

6.2.6 病床管理の仕組みが適切である 5・4・3・2・1・NA

<p>6.2.6.1 病床運営方針を後述する事が行われている</p> <p>a. ①病床運営委員会など全病棟別に行き渡り方針を策定している。 ②病床や空床の割合が明確に把握されている</p> <p>b. ①空床率を把握している。 ②空床率を把握しているが、病棟別に対策も取られていない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 病床利用が過度でも病棟の運用、把握に合わせた平均在床日数確保の努力も考慮して判断する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.6.2 病床管理の担当部門または担当者がいる</p> <p>a. ①病床を管理する部門もしくは担当者が設置されている</p> <p>b. ①病床を管理する担当者も明確でない SVR ☞ 病床管理の担当者も明確でない場合は、全体の管理状況を把握する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.6.3 全病棟が中央管理され、至急対応が迅速に把握されている</p> <p>a. ①全病棟が中央管理され、至急対応が迅速に把握されている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 緊急対応が早い場合には迅速に対応し、重症患者などから救急する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.6.4 入院待機患者の情報が把握され、一元的に管理されている</p> <p>a. ①全病棟の入院待機患者が一元的に把握されている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.6.5 入院における病床利用の効率が高まり、診療科の枠を超えた効率的な病床利用が行われている</p> <p>a. ①病棟利用について、各病棟の枠を超えて連携して患者の移動が行われている。 ②ベッドが原則として空室であり、診療科の枠を超えて患者の移動が行われている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.6.6 病床が効率的に利用されている</p> <p>a. ①全体の占床率が平均在床日数などから見て適切な範囲にある。 ②病棟別の占床率のバランスがとれている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 機能を考慮して占床率85～95%程度を目標とする</p>	a・b・c・NA

6.2.5 医療業務が適切に行われている 5・4・3・2・1・NA

<p>6.2.5.1 受付手順、診療録の検索・搬送などの手順が合理的である</p> <p>a. ①受付や手順が明文化され、担当者も明確で、待ち時間を短縮するための窓口対応に工夫が凝らされる。 ②受付業務が標準化された合理的なシステムがあり、その手順が明文化された担当者も明確で、適切に実施されている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 電子カルテでは運用実態と紙で運用されている書類の検索、搬送手順を併用する。また従来の紙カルテの参照状況も確認する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.5.2 入院の連絡が適切に行われている</p> <p>a. ①3通時に限らず、患者の連絡が担当者や窓口から行われ、手順は明確である。 ②時間外や休日の取付方法が明示し、対応している</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない 精神 ☞ 7.3.1.1～7.3.1.3との整合</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.5.3 窓口の取替業務が適切に行われている</p> <p>a. ①患者本人の取替方法や現金不足時の処理方法が適切である。 ②時間外や休日の取替方法が明示し、対応している</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 金融機関に委託している場合には特に時間外・休日の対応を評価する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.5.4 未収金の状況が把握されている</p> <p>a. ①未収金の金額、発生理由などが把握され、適切に回収が行われている。 ②集金期間の回収不能未収金に対する適切な取替措置が行われている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.5.5 レセプトの作成・点検・提出が適正に行われている</p> <p>a. ①すべてのレセプト点検を実施している。 ②原則として医師が点検を行っている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない SVR ☞ 一部の医師点検の対象を委員会等で標準化している場合『a』に評価する</p>	a・b・c・NA
<p>6.2.5.6 返戻金・査定について適切な対応がなされている</p> <p>a. ①返戻金の金額、返戻金発生理由が把握され、管理職が確認している。 ②返戻金の内訳について、影響の適切な対応がとられている</p> <p>b. ①②のいずれも満たさない</p> <p>c. ①②のいずれも満たさない</p>	a・b・c・NA

6.3 施設・設備管理

6.3.1 施設・設備の管理体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

6.3.1.1 施設・設備の管理責任者がいる

- a. ①管理担当者が明確で、管理責任者が決まっている。
- b. ①を簡たさない
- c. ①を簡たさない

6.3.1.2 年次保守管理計画が立てられている

a・b・c・NA

- a. ①年次保守管理の合理的な方針計画が立てられている。
②保守管理計画が記載されている
- b. ①を簡たさない
- c. ①を簡たさない

SVR ① 設備の点検や点検計画が立てられている

② 設備の点検や点検計画が立てられている

6.3.1.3 施設・設備の運用マニュアルが整備されている

a・b・c・NA

- a. ①全設備、施設ごとにマニュアルが整備されている
- b. ①を簡たさない
- c. マニュアルがない

6.3.1.4 給水および空調設備の保守管理が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①給水設備の法定定期点検や空調設備の点検が実施されている
- b. ②点検で確認できる
- c. ①②のいずれも簡たさない

SVR ① 感熱の上の観点から

6.3.1.5 医療ガスの安全管理に対する配慮がなされている

a・b・c・NA

- a. ①委員会が定期的に開催され、出席がある
- ②定期的な点検実施計画がある
- ③監督責任者、実施責任者が適切に決められている
- b. ①を簡たさない
- c. ①②③のいずれも簡たさない

SVR ① 実施責任者はガス管理の有資格者であること、所外(委託業者)委員でも可
病棟における日常点検についてもよく確認すること
1.6.1.7の整合

6.3.2 医療機器の管理体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

6.3.2.1 医療機器を管理する担当者が定められている

- a. ①外来、病棟で使用している医療機器の管理責任者が明確である
- ②同一の機器の管理でマニュアルが整備されている
- b. ①を簡たさない
- c. ①を簡たさない

SVR ① 検査、放射線、薬剤などは別に詳述する

6.3.2.2 病棟の医療機器の点検が定期的に行われている

a・b・c・NA

- a. ①主要な医療機器について点検が定期的に行われている
- ②定期点検の記録がある
- b. ①を簡たさない
- c. ①②のいずれも簡たさない

SVR ① 人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、吸引器など、製造者は専属、事業者は専属など管理は問わないが、臨床工学技士の配置が望ましい

6.3.2.3 病棟の医療機器の故障を予防する仕組みが整えられている

a・b・c・NA

- a. ①医療機器を管理するときの注意点、手順が決められている
- ②点検や修理の記録が整備されている
- b. ①を簡たさない
- c. ①②のいずれも簡たさない

SVR ① 情報システムで医療機器の故障を把握できる仕組みがあること、休日・夜間・夜間・夜間の対応の仕組みが整っている

6.3.2.4 医療機器の管理の中央化がなされている

a・b・c・NA

- a. ①医療機器管理センター的な窓口があり、病棟で使用している主要な医療機器の管理が中央化されている
- b. ①を簡たさない
- c. ①を簡たさない

SVR ① 臨床工学技士の配置する部署が病棟である

6.3.3 給食設備の衛生管理が適切に行われている

6.3.3.1 検査・食材が適切に保管されている

- a. ①食材の保管状況が適切である。
- b. ②食材および調理済み食品の冷凍サンプリングが2週間以上保管されている
- c. ①②のいずれも満たさない

6.3.3.2 調理室の衛生管理が適切に行われている

- a. ①調理室中の温度管理が適切である。
- ②調理室の排水処理が適切である。
- ③調理室の排水処理が適切である。
- ④調理室の排水処理が適切である。
- ⑤調理器具が適切に保管されている。
- ⑥空欄の空気調出口などの清掃が行き届いている
- b. ①②③④⑤のいずれも満たさない
- c. SVR ☐ 調理室の温度は25℃以下、湿度80%以下に保たれている

6.3.3.3 配膳が衛生的に行われている

- a. ①調理済み食品がすみやかに盛り付け、配膳されている。
- ②保温・保冷配膳車や保温容器で配膳されている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. SVR ☐ 盛り付けから配膳までの時間は30分以内を目安とする。コンベーターが専用でない場合は特に搬送中の衛生管理への配慮についても注意する

6.3.3.4 食器類が適切に洗浄・乾燥・保管されている

- a. ①食器洗浄機を使用し、洗浄水の温度、洗浄時間が適切である。
- ②洗浄後の食器は速やかに乾燥され、温度管理されて保管されている。
- ③器具、食器の取り扱いが適切である
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. SVR ☐ 洗浄水の温度は80℃以上、洗浄時間は5分間以上行われている。食器類の取り扱いは床面から60cm以上の場所で行われている

6.3.4 病院の保安体制が適切である

6.3.4.1 病院の出入りに関する規約が定められている

- a. ①出入りの施設時間、夜間・休日等の管理規定が定められている
- b. ②出入りの施設時間、夜間・休日等の管理規定が定められている
- c. 管理規定も有効性のある管理体制も構築されていない

6.3.4.2 保安を管理する体制が整備されている

- a. ①警備員が警備されており、且その保安管理状況が確認できる。
- ②緊急時保安体制時の指揮命令系統が定められており、教育・訓練が行われている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. SVR ☐ 保安要員の配置付け、非常呼集訓練、緊急放送や緊急コード等を確認する。特に外注委託では注意する

6.3.4.3 保安管理業務の内容が適切である

- a. ①保安管理業務に関するマニュアルや指示書の最新情報が更新されており、適切に実行されている
- b. ②保安管理業務に関するマニュアルや指示書の最新情報が更新されており、適切に実行されている
- c. 担当者の個人職能に適合している。保安業務に十分な知識が確立している

6.3.4.4 保安管理業務の内容が適切である

- a. ①保安管理業務に関するマニュアルや指示書の最新情報が更新されており、適切に実行されている
- b. ②保安管理業務に関するマニュアルや指示書の最新情報が更新されており、適切に実行されている
- c. 担当者の個人職能に適合している。保安業務に十分な知識が確立している

6.3 施設・設備管理

6.3.5 廃棄物の処理が適切に行われている

☞ 一般廃棄物、医療廃棄物

6.3.5.1 廃棄物処理の管理責任者がいる

- a. ①特別感染性廃棄物及び一般感染性廃棄物の管理責任者が明確である。
- ②感染性廃棄物に基づいて適切な処理が行われている。
- ③感染性廃棄物の処理方法及び処理計画が適切に制定されている。

b. ①を満たさない

c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ 適切な表示とは60cm以上の大きさ(1)医療廃棄物の原管理場所である、
(2)保管する医師の署名、(3)管理者の各連絡先等を記載したものである

6.3.5.2 廃棄物の分別・梱包・表示が適切である

- a. ①針筒、手術室、採血室、透析室等廃棄物の発生場所での分別が適切、かつ適量に行われている。
- ②容器と指定のラベルを分別容器と入れ、最終保管場所まで安全に搬送されている。
- ③感染性廃棄物の管理(感染性廃棄物のカラムン等を含む)が適切に行われている。

b. ①を満たさない

c. ①②③のいずれも満たさない
SVR ☞ 常に発生場所から最終保管場所への搬送途中での感染性廃棄物回収容器の取り扱いは、取り扱いは、感染性廃棄物の感染の可能性がある感染性廃棄物の回収が感染制御員と発生場所からの回収を行う場合には、適切な取り扱い教育が行われていることも確認し評価する

6.3.5.3 廃棄物の保管状況が適切である

- a. ①確立した最終保管場所が整備されている。
- ②最終保管場所では一般感染性廃棄物と感染性廃棄物とが明確に区分されて保管され、施
展されている。

b. ①を満たさない

c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ 感染性廃棄物の最終保管場所は防鼠対策にも配慮されている

6.3.5.4 廃棄物の処理過程が適切である

- a. ①廃中の廃棄物処理場及び地理計画に則って適切な処理が行われている。
- ②廃棄物の処理のモニタリングが適宜に実施されている。
- ③廃棄物処理業者は担当者、最終処分場まで現地まで現地まで確認を行っている

b. ①を満たさない

c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ (1)廃棄物の場合は、契約書が完備されており、行政の廃棄物許可(準)も
(2)廃棄物の自主処分が行われている場合は、排廃生、排廃生、排廃生、排廃生の管理
が適切であることと本行務による確認事項であること。
廃棄日報等廃棄物十分にはチェックする

6.4 物品管理

6.4.1 物品の購入の手続きが適切である

6.4.1.1 物品購入の責任者が定められている

- a. ①物品購入、管理の担当部署・責任者が明確である。
- ②各部門でも物品購入の責任者が決められている。

b. ①を満たさない

c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ 病院規模によっては体制が整備されていない、兼任でもよい

6.4.1.2 物品購入の方法の適正化に努めている

- a. ①物品請求から発注、検収、使用、消費などのプロセスが明確である
- b. ①を満たさない
- c. ①②を満たさない
SVR ☞ 物品は診療材料だけでなく、薬剤、フィルム、検査試薬、給食材料、機器な
どを含む

*

6.4.1.3 物品の購入計画および予算が立てられている

- a. ①予算や過去の年度実績計画に基づいた物品購入予算が立てられている
- b. ①を満たさない
- c. ①②を満たさない

6.4.1.4 購買の中央化が行われている

- a. ①すべての物品の購入窓口が一元化されている
- b. ①を満たさない
- c. ①②を満たさない
SVR ☞ 常に購買員が各部署から直接発注したり、物品管理業務を委託している場
合の委託契約を購買員で管理している場合は評価できない

6.4.1.5 購入物品の標準化が図られている

- a. ①標準品買入、標準材料買入実態などがわかり、購入物品の標準化が実施されている。
②標準品の買入が把握されている
- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ☞ 一般診療材料、薬剤、フィルム、検査試薬、給食材料、機器な
どを含む

6.4 物品管理

6.4.2 物品の在庫管理が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①物品の台帳が整備され、全ての物品について、年に2回以上の実地確認が実施されている
- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR ○ ①公立病院で刃剪器具などの消耗品を個別に管理していない場合は、①と②のSVDシステムでは倉庫在庫、設置在庫が毎日把握されているので、①と②の両方の対象物品が把握される場合には、①と②の両方から判断する

6.4.2.2 適正な在庫量を定め、管理されている

a・b・c・NA

- a. ①倉庫で適正な在庫が定められている
 - b. ②補充方法が合理的で、在庫量の見直しも定期的に終わっている
 - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR ○ ①を測定している物品だけを対象に評価しない、定数外物品ほど在庫量が少なくやすい

6.4.3 公平な取引が行われるための仕組みがある

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

- a. ①発注購入業者を選定する仕組みが構築されている
 - b. ②発注購入業者の選定が公平に行われている
 - c. ③④のいずれも満たさない
- SVR ○ a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z, aa, ab, ac, ad, ae, af, ag, ah, ai, aj, ak, al, am, an, ao, ap, aq, ar, as, at, au, av, aw, ax, ay, az, ba, bb, bc, bd, be, bf, bg, bh, bi, bj, bk, bl, bm, bn, bo, bp, bq, br, bs, bt, bu, bv, bw, bx, by, bz, ca, cb, cc, cd, ce, cf, cg, ch, ci, cj, ck, cl, cm, cn, co, cp, cq, cr, cs, ct, cu, cv, cw, cx, cy, cz, da, db, dc, dd, de, df, dg, dh, di, dj, dk, dl, dm, dn, do, dp, dq, dr, ds, dt, du, dv, dw, dx, dy, dz, ea, eb, ec, ed, ee, ef, eg, eh, ei, ej, ek, el, em, en, eo, ep, eq, er, es, et, eu, ev, ew, ex, ey, ez, fa, fb, fc, fd, fe, ff, fg, fh, fi, fj, fk, fl, fm, fn, fo, fp, fq, fr, fs, ft, fu, fv, fw, fx, fy, fz, ga, gb, gc, gd, ge, gf, gg, gh, gi, gj, gk, gl, gm, gn, go, gp, gq, gr, gs, gt, gu, gv, gw, gx, gy, gz, ha, hb, hc, hd, he, hf, hg, hh, hi, hj, hk, hl, hm, hn, ho, hp, hq, hr, hs, ht, hu, hv, hw, hx, hy, hz, ia, ib, ic, id, ie, if, ig, ih, ii, ij, ik, il, im, in, io, ip, iq, ir, is, it, iu, iv, iw, ix, iy, iz, ja, jb, jc, jd, je, jf, jg, jh, ji, jj, jk, jl, jm, jn, jo, jp, jq, jr, js, jt, ju, jv, jw, jx, jy, jz, ka, kb, kc, kd, ke, kf, kg, kh, ki, kj, kk, kl, km, kn, ko, kp, kq, kr, ks, kt, ku, kv, kw, kx, ky, kz, la, lb, lc, ld, le, lf, lg, lh, li, lj, lk, ll, lm, ln, lo, lp, lq, lr, ls, lt, lu, lv, lw, lx, ly, lz, ma, mb, mc, md, me, mf, mg, mh, mi, mj, mk, ml, mm, mn, mo, mp, mq, mr, ms, mt, mu, mv, mw, mx, my, mz, na, nb, nc, nd, ne, nf, ng, nh, ni, nj, nk, nl, nm, nn, no, np, nq, nr, ns, nt, nu, nv, nw, nx, ny, nz, oa, ob, oc, od, oe, of, og, oh, oi, oj, ok, ol, om, on, oo, op, oq, or, os, ot, ou, ov, ow, ox, oy, oz, pa, pb, pc, pd, pe, pf, pg, ph, pi, pj, pk, pl, pm, pn, po, pp, pq, pr, ps, pt, pu, pv, pw, px, py, pz, qa, qb, qc, qd, qe, qf, qg, qh, qi, qj, qk, ql, qm, qn, qo, qp, qq, qr, qs, qt, qu, qv, qw, qx, qy, qz, ra, rb, rc, rd, re, rf, rg, rh, ri, rj, rk, rl, rm, rn, ro, rp, rq, rr, rs, rt, ru, rv, rw, rx, ry, rz, sa, sb, sc, sd, se, sf, sg, sh, si, sj, sk, sl, sm, sn, so, sp, sq, sr, ss, st, su, sv, sw, sx, sy, sz, ta, tb, tc, td, te, tf, tg, th, ti, tj, tk, tl, tm, tn, to, tp, tq, tr, ts, tt, tu, tv, tw, tx, ty, tz, ua, ub, uc, ud, ue, uf, ug, uh, ui, uj, uk, ul, um, un, uo, up, uq, ur, us, ut, uu, uv, uw, ux, uy, uz, va, vb, vc, vd, ve, vf, vg, vh, vi, vj, vk, vl, vm, vn, vo, vp, vq, vr, vs, vt, vu, vv, vw, vx, vy, vz, wa, wb, wc, wd, we, wf, wg, wh, wi, wj, wk, wl, wm, wn, wo, wp, wq, wr, ws, wt, wu, wv, ww, wx, wy, wz, xa, xb, xc, xd, xe, xf, xg, xh, xi, xj, xk, xl, xm, xn, xo, xp, xq, xr, xs, xt, xu, xv, xw, xx, xy, xz, ya, yb, yc, yd, ye, yf, yg, yh, yi, yj, yk, yl, ym, yn, yo, yp, yq, yr, ys, yt, yu, yv, yw, yx, yy, yz, za, zb, zc, zd, ze, zf, zg, zh, zi, zj, zk, zl, zm, zn, zo, zp, zq, zr, zs, zt, zu, zv, zw, zx, zy, zz

6.4.3.2 発注担当者や発注担当者以外の関係者は明確に区別され、内部取引の発生を防止している

a・b・c・NA

- a. ①購買が一元化され、発注担当者や発注担当者以外の関係者は明確に区別されている
 - b. ②購買が一元化され、発注担当者や発注担当者以外の関係者は明確に区別されている
 - c. ①を測定さない
- SVR ○ 購入業者の区別は購買の履歴により判断する必要があるが、購入業者の区別が不明確な場合は、①と②の両方から判断する

6.5 業務委託

6.5.1 業務委託の内容および質はそれぞれの業務に関連する項目で評価する。人材派遣によるものも含む

5・4・3・2・1・NA

- a. ①業務委託に関する方針がなされている
 - b. ②定期的な業務委託に関する報告があり、報告の内容が適切である
 - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR ○ 報告に添付された契約書や報告書が、業務内容の見直しや再評価に活用されている

6.5.1.2 委託業者の選定手順が適切である

a・b・c・NA

- a. ①業者の選定は適切に行われている
 - b. ②業者の選定は適切に行われている
 - c. ①を測定さない
- SVR ○ 価格や業務内容・品質などを客観的に判断する仕組みが確立されている

6.5.1.4 業者が従業者の教育を適切に行っていることを確認している

a・b・c・NA

- a. ①病院より研修や教育に関する教育も含まれりとした職員教育を行っている
 - b. ②業務内容で評価する
 - c. ①を測定さない
- SVR ○ 研修に関する教育も含まれていない、特に研修内容について行っていない

6.5.1.5 契約の見直しを定期的に行っている

a・b・c・NA

- a. ①全ての契約について毎年、契約内容の見直しを行っている
- b. ②を測定さない
- c. ①を測定さない

6 病院運営管理の合理性
6.5 業務委託

6.5.2 委託業務の管理が適切に行われている
5・4・3・2・1・NA
a・b・c・NA

- 6.5.2.1 委託業務の管理担当者が定められている
 - a. ①委託業務の管理担当者が決められている。
 - b. ②管理担当者は院内のすべての委託業務を一元的に管理している
 - c. ③管理は任命されているが業務内容を把握していない
- SVR 〇 委託業務内容の把握していない
- a. ①②のいずれも満たさない
- SVR 〇 委託業務内容の把握業務は部門管理でもつても契約書や契約内容を管理担当が一元的に把握できている場合には問題でない

6.5.2.2 委託業務の発生に対する報告が行われている
a・b・c・NA

- a. ①委託業務の発生に対して責任が明確的に課せられている。
- b. ②発生原因や原因が把握されている。
- c. 委託発生時である
 - 1. ③④のいずれも満たさない
 - SVR 〇 発生原因・発生時・発生時の原因・発生時などの情報を把握する。発生原因を問わない。

- 6.5.2.3 委託業務の事故発生時の対応手順が定められている
 - a. ①委託業務の職員が患者に対して、もしくは業務上の事故を起こした時の処理手順が明確に定められている。
 - b. ②事故の内容が把握されており、対策が実施されている
 - c. ①②のいずれも満たさない
- SVR 〇 ①委託業務の担当者が交代するときは引継ぎ手順まで確認する。②業務発生時に把握されていることが望ましい。

6 病院運営管理の合理性
6.6 訴訟などへの適切な対応

6.6 訴訟などへの適切な対応
〇 医療過誤訴訟だけでなく、病院が訴訟の当事者になった場合に対応する体制が整備されていること
5・4・3・2・1・NA
a・b・c・NA

- 6.6.1 訴訟などが発生した場合に就業に就業に対応する体制が整えられている
 - a. ①訴訟に対する総括担当者が明確になっている。
 - b. ②訴訟に対する病院の見解が統一されている
 - c. ③④のいずれも満たさない
- SVR 〇 総括担当者が病院の代表として参加していること。総括担当者は広報担当者などではない

- 6.6.1.2 的確な状況把握がなされる仕組みがある
 - a. ①事故発生後速やかに総括担当者を中心とした関係者の会議がもたれる仕組みがある。
 - b. ②状況把握には必要に応じて関係部署が参加する仕組みがある
 - c. ③④のいずれも満たさない
- a・b・c・NA

6.6.1.3 内職の契約者と運用に適切に対応する仕組みがある
a・b・c・NA

- a. ①就業マニュアル、就業上の計画は総括責任者が行っている
- b. ②総括責任者が明確でない
- c. ③総括責任者でない場合は、互いに必要な連絡がとられている

- 6.6.1.4 病院賠償責任保険へ加入している
 - a. ①事故賠償責任保険に加入している。
 - b. ②保険料金は長期間だけでなくすべての職員が含まれている
 - c. ③④のいずれも満たさない
- SVR 〇 医師会、病協会等各種保険があり、保険の種類は問わない

7 精神科に特有な病院機能
7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7 精神科に特有な病院機能

7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7.1.1 入院時の評価と説明が適切に行われている

7.1.1.1 移送時の説明と処遇が適切に行われている

- a. ①移送の目的、診療記録と判定理由が書面で確認できる。
- ②指定医は、医療保護入院等のための移送の記録に協力している
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
SVR ◯ 移送については非緊急の区間で不利にならないよう、乗降を考えた急病が
必要である(緊急/非常時は医療機関には頼らない)

7.1.1.2 入院時の精神医学的評価が適切に行われ、治療方針が検討されている

- a. ①医療保護入院が急入院は精神医療指定医による承認で行われている。
- ②入院の目的が明確で、多職種チームによる入院診療計画等が適切につくられている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.1.1.3 入院時の説明に関する手続きが適切に行われている

- a. ①入院形態に入院治療についての適切な精神医学的説明がなされたこと、それに
対する同意・承諾の記録(同意をしたか否か)が診療録に記載されている。
- ②任意入院、医療保護入院については同意書(本文は後述)が適切に保管されている。
- ③入院形態に告知手続きが適切に行われていることが受領書などで確認できる。
- ④通話・面談・電話の利用、行動計画、精神医療管理などについて口頭および書面で
説明している
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない
あるいは、署名欄に問題となる代筆が認められる(種族などで同一筆跡など)、または代筆の
理由が明らかでない
SVR ◯ いずれの入院形態でも専門的診療と評価、説明・告知の手続きが必要であ
る。任意入院と医療保護入院で同意書(本文は後述)の署名の署名は違
々、医療保護入院の場合は保護者の同意を得る必要がある

5.4.3.2.1.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

7 精神科に特有な病院機能
7.1 入院時の評価、説明および入院形態の適切性

7.1.2 任意入院の管理は適切に行われている

7.1.2.1 同意能力の判定が適切に行われている

- a. ①入院時の精神医学的診療において同意能力についての評価がなされており、その記載
がある(特に緊急事態において)。
- ②精神医療指定医に意見を求める仕組みがある
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
あるいは、患者が受動的に同意して入院した形跡がある
SVR ◯ 精神科病棟に入院する親属性本人は、同意意思能力に欠け、一般病棟、療
養病棟などで処遇困難である患者が多いことに配慮する

7.1.2.2 入院同意書は適正である

- a. ①告知書、同意書の形式は適法要件を満たしている。
- ②同意書はカルテに添付してある
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
あるいは、同意書に代筆がある

7.1.2.3 閉鎖病棟に入院する場合の説明が適切に行われている

- a. ①閉鎖病棟処遇の説明がなされ同意書を得ている。
- ②患者はいつでも病棟外に出ることができると手帳や、それを要求できる雰囲気がある。
- ③閉鎖病棟に空室がでた場合、医師などの検閲が行われている
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない
任意入院患者は閉鎖病棟が妥当であるが、閉鎖病棟の都合で閉鎖病棟での
処遇を行うことがある。この場合、同意書を得て、患者の求めに応じて外
へでることができるとの確保を確保しなければならない

7.1.3 医療保護入院の管理は適切に行われている

7.1.3.1 精神保護指定医の診察による判断がなされている

- a. ①検定となる疾病はICD10,DSMIV等で分類されており、患者の病状が診療録で記載され
ている。
- ②病状およびそれと評価した指定医の見解において、入院届あるいは診療録に入院形態
についての考察(当該入院形態をとった理由の記載)がある
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
あるいは、明らかに社会的な理由等による適用事例がある。
SVR ◯ 医療保護入院は同意能力が十分でない者に対して、本人の意思とは関係
なく入退を強制するものである。患者の人格を制限する行為であるので、精
神医療法の厳格な適用が求められる

7.1.3.2 入院継続の必要性の定期的検討がなされている

- a. ①医療保護入院継続の妥当性について多職種チームで定期的に検討する体制がある。
- ②精神医療指定医による定期的診断の記録が確認できる
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.1.3.3 入院告知書は医師により説明されている

- a. ①告知の手続きが適切に行われたことが診療録や診療録上の記録で確認できる。
- ②告知は看護職員が行われ、退院する場合その理由および退院した告知書が診療
録に記載されている。
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

5.4.3.2.1.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

5.4.3.2.1.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

a.b.c.NA

7.1.4 (指定病棟がある場合のみ) 措置入院の管理は適切に行われている

5.4.3.2.1-NA

a・b・c・NA

- 7.1.4.1 指定病棟は適切に運用されている
 - a. ①措置入院の手順書が整備され、職員に周知されている。
 - b. ②措置患者専用病棟などを有するなど専門的に対応する体制がある
 - c. ③国・都道府県立精神科病院(病棟)で措置入院の受入事例がない、または極端に少ない。あるいは、指定病棟で受入があるのに受入を拒否した事例がある。
 SVR ☞ 公的医療機関を介して病院の確保や病棟に十分配慮する必要がある。受入拒否の正当性を示し、措置入院の理由や措置入院の必要性を、看護の体制(看護職員)の不足など、措置入院の必要性を有しない場合は「NA」可
- 7.1.4.2 措置患者の治療と処遇に関して検討されている
 - a. ①手順書があり、よく周知されていて、その内容は無断離院などの事故防止に十分配慮している。
 - ②措置病棟で処遇されている。
 - ③措置患者の診察は週5回行われ、措置患者の消失に配慮している。
 - ④病院管理室は措置患者の状況を把握していて、定期的な検診の場を設けている
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. SVR ☞ 受入実績がなくとも措置病棟を有する場合は、手順等の整備状況を評価する

a・b・c・NA

a・b・c・NA

- 7.1.4.3 措置患者の病棟外行事への参加および仮退院が適切に行われている
 - a. ①仮退院等は指定医の判断に基づき知事との決定で行われる。
 - ②病棟外行事への参加には特別な配慮をしている、あるいは仮退院の実績がある
- b. ①を満たさない
- c. SVR ☞ 仮退院の実績がある場合にはその適切性をみる。仮退院等が行われていない場合は「NA」可

7.2 入院中の処遇の適切性

5.4.3.2.1-NA

a・b・c・NA

7.2.1 閉鎖・開放病棟の構造が適切で、開放的な処遇が行われている

5.4.3.2.1-NA

- 7.2.1.1 閉鎖・開放病棟の構造が適切である
 - a. ①閉鎖病棟では安全に配慮があり、未使用の前室は施設されている。
 - ②閉鎖病棟に入院する患者の自由な出入りが認められている。
 - ③緊急時など危険な場合は、患者の自由な出入りを制限している。
 - ④開放病棟では日常生活が社会生活に近く、生活に支障がない。
- b. ①②③のいずれも満たさない
- c. ①を満たさない

7.2.1.2 開放的な処遇が入院形態ごとで適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①任意入院患者の外出方法が明確である。
- ②閉鎖病棟に入院する患者の任意入院患者から同一階層を確保している。
- ③法外入院患者の処遇では家族の了解や同意、意見、要望などに配慮して検討して
- ④措置入院の患者など、病棟により病棟外に出られない場合は、生活に不便をきたさない

b. ①を満たさない

c. ①を満たさない

7.2.1.3 入院形態や処遇の変更についての運用および手続きは適切にされている

a・b・c・NA

- a. ①任意入院患者に退院制限を適用する場合は、退院請求時刻、適用すると判断した理由、判断の理由、退院の申請を提出している。(特等・医療保護・任意)。
- ②措置入院患者に退院制限を適用する場合は、退院の申請を提出している。
- ③医療保護入院において精神科医が法第33条2項(後述)の委任の手続きが終了していない入院後2週間以内の医療保護入院から同一項(通常)の医療保護入院への変更を行う場合、指定医による診察、判断が行われている。
- ④仮退院、措置入院、緊急措置入院では入院後72時間以内に入院形態変更などの適切な対応がなされている。
- ⑤入院中のすべての患者の処遇について、定期的に検討する機会が設けられている

b. ①②③のいずれも満たさない

c. SVR ☞ 任意入院患者の退院制限、仮退院、緊急措置入院、法第33条2項による医療保護入院などは暫定的な対応であり、第三者では72時間、後者では4週間を適用の限度としている。

7.2.2 通信、面会、電話の利用の自由が保証されている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

7.2.2.1 各病棟に電話が設置されている

- a. ①個室B0のまたは、プライバシーに配慮された場所に電話がある。
- ②精神医療審査会の電話番号が明示されている

- b. ①②のいずれも満たさない

7.2.2.2 電話利用や信書の取り扱い手順が定められ適切に実施されている

- a. ①電話番号やアクセスカードの利用が自由に行われている。
- ②電話番号取り扱いマニュアルがあり発信、受信の記録がある(医師物産部マニュアルがある)

- b. ①②のいずれも満たさない

7.2.2.3 面会や電話利用の制限は適切である

- a. ①制限の理由が患者に説明され、影響に配慮されている。
- ②一律的な対応でない(入院案内などで病棟の基本的な考えを確認する)

- b. ①を満たさない

7.2.3 隔離が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

7.2.3.1 精神科隔離室が整備されている

- a. ①患者の病状に合った選定ができるよう検査種類の隔離室がある。
- ②隔離室が病室と明確に区別されている。
- ③隔離室の設備が適切に整備されている。
- ④隔離室の入り口が7分が受けやすい。
- ⑤隔離室内は他の患者からは見えにくいような構造であり、プライバシーに配慮している

- b. ①②③のいずれも満たさない

7.2.3.2 隔離に関する基本的対応手順や方法が成文化され周知されている

- a. ①対応手順が成文化されている。
- ②実施状況が手順に沿って実施されていることが記録で確認できる

- b. ①②のいずれも満たさない

7.2.3.3 隔離が適切に行われている

- a. ①隔離室入居者用の看護記録がある。
- ②隔離室の入り口は10分以内の隔離記録がある。
- ③隔離室が患者に適切に管理されている。
- ④身体的・心理的な他の記録がされている。
- ⑤隔離室の設備がされている。
- ⑥隔離室内に2人以上を擁護していない。
- ⑦少なくとも1日に一回医師の診察が行われている

- b. ①②③④のいずれも満たさない

7.2.4 身体拘束が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

7.2.4.1 身体拘束の方法が整備されている

- a. ①拘束器使用マニュアルがある。
- ②拘束具は必要時使用できるよう整備されている

- b. ①②のいずれも満たさない

7.2.4.2 身体拘束に関する基本的対応手順や方法が成文化され周知されている

- a. ①身体拘束に関する手順が成文化されている。
- ②身体拘束は精神保健指定医の診察指示により行われている

- b. ①②のいずれも満たさない

7.2.4.3 身体拘束が適切に行われている

- a. ①身体拘束のための看護記録がある。
- ②録音(1/15分)の看護記録がある。
- ③理由が患者に告知書で説明されており診療録に記録がある。
- ④身体面の全身管理、拘束具による循環障害の有無の確認が行われている。
- ⑤病室を必要時の監視が医師を含む医療チームにより行われている

- b. ①②③のいずれも満たさない

7.2.5 精神医療審査会および実地指導への対応が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

7.2.5.1 精神医療審査会への週院請求や処遇改善請求を患者ができる

- a. ①入院時や週に週院請求や週改善請求が出来ることが記載されている。
- ②入院時や週に改善請求が出来ることも必要と説明されている

- b. ①を満たさない

7.2.5.2 精神医療審査会および実地指導への対応の手続きが適切である

- a. ①精神医療報告は適切に提出されている(仲居入院時毎、医療関係入院2月毎)。
- ②精神医療審査会からの通知文書は適切に保管されている

- b. ①②のいずれも満たさない

c. SVR 精神保健福祉法に基づき家族看護の文章が確認できない(都合は7.2.5.3も)と評価する

7.2.5.3 精神医療審査会の審査結果や実地指導の内容への対応が適切に行われている

- a. ①精神医療報告は適切に提出されている(仲居入院時毎、医療関係入院2月毎)。
- ②審査結果に基づき家族看護による看護事項は適切に改善している。
- ③審査結果に基づき実地指導の結果は適切に提出されている。
- ④精神医療審査会審査結果に沿って改善対応が出来ている

- b. ①②③のいずれも満たさない

7.3 精神科における事務管理

7.3.1 入退院に関する事務手続きが適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

- 7.3.1.1 保護者選任の手続きが適切に行われている
 - a. ①保護者の依頼・遺囑・選任の手続きなどについて専門の相談員(FSWが望ましい)により説明が行われている。
 - ②保護者が4週間以内に選任されている。
 - ③保護者について患者は告知されている。
 - ④保護者の状況把握を定期的(最低年1回)に行い、保護者に対する教育の履行のための努力に努んでいる。

- b. ②を満たさない。
- c. ①②③のいずれも満たさない

7.3.1.2 医療従事者に関する届け出が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①医療従事者に関する入院届が、10日以内に提出されている。
- ②定期報告書が1年ごとに基幹へ提出されている

- b. ②を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

SVR 〇 病状報告書は、精神医療指症表が診療の上に作成したものが診療録と照合して検証する

7.3.1.3 措置入院患者に関する届け出が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①措置表が消失した場合は、直ちに措置状況消退届が都道府県知事に提出されている。
- ②措置は、事前に措置届取書に許可を得て行われている。
- ③定期報告書が毎月ごとに提出されている。

- b. ②を満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

SVR 〇 病状報告書は、精神医療指症表が診療の上に作成したものが診療録と照合して検証する

7.3.2 患者の生活訓練指導および作業収益の管理が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

7.3.2.1 患者の生活訓練指導および作業収益に関する方針が明確である

- a. ①治療計画に基づいて行われている。
- ②社会復帰に関する必要プログラムが設定されている。
- ③作業開始に当たっては、患者から作業法の同意書をとっている。
- ④作業収益はすべて患者に還元され、収支が会計帳に反映され、収支決算が報告され、承認を受けている。

- b. ②を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

あるいは、生活訓練指導がなされていない

7.3.2.2 清掃などの院内作業に患者を従事(使役)させていない

a・b・c・NA

- a. ①患者を従事(使役)させていない。
- ②院内作業は、社会復帰促進を目的とした治療プログラムの趣に、人権尊重に配慮され行われている。

- b. ②を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.3.2.3 テイクアヤや作業療法に関する収入は患者にすべて還元されている

a・b・c・NA

- a. ①アイケアや作業療法に関する収益金は、全て患者に還元されている
- b. ②を満たさない
- c. ①を満たさない

7.3.3 預り金管理が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

a・b・c・NA

7.3.3.1 預り金管理に関する方針が明確である

- a. ①入院患者の金銭管理などの代行行為は、自己管理できない者に限り行われている。
- ②預り金の管理に当たっては、代行管理に関する取捨選択となる約定書が取り交わされている。
- ③個人別口座に努力され、利息管理が適切である

- b. ②を満たさない。
- c. あるいは、マイナスの患者の日用品費などが、一括管理預り金から支出されている

7.3.3.2 預り金管理は適切である

a・b・c・NA

- a. ①使用状況説明書や残金を随時、患者・家族に提示できる体制にある。
- ②連戻時は速やかに精算されている。
- ③通帳・印鑑を丁寧に管理し、内部監制体制が確立されている

- b. ②を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.3.3.3 預り金利息の処理が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①預り金が個人別に管理され、その利息が明確に把握されている。
- ②前年1回は患者に還元されていることが、契約条件書から確認できる。
- ③患者への還元についての領収書が管理保管されている

- b. ②を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.4 精神障害者の身体管理の適切性

7.4.1 精神障害者の身体合併(併存)症治療が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

7.4.1.1 身体合併(併存)症治療に関する方針が明確である

a・b・c・NA

- a. ①方針が明確化されている。
- ②方針が明確化されていない。
- ③方針が不明確である。
- ④方針が不明確でない。

- b. ①を満たさない
- c. ①を満たさない

7.4.1.2 身体合併(併存)症治療が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①早期診断への寄与が行われている。
- ②早期診断への寄与が行われていない。
- ③早期診断への寄与が行われていない。
- ④早期診断への寄与が行われていない。

- b. ①を満たさない
- c. ①②③④のいずれも満たさない

7.4.1.3 身体合併(併存)症治療を行う医療施設との紹介・逆紹介が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①必要な他科の医療機関と担当者が把握されている。
- ②必要な他科の医療機関の担当者の連絡が行われている。
- ③紹介・逆紹介に伴い、医療機関の連絡が迅速に行われている。
- ④紹介・逆紹介に伴い、必要な医療機関の紹介が迅速に行われている。

- b. ①を満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

7.4.2 (精神科を有する一般病院の場合)精神科・神経科と他科との連携が適切に行われている

5・4・3・2・1・NA

7.4.2.1 精神科・神経科以外の科の患者の精神科的支援に関する方針が組織として明確である

a・b・c・NA

- a. ①方針が明確化されている。
- ②支援を行った実績がある。
- ③他科の医師やスタッフに対する教育研修がなされている

- b. ①を満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

7.4.2.2 精神科・神経科が他科に聞かれている

a・b・c・NA

- a. ①精神科医療相談のシステムがある。
- ②精神科医療相談を行った実績がある。
- ③対応のシステムがある。
- ④対応を行った実績がある

- b. ①を満たさない
- c. ①②③④のいずれも満たさない

7.4.2.3 精神科外からのみならず、他科の病棟・病室・病室の精神科医師が適切に行われている

a・b・c・NA

- a. ①精神科医師による他科の病棟・病室・病室への巡回・相談・支援が行われている。
- ②他科の病棟・病室・病室への巡回・相談・支援が行われている。
- ③他科の病棟・病室・病室への巡回・相談・支援が行われている。
- ④地域にシブール・ヘルプの教育研修などの関与が行われている

- b. ①を満たさない
- c. ①②③のいずれも満たさない

7.5 公的精神科医療の機能

7.5.1 地域における役割が明確になっている

5・4・3・2・1・NA

7.5.1.1 地域における役割を把握している

a・b・c・NA

- a. ①指定医療、専門的医療、救急医療、救急医療、救急医療について、ロープを把握している。
- ②指定医療、専門的医療、救急医療、救急医療、救急医療について、ロープを把握している。
- ③指定医療、専門的医療、救急医療、救急医療、救急医療について、ロープを把握している。
- ④指定医療、専門的医療、救急医療、救急医療、救急医療について、ロープを把握している。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.5.1.2 指定医療などに指定されている

a・b・c・NA

- a. ①指定医療であり、その意図が周知されている。国・都道府県立精神科病院の場合は、公的長官が周知されている。
- ②指定医療であり、その意図が周知されている。
- ③指定医療であり、その意図が周知されている。
- ④指定医療であり、その意図が周知されている。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.5.2 役割に応じた体制が整備され実施されている

5・4・3・2・1・NA

7.5.2.1 地域の役割に応じた精神科医師が提供されている

a・b・c・NA

- a. ①ニーズを役割に応じた体制が整備され、適切な医師が提供されていることが記載から判断できる。
- ②ニーズを役割に応じた体制が整備され、適切な医師が提供されていることが記載から判断できる。
- ③ニーズを役割に応じた体制が整備され、適切な医師が提供されていることが記載から判断できる。
- ④ニーズを役割に応じた体制が整備され、適切な医師が提供されていることが記載から判断できる。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.5.2.2 専門的治療が積極的に提供されている

a・b・c・NA

- a. ①指定入院、身体合併症診療、児童・思春期医療、薬物中毒診療が積極的に提供されている。
- ②指定入院、身体合併症診療、児童・思春期医療、薬物中毒診療が積極的に提供されている。
- ③指定入院、身体合併症診療、児童・思春期医療、薬物中毒診療が積極的に提供されている。
- ④指定入院、身体合併症診療、児童・思春期医療、薬物中毒診療が積極的に提供されている。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.5.3 民間精神科医療施設との連携がなされている

5・4・3・2・1・NA

7.5.3.1 民間精神科医療施設からの紹介を受け入れている

a・b・c・NA

- a. ①民間精神科医療施設からの紹介を基本的な受け入れられていることが記載から判断できる。
- ②民間精神科医療施設からの紹介を基本的な受け入れられていることが記載から判断できる。
- ③民間精神科医療施設からの紹介を基本的な受け入れられていることが記載から判断できる。
- ④民間精神科医療施設からの紹介を基本的な受け入れられていることが記載から判断できる。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

7.5.3.2 民間精神科医療施設への診療支援がなされている

a・b・c・NA

- a. ①民間精神科医療施設への診療支援の実績が過去1年間で記載されている。
- ②民間精神科医療施設への診療支援の実績が過去1年間で記載されている。
- ③民間精神科医療施設への診療支援の実績が過去1年間で記載されている。
- ④民間精神科医療施設への診療支援の実績が過去1年間で記載されている。

- b. ①を満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない

8 療養病棟に特有な病院機能

8 療養病棟に特有な病院機能

8.1 入院患者の受け入れ体制と在宅療養支援の取り組み

8.1 入院患者の受け入れ体制と在宅療養支援の取り組み

8 療養病棟に特有な病院機能

8 療養病棟に特有な病院機能

8.1 入院患者の受け入れ体制と在宅療養支援の取り組み

8.1.2 在宅療養支援のサービスが提供されている

8.1.1 入院患者の受け入れ体制が整っている

8.1.2.1 訪問看護が行われている

8.1.1.1 入院患者の受け入れ方針が確立している

a. ①主治医の指示に基づいて訪問看護が実施されている(訪問看護記録で確認)

① 自院の態勢に見合った受け入れ方針が明文化されており、事前に患者の詳しい病状を把握するなどして、方針が遵守されるための仕組みが構築されている

② 訪問看護の計画書が月1回主治医に提出されている

③ 訪問看護のニーズの把握、提供するための専門家の説明と同意がなされている

④ 急変時の対応マニュアルがあり、医師への連絡方法が決まっている

8.1.1.2 入院患者の受け入れの是非について組織的に検討している

a. ①担当する医師が決まらね、定期的、計画的に訪問診療が実施されている

① 多職種で構成された入院判定委員会等が設置され、入院の是非について組織的に検討している

② 受け入れができない場合の手順があり、適切な他の施設を紹介するなどしている

③ ①を満たさない

8.1.1.3 検討した内容が記録され監理保管されている

8.1.2.2 訪問診療が行われている

a. ①受け入れの是非について検討した履歴があり、監理保管されている

② 受け入れができない理由について、その理由や他の施設等に紹介した事実が記載されている

③ ①を満たさない

8.1.2.3 薬剤師や栄養士による訪問指導が行われている

a. ①医師の指示に基づいて薬剤師・栄養士による訪問指導が行われている

b. 訪問指導の実態が不明、あるいは、ダイヤサービス、ダイヤなどの通所サービスにおいて、服薬指導や栄養指導が行われている

c. ①を満たさない

8.1.2.1 訪問看護が行われている

a. ①主治医の指示に基づいて訪問看護が実施されている(訪問看護記録で確認)

② 訪問看護の計画書が月1回主治医に提出されている

③ 訪問看護のニーズの把握、提供するための専門家の説明と同意がなされている

④ 急変時の対応マニュアルがあり、医師への連絡方法が決まっている

b. ①②のいずれも満たさない

8.1.2.2 訪問診療が行われている

a. ①担当する医師が決まらね、定期的、計画的に訪問診療が実施されている

② 処方方針、治療内容が患者・家族に説明されている(診療記録で確認)

③ 訪問・急変時などの連絡方法が患者・家族に明示されている

④ 臨床課題(褥瘡・ハビなど)への指示は明確に文書で行われている

b. ①②③のいずれも満たさない

8.1.2.3 薬剤師や栄養士による訪問指導が行われている

a. ①医師の指示に基づいて薬剤師・栄養士による訪問指導が行われている

b. 訪問指導の実態が不明、あるいは、ダイヤサービス、ダイヤなどの通所サービスにおいて、服薬指導や栄養指導が行われている

c. ①を満たさない

5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

5-4-3-2-1-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

a-b-c-NA

8 療養病床に特有用な病院機能
8.1 入院患者の受け入れ体制と在宅療養支援の取り組み

8.1.3 在宅療養支援のリハビリテーション・サービスが提供されている 5・4・3・2・1・NA

8.1.3.1 タイケアなどの通所サービスが行われている a・b・c・NA

- a. ①OT・PT・ST等のリハ専門職種が通所サービス部門に配置されており、個別リハへの対応も実施されている。
- ②通所サービスの提供に連絡・メール等を使って盛り起っている、もしくは基準以上の職種や要員を配置してサービス提供にあたりている。
- b. ①を満たさない。
- c. レジリエーションのみの対応で、リハビリテーション的要素が認められない
あるいは、必要な人員が配置されていない

8.1.3.2 家庭評価や改造などについての相談に応じている a・b・c・NA

- a. ①OT・PT等による家庭の実施調査が行われており、調査結果が反映され整理保管されている。
- ②家庭評価に関するマニュアルが整備されている、もしくはケアマネジャーと連携する仕組みがある
- b. ①を満たさない。
- c. ①を満たさない。

8.1.3.3 訪問リハビリテーションが行われている a・b・c・NA

- a. ①専門医の処方に基づいて実施している
- ②訪問リハビリの計画性が整備されている
- ③目標を設定し、計画的に実施されている
- b. ①を満たさない。
- c. ①を満たさない。
SVR 訪問リハビリを行っていない場合、訪問リハビリに取組んでいる他施設を支援している場合はNA、支援が十分な場合はcと評価する

8 療養病床に特有な病院機能

訪問病棟名 = [A:] [B:] [C:]

8.2 自立支援や在宅復帰に向けた診療プロセスの適切性

8.2.1 生活機能の自立や在宅復帰の可能性を常に検討している

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

8.2.1.1 日常生活の自立を目指す診療計画が作成されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①入院診療計画やケアプランは、患者ごとに個別性のある内容で多職種によって検討・作成されており、必要時には見直しを修正されている

b. ②を満たさない

8.2.1.2 在宅復帰の可能性について常に検討している

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①在宅復帰の阻害要因や、その解決に向けた検討などが、家族等も交えて多職種で行われ、その阻害も認識されている

b. ②を満たさない

c. ③を満たさない
在宅復帰を容易に諦めていると受け取れる対応が目立つ

8.2.1.3 在宅復帰が困難な患者の療養継続の場について検討している

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①カンファレンスなどで、各種の社会福祉施設の利用や療養継続の場についての検討が行われており、必要に応じて患者との面談や行先など連携している

b. ②を満たさない

c. ③を満たさない
退院目標が不明確で突然とした長期入院が行われている

8.2.2 機能障害の原因が医学的に診断され機能の回復に努めている

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

8.2.2.1 摂食機能や排泄機能の障害の原因が診断され機能の回復に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①嚥下造影など、機能障害の診断や評価に必要な検査が行われている
②嚥下訓練プログラムがある
③必要に応じて専門医(消化器科)より診断され、機能回復の指導を得ている
④経過の観察や口唇ケア、嚥管、嚥下については、専門医の適切な関与がなされている

b. ②を満たさない

8.2.2.2 排泄機能障害の原因が診断され機能の回復に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①オムツや固形尿カテーテルの適然とした装着が行われていない
②障害の原因が医学的に診断されている
③必要に応じて専門医(泌尿器科)により、機能障害の原因が診断され、機能回復についての指導を得ている
④排泄の自立に向けて、多職種が協力して取り組んでいる

b. ②を満たさない

8.2.2.3 痴呆の原因とその程度が診断され回復の可能性が検討されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①痴呆の原因について医学的に診断されている
②痴呆の程度は認知症標準症のスケールを用いて客観的に評価されている
③診断に基づいて治療や療養の方針が立てられている
④回復の可能性について多職種で検討されている

b. ②を満たさない

8.2.2.4 コミュニケーション障害の原因が診断され機能回復に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

a. ①コミュニケーションに障害のある患者が把握されており、その原因が医学的に診断されている
②診断に基づいて治療方針、あるいは機能回復訓練計画が立てられている
③必要に応じて専門医により診断され、機能回復についての指導を得ている
④コミュニケーションエピソードが活用されている

b. ②を満たさない

c. ③を満たさない
SVRでのコミュニケーション障害は、言語障害や失音症だけではなく、視覚や聴覚障害、あるいは毎日や夜間などによる意識障害の顕著なものである。若しくは、通常のコミュニケーションによる意思疎通の障害を、病状とみなして対応することはあってもならないので、コミュニケーション障害や痴呆の診断は厳密に

8 療養病棟に特有な病院機能
8.3 自立支援や在宅復帰に向けたケア・プロセスの適切性

8.3 自立支援や在宅復帰に向けたケア・プロセスの適切性

8.3.1 生活機能の自立や在宅復帰に向けたケア・プロセスが展開されている

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

8.3.1.1 日常生活の自立を目指したケア計画が作成されている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① 医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員が連携してケア計画を作成している
- ② 医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員が連携してケア計画を作成している
- ③ 日常生活の自立を目指す病棟から、患者ごとに個別性のある内容で作成されている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ 介護保険に書づくケアプランを自施設の職員が作成している場合には、介護支援専門員の意見を有しスタッフが作成していることを確認する
また、原則6か月ごとに行われる要介護度の見直し結果に基づいて、ケアプランの修正も行われていることを確認する

8.3.1.2 在宅復帰の可能性を高めるケアが計画的に行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① 在宅復帰の阻害要因を、各職種で多角的に検討している
- ② 在宅復帰の阻害要因を、各職種で多角的に検討している
- ③ 在宅復帰の阻害要因を、各職種で多角的に検討している
- ④ 在宅復帰の阻害要因を、各職種で多角的に検討している

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ リハビリスタッフが一貫して関与していることを確認する

8.3.1.3 服用症候群の発生防止と離床の促進に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① 服用症候群の発生リスクが把握されており、予防策が個別に行われている
- ② 服用症候群の発生リスクが把握されており、予防策が個別に行われている
- ③ 離床を促進するための日齢が工夫され、計画的に実施されている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ リハビリスタッフが一貫して関与していることを確認する

8 療養病棟に特有な病院機能
8.3 自立支援や在宅復帰に向けたケア・プロセスの適切性

8.3.2 生活機能の維持・向上に努めている

5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA | 5・4・3・2・1・NA

8.3.2.1 摂食機能や嚥下機能の維持・向上に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① 必要は可能な限り食事を利用して、自力での摂食を尊重している
- ② 嚥下の能力に合わせた食事・水分・栄養管理が工夫されている
- ③ 嚥下機能の低下などには、嚥下回廊に向けた嚥下訓練プログラムが実施されている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ 栄養士やSTが適切に関与していることを確認する

8.3.2.2 排泄機能の維持・向上に努めている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① オムツ交換は、患者の状態に応じて適宜実施されている
- ② オムツは、個々の状態に合わせた適切なものが選択されている
- ③ 本人の排泄レベルに合わせて排泄方法が検討されており、生活の自立に向けた排泄訓練プログラムが実施されている
- ④ 医師の処方に基いた適切な回数回腸洗浄が実施されている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ オムツ交換を画一的に行っている

8.3.2.3 痴呆患者との意思疎通を工夫して意向を把握する努力が行われている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① 患者の人格や性格を尊重し、個別性のあるケア計画が実施されている
- ② 言葉やジェスチャーなど、アクティブ・リスニングとコミュニケーションに配慮したケアに取り組んでいる
- ③ 認知ケアの方法に関する情報収集を行うことで積極的に対応している
- ④ 認知→理解→工夫のサイクルが実施されている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ 個別的な対応が徹底していない、場合は「1」と評価する

8.3.2.4 コミュニケーション障害者との意思疎通を図る工夫がなされている

a・b・c・NA | a・b・c・NA | a・b・c・NA

- a. ① コミュニケーション障害者に対する工夫が適切に行われている
- ② STなどが関与しながら、非言語的コミュニケーション手段が積極的に用いられている
- ③ STなどの関与が十分でないが、ある程度の取り組みが行われている

b. ①②③のいずれも満たさない
SVR ◯ コミュニケーション障害は、言語障害や失語症のみではなく、視力や聴力障害、あるいは痴呆や老眼などによる意思疎通の障害も含む
手話による意思疎通の障害と、視覚とがなして対応するといったことがあってもならない

8.3.3 日常生活の活性化に努めている

5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

8.3.3.1 口腔ケアや洗顔・洗髪および入浴などにより身の清潔保持に配慮している

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

- a. ①食事・手洗いや歯磨き、計画的に口腔ケア(薬塗を含む)、洗顔・洗髪が行われている
- ②入浴・清拭が計画的に行われている(1回程度は週以上行っている)
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
 SVR 〇 ケア・プログラムや日課表などで実施確認を確保する

8.3.3.2 日中への準備えや整容・身だしなみに配慮して患者の生活リズムの確立に努めている

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

- a. ①服装・容姿などに、日中への準備えを行っている
- ②整容・身だしなみに配慮して、服装や容姿に随時的に配慮している
- ③生活リズムやレクリエーションなどを通じて、日常生活の活性化が図られている
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
 SVR 〇 化粧法など日常生活活性化のための取組みも評価する

8.3.3.3 面会や外出などにより社会との接点を保つよう配慮している

a・b・c・NA	a・b・c・NA	a・b・c・NA
5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA	5・4・3・2・1・NA

- a. ①面会への患者の希望や、少ない場合の理由などを把握している
- ②患者が面会に来やすい環境づくりに努めている
- ③外出や移動が困難などは患者の意向を尊重して積極的に取り組んでいる
- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①②のいずれも満たさない
 SVR 〇 家族・ボランティア・職員の付き添いによる外出・買物などの取組みは評価する

8 療養病床に特有な病院機能
8.4 高齢者や障害者などの権利の擁護

8.4 高齢者や障害者などの権利の擁護

8.4.1 高齢の患者や痴呆患者、あるいは障害者などの長期療養患者の権利が擁護されている 5・4・3・2・1・NA

8.4.1.1 入院・入所時や療養の継続に際しては患者本人の意思が尊重されている a・b・c・NA

- a. ①患者本人の希望や意思の確認に努めており、家族の意向と一致しない場合には、本人の意思が優先されることを確認している
- ②ケースカンファレンス等で、患者・家族を含めた話し合いがなされている

- b. ①を満たさない
- c. 病院側の事情で入院が決定されている
SVR 判断能力に障害のある場合、成年後見制度の利用に配慮している

8.4.1.2 人権が尊重され公衆としての権利の行使に支障がないように配慮している a・b・c・NA

- a. ①患者の人権・尊厳に関する基本的考え方が明示され、行動規範として浸透している
- ②人権を尊重した対応(呼称・言葉遣い)が徹底している

- b. ①②のいずれも満たさない
- c. ①SVR 選挙権の不在者投票の手続きが行われていることを確認する

8.4.1.3 金銭や私物の自己管理を尊重し預かる場合には適正に管理されている a・b・c・NA

- a. ①金銭や私物を管理するための設備が整備されている
- ②意思能力のある患者は自己管理を原則とし、金銭を預かる場合は個人別台帳での管理を徹底して、利子・利息をまとめて適正に処理している

- b. ②を満たさない
- c. あるいは、病棟など事務部門以外で預かっている

1. 概要

- ・本審査、再審査、確認審査において改善要望／留意事項を無制限または件数を指定(80～100件)に登録できるようにします。
- ・帳票「審議及び修正の要約」に入力した改善要望／留意事項を無制限または件数を指定(80～100件)に取り込めるようにします。
(シート1とシート7の印刷ボタン以外のオブジェクトを全て取り除きます。)
- ・改善要望／留意事項が無制限または件数を指定(80～100件)に登録された場合でも帳票に全てが出力されるようにします。
(※「9. 修正対象の帳票」を参照)

無制限	件数を指定
<p>(メリット)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改善要望／留意事項の登録件数のMAX値が指定されていない為、無制限に増やすことが出来ます。 ・ファイルサイズが変わりません。 (デメリット) ・ファイルを保護することが出来ません。 ・入力ファイルのレイアウトが変わります。 (ラジオボタンが有ることにより行の挿入を行えない為、ラジオボタンを現行の入力ファイルから外す必要があります。) 	<p>(メリット)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の入力ファイルの仕様を用いることが可能です。 (デメリット) ・ファイルサイズが大きくなります。 (改善要望／留意事項の登録件数を80件までとした場合、約93キロバイトファイルサイズが大きくなります) ・件数がMAXを越えた場合改修が必要となります。

2. 画面イメージ

「改善要望／留意事項情報一覧画面」(本審査)

受審ID H03050 病院名 医療法人 高専病院
バージョン 4.0 受審種別 一般病院 (500床以上)

地域 北海道

改/留	SE0	内容	関連
留意	81	留意事項81	あり
留意	82	留意事項82	あり
留意	83	留意事項83	あり
留意	84	留意事項84	あり
留意	85	留意事項85	あり
留意	86	留意事項86	あり
留意	87	留意事項87	あり
留意	88	留意事項88	あり
留意	89	留意事項89	あり
留意	90	留意事項90	あり
留意	91	留意事項91	あり
留意	92	留意事項92	あり
留意	93	留意事項93	あり
留意	94	留意事項94	あり
留意	95	留意事項95	あり
留意	96	留意事項96	あり
留意	97	留意事項97	あり
留意	98	留意事項98	あり
留意	99	留意事項99	あり
留意	100	留意事項100	あり

報告意指値事項 新規 入力 削除 閉じる

改善要望／留意事項を
21件以上表示できるよ
うにします。

スクロールバーを追加し
ます。

2-1. 画面内容「改善要望／留意事項情報一覧画面」(本審査)

2-1-1. 画面詳細

本審査における改善要望／留意事項を一覧に表示します。

2-1-2. 変更内容

- ・改善要望／留意事項が21件以上有る場合でも新規ボタンを押下できるようにします。
- ・本審査において登録した改善要望／留意事項を無制限または件数を指定(80→100件)に表示できるようにします。
- ・画面に表示しきれない改善要望／留意事項は、スクロールバーを使用することにより表示できるようにします。