

医業 経営 MAGAZINE

Vol.572 2019.5.7

医療情報
ヘッドライン

在宅医療、 都道府県の取り組み強化 各団体と自治体の協働を呼びかけ

▶厚生労働省 全国在宅医療会議

データポータビリティの実現で、 適切な医療・介護サービス や健康づくり促進

▶規制改革推進会議

2019年4月26日号

2020年度予算編成に向けて 提言を示す

週刊
医療情報

統計調査資料
医療施設動態調査
(平成30年11月末概数)

経営
TOPICS

平成29年受療行動調査からみる 患者満足度向上に向けた対応策

経営
情報
レポート

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:診療録作成のポイント
医療の記録に関する基本的事項
診療記録の基本原則

経営
データ
ベース

在宅医療、都道府県の取り組み強化 各団体と自治体の協働を呼びかけ

厚生労働省 全国在宅医療会議

厚生労働省は、2月27日の全国在宅医療会議で、在宅医療の充実に向けた取り組みを各関係団体と共有し、今後は都道府県レベルで各団体と自治体が協働していくことが重要として、各団体の支部局が連携を強化し、積極的に情報交換を図るよう呼びかけた。

■全国在宅医療会議で、昨年4月、重点分野の取り組みとして「7つの柱」を策定

全国在宅医療会議は、行政や関係各団体が足並みをそろえて在宅医療の推進体制を整備することを目的として、2016年7月に設置された。

昨年4月には、重点分野の取り組みとして「7つの柱」を策定した。具体的には、「地域の病院と在宅医療との協働体制の構築」「行政と関係団体との連携」「関係団体同士の連携」「ICT等最新技術の活用」「国民への在宅医療に関する普及・啓発」「在宅医療に関わる関係者への普及・啓発」「在宅医療の実践に関する研究及び教育」を挙げ、医療連携と普及啓発を目指してきた。

とりわけ、質の高い在宅医療を推進するうえで欠かせない多職種連携を実現するには、「行政と関係団体との連携」「関係団体同士の連携」が重要となる。

そのため、市町村で地域支援事業を進めてきたが、高齢化に伴う医療ニーズが増加していくことを受け、厚労省は都道府県が広域的な観点から市町村を支援することが肝要と判

断し、1月末には「在宅医療の充実に向けた取り組みの進め方について」と題した通知を発出して、自治体間の連携強化を促してきた。

■関係団体と自治体が取り組みの進捗を確認し合いながら、都度課題を共有

しかし、現場レベルでその取り組みを効果的なものとするには、関係団体との連携・協働が必要となる。そこで今回、関係団体に向けて、その支部局が自治体と連携することを求めたということである。

つまり、関係団体と自治体が取り組みの進捗を確認し合いながら、都度課題を共有していくことを求めているため、別な見方をすると、現場から都道府県への突き上げを期待しているともいえる。

全国在宅医療会議は、各都道府県で行われた情報交換や成果を共有し、次の一手を立案していく場として機能することになるため、今後の会合で取り上げられる内容は、在宅医療の最新状況を映し出したものになるだろう。



データポータビリティの実現で、適切な医療・介護サービスや健康づくり促進

規制改革推進会議

規制改革推進会議は2月26日、今夏の答申に向けた重点検討事項を決定した。

医療関係では、「革新的ビジネスを促す規制・制度の改革」として、「医療・介護分野における生涯にわたる医療等データを活用した健康づくり（データポータビリティの実現）」を盛り込んだ。

スマートフォンやアプリなどを介して一人ひとりが自らの医療データを簡単に取得できる仕組みを整え、医療・介護サービスを適切に受けられるようにするとともに、健康づくりへの活用を促して社会保障費の抑制につなげることをねらいとする。

■2017年、経産省と総務省が「データポータビリティに関する調査検討会」を立ち上げ

「データポータビリティ」とは、個人のデータはその人自身のものであるとの考えに基づき、本人の意思でいつでもデータを引き出し、他サービスでも再利用できる仕組みを指す。データを持ち運ぶことが可能というところから「ポータビリティ」と表現される。

EUが世界に先駆けて取り組んでおり、昨年5月に発効された「EU一般データ保護規則」（GDPR）において、「データポータビリティ権」が定められた。

日本でも、2017年11月に経済産業省と総務省が共同で「データポータビリティに関する調査検討会」を立ち上げ、諸外国の状況調査や課題の洗い出しが行われている。

■医療診断・治療等の情報でデータポータビリティの必要性を感じている人は77.5%

この動きの背景にあるのが、GoogleやFacebookといったプラットフォーマーの台頭だ。

データ移行が面倒であれば、特定のプラットフォームへの優位性が高まる。

逆に、データ移行が容易になれば、ユーザーはサービスを乗り換えやすくなり、より優れたサービスを選びやすくなる。

ひいては、サービス事業者間の競争を促し、質を高めることにもつながる。

当然、医療・介護サービスでも同じことがいえるため、データポータビリティの実現がもたらす副次的な効果は高いといえよう。

一般的な認識としても、医療分野でのデータポータビリティの必要性は高いと思われているようだ。

経済産業省が富士通総研に委託して2017年11月に実施したアンケート調査によれば、「医療を受ける際の診断・治療等の情報」でデータポータビリティの必要性を感じている人は77.5%にのぼった。

具体的には、「セカンドオピニオン」「旅先での通院時の情報提供」「健康情報の共有サービス」などで利用したいとの意向が強いこともわかつており、医療機関にとっては「かかりつけ医・薬局」以外の需要を取り込む際のヒントになるものとみられる。

医療情報①
財務省
分科会

2020年度予算編成に向けて 提言を示す

財務省の財政制度等審議会財政制度分科会（会長＝榎原定征・東レ株式会社特別顧問）は4月23日に会合を開き、社会保障をテーマに議論を行ったうえで、財務省は同日、「社会保障について」と題する提言を示した。

医療についての提言～3つの視点

- ▼（視点1）保険給付範囲のあり方の見直し
- ▼（視点2）保険給付の効率的な提供
- ▼（視点3）高齢化・人口減少下での負担の公平化

さらに、視点1については「『大きなリスクは共助、小さなリスクは自助』の原則の徹底」「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」を、視点2では「医療・介護提供体制の改革」「公定価格の適正化」を、また視点3では、「年齢ではなく能力に応じた負担」「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」を、それぞれ論点として挙げた。

■保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大も

医療についてはさらに、「少額の受診等に一定程度の追加負担を求める」など18項目にわたり具体的な議論の方向性が示された。

具体的な議論の方向性（18項目）

- ▼医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応のあり方を決める仕組みとしていくべき。保険収載とならなかった医薬品等については、安全性・有効性があれば、保険外併用療養費制度により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。その際、経済性の面からの評価に見合う価格までは保険適用と同等の給付を行う新たな受け皿の類型（保険外併用療養費制度の柔軟化）を設定すべき。
- ▼薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、薬剤の自己負担引上げについて具体的な案を作成・実施すべき。その際、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大についても併せて検討を行うべき。（以下、続く）

医療情報②
日本
専門医機構

シーリングのあり方転換、 診療科別を検討

一般社団法人日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研修センター長）の4月度理事会後の定例記者会見が、4月22日に開かれた。議題となった、▼次年次のシーリングについて▼サブスペシャルティ領域についての各議事内容が、寺本理事長から報告された。

■診療科別シーリングは働き方改革開始と足並みを

これまで基本領域の専攻医募集については、5都府県（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）で、外科・産婦人科・病理・臨床検査を除く基本領域にシーリングを設定（2019年度から東京都のシーリングは5%と設定）し、これを数年間継続するとの方針だった。

しかし、3月22日に開催された「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」で事務局が示した「将来の必要医師数および必要養成数に基づき算出された各都道府県の診療科別のシーリング」の案に沿った形で20年度から開始する旨を理事会に提案した。寺本理事長は「診療科偏在の問題に関しては日本専門医機構にかなり委ねられている」との認識を示し、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」で検討されている医師養成数との兼ね合い、さらには、20年度の専攻医募集スケジュール等の関係からも、このタイミングで方針を変える必要があったとした。この背景には、「医師の働き方改革」に関連して24年から、「医師の時間外労働上限」に従わない医療施設に対しては罰則が規定されており、それに影響を与えるシーリングに関しても早めに方向性を示さなければならない事情もあった。寺本理事長は「各基本領域学会からは診療科別のシーリングの設定について概ねの了解は得られた」としているものの、厚労省から示されたデータには精神科における措置入院に必要な医師数が含まれていないなどの諸問題が内在するなど、最終的な合意までには至っていない。一方、地域別のシーリングについては、5府県から神奈川、愛知を外すことも検討されている。

■専攻医募集開始は9月中を目途に

本年4月から専門研修を始めたのは8615人（前年8410人）で、昨年度から微増となつたが、今後、大幅な養成数が望まれる総合診療専門医は179人と、昨年度の184人からわずかではあるが数を減らした。その一番の要因はキャリアパスが見えないことであり、今後、ダブルボードの問題、サブスペシャルティをどうするかなどについて機構内で議論していくことになる。今回のシーリング見直しのスケジュールが大幅に遅れる影響で、仮に5月開催予定の「医道審議会専門研修部会」で諮ったとしても、20年度の専攻医募集開始は当初予定されていた9月1日開始は難しく、1カ月程度遅れる可能性もある。

週刊医療情報（2019年4月26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。

医療施設動態調査

(平成30年11月末概数)

厚生労働省 2019年1月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減無し、病床数は 930床の減少。
 一般診療所の施設数は 33施設の増加、病床数は 231床の減少。
 歯科診療所の施設数は 17施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成30年11月	平成30年10月			平成30年11月	平成30年10月	
総数	179 158	179 142	16	総数	1 638 533	1 639 694	△ 1 161
病院	8 365	8 365	-	病院	1 544 202	1 545 132	△ 930
精神科病院	1 055	1 057	△ 2	精神病床	328 792	329 110	△ 318
一般病院	7 310	7 308	2	感染症病床	1 884	1 882	2
療養病床を 有する病院（再掲）	3 728	3 729	△ 1	結核病床	4 762	4 762	-
地域医療 支援病院（再掲）	571	571	-	療養病床	317 672	318 603	△ 931
				一般病床	891 092	890 775	317
一般診療所	102 196	102 163	33	一般診療所	94 270	94 501	△ 231
有床	6 893	6 909	△ 16				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	840	841	△ 1	療養病床 (再掲)	8 465	8 471	△ 6
無床	95 303	95 254	49				
歯科診療所	68 597	68 614	△ 17	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成30年11月末現在

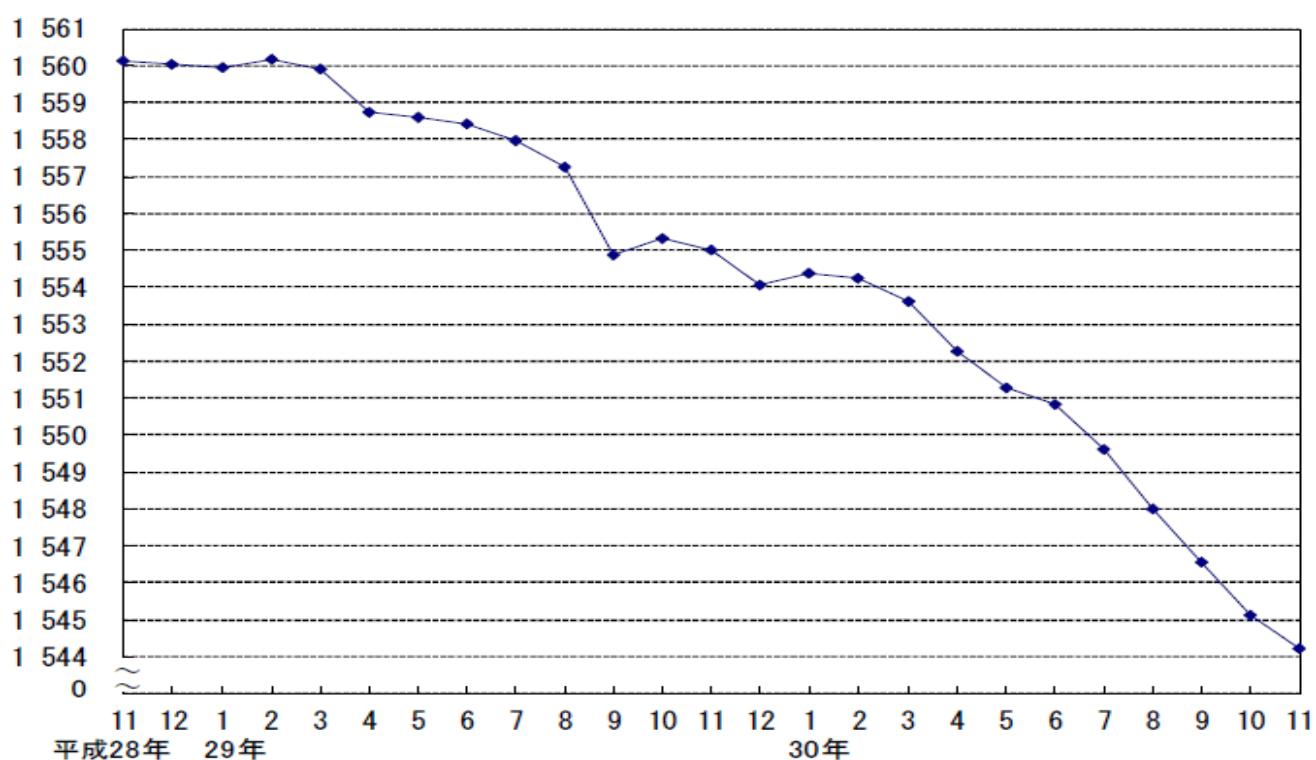
	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 365	1 544 202	102 196	94 270	68 597
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 751	-	-	-
国立大学法人	47	32 683	147	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 465	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 888	2	-	-
その他	24	3 711	361	2 179	3
都道府県	199	53 064	253	176	7
市町村	620	127 963	2 939	2 186	254
地方独立行政法人	104	40 769	32	17	-
日赤	92	35 611	205	19	-
済生会	85	22 885	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 775	65	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	302	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 362	146	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	197	49 634	497	271	103
医療法人	5 756	862 711	42 972	70 862	14 407
私立学校法人	112	55 561	189	38	16
社会福祉法人	199	34 148	9 874	339	37
医療生協	82	13 672	305	267	51
会社	35	9 156	1 703	10	9
その他の法人	211	44 206	739	290	112
個人	187	17 397	41 373	17 572	53 589

参考

■病院病床数

病床(千床)

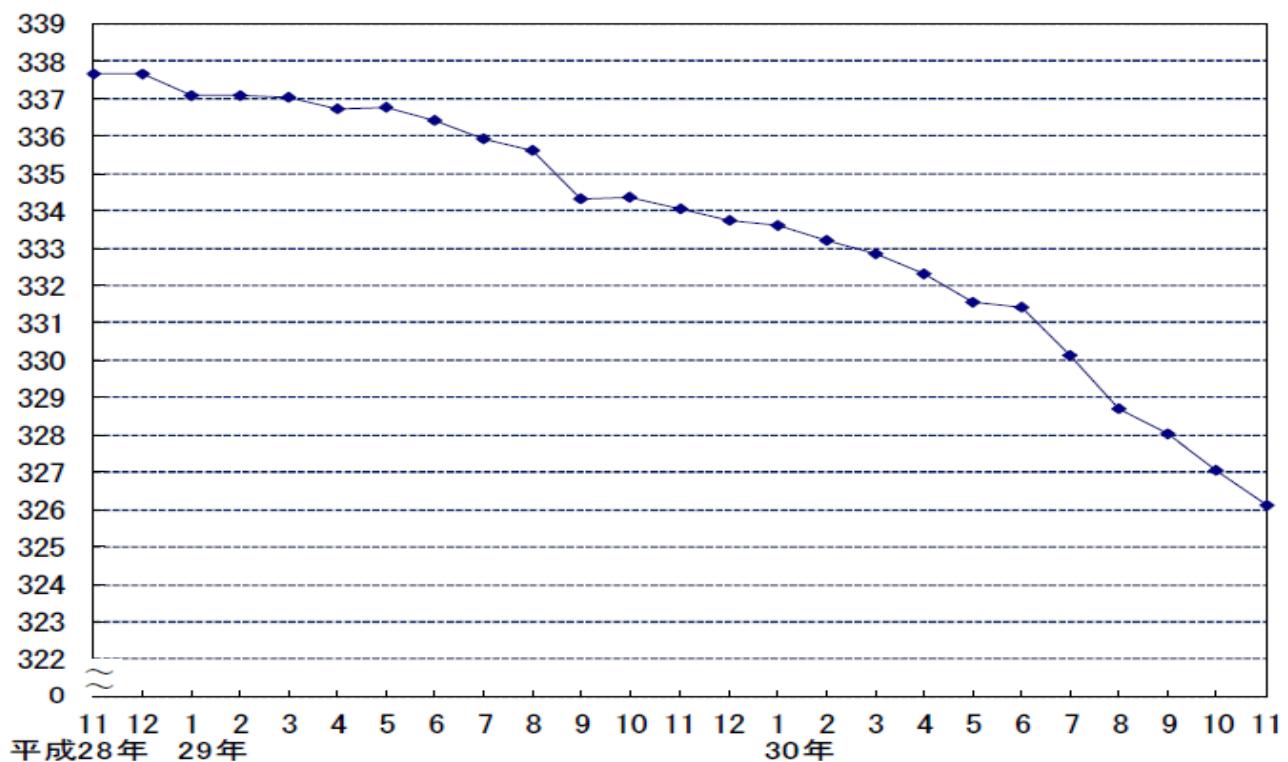
病院病床数



■病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（平成30年11月末概数）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。



平成29年受療行動調査からみる 患者満足度向上に 向けた対応策

1. 平成29年受療行動調査の概要
2. 受療行動調査からみる患者の動向
3. 患者満足度向上に向けた取り組み



■参考文献

厚生労働省ホームページ「平成29年受療行動調査（概数）の概況」

平成29年受療行動調査の概要

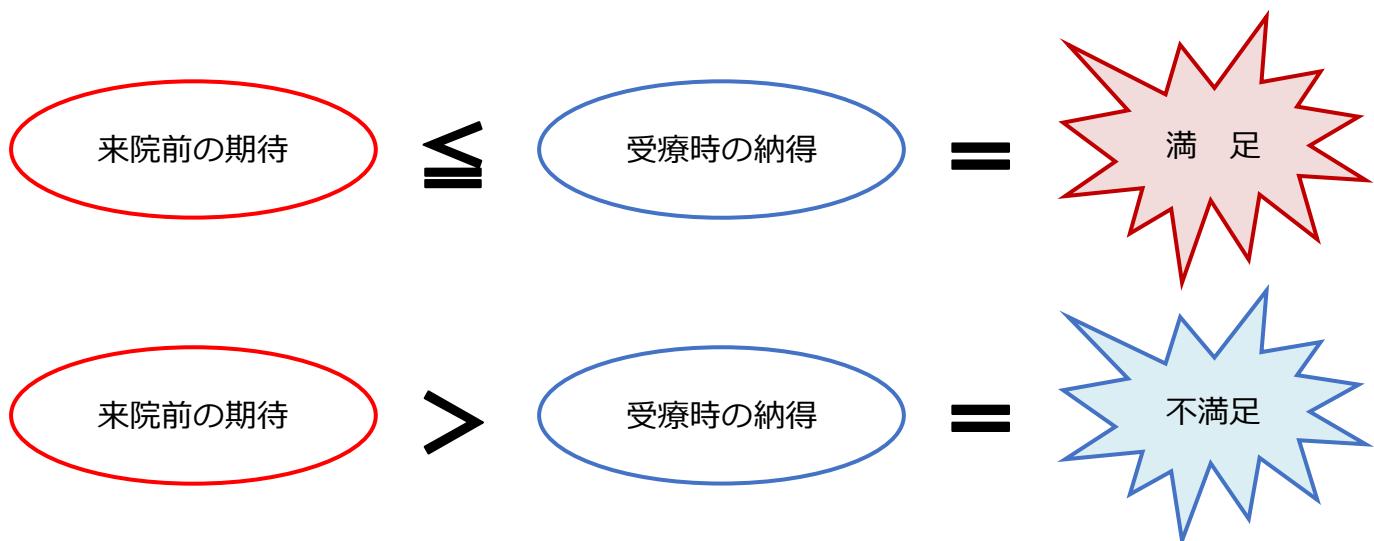
■ 患者満足度向上とニーズの把握

医療はサービス業であるという考え方によれば、患者の要望に応えることが重要であり、患者の最大の満足は、期待通りの治療を受けて充分な満足が得られることにあります。

また、高齢化や疾病構造の変化に伴い、慢性疾患などで継続的に医療機関に通院する必要のある方が増えてきています。

こうした理由により、長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関、医師など医療従事者との信頼関係および良好なコミュニケーション構築がより重要視されるようになってきました。

◆受療時の患者満足度イメージ図



また、患者が抱えている疾病、年代や性格、環境などによっても異なりますが、このような患者の世代や事情を問わず最適な医療サービスを提供することが求められています。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービスの提供が期待されています。

患者に寄り添ったサービスを提供した結果、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることになります。

高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得られず、医療機関として生き残ることは困難になるといえます。

患者の発信するメッセージをいかに誠実に受け止め、医療機関全体で苦情や不満を伝えやすい環境づくりに取り組むかが重要だといえます。

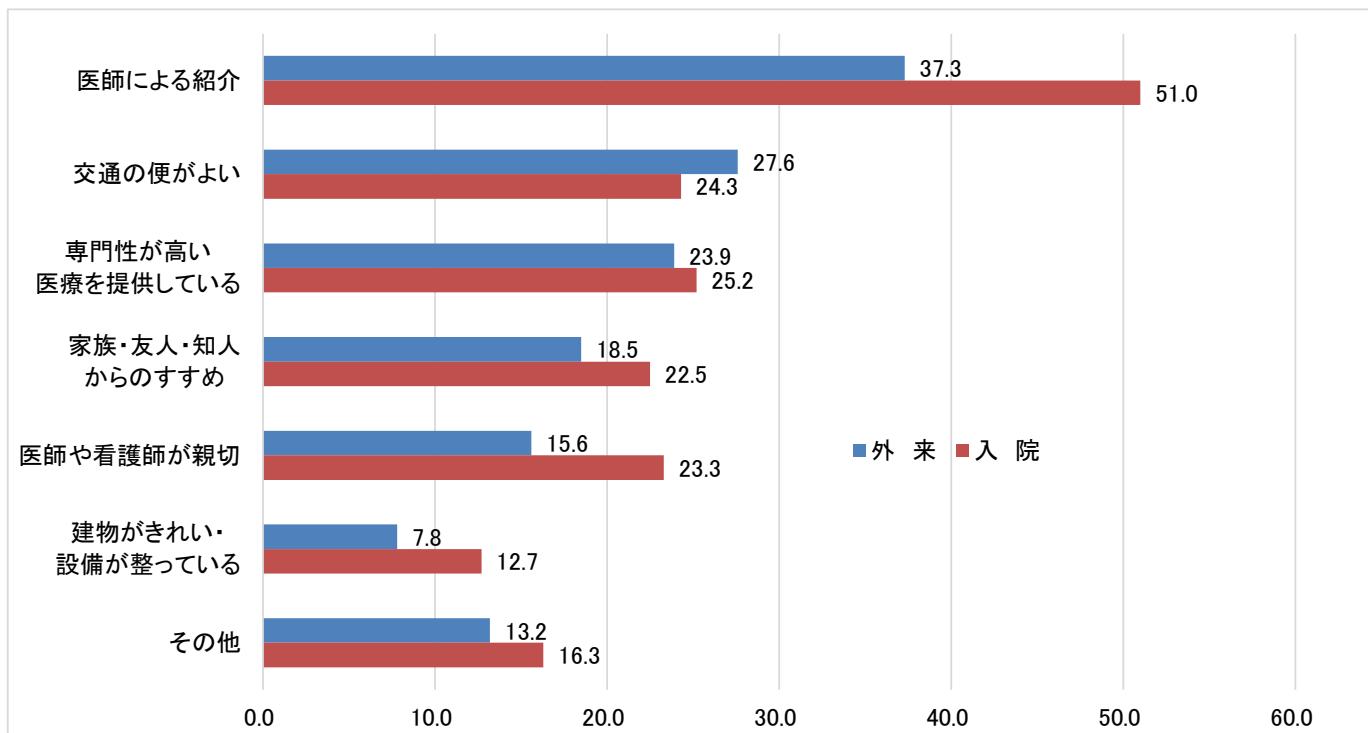
■ 患者が受診先を選ぶ選考要因

(1) 受診した医療機関を選んだ理由

「病院を選んだ理由がある」という回答のうち、その選んだ理由をみると、外来（37.3%）入院（51.0%）、ともに「医師による紹介」が最も高く、次いで、外来では「交通の便がよい」が27.6%、入院は「専門性が高い医療を提供している」が25.2%となっています（「病院を選んだ理由がある」回答数を100とした割合）。

この結果は、前回（平成26年受療行動調査の概況）と比較して大きな変化はありませんが、「他の医療機関との連携体制がある」、「地域に認められた医療機関である」ことが患者から選ばれる重要な要素であることが窺えます。

◆ 外来・入院別にみた病院を選んだ理由（複数回答）



（出典）厚生労働省：平成29年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 図1）

(2) 医療機関にかかる時の情報入手先

患者がふだん医療機関にかかる時「情報を入手している」と回答したのは、外来が77.7%、入院が82.6%で、「特に情報は入手していない」は、外来が17.2%、入院が14.1%となっています。

「情報を入手している」という回答のうち、情報の入手先をみると、外来・入院ともに「家族・知人・友人の口コミ」が最も高く（外来 70.6%、入院 71.9%）、次いで外来では「医療機関が発信するインターネットの情報」が 21.1%、入院では「医療機関の相談窓口」が 23.9%となっています。

この結果を踏まえると、7割の患者は身近な人の口コミを頼りに受診先を選んでいると考えられます。来院された患者の期待に応え続け、患者が患者を呼び込んでくれることが増患につながる有効な手段といえるでしょう。

また、2007年4月からスタートした「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」を確認することで、診療科目、診療日、診療時間や対応可能な疾患治療内容等の医療機関の詳細がわかりますが、患者側は実際にはそれ以外の情報を求めているといえるため、これらニーズに応える情報提供が増患に重要な要素だと捉えることができます。

◆外来・入院別 ふだん医療機関にかかる時の情報入手先（複数回答）

		情報入手している	情報の入手先（複数回答）									平成29年		
総数			医療機関の相談窓口	インターネットが発信する情報	パンフレットなどの広告	行政機関の相談窓口	（医療機能情報提供制度など）医療機関が発信するインターネットの情報	広報誌やパンフレット	行政機関が発行する（SNSや電子メールなど）医療機関の情報（行政機関以外の情報が掲載されている場合）	新聞・雑誌・ラジオの番組	家族・口コミ・友人の口コミ	その他		
外 来	100.0	77.7 (100.0)	(16.3)	(21.1)	(5.0)	(2.3)	(3.4)	(3.3)	(12.0)	(5.3)	(70.6)	(10.5)	17.2	5.1
入 院	100.0	82.6 (100.0)	(23.9)	(15.8)	(6.5)	(5.6)	(3.1)	(3.7)	(9.8)	(6.1)	(71.9)	(12.1)	14.1	3.3

比較的、外来で
多く挙げられた項目

外来・入院ともに
最も多く挙げられた項目

（出典）厚生労働省：平成29年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 表1）

（3）外来患者の最初の受診場所

外来患者が病気や症状について最初に受診した場所をみると、「最初から今日来院した病院を受診」が 54.2%と最も多く、続いて「最初は他の病院を受診」が 27.3%、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」が 15.1%となっています。

病院の種類別では、特定機能病院では「最初は他の病院を受診」が 42.1%と最も多く、それ以外の病院では「最初から今日来院した病院を受診」が最も多くなっています。

3

医業経営情報レポート

患者満足度向上に向けた取り組み

■ 待ち時間と診察時間の長さ

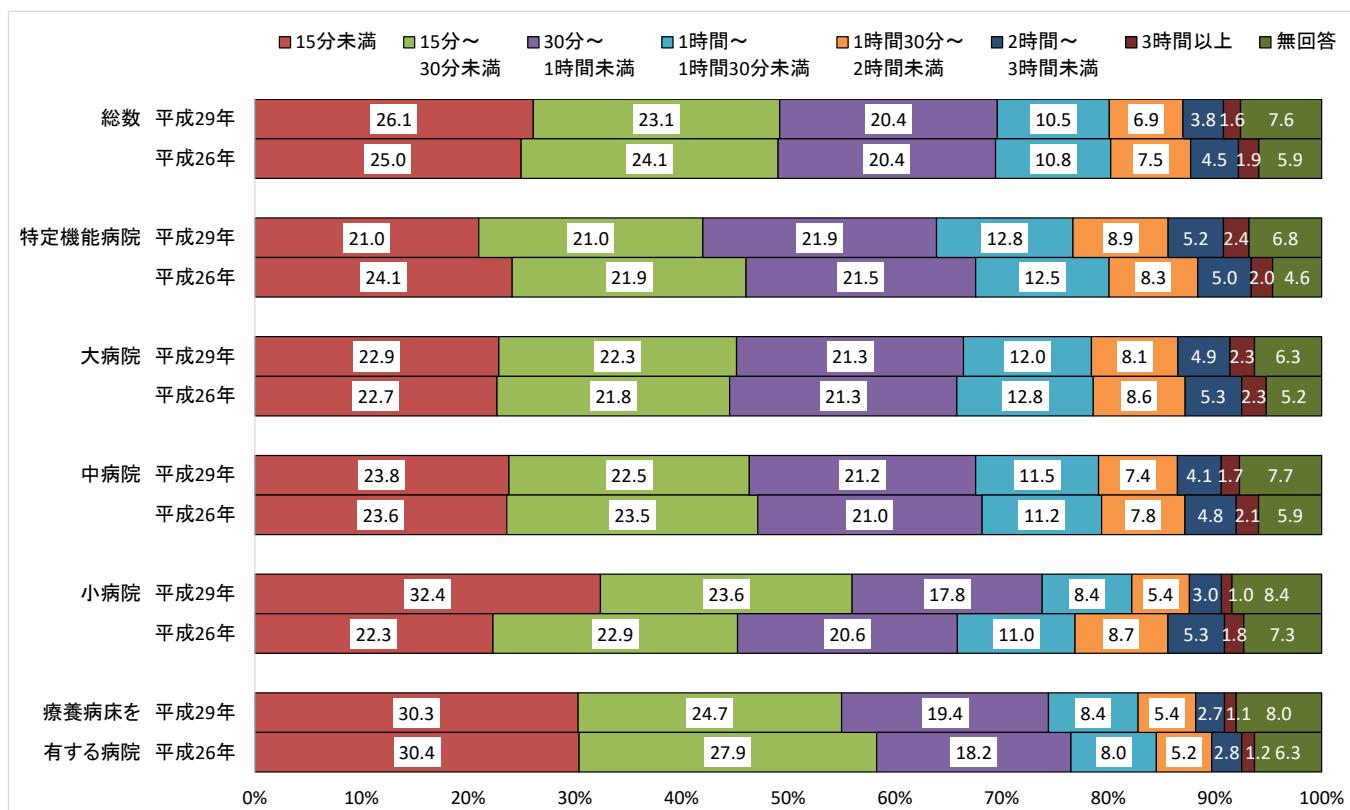
(1) 診察等までの待ち時間

外来患者の診察等までの待ち時間みると、「15分未満」が26.1%と最も多く、1時間未満の待ち時間の割合が約7割となっています。

病院の種類別にみると、特定機能病院の「30分～1時間未満」が21.9%と最も多く、それ以外の病院では「15分未満」が最も多くなっています。

また、前回の調査結果と比較すると、小病院の待ち時間の長さが短くなっています。15分未満の待ち時間の割合が10%増加しています。

◆ 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間



(出典) 厚生労働省: 平成29年受療行動調査(概数)の概況(関連資料 図3)

(2) 診察時間

外来患者の診察時間をみると、「5分～10分未満」が38.1%と最も多く、続いて「5分未満」が28.5%、「10分～20分未満」が12.7%となっています。

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。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:診療録作成のポイント

医療の記録に関する基本的事項

医療記録を記載する際に留意しなければならない基本事項を教えてください。

医療に関する記録は、診療録に限らず、患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての医療専門職種が、共有すべき情報を系統的に記載することが必要です。

そして、医療従事者が患者から求められる姿勢である、①守秘、②自己情報の開示、③誤りの訂正、④自己情報の流通の忌避、の各点を念頭に置いた記載となるよう留意しなければなりません。

参考となるのは、(公財)日本医療機能評価機構が実施する事業の一つである認定病院患者安全推進協議会において、同協議会内に設置された医療記録部会で検討が続けられ、医療記録に関する基本的事項として挙げられた次のような留意点です。

- ①取得する患者情報は、事実に即し客観的に記載する。推測、推論部分は断定表現を使わずに、記載時に最新のデータを記述する。過去に遡る記事を記述するときは、その事実の発生時刻を記載する。
- ②医師の診断、治療、手術など医師によるのみならず、看護・リハビリテーションなどの経過を記載する。経過中の事実の発生および変化が容易にわかるよう系統的に綴じる。
- ③略語はできるだけ避け、一般に理解できる用語で記載する。日本語が望ましい。
- ④患者の全体像および一連の経過が容易に把握できるように記載する。
- ⑤多職種による医療行為の相互関係が分るよう、記載とファイリングを工夫する。
- ⑥診療・看護計画は必要に応じて見直すと共に、修正した場合には理由を記載する。
- ⑦新たな診療・看護行為を行った事実(傾聴・観察・計測・評価・診断・計画・処置・治療行為・成果評価の全てを含む)の発生ごとに日時を記載する。ただし、同一日内では時刻のみの記載でもよい。遡って記載する場合は、当該事実が発生した日付および時刻と作成日時とを併記する。
- ⑧記事の記載・修正変更の都度、署名をする。
- ⑨手書きによる記録は、ボールペンまたはインクなどで容易に消えないように記載する。
- ⑩訂正を行う場合は、真正性の保証のために原則として訂正前の内容が判るように二本線を引き、修正点を新たに記載する。修正液、研磨性消しゴムは使用しない。
- ⑪手書による記録と電子記録が併用されている医療施設は、手書記録か電子記録のどちらを正本(正式の医療記録)とするかを、情報の種類(保険診療録1号様式、経過記録、指示記録、経過表、手術・麻酔記録・サマリーなど)ごとに明示する。

参考:(公財)日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会「医療記録の記載指針(案)(入院医療記録)」

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:診療録作成のポイント

診療記録の基本原則

診療記録記載上の基本原則には
どのようなものがあるでしょうか。

国立大学医学部付属病院長会議の「医療事故防止策の策定に関する部会」から2001年3月に発表された「優れた診療記録の作成」に記載されているのは、次のような診療録作成上の基本原則です。

1. やるべき5原則 ~「記載してあること」が大前提

- (1) 客観的で臨床に関連した事項であること
- (2) 正確であること
- (3) 読める字で書いてあること
- (4) タイムリーに記載されていること
- (5) 完成されたものであること

2 やってはいけない3原則

- (1) 改ざん、または改ざんとみなされるような行為
- (2) 他の医療従事者の非難
- (3) 患者や家族について偏見に満ちた表現や感情的表現での記録

3. 医療事故に関する記録に関する注意事項

- (1) 医療事故に関する事実を必ず記載すること
- (2) 患者や家族への説明や、やり取りを必ず記載すること
- (3) 正確で誤解のない表現を用い、根拠のない断定的な表現はしないこと
- (4) タイムリーに記載すること
- (5) 患者の診療に直接関係のない病院業務に関わることは記載しないこと
- (6) 反省文、他者の批判等は書かないこと

4. 署名と日付

- (1) 記載した全ての記録には記載者の責任を明確にするために署名と日付が必要
- (2) 署名は本人が特定できる書き方であること
- (3) 臨床研修医のサインの場合は、指導医のカウンターサインをいれること

5. 訂正方法

- (1) 改ざんとみなされるような不適切な訂正、消去、追加はしない
- (2) 大きく訂正する場合は訂正前の字句が読めるように一本線で消し、そこに訂正内容、訂正日、時間、訂正者のサインを入れる
- (3) 臨床研修医の診療録を指導医が訂正する場合や、診療録の監査で訂正する場合は、その旨も記載すること

6. 略語や外国語の使用

- (1) 診療録はすべての医療従事者（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等）が容易に理解できるように書くこと
- (2) 可能な限り日本語で記載し、略語は最小限にするように努めること

7. その他の注意事項

- (1) コンプライアンス不良、治療拒否、診察や検査のキャンセルなど、診療に影響を与えるような患者側の要因も記載する
- (2) 患者への検査や受診を促すために作成した文書や電話連絡も記載する