

週刊WEB

医療 経営

MAGA
ZINE

Vol.837 2024.9.17

医療情報ヘッドライン

**75歳以上の窓口3割負担の対象拡大
「高齢社会大綱」改定案に明記**

▶政府

**2023年度の概算医療費は47.3兆円
3年連続で過去最高を更新**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年9月13日号

**医師偏在解消なしに
「皆保険維持できない」**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和6年6月分概数)

経営情報レポート

**患者に特別負担を求める仕組みへ
長期収載品の保険給付見直しの概要**

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

職員の参加率を高める方法

説明と同意を行う範囲

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。

75歳以上の窓口3割負担の対象拡大 「高齢社会大綱」改定案に明記

政府

政府は9月5日、高齢社会対策の指針となる「高齢社会対策大綱」の改定案を公表。

75歳以上の後期高齢者の医療費窓口負担について、「窓口3割負担（現役並み所得）」の判断基準見直しの検討を進めると明記した。

2018年に閣議決定された「高齢社会対策大綱」は、「経済社会情勢の変化等を踏まえておおむね5年を目途に必要なと認めるときに見直しを行うもの」とされており、今年2月の高齢社会対策会議で夏頃を目途に改定案を出すこととなっていた。9月9日まで一般から意見を募集しており、その内容を検討したうえで近く閣議決定される。

■2022年10月から新たに「2割負担」が登場

医療費の窓口負担は年齢や所得によって異なる。現在、69歳までは原則として3割負担、70歳から74歳までは2割負担、75歳以上は1割負担となっている。

2022年9月末まで、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度では、現役並み所得がある人は3割負担だった。同年10月1日から、それまで1割負担だった人の中から「一定以上の所得がある人」が2割負担となった。

なお、後期高齢者で2022年10月1日から2割負担となる「一定以上の所得がある人」とは、「同じ世帯の被保険者の中に課税所得が28万円以上の人がいる」「同じ世帯の被保険者の『年金収入』+『その他の合計所得金額』の合計額が1人の場合200万円以上、2人以上の場合は合計320万円以上」の両方に該当する人のことだ。

厚生労働省が周知広報用に作成したリーフレットによれば、「一定以上の所得がある人」

は後期高齢者の約20%となっている。

従来、高齢者は「支えられる側」だった。

しかし、高齢化率（総人口に締める65歳以上人口の割合）は年々上昇しており、2023年時点で29.1%と3割に届こうとしている。2025年には人口のボリュームゾーンである「団塊の世代」が全員75歳以上となり、2030年代後半には85歳以上人口が初めて1,000万人を超える見込みだ。

そうした状況を受け、「年齢によって『支える側』と『支えられる側』を画することは実態に合わないものとなって」いるため、全世代が「『支える側』にも『支えられる側』にもなれる社会を目指していくことが必要」と高齢社会対策大綱の改定案に明記されている。

■負担変更で医療サービス利用が減少するというデータも

75歳以上の窓口負担が増えることは、どんな影響を及ぼすのか。8月30日に開催された社会保障審議会医療保険部会では、「レセプトデータ等を用いた、長寿化を踏まえた医療費の構造の変化に影響を及ぼす要因分析等のための研究（政策変更を「自然実験」とする弾力性の推計に係る実証研究）」（研究代表者：野口晴子早稲田大学政治経済学術院教授）の結果が公表された。

それによれば、1割負担から2割負担になる直前に医療費が上昇する「駆け込み需要」がみられ、2割負担に変わったあとは医療サービスの利用割合が1%程度減少したほか、医療費総額が3%程度減少、医療サービスの利用日数は2%程度減少することが明らかとなっている。

2023年度の概算医療費は47.3兆円 3年連続で過去最高を更新

厚生労働省

厚生労働省は9月3日、「令和5年度 医療費の動向」を公表。2023年度の概算医療費は47.3兆円で、3年連続で過去最高を更新した。対前年同期比2.9%増、金額では1.3兆円増。2019年度から5年間の平均伸び率は2.1%増となった。

新型コロナウイルス感染症に関する医療費は「5類」への以降で減ったものの、高齢化の進展や医療の高度化によって医療費が伸びたと考えられる。受診延日数は対前年同期比2.0%増、1日当たり医療費は0.8%増。

診療種別はいずれも対前年同期比でプラスとなり、2018年度から2023年度までの平均伸び率もプラスとなった。

■1人当たり医療費は38.0万円

概算医療費は、医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づき医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもの。労災や全額自費などの費用は含まない。

日本において、医療費は膨張を続けてきた。

2014年度には40兆円を突破し、2016年度には伸び率が前年同期比マイナス0.4%とわずかに減少したものの、翌年度以降は2.3%増、0.8%増、2.4%増と伸び続け、2019年度には43.6兆円に達した。

ところが、2020年度は新型コロナウイルス感染症発生の影響で医療機関の「受診控え」が起これ、前年同期比でマイナス約1.4兆円と過去最大の減少幅を記録。疾病分類別に見ると呼吸器疾患が25.3%減となったほか、インフルエンザも流行しなかったことが影響したと考えられる。

ただ、翌2021年度はその反動もあり対前年同期比4.6%増と大幅に増え、2022年度も同4.0%増、そして前述のとおり2023年度は少し伸び率が抑えられたものの同2.9%増と伸び続けている。2023年度の概算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%）。対前年同期比の伸び率は入院3.1%、入院外1.0%、歯科1.9%、調剤5.4%だった。

1人当たり医療費は38.0万円で対前年同期比1.2万円の増加。年齢別に見ると、75歳未満が1人当たり25.2万円であるのに対し、75歳以上は96.5万円となっている。

■診療科別で最も伸びたのは耳鼻咽喉科

医科診療所の医療費の伸び率を見ると、対前年同期比1.1%増。2020年度にマイナス5.3%となり、翌2021年度に7.3%増、2022年度は8.1%増と反動が続いてきたのが落ち着いてきたように見える。

診療科別に見ると最も伸びたのは耳鼻咽喉科で7.4%増。次いで皮膚科、産婦人科、眼科が同率で2.9%増となっている。対前年同期比マイナスとなったのは外科（マイナス4.1%）と小児科（マイナス1.2%）だった。

年齢階層別に見て1人当たり医療費の増加が目立ったのが未就学者で、6.7%増の26.1万円だった。1人当たり受診延日数の増加が1日当たり医療費の減少を上回ったことが要因だ。なお、都道府県別に見ると全都道府県で増加。比較的增加幅の大きいのは宮城県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県だった。

医療情報①
 武見敬三
 厚労相

医師偏在解消なしに 「皆保険維持できない」

特定の地域や診療科への医師の偏在是正に向けて、厚生労働省は5日、「医師偏在対策推進本部」の初会合を開いた。本部長を務める武見敬三厚労相は冒頭、「医師偏在問題の解消なしに、国民皆保険制度を維持することはできないという切迫感を持っている」と述べ、経済的なインセンティブや規制的な手法などを組み合わせた具体的な検討を加速させる考えを示した。

医師の偏在問題を巡っては、政府が6月に閣議決定した骨太方針2024で、総合的な対策パッケージを24年末までに策定する方針を打ち出しており、8月30日に厚労省が公表した「近未来健康活躍社会戦略」では、その対策パッケージの骨子案が示された。

対策推進本部では、骨子案で示した以下の3つの柱をベースに主な論点を掲げた。

▼医師確保計画の深化

▼医師の確保・育成

▼実効的な医師配置

「医師確保計画の深化」では、都道府県が医師偏在の是正プランを策定するなど主体的に取り組むこととし、国がそれをサポートする仕組みについて議論する。

「医師の確保・育成」については、医学生や若手医師に対し地域医療への理解や従事する意識を醸成するとともに、医師多数区域で採用された研修医が一定期間医師少数区域での研修も行う広域連携型プログラムを制度化し、26年度からの運用開始を目指したり、一定の医師少数区域での勤務経験を求める管理者要件の対象となる医療機関を大幅に拡大させたりするなどの検討を行う。

さらに、大都市をはじめ外来医師が多い地域などで新規開業にハードルをかけるために知事権限を強化するなど、有効な規制的手法も論点に挙げたほか、診療報酬を通じた対策についても検討する考えを示した。また、医師少数区域とは別に、医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域を新たに選定し、「実効的な医師配置」では、そこへの開業・承継支援や、医師の勤務意欲につながる経済的インセンティブを含めた方策について検討を行う。

ほかにも、医師不足の地域に医師を派遣する大学病院と都道府県との連携強化や全国的な医師のマッチング機能に対する支援などについても実効性のある方策を協議する。

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

「医療機関機能」報告へ、 新たな地域医療構想

2040年ごろを見据えた新たな地域医療構想を議論する検討会が6日開かれ、厚生労働省は、これまでの病床機能に加え、「医療機関機能」の報告を新たに求める案を示し、おおむね了承

された。報告の具体的な内容や、報告を求める医療機関の範囲などは今後詰める。

医療機関自体の機能の報告を求めることで、地域での役割を明確化する狙いがある。

厚労省が示した「医療機関機能」のイメージは、以下の6つで、これらの複数の機能の報告も可能とする。報告内容などの詳細を年末までに固める。

- ▼高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能
- ▼在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能
- ▼救急など急性期の医療を広く提供する機能
- ▼医師の派遣機能
- ▼医育機能
- ▼より広域な観点で診療を担う機能

現行の病床機能報告制度では、一般病床か療養病床を持つ病院や診療所は自院が担う医療機能として「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの病床区分の中から1つを自主的に選択し、都道府県に病棟単位で報告している。ただ、高度急性期と急性期や急性期と回復期の機能の違いが分かりにくかったり、25年の地域医療構想を策定した後に急性期と回復期双方の機能を持つ地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟が新設されたりするなど課題が生じていた。

そのため厚労省は、40年ごろの増加が見込まれる高齢者救急の受け入れや、救急・急性期医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にした上で、従来の病床機能とは別に報告を求めることにした。厚労省はまた、新たな地域医療構想での必要病床数の推計に係る病床機能区分について、これまでと同様に高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4区分とした上で、基本的に診療実績データをベースに推計する案も示し、了承された。

新たな地域医療構想の運用は27年度に始まることになっていて、検討会では今後、在宅医療や外来医療、介護との連携、構想区域、地域医療構想調整会議、医師偏在是正対策などのテーマごとに議論し、年内に取りまとめを行う。

医療情報③
厚生労働省
疑義解釈資料

マイナ利用率、医療機関に 毎月中旬ごろメール

厚生労働省は、「医療DX推進体制整備加算」の10月以降の詳しい運用を盛り込んだ事務連絡「疑義解釈資料（その1）」を3日付で出した。

それによると、医療機関や薬局は、社会保険診療報酬支払基金が毎月中旬ごろに出す予定の電子メールの通知でマイナ保険証の利用実績を把握できる。それ以外に、「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして利用実績を確認することもできるという。

厚労省の疑義解釈によると、医療機関や薬局に通知された利用率に基づく加算の算定は、月の途中からではなく翌月1日から可能になる。支払基金からのメールは翌月の適用分の実績を通知しているため。医療現場でのマイナ保険証の利用を後押しするため、医療DX推進体制整備加算は10月1日以降、医療機関や薬局の利用実績などに応じて加算1、加算2、加算3のいずれかを算定する仕組みに見直される。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年9月13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。

病院報告

(令和6年6月分概数)

厚生労働省 2024年9月11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)	
	令和6年6月	令和6年5月	令和6年4月	令和6年6月	令和6年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 125 399	1 116 770	1 127 762	8 629	△ 10 992
精神病床	258 560	256 837	256 803	1 723	34
感染症病床	245	231	236	14	△ 5
結核病床	944	909	901	35	8
療養病床	228 531	228 144	229 477	387	△ 1 333
一般病床	637 120	630 648	640 345	6 472	△ 9 697
外来患者数	1 205 316	1 188 346	1 222 525	16 970	△ 34 179
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 591	1 590	1 613	1	△ 23

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和6年6月	令和6年5月	令和6年4月	令和6年6月	令和6年5月
病院					
総数	74.2	75.1	74.8	△ 0.9	0.3
精神病床	81.3	80.8	80.6	0.5	0.2
感染症病床	14.2	13.7	11.4	0.5	2.3
結核病床	26.4	26.2	24.8	0.2	1.4
療養病床	84.3	84.8	84.3	△ 0.5	0.5
一般病床	68.9	70.5	70.1	△ 1.6	0.4
診療所					
療養病床	38.5	39.5	38.7	△ 1.0	0.8

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

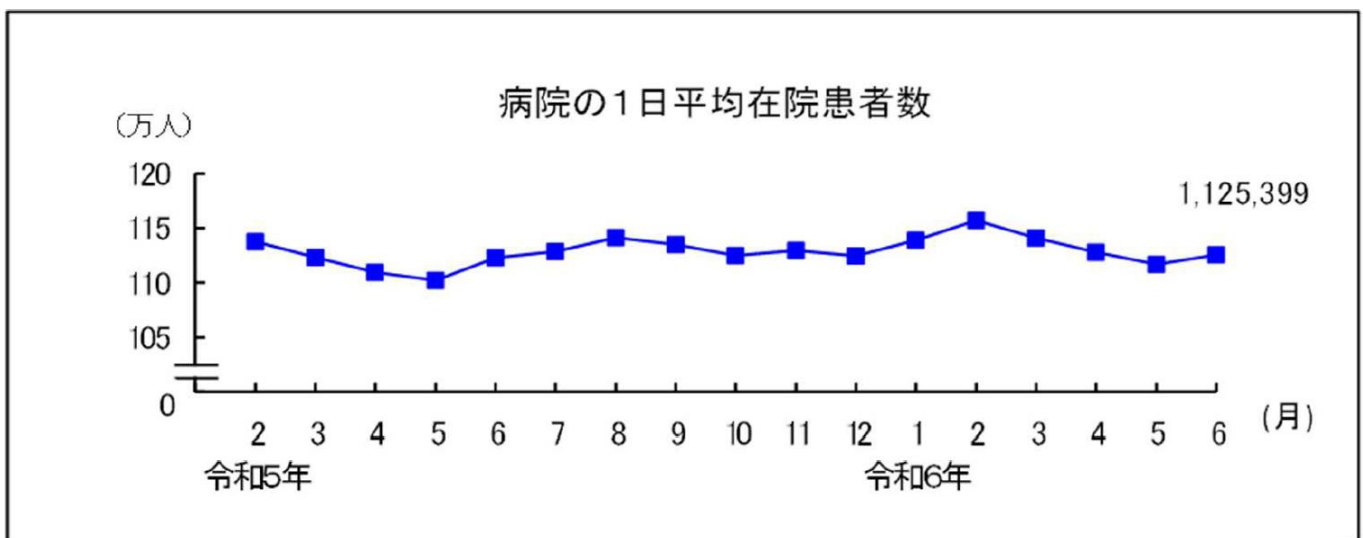
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和6年6月	令和6年5月	令和6年4月	令和6年6月	令和6年5月
病院					
総数	25.4	25.8	25.6	△ 0.4	0.2
精神病床	253.4	252.8	248.8	0.6	4.0
感染症病床	9.8	9.1	8.9	0.7	0.2
結核病床	54.4	53.0	49.3	1.4	3.7
療養病床	122.5	118.8	115.5	3.7	3.3
一般病床	15.3	15.5	15.5	△ 0.2	0.0
診療所					
療養病床	92.3	101.2	92.0	△ 8.9	9.2

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

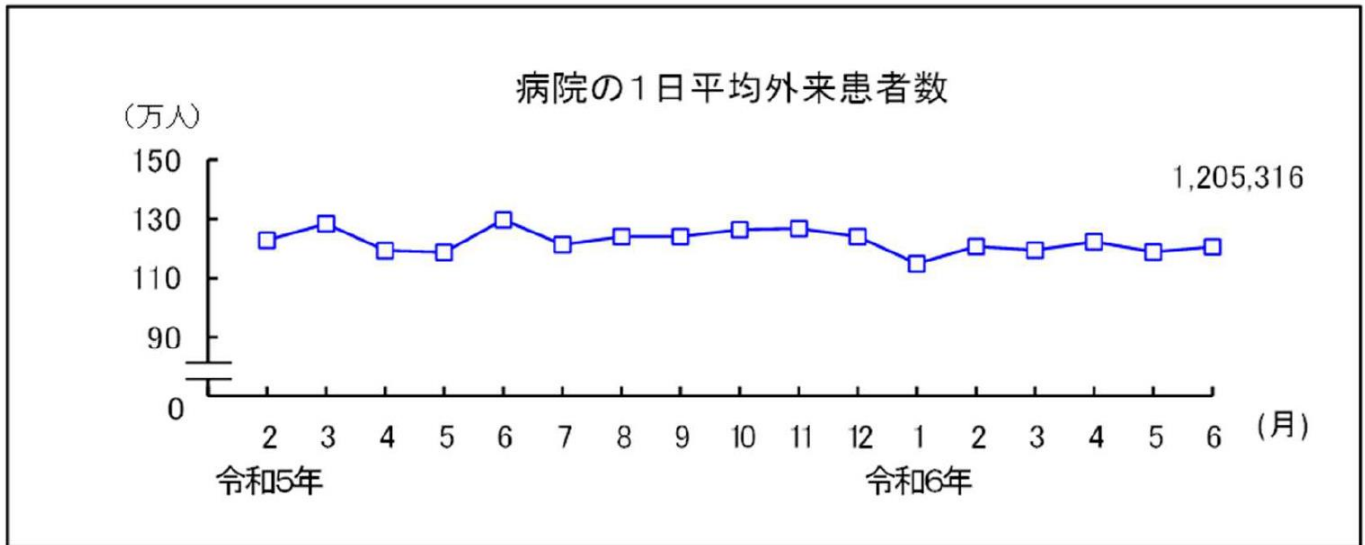
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

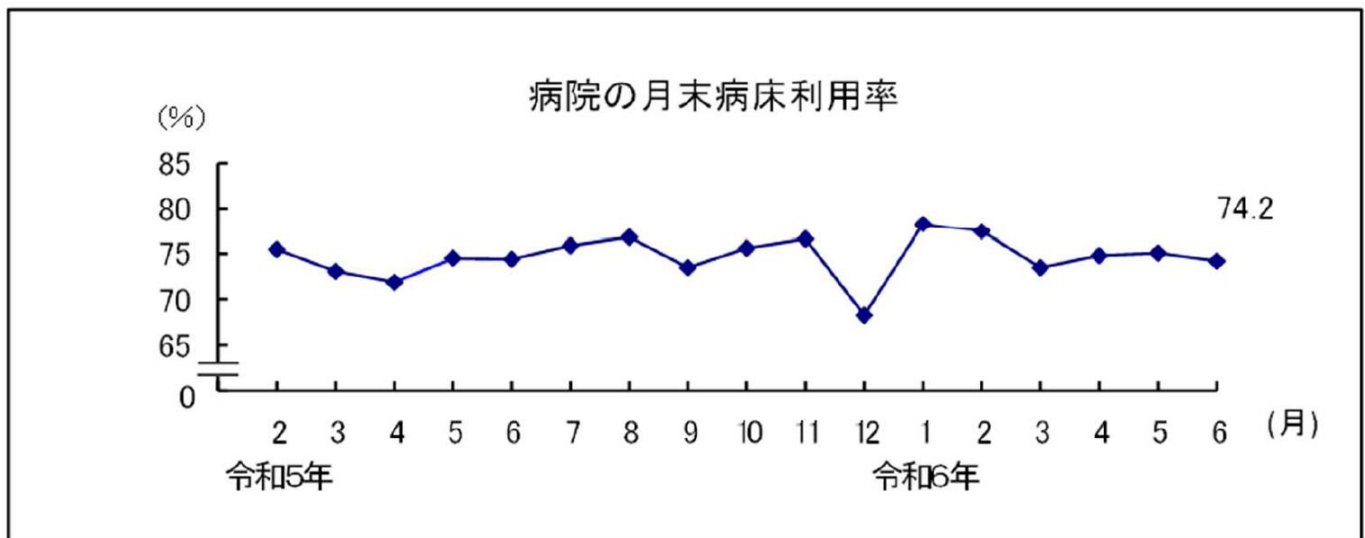


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

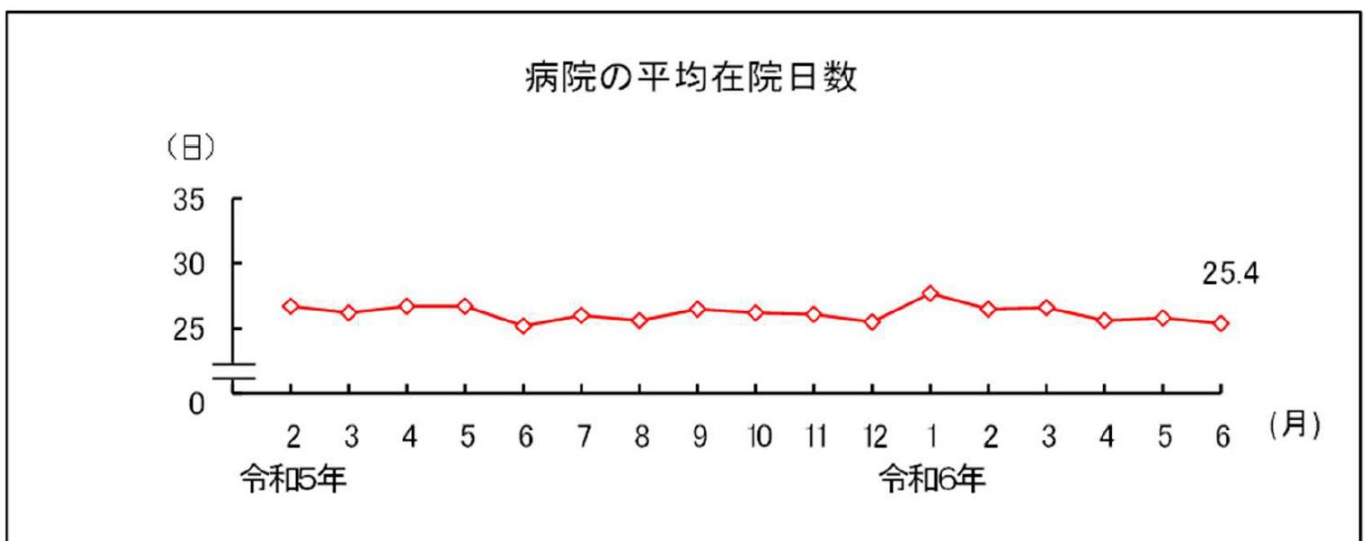
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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(令和6年6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。



経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

患者に特別負担を求める仕組みへ

長期収載品の保険 給付見直しの概要

1. 薬剤費は年々増加し、後発医薬品は伸び悩み
2. 長期収載品を選択した場合は一部医療費を自己負担へ
3. 医院の窓口ではチラシを活用
4. 現在公開されている疑義解釈



参考資料

【厚生労働省・中医協】：長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について 薬剤費等の年次推移について
【厚生労働省】：令和3（2021）年度国民医療費の概況医薬品業界の概況について 他

1

医業経営情報レポート

薬剤費は年々増加し、後発医薬品は伸び悩み

■ 医療費削減の重要性は年々高まる

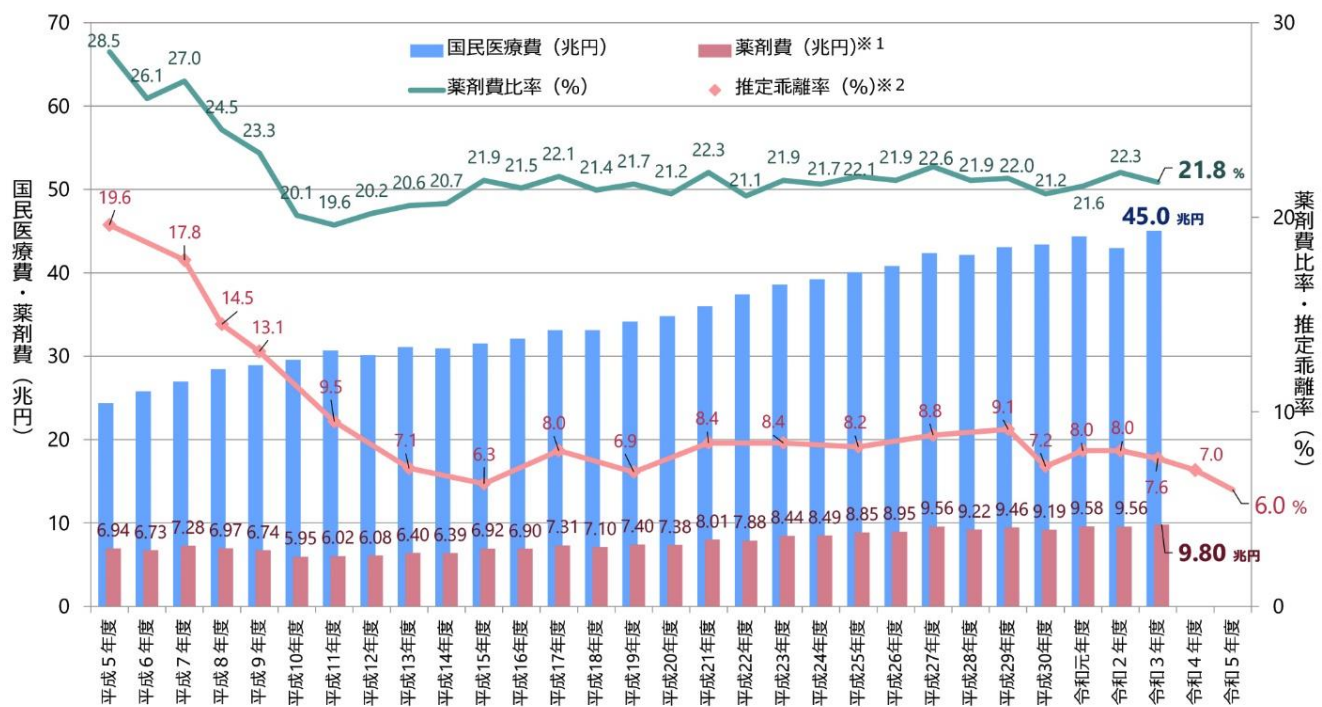
令和5年 10月に公表された厚生労働省の「令和3年度国民医療費の概況」によると、日本の医療費は約45兆359億円に達しており、10年前と比べて約17%、20年前と比べて約45%の増加が見られます。このように医療費が今や継続的に増加していることから、医療費削減の重要性はますます喫緊の課題となっています。

医療費を年齢別に見ると、65歳以上の医療費が全体の60.6%を占めており、45歳以上で見るとその割合は82.7%に達しています。とりわけ医療費削減において重要な項目の一つとして、薬剤費が挙げられます。

中医協の資料「薬剤費等の年次推移について」によると、平成5年から令和元年にかけて国民医療費に占める薬剤費の比率は低下したものの、令和元年度にあっても依然として医療費全体の21.8%を占めています。これらのデータからも、医療費削減への取り組みは重要な課題であり、特に高齢者医療や薬剤費の効率的な管理が強く求められているのです。

下のグラフは、国民医療費と薬剤費の推移を示したのですが、医療費の増加に伴って薬剤費の推移にも注目する必要があることがわかります。

◆ 国民医療費、薬剤費等の推移



※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。
 ※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。
 令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

中医協：薬剤費等の年次推移について

2

医業経営情報レポート

長期収載品を選択した場合は一部医療費を自己負担へ

■ 長期収載品の選定療養に関する全体像

前章で述べた背景や、医薬品に関するイノベーションの推進を目的として、厚生労働省では医療保険制度における長期収載品の保険給付の見直しが行われ、ここに選定療養の仕組みが導入されることとなりました。「長期収載品」とは、後発医薬品のもととなる先発医薬品を指します。先発医薬品は新薬として開発され、一定期間の特許によって保護されますが、その特許が満了した後に、他のメーカーが同じ有効成分を用いて製造されるのが後発医薬品です。

選定療養制度の導入により、患者が後発医薬品ではなく、長期収載品を選択した場合、一部の医療費を自己負担することが求められるようになりました。この制度は、医療の選択肢を広げると同時に、医療費の適正化を図るための一環として実施されるものです。

◆ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- ▶ 長期収載品の使用について、①**銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。**
- ▶ ただし、①**医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②**薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする。**

選定療養の対象品目の範囲

- ▶ 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品については選定療養の対象とする。**
 ※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする。**

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- ▶ 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**
- ▶ **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分とする。**

出典：中医協長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

■ 医療上の必要がある場合

長期収載品の使用について「医療上の必要があると認められる場合」は、選定療養の対象とはならず、引き続き保険給付が適用されます。

具体的には、患者が後発医薬品を使用した際に、副作用が生じたり、他の薬との相互作用が確認された場合、または治療効果に差異があったような場合です。

3

医業経営情報レポート

医院の窓口ではチラシを活用

■ 窓口での案内チラシ

厚生労働省は、長期収載品の選定療養に関する制度が令和6年10月から施行されるのに伴い、医療機関や薬局向けの掲示物のサンプルを公開しました。これらには、院内掲示用のポスターや窓口案内用のチラシが含まれており、厚生労働省のホームページからダウンロードできるようになっています。

また、制度に関するQ&Aを記載したチラシも用意されており、長期収載品の処方や調剤に関する疑問を解消するための情報が提供されています。

これらの掲示物は、現場での実務に役立つ内容となっており、患者や医療従事者に対して新制度の内容をわかりやすく伝えることを目的とし、医療機関や薬局での活用が求められています。

◆ 窓口での案内チラシ

患者のみなさまへ

令和6年10月からの 医薬品の自己負担の新たな仕組み

- 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、**先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただけます。**
- この機会に、**後発医薬品の積極的な利用**をお願いいたします。

- 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
- 先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただけます。
- 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。

新たな仕組みについて

特別の料金の対象となる医薬品の一覧などはこちらへ



後発医薬品について

後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関する基本的なこと



※ QRコードから厚生労働省HPの関連ページにアクセスできます。

将来にわたり国民皆保険を守るため
 皆さまのご理解とご協力をお願いいたします

厚生労働省 DE. CSU. せいのたせに
 Ministry of Health, Labour and Welfare

特別の料金の計算方法

先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を特別の料金としてお支払いいただけます。
 例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、差額40円の4分の1である10円を、通常の1〜3割の患者負担とは別にお支払いいただけます。

先発医薬品 ※令和6年10月以降、 医療上の必要性がある場合	保険給付	患者負担
後発医薬品	保険給付	患者負担
		← 先発医薬品と後発医薬品の価格差
先発医薬品 ※令和6年10月以降、 患者が希望する場合	保険給付	患者負担
		↑ 価格差の1/4相当
		特別の料金
		患者負担の総額

※「特別の料金」は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただけます。
 ※端数処理の関係などで特別の料金が4分の1ちょうどにならない場合もあります。詳しくは厚生労働省HPをご覧ください。
 ※後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品との価格差で計算します。
 ※薬剤料以外の費用(診療・調剤の費用)はこれまでと変わりません。

Q&A

Q1. すべての先発医薬品が「特別の料金」を支払う対象となりますか。

A. いわゆる長期収載品(ちょうきしゅうさいひん)と呼ばれる、同じ成分の後発医薬品がある先発医薬品が対象となります。

Q2. なぜ「特別の料金」を支払わなくてはならないのですか。

A. みなさまの保険料や税金でまかなわれる医療保険の負担を公平にし、将来にわたり国民皆保険を守っていくため、国は、価格の安い後発医薬品への置き換えを進めています。そのため、医療上の必要性がある場合等を除き、より価格の高い一部の先発医薬品を希望される場合には、「特別の料金」として、ご負担をお願いすることとなりました。これにより、医療機関・薬局の収入が増えるわけではなく、保険給付が減少することにより医療保険財政が改善されますので、ご理解とご協力をお願いします。

Q3. どのような場合に「特別の料金」を支払うこととなりますか。

A. 例えば、「使用感」や「味」など、お薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合に「特別の料金」をご負担いただけます。過去に当該後発医薬品において副作用が出たことがある場合等は、医師、歯科医師、薬剤師等にご相談ください。

Q4. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には「特別の料金」が発生しますか。

A. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を支払う必要はありません。

厚生労働省：後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について

4

医業経営情報レポート

現在公開されている疑義解釈

■ 医療上の必要性は摘要欄へ記載

厚生労働省からの疑義解釈によると、医療機関が「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付を行う場合、診療報酬請求書の「摘要」欄にその理由を記載することが求められています。

また、院内採用品に後発医薬品がない場合など、患者が後発医薬品を選択できない状況であれば、従来通りの保険給付が認められます。ただし、後発医薬品の使用促進は重要であり、可能な限り後発医薬品を院内で処方できる体制を整えることが推奨されています。

◆厚生労働省疑義解釈

問	院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。
答	診療報酬を請求する際に、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和6年7月12日保医発0712第1号）の別表Ⅰを踏まえ、診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載すること。

厚生労働省：長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）

◆厚生労働省疑義解釈

問	院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。
答	患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

厚生労働省：長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）

■ 退院時処方選定療養の対象外

厚生労働省の疑義解釈によると、長期収載品の選定療養に関して、退院時に処方される薬については服用する日に関わらず「入院中の投薬」として扱われます。

また、国の公費負担医療制度の対象となる患者が長期収載品を希望する場合は、他の患者と同様に選定療養の対象となります。ただし、前述の医療上必要と認められる場合は、従来通り保険給付の対象となり、選定療養の対象とはなりません。

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:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

職員の参加率を高める方法

職員の参加率が低い、および欠席者へのフォロー体制が不十分についての解決策とは？

■課題

- 全職員を対象に医療安全や感染対策を含めた年間教育計画が立てられているが、参加率が低い。
- 必要性の高い課題の研修を行っているが、医師の参加は低調であり、積極的な参加が望まれる。
- 資料配布などにより、不参加者のフォローが行われているが、さらなる充実を望む。
- 出席できなかった職員へは、院内 Web で資料を閲覧できるようになっているが、欠席者に対する十分なフォローとはなっていない。



■解決策

- 職員が参加しやすいよう、同内容の研修を複数回開催したり、時間外に開催するなどの工夫を行っている。
- 医療安全や感染は、研修日の予定を早期から公表するとともに、参加の呼びかけを促し、参加者が増えてきている。
- 参加状況の悪い科は出張講義を行う。
- 出欠管理システムを導入し、確実な受講につなげ、各研修8割以上受講の希望者には修了証の発行を行っている。
- 医療安全研修や感染管理研修については、研修をDVD化し、未受講者を対象に研修DVDを視聴する会を複数回実施し、職員の受講率を高める工夫に取り組んでいる。
- 医療安全と感染防止の研修については、Web研修を利用することで参加の日程と時間が自由に選べる体制をとり、院内職員の参加率は80%台に上昇した。また、認定看護師や専門職の講義を入れるなど職員の興味関心の高いものにするなどの工夫に取り組んでいる。
- 欠席者に対しては、eラーニングの導入により、研修会の資料や動画を閲覧し、アンケートや感想の提出を求めている。
- 集合研修に参加できなかった職員のフォロー体制については、各部署で伝達講習を行ったり、レポートの提出を求めるなどフォロー体制を強化している。

改善事例では病院の様々な試みを確認できますが、参加率向上の第一歩は、参加状況を年間通じて職員個人別に把握し、その状況が本人にフィードバックされるとともに、院内でしかるべく共有されるしくみがあることでしょう。

参加によるポイントやマイルの付与、参加率の人事考課への反映など、教育・研修会への参加をプラスに評価し、参加のインセンティブを高めるといった工夫も考えられます。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

説明と同意を行う範囲

説明と同意を行う範囲の解決策について教えてください。

説明と同意を行う範囲については、まず病院としての方針を明確にしておくことが重要です。

■課題

- 説明と同意を行う範囲が明確にされていない。
- 説明と同意が行われる範囲（例えば侵襲的な検査など）が定められていないので、明確化が望まれる。
- 説明と同意を行う範囲・同席者についての基準を明確にし同席者の署名を残されることが望まれる。



■解決策

- 説明と同意が必要な範囲が定められ、患者・家族にわかりやすく説明されている。
- 説明と同意が行われる範囲は、規定で入院診療計画書・リハビリテーション総合実施計画書・身体抑制・退院計画・侵襲を伴う検査などとされている。

入院診療計画書・リハビリテーション計画書・退院計画書・身体抑制の実施などについては共通認識が得られているとしても、侵襲的検査などは診療科の判断に任せている病院があります。

それらの施設については、実態や問題・課題が他部署に伝わっていないことも考えられます。医療行為に関する患者への説明は義務であり、同意を必要とする項目は、医師だけでなく看護師や薬剤師など、多職種も把握できることが重要であり、一覧表にするなどの工夫をしている病院が多くみられます。

電子カルテ運用病院では、説明と同意の書式が電子化され、一覧から選ぶことができるようになっている病院が多く適切ですが、別に紙の説明書と同意書が併用され、それらについては各診療科にゆだねられていることがあるので、これらの管理も忘れないようにします。

患者や家族の同意を得て実施すると定めた診療行為について、同意書がもれなく取得されているかどうかは、診療記録の量的点検で評価されます。