

# 自己評価調査票

機能種別版評価項目 一般病院2 <3rdG:Ver. 3.0>

病院名	
-----	--

今回審査	審査ID		訪問審査月	
期中の確認	審査ID		実施月	
前回審査	審査ID		訪問審査日	



公益財団法人 日本医療機能評価機構  
Japan Council for Quality Health Care

## 【重要】はじめにお読みください

病院機能評価の受審にあたり、中項目ごとに自己評価を実施していただきます。

1. 解説集の内容と貴院の取り組み状況を照らし合わせて、中項目ごとに「評点」「アピールしたい点」「課題と思われる点」をご回答ください。

なお、前回審査から受審いただく主たる機能種別が変更となった場合は、前回の審査結果報告書および期中の確認の内容もご確認ください。

2. 自己評価結果は、院内で十分合議した上で自己評価調査票（本紙）に記入いただき、期日までに評価機構事務局指定の方法により、ご提出ください。

### ■ 自己評価調査票のシートの構成について

1	シートは領域ごとに分かれています。（※シート名の（）内の数字は領域番号を示しています。なお、第2領域のみ2.1と2.2でシートが分かれています。） 主たる機能種別の自己評価結果を、「種別名（1）」「種別名（2-1）」「種別名（2-2）」「種別名（3）」「種別名（4）」各シートの「今回審査」の欄に記入してください。
2	副機能の自己評価は、受審いただく副機能の機能種別の「2.2」の中項目についてのみご回答いただきます。受審いただく副機能の種別に応じて「副機能種別名（2-2）」のシートを選択し、ご回答ください。 例）リハビリテーション病院を副機能として受審いただく場合： 「リハ（2-2）」のシートを選択し、ご回答ください。 慢性期病院と精神科病院の2種別を副機能として受審いただく場合： 「慢性期（2-2）」「精神（2-2）」それぞれのシートを選択し、ご回答ください。

### ■ ご回答いただく際にご留意いただきたい点

1	表紙シートには何も入力しないでください。
2	ファイルの加工（シートの分割、削除、行および列の挿入、幅の変更、印刷設定の変更など）は行わないでください。
3	中項目ごとに評点を付けてください。達成度や貴院の取り組み状況から以下のいずれかの評点をプルダウンメニューより選択してください。 S：秀でている A：適切に行われている B：一定の水準に達している C：一定の水準に達していない NA：病院の役割に照らし、各中項目で求められている事項が行われていなくても妥当であると考えられる場合には、「NA」非該当とします。（NA=Not Applicable）
4	「アピールしたい点」「課題と認識されている点」はそれぞれ250字程度でまとめてください。 サーベイヤは印刷された自己評価調査票を確認するため、250字を超えると全量が表示されず、適切に評価されない可能性があります。
5	記載する事がない場合は、「特記事項なし」とご記入ください。

# <自己評価調査票の見方>

1 患者中心の医療の推進

1 1 患者の意思を尊重した医療

1 1 1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている

**【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。

**【評価の要素】**  
●患者の権利の内容  
●患者の権利の明文化  
●患者・家族、職員への周知  
●権利擁護の状況  
●患者の請求に基づく、診療記録の開示状況

**【本項目のポイント】**  
◆精神機能や身体機能に障害のある患者や社会的な弱者に対する配慮を確認する。  
◆患者の権利の周知方法は様々であるが、十分に周知していることを確認する。  
◆診療記録の開示を制限するような状況（理由をたずねる、高額な料金を課すなど）、本人確認の方法などの手順、実際の開示状況を確認する。

**【C評価となりうる状況（例）】**  
○患者の権利（平等で最善の医療を受ける権利、選択の自由、自己決定権など）が擁護されていない。

**【関連する項目】**  
・権利は尊重されているが、実施に不備がある場合については、それぞれの項目で評価する。

見開き左側のページには、3rdG:Ver.3.0の「領域名」、「大項目名」、「中項目名」、「評価の視点」、「評価の要素」、「本項目のポイント」、「C評価となり得る状況（例）」、「関連する項目」を記載しております。  
自己評価を実施いただく際にご参照ください。

1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S/A/B/C/NAのいずれかの評価を選択してください。
アピールしたい点	<p><b>250字程度でご記入ください！</b></p> <p>課題と認識されている点</p> <p><b>250字程度でご記入ください！</b></p>
課題と認識されている点	

**今回審査**  
今回受審いただく審査の自己評価を記入いただく欄です。**こちらの枠内のみが記入いただく対象となります。**  
(記載時の留意点は「【重要】はじめにお読みください」のシートをご確認ください。)

**期中の確認**

自己評価	
アピールしたい点	<p><b>記入不要</b></p> <p>課題と認識されている点</p> <p><b>記入不要</b></p>
課題と認識されている点	

**期中の確認**  
期中の確認で実施いただいた自己評価を掲載しています。  
※以下の場合には空欄となります。  
・今回が初めての受審の場合  
・前回受審以後、一度認定が途切れた場合  
・前回審査から受審いただく主たる機能種別が変更となった場合  
・期中の確認未実施の場合

**前回審査**

前回評価	
適切に取り組まれている点	<p><b>記入不要</b></p> <p>課題と思われる点</p> <p><b>記入不要</b></p>
課題と思われる点	

**前回審査**  
前回受審時の審査結果を掲載しています。  
※以下の場合には空欄となります。  
・今回が初めての受審の場合  
・前回受審以後、一度認定が途切れた場合  
・前回審査から受審いただく主たる機能種別が変更となった場合  
※前回受審時のVerが3rdG:Ver.1.1の場合は、所見が「適切に取り組まれている点」「課題と思われる点」に分かれておりませんのでご注意ください。

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 患者の権利の内容
- 患者の権利の明文化
- 患者・家族、職員への周知
- 権利擁護の状況
- 患者の請求に基づく、診療記録の開示状況

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者の権利の周知方法は様々であるが、十分に周知していることを確認する。
- ◆精神機能や身体機能に障害のある患者や社会的な弱者に対する配慮も確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の権利が擁護されていない。

##### 【関連する項目】

- ・権利は尊重されているが、実施に不備がある場合については、それぞれの項目で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 555 533 593">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 説明と同意に関する方針、基準・手順書
- 説明と同意の状況
- 病院としての書式の把握と管理
- セカンドオピニオンへの対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆実際の説明と同意の状況が重要であり、形式的に手順が整備されているのみでは不十分である。説明されている内容は、診療録・説明書・同意書などの記載内容で確認する。
- ◆説明と同意が行われる診療行為の範囲（同席者ルールを含む）が院内で定められているかを確認する。
- ◆説明後の患者・家族の反応を記録から確認する。
- ◆同意書への署名は必須であるが、署名のないものがあつた場合は、単発的なか日常的なのかを確認する。また、同席者の署名は、手順に沿っていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 説明と同意に関する方針や基準・手順書などが定められていない。
- 手術や侵襲を伴う検査等において、説明と同意が行われていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 448 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 診療・ケアに必要な情報の共有
- 患者の理解を深めるための支援・工夫

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者が治療方針の決定に参加し、相互の責務を果たすよう努力し、協同して最善の結果を目指すための工夫や情報提供の状況を確認する。
- ◆医療者の情報提供や患者情報については、仕組みや説明書・パンフレットの確認だけでなく、効果的に活用されている実態を診療記録やカンファレンスの内容・患者目標の達成状況・専門の相談実績などを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

○患者参加を促す取り組みがない。

##### 【関連する項目】



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置
- 患者・家族への案内・周知
- 担当する職員の配置
- 多職種・他部門等との連携体制
- 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
- 患者・家族からの相談に関する情報共有と支援の体制
- 各種相談に関する記録の仕組み

##### 【本項目のポイント】

- ◆相談体制の整備と相談機能がわかりやすく示されていることを確認する。
- ◆虐待（児童虐待、配偶者虐待、障害者虐待、高齢者虐待）を受けている疑いのある場合の警察や児童相談所等への連絡手順と併せて、入院時のチェック機能、教育プログラム等から職員の認識状況について確認する。
- ◆相談の実態から、相談窓口の担当者の専門性だけでなく、適切な担当者（職種）への振り分けなど院内外との連携の仕組みが整備されていることや担当者の役割遂行について適切であるかを確認する。
- ◆相談により患者・家族が不利益を受けないような配慮がなされていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 相談窓口が明確になっていない。
- 相談に対応する仕組みが確立していない。

##### 【関連する項目】

・各種相談・意見等の質改善への活用については『1.5.3患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。

・各現場での相談への個別対応については『2.2.6患者・家族からの医療相談に適切に対応している』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 5 患者の個人情報を適切に取り扱っている

##### 【評価の視点】

- 個人情報が適切に保護・管理されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知
- 個人情報の物理的・技術的保護
- 診療における個人情報の保護

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 学生・実習生、退職者、委託業務従事者やボランティア、病院に出入りする業者への対応も含めて確認する。
- ◆ 実際の診療・ケアの現場における個人情報保護の状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の個人情報が保護されていない。
- 診療情報等の外部への持ち出し（USBやCD等）の明確な規程等が整備されていない。

##### 【関連する項目】



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 443 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 555 528 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 1 患者の意思を尊重した医療

#### 1 1 6 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

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 主要な倫理的課題についての方針
- 倫理的な課題を共有・検討する場の確保
- 倫理的課題についての継続的な取り組み

##### 【本項目のポイント】

◆臨床における倫理的課題の対応検討にあたっては、臨床倫理委員会の設置は必須とはしない。検討の場があり、何らかの形で検討内容が記録されていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 主要な倫理的課題について検討する場がない。
- 主要な倫理的課題について、病院の方針・考え方が定められていない。
- 主要な倫理的な課題について、組織的に継続的な取り組みがされていない。

##### 【関連する項目】

・各現場における日常的な倫理的課題への対応については『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』で評価する。  
・臨床倫理に関する教育・研修の実施状況については『4.3.1職員への教育・研修を適切に行っている』で評価する。



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 2 地域への情報発信と連携

#### 1 2 1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 病院の提供する医療サービスの広報に関する組織体制
- 情報の定期的な更新
- 診療実績の発信

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院見学会などの行事や催しを活用した情報発信の状況も確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の最新の情報が地域へ発信されていない。

##### 【関連する項目】

### 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

### 期中の確認

自己評価		

### 前回審査

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 2 地域への情報発信と連携

#### 1 2 2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 地域の医療関連施設等の状況把握
- 地域の医療関連施設等との連携
- 施設間の紹介・逆紹介への対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆医療連携室などの機能を確認する。
- ◆検査依頼などの連携状況も確認する。
- ◆回復期病床や地域包括ケア病床の活用など在宅復帰に向けた対応を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 地域の医療関連施設等と連携が図られていない。
- 在宅復帰に向けた対応方針が、全く検討されていない。

##### 【関連する項目】

### 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

### 期中の確認

自己評価		

### 前回審査

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 2 地域への情報発信と連携

#### 1 2 3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 地域の健康増進に寄与する活動状況
- 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

##### 【本項目のポイント】

◆自院の機能・特性に応じた取り組みなどを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

○患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が全く行われていない。

##### 【関連する項目】



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 3 患者の安全確保に向けた取り組み

#### 1 3 1 安全確保に向けた体制が確立している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 医療安全に関する多職種から構成された組織体制
- 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
- 委員会等の機能

##### 【本項目のポイント】

- ◆組織図上の位置付けだけでなく、担当者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者の権限を確認する。
- ◆医療安全の管理部門における日常的な活動実績について確認する。
- ◆医療安全対策加算を算定している場合、医療安全管理部門としての会議を週1回程度開催していることを確認する。
- ◆担当者の研修受講実績を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 医療安全に関する実務的な担当者が明確になっていない。
- 担当者に必要な権限が付与されていない。
- 担当者に、医療安全に関する活動実績がない。

##### 【関連する項目】

・院内規程、マニュアル等の承認の仕組みについては『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』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 443 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 555 528 589">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 3 患者の安全確保に向けた取り組み

#### 1 3 2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 院内のアクシデント・インシデント等の収集
- 院外の医療安全に関する情報の収集
- 収集したデータの分析と再発防止策の検討
- 安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 単なる報告件数（内容別、報告者の職種別など）だけでなく、報告内容の分析・検討の仕組み（組織、分析方法、効果判定方法など）や実績を確認する。
- ◆ 報告が医療安全管理部門を経て遅滞なく管理者に報告されているかを確認する。
- ◆ 収集した情報が診療現場にどのように伝えられているかを確認する。
- ◆ 死亡症例が医療事故調査制度の対象であることをスクリーニングする体制を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 院内、院外の医療安全に関する情報収集と分析がされていない。
- 収集・分析した情報が、自院の事故防止に活用されていない。

##### 【関連する項目】

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 3 患者の安全確保に向けた取り組み

#### 1 3 3 医療事故等に適切に対応している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 医療事故発生時の対応手順
- 原因究明と再発防止に向けた組織的な検討
- 患者・家族に適切に対応する仕組み

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 医療事故発生時の連絡体制が整備されていることを確認する。
- ◆ 院内の事故調査会議でどのような事例が検討されているかを確認する。
- ◆ 紛争化の恐れがある事案に対して、訴訟が発生する前に情報を収集して対応する仕組みがあることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 医療事故発生時の対応手順が適切に整備されていない。
- 原因究明と再発防止に向けた組織的な検討が行われていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 446 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 555 529 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 4 医療関連感染制御に向けた取り組み

#### 1 4 1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 医療関連感染制御に関する組織体制
- 委員会等の機能
- 医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成および必要に応じた改訂と周知

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 医療関連感染制御に関する組織的な位置づけと責任の所在が明確になっていることを確認する。
- ◆ 感染防止対策部門にICD、ICN等の配置を必須とはしないものの、基幹病院では相応の知識を有する実務担当者としての医療職の専従配置を確認する。
- ◆ 委員会は、構成や月1回の開催のほか、感染制御に関する具体的な検討がなされているかなど、十分機能していることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 医療関連感染制御に関する実務的な担当者が明確になっていない。
- 担当者に必要な権限が付与されていない。
- 医療関連感染制御に関する活動実績がない。

##### 【関連する項目】

- ・ 抗菌薬の適正使用については『2.1.10 抗菌薬を適正に使用している』で評価する。
- ・ 院内規程、マニュアル等の承認の仕組みについては『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』で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 446 313">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 551 531 586">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 4 医療関連感染制御に向けた取り組み

#### 1 4 2 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 院内での感染発生状況の把握
- 院内感染防止活動の継続的・定期的な把握
- 収集したデータの分析と検討
- アウトブレイクへの対応
- 院外での流行情報などの収集と活用

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 自院の感染関連情報として収集すべき情報が明確となっていることを確認する。
- ◆ 立案された対策がどのように周知されているか、そして、対策の評価と見直しがどのようにされているかを確認する。
- ◆ SSI、CLABSI、VAP等の発生状況や推移の分析について、病院全体としての把握状況を確認する。
- ◆ 感染対策に関して、施設間でのピアレビューを行っている場合などは、その結果も確認する。
- ◆ 収集・分析した院外の医療関連感染に関する情報を自院で活用した事例、他の医療機関との連携の具体例を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 院内、院外の医療関連感染に関する情報が収集・分析されていない。
- 収集・分析した情報が自院の感染防止対策に活用されていない。

##### 【関連する項目】

- ・ 感染症パンデミック時の具体的対応は、主に本項目で評価する。災害対応の面から、病院としての組織的な対応については『4.6.1災害時等の危機管理への対応を適切に行っている』で評価する。



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 5 継続的質改善のための取り組み

#### 1 5 1 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる

##### 【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仕組み・取り組み状況を評価する。

##### 【評価の要素】

- 継続的な改善活動の仕組み
- 体系的な病院機能の評価
- 各種立入検査の指摘事項への対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆業務改善委員会、QCC、TQM、BSC活動、内部監査などの実績を確認する。形式的な委員会活動だけを求めるのではなく、継続的に質改善を検討している状況や改善実績を確認する。
- ◆病院機能評価、ISO、JCIなど、体系的な評価、改善への取り組みについて、自己評価を含めた継続的な改善活動を確認する。
- ◆各部門・部署における個別の課題への取り組みを確認する。
- ◆改善活動については、具体的な改善の成果事例や困難な事例を確認する。
- ◆医療法や消防法などに基づいた立入検査等への対応状況について確認する。精神科を有する場合には、精神保健福祉法に基づく実地指導についても確認する。
- ◆抽出された問題点に対して、どのような体制で改善計画を立て、実行し、結果を評価したのかを確認する。
- ◆「1.5.2診療の質向上に向けた活動に取り組んでいる」「1.5.3患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる」に含まれない質改善活動については本中項目で評価する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 組織的・継続的な質改善活動が行われていない。
- 病院機能評価を含む外部評価等の受審時に指摘された事項が検討されることもなく放置されている。

##### 【関連する項目】

- ・経営の質改善については『4.4.1財務・経営管理を適切に行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 5 継続的質改善のための取り組み

#### 1 5 2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる

##### 【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・質指標に関するデータの収集と分析および活用、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进行评估する。

##### 【評価の要素】

- 症例検討会の開催
- 診療ガイドラインの活用
- クリニカル・パス（クリティカル・パス）の作成・見直し
- 臨床指標・質指標に関するデータの収集と分析および活用

##### 【本項目のポイント】

◆病理医や放射線科医が不在の病院では、病理検討会や画像診断検討会の開催は容易でないが、若手医師が多い基幹病院では、外部講師の招聘なども含む一定の努力と工夫を確認する。

◆臨床指標や質指標には、他施設と比較検討したい基本項目と、自院の診療特性から継続的にフォローすべき項目とがあることに留意する。クリニカル・パス（クリティカル・パス）については、単純な採用数（率）ではなく、アウトカム指標の検討やバリエーション分析の活発性を含めて確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 各学会等から発行されている診療ガイドラインを参照できる環境が整備されていない。
- 臨床指標を定め、診療の質改善に活用する仕組みがない。
- 診療内容の標準化を図る取り組みが行われていない。
- 診療内容の検証に基づく改善が検討されていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 551 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 5 継続的質改善のための取り組み

#### 1 5 3 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる

##### 【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、医療サービスの質向上に向けた活動の状況を評価する。

##### 【評価の要素】

- 意見・クレーム等の収集
- 医療サービスの質向上に向けた対応策の検討と実施
- 患者・家族へのフィードバック

##### 【本項目のポイント】

- ◆意見やクレーム等の収集方法について、患者・家族に明示されていることを確認する。
- ◆各部署等で職員が直接聞いた意見やクレームが、どのように取り扱われ、検討されているかを確認する。
- ◆意見やクレームへの対応実績、対応結果の周知方法などを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者・家族の意見等が収集されていない。
- 収集した意見等が改善に活用されていない。

##### 【関連する項目】

・相談窓口の一本化など、相談体制の整備については『1.1.4患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している』で評価する。

・病棟や外来、相談窓口などでの相談対応については『2.2.6患者・家族からの医療相談に適切に対応している』で評価する。





## 1 患者中心の医療の推進

### 1 5 継続的質改善のための取り組み

#### 1 5 4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している

##### 【評価の視点】

●新たな診断技術や術式、治療方法、医療機器等の情報が収集され、導入に際しては、組織的に倫理・安全面への配慮がなされていることや適切な準備が行われていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討と準備
- 臨床研究に関する倫理的な審査と院内での状況把握

##### 【本項目のポイント】

- ◆本項目における「新たな技術」とは、最先端の診療・治療方法や技術の導入に限らず、当該病院にとって新しい診療・治療方法や技術を指す。
- ◆状況の把握として、例えば、手術であれば少なくとも手術部門でのチェック機能があることを確認する。
- ◆新しい技術を特に導入していないとしても、医薬品の適応外使用は想定されるので、この点での方針の有無を確認する。
- ◆導入されている技術の内容は病院の規模、機能に応じて判断する。特定の診療技術の導入の有無だけで判断せず、病院の役割や診療担当部署の方針などを含めて総合的に評価する。
- ◆臨床研究に係る各種の指針等は、近年、内容等の改定が頻回に行われており、最新の指針やガイドライン、法令等に沿った現場対応が行われていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 研究的・実験的診療が倫理的検討を経ずに実施されている。
- 使用の要件を満たさない状況で医薬品・医療機器が導入されている。
- 十分な体制が整わない状況で新しい技術が実施されている。
- 新技術の導入が全面的に現場に任せられ、病院管理者等が把握する仕組みがない。
- 新技術が導入されずに、診療ガイドラインで推奨されない診療が行われている。

##### 【関連する項目】

・改正個人情報保護法への対応状況については『1.1.5患者の個人情報を適切に取り扱っている』で評価する。



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 6 療養環境の整備と利便性

#### 1 6 1 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

※3rdG:Ver.2.0の「1.6.1\_患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」と「1.6.2\_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」を統合しました。

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 来院時のアクセスへの配慮
- 入院生活への配慮
- 高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院の周辺環境や病院機能（入院期間等）に応じた対応となっていることを確認する。
- ◆公共交通機関やタクシーの待合場所、駐車場、駐輪場に配慮していることを確認する。
- ◆売店が設置できず、近隣のコンビニエンスストアなどを活用している場合は、患者の状況に応じた病院側の支援体制があるかを確認する。
- ◆施設・設備で対応が難しい場合は、どのような工夫により利便性・快適性への配慮がなされているかを確認する。
- ◆高齢者や障害者に配慮した駐車場、受付、案内、車椅子等の支援、機器の有無を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 入院生活の利便性への配慮に著しく欠けている。
- 院内のバリアフリーが確保されていない。
- 手摺りや必要な設備・備品が整備されていない。
- 車椅子利用に配慮がない。

##### 【関連する項目】

- ・面会者への対応については、内容に応じて『1.1.5患者の個人情報を適切に取り扱っている』または『4.6.2保安業務を適切に行っている』で評価する。
- ・パンデミックが起こった際の面会制限については『1.4.2医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- ・利便性や安全性を含めたトイレ・浴室の整備状況については『1.6.2療養環境を整備している』で評価する。



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 6 療養環境の整備と利便性

#### 1 6 1 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

※3rdG:Ver.2.0の「1.6.1\_患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」と「1.6.2\_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」を統合しました。

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 来院時のアクセスへの配慮
- 入院生活への配慮
- 高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院の周辺環境や病院機能（入院期間等）に応じた対応となっていることを確認する。
- ◆公共交通機関やタクシーの待合場所、駐車場、駐輪場に配慮していることを確認する。
- ◆売店が設置できず、近隣のコンビニエンスストアなどを活用している場合は、患者の状況に応じた病院側の支援体制があるかを確認する。
- ◆施設・設備で対応が難しい場合は、どのような工夫により利便性・快適性への配慮がなされているかを確認する。
- ◆高齢者や障害者に配慮した駐車場、受付、案内、車椅子等の支援、機器の有無を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 入院生活の利便性への配慮に著しく欠けている。
- 院内のバリアフリーが確保されていない。
- 手摺りや必要な設備・備品が整備されていない。
- 車椅子利用に配慮がない。

##### 【関連する項目】

- ・面会者への対応については、内容に応じて『1.1.5患者の個人情報を適切に取り扱っている』または『4.6.2保安業務を適切に行っている』で評価する。
- ・パンデミックが起こった際の面会制限については『1.4.2医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。



## 1 患者中心の医療の推進

### 1 6 療養環境の整備と利便性

#### 1 6 1 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

※3rdG:Ver.2.0の「1.6.1\_患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」と「1.6.2\_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」を統合しました。

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 来院時のアクセスへの配慮
- 入院生活への配慮
- 高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院の周辺環境や病院機能（入院期間等）に応じた対応となっていることを確認する。
- ◆公共交通機関やタクシーの待合場所、駐車場、駐輪場に配慮していることを確認する。
- ◆売店が設置できず、近隣のコンビニエンスストアなどを活用している場合は、患者の状況に応じた病院側の支援体制があるかを確認する。
- ◆施設・設備で対応が難しい場合は、どのような工夫により利便性・快適性への配慮がなされているかを確認する。
- ◆高齢者や障害者に配慮した駐車場、受付、案内、車椅子等の支援、機器の有無を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 入院生活の利便性への配慮に著しく欠けている。
- 院内のバリアフリーが確保されていない。
- 手摺りや必要な設備・備品が整備されていない。
- 車椅子利用に配慮がない。

##### 【関連する項目】

- ・面会者への対応については、内容に応じて『1.1.5患者の個人情報を適切に取り扱っている』または『4.6.2保安業務を適切に行っている』で評価する。
- ・パンデミックが起こった際の面会制限については『1.4.2医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。



今回審査（1.6.1の自己評価はこちらのページにはご記入不要です。）

<b>自己評価</b>		
アピールしたい点		
課題と認識されている点		

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		期中の確認における「旧1.6.2_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」の自己評価はこちらです。

**前回審査**

<b>前回評価</b>		前回審査における「旧1.6.2_高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」の評点および所見はこちらです。

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 6 療養環境の整備と利便性

#### 1 6 2 療養環境を整備している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 診療・ケアに必要なスペースの確保
- 患者がくつろげるスペースの確保
- 快適な病棟・病室環境
- 院内の整理整頓
- 清潔な寝具類の提供
- トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性
- 生活上のプライバシーへの配慮

##### 【本項目のポイント】

- ◆医療安全や院内感染制御にも配慮した療養環境実現への継続的な取り組みを、患者の視点を踏まえて確認する。
- ◆施設・設備での対応が難しい場合には、どのような工夫により安全性や快適性、プライバシー等への配慮がなされているかを確認する。
- ◆プライバシーの保護については、患者の個別性に応じた配慮等についても患者の意思を尊重し、柔軟に対応していることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 療養環境が安全性や感染制御面での配慮に欠けている。
- 病棟・病室の環境が劣悪で快適性に欠けている。
- 患者のプライバシーが保護されていない。

##### 【関連する項目】

- ・医療者や患者の接触頻度に応じた清掃・消毒については『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』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 286 443 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 555 528 584">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 1 患者中心の医療の推進

### 1 6 療養環境の整備と利便性

#### 1 6 3 受動喫煙を防止している

##### 【評価の視点】

- 健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 全館禁煙・敷地内禁煙の方針の徹底
- 患者の禁煙教育
- 職員の禁煙推進

##### 【本項目のポイント】

- ◆食堂、喫茶室等の他、ベランダ、屋上、地下、病院出入口や来院者の通路周辺なども禁煙となっていることを確認する。
- ◆地域行政が定める条例や施設基準等で、健康増進法より厳しい規制が適用されている場合には、その規制に基づいて対応されているかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 法令、条例等が定める禁煙が守られていない。

##### 【関連する項目】

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。	
<p>アピールしたい点</p>      <p>課題と認識されている点</p>		

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 病棟、外来等における管理・責任体制
- 患者・家族への明示
- 各責任者による診療・ケアの実施状況の把握

##### 【本項目のポイント】

- ◆チーム医療として、どのような職種が関与するかが患者に伝えられていることを確認する。
- ◆資格職種名が名札に正しく記載されているかを確認する。
- ◆病棟責任者の業務内容を確認する。
- ◆外来での責任者が診療状況をどのように把握しているかを確認する。
- ◆主治医不在時の対応を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 主治医・担当医・看護担当者が、患者・家族に明らかにされていない。
- 診療・看護の責任者が明確になっていない。

##### 【関連する項目】

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 311">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 551 533 584">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 2 診療記録を適切に記載している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 必要な情報の記載
- 基準に基づく記載
- 適時の記載
- 診療記録の内容についての点検（質的点検）

##### 【本項目のポイント】

- ◆回診の記録を確認する。
- ◆必要な記録（入院診療計画書、説明と同意書、検査内容と評価結果、手術・麻酔記録、ICU記録、処方内容、服薬指導記録、リハビリテーション記録、栄養指導記録、退院時サマリー、その他診療に係わる情報など）が記載されていることを確認する。
- ◆診療録の記載方法や署名、修正方法などが標準化されているほか、略語の使用が一定のルールのもと制限されていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病態変化に応じた必要な頻度で診療録が記載されていない。
- 真正性と見読性が確保されていない。
- 必要な情報の記載がない。

##### 【関連する項目】

- ・診療の質の評価については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
- ・診療記録の形式的な点検（量的点検）および診療情報の二次利用に向けたコード化などの工夫については『3.1.6診療情報管理機能を適切に発揮している』で評価する。



## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している

##### 【評価の視点】

●患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、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进行评估する。

##### 【評価の要素】

- 患者の確認
- 検査・治療部位の確認
- 検体などの確認
- チューブの誤認防止対策

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者が名乗れない状態の場合も含め、様々な場面でどのような患者確認を実施しているか確認する。
- ◆タイムアウトの実施状況を確認する。
- ◆業務の状況に照らして実際的な確認手順となっているかを確認する。
- ◆患者登録の際の誤認防止対策などについて確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の確実な登録が保障されていない。
- 患者・部位・検体などの誤認防止策（手順）が定められていない。
- 誤認防止策（手順）が遵守されていない。
- 手術実施時にタイムアウト（またはそれに準ずる確認）が実施されていない。

##### 【関連する項目】

・アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。



## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 4 情報伝達エラー防止対策を実践している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 処方箋・指示箋の記載
- 医師の指示出し・実施確認
- 指示受け・実施
- 検査結果等の確実な報告

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 口頭指示が正確に伝達されるための工夫を確認する。
- ◆ 迅速病理診断におけるエラー防止対策を確認する。
- ◆ オーダリングシステムへの入力内容が必要なスタッフに確実に伝わっていることを確認する。
- ◆ 指示の変更および中止が、どのタイミングでどのように伝達され、実施されているのかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 指示出し・指示受け・指示の実施確認の手順が統一されていない。
- 指示における数量、単位等の記載ルールが明確になっていない。
- 指示の確認および実施の記録がない。
- 転記（代行入力を含む）が行われた後の医師の確認がない。

##### 【関連する項目】

- ・情報伝達エラー発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- ・検査部門からの迅速、確実な検査結果の報告については、それぞれ『3.1.2臨床検査機能を適切に発揮している』『3.1.3画像診断機能を適切に発揮している』『3.2.1病理診断機能を適切に発揮している』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している

##### 【評価の視点】

- 薬剤の取り違え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。

##### 【評価の要素】

- 使用する職員への教育・研修
- 麻薬等の安全な使用と保管・管理
- ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理
- 重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法
- 副作用の発現状況の把握と対応
- 薬剤の取り違え防止への取り組み
- 抗がん剤など必要な薬剤のレジメン管理・登録
- 病棟在庫薬剤使用時の確認方法

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 病院としてハイリスク薬としている薬剤とその根拠を確認する。
- ◆ カリウム製剤などの保管場所・数量等に関する検討状況、インスリンのように同系統で多種の薬剤が存在する場合の区別の状況などを確認する。
- ◆ 安全対策が施されたキット製剤の導入状況を確認する。
- ◆ 薬剤師と関連部門との協議のうえ、対策を決定していることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- ハイリスク薬剤・麻薬等の特性に沿った保管・管理が行われていない。
- 重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避の仕組みが導入されていない。
- 薬剤の取り違え防止への取り組みがされていない。
- 抗がん剤のレジメン管理が実施されていない。
- 病棟在庫の薬品を使用する際の実行確認が確実にされる仕組みがない。

##### 【関連する項目】

- ・ アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- ・ 患者への投薬・注射については『2.2.10投薬・注射を確実・安全に実施している』で評価する。
- ・ 病棟在庫薬（ハイリスク薬・麻薬等含む）以外の薬剤の適切な保管・管理については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・ 安全キャビネットまたは閉鎖式器具の使用など、抗がん剤を調整・混合・投与する際の安全対策については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>     <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 6 転倒・転落防止対策を実践している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み
- 転倒・転落のリスク評価
- 転倒・転落防止対策の立案・実施
- 転倒・転落発生時の対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 転倒・転落発生の有無ではなく、リスク評価および防止対策の実践状況について確認する。
- ◆ 転倒・転落事故を防止するために、安易な身体拘束（身体抑制）が行われていないことを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 転倒・転落のリスク評価が行われていない。
- リスク評価の結果に基づく防止対策が実践されていない。
- 防止対策の効果について検証されていない。
- 転倒・転落について職員教育が行われていない。

##### 【関連する項目】

・アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。



## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 280 448 315">アピールしたい点</p>      <p data-bbox="252 555 531 591">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 7 医療機器を安全に使用している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 使用する職員への教育・研修
- 使用マニュアルに基づく確認
- 設定条件の確認と確実な伝達
- 使用中の作動確認

##### 【本項目のポイント】

- ◆使用者が限定される特殊な機器ではなく、一般に病棟・外来等で使用される機器の使用状況を確認する。
- ◆医療機器に関する教育・研修実績を確認する。
- ◆アラームの設定状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 使用時の確認における重要なポイントが周知されていない。
- 医療機器の使用者への教育・研修が行われていない。
- 使用場面で指示内容を確認する方法が確立していない。
- アラームが消音の状態で使用されている。

##### 【関連する項目】

- ・アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- ・医療機器に関する誤認防止対策については『2.1.3患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している』で評価する。
- ・休日・夜間の対応については『3.1.7医療機器管理機能を適切に発揮している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 2 1 8 患者等の急変時に適切に対応している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 院内緊急コードの設定
- 救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
- 定期的な訓練

##### 【本項目のポイント】

- ◆心肺蘇生等の最新の情報の入手をいかに工夫しているかを確認する。
- ◆緊急コードが使用できる状況にあるか、夜間の緊急召集システムがどうなっているかなど、現場環境に応じた急変時対応の実効性を確認する。
- ◆医師が不在で駆け付けるまで時間がかかるリハビリテーション室などにおける職員の救急蘇生訓練の徹底など、病院としての工夫を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 実効性のある院内緊急コードの仕組みがない。
- 救急カートや蘇生装置が常に使用できる状態になっていない。
- 心肺蘇生（CPR）の訓練が行われていない。

##### 【関連する項目】

・アクシデント・インシデント発生時の対応、報告については『1.3.2安全確保に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 280 448 313">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 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を評価する。

##### 【評価の要素】

- 標準予防策の徹底
- 感染経路別の予防策に基づいた対応
- 手指衛生（手洗い・手指消毒）の徹底
- 个人防护具（PPE）の使用
- 現場での感染性廃棄物の取り扱い
- 血液、体液の付着した病衣やリネン・寝具類の取り扱い

##### 【本項目のポイント】

- ◆1行為1手袋の使用を原則としていること、手洗いの適切な実施など病棟等の現場における標準予防策の実施状況を確認する。
- ◆手洗いに関する職員対象の研修、手洗い状況のモニタリングなど、手洗いを徹底するための病院の取り組みを確認する。
- ◆感染性廃棄物や血液・体液が付いたリネン・寝具類の取り扱いについては、患者が触れないような工夫や搬出者への感染防止対策がとられていることを確認する。
- ◆該当する場合は、産科混合病棟における感染対策を確認する。
- ◆感染性廃棄物の、発生現場における分別や一時的な保管に関する感染防止対策を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 手洗いまたは手指消毒が確実に実施されていない。
- 血液・体液等が飛散する可能性がある場合などに、个人防护具（PPE）が適切に使用されていない。
- 感染経路別の予防策に基づいた対応が行われていない。
- 感染性廃棄物の表示・分別が適切に行われていない。

##### 【関連する項目】

- ・感染防止対策の有効性の評価と見直しについては『1.4.2医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている』で評価する。
- ・発生場所での分別や一時的な保管を除く廃棄物の処理過程については『4.5.1施設・設備を適切に管理している』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAの いずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 311">アピールしたい点</p>         <p data-bbox="252 551 533 584">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 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。

##### 【評価の要素】

- 抗菌薬の採用・採用中止に関する検討
- 抗菌薬の適正使用に関する指針の整備
- 起炎菌・感染部位の特定
- 院内における分離菌感受性パターンの把握
- 抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 周術期の予防的抗菌薬使用にあたっては、清潔手術・準清潔手術などの清潔度に応じた適正な抗菌薬の選択、術中の薬剤濃度を考慮した投与間隔や術後早期の中止状況を確認する。
- ◆ 培養検査などで起炎菌を速やかに同定し、適切な抗菌薬に移行することが日常化していることを確認する。漫然とした長期投与や同系統薬剤の継続使用に対して、ICTに属する薬剤師が、院内の監視・抑制に関与する仕組みがあることを確認する。
- ◆ 特殊な抗菌薬の届け出制に関して、形骸化していないことを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 抗菌薬の使用指針が作成・改訂されていない。
- 抗菌薬の使用指針に基づいた抗菌薬使用が行われていない。
- 抗菌薬の使用実態が病院として把握されていない。
- 起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択が行われていない。

##### 【関連する項目】



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 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。

##### 【評価の要素】

- 患者・家族の抱えている倫理的課題の把握
- 診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み
- 解決困難な倫理的課題の対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆臨床現場における倫理的課題に関する検討の場や検討の実績などを確認する。
- ◆実際の症例での検討実績があることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者・家族が抱える倫理的な課題が検討されていない。

##### 【関連する項目】

- ・倫理委員会の活動については『1.1.6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』で評価する。
- ・臨床倫理に関する職員教育・研修の実施状況については『4.3.1職員への教育・研修を適切に行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価		左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点		
課題と認識されている点		

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 1 診療・ケアにおける質と安全の確保

#### 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】

- 質の高い診療・ケアを提供するために、多職種が協働し、チームとして診療・ケアにあたっていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 多職種が協働した診療・ケアの実践
- 専門チームによる組織横断的な取り組み
- 診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 組織横断的な多職種連携の状況を確認する。
- ◆ 多職種の協働の状況については、病院の機能・規模・特性に応じた委員会の開催やチーム編成・診療科間の協働体制や他職種との連携状況などを確認する。
- ◆ 専門チームの活動や専門性の高い人材の活用や確保の状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 多職種が協働して診療・ケアが行われていない。
- 診療科間が協働して診療・ケアが行われていない。

##### 【関連する項目】

- ・各病棟における多職種の協働については『2.2チーム医療による診療・ケアの実践』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点	
課題と認識されている点	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 受診に必要な情報の案内
- 初診、再診、会計などの手続き
- 紹介患者の受け入れ
- 待ち時間への配慮
- 患者の病態・緊急性への配慮

##### 【本項目のポイント】

- ◆救急搬送、時間外・休日、転院や紹介受診など想定される来院形態について、適切に診療につなげているプロセスを患者の視点で評価する。
- ◆待ち時間短縮に向けて、定期的に状況を把握・分析し、対応策を検討するなどの活動状況や改善実績を含めて総合的に評価する。対応策は、予約制の導入、ICT（Information and Communication Technology）、かかりつけ医との連携、医師事務作業補助者やコンシェルジュの活用など、様々であるが、積極的に待ち時間の軽減を図るなどの活動状況や成果について確認する。ただし、診療科の特性によっては、予約制の導入が困難な場合もあることに留意する。
- ◆紹介患者については、情報交換が円滑に行われていることを評価する。
- ◆病院の状況によっては、外国語による表示、病院案内や診療マニュアルの整備など、外国人の診療に対するサポートを評価する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病態・緊急性に適切に対応していない。
- 待ち時間の定期的な把握・分析、対応策の検討などの体制がない。
- 待ち時間短縮への努力や苦痛軽減への配慮がない。

##### 【関連する項目】

- ・紹介患者受け入れ後の、紹介機関への段階ごとの返答（報告）が行われる仕組みについては『1.2.2地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している』で評価する。
- ・入院案内については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 448 315">アピールしたい点</p>     <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 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。

##### 【評価の要素】

- 患者に関する情報収集
- 患者への説明と同意
- 安全な外来診療
- 患者への指導の実施状況

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者の情報を関係者で共有する方法を確認する。
- ◆必要時に上級医、他科医に相談できる体制があるかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 外来診療プロセス（情報収集・診断・診療計画・治療の実施等）が適切に行われていない。
- 外来における説明と同意が適切に行われていない。
- 診療情報が共有されず、有効に活用されていない。

##### 【関連する項目】

- ・責任体制については『2.1.1診療・ケアの管理・責任体制が明確である』で評価する。
- ・安全な外来診療として、『2.1.3患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している』や『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』、『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』など、それぞれに特化した評価項目がある場合については、その評価項目で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 446 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 551 529 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 3 診断的検査を確実・安全に実施している

##### 【評価の視点】

- 外来・入院を含め、検査を確実・安全に実施していることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 必要性の判断
- 必要性和リスクに関する説明
- 侵襲的検査の同意書の取得
- 安全な検査の実施
- 検査中、検査後の患者状態・反応の観察
- 安全に配慮した患者の搬送
- 自院で行えない検査への対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 診断的検査には、検体検査、生理検査、内視鏡検査、放射線検査、造影検査、生検などが含まれ、安全については本項目で確認する。
- ◆ 医師の診察前に検査が行われていることがあれば、その検査が医師の指示のもと一定の条件下で行われていることを確認する。救急外来などでは、特定行為研修を受けた看護師が事前の包括的指示のもと、心電図検査などを実施することも認められている。
- ◆ 造影剤使用時の安全性の確保として、看護師および医師がスタンバイしていることを確認する。
- ◆ 画像撮影時の安全性の確保として、放射線防護、妊婦の撮影、MRI検査時の持ち込み品などの対応についても確認する。
- ◆ 高齢者や障害者など患者の特性に応じた配慮を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の症状に応じて検査が実施されていない。
- 侵襲のある検査の説明と同意が適切に行われていない。
- リスクの高い検査について、検査中・検査後の患者状態・反応の観察が行われていない。
- 検査中の緊急時の対応手順が整備されていない。

##### 【関連する項目】

- ・画像検査の実施状況に関しては『3.1.3画像診断機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・緊急コードについては『2.1.8患者等の急変時に適切に対応している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 4 入院の決定を適切に行っている

##### 【評価の視点】

- 医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 医学的な判断に基づく入院の必要性の検討
- 患者の希望への配慮
- 患者への十分な説明と入院することの同意
- 弾力的な病床活用

##### 【本項目のポイント】

- ◆入院の決定までのプロセスを評価するものであり、書類の有無をみるものではない。
- ◆決定に関わる部門、職員について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 入院の適応が適切に判断されていない。
- 入院の必要性が患者に説明されていない。

##### 【関連する項目】

- ・クリニカル・パス（クリティカル・パス）を用いた入院診療計画の説明については『2.2.5診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している』で評価する。
- ・決定後の手順については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。
- ・安心して入院診療ができるような援助体制については『2.2.7患者が円滑に入院できる』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 患者の病態に応じた診断・評価
- 診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成
- 患者・家族への説明と同意
- 患者・家族の要望の反映
- 必要に応じた診療計画の見直し
- クリニカル・パス（クリティカル・パス）の活用

##### 【本項目のポイント】

◆診療計画には検査計画・治療計画・看護計画・栄養計画・リハビリテーション計画などが含まれるが、本項目では、入院診療計画書と看護計画書の作成プロセス、計画内容、必要に応じた見直し、説明と同意の実施状況等を確認する。

◆診断・評価にはリスクに関することを含める。

◆入院目的や診療計画、退院時期などが変更になったときの対応について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

○病状が評価されずに定型的な診療計画のみが安易に使用されている。

○診療計画が患者に説明されておらず、同意が得られていない。

○必要に応じた診療計画の見直しが行われていない。

##### 【関連する項目】

・栄養計画については『2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている』で評価する。

・リハビリテーションの計画については『2.2.17 リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 多様な相談への対応
- 院内スタッフとの連携
- 院外の社会資源の活用・連携
- 相談内容の記録と活用

##### 【本項目のポイント】

- ◆本項目では、このような相談の仕組みが日常的に機能しているかを確認する。
- ◆医療現場で生ずる様々な相談について、医師や看護師等の対処状況や緩和ケアチーム、医療ソーシャルワーカー（MSW）・事務職など専門チーム、他職種との連携、院外の必要資源の活用状況などを確認する。
- ◆実際の相談事例に基づき、どのような取り組みがなされたかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

○患者・家族の相談ニーズに対応できていない。

##### 【関連する項目】

・相談窓口の一本化など、相談の仕組みについては『1.1.4患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している』で評価する。



## 今回審査

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

<b>自己評価</b>		

## 前回審査

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 7 患者が円滑に入院できる

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- わかりやすい入院の手続き
- 入院生活に関する入院前の説明
- 病棟のオリエンテーション

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 入院案内や入院に関する説明、病棟オリエンテーションの内容から、病棟の設備・浴室の使い方などの生活機能の表示や説明などを患者の視点で確認する。
- ◆ 緊急入院の対応状況についても確認する。患者への支援だけでなく、家族への配慮なども確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 円滑な入院に向けた支援や説明がない。

##### 【関連する項目】

- ・ 薬剤アレルギーの回避については『2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- ・ 食品アレルギーの防止については『2.2.15 栄養管理と食事支援を適切に行っている』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>       <p>課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 8 医師は病棟業務を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 診療上の指導力の発揮
- 病棟スタッフとの情報交換
- 必要な回診の実施と病態の把握
- 患者・家族との面談
- 必要な書類の迅速な作成

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者の主治医の日々のスケジュール、および面談の実施状況を確認する。
- ◆病棟スタッフとの情報交換については、会議等の形式ではなく、情報交換の実態を重視する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の病状に応じた必要な診察が行われていない。
- 必要な診療指示が速やかに出されていない。
- 患者・家族からの面談要請に応じていない。

##### 【関連する項目】

- ・診療録・退院時サマリーの記載については『2.1.2診療記録を適切に記載している』で評価する。
- ・指示出しについては『2.1.4情報伝達エラー防止対策を実践している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。	
アピールしたい点		
課題と認識されている点		

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 9 看護師は病棟業務を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 身体的ニーズの把握と日常生活援助
- 患者・家族の心理的ニーズの把握と援助
- 患者・家族の社会的ニーズの把握と援助
- 観察に基づく病態の把握とケア
- 診療の補助業務
- 患者情報の他職種との共有
- 他部署との連携
- 病棟管理業務
- 能力に応じた業務分担

##### 【本項目のポイント】

- ◆病棟運営基準、勤務表作成基準、勤務体制、看護体制、看護基準、看護手順の整備を確認する。
- ◆診療科の特有な治療・検査・処置・モニタリングやケア内容について、新人、中途採用者、異動者への教育体制と業務分担や能力評価などの状況を確認する。
- ◆シフト勤務毎の業務の連携や他部門・他病棟との患者情報の伝達、非常用電源の周知状況、備品の保守点検など病棟の管理運営状況について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 病態に応じた基本的なケアが実施されていない。
- 患者・家族の心理的・社会的ニーズが把握されていない。
- 基準・手順に準拠した病棟業務が実践されていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 10 投薬・注射を確実・安全に実施している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 必要性とリスクについての説明と同意
- 服薬指導・薬歴管理の実施状況
- 患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認
- 安全な薬剤の準備
- 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
- 服薬の確認

##### 【本項目のポイント】

- ◆一般注射薬と抗がん剤の調製・混合の実施状況について、実施者、場所、環境、設備状況などを+A824確認する。
- ◆処方箋、注射薬・服薬管理の実際や薬剤情報、服薬指導の内容の活用状況などを通して確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 抗がん剤等、ハイリスク薬剤の病棟での使用に関して薬剤師の関与がない。
- 必要な薬剤の投与時に安全確認（患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間など）が行われていない。
- 必要な薬剤の投与中・投与後の状態・反応の観察が行われていない。

##### 【関連する項目】

- ・持参薬関連の具体的な内容については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・抗がん剤調製・混合時における職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。
- ・高濃度カリウム製剤の払い出し、希釈ルール、適応外使用の承認については、『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点	
課題と認識されている点	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 輸血の適応と血液製剤の種類を検討
- 必要性和リスクについての説明と同意
- 患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与法の確認と記録
- 緊急輸血への対応
- 投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録
- 輸血療法後の感染症検査
- 副作用の報告

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」、「血液製剤の使用指針」に基づいた運用マニュアルの整備・遵守状況、ABO血液型検査および交差試験実施時の検体の取り扱い、自己血輸血の採血の状況などを確認する。
- ◆ 患者の輸血履歴、検査履歴の保存や輸血療法の効果の検証・感染症検査についても状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」や「血液製剤の使用指針」に準拠した対応がなされていない。

##### 【関連する項目】

- ・ 輸血療法の管理体制や血液製剤の保管・管理等については『3.2.3輸血・血液管理機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・ 輸血などの種類と型、ロット番号等の記録で、管理台帳としての記録については『3.2.3輸血・血液管理機能を適切に発揮している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 446 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 12 周術期の対応を適切に行っている

##### 【評価の視点】

- 手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 手術・麻酔の適応と方法についての検討と記録
- 手術・麻酔に関する説明と同意
- 術前・術後訪問の実施
- 合併症の予防対策
- 安全に配慮した患者の搬送
- 術直後の患者ケア
- 術前・術後の申し送り

##### 【本項目のポイント】

- ◆手術中の状況の把握と術後ケアへの反映を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 手術および麻酔の適応が検討されていない。
- 手術および麻酔に関する説明と同意が行われていない。
- 術前の全身状態の評価とそれに伴う安全対策がとられていない。
- 患者の搬送が安全に行われていない。
- 術後の状態に合わせた患者ケアが行われていない。
- 診療科間、看護部署間の申し送りが円滑に行われていない。

##### 【関連する項目】

- ・患者・手術部位確認やタイムアウトの仕組みの有無については『2.1.3患者・部位・検体などの誤認防止対策を  
実践している』で評価する。
- ・患者・手術部位確認やタイムアウトの実施状況については『3.2.4手術・麻酔機能を適切に発揮している』で  
評価する。
- ・覚醒の判断を含む手術室での患者管理については『3.2.4手術・麻酔機能を適切に発揮している』で評価  
する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>         <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 13 重症患者の管理を適切に行っている

##### 【評価の視点】

- 患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが実施されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 重症度に応じた病床の選択
- 重症度に応じた診療・ケア
- 関連職種の間与

##### 【本項目のポイント】

- ◆本項目では、集中治療室に限定しないで、重症患者管理の状況について確認する。
- ◆担当医・主治医の関係、呼び出しへの対応の早さ、担当看護師がベッドサイドを離れる場合の対応を確認する。
- ◆重症患者の管理に関して専門性を発揮すべき医療専門職の活動状況を確認する。
- ◆ICU、HCU、CCU、NICUなどの集中治療室における診療・ケアについては本項目で確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の重症度に応じた病床の選択が行われていない。
- 患者の重症度に応じた診療・ケアが行われていない。

##### 【関連する項目】

- ・集中治療室の機能については『3.2.5集中治療機能を適切に発揮している』で評価する。

**今回審査**

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点	
課題と認識されている点	

**期中の確認**

<b>自己評価</b>		

**前回審査**

<b>前回評価</b>		

## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 患者ごとの褥瘡発生リスクの評価
- 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
- 褥瘡状態の評価と治療
- 体位変換やマットなどの体圧管理の実施
- スキン-ケアや医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）対策の実施

##### 【本項目のポイント】

◆多職種（医師・看護師・介護士・栄養士・薬剤師・療法士等）が参画した褥瘡回診や褥瘡カンファレンス等の実態を確認する。

◆褥瘡の局所治療法に関しては、エビデンスが明らかなものばかりではない。難治性の場合、一治療法に固執せず様々な治療法を取り入れるとともに、積極的に専門医へ相談する現場環境があれば良い。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 発生リスクの評価が行われていない。
- リスクに応じた必要な予防策がとられていない。
- 褥瘡発生時に適切な治療が速やかに行われていない。
- 定期的に皮膚の観察が行われていない。

##### 【関連する項目】





## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 15 栄養管理と食事支援を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 多職種の間と
- 栄養状態、摂食・嚥下機能の評価
- 評価に基づく栄養方法の選択
- 食物アレルギーなどの把握・対応
- 食形態、器具、安全性、方法の工夫
- 喫食状態の把握
- 必要に応じた栄養食事指導

##### 【本項目のポイント】

◆栄養管理と食事指導の状況については、治療食や経腸栄養の導入経過における患者・家族への対応事例などがあれば確認する。

◆高齢患者の摂食・嚥下機能の評価について、入院時の嚥下スクリーニングの対象基準や対策を確認する。

◆摂食・嚥下障害への支援については、疾患的機能障害患者への対応だけでなく、高齢患者への対応事例やNSTなどの多職種による組織横断的チームの活動状況や成果について評価する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 栄養状態の評価とその対応がなされていない。
- 摂食・嚥下機能の評価とその対応がなされていない。
- 必要な患者に栄養食事指導が実施されていない。
- 必要な患者に適切な治療食等が提供されていない。
- 栄養方法の選択が適切に行われていない。

##### 【関連する項目】

・嚥下訓練については『2.2.17リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。



## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 16 症状などの緩和を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 患者の訴えの把握
- 標準的な評価方法・治療方法に基づく実施
- 麻薬の使用基準と必要時の使用

##### 【本項目のポイント】

- ◆症状緩和に対する方針や手順などが明らかにされる必要がある。精神的サポートなど、薬剤投与を抑制する仕組みを確認する。
- ◆疼痛緩和における麻薬の適正使用に関する実態と効果などを、ガイドラインや評価基準の使い方などから確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 疼痛・苦痛に対して、ガイドライン等に基づいた症状緩和が行われていない。

##### 【関連する項目】



## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 17 リハビリテーションを確実・安全に実施している

##### 【評価の視点】

- 患者の状態に応じて、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- リハビリテーションの必要性の評価
- 病態に応じた目標・実施計画の設定・立案
- 必要性和リスクなどについての説明と同意
- 患者・家族の社会的背景や要望への配慮
- 計画に基づくリハビリテーションの実施
- リハビリテーションの進捗状況の把握方法
- 実施時に想定されるリスクの評価と安全性への配慮
- 実施前後の評価

##### 【本項目のポイント】

- ◆早期からのリハビリテーションの実施状況を確認する。
- ◆週末や長期休暇時に療法士によるリハビリテーションが継続されていない場合は、看護師や介護福祉士によりリハビリテーション・ケアが実施されているかを確認する。
- ◆医師の処方で患者の個別性に応じた指示が出されていることを確認する。
- ◆個々の患者の実施計画書の作成過程で、医師、療法士らの検討状況の評価する。
- ◆認知症・言語障害・難聴・意識障害などで説明の理解と意思決定に障害がある患者に対して、どのような配慮があるかを確認する。
- ◆患者の状態に応じた廃用症候群の予防にも配慮されていることを確認する。
- ◆部門がない場合でも、リハビリテーションの必要性が認められる場合はどのように対応しているかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 適応のある患者にリハビリテーションが実施されていない。
- 処方箋に患者の個別の要素が記載されていない。
- 訓練計画・目標設定に患者の希望、社会的背景等が考慮されていない。
- リスクの評価と実施中における安全への配慮がなされていない。

##### 【関連する項目】

- ・リハビリテーション部門については『3.1.5リハビリテーション機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・リハビリテーションの連続性の確保については、『3.1.5リハビリテーション機能を適切に発揮している』で評価する。



## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 18 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている

##### 【評価の視点】

- 患者の安全を確保した身体拘束（身体抑制）の最小化に適切に取り組んでいることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 人権への配慮
- 身体拘束（身体抑制）・行動制限の必要性の評価
- 必要性和リスクなどについての説明と同意
- 拘束（抑制）・制限中の患者の状態・反応の観察
- 回避・軽減・解除に向けた取り組み
- 患者・家族の不安の軽減への配慮

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院機能評価においては、従来、精神保健福祉法に規定する「身体拘束」との混同を避けるため「身体抑制」を使用してきた。近年、身体抑制を含めて「身体拘束」が使用されることが多くなってきたため、「身体拘束（身体抑制）」の用語を使用する。
- ◆本中項目では、薬剤による鎮静を含む身体拘束（身体抑制）と行動制限を確認する。
- ◆身体拘束（身体抑制）・行動制限の実施状況を確認する。
- ◆薬剤による鎮静の方針を確認する。
- ◆多職種カンファレンスによる早期解除への取り組みを確認する。
- ◆身体拘束（身体抑制）の実施が必要最低限となるよう、実施患者の把握と評価の状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 身体拘束（身体抑制）が適切に適用されていない。
- 身体拘束（身体抑制）中の患者の状態・反応の観察が患者の状態に合わせて行われてない。
- 身体拘束（身体抑制）の必要性和リスクについて、説明と同意が行われていない。
- 回避・軽減・解除に向けた取り組みがない。

##### 【関連する項目】





## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 19 患者・家族への退院支援を適切に行っている

##### 【評価の視点】

○患者の身体的・心理的状态、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。

##### 【評価の要素】

- 療養の継続性に関する検討
- 退院、転院などに関する説明と同意
- 計画に沿った療養の指導や関係機関との調整
- 連携先で必要な情報の提供

##### 【本項目のポイント】

◆患者・家族の状況に対応した服薬指導、栄養指導、リハビリテーション指導などの在宅支援、転院先の決定や退院目標達成のプロセスと患者・家族の同意状況などを評価する。また、看護師だけでなく薬剤師、管理栄養士、療法士がそれぞれ関わり、その情報が共有されていることを確認する。

◆地域連携パスや退院時サマリー、退院支援計画書、退院カンファレンスなどによる転院先への情報提供の内容や、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）などの役割分担や取り組みの実際について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 退院に向けての多職種による検討や支援が行われていない。
- 退院、転院に関する説明と同意が行われていない。

##### 【関連する項目】



## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 入院中の診療・ケアに関する情報の共有
- 患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施
- 必要に応じた計画の見直し

##### 【本項目のポイント】

- ◆在宅療養支援の状況については、病院の役割や方針に応じて確認する。
- ◆診療所や訪問看護事業所などと連携することが想定されている場合には、地域との連携等に関する具体的な状況を確認する。
- ◆具体的な状況に鑑みて、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等の状況、退院時サマリーや看護サマリーなどの活用やカンファレンスなどの実施状況や内容について確認する。
- ◆同一法人内で訪問サービス機能を持つ場合は、病院とは別組織であり、連携先として位置づける。
- ◆退院後も継続的に診療・ケアを行う患者に対し、計画の見直しが、必要に応じて実施されていることを確認する。
- ◆退院後の外来診療時にも、入院時の情報が反映され、ケア計画が継続的に実施されていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 退院後の継続療養支援が実施されていない。
- （自院で在宅療養を実施していない場合）在宅療養サービスにつなげていない。

##### 【関連する項目】



## 2 良質な医療の実践1

### 2 2 チーム医療による診療・ケアの実践

#### 2 2 21 ターミナルステージへの対応を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- ターミナルステージの判断プロセス
- 多職種による診療・ケア計画の立案
- 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
- 患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア
- 療養環境への配慮
- 逝去時の対応
- 臓器提供に関する意思の確認と対応
- 剖検の承諾と実施

##### 【本項目のポイント】

- ◆ターミナルステージへの対応については、緩和ケアだけでなくすべての終末期医療の患者が対象になるので、治療方針やケア計画・DNR（DNAR）について患者・家族の意向が反映された実践となっている状況を確認する。
- ◆ターミナルステージは、当事者および複数医療者により一定の基準に照らして判断されていることを確認する。
- ◆厚生労働省「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）における5類型の施設については、施設としての合意・方針・体制・手順等について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- ターミナルステージの判断が適切に行われていない。
- 患者・家族の意向を踏まえたターミナルケアが行われていない。

##### 【関連する項目】



### 3 良質な医療の実践2

#### 3 1 良質な医療を構成する機能1

##### 3 1 1 薬剤管理機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 処方鑑査と疑義照会
- 調剤後の確認
- 注射薬の1施用ごとの取り揃え
- 注射薬の調製・混合への関与
- 持参薬の鑑別と管理
- 薬剤に関する情報収集および関連部署への周知
- 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
- 院内医薬品集の整備
- 薬剤の適切な保管・管理

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 本項目では、病院全体の薬剤に関する業務への薬剤師の関わりを確認する。
- ◆ 本項目では、薬剤部門内での業務の流れを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 処方鑑査・調剤鑑査が適切に行われていない。
- 注射薬の1施用ごとの取り揃えが実施されていない。
- 持参薬の管理が行われていない。
- 医薬品集が適時に改定されていない。
- 病棟の薬品管理に薬剤師が関わっていない。

###### 【関連する項目】

- ・未承認等の医薬品の使用における病院組織としての管理体制については『1.5.4倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している』で評価する。（未承認等の医薬品の使用とは、未承認の医薬品の使用若しくは適応外又は禁忌等の使用のことを指す）
- ・ハイリスク薬、麻薬などの病棟在庫薬の保管・管理については『2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している』で評価する。
- ・処方から投薬までの流れについては『2.2.10投薬・注射を確実・安全に実施している』で評価する。
- ・抗がん剤調製・混合・投与時における職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。
- ・薬剤の期限の管理については『4.5.2購買管理を適切に行っている』で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 551 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 1 良質な医療を構成する機能1

##### 3 1 2 臨床検査機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 必要な検査項目の実施
- 検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス
- 異常値（基準値外の結果）やパニック値の取り扱い
- 検体交差が起こらない検体検査処理プロセス
- 精度管理の実施
- 検査後の検体の取り扱い
- 夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 検体検査、生理機能検査を対象として確認する。
- ◆ 外部委託であっても必要とする機能が満たされているかを確認する。
- ◆ 検体検査については、検査の指示が出されてから、採血等検体の採取、ラベリング、検査の実施、異常値（基準値外の結果）への対応、精度管理、結果報告という一連の流れに沿って、各プロセスを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の機能・規模に応じた必要な検査が実施されていない。
- パニック値を主治医に速やかに報告する仕組みがない。
- 検査の精度が確保されていない。

###### 【関連する項目】

- ・誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、検査中の急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、臨床検査部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・検査中の安全管理については『2.2.3診断的検査を確実・安全に実施している』で評価する。
- ・病理診断機能については『3.2.1病理診断機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・輸血・血液管理機能については『3.2.3輸血・血液管理機能を適切に発揮している』で評価する。
- ・部門・部署ごとの専門的な教育・研修については『4.3.2職員的能力評価・能力開発を適切に行っている』で評価する。
- ・外部委託を行う検査の範囲や業者の検討、委託業者の履行確認といった委託業務の管理における一連の取り組みについては『4.4.3効果的な業務委託を行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="253 282 443 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="253 555 528 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 1 良質な医療を構成する機能1

##### 3 1 3 画像診断機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- タイムリーな実施
- 画像診断結果の迅速な報告
- 画像診断の質の確保
- 夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応

###### 【本項目のポイント】

◆画像診断依頼を受けてから、患者の受付、呼び込み、安全な撮影の実施、読影、診断結果の報告という一連の流れに沿って、日常的な業務の実施・運用状況を確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 必要な画像について、画像診断医により読影されていない。
- 必要な画像について、ダブルチェックが行われていない。
- 必要時に速やかに画像診断が実施されない。

###### 【関連する項目】

・誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、造影剤等の管理、転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルール策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、画像診断部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

・適応の判断や画像診断時の患者の安全管理（放射線防護、妊婦の撮影、MRIの持ち込み品確認、造影剤使用時の対応）については『2.2.3診断的検査を確実・安全に実施している』で評価する。

・画像診断時の職員の安全対策（被曝防止）については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 446 315">アピールしたい点</p>       <p data-bbox="252 555 529 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 3 良質な医療の実践2

### 3 1 良質な医療を構成する機能1

#### 3 1 4 栄養管理機能を適切に発揮している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 適時・適温への配慮
- 患者の特性や嗜好に応じた対応
- 食事の評価と改善の取り組み
- 衛生面に配慮した食事の提供
- 使用食材、調理済み食品の冷凍保存

##### 【本項目のポイント】

◆ 病院における栄養管理機能は、治療の一環としての機能と食事の提供という機能に大別される。本項目では、食事の提供に関わる業務を確認する。

◆ 食事の安全性の確保において、以下の一連のプロセスが衛生的に実施されていることを確認する。

(1) 調理室は下処理、調理、盛り付け場所、下膳食器・下膳車洗浄などの作業区域における清潔・不潔が区分され、人の出入りが区別されている。

(2) 調理済み食品が速やかに盛り付けられ、盛り付け完了から病棟まで約30分以内に配膳されている。

(3) 配膳ルートについても衛生的な配慮がある。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がなされている。

(4) 調理室や配膳室は清掃が行き届き、清潔に保たれ、床は乾燥した状態で管理されている。

(5) 調理器具等の保管の環境が清潔な状態である。

(6) 手洗いや消毒設備を設置し、調理作業中は作業着・キャップ・マスクが使用されている。

(7) 栄養部門の職員に対する衛生管理が実施されている。

(8) 洗浄後の食器は、滅菌・乾燥させ清潔に保管している。

◆ 使用した食材および調理済み食品が2週間以上冷凍保存されていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 適時、適温で食事が提供されていない。
- 献立や食事の具体的な評価がなされていない。
- 食事の安全性に大きな問題がある。
- 栄養士、調理師の健康管理が行き届いていない。

##### 【関連する項目】

・ 食事指導については『2.2.15 栄養管理と食事支援を適切に行っている』で評価する。

・ 職場環境としての厨房の温度管理や休憩室などの整備については『4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 1 良質な医療を構成する機能1

##### 3 1 5 リハビリテーション機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 必要なリハビリテーションへの対応
- 主治医との連携
- 病棟等との情報共有
- 系統的な実施と連続性の確保
- リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検
- リハビリテーションプログラムの評価と改善

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 本項目では、部門としての体制を、病院のリハビリテーションに対する方針と合わせて確認する。
- ◆ リハビリテーション部門が、院内外のニーズにどのように応えているのかを確認する。
- ◆ 部門がない場合でも、リハビリテーションの必要性が認められる場合にどのように対応しているかを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 必要なリハビリテーションに対応できていない。
- 関連職種の協議が行われず、療法士任せになっている。

###### 【関連する項目】

- ・ 転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、リハビリテーション部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ 個々の事例における運用の実際については『2.2.17リハビリテーションを確実・安全に実施している』で評価する。



## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p>         <p data-bbox="252 551 531 589">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 3 良質な医療の実践2

### 3 1 良質な医療を構成する機能1

#### 3 1 6 診療情報管理機能を適切に発揮している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 診療情報の一元的な管理
- 迅速な検索、迅速な提供
- 診療記録の取り違え防止策
- 診療記録の閲覧・貸出し
- 診療記録の形式的な点検（量的点検）
- 診断名や手術名のコード化（コーディング）

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 入院診療録の年度別保管がなされている場合は、最終入院年度に当該患者の複数回の入院診療録が名寄せして保管されているかを確認する。
- ◆ 診療記録の形式的な点検（量的点検）が必要な事項（診療情報）において網羅的に行われていることを確認する。
- ◆ 診療録等をスキャナなどにより電子化して保存する場合には、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに沿った現場対応が行われていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 診療記録等が1患者・1ID番号で管理されていない。
- 患者の診療記録等が一元的に管理されていない。
- 診療記録等の検索や情報提供に時間がかかり、診療に支障が生じる。
- 診療記録の貸し出し管理等に問題があり、紛失の恐れがある。
- 診療記録の形式的な点検（量的点検）が行われていない。
- 病名コーディングなど診療情報の二次利用のための環境が整備されていない。

##### 【関連する項目】

- ・診療情報等の外部への持ち出しに関する規程の整備や、目的外の診療記録へのアクセス防止策については『1.1.5患者の個人情報適切に取り扱っている』で評価する。
- ・コード化された内容が診療の質の向上に向けた活動に活用されているかについては『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
- ・診療録・退院時サマリーの記載、診療記録の内容についての点検（質的点検）については『2.1.2診療記録を適切に記載している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 448 315">アピールしたい点</p>         <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 3 良質な医療の実践2

### 3 1 良質な医療を構成する機能1

#### 3 1 7 医療機器管理機能を適切に発揮している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携
- 医療機器の一元的な管理
- 夜間・休日の対応体制
- 定期的な点検
- 標準化に向けた検討

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 医療機器安全管理責任者を中心とした医療機器の管理体制が明確になっており、職員に対する研修の計画・実施・記録や保守点検の計画・実施・記録等が行われていることを確認する。
- ◆ 医療機器の配置や保守点検の状況が、台帳等の活用により一元的に把握されていることを確認する。
- ◆ 定期点検については、実施者、点検内容、スケジュールを定めた点検計画書に基づいて実施されていることを確認する。
- ◆ 臨床工学技士が、実際に使用する看護師等への教育・研修や、機器の管理手順のマニュアル化にどのように関与しているかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 医療機器の所在や保守・点検の状況が一元的に把握されていない。
- 休日・夜間にトラブルが生じた場合の対応体制がない。
- 医療機器の安全使用に向けた取り組みがなされていない。

##### 【関連する項目】

- ・医療機器を使用する職員への教育・研修については『2.1.7医療機器を安全に使用している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 551 533 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 1 良質な医療を構成する機能1

##### 3 1 8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 使用済み機器・器材の洗浄・消毒の中央化
- 滅菌の質保証
- 既滅菌物の保管・管理
- 作業環境の整備

###### 【本項目のポイント】

- ◆洗浄がやむを得ず中央化されていない場合には、使用部署での一次洗浄の実施状況を確認する。
- ◆各種インディケータが使用され、滅菌の精度保証が確実に実施されているかを確認する。
- ◆洗浄、消毒、滅菌を行う医療機器・器材とその特徴・特性に応じた洗浄、消毒、滅菌方法が明確に定められていることを確認する。
- ◆洗浄、消毒、滅菌等の上限回数が定められている医療機器・器材については、その回数が管理されていることを確認する。
- ◆単回使用医療機器（SUD）の再使用については、「製造販売業者によって再製造されたSUD（再製造SUD）」の使用に限定するなど、どのような安全性への配慮が行われているかを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 洗浄時や搬送時の汚染拡散防止に配慮されていない。
- 滅菌の質が確認されていない。
- 既滅菌医療器材が使用前に再汚染される可能性がある。

###### 【関連する項目】

- ・必要な防護具の着用については『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』で評価する。
- ・EOGなど毒性の強いガスや消毒剤、高温高圧蒸気滅菌装置の取り扱いなどにおける職員の安全性の確保については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 448 315">アピールしたい点</p>       <p data-bbox="252 551 531 584">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 1 病理診断機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 検体交差が起こらない病理検査処理プロセス
- 病理診断の精度の確保
- 診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス
- 病理診断報告書や標本などの保存・管理
- 危険性の高い薬品類の保管・管理

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 本項目は、外部への委託も含め、病理検査を行っている病院が対象となる。
- ◆ 病院の機能・規模に応じて、病理診断の体制や機能のあり方を総合的に確認する。
- ◆ 手術内容に応じて術中迅速診断に対応していることを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の機能に応じて病理医が確保されていない。
- 必要時に術中迅速検査が実施されていない。
- 病理診断の記録や標本が適切に保管・管理されていない。

###### 【関連する項目】

- ・ CPCなど病理学的検討会の開催については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
- ・ 誤認防止対策や情報伝達エラー防止対策、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、病理診断部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ ホルムアルデヒドの作業環境測定などの安全管理については、『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。
- ・ 病理診断を含め、外部委託を行う範囲や業者の検討、委託業者の履行確認といった委託業務の管理における一連の取り組みについては『4.4.3効果的な業務委託を行っている』で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>       <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 2 放射線治療機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 必要な放射線治療の提供
- 治療計画の作成とシミュレーションの実施
- 放射線治療医による計画線量の確認
- 放射線治療機器の品質管理
- 治療用放射性同位元素の保管・管理

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 放射線治療に関する専門医・認定医などの関与を確認する。なお、放射線治療医が不在の場合には、非常勤医師の関与の状況を確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 放射線治療医が治療計画の作成とシミュレーションに関与していない。
- 放射線治療医により計画線量が確認されていない。
- 放射線治療機器の保守・管理および点検・校正が適切に行われていない。
- 放射線治療用同位元素が適切に管理されていない。

###### 【関連する項目】

- ・ 誤認防止対策や転倒・転落防止対策、患者急変への対応、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルール策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、放射線治療部門内における取り組み状況については本項目で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 548 533 586">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態
- 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
- 発注・保管・供給・返却・廃棄
- 必要時の迅速な供給
- 自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫での保管・管理
- 使用された血液製剤の記録・保存
- 輸血用血液製剤の使用状況の検証

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 輸血などの種類と型、ロット番号等の記録で、管理台帳としての記録を確認する。
- ◆ 廃棄率の低減への努力を確認する。
- ◆ 他部門が輸血・血液製剤を保管されている場合における、輸血・血液管理部門の関与状況を確認する。
- ◆ 輸血・血液管理部門の保冷库等から払い出された血液が、適切に使用または廃棄されているかを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 責任医師が実際に輸血業務を監督・指導していない。
- 必要時に輸血用血液製剤がタイムリーに使用できない。
- 輸血用血液製剤が適切に保管・管理されていない。
- 出庫された製剤を速やかに使用しなかった場合の対応が適切でない。
- 使用された製剤のロット番号などが適切に記録・保存されていない。
- 輸血用血液製剤の使用状況や廃棄率などが把握・検討されていない。

###### 【関連する項目】

- ・ 誤認防止対策や感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、輸血・血液管理部門内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ 輸血拒否への対応については『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』で評価する。
- ・ 厚労省の各種指針に基づく安全な輸血・血液製剤の投与については『2.2.11輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している』で評価する。
- ・ 輸血などの種類と型、ロット番号等の記録のうち、診療記録については『2.2.11輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>         <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 4 手術・麻酔機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- スケジュール管理
- 手術室における清潔管理
- 術中患者管理
- 麻酔覚醒時の安全性の確保

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 時間外におよぶ重症患者の手術予定が組まれている場合には、これに対応して臨床検査機能や輸血機能が確保されているかを確認する。
- ◆ 手術台帳をみて、日常的に時間外におよぶ手術が多く行われている場合には、手術部門のスタッフや麻酔科医が十分確保されていることを確認する。
- ◆ 麻酔のあり方は、手術台帳や麻酔台帳なども参考に、麻酔科標榜医の人員数、全身麻酔症例数、症例の重症度、手術の種類、時間外におよぶ予定手術の頻度など、総合的な観点から確認する。
- ◆ 特定行為研修修了者が一部担当する場合の手順書を確認する。
- ◆ 麻酔覚醒時の安全性確保については、回復室やリカバリーフロアのモニタリング環境とともに、覚醒の判断基準や抜管基準、帰室基準などを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者安全に配慮したスケジュール管理が行われていない。
- 手術に応じた清潔管理が適切に行われていない。
- 常態として、麻酔担当医が麻酔中に患者から離れることがある。
- 術中の患者観察が適切に行われていない。
- 麻酔から回復時の観察が適切に行われていない。

###### 【関連する項目】

- ・ 誤認防止対策や麻酔などの管理、感染防止対策、周術期の予防的抗菌薬使用等に関して、病院全体で統一されたルールの策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、手術室内における取り組み状況については本項目で評価する。
- ・ ホルムアルデヒドを取り扱う際の健康障害防止策については『4.2.3職員の安全衛生管理を適切に行っている』で評価する。

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 282 448 315">アピールしたい点</p>       <p data-bbox="252 555 531 589">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 5 集中治療機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 機能に応じた人材の配置
- 機能に応じた設備・機器の整備
- 入退室基準の明確化と遵守

###### 【本項目のポイント】

- ◆ 人員配置の適否は、取り扱う疾病や患者数、稼働状況、有給休暇取得率、残業時間などで確認する。
- ◆ 他部署からの看護師の応援体制も確認する。
- ◆ 医師の判断が24時間体制で得られる状況にあることを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 常時（24時間365日）対応する医師がいない。
- 病院（集中治療部門）の機能に応じた各種医療機器が整備されていない。
- 入退室基準が明確になっていない。
- 入退室基準が遵守されていない。

###### 【関連する項目】

・誤認防止対策や麻薬などの管理、医療機器の使用状況、感染防止対策等に関して、病院全体で統一されたルール策定や多部門にわたる取り組みについては2.1の各中項目で評価するが、集中治療部門内における取り組み状況については本項目で評価する。



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 311">アピールしたい点</p>          <p data-bbox="252 551 531 584">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

### 3 良質な医療の実践2

#### 3 2 良質な医療を構成する機能2

##### 3 2 6 救急医療機能を適切に発揮している

###### 【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。

###### 【評価の要素】

- 救急患者の受け入れ方針と手順
- 自院で受け入れができない場合の対応
- 救急患者への対応体制の整備
- 緊急入院などへの対応
- 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

###### 【本項目のポイント】

◆救急患者の受け入れ方針・手順や救急担当部門・病棟間の連携手順が整備され、院内外に周知されていることを確認する。

◆救急患者に対応する体制が整備されていることを確認する。

◆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手順・方法が明確になっていることを確認する。

###### 【C評価となりうる状況（例）】

- 病院の規模と機能に応じた受け入れ方針が明確になっていない。
- 病院の規模と機能に応じた救急対応の職員が決められていない。（時間外も含める）
- 自院での受け入れが困難な場合に適切に対応されていない。
- 緊急入院を必要とする患者が円滑に入院できない。
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた可能性を適切に検討し、疑いのある場合に報告していない。

###### 【関連する項目】

・本項目を評価の対象としない場合であっても、救急患者が連絡なしに来院した場合の対応（可能な応急処置および適切な医療機関への紹介など）については『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』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 1 病院組織の運営

#### 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。

##### 【評価の要素】

- 理念と基本方針の明文化
- 必要に応じた基本方針の検討
- 理念・基本方針の施策への反映
- 理念・基本方針と整合性のある中・長期計画等の策定
- 職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知
- 病院の将来像や運営方針等の職員への明示

##### 【本項目のポイント】

- ◆中・長期計画とは、経営目標、活動計画、部門方針などに関連するものをいう。
- ◆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を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 理念と基本方針のいずれも明文化されていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 1 病院組織の運営

#### 4 1 2 病院運営を適切に行う体制が確立している

##### 【評価の視点】

- 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。

##### 【評価の要素】

- 病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する評価の仕組み
- 病院運営の意思決定会議の実態
- 病院の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
- 病院運営に必要な会議・委員会の実態
- 組織内への決定事項の周知と遵守状況

##### 【本項目のポイント】

- ◆組織図は実態を反映していることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 意思決定会議が定期的には開催されていない。
- 組織図や職務分掌が明確にされていない。

##### 【関連する項目】

・幹部職員の選任過程については、病院の管理運営体制の適切性を評価するために本項目で評価する。幹部職員以外の人事については『4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている』で評価する。



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 1 病院組織の運営

#### 4 1 3 計画的・効果的な組織運営を行っている

##### 【評価の視点】

- 病院組織が計画的・効果的に運営されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定と実績評価
- 部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価
- 職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための活動や取り組み
- 運営上の課題解決に向けた目標管理への関わり

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 病院長、副院長、看護部長、事務部長が病院の現状の課題を認識していることを確認する。
- ◆ 主な課題に対して、現在までの取り組み状況を確認する。
- ◆ 病院幹部職員の会議・委員会等への参加状況を確認する。
- ◆ 目標設定や目標管理への関わりなど職員の就労意欲を高める工夫を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 組織が計画立案、実施、達成度評価のサイクルで運営されていない。
- 病院幹部職員が現在抱えている病院の課題を認識していない。
- 課題解決に向けた手立てが講じられていない。

##### 【関連する項目】



## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 311">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 551 531 584">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 1 病院組織の運営

#### 4 1 4 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。

##### 【評価の要素】

- 情報の管理・活用の方針
- 院内で取り扱う情報の統合的な管理
- 診療情報の管理・責任体制とセキュリティ対策
- 情報システムの導入・活用・更新に関する計画的な対応
- 医療の質や安全性、効率性の改善に向けた活用
- データの真正性、保存性の確保

##### 【本項目のポイント】

- ◆本項目では、患者の診療に関わる情報の統合的な管理・活用の状況について確認する。
- ◆電子カルテやオーダリングシステム、また、看護、検査、リハビリ等の部門システム、さらには医療安全や経営分析システムといった多様な場面で発生する情報の活用状況について確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 患者の診療に関する情報の二次活用が全くなされていない。
- 診療情報が真正性を確保された状態で保存されていない。
- 診療情報が法令で定められた期間保存されていない。
- 保存されている情報を容易に見ることができない。

##### 【関連する項目】

- ・情報システムを活用した患者誤認防止、検体取り間違い防止、検査結果の確実な報告システムなどについては、それぞれ該当する評価項目で評価の参考とする。
- ・診療記録の一元管理については『3.1.6診療情報管理機能を適切に発揮している』で評価する。

### 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
アピールしたい点	
課題と認識されている点	

### 期中の確認

自己評価		

### 前回審査

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 1 病院組織の運営

#### 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。

##### 【評価の要素】

- 文書管理規程の整備
- 管理責任部署または担当者の明確化
- 発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み
- 院内規程、マニュアル等の承認の仕組み

##### 【本項目のポイント】

- ◆規則、規程、マニュアル等の院内文書の承認の仕組みと周知方法が適切であるかを確認する。
- ◆文書が文書管理規程に則って、管理簿を用いるなど工夫して実際に管理できているかを確認する。
- ◆院内で使用しているマニュアルの一覧がなく、それぞれの改訂履歴が把握されていないなどは、本項目で確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

○文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがない。

##### 【関連する項目】

- ・説明と同意の文書内容や様式の充実を図っていることについては『1.1.2患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている』で評価する。
- ・クリニカル・パス（クリティカル・パス）については『1.5.2診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる』で評価する。
- ・個々の文書の作成と承認、文書の内容の適切性については、それぞれ該当する評価項目で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="252 277 448 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="252 551 531 589">課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 2 人事・労務管理

#### 4 2 1 役割・機能に見合った人材を確保している

##### 【評価の視点】

- 病院が期待される役割・機能を発揮できるよう、人材を確保していることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 診療機能に必要な人材の検討
- 採用計画の策定と実施
- 各部門・部署に必要な人材の確保
- 人材の確保と充実にに向けた努力や工夫

##### 【本項目のポイント】

- ◆病院機能に見合った人材（病理医、麻酔科医、放射線科医、診療情報管理士、医療ソーシャルワーカー（MSW）、精神保健福祉士（PSW）、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）が採用されていることを確認する。
- ◆離職率が高い場合や、有給休暇取得率・総勤務時間が職種間でのばらつきが大きい場合には、理由と改善策の検討・実施状況を確認する。
- ◆法人本部等で必要な人材の検討や定員の設定、採用が行われている場合でも、病院としての意見が取り入れられる仕組みを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 医療法による標準人員が満たされていない。
- 届け出た施設基準の必要人員が満たされていない。
- 病院機能に見合った専門職種が確保されていない。
- 業務の実態や勤務体制に見合った人材が確保されていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 2 人事・労務管理

#### 4 2 2 人事・労務管理を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備
- 各種規則・規程の職員への周知
- 職員の就労管理

##### 【本項目のポイント】

- ◆就業規則等は労働基準監督署に届出されていることを確認する。
- ◆短時間労働者の就業規則、育児・介護休業、短時間勤務制度、再雇用制度などが整備されていることを確認する。
- ◆「時間外・休日労働に関する協定」（36協定）が結ばれていることを確認する。
- ◆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ることを確認する。
- ◆昇任・昇格、給与や賞与等が、組織的に検討されていることを確認する。
- ◆職種別の時間外労働時間、日直・宿直の回数、連続勤務の制限、オンコール体制の実態などが把握され、各職種において無理のない環境で就労していることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 就業規則等の整備が不十分である。
- 就業規則等が労働基準監督署に届出されていない。
- 採用、昇進・昇格、異動などの人事管理が適切に行われていない。

##### 【関連する項目】



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>       <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 2 人事・労務管理

#### 4 2 3 職員の安全衛生管理を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 衛生委員会の設置と活動状況
- 健康診断の確実な実施
- 職場環境の整備
- 労働災害・公務災害への対応
- 職業感染への対応
- 職員への精神的なサポート
- 院内暴力対策
- ハラスメントへの対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 職員一人一人の健康状態をどのように把握し、課題に対して適切に対応しているかを確認する。
- ◆ 非常勤医師が主たる勤務先で、直接患者に接する派遣職員・委託業務従事者が派遣元、委託先で受診した健康診断の結果が把握されていることを確認する。
- ◆ 安全面・衛生面の観点から、温度・湿度への配慮や、抗がん剤の調製・混合環境や投与時の曝露対策および汚染時の対応、放射線の被曝量測定などの業務環境、ホルムアルデヒド・キシレン・酸化エチレンガス（EOG）の使用環境、休憩室・宿直室・仮眠室の整備、必要な資格者・責任者等の配置について確認する。
- ◆ 勤務中の事故による検査や治療は労災保険（公務災害）により処理されていることを確認する。
- ◆ 労働安全衛生法に基づくストレスチェックの実施状況と事後対応を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 衛生委員会が開催されていない。
- 健康診断の受診率が低い。
- 労働中の事故について労災保険（公務災害）の適用が行われていない。
- 必要な職員のワクチン接種が行われていない。
- 職場環境の適切性が確保されていない。（EOG、ホルムアルデヒド等）
- 抗がん剤の調製・混合・投与時における曝露予防対策が徹底されていない。
- ハラスメント防止に対する方針、相談窓口がない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>         <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 2 人事・労務管理

#### 4 2 4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 職員の意見・要望の把握
- 職員の就業支援に向けた取り組み
- 福利厚生への配慮

##### 【本項目のポイント】

- ◆職員の意見や要望を把握する方法と、収集された意見・要望への対応が組織的に検討され、実施されていることを、改善の実績と合わせて確認する。
- ◆職員の就業支援に向けた具体策ならびに活用状況を確認する。
- ◆職員の福利厚生に関する取り組み状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 職員が意見を述べる機会もなく、要望が把握されていない。

##### 【関連する項目】

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 3 教育・研修

#### 4 3 1 職員への教育・研修を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 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
- 必要性の高い課題の教育・研修の実施
- 教育・研修効果を高める努力や工夫
- 入職時研修・新人研修の実施
- 院外の教育・研修の機会の活用
- 教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用

##### 【本項目のポイント】

- ◆全職員を対象とする教育・研修の計画、実施状況、出席率、欠席者への対応、研修効果の評価・活用について確認する。
- ◆教育・研修予算が確保されていることを確認する。
- ◆教育・研修計画、プログラム、入職時・新人研修等を確認する。
- ◆医療安全、感染制御、患者の権利、医療の倫理、関連法規とその遵守、個人情報の保護、接遇、ハラスメントなどの教育・研修の実施状況を確認する。
- ◆委託業務従事者や派遣職員、ボランティアの教育・研修への参加状況を確認する。
- ◆図書情報が一元的に管理されていることを確認する。
- ◆院外情報の入手について、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ことを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 継続的な教育研修を統括する部門・体制の整備がない。
- 必要性の高い課題に対する教育・研修の実績がない。
- 医療安全、感染制御、医療の倫理、個人情報等に関する教育・研修が定期的に行われていない。
- 研修者の理解度を客観的に把握し、理解度に応じて研修者を支援する仕組みなどの教育・研修効果を高める努力・工夫を行っていない。
- 職員が必要とする情報を速やかに入手できる仕組みがない。

##### 【関連する項目】

・部門・部署ごとの専門的な教育・研修については『4.3.2職員の能力評価・能力開発を適切に行っている』で評価する。

今回審査

<b>自己評価</b>	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<b>アピールしたい点</b>	
<b>課題と認識されている点</b>	

期中の確認

<b>自己評価</b>		

前回審査

<b>前回評価</b>		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 3 教育・研修

#### 4 3 2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 職員の能力評価、能力開発の方針と仕組み
- 職員個別の能力の客観的評価
- 職員個別の能力開発の実施
- 能力に応じた役割や業務範囲の設定

##### 【本項目のポイント】

- ◆各職種における人材育成の方針や仕組みを確認する。
- ◆人事考課や個人別目標管理システム等の中で、個々の職員の能力評価がどのように行われているかを確認する。
- ◆各々の部門・部署で必要な教育・研修などを受けることができる仕組みを確認する。
- ◆専門分野の資格取得に対する支援、模擬患者の参加やシミュレーター等を活用した研修など、能力開発に向けた具体的な取り組みを確認する。
- ◆中心静脈カテーテル留置（CVC）、静脈注射（IV）などの侵襲的な行為を含め、院内で評価・認定している行為を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 職員の能力、技術を高める人材育成の仕組みがない。
- 能力評価の仕組みがない。
- 侵襲的な行為に関する訓練、行為者の評価・認定の仕組みがない。

##### 【関連する項目】

- ・職員の業務実績評価の実施については『4.2.2人事・労務管理を適切に行っている』で評価する。
- ・新人職員に関する評価については『4.3.3専門職種に応じた初期研修を行っている』で評価する。





## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 3 教育・研修

#### 4 3 3 専門職種に応じた初期研修を行っている

##### 【評価の視点】

- 専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるために初期研修が適切に行われていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 初期研修の方針と計画
- 計画に則った研修の実施
- 研修者の評価
- 指導者の養成と評価
- 研修内容の評価と見直し

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 医師・歯科医師の初期臨床研修およびその他職種（看護師、薬剤師、医療技術部、事務部など）の新人職員に対する初期研修に関して、基本方針や実施状況を確認する。
- ◆ 教育プログラムが、チーム医療の視点や基礎教育内容の変化、医療サービスの趨勢、施設の個別特性を踏まえ構築されていることを確認する。
- ◆ 事務部門を含め、各職種において新人のキャリアパスに対する認識があることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 指導者による研修者の教育・指導が適切に行われていない。

##### 【関連する項目】



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 3 教育・研修

#### 4 3 4 学生実習等を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 実習生の受け入れ体制
- 医療安全・医療関連感染制御等に関する教育
- カリキュラムに沿った実習
- 実習生および実習内容の評価
- 患者・家族との関わり方の取り決め
- 実習中の事故等に対応する仕組み

##### 【本項目のポイント】

- ◆実習の契約内容については、職種に応じて必要な事項が網羅されていることを確認する。
- ◆指導者の育成については、都道府県や各職能団体等が実施する実習指導者講習等への参加状況を確認する。
- ◆実習前のオリエンテーションについては、重要な事項が職種共通の内容となっていることを確認する。
- ◆既に資格を有している医療者の実習・研修などを受け入れる際の対応を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 実習生の受け入れ体制が整っていない。
- 実習生の教育が適切に行われていない。
- 実習中の事故等に対応する仕組みがない。

##### 【関連する項目】

・実習者の患者情報等の閲覧に関する取り決めについては『1.1.5患者の個人情報適切に取り扱っている』で評価する。



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 4 経営管理

#### 4 4 1 財務・経営管理を適切に行っている

##### 【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基づく経営管理が的確に実施されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 予算編成の手順と執行状況の把握
- 病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理
- 財務諸表の作成と会計監査の仕組み
- 収支分析による課題の検討
- データを活用した経営改善活動

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 同一法人等で会計業務が法人本部で行われている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るようになっていることを確認する。
- ◆ 開設主体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においても、病院会計準則に準じた財務諸表が作成されていることを確認する。
- ◆ 法人との契約による公認会計士の監査でも外部監査と判断する。なお、法人内部の監査役による監査のみでは、十分な外部監査とはいえない。
- ◆ 単純な経営状況の把握ではなく、経営改善に向けた取り組みや将来に向けた経営向上への取り組みなどを確認する。
- ◆ 各部門、部署から抽出される経営に関するデータが、どのように評価・活用されているかなどを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 財務諸表、予算書が作成されていない。
- 会計を監査する実効的な仕組みがない。
- 経営状況が悪い場合でも、原因分析や改善策の検討がなされていない。

##### 【関連する項目】



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 4 経営管理

#### 4 4 2 医事業務を適切に行っている

##### 【評価の視点】

●窓口業務や保険請求業務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収集・提供されていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 窓口業務の対応手順の適切性
- 保険請求業務と返戻・査定への対応
- 施設基準を管理するための体制
- 未収金への対応
- 病院経営に資するデータの提供

##### 【本項目のポイント】

- ◆現金自動収納機、銀行振込、各種カードによる支払いなどの窓口収納業務を確認する。
- ◆レセプト点検や査定に対する医師の積極的な関与を確認する。査定・返戻については、原因の分析・対策・評価などの一連の防止・削減に向けた活動状況を確認する。
- ◆診療報酬や医療保険制度等の改定についての情報を収集し、適正かつ確実に対応することともに、適宜、職員へ情報提供されているかを確認する。
- ◆事務担当者及各部署や部門の連携により、施設基準要件の定期的な自主点検が行われる仕組みがあるかを確認する。また、病院の取得可能あるいは取得すべき施設基準の検討が行われていることを確認する。
- ◆診療費の計算や収納業務に間違いが発生しない仕組みになっていることを確認する。
- ◆DPC請求において退院後に病名変更が行われた場合、その他査定により発生する自己負担差額の処理が適切に行われていることを確認する。
- ◆未収金の金額や発生理由、督促手順が明確になっていることを確認する。
- ◆医事業務から提供・共有される病院経営に資するデータが、実際にどのような経営判断に活用されているかを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応が適切に行われていない。
- 未収金の管理・督促手順が定められておらず、対応されていない。

##### 【関連する項目】





## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 4 経営管理

#### 4 4 3 効果的な業務委託を行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 委託の是非の検討と委託先の選定
- 委託業務の履行確認と質の評価
- 委託業務従事者に対する必要な教育・研修の実施
- 事故発生時の対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆委託の是非や業務内容の質、効率性の評価など、委託業務について検討する仕組みがあることを確認する。
- ◆業務内容、契約金額、賠償責任範囲などが明確な契約となっていることを確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 業務委託の契約が適切に行われていない。
- 業務の質や経済効果など業務委託の質が評価されていない。

##### 【関連する項目】

- ・派遣職員に対する教育・研修については『4.3.1職員への教育・研修を適切に行っている』で評価する。



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 5 施設・設備管理

#### 4 5 1 施設・設備を適切に管理している

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備
- 日常点検・保守管理計画の策定と実施
- 緊急時の対応や連絡体制
- 医療ガスの安全管理
- 廃棄物の管理・処理

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 主要な施設・設備の日常点検と年次保守計画が計画的に行われており、保守管理の記録が残されているかを確認する。
- ◆ 環境省の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に沿った対応がなされていることを確認する。
- ◆ 本項目では、感染性廃棄物の現場からの回収・運搬以降の処理過程を確認・評価する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 施設・設備の必要な保守管理が行われていない。
- 施設・設備の不具合の緊急時の対応が明確にされていない。
- 医療ガスの定期点検が行われていない。

##### 【関連する項目】

・現場における感染性廃棄物の廃棄と一時的保管の状況については『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』で評価する。



## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 5 施設・設備管理

#### 4 5 2 購買管理を適切に行っている

##### 【評価の視点】

- 病院で使用される各種物品の購入、品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。

##### 【評価の要素】

- 医薬品購入の過程
- 医療消耗品購入の過程
- 医療機器購入の過程
- 高額医療機器購入の過程
- 在庫の適正管理

##### 【本項目のポイント】

- ◆ 医薬品、医療消耗品、医療機器、高額医療機器、給食材料・厨房関連機器など、それぞれの選定から在庫管理までの一連の手順と実態について確認する。
- ◆ 物品管理業務を委託している場合は、病院の購買担当が状況を把握していることを確認する。
- ◆ 不正発注を防止できる内部牽制の機能があることを確認する。
- ◆ 各部門での管理状況も含めた病院全体での在庫管理状況を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 物品の購入過程が明確でない。
- 病院の規模・機能に見合った内部牽制機能が働くシステムがとられていない。
- 棚卸が実施されていない。
- 各部門における在庫物品の適正量に関する検討が行われていない。

##### 【関連する項目】

・医薬品の管理における、保管場所の適切性（温・湿度管理）については『3.1.1薬剤管理機能を適切に発揮している』で評価する。

**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p>アピールしたい点</p>          <p>課題と認識されている点</p>	

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 6 病院の危機管理

#### 4 6 1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 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
- 緊急時の責任体制
- 火災発生時の対応
- 停電時の対応
- 大規模災害時の対応

##### 【本項目のポイント】

- ◆医療の質と安全の確保並びに計画的な組織運営を目的とするリスク管理の対象は、大規模災害やパンデミック、個人情報漏洩など多岐に亘ることに留意する。
- ◆病院の規模、機能、地域性を考慮した対策がとられていることを確認する。
- ◆災害拠点病院においては、指定要件を満たしていることが求められる。
- ◆浸水想定区域や土砂災害警戒区域内の病院については、水防法・土砂災害防止法で求められる避難確保計画の作成や避難訓練が実施されているかを確認する。
- ◆新築移転や増改築の過程で、一部が耐震構造の適用になっていない場合は、病院の将来方針を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 防災マニュアルが整備されていない。
- 防災訓練が定期的実施されていない。
- 病院の規模・機能に応じた停電時の対応体制が整備されていない。

##### 【関連する項目】



**今回審査**

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<b>アピールしたい点</b>	
	<b>課題と認識されている点</b>

**期中の確認**

自己評価		

**前回審査**

前回評価		

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 4 6 病院の危機管理

#### 4 6 2 保安業務を適切に行っている

##### 【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。

##### 【評価の要素】

- 業務内容の明確化と確実な実施
- 緊急時の連絡、応援体制
- 保安・警備や施錠管理、事故防止対策等の実施
- 日々の業務実施状況の把握

##### 【本項目のポイント】

- ◆患者家族および職員の身の安全、盗難防止などの対策として、保安体制が整備されていることを確認する。
- ◆施錠管理の手順、院内監視の方法などの業務内容を確認する。

##### 【C評価となりうる状況（例）】

- 休日・夜間の施錠管理、院内巡視が行われていない。
- 緊急時の連絡・応援体制が明確にされていない。

##### 【関連する項目】

## 今回審査

自己評価	左のプルダウンメニューから、S / A / B / C / NAのいずれかの評点を選択してください。
<p data-bbox="253 282 443 315">アピールしたい点</p> <p data-bbox="253 555 528 589">課題と認識されている点</p>	

## 期中の確認

自己評価		

## 前回審査

前回評価		