

週刊WEB

# 医療経営

MAGAZINE

Vol.811 2024.3.5

## 医療情報ヘッドライン

**新型出生前診断の新ルール案固まる  
事前に関連3学会へ意見を求める**

▶ こども家庭庁  
NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

**自治体病院の92.1%が赤字  
23年6月の全国公私病院連盟調査**

▶ 一般社団法人 全国公私病院連盟

## 週刊 医療情報

2024年3月1日号  
**サイバーセキュリティー、  
約2千病院支援、24年度**

## 経営TOPICS

統計調査資料  
**病院報告**  
(令和5年9月分概数)

## 経営情報レポート

**万が一の事故に備える  
医療事故調査制度の概要**

## 経営データベース

ジャンル:病院機能評価 >  
サブジャンル:申込から受審までの流れ  
**訪問審査について  
評価判定と認定の流れ**

# 新型出生前診断の新ルール案固まる 事前に関連3学会へ意見を求める

## こども家庭庁 NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

こども家庭庁は、2月21日の「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会」で、新型出生前診断（NIPT）の検査対象を現在の3疾患から広げる際のルール案を提示。

日本医学会の認証施設が臨床研究として実施することや、事前に日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会の3学会に意見を求めて必要な対応を行うことなどが盛り込まれた。専門委員会は概ね了承した。

### ■実施施設の半数以上が非認定

胎児の先天性疾患を調べる出生前診断（出生前検査）に対しては、「命の選別」につながるなどの指摘があることから、明確な法整備がなされてこなかった。ただ、従来は羊水検査や絨毛検査（絨毛は妊娠早期の胎盤の一部。それを採取して行う）といった母体および胎児に負担が伴う検査が必要だったため、専門の医療機関でなければ実施できず、結果的に一定の質が担保されていたといえる。

1990年代に妊婦の血中成分を調べる母体血清マーカーが海外から導入されたが、厚生労働省に設置された専門委員会が「医師は本検査を勧めるべきではない」と否定的な見解を示したこともあり、普及には至らなかった。

しかし、2011年に米国で開始された新型出生前診断（NIPT）は母体血清マーカーよりも精度が高く、血液検査のみなので羊水検査や絨毛検査に比べ流産や感染症のリスクも低いため専門の医療機関以外でも扱われるようになった。美容クリニックなどが「当日検査・ネット予約・安価」といったキーワードで集客するなど、商業目的での展開も増えた。

日本産科婦人科学会の調査によれば、実施施設の半数以上が非認定施設であることが判明している。

### ■7割以上が検査の説明なし

NIPTで問題視されているのは、非認定施設での実施が多いことだけではない。そもそも出生前検査とは、「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会」による「NIPTの臨床研究における課題と対応（見解）（案）」によれば「胎児の状況を正確に把握し、将来の予測をたて、妊婦及びそのパートナーの家族形成の在り方等に係わる意思決定の支援を目的とする」もの。

だからこそ、同見解で「出生前検査は、その特性に鑑みて、受検する際には、十分な説明・遺伝カウンセリングを受けることが不可欠である」とも記している。

ところが、前出の日本産科婦人科学会の調査では、非認定施設の7割以上が検査に関する説明をほとんどしていないことが判明。

適切なカウンセリングが行われていないだけでなく、たとえ異常所見があっても電話・メールなどの通知のみで済ますケースも報告されている。

こうした状況が新たなルール策定の背景にもなっているわけだが、「十分な説明・遺伝カウンセリング」が受けられる環境整備につながるかどうかは不透明だ。罰則規定がないソフトローであり、ガイドラインですらないことを踏まえれば、“対症療法”に過ぎないようにも見える。果たしてどんな効力を発揮するか、今後の推移を見守りたい。

# 自治体病院の92.1%が赤字 23年6月の全国公私病院連盟調査

## 一般社団法人 全国公私病院連盟

一般社団法人全国公私病院連盟は2月16日、2023年6月に調査した「令和5年病院運営実態分析調査の概要」を公表。203ある自治体病院のうち、92.1%にあたる187病院が赤字だったことを明らかにした。黒字は16病院(7.9%)だった。その他の公的病院は180病院のうち、73.3%にあたる132病院が赤字で、26.7%(48病院)が黒字だった。調査に回答があった520病院で見ると、赤字割合は76.9%(400病院)、黒字割合は23.1%(120病院)だった。

※なお、この調査は地方公共団体が負担すべきものとされている負担金や補助金などを総収益から除いて仮定計算を行っており、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。

### ■患者数は入院・外来ともに減少

この調査では、過去10年間の6月1カ月分の総収益差額から見た黒字病院・赤字病院割合の推移も示している。それによれば、2022年に比べて2023年は赤字割合が3.9ポイント増。ただ、2021年の赤字割合は76.9%なので、2022年に良化したのが揺り戻しとなったようにも見える。

ちなみに過去10年間で最も赤字割合が多かったのは、コロナ禍初年の2020年で80.3%。その前年の2019年は70.9%だったので10ポイント近く一気に悪化した格好だ。それ以前は2015年まで順に73.6%、69.0%、72.9%、71.5%と推移している。

言うまでもなく、自治体病院は地域の基幹病院だ。がん治療などの高度医療だけでなく、小児医療や救急医療、医療過疎地なども含む地域医療など民間では採算性の確保が難しい領域を担っている。医師や看護師をはじめとする医療従事者の確保で人件費が高むうえ、

人口減少によって患者数は減少傾向にあり、赤字に陥りやすい構造だといえる。

実際、患者数を見ていくと、1病院当たりの外来患者数は1万1,206人で前年から502人減少。入院患者数は6,826人で211人減少しており、コロナ禍で患者数が落ち込んだ2020年から2022年までは増加傾向にあった外来・入院が、ともに減少へ転じている。病床利用率は68.38%で前年より0.52ポイント上昇してはいるが、コロナ禍前の2019年が74.80%だったのに比べれば大きく減っていることは明らかだ。

### ■10年連続黒字を達成している自治体病院も

ただし、公的病院と自治体病院で赤字割合が大きく異なることから、自治体病院の経営に問題がある可能性は十分にある。職員の危機意識の欠如や経営努力の不足を指摘する有識者も少なくない。

たとえば2009年度に20年ぶりの黒字化に成功し、以降10年連続の黒字を達成した三重県松阪市の松阪市民病院では、職員と経営状況について十分な対話を行って危機意識を醸成していった。併せて、膨らんでいた委託費の適正化に取り組み、医事課業務の外部委託を解消。収益貢献が大きく、高い専門性を要する入院部門を内製化していったという。

医療費の膨張が続いていることを踏まえれば、診療報酬が今後大きなプラス改定に転じることは考えにくい。

地域医療の持続可能性を確保するには、自治体病院の経営を強化していくことが必須であり、松阪市民病院のような事例を横展開していくことが求められているといえよう。

医療情報①  
 厚生労働省  
 依頼

## サイバーセキュリティ、 約2千病院支援、24年度

厚生労働省は、「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」での支援対象病院を選定するよう各都道府県に依頼した。

対象となるのは電子カルテシステムを導入している病院で、2024年度に全国の約2,000病院をサポート。25年度までに電子カルテを導入済みの全病院への支援を目指している。

支援の内容は、以下の2つ。

- ▼外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査
- ▼オフライン・バックアップ体制の整備

病院でのサイバーセキュリティのさらなる確保を図ることで、厚労省は医療DXの推進につなげたい考えだ。この事業に、23年度補正予算のうち36億円を充てる。

厚労省では、選定方法を各都道府県の判断に委ねるが、都道府県ごとの病床規模別に示す数（支援枠）の病院を過不足なく選定するよう求めている。また、選定に当たっての考え方として、以下を挙げている。

- ▼地域での救急などの主要な診療機能を担っており、サイバー攻撃の影響により診療停止となった場合に地域医療に与える影響が大きいと思われる病院
- ▼立入検査などでセキュリティ対策が不十分と思われる病院

実際の支援は、事業を受託した企業が対象病院に直接連絡した上で進めていく。

医療情報②  
 日本保険薬局  
 協会

## マイナ保険証、会員薬局での 受け付け低調

日本保険薬局協会の調査によると、5,415カ所の会員薬局でのマイナ保険証の受け付け割合（2023年11月時点）の中央値は「1-3%未満」で、10%を超える薬局が2割弱にとどまった。マイナ保険証の持参を患者に確認したり、受け付け時に利用の声掛けをしたりしている会員薬局は全体の91.8%に上った。

ただ、声掛け割合が50%以上の薬局は4分の1程度で、半数近くが10%と、まだまだ声掛けには消極的な薬局が多いという実態が明らかになった。また、マイナ保険証の持参の確認や利用の声掛けの割合が高いほど、受け付け割合が高い傾向が見られた。

そのため、同協会は「現場におけるより一層の啓発活動が重要」だとしている。調査は、2023年12月18日～24年1月31日に会員薬局の管理薬剤師を対象に実施。5,415 薬局から回答を得た。

電子処方箋の受け付け体制が整っている薬局は 2,874 力所 (53.1%) あり、このうち 23 年 11 月に受け付け実績があったのは 72 力所 (2.5%) だった。回数ごとに見ると、100 回以上が 6 力所、10～99 回が 16 力所、2～9 回が 27 力所、1 回が 23 力所。また、処方箋の総受け付け回数のうち、電子処方箋の受け付け回数の割合は 0.058%にとどまった。

23 年 11 月時点でリフィル処方箋の応需実績がある薬局は全体の 35.2%を占め、同 6 月時点と比べ 6.3 ポイント上昇した。

総受け付け件数に対するリフィル処方箋の応需割合は 0.117%だった。

医療情報③  
 厚生労働省  
 有識者検討会

## がん診療連携拠点、 13病院「一般型」に復帰へ

厚生労働省の有識者検討会は 2 月 21 日、指定要件の一部を満たしていなかった「特例型」の都道府県がん診療連携拠点病院（がん拠点病院）の 3 施設と、地域のがん拠点病院の 10 施設が要件を全てクリアしていることが確認されたため、それぞれ「一般型」に“復帰”させることで合意した。一方、「一般型」の地域がん拠点病院 4 施設は要件の一部を満たしていないことから「特例型」に類型変更する。4 月 1 日から適用する。

また、横浜医療センター（神奈川県）や会津中央病院（福島県）など 4 施設を地域のがん拠点病院、四国中央病院（愛媛県）を地域がん診療病院に新規指定することも決めた。

指定類型の変更では、地域がん診療病院のみやぎ県南中核病院（宮城県）を地域のがん拠点病院とする一方、「特例型」の地域のがん拠点病院である王子総合病院（北海道）など 11 施設は要件の一部を依然としてクリアしていないことから、地域がん診療病院とする。

「特例型」の地域がん診療病院である沖縄県立八重山病院など 6 施設は、要件を全て満たしており、同一のがん医療圏に他のがん拠点病院などが指定されていないため、「一般型」に“復帰”させる。いずれも 4 月 1 日付で新規指定や指定変更などが行われる。

がん拠点病院などを巡っては、2022 年 8 月の整備指針の見直しに伴い、何らかの理由で要件を満たしていないことが確認された場合、「一般型」から経過措置的に「特例型」に位置付けられる。これは、いわば「イエローカード」を提示されている状態で、1 年以内に全ての要件をクリアできなければ、がん拠点病院としての指定が取り消される場合もある。

一方、要件の充足が確認され、厚労省の「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」で了承されれば、「一般型」への“復帰”を果たすことができる。

週刊医療情報（2024年3月1日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

# 病院報告

## (令和5年9月分概数)

厚生労働省 2023年12月19日公表

### 1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和5年9月	令和5年8月	令和5年7月	令和5年9月	令和5年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 134 980	1 141 213	1 128 409	△ 6 233	12 804
精神病床	263 167	263 628	263 047	△ 461	581
感染症病床	1 359	1 598	1 211	△ 239	387
結核病床	1 130	1 194	1 077	△ 64	117
療養病床	232 370	232 374	231 804	△ 4	570
一般病床	636 955	642 419	631 272	△ 5 464	11 147
外来患者数	1 241 001	1 240 897	1 212 648	104	28 249
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 962	1 993	2 034	△ 31	△ 41

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

### 2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年9月	令和5年8月	令和5年7月	令和5年9月	令和5年8月
病院					
総数	73.5	76.8	75.9	△ 3.3	0.9
精神病床	81.8	82.1	82.0	△ 0.3	0.1
感染症病床	52.8	89.2	80.3	△ 36.4	8.9
結核病床	26.9	31.5	29.1	△ 4.6	2.4
療養病床	83.9	84.4	83.8	△ 0.5	0.6
一般病床	67.5	72.7	71.4	△ 5.2	1.3
診療所					
療養病床	39.4	40.1	41.5	△ 0.7	△ 1.4

注1) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

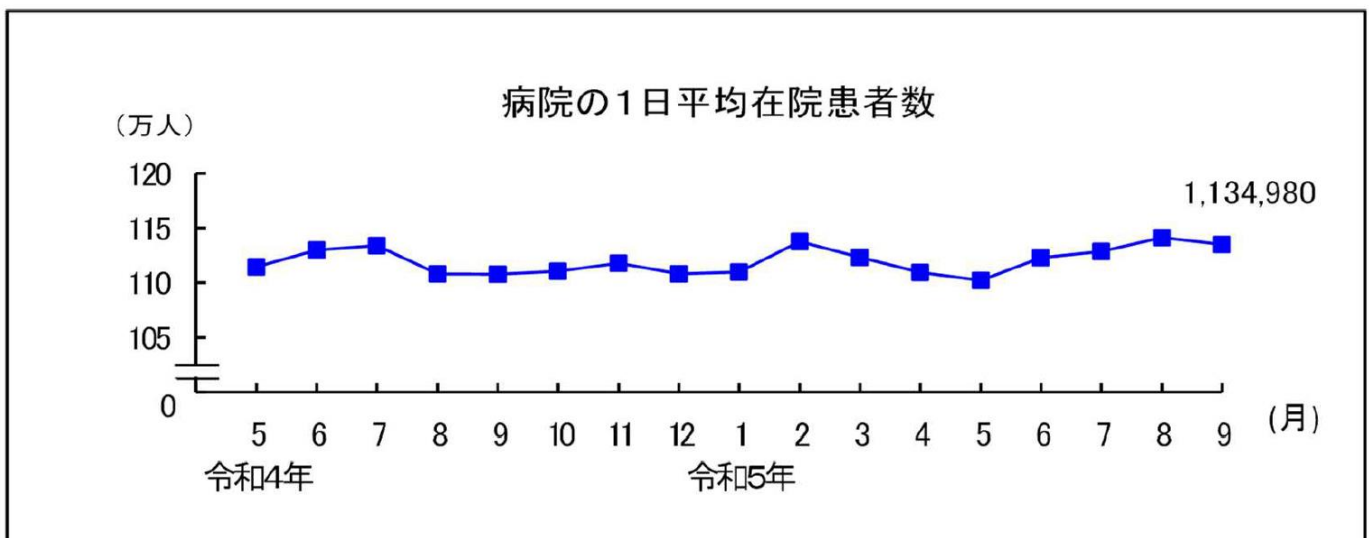
### 3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年9月	令和5年8月	令和5年7月	令和5年9月	令和5年8月
病院					
総数	26.5	25.6	26.0	0.9	△ 0.4
精神病床	260.8	259.7	264.5	1.1	△ 4.8
感染症病床	10.6	9.9	9.9	0.7	△ 0.0
結核病床	33.4	29.5	37.5	3.9	△ 8.0
療養病床	120.4	119.5	126.6	0.9	△ 7.1
一般病床	15.9	15.3	15.5	0.6	△ 0.2
診療所					
療養病床	102.6	93.4	107.7	9.2	△ 14.3

注) 平均在院日数  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

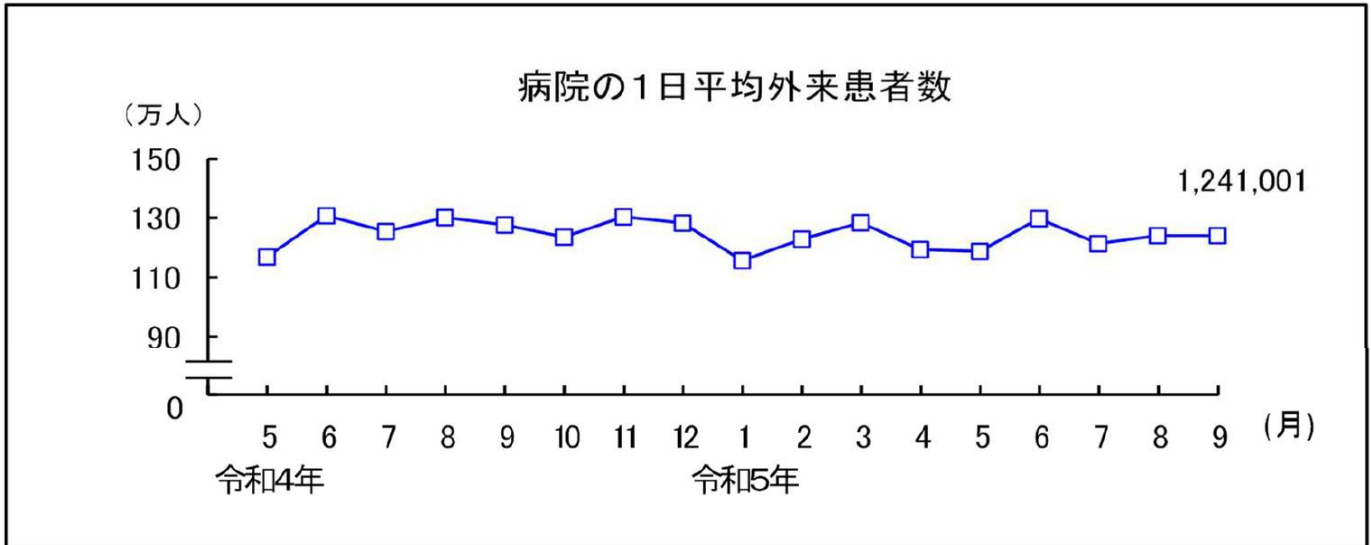
ただし、療養病床の平均在院日数  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

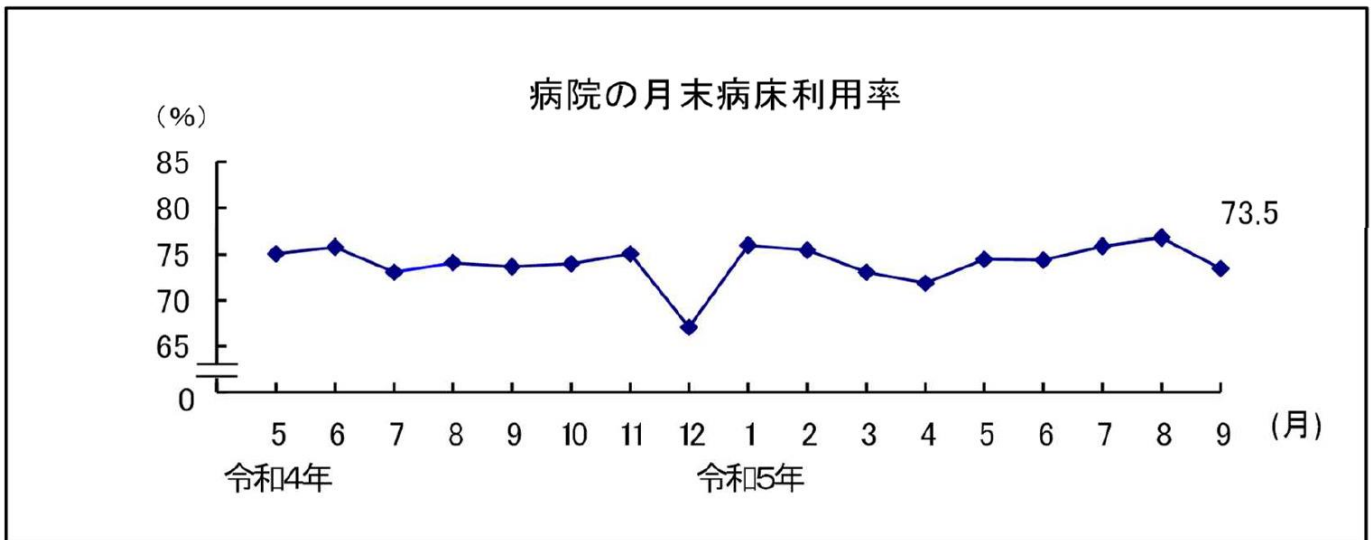


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

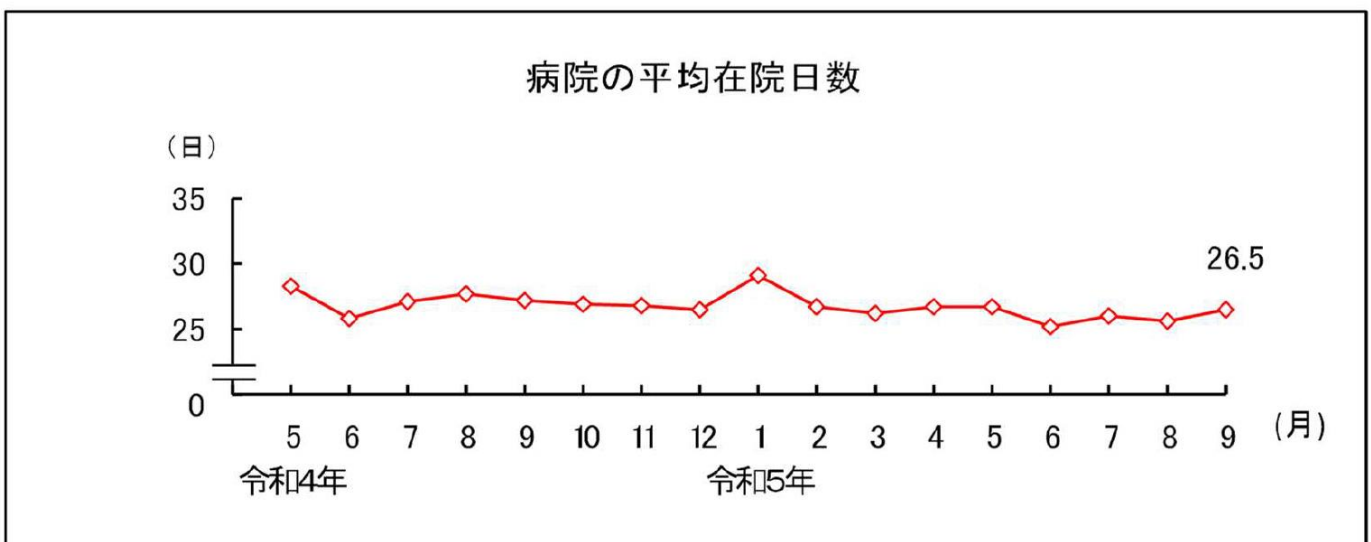
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和5年9月分概数）の全文は  
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。





万が一の事故に備える

# 医療事故

## 調査制度の概要

1. 医療事故の発生と相談件数の実態
2. 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令
3. 事故発生から再発防止の提言までの流れ
4. 医療事故発生時の対応ポイント



### ■参考資料

【一般社団法人 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）ホームページ】：研修ワークブック  
院内調査のすすめ方 医療事故調査・支援センター 2022年 年報（2023年3月）

# 1

## 医業経営情報レポート

# 医療事故の発生と相談件数の実態

医療法では医療事故を「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産」であり、かつ「管理者が予期しなかったもの」と定義しています。

医療事故は様々な要因が複雑に影響し合って発生しています。その根底には、人間の誤認識や誤動作によって引き起こされる「ヒューマンエラー」があります。人間は必ず何らかのミスを行います。ヒューマンエラーの発生を完全に防ぐことは不可能だと言ってもいいでしょう。

医療を行う者にとって医療事故はあってはならないことです。

しかし、残念ながら全ての医療機関が事故なく医療行為を行うということは現実的に難しく、大病院から小さなクリニックまでその可能性を秘めています。

### ■ 医療事故発生報告件数

多くの職種が連携して診療を行う「医療機関」においてはスタッフ同士のやり取りの中でヒューマンエラーが発生してしまい、ちょっとしたミスが命にかかわる深刻な問題にまで発展してしまうことがあります。

こういった事故は、医療機関の信頼を失墜させてしまうばかりでなく、患者の安全性を脅かし、多額の賠償責任を負うなど、取り返しのつかない大きな損害につながりかねません。

日本で唯一の医療事故調査・支援センターである「日本医療安全調査機構」にはたくさんの医療事故に関する情報が集まり、日々情報公開を行っています。

「医療事故調査・支援センター2022年 年報（2023年3月）」によると医療事故発生報告件数は年々減少傾向にあるものの、一定数存在しているのが現実です。

### ◆ 医療事故発生報告件数の推移



\* 医療事故発生報告件数を四半期ごとに表記している。

出典：医療事故調査・支援センター2022年 年報

# 2

## 医業経営情報レポート

# 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令

### ■ 医療事故調査制度設立の背景

医療法の改正によって2015年10月より「医療事故調査制度」が施行されました。医療事故調査制度は医療法に基づき、予期しない死亡の原因を調査し、再発防止を図る制度です。

制度が設立される以前にも数々の医療事故が繰り返され、人々の「医療安全」に対する関心が高まり、厚生労働省や医療界、医療事故の被害者から医療事故の再発防止のため医療事故調査制度の創設が切望されていました。

2012年2月には厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組等のあり方に関する検討部会」が発足し、2013年5月に同検討部会の意見を取りまとめ、同意見を受けてすべての医療機関に対する法律上の義務として「医療事故調査制度」が創設されました。

### ■ 医療事故調査制度に関する法令

「一般社団法人 日本医療安全調査機構（以下、機構）」は、医療法第6条の15の下「医療事故調査・支援センター」として日本で唯一の厚生労働大臣の指定を受けています。

#### ◆医療法第6条の15

厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人または一般財団法人であって、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、当該医療事故調査・支援センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 医療事故調査・支援センターは、その名称、住所または事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

機構は医療法第6条の16で定められている「医療事故に関する業務」を行っており、医療現場の安全の確保を目指して、調査の相談・支援から分析や、再発防止のための普及・啓発などを行っています。

#### ◆医療法第6条の16

医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第6条の11第4項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
- 二 第6条の11第4項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
- 三 次条第1項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。
- 四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。
- 五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
- 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 事故発生から再発防止の提言までの流れ

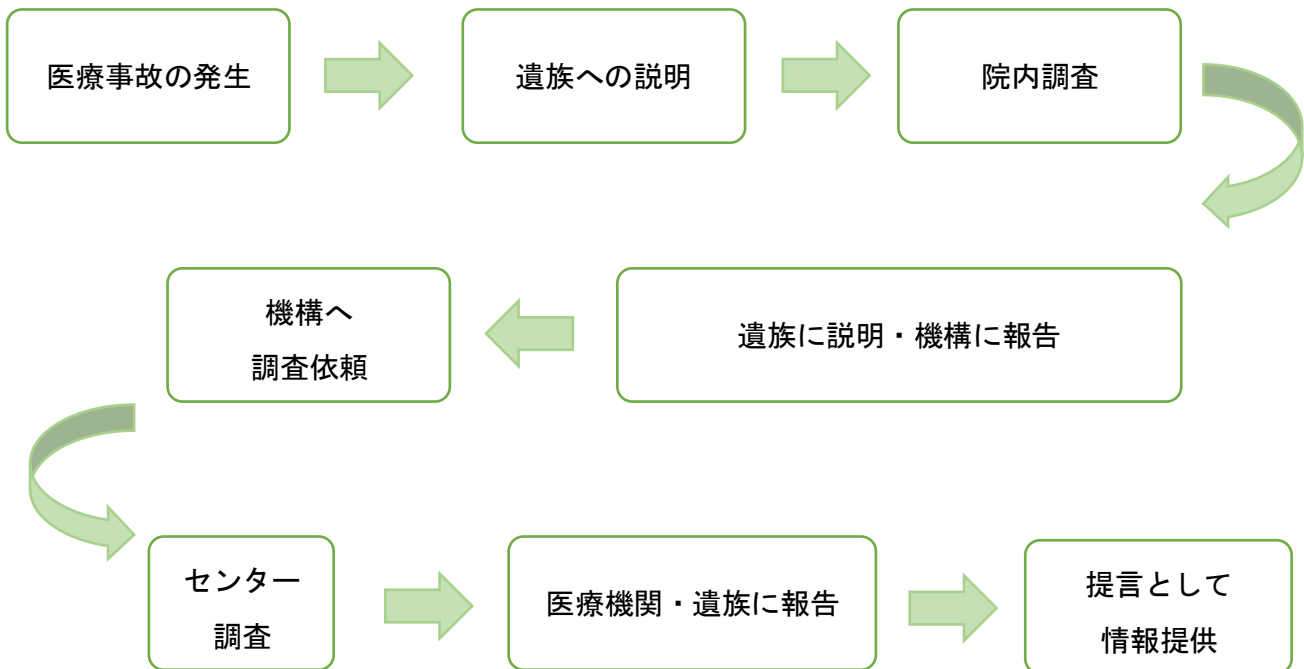
### ■ 医療事故から普及啓発までの流れ

医療事故調査を行う際には、医療機関は「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする」とされており、医療の専門家の支援を受けながら調査を行います。

院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、機構に報告します。

その後、医療機関が「医療事故」として機構に報告した事案について、遺族または医療機関が機構に調査を依頼した時に調査を行います。

### ◆ 医療事故発生から再発防止の提言までの流れ



### ■ センター調査

センター調査とは、医療機関が医療事故調査制度における対象として「医療事故」に該当すると判断し、すでに機構に報告した事例に対して、ご遺族または医療機関が機構に調査を依頼した場合に行う調査です。

センター調査は、院内調査結果の医学的検証を行うことにより事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質と安全の向上に資することを目的としています。また、個人の責任追及を目的とするものではありません。

センター調査は院内調査により記録の検証は終了していることが多いと考えられるため、原則、院内での調査が終了してから調査を開始します。

また、約3か月以内程度で院内調査の結果が得られることが見込まれる場合には、院内調査の結果を受けてその検証を行うこととなります。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 医療事故発生時の対応ポイント

### ■ 医療事故発生時

医療安全担当者は、医療事故発生直後の対応として、発生状況を迅速に把握し、管理者に報告して対応を協議します。緊急対応（緊急対応会議等の開催）では、「医療事故」か否かの判断をします。また、平時から各支援団体（地方協議会）の連絡先などを一覧にしておき、スムーズに連絡が取れるよう整備しておくことが重要です。

機構では院内調査の進め方として研修資料を公開しています。以下は医療事故発生直後の対応の手順です。医療事故か否かである判断は、医療機関の管理者が組織として判断することとなっていますが、様々な事例があり、判断に迷う例も多いです。研修資料の中には医療事故の報告対象と考えられる事例が挙げられていますので、ご確認ください。

### ◆ 医療事故発生直後の対応手順

- ① **医療安全担当者は、医療事故の概要に関する情報を収集し、状況を把握、「事例概要」としてまとめる**
  - ・診療記録から概要を確認する
  - ・可能な限り現場に赴く
  - ・関係者に、事実関係のみ端的に聞き取りをする
  - ・患者・家族への説明状況と理解度を把握する
  - ・収集した情報をA4用紙1枚程度にまとめる
- ② **緊急対応会議を招集し、以下を協議する(構成メンバーは病院幹部、関連する診療科・職種)**
  - ・事例概要の共有
  - ・解剖・死亡時画像診断（Autopsyimaging：Ai）の必要性の判断とその説明者の決定
  - ・院内調査委員会を設置するか判断
  - ・医療事故か否かの判断 [医療事故調査・支援センター（以下「センター」）への報告の判断]
  - ・警察・行政への報告の必要性の判断
  - ・公表の有無および公表方法の決定
  - ・患者・遺族への対応者の決定
  - ・対外的な窓口の決定
- ③ **救命対応で診療記録に未記載のメモなどは、追記と分かるように速やかに記載する**
- ④ **「医療事故」の判断に迷う場合や支援が必要な場合は、支援団体連絡協議会窓口、もしくはセンターに相談する**

出典：日本医療安全調査機構 研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度 研修資料

### ■ 院内調査の進め方

院内調査委員会は当該医療機関が主体的に設置・運営します。この委員会は当該事例について収集した情報を検証し、報告書にまとめます。

「中立・公正性」、「専門性」、「透明性」が求められることから、院外から当該事例領域における医療の専門家（外部委員）の参加が原則となっています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:申込から受審までの流れ

# 訪問審査について

## 訪問審査はどのようにして行うのでしょうか？

病院機能評価の訪問審査は原則として、2日間で行われます。

訪問審査における当日の進行概要は以下のとおりです。訪問する病棟及び確認する症例の一部は日本医療機能評価機構が指定します。

### ■訪問審査当日の進行概要

#### ①書類確認／ケアプロセス調査およびカルテレビュー確認症例の通知

書類確認会場で、サーベイヤーが評価項目に関連する書類を確認します。

#### ②面接調査

患者支援・地域連携、安全確保・感染制御・質改善の取組み、病院の組織体制や運営方針など、主に1領域と4領域について、原則、評価項目順に面接調査を行います。

#### ③病棟概要確認

サーベイヤーが病棟をラウンドし、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境などを確認します。また、スタッフステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等も確認します。

#### ④ケアプロセス調査

ケアプロセス調査では、ラウンドした病棟の典型的な症例について、診療録等を参照しながら、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って確認します。

また、症例を通して診療・看護部門の体制や質改善への取組み、多職種の間与等、病院全体の運営管理状況についても確認します。より臨床現場の実態に合った評価を行うことで、具体的な診療・ケアの内容を理解し、改善点を把握することができます。

#### ⑤部署訪問

薬剤部門・臨床検査部門など各部署を訪問し、病棟からオーダーを受けた後の業務の流れや、安全・感染制御面への取組み等を確認します。また、設備・危機の管理状況や基準・手順・各種記録などの書類も確認します。

#### ⑥カルテレビュー

診療、看護サーベイヤーが指定した診療記録の記載状況から、カルテ記載の定常状態、説明と同意の適切性、診療・ケアの適切性を確認します。

#### ⑦講評および意見交換

サーベイヤーが訪問審査を通して把握した優れた取組みや改善点などを病院にフィードバックします。また、病院が抱える課題について、今後の質改善の方向性が見いだせるようディスカッションを行います。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:申込から受審までの流れ

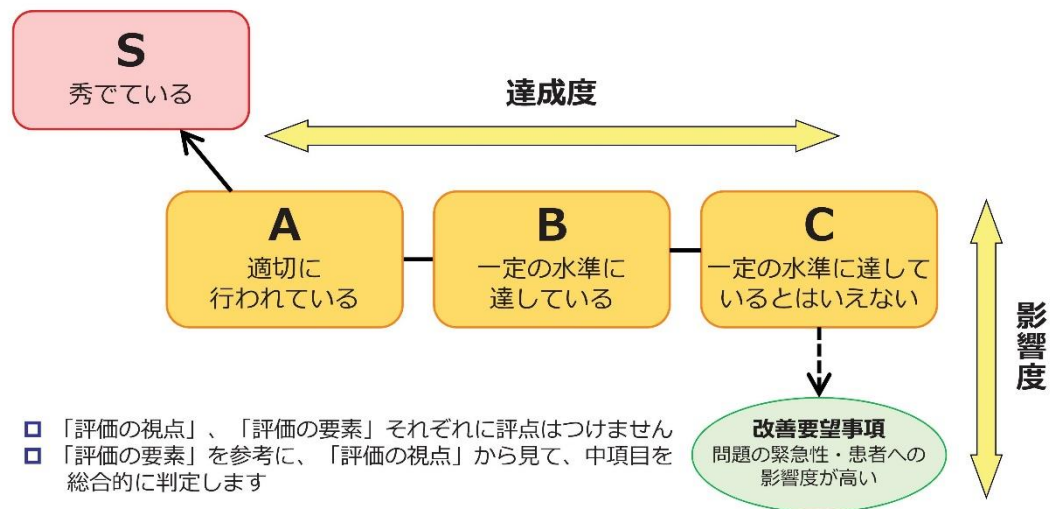
# 評価判定と認定の流れ

## 評価判定と認定の流れはどのようになっていますか？

病院機能評価の評価は S・A・B・C の 4 段階となっており、各中項目に対して評価します。

### 1. 評価の判定

評価の考え方は以下の通りです。



### 2. 訪問から審査結果の通知まで

#### ■ 中間的な結果報告

訪問審査から概ね6～8週間後に、中間的な結果が返却されます。

#### ■ 補充的な審査

中間的な結果報告で中項目にC評価がある場合、指摘内容が早期に改善可能であれば、補充的な審査を受審できます。改善の結果を評価機構に報告し、指摘された事項が「B（一定の水準に達している評価）」以上となれば、認定となります。

#### ■ 審査結果通知

サーベイヤーから提出された最終的な審査結果をもとに、評価機構における評価判定の会議を経て各中項目の評価が「B（一定の水準に達している）評価」以上であれば「認定」となします。認定の有効期間は5年間です。

### 3. 期間中の確認

病院機能評価の認定期間（5年間）の中間にあたる認定3年目に、自己評価を実施し質改善活動の取組み状況を確認します。この内容は、次回の更新審査における資料となります。

## 週刊 WEB 医業経営マガジン No. 811

---

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

---

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。