

医療情報  
ヘッドライン

## 一般病棟入院基本料見直しに反対意見 将来的にDPCデータへ置き換える方向

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会

## 機能評価係数Ⅱの地域医療係数見直し がん、脳卒中の評価項目を1項目に統合

▶厚生労働省 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

経営  
TOPICS

統計調査資料  
**病院報告**（平成29年3月分概数）

経営情報  
レポート

個人情報定義が明確化  
**個人情報保護法改正の概要とその留意点**

経営  
データ  
ベース

ジャンル：機能選択 サブジャンル：病床機能選択  
**小規模病院存続の条件**  
**急性期病院としての生き残るには**

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 一般病棟入院基本料見直しに反対意見 将来的にDPCデータへ置き換える方向

厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会

9月27日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会が開かれ、入院医療等の調査・評価分科会のこれまでの検討状況について中間取りまとめが報告された。一般病棟入院基本料の主要な評価指標となっている「重症度、医療・看護必要度」は、項目の組み合わせなどが検討されてきたが、次期診療報酬改定での変更を反対する意見が出ており、今後の焦点になってきそうだ。

## ■「重症度、医療・看護必要度」の相次ぐ見直しで、現場の混乱を招く恐れがあり

「重症度、医療・看護必要度」は、急性期の入院医療における医療・看護の提供量を示す指標で、7対1入院基本料の施設基準として導入されたのは2008年度の診療報酬改定時（当時は「重症度・看護必要度」）であり、10対1も2010年度改定から測定されることが要件となっている。

その後、2014年度改定、2016年度改定で立て続けに見直しが行われており、次期改定における変更反対意見が出ているのは、この相次ぐ見直しが原因となっている。

2016年度改定後は、項目追加によってそのための研修や入力作業が増加し、現場の負担が増したとする声も多い。

ようやく新たなフォーマットに現場が慣れてきたにもかかわらず、また見直しをすれば混乱を招く恐れがある、という意見があるのもうなずける。

## ■DPCデータに置き換えた場合も、医療機関側が選択できる妥協案を提示

一方、将来的にDPCデータに置き換える方針に対しては、異論が出ていない。これは、看護職員が毎日測定する必要がある「重症度、医療・看護必要度」の入力作業に相当な負担がかかっているためだ。

DPCデータの提出は3カ月に1回であるため、入力頻度を減らせると見ての容認姿勢だろう。しかし、DPCデータとは薬剤の使用量や手術の評価機関などの定義が異なる部分があるほか、7対1と10対1で活用方法が異なる。

また、改定の方向次第では、10対1の要件が見直されてカットオフ基準が低く設定され、結果的に入院基本料引き下げにつながるおそれがあるのも、反発を生んでいる理由のひとつだとされる。

この問題に関しては、9月4日に一般社団法人日本病院会および公益社団法人前日本病院会、公益社団法人日本看護協会の3団体が「次期改定での改変を避けてほしい」と要望書を提出し、日本病院会や全日本病院協会などが参加する日本病院団体協議会（日病協）は、次期改定でDPCデータに置き換えた場合も、「重症度、医療・看護必要度」を評価指標として残し、医療機関側が選択できるようにすべきだと妥協案を提示している。

これらを受け、厚労省が今後どのような提案を行うかは、引き続き注視が必要である。

医療情報  
ヘッドライン  
②

# 機能評価係数Ⅱの地域医療係数見直し がん、脳卒中の評価項目を1項目に統合

厚生労働省 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

9月28日、厚生労働省の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会が開かれ、機能評価係数Ⅱの「地域医療係数」見直しについて議論を展開し、厚労省は、がん、脳卒中の評価項目を1項目に統合するほか、特に評価が必要と考えられる項目については、2ポイントとする具体案を示した。

また、調整係数を機能評価係数Ⅱへと置き換える際の激変緩和措置について、プラス緩和も1年間とする方針を明らかにしている。

## ■「地域医療係数」について、評価項目の数やポイントの付け方の変更を提案

機能評価係数Ⅱは、急性期入院医療の評価として導入された。現在は「保険診療係数」「効率性係数」「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」「後発医薬品係数」「重症度係数」の8項目から算出されている（「保険診療係数」は当初「データ提出係数」だったものが拡充され名称変更となった）。

この係数が大きくなるほど、1日あたりの診療報酬単価を高く請求できる仕組みだ。

この日俎上に載せられた「地域医療係数」は、疾病領域によって重複する項目があることや、地域にとって必要な項目について体制を整えないことも可能だとする指摘があり、見直しが検討されていた。そこでまず厚労省は、評価の考え方として、評価項目の数やポイントの付け方の変更を提案した。具体的には、現在2つの評価項目が設定されているが

ん、脳卒中、災害時の医療を1項目に整理・統合する。従来、地域医療計画の5疾病・5事業の診療内容に関連する12項目は、1項目につき最大1ポイントとして評価していたが、各指数の実績から特に評価が必要と考えられるものは2ポイントにするとしている。

## ■がん、脳卒中、心筋梗塞等の評価を見直し

がんについては、「B005-6-2 がん治療連携指導料」を評価項目から削除する方針も示された。これは、他院で策定した治療計画で診療する場合も算定できるため、急性期の医療機関の評価としては適切でないという判断だ。脳卒中については、評価項目を統合するにあたって、地域のネットワークに参加する「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」を段階的に評価する方針も示している。

その他、心筋梗塞等の心血管疾患は、急性大動脈解離について、一定数以上の手術実績を「急性心筋梗塞の24時間診療体制」の評価項目に追加する案も提示し、これも脳卒中と同様の段階的な評価とする方針だ。精神疾患については、より重篤な診療実態がある「A311-3 精神科救急・合併症入院料」をより高く評価することを提案した。災害時の医療に関しては、災害拠点病院の評価にBCPの策定の有無を追加したいとし、新型インフルエンザ等対策に関わる指定地方公共機関の指定は見送るとしている。

# 病院報告 (平成29年3月分概数)

厚生労働省 2017年7月4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)	
	平成29年3月	平成29年2月	平成29年1月	平成29年3月	平成29年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 269 971	1 290 272	1 254 204	△ 20 301	36 068
精神病床	286 911	287 498	286 584	△ 587	914
結核病床	1 702	1 697	1 673	5	24
療養病床	291 160	291 624	288 157	△ 464	3 467
一般病床	690 137	709 384	677 725	△ 19 247	31 659
(再掲)介護療養病	47 119	47 181	47 375	△ 62	△ 194
外来患者数	1 390 906	1 377 738	1 265 340	13 168	112 398
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 500	5 572	5 563	△ 72	9
(再掲)介護療養病床	2 073	2 089	2 089	△ 16	△ 0

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

## 2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年3月	平成29年2月	平成29年1月	平成29年3月	平成29年2月
病院					
総数	79.3	81.6	82.1	△ 2.3	△ 0.5
精神病床	85.4	85.8	85.7	△ 0.4	0.1
結核病床	32.1	32.1	31.4	△ 0.0	0.7
療養病床	88.5	88.8	88.2	△ 0.3	0.6
一般病床	74.0	77.8	78.9	△ 3.8	△ 1.1
介護療養病床	90.6	90.4	89.8	0.2	0.6
診療所					
療養病床	57.0	57.6	57.3	△ 0.6	0.3
介護療養病床	70.5	70.6	70.0	△ 0.1	0.6

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

2) 病院の総数には感染症病床を含む。



### 3 平均在院日数(各月間)

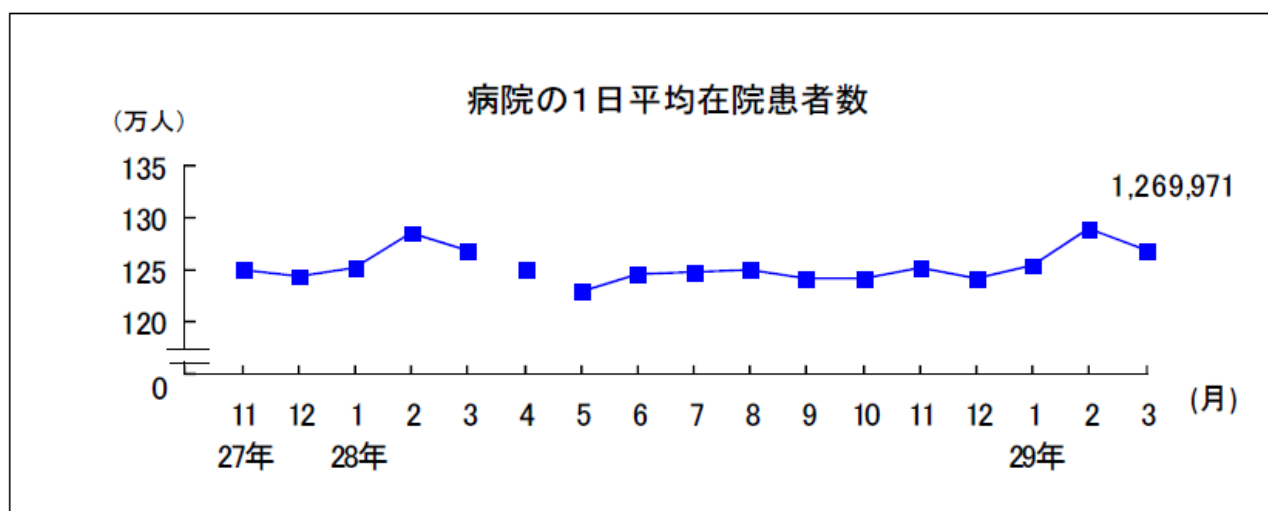
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年 3 月	平成 29 年 2 月	平成 29 年 1 月	平成 29 年 3 月	平成 29 年 2 月
病院					
総数	28.2	28.1	30.1	0.1	△ 2.0
精神病床	260.0	267.1	289.8	△ 7.1	△ 22.7
結核病床	63.5	60.5	66.1	3.0	△ 5.6
療養病床	141.5	139.7	153.5	1.8	△ 13.8
一般病床	16.3	16.5	17.3	△ 0.2	△ 0.8
介護療養病床	294.8	288.4	322.2	6.4	△ 33.8
診療所					
療養病床	91.8	94.9	98.9	△ 3.1	△ 4.0
介護療養病床	117.1	120.1	119.7	△ 3.0	0.4

注 1) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

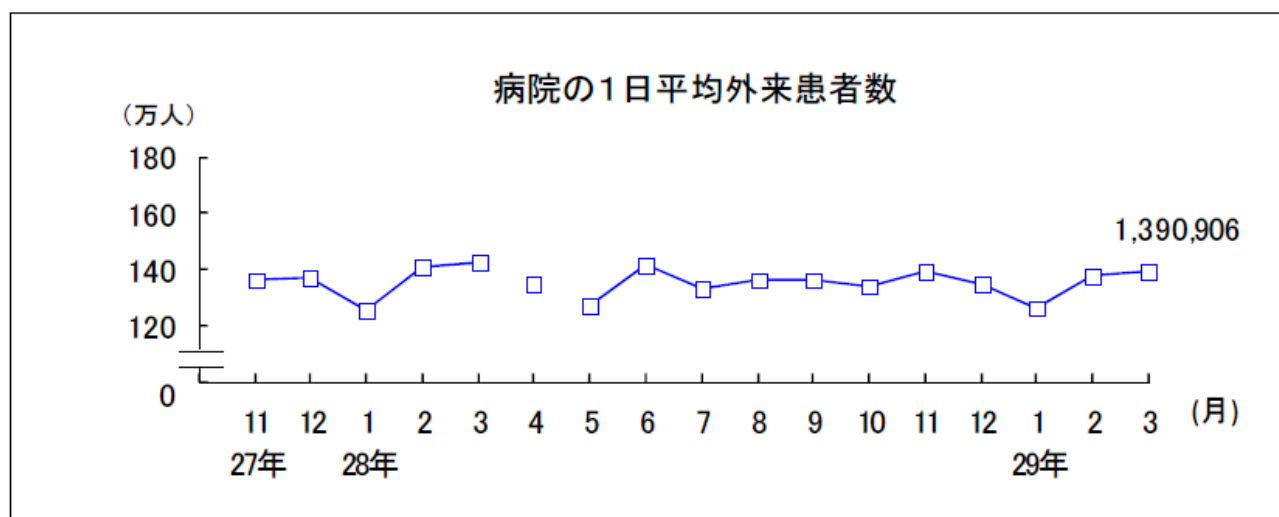
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入 院患者 数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退 院 患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

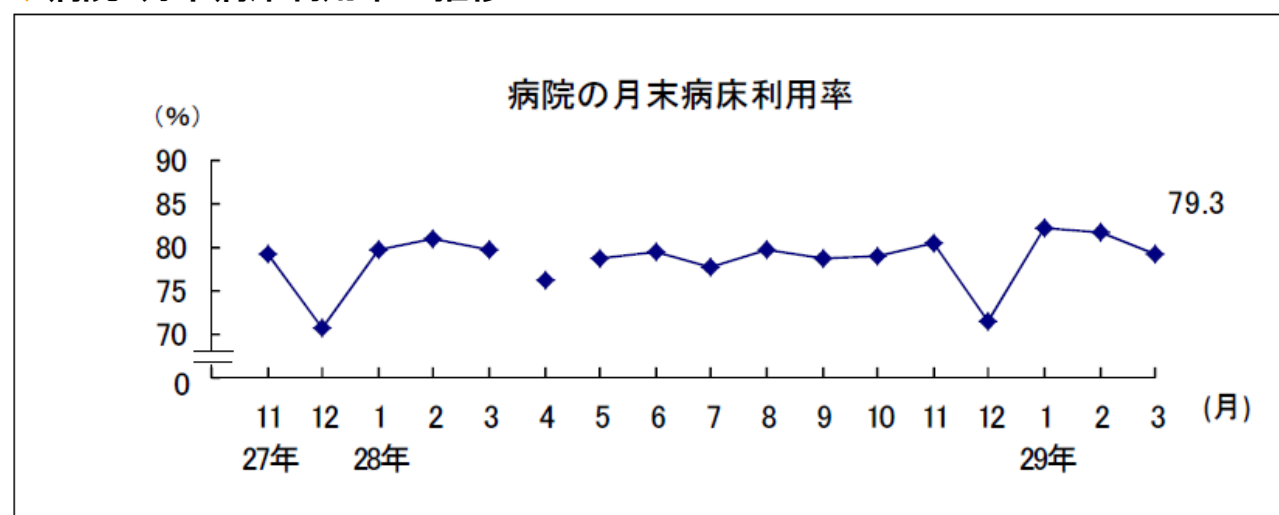
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



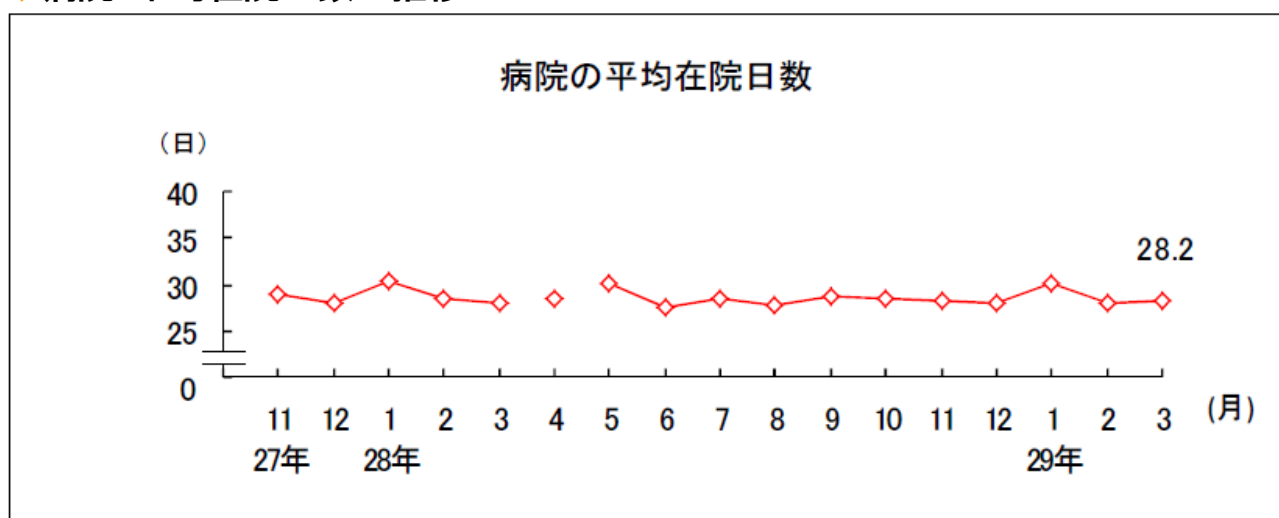
# ◆病院：1日の平均外来患者数の推移



# ◆病院：月末病床利用率の推移



# ◆病院：平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成29年3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



制 度 改 正

個人情報定義が明確化

# 個人情報保護法改正の 概要とその留意点

1. 平成 29 年5月 改正個人情報保護法が施行
2. 「要配慮個人情報」に関する規定の新設
3. 医療現場で影響が予想される改正点と留意事項



## 参考文献

「個人情報保護法の改正概要」 平成 27 年 11 月 17 日 内閣官房 ICT 総合戦略室  
「改正個人情報保護法 Q & A ～第 1 回 要配慮個人情報」 平成 28 年 8 月 3 日  
「改正個人情報保護法 ニュース第 1 号」(執筆: 弁護士法人三宅法律事務所 弁護士 渡邊雅之氏)  
「改正個人情報保護法について」 平成 28 年 11 月 21 日 個人情報保護委員会事務局  
「知っておくべき改正個人情報保護法の勘所」 平成 29 年 2 月 1 日 日経メディカル

# 1

## 医業経営情報レポート

# 平成29年5月 改正個人情報保護法が施行

### ■ 個人情報保護法は初めての実質的改正

#### (1)改正個人情報保護法の改正とその背景

個人情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」）は、平成 15 年5月 30 日に公布され、同 17 年4月 1 日に全面施行がなされて以降、実質的な改正は 10 年以上にわたって行われていませんでした。

一方では、ICTの発展に伴って、個人情報保護法制定時には想定していなかった形態や媒体などによって、ビジネスにおける個人情報の利活用が行われるようになっていきます。

こうした背景から、海外における規制とも国際的な調和をとりつつ、個人情報の適正かつ効果的な利活用への配慮と、個人の権利利益を保護する趣旨から、平成 27 年9月9日に改正個人情報保護法（以下、「改正法」）が公布され、主要な改正部分である個人情報取扱事業者の義務に関する改正については、平成 29 年5月 30 日に施行されました。

#### ◆個人情報保護法等の改正とその背景

個人情報保護法	<p>○個人情報の保護と有用性の確保に関する制度改正</p> <p>個人情報の取扱いの監視監督権限を有する第三者機関（個人情報保護委員会）を特定個人情報保護委員会の改組により設置</p>
番号法	<p>○特定個人情報（マイナンバー）の利用推進に係る制度改正</p> <p>金融分野、医療等分野等における利用範囲の拡充</p> <p>⇒ 預貯金口座への付番、特定健診・保健指導に関する事務における利用、予防接種に関する事務における接種履歴の連携等</p>

#### 背景

- 情報通信技術の進展により、膨大なパーソナルデータが収集・分析されるビッグデータ時代が到来する一方、個人情報として取り扱うべき範囲の曖昧さのため、事業者は利活用を躊躇
- 名簿業者問題が頻発したことにより、個人情報の取扱いについて国民の懸念が増大

改正法は、個人情報の定義を明確化することで保護対象の曖昧さを解決し、匿名化した加工情報を事業者が利活用しやすいようにするとともに、名簿業者問題対策としては、不正に個人情報を提供した場合の罰則設定などにより、不正な個人情報の流通を抑止することとしました。

#### (2)個人情報保護法の主要改正ポイント

個人情報保護法の改正は、次のような点について新たに定めを設け、個人情報の有用性のとのバランスを図りつつ、その適切な取扱いを確保することを趣旨としています。



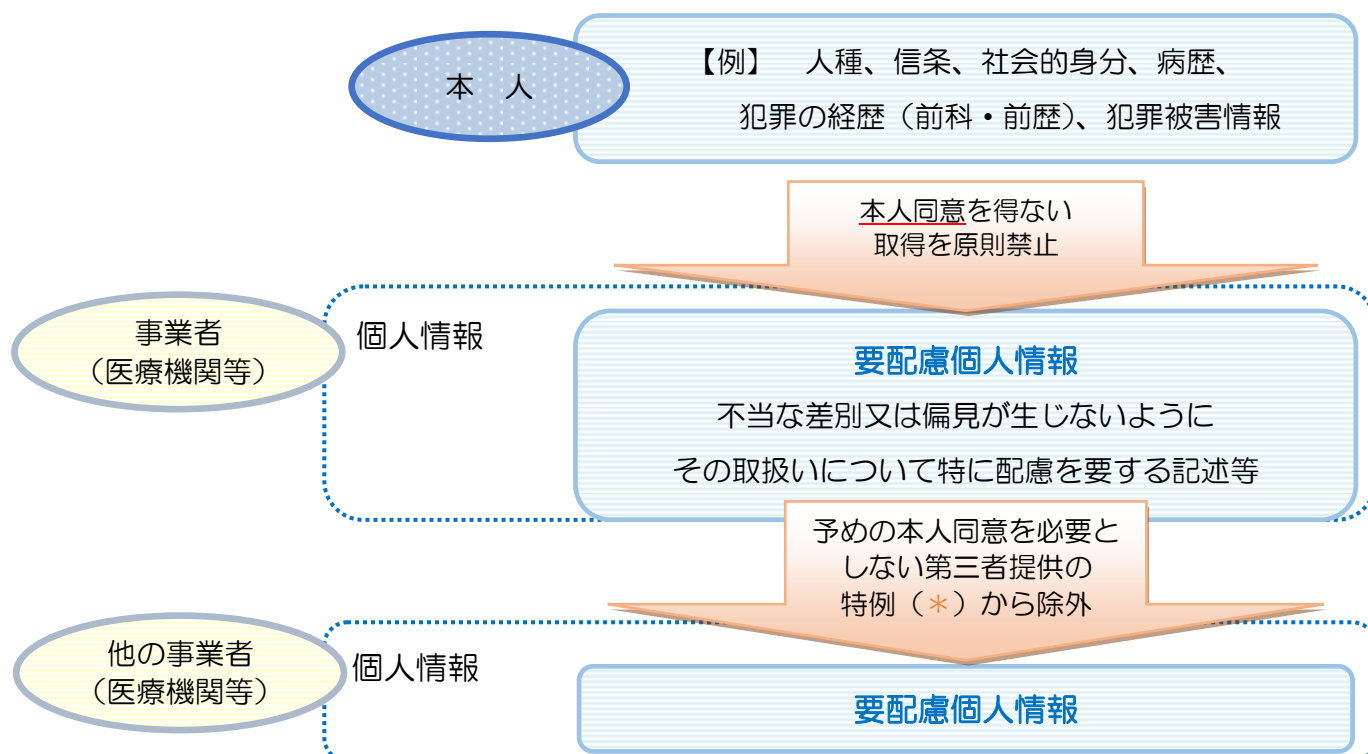
# 2 医業経営情報レポート

## 「要配慮個人情報」に関する規定の新設

### ■ 個人情報よりも一段高い規律で保護する

前章で述べたとおり、これまで機微情報と呼ばれていた、特に配慮を要する個人情報について、「要配慮個人情報」として格段の注意が求められる旨の定めが設けられました。

#### ◆ 要配慮個人情報の取扱い



（※）予め第三者に提供することや、本人の求めに応じて提供を停止することなどを通知等している場合、本人の同意に代えることが可能：オプトアウト手続（改正法第23条第2項）

要配慮個人情報になると、取得にあたっては原則として本人の同意を得ることが必要です。また、本人が明確に認識できないうちに個人情報が第三者に提供されるおそれがあるため、要配慮個人情報はオプトアウト手続による第三者提供が認められません。

しかし、これら以外は他の個人情報と同じ取扱いとなるため、関連性を有する範囲内で利用目的を変更する、また匿名加工情報に加工するなどにより、第三者へ提供することが可能です。

### （1）要配慮個人情報に関する規定を設けた背景

現行法では、個人情報に該当する情報の取扱いは一律に同じルールを定め、その内容や性質によって区分されていません。一方で、厚生労働省をはじめ、一定の個人情報（機微情報またはセンシティブ情報）を扱う事業者（医療機関等）に対しては、各省庁が定めるガイドラインのなかで、特段の取扱いが定められています。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 医療現場で影響が予想される改正点と留意事項

### ■ 個人識別符号の取扱い

今回の個人情報保護法改正により、これまで曖昧さが問題となっていた個人情報の定義が明確化されたことで、医療機関としても、どのような情報が個人情報に該当するのか、また医療機関であるからこそ慎重な取扱いが求められる情報が何かを、改めて確認する必要があります。

### （１）医療現場における個人識別符号の取扱い

医療機関では多くの個人情報を取り扱っており、現行法の下で、あるいは厚生労働省ガイドラインに示された項目に従って対応してきたところですが、改正法において新たに定義された個人情報として、「個人識別符号」があります。

### ◆「個人識別符号」の定義と具体例

#### 【個人識別符号】

：特定の個人を識別することができると思われる情報を政令で定めるもの

#### 【該当性の判断要素】

- ⇒ ①個人と情報との結びつきの程度（一意性）
- ②可変性の程度（情報の存在期間や変更の容易さ等）
- ③本人到達性
- DNA塩基配列やバイオメトリクス（生体情報の特徴量を抽出した情報）
  - ⇒ DNAの解析結果
  - 指紋・顔の特徴をコンピュータで扱うためデジタル化したデータ 等
- 旅券番号、基礎年金番号、運転免許番号、住民票コードおよび個人番号（マイナンバー）
- 国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険にかかる被保険者番号
  - ⇒ 患者氏名がなくても番号のみで個人情報として保護の対象になる

現行法では、携帯番号やクレジットカード番号については、持ち主氏名などと容易に照合し、個人が特定できるケースのみ個人情報として取り扱うこととされていました。

つまり、単なる数字の羅列が記載されているもの（媒体）だけでは、個人情報には該当しないとされてきたのです。

しかし、本年5月の改正法施行以降は、これまで個人情報に該当するかどうかについて判断に迷っていた上記の例についても、個人情報として法令上明示されたことで、保護対象として院内に徹底することが求められます。

## (2) 本人確認書類の留意点

個人識別符号や要配慮個人情報を取得するに際しては、本人の同意を得ることが困難なケースも想定されます。また、不要な情報を取得すべきではないので、本人確認書類において要配慮個人情報が記載されたものがある場合、マスキング（塗りつぶし）をすることを検討し、院内でマニュアル等を作成しルール化することが必要です。

また、要配慮個人情報には該当しないものの、従来から「機微（センシティブ）情報」と位置づけられてきた「本籍」、「国籍」、「臓器提供意思確認欄」などもマスキングをすることが考えられます。さらに、番号法で取得が制限されている「個人番号」、住民基本台帳法で取得が制限されている「住民票コード」、国民年金法で取得が制限されている「基礎年金番号」についても取得しないように留意が必要です。

### ◆本人確認書類の収受における留意点

本人確認書類	取扱検討事項	備考
個人番号カード	「臓器提供意思確認欄」（表面）	「個人番号」の記載されている裏面のコピーは取得しない 「個人番号」の記録も避ける ⇒ 番号法で取得制限
個人番号通知カード	番号法上の取得制限の観点で、そもそも本人確認書類として用いるのは <u>適当ではない</u>	
住民票の写し	「本籍」、「国籍」、「出生地」 「住民票コード」、「個人番号」	「個人番号」「住民票コード」が記載されている場合はこれらの記載もマスキング ⇒ 「個人番号」は番号法で取得制限、 「住民票コード」は住民基本台帳法で取得制限
運転免許証	「免許証の条件等欄」 「臓器提供意思確認書欄」	
パスポート	「本籍」、「国籍」	
身体障害者手帳	「障害名」、「障害等級」、 「旅客鉄道株式会社旅客運賃減額欄」	
健康保険証	「通院歴」 「臓器提供意思確認書欄」	
年金手帳	—	「基礎年金番号」が記載されているページの複写は「基礎年金番号」の記載をマスキング ⇒ 「基礎年金番号」は国民年金法で取得制限

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:機能選択 > 病床機能選択

# 小規模病院存続の条件

小規模病院が将来的に  
存続するための条件を教えてください。

50床程度の一般（急性期）病院の開設を検討する場合の経営計画を、事例として掲げます。

## 1. 立地条件

①競合が比較的少ない診療圏を選択（都市部を回避）する

→ 大規模な交通機関に近接するなど、様々な交通アクセスが確保できる位置を確保

②若年層が居住し、近隣に回復期・慢性期患者の転院が可能な信頼性の高い病院があり、また地域連携のネットワークが構築されている地域を選択する

## 2. 標榜診療科目

外科、整形外科、消化器内科、神経内科、産婦人科、小児科、麻酔科等

\*日帰り手術を中心とする外科系であれば、麻酔科は必置

## 3. 診療体制

①急性期病院の要件を全て満たし、外来部門を重点スペースとする

②救急告示（内科系、外科系、産婦人科、小児科）

③地域に対する保健活動（検診、人間ドック、町内会セミナー等）への積極的取り組み

## 4. 医療情報管理

①電子カルテ・オーダーリングシステムの導入

②診療録管理体制の整備

③医療情報交換ネットワーク・システムの完備（参加）、地域医療連携体制の充実

## 5. 経営管理体制

様々な医療サービス提供に対応可能な経営体制を構築する医療機関として、診療部門と経営管理部門の機能を分離し、経営に関わる意思決定機関を最上部に置く組織体制とする。



ジャンル:機能選択 > 病床機能選択

# 急性期病院としての生き残るには

急性期病院として生き残るには、  
どのような点に取り組む必要がありますか。

急性期病院とは、診療報酬上の概念です。

近年では、一般病棟入院基本料10:1以上を算定していることが想定される急性期病院の条件としては、次のような体制・機能を備えていることが必要だといえます。

## ■急性期病院であるための条件

- ①紹介患者数が初診患者総数の30%以上（紹介率30%以上）
- ②一般病棟入院患者数の平均在院日数が17日以内
- ③診療録管理体制加算を届出・算定
- ④院内事故防止体制の整備
- ⑤地域連携室の設置

医療の機能分担の観点から、診療所が外来、入院機能は病院がそれぞれ担うものとする、急性期の入院患者の獲得は、救急医療体制の整備と紹介率の向上が重要なポイントです。地域の救急要請に対して十分に応えるためには、年間3000件以上の救急受け入れ実績が必要といわれており、これが急性期病院として病院運営を継続するためのひとつの目安であるともいえます。併せて、ポスト急性期は在宅復帰率の向上が重要です。80%以上を確保するよう、地域との連携が求められています。

さらに、生き残りの条件としては次のポイントが挙げられます。

## ■生き残りの条件

- ①診療科目の選択と整備
- ②質と量を備えたマンパワーの確保
- ③経営基盤の強化

とりわけ、経営基盤の強化のためには、「医療原価額が大きくても原価率は低い」こと、また「人件費額が大きくても人件費率は低い」ことを目指す経営管理能力を持つこと、つまり管理能力を有するトップのリーダーシップが重要な役割を果たすといえるでしょう。