

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.631 2020.7.14

医療情報ヘッドライン

一気通貫のオンライン医療、実現へ
骨太方針2020の原案に明記

▶経済財政諮問会議

新型コロナ患者用の病床確保、
空床のままでも公費を補助

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2020年7月10日号
COVID-19 対応で
対策分科会が初会合

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和元年度10月)

経営情報レポート

有用な情報の提供と利便性の向上を図る
データヘルス改革で実現する未来

経営データベース

ジャンル：労務管理 > サブジャンル：求人・採用
労働契約書等の書類、文書の保存期間
入職日の設定

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

一気通貫のオンライン医療、実現へ 骨太方針2020の原案に明記

経済財政諮問会議

政府は7月8日の経済財政諮問会議で、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮称）」（骨太方針2020）の原案を公表。オンライン診療については、「診察から薬剤の受取までオンラインで完結する仕組みを構築する」と明記。その前には「電子処方箋、オンライン服薬指導、薬剤配送によって」とも付記しており、受診、処方箋受取、服薬指導、薬剤受取まで自宅に居ながらできる“一気通貫のオンライン医療”を推進する姿勢を初めて明確化した。

■オンライン服薬指導の“壁”は 多剤併用防止および残薬管理

オンラインでの診療や服薬指導について、厚生労働省は一貫して消極的な姿勢を貫いている。とはいえ、オンライン診療は2018年の診療報酬改定で保険適応となり、初診は対面診療を原則としているものの、今年新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、特例的に初診から実施できるようになった。

安倍晋三首相は、コロナ後もこの特例措置を続ける方針を示しており、受診のオンライン化に関しては、ハードルがかなり下がったといえるだろう。ちなみに7月3日の未来投資会議では、成長戦略フォローアップ案で、対象疾患の拡大についても言及している。

一方、オンライン服薬指導は、国家戦略特別区域内の都市部で実施できるようになったものの、未だに原則として禁止されている。厚労省は副作用などの情報提供や多剤併用の防止、残薬管理が対面でないとできないことを理由に挙げており、たとえ診察はオンラインで受けられても、薬を受け取る必要がある

ことから、一気通貫のオンライン医療が実現するまでの道のりは険しいと見られていた。

風向きが変わったのは、やはり新型コロナウイルスの影響だろう。今回の骨太方針でも多く盛り込まれているが、「新しい生活様式」では感染防止の基本として「身体的距離の確保」を挙げているほか、「働き方の新しいスタイル」として「会議はオンライン」と明記。

対面での情報提供よりも、感染防止を重視した結果、オンライン服薬指導の解禁につながり、結果として一気通貫のオンライン医療の実現を促したといえそうだ。

■保険適用外の「オンライン健康相談」も推進

さらに、「オンラインでの健康相談」にも初めて言及。現状、経済産業省がLINEヘルスケアやメディプラットなど4社に無料相談を委託。公費で健康相談を支援している。

医療機関での感染懸念からニーズは高く、当初6月26日までの予定だったが、8月末まで延長が決まっている。こうした状況を踏まえ、無用な混雑を避ける狙いもあり、オンライン健康相談の推進を決めたと思われる。

ただし、健康相談は診療行為ではないため、保険は適用されていない。それにも関わらずあえて骨太方針に明記されていることから、たとえば医師が対応した場合などに、特例として診療報酬の評価とするなどの可能性もありそうだ。また、新型コロナウイルスの第2波、第3波の対策として、資金繰りを含めた医療機関への金銭的な支援を「着実に実施」し、「医療のお仕事 Key-Net」を通じた人材確保にも力を入れることを明記している。

新型コロナウイルス患者用の病床確保、 空床のままでも公費を補助

厚生労働省

厚生労働省は7月3日、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関するQ&A（第4版）」と題した事務連絡を発出。新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるために確保した病床に対し、空床のままでも公費で補助することを明らかにした。

新型コロナウイルス感染症患者は、入院医療での対応が原則となっているため空床確保が重要となるが、医療機関にとっては収入の低下に直結するため経営状況に影響する。

重点医療機関には優先的に搬送されるほか、対応の負担も大きいことから1日当たりの補助額が一般病床52,000円、HCU211,000円、ICU301,000円となっているが、一般の医療機関とは後述の金額を見てわかるとおり格差があった。今回の事務連絡は、その格差に多少なりとも配慮した形となる。

■中等症以上は1日41,000円

療養病床は病床種別変更が必要

補助は、1床1日あたり16,000円から。

中等症患者を受け入れる病床は、従来同じく16,000円だったが、重症患者受け入れ病床や、酸素投与及び呼吸モニタリングなどが可能な病床と同じ1床1日あたり41,000円へと引き上げた。これは、4月1日まで遡及できる。ちなみにICU内の病床を新型コロナウイルス感染症患者受け入れのために確保すると、1日1床あたり97,000円となる。

精神病床を受け入れ用に休床とした場合も同じ扱いだが、療養病床の場合は一般病床に

病床種別を変更してから受け入れを行う必要があり、補助上限額は1日1床当たり16,000円となる。

■宿泊療養施設への対応では宿泊客や予約客に配慮

なお、今回の事務連絡では、軽症者が対象となる「宿泊療養」についても説明している。

該当Q&Aの設問は以下だ。「受け入れ宿泊施設に、すでに宿泊・予約中の一般客がおり、別の宿泊施設へ移動していただく場合、宿泊料金の差額は補助対象となるのでしょうか」

この設問に対する答えは、「宿泊料金の差額については補助対象になります」となっている。さらに、「宿泊施設借上げ費の室料の上限額の範囲内」としているものの、宿泊客・予約客に負担をかけたことに鑑み、「部屋のグレードの変更等を行うことは可能」と配慮を見せている。受け入れ宿泊施設への「当該宿泊施設から振替先の宿泊施設に移動する際の交通費」についても、補助対象として差し支えないとしている。

また、宿泊療養施設を円滑に確保するため、宿泊団体や宿泊施設関係者と協定を締結するに当たり関係者で協議を行う場合、「当該協議に係る経費は補助対象になるのでしょうか」との設問に対しても、補助対象になると回答。

具体的には「会議費、印刷製本費、使用料および賃借料」としており、協定の内容を宿泊客・予約客へ周知するための経費や、宿泊団体が振替を実施する際の事務経費も補助対象にできることを伝えている。

医療情報①
 政府
 新たに設置

COVID-19 対応で 対策分科会が初会合

政府の「新型インフルエンザ等対策有識者会議」の下に、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議を発展的に解消して新たに設置された「新型コロナウイルス感染症対策分科会」（分科会長＝尾身茂・地域医療機能推進機構理事長）は、7月6日に初会合を開いた。同月10日以降に、移行期間を一段階進め、感染対策の緩和を予定どおり行うことを了承した。

同分科会の主な審議事項は、以下の3つ。

- ① 感染動向のモニタリング
- ② ワクチン接種のあり方、接種の優先順位
- ③ 「次の波対策」を含めた今後の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策

③について、以下などの具体的事項が挙げられている。

- ▼ 検査体制、医療提供体制の強化
- ▼ 保健所機能・サーベイランス等のあり方
- ▼ 市民生活、事業活動における留意事項
- ▼ リスクコミュニケーションのあり方
- ▼ 研究推進体制や疫学情報共有のあり方

これまで、COVID-19 感染対策について専門的見地からアドバイスしていたのは、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の下に置かれた専門家会議だったが、法的な位置づけのあいまいさや、議事録問題などが指摘されたことから、これを発展的に解消し、新型インフルエンザ等対策有識者会議の下に同分科会を設置した。

同分科会の構成員は、有識者会議の構成員のなかから首相が指名するものとされ、さらに、「特別の事項を検討させるため必要があると認めるとき」には臨時構成員を指名できる。

臨時構成員としては、法律家や病院団体などからも選ばれた。構成員は以下のとおり。

- ▼ 石川晴巳（ヘルスケアコミュニケーションプランナー）
- ▼ 石田昭浩（日本労働組合総連合会副事務局長）
- ▼ 今村顕史（東京都立駒込病院感染症センター長・感染症科部長）
- ▼ 大竹文雄（大阪大学大学院経済学研究科教授）
- ▼ 岡部信彦（川崎市健康安全研究所長）
- ▼ 押谷仁（東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授）
- ▼ 尾身茂（地域医療機能推進機構理事長）
- ▼ 釜薙敏（日本医師会常任理事）
- ▼ 小林慶一郎（東京財団政策研究所研究主幹）
- ▼ 舘田一博（東邦大学微生物・感染症学講座教授）
- ▼ 中山ひとみ（霞が関総合法律事務所弁護士）
- ▼ 南砂（読売新聞東京本社常務取締役調査研究本部長）
- ▼ 武藤香織（東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授）
- ▼ 脇田隆字（国立感染症研究所所長）

【臨時構成員】

- ▼太田圭洋（日本医療法人協会副会長）
- ▼河本宏子（ANA 総合研究所会長）、
- ▼清古愛弓（全国保健所長会副会長）
- ▼平井伸治（鳥取県知事）

■ イベント等制限、ステップ3に

この日議題となったのは、以下の4項目。

- ① 新型コロナウイルス感染症対策分科会の設置
- ② 最近の感染状況と当面の対応
- ③ COVID-19 対策の現状と課題
- ④ 次回以降の進め方

このうち②では、5月25日の緊急事態宣言解除時に示されたイベント開催制限等の段階的緩和について、7月10日からステップ3とすることについて、了承した。

同分科会の今後の進め方については、「その時点における感染動向のモニタリングを行うほか、当面議論が必要な事項としては、8月以降のイベント開催制限の段階的緩和や、ワクチンが開発された場合の予防接種の考え方（優先接種を含む）が考えられる」とし、さらに必要に応じて「次なる感染拡大の波」に備えるための施策についても議論するとした。具体的なイメージとしては、7月中旬をめどに第2回会合を開催し、以下を議題として示した。（以下、続く）

医療情報②
 加藤勝信
 厚生労働相

避難所の COVID-19 対策、 万全を期す

加藤勝信厚生労働相は、7月7日の閣議後の記者会見で、7月豪雨で被害を受けた地域の避難所の運営について、熊本県に厚労省の職員4人を派遣して新型コロナウイルス感染症対策や熱中症予防対策などに取り組んでいるとしたうえで「内閣防災と私どもとで既に出させていたいただいた通知に沿った運営がなされている」との報告を受けているなどと述べた。

加藤厚労相は、避難所について、ホテルや旅館の活用も含めた可能な限り多くの避難所を開設する、あるいは発熱・咳等の症状が出た方々のための専用スペースの確保を図ること等を各地方自治体をお願いしていると説明。さらに、「密閉・密集・密接のいわゆる3密の回避や、手洗い・咳エチケットの実施、定期的な清掃、十分な換気といった、まさに感染防止において日頃から皆さんが対応していただいていることの延長線上のルール」で、万全を期すと表明した。そのうえで、避難勧告が出た地域においては「最寄りの避難所等へ避難をしていただきたい」「命を守る行動をしっかりとっていただきたい」と呼びかけた。

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和元年度10月）

厚生労働省 2020年3月31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	(再掲)未就学者		
		被用者保険	本人		家族					
			本人	家族						
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	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
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	
令和元年度 4~10月	25.3	14.1	7.8	4.2	3.1	6.4	0.8	9.9	1.3	
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1	
9月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
10月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.5	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	被用者			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			保険	本人	家族				
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	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2	
平成30年度4~3月	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
	4~9月	16.5	10.8	8.2	7.7	8.0	17.4	10.7	46.6
	10~3月	17.1	11.3	8.7	8.2	8.6	17.9	11.2	47.3
令和元年度4~10月	20.1	13.1	10.0	9.4	9.8	21.2	12.9	55.6	
	4~9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.4	18.0	11.1	47.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.4	3.0	1.8	7.7
	10月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.9	8.1

- 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	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
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
令和元年度4~10月	25.3	20.2	9.8	8.7	1.8	4.5	0.5	0.17	10.2	13.2	1.8	
	4~9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	10月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	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 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	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20	
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
令和元年度 4～10月	14.8	14.7	2.7	9.5	2.5	4.9	0.15	
	4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
	9月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	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)	
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤	
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	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4	
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
令和元年度 4～10月	17.1	35.9	37.6	9.1	7.2	9.1	11.4	13.9	
	4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
	9月	17.1	35.6	37.2	9.2	7.2	9.2	11.5	13.9
	10月	17.3	36.4	38.1	9.2	7.3	9.1	11.4	14.0

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。



有用な情報の提供と利便性の向上を図る データヘルス改革 で実現する未来

1. 医療情報等の利活用に向けた取り組み
2. 健診・検診情報利活用の仕組みと方向性
3. 医療機関等における医療情報利活用の仕組み
4. 電子処方箋の実現とオンライン資格確認Q & A



■ 参考資料

【厚生労働省】：健康・医療・介護情報利活用検討会
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）
【内閣府】：2020年第9回経済財政諮問会議 【株式会社 welby】 ホームページ

1

医業経営情報レポート

医療情報等の利活用に向けた取り組み

健康・医療・介護分野のデータの利活用に向けた政策の方向性

少子高齢化に伴い医療・介護サービスの担い手が減少する中で、健康・医療・介護分野のデータやICTを積極的に活用することにより、健康寿命の延伸や国民の利便性向上を図り、医療や介護現場において、サービスの質を維持・向上し、医療提供の効率化や生産性の向上を図ることが重要であると考えられています。

こうした一連の改革を「データヘルス改革」と位置づけ、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部を設置して、データヘルス改革を推進しています。

今後、医療等の現場において、保健医療従事者が患者等の過去の保健医療情報を適切に確認することが可能になれば、より適切な医療等サービスをより迅速に提供できることが期待されます。

また、患者等が、スマートフォン等で自身の保健医療情報を閲覧・確認できる環境を整えることで、日常生活改善や健康増進等につながる可能性があり、さらに、本人同意の下に医療・介護現場で役立てることも期待されています。

◆データヘルス改革が目指す未来



(出典) 厚生労働省：第1回健康・医療・介護情報利活用検討会 参考資料6 より

2

医業経営情報レポート

健診・検診情報利活用の仕組みと方向性

■ 健診・検診情報利活用の目的

急激な少子高齢化、人口減少が進むにあって、更なる健康寿命の延伸に向けた取組を進めることが重要です。そのための仕組みの一つとして、世界的には、個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みである personal health record(PHR)の考え方が広まっています。

我が国では、今後2年間のうちに特定健診、乳幼児健診等、薬剤情報について、マイナポータルにより提供する予定で、これらを通じて予防、健康づくりの推進等が期待されています。マイナポータルは、政府が運営するオンラインサービスで、子育てや介護をはじめとする行政手続がワンストップでできたり、行政機関からのお知らせを確認できたりします。

PHRについては、国民・患者の保健医療情報を本人自身が活用して予防・健康づくり等に活用するとともに、それを本人同意の下に医療・介護現場で役立てることを目指しています。個人の保健医療情報をサマリー化・ヒストリー化することで、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにするとともに、本人の希望によって個人の保健医療情報を医師等に提供し、診療等にも活用できるようにすることで、より質の高い医療・介護の提供が可能となります。

また、国や自治体等による公衆衛生施策や保健事業、医療的ケアが必要な障害児者を含む者への災害等の緊急時での利用や保健医療分野の研究への二次利用など、年齢や性別、障害の有無等にかかわらず誰もがより良い保健医療を享受するための活用を目指しています。

◆PHRの利用目的

- ①個人の日常生活習慣の改善等の健康的な行動の醸成
- ②効果的・効率的な医療等の提供
- ③公衆衛生施策や保健事業の実効性向上、災害等の緊急時の利用
- ④保健医療分野の研究

(出典) 厚生労働省：第3回健康・医療・介護情報利活用検討会より

■ 自治体検診情報のマイナポータルを活用した情報提供

健康増進法に基づく自治体検診（がん、肝炎ウイルス、骨粗鬆症、歯周疾患）については、既に特定健診や乳幼児健診等がマイナポータルを通じた情報提供を予定していることから、既存のインフラの活用の観点も踏まえ、自治体中間サーバを介したマイナポータルからの提供に向けて環境整備を行うことが計画されています。

3 医業経営情報レポート

医療機関等における医療情報利活用の仕組み

■ 情報連携が有用な保健医療情報について

厚生労働省は、医療機関等の間で保健医療情報を確認するのに有用なデータ等について診療現場の意見を収集するため調査を実施し、その結果を公表しています。

診療現場における情報連携についての主な意見は以下のとおりです。

◆ 診療現場における情報連携に関する主な意見

● 【救急時】

<レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報>

- ・服薬数が多く、本人も家族も把握していないケースが多い高齢者の薬剤情報
- ・緊急手術時に影響がある降圧剤等の情報
- ・薬剤の代謝機能が悪化し、薬剤濃度が上がることで起こる疾患に関する薬剤情報
- ・検査を効率的に行うための手術情報
- ・診断にあたって有用となる既往歴

<上記以外でさらに有用と思われる情報>

- ・処方・調剤された段階での処方・調剤情報
- ・救急時で患者の状況が分からない時の薬剤情報やアレルギー情報等

<その他>

- ・意識障害の患者や、患者からの情報が正確でないケースにおける情報連携の仕組み

● 【外来（初診・再診）、入院時】

<レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報>

- ・麻酔時に服用している薬によって血圧が変動する場合があるので薬剤情報の把握
- ・認知症患者等に対して、過去受診したことがある医療機関名等の基本情報
- ・MRI検査が禁忌となる心臓ペースメーカーや人工内耳等の手術歴
- ・手術や移植、処置など、過去に行われた治療の情報
- ・疑い病名が含まれることを認識した上で活用できる既往歴

<上記以外でさらに有用と思われる情報>

- ・過去の検査結果との比較できるための検体検査結果
- ・重篤な疾患の鑑別や優先順位をつけた診察に有用である、主症状と基礎疾患の情報

● 【退院時】

<レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報>

- ・治療の継続性の観点から、過去（入院前）の薬剤情報の把握

<上記以外でさらに有用と思われる情報>

- ・傷病名、退院時処方、検査結果、画像結果等の記載がある退院時サマリ

<その他>

- ・基幹病院とかかりつけ医の相互で必要な医療情報を円滑に連携できる仕組み

● 【災害時】

<レセプトに記載されている情報のうち有用と思われる情報>

- ・平常時に使用していたインスリンの種類、量、用法に関する情報

<上記以外でさらに有用と思われる情報>

- ・透析患者に関するレセプト情報以外の医療情報と最新の薬剤情報

（出典）厚生労働省：第3回健康・医療・介護情報利活用検討会より

4

医業経営情報レポート

電子処方箋の実現とオンライン資格確認 Q & A

■ 電子処方箋の実現に向けた方向性

政府は、現在は紙でやりとりしている処方箋を、患者の利便性、重複投薬の可能性等を考慮してオンラインで管理し、紙を不要とする電子処方箋を普及させていく考えです。

本年6月22日の経済財政諮問会議では、2023年からの実施を目指す電子処方箋について前倒しし、2022年の夏からの実施を目指す方針を表明したほか、「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」として、3つのACTIONを今後、2年間で集中的に実行するとしています。

◆ 3つのACTION

ACTION1：全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大

患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて、対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、令和4年夏を目途に運用開始

ACTION2：電子処方箋の仕組みの構築

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和4年夏を目途に運用開始

ACTION3：自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

PCやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、健診・検診データの標準化に速やかに取り組むとともに、対象となる健診等を拡大するため、令和3年に必要な法制上の対応を行い、令和4年度早期から順次拡大し、運用する

※上記のほか、医療情報システムの標準化、API活用のための環境整備といったデータヘルス改革の基盤となる取組も着実に実施。電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても引き続き検討。

（出典）内閣府：2020年第9回経済財政諮問会議 資料4より

■ オンライン資格確認の基盤を活用した電子処方箋の概要

先に述べたとおり、電子処方箋については、オンライン資格確認等システムのネットワークの活用が予定されており、その仕組みについては以下ようになります。



ジャンル：労務管理 > サブジャンル：求人・採用

労働契約書等の書類、 文書の保存期間

当院では、パートタイマーと1年間の労働契約を締結しており、労働契約書は2年間保存後廃棄処分していますが、これでよいのでしょうか？

事業所で作成する重要書類には、法律で保存期間が定められています。

労働基準法は、労働関係の書類の保存期間について、「使用者は、労働者名簿、賃金台帳及び雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係に関する重要な書類を3年間保存しなければならない。」と定めています。

そして起算日については、「雇入、解雇又は退職に関する書類については、労働者の解雇、退職又は死亡の日」と定めています。

労働契約書も、この労働基準法関連書類の一つですから、保存期間は労働者の退職の日から数えて3年です。

また、この法令にあるように、労働契約書のほか、労働者名簿、賃金台帳、タイムカード、時間外労働計算書、健康診断書等についても、3年間保存しなければなりません。

なお、労働基準法関連書類以外の主な書類の保存期間とその根拠法令は、次のとおり定められていますので、参考にするとともに、法定の年限を遵守して下さい。

書 類		期 間	根 拠 法 令
健康保険、厚生年金保険関連書類		2年間	次の①②のいずれかに該当する事業者 (株式が上場されているかは問わず)
雇用保険 関連	雇用保険の被保険者に 関する書類	4年間	雇用保険規則
	その他の書類	2年間	
労災保険関連書類		3年間	労災保険規則
労働保険の徴収・納付等の関連書類		3年間	保険料の徴収等規則



ジャンル：労務管理 > サブジャンル：求人・採用

入職日の設定

雇用契約書に定めた雇用開始日と実際の勤務開始日が異なる場合、
入職日はいつにすればよいのでしょうか？

通常、雇用契約では、雇用開始日を明示して締結します。しかし、実際には何らかの理由により、雇用契約書に示した雇用開始日と実際の勤務開始日が異なることがあります。

このように、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際に勤務を開始する日が異なると、入職する職員にとって、様々な不都合が生じます。

雇用保険や厚生年金保険は、被保険者資格の取得日によって、給付を受けるために必要な期間が不足することもあるほか、退職金や年次有給休暇など、入職日を起算日として継続勤務期間を計算する場合にも、職員側に不都合が生じることがあります。

したがって、このような問題を統一的に処理するためには、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際の勤務開始日を一致させておかなければなりません。この場合、どちらに合わせるかは任意ですが、次の点に留意することが必要です。

(1) 実際に勤務を開始した日が雇用契約書の雇用開始日より遅れた場合

雇用契約書の雇用開始日を 入職日とする場合	契約書に明示された日より遅れた日数分の給与を、無給とするのか有給とするのかを定めておく必要があります。
実際の勤務開始日を 入職日とする場合	雇用契約書の雇用開始日を実際の勤務開始日に合わせて訂正し、その日を雇用開始日とします。

(2) 実際に出勤した日が雇用契約書に明示された日より早まった場合

雇用契約書の雇用開始日を 入職日とする場合	雇用契約書に記載した雇用開始日以前の実際に勤務した期間については、アルバイト勤務扱いとし、労働者名簿の「雇入年月日」の欄には、雇用開始の日を記入します。
実際の勤務開始日を 入職日とする場合	雇用契約書に記載した入職日を実際の勤務開始日に訂正し、これを雇用開始の日にします。