

# 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
  - 2024年惑星直列まであと2年
- パート 2
  - 惑星直列の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

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

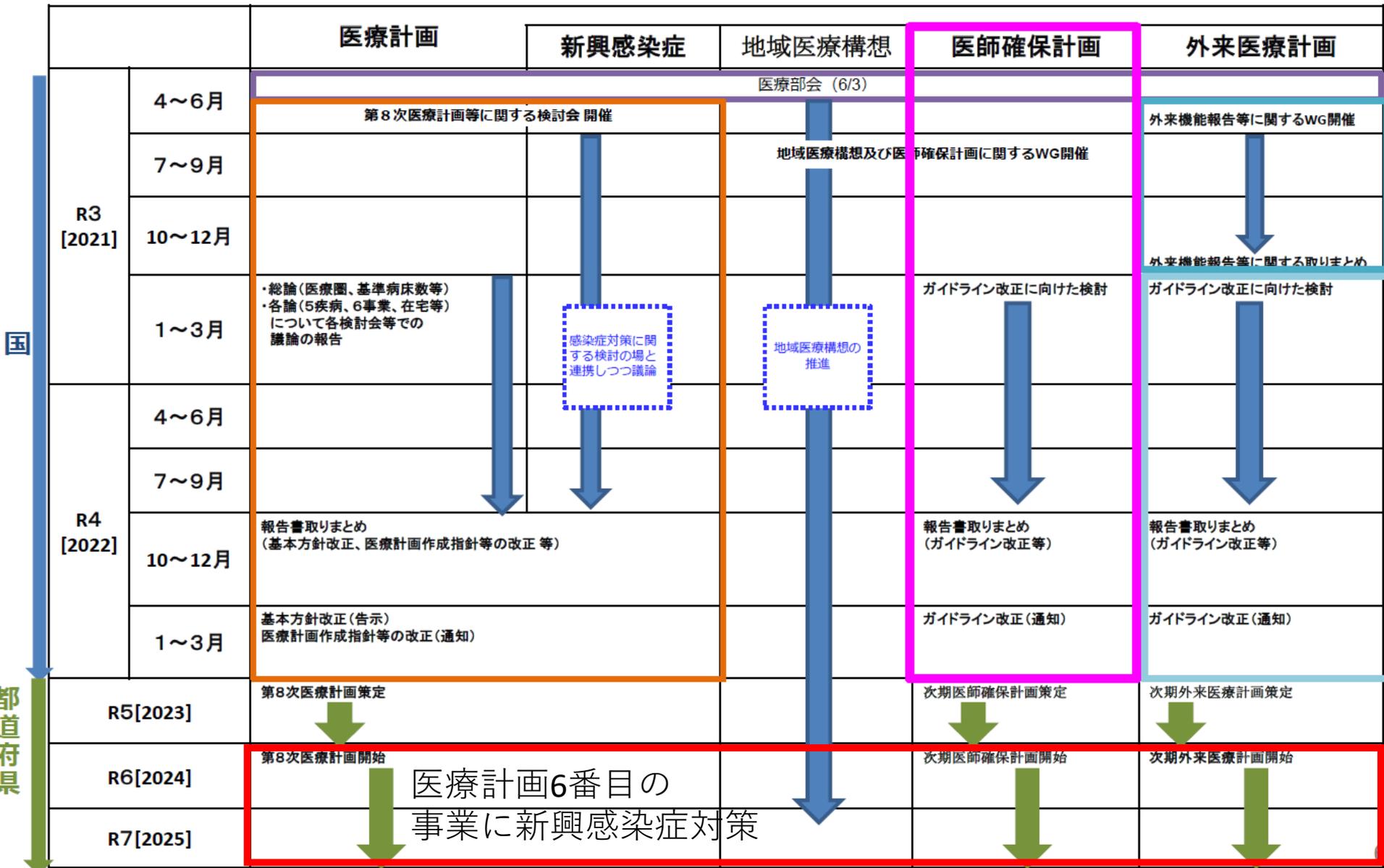
第4期医療費適正化計画スタート年

# 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"> <li>実態調査</li> <li>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</li> <li>必要に応じて追加的支援策の検討</li> </ul>					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

# パート2

## 惑星直列の7つのポイント

- ポイント1 ポストコロナの感染防止連携
- 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

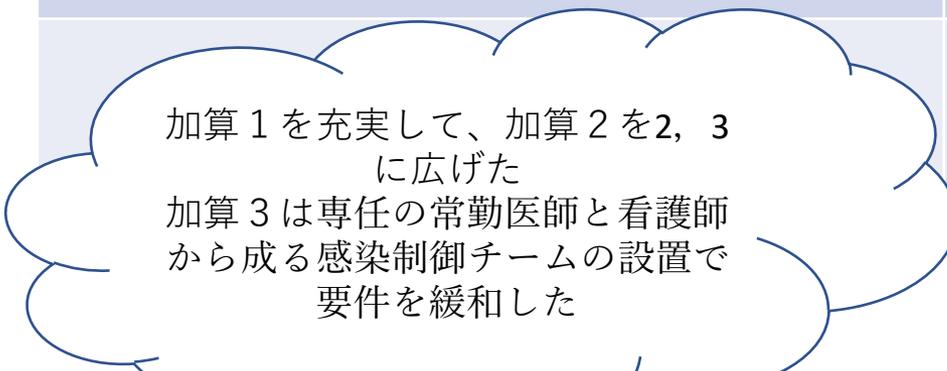
# ポイント1 ポストコロナの 感染防止連携

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
	外来感染対策向上加算 (診療所) 6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

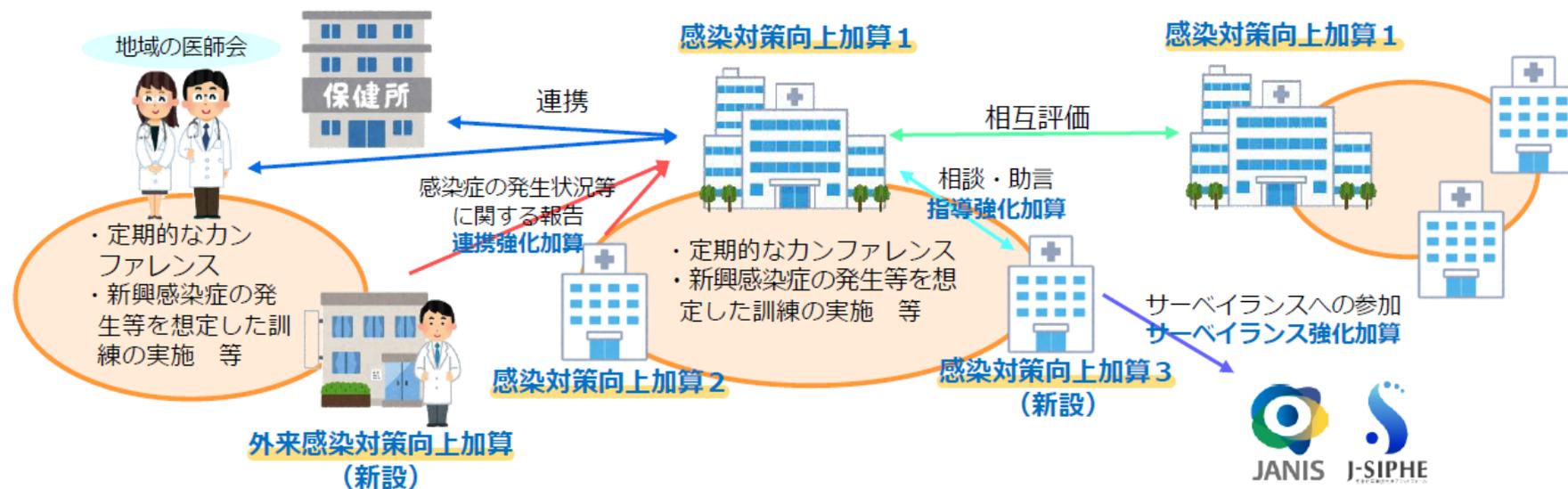
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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

- 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

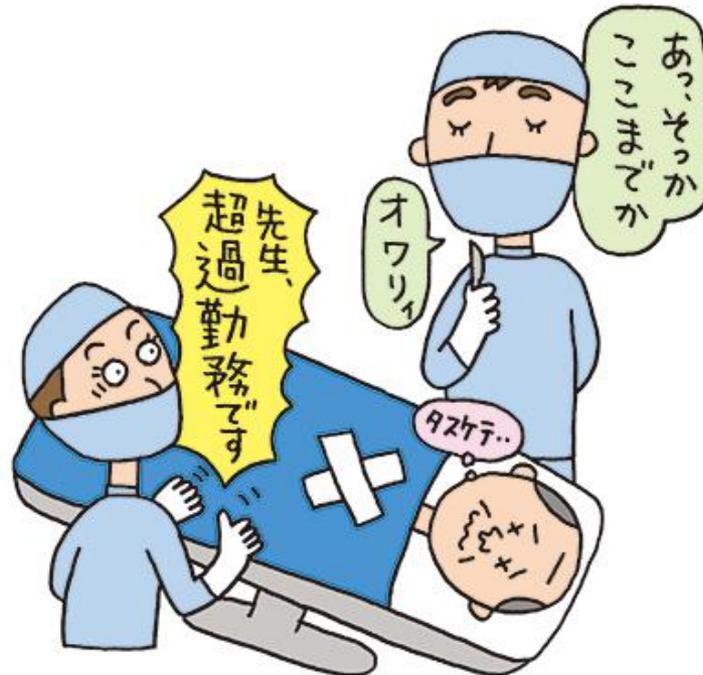
## • 近隣の医療機関から介護施設への医師や看護師が定期的に訪問

- ゾーニング体制のチェックや、PPE（感染个人防护具）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

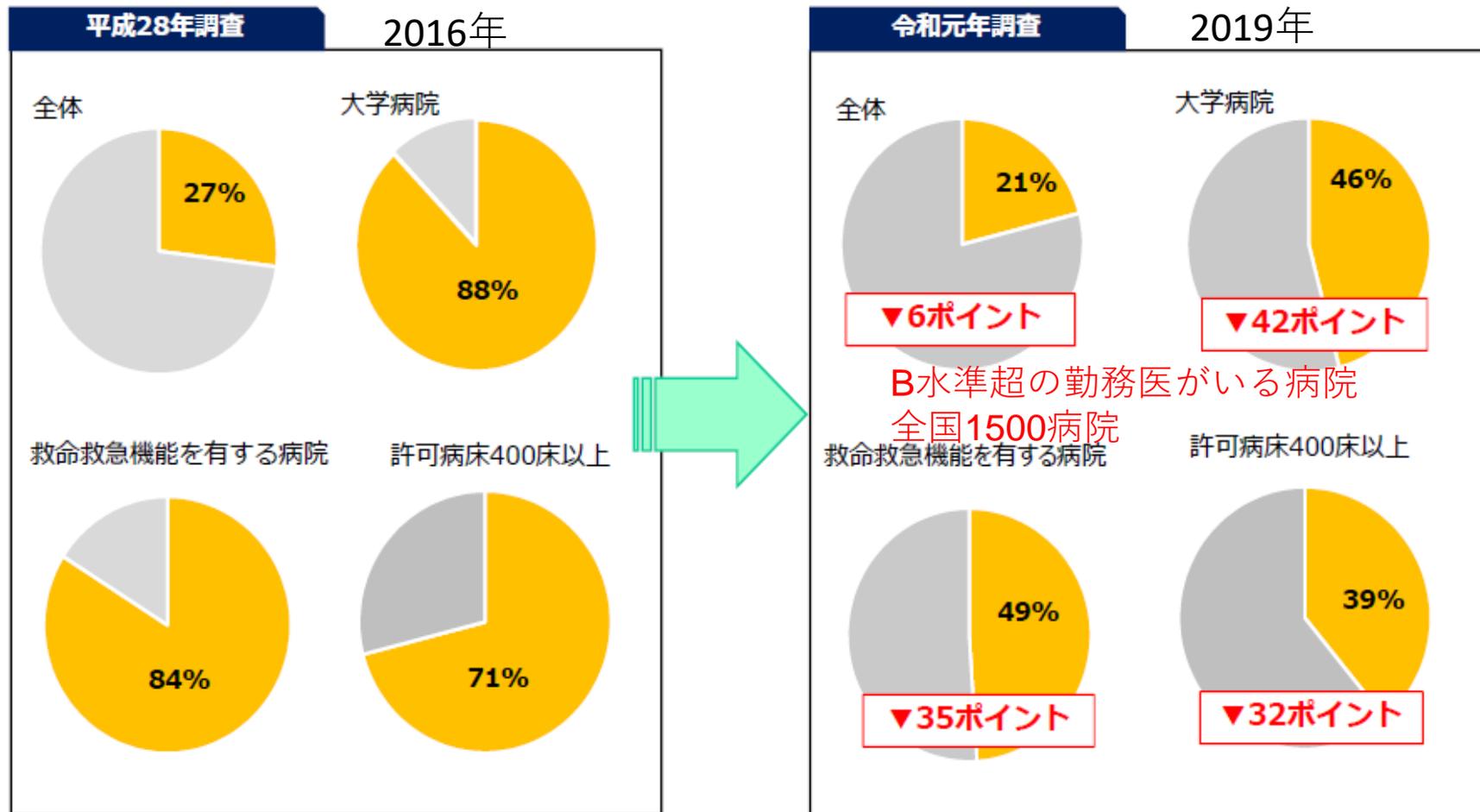
約6割  
約12万人

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。



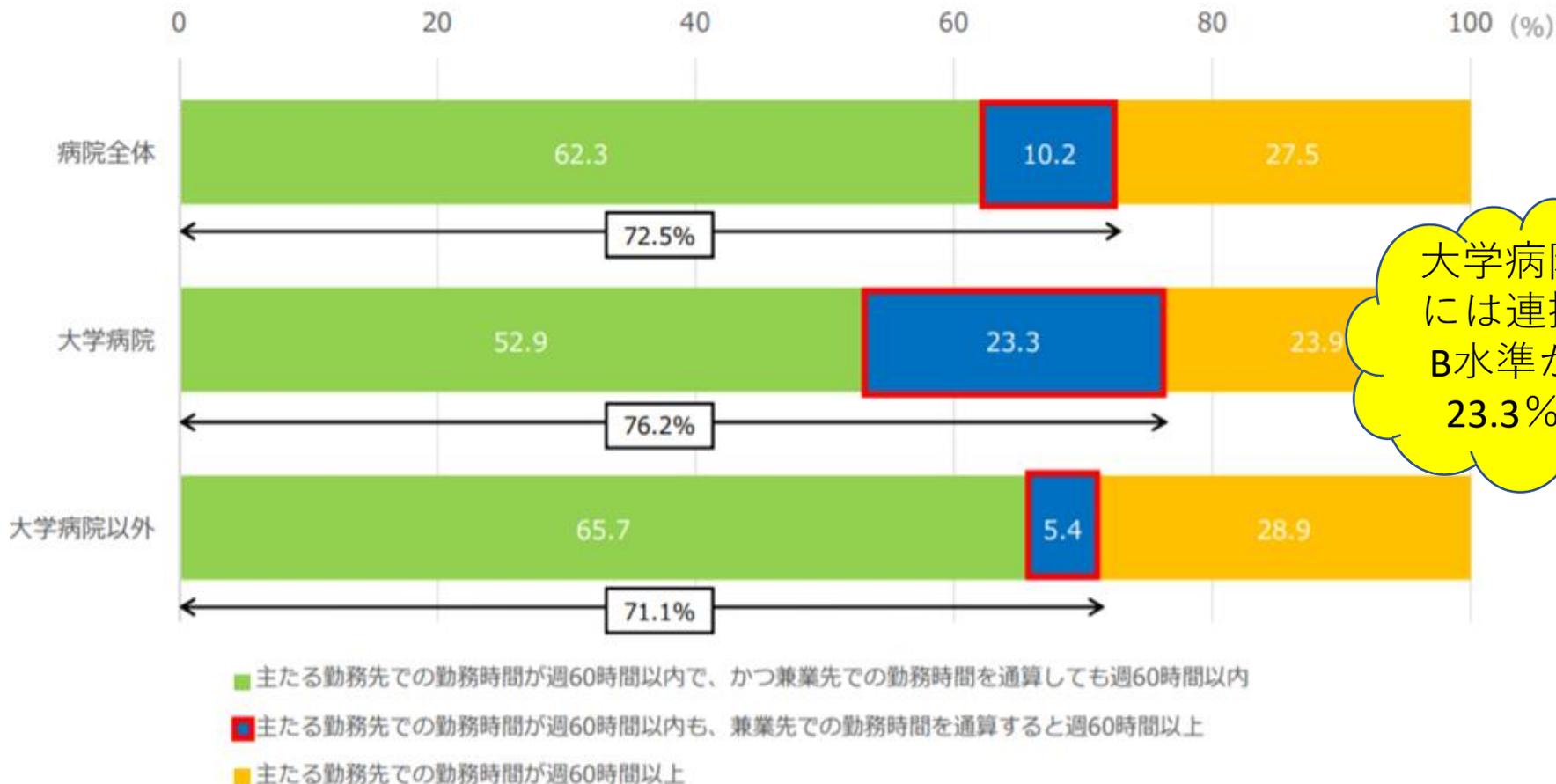
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ 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。

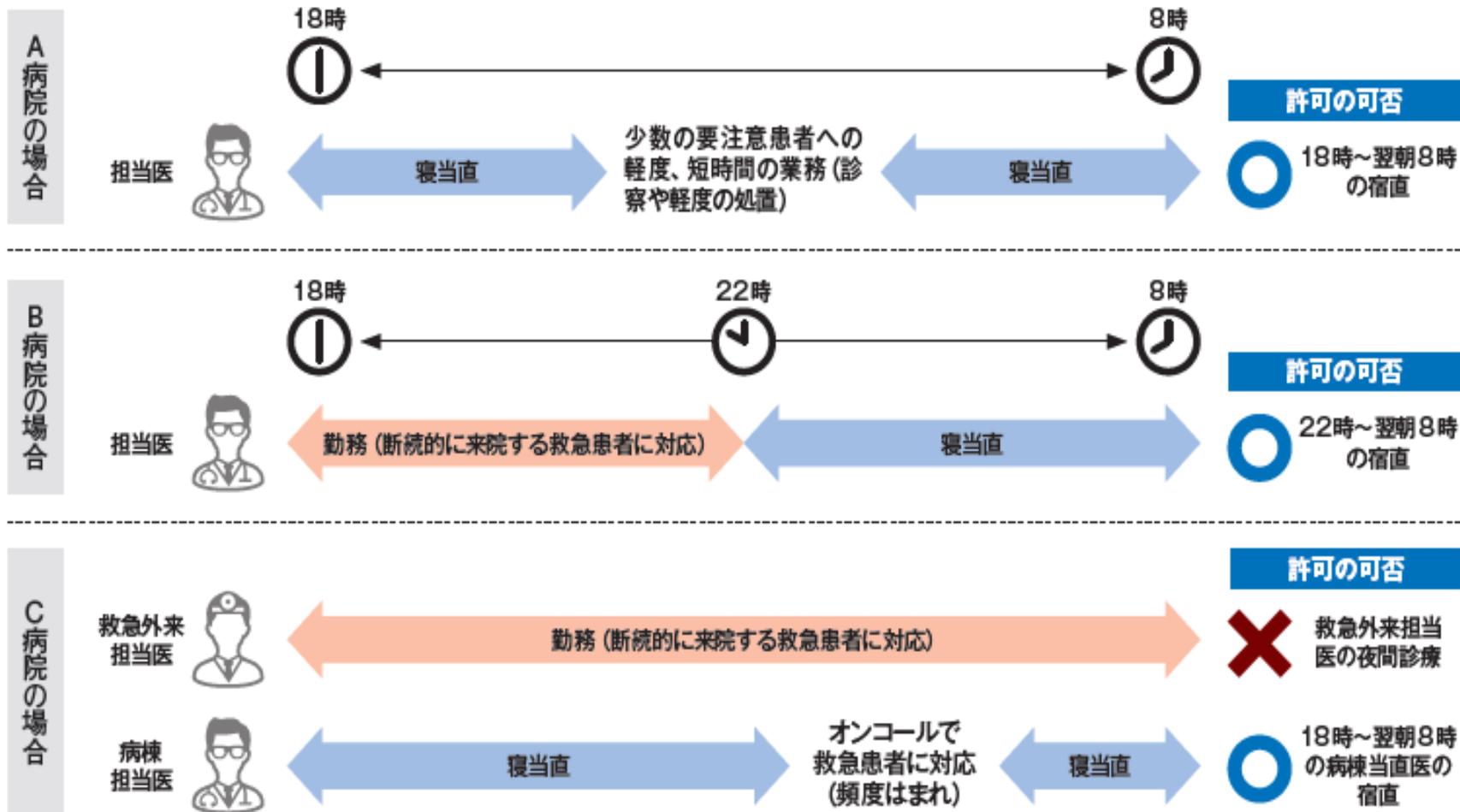


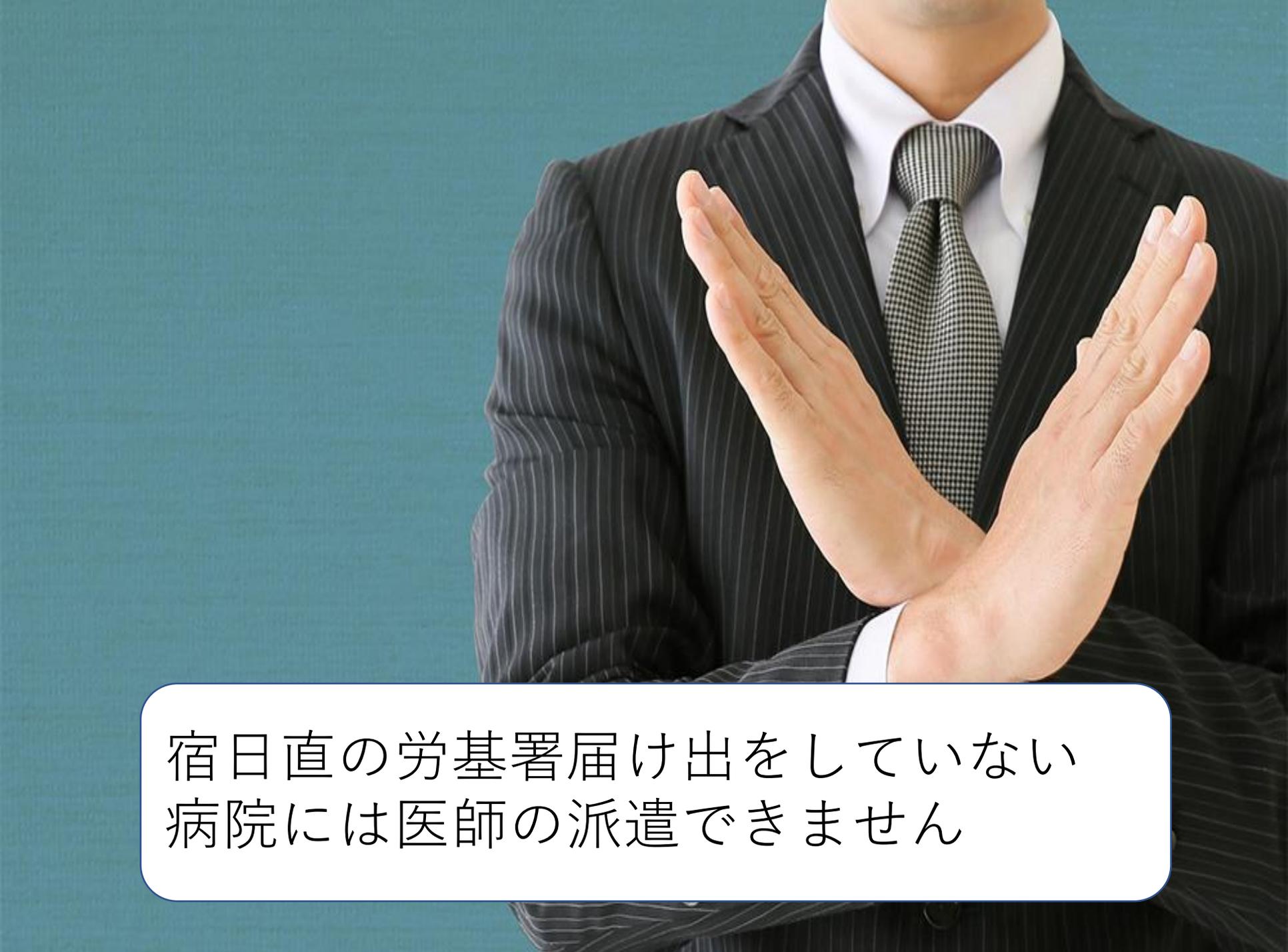
大学病院  
には連携  
B水準が  
23.3%

※ 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. He has his hands raised in front of him, palms facing forward, in a universal gesture for 'stop' or 'no'. 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

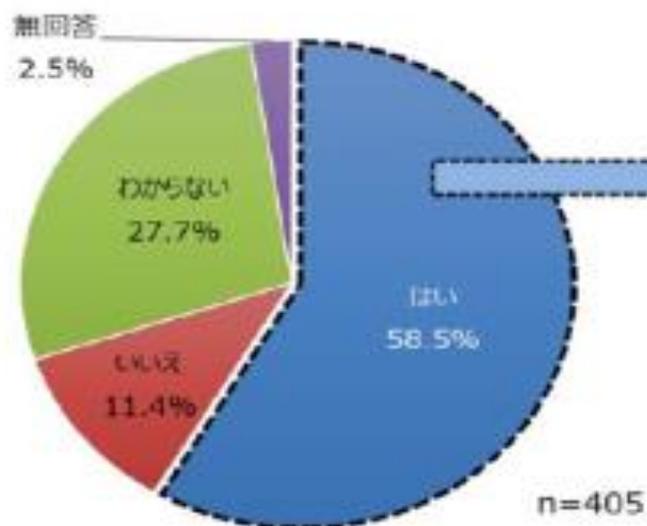
《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 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%



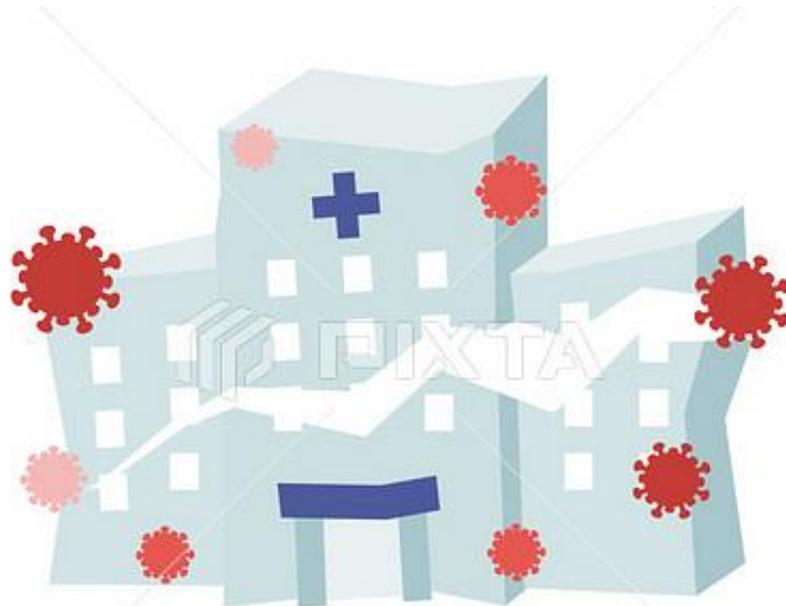
⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	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

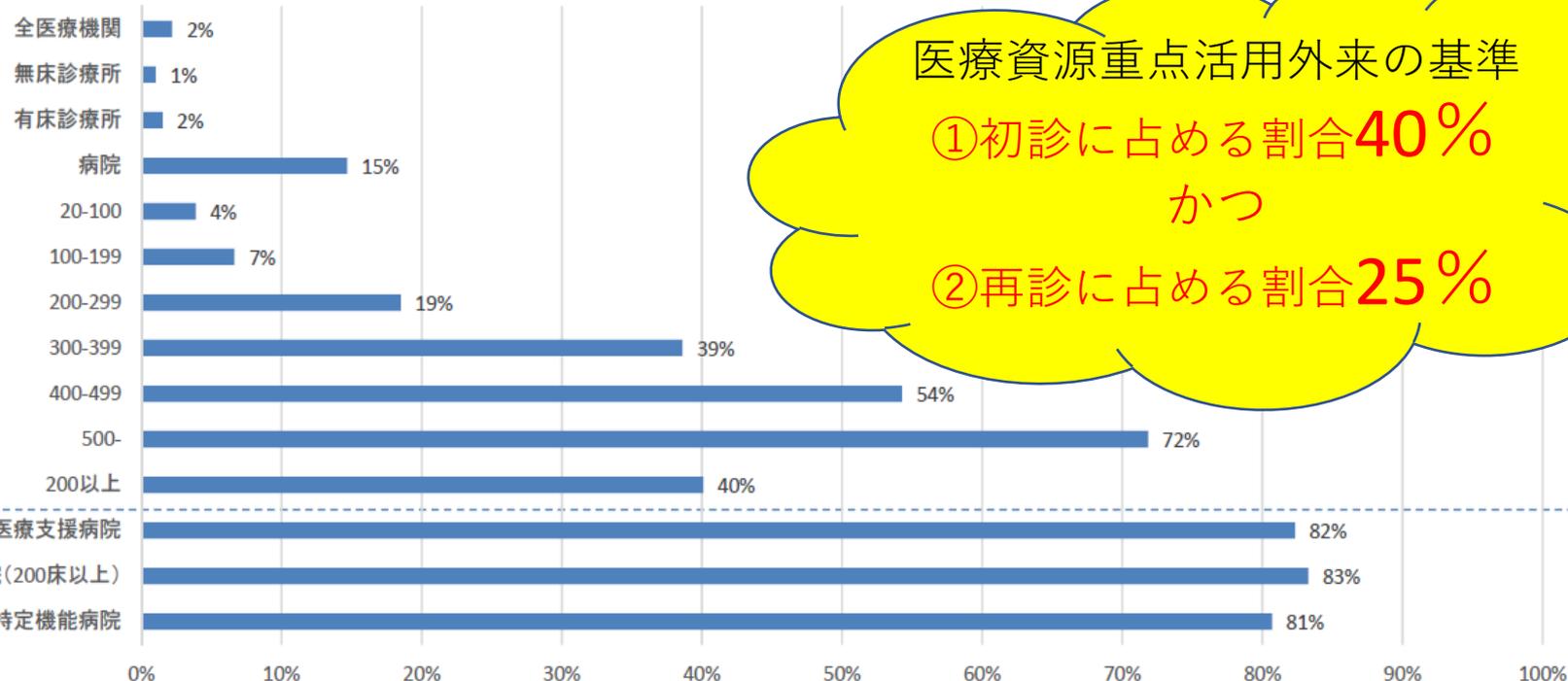
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 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%)	27 (0.3%)	258 (3.1%)	582 (7.0%)
全体	383 (4.5%)	307 (3.7%)	842 (10.2%)	1,532 (18.4%)

「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 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給（選定療養費） <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=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)	<b>紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)</b>	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		<b>紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満</b>		<b>紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満</b>
<b>紹介割合 (%)</b>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<b>逆紹介割合 (%)</b>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者</li> </ul>			
再診患者の数	<b>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。</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			
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）。 <ul style="list-style-type: none"> <li>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</li> </ul>			
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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>			
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

- 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
- 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
- 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

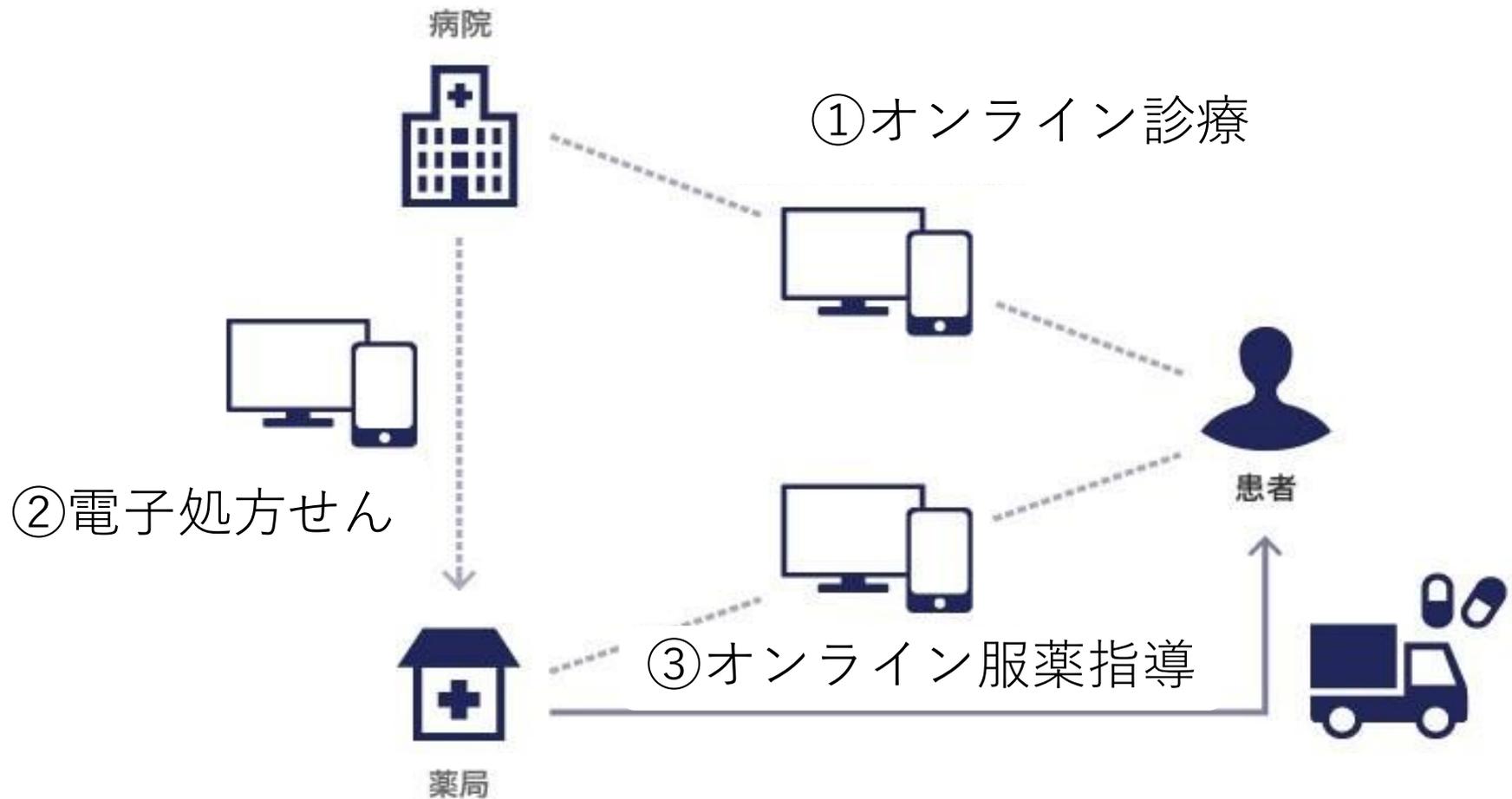
# 逆紹介向上の5つのポイント

- 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。
- 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

# 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%

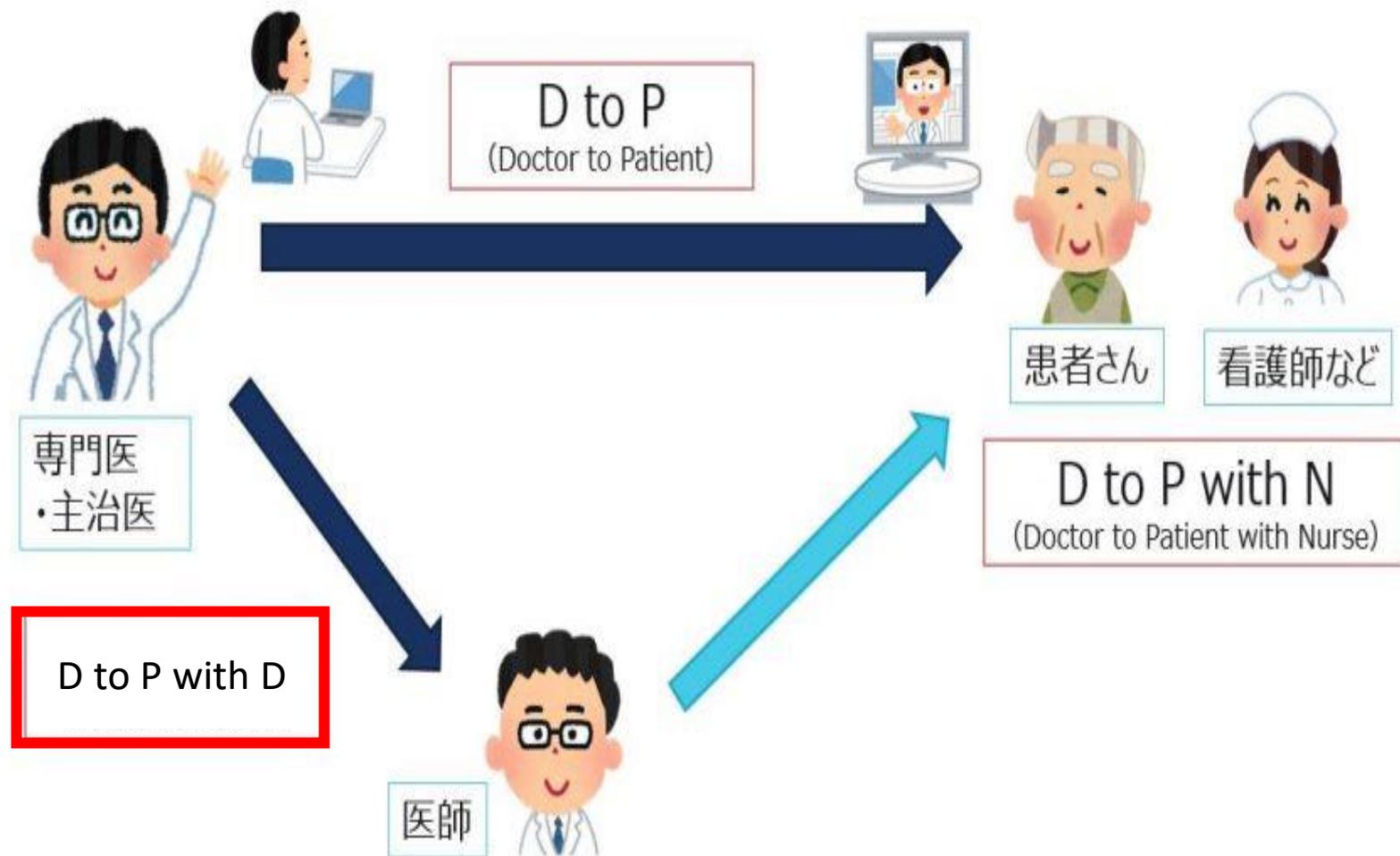
### [算定要件]（初診の場合）

- （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る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



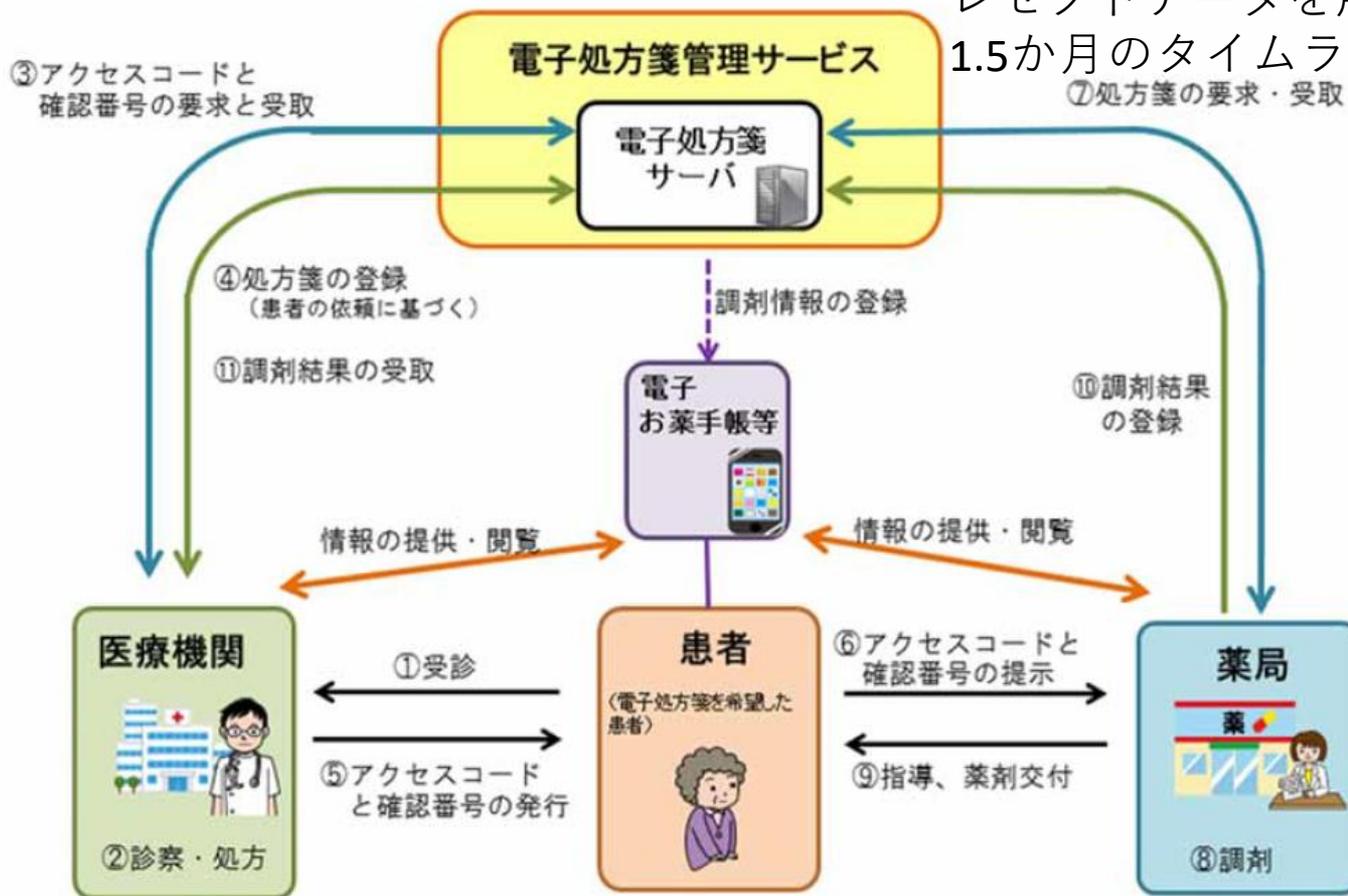
電子処方せん議論は10年以上も前から、でも一向に実現しない  
これがデジタル後進国日本の現状！



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。

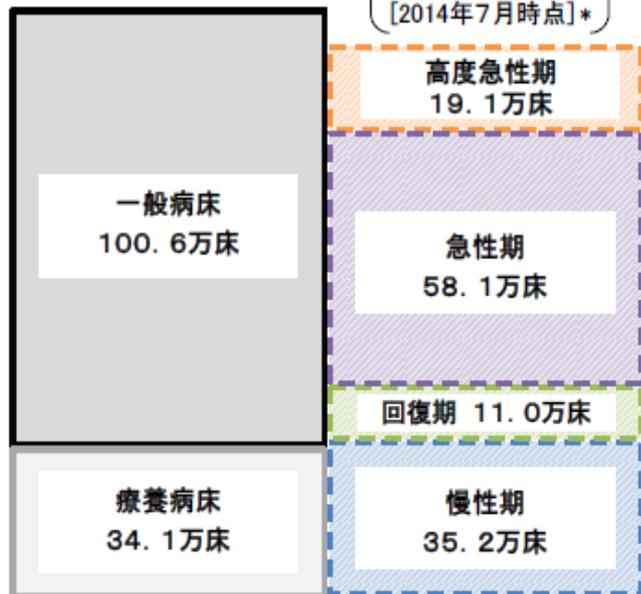
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

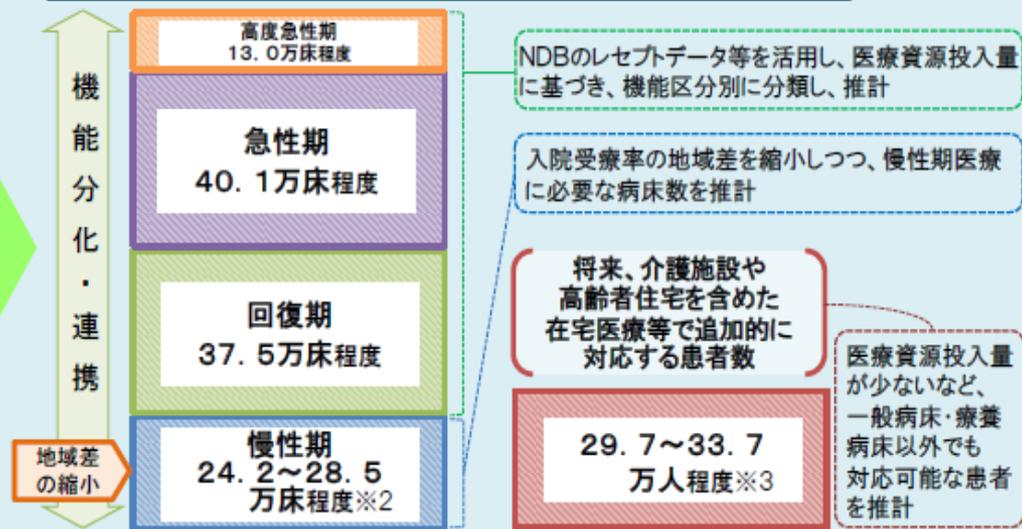
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【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

公立・公的病院から  
地域医療構想を

# 公立・公的 4 2 4 病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで公表  
(2019年9月26日)

経済 フォローする

# 公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため

# 424公的病院、再編必要

## 神奈川県 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国145の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が少しいと判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があつて、異例の対応に踏み切つた。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなるとの不安から地元首長や住民の反発が予想される。

同日の会合で公表した対象病院は全体の29.1%に当たり、ベッド数が比較的に少ない病院が多かつた。対象の数は北海道の

都道府県別の再編・統合対象病院割合

都道府県	公的病院数	対象病院数	割合(%)
① 新潟	41	22	53.7
② 北海道	111	54	48.6
③ 宮城	40	19	47.5
④ 山口	30	14	46.7
⑤ 岡山	30	13	43.3
⑥ 愛知	57	9	15.8
⑦ 京都	26	4	15.4
⑧ 栃木	15	2	13.3
⑨ 東京	78	10	12.8
⑩ 沖縄	14	0	0

※割合は四捨五入

定例会見 石巻市役所

“病院再編” 石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

# 石巻市

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

### - 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

#### 分析内容

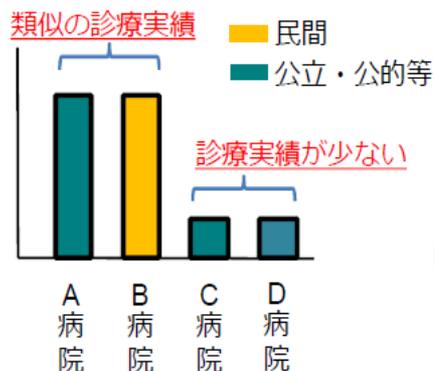
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

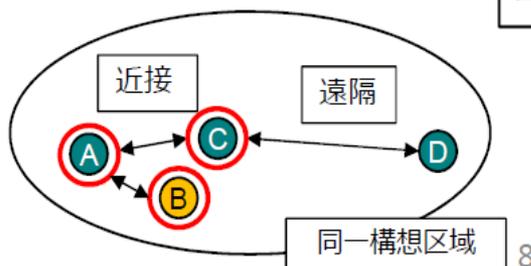
#### 分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**  
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



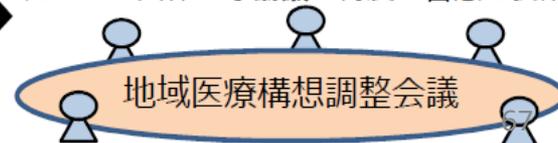
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

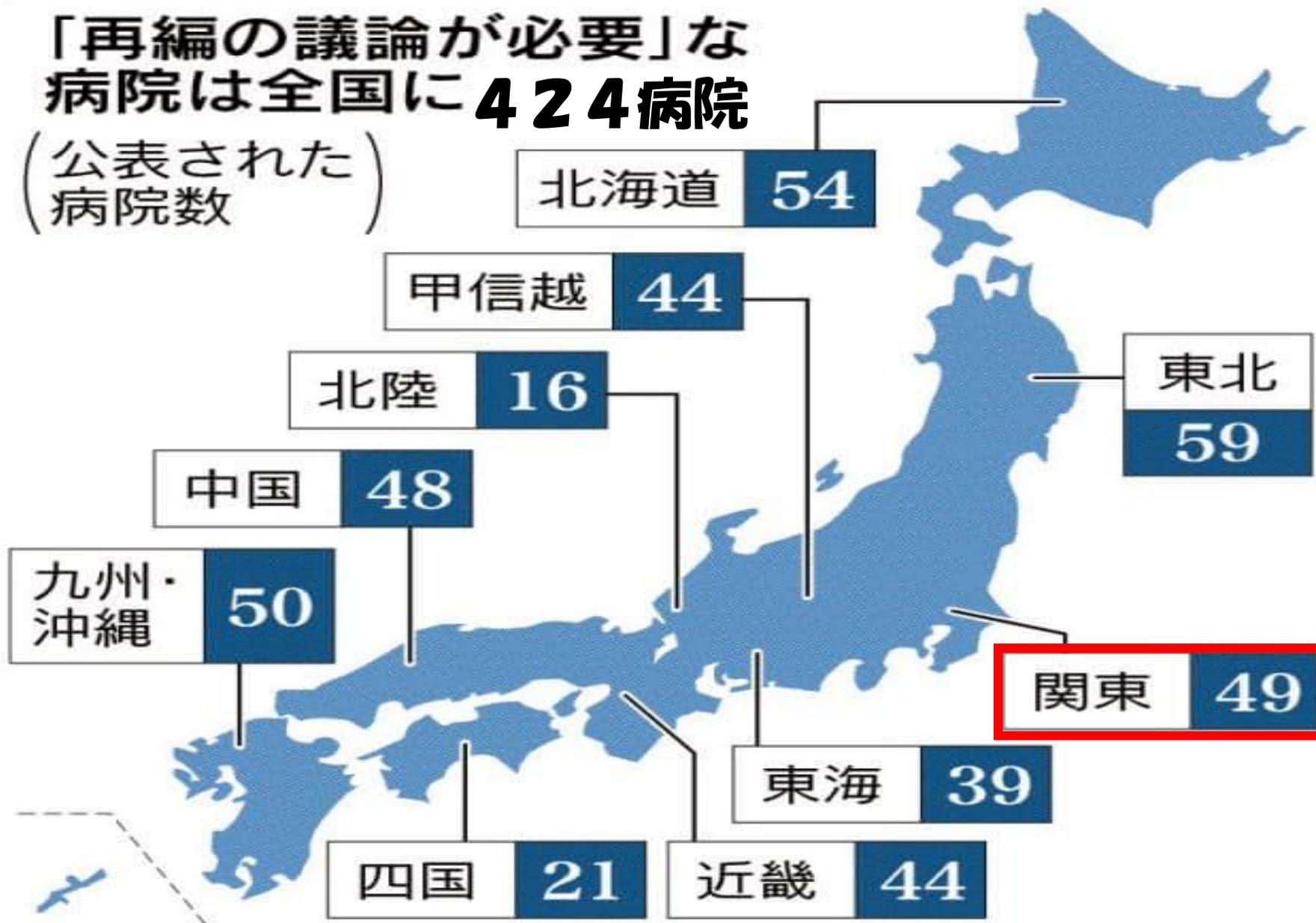
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



# 「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された  
病院数)



424施設から7施設を外し、20施設を加えて440施設となった



厚労省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦氏（1月17日）

# 新型コロナで 440病院リスト見直し

- 当初、424病院リストの検証期限については、機能の見直しについては2019年度中に、再編統合については2020年秋までに行うこととしていた
- 厚労省は、2020年3月4日の通知
  - 「今回の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から『改めて整理する』」として、事実上の「**期限延長**」を決めた
- このため新型コロナ感染拡大を受けて、今回の424病院リストでもその**感染症病床については再考が必要**
- 全国の感染症病床の9割は公立・公的病院によって占められ、**424病院の内、24病院が感染症指定病院**だからだ。

2022年  
440病院リスト取り下げ

# 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

## 第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態**。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用する**という視点を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、**公立病院の経営を強化していくことが重要**。

## 第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

### 公立病院経営強化プランの内容

#### (1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

#### (2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

#### (3) 経営形態の見直し

#### (4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

#### (5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備
- ・ デジタル化への対応

#### (6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

424病院リスト  
はひっそりと消  
えた

## 第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

## 第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

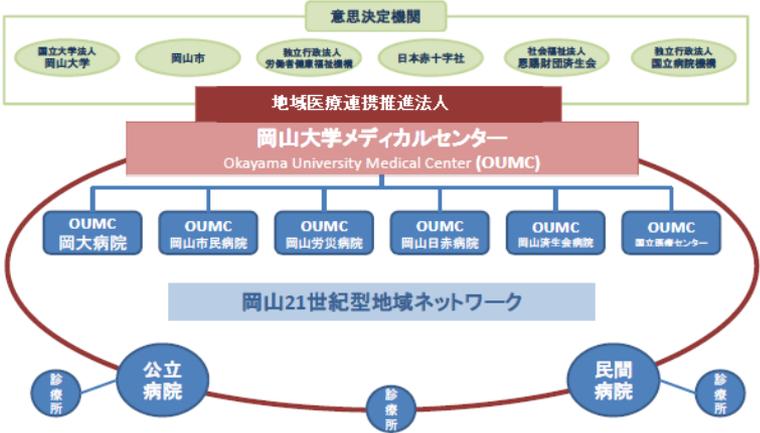
## 第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。

# 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





# 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。

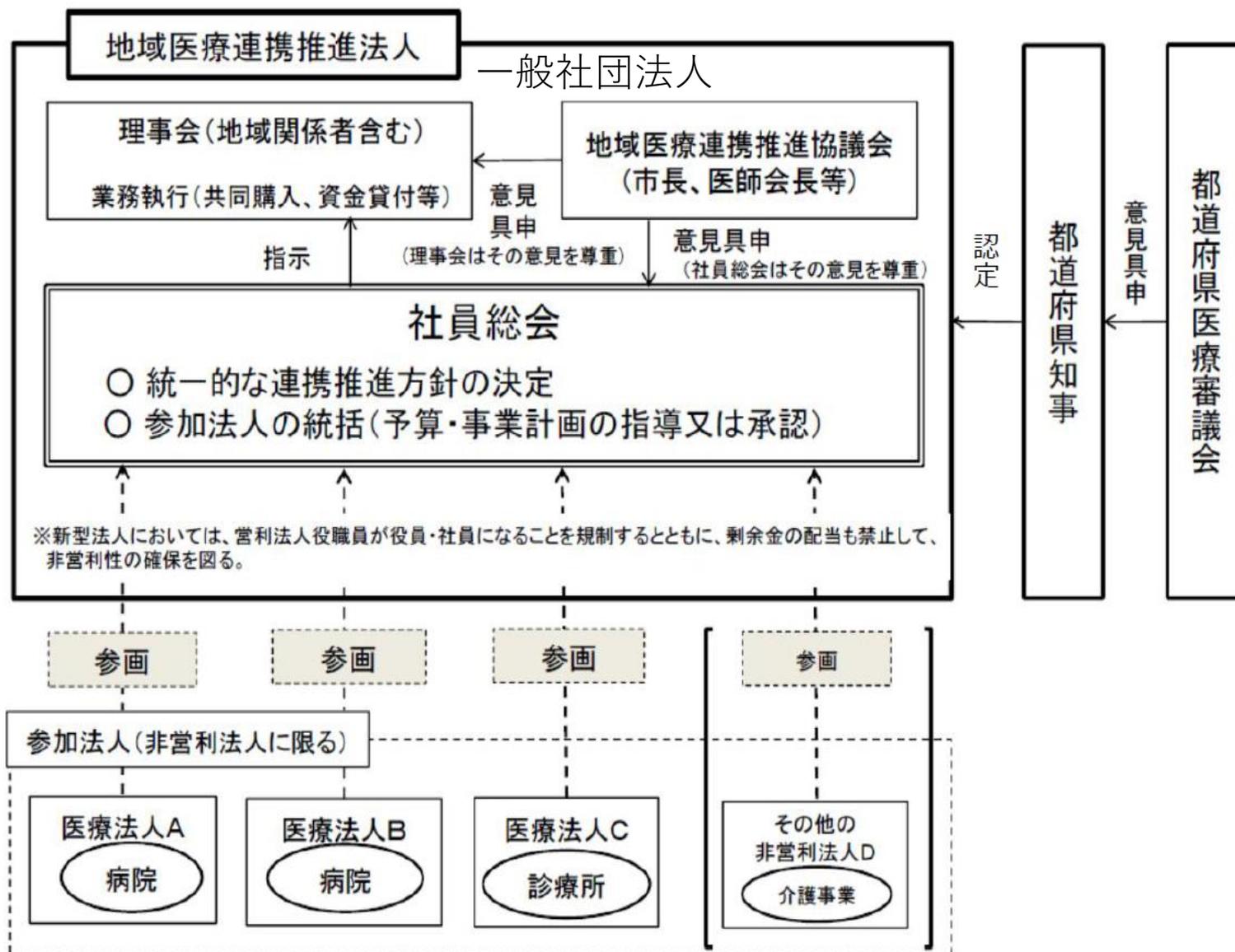
### ② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 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。

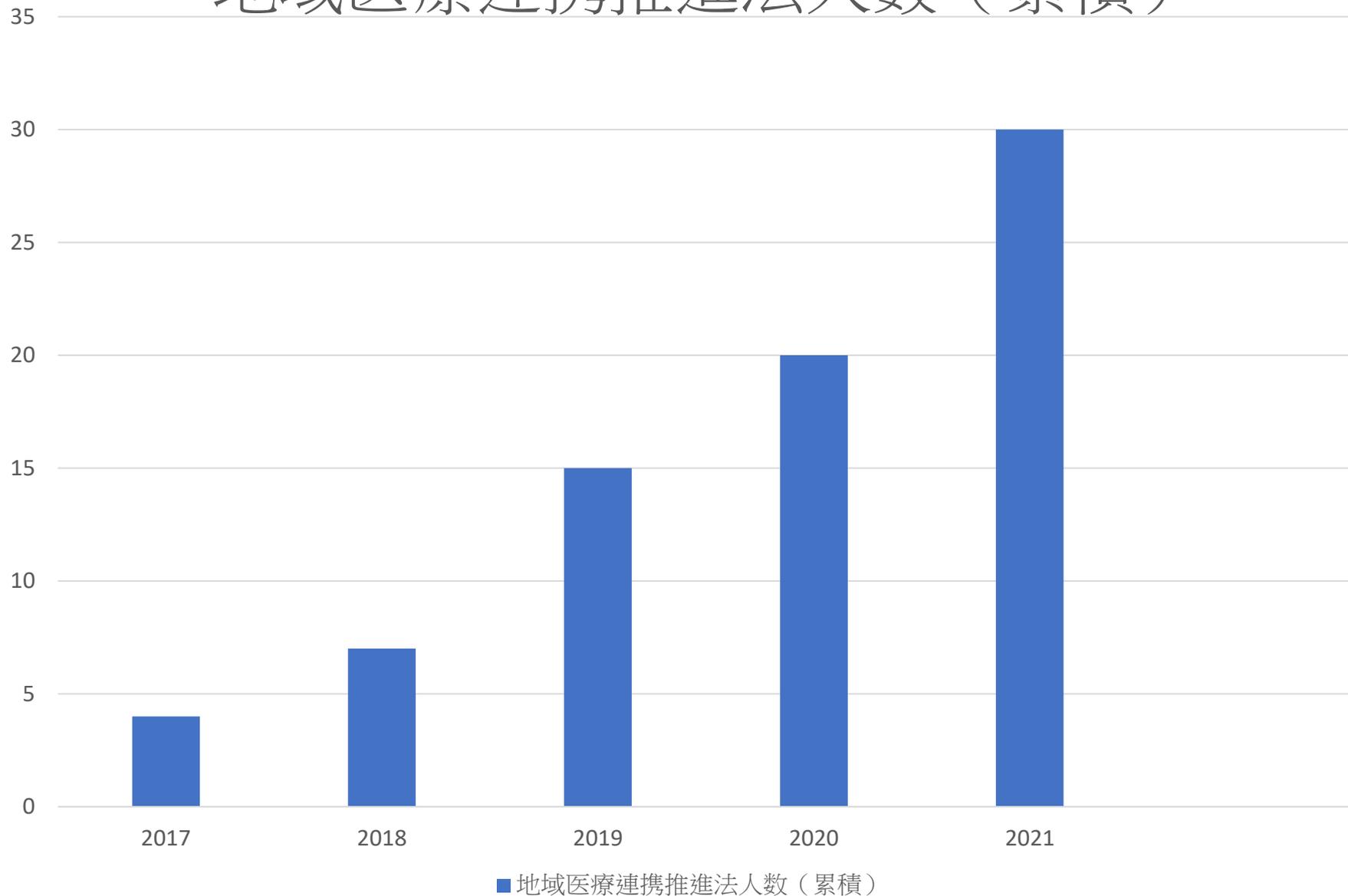
# 参考)地域医療連携推進法人の仕組み



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

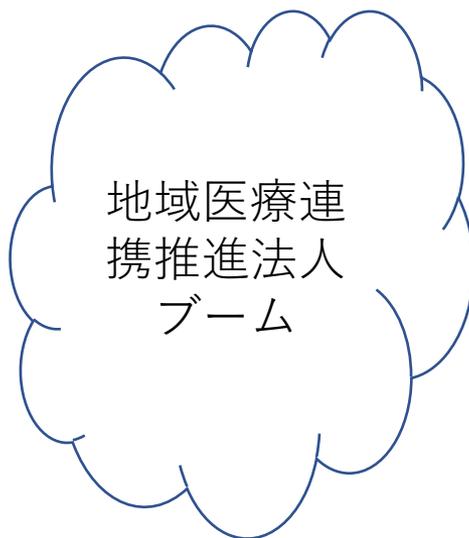
# 地域医療連携推進法人数（累積）



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



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

## かかりつけ医問題



# 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

# State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



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

# かかりつけ総合医の 実現を



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

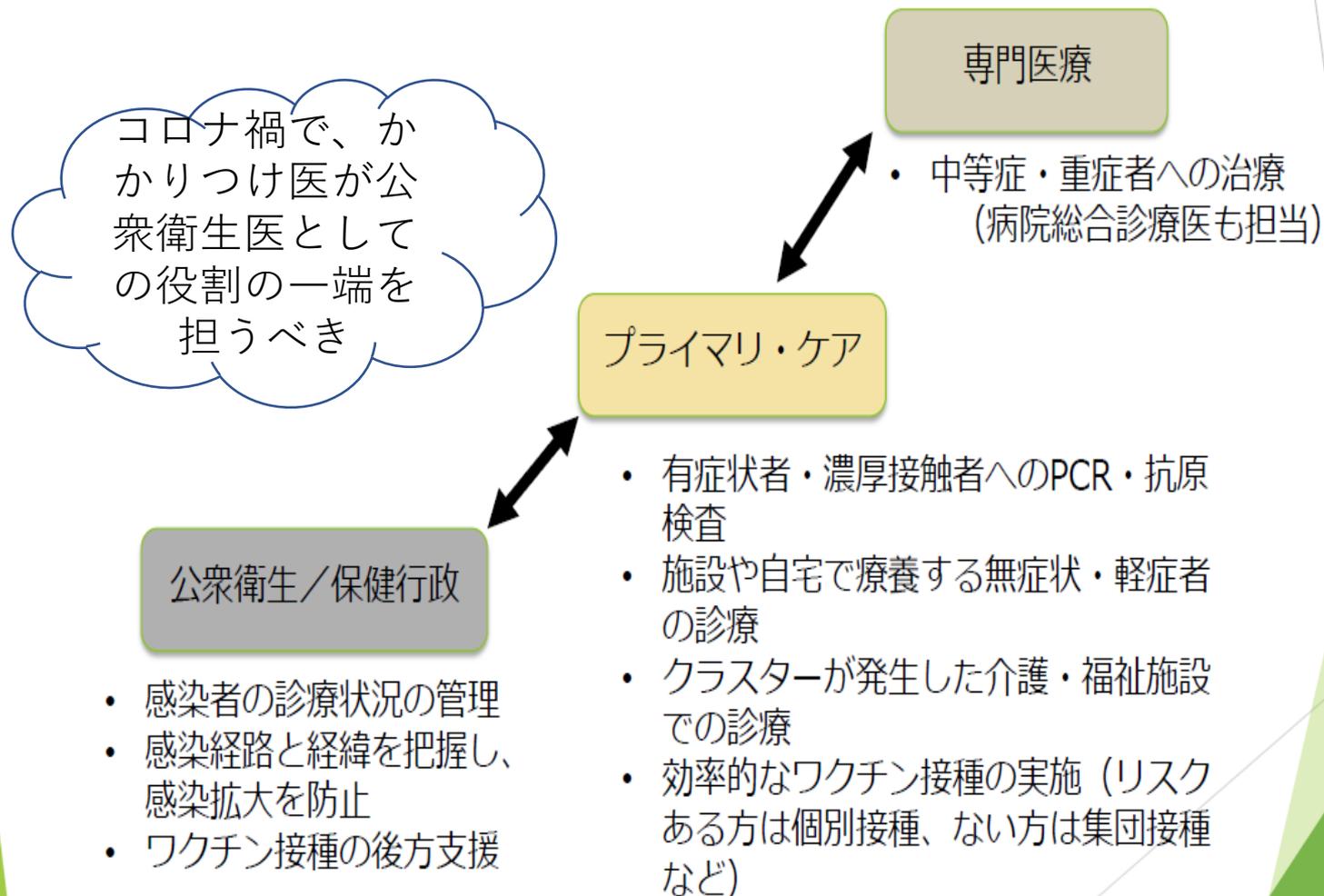
# かかりつけ総合医制度とは？

- ▶ 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

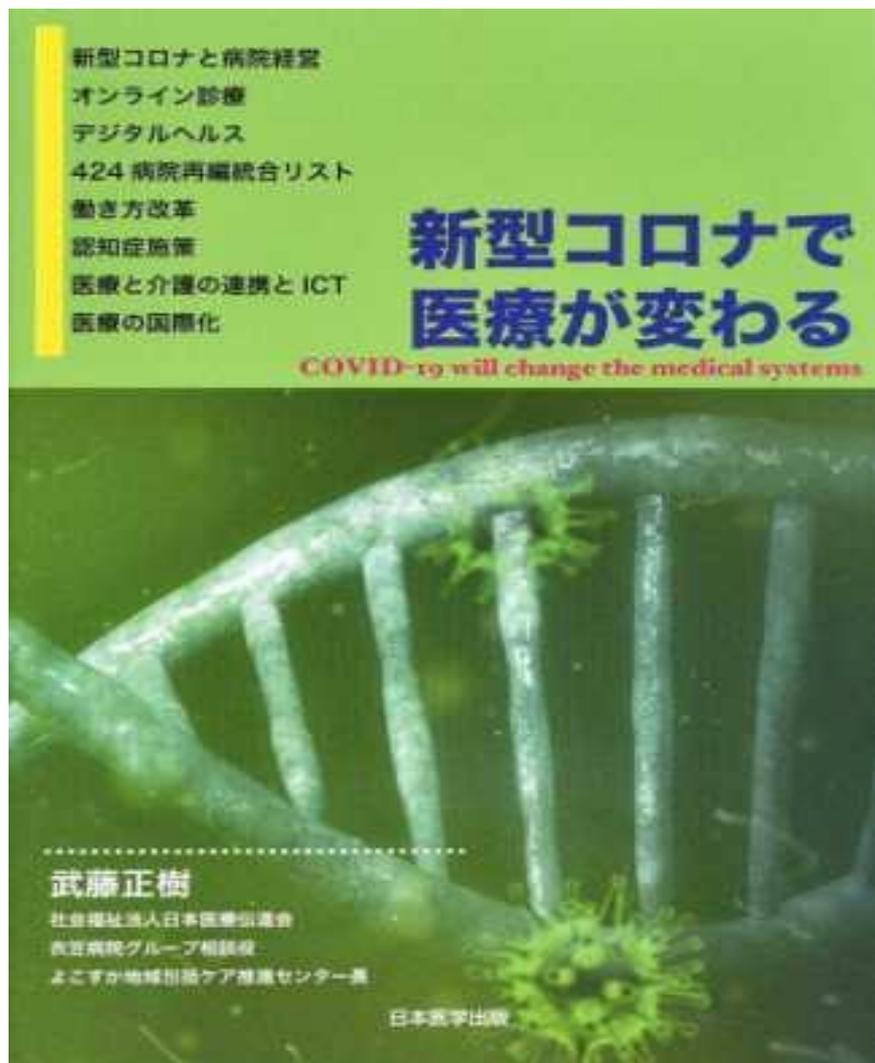
- ①かかりつけ医の定義
- ②かかりつけ医の登録制
- ③成果払い（P4P：Pay for Performance）方式の導入
- ④適切な医薬品の使用～地域フォーミュラリーの導入
- ⑤かかりつけ医とDX～オンライン診療、電子処方、オンライン服薬指導
- ⑥かかりつけ医とタスクシフト
- ⑦在宅医療
- ⑧終末期医療とACP
- ⑨地域包括ケア医としてのかかりつけ医機能
- ⑩患者、家族とのコミュニケーション機能

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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)