

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.701 2021.12.7

医療情報ヘッドライン

**新たながん発見が前年比約6万件減
コロナ禍の受診控えの影響か**

▶ 国立がん研究センター

**「診療報酬は不合理」有識者議員が
リフィル処方やDRG／PPS導入を提言**

▶ 経済財政諮問会議

週刊 医療情報

2021年12月3日号

**訪問看護ステーションの
体制整備・連携を議論**

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2年度3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:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

**病院施設リニューアルに際してのポイント
中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス**

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。

新たながん発見が前年比約6万件減 コロナ禍の受診控えの影響か

国立がん研究センター

国立がん研究センターは 11 月 26 日、「院内がん登録 2020 年全国集計報告書」をウェブサイトで公開。2020 年の 1 年間で新たにがんと診断された数が前年比で 60,409 件減ったことを明らかにした。

同センターはこのニュースリリースにおいて、太赤字で「検診発見例、自覚症状などによる発見例の登録数、ともに減少していることから、一定の受診控えが生じた可能性が考えられる。適切なタイミングで適宜医療機関を受診できるようにすることが重要」と表記。

コロナ禍による影響でがん早期発見が妨げられている可能性があることに強い警戒感を示している。

■男女とも胃・大腸が減少、女性は乳房がんも

「院内がん登録」は、がん医療の状況を把握できる基礎データ。今回はがん診療連携拠点病院を含む 863 施設のデータを集計している。注目は、2016 年から 2020 年の 5 年間の全国集計すべてに関わっている 735 施設について 2016 年から 2019 年の 4 年間の平均と 2020 年を比較したデータだ。

2020 年の全登録数（新規にがんの診断や治療を受けた例）は 98.6%と減少。しかも 2019 年と比べると 94.1%と大幅に減っている。コロナ禍との関連性については、「診断月」別に見ていくと明らかだ。

やはり 1 回目の緊急事態宣言が発令されていた 2020 年 5 月に登録数が減少。「病期」別に見ると、大腸がん 0 期は 35.3%も減っており、外出自粛や院内感染を忌避しての受診控えの影響で早期発見が妨げられていると推測できる。

早期発見が妨げられているであろうことは、5 大がん登録数の 2019 年との比較でもわかる。男女とも胃がん、大腸がんが大幅に減っているのだ（胃がんは男性が 6,018 件減、女性が 2,900 件減、大腸がんは男性が 4,381 件減、女性が 2,443 件減）。

女性は乳房がんも 3,491 件と大きく減っている。なお、早期発見の割合が比較的少ないとされる肝臓がんは男女とも微減にとどまっているのが、皮肉にも状況の深刻さを物語っている。

■がん検診の受診数と手術件数も大きく減少

実は、今年 3 月の時点でこの結果を予測するようなデータが発表されていた。厚生労働省のがん対策推進協議会で、国立がん研究センターの高橋宏和氏が、コロナ禍のがん検診受診者が最大 8 割以上減少していると報告。

加えて、胃がんおよび大腸がんの手術件数も最大 3~4 割減っているとしていた。検診による早期発見と早期治療ががん対策の肝であることが逆に浮き彫りになったといえる。

これらの結果から見えてくるのは、がんが進行しているのに発見されていない“隠れがん患者”が多いであろうことだ。団塊の世代が全員 75 歳以上になる 2025 年に向け、高齢者は年々右肩上がりに増えており、それに伴って近年のがん登録数は増加傾向にある。

つまり、今後は症状が進行した重篤な状態の患者が増える可能性が高く、医療現場は対応に追われることになるだろう。

たとえ一時的ではあっても医療費が膨張するおそれがあり、医療提供体制や診療報酬の議論にも影響を及ぼすと考えられる。

「診療報酬は不合理」有識者議員が リフィル処方やDRG/PPS導入を提言

経済財政諮問会議

政府が11月25日に開催した経済財政諮問会議で、有識者議員が「診療報酬は不合理な点がたくさんある」と発言。診療報酬の引き上げは現役世代の負担増につながり、「『分配』が一部の医療施設やクリニックに向かっているのではないかというのが疑問として自然に上がってくることになる」とし、医療費の厳しい抑制をすべきだとした。

具体的には、繰り返し利用可能なリフィル処方や1入院当たり包括支払い方式（DRG/PPS）の導入を提言。これを受け、議長の岸田文雄首相は「メリハリのある診療報酬改定や効率的な医療提供体制の整備など、着実に改革を進め、社会保障の質の向上と国民負担の軽減を目指していく」と明言した。

すでに財務省が診療報酬本体のマイナス改定を強く訴えているが、それを容認する方向とも受け取れる状況だ。

■2025年問題を踏まえ、 抜本的な見直しを訴える

現在、経済財政諮問会議の有識者議員は十倉雅和住友化学代表取締役会長、中空麻奈BNPパリバ証券グローバルマーケット総括本部副会長、新浪剛史サントリーホールディングス代表取締役社長、柳川範之東京大学大学院経済学研究科教授の4名。冒頭で紹介した発言は新浪剛史氏のものだ。

新浪氏はまず、いわゆる「2025年問題」に言及。2022年から団塊の世代が75歳以上になり始めるため、「このままの仕組みであれば現役世代の大変な負担になるのは明らか」「コロナの対応だから甘くていいということは絶対にあってはいけない」とし、コ

ナ対策に投入された予算が適性に使われているかをチェックして公表することを提言した。

1入院当たり包括支払い方式（DRG/PPS）導入の必然性について、新浪氏は「病床数が多いのに医療資源が分散し、実際には本来の役割を果たさない『なんちゃって急性期病床』が存在している事実がある」、「例えば、高い診療報酬を得ながら、実際には食事と投薬のみの素泊まり入院といった実態がある」と言及。実は、現在も1入院当たり包括支払い方式は水晶体再建術などでの「短期滞在手術等基本料3」で導入されているが、20項目にとどまっているため、その対象を拡大すべきだとした。

■DRG/PPSの導入は粗診粗療を招くおそれも

米国でスタート、先進諸国で採用されている1入院当たり包括支払い方式（DRG/PPS）は、現状の1日当たりで評価する方式と違って、入院日数が長引けば長引くほど収益が下がる。つまり、在院日数を短縮させて新規患者を獲得しなければならない。日本でも1998年に導入されたことがあるが、同じ疾患でも患者によって入院期間がまちまちだったこともあり、結果的に根づかなかつた。

2003年に世界でも独特なDPC制度が導入されたのは、そうした背景があったからだ。

また、在院日数を最小限に抑えようとするれば、粗診粗療を招き、長じて医師および医療従事者の技術やサービスレベルの低下につながることも懸念される。1入院当たり包括支払い方式の導入を真摯に検討するならば、そのあたりをいかに払拭した制度にデザインするかが問われることとなるだろう。

医療情報①
 中医協
 総会

訪問看護ステーションの 体制整備・連携を議論

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は 11 月 26 日に総会を開き、訪問看護の提供体制について議論した。

厚生労働省はこの日、論点として、以下を示した。

- ①訪問看護ステーション（訪看ST）の体制整備や連携
- ②ICTを利用した在宅看取りの評価
- ③退院当日を含めた退院直後のターミナルケアの評価
- ④機能強化型訪問看護ステーションに所属する専門性の高い看護師の評価
- ⑤複数名訪問看護加算のあり方
- ⑥難病等複数回訪問加算のあり方、
- ⑦退院支援指導加算のあり方

まず①では、城守国斗委員（日本医師会常任理事）が「地域によっては訪看 ST の数が少なく、ST 同士で連携しても緊急時に対応できない場合もあるので、医療機関からの訪問看護やバックベッドの確保なども含めた連携を考えてもよいのではないか」と提言した。

一方、支払側は 24 時間対応体制加算の評価に慎重な姿勢を示した。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「訪看 ST が連携して対応できる体制なら複数の 24 時間対応体制加算を評価してもよいが、単独で 24 時間対応を実施している訪看 ST が複数連携の評価に移行する事態にならないように段階的な評価などの対応が必要」とクギを刺した。

同様に松本真人委員（健康保険組合連合会理事）も「医療資源の乏しい地域で複数の訪看 ST が連携することは理解しているが、患者・家族の要求に応じられない訪看 ST に、24 時間と銘打っている加算を要件緩和によって認めることには若干の疑問を感じている」と続いた。

吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）は、「小規模な訪看 ST も多いので、連携を評価する方向に賛同する」と述べた。

● ICT利用の在宅看取り評価に慎重論

ICT を利用した在宅看取りの評価には、城守委員が「医師にとって死亡診断には大変大きな責任を伴うため、ICT を利用した死亡診断には慎重にならざるを得ない。たとえ研修を修了した看護師でも、医師と通常以上の信頼関係を築けていることが前提」と指摘。そのうえで「訪問看護ターミナルケア療養費を個別に検討するよりも、死亡診断を行う医師や、ICT で連携する看護師がチームとして機能していることを評価したほうが実態に合っている」と提言した。

（以降、続く）

データ提出加算の業務負担を懸念 ～中医協総会では、個別事項についても議論

中医協総会では、個別事項についても議論。厚生労働省は論点として、以下を示した。

- ▼データ提出加算のあり方
- ▼診療報酬明細書のへの選択式コメント記載
- ▼レセプトの摘要欄への検査値データ記載
- ▼かかりつけ医を通じた自殺予防の評価
- ▼救急現場における自殺企図者に対する精神科医による診断・治療介入

データ提出加算について城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「診療所では人員に余裕がないので、一定の質が担保されたデータの提出を定期的に求められるとかなりの業務負担と費用負担になる」と指摘したうえで「加算を設ける場合には相応の評価が必要で、入院料の届け出のように要件化することは、現時点では現場の実態を無視した暴論」と強調した。

この発言に対して、松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「多くの医療機関が継続的に提出できる仕組みをつくってほしい」とする一方、「外来についても提出されたデータを分析する分科会など専門調査組織の設置を検討してほしい」と要望した。

診療報酬明細書への選択式コメント記載に関しては、城守委員が「選択式コメント記載で事務負担が軽減される場合もあるが、短い語句なら直接入力したほうが簡便な場合もある。選択式コメント拡大の推進は問題ないが、もう少し現場の意見を調べて検討してほしい」と要望。

島弘志委員（日本病院会副会長）は「選択式コメント記載には電子カルテや医事システムで対応することになるが、診療報酬上できちんと評価してほしい」と要望した。

一方、松本委員は「選択式コメント記載によって診療報酬支払基金とのつなぎを効率的にすることには賛同する」と厚労省案に大筋で同意した。

レセプトの摘要欄への検査値データ記載には、城守委員が「学会等のガイドラインを踏まえて極めて慎重に検討すべきで、医療機関の事務負担も考慮して電子カルテなど整備している医療機関に限定して提出を求めていくべきだ」と主張した。

さらに診療報酬明細書の記載見直しが保険者に与える影響について、井内努医療課長は「即時的・具体的に何らかの影響があるとは考えていないが、審査の正確性が増して効率化も進み、副次的・長期的な影響が診療報酬全体のなかでは出てくるのではないのか」との見方を示した。

●救急患者精神科継続支援料の施設基準緩和と要望

かかりつけ医を通じた自殺予防の評価について城守委員は「自殺の怖れがある場合、かかりつけ医が早期発見して精神科医につなぐなど適切な医療を受けられる仕組みを検討すべきだ」と要望した。（以降、続く）

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和2年度3月)

厚生労働省 2021年8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							公費	
		75歳未満					国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
		被用者保険	本人	家族						
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	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
令和元年度4~3月	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1	
10~3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1	
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
令和2年度4~3月	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
4~9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1	
10~3月	21.7	12.2	6.8	3.8	2.6	5.4	0.6	8.5	1.0	
4月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
5月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
6月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
7月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2	
11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
1月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.2	
3月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	1.0	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。(以下同)

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	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			本人	家族				
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	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度 4~3月	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
4~9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
10~3月	17.4	11.4	8.8	8.4	8.5	18.4	10.8	47.7
3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和2年度 4~3月	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
4~9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
10~3月	17.3	11.4	8.8	8.4	8.2	18.4	9.8	47.0
4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
5月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
6月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	3.0	1.4	7.6
7月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.3	3.1	1.5	7.8
8月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	2.9	1.4	7.5
9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.5	7.6
10月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.7	8.1
11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6
12月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	8.0
1月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	2.9	1.5	7.6
2月	2.7	1.8	1.4	1.4	1.3	2.9	1.5	7.3
3月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	1.8	8.3

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	診療費				
								医科 入院	医科 入院外	歯科		
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	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度 4～3月	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
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	
10～3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4	1.5	
3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3	
令和2年度 4～3月	42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0	
4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4	
10～3月	21.7	17.2	8.3	7.3	1.6	3.9	0.4	0.19	8.7	11.2	1.6	
4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2	
5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2	
6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3	
7月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3	
8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2	
9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3	
10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3	
11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3	
12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3	
1月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2	
2月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2	
3月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	2.1	0.3	

注) 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。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

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

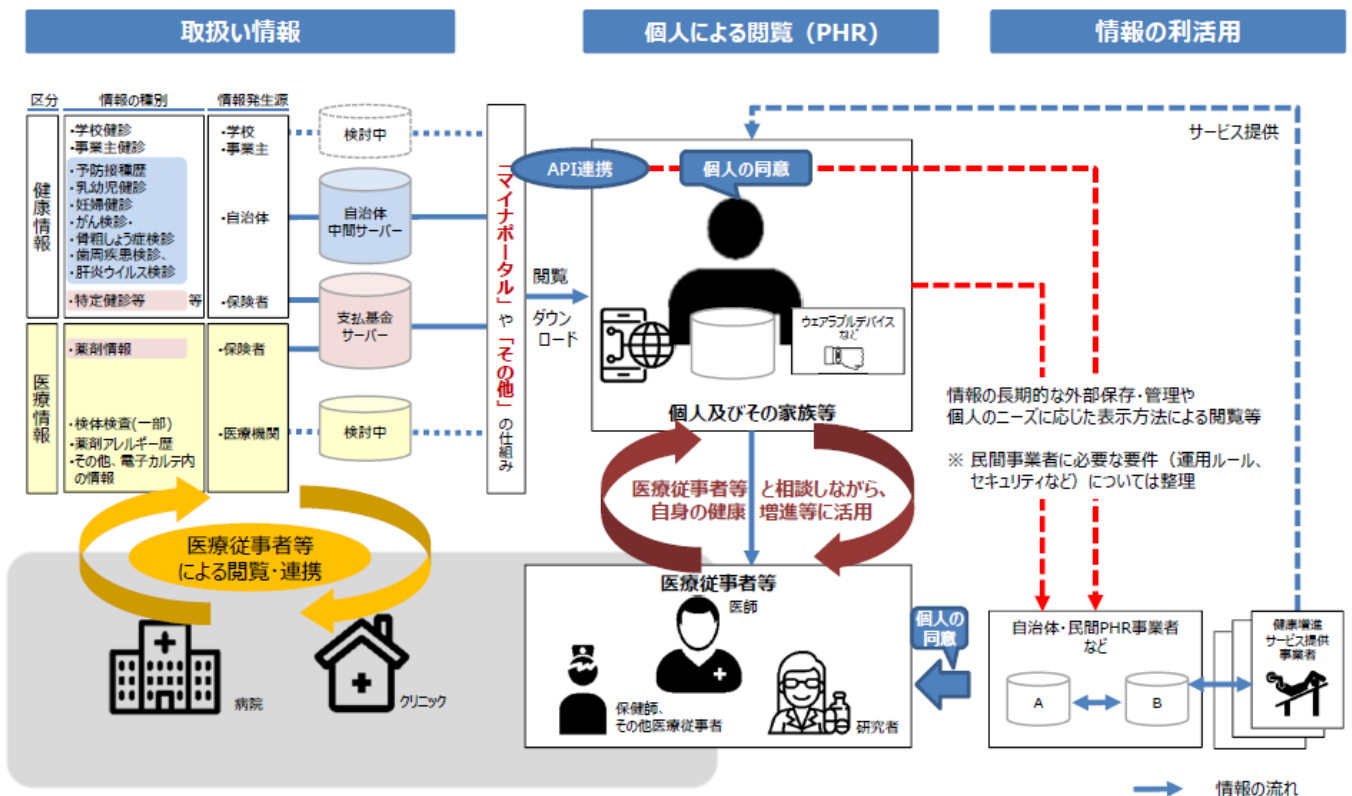
急激な少子高齢化、人口減少が進むにあたって、更なる健康寿命の延伸に向けた取組を進めることが重要です。そのための仕組みの一つとして、世界的には、個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みである personal health record(PHR)の考え方が広まっています。

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の全体イメージ



(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

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、医療機関等の中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に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

こうした意見を踏まえて、診療における情報連携が有用なミニマムデータについては、医療の質の向上や効率化、患者自身の健康管理や重症化予防の視点とともに、技術動向や費用対効果を踏まえて検討を進めることとし、これらの保健医療情報を全国で確認できるためには、レセプトに記載されている情報以外の情報については、医療情報を標準化しつつ医療機関外へ提供される仕組みが必要となります。

■ 医療機関等における医療情報利活用に向けた方向性

厚生労働省は、医療機関等における医療情報利活用に向けた方向性として、まずは、今後全国一律に統一されて集約されるオンライン資格確認等システムにある薬剤情報に加えて、手術情報等の情報を活用し、全国の医療機関等がこうした医療情報を確認・利用できる仕組みを構築することとしています。

◆オンライン資格確認等システムで手術情報等を確認・利用できるメリット

- ① 救急、災害時、感染症拡大期など、緊急時やかかりつけの医療機関に診てもらうことが難しい場合においても必要な医療情報の迅速な把握が可能になる
- ② 複数の医療機関等を受診する患者の総合的な診療に有用
- ③ 高齢者などで本人の記憶があいまいな場合でも、正確な医療情報を入手できる

◆薬剤情報・特定健診情報の閲覧イメージ

<閲覧イメージ>



薬剤情報/特定健診情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診情報を閲覧

有資格者等とは
 医師・歯科医師・薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている。

薬剤情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
診療月	入券/調剤	処方箋の発給日	処方箋の調剤日	用法	特別指示	内服/外用/外用/注射	薬剤名(商品名)	薬剤名(一般名)	数量	単位	数
10月	外来	5日	-	-	-	内服	ガスター-D錠20mg	ファモチジン錠	2錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	内服	フロリス錠12 12mg	カンダサルタシキセチル錠	1錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	外用	ワイドロン-VG軟膏0.12%	ベタメタリン塩基単晶エステル-ゲンタマイシン塩基	5g	1	
10月	外来	5日	-	-	-	注射	アリソンF10注	フルスタフィン塩酸塩注射液	1錠	1	
10月	調剤	6日	6日	1日1回朝食後	-	内服	アークスト錠10mg	カルベジロ-ル錠	1錠	23	
10月	調剤	6日	6日	-	痛みが強い際は1日2回	外用	ロキソプロフェンNa錠60mg	ロキソプロフェンナトリウム水和物錠	23錠	1	
10月	調剤	18日	18日	1日3回食後	-	内服	コフェジニカアブル10mg	コフェジニカアブル	3カプセル	23	
10月	調剤	30日	30日	1日1回夕食後	-	内服	エースコル錠2mg	アモカルギン塩酸塩錠	1錠	23	
11月	入院	5日	-	-	-	内服	ランキサー錠250mg	クロルファンシリンカルベニシ酸エステル錠	2錠	1	

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

特定健診情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
身体計測	身長	170.08		血中脂質検査	中性脂肪	140					
	体重	63.6			HDLコレステロール	125					
	腹囲	79.5			LDLコレステロール	154					
	BMI	21.8			空腹時血糖	97					
血圧等	血圧	67-106		血糖検査	HbA1C	5.1					
	GOT(AST)	23			随時血糖	120					
肝機能検査	GPT(ALT)	22		血清学検査	CRP	0.07					
	LDH	160			RF定量	3未満					

特定健診情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

病院施設リニューアルに際してのポイント

病院施設のリニューアルに際して、ポイントとなるのはどのようなことですか？

病院の経営体質改善を目指し、病院理念・基本方針にのっとった具体的な行動計画として事業計画を策定する際には、ハード面の変革への取り組みには病院施設のリニューアルを掲げる医療機関も多いこととされます。

自院の機能の見直しには、改革の基盤となる「基本方針」を明確にすることが必要です。

施設の増改築・改修に際してのポイントは次のとおりです。

(1) 病院・病床機能の強化

①200床以上

入院医療機能を重視した差別化戦略
 (地域医療支援病院を目指した機能向上、療養環境の整備、時間外・救急体制の整備等)

②200床未満

外来診療を強化し、これを重視した施設改修
 (アメニティ向上、情報共有システム、地域連携等)

(2) 診療機能の強化

自院の患者属性分析に基づく診療科目の整理・再編

(3) 複合体制の整備

専門特化すべき部分を見極め、経営基盤の強化、保健・医療・福祉の相互連携
 = 複合体制の構築

(4) コスト管理体制の整備

特化した自院の診療機能に合致する施設・人員配置体制構築、医療機能・診療科目に適応した適正費用の設定



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス

中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセスについて教えてください。

病院理念・基本方針に基づいた中・長期計画(マスタープラン)策定の前提として、病院の①外部環境分析(行政施策・動向、社会環境、医療・福祉界概況、競合機関等)、②内部環境分析(組織体質、機能、行動力、求心力、リーダーシップ、将来性等)、③内外環境変化の方向性把握、のそれぞれを踏まえて、自院の理念・基本方針を達成しうる事業計画を立案するためのシステムづくりがあります。医療を取り巻く環境の大幅な変化によって、個人が担うことが困難となってきたため、大別すると次のような二通りの方法を採用する傾向にあります。

(1) 部門横断的プロジェクト・チームの活用

医局(医師)、看護・技術・医事課等部門別に代表者を選定し、6ヶ月~1年程度の期間を定め、各部門の提案を集約した上で将来戦略に反映させる方法で、部門を横断した参加意識の醸成は一時的なモラル向上に効果的です。しかし、全部を実施する困難性、最終的な意思決定権限の欠如がデメリットといえます。

(2) 専門部門の設置

院内の企画部にマスタープラン起案の責任者を選任し、情報収集や具体的手法の研修を実施したうえで、起案から実施後のフォローにも関与させる方法で、次の点に留意が必要です。

①必要なスキルを備えた責任者の選定

収集した情報の分析やプレゼンテーション能力を備えた現場の事情・感覚に通じた者が適任。

②プレゼンテーションの受け入れ体制の構築

責任者には、最終的な意思決定をなす機関(理事会等)との関係作りのため、経営会議等に参加させる。

③専従の責任者

経営計画策定期間は、本来の業務と兼務させず、専従とする。

④各部門管理者との協議権限付与

起案から実施に至るまで各部門との意見調整が可能となるよう、管理職と常時協議が可能な権限を付与しておくことが望ましい。

⑤計画案の審議・決定権限は理事会等機関とする

経営者の専決とならないよう、経営計画に関する審議・決定は意思決定機関が行う旨を定める。