

医療情報
ヘッドライン

**データヘルス時代に即した医療実現に向け
ICTの活用や新たなサービスなどを検討**

▶厚生労働省

**医療・福祉業の現金給与総額 23 万 3,892 円
産業全体より低く、早急な待遇改善が必要**

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

介護給付費実態調査月報（平成 28 年2月審査分）

経営情報
レポート

「かかりつけ医」が果たす役割

患者申出療養の概要と混合診療の行方

経営
データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の策定

**経営トップが経営計画策定時に担う役割
四半期経営計画の策定**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

データヘルス時代に即した医療実現に向け ICTの活用や新たなサービスなどを検討

近年、健診やレセプトなどの健康医療情報は、2008(平成 20)年の特定健診制度の導入やレセプトの電子化に伴い、その電子的管理が進んでいる。この科学的進歩で、従来は困難だった電子的に保有された健康医療情報を活用した分析が可能となってきた。

国民皆保険を標榜する健康保険事業は健保組合、国民健保、協会けんぽも運営団体の財政事情は極めて厳しい状況に差し掛かっている。窮乏時代の健保を維持し発展させるべくデータヘルス時代を迎えている。

■健康医療情報を活用した質の高い医療を実現

厚生労働省は 4 月 25 日、データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた初めての有識者検討会を開催した。

この日の議事は、①本検討会の開催目的、検討の方向性等について②各委員の紹介、③意見交換が主なものであった。検討会の主旨は、本格的な ICT(情報通信技術)時代の到来を踏まえ、効率的で質の高い医療の実現を目的として、ICT の活用、ビッグデータの活用により保険者機能を強化する新たなサービス等を検討することだ。

具体的には、データヘルス時代にふさわしい質の高い医療を実現するため、①データヘルス事業の推進など保険者機能を強化する新たなサービス、②マイナンバー制度のインフラ等の ICT とビッグデータを活用した医療の質、価値を飛躍的に向上させる新たなサービス、③ICT の活用による審査業務の一層の効率化・統一化と審査点検ノウハウの集積・統

一化等、について検討する。併せて、新たなサービスを担うにふさわしい組織・ガバナンス体制について、既存の業務・組織体制を前提とせずに検討するというものである。

2013(平成 25)年、政府は、「日本再興戦略」(2013 年 6 月 14 日閣議決定)の中で、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析に基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として、「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保(国民健康保険)が同様の取り組みを行うことを推進することを掲げた。

これを受けて、厚労省は 2014 年 3 月、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を改正し、「保険者(公的医療保険を行う団体)は、健康医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定し、計画に基づく保健事業の実施及び評価を行う」としている。

●データヘルス計画とは

健康保険組合と事業所は、2015(平成 27)年度から共同で加入者の医療機関の受診データと健診データを分析して、加入者(従業員)に対する病気の重症化予防への取り組みが求められることになった。そのための準備として、平成 26 年度からすべての健保組合が、データヘルス計画の策定に着手することとなった。

医療情報 ヘッドライン②

厚生労働省

医療・福祉業の現金給与総額 23 万 3,892 円 産業全体より低く、早急な待遇改善が必要

厚生労働省は 2 月 23 日、「毎月勤労統計調査（2015 年 12 月分）確報」を発表した。

常用労働者 5 人以上の約 3 万 3,000 事業所を対象に、賃金や労働時間、雇用の変動を調査している。月間の平均現金給与総額は、医療・福祉業で 24 万 8,271 円（前年同月比 0.1%減）、産業全体では 25 万 9,702 円（同 0.4%増）だった。

医療・福祉業の現金給与総額の内訳は、定期給与 23 万 3,892 円（同 0.4%増）、特別給与（賞与、一時金など）25 万 7,381 円（同 0.6%増）。産業全体では、定期給与 23 万 9,310 円（同 0.4%増）、特別給与 28 万 4,567 円（同 0.4%減）だった。

月間の総実労働時間は、医療・福祉業では 133.9 時間（同 0.1%増）で、このうち、所定外時間（早出、残業など）は 5.2 時間（同 7.1%減）。産業全体では、総実労働時間が 143.8 時間（同 0.2%減）で、このうち、所定外労働は 11.4 時間（同 0.9%減）だった。

また、労働者総数は、医療・福祉業は、652.6 万人（同 3.4%増）、このうち一般労働者 453.4 万人（2.0%増）、パートタイム労働者 199.2 万人（同 6.4%増）。さらに入職率は 1.28%（同 0.06 ポイント増）、離職率は 1.35%（同 0.18 ポイント増）だった。

■月 1 万円相当の賃上げを実施するよう要請

自民党は 21 日の「1 億総活躍推進本部」の会合で、政府が 5 月にも策定する「ニッポン 1 億総活躍プラン」に向けた提言をまとめた。「介護離職ゼロ」を実現できる環境をつく

るため、サービスを支える介護職員の処遇を改善すべきとし、キャリアアップの仕組みの構築を進めつつ、平均で月 1 万円相当の賃上げを来年度から実施するよう要請した。必要な財源には、税収の上振れ分などアベノミクスの成果を充てるよう求めている。出席した加藤勝信 1 億総活躍担当相は、「この提言を『プラン』にしっかりと活かしていきたい」と述べた。

■医療・福祉業の現金給与総額はほぼ横ばい

提言の背景には、医療・福祉業の現金給与総額の内訳が定期給与は 23 万 3,892 円とほぼ横ばいで、産業全体の 25 万 9,702 円（同 0.4%増：平成 26 年 12 月比）と比較するまでもなく早急な待遇改善が求められていることがある。

提言では、賃上げの具体的な手法に触れていない。本部長代行を務める田村憲久前厚生労働相は会合後、「どのように行うかは今後の議論」と説明し、勤続年数などに応じて濃淡をつけることも選択肢だと語った。

このほかにロボットや ICT の活用による負担の軽減、職場環境の改善などにも力を入れ、人材の確保につながる対策を総合的に展開すべきと主張している。外国人を積極的に受け入れる姿勢も明確に打ち出し、「技能実習制度」など既存の枠組みとは別の制度も検討するよう進言した。また、「低所得の高齢者が劣悪な未届け有料老人ホームに入らざるを得ない状況を解消すべき」とも意見している。

提言は近く正式に政府へ提出する予定で、新たな「プラン」は今後の施策の土台となり、夏の参院選の公約にも反映される見通しだ。

介護給付費実態調査月報 (平成28年2月審査分)

調査の概要

介護給付費等実態調査は、介護サービスに係る給付費等の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とし、平成13年5月審査分より調査を実施している。

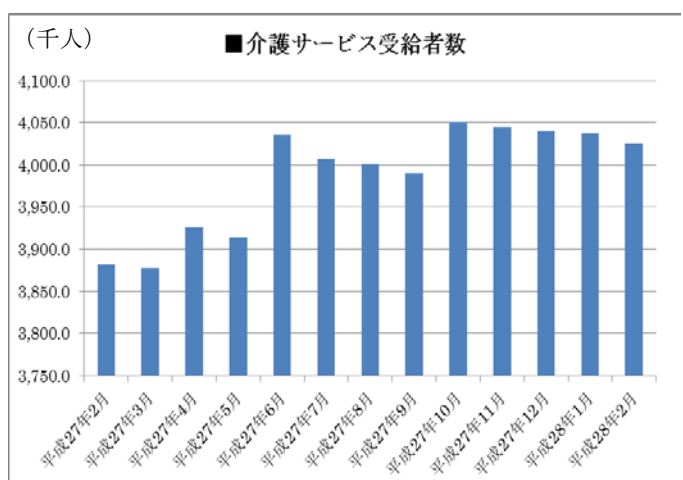
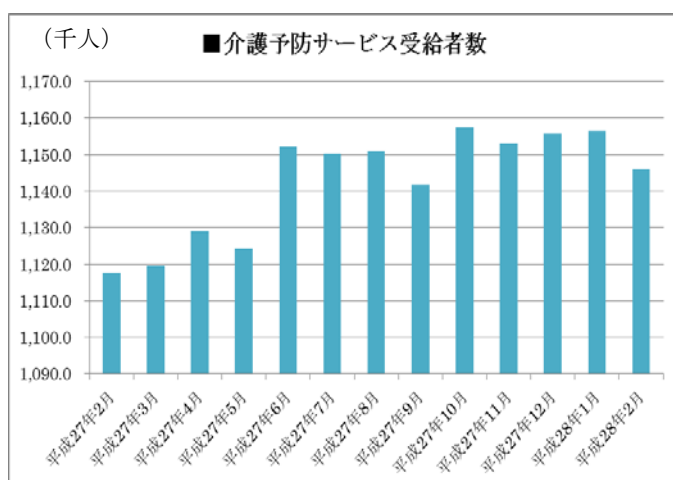
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

結果の概要

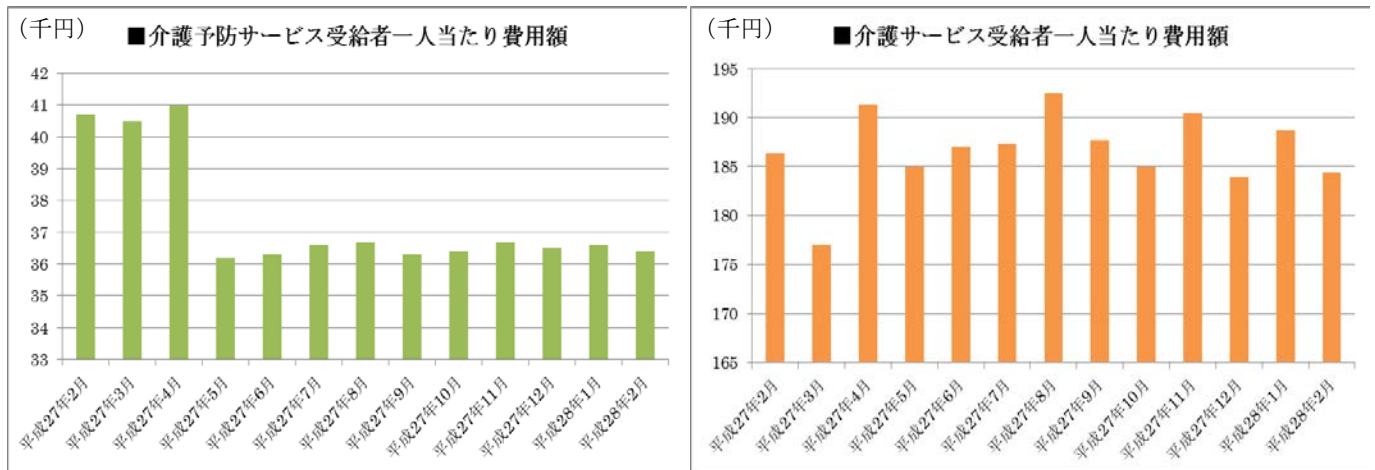
1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは1146.1千人、介護サービスでは4025.6千人となっている。



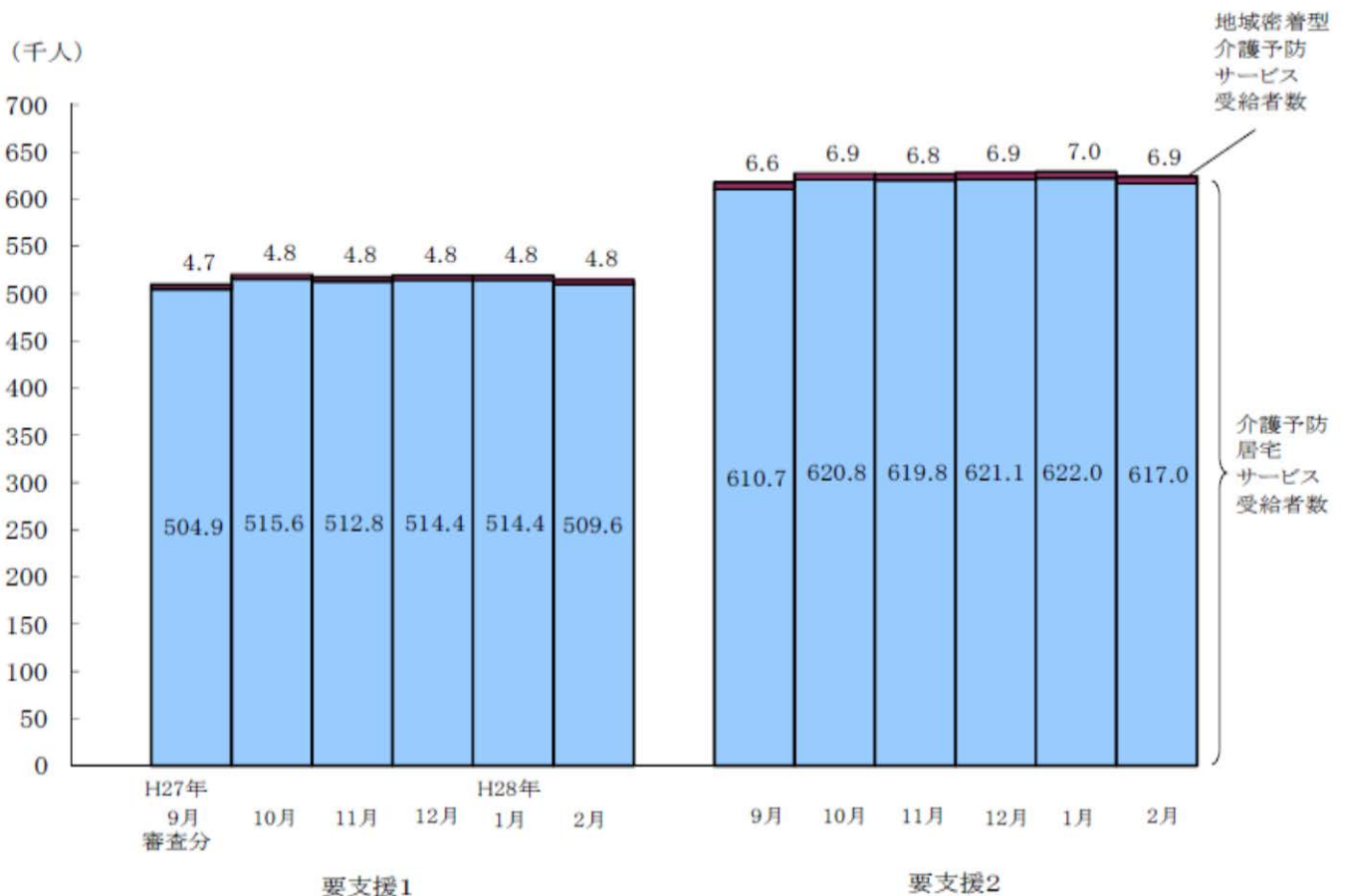
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは36.4千円、介護サービスでは184.4千円となっている。



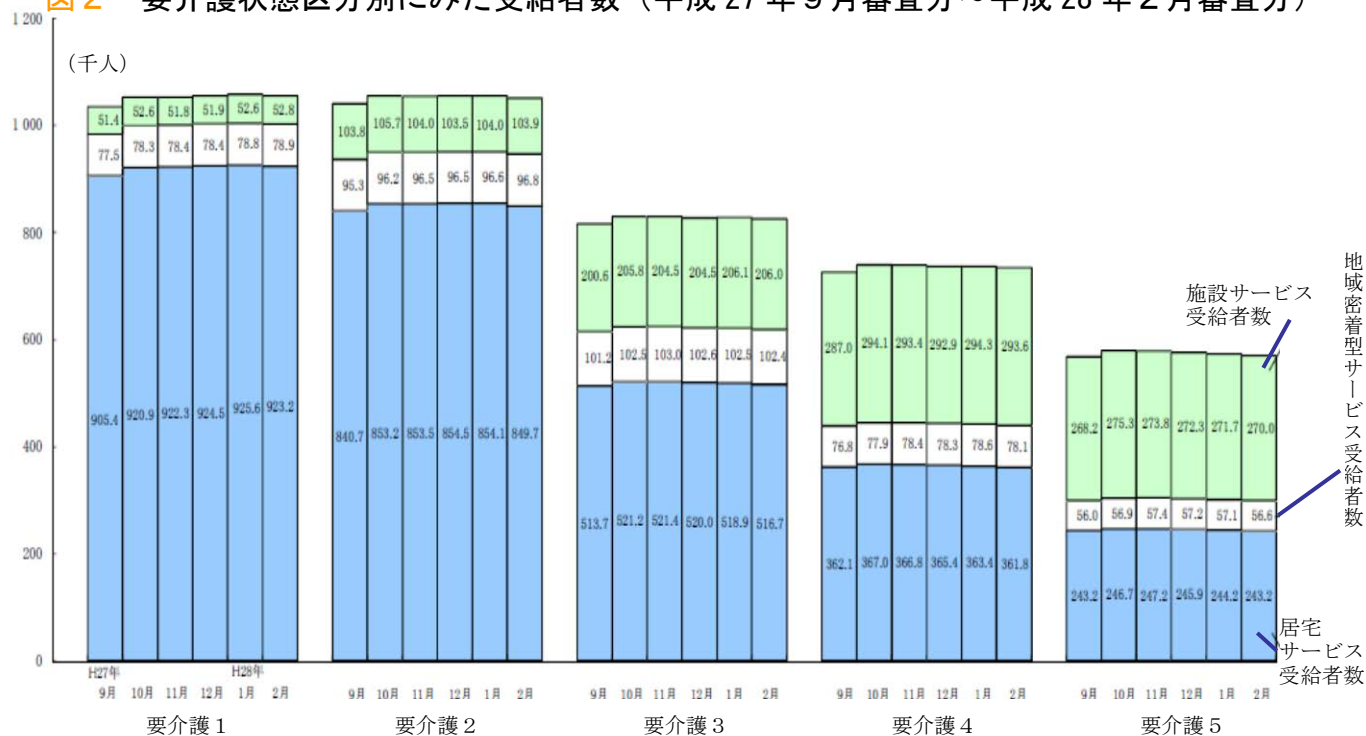
3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区別にみた受給者数（平成27年9月審査分～平成28年2月審査分）



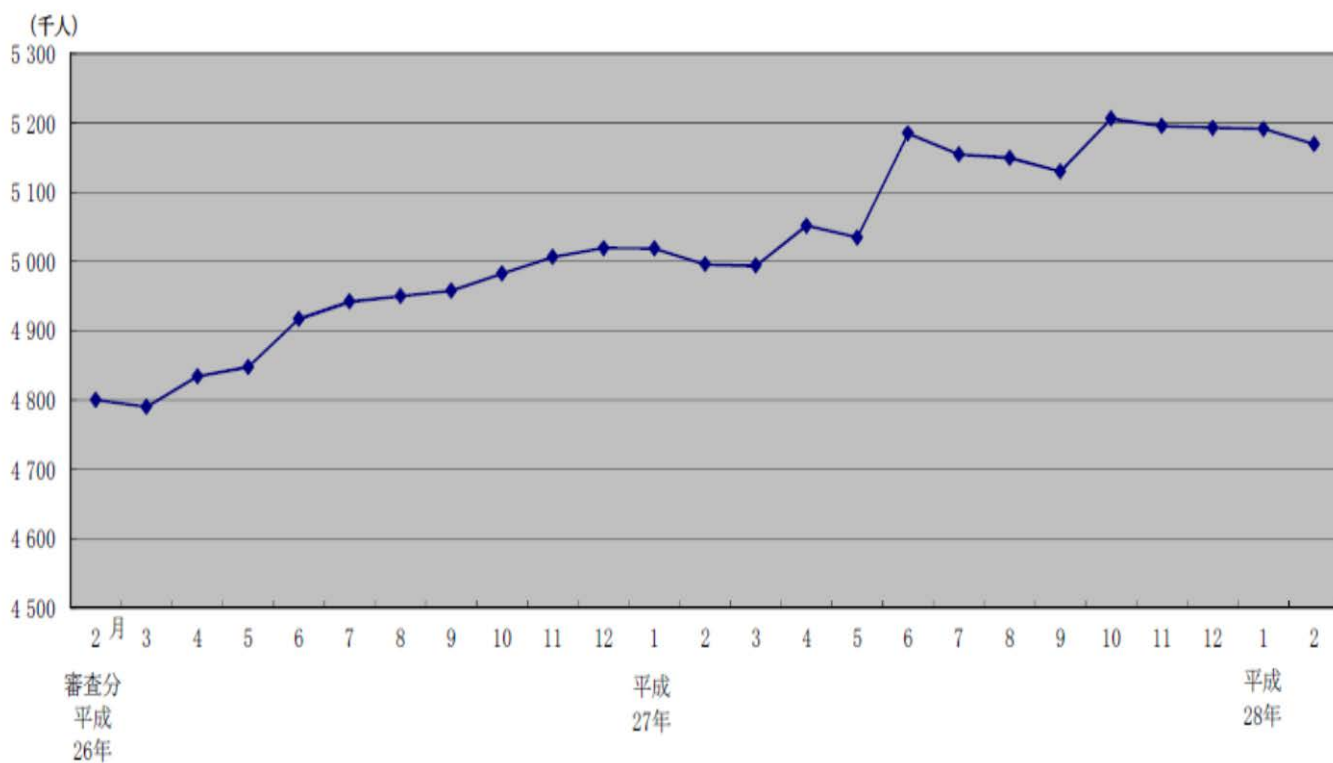
注：地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数（平成27年9月審査分～平成28年2月審査分）



注：施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図3 受給者数の月次推移（平成26年2月審査分～平成28年2月審査分）



「介護給付費実態調査月報(平成28年2月審査分)」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。

「かかりつけ医」が果たす役割 患者申出療養の概要と 混合診療の行方

ポイント

- 1 混合診療の認容から「患者申出療養」の創設へ
- 2 新設された「患者申出療養」の概要
- 3 「患者申出療養」の影響とかかりつけ医の役割



1 混合診療の認容から「患者申出療養」の創設へ

■ 制度創設の背景～保険外併用療養費制度と混合診療との関連

新たな保険外併用療養費制度の仕組みである「患者申出療養」が、2016年4月からスタートしました。これは、現在の保険外併用療養費制度のなかの評価療養で実施されている「先進医療」を拡大し、患者ニーズが高まっているさまざまな先進的医療を迅速に受けられるようにすることを目的とするものです。

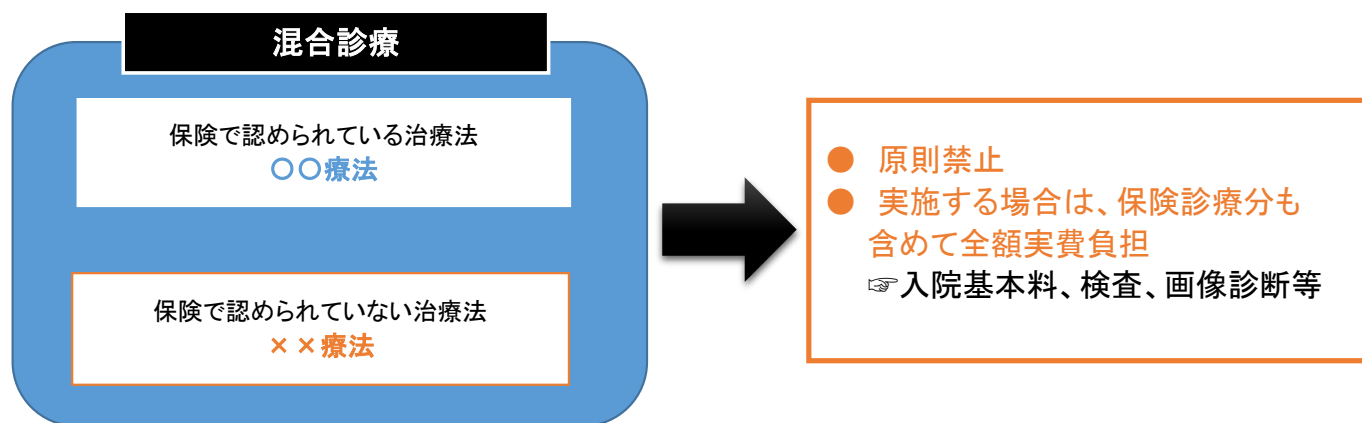
(1) 先進医療は混合診療を例外的に認容

混合診療とは、公的保険が適用される保険診療と患者が自己負担で受ける保険適用外の自由診療を組み合わせたもので、日本では原則として禁止されています。

しかしこの例外として、医療技術の高度化や医療に対する国民ニーズの多様化に対応するため、公的な医療保険としてのサービスの水準を確保しつつ、患者の選択（患者の負担）による保険適用外の追加が認められており、これが保険外併用療養費制度です。

例えば、その安全性や有効性の観点から、保険診療としては認められていない治療法（陽子線治療や重粒子線治療など）をまず先進医療として認定し、こうした先進医療については、本来禁止されている混合診療を例外的に認めるというものです。

■ 混合診療禁止の例外～保険外併用療養（先進医療）

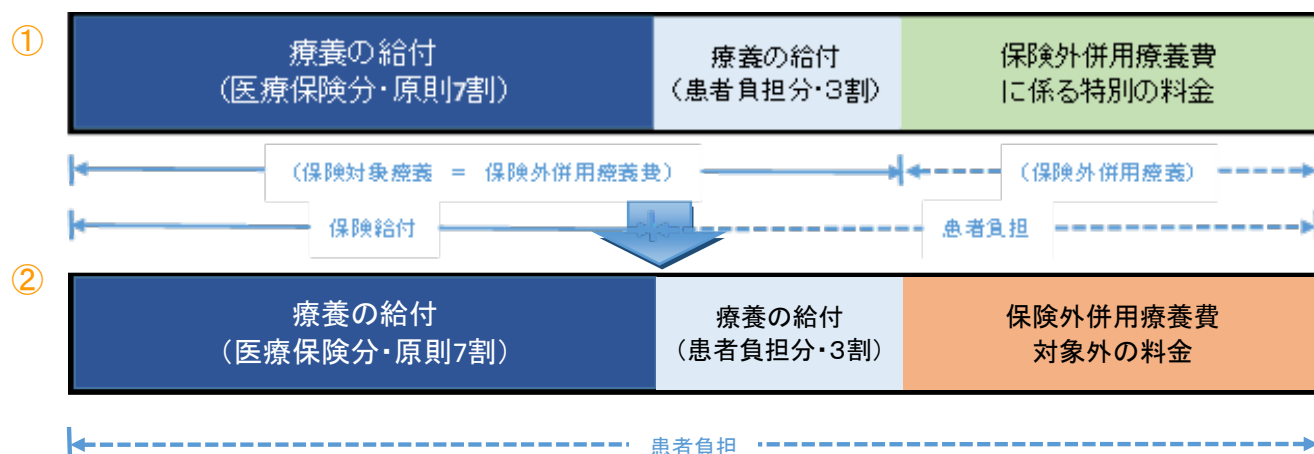


【例】 陽子線治療は保険外併用療養（先進医療）として認められているため、ほかの保険診療（例えば血圧の検査や投薬等）自費＋保険負担額（30%）が認められる

(2) 保険外併用療養費制度が抱える問題

健康保険で認められていない治療を実行する場合、患者は保険外治療の費用だけでなく、その他の検査や入院代など保険診療の費用（保険で認められている検査・治療法等）も含め、全額を負担しなければなりません。したがって、高額な患者負担が強いられることになり、治療を断念せざるを得ないケースが問題とされていました。

■ 保険外併用療養費と患者負担の関係



保険外併用療養費は、健康保険から給付される部分の費用であり、患者負担部分は保険外併用療養費制度の「特別の料金」といいます（上記①）。それに対して、保険外併用療養費の対象外のものは混合診療に該当するため、療養の給付分を含めてすべてが患者負担となります（同②）。

これは、混合診療を禁止している理由のひとつとして、「安全性や効果が確認されない限り、医療保険や公費を使わない」という原則があるからです。

■ 混合診療に関する厚労省の基本的な考え方

- ① 本来は保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化する
⇒ 患者の負担が不当に拡大する恐れ、公平性の欠如
- ② 安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまう
⇒ 科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれ

このように、混合診療と同様、無制限に導入はできないものの、一定のルールのもとに認めようとする仕組みが保険外併用療養なのです。

2 新設された「患者申出療養」の概要

■「患者申出療養」創設までの経緯

(1) 新たな保険外併用療養費制度としての位置づけ

患者申出療養は、保険外併用療養費制度の問題点を解消するため、国民皆保険制度の維持を前提に、現行の評価療養では必ずしもそのニーズに応えられない患者の救済を目的としています。そのため、保険外併用療養費制度のなかに患者の切実な希望に応えられるような新たな仕組みを創設しようというものです。

2014 年 6 月に閣議決定された『「日本再興戦略」改訂 2014』において、患者申出療養は、このうち 3 つのアクションプランのひとつとして、国民の健康寿命の延伸を目指す新たな施策に位置づけられています。

■「日本再興戦略」改訂 2014 の概要

「日本再興戦略」改訂 2014 (関係部分概要) (平成 26 年 6 月 24 日閣議決定)

第二 3 つのアクションプラン

二. 戦略市場創造プラン

テーマ 1 : 国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

iii) 保険給付対象範囲の整理・検討

①最先端の医療技術・医薬品などへの迅速なアクセス確保 (保険外併用療養費制度の大幅拡大)

「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を踏まえつつ、多様な患者ニーズの充足、医療産業の競争力強化、医療保険の持続可能性保持等の要請に対してより適切に対応するための施策を実施する。

・療養時のアメニティの向上 (選定療養)

選定療養について、対象の拡充を含めた不断の見直しを行う仕組みを構築する。

具体的には、正確な実態把握・分析が可能となるよう、利用実績に係る情報収集の在り方を見直した上で、現行の選定療養の利用状況について、早期に調査するとともに、学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する。この際、「医療保険の給付と直接関係のないサービス」については、選定療養と峻別を行い、随時明確化を行うこととする。

(2) 「患者申出療養」創設に伴う法改正

患者申出療養は、患者が最先端の医療技術などを希望した場合に、安全性・有効性等を確認したうえで、新規の技術等について申請し、保険外の診療と保険診療との併用を認めるかどうかの結論を出す仕組みです。そのため、健康保険法の改正等により法的な枠組みが整えられ (改正健康保険法第 63 第 2 項第 4 号ほか)、2016 年 4 月から施行されています。

3 「患者申出療養」の影響とかかりつけ医の役割

■ 患者申出療養に対する期待と懸念

(1) 患者申出療養がもたらすメリット

患者申出療養が開始されることによって、がんなどの難治性の疾病を抱える患者やその家族にとっては、これまでの保険診療の枠の中で限定されてきた「治療の選択肢」が増えることになり、多くの高度な医療が受けられるようになります。

また、日本の医薬品・医療産業にとっては、最新の医薬品などの有効性や安全性のエビデンスが確立され、健康保険の適用を評価する足掛かりとなるため、医療技術の向上と発展に繋がるとされています。

■ 患者申出療養のメリット

- ① 様々な患者ニーズへのフレキシブルな対応
- ② 医薬品や医療技術などの医療の質の向上
- ③ 製薬会社や医療機器メーカーなどの医療産業の競争力の強化
- ④ 保険診療における公的医療制度の費用削減効果

さらに、保険対象外の診療の拡大が、先進医療などに対応した民間医療保険の普及を後押しすることで、公的医療費や社会保障費などの医療費抑制の効果が期待できます。

(2) 患者申出療養に懸念されるデメリット

患者申出療養制度は健康保険の範囲外の診療であるため、「金銭的にゆとりのある人だけ高度な医療を受けることができ、それ以外の人は、現行の健康保険範囲内の医療しか選択できない」という状況を招く可能性があります。

つまり、患者や家族の収入によって受けられる医療に「差」が生じ、人命や健康が金銭的な問題に左右されかねません。これにより日本の保険制度の特徴であるフリーアクセス（誰でも・どこでも・いつでも医療を受けられる仕組み）と国民皆保険制度が空洞化し、医療制度の崩壊につながることを懸念されます。

また、安全性に関するエビデンスが裏付けされていない治療法などが、インターネットなどで簡単に情報収集が可能となったことから、患者が自己判断に基づき安易な選択をしてしまうリスクも増えてきます。

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の策定



経営トップが経営計画策定時に担う役割

経営トップが経営計画策定時に担う役割について教えてください。
また、管理職はどのような役割を担うべきでしょうか。



経営者は病院のビジョンを明確かつ分かりやすく示し、病院経営の基本方針を打ち出す必要があります。

経営基本方針は、病院がそれぞれの目標達成のために取るべき方向性を最も集約的に表現するものであり、その具現化を図る路線を明確にするものです。その方針を明示することによって、地域住民はどのような病院であるかを確認でき、職員は一貫した医療活動に邁進することができます。

■経営基本方針に盛り込まれるべき要素

- ① 病院運営、組織活動、医療技術、診療内容についての考え方
- ② 職員の行動基準、組織規範
- ③ 地域社会に対し、何をどういう形で貢献するのかといった社会的役割
- ④ 診療業務、医療活動の領域

また、より具体的、実践的なものが要求される場合は、

- ① 現場の志向や行動、業務内容に密着していること
- ② 単なる文書のかたまりではなく、医療の質を維持しながら高い効率を実現すべき経営方針が具体的に述べられていること
- ③ 各個別部門の実情をよく理解し、それぞれの部門における責任者と担当者を発奮させ、動機付けるものであること、等が求められることもあります。

そして、院長や理事長等経営トップの掲げた戦略を実現させるために、管理職個々には、院内の部門ごとに自分たちに何ができるか、具体的に目標や計画を立案させることが重要になります。

第一に、各部門に期待成果の領域を明らかにさせて、決められた期間の中で自発的に達成すべき目標を掲げさせることが必要です。

そのためには、経営計画の立案から部門目標の設定、一般職を含めた個人目標の設定とその目標に沿った活動とチェック、再活動というサイクルを回すことが重要です。こうしたサイクルを十分に回すために、経営トップには、強いリーダーシップが求められます。

しかし、理事長や院長がリーダーシップをうまく発揮できない場合、その原因は組織体制に存在することは否めません。

例えばオーナー経営色の強い医療法人病院においては、権限がすべて理事長に集中しており、院長には病院管理者としての形式的な地位しか付与されていない体制となっている場合、または医局やコメディカル部門が院長をバックアップする組織の仕組みが何らかの理由で拒否されている体制ではないかということを検証する必要があります。

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の策定



四半期経営計画の策定

四半期経営計画とはどのような視点で策定されるのでしょうか。
また、四半期ごとのチェックポイントについても解説してください。



四半期経営計画とは、日々の業績をバランスの取れた現状認識と現状否定という2つの危機感をチェックし、問題点、改善点があればメモし、そしてその解決に直ちにに取り組むために、3ヶ月間をひとつのクールとして策定する経営計画です。

3ヶ月(四半期)という期間は問題解決、あるいはメドをつけるには十分であると共に、世の中の動きにも対応できる期間であるからです。

一言で表現すれば、兆候に対する早期発見・早期解決へ対応可能な経営計画といえます。

■四半期経営計画が有効とされる主な理由

①計画倒れとの決別のため

医業経営には、チェックポイントが多々あり、それらのチェックを怠らないことが重要です。気づいたことを記録し、そして直ちに行動に移すことが経営者の役割です。

②激変期の経営環境に流されないため

自院の進むべき道、つまり方針設定(経営計画策定)し、長期的視野を持ち、普段の行動指針を四半期(3ヶ月)の活動計画、行動検証、翌期の活動計画設定のサイクルを回す必要があります。

③危機感の醸成による改革のエネルギーの高揚のため

危機感の基本とは、現状認識と現状否定です。

後ろ向きの危機感の場合は、現状認識でとどまることになってしまいますが、前向きの危機感の場合は現状の否定まで進みます。それは、現状に甘んじることなく、現状を少しでも改善していこうという意欲的な現状否定だからです。

さらに、四半期経営のねらいの重要な点は、日々の実績をバランスのとれた現状認識と現状否定という2つの危機感でチェックし、問題点や改善点があれば記録し、そしてその解決に取り組むことです。四半期経営計画において、チェックすべきポイントには次のようなものがあります。

①定量的チェックポイント	②定性的チェックポイント
①目標経常利益は確保されているか	①経営理念、基本方針、年度目標は浸透しているか
②目標利益(全体・部門・部署別)は達成しているか	②職員の成長はどうか (日々課題に取り組んでいるか)
③新規患者獲得件数は達成しているか	③院内のルールが守られているか
④変動費率は計画どおりか	④PDCAサイクルは回っているか
⑤固定費予算は守られているか	⑤報・連・相はできているか
⑥売掛債権は予定通り回収できているか (長期滞留はないか)	⑥クレームや事故は発生していないか