

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.726 2022.6.14

医療情報ヘッドライン

規制改革実施計画を閣議決定 医療DXで「在宅医療」へシフト

▶ 政府

20年度のメタボ健診受診率、53.4% 前年度比で約100万人減と初の低下

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2022年6月10日号

保健医療AI開発・利活用の 中間取りまとめへ

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和3年11月分概数)

経営情報レポート

医療政策と患者意識調査を通して見える Withコロナを見据えたクリニック経営の方向性

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

成果報告のポイント

医療行為データ分析と業績管理

医療情報
ヘッドライン
①

規制改革実施計画を閣議決定 医療DXで「在宅医療」へシフト

政府

政府は6月7日、「規制改革実施計画」を閣議決定。医療関連では、大項目として「医療DXの基盤整備（在宅での医療や健康管理の充実）」を挙げた。具体的な項目としては「オンライン診療・服薬指導の更なる推進」「電子処方箋の普及及び医療分野における資格確認・本人確認の円滑化」「患者のための医薬品アクセスの円滑化」「家庭用医療機器において兆候を検出した疾病名の表示」などを掲げており、在宅での医療提供や患者自身のセルフケアを促す意図を明らかにしている。

■オンライン診療指針の大幅な改訂を迫る

大項目「医療DXの基盤整備」の中で、もっとも紙幅を割いたのは「オンライン診療・服薬指導の更なる推進」だ。

aからjの10項目に細分化されているが、gまでの7項目をオンライン診療に費やした。

まずaでは、厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を槍玉に挙げ、細かく改訂を迫っている。

特徴的なのは、現行の指針で、初診からのオンライン診療は「かかりつけの医師」が原則だと明記していることに真っ向から反意を示したことだ。「『かかりつけの医師』に当たるかどうかについては、最後の診療からの期間や定期的な受診の有無によって一律に制限されるものではないことを指針等で明確化すること」としたうえで、「オンライン診療を行う医療機関・医師と対面診療を行う医療機関・医師は、異なってもよいことを指針等で明確化すること」と追い打ちをかけている。

また、在宅での受診が基本要件となっているため、「通所介護事業所や公民館等の身近な場所」と具体例を挙げたうえで、デジタル

デバイスに明るくない高齢者等の医療の確保の観点から、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について、課題を整理・検討し、結論を得る」ことも厚労省に迫った。

なぜ、ここまでオンライン診療に関する規制の緩和にこだわるのか。大きいのはいわゆる「2025年問題」だろう。2025年には、もっとも人口ボリュームが大きい「団塊の世代」が全員75歳になり、ただでさえ膨張を続けている医療費がさらに増えることが予想される。新型コロナウイルスの感染拡大で明らかになったように、日本の医療体制は決して盤石ではない。機能分化を進めて医療資源の適切な配分を促してはきたものの、高齢者の数が増え続けることは明白であり、外来診療や入院診療をできるだけ抑制したいと政府が考えているのは明白だ。

■オンライン診療の受診経験者はわずか7%

そうした危機的な状況に陥ることは、以前から予想されており、2018年にはオンライン診療が保険適用された。ところが、予想以上に普及は遅れている。

コンサルティングファームのアクセンチュアが2021年6月に発表した調査結果によれば、オンライン診療を受けたことがある人はわずか7%。厚労省によれば、2021年3月時点でオンライン診療料の施設基準を届け出していない医療機関の63.0%が「今後も届出の意向なし」と回答している。

この割合が大きく減少するまで規制緩和の動きが続く可能性は高く、未対応の医療機関にとっては大きなチャンスが到来しているといえるかもしれない。

医療情報
ヘッドライン
②

20年度のメタボ健診受診率、53.4% 前年度比で約100万人減と初の低下

厚生労働省

厚生労働省は、6月2日に「特定健診・特定保健指導の実施状況について（2020年度）」を公表。メタボ健診ともいわれる特定健診の受診率は53.4%で、前年度の2019年度と比べて2.2ポイント低下した。

2008年度に特定健診がスタートしてから初めての低下となる。人数で見ると、2019年度の受診者数が約2993万人だったのに対し、2020年度は約2893万人と約100万人も減少。逆に、対象者数は2019年度の約5,379万人から約5,418万人と約39万人増加しており、2020年度が“コロナ初年度”だったことを踏まえると、外出自粛の影響が大きかったと考えられる。

■メタボ該当者及び予備軍は約28万人も増加

特定健診（特定健康診査）は、生活習慣病予防のため40歳～74歳を対象として行う。

メタボリックシンドロームに着目し、腹囲や血圧などを測定するため「メタボ健診」ともいわれる。この健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高い人に行われるのが、特定保健指導だ。厚労省のWebサイトには「生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをします」と記されている。

この指導の2020年度実施率は22.7%で、前年度と比べると0.5ポイントの低下にとどまった。この結果から、受診者数が大きく減少したのに、メタボリックシンドローム該当者および予備軍は増えていることが分かる。

推計947万人と前年度比で約28万人も増加しており、コロナ禍の巣ごもりで運動不足が顕著になっている可能性が高い。そのた

め、今後徐々に回復していくと思われるが、国の掲げる目標にはまだ遠い。（ちなみに国は、特定健診の実施率を2023年度までに70%以上へ、特定保健指導の実施率を45%以上へ引き上げることを目標としている）

■人工透析1人あたり年間約360～600万円

少子高齢化が加速度的に進み、2025年には後期高齢者がもっとも人口ボリュームの大きな層となることが確定している今、費用の嵩む医療は可能な限り抑制したいというのが政府の思惑だ。そのため機能分化を推し進めているものの、高額医療の対象者が増えてはどうにもならない。とりわけ、メタボリックシンドロームはその予備軍となりうる。

メタボリックシンドロームの症状である糖尿病や高血圧症、脂質異常症は、脳梗塞や心筋梗塞、そして慢性腎臓病の要因となるからだ。脳梗塞や心筋梗塞も高額医療だが、より費用が嵩むのは慢性腎臓病だろう。人工透析に至るおそれがあるためである。一般社団法人全国腎臓病協議会によれば、透析治療の医療費は、外来血液透析で1カ月に1人あたり約40万円、腹膜透析（CAPD）で30～50万円程度が必要とされる。これらは高額療養費制度の対象で、自己負担額上限は1カ月1万円（一定以上所得があれば上限2万円）。

国は一生涯1カ月あたり28～48万円、年間で336～576万円を助成していることになる。この事実を踏まえると、政府が「メタボ予防」へこれまで以上に力を注ごうとするのは容易に想像がつく。まずは健診の受診率向上を目指すだろうが、メタボ該当者および予備軍が急速に増えれば、より即効性が期待できる施策を打とうとするのではないかな。

医療情報①
厚生労働省
議論

保健医療AI開発・利活用の 中間取りまとめへ

厚生労働省は 5 月 31 日、「保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム」（座長＝村山雄一・東京慈恵医科大学脳神経外科学講座主任教授）の会合を開き、中間とりまとめの方向について議論した。6 月 15 日に予定する次回会合で中間とりまとめを行うことで合意した。

この日の会合で厚労省は現状について、保健医療・介護分野の公的データベース（DB）の第三者提供の仕組みの推進や、国民への健康・医療等の情報還元のために NDB と介護 DB の連結解析の法改正を含む整備がなされる一方で、AI 開発への利活用については介護分野の一部を除きほとんど事例がないと説明。公的 DB を AI 開発につなげていくための方策として、以下を委員に対して提示した。

- ▼AI 開発事例がないことから NDB や介護 DB をどのように使えば（How）、どのような AI の開発ができるのか（What）をユースケースとして示す
- ▼今後、NDB・介護 DB と他の DB との連結が検討されているなか、より有用性の高い AI 開発に資するデータベースとは何かについて検討する

これに対し山本晴子委員（医薬品医療機器総合機構理事長特任補佐）は、「システムがクラウド化して使いやすくなっても、現行の NDB の運用方法では探索的研究や研究に入る前の探索的な使用ができない。AI 開発やビッグデータを使った疫学的研究は、事前の探索的なフェーズなくしては難しい。NDB から AI 開発事例が出るのはまだ先の話であり、どのようにして開発事例が出てくるかを失敗事例から学ぶなど運用方法を変える必要がある」と指摘した。

さらに、学校健診や母子保健など医療と関係のないデータや、画像系のデータ、学会が意図的に作ったデータなどと連結することをゴールとすべきと訴えた。

角山和久委員（日本製薬工業協会研究開発委員会創薬研究部会）は、「第三者提供の申出件数および承諾件数の推移ならびに提供依頼申出者の区分」の資料について、「現状、民間事業者 7 件の申請とあるが、実際は大学との共同研究の形を取っており、民間企業単独はないと推察する。まだまだ民間の英知を呼び込めるような段階ではなく、遠くに目標を置いた話との印象であり、現実を踏まえた議論が必要ではないか」と指摘。「民間の英知を集めるには、データはオープンであればあるほど発展することから、テストデータやダミーデータで自由に触れるようにすればアイデアが出てくるかもしれない。また、コンペティションも開くのもいいのではないかと提案した。

中村祐輔委員（医薬基盤・健康・栄養研究所理事長）は、間もなく団塊の世代がすべて後期高齢者となる状況を踏まえ、「コロナ禍での家への引きこもりがフレイルを増加させている」と指摘し、「ユースケースを想定しながらどこが足りないかを考えることも大事であり、社会的な課題を考えて何が必要かの観点も重要だ」と指摘した。

医療情報②
厚生労働省
WG

がん拠点病院すべてが対応、 6種を提案

厚生労働省は 5 月 30 日、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝藤也寸志氏・国立病院機構九州がんセンター院長）の会合を開き、がん診療連携拠点病院等の指定要件に関して、見直しの論点と方針案を示して構成員に意見を求めた。厚労省は、拠点病院等が対応すべき項目について「国レベル」「都道府県レベル」「すべての拠点病院」の 3 つに分類し、それぞれが役割分担して連携を推進すべきとする考え方を示した。拠点病院が主に対応すべきがん種等について、以下の 6 つとする案を示した。

- ▼肺がん
- ▼乳がん
- ▼泌尿器がん（前立腺、腎・尿路）
- ▼消化器がん（胃、大腸、脾臓、肝臓、胆嚢・胆管、食道）
- ▼婦人科がん（子宮体部・頸部、卵巣）
- ▼血液がん（悪性リンパ腫、白血病）

「国レベルで役割分担すべき項目」は、以下の通り。

- ▼粒子線治療等の特殊な放射線治療
- ▼希少がんへの診療および連携体制
- ▼小児・ゲノム拠点

一方「都道府県レベルで役割分担すべき項目」については、以下を示した。

- ▼緩和ケアセンター、緩和ケア病棟（ホスピス）、神経ブロックを含む総合的な疼痛緩和、強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療
- ▼分野別に希少がんの対応を行う体制
- ▼小児がんの長期フォローアップの実施
- ▼AYA がんの支援体制
- ▼妊よう性温存療法の実施

「すべての拠点病院で整備すべき項目」については、以下とした。

- ▼我が国に多いがんに対する集学的治療体制
- ▼がん相談支援センター
- ▼役割分担すべき項目の対象となる者を適切な医療機関につなげるための窓口、該当する患者への適切な情報提供
- ▼高齢者のがんに対する治療体制

週刊医療情報（2022年6月10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。

病院報告 (令和3年11月分概数)

厚生労働省 2022年3月11日公表

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)	
	令和3年11月	令和3年10月	令和3年9月	令和3年11月	令和3年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 141 176	1 126 324	1 130 001	14 852	△ 3 677
精神病床	269 965	269 994	270 607	△ 29	△ 613
感染症病床	825	2 094	9 970	△ 1 269	△ 7 876
結核病床	1 154	1 140	1 194	14	△ 54
療養病床	241 467	241 535	243 861	△ 68	△ 2 326
一般病床	627 765	611 561	604 369	16 204	7 192
外来患者数	1 298 535	1 275 375	1 281 753	23 160	△ 6 378
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 868	2 930	2 992	△ 62	△ 62

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和3年11月	令和3年10月	令和3年9月	令和3年11月	令和3年10月
病院					
総数	76.4	73.1	74.6	3.3	△ 1.5
精神病床	83.0	83.0	83.1	△ 0.0	△ 0.1
感染症病床	40.6	76.6	246.7	△ 36.0	△ 170.1
結核病床	29.1	28.7	28.6	0.4	0.1
療養病床	85.0	84.1	84.3	0.9	△ 0.2
一般病床	71.6	66.2	68.2	5.4	△ 2.0
診療所					
療養病床	47.2	47.1	47.9	0.1	△ 0.8

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

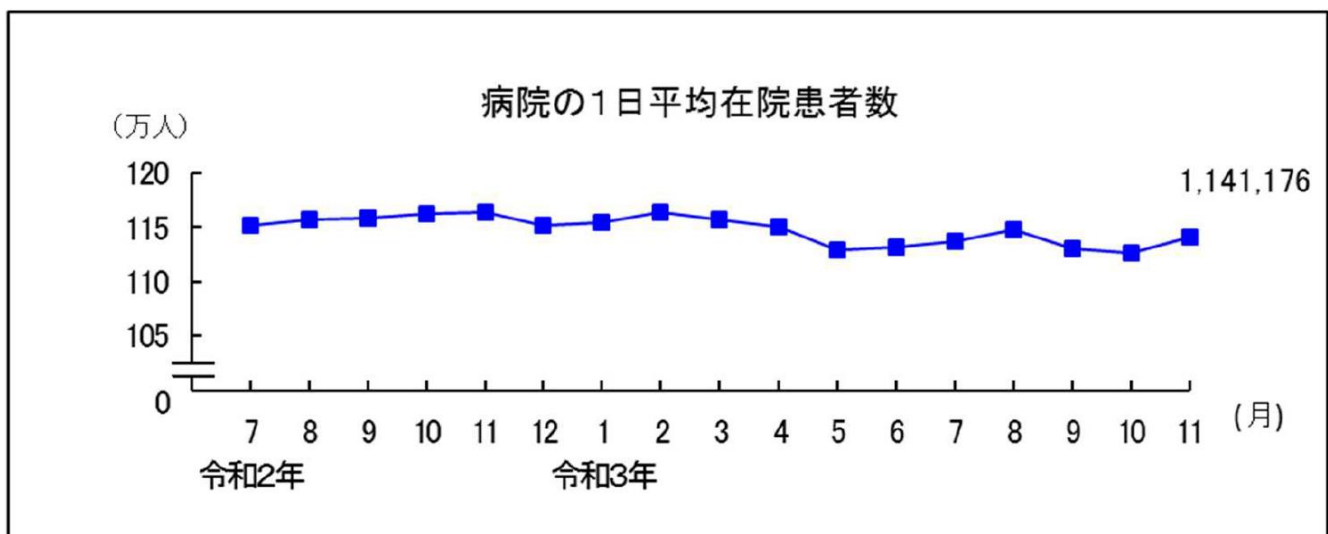
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和3年11月	令和3年10月	令和3年9月	令和3年11月	令和3年10月
病院					
総数	26.7	26.9	27.4	△ 0.2	△ 0.5
精神病床	270.8	272.7	272.1	△ 1.9	0.6
感染症病床	7.2	8.9	9.4	△ 1.7	△ 0.5
結核病床	60.4	59.0	48.0	1.4	11.0
療養病床	125.2	129.4	131.2	△ 4.2	△ 1.8
一般病床	15.6	15.6	16.1	0.0	△ 0.5
診療所					
療養病床	96.6	109.7	103.5	△ 13.1	6.2

注) 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 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

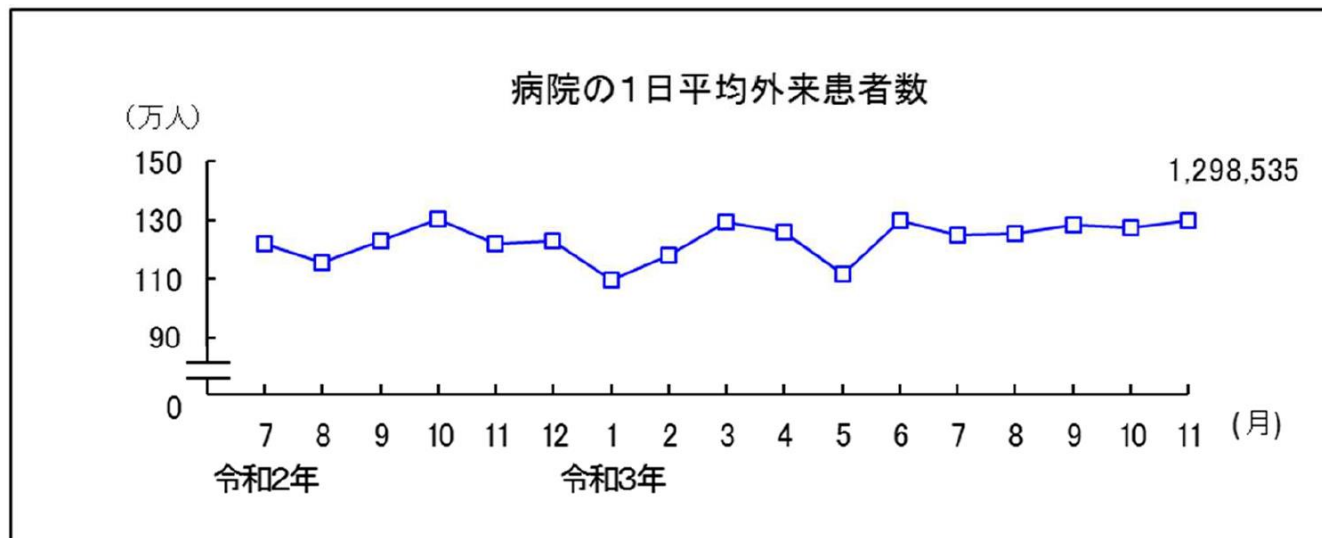
◆ 病院:1日平均在院患者数の推移



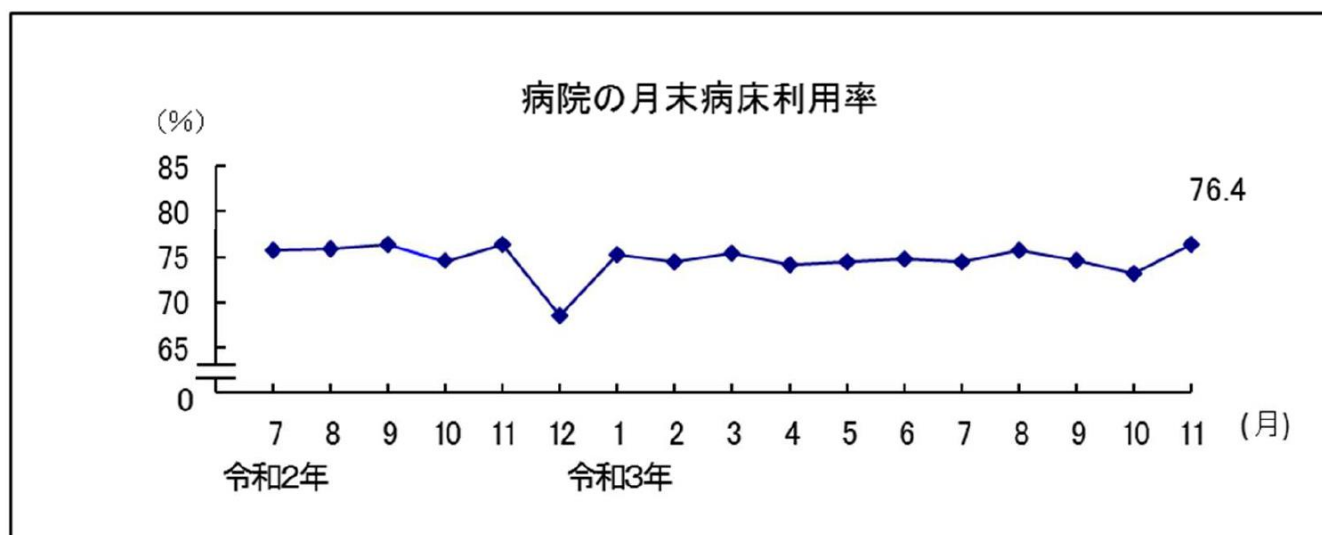
注1) 数値は全て概数値である。

注2) 令和2年6月分、7月分については、令和2年7月豪雨の影響により、熊本県の病院1施設は報告のあった患者数のみ計上した。(以下同)

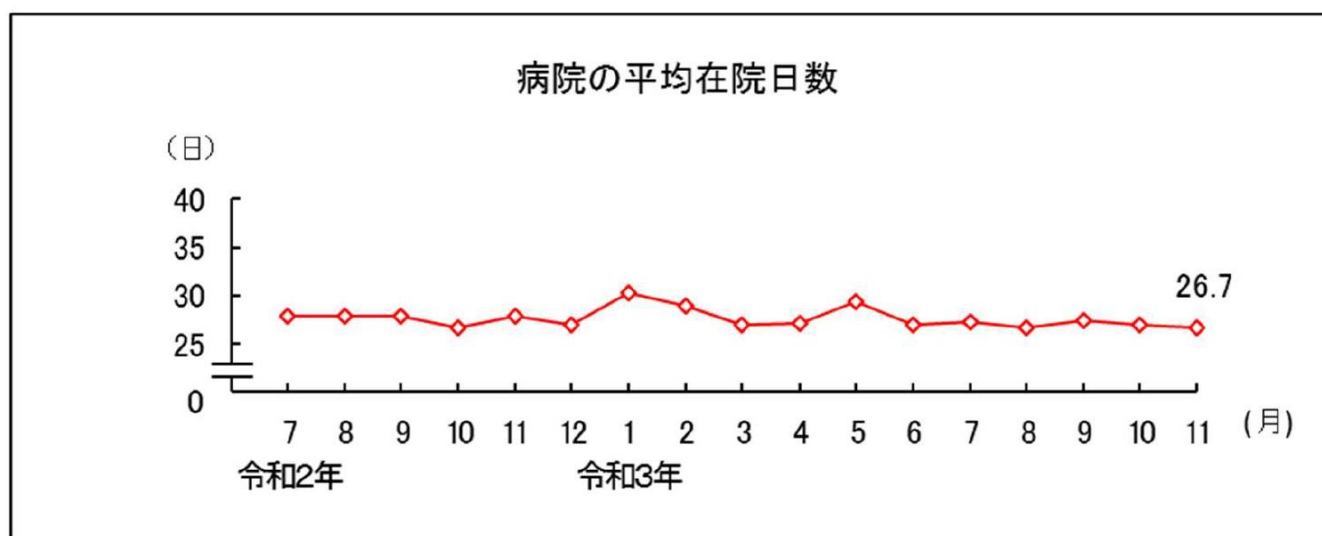
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和3年11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。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

医療政策と患者意識調査を通して見える Withコロナを見据えた クリニック経営 の方向性

1. 医療需要に応える働き手が減少する時代へ
2. コロナ禍による患者意識の変化
3. 国はオンライン診療促進とかかりつけ医機能強化へ
4. 患者意識の変化とオンライン化を見据えた経営



■参考資料

【厚生労働省】：第7回 第8次医療計画等に関する検討会資料、第87回社会保障審議会医療部会資料
【健康保険組合連合会】：新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査（2022年2月）

1

医業経営情報レポート

医療需要に応える働き手が減少する時代へ

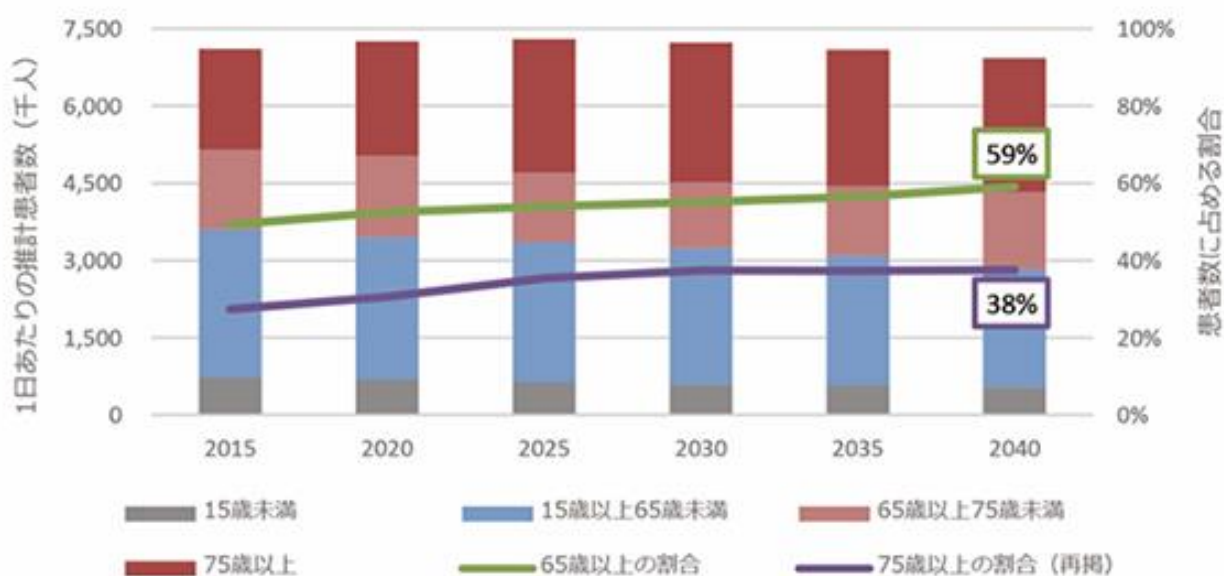
■ 医療需要は2025年から2040年頃をピークに減少へ

(1) 外来医療需要は2025年をピークに減少へ

全国単位で見ると、外来患者数は 2025 年にピークを迎え、65 歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040 年には約6割となることが見込まれています。

一方で、福島県を除く（人口推計が行われていないため）329 の二次医療圏のうち、既に 2020 年までに 217 の医療圏では外来患者数のピークを迎えているとみられています。

◆ 外来患者数推計



(出典) 厚生労働省 第7回 第8次医療計画等に関する検討会資料

(2) 在宅医療需要は2040年以降にピークを迎える

全国単位で見ると、在宅患者数は 2040 年以降にピークを迎えることが見込まれています。

在宅患者数は多くの地域で今後増加し、2040 年以降に 203 の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれています。

(3) 入院医療需要は2040年にピークを迎える

全国単位で見ると、入院患者数は 2040 年にピークを迎えることが見込まれています。

二次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々ですが、既に 2020 年までに 90 の医療圏が、また 2035 年までには 261 の医療圏がピークを迎えることが見込まれています。

2

医業経営情報レポート

コロナ禍による患者意識の変化

健康保険組合連合会では、2021 年 12 月に新型コロナウイルスワクチンの接種状況や接種に対する意識をはじめ、医療機関への受診方法や患者にどのような変化があったのかを広く把握するため、全国の 20 歳代～70 歳代の男女 4,744 人を対象とした web アンケートを実施し、その結果を公表しています。

本章では、医療機関の受診方法に関する意識調査の結果を抜粋して紹介します。

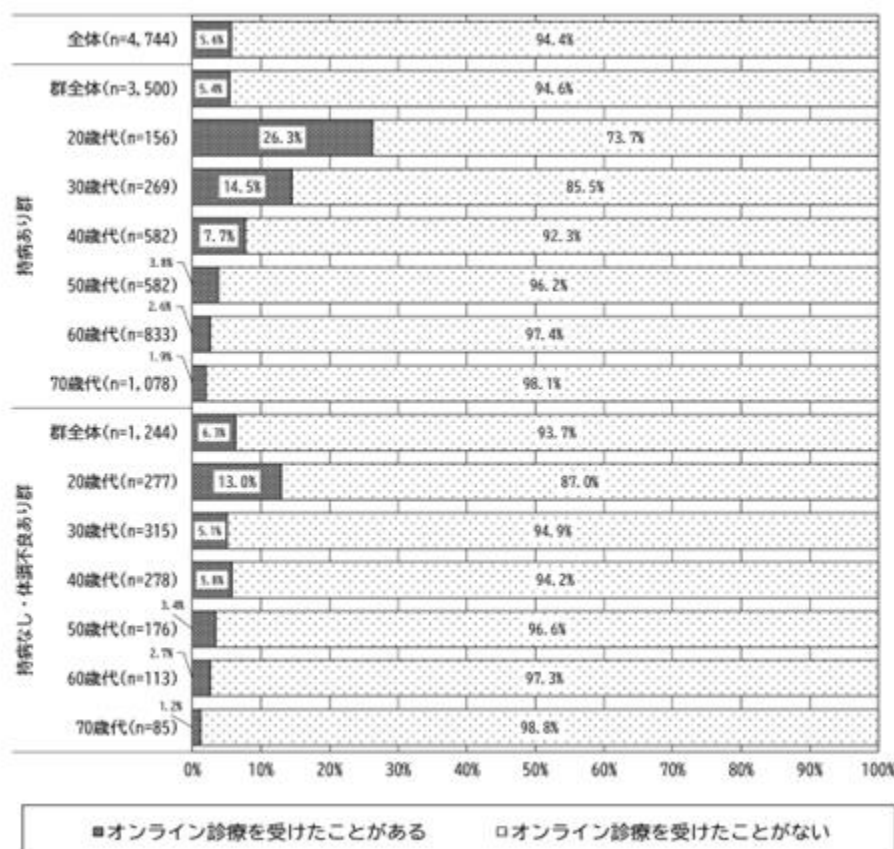
■ 若年層を中心にオンライン診療への関心、利用意欲が高まっている

(1) オンライン診療の受診経験者は若い人に多い

受診意識調査結果で、「オンライン診療を受けたことがある」の回答割合を年齢階級別にみると、持病あり群では「20 歳代」が 26.3%と最も多く、次いで「30 歳代」が 14.5%となり、年齢階級が高くなるにつれて回答割合に減少傾向がみられました。

同様に、持病なし・体調不良あり群でも「20 歳代」が最も多く、「40 歳代」を除き、おおむね年齢階級が高くなるにつれて回答割合に減少傾向がみられました。

◆「オンラインで医師の診察を受けたことがある」との回答割合



(出典) 健康保険組合連合会「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査」(2022 年 2 月)

3

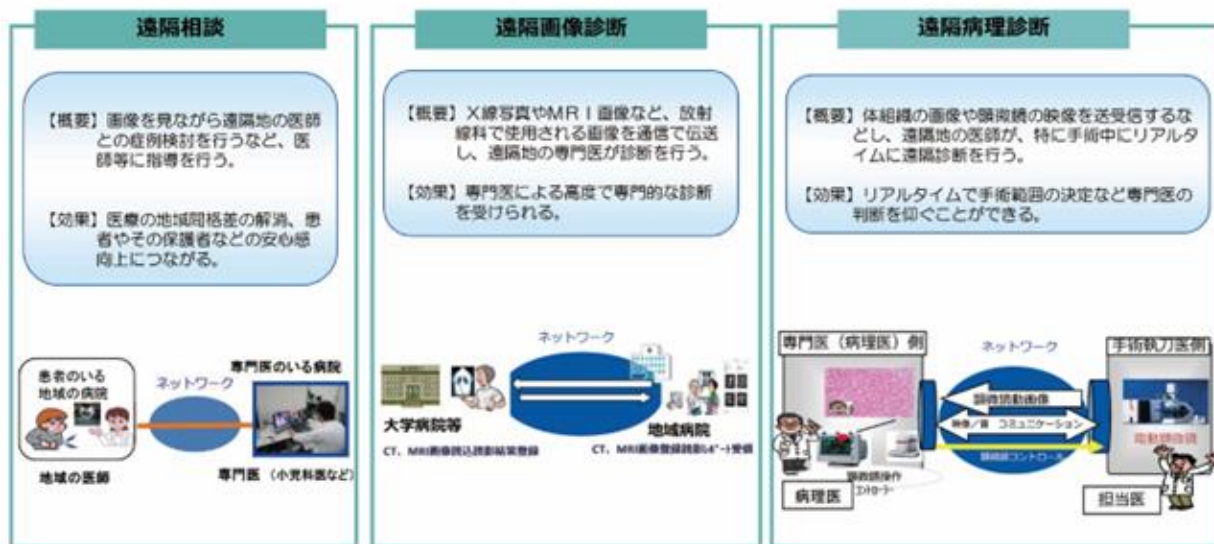
医業経営情報レポート

国はオンライン診療促進とかかりつけ医機能強化へ

■ オンライン診療など、遠隔医療の推進

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の定義では、遠隔医療とは「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」としています。政府は、遠隔医療の活用により、離島など医療資源が十分でない地域においても、必要な医療の提供が可能となることから、遠隔医療に用いる ICT 機器の導入支援について、関係省庁が実施する関連施策とも連携しつつ、都道府県を通して一層の遠隔医療の活用促進に取り組んでいます。

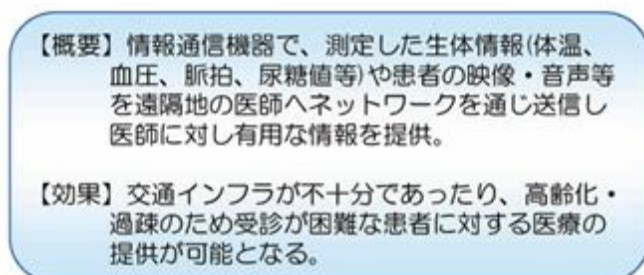
◆遠隔医療 医師－医師間(DtoD)



（出典）厚生労働省 第87回社会保障審議会医療部会資料

オンライン診療については、2018 年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を策定、2020 年4月にコロナ禍の特例的措置として初診からのオンライン診療を可能としました。また、オンライン診療の実施状況を踏まえ、2022 年1月に指針を改訂し、初診からのオンライン診療の要件を緩和し、より活用しやすい状況となりました。

◆遠隔医療（オンライン診療）医師－患者間(DtoP)



（出典）厚生労働省 第 87 回社会保障審議会医療部会資料

4

医業経営情報レポート

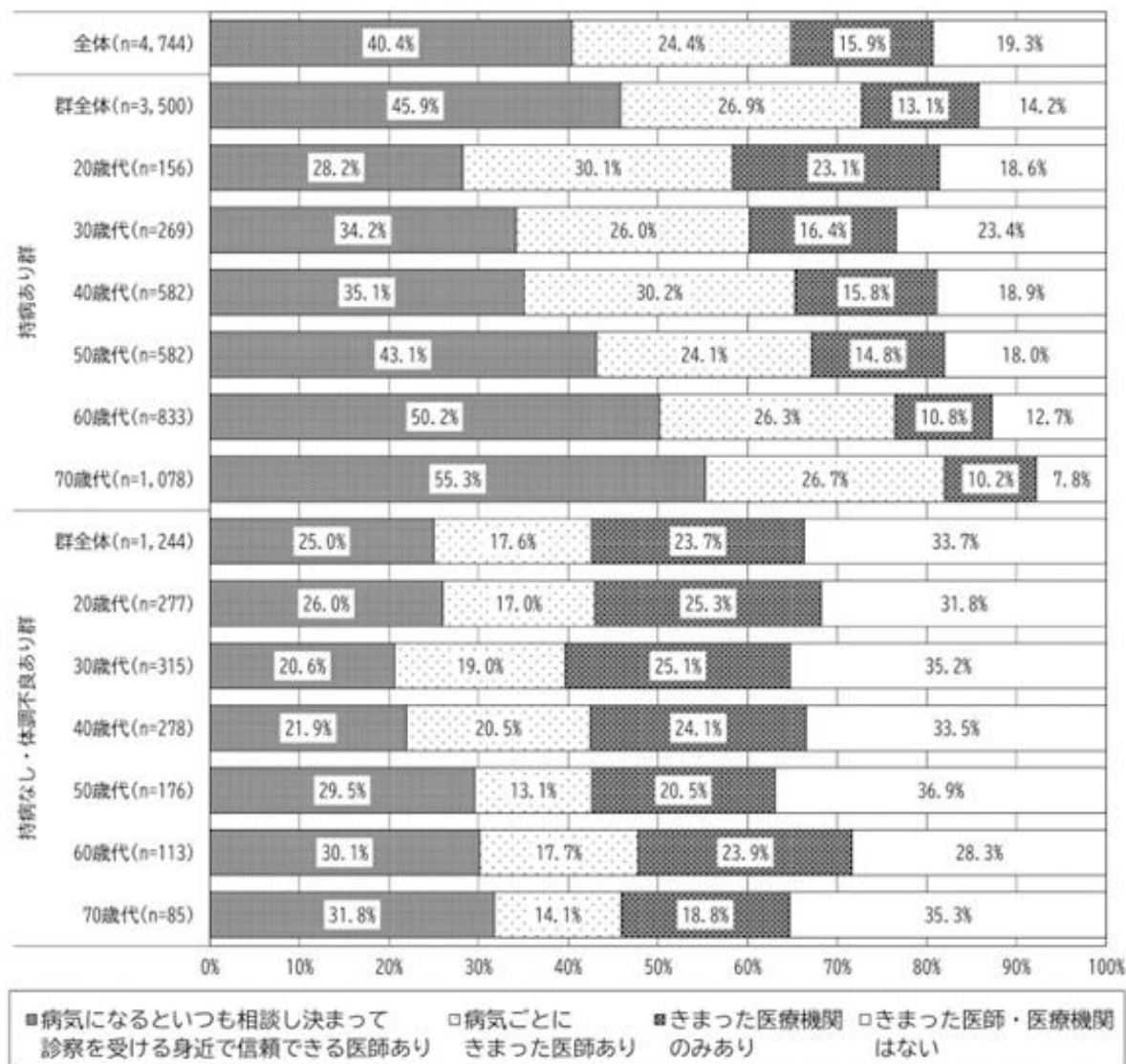
患者意識の変化とオンライン化を見据えた経営

■ コロナ禍を機にかかりつけ医の必要性が高まる

(1) かかりつけ医・医療機関の有無

受診意識調査結果によると、かかりつけ医がいると回答した割合は全体の 40.4%で、かかりつけ医がいる、または医療機関があると回答した割合は 80.7%を占めています。

◆ 「かかりつけ医」の有無(群別・年齢階級別)



(出典) 健康保険組合連合会「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査」(2022年2月)

次に、かかりつけ医がいると回答したなかで、いつも受診する医療機関の構成割合を見ると、「一般診療所(医院・クリニック)」が 83.8%と最も多い結果となりました。

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。

成果報告のポイント

費用の予算管理における 成果報告のポイントを教えてください。

予算管理制度を機能させるためには、その「成果」を毎月報告させることが必要です。

これを怠れば、予算管理に対する意識を院内に定着させるのは困難です。

例えば、翌月 15 日までに成果速報を各部門に定期的に連絡する仕組みの場合、予算額は根拠に基づき決定しているため、各部門では消費物品内容と数量に大きな変動がなければ、予算計画は遂行されるはずですが。

しかし、予算計画を策定しただけで、実行は各担当者に一任しているような状況では、各部門や職員個々が責任を持たないうえ、さらに予算を達成できなかった場合には、他者や他部門へ責任転嫁させることになりかねません。

こうした事態を回避するためには、予算管理の結果報告を定期的に行うことが重要です。

この報告によって定期的な現状把握が可能となり、予算管理担当者は対策が立てやすくなります。このように、管理する側に大きな負担を与えない方法が最も定着しやすいといえるでしょう。また、部門単位の予算額と実消費額の状況について、半期・年度単位のグラフで示して情報を伝えることも、予算管理上では効果があります。

さらに最も職員数の多い看護部門に対しては、成果報告書以外に師長会議などに出席して直接状況報告を行い、その場で問題点などについて意見交換することも有効です。

■ポイント

- 予算計画だけを策定して「……のはず」という事態にしない
- 「予算管理を行っている」という言葉の発信だけでは、全職員に定着しない
- 報告は定期的に行い、各部門は現状を把握しておく
- 予算管理の遂行は人任せにしない、させない
- 成果報告によって、各職員に予算管理という取り組みを理解させる
- 予算管理報告を定期的に行うことは、各部門単位だけでなく、職員個々が実践することが重要であるとする「当事者意識」の醸成につながる
- 職員数の多い看護部門では、師長会議等の病棟・外来単位による予算状況報告も効果的

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だといえます。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。

①DRG（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