

## 資料5

### 財団法人日本医療機能評価機構の概要

1. 理事長 坪井 栄孝（財団法人慈山会医学研究所理事長）
2. 所在地 東京都千代田区神田駿河台3丁目11番地
3. 基本財産 347,000千円（平成15年3月31日現在）
4. 財団の目的 病院等の医療施設の機能について、学術的な観点から中立的な立場で評価し、その改善を支援するとともに、この医療機能評価に関する調査研究、普及啓発等を行うことにより、国民の医療に対する信頼の確保及び医療の質の向上を図ることを目的とする。
5. 実施事業 医療機能評価の実施に関する事業  
医療機関の機能改善に対する支援  
医療機能評価に関する調査研究  
医療機能評価に関する普及啓発  
医療機能評価に関する出版物の刊行  
その他本財団の目的を達成するために必要な事業など

#### ○認定証（有効期限5年間）の発行（評価結果）手順

- ①病院機能評価受審の申込みをした病院を対象とした説明会の実施
- ②当該病院が記入した調査票についての書面審査
- ③訪問審査の実施（専門的な見地から中立的・客観的な判断による評価）
- ④訪問審査結果（審査結果報告書）の（財）日本医療機能評価機構への提出
- ⑤（財）日本医療機能評価機構の評価部会の審議・検討
- ⑥『審査結果報告書』における各評価項目の評点がおおむね標準的な水準以上
- ⑦認定証の発行

#### ※再審査の申請

「審査結果報告書」において必要な改善事項を指摘された病院は、上記報告書の受領後1年以内に再審査を申請することが出来る。

## 第三者病院機能評価の主な対象領域

### I. 病院組織の運営と地域における役割

- 病院の理念と基本方針
- 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力
- 関係法令の遵守
- 地域に開かれた病院
- 職員の教育・研修

### II. 患者の権利と安全の確保

- 患者の権利の尊重と患者—医療者のパートナーシップ
- 患者の安全確保のための体制
- 患者の安全を確保するための手順の確立
- 医療事故への対応（医療事故発生時の手順が明確であることなど）
- 院内感染管理

### III. 療養環境と患者サービス

- 接遇と案内（言葉づかいや身だしなみの適切さなど）
- 医療相談（患者・家族の相談窓口の設置など）
- プライバシー確保への配慮

### IV. 診療の質の確保

- 診療組織と運営体制
- 医師の人事管理と教育・研修
- 診療録管理部門（必要な職員の確保など）
- 救急部門（各職種の当直体制の整備など）
- 診療の責任体制と記録の徹底（診療情報の一元的管理など）
- 入院診療の計画的対応（入院診療計画の作成など）
- 手術・麻酔・処置の適切性（麻酔記録・手術記録の適切な作成など）
- 診療の質の保証（個々の症例についての検討状況など）

### V. 看護の適切な提供

- 看護体制の確立と組織管理
- 看護部門の職員の能力開発
- 看護ケアの評価と質向上への努力（多職種によるカンファレンスの参加）

### VI. 病院運営管理の合理性

- 人事管理・財務管理

財団法人 日本医療機能評価機構

**【回答者について】**

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

**【ご回答いただくにあたって】**

- この自己評価調査票と一緒にご回答いただく「病院機能の現況調査」では、各部門や領域ごとに実績等をお尋ねしています。関連する事項は現況調査記入の実績等をご参照のうえご回答ください。
- 自己評価の直接の対象項目は中項目レベルのものです。中項目は項目番号が例えば「2.3.4」のように3ケタで表記されています。中項目の下に小項目(項目番号が4ケタ)がある場合には、それらの回答を勘案して総合的に中項目を評価してください。
- 評価項目のうち、△が付されている項目は、開設者の性格や地域での役割などに応じて適宜、評価を行う項目です。
- 小項目は3段階で評点します。それらは概ね次のような評点結果を表します。
  - a: 適切に行われている／適切な形で存在する／積極的に行われている
  - b: 中間
  - c: 適切さに欠ける／存在しない／行われていない
- 小項目で、あり／なしの回答を求められている場合には、あり=a、なし=cとしてご回答ください。
- 中項目は5段階で評価します。それらは概ね次のような評点結果を表します。
  - 5: 極めて適切に行われている／極めて適切な形で存在する／極めて積極的に行われている／他の施設の模範になると自負できる
  - 4: 適切に行われている／適切な形で存在する／積極的に行われている
  - 3: 中間
  - 2: 適切さにやや欠ける／存在するが適切さに欠ける／消極的にしか行われていない
  - 1: 適切でない／存在しない／行われていない
- 各項目で求めている事項が、貴院の役割や機能から考えた場合に必要ない(当該事項が行われていなくても妥当である)と考えられる場合には、“NA(評価非該当)”を選んでください(N A=Not Applicable)。
- 末尾に自由回答欄を設けています。そこでは、当該領域に関連することで貴院が特に努力されている点や苦労されている点、特徴的な点についてお尋ねしています。すでに評価項目としてご回答いただいたこと以外に関連する事項がある場合に、ぜひともご回答ください。

## 7.0 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		( 5・4・3・2・1・NA )
7.1.1.1	移送時の説明と処遇が適切に行われている	精神科救急、移送などを評価	( a・b・c・NA )
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	精神保健指定医(任意入院を除く)による入院の決定。入院計画など時間軸の導入と記録	( a・b・c・NA )
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	治療同意を求める説明の努力と記載、精神医療審査会についての説明およびそのマニュアルなど。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、通信、面会、電話の自由についての説明	( a・b・c・NA )
7.1.2	任意入院の管理は適切に行われている		( 5・4・3・2・1・NA )
7.1.2.1	同意能力の判定が適切に行われている	痴呆性疾患患者の同意能力の判定の適切性	( a・b・c・NA )
7.1.2.2	入院同意書は適正である	本人署名・日付など	( a・b・c・NA )
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	他の入院形態とは異なり、任意入院の場合は自由度が高いことおよびその具体的な内容の説明、手順書	( a・b・c・NA )
7.1.3	医療保護入院の管理は適切に行われている		( 5・4・3・2・1・NA )
7.1.3.1	精神保健指定医の診察による判断がなされている		( a・b・c・NA )
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・b・c・NA )
7.1.3.3	入院告知書は医師により説明されている		( a・b・c・NA )
7.1.4	(指定病床がある場合のみ)措置入院の管理は適切に行われている		( 5・4・3・2・1・NA )
7.1.4.1	指定病床は適切に運用されている		( a・b・c・NA )
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	基本的な対応手順と方法の成文化と周知、閉鎖病棟での処遇、入院継続の必要性の定期的検討。他の入院形態とは別に検討	( 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	仮退院の運用、病棟外の行事への参加の判断と観察方法など	( a・b・c・NA )

## 7.2 入院中の処遇の適切性

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	閉鎖病棟の施設、ナースステーションへの患者の出入り ( a・b・c・NA )
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	行動制限を最小限にする努力、事故(自殺や怪我、失踪など)を未然に回避する手順や方法の成文化。任意入院で患者から退院請求がある場合の対応、任意入院患者の退院を制限した場合(72時間以内)の理由の妥当性と手続きとその記録。閉鎖病棟に任意入院患者がいる場合は部分開放の状況、自由度を設定する場合もある。長期在院者の自立的な生活の支援の適切性 ( a・b・c・NA )
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なされている	( a・b・c・NA )
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 )
7.2.2.1	各病棟に電話が設置されている	( a・b・c・NA )
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	取り扱い手順の適切性、郵便物は速やかに投函されている、患者あての郵便物は速やかに本人へ渡されている、危険物確認などで開封確認が必要な場合は、職員立会いのもとで本人が開封し、その記録がある ( a・b・c・NA )
7.2.2.3	面会や電話利用の制限は適切である	制限の必要性について検討されている、患者にその理由が説明されている、入院後一律の制限を行っていない、記録されている ( a・b・c・NA )
7.2.3	隔離が適切に行われている	( 5・4・3・2・1・NA )
7.2.3.1	精神科隔離室が整備されている	数(全精神科病床の5%程度)、種類(画一的でない)、円滑な意思伝達、衛生や空調 ( a・b・c・NA )
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	対応手順や方法の成文化と周知、隔離に関する説明とその記録、患者の希望による隔離室利用についてはその手続きの手順の明確化 ( a・b・c・NA )
7.2.3.3	隔離が適切に行われている	最小限の実施、頻回の巡回(1回/30分以上)、同室内に2人以上を隔離していない、身体面・心理面の配慮、適切性の検討とその記録 ( a・b・c・NA )
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・b・c・NA )
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	対応手順や方法の成文化と周知、身体拘束に関する説明とその記録 ( a・b・c・NA )
7.2.4.3	身体拘束が適切に行われている	最小限の実施、頻回の巡回、身体面・心理面の配慮、適切性の検討、記録 ( a・b・c・NA )

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 )
7.2.5.1	精神医療審査会への退院請求や処遇改善請求を患者ができる	説明の具体性	( a・b・c・NA )
7.2.5.2	精神医療審査会および実地指導への対応の続きが適切である	定期病状報告(措置は6ヶ月ごと、医療保護は12ヶ月ごと)や審査(精神医療審査会)、実地指導に関する資料から、その対応が適切である	( a・b・c・NA )
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	審査結果や実地指導内容を踏まえた改善	( a・b・c・NA )

### 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 )
7.3.1.1	保護者選任の手続きが適切に行われている		( a・b・c・NA )
7.3.1.2	医療保護入院に関する届け出が適切に行われている	入退院の届け	( a・b・c・NA )
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	仮退院および症状消退届け	( a・b・c・NA )
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 )
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・b・c・NA )
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 )
7.3.2.3	デイケア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 )
7.3.3	預り金管理が適切に行われている		( 5・4・3・2・1・NA )
7.3.3.1	預り金管理に関する方針が明確である		( a・b・c・NA )
7.3.3.2	預り金管理は適切である		( a・b・c・NA )
7.3.3.3	預り金利息の処理が適切に行われている	患者に帰属させている。1年に1回は患者に還元されている。会計簿への記帳	( a・b・c・NA )

### 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 )
7.4.1.2	身体合併(併存)症治療が適切に行われている	構造(バイピングなど)および過程(実施状況)	( a・b・c・NA )
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 )

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的支援に関する方針が組織として明確である	教育、精神科医と他診療科医の日常的なカンファレンスの有無、精神科医による他診療科病棟での対診の頻度や依頼頻度	( a・b・c・NA )
7.4.2.2	精神科・神経科が他科に開かれている	他診療科医が担当患者の精神医学的診断および治療について、精神科医に相談できる。他科診療医が精神科病棟へ容易に診察可能である	( a・b・c・NA )
7.4.2.3	精神科外来のみを有する場合の精神科医療が適切に行われている	リエゾン・コンサルテーション活動、他診療科病棟でのカンファレンスへの精神科医の参加の頻度	( a・b・c・NA )

## 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	精神科救急システム、過疎地域への診療支援、教育・研修活動など	( a・b・c・NA )
△ 7.5.1.2	指定病床などに指定されている	指定病床、応急指定病院など	( a・b・c・NA )
△ 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療が提供されている		( a・b・c・NA )
△ 7.5.2.2	専門的治療が積極的に提供されている	児童思春期、薬物中毒、犯罪を繰り返す精神障害者、措置入院受け入れなど	( a・b・c・NA )
△ 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 )
△ 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 )

## 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