

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.697 2021.11.9

医療情報ヘッドライン

**専門性の高い訪問看護の評価拡充へ
緩和ケアや褥瘡ケアの質向上を目指す**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**今年度の医師臨床研修内定者が決定
地方が約6割で前年度から微増**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2021年11月5日号

COVID-19診療の手引きの6.0版を周知

▶厚生労働省

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)
(令和3年5月分)

経営情報レポート

**窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理
マイナンバーカード活用による
オンライン資格確認の概要**

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
**業務見直しと標準化による改善策
安全管理体制の構築方法**

発行:税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

専門性の高い訪問看護の評価拡充へ 緩和ケアや褥瘡ケアの質向上を目指す

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、10月27日の中央社会保険医療協議会総会で、専門看護師・認定看護師および特定行為研修を修了した看護師による訪問看護の評価を手厚くする方針を示した。

緩和ケアや褥瘡ケア、人工肛門ケア、人工膀胱ケアの質を高めるとともに、参入者の増加を促すことで、訪問看護の利用者・利用家族の身体的・経済的な負担軽減を目指す。

■現行は技術力を評価する 仕組みになっていない

現在、専門看護師や認定看護師は、他の訪問看護ステーションの看護師と「共同して訪問看護を行った場合」のみ、「訪問看護基本療養費Ⅰのハ」（12,850円）を算定できる。

しかし、単独で訪問看護を行った場合は、通常の訪問看護療養費しか算定できない。

さらに、特定行為研修修了者の場合は、たとえ他の訪問看護ステーションの看護師と共同で訪問看護を行っても、「訪問看護基本療養費Ⅰのハ」を算定することはできない。

つまり、技術力の有無を評価する仕組みになっていないということだ。逆にいえば、経験や知識のない看護師でも評価が変わらないのであれば、何のために資格を取得したり研修を受講したりする必要があるのかという話になりかねない。

今後、在宅医療のニーズが確実に増えていく中で、緩和ケアや褥瘡ケア、人工肛門ケア、人工膀胱ケアといった高度な技術を要する訪問看護への対応がますます重要となることは容易に想像できるため、質を高めるための環境整備を

進めようというのが厚労省の狙いだらう。

実際、評価での留意点にはいくつかの注文がついたものの、支払側・診療側の双方からも明確な反対意見は出なかった。要件や報酬などの細部は今後詰めていくことになるが、専門性の高い訪問看護が高い診療報酬を得られる方向に進むことは間違いないといえよう。

■専門性を持つ看護師の絶対数が少ない現状

なお、専門看護師・認定看護師とも日本看護協会が認定する資格だが、いずれも通算5年以上（うち3年以上は専門分野の実務研修）の実務経験が必要だ。専門看護師はとりわけハードルが高く、看護系大学院修士課程を修了していなければならないこともあって、2021年6月現在で2,714名しかいない。

うち3分の1以上ががん看護を専門としている。認定看護師は20,673名いるが、やはりがん看護が多くを占めている。

これらだけでは看護ニーズに対応できないことは明白であるため、2015年10月から制度がスタートしたのが「特定行為研修」だ。

原則として医療行為は医師のみ、もしくは医師の判断のもと決められた内容を看護師が実施できるが、医師の判断を待たずに実施できるようにするための研修として設置された。

しかし、2021年8月時点で修了者数は3,239名。専門看護師、認定看護師の数を加えても3万人に満たないことから、絶対数を増やすためにもインセンティブの強化が求められる状況となっている。

今年度の医師臨床研修内定者が決定 地方が約6割で前年度から微増

厚生労働省

厚生労働省は、10月28日に今年度の「医師臨床研修マッチング」の結果を発表。

大都市部のある6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）を除く道県の内定者数は5,301人で、全体の59.2%を占めた。昨年度は5,222人・58.9%だったため、わずかではあるが増加したこととなる。医師の地域偏在・診療科偏在を解消するには臨床研修先を大都市部に集中させないことが重要とされており、光明の見える結果となった。

■内定者増の上位県は青森、新潟、徳島など

医師臨床研修マッチングは、2004年度に医師の臨床研修が義務化されたことを受けて導入された。医学生と臨床研修を実施する医療機関のマッチングをコンピュータで行うシステムで、双方の希望も反映される。

今年度は昨年度より103人少ない10,904人の募集があり、8,958人の内定者が出ている（内定者は臨床研修を受ける病院が内定した者のこと）。

マッチングを開始した2004年度の内定者数割合は、6都府県もその後も約50%と均衡していたが、近年は6都府県以外の道県が増加傾向にある。ちなみに、今年度の内定者数が増えた上位5県は増加率の高い順に青森、新潟、徳島、山口、石川となった。

医師の地域偏在は顕著だ。2019年12月の厚生労働省医師需給分科会では、医師数をもっとも多い東京都ととっても少ない岩手県では、1.9倍の格差があることが示されている。

また、同時に発表された「医師少数3次医

療圏」では16県が対象となった（岩手、新潟、青森、福島、埼玉、茨城、秋田、山形、静岡、長野、千葉、岐阜、群馬、三重、山口、宮崎）。

こうした状況に、当の自治体も危機感をつのらせている。医師不足に悩む12県の知事で組織されている「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」は、2020年7月に国への提言を決議。大学医学部の臨時定員増や財政支援の要望など6項目を盛り込んだ。

■定員上限や医学部地域枠の拡充などの施策も

こうした動きを受け、厚労省は2020年度から都道府県別・診療科別に必要医師数を割り出した臨床研修の定員上限を設定。

また、2020年11月の医師需給分科会では前述の「知事の会」の要望に応える形で、医学部の「地域枠」拡充を提案した。

2029年から2032年にかけて医師需給ギャップが均衡するとの推計を公表し、医学部の総定員を減少させていく方針を固めていることを踏まえれば、厚労省も医師の地域偏在を深刻な問題ととらえていることがわかる。

一方、「地域枠」は都道府県が奨学金を貸与する代わりに卒業後の勤務地を制限する、かなり“縛りのきつい”仕組みであることから、近年の定員充足率は不調（2018年は81.6%）であり、離脱者も5%程度いることが明らかになっている。

今回のマッチング結果のように「微増」では喜んでいられない状況であり、人材の流動性を高めるようなインセンティブ施策が検討される可能性もあるのではないかと。

医療情報①
 厚生労働省
 事務連絡

COVID-19診療の手引きの 6.0版を周知

厚生労働省は 11 月 2 日付で、「『新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第 6.0 版』の周知について」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

8 月 31 日発行の 5.3 版を、新たな知見等を踏まえ更新したもの。

第 6.0 版の改訂のポイントは以下の通り。

【病原体・疫学】

- ▼変異株について更新
- ▼監視下の変異株（VUM）について追加
- ▼感染経路・エアロゾル感染について更新
- ▼国内・海外発生状況を更新

【臨床像】

- ▼臨床像を更新
- ▼重症化リスク因子を更新（日本 COVIREGI-JP の解析を追加／重症化マーカーについて、最近のメタ解析結果を追加）
- ▼合併症の二次性細菌・真菌感染症について、日本呼吸器学会の調査を追加（人工呼吸器下の侵襲性アスペルギルス症例は 0.54%と低率）
- ▼国内小児例の臨床的特徴を追加
- ▼小児の重症度について、日本小児科学会のレジストリ調査を追加
- ▼小児多系統炎症性症候群（MIS-C）について、国内の報告を追加
- ▼妊婦例の特徴について、日本産婦人科学会の調査を追加
- ▼症状の遷延（いわゆる後遺症）について、国内の調査を追加（457 人の回復者のうち、12 カ月後には 91.2%で症状を認めなかった）

【症例定義・診断・届け出】

- ▼血清診断について国立医薬品食品衛生研究所の報告を追加
- ▼世界のインフルエンザ流行状況を追加
- ▼届け出について更新
- ▼医療機関等情報支援システム（G-MIS）について更新

【重症度分類とマネジメント】

- ▼中等症Ⅱについて更新（CPAP 使用時の感染対策についての注意喚起を追加）
- ▼重症について更新（国内における体外式膜型人工肺〔ECMO〕データを更新

【薬物療法】

- ▼バリシチニブの研究結果を追加（入院患者において、治療開始 28 日以内の死亡率が低かった〔8.1%vs13.1%〕）
- ▼ソトロビマブについて追加
- ▼妊婦に対する薬物療法を追加

- ▼国内で開発中の薬剤を整理（開発中止となったため、オチリマブを削除）
- ▼国内外で開発が中止された薬剤を整理

【院内感染対策】

- ▼マスクの JIS 規格を追加
- ▼職員の健康管理についてワクチンの効果を追加
- ▼非常事態における個人防護具の例外的取扱を削除

医療情報②
 厚生労働省
 事務連絡

ワクチン接種の「間違い防止」で事務連絡

厚生労働省は 10 月 29 日付で、「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その 3）」を、都道府県と市区町村に宛てて事務連絡した。事務連絡では、9 月 30 日までに報告された予防接種の間違いの概要をまとめている。また併せて、「重大な健康被害につながるおそれのある間違い」として報告されたもののうち、他のワクチンを受けにきた者に対して誤って新型コロナワクチンを接種したものについて、実際に予防接種に携わった方に対して間違いが起こった要因や再発防止策等をヒアリングし、具体的な留意点をまとめている。

概要では、間違いの態様について、「接種間隔の間違い」が最も多く 526 件で 10 万回あたり 0.321 件。「接種器具の扱いが不適切」が 350 件（10 万回あたり 0.214 件）、「不必要な接種」246 件（同 0.15 件）、「血液感染を起こし得る間違い」170 件（同 0.104 件）、「接種ワクチンの種類の違い」74 件（0.045 件）などと続く。

他のワクチンを受けに来た者に新型コロナウイルスワクチンを接種したケースでは、間違いの背景として、以下などと指摘。

- ▼同じ時間帯に新型コロナワクチンと他のワクチンの予約を受け付けており、物理的に患者が混在していた
- ▼接種者の手が届く範囲に、複数の異なる種類のワクチンが置かれていた
- ▼新型コロナワクチンの接種数が多く、新型コロナワクチンの接種に慣れてしまっていた（無意識、惰性で打ってしまった）
- ▼接種者は、接種直前に接種するワクチン名を確認していなかった

対策として、以下の 3 項目を挙げた。

- ①可能な限り、新型コロナワクチンと他のワクチンを接種する曜日や時間帯を分ける
- ②1 トレイに 1 種類（可能な限り、1 トレイに 1 人分）のワクチンを準備することとし、診察室内において、接種者の手が届く範囲に異なる種類のワクチンを置かない
- ③接種直前は一呼吸おき、接種者と被接種者とで接種するワクチン名を声に出して確認する

週刊医療情報（2021年11月5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。

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和3年5月分)

厚生労働省 2021年8月12日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (5月末現在)

第1号被保険者数は、3,582万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (5月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、684.9万人で、うち男性が217.1万人、女性が467.8万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.8%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、399.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、87.9万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

施設サービス受給者数は96.1万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.0万人、「介護老人保健施設」が35.4万人、「介護療養型医療施設」が1.6万人、「介護医療院」が3.5万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,810億円となっている。

(1) 再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は4,200億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,418億円、施設サービス分は2,693億円となっている。

(2) 再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

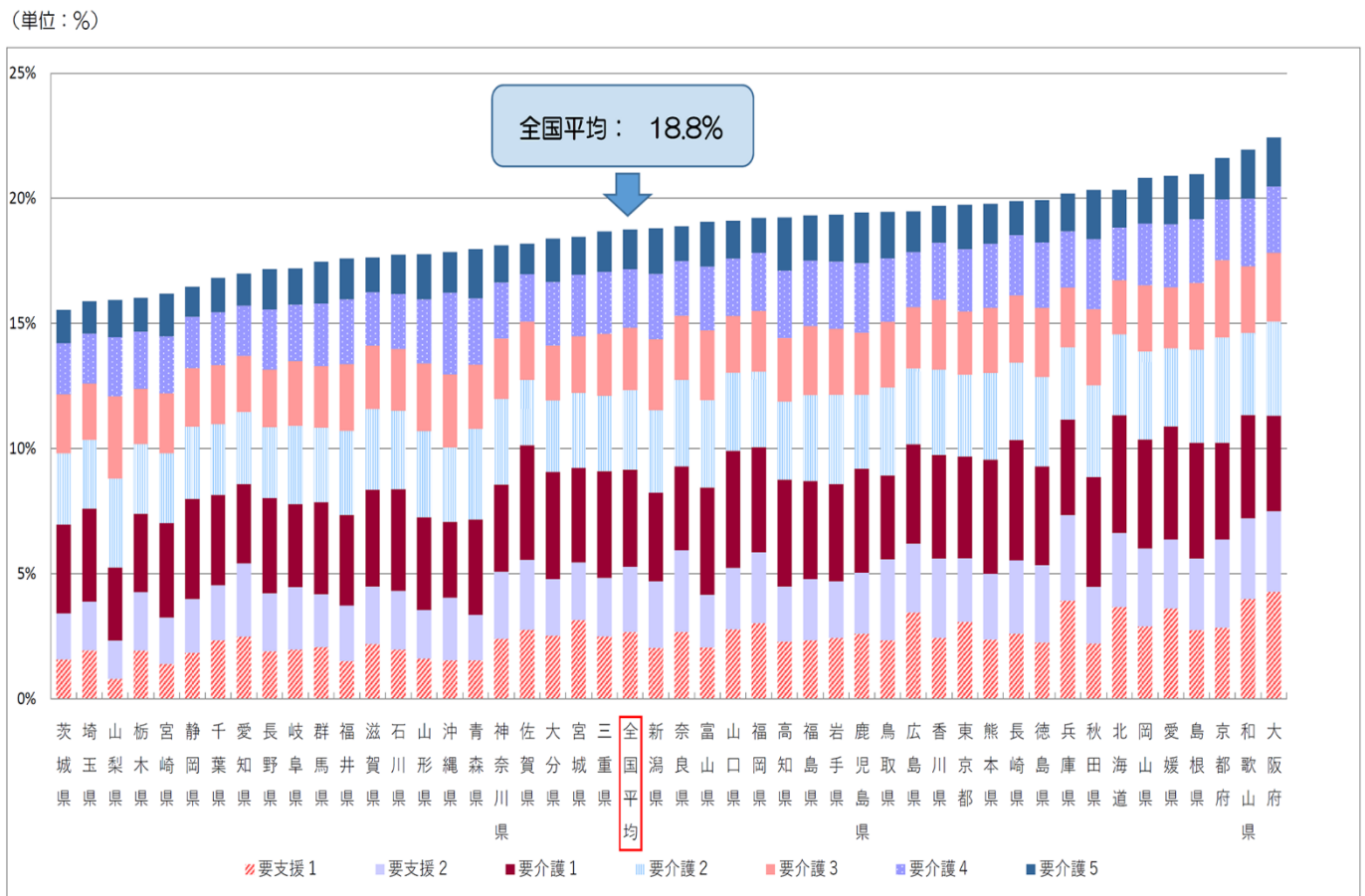
高額介護(介護予防)サービス費は189億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は30億円となっている。

(3) 再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は279億円、うち食費分は175億円、居住費(滞在費)分は105億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

**第1号被保険者一人あたり要介護(要支援)認定者割合(要支援1~要介護5)
【都道府県別】**



出典:介護保険事業状況報告 (令和3年5月末現在)

※第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である

介護保険事業状況報告(暫定)(令和3年5月分)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。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理 マイナンバーカード活用による オンライン資格 確認の概要

1. オンライン資格確認導入の背景とその概要
2. オンライン資格確認を導入するメリット
3. 医療機関における準備作業と留意点
4. クリニック導入事例と厚生労働省Q&A



■参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）
第142回社会保障審議会医療保険部会資料

1

医業経営情報レポート

オンライン資格確認導入の背景とその概要

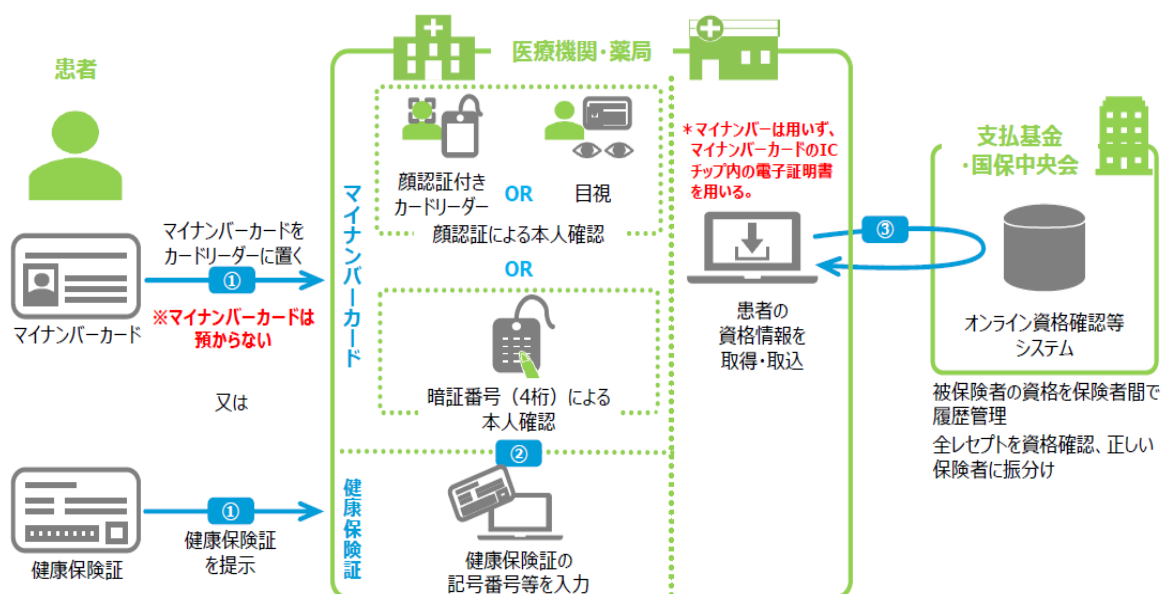
■ オンライン資格確認の導入背景

(1) オンライン資格確認とは

オンライン資格確認は、患者が持参したマイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号などによりオンラインで資格確認を行うことができる新制度です。

「資格確認」とは医療機関・薬局の窓口で、患者の保険資格情報を確認することで、この新制度の利用が開始された場合、その患者が現在、保険診療を受ける資格があるのか、即時オンライン上で確認できるようになります。

◆ オンライン資格確認の体系等



出典：厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

◆ オンライン資格確認の導入(マイナンバーの健康保険証利用)について

- 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格確認情報等が確認できるようになる
- 保険者を異動しても個人として資格確認が可能となるよう、被保険者記号・番号を個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）で定める

(2) オンライン資格確認導入の背景

現状では、医療機関や薬局で資格確認をするために、患者の健康保険証に記載されている必要な項目（保険証記号番号、氏名、生年月日、住所など）の情報を医療機関システムへ一つずつ入力しています。しかし、この時に資格の有効期限や正しい所持者であるかという確認が取れないため、健康保険証の有効性が確認できないという問題があります。

2 医業経営情報レポート オンライン資格確認を導入するメリット

■ オンライン資格確認の導入メリット

(1) 医療機関側のメリット

オンライン資格確認を導入することで、医療機関と患者の双方にメリットがあります。主に医療機関が受けられるメリットは以下のとおりです。

◆ オンライン資格確認のメリット(主に医療機関側)

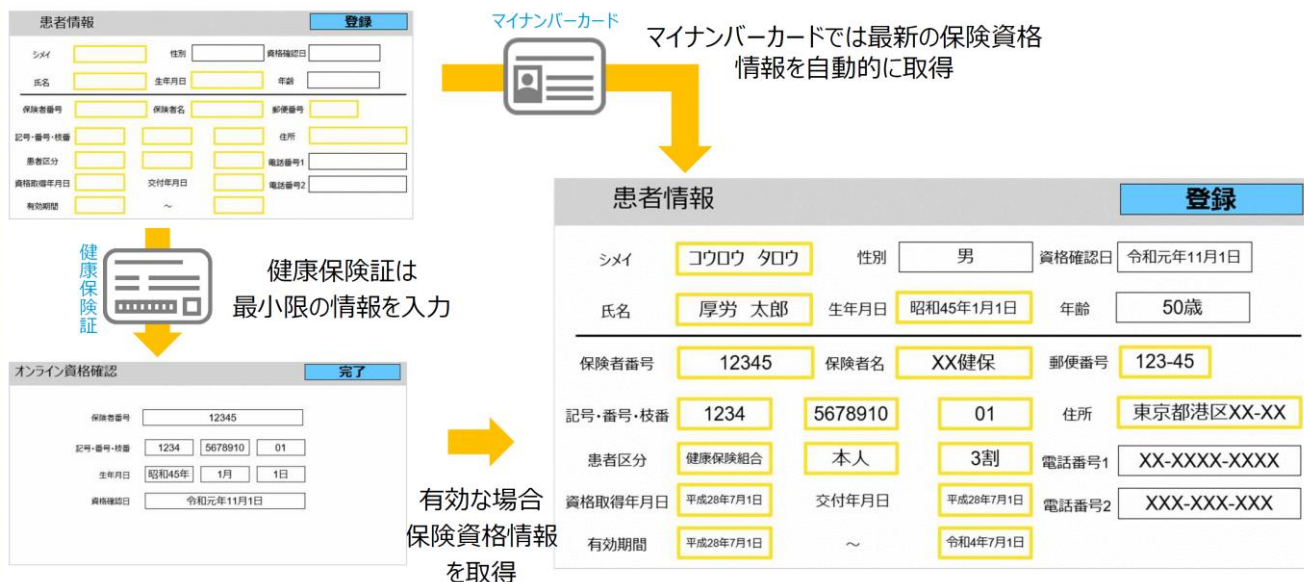
● 資格過誤によるレセプト返戻の作業削減

⇒ オンライン資格確認を導入すると、患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減される。

● 保険証の入力の手間削減

⇒ 今までは受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要があったが、オンライン資格確認を導入すると、マイナンバーカードでは最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことができる。

健康保険証での資格確認についても、最小限の入力は必要だが、健康保険証が有効であれば同様に資格情報を取り込むことができる。



● 来院・来局前に事前確認できる一括照会

⇒ 一括照会では、事前に予約されている患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを把握することができる。

なお、確認した保険資格が資格喪失等により無効である場合、受付時に資格確認を行う必要がある。

3

医業経営情報レポート

医療機関における準備作業と留意点

■ オンライン資格確認導入手順

オンライン資格確認の導入に向けた準備作業は以下の5ステップになります。

顔認証付きカードリーダーの提供や、システムベンダ（現在利用のレセプトコンピュータ等の業者）の現地作業までに期間を要するため、早めに顔認証付きカードリーダーの申し込みとシステムベンダへの発注が必要となります。

◆ 準備作業のステップ

ステップ1：医療機関等向けポータルサイトでのアカウント登録を行う

⇒医療機関等向けポータルサイト「<https://www.iryohokenijyoho-portalsite.jp/>」から登録。

ステップ2：顔認証付きカードリーダー申し込み

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、必要事項（希望する製品等）を入力し、申し込みを行う。

ステップ3：システムベンダへ発注

⇒導入を希望する時期と顔認証付きカードリーダーの製品名をシステムベンダに伝える。

ステップ4：導入・運用準備

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、オンライン資格確認利用申請を行う。全ての導入作業完了後、正常にシステムが動作するかを確認する「運用テスト」をシステムベンダが行う。立会いが必要な場合があるので、医療機関・薬局側での対応内容をシステムベンダに確認する。

オンライン資格確認の導入を踏まえた受付業務等の変更点の確認を行う。

「個人情報保護の利用目的」の更新を行い、オンライン資格確認に対応していることを示すポスター・ステッカーの掲示を行う。

ステップ5：運用開始

⇒準備が整い次第、オンライン資格確認の運用を開始する

■ オンライン資格確認に関する補助金

オンライン資格確認を導入する医療機関・薬局は補助金を申請することができます。

顔認証付きカードリーダーは、病院については3台まで、診療所については1台が無償提供されます。

それ以外の費用については申請することで補助金が出る場合があります。

4

医業経営情報レポート

クリニック導入事例と厚生労働省Q&A

■ クリニックのオンライン資格確認導入事例

(1) Aクリニックの概要

医療機関等向けポータルサイトでは、オンライン資格確認の導入事例を紹介しています。本稿では、クリニックの事例を紹介します。

◆ Aクリニックの概要

● 導入を検討した背景と経緯

当院は 2013 年に内科、小児科、呼吸器内科を診療科目とし、JR 中央線武蔵境駅からバスで5分ほどの地に開業。開業当時、周辺は広大な林地であったが、ほどなく宅地造成が進んで 100 軒を超える民家や集合住宅が建設された。そのため当院の患者の年齢層は、このエリアに新居を構えた家族の子どもたちから代々この土地に住んでいるお年寄りまで幅広いのが特徴である。

現在、当院は理事長と看護師2名、事務員2名で運営。通常であれば1日平均約 60 人の患者を診療しているが、インフルエンザシーズンともなれば初診患者だけで 30 人以上が来院。さらにインフルエンザの二次感染による肺炎、気管支喘息や COPD の増加、花粉症などが重なり、1日患者数が 190 人以上に達したこともある。

さまざまな疾患の患者により良い診療とサービスを提供し、必要に応じて基幹病院に紹介するため、当院では早くから電子カルテシステムを導入していた。

2020 年9月に電子カルテシステムの更新時、メーカーの担当者からオンライン資格確認等システムについても情報提供を受けたことが、導入を検討するきっかけになった。

(2) オンライン資格確認等システム導入理由

多数の患者が受診されると事務員の業務負担が激増し、保険資格過誤によるレセプト返戻がさらに疲労を募らせることとなります。オンライン資格確認等システムを導入することにより、事務員の負担を減らしたいと思ったことが導入のきっかけとなりました。

Aクリニックでは元々、健康保険証の入力作業に時間を要していたので、入力作業削減により事務員の負担軽減が見込めるのも一つの理由となりました。

また、オンライン資格確認等システムを導入した大きな理由として、高齢患者に「ポリファーマシー（多剤服用による薬物有害事象）」弊害がおよぶのを防ぎたかったことを挙げています。オンライン資格確認等システムの導入により薬剤情報閲覧を活用することが、薬物有害事象を防ぐうえでも必須になると考えたようです。また、特定健診データを参照できることに加え、オンライン資格確認に対する患者の理解が導入の決め手となりました。

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: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。

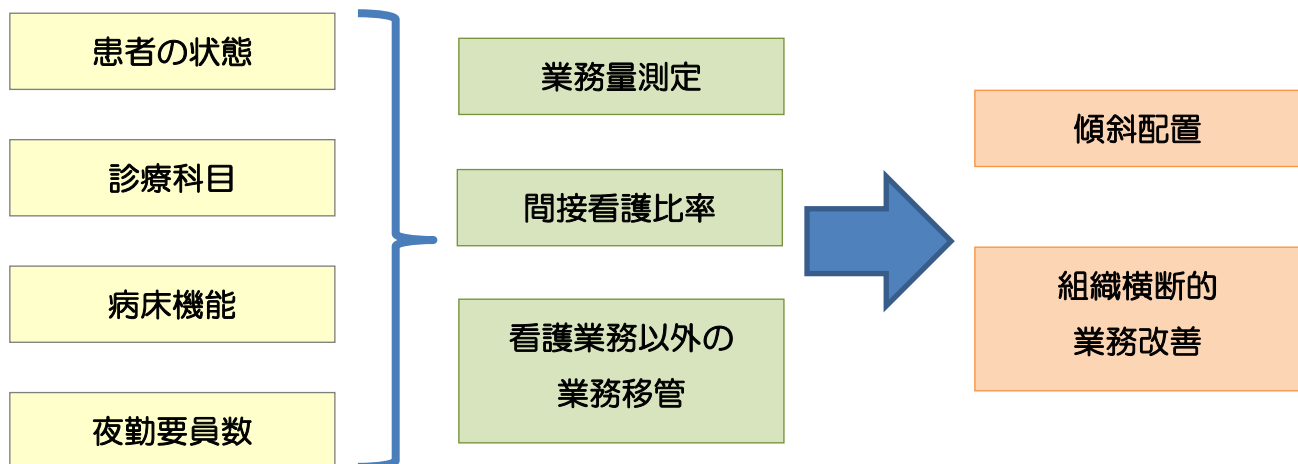
医療機関では、例えば急性期一般入院料3を算定している複数の病棟を比較すると、病床機能や診療科目などによって、業務量が異なるのが通常です。

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。

この差を是正するためには、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。





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

安全管理体制の構築方法

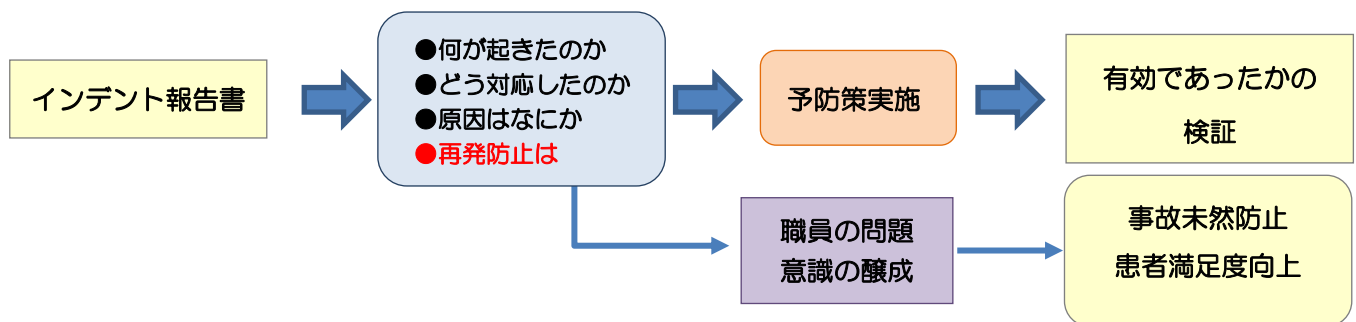
クリニックなどで安全管理体制を構築する際、
有効な方法はありますか？

■クリニックや歯科などの医療機関では、ISO9001 が有効

病院機能評価などの第三者評価は、その評価対象が病院のみであり、また院内の各部門に広く分散しているため、部門間の情報交換量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、これらの審査受審および認定をゴールとするマニュアルの作成が多くなり、受審後の質と体制維持への不安もあります。

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、受審後に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、業務の品質を評価する「ISO9001」の認証取得が優れているのは、評価対象が規模に左右されておらず、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ったり、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ため、業務改善に繋がることが期待できます。



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ると共に、速やかに分析できる仕組みが整備されることは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。

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 697

【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。