

7.2.4 身体拘束が適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養 NA NA

7.2.4.1 身体拘束に関する基本的な方針や手順が明文化され、周知されている

(a・b・c・NA)

- ①方針や対応手順が明文化されている
 - ②身体拘束のための看護基準がある
 - ③実施状況が手順に沿って実施されていることが記録で確認できる
- ◇対応手順には精神保健指定医の診察に基づいていることと、理由が患者に告知されていること等が明示されている
- ◇診療録も確認する

一般 精神 療養 NA NA

7.2.4.2 身体拘束が適切に行われている

(a・b・c・NA)

- ①医師による頻回な診察が行われている
- ②頻回(15分に1回)な観察記録がある
- ③必要時の確認が医師を含む医療チームにより行われている
- ④身体面の全身管理、抑病具による循環障害の有無の確認が行われている
- ⑤心理的状態への把握がなされている

一般 精神 療養 NA NA

7.2.4.3 身体拘束の方法が整備されている

(a・b・c・NA)

- ①抑病具使用マニュアルがある
- ②抑病具は必要時使用できるよう整備されている

7.3 精神科リハビリテーションと退院支援

一般 精神 療養 NA NA

7.3.1 精神科リハビリテーションが適切に行われている

(5・4・3・2・1・NA)

◇長期滞在患者の自立的な生活の支援の適切性を確認するだけでなく急性期からリハビリテーションの概念を含んだ治療体制があるかを問う

一般 精神 療養 NA NA

7.3.1.1 入院初期(急性期)の対応が適切である

(a・b・c・NA)

- ①精神症状とともに社会的・心理的・身体症状等全人的な把握がなされており、日常生活上の援助が適切である
- ②家族への説明が行われている
- ◇精神医学的アセスメントだけでなく、急性期は水分・バランスや栄養状態が保てなかったり、多量の向精神薬投与による副作用など身体管理に十分な配慮が必要である

一般 精神 療養 NA NA

7.3.1.2 回復期のリハビリテーションが適切である

(a・b・c・NA)

- ①ADLの自立と維持に配慮がある
- ②薬の自己管理が試みられている
- ③外出・外泊が試みられている
- ④家族への指導が行われている
- ◇回復期は体養と十分な睡眠の確保のあと徐々に元の生活に戻る準備が必要である

一般 精神 療養 NA NA

7.3.1.3 慢性期のリハビリテーションが適切に行われている(自立的な生活への援助)

(a・b・c・NA)

- ①生活能力のアセスメントがある
- ②生活環境・生活リズムに配慮したプログラムがある
- ③生活技能・家事能力獲得のためのプログラムがある
- ◇洗濯・掃除・環境整備・食事の支度・買い物など実生活に必要となる生活を送ることになるかを想定した技能訓練が必要である
- ◇治療プログラム、生活技能訓練等の一環として計画的に行われ、評価されていることを確認する

一般 精神 療養 NA NA

7.3.1.4 社会生活に必要な訓練が行われている

(a・b・c・NA)

- ①就労に向けて課題遂行(作業療法)の機会がある
- ②金銭の計画的な使用など個別性に沿った自己管理が行われている
- ③隣外への買い物など病院内の生活をイメージできるプログラムがある
- ◇長期入院では病院内適応に限りやすく、現実検討能力が欠けてくるので、社会復帰のためには自分の財源を把握し、それに合わせた生活を現実検討できる訓練が必要になる

一般 精神 療養 NA

(5・4・3・2・1・NA)

7.3.2 退院に向けての支援体制が適切である

◇リハビリテーション体制が入院から退院、外来通院、地域での生活とフォローへ、と病院と地域の関連の中で有機的に運用されているかを問う

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.3.2.1 退院に関して患者・家族の意向を尊重した支援計画を立てている

- ① 退院後の生活場所が明確になっている
- ② 患者側のキーパーソンが把握されている
- ③ 多職種(医師、看護師、OT、PSW、OP)による検討がなされている
- ④ 個々の患者に対する計画担当者(看護師、PSWなど)が明確である

◇入院初期からの取り組みが適切である
◇患者と家族、又は治療者との不一致が生じた場合、事故につながる危険が考えられるので、合意のもとで退院のゴールを設定されたかを記録などで確認する必要がある

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.3.2.2 退院に向けての体制が整備されている

- ① 退院に向けての継続医療が検討されている
- ② 退院に向けての多職種による検討が実施されている
- ③ 退院先との事前調整がなされている

◇退院時サマリーを確認する

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.3.2.3 地域生活への支援が行われている

- ① デイケア、在宅支援センター、訪問看護、居住サービスなどのシステムを利用または連携している
- ② 地域の社会復帰施設などの利用または連携、または活用実績がある

7.4 精神科における事務管理

一般 精神 療養 NA

(5・4・3・2・1・NA)

7.4.1 入退院に関する事務手続きが適切に行われている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.4.1.1 保護者選任の手続きが適切に行われている

- ① 保護者の役割・義務・選任の手続きなどについて専門の相談員(PSW)が望ましいにより説明が行われている
- ② 保護者が4週間以内に選任されている
- ③ 保護者について患者に告知されている
- ④ 保護者の状況把握を定期的(最低年1回)に行い、保護者に対する役割の履行のための啓発に努力している

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.4.1.2 医療保護入院および措置入院に関する届け出が適切に行われている

- ① 医療保護入院者の入院届が10日以内に提出されている
- ② 措置入院患者の措置状況が消失した場合は、直ちに「措置状況消失届」が都道府県知事に提出されている
- ③ 措置入院患者の仮退院は、事前に都道府県知事に許可を得て行われている
- ④ 定期病状報告が医療保護入院は1年ごと、措置入院は6か月ごとに遅滞なく提出されている

◇病状報告書は、精神保健指定医が診察の上で作成したものが診療録と照合して検証する

一般 精神 療養 NA

(5・4・3・2・1・NA)

7.4.2 患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.4.2.1 デイケアや作業療法に関する収入は患者にすべて還元されている

- ① 当該療法に要する消耗材料費は診療材料費として病院が負担している
- ◇ これらに関する収支は会計簿に記載され、収支決算報告がなされ承認を受けている
- ◇ 作業収益が発生しない場合は「NA」可

一般 精神 療養 NA

(a・b・c・NA)

7.4.2.2 患者の日常活動(農耕やバザーなど)から生じる収益に関する方針が明確である

- ① 作業収入の運用・用途に関しては、当事者(患者)を含む関係者で構成される委員会において協議の上決定されている
- ◇ 収益とは収入から必要経費を除いたものをいう

7.4.3 預り金管理が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

精神療養 NA NA

◇預り金管理とは『ごさい金』として1人3万円程度までの当月内で消費が前提となるものと、『財産』に至る生保、公的振込み金、家族等からの預託等、患者本人の口座に直接振込、蓄積されるべきものがある

7.4.3.1 日常的なごさい金等に関する管理が適切に行われている (a・b・c・NA)

精神療養 NA NA

- ①代理行為に関する双務契約となる約定書が取り交わされている
②ごさい金管理専用の口座の整備がなされている
③個人別の使用状況明細書が常に提示できる体制にある
④赤字の患者には病院会計から補填されている。
⑤通帳と印鑑は保管場所・担当者とも別々に管理し、内部牽制が図られている
◇預り金利息は預り会計簿や管理専用口座から確認でき、1年に1回は患者に還元することに努力されている

7.4.3.2 公的扶助担当機関や家族等から振込まれる多額の患者個人の財産管理が適切に行われている (a・b・c・NA)

精神療養 NA NA

- ①代理行為に関する双務契約となる約定書が取り交わされている
②個人別の口座となっている
③通帳と印鑑は保管場所・担当者とも別々に管理し、内部牽制が図られている

7.4.4 精神医療審査会および実地指導への手続きが適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

精神療養 NA NA

7.4.4.1 患者が精神医療審査会へ退院請求や処遇改善のを請求手続きが行える体制がある (a・b・c・NA)

精神療養 NA NA

- ①入院告知書や入院案内などに退院請求や処遇改善請求ができることが記載されている
②入院時オリエンテーションで説明したことが確認できる
③電話の近くに精神医療審査会の電話番号が分かりやすく明示されている

7.4.4.2 精神医療審査会および実地指導への対応の手続きが適切である (a・b・c・NA)

精神療養 NA NA

- ①定期病状報告は適切に提出されている(措置入院6月毎、医療保護入院12月毎)
②精神医療審査会からの通知文書は適切に保管されている

7.4.4.3 精神医療審査会の審査結果や実地指導の内容への対応の手続きが適切に行われている (a・b・c・NA)

精神療養 NA NA

- ①精神保健福祉法に基づき実地審査による指導事項は適切に改善している
②退院請求に関する主治医の意見書は提出されている
③精神医療審査会審査結果に沿って患者対応ができている

7.5 精神障害者の身体管理の適切性

精神療養 NA NA

7.5.1 精神障害者の身体合併(併存)症治療が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

一般 NA NA

7.5.1.1 身体合併(併存)症治療に関する方針が明確である (a・b・c・NA)

- ①方針が明確化されている
②方針が職員に徹底されている
③方針通り実施されている
④方針の見直しが行われている
◇身体合併症治療について、自院で扱う範囲を明確にする身体合併症治療について、自己決定できない患者の処遇についての対応手順が明確である

一般 NA NA

7.5.1.2 身体合併(併存)症治療が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①入院時の身体的アセスメントが行われている
②週宜身体的チェックが行われている
③専用治療室など、病室の整備が行われている
④バイディングなど、機面の整備が行われている
⑤救急救命に必要な医薬品、医療機材が確保されている
◇自費症状を訴えない患者に対する定期的な健診など行う体制の有無、看護記録を確認する

一般 NA NA

7.5.1.3 身体合併(併存)症治療を行う医療施設との紹介・逆紹介が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①必要な他科の医療機関と担当者が把握されている
②必要な他科の医療機関の担当者とこの連携が行われている
③紹介、逆紹介に伴う医療情報の交換が、迅速に交わされている

一般	精神	療養
NA	NA	NA

7.5.2 (精神科を有する一般病院の場合) 単科精神科病院や他科との連携が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	NA

7.5.2.1 精神科・神経科以外の科の患者の精神科的支援に関する方針が組織として明確である (a・b・c・NA)

- ①方針が明確化されている
- ②支援を行った実績がある
- ③他科の医師やスタッフに対する教育研修がなされている

一般	精神	療養
NA	NA	NA

7.5.2.2 精神科・神経科が単科精神科病院や他科に開かれている (a・b・c・NA)

- ①精神科医療相談のシステムがある
- ②精神科医療相談を行った実績がある
- ③対診のシステムがある
- ④対診を行った実績がある
- ⑤単科精神科病院の身体合併症患者の治療を受け入れている

一般	精神	療養
NA	NA	NA

7.5.2.3 精神科外来のみを有する場合は精神科医療が適切に行われている (a・b・c・NA)

- ①精神科医による他科の病棟回診やカンファレンス参加が行われている
- ②チーム医療への協力支援の実績がある
- ③患者や家族、医療従事者にメンタルヘルスの関与が行われている
- ④地域にメンタルヘルスの教育啓発などの関与が行われている

8 療養病床に特有な病院機能

8.1 療養病床への適切な受入れと人権への配慮

◇ 審査時は第4領域の後に確認する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.1 療養病床への受入れ体制が整っている (5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.1.1 受入れ方針が確立している (a・b・c・NA)

- ①方針は自院の機能に合ったものである
 - ②方針が明文化されている
 - ③方針が遵守されている
- ◇ 回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患療養病棟、介護保険療養病床等がある場合は、それぞれの運営方針が確立していることを確認する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.1.2 受入れの手順が明確である (a・b・c・NA)

- ①受入れのための手順が明文化されている
 - ②多職種で構成されたチームで入院判定を行う仕組みがある
 - ③受入れができない場合の対応が明確である
- ◇ 多職種で構成されたチームとは医師、看護師の他、MSW やリハビリスタッフ、ケアスタッフなどであり、薬剤師や栄養士等も参加していることが望ましい。受入れが不可能な場合、適切な他の施設を紹介するなどしているかを確認する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.1.3 検討した内容が記録され整理保管されている (a・b・c・NA)

- ①受入れの是非について検討した記録があり、整理保管されている
- ②受入れができなかった患者についても、その理由や他の施設等に紹介した事実が記録されている

8.1.2 高齢の患者や痴呆患者、あるいは障害者等の意思を尊重している (5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.2.1 患者本人の希望や意思を確認している (a・b・c・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	NA

- ①入院・入所時や療養の継続に際しては患者本人の意思が尊重されている
- ②家族の意向と一致しない場合には、本人の意思が優先されるべきことを職員が認識している
- ③ケースカンファレンス等では、患者・家族を支えた検討が行われている

◇意思能力に障害のある患者については成年後見制度などの利用についても配慮する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.2.2 人権に配慮した対応が行われている (a・b・c・NA)

- ①呼称、言葉遣いが患者を尊重したものになっている
- ②選挙時の不在者投票の手続きなどが行われている

◇患者を子供扱いしたような言葉遣いをしていないかを確認する

◇高齢者を閉鎖的に処遇している場合は厳しく評価する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.1.2.3 金銭や私物は適正に管理されている (a・b・c・NA)

- ①金銭や私物は自己管理を原則とすることが明確になっている
- ②金銭や私物を保護するための設備が整備されている
- ③金銭は個人別口座で管理され、判子・利権を含まず処理している
- ④預り金の管理に当たって代理管理に関する義務契約となる約定書が取り交わされている

◇双務契約・契約上の当事者双方が相互に対価としての債務を負担する契約 売買・賃貸借・雇用等の類

8.2 チームアプローチの適切性

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.2.1 日常生活の自立を目指したチームアプローチが行われている (5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.2.1.1 日常生活の自立を目指した診療計画が作成されている (a・b・c・NA)

- ①入院診療計画やケアプランは、患者ごとに個別性のある内容である
- ②多職種によって検討・作成されている
- ③必要時には見直しを繰り返している
- ④患者本人の意向等が反映されるよう務めている

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.2.1.2 日常生活の自立を目指したケア計画が作成されている (a・b・c・NA)

- ①日常生活動作や家族の介護力が、的確にアセスメントされている
- ②個別性のある計画が多職種により作成されている
- ③評価・修正は少なくとも1回程度行われ、随時修正されている
- ④患者・家族等が参加している

◇ケア計画は入院診療計画の内容と整合しており、検討の記録がある

◇介護保険に基づくケアプランは介護支援専門員の資格を有した者が作成していることを確認する

◇また、原則6か月ごとに行われる要介護認定の見直し結果に基づいて、ケアプランの修正も行われていることを確認する

一般	精神	療養
NA	NA	NA

8.2.1.3 日常生活の自立を目指したリハビリテーション、その他の計画が作成されている (a・b・c・NA)

- ①残存機能の評価をし目標を設定している
- ②ADLのゴールが明確にされている

8.2.2 在宅復帰に向けたケアプロセスが展開されている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神障害 NA NA

8.2.2.1 在宅復帰の可能性について常に検討している (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①在宅への移行を阻む要因(家族の介護力・介護意欲・経済力等)を多職種で検討している
- ②検討の記録が残されている

8.2.2.2 在宅復帰に向けたケアが計画的に実施されている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①日常生活の自立に向けたケアが行われている
- ②試験外泊等に積極的に取り組んでいる
- ③家族への介護技術の指導等が検討され実施されている

8.2.2.3 在宅復帰が困難な患者の療養継続の場について検討している (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①多職種によるカンファレンスなどで検討し記録している
- ②各種の社会福祉施設の活用や療養継続の場についての検討がされている
- ③患者・家族との面談や行政等と連携している

8.2.2.4 家屋評価や改造等についての相談に応じている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①家屋評価に関するマニュアルが整備されている
- ②MSWやケアマネジャーと連携する仕組みがある
- ③P-T-O-T等による家屋の実地調査が行われており、調査結果が記録が残されている
- ④改造の内容が具体的に示されている

8.2.2.5 デイケアなどの通所サービスが行われている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①リハ関連専門職種が通所サービス部門に配属されており、個別リハへの対応も実施されている
- ②家族との連携に連絡ノート等を使って取り組んでいる

8.3 機能障害の診断とケアの適切性

8.3.1 嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神障害 NA NA

8.3.1.1 嚥下機能の障害の原因が診断され機能の回復に努めている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①嚥下造影等、機能障害の診断や評価に必要な検査が行われている
- ②STや栄養士およびケアスタッフなどで調査した嚥下訓練プログラムがある
- ③必要に応じて専門医により診断され、機能回復の助言を待っている
- ④嚥下の調整や口腔ケア、咀嚼、嚥下については、歯科医の適切な関与がなされている

8.3.1.2 嚥下機能の維持向上に努めている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①食事は可能な限り食室を利用して、自力での摂取を基本としている
 - ②嚥下の能力に合わせた食事時間・食材・調理方法が工夫されている
 - ③嚥下栄養の患者等には、機能回復に向けた嚥下訓練プログラムが実施されている
 - ④誤嚥防止の工夫・対策が講じられている
- ◇ 栄養士やST、歯科医・歯科衛生士等が適切に関与していることを確認する

8.3.2 排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神障害 NA NA

8.3.2.1 排泄機能障害の原因が医学的に診断されている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①排泄機能障害の原因が医学的に診断されている
- ②排尿訓練など排泄機能の回復に向けたプログラムが整備されている
- ③必要に応じて専門医(泌尿器科医等)から、機能障害の原因が診断され、機能回復についての助言を得ている
- ④排泄の自立に向けて、多職種が協力して取り組んでいる

8.3.2.2 排泄機能の維持・向上に努めている (a・b・c・NA)

一般精神障害 NA NA

- ①オムツや留置尿管カテーテルの選定とした装着が行われていない
 - ②オムツは、個々の状態に合わせた適切なものが選択され、適宜交換されている
 - ③本人の機能レベルに合わせた排泄方法が検討され、生活の自立に向けた排泄訓練プログラムが整備されている
- ◇ 尿管電カテーテルの着用品率等も確認する

一般精神療養
NA NA

8.3.3 痴呆の程度が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開され、回復の程度が適切な評価されている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神療養
NA NA

8.3.3.1 痴呆の原因とその程度が診断され、回復の可能性が検討されている (a・b・c・NA)

- ① 痴呆の原因について医学的に診断されている
- ② 痴呆の程度は診断基準等のスケールを用いている
- ③ 診断に基づいて治療や療養の方針が立てられている
- ④ 必要に応じて専門医の診断や治療についての助言を得ている
- ⑤ 回復の可能性について多職種で検討されている記録がある

一般精神療養
NA NA

8.3.3.2 痴呆患者との関わりを工夫し、意向を把握する努力が行われている (a・b・c・NA)

- ① 患者の人格や性格を尊重し、個性のあるケア計画が実践されている
- ② 痴呆患者の特性に配慮したケアが工夫されている
- ③ 職業歴や生活歴等に配慮した個別なケアが工夫されている
 - ◇ 痴呆患者などの場合は困難ではあるものの、画一的に「年寄り扱い」や「痴呆患者扱い」することなく、本人の意向を汲み取りながら、ケアの質向上や療養生活の安全につながる工夫が望まれる

一般精神療養
NA NA

8.3.4 コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神療養
NA NA

8.3.4.1 コミュニケーション障害の原因が診断され、機能回復に努めている (a・b・c・NA)

- ① コミュニケーションに障害のある患者が把握されており、その原因が医学的に診断されている
- ② 診断に基づいて治療方針、あるいは機能回復訓練計画が立てられている
- ③ 必要に応じて専門医により診断され、機能回復についての助言を得ている
 - ◇ コミュニケーション障害は言語障害や失語症だけではなく、視力や聴力障害、あるいは痴呆や老化等による意思疎通の障害も含んでいる。老化による意思疎通の障害を、痴呆とみなして対応するようなことがあってはならないので、コミュニケーション障害や痴呆の診断は厳密に行われている必要がある

一般精神療養
NA NA

8.3.4.2 コミュニケーション障害との意思疎通を図る工夫がなされている (a・b・c・NA)

- ① コミュニケーション・エイドなどを活用している
- ② STなどが関与しながら、非言語的コミュニケーション手段が積極的に用いられている
 - ◇ コミュニケーション障害は、言語障害や失語症のみではなく、視力や聴力障害、あるいは痴呆や老化等による意思疎通の障害も含む。老化による意思疎通の障害を痴呆とみなして対応するようなことがあってはならない

一般精神療養
NA NA

8.3.5 合併症や二次障害等の予防に努めている (5・4・3・2・1・NA)

一般精神療養
NA NA

8.3.5.1 廃用症候群の発生リスクの低減に努めている (a・b・c・NA)

- ① 予測される廃用症候群について把握されている
- ② 多職種により予防策を検討している
- ③ 離床促進のケアが計画的に実施されている

一般精神療養
NA NA

8.3.5.2 褥瘡予防・治療に努めている (a・b・c・NA)

- ① 発生リスクが評価されている
- ② 体位交換の方法や頻度が明確である
 - ◇ 危険因子を予測するスケールを使用している

一般精神療養
NA NA

8.3.5.3 適切な水分管理が行われている (a・b・c・NA)

- ① 水分管理を行う判断基準があり、活用されている
- ② 計画的に水分摂取させ、記録されている

8.3.6 日常生活の活性化を図り、自立できるような支援している (5・4・3・2・1 NA)

一般精神障害
NA NA

8.3.6.1 患者の生活リズムの確立に努めている (a・b・c・NA)

- ① 日中への覚醒を適切に行っている
- ② 外出は患者の意向を尊重して積極的に取り組んでいる
- ③ 整容・身だしなみに配慮し、整容や美容に対応している
- 院内で統一した日中着ではなく、個性を尊重した対応が望ましい、
- ◇ 家族・ボランティア・職員の付き添いによる外出・買物等、本人の希望に応じて支援しているが確認する

一般精神障害
NA NA

8.3.6.2 面会や外泊等により社会や家族との接点を保つよう配慮している (a・b・c・NA)

- ① 個々の患者への面会の状況や、少ない理由等を把握している
- ② 家族が面会に来やすい環境づくりや、面会の少ない家族への対応に努力している
- ③ 試験外泊は、患者の意向を尊重して積極的に取り組んでいる
- ④ 住居やボランティアとの交流に配慮している
- 家族・ボランティア・職員の付き添いによる外出・買物等の取り組みは高く評価する

一般精神障害
NA NA

8.3.6.3 レクリエーションや催しなどが行われている (a・b・c・NA)

- ① アクティビティを高めるようなプログラムが行われている
- ② 誕生日・季節の催しなどが行われている
- ③ 音楽・園芸・絵画等の活動が行われている
- ①②③のうち2つ以上を満たしていれば
- ◇ 老健施設のレクリエーションなどへの参加も評価する

一般精神障害
NA NA

8.3.6.4 身の回りの清潔保持に配慮している (a・b・c・NA)

- ① 患者の状態に応じた口腔ケア(義歯を含む)が計画的に行われている
- ② 患者の状態に応じた入浴・着替えが計画的に行われている
- ③ 洗顔・洗髪・ひげ剃り・爪切りなどが行われている
- 身体の清潔に関する基準・手順を確認するケア計画等で実施頻度を確認する(口腔ケアは毎食後・清拭はほぼ毎日、入浴・シャワー浴は週2~3回以上)

Em 救急医療機能

Em.1 救急部門の地域における役割と基本方針

Em.1.1 救急部門設置の趣旨・理念と基本方針が明確になっている

5・4・3・2・1・NA

Em.1.1.1 救急部門の理念・基本方針が明文化されている

a・b・c・NA

- a. ①理念が明文化されている
- ②基本方針が明文化されている
- ③地域医療の現状認識に基づいた、妥当な内容であることが確認されている

b.

c. ①②のいずれも満たさない

Em.1.1.2 救急部門の理念・基本方針が院内に周知・徹底されている

a・b・c・NA

- a. ①救急部門に勤務するスタッフのみならず、病院の職員全員が理解している
- ②個々の職員が基本方針における自らの業務内容についての位置付け、関与を認識している

b.

c. ①②のすべてを満たさない

Em.1.1.3 救急部門の理念・基本方針が必要に応じて見直されている

a・b・c・NA

- a. ①継続的に検討する場がある
- ②見直された実績がある

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR 地域医療との整合性(すなわち、現状の認識)などを勘案しながら評価を行う

Em.1.2 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

Em.1.2.1 地域における救急医療体制の現状を把握している

a・b・c・NA

- a. ①診療圏における初期、二次、三次救急医療についての現状を把握している
- ②周辺の医療機関がどのような疾病や病態などを、どの程度に扱っているかを把握している
- ③診療圏における病院・診療所間の救急体制について把握している
- ④上記①～③について、院内の救急医療に関する会議において検討され、解決すべき問題点などが職員に理解されている

b.

c. ①②③④のすべてを満たさない

SVR 行政による地域の医療計画を知り、医師会やその他の救急業務に関する会に参加し情報を収集するなどの救急業務を具体的に確認する

Em.1.2.2 救急部門の地域における役割・機能の範囲が適切である

a・b・c・NA

- a. ①地域全体の救急医療からみて病院の担う役割・機能が適切である
- ②病棟の規模や地域における役割・機能等を総合的に勘案して、病院が担っている救急医療の現状が妥当である

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR 診療圏における小児救急、精神科救急、中毒患者、重度熱傷患者などを含む救急医療の現状に関する認識を尋ねる

Em.1.2.3 救急部門の地域における役割・機能が地域に周知・徹底されている

a・b・c・NA

- a. ①病院の担っている救急医療の役割・機能について、地域住民や救急隊、医療機関などが認識できるよう広報活動を行っている

b.

c. ①を満たさない

SVR 地域中核的な病院では、高次の救急医療に特化しようとするなど、必ずしもそのような機能に特化できないことがしばしば経験される
広報内容と救急医療の現状とに乖離が見られる場合は、その理由を確認する

Em.1.2.4 自院の役割・機能について、地域からの評価を受けている

a・b・c・NA

- a. ①地域住民や救急隊、医療機関などからの評価を収集している
- ②救急業務連絡協議会等の記録を参考にして救急隊や地域医師会、行政等による評価について具体的に確認できる

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR 年間の救急車による収容人数が一定水準に達している等を二次救急病院として認める東京部のような例がある
地域からの評価にはこのような場合も含まれる

Em.2 救急部門の組織体制の確立

Em.2.1 救急部門の組織が確立し人員が確保されている

5・4・3・2・1・NA

SVR ◯ 総合版評価項目V5.0に示す4.12.1を参照
<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
<水準2> 分類上は地域の二次救急医療機関であるが、きわ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

Em.2.1.1 救急部門の組織図があり管理責任者が明確になっている

a・b・c・NA

- a. ①現状に則した専任と指揮命令系統が明確な組織図がある
- ②組織図には改定年月日が明記されている
- ③組織図が改定されたことを院内に周知、徹底する仕組みがある
- b.
- c. ①を満たさない

Em.2.1.2 救急部門に必要な専任の医師が確保されている

a・b・c・NA

- a. <水準1>
① 初療を担当する種数で構成される専任の診療チームがある
- ② 救急部門には日本救急医学会指導医が配置されている
- ③ 過重労働の問題点を克服可能な医師の勤務体制が確保されている
- <水準2>
① 初療にあたる専任の医師が決められている
- ② 救急医療に指導力を発揮している救急科専門医(日本救急医学会認定医)が確保されている
- ③ 過重労働の問題点を克服可能な医師の勤務体制が確保されている
- b.
- c. ①②③のすべてを満たさない

SVR ◯ 地域の救急医療体制における位置付けに相応しい医師の体制が求められる

Em.2.1.3 救急部門に専任の看護職員が確保され適切な看護体制が整備されている

a・b・c・NA

- a. <水準1>
① 初療において診療チームと共同する種数から成る看護スタッフがいる
- ② 看護職員の中には、日本看護協会救急認定看護師の資格を有する者がいる
- <水準2>
① 地域の救急医療体制における位置付けに相応しい看護職員の人員と人材を確保している
- b.
- c. <水準1> ①②のすべてを満たさない
<水準2> ①を満たさない

Em.2.1.4 救急部門に必要なコメディカルや事務職員が確保されている

a・b・c・NA

- a. ① 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員が24時間常に確保されている
- ② 日勤時には患者の経済的、社会的な問題に対処できるMSWなどの支援が確保されている
- b.
- c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 救急部門に固有のスタッフとして配置されていなくとも、当直体制があつて院内から即応可能な応援体制があればよい

Em.2.2 適切な夜間体制が整備されている

5-4-3-2-1-NA

Em.2.2.1 救急部門の医師の夜間体制(勤務体制)が取られている

a・b・c・NA

- a. ①救急部門の専任医師による夜間の対応体制が確立している
②医師の夜間勤務は、当直業務ではなく夜勤として扱っている

b.

- c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 専任とは一般病棟などの当直医とは別に救急外来と夜間の救急医療に専従できる医師を言う、また、研修医はこれに該当しない

Em.2.2.2 薬剤師の夜間体制が取られている

a・b・c・NA

- a. ①薬剤師による夜間の対応体制が確立している

b.

- c. ①を満たさない

SVR ◯ 救急患者への迅速な対応が可能であれば、病院全体としての薬剤師当直業務を兼ねていてもよい

Em.2.2.3 臨床検査技師の夜間体制が取られている

a・b・c・NA

- a. ①臨床検査技師による夜間の対応体制が確立している

b.

- c. ①を満たさない

SVR ◯ 緊急手術などに対応するため、輸血に必要な検査が可能であることを確認する

Em.2.2.4 放射線技師の夜間体制が取られている

a・b・c・NA

- a. ①放射線技師による夜間の対応体制が確立している

b.

- c. ①を満たさない

SVR ◯ MRI検査、TAEへの対応が可能であることを確認する

Em.2.2.5 事務職員の夜間体制が取られている

a・b・c・NA

- a. ①救急患者ないし救急車を受け入れるため、受付業務、会計などに対応する専任の事務職員の夜間における対応体制が確立している
②医療職を応募することを含めた勤務に関するマニュアルがある

b.

- c. ①を満たさない

SVR ◯ 必要な最低限の医事業務がこなせれば必ずしも医事課職員である必要はない

Em.2.3 診療各部門の連携体制が取られている

5-4-3-2-1-NA

Em.2.3.1 院内の診療各科の迅速な支援を受けられることができる

a・b・c・NA

- a. ①救急部門に専任する医師の求めに応じて院内の診療各科医師の支援体制が構築されている
②救急部門に診療各科医師の当直表やオンコール表、緊急連絡先などが明示されている

b.

- c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 勤務交替などの情報も遅延なく周知されていることを確認する

Em.2.3.2 重症な救急患者をICU部門で受け入れることができる

a・b・c・NA

- a. ①重症救急患者の受け入れが可能でICU部門がある
②救急部門においてICUの空床状況を把握するための情報伝達のルールや記録がある
③ICUには24時間体制で重症患者を受け入れられる医師、看護師の勤務体制が組まれている

b.

- c. ①②③のうち一つでも満たさない

Em.2.3.3 入院が必要な救急患者を診療各科で受け入れることができる

a・b・c・NA

- a. ①入院適応の救急患者を診療各科で受け入れる体制がある
②救急部門において診療各科の空床状況が把握されている
③上記①②を円滑に運めるためのルール・手順が明文化されている

b.

- c. ①②③のうち一つでも満たさない

Em.2.3.4 早期にリハビリテーションプログラムを受けられることができる

a・b・c・NA

- a. ①救急患者へのリハビリテーションプログラムがある
②救急患者への早期リハビリテーションが実施されている

b.

- c. ①②のすべてを満たさない

Em.2.4 地域との連携体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

Em.2.4.1 疾病別に周辺の医療機関の救急医療機能を把握している

a・b・c・NA

- a. ①周辺の医療機関における救急医療の機能が疾患別に把握されている
- ②周辺の医療機関における受け入れ可能な症例の重症度が把握されている
- ③周辺の医療機関における緊急手術の対応体制が把握されている

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 収集された情報が文書化され、救急部門に用意されていることを確認する

Em.2.4.2 救急患者の受け入れと他施設への搬送を安全・円滑に行うことができる

a・b・c・NA

- a. ①患者の受け入れと搬送に関する手順が明文化されている
- ②他医療機関からの救急患者の受け入れが円滑に行われている
- ③他施設への患者搬送が安全・円滑に行われている

- b. ①②③のすべてを満たさない
- c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 患者搬送に関する手順の中で医師または看護師の同乗についてどのように決められているかを確認する

Em.2.4.3 院外(地域内)からの診療各科の迅速な支援を受けられる

a・b・c・NA

- a. ①迅速な支援を受けられる仕組みが整備されている
- ②支援を受けた状況が記録されている

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 対象となる医療機関の院内連携機能が充実していて、支援を受けなければならない場合は、この項目はNAと評価する

Em.2.4.4 救急医療に関する地域の協議会や連絡会議に参加している

a・b・c・NA

- a. ①地域の救急センター運営協議会や救急業務連絡会議などに参加している
- ②参加機関名簿や議事録が保管されている
- ③協議事項について院内で検討が行われている

- b. ①②③のすべてを満たさない
- c. ①②③のすべてを満たさない

Em.3 救急部門の施設・設備の整備

5・4・3・2・1・NA

Em.3.1 救急処置室の施設・設備が整備されている

5・4・3・2・1・NA

Em.3.1.1 地域の救急ニーズに対応できる処置室が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①処置室は地域ニーズ、対象疾患の重症度や患者数などを考えて、病院の役割にしたがって整備されている
- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

SVR 多用途処置室、重症症に応じた処置室、CPAOAIに対応する蘇生室などの整備状況を確認する

Em.3.1.2 役割・機能に対応することができる処置室の設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①救急患者の特性や病態の役割・機能に応じた設備が整備されている
- ②定期的に保守・点検されている
- b. ①②のすべてを満たさない
- c. ①②のすべてを満たさない

SVR 麻酔器、無影灯、人工呼吸器、監視用モニター、除細動器、手術・処置用の器具・用具などの整備状況を確認する

Em.3.1.3 緊急に使用する薬品、物品、材料が速やかに使用できるよ

a・b・c・NA

- a. ①緊急性や疾患の多様性に配慮して整備が行われている
- ②常時使用が可能であるよう点検されている
- b. ①②のすべてを満たさない
- c. ①②のすべてを満たさない

Em.3.2 緊急対応が可能な検査・診断装置が整備されている

5・4・3・2・1・NA

Em.3.2.1 緊急検査が可能な設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①緊急検査に必要な設備が整備されている
- ②緊急検査に関する手順が明文化されている
- ③緊急時に必要な検査が迅速・適切に行われている
- b. ①②③のすべてを満たさない
- c. ③を満たさない

SVR 救急部門に整備されている緊急検査設備と、臨床検査部門における緊急検査体制の整備状況を勘案して運用の実態を評価する

Em.3.2.2 緊急対応が可能な画像診断設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①緊急対応に必要な画像診断設備が整備されている
- ②緊急対応に関する手順が明文化されている
- ③緊急時に必要な画像診断が迅速・適切に行われている
- b. ①②③のすべてを満たさない
- c. ③を満たさない

Em.3.3 緊急手術の設備が整備されている

5・4・3・2・1・NA

SVR ◯ 救急部門に専用の手術室を保有している施設では、その整備・運用状況について評価するが、救急部門に専用の手術室をもち、中央手術室との関連を考慮して評価を判定する。この場合、中央手術室において緊急手術に対応できる設備が常に確保・整備されているか、予定手術のためにしばしば待たされる状況にあるかなどについて確認して評価する
Em.5.4との整合性

Em.3.3.1 救急医療のための手術室と必要な設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①緊急手術がいつでも迅速に行える設備が整備されている
- b.
- c. ①を満たさない

Em.3.3.2 緊急の開頭手術が可能な設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①開頭手術がいつでも迅速に行える設備が整備されている
- b.
- c. ①を満たさない

Em.3.3.3 緊急の開胸手術が可能な設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①開胸手術がいつでも迅速に行える設備が整備されている
- b.
- c. ①を満たさない

Em.3.3.4 緊急の開腹手術が可能な設備が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①開腹手術がいつでも迅速に行える設備が整備されている
- b.
- c. ①を満たさない

Em.3.4 救急患者を受け入れる病床が確保されている

5・4・3・2・1・NA

SVR ◯ 入院を必要とする救急患者を受け入れる体制をどのようにして担保しているかの工夫と実績を評価する

Em.3.4.1 観察用病床が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①輸送治療や経過観察、入院の可否の判断のために救急外来に観察用病床が附設されている
- ②ベッド間隔が適切で、医師、看護師による観察や診察が容易にでき、付き添い者のスペースが確保されている
- ③必要により心電図や酸素飽和度などがモニターできる
- ④換気に配慮されている

b.

c. ①を満たさない

SVR ◯ 入院を必要とする患者が必要以上に長く観察用病床で経過観察されていないことを確認する

Em.3.4.2 救急医療のための専用の病床が整備されている

a・b・c・NA

- a. ①救急専用の病床が確保されている
- ②軽重な経過観察と必要な治療が行える看護体制である
- ③モニターが整備されている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR ◯ おおむね総病床数の3%の病床が確保され緊急入院に対応できることを確認する

Em.3.4.3 重症救急患者のためのICU病床が確保されている

a・b・c・NA

- a. ①重症救急患者のために集中治療が可能な病床が設置されている
- ②ICUの基準に適合している
- ③夜間体制に入る時点で1～2床の空床が確保されている
- ④ICUが満床となった場合にハイケア病床等への転床によって重症救急患者をICUに収容する仕組みがある

b.

c. ①②③④のすべてを満たさない

SVR ◯ 多発外傷などの重症患者の収容の取組みを確認する

Em.4 救急部門の適切な運営

Em.4.1 救急部門の運営委員会が設置され開催されている

5.4.3.2.1.NA

SVR ◯ 委員会の中でも重要なものとしての位置づけがなされていることを評価する

Em.4.1.1 委員会は適切な委員で構成され、委員会の役割・権限が明記された運営要件がある

a.b.c.NA

- a. ①委員に管理職が加わっており決定事項の実行が担保されている
- ②医師部門、看護部門のみでなく、事務・臨床検査・放射線・薬剤部門など、救急医療に關係する部署から委員が選任されている
- ③運営要件が整備されている

b.

c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR ◯ 運営要件を確認し、決定事項を担保する構造になっているかどうかを具体的な例を尋ねながら確認する

Em.4.1.2 委員会は定期的に開催され救急部門の円滑な運用に努めている

a.b.c.NA

a. ①定期的に月1回以上の頻度で開催されている

b.

c. ①を満たさない

SVR ◯ 委員の出席状況も確認する

Em.4.1.3 委員会の検討経過・内容が記録されている

a.b.c.NA

- a. ①議事録が作成されている
- ②院内職員が閲覧できる
- ③救急医療に關係する職員は必ず目を通している

b.

c. ①②のうち一つでも満たさない

Em.4.2 救急部門の業務マニュアルが整備されている

5.4.3.2.1.NA

SVR ◯ 多職種の職員に対応しているものであることを評価する

Em.4.2.1 救急患者受け入れ手順書が整備されている

a.b.c.NA

- a. ①「救急患者受け入れ手順書」が整備されている
- ②手順書には初期治療と、必要な場合に他院へ紹介する方法など、救急患者の受け入れに關する原則が示され、転院搬送の場合の手順が明記されている

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 受け入れ不能な場合の実際的な対応手順を確認する

Em.4.2.2 病院が災害に見舞われた場合の手順書が整備されている

a.b.c.NA

- a. ①火災や地震など、病院が被災した場合の対応に關する手順書(院内災害マニュアル)がある
- ②手順書の内容は災害を具体的に想定した妥当なものである

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 過去の災害の事例集があり、検討されていることが望ましい

Em.4.2.3 病院内で災害が起こった場合の手順書が整備されている

a.b.c.NA

- a. ①同時に多数の患者が来院する場合を想定した手順書がある
- ②手順書は地域防災計画と整合した内容で作られている

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ 地域の行政機関や組織との連携体制が求められる

Em.4.2.4 医療事故またはこれに準ずる出来事の際の手順書が整備されている

a.b.c.NA

- a. ①医療事故などが発生した際の手順書がある
- ②針刺し事故など日常しばしば起こり得る事故等への対応手順書がある
- ③中毒物質による二次被災など、職員が被災した場合の対応手順書がある

b.

c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR ◯ 手順書の中では、患者および家族への対応、院内対応、警察や保健所、マスコミなどへの対応について、報告・指揮系統を含めた流れなどが理解できることを確認する。加えて、事故を起こした職員への肉体的・精神的な配慮についても確認する

Em.4.2.5 その他の必要な業務マニュアルが整備され必要に応じて見直されしている

- a. ①ドクターカーや病院車の出動基準、要請による現場出動、軽医搬送の際の行動原則などの業務マニュアルが整備されている
- ②アロ、化学災害、原発事故などの特殊災害に対するマニュアルが整備されている
- ③既存の手順書は定期的に見直しながなされている

b. ①②③のすべてを満たさない

c. ①②③のすべてを満たさない
SVR ◯ ドクターカーや病院車の出動実績または現場への出動の記録などについて確認する

Em.4.3 救急部門の設備・機器の保守・点検が適切に行われている 5・4・3・2・1・NA

Em.4.3.1 設備・機器の保守・点検の担当者が明確となっている a・b・c・NA

- a. ①救急専属スタッフの中から選任された保守点検責任者が、設備・機器の保守点検を行っている
- ②不具合などの情報を素早くできる体制になっている
- ③救急部門のすべてのスタッフは保守・点検の担当責任者を知っている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

Em.4.3.2 各設備・機器が定期的に確実に保守・点検されその結果が記録されている a・b・c・NA

- a. ①保守・点検ノート等によって点検内容が記録されている
- ②不具合が生じた際の処置内容などが記録されている

b.

c. ①②のうち一つでも満たさない

Em.4.4 救急医療に関する教育・研修が行われている 5・4・3・2・1・NA

Em.4.4.1 救急部門の職員に救命処置に関する教育・研修や訓練を行っている a・b・c・NA

- a. ①年度計画としての救急医学教育プログラムがあり、BLS、ACLS、JATEC等の教育・研修・訓練が行なわれている
- ②実施された教育・研修・訓練の内容などが記録されている

b.

c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ BLS、ACLS、JATECなど

Em.4.4.2 救急部門の職員に感染管理に関する教育・研修や訓練を行っている a・b・c・NA

- a. ①感染管理についての教育・訓練を受けている
- ②それらに基づいた適切な感染予防策がとられている

b.

c. ①②のすべてを満たさない

Em.4.4.3 救急医療に関する研究会活動に参加している a・b・c・NA

- a. ①院外の学会・研究会で研究成果の発表が行われている
- ②研究成果が論文としてまとめられている
- ③院内での研究会活動が活発に行われている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR ◯ 研究会プログラム、抄録・論文等で確認する

Em.4.4.4 外部の医師、救急救命士などの教育に関与している a・b・c・NA

- a. ①地域の医療スタッフ(医師、看護師等)や救急救命士を対象とした教育・研修が行われている
- ②地域における救急医療に関する教育に積極的に関与している

b.

c. ①②のすべてを満たさない

Em.4.5 救急部門の業務実績を把握している

5・4・3・2・1・NA

Em.4.5.1 救急患者受診記録があり、それに基づいて受け入れ患者件数、救急車搬送件数、外来転帰などの基本統計がとられている

- a. ①受け付け台帳が整備されている
- ②年次統計などが整備されている
- b.
- c. ①②のうち一つでも満たさない

a・b・c・NA

Em.4.5.2 傷病別・重症度別の救急患者受け入れ件数を把握している

- a. ①傷病別・重症度別の統計が作成されている
- ②平均在院日数が把握されている
- ③死亡数等が把握されている
- ④医療費(診療報酬)が把握されている
- b.
- c. ①②③④のすべてを満たさない

a・b・c・NA

Em.4.5.3 主要な検査・診断件数、処置・手術件数などの診療業務量が把握されている

- a. ①救急部門で取り扱った患者について、緊急的に実施された血管造影、運動脈インテンターベンション、内視鏡・内視鏡的処置、CT等の画像診断、経カテーテル的血管塞栓術、その他手術等の診療業務量が把握されている
- b.
- c. ①を満たさない

a・b・c・NA

Em.5 救急患者への適切な対応

Em.5.1 救急患者を適切に受け入れている

5・4・3・2・1・NA

SVR 〇 医師の経験や専門性を配慮した体制であることが求めらる

Em.5.1.1 消防・救急隊からの受け入れ依頼に対応する担当医師が明確になっている

- a. ①救急車で患者が搬入される際の担当医師が明確である
 - ②受け入れの可否を判断する医師が明確になっている
 - b.
 - c. ①②のうち一つでも満たさない
- SVR 〇 曜日や時間帯ごとの担当医師を確認して評価する

a・b・c・NA

Em.5.1.2 消防・救急隊からの受け入れ依頼が迅速に担当医師に伝わる手順が確立している

- a. <水準1>
 - ①担当の救急科専門医(日本救急医学学会認定医)が直接かつ迅速に受け入れ依頼に対応している
 - <水準2>
 - ①救急部門の担当医師が迅速に対応している
 - b.
 - c. ①を満たさない
- SVR 〇 受け入れ依頼についての連絡手順を文書等で確認し、担当医師が対応できない場合の対処方法も明記されている

a・b・c・NA

Em.5.1.3 救急部門の医師が救急救命士へ指示または指導を行っている

- a. ①特定行為など、必要な指示または指導が迅速に行われている(onlineメテイルコントロールを行っている)
 - ②講習会や検討会を通じて日頃からコミュニケーションを図っている(off-lineメテイルコントロールに協力している)
 - b.
 - c. ①②のすべてを満たさない
- SVR 〇 ホットライン、PHSなど、指示手段などを確認する
指示の記録を確認する

a・b・c・NA

Em.5.1.4 受け入れ不能の場合に適切に対応している

- a. ①受け入れ不能の場合は救急隊に必ず迅速に連絡している
 - ②搬入後に転院の場合は医師が同意して転院搬送が行われている
 - ③転院搬送の場合に患者の継続などを行う手順が整備されている
 - b.
 - c. ①②③のすべてを満たさない
- SVR 〇 病院の診療情報(科別受け入れ情報など)が消防機関に送られる方法、並びに病院間の連携・紹介システムの具体的な取り組みを確認する

a・b・c・NA

Em.5.2 受け入れ時の救急患者に適切に対応している

SVR ◯ 迅速性、診療の質、地域との連携の観点から評価する

Em.5.2.1 医師・看護師により重症度、緊急度に応じて診療順の振り分けなどが行われている

- ①トリアージの責任者が明確である
 - ②診療の優先順位に関する手順が定められている
 - ③複数の患者を同時に受け入れる場合のトリアージの手順が確立している
- b.
- c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR ◯ 救急科専門医(日本救急医学会認定医)、救急認定看護師がトリアージに関わることが望ましい

Em.5.2.2 心肺停止の患者に医師による迅速な蘇生術が実施されている

- ①心肺停止患者に直ちに心肺蘇生が施行できる
 - ②心肺蘇生のための設備・器材が整備されている
 - ③除細動器が常時使用可能である
- b.
- c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR ◯ ACLSの受講者がリーダー的役割を担うことが望ましい

Em.5.2.3 診察が迅速に行われ必要な緊急的処置が適切に実施されている

- ①気管挿管・甲狀腺状嚢帯切開などの気道確保手段が迅速に実施されている
 - ②胸腔ドレーズ、保温された輸液、緊急輸血などの救命処置が迅速に実施できる
- b.
- c. ①②のうち一つでも満たさない

SVR ◯ 超音波エコー診断装置(JAATEC)の準備状況について確認する

Em.5.2.4 院内各部門のコンサルテーションが円滑に実施されている

- ①院内の関連各科へのコンサルテーションの体制が整備されている
 - ②社会的な背景がある場合(虐待を疑った時などに、院内外の福祉関係部門などとの連絡体制が整備されている)
- b.
- c. ①②のすべてを満たさない

SVR ◯ オンコール者の名簿と連絡体制について確認する

Em.5.3 緊急時の検査・診断が迅速に行われている

Em.5.3.1 救急部門内での検査・診断が適切に行われている

- ①血液ガス分析、心電図検査、超音波診断検査、血糖分析、薬物簡易定性キッド、尿検査などが、救急部門内で常時施行できる体制になっている
- b.
- c. ①を満たさない

Em.5.3.2 必要な検体検査が適切に行われその結果が迅速に報告されている

- ①血算・血液生化学・尿・脳液検査などの検体検査が常時迅速に実施できる
 - ②検査結果が迅速に報告される仕組みになっている
- b.
- c. ①②のうち一つでも満たさない

Em.5.3.3 必要な画像診断が適切に行われその結果が迅速に報告されている

- ①ポーターダブル造影X線撮影、頭部CTスキャンなどが常時実施可能で迅速に行われている
 - ②CTスキャン(頭部以外)、血管造影、MRIなどが常時実施可能な体制にある
- b.
- c. ①を満たさない

SVR ◯ 放射線科医が読影に参加していれば高く評価する

Em.5.3.4 必要な細菌学的検査(診断)が適切に行われその結果が迅速に報告されている

- ①細菌のグラム染色や 結核菌のチールニールセン染色が、24時間体制で実施できる
 - ②結果が迅速に報告される仕組みがある
- b.
- c. ①②のすべてを満たさない

Em.5.4 救急患者の手術が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

Em.5.4.1 各科専門医に迅速に連絡し外科的治療に関し、適切に判断されている

a・b・c・NA

- a. <水準1>
①外科、整形外科、婦人科、泌尿器科及び脳神経外科などの各専門医が院内において24時間体制でコンサルテーション可能である
<水準2>
①地域のニーズを満たすべく必要とされる外科系の専門医がコンサルテーションに対応している

- b.
c. ①を満たさない

SVR 救急科専門医(日本救急医学会認定医)が外科、脳神経外科専門医などの資格を有している場合があることに注意

Em.5.4.2 手術室が必要な場合にはいつでも円滑に利用できている

a・b・c・NA

- a. ①救急患者のための手術室が確保されている
②救急患者のための手術室は24時間体制で迅速に実施できる

- b.
c. ①②のすべてを満たさない

SVR 重症症患者の場合、救急室で緊急手術を行う施設があることに留意する

Em.5.4.3 手術・麻酔に必要な職員が円滑かつ迅速に確保されている

a・b・c・NA

- a. <水準1>
①外科系医師(5.4.1①<水準1>)、麻酔科医師、手術室看護師、輸血部門担当者などが院内に常駐し、緊急手術に対応している
<水準2>
①外科系医師(5.4.1①<水準2>)、麻酔科医師、手術室看護師、輸血部門担当者などが院内に常駐し、緊急手術に対応している

- b.
c. ①を満たさない

SVR 救急科専門医(日本救急医学会認定医)が外科系医師や麻酔科医師を兼務している場合があることに留意する

Em.5.4.4 術後の管理が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①術後の救急患者が重症症に対応して適切な術後管理を受けるためICUやICUなどが整備されている
②術後に適切な診療・看護が行われていることが診療録の記載内容で確認できる

- b.
c. ①②のすべてを満たさない

SVR ICUやHCUの設備、医療機器が適切かどうかとも評価する

Em.5.5 救急部門において感染管理が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

Em.5.5.1 必要時にグレードに応じて手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどが使用されている

a・b・c・NA

- a. ①救急外来に手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどの感染防御用品が備えられている
②グレードに応じて手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどを使用する基準が定められている
③必要に応じて、手袋・マスク・アイシールド・ガウンなどが実際に使用されている

- b.
c. ③を満たさない

Em.5.5.2 針刺し事故防止に努めている

a・b・c・NA

- a. ①血液、尿、髄液検査などの採取の際に感染防止を図る手順がマニュアル等に明記されている
②注射針等の廃棄に際しては、リキヤップしない事がマニュアル等に明記されている
③感染や針刺し事故の防止マニュアルが医療従事者に遵守されている

- b.
c. ③を満たさない

SVR リキヤップしないこと、手術器具を手渡ししないことなどの周知徹底を評価する

Em.5.5.3 感染性廃棄物を適切に処理している

a・b・c・NA

- a. ①感染性廃棄物の専用容器が適切な箇所に設置されている
②感染性廃棄物の廃棄手順について、マニュアル等に明記されている
③感染性廃棄物が適切な廃棄手順に従って処理されている

- b.
c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR 安全な廃棄物用容器の設置、適切な廃棄手順、感染性廃棄物の専用容器のバイオハザードマークや廃棄物の内容をチェックする

Em.5.5.4 感染症患者(はしか、流行性結核角膜炎など)の隔離についてのルールがある

a・b・c・NA

- a. ①救急外来等において、患者間の感染症の伝播を防ぐ為のマニュアルが整備されている
②隔離が必要な疾病リストが作成され、マニュアル等に明記されている
③感染症患者等の隔離に必要な措置が確保されている

- b.
c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 患者間の感染防止に配慮

Em.5.6 救急医療の記録が適切に記載されている

5・4・3・2・1・NA

Em.5.6.1 救急部門の受診記録が適切に記載されている

a・b・c・NA

- a. ①救急患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所、電話番号が記載されている
②救急患者の受診理由、受診形態、診療時刻が記載されている
③救急患者の診断名、外来転帰が記載されている

b.

c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR 救急患者の氏名・年齢・性別、受診理由、受診形態、入院退室時刻、診断名、外来転帰などの記載状況をチェックする

Em.5.6.2 救急患者の診療録を遅滞なく記載している

a・b・c・NA

- a. ①担当医師が救急患者の主訴、身体所見を記載している
②担当医師が救急患者の現病歴、既往歴を記載している
③担当医師が救急患者の検査結果、評価結果、治療方針を記載している

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 救急患者の診療録を適切に記載しているかどうかチェックする

Em.5.6.3 ICU記録などその他の必要な記録が適切に記載されている

a・b・c・NA

- a. ①意識レベル、血圧、脈拍数、呼吸数が随時的に測定されて記録されている
②体温、尿量が随時的に測定されて記録されている
③身体所見の変化や行われた治療行為などが随時的に観察されて記録されている

b.

c. ①②③のうち一つでも満たさない

SVR 時間の記録が正確に行われているかをチェックする

Em.5.6.4 救急部門から転棟する際に救急部門における診療のサマリーを遅滞なく作成している

a・b・c・NA

- a. ①救急部門における診療のサマリーが医師によって作成されている
②救急部門における看護のサマリーが看護師によって作成されている

b.

c. ①②のうち一つでも満たさない

SVR 救急部門における診療のサマリーについて、誰がどのよう
にして作成しているか、チェックをどのようにしているかに注
意する

Em.5.7 救急医療に関する臨床検討会が行われている

5・4・3・2・1・NA

Em.5.7.1 定期的に症例検討会が実施されている

a・b・c・NA

- a. ①救急患者に関する症例検討会が毎週定期的に開催されている
②症例検討会には、他部門の医師、医師以外の職種も参加している
③症例検討会の開催日時や検討内容が適切に記録されている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 症例検討会の開催日時、参加者の職種等を確認する

Em.5.7.2 死亡症例についての検討会が行われている

a・b・c・NA

- a. ①死亡症例に関する検討会が定期的に開催されている
②検討会には、他部門の医師、医師以外の職種も参加している
③検討会が開催された日時や検討内容が適切に記録されている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 死亡症例検討会の開催日時、病理歴などの参加者を確認する

Em.5.7.3 受け入れ患者の院内死亡率など医療のアウトカム指標を把握している

a・b・c・NA

- a. ①救急患者に関する疾患別、もしくは病態別の院内死亡数、院内死亡率が把握されている
②来院時心前停止症例(CPAAO)の蘇生率や生存退院率がウツタイン方式に従って把握されている
③外傷患者についてTRISS法による予測生存率(P_s値)が把握されている

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR アウトカム指標を具体的に確認し、自分達でどのように評価しているのかも尋ねる

Em.5.7.4 アウトカム指標などに基づいて救急医療の質向上に取り組んでいる

a・b・c・NA

- a. ①疾患別の院内死亡数、院内死亡率を基に、診療の質向上のための検討を行ったことが記録で確認できる
②CPAAOの蘇生率、生存退院率を基に、救急隊員等と診療の質向上のための検討を行いその内容を記録している
③外傷患者についてTRISS法による予測生存率(P_s値)を基に、救急隊員等と共に、外傷診療の質向上のための検討を行い、その内容を記録している

b.

c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 検討結果の記録を確認する

Em.5.7.5 多施設間の疾病登録活動に参加して、その結果についての検討会が行われている

- a. ① 廊下や心臓病室に関する多施設間の疾病登録活動に参加し、その結果を基に院内で診療の質向上のための検討を行っている
 - ② CPOAに関する多施設間の疾病登録活動に参加し、その結果を基に院内で診療の質向上のための検討を行っている
 - ③ 外傷患者に関する多施設間の疾病登録活動(Trauma Registry)に参加し、その結果を基に院内で診療の質向上のための検討を行っている
- b.
 - c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 検討内容の記録を確認する

Em.5.8 患者家族への配慮がなされている

Em.5.8.1 救急処置室において患者のプライバシーに配慮されている

- a. ① 救急処置室における患者のプライバシーへの配慮について、ルールやマニュアルなどが作成されている
 - ② スタッフはルールやマニュアルを十分に理解している
- b.
 - c. ①を満たさない

Em.5.8.2 救急患者の病態、診療の状況などについて、随時、待機中の家族に説明している

- a. ① 家族への経過説明のルールやマニュアルがある
 - ② ルールやマニュアルに従って経過の説明がなされている
 - ③ ルールやマニュアルはスタッフに周知されている
- b.
 - c. ①②③のすべてを満たさない

Em.5.8.3 患者・家族の待合室、説明室への配慮がなされている

- a. ① 待合室の環境が患者・家族に配慮されている
 - ② 落ち着いた環境で説明する場所が確保されている
- b.
 - c. ①②のすべてを満たさない

a・b・c・NA

a・b・c・NA

Em.6 臓器を提供する体制の整備

Em.6.1 臓器提供の体制が整備されている

Em.6.1.1 臓器提供を選択できることについての説明方法・手順が決められている

- a. ① 患者の家族に、臓器の提供という選択肢があり得ることを説明するための方法や手順が決まっている
 - ② 上記の説明を行う時期について明文化されている
 - ③ 臓器提供の意思がある場合に、的確に対応するための手順がある
- b.
 - c. ①②③のすべてを満たさない

SVR 入院時に臓器提供の希望の有無を尋ねたり、控え室に説明書などを備える方法も知られている、そのような場合には①②との関係を確認する
病院が脳死下での移植用臓器の摘出を許されている施設(ガイドライン)かどうかも確認する

Em.6.1.2 臓器の摘出の場を提供する等のために必要な体制が確保されている

- a. ① 脳死下または心停止下において臓器摘出を行う手術室の確保、移送中および術中の患者管理、術後から搬送室に至るまでの処置、家族待合室の準備と説明等の一連の流れについて必要な体制が整備されている
 - ② 上記について予め決められたマニュアルがある
- b.
 - c. ①②のすべてを満たさない

SVR 臓器摘出の経験が豊富な病院でないならば、脳死下での摘出症例に精通したコミュニケーションに基づいた訓練を行っていることが望ましい

Em.6.1.3 移植コーディネーターとの連携が取られている

- a. ① 患者の家族への説明方法や手順の中に、移植コーディネーターへの連絡時期などについて含まれている
 - ② 地域の移植コーディネーターと連携がある
- b.
 - c. ①②のすべてを満たさない

SVR 臓器の提供についての説明を、家族が移植コーディネーターから受けたいと望む場合の対応についても確認する

a・b・c・NA

a・b・c・NA