ○転記(代行入力を含む)が行われ、その後医師の確認がない |
| 2.1.5 | 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している | <ul style="list-style-type: none"> ○ハイリスク薬剤の特性に沿った保管・管理が行われていない ○麻薬等の法令に沿った保管・管理が行われていない ○抗がん剤のレジメン管理が実施されていない ○病棟在庫の薬品を使用する際、鑑査に準ずるチェックが行われていない |
| 2.1.6 | 転倒・転落防止対策を実践している | <ul style="list-style-type: none"> ○転倒・転落のリスク評価が行われていない ○評価結果に基づく対策が実践されていない ○対策の効果について検証されていない |
| 2.1.7 | 医療機器を安全に使用している | <ul style="list-style-type: none"> ○使用時の重要な確認ポイントが周知されていない ○機器の使用法に関する研修が行われていない ○使用場面で指示内容を確認する方法が確立していない ○アラームがoffの状態で使用されている |
| 2.1.8 | 患者等の急変時に適切に対応している | <ul style="list-style-type: none"> ○実効性のある院内緊急コードの仕組みがない ○救急カートや蘇生装置が常に使用できる状態になっていない ○心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていない |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○手洗いまたは手指消毒が確実に実施されていない ○血液・体液が飛散する可能性がある場合等に、个人防护用具(PPE)が適切に使用されていない ○感染経路別の予防策に基づいた対応が行われていない ○感染性廃棄物の表示・分別が適切に行われていない |
| 2.1.10 | 抗菌薬を適正に使用している | <ul style="list-style-type: none"> ○抗菌薬の使用指針が作成・改訂されていない ○抗菌薬の使用指針に基づいた抗菌薬使用が行われていない ○抗菌薬の使用実態が病院として把握されていない ○起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択が行われていない |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○患者・家族が抱える倫理的な課題が検討されていない |
| 2.1.12 | 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○多職種が協働して診療・ケアが行われていない ○診療科間が協働して診療・ケアが行われていない |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の病態・緊急性に適切に対応していない ○待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○外来診療プロセス(情報収集・診断・診療計画・治療の実施等)が適切に行われていない ○外来における説明と同意が適切に行われていない ○診療情報が共有されず、有効に活用されていない |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の症状に応じて検査が実施されていない ○侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない ○リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない ○検査中の緊急時の対応手順が整備されていない |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○入院の適応が適切に判断されていない ○入院の必要性の有無が患者に説明されていない |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | <ul style="list-style-type: none"> ○病状が評価されずに定型な診療計画のみが安易に使用されている ○診療計画が患者に説明されておらず、同意が得られていない ○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない |
| 2.2.6 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | <ul style="list-style-type: none"> ○患者・家族の多様な相談ニーズに対応できていない |
| 2.2.7 | 患者が円滑に入院できる | <ul style="list-style-type: none"> ○円滑な入院に向けた支援や説明がない |
| 2.2.8 | 医師は病棟業務を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の病状に応じた必要な診察が行われていない ○必要な診療指示が速やかに出されていない ○患者・家族からの面談要請に応じていない |

| | | |
|--------|-----------------------------|---|
| 2.2.9 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○病態に応じた基本的なケアが実施されていない ○患者・家族の心理的・社会的ニーズが把握されていない ○基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない |
| 2.2.10 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない ○必要な薬剤の投与時に安全確認(患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など)が行われていない ○必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○輸血の適用が検討されていない ○輸血・血液製剤投与に関する説明と同意が行われていない ○投与前の安全確認が行われていない ○投与中・投与後の患者の状態の観察と記録が行われていない |
| 2.2.12 | 周術期の対応を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○手術および麻酔の適用が検討されていない ○手術および麻酔に関する説明と同意が行われていない ○術前の全身状態の評価とそれに伴う安全対策がとられていない ○患者の搬送が安全に行われていない ○術直前の安全確認(患者・手術部位確認等)が手順通りに行われていない ○術後の状態に合わせた患者ケアが行われていない ○診療科間、看護部署間の申し送りが円滑に行われていない |
| 2.2.13 | 重症患者の管理を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○患者の重症度に応じた病床の選択が行われていない ○患者の重症度に応じた診療・ケアが行われていない |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○発生リスクの評価が行われていない ○リスクに応じた必要な予防策がとられていない ○褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○栄養状態の評価とその対応がなされていない ○摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない ○必要な患者に栄養食事指導が実施されていない ○必要な患者に適切な治療食等が提供されていない ○栄養方法の選択が適切に行われていない |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |
| 2.2.17 | 急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○適応のある患者にリハビリテーションが実施されていない ○処方箋に患者の個別の要素が記載されていない ○訓練計画・目標設定に患者の希望、社会的背景等が考慮されていない ○リスクの評価と実施中における安全への配慮がなされていない |
| 2.2.18 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○身体抑制が適切に適用されていない ○身体抑制中の患者の状態・反応の観察頻度が少ない ○身体抑制の必要性和リスクについて、説明と同意が行われていない ○回避・軽減・解除に向けた取り組みがない |
| 2.2.19 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○退院計画が検討されていない ○退院、転院に関する説明と同意が行われていない |
| 2.2.20 | 必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○退院後の継続療養が実施されていない ○(自院で在宅療養を実施していない場合)在宅療養サービスにつなげていない |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ターミナルステージの判定が適切に行われていない ○患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない |

| 第3領域 良質な医療の実践2 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|-----------------------|---|
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○処方鑑査・調剤鑑査が適切に行われていない ○持参薬の管理が行われていない ○病棟の薬品管理に薬剤師が関わっていない ○医薬品集がタイムリーに改定がされていない ○注射薬の1施用ごとの取り揃えが実施されていない |
| 3.1.2 | 臨床検査機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○病院の機能・規模に応じた必要な検査が実施されていない ○パニック値を主治医に速やかに報告する仕組みがない ○検査の精度が確保されていない |
| 3.1.3 | 画像診断機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○必要な画像について、画像診断医により読影されていない ○必要な画像について、ダブルチェックが行われていない ○必要時に速やかに画像診断が実施されない |
| 3.1.4 | 栄養管理機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○適時、適温で食事が提供されていない ○献立や食事の具体的な評価がなされていない ○食事の安全性に大きな問題がある |
| 3.1.5 | リハビリテーション機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○必要なりハビリテーションに対応できていない ○関連職種の協議が行われず、療法士任せになっている |
| 3.1.6 | 診療情報管理機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○診療記録・情報が1患者・1ID番号で管理されていない ○患者の診療記録・情報が一元的に管理されていない ○診療記録・情報の検索・提供に時間がかかり、診療に支障が生じる ○診療記録の貸し出し管理等に問題があり、紛失の恐れがある ○診療録の量的監査が行われていない ○病名コーディングなど二次利用のための情報整備がなされていない |
| 3.1.7 | 医療機器管理機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○医療機器の所在や保守点検の状況が一元的に把握されていない ○休日・夜間にトラブルが生じた場合の対応体制がない ○医療機器の安全使用に向けた取り組みがなされていない |
| 3.1.8 | 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○洗浄時や搬送時の汚染拡散防止に配慮されていない ○滅菌の質が確認されていない ○既滅菌医療器材が使用前に再汚染される可能性がある |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○病院の機能に応じて病理医が確保されていない ○必要時に術中迅速検査が実施されていない ○病理診断の記録や標本が適切に保管・管理されていない |
| 3.2.2 | 放射線治療機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○放射線治療医および専門資格を有する技術者による治療計画の作成とシミュレーションが行われていない ○放射線治療医により計画線量が確認されていない ○放射線治療機器の保守・管理および点検・校正が適切に行われていない ○放射線治療用同位元素が適切に管理されていない |
| 3.2.3 | 輸血・血液管理機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○責任医師が実際に輸血業務を監督・指導していない ○必要時に輸血用血液製剤がタイムリーに使用できない ○輸血用血液製剤が適切に保管・管理されていない ○出庫された製剤を速やかに使用しなかった場合の対応が適切でない ○使用された製剤のロット番号が適切に記録・保存されていない ○輸血用血液製剤の使用状況が把握・検討されていない |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○患者安全に配慮したスケジュール管理が行われていない ○術野に応じた清潔管理が適切に行われていない ○常態として、麻酔科医が麻酔中に患者から離れることがある ○術中の患者観察が適切に行われていない ○麻酔から回復時の観察が適切に行われていない |
| 3.2.5 | 集中治療機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○常時(24時間365日)対応する医師がいない ○病院の機能に応じた人工呼吸器、呼吸循環動態監視装置、輸液ポンプが整備されていない ○入退室基準が明確になっていない ○入退室基準が遵守されていない |
| 3.2.6 | 救急医療機能を適切に発揮している | <ul style="list-style-type: none"> ○病院の機能に応じた受け入れ方針が明確になっていない ○病院の機能に応じた救急対応の職員が決められていない(時間外も含める) ○自院での受け入れが困難な場合に適切に対応されていない ○緊急入院を必要とする患者が円滑に入院できない ○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可能性を適切に検討し、疑いのある場合に報告していない |

| 第4領域 理念達成に向けた組織運営 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------------------|------------------------------|--|
| 4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ | | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にしている | ○理念と基本方針のいずれも明文化されていない |
| 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している | ○病院幹部職員が現在抱えている病院の課題を認識していない ○課題解決に向けた手立てが講じられていない |
| 4.1.3 | 効果的・計画的な組織運営を行っている | ○組織図や職務分掌が明確にされていない ○組織が計画立案、実施、達成度評価のサイクルで運営されていない |
| 4.1.4 | 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している | ○診療情報が真正性を確保された状態で保存されていない ○診療情報が法令で定められた期間保存されていない ○保存されている情報を容易に見ることができない ○患者の診療に関する情報の二次的な活用が全くなされていない |
| 4.1.5 | 文書を一元的に管理する仕組みがある | ○病院として文書を一元的に把握し管理する仕組みがない |
| 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 | ○医療法による標準人員が満たされていない ○届け出た施設基準の必要人員が満たされていない ○業務量に見合った人員が確保されていない |
| 4.2.2 | 人事・労務管理を適切に行っている | ○就業規則等の整備が不十分である ○就業規則等が労働基準監督署に届出されていない ○採用、昇進・昇格、異動などの人事管理が適切に行われていない |
| 4.2.3 | 職員の安全衛生管理を適切に行っている | ○衛生委員会が開催されていない ○健康診断の受診率が低い ○労働中の事故について労災保険(公務災害)の適用が行われていない ○必要な職員のワクチン接種が行われていない ○職場環境の適切性が担保されていない(EOG、ホルムアルデヒド、抗がん剤等) |
| 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 | ○職員が意見を述べる機会もなく、要望が把握されていない |
| 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 | ○医療安全、感染制御に関する教育・研修が定期的に行われていない ○必要に応じた教育・研修の実績がない |
| 4.3.2 | 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている | ○人材育成の仕組みがない |
| 4.3.3 | 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている | ○指導医による研修医の教育が適切に行われていない |
| 4.3.4 | 学生実習等を適切に行っている | ○実習生の教育が適切に行われていない ○実習中の事故等に対応する仕組みがない |
| 4.4 経営管理 | | |
| 4.4.1 | 財務・経営管理を適切に行っている | ○財務諸表、予算書が作成されていない ○会計を監査する実効的な仕組みがない |
| 4.4.2 | 医事業務を適切に行っている | ○レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応が適切に行われていない ○未収金管理の手順が定められておらず、対応されていない |
| 4.4.3 | 効果的な業務委託を行っている | ○業務委託契約が適切に行われていない ○委託による業務の質や経済効果が確認されていない |
| 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 | ○施設・設備の必要な保守管理が行われていない ○廃棄物の処理が適切に行われていない |
| 4.5.2 | 物品管理を適切に行っている | ○病院の規模・機能に見合った内部牽制機能が働くシステムがとられていない ○棚卸が実施されていない ○各部門における在庫物品の適正量に関する検討が行われていない |
| 4.6 病院の危機管理 | | |
| 4.6.1 | 災害時の対応を適切に行っている | ○防災マニュアルが整備されていない ○防災訓練が定期的に行われていない ○病院の機能に応じた停電時の対応体制が整備されていない |
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | ○休日・夜間の施錠管理、院内巡視が行われていない ○緊急時の連絡・応援体制が明確にされていない |
| 4.6.3 | 医療事故等に適切に対応している | ○医療事故発生時の対応手順が適切に整備されていない ○原因究明と再発防止に向けた組織的な検討が行われていない |

《副機能：一般病院1》

| 第2領域 良質な医療の実践1 | C評価となりうる状況(例) |
|--|--|
| 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 | ○待ち時間短縮への努力がない |
| 2.2.2 かかりつけ医機能としての外来診療を適切に行っている | ○自科あるいは他科、他院と共同で患者を診療していない |
| 2.2.3 地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている | ○対応基準に沿った患者の受け入れが行われていない |
| 2.2.4 診断的検査を確実・安全に実施している | ○リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない |
| 2.2.5 適切な連携先に患者を紹介している | ○患者のニーズ・状態に応じた連携先に患者を紹介していない |
| 2.2.6 入院の決定を適切に行っている | ○入院の適応が適切に判断されていない |
| 2.2.7 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | ○診療計画が患者に説明されておらず、同意が得られていない |
| 2.2.8 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | ○患者・家族の多様な相談ニーズに対応できていない |
| 2.2.9 患者が円滑に入院できる | ○円滑な入院に向けた支援や説明がない |
| 2.2.10 医師は病棟業務を適切に行っている | ○患者の病状に応じた必要な診察が行われていない |
| 2.2.11 看護師は病棟業務を適切に行っている | ○基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない |
| 2.2.12 投薬・注射を確実・安全に実施している | ○抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない |
| 2.2.13 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | ○ガイドラインに沿った輸血が行われていない |
| 2.2.14 周術期の対応を適切に行っている | ○手術および麻酔に関する説明と同意が行われていない ○術後の状態に合わせた患者ケアが行われていない |
| 2.2.15 重症患者の管理を適切に行っている | ○患者の重症度に応じた病床の選択が行われていない |
| 2.2.16 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | ○発生リスクの評価が行われていない |
| 2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている | ○必要な患者に栄養食事指導が行われていない |
| 2.2.18 症状などの緩和を適切に行っている | ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |
| 2.2.19 リハビリテーションを確実・安全に実施している | ○必要な患者にリハビリテーションが行われていない |
| 2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | ○回避・軽減・解除に向けた取り組みがない |
| 2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている | ○退院に向けての多職種による検討が行われていない |
| 2.2.22 必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している | ○退院後の継続療養が行われていない |
| 2.2.23 ターミナルステージへの対応を適切に行っている | ○患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない |

《副機能:リハビリテーション病院》

| 第2領域 良質な医療の実践1 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|--------------------------|---|
| 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 | ○患者の病態・緊急性に適切に対応していない ○待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | ○外来診療プロセス(情報収集・診断・診療計画・治療の実施等)が適切に行われていない ○外来における説明と同意が適切に行われていない ○診療情報が共有されず、有効に活用されていない |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | ○患者の症状に応じて検査が実施されていない ○侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない ○リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない ○検査中の緊急時の対応手順が整備されていない |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | ○患者の受け入れに関する方針・入院判定基準が明確化されていない ○入院の適応が適切に判断されていない ○患者・家族の意向と希望の確認がなされていない |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | ○病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている ○患者の病態に応じた診断・評価が適切になされていない ○原因疾患や併存症、合併症の悪化・再発、二次障害の発生などの防止に配慮した診療計画が作成されていない ○患者の希望や家族の意向を把握した治療方針と目標の設定がなされていない ○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない |
| 2.2.6 | リハビリテーションプログラムを適切に作成している | ○リハビリテーションに関する初期評価が適切に行われていない ○各職種ごとの評価に基づくリハビリテーション計画が作成されていない ○必要に応じたリハビリテーション計画の見直しが行われていない ○多職種を交えた定期的なカンファレンスが実施されていない |
| 2.2.7 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | ○患者・家族の多様な相談ニーズに対応できていない |
| 2.2.8 | 患者が円滑に入院できる | ○円滑な入院に向けた支援や説明がない |
| 2.2.9 | 医師は病棟業務を適切に行っている | ○リハビリテーションに関する適切な指示・処方が行われていない ○必要な回診の実施とリハビリテーションの実施状況の把握がなされていない ○患者・家族との定期的な面談が行われていない |
| 2.2.10 | 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている | ○基礎疾患を含めた全身状態の把握が適切に行われていない ○日常生活活動の実行状況の定期的な評価が行われていない ○患者の活動度を向上させるための日常生活援助が行われていない ○患者・家族の心理的・社会的ニーズの把握と援助がなされていない |
| 2.2.11 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | ○抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない ○必要な薬剤の投与時に安全確認(患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など)が行われていない ○必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない |
| 2.2.12 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | ○輸血の適用が検討されていない ○輸血・血液製剤投与に関する説明と同意が行われていない ○投与前の安全確認が行われていない ○投与中・投与後の患者の状態の観察と記録が行われていない |
| 2.2.13 | 周術期の対応を適切に行っている | ○手術および麻酔の適用が検討されていない ○手術および麻酔に関する説明と同意が行われていない ○術前の全身状態の評価とそれに伴う安全対策がとられていない ○患者の搬送が安全に行われていない ○術直前の安全確認(患者・手術部位確認等)が手順通りに行われていない ○術後の状態に合わせた患者ケアが行われていない ○診療科間、看護部署間の申し送りが円滑に行われていない |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | ○発生リスクの評価が行われていない ○リスクに応じた必要な予防策がとられていない ○褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | ○栄養状態の評価とその対応がなされていない ○摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない ○必要な患者に栄養食事指導が実施されていない ○必要な患者に適切な治療食等が提供されていない ○栄養方法の選択が適切に行われていない |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている | ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |
| 2.2.17 | 理学療法を確実・安全に実施している | ○理学療法の専門性に基づき初期評価・再評価などが適切に行われていない ○評価に基づいた理学療法が系統的に行われていない ○訓練効果が客観的に評価されていない ○評価・プログラムの実施内容などが適切に記録されていない |
| 2.2.18 | 作業療法を確実・安全に実施している | ○作業療法の専門性に基づき初期評価・再評価などが適切に行われていない ○評価に基づいた作業療法が系統的に行われていない ○訓練効果が客観的に評価されていない ○評価・プログラムの実施内容などが適切に記録されていない |

| | | |
|--------|---------------------------|--|
| 2.2.19 | 言語聴覚療法を確実・安全に実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○言語聴覚療法の専門性に基づき初期評価・再評価などが適切に行われていない ○評価に基づいた言語聴覚療法や摂食・嚥下訓練が系統的に行われていない ○訓練効果が客観的に評価されていない ○評価・プログラムの実施内容が適切に記録されていない |
| 2.2.20 | 生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している | <ul style="list-style-type: none"> ○訓練の視点を取り入れたケアが実践されていない ○生活機能の維持・向上を目指したケアが展開されていない |
| 2.2.21 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○身体抑制が適切に適用されていない ○身体抑制中の患者の状態・反応の観察頻度が少ない ○身体抑制の必要性和リスクについて、説明と同意が行われていない ○回避・軽減・解除に向けた取り組みがない |
| 2.2.22 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○多職種による退院計画の検討・立案がなされていない ○退院計画に関する説明と同意が適切に行われていない ○退院後の生活やリハビリテーションに関する指導・支援が行われていない |
| 2.2.23 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○退院後の継続療養が実施されていない ○(自院で在宅療養を実施していない場合)在宅療養サービスにつなげていない |

《副機能:慢性期病院》

| 第2領域 良質な医療の実践1 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|-----------------------------|---|
| 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 | ○患者の病態・緊急性に適切に対応していない ○待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | ○外来診療プロセス(情報収集・診断・診療計画・治療の実施等)が適切に行われていない ○外来における説明と同意が適切に行われていない ○診療情報が共有されず、有効に活用されていない |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | ○患者の症状に応じて検査が実施されていない ○侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない ○リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない ○検査中の緊急時の対応手順が整備されていない |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | ○患者の受け入れに関する方針・入院判定基準が明確でない ○患者の状態、社会的因子、患者の希望への配慮がなされていない ○入院判定に多職種が関与していない |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | ○病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている ○診療計画に患者本人もしくは家族の要望が反映されていない ○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない |
| 2.2.6 | 診療計画と連携したケア計画を作成している | ○診療計画の内容がケア計画に反映されていない ○多職種による検討がなされていない ○ケア計画に患者本人もしくは家族の要望が反映されていない ○定期的な評価と必要に応じたケア計画の見直しが行われていない |
| 2.2.7 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | ○患者・家族の多様な相談ニーズに対応できていない |
| 2.2.8 | 患者が円滑に入院できる | ○円滑な入院に向けた支援や説明がない |
| 2.2.9 | 医師は病棟業務を適切に行っている | ○患者の病状に応じた必要な診察が行われていない ○必要な診療指示が速やかに出されていない ○患者・家族からの面談要請に応じていない |
| 2.2.10 | 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている | ○病態に応じた基本的なケアが実施されていない ○患者・家族の心理的・社会的ニーズが把握されていない ○基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない |
| 2.2.11 | 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている | ○代謝障害など身体疾患が適切に管理されていない ○栄養障害の基本的な管理が実践されていない ○精神症状の把握とそれへの対応が適切になされていない |
| 2.2.12 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | ○抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない ○必要な薬剤の投与時に安全確認(患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など)が行われていない ○必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない |
| 2.2.13 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | ○輸血の適性が検討されていない ○輸血・血液製剤投与に関する説明と同意が行われていない ○投与前の安全確認が行われていない ○投与中・投与後の患者の状態の観察と記録が行われていない |
| 2.2.14 | 重症患者の管理を適切に行っている | ○患者の重症度に応じた病床の選択が行われていない ○患者の重症度に応じた診療・ケアが行われていない |
| 2.2.15 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | ○発生リスクの評価が行われていない ○リスクに応じた必要な予防策がとられていない ○褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない |
| 2.2.16 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | ○栄養状態の評価とその対応がなされていない ○摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない ○必要な患者に栄養食事指導が実施されていない ○必要な患者に適切な治療食等が提供されていない ○栄養方法の選択が適切に行われていない |
| 2.2.17 | 症状などの緩和を適切に行っている | ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |
| 2.2.18 | 慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている | ○摂食・嚥下機能の維持・向上に取り組んでいない ○排泄機能の維持・向上に取り組んでいない ○移動能力の維持・向上に取り組んでいない ○認知機能の評価と配慮がなされていない ○コミュニケーション能力の維持・向上に取り組んでいない ○必要に応じた他科の医師などの関与がない |
| 2.2.19 | 療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる | ○患者の生活リズムの確立と日常生活動作の自立に向けた援助がなされていない ○認知機能や患者の特性に配慮した援助がなされていない ○社会や家族との接点を保つ配慮がない ○患者のアクティビティを高める取り組みがなされていない |

| | | |
|--------|-------------------------|--|
| 2.2.20 | 身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○身体抑制を行わないことを前提とした方針が遵守されていない ○回避・軽減・解除に向けた取り組みがない ○身体抑制・行動制限の切迫性・非代替性・一時性の評価が行われていない ○身体抑制中の患者の状態・反応の観察頻度が少ない ○身体抑制の必要性とリスクについて、説明と同意が行われていない |
| 2.2.21 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○在宅復帰の可能性について多職種による検討が行われていない ○退院計画に関する患者・家族の意向が把握されていない ○退院後の日常生活の自立に向けた指導・支援が行われていない |
| 2.2.22 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○退院後の継続療養が実施されていない ○(自院で在宅療養を実施していない場合)在宅療養サービスにつなげていない |
| 2.2.23 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○ターミナルステージの判定が適切に行われていない ○患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない |

《副機能:精神科病院》

| 第2領域 良質な医療の実践1 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|---------------------------------------|--|
| 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 | ○患者の病態・緊急性に適切に対応していない ○待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | ○外来診療プロセス(情報収集・診断・診療計画・治療の実施等)が適切に行われていない ○外来における説明と同意が適切に行われていない ○診療情報が共有されず、有効に活用されていない |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | ○患者の症状に応じて検査が実施されていない ○侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない ○リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない ○検査中の緊急時の対応手順が整備されていない |
| 2.2.4 | 任意入院の管理を適切に行っている | ○入院時の精神医学的診察において同意能力の評価が行われておらず、その記載がない ○告知書、同意書の様式が法の定めた要件を満たしていない ○任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明と同意、記録、周知が行われていない |
| 2.2.5 | 医療保護入院の管理を適切に行っている | ○精神保健指定医により病状が評価されていない ○精神保健指定医による医療保護入院の必要性についての診断根拠が診療録から確認できない ○医療保護入院、応急入院に関する必要な手続きと届け出が行われていない |
| 2.2.6 | 措置入院の管理を適切に行っている | ○措置患者が閉鎖病棟で処遇されていない ○入院形態を変更するための検討や努力が行われていない ○措置入院に関する必要な手続きと届け出が行われていない |
| 2.2.7 | 医療観察法による入院の管理を適切に行っている | 【鑑定入院の場合】 ○運営指針、治療指針、安全管理マニュアルが作成されていない 【医療観察法による入院の場合】 ○運営指針、治療指針、安全管理マニュアルが作成されていない ○外部評価会議(年2回程度)、運営会議(月1回)、治療評価会議(週1回)、倫理会議(原則月2回)が開催されていない ○多職種チームによる治療プログラムの開発・実施が行われていない |
| 2.2.8 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | ○病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている ○診療計画が患者に説明されておらず、同意が得られていない ○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない |
| 2.2.9 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | ○患者・家族の多様な相談ニーズに対応できていない |
| 2.2.10 | 患者が円滑に入院できる | ○円滑な入院に向けた支援や説明がない |
| 2.2.11 | 入院中の処遇(通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限)に適切に対応している | ○閉鎖病棟に入院している任意入院患者の開放的な処遇がされていない ○郵便物の遅滞ない受発信が行われていない ○電話通信の手段がない ○面会・電話の制限の理由が患者に説明されていない |
| 2.2.12 | 医師は病棟業務を適切に行っている | ○患者の病状に応じた必要な診察が行われていない ○必要な診療指示が速やかに出されていない ○患者・家族からの面談要請に応じていない |
| 2.2.13 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | ○病態に応じた基本的なケアが実施されていない ○患者・家族の心理的・社会的ニーズが把握されていない ○基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない |
| 2.2.14 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | ○抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない ○必要な薬剤の投与時に安全確認(患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など)が行われていない ○必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない ○抗精神病薬が多剤・大量処方されている患者の処方内容について検討されていない ○抗精神病薬の効果や副作用の発現について多職種での検討が行われていない |
| 2.2.15 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | ○輸血の適用が検討されていない ○輸血・血液製剤投与に関する説明と同意が行われていない ○投与前の安全確認が行われていない ○投与中・投与後の患者の状態の観察と記録が行われていない |
| 2.2.16 | 電気けいれん療法(ECT治療)を適切に行っている | ○基準・手順が明確にされていない ○電気けいれん療法(ECT治療)に関する十分な説明が行われておらず、同意書が作成されていない ○急変を想定した準備が行われていない |
| 2.2.17 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | ○発生リスクの評価が行われていない ○リスクに応じた必要な予防策がとられていない ○褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない |
| 2.2.18 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | ○栄養状態の評価とその対応がなされていない ○摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない ○必要な患者に栄養食事指導が実施されていない ○必要な患者に適切な治療食等が提供されていない ○栄養方法の選択が適切に行われていない |
| 2.2.19 | 症状などの緩和を適切に行っている | ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |

| | | |
|--------|----------------------------------|--|
| 2.2.20 | 急性期(入院初期～回復期)のリハビリテーションを適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーションの必要性の評価が行われていない ○適応のある患者にリハビリテーションが実施されていない ○訓練計画・目標設定に患者の希望、社会的背景等が配慮されていない ○日常生活上の援助が行われていない ○ADLの自立と維持の配慮がなされていない |
| 2.2.21 | 慢性期のリハビリテーションを適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○生活能力の評価が行われていない ○適応のある患者にリハビリテーションが実施されていない ○訓練計画・目標設定に患者の希望、社会的背景等が配慮されていない ○社会復帰に向けた目標・訓練計画(プログラム)が設定されていない ○病状に応じた、あるいは定期的な評価が行われていない ○ADLの自立と維持の配慮がなされていない |
| 2.2.22 | 隔離を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○隔離に関する基本的対応手順や方法が明文化されておらず、周知されていない ○少なくとも1日に1回医師の診察が行われていない ○頻回(1時間に2回以上)に観察が行われておらず、その記録がない ○職員との意思伝達が円滑にできる環境・仕組みがない ○隔離実施中の患者に関する多職種のカンファレンスが頻回に開催されていない ○行動制限最小化委員会が開催されておらず、委員会での検討に基づいて隔離を減らした事例が蓄積されていない |
| 2.2.23 | 身体拘束を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○身体拘束に関する基本的な方針や手順が明文化されておらず、周知されていない ○医師による頻回な診察が行われていない ○頻回(1時間に4回以上)な観察記録がない ○身体拘束実施中の患者に関する多職種のカンファレンスが頻回に開催されていない ○行動制限最小化委員会が開催されておらず、委員会での検討に基づいて身体拘束を減らした事例が蓄積されていない |
| 2.2.24 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○退院の計画が患者・家族に説明されていない ○退院に向けての多職種による検討が行われていない ○患者・家族の意向が把握されていない |
| 2.2.25 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <ul style="list-style-type: none"> ○退院後の継続療養が実施されていない ○(自院で在宅療養を実施していない場合)在宅療養サービスにつなげていない ○(精神科デイケア等を実施している場合)定期的な計画の評価が行われていない |
| 2.2.26 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none"> ○ターミナルステージの判定が適切に行われていない ○患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない |

《副機能:緩和ケア病院》

| 第2領域 良質な医療の実践1 | | C評価となりうる状況(例) |
|----------------|----------------------------------|--|
| 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 | ○患者の病態・緊急性に適切に対応していない ○待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | ○外来における説明と同意が適切に行われていない ○診療情報が共有されず、有効に活用されていない ○外来診療プロセス(情報収集・診断・診療計画・治療の実施等)が適切に行われていない |
| 2.2.3 | 地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている | ○対応基準に沿った患者の受け入れが行われていない |
| 2.2.4 | 緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している | ○患者に負担のかかる検査の説明と同意が適切に行われていない ○患者に負担のかかる検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない ○検査中の緊急時の対応手順が整備されていない |
| 2.2.5 | 入院の決定を適切に行っている | ○患者の受け入れに関する方針・入院判定基準が明確でない ○患者の状態(病態や推定予後)、社会的因子、家庭環境、患者の希望への配慮がなされていない ○入院判定に多職種が関与していない |
| 2.2.6 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | ○病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている ○診療計画に患者・家族の要望が反映されていない ○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない |
| 2.2.7 | 診療計画と連携したケア計画を作成している | ○診療計画の内容がケア計画に反映されていない ○多職種による検討がなされていない ○ケア計画に患者・家族の要望が反映されていない ○定期的な評価と必要に応じたケア計画の見直しがなされていない |
| 2.2.8 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | ○患者・家族の多様なニーズに応じた相談ができていない |
| 2.2.9 | 患者が円滑に入院できる | ○患者の円滑な入院に向けた取り組みがない |
| 2.2.10 | 医師は病棟業務を適切に行っている | ○患者の病状に応じた必要な診察が行われていない ○必要な診療指示が速やかに出されていない ○患者・家族からの面談要請に応じていない |
| 2.2.11 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | ○病態に応じた基本的なケアが実施されていない ○基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない |
| 2.2.12 | 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている | ○患者・家族の身体的・精神心理的・社会的・スピリチュアルなニーズが把握されず、援助されていない |
| 2.2.13 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | ○ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない ○必要な薬剤の投与時に安全確認(患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など)が行われていない ○必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない |
| 2.2.14 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | ○輸血の適用が検討されていない ○輸血・血液製剤投与に関する説明と同意が行われていない ○投与前の安全確認が行われていない ○投与中・投与後の患者の状態の観察と記録が行われていない |
| 2.2.15 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | ○発生リスクの評価が行われていない ○リスクに応じた必要な予防策がとられていない ○褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない |
| 2.2.16 | 栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている | ○栄養状態の評価とその対応がなされていない ○必要な患者に栄養食事指導が実施されていない ○必要な患者に適切な治療食等が提供されていない ○栄養方法の選択が適切に行われていない ○患者の状態や家族を含めた様々な個別のニーズに基づいた対応がされていない |
| 2.2.17 | 症状緩和を適切に行っている | ○疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない |
| 2.2.18 | リハビリテーションを適切に行っている | ○患者の病態やニーズに応じて、必要なリハビリテーションが行われていない |
| 2.2.19 | 自律支援およびQOL向上に向けて取り組んでいる | ○患者の生活リズムの確立と日常生活動作の自立・自律に向けた援助がなされていない ○認知機能や患者の特性に配慮した援助がなされていない ○社会や家族との接点を保つ配慮がない ○患者のQOLを高める取り組みがなされていない |
| 2.2.20 | 身体抑制を回避するための努力を行っている | ○身体抑制を行わないことを前提とした方針が遵守されていない ○回避に向けた取り組みがない ○身体抑制・行動制限の切迫性・非代替性・一時性の評価が行われていない ○身体抑制中の患者の状態・反応の観察頻度が少ない ○身体抑制の必要性とリスクについて、説明と同意が行われていない |

| | | |
|--------|------------------------|---|
| 2.2.21 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none">○在宅復帰の可能性について多職種による検討が行われていない○退院計画に関する患者・家族の意向が把握されていない○社会的資源を活用する体制がない○退院判定とその記録が適切に行われていない○退院の際に必要な物品や書類が準備されていない○退院後の支援体制に関する説明が行われていない |
| 2.2.22 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <ul style="list-style-type: none">○退院後の継続療養が実施されていない○(自院で在宅療養を実施していない場合)在宅療養サービスにつなげていない |
| 2.2.23 | 臨死期への対応を適切に行っている | <ul style="list-style-type: none">○臨死期の判定が適切に行われていない○患者・家族の意向を踏まえた臨死期のケアが行われていない○必要に応じた遺族ケアが行われていない |