

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.838 2024.9.24

医療情報ヘッドライン

**医療機関の電子処方箋導入率が低調
病院1.9%、医科診療所4.5%**

▶厚生労働省 電子処方箋推進会議

**看護師特定行為研修機関に14施設
タスクシフトで働き方改革の推進を**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年9月20日号

**1病院当たり新規入院が
コロナ前の水準に回復**

経営TOPICS

統計調査資料

令和5年度

医療費の動向/概算医療費

経営情報レポート

**デジタル技術の活用で医療の効率・質を向上
医療DXへの取り組みポイント**

経営データベース

ジャンル:医療経営 > 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

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。

医療機関の電子処方箋導入率が低調 病院1.9%、医科診療所4.5%

厚生労働省 電子処方箋推進会議

厚生労働省は9月 11 日の電子処方箋推進会議で、電子処方箋の普及状況を報告。9月 1日現在、運用開始済みの医療機関および薬局は全体の 14.6%（3万 609 施設）であることを明らかにした。施設別に見ると、薬局は全体の 44.6%（2万 6,661 施設）だったが病院は同 1.9%（153 施設）、医科診療所は同 4.5%（3,645 施設）、歯科診療所は同 0.3%（150 施設）。

同省は「医療 DX の推進に関する工程表」において、今年度中に「概ね全ての医療機関・薬局」へ電子処方箋を導入することを目指しているが、達成は危ぶまれる状況だ。

■重複投薬や併用禁忌を回避した事例も

電子処方箋は、従来紙で発行してきた処方箋をデジタルデータで運用する仕組みのこと。

オンライン資格確認等システムで、本人同意のもと全国の医療機関・薬局における過去 3年間の薬剤情報と、直近の処方・調剤結果を参照できる。生活環境の変化などによって医療機関や薬局を変更した場合も、診療の継続性が確保されるほか、事故や災害などの緊急時も、常用している薬を医療関係者が容易に把握できるメリットがある。

重複投薬や併用禁忌などのチェック機能が備わっているのも特徴だ。厚労省によれば「（電子処方箋管理サービスに）蓄積される患者の直近の薬剤情報が充実することに伴い、重複投薬等チェック機能の利用も増加（利用回数は累計 1.8 億回超）。重複投薬や併用禁忌の回避した好事例も多数報告されている」という。

■「ニーズを感じない」も阻害要因のひとつ

ではなぜ、薬局はともかく医療機関での導入が進まないのか。同省が「医療現場が導入をためらう要因」として挙げたのは次の5つだ。

- ①導入にかかる費用負担が重い
- ②周囲の医療機関・薬局が導入していない（導入施設数が限られ、緊要性を感じない）
- ③複数のシステム改修が次々と（断続的に）必要となることによる負担が大きい
- ④電子署名対応に手間がかかる（HPKI カード不足・発行遅延、カードリーダー不足）
- ⑤患者からの要請がなく、ニーズを感じない

このうち①に関しては、昨年 12 月以降導入補助金を拡充し、今年 4 月の診療報酬改定で医療 DX 推進体制整備加算を創設している。

導入補助金については、昨年 12 月に実装したリフィル処方箋などの追加機能の補助上限の引き上げや、都道府県による追加導入費用の助成を実施。後者に関してはすでに 19 都府県が実施し、少なくとも 6 県以上が実施を積極的に検討しているという。

医療 DX 推進体制整備加算をめぐっては、今年 10 月からマイナ保険証の利用率に依りてさらなる増点がなされている、しかし、今年度中（2025 年 3 月 31 日）までに電子処方箋の運用開始が要件となっているにもかかわらず、導入が進まない現状を踏まえると、インセンティブとして機能しているか甚だ疑問だ。

⑤の「患者からの要請がなく、ニーズを感じない」にあるように、従来の紙のお薬手帳で十分だと感じている医療従事者も多いのではないかと考えられる。

看護師特定行為研修機関に14施設 タスクシフトで働き方改革の推進を

厚生労働省

厚生労働省は9月11日、「保健師助産師看護師法に基づく特定行為研修の指定研修機関の指定等について」と題したプレスリリースを発売。看護師の特定行為研修を行う指定研修機関として14施設を新たに指定したことを明らかにした。

■研修機関の数は現在426施設

新たに指定された14施設は、埼玉県小児医療センター、独立行政法人国立病院機構埼玉病院、医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院、国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター、愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院、三重県厚生農業協同組合連合会、広島赤十字・原爆病院、県立広島病院、医療法人茜会 よしみず病院（山口県）、山口県立総合医療センター、医療法人 ひらまつ病院（佐賀県）、北九州市立門司病院、医療法人重喜会 南福岡脳神経外科病院。

「特定行為に係る看護師の研修制度」は、2015年10月から開始された制度で、2022年度の診療報酬改定では、特定行為研修修了者の活用の推進と評価が新設されている。

特定行為とは、厚生労働省のWebサイトによれば「診療の補助」。「看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる」と記されている。

現在、21区分38行為に分類されており、各区分で研修がある。研修を終了すると、医師の指示を待たずにその特定行為を行うことができる。たとえば人工呼吸器の設定や酸素投与量の調整、ドレーンの抜去、インスリン

投与量の調整なども特定行為に含まれている。

なぜこうした研修が必要かといえば、医療行為は医師のみが行えるものと医師法で定められているからだ。しかし、日本の最大人口ボリュームである団塊の世代が全員75歳以上となる「2025年問題」もあり、医師だけで医療提供体制を維持できるか危ういため、看護師が医師の指示を待たずに実質的な医療行為を代行できるようにしようというわけだ。

「医師の働き方改革」を実現するため、タスクシフトが必要だという事情も当然あるため、急ピッチで指定研修機関を増やしてきた。

2022年8月に全都道府県へ設置し、2023年には計35施設、今年2月には39施設を追加しており、今回の14施設を加えると計426施設となっている。

■2025年までに10万人の修了者が目標

厚労省は2025年度までに「特定行為研修修了看護師」を10万人養成することを目標に掲げている。ところが、2023年8月時点での修了者は8,820人。期限まで2年半しか残っていないにもかかわらず、目標の10分の1にも届いていない。

実施頻度の高い特定行為をまとめた領域別パッケージ研修（在宅・慢性期、外科術後病棟管理、術中麻酔管理、救急、外科系基本、集中治療の6領域）も2021年に開始しているが、こちらも2023年2月時点で845人と伸び悩んでいる。

研修受講費を自己負担している看護師が多いなど、研修受講を促す仕組みが確立されていない現状も踏まえた施策も求められるといえるだろう。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

1 病院当たり新規入院が コロナ前の水準に回復

厚生労働省は 11 日、1 病院当たりの新規入院件数が 2023 年度にコロナ前の 19 年度の水
 準に回復したとする推計結果を中央社会保険医療協議会に報告した。ただ、平均在院日数（推
 計）は 17 年度から減少が続いている。入院の受診延べ日数は 2.3%増えた。

厚労省が 3 日に公表した「医療費の動向」によると、23 年度の概算医療費は 47.3 兆円（前
 年度比 2.9%増）で、内訳は入院 18.7 兆円（3.1%増）、入院外 16.4 兆円（1.0%増）など
 だった。11 日には、入院医療費のベースとなる新規入院の件数や平均在院日数（いずれも推
 計）、受診延べ日数や 1 日当たり医療費などの伸び率の推移をコロナ前後で集計した結果を報
 告した。

それによると、1 病院当たりの新規入院の件数は、新型コロナウイルスの感染が各地で拡大
 した 20 年度には前年度比マイナス 4.8%と大きく減少したが、その後は 3 年連続で回復し、
 23 年度の伸び率は 3.8%だった。一方、平均在院日数はコロナ前の 17 年度から減少が続き、
 23 年度の伸び率はマイナス 0.9%だった。また、入院医療費の単価に当たる 1 日当たり医療
 費はコロナ前から増え続け、コロナ後は 21 年度に 3.8%、22 年度には 4.0%と大きく上昇し
 した。しかし、23 年度の伸びは 0.7%と鈍化し、厚労省の担当者は「（診療報酬などの）コロナ
 の特例がだんだんとなくなっている」ためだと説明した。

コロナ前の 19 年度を「100」とすると、23 年度は 1 病院当たりの新規入院件数が 100.5、
 平均在院日数は 96.4、1 日当たり医療費は 111.5 で、厚労省は、新規入院の件数がコロナ前
 の水準を取り戻す一方、入院日数が減少して 1 日当たり単価が増える構造がコロナ後も続いて
 いると指摘した。

新規入院件数と平均在院日数から割り出す入院の受診延べ日数は、23 年度に 2.3%増えた。

ただ、コロナ後の 19-23 年度の伸びは 1 年当たりマイナス 1.4%で、コロナ前の 16-19
 年度の減少幅（1 年当たりマイナス 0.1%）を大きく上回った。

●入院外の1日当たり医療費は0.8%減

一方、外来など入院外では 23 年度に受診延べ日数が 1.9%増えたが、1 日当たり医療費は、
 「コロナ特例の縮小」（厚労省）が影響して 0.8%減少した。患者 1 人当たりの受診延べ日数
 （電算処理分のみ）は 20 歳未満で伸びが目立ち、特に「5 歳以上 10 歳未満」で 23.7%増え
 た。厚労省では、季節性インフルエンザなどコロナ以外の感染症が広がった影響とみている。

これに対し、1 日当たり医療費は 50 歳未満の全年代で減少し、「0 歳以上 5 歳未満」（マ

イナス 11.6%)と「5 歳以上 10 歳未満」(マイナス 10.8%)で減少幅が 10%を超えた(電算処理分のみ)。1 診療所当たりの入院外の受診延べ日数は、特に小児科と耳鼻咽喉科で 20 年度に大きく落ち込んだが、その後は増え続け、23 年度には共に 19 年度の水準を取り戻した。ただ、1 日当たり医療費は小児科と耳鼻咽喉科でそろって減少した。

医療情報②
 全国医学部長
 病院長会議

週50時間未満勤務の 大学病院医師49.6%

大学病院に勤務する医師 1,622 人の 49.6%が 4 月の労働時間は週平均 50 時間未満だったとする調査結果を、全国医学部長病院長会議(AJMC)が 11 日に公表した。

医師の時間外労働の上限規制が施行される前の 2022 年 7 月に実施した前回の調査から、労働時間が週 50 時間未満の医師の割合は 8.1 ポイント上昇。AJMC では、タスクシフトやチーム制の導入などにより勤務医の労働時間の減少が少しずつ進んでいるとみている。労働時間が週 60 時間未満の医師は全体の 77.7%を占めており、70.2%だった前回調査よりも 7.5 ポイント上昇した。AJMC は「今後、週 60 時間以上の医師を重点に改善が望まれる」と指摘している。

週平均の労働時間が 60 時間以上だった医師の割合を職位・年代・診療科ごとに見ると、職位別では専攻医(35.2%)や医員(30.5%)、年代別では 30 歳代(26.7%)や 20 歳代(24.4%)、診療科別では外科(29.0%)や小児科(23.5%)が多かった。

調査では、本務地(大学病院)から支給される給与額も聞いたところ、30 歳代の医師の 51.3%、20 歳代では 87.3%が年間総支給額は 500 万円に満たないと回答したことも分かった。AJMC は、大学病院の機能を維持・発展させるため勤務医の給与を一般医療機関や国立病院機構と同じ程度まで引き上げる必要があると指摘している。また、タスクシフトや医師事務作業補助者による業務改善は進んでいるが、高度な看護師の養成や医療技術職員や医師事務作業補助者らの雇用を推進するには診療報酬による支援が必要だとの見解を示した。

調査は、大学病院と医師個人を対象に実施。医師への調査では、5 月 9 日から 31 日にかけて国・公・私立大学病院本院の勤務医に対して行った。

●医師派遣の取りやめ・中止検討、大学病院1割超で

AJMC の調査によると、医師の時間外労働の上限規制が 4 月から適用された影響で全国 82 の大学病院の 1 割超が兼業・副業先の医療機関への医師の派遣を取りやめたり、中止を検討したりしていた。調査では、宿日直許可を取得できない兼業・副業先への医師の派遣について 4 月時点の対応状況などを聞いた(複数回答)。その結果、回答した 82 大学病院のうち、53 病院(64.6%)が派遣について「特に変更はない」と答えた。(以降、続く)

週刊医療情報(2024年9月20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年度 医療費の動向 / 概算医療費

厚生労働省 2024年9月3日公表

概算医療費の年度集計結果

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するため、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。このたび、令和5年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

本資料における医療費は、速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当しています。

本調査は、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）から診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、医療保険行政のための基礎資料を得ることを目的としたものです。

【調査結果のポイント】

- 令和5年度の医療費は47.3兆円となり、前年度に比べて約1.3兆円の増加となった。
- 医療費の内訳を診療種別に見ると、入院18.7兆円（構成割合39.5%）、入院外16.4兆円（34.7%）、歯科3.3兆円（7.0%）、調剤8.3兆円（17.6%）となっている。
- 医療費の伸び率は2.9%。診療種別に見ると、入院3.1%、入院外1.0%、歯科1.9%、調剤5.4%となっている。
- 医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は2.0%。診療種別に見ると、入院2.3%、入院外1.9%、歯科0.7%となっている。
- 1日当たり医療費の伸び率は0.8%。診療種別に見ると、入院0.8%、入院外▲0.8%、歯科1.2%、調剤▲0.5%となっている。

【医療費の動向】

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療費（兆円）	43.6	42.2	44.2	46.0	47.3
医療費の伸び率（%）	2.4	▲3.1	4.6	4.0	2.9
受診延日数の伸び率（%）	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0	2.0
1日当たり医療費の伸び率（%）	3.2	5.9	1.3	2.0	0.8

Ⅰ 制度別の概算医療費

● 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計								
	医療保険適用								公費
	75歳未満					75歳以上			
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(55.9%)	(31.0%)	(17.0%)	(12.2%)	(24.9%)	(3.2%)	(39.1%)	(5.0%)
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
(構成割合)	(100%)	(55.6%)	(30.8%)	(17.3%)	(11.4%)	(24.8%)	(2.7%)	(39.4%)	(5.1%)
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
(構成割合)	(100%)	(56.5%)	(32.0%)	(17.9%)	(11.9%)	(24.5%)	(3.0%)	(38.6%)	(4.9%)
令和4年度①	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(56.1%)	(32.7%)	(18.4%)	(12.2%)	(23.3%)	(3.1%)	(39.1%)	(4.8%)
令和5年度②	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
(構成割合)	(100%)	(55.4%)	(33.1%)	(18.8%)	(12.3%)	(22.2%)	(3.1%)	(39.8%)	(4.9%)
②-①	1.32	0.43	0.64	0.44	0.19	▲0.21	0.03	0.81	0.08

注1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 1人当たり医療費の推移

(単位：万円)

	総計							
	医療保険適用							75歳以上
	75歳未満			国民健康 保険		(再掲) 未就学者		
	被用者 保険	本人	家族					
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
令和5年度	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	96.5

注1. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2. 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

II 診療種類別の概算医療費

● 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計								
	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外 +調剤	
医科計		医科入院	医科入院外	歯科					
令和元年度	43.6	35.5	32.5	17.6	14.9	3.0	7.7	0.30	22.6
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.6%)	(40.5%)	(34.1%)	(6.9%)	(17.8%)	(0.7%)	(51.9%)
令和2年度	42.2	34.3	31.3	17.1	14.2	3.0	7.5	0.36	21.8
(構成割合)	(100%)	(81.3%)	(74.2%)	(40.5%)	(33.7%)	(7.1%)	(17.9%)	(0.9%)	(51.5%)
令和3年度	44.2	36.0	32.9	17.6	15.3	3.1	7.8	0.43	23.0
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.4%)	(39.8%)	(34.6%)	(7.1%)	(17.5%)	(1.0%)	(52.1%)
令和4年度①	46.0	37.6	34.3	18.1	16.2	3.2	7.9	0.51	24.1
(構成割合)	(100%)	(81.7%)	(74.7%)	(39.4%)	(35.3%)	(7.0%)	(17.1%)	(1.1%)	(52.5%)
令和5年度②	47.3	38.4	35.1	18.7	16.4	3.3	8.3	0.61	24.7
(構成割合)	(100%)	(81.1%)	(74.2%)	(39.5%)	(34.7%)	(7.0%)	(17.6%)	(1.3%)	(52.3%)
②-①	1.32	0.79	0.73	0.56	0.17	0.06	0.43	0.10	0.59

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
 注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

● 受診延日数の推移

(単位：億日)

	総計	計	診療費			調剤
			医科		歯科	
			入院	入院外		
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4
(構成割合)	(100%)	(98.9%)	(18.5%)	(63.9%)	(16.6%)	
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6
(構成割合)	(100%)	(98.6%)	(19.0%)	(62.8%)	(16.8%)	
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0
(構成割合)	(100%)	(98.5%)	(18.2%)	(63.5%)	(16.7%)	
令和4年度①	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4
(構成割合)	(100%)	(98.3%)	(17.7%)	(64.2%)	(16.4%)	
令和5年度②	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9
(構成割合)	(100%)	(98.0%)	(17.7%)	(64.1%)	(16.2%)	
②-①	0.50	0.42	0.10	0.29	0.03	0.50

注1. 診療実日数を取りまとめている。調剤については、処方せん枚数(受付回数)を取りまとめている。
 注2. 総計には、訪問看護療養の実日数を含み、調剤の処方せん枚数(受付回数)を含めずに計上している。

令和5年度 医療費の動向/概算医療費の全文は
 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



歯科医院

デジタル技術の活用で医療の効率・質を向上

医療DXへの 取組みポイント

1. 医療DXの方向性と今後の進め方
2. 歯科診療におけるICTの活用項目
3. 医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直し
4. マイナ保険証の利用率の設定と基準の引き上げ



参考資料

【厚生労働省】：令和6年度診療報酬改定の概要【歯科】【医療DXの推進】 医療DXについて（その3）
（その5） 医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直しについて 他

1

医業経営情報レポート

医療DXの方向性と今後の進め方

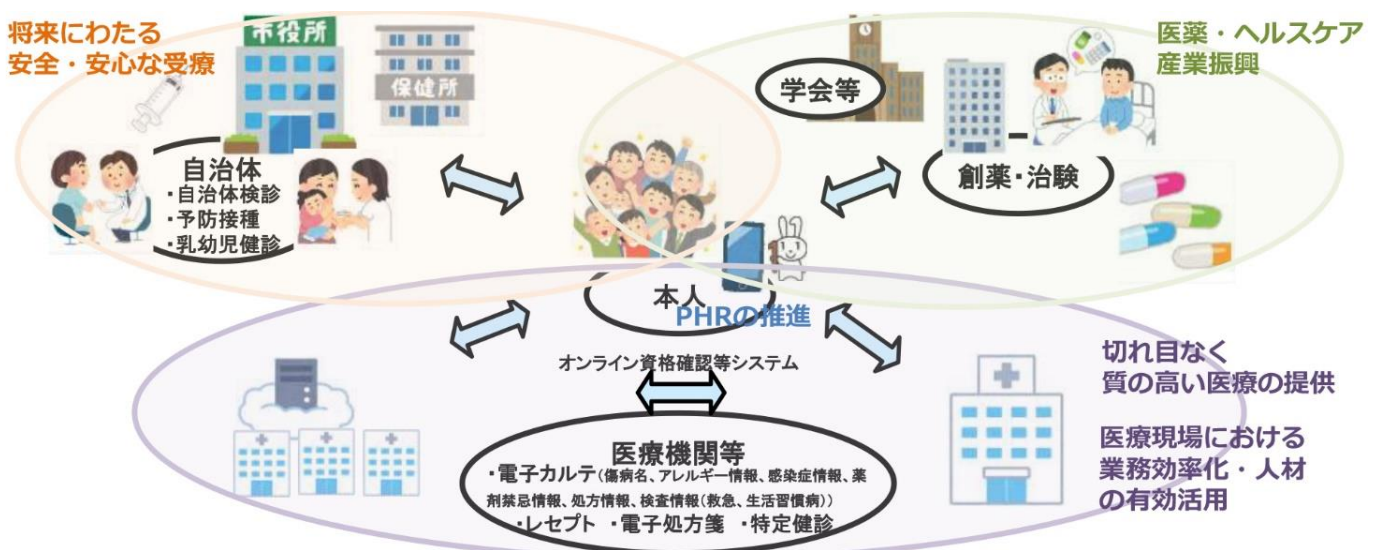
医療 DX とは、2022 年5月に自由民主党政務調査会が提言した「医療 DX 令和ビジョン 2030」において、医療業界における情報・データの保存方法や情報共有化を抜本的に変えることで、医療現場と患者の双方に利益をもたらすことを目的とした方針のことを指す医療分野（病院や診療所、薬局等の医療機関）におけるデジタルトランスフォーメーションのことです。つまり、医療現場において、デジタル技術を活用することで、医療の効率や質を向上させることを目的としています。

■ 医療DXの方向性と将来実現される社会像

「医療 DX 令和ビジョン 2030」では、国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用することにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進する、としています。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の対応等を踏まえ、既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みの構築が必要といった背景もあり、あらゆる医療関連の情報が共有され、患者と医療機関の診療関連、医療機関と医薬、ヘルスケア事業との産業振興、自治体と住民の予防治療（検診や予防接種等）といった安全・安心な医療提供が実現できる社会を医療 DX によって目指そうというものです。

■ 医療DXによる将来予想(イメージ)



厚生労働省：中医協 医療 DX について（その3）

2

医業経営情報レポート

歯科診療におけるICTの活用項目

厚生労働省では医療 DX 推進以前から、ICT（情報通信機器）を活用した医療への取組を進めていました。具体的には遠隔地の患者への対応策としてのオンライン診療や訪問診療を行う上で病院や内科診療所等と歯科診療所との情報共有を正確に図るため、ICT を活用した適切な実施に関する考え方を示しています。

■ 歯科におけるオンライン診療等

(1) オンライン診療等の目的

歯科におけるオンライン診療の目的は3つあります。

1つは患者の日常生活の情報も得ることにより、歯科医療の質の向上に結び付けていくこと、2つ目は歯科医療を必要とする患者に対して、歯科医療に対するアクセシビリティ（アクセスの容易性）を確保し、よりよい歯科医療を得られる機会を増やすこと、そして3つ目は患者が歯科治療に能動的に参画することにより、歯科治療の効果を最大化すること、とされています。

■ 歯科におけるオンライン診療等の目的の項目

- 歯科医師と患者との関係と守秘義務
- 歯科医師の責任
- 歯科医療の質の確認及び患者安全の確保
- 患者の求めに基づく提供の徹底
- 歯科におけるオンライン診療の限界などの正確な情報の提供
- 安全性や有効性のエビデンスに基づいた歯科医療

厚生労働省：ICTを活用した歯科診療等について

(2) 期待される役割

オンライン歯科医療について期待される役割としては、通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現や歯科医療資源の柔軟な活用、患者がリラックスした環境での診療の実施、感染症への感染リスクの軽減、といったことが挙げられています。

■ 歯科におけるオンライン診療へ期待される役割

- 歯科医療への時間、場面の制約の少なさに起因するもの
 - ① 通院に伴う患者負担の軽減及び継続治療の実現
 - ② 訪問歯科診療等に伴う歯科医師の負担軽減
 - ③ 歯科医療資源の柔軟な活用
 - ④ 医科歯科連携の推進
- 患者と歯科医師の非接触下での診療に起因するもの
 - ① 患者がリラックスした環境での診療の実施
 - ② 感染症への感染リスクの軽減

厚生労働省：ICTを活用した歯科診療等について

3

医業経営情報レポート

医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直し

現在、診療報酬として、「医療 DX 推進体制整備加算」と「医療情報取得加算」が定められていますが、令和6年10月以降、その基準や点数が改定されます。

届出に関して、すでに施設基準を届け出ている保険医療機関・薬局については、届出の再提出は不要となっています。新たに「医療 DX 推進体制整備加算」を届け出る場合には、その手続きが必要になります。届出書の内容も9月以前と10月以降では記載事項が違ってきますので注意が必要です。（詳しい内容については厚生労働省ホームページで確認願います。）

■ 医療DX推進体制整備加算とは

医療 DX 推進体制整備加算とは、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合に算定できるものです。

■ 医療DX推進体制整備加算1の算定要件(令和6年10月以降)

【算定要件（医科医療機関）】

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準（医科医療機関）】

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室 等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる 体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置令和7年3月31日まで）
- (調剤) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。（経過措置令和7年3月31日まで）
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置令和7年9月30日まで）
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、十分な実績を有していること。（令和6年10月1日から適用）
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (新) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

厚生労働省：医療 DX 推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直しについて

4

医業経営情報レポート

マイナ保険証の利用率の設定と基準の引き上げ

マイナ保険証の利用率の増加率が微増にとどまっているため、厚生労働省では医療機関からの情報発信と患者への取組を図るため、診療報酬上でも施設基準の加算を設けています。

第3章で述べた医療 DX 推進体制整備加算でも1、2、3と段階的な設定があり、利用状況によって点数が異なっていますが、令和6年の7月、8月の利用実績が10月以降の診療報酬で反映されることとなります。さらには10月、11月の利用実績数の基準見直しも予定されており、それに伴って、令和7年1月以降の診療報酬の点数も変わってきます。

利用実績の変更と点数の変更に注意が必要です。

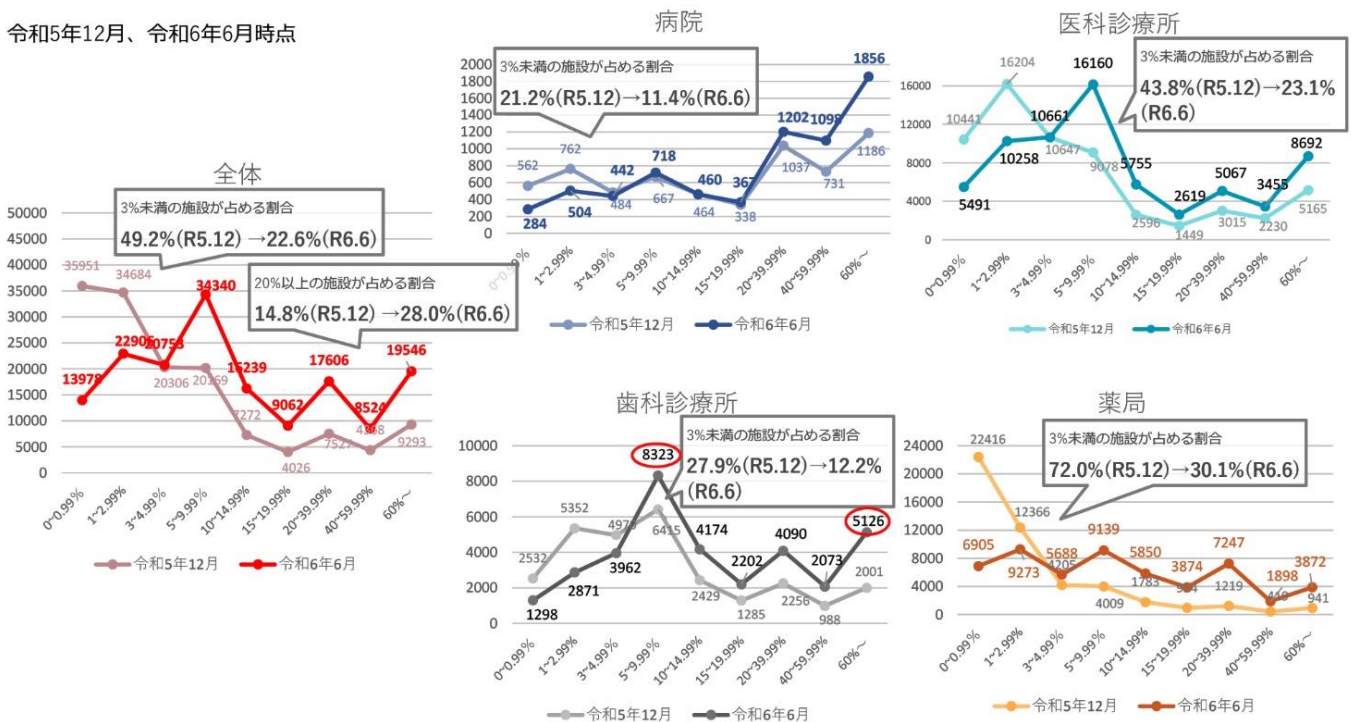
■ マイナ保険証の利用状況

下表のとおり、歯科診療所では、令和6年6月時点でもっとも利用比率が多い診療所が5～9.99%の8,323件、利用比率が60%以上の診療所数が5,126件となっています。

都道府県別のすべての医療機関と薬局の利用率が高い県でも16.07%、低い県では4.49%となっています。

■ マイナ保険証の利用状況等

令和5年12月、令和6年6月時点



※ 利用割合 = MNC利用件数 / オン資利用件数
 ※ オンライン資格確認利用件数50以上の施設を対象に算出 (施設数: 143,596(R5.12)、162,954(R6.6))

厚生労働省：医療 DX の推進にかかる診療報酬上の評価について

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について、教えてください。

■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。医療機関を取り巻く環境は大きく変わっており、それに伴い、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、新たなルールの創造とその認知・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

上記の①～③は組み合わせることで一般化させることが可能ですが、④は活用される局面に対する個別の事例であり、一般化は不可能です。しかし一度ある事例によって創出された知恵は、「知識」として蓄積されることで、あらたな知恵の創造の源泉となります。したがって、ナレッジ・マネジメントの対象となるナレッジとは、上記①～④のすべてとなるわけです。



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だが、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、活動の範囲に限られる。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、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。