

4 診療の質の確保
4.7 放射線部門

4.7.1 画像診断部門の体制が整備されている

5・4・3・2・1 NA

4.7.1.1 必要な医師・職員が確保され適切に配置されている

- a. ①必要な放射線専門医が配置されている。
- ②放射線科には、放射線技師が配置されている。
- ③検査に必要な放射線技師・看護師・事務員が確保されている

b. ①を満たさない

SVR ○ 事務員には、受付、フィルムの整理、保管の事務の他に報告書作成のためのソフトウェアも必要である。

4.7.1.2 病院機能に見合った施設・設備・機器が整備されている

- a. ① 設備に見合った単純撮影、X線IV、CT、MRI、血管造影装置、超音波診断装置などが整備されている

b. ①を満たさない

SVR ○ 病院機能のほかに専門診療科についても適宜して判断する。CT、MRIについては、待ち時間についても確認して判断する。

4.7.1.3 施設・設備・機器が適切に保守・点検されている

- a. ①点検マニュアルが作成されている。
- ②点検の担当が指定され、記録が整理されている。
- ③検査の目的がある処置がある。
- ④撮影室には照明を暗くするための可変調光設備がある

b. ①を満たさない

c. ②のいずれかも満たさない

4.7.2 画像診断部門は適切に運営されている

○ 病院の規模・機能を勘案して評価する

4.7.2.1 画像診断の予約の体制が確立している

- a. ①マニュアルが作成されている(緊急患者の緊急を考慮)

b. ①を満たさない

c. 予約の体制が確立されている
SVR ○ 予約の必要がない患者を優先的に検査する場合は、検査の順番が不明である。

4.7.2.2 緊急時の診断体制が整備されている

- a. ①緊急画像診断が行える体制になっている。(血管造影、CT、MRIなど)。
- ②医師がいつでも使用できるように確保されており、医師、放射線技師および看護士についての高緊急体制が整備されている

b. ①を満たさない

c. 緊急検査ができない

4.7.2.3 画像診断の結果について関連診療科の医師と検討している

- a. ①症例検討会あるいは放射線カンファレンスが関連診療科の医師の参加を得て毎週1回開催されている

b. ①を満たさない

c. 検討の機会がない
SVR ○ 少々どこの科および外科との毎週1回の症例検討会をもつ必要がある

4 診療の質の確保
4.7 放射線部門

4.7.3 放射線治療部門が適切に運営されている

5・4・3・2・1 NA

4.7.3.1 必要な医師・職員が確保されている

- a. ①其他の施設を有する場合は放射線専門医が、その職任の放射線技師、看護師が確保されている
- ②画像診断と治療の放射線専門医が、その施設に所属している
- ③①のいずれも満たさない

b. ①を満たさない

4.7.3.2 施設・設備・機器が適切に保守・点検されている

- a. ①保守記録・点検記録が適切に行われており、記録が整理されている
- ②点検マニュアルが作成されている
- ③点検の担当が指定され、記録が整理されている

b. ①を満たさない

c. ②のいずれかも満たさない

4.7.3.3 放射線治療の計画について関連診療科の医師と評価・検討している

- a. ①患者の病状の把握計画に基いた治療計画が放射線科の医師と共同で作成されている
- ②治療計画の医師が、放射線科の医師と共同で作成されている

b. ①を満たさない

c. ②を満たさない
SVR ○ 放射線科が治療と関連した部分の医師が共同で行われているかを評価する

4.8 薬剤部門

4.8.1 薬剤部門の体制が整備されている

5.4.3.2.1.NA

a・b・c・NA

- 4.8.1.1 必要な職員が確保され適切に配置されている
 - a. ①院内・院外処方体制を問わず、調剤・情報管理・薬機業務に必要な人員が確保されている
 - ②夜間の救急体制に必要な人員が確保されている
 - b. 法定人員が確保されていない
 - c. SVR ☞ 4.1.1.1との整合

a・b・c・NA

- 4.8.1.2 必要な施設・設備・機器が整備され保点検されている
 - a. ①調剤設備・機器が整備されている
 - ②点検や点検・点検・点検・点検が整備されている
 - ③中点検や点検・点検・点検・点検が整備されている
 - ④点検や点検・点検・点検・点検が整備されている
 - ⑤各種機器が定期的な点検・点検・点検・点検されている
 - b. ①②③のいずれも満たさない
 - c. SVR ☞ 病棟規模、病室により必要な機器・設備を評価する

a・b・c・NA

- 4.8.1.3 薬事法規などが設置され開示されている
 - a. ①薬事法規の作成が完了され、開示が順次行われている
 - ②定期更新が実施されている
 - ③開示が適切に行われている
 - b. ① 内容が不足している
 - c. SVR ☞ 委員会とは別途対応が必要な事項であり、この要件は薬剤師の責任で対応する必要がある。薬剤師が責任を持って対応している。

4.8.2 薬剤が適切に保管・管理されている

5.4.3.2.1.NA

a・b・c・NA

- 4.8.2.1 調剤室・薬剤保管室などの薬剤が適切に保管・管理されている
 - a. ①調剤室、薬品保管室の施設管理がなされている
 - ②防火・防湿・防虫・防鼠対策が実施されている
 - ③外来、救急部門の薬機管理にも薬剤部門が関与しており、職員不在時の施設管理が行われている
 - b. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

- 4.8.2.2 麻薬・向精神薬が適切に管理されている
 - a. ①麻薬は適切に管理され、麻薬記録簿が保管されている
 - ②向精神薬（一・二種）は適切に保管・管理されている
 - ③麻薬、向精神薬の廃棄、破損時の手順があり、必要な届出がなされている（後面参照）
 - b. ① 麻薬、向精神薬の施設管理が行われていない
 - c. SVR ☞ 麻薬・向精神薬については施設管理、他剤との区別管理がなされているとなおよ

a・b・c・NA

- 4.8.2.3 薬剤の品質保全に配慮されている
 - a. ①調剤室・薬品保管室が清潔である
 - ②薬剤の適切な保管・管理が適切に行われている
 - ③使用量に合わせた適量調剤が確保されている
 - b. ①②のいずれも満たさない

4.8 薬剤部門

4.8.3 調剤が適切に行われている

5.4.3.2.1.NA

a・b・c・NA

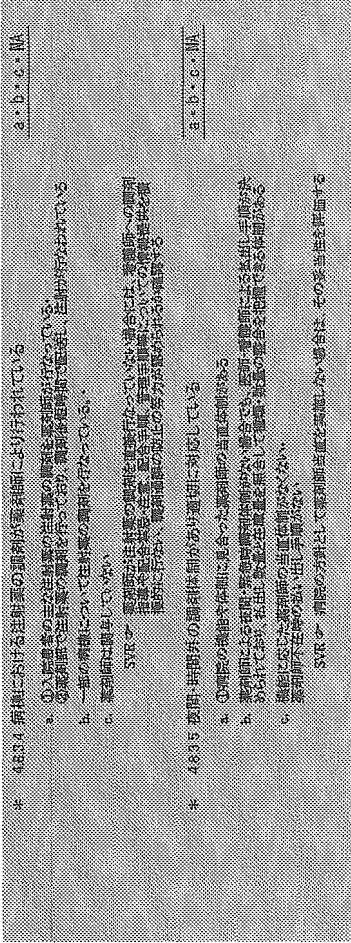
- 4.8.3.1 調剤業務の手順が確立している
 - a. ①調剤業務の手順が文書化されている
 - ②新人職員が適切な教育を受け、調剤業務の執行が適切である
 - ③窓口業務が一元化されており、院内に周知されている（院外処方の方の紹介や医師との連携）
 - b. ①を満たさない
 - c. SVR ☞ 院内業務が一元化されており、院外処方の方の紹介や医師との連絡手順が院内に周知されている必要がある

a・b・c・NA

- 4.8.3.2 調剤業務が円滑に行われている
 - a. ①院外処方の方の待ち時間調査が年1回以上行われており、分析と対応策の検討が適切に実施されている
 - ②院内処方システムによる調剤依頼の届出が迅速であり、それに伴った薬剤師の働きが立って行われている
 - b. ①を満たさない
 - c. ②を満たさない

a・b・c・NA

- 4.8.3.3 調剤後の確認を行う体制があり確実に実施している
 - a. ①調剤後の確認が実施されており、処方箋の照合が適切に行われている
 - ②処方箋に発見された調剤過誤を把握し、その原因分析と対策が検討されており、結果が報告されている
 - b. ①を満たさない
 - c. ②を満たさない



4.8.4 薬剤が適切に購入され供給されている

4.8.4.1 薬剤購入の方針と手順が確立している

- a. ①薬品購入の手順が明文化されている。
- ②発注・受入検収手順が決められている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

4.8.4.2 使用薬剤の採否が薬事委員会などで定期的に検討されている

- a. ①新薬品等の発注履歴の手順と文書が決められている。
- ②発注履歴の定期的な見直しが行われている。
- ③使用薬剤の供給実績と薬事委員会での見直し履歴が連携した状態で管理されている。
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①が無く、薬事委員会で定期的に見直しが行われていない。
S/R 〇 発注履歴と使用履歴などを見直しで修正すること、
削減履歴が少ない場合には委員会での見直し手順が定められていない
状態である

4.8.4.3 青標や各部署へ薬剤の供給が適切に行われている

- a. ①病棟でそのまま薬剤の供給、処方できるように入院患者の個人別取り揃えが出来ている
- ②払い出し時間帯が適切である
- b. ①を満たさない
- c. S/R 〇 他部署の別供給は可。
病棟で隔封して病棟内を確保、仕分けするなどの医薬品がある場合には
病棟内における医薬品供給が適切に行われていないとして評価しない

4.8.4.4 薬剤の在庫管理が適切に行われている

- a. ①薬剤部門の日々の在庫量が把握されており、発注計画に反映されている。
- ②薬剤部門在庫の棚卸が年2回実施行なわれている。
- ③不備在庫発生時、有効期限の近い薬品が常時把握されており、院内で使用促進対策が行なわれ、廃棄処置・全量が把握されている。
- ④大病院及び専門に必要な薬
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. S/R 〇 スターガー、瓶などの合巻で薬品、交換処理が行われておけば特に評価できる。
大病院及び専門に必要な薬品、処用薬品、処用薬品がリスト化されており、常
時一定量が在庫されている場合は高く評価する。
3.3.2.4.2の基準

a・b・c・NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

4.8.5 薬剤情報が適切に提供されている

4.8.5.1 院内医薬品情報が作成され定期的に改定・増補されている

- a. ①院内医薬品情報はすべてに必ず更新するものが作成され、必要な部署に配属されている。
- ②必要に応じて改定・増補されている
- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

4.8.5.2 医薬品情報に関する問い合わせに適切に対応している

- a. ①薬剤師等が担当しており、院内・外からの薬剤情報の照会・掲載に適切に対応し、その内
容が正確・整理されている。
- ②医薬品情報などの資料が整備され、外部の薬剤情報の定期的な入手体制が構築されてい
る。
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. S/R 〇 CD-ROM、特にインターネットの活用は評価できる

4.8.5.3 新剤採用薬や副作用に関する情報提供を行っている

- a. ①新剤採用薬の情報は単に名称、成分、適応などだけでなく、副作用、相互作用、副作用
薬など副作用薬の情報が適切に提供されている。
- ②院内・外で発生した副作用情報を一元的に収集し分析して、関係部署に情報提供と注
意を喚起している
- b. ①を満たさない
- c. S/R 〇 提供される新薬情報の種類・内容は医師・看護師等利用者の意見を取り入
れたものであることを評価する。
副作用情報はメーカー情報の提供だけで評価しない

4.8.5.4 副作用情報を迅速に報告・報告している

- a. ①院内・外で発生した副作用情報（一元的に収集し分析して）を迅速に報告する。
副作用情報を報告する部署に速報が送付されている（支店・支所）
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

4.9 輸血血液部門

4.9.1 輸血血液部門の体制が整備されている

① 病棟の規模・機能、血液製剤の使用量・頻度等を勘案して総合的に評価する。外注委託の場合はシステムの適切性を確認する。薬剤とは血液、血漿、血小板、アルブミン製剤を含む。

4.9.1.1 担当部署と責任者が明確で必要な職員が確保されている

- a. ① 発注、原簿、供給の担当部署と責任者・業務担当者が明確である。
- ② 各業務の業務担当者の責任が明確である。
- ③ 発注、原簿の手順が明文化されている。
- ④ 必要な職員が確保されている。

b. ①~④のいずれかが不十分である

c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ 業務量によっては兼任でもよい

4.9.1.2 夜間・時間外の対応体制が明確になっている

- a. ① 対応体制・手順がある。
- ② 対応体制・手順が明文化されている
- b. 対応しているが手順が明文化されていない
- c. ①を満たさない

4.9.1.3 輸血血液製剤が適切に保管されている

- a. ① 自己採取用製剤付きの保管庫、冷蔵庫に保管されている。
- ② 温度・湿度・光線・振動などの定期測定が実施されている。
- ③ 保管に際する基準と手順等が明文化されている。
- ④ 発注と手続面に保管される場合も同様である。
- b. ①②③のいずれかが不十分である
- c. ①を満たさない

⑤ あるいは、温度の変化をアラームに依存している
SVR ☞ 輸血血液製剤の使用頻度が極めて低い病棟では、保管体制の工夫を徹底する。輸血血液製剤に保管されている場合は、発注から使用までの手順や保管時間に問題がないと確認する。

① 2.4.1.、4.20.3.、4.22.1との整合

4.9.2.1 輸血血液製剤の供給・使用の手順が確立している

- a. ① 供給と使用の手順がある。
- ② 明文化されている(使用時の患者・血液型の確認方法など)。
- ③ 遵守されている
- b. ①を満たすが②③の何れかが不十分である
- c. ①を満たさない

SVR ☞ 特に夜間の緊急時の供給について確認する

4.9.2.2 輸血血液製剤の発注・使用・返却状況が把握されている

- a. ① 発注履歴の発注、使用、返却状況、戻り量が確認されている。
- ② 使用された血液のロット番号の記録が保管されている。
- ③ 発注に基づいた改善の努力が認められる
- b. ①②を満たすが、改善の努力がみられない
- c. ①②のいずれも満たさない

4.9.2.3 輸血血液製剤の使用のあり方や副作用・事故防止について検討している

- a. ① 副作用等の発生や再発防止が検討されている。
- ② 副作用報告の発生、事故防止策などについて、委員会などで定期的に資料を記載し、検討している。
- ③ 事故発生時の対応マニュアルがある
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

4.10 手術・麻酔部門

4.10.1 手術・麻酔部門の運営体制が整備されている

☞ 4.1.1.1の整合

4.10.1.1 手術・麻酔部門の組織体制と責任者が明確になっている

- a. ①手術責任者は麻酔部門の責任者として常勤の専任医師がいる。
- ②専任医師が1名配置されている。
- b. ①専任ではないが常勤医師がいる者医師がいる。
- c. 責任体制が明確でない

SVR ☞ 中小病院では、必ずしも独立部署の存在は必要ではないが、手術・麻酔に關する責任を明確にするために常勤医師が確保されている必要がある。看護士に委ねられている状況は適切でない。

4.10.1.2 必要な麻酔医が確保されている

- a. ①手術実施と手術室に必要となる麻酔科医が確保されている。
- ②常勤手術室が複数ある場合、非定常麻酔医のみによって麻酔が実施されている。
- b. ①麻酔医が手術に専任していない。
- c. 麻酔医が手術に専任していない

SVR ☞ 非定常麻酔医が確保されていない場合、責任を伴っている兼任医師や非常勤麻酔医の関与が代わって判断して対応する。年間手術件数400~500以上で麻酔医の確保が必要である。

4.10.1.3 手術室運営のための運営委員会が設置され開催されている

- a. ①運営委員会からリガが本、1回も1回開催され開催されている。
- ②手術室の安全、手術室の安全管理、消毒管理、機器の保守、事故・事故防止などについて協議している。記録がある。
- ③委員会の開催は、手術室・麻酔部門の責任者である医師、手術室責任者の専任の責任、副責任者の専任の責任によって決定されている。
- b. ①運営委員会がない。且つは委員会が機能していない。
- c. 手術室・1以上の専任、中小病院では手術室の責任者である医師が確保されていること。

4.10.2 手術・麻酔部門の施設・設備・機器が適切に管理されている

☞ 病院の規模・機能を勘案して評価すること

4.10.2.1 機能に合った施設・設備・機器が整備されている

- a. ①手術の仕様・内容からみて適切な数の手術室がある(日曜と無理がない事を確認)。
- ②手術室の照明・空調設備・吸引設備・吸引設備が整備されている。
- ③手術室の照明・空調設備・吸引設備・吸引設備が整備されている。
- ④必要と手術室が整備されている。
- b. 上記のいずれかが十分でない
- c. ①②③④のいずれも満たさない

4.10.2.2 施設・設備・機器の保守・点検と安全管理が適切に行われている

- a. ①担当者により、施設・設備・機器の保守・点検が定期的に行われており、記録がある。
- ②医師が点検の監督や空間設備が定期的点検され、記録から確認できる。
- ③事前から非出稼設備あり、適切に機能している。
- ④異常が発生した際の対応マニュアルがある。
- b. ①②③④のいずれも満たさない
- c. SVR ☞ 大規模病院では臨床工学技士の配置が求められる

4.10.2.3 施設・設備の清潔保持のために適切な管理が行われている

- a. ①手術室の清潔管理に関する規程がある。手術室マニュアルに明確に記述されている。
- ②清潔スタッフが専任に配置されている。
- ③手術室は週1回に掃除され、少なくとも1回は点検・確認されている
- b. ①②③④のいずれも満たさない
- c. ソーニングが不明確で記録がない

SVR ☞ 清潔・消毒・不潔の動線が交差している場合には、運用面での工夫を判断して評価する

4.10.3 手術・麻酔部門が適切に運営されている

4.10.3.1 手術のスケジューリング管理が円滑に行われている

- a. ①手術スケジュールを調整する担当者が決まっている。
- ②スケジュールの稼働がない
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

4.10.3.2 緊急手術に適切に対応している

- a. ①緊急手術は診療時間内はもとより、時間外や休日にも速やかに行なうことができる
- b. ①を満たさない
- c. SVR ☞ 手術担当医師や麻酔医、看護師等の確保についても判断する

4.10.3.3 手術症例の情報管理が行われている

- a. ①手術台帳が整備されている。
- ②手術室計が作成されている。
- ③手術症例に關する情報が病歴管理委員会などで報告・検討されている
- b. ①を満たさない
- c. SVR ☞ 手術室のコード化と電算管理が望ましい

4 診療の質の確保

4.10 手術・麻酔部門

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

※ 4.10.4 中央滅菌材料部門が適切に運営されている

5.4.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

- ※ 4.10.4.1 滅菌設備が整備され必要と職員が確保されている
 - a. ① 設備が適切に整備され、責任者があまっている。
 - ② 設備が適切に整備されている。
 - ③ 設備が適切に整備されているが、不足している。

c. ①②③のうち1つも満たさない

SVR 責任者が院内感染管理委員会に出席していることを確認する。また、必要に応じて感染症対策委員会にも出席していることを確認する。

概要 ① 滅菌設備は適切に整備されている。② 滅菌設備は適切に整備されているが、不足している。③ 滅菌設備は適切に整備されているが、不足している。

a・b・c・NA

- ※ 4.10.4.2 材料・用具・機器の滅菌消毒・管理管理が適切に行われている
 - a. ① 滅菌消毒する時に職員は防護具を適切に使用している。
 - ② 滅菌消毒する時に、生菌検査が実施されている。
 - ③ 滅菌消毒する時に、滅菌指示薬が適切に使用されている。
 - ④ 滅菌消毒する時に、滅菌指示薬が適切に使用されている。
 - ⑤ 滅菌消毒する時に、滅菌指示薬が適切に使用されている。

c. ①②③のうち1つも満たさない

SVR ① 滅菌消毒する時に、滅菌指示薬が適切に使用されていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.10.4.3 材料・用具の搬送で清潔・不潔分離が実施していない
 - a. ① 搬送された物品は清潔と不潔とで区別されている。
 - ② 搬送された物品は清潔と不潔とで区別されているが、区別が適切でない。
 - ③ 搬送された物品は清潔と不潔とで区別されていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 搬送された物品は清潔と不潔とで区別されていることを確認する。

※ 4.11 集中治療室の体制が整備されている

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

- ※ 4.11.1 必要な医師・看護師が確保され組織体制が確立している
 - a. ① 責任者が明確に定められている。
 - ② 責任者が明確に定められているが、責任者が不足している。
 - ③ 責任者が明確に定められていない。

c. ①②③のうち1つも満たさない

SVR ① 責任者が明確に定められていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.11.2 医師に見合った施設・設備・機器が整備されている
 - a. ① 医師に見合った施設・設備・機器が整備されている。
 - ② 医師に見合った施設・設備・機器が整備されているが、不足している。
 - ③ 医師に見合った施設・設備・機器が整備されていない。

c. ①②③のうち1つも満たさない

SVR ① 医師に見合った施設・設備・機器が整備されていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.11.3 施設・設備・機器の保守・点検と消耗管理が適切に行われている
 - a. ① 施設・設備・機器の保守・点検と消耗管理が適切に行われている。
 - ② 施設・設備・機器の保守・点検と消耗管理が適切に行われているが、不足している。
 - ③ 施設・設備・機器の保守・点検と消耗管理が適切に行われていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 施設・設備・機器の保守・点検と消耗管理が適切に行われていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.11.4 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている
 - a. ① 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている。
 - ② 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっているが、不足している。
 - ③ 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっていることを確認する。

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

- ※ 4.11.2 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている
 - a. ① 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっている。
 - ② 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっているが、不足している。
 - ③ 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 集中治療室の運営方針と入退室の基準・手順が明確になっていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.11.2 入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されている
 - a. ① 入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されている。
 - ② 入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されているが、不足している。
 - ③ 入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 入室中の経過が適切に記録され利用状況が把握されていることを確認する。

a・b・c・NA

- ※ 4.11.3 集中治療室運営委員会が設置され開催されている
 - a. ① 集中治療室運営委員会が設置され開催されている。
 - ② 集中治療室運営委員会が設置され開催されているが、不足している。
 - ③ 集中治療室運営委員会が設置され開催されていない。

c. ①②のうち1つも満たさない

SVR ① 集中治療室運営委員会が設置され開催されていることを確認する。

a・b・c・NA

4.12 救急部門

4.12.1 救急部門の地域における役割が明確になっている

5・4・3・2・1・NA

4.12.1.1 救急医療について地域における役割と方針が明確になっている

- a. ①地域のニーズに基づいた役割分担と運営方針が示されている。
- ②明瞭な役割分担は役割別に委嘱された担当者も考慮される。
- ③運営方針は随時的に更新されている

b. ①地域のニーズに基づいた役割分担と運営方針が示されている。

c. ①地域のニーズに基づいた役割分担と運営方針が示されている。

精神 ☞ 新道府県内の精神科救急医療がどのようになされているか、その中で自院の役割がどのようになっているかを、明確に説明できる

療養 ☞ 転院後療養・時間療養を実施している場合は、在宅療養患者の急変時の対応方針を明確にする

4.12.1.2 救急医療についての役割と方針が院内に周知・徹底されている

- a. ①救急医療に従事する職員のみならず、他の職員にも役割や方針が周知・徹底されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

a・b・c・NA

a・b・c・NA

4.12.1.3 地域における救急医療の現状を把握している

- a. ①自然災害等に関する行政、医師会、消防関係などからの情報を得ている。
- ②地域した情報を積極的に分析している

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

精神 ☞ 自然災害等、新道府県内各自治体が行っている救急医療の定期巡回が地域全体で実施されている

4.12.2 役割に応じて救急部門の体制が整備されている

5・4・3・2・1・NA

- ☞ 救急搬送の水準を以下のように区分して評価する
 - <水準1> 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う
 - 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う
 - 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う
 - 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う
 - 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う
 - 救急搬送センターないし、地域の救急医療機関を担う

4.12.2.1 医師・看護師が確保され適切に配置されている

- a. ①<水準1> 専門医のほか、救急の医師が専任し、十分な看護職員が確保されている。
- <水準2> 内科・外科系の医師が常に対応可能で、十分な看護職員が確保されている。
- <水準3> 担当医が定まられており、必要に応じて内科・外科の医師をオンコールで呼ぶことができる。
- <水準4> 必要に応じて医師・看護師が対応できる

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ☞ 臨床研修医が常駐している

精神 ☞ 精神科救急センターで救急専門医が配置されているかを確認する

非指定医の当直の都合、精神科救急指定医のオンコール体制がある

4.12.2.2 各職種の当直体制が整っている

- a. ①<水準1> 看護師・検査技師・放射線技師・理学療法士の当直体制がある。
- <水準2> 看護師・検査技師・放射線技師・理学療法士の当直体制があるが、おおよそは確保され、必要に応じてオンコールで対応できる。
- <水準3> 必要に応じて当直またはオンコールの体制がある
- <水準4> 必要に応じて当直体制が確保されている

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ☞ 臨床研修医が常駐している

精神 ☞ 精神科救急では（PSW 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師）のオンコール体制がある

4.12.2.3 診療各科の当直体制が整っている

- a. ①<水準1> 内科・外科・小児科・産科・泌尿器科・呼吸器科・消化器科の当直体制が確保されている。
- <水準2> 内科・外科・小児科・産科・泌尿器科・呼吸器科・消化器科の当直体制が確保されているが、おおよそは確保されている。
- <水準3> 内科・外科・小児科・産科・泌尿器科・呼吸器科・消化器科の当直体制が確保されているが、必要に応じて当直またはオンコールで対応できる。
- <水準4> 必要に応じて当直体制が確保されている

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ☞ 臨床研修医が常駐している

精神 ☞ 精神科救急では（PSW 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師）のオンコール体制がある

a・b・c・NA

4.12.2.4 施設・設備・機器が整備され保守管理・清潔管理が適切に行われている

- a. ①水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
②水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
③水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
④水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑤水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑥水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑦水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑧水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑨水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑩水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
- b. 救急外来の機器の保守・点検はME部門、放射線部門、検査部門、放射線部門、感染管理部門からの支援によって行っている。
①水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
②水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
③水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
④水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑤水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑥水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑦水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑧水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑨水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
⑩水廻り>気圧調整装置の整備、換気・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のチェックが常に可能である。
- c. 水廻りに関して不十分である。
①水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
②水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
③水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
④水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑤水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑥水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑦水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑧水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑨水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
⑩水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。

SVR 〇 向に<水廻り>では緊急の手術・検査に対応できるように整備されているか
①水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。
②水廻り>心筋電生計測装置はそれぞれ適切な処置に必要な道具・機器が常に使用可能である。

4.12.3 救急部門が適切に運営されている

- 〇 <水廻り>の各々の方針と手順の内容に照らして運営の適切性を評価する。水廻りの詳細は、4.12.2を参照
- 4.12.3.1 救急患者の受け入れの方針と手順が確立している
 - a. 心停止下又は劇死下での移植用臓器の提供に関することが含まれているか確認する（後者が必須となる施設）
①水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
 - b. 水廻りに関して不十分である。
 - c. 水廻りに関して不十分である。
SVR 〇 心停止下又は劇死下での移植用臓器の提供に関することが含まれているか確認する（後者が必須となる施設）
①水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>救急患者搬入時において担当医師・看護師が決められている。
- 4.12.3.2 役割に応じて緊急検査・診察、入院、緊急手術などが円滑に実施されている
 - a. ④4.21.3.1の方針・手順が遵守されている。
①水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
 - b. 水廻りに関して不十分である。
 - c. 水廻りに関して不十分である。
- 4.12.3.3 在宅療養者の受け入れに適切に対応している
 - a. ①自歸の受入れに際して在宅療養者の搬入に際しての方針が明確にされている。
②実際にそのように受け入れの裏面がある。
 - b. 緊急からみて不十分である。
 - c. 緊急からみて不十分である。
SVR 〇 受け入れの方針がある場合は清拭を確保していることを確認する。
①水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
- 4.12.3.4 救急患者の受け入れ実績が把握され運用状況が検討されている
 - a. ①患者受け入れの実績が検討され、委員会において実績に基づき運用状況の検討がなされている。
 - b. ①を補たない
 - c. ①を補たない
SVR 〇 医師側の観点から、救急医療の質的改善に資するべき運用状況の把握がなされているか確認する。
①水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。

4.12.3.5 救急患者に対する医療の妥当性について検討している
①水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
②水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
③水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
④水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑤水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑥水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑦水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑧水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑨水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。
⑩水廻り>緊急検査搬入時において担当医師・看護師が決められている。

4.13 栄養部門

4.13.1 栄養部門の運営体制が整備されている

☞ 施設・設備の衛生管理は第6領域、食事のアメニティは第3領域で

5・4・3・2・1・NA

☞ 4.1.1.1の整合性を確認する

a・b・c・NA

4.13.1.1 必要な職員が確保され適切に配置されている

- a. ①必要な職種（管理栄養士、栄養士、調理師）について、業務量に見合った人員が配置されている。
- ②業務委託の場合は、業務委託の範囲が明確で、見合った人員が確保されている

b. ①②のいずれもを満たさない

c. ①②のいずれもを満たさない

SVR ☞ 栄養部門は診療科部門として位置づけられていることが望ましい。栄養士は、食事を提供する人並み・特別食の割合、栄養指導件数、急性期/慢性期などに基いて判断する

4.13.1.2 栄養部門の施設・設備が整備されている

- a. ①食料の郵輸（搬入・保存・調理・盛り付け）が適切である。
- ②調理設備が適切である。
- ③床は乾式である。
- ④保溫・保冷カーが使用されている。
- ⑤トレイ・手拭いは栄養部門の専用のものが使用されている

b. ①②のいずれもを満たさない

c. ①②のいずれもを満たさない

SVR ☞ 調理室と病室との距離が極めて近い場合には、必ずしも保溫・保冷カーの使用を求めなくてもよい

4.13.1.3 栄養委員会が設置され開催されている

- a. ①栄養委員会が設置されている。
- ②委員会定例会が定期的に開催され議事が整理されている
- c. ③委員が設置されていない

SVR ☞ 4.1.2.4.2の整合性を確認する

4.13.2 栄養管理が適切に行われている

4.13.2.1 栄養基準が確立されそれに基づいて栄養管理業務が行われている

- a. ①栄養基準が確立している
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR ☞ 販立の作成状況を確認する

4.13.2.2 栄養士が適切な栄養指導を行っている

- a. ①栄養指導の対象、実施手順、頻度などの指針内容、記載方法、他の医療スタッフとの情報共有など、適切な体制が整備されている。
- ②適切な実施体制が整備されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

4.13.2.3 喫食状況が把握され嗜好調査が行われている

- a. ①喫食状況と嗜好が定期的な調査により把握されている。
- ②調査結果が栄養委員会などで検討されている。
- ③個別対応が必要な患者について管理栄養士・栄養士間の情報伝達体制が整備されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

4.14 リハビリテーション部門

☞ 精神科医科の場合、長期在院者の自立的生活の支援の適切性を確認

4.14.1 リハビリテーション部門の体制が整備されている

☞ 4.1.1.1の整合性を確認する

5・4・3・2・1・NA

4.14.1.1 リハビリテーションに関する方針と役割・機能が明確になっている

- a. ①単独の役割に基づいた方針が明確で明文化されている。
- ②方針に対応した部門の役割・機能が明文化されている
- b. ①②のいずれもを満たさない
- c. 方針・役割・機能が明確にされていない

SVR ☞ 家庭復帰や社会復帰のための役割・機能の明確化が重要である

精神 ☞ 長期在院者の自立的生活の支援の適切性を確認する。精神科リハビリテーションに対するシステムが整備され、社会復帰に向けての展開がなされている。放浪支援や居住不安、ライフアップ支援、防犯警備、などの特殊な施設・生活支援に、入居者に対しては、リハビリテーションの実施と社会復帰の促進が、方針として出され、機能している

4.14.1.2 役割・機能が適切に確保され適切に配置されている

- a. ①役割・機能に応じてOT/PT/STなどが配置されている。
- ②部門を担当する医師が適切に働いている
- 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 ☞ 施設・設備に照らし合わせて判断する。特に、「専任」・「専任」職員の配置に注意する

精神 ☞ 看護師、PSW、臨床心理士、作業療法士などの職員が、適切に配置され、チーム医療を展開している

4.14.1.3 役割・機能に応じた施設・設備・機器が整備され保守・点検されている

- a. ①設備・機能・施設・機器が整備され保守・点検されている。
- ②定期点検の保守・点検が行われている
- 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 ☞ 点検記録、点検の担当者についても確認する

精神 ☞ ディスクや作業療法室が整備され、運用されている

4.14.2 リハビリテーション部門が適切に運営されている
④ 4.28.1との整合

5・4・3・2・1・NA

4.14.2.1 リハビリテーション基準、手順に基づいてリハビリテーション計画が作成されている

- a. ①科学的手法に基づいた運動機能などの評価と、これに基づいたプログラムの運用基準がある。
 - ②到達目標を明示した計画が立案されている。
 - ③リハビリテーション計画が体系的に行なわれるための手順が確立している
- b.
 - c. ②のいずれも満たさない。

SVR ④ 手順は「評価」「目標設定」「計画立案」実施「再評価」のサイクルに則って作成されていることが必要である

精神 ④ デイクアや作業療法などの目的や方法など適切なプログラムがあり、回数を確保していることが、支障を伴っていることが、確認できない場合は「a」と評価する

a・b・c・NA

4.14.2.2 計画に沿ってリハビリテーションが実施され訓練記録に適切に記録されている

- a. ①計画に沿ったリハビリテーションが実施され、訓練記録に記述されている。
 - ②訓練の経過内容と進捗状況は診療録で確認できる
- b.
 - c. ①を満たさない

SVR ④ 記録が簡略あるいは乱雑である場合は厳しく評価する。

②については必要な情報が診療録に定期的に入付されるような仕組みがある

精神 ④ デイクアや、作業療法は記録として保存され、診療に生かされている

a・b・c・NA

4.14.2.3 リハビリテーション患者の受け入れ実績が把握され運用状況が報告されている

- a. ①プログラムの実施状況や患者数がその実施が把握されている。
 - ②サービス内容が自身の役割・担当に負合っているが、これについて評価・報告する仕組みが確立している
- b.
 - c. ①を満たさない

精神 ④ リハビリテーションサービスが行なわれている。病床の稼働にかかわらず評価が実施目とする

a・b・c・NA

4.15 訪問サービス部門

5・4・3・2・1・NA

4.15.1 訪問サービス部門の体制が整備されている

④ 方針・役割・体制は個々の医療機器の特性を勘案し評価する。行なわれていない場合、上記特性に照らし合わせて方針が妥当で明確であればNAとしてよい

4.15.1.1 訪問サービス(在宅サービス)に関する方針と役割が明確になっている

- a. ①方針・役割が明確である。
 - ②明文化されている
- b.
 - c. ①のいずれも満たさない

SVR ④ 方針・役割の内容として、対応できる体制、医療スタッフの継続性、相談・調整・地域連携の機能、在宅患者の高齢者の対応、介護保険制度への対応等が明確化されている

精神 ④ デイクア・ナイトケア・訪問評価・グループホーム・福祉ホーム・地域支援センター・作業所・療養施設等地域生活を支援する施設との連携を考慮して訪問診療や、訪問看護に関する実施状況を評価する。実施していないとすればどのようか方法をとり、患者サービスに努めているのか確認する。また、行われている場合は、方針や役割が明確になっているかを確認する

評議 ④ 8.1.2、8.1.3との整合に注意が必要だが、ここでは部門としての管理体制の適切性について評価する

a・b・c・NA

△ 4.15.1.2 必要な職員が確保されている

- a. ①組織的な位置づけが明確である。
 - ②必要な職と人員が確保されている。
 - ③訪問サービス(在宅サービス)提供の機能、相談・調整・相談連携の機能、緊急時の対応等が整備されている
- b.
 - c. ①のいずれも満たさず、役割と機能を果たしていない

精神 ④ 訪問看護(訪問)については実施されている場合、その部門の看護師が訪問するのと同様に、相談や、調整・地域連携の機能も確保されている

4 診療の質の確保
4.15 訪問サービス部門

4.15.2 訪問サービス部門が適切に運営されている 5・4・3・2・1・NA

○ 方針・役割・体制は個々の医療機関の特性を勘察し評価する。行なわれている場合、上記特性に照らし合わせて方針が妥当で明確であればNAとしてよい

4.15.2.1 各サービスの基準・手順に基づいて訪問サービス計画が作成されている a・b・c・NA

- a. ①基準・手順が整備されている。
- ②訪問サービスの範囲が作成されている。
- ③その内容が適切である。
- b.
- c. ①②のいずれかでも満たさない

4.15.2.2 計画に沿って訪問が実施され記録が作成されている a・b・c・NA

- a. ①計画に沿って実施している。
- ②実施記録が作成されている。
- b.
- c. ①②のうち1つでも満たさない

4.15.2.3 サービス実施の実績が把握され症例検討会で評価・検討されている a・b・c・NA

- a. ①実績が把握され検討されている。
 - ②症例検討会が定期的に開催され記録が残されている
 - b.
 - c. ①②のうち1つでも満たさない
- SVR ○ 開催頻度は、合同では少なくとも週1回、密接に関連する部署を交えた検討は日常的に行なわれているのが望ましい。症例検討会の目的に応じて、主治医、看護師、MSW、リハ、薬剤師、栄養士等多職種への参加が望ましい。QOL（セルフケア）の向上、ターミナルケア、在宅死について検討されていることが望ましい

4 診療の質の確保

訪問看護名=[A:] [B:] [C:]

4.20 診療の責任体制と記録の徹底

4.20.1 主治医・担当医が明確になっており、診療責任が確立している

5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA

4.20.1.1 主治医・担当医が適切に定められている

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①患者ごとに主治医が明確に決められている。
②院内で主治医資格が具体的に定められている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない
医師がチームで診療している場合でも、明確に区別された形で決められていることを確認する。
臨床医・看護士・薬剤師等は併用する。
研修医など医師の強い医師が単独で主治医となっていないか確認する。

4.20.1.2 主治医・担当医が明示され常に連絡が保たれている

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①主治医・担当医が明示されている。
②主治医・担当医が常時確保されている。
③主治医に連絡がとれない場合の対応方法が適切である
- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない
SVR 主治医不在の場合の方法を必ず確認する

4.20.1.3 診療責任者は医師の診療状況を把握し問題点の改善・指導をしている

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①診療責任者の責任範囲が医師の診療状況と把握している。
②問題点がある場合は問題点の発生により対応を要している
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ①については、主治医不在の状況を確認する。
②については、問題点の発生が具体的にどのような方法で確認する

4.20.2 回診が定期的に実施され適切な医学的 management が行われている

5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA 5.4.3.2.1.NA

4.20.2.1 主治医・担当医により毎日回診が行われ記録されている

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①毎日回診を実施している。
②回診の記録が適切に記載されている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ① 病状が不安定な場合や医療上の必要から身体検査を行っている場合は、毎日必ず記録が必要で所見が適宜に記録されなければならない
療養 ① 病状が安定している患者では、回診を毎日行う必要がない場合もあり得るが、原則としては毎日行うことを求める

4.20.2.2 患者の訴えや要望に応え十分に説明している

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①患者の訴えや要望について記録している。
②要望や訴えについての説明や対応について記録している
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ① 退院前から患者とのコミュニケーションが良好かつ適切に準備する
精神 ① 退院前から患者とのコミュニケーションが良好かつ適切に準備する
② ①②のいずれも満たさない

4.20.2.3 必要に応じて適切に対診・他科受診が実施されている

a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA
a-b-c-NA a-b-c-NA a-b-c-NA

- a. ①対診・他科受診の手順がある。
②対診・他科受診が適切に行われている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ① 自院にない診療科にの上に対診を行っているのかを具体的に診療科を明示して確認する（例：小児科、内科、産科、皮膚科、泌尿科など）
精神 ① 合併症に対する対応体制が確保されており、手術治療方法が周知されている
療養 ① 9.4.2.1 の場合

4 診療の質の確保
4.20 診療の責任体制と記録の徹底

4.20.3 医師の指示が確実に伝達され実施されている

- ☞ 電子カルテやオダリングシステムでは現場の画面上で確認する（電子カルテ（スーパーレス）の場合）は、行われなかった検査の診療録を点検するのにも一策である。患者情報の危険性については2.4.1.1.6の詳点にも反映

5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA

4.20.3.1 医師の指示が記録され確認される仕組みが確立している

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①指示は医師が指示録に記録し、医師が署名している。
 - ②指示を確認した看護師は署名している。
 - ③検査を指示出し、指示受け、実施の仕様が確立している。
 - ④仕様が明文化されている。
- ①②③のうちひとつも満たさない
- SVR ☞ インタビューと照合で確認する。
コンピュータオーダーは自薬のみならず、口頭指示についても確認する

4.20.3.2 指示に基づいて安全・確実に実施し記録する仕組みが確立している

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①出された指示が確実に実施されていることを確認している。
 - ②安全かつ確実に指示が実施されるための工夫がある
- ①を満たさない

4.20.3.3 医師の指示と確認に関して円滑なコミュニケーションが図られている

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①看護師やケアディカル等との意思疎通を円滑にするため、積極的に配慮している
- ①を満たさない
- SVR ☞ 他に医師による円滑を確認する。
例えば、指示内容について看護師等からの疑義・確認に応じる努力をし、適切に解消するなど。
5.10.4.3との整合

4 診療の質の確保
4.20 診療の責任体制と記録の徹底

4.20.4 診療録が適切に記録されている

- ☞ 患者本人への開示を想定して、誰かが判断できる診療録であることを確認する。診療録に関するマニュアルが適切に運用されている

5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA

4.20.4.1 診療録がもれなく記録され事後の検討に供することができる

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①主治、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見、入院診療計画、診療経過記録などが漏れなく記載されている。
 - ②記載者のサインがある
 - ①②のいずれも満たさない診療録が見られる
- SVR ☞ 複数の診療録の照合をみる。
内科や外科のほか、整形外科、腫瘍科、眼科などの関係を確認する。
前日入院がある場合は検査・手術が行われた章節で遡って確認されているかを確認する

4.20.4.2 同意書・検査結果・手術記録などの必要な記録が作成されファイルされている

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①照合を網羅する旨が定められている。
 - ②同意書、各種検査結果、放射線撮影結果、手術記録などが診療録にファイルされている
 - ③見やすいように綴じられている
- ①②③のいずれも満たさない診療録が見られる
- SVR ☞ 手術記録は2.4.2.2との整合

4.20.4.3 診療録が、系統的に記録・管理され必要な情報を容易に参照することができる

a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA
a.b.c.NA	a.b.c.NA	a.b.c.NA

- ①診療録と参照できている。看護記録がパズル型、放射線など各部署の記録が容易に参照できる
- ①を満たさない
- SVR ☞ 患者情報の一元化は医療や工夫がない
SVR ☞ 例えば、パズル型の記録の取扱いには必要と判断が現場に逐次的に行われなければならない。また、必要な情報は必要と判断が現場に逐次的に行われなければならない。

4.21.2 入院診療計画が適切に作成されている

5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA

4.21.2.1 入院診療計画が適切に作成されている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①入院目的に沿った入院診療計画が診療所で確認できる。
②定められた形式の計画書がある。
③医師が適切で、患者や第三者に理解できる。
- ①未満たない診療費が徴収される。
②のいずれかが極めて不適切である
- SVR 〇 チーム医療やITシステムドキュメントを参照して、診療プロトコルの適用やリニカルパス等の状況を確認し計画に反映させる。
クリニカルパスへの取組がなければ、チーム医療のシステム化について確認する。
医師内容は入院の目的、病名、予後、検査計画・治療計画、看護
療養 〇 入院患者の基礎状態が十分把握されており、その悪化防止や予後される併発症の予防などにも言及した診療計画を作成している必要がある

4.21.2.2 入院診療計画が適切に患者に説明されている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①入院診療計画に沿って説明が患者に行われ、計画書の概要が患者に手渡されている。
②計画書には説明者、看護師等関連部署の担当者の署名がある。
- 説明の責任者、患者・家族の同意のいずれかが明確でない診療費がある
- SVR 〇 2.2.1.2との整合

4.21.2.3 退院後の療養方針と計画が検討されている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①退院を前提とした療養方針と計画が立てられている。
②このプロセスとして関連部署と連携をとり、相談・調整が行われている
- ①②のいずれも満たさない
SVR 〇 退院時連携・後方施設(在宅サービス)との連携・介護保険の手続き・相談業務・カンファレンス等の距離なども確認する

4.21.3 診療計画が適切に見直しされている

5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA
5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA	5.4.3.2.1.NA

4.21.3.1 診療計画を見直す方法と手順が明らかにされている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①患者変化、病態の変更、治療への反応などに対する検討が行われ、計画の見直しが行われている。
- ①を満たさない
- SVR 〇 患者に引き継ぎ通知による計画の修正、変更への対応、あるいはチーム医療で対応できる医師などに行われ、担当者や部署間の連携が確認できる
- 看護 〇 病歴変更によるケア計画の変更とケア計画の変更では、一定期間ごとのケアプランの見直しが必要とされているので、それに対応したケア計画の見直しが行われる必要がある。また、退院前でも病状の変化に合わせてケア計画を見直すのは当然である。どのような方針の変更を行うかを確認する

4.21.3.2 新たな診療計画が作成され患者に十分に説明されている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①見直しに応じて診療計画が新たに作成され、患者や家族に説明を行い、納得・同意を得る。
②新たな診療費に反映されている。
③これらの情報が関連部署に伝達される仕組みがある
- ①②のいずれも満たさない
- SVR 〇 説明の内容、患者や家族の同意などが診療録に記載されているかを確認
2.2.1.2との整合

4.21.3.3 診療計画の変更・修正の理由や背景について検討されている

a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA
a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA	a.b.c.c.NA

- ①関連書中にその理由や背景を抽出し、医師のサインなどで確認されている
- ①を満たさない
SVR 〇 患者の病歴、治療上の問題点、家族の問題、前歴・リスクを考慮する医師のサインなどが使用されている場合には、ケアプランについて分科・科間連携を行う必要が確認されているかを確認する

4.22 検査の実施と診断の確定

4.22.1 臨床検査・画像診断・病理診断が適切に実施されている

5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

4.22.1.1 検査の手順が確立し安全・確実に実施されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①必要な手順書がある。
- ②手順は患者の安全性・確実性に配慮したものである。
- ③手順が遵守されている。

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 ☞ 患者や検体の感染防止の工夫、前処置・後処置の手順、予防の手順、患者への説明などを確認する。
 病棟環境に留意して評価する。
 検体採取の危険性についてH24.4.1.1の評価点にも反映

対象 ☞ 看護師や病室の患者、またADLが障害されている患者が中心で、生理機能検査や画像診断などが安全に行えるための配慮が必要である

4.22.1.2 侵襲を伴う検査については患者に十分な説明をして同意が得られている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①患者による説明と同意が行われている。
- ②説明の内容が適切である。
- ③説明日時、説明場所、患者・家族の氏名が明確であり、押印がある。
- ④同意書の複写が患者に渡されている。

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ☞ 2.2.1.2.5.12.1.2との整合

精神 ☞ 電気ショック療法など

4.22.1.3 検査検査・画像検査・病理検査に適切に対応している

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①検査手順が適切である。
- ②検査が適切に行われている。

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ☞ 4.5.2.3に留意。
 4.5.2.3の患者・家族の同意は、検査実施前、検査実施中、検査実施後、検査結果の通知の時点で適切に確認しているかを重視する。

4.22.2 検査結果を迅速に入手し的確に診断を確定することができる

☞ 精神科医療で検査が外注である場合、外注契約や業務委託などから判断する。

5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

4.22.2.1 検査・診断結果を迅速・確実に入手する仕組みが確立している

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①検査結果が主治医に確実に届くようになっている。
- ②特に緊急の場合については結果を確実に迅速に医師に伝える仕組みがある。
- b. ①②の仕組みがない

4.22.2.2 検査・診断結果が評価され所見が診療録に記載されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①結果についての評価所見が記載されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

4.22.2.3 病中の迅速評価診断が実施されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①医師が迅速に対応している。
- ②特別と手帳等に記録されている。
- b. 外注などのため迅速性が不足である
- c. ①を満たさない

SVR ☞ 病室の集約と結果を迅速して評価する。
 非緊急の場合に限り、迅速評価が必要と判断が手前で行ってほしい。

4.23 薬剤投与の管理

4.23.1 処方内容が適切に行われている
☞ 2.4.1.2との整合

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.23.1.1 薬剤情報を容易に入手できる

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①医薬品情報資料が必要な場所に常備されている。
- ②副作用、相互作用、配合禁忌等の必要な情報にアクセスできる。
- ③薬剤に関する最新情報や留意点はその制度、病棟に提供されている。
- ④情報は定期的に更新されている。
- ⑤オンラインシステムでは画面上で参照できる

- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

療養 ☞ 高齢者や病気の患者、またADLが障害されている患者が多いので、患者の状態に合わせた処方内容（用量、用法、剤形）であることを確認する。副作用、併用薬に於いた処方量の標準やマニュアルなどがあれば必ず見直しを行う。

4.23.1.2 処方内容が処方箋・注射薬に適切に記述・入力されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①処方内容が記載方法が標準化されている。
- ②内服処方、注射薬指示ともに薬品名、用法・用量、投与期間などが確実に記載されている。
- ③重複処方を防止できるシステムがある

- 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 ☞ 2.4.1.2との整合、重複投与・手戻の工夫を考慮する。処方内容の記載方法の標準化の努力が見られない場合は「は」にする

4.23.1.3 抗凝固薬・血液製剤などの使用指針・手順書があり遵守されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①抗凝固薬・血液製剤の使用指針や使用手順書が作成されており、必要な場所に対応されている。
- ②診療室で上記が遵守されていることが確認できる

- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

4.23.1.4 処方内容が病棟・病室・病室複合版などの投与に適切に行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①処方内容がケアプランやケアシートに反映されている。必要な項目に記入されている。
- 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 ☞ ケアプラン・ケアシート・処方箋・注射薬・点滴・ケアプロセス・イタズラ・キケンな状況の報告

4.23.2 病棟における薬剤が適切に管理されている
☞ 薬剤師の関与を確認して判断する

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.23.2.1 病棟に薬剤が適切に供給されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①内服薬は1回量が目安になっている。
- ②処方箋は個人別取り置きができています。
- 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 ☞ 5.2.2.1との整合、薬剤師からの私出し時間は、各病棟の配置が合議されて設定されているかを確認する

4.23.2.2 病棟における薬剤の在庫が適切に管理されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①病棟・病室複合版（一部は治療管理台）は治療管理台、管理が適切に行われている。
- ②病室・病室複合版の在庫は適量に保たれていて、管理が行われている。
- ③在庫管理の薬品名表が更新・見直しされている
- 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 ☞ 薬剤の使用状況が常時把握されており、給薬チェック体制が適切に行われていることを確認する

4.23.2.3 病棟における薬剤が適切に行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①は薬剤の調剤場所は二分が基本であり、病棟と管理台で行っている。
- ②は調剤の調剤場所は二分が基本であり、病棟と管理台で行っている。
- ③は調剤で薬師が調剤していることが確認されている
- 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 ☞ 注し薬の調剤を管理台で行っているが、薬剤師の右側（調剤）に必要十分な薬剤が常備されていることを確認する。必要に応じて薬剤師が調剤する（ダブルチェック）の体制が確立されている。必要に応じて薬剤師が調剤する（ダブルチェック）の体制が確立されている。

4.23.3 薬剤の投与が適切に行われている

☞ 認識の危険性については2.4.1.1の時点にも反映

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.23.3.1 投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与方法が確認されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
薬剤名・剤形 | 薬剤名・剤形 | 薬剤名・剤形

- a. ①投与時に患者名・薬剤名・投与量・投与方法が確認されている。
- ②手帳が閉じられている。
- ③手帳が遵守されている。

- b. ①②③のいずれも満たさない

4.23.3.2 必要により投与中・投与後の経過が観察されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
経過観察・剤形 | 経過観察・剤形 | 経過観察・剤形

- a. ①血圧変動、おがみ頻など投与直後、投与量などに注意を要する場合には、投与中や投与後に経過を観察する手順がある。
- ②経過を観察した医師があり、医師の確認が行われている

- b. ①を満たさない

SVR ☞ 2.4.1.5との整合

4.23.3.3 服薬管理指導・薬歴管理が行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
服薬指導・薬歴管理 | 服薬指導・薬歴管理 | 服薬指導・薬歴管理

- a. ①服薬指導は医師の指示に基づいている。
- ②服薬指導に基づいた指導が行われている。
- ③服薬指導の記録(もしくは薬剤)・服薬管理の記録が診療録にファイルされている

- b. ①を満たさない

SVR ☞ 服薬指導、服薬管理に関する記載が薬剤師部門のみで管理され、病棟の医師、看護師に情報共有が十分でない場合はbとする
5.13.1.2との整合

4.23.3.4 薬歴的薬剤投与に適切に対応している

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
薬剤名・剤形 | 薬剤名・剤形 | 薬剤名・剤形

- a. ①投前、投後時に投与できない場合には、必要な薬剤投与量に引き継ぎされている。
- ②投与量変更時など投与量の異なる薬剤の取り出し確認が可能な状態である。
- ③薬剤は処方した薬剤師の処方状況が薬歴に正確に記録されている(処方記録、処方履歴等)

- b. ①②③のいずれも満たさない

SVR ☞ 病歴の管理・薬剤に基いた薬剤師の当直体制も確認する。
病歴の管理が適切に行われていない場合はaとするが、その方針の正当性を評価する。
口頭指示の割合が大きい場合はbとする。
5.13.1.2との整合

4.24 手術・麻酔・処置の適切性

4.24.1 手術・麻酔・処置が計画に基づいて行われている

☞ 術前のアセスメントとして、術前評価、格別による同意の形式と同意方法の選択、安全への配慮、説明と同意について確認すること4.10~4.11の関連項目との整合性に留意

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.24.1.1 手術・麻酔・処置の適応が検討され術前評価・手術計画が記載されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
手術計画 | 手術計画 | 手術計画

- a. ①手術適応について検討されている。
- ②術前評価が十分に行われ患者の病歴が評価されている。
- ③手術方法について十分なアセスメントなど事前され、覚悟と思われる手術法が選ばれている。
- ④麻酔、処置の適応についても検討されている。
- ⑤手術、麻酔、処置に固し、患者の手術、全身状態を考慮している。
- ⑥以上のことが診療録に記載されている

- b. ①②③④⑤⑥のいずれも満たさない

4.24.1.2 研修医の術前訪問が行われ術前計画が立てられている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
術前計画 | 術前計画 | 術前計画

- a. ①研修医による術前訪問が行われ術前計画が立てられている。
- ②その際、術前計画に基づき、患者に説明し、同意が得られている。
- ③術前計画が作成され診療録にも記録されている

- b. ①②③のいずれも満たさない

4.24.1.3 手術・麻酔・処置について十分に説明し同意が得られている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA
手術・麻酔・処置 | 手術・麻酔・処置 | 手術・麻酔・処置

- a. ①手術、麻酔・処置について必要性、行なわれた場合の利害関係などを説明している。
- ②説明は、各術式について具体的に説明し、もたらした場合の処置の方法についても説明している。
- ③手術方法について図、画像などを用いてわかりやすく説明している。
- ④上記の内容が日付とともに手術同意書に記載され、署名捺印がされている。説明内容によっては診療録に記載されている。

- b. ①②③のいずれも満たさない

SVR ☞ 2.9.1~2.9.2、4.21~4.22の関連項目との整合性に留意する。
説明に当たっては、いわゆるセカンドオピニオン(セカンド・オピニオン)が、患者本人・家族に対して理解のし易い平易な言葉で述べられ、不問な点についても質問

4.24.2 手術・麻酔が適切に実施されている

☞ 入室から退室のアプローチを安全性に主眼をおいて評価する

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.24.2.1 手術室の入退室基準と手順が整備されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①手術室の入退室基準と退室基準があり、内容が妥当である。
- ②退室手順のための具体的な対策がとられている。
- ③退室時間外、休日の場合も基準、手順が遵守されている

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない
退室の危険性については2.4.1.1の時点にも反映、退室手順、患者自身に名前を書かせる、識別シールをつける、足裏への名の記載、主治医が付き添う等

4.24.2.2 麻酔記録・手術記録が適切に作成されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①手術記録は3日以内、麻酔記録は当日中に記載され日付けが記入され、記載者の署名がある。
- ②手術内容の記載は簡明でなく、事実に基づき正確に書かれている。
- ③図面などを用いてわかりやすいときに良い。
- ④手術記録には、出血量、薬剤投与、ガーゼカウントの確保も記載されている。
- ⑤手術名は診療管理の段階でコード化されている

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない

療養 ☞ 2.4.1との整合

4.24.2.3 術後の覚醒過程が適切に管理されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①覚醒が確認され記載がある。
- ②覚醒と判断する具体的な判断基準がある。
- ③覚醒と判断する責任者が明確である

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

* 4.24.2.3術後の覚醒過程はバイケア室などの使用基準と手術が確立している

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①適切な使用基準がある。
- ②覚醒と判断する具体的な判断基準が確立されている。
- ③患者が意識不明入退室の患者の覚醒の過程が明確に管理され、手順が守られている

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない

療養 ☞ 4.1.1との整合

4.25 栄養管理と食事指導

4.25.1 栄養学的に配慮された食事計画・食事指導が行われている

☞ 適切な栄養管理とは、栄養指導が確立されており医学的必要性に基づいて食事が提供され、栄養状況が把握され、必要に応じて栄養指導が行われていること(言う4.1.3.2の場合)

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

4.25.1.1 患者の栄養状態が評価され適切な食事の指示が出されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①病士の患者について栄養状態が評価され、医学的必要性に基づいて指示が出されている。
- ②患者がモニターが設置されている。
- ③食事の指示・変更の手順が確立している

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない

療養 ☞ 8.2.2.1との整合

4.25.1.2 必要な患者に栄養指導・食事指導が行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①栄養指導・食事指導については医師の指示に基づいている。
- ②医師に適切な指導が行われている。
- ③医師は栄養歴にファイルされている

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 ☞ 栄養指導に関する記載が栄養管理の項目で管理され、病棟の医師、看護師に確認することができない場合は0とする

* 4.25.1.3 患者の栄養方法や栄養管理について検討されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ①栄養法からの資料が栄養管理の項目に保存されている
- ②栄養法からの資料が栄養管理の項目に保存されている
- ③栄養法からの資料が栄養管理の項目に保存されている

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 ☞ 順次調査・返却への移行の手順、術前の管理についても確認する

4.26 効果的なリハビリテーションの実施

精神科医療の場合、長期に渡る自立的生活の支援の適切性を確認

4.26.1 ニーズに響いたリハビリテーションの必要性が評価され適切な指示が出されている

5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

a. ①患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し要望や意見を聴いている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①患者・家族にリハビリテーションのニーズが医師によって評価され、それに応じた適切な訓練プログラムが実施されている
- ②患者から実施までの明確な手順がある

- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

精神 社会生活能力の評価システムがある

4.26.1.2 患者・家族にリハビリテーション計画を十分に説明し要望や意見を聴いている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①患者・家族に機能回復訓練の具体的な内容をわかりやすい計画が説明され、同意されている
- ②説明した内容が記録されている

- 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 特別に始末期は日常生活の様々な場面で自主訓練が必要であるため、訓練計画の作成に際しては、訓練期間・予後予期・禁忌(など)が用いられ、患者の意向・目的・生活・期間・予後予期・禁忌(など)が用いられ、患者の意向・目的・生活・期間・予後予期・禁忌(など)が用いられる

4.26.1.3 リハビリテーションの経過やその効果について訓練記録などにより参照できる

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①訓練の経過や効果についての評価・判定などが患者個々の訓練記録に記録されている
- ②訓練の経過や効果についての経過やその効果について訓練記録などにより参照できる

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR ① OT, PT, ST等の種別別に職務する。各療法で録音プログラムがある場合はそれぞれを職務する

4.26.1.4 リハビリテーションの結果が多職種による症例協議会で評価・検討されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①診療の進捗や効果に関する症例協議会が定期的に開催されている
- ②診療の進捗や効果に関する症例協議会が定期的に開催されている

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR ① 医師・看護師・理学療法士・作業療法士等の職種を問わず、症例協議会が定期的に開催されている。5.15.1.4の要件

看護 ① リハビリテーションチームが形成されている。病棟の状況にかかわらず、評価が実施されている

4.27 QOLへの配慮と緩和医療

4.27.1 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

① 緩和ケアはがんの末期病状に対する患者や家族の心理的支拂などに重点を置いたプログラムであるが、病状が進行して症状が顕著になると、緩和ケアはあらゆる患者に対して、緩和ケアの理念に基づいた具体的なプログラムに沿った対応が求められる

5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

4.27.1.1 症状緩和や疼痛緩和の適切な薬物療法の手順が整備されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①緩和医療の理念となる苦痛を緩和するプログラムが作成されている
- ②患者・家族が苦痛や疼痛を緩和するプログラムが作成されている
- ③患者の訴えを定期的に評価し、プログラムを適宜更新する手順が明確化されている

- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

看護 ① 看護のケアが提供されている。全ての小項目を評価対象項目とする

4.27.1.2 QOLに配慮してさまざまな苦痛や疼痛などの症状の緩和が図られている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①苦痛や疼痛に起因して実施されている
- ②適用プログラムの効果を確認し、必要に応じてプログラムを調整している

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

4.27.1.3 人生の仕上げにおける患者や家族への心理的な支援などが提供され実施されている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①患者の自己決定を尊重し、QOLを高められた患者生活が送られるよう患者・家族への心理的支援の取組が図られている
- ②患者の自己決定を尊重し、QOLを高められた患者生活が送られるよう患者・家族への心理的支援の取組が図られている

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR ① 死期が迫った患者や家族による回復が期待できない患者への配慮