

2 患者の権利と安全の確保

2.4 患者の安全を確保するための手順の確立

2.4.1 患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している

- 詳細な状況を合同面談で聞くことには限界があるので、ケアプロセスの評価で確認された状況を、以下の小項目の評価に反映させて評価する
- 2.4.1.1 患者・部位・検体・医薬品などの識別(誤認防止)に関する手順が確立している
  - a. ①手順が確立され遵守されている。
  - ②各現場で安全に行われる仕組みがある
  - b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
  - c. SVR ○ 4.20.3, 5.10.4(指示), 4.22.1.1, 5.12.1.1(検査), 4.23.3.1, 5.13.1.1(検査)
    - 例: ○患者への治療の副作用の予防(医師・看護師・チームへの周知)
    - 手術室・手術室の消毒(特定の薬剤)のチェックリスト等による状態把握
    - 人工呼吸器装着中、線路に顔が触れず担当者自身が状態を確認(患者の胸郭の動き、呼吸音の確認、目覚め時の有無、呼吸数)

a・b・c・NA

2 患者の権利と安全の確保

2.4 患者の安全を確保するための手順の確立

2.4.1.5 患者の反応の観察・モニター、変化などへの迅速な処置に関する手順が確立している

- a. ①手順が確立され遵守されている。
- ②各現場で確実に実施される仕組みがある
- b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
- c. SVR ○ 2.2.1(説明と同意), 4.23.3, 5.13.1(検査)などで確認したことを反映させる。
  - 例: ○患者への治療の副作用の予防(医師・看護師・チームへの周知)
  - 手術室・手術室の消毒(特定の薬剤)のチェックリスト等による状態把握
  - 人工呼吸器装着中、線路に顔が触れず担当者自身が状態を確認(患者の胸郭の動き、呼吸音の確認、目覚め時の有無、呼吸数)

a・b・c・NA

2 患者の権利と安全の確保

2.4 患者の安全を確保するための手順の確立

2.4.1 患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している

- 詳細な状況を合同面談で聞くことには限界があるので、ケアプロセスの評価で確認された状況を、以下の小項目の評価に反映させて評価する
- 2.4.1.1 患者・部位・検体・医薬品などの識別(誤認防止)に関する手順が確立している
  - a. ①手順が確立され遵守されている。
  - ②各現場で安全に行われる仕組みがある
  - b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
  - c. SVR ○ 4.20.3, 5.10.4(指示), 4.22.1.1, 5.12.1.1(検査), 4.23.3.1, 5.13.1.1(検査)
    - 例: ○患者への治療の副作用の予防(医師・看護師・チームへの周知)
    - 手術室・手術室の消毒(特定の薬剤)のチェックリスト等による状態把握
    - 人工呼吸器装着中、線路に顔が触れず担当者自身が状態を確認(患者の胸郭の動き、呼吸音の確認、目覚め時の有無、呼吸数)

a・b・c・NA

a・b・c・NA

2.4.1.2 情報共有・情報伝達エラー防止に関する手順が確立している

- a. ①手順が確立され遵守されている。
- ②各現場で安全に行われる仕組みがある
- b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
- c. SVR ○ 4.20.3, 5.10.4(指示), 4.22.1.1, 5.12.1.1(検査), 4.23.3.1, 5.13.1.1(検査)などで確認したことを反映させる。
  - 例: ○オンラインシステム3文字以上の医薬品名入力、薬物入力力、警告画面(薬物、相互作用、アレルギーなど)等
  - 口頭指示の際の確認および伝達の手順
  - 医師の指示変更時の確認手順
  - 人工呼吸器などの指示変更時の確認手順
  - アレルギーマーカー等の情報共有の方法

a・b・c・NA

2.4.1.3 事故のリスクの把握と事前対策に関する手順が確立している

- a. ①手順が確立され遵守されている。
- ②各現場で安全に行われる仕組みがある
- b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
- c. 事故発生を予防するための明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
  - SVR ○ 3.6.3.3(管理標準), 4.23.2, 4.23.3, 5.13.1(検査)などで確認したことを反映させる。
  - 例: ○抗悪性腫瘍剤、解毒剤片薬、ドーパミン、シキタリス製剤の処方の際の薬剤師による確認の徹底。
  - ORCA、投与確認、おがみ類などの一般精神での保管制限、薬剤師からの処方確認
  - 医師・看護師などの事前手防策(3日以内の処方、薬剤師の処方、医師・看護師からの確認)
  - 患者の既往、ADL、薬物の低下、動作の遅延、心理状態などの確認など
  - ベッド周辺の物品(医療機器の電源、コード類の整理(点滴スタンド、車椅子、ポータブル機器などの設置)

a・b・c・NA

2.4.1.4 医療行為のプロセスを監査する手順が確立している

- a. ①手順が確立され遵守されている。
- ②各現場で確実に実施される仕組みがある
- b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
- c. プロセスの監査が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
  - SVR ○ 4.23.1, 5.13.1(薬剤), 4.24.2, 5.14.1(手術)などで確認したことを反映させる。
  - 例: ○医療チームによる化学療法の治療プロセスの検討
  - 薬剤師による処方監査、医師委員会に対する医師と薬剤師の協力体制
  - 手術前・創傷縫合前の術・機器・ガーゼカウント

a・b・c・NA

2.4.1.5 患者の反応の観察・モニター、変化などへの迅速な処置に関する手順が確立している

- a. ①手順が確立され遵守されている。
- ②各現場で確実に実施される仕組みがある
- b. ○手帳・モニター、迅速な対応が不十分であるため、明らかな危険性が見られたが対策がなされていない
- c. SVR ○ 2.2.1(説明と同意), 4.23.3, 5.13.1(検査)などで確認したことを反映させる。
  - 例: ○患者への治療の副作用の予防(医師・看護師・チームへの周知)
  - 手術室・手術室の消毒(特定の薬剤)のチェックリスト等による状態把握
  - 人工呼吸器装着中、線路に顔が触れず担当者自身が状態を確認(患者の胸郭の動き、呼吸音の確認、目覚め時の有無、呼吸数)





2.7 院内感染管理

a・b・c・NA

2.7.2.5 針刺し事故(切削など他の血液暴露事故も含む)対策が確立している

- a. ①感染性薬剤が安全な状態で使用されている(使いやすさに合わせて複数準備、8割以上入れられている)
②針刺し事故発生時に迅速に対応できる
③針刺し防止対策(安全な器具の採用、安全な器具の採用、安全な器具の採用)
④事故後の処置(消毒、洗浄、手洗い)が適切に行われている
⑤血液、体液に接触した際の処置(消毒、洗浄、手洗い)が適切に行われている
b.
c. ①②③④のうちひとつでも満たさない
SVR 2.7.2.6, 2.7.2.7, 6.1.4.3, 6.1.4.4, 6.3.5 (廃棄物の処理)との整合

a・b・c・NA

2.7.2.7 感染症発生に罹患しないための予防接種について職員教育を実施し、接種を勧めている

- a. ①感染症発生に罹患しないための予防接種について職員教育を実施し、接種を勧めている
②接種率が高い
③接種率が高い
b.
c. ①を満たさない
SVR 2.7.2.6, 6.1.4.3, 6.1.4.4, 6.3.5 (廃棄物の処理)との整合

2.7.3 自院の院内感染に関する分譲や感染症例を把握し改善策を講じている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

2.7.3.1 検体の種類や病状にどのような菌が分離されているか把握している

- a. ①菌種の種類や病状にどのような菌が分離されているか把握している
②菌種の種類や病状にどのような菌が分離されているか把握している
b.
c. ②を満たさない

a・b・c・NA

2.7.3.2 院内感染の発生およびその動向を、少なくとも重要となる部門や症例詳で把握、評価し改善策を講じている

- a. ①院内感染の発生およびその動向を、少なくとも重要となる部門や症例詳で把握、評価し改善策を講じている
②院内感染の発生およびその動向を、少なくとも重要となる部門や症例詳で把握、評価し改善策を講じている
b.
c. ①を満たさない
SVR 2.7.3.1, 2.7.3.2, 2.7.3.3, 2.7.3.4, 2.7.3.5 (院内感染の発生)との整合

2.7.4 院内感染管理についての教育活動が行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

2.7.4.1 職員に対して採用時、およびその後定期的に教育活動が行われている

- a. ①採用時、およびその後定期的に教育活動が行われている
②採用時、およびその後定期的に教育活動が行われている
b.
c. 過去1年間に教育の実績がない
SVR 1.7.1.2, 1.7.1.3との整合

a・b・c・NA

2.7.4.2 病院として院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供が行われている

- a. ①院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供が行われている
②院内感染管理に関する情報の収集が行われ、関連部署への情報提供が行われている
b.
c. ①を満たさない
SVR 2.7.4.1, 2.7.4.2, 2.7.4.3, 2.7.4.4, 2.7.4.5 (院内感染管理)との整合

3.1 接遇と案内

3.1.1 接遇、応対に配慮されている

5・4・3・2・1・NA

3.1.1.1 受付や案内などの接遇に配慮されている

- a. ①受付や案内などの接遇に配慮されている
②受付や案内などの接遇に配慮されている
b.
c. ①②のいずれも満たさない
SVR 2.7.2.6, 2.7.2.7, 6.1.4.3, 6.1.4.4, 6.3.5 (廃棄物の処理)との整合

a・b・c・NA

3.1.1.2 言葉づかいや身だしなみが適切である

- a. ①言葉づかいや身だしなみが適切である
②言葉づかいや身だしなみが適切である
b.
c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.1.1.3 接遇教育が行われている

- a. ①接遇教育が行われている
②接遇教育が行われている
b.
c. ①②のいずれも満たさない
SVR 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5 (接遇教育)との整合

3.1.2 担当者や責任者が紹介されている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

3.1.2.1 職員は名札を着用している

- a. ①職員は名札を着用している
②職員は名札を着用している
b.
c. ①②のいずれも満たさない
SVR 2.7.2.6, 2.7.2.7, 6.1.4.3, 6.1.4.4, 6.3.5 (廃棄物の処理)との整合

a・b・c・NA

3.1.2.2 診療担当医師名が紹介されている

- a. ①診療担当医師名が紹介されている
②診療担当医師名が紹介されている
b.
c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.1.2.3 各部門の責任者が紹介されている

- a. ①各部門の責任者が紹介されている
②各部門の責任者が紹介されている
b.
c. ①②のいずれも満たさない

3.1.3 病室の案内・掲示が適切である

3.1.4 外来待ち時間に配慮されている

3.1.3.1 外来者の案内に配慮されている

- a. ①総合案内の機能があり担当者が配置されている
- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR 〇 標識によっては、受付窓口の案内機能により判断する。案内機能と標識とを併用している、受付窓口が案内機能がある、担当者がいるが総合案内と配慮されていない場合など同点と評価する。

3.1.4.1 外来待ち時間の状況が把握されている

- a. ①定期的に待ち時間調査が行われている(年1回以上を継続的に)。
- b. ②待ち時間の調査結果を把握している
- c. ①②のいずれも満たさない

3.1.3.2 必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている

- a. ①玄関に案内の案内図(または配置図)が設置されている。
- b. ②各階に案内図が設置されている。
- c. ③病室の案内表示は分かりやすい。
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.1.3.3 掲示物に配慮されている

- a. ①掲示物は分かりやすく表示されている(貼付寸法、大きさ、配列など)。
  - b. ②各掲示場所の担当者が決められており目印の掲示物が適切に貼られている。
  - c. ①②のいずれも満たさない
- 療養 〇 利用者の患者の状況に合わせて、掲示物が工夫がなされていければ高く評価しても良い。

3.1.3.4 案内・掲示には必要な情報が含まれている

- a. ①施設基準等の情報提供が含まれている。
  - b. ②患者の立退き等えた情報提供が行われている
  - c. ①②のいずれも満たさない
- 療養 〇 保険が負担となる内容や具体的な金額などについて、適正な内容で表示されていることを確認する。

3.1.4 外来待ち時間に配慮されている

3.1.4.1 外来待ち時間の状況が把握されている

- a. ①定期的に待ち時間調査が行われている(年1回以上を継続的に)。
- b. ②待ち時間の調査結果を把握している
- c. ①②のいずれも満たさない

3.1.4.2 待ち時間短縮のための努力をしている

- a. ①予約制の処士など待ち時間短縮に努めている。
- b. ②順番の案内など待ち時間の苦痛軽減の工夫がある
- c. ①②のいずれも満たさない

3.1.4.3 診療開始予定時刻に診療が開始されている

- a. ①診療開始時刻が決められても全ての診療が守られている。
- b. ②時間通り開始できない場合は、その旨患者に知らせている
- c. ①②のいずれも満たさない

3.2 医療相談

3.2.1 患者・家族の相談窓口が設置されている 5・4・3・2・1・NA

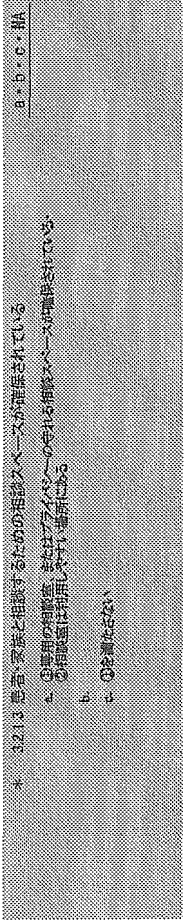
3.2.1.1 相談窓口が案内されている a・b・c・NA

- a. ①相談窓口について分かりやすく表示されている。
- ②入院案内などに相談窓口について説明されている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 特定機能病院、臨床研修病院では医療安全に即する相談窓口が整備されているが、当項目はこれを評価するものではないことに留意する。

3.2.1.2 相談窓口を担当者が配置されている a・b・c・NA

- a. ①担当者が決められている。
- ②担当者は専任である(病棟の規模と種別によっては専任でなくてもよい)
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない



3.2.2 患者・家族の相談に応じている 5・4・3・2・1・NA

3.2.2.1 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている a・b・c・NA

- a. ①専門的知識を有する担当者が多様な相談事例を受けている。
- ②必要に応じて、院外の機関と連携調整が取られている
- b. 相談業務が行われていない
- c. 相談業務が行われていない

SVR 〇 担当者はMSW、PSWなどであることが望ましい  
 精神 〇 精神科医に関する相談、スタッフの配置数と相談件数、内容、入院前の相談  
 療養 〇 意思能力が障害されている患者の権利擁護のために、「成年後見制度」について担当者がよく理解していることを確認する

3.2.2.2 院内スタッフとの調整がとられている a・b・c・NA

- a. ①医師、看護師との連携が図られている。
- ②カンファレンスなどを通じて患者・病室の共有に努めている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 1.9.1.1, 4.30.2.1との整合

療養 〇 ケアカンファレンスなどに担当者が参加していれば、それを評価してもよい

3.2.2.3 相談の実施状況が適切に記録されている a・b・c・NA

- a. ①相談の実施内容が、整理され記録されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.3 患者・家族の意見の尊重

3.3.1 患者・家族の声を耳を傾ける努力がなされている 5・4・3・2・1・NA

3.3.1.1 患者・家族の希望や意見を聴くための手段がとられている a・b・c・NA

- a. ①入院、外来患者の意見を聴く手段がとられている。
- ②意見箱は各病棟、外来(病棟に依りて設置必要)に設置され、定期的回収(最低月1回)と記録が徹底できる。
- ③モニター制度や、患者見学会等の仕組みがある
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 意見箱の設置、回収場所、回収方法の適切性についても評価対象とする  
 精神 〇 患者・家族への連絡方法について、患者・家族の意向を尊重するよう定められており、患者・家族の意向が反映されている。面会について、患者本人や家族の意向が尊重されてマニュアルがある

療養 〇 患者や家族はかみなり強い立場に置かれているので、意見や要望などを述べやすいような工夫があることを求める

3.3.1.2 患者満足度調査などが定期的に行われている a・b・c・NA

- a. ①毎月1回以上定期的に実施されている(最近1年以内に実施されていれば可とする)。
- ②結果がまとめられ、分析されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 調査対象は、入院、外来患者を問わないが、看護士だけの調査など、病室全体としての調査にならない場合は評価対象とする

3.3.2 患者・家族の希望や意見に基づきサービスの改善が行われている

① 診療行為や入院生活、プライベート、宗教上の信念に關する事項などの場合は、カルテへの記載などで、適切なく対応できている

3.3.2 患者・家族の希望や意見に対して、責任をもって対応する部署または担当者が決まっている

- a. ①対応する部署・担当者または委員会の組織があり、その互に位置付けが明確にされている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.3.2 患者・家族の希望や意見に対処する手順が決まっている

- a. ①手順が明確である
  - b. ①手順が適切に行われている
  - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR ① 手順の取組を聞いて判断する

3.3.2 患者・家族の希望や意見に基づきサービスの改善を行っている

- a. ①具体的な改善事例があり記載がある
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.3.2.4 希望・意見への回答や対応が患者および職員に知らされている

- a. ①院内に掲示されている、または広報誌などで知らせている
- b. ②必要に応じて手帳などで回答している
- c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.3.3 患者・家族の苦情についての対応が適切に行われている

① 3.3.2の意見と苦情が含まれることがあるが、ここでは、電話や窓口での苦情や地域からの苦情のなかで病院として対応を検討すべき事項についての対応方法を問う

3.3.3 患者・家族の苦情に対処する担当部署(担当者)または委員会が決められている

- a. ①対応する部署(担当者)または委員会などが決まっている
  - b. ①を満たさない
  - c. ①を満たさない
- SVR ① 担当部署の配置に当たっては、苦情は対応し得る体制として対応しているが、担当部署・担当者からの苦情取組も含む

3.3.3 患者・家族の苦情に対処する手順が決まっている

- a. ①患者苦情マニュアルが明確である
  - b. ②対応時には迅速かつ適切な対応が図れる体制がある
  - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR ① 意見・苦情・苦情への対応は迅速にフォローアップの体制で実施する
- 評定 ① 苦情対応運用規程を有する場合は、都道府県の苦情対応委員会等への苦情情報提供体制が構築されている

3.3.3 苦情の内容が検討され改善や再発防止の対策がとられている

- a. ①改善についての検討の場が設けられている
- b. ②病院として教訓した具体的な改善や再発防止の事例がある
- c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA





3.5 プライバシー確保への配慮

3.5.1 外来患者のプライバシーが確保されている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

- 3.5.1.1 患者の呼び出しに配慮されている
  - a. 職員が音声で呼び出している(受診番号による呼び出しも評価する)
  - b. 限定された区域でマイクを利用している
  - c. ①を満たさない

3.5.1.2 診察室などの会話が外にもれないようになっている

a・b・c・NA

- a. ①診察室は遮音性のあるドアが設置されている
- ②壁が遮音材で覆われている
- ③診察室は個室化されている
- b.
- c. 診察室はカーテンで仕切られている  
SVR ☞ 診察室間の仕切りなど、会話がもれない状況を整備により判断する。

3.5.1.3 検体などが人目に触れないようになっている

a・b・c・NA

- a. ①検査室(トイ)が整備されており、直接検査室に搬出できる
- b.
- c. ①を満たさない  
SVR ☞ 職員が回収するなどの配慮があっても患者の氏名がさらされる場合は判定

3.5.1.4 検査、処置行為が人目に触れないようになっている

a・b・c・NA

- a. ①検査や処置室(オペース)は個室化されているかカーテンで仕切られている
- b.
- c. 検査や処置行為が人目にさらされる

3.5.2 入院患者のプライバシーが確保されている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

3.5.2.1 患者、家族に説明するためのプライバシーの保たれる場所がある

- a. ①各病棟に個室化された面談室がある(カンファレンス室などの兼用でもよい)
- b.
- c. ①を満たさない

3.5.2.2 病室でプライバシー確保について配慮されている

a・b・c・NA

- a. ①ベッドの間に十分なスペースがあり、カーテンが設置されている
- ②ベッドが安心してできる
- b.
- c. ①を満たさない  
あるいは、廊下のドアが常時開放されており廊下から患者が見える  
病室 ☞ 職員の作業効率を優先し、病室のドアを開放したままで、患者のプライバシーが確保できない

△ 3.5.2.3 患者名の表示は患者本人や家族の意向を尊重している

a・b・c・NA

- a. ①病室入り口の患者名表示について、患者の希望を聞いて適正なお知らせしている
- b.
- c. ①を満たさない  
病室 ☞ 病室入り口の患者名表示、ナースステーションのナースボードの位置など

+ 3.5.2.4 面談用のスペースが確保されている

a・b・c・NA

- a. ①病室に設置された面談スペースが確保されている
- b.
- c. ①を満たさない

3.6 療養環境の整備

3.6.1 療養環境の整備体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

3.6.1.1 療養環境を整備する担当部署または担当者がおかれている

a・b・c・NA

- a. ①担当部署・担当者が組織図上や業務分掌で明確になっている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.6.1.2 担当部署または担当者の業務内容が明確にされている

a・b・c・NA

- a. ①業務内容が具体的に定められている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.6.1.3 療養環境整備の責任者および部署の責任者による院内巡回が行われている

a・b・c・NA

- a. ①専任・専任者および定期的な巡回・巡回が実施されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

3.6.2 患者が使用する設備・備品が整備されている

5・4・3・2・1・NA

3.6.2.1 高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が整っている

a・b・c・NA

- a. ①廊下やトイレの手すり、洗面のしつらい、昇降機や歩行器などは外来・病棟の特性に合わせて整備されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

療養 〇 患者に応じた歩行器具や自助具などの整備がある

3.6.2.2 患者が利用する設備・備品は適宜点検・補修されている

a・b・c・NA

- a. ①定期的に点検されている
- b. 不具合時の対応手順が明確である
- c. 点検されていない

3.6.3 院内の清潔管理が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

3.6.3.1 院内の清掃が十分に行われている

a・b・c・NA

- a. ①清掃担当の責任者が明確にされている
- ②院内各所の清掃が行き届いている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 壁、蛍光灯、天井換気口など見えにくい部分にも注意する

3.6.3.2 院内に不快な臭気を認めない

a・b・c・NA

- a. ①トイレ、病棟、食堂などに不快な臭いが無い
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 〇 消臭材の臭いは好ましくない

療養 〇 臭気の要因がケアの五十歩を超過している場合には、8.2.2.2、8.3.2.2、8.3.3.1の要項に反映させる

3.6.3.3 院内は整理整頓されている

a・b・c・NA

- a. ①院内の各部署は整理整頓されている
- ②廊下に不要な物を置いていない
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

精神 〇 ナースステーションやリールームなどに雑然とものが置かれていない

3 療養環境と患者サービス  
3.6 療養環境の整備

3.6.4 禁煙、分煙に配慮されている

☞ 患者、家族のみならず、職員も含め受動喫煙防止の観点から評価を行い、全館禁煙で実施している場合は、人員が1人として中項目を判定する。禁煙内を含む全館禁煙の場合は高く評価する。

3.6.4.1 喫煙区域が設けられ分煙されている

- a. ①分煙の方針が明確である。
  - ②喫煙室が設置されている（喫煙スペースでないこと）
  - b. ②を満たさない。
  - c. あるいは、院内でタバコが販売されている
- SVR ☞ 食室や喫煙室なども例外としない

a・b・c・NA

3.6.4.2 喫煙区域の内外に適切な表示がある

- a. ①全館禁煙または喫煙室の分かりやすい表示がある
- b. ②を満たさない
- c. ①を満たさない

a・b・c・NA

3.6.4.3 喫煙場所の換気に配慮されている

- a. ①十分な換気が機能している
- b. ②を満たさない
- c. 受動喫煙にさらされる

a・b・c・NA

3.6.4.4 職員に対して院内における分煙が徹底されている

- a. ①分煙の方針が明確である。
  - ②喫煙室が設けられている
  - b. ②を満たさない
  - c. 分煙が徹底していない
- SVR ☞ 職員に対する啓発活動や禁煙教育を評価し、実施として禁煙が推進されていることを評価する

a・b・c・NA

3 療養環境と患者サービス  
3.7 快適な療養環境

3.7 快適な療養環境

3.7.1 やすらぎへの配慮がなされている

3.7.1.1 院内の採光、彩色に配慮されている

- a. ①患者の共用スペース、院内各部署の採光が十分である。
- ②院内全病棟、廊下、カフリンなどの色多配色に違和感が無く調和が取れている
- b. ②を満たさない
- c. ①を満たさない

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

3.7.1.2 病棟の静音が保たれている

- a. ①院内放送のルールが定められており、緊急時以外は利用していない。
- ②静音性を確保するよう心がけている（ホビー上の配線、荷物、備品のホーダスター音など）
- b. ②を満たさない
- c. ①を満たさない

a・b・c・NA

\* 3.7.1.3 院内に遊楽備品や絵画などミニデコレーションが設置されている

- a. ①絵画やミニデコなどの設置に留意されている。
  - ②絵画やミニデコなどの管理が行われている
  - b. ②を満たさない
  - c. ①のいずれも満たさない
- 評定 ☞ 評価対象項目は、季節感と配慮を促す工夫がある

a・b・c・NA

\* 3.7.1.4 病棟の患者がくつろげるスペースがある

- a. ①床の間にサイドテーブルが設置されている。
  - ②デコレーションの設置が十分である
  - b. ②を満たさない
  - c. ①を満たさない
- 評定 ☞ デコレーションの必要は、病棟の仕様に合わせて評価する

a・b・c・NA

評定 ☞ 写真は各項目は、写真や動画を撮影し、評価を行う必要がある

3.7 快適な療養環境

3.7.2 病室内の快適性が保たれている

3.7.3 食事の快適性に配慮されている

3.7.2.1 病室内は整理整頓されている

3.7.3.1 食事時間が適切である

- a. ①ベッド周りに診察やケアが行えるスペースが確保されている。
- ②病室には私物を整理する取付画（保頭台やロッカー）などが整備されている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

- a. ①食事と食事の時間が15分以上空いている。
- ②夕食は18時以降である
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

3.7.2.2 病室内の照明と採光に配慮されている

3.7.3.2 食事の温度管理が適切に行われている

- a. ①採光が十分でない時間帯、
- ②冬寒風が強いときに、照明が確保されている。
- ③カーテンを閉めたときに監視作業に必要な明るさが確保できる
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

- a. ①保温・冷却が利用されている。または機械配膳が行われている。
- ②保温に対応できるように温めて食事をすることができる
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

3.7.2.3 病室内の空調に関して表紙に対応している

3.7.3.3 快適な食事環境が確保されている

- a. ①空調は病室ごとにコントロールできる。
- ②24時間稼働しているが、または断内差を稼げて柔軟な対応をしている。
- ③温度調節が各病室に設置されている（中央管理コントロールでも可）
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

- a. ①多人数が患者について、清潔且つに食事場所が確保されている
- b.
- c. ①は満たさない

SVR ☞ 夏季、冬季の夜間の稼働表紙について質問し対応を評価する

SVR ☞ 保温食器、トレーによる対応は「b」と評価する

3.7.2.4 快適な空間が確保されている

3.7.3.4 患者の特性や希望に応じた食事が提供されている

- a. ①患者の状態で仕度メニューが変更されている。
- ②順次、ランダムなど異なる病室に仕度メニューが異なる
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

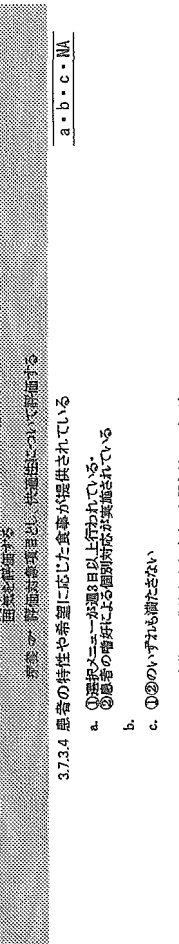
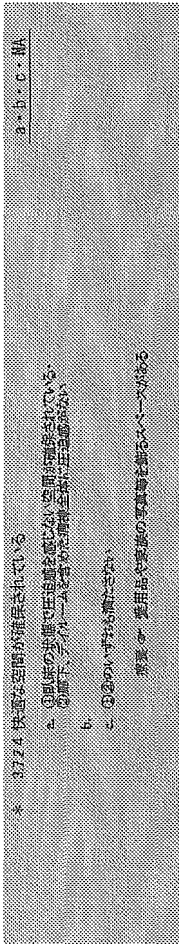
- a. ①選択メニューが週8日以上行われている。
- ②患者の嗜好による個別対応が実施されている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ☞ 異なる空間が確保されている

SVR ☞ 食事メニューの提供状況、夜間仕について評価する

病室 ☞ 異なる空間が確保されている

病室 ☞ 季節食や行事食、食器などに工夫がある



3.7.4 ベッド・マットについての施設的な配慮がなされている

5・4・3・2・1・NA

3.7.4.1 患者の姿態に応じてベッドを調節することができる

- a. ①ベッドの背もたせにリクライニング機構がある。
- ②ベッドは最低角度が調整でき、十分な支保が確保できる。
- ③必要に応じて電動ベッドが採用されている

b.

c. ①②のいずれも満たさない

療養 ☞ 安全面での配慮から低床・ベッドや高さ調節

a・b・c・NA

3.7.4.2 ベッドについての安全性と清潔性が保たれている

- a. ①必要に応じて摩擦防止部が取り付けられており、キャスターはロックつきである。
- ②定期的にベッドの清掃が行われている

b.

c. ①②のいずれも満たさない

療養 ☞ 安全重視のため、ベッド等を過度に使用していないことを確認する・身体拘束に該当している場合、4.28、5.17での警告

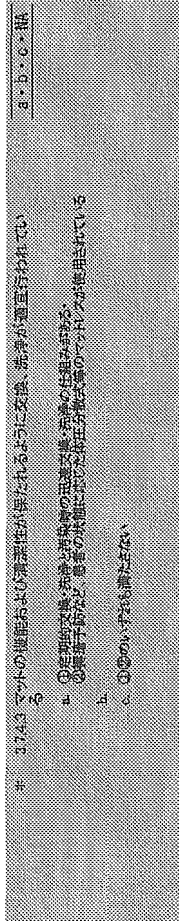
a・b・c・NA

3.7.4.3 マットの材質および清潔性が保たれるように交換、洗浄が適宜行われている

- a. ①定期的交換、消毒や消毒の迅速な実施、消毒の仕様がわかる。
- ②換気乾燥など、臭気の発生に際しては必ず乾かす等の対応が実施されている

b.

c. ①②のいずれも満たさない



3.7.5 トイレについての施設的な配慮がなされている

5・4・3・2・1・NA

3.7.5.1 患者数に合ったトイレが配置されている

- a. ①外来のトイレの構造、配置数が適当である。
- ②病棟のトイレの構造、配置数が適当である。
- ③待合トイレが配置されている

b.

c. ①②のいずれも満たさない

SVR ☞ 外来部門の配置、各病室からの距離にも注意する。外来・病棟のいずれにおいても、問題の有無を職員に確認し判断する

3.7.5.2 車椅子用のトイレが配置されている

- a. ①外来と各病棟に車椅子用のトイレが設置されている

b.

c. ①を満たさない

SVR ☞ 入り口がカーテンで仕切られている場合は、プライバシーの観点で評価する

3.7.5.3 トイレの広さが適当である

- a. ①床面ステップを持つことができる。
- ②介助者が入ることができる広さがある

b.

c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.7.5.4 トイレの安全性が確保されている

- a. ①カーズコールが設置されている。
- ②脱ぎ替えの必要がない。
- ③出入り口の段差がない。
- ④手すりも設置されている

b.

c. ①②③のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.7.5.5 トイレの清潔性が保たれている

- a. ①毎日複数回の清掃が行われている。
- ②臭気がしない。
- ③床は乾式仕上である

b.

c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

3.7.6 浴室についての施設的な配慮がなされている

☞ 病棟機能に適した浴室であることを確認する。精神的障害がある場合、入浴日以外でもシャワー浴が可能であるかなど、その柔軟性についてもみ

3.7.6.1 病棟の機能に合った浴室が配置されている

- a. ①病棟ごとに浴室またはシャワー室が設置されている。
  - b. ②病棟の端部において、作業浴槽などが設置されている
  - c. ①②のいずれも満たさない
- 精神 ☞ 入浴日以外でもシャワー浴が可能である

3.8.1 院内における災害発生時の対応体制が整っている

☞ 院内の対応

3.8.1.1 自院で作成した独自の防災マニュアルがある

- a. ①自院独自のマニュアルが整備されている。
- ②名称等の連絡網が整備されている。
- ③マニュアルは各職場に配置されている
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.8.1.2 マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている

- a. ①年1回以上の総合避難訓練が行われている(災害時の避難訓練で可)。
- ②各職種のスタッフが訓練に参加している
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ☞ 消防署では年2回の訓練を義務付けており、1回を総合避難訓練とし、あと1回は部分別の訓練または机上訓練でも可としている。2回以上(1回の総合避難訓練について)の参加状況を判断する

3.8.1.3 休日、夜間の対応体制が整っている

- a. ①休日・夜間における災害発生時の責任体制が明確にされている。
- ②休日・夜間の連絡網が整備されている(3.8.1.1と同じでない)。
- ③休日・夜間を想定した訓練が行われている
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.8.1.4 停電時の対応体制が整っている

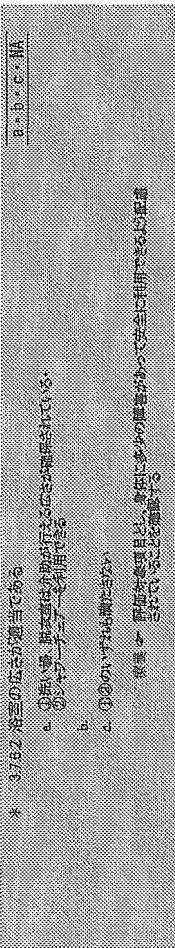
- a. ①停電時の対応手順が整備されている。
- ②非常時に非常コンセント(照明)が確保されている。
- ③手帳型、ICカードなど主要な部分に非常用電源が確保されている
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.7.6 浴室についての施設的な配慮がなされている

☞ 病棟機能に適した浴室であることを確認する。精神的障害がある場合、入浴日以外でもシャワー浴が可能であるかなど、その柔軟性についてもみ

3.7.6.1 病棟の機能に合った浴室が配置されている

- a. ①病棟ごとに浴室またはシャワー室が設置されている。
  - b. ②病棟の端部において、作業浴槽などが設置されている
  - c. ①②のいずれも満たさない
- 精神 ☞ 入浴日以外でもシャワー浴が可能である



3.7.6.3 浴室の安全性が確保されている

- a. ①分りやすい位置にナースコールが設置されている。
- ②手摺りが設置されている。
- ③配慮がない
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.7.6.4 入浴の頻度と時間が適切である

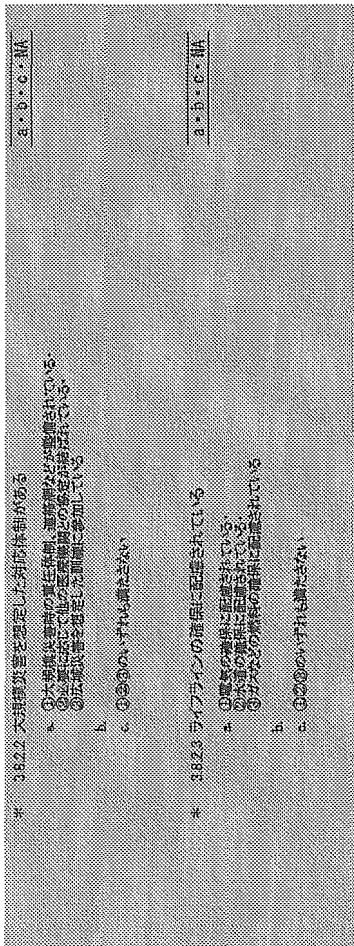
- a. ①週3回以上の入浴が可能である。
- ②手帳からスケジュールに入浴できる。
- ③入浴日以外でもシャワー浴が可能である
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

3.8.2 大規模災害発生時の対応体制が整っている

- 5.4.3.2.1.NA
- 3.8.2.1 大規模災害発生時の対応マニュアルがある
  - a. ①広域連携を想定した独自のマニュアルが整備されている。
  - b. ②マニュアルは各職場に配置されている
  - c. ①②のいずれも満たさない

☞ 大規模災害の対応では地域性を考慮して判断する。羽倉と田舎、台風の多発する地域などでは、災害発生時の対応も異なる。また、被災により広域連携が困難な状況下では、被災地と被災地間の連携体制を構築していることのほか、病院管理職の責務として地域と病院

a・b・c・NA



a・b・c・NA

3.8.2.4 大規模災害に備えた医薬品や食料品の用意がある

- a. ①3日程度の医薬品が備わっている。
- ②3日程度の食料品が備わっている。
- ③備蓄以外の調達手段が明確である
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

4 診療の質の確保

4.1 診療組織と運営体制

4.1.1 診療組織が整備されている

5.4.3.2.1.NA

4.1.1.1 病院機能に見合う医師と各診療部門の職員が確保されている

- a. ①医師・薬剤師などの法定の人員配置について、基準または標準を満たしている。
- ②レバレッジ・救急医療などについて診療報酬上の人員配置基準を満たしている。
- ③必要な麻酔医・理学療法士が確保されている
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ☞ 医師のほか、業務量に見合ったコンピュータ・スタッフの確保状況についても判断する。  
 満たさない場合は地域特性と連携努力に着目すること。  
 また、各部門の必要な職員の確保状況について適合性を確認する  
 精神 ☞ 精神保健指定医がいる

a・b・c・NA

4.1.1.2 現状を反映した組織図が明確になっている

- a. ①診療科目の組織図がある。
  - ②診療科目間で連携する関係が明確になっている。
  - ③関係全体の組織図との関係が明確である
  - b.
  - c. ①を満たさない
- SVR ☞ 1.4.1.3, 1.4.1.4, 5.1.3.2との整合

a・b・c・NA

4.1.1.3 各部門の職制・職務経歴が明確になっている

- a. ①職制と職務経歴が整備されている。
  - ②歴任の経歴が明確である。
  - ③新たな職位に就任した場合などに見直ししている
  - b.
  - c. 全く規定されていない
- SVR ☞ 1.4.1.4との整合

4.1.2 診療組織が適切に運営されている 5・4・3・2・1・NA

4.1.2.1 診療管理会議・業務連絡会議などが定期的に開催されている

- a. ①診療上の問題について協議し、進捗・調整する定期的な会議があり、運用事項があり、機能している
- b.
- c. ①を満たさない  
SVR ⇨ 議事録を事前に点検し、運用状況や開催状況を確認しておく。

4.1.2.2 診療上の基本方針や目標が検討され明確になっている

- a. ①基本方針が明確である。
- b. ②具体的な課題・目標が設定されている
- c. ①②のいずれも満たさない  
SVR ⇨ 個別対面談・観察訪問での対応から判断する。関連する会議の議事録などで実際に実施しているかの確認、インタビュー・アンケートの実施、入退院率計画やリ・ニカルの進捗状況の定期的な作成と実施、患者安全推進などの方針や目標に書きする。

4.1.2.3 基本方針や目標が医師と各部門の職員に徹底している

- a. ①基本方針や目標について医師、職員が理解している。
- b. ②基本方針と目標に沿った活動や実施が認められる
- c. ①を満たさない  
SVR ⇨ 管理者・幹部による職員への徹底方法、各部門からの伝達活動の有効性（兼任時、日替り医師）、全員の理解への研修実施を引出し徹底させる工夫をみる。1.4.8.1、4.1.1.2、2.0.1.11の提示

4.1.2.4 各委員会が適切に開催され活動している

- a. ①各委員会が機能している。
- b. ②運用状況や改善目的や委員構成、委員任命などが明確になっている
- c. 主要な委員が機能しているのか  
SVR ⇨ 患者安全・感染管理・薬物管理・薬剤管理・看護・栄養・看護など主要委員会について、その開催状況などを定期的に各部門長や各部署長等に確認しておく

4.1.3 診療における倫理に適切に対応している 5・4・3・2・1・NA

4.1.3.1 倫理上の課題となる治療や診療について医師する仕組みが適切に機能している

- a. ①倫理委員会の設置と定期的な開催がされている。
- b. ②倫理委員会の役割や活動が適切に実施されている。
- c. ①②を満たさない  
SVR ⇨ 倫理委員会の研究、および各診療科、病室・病棟・外来・手術室等での運用状況を定期的に確認する。

4.1.3.2 診療における倫理に関する教育・研修が行われている

- a. ①医師や診療要員に対して教育・研修が行われている。
- b. ②ニーズに基づいて継続的・計画的に行われている。
- c. ①を満たさない  
SVR ⇨ 医の倫理や患者研究、あるいは患者の権利のあり方、およびこれに関する直感や不安が問題として取り上げられていることを確認する。4.2.2との整合

4.1.3.3 治療・薬物研究に関する規定が適切に運用されている

- a. ①患者・家族が同意が得られている。
- b. ②患者に基づいて適切な承認が得られている。
- c. ①を満たさない  
SVR ⇨ 説明と同意に関する規定や書面・臨床研究や治療の実施が行政の指示に合致していることを確認する



4.2 医師の人事管理と教育・研修

\* 4.2.1 医師が適切に採用されている

4.2.1.1 医師の採用基準がある

- a. ① 病院独自の採用基準が明示化されている
- b. 採用基準がない
- c. 採用基準が、大学の医師人事に一任している

SVR ◯ 6.1.1.2 の整合

\* 4.2.1.2 採用時の手続が明確になっている

- a. ① 採用手続が明示化され、選出書類も明確である一箇所点検票、身分証明書、履歴書、選考書類など
- b. 選立化されていない
- c. 選出書類が決められていない

4.2.2 医師の能力や病院への貢献度が評価されている

4.2.2.1 診療能力や実績が把握されている

- a. ① 診療能力や診療実績が定期的な評価により、定期的に評価され、記録されている。評価は自己、同僚、上司によるものに加え、看護部などコグニティブケアからの評価を含んでいる。
- ② 評価の結果が本人にフィードバックされている
- b. 全く評価されていない
- c. SVR ◯ 診療実績の評価は、診療した処方箋、手術件数、検体件数などの総数や診療実績に基づいたものであり、診療報酬の請求金額のみを指標としている場合は適切でない

4.2.2.2 病院の組織的活動への関与や貢献を把握している

- a. ① 組織的活動への関与や貢献度が、明文化された評価基準により定期的に評価され、記録されている。一委員会活動、質向上への取組み、院内活動など
- b. 全く評価されていない
- c. SVR ◯ 病院組織に対する貢献度の観点から評価する

\* 4.2.3 医師の人事管理の基準があり人事や給与に反映されている

- a. ① 人事管理基準が設定されており、昇給・昇格に活用されている
- b. 管理基準がない
- c. 与労働関のみにある昇給・昇格が行われている

SVR ◯ 6.1.1.1, 6.1.1.2 の整合

4.2.3 医師の教育、研修が適切に行われている

4.2.3.1 学会・研修会への参加・発表が支援されている

- a. ① 学会や研修会への出席奨励が実施されており、予算措置されている。国内、国外、発表の経費、旅費、配膳費、専門医の支援取費や機材など
- b. 内訳が定わられていない
- c. あるいは、財政的支援も身分保証もない

SVR ◯ 不在時の勤務体制への配慮についても判断して評価する

\* 4.2.3.2 学会・研修会への参加の奨励が病棟が診療に反映されている

- a. ① 学理に基づいた研修が促進され、必要に応じて評価されている
- ② 研修が臨床現場に反映され、その効果が医師や病棟で確認され、診療の質の向上に役立っている
- b. ① 実施されない
- c. ① 実施されない

4.2.3.3 院内の研修会が実施されている

- a. ① 研修会により年間計画がたてられ、実施状況が記録・評価されている
- b. ① 実施されない
- c. SVR ◯ カリキュラムには、一般目標、行動目標、学習（教授）方針、評価が反映されていることが望ましい

4.3 診療録管理部門

4.3.1 診療録管理部門の体制が整備されている

5・4・3・2・1・NA

- 4.3.1.1 診療録管理部門があり必要な職員が確保されている
  - a. ①診療録管理部門として組織的に位置づけられている。
  - b. ②診療録管理部門に対して発着方のある部門長の配置または部長兼職などの組織的配慮がある
  - c. 部門として独立していない。

SVR 〇 診療録管理部門の体制が整備されている

a・b・c・NA

4.3.1.2 職員は診療録管理に関する教育・研修を受けている

- a. ①診療録管理士またはこれに準ずる職員の配置が理療患者2000人に1名以上確保されている
- b. 診療録管理に関する教育を受けた職員が確保されていない
- c. SVR 〇 通級教育受療中の職員を含め、ただし最低1名の有資格者が必要

SVR 〇 通級教育受療中の職員を含め、ただし最低1名の有資格者が必要

a・b・c・NA

4.3.1.3 診療録管理室(診療情報管理室)が設置され取捨場所や情報機器が整備されている

- a. ①診療録管理士の執務室、診療記録の閲覧室、診療録の保管庫、診療情報管理に必要な情報機器が整備されている
- b. 診療録の保管庫のみである
- c. SVR 〇 外委託の場合は必要な期間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況が判断する

SVR 〇 外委託の場合は必要な期間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況が判断する

a・b・c・NA

4.3.2 診療録が適切に管理されている

5・4・3・2・1・NA

- 4.3.2.1 患者ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている
  - a. ①診療録に際して医師が全科の診療録を容易に参照できる
  - b. オーダリングシステムにより、他科処方、他科検査は参照できるが、診療内容の全ては参照できない。
  - c. 他科の診療内容が参照できず、直達手票、重複検査の危険性がある。

SVR 〇 外来診療録が科別管理の場合、オーダリングシステムなどにより他科処方、入院診療録が他科科別に伝送されている

a・b・c・NA

4.3.2.2 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている

- a. ①入院および外来の診療録の所在が中央管理されており、貸出し・閲覧制限がある。
- b. ②貸出し・閲覧を厳守させる仕組みがある
- c. 診療録の所在が管理されておらず、紛失の危険性がある。

SVR 〇 入院および外来の診療録の所在が中央管理されており、貸出し・閲覧制限がある。

a・b・c・NA

4.3.2.3 合理的な保管方法が採用されている

- a. ①入脱、外来診療録とも患者のID番号により保管されている。
- b. ②迅速・確実な取り出しと返納ができる適切な保管方法が採用されている
- c. ①②のいずれも満たされない

SVR 〇 入脱・外来診療録とも患者ID番号による保管がなされており、同姓同名患者の取り違えの危険性がある、あるいは迅速な返納が確保されていることは適切でない

4.3.1 診療録が適切に管理され活用されている

5・4・3・2・1・NA

- 4.3.1.1 各診療科の診療録から診断名・手術名などがコード化され検索可能となつている
  - a. ①診断名・手術名などがコード化されてコンピュータに登録されている。
  - b. ②特定の条件に該当する診療録の検索ができる
  - c. 病名がICD-10などでの標準的なコード化が行われていない(少なくとも急性期病棟において)

SVR 〇 診断名・手術名・処置名はICD-10、ICD-9-CMなどの標準的なコード体系を用いたコーディングが実行される

a・b・c・NA

4.3.1.2 病棟別患者数や手術件数などの診療活動の基が統計が定期的に報告されている

- a. ①定期別患者数など集計量の算出に活用できる統計が作成され、院内において報告・共有されている
- b. 全く存在しない
- c. SVR 〇 診療科ごとに集計的な統計が作成され、定期的に院内において報告・共有されている。ただし、患者数や手術件数など集計量の算出に活用できる統計が作成され、院内において報告・共有されている。

SVR 〇 診療科ごとに集計的な統計が作成され、定期的に院内において報告・共有されている。

a・b・c・NA

4.3.1.3 診療の質や効率に関する分析や評価が行われ組織的に実施されている

- a. ①患者および診療活動の指標が設定されており、定期的に算出され、会議等で共有され、改善策が検討されている
- b. 評価指標が全く設定されていない
- c. SVR 〇 診療科に設定された指標は、定期的に算出され、院内において共有・活用されている。

SVR 〇 診療科に設定された指標は、定期的に算出され、院内において共有・活用されている。

a・b・c・NA

4 診療の質の確保  
4.4 図書機能

4.4 図書機能

4.4.1 図書室が確保され図書・文庫が整備されている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

4.4.1.1 図書室があり担当者が明確になっている

- a. ①図書室(書籍・雑誌の収納、医師・職員の間覧が可能)が整備されている。
- ②担当者が明確になっており、その業務内容が明確になっている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ◯ 図書室は診療報酬費と未用でもよい。担当者は他の業務と兼務であっても業務内容が明確であればよい。専任で司書の専門教育を受けていないは最も悪い

4.4.1.2 図書が一括管理され適切に分類・整理されている

a・b・c・NA

- a. ①書籍・雑誌が図書室で一括管理されている。
- ②図書目録や図書台帳により一定方式で分類・整理されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たされていない。あるいは、1冊の書籍と混在して保管されている。

SVR ◯ 各部門・部署で必要図書が保管されている場合は図書室で保管庫を把握していること

4.4.1.3 必要な図書・文庫が購入され各部署に定期的に図書情報が提供されている

a・b・c・NA

- a. ①図書購入の計画が立てられている。
- ②定期的に図書を購入して置かれている。
- ③図書台帳などにより各部署に定期的な図書情報を伝えている。
- b.
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 最近の図書購入予算を確保し、購入する図書をおおむね予算枠内での図書委員会などの設置が望ましい

4.4.2 図書室の利用促進と便宜を図っている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

4.4.2.1 各種の職員がいつでも利用することができる

- a. ①各部署の職員が利用可能となっている。
- ②24時間いつでも利用できる。
- b.
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 図書利用履歴等を点検し、各部署の利用状況を申し出し状況、および利用時間や勤務時間以外の運用体制を確認する

4.4.2.2 文献検索を容易に行うことができる

a・b・c・NA

- a. ①簡便設備として文庫検索のCD-ROM、あるいは外部の文庫情報センターにアクセス可能な情報システムがある。
- b.
- c. 文庫検索を行わずに検索・手段がない

SVR ◯ 検索は医師が個人的に書類しているのではなく、簡便な状態で置かれていることと確認、開架の大半が医師で検索可能であれば具体的な検証を考慮する

4.4.2.3 文庫入手の手順が図られている

a・b・c・NA

- a. ①申請書や費用請求書等の提出方法が図られている。
- ②簡便な申請書や他の簡便な図書室から必要な図書が容易に入庫できる。
- b.
- c. 文庫を入手する手順が図られていない

SVR ◯ 文庫入手の手順と簡便性の支援を確保する

4 診療の質の確保  
4.5 臨床検査部門

4.5 臨床検査部門

4.5.1 臨床検査部門の体制が整備されている

5・4・3・2・1・NA

4.5.1.1 必要な職員が確保され適切に配置されている

- a. ①検査項目・処理体系などの検査長・機器に見合った職員が配置されている。
- ②緊急検査に対応できる職員が確保されている。
- ③管理・責任体制が明確に定められている。
- b.
- c. 必要な職員が配置されていない

SVR ◯ 業務委託が行なわれている場合は、その状況を御覧して判断する。4.1.1.1との整合

4.5.1.2 病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①必要なスペースが確保され、病棟の役割・機能に見合った機器が整備されている。
- ②患者との接点がある部分には患者のプライバシーに配慮されている。
- b.
- c. ①を満たさない

4.5.1.3 施設・設備・機器が適切に保守・点検されている

a・b・c・NA

- a. ①保守・点検マニュアルが作成されており、遵守されている。
- ②検査機器の故障時・異常時点検が実施されている。
- ③定期検査・点検が、1回1人実施されている。
- ④トラブル発生時、1人1台1台で確認して異常など対策が講じられている。
- ⑤トラブル発生時には原因究明が行われ、1人1台1台で確認されている。
- b.
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 6.3.1.2との整合

4.5.1.4 施設・設備・機器の安全に配慮されている

a・b・c・NA

- a. ①業務安全管理マニュアルが作成されている。
- ②臨床検査室、薬理物質、精密測定機器が適正に保管されている。
- ③有害放射線、薬理物質、重金属など危険性の高い物質が適正に保管されている。
- ④検査機器の安全運用が確保されるための配慮がなされている。
- ⑤災害時、緊急時の対応態勢が
- b.
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 3.8.1, 3.8.2との整合

