

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。

評価項目のうち、*(アスタリスク)が付されている項目は、審査体制区分3または4の病院に適用される項目ですが、それ以外の病院が自己評価してもまったく構いません。また *が付されている項目は、地域での役割や開設者の性格などに応じて適宜、評価を行う項目です。

小項目は3段階で評点します。それらは概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。それらは概ね次のような評点結果を表します。

- 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

第5領域(5.1~5.8)の評価項目は、ケアプロセス項目となっていますので、病棟数分コピーし、病棟ごとに自己評価をして下さい。

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(評価非該当)”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特に努力されている点や苦勞されている点、特徴的な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。

この調査票の記入上でさらにご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。

- 記 -

財団法人日本医療機能評価機構

TEL: 03-5217-2321

FAX: 03-5217-2328

1 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針

1.1.1 理念および基本方針が確立されている

(5・4・3・2・1・NA)

1.1.1.1 理念および基本方針が明文化されている

(a・b・c・NA)

- ①理念が明文化されている
- ②基本方針が明文化されている

1.1.1.2 基本方針は病院運営上の目標を明確にして策定されている

(a・b・c・NA)

- ①病院の機能に見合った方針が策定されている
- ②基本方針の内容は理解しやすい

療養 ☞ ◇地域において質の高い高齢者の医療とケアを展開することなどが、基本方針に含まれていることが望ましい

1.1.1.3 理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることがらが文言に表されている

(a・b・c・NA)

- ①患者の権利、患者の尊厳、患者中心の医療を重視する文言が含まれている

精神 ☞ ◇精神障害者の偏見を取り除くような姿勢や、権利を擁護する考え方が、理念や基本方針から確認できる

療養 ☞ ◇高齢者や痴呆患者、あるいは難病等の患者の人権尊重や権利擁護についての配慮も必要である

1.1.1.4 基本方針は定期的に見直されている

(a・b・c・NA)

- ①年に1回は見直し・検討がなされている

☞ ◇基本方針の内容が陳腐化していなければよい

1.1.2 理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇精神障害者社会復帰施設、家族会および社会復帰関連施設へも浸透させる努力をしている

1.1.2.1 理念および基本方針を組織内に浸透させる努力と工夫がなされている

(a・b・c・NA)

- ①職員の目にとまる所に掲示されている
- ②院内ニュース、広報誌、職員ネームカードの裏への印刷、院内LAN、採用時オリエンテーション時の説明などの方法がとられている

1.1.2.2 理念および基本方針を院外に浸透させる努力と工夫がなされている

(a・b・c・NA)

- ①患者の目にとまる所に掲示されている
- ②病院パンフレット、入院案内、広報誌、ホームページ等に記載されている

1.2 病院の役割と将来計画

1.2.1 地域における病院の役割・機能が明確になっている

(5・4・3・2・1・NA)

1.2.1.1 地域におけるニーズがデータに基づいて把握されている

(a・b・c・NA)

- ①地域医療に関するデータを収集する部署または担当者が決められている
- ②地域ニーズに関するデータが、適時収集されている
- ③地域ニーズに関するデータが、分析されている

☞ ◇診療圏内の人口動態や高齢化率、救急搬送の状況、衛生統計などがデータとして把握されている

精神 ☞ ◇自院の属する障害福祉圏域や、都道府県及び市町村の「障害者計画」に対応した精神障害者サービスを行っている

療養 ☞ ◇地域の高齢者福祉や障害者福祉などに関する状況も把握している

1.2.1.2 地域における自院の役割・機能が適切に設定されている

(a・b・c・NA)

- ①役割・機能が明文化されている
- ②役割・機能は適切である

☞ ◇病院案内や基本方針、事業計画により判断する

1.2.2 将来計画が策定されている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇中・長期計画はグループの法人本部や行政機関(公的病院の場合)が作成したものでもよいが、内容が具体的であり、病院としての意見が取り入れられる仕組みがある
- ◇また、病院としての周知の努力を評価する

1.2.2.1 中・長期計画が策定されている

(a・b・c・NA)

- ①2年以上の先を計画した中・長期計画書がある

☞ ◇中・長期計画とは経営目標、活動計画、数値計画、部門方針などに関連するものをいう

◇1.4.2.1との整合

* 1.2.2.2 中・長期計画の策定が組織的に行われている

(a・b・c・NA)

- ①中・長期計画を策定するプロセスが明確である
- ②各部署の責任者は会議・委員会などを通じて、中・長期計画の策定に参加している

1.2.2.3 中・長期計画を院内に周知する努力がなされている

(a・b・c・NA)

- ①中・長期計画は職員に周知されている

☞ ◇1.3.1.1との整合

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.1 病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------------------	----------------

☞ ◇病院管理者・幹部とは病院長、副院長、部長級の職員を指す

療養 ☞ ◇高齢者や障害者への医療やケアについて、病院幹部の基本的な考え方を確認し、病院の理念・基本方針の策定や見直しの際にどのように反映しているのか評価する

1.3.1.1 職員の労働意欲を高める組織運営を行っている (a・b・c・NA)

- ①病院管理者・幹部は病院運営の将来像を示している
- ②病院管理者・幹部は病院運営の活性化に努力している

1.3.1.2 病院運営上の問題点をよく把握している (a・b・c・NA)

- ①病院の現状の問題点を説明できる
 - ②対応すべき課題を明確にしている
 - ③地域の医療環境や医療全般の問題を把握している
- ☞ ◇面接時の回答など、全体を通して判断する
◇地域の医療関係団体への関与も参考にする

1.3.1.3 主要な問題について解決策を決断し実行している (a・b・c・NA)

- ①主要な問題の解決に向けた方策の検討に積極的に関わっている
 - ②必要な会議や委員会を設置して機能させている
- ☞ ◇会議や委員会等の設置と活動状況などを記録で確認する
◇1.3.1.2で提示された問題点の解決策を確認する

* 1.3.1.4 改善結果を評価し一層の活性化を図っている (a・b・c・NA)

- ①改善結果を評価する仕組みがある
- ②評価した結果を次の改善につなげている

1.3.1.5 医療の質・安全の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している (a・b・c・NA)

- ①医療の質・安全を向上させる方針が示されている
 - ②そのための具体的な課題や目標を明確にしている
 - ③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主導的に関わっている
- ☞ ◇委員会や活動の場の設定と運用状況などを記録で確認する
◇2.4.1、4.1.7、4.2.6との整合

療養 ☞ ◇高齢者や障害者などへの医療とケアの質や安全への質を、具体的にどう高めようとしているかを評価する

1.3.1.6 業務の効率化と経営改善に向けた取り組みに指導力を発揮している (a・b・c・NA)

- ①業務の効率化や経営改善の方針を明確にしている
 - ②現状を把握し具体的な課題や目標を明確にしている
 - ③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主導的に関わっている
- ☞ ◇委員会などの取り組み体制の設定とその運用状況などを記録で確認する
◇6.2.4.3との整合

1.4 病院組織の運営

1.4.1 病院は組織規程に基づいて運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	----------------

1.4.1.1 組織運営の基本を定めた規程がある (a・b・c・NA)

- ①規程がある
- ②改定履歴を確認できる

☞ ◇定款・寄附行為またはそれに準じる基本規程、適切な見直しなどを確認する

1.4.1.2 運営方針と経営的意思を決める会議体があり、定期的に開催されている (a・b・c・NA)

- ①病院の意思決定会議が明確にされている
- ②会議は毎月1回以上開催されている
- ③会議の議事録が作成されている

☞ ◇ここでは病院としての運営方針を決定する会議の実態を問う

1.4.1.3 病院の組織的な構造と機能および指揮命令系統が明確に示された組織図がある (a・b・c・NA)

- ①病院の実態にあった組織図がある
- ②組織図は指揮命令系統が明確である

☞ ◇指揮命令系統が職員に理解されやすい組織図であるかを確認する
◇組織の構成内容は、ここでは評価の対象としないで、各部門の項目で評価する

* 1.4.1.4 職務分掌・職務規程・会議規程などがあり組織運営の責任と権限が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①各担当の仕事の内容を規定した文書がある
- ②各種委員会の規程がある
- ③各担当の責任と権限の範囲が明確である

☞ ◇4.1.2.3、4.2.2.1との整合

1.4.2 組織運営が計画的になされている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	----------------

1.4.2.1 年次事業計画が策定されている (a・b・c・NA)

- ①年次事業計画書がある
- ②年次事業計画は過去3年分が確認できる

☞ ◇裏付けの確認(予算・資金、中・長期計画、人員配置)

* 1.4.2.2 年次事業計画の実施経過とその結果が定期的に評価され見直されている (a・b・c・NA)

- ①年次事業計画の実施経過が定期的に評価されている
- ②年次事業計画は必要に応じて見直されている

☞ ◇定期的な評価とは年2回以上の評価をいう

* 1.4.2.3 事業計画に基づく部門・部署ごとの目標が設定されている (a・b・c・NA)

- ①部門・部署ごとの具体的な目標が設定されている
- ②目標の達成度が評価されている

☞ ◇4.1.1、4.2.1との整合

1.4.3 組織内の情報伝達が円滑に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

1.4.3.1 病院執行部の決定が全職員に伝達されている

(a・b・c・NA)

①組織運営上の機関決定した重要情報の伝達の仕組みが確立されている

- ☞ ◇ 運営会議、科長会議、院内ニュース、掲示板、院内LANの活用など
- ◇ 病院としての意思決定が職員に周知される仕組みを問う

1.4.3.2 部門内および部門間の情報伝達が円滑に行われている

(a・b・c・NA)

①部門内・部門間の情報伝達と連携の方法が確立されている

- ☞ ◇ 院内ニュース、掲示板、院内LANの活用など
- ◇ 部門をまたがる委員会・会議などの情報についての伝達を評価する

1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.1 情報管理機能が整備されている

(5・4・3・2・1・NA)

1.5.1.1 情報を管理する部署または担当者がある

(a・b・c・NA)

- ①院内の情報を統合して管理する部署または担当者がある
- ②具体的に院内のデータを収集している

1.5.1.2 患者の個人情報の守秘を確実にする方法がとられている

(a・b・c・NA)

- ①職員は患者の個人情報の守秘の重要性を認識している
- ②インターネットのセキュリティの仕組みがある
- ③院内利用におけるパスワード等のセキュリティの仕組みがある
- ④情報のダウンロードに関する取り決めがある
- ⑤外部からの問い合わせへの対応のルールがある

- ☞ ◇②については院内情報システムが外部ネットワークに接続されていなければ問題はない
- ◇個人情報の安全管理について病院内における責任体制が明確にされていることが望ましい

* 1.5.1.3 情報機能が整備され、院外の医療情報の入手や院内の情報共有が図られている

(a・b・c・NA)

- ①院外情報の入手システムがある
- ②院内LANが構築され、情報の共有が図られている

- ☞ ◇院外情報の入手では、職員がインターネットを使いやすい環境が整備されている

1.5.2 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇運営会議などで活用されている

1.5.2.1 医療活動や診療実績に関する基本的な情報が把握され報告されている

(a・b・c・NA)

- ①診療科別患者数、手術件数など診療実績に関する基本統計が定期的に作成されている
- ②作成された資料が会議等で検討され、各部門にフィードバックされている

- ☞ ◇基本的な情報とは、診療科別、行為別、病棟別、手術、検査の手術件数などの医事統計的な資料を指す

* 1.5.2.2 診療情報と会計情報を統合して分析した統計資料が作成されており、病院の運営に活かされている

(a・b・c・NA)

- ①疾患別または診断群分類別平均在院日数、平均医療費などが作成されている
- ②作成された資料が会議等で検討され病院運営に活かされている

- ☞ ◇診療情報とは医療活動や診療実績に関する基本的な情報をいう

* 1.5.2.3 医療の質に関する情報が把握され検討されている

(a・b・c・NA)

- ①疾患別または診断群分類別死亡率や術後合併症発生率など、医療の質を評価する統計が作成され、会議等で検討されている

- 療養 ☞ ◇ADLなどの生活機能の改善状況や在宅復帰率、あるいは褥瘡治癒率や身体抑制・固定の実施状況などが把握され評価・検討されている

1.6 関係法令の遵守

1.6.1 関係する法令が遵守されている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇他の領域で法令遵守が満たされない場合に整合性を持って評価する

精神 ☞ ◇精神保健福祉法についても確認する

療養 ☞ ◇老人保健法についても確認する

◇介護療養型医療施設では、介護保険法などの遵守状況も確認する

1.6.1.1 医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている

(a・b・c・NA)

①医療法の基準を満たしている

②診療報酬上の施設基準を満たしている

療養 ☞ ◇老人保健法についても確認する

◇介護保険適用施設では、介護保険法などの遵守状況も確認する

1.6.1.2 その他の法令が遵守されている

(a・b・c・NA)

①その他の各種法令を遵守している

②法令などに基づく必要な委員会が設置されている(衛生委員会、医療ガス安全管理委員会など)

☞ ◇委員会の構成などを確認する

1.6.1.3 法令遵守の努力が継続してなされている

(a・b・c・NA)

①法令に基づく指摘事項を改善している

②院内で組織的に認識され、周知・徹底し、遵守する取り組みを行っている

☞ ◇法定の標準人員に不足がある場合は過去の採用の努力を確認する

1.7 職員の教育・研修

1.7.1 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------------	----------------

☞ ◇病院全体としての体制を評価する

精神 ☞ ◇精神保健福祉法に関する教育・研修が必要である
◇7領域の評価で教育実態を評価する

1.7.1.1 全職員を対象とした教育・研修を担当する委員会または部署が定められている (a・b・c・NA)

①組織全体の教育・研修を担当する委員会・部署などがある

1.7.1.2 全職員を対象とした教育・研修計画が立てられている (a・b・c・NA)

①年間計画・プログラム・カリキュラムなどがある

☞ ◇2.1.3.4、2.4.2.4、2.6.3.1、3.1.1.3との整合

1.7.1.3 必要性の高い課題について教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

①患者の安全確保、患者の権利、患者のプライバシー保護、接遇、医療倫理などの教育が実施されている

☞ ◇2.1.3.4、2.4.2.4、2.6.3.1、3.1.1.3との整合

精神 ☞ ◇行動制限、通信・面会・電話の制限、退院請求や処遇改善要求への対応教育、などを評価する
◇患者の権利や精神科固有の権利擁護や職業倫理について、職員に周知されている
◇精神科特有の安全対策などについて手順や周知も評価する

療養 ☞ ◇高齢者や障害者などの医療とケアに関わる教育・研修が行われていることも確認する

* 1.7.1.4 院内の教育・研修の結果が評価されている	(a・b・c・NA)
-------------------------------	------------

①実施された教育・研修の結果を評価するためのアンケートや感想文など一連のプロセスがわかる記録・文書がある
②参加状況が把握されている

1.7.2 院外の教育・研修の機会が活用されている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	----------------

☞ ◇予算のみの判断では旅費・交通費などを含むかにより大きく異なるので注意する
◇職種ごとの教育・研修はそれぞれの領域で判断、ここでは全体としての評価を行う

1.7.2.1 各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている (a・b・c・NA)

①各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が支援され、予算的な裏付けがある
②学会や研修参加の出張に関する規程を明確にしている

* 1.7.2.2 参加後の出張報告などにより教育・研修内容が共有されている	(a・b・c・NA)
--	------------

①外部の教育・研修の機会に参加した場合、その教育研修内容は報告会や院内誌、年報などで共有されている

1.8 医療サービスの改善活動

1.8.1 医療サービスの改善活動が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇病院の方針に基づいた改善活動、業務改善委員会、QCサークル活動などの実態から判断する

1.8.1.1 医療サービスの質の評価・改善に組織的に取り組む体制がある

(a・b・c・NA)

①部門横断的な改善活動体制がある

☞ ◇例：業務改善委員会、QCサークル活動などについて問う

1.8.1.2 継続的な活動により医療サービスが改善されている

(a・b・c・NA)

①業務改善委員会などによる具体的な改善事例がある

* 1.8.1.3 改善の成果を評価して見直しが行われている

(a・b・c・NA)

①改善効果について評価されている

②改善の成果は発表会、院内広報などで公表されている

1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

1.9.1 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある	(5・4・3・2・1・NA)
---	----------------

1.9.1.1 地域における連携を図るための部署または担当者がある (a・b・c・NA)

- ①担当部署(地域医療連携室など)、担当者が確保されている
- ②組織図上で位置付けられている

1.9.1.2 地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている (a・b・c・NA)

- ①地域の医療機関、福祉施設の様子が把握されている
- ②連携している施設の機能が把握されている

1.9.1.3 地域の保健・医療・福祉施設などに自院の診療機能に関する情報が提供されている (a・b・c・NA)

- ①協議会・会議等において診療機能情報を提供している
- ②パンフレットや広報誌、ホームページに掲載している

☞ ◇年報、パンフレット、診療担当表などを連携施設に郵送するなどして、自院の診療機能を提供している

1.9.2 紹介患者の受け入れが適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	----------------

療養 ☞ ◇入院患者の受け入れについては、8. 1「療養病床への適切な受け入れと人権への配慮」において評価・判定するが、ここでは入院予定の患者を含めて主に外来における紹介患者への対応の全般的な状況を評価・判定する
◇特に、自院の機能に合致しないような病状の紹介患者には、他の適切な施設を紹介したり相談に応じるなどの姿勢が必要である

1.9.2.1 病院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れている (a・b・c・NA)

- ①受け入れ方針が明文化されている
- ②受け入れマニュアル・手順を整備している
- ③実績が把握されている

1.9.2.2 紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている (a・b・c・NA)

- ①紹介元施設の一覧表を作成している
- ②紹介患者の情報を一元的に管理している
- ③返答のチェックシステムがある

* 1.9.3 地域の医療機関に対して施設や医療機器が開放されている	(5・4・3・2・1・NA)
<p>* 1.9.3.1 検査受託に関する手順が整備されている (a・b・c・NA)</p> <p>①紹介患者の利便性に配慮した手順が整備されている ②実績が把握されている</p> <p>☞ ◇高額医療機器の共同利用の評価 ◇ここでは、病院間の個別の受託契約と外来患者として紹介受付をする両方のケースがあるが、いずれもその利便性と実績の把握を問う</p>	
<p>* 1.9.3.2 検査結果が迅速・的確に報告されている (a・b・c・NA)</p> <p>①専門医の報告が提出されている ②報告漏れのチェックシステムがある ③遅くとも翌日までに報告されている</p>	
<p>* 1.9.3.3 開放型病床があり、共同診療が実施されている (a・b・c・NA)</p> <p>①共同診療が実施されている ②連携医が登録されている ③実績を把握している ④登録医との症例検討会が行われている</p> <p>☞ ◇開放病床が設置されていない施設は『NA』とする</p>	
1.9.4 患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇「7.5.1」で評価する

療養 ☞ ◇急性期医療への対応に限界がある施設では、それに対応できる医療施設と緊密な連携関係を構築して、患者に必要な医療を遅滞なく提供できる体制が求められる

1.9.4.1 自院にない診療機能について適切な紹介が行われている (a・b・c・NA)

- ①自院で行えない高度な医療や専門外の医療について、紹介医療機関が明確にされている
②医学的判断に基づき紹介・転院を行っている

☞ ◇紹介については必要な診療情報が提供されている
◇自院にない診療科について他院への紹介受診または他院医師への対診依頼なども評価する

1.9.4.2 患者の療養の継続性を考慮した紹介が行われている (a・b・c・NA)

- ①紹介手順がある、あるいはマニュアルが整備されている
②組織的な検討に基づき紹介・転院を実施している
③実績を把握し評価している

1.10 地域に開かれた病院

1.10.1 地域活動に積極的に取り組んでいる

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇病院に精神保健相談窓口を設置し、精神医療と精神障害への理解を広げる努力をしている

* 1.10.1.1 地域の健康増進に寄与する活動が行われている

(a・b・c・NA)

- ①病院が主体となって講演会・健康教室・セミナー等の活動が行われている
- ②健康を増進する外部の活動に職員を派遣している

精神 ☞ ◇地域の健康教育活動や精神保健普及活動に関与している
◇保健所や行政の相談業務・健康業務などに協力している

療養 ☞ ◇地域に向けて介護技術に関する講習会などの実施状況も評価する

* 1.10.1.2 ボランティアを受け入れている

(a・b・c・NA)

- ①受け入れ方針があり、担当者・部署が明確である
- ②活動内容が明確であり諸規程が整備されている
- ③活動状況が記録され整備されている

☞ ◇地域特性、または病院の機能により、ボランティアを受け入れないという明確な方針がある場合には、この項目は『NA』として差し支えない

◇なお、ボランティア活動が職員の労働力を補うものではなく、また、一時的な「慰問」として受け入れているだけでは不十分である

1.10.2 適切な広報活動が行われている

(5・4・3・2・1・NA)

1.10.2.1 広報活動が組織的に行われている

(a・b・c・NA)

- ①広報活動を担当する部署、あるいは担当者が決められている
- ②広報活動に関する業務内容が定められている
- ③広報に関する情報が一元的に管理されている

1.10.2.2 計画的に広報活動が行われ、その内容を見直している

(a・b・c・NA)

- ①地域住民や患者向けの広報誌が定期的に発行されている
- ②ホームページが開設され、内容は定期的に更新されている
- ③広報活動と広報誌の内容は組織的に評価され、見直されている

☞ ◇広報誌の発行部数と配布方法も考慮する

1.10.2.3 自院の業務内容や診療実績を広報している

(a・b・c・NA)

- ①病院機能や対応しているサービスについて具体的に広報している
- ②診療実績について広報している

☞ ◇広告可能事項とされているものについては、広告または広報されていることが望ましい

◇診療実績の広報については、院内掲示やホームページでの紹介も評価対象とする

1.0 病院組織の運営と地域における役割

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

2 患者の権利と安全確保の体制

2.1 患者の権利と医療者の倫理

精神 ☞ ◇患者の権利や精神科固有の権利擁護や職業倫理について、職員に周知されている

2.1.1 患者の権利に関する方針が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇平等で最善の医療、安全確保、自己の医療に関わる情報の入手、説明を受ける、選択の自由、自己決定権、プライバシー保護、苦情申し立てなど

精神 ☞ ◇精神保健福祉法に沿った適切な運用が求められる

2.1.1.1 患者の権利が明文化されている

(a・b・c・NA)

①明文化されている

②内容は、一般的な人権・医療の価値観・病院の特性(役割・機能)に矛盾していない

精神 ☞ ◇精神障害者の権利を擁護する内容が含まれている

2.1.1.2 患者の権利について組織的に検討が行われている

(a・b・c・NA)

①検討の場がある

②検討した記録がある

2.1.1.3 患者の権利が患者・家族に周知されている

(a・b・c・NA)

①院内掲示・病院案内・入院(外来)案内・広報誌への掲載がなされている

2.1.1.4 患者の権利が職員に周知されている

(a・b・c・NA)

①院内掲示、教育・研修等でとりあげている

②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている

☞ ◇②については職員が携帯できるものであれば高く評価する

精神 ☞ ◇職員採用時の教育に患者人権擁護の項目があり、精神障害者に対する偏見をなくす努力や権利擁護などに取組んでいる

2.1.2 職業倫理に関する方針が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇ここでは、医療者としての信用失墜行為・職務違反行為・個人情報および秘密漏洩などを起こさないための方針を確認する

2.1.2.1 職業倫理についての検討が組織的に行われている

(a・b・c・NA)

①検討の場がある

②記録がある

2.1.2.2 職業倫理に関する方針が明文化されている

(a・b・c・NA)

①方針があり明文化している

2.1.2.3 職業倫理に関する方針が職員に周知されている

(a・b・c・NA)

①院内掲示、教育・研修等でとりあげている

②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている

2.1.3 臨床における倫理に関する方針が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇ここでは、胎児診断、人工授精、終末期医療、脳死判定、宗教に関する問題、医療行為の妥当性などについての方針を確認する

2.1.3.1 臨床における倫理について組織的に検討している (a・b・c・NA)

- ①病院の特性・機能に応じて、重要な課題を特定している
②組織的に検討する場(委員会など)がある
③検討した記録がある

2.1.3.2 臨床における倫理に関する方針が明文化されている (a・b・c・NA)

- ①明文化されている

- ☞ ◇例えば、積極的治療を希望する/しない場合、治療の中止を希望する/しない場合などへの対応

2.1.3.3 臨床における倫理に関する方針が周知されている (a・b・c・NA)

- ①院内掲示、教育・研修等でとりあげている
②職員手帳等、ハンドブック、冊子、名札などに記載されている

2.1.3.4 臨床における倫理に関する教育・研修が行われている (a・b・c・NA)

- ①全職員を対象にした教育プログラムがある
②実施された実績がある

- ☞ ◇医の倫理や医学研究、あるいは患者の権利のあり方、およびこれに関する宣言文などが課題として取り上げられていることを確認する

- 精神 ☞ ◇精神障害者に対する臨床治験や遺伝子研究については、患者や家族に対して説明と同意がある

△ 2.1.4 治験に関する倫理が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

△ 2.1.4.1 治験に関する委員会が機能している (a・b・c・NA)

- ①検討した実績がある

- ☞ ◇委員会などがいない場合は機能・役割を鑑み妥当かどうかを確認する

△ 2.1.4.2 治験に関する規程が遵守されている (a・b・c・NA)

- ①規程がある
②遵守している

- ☞ ◇行政の指針(GCP:医薬品の臨床試験の実施に関する基準)に合致していることを確認する

△ 2.1.5 臨床研究に関する倫理が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇臨床研究・疫学研究、および移植医療・遺伝子治療・生殖医療等での運用に着目する
◇運用要項や議事録で確認する
◇病院規模と機能に配慮する

△ 2.1.5.1 臨床研究に関する委員会が機能している (a・b・c・NA)

- ①検討した実績がある

△ 2.1.5.2 臨床研究に関する規程が遵守されている (a・b・c・NA)

- ①規程がある
②遵守されている

- ☞ ◇臨床研究の記録を確認する

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1 患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある (5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇パートナーシップとは、患者の主体的な参加のために、患者・家族と医療者が協同する仕組みを指す

2.2.1.1 患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明確である (a・b・c・NA)

- ①患者－医療者のパートナーシップを強化する方針が明文化されている
- ②具体的な実践方法を明示している

☞ ◇例:抗がん剤投与の際の病状の変化について患者から医療者に知らせる、薬剤投与の際は患者も自分の名前を確認する、患者が医療に参加するための患者向けの教育、患者も参加するカンファレンスを開催する、患者のための図書館、説明を受けた上で自己決定できるための支援など

2.2.1.2 患者－医療者のパートナーシップの強化について組織的に検討している (a・b・c・NA)

- ①組織的に検討する場がある
- ②検討の記録がある

☞ ◇医療の質を向上させるための委員会、倫理委員会、医療事故防止委員会などで検討されているかを確認する

2.3 説明と同意

2.3.1 説明と同意を行う体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇同意能力のない患者には保護者(または代理人)への説明がなされている

療養 ☞ ◇判断能力やコミュニケーション能力の障害者への対応が明示されている。

2.3.1.1 説明と同意についての方針が明確である

(a・b・c・NA)

- ①基本的な取り組み姿勢が明文化されている
- ②セカンドオピニオンが保証されている

☞ ◇患者の権利を尊重する方針が明確でそれに沿って説明と同意を推進することが示されているかを確認する

2.3.1.2 説明をして同意を得る手順が明確である

(a・b・c・NA)

- ①明文化されている
- ②文書で行い、両者(医師・患者ならびに立会人)の署名を行うことが示されている

療養 ☞ ◇介護保険の適用患者には施設利用契約などを正しく交わしたり、重要事項についても分かりやすく説明する手順が確立されている
 ◇重要事項とは、運営規定の概要、従業者の勤務体制、その他の患者のサービスの選択についての事項などを指す
 ◇原則として評価対象項目とし、家族の意向で入院を受入れがちな患者本人の心理的な背景についても配慮が必要である

2.3.2 患者の請求に基づく診療記録などの開示に対応している

(5・4・3・2・1・NA)

2.3.2.1 診療記録などの開示請求について検討する体制が機能している

(a・b・c・NA)

- ①組織的に検討する仕組みがある
- ②個々の事例について検討し、記録に残されている
- ③開示した実績がある

2.3.2.2 診療記録などの開示請求に関する方針と手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①基本的な取り組み姿勢が明文化されている
- ②開示請求に応ずることを明示している
- ③手順が整備されている

2.4 患者の安全確保

精神 ☞ ◇自殺や衝動行為による事故防止のため、病棟の施錠や危険物の管理などが必要である

2.4.1 安全確保のための組織体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

2.4.1.1 安全確保のための体制が明確である

(a・b・c・NA)

- ①安全確保について組織的に検討する仕組み(委員会組織)がある
- ②仕組み(委員会)が機能している
- ③責任体制が明確である

☞ ◇特定機能病院、臨床研修病院の場合は、医療安全の相談窓口についても確認する

2.4.1.2 安全確保の方針が明確である

(a・b・c・NA)

- ①医療事故防止に関する病院の姿勢が明文化されている
- ②事故発生時の方針を具体的に明示している

☞ ◇報告制度、原因究明、説明義務、透明性、患者への共感、再発防止への取り組みなどを含む

2.4.1.3 安全確保の手順が明確である

(a・b・c・NA)

- ①誤認防止についての手順がある
- ②伝達エラー防止についての手順がある
- ③安全な手技実施についての手順がある
- ④ハイリスク領域の安全確保のためのルールやプロトコルがある

☞ ◇誤ると致命的な結果をもたらしやすい領域をハイリスク領域といい、よく知られているものに、抗がん剤・抗不整脈剤・筋弛緩薬の投与、高度な内視鏡下の手術等がある

2.4.2 安全確保のための活動が行われている

(5・4・3・2・1・NA)

2.4.2.1 安全確保のための院内の情報を収集する体制がある

(a・b・c・NA)

① 病院内のアクシデント・インシデントを収集している

② 各部門の報告件数を把握している

- ☞ ◇ 報告システムが院内の取り決めとしてマニュアルや指針に明示されていることが前提となる
- ◇ 報告書は個人の責任追及のためではなく、病院システムを改善するためのものであるという認識が浸透しているかを確認する

2.4.2.2 安全確保のための院外からの情報を活用している

(a・b・c・NA)

① 行政・関係団体・学会・研究機構などの資料を収集する手段がある

② 周知する仕組みがある

- ☞ ◇ 厚生労働省、評価機構、学会、関係団体からの情報など
- ◇ その情報がどこでどう検討されているかを確認する
- ◇ 部門ごとの取り組みも確認する
- ◇ 個別の情報交換や技術研修にメーカーなどとの協力など、他の医療機関との情報交換や地域の職能ごとの取り組み(例:薬剤師、放射線技師など)の事例を聞く

2.4.2.3 収集した情報を分析し、改善策を実施している

(a・b・c・NA)

① 情報を分析し、改善策を検討している

② 改善策の事例が少なくとも1つはある

③ 改善策の効果について検討した記録がある

- ☞ ◇ 安全確保のため、業務分担、知識・技術、人員配置、資源確保、緊急時の体制なども検討しているかを確認する

2.4.2.4 安全確保のための教育・研修を実施している

(a・b・c・NA)

① 採用時に実施している

② 各職種ごとに必要な教育・研修を定期的に行っている

③ 実施した記録がある

- ☞ ◇ 病院全体で系統的な計画を立てているかを確認する

2.5 医療事故への対応

2.5.1 医療事故発生時の対応体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

療養 ☞ ◇介護保険適用病床を有する場合は、市町村が定めた要綱などに基づいた事故報告の手順が明確である

2.5.1.1 医療事故発生時の対応手順が明文化されている

(a・b・c・NA)

- ①明文化している
- ②対応時の責任体制が明確である
- ③公表する手順を明示している
- ④医療事故に関与した職員の心理的支援を行う手順を明示している

☞ ◇対応・説明・報告・記録についての手順について確認する
 ◇発生時に何をすべきか、報告のルート、夜間・休日の主治医不在時などの対応、事故が発生した場合に事態がより深刻にならないようにするための対応の手順、患者・家族に公表の同意を得ているか、プライバシーへの配慮、公表のタイミング、手段など

2.5.1.2 医療事故発生時の手順が周知されている

(a・b・c・NA)

- ①安全のマニュアルに手順が記載されている
- ②教育・研修プログラムで説明されている

2.5.1.3 医療事故発生時の手順が遵守されている

(a・b・c・NA)

- ①周知している
- ②手順に沿って対応した記録がある

2.6 病院感染管理

2.6.1 病院感染管理のための体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- 2.6.1.1 病院感染管理について組織的に検討する仕組みがある (a・b・c・NA)
- ①各部門の代表者、病院管理者、感染管理担当者からなる委員会がある
 - ②必要な知識・技術をもつ医師と看護師などを担当者として任命し、活動している
 - ③担当者への権限の委譲・財政的な支援を行っている
- 2.6.1.2 病院感染防止対策のマニュアルが整備され、活用されている (a・b・c・NA)
- ①科学的根拠に基づくマニュアルを作成し、必要な部署に配布している
 - ②定期的に改定している
- ☞ ◇組織体制、標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策を記載しているかを確認する
 - ◇病院の状況にあわせた内容であるかを確認する
- 2.6.1.3 感染経路別予防策に基づいた隔離方法が確立している (a・b・c・NA)
- ①結核が疑われる場合の対応手順(連絡・届出の体制、N95マスク、陰圧隔離室など)が整備されている
 - ②麻疹やインフルエンザなどの対応手順(早期発見、隔離など)が整備されている
- ☞ ◇陰圧隔離室は病院規模・機能によっては必須ではないが、他院へ紹介する間の個室への収容手順は必要である
- 2.6.1.4 抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある (a・b・c・NA)
- ①適切な採用抗菌薬一覧が整備されている
 - ②抗菌薬使用に関する院内指針が整備されている
 - ③特別な抗菌薬(カルバペネム系やバンコマイシンなど)を使用する際には許可制、または届出制になっている
 - ④外科的予防的投与が適正に行われるよう院内指針が定められている
- ☞ ◇抗菌薬の使用状況が定期的に医師にフィードバックされており、施設の分離菌感受性パターンに合わせて採用・配置が検討されていることを確認する

2.6.2 病院感染に対応し組織的に活動している

(5・4・3・2・1・NA)

- 2.6.2.1 自院の病院感染に関する情報を把握している (a・b・c・NA)
- ①分離菌の種類や推移を、検体の種類や病棟別に把握している
 - ②菌種別に抗菌薬感受性率をまとめている
- 2.6.2.2 自院の病院感染に関する情報を分析・評価している (a・b・c・NA)
- ①病院機能や規模に応じて、主要な病院感染率を把握している
- ☞ ◇手術部位感染率、ICUなどでの血流感染、尿路感染、肺炎感染率など包括的サーベイランス・焦点を定めたサーベイランス・目的別サーベイランスの実施状況についてもたずねる
 - ◇MRSA感染症例数のみの報告だけでは不十分である
- 2.6.2.3 病院感染の発生情報に基づき改善策を講じている (a・b・c・NA)
- ①病院感染率についての評価に基づき、改善策を検討している
 - ②改善策を実施している
 - ③対策実施後の効果を評価している
- ☞ ◇具体的な改善策の実例を確認する

2.6.3 職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------------	----------------

2.6.3.1 職員に対して採用時、およびその後、定期的に教育・研修を実施している (a・b・c・NA)

- ① 標準予防策、感染経路別予防策、職業感染事故防止などに関する教育の責任者を決めている
- ② 採用時および定期的に教育を行っている

2.6.3.2 病院感染管理に関する情報が関連部署に提供されている (a・b・c・NA)

- ① 病院感染管理に必要な情報を組織的に収集し提供する担当者がある
- ② 適切に情報を提供している

- ◇ 収集源: 雑誌、文献検索、インターネットなど
- ◇ 提供方法: ニュースレター、医局のポスター・ボードなど

2.6.4 職員への感染予防策が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	----------------

2.6.4.1 感染性疾患を予防し対策を実施する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ① 職業感染防止について検討する場がある
- ② 針刺し予防策を講じている
- ③ 曝露した場合の連絡体制が確立している

2.6.4.2 予防接種についての情報を提供している (a・b・c・NA)

- ① 予防接種についての情報を定期的に提供している

2.6.4.3 予防接種の実施状況が把握されている (a・b・c・NA)

- ① 各職員の接種状況を把握している
- ② 接種率向上のための工夫をしている
- ③ 血液・体液に触れる恐れのある職員(少なくとも医師・看護師・検査技師)にはHBVワクチン接種を行っている
- ④ 結核菌に曝露する可能性のある医師・看護師・検査技師などの各個人のツベルクリン皮内反応の状況が把握されている

2.0 患者の権利と安全確保の体制

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

3 療養環境と患者サービス

3.1 接遇と案内

3.1.1 接遇、応対に配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.1.1.1 受付や案内などの応対に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ① 受付窓口は担当者が配置されており声がかげやすい
- ② 高齢者・障害者・外国人に対する配慮がある

☞ ◇高齢者や障害者への配慮(エスコートなども)、フロアでの案内係りの配置や手話、外国人への通訳のサポート等の配慮も評価する

3.1.1.2 言葉づかいや身だしなみが適切である

(a・b・c・NA)

- ① 患者に対して丁寧な言葉を用いている
- ② 規定の制服を正しく着用し、清潔感がある

☞ ◇ここは全職員を対象とする評価項目であることに留意する
◇服装・履物・髪型・化粧・アクセサリーなどの身だしなみは、医療人としての節度が保たれている

3.1.1.3 接遇教育が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 接遇の向上を検討する委員会があり、担当者が配置されている
- ② 全職員を対象とした接遇教育が行われ記録が残されている

☞ ◇1.7.1.2、1.7.1.3との整合

3.1.2 担当者名や責任者名が紹介されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.1.2.1 職員は名札を着用している

(a・b・c・NA)

- ① 全職員が名札を着用している
- ② 名札は患者が見てわかりやすい

☞ ◇名札には職名が明記されている、委託職員も例外としない
◇名札の形状、材質や着用場所など、ケアの際に患者に危害を与えないような配慮がある

3.1.2.2 診療担当医師名が明示されている

(a・b・c・NA)

- ① 外来診療の担当医師の名前が表示されている(全体でも各科別でもよい)
- ② 入院患者に主治医名が明示されている(ベッドネーム等の利用)

☞ ◇医師が受け持ち患者に自己紹介をしていることなども評価する

3.1.2.3 各部門の責任者名が明示されている

(a・b・c・NA)

- ① 玄関もしくは外来ホールに院長、各科診療責任者、事務管理者、看護部管理者等の病院管理職者名が表示されている
- ② 各病棟の責任者名が表示されている

☞ ◇各職場で責任者やスタッフの紹介があればなおよい
◇各職場に責任者やスタッフの写真紹介があれば高く評価する

3.1.3 病院の案内・掲示が適切である

(5・4・3・2・1・NA)

3.1.3.1 外来者の案内に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①総合案内の機能があり担当者が配置されている
- ②受診案内の担当者を配置している
- ③案内は外来診療時間内は機能している

☞ ◇受診相談は別に設けている所もあり、①②が行われていればa.

3.1.3.2 必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている

(a・b・c・NA)

- ①玄関に全館の案内図が設置されている
- ②各階に案内図が設置されている
- ③院内の案内表示はわかりやすい

☞ ◇文字の大きさ、読みやすさなども考慮する
◇視覚・聴覚・言語等の障害者に対する案内も評価する

3.1.3.3 掲示物に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①掲示物はわかりやすく掲示されている(場所、貼付方法、大きさ、配列など)
- ②各掲示場所の担当者が決められており古い掲示物が漫然と貼られていない

☞ ◇掲示期間の内規などがある

3.1.3.4 案内・掲示には必要な情報が含まれている

(a・b・c・NA)

- ①医療法、施設基準等の情報提供が含まれている
- ②患者の立場を考えた情報提供が行われている

☞ ◇医療法に基づく診療担当医氏名が表示されている
◇療養担当規則で掲示が義務付けられている内容:届け出た施設基準の内容、看護体制、特定療養費、食事療養費、予防注射費用、室料差額料金、予約診療料金など、保険外負担となる内容や具体的な金額などについて、適正な内容で表示されていることを確認する

3.1.4 外来待ち時間に配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.1.4.1 外来待ち時間の状況が把握されている

(a・b・c・NA)

- ①定期的に待ち時間調査が行われている
- ②待ち時間の調査結果を分析している

☞ ◇定期的調査は年1回以上で、数年間(3年以上)の継続実施しているかを確認する
◇予約の待ち時間調査は別途実施されていることを確認する

3.1.4.2 待ち時間短縮のための努力をしている

(a・b・c・NA)

- ①外来診療の効率化に努めている
- ②予約制など待ち時間短縮に努めている

3.1.4.3 診療開始予定時刻に診療が開始されている

(a・b・c・NA)

- ①診療開始時刻が決められすべての診療科で守られている
- ②時刻通り開始できない場合は、その旨患者に知らせている

☞ ◇診療開始時刻が明示されている

3.1.4.4 待つことの苦痛軽減に努力している

(a・b・c・NA)

- ①ポケベル・PHSなどの貸与、診察番号の表示などの努力や工夫がある
- ②新聞、雑誌、テレビ、図書コーナーなどの配慮がある

☞ ◇電話での予約制も評価する
◇診療費の支払方法についての工夫も評価する

3.2 相談機能

3.2.1 患者・家族の相談窓口が設置されている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

3.2.1.1 相談窓口が案内されている	(a・b・c・NA)
----------------------	------------

- ①相談窓口についてわかりやすく表示されている
- ②入院案内には相談窓口について説明されている

- ☞ ◇相談窓口の院内案内図への明示や案内表示を含めて評価する
- ◇相談室は外来部分が望ましいが、別の場所でも外来にわかりやすく案内されている
- ◇特定機能病院・臨床研修病院では医療安全に関わる相談窓口が整備されるよう求められているが、当項目はこれを評価するものではないことに留意する

3.2.1.2 相談窓口を担当者が配置されている	(a・b・c・NA)
--------------------------	------------

- ①担当者が決められている
- ②担当者は専任である

- ☞ ◇病院の規模と種別によっては専任でなくてよい

* 3.2.1.3 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	------------

- ①専用の相談室、またはプライバシーの守れる相談スペースが確保されている
- ②相談室は利用しやすい場所にある

3.2.2 患者・家族の相談に応じている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

3.2.2.1 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)
-----------------------------------	------------

- ①専門的知識を有する担当者が多様な相談事例を受けている
- ②必要に応じて、院外の諸機関と連絡調整がとられている

- ☞ ◇担当者はMSW、PSWなどであることが望ましい

3.2.2.2 院内スタッフとの調整がとられている	(a・b・c・NA)
---------------------------	------------

- ①医師、看護師などとの連携が図られている
- ②カンファレンスなどを通して患者情報の共有に努めている

3.2.2.3 相談の実施状況が適切に記録されている	(a・b・c・NA)
----------------------------	------------

- ①相談の実施内容が整理され、記録されている

3.3 患者・家族の意見の尊重

3.3.1 患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇患者家族への連絡方法について、患者家族の意向を尊重するよう定められており、患者家族の意向が記録されている

療養 ☞ ◇患者や家族が意見や要望などを述べやすいような工夫があることを求める

3.3.1.1 意見や苦情を聞くための手段があり、周知されている

(a・b・c・NA)

- ①適切な場所や数の意見箱の設置がある
- ②各部署でいつでも意見を聞く姿勢がある
- ③患者・家族には意見や苦情を述べる窓口や手段が広報されている
- ④モニター制度がある

☞ ◇意見箱の鍵管理、回収や開封の適切性も併せて評価する
 ◇意見や苦情を受け付ける窓口や意見・苦情を伝える場所・部屋がある
 ◇意見や苦情の内容が記録され、委員会等へ報告している
 ◇モニター制度は院外者、地域住民等を含む
 ◇相談や苦情の窓口や手段などについて入院案内や広報誌などへの掲載があることを評価する

* 3.3.1.2 意見や苦情に対処する手順が明確である

(a・b・c・NA)

- ①院内の対応手順が明文化されている
- ②院長、事務長、看護部長などが関与している
- ③緊急時に迅速な対応が図れる対応体制がある

☞ ◇病院長や病院幹部の関わりをよく聞き、緊急対応の姿勢を評価する
 ◇意見や希望と苦情を区別している場合、区別していない場合とも両者に対して適切な手順であることを確認、評価する
 ◇部門・職場単位での対応と、院内組織で対応する内容が明確化されていることを確認する

3.3.1.3 外来患者の満足度調査が定期的に行われている

(a・b・c・NA)

- ①定期的もしくは継続的な調査を実施している
- ②調査内容は広く病院の医療サービスを対象とした内容である

☞ ◇1年以上の継続的实施状況が確認できることが望ましい
 ◇調査内容についても考慮する
 ◇病院全体で組織的に取り組んでいることを確認する

3.3.1.4 入院患者の満足度調査が定期的に行われている

(a・b・c・NA)

- ①定期的もしくは継続的な調査を実施している
- ②調査内容は広く病院の医療サービスを対象とした内容である

☞ ◇1年以上の継続的实施状況が確認できることが望ましい
 ◇調査内容についても考慮する
 ◇病院全体で組織的に取り組んでいることを確認する

3.3.2 希望や意見、苦情に基づく対応が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

3.3.2.1 担当者や委員会が適切に活動している

(a・b・c・NA)

- ①直接業務の担当部署または担当者が決められている
- ②委員会が活動している
- ③意見・苦情、満足度調査などを分析している
- ④具体的な改善策が検討されている

- ☞ ◇委員会が必要時開催ではなく、年間開催頻度など活動状況も考慮する
- ◇意見、希望や苦情などの分析は単なる集計ではなく、改善につなげる分析が行われている
- ◇改善策は実施可能なものであり、将来計画にゆだねる内容については病院の現状と内容から判断する

療養 ☞ ◇介護保険適用病床を有する場合は、都道府県の「苦情解決委員会」等への対応手順が明確になっていることを確認する

3.3.2.2 希望や意見に対する対応が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①対応策が実施されている
- ②対応策や検討内容が直接回答もしくは掲示、広報誌等で周知されている

- ☞ ◇具体的な対応事例を確認する
- ◇回答内容の掲示は見やすい文字や場所に配慮されている

3.3.2.3 苦情に対する改善が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①対応策が実施されている
- ②対応策や検討内容が直接回答もしくは掲示、広報誌等で周知されている

- ☞ ◇具体的な改善事例を確認する
- ◇回答内容の掲示は見やすい文字や場所に配慮されている

3.3.2.4 職員への周知と再発防止に取り組んでいる

(a・b・c・NA)

- ①委員会や担当部署で検討された内容が職員に周知されている
- ②再発防止の努力が見られる

- ☞ ◇単なる伝達ではなく、関連する事項に対する各部署での努力内容を評価する
- ◇職員には他部署での対応についても伝達、周知されている

3.3.2.5 対応・改善の効果を評価・見直しを行っている

(a・b・c・NA)

- ①実施した内容について見直し、検討の場が設けられている
- ②患者・家族の評価によるサービス内容の見直しを行っている

- ☞ ◇病院として再発防止の事例が把握されていることを確認する

3.4 利便性とバリアフリー

☞ ◇病院規模も考慮する

3.4.1 患者や面会者の利便性に配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.4.1.1 病院へのアクセスに配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①病院案内やホームページなどにアクセス情報を提供している
- ②公共交通やタクシーの待合、駐車場・駐輪場に配慮している
- ③公共交通やタクシーなどの待合環境が整備されている

☞ ◇駐車場の確保については、他の交通機関の利便性を考慮して判断する

* 3.4.1.2 規模に応じた食堂、売店などの施設がある

(a・b・c・NA)

①規模に応じた食堂や売店などの施設がある

- ☞ ◇利用時間帯・品揃え・食堂売店の規模は、病院の状況に応じて判断する
- ◇売店を設置していない場合は、代替の方策について病院の考えを確認し、状況を勘案した上で評価する
- ◇食堂がなくても食事ができるコーナーなどがあれば評価できる
- ◇水飲み場や、授乳・おむつ交換などの場所が設けられている
- ◇介護用品などの必要な物品は、売店、またはそれに代わる方法で購入することができる

3.4.1.3 電話の設置場所と設置台数が適切である

(a・b・c・NA)

- ①外来および各病棟に電話が設置されている
- ②プライバシーや身障者・高齢者への配慮がされている

☞ ◇ボックス型の電話の設備が望ましいが、環境に見合った配慮がされていればよい

精神 ☞ ◇公衆電話の設置は(各病棟に)1台以上必須

3.4.1.4 携帯電話の使用についてのルールがある

(a・b・c・NA)

①使用の規則があり、その内容が院内に明示されている

☞ ◇むやみに使用禁止ではなく、使用場所やボックスの設置、また代替手段の提供などを評価する

3.4.2 入院患者の利便性に配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇入院案内の表現が指示・命令調でない

3.4.2.1 入院案内が適切に作成されている (a・b・c・NA)

①患者の権利、苦情や医療相談窓口、入院中のきまり・注意などがわかりやすく説明されている

②室料差額、特別食など費用負担の内容が文書で示されている

☞ ◇同意書や保証書、入院案内の文言が高圧的でない

◇入院案内の評価は案内書以外の添付文章も含める

3.4.2.2 入院生活の規則が患者本位に運用されている (a・b・c・NA)

①病院の機能や特性に配慮した面会時間、消灯時間、家族付き添いに関する規則が定められ柔軟に対応している

②入院生活のきまりは患者に説明されている

3.4.2.3 院外の社会との情報交換が容易である (a・b・c・NA)

①テレビ、ラジオ、新聞などが利用できる

②郵便や宅配が利用できる

☞ ◇インターネットの利用や、患者個人用電話の設置も評価する

3.4.2.4 生活延長上の設備やサービスがある (a・b・c・NA)

①洗面・整容、冷蔵庫、電子レンジ、テレビ、給湯器、ロッカー、などが利用できる

②コインランドリー、理髪等が利用できる

③ 設置場所・利用時間が利用者に配慮されている

☞ ◇病院の規模・特性に応じて判断する

◇個人の箸、スプーン、茶碗などの持込みの場合は、衛生管理に配慮されている

精神 ☞ ◇病棟プログラムと併せて確認する

3.4.3 院内のバリアフリーが確保されている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇トイレや浴室の安全面からの評価は別に個別項目で評価することに注意する

3.4.3.1 玄関はバリアフリーである (a・b・c・NA)

- ①身障者専用の駐車場が確保されている
- ②病院入口は、平坦かスロープである
- ③玄関入口は自動ドアである
- ④玄関はスリッパに履き替えない

☞ ◇④は降雪地域の環境なども考慮して判断する

3.4.3.2 外来はバリアフリーである (a・b・c・NA)

- ①外来は車椅子で移動できる
- ②障害者の歩行の障害物がない

☞ ◇待合室の椅子間隔や物品・備品類の置き方も考慮する
◇車椅子での移動や高齢者や障害者の歩行が容易である視点で評価する

3.4.3.3 病棟はバリアフリーである (a・b・c・NA)

- ①廊下に車椅子や歩行や移動の障害になるものが置かれていない
- ②階の移動にはエレベーターが利用できる

☞ ◇車椅子での移動や高齢者や障害者の歩行が容易である視点で評価する

3.4.3.4 トイレはバリアフリーである (a・b・c・NA)

- ①トイレの入り口は、平坦かスロープであり、ドアは開閉が容易である
- ②スリッパの履き替えをしない

☞ ◇安全性(3.7.5.4)と区別して評価する

3.4.3.5 浴室はバリアフリーである (a・b・c・NA)

- ①浴室入り口は、平坦かスロープである
- ②洗い場の入り口は平坦かスロープである
- ③ドアの開閉が容易である

☞ ◇安全性(3.7.6.3)と区別して評価する

3.5 プライバシー確保への配慮

3.5.1 外来患者のプライバシーが確保されている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇患者のプライバシーに関する意識が、職員に徹底しているかが重要な視点である。特に、構造設備で多少の問題がある場合には、運用面での配慮を考慮する

3.5.1.1 患者の呼び出しに配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①職員が肉声で呼び出している(受診番号による呼び出しも評価する)
②限定された区域でマイクを利用している

3.5.1.2 診察室などの会話が外にもれないようになっている

(a・b・c・NA)

- ①診察室は遮音性のあるドアが設置されている、もしくは中待ち合いはない
②診察室は個室化されている

- ☞ ◇診察室間の間仕切りなど、会話がもれない状況を実態により判断する2.2.1.3との整合
◇中待ち合いを利用しているケースでは、プライバシーの確保に十分配慮していることを確認する

3.5.1.3 外来では検体などが人目に触れないようになっている

(a・b・c・NA)

- ①採尿室(トイレ)が整備されており、直接検査室に提出できる

- ☞ ◇職員が回収を行っている場合は検体の保管場所、回収方法、頻度などを確認する

3.5.1.4 検査、処置行為が人目に触れないようになっている

(a・b・c・NA)

- ①検査や処置室(スペース)は個室化されているかカーテンで仕切られている
②採血などの状況が廊下や待合室から見えなような配慮がある

- ☞ ◇耳鼻科、眼科、歯科などの処置行為についても評価対象とする
◇採血室は入り口にカーテンなどで目隠しがあれば評価できる

3.5.2 入院患者のプライバシーが確保されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.5.2.1 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 (a・b・c・NA)

①各病棟に個室化された面談室がある(カンファレンス室などとの兼用でもよい)

☞ ◇同一階で共用している場合は運用の状況を確認する

3.5.2.2 病室でのプライバシーについて配慮されている (a・b・c・NA)

①ベッドの間に十分なスペースがあり、カーテンが設置されている

②更衣が安心してできる

☞ ◇廊下のドアが常時開放されており廊下から患者が見える状況は好ましくない
◇TVモニター監視を行っている場合には患者・家族の承諾を得ている

療養 ☞ ◇職員の作業効率を優先し、病室のドアを開放したままで、患者のプライバシーが疎かにされる傾向がないことを確認する

3.5.2.3 患者名の表示は患者本人や家族の意向が尊重されている (a・b・c・NA)

①病室入り口の患者名表示について、患者の希望を聞いて適正な対応をしている

☞ ◇患者名を表示しない場合の患者識別、誤認防止については第2領域で評価する

精神 ☞ ◇病室入り口の患者名表示、ナースステーションのナースボードの位置など

* 3.5.2.4 面会用のスペースが確保されている (a・b・c・NA)

①病棟に整備された面会スペースが確保されている

☞ ◇個室である必要はないが、プライバシーが保てるよう配慮されている

3.5.2.5 病棟では検体などが人目に触れないようになっている (a・b・c・NA)

①蓄尿器の保管状況や検体などの患者名が人目に触れない

3.6 療養環境の整備

- ☞ ◇ここではハウスキーピングや患者が使用する設備、備品の整備体制を施設管理の視点で評価する

3.6.1 療養環境の整備体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

3.6.1.1 療養環境を整備する担当部署または担当者がおかれている (a・b・c・NA)

- ①担当部署・担当者が明確になっている
②施設の規模に適した人員が配置されている

* 3.6.1.2 担当部署または担当者の業務内容が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①業務内容が具体的に定められている
②故障・不具合が発生した場合の対応手順が定められている
③休日・夜間の対応体制が取られている

- ☞ ◇24時間体制でない場合は、休日・夜間の連絡体制が周知されていることを確認する

* 3.6.1.3 療養環境整備の責任者および部署の責任者による院内巡視が行われている (a・b・c・NA)

- ①院長・担当部署責任者などが定期的に巡視し記録が残されている

3.6.2 院内の清潔管理が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

3.6.2.1 院内の清掃が十分に行われている (a・b・c・NA)

- ①清掃担当の責任者が明確にされている
②院内各所の清掃が行き届いている

- ☞ ◇壁、蛍光灯、天井換気口など見えにくい部分にも注意する

3.6.2.2 院内に不快な臭気を認めない (a・b・c・NA)

- ①外来、病棟、食堂などに不快な臭いがない

- ☞ ◇芳香剤のみの対応は好ましくない
◇トイレの臭気は3.7.5.5で評価する

3.6.2.3 院内は整理整頓されている (a・b・c・NA)

- ①院内の各部署は整理整頓されている
②廊下に不必要な物を置いていない
③非常口、非常ドアを遮るような障害物が置かれていない

- ☞ ◇器材室、物品庫、リネン庫等についても対象とする

- 精神 ☞ ◇ナースステーションやデイルームなどに雑然と物が置かれていない

3.6.3 患者が使用する設備・備品が整備されている (5・4・3・2・1・NA)

3.6.3.1 高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整備されている (a・b・c・NA)

- ①廊下やトイレの手摺り、洗面や整容の設備、車椅子でもや歩行器などは外来・病棟の特性や病床数に合わせて整備されている
②廊下や階段には手摺りが設置されている
③洗面・整容の設備は、車椅子でも利用しやすい構造になっている

3.6.3.2 患者が利用する設備・備品は適宜点検・補修されている (a・b・c・NA)

- ①定期的に点検する部署や担当者決められ、点検・補修され記録されている
②不具合時の対応手順が明確である

3.6.4 禁煙に取り組んでいる

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇ベランダ、屋上、出入り口を含む全館禁煙を原則とする
- ◇敷地内を含め全面禁煙の場合は高く評価する
- ◇精神科、療養病棟、緩和ケア病棟は分煙について評価する

3.6.4.1 全館禁煙の方針が明確である (a・b・c・NA)

①全館禁煙の方針が明確である

- ☞ ◇食堂や喫茶室なども例外としない
- ◇入院案内への適切な記載があることも確認する

3.6.4.2 禁煙についての表示がある (a・b・c・NA)

①全館禁煙のわかりやすい表示がある

3.6.4.3 禁煙に対する啓蒙や教育などに積極的に取り組んでいる (a・b・c・NA)

①禁煙の教育、啓蒙活動を行っている

- ☞ ◇禁煙教育は単に標語やポスターではなく、禁煙教室や教育的パネルなどの設置を評価する

3.6.4.4 職員は禁煙を積極的に推進している (a・b・c・NA)

①職員は率先して禁煙に取り組んでいる

- ☞ ◇職員専用の喫煙室や別棟での喫煙室なども含めて禁煙を評価する

3.7 快適な療養環境

3.7.1 やすらぎへの配慮がなされている

(5・4・3・2・1・NA)

3.7.1.1 院内の採光・彩色に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①患者の共用スペース、院内各部署の採光が十分である
- ②院内全体(床、壁、カーテンなど)の色彩や配色に違和感がなく調和がとれている

3.7.1.2 病棟の静寂が保たれている

(a・b・c・NA)

- ①院内放送のルールが定められており、緊急時以外は利用していない
- ②静寂性を確保するよう心がけている(構造上の配慮、履物、院内PHSの着信音など)

☞ ◇立地条件により二重窓など構造上の対策、職員の履物、院内PHSの着信音、カーペットなどの配慮を評価する

* 3.7.1.3 院内は観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①絵画やインテリアなどの設置に配慮されている
- ②絵画やインテリアなどの管理が行われている

* 3.7.1.4 病棟に患者がくつろげるスペースがある

(a・b・c・NA)

- ①すべての病棟にデイルームが確保されている
- ②デイルームの広さが十分である

☞ ◇デイルームの必要性は病棟の性格により判断する

* 3.7.1.5 いやしへの取り組みを積極的に行っている

(a・b・c・NA)

- ①院内コンサートやイベントなどを積極的に実施している
- ②患者がくつろげるスペースなどがある

☞ ◇コンサートやイベントだけでなく、病院の取り組みを評価する

療養 ☞ ◇散策を楽しめるスペースや草花を育てるスペースが確保されている
◇愛用品や家族の写真等を飾るスペースがある

3.7.2 病室内の快適性が保たれている

(5・4・3・2・1・NA)

3.7.2.1 病室内は整理整頓されている

(a・b・c・NA)

- ①ベッド周りに診察やケアが行えるスペースが確保されている
- ②床頭台やロッカーなど、私物を整理する収納庫が整備されている

3.7.2.2 病室内の照明と採光に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①採光が十分で、カーテンやブラインドで直射日光がコントロールできる
- ②多床室ではベッドごとに、照明が設置され調整できている
- ③カーテンを閉めたときに医療行為に必要な明るさが確保できる

3.7.2.3 病室内の空調に柔軟に対応している

(a・b・c・NA)

- ①空調は病室ごとにコントロールできる(中央管理コントロールでも可)
- ②24時間稼働しているか、または院内基準を設けて柔軟に対応している
- ③湿温度計が各病室に設置されている(中央管理コントロールでも可)
 - ☞ ◇夏季、冬季の夜間の稼働実態について対応を評価する
 - ◇室温調節は中央管理でもよいが、24時間稼働を特に評価する
 - ◇夏前、秋口など季節の端境期の調節には施設的な配慮がなされている

* 3.7.2.4 快適な空間が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①臥床の状態ですら圧迫感を感じない空間が確保されている
- ②廊下、デイルームを含めた病棟全体に圧迫感がない
- ③ベッド間のスペースが十分とれている
 - ☞ ◇多床室では車椅子・ストレッチャーの移動やベッドサイドでの処置行為等がスムーズに行える

3.7.3 食事の快適性に配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

3.7.3.1 食事時間が適切である

(a・b・c・NA)

- ①食事と食事の時間が4時間以上空いている
- ②夕食は18時以降である

3.7.3.2 食事の温度管理が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①保温・冷車が利用されている、または病棟配膳が行われている
- ②延食に対応できるように温めて食事をする事ができる
 - ☞ ◇保温食器・トレイによる対応だけでは十分とは言えない

* 3.7.3.3 快適な食事場所がある

(a・b・c・NA)

- ①多床室の患者について、病室以外に食事場所が確保されている
- ②食事場所には車椅子対応のテーブルが配置されている
 - ☞ ◇病棟の性格により判断する
 - ◇食事時間内にデイルームを食堂として使用することは可能である

3.7.3.4 患者の特性や希望に応じた食事が提供されている

(a・b・c・NA)

- ①患者の嗜好による個別対応が実施されている
- ②選択メニューが週3日以上行われている

3.7.4 ベッド・マットに配慮されている

(5・4・3・2・1・NA)

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

- ①病棟の特性に応じたベッドが採用されている
- ②ベッドは高さ、角度が調整でき、安楽な姿勢が保持できる
- ③必要に応じて電動式ベッドが採用されている

3.7.4.2 ベッドの安全性と清潔性が保たれている (a・b・c・NA)

- ①必要に応じて転落防止柵が取り付けられており、キャスターはロックつきである
- ②定期的にベッドの清掃が行われている

* 3.7.4.3 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)

- ① 定期的交換・洗浄が行われている
- ② 汚染時の迅速交換・洗浄の仕組みがある
- ③ 患者の状態に応じたマットレスが使用されている
 - ☞ ◇褥瘡予防に体圧分散式マットレス等が使用されるなどの配慮がある

3.7.5 トイレについての施設的な配慮がなされている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇病棟の一般トイレの男女共用は不適切である

3.7.5.1 患者数に合ったトイレが配置されている (a・b・c・NA)

- ①外来のトイレの場所、数が適当である
- ②病棟のトイレの場所、数が適当である
- ③洋式トイレが配置されている
 - ☞ ◇外来部門の配置、各病室からの距離にも注意する
 - ◇外来・病棟のいずれにおいても、問題の有無を職員に確認し判断する
 - ◇病室に専用トイレがある場合は、高く評価する

3.7.5.2 車椅子用のトイレが配置されている (a・b・c・NA)

- ①外来と各病棟に車イス用のトイレが設置されている
 - ☞ ◇男女別は問わない

3.7.5.3 トイレの広さは適切である (a・b・c・NA)

- ①点滴スタンドを持って入ることができる
- ②介助者が入ることができる広さがある

3.7.5.4 トイレの安全性が確保されている (a・b・c・NA)

- ①ナースコールが設置されている
- ②手摺りが設置されている
 - ☞ ◇手荷物用のフック・台などがある
 - ◇バリアフリーは3.4.3.4で評価する

3.7.5.5 トイレの清潔および清潔性に配慮されている (a・b・c・NA)

- ①毎日複数回の清掃が行われている
- ②臭気がしない
- ③床は乾式仕上である
- ④シャワートイレが配置されている

3.7.6 浴室についての施設的な配慮がなされている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇身体に多少の障害があっても安全に利用できるよう配置されていることを確認する

3.7.6.1 病棟の機能に合った浴室が配置されている

(a・b・c・NA)

- ①病棟ごとに浴室やシャワー室が設置されている
- ②病棟の機能に応じて特殊浴槽などが設置されている

☞ ◇複数病棟を対象として設置されている場合は、その利便性を判断する

* 3.7.6.2 浴室の広さが適当である

(a・b・c・NA)

- ①洗い場、脱衣室は介助が行える広さが確保されている
- ②シャワーチェアを利用できる

3.7.6.3 浴室の安全性が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①わかりやすい位置にナースコールが設置されている
- ②手摺りが設置され滑りにくい床材が使用されている
- ③蛇口はミキシングバルブで温度調節ができる

☞ ◇蛇口のミキシングバルブは一定温度以上にならないようにストップ一付きであればなおよい

3.7.6.4 入浴の頻度と時間が適切である

(a・b・c・NA)

- ①週3回以上の入浴が可能である
- ②入浴日以外でもシャワー浴が可能である

☞ ◇浴室には入浴日、時間等の明示があり、患者に周知されている
◇入浴回数は患者の状態に応じて判断する

3.0 療養環境と患者サービス

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

4 医療提供の組織と運営

4.1 診療部門

☞ ◇ここでは特に医師組織についての評価に重点をおく

4.1.1 診療上の基本方針や目標が明確である (5・4・3・2・1・NA)

4.1.1.1 基本方針や目標が検討され、明文化されている (a・b・c・NA)

- ①基本方針が診療管理会議などで検討され、明文化されている
②具体的な課題・目標が設定されている

4.1.1.2 基本方針や目標が医師と各部門の職員に徹底されている (a・b・c・NA)

- ①基本方針や目標について医師に周知されている
②他の職員にも周知されている
- ☞ ◇管理者・幹部職員による職員への徹底方法
◇新任職員への対応(着任時、日常的配慮)
◇医師の病院への帰属意識を引き出して徹底させる工夫をみる

4.1.1.3 基本方針や目標に沿って業務が行われる体制がある (a・b・c・NA)

- ①目標に沿った評価が行われている
②評価に基づいて対策が立てられている

4.1.2 診療部門の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

4.1.2.1 診療管理会議が開催されている (a・b・c・NA)

- ①診療上の問題について協議し、連絡・調整する会議が定期的開催されている
②議事録がある
③議事録の内容が全医師および必要な職員に伝達されている
- ☞ ◇会議規則・規程は、1.4.1.4で評価する
◇議事録を事前に点検し、運用要項や開催状況を確認しておく

* 4.1.2.2 診療に必要な各種委員会などが開催されている (a・b・c・NA)

- ①主要な委員会が定期的開催されている
②議事録がある
③議事録の内容が全職員に伝達されている
- ☞ ◇業務連絡会や病院感染防止・医療安全管理対策・栄養・輸血療法委員会など

4.1.2.3 管理・責任体制が明確である (a・b・c・NA)

- ①日常的な管理・責任体制が明確である
②職制・職務規程が遵守されている
- ☞ ◇規程は1.4.1.4で評価する
◇年休・出張の決裁や日誌の捺印の状況など管理・責任体制が日常的に適切となっているか確認する
◇夜間の責任体制なども確認する

4.1.3 必要な医師が確保され、運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.1.3.1 医師が適切に採用されている

(a・b・c・NA)

- ①病院独自の採用基準・手順が明文化されている
- ②採用時の手続きが明確になっている
- ③採用基準・手順が遵守されている

☞ ◇採用時の提出書類：医師免許証、身分証明書、履歴書、健康診断書などを確認する
 ◇無条件に大学の医局人事に委任しているのは好ましくない

4.1.3.2 病院の機能や役割に見合った医師が配置されている

(a・b・c・NA)

- ①診療報酬上の人員配置基準を満たしている
- ②必要な麻酔科医・病理医・放射線科医が確保されている
- ③標榜している診療科には医師が確保されている

☞ ◇1.6.1.1、4.5.1.1、4.6.1.1、4.9.1.1との整合性

4.1.4 必要な連携機能が確保されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.1.4.1 必要に応じて対診・他科受診が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①対診・他科受診の手順がある
- ②必要に応じて適切に対診・他科受診が実施されている

☞ ◇ここでは院内の対診を指す(4.1.4.3と区別)

精神 ☞ ◇合併症については7領域で評価する

4.1.4.2 他職種との連携が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①業務連絡会や各種委員会などを通じ、他職種との連携・協議が行われている
- ②関連職種を交えた症例検討会に医師が参加している

☞ ◇業務連絡会や各種委員会などでの協議内容が、実際の業務に反映され、医師がその役割を担っていることを確認する

4.1.4.3 院外の診療機能との連携が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①自院にない診療科や機能について、院外の医師や施設と連携する手順が明確である
- ②必要に応じて院外の医師や施設と連携が行われている

☞ ◇自院にない診療科にどのように対応しているのかを具体的に診療科を例示して確認する(特に小規模・単科・療養・精神科病院など)

療養 ☞ ◇急性期疾患・緊急時の対応を確認する

4.1.5 診療および業務上の指針・手順が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.1.5.1 診療および業務上の指針・手順が作成されている

(a・b・c・NA)

- ①診療指針が明文化されている
- ②業務手順が明文化されている
- ③定期的に検討され見直しされている

☞ ◇手術・検査適応、必要な薬剤の使用指針、主要疾患のクリニカルパスなどの診療指針だけでなく、当直、救急患者の取り扱い、オーダーリングシステムなど医師に必要な指針や業務手順なども含まれる

4.1.5.2 主治医・担当医が明確になっており、診療の責任体制が確立している

(a・b・c・NA)

- ①院内で主治医資格が具体的に定められている
- ②グループ診療や担当医をおいている場合でも、責任者である主治医を明確にしている

4.1.6 診療部門に必要な教育・研修が実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.1.6.1 医師の能力や実績が把握され、評価されている

(a・b・c・NA)

- ①各診療科の責任者が個々の医師の診療状況を把握している
- ②診療能力や診療実績が客観的評価基準により、定期的に評価され、記録されている
- ③組織的活動への関与や貢献度が、明文化された評価基準により定期的に評価され、記録されている
- ④問題がある場合は、助言や指導により改善を試みている

☞ ◇委員会活動、質向上への取り組み、院外活動なども含む
◇評価は自己、同僚、上司によるものに加え、看護部やコメディカルスタッフからの評価が含まれていれば、高く評価する

4.1.6.2 診療部門内で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①担当者により年間計画が立てられ、定期的に行われ、記録がある
- ②学会や研修会への出張規程が整備されており、予算措置されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

☞ ◇年間計画には新任研修も含まれているかを確認する

4.1.7 診療の質を改善するための仕組みがある

(5・4・3・2・1・NA)

4.1.7.1 診療に関する検討会・研究会が定期的に開催されている (a・b・c・NA)

- ①新患紹介などケースカンファレンスが開催されている
- ②診療の質を高めることに力点を置いた検討会などが開催されている
- ③多科合同のカンファレンスが開催されている
- ④院外者との合同カンファレンスが開催されている
- ⑤定期的に開催され記録がある

☞ ◇②は各回毎にテーマを定めたものや、死亡症例検討会なども含む

△ 4.1.7.2 病理学的検討会が開催されている (a・b・c・NA)

- ①病理解剖が行われ、CPCなどが開催されている
- ②手術標本などの病理学的検討会が開催されている
- ③定期的で記録がある

☞ ◇病理解剖やCPCなどの検討会は、審査体制区分3以上の病院あるいは全身麻酔400～500件以上実施している病院で評価する

* 4.1.7.3 治療実績や症例報告をまとめ病院として報告・検討している (a・b・c・NA)

- ①病院年報やそれに相当するものが発刊されている
- ②学会・研究会への発表・投稿の実績が記録されている

* 4.1.7.4 診療の質に関する評価指標を設定し、質改善に役立っている (a・b・c・NA)

- ①患者データの主要項目を共通化・コード化するなどして症例データベースを構築している
- ②症例データベースから診療実績等に関する統計が定期的に出力され、活用されている
- ③臨床指標(クリニカル・インディケーター)を設定し、質改善に役立っている
- ④継続的な評価の状況が記録されている。

☞ ◇治療成績について検討し、他施設との比較をしている場合は高く評価する

◇4.16.3.3との整合性

精神 ☞ ◇平均在院日数、再入院率、残留率など、検討されることが望ましい

4.2 看護部門

4.2.1 看護部門の理念・目標が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

4.2.1.1 看護部門の理念が明確である

(a・b・c・NA)

- ①看護部門の理念は病院の理念と整合している
- ②生命の尊厳・患者の権利などの視点が含まれている
- ③理念を浸透させる方策を持っている
- ④職員が日々の実践と理念との結び付け方を知っている

4.2.1.2 理念に沿った目標が明示されている

(a・b・c・NA)

- ①目標実現のための具体的な取り組み方法が確立している
- ②目標を職員が認識している

4.2.1.3 目標管理活動が行われている

(a・b・c・NA)

- ①目標が活動計画として具体化されている
- ②定期的に活動計画や達成度が評価されている
- ③評価に基づいて対策が立てられている

4.2.2 看護部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

療養 ☞ ◇必要に応じて「看護」を「看護・介護」と読み替えて対応する。特段の指示がない限り「看護」と「介護」は一体のものとして評価する

4.2.2.1 看護部門を管理する責任体制が確立している (a・b・c・NA)

- ①責任者は病院運営の執行会議に正式メンバーとして参加している
- ②看護部門の責任者が組織管理に専念できる環境となっている
- ③責任者が職員の勤務状況についての基本的な(退職率・在勤年数・時間外勤務・有給休暇取得など)資料を把握している
- ④責任者が職員個々の人事記録を適切に管理している

☞ ◇看護部門の管理者は保健師・助産師・看護師のいずれかの資格を有しているかを確認する
 ◇看護部の管理者として看護部の業務についての企画・運営に積極的に関わっているかを確認する

4.2.2.2 看護部門運営のための会議や委員会が開催されている (a・b・c・NA)

- ①決定権を持つ会議が、組織図上に位置付けられている
- ②職場責任者が部門運営の執行会議に正式メンバーとして参加している
- ③開催された会議には議事録がある

4.2.2.3 業務規程が整備されている (a・b・c・NA)

- ①業務内容・役割・権限とその委譲について示されている
- ②看護単位の責任者(看護師長など)、看護職、看護補助者の業務規程がある
- ③職員が業務規程の内容を知っている

☞ ◇組織図との整合を確認する

4.2.2.4 看護業務に専念できるように業務分担と連携が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①業務分担について多職種を交えて定期的に検討している
- ②検討の仕組みがあり、記録が残されている
- ③多職種との連携が行われ業務が分担されている

☞ ◇採血業務、注射薬の個人別取り揃え・注射薬の調製・混合、搬送、物品・薬品在庫管理、配膳・下膳、シーツ交換などの業務について、少なくとも複数が他部門・多職種に分担されていることを確認する

精神 ☞ ◇PSWやOT、CPと協同で患者の問題解決にあたることが多いので、システムとしての連携実態を確認する

療養 ☞ ◇業務規定の内容と照らし合わせながら、介護職を含めて患者ケアに関わる職種の人達が本来の業務に専念できる環境が整備されている

4.2.3 看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている (5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇看護師個々の能力や経験も考慮して、人材配置を行うための仕組みがあるかどうかを確認する

療養 ☞ ◇介護職の意見を生かす仕組みも確認する
◇介護職の組織的な位置付けや、看護部内における管理・運営についても確認する

4.2.3.1 病院の機能や役割に見合った人員配置をしている (a・b・c・NA)

- ①各看護単位の特性を踏まえた人員配置である
- ②働きやすい勤務体制である

* 4.2.3.2 専門能力を活かした配置をしている (a・b・c・NA)

- ①専門領域において活動できる人材を活用する方針がある
- ②専門・認定看護師など院内外で認定した看護師・指導者などが配置されている

☞ ◇専門・認定看護師以外でも、ベテランの看護師が専門能力を生かせるように配置されているかを確認する

4.2.3.3 看護部門の職員への技術的支援を行っている (a・b・c・NA)

- ①技術的な相談・指導を行う人材として上司以外にプリセプター、リーダーがいる
- ②専門・認定看護師、エキスパートナースなどが少なくとも1つは存在している

☞ ◇支援を行う職員が一定の基準(経験年数・能力評価結果など)に基づいて定められていれば高く評価する

4.2.3.4 看護部門の職員への精神的支援を行っている (a・b・c・NA)

- ①上司・プリセプター・同僚が支援的にかわりをしている
- ②院内外の精神科医師、リエゾンナース・臨床心理士などの専門家による支援が可能である
- ③その仕組みを職員に知らせている

☞ ◇支援を行う職員が一定の基準(経験年数・能力評価結果など)に基づいて定められていれば高く評価する

4.2.3.5 看護部門の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 (a・b・c・NA)

- ①病棟会・委員会・提案箱・自己申告制度などが少なくとも1つはあり、機能している
- ②組織づくりに職員の意見が反映された具体的事例がある

* 4.2.3.6 専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している (a・b・c・NA)

- ①自主的な研究会・職能グループの活動などの実態が少なくとも1つある
- ②各活動は看護職員の自らの考え・判断に基づいて企画、実施されている
- ③組織はその活動を時間・資金などの面で支援している

4.2.4 看護部門に必要な教育・研修が実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

療養 ☞ ◇介護職も含めて評価する

* 4.2.4.1 看護部門の職員の能力評価が行われている

(a・b・c・NA)

- ①能力評価の基準・手順が明文化されている
- ②基準・手順に沿って評価が行われている
- ③能力評価の結果が活用されている

療養 ☞ ◇介護職も含めて評価する

* 4.2.4.2 評価に基づいた能力開発プログラムが立てられている

(a・b・c・NA)

- ①段階的にキャリアを発展できるプログラムがある
- ②研修などでより高い能力を獲得すると、それを活かす実践の場が与えられる仕組みがある

* 4.2.4.3 専門領域についての必要な教育・研修を実施している

(a・b・c・NA)

- ①院内外の専門領域に関する研修会に参加している
- ②研修会・研究会・学会の情報・文献などによる情報提供を組織的に実施している
- ③職員自身の選択、希望が反映されている

4.2.5 看護ケア提供の基準・手順が明確である

(5・4・3・2・1・NA)

4.2.5.1 看護基準・手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①基準・手順が明文化されている
- ②定期的に検討され、見直されている
- ③内部監査システムが整備されている

☞ ◇基準・手順の活用については第5領域で評価する

4.2.6 看護の質を改善するための仕組みがある

(5・4・3・2・1・NA)

4.2.6.1 看護ケア改善のためのカンファレンスが開催されている (a・b・c・NA)

- ①各看護単位で定期的開催されている
- ②記録がある

4.2.6.2 看護に必要な各種委員会などに参加している (a・b・c・NA)

- ①多職種が参加する委員会などに参加している
- ②記録がある

4.2.6.3 看護ケア改善のためのデータ収集・分析・活用を行っている (a・b・c・NA)

- ①施設の規模や機能に応じて事例やデータが集積され、分析されている
- ②分析結果を活用している事例(実態)がある

☞ ◇(例) 業務量測定結果、看護職員の能力評価結果、離床の促進、転倒の予防、感染率、褥創率、クリニカルパスのバリエーション分析、インシデント・アクシデントについての情報など

* 4.2.6.4 研究や開発の成果を年報などにまとめている (a・b・c・NA)

- ①病院年報などやそれに相当するものに報告している
- ②学会・研究会への発表・投稿の実績が記録されている

* 4.2.6.5 看護サービスを評価するシステムがあり、看護ケアの向上に活用している (a・b・c・NA)

- ①各看護単位は、看護サービスについて年1回は見直している
- ②見直しの記録がある
- ③調査結果をケア向上に活用している

☞ ◇看護師自身による看護サービスの自己評価・患者満足度調査など

4.3 薬剤部門

4.3.1 薬剤部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.3.1.1 必要な人員が適切に配置されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②調剤・情報管理・病棟業務に必要な人員が確保されている
- ③時間外・休日の救急体制などに必要な人員が確保されている

- ☞ ◇1.6.1.1との整合性
- ◇病院の機能を勘案し、薬剤部門の当直体制・オンコール体制などを確認する

4.3.1.2 必要な施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①調剤用設備・機器が整備されている
- ②保冷库や麻薬・向精神薬、毒・劇薬の保管・管理設備が整備されている
- ③調剤室勤務者の安全性に配慮されている(集塵装置・局所排気など)
- ④各種機器が定期的に保守点検されている

4.3.1.3 薬事委員会が定期的開催されている

(a・b・c・NA)

- ①薬事委員会の構成が明示され、規程が明文化されている
- ②定期的開催されている
- ③議事録が整備され、院内に伝達されている

- ☞ ◇中小病院では専門的な委員会がなくても、業務連絡会議などで検討されていることを確認する
- ◇看護部からの参加があることが望ましい

4.3.1.4 薬剤部門で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①教育担当者が決められており、薬剤部門の教育計画が立てられている
- ②部門内で定期的な勉強会などが実施されている
- ③院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ④学会・研修会報告が行われ、業務の改善に役立っている

- ☞ ◇新人教育・継続教育など

4.3.2 薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇特定生物由来製品については、患者の氏名(ID番号)、住所、使用した薬剤の名称、製造番号(ロット番号)、数量、使用年月日を使用管理簿に記録しているかを確認する

4.3.2.1 調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている (a・b・c・NA)

- ①薬剤の種類に応じた温・湿度管理が適切に行われている
- ②調剤室・薬品保管室の施錠管理がされている
- ③紛失チェック体制が確立されている
- ④調剤室・薬品保管室が清潔である

4.3.2.2 麻薬・向精神薬が適切に管理されている (a・b・c・NA)

- ①麻薬は動かさない堅牢な保管庫で施錠保管され、保管記録があり、鍵管理も適切である
- ②向精神薬(一、二種)は、必要時に施錠できる保管庫に保管し、記録されている
- ③麻薬、向精神薬の紛失、破損時の手順があり、必要な届出がなされている(書面確認)

- ☞ ◇向精神薬については、職員の目が届く場合、施錠管理の必要はない

◇【向精神薬例】「一種」セコバルビタール(アイオナール)、メチルフェニデート(リタリン)など、◇「二種」塩酸プレンロフィン(レペタン坐・注)、ペンタゾシン(ソセゴン、ペンタジン)、ペントバルビタール(ラボナ)、アモバルビタール(イゾミタール)、フルニトラゼパム(サイレース、ロヒプノール)など

4.3.2.3 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている (a・b・c・NA)

- ①毒薬は施錠管理され、保管記録があり、鍵管理も適切である
- ②ハイリスク薬は適切に管理されている
- ③劇薬は他の薬剤と区別されている

- ☞ ◇【汎用される毒薬などの例】

◇毒薬:シスプラチン、ファンギゾン、筋弛緩剤(ミオブロック、サクシン、レラキシシ、マスキュラックス)など

◇ハイリスク薬剤:KCl、ヘパリン、カテコラミン、インスリン、高濃度キシロカインなど

4.3.2.4 薬剤の在庫管理が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①薬剤部門の日々の在庫量が把握されており、発注計画に反映されている
- ②薬剤部門在庫の棚卸が年2回程度行われている
- ③不動在庫薬品、有効期限の近い薬品が常時把握されており、院内で使用促進対策が行われ、廃棄数量・金額が把握されている

4.3.3 調剤が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

4.3.3.1 調剤業務の手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ① 調剤業務の手順が明文化されている
- ② 薬剤師不在時の払い出しが適切に行われている
- ③ 誤認し易い薬剤名・力価に対する対策がとられている
- ④ 併用・配合禁忌に対する対応が適切である
- ⑤ 薬歴が把握され、調剤に活用されている
- ⑥ 患者の状況に応じて一包化が行われている

- ☞ ◇ 処方医に対する疑義照会の手順について確認する
- ◇ 薬剤師による時間外・休日の緊急時調剤体制がない場合でも、医師が払い出しに関与しているかを確認する

4.3.3.2 調剤後の確認を行う体制があり、確実に実施している

(a・b・c・NA)

- ① 内服・注射とも外来・入院処方の鑑査手順が整備されている
- ② 適切な監査が行われ、処方箋に鑑査者の署名・押印がある
- ③ 鑑査時の調剤過誤が把握されている

- ☞ ◇ 調剤者だけでなく鑑査者のサイン・押印を確認する
- ◇ 薬剤師により、院外処方箋に対しても処方鑑査が行われていれば高く評価する

4.3.3.3 注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている

(a・b・c・NA)

- ① 注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている
- ② IVH・抗がん剤は、適切な環境下で調製を行っている
- ③ 調製・混合された注射薬は短時間で配送されている

- ☞ ◇ 薬剤部門での実施状況进行评估する
- ◇ 薬剤師が注射薬の調製・混合を直接行っていない場合には、看護師への調製・混合指導や配合禁忌・注意、配合手順、管理手順等についての情報提供を積極的に行い、調製過誤の防止の努力があるか確認する

4.3.4 薬剤が適切に供給されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.3.4.1 病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ① 注射薬の個人別取り揃えができている
- ② 払い出し時間帯が適切である

- ☞ ◇ 薬剤部からの払出し時間は、各部署からの希望が合議されて設定されているか確認する

4.3.5 薬剤情報が適切に提供されている

(5・4・3・2・1・NA)

- 4.3.5.1 薬剤師による薬歴管理が行われている (a・b・c・NA)
- ①薬歴管理が行われている
 - ②薬歴管理の記録が診療録にファイルされ、医師・看護師に情報が共有がされている
- 4.3.5.2 薬剤師による服薬管理指導が行われている (a・b・c・NA)
- ①服薬指導は医師の同意に基づいている
 - ②薬歴管理に基づいた指導が行われている
 - ③服薬指導の記録(もしくは要約)が診療録にファイルされている
- ☞ ◇服薬管理指導には、自己注射薬も含む
- 4.3.5.3 院内医薬品集が作成され、定期的に改定・増補されている (a・b・c・NA)
- ①院内医薬品集またはそれに準ずるものが作成され、必要な部署に配備されている
 - ②必要に応じて改定・増補されている
- ☞ ◇医薬品集は年1回改定され、必要時には増補されているか確認する
- ◇オーダーリングシステムや院内LANで閲覧できるだけでなく冊子として作成されていることが望ましい
- 4.3.5.4 医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している (a・b・c・NA)
- ①薬剤情報担当者がおり、院内・外からの薬剤情報の照会・疑義に適切に対応し、その内容が記録、整理されている
 - ②医薬品集などの資料が整備され、外部の薬剤情報の定期的な入手体制が構築されている
- ☞ ◇外部との窓口は一元化され、院内外に周知されている
- 4.3.5.5 新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている (a・b・c・NA)
- ①新規採用薬の情報は名称、成分、適応、副作用、相互作用、配合禁忌など臨床薬学的情報が適切に提供されている
 - ②院内・外で発生した副作用情報を一元的に収集し分析して、関係部署に情報提供と注意を喚起している
- ☞ ◇他職種への教育にも関与しているかを確認する
- 4.3.5.6 副作用情報を把握し検討・報告している (a・b・c・NA)
- ①外来・入院で発生した副作用情報を一元的に収集する体制がある
 - ②副作用情報を厚生労働省に確実に報告している
- ☞ ◇確実に収集する手段をもっていることが大切である

4.3.6 薬剤業務を改善する仕組みがある

(5・4・3・2・1・NA)

- 4.3.6.1 薬剤業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)
- ①監査時に発見される調剤過誤など、改善の課題を把握し、その原因分析と対策が定期的に検討されている
 - ②調剤件数の動向が把握され、それに応じた薬剤師の勤務体制が立てられている
 - ③対策の有効性が確認され、業務手順書が見直されている

4.4 臨床検査部門

4.4.1 臨床検査部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.4.1.1 必要な人員が適切に配置されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②検査項目・処理件数などの業務量・機能に見合った職員が配置されている
- ③緊急検査にも対応できる職員が確保されている

☞ ◇委託ラボの場合は病院の管理責任が明確であるかを確認する

4.4.1.2 機能に見合った施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①必要なスペースがあり、病院の役割・機能に見合った設備・機器が整備されている
- ②保守・点検マニュアルが作成されている
- ③検査機器の始業時・終業時点検が実施されている
- ④定期保守・点検が、年1回以上実施されている
- ⑤保守・点検の記録があり、必要に応じて改善など対策が講じられている

☞ ◇患者との接点がある場所は患者のプライバシーに配慮されているか確認する

4.4.1.3 施設・設備・機器の安全に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①業務安全管理マニュアルが作成されている
- ②臨床検査薬、標準物質、精度管理物質などが適正に保管されている
- ③有機溶媒、毒・劇物、重金属など危険性の高い物質のリストがあり、施錠保管され、台帳管理がなされている
- ④災害時、緊急時の避難経路が明示・確保されている
- ⑤自家発電用のコンセントが適切に設置されている

☞ ◇電源・アースの確保、転倒・転落予防策や消火器の設置状況についても確認する
◇避難経路は2系統確保されていることを確認する

4.4.1.4 検査部門で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、業務の改善に役立っている

4.4.2 臨床検査部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.4.2.1 検査業務についての手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ① 臨床検査の報告・問い合わせ・異常な結果(パニック値)の取扱い・予約検査などについて手順が明示されている
- ② 緊急検査について、時間内・時間外・休日の業務手順が確立している
- ③ 緊急検査については24時間対応が可能である
- ④ 他施設からの受託検査がある場合は、その手順が確立している
- ⑤ 必要に応じた支援体制が確立している
- ⑥ 上記は遵守されている

- ☞ ◇検査技師の当直制の問題は、病院の役割と機能を勘案して判断する
- ◇緊急検査の結果は30分以内での報告が求められる

4.4.2.2 適切な精度管理が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 精度管理の手順が明文化されている
- ② 委託検査については定期的に精度管理成績の確認をしている
- ③ 外部精度管理については全国規模のサーベイに年1回以上参加している

- ☞ ◇内部精度管理には2種類以上の精度管理検体を用いて行っているかを確認する
- ◇内部・外部精度管理の結果が評価され必要なコメントを付録して保管されているかを確認する

4.4.2.3 臨床検査部門における具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ① 適切な手洗い設備を有し、患者・検体と接触する前後や必要な行為の前後に手洗いをしている
- ② 標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具などを着用している
- ③ 針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策が確立している
- ④ 感染性廃棄物が安全な状態で分別処理されている

- ☞ ◇細菌室を有する検査室では、検体の処理についても確認する

4.4.2.4 検査業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① トラブル発生時には原因究明が行われ、トラブルの内容・対策が記録・保管されている
- ② 精度管理や業務の改善に関する検討会を定期的に開催し、問題点の収集・分析・対策検討が行われている
- ③ 精度管理の成績向上に努めている
- ④ 対策が評価され、手順書は見直されている

- ☞ ◇業務手順の変更は、必要な部門と協議し周知させる仕組みがあるかも確認する

△ 4.5 病理部門

△ 4.5.1 病理部門の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

△ 4.5.1.1 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている (a・b・c・NA)

- ①必要な病理医が確保されている
- ②標本を作製する技師・細胞診スクリーナーが確保されている
- ③病理診断を実施するための施設、設備、機器が整備されている
- ④生検結果は4-5日以内で判明する

☞ ◇病理医の確保の状況(常勤・非常勤・外部委託)や技師・細胞診スクリーナー確保の状況については、病院の規模・機能、手術件数と内容、専門標榜科、生検数、病理解剖数などを判断して評価する
 ◇全身麻酔400~500件以上の施設では病理医の関与が必要である
 ◇CPCなどへの病理医の関与についても評価の視点を向ける
 ◇テレパソロジーのみの対応では不十分である

△ 4.5.1.2 病理部門で必要な教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

☞ ◇部門内で行われている勉強会を評価する

△ 4.5.2 病理部門が適切に運営されている (5・4・3・2・1・NA)

△ 4.5.2.1 病理診断の手順が確立している (a・b・c・NA)

- ①手術・内視鏡など診療に必要な病理検査が実施され、その手順が確立している
- ②必要な手術検体の病理診断を実施している
- ③迅速標本の病理診断が実施されている
- ④検体・ブロック・標本などが保存・管理され、過去の症例の事後検証ができる
- ⑤感染管理手順が確立している
- ⑥病理診断報告書が管理され、過去の症例の事後検索ができる

☞ ◇必要な手術検体の範囲について、病院として定められている内容を確認する

△ 4.5.2.2 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている (a・b・c・NA)

- ①CPCが定期的開催されている
- ②手術症例検討会などに病理医が参加している
- ③検討会などの記録が残されている

☞ ◇病理解剖やCPCなどの検討会は、審査体制区分3以上の病院あるいは全身麻酔400~500件以上実施している病院で評価する

△ 4.5.2.3 病理部門の業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①トラブル発生時には原因究明が行われ、トラブルの内容・対策が記録・保管されている
- ②精度管理や業務の改善に関する検討を定期的に行い、問題点の収集・分析・対策検討が行われている
- ③必要な標本のダブルチェックを行っている
- ④ダブルチェックは組織的に行われている

☞ ◇染色状況の確認など
 ◇医師の複数配置や他施設との検討会などは評価される

4.6 画像診断部門

4.6.1 画像診断部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.6.1.1 画像診断部門に必要な医師・職員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②病院の規模・機能に見合った放射線科医が確保されている
- ③画像診断部門に必要な放射線技師・看護師・事務員が配置されている
- ④機能に見合った緊急検査に対応できる職員が確保されている
 - ☞ ◇時間外・夜間・休日の人員体制も確認する
 - ◇病院の規模・機能などを勘案し、医師の勤務形態(常勤/非常勤)を確認する
 - ◇放射線科医が確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているか確認する
 - ◇上記工夫には遠隔画像診断体制も含まれる

4.6.1.2 画像診断部門に必要な施設・設備・機器が整備され、安全に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①機能に見合った単純撮影・X線TV・CT・MRI・血管撮影装置・超音波診断装置・その他が整備されている
- ②保守点検マニュアルが作成されている
- ③装置の保守契約が結ばれ、記録が整理されている
- ④放射線防御に関する施設・設備・備品が整備されている
- ⑤薬剤が適切に保管・管理されている
- ⑥診断用放射性同位元素が適切に管理されている
 - ☞ ◇病床規模のほかに専門標榜科についても確認して判断する
 - ◇CT、MRIについては、待ち日数についても確認して判断する
 - ◇更衣室、観察ベッドのある処置室などがあれば望ましい
 - ◇放射線防御に関し、散乱線の測定結果や照射録の保管・管理、各種プロテクタ・フィルムバッジの管理を確認する
 - ◇非常用カートの整備状況も確認する

4.6.1.3 画像診断部門で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

4.6.2 画像診断部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.6.2.1 画像診断部門における業務手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ① 始業時点検や機器の取り扱い・報告書の作成・予約・緊急割り込み・報告書送付などの業務手順が確立している
- ② 緊急検査について、時間内・時間外・休日の業務手順が確立している
- ③ 原則的に全ての画像診断について報告書が作成されている
- ④ 必要に応じた支援体制が確立している
- ⑤ 他施設からの受託検査がある場合は、その手順が確立している
- ⑥ 患者・職員に対する安全が配慮されている
 - ◇ 放射線科医の確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているか、また、そのための画像フィルム搬送手段を確認する
 - ◇ 画像診断がダブルチェックされていることが必要(放射科医と主治医でも可)

4.6.2.2 画像診断部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① 業務の改善に関する検討会を定期的開催し、問題点の収集・原因分析・対策検討が行われている
- ② 対策が評価され、手順書は見直されている
- ③ 関連診療科の医師の参加を得て毎週1回程度画像診断検討会が開催されている

4.7 放射線治療部門

☞ ◇放射線治療部門がない場合も、他施設と連携する機能について評価する

4.7.1 放射線治療部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

△ 4.7.1.1 放射線治療に必要な医師・職員が確保されている (a・b・c・NA)

- ①常勤の放射線腫瘍学会認定医あるいは放射線科専門医が配置されている
- ②専任の放射線技師看護師が配置されている

☞ ◇放射線治療専任加算の場合は施設基準を考慮
◇放射線物理士が配置されていれば最適である

4.7.1.2 (放射線治療部門がない場合)他施設の放射線治療部門と連携する機能がある (a・b・c・NA)

- ①他施設の放射線治療部門と連携する際の担当者が明確である
- ②他施設の放射線治療部門と連携する手順が明確である

△ 4.7.1.3 放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている (a・b・c・NA)

- ①保守点検・出力校正が適切に行われており、記録から確認できる
- ②治療用放射性同位元素の保管・管理が適切に行われている
- ③放射線事故対応マニュアル(震災被害も含む)が整備されている

△ 4.7.1.4 放射線治療部門で必要な教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

☞ ◇部門内で行われている勉強会を評価する

△ 4.7.2 放射線治療部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

△ 4.7.2.1 放射線治療部門における業務手順が確立している (a・b・c・NA)

- ①業務手順が明示されている
- ②治療計画が作成され、シュミレーションされている
- ③計画線量が専門医により確認されている
- ④患者・職員に対する安全が配慮されている

△ 4.7.2.2 放射線治療部門の業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①個々の患者の治療効果などについて検討会が定期的開催されている
- ②業務改善に関する検討会が定期的開催され、問題点を収集・分析して対策を検討している
- ③検討経過についての記録があり、診療録にも記載・添付されている
- ④対策が評価され、業務手順が見直されている

4.8 輸血・血液管理部門

4.8.1 輸血・血液管理部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇ 病院の規模・機能・血液製剤の使用量・頻度等を勘案して総合的に評価する
- ◇ 外注委託の場合はシステムの適切性を確認する
- ◇ 輸血・血液製剤とは血液・血漿・血小板・アルブミン製剤などを含む

4.8.1.1 輸血・血液管理部門に必要な人員と施設・設備・機器が確保されている

(a・b・c・NA)

- ① 院内の輸血業務全般を監督する責任医師が確保されている
- ② 輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などの業務を行う担当部署と担当者が明確である
- ③ 各業務の実務担当者の責任が明確である
- ④ 時間外・休日の責任者・担当者が明確に定められている
- ⑤ 必要な職員が配置されている
- ⑥ 輸血用血液製剤は、自記温度記録計付きの専用保冷库・冷凍庫に保管されている
- ⑦ 保冷库・冷凍庫、アラームについては定期的に点検され、記録が整理されている

- ☞ ◇ 責任医師は、業務量によっては兼任でも良い
- ◇ 輸血・血液製剤の年間使用単位が極めて少なく、当日中に使用される場合は、保冷库・冷凍庫に必ずしも自記温度記録計を要求しないが、使用までの保管の手順が明文化されていることが必要である
- ◇ 保管庫は、輸血用血液製剤専用で、試験薬や他の検体が一緒に保管されていない

- ◇ 手術室など部門外に保管する場合にも同じ基準が適応される、なお、部門間の搬送の際にも保冷容器を使用していることを確認する
- ◇ 一般病棟での保管は適切ではない

4.8.1.2 輸血・血液管理業務に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ① 部門内で定期的な勉強会が行われている
- ② 院内・外の教育・研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮されている
- ③ 学会・研修会の内容が報告がされ、診療の質の向上に役立っている

4.8.2 輸血・血液部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.8.2.1 輸血業務についての方針・手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ① 輸血用血液製剤について、製剤使用の適応と使用基準が確立している
- ② 発注・保管・供給・返却・廃棄および使用の手順があり明文化されている
- ③ 時間外・休日の対応手順があり明文化されている
- ④ 製剤別の発注・使用・返却状況・廃棄率が集計されている
- ⑤ 使用された血液のロット番号の記録が保存されている

- ☞ ◇ 血液製剤の適正使用ガイドラインの策定と遵守状況を確認する
- ◇ 不規則抗体について確認されていることが望ましい

4.8.2.2 輸血業務の安全対策や手順を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① 輸血療法について検討する委員会が設置されており、その運営・活動指針が明確に示されている
- ② 副作用・事故報告の分析、事故防止対策などについて検討されている
- ③ 事故発生時の対応マニュアルがあり、定期的に見直されている
- ④ マニュアルは定期的に見直されている

4.9 手術・麻酔部門

4.9.1 手術・麻酔部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.9.1.1 手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①手術・麻酔部門の管理責任者として常勤の専任医師がいる
- ②手術件数と手術内容に見合った麻酔科標榜医が確保されている
- ③看護の管理責任者が明確にされている
- ④緊急手術に対応できる麻酔医が確保されている

- ☞ ◇中小病院では、必ずしも独立部署の存在は必要ではない
- ◇手術室の責任が看護師に委ねられている状況は適切でない
- ◇常勤麻酔科標榜医が確保されていない場合、資格を保有している兼任医師や非常勤麻酔科標榜医の関与の状況を判断して評価する
- ◇年間全麻手術件数400～500以上で常勤の麻酔科標榜医の確保が必要である

4.9.1.2 手術・麻酔に必要な施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①手術件数・内容からみて適切な数の手術室があり、手術室、準備室、更衣室、記録室、休憩室、説明室等が整備されている
- ②手術室独自の空調設備があり、必要に応じてバイオクリーン・ルームがある
- ③麻酔器や必要なME機器・手術器具が整備されている
- ④担当者により、施設・設備・機器の保守・点検が定期的に行われており、記録がある
- ⑤医療ガスなどの配管や空調設備が定期的に点検され、記録から確認できる
- ⑥余剰ガス排出装置があり、適切に機能している
- ⑦清潔ゾーンが明確に示されている

- ☞ 臨床工学技士の関与が望ましい
- ◇床の清潔・不潔の動線が交差している状況は厳しく評価しない

* 4.9.1.3 手術室の運営委員会が開催されている

(a・b・c・NA)

- ①運営委員会があり、月1回定期的に開催されている
- ②手術スケジュールの調整、手術室の安全管理、感染管理、清潔管理、機器の保守・点検・新規購入などについて協議しており、記録がある
- ③委員会の構成メンバーは、手術・麻酔部門の管理責任者である医師、手術室の看護責任者のほか、関連診療科の医師によって構成されている

- ☞ ◇中小病院では専門的な委員会だけでなく業務連絡会等で検討されていることを確認する

4.9.1.4 手術・麻酔部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

4.9.1.5 手術・麻酔部門の安全を確保する体制が確立している

(a・b・c・NA)

- ①安全確保についての責任体制が明確である
- ②医療事故発生時の手順が整備されている
- ③薬剤などは適切に保管・管理され、薬剤師などの支援を得ている
- ④安全確保のための具体的な手順が明示され、遵守するための仕組みがある
- ⑤上記が遵守されている

- ☞ ◇部門としての責任体制および現場の体制を確認する
- ◇麻薬・毒薬および輸血用血液製剤の保管・管理状況を確認する

4.9.2 手術・麻酔部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.9.2.1 手術・麻酔の実施手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①手術・麻酔部門の運営を規程する手術室マニュアルがある
- ②手術および介助の基準・手順が整備されている
- ③麻酔および介助の基準・手順が整備されている
- ④麻酔記録が迅速に作成されている
- ⑤緊急手術は、診療時間内はもとより時間外や休日にも速やかに行うことができる
- ⑥一元化された手術台帳があり、必要な項目が記載されている

☞ ◇手術台帳・麻酔記録には、患者名・生年月日・手術名・麻酔方法・手術医名・麻酔医名・介助看護師名・麻酔開始時間と終了時間・執刀時間と終刀時間・退室時間・記録日などが記載されていることを確認する

4.9.2.2 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①手洗いを適切に実施している
- ②手術室の清潔管理に関する規程がある(手術室マニュアルに規定されていてもよい)
- ③標準予防策に基づき、手袋・防護具を着用している
- ④針刺しを予防する手順が整備され、発生後の連絡体制が確立している
- ⑤感染性廃棄物が安全に分別処理されている
- ⑥汚物を処理する適切な場所がある

☞ ◇手術室の清潔管理に関しては、HEPAフィルターの定期的清掃・交換の状況についても確認する

4.9.2.3 手術・麻酔部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある
- ②手術・麻酔に関する統計や手術症例に関する情報が手術室運営会議などで報告・検討されている
- ③対策は評価され業務手順が見直されている

4.10 中央滅菌材料部門

- ☞ ◇部門の有無に関わらず院内の滅菌業務について評価する
- ◇院外の施設で滅菌を行っている場合、4.10.1はNAとし、4.10.2を評価する

4.10.1 中央滅菌材料部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇病院の機能を勘案の上、評価する

4.10.1.1 洗浄・滅菌業務に必要な人員が確保されている

(a・b・c・NA)

①必要な人員が確保され、責任者が決まっている

- ☞ ◇小規模病院などでは業務量についても確認する

4.10.1.2 洗浄・滅菌業務に必要な施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

①必要な滅菌設備がある

②保守・点検が定期的に行われ、記録されている

③滅菌された物品は清潔区域に保管されている

④滅菌された物品は、清潔なカート・覆いを用いて搬送され、適切に保管されている

⑤汚染された物品の搬入と、滅菌された物品の搬出、保管の経路が交差していない

⑥エチレンオキシドガス滅菌を実施している場合は、定められた基準を遵守している

* 4.10.1.3 中央滅菌材料部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

①部門内で定期的な勉強会がある

②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務が配慮されている

③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

4.10.2 中央滅菌材料部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.10.2.1 洗浄・滅菌業務の手順が確立している

(a・b・c・NA)

①病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

②高圧蒸気滅菌の場合、物理的インディケータは常時モニターされ、記録されている

③化学的インディケータは毎回パックの内側と外側に使用され、使用者側にわかるようになっている

④高圧蒸気滅菌およびエチレンオキシドガス滅菌には、生物学的インディケータが週に1回以上使用され、記録されている

⑤洗浄・滅菌過程に異常が発生した場合のリコールの規程がある

⑥時間外・休日の手順が確立している

* 4.10.2.2 中央滅菌材料部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

①問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある

②対策は評価され、業務手順が見直されている

△ 4.11 集中治療室

- ☞ ◇施設基準を届けてい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
◇ハイケアユニット、新生児・周産期・広範囲熱傷集中治療室も評価対象である

△ 4.11.1 集中治療室の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

△ 4.11.1.1 必要な医師・看護師が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①管理責任者が明確に定められている
 - ②個々の患者について診療責任の医師が決められ、実質的に集中治療にあっている
 - ③治療中の患者を担当する医師が終日にわたり迅速に対応している
 - ④複数の診療科の協力体制が整っている
 - ⑤当番医・当直医などのシステムがある
 - ⑥専門知識・技術を持った専従の看護師が配置されている
- ☞ ◇施設基準を届けている場合は、専任の医師が常時治療室内に勤務していることを確認する

△ 4.11.1.2 機能に見合った施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①重症度や患者数に見合った設備・機器が整備されている
 - ②薬剤などが適切に保管・管理されている
 - ③定期的に保守・点検がなされ、その状況が記録されている
 - ④施設・設備・機器は安全・清潔に管理されており、その状況が担当者により定期的に点検されている
- ☞ ◇臨床工学技士の関与が望ましい
◇輸血用血液製剤の保管状況、非常用カートの整備状況も確認する

△ 4.11.1.3 集中治療室の運営委員会が開催されている

(a・b・c・NA)

- ①委員会が設置されており定期的に(月1回程度)開催されている
- ②利用状況や問題点が検討され記録されている

△ 4.11.1.4 集中治療室で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

△ 4.11.2 集中治療室が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

△ 4.11.2.1 入退室の基準・手順が明確である

(a・b・c・NA)

- ①運営方針が明確にされている
- ②入退室の基準・手順があり明文化されており、遵守されている

△ 4.11.2.2 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①清潔管理に関する規程がある
- ②標準予防策に基づき、手袋・防護具を着用している
- ③針刺しを予防する手順が整備され、発生後の連絡体制が確立している
- ④感染性廃棄物容器が安全な状態で使用されている
- ⑤汚物を処理する適切な場所がある

△ 4.11.2.3 集中治療室の利用状況が把握され、運用状況が検討されている

(a・b・c・NA)

- ①入室中の記録が診療録やサマリーに過不足なく記載されている
- ②台帳がある

△ 4.11.2.4 症例検討会や治療成績の検討が行われている

(a・b・c・NA)

- ①全ての入室者の症例検討がされている
 - ②治療成績が評価されている
- ☞ ◇症例の集積・分析や検討を多施設間で行っていれば高く評価する
(APACHEなどを使用しSMRを出している)

4.12 救急部門

精神 ☞ ◇7領域で評価する

4.12.1 救急部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇ 救急機能の水準を以下のように区分して評価する
- ◇ <水準1> 救急救命センターないし地域の三次救急医療を担う(ランクAの確認)
- ◇ <水準2> 分類上は地域の二次救急医療機関であるが、極めて活発な救急医療活動の実績があり、いわゆる2.5次の救急医療を担う
- ◇ <水準3> その他の救急病院
- ◇ <水準4> 救急医療を標榜していない

4.12.1.1 救急部門の役割と方針が明確である

(a・b・c・NA)

- ① 地域のニーズに基づいた役割分担と運営方針が示されている
- ② 明示された役割は客観的に妥当なものと考えられる
- ③ 運営方針は定期的に検討されている
- ④ 救急医療に従事する職員のみならず、他の職員にも役割や方針が周知・徹底されている
- ⑤ 自院の診療圏について行政、医師会、消防関係などからの情報を得ている
- ⑥ 収集した情報を組織的に分析している

4.12.1.2 救急患者受け入れの方針と手順が明確である

(a・b・c・NA)

- ① 水準に見合った方針・手順が明文化されている
- <水準1> 必要に応じて救急救命士への具体的な指示を行う医師が決められている
- 救急隊からの電話依頼に直接的に担当医師または看護師が応じることとなっている
- 医師が救急車などへの同乗を求められた際に同乗することができるようになっている
- 患者受け入れ不能時においても初期治療ないし蘇生術には当たり、その間に手順に沿って他の医療機関と連携が図られ、治療の継続性に配慮している
- <水準2以下> 二次輪番制などの地域の救急医療体制などに応じた受け入れの方針がある
- 救急隊からの電話依頼時の対応、受け入れ時の担当医、患者搬入後のいわゆる救急病床と後方病床の連携などについて具体的な手順が示されている

患者受け入れ不能時における対応の手順がある

- ☞ ◇ 在宅患者の受け入れについても確認する

4.12.1.3 機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている (a・b・c・NA)

- ①水準に見合った医師・看護師の確保
 <水準1> 専門医のほか複数の医師が専従し、十分な看護要員が確保されている
 <水準2> 内科・外科系の医師が常に対応可能で、十分な看護要員が確保されている
 <水準3> 担当医が定められており、必要に応じて内科・外科の医師をオンコールで呼ぶことができる
 体制に応じた看護師が確保されている
 <水準4> 必要に応じて医師・看護師が対応できる
- ②水準に見合った各職種の夜間・休日の体制
 <水準1> 薬剤師・検査技師・放射線技師・事務職員の当直体制がある
 <水準2> 薬剤師・検査技師・放射線技師・事務職員の当直体制がおおむね確保され、必要に応じてオンコールで応援を求めることができる
 <水準3~4> 必要に応じて当直またはオンコールの体制がある
- ③水準に見合った診療各科の支援体制
 <水準1> 常に内・外・脳外・整・眼・耳・産婦・泌・麻・児・放の支援が緊急で得られ、定期的に精神科の対診があるなど、支援体制が適切である
 <水準2> 内科系・外科系の医師の要請に応じて上記各科の支援がオンコールで得られる
 <水準3~4> 機能に見合った体制がある

4.12.1.4 機能に見合った施設・設備・機器が確保されている (a・b・c・NA)

- ①水準に照らして十分である(下記参照)
 <水準1> 心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 救急処置室に麻酔器と無影灯などの準備があり、緊急に穿頭(開頭)術、開胸術、開腹術が可能である
 または、手術場において、それらの緊急手術が可能である
 保守点検の実際は院内他部署からの支援を得ていても、救急部門の施設・設備・機器の管理状況は救急部門の専従スタッフが把握している
 <水準2> 心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 保守・点検は<水準1>と同等である
 <水準3> 心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 救急外来の機器の保守・点検はME部門、検査部門、放射線部門、感染管理部門からの支援によって行っている
 <水準4> 気道確保の準備、輸液・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である
 救急外来の保守・点検はME部門、検査部門、放射線部門からの支援によって行っている
- ②薬剤などが、適切に保管・管理されている
- ◇輸血用血液製剤の保管状況を確認する
 - ◇特に<水準1>では緊急の手術・検査に対応できるように整備されているかを確認する
 - ◇<水準4>においても非常用カートの整備状況を確認する

4.12.1.5 救急部門で必要な教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

- ①定期的な勉強会がある
 ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮されている
 ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

◇部門内で行われている勉強会を評価する

4.12.2 救急部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇<水準1～4>の各々の方針と手順の内容に照らして運営の適切性を評価する

4.12.2.1 緊急検査・診断、入院、緊急手術などの手順が明確である (a・b・c・NA)

- ①緊急検査・診断、入院、緊急手術などの方針・手順があり、遵守されている
- ②病院感染を防止する具体的な手順が明確である

4.12.2.2 救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている (a・b・c・NA)

- ①患者受け入れの実績が集計され、委員会において実績に基づく運用状況の検討がなされている
- ②患者受け入れ不能事例が集計され、検討されている

☞ ◇①医事統計のみならず、救急医療の質的な改善に寄与できる情報(来院の経路・診断名・手術などの主な処置記録・転帰・救急病床の運用状況等)についての整理(統計など)が試みられている必要がある

△ 4.12.2.3 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている (a・b・c・NA)

- ①救急患者に対して医学的・倫理的な観点からの症例検討会が多職種を交えて定期的開催されている
- ②治療成績が集計されている

☞ ◇症例の集積・分析や検討を多施設間で行っていれば高く評価する(APACHEなどを使用しSMRを出している)

4.12.3 臓器提供施設としての体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.12.3.1 臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している (a・b・c・NA)

- ①臓器移植に対する病院の方針が明確になっている
- ②移植用臓器摘出に必要な適切な手順書が整備されている
- ③職員にドナーカードや生前遺言を尊重する教育が行われている
- ④ドナー家族に対する心理的支援体制が整備されている
- ⑤移植コーディネーターとの連携ができています
- ⑥判定から摘出にいたるまでに関与する院内各部署(脳波、血液ガスなどの検査室、手術室のスタッフ含む)は24時間対応できる
- ⑦ドナーについての情報守秘が確保されている

△ 4.12.3.2 【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体とし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)

- ①倫理委員会が適切に開催され、病院として、脳死下の臓器摘出に関する合意の記録がある
- ②脳死下の臓器摘出の実施について、適切な手順書が作成されている
- ③複数の専門医による死の判定のための体制が確立している
- ④手順書に基づいたシミュレーションが行われている

4.13 栄養部門

4.13.1 栄養部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.13.1.1 栄養評価・栄養管理を適切に行う人員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②必要な職種(管理栄養士、栄養士、調理師)について業務量に見合う人員が配置されている
- ③業務委託の場合は、業務委託の範囲が明確で、見合った人員が確保されている

- ☞ ◇栄養部門は診療協力部門として組織図上で位置付けられていることが望ましい
- ◇業務量は、食事を提供する人数・特別食の割合、栄養指導件数、急性期／慢性期などに基づいて判断する

4.13.1.2 栄養管理や栄養指導のための施設・設備が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①栄養指導・相談室が設置されている
- ②各疾患別栄養指導用資料、フードモデルなどが整備されている
- ③栄養評価に必要な皮脂厚計、メジャーテープなどが整備されている
- ④血液生化学検査データが共有されており、栄養管理に必要な情報機器が整備されている

- ☞ ◇調理・配膳のための施設・設備は6.3.3で評価する
- ◇栄養指導・相談室は専用でなくてもよい

4.13.1.3 栄養委員会が設置され、開催されている

(a・b・c・NA)

- ①栄養委員会が設置されている
- ②委員会が定期的に開催され議事録が整理されている

- ☞ ◇委員構成、医師・看護師との円滑な意見交換の確認をする

4.13.1.4 栄養部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮している
- ③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

4.13.2 栄養部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.13.2.1 栄養部門の業務手順が確立している (a・b・c・NA)

- ① 栄養部門の業務手順書が作成されている
- ② 栄養部門の職員の衛生管理が適切に行われている
- ☞ ◇ 栄養部門の職員の健康状態の把握と発病後の対策

4.13.2.2 栄養基準が確立され、それに基づいて栄養管理業務が行われている (a・b・c・NA)

- ① 栄養基準が確立している
- ② 栄養指導の対象、実施手順、病態ごとの指導内容、記録方法、他の医療スタッフとの情報共有などについての取り決めがある
- ③ 適切な実施体制が整備されている

* 4.13.2.3 栄養管理・支援のための組織(NSTなど)が設置され、栄養ケアが組織横断的に実践されている (a・b・c・NA)

- ① 栄養サポートチーム(NST)などが設置され、活動している
- ② 栄養サポートチームには医師、看護師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師など多職種が参加している
- ③ 褥瘡対策チームに栄養士が参加している
- ④ 活動の記録が整備されている

4.13.2.4 栄養部門の業務改善の仕組みがある (a・b・c・NA)

- ① 問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある
- ② 喫食状況と嗜好が定期的な調査により把握されている
- ③ 調査結果が栄養委員会などで検討されている
- ④ 個別対応が必要な患者について看護部・栄養部間の情報伝達体制が整備されている
- ⑤ 対策は評価され、業務手順が見直されている
- ☞ ◇ 喫食状況は個別的なものであることを確認する

4.14 リハビリテーション部門

精神 ☞ ◇精神科作業療法部門について評価をする

療養 ☞ ◇リハビリテーション本来の目標である「家庭・社会への復帰」「人間としての尊厳の回復」などを旨とした取り組みが必要で、これらは身体機能の回復だけで達成できるものではなく、心理的・社会的な面からのチームアプローチによって、患者自身によるセルフケアを支援するという視点が重要である。

4.14.1 リハビリテーション部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.14.1.1 リハビリテーションに関する方針と役割が明確である

(a・b・c・NA)

- ①地域の役割に基づいた病院の方針が明確で明文化されている
- ②方針に対応した部門の役割・機能が明文化されている

☞ ◇家庭復帰や社会復帰のための役割・機能の明確化が重要である

4.14.1.2 機能に応じた人員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①役割・機能に応じてPT、OT、STなどが配置されている
- ②部門を担当する医師が適切に関与している

4.14.1.3 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①役割・機能・施設基準などに見合った整備がなされている
- ②定期的に保守・点検が行われている

☞ ◇点検記録、点検の担当者についても確認する

4.14.1.4 リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

4.14.2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)

- 4.14.2.1 リハビリテーションの基準・手順が確立している (a・b・c・NA)
- ①リハビリテーション適応の対象疾患や障害などに対するプログラムや適用基準がある
 - ②リハビリテーション計画が系統的に行われるための手順が確立している
 - ☞ ◇手順は「評価」「目標設定」「計画立案」「実施」「再評価」のサイクルに則って作成されていることが必要である
 - ◇年末年始・連休中の対応についても確認する
- 4.14.2.2 評価に基づいた計画が立てられ、目標が設定されている (a・b・c・NA)
- ①科学的手法に基づく運動機能などの評価が行われている
 - ②到達目標を明示した計画が立案されている
 - ③計画が見直されている
 - ☞ ◇一般的な目標だけでなく、生活に密着した目標設定が望まれる
- 4.14.2.3 リハビリテーションは計画に沿って実施されている (a・b・c・NA)
- ①安全にリハビリを実施する手順が確立している
 - ②訓練の経過や効果についての評価・判定などが個々の訓練記録に記載されている
 - ③訓練記録に関する情報が診療録でも確認できる
 - ④リハビリに関して多職種で検討し、記録に残されている
 - ☞ ◇記載が簡略あるいは乱雑である場合は厳しく評価する
 - ◇必要な情報が診療録に定期的に添付されるような仕組みであるか確認する
- 4.14.2.4 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている (a・b・c・NA)
- ①リハビリテーションカンファレンスなどに主治医が参加している
 - ②回診に療法士が参加している
- 4.14.2.5 リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)
- ①プログラム別の実施状況や患者数などの実績が把握されている
 - ②訓練内容が自院の役割・機能に見合っているかについて実施内容の評価が行われている
 - ③評価に基づき、業務の基準・手順が見直されている

4.15 図書室機能

4.15.1 図書室機能が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

4.15.1.1 必要な施設・設備、人員等が整備されている

(a・b・c・NA)

①図書室機能が整備されている

②担当者が配置されており、その業務内容が明確になっている

③病院設備として文献検索のCD-ROM、あるいは外部の文献情報センターにアクセス可能な病院のコンピューターシステムがある

☞ ◇図書室機能とは、書籍・雑誌の収納、全職員による閲覧が可能なことなどを指す

4.15.1.2 必要な図書・雑誌が確保されている

(a・b・c・NA)

①図書購入の予算が確保されている

②各部門の要望に基づいて購入されている

△ 4.15.2 図書室が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇図書室が設置されている場合に評価する。ただし、審査区分3以上の病院、および臨床研修指定病院等の教育機能を有する病院においては評価項目から除外できない

△ 4.15.2.1 図書室の利用促進と便宜が図られている

(a・b・c・NA)

①各職種の職員が利用可能となっている

②24時間いつでも利用できる

③文献検索の手続きや費用負担を病院が支援している

④関連する大学図書館や他の病院の図書室から必要な文献が容易に入手できる

△ 4.15.2.2 図書部門の業務手順が確立している

(a・b・c・NA)

①全病院の書籍・雑誌を図書室で一括管理している

②新着図書リストなどを各部署に定期的に配布・伝達している

③図書カードや図書台帳により一定方式で分類・整理している

☞ ◇各部門・部署で必要な図書が保管されている場合は図書室で保管場所を把握している

◇管理・購入・図書についての職員への情報提供の手順などを確認する

△ 4.15.2.3 図書部門の業務改善の仕組みがある

(a・b・c・NA)

①図書委員会などが設置され、業務の改善を検討する場がある

4.16 診療録管理部門

4.16.1 診療録管理部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇ここで言う診療録は医師による記録にとどまらない広義の診療録を指す

4.16.1.1 必要な人員が確保され、部門として位置付けられている

(a・b・c・NA)

- ①診療情報管理士またはこれに準ずる担当者が適切に配置されている
- ②業務量に応じた職員が確保されている
- ③診療協力部門として組織的に位置付けられ、必要な権限を有している

☞ ◇適切に配置とは年間およそ2000人の退院患者に1人を目安とする
 ◇これに準ずる担当者には通信教育中の職員を含めてもよいが、その場合においても有資格者は最低1名必要である
 ◇部門長は院長・副院長の直轄であるなどで、権限を有しているかを
 確認する
 ◇業務委託の場合は病院の責任者が配置されている

* 4.16.1.2 診療録管理室(診療情報管理室)が設置され、収納場所や情報機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①診療情報管理士の執務室、診療記録の閲覧室、診療録の保管庫、診療情報管理に必要な情報機器が整備されている

☞ ◇①についてはハード面での環境が整っていることが望ましいが、実質的な機能が確保されていればよい
 ◇外部委託の場合は必要な時間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況を判断する

4.16.1.3 診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている。
- ③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

☞ ◇診療情報管理士の育成についての方針と計画も確認する

4.16.2 診療録が適切に管理されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.16.2.1 1患者1ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている (a・b・c・NA)

- ①診療録管理の手順が整備されている
- ②入院は1患者・1ID・1診療録になっている
- ③外来は1患者1IDになっている

☞ ◇外来の場合も1患者・1ID・1診療録になっていることが望ましい
 ◇外来診療録が科別管理の場合、他科処方、他科検査が参照できるように十分に配慮されているかを確認する

4.16.2.2 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている (a・b・c・NA)

- ①入院および外来の診療録が中央管理されており、貸出し・閲覧規程がある
- ②貸出し期限を厳守させる仕組みがある
- ③診療録のアライ管理がなされている

4.16.2.3 合理的な保管方法が採用されている (a・b・c・NA)

- ①入院・外来診療録ともに患者のID番号により保管されている
- ②迅速・確実な取り出しと返納ができる適切な保管方法が採用されている

☞ ◇入院・外来いずれもが五十音順など患者氏名による保管がなされており、同姓同名患者の取り違えの危険性がある、あるいは退院番号等で保管されていることは適切でない
 ◇入院診療録が年度別に保管され、容易に個別患者の全入院診療録が取り出せない場合は不十分である

4.16.3 診療情報が適切に管理され活用されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.16.3.1 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている (a・b・c・NA)

- ①退院時サマリーが作成されている
- ②サマリーは、外来診療録に添付されている
- ③サマリーの完成率を100%にするための仕組みがある
- ④退院時サマリーの形式は、病院全体で統一されている
- ⑤必要な項目が網羅され、診療情報の活用に利用されるように、コンピューターに入力されている

4.16.3.2 診断名・手術名がコード化され検索可能となっている (a・b・c・NA)

- ①診断名・手術名などがコード化されてコンピューターに登録されている
- ②特定条件に該当する診療録の検索ができる

☞ ◇診断名・手術名・処置名は、ICD-10、ICD-9-CMなどの標準的なコード体系を用いたコーディングが望まれる
 ◇単に医事コンピューターから連動したレセプト病名などのコーディングは適切でない

* 4.16.3.3 統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立てている

(a・b・c・NA)

- ①傷病別患者数など病院の役割や各診療科の業務量の評価に活用できる統計資料が作成され、院内において報告・検討されている
- ②診療・経営上のニーズに応じて、情報を取り出し、診療の質および効率評価の指標を定期的に作成し、会議等で検討され、現場にフィードバックされている

4.16.4 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある

(5・4・3・2・1・NA)

4.16.4.1 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①問題点の分析を行ない対策を検討する場がある
- ②紛失カルテが判明しており、その解決に工夫がされている
- ③入力ミスを点検する仕組みがある

4.17 訪問サービス機能

- ☞ ◇訪問サービス部門がない場合も、訪問看護ステーションなどとの連携についての機能を評価し、NAとしない

精神 ☞ ◇精神科訪問看護の実施状況を確認する

4.17.1 訪問サービス部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇急性期病院などで、訪問サービス部門がない場合でも、訪問サービスが必要な患者に、院外の施設と連携し、適切にサービスが提供できるよう配慮する必要がある。4.17.1.1, 4.17.1.3はNAとしない

4.17.1.1 訪問サービスに関する方針と役割が明確である

(a・b・c・NA)

- ①地域の役割に基づいた病院の方針が明確である
- ②方針に対応した部門の役割・機能が明文化されている

- ☞ ◇方針・役割の内容として、対応できる体制、医療とケアの継続性、相談・調整・地域連携の機能、在宅患者の急変時の対応、介護保険制度への対応等が網羅されている

△ 4.17.1.2 必要な人員が確保され、体制が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①組織的な位置づけが明確である
- ②必要な職種と人員が確保されている
- ③相談・調整・地域連携の機能を有する
- ④必要な訪問サービス(在宅サービス)提供の機能を有する
- ⑤緊急時の対応機能などが整備されている

- ☞ ◇訪問サービスが実施されている場合、医師による適切な診察が行われているかを確認し、医師確保の状況を把握する

4.17.1.3 (訪問サービス部門がない場合)訪問看護事業者や居宅サービス事業者などと連携する機能がある

(a・b・c・NA)

- ①居宅サービス事業者などとの連携について、担当者が明確である
- ②連携についての手順が明確である
- ③必要な患者には、退院前から介護支援専門員と関われるようにしている

△ 4.17.1.4 訪問サービス部門で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療・看護の質向上に役立っている

△ 4.17.1.5 業務の改善や症例について検討する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①実績が把握・集計され、業務の改善対策が検討されている
- ②症例検討会が定期的に行われ記録が残されている
- ③医師や他部門の参加が得られている
- ④病棟・院外の関連機関との検討が適宜実施されている
- ⑤対策は評価され、業務手順が見直されている

- ☞ ◇開催頻度は、合同では少なくとも週1回、密接に関連する部署を交えた検討は日常的に行われているのが望ましい
- ◇検討会の目的に応じて、主治医、看護師、MSW、各療法士、薬剤師、栄養士等多職種の参加が望ましい
- ◇QOL(セルフケアの向上、ターミナルケア、在宅死を含む)について検討されていることが望ましい

△ 4.17.2 訪問サービスが適切に提供されている (5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇訪問サービス部門がない場合はNAとする

△ 4.17.2.1 訪問診療が行われている (a・b・c・NA)

- ①担当する医師が決められ、定期的、計画的に訪問診療が実施されている
- ②治療方針・治療内容が患者・家族に説明されている
- ③夜間・急変時などの連絡方法が患者・家族に明示されている
- ④関係職種(看護・リハビリなど)への指示は文書で行われている

△ 4.17.2.2 訪問看護が行われている (a・b・c・NA)

- ①主治医(かかりつけ医)の指示に基づいて実施し、記録されている
- ②訪問看護の基準・手順が整備されている
- ③訪問サービスの計画が作成されている
- ④利用者個々のニーズが把握されている
- ⑤看護内容の説明と同意が得られている
- ⑥急変時の対応マニュアルがある

△ 4.17.2.3 薬剤師や管理栄養士による訪問指導が行われている (a・b・c・NA)

- ①医師の指示に基づいて薬剤師・管理栄養士による訪問指導が行われている
- ②基準・手順が整備されている
- ③実施記録が作成されている

4.17.3 在宅療養を支援するためのリハビリテーションサービスが提供されている (5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇自院で実施されていない場合は、連携の状況进行评估する

4.17.3.1 訪問リハビリテーションが行われている (a・b・c・NA)

- ①医師の指示に基づいて実施し、記録されている
- ②生活に密着した目標が設定され、計画に沿って実施されている
- ③計画の内容は説明と同意が得られている

4.17.3.2 デイケアなどの通所サービスが行われている (a・b・c・NA)

- ①PT・OT・ST等のリハ専門職種が通所サービス部門に配置されている
- ②目標が設定され計画に沿って実施されている
- ③計画の内容は説明と同意が得られている
- ④個別リハへの対応が実践されている
- ⑤家族との連携に取り組んでいる

☞ ◇家族との連携には連絡ノートも評価できる

精神 ☞ ◇精神科デイケア进行评估する

4.17.3.3 在宅療養の環境整備について支援している (a・b・c・NA)

- ①OT・PT等も加わって退院前訪問による家屋の実態調査が行われており、調査結果が記録され整理保管されている
- ②調査結果に基づき、意見書が作成され、記録・保管されている

☞ ◇在宅介護支援専門員と連携する仕組みも評価できる

4.18 外来部門

4.18.1 外来部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

- 4.18.1.1 外来部門の方針が明確にされている (a・b・c・NA)
- ①地域のニーズにもとづいた外来機能が明確にされている
 - ②機能に見合った病診・病病連携が行われている
 - ☞ ◇病診・病病連携の内容を確認する
- 4.18.1.2 外来における看護の役割が明確にされている (a・b・c・NA)
- ①専門看護を含め、看護の役割が明確にされている
 - ②看護の責任体制が明確にされている
 - ③看護師は問診票等を活用して受診ニーズを把握し、患者の受診行動を支援している
 - ☞ ◇各診療室に専従の看護師が配置されていることを確認する
- 4.18.1.3 外来看護に必要な教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)
- ①部門内で定期的な勉強会がある
 - ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている
 - ③学会・研修報告が行われ、看護の質向上に役立っている
 - ☞ ◇外来看護を中心に評価する
- 4.18.1.4 必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている (a・b・c・NA)
- ①機器・設備が整備されている
 - ②安全管理の手順が整備され遵守されている
- 4.18.1.5 外来における薬剤が適切に保管・管理されている (a・b・c・NA)
- ①薬剤は、適切に保管・管理されている
 - ②薬剤師が適切に関与している
 - ③必要に応じて施錠管理されている

4.18.2 外来部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

4.18.2.1 診療録の記載が適切である

(a・b・c・NA)

- ① 診療上の問題点と計画が示されている
- ② 必要な情報がファイルされている
- ③ 診療各科の情報が共有されている
- ④ 記載者の署名がある
- ⑤ 指導内容が記録されている
- ⑥ プライバシーに配慮されている

☞ ◇必要な情報とは、病歴・既往歴(アレルギー・禁忌薬など)・家族歴・診察所見・指示などばかりでなく入院サマリー・情報提供書・返書・診断書などのコピーや同意書、さらに独居情報・緊急連絡先・身障手帳の有無なども重要である。外来診療録の管理状況については、4.16(診療録管理部門)で確認する

4.18.2.2 ハイリスクの治療・検査において説明と同意が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ① 手順・指針が示されている
- ② 説明を行う場所に配慮されている

☞ ◇看護師は患者・家族の不安や心配などに対処しているかを確認する

4.18.2.3 療養のための患者・家族への教育が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 必要な療養指導が行われ記録されている
- ② 分かりやすい印刷物が作成されている
- ③ 医師・看護師・他部門間の連携がとれている

☞ ◇個別的な療養指導のほか、集団指導を行っている場合も評価の対象となる

精神 ☞ ◇精神保健福祉法を遵守した説明が実施されている
◇同意能力のない患者には、保護者(または代理人)への説明がなされている

4.18.2.4 治療・ケアの継続性に配慮した仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① 治療継続のために退院時要約が活用されている
- ② 紹介状のやりとりが適切に行われている
- ③ 他施設との連携が適切に行われている

☞ ◇デイケア、在宅支援、訪問看護ステーションとの連携など

4.18.2.5 外来における業務の改善について検討する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① 問題点を収集・分析し、業務の改善対策が検討されている
- ② 医師や他部門の職員も参加している
- ③ 院内の関係部署との検討が適宜実施されている

☞ ◇医師・看護・コメディカル・事務による業務を含む

4.18.3 外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

- 4.18.3.1 外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている (a・b・c・NA)
- ①実施手順・安全の手順が整備されている
 - ②安全・確実な指示だし指示受けが行われている
 - ③受けた指示が安全・確実に実施されている
- ☞ ◇患者・部位誤認防止、伝達エラー防止など具体的に確認する
- 4.18.3.2 外来における検査・処置・手術などの実施中・実施後に、患者の状態・反応を観察している (a・b・c・NA)
- ①観察記録がある
 - ②帰宅後を配慮して自己観察できる指導や悪化時の受診の仕方を指導している
 - ③プライバシーに配慮されている
 - ④急変時の対処方法が確立し、定期的に教育・訓練・技術指導が行われている
- ☞ ◇抗がん剤やハイリスク薬剤の投与、日帰り手術など
◇外来独特のリスクについて把握しているかを確認する
◇診察を待っている患者の様子を適宜観察する仕組みについても確認する
- 4.18.3.3 外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている (a・b・c・NA)
- ①適切な手洗い設備を有し患者と接触する前後や必要な行為の前後に手洗いをしている
 - ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
 - ③感染経路別予防策に基づいた隔離方法が行われている
 - ④針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策が確立している
 - ⑤感染性廃棄物容器が安全な状態で利用されている
- ☞ ◇採血室、処置室、外来診察室、待合室、点滴外来などを確認する
◇待合室に隔離室があれば高く評価する
- 4.18.3.4 内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている (a・b・c・NA)
- ①内視鏡室の清潔管理に関する規程がある
 - ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
 - ③検査終了の度々に内視鏡の洗浄・消毒を行っている
 - ④適切な洗浄装置が備えられている
 - ⑤グルタラルールなどを使用している場合は、ゴーグル・防毒マスクなどの防具が整備されている
- ☞ ◇内視鏡の実施件数に見合ったファイバースコープの台数が確保されていることも確認する
◇ファイバー部分だけでなく、水入れや生検鉗子・ブラシなど種々の処置具の洗浄・消毒も確認する
- 4.18.3.5 透析室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている (a・b・c・NA)
- ①透析室の清潔管理に関する規程がある
 - ②患者・スタッフ用の手洗い設備があり、適切に手洗いがされている
 - ③穿刺・抜針操作をするスタッフはディスポーザブルの滅菌手袋を装着し、患者ごとに交換している
 - ④針刺しを予防する手順が整備され、暴露時の連絡体制が確立している
 - ⑤感染性廃棄物を適切に分別処理している
 - ⑥血液で汚染された物品などの取り扱いに関して、マニュアルで定められている
- ☞ ◇浄化槽を確認する

4.0 医療提供の組織と運営

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

病棟名 []

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

☞ 「看護」と「介護」は一体のものとして評価する

5.1 病棟における医療の方針と責任体制

5.1.1 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である (5・4・3・2・1・NA)

5.1.1.1 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である (a・b・c・NA)

- ①基本方針や目標が明文化されている
- ②医師・看護師・関連職種に周知されている
- ③基本方針と目標に沿った活動や実績がある

5.1.2 病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である (5・4・3・2・1・NA)

5.1.2.1 各医師の役割と責任体制が明確である (a・b・c・NA)

- ①主治医・担当医が明示されている
 - ②主治医への連絡方法と連絡がとれない場合の対応方法が明確である
 - ③各診療科の責任者が個々の医師の診療状況を把握している
- ☞ ◇主治医の明示はベッドサイドおよび診療録で確認する

5.1.2.2 各看護師の役割と責任体制が明確である (a・b・c・NA)

- ①各看護単位の看護体制・方式における各看護師の役割、責任の範囲が明文化されている
- ②各シフトにおける業務分担が明文化されている
- ③患者・家族に担当・受け持ち看護師が知らされている
- ④関連する医師やコメディカルにも周知されている

5.1.3 臨床における倫理的問題について対応している (5・4・3・2・1・NA)

5.1.3.1 当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている (a・b・c・NA)

- ①医師・看護師は倫理的に問題となりやすい事柄を把握している
 - ②医師・看護師が共に検討する場があり、検討の内容が記録されている
- ☞ ◇患者が自分の受けている治療・ケアについて疑問を持っている時に話し合う方法、仕組みについても確認する

病棟名 []

5.2 入院診療の計画的対応

5.2.1 入院の決定と説明が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

5.2.1.1 入院の目的が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①入院の目的が明確にされ、診療録に記載している
- ②入院の目的が適切であるかが検討されている

5.2.1.2 入院診療計画が適切に作成されている (a・b・c・NA)

- ①入院目的に沿った入院診療計画が診療録で確認できる
- ②記載内容が適切で、患者に理解できる

- ☞ ◇記載内容は入院の目的、病名、予後、検査計画・治療計画、看護計画、リハビリテーション計画、説明日時、必要な項目が網羅されていることを確認する
- ◇多職種が共同で作成しているかを確認する

5.2.1.3 入院について説明がなされ、患者が理解し同意したかを確認している (a・b・c・NA)

- ①病状・病態について説明がなされ理解と同意が得られていることが診療録や同意書・告知書により確認できる

病棟名 []

5.3 患者に関する情報の収集と伝達

5.3.1 患者に関する情報が収集され、整理されている (5・4・3・2・1・NA)

5.3.1.1 患者の身体的・精神的・社会的な情報が収集され、活用しやすくまとめられている (a・b・c・NA)

- ①患者の病態を把握している
- ②毎日回診を実施している
- ③わかりやすく記録している

☞ ◇病態には、精神的・社会的な情報も含まれているかを確認する
 ◇問診(主訴、現症、病歴、特記事項)、理学的所見、栄養状態、身体機能、要看護・介護度、精神・心理状態、社会的状況等についての情報が記載されている必要がある

5.3.2 患者に関する情報が確実に伝達されている (5・4・3・2・1・NA)

5.3.2.1 確実な指示出し・指示受けの手順がある (a・b・c・NA)

- ①確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している
- ②指示は医師が指示簿に記載、署名している
- ③指示を確認した看護師は署名している
- ④指示は転記がない、あるいは転記によるミスが発生しない仕組みがある
- ⑤口頭指示、臨時の指示などの手順が明文化されている

☞ ◇コンピューターオーダーは、パスワードなどで安全が確立していれば、自筆とみなす
 ◇指示の変更が迅速に正しく伝わる仕組みが確立しているかを確認する

5.3.2.2 受けた指示を確実に実施する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①安全に指示が実施されるための仕組みがある
- ②指示が確実に実施されたことを記録している
- ③実施したサインがある

5.3.2.3 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している (a・b・c・NA)

- ①出された指示が実施されたことを医師が確認する仕組みがある
- ②指示を確実に実施したことを記録している

☞ ◇実施されたことをどのように確認しているのかを尋ねる(実施のサイン、回診、看護師からの報告など)

病棟名 []

5.4 評価(アセスメント)と計画 [全体の流れ]

5.4.1 評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.1.1 評価が適切に行われ、計画が立てられている (a・b・c・NA)

- ①身体的・精神的・社会的アセスメントのすべてについて記述がある
- ②問題を予知して対処する計画が立てられている

③24時間以内に初期計画が立てられている

☞ ◇看護基準や手順が計画に乖離なく反映される仕組みがあるかを確認する

5.4.1.2 診療・看護を含む多職種による評価や意見を考慮した計画(ケア・服薬・栄養・リハビリテーション等)が立てられている (a・b・c・NA)

- ①他職種と検討する仕組みがある
- ②検討結果を記録している

5.4.1.3 安全確保のためのリスクの評価が行われ、計画が立てられている (a・b・c・NA)

- ①転倒・転落や褥創のリスク、適切な身体抑制等の評価が行われている
- ②評価に基づいた計画が立てられている
- ③実施されたことを記録している

5.4.1.4 各症例の治療計画や看護計画についての検討が行われている (a・b・c・NA)

- ①検討が行われている
- ②記録している

5.4.2 計画は、患者の十分な参加の上で作成されている (5・4・3・2・1・NA)

5.4.2.1 計画には、患者や家族の意見が反映されている (a・b・c・NA)

- ①患者や家族の意見を反映させる仕組みがある
- ②患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある

5.4.2.2 患者・家族に適切に計画が説明され、同意を得ている (a・b・c・NA)

- ①計画書が手渡され、説明されている
- ②同意が確認されたことを記録している

5.4.3 計画の見直しと修正が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇評価・計画・見直し・修正のサイクルを確認する

5.4.3.1 計画の見直しが適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①病状変化・診断の変更・治療への反応などに対する検討が行われ、計画の見直しが行われている
- ②患者や家族に説明を行い、納得・同意を得ている

③評価・修正した記録がある

療養 ☞ ◇介護保険では、一定期間ごとのケア・プランの見直しが義務付けられているので、それに対応して診療計画の見直しも行われる必要がある

◇また、医療保険でも病状の変化に合わせて診療計画を見直すのは当然であり、どのような検討の場を設けて対応しているのか確認する

病棟名 []

5.5 ケアの実施（各論の流れ）

5.5.1 入院生活が適切に支援されている

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.1.1 基本的な身体ケアを実施している

(a・b・c・NA)

- ①身体的な清潔の確保について援助する仕組みがある
- ②個々のニーズに対応する基準として、口腔ケア・清拭は毎日、入浴・シャワーは週3回以上実施されている
- ③実施記録が残されている

☞ ◇患者のニーズに応じたケアを実施しているかを確認する

5.5.1.2 患者への心理的支援を行っている

(a・b・c・NA)

- ①入院・検査・治療過程などにおいて重視される心理的変化について具体的な援助がなされている
- ②患者自身が医療者に表明できるよう援助している
- ③説明や援助についての計画がある、あるいは記録している

5.5.1.3 患者への社会的支援を行っている

(a・b・c・NA)

- ①社会的ニーズを把握している
- ②患者・家族自身が医療者に表明できるように援助している
- ③MSW・ケアマネージャーなどと適切に連携している
- ④記録している

精神 ☞ ◇PSWの関与を確認する

5.5.2 診断的検査は、評価と計画を経て、確実・安全に実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.2.1 侵襲を伴う検査を行う場合、十分説明した上で同意を得ている

(a・b・c・NA)

- ①同意書が得られている
- ②患者の不安を軽減するように説明している
- ③記録が残されている

☞ ◇当該病棟で対象となる侵襲的検査は何であるかを確認する
◇患者の不安を軽減するための取り組みを確認する

精神 ☞ ◇電気ショック療法など

療養 ☞ ◇痴呆や高齢でコミュニケーション能力に障害がある患者に対して、どのような配慮があるか確認する

5.5.2.2 検査は確実・安全に実施されている

(a・b・c・NA)

- ①確実・安全に実施するための手順が確立している
- ②患者・部位・検体の誤認防止策を実施している
- ③検査中、検査後の患者状態・反応を観察した記録がある

療養 ☞ ◇高齢者や痴呆の患者、またはADLが傷害されている患者が多いので、生理機能検査や画像診断などが安全に行えるための配慮が必要である

5.5.2.3 検査結果は迅速に報告され、結果の評価が記録されている

(a・b・c・NA)

- ①検査結果が主治医に確実に届くようになっている
- ②特に緊急検査については結果を確実にかつ迅速に医師に伝える仕組みがある
- ③結果についての評価所見を記載している

精神 ☞ ◇検査が外注である場合、外注契約や実施状況などから判断する

病棟名 []

5.5.3 適切な評価と計画を経て、投薬・注射は确实・安全に実施されている (5・4・3・2・1・NA)

療養 ☞ ◇高齢者や痴呆の患者、またはADLが傷害されている患者が多いので、患者の状態に合わせた処方内容(用量、用法、剤形)であることを確認する

5.5.3.1 患者に対して、服薬に関する説明や教育を行っている (a・b・c・NA)

- ①服薬に関する説明や教育を行っている
- ②記録している

☞ ◇病棟・薬剤師に関する情報も確認する
◇コンプライアンスについての情報も重要である

5.5.3.2 病棟における注射薬の調製・混合が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①注射薬の調製・混合場所は十分な広さがあり、清潔に管理されている
- ②注射薬の調製・混合は薬剤師が関与している
- ③抗がん剤やIVHIについては、適切な環境で薬剤師が調製・混合している
- ④調整・混合された注射薬は速やかに使用されている

☞ ◇作り置きがないか、周囲の環境が整理されているかを確認する

5.5.3.3 确实・安全な処方が実施されている (a・b・c・NA)

- ①院内で統一された記載方式が守られている
- ②内服処方・注射薬指示とともに薬品名、用法・用量、投与期間などを確実に記載している

☞ ◇口頭指示の際の対応を確認する

5.5.3.4 确实・安全な投薬が実施されている (a・b・c・NA)

- ①患者名・薬剤名・投与量・投与法を確認する手順が明確である
- ②緊急時の薬剤投与の指示受け、投与などに関する手順がある
- ③投与中・投与後の患者の状態や反応を観察する手順が明確である
- ④実施した記録がある

精神 ☞ ◇与薬については、完全に飲み込んだかの確認が必要なので、どのように与薬されているか確認する必要がある

5.5.4 適切な評価と計画を経て、輸血・血液製剤投与は确实・安全に実施されている (5・4・3・2・1・NA)

5.5.4.1 确实・安全な輸血等の計画を立てている (a・b・c・NA)

- ①適正使用のガイドラインが遵守されている
- ②適用について検討されている
- ③記録している

5.5.4.2 患者に対して、輸血等に関する説明が行われ、同意が得られている (a・b・c・NA)

- ①リスクと必要性等について患者が理解できるように説明がされている
- ②同意書を得ている

☞ ◇説明する内容にリスクと必要性が含まれている

5.5.4.3 确实・安全な輸血等が実施されている (a・b・c・NA)

- ①患者名・輸血等の種類と型・投与量・投与法を確認する手順が明確である
- ②投与中・投与後の患者の状態や反応を観察する手順が明確である
- ③実施した記録がある

病棟名 []

5.5.5 手術・麻酔が確実・安全に実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.5.1 手術・麻酔を実施するための評価が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①手術の適応と方法について検討し、記録がある
- ②麻酔の適応と方法について検討し、記録がある

5.5.5.2 手術・麻酔について十分な説明がなされ、同意が得られている (a・b・c・NA)

- ①手術について患者が理解しやすいように説明した記録がある
- ②麻酔科医による術前訪問が行われ記録されている
- ③訪問時、麻酔方法について患者が理解し易いように説明している

5.5.5.3 手術・麻酔が安全に実施されている (a・b・c・NA)

- ①誤認予防のための具体的な対策を実施している
 - ②手術・麻酔中の患者の状態・反応を観察している
 - ③覚醒と判断する具体的基準がある
 - ④退室基準が遵守されている
- ☞ ◇術前・術後の訪問の有無についても確認する
◇術後の搬送過程の安全性についても確認する

5.5.5.4 周術期感染対策が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①術前の患者の清潔性が確保されている(入浴・クリPPERによる剃毛など)
- ②術中に抗菌薬の予防的投与が適切に行われている

5.5.5.5 周術期についての記録がある (a・b・c・NA)

- ①手術記録・麻酔記録は速やかに記録され日付け・時間・記録者のサインがある
 - ②手術記録には、出血量、器械カウント、ガーゼカウントの結果も記載されている
- ☞ ◇看護の記録は麻酔記録に記載されていても問題はない

5.5.6 栄養管理と食事指導が適切である

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.6.1 栄養について評価・検討され、栄養計画が立案されている (a・b・c・NA)

- ①個々の患者について栄養状態がアセスメントされ、医学的な必要性に基づいた指示が出されている
 - ②栄養面からの事例検討が多職種に参加により行われている
 - ③食事の指示・変更の手順が確立している
- ☞ ◇嚥下訓練・経口への移行の手順、褥創の管理についても確認する

5.5.6.2 栄養指導・食事指導が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①栄養指導・食事指導は医師の指示に基づいている
- ②指導記録は診療録にファイルされている

5.5.6.3 食事摂取の支援や介助が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①食事摂取に関して患者の食欲・摂取機能の程度がアセスメントされ支援や介助が行われている
 - ②患者の食欲・摂取機能の程度に合わせて食事内容・器具・方法が工夫されている
- ☞ ◇NSTやリハビリテーション等との連携を確認する

病棟名 []

5.5.7 リハビリテーションが確実・安全に実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

- 5.5.7.1 評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている (a・b・c・NA)
- ① 個々のリハビリテーション・ニーズが医師により評価され指示が出されている
 - ② 病状に応じた訓練プログラムが処方されている
 - ③ 評価に基づいて、計画が立てられ、目標が設定されている
- 5.5.7.2 リハビリテーションの内容について十分な説明がなされ、同意が得られている (a・b・c・NA)
- ① 患者・家族に機能回復訓練の具体的な内容を含むリハビリテーション計画が説明され、同意が得られている
 - ② 説明された内容が記録されている
- 5.5.7.3 リハビリテーションが安全に実施されている (a・b・c・NA)
- ① 安全にリハビリを実施する手順が確立している
 - ② 訓練の経過や効果についての評価・判定などが個々の訓練記録に記載されている
 - ③ 訓練記録に関する情報が診療録でも確認できる
 - ④ リハビリに関して多職種で検討し、記録に残されている
 - ⑤ PT、OT、STなどがベッドサイドでリハビリテーションを実施している
- 精神 ☞ ◇精神科作業療法では、チームで患者の生活能力の向上にかかわるので、定期的な情報交換が必要である
- 5.5.7.4 リハビリテーションの成果を活かして、セルフケアができるように援助している (a・b・c・NA)
- ① 訓練の内容を日常生活に生かすための取り組みがある
 - ② 実施結果が評価され、記録がある

5.5.8 安全確保のための身体抑制が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇行動の自由を制限するような事項についても確認する
- 療養 ☞ ◇介護保険適用施設では、身体拘束は原則禁止である
- 5.5.8.1 安全確保のための身体抑制の適用基準が明確である (a・b・c・NA)
- ① 安全確保のための身体抑制に関する病院としての方針・適用基準があり、明文化されている
 - ② 身体抑制を行う場合には早期に制限を解除する努力を払うことなどが明記されている
- 療養 ☞ ◇ベッド柵の過度の使用は抑制にあたるので留意する
- 5.5.8.2 身体抑制を実施する際の手順が明確である (a・b・c・NA)
- ① 身体抑制に関する手順が明文化されている
 - ② 医師の指示に基づいて実施している
- ☞ ◇解除や緊急の場合の手順も確認する
- 5.5.8.3 身体抑制を実施する際は、十分な説明がなされ、同意が得られている (a・b・c・NA)
- ① 患者・家族に身体抑制の必要性を含む具体的な計画が説明され、同意を得ている
 - ② 説明された内容が記録されている
- 5.5.8.4 身体抑制を行っている際に、患者の状態・反応を観察している (a・b・c・NA)
- ① 身体抑制を継続する場合、医師が毎日診察して患者の状態・反応を観察し、その必要性を検討している
 - ② 評価が記録されている

病棟名 []

5.5.9 患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている (5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇副作用、EPS等の症状の早期発見と対応について評価する

5.5.9.1 症状緩和が適切に実施されている (a・b・c・NA)

- ①症状緩和の適応となる基準が定められている
- ②患者の訴えを客観的に評価し、適切な計画に基づいて実施されている
- ③記録されている

5.5.9.2 疼痛緩和が適切に実施されている (a・b・c・NA)

- ①疼痛緩和の適応となる基準が定められている
- ②患者の訴えを客観的に評価し、適切な計画に基づいて実施されている
- ③記録されている

5.5.10 緊急時の対応が適切である (5・4・3・2・1・NA)

5.5.10.1 院内で緊急事態が発生した際の対応手順が明確である (a・b・c・NA)

- ①緊急時の方針や対応手順が職員に明示され、全職員に周知されている
- ②院内緊急放送コード(コードブルーシステム)が院内に周知徹底されている

精神 ☞ ◇精神運動性興奮時等による緊急時の対応手順を確認する

5.5.10.2 非常用カートや蘇生装置が整備され、いつでも使用可能となっている (a・b・c・NA)

- ①非常用(救急)カートの設置場所が一定の位置に決められている
- ②いつでも即時使用可能な状態に保守・点検されている
- ③心肺蘇生に頻用される物品の収納部位は全カートで常に一定である
- ④「使用後のカート」か「点検後で使用可の状態である」かが判別できるようになっている

☞ ◇非常用(救急)カートが目の届かない場所に置かれている場合は、施錠管理されていることを確認する

5.5.10.3 緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている (a・b・c・NA)

- ①少なくとも年一回以上教育・研修が全職員を対象に、または部署ごとに行われている
- ②緊急時の対応はBLSからALSまでを含んでおり、全職員がレベルに応じた訓練を受けている
- ③実施記録がある

☞ ◇訓練は、規程の院内緊急放送コードでスタッフが召集されるシミュレーションを行い、必要人数の招集方法やイニシアティブをとるキャプテンが決められている

精神 ☞ ◇身体緊急時のみでなく精神運動性興奮時の訓練が必要である

病棟名 []

5.5.11 療養の継続性が適切に確保されている

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.11.1 退院について適切な評価が行われ、退院計画が立てられ実施されている (a・b・c・NA)

- ①療養の継続性について検討されている
- ②検討結果に基づき、服薬指導、栄養指導、リハビリテーション指導等が実施手順に沿って行われている
- ③実施したことが記録されている

5.5.11.2 退院についての説明が適切に行われ、同意が得られている (a・b・c・NA)

- ①患者・家族に退院後の療養の継続性について説明され、同意を得ている
- ②説明された内容が記録されている

5.5.11.3 退院時要約は必要な情報を網羅し、適切に作成されている (a・b・c・NA)

- ①転科・転棟・退院時にサマリーが作成されている
- ②全科を通して、統一された様式になっている
- ③入院から退院までの経過について、必要な記載項目が網羅されている
 - ◇長期入院患者(3ヶ月以上)には中間サマリーが作成されていることを確認する
 - ◇看護サマリー作成についての基準を確認する

5.5.12 終末期ケアが適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.12.1 患者・家族の希望を確認し、QOLに配慮した終末期ケアが多職種チームにより実施されている (a・b・c・NA)

- ①患者・家族の意向を尊重する明確な方針があり、ケア計画が立てられている
- ②多職種の参加する検討会で終末期ケア計画が検討され実施されている
- ③対応について十分な説明が行われている

5.5.12.2 終末期ケアにおける療養環境に配慮されている (a・b・c・NA)

- ①終末期の看護基準・手順が整備されている
- ②看取りの環境(個室の用意・家族の面会・付き添いを制限しないなど)が整備されている

5.5.12.3 逝去後に看取りの適切性について多職種により検討している (a・b・c・NA)

- ①多職種の参加する検討会で看取りの適切性が検討されている
- ②検討結果についての記録がある

5.5.13 患者の逝去に適切に対応している

(5・4・3・2・1・NA)

5.5.13.1 逝去時の対応手順が適切である (a・b・c・NA)

- ①逝去時の手順が整備されている
- ②逝去時の手順には、死後の処置、患者・家族の希望や意見の反映などについて明記されている
- ③環境が整備されている

△ 5.5.13.2 剖検についての承諾と実施の手順が明確である (a・b・c・NA)

- ①剖検についての承諾と実施の手順が明確である
- ②剖検の結果は家族に説明されている

病棟名 []

5.6 ケアプロセスにおける感染対策

5.6.1 病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している (5・4・3・2・1・NA)

5.6.1.1 正しく手洗いがなされている (a・b・c・NA)

- ①各室に流水の手洗い設備(石けんとペーパータオルが必要)または速乾式手指消毒剤が設置されている
- ②患者と接する前後に手洗いをしている

5.6.1.2 手袋・防護具・ガウンを適切に着用している (a・b・c・NA)

- ①血液・体液・排泄物などに触れる可能性があるときには手袋を着用している
- ②血液・体液が飛散する可能性があるときには、手袋のほかガウンや防護具(マスク、ゴーグル、フェースシールドなど)を着用している

5.6.1.3 感染経路別予防策に基づいたバリアプリコーション(隔離方法)を実施している (a・b・c・NA)

- ①CVカテーテル挿入時は、マキシマムプリコーションが実施されている
- ②結核が疑われる場合の対応手順(連絡通報体制、N95マスク、陰圧隔離室など)が確立している
- ③麻疹やインフルエンザなどの対応手順(早期発見、隔離など)が確立している

5.6.1.4 抗菌薬を適正に使用している (a・b・c・NA)

- ①抗菌薬使用に関する院内指針が遵守されている
- ②特別な抗菌薬(カルバペネム系やバンコマイシンなど)は許可制、または届出制により使用している
- ③院内指針に則って外科的予防的投与が適切に行われている
 - ◇指針が遵守されていることを記録から確認する
 - ◇抗菌薬の使用状況が定期的に医師にフィードバックされており、施設の分離菌感受性パターンに合わせて採用・配置が検討されていることを確認する
 - ◇外科的予防的投与については、できれば複数の外科系病棟で確認する

5.6.1.5 針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している (a・b・c・NA)

- ①感染性廃棄物容器が安全な状態で使用されている
- ②リキャップした針が廃棄容器内には見られない
- ③針刺し防止機能を有した安全な器具が使用されている
- ④針刺し後の連絡体制、および発症予防策を講ずる体制が確立している
- ⑤血液・体液に触れる恐れのある職員(少なくとも医師・看護師・検査技師)にはHBVワクチン接種を行っている

病棟名 []

5.7 診療・看護の記録

5.7.1 診療・看護の記録が適切になされている

(5・4・3・2・1・NA)

5.7.1.1 診療録の記載が適切である

(a・b・c・NA)

- ①誰にでも分かるよう記載されている
- ②主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見、入院診療計画、診療経過記録などが漏れなく記載されている
- ③診療プロセスが適切に記載されている
- ④記載者の署名がある

☞ ◇入院診療録には、入院時所見(主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見など)、治療方針、入院診療計画、経過記録、所見、指示内容(食事、処方、検査、身体抑制・固定など)、回診記録、紹介・対診記録、術前評価記録、手術計画などが記録されていることを確認する

5.7.1.2 看護記録の記載が適切である

(a・b・c・NA)

- ①基準に則って記載されている
- ②誰にでも判読できるよう記載されている
- ③記載者の署名がある

5.7.1.3 同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている

(a・b・c・NA)

- ①記録を綴じる順番が定められている
- ②同意書、各種検査結果、放射線読影結果、手術記録、リハビリ訓練記録、服薬指導、栄養指導などが診療録にファイルされている

☞ ◇説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等がファイルされていることを確認する

* 5.7.1.4 診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる

(a・b・c・NA)

- ①診療録と看護記録が一冊に綴じられている
- ②分冊になっていても診療情報が共有される仕組みになっている

☞ ◇別綴である場合、情報の共有の仕方、記録の工夫などを確認する
◇診療録と分冊になっていても、看護記録・リハビリ訓練・服薬指導など各職種の記録が容易に参照できるかを確認する

5.7.1.5 記載された診療録・看護記録が評価されている

(a・b・c・NA)

- ①評価者が明確に定められている
- ②診療録・看護記録の評価(監査)が行なわれている
- ③評価結果が医師・看護師にフィードバックされている

病棟名 []

5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理

5.8.1 病棟が安全で快適に保たれている

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇精神科固有の無断離院、患者間トラブル、危険物(消毒薬、洗剤、針、ハサミ、ナイフ等)持込みへの対応について確認する

5.8.1.1 病棟が安全で清潔に保たれている

(a・b・c・NA)

- ①安全性が確保されている(転倒、転落の防止策など)
- ②清潔に保たれている
- ③病棟の管理者は施設管理の責任者と連携して管理している

精神 ☞ ◇精神科治療においては保護の観点から確認する

5.8.1.2 廃棄物の処理が適切である

(a・b・c・NA)

- ①責任者が明確である
- ②マニュアルが整備されている
- ③分別が適切である
- ④感染性廃棄物の容器にはバイオハザードマークが貼付されている

☞ ◇病棟・ナースステーション内の感染性廃棄物の処理状況を確認する
 ◇清潔な場所に置かれていないかについても確認する

5.8.2 病棟における薬剤・機器が管理されている

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇精神科病棟においては洗剤、漂白剤等の管理も確認する

5.8.2.1 薬剤が適切に管理されている

(a・b・c・NA)

- ①薬品保管庫の管理が行われている
- ②必要な薬剤は冷蔵庫等で適切に保管されている
- ③薬剤の使用状況が把握されており、紛失チェック体制がある

☞ ◇薬剤部からの払出し時間は、各病棟の希望が合議されて設定されているかを確認する

5.8.2.2 麻薬・向精神薬が適切に管理されている

(a・b・c・NA)

- ①麻薬は動かせない堅牢な保管庫で施錠管理が行われ、保管記録がある
- ②向精神薬(一・二類)は施錠できる保管庫に保管されている
- ③鍵の管理が適切に行われている
- ④病棟内の麻薬・向精神薬の管理は、薬剤師も関与している
- ⑤麻薬、向精神薬の紛失、破損時の手順があり、必要な届出がなされている

5.8.2.3 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている

(a・b・c・NA)

- ①毒薬は施錠管理され、保管記録があり、鍵管理も適切である
- ②ハイリスク薬は適切に管理されている
- ③劇薬は他の薬剤と区別されている

☞ ◇【汎用される毒薬などの例】
 ◇毒薬:シスプラチン、ファンギゾン、筋弛緩剤(ミオブロック、サクシン、レラキシン、マスキュラックス)など
 ◇ハイリスク薬剤:KCl、ヘパリン、カテコラミン、インスリン、高濃度キシロカインなど

5.8.2.4 医療機器が適切に維持・管理されている

(a・b・c・NA)

- ①医療機器についての維持・管理の手順が明確である
- ②病棟の管理者は機器管理の責任者と連携して管理している

病棟名 []

5.0 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

6 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理

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程が定められ、職員に周知されている (a・b・c・NA)

- ①労働基準法に沿った就業規則や給与規程がある
- ②改定の都度、職員全員に周知されている

- ☞ ◇職員には医師も含む
- ◇就業規則は、短時間労働者規則も含む
- ◇給与規程は職種・職歴・経験年数等を加味したものである

* 6.1.1.2 人事管理の仕組みが確立されている

(a・b・c・NA)

- ①人事担当の部署または担当者が明確である
- ②医師をはじめ全職員の採用・昇進・昇格などが規程に基づいて行われている

- ☞ ◇本部機能がある病院では、本部で人事管理の機能が確立されていればよい

6.1.2 必要な人材が確保され、就業状況が適切である

(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

(a・b・c・NA)

- ①病院の方針に基づいて毎年必要な職種および人員が検討され、採用計画が作成されている
- ②採用計画が執行されている
- ③職員の離職理由が管理者・管理職で十分把握され、雇用対策に活用されている

- ☞ ◇離職率が高い場合は理由を聞いて評価する

6.1.2.2 必要な人材が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①法定人員、施設基準の必要人員を満たしている
- ②病院の役割・機能に応じた職種・人員が確保されている

- ☞ ◇医師・薬剤師の法定人員はもとより施設基準を満たす
- ◇診療情報管理士、MSW、PT、OT、STなど役割・機能に応じた職種の確保を評価する、また、派遣、委託社員であっても病院の機能が満たされていればよい
- ◇病院の機能によっては、病理医・麻酔科医・放射線科医の確保についても指摘する

- 療養 ☞ ◇介護保険適用施設では、「介護支援専門員(ケア・マネージャー)」の資格を持った職員が確保されていることを確認する

6.1.2.3 職員の就業状況は適切である

(a・b・c・NA)

- ①各職種とも年間週平均労働時間40時間以内である
- ②職種別有給休暇取得率が適切である

- ☞ ◇労働時間は週40時間以内、有給休暇取得率は週休体制、夏期休暇等の特別休暇などを含めて判断する

6.1.3 職員の人事考課が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

6.1.3.1 人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている

(a・b・c・NA)

- ① 医師を含めた全職員に対する合理的な人事考課基準があり、実施されている
- ② 人事考課基準は職員に周知され、結果が職員に通知されている
 - ☞ ◇ 考課は複数の評価者により実施され、最終評価は本人に知らせる必要がある
 - ◇ 評価者間のバラツキを是正するシステムがある
 - ◇ 人事考課は育成型であることが望ましい

6.1.3.2 人事考課が有効に活用されている

(a・b・c・NA)

- ① 人事考課の結果は本人に知らされ、資源の向上に役立っている
- ② 人事考課の結果が、賞与査定・昇進・昇格などに活用されている
 - ☞ ◇ 人事考課が組織の活性化の視点で活用されていることを評価する
 - ◇ 職員個々の教育プログラムと連動していればなおよい
 - ◇ 人事考課の結果は、経年的な比較評価を経て次期の教育計画に反映されている

* 6.1.3.3 考課者の教育が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 考課段階ごとに人事考課者が定められている
- ② 人事考課者の教育が計画的に行われている

6.1.4 職員の労働安全衛生に取り組まれている

(5・4・3・2・1・NA)

6.1.4.1 衛生委員会が設置され、産業医が選任されている (a・b・c・NA)

- ①労働安全衛生法に基づいた委員会が設置されている
 - ②委員会が毎月1回以上開催され、委員会活動の記録がある
 - ③産業医、衛生管理者が選任されている
- ☞ ◇一般職員代表を含むなど委員会構成に注意する
◇50人以上の職員を有する事業所は必置である

6.1.4.2 定期的な職員の健康診断が行われている (a・b・c・NA)

- ①職員の採用時の健康診断を実施している
 - ②全職員に対して年1回以上の定期健康診断を実施している
 - ③定期健康診断の受診率が職種を問わずほぼ100%である
- ☞ ◇放射線被曝に関係する職員、夜勤を行う女子職員については6か月に1回の健康診断が行われている
◇医師の受診率に特に注意する

6.1.4.3 職員の事故などの防止対策を実施している (a・b・c・NA)

- ①職員の労災事故については、院内の報告制度が確立している
 - ②衛生委員会や感染対策委員会・医療安全委員会などに事故報告がなされ、対策が立てられている
 - ③再発防止対策については、院内全部署に適時に周知徹底されている
- ☞ ◇感染、放射線、高熱、有害化学物質などへの対策、検体取扱者の手袋着用、注射針のリキャップ防止、安全確保のための機器整備や予算確保など、「感染対策委員会」、「医療安全委員会」などの連携も参考にする

6.1.4.4 職員の事故への対応がなされている (a・b・c・NA)

- ①事故防止マニュアルがあり、職員の事故に対する対応手順(連絡・手続)が明確になっている
 - ②職員の安全が脅かされた時の連絡体制、手続きなどが明確になっている
 - ③労災保険の手続きが速やかに行われている
- ☞ ◇通勤途上の交通事故なども含む

* 6.1.4.5 職員の精神的なサポート体制がある (a・b・c・NA)

- ①臨床心理士や精神科医などのカウンセリング体制など組織的な支援体制が確立している
- ☞ ◇相談件数などを正確に掌握しておく必要はないが、体制が有効に機能しているか確認する

6.1.5 職場環境が整備されている

(5・4・3・2・1・NA)

6.1.5.1 福利厚生活動が積極的に行われている

(a・b・c・NA)

①福利厚生活動が積極的に行われている

②適切な予算が確保されている

☞ ◇法定福利費のほか、院内誌の発行、慶弔見舞金制度、文化・レクリエーション活動と支援、住宅・食事補助などの福利厚生活動をみる

6.1.5.2 病院管理者と職員が労働条件などに関して話し合う仕組みがある

(a・b・c・NA)

①労働条件について労働組合または職員の過半数を代表するものと話し合う仕組み(団体交渉や労使協議会)がある

②争議時の保安協定がある

☞ ◇労働協約が結ばれている場合は、平和条項などに患者の診療が阻害されないような内容が盛り込まれている

6.1.5.3 働きやすい職場環境に配慮されている

(a・b・c・NA)

①病院規模に応じた職員食堂、休憩室、更衣室などが整備されている

②夜勤や当直など、勤務実態に即した宿直室などが整備されている

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 会計業務を担当する部署または担当者が明確にされている (a・b・c・NA)

①会計業務の部署または担当者が明確である

- ☞ ◇同一法人等で会計業務が法人本部で行われており、各施設に会計業務を行う係がない場合でも各施設の収支が単独で把握され、管理者が病院運営上収支の実態を知ることができればよい

6.2.1.2 病院会計準則に基づいた会計処理がなされている (a・b・c・NA)

①病院会計準則もしくはこれに準じた会計がなされ、財務諸表が作成されている(特に、公的病院の場合、最新の病院会計準則に基づいた会計がなされ、財務諸表が作成されている)

- ☞ ◇公的病院以外の場合で、母体となる団体等が定めた基準に基づいて個別の会計処理を行っている場合はそれを評価する

* 6.2.1.3 第三者による外部監査が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	------------

①外部監査が行われている

- ☞ ◇監査法人等の専門機関が望ましいが、公認会計士監査でもよい
- ◇法人内の監査役による監査は外部監査とはみなさない

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 (a・b・c・NA)

①年次の事業計画に基づいて予算書が作成されている

- ☞ ◇1.4.2.1との整合

6.2.2.2 予算編成の手続きが明確である (a・b・c・NA)

①予算編成の担当者、担当委員会などが決められており、手順が確立している

②予算作成の過程で病院内各部門の意見が反映される仕組みがある

6.2.2.3 予算の執行が適切である (a・b・c・NA)

①月次予算と実績が把握され、月々の執行状況が把握されている

②予算執行状況が、毎月、病院幹部会議等で比較検討され、必要に応じて予算修正に柔軟に対応している

6.2.3 資金管理および投資計画が適切である

(5・4・3・2・1・NA)

6.2.3.1 資金の調達および資金繰りの手続きが明確である

(a・b・c・NA)

① 資金調達や資金繰りの担当者が定められている

② 資金調達の手続きが明確である

- ☞ ◇ 資金調達の手続きは閉鎖的でなく、立案過程が明確であり、幹部会などで審議される仕組みであることが望ましい
- ◇ 病院が所属する上部団体の仕組み上、資金の使用・調達権限が病院にない場合には『NA』とする

* 6.2.3.2 設備投資の手続きが明確である

(a・b・c・NA)

① 設備投資計画の手続きが明確である

② 設備投資計画は費用対効果などの経済性を考慮したものである

- ☞ ◇ 手続きの中には投資計画について担当部署の意見を聞くシステムがある
- ◇ 投資後の回収状況を確認している場合はそれを評価する

6.2.4 経営管理が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

6.2.4.1 病院の経営分析を行い経営状態を把握している

(a・b・c・NA)

① 経営状況が毎月把握されている

② 定期的に経営分析が行われている

③ 疾患別・部門別などの原価計算が行われている

- ☞ ◇ 診療報酬点数改定の影響、入院外来別収益、診療科別診療単価、医療行為別診療費、収支の年次推移や診療科別費用分析等を把握し、各費用項目別年次推移等が分析されている

* 6.2.4.2 病院の経営状態を各部門へ知らせている

(a・b・c・NA)

① 経営状態を各部門へ定期的に知らせている

- ☞ ◇ 周知内容とその方法についても確認する
- ◇ また、知らせるだけでなく、検討して改善に結びつける場が設けられている

6.2.4.3 経営改善の努力がなされている

(a・b・c・NA)

① 経営分析に基づく経営改善計画が作成され、進行状況が把握されている

- ☞ ◇ 経営状況が安定している場合でも今後に向けた取り組み姿勢を評価する
- ◇ 経営状態が悪い場合は改善努力を評価し、単純に経営状況だけで低評価としない

6.2.5 医事業務が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

- 6.2.5.1 受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である (a・b・c・NA)
- ①受付手順が明文化され、担当者が明確で、待ち時間を短縮するための窓口対応に工夫が認められる
 - ②診療録の検索・搬送の合理的システムがあり、その手順が明文化され担当者が明確で、適切に実施されている
 - ☞ ◇電子カルテでは運用実態と紙で運用されている書類の検索、搬送手順を評価する
 - ◇また旧来の紙カルテの参照状況も確認する
- 6.2.5.2 入退院の手続きが適切に行われている (a・b・c・NA)
- ①入退院に関する事務手続きを行う担当者や窓口が定められ、手順が明確である
 - ②差額ベッド料などの特定療養費の説明や掲示が適切に行われている
 - ③(精神病床を有する場合)精神保健福祉法に基づく手続きが適切に守られている
- 6.2.5.3 窓口の収納業務が適切に行われている (a・b・c・NA)
- ①患者負担金の領収方法や現金過不足時の処理方法が適切である
 - ②時間外や休日の収納方法が確立し、明文化されている
 - ③領収書の明細内容は患者に診療内容がわかりやすく適切である
 - ☞ ◇金融機関に委託している場合には特に時間外や休日等の対応を評価する
- 6.2.5.4 未収金の状況が把握されている (a・b・c・NA)
- ①未収金の金額、発生理由などが把握され、回収努力が行われている
 - ②長期間の回収不能な未収金に対する損金処置が行われている
- 6.2.5.5 レセプトの作成・点検・提出が適正に行われている (a・b・c・NA)
- ①すべてのレセプト点検を実施している
 - ②原則として医師が点検を行っている
 - ☞ ◇予め医師点検の対象を委員会等で基準化していれば高く評価する
- 6.2.5.6 返戻・査定について適切な対応がなされている (a・b・c・NA)
- ①査定の金額、査定率が把握され、改善の努力がなされている
 - ②返戻の金額、返戻率が把握され、迅速に対応されている
 - ③返戻・査定の内容について、検討する場が設けられている
 - ④再審査請求について組織的に検討され、処理されている

6.2.6 病床管理の仕組みが適切である

(5・4・3・2・1・NA)

- * 6.2.6.1 病床運営方針を検討する場が設けられている (a・b・c・NA)
- ①病床管理委員会など病床管理を検討する場が設置されている
②満床や空床の場合の対応策が検討されている
- ☞ ◇病床利用率が高くても病院の機能、目標に応じた平均在院日数短縮の努力も考慮して判断する
- * 6.2.6.2 病床管理の担当部署または担当者がある (a・b・c・NA)
- ①病床を管理する部署または担当者が配置されている
- ☞ ◇外来師長や看護師長や診療部長などが担当するのではなく、全体の管理システムを評価する
- * 6.2.6.3 全病床が中央管理され、空床状況が迅速に把握されている (a・b・c・NA)
- ①常時病床全体の空床状況が把握されている
- ☞ ◇稼働率が高い場合には機能に応じた平均在院日数短縮などから評価する
- * 6.2.6.4 入院待機患者の情報が把握され、一元的に管理されている (a・b・c・NA)
- ①全科の入院待機患者が一元的に把握されている
- * 6.2.6.5 入院における病床利用のルールが確立しており、診療科の枠を超えた弾力的な病床活用が図られている (a・b・c・NA)
- ①病床利用について、各科別の枠を超えて柔軟に対応するルールが明確にされている
②ルールが周知されており、診療科の枠を超えた病床利用の実績がある
- 6.2.6.6 病床が効率的に利用されている (a・b・c・NA)
- ①全体の病床利用率が平均在院日数などから見て適切な範囲にある
②病棟間の病床利用率のバランスがとれている
- ☞ ◇機能を考慮して病床利用率85～95%程度を目標とする

6.3 施設・設備管理

6.3.1 施設・設備の管理体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

6.3.1.1 施設・設備の管理責任者がいる

(a・b・c・NA)

- ①管理する部署が明確である
- ②責任者・担当者が決められている

* 6.3.1.2 施設・設備の年次保守計画が立てられ、保守管理が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①合理的な年次保守管理の月別計画が立てられている
- ②保守・管理履歴が記録されている

- ☞ ◇設備・施設の個別契約書上の記載だけでは不十分である
- ◇全体の流れが病院業務と調整されている

* 6.3.1.3 施設・設備の運営マニュアルが整備されている

(a・b・c・NA)

- ①各設備・施設ごとにマニュアルが明文化され、整備されている

6.3.1.4 給水および空調設備の保守管理が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①給水設備の法的定期点検や空調設備の点検が実施されている
- ②記録で確認できる

- ☞ ◇感染防止の観点から

6.3.1.5 医療ガスの安全管理に対する配慮がなされている

(a・b・c・NA)

- ①委員会が定期的に開催され、記録がある
- ②定期的な点検記録がある
- ③監督責任者、実施責任者が適切に決められている

- ☞ ◇実施責任者はガス管理の有資格者であること、院外(委託業者)委員でも可
- ◇病棟における日常点検についてもよく確認する
- ◇1.6.1との整合

* 6.3.1.6 霊安室が適切に整備されている

(a・b・c・NA)

- ①整備担当者が定められ、常時使用できるよう管理されている
- ②死者の尊厳を損なわないような環境に配慮されている
- ③利用数(複数の収容の可能性)に見合った環境である

- ☞ ◇霊安室は個別の宗教に限定した環境でないこと
- ◇霊安室がない場合には、その理由(死亡症例が少なく個室での看取りが徹底しているなど)が明確であり、霊安室を必要とする状況になれば、病床の規模によらず『NA』可

6.3.2 外来・病棟で使用する医療機器の管理体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇5.8.2.4との整合

6.3.2.1 医療機器を管理する担当者が定められている (a・b・c・NA)

- ① 外来、病棟で使用する医療機器の管理者が明確である
- ② 個々の機器の管理マニュアルが整備されている

☞ ◇検査、放射線、薬剤などは別に評価する

6.3.2.2 病棟の医療機器の点検が定期的に行われている (a・b・c・NA)

- ① 主要な医療機器について点検が定期的に行われている
- ② 定期点検の記録がある

☞ ◇人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、吸引器など
◇実施者は看護師、事務など職種は問わないが、臨床工学技士の配置が望ましい

6.3.2.3 病棟の医療機器の補修をする仕組みが整えられている (a・b・c・NA)

- ① 医療機器を修理するときの手続き、手順が決まっている
- ② 窓口が一本化されている
- ③ 機器の個々の点検履歴が記録されている

☞ ◇病院として医療機器の補修実績が把握できる体制であること、休日・祝祭日や夜間のトラブルへの対応が明確であることを評価する

* 6.3.2.4 医療機器の管理の中央化がなされている (a・b・c・NA)

- ① 医療機器管理センター的な部署があり、院内で使用する主な医療機器の管理が中央化されている

☞ ◇臨床工学技士が担当する部署があれば評価できる

6.3.2.5 医療機器の標準化が図られている (a・b・c・NA)

- ① 医療機器の標準化が検討されている
- ② 標準化に努力されており、実績が把握されている

☞ ◇ここでは、機種装備についての標準化であり、購入の標準化ではない

6.3.3 給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

- 6.3.3.1 給食施設・設備が整備されている (a・b・c・NA)
- ①調理室内の温湿度管理が適切である
 - ②給食担当者の更衣室、トイレおよび休憩室が完備されている
 - ③スプリンクラーや消火器などの防火設備が備えられている
 - ④厨房は排水、換気、防虫、防鼠に配慮されている
- ☞ ◇調理室の温度は25℃以下、湿度80%以下に保たれていることが望ましい
- 6.3.3.2 食材が適切に保管されている (a・b・c・NA)
- ①食材の保管状況が適切である
 - ②食材および調理済み食品の冷凍サンプルが2週間以上保管されている
- 6.3.3.3 調理室の衛生管理が適切に行われている (a・b・c・NA)
- ①調理室や配膳室は清掃が行き届き、清潔に保たれている
 - ②調理室の床はドライな管理が行われている
 - ③手洗い、消毒設備が設置されている
 - ④調理作業中は作業着・キャップ・マスクが使用されている
 - ⑤調理室は下処理、調理、盛りつけ場所、下膳食器・下膳車洗浄の区域が明確で、人の出入りが区別されている
- 6.3.3.4 配膳が衛生的に行われている (a・b・c・NA)
- ①調理済みの食品が速やかに盛り付け、配膳されている
 - ②調理室から病棟への配膳ルートが適切である
- ☞ ◇盛り付け完了から病棟までの時間は30分以内を目安とする
◇エレベーターが専用でない場合は特に搬送中の衛生管理への配慮についても注意する
- 6.3.3.5 食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている (a・b・c・NA)
- ①食器洗浄機を使用し、洗浄水の温度、洗浄時間が適切である
 - ②洗浄後の食器は速やかに乾燥され、温度管理されて保管されている
 - ③器具、食器の取り扱いが適切である
- ☞ ◇最終殺菌時、洗浄水の温度は80℃以上、洗浄時間は5分以上行われている
◇食器類の保管・取扱いは床面から60cm以上の場所で行われている

6.3.4 廃棄物の処理が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

6.3.4.1 廃棄物処理の管理責任者がいる

(a・b・c・NA)

- ①特別管理産業廃棄物及び一般産業廃棄物の管理責任者が明確である
- ②廃棄物処理法に基づく適切な表示がなされている
- ③廃棄物処理規程及び処理計画が適切に作成されている

☞ ◇適切な表示とは60cm角以上の大きさに(1)産業廃棄物の保管場所である旨の表示、(2)管理者氏名・連絡先等、(3)保管する産廃の種類を記載したものである

6.3.4.2 廃棄物の分別・梱包・表示が適切である

(a・b・c・NA)

- ①病棟、手術室、採血室、透析室等廃棄物の発生場所での分別が適切に行われている
- ②各部署で指定の容器に分別投棄され、最終保管場所まで安全に搬送されている
- ③感染性廃棄物の収納函(袋)には、バイオハザードマークが付けられている
- ④放射性廃棄物の管理(放射線治療後のオムツ等を含む)が適切に行われている

☞ ◇特に発生場所から最終保管場所への搬送途中での感染性廃棄物回収容器の詰め替えは、取り扱い者の感染の可能性や環境汚染の危険性もあり好ましくない
◇外部委託職員が発生場所からの回収を行う場合には、適切な取り扱い教育が行われていることも確認し評価する

6.3.4.3 廃棄物の保管状況が適切である

(a・b・c・NA)

- ①最終保管場所では一般産業廃棄物と感染性廃棄物とが明確に区分されて保管され、施錠されている

☞ ◇感染性廃棄物の最終保管場所は防鼠対策にも配慮されている

6.3.4.4 廃棄物の処理過程が適切である

(a・b・c・NA)

- ①院内の廃棄物処理規程及び処理計画に則って適切な処理が行われている
- ②産廃処理のマニフェストが確実に残されている
- ③特別管理産業廃棄物責任者もしくは担当者は、実地に最終処分地の確認を行っている

☞ ◇委託処理の場合は、契約書が完備されており、行政の免許書類(写し)も完備されている
◇廃棄物の自家焼却が認められる地域において自家焼却が行われている場合は、排煙中のダイオキシンの管理が適切であることや行政による承認機器であることを確認する
◇業務日報等関連書類を十分にチェックする

6.4 物品管理

6.4.1 物品の購入の手続きが適切である

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇物品には、薬剤、給食材料、検査試薬、診療材料、診療備品、消耗備品、機器類など、病院で購入する全ての物品を含む

6.4.1.1 物品購入の責任者が定められている

(a・b・c・NA)

- ①担当部署が明確である
②責任者・担当者が定められている

- ☞ ◇病院規模によっては体制が整備されていれば、兼任でもよい

* 6.4.1.2 購買の中央化が行われている

(a・b・c・NA)

- ①全ての物品の購入窓口が一元化されている
②発注から検収までのプロセスが明確である

- ☞ ◇診療材料、薬品、給食材料等すべての物品の購入窓口が一元化されていることが望ましいが、給食材料については担当者、内部牽制機能を発揮できるシステムが整備されていれば評価する
◇特に診療材料を部署から直接発注したり、物品管理業務を委託している場合の委託状況を購買担当で把握していない状況は望ましくない

* 6.4.1.3 購入物品の標準化が図られている

(a・b・c・NA)

- ①薬事委員会、医療材料購入委員会などがあり、購入物品の標準化が検討されている
②標準化の実績が把握されている

- ☞ ◇一般診療材料、高額カテーテル類、事務用品等具体的に標準化の実績を確認する

6.4.2 物品の在庫管理が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇物品には、薬剤、給食材料、検査試薬、診療材料、診療備品、消耗備品、機器類など、病院で購入する全ての物品を含む

6.4.2.1 物品の帳簿が準備され、実地棚卸しを実施している

(a・b・c・NA)

- ①物品の台帳が整備され、全ての物品について、年に2回以上の実地棚卸しを実施されている

6.4.2.2 適正な在庫量を定め、管理されている

(a・b・c・NA)

- ①各部門・部署で適正な在庫量が決められている
②補充方法が合理的で、在庫量の見直しも定期的に行われている

- ☞ ◇定数配置されている物品だけを対象に評価しない
◇定数外物品ほど在庫量が多くなりやすい

* 6.4.3 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)

* 6.4.3.1 物品納入業者は公正な基準によって選ばれている (a・b・c・NA)

①物品納入業者を選定する基準が明確である

②業者選定の経過が書類で残されている

☞ ◇入札、見積り合わせ、随意契約等物品に応じた選定が公平に行われる仕組みがあり、複数の人に明確にされている

* 6.4.3.2 発注担当者と検収担当者は明確に区別され、内部牽制の機能を果たしている (a・b・c・NA)

①購買が一元化され、発注担当者と検収担当者が明確に区分されている

☞ ◇発注と検収業務の区別は病院の規模により判断する必要があるが、特に不正発注を防止できる内部牽制の機能があるかどうかを評価する

6.5 業務委託

6.5.1 委託業者の選定が適切である

(5・4・3・2・1・NA)

6.5.1.1 業務の委託に関する検討がなされている (a・b・c・NA)

①業務委託に関する検討の場があり、検討の記録がある

②定期的に業務委託に関して見直しを行っている

☞ ◇委託の是非や委託の質や効率性など、業務内容の見直しを検討する仕組みがある

6.5.1.2 委託業者の選定手順が適切である (a・b・c・NA)

①業者の選定が適切に行われている

☞ ◇価格や業務内容・品質などを合理的に判断する仕組みがあることを評価する

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

①委託業者が委託業務に関する賠償責任保険への加入をしていることについて確認している

②賠償保険契約書写しの提出を求め、賠償内容・契約期間などを一元的に管理している

☞ ◇委託契約書上での取り決めや口頭確認では十分でない

* 6.5.1.4 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 (a・b・c・NA)

①受託業者サイドで行っている従業員教育の内容を教育資料などで確認する

②同じ医療現場で働いている以上、委託業者の職員であっても、医療理念が共有できるよう病院サイドから説明している

☞ ◇業務案内等で従業員の教育について確認する

6.5.1.5 契約の見直しを定期的に行っている (a・b・c・NA)

①全ての契約について毎年、契約内容の見直しを行っている

6.5.2 委託業務の管理が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

6.5.2.1 委託業務の管理担当者が定められている

(a・b・c・NA)

- ①委託業務の区分ごとに管理担当者が決められている
- ②業務管理とは別に、契約行為の管理担当者が明確であり、院内の全ての委託契約を一元的に管理していることが望ましい

☞ ◇委託業務内容の直接業務は部門管理であっても、契約書や契約内容を管理担当者が一元的に把握できている場合には評価できる

* 6.5.2.2 委託業務従事者に対する教育が行われている

(a・b・c・NA)

- ①委託業者の職員に対して病院が積極的に教育を行っている
- ②教育計画や実績が把握されている

☞ ◇病院職員教育・研修の場に出席させるなどの配慮を評価する
 ◇業務内容を問わない幅広い研修内容も評価される
 ◇派遣職員の教育も含む

6.5.2.3 委託業務の事故発生時の対応手順が定められている

(a・b・c・NA)

- ①委託業者の職員が関係した業務上の事故は直ちに病院側に報告される仕組みがある
- ②事故発生時の対応手順を委託業者の職員が周知している

☞ ◇委託業者の担当者が交代するときの引継ぎ手順まで確認する
 ◇契約書上に明記されていることが望ましい

6.6 病院の危機管理への適切な対応

6.6.1 院内における災害発生時の対応体制が整っている

(5・4・3・2・1・NA)

☞ ◇ここでは地域災害を含めた院内で発生する火災や停電時への危機対応について評価する

6.6.1.1 自院で作成した独自の防災マニュアルがある

(a・b・c・NA)

- ①自院独自のマニュアルが整備されている
- ②マニュアルは各職場に配置されている

☞ ◇防災センターや保安要員が外部委託の場合でもこれらの職員を含めた防災マニュアルが整備されている

6.6.1.2 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)

- ①年1回以上の総合避難訓練が行われている(火災時の避難訓練で可)
- ②各職場のスタッフが訓練に参加している

☞ ◇消防法では年2回の訓練を義務付けており、1回を総合避難訓練とし、あと1回は部分的な訓練または机上訓練でも可としている、なお、総合避難訓練は、休日・夜間を想定されたものが望ましい
◇地域住民が参加する院内防災訓練が実施されている場合には高く評価する

6.6.1.3 責任体制と緊急連絡網が明確にされている

(a・b・c・NA)

- ①災害発生時の責任体制が明確である
- ②緊急連絡網が整備されている

☞ ◇特に休日・夜間など病院管理者不在時の責任体制が明確である

6.6.1.4 停電時の対応体制が整っている

(a・b・c・NA)

- ①手術室、ICUなど主要な場所に非常用電源が確保されている
- ②各病棟に非常用コンセント(電源)が確保されている
- ③停電時の対応手順が整備されている
- ④自家発電装置の点検・整備が行われている

6.6.2 大規模災害発生時の対応体制が整っている

(5・4・3・2・1・NA)

- ☞ ◇大規模災害の対応では地域性を考慮して判断する
- ◇都会と田舎、台風の多い地方や豪雪地帯など、想定される災害も異なる
- ◇また、規模により災害時の役割が異なることも考えられる
- ◇独自のマニュアルを整備して対応体制を検討していることのほか、病院管理職の責務として地域と病院の規模、性格に見合った対策が取られていることを評価する

6.6.2.1 大規模災害時の対応マニュアルがある

(a・b・c・NA)

- ①大規模災害を想定した独自のマニュアルが整備されている
- ②マニュアルは各職場に配置されている

* 6.6.2.2 大規模災害を想定した対応体制がある

(a・b・c・NA)

- ①大規模災害時の責任体制、連絡網などが整備されている
- ②大量の患者の受け入れ場所が検討されている
- ③必要に応じて他の医療機関との協定が結ばれている
- ④広域災害を想定した訓練に参加している

6.6.2.3 ライフラインの確保に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①電気の確保に配慮されている
- ②水の確保に配慮されている
- ③ガスなどの燃料の確保に配慮されている

6.6.2.4 大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある

(a・b・c・NA)

- ①3日程度の医薬品が備えられている
- ②3日程度の水と食料品が備えられている
- ③備蓄以外の調達手段が明確である

6.6.3 病院の保安体制が適切である

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇精神科固有の事故に関する対応、安全配慮について評価する

療養 ☞ ◇痴呆症などで徘徊行動のある入院患者への保安面での対応を確認する

6.6.3.1 病院の出入りに関する規程が定められている

(a・b・c・NA)

- ①出入口の施錠時間、夜間・休日等の管理規程が定められている

- ☞ ◇主として使われる玄関等と、夜間・休日等の補助的な通用口があり、十分な管理規程があればそれを評価する

6.6.3.2 保安を管理する体制が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①業務日誌が整備され、日々の保安管理状況が確認できる
- ②緊急保安体制時の指揮命令系統が定められており、教育・訓練が行われている

- ☞ ◇保安要員の位置付け、非常呼集訓練、緊急放送や緊急コード等を確認する
- ◇特に外注委託では注意する

* 6.6.3.3 保安管理業務の内容が適切である

(a・b・c・NA)

- ①保安管理業務に関するマニュアルや保安係の職務規程が整備されており、適切に実施されている

- ☞ ◇時間外・夜間等の患者対応を保安担当者に委ねる場合は、その責任範囲が明確である

6.6.4 訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------------	----------------

6.6.4.1 院内での担当者が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①訴訟に対する担当者が明確になっている
- ②事故に対する病院の見解が統一されている

- ☞ ◇担当者が病院の代表として機能している
- ◇担当者は広報担当者などでもよい

6.6.4.2 的確な状況把握がなされる仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①事故発生後速やかに総括担当者を中心にした関係者の会議がもたれる仕組みがある
- ②状況把握には必要に応じて顧問弁護士が参画する仕組みがある

* 6.6.4.3 外部の関係者と適切に対応する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①原告やマスコミ、弁護士との折衝は総括責任者が行っている

- ☞ ◇総括責任者でない場合は、互いに密接な連携がとられている

6.6.4.4 病院賠償責任保険に加入している (a・b・c・NA)

- ①事故賠償責任保険に加入している
- ②保険対象者は医療者だけでなく、すべての職員が含まれている

- ☞ ◇医師会、病院会等各種保険があり、保険の種類は問わない

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