

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.617 2020.3.31

医療情報ヘッドライン

パーソナル・ヘルス・レコードや電子処方箋実現に向け工程表策定へ

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

医師の「追加的健康確保措置」での「代償休息」は、形骸化の可能性あり

▶厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

週刊 医療情報

2020年3月27日号

外来機能の明確化、次回までに事務局案を提示

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告（暫定）
（令和元年10月）

経営情報レポート

受療行動調査からみる
患者満足度向上に向けた対応策

経営データベース

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理
成果報告のポイント
医療行為データ分析と業績管理

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人 常陽経営

パーソナル・ヘルス・レコードや 電子処方箋実現に向け工程表策定へ

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は3月9日、「健康・医療・介護情報利活用検討会」の第1回会合を開催し、パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）や保健医療情報を医療機関が確認・利活用できる仕組みのあり方を検討するとともに、電子処方箋の実現に向けた環境整備について議論を進め、今夏までに工程表を策定する方針を明らかにした。2つのワーキンググループを設置し、4月中にも工程表の方向性を作成する予定としている。本人および医療機関、自治体、そして民間の健康増進サービス事業者が効率的に情報を利活用でき、限られた医療資源・介護資源を有効活用できるようにする「データヘルス改革」の実現に向けて、具体的な一報を踏み出したといえる。

■マイナポータルを通じて2022年度の運用開始を目指す

PHRとは、患者の健康・医療・介護データを収集し、一元的に保存する仕組みのことで、これを推進するのは、本人がスマートフォンなどの端末で自由にそれらの情報へアクセスできるようにすることにより、健康増進や生活改善に役立てて健康寿命を延伸するのがねらいである。昨年6月に閣議決定された「成長戦略フォローアップ」では、マイナポータルを通じて2020年度から特定健診データの提供を開始し、2021年10月請求分からは薬剤情報のデータ提供開始を目指すとしている。さらに、同日閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針」（骨太方針）では、2022年度を目処に健診・健診情報を「標準

化された形でデジタル化し蓄積する方策を含め、2020年夏までに工程化する」とした。

これらの方策を進める背景にあるのは、加速的に進む少子高齢化である。全産業で人手不足が深刻化することが予測される中で、医療・介護サービスの担い手も減少していくのは確実とみられ、サービスの質を維持・向上させるには、効率性や生産性を上げていかなければならない。どのような業務でも、効率化を図るにはデータ利活用が不可欠であり、その意味で政府および厚労省の取り組みは的を射ているといえる。

■電子カルテの普及と「医療の標準化」が今後のカギ

一方、現時点で健康・医療・介護データは連携しておらず、効率的に利活用できる環境は整っていない。それどころか、電子カルテの普及率は全体で40%程度にとどまり、400床以上の大病院でも3割程度が未導入だとされる。さらに、傷病名を含む医学用語も統一されておらず、レセプトは標準規格があるものの、電子カルテに記載される病名は医師次第となっているのが現状である。そのため、今後はデータを利活用する仕組みや環境整備のみならず、「医療の標準化」に向けた地域医療連携ネットワークの取り組みが求められるようになってくるだろう。

そうした可能性を見据えると、例えば医療機関の電子カルテ選びにおいても、仕様の変更がしやすいクラウド型を選択するといった配慮が必要になってくるといえる。

医師の「追加的健康確保措置」での「代償休息」は、形骸化の可能性あり

厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

厚生労働省は、3月11日の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で、医師が過労で健康を害することのないよう設けられる予定の「追加的健康確保措置」での「代償休息」は、「あらかじめ予定されていた休日」も参入できることにしたいとの方針を示した。

これは、事実上「代償」にはならない措置であり、「追加的健康確保措置」自体に意味がなくなる可能性がある。

■「代償休息」は、連続勤務時間制限と勤務間インターバルが不可な場合の措置

2024年4月から、勤務医にも時間外労働の上限規制が適用される。しかし、一般的な職業が年間360時間以下となっている一方で、医師は原則として「年間960時間以下」、救急医療機関の勤務医や研修医は「年間1,860時間以下」であり、多くの勤務医が、一般の水準と比べてはるかに長時間の労働に従事することになる。そこで、医療の安全や質の確保なども考慮し、「追加的健康確保措置」を設ける予定とする。具体的には、「連続勤務時間は28時間まで」、「勤務間インターバルは9時間以上」とすることが決まっている。

しかし、とりわけ救急医療機関などでは、これらが守られない可能性もあるだろう。通常勤務を終えたのち、夜間の時間外診療に従事し、そのまま翌日の通常診療を行う32時間連続勤務といった実態は、決して珍しくない。また、大学病院の研修医は、他の医療機関でアルバイトをしないと収入が確保できない現実もある。

このように、連続勤務時間制限と勤務間インターバルが実施できない事態を予測して出された案が「代償休息」で、「確実に疲労回復がなされていることを担保するための措置」だが、これも現実的には確保するのが難しいといえる。それは、突発的な連続勤務時間オーバーに対応するためには、勤務医のシフトを組み直さなければならないからである。

この日の会合でも、その点を懸念する意見が出されており、厚労省案どおりの「代償休息」になるかは不透明な状況といえる。

■複数勤務先の労働時間は

「自己申告がベース」と厚労省

研修医のアルバイトもそうだが、勤務医は複数の医療機関で従事しているケースも多い。労働時間は勤務した医療機関の通算となるが、どのように把握するかが課題だった。それについて厚労省は「自己申告をベースに」と提案している。医療現場の現況を考慮すると現実な案ともいえるが、シフトの調整を忌避する医療機関側の思惑などに左右され、実態と乖離した勤怠管理となる危険性もはらんでいる。年間960時間もしくは年間1,860時間という時間外労働の上限も含め、このままだと「医師の働き方改革」が形骸化する方向へと進みかねない。

個人情報保護との兼ね合いもあるが、IoTを活用した勤怠管理システムの一斉導入などを検討するなど、医療現場のマネジメントそのものに切り込んでいかないと、医療資源の有効利用が難しくなると予想される。

医療情報①
厚生労働省
検討会外来機能の明確化、次回までに
事務局案を提示

厚生労働省は3月18日、「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所長）の会合を開いた。この日は、前回会合に引き続き、外来医療の機能分化について集中的議論を行った。前回会合で厚労省は、「医療資源を重点的に活用する外来（資源重点外来）」を、以下の3類型に分類し、提示していた。

- ▼**類型①**：医療資源を重点的に活用する入院の前後30日間の外来
- ▼**類型②**：高額の医療機器や設備が必要な外来
- ▼**類型③**：特定の領域に特化した知見を持つ医師・医療人材が必要な外来

この日厚労省は、類型化の意図について「議論のための仮の設定」と説明した。さらに、同検討会では「医療資源を重点的に活用する外来」の医療内容の大枠を議論することとし、具体的な医療内容の詳細は、引き続き、専門家等の入ったワーキンググループ（WG）などで検討するよう提案した。

■外来機能「あまりに拙速」

こうした提案に対して、城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、外来機能の本質的な議論があまりできなかったなかで、入院医療と外来医療を切り分けることに対する懸念を示した。さらに、議論の時間が限られているなかで「論点①（『医療資源を重点的に活用する外来』の類型・範囲について）はいわば『地域医療構想の外来版』であり、入院医療と一体的に議論すべき」と主張し、外来機能の報告対象については「診療所は外し、有床診療所を手上げとしてはどうか」と提案した。外来機能を報告する仕組みについて加納繁照構成員（日本医療法人協会会長）は、「重装備で専門外来を行う診療所は『医療資源を重点的に活用する外来』として入れるべき」と指摘し、山口育子構成員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）も同調した。

田中滋構成員（埼玉県立大学理事長）は、「外来機能の明確化をどうするかはWGでの議論ではなく、国民会議的な根本部分も含めて同検討会で議論すべき内容」と発言した。

さらに、「医療資源を重点的に活用する外来」の名称については、患者に何をイメージさせたいのかが重要と指摘した。「名称によって高度な医療が受けられると誤解すれば患者が殺到することも考えられ、逆に、初診では行ってはいけないとイメージするならば地域密着型の施設に受診抑制が掛かってしまう」と問題提起した。

議論の最後に遠藤座長は、「入院医療の地域医療構想はWG等で長い時間議論してきており、それと比べ今回はあまりにも拙速」としたうえで、「類型に対してもさまざまな意見が出るなか、外来機能を医療資源で分けることが短絡的過ぎる」との意見が多い。

一方、対象をどこまで入れるかは合意を得ておらず、まだ議論が必要」と指摘する。「全世代型社会保障検討会議」の関係で締め切りがあり、何回も議論できないとすれば、「4月までにどこまでまとめるのか。そしてそれ以降、同検討会とWGでは何を議論するのかについて、事務局案を次回までに出してもらいたい」と指示した。

医療情報②
 厚生労働省
 議論

医療機関のさらなる分析を実施へ ～ 地域医療構想に関するワーキンググループ

厚生労働省は3月19日、「地域医療構想に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、以下について議論した。

- ▼今後の地域医療構想に係る議論の活性化に資する実態分析
- ▼重点支援区域の状況

これまでWGは、主に急性期機能について、公立・公的にしか担えない役割に重点化されているか、という視点で、公立・公的医療機関の診療実績を分析してきた。

昨年9月には「再検証対象医療機関」を公表し、今年1月には、約440病院に対して要請通知を出している。ただ、分析については、以下のような課題が指摘されていた。

- ▼手術の一部や内科的な診療実績が分析に含まれていない
- ▼医療機関あたりの分析を実施しているが、病床あたりの分析など病床規模を勘案した分析になっていない など

半年ぶりの開催となったこの日、厚労省は「新たな観点を加えた分析」を実施する方針を示した。急性期については、以下に着目した分析を進めるとした。

- ▼将来の医療需要（主に人口が減少する地域）
- ▼公立・公的医療機関等、および民間医療機関の手術や内科的な診療実績

回復期については、例えば、算定する入院料で、回復期リハビリテーションと「それ以外の機能」を分けて分析し、さらに公・民それぞれの役割分担についても状況を加える方向性を示した。慢性期に関しては、介護医療院等の介護保険施設への転換の状況をどのような観点で把握していくべきかを論点に据えた。（以下、続く）

介護保険事業状況報告(暫定) (令和元年10月)

厚生労働省 2019年12月24日公表

概 要

1 第1号被保険者数(10月末現在)

第1号被保険者数は、3,541万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(10月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、668.1万人で、うち男性が210.9万人、女性が457.2万人となっている。

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18.5%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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、383.7万人となっている。

(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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、87.7万人となっている。

(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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

施設サービス受給者数は94.2万人で、うち「介護老人福祉施設」が54.5万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が3.3万人、「介護医療院」が1.5万人となっている。

(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8月サービス分、償還給付9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、8,295億円となっている。

(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3,896億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,333億円、施設サービス分は2,569億円となっている。

(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

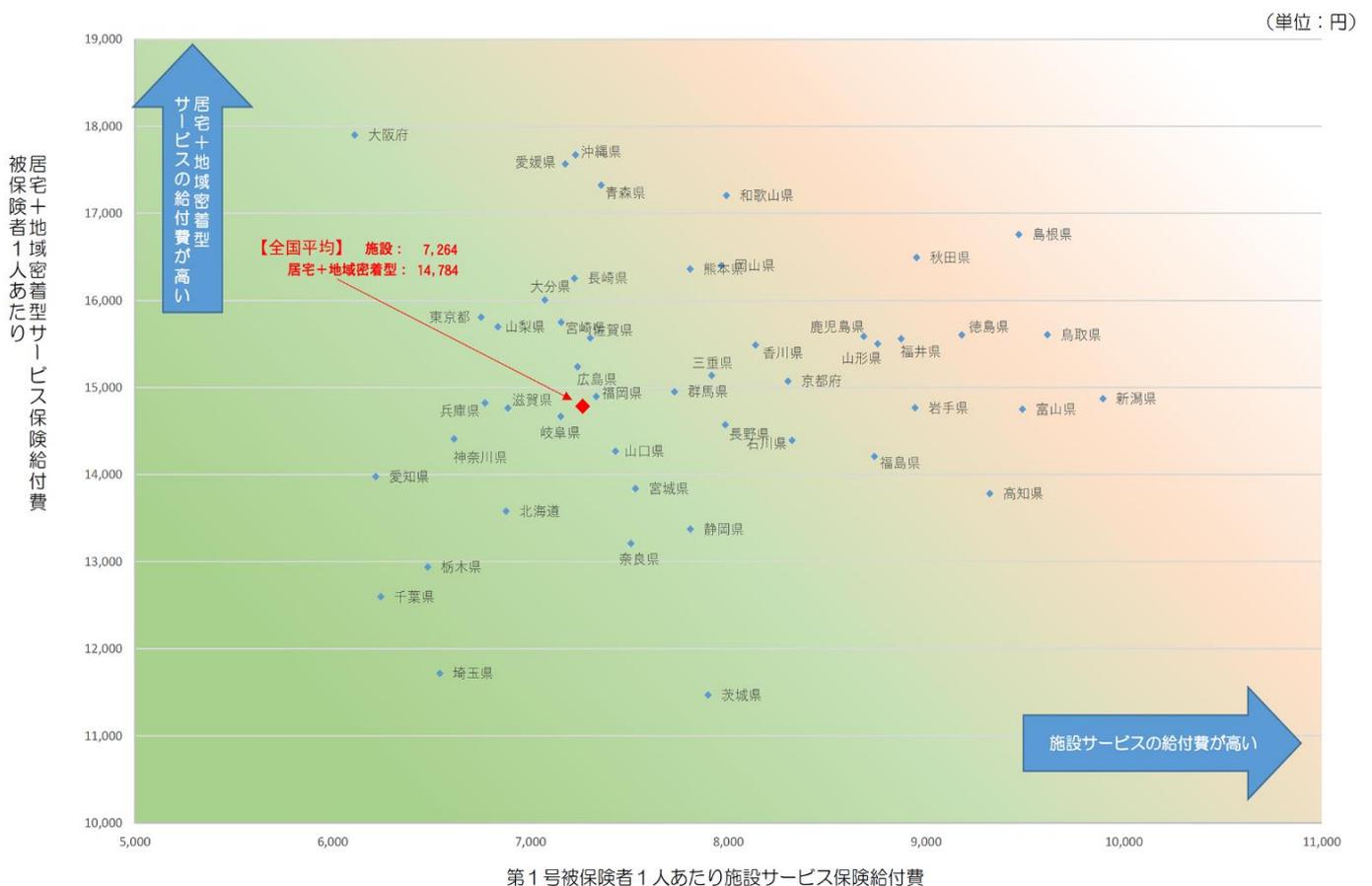
高額介護（介護予防）サービス費は206億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は24億円となっている。

(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267億円、うち食費分は169億円、居住費（滞在費）分は98億円となっている。

（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1人あたり保険給付費【都道府県別】



出典：介護保険事業状況報告（令和元年8月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
 ※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。



受療行動調査からみる

患者満足度向上に 向けた対応策

- 1.平成29年受療行動調査の概要
- 2.受療行動調査からみる患者の動向
- 3.患者満足度向上に向けた取り組み



参考文献

厚生労働省ホームページ「平成29年受療行動調査（概数）の概況」

1

医業経営情報レポート

平成29年受療行動調査の概要

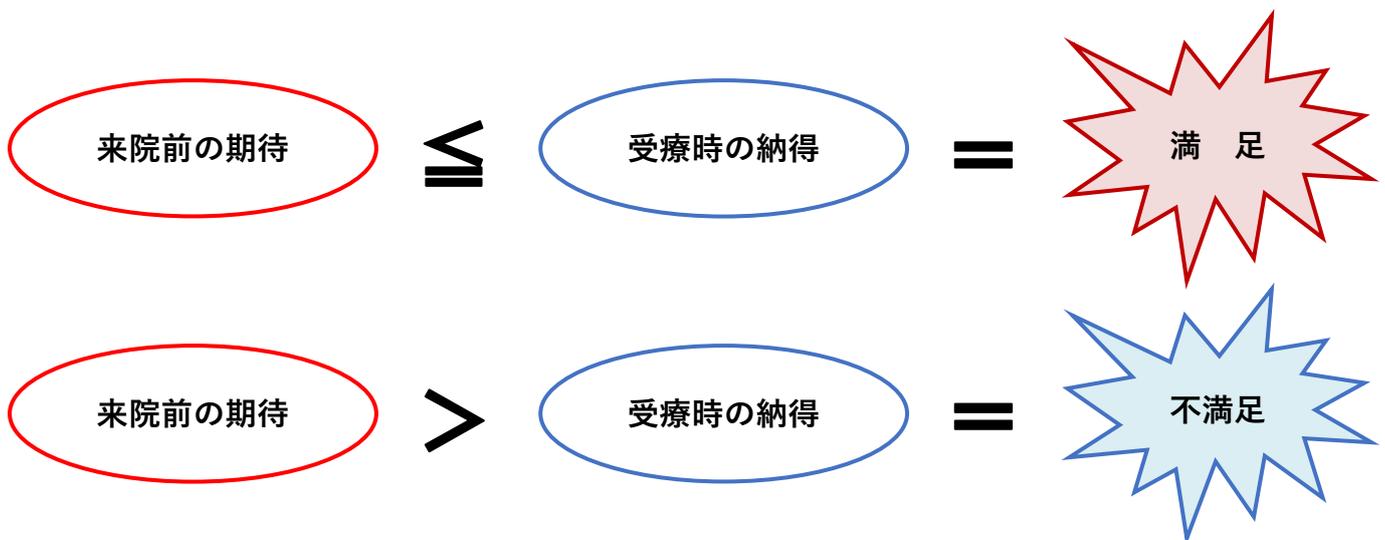
■ 患者満足度向上とニーズの把握

医療はサービス業であるという考え方によれば、患者の要望に応えることが重要であり、患者の最大の満足は、期待通りの治療を受けて十分な満足が得られることにあります。

また、高齢化や疾病構造の変化に伴い、慢性疾患などで継続的に医療機関に通院する必要がある方が増えてきています。

こうした理由により、長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関、医師など医療従事者との信頼関係および良好なコミュニケーション構築がより重要視されるようになってきました。

◆ 受療時の患者満足度イメージ図



また、患者が抱えている疾病、年代や性格、環境などによっても異なりますが、このような患者の世代や事情を問わず最適な医療サービスを提供することが求められています。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービスの提供が期待されています。

患者に寄り添ったサービスを提供した結果、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることとなります。

高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得られず、医療機関として生き残ることは困難になるといえます。

患者の発信するメッセージをいかに誠実に受け止め、医療機関全体で苦情や不満を伝えやすい環境づくりに取り組むかが重要だといえます。

2

医業経営情報レポート

受療行動調査からみる患者の動向

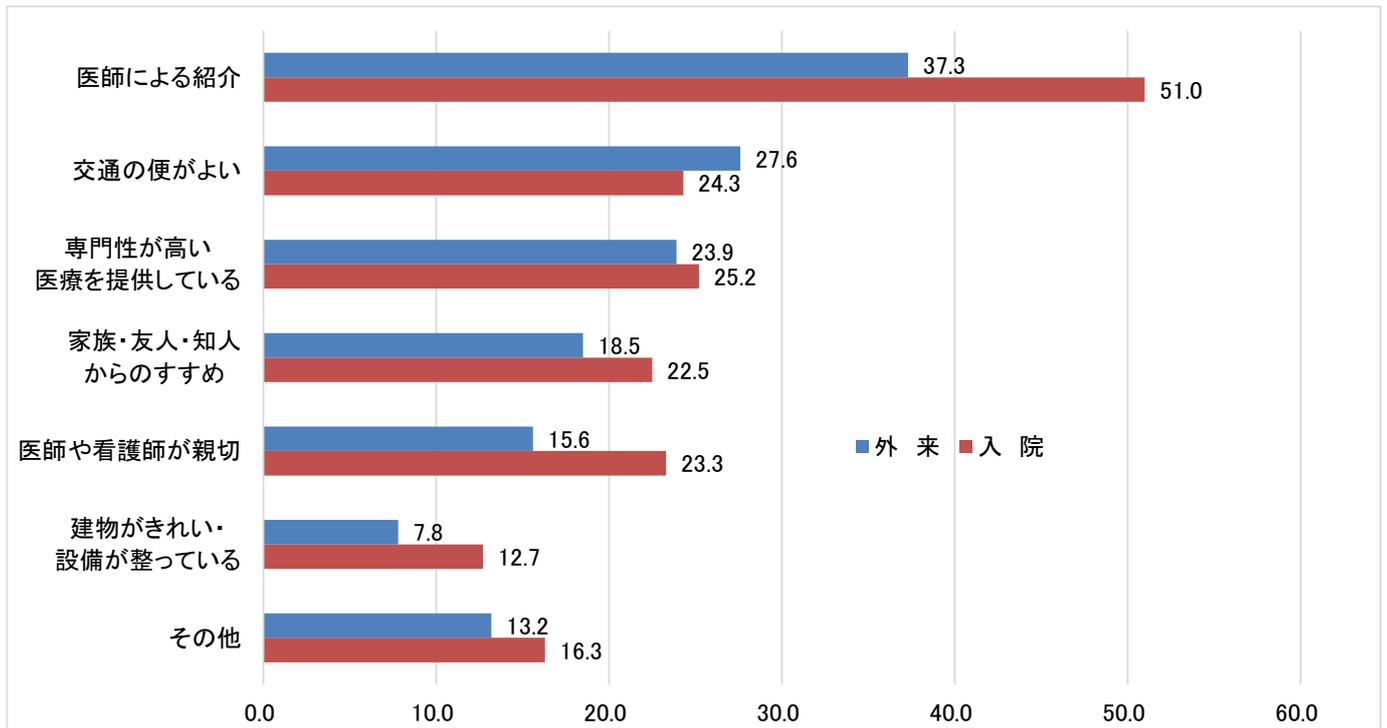
■ 患者が受診先を選ぶ選考要因

(1) 受診した医療機関を選んだ理由

「病院を選んだ理由がある」という回答のうち、その選んだ理由をみると、外来（37.3%）入院（51.0%）ともに「医師による紹介」が最も高く、次いで外来では「交通の便がよい」が27.6%、入院は「専門性が高い医療を提供している」が25.2%となっています（「病院を選んだ理由がある」回答数を100とした割合）。

この結果は、前回（平成26年受療行動調査の概況）と比較して大きな変化はありませんが、「他の医療機関との連携体制がある」、「地域に認められた医療機関である」ことが患者から選ばれる重要な要素であることが窺えます。

◆ 外来・入院別にみた病院を選んだ理由（複数回答）



（出典）厚生労働省：平成29年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 図1）

(2) 医療機関にかかる時の情報入手先

患者がふだん医療機関を受診する際に「情報を入手している」と回答したのは、外来が77.7%、入院が82.6%で、「特に情報は入手していない」は、外来が17.2%、入院が14.1%となっています。

「情報を入手している」という回答のうち、情報の入手先をみると、外来・入院ともに「家族・知人・友人の口コミ」が最も高く（外来 70.6%、入院 71.9%）、次いで外来では「医療機関が発信するインターネットの情報」が 21.1%、入院では「医療機関の相談窓口」が 23.9% となっています。

この結果を踏まえると、7 割の患者は身近な人の口コミを頼りに受診先を選んでいると考えられます。すなわち、来院された患者の期待に応え続け、患者が新たに患者を呼び込んでくれることが増患につながる有効な手段といえるでしょう。

また、2007 年 4 月からスタートした「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」を確認することで、診療科目、診療日、診療時間や対応可能な疾患治療内容等の医療機関の詳細がわかりますが、患者側は実際にはそれ以外の情報を求めているといえるため、これらニーズに応える情報提供が増患に重要な要素だと捉えることができます。

◆外来・入院別 ふだん医療機関にかかる時の情報入手先（複数回答）

(単位: %)

	総数	情報を入手している	情報の入手先(複数回答)										特に情報は入手していない	無回答
			医療機関の相談窓口	医療機関が発信するインターネットの情報	医療機関の看板やパンフレットなどの広告	行政機関の相談窓口	行政機関が発信するインターネットの情報(医療機能情報提供制度など)	行政機関が発信する広報誌やパンフレット	医療機関・行政機関以外が発信するインターネットの情報(SNS、電子掲示板、ブログの情報を含む)	新聞・雑誌・本の記事やテレビ・ラジオの番組	家族・知人・友人の口コミ	その他		
			外来	100.0	77.7 (100.0)	(16.3)	(21.1)	(5.0)	(2.3)	(3.4)	(3.3)	(12.0)		
入院	100.0	82.6 (100.0)	(23.9)	(15.8)	(6.5)	(5.6)	(3.1)	(3.7)	(9.8)	(6.1)	(71.9)	(12.1)	14.1	3.3

比較的、外来で多く挙げられた項目

外来・入院ともに最も多く挙げられた項目

(出典) 厚生労働省：平成 29 年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 表 1）

(3) 外来患者の最初の受診場所

外来患者が病気や症状について最初に受診した場所をみると、「最初から今日来院した病院を受診」が 54.2%と最も多く、続いて「最初は他の病院を受診」が 27.3%、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」が 15.1%となっています。

病院の種類別では、特定機能病院では「最初は他の病院を受診」が 42.1%と最も多く、それ以外の病院では「最初から今日来院した病院を受診」が最も多くなっています。

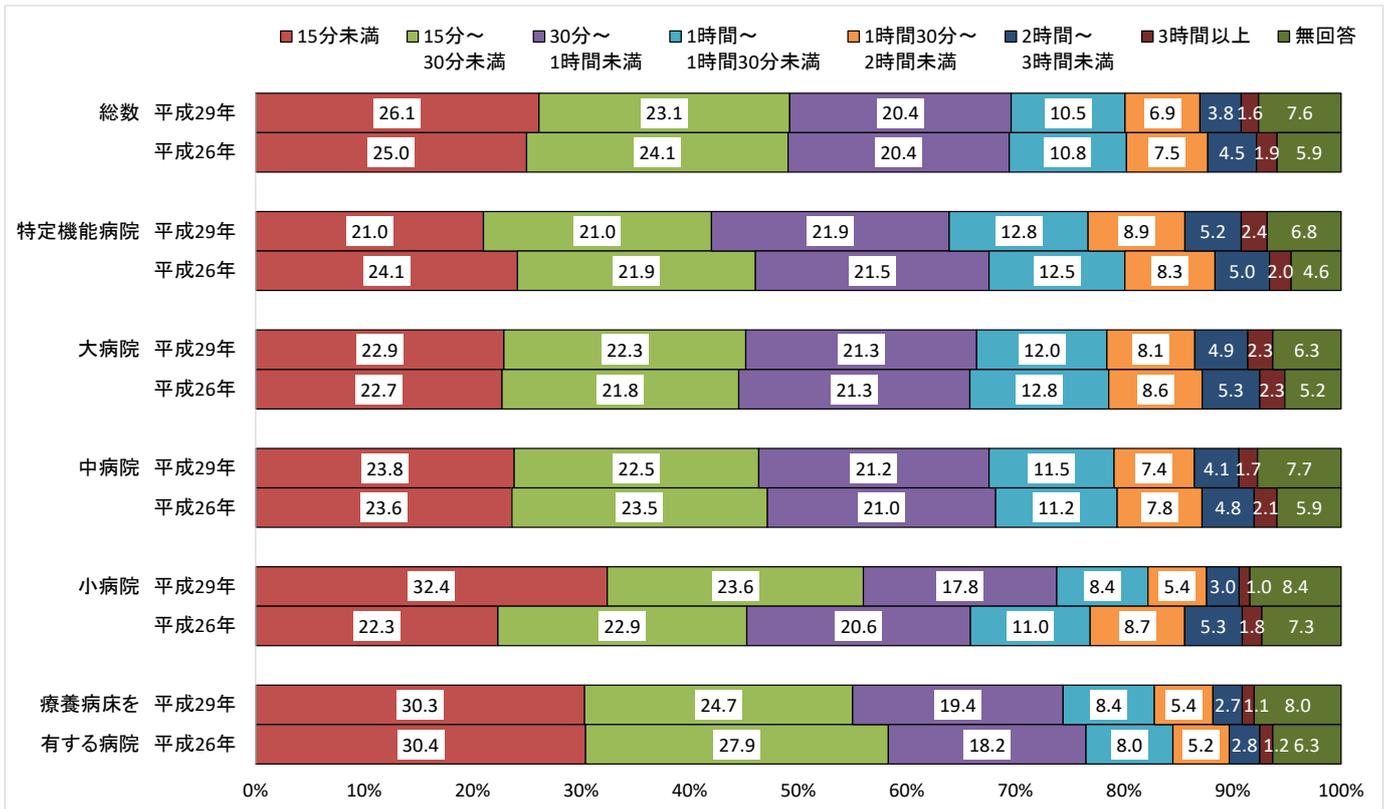
患者満足度向上に向けた取り組み

■ 待ち時間と診察時間の長さ

(1) 診察等までの待ち時間

外来患者の診察等までの待ち時間をみると、「15分未満」が26.1%と最も多く、1時間未満の待ち時間の割合が約7割となっています。病院の種類別にみると、特定機能病院の「30分～1時間未満」が21.9%と最も多く、それ以外の病院では「15分未満」が最も多くなっています。また、前回の調査結果と比較すると、小病院の待ち時間の長さが短くなっており、15分未満の待ち時間の割合が10%増加しています。

◆病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間



(出典) 厚生労働省：平成29年受療行動調査(概数)の概況(関連資料 図3)

(2) 診察時間

外来患者の診察時間をみると、「5分～10分未満」が38.1%と最も多く、続いて「5分未満」が28.5%、「10分～20分未満」が12.7%となっています。



ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理

成果報告のポイント

費用の予算管理における
 成果報告のポイントを教えてください。

予算管理制度を機能させるためには、その「成果」を毎月報告させることが必要です。

これを怠れば、予算管理に対する意識を院内に定着させるのは困難です。

例えば、翌月 15 日までに成果速報を各部門に定期的に連絡する仕組みの場合、予算額は根拠に基づき決定しているため、各部門では消費物品内容と数量に大きな変動がなければ、予算計画は遂行されるはずですが。

しかし、予算計画を策定しただけで、実行は各担当者に一任しているような状況では、各部門や職員個々が責任を持たないというえ、さらに予算を達成できな

なかった場合には、他者や他部門へ責任転嫁させることになりかねません。

こうした事態を回避するためには、予算管理の結果報告を定期的に行うことが重要です。

この報告によって定期的な現状把握が可能となり、予算管理担当者は対策が立てやすくなります。このように、管理する側に大きな負担を与えない方法が最も定着しやすいといえるでしょう。また、部門単位の予算額と実消費額の状況について、半期・年度単位のグラフで示して情報を伝えることも、予算管理上では効果があります。

さらに最も職員数の多い看護部門に対しては、成果報告書以外に師長会議などに出席して直接状況報告を行い、その場で問題点などについて意見交換することも有効です。

■ポイント

- 予算計画だけを策定して「……のはず」という事態にしない
- 「予算管理を行っている」という言葉の発信だけでは、全職員に定着しない
- 報告は定期的に行い、各部門は現状を把握しておく
- 予算管理の遂行は人任せにしない、させない
- 成果報告によって、各職員に予算管理という取り組みを理解させる
- 予算管理報告を定期的に行うことは、各部門単位だけでなく、職員個々が実践することが重要であるとする「当事者意識」の醸成につながる
- 職員数の多い看護部門では、師長会議等の病棟・外来単位による予算状況報告も効果的



ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理

医療行為データ分析と業績管理

医療行為データを分析することは、
 業績管理にどのように役立つのでしょうか？
 また、部門別原価計算のメリットを教えてください。

業績管理において、単に診療報酬請求額の合計額をみるだけでは、その報酬が適切な処理により算定された適正な報酬額であるかどうかということは判断できません。したがって、医療行為別データ管理の分析や、レセプト請求時における請求漏れの有無をチェックするなど、適正な診療報酬を得ていることの確認が必要です。

適正な報酬請求の前提として、医事担当職員も診療報酬の基本点数や加算に関する十分な知識を持つことは当然のことです。

一方で、医師も請求漏れがないように、診療録やレセプトの適正な記載・記入を心がける必要があります。また、診療行為の発生源は全て医師なのですから、請求事務を行う医事担当職員との間で協力関係がなければ、医療行為データを詳細に分析したとしても、収入増に直結するわけではありません。

このような観点から、医療行為別分析は、業績管理を行うために不可欠な作業だといえます。

さらに、多くの診療科目を標榜し、入院機能を備えている病院においては、部門別原価管理体制を整備することで、次のような効果が期待できます。

- ① DRG（診断群）とEBM（科学的根拠に基づいた医療）の有効性の検証
 - ⇒ 部門別原価制度の構築が不可欠
- ② 部門別原価計算の導入は、医療現場と管理部門との経営情報の接点となり、ナレッジマネジメント（知識・知恵の活用）の基礎になる
 - ⇒ 現場にも経営に対する意識を醸成できる
- ③ 部門別原価計算を財務諸表（P/L、B/S、C/F）と連動させることにより、全院的視野と各部門（診療科別・職種別・入院外来等）的視野の調整が可能になる
 - ⇒ 財務諸表の活用で、経営資源を投下すべき部分を選定できる
- ④ 部門別原価計算の情報は、予算編成の基礎資料に有用
 - ⇒ 原価計算制度と予算制度の有機的な整備・運用を実現できる