

		<p>う実施したことが分かる情報の補足的な記載が詳細な場合に“a”判定とすることも可とする。</p> <p>◆紙との併用ではあるが、紙記録が患者ID番号によって保管管理されていない場合には“c”判定とする。また患者ID番号で保管されているが主要な紙の記録が入院中の病棟にないなど、迅速な取り出し・確認ができない状況の場合も“c”判定とする。ただし、この場合でも電子カルテに実施したことが分かる補足的な情報が詳細に記載されている場合には“b”または“a”判定とする</p>
5.7.1.4	<p>診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる</p>	<p>◇別綴である場合、情報の共有の仕方、記録の工夫などを確認する</p> <p>◇診療録と分冊になっても、看護記録・リハビリ訓練・服薬指導など各職種の記録が容易に参照できるかを確認する</p> <p>◆電子カルテ導入病院の場合は、紙との併用があっても、紙カルテの内容が迅速に参照できる体制があれば、その状況を評価する</p> <p>◆すべての情報が電子化されている場合、あるいは紙との併用であっても実施したことが分かるような情報が補足的に電子カルテに記載されていれば“a”判定とする</p> <p>◆別途の部門システム上で入力した診療情報が、その情報を必要とするすべての職種で容易に参照できない状況で、かつ情報共有に向けた配慮が行われていない場合は“c”判定とする</p>

### 4.16 診療録管理部門

一般	精神	療養	4.16.1 診療録管理部門の体制が確立している	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	--------------------------	----------------

☞ ◇ここで言う診療録は医師による記録にとどまらない広義の診療録を指す

一般	精神	療養	4.16.1.1 必要な人員が確保され、部門として位置付けられている	(a・b・c・NA)
----	----	----	------------------------------------	------------

①診療情報管理士またはこれに準ずる担当者が適切に配置されている

②業務量に応じた職員が確保されている  
③診療協力部門として組織的に位置付けられ、必要な権限を有している

☞ ◇適切に配置とは年間およそ2000人の退院患者に1人を目安とする  
◇これに準ずる担当者には通信教育中の職員を含めてもよいが、その場合においても有資格者は最低1名必要である  
◇部門長は院長・副院長の直轄であるなどで、権限を有しているかを確認する  
◇業務委託の場合は病院の責任者が配置されている

一般	精神	療養	4.16.1.2 診療録管理室(診療情報管理室)が設置され、収納場所や情報機器が整備されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

①診療情報管理士の執務室、診療記録の閲覧室、診療録の保管庫、診療情報管理に必要な情報機器が整備されている

☞ ◇①についてはハード面での環境が整っていることが望ましいが、実質的な機能が確保されていればよい  
◇外部委託の場合は必要な時間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況を判断する  
◆電子カルテ導入病院の場合は、診療録管理部門の担当者が電子カルテを使用できる状況にあることを確認する

一般	精神	療養	4.16.1.3 診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	-----------------------------------	------------

①部門内で定期的な勉強会がある  
②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

☞ ◇診療情報管理士の育成についての方針と計画も確認する

一般	精神	療養	<b>4.16.2 診療録が適切に管理されている</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	------------------------------	----------------

☞ ◆電子カルテ導入病院において、紙カルテを併用している場合には、電子カルテのみを評価対象とせず、紙の診療録についても従来の基準で評価する

一般	精神	療養	4.16.2.1 1患者1ID番号1診療録の考え方により患者情報の一元化が図られている	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①診療録管理の手順が整備されている
- ②入院は1患者・1ID・1診療録になっている
- ③外来は1患者1IDになっている

☞ ◇外来の場合も1患者・1ID・1診療録になっていることが望ましい  
 ◇外来診療録が科別管理の場合、他科処方、他科検査が参照できるよう十分に配慮されているかを確認する

一般	精神	療養	4.16.2.2 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	---------------------------------	------------

- ①入院および外来の診療録が中央管理されており、貸出し・閲覧規程がある
- ②貸出し期限を厳守させる仕組みがある
- ③診療録のアリバイ管理がなされている

☞ ◆電子カルテ導入病院の場合は、アクセス制限があれば貸出し・閲覧規程があるものとみなす

一般	精神	療養	4.16.2.3 合理的な保管方法が採用されている	(a・b・c・NA)
----	----	----	---------------------------	------------

- ①入院・外来診療録ともに患者のID番号により保管されている
- ②迅速・確実な取り出しと返納ができる適切な保管方法が採用されている

☞ ◇入院・外来いずれもが五十音順など患者氏名による保管がなされており、同姓同名患者の取り違えの危険性がある、あるいは退院番号等で保管されていることは適切でない  
 ◇入院診療録が年度別に保管され、容易に個別患者の全入院診療録が取り出せない場合は不十分である  
 ◆電子カルテ導入病院の場合は、電子カルテと紙媒体の両方に記録がある場合、どちらを正本として扱うかが文書規程などで明確に定められているかを確認する。そのうえで、正本とされているものの取り扱いについて、合理的な保管がなされているかを確認する  
 ◆なお、文書規程で正本の扱いが定められていない場合には“c”判定とする

一般	精神	療養	<b>4.16.3 診療情報が適切に管理され活用されている</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	-----------------------------------	----------------

一般	精神	療養	<p><b>4.16.3.1 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている</b> (a・b・c・NA)</p> <p>①退院時サマリーが作成されている                  ②サマリーは、外来診療録に添付されている                  ③サマリーの完成率を100%にするための仕組みがある                  ④退院時サマリーの形式は、病院全体で統一されている                  ⑤必要な項目が網羅され、診療情報の活用に利用されるように、コンピューターに入力されている</p> <p>☞ ◆電子カルテ導入病院の場合は、外来診察室で退院時サマリーが確認できることを確認する</p>	
----	----	----	---	--

一般	精神	療養	<p><b>4.16.3.2 診断名・手術名がコード化され検索可能となっている</b> (a・b・c・NA)</p> <p>①診断名・手術名などがコード化されてコンピューターに登録されている                  ②特定条件に該当する診療録の検索ができる</p> <p>☞ ◇診断名・手術名・処置名は、ICD-10、ICD-9-CMなどの標準的なコード体系を用いたコーディングが望まれる                  ◇単に医事コンピューターから連動したレセプト病名などのコーディングは適切でない</p>	
----	----	----	--	--

一般	精神	療養	<p><b>4.16.3.3 統計資料を作成し、診療や経営の改善に役立てている</b> (a・b・c・NA)</p> <p>①傷病別患者数など病院の役割や各診療科の業務量の評価に活用できる統計資料が作成され、院内において報告・検討されている                  ②診療・経営上のニーズに応じて、情報を取り出し、診療の質および効率評価の指標を定期的に作成し、会議等で検討され、現場にフィードバックされている</p>	
----	----	----	---	--

一般	精神	療養	<b>4.16.4 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	-------------------------------------	----------------

一般	精神	療養	<p><b>4.16.4.1 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある</b> (a・b・c・NA)</p> <p>①問題点の分析を行ない対策を検討する場がある                  ②紛失カルテが判明しており、その解決に工夫がされている                  ③入力ミスを点検する仕組みがある</p>	
----	----	----	--	--

4.18 外来部門

<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1 外来部門の体制が確立している</p>	<p>(5・4・3・2・1・NA)</p>
一般	精神	療養			
<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1.1 外来部門の方針が明確にされている</p> <p>①地域のニーズにもとづいた外来機能が明確にされている                  ②機能に見合った病診・病病連携が行われている</p> <p>☞ ◇病診・病病連携の内容を確認する</p>	<p>(a・b・c・NA)</p>
一般	精神	療養			
<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1.2 外来における看護の役割が明確にされている</p> <p>①専門看護を含め、看護の役割が明確にされている                  ②看護の責任体制が明確にされている                  ③看護師は問診票等を活用して受診ニーズを把握し、患者の受診行動を支援している</p>	<p>(a・b・c・NA)</p>
一般	精神	療養			
<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1.3 外来看護に必要な教育・研修が実施されている</p> <p>①部門内で定期的な勉強会がある                  ②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制が配慮されている</p> <p>③学会・研修報告が行われ、看護の質向上に役立っている</p> <p>☞ ◇外来看護を中心に評価する</p>	<p>(a・b・c・NA)</p>
一般	精神	療養			
<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1.4 必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている</p> <p>①機器・設備が整備されている                  ②安全管理の手順が整備され遵守されている</p> <p>☞ ◆電子カルテ導入病院の場合、外来看護師が必要に応じて使用することができる電子カルテ端末があることを確認する</p>	<p>(a・b・c・NA)</p>
一般	精神	療養			
<table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>精神</td> <td>療養</td> </tr> </table>	一般	精神	療養	<p>4.18.1.5 外来における薬剤が適切に保管・管理されている</p> <p>①薬剤は、適切に保管・管理されている                  ②薬剤師が適切に関与している                  ③必要に応じて施錠管理されている</p>	<p>(a・b・c・NA)</p>
一般	精神	療養			

一般	精神	療養	<b>4.18.2 外来部門が適切に運営されている</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	-------------------------------	----------------

一般	精神	療養	<b>4.18.2.1 診療録の記載が適切である</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	------------------------------	------------

- ①診療上の問題点と計画が示されている
- ②必要な情報がファイルされている
- ③診療各科の情報が共有されている
- ④記載者の署名がある
- ⑤指導内容が記録されている
- ⑥プライバシーに配慮されている

☞ ◇必要な情報とは、病歴・既往歴(アレルギー・禁忌薬など)・家族歴・診察所見・指示などばかりでなく入院サマリー・情報提供書・返書・診断書などのコピーや同意書、さらに独居情報・緊急連絡先・身障手帳の有無なども重要である。外来診療録の管理状況については、4.16(診療録管理部門)で確認する

一般	精神	療養	<b>4.18.2.2 ハイリスクの治療・検査において説明と同意が適切に行われている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	--	------------

- ①手順・指針が示されている
- ②説明を行う場所に配慮されている

☞ ◇看護師は患者・家族の不安や心配などに対処しているかを確認する

精神 ☞ ◇精神保健福祉法を遵守した説明が実施されている  
◇同意能力のない患者には、保護者(または代理人)への説明がなされている

一般	精神	療養	<b>4.18.2.3 療養のための患者・家族への教育が行われている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	--	------------

- ①必要な療養指導が行われ記録されている
- ②分かりやすい印刷物が作成されている
- ③医師・看護師・他部門間の連携がとれている

☞ ◇個別的な療養指導のほか、集団指導を行っている場合も評価の対象となる

一般	精神	療養	<b>4.18.2.4 治療・ケアの継続性に配慮した仕組みがある</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	--------------------------------------	------------

- ①治療継続のために退院時要約が活用されている
- ②紹介状のやりとりが適切に行われている
- ③他施設との連携が適切に行われている

☞ ◇デイケア、在宅支援、訪問看護ステーションとの連携など

一般	精神	療養	<b>4.18.2.5 外来における業務の改善について検討する仕組みがある</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①問題点を収集・分析し、業務の改善対策が検討されている
- ②医師や他部門の職員も参加している
- ③院内の関係部署との検討が適宜実施されている

☞ ◇医師・看護・コメディカル・事務による業務を含む

一般	精神	療養	<b>4.18.3 外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されている</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	--	----------------

一般	精神	療養	<b>4.18.3.1 外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①実施手順・安全の手順が整備されている
- ②安全・確実な指示だし指示受けが行われている
- ③受けた指示が安全・確実に実施されている
- ☞ ◇患者・部位誤認防止、伝達エラー防止など具体的に確認する
- ◆電子カルテ導入病院の場合、②③については5.3.2.1～5.3.2.3における考え方に準拠して評価する

一般	精神	療養	<b>4.18.3.2 外来における検査・処置・手術などの実施中・実施後に、患者の状態・反応を観察している</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①観察記録がある
- ②帰宅後を配慮して自己観察できる指導や悪化時の受診の仕方を指導している
- ③プライバシーに配慮されている
- ④急変時の対処方法が確立し、定期的に教育・訓練・技術指導が行われている
- ☞ ◇抗がん剤やハイリスク薬剤の投与、日帰り手術など
- ◇外来独特のリスクについて把握しているかを確認する
- ◇診察を待っている患者の様子を適宜観察する仕組みについても確認する

一般	精神	療養	<b>4.18.3.3 外来において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①適切な手洗い設備を有し患者と接触する前後や必要な行為の前後に手洗いをしている
- ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
- ③感染経路別予防策に基づいた隔離方法が行われている
- ④針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策が確立している
- ⑤感染性廃棄物容器が安全な状態で利用されている
- ☞ ◇採血室、処置室、外来診察室、待合室、点滴外来などを確認する
- ◇待合室に隔離室があれば高く評価する

一般	精神	療養	<b>4.18.3.4 内視鏡室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①内視鏡室の清潔管理に関する規程がある
- ②標準予防策に基づき、必要に応じて手袋・防護具を着用している
- ③検査終了の度に内視鏡の洗浄・消毒を行っている
- ④適切な洗浄装置が備えられている
- ⑤グルタラルなどを使用している場合は、ゴーグル・防毒マスクなどの防具が整備されている
- ☞ ◇内視鏡の実施件数に見合ったファイバースコープの台数が確保されていることも確認する
- ◇ファイバー部分だけでなく、水入れや生検鉗子・ブラシなど種々の処置具の洗浄・消毒も確認する

一般	精神	療養
----	----	----

4.18.3.5 透析室において病院感染を軽減させる具体的な感染対策がとられている (a・b・c・NA)

- ①透析室の清潔管理に関する規程がある
- ②患者・スタッフ用の手洗い設備があり、適切に手洗いがされている
- ③穿刺・抜針操作をするスタッフはディスポーザブルの手袋を装着し、患者ごとに交換している
- ④針刺しを予防する手順が整備され、曝露時の連絡体制が確立している
- ⑤感染性廃棄物を適切に分別処理している
- ⑥血液で汚染された物品などの取り扱いに関して、マニュアルで定められている

☞ ◇浄化槽を確認する



一般 精神 療養

## 5.3.2 患者に関する情報が確実に伝達されている

(5・4・3・2・1・NA)

一般 精神 療養

## 5.3.2.1 確実な指示出し・指示受けの手順がある

(a・b・c・NA)

- ① 確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している
- ② 指示は医師が指示簿に記載、署名している
- ③ 指示を確認した看護師は署名している
- ④ 指示は転記がない、あるいは転記によるミスが発生しない仕組みがある
- ⑤ 口頭指示、臨時の指示などの手順が明文化されている

- ☞ ◇コンピューターオーダーは、パスワードなどで安全が確立していれば、自筆とみなす  
◇指示の変更が迅速に正しく伝わる仕組みが確立しているかを確認する
- ◆電子カルテ導入病院で代行入力を実施している場合は、少なくとも誰が代行入力を行うかというルールが院内規程で明確に定められ、代行入力者が電子カルテ上に明確に記録され、さらに、たとえば記載内容の「確認ボタン」は医師が押すなどの適切な確認が行われていれば、代行入力そのものを不適切とは評価しないこととする
- ◆口頭指示など限られた場合に代行入力を行う場合においては、一定の範囲に限り代行入力を行うルールが院内規程で明確に定められており、代行入力者が電子カルテ上に記録され、かつ後刻に指示した医師が電子カルテ上で追認し、それを電子カルテ上に記録として残すことが求められる。従って、口頭指示のルールを確認するとともに、これらの仕組みと追認の記録が電子カルテ上にあることを確認する

一般 精神 療養

## 5.3.2.2 受けた指示を確実に実施する仕組みがある

(a・b・c・NA)

- ① 安全に指示が実施されるための仕組みがある
  - ② 指示が確実に実施されたことを記録している
  - ③ 実施したサインがある
- ☞ ◆電子カルテ導入病院の場合においても、医師の指示に対する看護師の指示受けおよびその記録を残すことが求められる。従って、看護師の指示受けの仕組みがシステム上にあるかを確認する
- ◆医師の指示を実施した記録は、電子カルテでも求められる。従って、医師の指示を実施した際に実施入力が行われるシステムになっているかを確認する
- ◆指示受けから実施に至る過程の記録が紙のワークシートの場合は、(1)指示出し・指示受けのマニュアルが適切に整備され、(2)指示受けから実施にいたるまでの過程が適切に紙(ワークシート)に記載されており、(3)指示を実施した記録が電子カルテに適切に残されていれば、適切と判断しても差し支えない

一般	精神	療養
----	----	----

5.3.2.3 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している (a・b・c・NA)

- ①出された指示が実施されたことを医師が確認する仕組みがある
  - ②指示を確実に実施したことを記録している
- ☞ ◇実施されたことをどのように確認しているのかを尋ねる（実施のサイン、回診、看護師からの報告など）
- ◆電子カルテ導入病院においては、医師が指示した内容が、看護師により指示受けされたか、またその後確実に実施されたかを、電子カルテ上で容易に確認できるシステムが求められる。ただし、指示受けが看護支援システムなど部門システムで行われており、看護師による指示受けが行われたか否かを医師が容易に確認できない状況であっても、実施確認が容易に行える状況であればよいこととする。従って、医師が指示受けおよび実施確認を容易に確認できるシステムになっているかを確認する。
  - ◆なお、看護師が指示受けをしていないものが、実施されることが無いかに留意し、指示受けを行わず実施されている実態が確認された場合は“c”判定とする

5.4 評価(アセスメント)と計画 [全体の流れ]

一般	精神	療養
----	----	----

5.4.1 評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている (5・4・3・2・1・NA)

一般	精神	療養
----	----	----

5.4.1.1 評価が適切に行われ、計画が立てられている (a・b・c・NA)

- ①身体的・精神的・社会的アセスメントのすべてについて記述がある
  - ②問題を予知して対処する計画が立てられている
  - ③24時間以内に初期計画が立てられている
- ☞ ◇看護基準や手順が計画に乖離なく反映される仕組みがあるかを確認する

一般	精神	療養
----	----	----

5.4.1.2 診療・看護を含む多職種による評価や意見を考慮した計画(ケア・服薬・栄養・リハビリテーション等)が立てられている (a・b・c・NA)

- ①他職種と検討する仕組みがある
- ②検討結果を記録している

一般	精神	療養
----	----	----

5.4.1.3 安全確保のためのリスクの評価が行われ、計画が立てられている (a・b・c・NA)

- ①転倒・転落や褥瘡のリスク、適切な身体抑制等の評価が行われている
- ②評価に基づいた計画が立てられている
- ③実施されたことを記録している

一般	精神	療養
----	----	----

5.4.1.4 各症例の治療計画や看護計画についての検討が行われている (a・b・c・NA)

- ①検討が行われている
- ②記録している

## 5.7 診療・看護の記録

一般	精神	療養	<b>5.7.1 診療・看護の記録が適切になされている</b>	(5・4・3・2・1・NA)
----	----	----	---------------------------------	----------------

一般	精神	療養	<b>5.7.1.1 診療録の記載が適切である</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	-----------------------------	------------

- ①誰にでも分かるよう記載されている
- ②主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見、入院診療計画、診療経過記録などが漏れなく記載されている
- ③診療プロセスが適切に記載されている
- ④記載者の署名がある

☞ ◇入院診療録には、入院時所見(主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体所見など)、治療方針、入院診療計画、経過記録、所見、指示内容(食事、処方、検査、身体抑制・固定など)、回診記録、紹介・対診記録、術前評価記録、手術計画などが記録されていることを確認する

一般	精神	療養	<b>5.7.1.2 看護記録の記載が適切である</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	------------------------------	------------

- ①基準に則って記載されている
- ②誰にでも判読できるよう記載されている
- ③記載者の署名がある

一般	精神	療養	<b>5.7.1.3 同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている</b>	(a・b・c・NA)
----	----	----	---	------------

- ①記録を綴じる順番が定められている
- ②同意書、各種検査結果、放射線読影結果、手術記録、リハビリ訓練記録、服薬指導、栄養指導などが診療録にファイルされている

☞ ◇説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等がファイルされていることを確認する

- ◆電子カルテ導入病院の場合には、診療・看護の記録、説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等が、すべて電子的に保管されていれば“a”判定とする
- ◆上記のうち、一部の記録が紙で保管されている場合には、電子カルテに紙で保管されていることを実施したことがわかるような情報が補足的に記載されており、かつ患者IDごとに紙記録がまとめられている場合には“b”判定とする。ただし、ここでいう実施したことが分かる情報の補足的な記載が詳細な場合に“a”判定とすることも可とする。
- ◆紙との併用ではあるが、紙記録が患者ID番号によって保管管理されていない場合には“c”判定とする。また患者ID番号で保管されているが主要な紙の記録が入院中の病棟にないなど、迅速な取り出し・確認ができない状況の場合も“c”判定とする。ただし、この場合でも電子カルテに実施したことが分かる補足的な情報が詳細に記載されている場合には“b”または“a”判定とする

一般	精神	療養
*	*	*

5.7.1.4 診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる

(a・b・c・NA)

- ①診療録と看護記録が一冊に綴じられている
- ②分冊になっていても診療情報が共有される仕組みになっている
  - ☞ ◇別綴である場合、情報の共有の仕方、記録の工夫などを確認する
  - ◇診療録と分冊になっていても、看護記録・リハビリ訓練・服薬指導など各職種の記録が容易に参照できるかを確認する
  - ◆電子カルテ導入病院の場合は、紙との併用があっても、紙カルテの内容が迅速に参照できる体制があれば、その状況を評価する
  - ◆すべての情報が電子化されている場合、あるいは紙との併用であっても実施したことが分かるような情報が補足的に電子カルテに記載されていれば“a”判定とする
  - ◆別途の部門システム上で入力した診療情報が、その情報を必要とするすべての職種で容易に参照できない状況で、かつ情報共有に向けた配慮が行われていない場合は“c”判定とする

一般	精神	療養

5.7.1.5 記載された診療録・看護記録が評価されている

(a・b・c・NA)

- ①評価者が明確に定められている
- ②診療録・看護記録の評価(監査)が行なわれている
- ③評価結果が医師・看護師にフィードバックされている

5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理

一般	精神	療養

5.8.1 病棟が安全で快適に保たれている

(5・4・3・2・1・NA)

精神 ☞ ◇精神科固有の無断離院、患者間トラブル、危険物(消毒薬、洗剤、針、ハサミ、ナイフ等)持込みへの対応について確認する

一般	精神	療養

5.8.1.1 病棟が安全で清潔に保たれている

(a・b・c・NA)

- ①安全性が確保されている(転倒、転落の防止策など)
- ②清潔に保たれている
- ③病棟の管理者は施設管理の責任者と連携して管理している

精神 ☞ ◇精神科治療においては保護の観点から確認する

一般	精神	療養

5.8.1.2 廃棄物の処理が適切である

(a・b・c・NA)

- ①責任者が明確である
- ②マニュアルが整備されている
- ③分別が適切である
- ④感染性廃棄物の容器にはバイオハザードマークが貼付されている

☞ ◇病棟・ナースステーション内の感染性廃棄物の処理状況を確認する  
 ◇清潔な場所に置かれていないかについても確認する