

4.3.2 薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されている (5・4・3・2・1・NA)

4.3.3 調剤が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

◇特定生物由来製品については、患者の氏名(ID番号)、住所、使用した薬剤の名称、製造番号(ロット番号)、数量、使用年月日を使用管理簿に記載しているかを確認する

◇調剤業務の手順が確立している
 ①調剤業務の手順が明文化されている
 ②薬剤師不在時の払い出しが適切に行われている
 ③照会し易い薬剤名・方面に対する対応が適切である
 ④併用・配合薬品に対する対応が適切である
 ⑤異症が把握され、調剤に活用されている
 ⑥患者の状況に応じて一包化が行われている

4.3.2.1 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
 ①薬剤の種類に応じた温・湿度管理が適切に行われている
 ②調剤室・薬品保管室の施設管理がされている
 ③紛失予チェック体制が確立されている
 ④調剤室・薬品保管室が清潔である

4.3.3.1 調剤業務の手順が確立している
 ①調剤業務の手順が明文化されている
 ②薬剤師不在時の払い出しが適切に行われている
 ③照会し易い薬剤名・方面に対する対応が適切である
 ④併用・配合薬品に対する対応が適切である
 ⑤異症が把握され、調剤に活用されている
 ⑥患者の状況に応じて一包化が行われている

4.3.2.2 麻薬・向精神薬が適切に管理されている
 ①麻薬は動かせない堅牢な保管庫で施設保管され、保管記録があり、鍵管理も適切である
 ②向精神薬(一、二種)は、必要時に施設できる保管庫に保管し、記録されている
 ③麻薬、向精神薬の紛失、破損時の手順があり、必要な届出がなされている(書面確認)

4.3.3.2 調剤後の確認を行う体制があり、確実に実施している
 ①内服・注射とも外来・入院患者の監査手順が整備されている
 ②適切な監査が行われ、処方室に監査者の署名・押印がある
 ③鑑査時の調剤過誤が把握されている

◇向精神薬については、職員の目が届く場合、施設管理の必要はない
 ◇向精神薬例]「一種」セコバルビタール(アオナール)、メチルフェネター(リタリン)など、◇二種「塩酸プロレナルフィン(レベチン坐・注)、ベンタジシン(リセコン、ベンタジシン)、ベントバルビタール(ラボナ)、アモバルビタール(イソミタール)、フルニトラゼパム(サイレース、ロヒプノール)など

4.3.3.3 注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている
 ①注射薬の調製・混合を薬剤師が行っている
 ②NPH・抗がん剤は、適切な薬液下で調製を行っている
 ③調製・混合された注射薬は短時間で配送されている

4.3.2.3 毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤が適切に管理されている
 ①毒薬は施設管理され、保管記録があり、鍵管理も適切である
 ②ハイリスク薬は適切に管理されている
 ③劇薬は他の薬剤と区別されている

4.3.3.4 薬剤が適切に供給されている (5・4・3・2・1・NA)
 ①注射薬の調製・混合を直接評価する
 ②薬剤師が注射薬の調製・混合を直接行っていない場合は、看護師への調製・混合指導や配合薬品・注意、配合手順、管理手順等についての情報提供を積極的に行い、調製過誤の防止の努力があるが確認する

4.3.2.4 薬剤の在庫管理が適切に行われている
 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回程度行われている
 ③不動在庫薬品、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われ、廃薬数量・金額が把握されている

4.3.4 薬剤が適切に供給されている (5・4・3・2・1・NA)
 ①注射薬の個人別取り揃えができている
 ②払い出し時間帯が適切である
 ③薬剤師からの私出し時間は、各部署からの希望が合議されて設定されているが確認する

一般 精神 療養

4.3.5 薬剤情報が適切に提供されている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.3.5.1 薬剤師による薬歴管理が行われている (a・b・c・NA)

- ①薬歴管理が行われている
- ②薬歴管理の記録が診療録にファイルされ、医師・看護師に情報が共有がされている

一般 精神 療養

4.3.5.2 薬剤師による服薬管理指導が行われている (a・b・c・NA)

- ①服薬指導は医師の同意に基づいている
 - ②薬歴管理に基づいた指導が行われている
 - ③服薬指導の記録(もしくは要約)が診療録にファイルされている
- ☞ ◇ 服薬管理指導には、自己注射薬も含む

一般 精神 療養

4.3.5.3 院内医薬品集が作成され、定期的に変更・増補されている (a・b・c・NA)

- ①院内医薬品集またはそれに準ずるものが作成され、必要な部署に配布されている
 - ②必要に応じて改定・増補されている
- ☞ ◇ 医薬品集は年1回改定され、必要時には増補されている
 ◇ オナーダリングシステムや院内LANで閲覧できるだけでなく冊子として作成されていることが望ましい

一般 精神 療養

4.3.5.4 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・b・c・NA)

- ①薬剤情報担当者があり、院内・外からの薬剤情報の照会・疑義に適切に対応し、その内容が記録、整理されている
 - ②医薬品集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
- ☞ ◇ 外部との窓口は一元化され、院内外に周知されている

一般 精神 療養

4.3.5.5 新剤採用薬や副作用に関する情報提供を行っている (a・b・c・NA)

- ①新剤採用薬の情報は名称、成分、適応、副作用、相互作用、配合薬など臨床薬学的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喚起している
- ☞ ◇ 他職種への教育にも関与しているかを確認する

一般 精神 療養

4.3.5.6 副作用情報を把握し検討・報告している (a・b・c・NA)

- ①外来・入院で発生した副作用情報を一元的に収集する体制がある
 - ②副作用情報を厚生労働省に確実に報告している
- ☞ ◇ 確実に収集する手段をもっていることが大切である

一般 精神 療養

4.3.6 薬剤業務を改善する仕組みがある (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.3.6.1 薬剤業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①監査時に発見される調剤過誤など、改善の課題を把握し、その原因分析と対策が定期的に検討されている
- ②調剤士数の動向が把握され、それに応じた薬剤師の勤務体制が立てられている
- ③対策の有効性が確認され、業務手順書が見直されている

4.4 臨床検査部門

4.4.2 臨床検査部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

一般 精神 療養

4.4.1 臨床検査部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.1.1 必要な人員が適切に配置されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②検査項目・処理件数などの業務量・機能に見合った職員が配置されている
- ③緊急検査にも対応できる職員が確保されている

◇委託ラボの場合は病院の管理責任が明確であるかを確保する

一般 精神 療養

一般 精神 療養

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.1.2 機能に見合った施設・設備・機器が整備されている

- ①必要なスペースがあり、病院の役割・機能に見合った設備・機器が整備されている
- ②保守・点検マニュアルが作成されている
- ③検査機器の始業時・終業時点検が実施されている
- ④定期保守・点検が、年1回以上実施されている
- ⑤保守・点検の記録があり、必要に応じて改善など対策が講じられている

◇患者との接点がある場所は患者のプライバシーに配慮されているかを確認する

一般 精神 療養

一般 精神 療養

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.1.3 施設・設備・機器の安全に配慮されている

- ①安全管理マニュアルが作成されている
- ②床ずれ検査器、検査用器具、消毒薬管理容器などが適正に保管されている
- ③看板設置、毒・劇物・重金属など危険性の高い物質のリストがあり、危険保管され、台帳管理がなされている
- ④災害時、緊急時の避難経路が明示・確保されている
- ⑤自家発電専用のコンセントが適切に設置されている

◇電源・アースの確保、転倒・転落予防策や消火器の設置状況についても確認する
◇非難経路は2系統確保されていることを確認する

一般 精神 療養

一般 精神 療養

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.1.4 検査部門に必要な教育・研修が実施されている

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、業務の改善に役立てている

一般 精神 療養

一般 精神 療養

4.4.2.1 検査業務についての手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①臨床検査の報告・問い合わせ・異常な結果(バニック値)の取扱い・予約検査などについて手順が明示されている
- ②緊急検査については、時間内・時間外・休日の業務手順が確立している
- ③感染検査については24時間対応が可能である
- ④抽換器からの受託検査がある場合は、その手順が確立している
- ⑤必要に応じた支援体制が確立している
- ⑥上記は遵守されている

◇検査技師の当直制の問題は、病院の役割と機能を勘案して判断する
◇緊急検査の結果は30分以内での報告が求められる

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.2.2 適切な精度管理が行われている

(a・b・c・NA)

- ①精度管理の手順が明文化されている
- ②委託検査については定期的に精度管理成績の確認をしている
- ③外部精度管理については全国規模のサーベイに年1回以上参加している

◇内部精度管理には2種類以上の精度管理検体を用いているかを確認する
◇内部・外部精度管理の結果が評価され必要なコメントを付録して保管されているかを確認する

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.2.3 臨床検査部門における具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①適切な手洗い設備を有し、患者・検体と接触する前後や必要な行為の前後に手洗いをしている
- ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具などを着用している
- ③針刺し・切創・血液・体液汚染等の対策が確立している
- ④感染性廃棄物が安全な状態で分別処理されている

◇細菌室を有する検査室では、検体の処理についても確認する

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.4.2.4 検査業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①トラブル発生時には原因究明が行われ、トラブルの内容・対策が記録・保存されている
- ②精度管理や業務の改善に関する検討会を定期的に開催し、問題点の収集・分析・対策検討が行われている
- ③精度管理の成績向上に努めている
- ④対策が評価され、手順書は見直されている

◇業務手順の変更は、必要な部門と協議し周知させる仕組みがあるかも確認する

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.5 病理部門

4.5.2 病理部門が適切に運営されている

心 精神 療養
△ △ △ △

心 精神 療養
△ △ △ △

4.5.1.1 病理部門の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

4.5.2.1 病理診断の手順が確立している (a・b・c・NA)

一般 精神 療養
△ △ △ △

一般 精神 療養
△ △ △ △

4.5.1.1 病理診断に必要な医師・職員と施設・設備・機器が確保されている

4.5.2.1 病理診断の手順が確立している

- ① 必要な病理医が確保されている
- ② 標本を作製する技師・細胞診断スクリーナーが確保されている
- ③ 病理診断を実施するための施設、設備、機器が整備されている
- ④ 生検結果は4-5日以内で判明する
- 病理医の確保の状況(常勤・非常勤・外部委託)や技師・細胞診断スクリーナー確保の状況については、病院の規模・機能、手術件数と内容、専門科、生検数、病理解剖数などを判断して評価する
- 全身解剖400~500件以上の施設では病理医の関与が必要である
- OPCなどへの病理医の関与についても評価の視点を向ける
- テレパソロジーのみの対応では不十分である

心 精神 療養
△ △ △ △

心 精神 療養
△ △ △ △

4.5.1.2 病理部門で必要な教育・研修が実施されている

4.5.2.2 病理学的検討会、手術症例検討会などが開催されている

- ① 部門内で定期的な勉強会がある
- ② 院内・外の研修・勉強会に参加できよう動機などが配慮されている
- ③ 学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている
- 部門内で行われている勉強会を評価する

- ① OPCが定期的に開催されている
 - ② 手術症例検討会などに病理医が参加している
 - ③ 検討会などの記録が残されている
 - 病理解剖やOPCなどの検討会は、審査体制区分3以上の病院あるいは全身解剖400~500件以上実施している病院で評価する
- 4.5.2.3 病理部門の業務を改善する仕組みがある
- ① トラブル発生時には原因究明が行われ、トラブルの内容・対策が記録・保存されている
 - ② 精度管理や業務の改善に関する検討を定期的に行い、問題点の収集・分析・対策検討が行われている
 - ③ 必要な標本のデジタルチェックを行っている
 - ④ デジタルチェックは組織的に行われている
 - 染色状況の確認など
 - 医師の複数配置や他施設との検討会などは評価される

4.6 画像診断部門

4.6.2 画像診断部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

一般 精神 療養 NA

4.6.1 画像診断部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

一般 精神 療養 NA

4.6.1.1 画像診断部門に必要な医師・職員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①管理・責任体制が明確に定められている
- ②病院内の縦横・横断に見合った放射線科医が確保されている
- ③画像診断部門に必要な放射線技師・看護師・専務員が配置されている
- ④機械に見合った緊急検査に対応できる職員が確保されている
 - ◇時間外・夜間・休日の人員体制も確認する
 - ◇病院の規程・機材などを勘案し、医師の勤務形態(常勤/非常勤)を確認する
 - ◇放射線科医が確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているかを確認する
 - ◇上記工夫には遠隔画像診断体制も含まれる

一般 精神 療養 NA

一般 精神 療養 NA

4.6.1.2 画像診断部門に必要な施設・設備・機器が整備され、安全に配慮されている

(a・b・c・NA)

- ①機械に見合った専任撮影・X線TV・CT・MRI・血管撮影装置・超音波診断装置・その他が整備されている
- ②検査ポイント毎にマニュアルが作成されている
- ③装置の保守契約が締結され、記録が整理されている
- ④放射線防護に関する施設・設備・用品が整備されている
- ⑤薬剤が適切に保管・管理されている
- ⑥診断用放射線同位元素が適切に管理されている
 - ◇病棟病棟のほかに専門科科についても確認して判断する
 - ◇CT、MRIについては、待ち日数についても確認して判断する
 - ◇更衣室・観察ベッドのある処置室などがある場合は望ましい
 - ◇放射線防護に関し、放射線の測定結果や照射量の保管・管理、各種プロファイル、リアルタイムカウンターの管理を確認する
 - ◇非常用カードの整備状況も確認する

一般 精神 療養 NA

一般 精神 療養 NA

4.6.1.3 画像診断部門で必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

4.6.2.1 画像診断部門における業務手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①治療時点後や機器の取り扱い・報告書の作成・予約・緊急割り込み・報告書送付などの業務手順が確立している
- ②緊急検査について、時間内・時間外・休日の業務手順が確立している
- ③原則的に全ての画像診断について報告書が作成されている
- ④必要に応じて受託検査がある場合は、その手順が確立している
- ⑤施設からの委託検査がある場合は、その手順が確立している
- ⑥患者・職員に対する安全が配慮されている
 - ◇放射線科医の確保されていない病院では、専門医に相談する機会をどのように工夫しているか、また、そのための画像ファイル転送手続を確認する
 - ◇画像診断がダブルチェックされていることが必要(放射科医と主治医でも可)

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

4.6.2.2 画像診断部門の業務を改善する仕組みがある

- ①業務の改善に関する検討会を定期的に開催し、問題点の収集・原因分析・対策検討が行われている
- ②対策が取られ、手順書は見直されている
- ③関連診療科の医師の参加を得て毎週1回程度画像診断検討会が開催されている

4.7 放射線治療部門

◇ 放射線治療部門がない場合も、他施設と連携する機能について評価する

一般	精神	療養	NA	NA	(5・4・3・2・1・NA)
△	△	△			

4.7.1 放射線治療部門の体制が確立している

4.7.1.1 放射線治療に必要な医師・職員が確保されている

- ◇ 常勤の放射線腫瘍学認定医あるいは放射線科専門医が配置されている
- ◇ 専任の放射線技師看護師が配置されている
- ◇ 放射線治療専任加算の場合は施設基準を考慮
- ◇ 放射線物理士が配置されれば最良である

(a・b・c・NA)

4.7.1.2 (放射線治療部門がない場合)他施設の放射線治療部門と連携する機能がある

- ①他施設の放射線治療部門と連携する際の担当者が明確である
- ②他施設の放射線治療部門と連携する手順が明確である

(a・b・c・NA)

4.7.1.3 放射線治療に必要な施設・設備・機器が適切に保守管理され、安全に配慮されている

- ①保守点検・出力校正が適切に行われており、記録から確認できる
- ②治療用放射線同位元素の保管・管理が適切に行われている
- ③放射線事故対応マニュアル(震災被害も含む)が整備されている

(a・b・c・NA)

4.7.1.4 放射線治療部門に必要な教育・研修が実施されている

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

(a・b・c・NA)

4.7.2 放射線治療部門が適切に運営されている

4.7.2.1 放射線治療部門における業務手順が確立している

- ①業務手順が明示されている
- ②治療計画が作成され、シミュレーションされている
- ③計画線量と専門医により確認されている
- ④患者・職員に対する安全が配慮されている

(a・b・c・NA)

4.7.2.2 放射線治療部門の業務を改善する仕組みがある

- ①個々の患者の治療効果などについて検討会が定期的に開催されている
- ②業務改善に関する検討会が定期的に開催され、問題点を収集・分析して対策を検討している
- ③検討経過についての記録があり、診療録にも記載・添付されている
- ④対策が評価され、業務手順が見直されている

(a・b・c・NA)

4.8 輸血・血液管理部門

4.8.1 輸血・血液管理部門の体制が確立している

- ◇ 病院の規模・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
- ◇ 輸血・血液製剤とは血液・血漿・血小板・アルブミン製剤などを含む

(5・4・3・2・1・NA)

4.8.1.1 輸血・血液管理部門に必要な人員と施設・設備・機器が確保されている

- ①病院内の輸血業務全般を監督する責任医師が確保されている
- ②輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などの業務を行う担当部署と担当者が明確である
- ③各業務の実務担当者の責任が明確である
- ④時間外・休日の責任者・担当者が明確に定められている
- ⑤必要な職員が配置されている
- ⑥輸血用血液製剤は、自己温度記録計付きの専用保冷庫・冷凍庫に保管されている
- ⑦保冷庫・冷凍庫、アラームについては定期的に点検され、記録が管理されている

(a・b・c・NA)

- ◇ 責任医師は、業務量によっては兼任でも良い
- ◇ 輸血・血液製剤の年間使用単位が極めて少なく、当日中に使用される場合は、保冷庫・冷凍庫に必ずしも自己温度記録計を要求しないが、使用までの保管の手順が明文化されていることが必要である
- ◇ 保管庫は、輸血用血液製剤専用で、試験薬や他の検体が一緒に保管されていない

- ◇ 手術室など部門外に保管する場面にも同じ基準が適用されることを確認する
- ◇ 一般病棟での保管は適切ではない

(a・b・c・NA)

4.8.1.2 輸血・血液管理業務に必要な教育・研修が実施されている

- ①部門内で定期的な勉強会が行われている
- ②院内・外の教育・研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮されている
- ③学会・研修会の内容が報告がされ、診療の質の向上に役立っている

4.8.2 輸血・血液部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

4.8.2.1 輸血業務についての方針・手順が確立している

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①輸血用血液製剤について、製剤使用の適応と使用基準が確立している
- ②発注・保管・供給・通知・廃棄および使用の手順があり明文化されている
- ③供内外・休日の対応手順があり明文化されている
- ④製剤別の発注・使用・運却状況・廃棄率が毎時記録されている
- ⑤使用された血液のロット番号の記録が保存されている

- ◇血液製剤の適正使用ガイドラインの策定と遵守状況を確認する
- ◇不規則抗体について確認されていることが望ましい

4.8.2.2 輸血業務の安全対策や手順を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①輸血療法について検討する委員会が設置されており、その運営・活動指針が明確に示されている
- ②副作用・事故報告の分析、事故防止対策などについて検討されている
- ③事故発生時の対応マニュアルがあり、定期的に見直されている
- ④マニュアルは定期的に見直されている

4.9 手術・麻酔部門

4.9.1 手術・麻酔部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

4.9.1.1 手術・麻酔部門に必要な人員が確保されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①手術・麻酔部門の管理責任者として常勤の専任医師がいる
- ②手術件数と手術内容に見合った麻酔科標榜医が確保されている
- ③重症の管理責任者が明確にされている
- ④緊急手術に対応できる麻酔医が確保されている

- ◇中小病院では、必ずしも独立部署の存在は必要ではない
- ◇手術室の責任が看護士に委ねられている状態は適切でない
- ◇常勤麻酔科標榜医が確保されていない場合、資格を保有している専任医師や非常勤麻酔科標榜医の関与の状況を把握して評価する
- ◇年間全麻手術件数400～500以上で常勤の麻酔科標榜医の確保が必要である

4.9.1.2 手術・麻酔に必要な施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①手術件数・内容からみて適切な数の手術室があり、手術室、準備室、更衣室、記録室、休憩室、説明室等が整備されている
- ②手術室独自の空調設備があり、必要に応じてバイオクリーンルームがある
- ③麻酔器や必要なME機器・手術器具が整備されている
- ④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
- ⑤医療ガスなどの配管や空調設備が定期的に点検され、記録から確認できる
- ⑥余剰ガス排出装置があり、適切に機能している
- ⑦清潔ゾーンが明確に示されている

- ◇臨床工学技士の関与が望ましい
- ◇床の清潔・不潔の動線が交差している状況は厳しく評価しない

4.9.1.3 手術室の運営委員会が開催されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①運営委員会があり、月1回定期的に開催されている
- ②手術室アンケートの調査、手術室の安全管理、感染管理、清潔管理、機器の保守・点検・新設備導入などについて協議しており、記録がある
- ③委員会の構成メンバーは、手術・麻酔部門の管理責任者である医師、手術室の看護責任者のほか、関連診療科の医師によって構成されている

- ◇中小病院では専門的な委員会だけでなくも業務連絡会等で検討されていることを確認する

4.9.1.4 手術・麻酔部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう研修体制が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.9.1.5 手術・麻酔部門の安全を確保する体制が確立している

(a・b・c・NA)

- ①安全確保についての責任体制が明確である
- ②医療事故発生時の手順が整備されている
- ③薬剤などは適切に保管・管理され、薬剤師などの支援を得ている
- ④安全確保のための具体的な手順が明示され、遵守するための仕組みがある
- ⑤上記が遵守されている

◇部門としての責任体制および現場の体制を確認する
 ◇麻薬・毒薬および輸血用血液製剤の保管・管理状況を確認する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.9.2 手術・麻酔部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.9.2.1 手術・麻酔の実施手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①手術・麻酔部門の運営を規程する手術室マニュアルがある
- ②手術および介助の基準・手順が整備されている
- ③麻酔および介助の基準・手順が整備されている
- ④麻酔記録が迅速に作成されている
- ⑤緊急手術は、診察時間内はもとより時間外や休日にも速やかに行うことができる
- ⑥一元化された手術台帳があり、必要な項目が記載されている

◇手術台帳・麻酔記録には、患者名・生年月日・手術名・麻酔方法・手術医名・麻酔医名・介助看護師名・麻酔開始時間と終了時間・執刀時間と終了時間・入室時間・記録日などが記載されていることを確認する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.9.2.2 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①手洗いを適切に実施している
- ②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規定されている)もよい
- ③標準予防策に基づき、手袋・防護具を常用している
- ④針刺しを予防する手順が整備され、発生後の連絡体制が確立している
- ⑤感染性廃棄物が安全に分別処理されている
- ⑥汚物を処理する適切な場所がある

◇手術室の清潔管理に関しては、HEPAフィルターの定期的清掃・交換の状況についても確認する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.9.2.3 手術・麻酔部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある
- ②手術・麻酔に関する統計や手術症例に関する情報が手術室運営会議などで報告・検討されている
- ③対策は評価され業務手順が見直されている

4.10 中央滅菌材料部門

- ◇部門の有無に関わらず院内の滅菌業務について評価する
- ◇院外の施設で滅菌を行っている場合、4.10.1はNAとし、4.10.2を評価する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.1 中央滅菌材料部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

◇病院の機能を勘案の上、評価する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.1.1 洗浄・滅菌業務に必要な人員が確保されている

(a・b・c・NA)

- ①必要な人員が確保され、責任者が決まっている
- ◇小規模病院などでは業務量についても確認する

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.1.2 洗浄・滅菌業務に必要な施設・設備・機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①必要な滅菌設備がある
- ②保管・点検が定期的に行われ、記録されている
- ③滅菌された物品は清潔区等に保管されている
- ④滅菌された物品は、清潔なカート・筐体を用いて搬送され、適切に保管されている
- ⑤汚染された物品の搬入と、滅菌された物品の搬出、保管の経路が変更していない
- ⑥エチレンオキシドガス滅菌を実施している場合は、定められた基準を遵守している

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.1.3 中央滅菌材料部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.2 中央滅菌材料部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.2.1 洗浄・滅菌業務の手順が確立している

(a・b・c・NA)

- ①病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている
- ②高圧蒸気滅菌の場合、物理的インディケータは常時モニターされ、記録されている
- ③化学的インディケータは毎回バッグの内側と外側に使用され、使用者側に向かうようになっている
- ④高圧蒸気滅菌およびエチレンオキシドガス滅菌には、生物学的インディケータが週に1回以上使用され、記録されている
- ⑤洗浄・滅菌過程に異常が発生した場合のリコールの規程がある
- ⑥時間外・休日の手順が確立している

一般	精神	療養
NA	NA	△

4.10.2.2 中央滅菌材料部門の業務を改善する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある
- ②対策は評価され、業務手順が見直されている

4.11 集中治療室

- ◇施設基準を届けていなくてもユニットとして独立している場合は評価の対象とす
- ◇ハイケアユニット、新生児、周産期、広範重症集中治療室も評価対象である

一般精神科 △ NA NA	4.11.1 集中治療室の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)
------------------	--

4.11.1.1 必要な医師・看護師が確保されている (a・b・c・NA)

- ①管理責任者が明確に定められている
 - ②病名の患者について診療責任の医師が決められ、実質的に集中治療にあっている
 - ③治療の患者を担当する医師が終日にわたり迅速に対応している
 - ④救急の診療科の協力体制が整っている
 - ⑤当番医・当直医などのシステムがある
 - ⑥専門知識・技術を持った専従の看護師が配置されている
- ◇施設基準を掲げている場合は、専任の医師が常時治療室内に勤務していることを確認する

一般精神科 △ NA NA

4.11.1.2 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)

- ①重症度や患者数に見合った設備・機器が整備されている
 - ②薬剤などが適切に保管・管理されている
 - ③定期的に尿守・点検がなされ、その状況が記録されている
 - ④施設・設備・機器は安全・清潔に管理されており、その状況が担当者により定期的に点検されている
- ◇臨床工学技士の関与が望ましい
◇輸血用血液製剤の保管状況、非常用カーットの整備状況も確認する

一般精神科 △ NA NA

4.11.1.3 集中治療室の運営委員会が開催されている (a・b・c・NA)

- ①委員会が設置されており定期的に(月1回程度)開催されている
- ②利用状況や問題点が検討され記録されている

一般精神科 △ NA NA

4.11.1.4 集中治療室に必要な教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立てている

一般精神科 △ NA NA

一般精神科 △ NA NA	4.11.2 集中治療室が適切に運営されている (5・4・3・2・1・NA)
------------------	---

4.11.2.1 入退室の基準・手順が明確である (a・b・c・NA)

- ①運営方針が明確にされている
- ②入退室の基準・手順があり明文化されており、遵守されている

一般精神科 △ NA NA

4.11.2.2 病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている (a・b・c・NA)

- ①清潔管理に関する規程がある
- ②標準予防策に基づき、手袋・防護具を着用している
- ③針刺しを予防する手順が整備され、発生後の連絡体制が確立している
- ④感染性廃棄物容器が安全な状態で使用されている
- ⑤汚物を処理する適切な場所がある

一般精神科 △ NA NA

4.11.2.3 集中治療室の利用状況が把握され、運用状況が検討されている (a・b・c・NA)

- ①入室中の記録が診療録やサマリーに過不足なく記載されている
- ②台帳がある

一般精神科 △ NA NA

4.11.2.4 症例検討会や治療成績の検討が行われている (a・b・c・NA)

- ①全ての入室者の症例検討がされている
 - ②治療成績が評価されている
- ◇症例の集積・分析や検討を多施設間で行っていれば高く評価する(APACHEなどを使用しSMRを出している)

一般精神科 △ NA NA

4.12 救急部門

精神 〇 7領域で評価する

4.12.1 救急部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

- 〇 救急機能の水準を以下のように区分して評価する
 - 〇<水準1>救急救命センターないし地域の三次救急医療を担う(ラックAの施設)
 - 〇<水準2>分類上は地域の二次救急医療機関であるが、極めて活発な救急医療活動の実績があり、いわゆる2.5次の救急医療を担う
 - 〇<水準3>その他の救急病院
 - 〇<水準4>救急医療を標榜していない

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- 4.12.1.1 救急部門の役割と方針が明確である
- 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明示された役割は客観的に妥当なものと考えられる
 - ③運営方針は定期的に検討されている
 - ④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
 - ⑤自院の診療圏について行政、医師会、消防関係などからの情報を得ている
 - ⑥収集した情報を組織的に分析している

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- 4.12.1.2 救急患者受け入れの方針と手順が明確である
- ①水準に見合った方針・手順が明文化されている
 - 〇水準1>必要に応じて救急救命士への具体的な指示を行う医師が決められている
 - 〇救急隊からの電話依頼に直接的に担当医師または看護師が応じることとなっている
 - 〇医師が救急車などへの同乗を求められた際、同乗することができるようになっている
 - 〇患者受け入れ不能時においても初期治療ないし搬送時には当たり、その間に手順に沿って他の医療機関と連携が図られ、治療の継続性に配慮している
 - 〇水準2以下>二次搬送制などの地域の救急医療体制などに応じた受け入れの方針がある
 - 〇救急隊からの電話依頼時の対応、受け入れ時の担当医、患者搬入後のいわゆる救急病棟と後方病棟の連携などについて具体的な手順が示されている

〇 在宅患者の受け入れにおける対応の手順がある

〇 在宅患者の受け入れについても確認する

一般 精神 療養 NA

4.12.1.3 機能に応じて必要な医師・看護師などが確保されている

(a・b・c・NA)

- ①水準1>見合った医師・看護師の確保
 - 〇水準1>専門医のほか複数の医師が専従し、十分な看護要員が確保されている
 - 〇水準2>内科・外科系の医師が常に対応可能で、十分な看護要員が確保されている
 - 〇水準3>担当医が定められており、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
 - 〇水準4>必要に応じて医師・看護師が対応できる
- ②水準に見合った各職種の夜間・休日の体制
 - 〇水準1>薬剤師、検査技師、放射線技師、事務職員等の当直体制がある
 - 〇水準2>薬剤師、検査技師、放射線技師、事務職員等の当直体制がある
 - 〇水準3>必要に応じてオンコールで対応を求められることができる
 - 〇水準4>必要に応じて当直またはオンコールの体制がある
- ③水準に見合った診療各科の支援体制
 - 〇水準1>常に内・外・脚・産婦・泌・麻・放の支援が緊急で得られ、定期的に精神科の対診があるなど、支援体制が適切である
 - 〇水準2>内科系・外科系の医師の要請に応じて上記各科の支援がオンコールで得られる
 - 〇水準3~4>機能に見合った体制がある

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

4.12.1.4 機能に見合った施設・設備・機器が確保されている

- ①水準に照らして十分である(下記参照)
 - 〇水準1>心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 - 〇救急処置室に麻酔器と無影灯などの準備があり、緊急に穿頭(開頭)術、開胸術、開腹術が可能である
 - 〇また、手術室において、それらの緊急手術が可能である
 - 〇保守・点検の体制は院内他部署からの支援を得ている
 - 〇救急部門の施設・設備・機器の管理状況は救急部門の専任スタッフが把握している
 - 〇水準2>心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 - 〇保守・点検は<水準1>と同等である
 - 〇水準3>心肺蘇生術またはそれに準じた処置に必要な道具・機器が常に使用可能である
 - 〇救急外来の機器の保守・点検はME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
 - 〇水準4>気道確保の準備、輸液・薬物投与の準備、除細動器の使用、心電図のモニタリングが常に可能である
 - 〇救急外来の保守・点検はME部門、検査部門、放射線部門からの支援によって行っている
- ②薬剤などが、適切に保管・管理されている
 - 〇輸血用血液製剤の保管状況を確認する
 - 〇特に<水準1>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を確認する
 - 〇水準4>においても非常用カート上の整備状況を確認する

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

4.12.1.5 救急部門に必要な教育・研修が実施されている

- ①定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、診療の質の向上に役立っている
 - 〇 部門内で行われている勉強会を評価する

4.12.2 救急部門が適切に運営されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

◇<水準1～4>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

- 4.12.2.1 緊急検査・診断、入院、緊急手術などの手順が明確である
①緊急検査・診断、入院、緊急手術などの方針・手順があり、遵守されている
②病院感染を防止する具体的な手順が明確である

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- 4.12.2.2 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
①患者受け入れの実績が集計され、委員会において実績に基づき運用状況の検討が行われている
②患者受け入れ不能事例が集計され、検討されている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- 4.12.2.3 症例検討会において救急患者に対する医療の妥当性が検討されている
①救急患者に対して医学的・倫理的な観点からの症例検討会が多職種を交えて定期的に開催されている
②治療成績が集計されている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

4.12.3 臓器提供施設としての体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

- 4.12.3.1 臓器の摘出に必要な体制と手順が確立している
①臓器移植に対する病院の方針が明確になっている
②移植用臓器摘出に必要な適切な手順書が整備されている
③職員にドナーカードや生前意思を尊重する教育が行われている
④ドナー家族に対する心理的支援体制が整備されている
⑤移植コーディネーターとの連携ができている
⑥判定から摘出にいたるまでに関与する院内各部署(脳波、血液ガスなどの検査室、手術室のスタッフ含む)は24時間対応できる
⑦ドナーについての情報守秘が確保されている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- 4.12.3.2 【脳死下で臓器提供を行う施設である場合】脳死下での臓器摘出の実施について施設全体として合意が得られており、倫理委員会などで承認されている
①倫理委員会が適切に開催され、病院として、脳死下の臓器摘出に関する合意の記録がある
②脳死下の臓器摘出の実施について、適切な手順書が作成されている
③複数の専門医による死の判定のための体制が確立している
④手順書に基づいたシミュレーションが行われている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

4.13 栄養部門

4.13.1 栄養部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA

- 4.13.1.1 栄養評価・栄養管理を適切に行う人員が確保されている
①管理・責任体制が明確に定められている
②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う人員が配置されている
③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

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- ◇栄養部門は診療協力部門として組織図上で位置付けられていることが望ましい
◇業務量は、食事を提供する人数・特別食の割合、栄養指導件数、急性期/慢性期などに基づいて判断する

- 4.13.1.2 栄養管理や栄養指導のための施設・設備が整備されている
①栄養指導・相談室が設置されている
②各患者別栄養指導用資料、フードモデルなどが整備されている
③栄養評価に必要な皮膚用計量、バイオメーターなどが整備されている
④血液生化学検査データが共有されており、栄養管理に必要な情報機器が整備されている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

- ◇調理・配膳のための施設・設備は6.3.3で評価する
◇栄養指導・相談室は専用でなくともよい

4.13.1.3 栄養委員会が設置され、開催されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①栄養委員会が設置されている
②委員会が定期的に開催され、議事録が整理されている
◇委員構成、医師・看護士との円滑な意見交換の確保をする

4.13.1.4 栄養部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養 NA

- ①部門内で定期的な勉強会がある
②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制に配慮している
③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

一般 精神 療養

4.13.2 栄養部門が適切に運営されている (5.4.3.2.1・NA)

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.13.2.1 栄養部門の業務手順が確立している
①栄養部門の業務手順書が作成されている
②栄養部門の職員の衛生管理が適切に行われている
③栄養部門の職員の健康状態の把握と発病後の対策

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.13.2.2 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
①栄養基準が確立している
②栄養指導の対象、実施手順、病態ごとの指導内容、記録方法、他の医療スタッフとの情報共有などについて適切な実施体制が整備されている
③適切な実施体制が整備されている

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.13.2.3 栄養管理・支援のための組織(NSTなど)が設置され、栄養ケアが組織横断的に実践されている
①栄養サポートチーム(NST)などが設置され、活動している
②栄養サポートチームには医師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師など多職種が参加している
③栄養ケアチームに栄養士が参加している
④活動の記録が整備されている

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.13.2.4 栄養部門の業務改善の仕組みがある
①問題点の収集・分析を行い、対策を検討する場がある
②改善状況と嗜好が定期的な調査により把握されている
③調査結果が栄養委員会などで検討されている
④個別対応が必要な患者について看護部・栄養部門の情報伝達体制が整備されている
⑤対策は評価され、業務手順が見直されている
⑥改善状況は個別のものであることを確認する

一般 精神 療養

4.14 リハビリテーション部門

一般 精神 療養

精神 ④精神科作業療法部門について評価をする
療養 ④リハビリテーション本来の目標である「家庭・社会への復帰」「人間としての尊厳の回復」などを指し取り組む必要がある。これらは身体機能の回復だけでなく、心理的・社会的な面からのチームアプローチによって、患者自身によるセルフケアを支援するという視点が重要である。
(5.4.3.2.1・NA)

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.14.1.1 リハビリテーションに関する方針と役割が明確である
①地域の役割に基づいた病院の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
③家族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

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.14.1.2 機能に応じた人員が確保されている
①役割・機能に応じてPT、OT、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関与している

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.14.1.3 機能に応じた施設・設備・機器が整備されている
①役割・機能・施設基準などに合った整備がなされている
②定期的な保守・点検が行われている
③点検記録、点検の担当者についても確認する

一般 精神 療養

(a・b・c・NA)

4.14.1.4 リハビリテーション部門に必要な教育・研修が実施されている
①部門内で定期的な勉強会がある
②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

一般 精神 療養

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 (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.14.2.1 リハビリテーションの基準・手順が確立している (a・b・c・NA)

- ①リハビリテーション適応の対象疾患や障害などに対するプログラムや適用基準がある
- ②リハビリテーション計画が系統的に行われるための手順が確立している

◇ 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

◇ 年末年始・連休中の対応についても確認する

一般 精神 療養

4.14.2.2 評価に基づいた計画が立てられ、目標が設定されている (a・b・c・NA)

- ①科学的手法に基づき運動機能などの評価が行われている
- ②到達目標を明示した計画が立案されている
- ③計画が見直されている

◇ 一般的な目標だけでなく、生活に密着した目標設定が望まれる

一般 精神 療養

4.14.2.3 リハビリテーションは計画に沿って実施されている (a・b・c・NA)

- ①安全にリハビリを実施する手順が確立している
- ②訓練の経過や効果についての評価・判定などが個々の訓練記録に記載されている
- ③訓練記録に関する情報が診療録でも確認できる
- ④リハビリに関して多職種で検討し、記録に残されている

◇ 記載が簡略あるいは乱雑である場合は厳しく評価する

◇ 必要な情報が診療録に定期的に添付されるような仕組みであるか確認する

一般 精神 療養

4.14.2.4 各診療科における患者の主治医との連携が十分に行われている (a・b・c・NA)

- ①リハビリテーションカンファレンスなどに主治医が参加している
- ②回診に療法士が参加している

一般 精神 療養

4.14.2.5 リハビリテーション部門の業務を改善する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①プログラム別の実施状況や患者数などの実績が把握されている
- ②訓練内容が自らの役割・機能に見合っているかについて実施内容の評価が行われている
- ③評価に基づき、業務の基準・手順が見直されている

4.15 図書室機能

一般 精神 療養

4.15.1 図書室機能が確立している (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.15.1.1 必要な施設・設備、人員等が整備されている (a・b・c・NA)

- ①図書室機能が整備されている
- ②担当者が配置されており、その業務内容が明確になっている
- ③病院設備として文献検索のCD-ROM、あるいは外部の文献情報センターにアクセス可能な病院のコンピュータシステムがある

◇ 図書室機能とは、書籍・雑誌の収納、全職員による閲覧が可能なことを指す

一般 精神 療養

4.15.1.2 必要な図書・雑誌が確保されている (a・b・c・NA)

- ①図書購入の予算が確保されている
- ②各部門の要望に基づいて購入されている

一般 精神 療養

4.15.2 図書室が適切に運営されている (5・4・3・2・1・NA)

◇ 図書室が設置されている場合に評価する。ただし、警査区分以上の病院、および臨床研修指定病院等の教育機能を有する病院においては評価項目から除外できない

一般 精神 療養

4.15.2.1 図書室の利用促進と便宜が図られている (a・b・c・NA)

- ①各種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
- ③文献検索の手続きや費用負担を病院が支援している
- ④隣接する大学図書館や他の病院の図書室から必要な文献が容易に入手できる

一般 精神 療養

4.15.2.2 図書部門の業務手順が確立している (a・b・c・NA)

- ①全病棟の書籍・雑誌を図書室で一括管理している
 - ②新着図書リストなどを各部署に定期的に配布・伝達している
 - ③図書カードや図書台帳により一定方式で分類・整理している
- ◇ 各部門・部署で必要な図書が保管されている場合は図書室で保管場所を把握している
- ◇ 管理・購入・図書についての職員への情報提供の手順などを確認する

一般 精神 療養

4.15.2.3 図書部門の業務改善の仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①図書委員会などが設置され、業務の改善を検討する場がある

4.16 診療録管理部門

一般 精神 療養

4.16.1 診療録管理部門の体制が確立している

(5・4・3・2・1・NA)

◇ここで言う診療録は医師による記録にとどまらない広義の診療録を指す

一般 精神 療養

4.16.1.1 必要な人員が確保され、部門として位置付けられている

(a・b・c・NA)

- ①診療情報管理士またはこれに準ずる担当者が適切に配置されている
- ②業務量に応じた職員が確保されている
- ③診療録管理部門として組織的に位置付けられ、必要な権限を有している
- ◇ 通称に配置とは年間およそ2000人の退院患者に1人を目安とする
- ◇これに準ずる担当者には通信教育中の職員を含めてもよいが、その場合においても有資格者は最低1名必要である
- ◇部門長は院長・副院長の直轄であるなどで、権限を有しているかを確認する
- ◇業務委託の場合は病院の責任者が配置されている

一般 精神 療養

4.16.1.2 診療録管理室(診療情報管理室)が設置され、収納場所や情報機器が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①診療情報管理士の執務室、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
- ◇ ④についてはハード面での環境が整っていることが望ましいが、実質的な機能が確保されているればよい
- ◇外部委託の場合は必要な時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を判断する

一般 精神 療養

4.16.1.3 診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている

(a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②限内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている
- ◇ 診療情報管理士の育成についての方針と計画も確認する

一般 精神 療養

4.16.2 診療録が適切に管理されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.16.2.1 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・b・c・NA)

- ①診療録管理の手順が整備されている
- ②入院は1患者・ID・1診療録になっている
- ③外来は1患者IDになっている

- ◇ 外来の場合も患者・ID・1診療録になっていることが望ましい
- ◇ 外来診療録が科別管理の場合、他科処方、他科検査が参照できるように十分に配慮されているかを確認する

一般 精神 療養

4.16.2.2 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている

(5・4・3・2・1・NA)

- ①入院および外来の診療録が中央管理されており、貸出し・閲覧規程がある
- ②貸出し期間を厳守させる仕組みがある
- ③診療録のアプリバイ管理がなされている

一般 精神 療養

4.16.2.3 合理的な保管方法が採用されている

(a・b・c・NA)

- ①入院・外来診療録ともに患者のID番号により保管されている
- 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

- ◇ 入院・外来いずれもが五十音順など患者氏名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
- ◇ あるいは退院番号等で保管されていることは適切でない
- ◇ 入院診療録が年度別に保管され、容易に個別患者の全入院診療録が取り出せない場合は不十分である

4.17 訪問サービス機能

- 訪問サービス部門がない場合も、訪問看護ステーションなどとの連携についての機能を評価し、NAとしない
- 精神 ○ 精神科訪問看護の実施状況を確認する

4.17.1 訪問サービス部門の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

- 急性期病院などで、訪問サービス部門がない場合でも、訪問サービスが必要な患者に、院外の施設と連携し、適切にサービスが提供できるよう配慮する必要がある
- 4.17.1.1、4.17.1.3はNAとしない

(a・b・c・NA)

4.17.1.1 訪問サービスに関する方針と役割が明確である

- ① 地域の役割に基づいた病院の方針が明確である
- ② 方針に対応した部門の役割・機能が明文化されている
 - 方針・役割の内容として、対応できる体制、医療とケアの継続性、相談・調整・地域連携の機能、在宅患者の急変時の対応、介護保険制度への対応等が網羅されている

(a・b・c・NA)

4.17.1.2 必要な人員が確保され、体制が整備されている

- ① 組織的な配置づけが明確である
- ② 必要な職種と人員が確保されている
- ③ 相談・調整・地域連携の機能を有する
- ④ 必要な訪問サービス(在宅サービス)提供の機能を有する
- ⑤ 緊急時の対応機能などが整備されている
- 訪問サービスが実施されている場合、医師による適切な診察が行われているかを確認し、医師確保の状況を把握する

(a・b・c・NA)

4.17.1.3 (訪問サービス部門がない場合)訪問看護事業者や居宅サービス事業者などと連携する機能がある

- ① 居宅サービス事業者などとの連携について、担当者が明確である
- ② 連携についての手順が明確である
- ③ 必要な患者には、退院前から介護支援専門員と関われるようになっている

(a・b・c・NA)

4.17.1.4 訪問サービス部門で必要な教育・研修が実施されている

- ① 部門内で定期的な勉強会がある
- ② 院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている
- ③ 学会・研修報告が行われ、診療・看護の質向上に役立っている

4.16.3 診療情報が適切に管理され活用されている

- 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている
- 精神 ○ 精神科診療情報の活用

4.16.3.1 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている (5・4・3・2・1・NA)

- ① 退院時サマリーが作成されている
- ② サマリーは、外来診療録に添付されている
- ③ サマリーの完成率を100%にするための仕組みがある
- ④ 退院時サマリーの形式は、病院全体で統一されている
- ⑤ 必要な項目が網羅され、診療情報の活用に利用されるように、コンピュータに入力されている

(a・b・c・NA)

4.16.3.2 診断名・手術名がコード化され検索可能となっている

- 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
- ② 特定条件に該当する診療録の検索ができる
 - 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望まれる
 - 別に医事コンピュータから連動したレセプト病名などのコーディングは適切でない

(a・b・c・NA)

4.16.3.3 統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立っている

- ① 傷病別患者数など病院の役割や各診療科の業務量の評価に活用できる統計資料が作成され、院内において報告・検討されている
- ② 診療・経営上のニーズに応じて、情報を取り出し、診療の質および患者評価の指標を定期的に作成し、会議等で検討され、現場にフィードバックされている

4.16.4 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある

- 精神 ○ 精神科診療情報の活用

- 4.16.4.1 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある
 - ① 問題点の分析を行ない対策を検討する場がある
 - ② 解決策が明らかになり、その解決に工夫がされている
 - ③ 入力ミスを点検する仕組みがある

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.1.5 業務の改善や症例について検討する仕組みがある

- ① 業務が把握・集計され、業務の改善対策が検討されている
- ② 症例検討会が定期的に開催され記録が残されている
- ③ 医師や他部門の参加が得られている
- ④ 病棟・院外の関連部署との検討が適宜実施されている
- ⑤ 対策は評価され、業務手順が真直されている

◇ 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われているのが望ましい

◇ 検討会の目的に応じて、主治医、看護士、MSW、各療法士、薬剤師、栄養士等多職種参加が望ましい

◇ QOL(セルフケア)の向上、ターミナルケア、在宅死を含む)について検討されていることが望ましい

(a・b・c・NA)

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.2 訪問サービスが適切に提供されている

(5・4・3・2・1・NA)

◇ 訪問サービス部門がない場合はNAとする

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.2.1 訪問診療が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 担当する医師が決められ、定期的、計画的に訪問診療が実施されている
- ② 治療方針・治療内容が患者・家族に説明されている
- ③ 夜間・急変時などの連絡方法が患者・家族に明示されている
- ④ 関係職種(看護・リハビリなど)への指示は文書で行われている

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.2.2 訪問看護が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 主治医(かかりつけ医)の指示に基づいて実施し、記録されている
- ② 訪問看護の基準・手順が整備されている
- ③ 訪問サービスの計画が作成されている
- ④ 利用者個々のニーズが把握されている
- ⑤ 看護内容の説明と同意が得られている
- ⑥ 急変時の対応マニュアルがある

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.2.3 薬剤師や管理栄養士による訪問指導が行われている

(a・b・c・NA)

- ① 医師の指示に基づいて薬剤師・管理栄養士による訪問指導が行われている
- ② 基準・手順が整備されている
- ③ 実施記録が作成されている

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.3 在宅療養を支援するためのリハビリテーションサービスが提供されている

◇ 自院で実施されていない場合は、連携の状況を評価する

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.3.1 訪問リハビリテーションが行われている

(a・b・c・NA)

- ① 医師の指示に基づいて実施し、記録されている
- ② 生活に密着した目標が設定され、計画に沿って実施されている
- ③ 計画の内容は説明と同意が得られている

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.3.2 デイケアなどの通所サービスが行われている

(a・b・c・NA)

- ① PT・OT・ST等のリハ専門職種が通所サービス部門に配置されている
- ② 目標が設定され計画に沿って実施されている
- ③ 計画の内容は説明と同意が得られている
- ④ 個別リハへの対応が実施されている
- ⑤ 家族との連携に取り組んでいる

◇ 家族との連携には連絡ノートも評価できる

精神 ◇ 精神科デイケアを評価する

一般 精神 療養
△ △ △

4.17.3.3 在宅療養の環境整備について支援している

(a・b・c・NA)

- ① OT・PT等も加わって退院前訪問による家庭の実態調査が行われており、調査結果が記録され整理保管されている
- ② 調査結果に基づき、意見書が作成され、記録・保管されている

◇ 在宅介護支援専門員と連携する仕組みも評価できる

4.18 外来部門

一般精神療養

4.18.1 外来部門の体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

一般精神療養

4.18.1.1 外来部門の方針が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①地域の一ニーズにもとづいた外来機能が明確にされている
- ②機能に見合った病診・病棟連携が行われている
- ☞ 病診・病棟連携の内容を確認する

一般精神療養

4.18.1.2 外来における看護の役割が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①専門看護を含め、看護の役割が明確にされている
- ②看護の責任体制が明確にされている
- ③看護師は問診票等を活用して受診ニーズを把握し、患者の受診行動を支援している
- ☞ 各診療室に専従の看護師が配置されていることを確認する

一般精神療養

4.18.1.3 外来看護に必要なる教育・研修が実施されている (a・b・c・NA)

- ①部門内で定期的な勉強会がある
- ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている
- ③学会・研修報告が行われ、看護の質向上に役立っている
- ☞ 外来看護を中心に評価する

一般精神療養

4.18.1.4 必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている (a・b・c・NA)

- ①機器・設備が整備されている
- ②安全管理の手順が整備され遵守されている

一般精神療養

4.18.1.5 外来における薬剤が適切に保管・管理されている (a・b・c・NA)

- ①薬剤は、適切に保管・管理されている
- ②薬剤師が適切に関与している
- ③必要に応じて施設管理されている

一般精神療養

4.18.2 外来部門が適切に運営されている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神療養

4.18.2.1 診療録の記載が適切である (a・b・c・NA)

- ①診療上の問題点と計画が示されている
- ②必要な情報がアイルされている
- ③診療全行程の情報が共有されている
- ④記載者の署名がある
- ⑤指導内容が記録されている
- ⑥プライバシーに配慮されている
- ☞ 必要な情報は、病歴、既往歴(アレルギー、禁忌薬など)、家族歴、診察所見、指示などばかりでなく入院マリー、情報提供書、返書、診断書などのコピーや同意書、さらに独居情報、緊急連絡先、身障手帳の有無なども重要である。外来診療録の管理状況については、4.16(診療録管理部門)を確認する

一般精神療養

4.18.2.2 ハイリスクの治療・検査において説明と同意が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①手順・指針が示されている
- ②説明を行う場所に配慮されている
- ☞ 看護師は患者・家族の不安や心配などに対処しているかを確認する

一般精神療養

4.18.2.3 療養のための患者・家族への教育が行われている (a・b・c・NA)

- ①必要な療養指導が行われ記録されている
- ②分かりやすい印刷物が作成されている
- ③医師・看護師・他部門間の連携がとれている
- ☞ 個別的な療養指導のほか、集団指導を行っている場合も評価の対象となる
- 精神 ☞ 精神保健福祉法を遵守した説明が実施されている
- ☞ 同意能力のない患者には、保護者(または代理人)への説明がなされている

一般精神療養

4.18.2.4 治療・ケアの継続性に配慮した仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①治療継続のために退院時要約が活用されている
- ②紹介状のやりとりが適切に行われている
- ③他施設との連携が適切に行われている
- ☞ デイケア、在宅支援、訪問看護ステーションとの連携など

一般精神療養

4.18.2.5 外来における業務の改善について検討する仕組みがある (a・b・c・NA)

- ①問題点を把握・分析し、業務の改善対策が検討されている
- ②医師や他部門の職員も参加している
- ③院内の関係部署との後援が適宜実施されている
- ☞ 医師・看護・コメディカル・事務による業務を含む

一般 精神 療養

4.18.3 外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

4.18.3.1 外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている

(a・b・c・NA)

- ①実施手順・安全の手順が整備されている
- ②安全・確実な指示が示され行われている
- ③受けた指示が安全・確実に実施されている

◇患者・部位誤認防止、伝達エラー防止など具体的に確認する

一般 精神 療養

4.18.3.2 外来における検査・処置・手術などの実施中・実施後に、患者の状態・反応を観察している

(a・b・c・NA)

- ①観察記録がある
- ②帰宅後を配慮して自己観察できる指導や悪化時の受診の仕方を指導している
- ③プライバシーに配慮されている
- ④急変時の対処方法が確立し、定期的に教育・訓練・技術指導が行われている

◇抗がん剤やハイリスク薬剤の投与、日帰り手術など
◇外来独特のリスクについて把握しているかを確認する
◇診察を待っている患者の様子を適宜観察する仕組みについても確認する

一般 精神 療養

4.18.3.3 外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①適切な手洗い設備を有し患者と接触する前後や必要な行為の前後に手洗いをしている
- ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
- ③感染経路別予防策に基づいた隔離方法が行われている
- ④針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策が確立している
- ⑤感染性廃棄物容器が安全な状態で利用されている

◇採血室、処置室、外来診察室、待合室、点滴外来などを確認する
◇待合室に隔離室があれば高く評価する

一般 精神 療養

4.18.3.4 内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①内視鏡室の清潔管理に関する規程がある
- ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
- ③検査終了の度に内視鏡の洗浄・消毒を行っている
- ④適切な洗浄装置が備えられている
- ⑤グルダラールなどを使用している場合は、ゴーグル・防塵マスクなどの防具が整備されている

◇内視鏡の実施件数に合ったファイバースコープの台数が確保されていることも確認する
◇ファイバー部分だけでなく、水入れや生体継子、ブラシなど種々の処置具の洗浄・消毒も確認する

一般 精神 療養

4.18.3.5 透折室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている

(a・b・c・NA)

- ①透折室の清潔管理に関する規程がある
- ②患者・スタッフ用の手洗い設備があり、適切に手洗いがされている
- ③穿刺・処置操作をするスタッフがフェイスボーマスクの滅菌手袋を着用し、患者ごとに交換している
- ④針刺しを予防する手順が整備され、暴露時の連絡体制が確立している
- ⑤感染性廃棄物を適切に分別処理している
- ⑥血液で汚染された物品などの取り扱いに関して、マニュアルで定められている

◇浄化槽を確認する

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

療養 ◦ 「看護」と「介護」は一体のものとして評価する

5.1 病棟における医療の方針と責任体制

一般 精神 療養

5.1.1 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.1.1.1 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である (a・b・c・NA)

- ①基本方針や目標が明文化されている
- ②医師・看護師・関連職種に周知されている
- ③基本方針と目標に沿った活動や実績がある

一般 精神 療養

5.1.2 病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.1.2.1 各医師の役割と責任体制が明確である (a・b・c・NA)

- ①主治医・担当が明示されている
 - ②主治医への連絡方法と連絡がとれない場合の対応方法が明確である
 - ③各診療科の責任者が個々の医師の診療状況を把握している
- 主治医の明示はベッドサイドおよび診療録で確認する

一般 精神 療養

5.1.2.2 各看護師の役割と責任体制が明確である (a・b・c・NA)

- ①各看護単位の看護体制・方式における各看護師の役割、責任の範囲が明文化されている
- ②各シフトにおける業務分担が明文化されている
- ③患者・家族に担当・受け持ち看護師が知らされている
- ④関連する医師やコメディカルにも周知されている

一般 精神 療養

5.1.3 臨床における倫理的問題について対応している (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.1.3.1 当該病棟で倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている (a・b・c・NA)

- ①医師・看護師は倫理的に問題となりやすい事柄を把握している
 - ②医師・看護師が共に検討する場があり、検討の内容が記録されている
- 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に話し合う方法、仕組みについても確認する

5.2 入院診療の計画的対応

一般 精神 療養

5.2.1 入院の決定と説明が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.2.1.1 入院の目的が明確にされている (a・b・c・NA)

- ①入院の目的が明確にされ、診療録に記載している
- ②入院の目的が適切であるかが検討されている

一般 精神 療養

5.2.1.2 入院診療計画が適切に作成されている (a・b・c・NA)

- ①入院目的に沿った入院診療計画が診療録で確認できる
- ②記載内容が適切で、患者に理解できる
 - 記載内容は入院の目的、病名、予後、検査計画・治療計画・看護計画・リハビリテーション計画、説明日時、必要な項目が網羅されていることを確認する
 - 多職種が共同で作成しているかを確認する

一般 精神 療養

5.2.1.3 入院について説明がなされ、患者が理解し同意したかを確認している (a・b・c・NA)

- ①病状・病態について説明がなされ理解と同意が得られていることが診療録や同意書・告知書により確認できる

5.3 患者に関する情報の収集と伝達

一般 精神 療養

5.3.1 患者に関する情報が収集され、整理されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.3.1.1 患者の身体的・精神的・社会的な情報が収集され、活用しやすくまとめられている

(a・b・c・NA)

- ①患者の病歴を把握している
- ②毎日回診を実施している
- ③わかりやすく記録している

◇病歴には、精神的・社会的な情報も含まれているかを確認する
 ◇問診(主訴、現症、病歴、病歴、特記事項)、理学的所見、栄養状態、身体機能、要介護・介護度、精神・心理状態、社会的状況等についての情報が記載されている必要がある

一般 精神 療養

5.3.2 患者に関する情報が確実に伝達されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.3.2.1 確実な指示出し・指示受けの手順がある

(a・b・c・NA)

- ①確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している
- ②指示は医師が指示簿に記録、署名している
- ③指示を確認した看護師は署名している
- ④指示は転記がない、あるいは転記によるミスが発生しない仕組みがある
- ⑤口頭指示、随時の指示などの手順が明文化されている

◇コンピュータオーダーは、パスワードなどで安全が確立しているは、自筆とみなす
 ◇指示の変更が迅速に正しく伝わる仕組みが確立しているかを確認する

一般 精神 療養

5.3.2.2 受けた指示を確実に実施する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ①安全に指示が実施されるための仕組みがある
- ②指示が確実に実施されたことを記録している
- ③実施したサインがある

一般 精神 療養

5.3.2.3 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している

(a・b・c・NA)

- ①出された指示が実施されたことを医師が確認する仕組みがある
- ②指示を確実に実施したことを記録している

◇実施されたことをどのようになっているのかを尋ねる(実施のサイン、回診、看護師からの報告など)

5.4 評価(アセスメント)と計画 [全体の流れ]

一般 精神 療養

5.4.1 評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.4.1.1 評価が適切に行われ、計画が立てられている

(a・b・c・NA)

- ①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
- ②問題を予知して対処する計画が立てられている
- ③24時間以内に初期計画が立てられている

◇看護基準や手順が計画に乖離なく反映される仕組みがあるかを確認する

一般 精神 療養

5.4.1.2 診療・看護を含む多職種による評価や意見を考慮した計画(ケア・服薬・栄養・リハビリテーション等)が立てられている

(a・b・c・NA)

- ①他職種と検討する仕組みがある
- ②検討結果を記録している

一般 精神 療養

5.4.1.3 安全確保のためのリスクの評価が行われ、計画が立てられている

(a・b・c・NA)

- ①転倒・転落や褥瘡のリスク、適切な身体拘束等の評価が行われている
- ②評価に基づいた計画が立てられている
- ③実施されたことを記録している

一般 精神 療養

5.4.1.4 各症例の治療計画や看護計画についての検討が行われている

(a・b・c・NA)

- ①検討が行われている
- ②記録している

一般 精神 療養

5.4.2 計画は、患者の十分な参加の上で作成されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

5.4.2.1 計画には、患者や家族の意見が反映されている

(a・b・c・NA)

- ①患者や家族の意見を反映させる仕組みがある
- ②患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある

一般 精神 療養

5.4.2.2 患者・家族に適切に計画が説明され、同意を得ている

(a・b・c・NA)

- ①計画書が手渡され、説明されている
- ②同意が確認されたことを記録している