

週刊WEB

医業経営 MAGAZINE

Vol.568 2019.4.2



10月実施の診療報酬改定 各医療機関の影響に過不足なく補填

医療情報
ヘッドライン

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

DPC制度導入で医療の質は維持 平均在院日数は下がり、病床利用率向上

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

2019年3月29日号

「医師の働き方改革に関する 検討会」の報告書案を大筋了承

週刊
医療情報

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年10月分)

経営
TOPICS

医療需要の実態把握に活用 NDBオープンデータの概要

経営情報
レポート

ジャンル:医業経営 サブジャンル:ナレッジマネジメント

ナレッジマネジメントとは ナレッジマネジメントと文書管理の違い

経営
データ
ベース

発行:税理士法人 KJ グループ

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

10月実施の診療報酬改定 各医療機関の影響に過不足なく補填

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）は2月13日、今年10月に実施される診療報酬改定について、根本匠厚生労働相宛に答申し、中医協の田辺国昭会長（東京大学大学院法学政治学研究科教授）は、「各医療機関に過不足なく補填するとの課題に的確に対応しうるものになった」とコメントした。

代理で答申書を受け取った大口善徳厚生労働副大臣は「改定後の補填状況の検証は速やかに、かつ継続的に行う」と挨拶している。

■10月に消費税率が8%から10%へと引き上げられるため、臨時的に診療報酬を改定

通常、診療報酬改定は2年に1回実施されているが、今回は10月に消費税の税率が現行の8%から10%へと引き上げられるため、臨時的に実施される。

診療報酬は非課税であるため、医療機関や調剤薬局は仕入税額控除を受けることができないが、実際の仕入れでは消費税を負担している。そのため、負担相当額を補填する措置として、これまでも税率が引き上げられるたびに臨時改定が行われてきた。

■2014年消費税率引き上げ時には、臨時改定設計自体に問題があることが浮き彫りに

しかし、昨年7月に開催された「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で、2014年に実施された消費税率引き上げ（5%から8%）に対する補填状況について、厚労

省が2015年11月に公表していたデータでは病院全体の補填率が102.36%だったものの、実際は82.9%だったことが明らかになった。厚労省の調査方法のみならず、臨時改定の設計自体に問題があることが判明したため、今回は「5%から10%」に対応した点数引き上げを実施し、さらに、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）などを利用して基礎データや医療機関などの分類を精緻化するなどの対応を実施した。

■初診料は6点引き上げられて288点

個別の主な配点としては、初診料が現行から6点引き上げられて288点、再診料が1点引き上げられて73点、外来診療料は1点引き上げられて74点、急性期一般入院料1は59点引き上げられて1,650点、昨年の改定で新設されたオンライン診療料は1点引き上げで71点となり、診療報酬全体ではプラス0.41%、薬価はマイナス0.51%、材料価格はプラス0.03%となっている。



医療情報
ヘッドライン
②

DPC制度導入で医療の質は維持 平均在院日数は下がり、病床利用率向上

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、2月13日に開かれた中央社会保険医療協議会総会で、2017年度に実施されたDPC制度導入の影響を評価する「退院患者調査」の結果を報告し、「医療の質」を図る目安となる「再入院率」「再転棟率」は前年度とほぼ変わらないことがわかった。

「平均在院日数」は前年度より下がり、「病床利用率」は向上していることも明らかとなっている。

■DPC制度は、医療をより効率的に提供する 仕組みとして2003年に導入

DPC制度（DPC/PDPS、診断群分類別包括支払制度）は、医療をより効率的に提供する仕組みとして2003年に導入された。

一方で、いわゆる「粗診・粗療」を助長する可能性もあるため、厚労省はDPC対象病院に対して毎年詳細な診療データの提出を求めている。

それを集計・分析したのが「退院患者調査」であり、患者に対して適切な医療が提供できていれば「再入院」「再転棟」が起こらないとの考えから、「再入院率」「再転棟率」は「医療の質」を図る目安となっている。

■「再入院率」はほぼ横ばい、 「再転棟率」も2016年度と変わらず

調査結果を見ていくと、「再入院率」はDPC対象病院Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群ともほぼ横ばいで、計画的な再入院はⅠ群が2016年度の10.0%

に対して10.3%、Ⅱ群が8.4%に対し8.5%とわずかに増えているが、計画外の再入院はいずれも2016年度と同じ数値を示している。「再転棟率」はⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群とも2016年度と変わらない。

平均在院日数は、すべての群とも2016年度よりも低く抑えられている。

Ⅰ群は2016年度が13.11日だったのが12.79日に、Ⅱ群は11.80日だったのが11.64日に、Ⅲ群は12.24日だったのが12.02日となった。

病床利用率はいずれも向上しており、Ⅰ群が2016年度の82.2%から0.7ポイント上昇して82.9%に、Ⅱ群は85.5%から0.2ポイント上昇して85.7%に、Ⅲ群は0.9ポイント上昇して81.9%となっている。

■DPC導入の医療機関は、よりシビアに数値を コントロールする必要性に迫られる

これらの結果から、少なくともDPC対象病院に関しては、医療行政が目指す方向性へと数値上はコントロールできていることがわかる。裏を返せば、DPC対象病院は現状の「再入院率」「再転棟率」をキープしながら「平均在院日数」を下げ、「病床利用率」を上げ続けることが可能であると数字で裏付けられた調査結果となったわけで、DPC準備病院など今後DPC導入を目指す医療機関は、よりシビアにこれらの数値をコントロールする必要性に迫られるといえよう。

医療情報①
医師の働き方改革
に関する検討会

「医師の働き方改革に関する 検討会」の報告書案を大筋了承

■厚労省の吉田局長、「偏在是正と働き方改革 をセットで進める」

厚生労働省は3月28日、「医師の働き方改革に関する検討会」（座長＝岩村正彦・東大大学院法学政治学研究科教授）の第22回会合を開き、前回の議論などを踏まえて修正した報告書案を示し、座長一任の形で了承された。

会議のメンバー（構成員）からは「よくまとめていただいた」と厚労省担当者の労をねぎらう声や、「基本的なフレームワークができた」「これがスタートライン」などと評価する声が上がった。これまで「年1,860時間」に強く反対してきた労働組合側の委員も終始笑顔で、“波乱”はなかった。厚労省は15日の前回会合に示した報告書案を大幅に加筆、労働組合側の意見に配慮し、「過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとする意見があった」と記載した。また、労災認定基準を注釈で示し、「年1,860時間」の重みを記した。

■「ご意見はおおむね丁寧に反映して いただいている」と岩村座長

会議冒頭の資料説明は10分程度の短いもので、前回からの修正部分に絞った簡潔な説明だった。岩村座長は「前回、前々回の検討会で頂いたご意見については、おおむね丁寧に反映していただいているものと思っています」と評価。「この検討会は今日が最終回」と宣言した上で質疑に移った。

■「事務局は自分たちの働き方改革を 棚に上げて粉骨砕身」と荒木構成員

質疑の終盤、荒木尚志構成員（東京大学大学院法学政治学研究科教授）が「今回、大変難しい調整だったと思う」と謝意を示した上で、「事務局の皆さんは自分たちの働き方改革を棚に上げて粉骨砕身に取り組んでいただいた」と述べると、一斉に笑い声があふれた。

■「医師偏在の是正を働き方改革と セットで進める」と吉田局長

報告書案の取りまとめを受け、厚労省医政局の吉田学局長があいさつし、「地域別、診療科別の医師偏在と言われる状態の是正を働き方改革と一体として、セットで進めなければいけない」と熱く語った。

○厚労省医政局・吉田学局長

（前略） 個々の医療機関におかれましては、それぞれの主体的な取組を進めていただく。あるいは、患者さん、住民の方々にご理解をいただいて、上手なかかり方を実践していただくということも必要でありますけれども、私も医療政策、あるいは行政としては、これも関係者の方が多ございますので、そのご理解をいただくことは当然でありますけれども、地域医療構想を具体的な形にする。あるいは地域別、診療科別の医師偏在と言われる状態を是正するというのを、この働き方改革と一体として、セットで進めなければいけないというふうに思います。（後略）

（3月28日の同検討会での発言を基に編集部で作成）

医療情報②
中医協
検証部会

医師の負担軽減、「価格で誘導するという視点ではない」

■厚労省の森光課長、中医協の検証部会で

厚生労働省は3月27日、2018年度診療報酬改定で実施した医師の負担軽減策の効果などに関する調査結果を公表した。それによると、「改善した」「どちらかというと改善した」を合わせた割合は18.1%で、「悪化した」「どちらかというと悪化した」を合わせた割合は19.0%、「変わらない」と回答した割合は60.1%だった。この調査結果は、同日開催された中央社会保険医療協議会（中医協）の診療報酬改定結果検証部会（部会長＝松原由美・早稲田大人間科学学術院准教授）で示された。この結果に対し、委員から「医政局との連携で、何か具体的に政策を考えられているのか。医師の働き方、あるいは看護師も含めて軽減していく予定はあるのか」との質問があった。厚労省保険局医療課の森光敬子課長は「価格で誘導するという視点ではなく、必要な医療に必要なコストをしっかりと見ていくという姿勢」との考えを示した上で、「医政局ともしっかりと議論をしていきたい」と答えた。

○野口晴子委員（早稲田大学政治経済学術院教授）

（前略）医師の勤務状況について、「改善した、どちらかというと改善した」と「悪化した、どちらかというと悪化した」はほぼ同じで、変わらないのが6割ということになっているのですが、（中略）医師を増員した所は改善したのかもしれないけれども、医師が逆に「取られた」というか流れていった所は改悪したという結果で、因果関係から言うと非常に理解できる結果だなあと思ったのですが、非常にあさっての方向の質問かもしれませんが、やっぱり診療報酬って価格政策で、やっぱりこういう医師の働き方改革とか、あるいは負担軽減ということをやるというのは、こういう結果から見ても、価格政策による改善というのは、どちらかという限界があると思っていて、一方で、今、医政局を中心に医療従事者のいわゆる負担軽減というか、要するに供給体制のあり方について検討がされているわけですが、こういう価格政策と医政局との連携で、何か具体的に政策を考えられているのか。あるいは現在、そういった連携が行われていないとしたら、将来そういった課・局をまたいで、価格政策だけではなくて医政局との連携で何か医師の働き方、あるいは看護師さんも含めてですが、軽減をされていくご予定はあるのかをちょっとお伺いしたいと思います。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

先生ご指摘の点につきましては、私も、まずは今、医政局等で議論されていることをしっかりウォッチしていくという状況でございます。基本的に、ただ、診療報酬の中では、適切な医療を提供するのに必要なコストをきちっと評価していくという姿勢でございます。先生おっしゃるとおり、価格で誘導するという視点ではなく、必要な医療に必要なコストをしっかりと見ていくという姿勢で、私もはやっております。ただ、その中でも特にこのような状況を改善していくのに資する施策があるのか、という点については医政局ともしっかりと議論をしていきたいと思っておりますし、次の総会でも、「2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方案」の議題で議論していただきますが、しっかり働き方改革、これが進むような形で、検討しなければいけないということで、議題としても挙げていくという予定にしておるところでございます。（後略）

（3月27日の中医協・検証部会での質疑を編集部で要約）

週刊医療情報（2019年3月29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。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年10月分)

厚生労働省 2019年1月17日公表

概 要

1 第1号被保険者数(10月末現在)

第1号被保険者数は、3,510万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(10月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、655.8万人で、うち男性が206.3万人、女性が449.5万人となっている。

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18.3%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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、372.4万人となっている。

(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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、85.8万人となっている。

(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8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が53.6万人、「介護老人保健施設」が35.3万人、「介護療養型医療施設」が4.3万人、「介護医療院」が3.1千人となっている。

(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、4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8月サービス分、償還給付9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、8,113億円となっている。

（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3,819億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,307億円、施設サービス分は2,529億円となっている。

（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180億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は11億円となっている。

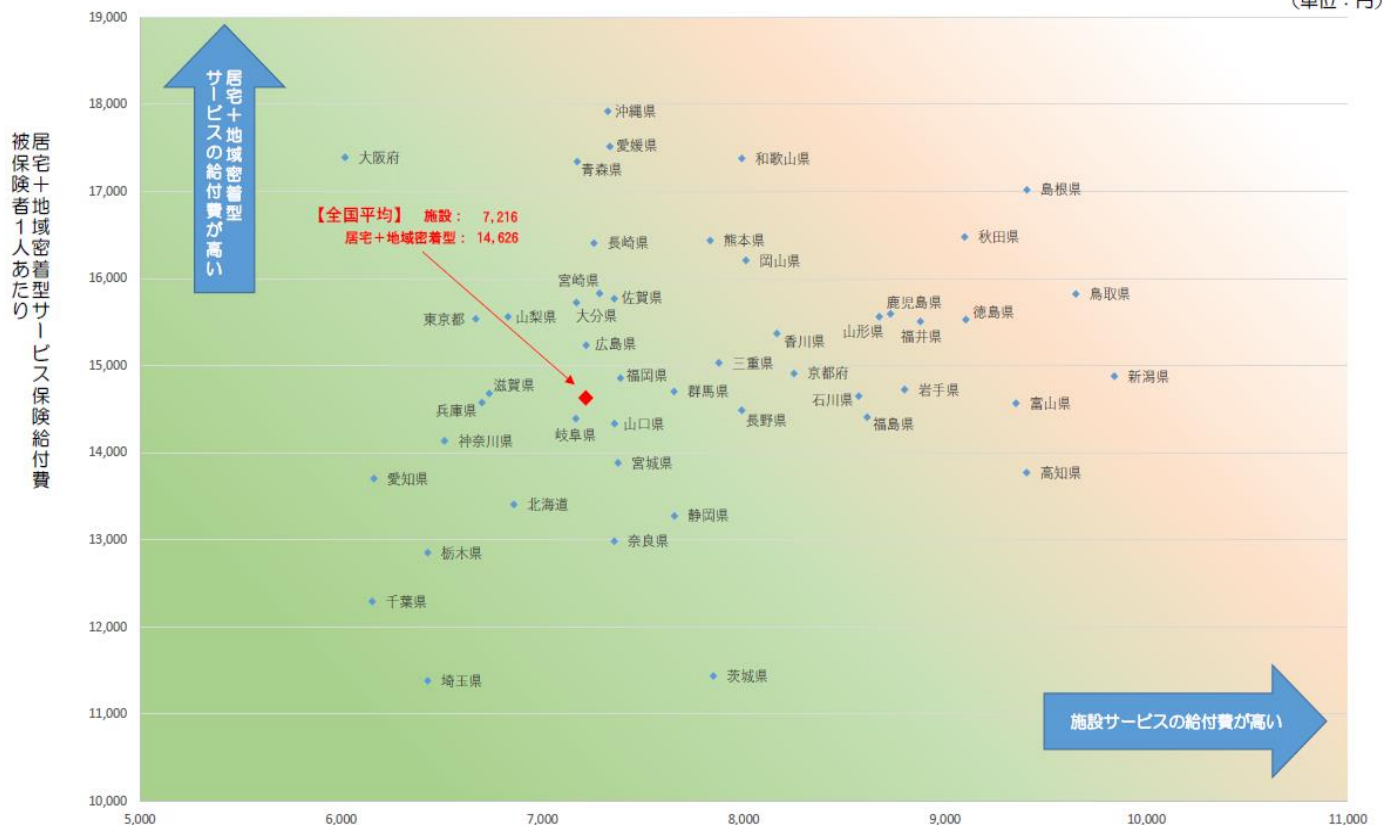
（３）再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は266億円、うち食費分は169億円、居住費（滞在費）分は98億円となっている。

（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1人あたり保険給付費【都道府県別】

（単位：円）



第1号被保険者1人あたり施設サービス保険給付費

出典：介護保険事業状況報告（平成30年8月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成30年10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。



医療需要の実態把握に活用

NDBオープン データの概要

1. NDBオープンデータの概要
2. 外来・在宅医療における地域の傾向
3. 地域にみる診療所入院の状況
4. NDBオープンデータの利活用と今後の展開



参考文献

厚生労働省 第4回データヘルス改革推進本部 資料 厚生労働省 第5回医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議 「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）及び介護保険総合データベース（介護DB）の連結について」
 厚生労働省 第1回NDBオープンデータ/第2回NDBオープンデータ/第3回NDBオープンデータ
 厚生労働省 第42回レセプト情報等の提供に関する有識者会議 資料 総務省統計局による人口推計

1

医業経営情報レポート

NDBオープンデータの概要

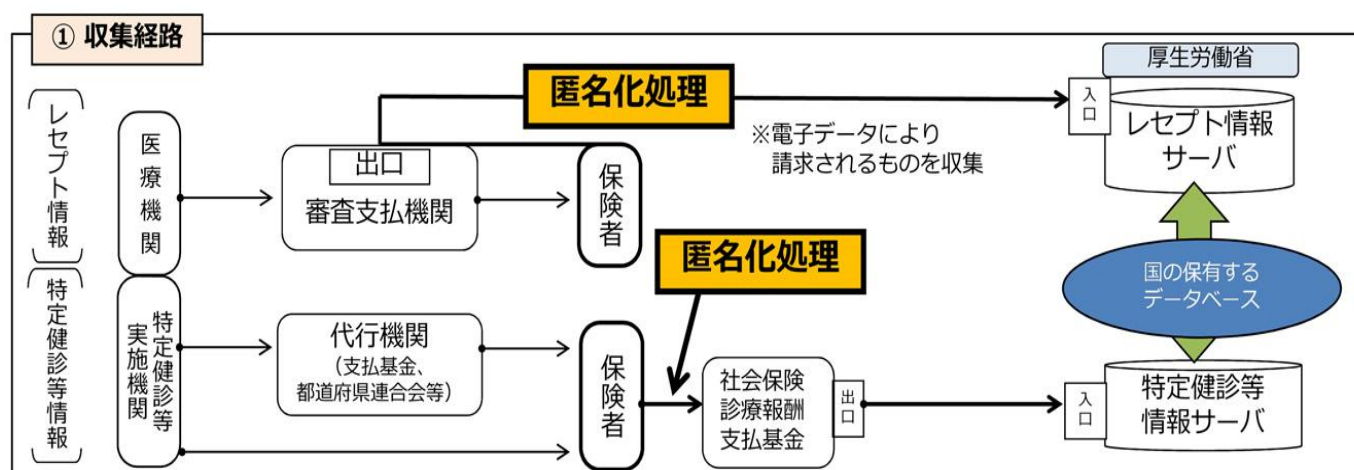
■ NDBオープンデータ作成の経緯

(1) NDBの概要

レセプト情報・特定健診等情報データベース（National Database：以下、NDB）は、平成20年4月から施行されている「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報を格納し、構築しているものです。

NDBの格納データ（平成30年3月末現在）は、レセプトデータが約148億1,000万件（平成21年4月～同29年12月診療分）で、特定健診・保健指導データについては、約2億2,600万件（平成20年度～同28年度実施分）となっています。

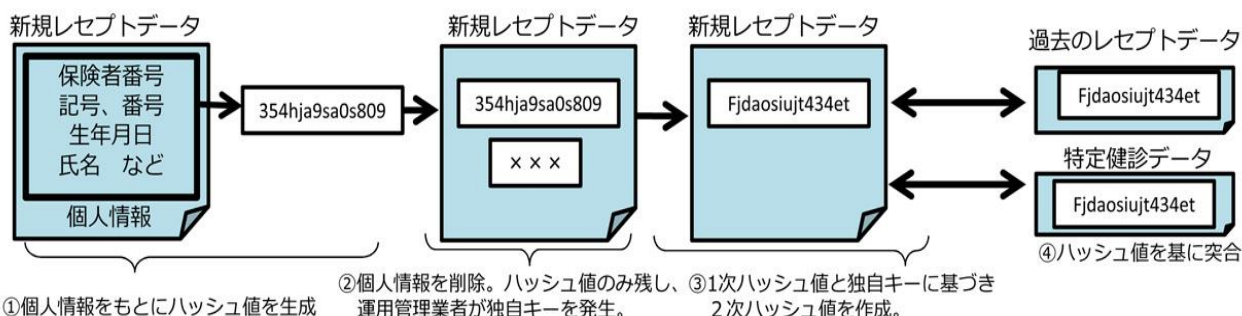
◆NDBの収集経路と匿名化処理



② 匿名化処理について

・「ハッシュ関数」を用い、個人特定につながる情報を削除（＝匿名化）。下図のように、同一人物の情報を識別・突合し、保管。

- 特徴
- ① 与えられたデータから固定長の疑似乱数（ハッシュ値）を生成。② 異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。
 - ③ 生成された値（ハッシュ値）からは、元データを再現することは出来ない。対応表も作成しない。
 - ※ 個人情報（氏名、生年月日等）を基にしてハッシュ値を生成し、それをIDとして用いることで個人情報を削除したレセプト情報等について、同一人物の情報として特定することが可能。



（出典）平成30年5月16日 厚生労働省 老健局・保険局 NDB、介護DB等の役割と解析基盤について

2 医業経営情報レポート

外来・在宅医療における地域の傾向

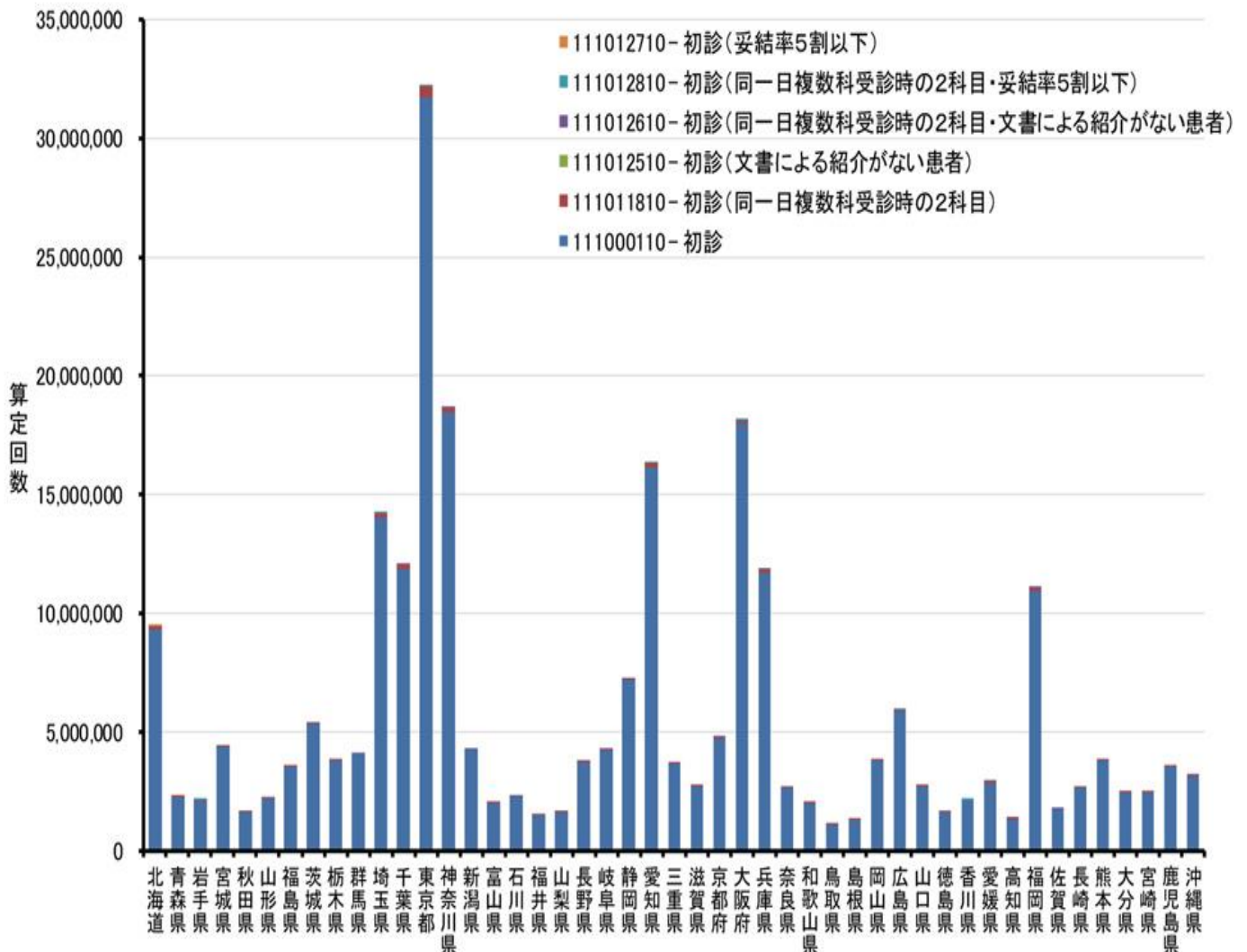
■ 都道府県別にみる初診料の傾向

都道府県別に外来の初診料の算定回数をみると、東京都が最も多く 32,192,098 回で、最も少ないのは鳥取県の 1,145,742 回となっています。

また、総務省統計局による人口推計（平成 28 年 10 月 1 日現在、以下：人口推計）を元に、1 年間に 1 人が受ける平均の初診料の算定回数を割り出したところ、最も多いのは東京都の 2.36 回で、最も少ないのは秋田県で 1.64 回という結果となりました。

分析結果の傾向としては、北海道と東北地方では相対的に少なく、九州と四国では 1 人当たりの算定回数が多いことがわかります。

◆ 都道府県別 初診料の算定回数



(出典) 厚生労働省 第3回 NDB オープンデータ【解説編】(②中編) A000 初診料

地域にみる診療所入院の状況

■ 都道府県別にみる有床診療所入院基本料の傾向

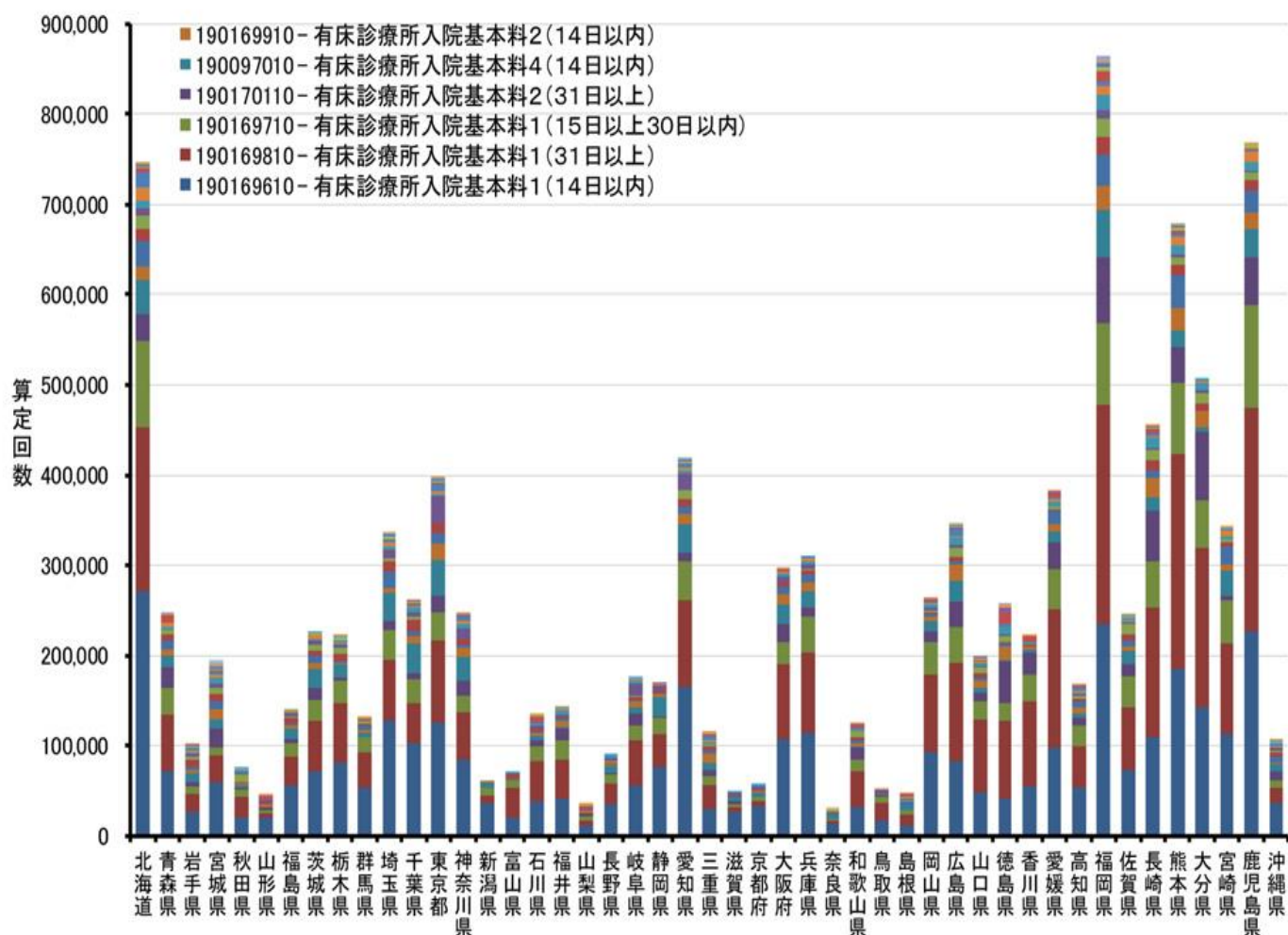
都道府県別の有床診療所入院基本料の算定回数をみると、福岡県が一番多く 862,131 回、最も少ないのが奈良県で 30,589 回となっています。

また、人口推計により、1 年間に 1 人が受ける平均の有床診療所入院基本料の算定回数を割り出したところ、最も多いのは鹿児島県で 0.47 回、一方最も少ないのは奈良県で 0.02 回という結果となりました。

分析結果の結果、沖縄を除く九州、四国地方では相対的に多く、奈良、京都、大阪、滋賀等は同基本料の算定回数が少ない傾向がみられました。

また、前年度と比較すると、有床診療所が減少してきていることもあり、全体の算定回数は約47万7千回減少しています。

◆都道府県別 有床診療所入院基本料算定回数



(出典) 厚生労働省 第3回NDBオープンデータ【解説編】(②中編) A108 有床診療所入院基本料

4 医業経営情報レポート

NDBオープンデータの利活用と今後の展開

■ NDB データの利活用の現状と今後の展開

(1)NDBデータの利活用の現状

厚生労働省は、NDB データを活用した事例を公表しています。

研究利用の事例の一つとして、脳梗塞患者の t-PA 治療（*）の実態について分析し、都道府県ごとの t-PA 投与率を調べ、地域格差等の分析を実施しています。その結果、t-PA 投与率は年々上昇しているものの、都道府県間で投与率に大きな格差があることが明らかとなりました。

（*）t-PA 治療とは血栓を溶かす薬を使用し、脳への血液の流れを早期に回復させて障害から救う療法。

◆NDBデータを活用した研究事例

- 急性期脳卒中診療における t-PA 療法の普及および地域格差に関する研究
- NDB を用いた抗菌薬使用動向調査に関する研究
- 高齢者における医薬品の使用状況調査
- NDB を用いた心疾患患者における腎障害併発時の降圧薬の使用実態調査

(2)NDBデータの今後の展開

現在、医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議等では、NDB と介護データベース（以下：介護 DB）で保有する情報について、連結解析を可能とする仕組みについて議論されています。

双方のデータベースの連結解析によって、地域包括ケアシステムの構築や、効果的・効率的で質の高い医療・介護の推進等に寄与する医療・介護を通じた分析に資することが期待されています。

現在は、NDB と介護 DB 双方の匿名化に用いる情報項目や識別子の生成方法が異なり、連結解析を行うことはできません。その対応策として、医療保険及び介護保険の両制度のレセプト等で共通して収集している情報項目（氏名、生年月日、性別）を基に共通の識別子を生成、連結キーとして活用し、連結解析を可能とすることが検討されています。

また、NDB 及び介護 DB の第三者提供についても議論されており、第三者提供を開始するに際しては、両データベースに精通した有識者による試行運用と、それを通じた課題の精査を行うべきとされています。

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:医業経営 > サブジャンル:ナレッジマネジメント

ナレッジマネジメントとは

ナレッジマネジメントとはどのようなものですか。

■ナレッジマネジメントとは

ナレッジマネジメントの明確な定義はありませんが、「組織の創造性を支えるナレッジを質、量ともに向上、拡大させる施策を通じて、組織の実行可能性と価値提供能力を高めることを目的とした仕組みを形成し、継続的にその仕組みを発展させていくこと」であるといえるでしょう。

具体的には、ナレッジの担い手（提供者であり活用者）である組織内の職員が情報インフラによってナレッジを共有することで顧客への提供価値（質とスピード）を向上させ、かつ、それらの価値がナレッジとして加速度的に蓄積されていく取組であるということです。

90年初頭のバブル崩壊に伴い医療機関を取り巻く環境は大きく変わりました。これに伴い、医療経営そのものも、大きなパラダイムシフトを求められています。

すなわち従来の成功法則が成り立たず、医療機関の価値観も含めて生き残りのための大胆な自己変革が必要とされているのです。自己変革のためには、新たなルール of 創造とその認知・実行が必要とされ、さらに質とスピードを伴う変革が求められることとなりました。

そこで、注目されるようになったのが、ナレッジマネジメントです。

■ナレッジマネジメントにおける「ナレッジ」とは

① データ

「データ」とはある瞬間の事象の状態を表すもので、それ自体に意味はなく、いわば「素材」

② 情報

「情報」はデータを、目的を持って整理・加工され、何らかのメッセージを持つもの

③ 知識

作成された情報を分析し、結果を踏まえて洞察を加えたもの

④ 知恵

知恵とは、知識をもとに活用者個人が応用力や適応力を用い行動を通じて創造する価値であるとともに活用者の能力に多分に左右されるものであり、また、個別のケースのみにしか該当しないもの

ナレッジマネジメントを導入する際は、グループウェアといった情報共有ツールを活用することが効果的です。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:ナレッジマネジメント

ナレッジマネジメントと 文書管理の違い

混同しやすいとされるナレッジマネジメントと
文書管理の差異はどこにありますか。

ナレッジマネジメントと文書管理は、ナレッジを蓄積していくという部分において共通点があり、しばしば混同されているケースがみられます。

両者の区別は、以下の点の対比で行うことが可能です。



①目的

文書管理が記録の管理を目的としているのに対し、ナレッジマネジメントは蓄積した知識を活用することを目的とする

②活動

文書管理は収集、閲覧および参照が中心ですが、ナレッジマネジメントでは蓄積された知識をベースにした新しい価値の創造が活動の中心になる

③活動範囲

文書管理はあくまでも管理を目的としているため、活動の範囲が限られる。一方、ナレッジマネジメントでは組織全体の知識の共有が前提のため、活動も組織レベルで行う

④重点課題

文書管理においては「量の拡充」と「網羅性」が重点課題のため、ナレッジマネジメントにおいては「量」とともに「質の拡充」が重要

ナレッジマネジメントは、上記の観点で情報を共有し、可視化することで知識を創造するとともに組織の成長・発展を促します。

つまり文書管理との違いは、医業経営に存在する暗黙知をいかに組織全体で共有し、後世に残していくかという「暗黙知と形式知の変換サイクルを確立する」ことなのです。