

医療情報
ヘッドライン

産官学共同組織が「政策提言2016」発表 地域包括ケアや医薬品市販後調査を提案

▶医療ビッグデータ・コンソーシアム

診療報酬の審査効率化について議論 審査支払機関への不滿意見が続出

▶規制改革推進会議

経営
TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査（平成28年10月末概数）

経営情報
レポート

地域包括ケアに対応
介護との連携・協働ネットワーク

経営
データ
ベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: クリニック新規開業
大都市中心部での物件選定と開業の注意点
医療機器リースのメリットとデメリット

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

産官学共同組織が「政策提言2016」発表 地域包括ケアや医薬品市販後調査を提案

医療ビッグデータ・コンソーシアム

2月6日、産官学政の有識者によって組織されている「医療ビッグデータ・コンソーシアム」(*)が「政策提言2016」を発表した。医療機関の電子カルテやレセプトなどのデータを地域レベルで共有し、地域包括ケアや医薬品の市販後調査(PMS)などに活用することを提言している。

■クラウドサーバを活用してデータを共有

データの共有方法としては、クラウドサーバを活用する案を提示している。クラウドサービスには、不特定多数がクラウド環境を共有する①パブリッククラウドと、導入者のみがクラウド環境を占有する②プライベートクラウドがあるが、②の仕組みを活用することで、特定の関係者のみがアクセスできるようにする。つまり、1つの医療機関だけでなく、複数の医療機関の診療データやレセプトデータを集約し、ビッグデータ化して民間も含めて広く活用できることになる。

今後、在宅診療のニーズが高まることを踏まえると、医療機関を問わず個人に紐付いた診療データを共有できるメリットは大きい。医療機関同士の緊密な連携を図ることができるため、医療の効率化にもつながり、結果として、社会保障費の抑制も期待できる。

■健康・医療・介護分野を連結させたICTインフラの構築を目指す

健康・医療・介護分野を連結させたICTインフラの構築を目指し、政府も医療ビッグデータの幅広い活用には力を注いでいる。1月20日の通常国会開会時には、安倍晋三首相が施政方針演説の中で「医療情報について、匿名化を前提に利用可能とする新しい仕組みの創設」を明言した。「ビッグデータを活用し、世界に先駆けた新しい創薬や治療法の開発を

加速」させることに強い意欲を示した。

また、厚生労働省は安倍首相の施政方針演説に先立ち、1月12日に塩崎恭久厚生労働相を本部長とする「データヘルス改革推進本部」を発足させ、「世界に前例がないほど大きな規模」として、健康・医療・介護分野を連結させたICTインフラの構築を目指している。同省内では、部局横断で取り組む姿勢を明らかにしており、「ビッグデータ連携・整備WG」など4つのワーキンググループも新設する予定となっている。このように、政府も民間も医療ビッグデータの活用に積極的だが、大きな問題として、電子カルテの普及の遅れが挙げられる。日本の電子カルテ普及率は3割程度と言われており、特に小規模診療所は、初期コストが嵩むことを懸念し、導入に消極的なところが多い。

しかし、最近はクラウド型の電子カルテシステムが急増し、スマートフォンやタブレットから利用できるものも登場しており、初期コストがかからないのが特徴である。「医療ビッグデータ・コンソーシアム」が提案するクラウド型システムは、標準化されたデータを一元管理する発想のため、こうしたクラウド型電子カルテとの連携も容易なことが想定され、医療現場のICT化を加速させる役割を果たす可能性が期待されている。

*「医療ビッグデータ・コンソーシアム」は、電子カルテやレセプト、特定健診やゲノムなど健康情報に関するデータを集積した医療ビッグデータが抱える課題の解決型提言組織として、2014年11月に発足。京都大学大学院医学研究科や国立循環器病研究センターのほか、アステラ製薬や武田薬品、日立製作所、三菱総合研究所など18社が参加している。

診療報酬の審査効率化について議論 審査支払機関への不滿意見が続出

規制改革推進会議

規制改革推進会議が1月26日に開かれ、診療報酬の審査効率化について議論が展開された。出席した委員からは、審査支払機関である社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）への不満を表す意見が続出した。

金丸恭文議長代理（フューチャー株式会社代表取締役会長）は、3月末までに作成される業務効率化計画・工程表の内容次第で、審査業務を委託すること自体を見直すべきだとしたほか、審査支払機関の寡占化を解消すべきとの意見も表明されたことで、厚生労働省の今後の対応が注目される。

■審査支払機関の組織・体制について、抜本的な合理化・効率化を要求

診療報酬の審査については、医療ビッグデータとして活用したい政府の意向もあり、ゼロベースでシステムの見直しを行う方針が決まっている。さらに、規制改革推進会議からは審査支払機関の組織・体制についても抜本的な合理化・効率化を求めていた。それに対して厚生労働省は、各業務の見直しを行い、不要・非効率な業務を削減しつつ、支払基金以外でも業務を行える仕組みの構築を検討してきた。

しかし、同日の会議で厚生労働省から提示された検討案には、3つの方向性が示されたのみで結論は先送りされており、大田弘子議長（政策研究大学院大学教授）から「肝心なところが両論併記になっていて、どうやって改革工程表ができるのか」と厳しい指摘があった。また、金丸議長代理は、現在支払基金が保有するシステムは1970～80年代レベルであり、手作業に近い形でデータ処理を行っていることから、ITガバナンス能力の低さを疑問視しており、3月末の業務効率化計

画・工程表の内容次第では、審査支払業務の委託自体を見直さざるを得ないとした。

■3月末の業務効率化計画・工程表に注目

さらに金丸議長代理は、患者ごとにレセプトの送り先が変わるのは医療機関に負担をかけるとして、レセプトは1カ所で受け取り、そこから信頼できる審査支払機関に振り分けを行う案を提示した。別の委員からは、支払基金がレセプト審査を独占していることを問題視する声もあがっており、組織・体制の見直しにとどまらず、審査支払機関を検討する可能性すら出てきた。

同日の会議に出席した厚生労働省の谷内大臣官房審議官（医療保険担当）からは、「今までは単なる業務集団だったけれども、これからは頭脳集団として生まれ変わる」という塩崎恭久厚労相の発言が紹介され、同省もこの問題に関して危機感を抱いていることは明白であり、構造改革のエンジンともいわれる規制改革推進会議に、最後通告ともとれる厳しい言葉を突きつけられた同省がどのような対応を見せるかについて、まずは3月末の業務効率化計画・工程表に注目したい。



医療施設動態調査 (平成28年10月末概数)

厚生労働省 2016年12月22日公表

病院の施設数は前月に比べ 1施設の減少、病床数は 536床の減少。
 一般診療所の施設数は 49施設の増加、病床数は 347床の減少。
 歯科診療所の施設数は 23施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別に見た施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成28年10月	平成28年9月			平成28年10月	平成28年9月	
総数	178 991	178 920	71	総数	1 663 642	1 664 525	△ 883
病院	8 441	8 442	△ 1	病院	1 560 469	1 561 005	△ 536
精神科病院	1 062	1 062	-	精神病床	334 242	334 258	△ 16
一般病院	7 379	7 380	△ 1	感染症病床	1 842	1 841	1
療養病床を有する病院(再掲)	3 823	3 827	△ 4	結核病床	5 345	5 347	△ 2
地域医療支援病院(再掲)	539	536	3	療養病床	327 938	328 161	△ 223
				一般病床	891 102	891 398	△ 296
一般診療所	101 584	101 535	49	一般診療所	103 104	103 451	△ 347
有床	7 605	7 629	△ 24				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	973	979	△ 6	療養病床(再掲)	9 843	9 906	△ 63
無床	93 979	93 906	73				
歯科診療所	68 966	68 943	23	歯科診療所	69	69	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 28 年 10 月末現在

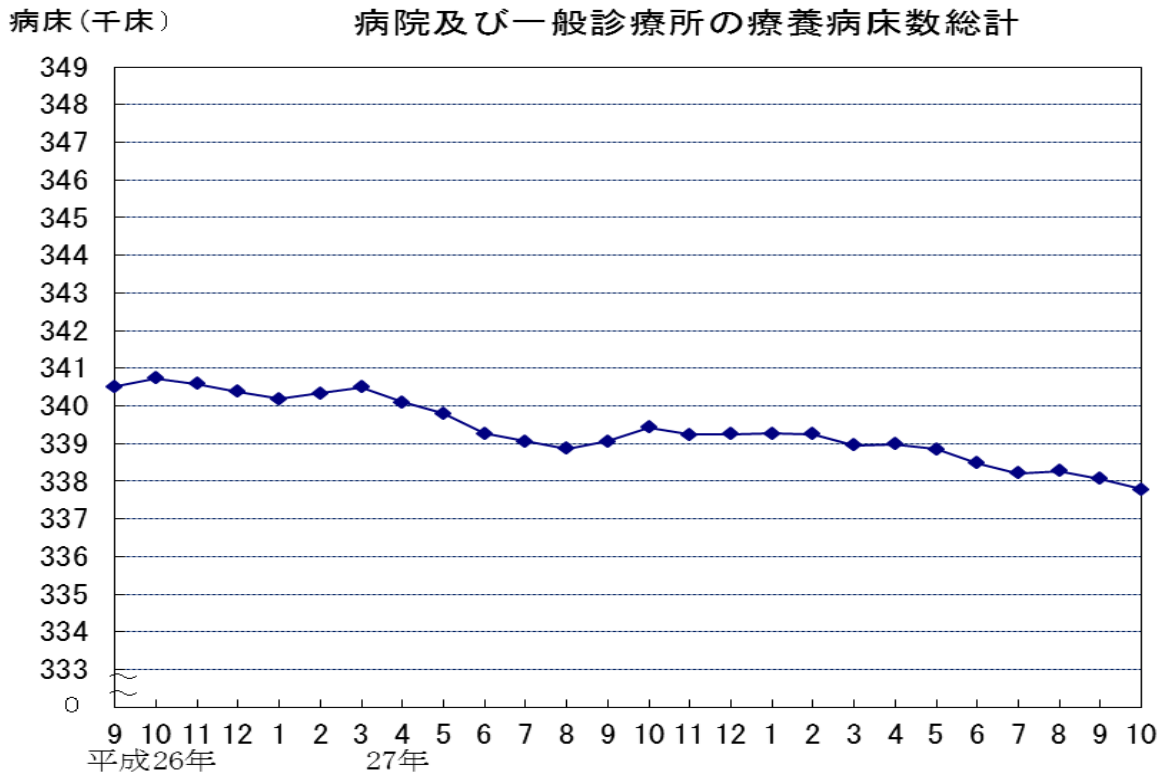
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 441	1 560 469	101 584	103 104	68 966
国 厚生労働省	14	4 957	24	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 691	-	-	-
国立大学法人	47	32 706	146	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	12 954	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 205	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 182	2	-	-
その他	24	3 492	369	2 210	3
都道府県	201	53 962	256	188	7
市町村	633	132 547	3 003	2 327	271
地方独立行政法人	97	38 291	22	17	-
日赤	92	36 200	212	19	-
済生会	79	21 867	53	-	1
北海道社会事業協会	7	1 785	-	-	-
厚生連	104	33 113	69	28	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	309	-	2
共済組合及びその連合会	43	13 752	157	9	5
国民健康保険組合	1	320	17	-	-
公益法人	230	57 425	557	295	116
医療法人	5 753	862 585	41 237	75 275	13 441
私立学校法人	111	55 689	183	65	17
社会福祉法人	198	34 316	9 346	333	32
医療生協	83	13 789	314	267	51
会社	42	10 019	1 868	10	11
その他の法人	191	39 523	720	298	100
個人	240	24 165	42 718	21 744	54 907

参 考

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計





地域包括ケアに対応 介護との連携・協働 ネットワーク

1. 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
2. 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
3. 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント



1

「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1) 一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
 応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。

高齢化社会の将来を見据えて示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等
 によって、医療から介護までを一貫して提供するネットワークです。

■ 「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある

- (1) 介護サービスの充実・強化
- (2) 医療との連携強化
- (3) 介護予防の促進
- (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
- (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2) 介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012 年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
 能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
 たものです。

■ 介護保険制度改正の基本的考え方

● 「地域包括ケアシステム」の実現

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

● 持続可能な介護保険制度の構築

給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
 給付は医療と介護の役割から明確に区分

2

介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者（社会的入院）の解消と、自宅での療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるため、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。

在宅患者を地域が支える滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて、不可欠だといえます。

■ 介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり（独居等）
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人（通常、看護師1＋介護職2）体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護（デイサービス）	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助（ショートステイ）

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。

2005年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになってきました。

在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずで、医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

3

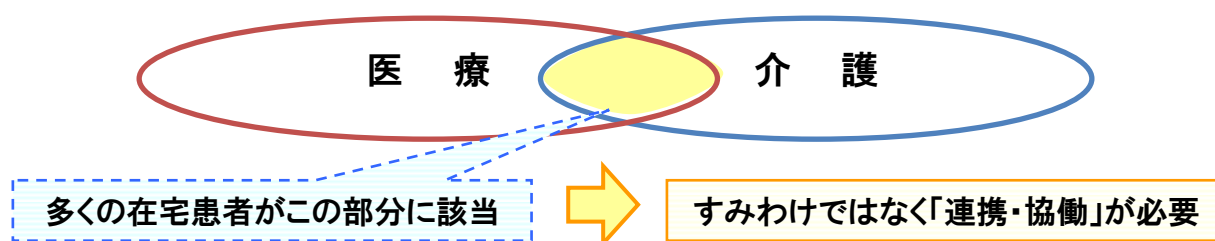
医業経営情報レポート

医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されてきました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医になる診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

■ 介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

*無回答 17.7%を含む

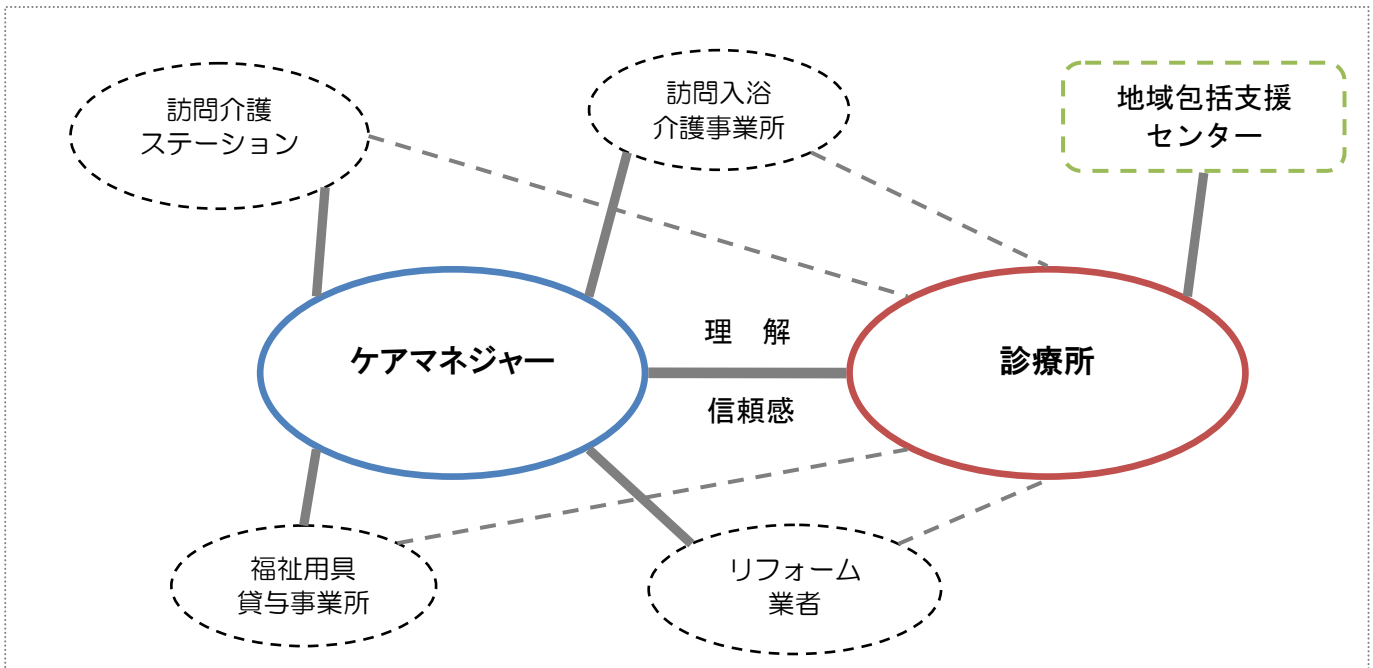
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすいだけでは在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続に関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずです。

■ 介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

- ① 介護に関する十分な知識
- ② ケアマネジャーとの良好な関係
- ③ サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: クリニック新規開業

大都市中心部での物件選定と開業の注意点

都市中心部での開業を検討しています。ビル診開業が多いようですが、物件選定の注意点を教えてください。

都市中心部での開業は、土地取得費の高さや、物件そのものが少ないという理由でビル診療が主流になっています。一方、競合先も多いため、ビル自体の認知度や看板掲出の可否や、ビル自体の入り口が判りやすいか、エレベーター設置の有無や駐車場の確保等の注意点があります。また、夜間診療が可能なビルの管理体制や入店他社の業種や営業時間も確認が必要です。

さらに、導入する医療機器・機械によっては、重量の都合上、床の構造と耐久性も調査しなければいけません。給排水設備や共有部分のトイレもチェックすべきポイントです。

メディカルビルや事務所ビル、雑居ビルによって設備や管理が異なるため、医療の設備工事やマーケティングの専門家のアドバイスを受けることも必要です。

尚、ビル診療所開業で最も重要なポイントは、テナント料(賃料)です。開業資金のうちで最も大きな割合を占める保証金は、「坪単価賃料×床面積」で算出されるため、テナント料の高低は初期投資の行方を握っているともいえますが、金額の適正度を測るには、ビルの立地条件や外観、周囲の環境なども考慮することが必要です。

① 認知度	開業場所の認知度が高いか否かは、診療所開業後の患者誘引力に大きく左右する
② 周辺環境	医療提供の場として適切かどうか、利便性と都市開発の方向性も考慮し、調剤薬局との距離や位置関係も重要視する
③ 入居中テナントの業職種	入居中の他テナントの業職種は、ビル自体の集客力、ひいては飛び込み新規患者獲得率にも影響するうえ、メディカルビルであれば、連携可能性の観点から標榜診療科が重要な要素になる
④ 広告上の制限	美観保護の観点から、看板の掲出を制限しているビルや地区などもあり、広告戦略策定のうえでも確認と検討が必要
⑤ テナント料の適正度	初期投資を含む資金計画上、その規模に見合う金額かを、上記の立地条件と総合して検討する必要がある

都市中心部でのビル診開業を選択した場合、対象患者層は近隣の就業人口と中心部へ出てくる買い物客が中心となるため、勤務時間外の診療時間を検討する必要があります。昼休み時間帯の診療や夜間診療など、就業労働者の行動を推測して診療形態を決めなくてはなりません。また、中心部は競合先も多いため、他院との差別化も必要です。

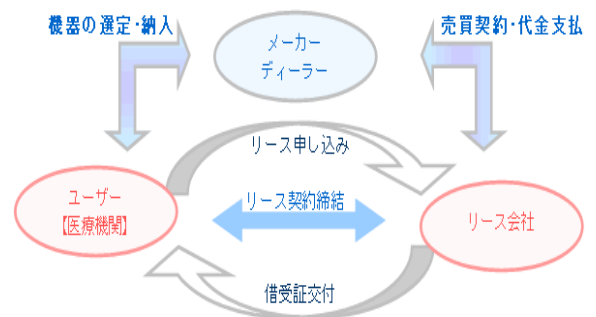
検査体制や病院との連携による病床の確保、そして他院と連携し、患者ニーズに対応できる地域医療ネットワーク体制の構築が必要です。

医療機器リースの メリットとデメリット

医療機器のリースを行う際の
メリットとデメリットを教えてください。

■リース契約の仕組み

賃貸借契約は、通常貸主と借主の二者間取引ですが、リース契約、特に金融的性格を有するファイナンス・リース契約においては、リース物件の選定はユーザー（借主）が行い、リース会社はその物件を取得してユーザーにリースするという、三者間の契約関係となります。



■リース契約のメリットとデメリット

メリット	デメリット
<p>(1) 資金調達機能と経費参入 毎月一定のリース料で必要な機械設備を利用でき、多額の設備投資が不要なうえ、税法上リース料金は全額経費参入でき、リース料総額が貸借対照表の借入金として計上されることはないため、財務比率が悪化することはない。</p> <p>(2) コスト管理と管理事務の合理化 機械設備等を所有した場合に必要な税金・保険料・修理代などの諸費用が全て含まれているため、毎月の「リース料」として一括して把握できる。また、購入した場合に必要な手続、減価償却費の計算、固定資産税の申告、保険料の支払などは原則不要になる。</p> <p>(3) 契約の容易性と金利水準の変動リスク回避 リース契約期間中は固定されたリース料を支払うため、金利水準の変動リスク負担を負うことがなく、また審査手続が簡略化されており、銀行借入れに比べて比較的容易に契約が締結できる。</p>	<p>(1) 中途解約ができない 事情や状況の変化により当該物件の使用が不要な状況になっても、リース期間契約終了前には、原則として解約不可。</p> <p>(2) リース料が割高 リース料には、物件の購入代金のほかに付随費用やリース会社の利益が含まれるため、支払い総額は購入の場合より大きくなる一方、リース物件の所有権は、リース会社にあるため、資産の確保による信用増大は期待できない。</p>

リース契約は、原則として中途解約が不可能（解約時にもリース代金残相当額を損害金として支払う）ではありますが、保証人が不要など、利便性が高いシステムでもあります。また、リース契約物件の老朽化を回避するメリットとしては、法定耐用年数を下回る期間内に契約期間を短縮することで、より効果を発揮することになる一方、期間短縮の反動からリース代金月額が高くなり、新規開業時にはかえって資金繰りを圧迫する可能性もあります。

リース契約締結の際には、金融機関からの融資枠と医療機器導入計画を十分に吟味し、融資との均衡を保つことがポイントです。