

2012.1.24

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

現時点での診療報酬改定の骨子案を提示
診療側は診療所再診料の「回復」を要望

厚生労働省

「平成 23 年度医療技術の評価(案)」を示す
「保険収載の優先度が高い技術」は 278 件

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成 23 年 9 月分概数)

3 経営情報レポート

電子カルテの導入検討
医療機関のIT戦略

4 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
PDCAサイクルの展開方法
病医院理念の必要性

現時点での診療報酬改定の骨子案を提示 診療側は診療所再診料の「回復」を要望

厚生労働省は1月13日、中央社会保険医療協議会総会を開催し、同省が示した平成24年度診療報酬改定に向けた現時点の骨子（中間整理案）に基づいた議論を行った。

厚労省は次回総会に、この日の議論を踏まえた骨子の修正版を示す予定で、その後、再調整を行ったうえでパブリックコメントを行い、具体的な診療報酬点数の配分をめぐる審議に入る予定である。

中間整理案は、中医協での昨年未までの議論をまとめたもので、社会保障審議会の医療部会と医療保険部会が決めた「診療報酬改定の基本方針」の項目に沿った内容となっている。しかし診療側の委員から要求のあった診療所の再診料の回復、看護職員の月平均夜勤72時間以内の要件（72時間ルール）の見直しは盛り込まれていなかった。このためこの日の総会では診療側が、これらについても検討するよう強く求める結果となった。一方、支払側は「資源配分の重点化方針に反する」と応酬した。今後、2月上旬の答申までの間は同様の両者のつばぜり合いが続くことになる。

中間整理案は、次のような内容である。

新設・引上げとなる事項をみると、(1) 超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算における初期加算について、救急医療機関からの転院の場合にも認める、(2) 院内トリアージを評価する医学管理料の新設（地域連携小児夜間・休日診療料の院内トリアージ加算

は廃止）などである。

一方、「金曜入院・月曜退院の割合が明らかに高い医療機関における入院基本料」などは引き下げられる。「同一日・同一医療機関における複数診療科を受診した場合に、2科目の再診を評価するかどうか」については、支払側が反対姿勢を明確にしており、議論の難航が予想される。

社会保障・税一体改革に向けては、機能分化が進められる。具体的には、(1) 7対1病棟における、看護必要度要件、平均在院日数要件の厳格化、(2) 10対1病棟における看護必要度要件の導入、などである。

一方で、病院勤務医負担軽減に向けて、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算について、より手厚い配置等の評価が行われる。

後方病床としての機能に関する評価が充実されるが、一方で、長期入院患者について(1) 療養病棟と同等の報酬体系とする、(2) 出来高算定とするが平均在院日数の対象範囲に含めるという2つの選択肢を設けて是正する方針が明確になっている。

さらに、社会保障・税一体改革の柱の1つである在宅医療については、(1) 特定施設入居者に対する訪問診療料のさらなる評価、(2) 在宅を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟の専門医師が連携して診療を行う場合の評価、(3) 機能を充実した在宅療養支援診療所の評価充実、などが行われる。

「平成 23 年度医療技術の評価(案)」を示す 「保険収載の優先度が高い技術」は 278 件

厚生労働省は 1 月 13 日、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会を開き、次期改定に向けて「平成 23 年度医療技術の評価(案)」が厚労省当局から示され、これに基づいた議論を行った。

診療報酬改定においては、新たに大規模な医療技術の保険収載が行われる。その際、どの技術が保険適用するにふさわしいかを分科会で評価することになる。

これまで、関係学会等から 793 件(重複をカウントすると 985 件)の提案が行われ、前回(11 月 16 日)の会合では、(1) 278 件(新規 128 件、既存 150 件)は保険収載の優先度が高い、(2) 340 件(新規 131 件、既存 209 件)は今回改定では対応を行わない、(3) 175 件は評価の対象外(薬事法の承認を受けていないなど)という「ふるい分け」が行われている。

「平成 23 年度医療技術の評価(案)」は、793 件の提案を上記(1)~(3)に分類し、一覧表として構成している。

(1)の「保険収載の優先度が高い」と判断された技術を見てみると、心臓大血管再手術(日本外科学会等から提案)、抗HLA抗体検査(日本血液学会等から提案)、肺悪性

腫瘍手術(日本呼吸器外科学会から提案)、脳磁図(日本小児神経学会等から提案)、重症筋無力症に対する胸腺摘出術(胸腔鏡による、日本内視鏡外科学会から提案)などが目立っている。

この日は、平成 24 年度改定における胸腔鏡下・腹腔鏡下手術での保険導入検討にあたっての取扱い(案)も厚労省から示されている。

内視鏡を用いた手術は、開胸・腹手術に比べて侵襲性が低く、有効性・普及性も成熟してきたことから、厚労省は(1)安全性・普及性の観点から個別に評価すべき腹腔鏡下等手術(外保連試案第 8 版で技術度区分 E 群のもの、先進医療に該当・関連するもの)は、個別に保険適用の検討を行う(従前どおり)、(2)(1)外(外保連試案第 8 版で技術度区分 C・D 群)で開腹等手術が保険適用されているものは、原則として保険適用する、(3)必要な医師配置や体制整備などの基本的施設基準を設けると提案している。

なお、(1)では子宮悪性腫瘍手術(腹腔鏡下)や直腸脱手術(同)など 7 手術、(2)ではヘルニア手術(腹腔鏡下)・大腿ヘルニアなど 34 手術が該当する。

病院報告

平成23年9月分概数

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成23年9月	平成23年8月	平成23年7月	平成23年9月	平成23年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 289 457	1 299 947	1 303 094	10 490	3 147
精神病床	308 188	308 787	308 140	599	647
結核病床	2 915	2 928	2 875	13	53
療養病床	301 951	302 261	302 544	310	283
一般病床	676 364	685 931	689 491	9 567	3 560
(再掲)介護療養病床	70 644	70 812	71 197	168	385
外来患者数	1 408 984	1 447 188	1 373 538	38 204	73 650
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 793	9 852	9 907	59	55
(再掲)介護療養病床	3 666	3 677	3 674	11	3

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成23年9月	平成23年8月	平成23年7月	平成23年9月	平成23年8月
病院					
総数	80.6	81.4	79.9	0.8	1.5
精神病床	86.9	89.1	89.0	0.2	0.1
結核病床	37.5	37.5	36.7	0.0	0.8
療養病床	90.6	90.9	90.8	0.3	0.1
一般病床	74.2	75.4	72.9	1.2	2.5
介護療養病床	94.4	94.6	94.5	0.2	0.1
診療所					
療養病床	68.1	68.4	68.7	0.3	0.3
介護療養病床	77.5	77.4	77.8	0.1	0.4

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

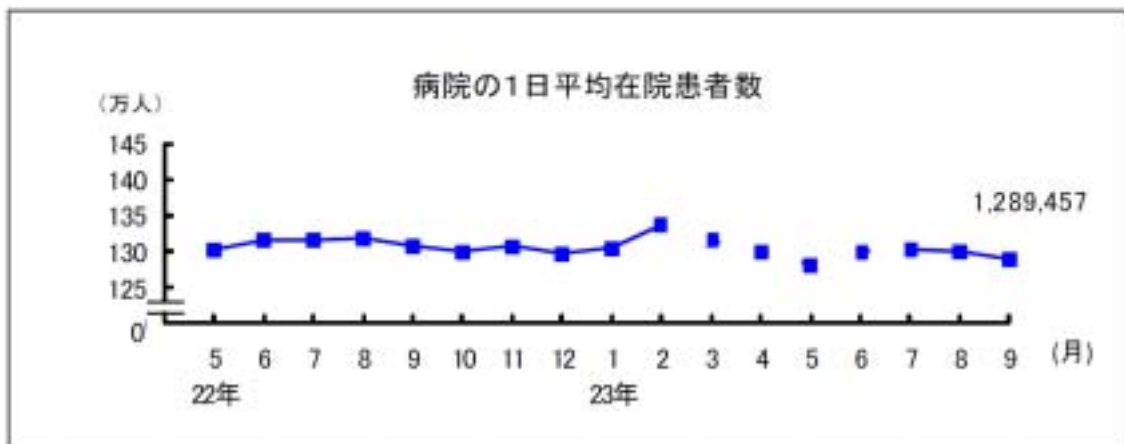
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 23 年 9 月	平成 23 年 8 月	平成 23 年 7 月	平成 23 年 9 月	平成 23 年 8 月
病 院					
総数	32.1	30.8	32.3	1.3	1.5
精神病床	294.9	290.6	301.0	4.3	10.4
結核病床	71.8	71.0	72.1	0.8	1.1
療養病床	182.1	177.6	182.9	4.5	5.3
一般病床	17.9	17.2	18.1	0.7	0.9
介護療養病床	316.2	322.2	329.9	6.0	7.7
診療所					
療養病床	106.4	105.2	106.6	1.2	1.4
介護療養病床	102.3	100.3	103.0	2.0	2.7

注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

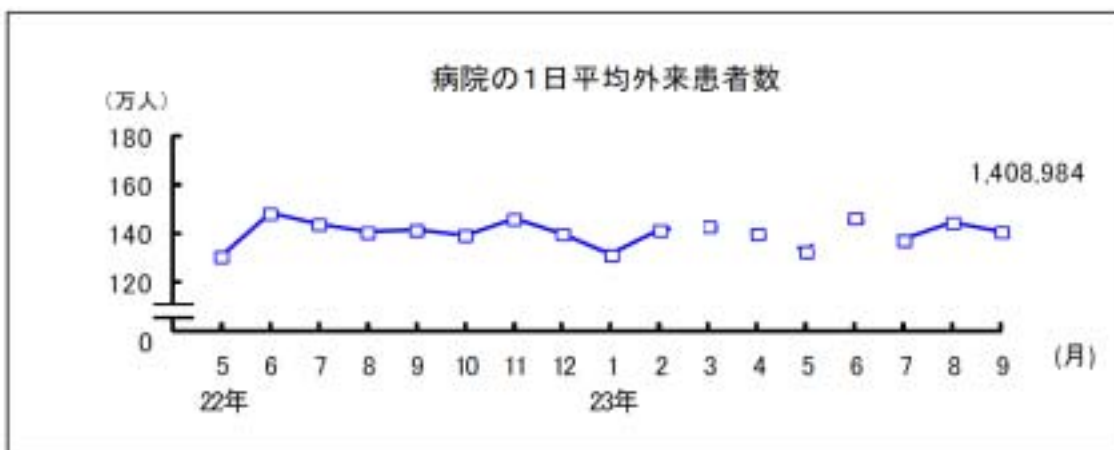
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

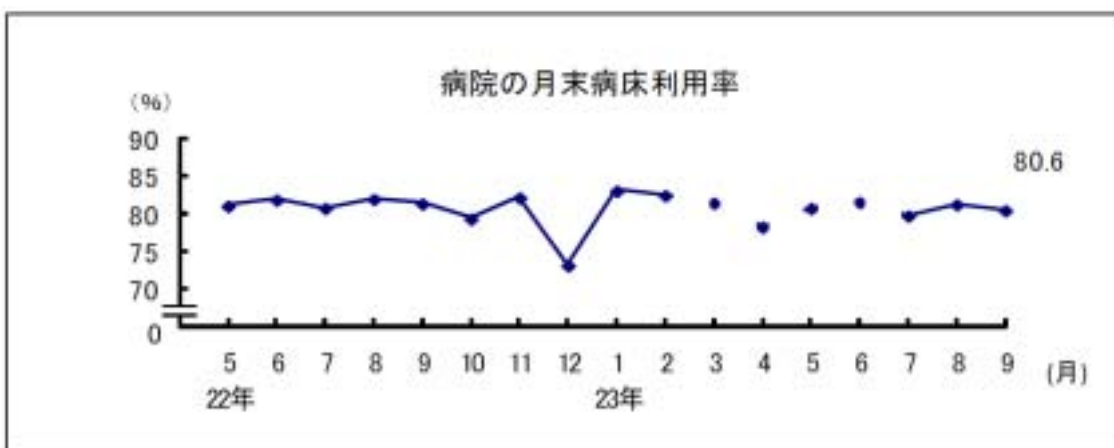
病院: 1日平均在院患者数の推移



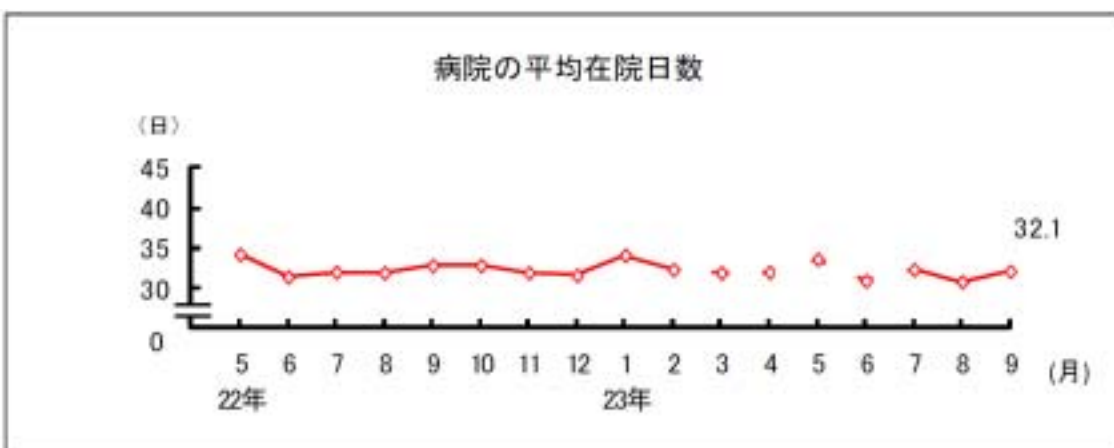
病院：1日の平均外来患者数の推移



病院：月末病床利用率の推移



病院：平均在院日数の推移



注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分から6月分まで岩手県、宮城県、福島県の一部病院等から報告がなかったことから、前月比較を行っていません。

「病院報告(平成23年9月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

電子カルテの導入検討 医療機関のIT戦略

ポイント

- 1 国が推進する医療情報システムの構築
.....
- 2 自院で進める電子カルテシステム導入のポイント
.....
- 3 電子カルテが抱える今後の課題
.....



1 国が推進する医療情報システムの構築

■ IT化推進の契機となった「グランドデザイン」

医療機関におけるIT戦略が注目を集めるようになったのは、平成13年12月、厚生労働省・保健医療情報システム研究会が取りまとめた「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン（以下、「グランドデザイン」）」が公表されたことが契機でした。

この「グランドデザイン」においては、電子カルテシステムを中心とする医療情報システム構築のための達成目標、及び発展段階が設定されました。

(1) 医療情報システムの概要

「グランドデザイン」に係る最終提言では、以下のような視点が示されています。

我が国の医療の将来を踏まえて、我が国の医療の課題を改めて整理し、これに対応した情報化の目的を提示する。

情報化により医療がどのように変わるのか、国民や患者の視点から将来の医療の姿を分かりやすく提示する。

情報化を段階的に着実に実施していくため、戦略を提示する。

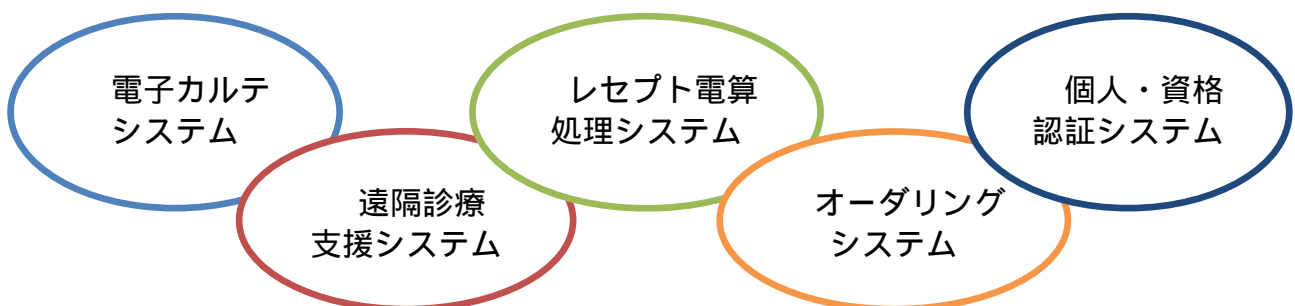
その戦略を踏まえ、情報化の各段階において設定された各目標について、国家的視点から実現方策を提示することとし、官民の役割分担、達成目標等を明示したアクションプランを策定する。

健康づくり・疾病予防を中心とした保健政策、介護・福祉政策といった分野についても情報化の進展を見すえ、医療の情報化と連携について、その方向性を示す。

（出典：厚生労働省「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」）

ここでいう医療情報システムについては、厚生労働省は特に明確な定義はないとしながらも、次の5つのシステムの総称としています。

医療情報システムを構成する要素



電子カルテシステム

診療録等の診療情報を電子化して保存更新するシステム。様々な段階があるが、現状では診療録や検査結果などの診療情報を電子的に保存、閲覧するために医療施設内での使用が大部分である。

今後は医療情報などを医療機関相互で交換、共有する診療情報のネットワーク化とデータベース化が図られ、診療情報の活用が期待される。

遠隔診療支援システム

医療機関を相互にネットワークで結び、専門医による診断を依頼する画像診断（tele-radiology）病理診断（tele-pathology）のような専門的診療支援や、医療機関と在宅の間における在宅療養支援などを行うシステム。

レセプト電算処理システム

診療報酬の請求を紙の診療報酬明細書（レセプト）ではなく、電子媒体に収録したレセプトにより行うシステム。なお、現状はフレキシブルディスク又は光ディスク等により行われているが、将来的にはオンライン請求も含む。

オーダーリングシステム

従来の紙伝票でやり取りしていた検査や処方箋などの業務を、医師がオンラインで、検査や処方を実施するとともに医事会計システムとやり取りすることなどにより、オンライン上で指示を出したり、検査結果を検索・参照したりできるシステム。

個人・資格認証システム

医療情報システムを用いて検査や処方などを行う際に、医師等の資格確認を電子的に行うシステム。今後は被保険者証をICカード化し、医療施設を受診した際にオンラインで被保険者の資格を確認したり、住所・氏名などの個人情報をカルテ、レセプトへ自動的に転記したりすることへの応用が検討されている。

この5つの項目のうち、レセプト電算処理システムについては、国と厚生労働省の主導により仕組みが出来上がりつつあります。しかし実情は、平成23年以降は一部の例外を除き、全医療機関からの診療報酬請求が、オンラインシステムにおける実施義務付け等の強力な政策主導によって推進されているシステムという側面があります。一方で、オンライン請求システムと並行して、電子カルテ導入の検討を進める医療機関もみられます。

2 自院で進める電子カルテシステム導入のポイント

■ 電子媒体によるデータの保存に関する基本的事項

電子カルテは、診療録などの診療記録を電子媒体に保存する仕組みをベースとしていますが、その保存のためには、一定の基準に基づいた管理体制が構築される必要があります。

厚生労働省では、以下のような要件を満たし、かつプライバシー保護に十分に対応できている場合においてのみ、電子媒体による保存を認めるとしています。

電子媒体によるデータ保存の3要件

真正性の確保

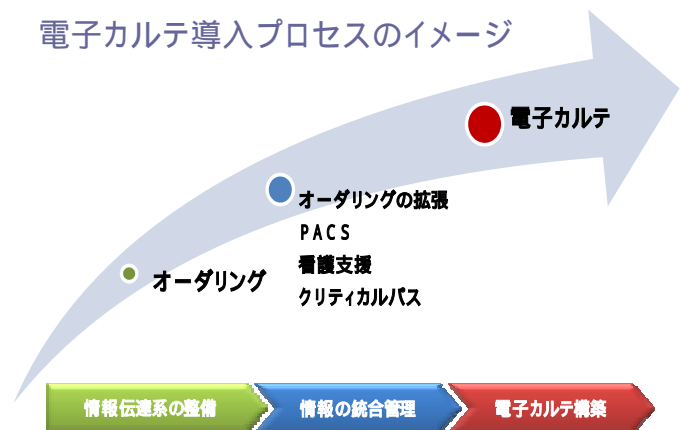
見読性の確保

保存性の確保

■ 導入に際して留意すべき点

電子カルテを安定した状態で稼働させるためには、その導入プロセスが非常に重要です。現状のカルテや診療記録の運用状況をはじめ、指示命令系統、院内LANなどのインフラの整備状況やそれに関するセキュリティシステム等の構築状況の詳細を把握し、これらを整理したうえで導入のステップを順に踏んでいくことが必要です。

電子カルテ導入プロセスのイメージ



(1) 病院トップが主導する院内コンセンサス

電子カルテ導入に際して最も重要なことは、トップダウン型の意思決定と全職員に対する意義と目的の浸透です。

医療の質と患者サービスの向上は、すべての医療機関に共通する理念です。この理念を実現するひとつの方法として、中長期的な計画の中に院内のIT化（主に電子カルテシステムの導入）を盛り込んでいる病院が多く見受けられます。

しかし、電子カルテシステム導入は既存の院内システムについて大きな変更を求めることでもあり、直ちに賛同できないという職員も中にはいるはずで

したがって、自院の理念実現には電子カルテの導入が必要不可欠であり、またそのための計画遂行の重要性を院長自らが職員一人ひとりに強く、そして繰り返しメッセージを発信し、説明する機会を持つことが大切です。

3 電子カルテが抱える今後の課題

電子カルテは、見読性や保存性という面については、紙カルテより優れた特性を持つことは事実です。しかし、真正性を確保する上においては、代行入力、あるいは入力した内容の取り消しや変更・修正などは改ざんが疑われる行為を排除しつつ、より厳格に管理し運用することが必要です。

■ パスワード管理の徹底と代行入力の厳格化

紙カルテでは、例えば医師の記載について署名漏れがあったとしても、筆跡から記載者を特定することができますが、電子カルテでは入力者を明らかにすることは困難です。電子カルテにおける記載者(入力者)は、当該画面にパスワードでログインした人物として特定されることになるため、パスワード管理の徹底は最も重要な課題となります。

(1) 規程の周知と職員研修会等による啓蒙

電子カルテ導入に際しては、診療情報管理士の役割が重要になります。カルテ管理全般、記載基準の策定や遵守度のチェックなど、インプットからアウトプットに至るまで主導的な活動が期待されます。また、電子カルテ導入後も紙媒体での管理を要する帳票の管理も併せて行う必要があります。さらに導入以前の紙媒体の診療録についても、保存期限が到来するまでは廃棄することができませんから、引き続き一元的に管理しなければなりません。

(2) パスワード管理の徹底と代行入力の排除

電子カルテは、入力や閲覧が可能な人的範囲を明確に定める必要があります。

医師は、症状の記載や指示等の入力および各種検査関係の閲覧、さらに入力した内容の訂正等すべてにおいて権限を持つ必要がある一方、看護師は、原則として指示等の入力ができず、入力可能な記録も看護記録等に限られます。

従って、それぞれの職階によってパスワードを設定し、閲覧や入力等、取り扱える具体的項目について権限を定めて、不正なアクセスを排除する仕組みが必要です。

■ システムダウンと停電への対応

電源供給を必要とするシステムの弱点として、停電やディスク障害などの要因によるシステムダウンは必ず発生するものとして認識する必要があります。

レポート全文は、[当事務所のホームページの「医療経営情報レポート」](#)よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践

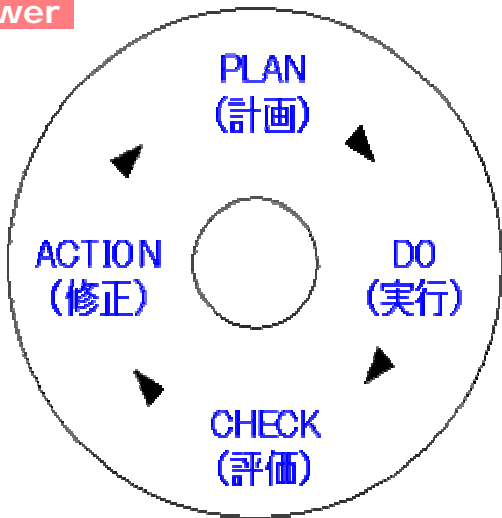


P D C Aサイクルの展開方法

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について教えてください。



目標管理のプロセスは、以下のようなサイクルが基本になっています。



- 経営計画を咀嚼(そしゃく)し、各部門で経営計画に向かって目標を立てる
- その部門計画に基づき個人目標を設定し、計画達成と能力開発を図る
- 部門またはスタッフ一人ひとりが、それに基づいて実施する
- その結果を定期的に検討し、課題の発見と解決策について検討する
- 解決策に基づいて、対応する

医療機関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す。したがって、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。

財務基盤を強化するためには、短期・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。また、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・教育も短期・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。当然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の達成にも貢献することにもつながります。

また、経営体質の基盤となる組織(病医院、医療法人)については、目標管理は法人の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によって、結果として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、ブレイクダウンされ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「短期経営計画」にリンクするようにする形が望ましいでしょう。

経営データベース ②

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

病医院理念とはどのようなものなのですか？ また、なぜ必要なのでしょう？



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。

存在価値・使命

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

例) 「患者様の健康増進に役立つ」、「安心、楽しい時をつくる」

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」、「安全とスピードを重んじた組織行動をとる」

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。

