

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.861 2025.3.11

医療情報ヘッドライン

**特定行為研修修了者が1万人超え
研修機関指定申請は電子化へ**

▶厚生労働省 医道審議会

**首相「今の日本の最大課題は医療・介護」
今春「省力化投資促進プラン」を策定へ**

▶内閣官房

週刊 医療情報

2025年3月7日号

**高額療養費、
26年度以降の方針再検討へ**

経営TOPICS

統計調査資料

**令和5年
介護サービス施設・事業所調査の概況**

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:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

**地方都市での開業注意点
スタッフ募集と雇用条件**

特定行為研修修了者が1万人超え 研修機関指定申請は電子化へ

厚生労働省 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会

厚生労働省は2月26日の医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会で、特定行為研修の修了者が2024年9月に1万1,441人となったことを公表した。

特定行為研修を行う指定研修機関は、昨年9月時点で426機関だった。

特定行為研修制度は2015年10月にスタートしたため、修了者数の1万人超えるまで丸10年を費やした計算だ。

ただし、直近1年で2,621人増加とここに来て急増しており、厚労省は研修機関の指定申請を電子化によって簡素化する方針も提示。

医師の働き方改革に欠かせないタスク・ソフト/シェアの推進に資するだけの修了者数を生み出せるか注目したいところだ。

■「2025年度中に10万人」の

目標達成は絶望的

厚生労働省のWebサイトによれば、特定行為は「診療の補助」で、「看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる」と記されている。

医師法によって、医療行為は医師のみが行えるものと定められているが、高齢化に伴う医療ニーズの急増に医師のみでは対応できないため、「看護師の手を借りよう」というわけだ。

直近1年で修了者数が急増しているのは、そうした切迫した状況を踏まえ、研修を行う指定研修機関の設置を急ピッチで増やしている成果ともいえる。ちなみに、2022年8月によろやく全都道府県に指定研修機関が設置

されてから、半年後に22機関、さらに半年後に13機関と増やし、昨年4月には412機関となっていた。そこから5ヶ月で14機関増とペースは衰えていない。

とはいえ、特定行為研修制度がスタートした2015年10月時点で、厚労省は2025年度までに「特定行為研修修了看護師」を10万人養成することを目標としていた。発表された数字は2024年9月のものなので半年を残しているが、目標の達成は絶望的だ。

■手続きの簡素化で

指定研修機関の負担軽減を図る

せめて達成までの“遅れ”を少しでも挽回したい厚労省は、指定研修機関から事務手続きに関して「非常に煩雑で負担が大きい」という意見があったことを踏まえ、指定申請の事務手続きの簡素化を進めていく。この日の会合で示した「主な改善方針（案）」によれば、以下の3つを実施する方針だ。

- 紙書類の郵送を前提とした様式から、電子的な申請を前提とした様式へと変更する。
- 重複した項目を記載する必要がある現行の様式1～4*を1つの電子媒体とすることで、重複箇所の記載が不要となるよう簡素化を図る。
- 質的な記載を可能な限りプルダウンで選択できるように工夫する。

*様式1「指定研修機関の指定の申請」、様式2「変更の届出」、様式3「変更の承認」、様式4「年次報告」

厚労省は、今年の秋ごろに新様式による電子申請フォーマットを公開し、2026年8月審査分より新様式の運用を開始するとしている。

首相「今の日本の最大課題は医療・介護」 今春「省力化投資促進プラン」を策定へ

内閣官房

石破茂首相は2月25日、総理大臣官邸で医療・介護・障害福祉分野の関係者と「生産性向上等に関する車座対話」を開催。対話の中で、石破首相は「今、日本の一番大きな課題は医療であり、介護である」と発言し、生産性向上のための「省力化投資促進プラン」を今春策定することに触れ、「なるだけ短い期間で全体に渡らせたい」との意向を示した。

■AI、ロボットやDXで省力化を

「省力化投資促進プラン」をめぐっては、1月17日に内閣官房の「新しい資本主義実現本部」が第1回目の「省力化投資促進プランの策定と実行のための関係府省連絡会議」を開催。「地域社会を支える一方で人手不足が深刻な業種において、AI、ロボットなどの導入やDXを始めとする省力化投資を推進するために、各事業所管府省において、業種ごとに課題を抽出し、これを踏まえて省力化投資を促進するための具体的プランを策定し、着実に実行していく必要がある」とした。

対象業種として、飲食業、宿泊業、小売業、生活関連サービス業、運輸業、建設業、医療、介護・福祉、保育、製造業、農林水産業、サービス業（自動車整備業、ビルメンテナンス業）の12業種を挙げている。

■AI問診やAI診断書作成など導入支援

「具体的プラン」の方向性を示しているのが、同会議で厚生労働省が提示した「医療分野における省力化投資について」と題する資料だ。「医療分野における省力化投資に関し、下記の取り組みを進めていく」として、以下の3つを挙げている。

- 医師の長時間労働の是正に資する機器等の整備
- 看護業務の効率化の推進に資する機器等の評価・導入支援
- 医療分野における適切で有効な医療の提供のための機器等の開発・実装

「医師の長時間労働の是正に資する機器」として挙げているのは「電子問診・AI問診」「患者向け説明動画」「AIによる診断書等作成」「電子カルテ用音声入力システム」「電子カルテ閲覧モバイル端末」「ビジネスチャット等医療関係者間コミュニケーションアプリ等」の6つ。「看護業務の効率化の推進に資する機器」は「音声入力」「バイタルサイン値等の自動反映」「インカム」の3つ。

そして「医療分野における適切で有効な医療の提供のための機器」には「救急外来カルテ記載支援 AI&治験のデジタル化」「循環制御用ロボット麻酔システム」「内視鏡外科手術におけるAI自動技術評価システム」「SaMD（プログラム医療機器）の普及支援」の4つを挙げている。

厚労省はそれぞれの概要および支援策も明らかにしており、たとえば「電子問診・AI問診」では、電子カルテへの転記入力の時間が「医師1名あたり1日26分の削減ができた事例もある」とし、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業の経費として「地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ」により導入費用を補助していること、「労働時間短縮に資する一定の設備等について、法人税等の特別償却制度の対象」として示している。

医療情報①
 石破茂首相
 表明

高額療養費、 26年度以降の方針再検討へ

石破茂首相は2月28日の衆院予算委員会で、高額療養費の自己負担限度額を3段階で引き上げる政府の方針を巡り、8月に予定されている1回目の引き上げは予定通り実施した上で、2026年度以降の対応を改めて検討する考えを表明した。立憲民主党の野田佳彦代表への答弁。

所得区分ごとの自己負担限度額を据え置く「多数回」から新たな長期療養の患者が外れるのを防ぐため、多数回該当の判定基準を設ける。

石破首相は「セーフティーネットを次の世代にも持続可能なものとするため、高額療養費制度の見直し自体は実施させていただく」と述べた。その上で、新たな判定基準の設定など26年度以降の方針について、患者団体を含む関係者の意見を聴いた上で、秋までに検討・決定する考えを示した。

また、70歳以上が対象の「外来特例」の限度額は予定通り26年8月に引き上げる。

高額療養費制度の見直しは、政府が2023年末に閣議決定した全世代型社会保障の構築を目指す改革工程に盛り込まれた。それを踏まえ、24年末に決めた見直しは、患者個人や世帯の所得区分を細分化し、区分ごとの自己負担限度額を25年8月から27年8月まで3段階で引き上げる内容。しかし、「限度額が引き上げられたら治療を中断せざるを得ない」などと、見直しの凍結や撤回を求めるがん患者らの声が強まった。

そのため政府は見直しの方針を一部修正し、直近12カ月以内に3回以上限度額に達する「多数回該当」での負担を据え置くことにした。今回は、限度額の3段階の引き上げのうち、26年8月と27年8月の方針を検討し直すことにした。

医療情報②
 全国がん患者
 団体連合会

高額療養費負担増、 患者団体が1年延期求める

高額療養費の見直しを巡り石破茂首相が2月28日、2026年度以降の方針を再検討する考えを表明したことを受けて、患者団体がこの日国会内で記者会見を開き、全国がん患者団体連合会の天野慎介理事長は「(負担増は)1年間延期をし、公的医療保険の在り方をじっくり検討していただきたい」と訴えた。

天野氏は会見で「限度額の引き上げに伴い、『多数回該当』に外れることがないように新たな判定基準を設けることになったことには感謝したい」と石破首相の対応に一定の評価を示した。

ただ、1回目の引き上げを8月に行う方針が維持されたことには「どうしても(負担を)上

げなければならない理由が理解できない」と述べた。さらに、2回目以降の対応が曖昧なため、十分な議論が行われずに負担増が行われることへの懸念も示した。日本難病・疾病団体協議会の辻邦夫常務理事は「命の問題について議論を行う前に（1回目の）引き上げを行うのはあってはならない」と述べ、患者の意見を聴いた上で改めて対応を検討するよう訴えた。

また、スキルス性胃がんの患者団体「認定 NPO 法人希望の会」の轟浩美理事長は「8月の施行ありきだ。（負担増を）行ってから研究をしたりデータを出したりするのか」と指摘した。

医療情報③
 厚生労働省
 検討会

大学病院「基礎的」と「上乘せ」の基準設定へ

厚生労働省は2月26日、特定機能病院のうち大学附属病院本院の承認要件の見直し案を省内の検討会に示した。全ての本院がクリアすべき「基礎的基準」と病院の自主的な取り組みを評価する「発展的基準（上乘せ基準）」を医療提供や教育などの役割ごとに設定する。

承認要件の見直し案は、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」に出した。「医療提供」「教育」「研究」「医師派遣」の役割ごとに基礎的基準と上乘せ基準を設定する内容で、「医療安全」の基準は引き続き検討する。

現在の「承認要件」を「基礎的基準」として整理し、大学病院本院が2040年ごろを見据えて特定機能病院として地域でクリアすべき役割を基礎的基準と位置付ける。

大学病院本院を特定機能病院と自動的に見なすこれまでの考えは見直す。一方、現在の承認要件を超えた自主的な取り組みは上乘せ基準で評価する。

厚労省は、「医療提供」の基礎的基準として紹介率・逆紹介率など現在の承認要件に加え、「基本診療科の幅広い設置」を新たに求めるイメージを示した。

専門医制度で基本領域とされている19診療科の全てを標榜し切れていない大学病院本院があるため、設置を促したい考えだが、検討会には、一部の診療科しか標榜できない病院への配慮を求める意見があり、対応を検討する。

また医師派遣では、地域の実情に応じた一定の実績を基礎的基準として求め、医師が少ない地域に都道府県と連携して派遣するような取り組みを上乘せ基準で評価する。

厚労省は前回、病院の所在地の特性に配慮して「都市部」と「地方部」などに類型化する案を示したが、軌道修正した。その代わりに、上乘せ基準をクリアするのが地域性によって著しく困難にならないように配慮するとしている。

厚労省案への反対意見はなく、同省は次回以降に議論の取りまとめ案を出す。検討会では当初、議論の取りまとめを年度内に行うことを想定していたが、担当者は議論が年度をまたぐ見通しだと説明した。特定機能病院は、高度な医療の提供や研究、教育などの役割を担う病院として1993年に制度化された。現在は全国の88病院が承認され、うち79病院が大学病院。検討会ではまず、大学病院本院の承認要件の見直しを固める。

週刊医療情報（2025年3月7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。

令和5年 介護サービス施設・事業所調査の概況

厚生労働省 2024年12月25日公表

この結果は、令和5年 10 月 1 日現在で活動中の施設・事業所について集計したものである。

1. 施設・事業所の状況

(1)施設・事業所数

介護保険施設の施設数をみると、介護老人福祉施設が 8,548 施設（前年と比べ 54 施設、0.6%増加）、介護老人保健施設が 4,250 施設（同 23 施設、0.5%減少）、介護医療院が 791 施設（同 61 施設、8.4%増加）、介護療養型医療施設が 197 施設（同 103 施設、34.3%減少）となっている。

居宅サービス事業所の事業所数をみると、訪問介護が 36,905 事業所（同 485 事業所、1.3%増加）、訪問看護ステーションが 16,423 事業所（同 1,594 事業所、10.7%増加）、通所介護が 24,577 事業所（同 8 事業所、0.0%微増）となっている。

地域密着型サービス事業所の事業所数をみると、地域密着型通所介護が 19,156 事業所（同 238 事業所、1.2%減少）、認知症対応型共同生活介護が 14,262 事業所（同 123 事業所、0.9%増加）となっている。

(2)介護保険施設の定員

介護保険施設の種類ごとに定員をみると、介護老人福祉施設が 597,973 人（前年と比べ 5,219 人、0.9%増加）、介護老人保健施設が 369,365 人（同 1,374 人、0.4%減少）、介護医療院が 46,970 人（同 3,146 人、7.2%増加）、介護療養型医療施設が 6,052 人（同 2,934 人、32.7%減少）となっている。

■介護保険施設の施設数、定員(基本票)

各年10月1日現在

	施設数				定員(人)			
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	対前年		令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	対前年	
			増減数	増減率 (%)			増減数	増減率 (%)
介護老人福祉施設	8 548	8 494	54	0.6	597 973	592 754	5 219	0.9
介護老人保健施設	4 250	4 273	△ 23	△ 0.5	369 365	370 739	△ 1 374	△ 0.4
介護医療院	791	730	61	8.4	46 970	43 824	3 146	7.2
介護療養型医療施設 ¹⁾	197	300	△ 103	△ 34.3	6 052	8 986	△ 2 934	△ 32.7

注1：介護療養型医療施設における「定員」は、介護指定病床数である。

(3)介護保険施設の1施設当たり定員、1施設当たり在所(院)者数、利用率

介護保険施設の種類ごとに1施設当たり定員をみると、介護老人福祉施設が70.0人、介護老人保健施設が87.0人、介護医療院が60.2人、介護療養型医療施設が29.8人、1施設当たり在所(院)者数は、それぞれ66.1人、76.2人、54.9人、21.7人となっており、利用率は介護老人福祉施設及び介護医療院で9割を超えている。

■介護保険施設の1施設当たり定員、1施設当たり在所(院)者数、利用率(詳細票)

各年10月1日現在

	1施設当たり定員(人) ¹⁾		1施設当たり在所(院)者数(人)(9月末)		利用率(%) ²⁾ (9月末)	
	令和5年(2023)	令和4年(2022)	令和5年(2023)	令和4年(2022)	令和5年(2023)	令和4年(2022)
介護老人福祉施設	70.0	69.8	66.1	66.1	94.4	94.7
介護老人保健施設	87.0	87.0	76.2	76.1	87.6	87.5
介護医療院	60.2	60.3	54.9	55.3	91.2	91.8
介護療養型医療施設 ³⁾	29.8	28.4	21.7	22.2	72.9	78.2

注1：詳細票における施設数及び定員から算出しており、基本票における施設数及び定員から算出した数値とは一致しない場合がある。

注2：「利用率」は、定員に対する在所(院)者数の割合である。

注3：介護療養型医療施設における「定員」は、介護指定病床数である。

(4)開設(経営)主体別施設・事業所の状況

介護保険施設の種類ごとに開設主体別施設数の構成割合をみると、介護老人福祉施設では「社会福祉法人(社会福祉協議会以外)」が95.6%と最も多く、介護老人保健施設、介護医療院及び介護療養型医療施設では「医療法人」が75.6%、89.0%、78.9%とそれぞれ最も多くなっている。

介護サービス事業所の種類ごとに開設(経営)主体別事業所数の構成割合をみると、多くのサービスで「営利法人(会社)」が最も多くなっているが、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、地域密着型介護老人福祉施設及び介護予防支援事業所(地域包括支援センター)では「社会福祉法人」が最も多く、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護では「医療法人」が最も多くなっている。

■開設主体別施設数の構成割合(詳細票)

(単位：%)

令和5年10月1日現在

	総数	都道府県	市区町村	広域連合・一部事務組合	日本赤十字社・社会保険関係団体・独立行政法人	社会福祉協議会	社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	医療法人	社団・財団法人	その他の法人	その他
介護保険施設											
介護老人福祉施設	100.0	0.4	2.5	1.0	0.1	0.3	95.6	・	-	-	・
介護老人保健施設	100.0	-	3.1	0.5	1.5	0.0	15.7	75.6	2.8	0.8	0.0
介護医療院	100.0	-	2.0	0.1	1.3	-	1.3	89.0	3.8	0.9	1.6
介護療養型医療施設	100.0	-	10.0	0.5	0.5	-	1.1	78.9	0.6	1.1	7.3

2. 従事者数の状況

介護保険施設の種類ごとに職種別従事者数をみると、介護老人福祉施設の介護職員は296,882人、介護老人保健施設の介護職員は125,091人となっている。

介護サービス事業所の種類ごとに職種別従事者数をみると、訪問介護の訪問介護員は500,872人、通所介護の介護職員は220,198人となっている。

■職種別にみた従事者数(詳細票)

(単位：人)

令和5年10月1日現在

	介護保険施設				訪問系			通所系				その他			
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設 ¹⁾	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護ステーション	通所介護	地域密着型通所介護	通所 ²⁾ リハビリテーション			短期入所生活介護 ³⁾	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護
										介護老人保健施設	介護医療院	医療施設			
総数	492 556	270 426	38 710	7 024	545 257	25 772	180 317	484 154	230 217	66 127	889	56 381	368 679	198 129	252 267
医師	13 070	8 477	4 864	1 224	…	…	…	371	159	5 411	123	7 056	12 852	…	…
看護師 ³⁾	29 723	31 640	7 853	1 532	…	7 389	114 293	41 979	17 961	4 077	68	4 390	22 424	17 191	*5 743
准看護師	15 340	16 486	4 305	869	…	3 452	9 271	23 989	9 737	2 014	29	1 811	12 561	7 171	*2 921
機能訓練指導員	12 634	…	…	…	…	…	…	65 081	36 569	…	…	…	12 991	7 513	…
看護師(再掲)	3 712	…	…	…	…	…	…	27 528	15 200	…	…	…	4 486	2 754	…
准看護師(再掲)	2 762	…	…	…	…	…	…	16 092	8 340	…	…	…	3 506	1 294	…
柔道整復師(再掲)	1 083	…	…	…	…	…	…	5 292	4 968	…	…	…	877	706	…
あん摩マッサージ指圧師(再掲)	582	…	…	…	…	…	…	1 775	1 838	…	…	…	468	304	…
はり師・きゅう師(再掲)	125	…	…	…	…	…	…	586	750	…	…	…	79	53	…
理学療法士	*2 629	14 854	1 885	362	…	…	26 366	*8 962	*3 768	11 554	160	13 532	*2 187	*1 516	…
作業療法士	*1 411	9 215	1 011	157	…	…	11 303	*4 210	*1 448	6 339	76	4 094	*1 166	*711	…
言語聴覚士	*329	2 756	543	50	…	…	3 289	*636	*256	1 725	15	1 171	*222	*176	…
介護支援専門員	14 171	8 416	1 352	224	…	…	…	…	…	…	…	…	7 880	…	**16 303
計画作成担当者	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	7 171	23 593
生活相談員・支援相談員	13 941	10 931	…	…	…	…	…	59 685	39 908	…	…	…	14 759	8 493	…
社会福祉士(再掲)	3 829	3 476	…	…	…	…	…	4 856	2 732	…	…	…	3 281	1 057	…
介護職員(訪問介護員)	296 882	125 091	13 931	2 003	500 872	13 648	…	220 198	97 543	31 994	375	23 142	212 141	120 797	208 822
介護福祉士(再掲)	182 875	81 612	8 320	804	247 863	5 454	…	100 596	37 621	20 414	221	12 806	128 472	58 664	97 766
実務者研修修了者(再掲)	…	…	…	…	36 304	1 192	…	…	…	…	…	…	…	…	…
旧介護職員基礎研修課程修了者(再掲)	…	…	…	…	6 673	90	…	…	…	…	…	…	…	…	…
旧ホームヘルパー1級研修課程修了者(再掲)	…	…	…	…	12 508	102	…	…	…	…	…	…	…	…	…
初任者研修修了者(再掲)	…	…	…	…	192 033	2 429	…	…	…	…	…	…	…	…	…
生活援助従事者研修修了者(再掲)	…	…	…	…	902	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
障害者生活支援員	90	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
管理栄養士	10 914	6 278	1 117	202	…	…	…	2 619	531	2 502	34	887	8 791	…	…
栄養士	2 308	940	219	54	…	…	…	1 449	342	276	6	124	2 882	…	…
歯科衛生士	830	706	150	25	…	…	…	609	269	237	3	175	…	…	…
調理員	23 554	8 699	…	…	…	…	…	22 107	8 392	…	…	…	21 617	…	…
その他の職員	49 635	22 277	…	…	44 385	1 283	15 795	46 068	18 805	…	…	…	39 781	29 793	19 852

注：従事者数は実人員数である。従事者数は調査した職種のみであり、調査した職種以外は「…」とした。介護予防を一体的に行っている事業所の従事者を含む。介護予防のみ行っている事業所、従事者数不詳の事業所は含まない。事業所のサービス及び介護保険施設の職種については、一部を抜粋したものである。

「※」は機能訓練指導員、「*」は介護職員、「**」は計画作成担当者の再掲である。

1) 「介護療養型医療施設」は、介護療養病床を有する病棟の従事者を含む。

2) 「短期入所生活介護」は、空床利用型の従事者を含まない。

3) 「看護師」は、保健師及び助産師を含む。

令和5年 介護サービス施設・事業所調査の概況の全文は
 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

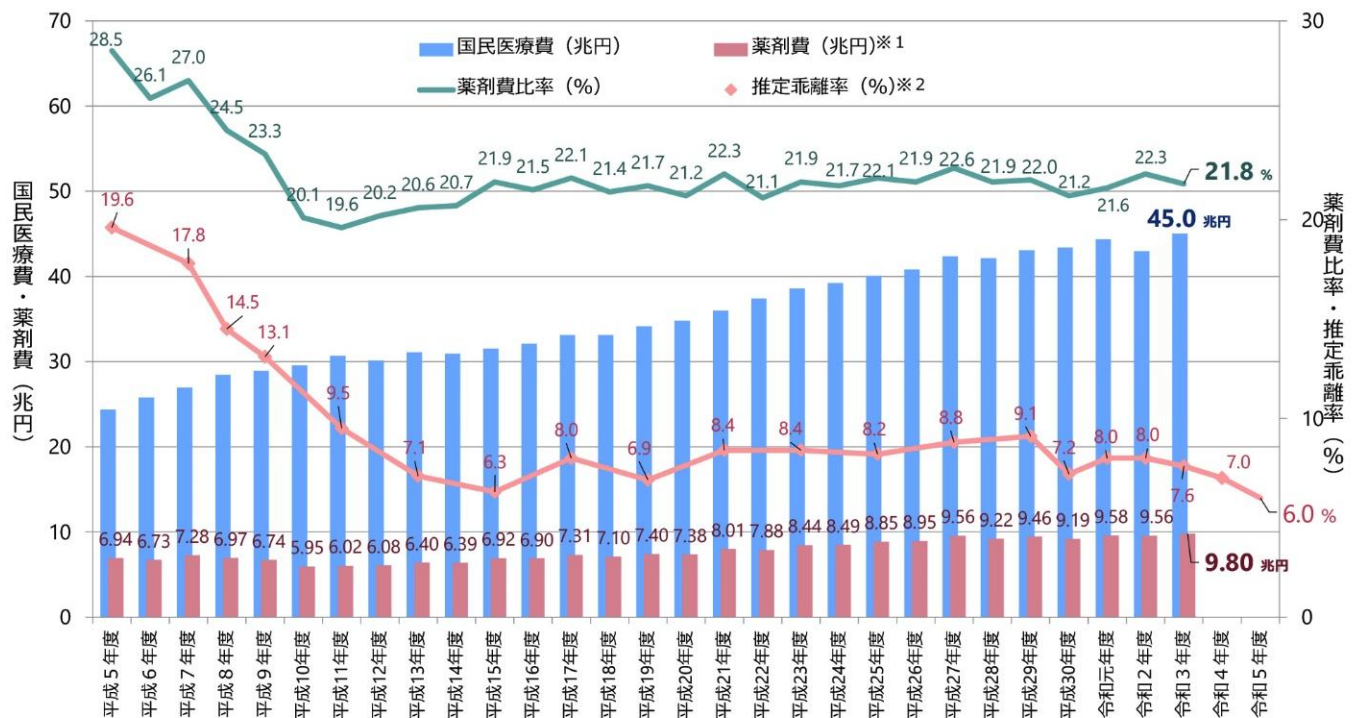
令和6年10月に公表された厚生労働省の「令和4年度 国民医療費の概況」によると、日本の医療費は約46兆6,967億円に達しており、前年度の45兆3,359億円に比べ1兆6,608億円、3.7%の増加、また、人口一人当たりの国民医療費は37万3,700円、前年度の35万8,800円に比べ、1万4,900円、4.2%の増加となっています。

このように医療費は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。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3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

■ 選定療養の対象医薬品と計算例

長期収載品の処方や調剤に係る選定療養の対象医薬品は、一定の基準に基づいて決められています。対象となる医薬品は、以下の3つの要件をすべて満たすものです。

まず、対象医薬品は「後発医薬品が存在する先発医薬品であること」が条件です。ただし、バイオ医薬品はこの対象から除かれます。

次に、後発医薬品が薬価基準に収載された年数や置換え率が考慮され、具体的には、「後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年を経過した品目、もしくは収載から5年未満でも置換え率が50%以上の品目」が該当します。

ただし、置換え率が1%未満の品目は除外されます。

最後に、「長期収載品の薬価が後発医薬品の中で最も高い薬価を上回ること」が求められます。この薬価の比較は、医薬品の組成や規格、剤形ごとに行われます。

この基準に基づき、厚生労働省は選定療養の対象となる長期収載品のリストを作成し、ホームページで公開しています。

リストを参考に、医療機関や薬局では、処方や調剤の場面で選定療養の適用が適切であるかを判断し、後発医薬品の在庫状況や医療上の必要性を考慮しつつ運用しなければなりません。

以下の表は、対象医薬品の例を抜粋したものです。

◆長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品(抜粋)

(単位：円)

品名	薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1	保険外併用療養費の算出に用いる価格
マイスリー錠 5mg	20.6	11.0	2.40	18.20
ディオバン錠 20mg	15.2	10.1	1.28	13.92
パリエット錠 10mg	43.6	32.3	2.83	40.77
ネキシウムカプセル 20mg	69.7	41.8	6.98	62.72
アレグラ錠 60mg	31.0	28.7	0.58	30.42
クラビット点眼液 0.5%	60.5	26.3	8.55	51.95
モーラステープ 20mg	19.3	18.0	0.33	18.97

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:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

地方都市での開業の注意点

地方都市で開業するのを検討しています。
どんな点に注意したら良いですか。

地方都市での開業を計画するにあたっては、マーケティングの要素となる対象患者層と診療圏が都市部とは異なります。

診療スタイルとしては地域密着型となり、幼児から高齢者、事業従事者から主婦層まで、全ての住民が対象患者になります。

また、都市部のように狭い範囲の診療圏ではなく、地方都市近郊の村落の住民までが対象となるため、認知活動は広範囲に行う必要があります。

地方都市であるほど「かかりつけ医」といった認識が強く、評判が大きな影響力を持ち、成功している診療所は口コミでの紹介が多くなっています。

他科との連携を行い、患者との生活密着型の診療が求められるでしょう。

地方都市の規模にもよりますが、基本的には物件取得が主流になると思われます。

地方都市の患者がビル内の診療所に慣れてないこと、また広範囲からの通院となり、自家用車の利用が大部分と予想されることから、駐車場を確保した戸建て診療所が有効です。

十分な広さの駐車場確保と遠距離からの患者への認知度アップを図るため、看板を立てられる敷地を購入し、物件選定には十分な注意のもと、遠距離の患者へ判りやすく、通院しやすい場所の選定がポイントです。

主婦層も乗用車での通院が主流となりますので、駐車場の誘導路も配慮が必要です。

■「一戸建診療所」と「ビル診療所」の比較

	一戸建診療所 (所有地あるいは借地)	ビル診療所
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 建物のデザイン、採用医療機器等の自由度が高い 建物を担保として開業資金借入が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 初期投資の抑制 集患面で有利(メディカルビル) 職住分離
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 多額の初期投資・借入金が必要 家庭生活と診療の区分が困難 将来の改築費用 	<ul style="list-style-type: none"> 確保できる面積が狭い 建物利用の制約 駐車場確保が必要
初期投資	<ul style="list-style-type: none"> 建物建築費用 他 	<ul style="list-style-type: none"> 敷金(保証金)、内装費用 他
継続負担	<ul style="list-style-type: none"> 税金、保険料、修繕費、借入金返済 	<ul style="list-style-type: none"> 賃料、内部修繕費 他



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

スタッフ募集と雇用条件

スタッフの募集方法、また雇用条件作成のポイントなどについて教えてください。

■募集方法

①公共職業安定所 (ハローワーク)	看護師などの専門職の応募は集まりにくい。
②知人、友人からの紹介	安定した人材が集まるが、辞めさせにくく、給与設定が高くなりがち。
③折込みチラシ	開業前の宣伝にも活用。
④新聞広告、求人誌	募集の主流は広告だが、費用の問題あり。
⑤ナースバンク等	募集の効果は未知数だが、優秀な人材がいる可能性が高い。
⑥看護学校、専門学校	就職希望者は多いが、専門技術の実践および社会人経験がないため、新規開業時の採用は難しい。

■雇用条件検討のポイント

まず、必要なスタッフの職種と人数を決定します。以前は、人件費の負担からパート雇用が多い状況でしたが、現在では安定した人材確保を目的に、正職員での募集が増えています。

診療時間と休診日から、週の勤務時間を計算します。週 40 時間体制（不規則勤務で週 44 時間）になるようにシフトを組み、雇用条件を検討します。

●その他主な雇用条件

雇用保険、労災、健康保険（社会保険または国民健康保険、医師国民保険）、年金（厚生年金、国民年金）の保障、給与の待遇面、基本給や能力給、その他手当、交通費 等

医院の負担やスタッフの手取額を考慮し、近隣の事例から検討しましょう。

また、採用決定後、実際に勤務してみると面接の印象と違うと感じる可能性があるため、雇用には際しては試用期間を設けることが賢明です。能力と意欲を勘案し、やむをえない場合には退職勧告が出来るようにしておきましょう。有能なスタッフは、診療所の「顔」です。責任と報酬のバランスを考えて雇用条件を決定しましょう。

■雇用の際に準備する重要書類

就業規則	雇用する人数によっては、就業規則の作成が義務付けられます。但し、従業員退職に際し、もめないようにするためにも就業規則は作成したほうが良いでしょう。正職員用とパート用で内容が違います。
雇用契約書	就業時間や休日、給与体系を記入した物で労働基準局に提出できる書式が便利です。
誓約書	従業員の心構えを持たせ、責任の所在をはっきりさせるためにも記入してもらいましょう。
身元保証書	本人の保証人に記入してもらいます。万が一の時の責任を明確にしておきましょう。