

病院機能評価  
機能種別版評価項目  
3rdG:Ver. 3.0

評価項目一覧

精神科病院

●本評価項目一覧は、2022年3月25日現在の検討途上のものです。今後変更される可能性がありますのでご注意ください。

Ver. S2.1



2022年3月25日  
公益財団法人日本医療機能評価機構

## 第1領域 患者中心の医療の推進

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>1.1 患者の意思を尊重した医療</b>		
1.1.1	<b>患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている</b>  (評価の視点) 患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の権利の内容</li> <li>●患者の権利の明文化</li> <li>●患者・家族、職員への周知</li> <li>●権利擁護の状況</li> <li>●患者の請求に基づく、診療記録の開示状況</li> </ul>
1.1.2	<b>患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている</b>  (評価の視点) 説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●説明と同意に関する方針、基準・手順書</li> <li>●説明と同意の状況</li> <li>●病院としての書式の把握と管理</li> <li>●セカンドオピニオンへの対応</li> </ul>
1.1.3	<b>患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している</b>  (評価の視点) 診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、必要な情報が提供され、患者、医療者で共有されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●診療・ケアに必要な情報の共有</li> <li>●患者の理解を深めるための支援・工夫</li> </ul>
1.1.4	<b>患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している</b>  (評価の視点) 患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されるなど、患者支援体制が確立していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置</li> <li>●患者・家族への案内・周知</li> <li>●担当する職員の配置</li> <li>●多職種・他部門等との連携体制</li> <li>●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針</li> <li>●患者・家族からの相談に関する情報共有と支援に係る取り組みの体制</li> <li>●各種相談に関する記録の仕組み</li> </ul>
1.1.5	<b>患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している取り組みを行っている</b>  (評価の視点) 個人情報が適切に保護・管理されていること、また、プライバシーが守られていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知</li> <li>●個人情報の物理的・技術的保護</li> <li>●診療におけるプライバシーへの配慮個人情報の保護</li> <li>●生活上のプライバシーへの配慮</li> </ul>
1.1.6	<b>臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる</b>  (評価の視点) 臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●主要な倫理的課題についての方針</li> <li>●倫理的な課題を共有・検討する場の確保</li> <li>●倫理的課題についての継続的な取り組み</li> </ul>

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>1.2 地域への情報発信と連携</b>		
1.2.1	<b>必要な情報を地域等へわかりやすく発信している</b>  (評価の視点) 病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院の提供する医療サービスに関するの広報に関する組織体制</li> <li>●情報の定期的な更新</li> <li>●診療実績の発信</li> </ul>
1.2.2	<b>地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している</b>  (評価の視点) 地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の医療関連施設等の状況把握</li> <li>●地域の医療関連施設等との連携</li> <li>●施設間の紹介・逆紹介への対応</li> </ul>
1.2.3	<b>地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている</b>  (評価の視点) 患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が病院の役割・機能に応じて実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の健康増進に寄与する活動状況</li> <li>●地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援の実施</li> </ul>
<b>1.3 患者の安全確保に向けた取り組み</b>		
1.3.1	<b>安全確保に向けた体制が確立している</b>  (評価の視点) 担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療安全に関する多職種から構成された組織体制</li> <li>●患者の安全確保に関するマニュアルの作成と必要に応じた改訂</li> <li>●委員会等の機能</li> </ul>
1.3.2	<b>安全確保に向けた情報収集と検討を行っている</b>  (評価の視点) ○院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●院内のアクシデント・インシデント等の収集</li> <li>●院外の医療安全に関する情報の収集</li> <li>●収集したデータの分析と再発防止策の検討</li> <li>●安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し</li> </ul>
4.6.3 1.3.3	<b>医療事故等に適切に対応している</b>  (評価の視点) 医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療事故発生時の対応手順</li> <li>●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討</li> <li>●訴訟患者・家族に適切に対応する仕組み</li> </ul>

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み</b>		
1.4.1	<b>医療関連感染制御に向けた体制が確立している</b>  (評価の視点) 担当者の配置や委員会の設置など、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療関連感染制御に関する組織体制</li> <li>●委員会等の機能</li> <li>●医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成と および必要に応じた改訂と周知</li> </ul>
1.4.2	<b>医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている</b>  (評価の視点) ○院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●院内での感染発生状況の把握</li> <li>●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握</li> <li>●収集したデータの分析と検討</li> <li>●アウトブレイクへの対応</li> <li>●院外での流行情報などの収集と活用</li> </ul>
<b>1.5 継続的質改善のための取り組み</b>		
1.5.3 1.5.1	<b>業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる</b>  (評価の視点) 病院が主体となって継続的に取り組む改善活動の <b>仕組み・取り組み</b> 状況を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>部門横断的継続的な改善活動の仕組み</b></li> <li>●体系的な病院機能の評価</li> <li>●各種立入検査の指摘事項への対応</li> </ul>
1.5.2	<b>診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる</b>  (評価の視点) 症例検討会、診療ガイドラインの活用、臨床指標・ <b>質指標</b> に関するデータの収集と分析 <b>および活用</b> 、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動の状況を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●症例検討会の開催</li> <li>●診療ガイドラインの活用</li> <li>●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の作成・見直し</li> <li>●臨床指標・<b>質指標</b>に関するデータの収集<b>と分析および活用</b></li> </ul>
1.5.1 1.5.3	<b>患者・家族の意見を聞き活用し、質改善に活用している医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる</b>  (評価の視点) 患者・家族の意見・要望を積極的に収集し活用するなど、 <b>対応していること医療サービスの質向上に向けた活動の状況</b> を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●意見・苦情クレーム等の収集</li> <li>●医療サービスの質向上に向けた対応策の<b>立案検討と実施</b></li> <li>●患者・家族へのフィードバック</li> </ul>
1.5.4	<b>倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している</b>  (評価の視点) 新たな診断技術や診療技術、治療方法、 <b>診療医療機器</b> 等の情報が収集され、導入に際しては、 <b>組織的に倫理・安全面や院内の支援体制も含めて検討しへの配慮がなされていること</b> や <b>適切な準備が行われていること</b> を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討と準備</b></li> <li>●<b>新たな知識・技術の習得のための支援</b></li> <li>●臨床研究に関する倫理的な審査と院内での<b>状況把握</b></li> </ul>

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所	評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>1.6 療養環境の整備と利便性</b>	
<p><b>1.6.1</b> 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている</p> <p><b>1.6.1</b> <b>1.6.2</b></p> <p>(評価の視点) 安全性・利便性・快適性について、患者や家族、面会者といった利用者の視点で、高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっていることを評価する。</p> <p><b>【現1.6.1】</b> <b>患者・面会者の利便性・快適性に配慮している</b> (評価の視点) 患者や家族、面会者といった病院利用者の視点で利便性・快適性を評価する。</p> <p><b>【現1.6.2】</b> <b>高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている</b> (評価の視点) 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっていることを評価する。なお、構造的に整備が困難な場合は、運用面での工夫を評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 来院時のアクセスへの配慮</li> <li>● 入院生活への配慮</li> <li>● 高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品</li> </ul> <p><b>【現1.6.1】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 来院時のアクセスへの配慮</li> <li>● 患者本位の入院生活への配慮</li> <li>● 生活延長上の設備やサービス</li> <li>● 入院中の情報入手や通信手段の確保</li> </ul> <p><b>【現1.6.2】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 院内のバリアフリー</li> <li>● 手摺りの設置</li> <li>● 車椅子などでも利用しやすい施設・設備</li> <li>● 必要な備品の整備</li> </ul>
<p><b>1.6.3</b> <b>1.6.2</b></p> <p><b>療養環境を整備している</b></p> <p>(評価の視点) 病院の機能に応じて療養環境が整備されていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療・ケアに必要なスペースの確保</li> <li>● 患者がくつろげるスペースの確保</li> <li>● 快適な病棟・病室環境</li> <li>● 院内の整理整頓</li> <li>● 清潔な寝具類の提供</li> <li>● トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性</li> <li>● 危険物の管理</li> <li>● 保護隔離室の環境整備</li> <li>● 生活上のプライバシーへの配慮</li> </ul>
<p><b>1.6.4</b> <b>1.6.3</b></p> <p><b>受動喫煙を防止している</b></p> <p>(評価の視点) 健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底<b>し</b>されていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全館禁煙・敷地内禁煙の方針の徹底</li> <li>● 患者の禁煙教育</li> <li>● 職員の禁煙推進</li> </ul>

## 第2領域 良質な医療の実践1

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保</b>		
2.1.1	<b>診療・ケアの管理・責任体制が明確である</b>  (評価の視点) 安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病棟、外来等における管理・責任体制</li> <li>●患者・家族への明示</li> <li>●各責任者による診療・ケアの実施状況の把握</li> </ul>
2.1.2	<b>診療記録を適切に記載している</b>  (評価の視点) 診療の記録が正確に遅滞なく作成されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要な情報の記載</li> <li>●判読できる記載</li> <li>●基準に基づく記載</li> <li>●適時の記載</li> <li>●診療記録の内容についての点検(質的 point 点検)</li> </ul>
2.1.3	<b>患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している</b>  (評価の視点) 患者取り違い防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違い防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況の評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の確認</li> <li>●検査・治療部位の確認</li> <li>●検体などの確認</li> <li>●チューブの誤認防止対策</li> </ul>
2.1.4	<b>情報伝達エラー防止対策を実践している</b>  (評価の視点) 医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●処方箋・指示箋の記載</li> <li>●医師の指示出し・実施確認</li> <li>●指示受け・実施</li> <li>●検査結果等の確実な報告</li> </ul>
2.1.5	<b>薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している</b>  (評価の視点) 薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●使用する職員への教育・研修</li> <li>●麻薬等の安全な使用と保管・管理</li> <li>●ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理</li> <li>●重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法</li> <li>●副作用の発現状況の把握と対応</li> <li>●薬剤の取り違い防止への取り組み</li> <li>●病棟在庫薬剤使用時の確認方法</li> </ul>
2.1.6	<b>転倒・転落防止対策を実践している</b>  (評価の視点) 転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療安全担当者と連携した継続的な取り組み</li> <li>●転倒・転落のリスク評価</li> <li>●転倒・転落防止対策の立案・実施</li> <li>●対策の実施結果の評価と見直し</li> <li>●転倒・転落発生時の対応</li> </ul>
2.1.7	<b>医療機器を安全に使用している</b>  (評価の視点) 人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●使用する職員への教育・研修</li> <li>●使用マニュアルに基づく確認</li> <li>●設定条件の確認と確実な伝達</li> <li>●使用中の作動確認</li> </ul>
2.1.8	<b>患者等の急変時に適切に対応している</b>  (評価の視点) 全職員を対象に心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●院内緊急コードの設定</li> <li>●救急カートや蘇生装置の整備・配置状況</li> <li>●定期的な訓練</li> </ul>

中項目・評価の視点 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している (評価の視点) 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況进行评估する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●標準予防策に関する遵守状況の徹底</li> <li>●感染経路別の予防策に基づいた対応</li> <li>●手指衛生(手洗い・手指消毒)の徹底</li> <li>●个人防护用具(PPE)の着用使用</li> <li>●現場での感染性廃棄物の取り扱い</li> <li>●血液、体液の付着した病衣やリネン・寝具類の取り扱い</li> </ul>
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している (評価の視点) 抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗菌薬の採用・採用中止に関する検討</li> <li>●抗菌薬の適正使用に関する指針の整備</li> <li>●起炎菌・感染部位の特定</li> <li>●院内における分離菌感受性パターンの把握</li> <li>●抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック</li> <li>●起炎菌・感染部位の特定</li> </ul>
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している (評価の視点) 臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、実際の対応状況を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者・家族の抱えている倫理的な課題の把握</li> <li>●診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み</li> <li>●解決困難な倫理的な問題課題への対応</li> </ul>
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている (評価の視点) 患者の利益を尊重質の高い診療・ケアを提供するために、必要に応じて多職種が協働し、チームとして患者の診療・ケアにあたっていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●多職種が参加協働した診療・ケアの実践</li> <li>●多職種からなる専門チームの介入による組織横断的な取り組み</li> <li>●部署間の協力</li> </ul>

## 第2領域 良質な医療の実践1

中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>2.2 チーム医療による診療・ケアの実践</b>		
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる  (評価の視点) 患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●受診に必要な情報の案内</li> <li>●初診、再診、会計などの手続き</li> <li>●紹介患者の受け入れ</li> <li>●待ち時間への配慮</li> <li>●患者の病態・緊急性への配慮</li> </ul>
2.2.2	外来診療を適切に行っている  (評価の視点) 患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者に関する情報収集</li> <li>●患者への説明と同意</li> <li>●安全な外来診療</li> <li>●患者への指導の実施状況</li> <li>●医療観察法による受け入れ時の対応</li> </ul>
2.2.3	診断的検査を确实・安全に実施している  (評価の視点) 外来・入院を含め、検査を确实・安全に実施していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要性の判断</li> <li>●必要性和リスクに関する説明</li> <li>●侵襲的検査の同意書の取得</li> <li>●安全な検査の実施</li> <li>●検査中、検査後の患者状態・反応の観察</li> <li>●安全に配慮した患者の搬送</li> <li>●検査中、検査後の患者状態・反応の観察</li> <li>●自院で行えない検査への対応</li> </ul>
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている  (評価の視点) 患者の同意能力の評価に基づき入院が判断され、确实な説明と同意や法に基づいた手続きが行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院時の精神医学的診察における同意能力の評価と診療録への記載</li> <li>●法の定めた要件を満たした告知書、同意書の様式</li> <li>●同意書控の診療録への添付</li> <li>●任意入院患者が閉鎖病棟に入院する場合の説明と同意、記録、周知</li> </ul>
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている  (評価の視点) 精神保健指定医の診察により医療保護入院の必要性が判断され、家族等の同意などの適正な手続きと病状に応じた入院形態の変更や退院に向けた取り組みが确实に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神保健指定医による病状評価と入院届および診療録への記載</li> <li>●精神保健指定医による医療保護入院継続の必要性とその診断根拠の診療録への記載</li> <li>●患者への告知(延期する場合には告知事項と理由の診療録への記載)</li> <li>●家族等の同意の手続き</li> <li>●入院形態変更や退院への取り組み</li> <li>●医療保護入院者退院支援委員会の開催</li> <li>●多職種チームによる医療保護入院継続の妥当性についての検討</li> <li>●退院後生活環境相談員の選任</li> <li>●必要な相談を行う地域援助事業者との連携</li> <li>●応急入院の判断と入院形態の変更</li> <li>●必要な事務手続きと届出</li> </ul>
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている  (評価の視点) 法に基づいた手続きと入院中の処遇についての配慮、病状に応じた入院形態の変更が确实に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●閉鎖病棟での処遇</li> <li>●病棟外行事へ参加する検査等での対応</li> <li>●精神保健福祉法に基づく仮退院への対応</li> <li>●病院管理者による措置の状況の把握と定期的な検討</li> <li>●入院形態を変更するための努力</li> <li>●必要な事務手続きと届出</li> </ul>
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている  (評価の視点) 指針やマニュアルに基づき安全管理が徹底され、各種会議が确实に開催されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●運営指針、治療指針、安全管理マニュアルの作成</li> <li>●外部評価会議(年2回程度)、運営会議(月1回)、治療評価会議(週1回)、倫理会議(原則月2回)の開催</li> <li>●多職種チームによる治療プログラムの開発・実施</li> <li>●実施された治療プログラムの組織的な評価・検討</li> </ul>



中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
2.2.8	<b>診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している</b> (評価の視点) 医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の病態に応じた診断・評価</li> <li>●入院時の身体的アセスメントや合併症の把握</li> <li>●診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成</li> <li>●患者・家族への説明と同意</li> <li>●患者・家族の要望の反映</li> <li>●必要に応じた診療計画の見直し</li> <li>●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の活用</li> </ul>
2.2.9	<b>患者・家族からの医療相談に適切に対応している</b> (評価の視点) 医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●多様な相談への対応</li> <li>●院内スタッフとの調整・連携</li> <li>●院外の社会資源との調整活用・連携</li> <li>●相談内容の記録と活用</li> </ul>
2.2.10	<b>患者が円滑に入院できる</b> (評価の視点) 患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●わかりやすい入院の手続き</li> <li>●入院生活に関する入院前の説明</li> <li>●わかりやすい入院の手続き</li> <li>●病棟のオリエンテーション</li> </ul>
2.2.11	<b>入院中の処遇(通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限)に適切に対応している</b> (評価の視点) 患者の人権擁護の観点から、入院形態に応じた開放的な処遇が行われ、通信・面会が基本的には自由であることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●電話、面会の対応</li> <li>●郵便物の遅滞ない受発信</li> <li>●閉鎖病棟に入院している任意入院患者の開放的な処遇</li> <li>●医療保護・措置入院患者の入院生活に支障のない配慮</li> </ul>
2.2.12	<b>医師は病棟業務を適切に行っている</b> (評価の視点) 疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●診療上の指導力の発揮</li> <li>●病棟スタッフとの情報交換</li> <li>●必要な回診の実施と病態の把握</li> <li>●診療上の指導力の発揮</li> <li>●病棟スタッフとの情報交換</li> <li>●患者・家族との面談</li> <li>●必要な書類の迅速な作成</li> <li>●必要に応じた身体的チェックの実施</li> </ul>
2.2.13	<b>看護師は病棟業務を適切に行っている</b> (評価の視点) 疾病や患者の状態に応じて、日常生活援助や診療の補助業務が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●観察に基づく病態の把握とケア</li> <li>●身体的ニーズの把握と日常生活援助</li> <li>●患者・家族の心理的ニーズの把握と援助</li> <li>●患者・家族の社会的ニーズの把握と援助</li> <li>●観察に基づく病態の把握とケア</li> <li>●診療の補助業務</li> <li>●患者情報の他職種との共有</li> <li>●他部署との連携</li> <li>●病棟管理業務</li> <li>●他部署との連携</li> <li>●能力に応じた業務分担</li> </ul>

	<p style="text-align: center;">中項目 ※青字が変更箇所</p>	<p style="text-align: center;">評価の要素 ※青字が変更箇所</p>
2.2.14	<p><b>投薬・注射を確実・安全に実施している</b></p> <p>(評価の視点) ○患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。 ○抗精神病薬の単剤化への組織的な取り組みを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要性とリスクについての説明と同意</li> <li>●服薬指導・薬歴管理の実施状況</li> <li>●患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認</li> <li>●安全な薬剤の準備</li> <li>●患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認</li> <li>●必要性とリスクについての説明と同意</li> <li>●必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察</li> <li>●服薬指導・薬歴管理の実施状況</li> <li>●服薬の確認</li> <li>●抗精神病薬が多剤・大量処方されている患者の処方内容についての検討</li> <li>●抗精神病薬の効果や副作用の発現についての評価と対応</li> <li>●薬剤部での抗精神病薬の処方把握と医師へのフィードバック</li> </ul>
2.2.15	<p><b>輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している</b></p> <p>(評価の視点) 適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●輸血の適応と血液製剤の種類の見直し</li> <li>●必要性とリスクについての説明と同意</li> <li>●輸血の適応と血液製剤の種類の見直し</li> <li>●緊急輸血への対応</li> <li>●患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与方法の確認と記録</li> <li>●緊急輸血への対応</li> <li>●投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録</li> <li>●輸血療法後の感染症検査</li> <li>●副作用の報告</li> </ul>
2.2.16	<p><b>電気けいれん療法(ECT治療)を適切に行っている</b></p> <p>(評価の視点) 患者・家族への十分な説明と同意のもと、安全・確実な電気けいれん療法が行われていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●十分な説明と同意</li> <li>●基準・手順の明確化</li> <li>●必要な検査と身体疾患既往歴の聴取</li> <li>●施行回数や頻度などの検討</li> <li>●実施後の評価</li> <li>●急変を想定した準備</li> </ul>
2.2.17	<p><b>褥瘡の予防・治療を適切に行っている</b></p> <p>(評価の視点) 患者の褥瘡リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者ごとの褥瘡発生リスクの評価</li> <li>●必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与</li> <li>●褥瘡状態の評価と治療</li> <li>●体位(ポジショニング)と体位変換の方法・頻度の検討と確実なやマットなどの体圧管理の実施</li> <li>●ベッド・マットなどの工夫</li> <li>●褥瘡状態の評価と治療</li> <li>●必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与</li> <li>●スキンケアや医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)対策の実施</li> </ul>
2.2.18	<p><b>栄養管理と食事指導支援を適切に行っている</b></p> <p>(評価の視点) 患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に対する支援が実施されていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●管理栄養士多職種の関与</li> <li>●栄養状態、摂食・嚥下機能の評価</li> <li>●評価に基づく栄養方法の選択</li> <li>●必要に応じた栄養食事指導</li> <li>●食形態、器具、安全性、方法の工夫</li> <li>●食物アレルギーなどの把握・対応</li> <li>●食形態、器具、安全性、方法の工夫</li> <li>●嚥食状態の把握</li> <li>●必要に応じた栄養食事指導</li> </ul>

中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
2.2.19	<b>症状などの緩和を適切に行っている</b>  (評価の視点) 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ことを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の訴えの把握</li> <li>●標準的な評価方法・治療方法に基づく実施</li> <li>●麻薬の使用基準と必要時の使用</li> </ul>
2.2.20	<b>急性期(入院初期～回復期)のリハビリテーションを適切に行っている</b>  (評価の視点) 患者の病態に応じた目標を定め、計画に沿った急性期および回復期のリハビリテーションが多職種チームにより行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●リハビリテーションの必要性の評価</li> <li>●病態に応じた目標・訓練計画の設定・立案</li> <li>●日常生活上の援助</li> <li>●ADLの自立と維持の配慮</li> <li>●訓練計画に沿った実施</li> <li>●必要性和リスクなどについての説明と同意</li> <li>●訓練前後の評価</li> </ul>
2.2.21	<b>慢性期のリハビリテーションを適切に行っている</b>  (評価の視点) 患者の生活能力に応じた目標を定め、生活習慣・生活リズム・生活技能に配慮したリハビリテーションが多職種チームにより行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●生活能力の評価と対応</li> <li>●目標・訓練計画の設定・立案</li> <li>●ADLの自立と維持の配慮</li> <li>●必要性和リスクなどについての説明と同意</li> <li>●訓練計画に沿った実施</li> <li>●訓練前後の評価</li> </ul>
2.2.22	<b>隔離を適切に行っている</b>  (評価の視点) 法に基づき必要性のある隔離が安全に行われていること、また、減少に向けて取り組まれていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●基本的な方針や手順の明文化と周知</li> <li>●少なくとも1日に1回医師による診察</li> <li>●頻回(1時間に2回)な観察と記録</li> <li>●身体的、心理的状態の把握</li> <li>●職員との意思伝達が円滑にできる環境・仕組み</li> <li>●<b>医師を含む医療チームによる必要性の確認</b></li> <li>●隔離を減少させるための多職種によるカンファレンスの頻回な開催</li> <li>●隔離実施中のモニタリングと治療スタッフへの結果のフィードバック</li> <li>●行動制限最小化委員会の開催と検討に基づき隔離を減らした事例の蓄積</li> </ul>
2.2.23	<b>身体拘束を適切に行っている</b>  (評価の視点) 法に基づき必要性のある身体拘束が安全に行われていること、また、減少に向けて取り組まれていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●基本的な方針や手順の明文化と周知</li> <li>●医師による頻回な診察</li> <li>●頻回(1時間に4回)な観察と記録</li> <li>●<b>身体的、心理的状態の把握</b></li> <li>●<b>医師を含む医療チームによる必要性の確認</b></li> <li>●<b>身体面の全身管理</b>や合併症(肺血栓塞栓症など)の予防対策の実施</li> <li>●抑制具による循環障害などの有無の確認</li> <li>●<b>心理的状態の把握</b></li> <li>●<b>医師を含む医療チームによる必要性の確認</b></li> <li>●身体拘束を減少させるための多職種によるカンファレンスの頻回な開催</li> <li>●身体拘束実施中のモニタリングと治療スタッフへの結果のフィードバック</li> <li>●行動制限最小化委員会の開催と検討に基づき身体拘束を減らした事例の蓄積</li> </ul>
2.2.24	<b>患者・家族への退院支援を適切に行っている</b>  (評価の視点) 患者の病状や患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●支援計画の立案と計画に沿った療養の指導</li> <li>●退院先との事前調整</li> <li>●退院後の生活場所と患者側のキーパーソンの把握</li> <li>●患者・家族の意向の把握</li> <li>●社会復帰施設などとの連携</li> </ul>

中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
2.2.25	<p><b>必要な患者に継続した診療・ケアを実施している</b></p> <p>(評価の視点) ○退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、自院で在宅医療が実施されていること、あるいは必要な在宅療養支援が行われていることを評価する。 ○精神科デイケア等が、患者のニーズに沿って計画され、適切に行われていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施</li> <li>●外来診療と連携した、定期的な計画の評価と見直し</li> <li>●患者のニーズに基づく多様なプログラムによる精神科デイケア等の実施</li> <li>●入院中の経過に関する伝達診療・ケアに関する情報の共有</li> <li>●患者への説明と同意</li> </ul>
2.2.26	<p><b>ターミナルステージへの対応を適切に行っている</b></p> <p>(評価の視点) 患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ターミナルステージの判断プロセス</li> <li>●多職種による診療・ケア計画の立案</li> <li>●ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意</li> <li>●患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア</li> <li>●療養環境への配慮</li> <li>●逝去時の対応</li> <li>●臓器提供に関する意思の確認と対応</li> </ul>

## 第3領域 良質な医療の実践2

中項目 ※青字が変更箇所	評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>3.1 良質な医療を構成する機能1</b>	
<b>3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 薬剤部門の薬剤管理はもとより、薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に関与していることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 薬剤に応じた温・湿度管理</li> <li>● 持参薬の鑑別と管理</li> <li>● 院内医薬品集の整備</li> <li>● 薬剤に関する情報収集および関連部署への周知</li> <li>● 新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討</li> <li>● 注射薬の調製・混合への関与</li> <li>● 注射薬の1施用ごとの取り揃え</li> <li>● 処方鑑査と疑義照会</li> <li>● 調剤後の確認</li> <li>● 注射薬の1施用ごとの取り揃え</li> <li>● 注射薬の調製・混合への関与</li> <li>● 持参薬の鑑別と管理</li> <li>● 薬剤に関する情報収集および関連部署への周知</li> <li>● 新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討</li> <li>● 院内医薬品集の整備</li> <li>● 薬剤に応じた温・湿度の適切な保管・管理</li> </ul>
<b>3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 病院の機能・規模に応じた臨床検査(委託を含む)が適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要な検査項目の実施</li> <li>● 検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス</li> <li>● 異常値(基準値外の結果)やパニック値の取り扱い</li> <li>● 検体交差が起こらない検体検査処理プロセス</li> <li>● 精度管理の実施</li> <li>● 検査後の検体の取り扱い</li> <li>● 夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応</li> </ul>
<b>3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 病院の機能・規模に応じた画像診断が適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● タイムリーな実施</li> <li>● 画像診断結果の迅速な報告</li> <li>● 画像診断の質の確保</li> <li>● 夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応</li> </ul>
<b>3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 快適で美味しい食事が確実・安全に提供されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適時・適温への配慮</li> <li>● 患者の特性や嗜好に応じた対応</li> <li>● 食事の評価と改善の取り組み</li> <li>● 衛生面に配慮した食事の提供</li> <li>● 使用食材、調理済み食品の冷凍保存</li> </ul>
<b>3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 病院の役割・機能に基づくリハビリテーションが適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要なリハビリテーションへの対応</li> <li>● 主治医との連携</li> <li>● 病棟等との情報共有</li> <li>● 系統的な実施と連続性の確保</li> <li>● リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検</li> <li>● リハビリテーションプログラムの評価と改善</li> </ul>
<b>3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している</b>  (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて診療情報が適切に管理されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療情報の一元的な管理</li> <li>● 迅速な検索、迅速な提供</li> <li>● 診療記録の取り違い防止策</li> <li>● 診療記録の閲覧・貸出し</li> <li>● 診療記録の形式的な点検(量的点検)</li> <li>● 診断名や手術名のコード化(コーディング)</li> </ul>

	中項目 ※青字が変更箇所	評価の要素 ※青字が変更箇所
3.1.7	<b>医療機器管理機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 医療機器が正しく機能するように、病院の機能・規模に応じて適切に管理されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全担当者との連携</li> <li>●医療機器の一元的な管理</li> <li>●夜間・休日の対応体制</li> <li>●定期的な点検</li> <li>●標準化に向けた検討</li> </ul>
3.1.8	<b>洗浄・滅菌機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて医療機器・器材の洗浄・滅菌が適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●使用済み機器・器材の一次洗浄・消毒の中央化</li> <li>●滅菌の質保証</li> <li>●既滅菌物の保管・管理</li> <li>●使用量および滅菌能力に見合った在庫量作業環境の整備</li> <li>●ディスプレイ製品の管理</li> </ul>
<b>3.2 良質な医療を構成する機能2</b>		
3.2.1	<b>病理診断機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて病理医が関与して、病理診断が適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●検体交差が起らない病理検査処理プロセス</li> <li>●診断結果の迅速な報告</li> <li>●病理診断の精度の確保</li> <li>●診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス</li> <li>●病理診断報告書や標本などの保存・管理</li> <li>●危険性の高い薬品類の保管・管理</li> </ul>
3.2.2	<b>放射線治療機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 病院の機能・規模に応じて放射線治療医が関与して、放射線治療が適切に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要な放射線治療の提供</li> <li>●治療計画の作成とシミュレーションの実施</li> <li>●放射線治療医による計画線量の確認</li> <li>●放射線治療機器の品質管理</li> <li>●治療用放射性同位元素の保管・管理</li> </ul>
3.2.3	<b>輸血・血液管理機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 確実・安全な輸血療法を実施するために、輸血・血液管理が適切に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態</li> <li>●輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などを行う担当者の明確化</li> <li>●発注・保管・供給・返却・廃棄</li> <li>●必要時の迅速な供給</li> <li>●自記温度記録計付き専用保冷庫・冷凍庫での保管・管理</li> <li>●使用された血液のロット番号製剤の記録・保存</li> <li>●輸血用血液製剤の使用状況の検証</li> </ul>
3.2.4	<b>手術・麻酔機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●スケジュール管理</li> <li>●手術室における清潔管理</li> <li>●術中患者管理</li> <li>●麻酔覚醒時の安全性の確保</li> </ul>
3.2.5	<b>集中治療機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 取り扱う疾病や患者数に応じて、集中治療機能が適切に発揮されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●機能に応じた人材の配置</li> <li>●機能に応じた設備・機器の整備</li> <li>●入退室基準の明確化と遵守</li> </ul>
3.2.6	<b>救急医療機能を適切に発揮している</b> (評価の視点) 地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急患者の受け入れ方針と手順</li> <li>●自院で受け入れができない場合の対応</li> <li>●夜間・休日救急患者への対応体制の整備</li> <li>●緊急入院などへの対応</li> <li>●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応</li> </ul>

## 第4領域 理念達成に向けた組織運営

中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ</b>		
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている (評価の視点) 理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●理念と基本方針の明文化</li> <li>●必要に応じた基本方針の検討</li> <li>●理念・基本方針の施策への反映</li> <li>●理念・基本方針と整合性のある中・長期計画等との整合性策定</li> <li>●職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知</li> <li>●病院の将来像や運営方針等の職員への明示</li> </ul>
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮適切に行う体制が確立している (評価の視点) 病院管理者・幹部が病院の将来像を示し、実現に向けた病院運営に指導力を発揮していることを総合的に評価する。 病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院の将来像や運営方針等の職員への明示</li> <li>●職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための組織運営活動や取り組み</li> <li>●運営上の課題の明確化とその解決に向けた目標管理への関わり</li> <li>●病院運営の意思決定会議の実態</li> <li>●病院の実態にあった組織構造と指揮命令系統を示す組織図や職務分掌の整備</li> <li>●病院運営に必要な会議・委員会の開催実態</li> <li>●組織内への決定事項の情報伝達周知と遵守状況</li> </ul>
4.1.3	計画的・効果的・計画的な組織運営を行っている (評価の視点) 病院の組織が整備され、計画的・効果的・計画的に運営されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院運営の意思決定会議の実態</li> <li>●組織内の情報伝達</li> <li>●病院の実態にあった組織図や職務分掌</li> <li>●病院運営に必要な会議・委員会の開催</li> <li>●理念・基本方針と中長期計画等との整合性</li> <li>●リスクに対応する病院の機能存続計画</li> <li>●将来計画の検討とそれ中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定と実績評価</li> <li>●部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価</li> <li>●職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための組織運営活動や取り組み</li> <li>●運営上の課題の明確化とその解決に向けた目標管理への関わり</li> </ul>
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、院内で発生する情報を有効に活用している (評価の視点) 情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●情報の管理・活用の方針</li> <li>●院内で取り扱う情報の統合的な管理</li> <li>●診療情報の管理・責任体制とセキュリティ対策</li> <li>●情報システムの導入・活用・更新に関する検討計画的な対応</li> <li>●データの真正性、保存性の確保</li> </ul>
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある (評価の視点) 病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがあることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●文書管理規程の整備</li> <li>●管理責任部署または担当者の明確化</li> <li>●発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み</li> <li>●院内規程、マニュアル等の承認の仕組み</li> </ul>

中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>4.2 人事・労務管理</b>		
4.2.1	<b>役割・機能に見合った人材を確保している</b> (評価の視点) 病院が期待される規模役割・機能を発揮できるよう、 <b>業務量に見合った人材が確保されている</b> ことを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療機能に必要な人材の検討</li> <li>● 採用計画の策定と実施</li> <li>● 各部門・部署に必要な人材の確保</li> <li>● 人材の確保と充実に向けた努力や工夫</li> </ul>
4.2.2	<b>人事・労務管理を適切に行っている</b> (評価の視点) 人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員の就労管理が適切に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備</li> <li>● 各種規則・規程の職員への周知</li> <li>● 職員の就労管理</li> </ul>
4.2.3	<b>職員の安全衛生管理を適切に行っている</b> (評価の視点) 職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 衛生委員会の設置と活動状況</li> <li>● 健康診断の確実な実施</li> <li>● 職場環境の整備</li> <li>● 労働災害・公務災害への対応</li> <li>● 職業感染への対応</li> <li>● 職員への精神的なサポート</li> <li>● 院内暴力対策</li> <li>● ハラスメントへの対応</li> </ul>
4.2.4	<b>職員にとって魅力ある職場となるよう努めている</b> (評価の視点) 職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が具体的に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員の意見・要望の把握</li> <li>● 職員の就業支援に向けた取り組み</li> <li>● 福利厚生への配慮</li> </ul>
<b>4.3 教育・研修</b>		
4.3.1	<b>職員への教育・研修を適切に行っている</b> (評価の視点) 職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価</li> <li>● 必要性の高い課題の教育・研修の実施</li> <li>● 教育・研修効果を高める努力や工夫</li> <li>● 入職時研修・新人研修の実施</li> <li>● 院外の教育・研修の機会の活用</li> <li>● 教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用</li> </ul>
4.3.2	<b>職員の能力評価・能力開発を適切に行っている</b> (評価の視点) 職員個別の能力評価や、自己啓発への支援など、優れた人材を育成し、活用する仕組みを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員の能力評価、能力開発の方針と仕組み</li> <li>● 職員個別の能力の客観的評価</li> <li>● 能力に応じた役割や業務範囲の設定</li> <li>● 職員個別の能力開発の実施</li> <li>● 能力に応じた役割や業務範囲の設定</li> </ul>
4.3.3	<b>学生実習等を適切に行っている</b> (評価の視点) 各職種において、指定されたカリキュラムに沿った病院実習が適切に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実習生の受け入れ体制</li> <li>● 医療安全・医療関連感染制御等に関する教育</li> <li>● カリキュラムに沿った実習</li> <li>● 実習生の受け入れ体制</li> <li>● 医療安全・医療関連感染制御に関する教育</li> <li>● 実習生および実習内容の評価</li> <li>● 患者・家族との関わり方の取り決め</li> <li>● 実習中の事故等に対応する仕組み</li> <li>● 実習生および実習内容の評価</li> </ul>



中項目 ※青字が変更箇所		評価の要素 ※青字が変更箇所
<b>4.4 経営管理</b>		
4.4.1	<b>財務・経営管理を適切に行っている</b>  (評価の視点) 会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析による <b>基づく</b> 経営管理が的確に実施されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 予算管理編成の手順と執行状況の把握</li> <li>● 財務諸表の作成</li> <li>● 病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理</li> <li>● 財務諸表の作成と会計監査の仕組み</li> <li>● 経営状況の把握と分析</li> <li>● 収支分析による課題の検討</li> <li>● データを活用した経営改善活動</li> </ul>
4.4.2	<b>医事業務を適切に行っている</b>  (評価の視点) 窓口の <b>収納業務</b> や <b>診療報酬保険請求業務</b> が組織的かつ合理的に行われ、病院経営に活用するためのデータが <b>収集・提供</b> されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 窓口の<b>収納業務の対応手順の適切性</b></li> <li>● <del>レセプトの作成・点検</del>、<b>保険請求業務と返戻・査定への対応</b></li> <li>● 施設基準を<b>遵守管理</b>するための体制</li> <li>● 未収金への対応</li> <li>● 病院経営に資するデータの提供</li> </ul>
4.4.3	<b>効果的な業務委託を行っている</b>  (評価の視点) 委託の是非に関する検討が行われ、委託後の業務管理が適切に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>業務内容と委託の是非の検討と委託業者先の選定</b></li> <li>● <b>委託業者の選定</b></li> <li>● <b>委託業務の実施状況の把握履行確認と質の検討評価</b></li> <li>● <b>委託業務従事者に対する必要な教育・研修の実施</b></li> <li>● 事故発生時の対応</li> </ul>
<b>4.5 施設・設備管理</b>		
4.5.1	<b>施設・設備を適切に管理している</b>  (評価の視点) 自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備</li> <li>● 日常点検と・保守管理計画の策定と実施</li> <li>● 緊急時の対応や連絡体制</li> <li>● <b>経年劣化等の現状把握および将来への対応</b></li> <li>● 医療ガスの安全管理</li> <li>● 院内の清掃、廃棄物の管理・処理</li> <li>● <b>廃棄物の処理</b></li> </ul>
4.5.2	<b>物品購買管理を適切に行っている</b>  (評価の視点) 病院で使用される <b>各種物品購入の過程が明確であり、物品の購入、品質管理、在庫管理が適切</b> に行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>購入物品の選定</b></li> <li>● <b>物品購入の過程</b></li> <li>● <b>使用期限の管理</b></li> <li>● <b>在庫管理の状況</b></li> <li>● <b>ディスプレイ製品の管理</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医薬品購入の過程</li> <li>● 医療消耗品購入の過程</li> <li>● 医療機器購入の過程</li> <li>● 高額医療機器購入の過程</li> <li>● 在庫の適正管理</li> </ul>
<b>4.6 病院の危機管理</b>		
4.6.1	<b>災害時等の危機管理への対応を適切に行っている</b>  (評価の視点) 火災や大規模災害等を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>リスクに対応する病院の機能存続計画の策定、内容の見直し</b></li> <li>● <b>緊急時の責任体制</b></li> <li>● 火災発生時の対応</li> <li>● <b>緊急時の責任体制</b></li> <li>● 停電時の対応</li> <li>● 大規模災害時の対応</li> </ul>
4.6.2	<b>保安業務を適切に行っている</b>  (評価の視点) 病院の規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 業務内容の明確化と確実な実施</li> <li>● <b>緊急時の連絡、応援体制</b></li> <li>● <b>保安・警備や施錠管理、事故防止対策等の実施</b></li> <li>● 日々の業務実施状況の把握</li> <li>● <b>緊急時の連絡、応援体制</b></li> </ul>

	中項目 ※青字が変更箇所	評価の要素 ※青字が変更箇所
4.6.3	<p>医療事故等に適切に対応している</p> <p>(評価の視点)  <del>医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。</del></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療事故発生時の対応手順</li> <li>●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討</li> <li>●訴訟に適切に対応する仕組み</li> </ul>