

医療情報
ヘッドライン

医療機関の全面禁煙を2020年迄に義務化 違反の場合、施設管理者への罰則適用も視野

▶厚生労働省

急性期医療の入院時水道光熱費が患者負担へ 65歳以上が負担する額も値上げを検討

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費(平成28年3月)

経営情報
レポート

増収に向けた新たな取組み
クリニックの介護事業参入ポイント

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制

業務の見直しと標準化による改善策
安全管理体制を構築する際の有効な方法

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省

医療機関の全面禁煙を2020年迄に義務化 違反の場合、施設管理者への罰則適用も視野

厚生労働省は10月12日、2020年の東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動防止策の規制強化案を発表した。

主な公共施設や医療機関、学校、飲食店などが対象で、違反した場合の罰則も設ける方針とする。早ければ来年の通常国会での法案提出を目指す。



■医療機関は建物内も含む敷地内全てで禁煙

この規制強化案では、施設の種類によって「敷地内禁煙」「建物内禁煙」「分煙」と義務付けのレベルを変える。

医療機関は、建物内も含む敷地内のすべてで禁煙となる「敷地内禁煙」の対象であり、喫煙室の設置も認められない。小学校・中学校・高校も同様のレベルでの禁煙施設となる。

ちなみに、官公庁や社会福祉施設、競技場などは建物外の喫煙室設置が認められる「建物内禁煙」、ホテルや飲食店、駅、空港などは建物内の喫煙室の設置が認められる「分煙」

の対象とされている。

喫煙室は、壁などで完全に仕切られたスペースのみに限られるため、現在駅の近隣などに多く見られる屋外の喫煙スペースは撤去される方向になりそうだ。

■罰則の内容は検討中だが罰金になる見通し

罰則は、禁止場所で喫煙した個人のほか、施設管理者にも適用したい考えとしている。

さらに、改善命令に従わない場合を想定し、罰則を科す方向で検討されており、その内容は今後検討されるが、罰金になる見通しだ。

現在の健康増進法では、受動喫煙対策は努力義務にとどまっているが、新たに法制化することで実効性を高めるのが今回の規制強化案の狙いとなっている。

また、世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）が、オリンピック・パラリンピック開催都市にたばこの煙がない「スモークフリー」を求めていることも背景にある。

厚生労働省は、8月に「喫煙と健康影響に関する報告書（たばこ白書）」を15年ぶりに改訂し、日本の受動喫煙対策は世界最低レベルとしていたほか、10月6日の参議院予算委員会でも受動喫煙対策のための新法について、安倍晋三首相が「2019年のラグビーW杯を視野に検討を進めたい」と発言しており、早急に準備を進めたい意向を表明していた。

医療情報 ヘッドライン②

厚生労働省

急性期医療の入院時水道光熱費が患者負担へ 65歳以上が負担する額も値上げを検討

厚生労働省は、10月12日に開かれた社会保障審議会医療保険部会で、急性期医療での入院時に、水道光熱費を患者負担にする検討を開始した。年末までに結論を出し、2017年通常国会で法案を提出したい方針とする。

■医療機関側の受取額には変化なし

ケガや病気の中でも、急性期医療に該当する急性疾患や重症の患者が入院する、いわゆる「一般病床」では、今まで患者に水道光熱費の負担を求めてこなかった。

しかし、主に高齢者が長期入院している「療養病床」では、65歳以上を対象に自己負担としており、両者の負担を公平にする。

さらに、負担額自体も値上げを検討している。現在、療養病床を利用する65歳以上は、1日320円を負担しているが、直近の家計調査を踏まえた平成27年度の介護報酬改定で居住費（水道光熱費に相当）が1日370円に見直されたことを踏まえ、同額となる可能性が高い。つまり、一般病床で1カ月入院した場合、1万円以上を新たに負担しなければならないことになる。

なお、食事代については1994年から患者負担が始まり、2015年度までは1食あたり260円だった。

今年4月から100円増の360円となり、2018年度にはさらに100円増の460円となる。水道光熱費が1日370円になると、

患者負担額が24,900円となる。

ちなみに、患者負担額は増えるが、もとの基準額は変わらないため、医療機関側の受取額に変化はない。



■医療費は13年連続で過去最高を更新

こうした方針の背景にあるのが、年々膨らみ続ける医療費である。2015年度は41兆円を突破し、13年連続で過去最高を更新している。そのうち入院にかかる費用は、全体の4割と最も多い。

しかも、今まで水道光熱費の患者負担がなかった一般病床は約89万床であり、全国の病床数の5割以上を占めている現状があることから、即効性の高い施策として政府が早急な検討を進めている理由が見えてくる。

食事費が段階的な値上げをすでに決定しているように、水道光熱費や他の費用についても、今後さらに患者負担額が増加していく可能性も高いと言えよう。

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成28年3月)

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計								
	医療保険適用								公 費
	75 歳未満	被用者 保険	本人 家族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上		
平成 23 年度	37.8		22.6	11.0				5.5	5.0
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成 26 年度 4～3月	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
4～9月	19.7	11.5	5.7	2.9	2.5	5.9	0.7	7.2	1.0
10～3月	20.2	11.9	6.0	3.1	2.6	5.9	0.8	7.3	1.0
平成 27 年度 4～3月	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
4～9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0
2月	3.5	2.1	1.1	0.6	0.5	1.0	0.1	1.3	0.2
3月	3.8	2.2	1.2	0.6	0.5	1.1	0.1	1.4	0.2

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
平成23年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成24年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成25年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成26年度4～3月	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
4～9月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10～3月	20.2	16.0	7.7	6.9	1.4	3.7	0.4	0.07	8.1	10.7	1.4
平成27年度4～3月	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
4～9月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10～3月	21.2	16.6	7.9	7.3	1.4	4.1	0.4	0.08	8.3	11.4	1.4
2月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2
3月	3.8	2.9	1.4	1.3	0.3	0.8	0.1	0.02	1.4	2.1	0.3

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計							医科 診療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院	医科病院				歯科 病院	歯科 診療所						
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院								
平成23年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5	
平成24年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0	
平成25年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3	
平成26年度 4～3月	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9	
4～9月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	▲ 6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4	
10～3月	2.2	1.9	2.3	2.4	2.1	2.6	▲ 5.8	1.0	3.3	4.4	3.2	2.7	17.4	
平成27年度 4～3月	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲ 6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3	
4～9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2	
10～3月	4.9	3.4	3.9	5.9	4.5	3.1	▲ 6.5	2.4	2.0	3.3	1.9	11.4	18.3	
2月	9.9	8.3	7.6	10.2	8.2	6.7	▲ 2.6	10.1	5.4	6.5	5.3	17.8	19.1	
3月	5.8	4.4	4.2	4.9	4.9	3.8	▲ 6.8	4.8	0.3	3.3	0.2	13.3	16.3	

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医育機関を除く)。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度 4～3 月	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
4～9 月	0.5	▲ 1.0	0.3	▲ 1.7	3.2	1.0	▲ 0.2	4.0	4.1	1.4
10～3 月	1.0	▲ 0.2	1.7	▲ 1.4	2.6	2.6	1.0	3.8	5.0	1.6
平成 27 年度 4～3 月	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
4～9 月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10～3 月	2.4	2.0	2.9	▲ 0.0	3.2	3.9	1.0	3.9	2.8	2.5
2 月	10.1	11.5	30.6	5.8	7.3	7.5	4.5	6.6	9.3	7.0
3 月	4.8	6.5	12.0	2.3	3.3	1.8	0.4	2.2	0.9	4.0

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度 4～3 月	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
4～9 月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	▲ 1.8
10～3 月	2.6	2.4	1.9	2.7	3.2	0.0
平成 27 年度 4～3 月	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
4～9 月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10～3 月	2.9	3.5	3.3	2.5	1.5	▲ 2.8
2 月	6.1	8.2	6.6	5.5	6.2	0.7
3 月	2.2	0.4	2.6	2.3	1.5	▲ 1.9

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

増収に向けた新たな取り組み クリニックの介護事業参入ポイント

ポイント

- 1 訪問及び通所介護サービスへの参入メリット
- 2 保険外介護サービスの動向と展開事例
- 3 介護事業に対する指導・監査の概要と留意点
- 4 介護事業を展開しているクリニック事例



■参考文献

厚生労働省、農林水産省、経済産業省

「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集

(保険外サービス活用ガイドブック)」(平成 28 年 3 月)

厚生労働省老健局「介護保険施設等実地指導マニュアル(改定版)」(平成 22 年 3 月)

日経ヘルスケア「介護『指導・監査』の最新動向 2016」(平成 28 年 9 月)

1 訪問及び通所介護サービスへの参入メリット

■ 2015年介護報酬改定でプラス評価となった訪問系サービス

昨年の介護報酬改定は、全体の改定率が▲2.27%でした。特に在宅系でのマイナス幅が大きかったため、多くの施設で経営的な影響を受けました。

本改定は、重点化と効率化に焦点が絞られた内容となっており、介護事業者は、基本報酬引き下げをいかに加算でカバーするかが課題となっています。

■ 2015年介護報酬改定率

【改定率】 ▲2.27%（居宅：▲1.42%、施設：▲0.85%）

医療機関においては、医師や看護師など有資格者がいることが強みであり、他の介護事業者と差別化を図ることが可能です。長期投薬の影響による外来収入の減少をカバーする対策として、介護事業への参画は重要な選択肢の一つです。

(1) 訪問看護

訪問看護は、地域差はあるものの医療ニーズの高まりが想定されるサービスで、特に認知症などの対応に大きな期待が集まっています。

■ 主な訪問看護サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
健康相談	<ul style="list-style-type: none">基本チェック（血圧、体温、脈拍、呼吸等）症状や障害、全身状態の観察と助言・指導慢性疾患（高血圧、糖尿病等）、難病の看護と療養生活指導・相談
日常生活の看護	<ul style="list-style-type: none">清潔ケア（清拭、洗髪、入浴介助等）食事介助（食事、水分、栄養摂取の管理等）排泄介助（失禁、便秘、下痢等の調整等）褥瘡対応（寝たきり、褥瘡予防）介護指導
認知症の看護	<ul style="list-style-type: none">認知症介護及び相談生活リズムの取り方等のアドバイス症状悪化防止、事故防止指導と相談

昨年の改定で、訪問看護ステーションにおける訪問看護が2.5%程度引き下げられたのに対して、診療所からの訪問看護はプラス改定となっています。

2 保険外介護サービスの動向と展開事例

■ 地域医療構想に向け推進される保険外介護サービス

(1) 保険外サービス活用ガイドブック策定の経緯

平成 28 年 3 月に「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（保険外サービス活用ガイドブック）」（以下、本ガイドブック）が、厚生労働省および農林水産省、ならびに経済産業省により策定、公表されました。保険外事業に関し、行政がガイドラインを策定・公開して事業展開事例を紹介する例は、極めて珍しいケースです。

本ガイドブックは、経済産業省「次世代ヘルスケア産業協議会」による「アクションプラン 2015（平成 27 年 5 月）」に基づき、公的サービスの産業化計画のプログラムとして今年度までに策定することになっていたものです。

うち介護分野においては、「地域包括ケアシステムと連携した民間サービスの活用」の具体策の一つとして、事業者および自治体に対して公的介護保険外サービスを創出する上での基本的な考え方、留意点、想定されるビジネスイメージ等を示すガイドブックが策定されました。

■ ガイドライン策定の背景

- ① 介護事業者の多くは保険内のサービス提供にとどまり、高齢者の多様なニーズに必ずしも対応できていない
 - ⇒ 保険外であっても、ニーズに応えるサービス提供事例を提供
- ② 介護事業者および市町村の担当者も、保険外サービス活用の事例が少ないため、その取り組みに踏み込むことを躊躇している
 - ⇒ 事例を通じて留意点・展開イメージを持つことができる

(2) サービス事例の抽出について

ガイドラインでは、全ての高齢者向けの保険外サービスの事例を調査したものではないとしながらも、サービス分野として、見守り、食、買い物といった基本的な生活を支える分野だけではなく、旅行・外出や趣味なども含め、幅広い領域の事例を取り扱うよう留意されています。

例えば、「加齢によってできなくなったことをカバーする」すなわち、「マイナス状態をゼロに戻す」サービスに限らず、介護予防や介護状態の改善につながるものや、「ゼロからプラス」の喜びや楽しみにつながるといった、QOL の向上に寄与するサービスを積極的に取り上げています

3 介護事業に対する指導・監査の概要と留意点

■ 介護事業に対する指導・監査の概要

介護事業における指導・監査は、医療機関に対して行われている「個別指導」や「適時調査」のように、主に療養担当規則違反や不正請求に関係するもの以外に、虐待や身体拘束といった日常的な対応を重視していることを十分に認識する必要があります。

■ 指導と監査の区分

- ①指導：制度管理の適正化とよりよいケアの実現
- ②監査：不正請求や指定基準違反に対する機動的な実施



適切な運営を行っている介護サービス事業者等を支援するとともに、介護保険給付の適正化に取り組む

(1)指導

指導には、集団指導と実地指導があり、高齢者虐待防止法が施行された平成 18 年より強化されました。

①集団指導

- 制度管理の適正化を図るため、介護サービス事業者等に対し、介護サービス種別、指導内容別など様々な実施方法を工夫して集団指導の強化・充実を図る。
- 制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介を行うなど、効果的な指導を行う。

②実地指導

- 政策上の重要課題である、「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等に基づく運営上の指導。
- 不適切な報酬請求防止のため、報酬請求上において、特に加算・減算について重点的に指導。

4 介護事業を展開しているクリニック事例

■ Aクリニックの展開事例

(1)業績回復策として訪問リハビリテーションを選択

中核市にある医療法人Aクリニックは、昭和63年に有床診療所（19床）として開業し、その後無床診療所に転換したことから、従来の病棟スペースを活用する目的で、平成12年に通所リハビリテーション（デイケア）を開設しました。

経営は順調に推移していましたが、長期投薬による受診回数の減少や競合医院の進出により外来収入の減少が続き、打開策を検討していたところ、院長が訪問診療を通じて在宅でのリハビリニーズを実感したことから訪問リハビリテーション実施の構想を持ち、平成26年11月より居宅介護支援事業所、さらに翌27年1月より訪問リハビリテーションをスタートさせました。

◆Aクリニック 概要

- 昭和63年開業（19床）、平成2年医療法人化 *現在は無床診療所
- 診療科目 内科、消化器科
- 診療時間
 - 月・水・金曜日 9時～18時
 - 火曜日 9時～15時30分
 - 木曜日、第1・第3土曜日 休診
- 訪問診療実施
- 職員数 27名
- 実施している介護事業
 - ・通所リハビリテーション
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・訪問リハビリテーション

(2)Aクリニックの業績推移

平成24年に1億4千万円を超えていた外来収入は、平成28年には1億2千800万円と1千400万円の減少となりました。こうした事態を受けて、平成26年7月から役員報酬と法人に対する家賃引き下げに合わせて新事業の検討を開始し、平成27年1月から訪問リハビリテーションをスタートしました。

平成28年6月期は、1年半を経過した訪問リハビリテーションが軌道に乗り、かつ介護事業を支援する目的で先行して立ち上げた居宅介護支援事業所も採算ベースに乗ったことから、医業収入が約2億円に、さらに経常利益は約700万円に回復しました。

経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



業務の見直しと標準化による改善策

業務の見直しと標準化による改善策について教えてください。



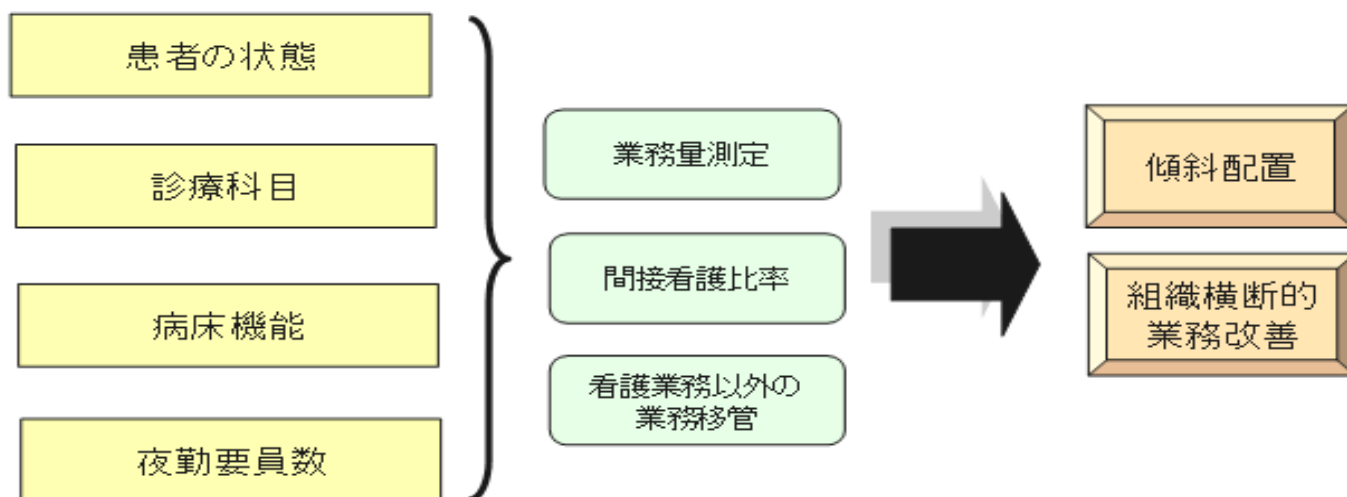
医療事故発生の要因のトップが「確認不足」であるということは、医療機関に共通した課題であり、またその原因として、しばしば業務多忙が挙げられます。

医療機関では、例えば 10:1 入院基本料を算定している複数の病棟を比較すると、病床機能や診療科目などによって、業務量が異なるのが通常です。具体的には、同じ 10:1 看護配置を実施している病棟であっても、一方では重篤な患者が多く、他方は比較的状态の落ち着いた入院患者が多い場合には、業務量に差が生じてしまうということです。

この差の是正には、業務量に応じた看護体制を検討する必要があります。これがいわゆる傾斜配置といわれるものであり、配置を調整して職員一人当たりの業務量を標準化し、業務量の差を解消することが期待できます。

また、本来重視されるべき直接看護に対し、間接看護（様々な記録や患者への説明、注射薬の取り揃え、注射薬のミキシング等）との比率を分析して、その業務配分状況、また、他の部門に移管できる業務かどうかの判断など、看護部門と他部門間の横断的な業務改善への取り組みについても、看護業務量の標準化に向けて重要なファクターになります。

さらに、業務移管などの人的要因と共に、記録の簡素化などはシステムを導入して改善を図るなど、ソフトとハードの両面での検討が必要です。



経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



安全管理体制を構築する際の有効な方法

クリニックなどで安全管理体制を構築する際、有効な方法はありますか？



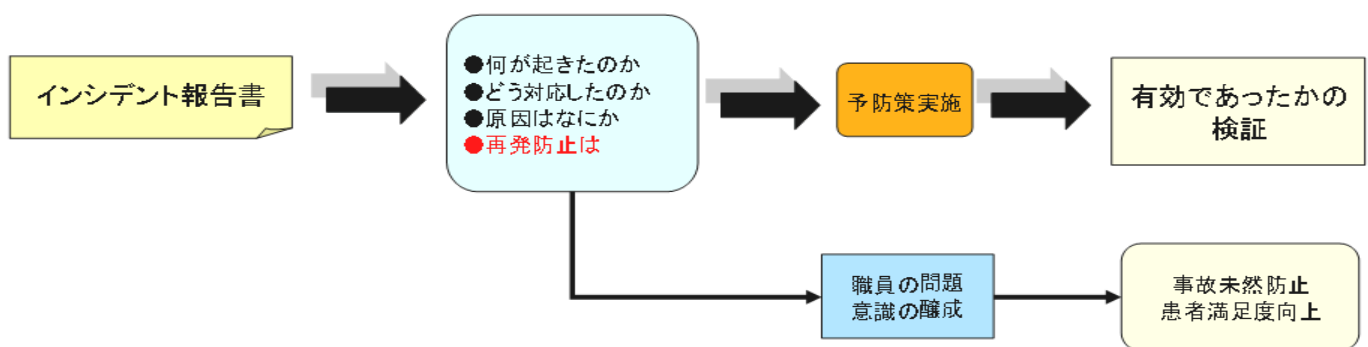
■クリニックや歯科などの医療機関では、ISO9001が有効

医療安全管理体制の構築に有用な第三者評価のひとつである「病院機能評価」は、その評価対象が病院内の各部門に広く分散しているため、部門間の情報交換の少なさや業務レベルの差、リスク対応の違いなどの問題点が顕在化することがあります。

その一方で、機能評価受審および認定を目標とするマニュアルが多く作成されたり、受審後の質と体制維持への不安もあつたりします。また、作成および改訂した規定等が、すべての職員に十分に周知徹底されなかったり、受審後時間が経過すると手順遵守がおろそかになってしまったりする、という声も多く聞かれるところです。

一方、「ISO9001」の認証取得が優れているのは、対象がすべての医療機関であることと、またピアレビューによる徹底した内部監査システムを構築できることにより、他部門職員の視点から外来・病棟業務を監査する等の仕組みが出来上がる点です。その結果、現場でも気付かなかつたり、見落とされていたりしたこと、手順書どおりに進められていない項目が、監査を通じて、客観的な指摘事項として顕在化する組織に醸成されます。

さらに、この指摘事項に基づき、処理完了まですべての手順が記録されることとなり、業務改善に繋がるのが期待できます。



このような内部監査体制が機能することによって、病医院がこれまで培ってきたシステムやサービス、技術などを平準化・体系化することができ、さらにはすべて記録として保存され、速やかに分析できる仕組みが整備されることから、この点はISOによるマネジメントシステムの最大のメリットといえます。

そして、このマネジメントシステムは、病医院運営や医療事故防止、患者満足度向上、品質管理の共通ツールとして有効に活用することができます。