

週刊WEB

矢業経営 マガジン

2017

475

5/16

医療情報
ヘッドライン

医療情報をビッグデータとして活用する 次世代医療基盤法を来年春迄に施行予定

►参議院本会議

メディカル ICT リーダー養成講座を開講 システム関連コストの適正化をサポート

►日本医師会 ORCA 管理機構株式会社

経営
TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告(暫定)(平成28年12月分)

経営情報
レポート

**地域包括ケアシステムの深化・推進
2018年度介護保険制度改革改正の概要**

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
役割等級フレーム**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

参議院本会議

医療情報をビッグデータとして活用する 次世代医療基盤法を来年春迄に施行予定

4月28日、参議院本会議において、「次世代医療基盤法（医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律案）」が可決され、成立した。2018年春までに施行される見通しとなっている。

■個人を特定できないようデータは匿名加工

セキュリティ面に関しては、個人を特定できないようにデータを匿名加工するが、患者本人が情報提供を拒否すれば、当該データがビッグデータ化されることはない。また、匿名加工を担うのは、個人情報保護の安全基準を満たす「認定事業者」に限定される。

これまで、患者の医療情報は、受診した各医療機関が独自に保有しており、製薬や医療機器メーカーなどの民間企業だけではなく、医療機関同士が情報を共有することも困難だった。個人情報保護の観点から慎重にならざるを得ないものの、せっかくの医療データも各医療機関に散逸しているのでは“宝の持ち腐れ”ともいえ、膨大なデータを集積してビッグデータ化し利活用することで、新たな治療法や副作用の研究、新薬の開発に役立てることが期待される。

■ビッグデータを活用し、新たな治療法や副作用の研究、新薬の開発などの活性化へ

医療情報の共有を進めることで、効率的な医療の実現が期待できるのも大きい。一般会計予算の4割以上（40兆円超）となっている医療費の適正化について、これを図ること

が政府の大きな課題として挙げられている。

そのため、2014年11月には産官学連携で「医療ビッグデータ・コンソーシアム」を設立し、京都大学大学院医学研究科や国立循環器病研究センターのほか、アステラス製薬や武田薬品、日立製作所、三菱総合研究所など18社が参加し、安倍晋三首相に対して政策提言を行ってきた。これを受け安倍首相も、医療ビッグデータの推進に向けて積極的な発言を繰り返している。昨年11月の未来投資会議では「ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現していく」と言及し、今回の法案成立によって、今後急ピッチで具体的な運用方法が詰められていくことは間違いない。

一方で、医療情報をビッグデータ化するためには、医療機関が電子カルテを導入しているのが前提となっているものの、日本国内の電子カルテ普及率は3割程度にとどまっており、この普及率をいかに上げていくかが、医療ビッグデータを有効に利活用できるかどうかのカギを握っているといえよう。

すでに、電子的に文書を送受する場合は診療報酬の加算対象となっているが、普及率を上げるためにさらなる加算が検討されるなど、導入を後押しする施策が講じられる可能性がある。まだ電子カルテを導入していない医療機関にとっては、導入の好機となるかもしれない。

メディカル ICT リーダー養成講座を開講 システム関連コストの適正化をサポート

日本医師会 ORCA 管理機構株式会社

5月1日、日本医師会標準レセプトソフトのORCAプロジェクトを運営する日本医師会ORCA管理機構株式会社（日医ORCA管理機構）は、「メディカルICTリーダー養成講座」を開設すると発表した。ICT（Information Communication Technology＝情報伝達技術）リテラシーの高い人材を養成し、各医療機関におけるICTシステム関連コストの費用対効果向上をサポートしたいとしている。

■政府は医療のICT化・保険者機能の強化に注力し、今年度予算で250億円を計上

政府は、医療現場のICT化の推進に大きな力を注いでおり、今年度予算では「医療のICT化・保険者機能の強化」に250億円を計上しており、昨年度が7億円だったため、実に35倍以上の増額となった。

しかし、医療現場の人材はICT化の流れに対応できているかについては、日医ORCA管理機構は否定的な見解を示している。「システムメーカー側とのICTに関する知識格差が大きい」結果として、「多くのケースでは受注者側に言われるがままで、医療機関側としての評価・判断が十分に行われていない」と断じている。ICTリテラシーが低いがゆえに、適正価格よりも高コストな医療ICTシステムを導入してしまい、不要な支出を強いられている現状があるとしている。

そうした状況を打破するため、「メディカルICTリーダー養成講座」ではICTリテラシーを高められるカリキュラムを組んでいる。

■カリキュラムは最大12カ月まで延長可

教科は「クリニカルICT概論」「情報システム連携学・ICT用語解説」「医療情報法務学」「ICT購買学」の4つで、「クリニカルICT概論」では、ハードウェア故障の対処法や予防策、機器・ソフト管理や定期点検の方法、提案依頼書（RFP）の作成手順を含めた電子カルテ導入の適切な道筋まで学ぶことができ、「情報システム連携学・ICT用語解説」ではネットワーク管理や障害対応の方法まで習得できる。また、「医療情報法務学」では医療システムを契約する際の注意点や、トラブル回避法まで、「ICT購買学」では具体的な機器購買のハウツーを教えてくれる。

学習はeラーニングで行うため、日々の業務をこなしながらでも受講でき、6カ月で全教科を学ぶスケジュールで、教科ごとに演習問題が出題され、学習の進捗に応じた復習もできる。

eラーニングシステムを通じて、いつでも各教科に対する質問ができ、受講料は日本医師会会員のいる医療機関の職員ならば20,000円（税別）、それ以外の場合は30,000円（税別）と設定されており、6カ月のカリキュラムは、最大12カ月まで延長することもできる。職員のICTリテラシーに自信がない医療機関は、受講を検討する価値があるだろう。申し込み期限は5月31日（水）、講座開始日は6月1日（木）となっている。

申し込みは日医ORCA管理機構のホームページ（<https://www.orcamo.co.jp/products/medict.html>）から。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成28年12月分)

厚生労働省 2017年3月13日公表

概 要

1 第1号被保険者数(12月末現在)

第1号被保険者数は、3,423万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(12月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、630.5万人で、うち男性が196.0万人、女性が434.5万人となっている。

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18.0%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10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、393.9万人となっている。

(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10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、79.3万人となっている。

(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10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.0万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が5.5万人となっている。

(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、3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10月サービス分、償還給付11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、7,838億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,763億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,191億円、施設サービス分は2,435億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：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

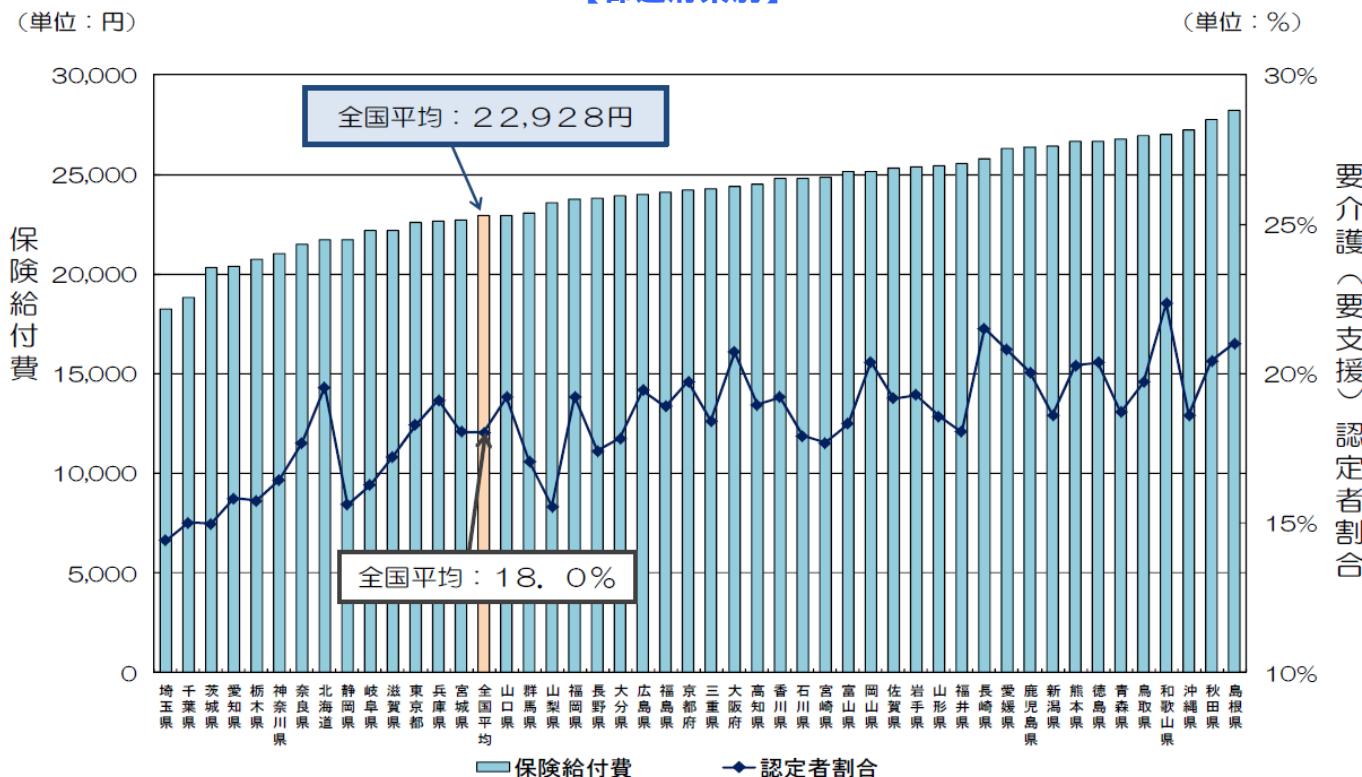
高額介護（介護予防）サービス費は174億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は7億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は268億円、うち食費分は172億円、居住費（滞在費）分は96億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合 【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（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。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成28年10月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成28年10月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成28年12月分）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。



地域包括ケアシステムの深化・推進 2018年度介護保険 制度改正の概要

1. 地域包括ケアシステム強化法案が成立へ
2. 要介護度を改善した自治体に交付金を付与
3. 新たな介護保険施設・新機能サービスの創設



■参考文献

- 日経ヘルスケア 2017年4月号 特集「激動の介護マーケットを読み解く」
厚生労働省 「市町村介護予防強化推進事業報告書～資源開発・地域づくり実例集～」
厚生労働省 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」

1

医業経営情報レポート

地域包括ケアシステム強化法案が成立へ

■ 地域包括ケアシステム強化法案とは

平成 29 年 4 月 18 日に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」(以下、「地域包括ケアシステム強化法案」) が衆議院本会議において可決され、今国会で成立する見通しとなりました。

本法案は、介護保険法をはじめとして、老人福祉法、医療法、児童福祉法、高齢者虐待防止法など 31 本の法改正を束ねるもので、この成立により、平成 30 年度介護保険制度改正の大枠が固まりました。

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようすることを目的とするものです。

■ 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）
- ②医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）
- ③地域共生社会の実現に向けた取組の推進等
(社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法)

II 介護保険制度の持続可能性の確保

- ①2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割に引き上げ（介護保険法）
- ②介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

■ 地域包括ケアシステムの深化・推進

(1)財政的インセンティブの導入で保険者機能の強化

今回の改正案では、市町村の権限強化として、財政的インセンティブが新たに導入されます。これは、自立支援や介護予防などで成果を上げている市町村や、それを支援する都道府県を評価し、国からの交付金を増額するというものです。

具体的には、国から提供されたデータを分析した上で、計画を策定するとともに「介護予防・重度化防止等の目標を設定し、その達成状況に応じて、市町村と都道府県に国が財政的インセンティブ（交付金）を増額する仕組みです。

■自立支援介護に向けた保険者機能の強化に関する取り組み

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
 - ・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
 - ・都道府県による市町村に対する支援事業の創設
 - ・財政的インセンティブの付与
- (その他)
 - ・地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
 - ・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
 - ・認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

(2)新たな施設が創設される医療と介護の連携推進

医療と介護の連携の推進については、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設されます。これは、現行の介護療養型医療施設（介護療養病床）が、平成30年3月末に廃止される措置（ただし、経過措置期間は6年間延長）への対応策です。

介護医療院は平成30年4月から導入され、日常的な医学管理や看取り・ターミナル等の機能と生活施設としての機能とを兼ね備えた施設として位置づけています。

■医療・介護の連携の推進等に関する取り組み

- ①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設「介護医療院」を創設
 - *現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

(3)「共生型サービス」創設で地域共生社会を実現

地域共生社会とは、高齢者、障害児・者、子どもなど地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、活躍できる地域コミュニティであり、この実現を目指すとします。

具体的には、新たに「共生型サービス」を位置づけ、すでに介護保険サービスを提供している介護事業所が、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくすることを目的として、障害福祉サービス事業の指定を受けやすくするため、基準緩和等を行うというものです。

2

医業経営情報レポート

要介護度を改善した自治体に交付金を付与

■ 財政的インセンティブ付与の仕組み

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組みを進めることが必要であるとして、財政的支援を含めて保険者機能がさらに強化されます。

財政的インセンティブは、全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、下記の法律により制度化されます。

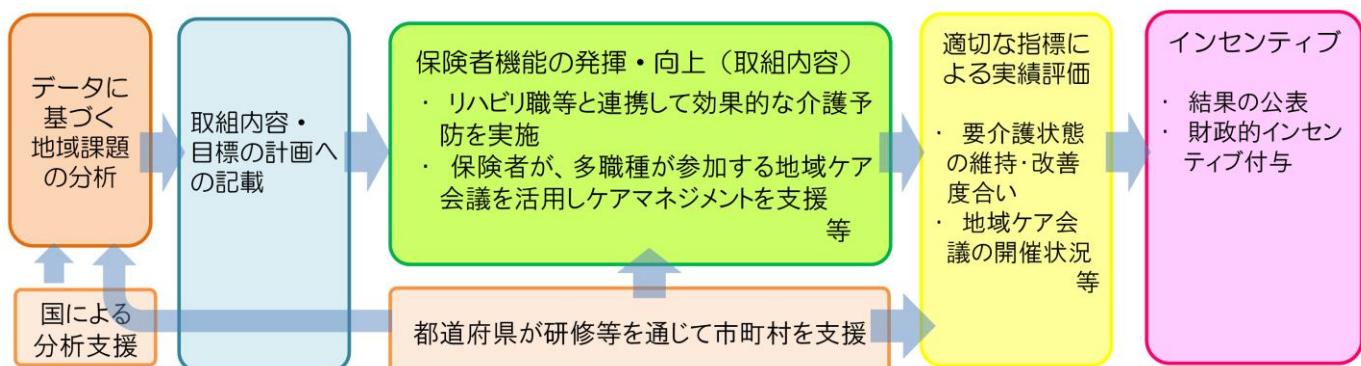
■ 主な法律事項

- ① 介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ② 介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ③ 都道府県による市町村支援の規定の整備
- ④ 介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ⑤ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

財政的インセンティブ付与の仕組みは、下記のような流れです。

具体的には、都道府県が市町村を研修等で支援するとともに、効果的な介護予防やケアマネジメントを市町村が実施した結果を評価し、要介護状態が改善した自治体に財政的支援が行われるというものです。

■ 保険者機能の抜本強化に向けた具体的取り組み



（出典）：厚生労働省「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」

3

医業経営情報レポート

新たな介護保険施設・新機能サービスの創設

■ 介護医療院の創設

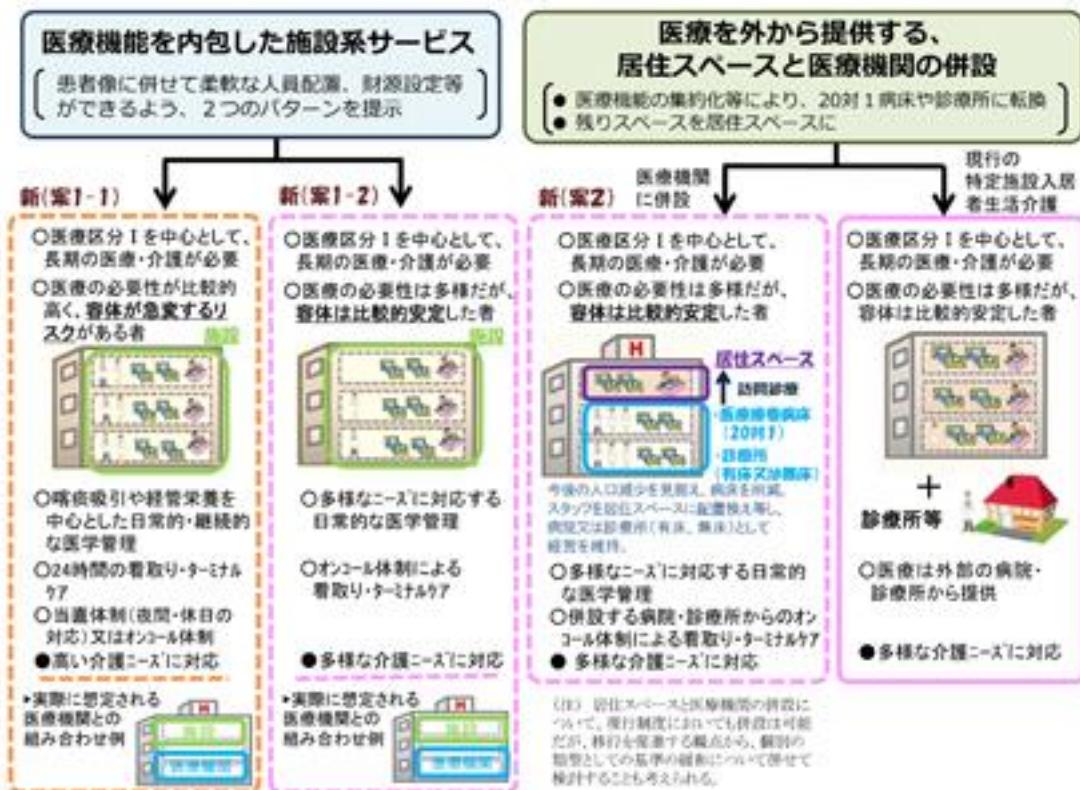
今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、新たな介護保険施設「介護医療院」が創設されます。

(1)介護療養型医療施設廃止の経緯

平成18年の医療保険制度改革および診療報酬・介護報酬同時改定により、平成23年度末での介護療養病床廃止が決定したものの、代替サービスへの転換がうまく進まず、転換期限は平成29年度末まで延長されることとなりました。

医療保険が適用される医療療養病床との役割・機能分担を明確にすることも、介護療養型医療施設（介護療養病床）廃止の目的のひとつですが、平成18年3月時点で12.2万床あった介護療養病床は、平成27年3月には6.3万床まで減少しています。そのため、「医療・介護難民」を生むことなく、介護療養型医療施設（介護療養病床）を廃止し、介護保険施設への転換を促すかが課題とされていました。

■新たなサービス提供体制の選択肢～厚生労働省「療養病床のあり方検討会」における検討



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。

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、職員一人ひとりが役割を分担し、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。

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、評価や待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、とりわけ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）の違いをベースとして、採用形態や給与、教育等が運用されていました。

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。

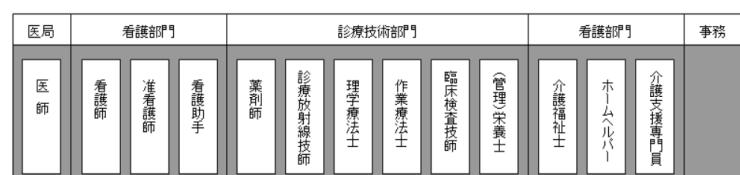


そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになります。保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。

■資格基準のステップ

●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の決定



●step3 役割基準の運用ルールの検討

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

役割等級フレーム

役割等級フレームの設計方法及び、役割と等級の関連付けについて教えてください。

■役割等級フレームの枠組み設計

役割等級フレームとは、人事制度全体の設計図に該当し、病院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にしたもの。このフレームを軸にして、評価や待遇といった他のシステムを連動させて運用します。

最初に全部門・職種に共通するものを作成し、その上で部門と職種については、それぞれ病院内での位置付け、仕事の内容、役割分担、必要能力も異なるため、病院共通のフレームを細分化する作業を行います。

■役割と等級の関連付け

役割の重要度や困難度は「等級」で表現します。経営ビジョンを達成するためには、院内においてどのような役割が、またどう分担すれば、最も効率よく達成できるかを十分議論することが必要です。この役割が固まれば、役割の重要度・困難度に応じて、段階別に区分したものを等級という形で示し、必要な役割や発揮能力の深さを表現します。等級をどのくらいの数にするかは、病院の職員構成、人事施策、将来の発展予想等に基づいて決定します。つまり、役割にふさわしい肩書と責任、権限を「役職」を通じて与えることが重要です。

職能資格制度では、能力向上に伴い昇格するため各等級には職員数の制限はなく、4等級以上の職員であれば主任になる資格を有し、仮に降格となっても等級は変わらないといった運用がなされています。このように、職能資格制度における等級と役職との相互関連は弾力的であり、等級を優先させることになります。

しかし、ビジョン達成型人事制度の資格基準については、あくまで役割を優先するため、必要な役割を分担し、同様の役割を何名で実施するのかを十分検討する必要があります。役職者の数と該当する役割区分の職員数は等しくなり、昇格には定員があります。つまり、限りあるポストに就くのは、最適任者のみであることを前面に打ち出すことによって、年功的な運用を可能な限り、排除することができます。

役割	等級	発揮能力	職種									
			管理職		専門職				総合・一般職			
方針具現者		経営	院長	副院長								
			部長	事務長								
利益創出者		管理	医局長									
			師長	科・課長								
サポーティング者	4	判断			医師	看護師・准看護師	薬剤師	診療放射線技師	OT・PT	管理栄養士・栄養士	事務職	非専門職
	3	育成										
提供者	2	一般常識								他		他
	1	専門知識・技能										