

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.860 2025.3.4

医療情報ヘッドライン

**がん研、サバイバー5年生存率を初集計
進行期では1年生存するほど改善傾向**

▶ 国立研究開発法人国立がん研究センター

**医療法改正案を閣議決定
医師偏在対策や医療DXの推進が柱**

▶ 政府

週刊 医療情報

2025年2月28日

**医療DX加算の再編を告示、
医科は4月から6区分に**

経営TOPICS

統計調査資料

**令和5年(2023)
患者調査の概況**

経営情報レポート

**AIの活用などによる地域差の解消へ
救急医療の現状と未来への展望**

経営データベース

ジャンル:医療経営 > サブジャンル:アンケート調査の実施
**患者アンケート調査の目的と調査票の作成
入院患者のアンケート調査**

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。

がん研、サバイバー5年生存率を初集計 進行期では1年生存するほど改善傾向

国立研究開発法人国立がん研究センター

国立研究開発法人国立がん研究センター（がん研）は2月13日、国が指定するがん診療連携拠点病院などで診断された全てのがんの情報を登録した「院内がん登録」のデータを用いて、「サバイバー5年生存率」を初めて集計し、結果を公表。

治療による根治がより期待できる「Ⅰ・Ⅱ期」では、多くのがん種でサバイバー5年生存率がほぼ横ばいだったのに対し、進行期の「Ⅲ・Ⅳ期」では、1年生存するほど5年生存率が改善する傾向がみられた。この結果をもって、がん研は「治療を受ける方々にとって少しでも明るいメッセージになることを期待しています」とコメントしている。

■10年生存率(純生存率)は54.0%

この調査は、2012年登録の院内がん登録データを提出した拠点病院およびその他の院内がん登録実施施設（拠点外業院）の361施設から10年予後情報付腫瘍データ54万3,081例を収集し、集計したもの。

2012年の「10年生存率」は、実測生存率46.6%、純生存率54.0%だった。

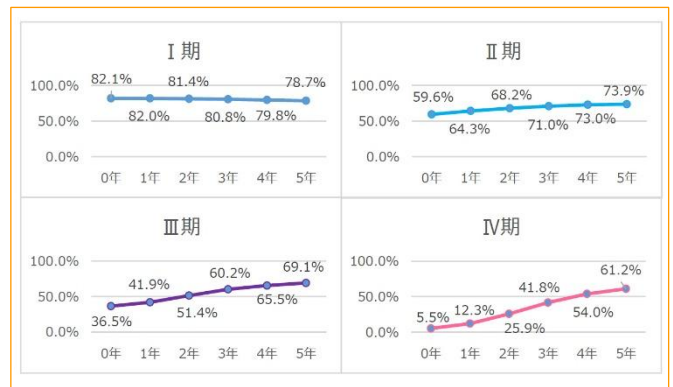
実測生存率と純生存率に差があることについて、がん研は「年齢が高くなるほど、がん以外の原因で亡くなる確率が高くなることが影響していると考えられました」としている。

今回初めて集計をした「サバイバー生存率」は、「条件付生存率」ともいわれ、診断後経過した日数を起点とした「次の○年の生存率」のことだ。今回は、主ながん種（胃がん、大腸がん、肝細胞がん、肝内胆管がん、小細胞肺がん、非小細胞肺がん、乳がん、食道がん、膵臓がん、前立腺がん、子宮頸がん、子宮体

がん、膀胱がん、甲状腺乳頭濾胞がん、胆嚢がん、喉頭がん、腎がん、腎盂尿路がん、卵巣がん）の病期別サバイバー5年生存率が算出されている。

いわゆるステージⅢ、ステージⅣの進行期において、1年生存するほど5年生存率が改善する傾向がみられたのは前述のとおり。

たとえば胃がんの場合は以下、図の通り、ステージⅠはほぼ横ばいだったが、ステージⅢでは明らかに上がっている。より顕著なのがステージⅣで、1年生存するごとにサバイバー生存率が上がる結果となっている。



■乳がんや前立腺がんは特に経過観察が重要

一方、乳がんや前立腺がんはどのステージでもサバイバー5年生存率が横ばいとなった。

たとえば乳がんのステージⅣは、診断0年でのサバイバー5年生存率が36.3%と、相対的に高いが、1年後38.0%、3年経過で39.7%、5年経過後も44.5%とあまり改善していない。

がん研は「長期の治療と経過観察が必要なサブタイプがあることを反映していると推測」としており、がんの中にもサブタイプ（特殊型）があることや、経過観察の必要性を示している結果となった。

医療法改正案を閣議決定 医師偏在対策や医療DXの推進が柱

政府

政府は2月14日、「医療法等の一部を改正する法律案」を閣議決定した。改正案は、「地域医療構想の見直し等」「医師偏在是正に向けた総合的な対策」「医療DXの推進」の3つを柱としており、施行日は一部を除き2027年4月1日としている。

■オンライン診療を医療法に定義

今回の改正の趣旨について、厚生労働省が公開している「医療法等の一部を改正する法律案の概要」には次のように記されている。

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

「地域医療構想の見直し等」についての詳細は以下の通り。

- ① 2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・ 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする
 - ・ 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める
 - ・ 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける
- ② オンライン診療を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設にかかわる規定も整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

■外来医師過多区域では

新規開業時に事前の届出が必要に

「医師偏在是正に向けた総合的な対策」では、都道府県知事が医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定められるようにする。

また「外来医師過多区域」を設定し、無床診療所への対応を強化する旨も盛り込まれた。

具体的には、「外来医師過多区域」で医療機関を新規開業する場合、開業6カ月前までに事前の届出が必要となることや、保険医療機関の指定期間を短縮することなどだ。

医療機関の管理者要件に、「保険医として一定年数の従事経験を持つ者」も追加される。

これは、医師に保険診療の経験を積むことを促すもので、初期研修終了後すぐに美容医療に進む「直美」と言われる医師を減らす狙いもある。

「医療DXの推進」については、必要な電子カルテ情報の医療機関での共有や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。さらに、医療情報の二次利用推進のため、データベースの仮名化情報を利用・提供できるようにする。

また、社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営にかかわる母体とし、名称や法人の目的を変更するほか、組織体制の見直しも行うとした。

加えて、厚生労働大臣によって医療DX推進のための「医療情報化推進方針」を策定し、公費負担医療などにかかわる規定も整備するとしている。

医療情報①
 厚生労働省
 官報告示

医療DX加算の再編を告示、 医科は4月から6区分に

厚生労働省は20日、4月に実施する「医療DX推進体制整備加算」の再編を官報告示した。現在は3区分の点数を、電子処方箋システムを導入しているかどうかやマイナ保険証の利用率の実績に応じて6区分にする。

この日に官報告示された診療報酬点数表（医科）の見直しなどによると、医療DX推進体制整備加算は4月1日以降、現在の加算1、加算2、加算3を1-2点引き上げ、電子処方箋の導入を要件にする。一方、電子処方箋を導入していない医療機関向けに医療DX推進体制整備加算4、加算5、加算6を新設する。6区分のうち、最低ラインの医療DX推進体制整備加算6は、現在の加算3の8点を維持する。

マイナ保険証の利用率の基準は引き上げ、新設の医療DX推進体制整備加算4、加算5、加算6にも適用する。4月1日以降の基準は、医療DX推進体制整備加算1と加算4が「45%以上」、加算2と加算5が「30%以上」、加算3と加算6が「15%以上」。

また、患者からの健康管理に関する相談に、マイナポータルの医療情報を使って対応できる体制整備の要件は、医療DX推進体制整備加算1と加算2、加算4と加算5に適用する。

一方、調剤の医療DX推進体制整備加算は現在の3区分を維持し、加算1は10点（現在は7点）、加算2は8点（6点）、加算3は6点（4点）にそれぞれ引き上げる。

また、電子処方箋の導入を4月1日から必須にし、3月31日の時点で電子処方箋を未導入の薬局には加算の辞退の届け出を求める。

医科・歯科・調剤の加算に適用するマイナ保険証の利用率の新しい基準は9月末まで適用する。10月以降の基準は中央社会保険医療協議会で改めて議論し、7月をめどに検討・設定する見通しだ。

厚労省は、25年度に行う診療報酬の「期中改定」も官報告示した。医科では、入院時の食費の基準を総額で1食20円引き上げ、4月1日から適用する。24年度の診療報酬改定後も続いている食材費の高騰を受けた措置で、引き上げは2年連続。

ただ厚労省は、住民税非課税世帯に該当する70歳以上の患者で、公的年金の収入が前年に80万円以下だった人の負担は据え置くなど、低所得者に配慮する方針。

一方、調剤では、「特定薬剤管理指導加算3口」（現在は1回に限り5点）を4月1日以降は10点に引き上げる。この加算は、同じ成分の後発医薬品がある先発薬（長期収載品）を希望する患者に対し、薬剤師が説明・指導を行った場合に薬局が算定する。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

急性白血病などの ゲノム検査出来高算定に

中央社会保険医療協議会は 19 日の総会で、DPC 制度での「造血器腫瘍または類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」の取り扱いを議論し、急性白血病や多発性骨髄腫などの患者に検査を行った場合は特例的に出来高算定することで合意した。2026 年度の次期診療報酬改定までの対応とする。

同検査で出来高算定となる対象疾患は、急性白血病や多発性骨髄腫のほか、非ホジキンリンパ腫、免疫系悪性新生物、骨髄増殖性腫瘍、骨髄異形成症候群、再生不良性貧血、その他の血液疾患。1 月 16 日に開催された中医協の保険医療材料等専門組織では、同検査について 4 万 4,000 点で保険収載することが決まった。ただ、同検査は DPC 制度で包括評価の対象となる検査料を準用技術料として保険収載されるため、同検査の検査料も包括評価の対象になる。

厚生労働省は 19 日の総会で、全診断群分類での 1 入院当たりの平均的な包括範囲出来高点数は薬剤費や材料費を除くと約 2 万 8,000 点になるとした上で、医療機関が同検査を実施すれば、「負担が過大となるのではないか」とした。

また、同検査の算定を高額薬剤と同様の出来高払いとするよう日本血液学会から要望があったほか、白血病などの造血器腫瘍では急速に致死的な転帰をたどることもあるため、入院下で実施される必要性が特に高いとされていることも説明した。その上で厚労省は、急性白血病や多発性骨髄腫などの患者に同検査を実施すれば次の診療報酬改定まで出来高算定することを提案した。包括評価によって同検査の導入が妨げられるのを防ぎたい考え。

同省保険局の林修一郎医療課長は、「医療機関が 4 万 4,000 点の技術を包括内で提供するというのはなかなか難しいことだと考えている」として対応案への理解を求め、了承された。

医療情報③
 社保審
 介護保険部会

ケアマネ「職責に見合う 処遇確保」検討へ

厚生労働省は 20 日の社会保障審議会・介護保険部会で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）について職責に見合う処遇を確保することや業務範囲の整理、法定研修の在り方などを論点として示した。

2027 年度の介護保険制度の改正を見据えて検討を深め、25 年末までに取りまとめを行う。居宅のケアマネジャーは介護報酬での処遇改善の対象外だが、部会の委員からは処遇の確保を進めるべきだという意見が相次いだ。高齢者の数がほぼピークを迎える 40 年に向けて、生活や住まいなどに関する複合的な課題を抱える高齢者が増えるが見込まれている。(以降、続く)

週刊医療情報（2025年2月28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。

令和5年 介護サービス施設・事業所調査の概況

厚生労働省 2024年12月25日公表

この結果は、令和5年10月1日現在で活動中の施設・事業所について集計したものである。

1. 推計患者数

(1) 施設の種類の性別・年齢階級別

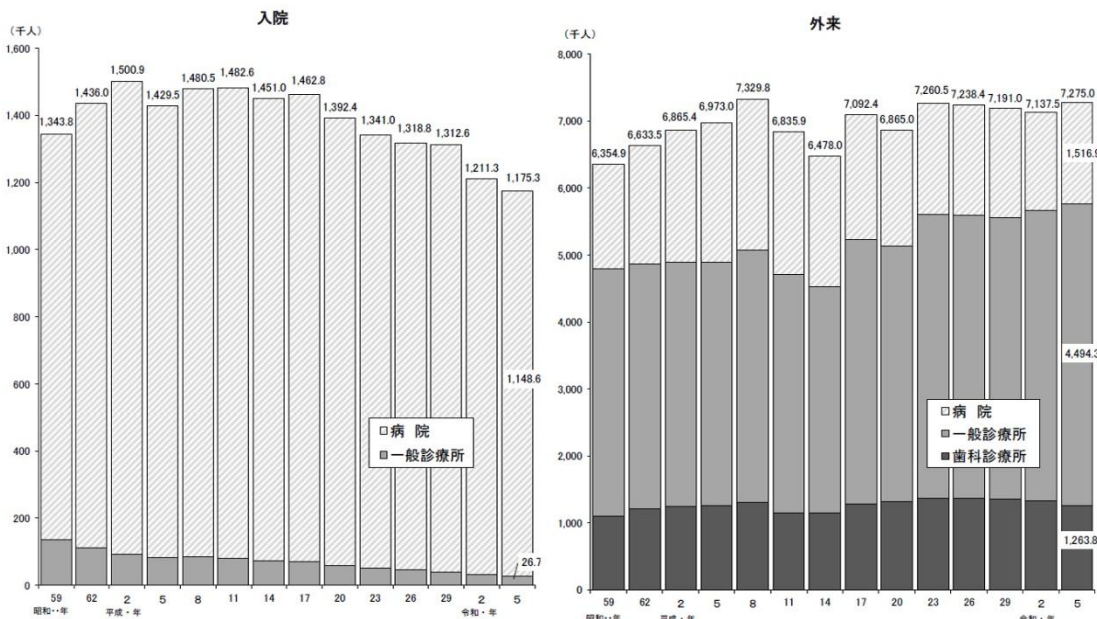
「入院」1,175.3千人について、施設の種類の別みると「病院」1,148.6千人、「一般診療所」26.7千人、性別にみると「男」539.9千人、「女」635.4千人、年齢階級別にみると「65歳以上」887.2千人、「70歳以上」805.3千人、「75歳以上」672.9千人となっている。「外来」7,275.0千人について、施設の種類の別みると「病院」1,516.9千人、「一般診療所」4,494.3千人、「歯科診療所」1,263.8千人、性別にみると「男」3,096.1千人、「女」4,178.9千人、年齢階級別にみると「65歳以上」3,698.2千人、「70歳以上」3,103.7千人、「75歳以上」2,275.3千人となっている。

推計患者数の年次推移をみると、入院では平成20年から減少しており、現在の調査方法となった昭和59年以降最も少なくなっている。

また、外来では平成23年からほぼ横ばいとなっている。

年齢階級別にみると、入院では「65歳以上」を除くいずれの年齢でも平成2年以降減少傾向となっており、外来では平成23年以降ほぼ横ばいとなっている。

■施設の種類の別みた推計患者数の年次推移



注：平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

(2) 傷病分類別

推計入院患者数を傷病分類別にみると、多い順に「V 精神及び行動の障害」213.1 千人、「区循環器系の疾患」182.5 千人、「X 区損傷、中毒及びその他の外因の影響」133.5 千人となっている。推計外来患者数では、多い順に「XI 消化器系の疾患」1,236.0 千人、「XXI 健康状態影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」999.0 千人、「区循環器系の疾患」842.2 千人となっている。

(3) 在宅医療の状況

調査日に在宅医療を受けた推計外来患者数は239.0 千人であり、これを施設の種類別にみると、「病院」21.8 千人、「一般診療所」121.5 千人、「歯科診療所」95.7 千人となっている。在宅医療の種類別にみると、総数では「往診」40.4 千人、「訪問診療」166.3 千人、「医師・歯科医師以外の訪問」32.4 千人となっている。

年次推移をみると、在宅医療を受けた推計外来患者数は、「往診」「訪問診療」「医師・歯科医師以外の訪問」のいずれでも平成8年以降増加傾向となっている。

■年齢階級別に見た在宅医療を受けた推計外来患者数

(単位:千人)

令和5年10月

年齢階級	推計外来患者数 総数	(総 数)				(病 院)				(一般診療所)				(歯科診療所)		
		在宅医療	往診	訪問診療	医師・歯科医師以外の訪問	在宅医療	往診	訪問診療	医師・歯科医師以外の訪問	在宅医療	往診	訪問診療	医師以外の訪問	在宅医療	訪問診療	歯科医師以外の訪問
総 数	7 275.0	239.0	40.4	166.3	32.4	21.8	6.8	12.8	2.3	121.5	33.6	86.1	1.9	95.7	67.4	28.3
0 ～ 14 歳	703.0	0.9	0.4	0.6	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.7	0.3	0.3	0.0	0.2	0.2	-
15 ～ 34	670.7	3.3	1.5	1.8	0.1	0.3	0.2	0.1	0.1	2.6	1.3	1.3	0.0	0.4	0.4	-
35 ～ 64	2 191.4	14.5	5.5	7.5	1.4	2.5	0.8	0.8	0.9	8.7	4.7	3.8	0.2	3.2	2.9	0.3
65 歳 以上	3 698.2	220.0	32.9	156.3	30.8	18.9	5.7	11.9	1.3	109.3	27.2	80.6	1.6	91.8	63.8	28.0
(再掲)																
70 歳 以上	3 103.7	213.9	31.9	151.6	30.3	17.9	5.4	11.4	1.1	106.5	26.6	78.5	1.5	89.4	61.7	27.7
75 歳 以上	2 275.3	202.5	30.0	143.8	28.8	16.7	5.0	10.7	0.9	100.2	24.9	74.0	1.3	85.7	59.1	26.6

注1 : 総数は、年齢不詳を含む。

注2 : 「往診」とは、患者又は家族等の求めに応じて患者（介護老人保健施設等を含む。）赴いて診療するものをいう。

注3 : 「訪問診療」とは、医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下、定期的医師が訪問して診療を行うものをいい、歯科においては、歯科医師が患者赴いて診療を行うものをいう。

注4 : 「医師・歯科医師以外の訪問」、「医師以外の訪問」及び「歯科医師以外の訪問」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下、定期的当該職種以外の者が訪問して実施されるものをいう。

(4) 入院(重症度等)の状況

入院(重症度等)の状況をみると、「生命の危険がある」5.5%、「生命の危険は少ないが入院治療を要する」77.6%、「受け入れ条件が整えば退院可能」10.5%、「検査入院」0.8%となっている。

2. 受療率

全国の受療率(人口10万対)は、「入院」945、「外来」5,850である。

(1) 性・年齢階級別

性別にみると、入院では「男」893、「女」995、外来では「男」5,118、「女」6,544

となっており、年齢階級別にみると、入院では「65歳以上」2,449、「70歳以上」2,787、「75歳以上」3,351、外来では「65歳以上」10,208、「70歳以上」10,742、「75歳以上」11,333となっている。年齢階級別に年次推移をみると、入院、外来ともにいずれの年次でも「65歳以上」が最も高くなっている。

また、外来では「0～14歳」で、令和5年が昭和59年以降最も高くなっている。

(2) 傷病分類別

傷病分類別にみると、入院では、高い順に「V精神及び行動の障害」171、「IX循環器系の疾患」147、「XXI 損傷、中毒及びその他の外因の影響」107となっている。

外来では、「XI 消化器系の疾患」994、「XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」803、「IX循環器系の疾患」677となっている。

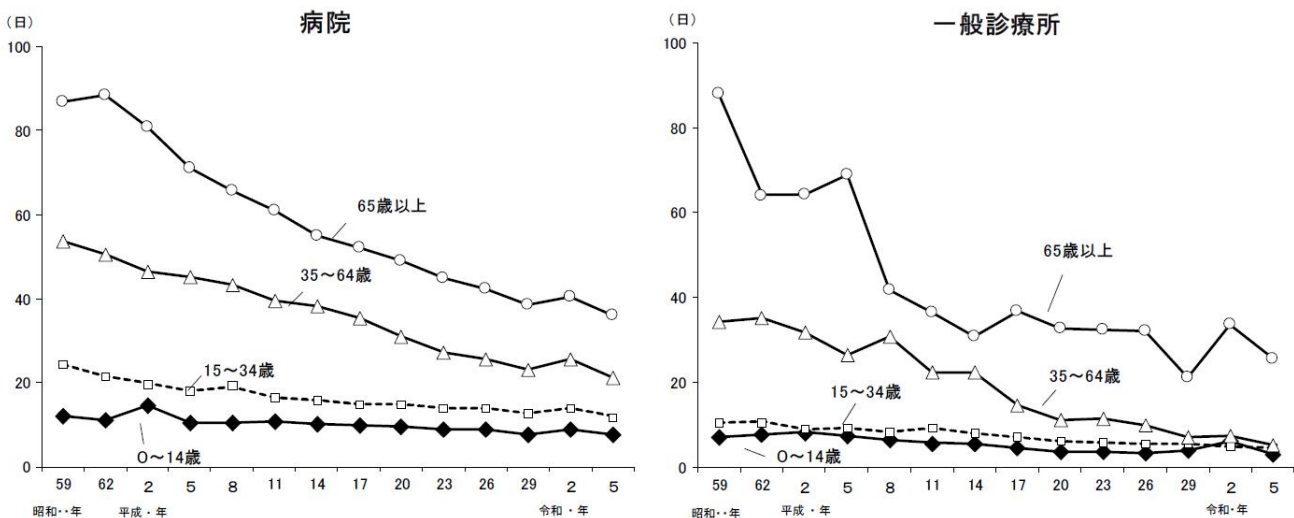
3. 退院患者の平均在院日数等

(1) 施設の種類の種類・年齢階級別

令和5年9月中の全国の退院患者について、在院日数の平均である平均在院日数を施設の種類の種類別にみると、「病院」29.3日、「一般診療所」14.2日となっている。

年齢階級別にみると、「65歳以上」が最も長くなっている。

■年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移



注1：各年9月1日～30日 退院した者を対象とした。
 注2：平成23年は、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。
 注3：令和2年調査の退院患者の平均在院日数は注意を要する。

(2) 傷病分類別

退院患者の平均在院日数を傷病分類別にみると、長い順に「V精神及び行動の障害」290.4日、「VI神経系の疾患」が93.3日、「IX循環器系の疾患」34.6日となっている。

令和5年（2023）患者調査の概況の全文は
 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



医業経営

AIの活用などによる地域差の解消へ

救急医療の現状と 未来への展望

1. 救急医療の進化と現在の挑戦点
2. 高齢者の救急医療における特性と対策
3. AIとデジタル技術がもたらす医療の変革
4. 緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献



■参考資料

【厚生労働省】：「救急医療について」 令和5年度第1回医療政策研修会 「AI ホスピタルシステムの構築と課題」 第16回 保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム 他

1

医業経営情報レポート

救急医療の進化と現在の挑戦点

近年、日本の医療業界は様々な変革の波に直面しています。中でも、救急医療の領域は、急速に高齢化が進む日本社会において、高齢者特有の疾患や事故に対応するための在り方が問われています。一方で、それをサポートするべくデジタルトランスフォーメーション（DX）やAI技術の進展が、救急医療の現場に新しい風を吹き込んでいます。

これらの技術は、迅速で的確な対応を求められる救急の場面で、どのような役割を果たすのでしょうか。また、移動手段としてのドクターカーやドクターヘリは、広大な地域や離島へのアクセスを可能にし、救急医療の「現場」を大きく拡張しているといった実態もあります。

そこで今回は、現代の日本国内における救急医療について解説します。

■ 救急医療の体制と課題

日本の救急医療体制は、令和7年1月1日現在、救急救命センターが309カ所、高度救命救急センターが50カ所、地域救命救急センターが19カ所に設置されており、緊急時の迅速な対応を可能にしています。

しかし、一部地域での救急車到着の遅延や専門スタッフ不足、さらには夜間や休日の対応力不足も大きな課題として挙げられており、体制の強化や人材確保が急務とされています。

■ 地域ごとの救急医療の実態

実は日本の救急医療の体制は、地域によって大きな違いがあります。特に都市部と地方の間での救急医療の実態の違いを考えると、一層その差が明確になります。

まず、都市部では、医療機関が密集しており、緊急の場面でも多様な医療ニーズに対応できる環境が整っています。

したがって、患者は迅速に適切な治療を受けることが可能ですし、救急車の到着も速やかで、結果として緊急時の対応もスムーズです。

一方、地方、特に人口過疎地域では、医療機関の不足が顕著であり、最寄りの病院までの距離が長く、救急車の到着や患者の搬送に時間がかかるといったケースが多くみられます。

この遅れが原因で、救命に必要な「ゴールデンタイム」を逃す可能性も十分に考えられます。

令和5年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）のデータをみると、全304施設のうちS評価を受けた医療機関は98カ所、A評価を受けた医療機関は200カ所となっています。これらから日本全体の救急医療の質が高いことを示しています。

ただ、結論として、都市部と地方での救急医療の実態には大きな違いがあることがわかります。

2

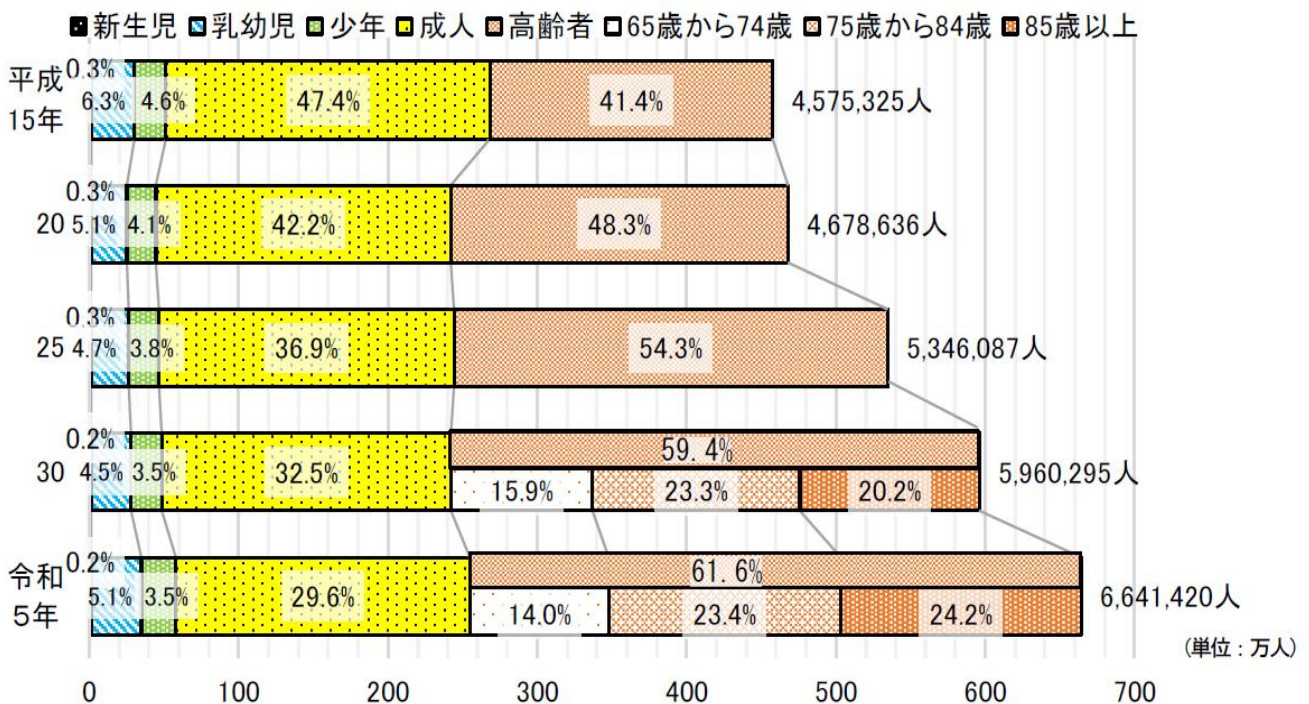
医業経営情報レポート

高齢者の救急医療における特性と対策

■ 高齢者が直面する主な救急疾患

日本の高齢化が急速に進む中、その影響は救急医療の現場にも明らかに表れています。過去数十年間で、救急搬送の数は増加しており、中でも高齢者の割合が特に顕著に増加しています。平成15年には、救急自動車で搬送された人の総数は457万5,325人でした。この中で高齢者の占める割合は41.4%に過ぎませんでした。しかし、令和5年に搬送された人の総数は664万1,420人（対前年比42万4,137人増、6.8%増）で、高齢者の割合も61.6%に増加しています。特に、75歳から84歳、そして85歳以上の後期高齢者の搬送割合の増加が目立ちます。これは、日本の社会全体としての高齢人口の増加だけでなく、高齢者特有の疾患や怪我が増えていること、さらには高齢者が日常生活での危険にさらされやすいことなど、様々な要因が絡み合っていると考えられます。このような現状を踏まえ、救急医療の提供体制、高齢者を中心とした医療ニーズへの対応、日常生活での予防策の強化に加え、地域包括ケアシステムに見られるような医療・介護の枠を超えた多方面での取り組みを、より一層強化する必要があります。

◆ 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



(注) 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

出典：総務省 消防庁（令和7年1月24日）報道資料より

3

医業経営情報レポート

AIとデジタル技術がもたらす医療の変革

■ AI技術の救急医療への応用例

医療の現場は日々、技術の進化とともに変化しています。近年、特に注目されているのが「人工知能（以下、AI）」の活用です。

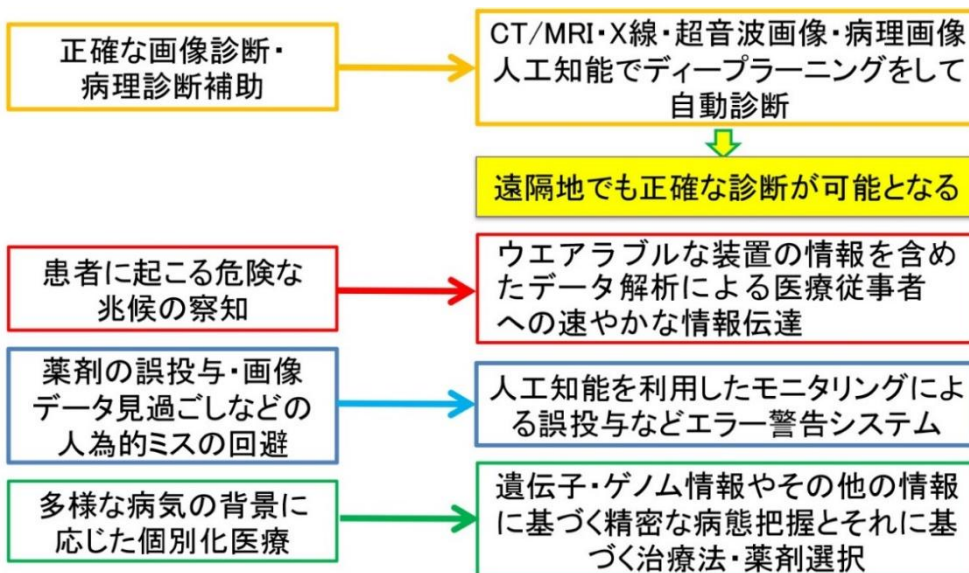
AIを医療に取り入れることで、多くの新しい可能性が開かれています。

画像診断の分野では、CTやMRI、X線、超音波画像、さらには病理画像において、AIのディープラーニング技術を活用することで自動診断が行えるようになりました。これにより、診断の精度が格段に向上し、病気の早期発見や治療方針の決定に役立てられるようになりました。

また、医療の現場では過去にも誤投与や誤診といった悲しい事故が報告されてきましたが、AIのモニタリングやエラー警告システムを導入することで、これらの人為的ミスを大幅に減らせるようになりました。

これらの技術の導入により、医療の質は大きく向上しています。しかし、それを可能とするためにはAIの力だけではなく、それを活用する医療従事者の知識や経験、そして患者とのコミュニケーションが不可欠です。医療とAIの融合は、今後も更なる進化を遂げることでしょう。

◆ 医療現場で必要な人工知能機能



出典：厚生労働省：「AIホスピタルシステムの構築と課題」第16回 保健医療分野 AI開発加速コンソーシアム

■ デジタル技術による診断・治療の効率化

救急医療の現場での迅速な対応は、命を救うだけでなく、患者の後遺症のリスクを低減するためにも非常に重要です。特に、ある種の疾患や急性の症状に対しては、2時間以内に治療を開始することで、患者が後遺症を残さずに回復する可能性が高まると言われています。

4

医業経営情報レポート

緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献

■ ドクターカーとドクターヘリの活用状況

日本の医療現場では、ドクターカーやドクターヘリといった救急輸送手段が重要な役割を果たしています。これらは、患者の命を救うための時間を守る大切なツールであり、特に遠隔地や災害が発生した場所、医療資源が少ない地域での救命活動において、欠かせない輸送手段となっています。近年のデータによると、ドクターヘリは46都道府県に57機が導入（令和7年1月1日現在）されており、令和3年度には年間搬送件数が26,921件に達しています。

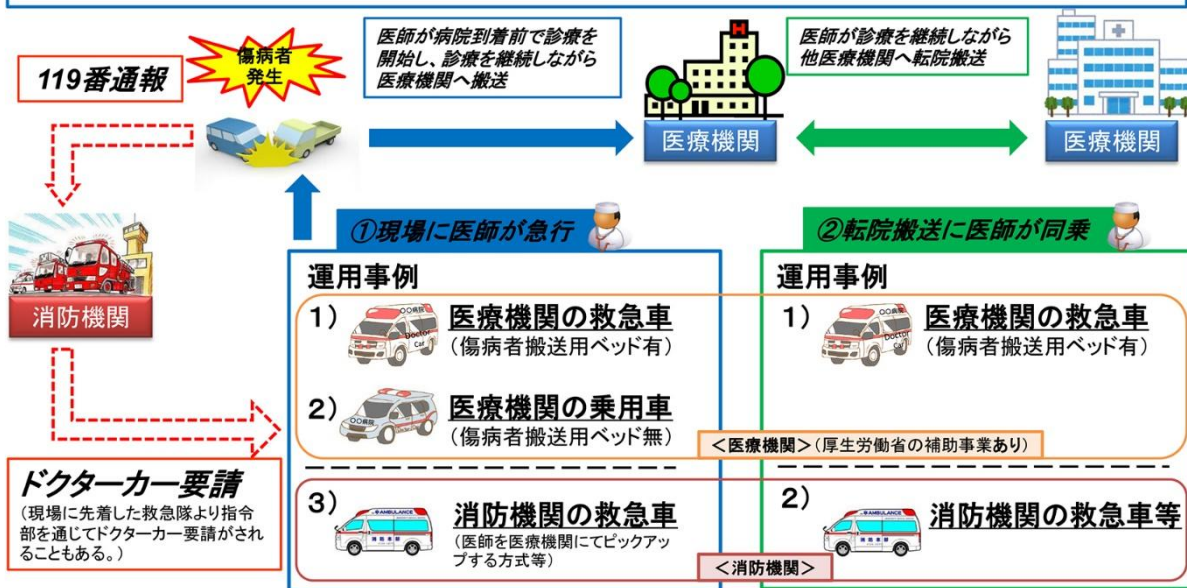
また42府県において29の協定が締結され、ドクターヘリの都道府県境を越えた広域連携が行われています。

一方で、ドクターカーについては、異なる動向が見られます。平成29年度までは、その台数や年間運航件数は増加していましたが、その後は減少傾向にあります。

しかし、ドクターカーやドクターヘリの存在は、多くの人々の命を救うための大切なものであり、これらの輸送手段が時間との戦いの中で、患者を適切な医療施設へ迅速に搬送するという役割を考えれば、引き続き救急医療に対するインフラとしての維持・強化策が望まれます。

◆ドクターカーとは

- ドクターカーは、過去の研究において「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より（平成28年度厚生労働科学研究：分担研究者 高山隼人ら）
- 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



出典：厚生労働省「救急医療について」令和5年度第1回医療政策研修会

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: アンケート調査の実施

患者アンケート調査の 目的と調査票の作成

**患者アンケート調査を行うメリットとは、
 どのようなものでしょうか。**

患者アンケート調査の目的は、自院に対する患者の評価やニーズを客観的に把握し、課題や問題点を洗い出し、解消・改善策を行うことにあります。

調査を行うことで、サービスの改善の方向を探ることができるようになるのです。医療機関では、医療サービスにおける顧客、すなわち「患者」の満足度を図ることにより、以下の3つの効果が期待できます。

- 医療の質の向上
- 医療の管理
- 医療の評価 ⇒ 患者満足度の本来の意義

このうち「医療の評価」は、患者満足度の本来の意義でもあります。患者満足度調査の実施結果に基づく客観的データを用い、現状把握と分析結果によって、医療サービスの質を評価できます。さらに、その評価をもとにサービスの質の向上を図っていくことが可能になります。

患者が望むサービスのあり方に関する調査を通じ、これらを把握したうえで患者指向経営の実現に取り組むことは、患者の満足度を高めることにつながります。そして、結果的には収益の増加へ、さらには病院の経営発展性と安定性の向上を期待することができるのです。

■ 外来患者アンケート調査票

外来患者アンケート調査票は、①施設整備、②職員技能、③病院運営システムの3つに区分されます。クリニックへのアクセスから始まり、玄関から待合室、診察室、検査室等患者の動線を考慮し、まずアメニティについて調査をします。

その後職員の対応レベル、さらに医師を含めたスタッフの対応レベルに問題がないかを確認した後、最後に、診療システムがわかりやすいか、待ち時間に不満はないか等運営システムについて調査します。

アンケート項目が大量にあると、回答・記入する患者側の負担も大きくなりますから、10項目以内に絞ると良いでしょう。

また、アンケート用紙の最後にフリー回答欄を設けて、設問以外の不満や要望を記入してもらおうと、より具体的な意見・要望等を受け取れるようにします。



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: アンケート調査の実施

入院患者のアンケート調査

入院患者用のアンケート調査について教えてください。

入院患者用のアンケート調査は、①施設整備、②職員技能、③患者サービス、④病院運営システムの4つに区分されます。これらに基づき、入院患者向けのアンケートは、下記の4つの項目で整理すると良いでしょう。

病院までのアクセスから始まり、玄関から待合室、診察室、病室等患者の動線を考えて、アメニティについて調査をします。

特に入院に関するアンケートですから、療養環境が重要なポイントとなります。病室の広さはもちろんのこと、談話室・浴室等共用スペースに問題がないか確認しましょう。

その後職員の対応レベルがどの程度の水準にあるか等を調査します。特に看護スタッフ（看護師、助手）の対応は重要ですから、言葉遣い等の対応面で問題がないかチェックします。

次に食事や病室の設備等の患者サービスを確認します。実際に入院することによって、普段目に付かない部分の指摘を受けるケースもあります。最後に情報提供を含めた入院システムについて確認するとともに、フリー欄を設けて自由に記入いただきましょう。

入院患者アンケートは、入院中は「病院にお世話になっている」という思いから、予想よりも良い評価をするなど、なかなか本音が出ない傾向があります。実際よりも高い評価結果になっているはずととらえて、対応等検討の際には考慮することが重要です。

■入院患者アンケート項目

①施設整備	<ul style="list-style-type: none"> ・病院へのアクセス（交通機関・駐車場・送迎バス） ・玄関（バリアフリー対応） ・診察室・検査室（広さ・雰囲気・プライバシー保護） ・病棟・病室の療養環境 ・共用設備（トイレ・談話室・売店・浴室等） ・トイレ・喫煙室等（広さ・雰囲気・清潔感） ・院内の案内表示 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内移動
②医師等スタッフのサービス提供レベル	<ul style="list-style-type: none"> ・医師（技術・能力・対応・接遇） ・医療技術者（放射線技師・臨床検査技師） ・理学療法士・作業療法士・言語療養士 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 ・薬剤師 ・事務職員
③患者サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 ・床頭台・テレビ・冷蔵庫等の設備 	<ul style="list-style-type: none"> ・自動販売機
④運営システム	<ul style="list-style-type: none"> ・受付・入院手続（診療システム案内） ・待ち時間（受付・診察・検査・投薬・会計） ・情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院手続 ・受付・会計システム