

週刊WEB

医業経営 マガジン

2018

552

12/4

医療情報
ヘッドライン

地域医療構想実現に向けた取り組み 公立・公的医療機関約半数が病床削減合意

▶ 経済財政諮問会議

費用対効果評価品目を新薬収載時に選定 価格調整も同時期、分析に臨床専門家を

▶ 厚生労働省 中央社会保険医療協議会

経営
TOPICS

統計調査資料

平成28年度 介護保険事業状況報告(年報)

経営情報
レポート

医療法改正で広告規制が強化
ウェブ広告の見直しポイント

経営
データ
ベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: ナレッジマネジメント
情報を経営品質の向上に役立てる仕組み
ナレッジの種類

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行: ○○○○○○ 会計事務所

医療情報
ヘッドライン
①

地域医療構想実現に向けた取り組み 公立・公的医療機関約半数が病床削減合意

経済財政諮問会議

根本匠厚生労働相は 11 月 20 日、経済財政諮問会議で「地域医療構想」の実現に向けた取組の内容を報告し、9 月末までに 47%の公立・公的医療機関が病床削減に合意したことに触れ、今年度末までにすべての病床で合意形成を達成させたいとした。そのために、来年度の地域医療介護総合確保基金（2018 年度は 934 億円）の「更なる重点的配分」を検討していることも明らかにしている。

■「地域医療構想」は2025年までに 大規模な病床転換を進めるという計画

「地域医療構想」とは、団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年に向けての医療計画のひとつで、2015 年の病床機能報告によれば、高度急性期・急性期病床は全体の 62%を占め、回復期および慢性期病床は 38%に上る。後期高齢者が増える 2025 年には急性期よりも回復期・慢性期病床が必要となることから容易に想定できるため、2025 年までに大規模な病床転換を進めるとしている。

具体的には、2017 年時点よりも高度急性期・急性期を約 29%縮減し、回復期を約 146%増加させることとなっている（慢性期は 4%縮減し、在宅医療で約 30 万人をカバー）。高度急性期・急性期は診療報酬も高額であるため、社会保障費の抑制も図ることができる」と試算している。

しかし、高度急性期・急性期からの病床転換は、収益減少に直結するため遅々として進んでいないのが現状である。10 月に財務省財

政制度等審議会（財政審）が示した資料によれば、高度急性期・急性期病床のうち「具体的対応方針を合意済み」の病床割合はわずか 1%程度で、先に対応を進めるべき公立・公的医療機関（約 1,650 病院）も、進捗状況には地域差がある。財政審は、この件で「都道府県が行使できる権限は限定的で、特に民間医療機関の病床に対する権限は事実上ごく限られたもの」と指摘し、都道府県の権限を一層強化すべきと提言していた。

■9 月末までの病床削減は 47%（23.6 万床）

根本厚労相は、民間医療機関の病床削減については言及しなかったものの、地域差が生じていた公立・公的医療機関に対しては「集中的に取り組んでいる」と主張した。3 月末には合意済み病床がわずか 6%（3.1 万床）だったが、9 月末までに 47%（23.6 万床）に増加したことを明らかにしたうえで、調整中の病床も 49%にのぼり、順調に進捗していることを強調し、今年度中に全病床の合意形成を取り付けて、来年度前半には具体的対応方針を検証していく方針を示している。

ひとまず、都道府県の権限の範疇である公立・公的医療機関の病床転換を終わらせ、そのプロセスから民間医療機関にとって実効性のある対策を検討する、というのが厚労省の描くプランのようだ。最終的には、地域医療介護総合確保基金をどの程度インセンティブとして配分するかが重要なポイントになるとみられる。

医療情報
ヘッドライン
②

費用対効果評価品目を新薬収載時に選定 価格調整も同時期、分析に臨床専門家を

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は、11月21日に開かれた中央社会保険医療協議会の費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保健医療材料専門部会合同部会で、費用対効果評価の対象品目を年4回の新薬収載時に選定する方針を示した。

また、価格調整も同時期に実施することや、分析には臨床の専門家を参画させることも提案し、いずれも了承された。

■選定＆価格は、年4回の新薬収載選定の方針

費用対効果評価は、高額な医療技術や医薬品を保険収載するにあたり、適正な価格を設定するための指標で、その性格上、速やかに対象品目を選定することが求められる。しかし、一度に多品目の分析・評価をすることは物理的に難しい。2016年度から実施されている試行的導入では、品目選定から企業分析の提出までに約9カ月から1年、再分析に約6カ月、総合的評価に約2カ月を要している。

この期間をできるだけ短縮させるため、同日の会合では「標準期間の設定」も示された。「企業分析に9カ月程度」「公的分析に3カ月程度（再分析を行う場合は6カ月）」「総合的評価および価格決定に3カ月程度」となっており、最低でも1年3カ月程度ということになる。当然、順次分析・評価を行う必要があるため、選定時期および価格調整の時期を分散させるべきとの考え方から、年に4回と決まっている新薬収載のタイミングがベターということになった。

ただ、価格調整も同時期に行うとなれば、

薬局や医療機関は年に4回、薬価の変動に対応しなければならないということになる。事務的な負担はかなり大きくなるため、システム的な視点も含め、負担軽減策が早晚必要となってくるとみられる。

■専門家を指名し、品目に応じて分析内容の確認を行う体制を整える

分析に臨床の専門家を参画させるのは、試行的導入で専門家が検討する公的な体制が整っていなかったため、その結果、企業分析と第三者による再分析で結果に大きな違いが生じてしまい、本格導入を妨げる要因にもなっていた。そこで厚労省は、薬価算定組織や保険医療材料専門組織と同様にあらかじめ専門家を指名し、品目に応じて分析内容の確認を行う体制を整えることにしている。

費用対効果評価は、「適正な価格を設定する」ことを導入の目的としているものの、社会保障費の削減がねらいであることは明らかだといえる。また、製薬企業や医療機器メーカーなどの立場からは、自社製品が対象品目に選定されれば収益減少に直結するためせめぎあいが続いており、検討開始から6年が経過しようとする今となっても、今回のような制度設計の部分で議論せざるを得ない状況となっている。

厚労省は、年末までに本格導入に向けての足固めをしたい意向だが、残り1カ月と時間のなかで、果たしてどこまで詰めきれるのか、引き続き進捗を注視する必要がある。

平成28年度 介護保険事業状況報告(年報)

厚生労働省 2018年8月24日公表

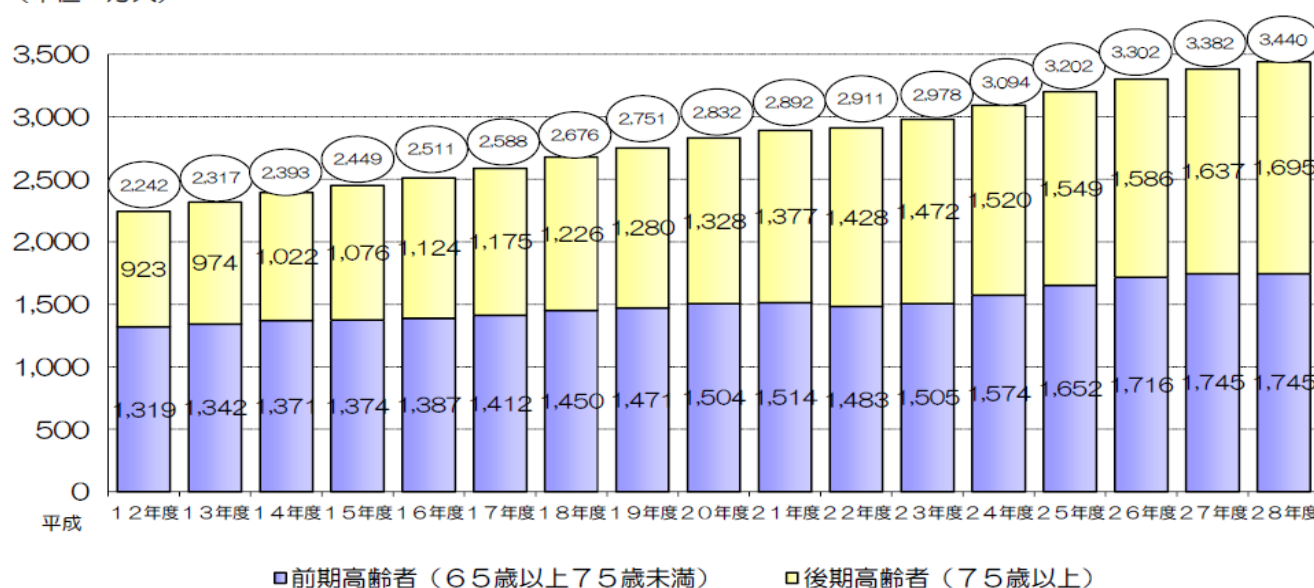
ポイント

1 第1号被保険者数

(28年3月末現在) (29年3月末現在)

3,382万人 ⇒ 3,440万人 (対前年度 +59万人、+1.7%増)

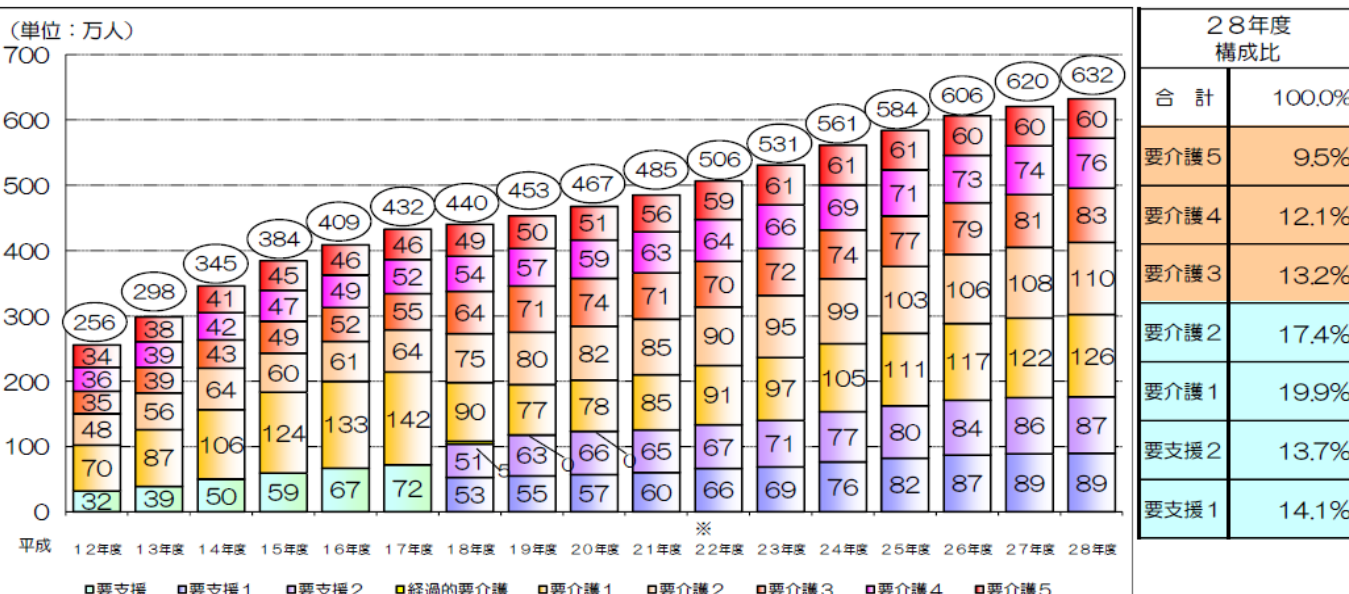
(単位：万人)



2 要介護(要支援)認定者数

(28年3月末現在) (29年3月末現在)

620万人 ⇒ 632万人 (対前年度 +12万人増、+1.9%増)

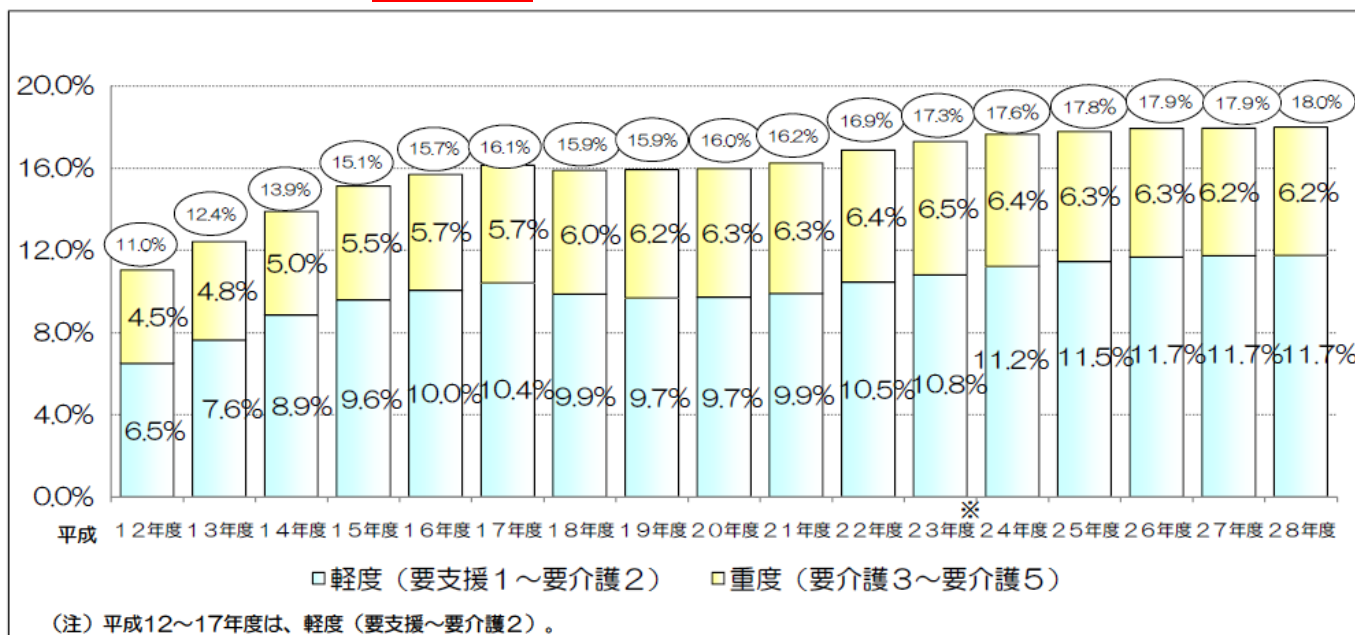


※東日本大震災の影響により、22年度の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない(以下同)。

3 第1号被保険者に占める要介護(要支援)認定者の割合(認定率)

(28年3月末現在) (29年3月末現在)

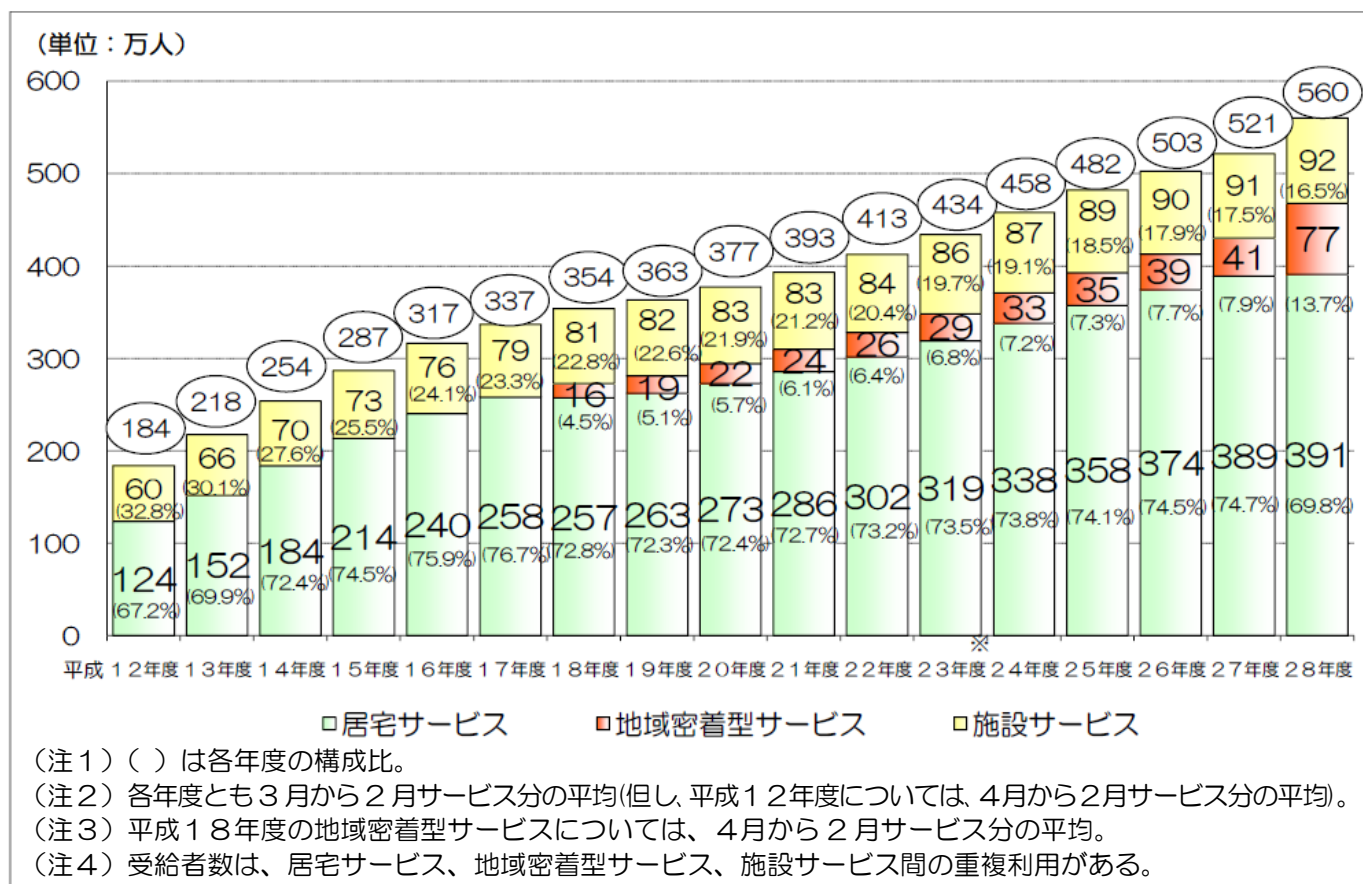
17.9% ⇒ 18.0% (対前年度 +0.1ポイント増)



4 サービス受給者数(1ヶ月平均)

(27年度) (28年度)

521万人 ⇒ 560万人 (対前年度 +39万人増、+7.4%増)



5 保険給付(介護給付・予防給付)

(1) 費用額

(27年度累計) (28年度累計)

9兆8,326億円 ⇒ 9兆9,903億円 (対前年度 +1,577億円増、+1.6%増)

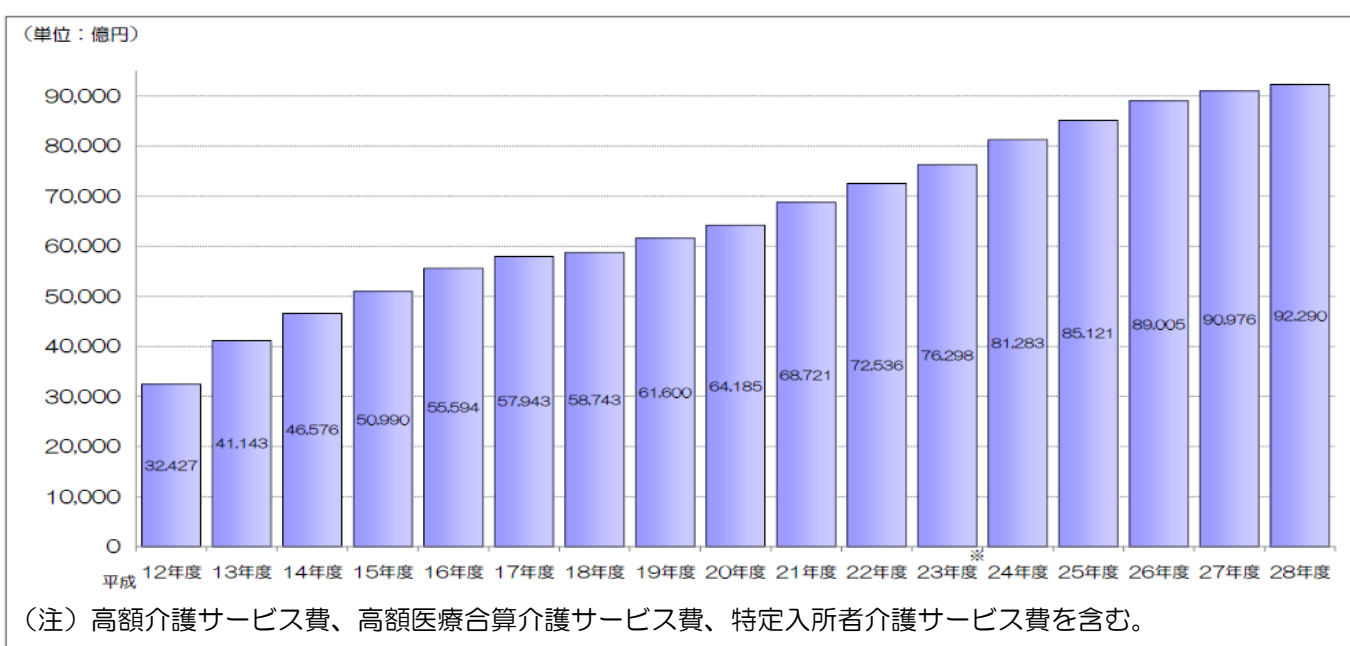
(注) 高額介護(介護予防)サービス費(以下、「高額介護サービス費」という)、高額医療合算介護(介護予防)サービス費(以下、「高額医療合算介護サービス費」という)、特定入所者介護(介護予防)サービス費(以下、「特定入所者介護サービス費」という)を含む。

(2) 給付費(利用者負担を除いた額)

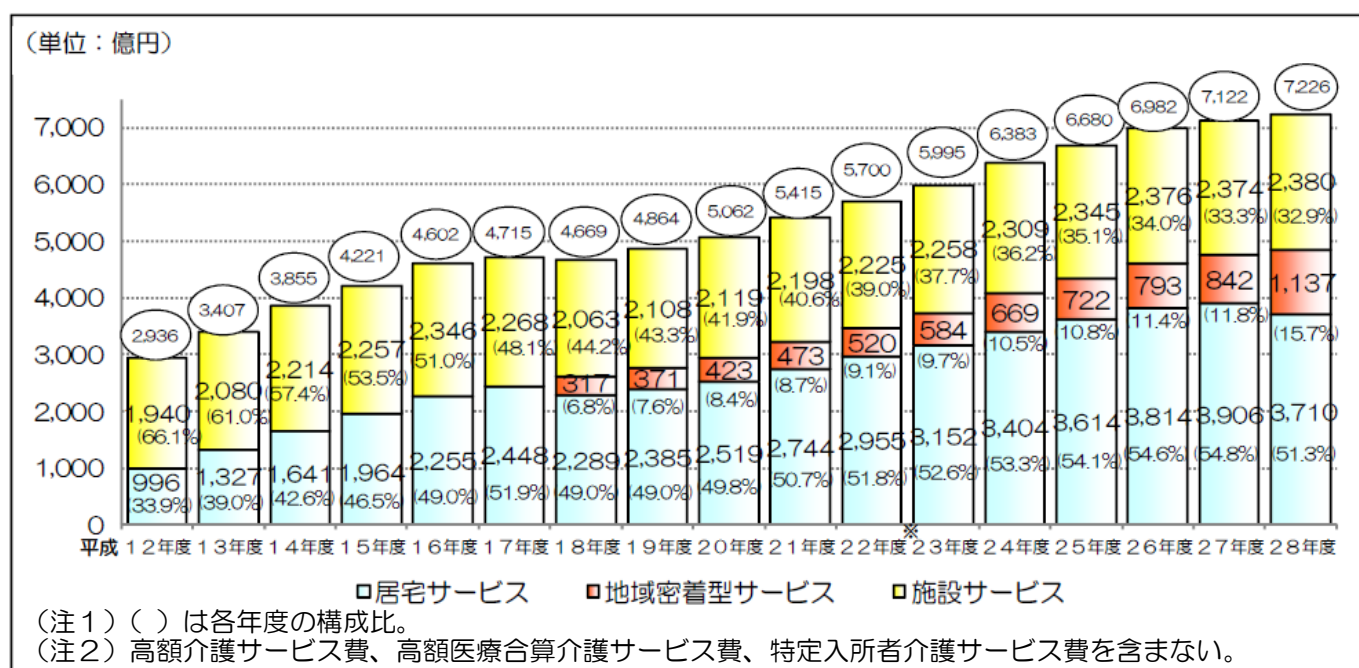
(27年度累計) (28年度累計)

9兆0,976億円 ⇒ 9兆2,290億円 (対前年度 +1,314億円増、+1.4%増)

年度別給付費の推移



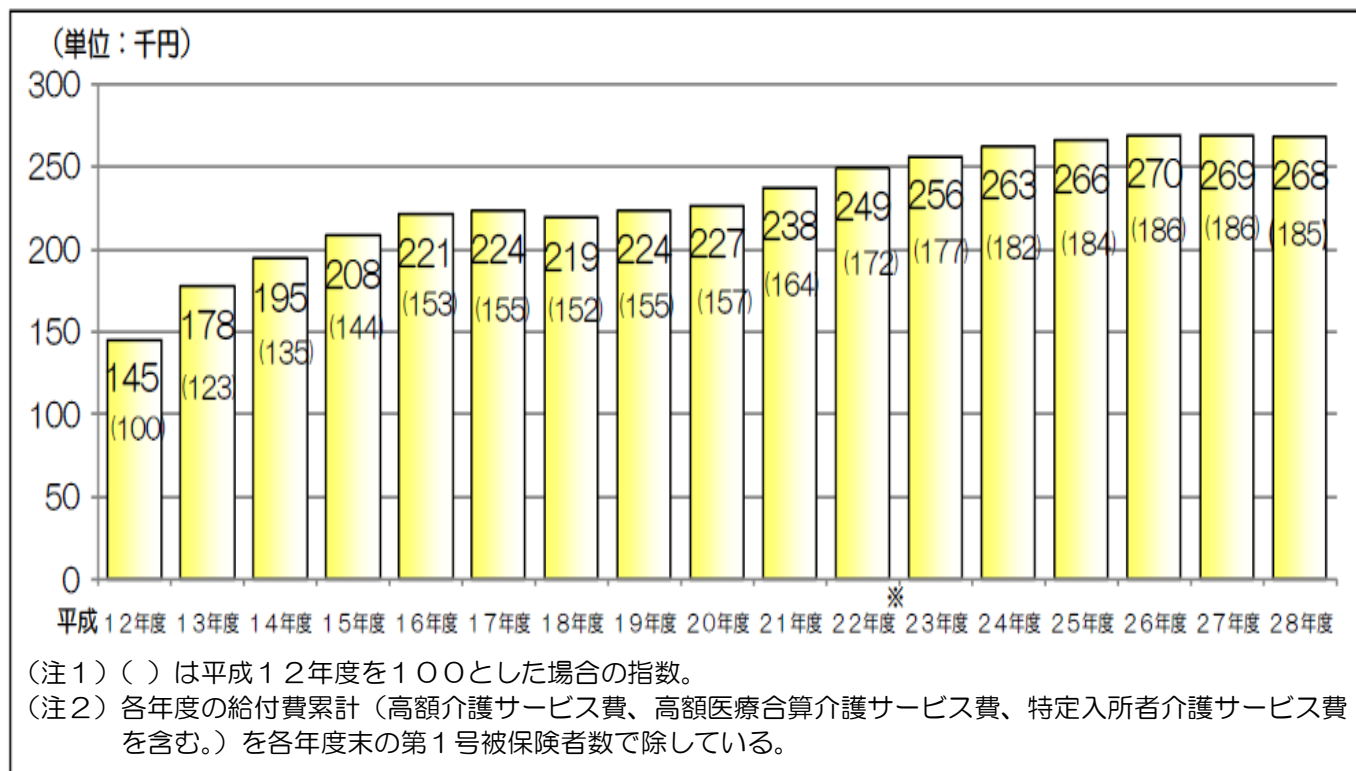
年度別(居宅、地域密着型、施設別)給付費の推移(1ヶ月平均)



6 第1号被保険者1人あたり給付費(介護給付・予防給付)

(27年度) (28年度)

269千円 ⇒ 268千円 (対前年度 1千円減、0.3%減)



7 第1号被保険者の料収納額(現年度分)

(1) 収納額

(27年度分) (28年度分)

2兆1,301億円 ⇒ 2兆1,866億円 (対前年度 +564億円増、+2.6%増)

(2) 収納率

(27年度分) (28年度分)

98.6% ⇒ 98.7% (対前年度 +0.1ポイント)

(87.2%) (87.5%) (再掲：普通徴収)

・収納率が100%保険者 … 27保険者 (全保険者に占める割合は 1.7%)

8 介護給付費準備基金の積立状況

(27年度末) (28年度末)

3,880億円 ⇒ 4,759億円 (対前年度 +879億円)

(1,455保険者) (1,462保険者) (準備基金を保有している保険者)

平成28年度 介護保険事業状況報告(年報)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

医療法改正で広告規制が強化 ウェブ広告の 見直しポイント

- 1.医療法改正による広告規制の見直し
- 2.医療機関ホームページガイドラインの概要
- 3.SNSを活用した広告手法と違反広告の事例



1

医業経営情報レポート

医療法改正による広告規制の見直し

従来ウェブサイトについては広告規制の枠外とされていましたが、昨年の医療法改正により、広告の対象として扱われることになりました。

これに合わせて、医療機関のウェブサイトにおいて不適切な表示がないか、厚生労働省で監視する「医業等に係るウェブサイトの監視体制強化事業」が開始されています。

厚生労働省では広告や医療機関のホームページに関するガイドラインと監視体制の強化によって、違反広告の防止と消費者トラブルの減少を図ろうとしています。

■ 医療法の一部改正で広告規制

(1) 医療に関する広告規制の見直しに関する事項

平成 29 年 6 月 14 日に公布された医療法改正において、医療に関する広告規制の見直しに関する事項が追加されました。施行期日は、公布の日から起算して 1 年を超えない範囲内において政令で定める日から施行するものとなっています。

■ 平成 29 年度 医療法改正 医療に関する広告規制の見直しに関する事項

(1) 虚偽広告の禁止

何人も、医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して、文書その他いかなる方法によるを問わず、広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示（以下単に「広告」という。）をする場合には、虚偽の広告をしてはならないものとする（第 6 条の 5 第 1 項関係）。

(2) 広告の内容・方法の基準適合

医療を受ける者による医療に関する適切な選択を阻害することがないように、広告の内容及び方法が、次に掲げる基準その他厚生労働省令で定める基準に適合するものでなければならぬものとする（第 6 条の 5 第 2 項 関係）。

- ① 他の病院又は診療所と比較して優良である旨の広告をしないこと。
- ② 誇大な広告をしないこと。
- ③ 公の秩序又は善良の風俗に反する内容の広告をしないこと。

(3) 広告対象の制限

医師又は歯科医師である旨、診療科名等の第 6 条の 5 第 3 項各号に掲げる事項以外の広告がされても医療を受ける者による医療に関する適切な選択が阻害されるおそれが少ない場合として厚生労働省令で定める場合を除いては、同項各号に掲げる事項以外の広告をしてはならないものとする（第 6 条の 5 第 3 項関係）。

（参考）厚労省 HP「医療法等の一部を改正する法律」の公布について

2

医業経営情報レポート

医療機関ホームページガイドラインの概要

これまで医療機関のホームページは「広告」とされていなかったため、明確な規則や基準がありませんでした。

医療法改正を受けて、「医療機関ホームページガイドライン」の改定も行われ、ウェブサイト・ホームページも「広告その他の表示」に該当するものとされ、医療法に定める広告として扱われることになりました。

医療機関ホームページガイドラインの適用は、インターネット上の医療機関のホームページ全般が対象となります。

■ 医療機関ホームページガイドライン

厚生労働省では、「医療機関ホームページガイドライン」を作成し、ホームページ全般の内容に関する規範を決めています。主な概要は、以下のとおりです。

(1) 医療機関ホームページ作成上の指針

自由診療などの情報は、インターネット等での情報の入手が一般的となっています。

一部の医療機関では、ホームページに掲載されている治療内容や費用と、受診時における医療機関からの説明・対応とが異なるなど、ホームページに掲載されている情報でトラブルが発生しています。

このため、ホームページの内容の適切なあり方について、本指針を定めることになりました。

■ 具体的なホームページ作成の上での指針

- 国民・患者の利用者保護の観点から、不当に国民・患者を誘引する虚偽又は誇大な内容等のホームページに掲載すべきでない事項を明示
- 国民・患者に正確な情報が提供され、その選択を支援する観点から、通常必要とされる治療内容、費用、治療のリスク等のホームページに掲載すべき事項を指針として示す

(2) ホームページに掲載すべきでない事項

内容が虚偽又は客観的事実であることを証明することができないものや、他との比較等により自ら優位性を示そうとするものは掲載できません。

具体的には、次のような項目が該当します。

■ホームページに掲載すべきでない事項

(1) 虚偽の表現

- ホームページに掲載された内容が虚偽な場合や患者に著しく事実と違う情報を与え、患者を不当に誘引し、適切な受診機会を失わせたり、不適切な医療を受けさせたりするおそれがある表現

⇒虚偽情報をホームページに掲載した場合等には、医療法以外の法令により規制される

(2) 比較対象等による優位性を持たせる表現

- 特定又は不特定の他の医療機関（複数の場合を含む）と自らを比較し、施設の規模、人員配置、提供する医療の内容等について、自院が他の医療機関よりも優良である旨を示す表現
- 著名人との関連性を強調するなど、患者に対して他の医療機関より著しく優れているとの誤認を与えるおそれがある表現

(3) 専門性や受診の必要性に対し、誇張や過度な強調の表現

- 任意の専門資格、施設認定等の誇張又は過度な強調、手術・処置等の効果・有効性を強調するもの、自院にとって有益なイメージを与える体験談の強調、提供される医療の内容とは直接関係しない表現
- 患者に対して早急な受診を過度にあおる表現、費用の安さ等の過度な強調・誇張等の表現

(4) 科学的な根拠不足への表現

- 科学的な根拠が乏しい情報であるにもかかわらず、患者の不安を過度にあおるなどして不当に誘引する表現

(5) 医療法以外の法令で禁止されるもの

- ホームページへの掲載に当たっては、次の①から④までに例示する規定を含め、関連の他法令等も併せて遵守する
- ① 薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）
- ② 健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）
- ③ 不当景品類及び不当表示防止法（昭和 37 年法律第 134 号）
- ④ 不正競争防止法（平成 5 年法律第 47 号）

(3)ホームページに掲載する際の注意点(自由診療を行う医療機関に限定)

通常必要とされる治療内容や費用に関する事項や治療のリスク、副作用等に関する事項については明確に表示し、誰でも確認できるような表示表現にして掲載すべきとしています。

3

医業経営情報レポート

SNSを活用した広告手法と違反広告の事例

■ SNSを利用した広告

(1)インターネット・SNS広告の種類

インターネットやスマートフォンの普及から、ホームページやSNSを活用した広告が増加しています。LINE、ツイッター、フェイスブック、インスタグラムを活用したり、また、ホームページとのリンクを用いたりすることで、より効果的な広報ツールとなっています。

■インターネット・SNS広告の種類

- バナー広告・テキストバナー広告
- リッチメディア広告
- コンテンツターゲティング広告
- メール利用・メールマガジン・オプトインメール
- 検索エンジン広告・アドワーズ・オーバーチェア
- モバイル広告
- LINE：自社アカウントに友達登録したユーザーにメッセージで情報提供
- Twitter：アカウントを作成し、つぶやく
他ツイッターアカウントへプレゼントも
ツイッターのタイムライン上に流れる広告を利用
- Facebook：フェイスブックページに様々な情報を公開。フェイスブック広告の活用
- Instagram：写真と文章とハッシュタグで構成し、掲載

(インターネット広告 用語辞典 OKURA ホームページより)

(2)インターネット広告の目的とアピール方法

インターネット広告の目的は、素早く、確実にサイトへのアクセスをすることにあります。
インターネットを介して自院の存在を周知し、治療への関心を持ってもらって来院を促すことにつなげるには、自院のウェブサイト潜在的患者を引き付けることが必要です。

■3つのウェブサイトへのアクセス獲得アピール方法

- 検索エンジン対策（SEO対策）
- 診療案内やチラシ、院内情報誌等の紙媒体やマスメディアでのURLの認知活動
- ウェブサイトへのリンク先の増加

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

情報を経営品質の 向上に役立てる仕組み

ナレッジマネジメントの定義と その活用・管理方法を教えてください。

情報が氾濫する現代においては、必要な情報だけを選択し、隠れた情報を見つけ出して、それらを有効に活用する仕組みと管理方法が必要です。

こうした要求に対応する経営管理手法が「ナレッジマネジメント」です。

■ナレッジマネジメントの意義

ナレッジマネジメントとは、インターネットやイントラネット（院内LANとインターネットを組み合わせたネットワーク）などを活用し、組織内外の情報を経営品質の向上に役立てる仕組みと管理方法のことを指し、「知識経営」と和訳されます。

一般に、「組織の目的・目標を達成するために、価値を創造する知識を発見し、理解し、共有し、活用する体系的なアプローチであり、適切な時間に適切な人が知識をスムーズに移転し、皆が活用できるようにする効果的な仕組みを構築し運営すること」と理解されています。

■キーワードは「知識」

知識とは情報を活用することであり、また情報はデータから収集されます。個人が所有しているデータをどのように探し出し、どう提供させるか、という概念が「データの情報化」です。

しかし、情報化されたデータをそのまま使うことはできないため、これを活用できるようにしたのが「情報の知識化」であり、さらに、この知識を組織内の仕組みの中で誰もが有効な形で利用できるようにするのが「知識の知恵化」です。



■ナレッジマネジメントの具体例

「情報を組織全体で誰でも有効に使えるように」という目的から、院内でのベストプラクティス（優れた業務方法）を検索し、全体に展開しようとする院内でのベンチマーキングや、Eメールの普及などは、ナレッジマネジメントの具体例といえます。また、異業種からのベンチマーキングなども、ナレッジマネジメントを促進させる経営手法の一つです。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:ナレッジマネジメント

ナレッジの種類

ナレッジの種類には どのようなものがありますか。

ナレッジの対象はデータ、情報、知識、知恵となりますが、これらを別の視点から分類してみます。

①人知と組織知

ナレッジの所有による分類です。

「個人知」とは個人に帰属している知識や知恵で、個人の範囲内で再利用・活用しているものです。したがって共有化しにくいナレッジです。

「組織知」とは組織内で共有された知識や知恵です。組織の価値創造に貢献することができます。

個人が個人知に基づく提供付加価値には限界があり、また個人によってばらつきがあります。これを組織知とすることにより、付加価値を大幅に増大させることができるのです。

②暗黙知と形式知

ナレッジの認識の仕方による分類です。

「暗黙知」とは主観的な知であり、言語化、形式化が困難で、個人・集団・組織各レベルにおいて、イメージ、ノウハウ、文化、風土といった形で認識されるものです。

「形式知」とは客観的に捉えることが可能な「知」です。言葉や構造をもって存在しているため、個人、集団、組織の各レベルにおいて共通の認識が可能です。報告書やマニュアル、プログラムといったものがこれに当たります。

組織の知識レベル向上には、この2つの知が次の4つのプロセスを経て向上していくといわれています。

- (1) 存在する暗黙知を知識として認識する
- (2) 認識する暗黙知を言葉や形により表現し形式知に変換する
- (3) 変換した形式知をほかの形式知と組み合わせる
- (4) 組み合わせにより創造された新たな知を体得する

この(4)の段階で体得した知は新たな暗黙知として認識され、(1)～(4)のプロセスを繰り返すことで蓄積されていくのです。