

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

「難病対策委員会」を開催 難病対策の改革で3つの柱
難病手帳に本人証明機能等を付与し、社会参加を支援

厚生労働省

23年7～24年6月の先進医療、総額145億9000万円

先進医療の実績 102種類が1万4479人の患者に

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成24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:人材・人事制度 サブジャンル:資格基準

資格基準の構築

役割・能力基準書の作成

医療情報

ヘッドライン ① 厚生労働省

「難病対策委員会」を開催 難病対策の改革で3つの柱 難病手帳に本人証明機能等を付与し、社会参加を支援

厚生労働省は1月17日、「難病対策委員会」を開催したが、これまでは難病の定義・範囲、医療費助成、医療の質の向上に向けた医療提供体制等のあり方について議論が集中していた。この日の議題は、(1) 難病手帳(カード)(仮称)の在り方、(2) 難病対策の改革(提言・素案)、の大きく2点をとりあげた。委員会でも難病の扱いや検討の掘り下げでも、文字通り難しく長期戦を受忍する空気があった。今後、難病対策にも予算が重点的に投じられる予定で、検討体制が整えられつつあるものの、「詰め」の体制までは至っていない。

(1) の難病手帳(以下、手帳)について、前回(12月6日)会議を受け「新たにまったく別のシステムとして手帳を交付するのではなく、既存のものに似たような機能を付加する」方向で了承している。具体的には、厚生労働省当局より、(Ⅰ) 難病患者の社会参加を支援するため、民間企業も含めた各方面の協力を得て各種支援策を講じやすくする、(Ⅱ) 通院等のために利用する公共交通機関の運賃等の割引支援を受けるには、「重症度が一定以上等であり、日常生活・社会生活に支障があること」の証明が必要なため、医療受給者証(仮称)に写真を添付した本人証明機能を付与する、といった提案がなされた。

この提案に対し、「難病は、病気と障害の2面性がある。目に見える身体障害に限らず、『日常生活・社会生活に支障がある』ことを社会に証明できるという点で評価できる」との意見が出された一方、「『重症度が一定程度』という曖昧な表記では、国民や民間企業の理

解・協力を得にくい」と定義付けの必要性を指摘する声もあった。

また、「医療費助成のある『医療受給者証(仮称)』が交付される重症者が軽症化すると、医療費助成対象外として『登録者証(仮称)』が交付されるが、『登録者証』の軽症者は、手帳の対象者から除外されるのか」といった質問に対し、厚労省の山本疾病対策課長は「現行では難病指定医(仮称)の診断書で判断することを考えている」とコメントしている。

(2) の提言(素案)では、基本理念・原則と併せて、改革の3つの柱が示された。改革の柱は、(a) 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上、(b) 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築、(c) 国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実、である。

(a) では、難病患者データの精度向上と有効活用、医療体制の整備などが議論の中心となった。特に、医療体制の整備として、高い専門性と経験を有する『新・難病医療拠点病院(総合型)(仮称)』を、「都道府県が3次医療圏ごとに原則1カ所以上指定する」としている。総合型拠点病院には、多分野の「難病指定医(仮称)」、「複数医療コーディネーター(仮称)」を配置する。

一方、神経難病等の特定分野の疾病に専門医療を提供する『領域型』の拠点病院も設置し、保健所を中心とした『難病対策地域協議会』で患者の支援ネットワーク体制を整備する、地域の医師等に研修を行う『難病医療地域基幹病院(仮称)』等を2次医療圏に1カ所整備する、などの具体案を示している。

23年7～24年6月の先進医療、総額145億9000万円 先進医療の実績 102種類が1万4479人の患者に

厚生労働省は1月16日、先進医療会議を開催し、(1)新規届出技術の審議、(2)先進医療技術の施設基準見直し、(3)平成24年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績、などを議題として検討を行った。

(1)の新規届出技術(24年12月受理)は、成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)(くすぶり型と慢性型)に対する【インターフェロン α /ジドブジン併用療法】の1件で、これは、世界的にATLに対する標準治療とみなされるインターフェロン α とジドブジン(AZT)の併用療法について、我が国で安全性・有効性を確認し、保険適用を目指すものである。この技術は、「先進医療B(使用する医薬品・機器等が未承認な場合や、安全性が低い場合)に振り分けてはどうか」と厚労省当局は提案している。先進医療に係る費用は360万円程度だが、患者負担はゼロとなる見込みである(研究費負担)。

(2)は、(I)陽子線治療、(II)重粒子線治療、(III)家族性アルツハイマー病の遺伝子診断、(IV)腹腔鏡下スリーブ状胃切除術、について、施設基準を変更するものである。

このうち(II)の重粒子線治療については、これまで、当該技術について「2年以上の経験を有する」医師の配置が必要とされていたが、これに加えて「1年以上の経験を有し、加えて、放射線治療(4門以上の照射など)による療養について1年以上の経験を有す

る」医師の配置がある場合にも実施を認めてはどうか、と提案されている。

また(3)は、23年7月1日～24年6月30日に実施された先進医療の実績(種類、患者数、総金額など)を報告するもので、102種類の先進医療が1万4479人の患者に対して行われ、総金額は約145億9000万円となっている(安全性の比較的高い先進医療Aが約134億5000万円、安全性の比較的低い先進医療Bが約11億4000万円)。

先進医療の総金額を時系列で見ると、19年7月～20年6月では約102億円(1入院全医療費のうちの先進医療の割合は46.5%)、20年7月～21年6月では約173億円(同37.8%)、21年7月～22年6月では約132億円(同59.0%)、22年7月～23年6月では約173億円(同56.5%)、23年7月～24年6月では約146億円(同68.5%)という状況となっている。

1件あたり医療費に占める先進医療の割合が増加傾向にあることから、「先進医療が、保険診療に比べて高額化している」可能性はあるが、先進医療の費用そのものが急激に増加しているとは言い難い状況にある。

ちなみに、厚労省は22年度の国民医療費の伸び率3.9%について、(a)診療報酬改定0.19%、(b)高齢化1.6%、(c)医療の高度化等2.1%、と分析している。

病院報告

平成24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24年9月	平成24年8月	平成24年7月	平成24年9月	平成24年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 274 865	1 285 721	1 280 678	△ 10 856	5 043
精神病床	304 684	305 378	305 020	△ 694	358
結核病床	2 508	2 618	2 590	△ 110	28
療養病床	297 159	298 170	297 253	△ 1 011	917
一般病床	670 473	679 515	675 778	△ 9 042	3 737
(再掲)介護療養病床	65 820	66 158	66 411	△ 338	△ 253
外来患者数	1 340 541	1 423 152	1 411 972	△ 82 611	11 180
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 870	8 920	8 949	△ 50	△ 29
(再掲)介護療養病床	3 291	3 306	3 334	△ 15	△ 28

- 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24年9月	平成24年8月	平成24年7月	平成24年9月	平成24年8月
病院					
総数	78.3	80.5	81.3	△ 2.2	△ 0.8
精神病床	88.4	88.8	88.7	△ 0.4	0.1
結核病床	34.2	35.6	35.9	△ 1.4	△ 0.3
療養病床	89.4	90.3	90.1	△ 0.9	0.2
一般病床	70.9	74.3	75.8	△ 3.4	△ 1.5
介護療養病床	93.2	93.6	93.2	△ 0.4	0.4
診療所					
療養病床	65.4	66.0	65.6	△ 0.6	0.4
介護療養病床	76.6	76.8	76.6	△ 0.2	0.2

- 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24年9月	平成24年8月	平成24年7月	平成24年9月	平成24年8月
病院					
総数	31.9	30.2	30.7	1.7	△ 0.5
精神病床	298.0	285.4	284.6	12.6	0.8
結核病床	73.4	70.5	74.0	2.9	△ 3.5
療養病床	182.3	175.2	176.6	7.1	△ 1.4
一般病床	17.8	16.9	17.2	0.9	△ 0.3
介護療養病床	327.4	320.2	313.3	7.2	6.9
診療所					
療養病床	111.6	109.9	112.6	1.7	△ 2.7
介護療養病床	109.3	110.8	114.0	△ 1.5	△ 3.2

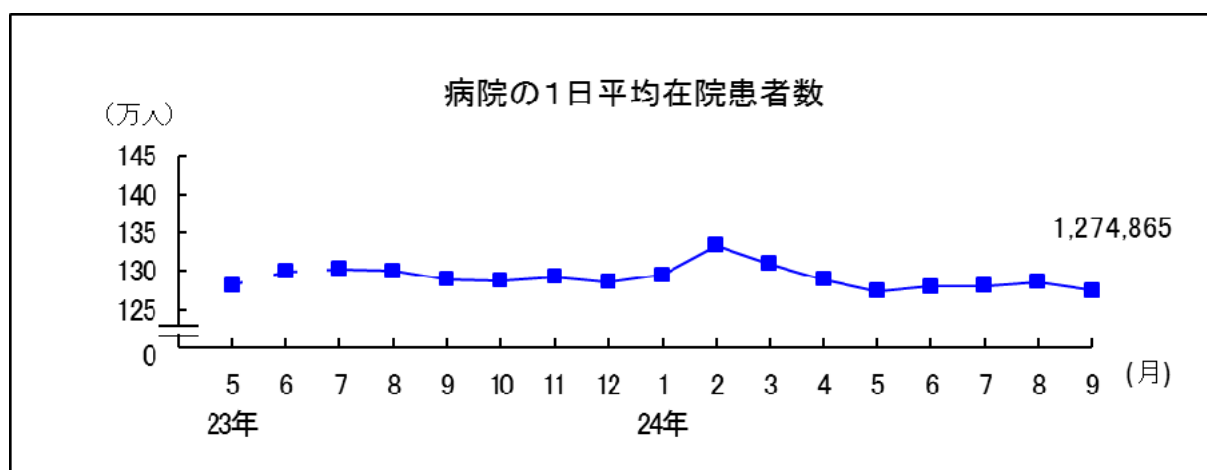
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

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

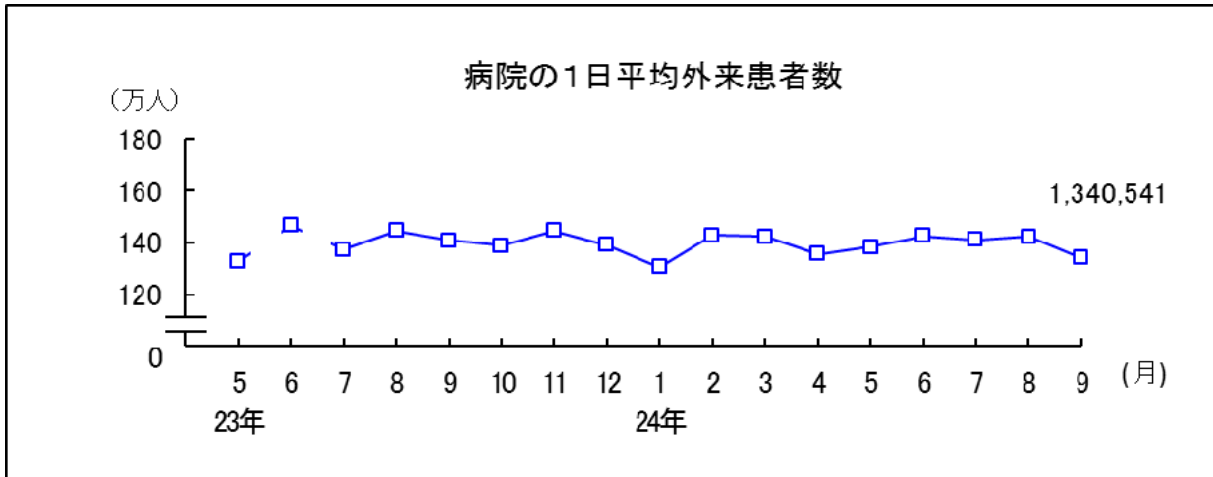
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

◆病院:1日平均在院患者数の推移

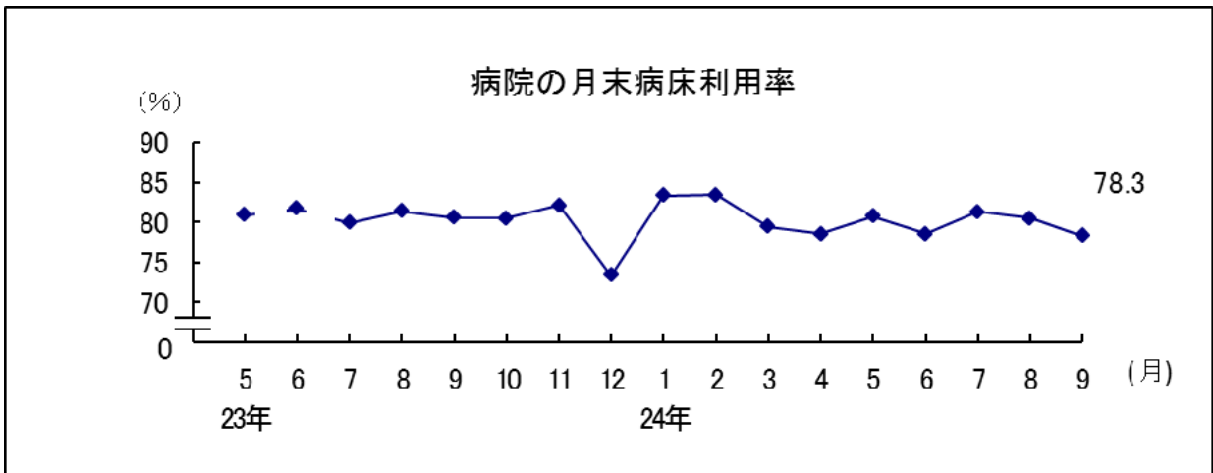
注：東日本大震災の影響により、平成23年5月分から6月分まで岩手県、宮城県、福島県の一部病院等から報告がなかったことから、前月比較を行っていない。



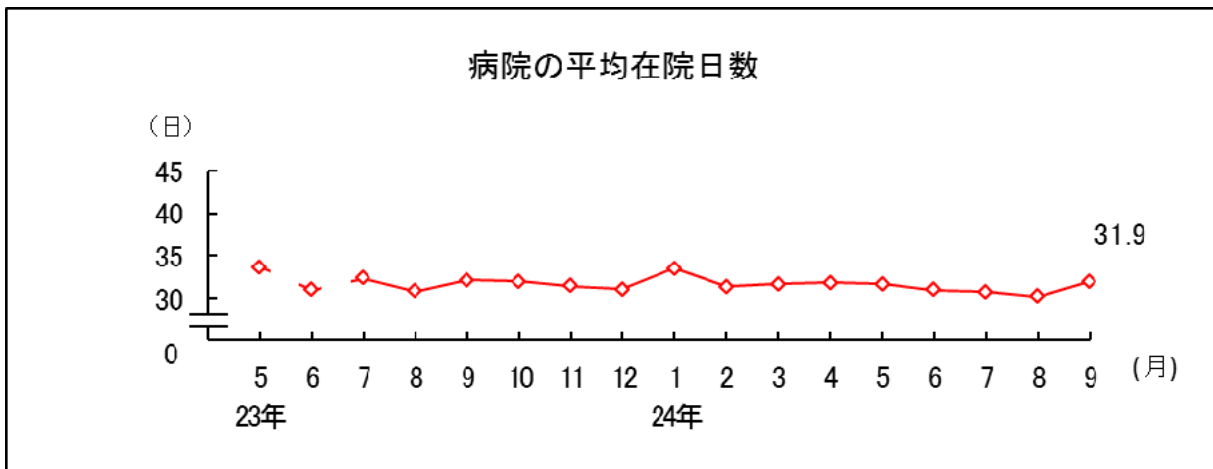
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



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、明示されています。

(1) 医療情報システムの概要

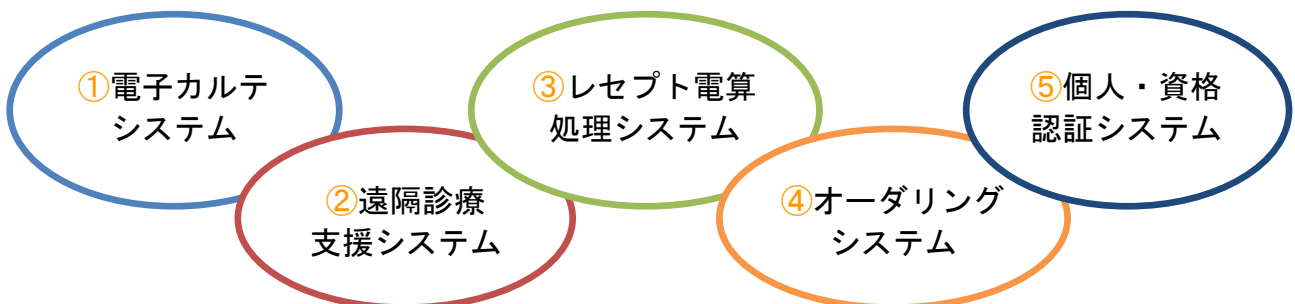
「グランドデザイン」に係る最終提言では、以下のような視点が示されています。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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



①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。

②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。

③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データ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。

④オーダリングシステム

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。

⑤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、③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という側面があります。一方では、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。

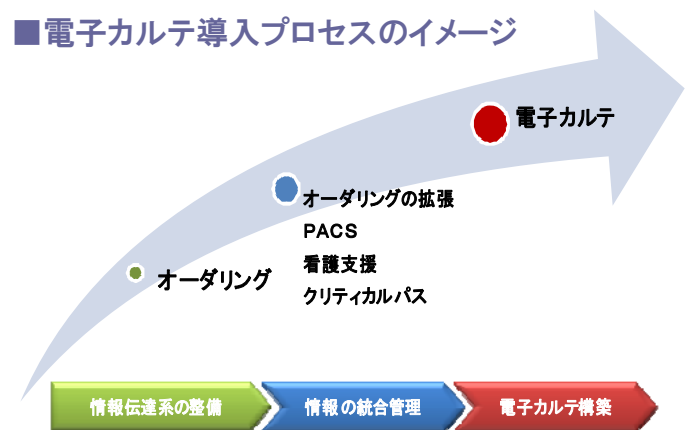
■ 電子媒体によるデータ保存の3要件

- ① 真正性の確保
- ② 見読性の確保
- ③ 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側面については、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。診療記録の管理全般、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はできず、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し、対応策を準備しておく必要があります。

経営データベース 1

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 資格基準



資格基準の構築

職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいのでしょうか？



経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりの役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

そして資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」、「発揮能力」の基準を明示したものです。この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

従来の医療機関、特に多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースに採用形態や給与、教育等が運用されてきました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。

従来

職種（保有資格）重視（縦割り）



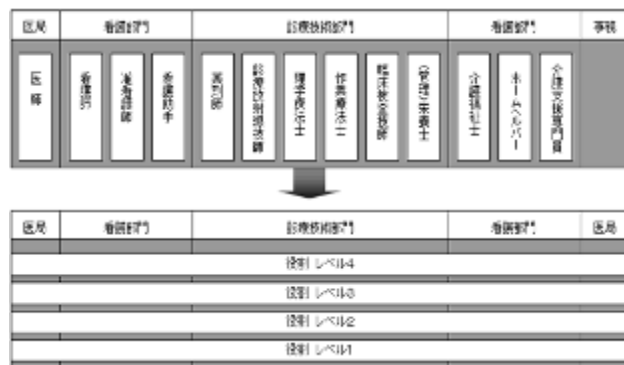
今後

資格（等級）重視（横の連携）

そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになるといえます。

保有資格ごとの専門性を追求するのは当然のこと、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。

資格基準は、以下のステップで作成します。



◆step1 役割資格フレームの設計

- 役割資格フレームの枠組み設計
- 等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討

◆step2 役割責任・発揮能力の詳細化

- 職務調査による役割・能力の洗い出し
- 役割責任・発揮能力の分類とグレード決定

◆step3 役割基準の運用ルールを検討

- 新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討
- 昇格・降格ルール等、配置転換の検討

経営データベース ②

ジャンル： 人材・人事制度 > サブジャンル： 資格基準



役割・能力基準書の作成

役割と能力の詳細を職員に理解してもらうための取り組みを教えてください。

■職務調査による役割・能力の洗い出し



役割・能力基準書の作成には、職務調査による役割・能力の洗い出しが必要です。職務調査とは、病院が職員に期待し、求める役割と能力を明確にするために、院内の仕事を棚卸しする作業です。具体的には、各部門の仕事を全て洗い出すことにより、その仕事の経営ビジョン上の役割と必要な能力を明確にします。

この作業で明確化された役割と能力を整理し、役割基準書と職務一覧表を作成します。

■役割基準書、職務一覧表とは

職務一覧表とは、役割・能力基準を具体化するために、洗い出した業務を部門（職種）毎に集約し、各々の業務がどれくらいのレベルで何等級に該当するのかを一覧表にまとめたものです。

■役割基準書、職務一覧表の作成ステップ

番号	主要項目	
方針 整理者	部門の年度方針の立案および管理	<ul style="list-style-type: none"> ①長年、経営戦略の把握 ②戦略ビジョン、中期経営計画の把握 ③年代別業務の把握 ④科長/部長/課長の把握 ⑤経営業界の動向把握 ⑥地域/先の動向把握 ⑦患者ニーズの把握
	部門の年度業務目標の達成および管理	<ul style="list-style-type: none"> ①長年、マーケット、競合他社などを把握し、適切な目標設定 ②戦略ビジョンを達成するための年度目標設定 ③部門/科/課/室目標設定 ④部門/科/課/室目標達成 ⑤経営予算書作成
	部門の年度方針の立案および管理	<ul style="list-style-type: none"> ①メンバー/課長/課長/課長/課長 ②経営戦略/ビジョン/方針立案 ③経営戦略/ビジョン/方針立案 ④経営戦略/ビジョン/方針立案 ⑤経営戦略/ビジョン/方針立案 ⑥経営戦略/ビジョン/方針立案 ⑦経営戦略/ビジョン/方針立案
	部門の年度方針のスケジュール化および管理	<ul style="list-style-type: none"> ①上記方針の年間スケジュール策定 ②上記方針の半年間スケジュール策定 ③上記方針の月間スケジュール策定
	部門計画の進捗とメンテナンス	<ul style="list-style-type: none"> ①部門経営計画に基づくスタッフの統制 ②部門経営計画に基づく業務進捗管理 ③予算/実績/分析

◆step1 役割と役割を構成する業務の洗い出し
各部門の全ての役割と、その役割を構成する業務を抽出することから始めます。

◆step2 役割と業務の格付け
抽出した役割と業務を役割・能力等級フレームと関連させ、格付けを実施します。

◆step3 担当者の整理
それぞれの役割と業務を誰が実際に担当しているのかを整理します。この作業により、職員各人が担当する役割と業務のバランス（質：等級との関連、量：全業務に占める比重・遂行時間）がとれているかを判断する材料を得ることができます。これにより、各人の役割や能力に見合った業務配分の見直しを行う材料とします。

例えば、管理職に相当する、つまり利益を生み出すべき人が日常業務の全てに関わっているため、目指す組織活動が停滞してしまう

という病院が多々見られます。管理者層がどの程度、日常業務に労力を取られているのかを把握するためにも、それぞれの業務担当者の記載はぜひ実施すべきでしょう。

◆step4 部門間調整

洗い出した業務の分類、範囲（大きさ）と等級格付けについて、各部門間の調整を行います。