

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	病院の中・長期計画		
1.2.1	地域での役割を踏まえた病院の中期または長期計画が策定されている		(5・4・3・2・1・NA)
1.2.1.1	中・長期計画が策定されている	2～10年程度の事業計画があること 地域のニーズを反映していること 病院の役割が明確であり、将来像をイメージできること	(a・b・c・NA)
1.2.1.2	中・長期計画策定にあたっては地域住民の意見や専門家の意見を取り入れる努力をしている	特定のものを指すものではないが、院外の声を計画に適切に反映する努力がどのようになされているか	(a・b・c・NA)
1.2.1.3	中・長期計画策定にあたっては、院内各部門からの意見を反映するよう努めている		(a・b・c・NA)
1.2.1.4	中・長期計画を策定する部門がある	病院全体に認知される組織的な位置づけが必要	(a・b・c・NA)

1.3 病院組織と管理体制

1.3.1	病院組織規定がある	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------	------------------

- | | | | |
|---------|---------------------------------|------------------------------|--------------|
| 1.3.1.1 | 組織運営の基本を定めた規定がある | 定款、寄付行為 組織の形態によっては、これらに替わるもの | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.2 | 理事会あるいはそれに代わる機関が設けられ定期的に開催されている | 会議の内容についての記録 | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.3 | 機能・活動を反映した組織図がある | 責任の所在・職務分担がわかるもの | (a・b・c・NA) |
| 1.3.1.4 | 職務規定、職務権限規定、会議規定などが定められている | 明文化されていること | (a・b・c・NA) |

1.3.2	事業が計画的に運営されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	------------------

- | | | | |
|---------|-------------------------------|--|--------------|
| 1.3.2.1 | 組織的な過程を経て毎年の事業計画が立てられている | 事業計画書があること 内容の具体性、予算計画による裏付け、年度ごとの見直し | (a・b・c・NA) |
| 1.3.2.2 | 事業計画書は部門ごとの目標と計画に具体化され実施されている | 目標の設定 達成度の評価 対策 | (a・b・c・NA) |
| 1.3.2.3 | 事業計画は客観的データに基づいて評価されている | 入院／外来別および診療科別1日平均患者数、病床の利用状況 医療費情報 診療圏調査など | (a・b・c・NA) |

1.4 病院職員の教育・研修

1.4.1	医療に関する職業倫理についての教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------------------	------------------

☞ 対象職員の範囲と教育の頻度やプログラムを考慮

- | | | | |
|---------|----------------------------|--------------------------------|--------------|
| 1.4.1.1 | 患者の権利についての教育が行われている | 患者の基本的な権利は何なのかの認識を定着させるための教育 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.2 | 患者のプライバシーの尊重についての教育が行われている | 守秘義務に関する教育も含む 資格制度のない職員への教育も実施 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.3 | 医療事故防止のための教育が行われている | 病院全体としての取組と内容の充実 | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.4 | 患者からの金品の謝礼を受け取らない教育が行われている | | (a・b・c・NA) |
| 1.4.1.5 | 患者に対する接遇についての教育が行われている | | (a・b・c・NA) |

1.4.2 業務に関わる教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------	------------------

☞ 対象職員の範囲と教育の頻度やプログラムを考慮

1.4.2.1 医療専門知識についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
------------------------------	--------------

1.4.2.2 経営的側面についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

1.4.2.3 各部門の職務規程についての教育が行われている	(a・b・c・NA)
--------------------------------	--------------

1.4.2.4 医療関連規則などの教育が行われている	(a・b・c・NA)
----------------------------	--------------

1.4.3 教育・研修の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

☞ 病院全体としての体制を評価

1.4.3.1 部門ごとの担当者が決まっている	担当部門あるいは責任者(兼任も可)	(a・b・c・NA)
-------------------------	-------------------	--------------

1.4.3.2 部門ごとのニーズに沿った計画が立てられている	計画の立てられ方	(a・b・c・NA)
--------------------------------	----------	--------------

1.4.3.3 教育・研修の実施結果が評価されている	教育・研修内容の見直しをどのようにしているか	(a・b・c・NA)
----------------------------	------------------------	--------------

1.4.3.4 教育研修のための予算が立てられている	実施可能性も考慮 医業収益の何%位を、という意識があるか	(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)
---------------------------	------------------

☞ 患者の立場を尊重する趣旨が病院の理念や基本姿勢に盛り込まれていることが望ましい

1.5.1.1 理念・基本方針の中で患者の権利の尊重について言及されている	権利という言葉を使っていなくても可	(a・b・c・NA)
---------------------------------------	-------------------	--------------

1.5.1.2 患者への案内書や掲示、広報、院内報などにおいて、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)
--	----------------	--------------

1.5.1.3 患者の権利を尊重する方針を職員に周知する努力がなされている	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 医療の質の評価・改善活動への取組

1.6.1 医療の質の評価・改善活動に取り組まれている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

1.6.1.1 医療・サービスの質の評価・改善に組織的に取り組み、継続的に行っていく体制がある	医療・サービスの質の評価・改善を推進・調整する部署あるいは担当者 委員会相当の組織でも可	(a・b・c・NA)
---	--	--------------

1.6.1.2 系統的な評価の実績があり、それに基づく改善活動を行っている	病院全体の各部署で評価活動に取り組んでいること 評価結果に基づく改善の努力が行われていること	(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ありま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 地域における役割・機能の認識

2.1.1	病院の地域における役割・機能が明確にされている		(5・4・3・2・1・NA)
2.1.1.1	地域のニーズを把握する努力をしている	把握の方法、院内での検討状況 地域の保健医療情報の収集と整理	(a・b・c・NA)
2.1.1.2	地域の他の保健・医療・福祉機関の機能を把握している	把握の方法、院内での検討状況 診療圏の把握、地域の人口、疾病統計の静態／動態など	(a・b・c・NA)
2.1.1.3	自院の具体的な役割・機能を規定している	以上を踏まえて役割・機能が明文化されていること	(a・b・c・NA)

2.2 地域のお施設との連携

2.2.1	自院の診療機能を地域の他の医療機関に知らせている		(5・4・3・2・1・NA)
-------	--------------------------	--	------------------

☞ 印刷物の配布、地域連携のための会合への出席など

2.2.2	自院の地域における役割・機能に応じた紹介患者の受入れ体制がある		(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------------------	--	------------------

2.2.2.1	紹介患者と紹介元の医療機関を把握している	医療機関別、診療科別の患者数の把握	(a・b・c・NA)
2.2.2.2	紹介元への返答が的確に行われている	返答様式、返答の迅速性・確実性、返答もれのチェックなど	(a・b・c・NA)

2.2.4	適時、適切な患者紹介がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------	--	------------------

2.2.4.1	他の医療施設への紹介患者が把握されている	月報や施設のリストなど	(a・b・c・NA)
2.2.4.2	他の適切な医療施設に紹介・転送する仕組みが確立している	担当者、手順など	(a・b・c・NA)

2.3 病院が地域に開かれていること

2.3.2	広報活動が積極的に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	--	------------------

2.3.2.1	広報活動を担当する部門がある、または担当者がある	広報誌の企画や制作の担当	(a・b・c・NA)
2.3.2.2	広報誌の発行などの広報活動が行われている	広報誌の発行部数、発行回数、内容など広報活動の効果の評価が行われており、評価結果を企画に反映させる等活用している	(a・b・c・NA)

2.4 救急医療活動

2.4.1	救急医療について、地域における自院の役割が認識されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------------	------------------

2.4.1.1	地域における救急医療の整備・実施状況が把握されている	地域における機能別救急の実施機関など	(a・b・c・NA)
---------	----------------------------	--------------------	--------------

2.4.1.2	自院の救急医療に対する方針が院内に徹底している	救急部門以外の職員への周知も含む	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------	------------------	--------------

2.4.1.3	自院の救急医療実施状況が把握され、評価されている		(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	--	--------------

2.4.2	【三次救急でない場合】認識されている役割に必要な救急医療体制(救急機能)が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	--	------------------

☞ 三次救急を行う病院の場合はNAとする。ここでいう三次とは地域の高次救急医療機関として明確に位置づけられている場合をいう

2.4.2.1	救急患者受入れのための施設・設備・人員が整っている		(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	--	--------------

2.4.2.2	診療各科の支援体制が整っている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--	--------------

2.4.2.3	救急患者受入れ時の対応手順が確立されている	担当スタッフ、受入れの諾否の決定の仕組、受入れ不能時の対応手順	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	---------------------------------	--------------

2.4.2.4	救急医療部門の運営に関する規則がある		(a・b・c・NA)
---------	--------------------	--	--------------

2.4.2.5	地域における救急システムに関する会合(救急業務連絡会議など)に参加している		(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------------	--	--------------

2.5 医療の継続性

2.5.1	入院中の患者の退院後の療養環境の調整が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------------	------------------

2.5.1.1	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)
---------	----------------------	---------	--------------

2.5.1.2	退院後の療養環境について患者や家族との話し合いが行われている		(a・b・c・NA)
---------	--------------------------------	--	--------------

2.5.1.3	患者の退院後の療養環境の整備について、院内のスタッフとの調整が行われている	調整の仕組があること	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------------------	------------	--------------

2.5.1.4	患者の退院後の療養環境の整備について、院外の諸機関との調整が行われている	連絡などの仕組があること	(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	個々の患者について、主治医・担当医をはじめとする責任体制が確立している		(5・4・3・2・1・NA)
3.1.1.1	主治医たる資格および診療の責任体制が適切に定められている	主治医責任を有する医師の条件、研修医などの診療の判断や行為を監視する体制	(a・b・c・NA)
3.1.1.2	患者と家族に対して、診療の責任体制が明確に示されている	名札の着用、患者への説明書などへの記載、ベッドサイドへの表示など	(a・b・c・NA)
3.1.1.3	主治医(担当医)との連絡が常に保たれている	迅速な連絡が可能であること	(a・b・c・NA)
3.1.1.4	主治医(担当医)不在時の支援体制が明示されている	不在時の医師の明示	(a・b・c・NA)
3.1.1.5	主治医による毎日の回診および診療科の責任者による定期的回診が行われている		(a・b・c・NA)
3.1.1.6	医師の診療活動を評価し改善を支援する仕組みがある	評価のフィードバックシステム、診療実績、診療内容、患者への説明と対応、院内外の医師や他職種とのネットワークなどの評価、他者評価、自己評価、診療録のレビューなど	(a・b・c・NA)

3.2 診療内容の質と保証

3.2.1	個々の症例について十分な検討が行われている		(5・4・3・2・1・NA)
3.2.1.1	症例検討会が定期的に行われ、日常の診断治療の適切性についてレビューされている	治療目的、治療方針、治療計画	(a・b・c・NA)
3.2.1.2	死亡症例について病理医を交えて検討が行われている		(a・b・c・NA)

3.3 診療における倫理の確立

3.3.1	診療における倫理が確立される仕組みがある		(5・4・3・2・1・NA)
3.3.1.1	倫理上問題となる症例などに対応する仕組みが確立されている	研究倫理委員会など	(a・b・c・NA)
3.3.1.2	診療における倫理に関する教育・研修が行われている	具体的な内容があること	(a・b・c・NA)
3.3.1.3	治験・臨床研究の規程があり遵守されている	実態をチェックする仕組みのあること	(a・b・c・NA)

3.4 病院組織と医師

3.4.1	医師の人事管理が合理的に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
3.4.1.1	医師の採用基準があり、採用時に必要な手続きの様式が整備されている	採用基準および採用手続きの明確化	(a・b・c・NA)
3.4.1.2	医師の人事考課のシステムがある	人事考課基準の明確化 定期的な実施の実績	(a・b・c・NA)
3.4.1.3	医師の業務管理が行われている	勤務規程、勤怠管理の体制 管理の責任の所在が明確であること	(a・b・c・NA)
3.4.2	病院の基本方針が医師に徹底している		(5・4・3・2・1・NA)

3.5 診療情報の管理

3.5.2	診療録が適切に作成されている		(5・4・3・2・1・NA)
3.5.2.1	診療録の記載内容が適切である		(a・b・c・NA)
3.5.2.2	諸検査の所見についての記載がある		(a・b・c・NA)
3.5.2.3	手術記録が迅速に作成されており、作成された日時が記載されている		(a・b・c・NA)
3.5.2.4	退院時サマリーが適切に迅速に作成されている	サマリーの様式、期限内完成の状況、完成率の把握、作成を促進する体制と努力	(a・b・c・NA)
3.5.3	診療録が適切に管理されている		(5・4・3・2・1・NA)
3.5.3.1	1患者1ID番号である		(a・b・c・NA)
3.5.3.2	1患者1診療録(または1ファイル)または患者情報が一元化できる方式になっている	入院では1ファイル、外来では情報が一元化されていれば1ファイルでなくとも可	(a・b・c・NA)
3.5.3.3	診療録の中央管理が行われている		(a・b・c・NA)
3.5.3.4	適切な保管方法が採用されている		(a・b・c・NA)
3.5.3.5	診療録の紛失が把握されている	紛失の防止、紛失を把握するシステム	(a・b・c・NA)

3.6 医師の教育・研修

3.6.1	医師の教育・研修を推進する体制がある		(5・4・3・2・1・NA)
3.6.1.1	研修会・学会への参加・発表が支援されている	情報の収集、申請方法、参加中の取扱い、費用負担の方法など	(a・b・c・NA)
3.6.1.2	専門資格・認定医の取得・維持が支援されている	資格保持者の把握、保持者の機能の活用、人事・処遇面での配慮など	(a・b・c・NA)
3.6.1.3	学会・研修の内容が報告されている	報告の場、記録など	(a・b・c・NA)
3.6.1.4	院内の研修会が積極的に行われている	開催記録	(a・b・c・NA)

3.7 図書室の機能

3.7.1	図書室が適切に管理されている		(5・4・3・2・1・NA)
3.7.1.1	専任の図書室実務の管理責任者がいる		(a・b・c・NA)
3.7.1.2	院内の各専門職種の生涯研修に配慮した専門雑誌の購入が行われている		(a・b・c・NA)
3.7.1.3	図書に関する情報が定期的に知らされている		(a・b・c・NA)
3.7.1.4	図書が中央で一括管理されている	一部各科に常置図書がある場合はその所在が中央で把握されていること	(a・b・c・NA)
3.7.1.5	図書の分類、整理が行われている	一定の方式で分類、整理されていること	(a・b・c・NA)

3.8 臨床検査

3.8.1	臨床検査部門の体制が整っている		(5・4・3・2・1・NA)
3.8.1.1	部門の管理責任者がいる		(a・b・c・NA)
3.8.1.2	機能に応じて必要な職員が確保されている	外注、プランチラボの場合は、院内職員による業務量を勘案	(a・b・c・NA)
3.8.1.3	十分な広さの施設が確保されている	業務量に応じた広さ	(a・b・c・NA)
3.8.1.4	必要な設備、機器がある	機能に応じた整備状況	(a・b・c・NA)
3.8.1.5	検査機器の整備と点検が適切に行われている	手順の明確化、定期的実施、実施記録	(a・b・c・NA)

3.8.2 運営体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------	------------------

3.8.2.1 検査結果の報告に関する規則が定められている パニック値の取扱いも含む (a・b・c・NA)

3.8.2.2 緊急時の検査体制が整っている (a・b・c・NA)

3.8.3 精度管理が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------	------------------

3.8.3.1 外部精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.3.2 内部精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.3.3 外注検査については適切な精度管理が行われている (a・b・c・NA)

3.8.4 検査室の安全管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

3.8.4.1 構造上の安全に配慮している 危険物の取扱い、物の配置、整理整頓 (a・b・c・NA)

3.8.4.2 災害時、緊急時の設備・体制が整っている (a・b・c・NA)

3.8.4.3 検査室職員の感染防止が図られている 方針、手順の明確化、遵守状況 (a・b・c・NA)

3.9 画像診断

3.9.1 画像診断のための体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.9.1.1 機能に応じて必要な職員が確保されている (a・b・c・NA)

3.9.1.2 画像診断および安全管理について放射線科専門医による他科医師への教育が随時行われている (a・b・c・NA)

3.9.2 画像診断の報告書が作成されている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.9.2.1 専門医により画像診断の報告書が作成されている (a・b・c・NA)

3.9.2.2 画像診断の報告書が迅速に作成されている (a・b・c・NA)

3.11 薬剤の使用・管理

3.11.1 薬剤部門の体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

3.11.1.1 部門の管理責任者がいる	(a・b・c・NA)
----------------------	--------------

3.11.1.2 業務量に見合った人員が確保されている	(a・b・c・NA)
-----------------------------	--------------

3.11.2 薬剤に関する管理体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------	------------------

3.11.2.1 薬剤の使用および採用・採用取消に関する検討会が定期的に行われている	薬事委員会の設置、定期的な開催	(a・b・c・NA)
--	-----------------	--------------

3.11.2.2 麻薬、向精神薬などが適切に管理されている	保管、使用手順、使用記録など	(a・b・c・NA)
-------------------------------	----------------	--------------

3.11.2.3 病院の薬剤の在庫管理が適切に行われている		(a・b・c・NA)
-------------------------------	--	--------------

3.11.2.4 病棟の薬剤在庫を減らす努力がなされている		(a・b・c・NA)
-------------------------------	--	--------------

3.11.3 適切な調剤体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------	------------------

3.11.3.1 注射薬の一本渡しが行われている		(a・b・c・NA)
--------------------------	--	--------------

3.11.3.2 調剤後の確認体制が整っている		(a・b・c・NA)
-------------------------	--	--------------

3.11.3.3 夜間の調剤体制が整っている	薬剤師、調剤体制の確保	(a・b・c・NA)
------------------------	-------------	--------------

3.11.4 薬剤情報の管理・提供が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

3.11.4.1 院内の医薬品集が作成されている	定期的な内容の見直し、適宜改定・増補	(a・b・c・NA)
--------------------------	--------------------	--------------

3.11.4.2 院内で薬剤に関する情報提供を行っている	副作用情報、新規採用薬剤に関する情報など	(a・b・c・NA)
------------------------------	----------------------	--------------

3.11.4.3 薬剤の副作用発生状況などの報告を受け、調査・検討する体制が整っている		(a・b・c・NA)
---	--	--------------

3.11.4.4 医薬品情報に関する問い合わせへの対応の体制が整っている		(a・b・c・NA)
--------------------------------------	--	--------------

3.11.5 投薬するときの服薬指導が十分行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

3.11.5.1 外来患者に対して服薬指導が十分に行われている (a・b・c・NA)

3.11.5.2 入院患者に対して服薬指導が十分に行われている (a・b・c・NA)

3.11.5.3 院内で薬歴管理を行っている (a・b・c・NA)

3.17 院内感染防止の体制

3.17.1 院内感染防止のための体制がある	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.17.1.1 院内感染防止のための委員会が存在し、活動 定期的な開催
している (a・b・c・NA)

3.17.1.2 院内感染防止のための指針が作成され、関係
する部署に配付されている (a・b・c・NA)

3.17.2 職員に対する教育が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------	------------------

3.17.3 院内感染に関する対応体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

3.17.3.1 院内感染が発生した場合、あらかじめ決められて
いる責任者に報告され、迅速な対策をとる体
制が明文化されている (a・b・c・NA)

3.17.3.2 院内感染の現状把握に対する努力が行われ、
発生頻度が報告されている (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ありま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 看護部門の組織の確立と運営

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	業務量などに合わせて配慮している (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や委員会があり、機能している	会議や委員会の内容が記録され、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	個人の希望を考慮したフレキシブルな体制が取られている (a・b・c・NA)
----------------------	--

4.1.5	個々の看護部門の職員をいかすよう組織が作られ、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	各職場のグループ活動、委員会活動、提案箱、自己申告書制度などがある	(a・b・c・NA)
---------	---------------------------	-----------------------------------	--------------

4.1.5.2	権限の委譲が適宜なされている		(a・b・c・NA)
---------	----------------	--	--------------

4.1.5.3	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)
---------	---------------------------	-----------------	--------------

4.1.5.4	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	ここで看護基準とは主な疾患、症状に対する看護ケアの内容が明示されているもの、患者のアセスメント、計画立案、実施、評価に活用されていること	(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	看護ケア、検査、処置などの手続きを明文化したもの、日常のケア提供に活用できるマニュアル	(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 看護ケアの質向上の努力

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	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)
---------	----------------------------	---	--------------

4.3.2.2	看護ケアに関わる機器、薬剤、物品などの流れのシステム化が推進されている	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------------------	--------------

4.3.2.3	看護ケアに関わる情報の流れがシステム化されている	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	--------------

4.4 看護部門の職員の能力開発

4.4.1	看護部門の職員の能力評価が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------	------------------

4.4.1.1	看護部門の職員の能力を評価するための道具や方法をもっている	(a・b・c・NA)
---------	-------------------------------	--------------

4.4.1.2	所定の手順で評価が行われている	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--------------

4.4.1.3	能力評価結果が活用されている	(a・b・c・NA)
---------	----------------	--------------

4.4.2	看護部門の職員の能力開発プログラムが実施されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------------------	------------------

4.4.2.1	看護部門の職員の能力開発計画が立てられている	職員の教育ニーズを反映していること	(a・b・c・NA)
---------	------------------------	-------------------	--------------

4.4.2.2	適切な能力開発プログラムがある	キャリア・アップの視点	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	-------------	--------------

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

4.4.2.4	看護部門の職員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、コピー機など	(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)
5.1.4	患者のプライバシー保護の配慮がなされている		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.4.1	診察室などの会話が外にもれないよう配慮がなされている	構造上の配慮、運営上の配慮	(a・b・c・NA)
5.1.4.2	病室で入院患者がプライバシーを確保できる配慮がなされている	1人当りの面積、カーテン、廊下から見えないような工夫など	(a・b・c・NA)
5.1.4.3	面会用のスペースがある	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)
5.1.4.4	患者、家族に説明するための、プライバシーの保たれる場所がある	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)
5.1.4.5	病名などの患者情報の取扱いが適切である	公文書や診療録の取扱い、電話での問い合わせへの対応、他施設との情報交換時の配慮	(a・b・c・NA)
5.1.4.6	検体などが人目に触れないように配慮がなされている	検査室の配置、検体の採取、搬送の方法など	(a・b・c・NA)
5.1.6	患者の逝去時の対応が適切である		(5・4・3・2・1・NA)
5.1.6.1	霊安室が整備されている		(a・b・c・NA)
5.1.6.2	逝去時の手順が明文化されている		(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 栄養士が医師、看護婦と密接に個々の患者の栄養管理について意見交換を行っている	栄養委員会の開催その他のシステム (a・b・c・NA)
--	----------------------------------

5.2.1.3 患者それぞれの嗜好なども考慮して、食事の喫食状況を把握している	(a・b・c・NA)
---	--------------

5.2.1.4 栄養士が適切な栄養指導を行っている	(a・b・c・NA)
---------------------------	--------------

5.2.1.5 経口栄養へ移行するための努力がなされている	医師、看護婦、栄養部門の協働 (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 使用後の食材と調理品の一定期間保管 (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 衛生状態を考慮した配膳が行われている	(a・b・c・NA)
----------------------------	--------------

5.2.3.4 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 外来における待ち状況の改善に努めている	(5・4・3・2・1・NA)
---------------------------	------------------

5.3.1.1 外来における待ち時間調査を実施している	診療科別、セクション別の分析も (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 診療開始予定時刻に診療が開始されている	外来全診療科で行われている (a・b・c・NA)
-----------------------------	-------------------------------

5.4 院内環境の整備

5.4.1	院内の環境整備体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
5.4.1.1	院内の環境整備の担当部署または担当者がおかれている	(a・b・c・NA)
5.4.1.2	院内の環境整備の業務内容が明確にされている	(a・b・c・NA)
5.4.1.3	院内の環境整備の責任者および部署の管理責任者により、院内巡視が行われている	(a・b・c・NA)
5.4.3	院内の明るさおよび配色に配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
5.4.3.1	病室内の採光に配慮がなされている	(a・b・c・NA)
5.4.3.2	廊下・階段などに適切な採光や照明の配慮がなされている	(a・b・c・NA)
5.4.5	病棟の静粛についての配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
5.4.5.1	緊急時以外は院内放送を行わない	(a・b・c・NA)
5.4.5.2	周囲の環境に応じて病棟の静粛への工夫がなされている	道路騒音への配慮など (a・b・c・NA)
5.4.5.3	病棟の静粛が保たれている	(a・b・c・NA)
5.4.6	患者に安らぎを与える落ち着いた空間づくりがなされている	(5・4・3・2・1・NA)
5.4.6.1	院内に観葉植物や絵画などを含むインテリアに配慮がみられる	(a・b・c・NA)
5.4.6.2	院内の掲示物などに配慮されている	乱雑になっていないこと (a・b・c・NA)
5.4.7	院内の案内表示が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
5.4.7.1	必要な場所にわかりやすい案内表示が設けられている	表示の配置、大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)
5.4.7.2	正面玄関に全館の案内図が表示されている	大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)
5.4.7.3	各階のエレベーターホールなどに、その階の平面図が表示されている	大きさ、内容、わかりやすさ (a・b・c・NA)

5.4.8 分煙へ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
- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 5.4.8.1 隔離された喫煙区域が設けられ、他の用途に用いられていない | 全館禁煙の場合は、NAとする | (a・b・c・NA) |
| 5.4.8.2 喫煙区域の内外に適切な表示がある | 全館禁煙の場合は、そのことについての表示が適切になされていることを評価 | (a・b・c・NA) |
| 5.4.8.3 喫煙区域には換気の機能がある | 全館禁煙の場合はNAとする | (a・b・c・NA) |

5.4.10 トイレについて施設的な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-----------------------------	------------------

- | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------|
| 5.4.10.1 トイレの配置が適当である | 数・配置・使用方法 | (a・b・c・NA) |
| 5.4.10.2 トイレの広さが適当である | 車イスでの利用についても考慮 | (a・b・c・NA) |
| 5.4.10.3 トイレの安全性に配慮がなされている | 構造、床の材料、清掃状況、緊急時の対策など | (a・b・c・NA) |
| 5.4.10.4 トイレの清潔性に配慮がなされている | | (a・b・c・NA) |

5.5 安全体制の確立

5.5.1 患者の安全に対する日常的な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
------------------------------	------------------

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| 5.5.1.1 患者の安全性を考えた構造・設備が整っている | 小児や高齢者への配慮、疾患別の配置、構造上の種々の配慮 | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.2 患者が使用する設備・備品は適宜点検・補修されている | 現場で点検を心掛ける姿勢、補修の手順 | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.3 患者に関わる院内の事故が把握され、適切に対応されている | 事故などの報告と対処の手順 | (a・b・c・NA) |
| 5.5.1.4 患者の安全に関する教育が行われている | | (a・b・c・NA) |

5.5.2 医療廃棄物の処理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
--------------------------	------------------

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| 5.5.2.1 医療廃棄物処理の責任者を配置している | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.2.2 感染性廃棄物の分別・梱包が適切である | | (a・b・c・NA) |
| 5.5.2.3 医療廃棄物の処理の過程が適切に行われていることが確認されている | 外部委託の場合には、業者による処理の適切性の確認が必要 | (a・b・c・NA) |

5.5.3 自院での災害発生時の対応体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
----------------------------	------------------

5.5.3.1 病院で作成した独自の防災マニュアルがある 消防計画を含む (a・b・c・NA)

5.5.3.2 マニュアルに沿った防災訓練が年1回以上実施されている (a・b・c・NA)

5.5.3.3 地域の医療機関、地域住民との防災訓練を年1回以上行っている (a・b・c・NA)

5.5.3.4 夜間の災害発生時に対応する体制がある 連絡網、役割分担、避難路の明示など 夜間を想定した訓練の実施など (a・b・c・NA)

5.5.3.5 停電時の対応体制が整っている (a・b・c・NA)

5.5.4 地域における大規模災害時の対応体制が整っている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	------------------

5.5.4.1 大規模災害時の対応マニュアルがある (a・b・c・NA)

5.5.4.2 大規模災害時に備えた医薬品の用意がある (a・b・c・NA)

5.5.4.3 大規模災害時に備えた水や食料品の用意がある (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

6.0 病院運営管理の合理性

6.1 人事・労務管理

6.1.1	人事管理の体制が整備されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	------------------

6.1.1.1	適切な就業規則および給与規定が定められ、職員に周知されている	法的に完全であること 職員に周知されることが必要	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------------	--------------------------	--------------

6.1.1.2	人事管理の仕組が確立されている	担当部署、担当者の明確化	(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--------------	--------------

6.1.1.3	人事考課が明確かつ合理的な基準により行われている	基準が明確でかつ職員に周知されることが必要	(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	-----------------------	--------------

6.1.1.4	就業の実態が適切である	労働時間、就業形態、有給休暇の状況	(a・b・c・NA)
---------	-------------	-------------------	--------------

6.1.2	人材確保のための努力がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------	------------------

6.1.2.1	職員の採用計画およびその執行が適切である	配置計画に基づく採用計画	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	--------------	--------------

6.1.2.2	柔軟な雇用形態および勤務体制に配慮している	職員のライフスタイルや要望を配慮した、柔軟な形態を用意していること	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	-----------------------------------	--------------

6.1.2.3	職員の離職状況とその理由が把握されている		(a・b・c・NA)
---------	----------------------	--	--------------

6.1.2.4	必要な人材が確保されている		(a・b・c・NA)
---------	---------------	--	--------------

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

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

6.1.3.2	職員の休憩室および食堂が整備されている		(a・b・c・NA)
---------	---------------------	--	--------------

6.1.3.3	福利厚生活動が積極的に行われている		(a・b・c・NA)
---------	-------------------	--	--------------

6.1.4	健全な労使関係が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
-------	----------------	------------------

☞ 労働組合がない場合でも評価対象とする。組合がない場合には、以下の小項目はNAとし、「労使協議の場が適切に設けられているか」等により包括的に中項目を評価

6.1.4.1	【労働組合がある場合】労使協議制が設けられている		(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	--	--------------

6.1.4.2	【労働組合がある場合】団体交渉のルールが確立されている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------------------	--	--------------

6.1.4.3	【労働組合がある場合】患者に不安を与えないような労働協約が設けられている		(a・b・c・NA)
---------	--------------------------------------	--	--------------

6.2 財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている	(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	別に開設主体の定めるものがあればそれで可 (a・b・c・NA)
6.2.1.2	会計業務を担当する部署および担当者が明確になっている	(a・b・c・NA)
6.2.2	予算管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.2.1	予算書が作成されている	基本方針と関連のあること (a・b・c・NA)
6.2.2.2	予算計画に際して、各部門の意見を取り入れている	(a・b・c・NA)
6.2.2.3	予算編成手続きが明瞭である	(a・b・c・NA)
6.2.2.4	予算の執行が適切に行われている	(a・b・c・NA)
6.2.3	経営管理がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.3.1	部門別、診療科別の収入が把握されている	(a・b・c・NA)
6.2.3.2	部門別、診療科別の費用が把握されている	(a・b・c・NA)
6.2.3.3	経営状態が各部門に周知されている	(a・b・c・NA)
6.2.4	経営改善の努力がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.4.1	経営分析が定期的になされている	(a・b・c・NA)
6.2.4.2	経営に関する方針について検討がなされ、職員に示されている	(a・b・c・NA)
6.2.4.3	経営改善に向けての活動が行われている	(a・b・c・NA)
6.2.5	資金管理および投資計画が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
6.2.5.1	資金の調達および資金繰りの手続きが適切である	担当者、手順・手続きの明確化 (a・b・c・NA)
6.2.5.2	設備投資の手続きが適切である	(a・b・c・NA)

6.2.6 第三者による外部監査が行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

☞ 監査をする監事は外部の人材を選任している等、第三者的な客観的視点から組織活動を監査できる体制になっていること

6.4 施設・設備管理

6.4.1 施設・設備の管理体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------	------------------

6.4.1.1 施設・設備の管理責任者がいる (a・b・c・NA)

6.4.1.2 年次保守管理計画が立てられている (a・b・c・NA)

6.4.1.3 施設・設備運営マニュアルが整備されている (a・b・c・NA)

6.4.2 医療ガスの管理に対する十分な配慮がなされている	(5・4・3・2・1・NA)
-------------------------------	------------------

6.4.2.1 医療ガス安全管理委員会が設置されている (a・b・c・NA)

6.4.2.2 医療ガス設備の改修・保守点検などの監督責任者および実施責任者が選任されている (a・b・c・NA)

6.4.3 医療機器の保守点検が適切に行われ、トラブル発生時にも迅速な対応ができる	(5・4・3・2・1・NA)
---	------------------

6.4.3.1 医療機器の保守点検が中央化されている (a・b・c・NA)

6.4.3.2 医療機器の定期点検マニュアルが作成されている (a・b・c・NA)

6.4.3.3 それぞれの医療機器にトラブル発生時の対策が明示され、内部の職員による迅速な対応ができる (a・b・c・NA)

6.5 物品管理

6.5.1	物品管理が適切に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
6.5.1.1	物品購入方法の適正化に努めている	購入手続きが明確にされていること	(a・b・c・NA)
6.5.1.2	物品管理の責任者が決まっている		(a・b・c・NA)
6.5.1.3	購買の中央化が行われている		(a・b・c・NA)
6.5.1.4	適切な物品購入予算が立てられている		(a・b・c・NA)
6.5.1.5	物品の定義、規格の標準化が行われている	部品や消耗品の互換性の確保、管理の効率化のため	(a・b・c・NA)
6.5.2	物品の在庫管理が適正に行われている		(5・4・3・2・1・NA)
6.5.2.1	適正な在庫量を定め、欠品と不良在庫の防止や陳腐化の防止およびスペースの節約に努めている	在庫の定量化、補給体制	(a・b・c・NA)
6.5.2.2	期末(または毎月)帳簿が準備され、棚卸を実施している		(a・b・c・NA)
6.5.2.3	在庫量については半期または期末に見直しを行って、適正在庫量の調整を行っている		(a・b・c・NA)
6.5.3	公正な取引が行われるための仕組みがある		(5・4・3・2・1・NA)
6.5.3.1	物品納入業者は公正な基準によって選ばれている	納入実績の管理、指名入札など	(a・b・c・NA)
6.5.3.2	発注部門と検収部門は明確に区別され、内部牽制の機能を果たしている	病床規模によっては、担当者が分けられている ればよい	(a・b・c・NA)
6.5.3.3	医療機器、材料および薬品の購入については、購入希望部署と用度担当とが協議して行っている		(a・b・c・NA)

6.6 医事業務

6.6.1	医事業務手順が整備されている		(5・4・3・2・1・NA)
6.6.1.1	受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である	窓口対応の工夫、診療録の検索と搬送の方法とその所要時間なども勘案	(a・b・c・NA)
6.6.1.2	会計計算の手順が合理的である	伝票の取扱い、コンピューターの入力方法なども勘案	(a・b・c・NA)
6.6.1.3	レセプト作成と点検、提出が適正に行われている	作成・点検・提出の手順の明確化とその手順の適切性	(a・b・c・NA)

6.6.2	医療費算定および収納業務が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	------------------------	------------------

6.6.2.1	窓口の収納業務が適切に行われている	患者負担金の領収方法、現金過不足の処理方法など	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	-------------------------	--------------

6.6.2.2	未収金の状況が把握されている	未収金の発生理由、対医業収益割合、回収方法など	(a・b・c・NA)
---------	----------------	-------------------------	--------------

6.6.2.3	返戻・査定状況が把握されている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------	--	--------------

6.6.2.4	返戻・査定について適切な対応がなされている	対応手順の明確化	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	----------	--------------

6.6.3	医事統計が適切に作成されている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-----------------	------------------

6.6.3.1	必要な医事統計が毎期作成されている	(入院／外来別・診療科別)新患者数、延べ患者数、診療単価、平均在院日数など	(a・b・c・NA)
---------	-------------------	---------------------------------------	--------------

6.6.3.2	医事統計が病院運営に有効に活用されている	運営会議などで活用	(a・b・c・NA)
---------	----------------------	-----------	--------------

6.7 業務委託

6.7.1	委託業者の選定が適切である	(5・4・3・2・1・NA)
-------	---------------	------------------

6.7.1.1	業者が業務上の事故に対する賠償責任の保険などに加入していることを確認している		(a・b・c・NA)
---------	--	--	--------------

6.7.1.2	業者が従業員の教育を適切に行っていることを確認している	業者の従業員の教育、教育内容などの確認	(a・b・c・NA)
---------	-----------------------------	---------------------	--------------

6.7.1.3	契約の見直しを定期的に行っている		(a・b・c・NA)
---------	------------------	--	--------------

6.7.2	委託業務の管理が適切に行われている	(5・4・3・2・1・NA)
-------	-------------------	------------------

6.7.2.1	患者サービスと病院業務の質の向上に配慮して、業務の委託が行われている	委託の必要性、適切性などについての検討の場合	(a・b・c・NA)
---------	------------------------------------	------------------------	--------------

6.7.2.2	委託業務の品質管理を担当する部門または体制がある		(a・b・c・NA)
---------	--------------------------	--	--------------

6.7.2.3	委託業者に対する教育が定期的に行われている		(a・b・c・NA)
---------	-----------------------	--	--------------

6.7.2.4	委託業務の事故発生時には、単独に処理せずに必ず病院責任者に報告して指示を受けるよう手順が定められている	対応方法の明確化、業者への周知	(a・b・c・NA)
---------	---	-----------------	--------------

6.8 医療事故防止への対応

6.8.1 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)

6.8.1.1 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等、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)

6.8.1.2 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)

6.8.1.3 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)

6.8.2 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)

6.8.2.1 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)

6.8.2.2 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)

6.8.2.3 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

7.0 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	<small>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</small>	(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	<small>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</small>	(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	<small>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</small>	(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