

# 2040年に向けて連携新時代

~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



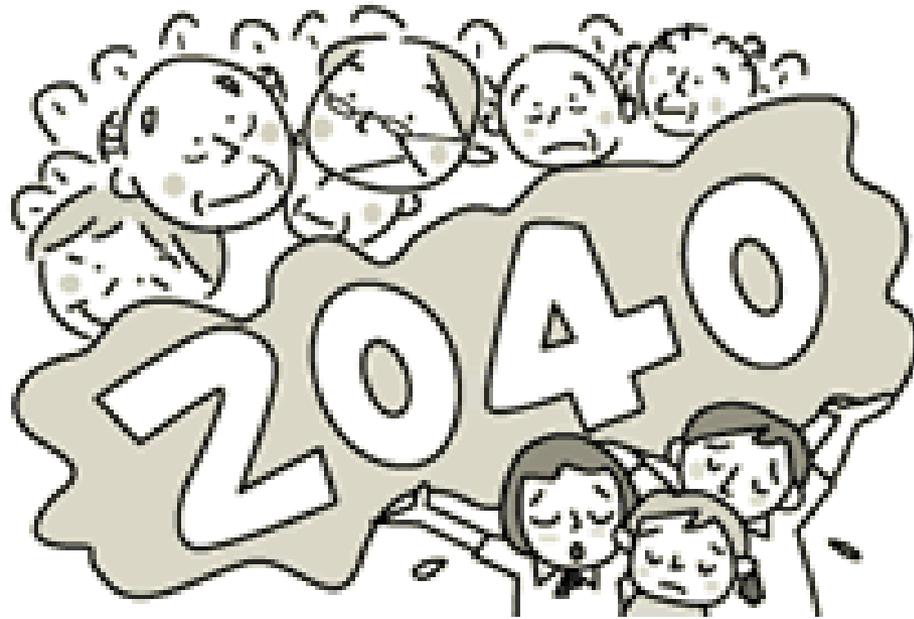
# 目次



- 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4つの改革
- 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

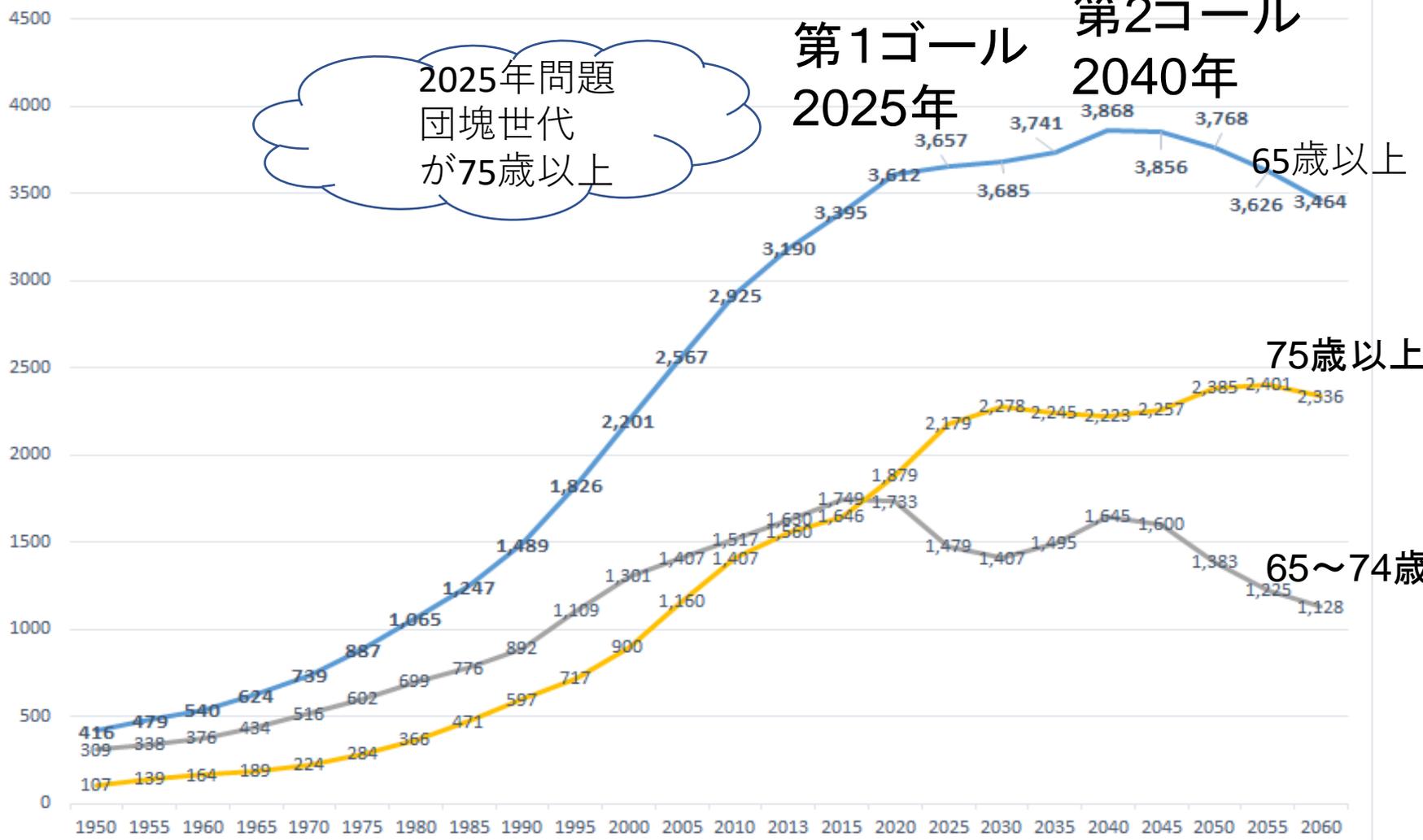
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

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

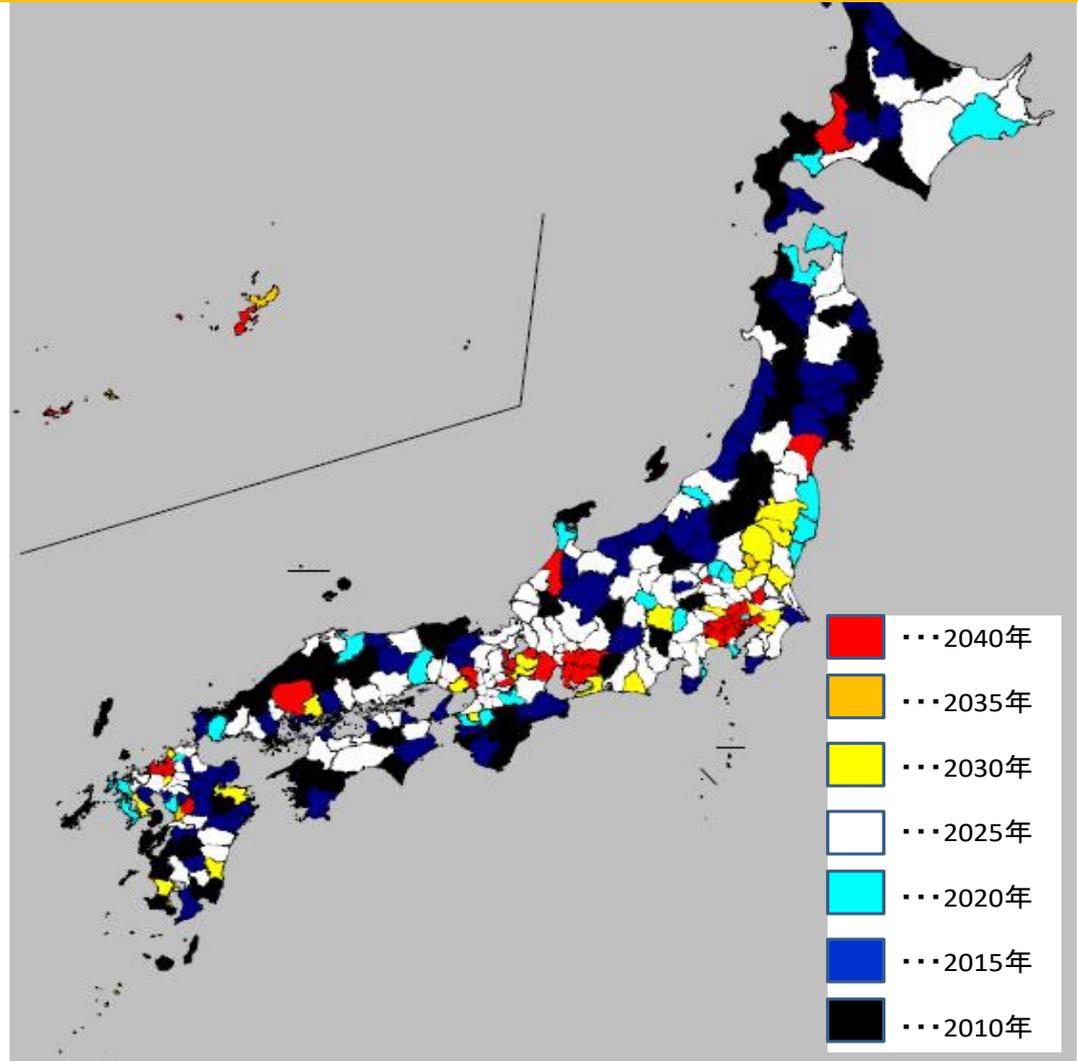
第2ゴール  
2040年



# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

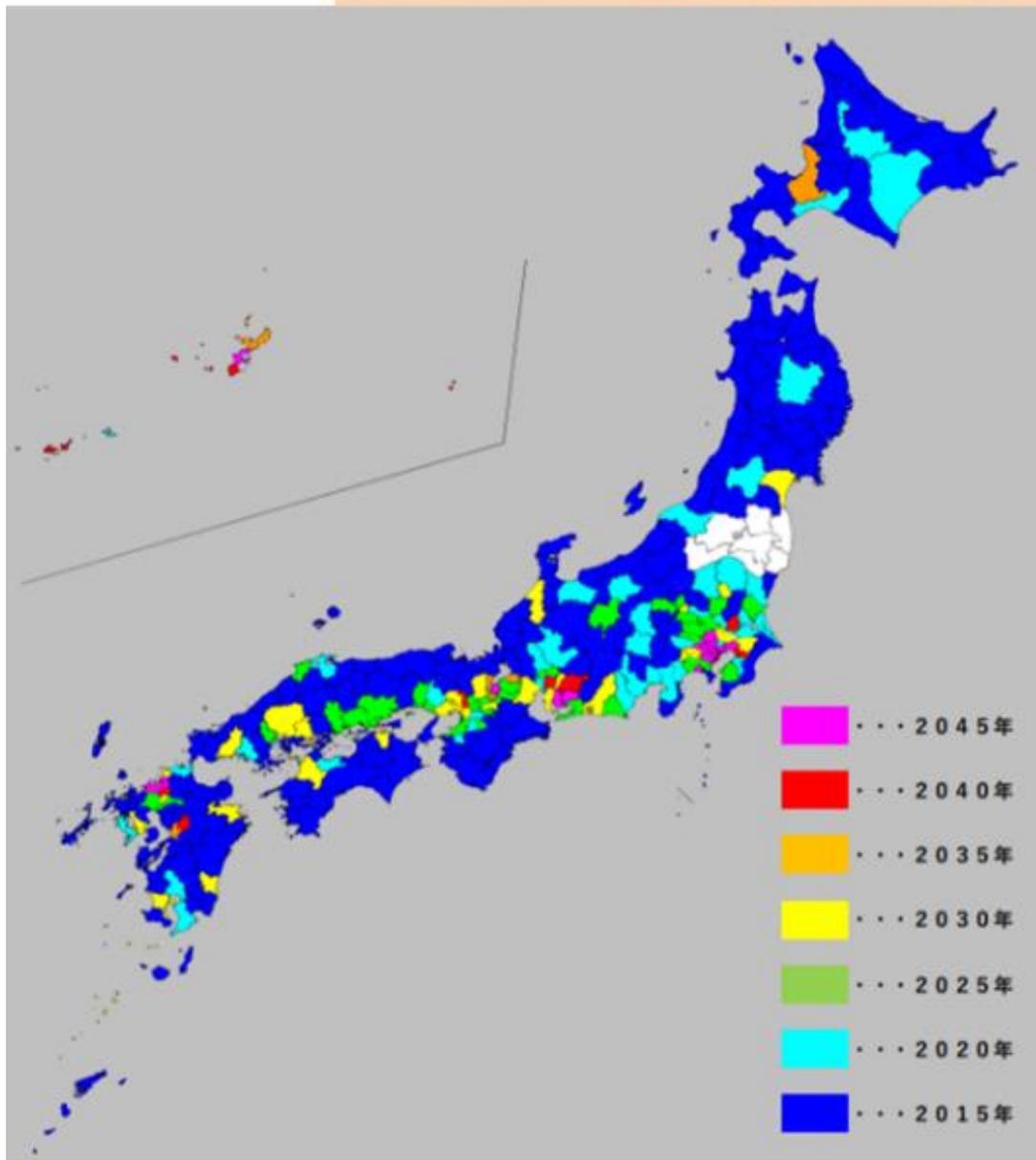
地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる

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

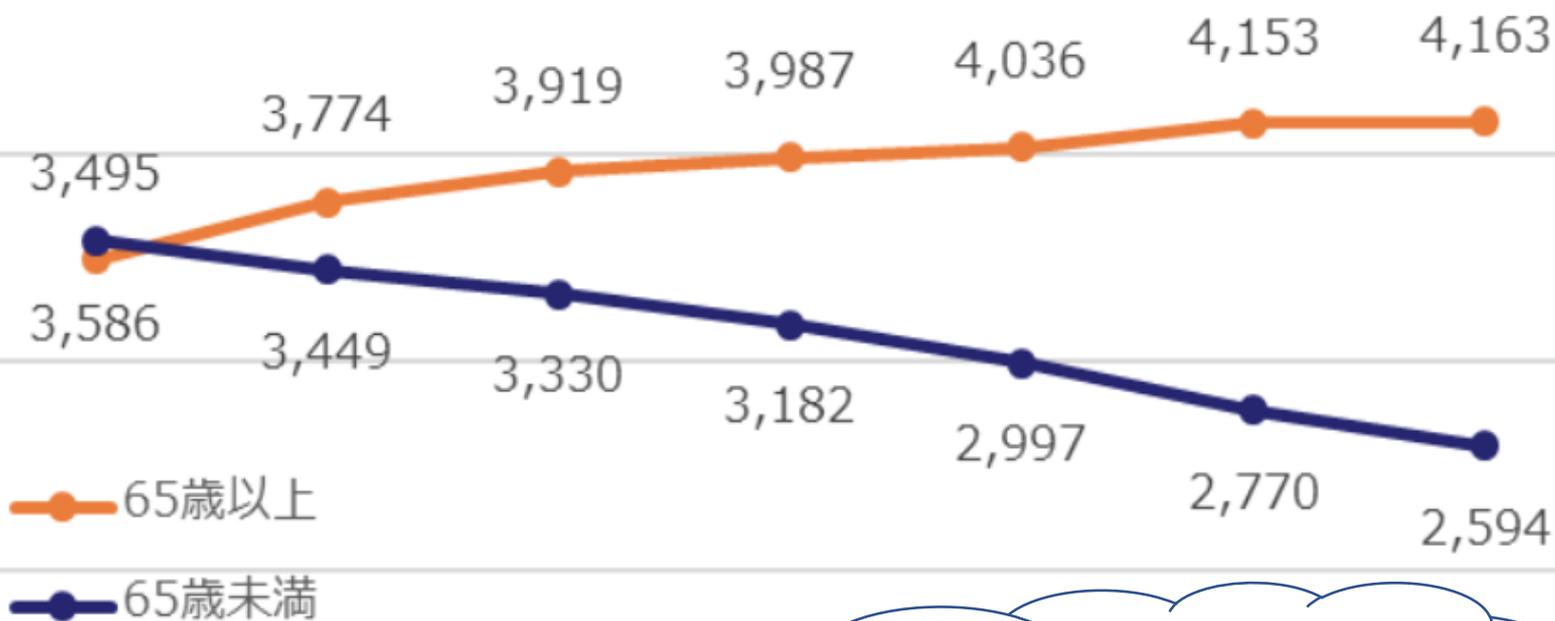
4,000

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

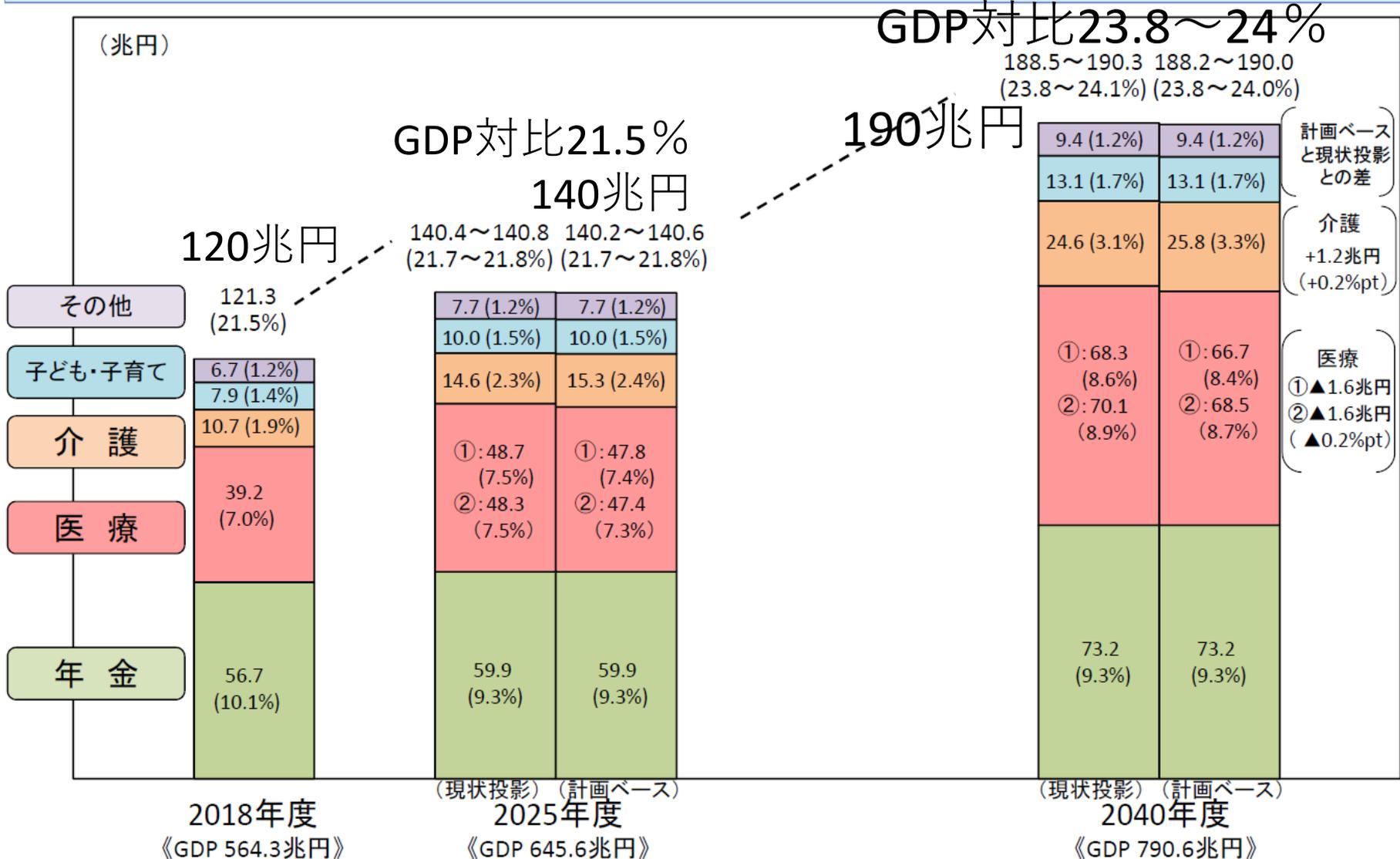
2030年

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）



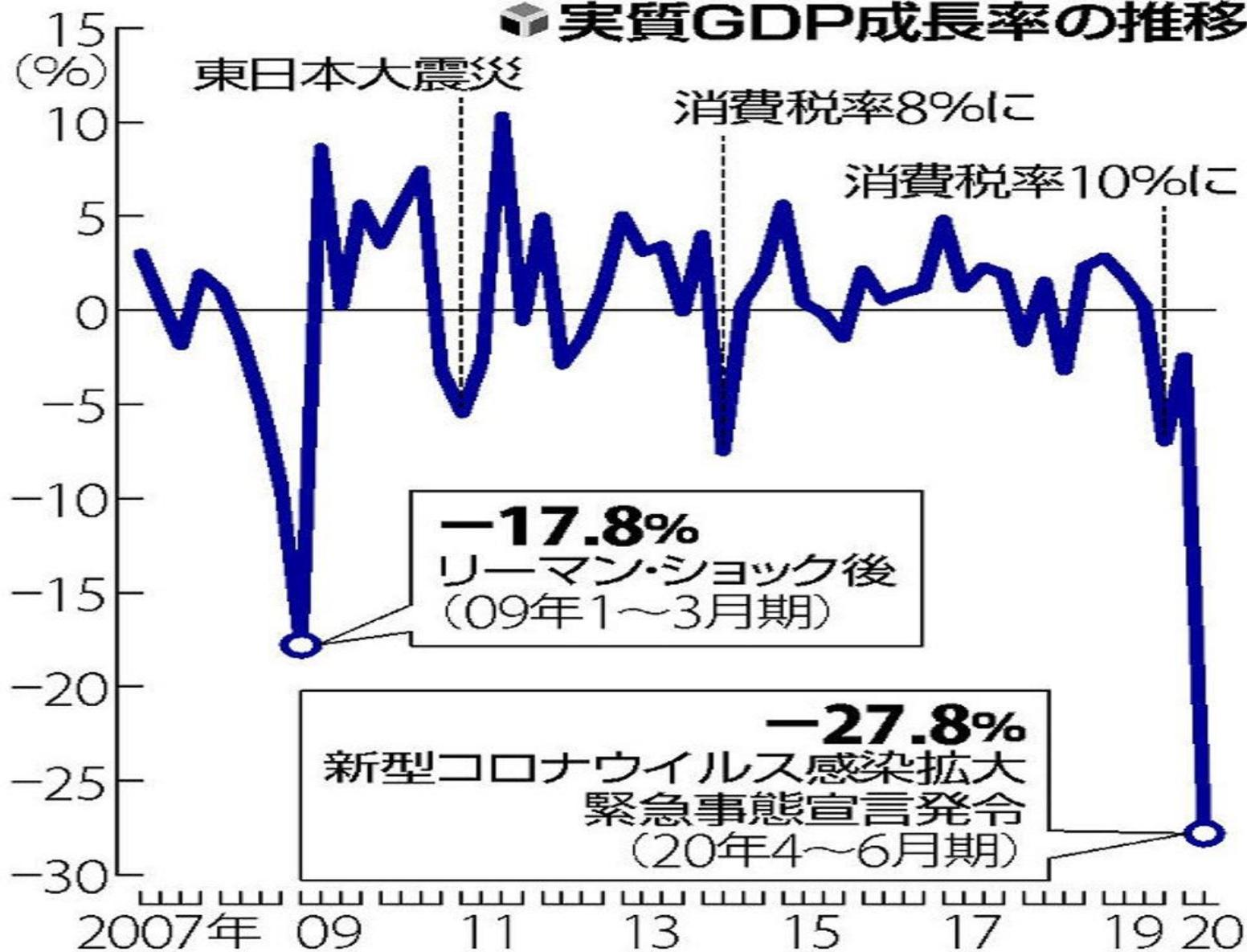
(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(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

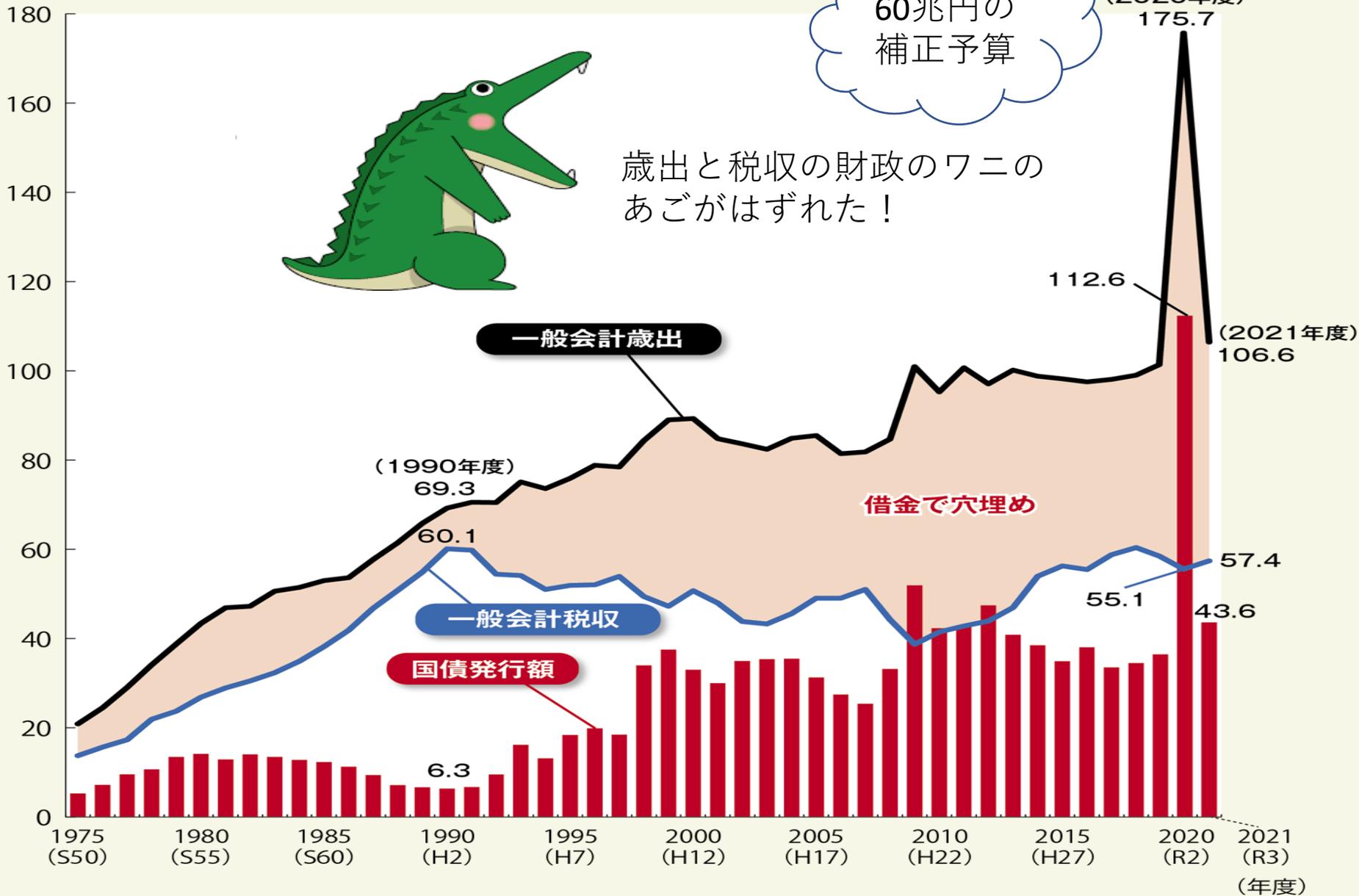


# 実質GDP成長率の推移



※四半期ごとの前期比増減率の年率換算

(兆円)

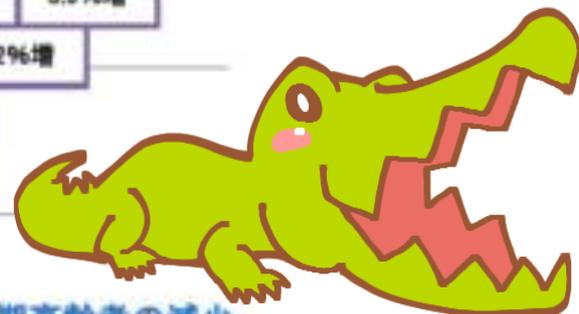


(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。  
(注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

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

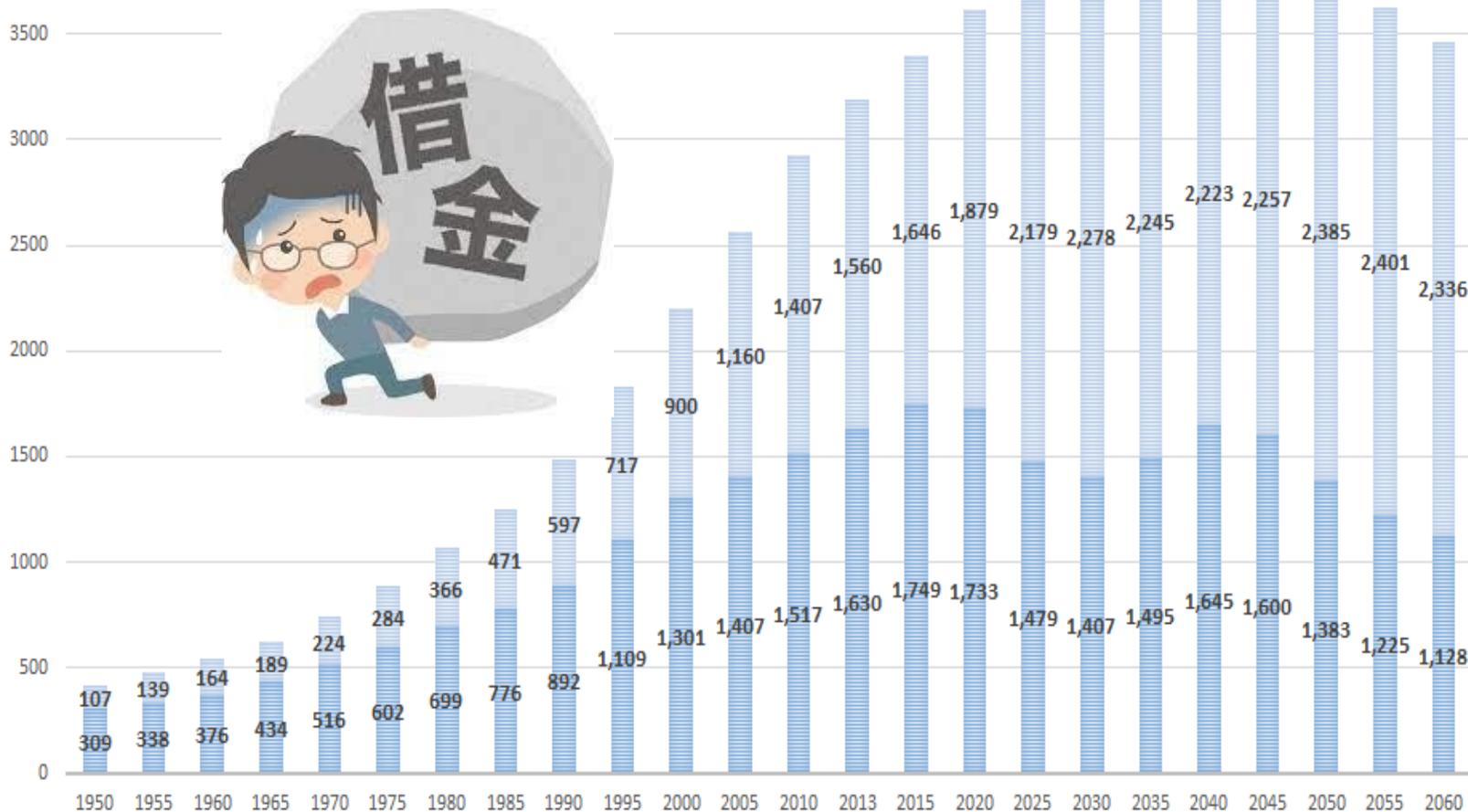
### 65歳以上の高齢者の人口推移

# 2040年

■ 65~74歳 ■ 75歳以上

万人

### 団塊世代の高齢化 2025年



# 2040年へ向けての 医療・介護・福祉 改革プラン

「多様な働き方を目指して」

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部の取り  
まとめから（2019年5月）

# 医療・福祉サービス改革プランの概要

## ● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**5%（医師については7%）以上の改善**を目指す

※（各分野の）サービス提供量＝従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

I

### ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化  
(未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進)
- ◆ データヘルス改革(2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進)
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施  
(2020年度から全国に普及・展開)
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実  
(本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し) 等

II

### タスクシフティング、 シニア人材の活用推進

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成(2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成 等)
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策(2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加) 等

III

### 組織マネジメント改革

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し  
(実績評価の拡充など)（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組(2020年代初頭までに介護の文書量半減)、報酬改定対応コストの削減(次期報酬改定に向けて検討) 等

IV

### 経営の大規模化・ 協働化

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及(今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開)
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与(今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施)
- ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置(今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ) 等

## 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9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

		医療計画		新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	第8次医療計画等に関する検討会 開催			医療部会（6/3）		外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月				地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		
	10～12月						外来機能報告書に関する取りまとめ
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総論（医療圏、基準病床数等）</li> <li>・各論（5疾病、6事業、在宅等）</li> </ul> について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討	
R4 [2022]	4～6月						
	7～9月						
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）				報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）				ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定				次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6[2024]	第8次医療計画開始		医療計画6番目の事業に新興感染症対策			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
R7[2025]							

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 4 つの改革

改革 1 医師の働き方改革

改革 2 紹介受診重点病院の外来改革

改革 3 かかりつけ医機能強化

改革 4 デジタル連携改革

# 改革1

## 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

約3割  
約6万人

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

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

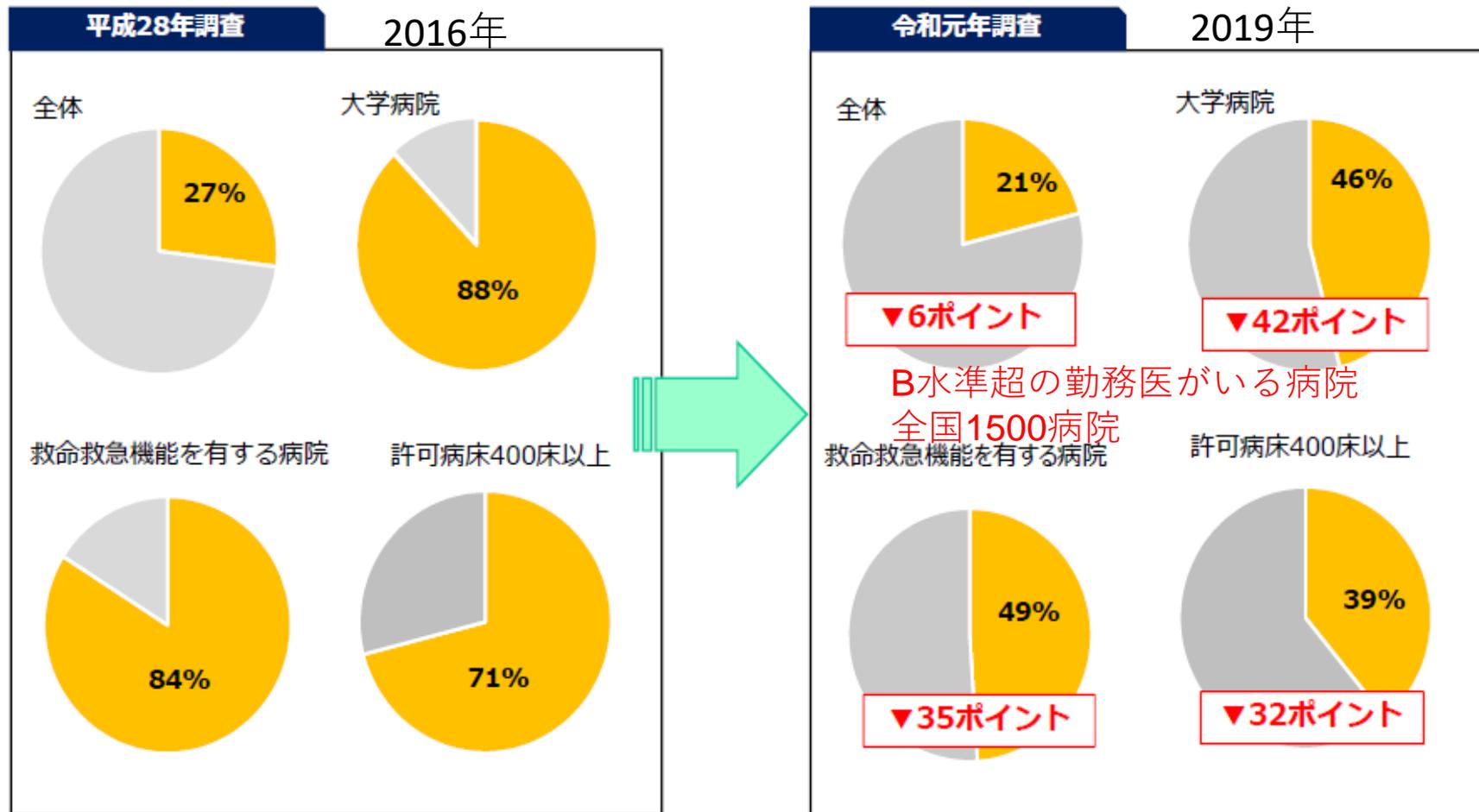
約6割  
約12万人

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。



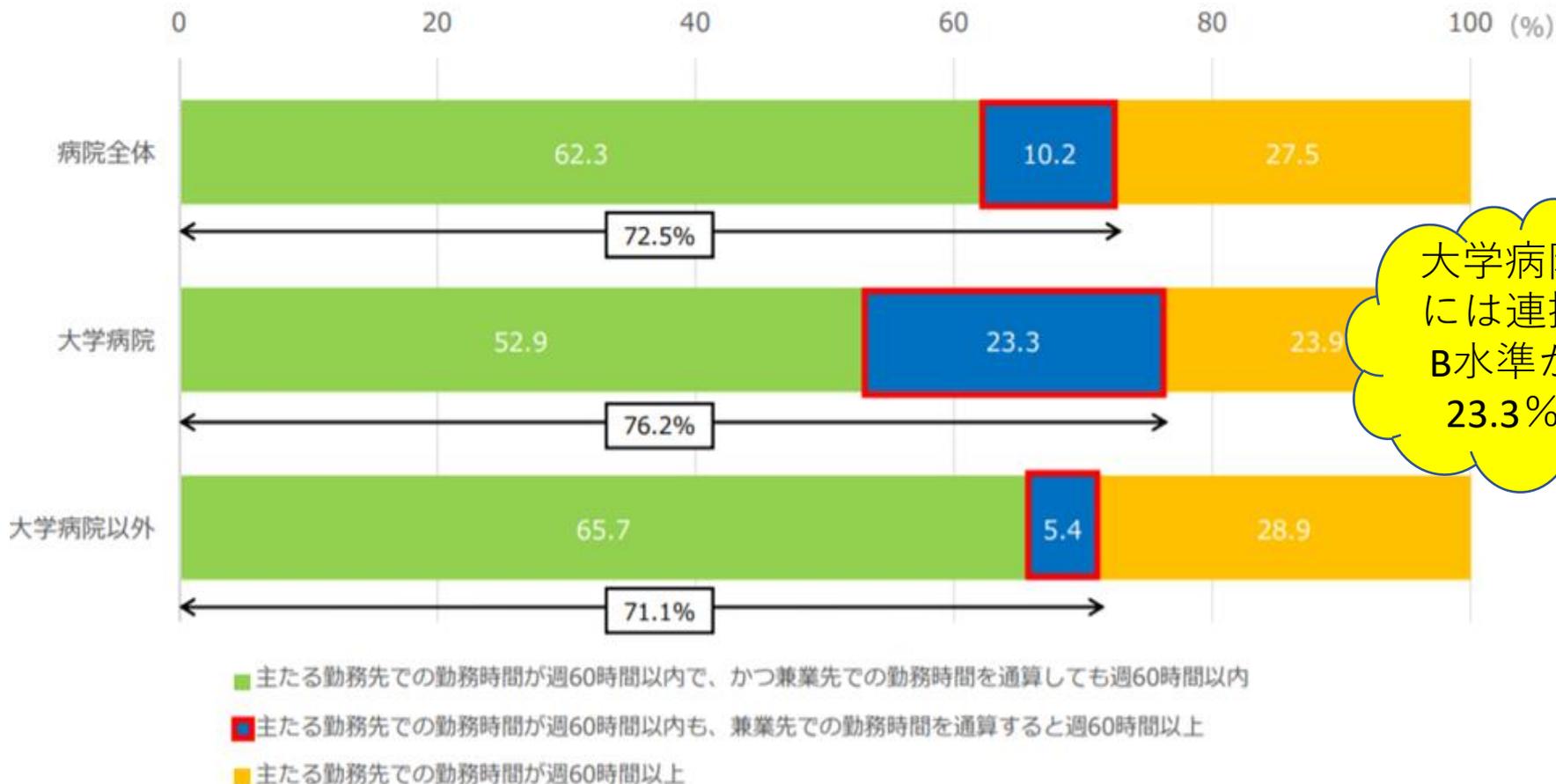
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ 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。

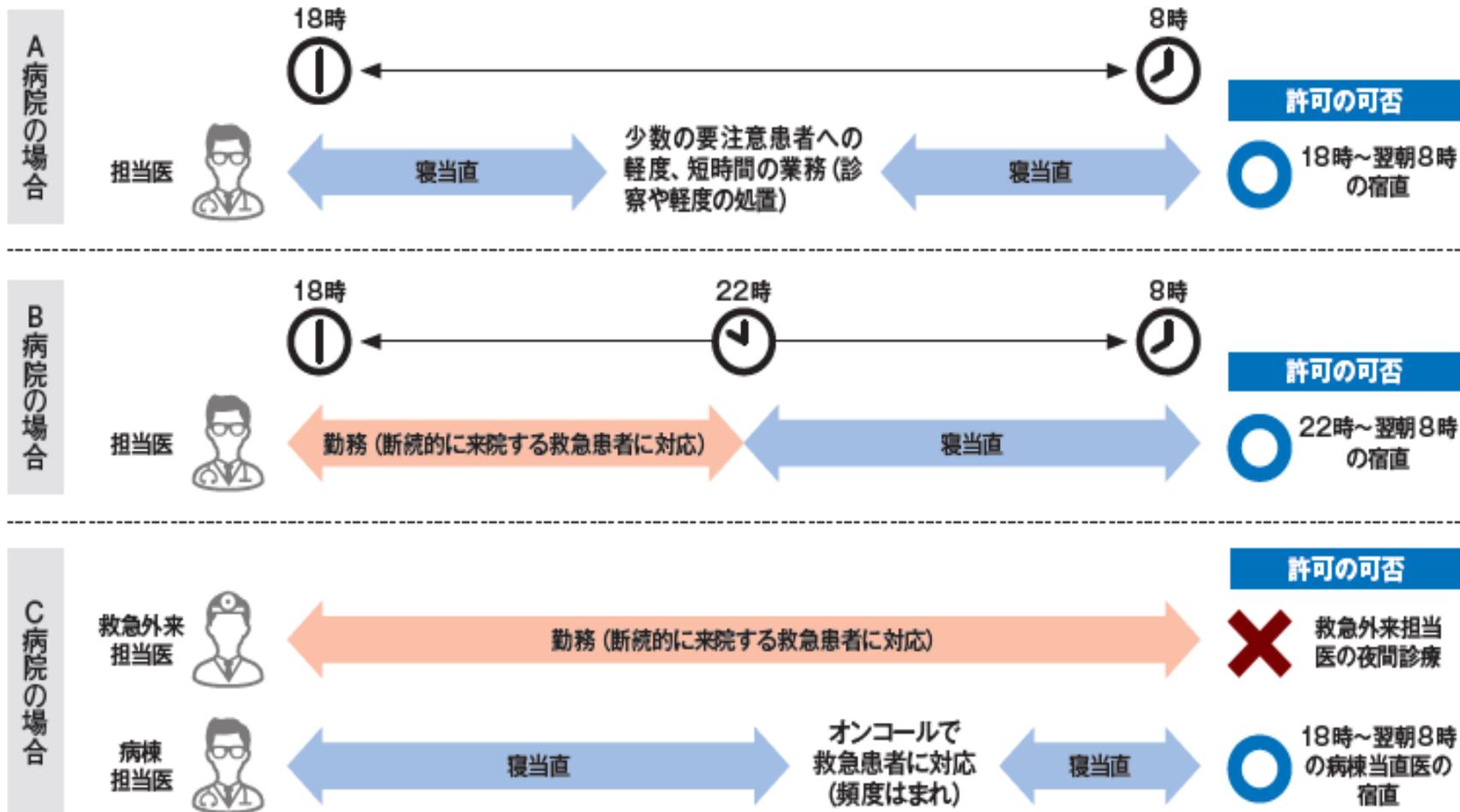


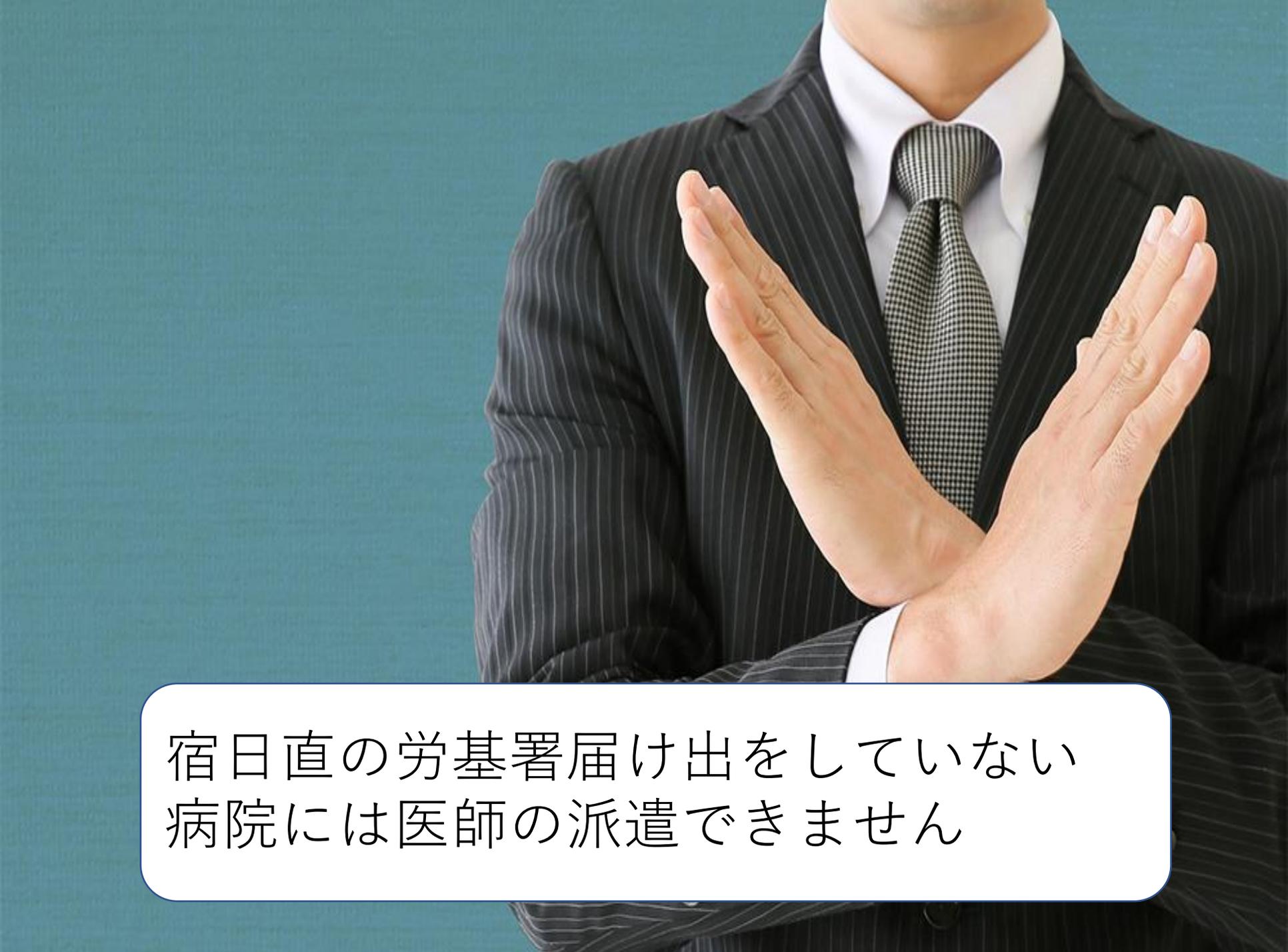
大学病院  
には連携  
B水準が  
23.3%

※ 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

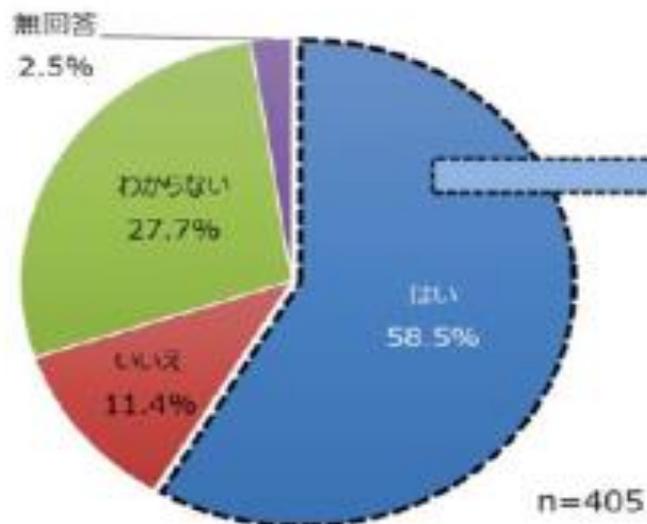
《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

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？



# 改革2

## 紹介受診重点病院の 外来改革



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

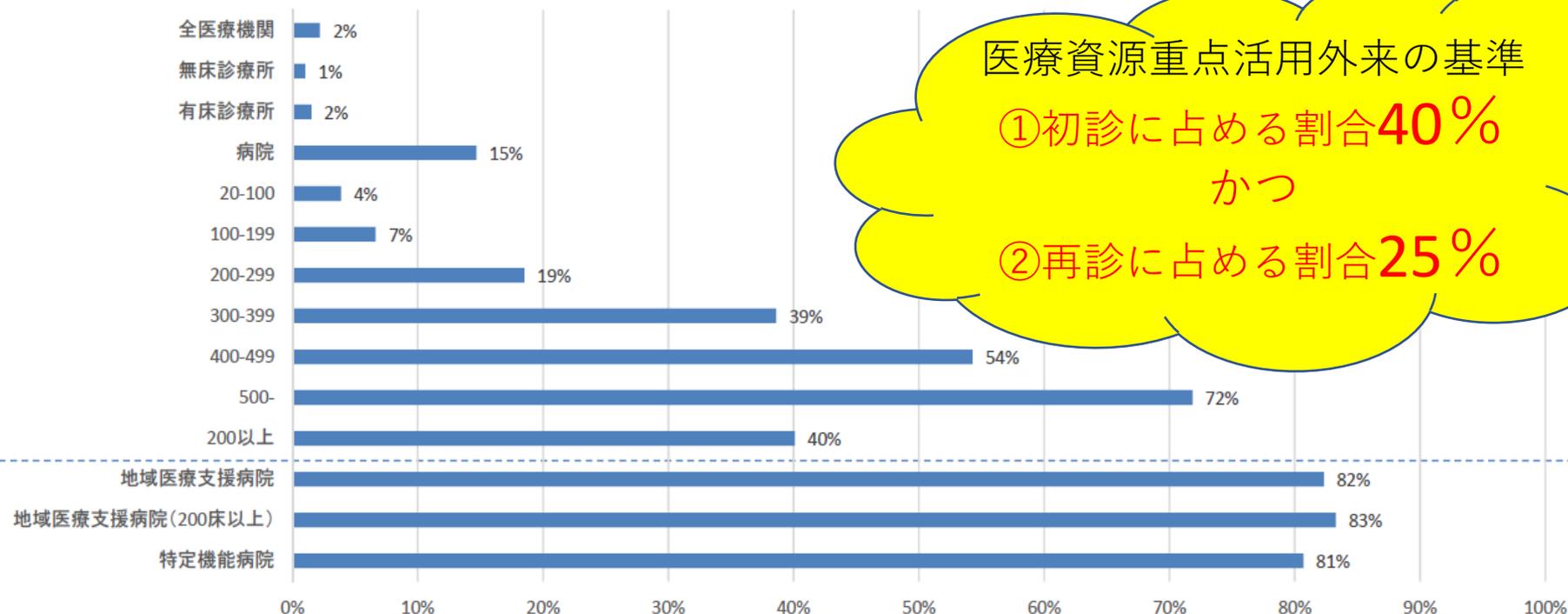
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 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 (4.6%)	607 (7.2%)	8412 (100%)	9402 (100%)

「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

- 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

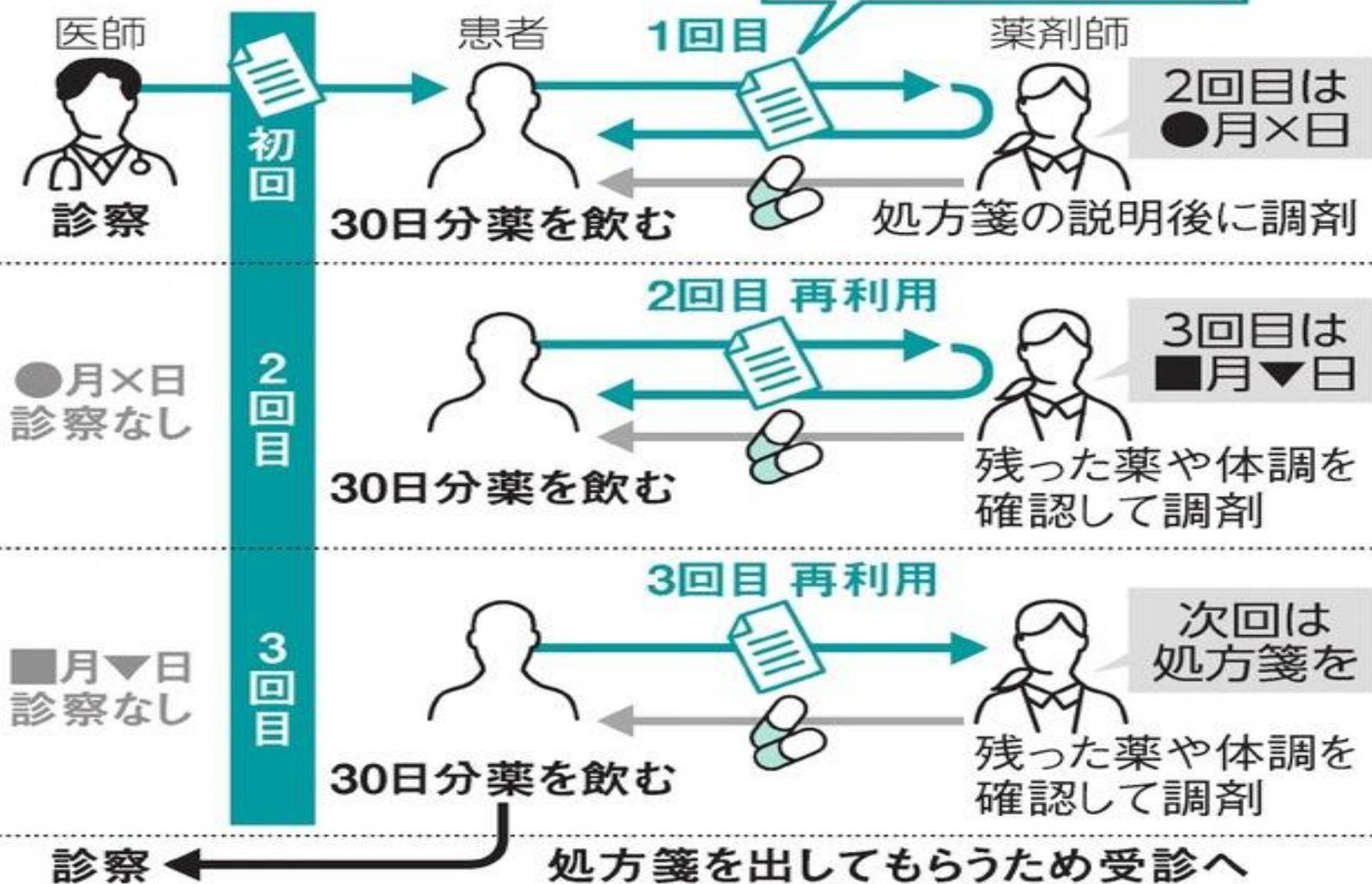
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

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 (特番)
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)への変更を望み、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>保険医署名欄に「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。)</p> <p><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><b>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。)</b></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>
リフィル可	<input type="checkbox"/> ( 回)

備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回)</p> <p>保険医署名欄に「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。)</p> <p><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><b>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。)</b></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>
----	--

# 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



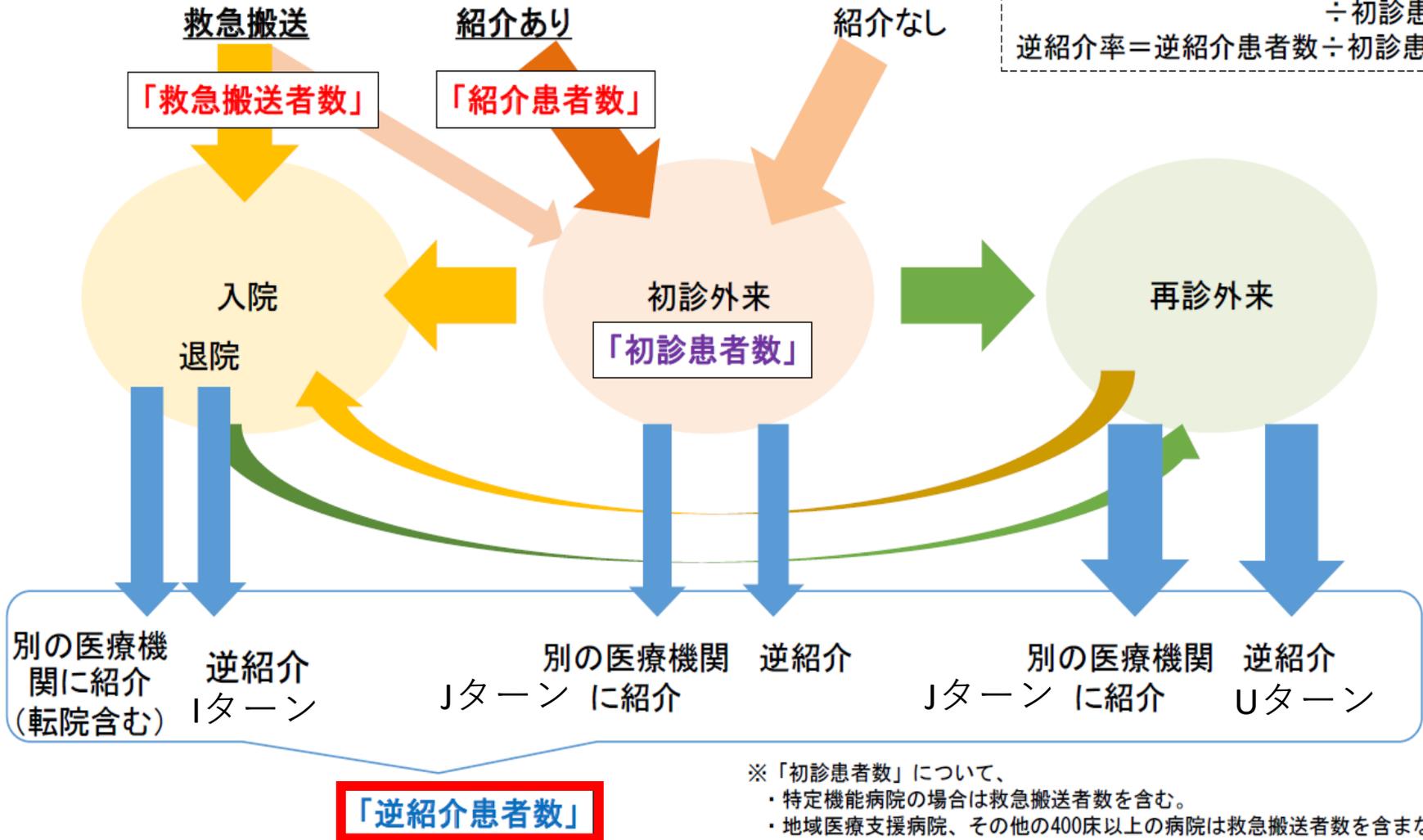
関西医科大学附属病院  
総合診療科・地域医療連携部

# 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

# 病院は逆紹介を受けるクリニックを探すべき

- 診療所の機能を明確にして病院側に実績をアピールする診療所をさがす
  - 糖尿病のインスリン治療の患者も受けます
  - 抗がん剤服用中の外来患者も受けます
  - **CKD**の患者も受けます
  - **COPD**の患者も診ます
  - 認知症の患者も診ます
  - 心不全患者の外来フォローもします
  - パーキンソン患者も診ます

ホームページ  
で患者実績を  
公表している  
クリニックを  
さがす



# 基幹病院との連携する クリニックを探そう



# 改革 3

## かかりつけ医機能強化



# かかりつけ医機能の評価

- 地域包括診療料（加算）
- 認知症地域包括診療料（加算）
- 小児かかりつけ診療料
- 在宅患者訪問診療料
- 機能強化加算  
（専門医への適切な紹介）

# 地域包括診療料・加算

かかりつけ医



中医協 総-3 3. 7. 7 (改)		地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
		病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。	
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。 ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所		

# 地域包括診療料に2疾患追加

- **2022年4月以降の対象疾患**
- 脂質異常症
- 高血圧症
- 糖尿病
- 認知症
- **慢性心不全**
- **慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）**

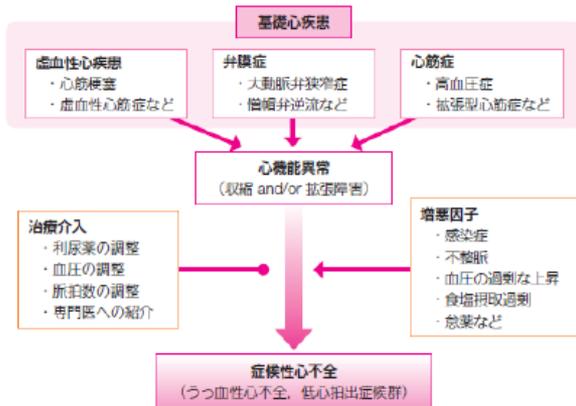
# 慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

○ 例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

(例)

## 慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ2番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。



## 慢性腎臓病（CKD）

- 日本人のCKD患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- CKDは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- CKD診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。

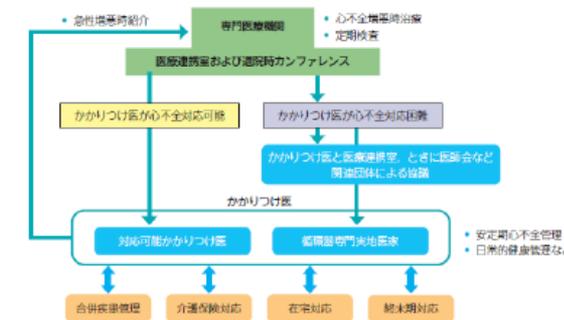


図15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート  
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を確保してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

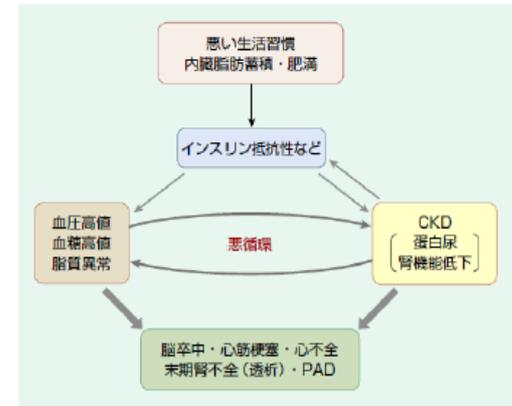


図13 生活習慣と心血管連関の概念  
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

# かかりつけ医機能のイメージ (案)

～生活習慣病を有する患者の例～

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

## かかりつけ医機能



処方

生活指導

・服薬指導  
・薬剤師との連携

① 日常的な医学管理と重症化予防



健康相談



24時間の対応

② 専門医療機関等との連携



必要に応じ専門医療機関等の紹介



・要介護認定の支援  
・介護支援専門員との連携



在宅医療の提供

③ 在宅療養支援、介護との連携

# 【地域包括診療料】または

# 【地域包括診療加算】届出医療機関

令和3年1月1日住民基本台帳人口10万人あたり

かかりつけ医機能  
は西高東低

厚生局 2021年12月時点  
(ミーカンパニー調べ)



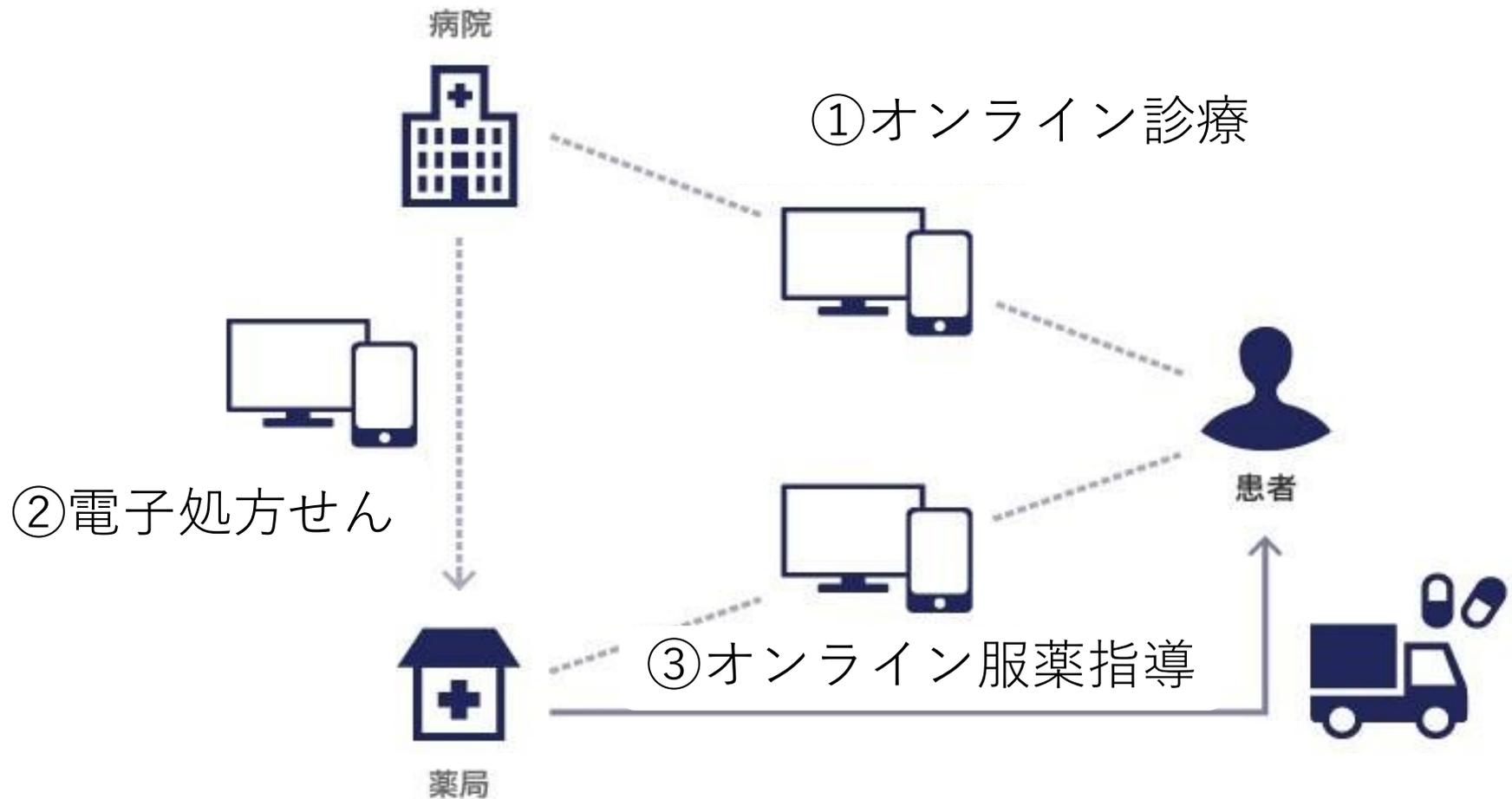
# 改革4

## デジタル連携改革



- 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



## 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%

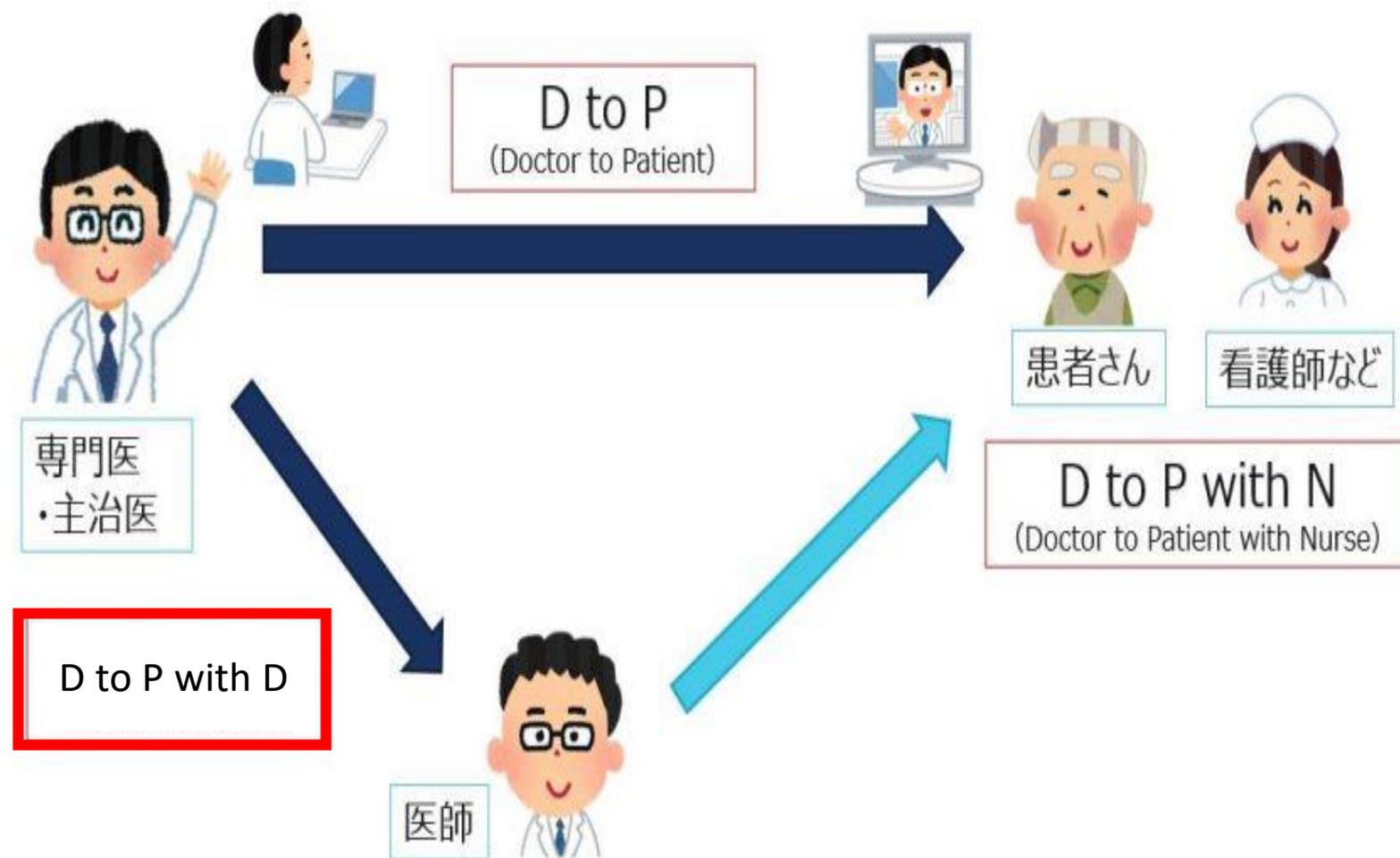
### [算定要件] (初診の場合)

- (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



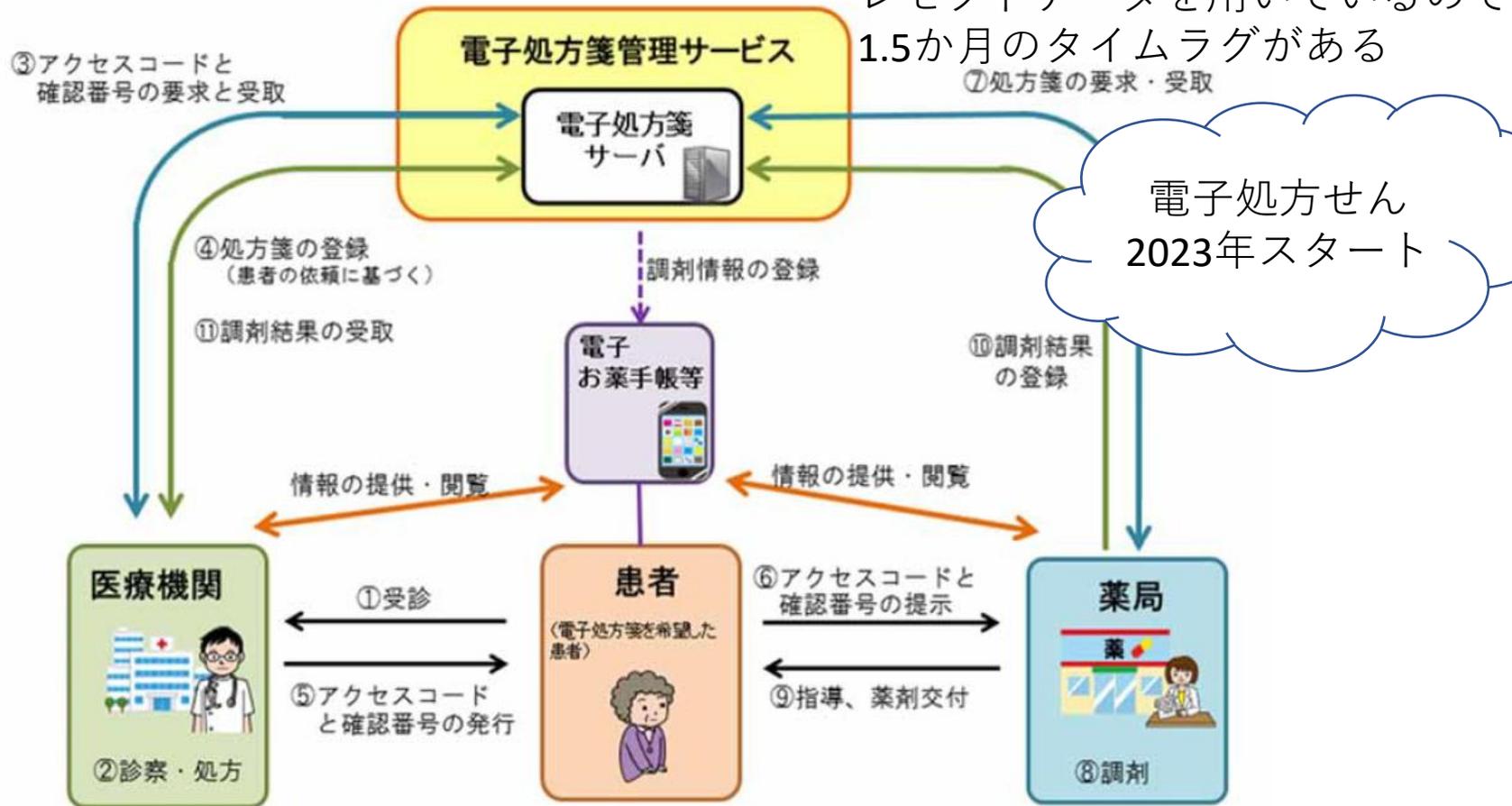
電子処方せん議論は10年以上も前から、でも一向に実現しない  
これがデジタル後進国日本の現状！



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



# 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

# 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>

## 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。

### 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

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

#### [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)

対面の  
100%



# 2024年診療報酬改定

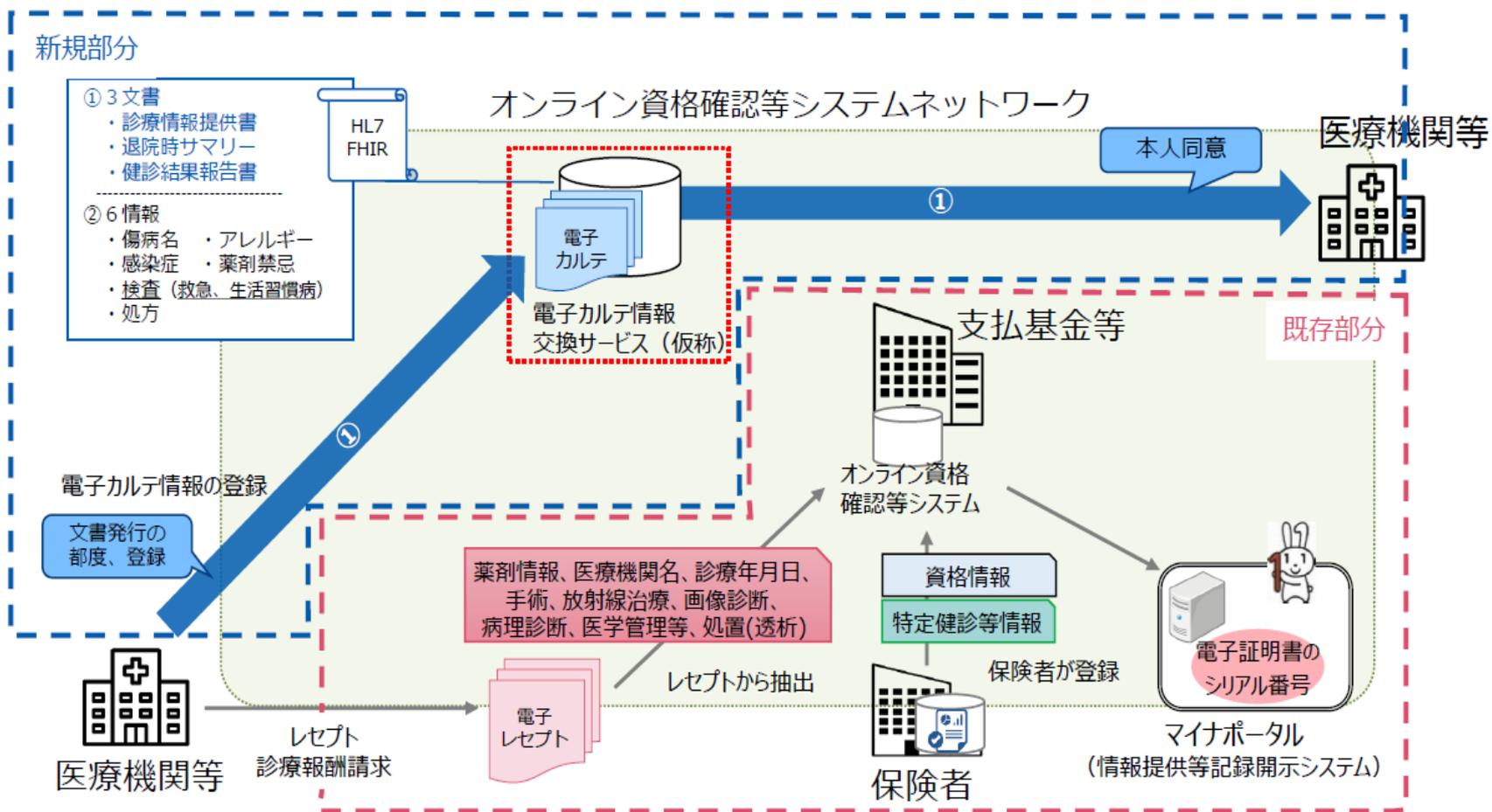
デジタル完結3点セットに  
診療報酬評価が始まる  
デジタル完結3点セット元年

# 骨太2022で 「医療DX推進本部」創設

- ① 全国医療情報プラットフォームの創設
- ② 電子カルテ情報の標準化
- ③ 診療報酬改定DX

# 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

# パート 3

## かかりつけ医の制度化



# 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

# 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・・・



「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

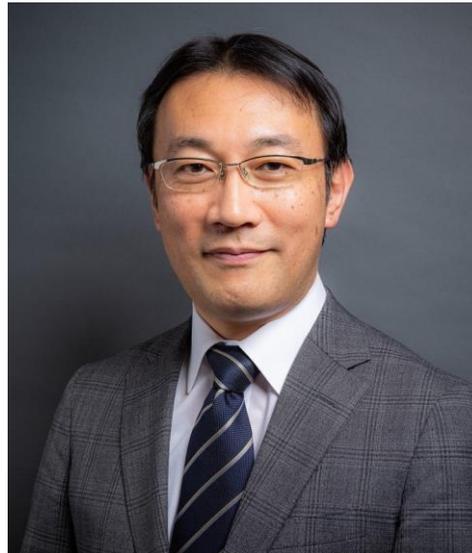
## I. 総論

- 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。不確実性が増大する中、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

# 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

ポイント①

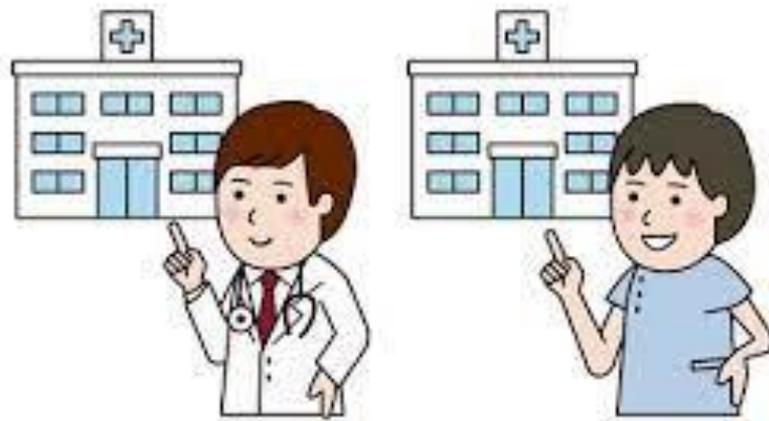
かかりつけ医の再定義

# かかりつけ医の定義と評価指標

- ①健康問題の相談から健診に対応できる
- ②コロナなどの有事にも対応できる
- ③慢性疾患の管理を行う
- ④必要に応じて専門医への紹介を行う
- ⑤休日・夜間診療に対応できる
- ⑥在宅医療を推進する
- ⑦看取りも行う。
- ⑧地域包括ケア医
- ⑨多職種連携
- ⑩コミュニケーションスキル
- 定義化にあたってはその評価のための指標設定も必要
- かかりつけ医の機能の資源投入量やサービス提供量などでかかりつけ医の機能を定量評価を行うためだ。

# ポイント②

## かかりつけ医の登録制



# かかりつけ医の4つの登録制

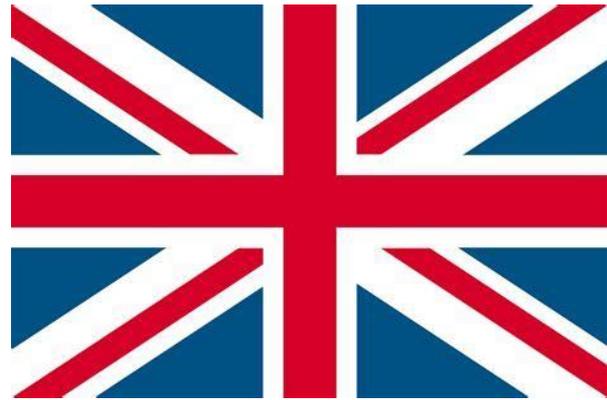
- 登録制①
  - 健康教育、健康相談、介護相談を行う登録医
- 登録制②
  - 感染パンデミックなどの非常時対応の登録医
- 登録制③
  - 糖尿病、高血圧、脂質異常症、認知症、心不全、CKDなどの慢性疾患管理の患者登録医
- 登録制④
  - 在宅担当医としての登録
- 登録医は患者が選択する
  - 英国のような居住地限定でなく、フランスのように教授地にかかわらず患者が診療所、病院の医師を選択する。

ポイント④  
成果払い方式



Pay for Performance

# 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

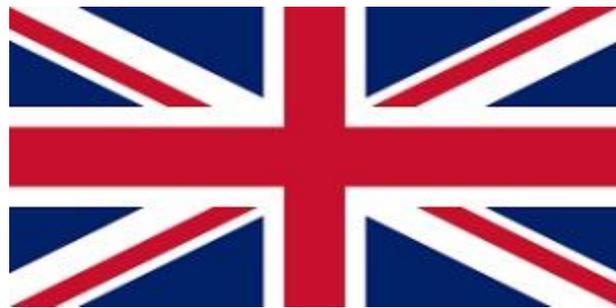
Dr Marie



# ポイント⑤ 地域フォーミュラリー



英国のフォーミュラリー



# 地域フォーミュラリー (Local Formulary)

- 「Local Formulary」とは、地域病院ネットワーク (Trust) や地域医師会 (Clinical Commissioning Group) が、国家フォーミュラリーの内からその地域で適切と思われるとして選択した薬のリストのこと。
- 一次医療 (GP) フォーミュラリー
- 二次医療 (病院) フォーミュラリー
- 一次・二次医療ジョイントフォーミュラリー

# 英国ヨークシャー州の地域フォーミュラリー (ジョイン・トフォーミュラリー) の一部

	第1選択	第2選択	要専門医アドバイス
ARB	ロサルタン	カンデサルタン バルサルタン イルベサルタン (糖尿病、 CKD用)	
PPI	ランソプラゾール	オメプラゾール	エソメプラゾール顆粒 (小児のみ)
スタチン	アトルバスタチン	プラバスタチン シンバスタチン	ロスバスタチン エゼチミブ
痛風	アロプリノール	フェボキスタット	プロベネシッド ベンズマロン
NSAID	イブプロフェン ナプロキセン	メロキシカム	ジクロフェナック (術後短期)
抗インフル エンザ薬	オセタミビル	ザナミビル (吸入)	ザナミビル (静注)

2024年からスタートする  
第4期医療費適正化計画に  
地域フォーミュラーが  
導入される

# まとめと提案

- 2025年問題、2040年問題を見据えよ
- 2024年は惑星大直列の年
- 働き方改革で地域医療が崩壊か？
- 2024年デジタル完結3点セット元年
- かかりつけ医の制度化を2024年までに
- 紹介受診重点病院とかかりつけ医の連携新時代がやってくる

# 医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

## 第1章

- コロナと医療提供体制

## 第2章

- 規制改革会議と医療DX

## 第3章

- 規制改革会議と科学的介護

## 第4章

- 規制改革会議と医薬品・医療機器

## 第5章

- 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

# 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)