

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.607 2020.1.21

医療情報ヘッドライン

ガイドラインや診療実態を踏まえ、
オンライン診療料の要件を見直し

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

看取り対応や医療的ケアを実施する
特別養護老人ホームの
利用率が高い

▶独立行政法人 福祉医療機構

週刊 医療情報

2020年1月17日号

外来での抗菌薬適正使用、
歯科麻酔薬の算定一事務局案が適用へ

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31年3月)

経営情報レポート

医療情報利活用の基盤構築を促進
次世代医療基盤法への対応ポイント

経営データベース

ジャンル：経営計画 > サブジャンル：経営計画の基本と実践
病医院理念の必要性
PDCAサイクルの展開方法

発行：税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

ガイドラインや診療実態を踏まえ、 オンライン診療料の要件を見直し

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は 12 月 18 日、中央社会保険医療協議会総会でオンライン診療料の要件見直しを提案し、7 月に改訂したガイドライン（オンライン診療の適切な実施に関する指針）や診療の実態を踏まえた内容にする方針を示した。

■オンライン診療料は、2018年度の 診療報酬改定で新設された項目

オンライン診療料は、2018 年度の診療報酬改定で新設されたが、初診は原則対面診療としているほか、月 1 回の受診を 6 カ月継続してから初めて算定が可能になるなど、医療機関・患者の双方にとって使い勝手が良いとはいえない。いわばテストマーケティングのようなニュアンスでスタートした状態であり、短いスパンで見直しを行うことが前提となっていた。ガイドラインにも同様の方針は貫かれているため、策定から 1 年 4 カ月とあまり日が経っていないにもかかわらず、7 月に改訂がなされたという経緯である。

なお、7 月に改訂されたガイドラインでは、訪問看護師がオンライン診療による医師の指示を受けて在宅患者の診療補助をすることを容認したうえ、初診対面診療の原則の例外として、緊急避妊薬の処方や、離島など「一人医師診療所」の医師が急病となった場合などを盛り込んでいる。一方で、診療報酬には、改定のタイミングが 2 年に 1 度ということもあり、これらの内容は反映されていない。

診療の実態に合っていないものもあるため、改定のタイミングで要件を見直そうというのが厚労省の考えとみられる。

■離島やへき地などでは、より柔軟に

オンライン診療を活用できるように見直し
 具体的には、まず「緊急時に概ね 30 分以内に対面診療が可能であること」を見直すべきとした。その根拠は、今年度実施した「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」にある。治療の内容としてはオンライン診療の対象となるのに、要件を満たせないため受診できない患者数のうち、最も多かった項目がこれであった。

しかし、緊急時は救急病院の受診を選択するのが一般的であることから、「30 分以内」とする必要性がないと主張、2018 年 3 月に診療報酬改定に伴って発出した疑義解釈の事務連絡に則り、「日常的に通院・訪問による診療が可能となる患者」とする方向で、「月 1 回の受診を 6 カ月継続」してからオンライン診療料の算定が可能になるとの要件も見直し、「直近 3 月の対面診療」と緩和する方針としている。

さらに、離島やへき地など医療資源が少ない地域では、より柔軟にオンライン診療を活用できるように見直しを進めたいとした。

とりわけ、「希少性の高い疾患」などの専門家に受診したい場合、かかりつけ医が同席してオンライン診療を受ける「D to P with D」が効果的だが、現在は算定可能な項目がないため、そこを評価したいとしている点は注目したい。一連の厚労省案は、都市部で活用が広がるほど利便性が向上するとは言えないだろう。しかし少なくとも、医療資源が乏しい地域の医療アクセスをサポートする手段としては充実していく可能性が高いといえる。

看取り対応や医療的ケアを実施する 特別養護老人ホームの利用率が高い

独立行政法人 福祉医療機構

福祉医療機構は12月11日、「2019年度『特別養護老人ホームの入所状況に関する調査』の結果について」と題したレポートを公表し、看取り対応のための取り組みを実施している施設や、「点滴」「喀痰吸引」「胃ろう・腸ろう」といった医療的ケアが必要な利用者の受け入れに前向きな施設のほうが、そうでない施設よりも利用率の高い傾向がみられたとしている。

また、2018年度に人材紹介会社を利用して介護職員を雇用した特別養護老人ホーム（特養）は29.2%、雇用した介護職員1人あたりの人材紹介手数料は59.7万円だった。

■特別養護老人ホーム3,568施設で実施、 有効回答数は1,160、回答率は32.5%

この調査は、福祉医療機構の融資先である特別養護老人ホーム3,568施設を対象に、今年10月1日から23日の間で実施された。

有効回答数は1,160、有効回答率は32.5%で、回答施設の施設形態は従来型が39.4%、個室ユニット型が49.3%、その他が11.3%。平均定員数は67.3人で、50人以上79人以下が40.5%と最も多く、次いで80人以上99人以下が22.8%、29人以下が17.0%だった。回答施設の15.5%はここ1年間で利用率が低下したとしており、利用率が上昇した施設を上回った。低下の理由としては、「入院者の増加」と「他施設との競争が激化」が各2割となっており、利用者の重度化が進んでいることが窺える。1施設あたりの平均待機者数は100.8人で、2年前の同調査の117.3

人に比べると16.5人減少した。この1年間は、都市部でも待機者数が減少したとする施設の割合が多くなっている。

■看取り対応や医療的ケアは、2018年度 介護報酬改定でより一層評価されている

利用率向上のための取り組みとしては、自治体など関係機関との情報共有を中心とした連携が効果的との回答が73.9%と大半を占めた。それまで何らかの介護保険サービスを利用していたケースが多いことから、在宅系サービス事業所との連携も重要であることがわかる。

看取り対応や医療的ケアに関しては、2018年度介護報酬改定でより一層評価されるようになった。具体的には、「配置医師緊急時対応加算」（早朝・夜間は650単位/回、深夜は1,300単位/回）のほか、入所者の死亡場所が施設内であった場合に算定できる「看取り介護加算（Ⅱ）」（144～1,580単位/日：1,580単位は死亡日）が新設されている。福祉医療機構のレポートでは、「今後も特養には、地域包括ケアシステムの中でこれらのニーズに積極的に対応していくことが期待されている」としたうえで、「地域の医療的ケアを含む利用ニーズを的確に察知・把握し、積極的に対応しようとする姿勢が施設経営上も好ましい結果につながることを示唆している」と分析しており、医療的ケアを行える職員の増員や、配置医師・協力医療機関の医師体制強化、看取り対応のための研修実施といった施策が効果的だとしている。

医療情報①
 中医協
 総会

外来での抗菌薬適正使用、歯科 麻酔薬の算定一事務局案が適用へ

中央社会保険医療協議会（会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は1月10日に総会を開いて、外来における抗菌薬適正使用と歯科麻酔薬の算定について、前回議論を踏まえて詰めめの議論を行った。前回の会合で、外来における抗菌薬適正使用には「広域抗菌薬の使用状況の把握をさらに進めていくことは重要」「感染防止対策加算はAMR（薬剤耐性対策）アクションプランの地域ネットワーク作りの対応の1つとして創設されたもので、医療機関は相談体制を有していることが大事」などの意見が出た。

また、抗菌薬適正使用に関する現状について厚生労働省が説明し、日本で使用される抗菌薬の約9割が経口薬で、セファロスポリン、キノロン、マクロライドの使用割合が極めて高い一方、「抗微生物薬適正使用の手引き」の2019年12月の第2版において、対象年齢や対象疾患が拡充され、急性気道感染症や急性下痢症等に対する抗菌薬の適正使用が示された。

こうした前回の議論と現状を踏まえて事務局が示した論点は、以下の2点である。

- ▼外来における抗菌薬適正使用をさらに推進する観点から、抗菌薬適正使用支援加算の要件である院内研修等で、抗微生物薬適正使用の手引きを踏まえた取り組みをする
- ▼病院の外来における急性気道感染症・急性下痢症に対する経口抗菌薬の使用状況についても把握するように要件を見直す

これらの論点に対して、診療側の松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は「抗菌薬の適正使用には医療機関だけでなく、各学会が抗微生物薬適正使用の手引きを参照して治療ガイドラインに反映させることも必要だが、論点に示された方向性で病院の外来でも適正使用することに異論はない」と同意し、支払側からの発言はなかった。

■「歯科麻酔薬を使用実態に即した算定案」に賛成

歯科麻酔薬の算定については、麻酔を行った場合の薬剤料が技術料に包括されていて算定できないものが多く、歯科治療に際して使用される麻酔薬の量は、抜歯等の第9部「手術」の項目で多い現状がある。このため、「第9部『手術』で用いる薬剤料を、使用実態に即して算定できるようにしてはどうか」が論点として示された。林正純委員（日本歯科医師会常務理事）は「もともと技術料の低い歯科にとって、麻酔薬の使用は大きな不採算項目だった。診療行為の明細書にも包括されているので記載されないことも多く、現場が混乱することが多かった」（以下続く）

議論の整理案一支払側、働き方改革評価の要件を提示

厚生労働省は1月10日の中医協総会で、社会保障審議会医療保険部会・医療部会が取りまとめた「2020年度診療報酬改定の基本方針」に即した項目立てによって「20年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）」を報告した。大項目は、以下の4つである。

- ▼医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進
- ▼患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▼医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進
- ▼効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について、吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は、「要件見直しや評価のあり方について書かれている項目もあれば、方向性しか書かれていない項目もある。方向性が書かれた項目には要件整理の議論が必要なものもある。今日と次回（1月15日）に議論した後の工程はどうなっているのか」と事務局に確認を求めた。

また、併せて「整理案は今回改定で変更が必要な項目に絞ったと思うが、次回に向けた議論が必要な項目も含まれていると思う。どういう扱いになるのか」と質した。

森光敬子厚労省保険局医療課長は、「議論の整理の後に個別項目の評価や要件を議論してもらおう」としたほか、「今年度に改定する項目に限って整理して記載した。今後議論が必要な事項は次の改定への宿題として附帯事項などに提案してもらい、議論を進めたい」と答えた。

■支払側、毎年度の労働時間短縮計画の要件化など要望

幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「働き方改革に特化して0.08%という異例の上乗せ措置が取られたが、我々は働き方改革への診療報酬の反映について、三位一体改革の進捗を踏まえて、段階的に対応すべきと主張してきた」と振り返った。

そのうえで「医師の働き方改革を診療報酬で手当するのなら、救急医療を担う医療機関に特化して付けるべきだ。要件には、救急医療機関の労務管理体制、労働時間短縮、労務管理によるアウトカム、毎年度の労働時間短縮計画を必ず入れてほしい」と要望した。

佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、評価対象に示された「地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関」の定義について確認を求め、森光課長は「短冊（個別改定項目）で医療機関の要件を議論してもらおう」と返答した。（以下続く）

経営 TOPICS
 統計調査資料
 抜粋

最近の医療費の動向 /概算医療費（平成31年3月）

厚生労働省 2019年9月26日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

（単位：兆円）

	総計	医療保険適用							75歳以上	公費
		75歳未満						国民健康保険		
		被用者保険	本人		家族	(再掲)未就学者				
			本人	家族						
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成29年度 4～3月	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
4～9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1	
10～3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1	
平成30年度 4～3月	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
4～9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1	
10～3月	21.6	12.3	6.8	3.7	2.7	5.5	0.8	8.3	1.1	
2月	3.4	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2	
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.5	0.9	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。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満						75歳以上	
		被用者 保険	本人			国民健康 保険	(再掲) 未就学者		
			本人	家族					
平成26年度	31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1	
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8	
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度4～3月	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2	
	4～9月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8
	10～3月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4
平成30年度4～3月	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	22.0	93.9	
	4～9月	16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6
	10～3月	17.1	11.3	8.7	8.3	8.6	17.9	11.3	47.3
	2月	2.7	1.8	1.4	1.3	1.4	2.9	1.7	7.5
	3月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.6	3.1	1.9	8.0

注1) 「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2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費					調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
平成26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8	
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8	
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度4～3月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
	4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
	10～3月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5
平成30年度4～3月	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
	4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
	10～3月	21.6	17.3	8.3	7.4	1.5	3.9	0.4	0.14	8.7	11.3	1.5
	2月	3.4	2.8	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
	3月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.02	1.5	1.9	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。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
平成 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13	
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15	
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17	
平成 29 年度 4～3月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20	
	4～9月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
	10～3月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4～3月	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23	
	4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
	10～3月	12.9	12.8	2.3	8.3	2.1	4.4	0.12
	2月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02
	3月	2.2	2.2	0.4	1.4	0.4	0.8	0.02

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤	
		食事等含まず	食事等含む						
平成 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5	
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2	
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1	
平成 29 年度 4～3月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4	
	4～9月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
	10～3月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4～3月	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5	
	4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
	10～3月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.9	11.4	13.5
	2月	17.0	36.0	37.7	9.0	7.2	8.9	11.4	13.7
	3月	16.6	35.5	37.2	8.8	7.2	8.9	11.4	13.5

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



医 業 経 営

医療情報利活用の基盤構築を促進

次世代医療基盤法への 対応ポイント

- 1.次世代医療基盤法の概要
- 2.医療情報提供の流れと必要な手続き
- 3.医療機関における医療情報提供上の留意点
- 4.医療情報の利活用と医療情報提供通知例



参考文献

『医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律』（平成 29 年法律第 28 号）
『健康・医療戦略室 資料より』内閣官邸

1

医業経営情報レポート

次世代医療基盤法の概要

■ 次世代医療基盤法の概要

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律(以下、次世代医療基盤法)は、国全体でのデータ利活用基盤の構築に向けた取組みの一環として、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関し、匿名加工医療情報作成事業を行う者の認定、医療情報及び匿名加工医療情報等の取扱いに関する規制等を定めることにより、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進して、健康長寿社会の形成を目的としています。

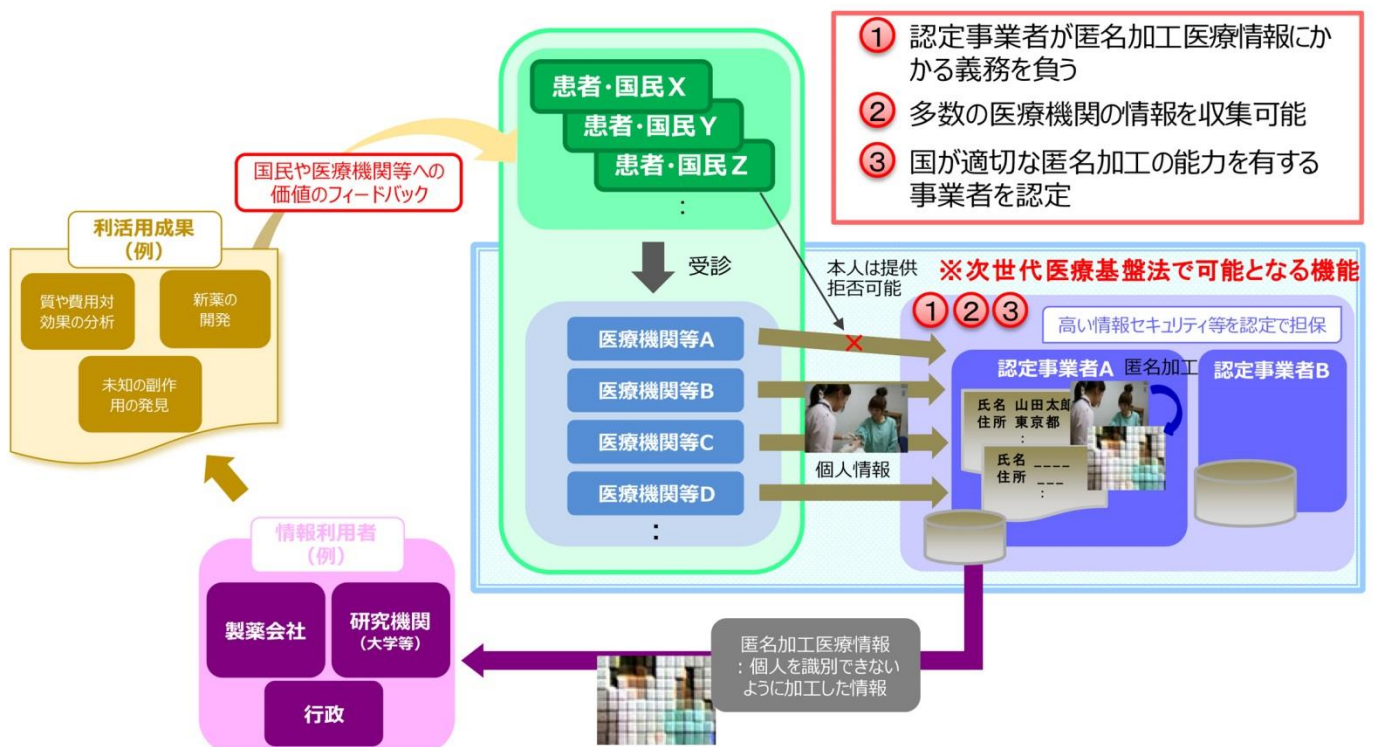
◆次世代医療基盤法の全体像（匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備）

個人の権利利益の保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に利活用することが可能な仕組みを整備。

- ①高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなどの一定の基準を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を適正かつ確実にを行うことができる者を認定する仕組み（＝認定匿名加工医療情報作成事業者）を設ける。
- ②医療機関等は、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供できることとする。
認定事業者は、収集情報を匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供する。

（出典）内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

◆次世代医療基盤法のイメージ図



2

医業経営情報レポート

医療情報提供の流れと必要な手続き

■ 医療情報提供の流れと費用

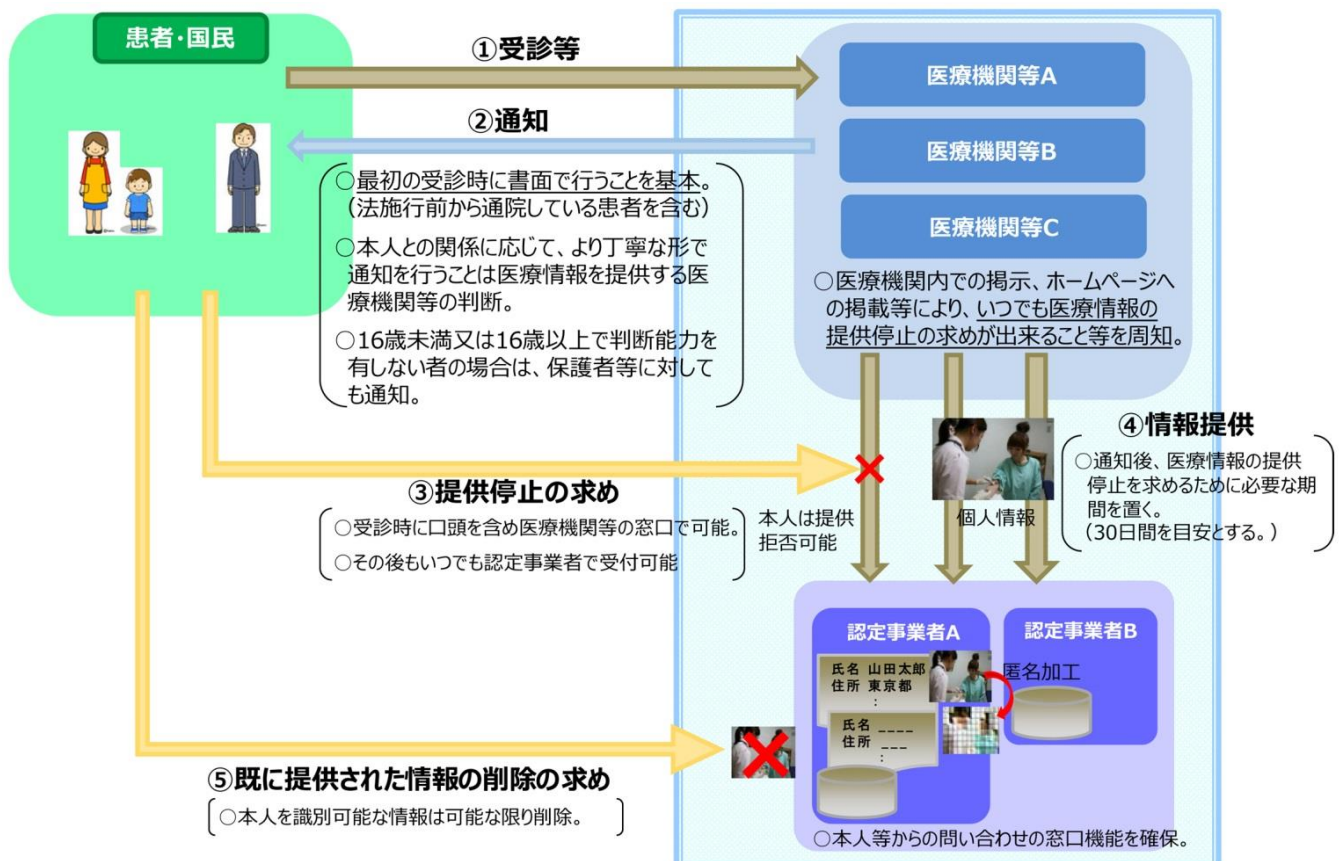
(1) 医療情報提供の流れ

次世代医療基盤法の施行により、医療機関等は、予め患者に通知しても本人が提供を拒否しない場合、認定匿名加工医療情報作成事業者（以下、認定事業者）に対して任意に医療情報を提供することができるようになりました。

また、認定事業者に提供された医療情報は匿名加工し、匿名加工医療情報として、行政や製薬会社、研究機関等に提供できるようになりました。

◆ 認定事業者に対する医療情報の提供に係る手続

次世代医療基盤法においては、医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対して医療情報を提供することができる（医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意）



(出典) 内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

3 医業経営情報レポート

医療機関における医療情報提供上の留意点

■ 医療情報提供の停止対応

(1) 医療情報提供の停止

次世代医療基盤法では、オプトアウト(患者本人が拒否しなければ同意したとみなす)により、医療情報を提供することができます。

ただし、情報を提供する医療機関は、患者の最初の受診時に医師や看護師が医療情報提供について、書面による通知と説明が求められます。

また、患者本人等から医療情報の提供停止の求めがあれば、下記の事項を記載した書面を交付しなければなりません。

◆本人又はその遺族から医療情報の提供の停止の求めがあったときの交付書面の内容

- ①医療情報の提供停止の求めがあった旨
- ②提供停止の求めを行った者の氏名及びその他の当該者を特定するに足りる事項
- ③提供停止の求めを受けた年月日
- ④交付する書面が法第31条第1項の主務省令で定める書面（医療情報の認定匿名加工医療情報作成事業者への提供を停止する求めである旨）
- ⑤医療情報の提供停止を行う年月日
- ⑥交付する書面の交付年月日

(出典) 内閣府 文部科学省 厚生労働省 経済産業省 ガイドライン

(2) 医療情報提供の停止に伴う書類の保存期間等

医療情報を取り扱う医療機関は、医療情報の提供停止の求めを行った者に対して交付した書面の写し又は提供した電磁的記録について、提供した日から3年間保存しなければなりません。

また、認定事業者は、医療機関等から医療情報の提供を受ける際に医療情報取得の経緯等を確認することとなっています。

◆認定事業者が医療機関等に対して行う確認事項

- ①本人への通知が適切に行われたこと
- ②主務大臣への届出事項が主務大臣により公表されていること
- ③本人又はその遺族による医療情報の提供停止の求めを受けていないこと

(出典) 内閣府 文部科学省 厚生労働省 経済産業省 ガイドライン

4 医業経営情報レポート

医療情報の利活用と医療情報提供通知例

■ 医療情報の利活用

政府は、次世代医療基盤法により収集される医療情報を活用して、医療分野の研究開発等が進むことにより、患者や国民全体にメリットが還元されるとしています。

例えば、医療情報の利活用により、医療機関をまたぐ分析が可能となります。異なる医療機関の情報を統合、評価し、糖尿病と歯周病のように異なる診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性があります。

また、診療支援ソフトの開発が進めば、人工知能を活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを支援することが見込まれています。

◆次世代医療基盤法によって実現が期待されること（例）

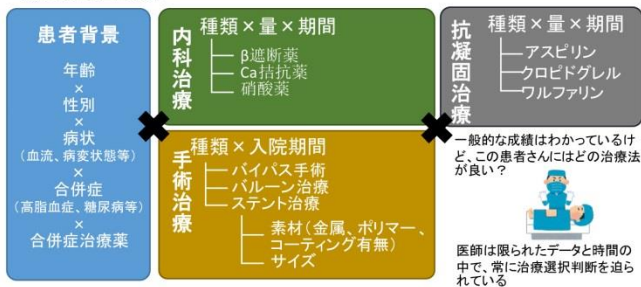
自らが受けた治療や保健指導の内容や結果を、データとして研究・分析のために提供し、その成果が自らを含む患者・国民全体のメリットとして還元されることへの患者・国民の期待にも応え、ICTの技術革新を利用した治療の効果や効率性等に関する大規模な研究を通じて、患者に最適な医療の提供を実現

■ 治療効果や評価等に関する大規模な研究の実現

例1) 最適医療の提供

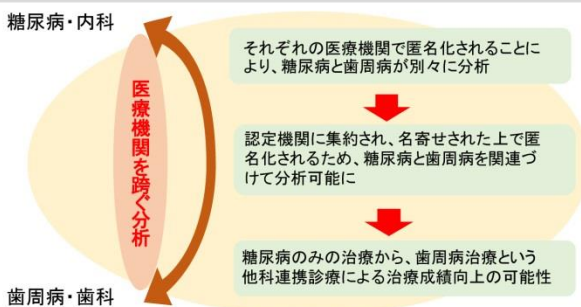
・大量の実診療データにより治療選択肢の評価等に関する大規模な研究の実施が可能になる。

<例: 狭心症治療>



例2) 異なる医療機関や領域の情報を統合した治療成績の評価

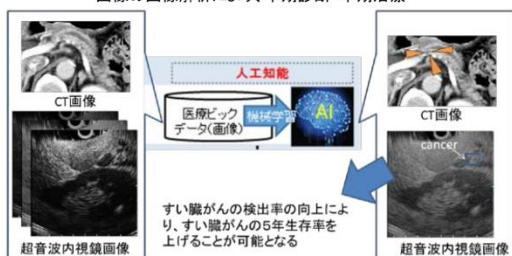
・糖尿病と歯周病のように、別々の診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性



例3) 最先端の診療支援ソフトの開発

・人工知能(AI)も活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを包括的に支援

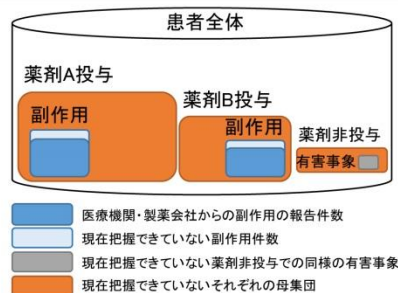
・予後不良のすい臓がんをCTや超音波内視鏡画像の画像解析により、早期診断・早期治療



■ 医薬品市販後調査等の高度化、効率化

<医薬品等の安全対策の向上>

・副作用の発生頻度の把握や比較が可能になり、医薬品等の使用における更なる安全性の向上が可能に



(出典) 内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

病医院理念の必要性

病医院理念とはどのようなものなのか。
また、なぜ必要なのでしょうか。

病医院理念は、経営を行っていく上での活動のよりどころ、指針を与えるとともに、戦略策定の際の前提となるものであり、戦略の上位概念として位置づけられます。

病医院理念の策定にあたっては、次の3つの視点から検討します。

①存在価値・使命

社会にどんな価値を提供したいか、それが社会にどのような意味があるのか、そもそも自院が何のために存在するのか

例)「患者の健康増進に貢献する」、「安心、楽しい時をつくる」

②経営姿勢

経営を遂行していく上で重んじること

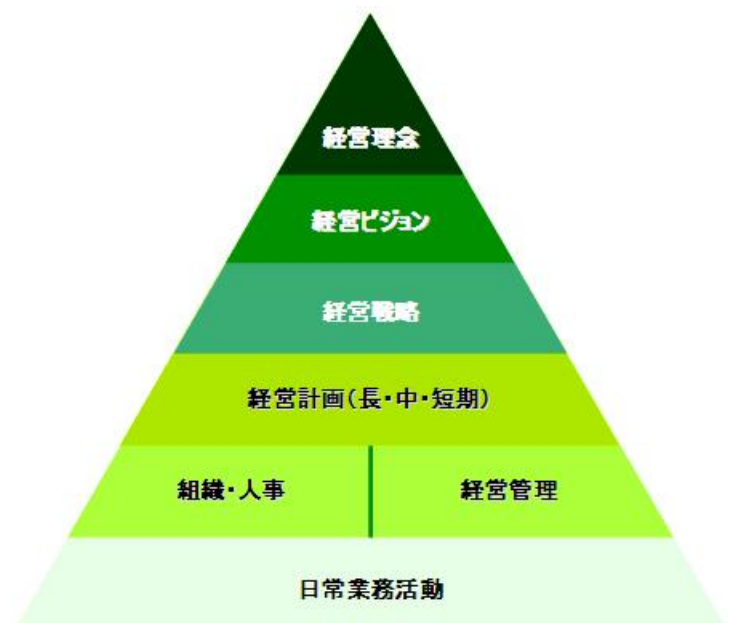
例)「創意工夫を重んじる」、「スピードを重んじた組織行動をとる」

③行動指針

職員一人ひとりに心がけてほしいこと

病医院運営において理念が機能するためには、理念が誰の目にも納得できるもの、価値あるもの、そして日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりにしみこんだ空気のような存在になることが求められます。それは、自院の風土（組織風土）となることでもあります。

そうした意味では、病医院理念は自院が依って立つところを示すことはもちろん、自院が存続していくために「すべきこと」「してはいけないこと」を明確に示すものでなければなりません。

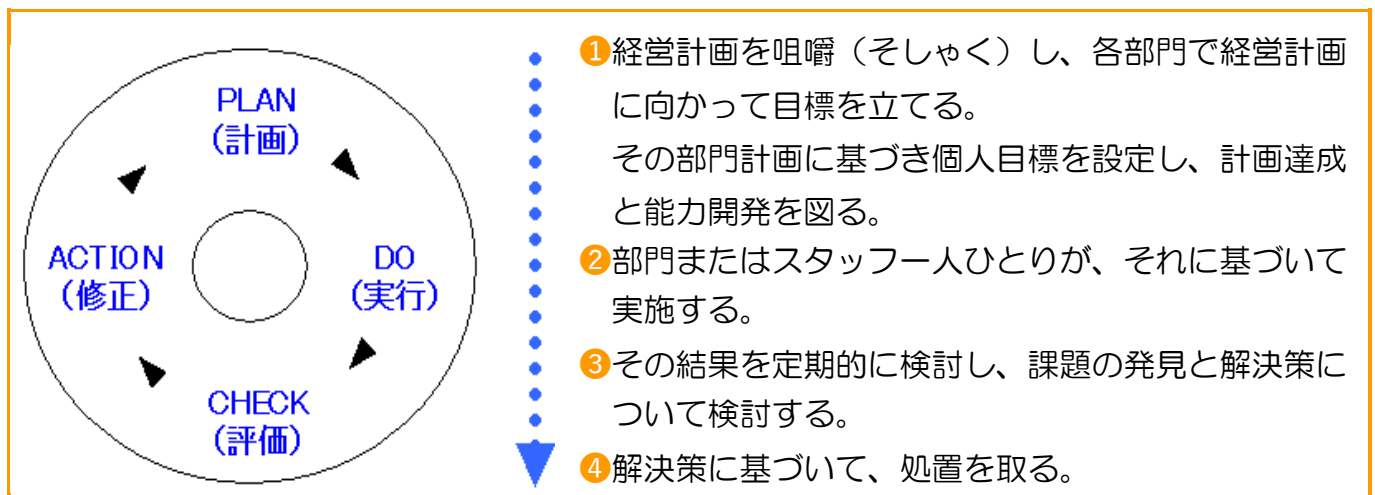


ジャンル：経営計画 > サブジャンル：経営計画の基本と実践

P D C A サイクルの展開方法

経営計画を遂行するための P D C A サイクルの展開方法を教えてください。

P D C A サイクルとは、以下の図の4段階を基本とした目標管理のプロセスです。医療機関の場合は、施設や設備に多額の投資が必要であるとともに、医療サービスの提供を担う人材が重要であり、P D C A サイクルを適切に回していくために、財務基盤の強化と併せて、人材育成・教育に力点を置かなければなりません。



また財務基盤を強化するためには、年度・中期経営計画の中で資金調達および返済計画を立てて、キャッシュフロー経営を行うことが必要です。質の高い医療サービスを提供しつづけるためには、人材の育成・教育も年度・中期経営計画の中で明確にし、実行することが求められます。

そして、その中には職員の意識改革も含まれるため、収入の確保、経費の削減といった成果への効果も期待できます。

つまり、経営体質の基盤となる組織（法人、病医院）の目標は、法人（病医院）理念からスタートし、法人の経営目標、部門目標そして個人目標へと大きな目標がブレイクダウンされ、さらに職員一人ひとりがそれに向かって邁進することで、その総和が法人の経営目標の結果となるのです。

したがって、経営計画は経営目標に従ったものであり、かつ、ブレイクダウンした個人目標は経営計画に則ったものでなくてはなりません。さらに個人目標は、より具体的で達成可能なものとする事で、個々の目標達成のための意欲が喚起されます。

このことから、個人目標は、より具体的で到達可能な目標を立てやすいため、「中期経営計画」よりも「年度経営計画」にリンクする形が望ましいでしょう。