

いよいよ始まる連携新時代 ~2024年惑星直列まであと2年~



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

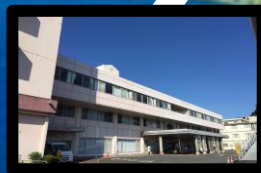
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



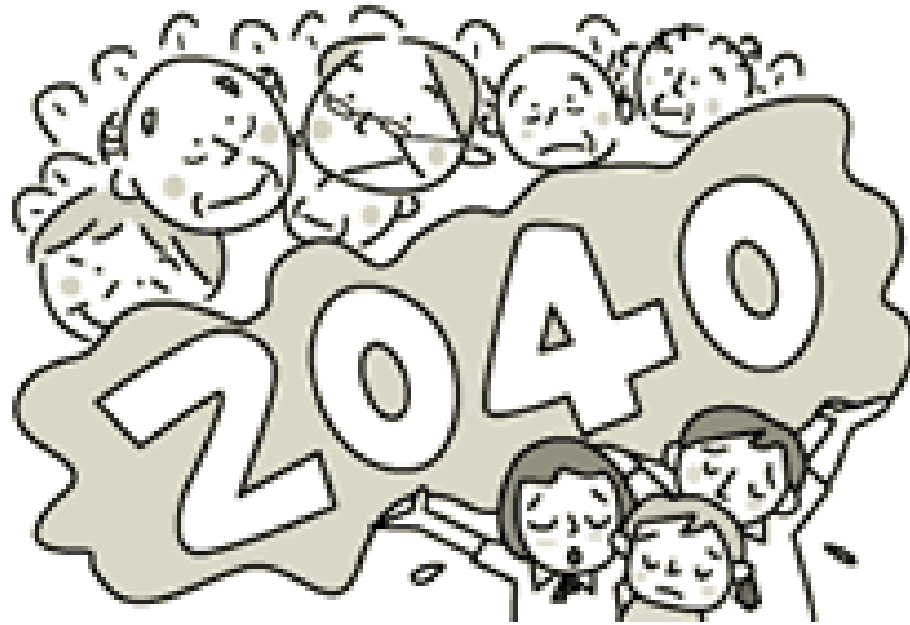
目次



- パート 1
 - 2025年、2040年問題とは？
- パート 2
 - 2024年惑星直列まであと2年
惑星直列7つのポイント
- パート 3
 - かかりつけ医の制度化

パート1

2025年、2040年問題とは？



65歳以上の高齢者の人口推移

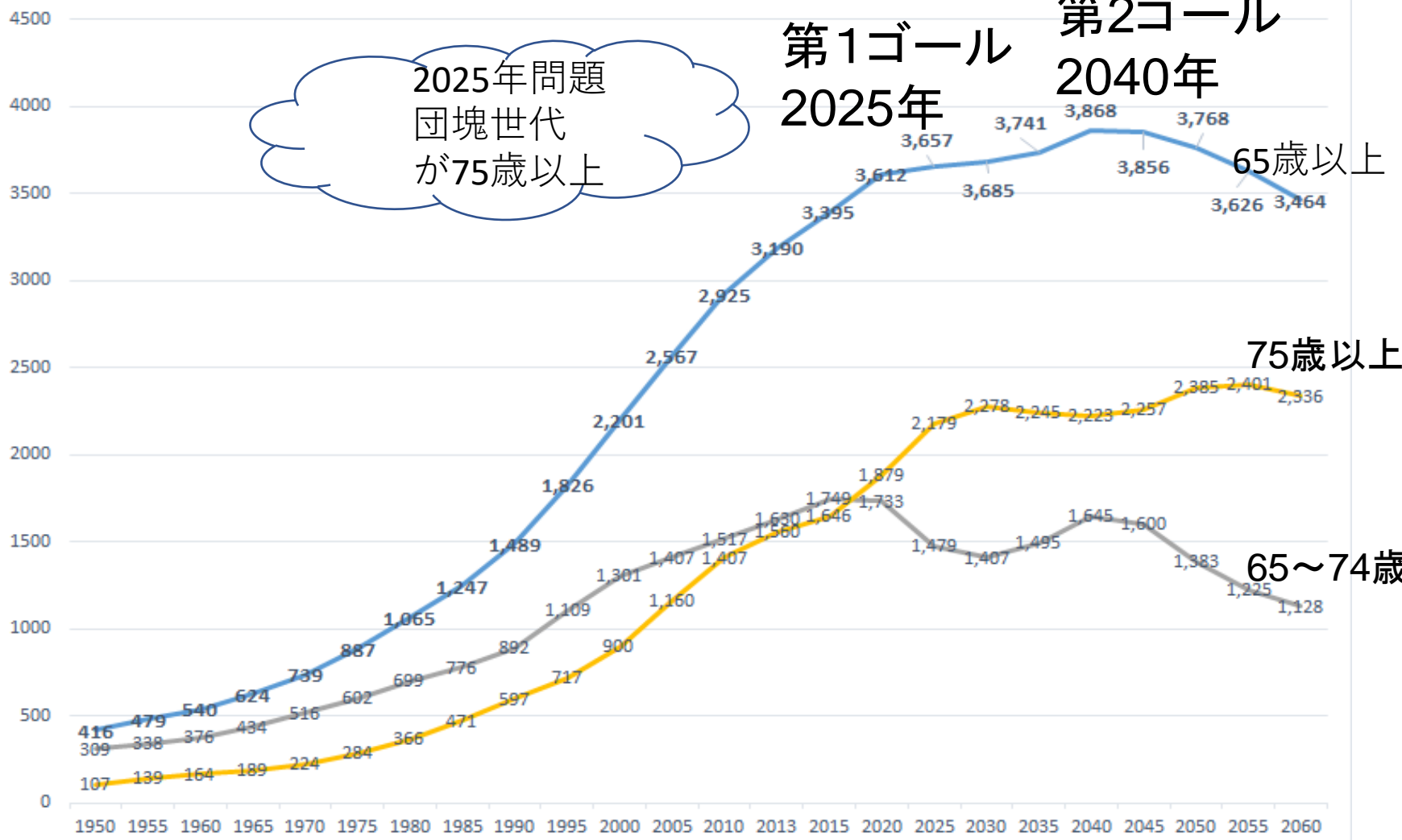
65~74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

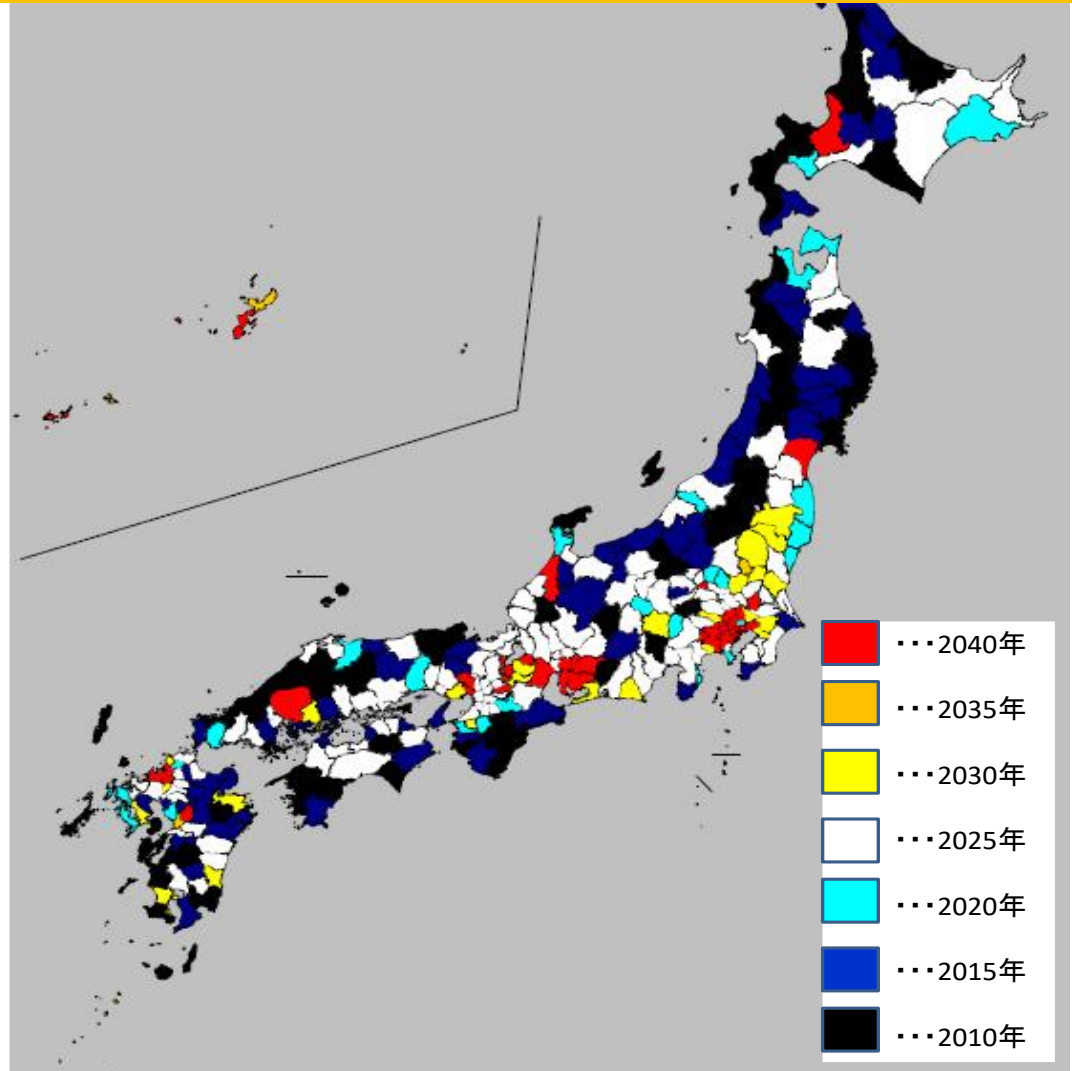
第2ゴール
2040年



高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

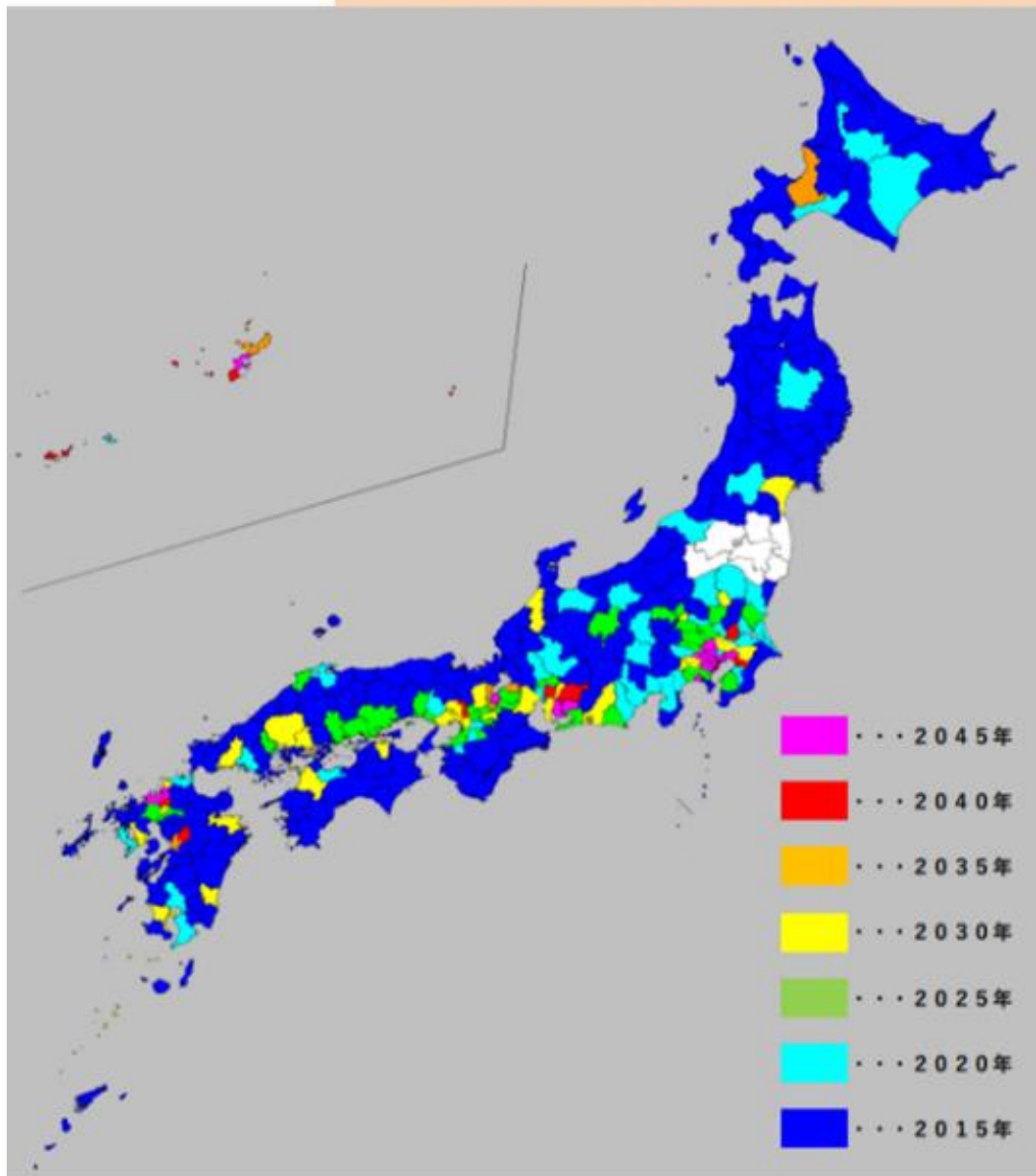
地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏、地方では
ピークを過ぎている



出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

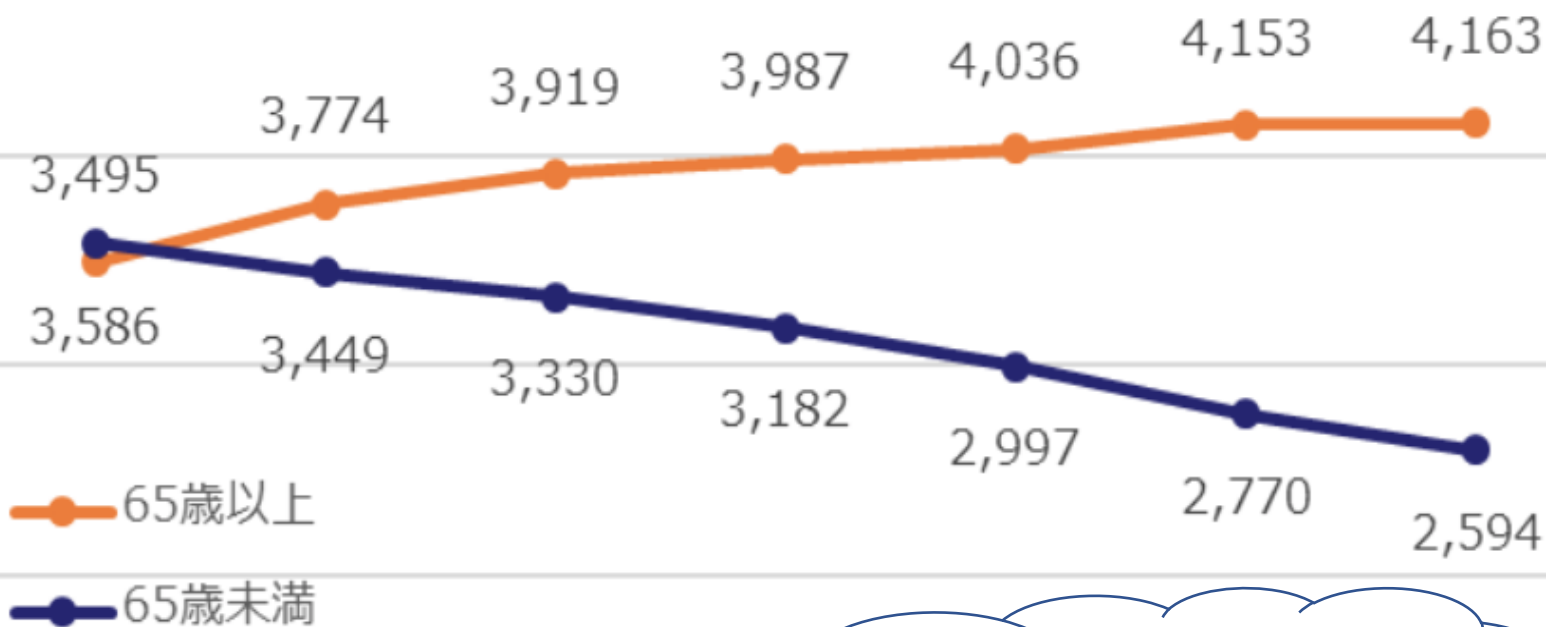
4,000

3,000

2,000

1,000

0



65歳以上

65歳未満

減るのは65歳未満の若い外来患者

2015年

2020年

2025年

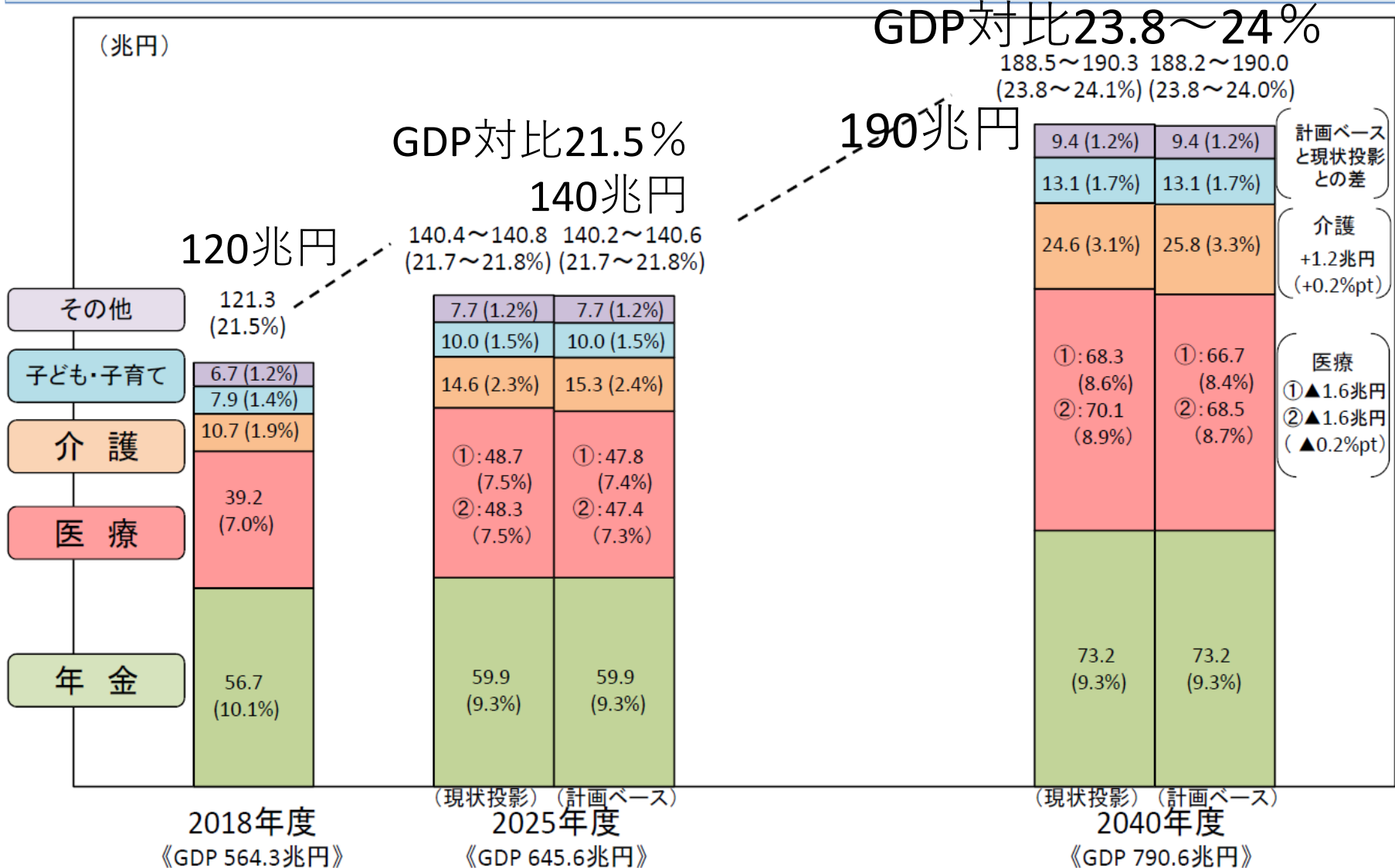
2030年

2035年

2040年

2045年

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



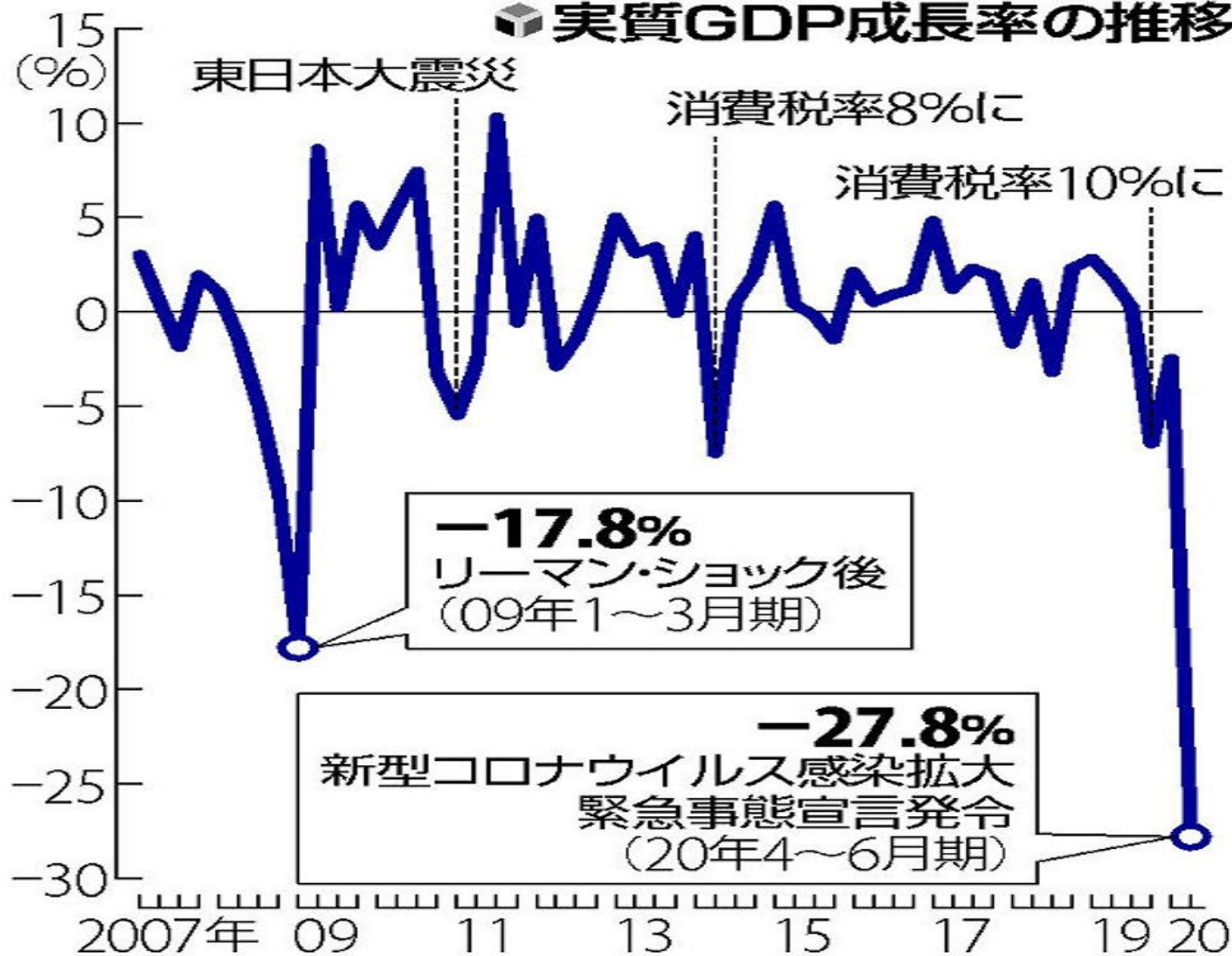
(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

でも、コロナで国の財政は
戦後最大ピンチ

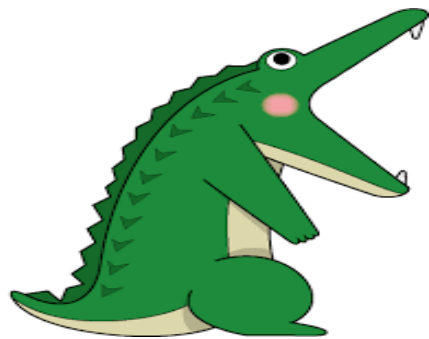


実質GDP成長率の推移



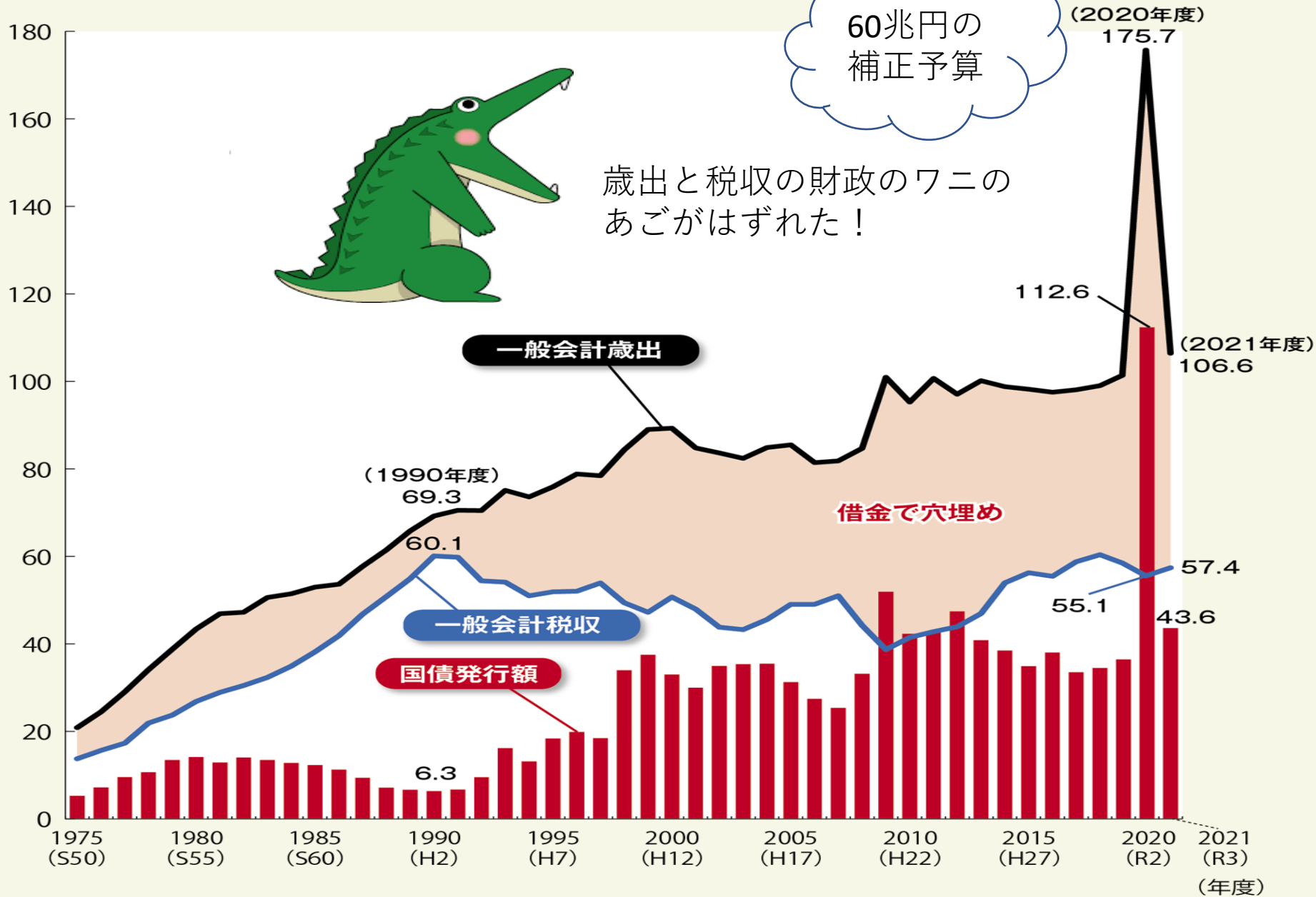
※四半期ごとの前期比増減率の年率換算

(兆円)



歳出と税収の財政のワニの
あごがはずれた！

60兆円の
補正予算



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より

年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)

団塊の世代の高齢化



2022年から
人口問題の
ワニの口が開く

(注) 出生中位、死亡中位
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

団塊ジュニアの高齢化

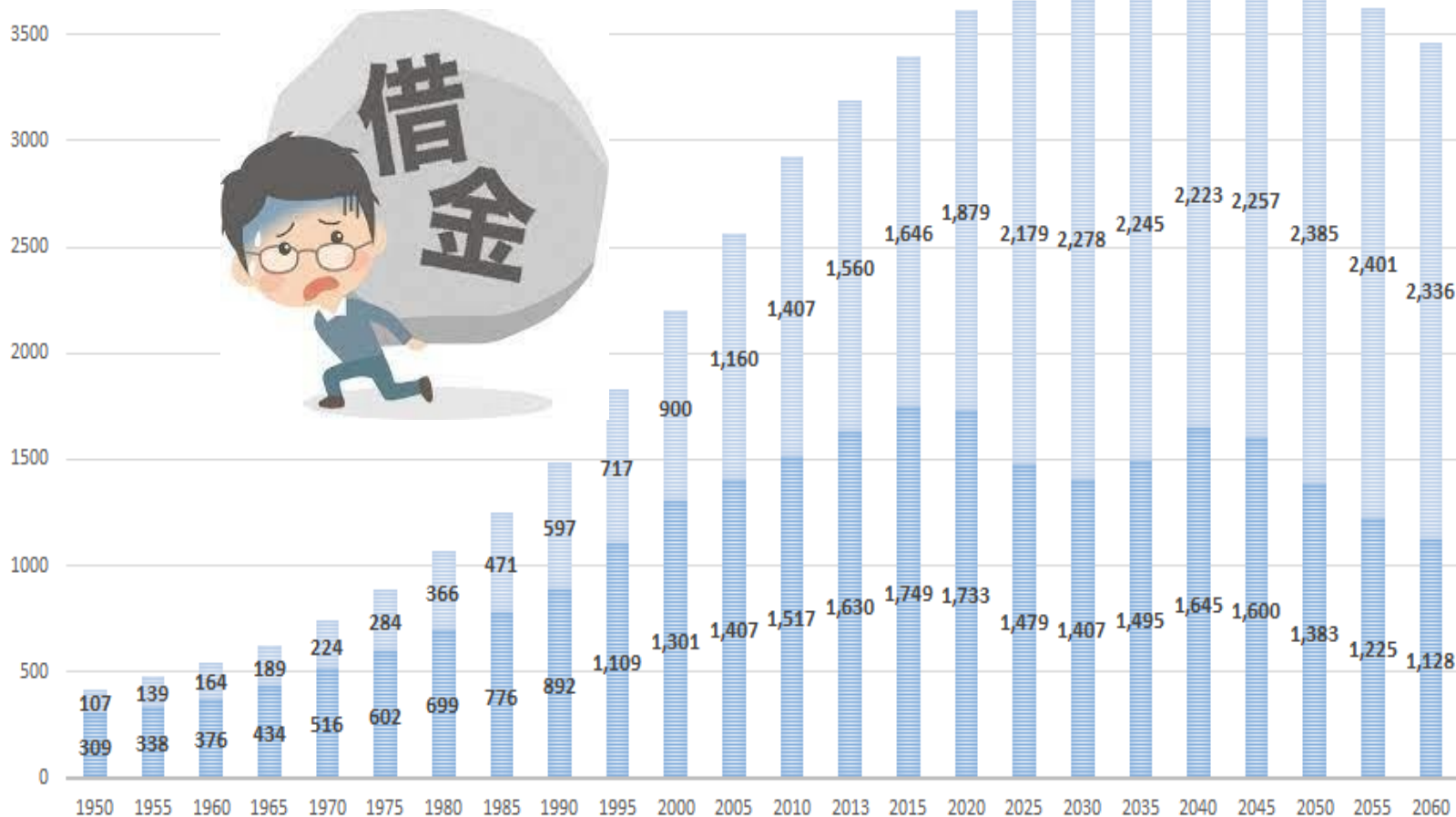
65歳以上の高齢者の人口推移

2040年

■ 65~74歳 ■ 75歳以上

万人

団塊世代の高齢化 2025年





2025年の
第1ゴールへ
向けて

2024年
医療・介護同時改定
のコーナーを曲がり
切れるか？

パート 2

2024年惑星直列の年まであと2年

第8期医療計画スタート年

診療報酬改定・介護報酬改定同時改定

働き方改革スタート年

第8期介護保険事業計画スタート年

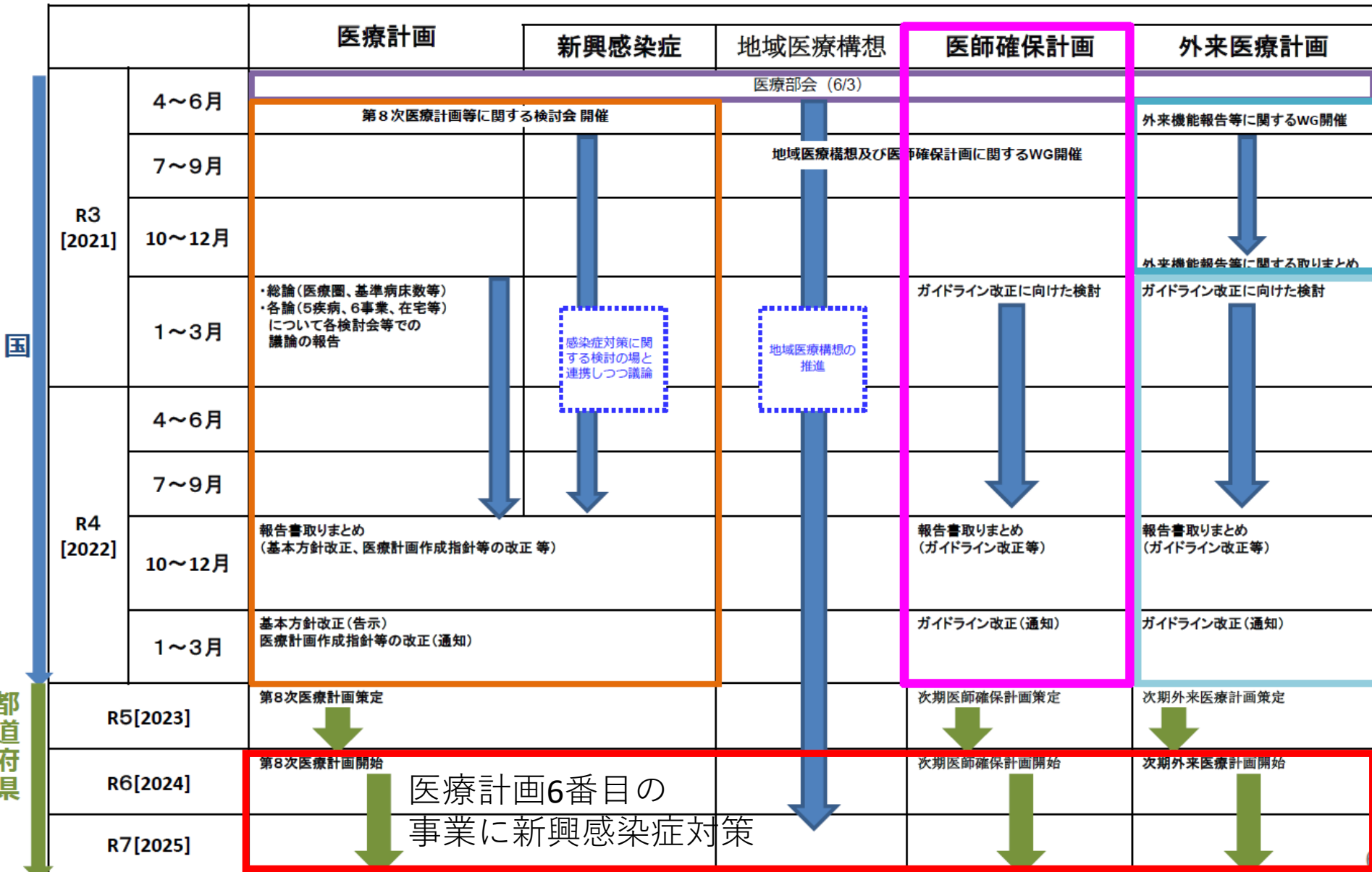
第4期医療費適正化計画スタート年

2024年惑星直列の工程表

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	
地域医療計画・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画 (中間見直し)					第9次医療計画 (見直し)								
診療報酬・介護報酬		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定	
働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の検討 					施行			(実態調査・検討)			(実態調査・検討)			(実態調査・検討)			2036.3 暫定特例水準の適用 終了目標	(この後も引き続き)
	(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討																		
	(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証																		

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

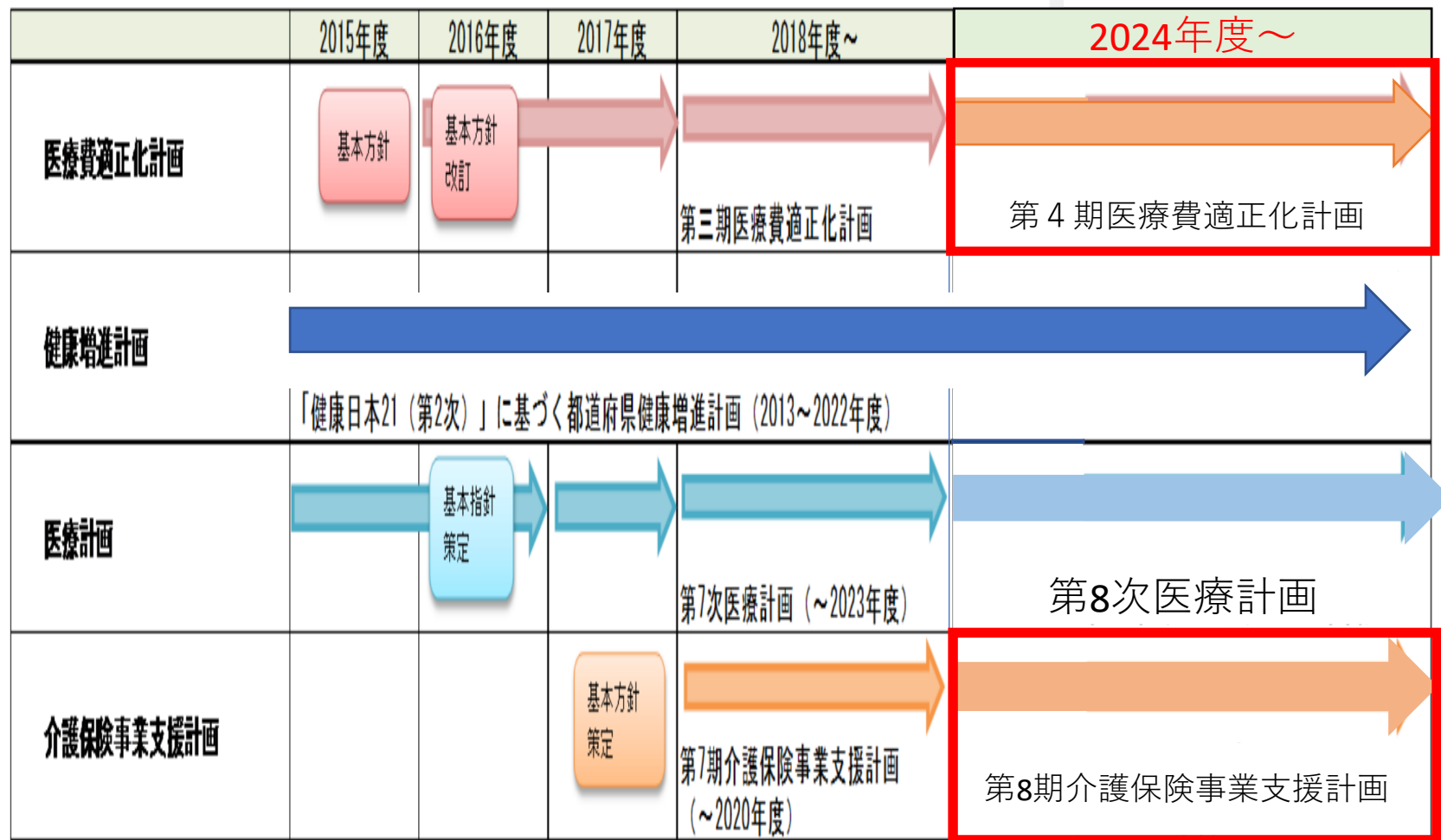
令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）



国

都道府県

図表2 直近の医療費適正化計画と密接する様々な計画



(出所) 厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

2024年はトリプル改定

診療報酬、介護報酬、障害者サービスの
同時改定年

惑星直列の7つのポイント

- ポイント1 感染防止連携
- ポイント2 医師働き方改革
- ポイント3 紹介受診重点病院
- ポイント4 デジタル連携
- ポイント5 地域医療構想
- ポイント6 地域医療連携推進法人
- ポイント7 かかりつけ医制度

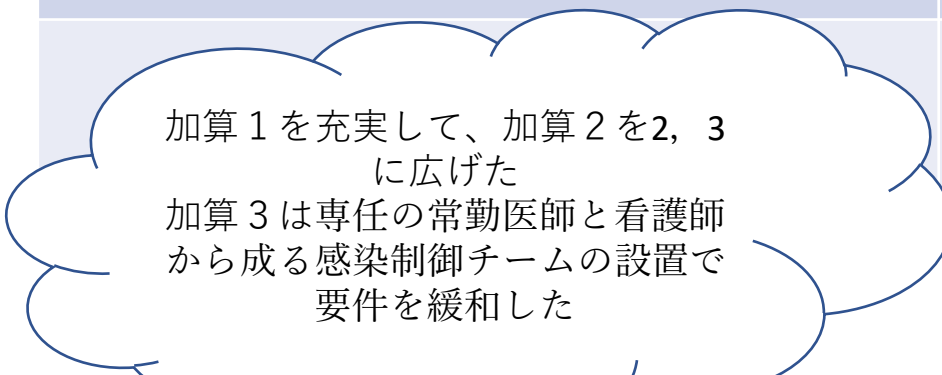
ポイント1 感染防止連携

医療から介護までの感染防止地域連携

2022年診療報酬改定 感染防止対策加算



感染対策向上加算に組み替え

現行	改定案
感染防止対策加算	感染対策向上加算
感染防止対策加算 1 390点	感染対策向上加算 1 710点
感染防止対策加算 2 90点	感染対策向上加算 2 175点
 <p>加算 1 を充実して、加算 2 を 2, 3 に広げた 加算 3 は専任の常勤医師と看護師 から成る感染制御チームの設置で 要件を緩和した</p>	感染対策向上加算 3 75点

加算の加算でさらに評価

加算の加算	対象	内容
指導強化加算	加算1取得医療機関	加算2・3取得医療機関に対し「院内感染対策にかかる助言を行う」体制を敷いている（年4回以上の助言実績が必要）ことを評価する
連携強化加算	加算2・3取得医療機関	加算1取得医療機関との連携体制（年4回以上の感染症発生・抗菌剤使用状況を報告）を評価する
サーベイランス強化加算	加算2・3取得医療機関	地域における感染防止対策に資する情報提供体制（院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）など地域・全国のサーベイランスに参加）を評価する

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

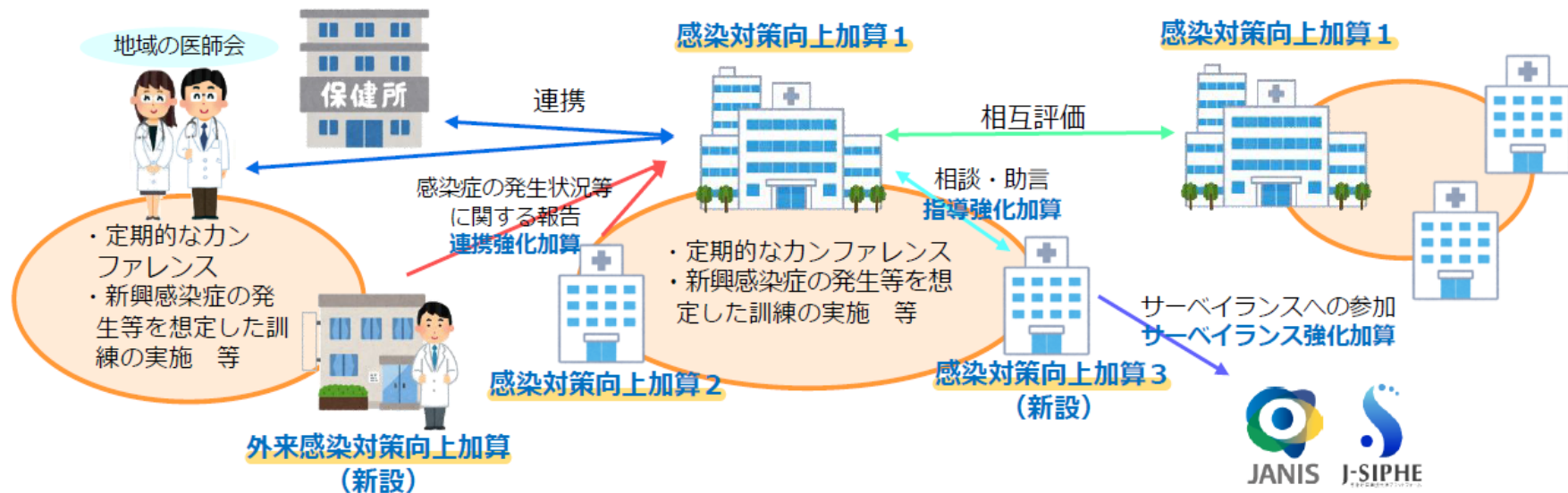
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】	(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2	感染対策向上加算 2
(新設)	感染対策向上加算 3
390点	710点 (入院初日)
90点	175点 (入院初日)
	75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



【高齢者施設】直近の週毎クラスター発生件数



※ 数字はその日付けまでの1週間の発生件数を示す。

《 厚労省の発表を基に作成 》

医療・介護の感染防止連携

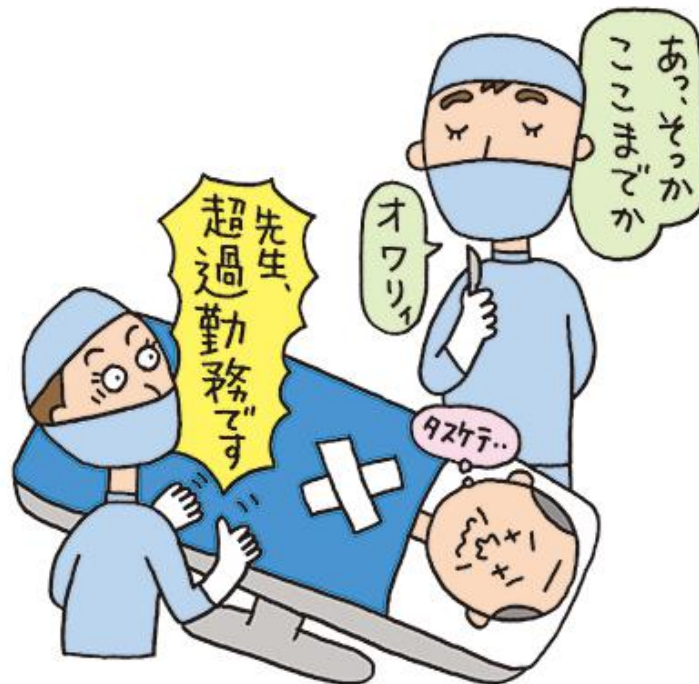
- 介護施設での感染発生時
 - 感染者発生時の医療従事者や感染管理専門家等の派遣による感染防止支援策
 - 感染発生時の応援職員派遣によるサービス継続支援。
- 軽症感染患者の介護施設での継続入所
 - 現状、介護施設ではコロナ軽症者の患者を継続入所
 - コロナ治療のための簡易陰圧室の設置
 - 感染者に対する治療薬、中和抗体投与についての介護報酬評価
- 近隣の医療機関から介護施設への医師や看護師が定期的に訪問
 - ゾーニング体制のチェックや、PPE（感染個人防護具）の装着の訓練などの研修や、感染サーベイランス支援、感染者への健康管理支援や、介護施設からの感染相談など

2024年同時改定では

ポストコロナを目指して
医療から介護までの地域感染防止対策の構築

ポイント2

医師の働き方改革



働き方改革関連法

時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



医師の時間外労働時間の上限規定

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
 - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
 - 勤務医に2024年度以降適用される水準
 - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
 - 地域医療確保暫定特例水準
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
 - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- * 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準
2035年度末までに解消

約3割
約6万人

暫定特例水準対象についても、
時間外労働が年960時間以内と
なることを目指し、さらなる
労働時間短縮に取り組む

960時間

2024年度以降適用される

水準A

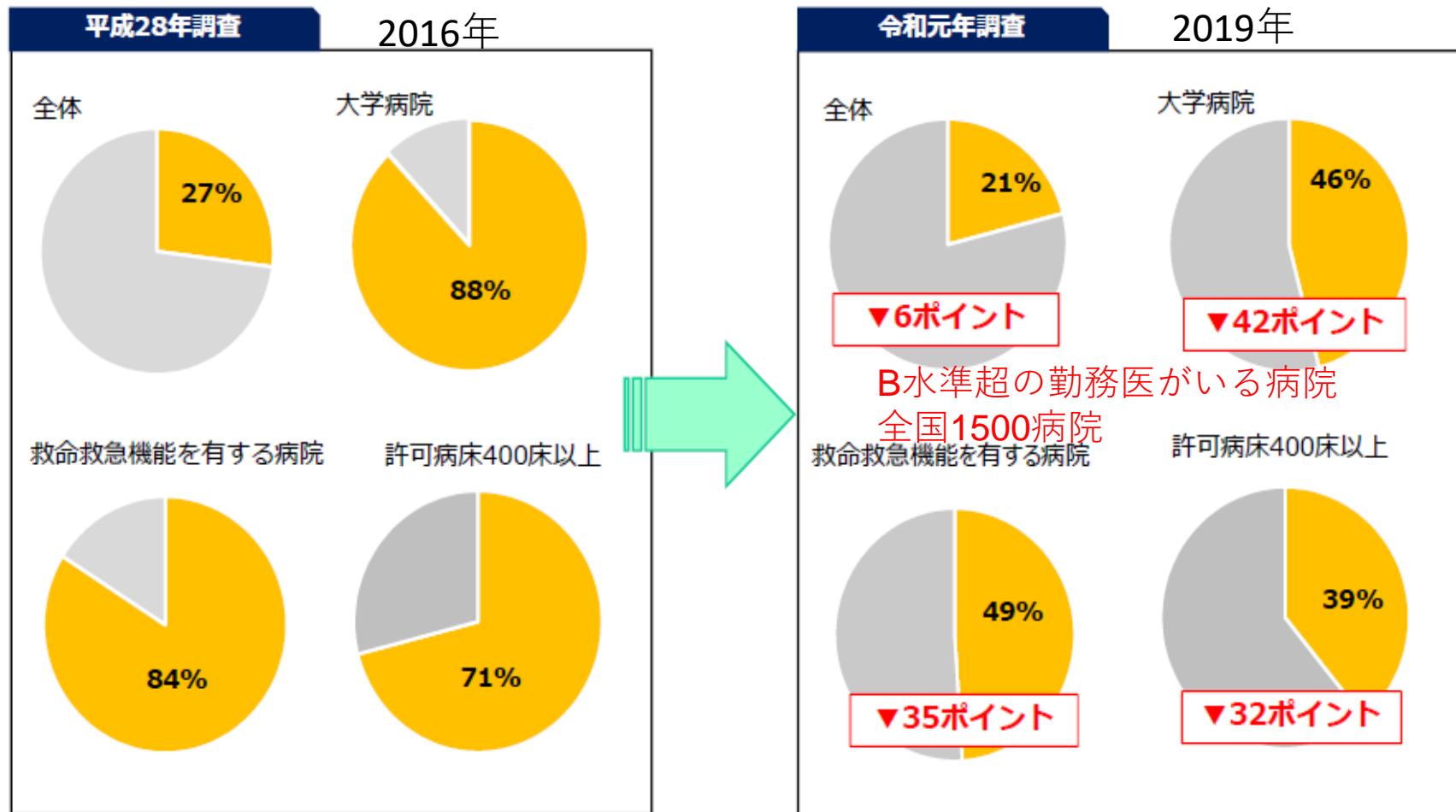
約6割
約12万人

暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



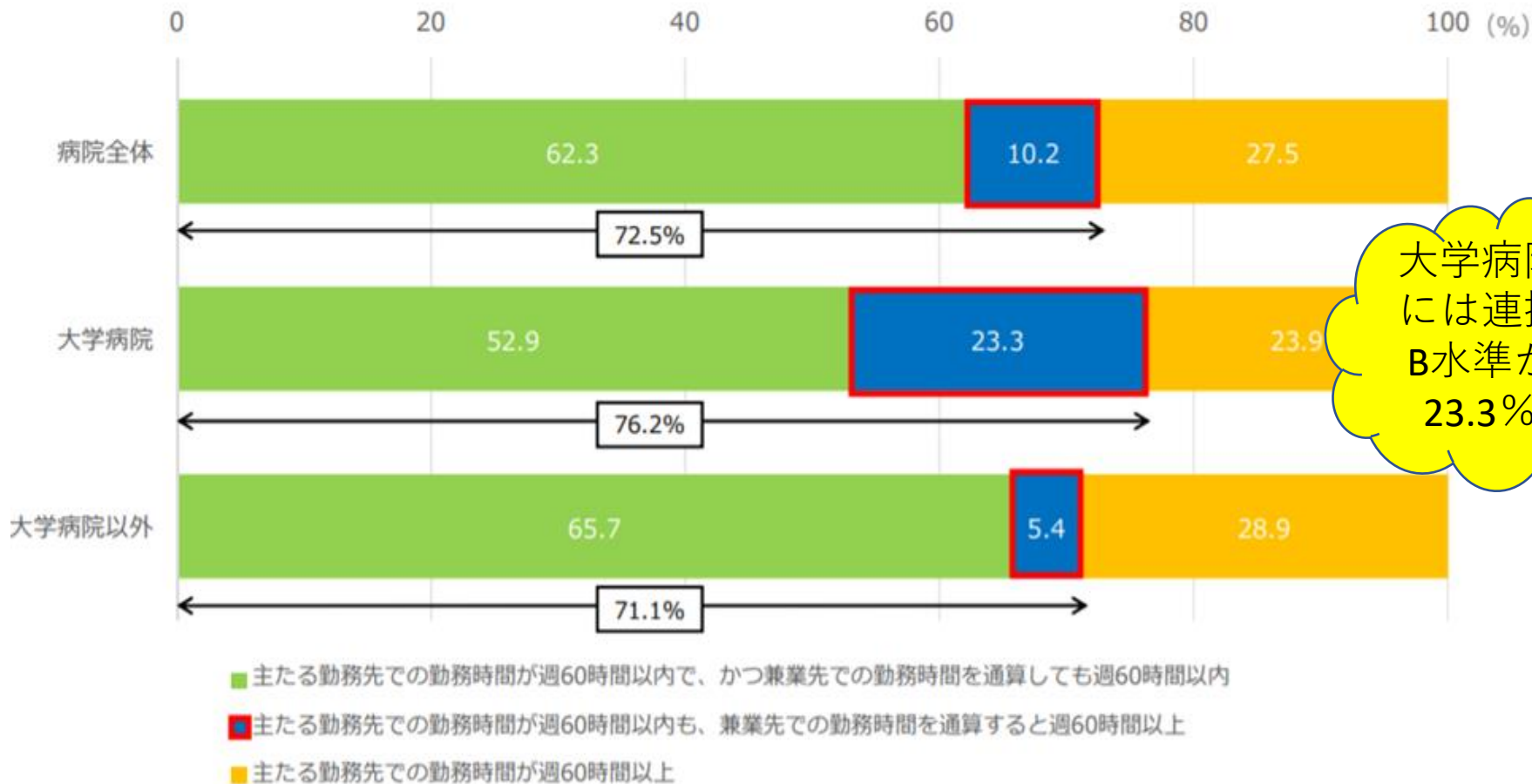
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

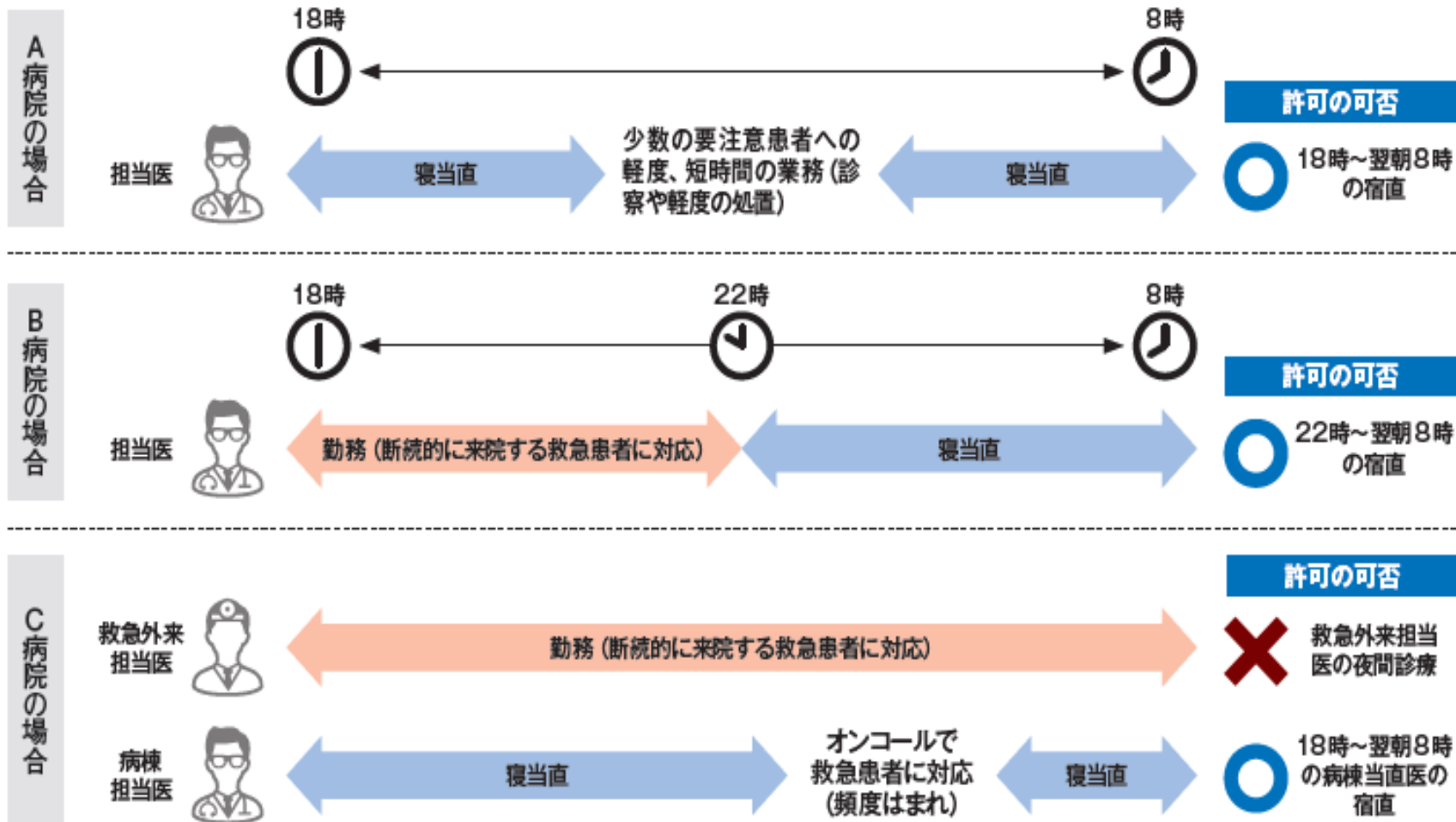


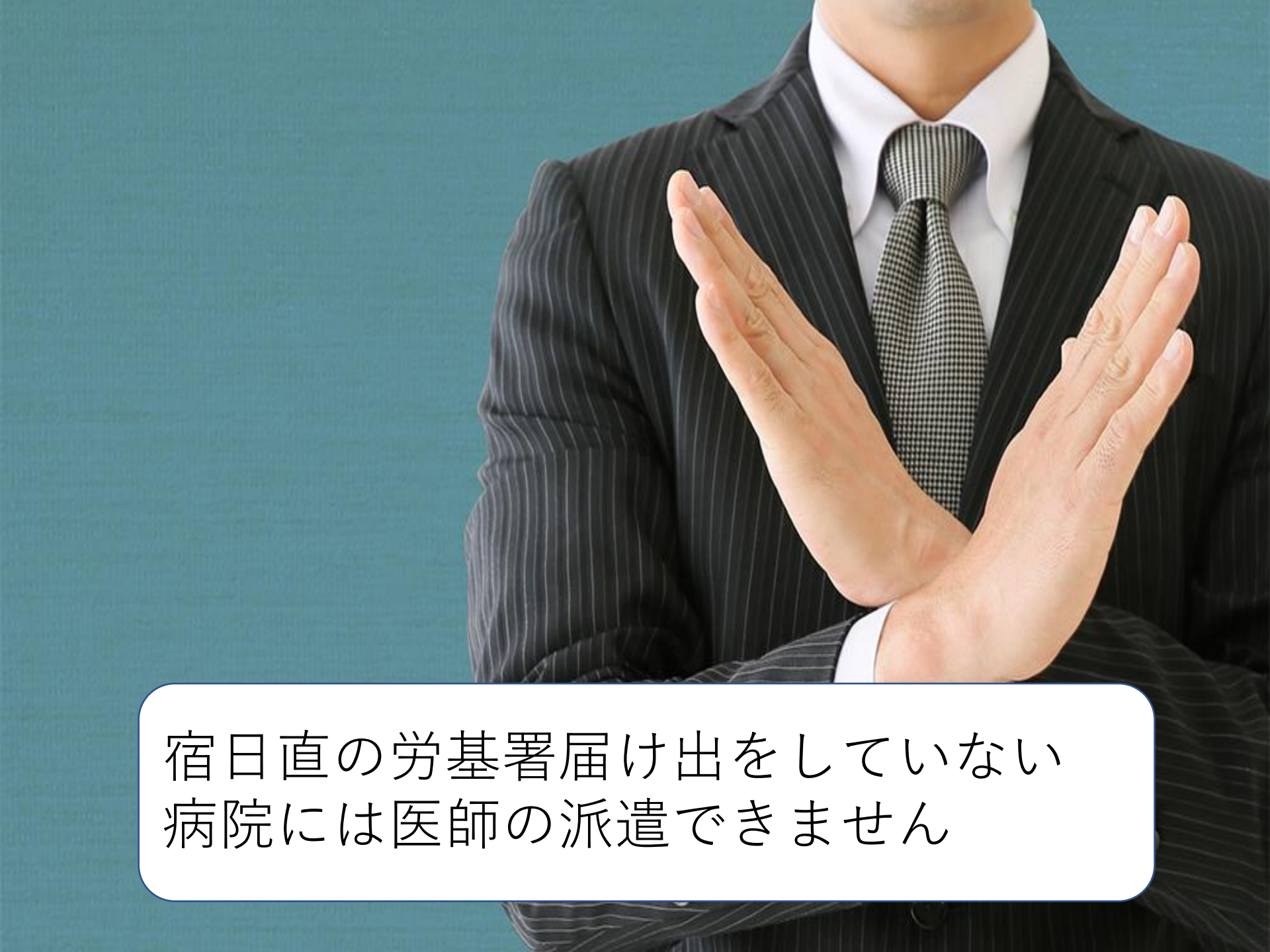
大学病院には連携B水準が23.3%

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

宿日直許可

全自病調査では353病院調査
の中で118病院（33.5%）が
許可を取得していなかった
（2022年1月）



A man in a dark pinstriped suit, white shirt, and patterned tie is shown from the chest up. His hands are raised and crossed in front of his chest in a universal 'stop' gesture. The background is a solid teal color.

宿日直の労基署届け出をしていない
病院には医師の派遣できません

【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

	%
専ら医師を派遣する病院である	4.1%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.0%
専ら医師を受け入れている病院である	83.9%
合計	100.0%

(n=3,549)

派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

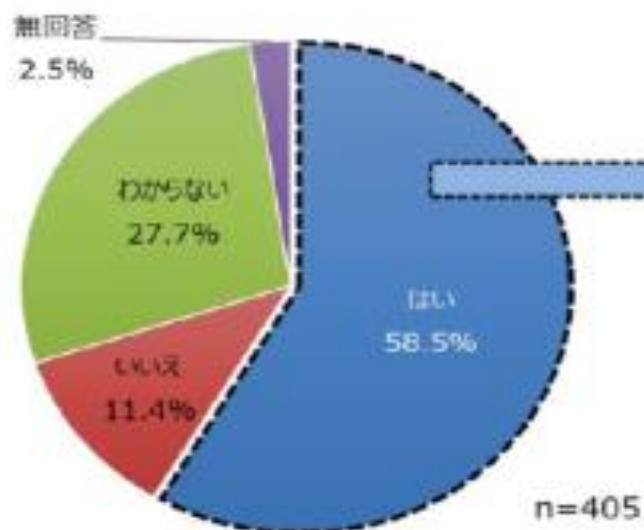
《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直
を派遣医師に
頼っている

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



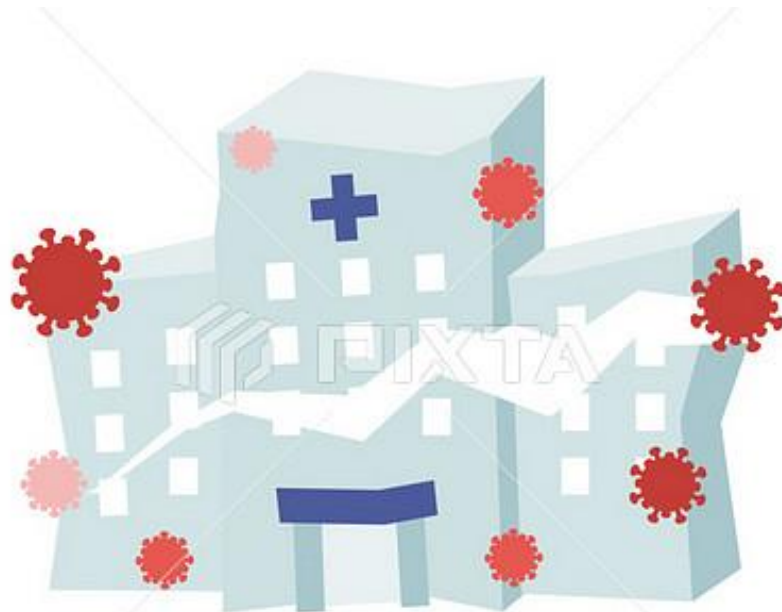
⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

n=237



働き方改革で 地域医療崩壊？



ポイント3 紹介受診重点病院



紹介受診重点病院

外来機能分化の流れのなか、
「紹介受診重点病院」
という新類型が出来た

「紹介受診重点医療機関」



2022年改定の
連携課題の最大
の目玉

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

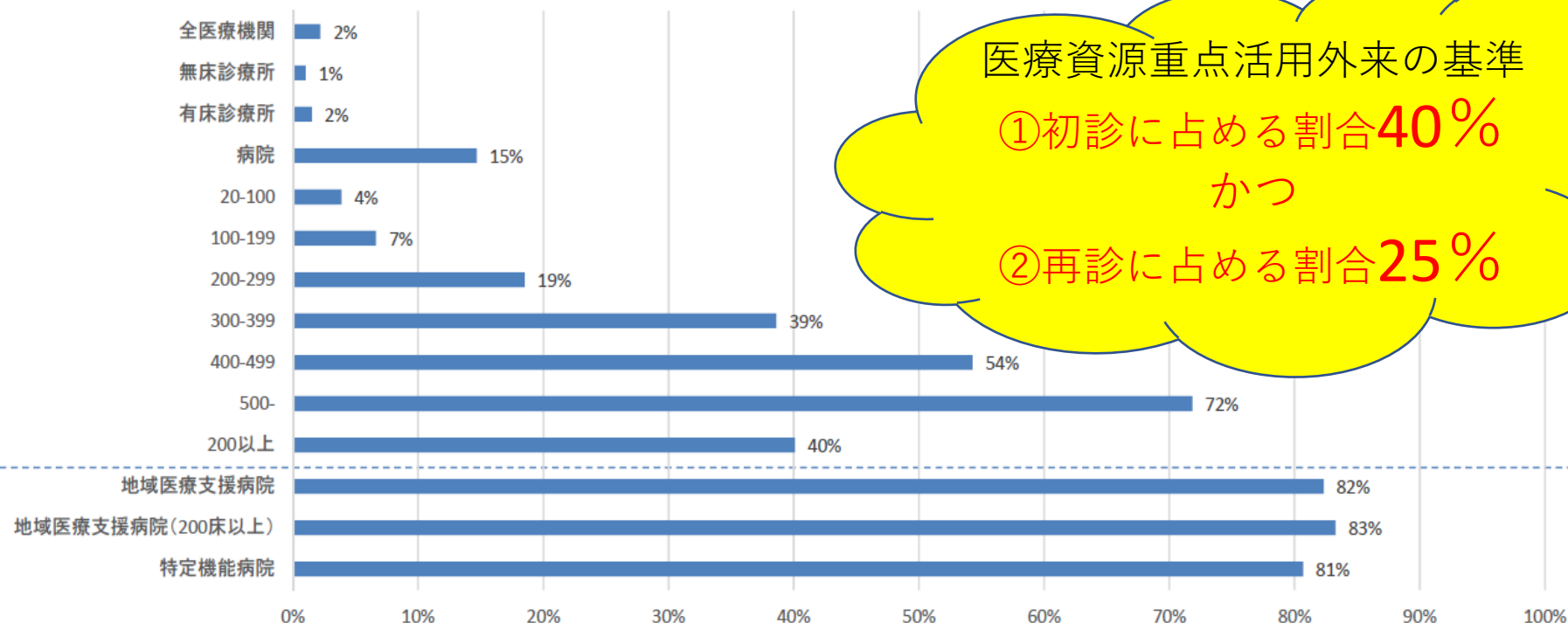
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	297 (3.5%)	369 (4.4%)	258 (3.1%)	924 (11.0%)
全体	383 (4.5%)	607 (7.2%)	842 (10.0%)	1,832 (22.0%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で666病院

200床以上一般病院688病院の40%、275病院が該当

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

「紹介受診重点医療機関」に該当する病院

種別	施設数	クリア施設数	クリア割合
大都市型	122	72	59.0%
地方都市型	180	111	61.7%
過疎地域型	53	22	41.5%
大都市型 400 床～	37	25	67.6%
200 床～ 399 床	59	37	62.7%
～ 199 床	26	10	38.5%
地方都市型 400 床～	58	49	84.5%
200 床～ 399 床	79	50	63.3%
～ 199 床	43	12	28.0%
過疎地域型 400 床～	15	9	60.0%
200 床～ 399 床	20	7	35.0%
～ 199 床	18	6	33.3%

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 (←288点) 外来診療料の注2、3 55点 (←74点)
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

「注2」にあつては、**紹介率の実績が50%未満**の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、**紹介率の実績が40%未満**の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

【新方式】

「注2」にあつては、**紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満**の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、**紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満**の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
 - リフィル処方を利用して再受診率の低減
 - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
 - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
 - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
 - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
 - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
 - 逆紹介希望患者の掘り起こし

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

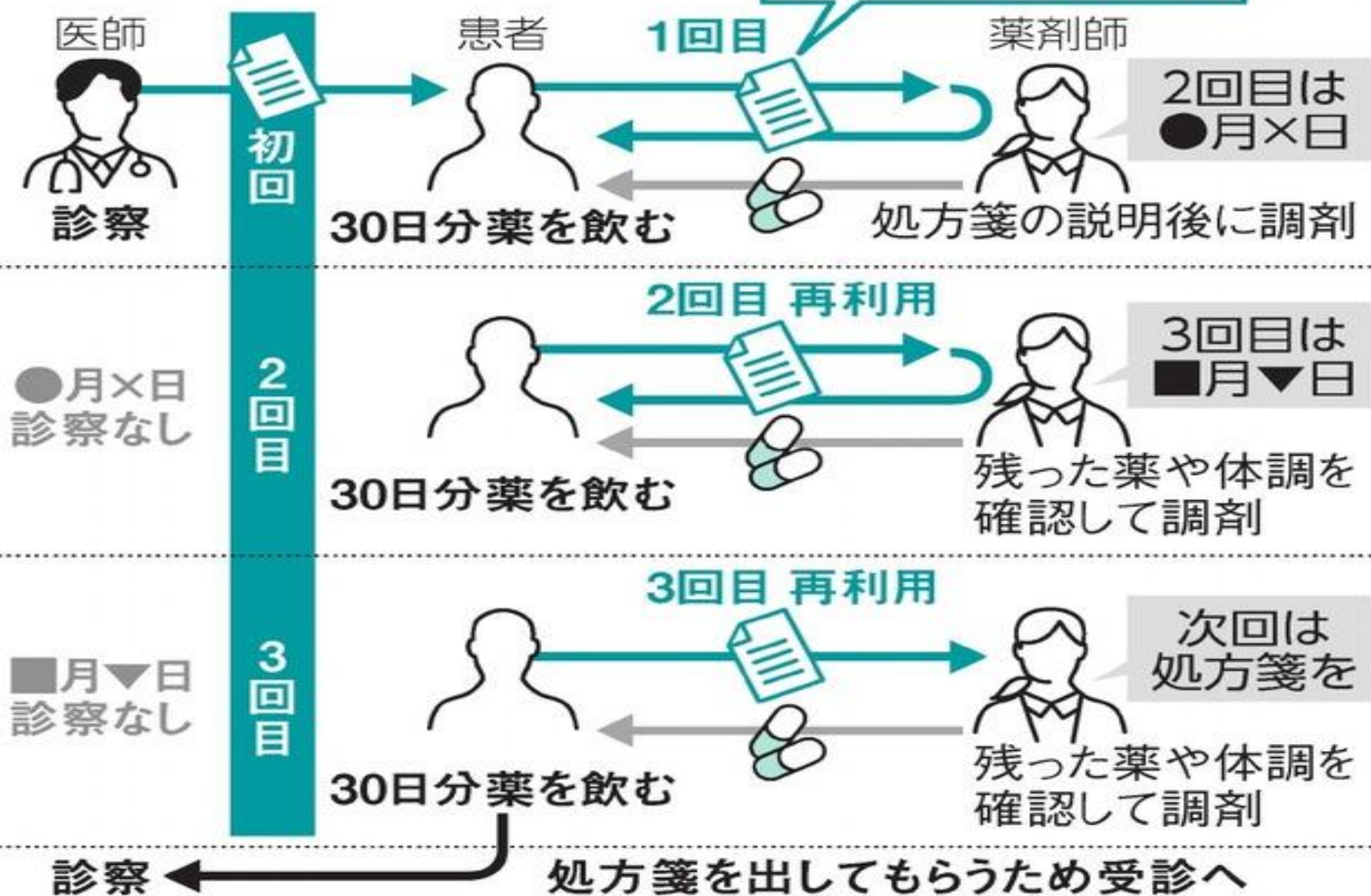
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

処方箋	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担番号	保険者番号
公費負担診療 の受給者番号	新保険者証・新保険 者番号の記号・番号
氏名	保険医療機関の 所在地及び名称
生年月日	電話番号
性別	保険医氏名
区分	新保険者 新被保険者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の 使用期間	令和 年 月 日
変更不可	(※この処方箋について、保険医療機関(ジェネリック医薬品)への変更は無し。変更があると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p> <p>保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</p> <p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
調剤年月日	令和 年 月 日
保険薬局の所在地 及び名称	公費負担診療の 受給者番号

備考	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)
	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) □1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)

リフィル処方箋のイメージ

医師が1回30日分の薬を
3回処方してよいと判断したケース



循環型地域連携パス

糖尿病連携パス、がん連携パス、急性心筋梗塞連携パス、認知症連携パス



乳がん 診察・検査予定表

手術日：20 年 月 日

手術後	1年			2年			3年							
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月					
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術病院				●			●				●			
連携先	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
乳房検査														
マンモグラフィ (MMG)				◎				◎				◎		
乳房超音波 (US)		○		○		○		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○
婦人科				○				○				○		
骨密度		○		○		○		○		○		○		○
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射														

病院再診

病院再診

病院再診

逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
 - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
 - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
 - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
 - 逆紹介パターンのデータベース化
 - Uターン (紹介元に返す)
 - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
 - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
 - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

逆紹介外来センター

- 総合診療科に逆紹介外来センターを設置
- 地域連携室と協働
 - 逆紹介先を探し
 - 多科診療の患者の処方箋整理
 - 逆紹介状の作成など
- 逆紹介先データベースの作成
 - 診療所診療機能
 - 逆紹介パターンの把握



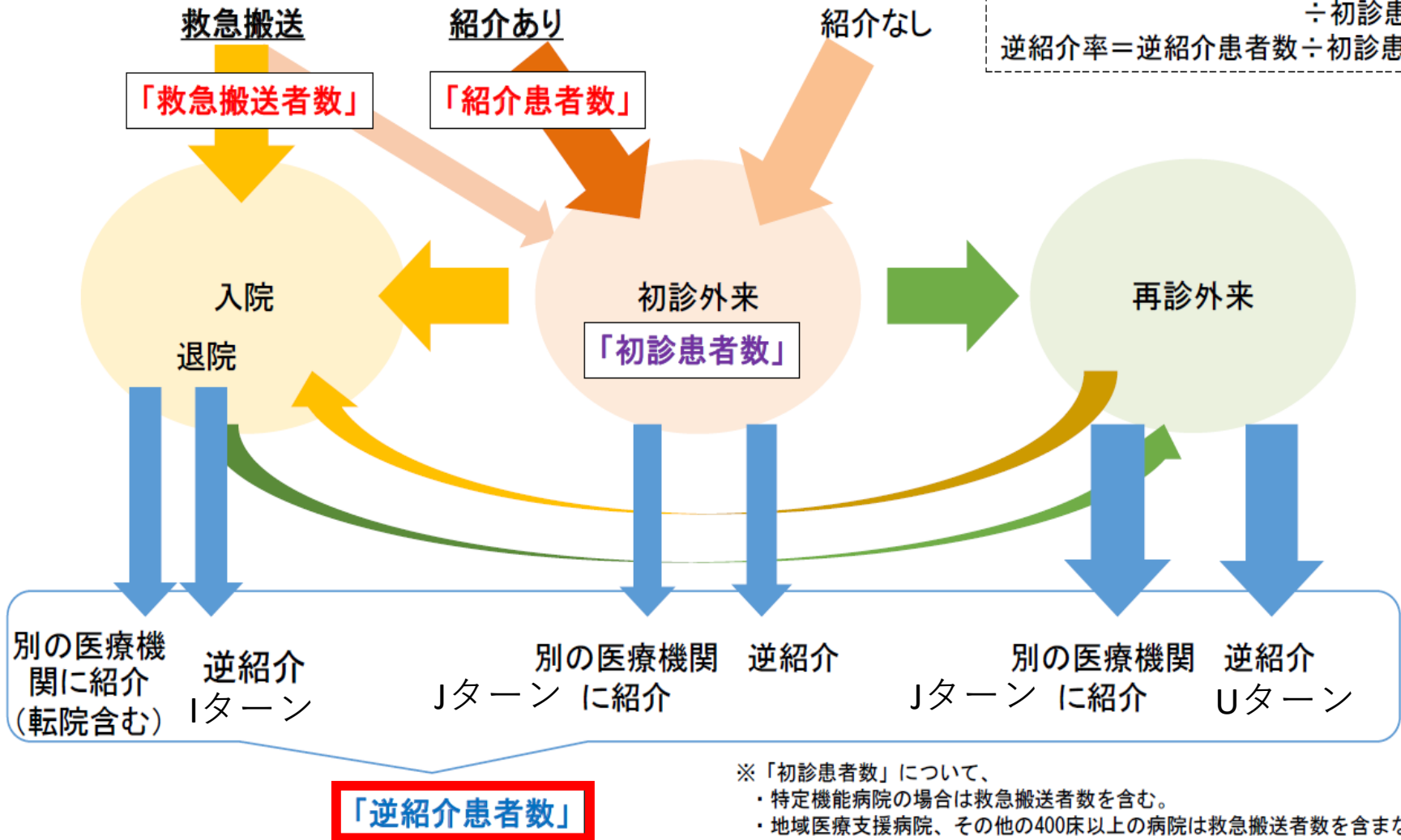
関西医科大学附属病院
総合診療科・地域医療連携部

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) \div \text{初診患者数}$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数}$$

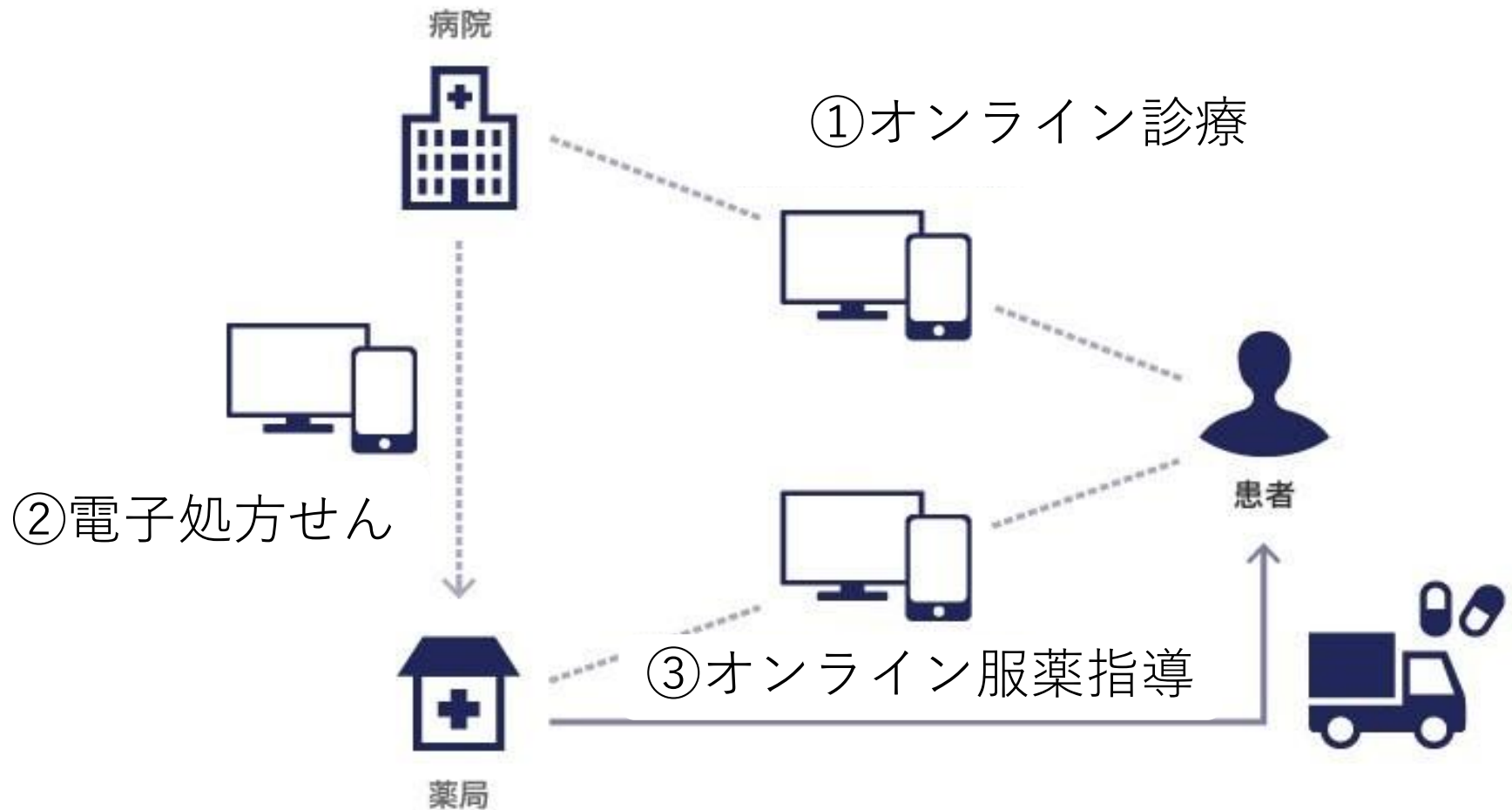


※ 「初診患者数」について、
 ・ 特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
 ・ 地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 37

ポイント4 デジタル連携

- ①オンライン診療
- ②電子処方せん、
- ③オンライン服薬指導

デジタル完結3点セット



ポイント① オンライン診療



規制改革推進会議が オンライン初診を突破



- 2020年4月、コロナ渦の中で、感染リスクを避けるため、現在は認められていない初診患者に対する診療実施などを厚生労働省に求めた。
- 「初診からオンライン診療を認めれば、通院を省け、患者も医療従事者も院内感染から守れる」
- 4月2日、規制改革推進会議の特命タスクフォースは、しぶる厚労省、医師会置き伏せて「オンライン診療初診」を突破した。

記者会見する規制改革推進会議の小林議長

事務連絡
令和2年4月10日

各
〔都道府県
保健所設置市
特別区〕
衛生主管部（局） 御中

新型コロナ感染拡大で
4月10日通知

**オンライン
初診解禁！**

厚生労働省医政局医事課
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の
時限的・特例的な取扱いについて

今般、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（令和2年4月7日閣議決定）において、「新型コロナウイルス感染症が急激に拡大している状況の中で、院内感染を含む感染防止のため、非常時の対応として、オンライン・電話による診療、オンライン・電話による服薬指導が希望する患者によって活用されるよう直ちに制度を見直し、できる限り早期に実施

オンライン診療の 恒久化を



「オンライン診療」原則解禁
電話でなく映像で

2020年10月9日

河野行革担当相 オンライン診療

平井デジタル相、田村厚労相と会談
→初診も含めて原則解禁など合意

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	初診料 (情報通信機器を用いた場合)	251点
(新)	再診料 (情報通信機器を用いた場合)	73点
(新)	外来診療料 (情報通信機器を用いた場合)	73点

初診は対面の87%、
再診は100%

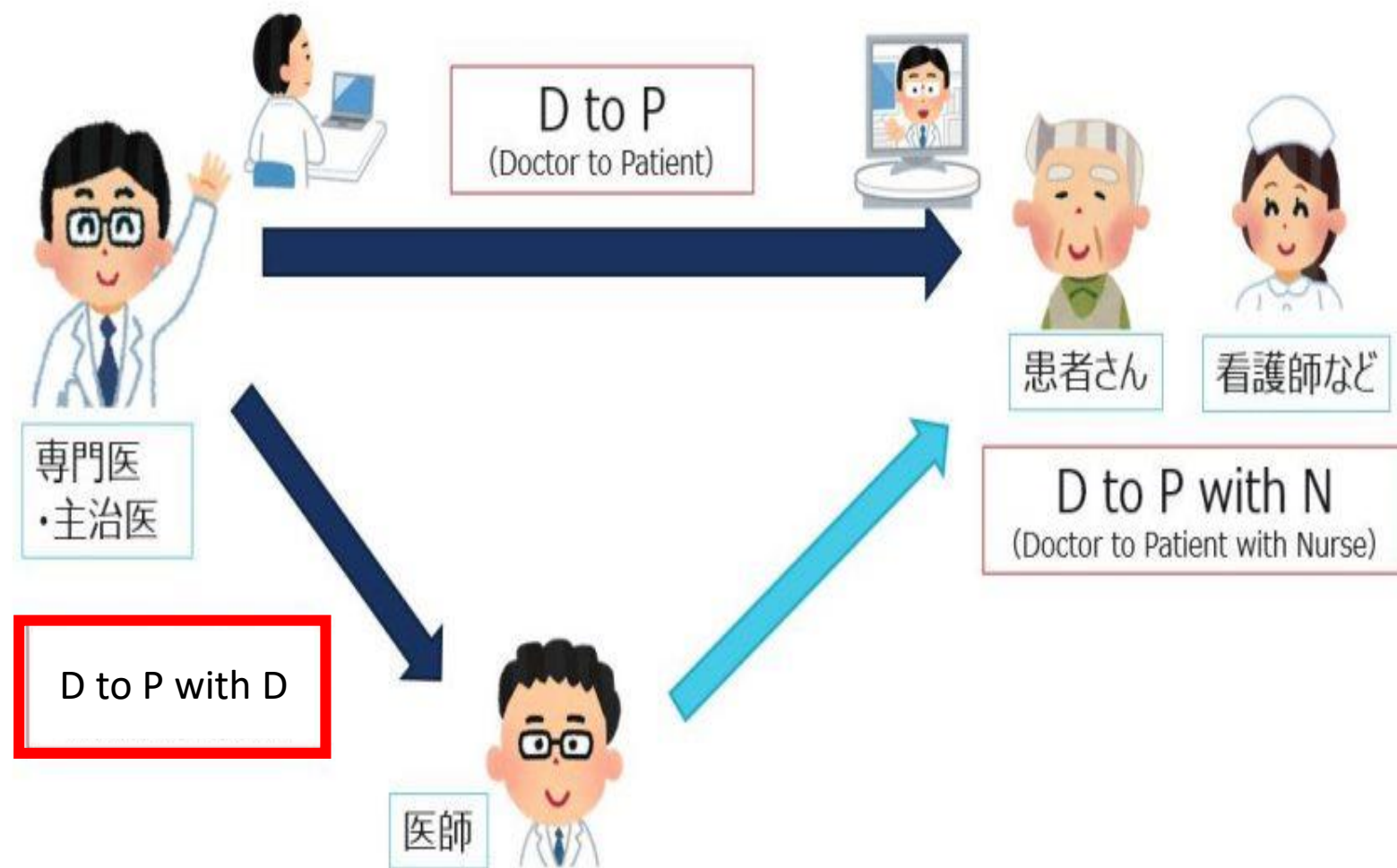
[算定要件] (初診の場合)

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) (8) 略

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

遠隔連携診療料



ポイント② 電子処方せん



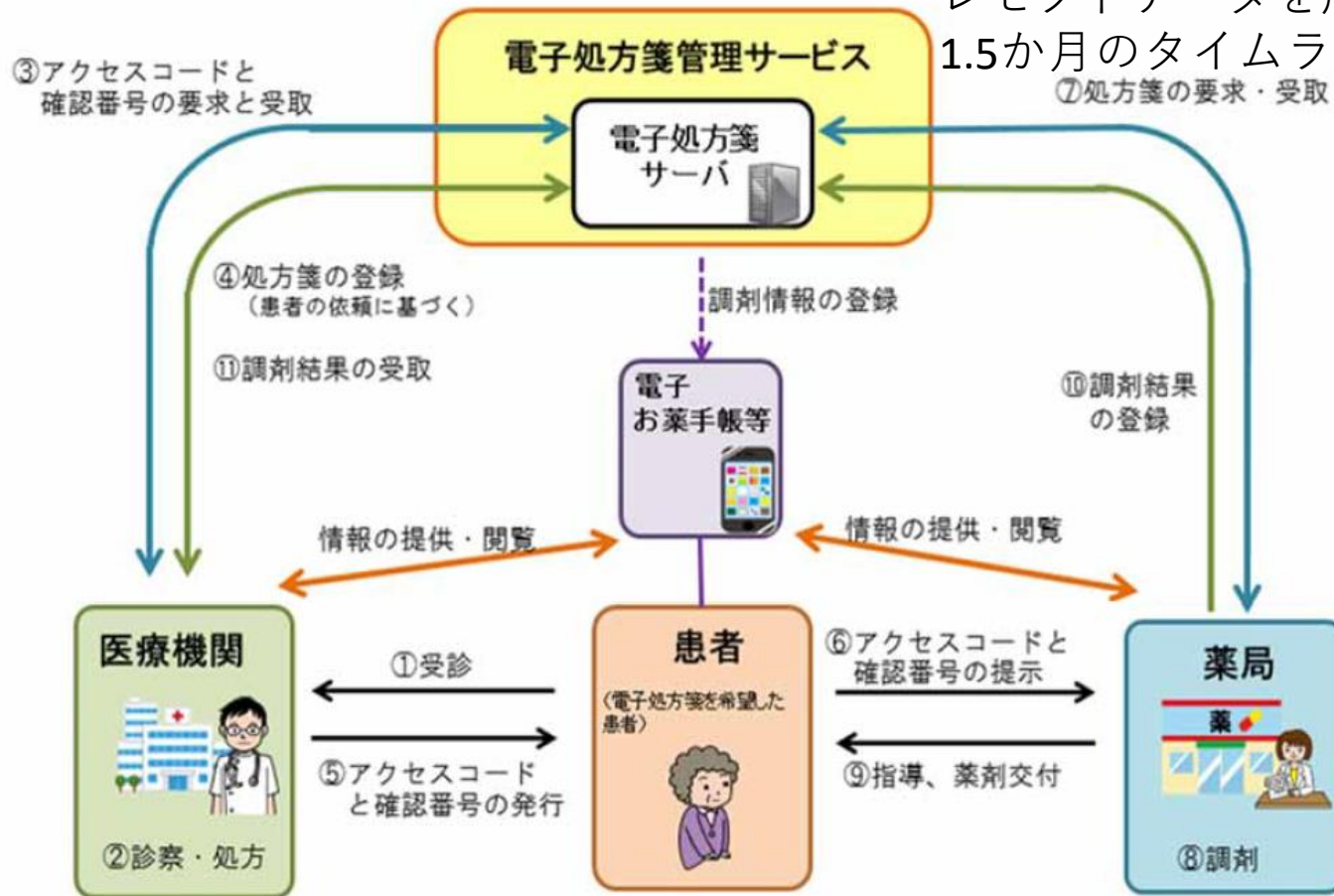
電子処方せん議論は10年以上も前から、でも一向に実現しない
これがデジタル後進国日本の現状！



健康・医療・介護情報の利活用に関する検討会
座長森田朗（津田塾大教授） 2020年3月

電子処方箋管理サービスは支払基金、 国保連のサーバを使用する

レセプトデータを用いているので
1.5か月のタイムラグがある



2023年より
電子処方せんスタート

③オンライン服薬指導

薬機法に基づく服薬指導と4月10日通知

オンライン服薬指導の経緯

- オンライン服薬指導については、長らく対面での服薬指導が義務付けられていた。
- 2015年の日本再興戦略
 - 「特例として国家戦略特区でのテレビ電話を活用した服薬指導が可能になるよう、法的措置を取る」という方針が明記された。
- 2018年国家戦略特区での実証実験
 - 愛知県、兵庫県養父市及び福岡市におけるテレビ電話による服薬指導の実証実験が行われた。
- 2019年12月改正薬機法
 - 「服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定」
 - 2020年9月1日に施行されることになった。
- 2020年4月10日通知
 - 新型コロナによる0401通知で時限的・特例的措置

事務連絡
令和2年4月10日

各
〔都道府県
保健所設置市
特別区〕
衛生主管部（局） 御中

新型コロナ2020年4月に
4月10日通知

厚生労働省医政局医事課
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の
時限的・特例的な取扱いについて

今般、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（令和2年4月7日閣議決定）において、「新型コロナウイルス感染症が急激に拡大している状況の中で、院内感染を含む感染防止のため、非常時の対応として、オンライン・電話による診療、オンライン・電話による服薬指導が希望する患者によって活用されるよう直ちに制度を見直し、できる限り早期に実施

薬機法

4月10日通知

処方箋の種類	<p>外来診療 × 在宅診療（初診は×） オンライン診療（初診は想定していない）</p>	<p>基本的に全て○ （一部例外の症例あり）</p>
服薬指導の実施	<p>初回は×（対面のみ） 継続した処方では、対面とオンラインを組み合わせて実施</p>	<p>制限なし</p>
通信方法	<p>映像と音声の両方（音声のみは不可）</p>	<p>音声のみ（電話）も可</p>
薬剤師	<p>原則として同一の薬剤師が実施</p>	<p>かかりつけ薬剤師・薬局など、患者の居住地にある薬局が行うことが望ましい</p>
薬剤の種類	<p>従前に処方したことがある薬剤と同一薬剤である</p>	<p>要件なし（ただし、医師の処方制限あり）</p>
調剤の取り扱い	<p>処方箋原本の到着をもって調剤が可能</p>	<p>医療機関からのファクシミリ情報などで調剤可能。処方箋原本は医療機関より事後送付。</p>

オンライン服薬指導の恒久化

- 2020年12月の規制改革推進会議と国家戦略特別区域諮問会議の合同会合
- 「オンライン服薬指導の恒久化」は2021年夏を目途にその骨格を取りまとめた上で、実施に向けた取り組みを進めるとしている。
- その際、安全性と信頼性をベースとし、時限的措置において明らかとなった課題や患者の利便性等を踏まえ、恒久化の内容について、具体的なエビデンスに基づき検討を行うとしている。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

- 外来診療を受けた患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

対面の
100%

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算※は算定できない。

※ 麻薬等加算、乳幼児服薬指導加算、吸入薬指導加算 等

[施設基準]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準
 - (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一分以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの

原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの



改定後

【服薬管理指導料】

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合

- イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者 45点
- ロ イの患者以外の患者 59点

[算定要件]

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、イの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、ロにより算定する。

※ 服薬管理指導料の加算については、要件を満たせば対面による服薬指導を行った場合と同様に算定可能

[施設基準]

(削除)

(削除)

2024年診療報酬改定

デジタル完結3点セットに
診療報酬評価が始まる
デジタル完結3点セット元年

ポイント5 地域医療構想



千葉県地域医療構想調整会議

病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「**急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療**」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

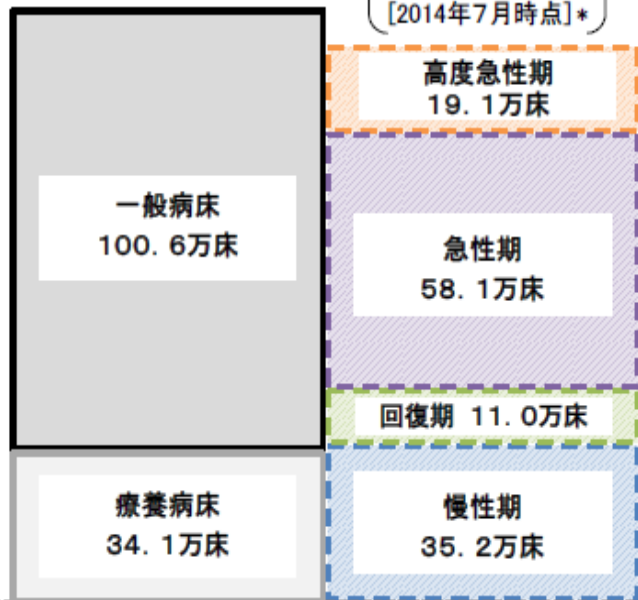
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

津軽地域保健医療圏における 中核病院の整備について

国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の
統合合意に至る経緯と課題について



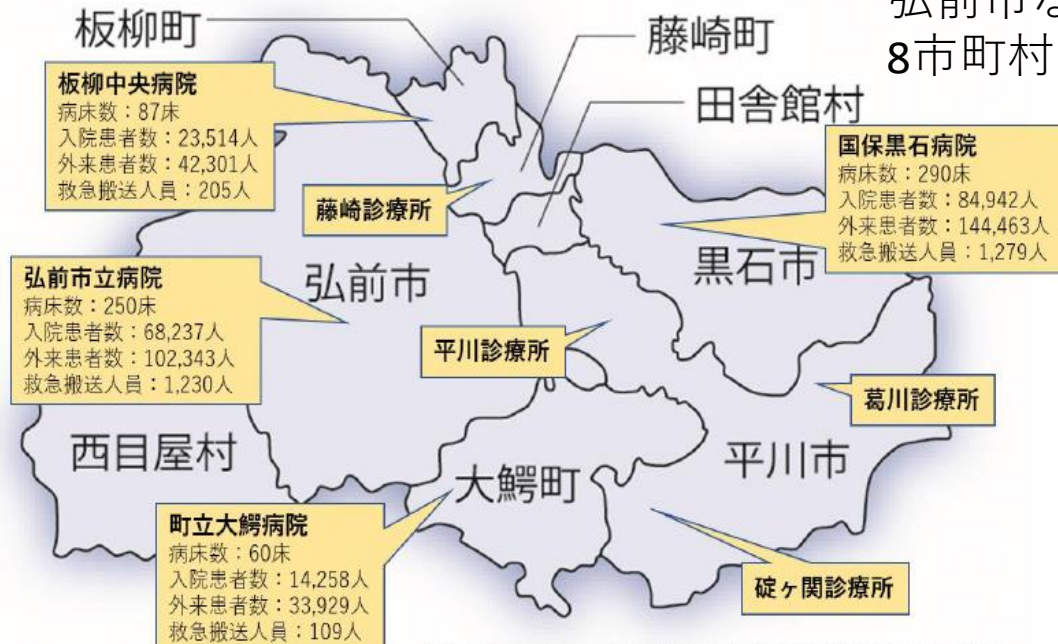
平成31年3月20日

第20回地域医療構想に関するワーキンググループ

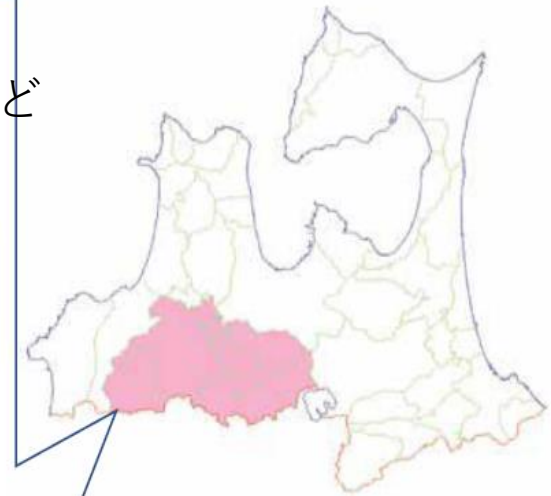
中核病院整備の必要性と背景

津軽地域保健医療圏における自治体医療機関の状況

弘前市など
8市町村



注) 入院・外来・救急搬送の各患者数はH24年度の実績



津軽地域保健医療圏
面積：1,597.73km²
人口：305,342人
※平成22年国勢調査

- ◆ 各自治体病院において医師不足が常態化していることで、二次救急医療においても輪番体制を維持することが大変厳しい状況となっている。
- ◆ 診療科の偏在により、単独の病院での自己完結型の医療提供が困難な状況もあり、病院の健全経営が大きな課題となっている。

津軽圏域 8 市町村による中核病院整備の検討

平成22年12月

「弘前圏域定住自立圏構想連携施策検討会議」において、自治体病院を再編成して中核病院を整備する案が黒石市より提案される。

平成24年10月

自治体病院を開業している弘前市・黒石市・板柳町・大鰐町の4市町で、病院の診療機能の再編成等について、青森県や弘前大学の助言を得ながら意見交換を進める。

<平成25年1月から、圏域内8市町村での協議を目指す → 平成26年2月に全市町村合意>

平成26年3月

2014年3月

津軽圏域の4自治体病院の機能再編による中核病院整備について概ね合意し、津軽地域保健医療圏自治体病院機能再編成推進協議会（以下「再編協議会」。）を8市町村で設立。

平成26年6月

2014年6月

医療介護総合確保推進法の成立により、各県における地域医療構想の策定等

地域医療構
想で自治体
の再編協議
中止

平成27年3月

2015年3月

青森県が平成27年度中に地域医療構想を策定するとしたため、再編協議会の協議を中断し、地域医療構想の策定を待つことを市町村長間で合意。 → **事実上、協議を中止。**

青森県地域医療構想とその具体的方策

平成28年3月

青森県が地域医療構想を策定。津軽地域保健医療圏では、施策の方向として、自治体病院等の機能再編成による機能分化・連携を推進し、中核病院を整備することが示された。

平成28年10月

2016年 国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の統合案

地域医療構想調整会議において、国立病院機構弘前病院（342床）と弘前市立病院（250床）の機能を統合した中核病院を、現在の国立病院機構弘前病院の敷地に整備し、国立病院機構による一体的な運営を図ることが提案された。

平成28年11月

前述の再編協議会医療機能部会を情報提供の場として、青森県は中核病院の整備スケジュール例として、平成32年度を目途として稼働する想定を示した。



国立病院機構、弘前市、青森県により、実務レベルでの協議を開始。

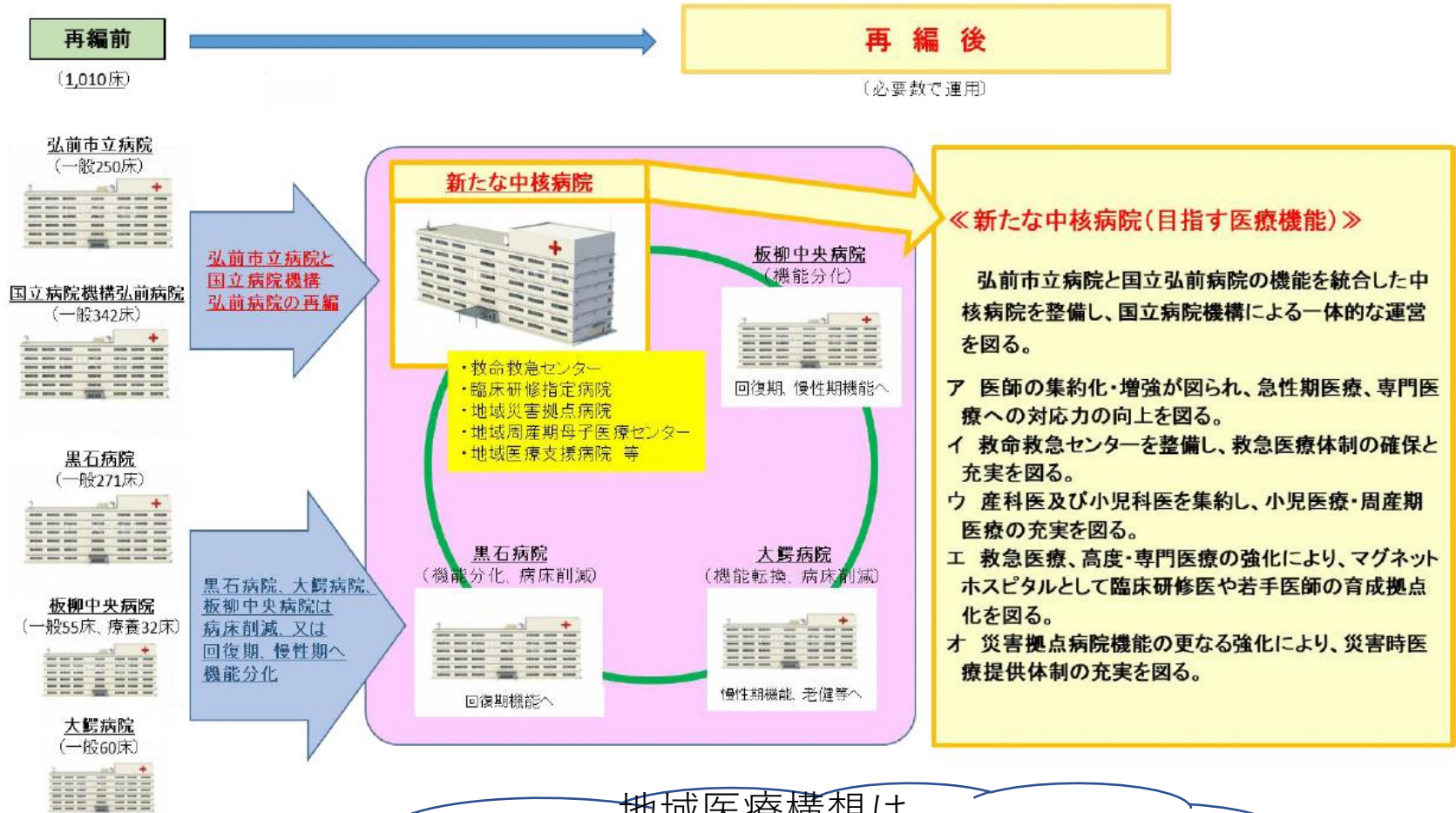
※診療機能等については、必要に応じ弘前大学から助言を受ける。

<主な協議項目>

- 中核病院の診療機能・規模
- 施設及び設備の管理形態と費用負担
- 市立病院職員の中核病院での雇用
- 地元の意見を聴く仕組みづくり等

津軽地域自治体病院等の機能再編成(案)

～地域医療構想に基づく取組～



地域医療構想は
国立病院機構弘前病院への
弘前市立病院の吸収合併案

市民会議の意見を踏まえた当時の市の考え

「ふるさと弘前の医療・福祉のあり方に関する市民会議」の開催

<開催目的>

病院統合を含めた、将来にわたって持続可能な医療・福祉の包括的なサービスの在り方と、市として目指すべき姿を整理しようとしたもの。

- 参集団体：医療・福祉等関連27団体
- 開催期間：平成29年9月から11月まで全4回開催

弘前市長が市民会を招集
地域医療構想反対派

<主な意見要旨>

- ◆ 短命脱却、健康寿命の延伸、寝たきりゼロ社会を実現する地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠。
- ◆ 地域包括ケアシステムでは、予防・医療・福祉・介護部門の一体的な連携が重要で、この連携を市が中心となって担っていくべき。
- ◆ 地域包括ケアシステムの要である中核病院の役割は特に重要であり、中核病院の運営についても市が責任を持って担うべき。
- ◆ 専門家の意見も踏まえ実現に向けて取り組むべき。



市長は、平成29年12月第4回市議会定例会において、
青森県が提案した2病院の統合案を進めたうえで、
市が中核病院の整備運営の主体となる可能性を示した。



葛西市長

附属機関の設置による検討の方向性

「地域包括ケア検討委員会」の設置

<開催目的>

市民会議からの意見を受け、地元の医療関係者等のほか医療政策の動向に専門的な知見を持つ方々を委員に迎え、超高齢社会への対応や平均寿命と健康寿命の延伸という地域課題の解決に向け、医療・健康・福祉の分野が連携する地域包括ケアシステムの構築と、それを前提とした中核病院の整備について、当委員会からの答申を受け、市の方針を定めようとするもの。

<諮問内容>

「地域の医療・福祉の将来像を見据えた中核病院の機能と運営体制について」

- 委員構成：学識経験のあるもの（弘前大学長ほか）・・・3名
保健・医療関係者（国立病院機構副理事長ほか）・・・11名
社会福祉関係者（青森県介護支援専門員協会津軽支部会長ほか）・・・3名
その他市長が必要と認めるもの（市民会議座長）・・・1名 合計18名
- 開催期間：平成30年2月から4回程度開催予定

平成30年3月までに2回開催後、
同年4月に市長選挙が施行され、**市長交代**となる。



- ◆ 同委員会での協議を中断、その後、新市長のもと中核病院整備の協議方針を決定。
- ◆ 同年9月に委員会を廃止。

地域医療構
想賛成派



桜田部長

新市長のもとでの中核病院整備方針

救急医療体制の維持が困難となっているなどの逼迫している課題を解決し、長期にわたり安心・安全で良質な医療を提供するため、青森県の提案を国立病院機構と確認しながら、**中核病院整備に関する協議を優先的に進める**こととした。

協議を進めるポイント

- ◆ 中核病院の整備及び運営の主体を国立病院機構とし、市は施設等を所有しない。
- ◆ 二次救急医療への対応と初期救急医療との連携について。
- ◆ 周辺道路の整備及び交通の再編等について。
- ◆ 中核病院の整備費及び運営費に係る市の負担額について。
- ◆ 市立病院職員の処遇について。 ほか

地域医療
構想を受
け入れ



桜田市長

平成30年10月4日 青森県、弘前大学を含めた関係4者において基本協定を締結

<協定の主な内容>

- 中核病院整備の事業主体及び運営主体は、国立病院機構とする。
- 救急搬送経路の確保等、周辺道路の整備が必要とされる場合は、弘前市が青森県と協議を行う。
- 弘前市は整備費分として40億円するほか、運営費分として2億5千万円を中核病院開設以後40年間負担する。
- 中核病院の適切な運営に資する意見を徴するため、運営委員会を設置する。
- 中核病院等において引き続き就労を希望する弘前市立病院の医療職員については、選考の上、原則として採用する。
- 中核病院等に採用した医療職員に対して、国立病院機構が支給する業績手当及び退職手当については、弘前市立病院での在職期間を通算して支給する。（差額については弘前市が負担する。）

統合・整備のイメージ



国立病院機構弘前病院
(342床、18診療科)



弘前市立病院
(250床、12診療科)

病院機能を統合

新中核病院

(450床程度、24診療科)

※国立病院機構が整備・運営の主体

救急医療センター（二次救急）
臨床研修指定病院
地域災害拠点病院
地域周産期母子医療センター
地域医療支援病院 等

新中核病院
弘前総合医療センター
2022年4月1日に開院

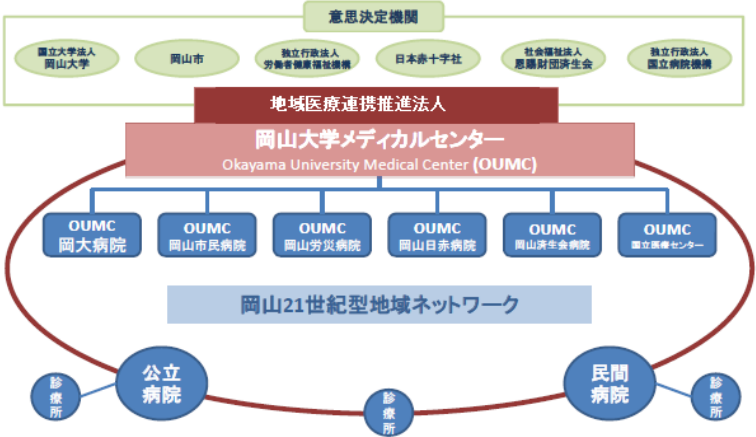


第8次医療計画では ポスト地域医療構想を 策定すべき

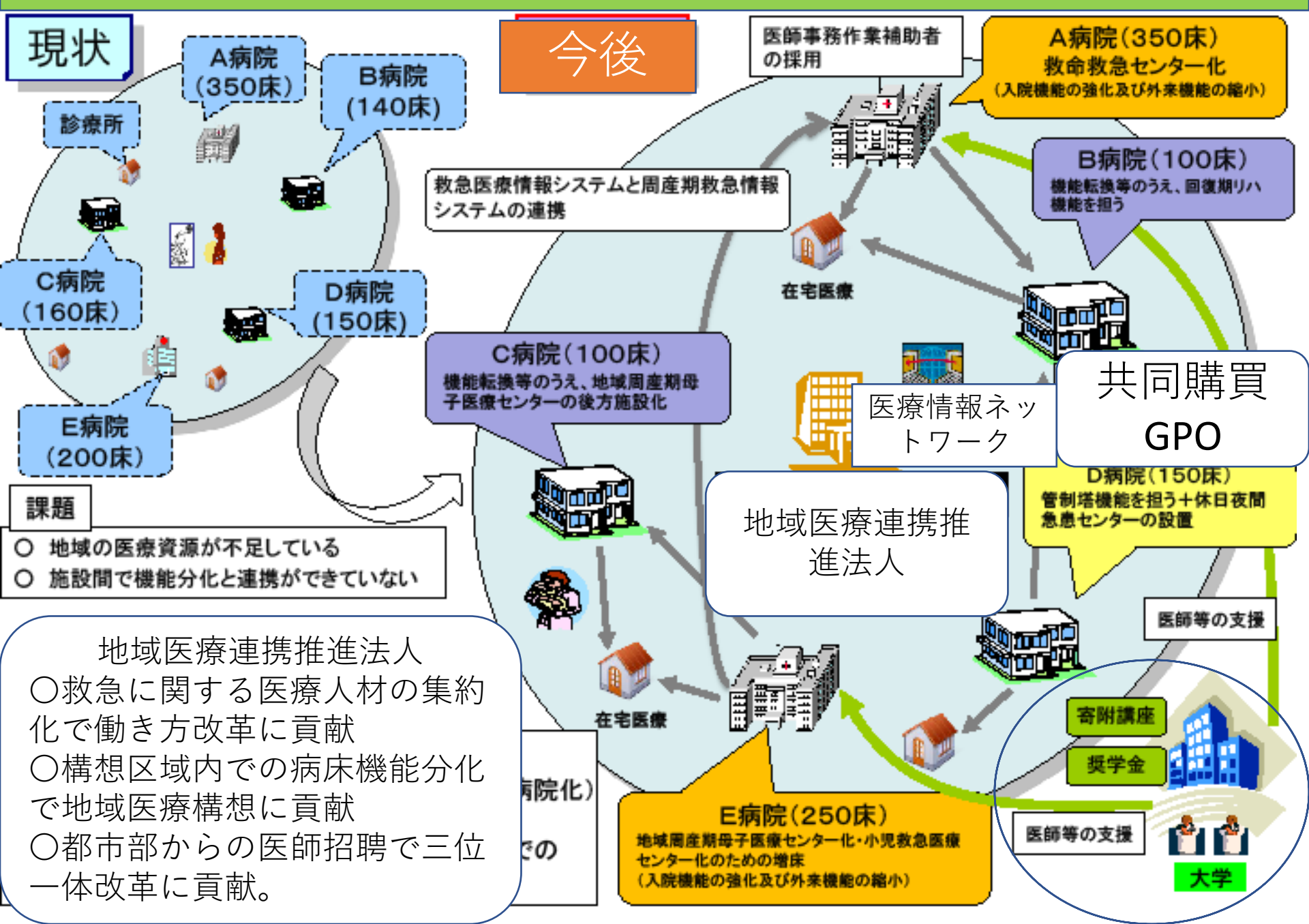
現行の地域医療構想は
2025年がターゲット
次なるターゲットは2036年

ポイント6

地域医療連携推進法人



三位一体改革の切り札 地域医療連携推進法人



地域医療連携推進法人

- 救急に関する医療人材の集約化で働き方改革に貢献
- 構想区域内での病床機能分化で地域医療構想に貢献
- 都市部からの医師招聘で三位一体改革に貢献。

地域医療連携推進法人

地域連携から地域統合へ



全国30法人

医療法人の事業展開等に関する検討会



2013年12月

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
→ 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

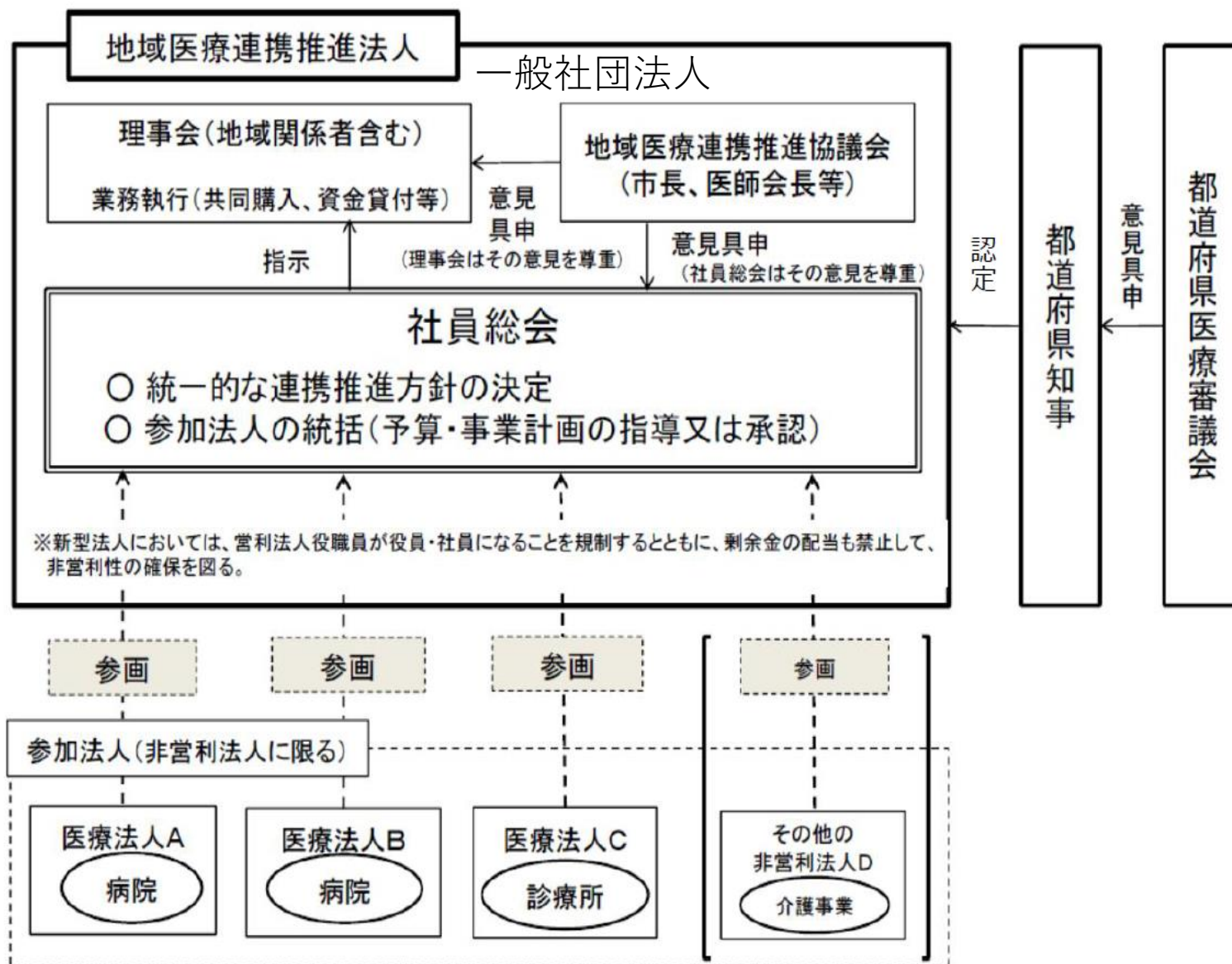
② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

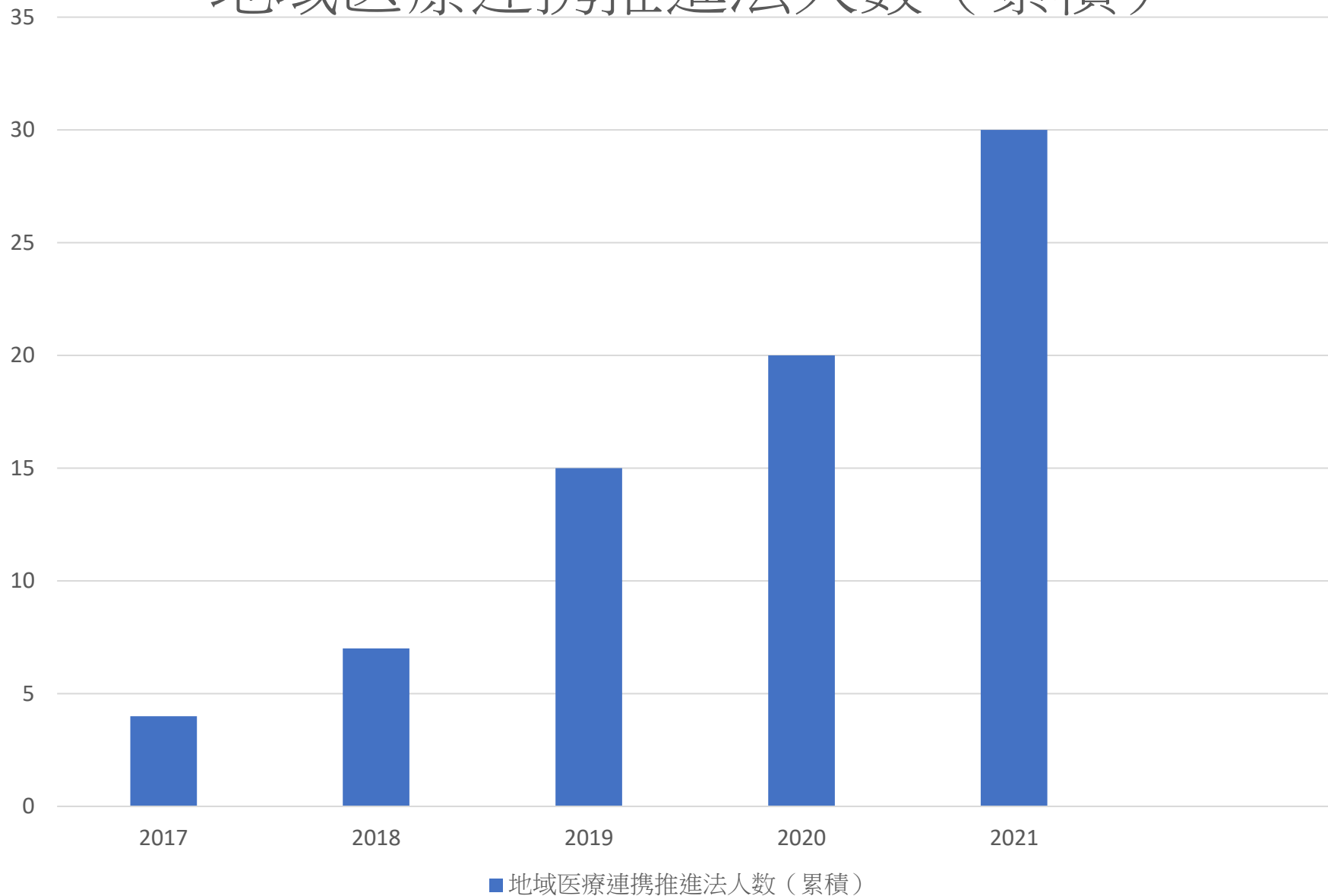
参考)地域医療連携推進法人の仕組み



都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
北海道	南檜山メディカルネットワーク	2020年9月1日
	上川北部医療連携推進機構	2020年9月1日
青森県	上十三まるごとネット	2021年3月29日
山形県	日本海ヘルスケアネット	2018年4月1日
福島県	医療戦略研究所	2018年4月1日
	ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	2019年10月1日
茨城県	桃の花メディカルネットワーク	2019年11月29日
栃木県	日光ヘルスケアネット	2019年4月1日
千葉県	房総メディカルアライアンス	2018年12月1日
神奈川県	さがみメディカルパートナーズ	2019年4月1日
	横浜医療連携ネットワーク	2020年12月22日
岐阜県	県北西部地域医療ネット	2020年4月1日
静岡県	ふじのくに社会健康医療連合	2021年4月7日
	静岡県東部メディカルネットワーク	2021年9月9日
愛知県	尾三会	2017年4月2日

都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
滋賀県	滋賀高島	2019年4月1日
	湖南メディカル・コンソーシアム	2020年4月1日
大阪府	北河内メディカルネットワーク	2019年6月12日
	弘道会ヘルスネットワーク	2019年6月12日
	泉州北部メディカルネットワーク	2021年6月11日
兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017年4月3日
	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク	2021年4月1日
岡山県	岡山救急メディカルネットワーク	2021年3月30日
島根県	江津メディカルネットワーク	2019年6月1日
	雲南市・奥出雲町地域医療ネットワーク	2021年6月16日
広島県	備北メディカルネットワーク	2017年4月2日
高知県	清水令和会	2020年3月31日
	高知メディカルアライアンス	2020年12月28日
佐賀県	佐賀東部メディカルアライアンス	2021年1月29日
鹿児島県	アンマ	2017年4月2日

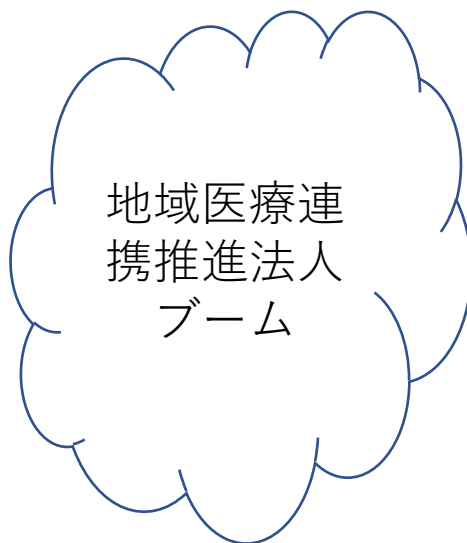
地域医療連携推進法人数（累積）



病院再編は大変、
地域医療連携推進法人は
結婚以下、同棲以上でこれからも増えるだろう



結婚にはお金がかかる



地域医療連携
推進法人
ブーム



同棲だとすぐ別れる

地域連携推進法人を
医療計画に書き込もう

パート3

かかりつけ医制度化



日本医師会の反対による家庭医懇の失敗


- 1980年代、日本医師会の武見太郎会長は米国の家庭医に関心をよせて「国立病院の医者をも米国に勉強に行かせては？」と提案していた。
- 1987年厚生省が「家庭医に関する懇談会」を、有識者や医師会幹部をメンバーに開催
 - 英米の家庭医制度を参考に議論が行われた。
- 日本医師会は厚生省主導の「家庭医構想」に真っ向から反対した。
 - 英国の家庭医（GP）のような国家統制の強い仕組みに変えるのではないか？
 - 診療報酬制度の変更を通じて、医療費適正化の手段に使われるのではないか？
 - 家庭医懇談会では、喧々諤々の議論は交わされたものの結局、10項目の家庭医として果たすべき機能の制定のみに終わった
- 家庭医懇談会の失敗の理由
 - もともとは日本医師会も理解を示していた家庭医構想だが、日医執行部の勢力変化とともに、流れが逆になった。
- かかりつけ医
 - この家庭医懇談会以後、日医は「家庭医」という単語そのものにアレルギーを持つに至り、それに替わる言葉として「かかりつけ医」を提唱した

家庭医構想その後の経緯

- 1985年「家庭医に関する懇談会」の失敗
 - 日本医師会が家庭医に大反対、かかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

診療報酬による かかりつけ医機能の評価

- 2008年
 - 後期高齢者診療料による「主治医制」→廃止
- 2012年
 - 在宅患者訪問診療料
- 2014年
 - 地域包括診療料（加算）
 - 認知症地域包括診療料（加算）
- 2016年
 - 小児かかりつけ診療料
- 2018年
 - 機能強化加算



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメディカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの留学で家庭医療を学びにNYのブルックリンへ

1988年に帰国したが、日本医師会の
家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



pixta.jp - 36657780

「隠れ家庭医」として地下に潜行

春の建議（2022年5月16日）財政制度等審議会の建議の方向

I. 総論

- 米国をはじめとする利上げへの転換、オミクロン株の流行、ロシアによるウクライナ侵略などの事態が相次いで起きた。不確実性が增大する中、危機においても我が国が円滑に資金調達をできるよう、財政の対応余力を持っておく必要性が高まっている。
- 今後、貿易赤字の定着のおそれがあり、円に対する市場の信認がこれまで以上に問われる中、仮に財政健全化目標を後退させれば信認を失うリスクが大きい。2025年度PB黒字化等の目標を堅持し、歳出・歳入両面の改革を進める必要がある。
- 主要国においては、財政健全化に向けた取組が行われている。例えばEUでは、制裁措置の適用を停止しているものの、財政収支の均衡が目標であることに変わりはなく、「次世代EU」資金については、プラスチック賦課金などにより財源を確保している。
- 「デフレギャップを埋めるべき」といった予算規模ありきの議論から脱却すべき。経済成長のために「カネ」と「ひと」の目詰まり状態を解消するための具体的政策が求められている。個々の予算において、定量的な成果目標と結果検証が求められる。その中で「基金」も必要性の精査と効果検証の取組の強化が必要。

II. 各論（主要分野において取り組むべき事項）

- **社会保障** コロナ禍での医療機関支援の在り方見直しと医療機関の経営実態の「見える化」、ワクチン接種費用等への財政支援の在り方見直し、雇調金の特例措置等の段階的縮減、効率的で質の高い医療提供体制整備（地域医療連携推進法人も活用した地域医療構想の着実な推進 **かかりつけ医の制度化等**）、リフィル処方箋の積極的活用、薬剤費を含む医療費適正化、介護サービス経営の大規模化等、介護給付費適正化、子ども・子育て支援の充実と安定的な財源確保の検討を行うべき。
- **地方財政** 一般財源総額実質同水準ルール堅持により生じる財源余剰を臨財債の圧縮に充てるなど、財政の健全化につなげていくべき。
- **文教・科学技術** 高等教育：経済社会のニーズとのミスマッチを解消するため、大学設置基準等の見直しや補助金配分のメリハリづけが必要。修学支援新制度が、定員割れ大学の救済とならないよう要件を厳格化すべき。科学技術：国際性・人材流動性の向上、基金事業の中間評価に基づく資金配分見直し、効果的・効率的な研究費配分やマッチングファンド方式の拡大等を進めるべき。
- **社会資本整備** 災害被害の軽減のみならず、行政効率化等を通じた財政の持続性の確保に向け、災害リスクの低い土地への居住等の集中化・コンパクト化を進めるとともに、ストック効果の最大化を図りつつ、将来の維持管理コストも考慮に入れたアセットマネジメントを進めるべき。
- **グリーン** 民間の取組を促し、雇用と成長に繋がるよう、必要な財源を確保の上、施策の有効性・効率性を不断に検証しつつ取り組むべき。
- **産業・中小企業** 過大な公的支援には新陳代謝の阻害などの弊害。真に必要な先に支援が届くよう、メリハリ付けと施策の効果検証が必要。
- **防衛** 軍事的有事に備え、抑止するため、防衛力強化は、経済・金融・財政面の「脆弱性」を低減するマクロ経済運営と一体で進めるべき。「真に有効な防衛力」のためには、予算規模ありきでなく、防衛態勢・研究開発・防衛産業などの優先度を明らかにし、現実を直視した議論を行うべき。

かかりつけ総合医の 実現を



2021年10月11日、
財政制度等審議
会・財政制度分科
会の有識者ヒアリ
ングで「かかりつ
け総合医」制度を
提案した。

日本プライマリ・ケア連合学会理事長 草場鉄周先生

コロナ禍を乗り越えて あるべきプライマリ・ケア

コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題について
の研究会

日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
草場鉄周

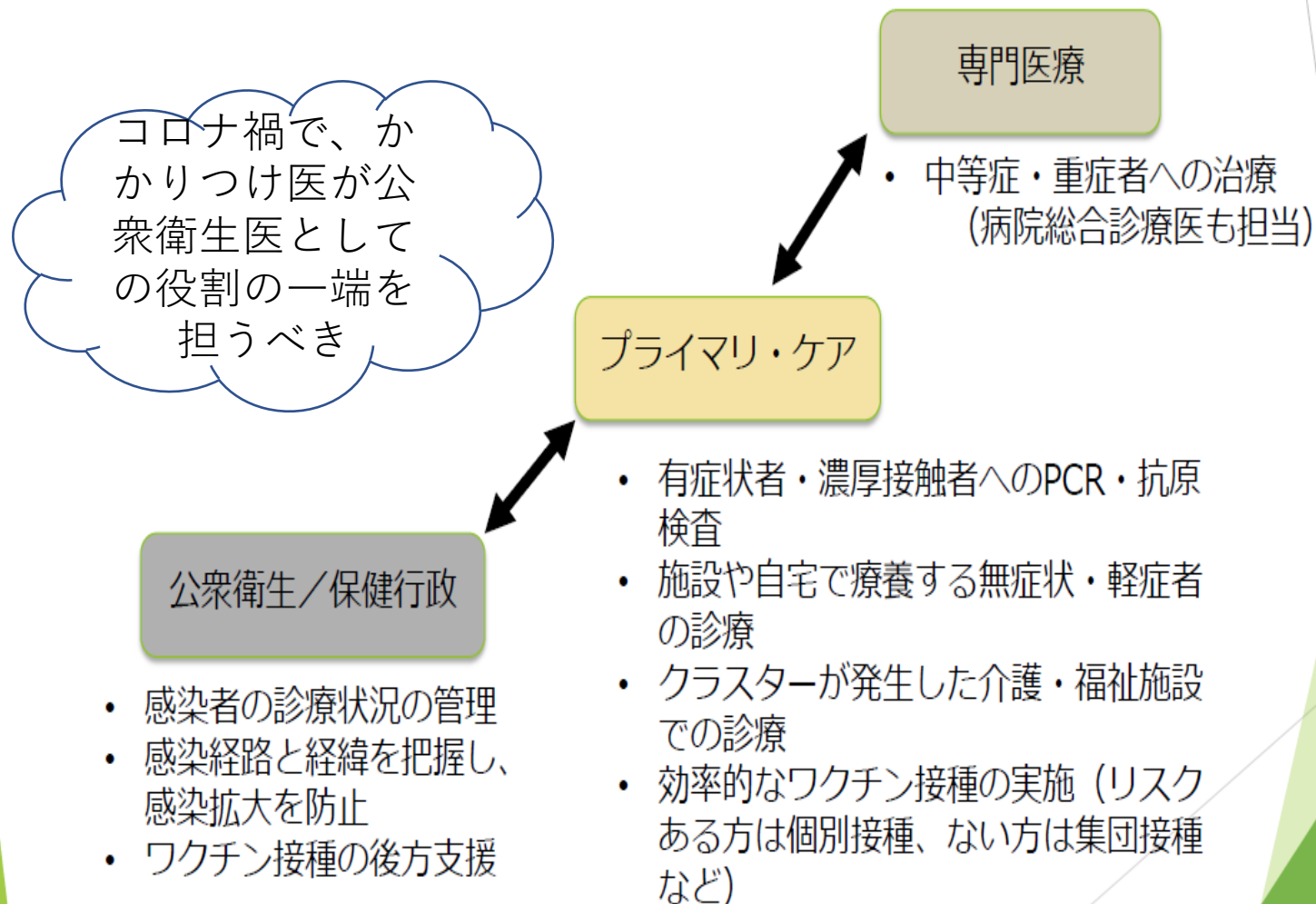
かかりつけ総合医制度とは？

- ▶ 国民は平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。そこでは、ほとんどの健康問題を相談でき、予防医療や健康増進の支援も受けられる
- ▶ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックや災害）の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援する
- ▶ 訪問診療やオンライン診療を必要時に提供する
- ▶ プライマリ・ケア看護師など他の専門職と連携する
- ▶ 総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する
- ▶ 総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む

かかりつけ総合医は誰が担うのか？

- ▶ 理想的にはプライマリ・ケアの専門家 = 「**家庭医、総合診療医**」
 - ▶ 日本プライマリ・ケア連合学会で2010年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医は現在1100人程度が活躍（養成プログラムは国際学会の公式認定済み）
 - ▶ 日本専門医機構でも2018年より総合診療専門医の養成を開始し、2021年に第1期生となる専門医が誕生
 - ▶ 10年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される
- ▶ 現在の開業医はある臓器の専門医として経験を積んだあと、プライマリ・ケアに従事するが、それに必要な研修や認証制度はない
- ▶ 専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付けることが現実的

COVID19に当てはめると



システムとしてのプライマリ・ケアへ

- ▶ 有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応する事ができる**プライマリ・ケアのシステム**を整備
 - ▶ 平素からの予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築
 - ▶ かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システムにより、行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築 → 「かかりつけ総合医制度」

コロナ禍を契機にプライマリ・ケアのシステム
作りのスタートを！

かかりつけ医制度の 10のポイント

2024年までに
制度化しよう！



かかりつけ医の制度化 10のポイント

- ①かかりつけ医の定義
- ②かかりつけ医の登録制
- ③成果払い（P4P：Pay for Performance）方式の導入
- ④適切な医薬品の使用～地域フォーミュラリーの導入
- ⑤かかりつけ医とDX～オンライン診療、電子処方、オンライン服薬指導
- ⑥かかりつけ医とタスクシフト
- ⑦在宅医療
- ⑧終末期医療とACP
- ⑨地域包括ケア医としてのかかりつけ医機能
- ⑩患者、家族とのコミュニケーション機能

かかりつけ医制度には 電子カルテ情報の標準化が 必要



電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

医療情報標準化
推進協議会
(HELICS協議会)
医療標準化指針 採択

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

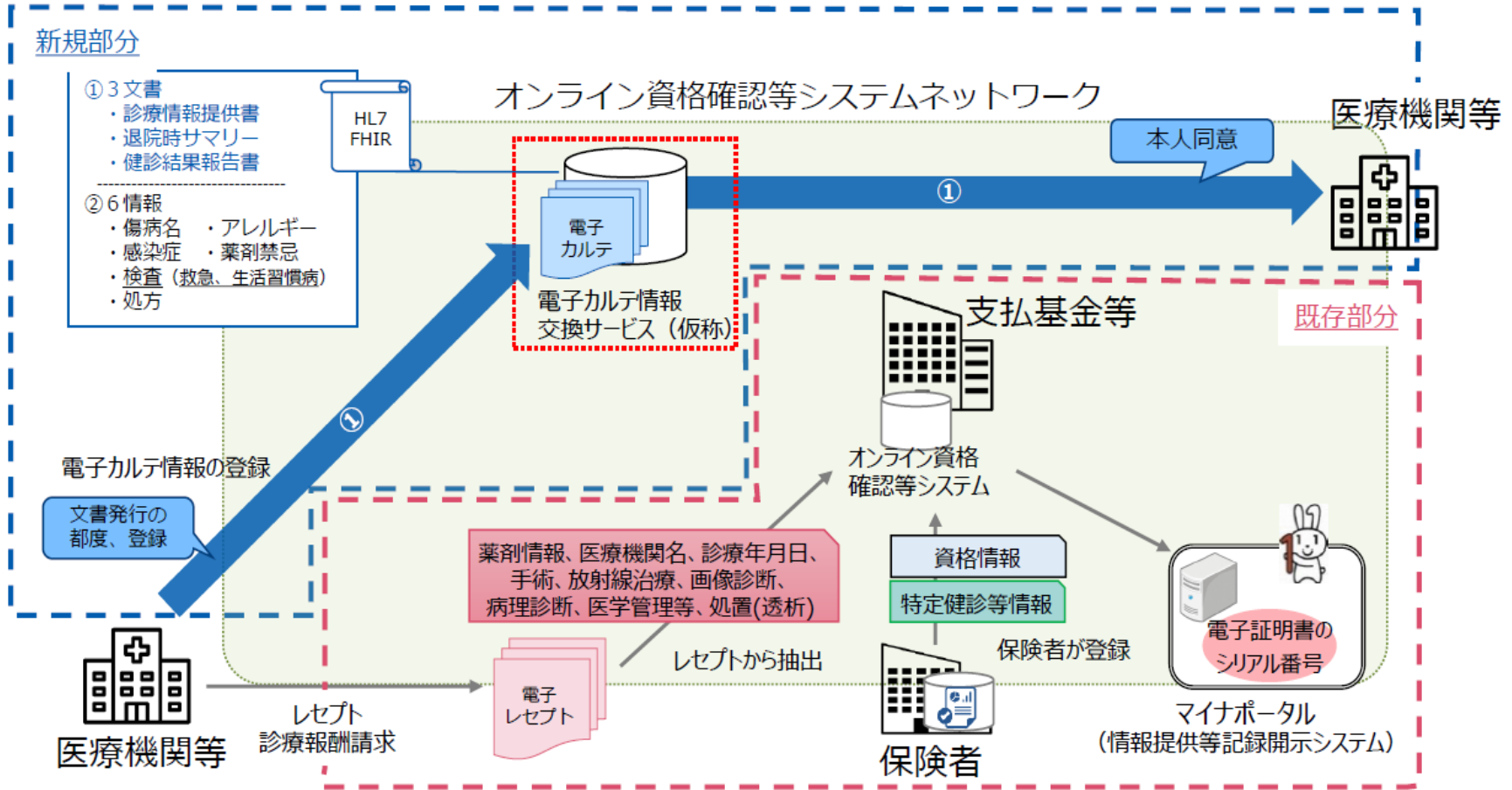
- ・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。
 - ※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。
 - ※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。
- ・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。
 - 医療情報：① 傷病名、② アレルギー情報、③ 感染症情報、④ 薬剤禁忌情報、
⑤ 救急時に有用な検査情報、⑥ 生活習慣病関連の検査情報、⑦ 処方情報
 - 上記を踏まえた文書情報：① 診療情報提供書、② キー画像等を含む退院時サマリー、
③ 健康診断結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格 (DICOM) が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

考えられる実装方法（イメージ）

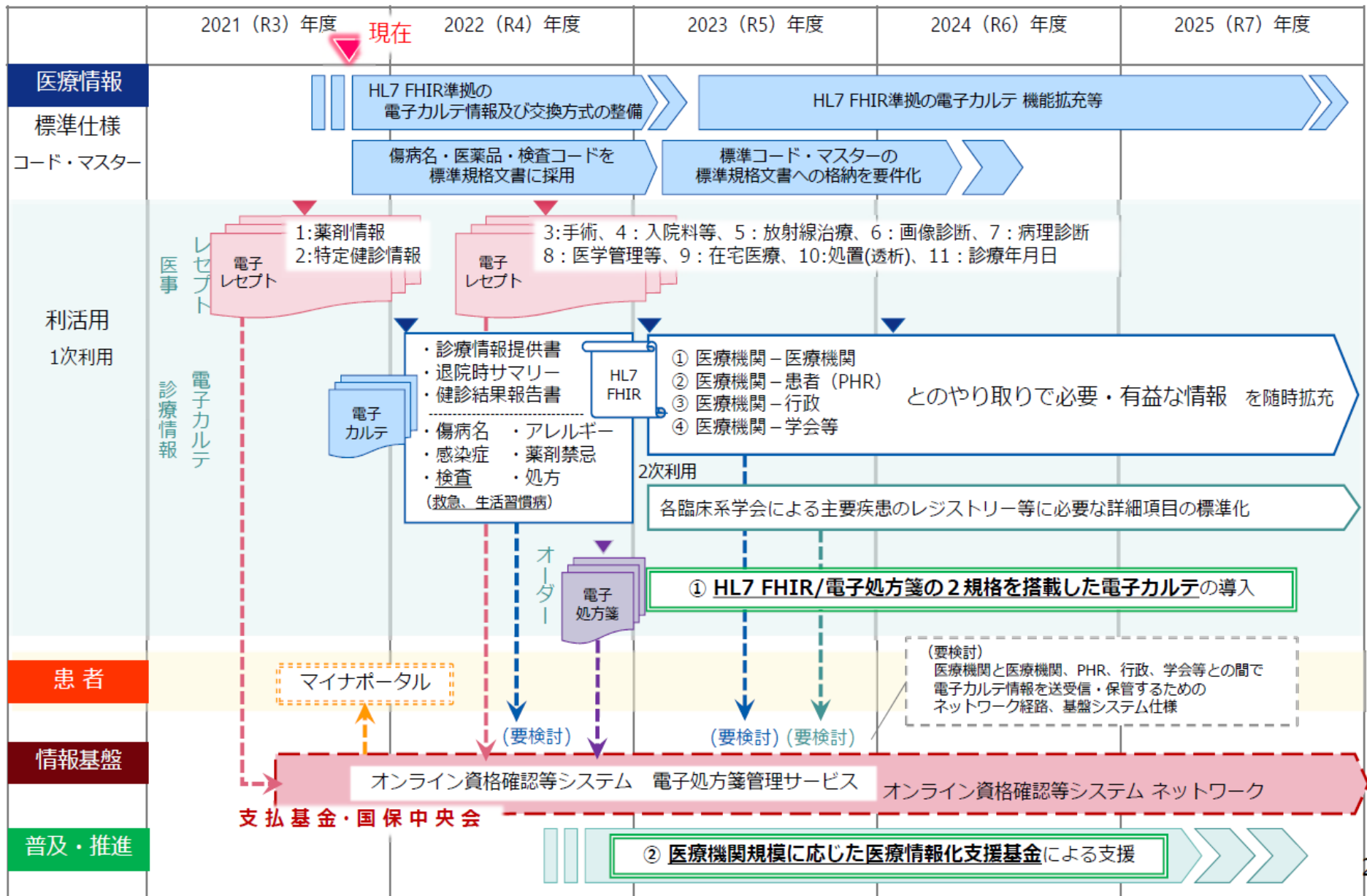
全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方（イメージ）



米英における家庭医と 電子カルテ情報の標準化

かかりつけ医には電子カルテ情報の
標準化とデジタル情報連携が欠かせない

米国の家庭医 メディカル・ホーム (Patient-centered Medical Home)



2009年から保健・福祉省のCMS（メディケア・メディケイド・サービスセンター）は
メディカル・ホームデモンストレーションプロ
ジェクトを開始

患者中心のメディカル・ホームの歴史

- 起源は**1967**年に米国小児科学会が提唱した「子供の診療記録を自宅に置いておこう」という運動にさかのぼる
- その後、米国内科学会や米国家庭医療学会がこの概念を拡張して、患者がアクセス可能で、継続性がある、包括的で、調整された、思いやりのある文化的に効果的な患者中心のケアコーデイネーション方式として概念整備してきた。


患者中心のメデイカルホーム 8つのポイント

- ①かかりつけ医
- ②チーム医療
- ③反応的、断片的なケアではなく、プロアクティブなケア
- ④特別な電子カルテ（患者登録）を用いた患者フォロー
- ⑤慢性疾患(例えば、喘息、糖尿病、心臓病)の自己管理のサポート
- ⑥意志決定における患者参加
- ⑦すべての状況におけるケアコーディネーション
- ⑧アクセス強化(例えば、安全なメール)

Patient Worksheet

For
Physicians
Care Managers
Patients

Wilcox, Proc of
AMIA Symp,
2005

16 November 2006		 Patient Worksheet <small>Selected to Print for: All Patients, All Sections, Last Clinical Note</small>			u1.070 Comprehensive Version	
PATIENT NAME TEST, BED		SEX F	DOB 01/01/1911	MMW 650730	MRN# 5992114	
Problems						
Diabetes Mellitus, Type 2 Hypertension		Chronic conditions				
Active Medications						
1. - Glucophage (Metformin HCl), 500mg, Tablet, 1 TABLET, Daily 2. - Simvastatin, 10mg, Tablet, Oral, 1 TABLET, Daily 3. - Lisinopril, 10mg, Tablet, Oral; No dose for id 4. - Calcium Carbonate/Vitamin D (Calcium 500 Mg-Vitamin D), 500-200, Tablet, 1 TABLET, BID						
Allergies						
(-) Penicillins - A Drug Allergy Group; Reaction(s): Rash						
Diagnosis Management						
ADL		Pain Score (0-10)		MMSE		
11/16/2006	5	11/16/2006	4	11/16/2006	22	
Preventive Care						
Pap Smear		Mammogram				
No Data		No Data				
Clinical Laboratory Data						
HgbA1c (<=7.0)		UA Protein	uAlb/Cr (<=30)	24 Urine Albumin (<=30)	Serum Cr	
No Data	-	No Data	-	No Data	-	No Data
Serum K		Lipid Profile	LDL (<100)	Trig (<150)	HDL (>45)	CHOL (<200)
No Data	-	No Data	-	No Data	-	No Data
HCT		HsCRP		Homocysteine		
No Data	-	No Data	-	No Data	-	-
Clinic Data						
Date	Weight	BMI (<=25)	Weight Class	Blood Pressure (<130/80)		Heart Rate
01/16/2006	144 lbs	23	Normal	01/16/2006	122/74 mmHg	01/16/2006 74
01/11/2005	155 LBS	25	Normal	01/11/2005	150/90 mmHg	01/11/2005 74
05/12/2003	50.00 N/A	-	-	-	-	-
Last foot exam:		11/2005	Abnormal	Last dilated retinal exam:		11/2005 Abnormal
Reminders						
Lab						
<input type="checkbox"/> Creatinine - Patient on Metformin product(s) and no Creatinine on record. <input type="checkbox"/> HgbA1C - Urine Albumin Test - LDL - Serum Cr (should be done on all Patients with Diabetes). <input type="checkbox"/> HCT - Serum K (should be done on all Patients with Hypertension)						
Procedure						
<input type="checkbox"/> Mammogram - Suggested yearly for women age 40 and above, every 2 years age 40 and above. <input type="checkbox"/> Pap smears - Suggested for all Patients with cervix. Suggested every 3 years for women age 21 and above. <input type="checkbox"/> Tetanus Immunization - Suggested every 10 years. <input type="checkbox"/> DEXA Screen - Suggested for women age 65 and over. Follow-up screening for those treated for osteoporosis recommended every 2-3 years. <input type="checkbox"/> Colon Cancer screen - Suggested yearly fecal test or sigmoidoscopy Q 5 years, or colonoscopy Q 10 years.						

Chronic conditions

Medications

Allergies

Functional status

Preventive care summary

Pertinent labs

Pertinent exams

Passive reminders

Organized by illness

Patient Information

ID Number: Last Name: First Name:
 DOB: * Age: Race: Sex:

Phone: Cell Phone: Email:
 PCP: PCP Phone:

Insurance: Facility:
 Diab Collaboration FPP:

Date of Referral: * Care Mgr: Status:

Patient Search

ID Number:

Last Name:

First Name:

Care Mgr:

	Diag. Date	Diagnosis	Status
<input type="button" value="Edit"/>	2/28/2005	CHF	Active
<input type="button" value="Edit"/>	3/30/2004	Anxiety	Active
<input type="button" value="Edit"/>	3/30/2004	Depression	Active

	Sched Date	Sched Time	Encounter Type	Status
<input type="button" value="Edit"/>	4/30/2005		Telephone Contact	Pending
<input type="button" value="Edit"/>	1/30/2005		Home Visit	Resolved
<input type="button" value="Edit"/>	1/26/2005		Telephone Contact	Resolved
<input type="button" value="Edit"/>	10/18/2004		Telephone Contact	Resolved

	MH Packet Date	Symp	Severity	Fctnal	Diff	Dysth.	Q9	Suicide State	Suicide Risk	[Mood 1 2 3]	MoodImp	MoodSx	AnxImp	AnxSx
<input type="button" value="Edit"/>	1/26/2005	1	3	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk						
<input type="button" value="Edit"/>	9/1/2004	0	4	Not at all	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk		16	45	14	52	
<input type="button" value="Edit"/>	5/4/2004	8	22	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1. Thoughts Only	Low Risk						

Diab Assess Date

*

CMT database - example

CMSのメディカル・ホーム デモンストレーションプロジェクト

- CMSのデモンストレーションプロジェクト（メディカルホーム）
 - 2009年より全米の8つの州で40万人のメデイケア対象者（65才以上高齢者）
 - 400診療所、2千人のプライマリケア医の参加のもとに行われる予定
- メディカルホームデモンストレーションプロジェクト
 - プロジェクト第一レベル
 - 患者のメディカル・ホームプロジェクトへの参加同意
 - 患者データの収集、ケアプランの作成、患者教育などが要件
 - プロジェクト第二レベル
 - 電子カルテ（EHR）を用い、血圧、検査値、予防サービスの実施状況などを記録
 - 病院や診療所外来など関連施設の体系的なコーディネート機能
 - 退院後の服薬リストをチェックすること、電子処方を行うこと
 - 治療成績などのデータ収集など

•

メディカル・ホーム診療報酬

- メディカルホームに対する診療報酬
 - 要件を満たした診療所についてはメディカル・ホームに関する診療報酬が支払われる
 - 診療報酬の支払いは人頭割支払い方式で、メディカルホームに登録患者の人頭割の料金設定がなされている
 - 料金は住民1人1月あたりメディカル・ホーム第一レベルで**40.40**ドル、第二レベルで**51.70**ドルとなっている
 - 患者重症度の補正は患者の現状からの将来の疾病負担の予測モデルにより行われる。

英国の家庭医（GP）



2004年のブレア政権時
GPの報酬に成果払い
(QOF : Quality and Outcome Framework) を導入

2004年のブレア政権時 第三の診療報酬体系として成果払い (QOF)を導入

- **Quality and Outcome Framwork:QOF**
 - 2004年よりブレア政権の時、新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

2004年以降の変化

- GPの収入
 - 人頭払い（global sum）は約30%
 - 出来高払い（enhanced service）は約20%
 - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。
- QOF
10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

糖尿病

- 糖尿病（最高点99ポイント）
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25～90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25～90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25～90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25～90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25～50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25～85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25～90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25～90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25～90%

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie



マリー先生のP4Pに対する意見

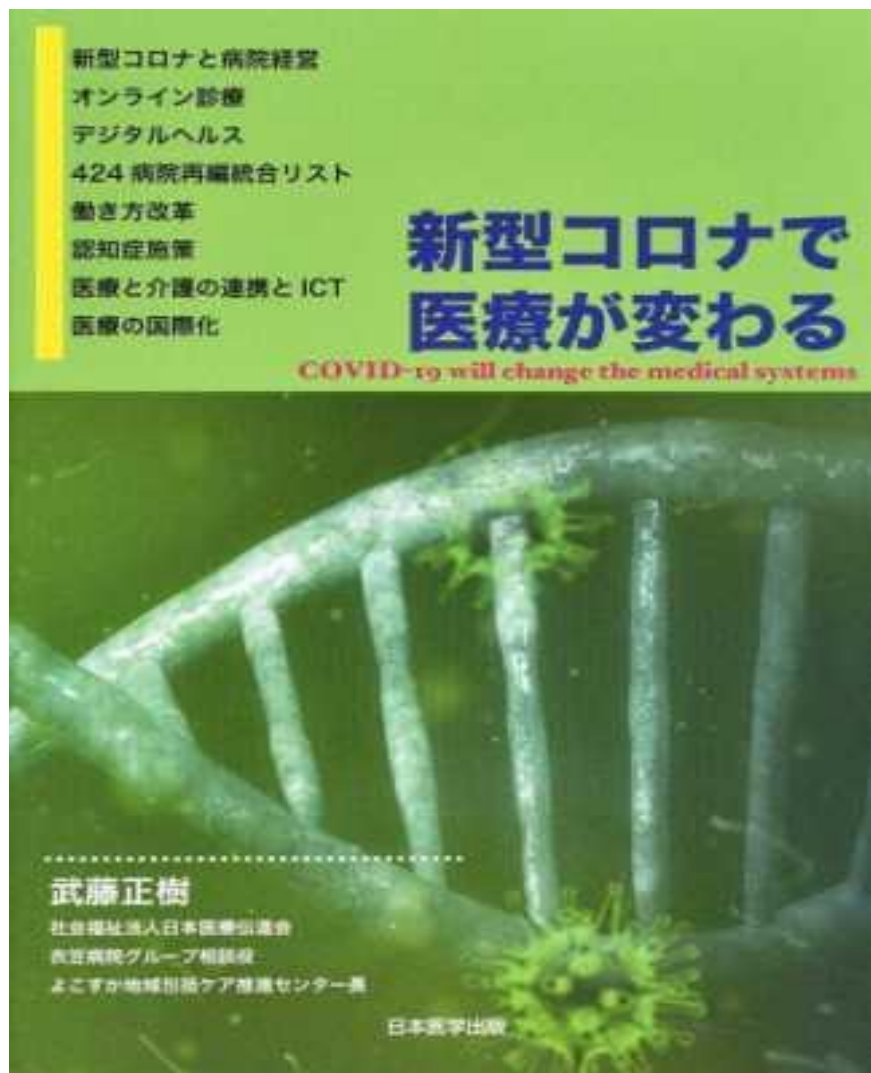
- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

2024年までに
かかりつけ医の制度化を
目指そう

まとめと提言

- ・ 2024年の連携新時代とは？
- ・ ポストコロナ時代の医療・介護の感染連携
- ・ 働き方改革で地域医療が崩壊？
- ・ 2024年デジタル完結3点セット元年
- ・ 地域医療構想と地域医療連携推進法人の推進を
- ・ かかりつけ医の制度化を2024年までに

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
2020年8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp