

4.28 行動制限(抑制・拘束)への配慮

4.28.1 行動制限(抑制・拘束)が適切に行われている

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

4.28.1.1 行動制限(抑制・拘束)に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている

- a. ① 抑制の基本的方針および適用する場合の具体的な基準が明文化されている。
- ② 方針は原則として抑制・拘束は行わないことと、その旨を得ず行動制限する場合に早期に解除を解除する努力を払うことが明記されている。

b. ①②のいずれも満たさない

SVR 5.17.1.1.1との整合

療養 介護保険適用施設では、原則として身体拘束は禁止されているので、1.1.1.3、1.6.1.1との整合にも留意する

4.28.1.2 行動制限(抑制・拘束)は医師の診察により指示が出され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 医師が監票上必要とする根拠を明確にし、継続期間など具体的な指示を診療録に記載して行動履歴が記載されている。
- ② 患者・家族への説明と同意に関する記載がなされている。

b. ①②のいずれも満たさない

SVR 精神科病棟・長期療養病棟のみならず一般急性期病棟にも適用する必要あり

4.29 院内緊急時への対応

4.29.1 院内緊急事態に適切に対応されている

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

4.29.1.1 非常用カートや救急装置が整備されいづも使用可能となっている

- a. ① 非常用(救命)カートの設置場所が病棟・各部署で必ず一定の位置に決められている。
- ② いづれでも即時使用可能な状態に保守・点検されている。
- ③ 入院患者に頻用される物品の取付部品は全カートで常に一定である。
- ④ 使用後のカートが点検後で使用可能な状態であるかが判断できるようになっており、実際に運用されている。

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

療養 高機能の一般消防がない施設では、救急しうる軽微な患者への対応には、見舞があり、重症な患者等への搬送など緊急な患者の搬送を確保しておく必要がある。患者や担ぎ手などとの十分な事前協議が実施された場合の対応について、救急搬送の手帳やマニュアルが職員の誰もが理解できるような状態で目録

4.29.1.2 緊急時の対応に関する方針と手順が明確になっている

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 緊急時の方針や手順の主要な項目が職員に知られ、全職員が習得されている。
- ② 緊急時対応マニュアル(コードブック)が施設内で共有されている。

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 方針・手順は、1 階層目に見守り室内のいずれの班でも緊急事態への対応に必要となる項目について定期的に確認されている。② 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。③ 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。

資料 ① 緊急時には班長による班員への連絡方法を確保する

4.29.1.3 緊急時の対応に関する研修・教育と定期的な訓練が実施されている

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 緊急時の対応について定期的に班長・班員が研修を受ける研修会、あるいは定期的な訓練を実施している。
- ② 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。③ 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。

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 班長・班員が定期的に研修を受ける研修会、あるいは定期的な訓練を実施している。② 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。③ 緊急時の対応に関するマニュアルは、班長や班員が共有できるように配布されている。

資料 ① 緊急時には班長による班員への連絡方法を確保する

4.30 療養の継続性の確保

4.30.1 退院時の療養指導が適切に行われている

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	5・4・3・2・1・NA

4.30.1.1 退院時に服薬指導・栄養指導・リハビリテーション指導などが行われている

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退院患者の療養指導について退院的に検討する場がある。  
②必要に応じて、服薬指導、栄養指導、リハビリテーション指導などが円滑に行われるための実施手順、実施記録が定められている。
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

精神 〇 退院までに服薬自己管理指導、通院指導など再発防止の準備が必要である

4.30.1.2 退院後の受療方法や制度の利用について必要な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・b・c・NA	a・b・c・NA

- a. ①退院後の療養について、他の制度（介護保険、審判制度など）の必要性、利用可能性について退院前に検討するための場が設けられている。  
②必要な場合には、紹介、手続などを行ない、またはその支援を行うための体制が整備されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

精神 〇 退院医療費公費負担制度の利用について、説明手続が行われていることについても併用する

SVR 〇 1.9.4.2との整合

精神 〇 退院医療費公費負担制度の利用について、説明手続が行われていることについて併用する

4.30.2 退院後の療養継続のために適切な連携・調整が行われている

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

4.30.2.1 退院後の療養環境について院内スタッフとの調整がとられている

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院内の各種参加の会等で検討されている。  
②院内で行われる会議、協議会、栄養指導、栄養指導、リハビリテーション指導等が実施手順に基づいて行われている。  
③実施記録が整備されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR 〇 1.9.1.1, 3.2.2.2との整合

4.30.2.2 病状やニーズに応じた適切な施設・制度に紹介している

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病状の急変・悪化の会、他の制度（介護保険、審判制度など）の必要性、利用可能性について検討されている。  
②病状の急変・悪化の会に基づいて、施設の紹介、手続など、あるいはその支援が行われ、実施記録が適切に整備されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR 〇 1.9.4.1との整合

4.30.2.3 退院時予約や看護サマリーなどの診療情報が適切に提供されている

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他施設への紹介は、手続に基づいて行われている。  
②診療情報提供書などにより十分な患者情報が提供されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

\* 4.31.2 治療計画が取りまとめられ診療の質改善の指針となっている

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

\* 4.31.2.1 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している

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 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している  
 ② 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している  
 ③ 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している

b. 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している  
 SVR ○ 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している  
 ④ 治療計画や定期報告を年報などにまとめ病院として報告・検討している

\* 4.31.2.2 症例データベースを構築し診療実績について統計的に検討している

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 患者データベースの主要項目を標準化・フォーマット化するなどして症例データベースを構築している  
 ② 症例データベースから診療実績に關する統計を定期的に出力され、活用されている  
 b. 統計がまとめられていない  
 c. 統計がまとめられていない  
 SVR ○ 症例データベースの主要項目を標準化・フォーマット化するなどして症例データベースを構築している

\* 4.31.2.3 診療の質に関する評価指標を設定して実践に役立てている

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 評価指標(例:インシデント・エラー)を設定し、実践に役立てられている  
 ② 評価指標(例:インシデント・エラー)を設定し、実践に役立てられている  
 b. ①を満たさない  
 c. 評価指標(例:インシデント・エラー)を設定し、実践に役立てられている  
 SVR ○ 評価指標(例:インシデント・エラー)を設定し、実践に役立てられている

4.31 診療の質の保証

4.31.1 個々の症例について十分な検討が行われている

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

4.31.1.1 症例検討会が定期的に開催されている

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 各診療科で毎週定期的に開催され、症例が発表されている  
 b. 症例検討会が開催されていない  
 c. 症例検討会が開催されていない  
 SVR ○ 各診療科で毎週定期的に開催され、症例が発表されている  
 ② 各診療科で毎週定期的に開催され、症例が発表されている  
 ③ 各診療科で毎週定期的に開催され、症例が発表されている

\* 4.31.1.2 死亡症例について病理学的検討が開催されている

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 病理学を基にした病理学的な検討が定期的に開催されている  
 ② 病理学を基にした病理学的な検討が定期的に開催されている  
 b. 病理学的検討が実施されていない  
 c. 病理学的検討が実施されていない  
 SVR ○ 病理学を基にした病理学的な検討が定期的に開催されている  
 ③ 病理学を基にした病理学的な検討が定期的に開催されている  
 ④ 病理学を基にした病理学的な検討が定期的に開催されている

4.31.1.3 関連職種を交えた症例検討会が開催されている

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 多職種が参加する症例検討会が定期的に開催され、症例が発表されている  
 b. ①を満たさない  
 c. ①を満たさない  
 SVR ○ 多職種が参加する症例検討会が定期的に開催され、症例が発表されている  
 ② 多職種が参加する症例検討会が定期的に開催され、症例が発表されている  
 ③ 多職種が参加する症例検討会が定期的に開催され、症例が発表されている

5 看護の適切な提供

5.1 看護部門の組織の確立

5.1.1 看護管理に理念が反映されている

5.1.1.1 看護部門の理念は病院の理念と整合しており、一般的な看護の価値観に矛盾していない

- a. ①看護カード等について明確に表現している。
  - ②病院の理念を反映している。
  - ③生命の尊厳・患者の権利などの視点が含まれている。
  - ④1.1.1.1が1である。
- b. ①②③のいずれも満たさない

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

5.1.2 看護部門の理念を定めた具体的な活動がある

- a. ①看護管理は、理念を実現する具体的な活動を実施できる。
- ②看護管理が、理念を具体化する活動が明確に実施できる。
- b. 説明できないが具体的な活動はない
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ④ 5.1.2.5.1.3で具体性を確認する

a・b・c・NA

5.1.3 看護部門の理念は看護部門の職員に周知されている

- a. ①明文したものを各部署に配布する・印刷物に掲載する・要所に掲示する・個々に研修するなどの活動が少なくとも一つある
- ②看護部門のすべての職원은、理念に関して説明できる
- b. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5.1.2 看護部門の目標管理が行われている

5.1.2.1 看護部門の理念に沿った目標が明示されている

- a. ①目標は年次ごとに明文化されている。
- ②目標は理念を反映している。
- ③各看護単位における看護実践の指針として活用できるように明示している
- b. ①②のいずれも満たさない

5.4.3.2.1 NA

a・b・c・NA

5.1.2.2 看護部門の目標と一貫性のある各看護単位ごとの目標が活動計画として具体化されている

- a. ①看護単位ごとに目標が明示されている。
- ②看護部門の目標と両立している。
- ③看護単位ごとに活動計画が立てられている。
- ④達成度の評価方法・時期が明確にされている
- b. ①②③のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5.1.3 看護部門の目標と各看護単位の目標の達成度が評価されている

- a. ①評価方法は看護実践全体で運用・共有されている。
- ②評価方法は看護実践全体で運用・共有されている
- b. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5.1.3 看護部門の組織が整備されている

5.1.3.1 病棟の特性を踏まえた人員配置をしている

- a. ①人員配置が特化されている。
  - ②人員配置に、看護必要度・業務量測定結果・看護職員の能力・経験などの少なくとも1つが活用されている。
  - ③勤務朝顔上の看護配置基準を満たしている
- b. 診療朝顔上の看護配置基準を満たしていることが附帯で、①②の一部を満たさない
  - c. ①②③のいずれも満たさない

SVR ④ 1.6.1.6.1.2との整合

5.1.3.2 看護朝顔により看護部門の組織が管理されている

- a. ①看護部門の管理者は医師・助産師・看護師のいずれかの資格を有する
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

a・b・c・NA

SVR ④ 1.4.1.3.1.4.1.4.4.1.1.2との整合

5.1.3.3 看護部門の組織を円滑に運営するための会議や委員会があり、機能している

- a. ①定例的に開催されている。
- ②議題内容は会議録に取録されている。
- ③決定事項が実行されている事例がある
- b. ①②③のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5.1.3.4 看護部門の責任者は病院運営の執行会議に正式メンバーとして参加している

- a. ①出席していることが、会議録等から確認できる。
- ②会議で意見を述べている実態を確認できる
- b. ①②のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5 看護の適切な提供  
5.1 看護部門の組織の確立

5.1.4 役割ごとの業務規程がある

5.1.4.1 看護単位の責任者(看護師長など)の業務規程がある

- a. ①職務内容・権限の範囲およびその発動について明文化されている。
- b. ②組織図に明示された職務と業務規定の内容が整合する
- c. ①②のいずれも満たさない

5.1.4.2 看護職の業務規程がある

- a. ①職務・権限に職務内容・責任の範囲が明文化されている。
- b. ②組織図に明示された職務と整合する
- c. ①②のいずれも満たさない

5.1.4.3 看護補助者の業務規程がある

- a. ①看護補助者の職務内容・責任の範囲が明文化されている。
- b. ②組織図に明示された職務と整合する
- c. ①②のいずれも満たさない

※ 介護職が看護補助者として位置付けられていれば、この小項目で評価する

5.2 看護部門の組織の運営

5.2.1 看護部門の各々の職員をいかによす組織が作られ、運営されている

5.2.1.1 職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている

- a. ①研修会・委員会・協議会・横断委員会など、自己申告制で参加が少なくとも1つはあり、機能している。
- b. ②組織内の職員の意見が反映された具体的な事例がある
- c. ①②のいずれも満たさない

5.2.1.2 看護部門の職員が主体的に活動できる

- a. ①自主的な活動・職能アップ活動などの実施が少なくとも1つある。
- b. ②各部署の看護職員自身の活動目標を設定し、5年度に達成されている。
- c. ③組織としての活動を評価し、賞与などに反映している

5.2.1.3 看護ケアを家持する上で看護部門の職員を支援している

- a. ①相談、指導を行なう人材として上以外にアドバイザー、リーダー、専門・臨床看護師、エッセンシャルスタッフなどが少なくとも複数存在する体制である。
- b. ②所属の精神・科だけでなく、全体で人材を共用している
- c. ①②のいずれも満たさない

5.2.1.4 看護部門の職員への精神的支援をしている

- a. ①上司・先輩からの指導が実践的かつ十分なものである。
- b. ②研修や教育が実践的かつ十分なものである。
- c. ③他の科や部門との連携が実践的かつ十分なものである。

5.2.1.5 働きやすい勤務体制である

- a. ①勤務形態に個人の希望や事情を考慮する仕組みが明文化されている。
- b. ②長期休暇のための休暇・育児休業・介護休業・長期研修などを取得している割合、人員不足がない
- c. ①②のいずれも満たさない

5 看護の適切な提供  
5.2 看護部門の組織の運営

5.2 看護部門の組織の運営

5.2.1 看護部門の各々の職員をいかによす組織が作られ、運営されている

5.2.1.1 職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている

- a. ①研修会・委員会・協議会・横断委員会など、自己申告制で参加が少なくとも1つはあり、機能している。
- b. ②組織内の職員の意見が反映された具体的な事例がある
- c. ①②のいずれも満たさない

5.2.1.2 看護部門の職員が主体的に活動できる

- a. ①自主的な活動・職能アップ活動などの実施が少なくとも1つある。
- b. ②各部署の看護職員自身の活動目標を設定し、5年度に達成されている。
- c. ③組織としての活動を評価し、賞与などに反映している

5.2.1.3 看護ケアを家持する上で看護部門の職員を支援している

- a. ①相談、指導を行なう人材として上以外にアドバイザー、リーダー、専門・臨床看護師、エッセンシャルスタッフなどが少なくとも複数存在する体制である。
- b. ②所属の精神・科だけでなく、全体で人材を共用している
- c. ①②のいずれも満たさない

5.2.1.4 看護部門の職員への精神的支援をしている

- a. ①上司・先輩からの指導が実践的かつ十分なものである。
- b. ②研修や教育が実践的かつ十分なものである。
- c. ③他の科や部門との連携が実践的かつ十分なものである。

5.2.1.5 働きやすい勤務体制である

- a. ①勤務形態に個人の希望や事情を考慮する仕組みが明文化されている。
- b. ②長期休暇のための休暇・育児休業・介護休業・長期研修などを取得している割合、人員不足がない
- c. ①②のいずれも満たさない

5.2.2 効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている

5-4-3-2-1-1MA  
a・b・c・NA

5.2.2.1 他の部門・職種との業務分担と連携が適切に行われている

- a. ①他の部門・職種と業務分担や連携について検討する仕組みがある。
- ②分限や連携により、業務改善が図られた実績がある

b. ①②のいずれも満たさない

精神 ○ OTやPSWと協同で患者の問題解決にあたることが多いので、システムとしての連携支援を構築する

療養 ○ 業務分担の内容と照らし合わせながら、介護職を含めて患者のケアに関わる部門の人員が、本来の業務に専念できる体制が確保されているかどうかを評価する

5.2.2.2 看護業務に専念できるような具体的な対策/活動がなされている

a・b・c・NA

- a. ①病室整理、薬剤管理、消毒、搬送、検査、検査結果管理、記録、下着、シーツ交換などの業務について、十分な業務が他部門で分担されている。
- ②分限やシステム、や情報システムが一部でも導入され、担当交代や業務の移行が円滑に行われている

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

5.3 看護部門の職員の能力開発

5.3.1 看護部門の職員の能力評価が行われている

5-4-3-2-1-1MA  
a・b・c・NA

5.3.1.1 看護部門の職員の能力評価の基準がある

- a. ①評価基準が定められている。
- ②自己・上司・同僚などによる客観的・多面評価である。
- ③全職員・職種を対象としている

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

5.3.1.2 所定の手順で評価が行われている

a・b・c・NA

- a. ①評価手順が原文化されている。
- ②評価に公開されている。
- ③手順に沿って実施されている

b. ①②のいずれも満たさない

c. 5.3.1.1が可である。あるいは、①②③のいずれも満たさない

+

5.3.1.3 能力評価結果が活用されている

a・b・c・NA

- a. ①評価結果を活用する方針が原文化されている。
- ②評価結果が所在・職種の人事管理に活用されている。
- ③評価結果が教育活動に活用されている

b. ①②のいずれも満たさない

c. 5.3.1.1が可である。あるいは、①②③のいずれも満たさない

5 看護の適切な提供  
5.3 看護部門の職員の能力開発

5.3.2 看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている

5.3.2.1 看護部門の職員の能力開発計画が立てられている

a. b・c・NA

- a. ①看護部門の職員の教育・研修に関する考え方が能力開発計画として形文化されている。②能力開発計画は、病院および看護部門の組織のニーズと職員のニーズに沿って立案されている。
- ③能力開発計画は看護部の全職種を対象としている

- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

5.3.2.2 適切な能力開発プログラムがある

a. ①能力開発計画に基づいた看護プログラムがあり、②能力開発計画に基づいた研修プログラムがあり、③看護プログラムは全職種の業務に関連している。

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない

5.3.2.3 能力開発プログラムの評価が行われている

a. ①効果測定プログラムに関する習熟度・満足度・希望などを問いている。②習熟度測定と①の相関分析の結果を把握している。

b. ①②③のいずれも満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない

a・b・c・NA

5.3.2.4 看護部門の職員の能力開発のための資源が確保されている

a. b・c・NA

- a. ①実施時間や場所、機材・図書などが確保されている。
- ②予算化されている、または予算化されていないが看護部門の要請は受け入れられている

- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

5.3.3 専門的知識に基づいた判断により看護ケアが提供されている

a. 5.3.3.1 専門領域の知識や関連分野の学術的な知識を習得することを支援している

a. ①在外での専門領域に関する研修会に参加させている。
- ②論文・研究発表(研究会・学会の発表・学会など)による情報提供も定期的に実施している。
- ③職員自身の進修、希望も反映させている

b. ①②③のいずれも満たさない

5.3.3.2 看護の専門領域において特別な業務活動ができる人材を活用している

a. ①専門領域(例えば看護)でスキルを習得できる人材を任用している。
- ②専門・高度看護領域(例えばICU)を推進する上で看護部・看護科が推進している。
- ③高度化した業務を担っている看護科がある

b. ①②③のいずれも満たさない

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

a・b・c・NA

5 看護の適切な提供

訪問病棟名 = [A: ] [B: ] [C: ]

[E: ] [F: ] [G: ]

5.10 看護の実践と責任体制

5.10.1 看護を必要とする人に適切な看護が実践されている

5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA
5.4.3.2.2-NA	5.4.3.2.2-NA	5.4.3.2.2-NA	5.4.3.2.2-NA

5.10.1.1 基本的な身体ケアを実施している

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基本的な身体ケアについて援助する仕組みがある  
 ②実施されているケア項目は毎日、入浴・シャワー浴は週5回以上実施されている  
 ③実施記録が実施されている

b. ②を満たしている  
 c. ②を満たさない

SVR ◯ 3.7.6.4.8.3.1との整合  
 ①の仕組みは、看護基準、ケアプラン、看護手帳などがあることを指す

5.10.1.2 看護を必要とする人が変化により適応できるように支援している

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入浴・食事・排泄・移動などにおいて重荷される変化について具体的な援助がなされている、または患者自身が医師に要請できるように援助している  
 ②胸押や援助について記録が実施されている

b. ②のいずれも満たさない  
 c. ②のいずれも満たさない

SVR ◯ 重荷される変化とは、病後の不安・機能障害・ボディイメージの変化などへの対応、セルフケアへの関わりなどを指す

5.10.1.3 看護を必要とする人を継続的に観察し、的確な判断により問題を予知して対応している

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看護師・看護士・看護補助などによって重要な治療・検査に関する患者のリスク、危険な兆候、観察の異常などに関する要請がある  
 ②基準に基づいて、観察、指導、対応した記録がある

b. ②のいずれも満たさない  
 c. ②のいずれも満たさない

SVR ◯ ①の基準とは、化学療法、輸血療法、FICA他など各看護単位で実施されている主な治療、急激な病状変化が起こり得る状態などに関する観察の要請と対応方法を指す

5.10.1.4 看護職者としての倫理に基づいて看護が実践されている

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患者の治療・ケア提供について疑問を感じた時、同僚、上司、医師に表明している事例がある  
 ②患者が自分の受けている治療・ケアについて疑問を持っている時、話し合う方法、仕組などが定められている

b. ②のいずれも満たさない  
 c. ②のいずれも満たさない

SVR ◯ 適度治療や延命、告知、病状性老人の対応などに疑問を感じたり、患者の利益が守れないと感じる時など



5.10.2 看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている

5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA
5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA

5.10.2.1 看護基準・看護手順は看護の質を規定する内容になっている

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

- a. ①看護基準・手順の項目は当該病棟に必要な項目と見られる主要な看護ケアを網羅している。
- ②看護基準は、看護計画、実施される看護、看護介入の方法について明記されている。
- ③看護手順は、ケアや検査初歩および処置に関する方法、必要物品などが明記されている。

- b.
- c. ①②③のいずれも満たさない  
SVR ◯ 介護基準・手順については、高齢者や障害者の心身の特徴を踏まえた生活支援上必要な内容が含まれていることを確認する

5.10.2.2 看護基準が活用されている

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

- a. ①新人または既任職員の職員の指導、学生指導などに活用されている。
- ②看護計画（少なくとも初期計画）の立案に活用されている

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.10.2.3 看護基準の見直しが行われている

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

- a. ①委員会などで定期的に変更・追加が検討されている。
- ②見直しを行い、その期日が明記されている

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない  
SVR ◯ ①の委員会とは、必ずしも看護基準のみを検討する専門医委員会を指すものではない

5.10.2.4 看護手順が活用されている

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

- a. ①新人または既任職員の職員の指導、学生指導などに活用されている。
- ②日毎的ケア・検査・処置の表紙に活用している。
- ③活用されているが、適正な活用が認められる

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.10.2.5 看護手順の見直しが行われている

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

- a. ①委員会などで定期的に変更・追加が検討されている。
- ②見直しを行い、その期日が明記されている

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.10.3 看護ケアを提供する仕組みに関する規程が定められている

5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA	5.4.3.2.1 NA
5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA	5.4.3.2.2 NA

5.10.3.1 看護ケアを提供する仕組みにおいて各人の役割と責任内容が明確になっている

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

- a. ①各看護単位における看護体制・方式が定められている。
- ②各看護単位における看護体制・方式における各看護職員の役割、責任の範囲が明文化されている

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

△ 5.10.3.2 看護ケアを提供する担当者が明確になっており患者に知らせている

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

- a. ①担当または受け持ち看護職員が決められている。
- ②入院時の分科シフトシステムで、患者・家族に担当・受け持ち看護職員の名前が知らされている
- ③患者に知らせる方法が明確である

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない  
SVR ◯ ①の患者に知らせる方法とは、病室に明示されている患者のベッドの名称、主治医などにも記載されている。明示している看護職員に明記しているなどを指す

5.10.3.3 各シフトにおける業務分担と責任者が明確になっている

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

- a. ①各シフトごとに責任者が明確にされている。
- ②各シフトにおける業務分担が明文化されている

- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.10.4 医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察している  
☞ 観察の危険性については2.4.1.1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

5.10.4.1 医師の指示を受ける仕組みが整備されている

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

- a. ①指示は医師が指示票に記載し、医師が署名している。
- ②指示を受けた看護師と受領した看護師は署名している。
- ③仕様が明文化されている

- b. ①②のいずれも満たさない
- SVR ☞ 2.4.1.2との整合

5.10.4.2 治療に対する患者の反応が把握され記載されている

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

- a. ①主治治療に関する基礎が作成されている。
- ②基礎に沿って反応を観察し記載している

- b. ①②のいずれも満たさない
- SVR ☞ 5.10.2.1、5.10.3との整合

5.10.4.3 医師の指示について疑問をもった時、医師に相談している

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

- a. ①医師と看護師が意見交換をする仕組みがある。
- ②曜日、意見交換している

- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない  
患者の立場に立つて意見を言うことが推奨されている。  
SVR ☞ 4.20.3.3との整合

5.10.5 看護実践の一連の過程が適切に記録されている

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

5.10.5.1 記録の方法や評価のための基準や指針が整備されている

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

- a. ①看護記録の記載方法が明示されている。
- ②評価基準が示されている。
- ③看護記録と診療（検査）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 ☞ 看護の危険性（患者）が注釈（備考）中に注記されていること  
を指す

5.10.5.2 看護記録は医療者のみならず患者・家族のために記録されている

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

- a. ①看護記録には看護だけでなく、看護担当の内容が記載されている。
- ②患者・家族の意見・要望も記載されている

- 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 ☞ 医療従事者規則第22条の3、入院基本料の施設基準

5.10.5.3 提供された看護ケアについてサマリーが作成されている

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

- a. ①医師・医師・退院サマリーが作成されている。
- ②作成基準が明文化されている。
- ③長期入院患者（3ヶ月以上）には中間サマリーが作成されている

- b. ①②のいずれも満たさない
- c. サマリーが作成されていない

5.10.5.4 看護との一元化を図るために整備されている

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

- a. ①看護と看護記録に共通する影響事項（看護計画・看護実施）が共有されている。
- ②看護と看護記録に共通する影響事項（看護計画・看護実施）が共有されている。

- 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 ☞ 4.40.4.1の整合  
互換性のある場合、情報の共有の仕方、記録の仕方などを指す

5.11.1 看護活動の計画的対応

5.11.1.1 看護計画が作成されている

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

5.11.1.1 身体的・精神的・社会的な視点からアセスメントされている

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

- a. ①看護計画に身体的・精神的・社会的アセスメントのすべてについて記述がある
- b. 身体的・精神的・社会的アセスメントの一部が欠けている
- c. 身体的・精神的・社会的アセスメントがまったくなく記述されていない

SVR ○ 少なくとも初期計画には記述されているを指す

療養 ○ 介護保険適用病棟では「ケア・プラン」の内容を評価するが、ケア・マネージャーの資格を持つ職員が作成する必要がある

5.11.1.2 ケア・ニーズに沿った入院時看護計画が立てられている

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

- a. ①24時間以内にケア・ニーズに沿った初期計画が立てられている
- b.
- c. ①を満たさない

5.11.1.3 看護計画は患者に十分に説明され、患者・家族の意見が反映されている

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

- a. ①すべての看護計画を患者・家族に開示している、または説明し同意を得ている記載がある
- ②患者・家族の意見・要望を看護計画に反映した記載がある
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ○ 看護管理計画やバリエーションを使用している場合は、患者・家族の意見・要望に即した修正・記載があること  
2.2.1.1.2.2.2.1, 4.2.1.1.3.2の該当

△ 5.11.1.4 必要に応じて看護ケアについて他職種と話し合われている

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

- a. ①他職種と検討する仕組みがある
- ②検討結果が記録に反映されている
- b. ①または②の一部を満たさない
- c. 他職種と検討していない

SVR ○ ケア・プランの開催、チームがバリエーションの開催、他職種の参加が、他職種との連携方法を指す

5.11.2 看護計画が見直し、修正されている

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

5.11.2.1 看護計画を修正したことが記録され、他の看護者に伝達されている

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

- a. ①計画・修正した記録がある
  - ②伝達方法が決められている
  - b.
  - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR ○ 看護管理計画の場合は個別の視点からの評価・見直しが行われた記録があり、バリエーションが明らかになり、修正されている

\* 5.11.2.2 看護計画見直しの方法や担当者が決められている

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

- a. ①見直しについて担当者または担当者が決められている
- ②見直しの方法・手順・バリエーションなどの仕様が、一覧表などがある
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.11.2.3 修正された看護計画は患者に説明されている

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

- a. ①修正された看護計画は適宜説明されている、または患者・家族に手渡されている
  - b.
  - c. ①を満たさない
- SVR ○ 2.2.1.1.2.2.2.1, 4.2.1.1.3, 5.11.1.3.2の該当

\* 5.11.2.4 看護基準やクリニカルガイドラインからのバリエーションを評価している

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

- a. ①看護基準やクリニカルガイドラインに基づいた看護計画に、看護計画に適用可能なバリエーションが記載されている
- ②適用可能な看護計画に基づいて、看護計画の修正が行われている
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.12 検査の実施への看護の関わり

5.12.1 検査計画に沿って十分な説明がなされている

☞ 誤認の危険性は2.4.1.1の観点にも反映

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

5.12.1.1 患者に對する検査の手順書が整備され遵守されている

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手順書とは看護単位で実施される必要な検査の手順書がある。

b.

c. ①のいずれも満たさない

SVR ☞ 安全性・確実性に留意すること。検査や手順の立回、コミュニケーション能力に障害のある患者の検査が、安全に行われる手順であることを確認する

△ 5.12.2 検査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説明に同意書などで同意が得られているかを確認している。

b. ②12.1.2が1である

c. ①を満たさない  
あるいは4.22.1.2が1である

SVR ☞ 2.21.2、4.22.1.2との整合

5.12.1.3 検査の説明では検査に伴う不安を軽減している

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説明後に不安感に対応している記載がある

b.

c. ①を満たさない

5.13 与薬の実施への看護の関わり

5.13.1 薬剤の投与が適切に行われている

☞ 誤認の危険性は2.4.1.1の観点にも反映

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

5.13.1.1 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
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

a. ①与薬の実施手順が明文化され、記載がある。

②手順が遵守されている

b.

c. ①を満たさない

SVR ☞ 誤認の危険性については、2.4.1.1の観点にも反映

精神 ☞ 患者に精神がないことが、薬剤につながらず、治療が通まないことがあるので服薬の履歴については、特別な配慮が必要である。回復したくない服薬の自己管理が求められるが、速急に服薬が必要な患者は本人に理解されるような言葉が必要である。また副作用についての確認が必須である。薬についてはいずれも、投与に際しては加齢や腎機能低下などの患者の身体的特徴を考慮して投与量を調整する必要がある。また、患者の服薬に関する不安や疑問など、どのような対応が適切であるのかについても確認する(2.1～2.4参照)

5.13.1.2 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
a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA

a. ①経過観察を促す薬剤、患者などについて観察する手順書があり、記載がある。

b.

c. ①のいずれも満たさない

SVR ☞ 作用・副作用の強い薬物(造影剤、輸血など)に関する観察手順書は、薬剤師が作成する。薬剤師がいない場合は、看護師が作成する。薬剤師がいない場合は、薬剤師がいないことによる誤認の危険性がある。上記の薬剤については、投与から観察までの具体的な手順を準備していることが望ましい

5.13.1.3 服薬指導に適切に関与している

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薬剤師に必要な情報を提供することはある。

②服薬上の注意や指導を行った記載がある

b.

c. ①のいずれも満たさない

△ 5.13.1.4 緊急的な薬剤投与の指示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緊急時の薬剤投与の指示を受け、投与などに際する手順がある。

②5.10.4.1が1である

③5.10.4.1が1である

b.

c. ①のいずれも満たさない

SVR ☞ 4.23.3.1の整合

5.14 周手術期の看護の適切性

5.14.1 周手術期の看護が適切に行われている

☞ 評価の信頼性については2.4.1.1の評点にも反映

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

5.14.1.1 周手術期の看護基準・手順が整備・手続が遵守されている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①術前・術中・術後の看護基準・手順が、いずれも明文化されている。
- ②術前・術中・術後の看護基準・手順が遵守されている
- ③①②のいずれも満たさない

5.14.2 看護師による術前訪問が行われている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①術前訪問の目的、内容が明示されている。
- ②実施された内容と術前訪問が行われ、記録されている。
- ③術前訪問が行われ、記録がされている。
- ④①②③のいずれも満たさない

5.14.3 周手術期の看護記録が作成されている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①術前・術中・術後の看護記録が作成されている。
- ②情報の共有化が図られている
- ③①②のいずれも満たさない

SVR ☞ 情報の共有とは、看護記録の情報の共有などを指す

5.15 栄養管理と食事指導

5.15.1 食事指導が適切に提供されている

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

5.15.1.1 食事摂取が適切に支援されている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①患者に關して自立できていない患者の看護計画において、食欲・摂取機能の程度がアセスメントされている。
  - ②患者の食欲・摂取機能の程度に合わせて食事内容・器具・方法が工夫されている
  - ③①②のいずれも満たさない
- SVR ☞ 高齢者やADL障害のある患者の場合は、水分管理の判断基準があり、水分摂取の工夫がなされ、必要な患者には水分摂取量が整備されている

5.15.1.2 患者の状況に合わせて食事の介助が行われている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①嚥下障害、咀嚼機能障害、食事摂取（上肢）機能障害などの食事介助手順が明文化されている。
- ②患者の希望を考慮して対応している
- ③①②のいずれも満たさない

5.15.1.3 栄養士による食事指導が行われている

a-b-c-NA	a-b-c-NA	a-b-c-NA
5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA	5.4.3.2.1-NA

- ①栄養管理や食事指導に關して栄養士と連携する仕組みがある。
- ②検討した結果を食事摂取や食事介助に活用している
- ③①②のいずれも満たさない

SVR ☞ 4.25.1.2との整合

5.16 リハビリテーションの適切な実施

精神科医師の場合、長期にわたる自立的生活の支援の適切性を確認

5.16.1 リハビリテーション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

5.16.1.1 リハビリテーションの適用や効果について医師・理学療法士などと検討している

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.1が適用されている

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 ④.28.1.4との整合

精神 ④ 長期にわたる自立的生活の適切な適切性を確認、社会生活に必要な生活活動能力、学習能力、身体能力、認知能力の向上の基本的な生活の自立に向けたプログラムが積極的に提供されている

△ 5.16.1.2 理学療法士、作業療法士によるベンチサイトのリハビリテーションが行われている

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.1が適用されている

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

5.16.1.3 リハビリテーションの成果をいかにして、セルフケアができるように援助している

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.1が適用されている

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 ④.28.1.1との整合

5.17 行動制限（抑制・拘束）への配慮

5.17.1 行動制限（抑制・拘束）が適切に行われている

5-4-3-2-1-NA 5-4-3-2-1-NA 5-4-3-2-1-NA

5.17.1.1 行動制限（抑制・拘束）に関する方針と適用する場合の基準が明確になっている

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.1が適用されている

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 ④.28.1.1との整合

看護 ④ 介護施設利用者等では、身体拘束は原則禁止であり、それ以外の看護行為を必要とする場合、その方針が明文化されていることを確認し、1.1.3.1.6.1との整合にも留意する

5.17.1.2 行動制限（抑制・拘束）の手順書が整備されそれに基づいて実施されている

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.2が適用されている

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 ④.28.1.2が適用されている

看護 ④ 現場の判断のみで行動制限が行われぬよう、病院で決められた方針・基準に基づいて実施する仕組みがある。行動制限を継続する場合、医師が毎日診察して必要性を評価し、確実に配られる手順が明確である

5.17.1.3 行動制限（抑制・拘束）について繰り返し回避・軽減・解除の努力が行われている

a. b. c. ① a・b・c・NA a・b・c・NA a・b・c・NA

② ④.28.1.2が適用されている

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 ④ 行動制限を適用する際、または適用後は、回避・軽減・解除のための定期的な検討が行われ、記録が保たれている。行動制限が実施されている患者の適用理由が妥当である。④.28.1.2が適用されている



5.19 逝去時の対応

5.19.1 患者の逝去時の対応が適切である

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

5.19.1.1 看取りのための適切な環境が配慮されている

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 患者の看取り準備・手配が適切である。
- ② 患者の看取り準備・手配が適切である。必要物品（など）が整備されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ○ 終末期の看取り準備・手配には、看取りのための環境として面談を準備する。家族の面談・付き添いを制限しない。患者・家族の病室を取り入れることが容易である。看取り準備・手配が適切である。必要物品（など）が整備されている。必要物品（など）が整備されている。

5.19.1.2 逝去時の手配が明文化されている

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 逝去時の手配が整備されている。
- ② 逝去時の手配には、死後の処置、患者・家族の希望の反映などについて明記されている。
- ③ 手配が遵守されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.19.1.3 逝去後の家族への対応が適切にされている

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 逝去時の手配には、家族とお別れの時間・場所の確保について明記されている。
- ② 手配が遵守されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.19.1.4 看取りが整備されている

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. ① 看取りが適切である。
- ② 看取りが適切である。必要物品（など）が整備されている。
- ③ 看取りが適切である。必要物品（など）が整備されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ○ 看取りが適切である。必要物品（など）が整備されている。必要物品（など）が整備されている。必要物品（など）が整備されている。必要物品（など）が整備されている。

5.20 看護ケアの評価と質向上への努力

5.20.1 看護ケアを改善する取り組みが行われている

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

5.20.1.1 ケア改善のためのカンファレンスが実施されている

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 患者のケアの改善性について定期的に検討し、記録に残されている。
- ② 検討結果に基づいて看護ケアが改善された実績がある。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

5.20.1.2 看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある

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 看護職員が診療内容に反映する仕組みがある。
- ② 診療内容と看護記録に記録された診療情報（看護データ・観察事項・問題点など）が共有されている。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

△ 5.20.1.3 多職種によるカンファレンスに積極的に参加している

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 他職種との合同カンファレンスを行っている。
- ② 記録がある。
- b.
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ○ 4.31.1.3との整合



\* 5.20.2 改善活動の成果を振り返りまとめて看護ケアの向上に反映している

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

\* 5.20.2.1 よりよい看護ケアの実現に向けてアセスメントを実施し、振り返りを行っている

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 施設が看護ケアの改善活動において事例やデータに基づき取組む、振り返りを行っている。  
 ② 改善活動を振り返り、効果や課題を明らかにしている。  
 b. a. ①のいずれかが満たされていない  
 NR ① 施設が看護ケアの改善活動において事例やデータに基づき取組む、振り返りを行っている。  
 ② 改善活動を振り返り、効果や課題を明らかにしている。

\* 5.20.2.2 研究や開発の成果を生産的にまとめて報告している

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 研究や開発の成果が看護ケアの向上に活用されている。  
 ② 研究や開発の成果を、論文や書籍などに発表している。  
 b. a. ①のいずれかが満たされていない

\* 5.20.2.3 看護サービスを提供するシステムがより看護ケアの向上に活用されている

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 看護サービスを提供するシステムがより看護ケアの向上に活用されている。  
 ② 看護サービスを提供するシステムがより看護ケアの向上に活用されている。  
 ③ 看護サービスを提供するシステムがより看護ケアの向上に活用されている。  
 b. a. ①のいずれかが満たされていない

6.1 人事管理

6.1.1 人事管理の体制が整備されている

5-4-3-2-1-NA

- 6.1.1.1 適切な就業規則および給与規程が定められ、職員に周知されている
  - a. ①労働基準法に沿って労働条件を定めた完全な就業規則が給与規程と規定がある。
  - b. ②規定の就業規則が職員に周知されている
  - c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 職員には医師も含む。就業規則は、短時間労働者規則も含む。給与規定は職歴・職歴・経験年数を加味したものである

6.1.2 人事管理の体制が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①人事担当部門が明確になっている
- b. ②医師をはじめ職員の採用・昇進・昇格などが規程に基づいて行われている
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 1.2.2との整合

6.1.2 必要な人材が確保され、就業状況が適切である

5-4-3-2-1-NA

6.1.2.1 職員の採用計画およびその執行が適切である

a・b・c・NA

- a. ①過去の基に基づいて毎年必要職数以上の人員が確保され、採用・昇進計画が立てられている
- b. ②採用計画が実行されている
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 1.6.1.1, 1.6.1.2との整合  
就業状況が適切である

6.1.2.2 必要な人材が確保されている

a・b・c・NA

- a. ①病院の役割・機能に応じた職種・人員が確保されている
- b. ②法定人員、施設基準の必要人員を満たしている
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 医師、薬剤師の法定人員はもとより施設基準を満たすこと。診療管理士、MSW、OT、PT、STなど役割・機能に応じた職種の確保  
1.6.1.1, 1.6.1.2との整合  
療養 〇 病棟の機能に合わせたリハビリテーションスタッフや、MSWなどの相談業務に対応できる人材が確保されていることを確認する  
リハビリテーションは、PTのみの対応では十分とは言えない  
OT、STが総合的に関与していることが望ましい  
また、介護保険適用施設では、「介護支援専門員(ケア・マネージャー)」の資格を持った職員が確保されていることを確認する

6.1.2.3 職員の就業状況は適切である

a・b・c・NA

- a. ①各職種とも年間標準労働時間40時間以内が適切である。
- b. ②職種別労働時間超過率が適切である。
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 労働時間は週40時間以内、有給休暇取得率は週休体制、夏期休暇等の特別休暇などを合わせて判断する。  
6.1.2.2との整合

6.1 人事管理

6.1.3 職員の人事考課が適切に行われている

5-4-3-2-1-NA

〇 基準が明確でかつ職員に周知されることが必要

6.1.3.1 人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている

- a. ①評価を念のため各職員に対する合理的な人事考課基準があり、実施されている。
- b. ②人事考課基準は職員に周知され、結果が職員に通知されている
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 院長など個人による評価でなく、人事考課は育成型であることが望ましい

6.1.3.2 人事考課が有効に活用されている

a・b・c・NA

- a. ①人事考課が賞与査定・昇進・昇格などに活用されている
- b. ②③のいずれも満たさない
- c. ④のいずれも満たさない

SVR 〇 職員個々の教育プログラムと連動しておこなわれるべき

6.1.3.3 考課者の教育が行われている

a・b・c・NA

- a. ①考課者に対する適切な人事考課者が定められている。
- b. ②考課者に対する適切な教育プログラムの実施が、期待通り実施されている
- c. ③④のいずれも満たさない

SVR 〇 考課者に対する適切な教育プログラムの実施が、期待通り実施されている

6.1.4 職員の労働安全衛生に取り組みている

5.4.3.2.1 NA

\* 6.1.4.1 労働安全衛生委員会が設置され、産業医が選任されている

a. 労働安全衛生法に基づいて選任された委員が設置されている。  
 ①委員が選任された日より1年以上経過し、委員全員が更新されている。  
 ②産業医、衛生管理員が選任されている。

b. ①②のいずれも満たさない

c. ①②のいずれも満たさない

注：労働安全衛生法に基づいて選任された委員が選任されているが、特に安全衛生委員会の委員構成については記載されていない。

a・b・c・NA

6.1.4.2 定期的な職員の検診が行われている

- a. ①職員の検用時および年1回以上の定期健康診断を実施している。
  - ②定期健康診断の受診率が検用を問わず100%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 放射線被曝に関係する職員については2ヶ月

a・b・c・NA

6.1.4.3 職員の事故などの防止対策を実施している

- a. ①衛生委員会、感染防止対策委員会、医療安全管理委員会などで職員の事故報告が分り、それぞれが現場に即した安全管理対策や職員教育を実施している
  - b. ①を満たさない
  - c. ①を満たさない
- SVR ① 腐蝕、放射線、高熱、有害化学物質などへの対策、身体防護者の手袋など、放射線のシールド、安全確保のための機器整備や手帳整備など

a・b・c・NA

6.1.4.4 職員の事故への対応がなされている

- a. ①医療事故防止マニュアルがあり、職員の事故に対する対応手順（連絡・手続）が明確になっている。
  - ②職員の安全が脅かされた時の連絡体制、手続などが明確になっている。
  - ③労災保険の手続きが速やかに行われている。
  - 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 ① 2.5.1.1、6.1.4.3との整合

a・b・c・NA

6.1.4.5 職員の精神的なサポート体制がある

- a. ①職場が職士の精神衛生上のケア・セーフティ確保など組織的な支援体制が確立している
  - b. ①を満たさない
  - c. ①を満たさない
- SVR ① 2.3.3.4、2.5.1.1との整合

6.1.5 職場環境が整備されている

5.4.3.2.1 NA

\* 6.1.5.1 福利厚生活動が積極的に行われている

a. ①福利厚生活動が積極的に行われている

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

SVR ① 生活福祉財団の昼食、福利厚生活動の発行、厚生基金追加、対面・オンラインによる活動など、任意・定期的な福利厚生活動がある

\* 6.1.5.2 病院管理者と職員が労働条件などに詳しく話し合う仕組みがある

a. ①労働条件について労働組合または職員の選挙を促進するもの話し合い仕組み  
 ②労働条件改善が実施されている

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 労務安全が確保されること、話し合い仕組みについては、審査する

a・b・c・NA

6.1.5.3 働きやすい職場環境に配慮されている

- a. ①労働時間に応じた職員配置、休憩室、更衣室などが整備されている
  - b. 働きやすい職場環境をつくる配慮が見られない
  - c. 働きやすい職場環境をつくる配慮が見られない
- SVR ① 3.6.4.4との整合

6.2 財務・経営管理

6.2.1 財務会計が適切に行われている

5-4-3-2-1-NA

a・b・c・NA

- 6.2.1.1 会計業務を担当する部署または担当者が明確にされている
  - a. ①病院組織上で会計業務の担当者(担当部署)が明確である
  - b. ②を測たさない
  - c. ③を測たさない

SVR 〇 同一法人等で会計業務が法人本部にあり、各施設に会計業務を行う係が無い場合でも各施設の收支が厳密で把握され、管理者が病院運営上收支の実態を知ることが出来る

6.2.2 病院会計原則に基づいた会計処理がなされている

a・b・c・NA

- a. ①病院会計原則もしくはこれに準じた会計がなされ、財務諸表が適切に作成されている
- b. ②を測たさない
- c. ③を測たさない

SVR 〇 母体となる団体等が定めた個別の会計処理を行っている場合はそれぞれ評価する

6.2.3 予算管理が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①毎年度実施されている
- b. ②を測たさない
- c. ③を測たさない

SVR 〇 監査法人等の専門機関が選任しているが、法人との契約による公認会計士監査でもよい。法人内の監査役による監査は外部監査とはみなさない

6.2.2 予算管理が適切に行われている

5-4-3-2-1-NA

a・b・c・NA

- 6.2.2.1 予算書が作成されている
  - a. ①年度の事業計画に基づく予算書が作成されている
  - b. ②を測たさない
  - c. ③を測たさない

SVR 〇 1.3.1.3, 1.4.2.1との整合

6.2.2.2 予算編成の手続きが明確である

a・b・c・NA

- a. ①予算編成の担当者、担当員名などが決められており、手順が確立している
- b. ②予算編成の運営で病院経営委員の意見が反映される仕組みがある
- c. ③を測たさない

SVR 〇 ①月次予算と実績が把握され、月々の病院運営状況が把握されている。②予算編成の運営で、毎月、病院幹部会議等で比較検討され、必要に応じて予算修正に柔軟に対応している

6.2.3 予算の執行が適切である

a・b・c・NA

- a. ①月次予算と実績が把握され、月々の病院運営状況が把握されている。
- b. ②予算編成の運営で、毎月、病院幹部会議等で比較検討され、必要に応じて予算修正に柔軟に対応している
- c. ③を測たさない

6.2.3 資金管理および投資計画が適切である

5-4-3-2-1-NA

a・b・c・NA

- 6.2.3.1 資金の調達および資金繰りの手続きが明確である
  - a. ①資金調達や資金繰りの担当者が定められている。
  - b. ②資金調達の手段が明確である
  - c. ③を測たさない

SVR 〇 資金調達の手段は開示的であり、立案過程が明確であり、委員会や幹部会で審議される仕組みであることが望ましい。

SVR 〇 資金調達の手段が明確である

6.2.3.2 設備投資の手続きが明確である

a・b・c・NA

- a. ①設備投資計画の手続きが明確である
- b. ②設備投資計画は費用効果などの経済性を考慮したものである
- c. ③を測たさない

SVR 〇 手続きの中には投資計画について担当部署の意見を聞くプロセスがある。投資意の回収状況を把握されている場合はこれを評価する

6.2.4 経営管理が適切に行われている

5-4-3-2-1-NA

a・b・c・NA

- 6.2.4.1 業務の経営状況を各部門へ知らせている
  - a. ①経営状況を定期的に各部門へ知らせている
  - b. ②を測たさない
  - c. ③を測たさない

SVR 〇 毎月決算の手法についても異なる。また、知らせるだけでなく、前年度改善にまつる見直しが行われている

6.2.4.2 経営分析が行われている

a・b・c・NA

- a. ①経営状況が毎月把握されており、定期的に経営分析が行われている
- b. ②を測たさない
- c. ③を測たさない

SVR 〇 財務部門長報告書の表裏、入財外表別取財表、診療科別診療費表、医療費別診療費表、取財の年次別表や診療科別費用分析等を把握し、各費用項目別取財比率等が分析されている。

1.3.2.2, 6.2.4.3との整合

6.2.4.3 部門別の財政管理が行われている

a・b・c・NA

- a. ①部門別収支や算出計算が行われて、活用されている
- b. ②を測たさない
- c. ③を測たさない

SVR 〇 部門別取財率や平均もしくは毎月でもよいが、結果が活用されていること。部門別取財率管理は重要なことであるが、責任部門別取財率管理は把握されていることである。

6.2.4.4 経営改善の努力がなされている

a・b・c・NA

- a. ①経営分析に基づく経営改善計画が作成され、進捗状況が把握されている
- b. ②を測たさない
- c. ③を測たさない

SVR 〇 経営分析が実施している場合でも今後に向けて取り組み姿勢を評価する。経営分析が強い場合は改善努力を評価し、事前に経営状況として把握している