

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.672 2021.5.11

医療情報ヘッドライン

診療報酬のインセンティブ強化と かかりつけ医機能の制度化を提言

▶ 経済財政諮問会議

コロナ対応の看護職員派遣に補助 1人1時間あたり上限8,280円

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2021年5月7日号

入院医療、21年度調査の 概要を了承

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)

(令和2年11月分)

経営情報レポート

業務の効率化・自動化を実現する 保健医療分野におけるAI活用の動向と事例

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

医療行為データ分析と業績管理

診療報酬請求業務の問題改善

診療報酬のインセンティブ強化と かかりつけ医機能の制度化を提言

経済財政諮問会議

政府は4月26日に経済財政諮問会議を開催。民間議員は「社会保障改革～新型感染症を踏まえた当面の重点課題」と題した資料を提示し、診療報酬のインセンティブ強化とかかりつけ医機能の制度化を提言した。医療機関の機能分化や統合を進めることが目的。

また、救急医療体制については「資源が分散し、体制が弱い」として2024年度からの次期医療計画で「集約化・大規模・強化」を図っていくべきだとし、地域医療連携推進法人制度の活用を促して「病院の連携強化や大規模化を強力に推進すべき」としている。

コロナ患者の自宅療養に診療所を活用したい

民間議員は、新型コロナウイルスの感染者数が「欧米より一桁以上少ないにもかかわらず医療は逼迫」していることを問題視。

その理由として、「医療資源の量的な問題以上に資源配分に問題があることは明らか」と断じた。いわゆる2025年問題が直前に迫っていることもあり、医療提供体制の見直しが急務だと改めて警鐘を鳴らしている。

かかりつけ医機能の制度化を求めたのは、診療所がコロナ対応で機能していないことが背景にあるようだ。前出の資料には反映していないが、添付された参考資料には「診療所は宿泊療養・自宅療養の管理に大きな役割を果たせず」と明記。制度化したうえで「地域の医療を多面的に支える」役割を担うべきだとしている。具体的には「感染症への対応、予防・健康づくり、オンライン診療、受診行動の適正化、介護施設との連携や在宅医療など」を挙げており、診療

所でのコロナ診療を強く求めた形だ。

オンライン診療については、項目を改めたいと「徹底活用」を求めた。そうすることで、コロナ禍の「国民の不安解消、予防・健康づくり、医療へのアクセス」を確保すべきとしている。現時点で登録医療機関が15%程度と普及にはほど遠いのがオンライン診療の現状だが、同会議で田村憲久厚生労働相は「自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保」のため、オンライン診療を活用すると明言。今後の感染状況によっては、特例措置で診療報酬上乘せの検討が進められる可能性もあるだろう。

海外ではかかりつけ医の制度化はスタンダード

ちなみに海外では、かかりつけ医の制度化はスタンダードとなっている。ドイツは2004年に家庭医制度を、フランスは2007年に主治医制度を導入し、かかりつけ医を受診したのち必要に応じて専門医の紹介を受けるシステムを確立している。もちろん、制度への参加は任意だが、そのフローで受診した場合は自己負担額が軽減されるインセンティブがある。医師側も登録患者数に応じて診療報酬が変動する仕組みだ。この制度自体が医療費抑制に貢献したエビデンスはないものの、慢性疾患のコントロールや薬剤処方の適正化が進むことで医療の質向上につながっているといわれている。今回の民間議員の提言が、こうした海外の状況を意識したものであることは明らかであり、とりわけ感染症対応やオンライン診療については次期診療報酬改定の議論にも影響を及ぼしそうだ。

コロナ対応の看護職員派遣に補助 1人1時間あたり上限8,280円

厚生労働省

厚生労働省は4月23日、「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施に当たっての取扱いについて」と題した事務連絡を発出。重点医療機関へ新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する看護職員を派遣した場合、1人1時間あたり上限8,280円の補助を行うとした。

これまでは1時間あたり上限5,520円の補助だったため、1.5倍引き上げた形となる。

感染者数が増加している大阪などで重症患者対応が厳しくなっていることを受けての措置だ。4月1日時点から適用される。

コロナ重症患者対応の 人員配置は2対1以上

新型コロナウイルスのパンデミックは「第4波」と呼ばれる段階に突入している。

感染力が極めて高く、重症化する可能性も高いことが指摘されている「変異株」が最大の要因であり、緊急事態宣言が発令された大阪や兵庫では、新規感染者の8割を占めている。とりわけ大阪では、病床数を超える重症者数に達する異常事態となっている。

重症者対応は、通常よりはるかに手厚い人員配置が求められる。

急性期病棟では7対1看護、つまり1人の看護師が7名の患者を受け持つ体制だが、新型コロナウイルス感染症の重症者の場合は体外式膜型人工肺（ECMO）などを用いた緻密な呼吸管理が求められることから、ICUレベルの人員配置が必要だとされる。

ちなみにICUは従来2対1看護とされてきたが、日本看護協会によれば、現在は6割以

上のICUが1.5対1以上の人員配置を行うことで死亡率低下に貢献しているという。

広域連携の可能性を

広げるきっかけとなるか

そのため、政府は大阪の重症者対応を強化すべく、約90人の看護職員派遣を決定している。これらの看護職員の確保にあたっては、厚生労働省だけでなく文部科学省までもが大学病院に要請をかけるという異例の対応をしており、相当に逼迫した状況であることは明らかだ。ではなぜ、派遣に対する補助を行うのか。第一は派遣される看護師への処遇だ。

事務連絡には「派遣元医療機関等においては、補助基準額の引上げ分を活用して、派遣される看護職員の処遇に配慮するよう留意すること」とわざわざ付記されている。

また、派遣元医療機関にしてみれば、人的リソースが足りなくなるため、新たに確保したり他の看護師の勤務シフトを調整したりする必要もある。そうした対応の原資として活用できるということだ。

まさに非常事態に突入しているわけだが、医療機関の広域連携がこれまで以上に進んでいることは注目しておきたい。

東京都の小池百合子知事は4月27日に、「大阪府から要請があれば」と前置きしつつ、重症患者を受け入れる方針を示した。

東京消防庁のヘリコプターを活用すると2時間程度で搬送できることを明らかにしており、パンデミックのみならず災害時の医療提供体制の可能性を広げていくきっかけになるかもしれない。

医療情報
 中央社会保険
 医療協議会

入院医療、21年度調査の概要を了承

中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織である入院医療等の調査・評価分科会（分科会長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）は4月28日に会合を開き、厚生労働省が示した「今後の検討事項とスケジュール（案）」を了承した。スケジュールでは、5月に「診療情報・指標等作業グループ」「DPC/PDPS等作業グループ」での検討を始める。

また、並行して個別事項に関する議論を進める。主なテーマとして、以下を挙げた。

一般病棟入院基本料 入院料等）	特定入院料（地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟療養病棟入院基本料	有床診療所入院基本料
--------------------	---	------------

DPC/PDPS等作業グループについては、特別調査を実施する方向性も示した。

調査票についても了承

この日の会合で厚労省は、2021年度調査の調査項目を示し、調査票を提示した。

21年度調査の項目は以下の4項目。

- 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その2）
- 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- 地域包括ケア病棟入院料および回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その2）
- 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その2）

後方支援の転院受け入れ、有無を記載

また、この日示された調査票について、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者受け入れ病院からの転院患者の受け入れ動向についての記載方法で議論となった。

井川誠一郎委員（日本慢性期医療協会常任理事）は、調査票ではCOVID-19患者の転院受け入れについて、有無だけを回答することになっていると指摘。実際には多くの病院で受け入れ患者数を把握しているとし、受け入れ人数の記載を求めてもいいのではないかと問題提起した。中野恵委員（健康保険組合連合会参与）は「現場の負担にならないのなら、数字はとったほうがいいのでは」と同調した。一方、猪口雄二委員（日本医師会副会長）は、後方支援の転院受け入れの数字を取るなら、調査全体で組み換えが必要になると指摘。「（21年度調査とは）別の形で調査を行うべき」と主張した。

医療情報
日本医師会
中川俊男会長

「何でも集約化すれば いいというものではない」

日本医師会（日医）の中川俊男会長は、4月28日の定例記者会見で、同月26日に開かれた政府の経済財政諮問会議（議長＝菅義偉首相）で民間委員が提出した資料について、日医の見解を示した。中川会長はまず、資料のなかで「感染者数が欧米より一桁以上少ないにもかかわらず医療はひっ迫している」と記載されていることについて、「この表現に医療従事者は大変憤りを感じている」と反発。欧米では昨年第一波の時点で患者に優先順位をつけて医療を行っている」と指摘したうえで、「諮問会議は優先順位をつけ、通常医療よりコロナ医療を優先すべきと考えているのか」と批判した。さらに、G7のほとんどの国で人口100万人あたりの死亡者数が1000人以上なのに対し、日本は100人以下だとしたうえで「それでも欧米の医療を礼賛するつもりなのか」と訴えた。

また、経済財政諮問会議が「平時からの構造改革」として、「医療従事者が分散する体制」の見直しを求めていることに対しては、「なんでも集約化すればいいというものではない」と批判。「地域医療は集約して確保すべき機能から、分散して存在すべき機能まで、さまざまなバランスのなかで成り立っている。効率化重視で、一概に集約化・大規模化を目指すべきではない」と反論した。

医療情報
日本病院
団体協議会

災害時に準じた支援体制構築を

～経済財政諮問会議等の議論にかかる声明を発表

日本病院団体協議会（日病協、斉藤正身議長）は4月28日付で、「経済財政諮問会議等の議論にかかる声明」を発表した。声明では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、「患者を受け入れる病院だけでなく、感染回復後の患者を受け入れている後方病院、感染症以外の傷病の受け皿になっている病院、外来患者の検査を担う病院等が、地域で連携を取りながら対応しているのが現状」と指摘。全病院に対する適切な支援策が必要とした。

さらに、COVID-19の拡大、そしてまん延により、感染防止に配慮した新たな診療体制構築のための費用も発生しているとし、「過去の実績に基づいた診療報酬の補てん」では賄いきれないと訴えた。そのうえで、支援金制度のさらなる充実や診療報酬の加算等の継続が必要とし、患者の減少やクラスター発生により減収となった場合、災害時に準じた支援体制の構築が必要だとしている。

週刊医療情報（2021年5月7日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和2年11月分)

厚生労働省 2021年2月2日公表

概要

1 第1号被保険者数 (11月末現在)

第1号被保険者数は、3,572万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (11月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、679.8万人で、うち男性が215.5万人、女性が464.3万人となっている。

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18.7%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9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、394.8万人となっている。

(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9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.1万人となっている。

(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9月サービス分、償還給付10月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.8万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.9万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が1.8万人、「介護医療院」が3.3万人となっている。

(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9月サービス分、償還給付10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、8,575億円となっている。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

業務の効率化・自動化を実現する

保健医療分野における AI活用の動向と事例

1. 新型コロナウイルスで変わる患者意識
2. 保健医療分野のAI活用に向けた国の動向
3. スマートフォン、AI活用によるサービス向上事例



参考資料

【公益社団法人 日本医師会】：第7回 日本の医療に関する意識調査 【厚生労働省】：令和元年度少子高齢社会等調査検討事業 報告書 保健医療分野 AI開発加速コンソーシアム議論の整理と今後の方向性 今後のデータヘルス改革の進め方について（概要）【国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所】：戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断・治療システム研究開発計画 AmiVoice iNote、AI問診コピ-

1

医業経営情報レポート

新型コロナウイルスで変わる患者意識

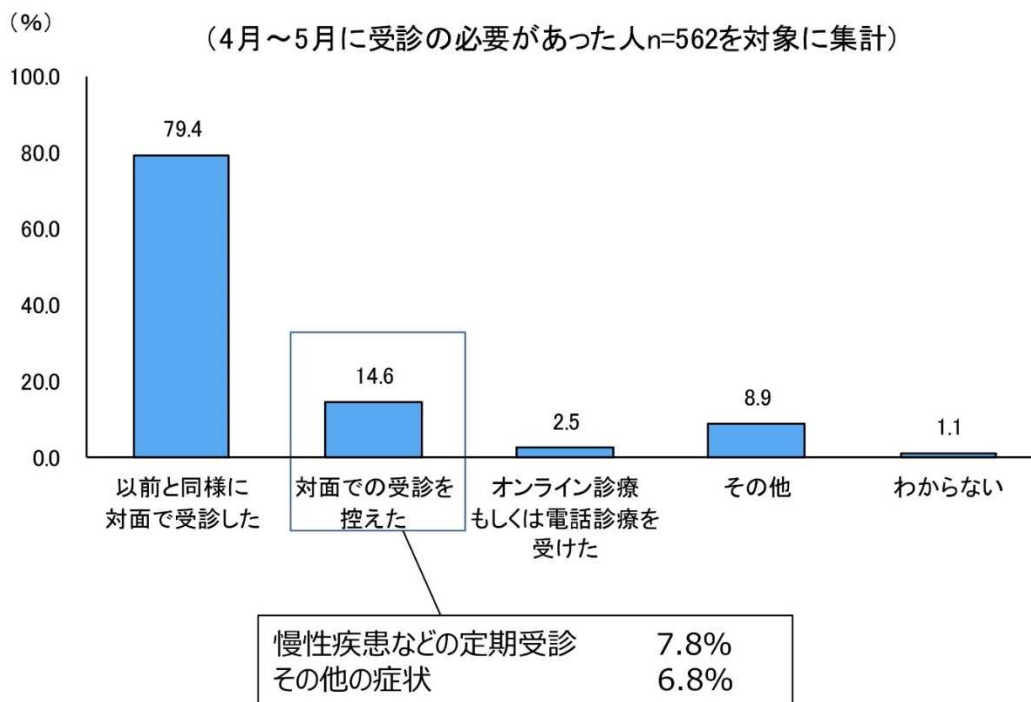
■ 受診形態の変化とオンライン診療の今後について

(1) 受診形態の変化

2020年4月～5月で受診の必要があった人のうち、対面での受診を控えた人の割合は14.6%で、そのうち約半数は慢性疾患などの定期受診の患者という結果になりました。

慢性疾患などの患者には、定期的に受診する必要がある方もいますので、対面診療での不安を軽減するような取組が必要となります。

受診の形態の変化(複数回答)



調査ではオンライン診療を「スマートフォン、タブレット、パソコンなどを用いて、インターネット上の画面越しに自宅で医師の診療を受けること」と定義している。

(出典) 公益社団法人 日本医師会 「第7回 日本の医療に関する意識調査」
(2020年7月実施)

(2) 今後のオンライン診療のあり方について

こうした新型コロナの影響を踏まえて、政府は安全性と信頼性をベースに、初診も含めオンライン診療に注目しています。

オンライン診療の安全性と信頼性については、オンライン診療を行うことによる患者の利便性等のメリットと、対面診療を行わないことによる疾患の見逃し・重症化のリスクや、患者と医療機関の感染やトラブルのリスク等を総合的に考慮するとしています。

2

医業経営情報レポート

保健医療分野のAI活用に向けた国の動向

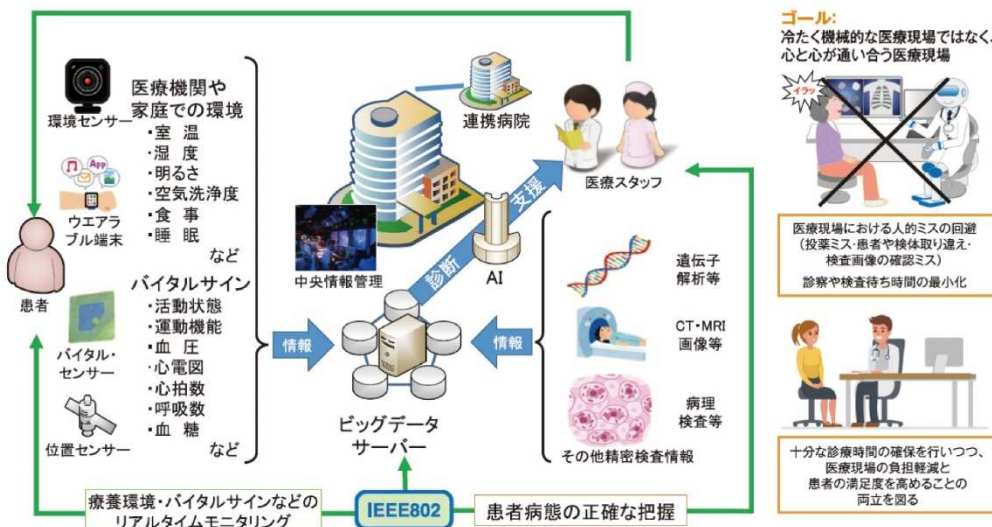
■ AI(人工知能)ホスピタルによる高度診断・治療システムの実現に向けて

(1) AIホスピタルの概要

近年、医療が高度化・先進化・多様化・個別化されたことにより医療関係者と患者や家族間だけでなく、先端研究者と医療関係者間に大きな知識・情報格差が生じています。

また、最先端の診断や治療法を医療現場へ普及するにあたり、技術の標準化やデータ解釈などについて厳格な規定が必要となっています。さらに、高度化に伴って、医療従事者の負担が過度に増えていることが社会問題化しています。そこで、国家プロジェクトである内閣府戦略的イノベーション創造プログラム(SIP)では、医療分野における課題を解決し、今後の医療を支えるために科学技術の活用が不可欠であるとして、「AIホスピタルによる高度診断・治療システム」の開発、社会実装に向けて研究が進められています。

近未来のAIホスピタル



(2) AIホスピタル実現による期待される効果

本プロジェクトの成果によって、個々人の遺伝的、身体的、生活的特性等の多様性を考慮した適切かつ低侵襲の治療法・治療薬を提示することが可能(最終的に患者が選択)となり、治療効果の低い治療薬、治療法を回避できるだけでなく、患者の早期の社会復帰にもつながり、これに関わる医療費の抑制と労働力の確保が想定されています。

また、AI技術を応用した血液等の超精密検査等による診断は、がん等疾患の早期発見、再発の超早期診断、治療効果の高精度な把握に応用可能と期待されています。

がん分野における経済的効果としては、治癒率の向上(5年生存率の10%の向上)と高額な医療費の削減(年間数千億円)につながると期待されています。

3

医業経営情報レポート

スマートフォン、AI活用によるサービス向上事例

■ 事例1 | スマートフォンを使った音声入力カルテ(ワークシェアリングサービス)

(1) ワークシェアリングサービス開発の背景と目的等

単に音声認識でテキスト化するだけでなく、入力した情報をリアルタイムで共有できるため「AI 音声認識ワークシェアリングサービス」と位置付けています。

昨今、医療機関での人材不足や業務負担増が大きな社会問題となっており、医療現場での働き方改革の模索が続けられています。

そのような状況のなか、株式会社アドバンスト・メディアでは、AI 音声認識とスマートフォンを活用することでスムーズな情報入力を行い、現場の業務負担軽減とスムーズな情報収集・活用を行うことを目的とした、ワークシェアリングサービスをA病院と共同開発しました。

サービス概要

iOS のアプリから入力した各種情報を、オンプレミスサーバー 経由で各診療部署や管理部門、代行入力者等と素早く簡単に連携できるワークシェアリングサービス

音声認識を活用し、いつでもどこでもその場から記録内容を発話し、保存が可能

音声認識に加え、テキスト入力やスタンプ、画像の送信も可能

チャット形式で時系列にデータが保存され、入力されたデータはパソコンの専用ソフトウェアからカルテシステム等に転送することができる。

各ユーザーの使用状況をグラフ化できるため、人材配置の最適化など行動分析への活用が可能
使用者が管理している施設の構内にサーバーを設置して運用すること

サービス概要イメージ



(出典) 厚生労働省：「令和元年度少子高齢社会等調査検討事業 報告書」

(2) A病院における導入の背景と導入効果

共同開発を行ったA病院のリハビリテーション科における導入の背景と導入効果は以下のとおりです。クリニックにおいてもカルテの音声入力は、業務時間の短縮に繋がります。

A病院における導入の背景と導入効果

A病院の概要

- ・病床数 257 床の急性期病院で、リハビリテーション科のスタッフ人数は 50 名程

導入の背景・課題

- ・カルテ入力時間を削減したい
- ・PC 端末が人数分ないため、入力待ち時間が発生する
- ・患者への対応を向上させたい

導入効果

・入力時間を 7 割削減

3 人あたり 1 台の共有パソコンでカルテ入力を行っていたが、本サービスを活用することで治療後、即座に入力が可能になった。従来の PC によるキーボード入力と比較すると約 70%削減、1 日あたり約 11 時間（検証人数 41 名）の削減

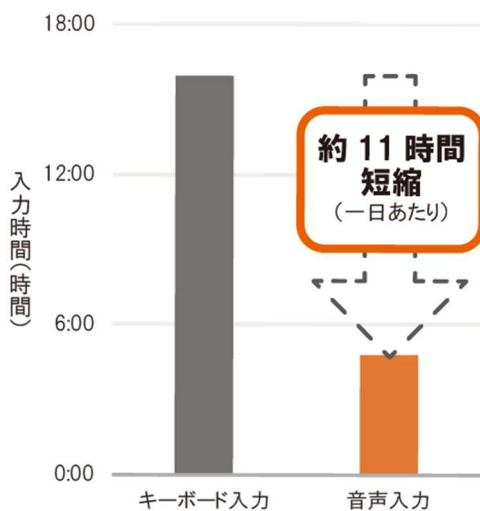
・治療行為に充てられる時間の増加

・働き方の改善

中堅の職員だけでなく、もっと患者と関わりたいと思っている上の世代の管理職も患者にしっかりと関わって治療成績を上げていくことができた

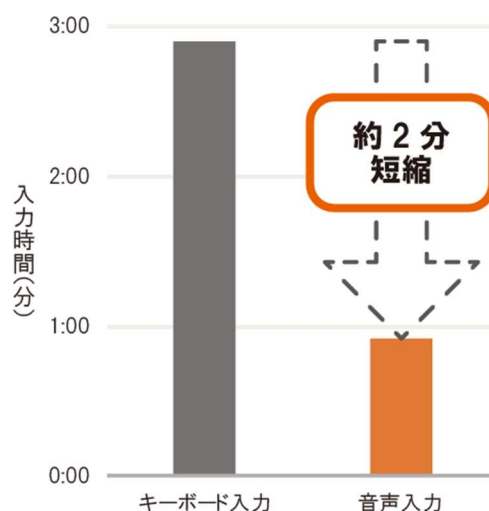
A病院における導入効果例

リハビリテーション科入力時間



キーボード入力	15 時間 56 分 4 秒 (39 名)
音声入力	4 時間 45 分 36 秒 (41 名)

患者一回介入あたりの入力時間



キーボード入力	2 分 54 秒
音声入力	55.3 秒

(出典) 厚生労働省：令和元年度少子高齢社会等調査検討事業 報告書

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

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、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なのです。

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

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

診療報酬請求業務の問題改善

院内システム不備による診療報酬請求業務の問題を改善するための取り組みを教えてください。

院内システムの不備に対しては、次のような対応策が挙げられます。

コンピュータのシステム管理

コンピューターチェックシステム活用による入力者判断ミス等の軽減を実施する。

【具体的項目】

- ・初診料算定不可チェック
- ・外来管理加算 算定不可チェック
- ・特定疾患療養指導料 算定不可チェック
- ・長期投与不可チェック
- ・レセプト記載事項の自動化（算定日、部位記載）
診療情報提供料、手術日、部位（左・右）

医事点数マスターの管理

- ・点数マスター管理者の選任
- ・新規採用薬剤、治療材料購入及び価格変更の伝達ルートの確立
- ・登録マスターに点数区分・解釈を付記し算定根拠の明確化

チェック表の作成

- ・請求漏れの頻度が高い項目について、チェックリスト作成による確認励行
（即日入院時の初診料、検査料・画像診断料の時間外加算、退院時指導料、退院時リハビリテーション指導料）

チェック体制を確立

【医事担当部署の内部体制】

- ・ダブルチェックシステムのルール化
（医事担当職員のレベルの向上、レセプト作業時の点検業務の軽減）

【コメディカルとの連携によるチェック体制】

- ・薬局の薬剤在庫数とレセプト算定薬剤使用量との集計比較（ABC分析）
- ・薬剤管理指導料の実施回数と医事算定回数の集計比較
- ・外注（院内）検査センターからの請求明細とレセプト算定回数チェック

画像診断造影剤在庫量とレセプト算定造影剤使用量との比較チェック