

1.0 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などへの記載	(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などの修正	(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・広報誌など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	病院の意思決定に必要な会議・委員会が設けられ開催されている	理事会、運営会議などの意思決定システムの明確化	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------------	-------------------------	--------------

1.2.1.2	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)
---------	-------------	------------	--------------

1.2.1.3	職制、職務規程が定められている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--	--------------

1.2.1.4	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、緊急時の対応などの理解	(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評価し、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 職員の名前は名札などで明示されている (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、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教育・研修の担当者があること 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行われている (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)

1.4.1.4 教育・研修のための予算が確保されている 計画に基づいた予算の確保 (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 部門ごとの目標が設定されている (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)

1.4.2.3 研究発表会などが定期的に行われている (a・b・c・NA)

1.5 患者の権利の尊重

1.5.1	患者の権利を尊重する方針が徹底している		(5・4・3・2・1・NA)
1.5.1.1	病院案内や掲示、広報において、患者の権利の尊重が明示されている	患者にどう伝えているかに配慮	(a・b・c・NA)
1.5.1.2	患者の権利を尊重する方針が職員に周知されている	職員への教育・研修、朝礼などでの説明、院内報など	(a・b・c・NA)

1.6 病院の将来像

1.6.1	病院の将来(中・長期)計画が策定されている		(5・4・3・2・1・NA)
1.6.1.1	病院の将来(中・長期)計画が議論されている	中長期計画とは2年以上にわたる計画とする	(a・b・c・NA)
1.6.1.2	計画にあたっては各部門の意見を反映するよう努めている	検討会議の設置など	(a・b・c・NA)
1.6.1.3	計画にあたっては住民の意見を反映するよう努めている		(a・b・c・NA)

1.0 病院の理念と組織的基盤
この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労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

2.0 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	(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われている	(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	(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答が出されている	(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われている	(a・b・c・NA)
--------------------------------------	--------------

2.2 病院が地域に開かれていること

2.2.2 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)
----------------------------	------------------

2.2.2.1 院内掲示により患者に病院の医療活動などについて知らせている	人間ドック、健康教室、医療相談、訪問診療・訪問看護など (a・b・c・NA)
---------------------------------------	---

2.2.2.2 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)
-------------------------------------	--------------

2.3 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 救急患者受入れ不能時の対応が適切である	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

2.4 医療の継続性

2.4.1 病院としての患者の退院後の療養についての方針が定まっている (5・4・3・2・1・NA)

2.4.1.1 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)

2.4.1.2 退院後の療養環境の調整を行う担当者がある MSW的な役割 (a・b・c・NA)

2.4.1.3 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 患者家族が含まれることが望ましい (a・b・c・NA)

2.0 地域ニーズの反映

この領域に関連して、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

3.0 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、ベッドサイドへの表示など 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	診療表、診察室入口の明示、診療録への記載など	(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)
---------	--------------------------	--	--------------

3.1.2	病院の基本方針が医師に徹底している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------	------------------

☞ 基本方針が医師に説明されていること

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、参加中の取扱い、費用負担方法など	(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	1患者1診療録の考え方で管理されている	分割して保存されていても同じ患者の診療録が同一のID番号で管理されている場合には「満たす」と判断する ID重複のチェックがなされているか確認する	(a・b・c・NA)
3.4.1.2	入院患者の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)
3.4.1.3	診療録管理についてマニュアルがある		(a・b・c・NA)
3.4.1.4	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	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)
3.5.1.3	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	有効で合理的な外注委託が行われている	外注を全く行っていない場合はNAとする	(a・b・c・NA)
3.5.2.3	手術・生検検体の病理診断が実施されている	外注でも可	(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医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、向精神薬など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、保管期間など	(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	検討の場の設定	(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、副作用などについて	(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 副作用情報などが迅速に各科に提供されている (a・b・c・NA)

3.11 感染防止対策

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

3.11.1.1 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)

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

3.11.1.3 院内感染の状況が把握されている (a・b・c・NA)

3.0 診療の質の確保

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労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

4.0 看護の適切な提供

4.1 看護部門の組織運営

4.1.1 看護部門の理念が周知されている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

☞ 看護部門の理念・目標が作成され、周知される努力が管理者によりなされていること

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 看護部門の理念は看護部門の職員に周知されている	(a・b・c・NA)
---------------------------------	--------------

4.1.1.3 看護部門の理念を病院全体に理解させる活動がなされている	(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活動が行われていること

4.1.2.1 看護部門の目標が明示されている	(a・b・c・NA)
-------------------------	--------------

4.1.2.2 看護部門の目標と一貫性のある各看護単位ごとの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 看護部門の目標と各看護単位の目標の達成度が評価されている	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 看護部門の組織が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

4.1.3.1 看護部門の職員が確保され、適切に配置されている	業務量を把握している (a・b・c・NA)
---------------------------------	----------------------------

4.1.3.2 看護部門の組織図が明示されている	現況を反映した組織図がある (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)
------------------------------	--------------

4.1.4 組織運営が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

4.1.4.1 看護部門の組織を円滑に運営するための会議などの場があり、機能している	会議の内容が記録され、結果が現場で活用されている (a・b・c・NA)
--	--

4.1.4.2 ケア・ニーズに基づいた勤務体制である	看護必要度に応じて勤務人員などを考慮している (a・b・c・NA)
----------------------------	--

4.1.4.3 働きやすい勤務体制である	勤務希望などが受け入れられている (a・b・c・NA)
----------------------	----------------------------------

4.1.5 個々の看護部門の職員を活かすよう組織が運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	------------------

4.1.5.1 職員の意見が反映されやすい組織づくりがなされている	病棟会・提案箱を通じて職員が意見を述べられる機会がある	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	-----------------------------	--------------

4.1.5.2 看護ケアを実践する上で看護部門の職員を支援している	専門知識や技術を得る機会がある	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	-----------------	--------------

4.1.5.3 看護部門の職員への精神的支援をしている	職場内で悩みや相談に対応できている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	-------------------	--------------

4.2 看護ケアの提供

4.2.1 看護基準、看護手順が看護ケアに活用されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	------------------

☞ 患者のケアに必要な量の基準と手順があること

4.2.1.1 看護基準が活用されている	(a・b・c・NA)
----------------------	--------------

4.2.1.2 看護基準の見直しが行われている	(a・b・c・NA)
-------------------------	--------------

4.2.1.3 看護手順が活用されている	(a・b・c・NA)
----------------------	--------------

4.2.1.4 看護手順の見直しが行われている	(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)
-----------------------------	------------------

☞ アセスメントした事柄が残されていて、看護を行った結果などが書かれている

4.2.2.1 ケア・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 提供された看護ケアについて評価している	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

4.2.2.4 評価結果を看護計画に反映させている	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

4.2.4 看護の継続性が保たれている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------	------------------

4.2.4.1 患者の退院後の生活を配慮した看護計画が立てられている	(a・b・c・NA)
------------------------------------	--------------

4.2.4.2 看護ケアを継続するためにサマリーが作成されている	(a・b・c・NA)
----------------------------------	--------------

4.2.4.3 看護ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている	(a・b・c・NA)
---	--------------

4.3 看護ケアの質向上

4.3.1	看護ケアを改善する取組が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------------	------------------

4.3.1.1	ケアカンファレンスが行われている	(a・b・c・NA)
---------	------------------	--------------

4.3.1.2	看護職員の見解を診療内容に反映する仕組みがある	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	--------------

4.3.1.3	よりよい看護ケアの実施に向けてデータを収集し、分析している	例えば褥瘡の発生率や感染率などを把握して、ケアの改善に役立てている	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------

4.3.1.4	研究や開発の成果が看護ケアに反映されている	院内外で発表されたものを活用している	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	--------------------	--------------

4.3.2	効果的・効率的な看護ケア提供のための環境整備がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------------------	------------------

4.3.2.1	業務について他の部門・職種と合同で適宜検討している	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	--------------

4.3.2.2	他の部門・職種との業務分担と連携が適切に行われている	例えば、採血業務について検査部門と検討する、注射薬のミキシングについて薬剤部門と検討する等	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------	---	--------------

4.3.2.3	業務の効率化のための機器・システムの整備が推進されている	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	--------------

4.4 看護部門の職員の教育・研修

4.4.1	看護部門の職員の教育・研修が実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------------	------------------

4.4.1.1	看護部門の職員の教育・研修を行う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、コピー機など	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------------	---------------------------------------	--------------

4.4.1.2	看護部門の職員の教育・研修計画が立てられ、実施されている	職員の教育ニーズを反映していること	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------	-------------------	--------------

4.4.1.3	教育・研修の実施後に評価が行われている	(a・b・c・NA)
---------	---------------------	--------------

4.0 看護の適切な提供

この領域に関連して、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

5.0 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と意見の尊重

5.1.1	患者の声に耳を傾ける努力がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------	------------------

5.1.1.1	患者・家族に対して、自己の希望や意見を述べる機会があることを知らせている	入院案内書などへの記載と説明	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------------------	----------------	--------------

5.1.1.2	患者・家族の意見をきくための投書箱を設けている	投書箱の設置場所の適切さなども評価	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	-------------------	--------------

5.1.1.3	患者満足度や要望・意見をきくための調査などが定期的に行われている	例えば、嗜好調査のような単一サービスについてではなく、病院サービスの全般についての調査などの実施	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------------	--	--------------

5.1.1.4	各部門の責任者名を患者にわかるように明示している	院内の適当な場所または入院案内書などに記載してあること	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	-----------------------------	--------------

5.1.2	患者または家族に、診療について説明を行い、同意を得ている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------------	------------------

☞ 説明の内容、説明の手段、患者の質問・選択の機会、患者の希望などが診療録へ記載しており、第三者が確認できるようになっている

5.1.2.1	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)
---------	---	--------------

5.1.2.2	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	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------	--------------

5.1.2.3	患者に対して、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ている	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------	--------------

5.2 患者の食事への配慮

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ている	把握した結果を献立の改善に活用している	(a・b・c・NA)
---------	--------------	---------------------	--------------

5.2.1.4	嗜好調査を行って検討している	(a・b・c・NA)
---------	----------------	--------------

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

5.2.3.1	食材が適切に保管されている	使用する食材の管理状況全般の適切さ、使用後の調理品と材料の一定期間の保管	(a・b・c・NA)
---------	---------------	--------------------------------------	--------------

5.2.3.2	調理室内の衛生管理が行われている	調理人の使用する手洗い場、ユニフォームなどの衛生管理も含む	(a・b・c・NA)
---------	------------------	-------------------------------	--------------

5.2.3.3	食器類の洗浄・乾燥・保管の方法が適切である	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	--------------

5.3 患者サービスの配慮

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	待ち時間短縮のための努力をしている	待ち時間を短縮するための方策の導入とあわせて、待つことの苦痛を軽減する工夫についても評価	(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)

5.5 施設的な配慮

5.5.1	病院の案内・掲示が適切である		(5・4・3・2・1・NA)
5.5.1.1	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、文字の大きさなど 高齢者や小児への配慮	(a・b・c・NA)
5.5.1.2	案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金などの必要な情報が含まれている		(a・b・c・NA)
5.5.4	禁煙・分煙の配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
	☞ 全館禁煙で、守られている場合には高く評価する		
5.5.4.1	禁煙区域が設けられ分煙に配慮されている	場所による分煙	(a・b・c・NA)
5.5.4.2	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)
5.5.4.3	喫煙場所の換気に配慮している	全館禁煙の場合はNAとする	(a・b・c・NA)

5.6 安全の確保

5.6.1	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)
5.6.1.1	ベッドからの転落など、患者に関わる事故が把握され適切に対応されている	事故発生時の対応の責任体制、連絡網、対応手順	(a・b・c・NA)
5.6.1.2	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)
5.6.1.3	大規模災害時の対応体制が整っている		(a・b・c・NA)

5.6.2 医療廃棄物が適切に処理されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

5.6.2.1 医療廃棄物処理の担当者が決められ、廃棄の手順が整備されている (a・b・c・NA)

5.6.2.2 医療廃棄物の分別・梱包が適切に行われている (a・b・c・NA)

5.6.2.3 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)

5.0 患者の満足と安心

この領域に関連して、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

6.0 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	適切な就業規則、給与規程が定められ職員に周知されている	法的に完全であること 職員に周知されていることが必要	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------------	----------------------------	--------------

6.1.1.2	各職種について必要な人員が確保されている	有給休暇取得率、病床の稼働状況などを参考に	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	-----------------------	--------------

6.1.1.3	労働時間が把握され適切である	労働時間、就業形態、有給休暇取得率など	(a・b・c・NA)
---------	----------------	---------------------	--------------

6.1.1.4	人事考課は明確・合理的な基準に基づいて行われている	基準が明確で、かつ職員に周知されていることが必要	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	--------------------------	--------------

6.1.2	職場環境が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------	------------------

6.1.2.1	職員の安全が考えられている	健康診断、感染防止、事故発生時の対応など	(a・b・c・NA)
---------	---------------	----------------------	--------------

6.1.2.2	福利厚生に配慮されている		(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	病院会計準則に基づいた会計処理がなされている		(a・b・c・NA)
---------	------------------------	--	--------------

6.2.1.2	会計業務を担当する部署または担当者が明確になっている		(a・b・c・NA)
---------	----------------------------	--	--------------

6.2.1.3	予算書が作成されている		(a・b・c・NA)
---------	-------------	--	--------------

6.2.1.4	経営分析が定期的に行われている	部門別原価計算の実施など 財務、収支、生産性などの内容についての分析の実施	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	---------------------------------------	--------------

6.2.1.5	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)
---------	----------------------	--------------

6.3.1.4	医療設備・機器の保守管理がなされている	(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	購買システムが明確に定められている	発注から検収までのシステム	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	---------------	--------------

6.4.1.3	物品の購入は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	レセプトの作成と点検、提出が適切に行われている	作成・点検・提出の適切性	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	--------------	--------------

6.5.1.2	返戻・査定状況が把握され適切な対応がされている	返戻率、返戻理由の把握と対応手順の明確化	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	----------------------	--------------

6.5.1.3	未収金の状況が把握されている	(a・b・c・NA)
---------	----------------	--------------

6.5.1.4	保険請求についての教育が行われている	(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・診療行為別患者数など	(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)
------------------------------	--	--------------

6.6 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 委託先および委託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 医療事故防止への対応

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

6.7.1.1 患者の医療事故または医療事故に準ずる出来事が分析され安全教育の場に戻されるなど、患者の医療事故を防止するための組織的対応体制が整備されている	発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化など、対応手順の明文化	(a・b・c・NA)
--	-----------------------------------	--------------

6.7.1.2 患者の医療事故発生時の対応が適切である	事故発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------------------	--------------

6.7.1.3 医療事故の発生時には、その内容が記録され、残されている		(a・b・c・NA)
-------------------------------------	--	--------------

6.7.2 職員の事故防止への対応が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

6.7.2.1 職員の事故または事故に準ずる出来事が分析され、組織的に事故防止対策が検討されている		(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	事故発生時の連絡体制、担当部署(担当者)の明確化	(a・b・c・NA)
------------------------------------	--------------------------	--------------

6.7.2.3 職員の事故発生の状況が記録されている		(a・b・c・NA)
----------------------------	--	--------------

6.0 病院運営管理の合理性

この領域に関連して、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

7.0 精神科に特有な病院機能

7.1 精神科治療の基本的基盤の整備

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	開放的な処遇に努力している	(a・b・c・NA)
7.1.1.2	患者個人の個性や独自性が尊重されている	(a・b・c・NA)
7.1.1.3	患者の要求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ことが定着し、姓は敬称が用いられている	(a・b・c・NA)
7.1.2	患者個人情報の取扱いが適切である	(5・4・3・2・1・NA)
	<small>☞ 公文書や診療録の取扱いと同様に、電話での問合せや福祉施設などの情報交換時の配慮について評価する</small>	
7.1.2.1	患者氏名の記入された書類や伝票・薬袋などの処分方法は適正である	(a・b・c・NA)
7.1.2.2	外部(警察なども含む)からの照会などに対する対応手順が定められ、その内容が適切である	(a・b・c・NA)
7.1.2.3	患者家族への連絡方法について、患者家族の意向を尊重するよう定められている	(a・b・c・NA)
7.1.2.4	面会について、患者本人あるいは家族の意向が尊重されている	(a・b・c・NA)
7.1.3	精神科に不可欠な教育・研修が実施され、職員意識の向上を目指している	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.3.1	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)
7.1.3.2	患者および家族の個人情報の取扱いについて、教育がなされている	(a・b・c・NA)
7.1.3.3	不当な行動制限(隔離・拘束)が行われないよう、職員教育が徹底されている	(a・b・c・NA)
7.1.3.4	患者の処遇(通信・面会・電話)について、職員教育が徹底されている	(a・b・c・NA)
7.1.3.5	退院請求や処遇改善要求の取扱いについて、適正な職員教育がなされている	(a・b・c・NA)
7.1.3.6	精神保健福祉法(略称)について、職員教育がなされている	(a・b・c・NA)
7.1.4	患者の生活訓練指導および作業収益は適切に管理されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.1.4.1	清掃などの院内業務に患者を従事(使役)させていない	(a・b・c・NA)
7.1.4.2	デイケアや作業療法にかかわる収入は、患者にすべて還元されている	(a・b・c・NA)

7.2 地域精神医療の展開

7.2.1	在宅療養の支援が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.1.1	患者が退院後も必要に応じて相談できる体制がある	(a・b・c・NA)
7.2.1.2	訪問看護、訪問診療が積極的に行われている	訪問診療・訪問看護を行う担当などが決まっていること (a・b・c・NA)
7.2.1.3	訪問看護ステーションの利用および連携が積極的に行われている	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)
7.2.1.4	精神障害者生活支援センターとの連携・利用が積極的に行われている	(a・b・c・NA)
7.2.1.5	保健所などの担当保健婦などと、訪問看護・指導について連携がとられている	(a・b・c・NA)
7.2.1.6	急変時に在宅療養者の危機介入或いは受入れなどの体制が準備されている	不可能な場合には他医療施設への紹介の努力 (a・b・c・NA)
7.2.2	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)
7.2.2.1	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連携が行われている	(a・b・c・NA)
7.2.2.2	他の精神科医療機関(病院、診療所)や保健所などと連絡が保たれている	(a・b・c・NA)
7.2.2.3	通院リハビリテーション先(事業所)の事業主や就労先などとの連絡が保たれている	(a・b・c・NA)
7.2.2.4	家族会や患者回復者クラブなどの組織と連携し、協力しあっている	(a・b・c・NA)
7.2.2.5	長期療養施設の医療支援(痴呆や発達遅滞など)が行われている	特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、介護力強化病院などに入院・入所中の痴呆患者などへの対応について、指導や助言を行っている また、これらの施設からの重度の痴呆患者の受入れにも対応していることがあれば、それも評価する (a・b・c・NA)
7.2.3	地域の精神保健活動に参加または関与している	(5・4・3・2・1・NA)
7.2.3.1	地域の精神保健普及活動や健康教育活動などに関与している	(a・b・c・NA)
7.2.3.2	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)
7.2.3.3	病院に精神保健窓口を開設し、設置を広報している	(a・b・c・NA)
7.2.3.4	周辺地域住民に精神医療と精神障害への理解を広げる努力をしている	(a・b・c・NA)

7.3 精神科診療の展開と管理

7.3.1	身体合併症の治療体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.3.1.1	緊急時の治療対応体制(非常用セット、緊急用薬剤など)が整備されている	(a・b・c・NA)
7.3.1.2	他科の協力医療機関と連携している	(a・b・c・NA)
7.3.1.3	治療専用室(観察室あるいはハイケア室に使用できる部屋)を準備できる	(a・b・c・NA)
7.3.1.4	緊急時の協力機関連絡方法や搬送手段確保などの手順が整備されている	(a・b・c・NA)
7.3.2	リハビリテーションメニューが整備され活用している	(5・4・3・2・1・NA)
7.3.2.1	デイケア、ナイトケアを行っている	(a・b・c・NA)
7.3.2.2	精神科作業療法を行っている	(a・b・c・NA)
7.3.2.3	外来通院患者に通院リハビリテーション事業(いわゆる職親)を活用している	(a・b・c・NA)
7.3.3	精神保健指定医の実務状況は適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
7.3.3.1	定期的に患者診察がなされ、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
7.3.3.2	行動制限(隔離・拘束)を要する場合には、患者に十分な説明が行われ、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
7.3.3.3	行動制限(隔離・拘束)を行っている患者診察および記録は適切に行われている	(a・b・c・NA)
7.3.3.4	処遇(面会や電話利用)の制限は患者に十分な説明がなされ、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
7.3.3.5	入院後一律に、面会などの処遇制限を行っていない	(a・b・c・NA)
7.3.4	入院時の手続きは適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
7.3.4.1	入院の決定は医師の診察(医療保護入院は精神保健指定医の診察)によって判断されており、入院時の状況の記録が診療録に記載されている	(a・b・c・NA)
7.3.4.2	入院時に治療同意を求める説明努力を行い、その実施を診療録に記載している	(a・b・c・NA)
7.3.4.3	入院告知書は入院時に医師より説明とともに手渡され、その実施を診療録に記載している	(a・b・c・NA)
7.3.4.4	入院告知書が理解できる状況にないと判断される場合は、後日改めて説明を行っている	(a・b・c・NA)

7.3.5 措置入院の管理は適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

7.3.5.1 措置入院の妥当性について定期的に検討され、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
---	--------------

7.3.5.2 保護可能な設備の病棟(閉鎖病棟)で治療を行っている	(a・b・c・NA)
-----------------------------------	--------------

7.3.5.3 措置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)
--	--------------

7.3.5.4 仮退院の運用および手続きは適正に行われている	(a・b・c・NA)
--------------------------------	--------------

7.3.6 医療保護入院および任意入院の管理は適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	------------------

7.3.6.1 医療保護入院は精神保健指定医の診察に基づいて行われ、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
--	--------------

7.3.6.2 医療保護入院継続の必要性について定期的に検討され、診療録にその記録が記載されている	(a・b・c・NA)
---	--------------

7.3.6.3 患者の病状および根拠となる疾病は、医療保護入院あるいは任意入院に妥当である	(a・b・c・NA)
---	--------------

7.3.6.4 保護者について、その選任および同意が適切に行われている	(a・b・c・NA)
-------------------------------------	--------------

7.3.6.5 任意入院の入院同意書は、適正(本人署名・日付など)である	(a・b・c・NA)
--------------------------------------	--------------

7.3.6.6 入院形態の変更について、運用および手続きは適正に行われている	(a・b・c・NA)
--	--------------

7.3.7 退院請求・処遇改善請求の処理は適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------------	------------------

7.3.7.1 任意入院について、患者から退院請求がある場合は適切に対処されている	(a・b・c・NA)
---	--------------

7.3.7.2 任意入院患者を退院制限した場合、その理由は妥当で、手続きは適正に行われている	(a・b・c・NA)
--	--------------

7.3.7.3 精神医療審査会への退院請求および処遇改善請求について、患者に周知する工夫がなされ、その制度は適切に利用されている	(a・b・c・NA)
--	--------------

7.4 精神科看護の展開と管理

7.4.1	精神科に特有な看護が適切に実施されている		(5・4・3・2・1・NA)
7.4.1.1	患者の生活能力を評価検討し、能力向上を目標とした計画を立案され実施している	金銭管理や服薬管理能力獲得の支援を明示	(a・b・c・NA)
7.4.1.2	患者の療養生活を充実させるための工夫がなされている	多面的で多選択的プログラムを明示する	(a・b・c・NA)
7.4.1.3	患者の苦情や相談などが、適切に処理されている	話し合いの場の内容を明確にする	(a・b・c・NA)
7.4.1.4	担当者が決まっており、患者の不安や疑問などに応える体制がある		(a・b・c・NA)
7.4.1.5	治療や疾患知識および療養生活などについて、患者の理解を深める努力を行っている		(a・b・c・NA)
7.4.2	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)
7.4.2.1	患者が学習できる各種の機会を設けている	調理などの生活技術や社会習慣、対人関係など一般	(a・b・c・NA)
7.4.2.2	社会生活技能訓練を行っている		(a・b・c・NA)
7.4.2.3	院外社会訓練(買い物など)を行っている		(a・b・c・NA)
7.4.2.4	社会復帰に関して患者の意向を尊重し、支援の計画を立てている		(a・b・c・NA)
7.4.3	能力に障害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)
7.4.3.1	患者の利益を擁護するために、後見・補佐の内容が保護者との協議によって定められている	看護内容、世話の内容、代理行為の範囲など	(a・b・c・NA)
7.4.3.2	患者の症状にあわせた対応と保護の内容を検討し、常時見直しがなされている		(a・b・c・NA)
7.4.3.3	事故(自殺や怪我、失踪など)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)
7.4.4	措置入院患者に対して、適切な保護がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
7.4.4.1	措置入院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)
7.4.4.2	措置入院患者の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)
7.4.4.3	措置入院患者の院外での治療手段や行事参加などでは、厳重な観察下で適切な保護が行われている		(a・b・c・NA)

7.4.5 入院患者の行動制限(隔離・拘束)が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------------	------------------

- | | |
|--|--------------|
| 7.4.5.1 頻繁に巡回し、観察および対応することが定められ、その実施が記録されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.5.2 行動制限(隔離・拘束)を行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) |
| 7.4.5.3 安全で効果的に必要最小限の行動制限(隔離・拘束)が行われるよう、頻繁に必要性などが再検討され、記録に残されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.5.4 行動制限(隔離・拘束)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) |
| 7.4.5.5 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適切に成文化され実行されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.5.6 同一室内に複数の患者の隔離が行われないよう定められ実行されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.5.7 患者の希望により隔離室を利用した場合の手続きは適正に行われている | (a・b・c・NA) |

7.4.6 入院患者の処遇(通信・面会・電話利用)が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------------	------------------

- | | |
|---|--------------|
| 7.4.6.1 通信・面会・電話の利用の自由が保証されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.6.2 封書ほか郵便物は、速やかに投函され滞らせることはない | (a・b・c・NA) |
| 7.4.6.3 患者宛ての郵便物は、配達後速やかに本人に渡されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.6.4 危険物確認などで開封確認が必要な場合は、職員立ち会いのもとで本人に開封していただき、その旨が記録に残されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.6.5 信書の取扱い手順が定められ、取扱者の責任が明確になっている | (a・b・c・NA) |

7.4.7 患者の安全を守る適切な体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

- | | |
|--|--------------|
| 7.4.7.1 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) |
| 7.4.7.2 不在時のナースステーションや、その他の管理されるべき場所の施錠は、常に確認されている | (a・b・c・NA) |
| 7.4.7.3 ナースステーション内部に不用意に患者の立ち入りを行わせていない | (a・b・c・NA) |
| 7.4.7.4 ナースステーションや職員休憩所は整理整頓されている | (a・b・c・NA) |

7.4.8	患者の家族への治療的接近や援助基盤強化に努力している	(5・4・3・2・1・NA)
7.4.8.1	保護者や主だった家族の連絡先や住居および家族状況などを把握し、定期的に確認している	(a・b・c・NA)
7.4.8.2	患者面会や主治医面談の状況が整理され、管理把握する担当者が定められている	(a・b・c・NA)
7.4.8.3	患者への面会や主治医との面談が間遠くなっている家族(保護者)は、招聘する手順が定められており、実施されている	(a・b・c・NA)
7.4.8.4	患者と家族の関係が希薄化しないためのプログラムを工夫している	行事への家族の参加要請など (a・b・c・NA)
7.4.8.5	患者家族支援のプログラムがあり、家族への適切な支援がなされている	(a・b・c・NA)
7.5	精神科療養環境の整備と提供	
7.5.1	精神科隔離室が整備され運用されている	(5・4・3・2・1・NA)
7.5.1.1	病院規模・機能に応じた数の精神科隔離室が整備されている	(a・b・c・NA)
7.5.1.2	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)
7.5.1.3	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)
7.5.1.4	隔離室の衛生や空調の環境は保たれている	(a・b・c・NA)
7.5.2	患者のプライバシーに配慮している	(5・4・3・2・1・NA)
7.5.2.1	診察室の会話が外に漏れないようになっている	構造上の配慮、運営上、特に中待がある場合の配慮について評価する (a・b・c・NA)
7.5.2.2	他者に邪魔されない面会用スペースを提供できる	専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること (a・b・c・NA)
7.5.2.3	患者の私物は許可なく触れないよう徹底されている	(a・b・c・NA)
7.5.2.4	施錠できる個人用収納家具(ロッカーなど)が用意されている	(a・b・c・NA)
7.5.2.5	更衣などができる場所の配慮がなされている	(a・b・c・NA)
7.5.2.6	電話の設置場所について配慮がなされている	(a・b・c・NA)
7.5.2.7	外来患者呼び出しなどに配慮している	(a・b・c・NA)

7.5.3 社会との情報流通が容易である (5・4・3・2・1・NA)

- 7.5.3.1 電話は各所に設置され常時利用できる (a・b・c・NA)
- 7.5.3.2 各病棟にTVが設備されており、自由に利用できる (a・b・c・NA)
- 7.5.3.3 閉鎖病棟内でも、新聞や雑誌の講読が自由にできる (a・b・c・NA)
- 7.5.3.4 現実的要求であれば通信販売なども利用できる (a・b・c・NA)

7.5.4 患者の食事の快適性に配慮している (5・4・3・2・1・NA)

- 7.5.4.1 食事の時間に配慮している 配膳時刻の適切さ(夕食の場合、午後6時~7時)、食事と食事の間隔が十分にとられていること (a・b・c・NA)
- 7.5.4.2 食事の温度管理が適切に行われている 診療報酬上の加算の取得とは関係なく評価配膳設備、配膳方法 (a・b・c・NA)
- 7.5.4.3 選択メニューが可能である (a・b・c・NA)
- 7.5.4.4 食卓の飾りやクロスなど工夫された食堂空間となっている (a・b・c・NA)
- 7.5.4.5 食器や季節食などさまざまな工夫がなされている (a・b・c・NA)

7.5.5 患者の入浴に配慮している (5・4・3・2・1・NA)

- 7.5.5.1 浴室の広さが適当である (a・b・c・NA)
- 7.5.5.2 入浴日の頻度・時間などには余裕がある (a・b・c・NA)
- 7.5.5.3 夕方から夜間の時間帯に入浴可能な日がある (a・b・c・NA)
- 7.5.5.4 入浴日以外でもシャワー浴は可能である (a・b・c・NA)
- 7.5.5.5 浴室の安全性や清潔に配慮がなされている (a・b・c・NA)

7.5.6 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)

- 7.5.6.1 入院患者の種々の決まりは患者の利便性を配慮したものとなっている 消灯時間や面会時間の設定状況、家族の付添いへの配慮など (a・b・c・NA)
- 7.5.6.2 快適な療養を送るための生活設備やサービス設備がある (a・b・c・NA)
- 7.5.6.3 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)
- 7.5.6.4 病室内の収容庫などの他に私物を保管する場所が提供されている (a・b・c・NA)
- 7.5.6.5 毎日利用できる売店が整備されているか、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)

7.5.7 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)
-----------------------------	------------------

- | | |
|--|--------------|
| 7.5.7.1 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) |
| 7.5.7.2 運動場所、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) |
| 7.5.7.3 農園、花壇、楽器、絵具といった趣味用具が整備されている | (a・b・c・NA) |
| 7.5.7.4 将棋、麻雀、トランプなどのゲーム機器や娯楽の道具が用意されている | (a・b・c・NA) |

7.5.8 院内の清潔管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

- | | | |
|--|---------------------------|--------------|
| 7.5.8.1 院内の清潔管理に必要な設備、備品が整っている | 必要なものがそろっていて、適切に保管されていること | (a・b・c・NA) |
| 7.5.8.2 院内は整理整頓されている | | (a・b・c・NA) |
| 7.5.8.3 壁・天井・床が清潔に管理されている | | (a・b・c・NA) |
| 7.5.8.4 ベッドやマットの機能・清潔性が保たれるように、交換洗浄が適宜行われている | | (a・b・c・NA) |

7.6 精神科における事務管理

7.6.1 精神保健福祉法(略)による事務手続きは適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------------	------------------

- | | |
|--|--------------|
| 7.6.1.1 医療保護入院の入院届および退院届は遅滞なく処理されている | (a・b・c・NA) |
| 7.6.1.2 定期病状報告書(措置入院・医療保護入院)は遅滞なく処理されている | (a・b・c・NA) |
| 7.6.1.3 保護者選任手続きは適切に行われている | (a・b・c・NA) |
| 7.6.1.4 措置入院患者の仮退院および症状消退届は期日前に提出されている | (a・b・c・NA) |

7.6.2 預り金管理は適正に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

- | | | |
|---------|--|--------------|
| 7.6.2.1 | 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に随時処理されている | (a・b・c・NA) |
| 7.6.2.2 | 預り金は個人別に管理され、使途も明示されている <small>個人口座、個人台帳</small> | (a・b・c・NA) |
| 7.6.2.3 | すみやかに清算し、残額なく返納することができる | (a・b・c・NA) |
| 7.6.2.4 | 能力障害のため病院管理となる患者の代理行為について、患者あるいは保護者と病院との間で文書による適正な契約が交わされている | (a・b・c・NA) |
| 7.6.2.5 | 預り金利息の処理が適切に行われている <small>患者に帰属させているか</small> | (a・b・c・NA) |
| 7.6.2.6 | 管理体制は適切に行われている <small>ダブルチェック、通帳印鑑別々保管など</small> | (a・b・c・NA) |

7.0 精神科に特有な病院機能

この領域に関連して、貴院において特に努力されていることやご苦労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