

書面審査 自己評価調査票 精神病院 A 版 (V2.0)

財団法人 日本医療機能評価機構

【回答者について】

院長がとりまとめて提出してください。ただし、診療管理者、看護管理者、事務管理者で関連する対象領域を適切に分担し、十分に合議したうえでご回答ください。

【ご回答いただくにあたって】

■この自己評価調査票と一緒にご回答いただく「病院機能の現況調査」では各部門や領域ごとに実績等をお尋ねしています。関連する事項は現況調査記入の実績等をご参照されてご回答ください。

■自己評価の直接の対象項目は中項目レベルのものです。中項目は項目番号がたとえば「2.3.4」のように3ケタで表記されています。中項目の下に小項目(項目番号が4ケタ)がある場合には、それらの回答を勘案して総合的に中項目を評価してください。

■小項目は3段階で評点します。それらは概ね、次のような評点結果をあらわします。

a: 適切に行われている/適切な形で存在する/積極的に行われている

b: 中間

c: 適切さに欠ける/存在しない/行われていない

■小項目で、あり／なしの回答を求められている場合には、あり=a、なし=cとしてご回答ください。

■中項目は5段階で評価します。それらは概ね、次のような評価結果をあらわします。

5: 極めて適切に行われている/極めて適切な形で存在する/極めて積極的に行われている/他の施設の模範になると自負できる

4: 適切に行われている/適切な形で存在する/積極的に行われている

3: 中間

2: 適切さにやや欠ける/存在するが適切さに欠ける/消極的にしか行われていない

1: 適切でない/存在しない/行われていない

■中項目で、あり／なしの回答を求められている場合には、あり=5、なし=1としてご回答ください。

■各項目で求めている事項が、貴院の役割や機能から考えた場合に、評価非該当と判断される場合には、「NA」を選んでください(NA = Not Applicable)。

■各領域毎にその末尾に自由回答欄を設けています。そこでは、当該領域に関連することで貴院が特に努力されている点や苦勞されている点についてお尋ねしています。既に評価項目としてご回答いただいたこと以外に関連する事項がある場合に、是非ともご回答ください。

■また、調査票の末尾にも自由回答欄を設けています。そこでは、貴院の設立の経緯や地域の状況等についてお尋ねしています。是非ともご回答ください。訪問審査のためのたいへん有益な情報となります。

1 病院の理念と組織的基盤

1.1 病院の理念・基本方針

1.1.1 病院の理念・基本方針が確立している (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|--|---|------------|
| 1.1.1.1 病院の理念・基本方針が明文化されている | 基本方針・院是の文書の掲示、パンフレットや病院案内等への記載 | (a・b・c・NA) |
| 1.1.1.2 病院の理念・基本方針の内容は地域の医療ニーズからみて妥当なものである | 保健医療や健康に関わる地域の状況の把握、地域のニーズに対応した具体的な理念・方針。 | (a・b・c・NA) |
| 1.1.1.3 病院の理念・基本方針の内容は必要に応じて見直されている | 少なくとも3年ごと。例えば、地域の医療ニーズに変化があった時等の修正。 | (a・b・c・NA) |

1.1.2 病院の理念・基本方針が内外に周知されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|--|---|------------|
| 1.1.2.1 病院の理念・基本方針を院内に掲示している | 職員にも、患者にもわかりやすい場所に掲示。 | (a・b・c・NA) |
| 1.1.2.2 病院の理念・基本方針が職員に周知されている | 理念・基本方針の書かれた文書の配付や掲示。朝礼や職員研修の場での説明。病院の常勤職員への周知状況。 | (a・b・c・NA) |
| 1.1.2.3 病院の理念・基本方針を患者および地域住民が容易に知ることができる | 掲示・広報誌等で知ることができる。 | (a・b・c・NA) |

1.2 病院組織と管理体制

1.2.1 病院の管理体制が確立している (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|
| 1.2.1.1 組織図が作成されている | 実態に合っていること。 | (a・b・c・NA) |
| 1.2.1.2 職制、職務規程が定められている | | (a・b・c・NA) |
| 1.2.1.3 病院職員は職制、職務規程に基づいて業務を行っている | 日常的な職務の内容、権限、責任、直属の上司、緊急時の対応等の理解。 | (a・b・c・NA) |

1.2.2 毎年の事業計画書が作成されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|
| 1.2.2.1 毎年の事業計画書が作成されている | その年の活動目標を具体的に示し、実施の時期や方法を定めているもの。 | (a・b・c・NA) |
| 1.2.2.2 事業計画書の内容は適切なものである | 内容の一貫性。地域ニーズとの対応。 | (a・b・c・NA) |
| 1.2.2.3 目標達成状況について定期的に検討されている | 年1回程度の検討。 | (a・b・c・NA) |

1.2.3 患者に対する責任が明確になっている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|---------------------------------|------------------|------------|
| 1.2.3.1 病院職員は名札を着用している | 名札の内容のわかりやすさも考慮。 | (a・b・c・NA) |
| 1.2.3.2 各部門の責任者の氏名は患者に明らかにされている | | (a・b・c・NA) |

1.3 各種法令の遵守

1.3.1 医療法、精神保健福祉法、消防法など病院管理に関わる各種法令の標準を満たすよう努力している	(5・4・3・2・1・NA)
--	----------------

1.3.1.1 病院管理者は各種法令を十分に認識している	(a・b・c・NA)
------------------------------	------------

1.3.1.2 各種法令に適合しない点がある場合には改善の努力がなされている	(a・b・c・NA)
--	------------

1.4 病院職員の教育・研修と活動意欲

1.4.1 教育・研修が充実している	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------	----------------

1.4.1.1 教育・研修について年次毎の計画が立てられている	教育・研修の担当者がいること。毎年度の計画。	(a・b・c・NA)
---------------------------------	------------------------	------------

1.4.1.2 教育・研修は計画に基づいて定期的に行なわれている		(a・b・c・NA)
----------------------------------	--	------------

1.4.1.3 教育・研修内容は職種、経験などを配慮した妥当なものである	内容に一応の配慮があること。	(a・b・c・NA)
--------------------------------------	----------------	------------

1.4.2 職員の活動意欲が高い	(5・4・3・2・1・NA)
------------------	----------------

1.4.2.1 職員のモラルが高い		(a・b・c・NA)
-------------------	--	------------

1.4.2.2 自主的な業務検討会やサービス改善活動が行われている	事例があること。また病院がこのような活動を奨励する体制をとっていること。	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	--------------------------------------	------------

1.5 病院の将来像

1.5.1 病院の将来像が検討され基本路線が策定されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	----------------

1.5.1.1 病院の将来像が検討され基本路線が策定されている	将来像や基本路線とは2年以上にわたるものとする。	(a・b・c・NA)
---------------------------------	--------------------------	------------

1.5.1.2 策定にあたっては各部門の意見を反映するよう努めている	検討会議の設置。	(a・b・c・NA)
------------------------------------	----------	------------

1.5.1.3 策定にあたっては院外の専門家、住民の意見を反映するよう努めている		(a・b・c・NA)
--	--	------------

『1. 病院の理念と組織的基盤』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがおありでしたらご自由にお書きください。

2 地域ニーズの反映

2.1 地域における病院の役割と連携体制

2.1.1 病院の地域における役割が明確にされている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	----------------

2.1.1.1 地域の特徴が十分に認識されている	地域の保健医療に関わる情報の収集の努力。地域の医療・福祉に関する協議会や医師会の会合に参加していることも含めて評価。	(a・b・c・NA)
2.1.1.2 地域における病院の役割が明確に認識されている		(a・b・c・NA)
2.1.1.3 病院の役割について定期的に見直しが行なわれている	組織的な検討の場の有無。	(a・b・c・NA)

2.1.2 地域の医療機関との連携が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	----------------

2.1.2.1 患者の病状に応じて連携する医療機関がほぼ決まっている	一覧表でも可。	(a・b・c・NA)
2.1.2.2 患者の紹介を受けた時に紹介元へ確実に返事が出されている	紹介元へ返事が出されていることが確認できること。	(a・b・c・NA)
2.1.2.3 患者の紹介にあたっては十分な医療情報の提供が行なわれている		(a・b・c・NA)

2.2 在宅支援と長期療養施設との連携

2.2.1 病院として患者の退院後の療養についての方針が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------------	----------------

2.2.1.1 患者の退院後の療養についての方針が定まっている		(a・b・c・NA)
2.2.1.2 退院患者について在宅療養、施設紹介の必要性が検討されている		(a・b・c・NA)

2.2.2 在宅支援サービスが適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

2.2.2.1 訪問診療・訪問看護が積極的に行われている	訪問診療・訪問看護を行う担当者等が決まっていること。	(a・b・c・NA)
2.2.2.2 訪問看護ステーションとの連携が適切に行われている	周辺に訪問看護ステーションがなく、物理的に連携が困難な場合は“NA”。	(a・b・c・NA)
2.2.2.3 保健所等の担当保健婦等と訪問看護・指導について連携がとられている		(a・b・c・NA)
2.2.2.4 急変時に在宅療養者を受け入れる等の努力を行っている	不可能な場合には他医療施設への紹介の努力。	(a・b・c・NA)
2.2.2.5 外来通院患者の病状増悪時に、危機介入をおこなう準備ができている		(a・b・c・NA)
2.2.2.6 長期療養施設の医療支援が行われている		(a・b・c・NA)

2.2.3 他の施設との連携を図り、地域ネットワークやサポートシステムを構築している	(5・4・3・2・1・NA)
--	----------------

- | | |
|--|------------|
| 2.2.3.1 援護寮・福祉ホーム・地域共同作業所・授産施設・福祉工場、あるいはグループホームなどとの連携が保たれていますか | (a・b・c・NA) |
| 2.2.3.2 他の精神科医療機関（病院、診療所）や保健所その他の関係諸機関との連携がとられていますか | (a・b・c・NA) |
| 2.2.3.3 通院リハビリテーション先（事業先）の事業主や就労先などとの連携が円滑に行われていますか | (a・b・c・NA) |
| 2.2.3.4 家族会や患者回復者クラブなどの組織と連携し、協力しあっていますか | (a・b・c・NA) |

2.3 精神科救急医療活動

2.3.1 救急医療の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	----------------

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| 2.3.1.1 救急医療体制に参加している | (a・b・c・NA) |
| 2.3.1.2 救急医療についての自院の役割、方針が院内に周知されている | (a・b・c・NA) |
| 2.3.1.3 救急患者受け入れ不能時の対応が適切である | (a・b・c・NA) |

2.3.2 機能に見合った救急医療活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	----------------

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 2.3.2.1 職種毎に当直・オンコール体制が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 2.3.2.2 救急患者受け入れに適当な救急処置室が整備されている | 兼用でも可。必要なスペースと救急用器材の整備。(a・b・c・NA) |
| 2.3.2.3 時間外に緊急検査が可能である | 尿検査・血液検査（血算、血液ガス検査、生化学）等。30分以内。(a・b・c・NA) |

2.4 保健活動

2.4.1 地域の保健・予防活動に参加または関与している	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	----------------

- | | |
|--|------------|
| 2.4.1.1 地域のメンタルヘルス普及や啓発（健康教育活動など）に参加している | (a・b・c・NA) |
| 2.4.1.2 保健所や行政の相談業務・健康講演などに協力している | (a・b・c・NA) |
| 2.4.1.3 自院で精神保健相談窓口を開設している | (a・b・c・NA) |
| 2.4.1.4 施設・行事などを地域に開放し参加と理解を得る努力をしている | (a・b・c・NA) |

2.5 広報活動

2.5.1	患者・住民を対象に広報活動が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
2.5.1.1	院内掲示により患者に病院の医療活動等について知らせている	人間ドック、医療相談、訪問診療・訪問看護等。(a・b・c・NA)
2.5.1.2	広報誌を発行して地域に病院についての情報を提供している	(a・b・c・NA)

『2. 地域ニーズの反映』に関して、貴院において特に努力されていることやご苦労されていることがありましたらご自由にお書きください。

3 診療の質の確保

3.1 診療の責任体制

3.1.1 診療の責任体制が明確になっている		(5・4・3・2・1・NA)
3.1.1.1 入院患者に主治医(担当医)の氏名が明らかにされている	患者への説明書への記載、ベッドへの表示等。名札の着用も。	(a・b・c・NA)
3.1.1.2 診療を行った医師の氏名が外来患者にわかるようになっている	診察表、診察室入口の明示、診療録への記載等。	(a・b・c・NA)
3.1.1.3 主治医(担当医)が不在の時の代理の医師が定められている		(a・b・c・NA)
3.1.1.4 主治医(担当医)による定期的な診察が行われている		(a・b・c・NA)

3.2 診療内容の評価・検討

3.2.1 検査計画・治療計画が立てられている		(5・4・3・2・1・NA)
3.2.1.1 入院の目的が明らかになっている		(a・b・c・NA)
3.2.1.2 病態に応じた適切な検査計画が立てられている		(a・b・c・NA)
3.2.1.3 病態に応じた適切な治療計画が立てられている		(a・b・c・NA)
3.2.2 診療内容について定期的に評価・検討されている		(5・4・3・2・1・NA)
3.2.2.1 症例検討会が定期的に行われている	組織的に位置づけられた場があること。	(a・b・c・NA)
3.2.2.2 専門医の対診や症例の相談の依頼を積極的に行っている		(a・b・c・NA)
3.2.2.3 診療報酬請求の返戻・査定の内容について毎月検討されている	経営的な視点からではなく、診療内容の適切性についての検討であること。組織的な検討の場の設定。	(a・b・c・NA)

3.3 医師の教育・研修

3.3.1 医師の教育・研修体制が充実している		(5・4・3・2・1・NA)
3.3.1.1 学会や研修会への参加が積極的に行われている		(a・b・c・NA)
3.3.1.2 学会や研修会へ参加するための内規が定められている	参加の申請方法、参加中の取り扱い、費用負担方法。	(a・b・c・NA)
3.3.1.3 図書・雑誌が整備され文献の検索・入手ができる体制が整備されている		(a・b・c・NA)

3.4 診療録の管理

3.4.1	診療録の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.4.1.1	入院患者の診療録と退院時サマリーが迅速に作成されている	退院時サマリーについては、特に、退院後初回の外来受診までに作成されていること。(a・b・c・NA)
3.4.1.2	必要な際に診療録を迅速に入手することができる	(a・b・c・NA)

3.5 臨床検査部門

3.5.1	臨床検査の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
3.5.1.1	病院の役割に応じた臨床検査機器が整備されている	全検査を外注していて、支障がないと考えられれば“NA”とする。(a・b・c・NA)
3.5.1.2	診療に必要な検査機器がいつでも稼働できる状態に管理されている	同上。(a・b・c・NA)
3.5.1.3	定期的に精度管理が行われている	内部精度管理または外部精度管理。外注の場合は、外注先の精度管理状況の確認。(a・b・c・NA)
3.5.2	臨床検査が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
3.5.2.1	検査の指示から結果報告までの過程が確立している	(a・b・c・NA)
3.5.2.2	有効で合理的な委託外注が行われている	外注を全く行っていない場合は“NA”。(a・b・c・NA)

3.6 画像診断部門

3.6.1	画像診断部門が適切に機能している	(5・4・3・2・1・NA)
3.6.1.1	放射線防護のための安全確保の方策がとられている	(a・b・c・NA)
3.6.1.2	病院の役割に応じた画像診断装置が整備されている	(a・b・c・NA)
3.6.1.3	画像診断装置はいつでも稼働できる状態に管理されている	(a・b・c・NA)
3.6.1.4	検査結果について専門家に相談できる体制がある	院内・外を問わない。(a・b・c・NA)

3.7 薬剤部門

3.7.1 薬剤が適切に管理されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|------------|
| 3.7.1.1 麻薬、向精神薬等が適切に管理されている | 管理の担当者。法令に基づく管理。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.1.2 薬剤の品質確保に配慮している | 品質保全の担当者、保管方法、保管期間等。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.1.3 使用する薬剤の選定は組織的に検討されている | 検討の場の設置。 | (a・b・c・NA) |

3.7.2 薬剤が適切に使用されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|------------|
| 3.7.2.1 病棟への薬剤の供給が適切に行われている | 病棟在庫量の把握。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.2.2 複数科からの処方に関するチェックが行われている | 個人の薬歴の記録。 | (a・b・c・NA) |
| 3.7.2.3 服薬指導が行われている | 薬の飲み方、薬効、副作用等について。診療報酬制度上のものに限定されない。 | (a・b・c・NA) |

3.7.3 医薬品の情報が適切に提供されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| 3.7.3.1 使用している薬剤のリストと各薬剤の情報が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 3.7.3.2 副作用情報等が迅速に各科に提供されている | (a・b・c・NA) |

3.8 リハビリテーション部門

3.8.1 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)

☞ リハビリテーションを必要とする患者がいらない場合には“NA”とする。

- | | |
|--|--|
| 3.8.1.1 病院の役割に応じたリハビリテーションの設備と要員が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.1.2 リハビリテーションを実施するための指針が整備されている | 患者受入れの要件、プログラムの種類と内容、期間、目標の設定と評価の方法。(a・b・c・NA) |
| 3.8.1.3 リハビリテーションを受けている患者の経過が定期的に評価されている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.1.4 地域の他の施設からの受け入れなどの連携が行われている | (a・b・c・NA) |

3.8.2 リハビリテーションメニューが整備され活用されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | |
|------------------------------------|------------|
| 3.8.2.1 デイケア・ナイトケアを行っている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.2.2 精神科作業療法を行っている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.2.3 社会生活技能訓練を行っている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.2.4 社会復帰のために院外社会訓練（買い物等）を行っている | (a・b・c・NA) |
| 3.8.2.5 通院リハビリテーション事業を活用している | (a・b・c・NA) |

3.9 感染防止対策

3.9.1 感染防止対策が適切にとられている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	----------------

3.9.1.1 院内感染防止のための委員会が設けられ、指針が整備されている	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	------------

3.9.1.2 感染防止対策に関する指針が遵守されている	(a・b・c・NA)
------------------------------	------------

3.9.1.3 院内感染の状況が把握されている	(a・b・c・NA)
-------------------------	------------

3.10 緊急時の対応

3.10.1 非常用カートが整備され、すぐに使用できる状態にある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	----------------

3.10.1.1 非常用カートが定位置に整備されている	定位置への整備と職員への周知。	(a・b・c・NA)
-----------------------------	-----------------	------------

3.10.1.2 必要な薬剤・用具がいつでも使用できる状態に整備されている		(a・b・c・NA)
---------------------------------------	--	------------

『3. 診療の質の確保』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがありましたらご自由にお書きください。

4 看護の適切な提供

4.1 看護部門の組織運営

4.1.1 看護部門の理念が明示されている (5・4・3・2・1・NA)

- 4.1.1.1 病院の理念に沿った看護部門の理念が明示されている (a・b・c・NA)
- 4.1.1.2 看護部門の理念が看護部門の職員に周知されている 理念にそった目標についての周知の努力が管理者によりなされていること。 (a・b・c・NA)
- 4.1.1.3 看護部門の理念が院内に周知されている (a・b・c・NA)

4.1.2 看護部門の目標管理が行われている (5・4・3・2・1・NA)

☞ 具体的な目標を設定し、その達成に向けての組織活動を行うこと。

- 4.1.2.1 理念に沿った看護部門の目標が明示されている (a・b・c・NA)
- 4.1.2.2 目標が活動計画として具体化されている (a・b・c・NA)
- 4.1.2.3 目標の達成状況が定期的に評価されている 評価し、必要に応じて目標の修正がなされていること。 (a・b・c・NA)

4.1.3 看護部門組織が整備され、適切に運営されている (5・4・3・2・1・NA)

- 4.1.3.1 看護部門の組織図が明示されている (a・b・c・NA)
- 4.1.3.2 看護職員および看護補助者が確保され、適切に配置されている 業務量の検討。 (a・b・c・NA)
- 4.1.3.3 看護部門の職制・職務規程が定められている (a・b・c・NA)

4.2 看護ケアの提供

4.2.1 看護基準・手順が活用されている (5・4・3・2・1・NA)

- 4.2.1.1 看護基準が活用されている (a・b・c・NA)
- 4.2.1.2 看護手順が活用されている (a・b・c・NA)
- 4.2.1.3 看護基準・看護手順が定期的に見直されている (a・b・c・NA)

4.2.2 看護過程を展開して看護ケアが提供されている (5・4・3・2・1・NA)

- 4.2.2.1 患者の看護ニーズに基づいて看護計画が立てられている (a・b・c・NA)
- 4.2.2.2 看護計画に基づいた看護ケアが提供されている (a・b・c・NA)
- 4.2.2.3 看護ケアの実施状況と結果について検討し、看護計画を見直している (a・b・c・NA)

4.3 看護ケアの質向上

4.3.1 患者の生活能力を査定し、自立性を高める努力をしている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	----------------

4.3.1.1 患者の能力に応じて金銭管理ができるように支援している	(a・b・c・NA)
------------------------------------	------------

4.3.1.2 患者の能力に応じて服薬管理ができるように指導している	(a・b・c・NA)
------------------------------------	------------

4.3.2 患者が快適により良い日常生活をおくるための工夫をしている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------------	----------------

4.3.2.1 日常生活でのプログラムの内容が多面的で選択肢が多い	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	------------

4.3.2.2 患者がより良い日常生活をおくるための話し合いの場がある	(a・b・c・NA)
-------------------------------------	------------

4.3.2.3 患者と医療者の関係をより良く発展させるための努力をしている	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	------------

4.3.3 患者が社会生活に必要な生活技術を獲得するための支援体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------------	----------------

4.3.3.1 患者が学習できる機会がある (SSTを含む)	(a・b・c・NA)
--------------------------------	------------

4.3.3.2 社会復帰に関して患者のいけんを尊重している	(a・b・c・NA)
-------------------------------	------------

4.3.3.3 患者が退院後も必要に応じて相談できる看護体制がある	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	------------

4.3.4 治療および看護の継続性が保たれている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

4.3.4.1 看護職員のもつ患者に関する情報や見解が診療に反映されている	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	------------

4.3.4.2 継続的な看護を実施するための看護サマリーが作成されている	(a・b・c・NA)
--------------------------------------	------------

4.4 看護職員および看護補助者の研修・教育

4.4.1 看護職員および看護補助者の能力評価が行われ、能力開発プログラムが実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
---	----------------

4.4.1.1 看護職員および看護補助者の能力評価が行われている	(a・b・c・NA)
----------------------------------	------------

4.4.1.2 適切な能力開発プログラムがある	(a・b・c・NA)
-------------------------	------------

4.4.1.3 能力開発プログラムの評価が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	------------

4.4.1.4 看護職員および看護補助者の能力開発のための資源が確保されている	
---	--

人的資源、時間の確保、図書、資料、視聴覚機器、コンピューター、コピー機等。

『4. 看護の適切な提供』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがありましたらご自由にお書きください。

5 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と権利の尊重

5.1.1 十分な説明と同意に基づいて医療が実施されている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|---|---------------------------|------------|
| 5.1.1.1 侵襲を伴う検査・治療については、適切な文書により患者に説明がなされ、同意が得られている | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.1.2 医師が治療方針や薬効について十分に患者に説明している | 診療録に実施の記載がなされていることが望ましい。 | (a・b・c・NA) |
| 5.1.1.3 治療方針については患者の希望が確認され尊重されている | 診療録にその旨の記載がなされていることが望ましい。 | (a・b・c・NA) |

5.1.2 患者のプライバシーに配慮している (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------|
| 5.1.2.1 患者情報の取扱いが適切である | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.2 診察室の会話が外に漏れないようになっている | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.3 他者に邪魔されない面会用スペースを提供できる | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.4 患者の私物は許可なく触ないように徹底されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.5 施錠できる個人収納具（ロッカー等）が用意されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.6 更衣などが出来る場所が配慮がなされている | | (a・b・c・NA) |
| 5.1.2.7 電話の設置場所について配慮がなされている | | (a・b・c・NA) |

5.1.3 患者の相談に適切に応じている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------|------------|
| 5.1.3.1 相談窓口を設けている | 相談窓口と相談業務の案内表示。 | (a・b・c・NA) |
| 5.1.3.2 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている | 担当者の有無。 | (a・b・c・NA) |
| 5.1.3.3 患者相談の実施状況が適切に記録されている | 日時、患者名、対応者名、相談内容等。 | (a・b・c・NA) |

5.2 給食サービス

5.2.1 栄養管理が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- | | | |
|---------------------------|--|------------|
| 5.2.1.1 栄養基準が確立されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.1.2 栄養士が適切な栄養指導を行っている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.1.3 喫食状況が把握され、検討されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.1.4 嗜好調査を行って、検討されている | | (a・b・c・NA) |

5.2.2 衛生管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------|
| 5.2.2.1 食材が適切に保管されている | 使用前の品質保持のための保管、使用後の調理品と材料の一定期間の保管。 | (a・b・c・NA) |
| 5.2.2.2 調理人の使用する手洗い・トイレが衛生的に管理されている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.2.3 調理室・配膳・食器が衛生的に適切に管理されている | | (a・b・c・NA) |

5.2.3 食事の快適性に配慮している	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------	----------------

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------|------------|
| 5.2.3.1 食事時刻に配慮している | 夕食の配膳時刻が午後6時以降であること | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.2 食事の温度管理が適切に行われている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.3 メニューの選択が可能である | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.4 食卓の飾りやクロスなど、工夫された食事空間となっている | | (a・b・c・NA) |
| 5.2.3.5 食器や季節食など様々な工夫がなされている | | (a・b・c・NA) |

5.3 待ち時間

5.3.1 外来待ち時間に配慮している	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------	----------------

- | | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| 5.3.1.1 外来待ち時間の状況を把握している | | (a・b・c・NA) |
| 5.3.1.2 外来診療で予約制度を採用している | | (a・b・c・NA) |
| 5.3.1.3 外来待ち時間はおおむね30分以内である | 受付～診療開始まで。 | (a・b・c・NA) |

5.4 情報の提供と接遇

5.4.1 病院の案内・掲示が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

- | | | |
|---|-------------------------------|------------|
| 5.4.1.1 案内や掲示はわかりやすい場所に配置され、見やすいように工夫されている | 見やすい場所、内容、文字の大きさ等。高齢者や小児への配慮。 | (a・b・c・NA) |
| 5.4.1.2 案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金等の必要な情報が含まれている | | (a・b・c・NA) |

5.4.2 受付や呼び出し等の場合の接遇が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	----------------

- | | | |
|-----------------------------|--|------------|
| 5.4.2.1 受付や問い合わせの対応が適切である | | (a・b・c・NA) |
| 5.4.2.2 呼び出しや案内の場合の態度が適切である | | (a・b・c・NA) |

5.5 院内環境の清潔管理と快適性

5.5.1 病院内の環境が清潔で快適である (5・4・3・2・1・NA)

- 5.5.1.1 院内の清掃が十分に行われている (a・b・c・NA)
 5.5.1.2 院内に不快な臭気を認めない (a・b・c・NA)
 5.5.1.3 院内の静寂に配慮している (a・b・c・NA)
 5.5.1.4 院内の採光・彩色、空調が適切である (a・b・c・NA)

5.5.2 医療廃棄物が適切に処理されている (5・4・3・2・1・NA)

- 5.5.2.1 医療廃棄物処理の担当者が決められている (a・b・c・NA)
 5.5.2.2 医療廃棄物が適切に保管されている 保管場所、施設管理。 (a・b・c・NA)
 5.5.2.3 医療廃棄物の廃棄の状況が把握されている (a・b・c・NA)

5.6 施設的な配慮

5.6.1 病院の施設・設備に配慮が行き届いている (5・4・3・2・1・NA)

- 5.6.1.1 出入り口、廊下、階段が身体の不自由な人が 廊下の器材、物品の整理も含む。 (a・b・c・NA)
 利用できるような配慮されている
 5.6.1.2 トイレ、浴室、ベッドが身体の不自由な人が (a・b・c・NA)
 利用できるような配慮されている
 5.6.1.3 ロビーやデイルーム等が快適でくつろげる (a・b・c・NA)
 場所となっている

5.6.2 禁煙・分煙の配慮がなされている (5・4・3・2・1・NA)

☞ 全館禁煙の場合は、その実態としての遵守の程度を勘案する。

- 5.6.2.1 患者・家族について、院内における分煙に配 場所による分煙。 (a・b・c・NA)
 慮している
 5.6.2.2 職員に院内における分煙を徹底している 場所または時間による分煙。 (a・b・c・NA)
 5.6.2.3 喫煙場所の換気に配慮している (a・b・c・NA)

5.6.3 入院患者の利便性への配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	----------------

- | | |
|---|------------|
| 5.6.3.1 入院生活の種々のきまりは患者の利便性を配慮したものとなっている | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.2 院外との情報交換が容易である | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.3 患者や家族のための生活延長線上の設備やサービスがある | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.4 病棟にデイルーム以外にくつろげるスペースがある | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.5 病室内のロッカー以外に、私物庫など個人の利用する保管場所がある | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.6 毎日利用できる売店が設置されているか、あるいは購入希望物品が遅滞なく手に入るシステムがある | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.7 入浴日の頻度、入浴時間などには余裕がある | (a・b・c・NA) |
| 5.6.3.8 入浴日以外でもシャワー浴は可能である | (a・b・c・NA) |

5.6.4 入院患者の余暇を過ごす設備・サービスがある	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	----------------

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 5.6.4.1 図書や音楽鑑賞、VTR といった文化設備が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 5.6.4.2 体育館、運動機器、用具といったスポーツ設備が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 5.6.4.3 農園、花壇、楽器、絵具といった趣味用具が設備されている | (a・b・c・NA) |
| 5.6.4.4 将棋、麻雀、トランプなどのゲーム機器や道具が用意されている | (a・b・c・NA) |
| 5.6.4.5 サークル活動やレクリエーションなど提供されている | (a・b・c・NA) |

5.7 病院の安全の確保

5.7.1 事故・災害発生時の対応体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	----------------

- | | | |
|--|-------------------------|------------|
| 5.7.1.1 ベッドからの転落、徘徊患者の事故などへの対応が適切に行われている | 事故発生時の対応の責任体制、連絡網、対応手順。 | (a・b・c・NA) |
| 5.7.1.2 自院の火災時や停電時の対応体制が整っている | 火災・停電時の責任体制、連絡網、対応手順。 | (a・b・c・NA) |
| 5.7.1.3 大規模災害時の対応体制が整っている | | (a・b・c・NA) |

5.8 患者サービスの改善

5.8.1 患者サービスの改善が図られている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	----------------

- | | | |
|------------------------------------|-------------------|------------|
| 5.8.1.1 患者の意見や要望を聞くための工夫がされている | 投書箱、アンケート調査、相談窓口。 | (a・b・c・NA) |
| 5.8.1.2 患者の意見や要望に基づいてサービスの改善を行っている | | (a・b・c・NA) |

『5. 患者の満足と安心』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがありましたらご自由にお書きください。

6 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

6.1.1 人事・労務管理が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	----------------

- | | | |
|---|------------------------|------------|
| 6.1.1.1 各職種について必要な人員が確保されている | 有給休暇の消化率、病床の稼働状況等を参考に。 | (a・b・c・NA) |
| 6.1.1.2 労働時間が把握されている | 労働時間、有給消化率。 | (a・b・c・NA) |
| 6.1.1.3 現場管理者による人事考課は明確・合理的な基準に基づいて行われている | | (a・b・c・NA) |

6.2 財務管理

6.2.1 財務管理が適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

- | | | |
|---------------------------------|------------|------------|
| 6.2.1.1 財務諸表は病院会計準則に基づいて作成されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.2.1.2 予算書が作成されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.2.1.3 決算について監査が行われている | 内部または外部監査。 | (a・b・c・NA) |

6.3 施設・設備管理

6.3.1 施設・設備の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	----------------

- | | | |
|------------------------------|------------------------|------------|
| 6.3.1.1 施設・設備は定期的に保守・点検されている | | (a・b・c・NA) |
| 6.3.1.2 トラブル発生時の対応体制が整っている | トラブル発生時の対応責任者、対応マニュアル。 | (a・b・c・NA) |
| 6.3.1.3 施設・設備の年次保守計画が立てられている | | (a・b・c・NA) |

6.4 物品管理

6.4.1 物品管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	----------------

- | | | |
|------------------------------------|---------------|------------|
| 6.4.1.1 定期的に棚卸しが行われ、適正な在庫管理が行われている | | (a・b・c・NA) |
| 6.4.1.2 物品の発注・検収についての責任者が定まっている | | (a・b・c・NA) |
| 6.4.1.3 物品の購入は予め立てられた計画に基づいて行われている | 予算計画、執行状況の把握。 | (a・b・c・NA) |

6.5 医事業務

6.5.1 診療報酬請求が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- 6.5.1.1 未収金の状況が把握されている (a・b・c・NA)
- 6.5.1.2 返戻・査定状況が把握されている 返戻率、返戻理由の把握。 (a・b・c・NA)
- 6.5.1.3 返戻・査定について適切な対応がされている 異議申請等の対応手順。 (a・b・c・NA)

6.5.2 医事統計が適切に作成されている (5・4・3・2・1・NA)

- 6.5.2.1 必要な医事統計が每期作成されている 診療科別・入院／外来別・診療行為別患者数等。 (a・b・c・NA)
- 6.5.2.2 紹介患者数が把握されている 他施設への紹介患者数、紹介先。 (a・b・c・NA)
- 6.5.2.3 医事統計が病院運営に有効に活用されている (a・b・c・NA)

6.5.3 預り金管理は適正に行われていますか (5・4・3・2・1・NA)

- 6.5.3.1 預り金の使用状況明細や残額を患者本人および家族に提示できるよう随時処理されている (a・b・c・NA)
- 6.5.3.2 預り金は個別に管理され、明瞭に整理されている。 (a・b・c・NA)
- 6.5.3.3 すみやかに清算し、残額なく返還することができる (a・b・c・NA)

6.6 業務委託

☞ 業務委託がなされていない場合は“NA”とする。

6.6.1 業務委託が適正に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- 6.6.1.1 委託業者の選定が適切である (a・b・c・NA)
- 6.6.1.2 委託業務の管理が適切に行われている 契約書、契約内容の遵守。 (a・b・c・NA)
- 6.6.1.3 委託先および契約内容の定期的な見直し、検討が行われている (a・b・c・NA)

6.7 医療事故

6.7.1 患者の医療事故への対応が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)

- 6.7.1.1 病院賠償責任保険に加入している (a・b・c・NA)
- 6.7.1.2 事故発生時の対応が適切である 職員教育、対応部署・手順等。 (a・b・c・NA)
- 6.7.1.3 事故防止のための教育が職員に行われている (a・b・c・NA)

6.7.2 職員の事故への対応が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.7.2.1 職員の事故発生の状況が記録されている	(a・b・c・NA)
6.7.2.2 針刺し事故のような職員の事故発生時の対応が適切である	(a・b・c・NA)
6.7.2.3 事故発生に関する記録内容が検討され、事故防止対策が検討されている	(a・b・c・NA)

『6. 病院運営管理の合理性』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがおありでしたらご自由にお書きください。

7 保護と隔離に関する機能

7.1 人権擁護と人権尊重の確立

7.1.1	患者の人間性尊重に配慮した治療環境を提供している	5・4・3・2・1・NA
-------	--------------------------	--------------

7.1.1.1	不要な行動制限を極力回避し、自由性を許容する体制に努力している	(a・b・c・NA)
7.1.1.2	患者個人の個性や性格などに応じた個々人の特性が尊重されている	(a・b・c・NA)
7.1.1.3	認められない要望に対する説明や対応がきめ細やかに行われている	(a・b・c・NA)
7.1.1.4	常に敬語で接遇する事が定着し、姓は敬称が用いられている	(a・b・c・NA)

7.1.2	入院患者の人権への配慮がなされている	5・4・3・2・1・NA
-------	--------------------	--------------

7.1.2.1	入院に関しては十分な時間をかけて説明し、同意を得る努力をしている	(a・b・c・NA)
7.1.2.2	理解力が低下していても入院理由についての説明を行うよう努め、入院時の状況を診療録に記載している	(a・b・c・NA)
7.1.2.3	入院告知書は入院時に手渡し、必要に応じて再度の説明を行っている	(a・b・c・NA)
7.1.2.4	面会や電話利用の制限は十分な説明がなされ、診療録に記載されている。	(a・b・c・NA)
7.1.2.5	患者の人権尊重について、職員の理解を深めるよう定期的に教育されている	(a・b・c・NA)

7.1.3	入院患者の処遇が適切に行われている	5・4・3・2・1・NA
-------	-------------------	--------------

7.1.3.1	通信・面会・電話の利用の自由が十分に保証されている	(a・b・c・NA)
7.1.3.2	封書ほか通信物は、速やかに投函され滞らせることはない	(a・b・c・NA)
7.1.3.3	患者あての通信物は、配達後速やかに本人に渡すよう努めている	(a・b・c・NA)
7.1.3.4	やむを得ず開封確認を行う場合でも、患者当人の立会のもとで開封している	(a・b・c・NA)

7.2 適切な保護の管理

7.2.1	能力に障害ある患者に対して適切な保護がなされている	5・4・3・2・1・NA
-------	---------------------------	--------------

7.2.1.1	患者の利益を擁護するために、保護内容が保護者と協議されている	(a・b・c・NA)
7.2.1.2	症状に合わせた対応と保護内容を検討し、常時見直しが行われている	(a・b・c・NA)
7.2.1.3	事故を未然に回避する手順や方法が成文化され実行されている	(a・b・c・NA)

7.2.2 自傷他害のおそれのある患者に対して、適切な保護がなされている	5・4・3・2・1・NA
--------------------------------------	--------------

- | | |
|---|------------|
| 7.2.2.1 自傷他害のおそれのある患者に対する基本的な対応手順や方法が成文化され、周知されている | (a・b・c・NA) |
| 7.2.2.2 病状把握と対応方法の検討に、頻回なケースカンファレンスが行われている | (a・b・c・NA) |
| 7.2.2.3 院外での治療手段や行事などでは、厳重な観察下で適切な保護が行われている | (a・b・c・NA) |
| 7.2.2.4 なるべく保護管理可能な設備の病棟で治療を受けている | (a・b・c・NA) |
| 7.2.2.5 自傷他害のおそれのある患者の治療と処遇については、病院管理者と綿密な協議が行われている | (a・b・c・NA) |

7.2.3 必要な場所では、適切な通行規制と管理がなされている	5・4・3・2・1・NA
---------------------------------	--------------

- | | |
|---|--------------------------------|
| 7.2.3.1 閉鎖病棟の施錠は常に確認され、職員は施錠の重要性を認識している | (a・b・c・NA) |
| 7.2.3.2 ナースステーションが不在になる場合の管理が徹底されている | (a・b・c・NA) |
| 7.2.3.3 管理されるべき場所の施錠は常に確認されている | 使用していない部屋、ベランダ、屋上など (a・b・c・NA) |

7.2.4 保護者や家族との連絡連携に努力している	5・4・3・2・1・NA
---------------------------	--------------

- | | |
|---|------------|
| 7.2.4.1 保護者や主だった家族の連絡先や住居等を把握し、定期的に確認している | (a・b・c・NA) |
| 7.2.4.2 患者との面会や主治医との面談を定期的に行うよう管理している | (a・b・c・NA) |
| 7.2.4.3 連絡窓口としての担当者（PSW等）が、保護者や家族に周知されている | (a・b・c・NA) |

7.3 適切な行動制限の管理

7.3.1 入院患者の行動制限が適切に行われている	5・4・3・2・1・NA
---------------------------	--------------

- | | |
|---|------------|
| 7.3.1.1 行動制限を要する場合には、十分な説明が行われ、診療録に記載されている | (a・b・c・NA) |
| 7.3.1.2 行動制限をおこなっている場合の身体面および心理面には十分配慮がなされている | (a・b・c・NA) |
| 7.3.1.3 行動制限に関する基本的な対応手順や方法が成文化され周知されている | (a・b・c・NA) |
| 7.3.1.4 不当な行動制限がおこなわれないよう、職員教育が徹底されている | (a・b・c・NA) |
| 7.3.1.5 漫然と長期化した行動制限が行なわれないよう、頻繁に必要性が再検討され記録に残されている | (a・b・c・NA) |

7.3.2 精神科隔離室が整備され運用されている	5・4・3・2・1・NA
7.3.2.1 病院規模に応じた数の精神科隔離室が整備されている	(a・b・c・NA)
7.3.2.2 種々の行動制限段階に応じることができる、数種類の隔離室を設備している	(a・b・c・NA)
7.3.2.3 隔離拘束などの行動制限には、精神保健指定医の指示判断を明確にする手順や手続き方法が成文化され実行されている	(a・b・c・NA)
7.3.2.4 隔離室からの意志伝達は円滑で、状況が常に把握できる	(a・b・c・NA)
7.3.2.5 頻繁に巡回し観察および対応することが定められ、実施されている	(a・b・c・NA)
7.3.2.6 隔離室内の衛生や空調の環境は保たれている	(a・b・c・NA)

『7. 保護と隔離に関する機能』に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦勞されていることがおありでしたらご自由にお書きください。

↓ 次頁以降にもご記入ください。

評価調査者が、貴院の具体的なイメージを描くことができるように、以下の項目について自由にご記入ください。

【設立の目的・理念】

【設立後、現在に至るまでの経緯】

【地域の特徴】

【周囲の医療機関との連携状況】

【機能評価を受けることになった経緯/期待すること/改善したい点など】