

自己点検評価書

令和5年12月

国立大学法人金沢大学附属病院

目 次

1 患者中心の医療の推進

1.1 患者の意思を尊重した医療

- 1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている
- 1.1.2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている
- 1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している
- 1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している
- 1.1.5 患者の個人情報を適切に取り扱っている
- 1.1.6 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している

1.2 地域への情報発信と連携

- 1.2.1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している
- 1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している
- 1.2.3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている

1.3 患者の安全確保に向けた取り組み

- 1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している
- 1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている
- 1.3.3 医療事故等に適切に対応している

1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み

- 1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している
- 1.4.2 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている

1.5 継続的質改善のための取り組み

- 1.5.1 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる
- 1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる
- 1.5.3 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる
- 1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している

1.6 療養環境の整備と利便性

- 1.6.1 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮がなされている
- 1.6.2 療養環境を整備している
- 1.6.3 受動喫煙を防止している

2 良質な医療の実践 1

2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保

- 2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である
- 2.1.2 診療記録を適切に記載している
- 2.1.3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している
- 2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している
- 2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している
- 2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している

- 2.1.7 医療機器を安全に使用している
- 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している
- 2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実践している
- 2.1.10 抗菌薬を適正に使用している
- 2.1.11 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している
- 2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている
- 2.2 チーム医療による診療・ケアの実践
 - 2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる
 - 2.2.2 外来診療を適切に行っている
 - 2.2.3 診断的検査を確実・安全に実施している
 - 2.2.4 入院の決定を適切に行っている
 - 2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している
 - 2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している
 - 2.2.7 患者が円滑に入院できる
 - 2.2.8 医師は病棟業務を適切に行っている
 - 2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている
 - 2.2.10 投薬・注射を確実・安全に実施している
 - 2.2.11 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している
 - 2.2.12 周術期の対応を適切に行っている
 - 2.2.13 重症患者の管理を適切に行っている
 - 2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている
 - 2.2.15 栄養管理と食事支援を適切に行っている
 - 2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている
 - 2.2.17 急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している
 - 2.2.18 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている
 - 2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている
 - 2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している
 - 2.2.21 ターミナルステージへの対応を適切に行っている
- 3 良質な医療の実践2
 - 3.1 良質な医療を構成する機能1
 - 3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している
 - 3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している
 - 3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している
 - 3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している
 - 3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している
 - 3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している
 - 3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している
 - 3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している

- 3.2 良質な医療を構成する機能2
 - 3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している
 - 3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している
 - 3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している
 - 3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している
 - 3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している
 - 3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している
- 4 理念達成に向けた組織運営
 - 4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ
 - 4.1.1 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている
 - 4.1.2 病院運営を適切に行う体制が確立している
 - 4.1.3 計画的・効果的な組織運営を行っている
 - 4.1.4 院内で発生する情報を有効に活用している
 - 4.1.5 文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある
 - 4.2 人事・労務管理
 - 4.2.1 役割・機能に見合った人材を確保している
 - 4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている
 - 4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている
 - 4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている
 - 4.3 教育・研修
 - 4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている
 - 4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている
 - 4.3.3 専門職種に応じた初期研修を行っている
 - 4.3.4 学生実習等を適切に行っている
 - 4.4 経営管理
 - 4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている
 - 4.4.2 医事業務を適切に行っている
 - 4.4.3 効果的な業務委託を行っている
 - 4.5 施設・設備管理
 - 4.5.1 施設・設備を適切に管理している
 - 4.5.2 購買管理を適切に行っている
 - 4.6 病院の危機管理
 - 4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている
 - 4.6.2 保安業務を適切に行っている

(注) 本評価項目等は、公益財団法人 日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価に適用される「病院機能評価 機能種別版評価項目 一般病院3 <3rdG:Ver. 3.0>」によるものです。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
110	C	患者の意思を尊重した医療		
111	C	<p>患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の権利が明確にされており、実践の場面で擁護されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者の権利の内容 ●患者の権利の明文化 ●患者・家族、職員への周知 ●権利擁護の状況 ●患者の請求に基づく、診療記録の開示状況</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>令和3年7月子どもたちの権利を策定した。小児科外来に掲示するとともに、病院HP、外来診療のご案内、入院のご案内に掲載し、広く周知した。 セカンドオピニオンの外来案内を作成し、外来診療のご案内(パンフレット)に追加し、病院入口総合案内に設置している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
112	C	<p>患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている</p> <p>【評価の視点】 ○説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●説明と同意に関する方針、基準・手順書 ●説明と同意の状況、説明と同意に関する責任者による確認 ●病院としての書式の把握と管理 ●セカンドオピニオンへの対応</p>	B	<p>アピールしたい点</p> <p>外来では、全診療科の説明同意書を調査し、同席欄のないものは外来医長と検討のうえ、同席欄及び同席できなかった場合の記載欄を設けた用紙を作成した。また、全患者の説明に同席することは困難なため各診療科と話し合い、同席する対象を明確にした。医師には、説明の前日までに患者カルテのコメント欄に入力してもらい、看護師が同席できるよう業務調整している。 病棟においても、基本的に「意思決定場面に同席する看護師の役割」(看護業務基準の意思決定支援)に基づいて同席する患者を選定し、できる限り業務を調整して同席している。 外来、病棟ともに、医師から事前に同席の依頼があるか、説明することをあらかじめ知らせてもらう必要がある。医師から説明をうけた患者の反応を確認し支援していくためには、医師との協働が必要不可欠となる。他職種の協力という点では、病棟クランク(事務職員)に同意書のチェックを依頼し、署名のない場合は速やかに看護師に伝えてもらうことで署名漏れを防いでいる。 同席の有無に関わらず、医師の説明に対する患者の反応や理解の様子、実践した意思決定支援を記録することについては、改善に向けた取り組みを継続している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
113	C	<p>患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している</p> <p>【評価の視点】 ○診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、必要な情報が提供され、患者、医療者で共有されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療・ケアに必要な情報の共有 ●患者の理解を深めるための支援・工夫</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>入院診療計画書に医師の治療方針、提供する看護内容を明記し、入院日に患者説明し、「患者さんへのお願い」を理解し診療に参加することを促進している。また、クリニカルパスが作成されている場合は、パスを共有しながら治療計画から経過まで、医療従事者と患者が確認できる体制を整えている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
114	C	<p>患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している</p> <p>【評価の視点】 ○患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されるなど、患者支援体制が確立していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者・家族からの様々な相談に対応する窓口の設置 ●患者・家族への案内・周知 ●担当する職員の配置 ●多職種・他部門等との連携体制 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針 ●患者・家族からの相談に関する情報共有と支援の体制 ●各種相談に関する記録の仕組み</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>患者・家族が抱える社会的・経済的・心理的な問題に対応するため、地域医療連携室、がん相談支援センター、肝疾患相談センター、緩和ケアセンター等において、社会福祉士、看護師、社会保険労務士など専門家が、相談内容に応じ対応できる体制を整備している。正面玄関に「総合案内」を設けるとともに、院内掲示板に相談窓口のポスターを掲示し、患者・家族へ案内している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
115	C	<p>患者の個人情報適切に取り扱っている</p> <p>【評価の視点】 ○個人情報が適切に保護・管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●個人情報保護に関する規程の整備と職員への周知 ●個人情報の物理的・技術的保護 ●診療における個人情報の保護</p> <p>※Ver.2.0の「1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している」の評価の要素「●生活上のプライバシーへの配慮」は、Ver.3.0では「1.6.2 療養環境を整備している」に移動しました。当要素に関わる自己評価は「1.6.2」で実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>病院情報システムからのデータ取出しは、メールでデータ取出用URLを通知しダウンロードできるように改善した。責任部署の承認を得るプロセスに変更し、その承認プロセスに基づき、適切に運用を行っている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
116	C	<p>臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる</p> <p>【評価の視点】 ○臨床倫理に関する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて、解決に向けた取り組みが継続的になされていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●主要な倫理的課題についての方針 ●倫理的な課題を共有・検討する場の確保 ●倫理的課題についての継続的な取り組み</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
120	C	地域への情報発信と連携		
121	C	<p>必要な情報を地域等へわかりやすく発信している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●病院の提供する医療サービスの広報に関する組織体制 ●情報の定期的な更新 ●診療実績の発信</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
122	C	<p>地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している</p> <p>【評価の視点】 ○地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●地域の医療関連施設等の状況・ニーズの把握 ●地理的条件、担うべき政策医療、理念を踏まえた地域の医療関連施設等との連携 ●施設間の紹介・逆紹介への対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>「返書管理の運用及び手順に関する申合せ」を2021年10月病院長裁定にて作成し、返書管理の運用及び手順に関するルールを設けた。このルールに則り、返書管理システムを導入し、返書未作成一覧のリストを作成出来るようにした。作成したリストをもとに、返書未作成医師への督促を地域連携システムから実施できるようシステムを改修した。また、2021年8月本院と地域医療機関がそれぞれの機能向上を図るため連携を密にし、地域医療の充実と発展を図ることを目的に「連携登録医療機関制度要項」を作成した。連携登録医療機関を希望する医療機関へ連携登録医療機関証の発行を行うとともに、病院Webサイトで連携登録医療機関の公開を行った。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
123	C	<p>地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者・地域住民や、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動が病院の役割・機能に応じて実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●地域の健康増進に寄与する活動状況 ●地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援の実施</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
130	C	患者の安全確保に向けた取り組み		
131	C	<p>安全確保に向けた体制が確立している</p> <p>【評価の視点】 ○担当者の配置や委員会の設置など、医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全に関する多職種から構成された組織体制 ●医療安全上の課題解決に向けた管理者との連携体制 ●患者の安全面にも配慮した各種マニュアルの作成および必要に応じた改訂と周知 ●安全管理に関する委員会等の機能</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>看護師は専従1名のほか、兼任看護師を複数名、2018年度には内科系、外科系の医師GRMの配置を行い、また、2023年度よりGRMの業務を補佐する事務職1名を追加配置として、看護師の負担を緩和したところである。 M&Mカンファレンスは診療科リスクマネジャーと協力し、3か月に1回の割合で開催している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
132	C	<p>安全確保に向けた情報収集と検討を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●院内のアクシデント・インシデント等の収集 ●院外の医療安全に関する情報の収集 ●収集したデータの分析と再発防止策の検討 ●安全対策の成果の確認と必要に応じた見直し</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>内部通報の窓口を医療スタッフマニュアルに掲載しRM会議や医療安全研修で周知した。 インシデントレポートによる報告事例をもとに、安全確保に資する事案を医療安全管理部で選出し、RM letterを発行、RM会議での周知、院内掲示及び業務支援HPへの掲載により周知徹底をはかった。 インシデントレポートの提出については、RM会議で多職種からの提供を求めることを周知し、当事者以外からのレポート提出を依頼し、レポート数増加に繋がった。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
133	C	<p>医療事故等に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○医療事故に対する院内検証が行われ、患者・家族に誠実に対応していること、また、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療事故発生時の対応手順 ●原因究明と再発防止に向けた組織的な検討 ●患者・家族に適切に対応する仕組み</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
140	C	医療関連感染制御に向けた取り組み		
141	C	<p>医療関連感染制御に向けた体制が確立している</p> <p>【評価の視点】 ○担当者の配置や委員会の設置など、医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されるとともに、管理者(病院長)との連携のもとに実効的に活動していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療関連感染制御に関する多職種から構成された組織体制 ●医療関連感染制御に向けた管理者(病院長)との連携体制 ●感染に関する委員会等の機能 ●医療関連感染制御に関するマニュアル・指針の作成および必要に応じた改訂と周知</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
142	C	<p>医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた継続的改善活動を行っていることを評価する。 ○院外の感染発生や感染防止対策に関する情報を収集し、自院の感染防止対策に活用していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●院内での感染発生状況の把握 ●院内感染防止活動の継続的・定期的な把握 ●収集したデータの分析と検討 ●アウトブレイクへの対応 ●院外での流行情報などの収集と活用 ●感染管理に関する地域との連携</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>SSIサーベイランスに関して、心臓血管外科、乳腺外科にも対象範囲を拡大し、JANISの四主要領域(①消化器外科系、②心臓・血管外科系、③整形外科系、④一般外科(乳腺外科、脳外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻科系))のすべてにおいて実施している。 SSIサーベイランス結果は対象5診療科全てJANIS、J-SIPHEに報告する体制を整えた。SSIサーベイランスのJANIS、J-SIPHEへの報告は半期ごとに継続的に実施している。 JANIS、J-SIPHEの還元情報を感染制御部で全国の病院と比較検証し、その検証結果を院内感染防止対策委員会で報告、感染制御担当者連絡会で還元情報を感染制御担当者にフィードバックし、結果を共有することで、各領域の感染対策に活用している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
150	C	継続的質改善のための取り組み		
151	C	<p>業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる</p> <p>【評価の視点】 ○病院が主体となって継続的に取り組む改善活動の仕組み・取り組み状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●継続的な改善活動の仕組み ●体系的な病院機能の評価 ●各種立入検査の指摘事項への対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>病院機能向上委員会を定期的に開催し、本委員会主導で院内サーベイヤー制度を導入、改善活動を推進した。また委員会の下、臨床指標検討部会、略語ルール検討整備検討委員会、職員能力評価実施検討部会を設置した。部会の活動とし、機能向上委員会で定めた臨床指標の項目について、掲示的な結果を病院Webサイトに公開し、各診療科で使用する略語を一覧にまとめ、略語集として院内業務支援Webサイトに掲載し、職員が閲覧できる体制を整えた。また病院職員の働き方改革の推進のため、職員の適切な能力評価について検討を継続している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
152	C	<p>診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる</p> <p>【評価の視点】 ○症例検討会、診療ガイドラインの活用、臨床指標・質指標に関するデータの収集と分析および活用、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動の状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●症例検討会の開催 ●診療ガイドラインの活用 ●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の作成・見直し ●臨床指標・質指標に関するデータの収集と分析および活用</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>21診療科、213の電子クリニカルパスが運用されている。臨床指標検討部会から機能向上委員会に臨床指標の項目を提案し、委員会での承認の上、改善活動を実施。その結果を病院Webサイトで公開するとともに、改善活動を継続している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
153	C	<p>患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる</p> <p>【評価の視点】 ○患者・家族の意見・要望を積極的に収集し活用するなど、医療サービスの質向上に向けた活動の状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●意見・クレーム等の収集 ●医療サービスの質向上に向けた対応策の検討と実施 ●患者・家族へのフィードバック</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
100	C	患者中心の医療の推進		
154	C	<p>倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している</p> <p>【評価の視点】 ○新規治療や新たな技術導入の実施にあたっては、必要な情報が収集され、適切な教育期間の確保と倫理・安全面への配慮のもと、実施後の臨床経過が病院としてフォローできる体制を評価する。 ○臨床研究に携わる全ての関係者が法律や倫理指針等の内容を十分に理解して、院内規定に沿った審査や承認を経て各種研究が遂行されることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●新たな技術導入に対する組織としての方針・基準 ●新規治療の定期的な評価と効果・安全性の判定 ●臨床研究の適切な実施プロセスとその確実なチェック機能</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>高難度新規医療技術の導入及びその後の報告について、事務から導入の確認、導入後の報告のついて実施者に確認している。また、各診療科で実施している高難度新規医療技術について診療科に実施者及び異動の際の後任について、定期的に医療安全管理部へ報告することとし、対応が未整備とならないよう確認している。 医薬品安全使用のための手順書を改訂し、未承認医薬品の使用把握から医療安全管理者への報告までマニュアル化した。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
160	C	療養環境の整備と利便性		
161	C	<p>施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている</p> <p>【評価の視点】 ○安全性・利便性・快適性について、患者や家族、面会者といった利用者の視点で高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●来院時のアクセスへの配慮 ●入院生活への配慮 ●高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品</p> <p>※Ver.3.0への評価項目改定に伴い、Ver.2.0の「1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している」、「1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている」を統合しました。前回所見は後段2行を参照し、自己評価は本項目で実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p>
162	C	<p>療養環境を整備している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能に応じて療養環境が整備されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療・ケアに必要なスペースの確保 ●患者がくつろげるスペースの確保 ●快適な病棟・病室環境 ●院内の整理整頓 ●清潔な寝具類の提供 ●トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性 ●生活上のプライバシーへの配慮</p> <p>※Ver.2.0の「1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している」の評価の要素「●生活上のプライバシーへの配慮」は、Ver.3.0では本項目に移動しました。当要素に関する自己評価は本項目で実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>●生活上のプライバシーの配慮 患者等の面談時には必要に応じパーティションで区切る、個室で行う、声の大きさに配慮する等工夫をし、プライバシーに配慮している。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
163	C	<p>受動喫煙を防止している</p> <p>【評価の視点】 ○健康増進を図る立場の医療機関に相応しく、禁煙が徹底されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●全館禁煙・敷地内禁煙の方針の徹底 ●患者の禁煙教育 ●職員の禁煙推進</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価
200	C	良質な医療の実践1	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
210	C	診療・ケアにおける質と安全の確保	
211	C	<p>診療・ケアの管理・責任体制が明確である</p> <p>【評価の視点】 ○安全で質の高い医療を安定・継続的に提供するために、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●病棟、外来等における管理・責任体制 ●患者・家族への明示 ●各責任者による診療・ケアの実施状況の把握</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
212	C	<p>診療記録を適切に記載している</p> <p>【評価の視点】 ○診療の記録が正確に遅滞なく作成されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要な情報の記載 ●基準に基づく記載 ●適時の記載 ●診療記録の内容についての点検(質的点検)</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 機能向上委員会の下部組織として、略語ルール整備検討部会を設置し、各診療科等で使用可としている略語を集め、院内統一のルールを整備の上、院内業務支援Webサイトに掲載した。 診療録の記載方法について再周知を行うとともに、診療録監査の項目を見直し、記載の基準に則った記載かどうか確認できる体制を整えた。経営企画部情報運営委員会で、退院サマリーの作成率向上について啓発するとともに、病歴室からも定期的に督促を実施、2022年度は年間97.2%の作成率であった。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
213	C	<p>患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○患者取り違い防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違い防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●患者の確認 ●検査・治療部位の確認 ●検体などの確認 ●チューブの誤認防止対策</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 手術部運営委員会と医療安全管理部が共同して、手術・処置部位マーキングルールを2021年4月に一部改訂し、4/15の医療安全管理委員会で承認を得た。4/26のリスクマネージャー会議で全部署に周知を行った。現場の順守状況を確認するため、ルール改訂から約1か月が経過した6/1～6/7の1週間に医療安全ラウンドを行い、のべ36人の手術患者においてマーキングルールの順守状況を確認した。結果は、6/28のリスクマネージャー会議で報告し、マーキング実施率100%、正確な実施81%、やや不正確な実施14%、不正確な実施6%という結果であった。患者誤認については、また2022/2/28RM Letterにより注意喚起を実施した、2021年4月発行の医療スタッフマニュアルから患者確認の方法が目にとまりやすい標記に改めた。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
200	C	良質な医療の実践1		
210	C	診療・ケアにおける質と安全の確保		
214	C	<p>情報伝達エラー防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全管理部門と連携した情報伝達エラー防止対策の継続的な取り組み ●処方箋・指示箋の記載 ●医師の指示出し・実施確認 ●指示受け・実施 ●検査結果等の確実な報告</p>	A	<p>アピールしたい点 「医師のための基本指針」「医療安全管理マニュアル」「検査報告実施手順書(検査部)」を改訂し、各部署・病棟へ周知し、確実に医師にバニク値が伝わっている。検査部の方からも、医師の対応を確認する仕組みが出来ている。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
215	C	<p>薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医薬品安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●使用する職員への教育・研修 ●麻薬等の安全な使用と保管・管理 ●ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理 ●重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避方法 ●副作用の発現状況の把握と対応 ●薬剤の取り違え防止への取り組み ●抗がん剤など必要な薬剤のレジメン管理・登録 ●病棟在庫薬剤使用時の確認方法</p>	A	<p>アピールしたい点 院内鎮静ガイドライン作成ワーキンググループを立ち上げ、院内ガイドラインを作成した。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
216	C	<p>転倒・転落防止対策を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療安全管理部門と連携した継続的な取り組み ●転倒・転落のリスク評価 ●転倒・転落防止対策の立案・実施 ●転倒・転落発生時の対応</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
200	C	良質な医療の実践1		
210	C	診療・ケアにおける質と安全の確保		
217	C	<p>医療機器を安全に使用している</p> <p>【評価の視点】 ○人工呼吸器や輸液ポンプなどの医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療機器安全管理責任者を中心とした継続的な取り組み、医療安全管理部門との連携 ●使用する職員への教育・研修 ●使用マニュアルに基づく確認 ●設定条件の確認と確実な伝達 ●使用中の作動確認</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
218	C	<p>患者等の急変時に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○全職員を対象に心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●院内緊急コードの設定 ●急変の兆候を捉えて対応する仕組み ●救急カートや蘇生装置の整備・配置状況 ●定期的な訓練</p>	A	<p>アピールしたい点 BLS講習の有効期限は5年である。講習可能数と職員数のバランスを考慮しながら救急部と協働で実施している。RRT要請基準を数値化し、医療スタッフマニュアルに掲載した。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
219	C	<p>医療関連感染を制御するための活動を実践している</p> <p>【評価の視点】 ○医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況の評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●標準予防策の徹底 ●感染経路別の予防策に基づいた対応 ●手指衛生(手洗い・手指消毒)の徹底 ●個人防護具(PPE)の使用 ●現場での感染性廃棄物の取り扱い ●血液、体液の付着した病衣やネン・寝具類の取り扱い</p>	A	<p>アピールしたい点 手指消毒薬の各部門への払い出し量から患者1人あたりの1日あたりの手指消毒実施回数を算出し、院内感染防止対策委員会へ毎月報告、J-SIPHEへの報告体制を整備した。 ICTラウンド時にICTメンバーによるI部署の手指衛生の直接観察を開始した。各病棟においては感染リンクナースの協力のもとICNが中心として実施できており、適切な手指衛生の方法と機会での実施を即時フィードバックしている。また、観察したタイミングで個人防護具の使用や感染性廃棄物の取り扱いなどについても基本行動の遵守を指導している。 速乾性手指消毒薬を使用すべきタイミングで使用できるよう携帯用ポシェットの使用促しを行い配布した。 また、2023年10月～12月の病院機能向上委員会と協働して、外科と内科医師の回診時に携帯用ポシェットを持ち、手指衛生行動の推進を行う取り組みを行っている。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価
200	C	良質な医療の実践1	
210	C	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2110	C	<p>抗菌薬を適正に使用している</p> <p>【評価の視点】 ○抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●抗菌薬の採用・採用中止に関する検討 ●抗菌薬の適正使用に関する指針の整備 ●起炎菌・感染部位の特定 ●院内における分離菌感受性/パターンの把握 ●抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバック</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 各診療科・部門のICMとともに院内感染対策マニュアル、抗菌薬適正使用マニュアルの改訂を実施した。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2111	C	<p>患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、実際の対応状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者・家族の抱えている倫理的課題の把握 ●診療・ケアにおける倫理的課題を検討する仕組み ●解決困難な倫理的課題への対応</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2112	C	<p>多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている</p> <p>【評価の視点】 ○質の高い診療・ケアを提供するために、多職種が協働し、チームとして診療・ケアにあたっていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●多職種が協働した診療・ケアの実践 ●専門チームによる組織横断的な取り組み ●診療科の枠を超えた治療方針の検討と実施</p>	<p>A</p> <p>アピールしたい点 定時の多職種カンファレンスを継続すると共に、医師を含めた多職種、各種チームの日々の診察やベッドサイドラウンドの機会を活用し、タイムリーな情報共有とディスカッションを実施し、多職種協働の診療・ケアを推進している。多職種カンファレンスの内容は記録に残すよう、ケアプロセス評価を通して徹底している。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
2 2 0	C	チーム医療による診療・ケアの実践		
2 2 1	C	<p>来院した患者が円滑に診察を受けることができる</p> <p>【評価の視点】 ○患者の視点に立って、円滑に受診が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●受診に必要な情報の案内 ●初診、再診、会計などの手続き ●紹介患者の受け入れ ●待ち時間への配慮 ●患者の病態・緊急性への配慮</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 2	C	<p>外来診療を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者に関する情報収集 ●患者への説明と同意 ●安全な外来診療 ●患者への指導の実施状況</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 3	C	<p>診断的検査を確実・安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○外来・入院を含め、検査を確実・安全に実施していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要性の判断 ●必要性和リスクに関する説明 ●侵襲的検査の同意書の取得 ●安全な検査の実施 ●検査中、検査後の患者状態・反応の観察 ●安全に配慮した患者の搬送 ●自院で行えない検査への対応</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 4	C	<p>入院の決定を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医学的な判断に基づく入院の必要性の検討 ●患者の希望への配慮 ●患者への十分な説明と入院することの同意 ●弾力的な病床活用</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 5	C	<p>診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している</p> <p>【評価の視点】 ○医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●患者の病態に応じた診断・評価 ●診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成 ●患者・家族への説明と同意 ●患者・家族の要望の反映 ●必要に応じた診療計画の見直し ●クリニカル・パス(クリティカル・パス)の活用</p>	A	<p>アピールしたい点 紙パスを廃止し、電子クリニカルパスへの移行を推進するため、クリニカルパス委員会の体制を見直し、電子クリニカルパスを使用していない診療科に対して積極的に支援を実施、多職種で連携し、電子クリニカルパスの作成に取り組み、21診療科、213の電子クリニカルパスが運用されている。</p> <p>課題と認識されている点 なし</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
2 2 0	C	チーム医療による診療・ケアの実践		
2 2 6	C	<p>患者・家族からの医療相談に適切に対応している</p> <p>【評価の視点】 ○医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●多様な相談への対応 ●院内スタッフとの連携 ●院外の社会資源の活用・連携 ●相談内容の記録と活用</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 7	C	<p>患者が円滑に入院できる</p> <p>【評価の視点】 ○患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●わかりやすい入院の手続き ●入院生活に関する入院前の説明 ●病棟のオリエンテーション</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 8	C	<p>医師は病棟業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療上の指導力の発揮 ●病棟スタッフとの情報交換 ●必要な回診の実施と病態の把握 ●患者・家族との面談 ●必要な書類の迅速な作成</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 9	C	<p>看護師は病棟業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○疾病や患者の状態に応じて、日常生活援助や診療の補助業務が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●身体的ニーズの把握と日常生活援助 ●患者・家族の心理的ニーズの把握と援助 ●患者・家族の社会的ニーズの把握と援助 ●観察に基づく病態の把握とケア ●診療の補助業務 ●患者情報の他職種との共有 ●他部署との連携 ●病棟管理業務 ●能力に応じた業務分担</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
2 2 0	C	チーム医療による診療・ケアの実践		
2 2 10	C	<p>投薬・注射を確実・安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●必要性とリスクについての説明と同意 ●服薬指導・薬歴管理の実施状況 ●患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認 ●安全な薬剤の準備 ●必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察 ●服薬の確認 	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 11	C	<p>輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している</p> <p>【評価の視点】 ○適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●輸血の適応と血液製剤の種類を検討 ●必要性とリスクについての説明と同意 ●患者名、輸血などの種類と型、ロット番号、投与量、投与方法の確認と記録 ●緊急輸血への対応 ●投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録 ●輸血療法後の感染症検査 ●副作用の報告 	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 12	C	<p>周術期の対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●手術・麻酔の適応と方法についての検討と記録 ●手術・麻酔に関する説明と同意 ●術前・術後訪問の実施 ●合併症の予防対策 ●安全に配慮した患者の搬送 ●術直後の患者ケア ●術前・術後の申し送り 	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 13	C	<p>重症患者の管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の重症度に応じて、必要な診療・ケアが実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●重症度に応じた病床の選択 ●重症度に応じた診療・ケア ●関連職種の間連携 	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
2 2 0	C	チーム医療による診療・ケアの実践		
2 2 14	C	褥瘡の予防・治療を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者の褥瘡リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●患者ごとの褥瘡発生リスクの評価 ●必要に応じた褥瘡チーム・認定看護師・皮膚科医などの関与 ●褥瘡状態の評価と治療 ●体位変換やマットなどの体圧管理の実施 ●スキンケアや医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)対策の実施	A	アピールしたい点 特記なし。 課題と認識されている点 特記なし。
2 2 15	C	栄養管理と食事支援を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下に対する支援が実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●多職種の間関与 ●栄養状態、摂食・嚥下機能の評価 ●評価に基づく栄養方法の選択 ●食物アレルギーなどの把握・対応 ●食形態、器具、安全性、方法の工夫 ●嚥下状態の把握	A	アピールしたい点 特記なし。 課題と認識されている点 特記なし。
2 2 16	C	症状などの緩和を適切に行っている 【評価の視点】 ○患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めていることを評価する。 【評価の要素】 ●患者の訴えの把握 ●標準的な評価方法・治療方法に基づく実施 ●麻薬の使用基準と必要時の使用	A	アピールしたい点 特記なし。 課題と認識されている点 特記なし。
2 2 17	C	リハビリテーションを確実・安全に実施している 【評価の視点】 ○患者の状態に応じて、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●リハビリテーションの必要性の評価 ●病態に応じた目標・実施計画の設定・立案 ●必要性和リスクなどについての説明と同意 ●患者・家族の社会的背景や要望への配慮 ●計画に基づくリハビリテーションの実施 ●リハビリテーションの進捗状況の把握方法 ●実施時に想定されるリスクの評価と安全性への配慮 ●実施前後の評価	A	アピールしたい点 部門内で指摘事項に関して会議を開催し、情報共有し、以降の実施計画書、総合実施計画書の文章内容に患者の個別性を配慮した文章に改めた。 課題と認識されている点 特記なし。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
2 2 0	C	チーム医療による診療・ケアの実践		
2 2 18	C	<p>身体拘束(身体抑制)の最小化を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の安全を確保した身体拘束(身体抑制)の最小化に適切に取り組んでいることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●人権への配慮 ●身体拘束(身体抑制)・行動制限の必要性の評価 ●必要性和リスクなどについての説明と同意 ●拘束(抑制)・制限中の患者の状態・反応の観察</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 19	C	<p>患者・家族への退院支援を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●療養の継続性に関する検討 ●退院、転院などに関する説明と同意 ●計画に沿った療養の指導や関係機関との調整 ●連携先で必要な情報の提供</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 20	C	<p>必要な患者に継続した診療・ケアを実施している</p> <p>【評価の視点】 ○退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、必要な在宅療養に関する支援に繋がっていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●入院中の診療・ケアに関する情報の共有 ●患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
2 2 21	C	<p>ターミナルステージへの対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○患者・家族の意向を尊重した対応が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●ターミナルステージの判断プロセス ●多職種による診療・ケア計画の立案 ●ターミナルステージの診療・ケア計画に関する説明と同意 ●患者・家族の意向、患者のQOLに配慮した診療・ケア ●療養環境への配慮 ●逝去時の対応 ●臓器提供に関する意思の確認と対応 ●剖検の承諾と実施</p>	A	<p>アピールしたい点 病棟カンファレンスに医師、看護師と共に病棟薬剤師も参加し、診療・ケア計画に関わっている。また、緩和ケアチーム薬剤師とも連携して緩和医療やケア方針を共有している。期中に、緩和ケア回診に担当の管理栄養士が同行するよう運用改善を行っており、食事調整を要する患者に対し、担当の管理栄養士が個別に献立を作成している。栄養士は、がん治療中からターミナルステージでの栄養管理に専門的に関わっており、同様にがん患者のリハビリテーションに療法士が専門的計画を立案して関わっている。患者が診察申込書及び入院連絡票に記載した臓器提供の意思表示に係る内容を、電子カルテの臓器提供意思表示画面に反映できる体制とした。</p> <p>課題と認識されている点 管理栄養士が関わっている患者は緩和ケア回診の対象患者に限定されている。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
300	C	良質な医療の実践2		
310	C	良質な医療を構成する機能1		
311	C	<p>薬剤管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○薬剤部門の薬剤管理はもとより、薬剤師が病院全体の薬剤の使用や管理に関与していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携 ●処方鑑査と疑義照会 ●調剤後の確認 ●注射薬の1施用ごとの取り揃え ●注射薬の調製・混合への関与 ●持参薬の鑑別と管理 ●薬剤に関する情報収集および関連部署への周知 ●新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討 ●院内医薬品集の整備 ●薬剤の適切な保管・管理</p>	A	<p>アピールしたい点 注射薬の払い出しトレーの仕切りを活用できる場所は活用し、困難な処方方は、患者ごとの使用トレイ数を増やして、1施用毎を分けて取り揃えを行っている。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
312	C	<p>臨床検査機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じた臨床検査(委託を含む)が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要な検査項目の実施 ●検査結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●異常値(基準値外の結果)やパニック値の取り扱い ●検体交差が起こらない検体検査処理プロセス ●精度管理の実施 ●検査後の検体の取り扱い ●夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
313	C	<p>画像診断機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じた画像診断が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●タイムリーな実施 ●画像診断結果の迅速な報告 ●画像診断の質の確保 ●夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
314	C	<p>栄養管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○快適で美味しい食事が確実・安全に提供されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●適時・適温への配慮 ●患者の特性や嗜好に応じた対応 ●食事の評価と改善の取り組み ●衛生面に配慮した食事の提供 ●使用食材、調理済み食品の冷凍保存</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
315	C	<p>リハビリテーション機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の役割・機能に基づくリハビリテーションが適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要なリハビリテーションへの対応 ●主治医との連携 ●病棟等との情報共有 ●系統的な実施と連続性の確保 ●リハビリテーションに用いる機器等の保守・点検 ●リハビリテーションプログラムの評価と改善</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
316	C	<p>診療情報管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて診療情報が適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療情報の一元的な管理 ●迅速な検索、迅速な提供 ●診療記録の取り違え防止策 ●診療記録の閲覧・貸出し ●診療記録の形式的な点検(量的点検) ●診断名や手術名のコード化(コーディング)</p>	A	<p>アピールしたい点 病歴室では、入院診療計画書、退院時要約等を含むチェックリストを活用し、退院全件について確認している。結果は保険委員会に報告の上、診療科にフィードバックする仕組みを構築している。チェックリストの項目に、同意書、手術・麻酔記録の項目を追加した。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
317	C	<p>医療機器管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○医療機器が正しく機能するように、病院の機能・規模に応じて適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制、医療安全管理部門との連携 ●医療機器の一元的な管理 ●夜間・休日の対応体制 ●定期的な点検 ●標準化に向けた検討</p>	A	<p>アピールしたい点 診療科に配置された超音波検査装置について、ME機器管理センターで保守・管理を一元化した。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
3 1 8	C	<p>洗浄・滅菌機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて医療機器・器材の洗浄・滅菌が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●使用済み機器・器材の洗浄・消毒の中央化 ●滅菌の質保証 ●既滅菌物の保管・管理 ●作業環境の整備</p> <p>※Ver.2.0の「4.5.2 物品管理を適切に行っている」で評価していた Disposable 製品(単回使用医療機器(SUD))に関する事項は、Ver.3.0では本項目で評価することになりました。SUDに関する自己評価は本項目で実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>外来の歯科口腔外科において洗浄・滅菌を行っていた23品目について、材料部での洗浄・滅菌へ変更した。</p> <p>● Disposable 製品に関する事項 Disposable 製品の管理については、対象品リストを作成し、材料部に対象品の滅菌依頼があった時点で廃棄することとしている。また、複数回使用をしていないかの点検(院内ラウンド)も実施している。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
3 2 0	C	<p>良質な医療を構成する機能2</p>		
3 2 1	C	<p>病理診断機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて病理医が関与して、病理診断が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●検体交差が起こらない病理検査処理プロセス ●病理診断の精度の確保 ●診断結果の迅速かつ確実な報告プロセス ●病理診断報告書や標本などの保存・管理 ●危険性の高い薬品類の保管・管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
3 2 2	C	<p>放射線治療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○病院の機能・規模に応じて放射線治療医が関与して、放射線治療が適切に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●必要な放射線治療の提供 ●治療計画の作成とシミュレーションの実施 ●放射線治療医による計画線量の確認 ●放射線治療機器の品質管理 ●治療用放射性同位元素の保管・管理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
3 2 3	C	<p>輸血・血液管理機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○確実・安全な輸血療法を実施するために、輸血・血液管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●輸血業務全般を監督・指導する責任医師の実務実態 ●輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などを行う担当者の明確化 ●発注・保管・供給・返却・廃棄 ●必要時の迅速な供給 ●自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫での保管・管理 ●使用された血液製剤の記録・保存 ●輸血用血液製剤の使用状況の検証</p>	A	<p>アピールしたい点 2023年4月にI&Aを取得し、より安全で適正な輸血医療に取り組んでいる。</p> <p>課題と認識されている点 アルブミン製剤の管理についてWGを立ち上げ、薬剤部から輸血部に移行する方針を決定した。移行するにあたっての現状調査を実施し、移行に向けての実務的な準備を開始した。特にシステムの構築が課題であり、現在関係部署およびシステム会社と検討中である。</p>
3 2 4	C	<p>手術・麻酔機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○外科医、麻酔科医、看護師など関係者が連携して、円滑・安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●スケジュール管理 ●手術室における清潔管理 ●術中患者管理 ●麻酔覚醒時の安全性の確保</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
3 2 5	C	<p>集中治療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○取り扱う疾病や患者数に応じて、集中治療機能が適切に発揮されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●機能に応じた人材の配置 ●機能に応じた設備・機器の整備 ●入退室基準の明確化と遵守</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
3 2 6	C	<p>救急医療機能を適切に発揮している</p> <p>【評価の視点】 ○地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われるとともに、救急医療の教育及び研修が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●救急患者の受け入れ方針と手順 ●自院で受け入れができない場合の対応 ●救急患者への対応体制の整備 ●緊急入院などへの対応 ●患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応 ●救急医療の教育及び研修の実施</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営		
4 1 0	C	病院組織の運営		
4 1 1	C	<p>理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている</p> <p>【評価の視点】 ○理念・基本方針をわかりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●理念と基本方針の明文化 ●必要に応じた基本方針の検討 ●理念・基本方針の施策への反映 ●理念・基本方針と整合性のある中・長期計画等の策定 ●職員への理念・基本方針の周知徹底と病院外への周知 ●病院の将来像や運営方針等の職員への明示</p> <p>※Ver.3.0では、大枠として「4.1.1」は理念・基本方針、「4.1.2」ではガバナンスの仕組み、「4.1.3」では具体的活動状況の評価することとし、評価の要素を再構成しました。 Ver.2.0の所見の内容がVer.3.0で求めている内容と合致しないことがありますので、Ver.3.0の解説集や評価項目一覧をご確認のうえ、自己評価を実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 1 2	C	<p>病院運営を適切に行う体制が確立している</p> <p>【評価の視点】 ○病院運営を適切に行う組織と管理運営体制が整備されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●病院幹部の選任過程と、病院幹部の活動に対する評価の仕組み ●病院運営の意思決定会議の実態 ●病院の組織構造と指揮命令系統を示す組織図や職務分掌の整備 ●病院運営に必要な会議・委員会の実態 ●組織内への決定事項の周知と遵守状況</p> <p>※Ver.3.0では、大枠として「4.1.1」は理念・基本方針、「4.1.2」ではガバナンスの仕組み、「4.1.3」では具体的活動状況の評価することとし、評価の要素を再構成しました。 Ver.2.0の所見の内容がVer.3.0で求めている内容と合致しないことがありますので、Ver.3.0の解説集や評価項目一覧をご確認のうえ、自己評価を実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 1 3	C	<p>計画的・効果的な組織運営を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○病院組織が計画的・効果的に運営されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●中・長期計画に基づいた年次事業計画の策定と実績評価 ●部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価 ●職員の就労意欲、経営参画意識を高めるための活動や取り組み ●運営上の課題解決に向けた目標管理への関わり</p> <p>※Ver.2.0では本項目にあった評価の要素「●リスクに対応する病院の機能存続計画」は、Ver.3.0では「●リスクに対応する病院の機能存続計画の策定、内容の見直し」に変更のうえ、「4.6.1 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている」に移動しました。当該要素に関する自己評価は「4.6.1」で実施してください。</p> <p>また、上述の通り、Ver.3.0では大枠として「4.1.3」で具体的な組織運営の状況の評価することとしました。Ver.2.0の所見の内容と合致しないことがありますので、Ver.3.0の解説集や評価項目一覧をご確認のうえ、自己評価を実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>各委員会で作成したマニュアルについて、文書管理部署を中心に更新状況を把握するとともに、病院業務支援Webサイトにマニュアル等管理簿を掲載し、全職員が院内で活用されているマニュアルを閲覧できるようにした。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営		
4 1 4	C	<p>院内で発生する情報を有効に活用している</p> <p>【評価の視点】 ○情報の管理・活用に関する方針が明確にされ、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●情報の管理・活用の方針 ●院内で取り扱う情報の統合的な管理 ●診療情報の管理・責任体制とセキュリティ対策 ●情報システムの導入・活用・更新に関する計画的な対応 ●医療の質や安全性、効率性の改善に向けた活用 ●データの真正性、保存性の確保</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
4 1 5	C	<p>文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある</p> <p>【評価の視点】 ○病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理規程に基づき組織として管理する仕組みがあることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●文書管理規程の整備 ●管理責任部署または担当者の明確化 ●発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組み ●院内規程、マニュアル等の承認の仕組み</p>	A	<p>アピールしたい点 金沢大学附属病院文書管理要項を策定し、総務課長による一元的管理体制を整備した。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
4 2 0	C	人事・労務管理		
4 2 1	C	<p>役割・機能に見合った人材を確保している</p> <p>【評価の視点】 ○病院が期待される役割・機能を発揮できるよう、人材を確保していることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●診療機能に必要な人材の検討 ●採用計画の策定と実施 ●各部門・部署に必要な人材の確保 ●人材の確保と充実にに向けた努力や工夫</p>	A	<p>アピールしたい点 救急救命士と認定遺伝カウンセラーの採用を検討し、各1名採用した。採用計画については、法人本部に報告し、継続して増員を要望している。</p> <p>課題と認識されている点 病院の規模・機能や地域医療との役割を鑑み、適正な人員配置について「附属病院将来構想2024-2028」を策定に係るWGを立ち上げ、検討している。</p>
4 2 2	C	<p>人事・労務管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員の就労管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程の整備 ●各種規則・規程の職員への周知 ●職員の就労管理</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>
4 2 3	C	<p>職員の安全衛生管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○職員が安心して働けるよう、安全衛生管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●衛生委員会の設置と活動状況 ●健康診断の確実な実施 ●職場環境の整備 ●労働災害・公務災害への対応 ●職業感染への対応 ●職員への精神的なサポート ●院内暴力対策 ●ハラスメントへの対応</p>	A	<p>アピールしたい点 特記なし。</p> <p>課題と認識されている点 特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営		
4 2 4	C	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている 【評価の視点】 ○職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が具体的に実施されていることを評価する。 【評価の要素】 ●職員の意見・要望の把握 ●職員の就業支援に向けた取り組み ●福利厚生への配慮	A	アピールしたい点 特記なし。 課題と認識されている点 特記なし。
4 3 0	C	教育・研修		
4 3 1	C	職員への教育・研修を適切に行っている 【評価の視点】 ○職員への教育・研修が計画に基づいて継続的に行われていること、また、院外の教育・研修機会への参加が支援されていることを評価する。 【評価の要素】 ●全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価 ●必要性の高い課題の教育・研修の実施 ●教育・研修効果を高める努力や工夫 ●入職時研修・新人研修の実施 ●院外の教育・研修の機会の活用 ●教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用	A	アピールしたい点 特記なし。 課題と認識されている点 特記なし。
4 3 2	C	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている 【評価の視点】 ○職員個別の能力評価や、自己啓発への支援など、優れた人材を育成し、活用する仕組みを評価する。 【評価の要素】 ●職員の能力評価、能力開発の方針と仕組み ●職員個別の能力の客観的評価 ●職員個別の能力開発の実施 ●能力に応じた役割や業務範囲の設定	A	アピールしたい点 シミュレーターを活用した医師の能力開発を継続しており、個々の能力について診療科長が適切に把握している。また、働き方改革と連動し、専門看護師、認定看護師の育成も継続して実施している。その他、病院又は大学支援のもとに職員は積極的に各種資格取得を目指している。研修参加中は、人員不足等をカバーし研修に参加しやすい環境づくりに努めている。 課題と認識されている点 医師については、病院長・各診療科長等により専門医資格・診療実績が把握され、個々の能力評価を行っている。今後、働き方改革の対応も含め、能力に応じた役割や業務範囲の設定を行っていく。
4 3 3	C	専門職種に応じた初期研修を行っている 【評価の視点】 ○専門職種に応じた基本的な能力を身に付けるために初期研修が適切に行われていることを評価する。 【評価の要素】 ●初期研修の方針と計画 ●計画に則った研修の実施 ●研修者の評価 ●指導者の養成と評価 ●研修内容の評価と見直し	A	アピールしたい点 規程を整備し、臨床研修部門会議及び研修管理委員会の委員に研修医の代表を加え、研修医の意見の吸い上げを継続して取り組んでいる。また、組織横断的な委員会である医療安全管理委員会及び定例CECTリンカーカンファレンスに研修医が参加するように取り決めた。11月開催の研修医カンファレンスにおいて、診断技術向上のためにPOCUSの研修会を開催する予定である。また、CV挿入研修のために機器を購入済みであり、今後、講習会を実施できるよう準備を進めている。 課題と認識されている点 特記なし。

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営		
4 3 4	C	<p>学生実習等を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○各職種において、指定されたカリキュラムに沿った病院実習が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●実習生の受け入れ体制 ●医療安全・医療関連感染制御等に関する教育 ●カリキュラムに沿った実習 ●実習生および実習内容の評価 ●患者・家族との関わり方の取り決め ●実習中の事故等に対応する仕組み</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 4 0	C	経営管理		
4 4 1	C	<p>財務・経営管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○会計処理が適正に行われ、経営状況の把握と分析に基づく経営管理が的確に実施されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●予算編成の手順と執行状況の把握 ●病院会計準則もしくはこれに準じた会計処理 ●財務諸表の作成と会計監査の仕組み ●収支分析による課題の検討 ●データを活用した経営改善活動</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 4 2	C	<p>医事業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○窓口業務や保険請求業務が組織的かつ合理的に行われ、病院経営に活用するためのデータが収集・提供されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●窓口業務の対応手順の適切性 ●保険請求業務と返戻・査定への対応 ●施設基準を管理するための体制 ●未収金への対応 ●病院経営に資するデータの提供</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 4 3	C	<p>効果的な業務委託を行っている</p> <p>【評価の視点】 ○委託の是非に関する検討が行われ、委託後の業務管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●委託の是非の検討と委託先の選定 ●委託業務の履行確認と質の評価 ●委託業務従事者に対する必要な教育・研修の実施 ●事故発生時の対応</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 5 0	C	施設・設備管理		
4 5 1	C	<p>施設・設備を適切に管理している</p> <p>【評価の視点】 ○自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に管理されていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●自院の役割・機能に応じた施設・設備の整備 ●日常点検・保守管理計画の策定と実施 ●緊急時の対応や連絡体制 ●医療ガスの安全管理 ●廃棄物の管理・処理</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <hr/> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>

項目番号	機能種別	評価項目	自己評価	自由記載欄(入力可能文字数:各入力欄200文字以内)
4 0 0	C	理念達成に向けた組織運営		
4 5 2	C	<p>購買管理を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○病院で使用される各種物品の購入、品質管理、在庫管理が適切に行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●医薬品購入の過程 ●医療消耗品購入の過程 ●医療機器購入の過程 ●高額医療機器購入の過程 ●在庫の適正管理</p> <p>※Ver.2.0では本項目で評価していたディスプレイ製品(単回使用医療機器(SUD))に関する事項は、Ver.3.0への評価項目改定に伴い、「3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している」で評価することとなりました。SUDに関する自己評価は「3.1.8」で実施してください。</p> <p>また、本項目はVer.2.0では病院における物品管理の状況を評価していましたが、Ver.3.0では単純な物品の管理だけでなく、適正な価格で購入し、質を評価しながら組織として決定しているかを評価します。Ver.3.0の内容に則した自己評価を実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 6 0	C	病院の危機管理		
4 6 1	C	<p>災害時等の危機管理への対応を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○火災や大規模災害等を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等が行われていることを評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●リスクに対応する病院の機能存続計画の策定、内容の見直し ●緊急時の責任体制 ●火災発生時の対応 ●停電時の対応 ●大規模災害時の対応 ●災害派遣医療チームや医療救護班の派遣や受け入れの対応</p> <p>※Ver.2.0の「4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている」の評価の要素「●リスクに対応する病院の機能存続計画」は、Ver.3.0では「●リスクに対応する病院の機能存続計画の策定、内容の見直し」に変更のうえ、本項目に移動しました。当要素に関する自己評価は本項目で実施してください。</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>リスクに対する病院の機能存続計画も策定されている。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>
4 6 2	C	<p>保安業務を適切に行っている</p> <p>【評価の視点】 ○病院の規模や機能に応じた保安体制と日々の管理状況を評価する。</p> <p>【評価の要素】 ●業務内容の明確化と確実な実施 ●緊急時の連絡、応援体制 ●保安・警備や施設管理、事故防止対策等の実施 ●日々の業務実施状況の把握</p>	A	<p>アピールしたい点</p> <p>特記なし。</p> <p>課題と認識されている点</p> <p>特記なし。</p>