

医療情報  
ヘッドライン

## 医療従事者の需給に関する検討会 理学・作業療法士の需給推計式を提案

▶厚生労働省

## 2025年を想定した病院の在り方報告書を公表 医療提供体制、診療報酬体系などを提言

▶全日本病院協会

経営  
TOPICS

統計調査資料

### 最近の医療費の動向/概算医療費(平成28年2月)

経営情報  
レポート

### 医歯薬すべての分野で評価導入 「かかりつけ」機能充実への対応策

経営  
データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 広報戦略  
医療広告ガイドラインの概要  
広告規制に違反した場合の罰則

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

 **京都税理士法人**  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

本社 京都市南区吉祥院九条町30番地 1 江後経営ビル  
TEL 075-633-6363 FAX 075-633-6565  
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センタービルDG ZEN 6F  
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540  
大阪支社 大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F  
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

## 医療従事者の需給に関する検討会 理学・作業療法士の需給推計式を提案

厚生労働省は8月5日、医療従事者の需給に関する検討会の「理学療法士（PT）・作業療法士（OT）需給分科会」を開催し、「理学療法士・作業療法士の需給推計方法」を提案した。厚労省は将来の理学療法士・作業療法士の必要人数である需要推計方法に関して、①医療分野、②介護分野、③その他の分野一に分けて推計することを提案した。

都道府県が2017年度中に策定する第7次医療計画（18～23年度）に具体的な医療従事者確保対策を盛り込むことができるよう、各分科会は5回の会合を経て2016年内の取りまとめを目指している。

### ■右肩上がりでPT・OTの養成数が増加

厚労省は、地域医療構想との整合性を確保した医療従事者の需給推計などを検討するため、現在「医療従事者の需給に関する検討会」を設置して議論を進めている。各職種の需給推計などは各分科会で検討しており、5日に下部組織の理学療法士・作業療法士需給分科会の会合を開催した。

今後のニーズ増加は予想されるとしても、このまま右肩上がりでPT・OTの養成数が増えていく事が問題となっている。また「リハビリの時間が過剰ではないか」（人手をかけすぎ、スタッフ増）との声も出ている。

①では、「入院医療（一般病床・療養病床、精神病床）、外来医療、在宅医療に分けて需要推計を行う」と基本方針を提示した。推計は入院・外来・在宅いずれも「将来のリハビリ需要（算定回数）」に「リハビリ需要あたり理

学療法士・作業療法士数」を乗じて算出することを提案した。一般病床・療養病床は高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとに算出して合算する。また、一般病床などは地域医療構想と整合性を保ち、地域医療構想で将来推計を行っていない医療需要は、現状分析などに基づく一定の仮説に基づき推計する。

### ■PT・OTの数は、近年の推移を踏まえて推計

②では、基本方針として「施設・居住系サービス、在宅サービスに分けて需要推計を行う」と示し、将来の需要推計はいずれも「将来の介護サービスの受給者数」に「介護サービス受給者あたり理学療法士・作業療法士数」を乗じた方法を用いると提案。将来の介護サービス受給者と介護サービス受給者あたりの理学療法士・作業療法士数は、近年の推移を踏まえて推計するとしている。

その他の論点として、「労働時間の縮減や年次有給休暇の取得促進などの労働時間・勤務環境改善を見込んだ推計」や「2015年度に導入された地域リハビリテーション活動支援事業に関する、先進的取り組みを参考にした推計」を示している。

厚労省は、理学療法士・作業療法士の供給人数の推計方法を提案し、「過去の名簿登録者数」に「入学定員数に国試受験率、国試合格率、名簿登録率を乗じたもの」と「入学定員数に国試受験率、国試不合格率、再受験率、国試合格率、名簿登録率を乗じたもの」を加え、就職率を乗じて算出するとした。なお、需要推計と比較するため、常勤換算従事者数への換算を検討する。

## 医療情報 ヘッドライン ②

全日本病院協会

# 2025年を想定した病院の在り方報告書を公表 医療提供体制、診療報酬体系などを提言

全日本病院協会（全日病）は8月12日、2025年を想定して医療・介護のあるべき提供体制をまとめた「病院のあり方に関する報告書2015-2016年版」を公表した。

全日病では、同報告書を定期的に作成しており、今回の報告書で7回目となる。全日病の医療提供に関する検討は、1998年に発足した「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会」にて始まり、以降その成果が報告書にまとめられてきた。その後、検討は継続するケアとしての介護にまで及び、2000年からほぼ隔年で「病院のあり方に関する報告書」として医療提供体制、診療報酬体系などのあるべき姿を幅広く提言してきた。

### ■病院関係者のみならず研究者、学生の必読書

これまで「病院のあり方に関する報告書」の編集方向は、理想的な医療の提供のために①正確な疾病調査、②地域特性をふまえた一定人口ごとの医療圏の設定、③急性期から慢性期、さらには介護まで切れ目ない継続したケアの提供、④提供体制を維持するための科学的な報酬体系の確立、⑤国民の信頼を得るための質向上の取り組み、の重要性を繰り返して示してきた。2016年版も、「2025年問題」という難しいテーマに対する経緯・現状・議論・展望が整理されており、病院関係者のみならず社会科学的なアプローチを試みている関係者、研究者、学生には必読書といえる。

この報告書は、冒頭から「2025年における医療従事者の需給予測から労働人口は不足するという見通しの中で取るべき選択肢は限

られるはずで、競争で生き残りを目指す、あるいは統合して効率化を目指すというドラステックな取り組みも含め、各病院の理念や病院内外の顧客の要望、経営状況等も踏まえ多面的な検討が必要となろう」と、政治家や医療関係者、企業経営者にまで問題提起をしている。日本は、それだけ深刻な課題を抱えていると言える。

### ■「2025年問題」をクローズアップ

2次医療圏（病院の一般病床、療養病床の整備を図る地域ブロック単位）から全体を俯瞰すると、どのようにみえるかを検討する。

「2025年以降も介護需要が増大することは確実であるが、介護提供のあり方とともに今から真剣に検討しておくべき課題は、『看取りの場』の問題である。高齢者の割合が30%を超え、病院のベッド数の不足などから死に場所に困る者が年間50万人にもものぼるといふ深刻な事態は「2030年問題」として取り上げられている。

死亡場所は、病院・診療所が約8割と大半を占め、自宅12.8%、老人ホーム（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等）5.8%、介護老人保健施設2.0%となっている（人口動態調査、2014年）。団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年は、医療・介護需要の急速な増加が予測され、「2025年問題」としてクローズアップされているが、それは同時に多死社会へ本格的に足を踏み入れる時期でもある」と指摘する。近未来の日本の形がここに示されている。

# 最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成28年2月)

## 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	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23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成25年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成26年度 4~3月	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
4~9月	19.7	11.5	5.7	2.9	2.5	5.9	0.7	7.2	1.0
10~3月	20.2	11.9	6.0	3.1	2.6	5.9	0.8	7.3	1.0
平成27年度 4~2月	37.7	22.0	11.0	5.8	4.7	10.9	1.3	13.8	1.9
4~9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0
10~2月	17.4	10.2	5.2	2.7	2.2	5.0	0.6	6.4	0.9
1月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2
2月	3.5	2.1	1.1	0.6	0.5	1.0	0.1	1.3	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。
- 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。

## 2 診療種類別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度 4～3月	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
4～9月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10～3月	20.2	16.0	7.7	6.9	1.4	3.7	0.4	0.07	8.1	10.7	1.4
平成 27 年度 4～2月	37.7	29.7	14.2	12.9	2.6	7.1	0.7	0.15	14.9	20.1	2.6
4～9月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10～2月	17.4	13.7	6.5	6.0	1.2	3.4	0.3	0.07	6.9	9.4	1.2
1月	3.4	2.7	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.4	1.8	0.2
2月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2

注 1. 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。

## 3 医療機関種類別概算医療費

### (1)医療機関種類別医療費

#### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計							医科 診療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院						歯科 診療所		歯科 病院	歯科 診療所			
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院								
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5	
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0	
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3	
平成 26 年度 4～3月	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9	
4～9月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	▲ 6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4	
10～3月	2.2	1.9	2.3	2.4	2.1	2.6	▲ 5.8	1.0	3.3	4.4	3.2	2.7	17.4	
平成 27 年度 4～2月	3.6	2.4	2.8	4.1	3.1	2.5	▲ 6.9	1.4	1.5	1.9	1.4	9.0	17.4	
4～9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2	
10～2月	4.6	3.2	3.8	6.1	4.4	3.0	▲ 6.5	1.8	2.3	3.3	2.3	11.0	18.7	
1月	1.6	0.3	2.3	6.2	2.7	1.4	▲ 7.9	▲ 4.9	▲ 0.9	1.9	▲ 1.0	7.4	26.3	
2月	9.9	8.3	7.6	10.2	8.2	6.7	▲ 2.6	10.1	5.4	6.5	5.3	17.8	19.1	

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

## (2)主たる診療科別医科診療所の医療費

### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度 4～3月	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
4～9月	0.5	▲ 1.0	0.3	▲ 1.7	3.2	1.0	▲ 0.2	4.0	4.1	1.4
10～3月	1.0	▲ 0.2	1.7	▲ 1.4	2.6	2.6	1.0	3.8	5.0	1.6
平成 27 年度 4～2月	1.4	1.1	1.6	▲ 1.5	1.4	2.6	0.4	3.5	1.8	1.8
4～9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10～2月	1.8	1.1	1.0	▲ 0.5	3.2	4.4	1.1	4.3	3.3	2.1
1月	▲ 4.9	▲ 6.8	▲ 15.7	▲ 6.3	▲ 0.3	2.3	▲ 3.0	0.6	▲ 4.0	▲ 2.2
2月	10.1	11.5	30.6	5.8	7.3	7.5	4.5	6.6	9.3	7.0

## (3)経営主体別医科病院の入院医療費

### ●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度 4～3月	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
4～9月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	▲ 1.8
10～3月	2.6	2.4	1.9	2.7	3.2	0.0
平成 27 年度 4～2月	2.6	3.0	2.8	2.3	1.1	▲ 2.9
4～9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10～2月	3.0	4.2	3.4	2.5	1.5	▲ 3.0
1月	2.1	5.0	2.1	1.6	1.8	▲ 3.4
2月	6.1	8.2	6.6	5.5	6.2	0.7

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

# 医歯薬すべての分野で評価導入 「かかりつけ」機能充実への対応策

## ポイント

- 1 多職種に拡大した「かかりつけ」機能の評価
- 2 かかりつけ機能充実を目指す将来施策動向
- 3 今後も重点化と充実を図る認知症ケア対策
- 4 診療所は外来と在宅の連携強化が重要



### ■参考文献

厚生労働省「平成 26 年度診療報酬改定の概要」

厚生労働省「平成 28 年度診療報酬改定の概要」

昭和大学病院ホームページ「ふたり主治医制度」について

# 1 多職種に拡大した「かかりつけ」機能の評価

## ■ 多職種協働を促す「かかりつけ」機能の充実

### (1) 2016年診療報酬改定にみる「かかりつけ」機能

2016年診療報酬改定は、基本的に「地域包括ケアシステム構築」を目指すものであって、急性期から回復期への移行、さらには在宅での療養支援に至るまで、2025年を見据え、地域における生活継続を念頭に置いた改定内容となりました。

また、地域医療構想策定も踏まえて、7：1看護配置要件の厳格化（重症度・看護必要度の計算式変更、25%への引き上げ）などをはじめとする急性期病床の絞り込みに関心が向きがちでしたが、一方は、次のような「かかりつけ」機能の充実に向けた様々な評価改定が行われています。

#### ◆「かかりつけ」機能充実に向けた主な今次改定項目

- 「かかりつけ医」機能の評価充実
  - ⇒ 地域包括診療料・加算の要件緩和（常勤医師要件3人⇒2人）
  - 認知症地域包括診療料・加算の新設（点数引上げ）
  - 小児かかりつけ診療料の新設
- 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の新設
  - ⇒ 歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所と定義し、施設基準を満たした場合は「歯周病安定期治療（Ⅱ）：最大830点」等を算定可能
- 「かかりつけ薬剤師・薬局」評価の新設
  - ⇒ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料

療養支援と日常の健康管理：かかりつけ各職種によるサポート

+

必要に応じた入院：連携先

かかりつけ医については、前回2014年改定において「主治医機能」として評価が新設されましたが、上記のようにその担い手の範囲が拡大され、医歯薬すべての分野で「かかりつけ」機能の評価が導入されたこととなります。

### (2) 急性期病院とかかりつけ医療機関の関わり方

今次改定の焦点のひとつになったのは7：1看護配置要件の厳格化でしたが、これと併せて退院支援の強化が図られており、従前の「退院調整加算」から名称を変更した「退院支援加算1（600点）」の新設は、かかりつけ機能評価充実の方向性が示されたものといえます。



## 2 かかりつけ機能充実を目指す将来施策動向

### ■ 国が求めるかかりつけ医等に求める役割

前回 2014 年診療報酬改定で評価が導入された「主治医機能」ですが、評価に先立ち、かかりつけ医の役割としては、その検討経緯において次のように示されています。

かかりつけ医だけでなく、地域包括ケアシステムの構築推進を鑑み、多職種による協働が重視されていることがわかります。

### ◆ 社会保障審議会医療部会の意見書〈抜粋〉～かかりつけ医等の役割

- かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要がある。
- 主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担うこと、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応すること、が求められる。
- 患者の視点に立って、どのような「かかりつけ医」の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある。

上記のとおり、主治医機能に加えて歯科医と薬剤師についても「かかりつけ」機能を求める方針が提示され、これに基づき歯科診療所と薬剤師・薬局に関する新たな評価の導入が進められました。

これを受けて、今次診療報酬改定で「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が新設され、医歯薬における各かかりつけ機能について明示されたことから、様々な職種が機能を発揮し、患者に対して適切に必要な医療を提供することで、地域で患者をサポートする体制づくりを図る基盤が固まったといえます。

### ■ 外来医療需要の減少に対応できる「かかりつけ」機能

経済産業省の報告によると、人口減少と高齢化に伴い、外来受診は 2025 年にピークを迎え、その後 2020 年代後半には減少となることが予測されています。

そのため、かかりつけ医としては、在宅医療への取り組みが必須となっていくと考えられます。

## 3 今後も重点化と充実を図る認知症ケア施策

### ■ かかりつけ機能で充実を図る認知症ケア施策

#### (1) 外来医療における認知症ケアの重点化が継続

外来医療においては、2014年度改定において主治医機能の評価（地域包括診療料および同加算）が新設されましたが、その算定件数は診療料（病院が主対象）93施設、同加算（診療所が主対象）4,713施設（2015年7月現在）にとどまっており、今次診療報酬改定での要件緩和が図られたという背景があります。

かかりつけ医機能は、その目的が認知症ケアと小児医療の充実にあるものです。

しかし、2025年問題への対応を念頭とし、今後認知症患者数が増加の一途をたどると懸念されていることから、近年の課題として指摘され、国の重点政策に位置づけられている認知症ケアについては、特に評価を充実することで地域が認知症患者を支える体制づくりが重視されました。

これを受けて、認知症治療に関する評価については、かかりつけ医（主治医）機能の推進と併せて、重複投薬等の減少を図る包括評価を導入するなどの重点化が行われたといえます。

#### ◆ 認知症ケアをめぐる外来医療の主要な今次改定点

【新設】 認知症地域包括診療料 1515点（月1回）

地域包括診療料を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未滿等

【新設】 認知症地域包括診療加算 30点：再診料に加算

地域包括診療加算を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未滿等

新たな評価が導入されたとはいえ、診療所が主な算定対象である上記加算は30点にとどまり、算定への大きなインセンティブになっているとはいえない状況です。

一方で、今後の診療報酬改定においても認知症ケアの重点化を通じ、かかりつけ医の役割は大きいといえるため、地域医療を担う「かかりつけ医」としての診療所は、かかりつけ機能充実を重視する必要があります。

#### (2) かかりつけ薬剤師との連携への期待

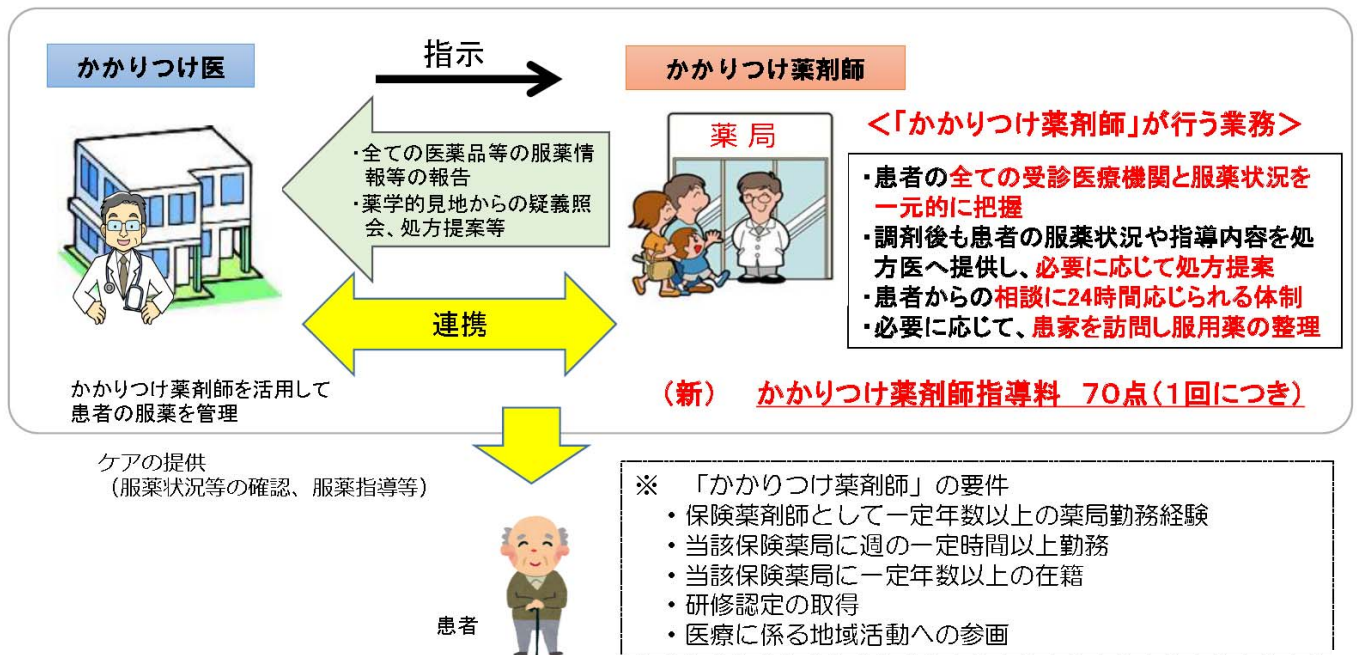
前述のように、かかりつけ医機能のなかでも焦点となっている認知症ケア評価では、薬剤を多剤併用する患者を対象外とし、減薬への取り組みが明確にされました。

そのため、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師との連携を通じて、医療費抑制策の一つとして位置づけられる多剤併用問題の解消を図るため、特にかかりつけ薬剤師との連携に期待が寄せられています。かかりつけ薬剤師は、今次診療報酬改定において、その行う業務が次のように示されています。

## ● かかりつけ薬剤師の業務

患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導を行い、また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬状況を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義紹介や処方提案等を行う。

## ◆ かかりつけ医とかかりつけ薬剤師との連携イメージ



(出典)：厚生労働省「平成 28 年度診療報酬改定の概要」(2016 年 3 月 4 日版)

かかりつけ薬剤師・薬局に関する社会の認知度はそれほど広がっておらず、一般化にはまだ時間がかかる見込みですが、特に在宅での減薬の取り組みでは、介護等を含め多くの職種による連携が必要であり、在宅で療養する認知症患者に対する成果が期待されています。

## ■ 認知症患者に対するかかりつけ機能による地域ケアのあり方

薬剤師だけではなく、今次診療報酬改定では歯科診療所に係る「かかりつけ機能の評価」が導入されたことにより、仮に歯科通院患者が認知症や脳卒中等を発症したことで在宅医療に移行した場合でも、医歯薬各分野がかかりつけ機能を発揮し、地域全体で患者のケアに取り組む体制づくりが求められています。

かかりつけ医としての診療所は、これら対象となる患者の情報の共有や退院支援に関わり、国が目指す地域全体でのケア実現に加わっていくことで、今後評価の重点化が見込まれる在宅医療における役割発揮も可能になります。

# 経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



## 医療広告ガイドラインの概要

「医療広告ガイドライン」が定める広告可能な範囲について教えてください。



厚生労働省「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」において、平成19年3月30日付にて「医療広告ガイドライン」が示されました。この指針は、医政局長通知で周知し、地方自治法に基づく技術的な助言として策定されています。

広告規制の「趣旨」と「対象範囲」で構成され、うち対象範囲については具体的な広告可能事項、および不可能事項を提示しています。医療法や同法施行規則によるものだけではなく、同ガイドラインにより禁止される事項も記載されています。

尚、平成25年9月27日に更新された「医療広告ガイドライン」が、厚生労働省サイトで公表されています。広告戦略を検討する際には、これら最新の内容を確認することが必要です。

### ■医療広告ガイドラインの概要～広告が不可能な事項

#### ● 広告不可能な事項について

##### (1) 医療法による禁止

- 医療法及び厚生労働省告示で広告が可能な事項とされていない事項
- 虚偽広告

##### (2) 医療法施行規則による禁止

- 比較広告
- 誇大広告
- 公序良俗に反する内容の広告
- 広告を行う者が客観的な事実であると証明できない内容の広告

##### (3) 本ガイドラインによる禁止

- 品位を損ねる内容の広告

#### ● 例示された禁止広告内容

- 絶対安全な手術 ⇒ 医学上ありえないので、「虚偽広告」に該当
- 比較的安全な手術 ⇒ 比較対象が不明で「客観的な事実であると証明できない事項」
- 患者の体験談紹介 ⇒ 患者の主観に依存しており客観的な事実ではない
- 著名人の受療実績 ⇒ 優良誤認を与えるおそれがあり、「広告可能な事項」ではない

## 経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



### 広告規制に違反した場合の罰則

広告規制に違反した場合にはどのような罰則がありますか？



平成19年に施行された第5次医療法改正において、広告規制に違反した場合の罰則規定が「直接罰」から「間接罰」に改められました。

この改正は、広告可能事項の実質的拡大に伴って、実際には行政指導で対応されてきた指導・処分よりも、行政による監視体制を厳格化する必要性の高まりを背景とするものです。

第5次医療法改正前には、悪質な虚偽内容を広告したケースを除いては、罰則が適用されることがほとんどなかったため、行政機関による報告の徴収、立入検査や広告の中止等を命ずる規定に変更することによって、行政機関によるチェックの実効性を向上することとしました。

なお、虚偽広告については、その悪質性を理由に引き続き直接罰が維持されています。

### ■パンフレット作成のポイント

