

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、精神で400床以上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、開設者の性格や地域での役割などに応じて適宜、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

p26 から p31(4.20~4.31)および p35 から p39(5.10~5.20)の評価項目(ケアプロセス項目)は、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: 03-3661-5331

FAX: 03-3661-5889

1.0 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	基本方針・院是の文書の掲示、パンフレットや病院案内などへの記載	(a・b・c・NA)
1.1.1.2	基本方針は地域の医療ニーズを反映している	保健医療や健康に関わる地域の状況の把握、地域のニーズに対応した具体的な方針	(a・b・c・NA)
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	患者の権利を尊重する考え方や方針などが文書などの文言によって確認できる	(a・b・c・NA)
1.1.1.4	基本方針は定期的に見直されている	少なくとも3年ごと、例えば、地域の医療ニーズに変化があった時などの修正	(a・b・c・NA)
1.1.2	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)
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	理念・基本方針の院内への掲示、文書の配布、職員のネームカードへの印刷	(a・b・c・NA)
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	広報誌・ホームページなどへの掲載	(a・b・c・NA)

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	地域医療情報資料が収集され整備されている。地域医療の欠損機能の分析などがある	(a・b・c・NA)
1.2.1.2	地域における自院の役割・機能が設定されている	地域の保健・医療・福祉機関との関係の明確化	(a・b・c・NA)
1.2.2	将来計画が策定されている		(5・4・3・2・1・NA)
1.2.2.1	中・長期計画が策定されている	理念・基本方針に沿った2年以上の中・長期計画の策定	(a・b・c・NA)
* 1.2.2.2	中・長期計画の策定が組織的に行われている	企画立案する部門または委員会の設置、院内各部門と住民・有識者の意見の反映	(a・b・c・NA)
1.2.2.3	中・長期計画を院内に周知する努力がされている	立案過程が組織の中で明確、組織内部のコミュニケーションの確立	(a・b・c・NA)

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・幹部は病院運営の基本方針や将来計画の策定に指導力を発揮している	(5・4・3・2・1・NA)
1.3.1.1	医の倫理を踏まえた理念・基本方針の策定と見直しに指導力を発揮している	生命の尊厳、患者の権利、インフォームド・コンセントなどを踏まえた理念 (a・b・c・NA)
* 1.3.1.2	目標の設定とその達成に向けた計画的対応に指導力を発揮している	組織改革、質向上、経営改善などの目標設定、数値・指標などの数値目標の設定 (a・b・c・NA)
1.3.1.3	毎年の事業計画の策定と予算編成に指導力を発揮している	重点施策の明確化、中長期計画を踏まえた事業計画 (a・b・c・NA)
1.3.2	病院管理者・幹部は病院運営上の諸問題の解決に指導力を発揮している	(5・4・3・2・1・NA)
1.3.2.1	現状を的確に把握しその問題点をよく認識している	院内のみならず地域の現況の把握、医療環境や制度改革の動向の把握 (a・b・c・NA)
1.3.2.2	問題点の解決に向けた方策の検討において指導力を発揮している	的確な対応策の明示、問題解決に向けた院内体制の構築 (a・b・c・NA)
1.3.2.3	解決策について決断し実行することに指導力を発揮している	院内の合意形成、明確な意思、実施に向けた的確な動機付け (a・b・c・NA)
1.3.3	病院管理者・幹部は医療の質の向上や業務の効率化に向けた取り組みに指導力を発揮している	(5・4・3・2・1・NA)
1.3.3.1	医療の質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	質改善の必要性の認識、具体的な取り組みの指示、率先垂範 (a・b・c・NA)
1.3.3.2	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	現状の明示、問題の明確化、目標設定、取り組み体制の構築 (a・b・c・NA)
* 1.3.3.3	取り組みの成果について評価し院内の一層の活性化を図っている	達成度の把握、計画の見直し、効果的な取り組み体制の再構築 (a・b・c・NA)

1.4 病院組織の運営

1.4.1	病院は組織規定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	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 (a・b・c・NA)
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	理事会および執行部会などの意思決定機関の明確化、議事録による定期的開催の確認 (a・b・c・NA)
1.4.1.3	病院の組織的な構造と機能および指揮系統が明確に示された組織図がある	管理者・幹部の意思伝達の経路の明確化、各部門の組織的位置付けの明示 (a・b・c・NA)
* 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	権限委譲の明確化、規程の見直し履歴の明記 (a・b・c・NA)

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	文書による明示、過去の年次事業計画の提示	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.4.2.2	年次事業計画の策定が組織的に行われている	事業計画を企画・立案する部署・部門、各部門の意見などを計画へ反映させる過程	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.4.2.3	年次事業計画に部門ごとの目標が設定されている	各部門の具体的な目標の設定	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.4.2.4	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しされている	定期的見直しの機会があること、客観的なデータに基づいた分析・評価、それらの記録の提示	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.4.3	組織内の情報伝達と連携		(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	指示・情報の迅速な伝達と徹底	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.4.3.2	部門内・部門間の情報伝達と連携が円滑に行われている	組織的医療を展開するためのコミュニケーションの確立、各種委員会・調整会議の開催	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	情報を管理する部門または担当者がある	電算部門または診療録管理部門、両者の統合による情報部門、担当者の情報に関する教育・研修	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.5.1.2	患者の個人情報の守秘を確実にする方法が取られている	不正アクセスへの対応、破壊・改ざんへの対応、漏洩への対応など	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.5.1.3	情報管理に関する委員会があり情報管理規程が定められている	情報の保存期間、個人情報の保護、診療情報の取扱い規程など	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.5.1.4	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	機能と役割に応じた情報システムの整備、薬剤情報・文献情報、院内LAN・共用データベースなど	(a ・ b ・ c ・ NA)
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		
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。	診療科別患者数、手術件数、月報	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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。	診療科別在院日数分析・疾患別医療費分析と活用	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	院内死亡率・5年生存率・臨床指標・患者満足度など	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.5.3	診療情報が適切に開示・提供されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
1.5.3.1	診療情報の開示・提供に関する病院の方針と手続きが明示されている	診療情報を提供・開示するという姿勢の明文化	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.5.3.2	患者は自分の診療録を閲覧することができる	コピーの提供、対価の妥当性、開示の実績、拒否の理由の妥当性	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.5.3.3	診療情報管理の意義と重要性について教育・研修をしている	患者情報の取り扱い、情報提供・開示の意義、知る権利	(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
	責任担当者が決められて関係法規の情報収集、回答処理と併せて関連法規・諸手続きの文書整理がなされていること	
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	人員配置基準・構造設備基準の適合、文書記録による提示、(a ・ b ・ c ・ NA)
1.6.1.2	その他の法令が遵守されている	消防法・労働安全衛生法・精神保健福祉法など、省令・条例・区条例などの関係法規の情報収集 (a ・ b ・ c ・ NA)
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)

1.7 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	
* 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門が定められている	組織横断的な委員会または教育研修担当部門 (a ・ b ・ c ・ NA)
1.7.1.2	必要性の高い課題について教育・研修が実施されている	患者の安全、医の倫理、接遇、患者の尊重、プライバシー、情報の扱いなど (a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.7.1.3	全職員を対象とした教育・研修が計画的に実施されている	年間教育・研修計画の企画・立案 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.7.1.4	院内の教育・研修の結果が評価されている	参加状況の把握、プログラムの評価 (a ・ b ・ c ・ NA)
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)
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	外部の学会・教育・研修活動への参加促進、各職種の実績記録の確認、参加費用の補助 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	院内報告会や院内誌などへの掲載 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.7.2.3	外部の学会・教育・研修活動への参加を評価する仕組みがある	外部の学会・研究会への参加状況の把握、受講履歴の評価 (a ・ b ・ c ・ NA)

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課題と改善目標が設定されている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
1.8.1.1	院内の報告や調査の分析を踏まえて具体的な改善課題と改善目標を設定している	患者満足度調査やインシデント報告、在院日数分析などによる課題と目標の設定 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.8.1.2	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	業務改善委員会などの設置と開催 (a ・ b ・ c ・ NA)

1.8.2	改善活動への取り組みがなされ成果を上げている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
1.8.2.1	継続的な活動により医療サービスが改善されている	改善事例の提示、TQC活動などの院内活動状況の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.8.2.2	改善の成果を評価し取り組み方法の見直しが行われている	改善成果の把握、問題点の明確化	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.8.2.3	院内において改善の成果に関する発表会が定期的に行われている	院内発表会、事例の報告	(a ・ b ・ c ・ NA)

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・福祉施設などと適切な連携が図られている		(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門または担当者がある	地域連携担当者、地域連携室、医療福祉相談室など	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.9.1.2	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携を促進する努力がなされている	紹介用紙の配布、紹介受け付け・相談窓口の設置	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	パンフレットの送付、ホームページの利用など	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
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	紹介患者受け入れの姿勢、病院の機能に応じた適切な紹介患者率	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	初診時の迅速な返答、途中経過や診断確定時の報告、組織的な仕組み	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 1.9.2.3	開放型病床があり協同診療を行っている	連携医の登録、協同診療の協約、登録医の来院状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
1.9.4.1	患者の病態やニーズに応じて適切な地域の保健・医療・福祉施設などに紹介されている	連携先施設の機能の把握、連携関係の強化	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.9.4.2	地域の保健・医療・福祉施設などの機能が把握されている	紹介を前提とした機能の把握、MSW・PSWによる情報収集、外来担当医への情報提供	(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
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	健康教室、予防教育活動、医療相談の実施、健診活動	(a ・ b ・ c ・ NA)
1.10.1.2	ボランティアを受け入れている	ボランティアの受け入れ体制、オリエンテーションや教育の実施、活動評価	(a ・ b ・ c ・ NA)

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	広報活動を担当する部門または担当者がある	広報誌の発行、ホームページの作成、情報の一元的管理 (a ・ b ・ c ・ NA)
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	広報誌の発行部数、ホームページの更新頻度、理念・基本方針と病院の役割・機能の広報 (a ・ b ・ c ・ NA)
1.10.2.3	自院の業務内容や経営情報の概要を広報している	(a ・ b ・ c ・ NA)

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労されていることがありましたらご自由にお書きください

2.0 患者の権利と安全の確保

2.1 患者の権利の尊重と患者 - 医療者のパートナーシップ

2.1.1	患者の権利と職業倫理に関する方針が明確であり患者および職員に周知させる体制が整っている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.1.1.1	患者の権利に関する内容が明文化され患者・家族に周知されている	患者権利(情報入手、自己決定、プライバシー確保など)に関する患者・家族向け文書、入院説明書 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.1.1.2	患者の権利と職業倫理に関する方針が職員に周知されている	患者権利と職業倫理に関する文書化と周知、終末期医療や宗教など個別の倫理側面を検討する機会 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.1.2	医療の質と安全確保のために患者 - 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)
2.1.2.1	医療の質と安全確保のために患者自身の医療への主体的な参加を支援する仕組みがある	患者自身の医療への主体的参加の支援、具体的方策 (a ・ b ・ c ・ NA)

2.3 患者の安全確保のための体制

2.3.1	患者の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)
2.3.1.1	患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である	組織図、役割・権限・責任体制、組織的対策を検討する機会、委員会などの開催状況、議事録 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.1.2	患者の安全確保に関する体制が実働し、取り組みが浸透している	院長、各部局長、医師の患者安全確保の活動、コミュニケーションの促進、必要に応じた人的・物的資源の供給、方針や対策の周知 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.1.3	各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる	方針・手順の遵守、インシデント・アクシデントレポートの提出 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.2	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.3.2.1	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、適宜改定されている	担当者の活動、インシデントやアクシデントの報告、問題点の対策立案についての手順の明文化と必要に応じた更新、利用状況の確認 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.2.2	患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている	方針と手順の周知 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.3	患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.3.3.1	患者の安全確保のための病院の取り組みに関し、職員教育が計画的に実施されている	研修ニーズの検討、各職種に対する安全確保の教育の計画、研修の実施と内容、出席状況の確認 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 2.3.3.2	患者の安全確保のために、個人や各職種のニーズを同定し、技術的支援・訓練を行っている	評価を通じた個人・チームへの訓練ニーズへの対応、各職種毎のパフォーマンスの改善 (a ・ b ・ c ・ NA)
2.3.3.3	問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている	効果的な分析のための教育資源・機会の供給 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 2.3.3.4	医療事故に関与した職員の心理的支援を行う体制がある	組織的に心理的支援をおこなう環境づくり、組織としての姿勢 (a ・ b ・ c ・ NA)

2.4 患者の安全を確保するための手順の確立

2.4.1	患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している	(5・4・3・2・1・NA)
2.4.1.1	患者・部位・検体・医薬品などの識別(誤認防止)に関する手順が確立している	リストバンド、バーコード、類似医薬品の採用制限、患者のフルネームの声だし確認など (a・b・c・NA)
2.4.1.2	情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立している	処方オーダーエントリーシステムでの3文字以上の入力・警告画面など、指示変更時の確認方法、術前の情報収集体制、手術・処置等変更の確認体制など (a・b・c・NA)
2.4.1.3	事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している	転倒、転落の予防策。ベッド周辺の物品整理と管理、職員の疲労、ストレス、環境、スケジューリングなどへの配慮。 (a・b・c・NA)
2.4.1.4	医療行為のプロセスを監査する手順が確立している	化学療法プロトコルの検討。重複投与、相互作用、禁忌薬回避の工夫。処方監査、疑義照会、手術時の針・機器・ガーゼカウントなどの手順の徹底など (a・b・c・NA)
2.4.1.5	患者の反応の観察・モニター、変化などへの迅速な処置に関する手順が確立している	治療の副作用の周知、与薬中の状態把握チェックリスト、人工呼吸器装着患者の把握などの手順の徹底など (a・b・c・NA)

2.5 患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善

2.5.1	患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
2.5.1.1	病院内のアクシデント・インシデントを収集する体制が整備されている	記録方法・提出手順の周知、報告すべき範囲の設定、報告書の設置・収集体制、システム改善のためという認識の浸透、不利益処分からの保証 (a・b・c・NA)
2.5.1.2	患者の安全確保の要因の究明が表面的な事項にとらわれず改善につながる原因究明がなされており、分析後の改善策が明示されている	事故発生の障害を最小限とする環境づくり、分析・改善策立案の実績例 (a・b・c・NA)
2.5.1.3	改善策の実行とその効果との確認がなされている	改善に結びついた対策の実績例 (a・b・c・NA)
2.5.2	外部と連携して患者の安全を確保する体制を整備している	(5・4・3・2・1・NA)
2.5.2.1	患者の安全の確保に関する知識・情報を収集し活用する体制が整備されている	資料(行政・関係団体・学会・研究機構など)収集の手段、担当者の周知、情報伝達の手順確立 (a・b・c・NA)
* 2.5.2.2	連携医療機関や取引業者と協同してより安全な仕組みを作る体制が整備されている	安全な仕組みづくりのための外部との情報交換・共同の取り組み (a・b・c・NA)

2.6 医療事故への対応

2.6.1	医療事故発生時の手順が明確であり、職員に周知・徹底されている	(5・4・3・2・1・NA)
2.6.1.1	医療事故発生時の対応・説明・報告・記録に関して手順が文書化されており、職員に周知徹底されている	説明に関する院内指針、院内責任者への報告手順、記録に関する手順、主治医不在時の対応 (a・b・c・NA)
2.6.1.2	医療事故が発生した場合、必要に応じて公表を検討する手順がある	公表を検討する場合の責任者と手順の明確化 (a・b・c・NA)

2.7 院内感染管理

2.7.1	組織的に院内感染管理が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.7.1.1	院内感染管理のための組織がつけられている	院内感染管理委員会の開催、委員構成、規模・機能に応じた担当医・看護師の任命	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.1.2	院内感染防止対策のマニュアルが作成され活用されている	院内感染防止対策マニュアルの作成、必要部署への配布、血液などを介する感染の予防体制の徹底、空気予防策・飛沫予防策・接触予防策の記載	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2	院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.7.2.1	各室に流水と石けんで手を洗うことのできる設備あるいは速乾式手指消毒剤が整備されている	各室(外来診療室・病室・ナースステーション)の手洗い設備とペーパータオル、または速乾式手指消毒剤	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2.2	血液・体液に触れる可能性があるときには手袋を着用し、血液・体液が飛散する可能性があるときには防護具やガウンを着用している	マスク・アイシールド(ゴーグル)・ガウン・手袋の着用の手順、実施状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2.3	感染経路別予防策に基づいた隔離方法が行われている	手袋の使用状況、空気感染・飛沫感染対応手順、隔離のための部屋、連絡体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2.4	抗菌薬の適正な使用を促すシステムがある	抗菌薬使用ガイドライン、適正使用のための手順・教育、採用・配備の検討、使用状況の調査	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2.6	針刺し事故(切創など他の血液暴露事故も含む)対策が確立している	安全器材・廃棄容器の導入、安全な注射針の廃棄、片手法リキャップ、事故後のフォローアップ体制、ワクチン接種	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.2.7	感染症疾患に罹患しないための予防接種について職員教育を実施し、接種を勧めている	職員の予防接種状況把握、職員向け予防接種の情報提供、予防接種実施体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.3	自院の院内感染に関して分離菌や感染症例を把握し改善策を講じている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
2.7.3.1	検体の種類や病棟別にどのような菌が分離されているか把握している	検体種別、病棟別データの把握、起因菌の分離件数、抗菌薬への感受性の把握	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.3.2	院内感染の発生およびその動向を、少なくとも重要となる部門や症例群で把握、評価し改善策を講じている	病院機能・規模に応じた重要な感染指標の把握、重要指標が変化した場合の対応体制、医師・看護師への指標のフィードバック、改善策実施例	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.4	院内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)
2.7.4.1	職員に対して採用時、およびその後定期的に教育活動が行われている	血液などを介する感染の予防体制、感染経路別予防策、職業感染事故防止などの教育責任者、実施状況の記録	(a ・ b ・ c ・ NA)
2.7.4.2	病院として院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供が行われている	雑誌の配備、文献検索・インターネットの活用、管理担当者・職員教育に対する病院の支援、情報浸透のための手段確立	(a ・ b ・ c ・ NA)

2.0 患者の権利と安全の確保

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください

3.0 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	受付や案内などの接遇に配慮されている	対応する職員がいること	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
3.1.1.3	接遇教育が行われている	教育・研修の機会、委員会活動など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.2	担当者や責任者が紹介されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
3.1.2.1	職員は名札を着用している	名札の形状と表現	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.2.2	診療担当医師名が紹介されている	診療科目と担当医師名、診察前に患者に分かる配慮	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.2.3	各部門の責任者名が紹介されている	掲示場所、入院案内書などへの記載	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	総合案内機能、場所と適任者の配置、配置時間	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	全館案内図、文字の大きさ、高齢者、障害者への配慮、設置場所	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.3.3	掲示物に配慮されている	掲示の場所と美観、掲示物の種類、大きさ、字体	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.3.4	案内・掲示には必要な情報が含まれている	内容の更新、必要な情報	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	診療科別、セクション別の分析	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.4.2	待ち時間短縮のための努力をしている	短縮のための方策の導入、待つことの苦痛を軽減する工夫	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.1.4.3	診療開始予定時刻に診療が開始されている	外来全診療科での実施	(a ・ b ・ c ・ NA)

3.2 医療相談

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	案内表示、入院案内など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.2.1.2	相談窓口を担当者が配置されている	担当者の配置状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	プライバシーの守れる場所	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	スタッフの配置数と相談件数、内容、入院前の相談を含む・精神病床の場合、精神保健に関する相談	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.2.2.2	院内スタッフとの調整がとられている	必要に応じた院内スタッフとの連携	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.2.2.3	相談の実施状況が適切に記録されている	記録の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
3.3.1.1	患者・家族の希望や意見を聴くための手段がとられている	意見箱・投書箱の設置、モニター制度など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.1.2	患者満足度調査などが定期的に行われている	患者の希望や意見を聴く目的の調査やアンケート	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.2	患者・家族の希望や意見に基づくサービスの改善が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
診療行為や入院生活、プライバシー、宗教上の信念に関する事項などの場合は、カルテへの記載などで、遺漏なく対応できるようになっている			
* 3.3.2.1	患者・家族の希望や意見に対して、責任をもって対処する部署または担当者が決まっている		(a ・ b ・ c ・ NA)
* 3.3.2.2	患者・家族の希望や意見に対処する手順が決まっている	寄せられた意見への対応手順、アンケートのまとめと対応手順	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.2.3	患者・家族の希望や意見に基づいてサービスの改善を行っている	具体的な改善事例	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.2.4	希望・意見への回答や対応が患者および職員に知らされている	回答の掲示・広報など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.3	患者・家族の苦情についての対応が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 3.3.3.1	患者・家族の苦情に対応する担当部署(担当者)または委員会が決まっている		(a ・ b ・ c ・ NA)
* 3.3.3.2	患者・家族の苦情に対処する手順が決まっている	各職場への対応指示、職場対応が不可能な場合の手順	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.3.3.3	苦情の内容が検討され改善や再発防止の対策がたられている	具体的な改善事例	(a ・ b ・ c ・ NA)

3.4 利便性とバリアフリー

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	最寄の駅からの交通案内、駐車場の広さ、時刻表の案内、タクシー待ちの配慮など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.1.2	規模に応じた食堂、売店などの施設がある	食堂・喫茶、電話、売店	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.1.3	電話の設置場所と数が適切である	プライバシーを確保できる設置場所、車椅子での利用の配慮、公衆電話の台数・精神病床を有する場合、1台以上の公衆電話の設置は必須	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
3.4.2.1	入院生活の規則が患者本位に運用されている	消灯時間、面会時間	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.2.2	院外の社会との情報交換が容易である	面会室、掲示物、テレビ、新聞、インターネットなど・精神病床を有する場合、面会・通信・電話の制限は医師の指示に基づいて実施されていて、記録で確認できる	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.2.3	生活延長上の設備やサービスがある	洗面・整容、湯茶、コインランドリー、冷蔵庫、私物保管庫スペースなど・精神病床、療養病床を有する場合、病棟プログラムと併せて確認する	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
3.4.3.1	玄関、外来はバリアフリーである	出入り口、廊下の車椅子での移動	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.3.2	病棟はバリアフリーである	患者の移動の視点	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.3.3	トイレはバリアフリーである	外来・病棟のトイレ	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.4.3.4	浴室はバリアフリーである		(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
3.5.1.1	患者の呼び出しに配慮されている	必要以上に広範囲の呼び出しの制限	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	施設的な配慮、外来の仕切りやドア、スペースの広さなど	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.5.1.3	検体などが人目に触れないようになっている	採尿、採血	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	検査の事前処置、外科処置など	(a ・ b ・ c ・ NA)

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	他の部屋の兼用でも可	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.5.2.2	病室でプライバシー確保について配慮されている	更衣場所の確保、診察・処置時の配慮	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.5.2.3	患者名の表示は患者本人や家族の意向を尊重している		(a ・ b ・ c ・ NA)
3.5.2.4	面会用のスペースが確保されている	デイルーム、コーナーなど	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6 療養環境の整備			
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	院内全体の施設や設備の管理担当	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	修理依頼時の手順、定期的な点検などの管理についての業務内容	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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)
3.6.2	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)
3.6.2.1	高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整っている	身障者用駐車場、手すり、車椅子の配置、洗面・整容設備など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.2.2	患者が利用する設備・備品は適宜点検・補修されている	車椅子、床頭台、待合の椅子、歩行器など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.3	院内の清潔管理が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
3.6.3.1	院内の清掃が十分に行われている	壁、天井、床など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.3.2	院内に不快な臭気を認めない	患者の視点	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.3.3	院内は整理整頓されている	放置された物品、廊下、各職場など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.4	禁煙、分煙に配慮されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
3.6.4.1	喫煙区域が設けられ分煙されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.4.2	喫煙区域の内外に適切な表示がある		(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.4.3	喫煙場所の換気に配慮されている	換気的能力	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.6.4.4	職員に対して院内における分煙が徹底されている	職員の分煙の実態	(a ・ b ・ c ・ NA)

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	待合室、階段、廊下などの共用部分	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.1.2	病棟の静寂が保たれている	音環境、院内放送、周囲の環境	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.1.3	院内に観葉植物や絵画を含むインテリアに配慮されている	植物や絵画の維持・管理	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.1.4	病棟に患者がくつろげるスペースがある	デイルーム、病室単位の機能も可、リラックスできるスペース	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	床頭台、ロッカーなどの収納庫	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.2.2	病室内の照明と採光に配慮されている	ベッドごとに調整できる照明	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.2.3	病室内の空調に関して柔軟に対応している	病室ごとの空調や夜間の空調	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.2.4	快適な空間が確保されている	面積のみではなく、総合的な快適性	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.3	食事の快適性に配慮されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
	食器や季節食への工夫		
3.7.3.1	食事時間が適切である		(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.3.2	食事の温度管理が適切に行われている	病棟配膳、配膳車などの配膳の方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.3.3	快適な食事場所がある	食堂、個室でも可	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	選択メニューの実施、個別対応で実施している場合も評価する	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.4	ベッド・マットについて配慮されている		(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	移動、安楽な姿勢の確保。病棟の特性に応じたベッド	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.4.2	ベッドについての安全性と清潔性が保たれている	必要に応じた転落防止の柵の設置、ベッド清掃の方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	汚れた場合の交換や洗浄消毒の方法、頻度	(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
3.7.5.1	患者数に合ったトイレが配置されている	病室からの距離	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.5.2	車椅子用のトイレが配置されている	外来・病棟	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.5.3	トイレの広さが適当である	介助者、点滴架台のスペース	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.5.4	トイレの安全性が確保されている	手すり、ナースコール	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.5.5	トイレの清潔性が保たれている		(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
病棟機能に適した浴室であることを確認する・精神病床を有する場合、入浴日以外でもシャワー浴が可能であるかなど、その柔軟性についてもみる。			
3.7.6.1	病棟の機能に合った浴室が配置されている	浴室またはシャワー室	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.6.2	浴室の広さが適当である	介助者のスペース	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.6.3	浴室の安全性が確保されている	転倒防止などの施設的配慮、熱湯による火傷防止、手すり、床の滑り防止	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.7.6.4	入浴の頻度と時間が適切である	運用の実態	(a ・ b ・ c ・ NA)

3.8 災害時の対応

3.8.1	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)
院内の対応			
3.8.1.1	自院で作成した独自の防災マニュアルがある	消防計画に含まれていてもよい	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.8.1.2	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	火災時の総合避難訓練	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.8.1.3	休日、夜間の対応体制が整っている	連絡網の整備、防災設備機能	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.8.1.4	停電時の対応体制が整っている	非常用電源の範囲、訓練の実施など	(a ・ b ・ c ・ NA)

3.8.2	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)
広域災害への対応			
3.8.2.1	大規模災害時の対応マニュアルがある	他の医療機関との応援協定の締結	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 3.8.2.2	大規模災害を想定した対応体制がある	初期救急医療の参加、研修・トリアージ訓練などの参加	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 3.8.2.3	ライフラインの確保に配慮されている	電気、ガス、水道、通信、二重のルートの確保、優先復旧の協約など	(a ・ b ・ c ・ NA)
3.8.2.4	大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある	自院での備蓄、自治体による保管、取引先からの医薬品などの調達手段の確保	(a ・ b ・ c ・ NA)

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ありましたらご自由にお書きください

4.0 診療の質の確保

4.1 診療組織と運営体制

4.1.1	診療組織が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.1.1.1	病院機能に見合う医師と各診療部門の職員が確保されている	法的標準の充足、手術件数に見合う麻酔医と病理医の確保、リハや救急の専従医の確保状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.1.2	現況を反映した組織図が明確になっている	委員会機構を含む	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.1.3	各部門の職制・職務規程が明確になっている	文書による整備、変更時にも対応していること	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.2	診療組織が適切に運営されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.1.2.1	診療管理会議・業務連絡会議などが定期的開催されている	会議要項と議事録などを確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.2.2	診療上の基本方針や目標が検討され明確になっている	診療の基本方針の明確化、基本方針の徹底	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.2.3	基本方針や目標が医師と各部門の職員に徹底している	医師と病院の関係、医師の病院への帰属意識	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.1.2.4	各委員会が適切に開催され活動している	議事録などを確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.3	診療における倫理に適切に対応している		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.1.3.1	倫理上問題となる症例や課題について検討する仕組みがあり機能している	倫理委員会などの設置、終末期への対応、DNR(Do not resuscitate)などに関する方針	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.1.3.2	診療における倫理に関する教育・研修が行われている	研修実績・研修計画の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.1.3.3	治験・臨床研究に関する規定があり遵守されている	国の指針などとの整合	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.2 医師の人事管理と教育・研修

4.2.1	医師が適切に採用されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.2.1.1	医師の採用基準がある	面接の実施、臨床経験などの把握	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.2.1.2	採用時の手続きが明確になっている	派遣元大学などとの関係	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.2.2	医師の能力や病院への貢献度が評価されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.2.2.1	診療能力や実績が把握されている	同僚評価、看護側などの評価	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.2.2.2	病院の組織的活動への関与や貢献を把握している	委員会活動への関与、質向上への取り組み	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.2.2.3	医師の人事考課の基準があり人事や給与に反映させている	考課基準の設定、診療実績、勤怠状況	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.2.3	医師の教育、研修が適切に行われている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.2.3.1	学会・研修会への参加・発表が支援されている	内規の整備、予算措置と状況に応じた病院の負担、専門医・認定医の取得・維持の支援 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.2.3.2	学会・研修会への参加の実績があり成果が診療に反映されている	事後の院内・医局での報告、診療管理者による実績の把握と評価 (a ・ b ・ c ・ NA)
4.2.3.3	院内の研修会が実施されている	担当者、年間計画、実施記録、院内学会も一つの形態 (a ・ b ・ c ・ NA)

4.3 診療録管理部門

4.3.1	診療録管理部門の体制が整備されている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.3.1.1	診療録管理部門があり必要な職員が確保されている	診療情報管理部門などが別にあるときは相互の位置付けを考慮して総合的に判断 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.3.1.2	職員は診療情報管理に関する教育・研修を受けている	診療情報管理士などの資格の取得 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.3.1.3	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	診療録管理室・保管庫の確保、格納設備、情報処理機器整備状況 (a ・ b ・ c ・ NA)
4.3.2	診療録が適切に管理されている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.3.2.1	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	入院診療録のファイル法、外来診療録の管理と入院診療録との関係 (a ・ b ・ c ・ NA)
4.3.2.2	診療録の中央管理が行われ所在が把握されている	入退院に伴う手順、診療録の閲覧・貸し出し規程、アリバイ管理、画像診断結果・心電図などを含む (a ・ b ・ c ・ NA)
4.3.2.3	合理的な保管方法が採用されている	迅速・確実な取り出し・返納、インアクティブ診療録の保管方法・保管場所 (a ・ b ・ c ・ NA)
4.3.3	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)
4.3.3.1	各診療科の診療録から診断名・手術名などがコード化され検索可能となっている	ICD-10などによる電算処理、各科の退院時要約の共通化 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.3.3.2	傷病別患者数や手術件数などの診療活動の基本統計が定期的に報告されている	月報・年報、患者構成、診療実績統計 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.3.3.3	診療の質や効率に関する分析や指標化が行われ組織的に検討されている	院内死亡率、臨床的・インディケータ、疾患別在院日数分析など (a ・ b ・ c ・ NA)

4.4 図書室機能

4.4.1	図書室が確保され図書・文献が整備されている	(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.4.1.1	図書室があり担当者が明確になっている	司書の配置が望ましい (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.4.1.2	図書が一括管理され適切に分類・整理されている	合理的な図書分類、図書目録の整備 (a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.4.1.3	必要な図書・文献が購入され各部署に定期的に図書情報が提供されている	購入図書リスト、書籍文献案内 (a ・ b ・ c ・ NA)

4.4.2	図書室の利用促進と便宜が図られている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.4.2.1	各職種の職員がいつでも利用することができる	看護・コメディカルの利用、24時間閲覧体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.4.2.2	文献検索を容易に行うことができる	CD-ROMや外部データベースの検索端末の整備	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.4.2.3	文献入手の便宜が図られている	他の図書館との連携	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.5 臨床検査部門

4.5.1	臨床検査部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.5.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	業務委託との関連、ランチ・ラボ	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.1.2	病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている	広さ、機種など	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.1.3	施設・設備・機器が適切に保守・点検されている	手順書、定期点検の実施	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.1.4	施設・設備・機器の安全に配慮されている	劇薬などの保管、非常口	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.2	臨床検査部門は適切に運営されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.5.2.1	検査結果の報告の手順と方法が確立している	パニック値、問い合わせ対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.5.2.2	検査の予約の手順が確立している	受託検査を含む	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.2.3	緊急時の検査体制が整備されている	緊急検査体制、夜間当直を含む	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.5.2.4	適切な精度管理が行われている	内部・外部精度管理、委託検査を含む	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.7 放射線部門

4.7.1	画像診断部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.7.1.1	必要な医師・職員が確保され適切に配置されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
4.7.1.2	病院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)
4.7.1.3	施設・設備・機器が適切に保守・点検されている	手順書、定期点検の実施、保守契約	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.8 薬剤部門

4.8.1	薬剤部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.8.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	夜間・時間外体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.1.2	必要な施設・設備・機器が整備され保守点検されている	病棟の薬剤業務の場所の確保	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.8.1.3	薬事委員会などが設置され開催されている	委員構成、医師・看護師との意見交換、議事録・検討事項の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.2	薬剤が適切に保管・管理されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.8.2.1	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	劇薬など、盗難	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.2.2	麻薬・向精神薬が適切に管理されている	手順書、記録、責任担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.2.3	薬剤の品質保全に配慮されている	冷暗所保存、保冷庫	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.3	調剤が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.8.3.1	調剤業務の手順が確立している	手順書、外来調剤、院外調剤、病棟調剤	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.3.2	調剤業務が円滑に行われている	外来待ち時間、1回量分包の実施	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.3.3	調剤後の確認を行う体制があり確実に実施している	確認体制、処方チェックの対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.8.3.4	病棟における注射薬の調剤が薬剤師により行われている	実施状況、未実施の場合は方針と検討状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.8.3.5	夜間・時間外の調剤体制があり適切に対応している	当直体制、時間外調剤の状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.4	薬剤が適切に購入され供給されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.8.4.1	薬剤購入の方針と手順が確立している	使用薬剤数、薬剤購入方針	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.8.4.2	使用薬剤の採否が薬事委員会などで定期的に検討されている	薬剤採否の方針、開催状況、使用薬剤数	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.4.3	病棟や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている	個人別取り揃え	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.4.4	薬剤の在庫管理が適切に行われている	過量在庫・不良在庫、病棟在庫	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.8.5	薬剤情報が適切に提供されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.8.5.1	院内医薬品集が作成され定期的に改定・増補されている	利用状況、改定頻度	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.5.2	医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している	対応担当者、外部の薬剤情報データベースの利用	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.8.5.3	新規採用薬や副作用に関する情報提供を行っている	情報提供の方法、頻度	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.8.5.4	副作用情報を把握し検討・報告している	報告様式、実施状況	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.11 集中治療室

* 4.11.1	集中治療室の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.11.1.1	必要な医師・看護師が確保され組織体制が確立している	担当医の責任体制、看護体制、院内ICUの場合の位置付け	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	機能に応じた整備状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.11.1.3	施設・設備・機器の保守・点検と清潔管理が適切に行われている	安全管理、保守点検体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている	基準・手順の明文化	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.11.2.2	入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されている	集中治療室経過記録、後方病床の確保	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.11.2.3	集中治療室運営委員会が設置され開催されている	議事録・検討事項の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.12 救急部門

4.12.1	救急部門の地域における役割が明確になっている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.12.1.1	救急医療について地域における役割と方針が明確になっている	地域における役割と運営方針の明文化	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.1.2	救急医療についての役割と方針が院内に周知・徹底されている	救急部門以外の職員への周知	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.12.1.3	地域における救急医療の現状を把握している	地域の連絡協議会などへの参加	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.12.2	役割に応じて救急部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.12.2.1	医師・看護師が確保され適切に配置されている	医師・看護師の勤務体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.2.2	各職種の当直体制が整っている	薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.12.2.3	診療各科の支援体制が整っている	各科の方針・手順と医師の当直・オンコール体制、緊急手術への対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.2.4	施設・設備・機器が整備され保守管理・清潔管理が適切に行われている	処置室、麻酔機・無影灯、カウンターショック、救急部門の手術室・検査室、観察病床	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.3	救急部門が適切に運営されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.12.3.1	救急患者の受け入れの方針と手順が確立している	方針・手順の明文化、受け入れ不能時の対応、(臓器提供施設の場合は移植医療の方針と手順)	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.3.2	役割に応じて緊急検査・診断、入院、緊急手術などが円滑に実施されている	方針・手順の遵守、受け入れ状況、救急部門の検査や手術の実施状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.3.3	在宅療養者の受け入れに適切に対応している	在宅支援の方針、空床の確保、地域医師会などとの協議	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.12.3.4	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	受け入れ実績、救急部門の検査・手術実績、統計報告、運営委員会での検討	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.12.3.5	救急患者に対する医療の妥当性について検討している	救急入院患者の検討、DOA患者の検討、臓器提供に関する問題の検討	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.13 栄養部門

4.13.1	栄養部門の運営体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
	[施設・設備の衛生管理は第6領域、食事のアメニティは第3領域で]		
4.13.1.1	必要な職員が確保され適切に配置されている	管理栄養士・栄養士・調理師、業務委託の場合の運用	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.13.1.2	栄養部門の施設・設備が整備されている	調理室、保温カート、情報機器	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.13.1.3	栄養委員会が設置され開催されている	委員構成、医師・看護師との意見交換、議事録・検討事項の確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.13.2	栄養管理が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.13.2.1	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	栄養基準の明文化、献立の作成と運用	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.13.2.2	栄養士が適切な栄養指導を行っている	栄養指導の方針、実施手順、医師・看護師との連携	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.13.2.3	喫食状況が把握され嗜好調査が行われている	個々の患者の喫食状況の把握、嗜好調査の実施	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.14 リハビリテーション部門

☞ 精神科医療の場合、長期在院者の自立的生活の支援の適切性を確認

4.14.1	リハビリテーション部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.14.1.1	リハビリテーションに関する方針と役割・機能が明確になっている	必要性の検討と方針の確立、他施設との連携	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.14.1.2	役割・機能に応じて必要な職員が確保され適切に配置されている	医師の関与の状況、理学療法士・作業療法士、言語聴覚士	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.14.1.3	役割・機能に応じた施設・設備・機器が整備され保守・点検されている	各施設基準の適合状況、回復期リハ病棟の場合の運用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
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基準・手順に基づいてリハビリテーション計画が作成されている	リハビリ基準・手順・プログラムの明文化	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.14.2.2	計画に沿ってリハビリテーションが実施され訓練記録に適切に記載されている	訓練実施記録、診療録へのファイリング	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.14.2.3	リハビリテーション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	受け入れ実績、統計報告	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.15 訪問サービス部門

4.15.1	訪問サービス部門の体制が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.15.1.1	訪問サービス(在宅サービス)に関する方針と役割が明確になっている	訪問診療・訪問看護・訪問リハビリなどの方針の明確化、院内組織における位置付け	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.15.1.2	必要な職員が確保されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
4.15.2	訪問サービス部門が適切に運営されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.15.2.1	各サービスの基準・手順に基づいて訪問サービス計画が作成されている	訪問看護実施基準・手順	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.15.2.2	計画に沿って訪問が実施され記録が作成されている	訪問サービス実施記録	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.15.2.3	サービス実施の実績が把握され症例検討会で評価・検討されている	ケア・カンファレンス、参加職種、記録	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.0 診療の質の確保

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください

病棟名 []

4.0 診療の質の確保

4.20 診療の責任体制と記録の徹底

4.20.1	主治医・担当医が明確になっており、診療責任が確立している		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.20.1.1	主治医・担当医が適切に定められている	研修医の処遇、指導医、主治医権	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.1.2	主治医・担当医が明示され常に連絡が保たれている	明示方法、連絡体制、不在時の対応、グループ体制の扱い	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.20.1.3	診療管理責任者は医師の診療状況を把握し問題点の改善・指導をしている	診療録の評価・点検、インシデント報告、診療実績評価	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.2	回診が定期的に実施され適切な医学的管理が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.20.2.1	主治医・担当医により毎日回診が行われ記録されている	回診の頻度、診療録への記載、休日の回診、診療管理責任者の回診	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.2.2	患者の訴えや要望に応え十分に説明している	患者への対応・説明、患者の訴えと説明の記載	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.2.3	必要に応じて適切に対診・他科受診が実施されている	紹介・対診手順、対診・紹介先、回答様式	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.3	医師の指示が確実に伝達され実施されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.20.3.1	医師の指示が記録され確認される仕組みが確立している	指示伝票などの扱い、オーダリングの運用、診療録への記載、手順書	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.3.2	指示に基づいて安全・確実に実施し記録する仕組みが確立している	実施済の記載、実施入力	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.3.3	医師の指示と確認に関して円滑なコミュニケーションが図られている	指示の確認方法、変更・修正時の対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.4	診療録が適切に記載されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.20.4.1	診療録がもれなく記載され事後の検討に供することができる	入院時記録、経過記録、所見、指示内容、POMR、患者への説明内容	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.4.2	同意書・検査結果・手術記録などの必要な記録が作成されファイルされている	一括ファイル、経過記録への記載	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.20.4.3	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	看護記録・リハビリ記録の参照、時系列一体化記録、過去・他科の診療録の参照	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.20.4.4	退院時要約が遅滞なく作成されている	サマリーの様式、期限内完成の状況、完成率の把握、作成を促進する体制と努力	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

4.21 入院診療の計画的対応

4.21.1	入院の決定が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.21.1.1	入院の目的が明らかになっている	入院決定の方針と基準、精神医療の入院手続き、連携における入院の受け入れ	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.1.2	入院時の患者の身体的・精神的・社会的状態が評価され記載されている	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	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.1.3	患者への説明が行われ理解と同意が得られている	同意書、告知書	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.2	入院診療計画が作成されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.21.2.1	入院診療計画が適切に作成されている	検査計画・治療計画、入院診療計画書の内容、診療プロトコルの適用、クリティカルパスの活用	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.2.2	入院診療計画が適切に患者に説明されている	入院診療計画などの運用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.2.3	退院後の療養方針と計画が検討されている	後方施設や在宅サービスとの連携、介護保険の手続き	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.3	診療計画が適切に見直されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.21.3.1	診療計画を見直す考え方と手順が明らかになっている	定期的な見直し、病状変化・診断の変化・治療への反応などの対応、計画見直しの検討の場	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.21.3.2	新たな診療計画が作成され患者に十分に説明されている	回診時の説明と同意、診療録の記載	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.21.3.3	診療計画の変更・修正の原因や背景について検討されている	症例検討会での検討、パリアンス分析	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.22 検査の実施と診断の確定

4.22.1	臨床検査・画像診断・病理診断が適切に実施されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.22.1.1	検査の手順が確立し安全・確実に実施されている	手順書の整備と遵守	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.22.1.2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	同意書の作成、その様式と記載状況、精神科医療の場合、電気ショック療法などを含む	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.22.1.3	緊急検査・時間外検査に適切に対応している	手順書の整備、画像診断などを含む	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.22.2	検査結果を迅速に入手し的確に診断を確定することができる		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
	精神科医療で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。		
4.22.2.1	検査・診断結果を迅速・確実に入手する仕組みが確立している	通常報告ルートの確認、緊急時・非常時の問い合わせ対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.22.2.2	検査・診断結果が評価され所見が診療録に記載されている	検査・診断結果の診療録への添付、担当医の評価・記載	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

4.23 薬剤投与の管理

4.23.1 処方適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)	
4.23.1.1 薬剤情報を容易に入手できる	医薬品集、DI機能、オーダーリング画面からの検索、効能・効果、投与経路、用法・用量、副作用など (a・b・c・NA)
4.23.1.2 処方内容が処方箋・注射箋に適切に記載・入力されている	正確で判読できる記載、確実に誤りにくい処方画面、処方チェック、不適正処方の警告機能 (a・b・c・NA)
4.23.1.3 抗菌薬・血液製剤などの使用指針・手順書があり遵守されている	指針の整備と活用 (a・b・c・NA)
* 4.23.1.4 抗がん剤・特殊な薬剤などの投与について検討されている	臨床検討会、薬事委員会での検討 (a・b・c・NA)
4.23.2 病棟における薬剤が適切に管理されている (5・4・3・2・1・NA)	
4.23.2.1 病棟に薬剤が適切に供給されている	1回量包装、注射薬の個人別取り揃え、定数配置、箱渡し (a・b・c・NA)
4.23.2.2 病棟における薬剤の在庫が適切に管理されている	使用と供給の手順、薬剤師の関与、定数配置 (a・b・c・NA)
* 4.23.2.3 病棟における調剤が適切に行われている	病棟における注射薬の混合、薬剤師の関与 (a・b・c・NA)
4.23.3 薬剤の投与が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)	
4.23.3.1 投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与法が確認されている	投与の手順、投与時の確認法、輸血血液製剤を含む (a・b・c・NA)
4.23.3.2 必要により投与中・投与後の経過が観察されている	要観察事例、観察頻度 (a・b・c・NA)
4.23.3.3 服薬管理指導・薬歴管理が行われている	服薬指導の適用基準と手順、医師と薬剤師の意見交換 (a・b・c・NA)
* 4.23.3.4 緊急的な薬剤投与に適切に対応している	夜間・時間外の非定型的投与時の配慮 (a・b・c・NA)

4.25 栄養管理と食事指導

4.25.1 栄養学的に配慮された食事計画・食事指導が行われている (5・4・3・2・1・NA)	
4.25.1.1 患者の栄養状態が評価され適切な食事の指示が出されている	栄養状態の評価、治療食の種類、食事箋の発行、食事変更の基準・手順 (a・b・c・NA)
4.25.1.2 必要な患者に栄養指導・食事指導が行われている	栄養指導の基準・手順、栄養士の関与、運動処方 (a・b・c・NA)
* 4.25.1.3 患者の栄養方法や栄養管理について検討されている	嚥下訓練、経口栄養への移行、多職種による検討 (a・b・c・NA)

病棟名 []

4.26 効果的なりハビリテーションの実施

☞ 精神科医療の場合、長期在院者の自立的生活の支援の適切性を確認

4.26.1	ニーズに基づいたリハビリテーションが実施されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.26.1.1	リハビリテーションの必要性が評価され適切な指示が出されている	リハビリの必要性の評価法、ADL評価、リハビリメニュー	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.26.1.2	患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し要望や意見を聴いている	リハビリの目標の説明、家族の協力	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.26.1.3	リハビリテーションの経過やその効果について訓練記録などにより参照できる	訓練記録の参照、記録の一体化の工夫	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.26.1.4	リハビリテーションの効果が多職種による症例検討会で評価・検討されている	参加職種、開催実施記録	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.27 QOLへの配慮と緩和医療

4.27.1	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.27.1.1	症状緩和や疼痛緩和の適応基準と実施の手順が整備されている	疼痛緩和のためのマニュアル、術後や処置後の苦痛緩和などへの対処	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.27.1.2	QOLに配慮してさまざまな苦痛や疼痛などの症状の緩和が図られている	疼痛緩和・苦痛軽減の実施状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.27.1.3	人生の仕上げにおける患者や家族への心理的な支援などが検討され実施されている	看取りにふさわしい環境整備、患者や家族への心理的な支援とその実施記録	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.29 院内緊急時への対応

4.29.1	院内緊急事態に適切に対応されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.29.1.1	非常用カートや蘇生装置が整備されいつも使用可能となっている	定位置への設置、同型カートの整備、緊急用薬の供給と確認	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.29.1.2	緊急時の対応に関する方針と手順が明確になっている	緊急時の手順書、緊急放送コード	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.29.1.3	緊急時の対応に関する研修・教育と定期的な訓練が実施されている	院内研修会、訓練の実施実績	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

4.30 療養の継続性の確保

4.30.1	退院時の療養指導が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.30.1.1	退院時に服薬指導・栄養指導・リハビリテーション指導などが行われている	実施手順、指導実績	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.30.1.2	退院後の受療方法や制度の利用について必要な指導が行われている	介護保険の活用、諸制度の活用、MSW・PSWとの連携	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.30.2	退院後の療養継続のために適切な連携・調整が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.30.2.1	退院後の療養環境について院内スタッフとの調整がとられている	調整の仕組み	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.30.2.2	病状やニーズに応じた適切な施設・制度に紹介している	MSW・PSWの関与、医療連携室、要介護認定、介護支援専門員	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.30.2.3	退院時要約や看護サマリーなどの診療情報が適切に提供されている	紹介・逆紹介の手順、診療情報提供書	(a ・ b ・ c ・ NA)

4.31 診療の質の保証

4.31.1	個々の症例について十分な検討が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
4.31.1.1	症例検討会が定期的開催されている	開催実績と記録、複数診療科による実施	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.31.1.2	死亡症例について病理学的検討会が開催されている	病理医の関与、開催実績と記録	(a ・ b ・ c ・ NA)
4.31.1.3	関連職種を交えた症例検討会が開催されている	看護・薬剤・リハビリ・MSW・PSWなどの関連職種	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.31.2	治療実績が取りまとめられ診療の質改善の指標となっている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 4.31.2.1	治療実績や症例報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している	年報の発刊実績、関連学会誌などへの報告	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.31.2.2	症例データベースを構築し診療実績について統計的に検討している	退院時要約情報の集積、症例データベースの構築	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 4.31.2.3	診療の質に関する評価指標を設定して質改善に役立てている	臨床指標(クリニカル・インディケータ)の設定、指標に基づいた質改善の取り組み	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

4.0 診療の質の確保

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください

5.0 看護の適切な提供

5.1 看護部門の組織の確立

5.1.1	看護管理に理念が反映されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.1.1.1	看護部門の理念は病院の理念と整合しており、一般的な看護の価値観に矛盾していない	スローガンの理念でないもの	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.1.1.2	看護部門の理念を反映した具体的な活動がある	具体的な看護活動の実績	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.1.3	看護部門の理念は看護部門の職員に周知されている	周知の方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.2	看護部門の目標管理が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.1.2.1	看護部門の理念に沿った目標が明示されている	目標設定の仕組み、周知の方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.2.2	看護部門の目標と一貫性のある各看護単位ごとの目標が活動計画として具体化されている	看護部・各看護単位の年間目標、看護部・各看護単位の目標の整合性	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.1.2.3	看護部門の目標と各看護単位の目標の達成度が評価されている	看護部・各看護単位ごとの年間事業報告書	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.3	看護部門の組織が整備されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.1.3.1	病棟の特性を踏まえた人員配置をしている	配置方針、看護必要度の反映	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.3.2	看護職により看護部門の組織が管理されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.3.3	看護部門の組織を円滑に運営するための会議や委員会があり、機能している	会議の位置付け、委員会の種類と機能	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.3.4	看護部門の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	病院運営会議・診療管理会議など、副院長への就任	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.4	役割ごとの業務規程がある		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.1.4.1	看護単位の責任者(看護師長など)の業務規程がある		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.4.2	看護職の業務規程がある		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.1.4.3	看護補助者の業務規程がある		(a ・ b ・ c ・ NA)

5.2 看護部門の組織の運営

5.2.1	看護部門の個々の職員をいかすよう組織が作られ、運営されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.2.1.1	職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている	意見を反映できる具体的方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.2.1.2	看護部門の職員が主体的に活動できる	業務以外の活動の内容	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.2.1.3	看護ケアを実践する上で看護部門の職員を支援している	専門的知識・技術に関する助言	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.2.1.4	看護部門の職員への精神的支援をしている	職場内での相談への対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.2.1.5	働きやすい勤務体制である	個人の希望や事情の考慮	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.2.2	効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.2.2.1	他の部門・職種との業務分担と連携が適切に行われている	薬剤師などの業務分担の見なおし、関係職種との業務連携	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.2.2.2	看護業務に専念できるよう具体的対策・活動がなされている	SPDなどの機械化、オーダリング・システムなどの情報化	(a ・ b ・ c ・ NA)

5.3 看護部門の職員の能力開発

5.3.1	看護部門の職員の能力評価が行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.3.1.1	看護部門の職員の能力評価の基準がある	基準の明確化、適用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.3.1.2	所定の手順で評価が行われている	具体的な仕組みと手順	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.3.1.3	能力評価結果が活用されている	実績と活用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.3.2	看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.3.2.1	看護部門の職員の能力開発計画が立てられている	機能に見合った教育・研修計画	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.3.2.2	適切な能力開発プログラムがある	キャリアアップの視点	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.3.2.3	能力開発プログラムの評価が行われている	評価の実績、評価に基づいた改善	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.3.2.4	看護部門の職員の能力開発のための資源が確保されている	教育研修費、時間と場所の確保、視聴覚機器・コンピュータなどの整備	(a ・ b ・ c ・ NA)

* 5.3.3	専門的知識に基づいた判断により看護ケアが行われている	(5・4・3・2・1・NA)
* 5.3.3.1	専門領域の知識や関連分野の学際的な知識を習得することを支援している	専門研修会への参加の支援 (a・b・c・NA)
* 5.3.3.2	看護の専門領域において特別な看護活動ができる人材を活用している	専門的領域での適切な処遇 (a・b・c・NA)

5.0 看護の適切な提供

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありでしたらご自由にお書きください

病棟名 []

5.0 看護の適切な提供

5.10 看護の実践と責任体制

5.10.1	看護を必要とする人に適切な看護が実践されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.10.1.1	基本的な身体ケアを実施している	身体の清潔、排泄ケア、食事の援助など	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.1.2	看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援している	十分な説明と患者・家族の医療への参加、患者・家族との情報の共有、受け持ち制、心理的支援	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.1.3	看護を必要とする人を継続的に観察し、的確な判断により問題を予知して対処している	患者の継続的観察、健康状態・生活状況を根拠にした問題の予知、事前の対応策	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.1.4	看護職者としての倫理に基づいて看護が実践されている	患者の安全・安楽の優先、患者の権利の尊重、倫理的問題への支援、看護水準の向上の努力	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.2	看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.10.2.1	看護基準・看護手順は看護の質を規定する内容になっている	看護の質を保証する内容の基準	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.2.2	看護基準が活用されている	看護基準の活用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.2.3	看護基準の見直しが行われている	改定状況、改定の方針と間隔	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.2.4	看護手順が活用されている	看護手順の活用状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.2.5	看護手順の見直しが行われている	改定状況、改定の方針と間隔	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.3	看護ケアを提供する仕組みに関する規程が定められている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.10.3.1	看護ケアを提供する仕組みにおいて各人の役割と責任内容が明確になっている	看護ケア提供の組織体制、構成員の業務規程	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.3.2	看護ケアを提供する担当者が明確になっており患者に知らせている	患者にとっての担当者、チームナーシングとプライマリナーシング	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.3.3	各シフトにおける業務分担と責任者が明確になっている	各勤務帯の業務分担表	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.4	医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察している		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.10.4.1	医師の指示を受ける仕組みが整備されている	指示受けと実施の実際の方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.4.2	治療に対する患者の反応が把握され記述されている	観察の具体的な基準と手順	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.10.4.3	医師の指示について疑問をもった時、医師に相談している	医療行為の理論的根拠と倫理性	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

5.10.5 看護実践の一連の過程が適切に記録されている		(5・4・3・2・1・NA)
* 5.10.5.1	記録の方法や評価のための基準や指針が整備されている	記録と評価のための具体的な基準と指針、病棟の機能と患者特性に応じた記載方法 (a・b・c・NA)
5.10.5.2	看護記録は医療者のみならず患者・家族のために記録されている	看護記録の法的根拠と要件、患者・家族の要望と意見の記載 (a・b・c・NA)
5.10.5.3	提供された看護ケアについてサマリーが作成されている	サマリーの様式と作成手順、サマリーの活用方法 (a・b・c・NA)
* 5.10.5.4	診療録との一元化を図るために配慮されている	診療録との一体的記載、電子カルテの活用など (a・b・c・NA)

5.11 看護活動の計画的対応

5.11.1 看護計画が作成されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.11.1.1	身体的・精神的・社会的な視点からアセスメントされている	望ましい療養生活のための必要性の評価 (a・b・c・NA)
5.11.1.2	ケア・ニーズに沿った入院時看護計画が立てられている	援助の必要性を踏まえた計画、退院に向けた計画 (a・b・c・NA)
5.11.1.3	看護計画は患者に十分に説明され、患者・家族の意見が反映されている	説明と同意、患者・家族の要望や意見の記載 (a・b・c・NA)
5.11.1.4	必要に応じて看護ケアについて他職種と話し合われている	ケアカンファレンスの開催、他職種の参加状況、記録 (a・b・c・NA)
5.11.2 看護計画が見直され、修正されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.11.2.1	看護計画を修正したことが記録され、他の看護者に伝達されている	記載状況、修正の徹底の方法 (a・b・c・NA)
* 5.11.2.2	看護計画見直しの方法や担当者が決められている	見直しの方針・手順、担当者の役割 (a・b・c・NA)
5.11.2.3	修正された看護計画は患者に説明されている	説明と同意、患者・家族の要望や意見 (a・b・c・NA)
* 5.11.2.4	看護基準やクリニカルパスからのバリエーションを評価している	カンファレンスの記録、検討内容 (a・b・c・NA)

5.12 検査の実施への看護の関わり

5.12.1 検査計画に沿って十分な説明がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.12.1.1	患者に対する検査の手順書が整備され遵守されている	手順書と確実な実施 (a・b・c・NA)
5.12.1.2	侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている	医師の説明時の陪席、同意書の作成との関わり (a・b・c・NA)
5.12.1.3	検査の説明では検査に伴う不安を軽減している	適切な説明、説明の時期と手順 (a・b・c・NA)

病棟名 []

5.13 与薬の実施への看護の関わり

5.13.1	薬剤の投与が適切に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
5.13.1.1	投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与法が確認されている	経口薬・外用薬・注射薬の安全・確実な投与、血液・血液製剤を含む	(a・b・c・NA)
5.13.1.2	必要により投与中・投与後の経過が観察されている	観察方法、適用基準	(a・b・c・NA)
5.13.1.3	服薬指導に適切に関与している	薬剤師との連携・協力、薬剤師の服薬管理がない場合の対応	(a・b・c・NA)
5.13.1.4	緊急的な薬剤投与の指示に適切に対応している	薬剤師との連携	(a・b・c・NA)

5.15 栄養管理と食事指導

5.15.1	食事が適切に提供されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.15.1.1	食事摂取が適切に支援されている	適切なケアの視点から	(a・b・c・NA)
5.15.1.2	患者の状況に合わせて食事の介助が行われている	介助の基準・手順	(a・b・c・NA)
5.15.1.3	栄養士による食事指導が行われている	栄養士との連携・協力	(a・b・c・NA)

5.16 リハビリテーションの適切な実施

☞ 精神科医療の場合、長期在院者の自立的生活の支援の適切性を確認

5.16.1	リハビリテーションが適切に実施されている		(5・4・3・2・1・NA)
5.16.1.1	リハビリテーションの適用や効果について医師・理学療法士などと検討している	検討会の開催、検討事項と記録	(a・b・c・NA)
5.16.1.2	理学療法士、作業療法士によるベッドサイドのリハビリテーションが行われている	理学療法士・作業療法士などとの連携	(a・b・c・NA)
5.16.1.3	リハビリテーションの成果をいかして、セルフケアができるように援助している	自立支援、セルフケアの患者・家族への説明	(a・b・c・NA)

病棟名 []

5.18 看護の継続性の確保

5.18.1	退院後の療養の継続性が確保されている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.18.1.1	患者の退院後の生活を配慮した退院計画が立てられている		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.18.1.2	看護ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.18.1.3	退院時の患者・家族の社会的・経済的・心理的相談に応じている		(a ・ b ・ c ・ NA)
5.18.2	外来における看護ケアが適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.18.2.1	受診相談が行われている	方針と手順、実施状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.18.2.2	通院中の療養指導が適切に行われている	看護ケア継続の確認、外部機関との連携	(a ・ b ・ c ・ NA)

5.19 逝去時の対応

5.19.1	患者の逝去時の対応が適切である		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.19.1.1	看取りのための適切な環境が配慮されている	看取りのあり方の検討	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.19.1.2	逝去時の手順が明文化されている	手順書の整備と活用	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.19.1.3	逝去後の家族への対応が適切になされている	霊安室の運用、見送りの手順・手配	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 5.19.1.4	霊安室が整備されている		(a ・ b ・ c ・ NA)

5.20 看護ケアの評価と質向上への努力

5.20.1	看護ケアを改善する取り組みが行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
5.20.1.1	ケア改善のためのカンファレンスが行われている	カンファレンスの実施状況、検討事項と記録	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.20.1.2	看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある	医師とのコミュニケーションの機会	(a ・ b ・ c ・ NA)
5.20.1.3	多職種によるカンファレンスに積極的に参加している	合同検討会の開催、症例検討会への参加	(a ・ b ・ c ・ NA)

病棟名 []

* 5.20.2	改善活動の成果を取りまとめて看護ケアの向上に反映している	(5・4・3・2・1・NA)
* 5.20.2.1	よりよい看護ケアの実施に向けてデータを収集し、研究会の開催、活動実績 分析し活用している	(a・b・c・NA)
* 5.20.2.2	研究や開発の成果を年報にまとめて報告している	年報の発刊、専門誌での報告 (a・b・c・NA)
* 5.20.2.3	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	患者満足度調査の実施、看護評価活動の実績 (a・b・c・NA)

5.0 看護の適切な提供

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがありましたらご自由にお書きください

6.0 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理

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)
* 6.1.1.2	人事管理の仕組みが確立されている	担当部署、担当者の明確化	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.2	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	配置計画に基づく採用計画。	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.2.2	必要な人材が確保されている	病院の役割・機能に応じた人材の確保	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.2.3	職員の就業状況は適切である	所定労働時間、時間外労働時間、有給休暇取得率など	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
	基準が明確かつ職員に周知されることが必要		
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	考課基準の職員への明示	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.3.2	人事考課が有効に活用されている	昇進・昇格などの判断がなされる仕組み	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.1.3.3	考課者の教育が行われている	人事考課者の明確化、考課方法の教育	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.4	職員の労働安全衛生に取り組みられている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
* 6.1.4.1	労働安全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)
6.1.4.2	定期的な職員の検診が行われている	職種別の検診受診率など	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
6.1.4.4	職員の事故への対応がなされている	職員の事故発生時の対応手順と対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.1.4.5	職員の精神的なサポート体制がある	担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	法定以外の福利厚生活動(人間ドックなどの補助、職員のコミュニケーション誌の発行、など)	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	労働条件などの交渉の場、労働組合がある場合には、労使協定などの方法・内容	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.1.5.3	働きやすい職場環境に配慮されている	病院規模に応じた食堂、休憩室、更衣室などの設置	(a ・ b ・ c ・ NA)

6.2 財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
6.2.1.1	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	小規模施設の場合、担当者の明確化	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	母体となる団体の定めた適切な方式でも可	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
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	事業計画との関連性	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.2.2.2	予算編成の手続きが明確である	各部門からの意見収集手続き	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.2.3	予算の執行が適切である	予算計画に基づいた執行	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
	設備投資に関する病院の方針、財源についての検討		
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	担当者や手順の明確さ	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.3.2	設備投資の手続きが明確である	回収期間、利用率などを考慮した検討手続き	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	病院の経営状態を各部門へ知らせている	各部門の責任者に病院の経営状態を知らせ、検討する場	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.4.2	経営分析が行われている	経営分析が定期的に行われる場、検討状況の議事録など	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.2.4.3	部門別の収支管理が行われている	部門別(科別・病棟別など)収入の把握、部門別費用の把握	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.4.4	経営改善の努力がなされている	改善計画とその進捗状況。経営の合理化、効率化などと努力の程度。経営収支が大幅な赤字である場合は原因把握	(a ・ b ・ c ・ NA)

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	手順の明確さ、窓口対応の工夫、診療録の検索と搬送の方法とその所要時間	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.5.2	入退院の手続きが適切に行われている	入退院に関する事務手続きを行う部署または担当者、適切な手続き、精神病床を有する場合は、精神保健福祉法に規定する手続きの遵守	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.5.3	窓口の収納業務が適切に行われている	患者負担金の領収方法、現金過不足の処理方法、金融機関に依頼している場合には、主に時間外や休日の処理方法	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.5.4	未収金の状況が把握されている	未収金の金額と発生理由、医業収益に対する割合、回収方法など	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	医事職員による点検、担当医師による点検	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.2.5.6	返戻・査定について適切な対応がなされている	再審査請求などの対応	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	病院全体の病床運営を検討する委員会など	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.2.6.2	病床管理の担当部門または担当者がある		(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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)
* 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)
* 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)
6.2.6.6	病床が効率的に利用されている		(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
* 6.3.1.2	年次保守管理計画が立てられている		(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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)
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	感染防止の観点からの給水・給湯・空調設備の管理	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	医療ガス安全委員会の活動状況、医療ガス設備の改修・保守点検などの監督責任者・実施責任者	(a ・ b ・ c ・ NA)

6.3.2	医療機器の管理体制が確立している		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
6.3.2.1	医療機器を管理する担当者が定められている	病院全体として医療機器を管理する担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
* 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)
* 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)
6.3.3	給食設備の衛生管理が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
6.3.3.1	検食・食材が適切に保管されている	使用する食材の管理状況、調理済食品およびその原材料の一定期間保管	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.3.2	調理室の衛生管理が適切に行われている	床面、手洗い場、空調などの状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.3.3	配膳が衛生的に行われている	搬送、配膳時間など	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.3.4	食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている	洗浄温度、保管庫など	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.4	病院の保安体制が適切である		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
6.3.4.1	病院の出入りに関する規約が定められている	病院の出入り口の施錠時間、夜間の出入りの管理などのきまり	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.4.2	保安を管理する体制が整備されている	保安管理担当者の明確化。委託による場合の院内窓口担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.3.4.3	保安管理業務の内容が適切である	保安管理担当者の業務内容	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.5	廃棄物の処理が適切に行われている		(5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ NA)
	一般廃棄物、医療廃棄物		
6.3.5.1	廃棄物処理の管理責任者がいる	廃棄物処理の流れ・計画	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.5.2	廃棄物の分別・梱包・表示が適切である	特に感染性廃棄物の状況	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.5.3	廃棄物の保管状況が適切である	一般廃棄物、感染性廃棄物などの集積所での区分、施錠管理など	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.3.5.4	廃棄物の処理過程が適切である	処理記録。各自治体の廃棄物処理のルール把握	(a ・ b ・ c ・ NA)

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)
6.4.1.1	物品購入の責任者が定められている		(a ・ b ・ c ・ NA)
6.4.1.2	物品購入の方法の適正化に努めている	購入手続き	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.4.1.3	物品の購入計画および予算が立てられている	事業計画にあわせた物品の購入計画および予算	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.4.1.4	購買の中央化が行われている	購買業務を担当する部署	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.4.1.5	購入物品の標準化が図られている	部品や消耗品の互換性の確保	(a ・ b ・ c ・ NA)
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)
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	実地棚卸しの定期的実施	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.4.2.2	適正な在庫量を定め、管理されている	在庫管理の仕組み、緊急時の補給体制	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	納入実績の管理、指名入札など	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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	小規模病院の場合、伝票などがダブルチェックできる体制	(a ・ b ・ c ・ NA)

6.5 業務委託

☞ 各委託業務の内容および質はそれぞれの業務に関連する項目で評価する。人材派遣によるものも含む

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	業務委託を検討する場	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.5.1.2	委託業者の選定手順が適切である	委託業者の選定の手続き、選定の基準	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 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)
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	業者の従業員の教育、教育内容など	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.5.1.5	契約の見直しを定期的に行っている	業者との適切な関係も含む。年度ごとに契約の見直し	(a ・ b ・ c ・ NA)

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	委託業務の統括管理担当者、各業務の管理担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.5.2.2	委託業務従事者に対する教育が行われている	病院が委託業者、委託業務従事者へ行う教育	(a ・ b ・ c ・ NA)
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	業者で単独に処理せずに必ず病院責任者に報告して指示を受けるような手順	(a ・ b ・ c ・ NA)

6.6 訴訟などへの適切な対応

☞ 医療過誤訴訟だけでなく、病院が訴訟の当事者になった場合に対応する体制が整備されていること

6.6.1	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)
6.6.1.1	院内での担当者が明確にされている	病院を代表する担当者	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.6.1.2	的確な状況把握がなされる仕組みがある	状況を把握するための役割分担	(a ・ b ・ c ・ NA)
* 6.6.1.3	外部の関係者と適切に対応する仕組みがある	渉外担当者の役割	(a ・ b ・ c ・ NA)
6.6.1.4	病院賠償責任保険へ加入している		(a ・ b ・ c ・ NA)

6.0 病院運営管理の合理性

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありでしたらご自由にお書きください