

- ◆ 電子カルテ情報共有サービス
本格稼働に向けた検討進む
- ◆ 医師の紹介手数料は
平均98.4万円（2022年度）

Vol. 156 2024

11-12月号

ボラン

Volante

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

＜新連載：第1回＞
～医療機関のBCPの考え方～
「医療機関におけるBCP策定のポイント」

電子カルテ情報共有サービス 2025年度中の本格稼働に 向けた検討進む

国が構築を目指す全国医療情報プラットフォームの中で、電子カルテ上の医療情報である 3文書 6情報等を他の医療機関と共有する「電子カルテ情報共有サービス」は、2025年度中の本格稼働が目指されています。

本稿では、あらためて電子カルテ情報共有サービスの概要と直近での本格稼働に向けた検討事項についてご紹介します。

👉 電子カルテ情報共有サービスの概要

2024年度診療報酬改定において、医療DX推進体制整備加算が新設されたように、医療業界における医療DX化が推進されています。「医療DX令和ビジョン2030」で示されたとおり、「全国医療情報プラットフォーム」「電子カルテ情報の標準化」「診療報酬改定DX」が医療DX推進の3本柱として掲げられています。

今回ご紹介する「電子カルテ共有サービス」は、「オンライン資格確認等システム」「電子処方箋管理サービス」などと同様の全国医療情報プラットフォームにおける医療情報基盤に位置づけられています。

電子カルテ情報共有サービスとは、国が構築を目指す全国医療情報プラットフォームの中で、電子カルテ上の医療情報である 3文書 6情報等を他の医療機関と共有するサービスです。当面は、

- ① 診療情報提供書サービス
- ② 健診結果報告書閲覧サービス
- ③ 6情報閲覧サービス
- ④ 患者サマリー閲覧サービス

の4つのサービスが提供される予定となっており、2025年度中の本格稼働が目指されています。

① 診療情報提供サービスは、紹介元の医療機関が登録した診療情報提供書・退院時サマリーを、紹介先の医療機関等が電子的に取得できるサービスとなっています。

これにより、例えば紹介元医療機関では、診療情報提供書の印刷・封入・郵送などの作業コストの減少が期待されます。

また紹介先医療機関では、情報をタイムリーに閲覧できるなどのメリットがあります。

② 健診結果報告書閲覧サービスは、各種健診結果を実施主体(医療保険者)及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービスとなっています。

これを活用することにより、これまでの直近の検査結果など診療時に活用できる情報が多くなることが期待されます。

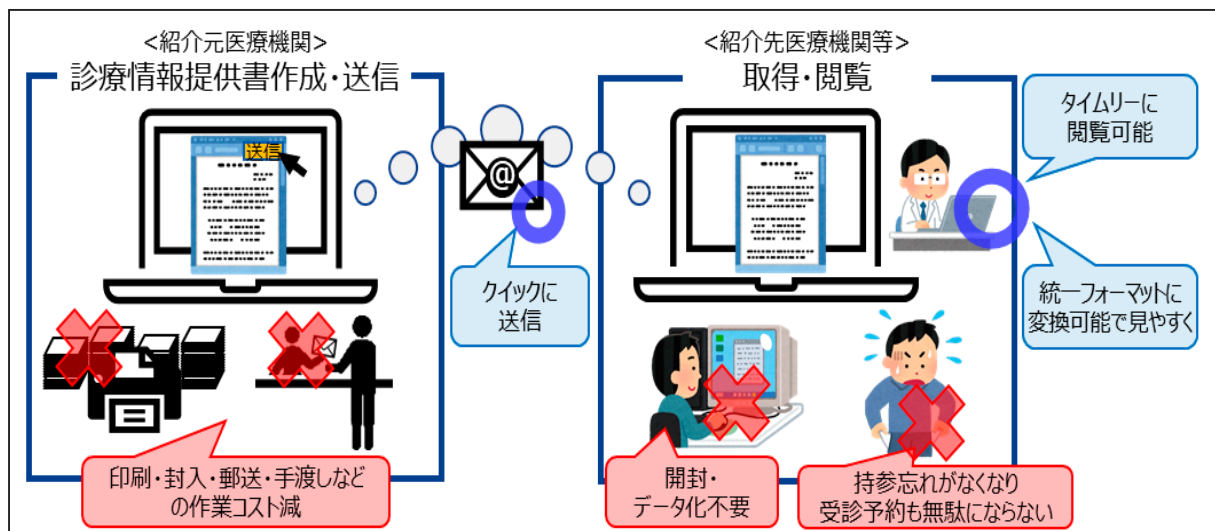
また健診機関においては、当サービスの活用で利用者がより早く自身の検査結果が見られることで他施設との差異化にもつながる可能性があります。

③ 6情報閲覧サービスは、患者の6情報(傷病名・アレルギー・薬剤禁忌・感染症・検査・処方)を全国の医療機関等や患者本人が取得・閲覧できるサービスとなっています。

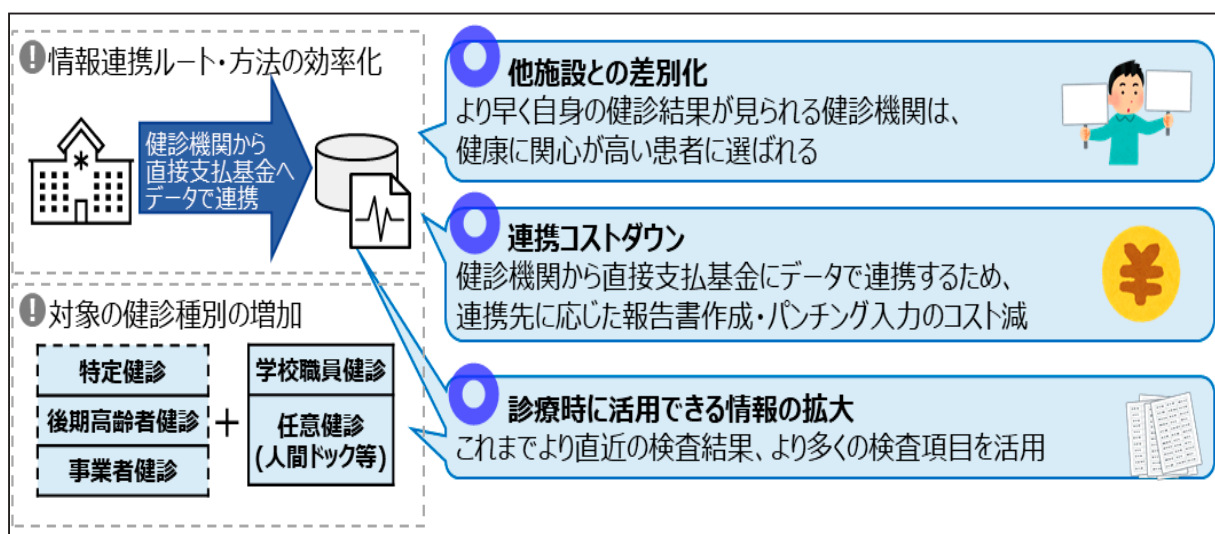
過去に他医療機関で受診した際の情報を閲覧できることで、問診の効率化や診療の

図表1 各種サービスのイメージ

① 診療情報提供サービス



② 健診結果報告書閲覧サービス



出典：厚生労働省 医療機関等向け総合ポータルサイト 電子カルテ情報共有サービス より抜粋(①、②とも)

質向上などが期待されます。

④ 患者サマリー閲覧サービスは、記載した外来の記録や6情報を組み合わせて情報を整理し、マイナポータル上で患者にわかりやすく情報提供するサービスとなっています。

なお、患者サマリー自体は、あくまで患者に共有するためのものであり、他の医療機関には共有しないが、患者が自らの判断でマイナポータル画面等を他の医師に見せることは可能とする運用が予定されています。

導入を努力義務にしてはどうか

9月30日の医療保険部会では、電子カルテ情報共有サービスの想定される主なメリットや法的事項、医療機関に導入時に発生する費用負担について議論されました。

電子カルテ情報共有サービスは、前述のとおり医療機関側のメリットだけでなく、患者側のメリットもあります。

資料では、医療情報を活用したより質の高い医療を受けることができるだけでなく、外来の待ち時間の減少や自身の医療情報等を活用した健康管理などを挙げています。

また法的な部分では、3文書6情報の取り扱いにおける患者の同意や、目的外利用の禁止などが規定すべき事項として挙げられています。

さらに電子カルテ情報共有サービスの速やかな普及を図る観点から、特に電子的な情報共有が求められる地域医療支援病院や特定機能病院、またその他救急や災害で医療提供を担う病院などには、体制整備の努力義務規定を設けるなどの意見も出ています。

また費用負担に関しては、今回、電子カルテ情報共有サービスのシステム開発については、国が全額補助で行っています。

ただし実際の導入における電子カルテシステムの改修については医療機関で負担することになります(病院には国が1/2を補助、未導入の診療所には標準型電子カルテを普及)。

その他にも、医療機関の電子カルテシステムの保守費用や3文書6情報の提供に係る費用、支払基金のシステムに係る運用費用が発生します。これらの運用費用の負担の在り方について、関係者のメリット等を踏まえてさらに具体案を検討していくことになります。

全国10か所程度の地域でモデル事業を開始

今後のスケジュールとしては、2025年1月をめどに、全国10か所程度の地域でモデル事業を開始する予定となっています。

地域としては、

北海道・山形県・茨城県・千葉県・石川県・静岡県・愛知県・三重県・奈良県・宮崎県が予定されており、モデル事業地域の中核的な病院と、そこと連携する病院や診療所との調整が図られる予定となっています。

図表1 各種サービスのイメージ(続)

③ 6 情報閲覧サービス

様々なシーンで活用可能

例えば...

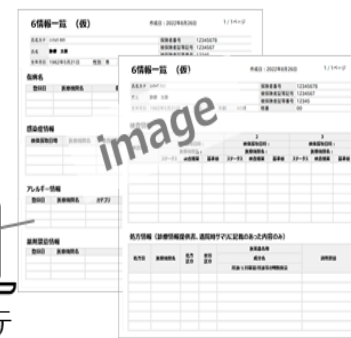
◆ 問診・診療時の情報補足（医師）

患者の申告に正確な6情報を組み合わせ
問診の効率化・診療の質向上

◆ 服薬指導（薬剤師）

個人の病状に応じたより適切な服薬指導

過去に他医療機関で受診した際の傷病名・アレルギー・薬剤禁忌・感染症・検査・処方
情報を閲覧可能



電子カルテ

出典： 厚生労働省 医療機関等向け総合ポータルサイト 電子カルテ情報共有サービス より抜粋

④ 患者サマリー閲覧サービス

患者サマリー (Patient Summary)

基本情報

氏名	性別
生年月日	年齢

プロフィール情報

薬剤禁忌

22/10	禁忌医薬品1	長期保存
22/10	禁忌医薬品2	長期保存

アレルギー

23/01	アレルギー1	長期保存
22/07	アレルギー2	長期保存

感染症

23/01	梅毒STS(RPR法)	(-)	長期保存
23/01	HBs(B型肝炎)	(+)	長期保存

外来医療記録 (かかりつけ医アドバイス)

前回受診日：2023年7月10日

医療機関名 Aクリニック
医師氏名 厚生 太郎

主傷病名
胃の悪性新生物<腫瘍> 長期保存
胃体部癌

副傷病名
潰瘍性大腸炎
潰瘍性大腸炎性関節炎

療養上の計画・アドバイス
・内服を継続しましょう。
・1日〇分、〇〇程度の運動を行いましょう。
・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
・〇〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょう。
・〇〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

おくすり情報

アトラスタチン錠 10mg「サント」	1錠	28日分	1日1回夕食後
ファモチジン錠 10mg「NPJ」	2錠	28日分	1日2回朝夕食後
ナルバスク錠5mg	1錠	28日分	1日1回夕食後

代表的な検査項目結果

検査項目	ステータス	検査結果	基準値 (下値-上値)
肝機能			
GOT(IU/L)	確定報告	XXX(H)	XX-XX
GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
Γ-GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
血糖			
空腹時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
HbA1c(%)	確定報告	XXX	XX-XX
随時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
尿			
尿糖(mg/dL)	中間報告	XXX	XX-XX

※検査項目は生活習慣病関連、救急時に有用な44項目に絞特

前回受診日：2023年5月14日

出典： 厚生労働省 第19回健康・医療・介護情報活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ資料より抜粋

医師の紹介手数料は平均 98.4万円

厚生労働省「職業紹介事業報告」(2022年度)より

厚生労働省の集計によると、医療機関や介護施設などの求人者が職員を採用するため職業紹介事業者に支払う 2022 年度の平均手数料が、医師では 1 件当たり 98.4 万円に上りました。看護師や准看護師は 63 万円、施設介護や訪問介護の職員では 54.6 万円でした。厚生労働省は、職業紹介事業者を選ぶ際に今回の集計結果を参考にするよう医療機関や介護施設・事業所に呼び掛けています。

その主な内容を見ていきましょう。

今回の集計結果では、全国および 10 のブロックに分けた平均手数料額(2022 年度実績)を掲載しています。(図表 1)

📌 全国の平均手数料

医師の紹介手数料は、全国では 1 件当たりの平均額が 98.4 万円に上りました。最も職業紹介事業所が多い区分は「100 万以上 200 万未満」となっており、次いで「200 万以上 300 万未満」、「300 万以上 400 万未満」となっています。

看護師では、全国の平均額は 63 万円でしたが、その分布をみると「10 万円未満」から「100 万円以上 200 万円未満」まで、幅広い分布となっています。

介護職では、全国平均額は 54.6 万円でしたが、「70 万以上 80 万未満」よりも紹介手数料が低い区分が大半を占めています。

📌 ブロック別の平均手数料

1 件当たりの職種別の手数料額を全国 10 ブロックごとに見ると、医師で最も高いのは「四国」の 119.5 万円で、次いで「南関東」(115.2 万円)や「中国」(107.2 万円)も高くなっています。一方、手数料額が最も低かったのは「近畿」(62.6 万円)で、次いで「北陸」(74.5 万円)や「北関東・甲信」(75.4 万円)となっています。最も高い「四国」と「近畿」で

は 1.9 倍の格差がありました。

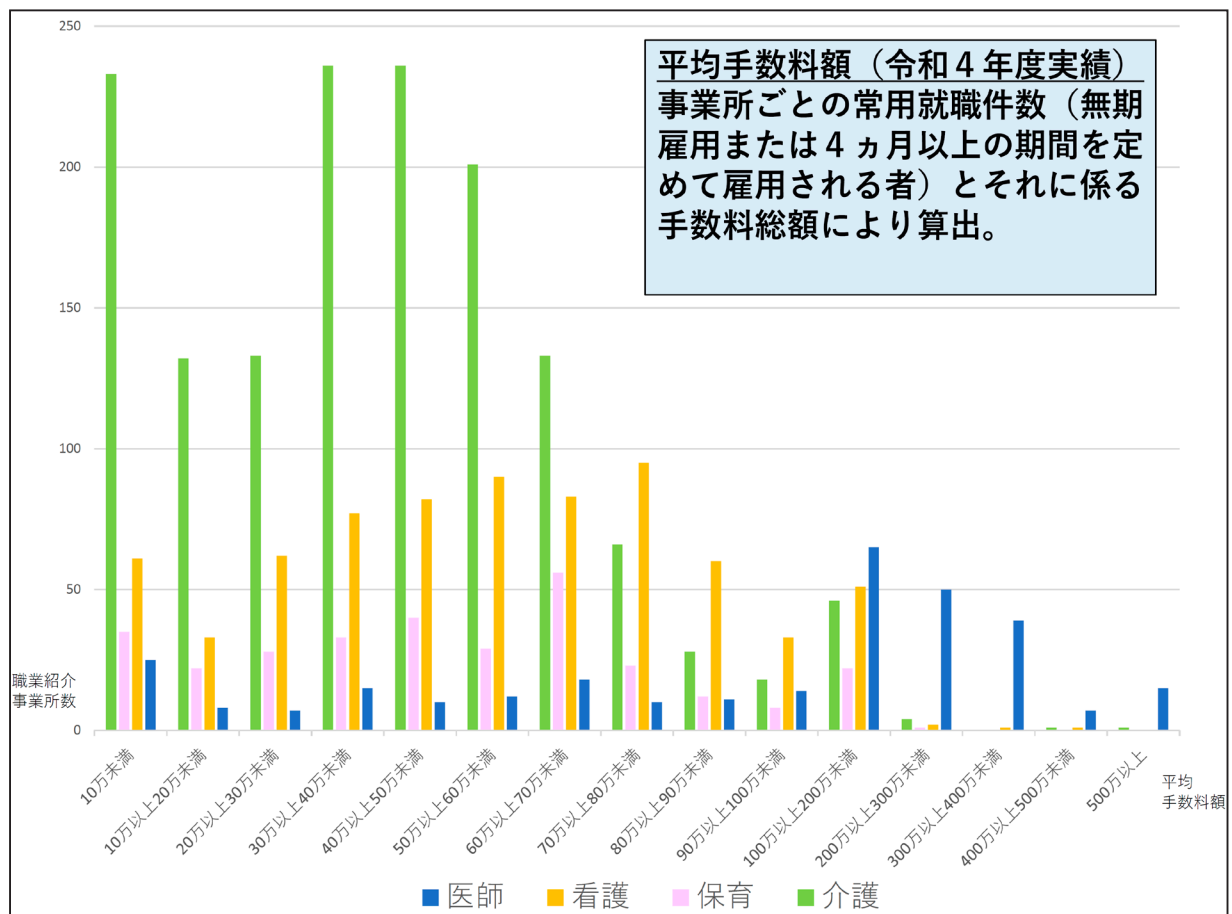
看護師・准看護師では、最高が「北陸」の 74.1 万円で、次いで「東海」(70.6 万円)、「南関東」(70.2 万円)も高くなっています。一方、「北海道」(33.8 万円)や「北関東・甲信」(43.7 万円)、「四国」(51.2 万円)などは手数料額が低くなっています。最も高い「北陸」と「北海道」では 2.2 倍もの格差です。

介護職では、「中国」(59.3 万円)や「四国」(58.2 万円)、「北陸」(56.7 万円)が高く、「北関東・甲信」(48 万円)や「九州」(52.8 万円)、「東北」(53.2 万円)などで低くなっています。最高と最低の格差は 1.2 倍です。

医師の紹介手数料については、医師年収の 2 割～3 割が実勢価格と言われています。この厚生労働省の調査では、各ブロック内の都道府県ごとの平均手数料額について、平均値としての有意性や個別の事業所が特定されないようにする観点から、対象となる職業紹介事業所が 10 事業所未満の都道府県については計上されていません。このことからサンプル数が少なく、実態とかけ離れているという指摘もあります。

いずれにせよ、医師の採用は医療機関の経営の根幹にも関わってきますので、職業紹介事業者の選定や採用の判断は慎重に行うことが求められます。

図表1 全国およびブロック別の職種別平均手数料(額・分布)



単位:千円

	医師	看護	介護	保育
全国	984	630	546	634
北海道	1,053	338	547	534
東北ブロック	895	640	532	495
南関東ブロック	1,152	702	548	701
北関東・甲信ブロック	754	437	480	574
北陸ブロック	745	741	567	626
東海ブロック	872	706	550	636
近畿ブロック	626	655	546	571
中国ブロック	1,072	613	593	569
四国ブロック	1,195	512	582	638
九州ブロック	877	525	528	521

出典: 厚生労働省「地域ブロック別の職種別平均手数料額・分布について」(令和4年度版)より抜粋
 (<https://www.mhlw.go.jp/content/11600000/001168882.pdf>)

在宅療養指導管理料 自己注射、酸素療法など

弊社で執筆いたしました「医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本」(第5版)(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、4月に秀和システムから発行しました。全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

インスリン注射など一部の医療行為は、医師による指導・管理のもと、患者が自ら行うことができます。在宅自己注射のほか、在宅酸素療法や在宅血液透析などがあり、各々、医師の指導を受けた際に指導管理料がかかります。

☞ 患者が自宅で行う医療行為を、指導・管理

在宅医療には、患者が医師から適切な指導を受けることによって、患者自身で行うことのできる医療行為があります。

例えば、糖尿病を患う患者は、血糖値を下げるために、食事前などに定期的なインスリン注射を必要とする場合があります。そのため、患者は医師からインスリン注射を行う方法や注意点などを指導してもらうことで、患者自身でインスリン注射を行うことができます。

上記のように、在宅で療養生活を送る患者に対して、医師が適切な医療行為の指導・管理を行った際には、診療報酬として「在宅療養指導管理料」を算定します。在宅療養指導管理料には、いくつかの種類があり、自己注射のほか酸素療法や自己導尿などがあります。

☞ 在宅自己注射指導管理料

上記で例示したインスリン注射などの自己注射の方法や注意点を、医師が患者に指

導・管理した際には、「在宅自己注射指導管理料」を算定します。

患者が自己注射できる注射薬は、「頻回の投与や緊急の投与が必要なもので、外来に通院して投与し続けることは困難と考えられるもの」として、国が認めた注射薬のみに限定されています。インスリン製剤のほか、ヒト成長ホルモン剤、インターフェロンベータ製剤など数十種類が、自己注射が可能なものとして認められています。なお、注入器や注射針が必要な場合、別途それらの費用がかかります。

☞ 在宅酸素療法指導管理料

肺の機能が衰え、十分な酸素を体内に取り込むことができなくなった患者に、治療の1つとして「在宅酸素療法」を行う場合があります。在宅酸素療法は、酸素供給機を用いて酸素を吸入することで肺の負担を減らし、社会復帰を目指すことができます。在宅酸素療法に関する指導・管理が行われた際には、「在宅酸素療法指導管理料」が算定されます。

👉 そのほかの在宅療養指導管理料

そのほか、睡眠時無呼吸症候群の患者を対象とした「在宅持続陽圧呼吸療法指

導管理料」や「在宅血液透析指導管理料」などがあります。

在宅療養指導管理料の一例

在宅療養指導管理料	概 要
在宅自己注射指導管理料	患者が在宅でインスリン製剤などを自己注射することができるよう指導・管理を実施
在宅酸素療法指導管理料	慢性呼吸不全や肺高血圧症の患者などに対し、在宅で患者自らが酸素吸入を実施できるよう指導・管理を実施
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	睡眠時無呼吸症候群の患者が、在宅で呼吸療法を実施できるよう指導・管理を実施
在宅寝たきり患者処置指導管理料	寝たきりの状態にある患者が、自ら（または家族など）が在宅で創傷処置を実施できるよう指導・管理を実施
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	妊娠中の糖尿病患者に対し、適切な療養指導を実施
在宅血液透析指導管理料	腎不全の患者が在宅において血液透析療法を実施できるよう指導・管理を実施
在宅中心静脈栄養法指導管理料	中心静脈栄養法が必要な患者が、在宅で自ら実施できるよう指導
在宅自己導尿指導管理料	自然排尿が困難な患者が、在宅で自己導尿を行えるよう指導・管理を実施



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのかがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中！

～医療機関のBCPの考え方～

<連載:第1回>

「医療機関におけるBCP策定のポイント」

BCP（事業継続計画）は、（１）災害や緊急事態が発生した際に、業務を中断することなく継続する、または（２）迅速に中断から回復するための具体的な計画です。リスク評価、業務影響分析、対応策、復旧手順、役割と責任の分担などが含まれます。災害対策マニュアルとは異なり、その目的は、突発的な危機に直面した際の具体的な対策と手順を定めることで、事業の中断を最小限に抑え、もし中断した場合は早期に復旧を図ることです。医療機関がBCPを策定する際のポイントを以下に記します。

1. 災害時の医療提供体制を維持・確保する

災害時には、医療機関が通常の医療サービスを維持することが重要です。このためには、医療提供体制を事前に整備し、災害時の患者の受け入れフローを確立する必要があります。具体的には、

- （１）通常患者フローに加え、災害患者専用の受け入れ体制を構築すること、
- （２）医療機関内でのトリアージを実施し、治療が必要な患者を迅速に判断し対応すること、
- （３）地域他医療機関との連携を強化し、必要に応じて患者を適切な施設に転院できる体制を整えておくこと、などが求められます。

2. インフラ対策を行う

医療機関の機能を維持するためには、電力、水道、通信などのインフラが安定している必要があります。災害時にインフラが損傷を受けた場合に備えて、予備電源（発電機やバッテリー）を用意し、停電時にも医療活動が継続できるようにします。また、貯水設備を備えておくことも重要です。通信インフラは、携帯電話や衛星電話の導入も考慮し、多様な連絡手段を確保します。加えて、ITシステムのバックアップ体制を整えることで、情報管理の信頼性を高める必要があります。

3. 業務の優先順位を決定する

災害時には、業務の優先順位を明確に設定することが不可欠です。これには、各業務の重要度、緊急度、及び人的・物的を含む各種の医療資源の制約を考慮し、どの業務が最も早急に対応が必要かを決定します。

例えば、重症患者の治療は最優先されるべきであり、その後手術や外来診療などを考慮する必要があります。また、優先順位の設定には、定期的なシミュレーションを行い、実際の業務フローを見直すことが大切です。これにより、実際の災害時にもスムーズに対応できる体制を確立します。

4. 参集可能な医療スタッフを確保する

災害時には、通常の勤務体制が機能しなくなることが想定されるため、迅速に参集できる医療スタッフを事前にリストアップしておくことが重要です。スタッフの出勤状況や緊急連絡網を整備し、勤務シフトの柔軟性を持たせることで、迅速な動員が可能となります。

また、各スタッフの専門性や役割を明確にし、災害時にどのように動くべきかを教育することも重要です。スタッフの心理的なサポート体制を整えることも、労働環境の維持に寄与します。さらに事前に訓練を行い、緊急時の役割を明確化することで、目的意識を持った行動が可能となります。

5. 指揮命令系統を明確化する

災害時には迅速な意思決定が求められますが、そのためには指揮命令系統を明確にしておくことが不可欠です。誰がリーダーとなり、どのように指示を出すのか、そして各スタッフがどのように対応すべきかを事前に定義します。例えば、医療機関の管理者が全体の指揮を執る一方で、各部門の責任者が具体的な業務を指揮する体制を構築します。さらに、定期的な訓練を通じて、指揮命令系統が機能することを確認し、災害時の混乱を最小限に抑える準備をしておくことが重要です。

6. 医薬品、医療機器・材料の確保を行う

災害時には医療資源が限られるため、事前に医薬品や医療機器の在庫管理を行い、必要なものを確保しておくことが重要です。

必要な資源をリスト化し、定期的に在庫状況を確認しながら、供給ルートの多様化を図ります。また、緊急時に使用できる医療資源の備蓄計画を策定し、非常時用の備蓄品の定期的なチェックを行います。特に、感染症対策としての防護具やワクチンの確保は、災害時の医療活動において極めて重要です。

7. 電子カルテなどの患者情報を保全する

患者情報は医療の根幹を成すものであり、災害時にもその保全が求められます。

電子カルテのデータバックアップ(クラウドとNASの組合せなど)を行い、オフラインでもアクセス可能な情報管理システムを整備します。この際、個人情報保護に関する方針を事前に策定し、患者情報の漏洩を防ぐための対策を講ずることも重要です。

図表 「BCPと災害対策マニュアルの相違点」

	BCP	災害対策マニュアル
目的	○ 災害や緊急事態発生時に組織が業務を継続し、または迅速に回復するための計画 ○ 業務の中断を最小限に抑えるための戦略的な枠組みを提供	○ 具体的な災害や緊急事態発生時に直ちに取るべき手順や対応方法を示した文書 ○ 迅速かつ効果的な対応を確保することが目的
内容	○ 業務全体にわたる包括的な計画 ○ リスク評価、業務影響分析、事業の優先順位付け、対応策、復旧手順、役割と責任の分担、訓練とテストなどを含む	○ 災害ごとの詳細な対応方法を記載 ○ 災害時の初動対応、避難経路、連絡網、緊急連絡先、個別の対応手順など、具体的な手続きやアクションプランを含む
範囲	○ 業務全体の継続性に焦点 ○ ITシステム、インフラ、人的資源など、多岐にわたる要素を含む ○ 被害をもたらした原因が何かは問わないオールハザード(全災害対応型)アプローチ	○ 特定の災害や緊急事態に焦点 ○ 具体的な状況に対する詳細な対応策を提供 ○ 全体的な業務の継続性よりも、特定の事象に対する対応が中心
更新頻度	○ 訓練やテストを通じて継続的に改善 ○ 定期的に見直し	○ 災害の種類やリスクの変化に対応 ○ 必要に応じて更新
まとめ	○ 業務全体の継続性を確保するための包括的な計画 ○ 長期的な視点で策定、更新	○ 特定の災害や緊急事態に対する具体的な対応方法 ○ 即時対応が目的

出所：筆者作成

鶴岡 順也 (つるおか じゅんや)

資格等： 経済産業大臣登録・中小企業診断士、
関東経済産業局長認定経営革新等支援機関、ITコーディネータ
専門： 経営戦略立案、リスクマネジメント、マーケティング、医療機関等の経営改善支援
所属学会： 日本経営診断学会、危機管理システム研究学会

—厚生行政ダイジェスト—

入院中以外の患者に先発薬注射：選定療養の対象外

10月1日以降、後発医薬品がある特許切れの先発薬(長期収載品)を希望する患者に選定療養の負担を新たに求めることに先立ち、厚生労働省は9月25日付の事務連絡で、往診や訪問診療を含む「入院中の患者以外の患者」に医療機関が 長期収載品を注射した場合は選定療養の対象にならないとする取り扱いを示しました。ただし、在宅医療の患者が行う在宅自己注射で長期収載品を処方した場合には選定療養の対象と見なします。

厚生労働省が発出した疑義解釈資料(その3)で、長期収載品の選定療養の詳しい運用を示しました。それによりますと、複数の医薬品を混合するケースで、「配合変化」による薬剤の分離を回避するために長期収載品を使う場合は「医療上の必要性がある」と認めて、選定療養の対象外にします。また、後発薬の添付文書で「禁忌」とされている患者には、後発薬を実際に使わなくても長期収載品を処方する必要があるという判断を認めるとしています。

厚生労働省は7月の疑義解釈資料(その1)では、後発薬を実際に使用し、副作用や飲み合わせによる相互作用などがあつたと医師が判断した場合に、長期収載品を処方する必要があると見なす取り扱いを示していました。「医療上の必要性がある」ケースとして、厚労省がほかに想定しているのは、

- 後発薬と効能・効果に差異があり、長期収載品の処方が治療に必要
 - 関連学会のガイドラインで後発薬に切り替えないことが推奨されている
 - 後発薬の剤形では飲みにくい、吸湿性によって一包化できない
- などで、医師や歯科医師が判断します。

10月以降に選定療養の対象になる長期収載品は、「後発薬が初めて薬価収載されてから5年を経過」(後発薬への置き換えが1%未満のもの以外)などに該当する計1,096品目で、それらを希望する患者は10月以降、後発薬との価格差の「4分の1」を新たに負担することとなります。

介護福祉士国試、パート合格導入を正式決定

厚生労働省は9月24日、介護福祉士国家試験への「パート合格」導入の在り方に関する有識者検討会の報告書を公表しました。これにより、全科目の得点が合格基準に達しなくても、基準に達したパートは 翌々年度まで試験が免除される仕組みの導入が正式に決定しました。2026年1月に実施予定の試験から導入されます。

9月11日に開催された検討会では、13の試験科目を3パートに分けることや、全科目に対する合格基準は現行と同様に総得点の6割程度とし、パート毎の合格基準は全科目受験者のパート毎の平均得点比率で、全体の合格基準点を割り振るなどの提言が盛り込まれました。公表された報告書では提言内容に変更はなく、パート合格導入後の検証により新たな課題が見つかった場合は解決に向けた取り組みを求める内容が追記されました。

各試験科目は、

- 知識と技術のパート
- 身体の構造や機能、介護の対象者が抱える疾病や障害の理解を問うパート
- それらを特定の支援場面や事例に適用する「介護過程」と「総合問題」のパート

—の3つに整理しており、教育課程では各科目の位置付けを明確にしながら教育を行え、受験者にとっても各パートの科目間のつながりを意識して効率的に学習できるとしています。

病院の満足度は入院67.3%、外来63.7%

厚生労働省の2023年受療行動調査によれば、全体として病院に満足していると答えた患者の割合は入院67.3%、外来63.7%でした。受診している病院に対する患者の満足度は、2014年以降は入院で7割程度、外来で6割程度で推移しています。今回は、2020年調査から入院で2.1ポイント、外来で1ポイント下がりました。

受療行動調査は、全国の医療施設を利用する患者の医療に対する満足度や受療の状況などを明らかにするため3年ごとに行われています。今回の調査は2023年10月17日～19日に実施され、489病院を利用する患者約10万3千人(外来7万人、入院3万3千人)が回答しました。

満足度を項目別に見ると、

入院では「医師以外の病院スタッフの対応」が71.9%、「医師による診療・治療内容」が69.9%、「医師との対話」が65.4%と高くなっています。一方、「食事の内容」の満足度は45.1%に止まり「不満」が15.4%を占めました。外来でも「医師以外の病院スタッフの対応」が63.7%、「医師との対話」が61.7%、「医師による診療・治療内容」が59.8%などでした。一方、「診察までの待ち時間」の満足度は32.2%で、「不満」が25.2%を占めました。

今後の治療や療養の希望としては、「完治するまでこの病院に入院したい」と答えた入院患者は全体の40.8%で、2020年に行った前回調査から4.8ポイント低下しました。これに対して、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」と答えた入院患者は35.1%で、前回調査から5.1ポイント上昇しました。

今後の治療や療養の希望としては、「完治するまでこの病院に入院したい」と答えた患者の割合は、2005年調査では全体の54.8%を占めていましたが、その後は低下傾向にあります。これに対して、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」は2005年の16.5%から毎回上昇しています。

マイナ保険証未対応の医療機関・薬局に簡易型システム

厚生労働省は、9月30日に開催した社会保障審議会 医療保険部会で、2023年4月に原則義務化されたオンライン資格確認のシステムをやむを得ない事情で導入せず、マイナ保険証に対応できていない医療機関や薬局に、簡易的に資格確認を行う「資格確認限定型」のシステムを任意で導入可能にする方針を示しました。

資格確認限定型のオンライン資格確認では、ウィンドウズやアンドロイド、iOSに対応した専用の読み取りアプリを医療機関などに配布します。患者がマイナ保険証を提示したら、「汎用カードリーダー」で端末認証を行ない、配布されたアプリを使ってオンライン資格確認システムから患者の資格情報などを取得します。

資格確認限定型の対象は、現行の健康保険証の新規発行が終了する12月2日時点でオンライン資格確認を導入できない可能性がある医療機関や薬局で、

- 光回線のネットワーク環境が整備されていない
- 改装工事中、臨時施設で運営中
- そのほか特に困難な事情がある

一のいずれかに該当し、経過措置が適用されているケースを想定しています。

厚生労働省は、マイナ保険証を読み取る汎用カードリーダーなど関連機器の導入支援として、4.1万円を上限に費用の4分の3を補助し、補助金の申請は2025年1月15日まで受け付けます。

医療経営にも役立つ！ 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

**“ 責任とは外部に対するものであると同時に
内部に対するものである。”**

(P.F.ドラッカー著「マネジメント」(ダイヤモンド社)より)

解説



『リーダーの責任とは外部に対するものであって、かつ内部に対するものである。外部に対しては成果に対する責任を持つことであり、内部に対しては成果を上げるために全力を傾けることである。働く者としての責任とは、成果をあげることに責任をおうだけでなく、成果を上げる上で必要な、すべてを行いそれらの成果に全力を傾けることである。』とドラッカーは説きます。

組織の成果は、市場・顧客という外部にあります。リーダーは組織が外部志向になるように常に意識しなければいけません。また内部に関しては、強みを見出し、強みを外部の成果に結び付けられるような布陣をする必要があります。

リーダーの役割は、変転する市場と顧客に合わせ、社内を常に作り変えていくことです。診療報酬の改定、働き方改革、さらに少子高齢化・人口減少による労働市場の悪化から看護、介護の担い手を確保することも大変な時代になっています。医療界にはまだまだ大きな変化が続いていくように思われます。このような変化にいかに対応して生き残っていくか、もう一度ドラッカーのこの言葉に向き合う必要があります。

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-soken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL : 03 - 6451 - 1606

FAX : 03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

