

サービヤー機能の確保に関するアンケート

平成 15 年 1 月 16 日

財団法人日本医療機能評価機構

このアンケートは、主に平成 15 年 2 月 8 日に開催されるサービヤー集談会において議論されるべき問題の抽出のために現任のサービヤーを対象に実施致しております。アンケート結果の利用にあたっては、統計処理、コメントの集約を行い、お答え頂いた個人の方にご迷惑のかかることはございません。

本アンケート結果およびそれに基づく集談会の議論は今後の事業運営を検討するための基礎資料とさせていただきます。

▶アンケート

I サービヤーの職務満足度について

II 新評価体系について

III 訪問審査での体験について

IV “評価機構事務局へ” について

全サービヤー対象

V 直近 1 カ年に訪問審査を担当されなかった理由について 該当サービヤーのみ対象

▶記入の仕方。

1. 該当する欄の口に✓印をご記入ください。
2. コメント欄には、具体的にご記入ください。

❖平成 15 年 1 月 24 日（金）までに“1～3 頁”（4 頁は対象者のみ）を FAX にてご返送ください。

❖2～4 ページ右上にお名前をご記入ください。

I サーベイヤー職務満足度調査について 全サーベイヤー対象

①基礎調査

1.担当領域	診療管理	看護管理	事務管理
2.現職の勤務形態	常勤	非常勤	なし
3.サーベイヤーに委嘱されて何年ですか	5年以上	2年～4年	2年未満
4.最近1年の訪問審査の経験は何回ですか	10回以上	3回～9回	3回未満

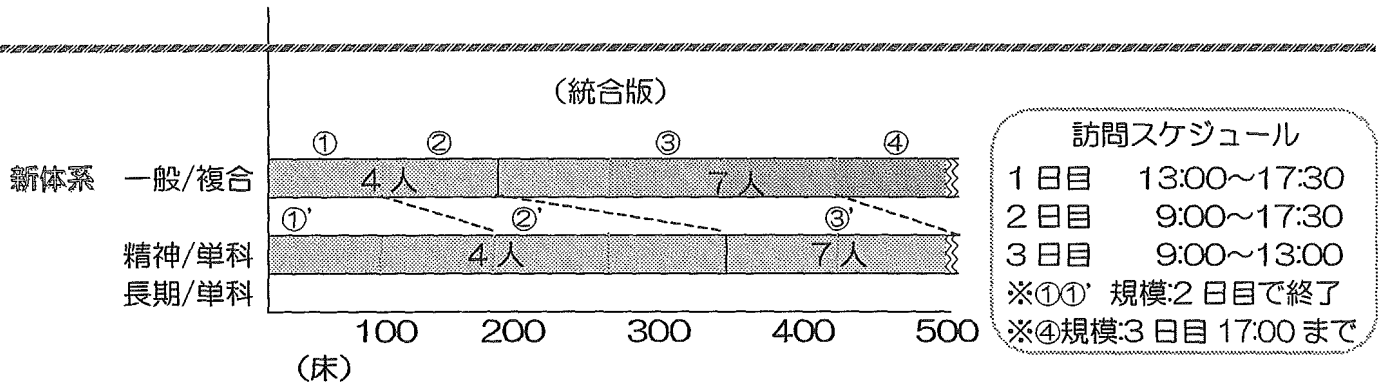
②サーベイヤーの職務について、4段階評価で○印を付けてお答えください。

[1：不満である、2：少し不満である、3：まあ満足している、4：満足している]

訪問審査について				
5.日程調整についてはいかがですか。	1	2	3	4
6.担当するまでの手順はいかがですか	1	2	3	4
7.年間担当回数はいかがですか	1 (多い)	2	3	4 (少ない)
8.担当回数に満足していますか	1	2	3	4
9.訪問資料はいかがですか	1	2	3	4
10.報告書作成の手順はいかがですか。	1	2	3	4
11.訪問審査における交通・宿泊のルールはいかがですか	1	2	3	4
12.謝金はいかがですか	1	2	3	4
13.受審病院の対応はいかがですか。	1	2	3	4
14.機構職員の対応はいかがですか。	1	2	3	4
15.現在のサーベイヤーの職務に満足していますか	1	2	3	4
研修会について				
16.開催頻度はいかがですか	1	2	3	4
17.開催日程（曜日・時間）はいかがですか	1	2	3	4
18.開催地はいかがですか	1	2	3	4
19.参加に関わる費用負担はいかがですか	1	2	3	4
20.研修内容はいかがですか	1	2	3	4
21.職務満足に関するご意見をお書きください				

Ⅱ 新評価体系について **全サービヤー対象**

平成 14 年度からの新評価体系では、審査体制区分およびスケジュールを以下の様に改定しました。



③ 平成 15 年度にはどのくらい訪問審査をご担当いただけますか？

現状とおり	<input type="checkbox"/> (回/年)
これまで以上	<input type="checkbox"/> (回/年)
これまで以下	<input type="checkbox"/> (回/年) 理由：

④その他、新評価体系、審査体制区分などについて、ご意見等ありましたらご記入ください。

Ⅲ 訪問審査での体験について **全サービヤー対象**

新評価体系 (V.4.0) をご担当された方は新評価体系についてご記入ください。

⑤新評価体系 (V.4.0) をご担当されたことはありますか？

ある (V.4.0 新評価体系を担当)	<input type="checkbox"/>
ない (V.3.1 以前の体系のみの担当)	<input type="checkbox"/>

⑥~⑧は新評価体系をご担当された方のみお答えください (試行調査含む)。

⑥中項目の判断の仕方において印象的であった事例について、ご記入ください。

例、合議でまとまり難かった事例、領域内・領域間でもめた事例等)

項目 No.	内容

お名前

⑦地域による管轄指導の格差、行政機構の管理の仕方では驚いたこと、困ったことなどありましたら、ご記入ください。(例：ゴミ、リネン庫等)

項目 No.	内容

⑧ “ケアプロセス評価” について、ご意見がありましたらご記入ください。

⑨その他、変わった体験をされたことがありましたら、ご自由にご記入ください。(宿泊先、その会議室、病院会議室、移動の際の荷物など/チーム編成/嬉しかった事など)

⑩訪問審査後にサーベイヤーに言いたいことがありましたら、ご自由にご記入ください。

IV “評価機構事務局へ” について 全サーベイヤー対象

⑤事務局に対する、ご質問、ご希望、ご要望などございましたら、ご自由にご記入ください。

お名前

V 直近1カ年に訪問審査を担当されなかった理由ついて 該当サーベイヤーのみ対象

⑪サーベイヤーに就任されてから訪問審査をご担当されたことはありますか？

ある	<input type="checkbox"/>
OJTのみある	<input type="checkbox"/>
ない	<input type="checkbox"/>

⑫直近1カ年に訪問審査以外に評価機構のイベントに参加されましたか？

サーベイヤー集談会に参加した	<input type="checkbox"/>
医療機能研究フォーラムに参加した	<input type="checkbox"/>
継続研修会に参加した	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> { 具体的に _____ }

⑬直近1カ年にサーベイにご参加いただけなかった主な理由は何ですか？

スケジュールを出しても担当できななかった	<input type="checkbox"/>
2泊3日が確保できなかった	<input type="checkbox"/>
興味がなくなった	<input type="checkbox"/>
サーベイヤーを辞退したいと思っている	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> { 具体的に _____ }

⑭その他、何かご意見がございましたらご記入ください。

サービヤー機能の確保に関するアンケート
集計結果

1.アンケートの対象

サービヤー577名（診療202名、看護182名、事務193名）

2.調査の方法

郵送による自記式質問紙法

発 送 日：平成15年1月14日

回収締切日：平成15年1月24日（最終受け入れ日1月31日）

3.回収結果

回収率 53.2% (307/577名)

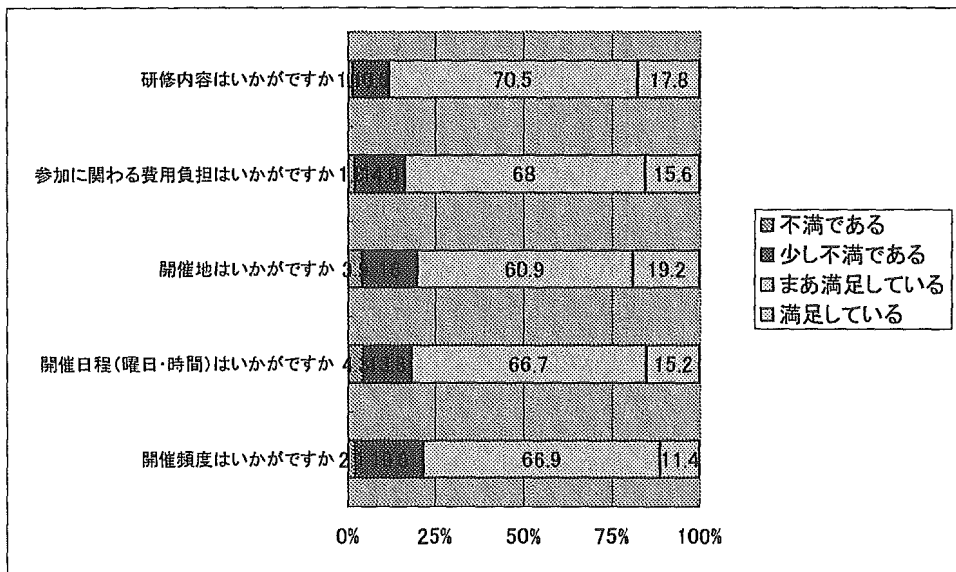
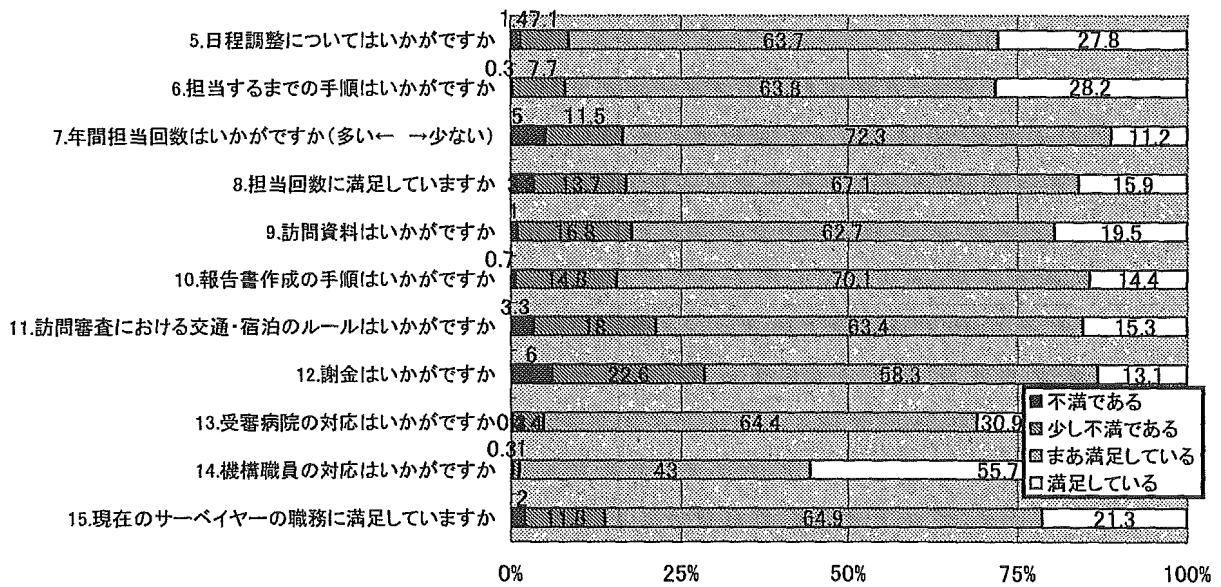
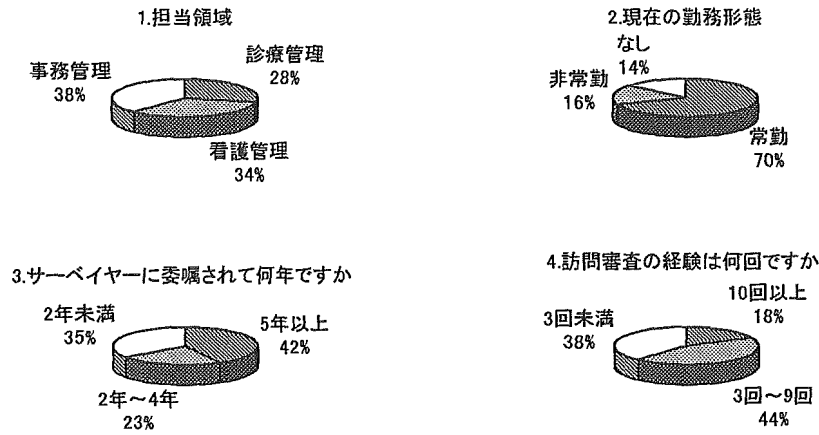
	サービヤー数 (%)	回収数 (%)
診療	202 (35.0)	93 (46.0)
看護	182 (31.5)	99 (54.5)
事務	193 (33.5)	115 (59.6)
全体	577 (100.0)	307 (53.2)

4.集計結果

目次

I.サービヤーの職務満足度について	80頁
II.新評価体系について	88頁
III.訪問審査での体験について	95頁
IV.“評価機構事務局へ”について	111頁
V.直近1カ年に訪問審査を担当されなかった理由について	123頁

I.サーベイヤーの職務満足度について



Ⅱ.新評価体系について

③平成 15 年度にはどのくらい訪問審査をご担当いただけますか？

n=304 (%)

	全体
現状どおり	189 (62.2)
これまで以上	69 (22.7)
これまで以下	46 (15.1)

記入なし：0名

【現状どおりのコメント】—欄外—

- 担当のスケジュール、規模によってはこれまで以上も可能。
- 3～4回増には調整に応じます。
- まだOJTのみですが、3日目が金・土でない場合仕事もあり3日目夕方には帰宅したいです。

【これまで以上のコメント】—欄外—

- 4月以降になればもう少し受けられる。
- 月1回程度。但し、日程調整が可能であれば。
- 有給はとりにくいので、7～10月になると夏休みがあるため。

【これまで以下のコメント】

<日程調整困難>

- 日程がなかなかとれない。3日連続確保が難しくなった。
- 新しい評価に慣れるまでと日程の上で心配です
- 日程（スケジュール）の不一致
- 時間がかかる。
- 3泊以上が考えられる
- ④に記載
- 現役のため、1日長くなったサーベイへの対応が困難。
- 規模により日程が長いため。
- 日程が長いため調整が困難と考える。
- 3泊はできない。15:00に間に合い、17:00からでも帰れる距離
- 現在、日程が取れない
- 日程調整上
- 常勤になったことと、新バージョンで拘束時間が増えたことによる。
- これまでが多すぎだと思います。H15年度は本業の仕事が今まで以上に増えるので、こちらの日程とサーベイ希望の場所についての考慮をお願いします。
- 現職との日程調整が困難。
- 2泊3日が確保できない
- 訪問の前後の時間がかかりすぎ、勤務先が了承しにくい。

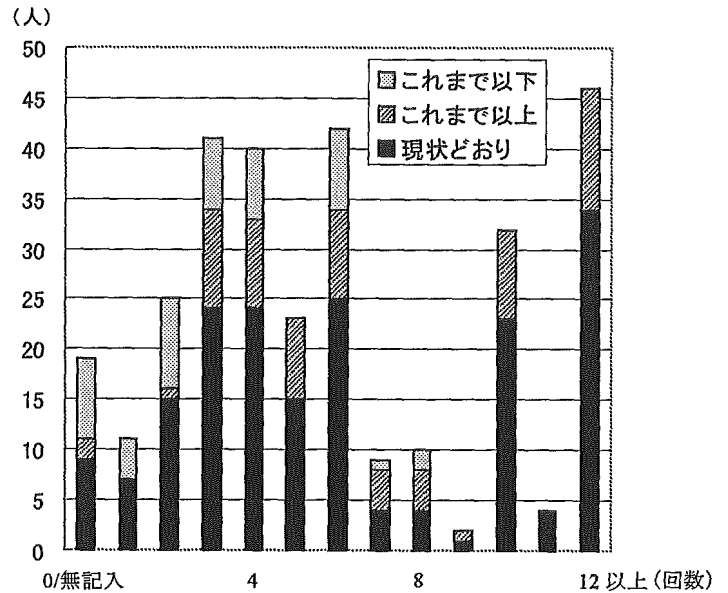


図1.平成15年度審査担当可能回数

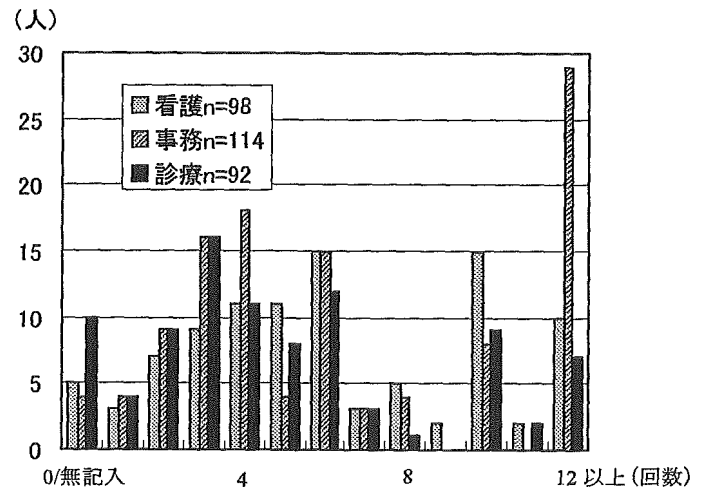


図2.平成15年度審査担当可能回数(領域別)

<業務の都合>

- >勤務の都合。
- >業務の都合上休暇が取りづらい。
- >自院の認定更新準備のため。
- >仕事の都合（会計職員の出産・育休）。
- >審査業務にもかかわっているため余裕がない。
- >スケジュールがぎつくなり、病院を出にくくなった
- >所属組織における事業が拡大し、時間が取れない。
- >業務が忙しくなると思われるため
- >職場を離れたい。
- >新病院移転工事と竣工後の運営・管理に携わる為
- >現職の仕事が多忙なため
- >病院勤務のためこの回数が限界です
- >本業（診察他）が忙しいので
- >継続…
- >他の仕事との関係。

<健康上の理由>

- >身体上、家庭の都合
- >家庭の事情。
- >休暇を訪問審査の他、妻の通院などにもあてる要あり。
- >健康上の理由で未定。
- >年齢的に無理のない程度に（ご迷惑かけないよう）。

<依頼が頻回すぎる>

- >14年度が多すぎたから。
- >毎月は少しキビシイ
- >まだ経験が短い、12月・1月と連続できつい
- >毎月負担であるが、機構の現状を考えると現状どおり、毎月になることもやむを得ないかなと思います。

<辞退したい>

- >一身上の都合により辞退します。
- >5月で現職をやめたいと考えてます。従ってサーベイも辞退させて頂こうと考えてます。

<報告書業務の都合>

- >報告書検討業務が入るので。

<その他>

- >未経験で意見が述べられません。研修会に参加しての感想は、資料を予め会場で見られるので、少しは余裕が持てるかなと思ったりしてます。

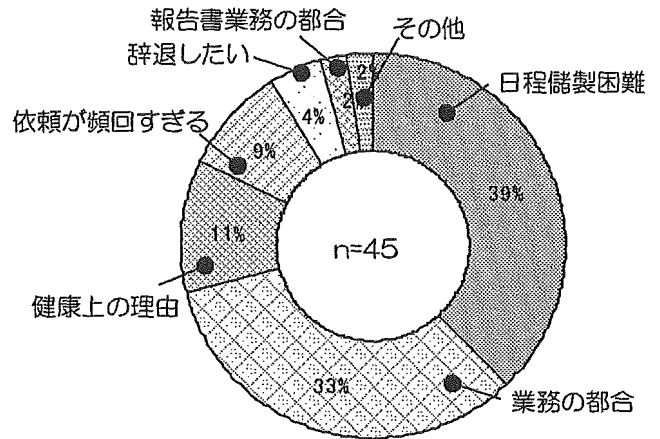


図 3.これまで以下の理由

④その他、新評価体系、審査体制区分などについて、ご意見等ありましたらご記入ください。

<評価体系/審査体制区分について>

- >「統合版」という言い方は、あっていない（実際と異なる）と思います。
- >体系的確立を目指す発展途上の現段階として、楽観的に見守っていきたい。そのためには方向性を常に検証する必要がある。
- >新評価体系 2.0 領域を担当しましたが、特に違和感はありませんでした。但し、勉強中なので意見は特にありません。ただ、大きな総合病院で精神が 50~60 床の場合と、その逆の場合には要注意。

<サービヤ体制/編成について>

- >一般/複合で①の場合病棟が分かれるため、1名増員が必要ではないかと考える。ケアプロセス担当として診療か看護。

- 複合の場合 4 人体制ではキツイのではないかと。複合の場合、病床数にかかわらず 5 名～7 名にした方が良いのではなかろうか。
- リーダーが別に付くという体制で以前より機能的となった。
- 7 人体制の審査時のリーダーの役割について、ある程度決めておいたほうが良いのではないかと。
- ①は良いが、③④で 3 日になると…ようです。自分の病院が小規模 99 床なので大きな病院の事は分かりづらいので、①に専念したい。なお、三日目が日曜日になるほうがうれしい。
- 新評価体系を 1 回経験しました。旧体系よりも内容的に踏み込んで審査できました。4 人体制ではよく分かりませんが、7 人体制では以前より良くなったと思います。
- 訪問人数について、300 床以下は 4 人ですが大変だと思います。
- 一般・複合のサーバイヤー数が同一なのは不合理。複合の場合、一般+1 ではどうでしょう。
- 実は①or①'の方がサーバイヤーの負担は大きい。

<審査期間について>

- できれば 2 日目で終了する審査日程が望ましい。
- 常勤者にとっては 3～4 日間つづれるのは辛いものがあります。
- 3 日間の制約・拘束つらい。自由時間にするか、2 日間にするか。
- まだ、新バージョンは 1 回の経験ですが項目が多いので少々疲れます。スケジュールが改定されたようですので期待します。
- 3 日間は現場を離れる難しさがあります（訪問回数が少なくなる）。
- 診療部門の医師は、1 月・4 月間参加は無理が多いと思います。大部分は他の仕事もあり、参加しにくいとの声が多い。少なくとも、1 月出張は 3 日以内に終わる様考慮。
- 審査のため 3 日間、完全に現場を離れることになり、月によっては厳しい時がありそうです（現時点で新評価体系での審査なしの為、業務に支障なく実施できております）。
- 3 日間で日程は日時の確保が難しい反面、見通しの確認ができるために報告が書きやすくなりました。
- 希望を言えば 1 日目（15：00）が金曜日、2 日目が土曜日の日程でしたら、年 4 回じゃなく月 1 回でも何とかなると思います。
- 訪問日に土・日・祝を可能にしてほしい。
- 新評価体系をしっかり習得して、対応していきたいと思います。ただ、日程が土・日も予定されると参加しやすくなります。検討くださることを希望します。
- 17：30 までの訪問スケジュールは、当該病院の勤務体制にも影響するのではないのでしょうか。
- まだ新評価体系審査の経験がありませんが、評価項目・評価（審査）の仕方を見ても、サーバイヤーにとってはやりやすくなっているのかと思います。ただし、現職ですので日程の調整がこれまで以上に困難になるかもしれません。
- ④の参加はとてできない。病棟を当日サーバイヤーが自由に選択することで、審査病棟数を減らしては。
- 現状では、時間的制約が最大の問題です。…
- 医療診療担当者を増やし、表面的でなく 1～2 週間滞在して審査をすべき。本当の評価であれば税金投入にも反対はないと思う。
- ④の規模は私の場合、講義と診療のスケジュールが成り立たなくなり、担当が難しいと思う。①規模中心に担当することになります。
- 2 ヶ月に 1 度定期的に訪問するよりも、3 月または 8 月など特定の期間に集中して数回担当する方が、こちらの業務調整は容易です。
- できるだけ本業の休みを少なくするため、審査日の第 1 日または第 3 日を日曜か土曜も利用できるようにしていただくと助かります。
- 訪問審査の日程は土・日・祝祭日を有効に組み入れて、担当可能日を増やすべきと思う。
- さー兵衛にも上がりましたが土曜日訪問審査も考慮願います。
- 訪問審査は 1 月に初回させていただいたのみですので、今年は 5 回を目標にしようと思っています。できるかどうかは不安です。
- 大規模病院の場合、3 泊の場合は避けてください。
- V4.0 になると出張日数が長くなるので現職は出にくくなる。できれば施設責任者（理事長・院長）以外のサーバイヤーには、機構より理事長宛の招請状を送付していただければ行き易くなる。
- 日曜日・祝日などを使う体制で予定を組んでいただければ、職場を休む日が 1 日減るので助かります。

- 現役参加では日程の調整が難しい。できるだけ土・日が入れば嬉しい。
- 新評価体系では、審査体制区分について理解できましたが、スケジュールでは未だ体験しておりませんのでわかりません。しかし1日目15:00~17:30まで現地に事前打合せ、資料確認ができるのは良いのですが、訪問場所までの日程調整が事務局で大変になることと感じます。また、メンバーも限られてくるかもしれません。
- 病院規模によっては4日間のスケジュールを取る必要があれば、審査に出かける回数が制限されそうです。
- 今までだと近ければ、ほぼ1.5日程度の負担で済んだが新バージョンだと3日の負担になる。
- 新評価体系の訪問スケジュールでは、参加が難しくサービヤヤーの辞退を考えている。
- 事務管理で書類を確認する時間が取れるようになりました。
- 旧バージョンに比べて、資料チェックの時間、病院内を見る時間に余裕ができ、見落としを減らすことができた。

<訪問審査の集合・解散について>

- まだ新評価体系では訪問していないので、わかりませんが初日訪問先病院に各自で行かなければならないのか、心配しています。ホテル集合だと安心なのですが。
- 新評価体系は1回のみなので、今回は意見は差し控えたい。ただ、荷物をホテルに先送り、また帰りにホテルからの宅送するには不便となった。
- 1日目は15:00病院集合ではないのでしょうか。
- 新評価体系で病院集合はかなり不都合。宿で合流・自己紹介・分担を決めた後、訪問すべき。
- 2日目の終了後の交通手段。

<訪問審査の領域分担などについて>

- まだ馴れないためか、時間の有効利用について苦慮している。リーダーの配慮で、領域1担当の先生が領域2の一部を、領域6担当者が領域3の一部を評価、そしてそれぞれに情報提供するというやり方をされたが、診療と看護のボリュームがあるので、これも一つの方法かなと思った。
- 事務管理が訪問審査する項目を増やし、診療・看護はもう少し減らす。
- リーダーが専任のはずなのに、自分の担当領域を持っていたのでやめるよう指示してほしい。全体的に見渡して不足のないように「目配り」されたい。
- 最近研修会に出られないので、新評価体系のケアプロセスのやり方など、まだ良く理解できずとまどっています。診療領域は面接はするが、部署訪問は管理がするところなど、報告書の作成はどうするべきかよく分かりません。ケアプロセスの評価についても領域間の調整の時間がとれず、どちらかにお任せの状態です。研修会にできれば理解できるようになるのかと期待していますが。

<訪問審査の書類確認について>

- 1日目の資料チェックの段階で病院の幹部の方が一部同席されると調査がスムーズに進むと思います。
- 機能を評価する場合、書類・記録により類推することが多い。3日目にそれらの資料が手元に取り揃えられるか否か。
- 第1日15:00~17:00の資料確認には、病院担当者をつけてほしい(担当者の説明が必要な場合がある)。

<訪問審査のケアプロセス評価について>

- ケアプロセス8病棟訪問は多すぎないでしょうか。領域間での訪問の重複がみられる。
- ケアプロセスに相当時間がかかり、最終日の時間の調整がとりにくい。
- 審査体制区分4は大変です。ケアプロセスで4病棟それぞれの評点必要でしょうか?4病棟トータルに判断して評価するかまたは、2病棟(代表的な病棟、外科系・内科系、1病棟ずつ)程度の評点ではダメなのでしょうか?4病棟全て評点する形ではコメントが書きにくいとのサーベイが表面的になりすぎるきらいがあります。
- 500床以上の病院、8病棟は訪問数が多いように思う。
- 2組が最終的に調整するので、結果が実態とかけ離れる、という印象をもちました。
- 診療・看護の負担が増大しています。従って、診療は「領域4」と「ケアプロセス」ということでコンセンサスを作成していただきたく思います。よろしくお願ひします。
- ④規模のプロセス評価は4病棟を2病棟にしても良いのではないかと思います。リーダーも同行して後見して下されれば客観的評価になると思います。
- ケアプロセスで病棟を訪問する回数が多く、特に最終日の日程に無理があるように思います。
- 診療管理担当領域が広く、時間がかかりきつい。事務管理部門とえらく差がある。診療管理は3人でも良いくらい

と思う。

- まだ1回のみでの担当ですので、ケアプロセスの審査体制に戸惑いを感じました（要領を得ないなど）。また、評価部会員として審査結果報告書案の点検作業について、2人のサーベイヤーの所見について、調整の仕方が難しいと思いました。
- 診療管理の方との連携と評価に、新評価で行っていないので不安である。
- 複合・精神科等を含む場合のケアプロセス8病棟は時間的に無理があるように思われる。6病棟にできないか。
- 受審側もとまどうようですが、サーベイも看護となかなか歩調が合わない点もあり、受審側も院長が全て仕切って、なかなか実態がつかめないことがありました。

<訪問審査の合議>

- 新評価体系ではケアプロセスの審査（調査）に多大な労力が加わることから、結果として合議の時間が制約されるくらいがあります。事実として報告書作成課程で評価が変更された事例もあり、合議時間の確保が課題です。
- 審査体制区分4のみ2件体験しましたが、合議時間が十分とれなかった。
- ケアプロセスの評価合わせが非常に大変である。合議時間が沢山いることと、合議している時間がないこと、その双方が問題です。
- 1回の担当ですが、1つだけ強く感じたのは、意外と合議時間がないことです。ホテルまでの時間がかかったこともありますが、*と△の全部を評価すると、合議時間の保障がリーダーには望まれるのではないのでしょうか。慣れない事もあるのですが、下調べに時間が今まで以上にかかると思う。旧体系の時も感じていたのですが、画像部門の評価項目が少ないと考えます。特に、被膜に関する安全について、強化すべきではないのでしょうか。
- 新評価体系の初心者参加には、オリエンテーションがほしい（診療と看護によるケアプロセス）。戸惑いながらの実施。これでいいのだろうか。
- ④規模の場合、評価結果の調整時間が不足する。翌日午前中を打合せに充てることを、検討していただきたい。場所によっては、現行では3日目に帰着できないこともあります。
- 区分4の3日目は、かなり過密スケジュールになりがちであり、疲労も強度になります。ケアプロセスの評点合議について検討する余地があるのではと思っています。

<訪問審査の講評について>

- サーベイ後に、受審側とのディスカッションの時間を設けたり、機構への報告書（案）提出にあたって受審側との議論できるような、機会などがあったほうが良いのではないかと。（私自身はサーベイヤーでもあるが、受審側として昨年3病院を受審し、報告書を受取りました。報告書の内容は実際との較差があるのを3病院とも感じた。実情の把握を短期間で行う訪問審査は難しい。議論により病院の納得を得る時間も必要と感じた。私自身の病院の報告書を見て不服を感じたように、私が訪問審査し報告書を受取った病院でも同様に感じていないだろうかと思った。）

<訪問審査の報告書について>

- 記入しやすく、報告書を作成しやすくなった。
- 小項目B、中項目3について一つ一つ所見を書かせるのは非常な負担である。旧バージョンの大項目所見で十分である。改正してほしい。
- 400床以上病院での3日目合議が、いつも中途半端になり十分議論できずに、報告書提出時に修正が入り易い（リーダーの確認作業は大変です）。大規模病院のサーベイ方法を再検討が必要。
- 先日初めてフロッピー化された評価記録用システムを拝見し、とても使いやすく見やすいので、嬉しく思いました。ただ現場での小生の観察力の不足を改めて認識し反省しました。

<V.4.0項目/評価方法について>

- 新評価体系は、時間が足りない。
- 特に1.3の病院管理者・幹部のリーダーシップについては、病院側に対してどのような質問をすればよいのか、どのような基準で評価すればよいのか、あまりにも漠然としすぎていると思います。
- 1.5.1情報管理機能の整備について（オーダリングシステムが導入されているかにつきると思うのですが）。
- 1.5.3診療録の開示について（病院の方針として開示しないケースは、どのように扱うのですか）。
- 服薬指導など外来診療機能の評価項目数がやや少なくなった様な印象があります。入院医療機能重視のあらわれでしょうか。

- 少ない経験ですが、一般に評価が甘いと感じました。患者さんは、もっと高いサービスを求めているはずで。
- これからも医療の内容、医療人の育成に適した評価体制・審査体制の確保に努力を続けて欲しい。医療従事者確保にとっての施設などの配慮も何処かで評価できないか。
- 評価の基準をもっと明確にした方が評価しやすいと思います。サーベイヤーにおいて差があると思う。
- 新評価体系の経験はないが、条件が細かくなっており、判定はより正確になると考えられる。
- 新評価体系を読んでいますと、従来よりスッキリしていてわかりやすい感があります。
- サーベイヤーの個人差が出ないよう、さらなる審査基準の検討をお願いします。
- もうそろそろハード面やシステム面のみでなく、真の医療の本質の評価をすべきではないか。
- *、△印の評価項目について再検討が必要と思われる。特に 4.10.4 中央滅菌材料部門については*印をはずして全ての病院を評価対象とするべきと思われる。
- 新評価体系ではリーダーシップについての質問・評価に不安がある。研修会でも具体的な事例、報告内容の研修はなく審査に不安がある。情報がほしい。
- 各領域に共通する項目については整合性を持たせる意味でも、別紙にして用紙十要式を備えていただくとありがたい。
- リーダーとしての心得、ポイント等を経験者の先生方からご意見をまとめていただきたい。
- 関連する項目の統一性がとれるよう、チェックする資料も用意してほしいものです。ベテランの方だけが持っておられるというのも変ですから。
- 実体験に不安があります（V4.0とV3.1の違いについて、まだ整理が不十分なための回数を重ねて、解消されると思います）。
- 複雑で分かりづらい。

<サーベイヤーのチーム編成/リーダーについて>

- 精神科病棟は当日訪問する対象になり困った（総合病院の 27 床の開放病棟）。専門医師や看護担当のサーベイヤーの参加がなく、事務長グラスの方が経験者ということで、法的根拠資料の確認や指定病棟の件で共通領域で質問したり、病棟訪問時診療録の点検した。今後は、精神科経験者のサーベイヤーの配置を考慮されたい。
- OJT は、大規模病院でした。小規模・中規模を経験し、何回位訪問審査が可能か判断したい。
- 訪問先はなるべく近くにして欲しい。顔見知りなど評価を乱す…と、訪問先を遠くにしておられるかも知れませんが、東京都内でも知ってるのは 5 名くらいが実情です。
- 精神病院の方は自身の体験がありませんので遠慮をしたい。
- リーダーは予め、サーベイヤーの担当領域を決めサーベイベイ前日までに、各位に連絡しておいたほうがスムーズに運びます。そこで、リーダーとしては分担割を決めるにあたり、各サーベイヤーの簡単なプロフィールが分かればありがたいです。例えば、リーダー経験の有無、サーベイベイ経験回数、専門領域、経歴など。

<研修会の開催について>

- 新評価体系を十分に学び現場に生かせるよう機会を多く（研修）、そして色々な角度から学べるよう企画していただければ幸いです。新体系にまだ不安を持っています。
- 地域において、新評価体系の勉強会を実施する。
- 1 回研修を受けたが、十分納得のいく内容でなかったため、機会があれば長期一般の研修を受けてみたい。私は今まで長期、ケアミックスの研修を受ける機会がなかった。
- 研修会に参加しての感想は、資料を予め会場で見られるので少しは余裕が持てるかなと思ったりしています。
- 誰が行っても同じような評価が出ることは、非常に難しいと思います。研修を定期的に行って、間違いや思い違いのないようにしたいと思う。
- 1 年間は研修させてください。

<その他>

- まだ研修のみで実際に行っていないので実感がありません。しかし規定の範囲でできる限りの努力をする事が必要でないかと思われる。
- 初回は研修を受けたにもかかわらず、大変とまどいました。慣れる以外にないので資料により学習をする。
- 機会があるごとに研究会（研修会）等に参加してみたい。
- 自己評価表の内容と調査内容が同じになり、目的視点を受審側で理解しやすく、受審者もサーベイヤーも同じ視点で

話ができるようになった。

- 病棟を公平に（広範囲に）観ることができ、より実態に近い評価となったと思う。
- 昨年初任者研修は新評価体系で受けましたが、実際の訪問審査は旧バージョンの経験しかありません。
- 精神病院における看護について、法的なかわりが沢山あるなか全く経験がなかったため、苦労しましたが皆様のご支援と共に沢山学ぶことができました。
- 新評価体系では、まだサーベイに行っていない。
- 初回 2 月なので勉強中です。
- 実際の経験（新評価体系での）がないのでよくわかりません。
- 機構のホームページに公表される一般向けのサーベイ結果記述を、CS の観点を意識して表現するよう、工夫が必要であると思う。
- 予備審査が今年の 2 月で廃止されるとのことで、私の不満もなくなるわけですが、これまで担当した中で 2 回ほど、自宅から訪問病院まで辿り着くのに乗り継ぎなど、交通機関の不便さのため朝 6 時に家を出て開始時間に何とか間に合ったものの、大変疲れた記憶があります。規定上は前泊の対象ではなかったのですが、実態からすれば泊まりにしてほしい。日帰りなら、できるだけ近隣のサーベイヤーを人選してほしい。
- 過去一年間サーベイに参加しておらず、新評価体系に対し理解が不十分に思え大変不安がある。
- 認定更新の場合、5 年間のプロセスをどのように判断するか課題です。
- 訪問に立って緊張の連続なので、ややハードで疲れる。

Ⅲ.訪問審査での体験について

⑤新評価体系（V.4.0）をご担当されたことはありますか？

n=292 (%)

	看護領域	事務領域	診療領域
ある n=109 (37.3)	32 (29.4)	42 (38.5)	35 (32.1)
ない n=183 (62.7)	62 (33.9)	65 (35.5)	56 (30.6)

⑥中項目の判断の仕方において印象的であった事例について、ご記入ください。（例、合議でまとまり難かった事例、領域内・領域間でもめた事例等） V.4.0ご担当者のみ

<第1領域>

- 1.2.1 大学病院が近くに複数ある場合の地域の特定を、どこまでと判断するのが難しかった。
- 1.3.1 院長、看護部長、事務部長 3名それぞれ評点が違ったとき。
- 1.3 リーダーシップの概念。
- 1.3 リーダーシップとは何かという認識が評価者の間でバラツキがあり、深く議論できなかった。
- 1.3 リーダーシップの判断、質問の仕方・判断の仕方がよくわからない。
- 1.3 将来的に全面開示になると、この項目の評価は（開放者の如何を問わず）能力評価に通じるので、問題を多く含むと思われる。会議の際も（影響を考えると）やや中途半端で納得する傾向がある。
- 1.3 リーダーシップを発揮しているかの判定では、大体bに流れることが多い。解釈・判定が難しいことが多い。
- 1.3 複合病院 2カ所経験したが、1カ所は事前打合せで管理者に質問しないで審査後、全員合議により評価した。どちらの方法でもよろしいか（質問なしでも管理者の応答などにより、判断し適正に評価したと思慮している）。
- 1.3.2 指導力を発揮しているかは、見解に相違がやすい。
- 1.4.1.3 迅速な伝達の内容（時間、日）
- 1.5.2.3 診療録管理部門では、5年生存率や臨床指標が把握されていないが、ケアプロセスではaの評価が多い。合議で揉めるという事ではありませんが。
- 1.5.3 : 2.2.3 と同じ事を聞いている。どちらか一方にして欲しい。
- 1.5.3 カルテ開示について、病院の方針が開示しない事で現在決定している場合の評価について。
- 1.5.3.1 開示の範囲について。
- 1.6.1, 4.6.1, 4.7.1, 4.7.3, 4.9.1, 4.14.1 : その病院には医師は多くいらっしゃる(規定の2倍以上)のに、これらの部門の医師が兼任ということで2の評点、1.6.1も2の評点になったと思います。
- 1.7 教育・研修に関する資源（特に予算）について→病院全体としては予算は確保されているが、その活用が1部の職務にかたよっている。予算はあるのだからa、運用上の問題を勘案するとbだ。
- 1.10.1.2 ボランティア受入なしはNA?

<第2領域>

- 2 パートナーの評価。
- 2.1.2 質問の仕方に工夫が必要であると思われた。
- 2.1.2 パートナーシップ/判断がしがたい（事例がない病院が多い）。
- 2.1.2 患者-医療者のパートナーシップについて、質問する側、受ける側、共に難しい。
- 2.2 説明と用意：患者、家族のサインがないのでダメ。
- 2.3~2.5 について、各々の項目が理解しにくく領域総括コメントに混乱が見られる場合があります。詳細な解説が頂ければと思います。
- 2.4.1 安全を確保するための重要な手順/判断が難しく思うし、質問もしがたい。
- 2.6 訴訟中の事例が現在進行形であるが、手順・周知はされているからaいやb。
- 2.7.2 小項目1つ1つにかなり重みがある(2.7.2.4など)。中項目にだしていく方が評点がしやすいのではないか。

<第3領域>

- 3.1.2.3 玄関にある～よいという意見を病棟などの（防災責任）にあるべき。
- 3.4.2 入院患者の面会時間がフリーであるほうがよいのか？一応の時間が設定されているが、個別的に配慮がなされたほうがよいのか？
- 3.6.4 解釈の違いで分煙のハード面の区画の明確性の違いで、議論あり。
- 3.6.4 禁煙・分煙について、サーベイヤーの見解統一を。
- 3.7.1 サーベイヤーの主観が入るので、どの程度までa評価かどうかという点で各人の意見が分かれた。
- 3.7.2.4.個々の感性による判断になりがち。

<第4領域>

- 区分①の日程では、時間的に診療担当が4（1）をみることに無理があり、事務担当がみることになるが、ここはこれまで診療領域であったため、事務担当サーベイヤーはこの領域の研修を受けていない。
- 4.2 医師の採用基準は、医局人事に依存している場合が多いがCとするのか。
- 4.2.1.3「診療計画の見直し」について。クリニカルパスを用いることを要求するべきか否か（評価文や総括文に書き込まれていた例あり）。否とすれば、パスはどの項目で言及する？
- 4.2.1.3 在院日数が短い症例が多く、確認困難。
- 4.2.2 医師の能力評価の資料がなく、全てCで2に評価されたが、厳しすぎると感じた。
- 4.外来1患者、1番号制、1診療録で保管のみ1ファイルで、中央管理、受診時、関連診療録のみ分散配布。この状態で一元化しているかいないかの議論。
- 4.3.1 患者、1IDであるが外来診療録が各科別、各科別保管であり診療内容が一元化されていない場合はCで良いのか。この場合オーダリングで処方、検査の重複がチェックできればbになるのか。
- 4.3.1 電子カルテを準備中であり先進的なシステムと考えられるが、現在の評価に加えてよいか。
- 4.3.1.2 チーム医療としてみるのか、診療のみみるのか。
- 4.6.1 大学医学部付属病院で病院勤務の病理医や放射線治療医は1名でも、大学医学部の教室からの広援体制がある場合の評価について。
- 4.7.3 大学医学部の教室からの広援体制がある場合の評価について。
- 4.8.2 劇薬が薬局の出入口に保管されている事に対し、鍵がかかることで適正であると判断された。鍵のかけ忘れということもあり、場所（保管）として適性ではないと私は判断したが、他のサーベイヤーとの意見が分かれ結果はaの4となったが、疑問が残った。
- 4.8.2.1 麻薬の管理では問題はありませんが、向精神薬の施錠について問題となる事がままあります。鍵がどこに保管されているか。
- 4.10.4.2 清潔管理について、滅菌物の保管場所の清掃状況把握の認識が診療になかった。
- 4.23.2 適切管理の判断基準が明確でない。
- 4.23.3.3 小児病棟における薬剤師の関与について。
- 4.ケアプロセスの最終部分「クリニカルインジケータ」のところ。
- 4.25.1 栄養指導件数が少ないが、看護は6診療はCを主張。病院機能・規模を勘案しCとした。
- 4.28/5.17 急性期病院における行動制限についての解釈が、領域内・領域間（試行で）・病院間それぞれ意見が伯仲合議が難行した。
- 4.28.1 行動制限の内容の多様性と解釈の仕方。
- 4. 覚醒剤精神病への治療計画の欠如。
- 4.長期入院者に対する、退院可能性の判断、退院計画の欠如。
- 4. 1回の経験で詳細には理解できていませんが療養環境と、患者サービスと診療の質の確保について考えた場合、訪問が異なりますから、③は良好でも④が悪い時病院として療養環境が良いといえるのか、考え込みます。

<第5領域>

- 5.1.3” 薬剤管理指導対象患者と違う患者”の解釈が一致しなかった。
- 5.2.1 精神的支援に対する考え方が、職制のみの活用（当然のこと）で（2）を判定するのは甘い。もう少し院外的な支援もみることが必要。
- 5.3 サーベイヤー間で評点に差があり、調整の段階で感情的になる方がいて（その方は担当領域は3.0だった）困った。前日に記録を見てないことが解り、2日目にやっと調整ができた。

- 拒食症例の長期入院への医療計画の欠如、看護計画の欠如。
- 8人部屋でガード間隔0.5/m以内で、カーテンがあるからプライバシーあり、とするのはいいのか。
- 5.10.1.4 テレビモニターで病室を監視しているのに、同意書などがなく個人のプライバシーを侵害しているという意識がない、病院側の判断があった。
- 5.10.2 最近病院で、標準看護計画を看護基準として活用されているところが多くなってきているが、これをどう判断するか迷いがある。
- 5.10.5 「一般外科病棟」と「緩和ケア棟」とでは、記録内容・計画など著しい差があり、まとめられない事例と見えます。記録などについては、各看護師長の裁量に委ねている部分が多く、病棟格差がありまとめた評価は困難と思う。
- 5.11.1
- 5.11.2
- 5.13 自己管理している患者も含めて、観察記録も確認すると私は解釈し、合議の場で意見を述べたがそこまで求めてないということで、評価の対象としないことで調整した。
- 5.15.1.3 自己チェック表や口頭では実施しているとのことであったが、件数データのチェックで実施しているレベルでは、と結論を出したケースがあった。
- 5.16.1 技師が1人いてリハビリが行われているとのことであったが、技師の勤務形態を調査すると非常勤で継いだり、午前中が不在であることがわかり、合議で決定した。
- 5.18.2 ケアプロセスとして、病棟で聞くのはどうかということで、議論になり意見が統一できなかった。

<第6領域>

- 6.1.2.2：4領域の各部門で必要な人材が確保されているかの設問が15項目ある。1項目でも抵触すれば6.1.2.2はbかcになるのか。
- 6.1.3 人事考課の定義（勤務態度・面接・目標管理などとの関連をどうみるか）。
- 6.1.3.1 考課基準が職員に明示されていない場合bかcか？
- 6.1.4.1：200床未満の病院でも 数50人以上で労働安全 委員会/産業 必要。
- 6.1.4.5 精神科医など専門化がどの程度必要か。
- 6.3.2.2：4領域の各部門で医療機能の保守点検が定期的に行われているかの設問が7項目ある。1項目でも抵触すれば6.3.2.2はbかcとなるのか。

<第7領域>

- 7.3.2 患者を使役に従事させているかどうか。

<合議について>

- ケアプロセスの2チーム間の連合性をとる時間がない。
- ①の場合は2泊目がないので、合議は殆ど不可能である。
- ケアプロセスの合議は全く行われぬ。
- 合議の時間設定が重要だと思います。
- 部署訪問で診療担当者との話し合いがうまくできない。時間が少なく、決められた部署をチェックするのみで訪問部署でも合同で行う事ができれば、もっとその場での合議できることがあり、時間の短縮になると考えてはいるが。
- 全体として項目が増加した分、合議自体が大変になったことと、時間が非常にかかる。
- Cが一つでもあれば2とする意見と訪問のウエイトで判断するという意見。a.a.bでも4とする意見と3とする意見。

<その他>

- a.b.c.d 評価でとりあえず、合議でまとめられたが報告書をだす段階で一人で悩んで評点を変更しリーダーを困らせたことがある。
- 手順、基準マニュアル等の作成見直しについて直近に作成されたばかりで、活用も不十分。「見直しが行われたか」に対し、という評価するかで意見が二分した。
- 新評価体系の担当はまだ一度しか経験しておりませんので、今のところ特記すべきことはありません。ただ、リーダーの役割は余程指導力を発揮しないと、その存在がかすんでしまうような印象をもちました。

⑦地域による管轄指導の格差、行政機構の管理の仕方で驚いたこと、困ったことなどありましたら、ご記入ください。(例、ゴミ、リネン庫等) V4.0ご担当者のみ

<第1領域>

- 1.4.1.3 自治…における行政からの関与が大きく、組織図が行政感覚のままになっている。特に、看護部門の扱いがひどい。
- 病院監視などの指導の地域格差を経験するが、特に驚いたりはしない。ありえて然るべきと思っている。
- 医療監視で指摘されていない不備点がある。明らかに施設基準を満たしていない場合もある。
- 地方によって厳しいところとそうでないところがある。医療監視をやっているわけではないから当然、適当に処理はしますが。
- 医療監視の頻度 2~3 年に一度といっているところがあった。
- 立ち入れ検査、実地指導、個別指導(保険)等で、都道府県で違いがあること。
- 国公立病院は民間病院より甘いこと。
- 1.6.1 消防の立入検査が数年もない県がある。
- 1.6.1 薬剤師の法定数で、医療審査との違いが問題となったことがあります。
- 1.6.1.1 I.C.U など施設基準。
- 1.6.1.2 必要な院内掲示の内容が県により随分差があると思われま。
- 1.6.1.2 消防査察が地方によって実施されてあたり無かったり行政格差を感じます。
- 1.6.2 地域保健所の立入検査の記録が保健所から出されていない(指摘事項がないため)と説明を受けたが、有得ないのではと思った。

<第3領域>

- 掲示物について保険外負担の明示について、指導されていない。
- 寝具に関して汚れたシーツの洗濯代が必要と、入院案内にその額が明示されていた。
- 3.1 長崎市の医師会では広報規制が設けられていた。
- 3.1.6.3 鹿児島県の桜島のサーベイにて、消防の立入検査が行われていなかった。地元の消防に問い合わせると、離島なんかではそういうこともあるのではとの事であった。
- 3.5.1 外来患者のプライバシーの確保において、患者呼び出しに関して氏名を呼ぶマイクを使用する、その評価がサーベイヤーにより異なる。
- 3.6.3.3 清潔リネン倉庫に施錠を義務付けている自治体がある。
- 3.8.1.2 都の指導→年 2 回以上実施すること(1 回は夜間想定)。解説集→年 1 回以上実施していること。

<第4領域>

- 眼科病院で薬剤師がいなくても黙認されていたのと、長期その件についての指導はなかったという信じ難い行政指導。
- ケアプロセスで救急カートに鍵をかけておくよう指導があったこと。
- 4.1.3 入院基本料の算定基準が各病棟単位という理解がなく、県の指導のことも確認するが、格別ありませんと言う施設がありました。
- 4.2.1 定数不足がある。
- 4.2.1~4.2.3 国立大学医学部附属病院では医師の採用や人事考課は大学医学部がその殆どを握っています。その場合の評価は如何にしたら良いのか考えさせられました。
- 4.13.1.3 都の指導→毎月開催すること。地域により→年 3~4 回開催すること。
- 4.14.1 理学療法 I、II の施設基準のうち、医師に関する基準に地域によって差があること。
- 症例検討会や、その記録をとるなんて大学病院のやることで、一般の病院も必要とは思わなかった等と、責任ある立場の医師から云われ、明日からやりますとの事でどう評価したものか迷いました。
- 行動抑制について「つなぎ服」や「ベッド柵」の使用について、サーベイヤーにより評価が異なる。

<第5領域>

- 5.3.1.1 国立、県立は国 or 県のものがあるからそれでよし、でよいですか。
- 5.5.2 紙オムツを一般廃棄物として処理しているが、特別これまで問題はないとのことで疑問に思う。
- 5.10.5.4 「看護記録と診療録との一元化を図るための配慮」：行政の指導で別々になっていると言われた。

- 5.14.周手術期の看護の適切性について、内科病棟でIVH、気切、腹膜かん流などの局麻による処置が実施されているので、看護は評価したがDrはNAとしたので合議の1日目は調整困難、2日目に評価することにした。
- 5.16.リハビリテーションの適切な実施について、リハビリテーション専門医がサーベイヤーのためか、医師間で評価に差があり合議で調整が難しく、2日目の合議で評価した。看護は各科の実態をふまえて評価できた。

<第6領域>

- 6.1.1 就業規則変更届を提出した際、労基署の受付印がない県があった。
- 6.1 アウトソーシングがどんどん進み、人員配置の適切性がみえにくくなっています。
- 6.3 調理室内の清潔、天井の配管露出のまま、埃がたまりやすい状況に対し、指摘されたことはない。
- 6.3.5 医療廃棄物を指定の金属缶へのうつかしをしている病院があり、プラスチックの指定容器で消去することが統一されていると認識していたので、行政によって指導が違うのかと思った。
- 6.3.5 評価には直接関係ないが、新設された焼却炉が未使用になっている施設がほとんどだが、使用が認められている行政もあった様。
- 6.3.5 廃棄物の処理について、医療監視で指摘されていないが保管状況が不適であることがあった。
- 6.3.5 廃棄物の処理について、自治体によって指導が異なる。
- 6.3.5 オムツの取り扱いについて、排便後のオムツは感染性廃棄物となるのか、ならないのか、サーベイヤーによって評価が異なる。
- 6.3.5.2 感染症廃棄物の集積物の管理に関し、行政によって差がある（管理区域の表示を求められていないなど）。リネン庫としての特に清潔区画であることを、求められない地域があった。
- 医療廃棄物保管庫にハザードマークを貼ることを義務付けている県による格差。
- 全国的には医療廃棄物以外のゴミについては格差があり、判断に困ったことがある。
- 感染症廃棄物の取扱いは自治体により格差がある（例：梱包容器、業者の認識度）。
- リネン庫に酸素ボンベが混在不都合と指導されたことはない。
- 現在の項目にはありませんが、焼却炉の煤煙規制が非常に緩い都市があった。

⑧ “ケアプロセス評価”について、ご意見がありましたらご記入ください。V4.0ご担当者のみ

<病棟数/スケジュールについて>

- 8病棟全てについて、それぞれ評点を書く必要性に関して疑問をもつ。
- ケアプロセス評価の目的と意義は十分理解できますが、十分なサーベイを行うのには時間的に無理があります。訪問する病棟を6病棟くらいにしては如何でしょうか。
- 時間が…2病棟は無理。
- 診療・看護はすり合わせも大変そうなので、病棟数は減らした方が良いのでは。私は事務管理なので横から見てるだけです。
- ケアプロセスの担当病棟は、病床数500以上でも1チーム3病棟までとし、うち1病棟は訪問審査当日、サーベイヤーに任意に選ばせては如何ですか。1チーム4病棟は負担が大。
- 400床以上の評価（8病棟4人体制）体制は不十分。病棟数を少なくするか、サーベイヤーを増やさないと正確な評価は困難です（時間切れが多い）。
- 8病棟訪問は必要でしょうか。I.C.U, H.C.U 的病棟の評価項目で判断困難。
- 何回経験しても慣れないことと、時間がなく終了後もお互いにTELし、調整事項が多い（8病棟の集計、評価について）。効率的に運営できないかと考えます。
- 病棟数が多くて、時間が足りませんでした。看護と医療と一緒に質問していると時間切れで、別個に評価するようになってしまい不十分でした。もう少しゆとりがほしい。

<負担について>

- 診療・看護の領域担当の大変さが理解できます。
- サーベイヤーの間で負担のイメージが先行して敬遠されている感がある。
- 非常に時間がかかり、他部門と調整がつかず大変です。

<進め方/分担について>

- 予め訪問病棟の診療録を書類チェック時確認をしておき、診療担当の医師と一緒に訪問審査をしないと看護記録を十分に確認する時間がなくなる。
- 診療と看護とが同行する必要がある部分と、そうでない部分がある。常に同行でなくとも良いと思います。
- 5~6回の経験しかないので、どのように実施すれば実効が上がるのかよく分からない。今のところ無用の長物という感が。
- 今後の課題で自分も研鑽中です。
- 1日目に訪問した病棟からの情報が、2日目に訪問する病棟に伝わり、対応や受け答えが変わってくる。
- 具体的に、①見るべき項目②聞くべき質問事項、その順序など③チェック表など、作成してもらいたい。いざとなると思っていても、できないこと、忘れてしまうこともあるので、自分で作ってもよいがそれだけの時間がありません。
- 診療と看護は別々にチェックしようと言う方が居りますが、私は同席して意思交換・確認をしてプロセスを進行させることが望ましいと思っています。
- 合同インタビューの進め方のサンプルを頂いて数種類試みてみましたが、どうするのがベストが未だ決まりません。2月7日の研修会で勉強させていただきます。
- ④でも書きましたが、ケアプロセス評価が一番疲れるところです。カルテだけは前日の書類審査（時間を延長して）で見ておき、翌日又は翌々日に、ケアプロセスについては診療と看護のグループに分かれて面接の形で評価し、現場でしかチェックできない箇所のみを部署訪問でチェックするなどはどうでしょうか。
- かなりシビアな「やりとり」になる様子で、リーダーはケアプロセス評価に参加した方が良いかなと感じたが、プロセスチームが2チームの場合は判断が難しいとも感じた。
- 指定された時間内でのケアプロセスのサーベイが難しい。事前に診療録等、見られると助かる。
- 医師と同席で対応すると、とても参考になります。しかし、看護の領域のチェックに時間が不足して、まごつくことがあります。
- 時間が欲しい（足りない）。
- 非常によい手法だと思います。しかし日程的に新バージョンで求められている項目をすべてカバーすることは無理がある。この結果チェックを素通りしてしまう項目が出てしまう。
- 時間に追われ、個人の見解での評価となっているきらいがある。また同じ項目でもDrとNの視点が異なっており、このままでいいのかなと思われる場合があった（ケアプロセスの意味ある評価としたいもの）。
- 医師と看護師がペアで質問をするとかなり時間がかかる。
- 看護管理担当サーベイヤーとの協調が大切ですが時間の配分に気を使います。
- 診療・看護とで同時に進められる項目と、単独でも良い評価項目を区分して、並べ替えると時間のロスが減らせると思う。
- ペアチーム毎に、部署訪問時の審査が異なっています。診療と看護が最初から別々に質問する、同席の上質問するなどです。最適の方法を模索中です。多分、別々に質問し相手側に診療・看護の2人と計4人で対応してもらうには、受審病院の負担が大きすぎるでしょうか。
- 全部一緒に評価するのは時間が足りない。ペアで実施するのは最小にして他は単独がよい。また、自分なりの仕方を持っている人とペアを組むと、どこをやっているのかわからないし、いつ自分が発言するのかわからなくて困る。
- ケアプロセス評価にも少しなれてきました。
- 時間がかかりますが内容が見えますので、評価しやすいところもあります。

<合議について>

- 評価の取りまとめにあたっては、担当した診療担当と看護担当の判断がほとんどで他の者は、特に事務管理担当は黙々と長時間調査票に聞いた、評価点を記入しているだけで、労力と時間ももたない状況（時間もないので急いでいるから余計に）。
- 不十分なところがあったら、病棟個別の問題なのか、もっと構造的な（病院自体の）問題なのか確認し、協議することが重要です。
- 多くの病棟があり、格差があった場合どれを基準にコメントを書いたらいいですか。
- 診療同志、看護同志で評点のすり合わせが必要です。
- プロセスチームで診療と看護でのすり合わせも必要です。
- 診療と看護で話し合いながらの訪問が理想と聞いていましたが、そうするには時間が足りなくて各々が分担のチェックに追われてしまいました。事前・事後の打ち合わせしかできませんでしたが、これでも何とかできたと思われまし