

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.795 2023.11.7

医療情報ヘッドライン

**21年度国民医療費は45兆359億円
20年度比4.8%増で過去最高を更新**

▶厚生労働省

**コメディカル給与が全産業平均下回る
直近の有効求人倍率も高止まり**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2023年10月31日号

**サービス担当者会議
「医師の参加」を必須要件に**

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3月)**

経営情報レポート

**処方・調剤のDX化に向けた
電子処方箋の概要**

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療広告戦略

**広告規制の対象者による影響と広告に該当する媒体
医療機関ネットパトロール事業**

21年度国民医療費は45兆359億円 20年度比4.8%増で過去最高を更新

厚生労働省

厚生労働省は、10月24日に2021年度（令和3年度）の国民医療費を公表。前年度比4.8%増（2兆694億円増）の45兆359億円となり、過去最高を更新した。

これまでの過去最高は2019年度の44兆3,895億円。1人当たりの医療費は前年度比5.8%増（1万8,200円増）の35万8,800円で、国内総生産（GDP）に対する国民医療費の比率は8.18%だった。

■20年度の受診控えを踏まえれば伸びは鈍化

国民医療費とは、医療保険などによる給付のほか、公費負担、患者負担によって支払われた医療費の合算。保険外の費用や正常分娩などの費用は含まれない。速報値として扱われている「概算医療費」は、国民医療費よりも1年早く発表され、金額も国民医療費の98%程度とされている。ちなみに2021年度の概算医療費は44.2兆円だった。

2022年度の概算医療費は46.0兆円だったため、2022年度の国民医療費は46.9兆円程度となることが予想される。

高齢者率の上昇を背景に、医療費は膨張を続けている。1989年度（平成元年度）は19兆7,290億円と20兆円を切っていたが、10年後の1999年度（平成11年度）には30兆円を突破（30兆7,019億円）。

ペースはやや鈍化したものの、14年後の2013年度（平成25年度）には40兆円を超えている（40兆610億円）。

今回、前年度比4.8%増と伸び幅が大きかったのは、コロナ禍の影響が大きいだろう。

2020年度は医療機関の受診控えが起こったうえ、緊急事態宣言が発令されて国民全体が巣ごもり状態にあったこともあり、2019年度比で3.2%減となった。

その反動で2021年度は大幅に伸びたものの、2019年度と比較すると6,464億円増。

2019年度が2018年度比で9,946億円増だったことを踏まえれば、むしろ医療費の膨張は鈍化したとも見て取れる。

■入院が減り訪問看護は前年度比2割以上増加

医療費膨張の鈍化は、診療種類別に見ると明らかだ。71.9%を占める医科のうち、入院は37.4%で前年度比0.6ポイント減、入院外が34.5%で0.9ポイント増。コロナ患者受け入れのための病床確保や病棟の一部閉鎖などの影響も当然考えられるが、入院が減って入院外を増やすという長期トレンドをキープした結果とも見える。長期的に見ると、訪問看護の伸びも見逃せない。構成割合は全体の0.9%で前年度比0.1ポイント増と目立たないが、金額は675億円増の3,929億円と2割以上増えている。入院を減らし、在宅医療への移行がさらに加速する今後、訪問看護のニーズが一層高まることが予想できる。

傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」がもっとも多く6兆1,116億円（18.9%）、次いで「新生物〈腫瘍〉」4兆8,428億円（14.9%）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」2兆6,076億円（8.0%）、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」2兆4,935億円（7.7%）、「腎尿路生殖器系の疾患」2兆3,143億円（7.1%）だった。地域格差は依然として大きい。最も高いのが東京都で4兆6,155億円、次いで大阪府3兆4,501億円、神奈川県2兆9,956億円。最も低いのは鳥取県で2,044億円、次いで島根県2,669億円、福井県が2,719億円。1人当たりの国民医療費は最高の高知県と最低の埼玉県で15万3,000円、1.48倍の格差があった。

コメディカル給与が全産業平均下回る 直近の有効求人倍率も高止まり

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、10月27日の中央社会保険医療協議会総会で、コメディカル（医師、歯科医師、薬剤師、看護師を除く医療関係職種）の給与の平均が、全国産業平均を下回っていたことを明らかにした。

直近の医療関係職種の有効求人倍率が高止まりとなっていることも示し、人材確保に向けた処遇改善の必要性をにじませている。

■コメディカルの中でも看護補助者の給与は低い

厚労省保険局医療課が「賃金構造基本調査」に基づいて作成した「医療関係職種の賞与込み給与の推移について」によれば、2022年の全産業平均は月36.1万円。それに対してコメディカルは月32.7万円で、看護補助者は月25.5万円とさらに大きく下回っている。

待遇が芳しくなければ、人材を集めるのは困難だ。「職業安定業務統計 一般職業紹介状況」によれば、医療技術者の有効求人倍率はこの10年間ずっと2.5倍以上を維持。

直近3年間（2020年～2022年）は2.7倍、2.8倍、3.0倍となっている。

ちなみに全職業平均の直近3年間は1.1倍、1.0倍、1.2倍。

離職率も高くなってきている。

入職率から離職率を差し引いた入職超過率は、2022年の全産業平均が0.3%だったが「医療業」では0.0%。かろうじて離職超過には陥っていないが、働き手にとって魅力あふれる職場になっているとは言い難い。

■2023年春闘の賃上げ額が指標となるか

医療機関の現場は、そうした状況に危機感を募らせている。2022年の「看護職員処遇改善評価料」の実績を見ると、実績報告書が提出された2,553施設の6割以上に相当す

る1,581施設がそれを用いて看護職員以外の職員の処遇改善を実施していた。

「看護職員処遇改善評価料」は、コロナ医療など地域で一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に2022年10月に新設されたものだが、医療機関の実情に応じて看護補助者、理学療法士、作業療法士などのコメディカルも対象に加えられる。

そうした要件を活用しても、1人当たりの平均改善額は月額7,373円にとどまった。

雇用促進や離職防止に効果をもたらすか疑わしいうえ、コロナ医療を担う医療機関が対象と限定的でもある。

入院・外来医療等の調査・評価分科会であった「職種に関わらず、病院職員全体の賃金引上げができる仕組みを検討すべき」といった意見を示すなど、厚労省としても実質的な賃金底上げにつながる施策を打ち出す必要性を感じているようだ。

問題は、どこまでの賃上げを目指すかだが、厚労省は「全産業平均」を強く意識していると思われる。提示した資料では、2023年春闘（春季生活闘争）の結果を載せているからだ。2023年春闘の平均賃上げ額は10,560円で、賃上げ率は3.58%。

前述の医療機関の平均改善額7,373円とは3,187円の差があり、ここまで引き上げられる仕組みの構築をまずは目指すのではない。ただ、直近の物価上昇の勢いは凄まじい。岸田文雄首相も、10月30日の衆議院予算委員会で「物価高に賃上げが追いついていない」として、一時的な支援策を用意することをほのめかしている。

一時的ではない恒久的な施策を打ち出すかどうか、今後の厚労省の動きを注視したい。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

サービス担当者会議 「医師の参加」を必須要件に

厚生労働省は 20 日、2024 年度の診療報酬改定で医師と介護支援専門員（ケアマネジャー）の連携を診療報酬で促す方針を中央社会保険医療協議会に示した。

ケアマネが作るケアプランに医療の視点をより反映できるようにするために、医療機関の「かかりつけ医機能」を評価する「地域包括診療料」などの算定要件の見直しが焦点になる。

中医協がこの日開いた総会では、サービス担当者会議への医師の参加やケアマネからの相談に医師が対応することなどをこれらの算定要件に組み込み、必須にすべきだと支払側の委員が主張した。しかし、診療側の委員はそれに反対し、引き続き議論することになった。

厚労省は、高齢者施設との連携も診療報酬で後押しする方針を示した。介護保険施設の入所者の緊急時を想定してあらかじめ対応を決めておいて、入所者が急変した際、医療機関が電話相談、往診、オンライン診療などを行う枠組みの整備を目指す。医師とケアマネの連携強化では、地域包括診療料など「かかりつけ医機能」への報酬の見直しを検討する。

中医協の分科会が 23 年度に行った実態調査では、要介護認定の主治医の意見書は 688 の医療機関のほぼ全てが作成していたが、ケアマネが開く「サービス担当者会議」に参加していると答えたのは、地域包括診療料や地域包括診療加算を届け出ている医療機関（190 力所）で 54%、届け出なし（498 力所）では 33.9%にとどまっていた。また、ケアプランの策定などに関するケアマネからの相談に対応する時間を確保していたのは、届け出ありで 53.5%、届け出なしは 31.9%だった。診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は意見交換で、「サービス担当者会議や地域ケア会議への参加は現在、多くの主治医が時間的にも、自院を会場として提供するなど空間的にも、ほぼボランティアで参加している」とし、そのことをきちんと評価すべきだと訴えた。一方、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は調査結果を踏まえ、医師とケアマネの連携に課題があるとして、地域包括診療料など「かかりつけ医機能」を評価する診療報酬の算定要件に、サービス担当者会議への参加などを組みこむべきだと主張した。しかし、長島委員は、医師とケアマネの連携を強化する上で、サービス担当者会議への参加はいろいろある手段のうちの 1 つにすぎず、「要件化するとうようなものではない」と反対した。



頻回の緊急訪問看護、 実態把握求める意見相次ぐ

厚生労働省は20日、訪問看護利用者の1人当たりの訪問看護療養費（医療保険）の請求額が1カ月間で60万円を超えたり、利用者らの求めに応じて主治医の指示に基づき訪問看護を緊急に行った場合に算定できる「緊急訪問看護加算」を毎日算定していたりするケースがあるとのデータを、中央社会保険医療協議会・総会に示した。

委員からは、こうした高額な請求や頻回の緊急訪問看護の実態を把握・分析するよう求める意見が相次いだほか、適正化すべきだとの指摘もあった。

厚労省によると、訪問看護ステーションの2022年の利用費用は約7,000億円で、15年から約2倍に増加しており、特に医療費の伸びが大きくなっている。

訪問看護利用者1人当たりの訪問看護療養費の1カ月間の請求額は平均9万8,125円で、1万円ごとに区切った分布を見ると3万円台が最も多い。一方、1カ月間の請求額が60万円以上の利用者が全体の1%余りいて、最も高い請求額は116万2,640円だった。

緊急訪問看護の利用者も年々増加しており、23年6月時点では1万5,888人と4年前の2倍近くに増えた。全利用者に占める緊急訪問看護加算の算定割合も増加傾向にある。

訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算を1日以上算定している利用者の1カ月の算定日数は、1日が最も多く、月平均では2.6日。ただ、この加算を1カ月間に算定している利用者のうち、約1%が毎日算定していることも明らかになった。

議論では佐保昌一委員（連合総合政策推進局長）が、「1カ月間、毎日算定することが緊急訪問看護なのか疑問だ」とし、緊急訪問看護の利用が適正なのか算定状況を詳しく分析するよう厚労省に要望した。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）も、頻回の緊急訪問看護が利用者から本当に求められているものなのか疑問があると指摘。その上で、「どういう利用者がどの病態でどのようなケアが提供されているかサービス主体を含め分析し、場合によっては適正化する必要がある」と主張した。

これに対して江澤和彦委員（日本医師会常任理事）が、「効率化の名の下で、訪問看護サービスの質が考慮されない適正化は慎むべきだ」とけん制した。ただ、頻回の緊急訪問看護の実態を調べることには理解を示し、調査結果を踏まえて必要に応じて行政指導などを実施すべきだと述べた。

長島公之委員（日本医師会常任理事）は、訪問看護療養費（医療保険）の請求額が高額になる利用者の中には例えば難病の患者らがいるケースもあるとし、「単に高額ということに着目するのではなく、他にどのような対応が可能なのか丁寧に検討する必要がある」と指摘した。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度3月）

厚生労働省 2023年9月1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
10～3月	22.3	12.6	7.2	4.0	2.6	5.4	0.7	8.7	1.1
1月	3.6	2.0	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.2
3月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和4年度4～3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
10～3月	23.4	13.1	7.7	4.3	2.9	5.4	0.8	9.2	1.1
1月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
2月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
3月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	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歳以上	
	75歳未満	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	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	17.4	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
	10~3月	17.8	11.9	9.2	8.9	8.7	19.2	10.6	47.3
	1月	2.9	1.9	1.5	1.5	1.4	3.1	1.7	7.8
	2月	2.7	1.8	1.4	1.4	1.3	2.9	1.5	7.2
	3月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	1.8	8.2
令和4年度4~3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.6	
	4~9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
	10~3月	18.8	12.5	9.9	9.4	9.7	19.8	12.5	48.6
	1月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	8.0
	2月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
	3月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.1	8.6

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
	10~3月	22.3	17.8	8.5	7.7	1.6	4.0	0.4	0.22	8.9	11.7	1.6
	1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
	2月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.8	0.2
	3月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.1	0.3
令和4年度4~3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
	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
	10~3月	23.4	18.7	8.9	8.2	1.6	4.0	0.4	0.26	9.3	12.2	1.6
	1月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.2
	2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	3月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.7	2.2	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
	10～3月	11.9	11.8	2.2	7.6	2.0	4.0	0.19
	1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
	2月	1.8	1.8	0.3	1.1	0.3	0.6	0.03
	3月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
	10～3月	12.2	12.0	2.2	7.8	2.0	4.3	0.22
	1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
	2月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
	3月	2.2	2.2	0.4	1.4	0.4	0.8	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)	
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤	
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
	10～3月	18.7	39.0	40.7	10.2	7.9	9.8	11.7	15.4
	1月	19.3	38.4	40.1	10.6	7.8	9.9	11.8	15.9
	2月	18.9	38.5	40.2	10.5	8.0	9.9	11.9	15.8
	3月	18.7	39.4	41.1	10.3	8.0	10.0	11.7	15.7
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
	4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	10～3月	19.2	41.1	42.8	10.5	8.1	9.5	12.0	15.7
	1月	19.9	41.4	43.1	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3
	2月	19.6	41.8	43.5	10.5	8.2	9.4	12.1	15.7
	3月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.2	9.6	11.9	15.5

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の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の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3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



医業経営

処方・調剤のDX化に向けた

電子処方箋の概要

1. DX化の推進と電子処方箋の概要
2. 導入のメリット・デメリット
3. 導入に向けた環境整備とモデル地域
4. 導入に係る補助金と申請の流れ



参考資料

【日本薬剤師会】：医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）【厚生労働省】：電子処方箋概要案内 病院・診療所 電子処方箋管理サービスの運用について 電子処方箋の運用開始に向けて モデル事業概要と医療DXの取組について 電子処方箋モデル事業について モデル地域毎の参加予定施設（令和5年1月4日更新）令和4年度地域診療情報連携推進費補助金について（電子処方箋導入促進のためのHPKI普及事業）【概要】
【オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係】：医療機関等向けポータルサイト

1

医業経営情報レポート

DX化の推進と電子処方箋の概要

近年の医療業界では、オンライン資格確認システムの導入など、様々な分野でDX（デジタルトランスフォーメーション）化が進んでいます。そんな中、処方箋についても令和5年1月26日から電子処方箋管理サービスの運用が開始されました。処方箋の電子化は、紙の処方箋が多い国内の医療現場に大きな影響を与えると考えられ、特に外来患者の割合が多い「診療所」については、処方箋の交付方法の変更に伴い、運営への影響は大きいといえます。

今回は処方箋の交付状況や電子処方箋についての概要、メリット・デメリットなどについて触れ、モデル地域や導入に係る補助金と申請の流れについてご紹介します。

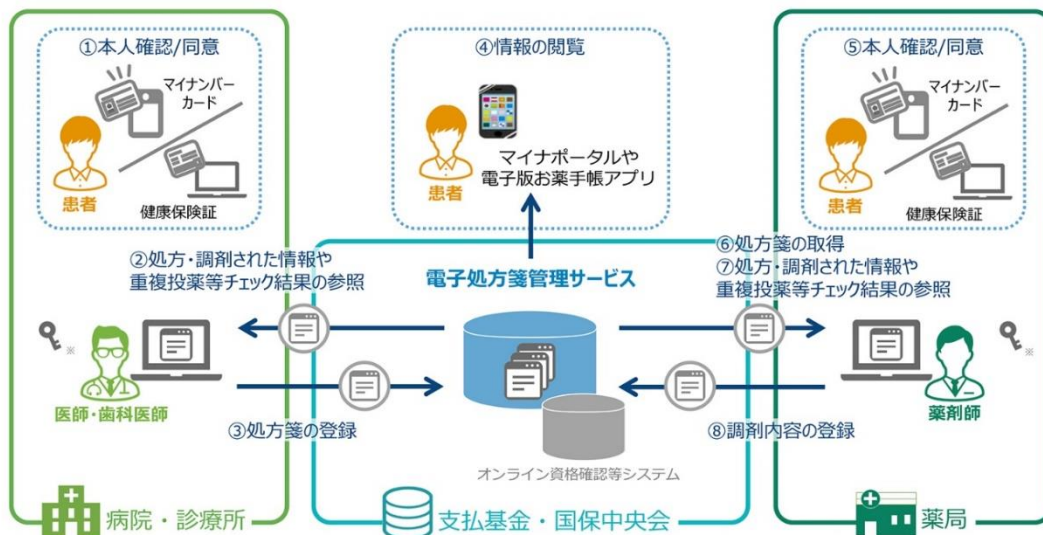
■ 電子処方箋の概要

電子処方箋は、オンライン資格確認などシステムの仕組みを用いて、医療機関・薬局間で電子化された処方箋の授受を行える仕組みです。また、処方箋をもとにした情報を、場所を問わずリアルタイムで参照することができるようになります。さらに、それらの情報を活用した、重複投薬などチェックもできるようになります。

電子処方箋は、インターネット上にある『電子処方箋管理サービス』を介して患者の処方情報をやり取りしています。これまでは自院が処方した情報や診療情報提供書などで伝達された情報のみで把握することとなり、それ以外の処方情報については患者の申告がない限り把握することができませんでした。これからは紙の処方箋による医療機関と調剤薬局の一対一のやり取りだけでなく、複数の医療機関で処方情報を確認することができます。

◆ 電子処方箋とは

電子処方箋とは、**電子的に処方箋の運用を行う仕組み**であるほか、**複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照**、それらを活用した**重複投薬等チェック**などを行えるようになります。



出典：厚生労働省
 電子処方箋概要案内
 院内 病院・診療所

*電子署名の方法は、HPKIカードを用いた方式に限られませんが、現時点では本方式のみご利用いただけます。

2 医業経営情報レポート

導入のメリット・デメリット

■ 医療機関、薬局における主なメリット

処方箋が電子化されることにより、紙特有の「印刷」や「保管」がなくなることによってスムーズな伝達が行われるようになるほか、厚生労働省では電子処方箋の導入について、医療機関、薬局でのメリットとして以下のとおり掲載しています。また、処方されたデータは過去3年分保存されるため、そのデータに基づいて診察、処方・調剤することが可能です。

◆医療機関、薬局における主なメリット

- ①医療機関からの電子的な処方情報をもとに、薬局で処方内容の照会や後発医薬品への変更などを含む調剤業務が行われ、その結果を医療機関に戻し、次の処方情報の作成の参考にするという情報の有効利用が可能となる。
- ②医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、医薬品の相互作用やアレルギー情報の管理に資することが可能となり、国民の医薬品使用の安全性の確保など公衆衛生の向上にも資する。
- ③医療機関では、紙の処方箋の印刷に要するコストが削減される。紙の処方箋の偽造や再利用を防止できる。
- ④薬局から医療機関への処方内容の照会の結果などの伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。後発品の使用促進により、一般名処方や後発品への変更調剤が増加していることに鑑み、処方した医師・歯科医師への調剤結果の伝達が容易になることは重要である。
- ⑤薬局でオンライン服薬指導を実施する際、処方箋の原本を薬局に郵送する代わりに、電子的に提出可能となる。
- ⑥調剤に関する入力などの労務が軽減され、誤入力が防止される。調剤済みの紙の処方箋の保管スペースなどを削減できる。
- ⑦電子版お薬手帳などとの連携などにより、医療機関・薬局の連携や処方内容の一元的・継続的把握の効率化などに資する。
- ⑧医療機関・薬局では、重複投薬などチェック機能を活用することにより、患者に対する不必要な処方・調剤や併用禁忌による有害事象を事前に避けることができる。
- ⑨救急医療及び災害時において患者の処方・調剤情報を参照できる仕組みを構築することにより、医療関係者は患者の服用している薬剤を知ることが可能となる。

出典：厚生労働省 電子処方箋管理サービスの運用についてより抜粋

■ 患者や家族における主なメリット

厚生労働省では、電子処方箋導入のメリットが患者や家族にもあることも掲載しています。救急医療時や災害時にすぐに処方情報を得ることができるのは、患者だけでなく家族にとっても大きなメリットであると考えられます。

3

医業経営情報レポート

導入に向けた環境整備とモデル地域

■ 電子処方箋の導入に向けた環境整備

電子処方箋管理サービスは個人の身体・健康に関する情報を取り扱うとともに医薬品の処方に直結するという性質上、一度、不具合などの問題が発生した場合、患者をはじめとした関係者に大きな影響が及ぶ恐れがあります。

電子処方箋管理サービスについては試験的な導入として「必要なシステムの改修」「システムの動作や運用に関して検証作業」を実施の上、その結果をフィードバックし、全国の医療機関・薬局やそのシステムベンダ及び国民に対して、電子処方箋導入のための説明会や、周知広報などを実施し安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行います。

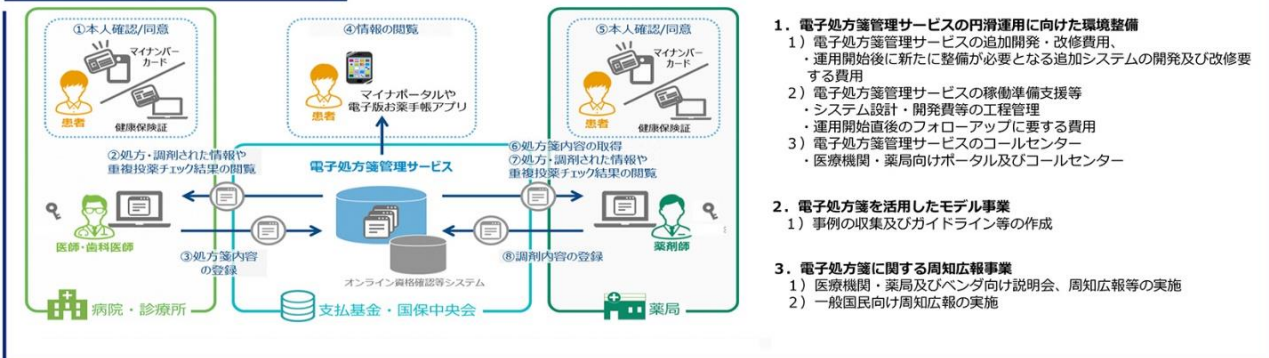
◆ 電子処方箋の安全かつ正確な運用に向けた環境整備

令和5年度概算要求額 **14億円 (-)** ※ ()内は前年度当初予算額
 令和2年度第3次補正予算：電子処方箋管理サービス構築事業 (38.0億円)
 令和3年度補正予算：電子処方箋の安全かつ正確な運用に向けた環境整備 (9.3億円)

1 事業の目的

電子処方箋管理サービスは個人の身体・健康に関する情報を取り扱うとともに医薬品の処方に直結するという性質上、一度、不具合等の問題が発生した場合、患者をはじめとした関係者に甚大な影響が及ぶ恐れがある。令和5年1月から導入が開始される電子処方箋管理サービスについて必要なシステムの改修、システムの動作や運用に関して検証作業を実施の上、その結果をフィードバックし、全国の医療機関・薬局やそのシステムベンダ及び一般国民に対して、電子処方箋導入のための説明会や、周知広報等を実施し安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

実施主体：1は社会保険診療報酬支払基金 2、3は民間団体等で実施
 補助率 10/10

出典：厚生労働省 モデル事業概要と医療DXの取組について

■ モデル地域

電子処方箋管理サービスの運用開始に向けて、医療機関・薬局などにおける運用プロセスやトラブル・問い合わせ対応を確立するとともに、電子処方箋の活用方法の展開を行います。

期間は1年間としており、地域を限定したうえで、電子処方箋を先行して導入できる医療機関・薬局を対象に、効果的な服薬指導を実現するため、重複投薬などのチェックをはじめとした電子処方箋の運用面での検証を行います。

4

医業経営情報レポート

導入に係る補助金と申請の流れ

電子処方箋の導入には多大なコストが発生しますが、医療機関の規模によって補助金があります。また、医師や薬剤師の認証に必要なHPKIカードの発行費用についても一部助成があります。電子処方箋関係補助金については、電子処方箋管理サービスを導入するために発生した費用が対象となるため、導入後に発生したランニングコストや修理費用については補助金交付対象外となります。

■ 電子処方箋管理サービスの導入費用の補助率

電子処方箋管理システムの導入については「医療情報化支援基金」から補助があります。

補助費の上限額は導入を完了した年度によって異なり、許可病床数が200床以上の『大規模病院』が令和4年度に導入を完了した場合は162.2万円まで、令和5～6年度に導入を完了した場合は121.7万円まで補助があります。補助の対象となる事業は以下のとおりです。

補助金の申請には内訳書が必要となり、補助の対象となるかをチェックされます。

◆ 補助の対象となる事業

- ① 基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システムなどの既存システム改修にかかる費用
- ② 接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用
- ③ システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、医師、運用テスト、運用立会いなど

出典：医療情報化支援基金より抜粋

■ HPKIカードの発行費用の補助

電子処方箋システムの利用にあたって、医師や薬剤師はHPKI（Healthcare Public Key Infrastructure: 保健医療福祉分野公開鍵基盤）での電子認証が必要です。認証のために必要となるHPKIカードは、『電子処方箋導入促進のためのHPKI普及事業』により補助があります。本来は、『補助適用前発行費用』を支払うところ、『補助額』を差し引いた『補助適用後発行費用』を認証局に支払うことにより、HPKIカード発行費用の補助としています。

したがって、電子処方箋管理サービス事業の導入に係る補助金とは異なり、補助金を直接受け取ることはできません。

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:医療広告戦略

広告規制の対象者による 影響と広告に該当する媒体

**広告規制の対象者による影響と
広告に該当する媒体を教えてください。**

広告代理店等に依頼して医療広告を作成した場合も、自院の広告内容について不備がないか確認する必要があります。

広告規制に抵触する内容であれば、医療機関と広告代理店等双方が、法令上の罰則や指導の対象となる可能性があるからです。

(1) 広告代理店等に委託したケース

◆ 広告代理店等との関係

広告代理店や広告を掲載する新聞、雑誌、テレビ、出版等の業務に携わる者及びアフィリエイトターは、依頼を受けて広告依頼者の責任により作成または作成された広告を掲載、放送等するに当たっては、当該広告の内容が虚偽誇大なもの等、法や本指針に違反する内容となっていないか十分留意する必要があります。違反等があった場合には、広告依頼者とともに法や本指針による指導等の対象となり得るものである。

(2) 広告に該当する媒体とは

規制の対象となる医療に関する広告の妥当性については、以下の2点いずれの要件も満たす場合に、広告に該当するとしています。

◆ 広告の定義 ~ 医療広告ガイドラインより一部抜粋

- ① 患者の受診等を誘引する意図があること（誘引性）
- ② 医業若しくは歯科医業を提供する者の氏名若しくは名称または病院若しくは診療所の名称が特定可能であること（特定性）

また、広告の規制対象となる媒体の具体例として以下のものが挙げられています。

◆ 広告に該当する媒体の具体例

- チラシ、パンフレットその他これらに類似するものによるもの（ダイレクトメール、ファクシミリ等によるものを含む。）
- ポスター、看板（プラカード及び建物または電車、自動車等に記載されたものを含む。）、ネオンサイン、アドバルーンその他これらに類似する物によるもの
- 新聞紙、雑誌その他の出版物、放送（有線電気通信設備による放送を含む。）、映写または電光によるもの
- 情報処理の用に供する機器によるもの（Eメール、インターネット上の広告等）
- 不特定多数の者への説明会、相談会、キャッチセールス等において使用するスライド、ビデオまたは口頭で行われる演述によるもの

（出典）すべて厚生労働省 医療広告ガイドライン



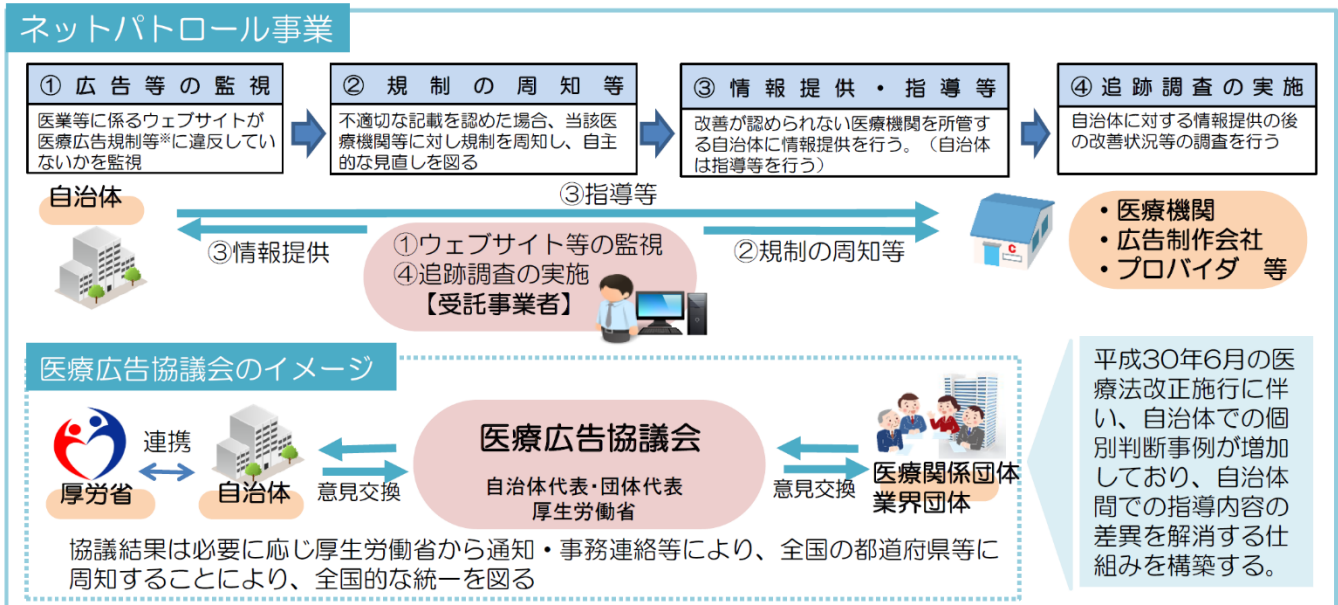
ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療広告戦略

医療機関ネットパトロール事業

医療機関ネットパトロール事業とは どのようなものでしょうか。

医療機関のホームページに起因する美容医療サービスに関する消費者トラブルが発生し続けたことから、2015年7月に消費者委員会より「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」がなされました。そのこと等を踏まえ、2017年度より厚生労働大臣の受託事業として医療機関ネットパトロール事業が開始されました。更に、2018年6月の改正医療法施行後の医療法における広告規制の改正施行後の現状を踏まえ、全国一律の基準で運用できるよう監視体制の強化を図っています。

■ 医業等に係るウェブサイトの監視体制強化のイメージ



期待される効果

ウェブサイトの監視指導体制の強化により、自由診療を提供する医療機関等のウェブサイトの適正化につなげ、消費者トラブルの減少を目指す。

※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 厚生労働省資料より

■ 医療機関ネットパトロールとは

厚生労働省では、委託事業としてインターネット上で「医療機関ネットパトロール相談室」に通報フォームを設け、うそや大げさな表示がないか、通報や情報提供を募っています。

【通報の内容～通報フォームより】

- 医療機関名（不明の場合は空欄）
- トップページ URL
- 特に気になるページ URL
- 発見日
- サイト中の気になる表示とその理由