

4.3.9 視能訓練士の活動が適切に提供されている a b c NA

4.3.9.1 視能訓練士は他職種との協力のもとに、療養生活の全場面において積極的に関わっている a b c NA

- a. 予測された予後が目標通りに達成されている
- b.
- c. 予測予後とゴールに開きがある

☆全場面とは：評価・ゴール設定・治療・再評価・退院計画策定・退院時指導・退院後のフォローアップ

4.3.9.2 視能訓練士は患者・家族・介護者に対して療養上の必要な事項を教育指導している a b c NA

- a. 適切に指導している
- b.
- c. 指導していない

4.4 診療録の記録と管理 A B C

4.4.1 診療録管理が適切である a b c

4.4.1.1 診療録管理のための組織があり、診療録管理室が設置され診療録管理士がいる a b c

- a. 組織があり、管理室があり、管理士がいる
- b.
- c. 組織がない

4.4.1.2 診療録が適切に記載されている

a b c

	退院者診療録
医師	a b c
看護婦	a b c
理学療法士	a b c
作業療法士	a b c
言語聴覚士	a b c
医療社会相談士	a b c
臨床心理士	a b c
視能訓練士	a b c

- a. 日常の記録も適切であり、すべての退院時サマリーがすみやかに作成されている
- b. 日常の記録あるいはサマリーの作成に問題がある
- c. 日常の記録が不適切であり、サマリーの作成に遅滞がある

4.5 救急医療体制

A B C

4.5.1 救急医療体制が適切である

a b c

4.5.1.1 救急医療体制は自院の理念と基本方針に合致している

a b c

- a. 合致している
- b.
- c. 合致していない

☆方針に救急医療が組み込まれていない場合は救急医療体制がなくても「合致している」と判断する。

4.5.1.2 他の医療施設との連携が適切である

a b c

- a. 適切である
- b.
- c. 不適切である

☆外部からの救急患者の受け入れを問うだけでなく、院内の患者急変時の取り扱い・連携を問う

4.6 臨床検査部門	<u>A B C</u>
4.6.1 臨床検査が適切に行われている	<u>a b c</u>
4.6.1.1 診療上必要とする検査が実施できる	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 診療に必要とする検査データを自院または外注により提供できる</li> <li>b.</li> <li>c. 要望があっても対応できないものがある ☆病理診断を含む</li> </ul>	
4.6.1.2 定期的に精度管理が行われている	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 内部精度管理と外部精度管理が行われている</li> <li>b. 内部精度管理が行われている</li> <li>c. 精度管理が不適切である</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">☆不適切とは、日差再現性と日内再現性に配慮がなされていないことである</p> <p style="margin-left: 40px;">☆外部委託検査に関しても、精度を把握していることが望ましい</p> <p style="margin-left: 40px;">☆機器等の保守管理を含む</p>	
4.6.1.3 検査が適切に報告されている	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 検査成績が速やかに報告され、迅速を必要とするものへの対応もできる</li> <li>b. 迅速を必要とされる検査の報告に遅滞がみられる</li> <li>c. 報告の手順が確立していない</li> </ul>	
4.7 画像診断部門	<u>A B C</u>
4.7.1 画像診断部門が適切に機能している	<u>a b c</u>
4.7.1.1 放射線防護のための安全確保の方策がとられている	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 放射線防護の器具が整えられており、適切に使用されているとともに、被曝線量の把握が確実にされている</li> <li>b.</li> <li>c. 安全の方策がとられていない</li> </ul>	
4.7.1.2 診療上に必要な画像診断ができる。	<u>a b c</u>

- a. 必要な画像診断が遅滞なく得られる
- b.
- c. 遅滞が生じているか、または必要な画像診断が得られていない

☆画像診断は外部の病院に委託することも可

4.7.1.3 画像診断装置は適切に稼働できる状態に管理されている a b c

- a. 画像診断機器の担当者が決まっており、すぐに使用できる状態にある
- b.
- c. すぐに使用できる状態にない

4.7.1.4 検査結果については専門医に相談できる体制がある a b c

- a. 必要に応じて専門医に相談することが可能である
- b.
- c. 検査結果について専門医に相談できる体制がない

4.8 薬剤部門	<u>A B C</u>
4.8.1 薬剤が適切に管理されている	<u>a b c</u>
4.8.1.1 医薬品の取り扱いに関するマニュアルがある	<u>a b c</u>
a. 払出方法、管理方法、在庫の適正化、記録の保持、薬剤師による薬物治療の確認、新薬の取り決め等に関するマニュアルがある	
b.	
c. マニュアルの内容が不適切である	
4.8.1.2 医薬品が適切に管理されている	<u>a b c</u>
a. 一般の医薬品だけでなく、劇薬や麻薬など取り扱いに注意を要する医薬品も適切に管理されている。防犯も含む	
b.	
c. 適切に管理されていない	
4.8.1.3 薬剤の採用に関する検討会が行われている	<u>a b c</u>
a. 定期かつ必要に応じて十分に行われている	
b.	
c. 検討されていない	
4.8.2 薬剤を適切に供給する体制がある	<u>a b c</u>
4.8.2.1 薬剤師は全ての処方箋を確認し、払出が患者個別になされている	<u>a b c</u>
a. 薬剤師は全ての処方箋を確認し、払出が患者個別になされている	
b.	
c. 処方箋の確認と個別の払出に関する体制が不適切である	
4.8.2.2 年齢・障害を考慮して処方されている	<u>a b c</u>
a. 服薬しやすくする工夫が随所になされている	
b.	
c. 工夫が見られない	
☆必要に応じて処方方法に配慮をしていることを評価に加える(一包化など)	
4.8.2.3 薬剤師の臨床活動が積極的に行われている	<u>a b c</u>

- a. 服薬指導し・服薬状況を把握し・薬剤の効果と副作用を評価している
- b.
- c. 臨床活動が行われていない

4.8.3 薬剤に関して情報を提供する体制がある a b c

4.8.3.1 院内の医薬品情報の問い合わせへの対応がなされている a b c

- a. 積極的になされている(問い合わせに対する文献が揃っている、対応の記録があり、レビューされている)
- b.
- c. 消極的である

4.8.3.2 使用している薬剤のリストと各薬剤の情報(配合禁忌や副作用情報)が提供されている a b c

- a. 使用している薬剤のリストが整備されていて、薬剤の情報が全病的に確実に提供されている
- b.
- c. リストもないし、情報の提供も不確実

4.9 輸血部門	<u>A B C</u>
4.9.1 輸血用血液製剤が適切に使用されている	<u>a b c</u>
4.9.1.1 輸血用血液製剤の使用方針が明記されている	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 輸血用血液製剤の使用方針が妥当であり明記されている。</li> <li>b.</li> <li>c. 使用方針に問題あり</li> </ul>	
4.9.1.2 輸血用血液製剤が適切な手順に基づき管理されている	<u>a b c</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 輸血用血液製剤の保管・クロスマッチ・受渡し・返却に関する規程があり、遵守されている</li> <li>b.</li> <li>c. 規程がない</li> </ul>	
4.10 手術室部門	<u>A B C NA</u>
4.10.1 手術室が適切に運営されている	<u>a b c NA</u>
4.10.1.1 病院の機能に見合った手術室を運営する体制があり適切に実施されている	<u>a b c NA</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 手術室の運営責任者がいて、運営委員会がある、病院の機能に見合ったスタッフが確保され手術室運営規則が適切に実施されている</li> <li>b.</li> <li>c. 手術室の体制が病院の機能に見合っていない。または運営規則が不適切である</li> </ul>	
<p>☆病院の機能に見合ったスタッフとして麻酔医についても確認する</p> <p>☆手術室運営規則が適切：術前術後の患者管理規程、人退室の手順、スケジュール管理が適切であって、それに沿って実施されている</p> <p>☆運営規則と台帳やカルテ等の記録で確認</p>	
4.10.1.2 手術室の感染管理が適切である	<u>a b c NA</u>

- a. 適切な清掃規程があり、標準予防策に則って対策がなされている
- b. a を満たさない
- c. 清掃規程が不適切であり、標準予防策が採られていない

☆清掃規程および手術室の感染予防マニュアルで確認する。  
☆感染管理スタンダードを参照

4.10.1.3 手術室の設備・機器の点検がなされている a b c

- a. 設備・機器の保守点検の責任の所在が明確であり、点検が適宜行われ記録が残されている
- b. a を満たさない
- c. 責任の所在が不明確で、点検が不適切で、記録がない

4.11 感染対策 A B C

4.11.1 感染対策が適切になされている a b c

4.11.1.1 適切な感染管理システムのもとに病院における種々の分野での感染対策がなされている a b c

- a. 適切な感染対策委員会の活動のもとに院内感染のリスクを低減させる感染対策が実践されていて、院内感染発生状況も把握されている
- b. a を満たさない
- c. 感染対策がなされていない

☆感染対策委員会もしくは感染管理担当者の活動記録で確認する  
☆医療廃棄物の処理が適切に行われていることも確認する

4.11.1.2 中央材料滅菌室が感染対策の一環として運用されている a b c NA

- a. 滅菌業務に携わる職員の安全が確保され、滅菌の質の保証がされている
- b. 滅菌の質の保証がされているが、職員の安全の確保がされていない
- c. 滅菌の質の保証がされていない

4.12 食事の配慮 A B C

4.12.1 食事が適切に提供されている a b c

4.12.1.1 栄養管理・食材管理が適切である a b c

- a. 栄養士がいて、栄養基準が確立し、栄養指導が行われ、喫食状況、嗜好調査、食材管理が行われている
- b. aを満たさない
- c. 不適切である

☆嚥下障害の患者用の食材が整えられている

4.12.1.2 食事の快適性に配慮している a b c

- a. 食事の場所、食事時間、温度管理、選択メニュー、食器や季節食などさまざまな工夫に配慮している
- b.
- c. 配慮していない

4.12.1.3 衛生管理が適切に行われている a b c

- a. 調理室内の衛生管理、食材の保管、食器類の洗浄・乾燥・保管の方法が適切である
- b. aを満たさない
- c. 適切でない

4.13 心肺蘇生や生命に関わる緊急事態への対応 A B C

4.13.1 心肺蘇生や生命に関わる緊急事態への対応が適切である a b c

4.13.1.1 緊急時の対応に関する方針や手順が明確に定められている a b c

- a. 適切な方針や手順が明確に定められ、教育訓練がなされている
- b. aを満たさない
- c. 方針や手順が不適切である。

4.13.1.2 非常用カートの設置場所が決まっており周知され守られている a b c

- a. カートがすぐ出せる位置にある
- b.
- c. カートを持ってくるのに時間がかかる

☆外来・訓練室・屋外にも配慮されている

4.13.1.3 非常用カートの収納機器・薬剤に標準規程があり、確実に在庫点検がなされている a b c

- a. 標準規程が適切で在庫点検が定期的に確実になされている
- b.
- c. 緊急時に対応できない

4.14 回復困難な人へのリハビリテーション a b c

4.14.1 回復困難な人へリハビリテーションが適切に提供されている a b c

4.14.1.1 回復困難な人の清潔が保たれるように支援するリハビリテーションが提供されている a b c

- a. 提供されている
- b.
- c. 提供されていない

☆拘縮予防等

4.14.1.2 回復困難な人への肺理学療法が提供されている a b c

- a. 提供されている
- b.
- c. 提供されていない

## 5 療養環境の適切性

5.1 安全の確保 A B C

5.1.1 患者および職員の医療事故(転倒・転落・離院を含む)防止対策および合併症防止対策が適切になされている a b c

5.1.1.1 発生した医療事故およびヒヤリ・ハット時に適切に対応できる

a b c

- a. 事故に対する対応と事故を取り巻く事実も含めて報告するシステムが明文化されている
- b.
- c. 事故に対する対応が確立していない、および報告システムが確立していない

☆合併症には院内感染も含む、虐待にも対応している。患者および職員について確認する

5.1.1.2 担当部署では医療事故・合併症の原因分析がなされ、その対策が実施されている a b c

- a. 病院全体で対策が実施され、有効かどうかの評価検討がなされている
- b.
- c. 原因分析がなされていない、および対策も実施されていない

5.1.1.3 担当部署で問題行動を示す患者に対してそれらの問題行動を予防・低減する対策が適切である a b c

- a. 予防・低減対策が検討され実施され見直されている。
- b.
- c. 対策が検討されていない

☆痴呆、せん妄、自殺念慮、攻撃的行動、薬物中毒など

5.2 外来および病棟の医療機器の保守管理が適切に行われている A B C

5.2.1 外来および病棟の医療機器の保守管理が適切に行われている a b c

5.2.1.1 外来の医療機器の保守管理が適切に行われている a b c

- a. 担当者が決まっていて保守管理マニュアルがあり、常に稼動可能である
- b.
- c. 常時、稼動可能な状態に保守管理されていない

☆記録で確認

5.2.1.2 病棟の医療機器管理が適切に行われている a b c

- a. 担当者が決まっていて保守管理マニュアルがあり、常に稼動可能である
- b.
- c. 常時、稼動可能な状態に保守管理されていない

☆記録で確認

5.3 災害発生時の対応体制が整っている A B C

5.3.1 自院の災害発生時の対応体制が整っている a b c

5.3.1.1 自院に適応した防災マニュアルがある a b c

- a. 夜間の防災体制についての記述がある  
(具体例:防災マニュアルがあり、夜間での防災体制についての記述が明確になさ  
れている)
- b. 夜間の防災体制についての記述がない
- c. 独自の防災マニュアルがない

5.3.1.2 マニュアルに沿った防災訓練が行われている a b c

- a. 防災訓練が年に1回以上実施され、夜間にも行っている  
(具体例:防災訓練が夜間にも行われている)
- b. 防災訓練が年に1回以上実施されているが、昼間のみ行っている
- c. 防災訓練を年に1回以上行っていない

5.3.1.3 停電時の対応体制が整っている a b c

- a. 停電時の対応手順が定められ、職員に周知されている  
(具体例:自家発電装置により停電時でも最低限必要な電源は確保されている また、停電時の対応手順がマニュアル化され職員に知らされている 特に夜間停電時の対応が盛り込まれている)

- b. 夜間等の停電時の対応体制が不十分である
- c. 停電時の対応体制が不十分である、自家発電装置等が設置されていない

5.3.2 大規模災害時発生時の対応体制が整っている a b c

5.3.2.1 自院の患者と職員分として最低限の備蓄が確保されている a b c

(水、食料、医薬品、衛生材料など)

- a. 必要な備蓄が確保・管理されている
- b.
- c. 対応がなされていない

## 5.4 療養環境

A B C

5.4.1 病院の施設・設備が適切である

a b c

5.4.1.1 個室を除いた患者一人当りの病室の面積は障害者の生活にとって支障のないものである a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 診療報酬の施設基準は満たしているものの、障害者の療養に支障がある

☆診療報酬の施設基準を満たしていることを前提とする

5.4.1.2 廊下幅は適切である a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 診療報酬の施設基準は満たしているものの、障害者の療養に支障がある

☆診療報酬の施設基準を満たしていることを前提とする

5.4.1.3 ベッドは適切な形式である a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.4 トイレは適切な数・形式が確保されている a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.5 浴室は適切な数・形式が確保されている a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.6 洗面台は適切な数・形式が確保されている a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.7 デイルームがある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.8 生活に支障がないように配慮したバリアフリー構造になっている

a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 療養に支障がある

5.4.1.9 患者に適切な福祉用具が備えられている a b c

- a. 患者に適切な福祉用具が備えられている
- b.
- c. 備えられていない

5.4.2 診療報酬の施設基準に合致した施設構造を有し、診療の提供に相応しいものである a b c

5.4.2.1 カンファレンスやミーティングがいつでも行なえる専用のスペースが確保されている a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.2 理学療法訓練室の面積・設備は適切である a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

☆診療報酬の施設基準を満たしていることを前提とする

5.4.2.3 作業療法訓練室の面積・設備は適切である a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

☆診療報酬の施設基準を満たしていることを前提とする

5.4.2.4 適切な言語聴覚訓練室がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.5 適切な MSW 面接室がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.6 義肢装具士の適切な採型適合室がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.7 視能訓練士の適切な訓練室がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.8 各訓練室等には、患者のプライバシー保護のための設備がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.2.9 各医療職種が活動できる専用の部屋がある a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致している
- b.
- c. 合致していない

5.4.3 生活施設および環境への配慮 a b c

5.4.3.1 案内や掲示は分かりやすい場所に配置され、見やすいように工夫されている a b c

- a. 案内・表示は見やすい場所に配置され、また文字の大きさなどが、障害者に配慮されたものである
- b.
- c. 配慮されていない

☆見やすい場所、内容、文字の大きさ、点字表記など。障害者・高齢者や小児への配慮

5.4.3.2 案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金などの必要な情報が含まれている a b c

- a. 診療時間・医師名・各種料金などの必要な情報が含まれている
- b.
- c. 十分でない

5.4.3.3 院内の静粛について配慮している  a b c

- a. 適切に配慮がなされている
- b.
- c. 療養上の配慮がされていない

5.4.3.4 院内の温度・湿度が適切に管理されている  a b c

- a. 適切に管理がなされている
- b.
- c. 療養上の配慮がされていない

5.4.4 環境面での患者のプライバシーに配慮している  a b c

5.4.4.1 環境面での患者のプライバシーに配慮している  a b c

- a. 外来診察室や病棟での患者のプライバシーが保たれるような配慮が適切にされている
- b.
- c. 配慮がされていない

☆入口がドアなどで仕切られ、会話が外にもれないように配慮されている

☆病室のベッド間にカーテンなどを設けている

☆面会用の特別の場所が確保されている

5.4.5 院内の清潔管理が適切に行われている a b c

5.4.5.1 院内の清掃が十分に行われている a b c

- a. 院内の清掃が充分であり、患者に不快感を引き起こさない
- b.
- c. 清潔に管理されていない

☆壁・天井・床が清潔に管理され、不快な臭気がない

5.4.5.2 院内は整理整頓されている a b c

- a. 院内および機材庫・リネン庫などが整備され清潔に管理されている
- b.
- c. 整理整頓されていない

5.4.6 施設・設備の管理が適切に行われている a b c

5.4.6.1 施設・設備は定期的に保守・管理されている a b c

- a. 施設・設備は定期的に保守・管理されている
- b.
- c. 保守・管理されている

☆保守・点検の状況については記録で確認する 消防署の立ち入り検査の結果などを参考にする

5.4.6.2 トラブル発生時の対応体制が整っている a b c

- a. トラブル発生時の管理責任者が明らかにされ、対応マニュアルが整備されている

- b.
- c. 対応体制が整っていない

☆トラブル発生時の対応責任者、対応マニュアル  
☆業者任せでないことを確認する

5.4.6.3 施設・設備の年次保守計画が立てられている a b c

- a. 施設・設備の年次保守計画が立てられ、これに基づいて保守・点検が行われている
- b.
- c. 年次保守計画が立てられていない

## 6 病院運営管理の合理性

### 6.1 人事・労務管理

A B C

#### 6.1.1 人事・労務管理が適切に行われている

a b c

##### 6.1.1.1 必要な医療職員数・事務職人員が適切である

a b c

- a. 病院の理念・基本方針に合致した人員が確保されている
- b.
- c. 人材不足のため、療養上支障を来している

☆診療報酬の施設基準に合致していることが前提

#### 6.1.1.2 適切な就業規則・給与規程が定められて職員に周知されている

a b c

- a. 法的に完全な就業規則があり、「短時間労働者の就業規則」や「給与規程」も整備され、改訂ごとに規則を配布するなどして、全職員に知らせる努力をしている
- b.
- c. 法的に完全な就業規則がない、または全職員に知らせる努力をしていない

☆法的に完全であること 職員に周知されていることが必要

☆職員が就業規則、給与規程を知る機会や方法により判断する

#### 6.1.1.3 労働時間が把握され適切である

a b c

- a. 部門、個人ごとの労働時間が把握され、適切である
- b.
- c. 把握されていない、または不適切である

☆労働時間、就業形態、有給休暇取得率など

☆有給休暇取得率、残業時間などを参考にする

#### 6.1.1.4 人事考課は明確・合理的基準に基づいて行われている

a b c

- a. 評価基準、昇進・昇格の基準が現場管理者に明らかにされており、これに基づき人事考課が行われている