

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.776 2023.6.20

医療情報ヘッドライン

「医療DX推進の工程表」を公表 2030年までに電子カルテを全医療機関へ

▶政府 医療DX推進本部

急性期病棟の高齢者割合が増加 リハビリを要する患者が半数以上

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

週刊 医療情報

2023年6月16日号

物価高と患者負担抑制への 対応を併記、骨太原案

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (令和4年度11月)

経営情報レポート

「医療広告規制における事例解説書」に学ぶ ウェブサイト広告の留意ポイント

経営データベース

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

経営分析に必要な知識 当座比率の活用

「医療DX推進の工程表」を公表 2030年までに電子カルテを全医療機関へ

政府 医療DX推進本部

政府は6月2日、医療DX推進本部で「医療DXの推進に関する工程表」を公表。

未だ普及が進んでいない電子カルテについて、2030年までに全医療機関への導入を目指すとした。全国の医療機関や薬局で電子カルテ情報を共有できる仕組みは、来年度中に運用開始する方針だ。

■電子カルテ情報の標準規格化を来年度中に

DXとは、Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）の略称。

工程表では「デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）こととされている」とし、医療DXについては次のように定義している。

『保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと』

つまり、良質な医療・ケアのため医療関係者がいつでも「保健・医療・介護」に関する情報にアクセスできるようにするということだ。同本部の本部長である岸田文雄首相が「我が国の医療の将来を大きく切り拓いていくもの」と力を込めるほど革新的な取り組みなのは間違いないが、実現には大きな壁が立ちだかっている。

まず乗り越えなければならない壁は、電子カルテ情報および電子カルテの標準化だ。

デジタルの世界では、同じ文字列やコードでなければ同じデータとみなされないわけだが、現状では電子カルテ情報の標準規格化ができていない。

工程表では、今年度中に「透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報」、来年度中に「蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報」の標準規格化を進めるとしているが、相当な突貫工事であり、混乱なく進められるか懸念される。

■来年度中に標準型の電子カルテ開発に着手

もっと懸念されるのが、電子カルテの標準化だ。来年度中に「標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ」の開発に着手し、「遅くとも2030年までには概ねすべての医療機関」に導入するとしているが、当然ながら端末を設置すれば済む話ではない（ちなみに厚生労働省の調査によれば、2020年時点で診療所の半数が電子カルテ未導入であり、導入推進も決して簡単ではない）。

情報共有が前提であることから明らかなように、ネットワークに接続されるため帯域を確保したうえでサイバーセキュリティへの対策が不可欠となる。

さらに、オンライン資格確認システムとの接続を考えると、トラブルが続出して岸田首相が総点検を指示したマイナンバーカードの環境整備も必要だ。課題山積の状況をいかに乗り越えるか、厳しい工程表を示された各省庁の対応力が問われる。

急性期病棟の高齢者割合が増加 リハビリを要する患者が半数以上

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は6月8日、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」の結果（速報）を公表。急性期病棟の高齢者割合が高くなっていることが明らかとなった。

分科会の委員からは、「急性期病棟への介護人材の投入が必要」という意見が出ており、介護専門職の評価について本格的に検討される可能性が出てきた。

■旧7対1の急性期1で

認知症患者が15%以上

今回調査結果が発表された「入院・外来医療等における実態調査」は、2022年度の診療報酬改定による影響を調査・検証するために実施された。

「入院料ごとの年齢階級分布」で急性期入院基本料を見ると、最も高い急性期一般入院料1（1,591点）は70歳以上が約65%、80歳以上が35%以上を占めていることがわかる。急性期一般入院料2・3だと70歳以上は70%以上、急性期一般入院料4～6だと75%以上に達している）。

注目は、「入院料ごとの認知症の有無」と題された調査項目だ。入院料ごとに、「認知症あり」「認知症なし」「わからない」の3段階の割合が記されているが、急性期一般入院料1で「認知症あり」は15%以上となっている。「わからない」が70%近くある中で、明確に「認知症あり」と回答されているのは、介護施設などからの入院で申し送りがなされていると考えるのが自然だろう。

「入院料ごとの疾患別リハビリテーション

の実施状況」でも急性期一般入院料1で50%以上がリハビリテーションを必要としているほか、要介護度が高い患者も多いことが明らかとなっている。

急性期病棟へ入院する要介護度の高い高齢者は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多い。いずれも緊急対応を要する症状だけに、旧7対1の急性期一般入院料1を算定するのは決して不適當ではないだろう。ただし、急性期対応をしながら介護負担も重くなっている現状を鑑みれば、介護専門職の配置を検討する必要が出てきているともいえる。

■日病協は3月に厚労相へ要望書を提出

急速に進む高齢化を踏まえると、急性期病棟での介護専門職の必要性が高まっているのは当然といえば当然だ。

全国の病院の約8割が参加する日本病院団体協議会は、3月の時点ですでに加藤勝信厚生労働相へ要望を出している。

「令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】」と題した要望書は、「入院基本料の適切な引き上げ」「感染症対応を行うための更なる評価」「病院におけるICT推進のための評価」「適切な食事療養費の設定」の4つに加え、「病棟における介護専門職の評価」を明記。従来、医療機関における介護職が「看護補助者」と位置づけられていることを示し、「病院医療において、適切に介護専門職が位置づけられ評価されるよう要望します」とした。

データでも介護専門職の必要性が裏付けられたことで、この要望がどのような形になるのか注目される。

医療情報①
 政府 経済財政
 諮問会議

物価高と患者負担抑制への 対応を併記、骨太原案

政府は7日、経済財政諮問会議に骨太方針の原案を示した。2024年度に行われる診療報酬と介護報酬、障害福祉サービス等報酬の同時改定で、物価高騰や賃金の上昇と共に、患者や利用者の負担抑制の双方の必要性を踏まえ、「必要な対応」を取る方向性を盛り込んだ。

物価高騰や賃金上昇への同時改定での対応は、日本医師会や病院団体が強く求めている。一方、政府は、少子化対策の財源を確保するため、社会保障制度の改革や歳出の見直しなどで社会保障の負担を抑え、実質的に追加負担を生じさせないことを目指す方針。

骨太原案は、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担の抑制の必要性を踏まえ、必要な対応を行う」と、それらの双方に配慮する内容になった。年末の予算編成過程で決着する。

骨太方針は6月中旬の閣議決定を目指す。岸田文雄首相は7日の会議で、最終取りまとめに向けた作業を進めるよう後藤茂之経済財政政策担当相に指示した。

それを受けて後藤氏は会議後の記者会見で、与党との調整を引き続き進める考えを示した。

骨太原案では、「かかりつけ医機能」の発揮を促す制度について、実効性を伴うよう着実に整備をする方針も打ち出した。「かかりつけ医機能」は今の通常国会で成立した全世代型社会保障制度関連法に盛り込まれ、国は「かかりつけ医機能」の報告制度を創設する。医療機関が報告する「かかりつけ医機能」の内容などは厚生労働省の有識者会議でこれから具体化することになっている。また、22年度の診療報酬改定で導入されたリフィル処方や、複数の非営利法人が参加して役割分担・連携を進める地域医療連携推進法人の活用促進などを盛り込んだ。

リフィル処方は、医師が発行した処方箋を患者が医療機関を受診せず3回まで使用できる仕組み。政府は当初、それによって診療報酬本体0.1%分の削減効果を見込んでいた。しかし、財務省は実際の削減が粗い試算で0.01%にとどまるとして、てこ入れを求めている。

財務省は、急性期一般入院料について、看護配置に依存する現在の報酬体系から、入院患者の重症度や手術件数などの実績をより反映させる体系への転換を主張していたが、骨太原案には盛り込まれなかった。

●介護の利用者2割負担拡大は結論先送り

一方、介護では、サービス費の利用者負担を2割にする対象拡大の結論を年末に先送りした。

政府の「全世代型社会保障構築会議」が22年末にまとめた報告書では、介護保険制度の持続可能性を高めるため、利用者負担などの課題を23年度の骨太方針を見据えて検討することとされていた。

医療情報②
厚生労働省
方針

電子処方箋リフィル対応、 11月ごろからプレ運用

厚生労働省は8日、全国運用が1月に始まった電子処方箋の機能拡充に向けた当面のスケジュール案を有識者らによるワーキンググループに示した。

同省では、リフィル処方箋に対応する機能を新たに追加。また患者から口頭で同意を得られれば重複投薬などに該当する過去の薬剤情報を表示できるように運用を改める方針で、いずれも11月ごろのプレ運用開始を目指す。

厚労省では、それらに加え、マイナンバーカードを活用した電子署名も10月ごろリリースし、電子処方箋の機能を拡充させる方針で、医療機関・薬局への導入支援やベンダー向けの接続テストなどの作業を秋以降に進める。一方、院内処方への対応や、調剤済み電子処方箋の預かりサービス機能は2024年春以降に順次実装したいと考えて、秋以降に要件などを詰める。

院内処方への対応に関しては、医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の一環で国が整備する「電子カルテ共有交換サービス」の議論を踏まえて検討する方針を示した。

それらの機能拡充に向けて医療機関や薬局では、ベンダーへの相談や契約締結などの作業が24年4月ごろにかけて発生する。厚労省では、薬局が発行するトレーシングレポート（服薬情報提供書）とのリンクなどの機能拡充を随時検討する方針。

省内の「健康・医療・介護情報利活用検討会」の下に設置された「電子処方箋等検討ワーキンググループ」では、電子処方箋の機能拡充に伴い、システムの開発や運用ルールなどを検討する。薬剤情報などの活用に関する同意の運用を改めるのは、重複投薬のチェック機能などを強化するのが狙い。

現在の電子処方箋システムでは、患者の同意を得られない場合、重複投薬などのリスクを検知しても、過去の薬剤情報を患者から逐一聞き出して確認する。そのため、厚労省はオンライン資格確認の端末で患者が「不同意」を選んだり、紙の健康保険証で受診したりするケースでも、診察の際などに患者が口頭で同意したら、重複投薬や併用禁忌に該当する過去の薬剤情報を表示できる運用にする。厚労省は、5月に公表した技術解説書にそうした運用を記載した。

電子処方箋の全国運用は1月26日に始まり、国は、おおむね全ての医療機関や薬局に2025年3月までに電子処方箋を普及させる目標を掲げている。

●調剤済み電子処方箋保存サービス「延長保管」検討

厚生労働省はまた、電子処方箋保存サービスの概要を示した。薬局の希望に応じて、調剤済みの電子処方箋を保管する仕組みを提供する。

5年間を超える「延長保管」についても、厚労省は現場のニーズを踏まえて検討・判断したいと考えて、関係団体や薬局関係の有識者にヒアリングを行う方針だ。

週刊医療情報（2023年6月16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。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度11月）

厚生労働省 2023年3月30日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

（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			
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4～9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1
4～11月	29.4	16.6	9.4	5.2	3.5	7.3	0.9	11.3	1.5
9月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
令和4年度4～11月	30.3	17.0	9.9	5.5	3.7	7.2	0.9	11.8	1.5
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2

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。（以下同）

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**

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用						
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			本人	家族				
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
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4～3月	35.2	23.5	18.2	17.5	17.2	37.9	22.1	93.9
4～9月	17.4	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
9月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	7.7
10月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.0
11月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.9	8.0
令和4年度4～11月	24.2	16.1	12.7	12.0	12.3	25.7	16.3	63.1
4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.2	19.1	12.0	47.0
9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
11月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.6	3.3	2.1	8.0

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。

2 診療種類別概算医療費

● **医療費**

(単位：兆円)

	総 計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
4～9月	21.9	17.5	8.4	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.7	11.4	1.6
9月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	0.3
10月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
11月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
令和4年度4～11月	30.3	24.3	11.4	10.8	2.2	5.1	0.5	0.33	11.9	15.9	2.2
4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
10月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	0.3
11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● **受診延日数**

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
9月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.03
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
令和4年度4～11月	16.2	16.0	2.9	10.4	2.7	5.5	0.28
4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
9月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● **1日当たり医療費**

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等含まず	食事等含む					
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4～9月	18.4	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
9月	18.5	38.8	40.5	10.2	7.9	9.7	11.7	15.3
10月	18.3	39.2	40.9	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
11月	18.4	39.6	41.3	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
令和4年度4～11月	18.6	39.9	41.6	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
9月	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5
10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2
11月	18.9	41.0	42.7	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科を受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和4年度11月)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

「医療広告規制における事例解説書」に学ぶ ウェブサイト広告の 留意ポイント

1. 広告が禁止される事例
2. 広告可能事項の不適切事例と省令禁止事例
3. 自由診療に関する限定解除要件について
4. 広告にあたって注意が必要な事項



■参考資料

【厚生労働省】：医療広告の監視指導体制強化について
医療広告規制におけるウェブサイトの事例解説書（第2版）

1

医業経営情報レポート 広告が禁止される事例

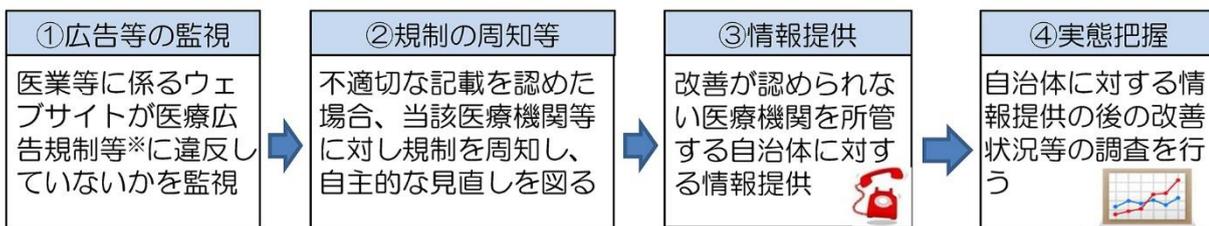
医療に関する広告規制の見直しを含む医療法の改正が平成29年に行われ、平成30年6月に施行されました。それまでの広告規制の対象範囲が「広告」から「広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」へと変更され、ウェブサイト等による情報提供も規制の対象となっています。厚生労働省では、ネットパトロールにおいて蓄積された実際の事例等をもとに、個々の事例を分かりやすく解説する「医療広告規制におけるウェブサイトの事例解説書」を公開し、医療広告規制の更なる理解を図っています。

■ ウェブサイトの監視体制

厚生労働省では、医療機関のウェブサイトにおいて不適切な表示が認められる等を踏まえ、「医業等に係るウェブサイトの監視体制強化事業」を開始し、広く一般の方からも通報を受け付けるなど医療機関のウェブサイトの監視体制を強化しています。

監視体制強化のイメージは、次のとおりです。

■ 医業等に係るウェブサイトの監視体制強化のイメージ



※医療法、医療法施行令、医療法施行規則、医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項、医療広告ガイドライン及び医療機関ホームページガイドライン



厚生労働省:医療広告の監視指導体制強化について

■ 広告が禁止される事例

(1) 治療内容・期間の虚偽(虚偽広告)

医療広告ガイドラインでは、「絶対安全な手術」等は医学上ありえないため、虚偽広告として取り扱われています。

また、治療後の定期的な処置等が必要であるにもかかわらず、短期間で終了するというような内容の表現を記載している場合には、虚偽広告として取り扱うこととされています。

2

医業経営情報レポート

広告可能事項の不適切事例と省令禁止事例

■ 広告可能事項の記載が不適切な事例

広告可能事項においても、その記載方法について様々な制限が課されています。

自由診療では、医薬品医療機器等法で承認された医薬品または医療機器をその承認等の範囲で使用した場合、治療に公的医療保険が適用されないことや標準的な費用を記載しなければなりません。

■ 医療従事者の専門性資格

広告することができない医療従事者の専門性資格の表現

厚生労働大臣が届出を受理した専門性資格については広告が可能であるが、団体名及び団体が認定する専門性の資格名が(〇〇学会認定〇〇専門医)記載されていない場合は広告をしてはならない。

医療従事者の専門性資格の表現に係る改善例

厚生労働大臣が届出を受理した専門性資格については、団体名及び団体が認定する専門性の資格名を記載することにより広告が可能である。

※以下は一例であり、広告の具体的な内容に応じて、実際のウェブサイトにおける全体の構図や医学的状況等を考慮して、誤認を与えない対応が必要である。

事例① 資格名が記載されていない

院長紹介
厚生 太郎 〇〇歯科医院 院長

<経歴>
昭和62年 △△大学歯学部卒業

解説①
専門性資格については「〇〇学会認定〇〇専門医」のように記載する必要があるが、資格名の記載がなく、「〇〇学会認定 専門医」と記載されている

<資格>
日本口腔外科学会認定 専門医
日本歯周病学会認定 専門医
日本歯科麻酔学会認定 専門医

院長紹介
厚生 太郎 〇〇歯科医院 院長

<経歴>
昭和62年 △△大学歯学部卒業

解説①
「〇〇学会認定〇〇専門医」と専門性の資格名を記載する

<資格>
日本口腔外科学会認定 口腔外科専門医
日本歯周病学会認定 歯周病専門医
日本歯科麻酔学会認定 歯科麻酔専門医

解説②
団体名を記載する

事例② 団体名が記載されていない

院長紹介
厚生 太郎 〇〇歯科医院 院長

<経歴>
昭和62年 △△大学歯学部卒業

解説②
専門性資格については「〇〇学会認定〇〇専門医」のように記載する必要があるが、団体名の記載がなく、「〇〇専門医」と記載されている。なお単に「〇〇専門医」との表記は誤認を与えるものとして誇大広告に該当する。

<資格>
口腔外科専門医
歯周病専門医
歯科麻酔専門医

補足

厚生労働大臣が届出を受理しており、広告が可能である専門性資格は、「医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名等について」を参照。
URL : <https://www.mhlw.go.jp/content/000554375.pdf>

厚生労働大臣が届出を受理していない専門性資格については広告する場合は、「〇〇学会認定〇〇専門医」などと記載したうえで、限定解除要件を満たす必要がある。

また医療従事者の専門性資格の表現は、限定解除要件を満たした場合かつ禁止される広告に該当しない場合に、記載できます。

医療従事者の専門性資格については、厚生労働大臣が届け出を受理した専門性資格についての広告は可能ですが、団体名及び団体が認定する専門性の資格名が記載されていない場合は、広告できません。

■ 省令禁止事項

(1) ビフォーアフター写真の表現に係る改善例

ビフォーアフター写真の掲載に必要な、術前または術後の写真に通常必要とされる治療内容、費用等に関する事項や、治療等の主なリスク、副作用等に関する事項等の詳細な情報を付すことにより広告が可能になります。

広告の具体的な内容に応じて、実際のウェブサイトにおける全体の構図や医学的状況等を考慮して、誤認を与えないよう配慮する必要があります。

3

医業経営情報レポート

自由診療に関する限定解除要件について

自由診療は、一部の例外を除いて広告可能事項には該当しないため、原則として広告できませんが、広告可能事項の限定解除要件を満たし、かつ禁止される広告に該当しない場合は、広告可能事項に該当するか否かによらず広告できるようになっています。

■ 自由診療における限定解除の改善例

限定解除要件となっている「提供している治療内容と治療に必要な標準的な費用」「治療の主な副作用・リスク」を十分に記載する必要があります。

■ 自由診療における限定解除要件を満たす改善例

限定解除を満たしていない表現

自由診療は、一部の例外を除いて広告可能事項には該当しないため、原則として広告できない。しかし、広告可能事項の限定解除要件を満たし、かつ禁止される広告に該当しない場合は、広告可能事項に該当するか否かによらず広告できる。
 以下の事例は、「提供している治療内容と治療に必要な標準的な費用」や「治療の主な副作用・リスク」の記載がない、又は不十分で、限定解除要件を満たしていない。

https://www.abcd.e.biyou.com

治療方法：インプラント

電話 03-xxxx-xxxx
Mail xxxxxxxxx@yyy.jp

「通常必要とされる治療内容」が記載されていない、または国民や患者に対して適切かつ十分な情報を分かりやすく提供していない

「治療期間及び回数」が記載されていない、または国民や患者に対して適切かつ十分な情報を分かりやすく提供していない

「標準的な費用」が記載されていない、または国民や患者に対して適切かつ十分な情報を分かりやすく提供していない

「主なリスクや副作用」が記載されていない、または国民や患者に対して適切かつ十分な情報を分かりやすく提供していない

限定解除要件を満たす改善例

限定解除要件である「提供している治療内容と治療に必要な標準的な費用」「治療の主な副作用・リスク」を十分に記載する必要があります。
 ※以下は一例であり、広告の具体的な内容に応じて、実際のウェブサイトにおける全体の構図や医学的状況等を考慮して、誤認を与えない対応が必要である。

https://www.abcd.e.biyou.com

治療方法：インプラント

解説①
 治療内容を適切かつ十分に記載する

インプラント治療とは
 インプラント治療は、むし歯や歯周病を原因として失った歯にかわって、噛み心地や見た目を回復するための治療法です。歯が抜けたところの顎の骨に人工の歯の根を埋めて、それを土台にして歯をつくります。

インプラントの治療の流れ

検査	口の中の状況はインプラントの治療に直接的に関わり、インプラントの持ち具合に関わりするため検査をします
エックス線撮影・検査	インプラントは顎の骨を支えられることで、入れ歯と比べてしっかり噛むことができます。そのため顎の骨の形を正確に知るためにエックス線撮影を行います。
骨の移植	顎の骨が細すぎたり低すぎたりするとインプラントを埋められません。そのような時は骨のボリュームを増やすために骨の移植を行うことがあります。
手術 (治療によっては2回)	麻酔をして顎の骨にインプラントを埋めます。まず歯肉を切り開いて顎の骨を出します。それからドリルで注意深く骨に穴を開けて、インプラントを埋めます。インプラントを埋める際にインプラントを歯肉で覆った場合は、インプラントの頭を出すためにもう一度手術を行います
仮歯を入れる	骨とインプラントがついてから歯をつくる作業に入ります。口の型取りと噛み合わせの記録を行います。いきなり最終的な歯をつくらずに、まず仮歯をつくる
最終的な歯を入れる	仮歯のチェックを行い最終的な歯をつくりつけます。

解説②
 通常必要とされる治療期間及び回数を記載する

治療期間・回数

治療期間	3-6カ月
治療回数	5-6回

解説③
 通常必要とされる標準的な金額を記載する

費用（※症状によって金額は変動します）

総額（1歯欠損の場合） 200,000円～300,000円
 （付随手術費用を除く）

<内訳>

種類	内容	金額
検査・診断		10,000円-20,000円
インプラント手術	インプラント埋入手術	20,000円-140,000円
	インプラント二次手術 (症状により費用は異なります)	10,000-85,000円
付随手術	補綴物	30,000円～140,000円
	GBR 骨移植	0円

解説④
 治療における主なリスクや副作用を記載する

リスク・副作用

- 治療費が高額で治療期間が比較的長い
- 外科処置に伴う痛み・腫れ・出血・合併症の可能性がある
- お手入れ次第で感染することがある
- 食べ物がつまりやすくなる可能性がある
- 噛み感覚が自分の歯と違う

4 医業経営情報レポート

広告にあたって注意が必要な事項

医療広告ガイドラインでは、広告してはならない診療科名や提供される医療とは直接関係のない事項によって来院を誘引する表現、イベント等による品位を損ねるあるいはその恐れのある広告は行うべきではない、とされています。

■ どの治療を提供するかという点が明確ではない診療科名の表現

法令上根拠のない名称や、組み合わせの診療科名のうち、様々な治療の方法が含まれ、そのいずれの治療を提供するのかという点が明確ではない名称について、提供する治療の内容が記載されておらず不明確であり、誤認を与える可能性があるため広告できません。

■ 違反広告の具体的事例

(1) 内容が虚偽また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

ホームページに掲載された内容が虚偽にわたる場合、国民・患者に著しく事実と相違する情報を与え、国民・患者を不当に誘引し、適切な受診機会を喪失させたり、不適切な医療を受けさせたりするおそれがあるものは違反となります。

■ 虚偽、客観的事実と証明できないもの

- 加工・修正した術前術後の写真等の掲載
 - 当院では、絶対安全な手術を提供しています
 - どんなに難しい症例でも必ず成功します
 - 一日で全ての治療が終了します（治療後の定期的な処置等が必要な場合）
 - 〇%の満足度（根拠・調査方法の提示がないもの）
 - 当院は、〇〇研究所を併設しています（研究の実態がないもの）
- ⇒虚偽にわたるもの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) 他との比較等により自らの優良性を示そうとするもの

特定または不特定の他の医療機関（複数の場合を含む）と自らを比較の対象とし、優良である旨の表現や著名人との関連性を強調するような表現は違反となります。

(3) 内容が誇大なものまたは医療機関に都合の良い情報等の過度な強調

任意の専門資格、施設認定等、手術・処置等の効果・有効性、医療機関にとって便益を与える体験談の強調や提供される医療の内容とは直接関係のない事項による誘因は違反となります。

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:経営計画 > サブジャンル:経営分析

経営分析に必要な知識

経営分析にはどのような知識が必要になりますか。

経営分析を大きく分けると、「実数分析」と「比率分析」があります。

実数分析は、財務諸表の実数をそのまま利用して分析します。比率分析は、財務諸表の実数から関係比率または構成比率を算出して分析します。

■実数分析に必要な知識

- ① 貸借対照表の仕組み
- ② 損益計算書の仕組み（変動損益計算書の仕組み及び自院の変動費と固定費）
- ③ キャッシュフロー計算書の仕組み
- ④ 損益分岐点（売上と費用が同額になる売上高）

■比率分析に必要な知識

① 収益性分析

指標名	目的	計算式
総資本経常利益率	資本を使ってどれだけ効率的に利益を上げたかを見る指標	経常利益 ÷ 総資本 × 100
医業収入医業利益率	医業活動における利益を医業収入で除した指標	医業利益 ÷ 医業収入 × 100
医業収入経常利益率	医業利益に医業外損益を加えた経常利益を医業収入で除したもの	経常利益 ÷ 医業収入 × 100
総資本回転率	資本の何倍の医業収入があるかを見る指標	医業収入 ÷ 総資本

② 生産性分析

指標名	目的	計算式
限界利益率	医業収入から変動費を控除した限界利益の医業収入に対する比率	限界利益 ÷ 医業収入 × 100
一人当たり医業収入/月	一人当たりの医業収入の効率を見る	(医業収入 ÷ 職員数) ÷ 12ヶ月
一人当たり限界利益/月	一人当たりの限界利益創出力を見る指標、労働生産性ともいう	(限界利益 ÷ 職員数) ÷ 12ヶ月
一人当たり人件費/月	一人当たりの総額人件費（社会保険料等の事業所負担も含めたもの）を見る	(総額人件費 ÷ 職員数) ÷ 12ヶ月
労働分配率	限界利益に占める人件費の割合を見る	総額人件費 ÷ 限界利益 × 100

③ 安全性分析

指標名	目的	計算式
流動比率	短期的な債務返済能力を見る	流動資産 ÷ 流動負債 × 100
当座比率	流動資産の中で特に換金性の高い当座資産による短期返済能力を見る	当座資産 ÷ 流動負債 × 100
固定比率	固定資産が自己資本でどれだけ調達できているかを見る	固定資産 ÷ 自己資本 × 100
固定長期適合率	固定資産が自己資本と固定負債でどれだけ調達できているかを見る	固定資産 ÷ (自己資本 + 固定負債) × 100
自己資本比率	総資産に占める自己資本（純資産）の割合を見る	自己資本 ÷ 総資産 × 100



ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

当座比率の活用

当院は100床の病院ですが、当座比率を使った経営分析の進め方について教えてください。

当座比率は、「当座資産÷流動負債」の算式で表され、流動資産のうち、特に短期間で現金化される当座資産に注目し、当座資産による流動負債の返済能力をみるものです。

当座資産とは流動比率の分子とする流動資産のうち、即座に現金化されない棚卸資産を除いたもので、一般的には長期にわたる、または、回収が困難と思われる窓口未収入金や短期貸付金なども除くことが理想的です。

具体的には、「当座資産＝現金・預金＋保険未収入金＋回収可能な未収入金」という算定式になり、また当座比率は、100%以上が望ましいとされています。

◆事例:100床病院(令和5年3月末 貸借対照表 抜粋)

(単位:千円)

流動資産	543,521	流動負債	198,425
[内訳]		[内訳]	
現預金	282,625	買掛金	100,469
保険未収入金	230,090	未払金	54,258
未収入金	19,865	預り金	8,975
医薬品・貯蔵品	12,361	未収法人税等	32,918
貸倒引当金	▲1,420	未収消費税	1,805

当座資産は、現預金、保険未収入金、未収入金が対象となります。

また、ここでいう未収入金とは、診療報酬の自己負担分3月分、人間ドックの未収入金等の回収可能なものであり、これらを算入します。流動資産のうち、現預金、保険未収入金、未収入金の合計532,580千円を分母として算定すると、

$$\text{当座比率} = \text{当座資産} \div \text{流動負債} = 532,580 \text{ 千円} \div 198,425 \text{ 千円} = 268.4\%$$

となり、非常に優秀な数値であることがわかります。

これが、100%以下になるということは、すなわち当座資産が3.3億円以上減少することを意味するため、非常に危険な状況に陥るといえます。

当座比率の活用にあたっては、数値結果を検証することも重要ですが、資産内容に問題がないかのチェックが実務上重要なポイントです。