

医療情報  
ヘッドライン

## 医療機関ウェブサイトに体験談掲載不可 医療広告ガイドラインのQ & A改訂で明示

▶厚生労働省 医政局総務課

## 医師偏在対策は2036年医師数で検討 入試の地域枠は「別枠方式」に統一

▶厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

経営  
TOPICS

統計調査資料  
病院報告（平成30年4月分概数）

経営情報  
レポート

平成29年受療行動調査からみる  
患者満足度向上に向けた対応策

経営  
データ  
ベース

ジャンル：医療制度 サブジャンル：患者申出療養  
評価療養と選定療養の分類  
患者申出療養の申請手続き

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 医療機関ウェブサイトに体験談掲載不可 医療広告ガイドラインのQ&A改訂で明示

厚生労働省 医政局総務課

厚生労働省医政局総務課は10月24日、「『医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）に関するQ&Aについて』の改訂について」と題した事務連絡を各都道府県衛生主管部あてに発出し、医療機関のウェブサイトに「治療等の内容又は効果に関する体験談」は掲載できないと明示した。

## ■6月に新たな医療広告ガイドライン施行

医療広告は、昨年10月の改正医療法の成立に伴い、新たにウェブサイトが規制対象となった。6月には新たな医療広告ガイドラインが施行されたが、解釈しづらい部分も多いため、Q&Aの内容が注目を集めていた。6月末に開催された「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において、従来のものに35項目を追加する案が提示されたが、「体験談」に関する1項目のみが継続審議となっていた。継続審議となったのは、前出の検討会の構成員から「口コミには有用性もある」との指摘があったことによる。

「危険な治療を提供している医療機関を口コミで知ることで、患者にとって利益になるだけでなく他の医療機関への抑止力にもなる」との主張であり、体験談の掲載がどの程度緩和するかが注目を集めていた。

## ■治療効果を謳う内容体験談は誘引性がある

この日事務連絡に添えられたQ&Aの当該項目では、まず「誘引性がある場合は広告規

制の対象となる」と前提したうえで、「医療機関が患者やその家族に肯定的な体験談の投稿を依頼した場合」は誘引性が生じるという定義を示した。

医療機関側が投稿を依頼しなければ体験談の掲載ができることになるが、Q&Aでは「ウェブサイトの運営者が体験談の内容を改変したり、否定的な体験談を削除したり、肯定的な体験談を優先的に上部に表示する」といった作為的な編集があるケースを指摘した。

仮に医療機関側の依頼で行われたものでないとしても、ウェブサイトの運営費を負担する場合は誘引性が生じると断じた。

つまり厚労省側は、治療効果を謳う内容の体験談は誘引性が生じると断定した形であり、ウェブサイトには体験談自体の掲載ができないと定義したといえる。一方で「医療機関の影響を受けずに患者やその家族が行う推薦に留まる限り」、誘引性は生じないとしており、個人のブログやSNSでの体験談は対象外となっている。

ただし、ブログやSNSでの投稿内容が医療機関のウェブサイトとリンクしている場合は、誘引性があると判断されるおそれもあり、例えば医療機関が運営するツイッターでリツイートすることもグレーゾーンに相当する可能性は高いだろう。これまで体験談をウェブサイトに掲載している医療機関はもちろん、院長や医師の個人アカウントで運営するSNSとリンクさせるだけでも、広告規制の対象となるリスクがあるといえる。

# 医師偏在対策は2036年医師数で検討 入試の地域枠は「別枠方式」に統一

厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

厚生労働省は10月24日、「医療従事者の需給に関する検討会/医師需給分科会」で、今後の医師偏在対策は2036年の医師数をベースとして検討する方針を打ち出した。医学部入試の地域枠については、入試後に選抜する「手上げ方式」を撤廃し、「別枠方式」に統一することになった。

## ■2022年度以降の医学部定員については、「地域枠」の設定がカギを握る

「医師需給分科会」では、医師数が地域や診療科によって偏っている現状を解消するための方策を検討している。

そのために行っているのが「医師偏在指標」の算出で、複数の市町村から成る「二次医療圏」と基本的に都道府県単位となっている「三次医療圏」ごとに医師の偏在状況を客観的に示すため、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成などを踏まえて国が算定式を提示している。医師の数は、当然のことながら医学部の定員とリンクしている。

医師不足や偏在化が問題となった2007年に「緊急医師確保対策」を制定し、各都道府県で5人ずつ定員を増やした。

2009年度以降は毎年臨時の定員増が行われてきたため、医師数は急増するとみられており、2028年度には医師需給が均衡するという推計結果が4月に公表されている。

そのため、医師偏在指標の見直しが必要となっており、定員数が変わるタイミングである2022年度以降の医学部定員について検討

するには、地域偏在を解消するため設けられた「地域枠」の設定がカギを握ることになる。

## ■2036年時点の「必要医師数」をベースに、各地域の医師需給推計とのギャップを解消

2022年度以降に地域枠で入学した「地域枠」の効果が出始めるのは2028年度以降で、「地域枠」の義務年限は9年間である場合が多いため、そこを設定ポイントとすると、「地域枠」医師で満たされるのが2036年度以降という計算になる。

そこで、2036年時点の「必要医師数」をベースに、各地域の医師需給推計とのギャップを解消していくこうという方針である。

なお、「地域枠」については、「別枠方式」ではなく一般受験枠の合格者から千羽鶴「手上げ方式」を採用する医学部が存在していることが判明した。2018年4月の募集状況では、地域枠1197名のうち474名が該当している。一方で、「手上げ方式」は奨学金貸与実績が60%（別枠方式は89%）、義務年限終了まで履行した人は82%（別枠方式は93%）しかいないこともわかった。

厚労省は、離脱率が高いのは「地域枠の趣旨にも合致しない」と指摘しており、都道府県知事から大学に対して「別枠方式による地域枠」を要請することにすることを提案し、了承された。医学部入試をめぐっては不正が次々に明らかになっていることもあり、国や自治体側もこれまでになく強気で臨む姿勢を示すものと思われる。

# 病院報告

## (平成30年4月分概数)

厚生労働省 2018年8月6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30年4月	平成30年3月	平成30年2月	平成30年4月	平成30年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 245 701	1 269 911	1 295 317	△ 24 210	△ 25 406
精神病床	283 724	284 168	284 574	△ 444	△ 406
結核病床	1 607	1 580	1 622	27	△ 42
療養病床	285 207	287 601	288 866	△ 2 394	△ 1 265
一般病床	675 110	696 502	720 179	△ 21 392	△ 23 677
(再掲)介護療養病床	40 842	41 563	42 168	△ 721	△ 605
外来患者数	1 296 688	1 361 499	1 356 981	△ 64 811	4 518
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 836	4 977	5 086	△ 141	△ 109
(再掲)介護療養病床	1 833	1 870	1 915	△ 37	△ 45

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30年4月	平成30年3月	平成30年2月	平成30年4月	平成30年3月
病院					
総数	77.0	77.6	82.6	△ 0.6	△ 5.0
精神病床	85.6	85.2	85.5	0.4	△ 0.3
結核病床	32.9	31.0	30.7	1.9	0.3
療養病床	87.4	87.8	88.6	△ 0.4	△ 0.8
一般病床	70.5	71.4	79.7	△ 0.9	△ 8.3
介護療養病床	91.3	90.0	90.7	1.3	△ 0.7
診療所					
療養病床	55.2	55.2	56.6	0.0	△ 1.4
介護療養病床	70.9	69.4	69.7	1.5	△ 0.3

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

注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)

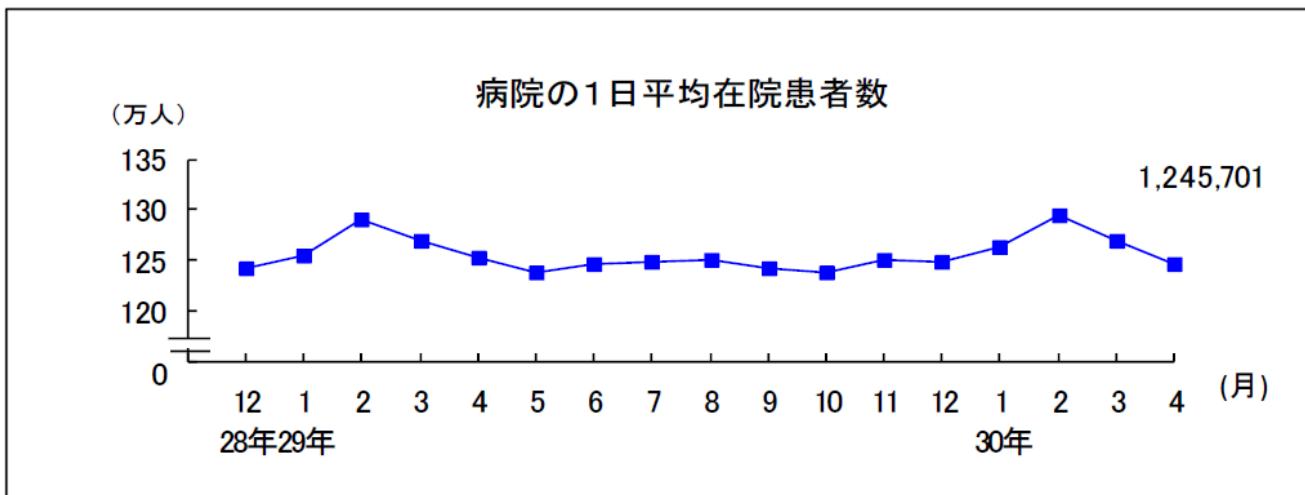
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成30年4月	平成30年3月	平成30年2月	平成30年4月	平成30年3月
病院					
総数	28.4	28.1	28.3	0.3	△ 0.2
精神病床	269.5	258.0	268.2	11.5	△ 10.2
結核病床	67.3	62.5	64.9	4.8	△ 2.4
療養病床	141.8	136.9	138.1	4.9	△ 1.2
一般病床	16.4	16.4	16.7	△ 0.0	△ 0.3
介護療養病床	297.6	288.9	298.5	8.7	△ 9.6
診療所					
療養病床	100.7	91.4	93.9	9.3	△ 2.5
介護療養病床	132.4	121.9	117.3	10.5	4.6

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

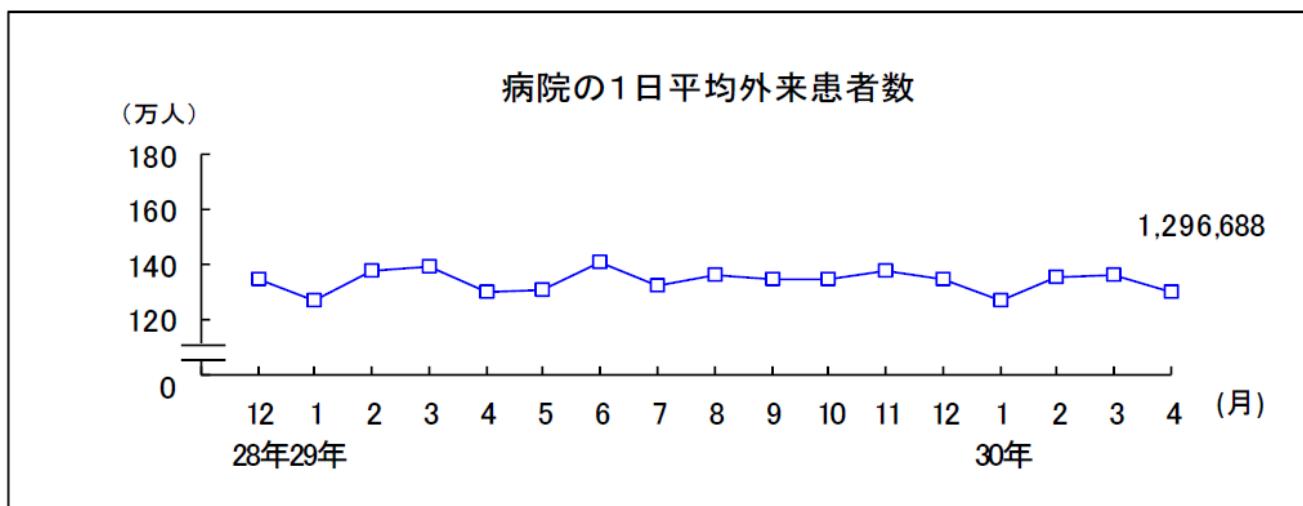
$$\text{在院患者延数} = \frac{\text{在院患者延数}}{\text{同一医療機関内} + \text{同一医療機関内} + \text{他の病床へ} + \text{他の病床へ}} \\ \text{ただし、} \quad \text{1/2} \quad \left\{ \begin{array}{l} \text{新入院患者} \\ \text{数} \end{array} \right. + \left\{ \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right. + \left\{ \begin{array}{l} \text{退院患者数} \\ \text{数} \end{array} \right. + \left\{ \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right. \end{math>$$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

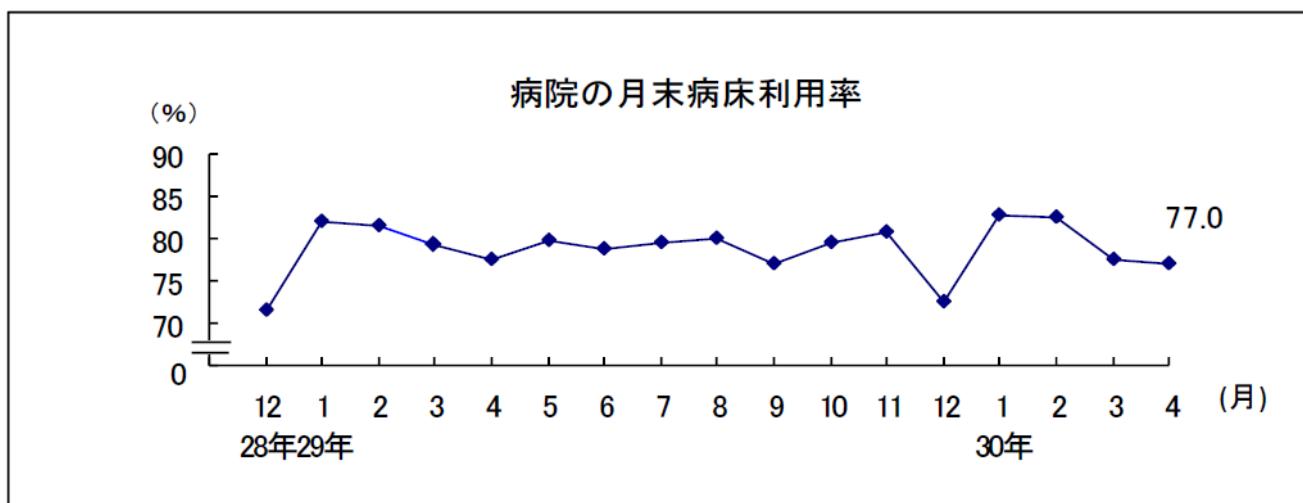
### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



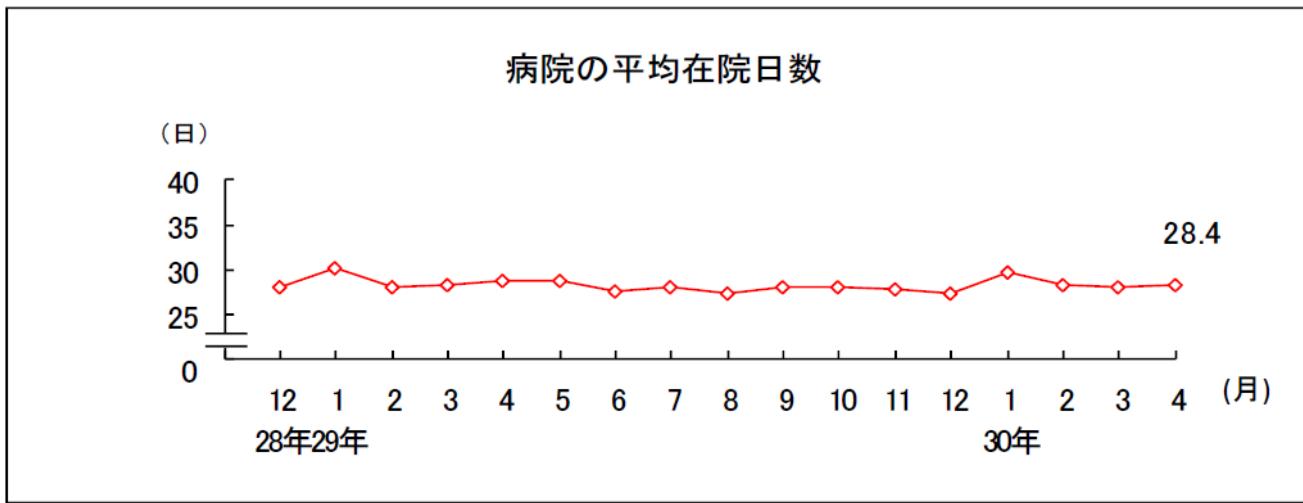
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（平成30年4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。



# 平成29年受療行動調査からみる 患者満足度向上に 向けた対応策

- 1.平成29年受療行動調査の概要
- 2.受療行動調査からみる患者の動向
- 3.患者満足度向上に向けた取り組み



## ■参考文献

厚生労働省ホームページ「平成29年受療行動調査（概数）の概況」

## 平成29年受療行動調査の概要

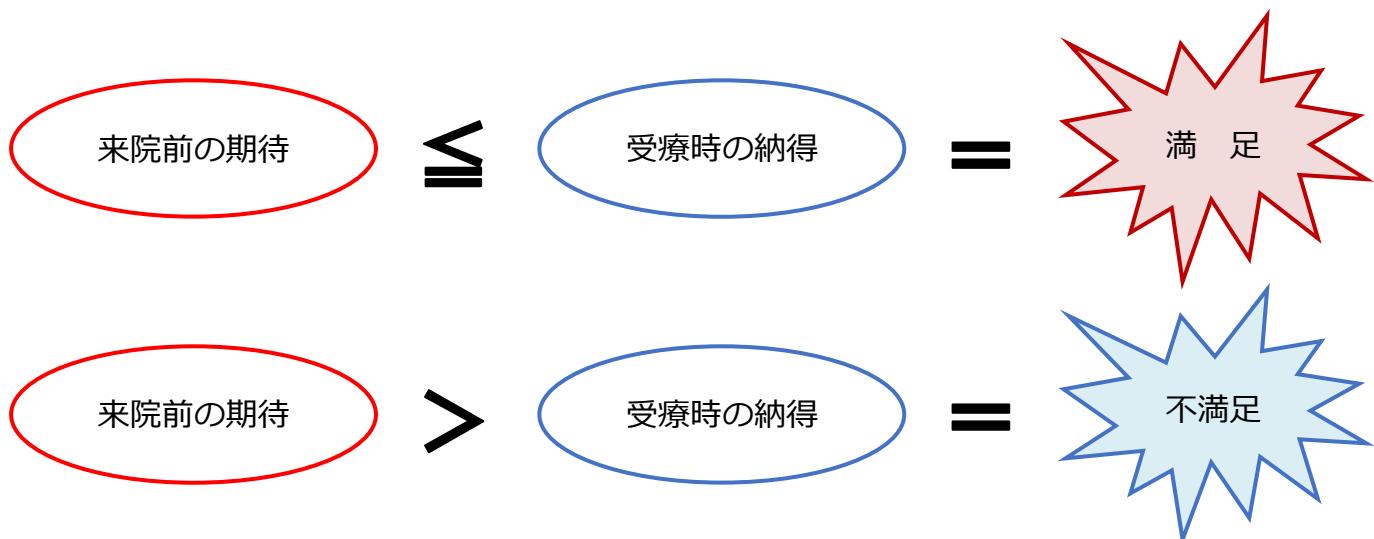
## ■ 患者満足度向上とニーズの把握

医療はサービス業であるという考え方によれば、患者の要望に応えることが重要であり、患者の最大の満足は、期待通りの治療を受けて充分な満足が得られることにあります。

また、高齢化や疾病構造の変化に伴い、慢性疾患などで継続的に医療機関に通院する必要のある方が増えてきています。

こうした理由により、長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関、医師など医療従事者との信頼関係および良好なコミュニケーション構築がより重要視されるようになってきました。

## ◆受療時の患者満足度イメージ図



また、患者が抱えている疾病、年代や性格、環境などによっても異なりますが、このような患者の世代や事情を問わず最適な医療サービスを提供することが求められています。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービスの提供が期待されています。

患者に寄り添ったサービスを提供した結果、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることになります。

高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得られず、医療機関として生き残ることは困難になるといえます。

患者の発信するメッセージをいかに誠実に受け止め、医療機関全体で苦情や不満を伝えやすい環境づくりに取り組むかが重要だといえます。

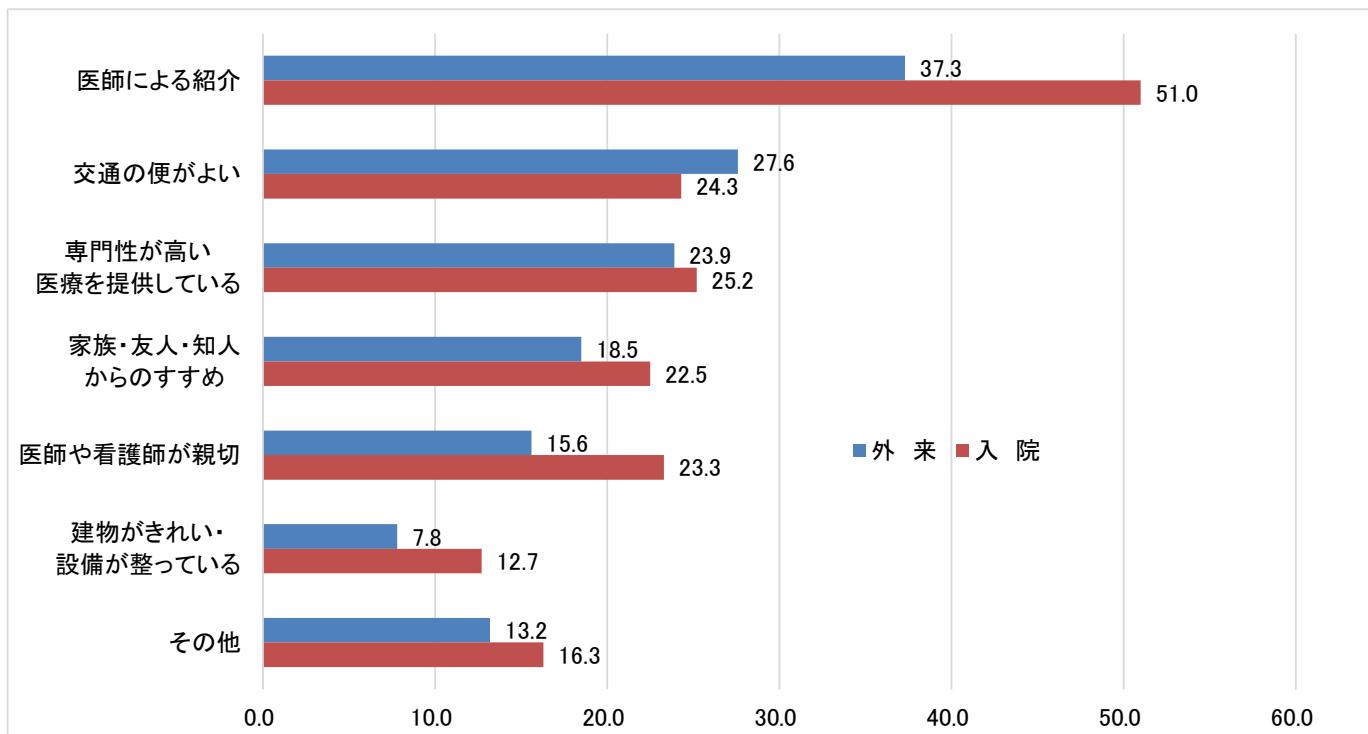
## ■ 患者が受診先を選ぶ選考要因

## (1) 受診した医療機関を選んだ理由

「病院を選んだ理由がある」という回答のうち、その選んだ理由をみると、外来（37.3%）入院（51.0%）、ともに「医師による紹介」が最も高く、次いで、外来では「交通の便がよい」が27.6%、入院は「専門性が高い医療を提供している」が25.2%となっています（「病院を選んだ理由がある」者を100とした割合）。

この結果は、前回（平成26年受療行動調査の概況）と比較して大きな変化はありませんが、「他の医療機関との連携体制がある」、「地域に認められた医療機関である」ことが患者から選ばれる重要な要素であることが窺えます。

## ◆ 外来・入院別にみた病院を選んだ理由（複数回答）



（出典）厚生労働省：平成29年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 図1）

## (2) 医療機関にかかる時の情報入手先

患者がふだん医療機関にかかる時「情報を入手している」と回答したのは、外来が77.7%、入院が82.6%で、「特に情報は入手していない」は、外来が17.2%、入院が14.1%となっています。

「情報を入手している」という回答のうち、情報の入手先をみると、外来・入院ともに「家族・知人・友人の口コミ」が最も高く（外来 70.6%、入院 71.9%）、次いで外来では「医療機関が発信するインターネットの情報」が 21.1%、入院では「医療機関の相談窓口」が 23.9%となっています。

この結果を踏まえると、7割の患者は身近な人の口コミを頼りに受診先を選んでいると考えられます。来院された患者の期待に応え続け、患者が患者を呼び込んでくれることが増患につながる有効な手段といえるでしょう。

また、平成 19 年 4 月からスタートした「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」を確認することで、診療科目、診療日、診療時間や対応可能な疾患治療内容等の医療機関の詳細がわかりますが、患者側は実際にはそれ以外の情報を求めているといえるため、これらニーズに応える情報提供が増患に重要な要素だと捉えることができます。

#### ◆外来・入院別 ふだん医療機関にかかる時の情報入手先（複数回答）

（単位：%）

		情報入手している	情報の入手先（複数回答）									平成29年		
総数			医療機関の相談窓口	医療機関が発信するインターネットの情報	医療機関の看板やパンフレットなどの広告	行政機関の相談窓口	（医療機能情報提供制度など）医療機関が発信する情報	行政機関が発行するパンフレット	行政機関が発行する広報誌やパンフレット	（SNS や電子掲示板などの情報）医療機関以外の情報	（電子掲示板などの情報）医療機関以外の情報	新聞・雑誌・本の番組	家族・知人・友人の口コミ	その他
外 来	100.0	77.7 (100.0)	(16.3)	(21.1)	(5.0)	(2.3)	(3.4)	(3.3)	(12.0)	(5.3)	(70.6)	(10.5)	17.2	5.1
入 院	100.0	82.6 (100.0)	(23.9)	(15.8)	(6.5)	(5.6)	(3.1)	(3.7)	(9.8)	(6.1)	(71.9)	(12.1)	14.1	3.3

比較的、外来で

多く挙げられた項目

外来・入院ともに

最も多く挙げられた項目

（出典）厚生労働省：平成 29 年受療行動調査（概数）の概況（関連資料 表 1）

#### （3）外来患者の最初の受診場所

外来患者が病気や症状について最初に受診した場所をみると、「最初から今日来院した病院を受診」が 54.2%と最も多く、続いて「最初は他の病院を受診」が 27.3%、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」が 15.1%となっています。

病院の種類別では、特定機能病院では「最初は他の病院を受診」が 42.1%と最も多く、それ以外の病院では「最初から今日来院した病院を受診」が最も多くなっています。

## 3

## 医業経営情報レポート

## 患者満足度向上に向けた取り組み

## ■ 待ち時間と診察時間の長さ

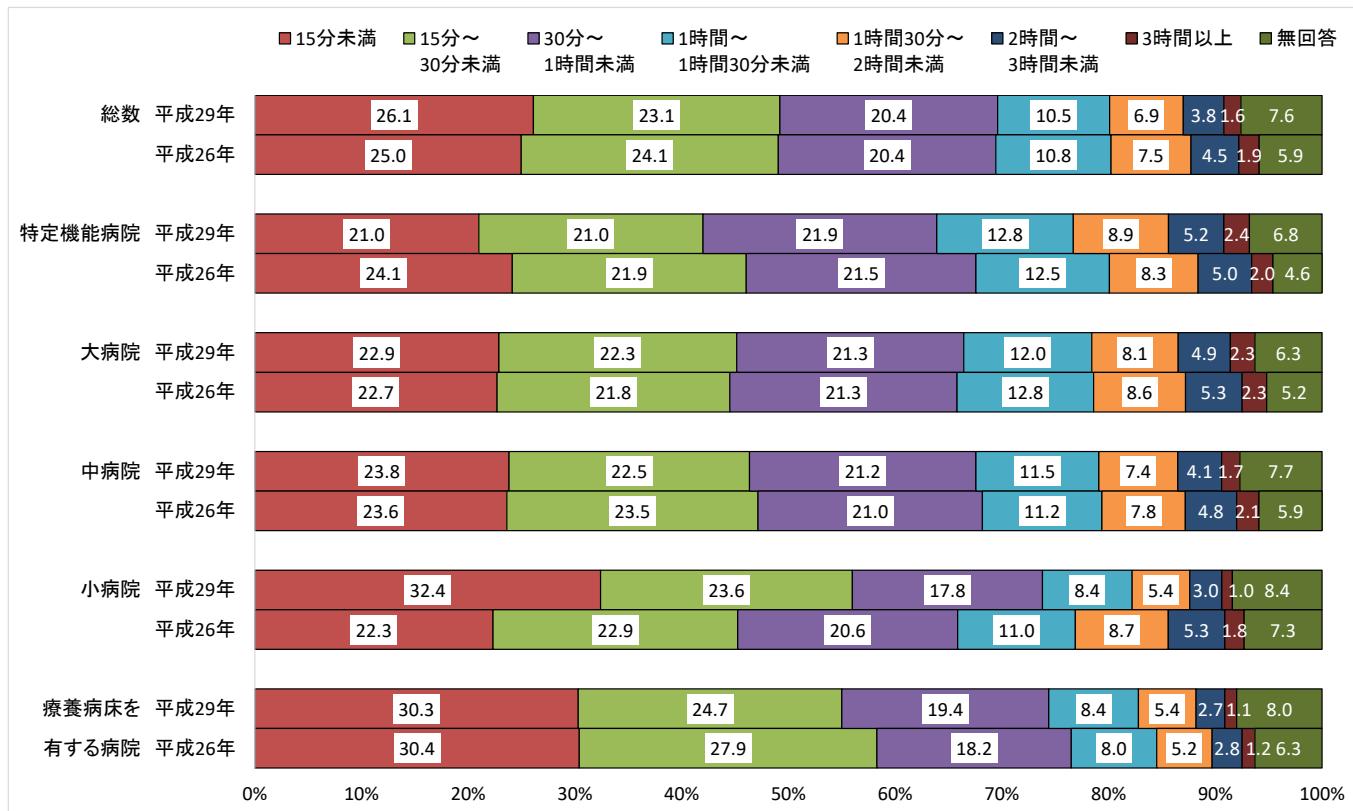
## (1) 診察等までの待ち時間

外来患者の診察等までの待ち時間を見ると、「15分未満」が26.1%と最も多く、1時間未満の待ち時間の割合が約7割となっています。

病院の種類別にみると、特定機能病院の「30分～1時間未満」が21.9%と最も多く、それ以外の病院では「15分未満」が最も多くなっています。

また、前回の調査結果と比較すると、小病院の待ち時間の長さが短くなっています。15分未満の待ち時間の割合が10%増加しています。

## ◆ 病院の種類別にみた外来患者の診察等までの待ち時間



(出典) 厚生労働省: 平成29年受療行動調査(概数)の概況(関連資料 図3)

## (2) 診察時間

外来患者の診察時間を見ると、「5分～10分未満」が38.1%と最も多く、続いて「5分未満」が28.5%、「10分～20分未満」が12.7%となっています。

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:医療制度 &gt; サブジャンル:患者申出療養

# 評価療養と選定療養の分類

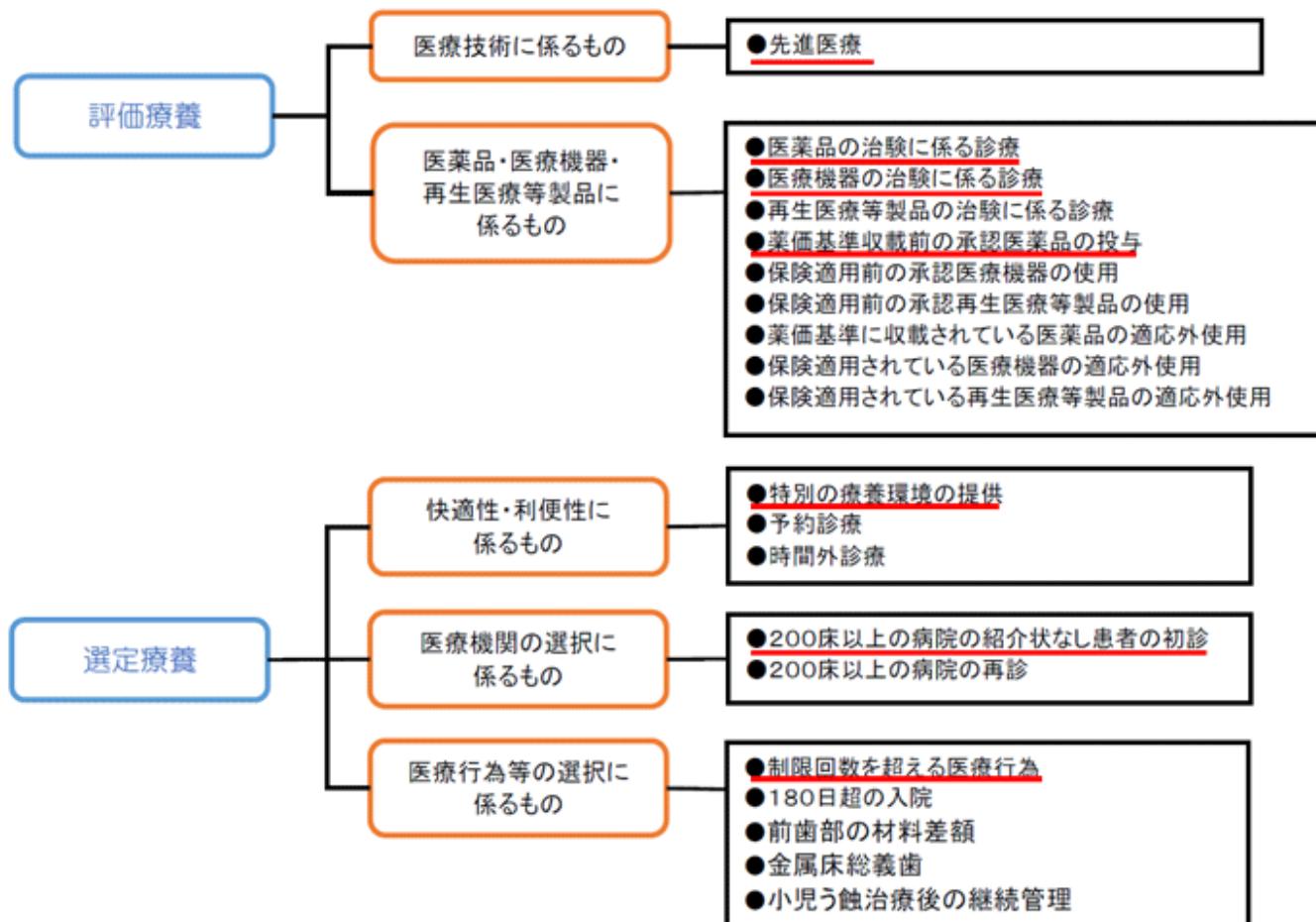
## 評価療養と選定療養の分類を教えてください。

保険外併用療養費制度は「評価療養」と「選定療養」の2種類のほか、「患者申出療養」があり、このうち前者2つは5つのカテゴリー（20項目）に分類されています。

「評価療養」は、主として医療の高度化に対応するもので、現在は保険診療としては認められていない医療であって、安全性や有効性、普及性などが確認されれば将来的に保険導入を検討すべき医療技術をいいます。特に先進医療は、陽子線治療など現在92項目が承認されており、そのうち毎年数例が保険診療の対象となっています。

一方「選定療養」は、主として医療ニーズの多様化に対応するもので、保険診療の水準を超えるサービスとして、患者自らの希望により受ける医療をいいます。

### ■保険外併用療養費の構成（評価療養/選定療養）



\* 保険外併用療養編成以前の平成18年（2006年）までは、特定療養費制度として朱線――のもののみが対象

ジャンル:医療制度 &gt; サブジャンル:患者申出療養

# 患者申出療養の申請手続き

## 患者が患者申出療養を利用する際の申請手続きを教えてください。

本制度を利用する際には、基本的に「臨床研究中核病院」等を経由して患者から国に対して申請を行い、有効性等の審議が行われたのちに実施の可否について結論が下されます。

- ①患者がかかりつけ医などと相談し、保険外の最先端医療技術を保険診療と併用することを希望した場合、「臨床研究中核病院（後述）」などに申し出る
- ②臨床研究中核病院などから示される「有効性や安全性に関する資料」とともに、患者が国に患者申出療養の申請を行う
- ③国に設置される「患者申出療養に関する会議」で有効性や安全性、患者がリスクを理解しているかなどを審議する（原則6週間）
- ④申請が認められた場合、その医療技術が当該臨床研究中核病院などで実施される

また、患者申出療養として前例のある技術については、その前例を取り扱った臨床研究中核病院が「患者に身近な医療機関で実施できるかどうか」を審査し（原則2週間）、その上で当該「身近な医療機関」での実施が可能となるケースもあります。

### ■申請を受ける臨床研究中核病院の承認

申請先となる臨床研修中核病院については、社会保障審議会医療部会で審議のうえ、現在は12病院が承認されており、その役割から大きく2つに分けられています。

それは、ヒトに新規薬物や機器を投与・使用する臨床研究を世界に先駆けて行う「早期・探索的臨床試験拠点」と、臨床研究の質を向上させるため、国際水準（ICH-GCP）の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う「臨床研究品質確保体制整備病院」です。

#### ①早期・探索的臨床試験拠点

- 特定機能病院、国立高度専門医療研究センター、またはこれらに準じる病院
- がん、脳・心血管疾患等の重点疾患分野において、治験、臨床研究に精通する医師がいる
- 夜間、休日を含め、重篤な有害事象に迅速に対応できる体制を有している

#### ②臨床研究品質確保体制整備病院

- 適切な研究計画を企画・立案し、国際水準に準拠して臨床研究を実施でき、中核病院としてほかの医療機関が実施する臨床研究を支援できる機能などを有する。
- \*医療法に位置づけられた病院として、臨床研究に係る「実施体制」及び「実績」の観点、「施設」の観点、「人員の観点」から承認要件を定め規定

これらの臨床研究中核病院では、患者からの「新規技術」に関する相談に対応する体制構築が求められており、具体的には、①相談窓口の設置、②マニュアルの整備や研修の実施、③情報共有の体制整備、④国へ報告する仕組み、などを備える必要があります。