

## 訪問1日目に確認する書類一覧

以下に示す書類は、訪問1日目に、サーベイヤーが書類確認を行う際に必要と思われる資料・記録類です。各領域ごとに区分し、打合せ会場となる会議室等に事前にご準備ください。その他準備可能な関連資料がありましたら、ご準備ください。同名の資料がなくても、同様の内容の資料がありましたら、ご準備ください。また、当日は、資料の有無の確認など簡単な質問にお答えいただくご担当者の配置をお願いいたします。

なお、訪問2日目以降の部署訪問の際には、各部署でこれら以外の書類等についても確認いたしますので、ご了承ください。

### 【第1領域】 病院組織の運営と地域における役割

#### 1.1 病院の理念と基本方針

- 病院の理念・基本方針が記述されたもの

#### 1.2 病院の役割と将来計画

- 病院の中・長期計画が記述されたもの
- 地域の医療ニーズ等に関して分析・記述されたもの

#### 1.4 病院組織の運営

- 理事会議事録
- 組織図
- 委員会組織図
- 職務規定、職務権限規定、
- 会議規定（構成メンバー、開催期日等を含む）、議事録
- 委員会規定（構成メンバー、開催期日等を含む）、議事録
- 事業計画（過去3年分）

#### 1.5 情報管理機能の整備と活用

- 医療活動や診療実績に関する統計資料

#### 1.7 職員の教育・研修（全病院職員対象）

- 教育・研修プログラム、教育・研修実績記録

#### 1.8 医療サービスの改善活動

- 医療サービス改善に関する記録（委員会議事録、改善事例が記述されているもの等）

#### 1.9 地域の保健・医療・福祉施設等との連携と協力

- 連携先医療・福祉機関等一覧表

#### 1.10 地域に開かれた病院

- 広報誌

#### その他第1領域全般

- 病院案内

### 【第2領域】 患者の権利と安全の確保

#### 2.1 患者の権利の尊重と患者 - 医療者のパートナーシップ

- 患者の権利に関する患者・家族向けの文書（配布物・掲示含む）
- 患者の権利と職業倫理に関する文書（職員向け）

#### 2.2 説明と同意

- 患者に説明し同意を得る手順を示す文書
- 説明と同意の際に用いるフォーマット・資料（実際の説明と同意に関する記録は現場）

で確認)

診療記録等開示の手順を示す文書

2.3 患者の安全確保のための体制

患者安全確保の取組みを表す組織図・責任者、委員会等の実施状況を示す文書

医療事故防止に関する病院の方針や対策、委員会等の実施状況を示す文書

2.4 患者の安全を確保するための手順

誤認防止・情報伝達エラー防止・プロセスの監査などに関する、手順書、マニュアル、チェックリストなど

2.5 患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善

アクシデント・インシデント報告書用紙、分析結果（実際に提出された報告書は現場で確認）

報告書の流れを示す文書

対策の実例

2.6 医療事故への対応

事故発生時の報告の流れ

事故後の対応を示す文書

2.7 院内感染管理

委員会の構成と活動を示す文書（議事録など）

院内感染防止対策（スタンダード・プリコーション、感染経路別、抗菌薬使用ガイドライン、職業感染対策など）のマニュアル

検体・病棟別の分離菌に関するデータ、重要な感染の指標に関するデータ

院内感染報告書

その他第2領域全般

医療事故防止マニュアル

【第3領域】療養環境と患者サービス

3.1 接遇と案内

外来待ち時間の調査記録、対応策実施状況と結果の分析

接遇に関する委員会記録、または接遇教育・研修についての記録

3.3 患者・家族の意見の尊重

ご意見箱や苦情処理の院内手順

患者からの苦情や希望を処理した記録

サービス改善に関する記録（アンケート調査結果などについて記述したもの）

3.7 快適な療養環境

食事メニュー例（選択メニュー）

3.8 災害時の対応

防災マニュアル（消防計画）、防災訓練実施記録

大規模災害時の対応マニュアル（地域防災計画との整合などを含む）

災害対策委員会の記録など

その他第3領域全般

入院案内

## 【第4領域】診療の質の確保

## 4.1 診療組織が整備されている

- 診療管理会議など、診療組織運営の会議資料（構成メンバー、職責、開始期日等を含む）
- 倫理委員会（構成メンバーを含む）の議事録、
- 治験実施規定、治験審査委員会（構成メンバーを含む）の議事録
- 臨床研究に関する規程
- その他各種委員会記録と関連するマニュアルや指針等

- 例：
- ・輸血療法委員会
  - ・（MRSA等の）院内感染対策委員会
  - ・褥創対策委員会
  - ・薬剤に関する委員会
  - ・栄養に関する委員会
  - ・診療録に関する委員会
  - ・手術部および集中治療室の運営に関する委員会
  - ・図書に関する委員会
  - ・医療の質の確保に関する委員会

## 4.3 診療録管理部門

- 診療録管理マニュアル（保管方法、貸出・返却、綴り順リスト、情報提供・記録開示に関するものなど）
- 診療録作成の全体の流れ、診療記録・診療情報の流れがわかるもの（診療録作成から入庫（外来での1日の流れ）～入院～退院～最終廃棄に至るまで）
- 直近の退院患者カルテ（数冊、貴院の標準的カルテ様式を確認するため、中央保管庫での確認を行う場合がある）

## 4.21 入院診療の計画的対応

- 主なクリニカル・パス（導入している場合）

## 4.22 検査の実施と診断の確定

- 侵襲を伴う検査の適応基準
- 緊急検査・時間外検査を行う際の手順書
- 検査の同意書見本

## 4.23 薬剤投与の管理

- 院内医薬品集またはこれに準ずるもの
- 副作用報告書（院外情報、院内発生情報など）
- 抗菌薬・血液製剤等の使用指針・手順
- 服薬管理指導の適応基準と服薬管理指導を行う際の手順書

## 4.24 手術・麻酔・処置の適切性

- 主な手術の適応基準
- 手術室の入退室基準と入退出の際の手順書
- 術後患者の移送時の基準と患者を移送する際の手順書
- リカバリー室・ハイケア室・ICUの利用に関する基準と利用する際の手順書

## 4.25 栄養管理

- 食事の指示・変更に関する基準と指示・変更の際の手順書
- 栄養指導の実施基準と栄養指導を行う際の手順書

## 4.26 効果的なりハビリテーションの実施

- リハビリカンファレンスの開催記録

- 4.27 QOLへの配慮と緩和医療
  - 疼痛緩和マニュアル
- 4.28 行動制限（抑制・拘束）への配慮
  - 行動制限（抑制・拘束）を行う基準と手順
- 4.29 緊急時の対応
  - 緊急時の対応に関する方針と緊急時の対応の手順書、緊急放送コードの運用状況を示す書類
- 4.30 医療の継続性の確保
  - 紹介・逆紹介の手順を示したもの
  - 退院時指導（服薬指導・栄養指導・リハビリテーション指導など）の実施に関する手順書
- 4.31 診療の質の保証
  - 症例検討会（CC）および臨床・病理検討会（CPC）の開催記録
  - 疾患統計や治療成績等を集計した資料
- その他第4領域全般
  - 各診療科の代表的な疾患に対する診療マニュアルやガイドライン等
  - 関連するマニュアルや指針等

【第5領域】看護の適切な提供

- 5.1 看護部門の組織の確立
  - 看護部の理念・目標が確認できるもの
  - 各看護単位の目標と活動計画
  - 看護部門の組織図
  - 看護部門の職制・職務規定
  - 看護部門の会議録
  - 各種委員会記録一覧表および記録
- 5.2 看護部門の組織の運営
  - 他部門との業務分担の記録
- 5.3 看護部門の職員の能力開発
  - 看護職員の能力評価のための評価基準および手順と活用
  - 看護職員の能力開発計画（基本的な方針）
  - 能力開発プログラムの評価（教育プログラム）
  - 能力開発プログラムの評価に関するもの
  - 研修会・学会への参加状況
  - 看護専門領域の人材育成と活用の状況
- 5.10 看護の実践と責任体制
  - 看護基準・手順が確認できるもの
  - 看護記録の方法、評価のための基準・指針
- 5.12 検査の実施への看護の関わり
  - 検査のための手順
- 5.13 与薬実施への看護の関わり
  - 薬剤投与のための手順（経口・外用・注射・血液製剤など）

- 5.14 周手術期の看護の適切性
  - 周手術期の基準・手順
- 5.15 栄養管理と食事指導
  - 食事介助の手順
- 5.17 行動制限（抑制・拘束）への配慮
  - 行動制限（抑制・拘束）の方針および基準・手順
- 5.19 逝去時の対応
  - 逝去時の手順（見送り・遺族への対応も含む）
- 5.20 看護ケアの評価と質向上の努力
  - よりよい看護ケアの実施に向けてのデータ収集や分析の記録
  - 看護研究集録・年報など
  - 患者満足度調査

**その他第5領域（ケアプロセス）全般**

- 看護方式、役割と業務規程、業務分担表
- 看護記録
- 指示受け、治療・検査・処置記録、看護過程の記録、基本的な身体ケアの記録、患者・家族の要望や意見の記録、周手術期の記録、術前訪問の記録、看護サマリー、診療録との一元化
- 看護計画
- 看護計画の作成、患者への説明、看護計画の見直し・修正(方法・担当者)
- 検討会・カンファレンス等に関する記録
  - ケアカンファレンス・多職種とのカンファレンス・リハカンファレンス等の記録、看護基準やクリニカルパスのバリエーションの評価、病棟会の記録

**【第6領域】病院運営管理の合理性**

- 6.1 人事管理
  - 就業規則、給与規定、人事考課規定、
  - 労働協約、安全衛生委員会の開催記録（職員の職種別健康診断実施状況などを含む）
- 6.2 財務・経営管理
  - 予算書
  - 決算報告書、貸借対照表
  - 病床運営委員会の開催記録
  - 減点・返戻通知（最近3ヶ月）、分析と対応状況の記録など
  - 医事統計資料（幹部会に定期的に提出するものと、その他）
- 6.3 施設・設備管理
  - 施設・設備の運転整備記録
  - 医療ガス安全対策委員会の記録
    - （構成メンバー、職責、監督責任者、実施責任者などを含む）
  - 医療機器の定期点検マニュアル
    - （①放射線機器、②検査機器、③手術・麻酔機器、④外来・病棟・救急部で使用する日常的医療機器などに区分する）
  - 廃棄物に関する書類
- 6.5 業務委託
  - 業務委託契約書
  - 賠償責任保険加入確認の文書
  - 職員教育の実施状況記録（委託企業および病院での実施状況）

6.6 訴訟等への適切な対応

- 病院賠償責任保険証書

【固有項目】

7 精神科に特有な病院機能

- 預かり金管理帳票

8 療養病床に特有な病院機能

- 介護保険重要事項説明の実施状況が確認できる資料
- 介護保険契約書の作成状況が確認できる資料

## ケアプロセス評価における訪問病棟の選択時のお願い

ケアプロセス評価の訪問病棟は原則として病院側に選択していただきます。病院の規模・病床種別によって病棟の優先順位は下記のように設定してください。

### I. 一般病床、一般病床との複合

#### <病棟選択順位>

- A. 一般病床のみ : 複数の場合は一般内科系・外科系を選択する  
 B. 複合病床 : ①一般病床、②精神もしくは医療保険適応療養病床とする  
 基本的には介護保険適応病床、回復期リハ病床は部署訪問とするが、病棟数が多い体制であればケアプロセス評価に加える。

#### 病床種別組合わせ

区分	病棟数	組み合わせ
区分1 (20~99床)	1 or 2	一般病棟のみ、一般+療養、一般+精神
区分2 (100~199床)	2	一般病棟のみ、一般+療養、一般+精神
区分3 (200~499床)	4	一般病棟のみ、一般(内科系・外科系)+精神、 一般(内科系・外科系)+医療療養+介護療養、一般+医療療養+介護療養+回復期リハ、 一般+回復期リハ+療養+精神
区分4 (500床以上)	6	一般病棟のみ、一般(内科系・外科系)+精神、 一般(内科系・外科系)+医療療養+介護療養、 一般(内科系・外科系)+医療療養+介護療養+回復期リハ、 一般(内科系・外科系)+回復期リハ+療養+精神、

### II. 療養病床のみ

#### <病棟選択順位>

医療保険適応療養病床を優先する。

#### 病床種別組合わせ

区分	病棟数	組み合わせ
区分1 (20~199床)	1 or 2	医療療養のみ、介護療養のみ、医療療養+介護療養
区分2 (200~399床)	2	医療療養のみ、介護療養のみ、医療療養+介護療養
区分3 (400床以上)	4	回復期リハ+医療療養+介護療養

### Ⅲ. 精神病床のみ

#### <病棟選択順位>

複数訪問では両病棟を、単数訪問では当院の主とする病棟とする。

#### 病床種別組合わせ

区分	病棟数	組み合わせ
区分1 (20～199床)	1 or 2	閉鎖・開放のみ、閉鎖+開放
区分2 (200～399床)	2	閉鎖・開放のみ、閉鎖+開放
区分3 (400床以上)	4	閉鎖・開放のみ、閉鎖+開放

### Ⅳ. その他

- ①救命救急病棟（病床）、感染症・結核病床など特殊病床は部署訪問とする。
- ②その他、これらに該当しない病床については機構と調整する。



<領域分担>

第2、3、4領域については下記の表のように分担する。

第2～4領域業務分担表

2	患者の権利と安全の確保(総括)	診療
2.1	患者の権利の尊重と患者－医療者のパートナーシップ	診療
2.2	説明と同意	
2.3	患者の安全確保のための体制	看護
2.4	患者の安全を確保するための手順の確立	
2.5	患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善	
2.6	医療事故への対応	
2.7	院内感染管理	診療

3	療養環境と患者サービス(総括)	看護
3.1	接遇と案内	事務
3.2	医療相談	
3.3	患者・家族の意見の尊重	看護
3.4	利便性とバリアフリー	
3.5	プライバシー確保への配慮	
3.6	療養環境の整備	事務
3.7	快適な療養環境	看護
3.8	災害時の対応	事務

4	診療の質の確保(総括)	診療
4.1	診療組織と運営体制	診療
4.2	医師の人事管理と教育・研修	
4.3	診療録管理部門	事務
4.4	図書室機能	
4.5	臨床検査部門	診療
4.6	病理診断部門	
4.7	放射線部門	
4.8	薬剤部門	
4.9	輸血血液部門	
4.10	手術・麻酔部門	
4.11	集中治療室	
4.12	救急部門	事務
4.13	栄養部門	
4.14	リハビリテーション部門	診療
4.15	訪問サービス部門	事務

第1領域：事務管理      第5領域：看護      第6領域：事務管理とする。

1 病院組織の運営と地域における役割  
1.1 病院の理念と基本方針

1 病院組織の運営と地域における役割	5・4・3・2・1・NA
--------------------	--------------

1.1 病院の理念と基本方針	a・b・c・NA
----------------	----------

1.1.1 理念および基本方針が確立されている

- 1.1.1.1 理念および基本方針が明文化されている
- a. ①理念および基本方針が明文化されている
  - b.
  - c. 理念も基本方針もない  
SVR ☞ 1.3.1.1との整合

1.1.1.2 基本方針は地域の医療ニーズを反映している

- a. ①地域の医療ニーズを反映した文言が含まれている
- b.
- c. 地域の医療ニーズを反映した文言が含まれていない  
SVR ☞ 1.2.1.1との整合

精神 ☞ 自院の属する階層や地域や、都道府県及び市町村の「障害者計画」に  
対応した精神障害者ニーズを行っている

療養 ☞ 地域において質の高い高齢者の医療ケアを展開することなどが、基本方針  
針に含まれていることが望ましい

1.1.1.3 理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることが  
らが文言に表れている

- a. ①患者の権利、患者の尊厳、患者中心の医療を重視する文言が含まれている
- b.
- c. 上記と解釈できる文言がない

精神 ☞ 精神障害者の偏見を取り除くような姿勢や、権利を擁護する考え方が、理念  
や基本方針から、文言によって確認できる

療養 ☞ 高齢者や障害者患者、あるいは難病等の患者の人格尊重や権利擁護につい  
ての配慮も必要である

△ 1.1.1.4 基本方針は定期的に見直し・検討がなされている

- a. ①年1回は見直し・検討がなされ、記載されている
- b.
- c. 5年以上見直しされていない  
精神 ☞ 精神保健福祉法にそって、方針が見直されている

1.1.2 理念および基本方針が病院内へ周知・徹底されている

1.1.2.1 理念および基本方針を組織内に浸透させる努力と工夫がなされている

- a. ①院内各処に掲示されている、  
②院内ニュース、広報誌、職員ホームカードの裏、院内LANの壁、定期的な会議での唱  
和などのうち、いずれかの方法がとられている
- b.
- c. 理念、基本方針について周知の努力が全く無い

1.1.2.2 理念および基本方針を院外に浸透させる努力と工夫がなされている

- a. ①病院パンフレット、入院案内、広報誌、ホームページ等に記載されている
- b.
- c. 病院パンフレット、ホームページ、広報誌、広報誌に掲載が無い、  
あるいは、広報誌の手袋を持たない  
精神 ☞ 精神障害者社会復帰施設や、家族会等、社会復帰推進施設へも浸透させ  
る努力をしている

1 病院組織の運営と地域における役割  
1.2 病院の役割と将来計画

1 病院組織の運営と地域における役割	5・4・3・2・1・NA
--------------------	--------------

1.2 病院の役割と将来計画	a・b・c・NA
----------------	----------

1.2.1 地域における病院の役割・機能が明確になっている

- 1.2.1.1 地域におけるニーズがニーズに基づいて把握されている
- a. ①地域運営に関するアンケートを収集する担当者または部署が定められている、  
②アンケートが少なくとも1年1回実施されている
  - b. アンケート分析は行われているが、分析されていない
  - c. 担当部署が定まらずに、アンケート収集は行われていない

1.2.1.2 地域における自院の役割・機能が設定されている

- a. ①役割・機能が明文化されている
- b.
- c. 明文化されていない

1.2.2 将来計画が策定されている

1.2.2.1 中・長期計画が策定されている

- a. ①5年以上の将来計画した中長期計画書（経営目標、経営戦略、活動計画、看護計画、部  
門方針などに含まれるもの）がある。経営目標では、医療の質を向上させるための知識・技  
術の習得を目標とする目標、人的資源の開発に関する目標、医療施設・設備の充実に関  
する目標などが盛り込まれている
- b.
- c. 3年以上の事業を展望する中・長期計画はない

1.2.2.2 中・長期計画の策定が組織的に行われている

- a. ①中長期計画を策定するプロセスが定められている、  
②事務局の責任者は常勤・専任などを通じて、中長期計画の策定にも参加している
- b. フェーズが決められていない  
SVR ☞ 1.2.1.1との整合

△ 1.2.2.3 中・長期計画を院内に周知する努力がされている

- a. ①中長期計画を職員に周知するための伝達方法がある
- b.
- c. 周知するための伝達方法がない

1 病院組織の運営と地域における役割

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.1 病院管理者・幹部は病院運営の基本方針や再発計画の策定に指導力を発揮している

5.4.3.2.1.NA

1.3.1.1 医の倫理を踏まえた理念・基本方針の策定と見直しに指導力を発揮している

- a. ①病院の理念・基本方針が明確になっている。
- ②策定または見直しは主体的に関わっている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 1.1.1との整合

精神 ① 患者を救済するための工夫、患者の権利擁護などを含む

医療 ① 高齢者や障害者への医療やケアにおいて、高齢者の基本的な考え方を踏襲し、若い世代の理念・基本方針の策定や見直しの際などのように反映しているのかを問う

a・b・c・NA

\* 1.3.1.2 目標の志をその達成に向けた計画の策定に指導力を発揮している

- a. ①中長期計画が立てられている。
- ②業務計画の立案は主体的に関わっている。
- ③計画の達成は主体的に目指されている。
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ① 1.2.2.1.4.2との整合

1.3.1.3 毎年の事業計画の策定と予算編成に指導力を発揮している

- a. ①事業計画と予算書が作成されている。
- ②事業計画と予算書の作成は主体的に関わっている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 1.4.2.6.2.2との整合

中長期計画を踏まえた事業計画と重点的な予算配分であること

a・b・c・NA

1 病院組織の運営と地域における役割

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

1.3.2 病院管理者・幹部は病院運営上の諸問題の解決に指導力を発揮している

5.4.3.2.1.NA

1.3.2.1 現状を的確に把握しその問題点をよく認識している

- a. ①院内の会議や巡視などにより病院運営管理上の問題点を把握している。
- ②これらの問題点を踏まえて対応する課題を明確にしている。
- ③院内の医療関係団体などを通じて患者の状況や医療全体の問題を把握することに取り組んでいる。
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ① 主要な課題を把握している

精神 ① 院内の会議や巡視などにより病院運営管理上の問題点を把握している。

医療 ① 患者を救済するための工夫、患者の権利擁護などを含む

② 主要な課題の解決に向けた方策の検討に主体的に関わっている

a. ①それ以外の課題に対して対応するための検討を機会が設定されている。

b. ②院内の会議や巡視などにより病院運営管理上の問題点を把握している。

c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ① そのための委員会等の設置と運用状況などを把握で確認する。

1.3.2.2 解決策について決断し実行することに指導力を発揮している

- a. ①解決策について決断し、実行されている。
- ②解決策の実行に主体的に関わっている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

1.3.3 病院管理者・幹部は医療の質の向上や業務の効率化に向けた取り組みに指導力を発揮している

5.4.3.2.2.1.NA

1.3.3.1 医療の質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している

- a. ①医療の質を向上させることの方針がある。
- ②そのための具体的な課題や目標を明確にしている。
- ③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主体的に関わっている。
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ① 委員会や医師の協働と運用状況などを把握で確認する。

医療 ① 高齢者や障害者などへの医療やケアの質を、具体的にどうやって高めようとしているのかを評価する

業務 ① 業務の効率化と経営改善に向けた取り組みに指導力を発揮している

a. ①業務の効率化や医療改革の方針を明確にしている。

②具体的な課題や目標を明確にしている。

③それらの課題の取り組みや目標の達成に向けて主体的に関わっている

b.

c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ① 委員会などの取り組みや目標の設定とその運用状況などを把握で確認する。

a・b・c・NA

\* 1.3.3.3 取り組みの進捗について把握し院内の一体的な推進を図っている

- a. ①取り組みの進捗を定期的に把握し、院内の一体的な推進を図っている。
- ②それらの進捗を踏まえて新たな取り組みや目標を設定している。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

1.4 病院組織の運営

1.4.1 病院は組織規定に基づいて運営されている

- 1.4.1.1 組織運営の基本を定めた規程がある
  - a. ①規定規程を編纂できる
  - b. 改定規程がない
  - c. 規程がない

a・b・c・NA

1.4.1.2 運営方針と経営的意思を決める会議体があり定期的に開催されている

- a. ①組織方針と経営的意思を決める会議が定期的に開催されている
- b. 会議が開催されたことは確認できるが、議事録がない
- c. 運営方針と経営的意思を決める会議体がこの1年間開かれしていない。あるいは、開催の概要を如何なる文書でも確認できない

a・b・c・NA

1.4.1.3 病院の組織的な構造と機能および指揮系統が明確に示された組織図がある

- a. ①最近の組織の基盤に基づいた組織図がある
- b. ②組織図には改定した年月が明記してある
- c. 組織図がない  
SVR ☞ 1.4.1.2, 5.1.3.2との整合

a・b・c・NA

1.4.1.4 職務が実・職務規程・会議規程などが有り組織運営の責任と権限が明確に示されている

- a. ①担当の任免の規程を編纂、または定がある
- b. ②各担当の責任と権限の範囲が明確である
- c. 承認はあつが、責任・権限が明確ではない
- d. 職務規程または職務規程、会議規程のいずれもない  
SVR ☞ 1.4.1.3, 4.1.1.2, 5.1.3.2との整合

1.4.2 組織運営が計画的になされている

5・4・3・2・1・NA

1.4.2.1 年次事業計画が策定されている

- a. ①年次事業計画書がある（予算・資金の裏づけ、中長期計画の裏づけ、人員配面の裏づけなど）
- b. 年次事業計画書がない
- c. SVR ☞ 1.4.1.3, 6.2.2.1との整合

a・b・c・NA

1.4.2.2 年次事業計画の策定が組織的に行われている

- a. ①中長期計画が立案され、決定されるまでの一連のプロセスが透明で記録・文書が存在する
- b. 組織的に行われていない
- c. SVR ☞ 1.4.1.2との整合

a・b・c・NA

1.4.2.3 年次事業計画に部門ごとの目標が設定されている

- a. ①各部門には年次事業計画に基づき目標設定がなされ、可視化されている
- b. 各部門には年次事業計画に基づき目標設定がなされていない
- c. 各部門には年次事業計画に基づき目標設定がなされていない

a・b・c・NA

1.4.2.4 事業計画の実施経過とその結果が定期的に評価・見直しされている

- a. ①事業計画の実進毎が定期的に評価されている
- b. 定期的な評価がなされていない
- c. 定期的な評価がなされていない

5・4・3・2・1・NA

1.4.3 組織内の情報伝達と連携

1.4.3.1 病院執行部の決定が全職員に伝達されている

- a. ①組織運営上の機関決定した重要情報の伝達仕組みが確立されている（院内ニュース、報告表、イントラネットの活用など）
- b. 組織運営上の機関決定した重要情報の伝達の仕組みがない
- c. SVR ☞ 2.1.1.2, 2.6.1.1, 4.1.2.3との整合

a・b・c・NA

1.4.3.2 部門内・部門間の情報伝達と連携が円滑に行われている

- a. ①部門内・部門間の情報伝達と連携の方法が確立されている（院内ニュース、報告表、イントラネットの活用など）
- b. 部門内・部門間の情報伝達と連携の方法が確立されていない
- c. 部門内・部門間の情報伝達と連携の方法が確立されていない

1 病院組織の運営と地域における役割  
1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.1 情報管理機能が整備されている 5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

- 1.5.1.1 情報を管理する部門または担当者がいる
  - a. 院内で扱っている情報(診療管理部門、医薬品などを統合して管理する部門がある)
  - b. ①院内で扱っている情報(診療管理部門、医薬品などを統合して管理する部門がある)
  - c. 統合している部門がなく各部門で別々に管理されている  
担当部門はなくても、院内の複数の部門にまたがる情報を統合して活用している実態があれば可とする

a-b-c-NA

- 1.5.1.2 患者の個人情報の守秘を確実にする方法が取られている
  - a. ①インターネットのセキュリティの仕組みがある。
  - ②院内利用におけるパスワード等のセキュリティの仕組みがある。
  - ③情報のダウンロードの制限がある。
  - ④外部関係者への対応のルールがある
- b. ①②③④のうち1つ以上満たさない
- c. ①②③④のうち1つ以上満たさない

a-b-c-NA

- \* 1.5.1.3 情報管理に関する委員会があり情報管理規程が定められている
  - a. 情報管理に関する委員会がある。
  - ①情報の保存期間、利用規則等を定めた管理規程がある
- b. ①②のうち1つ以上満たさない
- c. ①②のうち1つ以上満たさない

a-b-c-NA

- \* 1.5.1.4 情報機能が整備され、既知の悪意ある第三者の侵入や院内の情報共有が図られている
  - a. ①侵入情報の入手手段がある。
  - ②既知の悪意ある第三者の侵入が図られている
- b. ①②のうち1つ以上満たさない
- c. ①②のうち1つ以上満たさない

1 病院組織の運営と地域における役割  
1.5 情報管理機能の整備と活用

1.5.2 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている 5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

- 1.5.2.1 医療活動や診療実績に関する基本的な情報が把握され報告されている。
  - a. ①診療統計として、診療科別患者数、主な手術の件数など診療実績に関する基本統計が定期的に作成され、委員会等で検討されている
  - b. 一部の統計は、一部の統計は、院内の会議等で検討されていない
  - c. 基本的な統計が作成されていない

SVR a 1.5.2.3, 4.3.3.2, 4.3.3.3との整合

診療 a 紹介腫瘍科の患者数や入院退院患者の推移、あるいは特殊な医療が必要な患者数などの資料が定期的に作成されている必要がある

a-b-c-NA

- \* 1.5.2.2 診療情報交換システムを統合して分析した統計資料が作成されており、関係者も活用されている
  - a. ①診療情報交換システムが院内で稼働している
  - b. ②関係者も活用されている
  - c. ③関係者も活用されている

a-b-c-NA

- \* 1.5.2.3 医師の責任に関する情報が把握され報告されている
  - a. ①医師または診療科別の患者数や手術件数など、医師の責任に関する報告が作成され、委員会等で検討されている
  - b. ②医師の責任に関する情報が把握されていない
  - c. ③医師の責任に関する報告が作成されていない

SVR a 1.5.2.1, 1.5.2.2, 4.3.3.2, 4.3.3.3, 4.3.3.4との整合

診療 a ADLなどの生活関連の医療に関する患者数、あるいは看護記録や検査結果などの資料が定期的に作成されている必要がある

5-4-3-2-1-NA

1.5.3 診療情報が適切に開示・提供されている 5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

- 1.5.3.1 診療情報の開示・提供に関する病院の方針と手続が明示されている
  - a. ①診療情報を開示する病院の方針と手続が定められている
  - b. 患者に開示されていない
  - c. 診療情報を開示する病院の方針が定められていない

SVR a 開示が個別の医師の判断にゆだねられている場合は「c」とする  
1.5.3.2, 1.5.3.3, 2.2.3.1, 2.2.3.2との整合

a-b-c-NA

- 1.5.3.2 患者は自分の診療録を閲覧することができる
  - a. ①患者は自分の診療記録のコードを入力できる
  - b. 診療録は閲覧できるが、コピーは入手できない
  - c. 診療記録を閲覧することができない

SVR a 1.5.3.1, 1.5.3.3, 2.2.3.1, 2.2.3.2との整合

精神科 a 精神障害・患者の病名は開示することが患者や第三者の利益を損なうことが多いため、実情を勘案して慎重に判断する

a-b-c-NA

- \* 1.5.3.3 診療情報管理の高度な重要性について教育・研修がされている
  - a. ①診療情報の開示、診療情報管理の重要性について教育・研修がされている
  - b. ②教育・研修がなされていない
  - c. ③教育・研修がなされていない

SVR a 1.5.3.1, 1.5.3.2, 2.2.3.1, 2.2.3.2との整合

1.6 関係法令の遵守

1.6.1 関係する法令が遵守されている 5・4・3・2・1・NA

☞ 責任担当者が定められて関係法規の権限取得、回答処理と併せて関連法規、指示規程などの文書整理がなされていること

1.6.1.1 医療法および診療報酬上の施設基準を満たしている

- a. ①医療法、施設基準、各職種の人員基準を満たしている(特定入院病棟、特にシハ専任・専従医、加算点数要件)
- b. 満たしていないものがある
- c. SVR ☞ 1.6.1.1.2, 2.1.2, 4.21.2.1, 6.1.2.1, 6.2.2.2との整合

精神 ☞ 精神保健福祉法に関する項目7.1.1~7.3.1も評価する

療養 ☞ また、介護療養型医療施設の場合には、介護保険法および介護報酬上の施設基準についても確認する

1.6.1.2 その他の法令が遵守されている

- a. ①消防法による指導事項がない。  
②法別に定められた必要委員会が設置されている(労働安全衛生委員会、医療ガス安全管理委員会など)。  
③精神保健福祉法に基づいた処遇が適切に行われている
- b. 不備な点に関し、改善中である
- c. 改善案も対策もない

SVR ☞ ①1.6.1.1, 2.1.2, 4.21.2.1, 6.1.2.1, 6.1.2.2, 6.1.4, 6.3.1.5との整合

1.6.1.3 法令遵守の努力が継続してなされている

- a. ①院内で組織的に認識され、承認・徹底・是正する仕組みが行っている
- b. 病院組織として努力していない
- c. SVR ☞ 1.6.1.2の項目であれば、1.6.1.3の「c」  
1.6.1.3の「c」でも、医師・薬剤師の確保などは努力していれば、1.6.1.3の「a」  
診療上の人員基準が満たされていなくても、1.6.1.3は努力があれば、「a」  
となり

1.7.1 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている 5・4・3・2・1・NA

☞ 病院全体としての体制を評価

- a. ①全職員の教育・研修を担当する委員・委員会が定められている
- b. ②病院全体の教育・研修を担当する部署・委員会などがある
- c. ③施設全体の教育・研修を担当する部署または委員会などはない  
④また、②・③の両方とも実施している。また、②・③がそれぞれ異なる  
⑤明確な責任が実施されている

1.7.1.2 必要性の高い課題について教育・研修が実施されている

- a. ①患者の安全管理、患者の権利、患者のプライバシー保護、感染、医療倫理などの教育が実施されている
- b. ②また、③実施されていない
- c. SVR ☞ 1.7.1.3, 2.3.3.1, 2.7.4.1, 3.1.1.3との整合

精神 ☞ 行動制限、通信・面会・電話の制限、退院請求や処置改善要求への対応教育、などを評価する

療養 ☞ 高齢者や障害者などの医療とケアに関する教育・研修が行われていること  
も確認する

1.7.1.3 全職員を対象とした教育・研修が計画的に実施されている 5・4・3・2・1・NA

a. ①年間計画(スケジュール等)により実施されている

b. ②計画が承認されている

c. ③計画が承認を示す資料がない

SVR ☞ 1.7.1.3, 2.3.3.1, 2.7.4.1, 3.1.1.3との整合

1.7.3.4 院内の教育・研修の結果が評価されている 5・4・3・2・1・NA

- a. ①実施された教育・研修の結果が評価されている  
②評価された教育・研修の結果が評価するためのアンケートや評価など一連のプロセスがわかる記録・文書がある
- b. ③評価が実施されていない



1 病院組織の運営と地域における役割  
1.7 職員の教育・研修

1.7.2 院外の教育・研修の機会が活用されている

1.7.2.1 各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加が奨励されている

- a. ①各職種の外部の学会・教育・研修活動への参加に支援・予算がある
- b.
- c. 参加奨励がなされていない

<p>1.7.2.2 参加後の出張報告などにより教育・研修内容が共有されている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①外部の教育・研修の理念に参加した理由、その教育研修内容は当委員会・院内部への掲載などが共有されている</li> <li>b. 報告・共有がなされていない</li> </ul> <p>1.7.2.3 外部の学会・教育・研修活動への参加を計画する仕組みがある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①外部の学会・教育・研修活動への参加計画の共有がなされている</li> <li>b. ②職員別の学会・教育・研修活動への参加計画の記載がある（例えば、能力表や年報への掲載）</li> <li>c. そのような仕組みはない</li> </ul>	<p>a・b・c・NA</p> <p>a・b・c・NA</p>
--	---------------------------------

1 病院組織の運営と地域における役割  
1.8 医療サービスの改善活動

1.8 医療サービスの改善活動

1.8.1 医療サービスの改善課題と改善目標が設定されている

5・4・3・2・1・NA

1.8.1.1 院内の報告や調査の分析を踏まえて具体的な改善課題と改善目標を設定している

- a. ①医療の質、安全、効率、患者サービスなどに対して、調査・分析がなされ、改善目標が設定されている
- b.
- c. 改善課題が把握されておらず、改善目標も設定されていない

<p>1.8.1.2 医療サービスの質の向上・改善に組織的に取り組む体制がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 組織的な活動計画がなされている（例：Q部門、TQC活動、ISO内務室の設置など）</li> <li>b. 取組がなされている</li> <li>c. 取組がなされていない</li> </ul>	<p>a・b・c・NA</p>
--	-----------------

1.8.2 改善活動への取り組みがなされ成果を上げている

5・4・3・2・1・NA

1.8.2.1 組織的な活動により医療サービスが改善されている

a・b・c・NA

- a. ①具体的な改善事例がある
- ②1.8.1.2の体制に基づき具体的な改善事例がある
- b. 1.8.1.2の組織的な体制になっていない
- c. 具体的な改善事例がない

<p>1.8.2.2 改善の成果を評価し取り組み方法の見直しが行われている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①改善効果について検証が行われ、報告されている（定量的な数値でなくともよい）</li> <li>b. 改善方法の検証が行われていない</li> </ul> <p>1.8.2.3 院内において改善の成果に関する発表会が定期的に行われている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①多職種が参加する院内発表会、事例発表会などの定期的な発表機会が設けられている</li> <li>b. 一部の部署からの取組のみである</li> <li>c. 院内発表会、事例発表会などが実施されていない、あるいはその他の方法によっても知られていない</li> </ul>	<p>a・b・c・NA</p> <p>a・b・c・NA</p>
---	---------------------------------

1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

1.9.1 地域の保健・医療・福祉施設などと適切な連携が図られている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

1.9.1.1 地域における連携を図るための部門または担当者がいる

- a. ①担当部門（地域連携推進室など）、担当者が確保されている。
- ②縦横型上で位置付けられている

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ④ 3.2.2.2.4.30.2.1.6.1.2.2との整合  
精神 ④ 保健所、精神保健課、精神障害者生活支援センター、保健福祉事業所、薬  
師会、地域薬剤師作業所、按察会、福祉士会、グループホーム、通院バス、  
ボランティア（職員）、夜間急、患者会、患者回復者クラブ等との連携をみる

a・b・c・NA

1.9.1.2 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携を促進する努力がなされている

- a. ①協議会・会報等に積極的に参加している。
- ②協議の出席と密着での参加がなされている。
- ③研究会・勉強会が主催されている。

b. ①を満たさない

c. 上記と関係できる取り組みがない

B・B・C・NA

1.9.1.3 地域の保健・医療・福祉施設などに自らの診療機能に関する情報が提供さ  
れている

- a. ①協議会・学術誌において、診療機能に関する情報を提供している。
- ②ホームページやパンフレット、ポスターなどで公開している。

b. ①を満たさない

c. ①②のうち少なくとも1つを満たさない

1.9.2 紹介患者の受け入れが適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

1.9.2.1 病院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れている

- a. ①受け入れ方針が明確化されている。
- ②受け入れマニュアル・手順を整備している。
- ③医師が把握されている。

b. ①を満たさない

c. ①②③のうち3つ以上を満たさない

解説 ④ 入院患者の受け入れについては、B1入院患者の受け入れ体制と在宅療養支  
援の取組において詳細に規定されているが、ここでは入院予定の患者を含めて  
主に外来上における紹介患者への対応の全般状況を把握・判定する  
際に、自院の機能に適合しないような病状の紹介患者には、他の適切な協  
力を紹介した併行対応などの姿勢が重要である

a・b・c・NA

1.9.2.2 紹介元施設が把握され迅速な返答と的確な情報提供を行っている

- a. ①紹介元施設の一貫した返答を作成している。
- ②紹介患者の情報を一元的に管理している。
- ③返答のチェックシステムがある。

b. ①を満たさない

c. ①②③のうち2つ以上を満たさない

B・B・C・NA

1.9.2.3 閉鎖性体制がより協同的である

- a. ①閉鎖性に基づく訪問看護の連携が実現されている。
- ②連携が実現されている。
- ③連携が実現されている。
- ④連携が実現されている。

b. ①を満たさない

c. ①②③のうち2つ以上を満たさない

SVR ④ 開放型が確保されている。連携はNAとする  
注 ④ 開放型が確保されている

5・4・3・2・1・NA

1.9.3 医師と看護師などによる情報の共有している

A・B・C・NA

1.9.3.1 検査結果に関する手順が整備されている

- a. ①紹介患者の検査結果が迅速に医師に提供されている。
- ②検査結果が迅速に医師に提供されている。

b. ①を満たさない

c. 検査結果が迅速に提供されていない

A・B・C・NA

1.9.3.2 検査結果が迅速・的確に報告されている

- a. ①早くとも翌日までに専門医が報告している。
- ②検査結果が迅速に医師に提供されている。

b. ①を満たさない

c. 検査結果が迅速に提供されていない



1.9.4 患者の施設への紹介・転院が適切に行われている

1.9.4.1 患者の病歴やニーズに応じて適切な地域の保健・医療・福祉施設などに紹介されている

- a. ①紹介手帳・電子カルテが連携されている。
- ②紹介施設に基づき紹介手帳を連携している。
- ③連携を把握し、病歴を把握している。

b. ①②③のいずれも満たさない

精神 〇 紹介手帳を去した患者、適切な治療に関する方針を明確化している  
(7.4.1.1, 7.11.3)  
PSWが精神科保健士として国家資格を有している。経験から、本業務の重  
要性を認識し、確実に対応把握が図られている。

療養 〇 専門的な診療科や施設などについて、他の医療機関と協力関係を構築して  
対応していることと連携する旨にない診療機能を補完している。連携先医  
療機関のリストが作成されており、連携の実績も把握している。連携先が  
ある。

※ 1.9.4.2 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が把握されている

- a. ①連携に基づき3ヶ月マップ・通院スケジュールなどが作成され、職員へ共有されている。
- b. 行はれていない

S/R 〇 (20.4.4, 4.30.1.1), 4.30.1.2, 4.30.2.2, 5.10.5.2との整合

a・b・c・NA

1.10 地域に開かれた病院

1.10.1 地域活動に積極的に取り組んでいる

1.10.1.1 地域の健康増進に寄与する活動が行われている

- a. ①担当者が配置されている。
  - ②講演会・健康教室・セミナー等の開催、職員の派遣の記録がある
- b. 活動が行われていない
- 精神 〇 地域の健康増進活動や精神保健普及活動に携わっている。保健師や行政  
職業者・健康教室・健康講座などに協力している。
- 療養 〇 介護技術に関する講習会などの実施状況も評価する

△ 1.10.1.2 ポランテアを受け入れている

- a. ①受け入れ体制が確立し、担当者・担当者が明確である。
  - ②受け入れ体制が整備されている。
  - ③活動が定期的に実施されている。
- b. 受け入れている
- S/R 〇 地域性、または特定の組織に対し、ボランティアを受け入れたいという  
職員の意向がある場合は、この項目は「NA」として記入しない
- 精神 〇 精神障害者の理解を深め、施設を訪問する。小中学生に対してのボラ  
ンテアや、研修を受け入れている。
- 療養 〇 原則として職員がボランティア活動を受け入れない。明確な  
理由(例えば地域性、通院の条件などがあがり、その内容が担当部署は  
「NA」)  
なお、ボランティア活動が職員の労働の推進を目的に行われることは好ま  
しくなく、また労働時間として受け入れられている場合は不可である。

1.10.2 適切な広報活動が行われている

〇 1.10.2.1が「1.10.2.2が」の場合のみ

※ 1.10.2.1 広報活動を担当する部門または担当者がある

- a. ①広報活動を担当する部門、あるいは担当者が決まらされており、その広報活動が  
明確である。
  - ②広報活動に関する業務内容が定められている。
  - ③広報に属する情報が定期的に管理されている。
- b. 広報活動を担当する部門は、担当者はいない。

1.10.2.2 計画的に広報活動が行われその内容を見ている

- a. ①地域住民や患者向けの広報誌が定期的に発行されている。
  - ②広報誌の発行が定期的に行われている。
  - ③ホームページが整備され、内容は定期的に更新されている。
  - ④広報活動と広報誌の内容は定期的に評価され、見直されている。
- b. 広報活動は行われていない

1.10.2.3 自院の業務内容や経営情報の概要を広報している

- a. ①医療機能や対応しているサービスについて具体的に広報している。
  - ②最近の経営の概況について広報している。
- b. ①を満たさない
- S/R 〇 広告可能事項とされているものについては広告または広報されていることが  
望ましい

a・b・c・NA

1.10 地域に開かれた病院

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

2 患者の権利と安全の確保

2.1 患者の権利の尊重と患者－医療者のパートナーシップ

2.1.1 患者の権利と職業倫理に関する方針が明確であり患者および職員に周知させる体制が整っている

5・4・3・2・1・NA

2.1.1.1 患者の権利に関する内容が明文化され患者・家族に周知されている

a・b・c・NA

- a. ①患者・家族向けに、患者の権利に関する内容が明文化されている。
- ②内容が適切である。
- ③パートナーなどでの掲示や入院案内などでの掲載などで周知されている

b. ①②のいずれも満たさない

c. 内容が極めて不適切である

SVR ① 平等で患者の医療・安全確保、自己の医療に関わる情報の入手、選択の自由、自己決定権、プライバシー保護、苦情申し立て、継続医療、QOL向上などの整合

精神 ① 精神科福祉法に基づいた適切な運用が求められる(7.2.5.1)

2.1.1.2 患者の権利と職業倫理に関する方針が職員に周知されている

a・b・c・NA

- a. ①患者の権利が明文化され、職員に周知されている。
- ②職業倫理が明文化され、職員に周知されている。
- ③患者個別の倫理的側面について検討する機会が設けられている

b. ①②のいずれも満たさない

c. 内容が極めて不適切である

SVR ① 終末期医療、宗廟に関わる問題など、例えば臨床倫理委員会など、1.4.3.1、2.6.1.1、4.1.2.3との整合

精神 ① 患者の権利や精神科固有の権利論議や職業倫理について、職員に周知されている

2.1.2 医療の質と安全確保のために患者－医療者のパートナーシップを強化する体制がある

5・4・3・2・1・NA

2.1.2.1 医療の質と安全確保のために患者自身の医療への主体的な参加を支援する仕組みがある

a・b・c・NA

a. ①患者自身が意思に基づき参加を示している。

②医師を過剰なく職員に尋ねるよう促している

b. ①②のいずれも満たさない

c. 内容が極めて不適切である

SVR ① 入院時リエンゲージメントなどで、患者自身が主体的に参加するよう十分に説明しているなど、例えば本人相対的な療養の状況の変化について患者から医療者に知らせる、薬剤師との療養の原の名称の確保を患者も行うなど

療養 ① 療養病棟を有する患者、非病棟患者であっても、患者が主体的に療養生活に参画することが求められており、特に患者などの場合は困難であるものの、画一的に1年単位でリエンゲージメントを行うことなく、本人の意向を汲み取りながら、ケアの質向上や療養生活の安定につながる工夫がとられている

2.2 説明と同意

2.2.1 説明と同意を行う体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

2.2.1.1 患者に説明するべき内容を指針として明示し実践している

a・b・c・NA

- a. ①説明のための院内指針がある（病状・治療・予測される利益/リスク・予後など）。
- ②内容が適切である。
- ③遵守されているかどうか把握している

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① ① 医療従事者が遵守状況を把握している、部長が個別に確認しているなど

2.2.2.1、4.21.1.3、5.11.1.3.5、11.2.4との整合

精神 ① 7.1.1.3との整合

療養 ① 療養病棟を有する患者、患者ごとに療養の方針について説明することが指針に明記されている

2.2.1.2 説明をして同意を得る手順が確立している

a・b・c・NA

- a. ①手順（説明を行う者、立会人、関係についてなど）が明確である。
- ②手順（説明を行う者の必要に応じて関係者に確認されている）。
- ③立会人、立会人などが確認されている。
- ④代理人が必要な場合（意思表明不能、未成年者など）の手順が明確である

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 4.21.2.2、4.21.3.2、4.22.1.2、4.24.1.3、4.26.1.2、5.12.1.2との整合

精神 ① 7.1.2.1、7.1.2.2との整合

療養 ① 療養病棟を有する患者、介護保険の適用者には施設利用契約などを正しく交わしたり、重要事項についても分かり易く説明する手順が確立している

2.2.1.3 説明と同意のプロセスにおける環境・プライバシーへの配慮がなされている

a・b・c・NA

a. プライバシーが保たれる環境が確保されている。

②笑顔に運用されていることが確認できる

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 特定の部屋が無い場合にどのように配慮しているかを把握する。

3.5.1.2との整合

2.2.2 患者の立場を配慮して説明がなされている

5・4・3・2・1・NA

2.2.2.1 患者に十分理解されるよう説明がなされている

a・b・c・NA

a. ①患者が理解しやすいように工夫をしている。

②理解できなかったかどうかの確認をしている

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 専門用語の多用を避けている、患者の使用言語に翻訳されている、説明資料・図を用いる、完全に理解するまで説明している、聞き返すなどの説明方法を工夫している

△ 2.2.2.2 説明と同意のプロセスにおいて患者の心理的側面に配慮している

a・b・c・NA

a. ①必要に応じて、精神科医、臨床心理士、リエンゲージメントなど連携できる体制がある。

②倫理的支援を行う仕組みがある

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ① 例：カンファレンス、ワークブック、研究会など

精神 ① 7.2.1.2との整合

療養 ① 患者の抱く意向によって、入院することや受け入れがちな患者本人の心理的なケアについても配慮しているが確認できる

療養病棟を有する施設の場合には原則として評価対象項目とし、上記の観点から評価する

なお、設置病院併設固有項目の8.4.1.1「説明・入退院・療養の権利に際しては患者本人の意思が尊重されている」との整合性には注意する

2.2.3 患者の請求に基づく診療記録などの開示を行う体制が整っている

5・4・3・2・1・NA

2.2.3.1 患者の請求に基づき診療記録などの開示について組織的に検討している	a・b・c・NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①診療記録などの開示の手順が明確である。</li> <li>②開示の申請について組織的に検討しており、請求内容や開示内容が記載されている。</li> <li>③診療記録などの開示の手順が明確である。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>b. ①②のいずれも満たさない</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>c. ①②のいずれも満たさない</li> </ul>	

a・b・c・NA

2.2.3.2 患者の請求に基づく診療記録などの開示における意義・目的・内容・手順が明示されている

- a. ①診療記録などの開示の意義・目的・内容・手順が明示されている。
- ②講習会、研究会などで研修されている。
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 例：開示を申し渡した診療記録の取扱い方法などの講習・研修など。  
 意義：医療従事者と患者の信頼関係の強化、情報の共有化による医療の質の向上、個人情報の患者によるコントロールなど。  
 1.5.3.1、1.5.3.2、1.5.3.3、2.2.3.1との整合

2.3.1 患者の安全確保のための組織体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

2.3.1.1 患者の安全確保のための活動体制と責任体制が明確である	a・b・c・NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①責任者や担当者、責任、権限が明確である。</li> <li>②組織的な対策を立てる部会や委員会の役割、責任、権限が明確である</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>b. ①②のいずれも満たさない</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>c. ①②のいずれも満たさない</li> </ul>	

a・b・c・NA

2.3.1.2 患者の安全確保に関する体制が実効し、取り組みが浸透している

- a. ①院長、各部署の責任者が安全に関する委員会等で積極的に活動している。
- ②部署、部門を超えた(組織横断的)コミュニケーションや活動が促進されている。
- ③患者の安全確保に関して人的・物的資源が必要に応じて提供されている。

SVR ◯ 専門横断的な検討の場があることを確認する。  
 精神 ◯ 自然や衝動行為による事故防止のため、病棟の加齢や危険物の管理などが必要である(2.3.1.1)

a・b・c・NA

2.3.1.3 各職種が積極的に患者の安全確保に取り組んでいる

- a. ①医師をはじめ各職種が、部署レベルや病棟全体で積極的に関わっている
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ◯ 具体的な取り組み内容を確認する。  
 1.3.3.1、2.5.2との整合

a・b・c・NA

2.3.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している

5・4・3・2・1・NA

2.3.2.1 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が文書化され、週見直されている	a・b・c・NA
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. ①患者安全を確保するために必要な組織的活動や手順を明文化し、必要に応じて更新している。</li> <li>②各担当者(リスクマネージャーなど)の役割や活動。</li> <li>③インシデント・アクシデントの報告の手順</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>b. ①②③のいずれも満たさない</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>c. ①②③のいずれも満たさない</li> </ul>	

SVR ◯ マニュアルが当初の半年間は毎年改訂が望ましい。  
 更新(見直し)の方法や手順の原則を確認する

a・b・c・NA

2.3.2.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針と手順が、職員に周知されている

- a. ①安全管理の方針と手順が職員に周知されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 周知方法とその確認方法が確認できるか確認する。  
 例：マニュアル配布は職員全員に、ポスター貼、部署での読み合わせなど

2.3.3 患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる

5-4-3-2-1-NA

2.3.3.1 患者の安全確保のための病院の取り組みに関し、職員教育が計画的に実施されている

a・b・c・NA

- a. ①患者安全を確保するために必要な組織的活動や手順を明文化し必要に応じて更新している
- ②職員の研修ニーズを把握して研修が実施されている

- b.
- c. ①②の両方を満たさない  
SVR ◯ 教育の場で病院全体に共通の手順であることが確認されているか、研修プログラムの組み立てにどのように関与しているか、を確認する  
1.f.1.d, 1.f.1.eの箇所

精神 ◯ 自殺防止対策、離院対策などについて手順や周知も評価する

2.3.3.2 患者の安全確保のために、個人や各職種の仕事を設定し、技術的支援、訓練を行っている

a・b・c・NA

- a. ①評価を通じて、必要に応じて、医師や個人やチームの研修ニーズを特定している。
- ②学習機会など、安全確保につながる教育や研修プログラムが整備されているか、評価されている

- b.
- c. ①を満たさない  
SVR ◯ 具体的なプログラムを記載する（例：患者教育の方法、デジタルツールの方  
法、看護実践の場や支援活動の種類の明確化）、  
事例を記載する

2.3.3.3 問題事例に関し原因分析や対策立案の方法について教育されている

a・b・c・NA

- a. ①インシデントやアクシデントの体系的な分析を行うための教育資源が供給されている。
- ②分析や対策立案にあたって参照できる手順がある
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ◯ 一般職員には、事業を正しくサポートする教育がされていることが必要で、  
分析手法の教育は必須ではない。  
安全管理担当の職員には上記項目を確認する

2.3.3.4 医療事故に関与した職員の心理的支援を行う体制がある

a・b・c・NA

- a. ①医療事故に関与した職員と病院の関係を明確にして心理的に支援できる仕組みが構築されている
- b.
- c. 医療事故に巻き込まれた職員の責任が適切に軽減され、心理的支援がなされる環境ではない

2.4 患者の安全を確保するための手順の確立