

医療機能評価 受審のための準備書類一覧

統合版 評価項目 V.5.0

(社) 京都私立病院協会
病院機能向上対策委員会

目 次

発刊にあたって	1
第1領域 病院組織の運営と地域における役割	2
第2領域 患者の権利と安全確保の体制	6
第3領域 療養環境と患者サービス	9
第4領域 医療提供の組織と運営	11
第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス	21
第6領域 病院運営管理の合理性	25
第7領域 精神科に特有な病院機能	28
第8領域 療養病床に特有な病院機能	30

発刊にあたって

日本医療機能評価機構が始動して早や 10 年が経過し、2005 年 2 月 21 日現在、認定病院数も 1,520 病院に達しており、第三者評価も漸く定着した感があります。京都府下では同日現在 28 病院が認定病院となっております。しかし、初回認定率は 30%前後と厳しいハードルがあるのも実情であります。

京都私立病院協会・病院機能向上対策委員会が発足して 8 年が経過しました。この間、「第三者評価の意義について」の総論的な講演、「病院業務マニュアル集」の発刊、「受審準備のポイント説明会」、「新評価体系説明会」等を企画してまいりました。

さて、今回、新評価体系 4 版から 5 版への評価判定項目の改定が行われました。改定の主な方針は、項目内容の大幅な変更は行わない、重複する項目の整理・統合、及び順序の変更・移動、原則として項目数は増やさない、第 2・4・5 領域の、ケアプロセス部分について一体的に審査をすることとし、新第 5 領域をケアプロセス評価に再編成する、となっております。

この改定を機に、当委員会では会員病院の受審準備を手助けするために病院業務マニュアル集の改訂を行いました。ただし、今回は業務マニュアル集というよりも、受審に必要な「準備資料一覧」として取り纏めをいたしました。本書は各領域の大項目毎に審査で求められる文書類や記録等を列挙し、それぞれについて解説として自己評価調査票の判定指針や註釈を引用しております。会員病院で自由にご活用頂けるよう当協会のホームページに載せさせて頂きたいと思っております。

また、日本医療機能評価機構出版の「病院機能評価・統合版評価項目解説集」(Ver.5)には評価項目全般にわたって解説が加えられており、評価項目の文言の意味を解釈し評価のねらいを理解するのに非常に役立つと思われます。自己評価調査票(ホームページで公開)とこの「準備資料一覧」を併せて読み込むと一層理解でき効果的であると考えます。

いまや第三者評価は時代の要請であり、受審を通して自院をトータルに見直し、また自己評価と第三者評価の両者を行うことで相乗的に改善意欲を高め、地域から一層信頼される病院に向けた取り組みをされるよう期待申し上げます。

2005 年 5 月

京都私立病院協会
病院機能向上対策委員会

1 病院組織の運営と地域における役割

1.1 病院の理念と基本方針

理念・基本方針

- * 理念・基本方針は病院運営上の目標が明確にされ、患者の立場に立った医療の実践に関する事柄が文言に表されている等、具体性をもって病院の医療活動に具象され、同時に病院職員と患者に周知されている

患者の権利の尊重に関する文書

- * 患者の権利、患者の尊厳、患者中心の医療を重視する方針が言及されていることが望ましい
- * 病院のパンフレット、院内掲示、広報、院内報、ホームページ等の中に掲載され、院内外に周知する方策がとられている

1.2 病院の役割と将来計画

地域医療情報資料

- * 診療圏・診療圏内患者動態・診療圏内の単年度毎の診療科別患者動態・人口分布市区町村別、年齢別、男女別、年度別推移
- * 診療圏内の保健・医療・福祉施設の機能に関する分布図は地図上に図示され、全体が網羅されている

中・長期計画

- * 2年以上の先を計画した中・長期計画（経営目標、活動計画、数値計画、部門方針）
- * 地域ニーズの綿密な調査結果に立脚したもので、自院がその地域で果たすべき役割を明示することを要する
- * 中・長期計画が組織的に策定され、院内に周知されていること
- * 中・長期計画策定は、院内に策定する部署があり、院内の各部門からの意見や院外の専門家、地域住民の意見が反映されることが望ましい、そして策定経過が記録されていること

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ

- 病院運営上の問題点把握に関する記録
- 院外医療関係団体への関与に関する記録
- 委員会等の取組み体制の設定とその運用記録

1.4 病院組織の運営

病院組織規程

- * 組織運営の基本を定めた規程（定款、寄付行為、それに準ずる基本規程）

- 組織図
 - *院内の独立した部署の系統図、職務規定に表示された部署を網羅して図式化されたもので実態に即している
- 職務分掌（職務分掌表）
 - *院内で独立した部署の職務内容を具体的に明記したもの
- 職務規程
 - *院内の独立した部署の責任者の権限を具体的に明記したもの
- 会議規程
 - *院内で定期的に行われるオフィシャルな会議・委員会の種類、目的、構成員、開催時期を明記したもの
 - *各議事録
- 年次事業計画書（予算・資金・中長期計画・人員配置の裏付けがある）
- 年次事業計画に基づく目標設定
- 情報伝達の仕組み（運営会議、科長会議、院内ニュース、掲示板、イントラネット）

1.5 情報管理機能の整備と活用

- 情報管理規程
- 個人情報の守秘に関する資料
 - *セキュリティの仕組み、ダウンロードの規約
- 医療活動や診療実績に関する基本的な情報
 - *診療科別患者数、手術件数など診療実績に関する基本統計
- 診療情報と会計情報を統合して分析した統計資料
 - *疾患別または診断群分類別平均在院日数、平均医療費など
- 医療の質に関する情報
 - *疾病別、診断群分類別死亡率や術後合併症発生率など

1.6 関係法令の遵守

- ◇施設の機能・種別に応じて評価する
- ◇他の領域で法令遵守が満たされない場合に整合性を持って評価する
- ◇老人保健法についても確認する
- ◇介護療養型医療施設では、介護保険法などの遵守状況も確認する
- ◇精神保健福祉法についても確認する

- 関連諸手続きの資料綴
 - *医療法・診療報酬制度上の施設基準、その他の法令が遵守されている
 - *法令に基づく必要な委員会の設置（衛生委員会、医療ガス安全管理委員会等）と議事録

1.7 職員の教育・研修

- ◇病院全体としての体制を評価する
 - 教育・研修の年間計画、プログラム、カリキュラム

- * 全病的に定期的実施されるもので、その内容は患者の安全確保、患者権利、患者のプライバシー保護、接遇、医の倫理、情報の扱い等で教育担当者、開催時期、内容と目的、対象職員の範囲、予算が明記されることを要する
- 参加奨励とその後の研修報告等で教育研修内容が共有されている記録

1.8 医療サービスの改善活動

- 医療・サービスの質の評価・改善に取り組んだ記録
- 業務改善委員会の記録
 - * 担当部署としては業務改善委員会であるが、この名称でなくてもよい
 - 評価・改善活動が定期的に行われていなければならない
 - * 診療会議、経営分析委員会なども評価・改善活動の一部とみなされる
 - 開催時期、構成員の明示、評価・改善内容の記録が必要

1.9 地域の保健・医療・福祉施設等との連携と協力

- 連携する医療機関の一覧表
 - * 連携する医療機関には、病病連携、病診連携すべてを含む
 - * 地域医療計画との関連についても、記述されていることが望ましい
- 高度医療機器の相互利用に関する内規
- オープン化システムとして、病病、病診間に相互利用が行われているときには、そのシステム運用についての内規
- 受入れ方針の明文化
- 受入れマニュアル・手順の整備
 - * 紹介患者の情報の一元的管理
- 紹介元施設の一覧表の作成
 - * 返答のチェックシステム
- 協同診療にかかる契約書
- 検査受託に関する手順
- 紹介手順・マニュアル
 - * 紹介、逆紹介、紹介元への返事の様式、あるいは紹介、転送の際の取扱い要領
 - * 紹介患者に関する統計（紹介元施設の一覧表）
 - * 機能に基づく紹介マップ・施設リストの作成

1.10 地域に開かれた病院

- 地域の健康増進に寄与する活動記録
- 広報活動への取組みに関する記録・広報誌
 - * 広報活動にはメディア毎に取りまとめて活動状況が一覧できることが望ましい
 - 新聞、雑誌、放送、機関誌、パンフレット、インターネット、病院の広告類
 - * 地域住民、患者向け公報、他の医療機関向け公報
- 保健予防活動の記録
 - * 地域の保健予防活動にどのように参加しているか、その活動状況の具体的な記録

□ボランティア活動の記録

* 地域の特定の行事に病院がボランティアとして参加していればその活動状況の記録

* ボランティアの受入れ状況の記録

2 患者の権利と安全確保の体制

2.1 患者の権利と医療者の倫理

□患者の権利に関する文書

- * 平等で最善の医療、安全確保、自己の医療に関わる情報の入手、説明を受ける、選択の自由、自己決定権、プライバシー保護、苦情申し立てなど
- * 患者の権利を尊重する方針が理念・基本方針の中で言及されていることが望ましい
- * 院内の要所に掲示、あるいは病院案内や広報誌・院内報などに掲載するなどして院内外に周知する方策がとられている

□職業倫理に関する文書

- * ここでは、医療者としての信用失墜行為・職務違反行為・個人情報および秘密漏洩などを起こさないための方針を確認する

□倫理委員会規程、議事録

- * ここでは、胎児診断、人工授精、終末期医療、脳死判定、宗教に関する問題、医療行為の妥当性などについての方針を確認する

□診療における倫理に関する教育プログラム

- * 特にインフォームド・コンセントを重視

□治験・臨床研究に関する規程

- * 厚生省の基準に沿って定められている
- * 臨床研究・疫学研究、および移植医療・遺伝子治療・生殖医療等での運用に着目する
- * 病院規模・機能に配慮する

2.2 患者－医療者のパートナーシップ

□患者－医療者のパートナーシップを強化する体制に関する文書類

- * パートナーシップとは、患者の主体的な参加のために、患者・家族と医療者が協同する仕組みを指す
- * 具体的な例としては、抗がん剤投与の際の病状の変化について患者から医療者に知らせる、薬剤投与の際は患者も自分の名前を確認する、患者が医療に参加するための患者向けの教育、患者も参加するカンファレンスの開催、患者のための図書館、説明を受けた上で自己決定できるための支援、副作用の説明書を渡すなど患者と情報を共有する方策などがある
- * 組織的な検討の記録（医療の質を向上させる委員会、倫理委員会、医療事故防止委員会などで検討されているか）

2.3 説明と同意

□説明と同意に関する基本方針

- * 治療方針・方法などについて患者に対し十分な説明と、患者の同意に基づいた

治療を行うことが医療を提供する側の当然の義務であり、それが患者の安心と満足に繋がり、また治療効果も高くする

*また、説明を受けて理解する、選択できる、セカンド・オピニオンの機会が与えられるなど、説明と同意についての基本的な考えが記載されている

説明と同意の指針（様式・資料の綴り）

*説明と同意の記録は、可能な限り具体的な記述が求められる

①治療方針②治療方法③手術内容④検査（侵襲的）⑤退院時期・予後など

*疾患別、処置内容、手術、麻酔、輸血等についての同意書

説明と同意の手順書

*本人への説明、説明にあたってのプライバシーへの配慮、患者と主治医以外の同席者、署名捺印など、説明にあたっての基本的手順が記載されている

診療録・レセプト等の開示手順

開示の実績記録

2.4 患者の安全確保

医療安全管理マニュアル（基本指針・防止指針）

*報告制度、原因究明、説明義務、透明性、患者への共感、再発防止への取り組みなどの方針が明確である

*誤認防止、伝達エラー防止、安全な手技実施、ハイリスク領域の安全確保のためのルールやプロトコルがある

*誤ると致命的な結果をもたらしやすい領域をハイリスク領域といい、よく知られているものに、抗癌剤・抗不整脈剤・筋弛緩剤の投与、高度な内視鏡下の手術等がある

*必要に応じて見直しが行われている

患者安全確保の取り組みを表す組織体制

医療安全管理委員会規定

*メンバーが確認される

委員会議事録

*開催頻度が確認される

医療事故防止の責任者名

報告の手順

報告書の書式

報告書のファイル

報告書の集計

報告書の分析結果

対策と改善事例の記録（実例）

医療安全のための教育・研修プログラム

2.5 医療事故への対応

医療事故発生時の対応マニュアル

*発生時に何をなすべきか、報告のルート、夜間・休日の主治医不在などの対応、

- 事故が発生した場合に事態がより深刻にならないようにするための対応の手順
- * 訴訟等の恐れのある医療事故に対する適切な対応マニュアルが明文化されている
- * 公表基準、公表手順
- * 公表する場合の患者プライバシーへの配慮、患者・家族に公表の同意を得ているか
- * 当事者への心理的支援についての仕組み
- 医療事故に関する記録（領域6参照）
- * 訴訟等の恐れのある医療事故に関する記録が残されている

2.6 院内感染管理

- 院内感染防止対策を表す組織体制・委員会規定、委員会議事録
- * 感染対策委員会の構成員（必要部署が網羅されていること）
- 院内感染対策マニュアル
- * 科学的根拠に基づくマニュアル
- * 組織体制、標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策
- * 現状把握と具体的な対策
- * MRSA・HCV・HBV・HIV・TB等について
- * 感染症の隔離基準・隔離解除基準
- * HBV、HCV感染者の針刺事故発生時の対処法
- * HIV感染者の針刺事故発生時の対処法
- 抗生物質使用基準
- 感染対策の教育についてのプログラム
- 院内感染に関する統計と分析
- * 感染経路別、検体・病棟別の分離菌と薬剤抵抗性
- * 重要な感染の指標に関する統計
- * アウトブレイクへの対応策
- 職業感染対策
- * 職業感染防止についての検討と教育
- * 予防接種についての情報提供
- * 予防接種の実施状況の把握

3 療養環境と患者サービス

3.1 接遇と案内

◇職員の受付対応、丁寧な言葉使い、身だしなみ、名札の着用、病院の案内、掲示の適切性など、現況確認が主となる

- 受付・案内業務手順
- 職員ハンドブック
 - * 総合案内の設置と人の配置(高齢者・障害者のエスコート・手話、外国人への通訳)
- 接遇教育の実施記録
 - * CS委員会などの記録・教育計画
- 外来待ち時間調査の実施記録
 - * 定期的な調査であること(年1回以上)
 - * 予約制は別途調査がなされていること
 - * 短縮のための改善事例

3.2 相談機能

- 相談業務の手順
 - * 相談窓口の案内表示
 - * 担当者
- 相談実施記録(日時・患者名・相談者・対応者・相談内容・指導内容・連絡先)
 - * MSW、PSWなどが望ましい

3.3 患者・家族の意見の尊重

- 意見箱の設置に関する手順書と実施内容・分析記録
- 意見や苦情に対処する手順書
- 患者・家族からの意見・要望の回答記録
 - * 院内への掲示方法、本人への回答方法、広報誌などへの記録
- 患者の満足度調査やアンケート調査の定期的な実施と改善記録
- 業務改善委員会の活動記録

3.4 利便性とバリアフリー

- 病院案内
 - * 病院へのアクセス・食堂・売店・電話の設置場所などの記載
- 入院案内
 - * 入院生活のきまり(表現が指示・命令調でないこと)
 - * 利便性が配慮されていること
 - * 携帯電話の使用についてのルール規定(使用場所の確保・代替提供)

3.5 プライバシー確保への配慮

- 看護部手順書（外来・病棟の現況確認）
 - *患者呼び出し方法、検査・処置行為が人目に触れない工夫、検体の回収方法、患者名の表示の仕方など

3.6 療養環境の整備

- 療養環境の整備の業務手順
 - *組織図と担当部署の明示、業務分担表
- 院内巡視記録と巡視に基づく改善記録
- 患者が利用する設備・備品の点検の手順書と実施記録
 - *高齢者や身体機能低下に配慮した設備・備品が備えられている
 - *不具合発生時の対応手順も含まれる
- 清掃手順書
 - *清掃記録
 - *業務委託の場合は契約書・実施スケジュール表と実施記録
- 全館禁煙の方針が明確に記載されたもの
 - *方針が入院案内に記載されている
 - *全館禁煙の分かりやすい表示がある
 - *全館とはベランダ、屋上、出入り口を含む（食堂や喫茶室も例外としない）
 - *禁煙教育、啓蒙活動がなされている（禁煙教室や教育的パネルなどの設置）

3.7 快適な療養環境

◇安らぎの配慮として院内の採光、彩色、静寂、インテリア、ディルームなど現況確認

- 院内照度記録・改善記録
- 空調管理手順書
- 選択メニュー実施状況、患者の嗜好による個別対応状況
- ベッド・マット管理手順書、マットの交換記録
- 患者数にあったトイレの配置・車椅子トイレの配置数
 - *広さ・安全性・清潔性が保たれていること
- 病棟機能にあった浴室・シャワーの配置数
 - *適当な広さ・安全性が保たれていること
 - *適切な入浴頻度と時間であること（浴室に入浴日・時間の明示があること）

4 医療提供の組織と運営

4.1 診療部門

◇ここでは特に医師組織についての評価に重点をおく

- 基本方針、具体的な課題・目標
- 診療管理会議など診療組織運営の会議資料
- 主要な委員会の議事録・マニュアル
 - *輸血療法委員会
 - *MRSA等の院内感染対策委員会
 - *薬剤に関する委員会
 - *栄養に関する委員会
 - *診療録に関する委員会
 - *手術部および集中治療室の運営に関する委員会
 - *図書に関する委員会
 - *医療の質の確保に関する委員会
 - *倫理委員会
 - *医療安全に関する委員会
- 医師の採用基準・採用手続き
- 医師の昇格規程
- 医師の考課基準
- 医師の業務規定
- 診療および業務上の指針・手順
 - *医局オリエンテーションマニュアルや院内各部門の約束事項集
- 学会参加規定
- 専門資格・認定資格の把握
- 学会・研修会の復命書
 - *学会等に参加したことがどのように活かされているか
- 医師の教育・研修プログラム
 - *院内における講演会・セミナー等の年次計画が立てられている
- 診療の質を改善するための仕組み
 - *診療に関する検討会・研究会の記録
 - *病理学的検討会
 - *治療実績や症例報告をまとめたもの
 - *患者データの主要項目を共通化・コード化するなどして症例データベースを構築し、評価のために活用している

4.2 看護部門

- 看護部の理念・目標が確認できるもの
 - *看護部門の理念は、病院の理念と整合性があり、看護サービスについて表現され、生命の尊厳・患者の権利が含まれている

- *理念が具体的な活動として会議・委員会の中で説明できる
- *目標は理念を反映し、スローガンのなものでなく活動的で、年度ごとに明文化している
- *明文化した理念・目標を職員に周知徹底する具体的な方法がある
- 各看護単位の目標と活動計画が確認できるもの
 - *単位ごとの目標は看護部門の目標と一貫性があり更に具体的で、評価方法・評価時期も明確である
 - *達成度が評価・記録され、それに基づいて対策がたてられている
- 看護部門の組織図
 - *責任者が病院運営の執行会議に出席していることが確認できる議事録
 - *職員の基本的な勤務状況（退職率・在勤年数・時間外勤務・有給休暇取得率など）の資料
 - *職員個々の人事記録
- 看護部門の機能図
 - *会議・各種委員会一覧表（組織図との整合性）
 - *看護部門の会議・委員会記録（定期的に開催されている）
- 看護部門の職制・職務規定、業務分担表
 - *看護部の組織図に明示された全ての職制の業務規定
- 他部門との業務分担の記録
 - *連携や分担について検討する委員会がありその記録
- 人員配置方針の明文化されたもの
 - *看護必要度や看護職員の能力・経験などを考慮した内容であること
- 職員への支援体制の内容が確認できるもの
 - *相談、指導を行う人材として上司以外にプリセプター、リーダーの存在確認
 - *エキスパートナース、認定・専門看護師などの配置
 - *精神的支援として、臨床心理士・リエゾンナース、精神科医師による支援状況
- 病棟会・自己申告・提案などの記録
- 専門知識を活かして院内・外で自主的な活動状況の記録
 - *研究会・職能グループ活動など主体的な企画・実施状況
- 能力開発の基本的方針の明文化されたもの
- 看護職員の能力評価のための評価基準および手順と活用資料
 - *能力評価の基準・手順、自己評価・他者評価の実績内容
 - *評価結果の活用事実
- 能力開発プログラムと評価（教育プログラム）に関するもの
 - *段階的にキャリアを発展できる内容
 - *資源の確保が組織的かどうか
 - *研修会・研究会・学会の情報・文献などの情報提供の仕組みがあるもの
- 研修会・学会への参加状況一覧
 - *研修は職員自身の選択・希望を反映できるシステム
- 看護基準・手順が確認できるもの
 - *主な疾患・ケアが網羅されており、看護基準は看護計画・期待される結果・看護介入の方法のあるもの、看護手順はケアや検査介助・処置の方法や必要物品が明記されていること

- *見直し期日が明記されていること
- 検討会・カンファレンスなどに関する記録
 - *ケアカンファレンス・バリエーションの評価・病棟会などの記録
 - *他職種との合同カンファレンスが記録に残されているもの
- より良い看護ケアの実施に向けてのデータ収集・分析や活用の記録
 - *良い看護ケアの事例・データ（離床の促進・転倒予防・感染率・褥創率・クリニカルパスのバリエーション・インシデント・アクシデントなど）を収集し分析・活用できているもの
- 看護研究収録・年報
 - *研究や開発の成果を年報に収録し、専門誌にも発表している一覧
- 看護サービスを評価するシステム（患者満足度・看護職の自己評価など）、ケア向上に活用した事例
 - *看護単位ごとに年1回、看護サービスについて見直しされた事例と記録

4.3 薬剤部門

- 業務体制・業務マニュアル
- 薬事委員会規定・議事録
- 薬剤部門に必要な教育・研修のプログラム
- 麻薬・向精神薬等の管理・使用手順
 - *麻薬・向精神薬・毒薬・劇薬・ハイリスク薬剤の管理に留意
 - *麻薬は動かさない堅牢な保管庫で施錠管理され、保管記録があり、鍵管理も適切である
 - *向精神薬は必要時に施錠できる保管庫に保管し、記録されている
 - *【向精神薬】<一種>セコバルビタール、メチルフェニデートなど
<二種>塩酸ブプレノルフィン（レペタン坐・注）、ペンタゾシン、ペントバルビタール、アモバルビタール、フルニトラゼパム
- 在庫管理に関する取り決めと集計
- 調剤業務の手順書
 - *薬剤師不在時の払い出し手順
 - *誤認しやすい薬剤名・力価に対する対策
 - *併用・配合禁忌に対する対策
 - *処方鑑査体制
 - *処方内容の重複のチェック体制
 - *薬剤師による注射薬の調製、混合の実施状況
 - *薬歴管理の活用
- 注射薬の払い出し手順
 - *個人別の取り揃えの方法
- 院内医薬品集
 - *薬品名、薬効、用法、副作用等の情報が一括管理され定期的に見直されている
 - *添付書類のファイルでも構わない
 - *FD管理でもよい

- 副作用・新規採用薬・新薬等の提供
- 副作用発生時の調査・検討手順
- 服薬指導の記録
- 薬歴管理の記録

4.4 臨床検査部門

- 検査室業務マニュアル
 - *業務全般に関するマニュアル
 - *緊急検査や緊急時の対応体制
 - *検査の指示～結果報告に関する手順と規則
 - *パニック値の取扱い規則
 - *安全管理についてのマニュアル
 - *検査室職員の感染防止の方針と手順
- 精度管理
 - *内部精度管理のファイル
 - *外部精度管理のファイル
 - *外注検査の精度管理のファイル

4.5 病理部門

- ◇病理医の確保の状況や技師・細胞診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、専門標榜科、生検数、病理解剖数などを判断して評価する
- ◇全身麻酔 400～500 件以上の施設では病理医の関与が必要である

- 業務マニュアル
 - *剖検についての承諾と実施の手順
 - *凍結切片（迅速標本）についての一連の手順
 - *検体・ブロック・標本などの保存・管理
- 剖検に関する統計と記録
- C P C の記録
- 部門内での定期的な勉強会の記録
- 病理診断の手順書

4.6 画像診断部門

- 業務マニュアル
 - *緊急時の対応体制
- 画像診断の体制
 - *診断報告書の様式と作成手順
 - *診断のダブルチェック体制
 - *高額画像診断機器の共同利用についての取り決め(他施設からの受託検査の手順)
- 安全管理規程
- 保守点検マニュアル

- 保守点検に関する記録・書類・契約書
- 教育・研修プログラム（画像診断・安全管理）
 - * 部門内での定期的な勉強会や研修の記録
 - * 関連診療科の医師の参加を得た画像診断検討会
 - * 安全管理に関する教育

4.7 放射線治療部門

- 医師・職員の確保
 - * 常勤の放射線科専門医（日本放射線腫瘍学会認定であることが望ましい）の確保
 - * 専任放射線技師、看護師の確保（放射線物理士の配置があれば最適である）
- （放射線治療部門がない場合）他施設の放射線治療部門との連携
 - * 連携の手順明確化
- 放射線事故対応マニュアル
- 施設・設備・機器の保守点検
 - * 保守契約書
 - * 保守・点検記録
- 部門の適切な運営
 - * 業務手順の確立
 - * 関連各科との症例検討

4.8 輸血血液部門

- ◇ 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

- 輸血血液製剤の使用指針・手順
- 業務マニュアル
 - * 緊急時の対応体制
 - * 保管管理の記録
- 輸血血液に関する統計
 - * 年間使用量、返血率、廃棄率
 - * 成分輸血、副作用や事故、自己血輸血
 - * 使用血液のロット番号の記録
- 輸血療法委員会の規程・議事録
 - * 副作用・事故防止の対策
 - * 事故発生時の対応

4.9 手術・麻酔部門

- 管理運営マニュアル
 - * 責任体制
 - * 清潔保持
 - * 安全管理

- * 入退室基準と手順
- 運営委員会の規程・議事録
- 手術台帳及び手術統計
- 麻酔記録・看護記録
- 麻酔管理に関するマニュアル
 - * 術前～術後の管理手順
 - * 麻酔に関する症例検討
- 臨床工学技師（ME）の業務について
- 教育・研修の記録

4.10 中央滅菌材料部門

- 滅菌設備の保守・点検記録
 - * 定期的実施されていること
 - * エチレンオキシドガス滅菌の基準（実施している場合）
- 部門内の教育・研修計画と実施記録
- 洗浄・滅菌業務手順
 - * 高圧蒸気滅菌の場合…物理的・生物的インディケータ記録
 - * 時間外・休日の手順が明示されていること
 - * 異常が発生した場合のリコールの規定が明示されていること
- 問題点の収集・分析・対策を検討する委員会など

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なる
- ◇ ハイケアユニット、新生児・周産期・広範囲熱傷集中治療室も評価対象である

- 管理運営マニュアル
 - * 責任体制
 - * 清潔管理
 - * 安全管理
 - * 入室基準、退室基準
- 運営委員会の規程・議事録
- 患者の記録・台帳
- 教育・研修の記録

4.12 救急部門

- ◇ 救急機能の水準を以下のように区分して評価する
- ◇ <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（ランクAの確認）
- ◇ <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
- ◇ <水準3> その他の救急病院
- ◇ <水準4> 救急医療を標榜していない
 - 地域の救急医療に関する情報収集

- * 地域の救急医療供給体制の把握
- * 地域の救急統計についての把握
- 自院の救急医療に関する方針
 - * 1～3次の受入れ能力と役割
 - * 24時間応受の可否
 - * 他の救急医療機関との連携
- 自院の救急活動に関する統計
 - * 日報等の統計類、疾患別、科別、時間帯別、重傷度別、入院率が記載されている
- 救急患者受入れ時の対応マニュアル
 - * 一般的業務についての対応マニュアル、各疾患についての救急治療マニュアル
- 救急医療部門の運営に関する規則
 - * 救急部門の管理運営体制、ICUや手術室との連携、オンコール体制・支援体制、緊急検査の体制、救急に関する教育
- 救急委員会の記録
 - * 統計等の分析や問題点の抽出
- 臓器提供施設としての体制と手順の確立

4.1.3 栄養部門

- ◇ 患者給食の重要性に鑑み、給食部門としての専門性・独立性が問われる一方、他部門との連携が重要視される、組織図での明確な位置づけが求められる
- ◇ 給食のレベルアップを図るため、「給食委員会」の役割は大きく、嗜好調査の実施等と併せて活発な活動が望まれる

- 栄養管理業務マニュアル
 - * 栄養基準
 - * NSTの設置
 - * 褥瘡対策チームへの参加
- 検食記録
- 基礎調査（残食調査、嗜好調査、適時適温調査）
- 栄養指導記録
- 衛生管理業務マニュアル（従事者・食材・食器等）
- 栄養委員会の規程・議事録

4.1.4 リハビリテーション部門

- 業務マニュアル
- 治療プログラム
- 教育プログラム
- 症例検討の記録
- 実際の訓練記録
- 多職種によるリハビリカンファレンスの記録
- 患者・家族に対する説明書等（クリティカルパス）
- 教育・研修の記録

4.15 図書室機能

- 図書・文献に関する内規（図書委員会規定・図書室利用細則）
 - * 図書の管理や購入についての取り決め
 - * 図書リスト
 - * 病院が文献の検索、文献の入手についてどのような支援を行っているか

4.16 診療録管理部門

- 診療録管理室マニュアル
 - * 保管、貸し出し、返却
 - * 綴り順
 - * 情報提供・開示・診療録作成の全体の流れ、外来の一日の流れ、入院～退院～廃棄
- 診療録管理委員会規定
- 診療録記載マニュアル
 - * 評価の具として耐えうる記載内容かどうか
 - * 計画的な診断と治療が行われている
 - * 説明と同意（インフォームド・コンセントフォーム）について
 - * 手術記録の記載について…手術記録は、診療録に添付されている
 - * また記載者、記載日時が明らかである
- 退院時サマリー
 - * 作成に関する規則
 - * 統一された様式（情報管理に必要な項目が網羅されている）
 - * 適切かつ迅速に作成されている、またそのチェック体制がある
 - * 記載項目として情報管理に必要な項目が網羅されていて統計の作成に利用されている
 - * 退院後の療養にサマリーが利用されている
- 診療管理に必要な統計
 - * 診療情報が有効に利用されているか
 - * 疾病別分類、科別症例件数、手術統計、在院日数、退院先、転帰等
 - * 病名のコード化（例：ICD-10）

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の機能が問われる

<訪問サービス部門の体制が確立している場合>

- 方針・役割の明文化されているもの
 - * 方針・役割の内容としては、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などを網羅
 - * 組織的な位置付けが明確であること
- 必要な職種・人員一覧

- *緊急時の対応機能が盛り込まれていること
- 訪問サービス部門がない場合は、訪問看護事業者や居宅サービス事業者などと連携する部署名
- 必要な教育・研修計画、実施記録
 - *部門内での定期的な勉強会の実施、院内・外の研修参加の記録
 - *学会・研修会報告の実施と質向上に役立っている実績
- 業務改善や症例について検討する委員会
 - *実績が集計され定期的に検討された内容が記録されていること
 - *症例検討会の定期的開催記録
 - *業務手順の見直しがされている
- <訪問サービスが適切に提供されている場合>
- 訪問サービス部門がない場合はNAとなる
- 訪問診療が行われている場合の記録
 - *担当医が決められ定期的、計画的に訪問診療の記録
 - *治療方針・治療内容が説明されており夜間・急変時の連絡方法の明示
 - *看護師・PTなどへ文書による指示記録
- 訪問看護が行われている場合の記録
 - *主治医の指示に基づいた実施・記録
 - *訪問看護の基準・手順
 - *利用者個々のニーズに沿った計画・説明と同意
 - *急変時のマニュアル
- 薬剤師・管理栄養士による訪問指導が行われている場合の記録
 - *医師の指示に基づいた訪問指導
 - *基準・手順、実施記録
- <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場合>
- 自院で実施されていない場合は、連携の状況を評価される
- 訪問リハビリテーションが行われている場合の記録
 - *医師の指示に基づいた実施記録
 - *生活に沿った目標と計画、説明と同意の記録
- デイケアなどの通所サービスが行われている場合の記録
 - *リハ専門職種の配置状況
 - *目標と計画、同意が得られているもの
 - *個別リハの実践記録
 - *家族との連携に取り組んでいる記録（連絡ノートの有無）
- 在宅療養の環境整備について支援している場合の記録
 - *退院前訪問による家屋の実態調査結果の記録と意見書

4.18 外来部門

- 外来部門の方針が明文化されているもの
 - *地域のニーズに基づいた機能が明確化、病診・病病連携の内容があること
- 外来における看護の役割が明確にされているもの
 - *看護の責任体制の明確化、問診票

- 外来看護に必要な教育・研修の実施状況
 - * 定期的な勉強会の実施記録、勤務体制の配慮、看護の質向上に反映された内容
- 必要な機器・設備の一覧表
 - * 機器・設備の安全管理の手順・遵守状況
- 外来における薬剤の適切な保管・管理状況
 - * 薬剤師の関与
 - * 必要に応じて施錠管理
- 外来診療録
 - * 診療上の問題点と計画、記載者の署名があること
 - * 必要な情報のファイル {病歴・既往歴（アレルギー・禁忌薬）・家族歴・診察所見・指示・入院サマリー・情報提供書・返書・診断書・同意書・独居情報・緊急連絡先・身障手帳の有無}
 - * 診療各科の共有化が可能であること
 - * 指導内容の記録があること
- ハイリスクの治療・検査における説明と同意書
 - * 手順・指針
 - * 説明を行う場所の配慮（プライバシーの配慮）
- 療養のための患者・家族への教育
 - * 必要な療養指導の記録、説明には分かりやすい印刷物の作成
 - * 医師・看護師・他部門間の連携状況
- 治療・ケアの継続性に配慮した仕組みの分かるもの
 - * 退院要約の活用、紹介状、他施設との適切な連携記録
- 外来における業務の改善について検討する仕組みの分かるもの
 - * 医師・他部門の職員の参加状況、院内の関係部署との検討内容
- 外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている記録
 - * 実施手順・安全手順
 - * 指示出し・指示受け・実施は安全性・確実性のあるもの
 - * 観察記録、帰宅後に自己観察できる内容、悪化時の受診の指導内容のあること
 - * プライバシーの配慮
 - * 急変時の対処方法を定期的に教育・訓練・技術指導されている記録
- 外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策マニュアル
 - * 適切な手洗い設備
 - * 標準予防策の実施（手袋・防護具の着用）状況
 - * 内視鏡の適切な洗浄・消毒、適切な洗浄装置
 - * グルタラルなどの使用時は、ゴーグル・防毒マスクの使用基準
- 透析室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策マニュアル
 - * 透析室の消毒管理規定
 - * 手洗設備と実施
 - * 穿刺・抜針操作時の滅菌手袋の装着
 - * 針刺し予防の手順・暴露時の連絡体制
 - * 感染性廃棄物の分別処理、血液で汚染された物品の取り扱い基準

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 病棟における医療の方針と責任体制

- 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明文化されたもの
- 病棟における医師・看護師の役割と責任体制
 - *主治医・担当医の明示
 - *主治医への連絡体制と主治医不在時の代理医師の明示
 - *各看護単位の看護体制・方式における看護師の役割・責任の範囲が明文化されたもの

5.2 入院診療の計画的対応

- 診療録の記載内容が確認される
 - *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、その他必要な内容が網羅されている必要がある
 - *入院時診療計画書

5.3 患者に関する情報の収集と伝達

- 患者情報収集の手順書（問診・診療録・看護記録）
 - *患者の病態（身体的・精神的・社会的な情報）が記載されていること
 - *毎日の回診・記録があること
- 患者情報の伝達方法
 - *指示出し・指示受けの手順が明文化されたもの（口頭指示・臨時指示を含んでいること）
 - *医師の指示は指示簿に記載・署名され、受けた看護師の署名もあること
 - *医師の指示を転記しない仕組みも含めて明文化されていること
 - *受けた指示を実施する仕組みと実施者のサインがあること
 - *指示が実施されたことを医師が確認する仕組みがあること

5.4 評価（アセスメント）と計画【全体の流れ】

- 看護計画（初期計画を含む）の作成、評価・見直しのための基準・指針
 - *患者の身体的・精神的・社会的アセスメントの記載があること
 - *初期計画は24時間以内に作成されていること
 - *多職種の見解が考慮されていること
 - *転倒・転落、褥創のリスク、抑制の評価の記載があること
 - *患者・家族の見解を反映する仕組みがあること
 - *見直しの検討、患者・家族への説明・納得・同意の記載があること

5.5 ケアの実施（各論の流れ）

- ◇ここでは診療録・看護記録等をもとに入院から退院までの経過を具体的に審査する
 - ◇各種のマニュアルの遵守状況についてサーベイヤの視線が向く
 - ◇例えば、説明と同意の指針・手順はあるが、実際に十分な説明がなされ同意が得られているか、その具体的な内容を診療録から評価する
-
- 各症例の治療計画や看護計画について検討した記録
 - 各病棟における侵襲をともなう検査の適応基準
 - 検査を確実・安全に実施するための手順
 - 確実・安全な投薬・注射を行うための手順
 - * インシデント・アクシデントで最も発生頻度の高い行為であるため、サーベイヤの審査は厳しく、評価2（改善要望事項）となりやすい項目である
 - * 指示出し、処方、指示受け、調剤、与薬・注射、実施後の患者の観察など、一連のプロセス
 - * 院内で統一された記載方式
 - * 内服処方・注射薬指示とともに薬品名、用法、用量、投与期間などを確実に記載する
 - * 緊急時の指示受け、口頭指示の際の対応
 - * 療養型病棟では、高齢者や痴呆の患者、また ADL が低下している患者が多いので、患者の状態に合わせた処方内容（用量、用法、剤形）とする
 - * 服薬指導
 - 輸血・血液製剤投与の適用について検討した記録
 - 麻酔医による術前訪問記録
 - * 麻酔医がいない場合でも術前の評価がなされている
 - * 患者・家族に説明がなされている
 - 手術記録・麻酔記録・周術期看護記録
 - * 手術記録は必要な内容が速やかに記載され、出血量、機器カウント、ガーゼカウントの結果も記載されている
 - * 麻酔記録には退室時のバイタルサインが確認されている
 - * ガーゼカウント等の記録が明確にされている
 - 食事の指示・変更に関する基準と、食事指示・変更の場合の手順書
 - 食事介助に関する手順書
 - 安全にリハビリテーションを実施するための手順書
 - リハビリテーションカンファレンスの開催記録
 - 身体抑制についての病院の方針と適応基準
 - 身体抑制に関する手順書
 - * 医師の指示に基づき、患者・家族の同意のもとに行われている
 - * 介護保険では同意書が義務付けられている
 - 症状緩和の適応基準
 - 疼痛緩和の適応基準
 - * 患者の訴えを客観的に評価し、適切な計画に基づいて実施している
 - 院内緊急事態発生時の対応手順書
 - 院内緊急放送コードに関する運用マニュアル

- 緊急時の対応に関する教育・研修、訓練の実施記録
- 療養の継続性について検討した記録
 - * 多職種による検討が望まれる
- 退院時指導の実施に関する手順書
- 退院時サマリー（診療・看護）
- 終末期ケアに関する方針
 - * 終末期の看護基準・手順
 - * 看取りの環境についての方針
- 終末期医療における逝去後の症例検討の記録
 - * 多職種の参加が望まれる
- 逝去時の対応手順書
 - * 死後の処置、患者・家族の希望や意見等について明記されている
- 剖検についての承諾と実施に関する手順書
- 上記の一連の診療行為における説明と同意の文書

5.6 ケアプロセスにおける感染対策

◇ここでは領域2の項目2.6院内感染管理で列記したマニュアル等の遵守状況が確認される

- 院内感染防止マニュアル
 - * 正しく手洗いがなされている
 - * 手袋・防護具・ガウンの着用
 - * 感染経路別予防策に基づいたバリアプリコーション(隔離方法)を実施している
 - * 抗菌薬を適正に使用している
 - * 針刺し・切創、血液・体液汚染等についての対策を実施している
- 採用抗菌薬一覧
- 抗菌薬使用指針
- 廃棄物処理に関するマニュアル

5.7 診療・看護の記録

- 診療録の記載内容が確認される（一元化の確認できるもの）
 - * 入院診療録には、入院時所見（主訴、既往症、家族歴、現病歴、身体所見など）、治療方針、入院診療計画、説明と同意、予後、回診記録、検査結果、紹介・対診記録、術前評価記録、手術計画、手術記録、術後計画など、一連の記録が適切になされているか確認される
 - * 診療録管理マニュアル・記載マニュアル
- 看護記録
 - * 基準に則っていること
 - * 記載者の署名があること
 - * 評価されており、評価者のサイン・結果のフィードバックがされていること

5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理

- 麻薬・向精神薬の管理、紛失・破損時の対応手順
 - * 定数管理の記録
- 医療機器の維持・管理に関する手順
- 救急カートの点検記録

6 病院運営管理の合理性

6.1 人事管理

- 就業規則・給与規定・労働者名簿
 - * 就業規則等必要人事規定が整えられていること
- 労働月報
 - * 労働時間、休暇取得率は適切であること
- 部門別人員配置計画・職員採用計画
 - * 必要な人材が計画的に確保されていること
 - * 職員の採用計画は根拠に基づいて作成されていること
 - * 人員は病欠がなく、就業状況は労基法に違反していないか
- 人事考課基準・考課記録職員の人事考課が適切に行われている
 - * 公平公正な人事考課の仕組みが存在し、職員に明確にされていること
- 考課者訓練記録
 - * 考課者の教育訓練が実施されていることを示す記録
- 労働安全衛生委員会記録
 - * 労働安全衛生委員会が設置、開催されていることを示す記録
- 職員健康診断記録
 - * 定期的に職員の健康診断が行われていること
- 安全管理マニュアル
 - * 事故の防止および事故処理の手順が含まれていること
- 職員に対しての精神的サポート体制を示すもの
- 院内感染委員会・医療事故防止委員会の記録
- 福利厚生活動の記録
- インシデントレポート・アクシデントレポート
- 労働災害記録・職員への対応手順
- 労働協約書・労基局届

6.2 財務・経営管理

- 財務諸表
 - * 病院会計準則に従った会計処理がなされていること
- 予算書・事業計画書
 - * 予算書・事業計画が会計年度ごとに作成されている
 - * 計画に基づいて予算が執行されているか
- 予算編成手続き規定
 - * 予算編成プロセスが明確にされているもの
- 資金管理手順
 - * 資金管理の手順が明確にされているもの
- 部門別収支計算書
- 経営分析検討状況を示す記録

- * 経営分析が定期的に行われ、検討されている記録
- * 経営改善計画に反映され、合理化・効率化に役立っていることが望ましい
- 経営改善計画・経営の効率化合理化検討状況の議事録
- 未収金管理簿
 - * 未納者に対しての請求方法等、未収金対策が適切に行われている
- 外来受付から受診にいたるまでの流れ
 - * 無駄なく合理的なものか
- レセプト再審査請求等の手順
 - * レセプトの返戻・査定に対して適切な対応が体制されている
- 病床管理委員会記録
 - * 委員会によって病床が効率的に利用され、運営管理していること

6.3 施設・設備管理

- 施設設備の管理組織
 - * 施設・設備の管理体制を示すもの
- 施設・設備の保守点検記録
 - * 給排水空調設備の保守管理が適切に行われている記録
- 医療ガス安全管理委員会の記録
 - * 医療ガス安全管理委員会が設置され適切に機能していることを示す記録
- 霊安室管理記録
 - * 霊安室が適切に整備されていることを示す記録
- 年次保守計画
- 医療機器の保守点検記録
 - * 病棟の医療機器が定期的に点検されている
- 食器洗浄・乾燥機、冷凍冷蔵庫等の温度記録
 - * 給食設備の衛生管理が適切に行われている記録
- 廃棄物処理マニュアル
 - * 廃棄物処理の流れを示すもの
- 廃棄物処理記録
 - * 各部署での適切な分別・梱包・表示がされていること

6.4 物品管理

- 物品管理マニュアル・物品購入の手順
 - * 物品の購入の手続きを示すもの
 - * 発注担当者、検収担当者の区別等、内部牽制の機能が果たされていること
- 用度委員会記録
 - * 事業計画にあわせた物品の購入計画、予算が立てられていること
- 購入物品の標準化に関する書類
 - * 購入物品の標準化が行われていることを示すもの
- 在庫管理マニュアル
 - * 物品の定期的な棚卸が実施されていること

- 取引業者選定の基準
 - *公正な取引が行われるための仕組みを示すもの
 - *指名入札、合い見積もり等によって公正に取引業者選定が行われている

6.5 業務委託

- 委託業務契約書
 - *契約の見直しは年度ごとにされている
- 委託業者従業員向け教育の記録
 - *委託業者の従業員教育が適切に行われていることのチェックをすること
- 委託業者の教育研修記録
 - *委託業務従事者に対する教育が病院によって行われていること
- 委託業務の事故対応手順
 - *委託業務の事故対応手順が定められていること

6.6 危機管理への適切な対応

- 防災マニュアル
 - *独自の院内における災害発生時の対応体制が整えられていること
 - *緊急連絡網および非常時組織体制が整えられていること
 - *停電時の対応体制が整えられていること
- 大規模災害時対応マニュアル
 - *大規模災害発生時の組織体制他、緊急時の対応手順を示すもの
 - *非常時のライフラインの確保に配慮していること
- 医薬品や食料品の備蓄管理記録
 - *大規模災害時の備蓄が充分確保できていることを示すもの
- 来訪者受付対応手順
 - *病院の出入りに関する規約
 - *病院の保安体制を示すもの
- 保安管理業務日誌
 - *保安管理業務内容が明確にされていること
- 事故賠償の対応マニュアル
 - *訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられていること
- 危機管理マニュアル
 - *院内担当者が決められ、外部関係者と適切に対応するシステムが整えられていること

7 精神科に特有な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

- 精神科救急患者対応マニュアル
 - *精神科救急についての病院の役割方針が明確にされている
- 入院手続きマニュアル
- 入院時の説明記録
 - *入院時の評価が適切に行われ、および治療方針が検討されていること
- 精神保健福祉法に定められた入院時手続き書類
- 入院同意書
 - *任意入院では、本人の自由意志に基づく入院治療であることを示さなければならない
- 任意入院による閉鎖病棟に入院する場合の説明記録
 - *閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われていることを示す記録
- 任意入院患者退院請求対応手順
- 医療保護入院継続必要性の定期検討記録
 - *医療保護入院継続の必要性が定期的に検討された記録
- 措置入院患者への治療と処遇に関するマニュアル
 - *措置患者の治療と処遇に関し、基本的な対応手順と方法が明文化されている
- 入院告知書
 - *入院判断、行動制限や不服請求権等に関して医師による告知と告知書を受領した旨の署名があることが望ましい

7.2 入院中の処遇の適切性

- 信書の取り扱い手順
 - *基本的に通信の自由が保証されるような手順になっていること
- 面会、電話の利用対応マニュアル
 - *面会や電話利用の制限は合理的で適切なものでなければならない
 - *各病棟に電話が設置され、面会も原則自由が保証されていること
- 隔離に関する対応手順
 - *精神保健指定医の診察に基づき、本人に告知されなければならない
- 身体拘束に関する対応手順
 - *精神保健指定医の診察に基づいていること
 - *身体拘束の理由が本人に告知されていることの記録が必要

7.3 精神科リハビリテーションと退院支援

- 回復期リハビリテーションプログラム
 - *回復期回復過程に応じて計画実施されていること
- 慢性期リハビリテーション

- * 個別の課題に応じたプログラムであること
- * 個人の希望が明確であり、終了時に効果判定が行われていること
- 長期入院患者対象の自立支援プログラム
 - * 社会参加を目標として、金銭管理等、個人の課題遂行のためのプログラム
- 退院支援計画
 - * 患者・家族・治療者の合意の下で退院ゴールが設定されたことを示す記録

7.4 精神科における事務管理

- 保護者選任、入院届、定期病状報告書等、精神保健福祉法による手続き書類
- 入院手続きマニュアル
- 保護者選任審判書
 - * 保護者選任の手続きが適切に行われ、病院が保護者の状況を把握していること
- 生活訓練指導プログラム
 - * 生活訓練指導および作業収益に関する方針が明確にされていること
- 作業収益金処理規定
 - * 作業療法に関する収入は患者に還元されていること
- 預り金管理規定
 - * 管理のしくみは内部牽制が図られる必要がある
 - * 預り金利息が患者に還元されている
- 代行行為契約書
 - * 双務契約となる約定書が取り交わされていること
- 預り金管理台帳
- 印鑑と通帳の管理規定
 - * それぞれの保管場所・担当者とも別のもので内部牽制が図られていること
- 精神保健法実地指導記録
 - * 精神医療審査会の審査結果への対応が適切に行われているか

7.5 精神障害者の身体管理の適切性

- 身体合併症治療方針精神障害者の身体合併症治療が適切に行われている
 - * 身体合併症について自院で扱う範囲を明確にする
 - * 自己決定できない患者の処遇について対応手順を明確にする
- 他医療機関との連携手順
 - * 他診療科への精神科的支援に関する方針を明確にする

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

- 受入れ方針
 - *病院機能に見合った患者の受入れ方針の確立・明文化及び遵守
- 受入れ手順
 - *受入れ手順が明文化され多職種（医師、看護師、MSW、リハビリスタッフ、ケアスタッフ、薬剤師、栄養士等）で構成された入所判定委員会があり、クリームスキミング(病院の都合による患者の不当な選別)等が行われていないこと
 - *受入れ不可の場合の対応が明確である
 - *介護療養型医療施設の場合は契約書と重要事項説明書
- 検討内容の記録
 - *入院の是非に関する検討内容の記録
- 患者本人の希望・意見の確認に関する記録
 - *患者本人の希望・意思の尊重
 - *本人の意思が最優先
 - *ケースカンファレンス等では、患者・家族を交えた検討が行われる（意思能力に障害のある患者については成年後見制度等の利用を配慮）
- 不在者投票等公民権の行使に係る資料
- 金銭や私物は自己管理を原則とすることの明文化
- 金銭管理個人別台帳
- 預り金の管理に係る双務契約となる約定書

8.2 チームアプローチの適切性

- 入院診療計画書
 - *診療計画書・ケアプランは患者の自立を目指したものであり、本人の意向を反映・個別性のある内容である
- ケア計画書
 - *入院診療計画書の内容と整合し、他職種・患者・家族が参加した個別性のある計画
 - *評価・修正記録（随時又は月1回）
 - *介護保険に基づくケアプランは介護支援専門員が作成し、要介護認定の見直し結果に基づいてケアプランの修正が行なわれている
- リハビリテーション計画書
 - *残存機能の評価とADLのゴール設定が明確である
- 在宅復帰に向けたケアプロセスの記録
 - *在宅への移行を阻む要因を他職種で検討した記録
 - *日常生活の自立に向けたケアの実施・試験外泊の取り組み・家族への介護技術の指導
 - *在宅復帰が困難な患者については、他職種によりカンファレンスを行い、社会

福祉施設や行政など社会資源の活用や連携を図るなどを検討した記録

家屋評価や改造に関するマニュアルの整備

* MSWやケアマネジャーと連携する仕組みがある

* PTやOTによる家屋の実地調査と結果の記録

デイケアの利用

* デイケアなど通所サービスでは連絡ノートなどを利用し、家族と連携している

* 通所サービス部門にはリハ関連職種が配属され、個別リハを実施している

8.3 機能障害の診断とケアの適切性

嚥下訓練プログラム

* 専門医により機能障害の診断と評価が行なわれ、機能回復の助言を得ている

* 栄養士やST、歯科医・歯科衛生士等が適切に関与している

* 個々の機能に合わせた食事時間・食材・調理方法が工夫され、誤嚥防止対策を講じている

* 食事は、可能な限り食堂を利用する

排尿訓練プログラム

* 専門医の診断と評価に基づいた機能回復訓練を、他職種が協力して実施している

* 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プログラムが整備されている

* オムツや留置尿カテーテルは、漫然と装着されていないこと(尿留置カテーテルの着用比率)

* オムツは個々の状態に合わせた適切なものを使用し、適宜交換している

痴呆の診断基準

* 原因や程度を診断するスケールがある

* 診断に基づいた治療方針があり、回復の可能性について他職種で検討した記録がある

* 人権に配慮した個別的なケアが工夫されている

コミュニケーション障害者の機能回復訓練計画

* 診療録に診断名や治療方針、機能回復訓練計画が記載されていること

* 意志疎通を図る工夫がある(非言語的コミュニケーション手段)

ケア計画の内容やカンファレンスなどの記録

* ケア計画は入院診療計画の内容と整合性があり、修正や検討の記録があること

* 関節拘縮・筋萎縮など予測される廃用症候群について、リハ・スタッフ等他職種が適切に関与していること

* 体位交換は個別に行なわれ、方法や実施頻度が記録されている

* 褥瘡の発生状況とリスクの把握(スケールを使用する)

* 適切な水分管理の記録

日課表

* 高齢者の心身の状態に合わせた日々の日課が確認出来るもの

* 日中着への着替えや整容など生活リズムの確立に努めていること

* 季節的なレクリエーションや催しがあること

面会や外泊の記録

- *住民やボランティアとの交流記録
- 身体の清潔に関する基準・手順
 - *入浴・洗髪・洗顔・髭剃り・爪切りが計画的に行なわれている（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）

医療機能評価受審のための準備書類一覧

2005年5月

発刊：(社) 京都私立病院協会

監修：病院機能向上対策委員会

委員長 中野 種樹

委員 秋山 仁

板坂 勉

岡本 豊洋

梶並 稔正

戸津崎茂雄

増井 榮

山名 千代