

Dr武藤のミニ動画②①

急性期充実体制加算と敷地内薬局



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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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



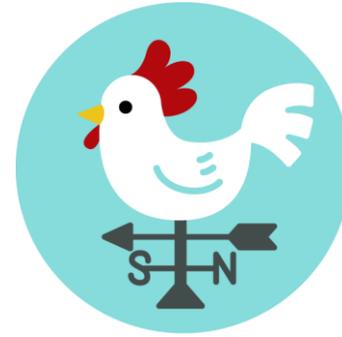
長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



- パート 1
 - 急性期充実体制加算と総合入院体制加算
- パート 2
 - 急性期充実体制加算と敷地内薬局
- パート 3
 - 感染対策向上加算疑義解釈と結果速報

パート1

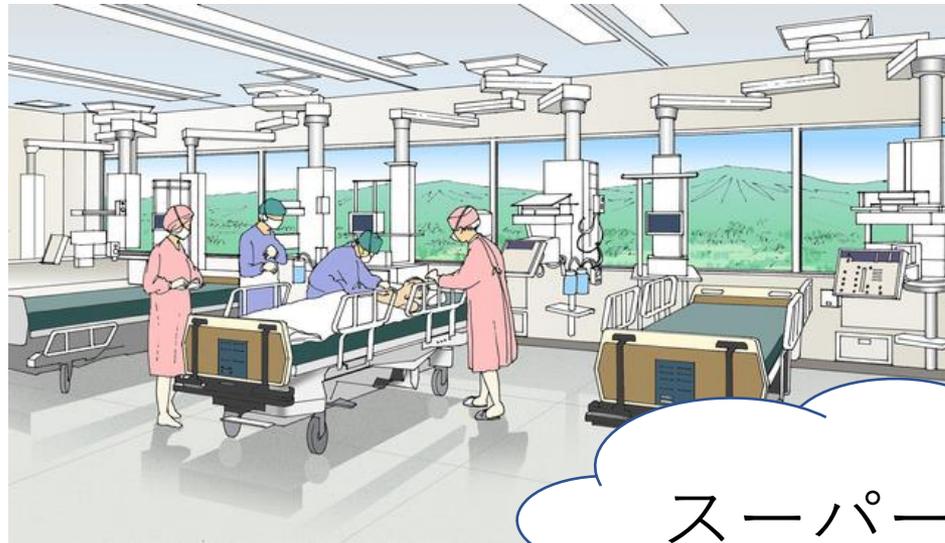
急性期充実体制加算と 総合入院体制加算



shutterstock.com · 1427561408

- ① 急性期充実体制加算（スーパー急性期）
- ② 総合入院体制加算の見直し

①急性期充実体制加算



スーパー急性期

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

14日で
47,600円

[算定要件]

- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

[主な施設基準]

- **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。**・**感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- **外来を縮小する体制**を確保していること。・**手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。**・**一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。**・**特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。**
- **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。・一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**につき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届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- **精神科を標榜**する保険医療機関であること。・**精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

施設基準

急性期一般入院料1の加算

ICU設置

- (1) 急性期一般入院料1を算定する病棟を有する病院であること
- (2) 地域において高度かつ専門的な医療および急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること
- (3) 高度かつ専門的な医療および急性期医療に係る実績を十分有していること
- (4) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること
- (5) 感染対策向上加算1(感染防止対策加算を改組)に係る施設基準を届け出ていること
- (6) 敷地内において喫煙が禁止されていること
- (7) 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院またはこれに準ずる病院であること

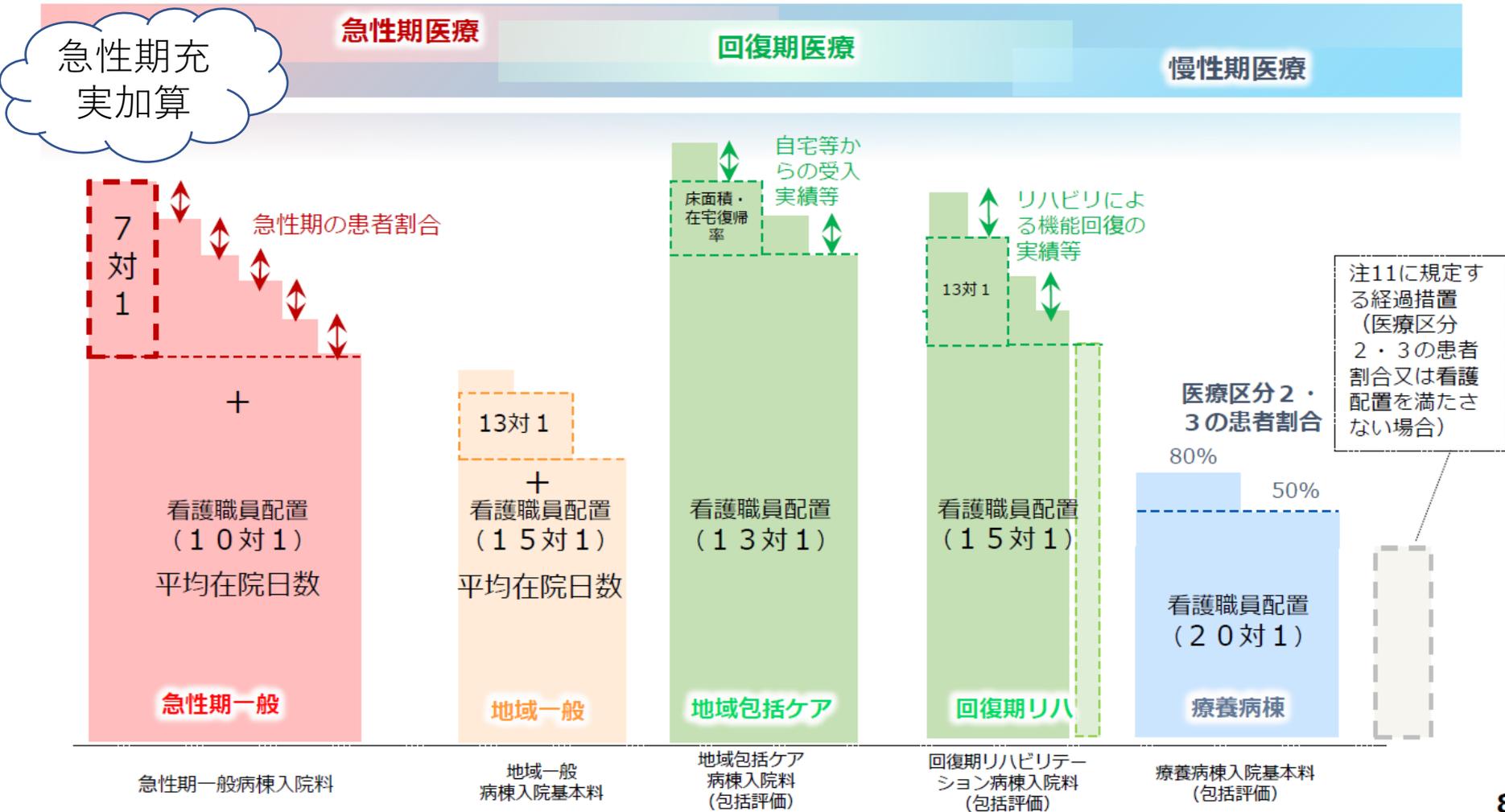
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

院内迅速対応システムRRS

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

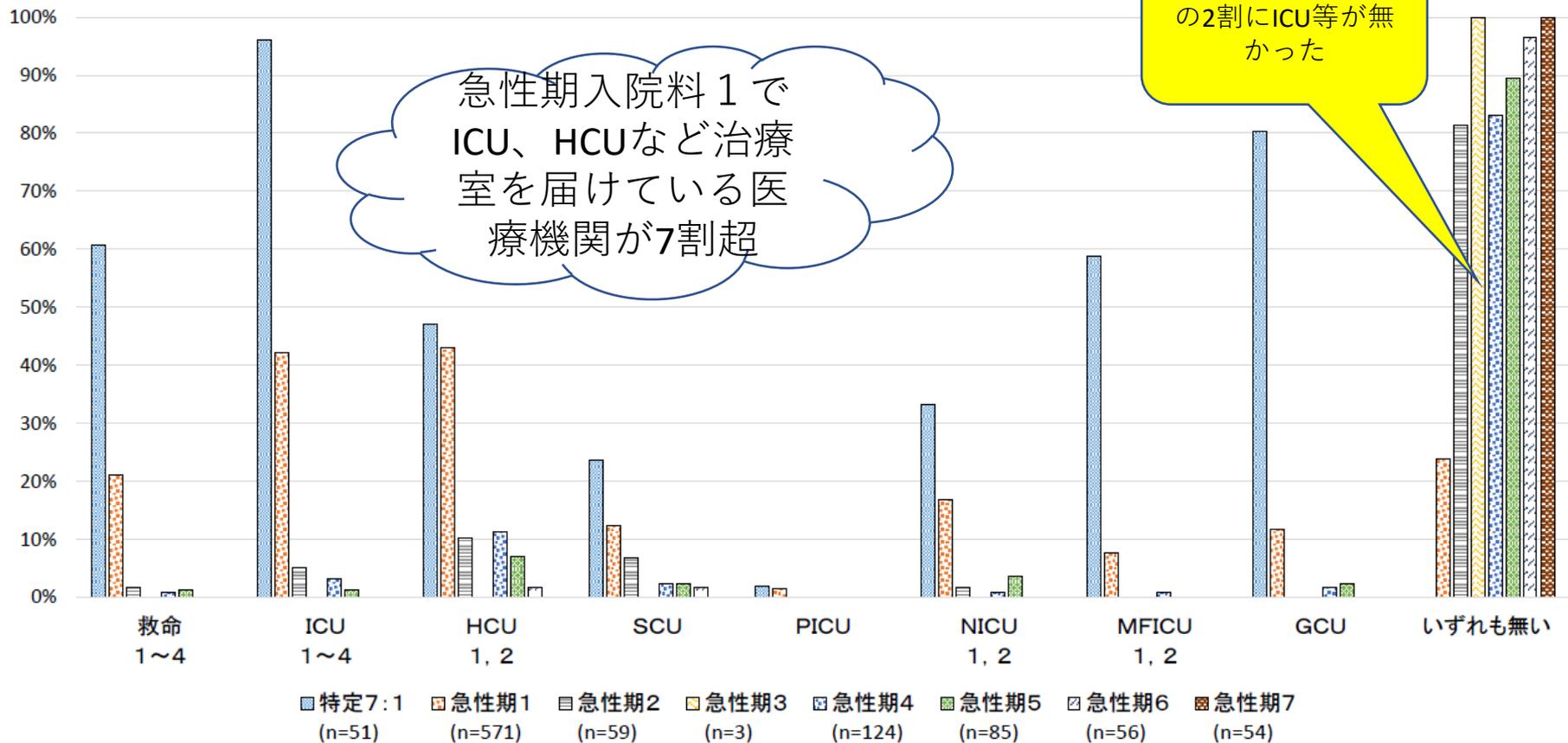
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
		<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） 又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上）
手術等の実績	いずれかを満たす	<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 	
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 	

入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の7割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(治療室を届け出ている医療機関の割合)



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない
24時間の救急医療提供	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） 又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満
外来機能分化に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない

院内迅速対応チーム：RSS

迅速対応システム

Rapid Response System

急性期充実体制加算の要件として導入

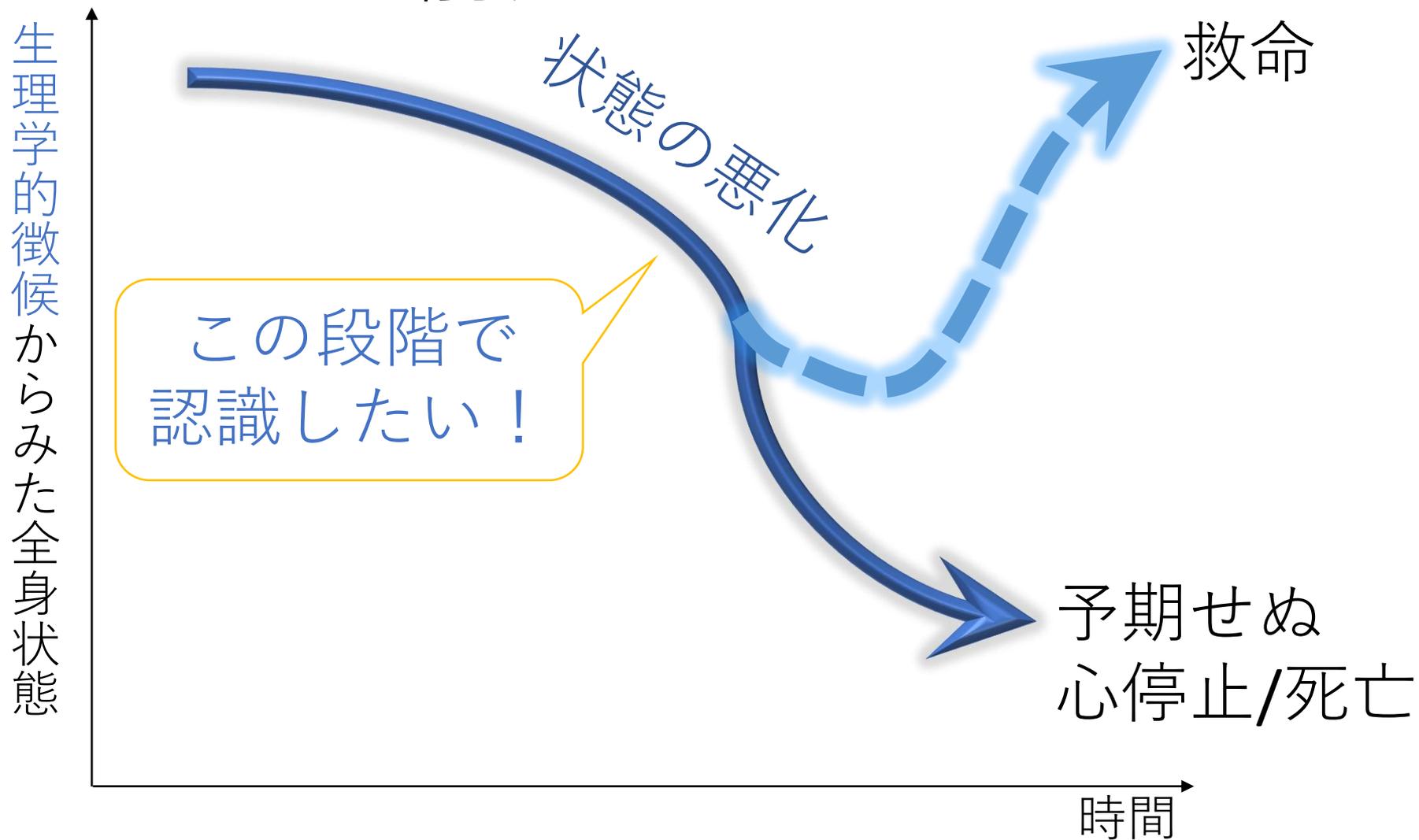
Rapid Response System

日本院内救急検討委員会

日本集中治療医学会

日本臨床救急医学会

多くの「急変」にはかならず 前兆がある



Rapid Response System

- **RRS**：院内迅速対応システム
- 患者に対する有害事象を軽減することを目的とし、迅速な対応を要するバイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段

Code Blue vs. RRS

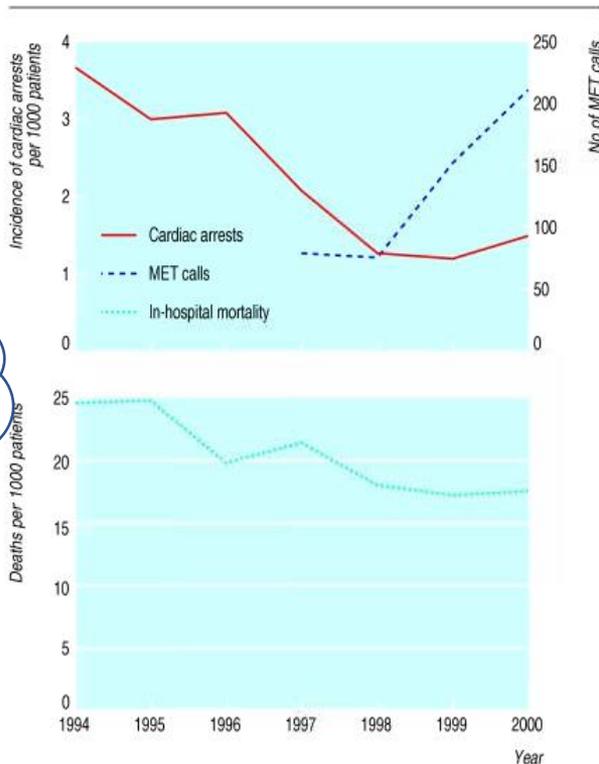
	Code Blue	RRS
起動基準	心停止 呼吸停止	VS異常 意識レベル低下 etc.
対象となる病態	(同上)	呼吸不全 ショック 不整脈 脳血管障害 etc.
起動率 (成人・ 1,000入院あたり)	0.5~5	20~40
院内死亡率 (成人)	70~90%	0~20%

RRSの効果と日本における現状

- RRSが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。
- 日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。

RRSの効果

●MET(院内急変対応チーム、RRSの一部)のコール件数が上昇してから心停止の件数と院内死亡件数が減少している。



RSSで
院内死亡
が減る

出典: Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

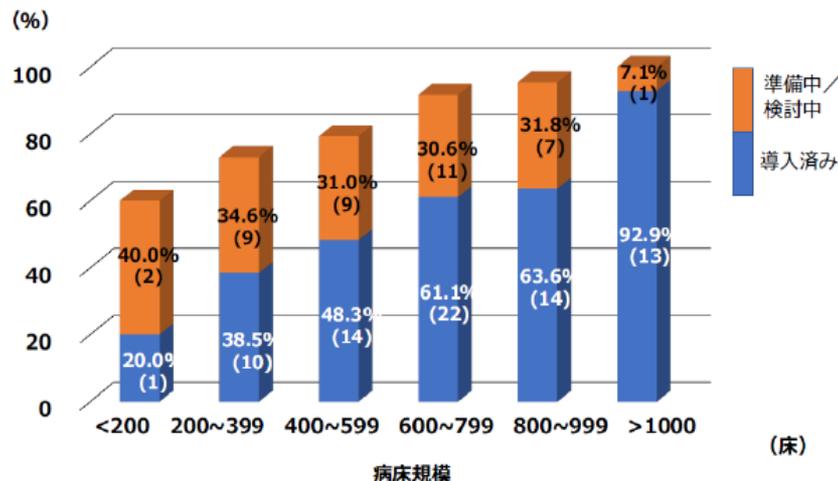
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典: 日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実施されたアンケート調査

②総合入院体制加算

総合入院体制加算は、大学付属病院に準じるような
地域の基幹病院を評価する加算

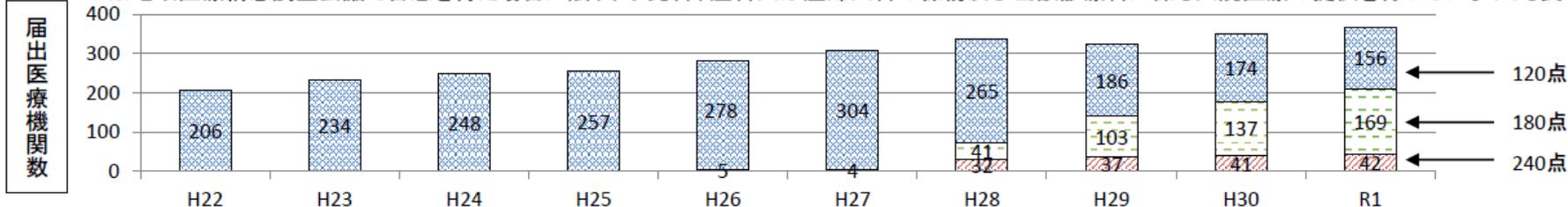
総合入院体制加算の概要

十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している 全身麻酔による手術件数が年800件以上 		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上 		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

加算1を14日
とると33,600円

※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。



総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

- 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上

イ～カ (略)

改定後

【総合入院体制加算1】 (※総合入院体制加算2、3も同様)

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上

イ～カ (略)

オフポンプ手術

外来を縮小する体制に係る見直し

- 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものとして、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

イ 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

改定後

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数 及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

イ 紹介受診重点医療機関である。

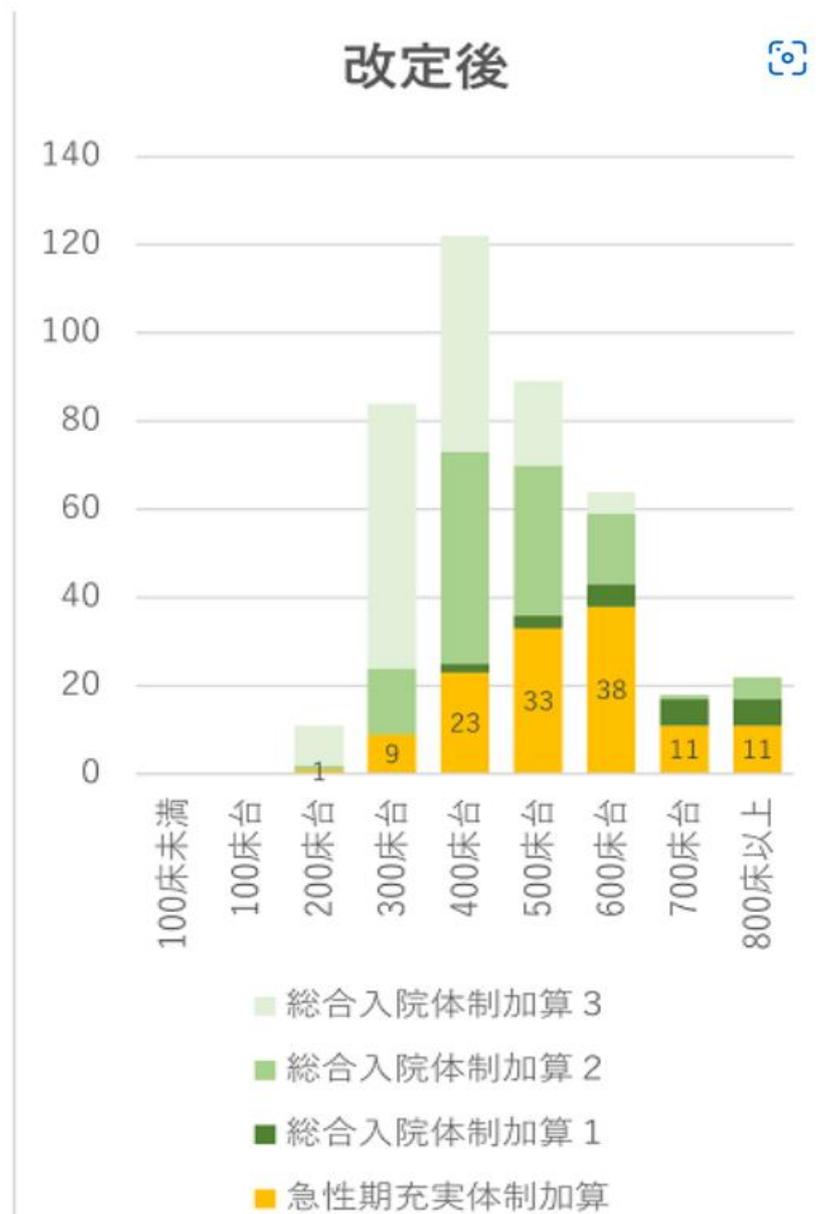
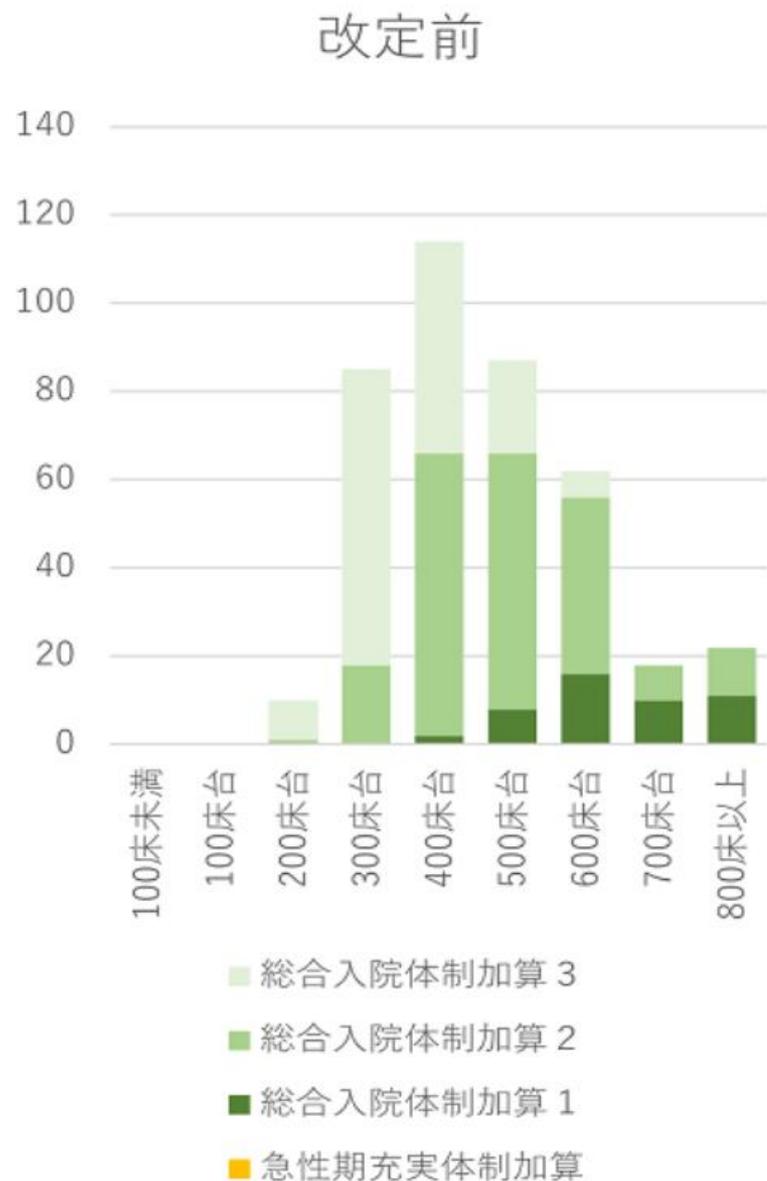
総合入院体制加算と急性期充実加算は同時算定できない

点数と要件	急性期充実体制加算	総合入院体制加算 1
点数（14日まで）	47,600円	33,600円
全身麻酔手術件数	2000件（緊急手術350件）	800件
救命救急センター等の24時間の救急対応	○	規定なし
救急車搬送件数	2000件	2000件
ICU 迅速対応チーム（RRS）	○	規定なし
病床規定	急性期一般入院料1の加算 病床の9割が一般病床である	規定なし
地ケア病棟・療養病棟併設 同一建物内介護施設 敷地内薬局	認められない	規定なし
精神科に対して24時間対応	精神科リエゾンチーム	加算1では精神科病床が要件 その他、精神科リエゾン チーム
第三者評価	○	○

急性期充実体制加算 結果速報

2022年6月現在126病院

グラフ1 22年度改定前後の病床規模別 急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出施設数 (左) 改定前 (右) 改定後



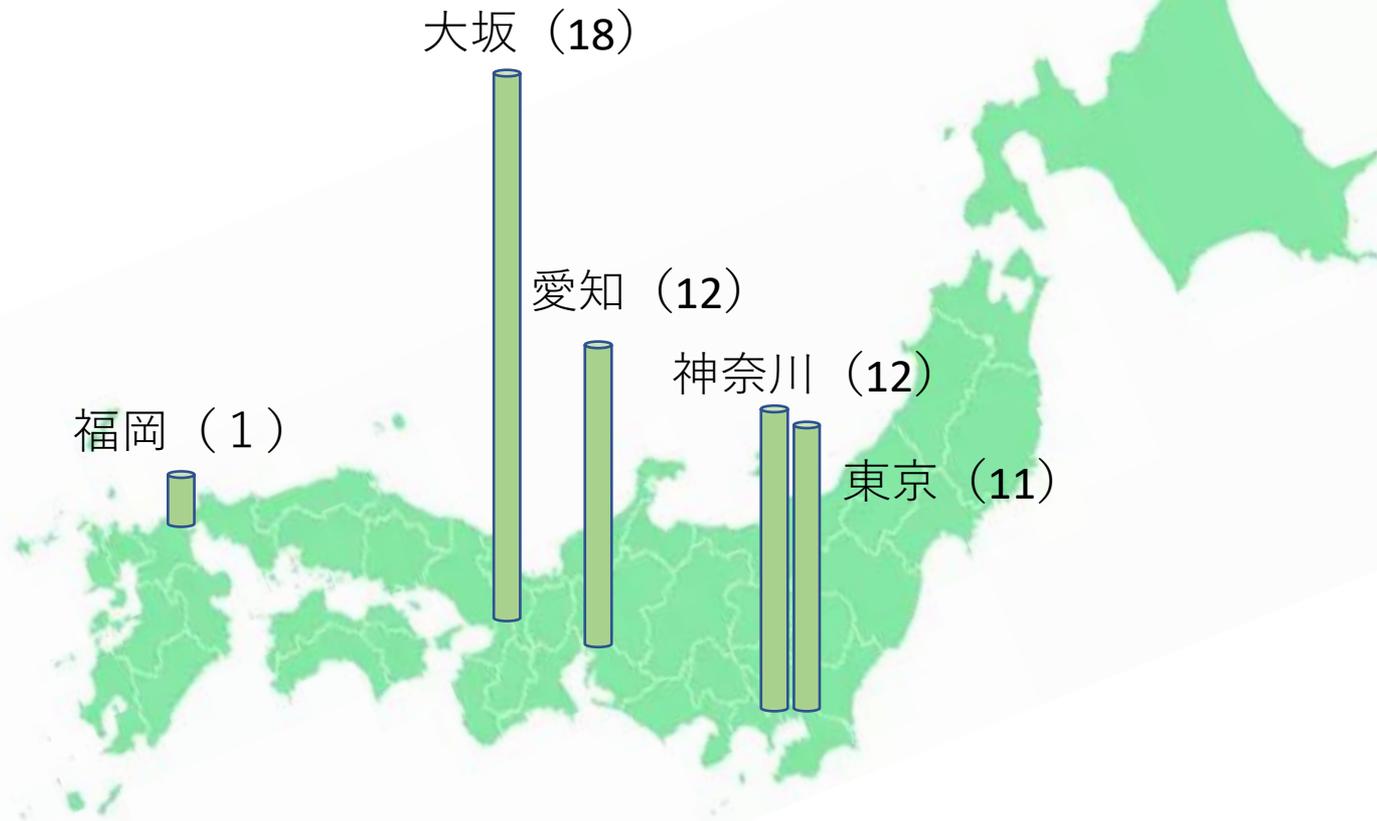
総合入院体制加算から急性期充実体制加算へ

		改定後					総合入院体制加算からの移行率
		急性期充実	総合入院 1	総合入院 2	総合入院 3	届出なし	
改定前	総合入院 1	27	19				58.7%
	総合入院 2	79	1	108		1	41.8%
	総合入院 3	7		3	138	2	4.7%
	届出なし	9	1	2	4		—
合計		122	21	113	142	3	—

出所：改定前 各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（2022年1月1日または2月1日現在）、改定後 各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

※埼玉県は6/10時点で未公表のため、改定前後どちらにも含めていない。

都道府県別の急性期充実体制加算



パート 2

急性期充実体制加算と 敷地内薬局

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） 又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） <p>いずれかを満たす</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） </td> </tr> </table>	<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） 		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別看護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 		

急性期充実体制加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実
加算病院

ダメ!



敷地内薬局をすでに持っている
と、急性期充実加算を
取れない!



規制改革会議と敷地内薬局



敷地内薬局

病院

どうして病院と薬局
の間にフェンスがあ
るの?!

薬局



保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

(2016年3月4日厚生労働省令第27号)

- (健康保険事業の健全な運営の確保)
- 第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。
 - 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行つこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対しの特等以上の利益を供与すること。
指し、患者にき旨の財
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

規制改革会議公開 デスカッション（2015年3月）



公開デスカッションで
フェンス問題が取り上
げられた。
委員のほとんどがフェ
ンス撤廃を訴えた

門前から地域のかかりつけ薬局へ

- 2015年「患者のための薬局ビジョン」
 - 門前から地域のかかりつけ薬局へ
 - 厚労省は病院との構造的一体に対しては「第二薬局問題」もあり絶対反対



しかし、
ついに厚労
省が認めた

中医協 総 - 5
28 . 1 . 27

2016年

保険薬局の構造規制の見直し等について（案）

1. 課題

- 現在、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）において、医薬分業の下、保険医療機関と保険薬局は、「一体的な経営」だけでなく「一体的な構造」も禁止されており、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならないとされている。
- これについては、車いすを利用する患者や高齢者等に過度な不便を強いているのではないかとの指摘があり、「規制改革実施計画」（平成27年6月閣議決定）において、「医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。」とされた。（平成27年度検討・結論、平成28年度措置）

2. 対応の方向性

- 保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立を図る観点から、現在の「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとしてはどうか。（「平成8年3月8日付保険発第22号」の改正）

- ただし、その場合であっても、保険薬局の独立性の確保のため、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態や、両者が専用通路等で接続されている形態については、引き続き、認めないこととしてはどうか。

- また、公道等を介さずに行き来する形態であっても、
 - ・ 保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
 - ・ 保険医療機関の休診日に、公道等から保険薬局に行き来できなくなるもの
 - ・ 実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等は認めないこととしてはどうか。
※現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において検討し、地方厚生局で判断。

- 保険薬局の経営上の独立性を確保するため、保険薬局の指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求めることとしてはどうか。

- なお、これらの見直しについては、円滑な施行のため、一定の周知期間を設けることとしてはどうか。

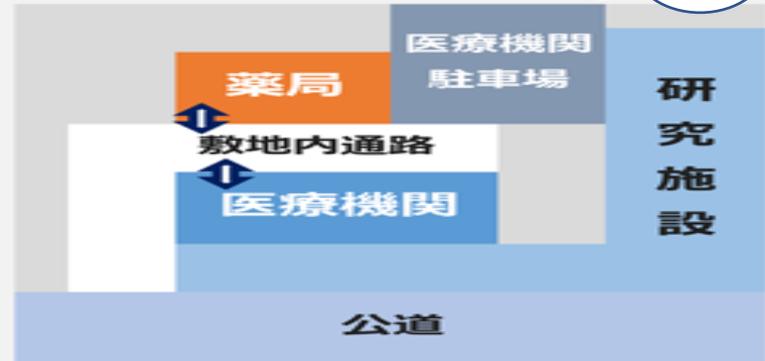
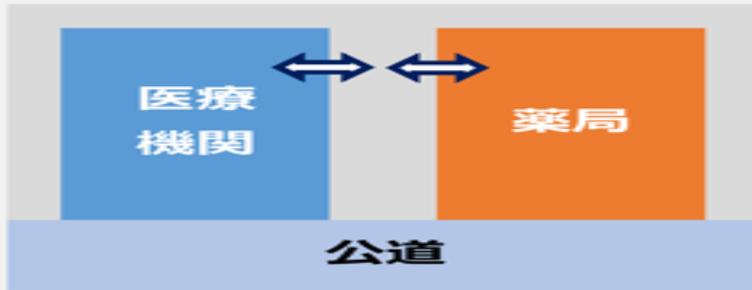
薬局の構造上の独立をめぐる規制の見直し

は駐車場などの敷地



2016年
敷地内薬局
の解禁

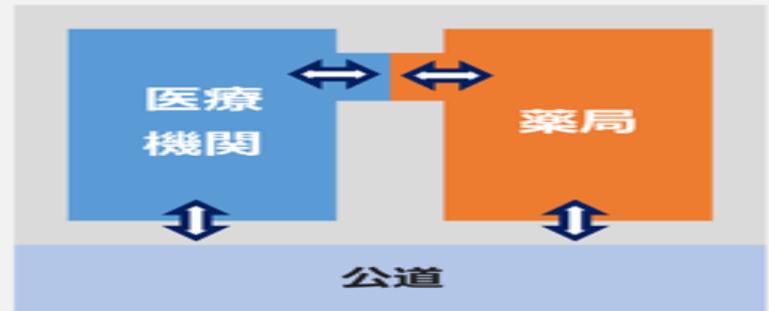
医療機関と薬局を区切るフェンスは不要に
以下のような形態も認められるようになる
(地方厚生局が個別に判断)



次のようなケースは引き続き認められない



同じ建物内



専用の通路でつながっている

規制改革会議の
主張は患者（利用者）
の利便性



敷地内薬局は41都道府県187 施設に増加（2020年12月）

- 日本薬剤師会は2021年4月、保険医療機関の敷地内薬局の誘致状況の実態調査結果について、41都道府県187施設だったことを明らかにした
- 調査は2020年12月10日付けで、都道府県薬剤師会を通じて実施した
- 2018年9月に発表された前回調査では33都道府県64施設だった

日本薬剤師会は大反対

- 2018年日本薬剤師会
- 「近頃、複数の公的保険医療機関が当該敷地内に保険薬局を積極的に誘致しているとの情報が寄せられている。もしこうした動向が保険医療機関の経営上の観点から起きているならば、医薬分業の理念を損なうばかりでなく保険医療機関としての矜持のほころびも懸念される。こうした動きはまた患者のための薬局ビジョンの趣旨にも逆行する」

急性期充実体制加算で 敷地内薬局を否定

中医協で全く議論しないまま、厚労省は**2014**年敷地内薬局の見直しを急性期充実体制加算の要件で否定



江戸の敵を長崎で打つ

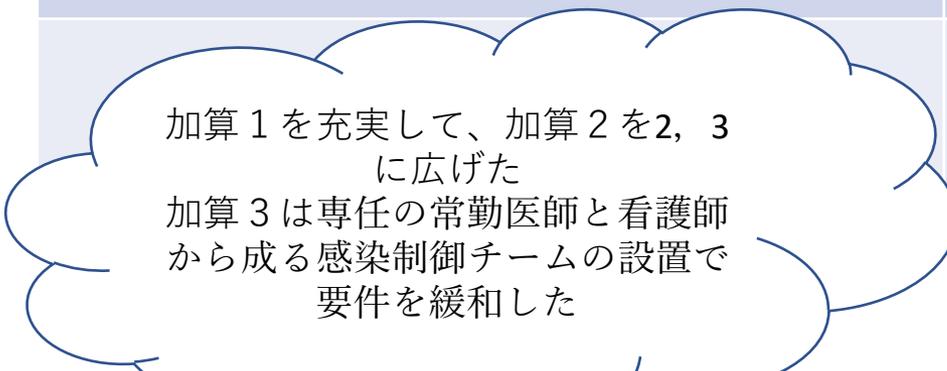
敷地内薬局が急性期充実
体制加算取得のネックと
なっている。



パート 3
感染対策向上加算
疑義解釈と結果速報



感染対策向上加算に組み替え

改定前	改定後
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

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

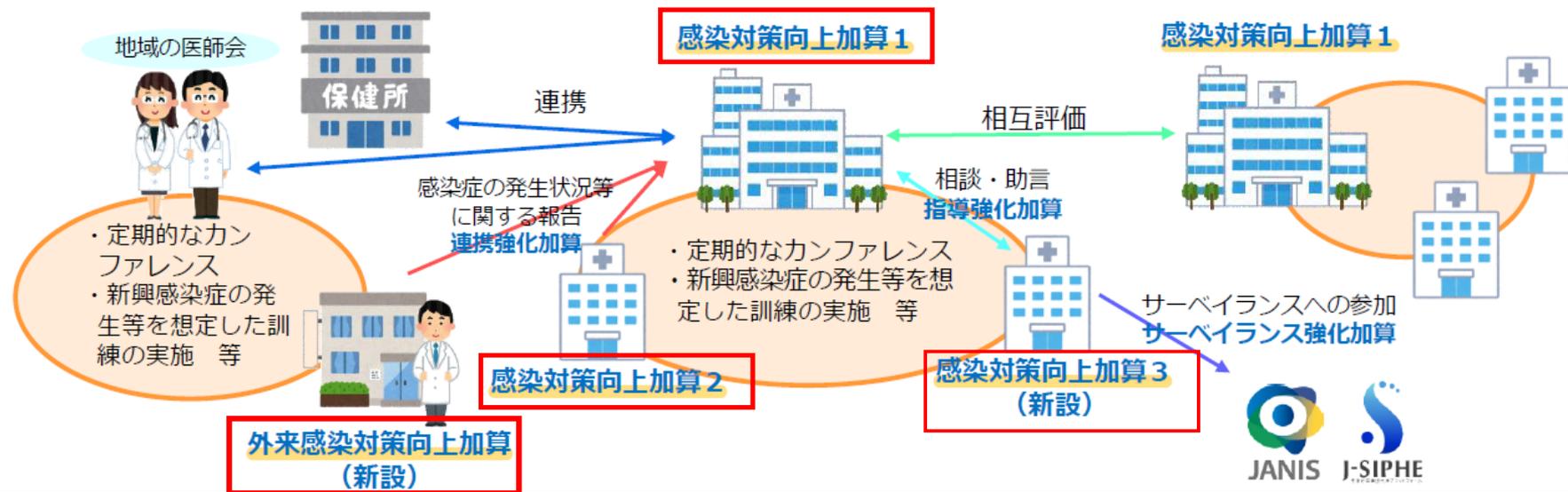
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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)



疑義解釈（その1）

感染対策向上加算など

- 感染対策向上加算1 → **重点医療機関に相当**
 - 地域の他医療機関と連携し、「組織的な感染防止対策の基幹的な役割を果たす医療機関」として評価される
- 感染対策向上加算2 → **準備医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、感染対策に関する十分な経験を持つ看護師などからなる感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 感染対策向上加算3 → **診療・検査医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、医師・看護師からなる感染防止対策部門を設置するなどの一定程度の感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 外来感染対策向上加算 → **診療所**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、一定程度の感染防止対策体制を敷く診療所を評価する

◆重点医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

○病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは疑い患者用の病床を確保していること

※病棟 = 診療報酬の考え方に準拠、
看護体制 1 単位

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

◆協力医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

○新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して、
病床を確保していること

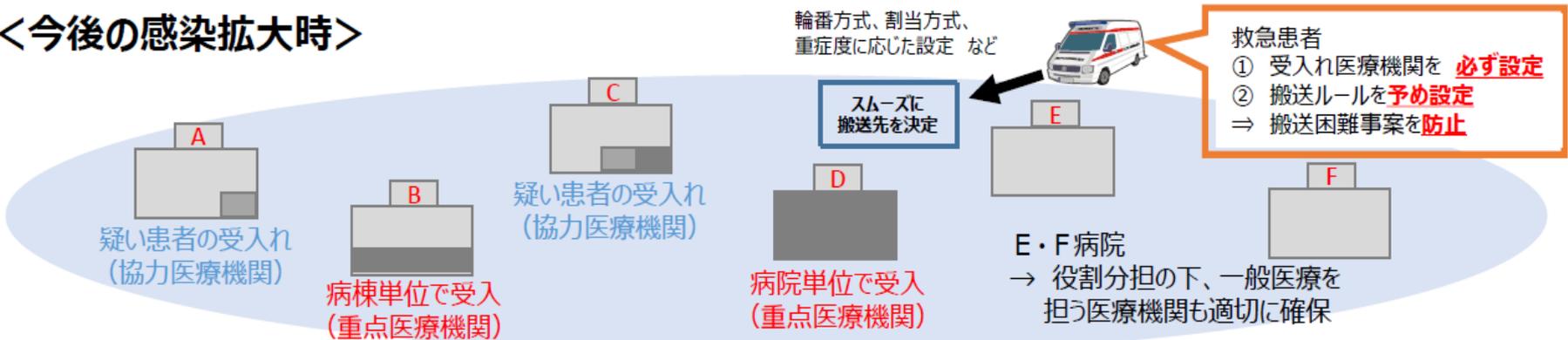
※個室 = シャワー、トレイなど他の患者と動線が独立

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

○必要な検体採取が行えること

<今後の感染拡大時>



重点医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

都道府県	医療機関数	病床数	(参考1) 確保病床数	(参考2) 確保病床数に 占める割合
全国合計	1,745	37,560	43,145	87%
01北海道	123	2,076	2,212	94%
02青森県	22	401	457	88%
03岩手県	19	297	325	91%
04宮城県	24	522	527	99%
05秋田県	4	101	289	35%
06山形県	11	245	245	100%
07福島県	26	631	751	84%
08茨城県	33	531	609	87%
09栃木県	23	516	591	87%
10群馬県	29	574	629	91%
11埼玉県	58	1,436	1,827	79%
12千葉県	77	1,279	1,564	82%
13東京都	135	6,259	7,179	87%
14神奈川県	110	2,100	2,100	100%
15新潟県	21	541	664	81%
16富山県	13	444	481	92%
17石川県	19	379	410	92%
18福井県	23	341	441	77%
19山梨県	11	380	389	98%
20長野県	53	518	520	100%
21岐阜県	20	700	894	78%
22静岡県	34	589	644	91%
23愛知県	70	1,497	1,723	87%
24三重県	27	455	463	98%
25滋賀県	24	471	503	94%
26京都府	40	719	960	75%
27大阪府	170	3,795	4,130	92%
28兵庫県	78	1,425	1,529	93%
29奈良県	29	470	522	90%
30和歌山県	15	507	588	86%
31鳥取県	10	281	350	80%
32島根県	15	319	371	86%
33岡山県	15	290	554	52%
34広島県	27	462	583	79%
35山口県	37	591	595	99%

協力医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

都道府県	医療機関数	病床数
全国合計	1,019	3,551
01北海道	120	333
02青森県	4	10
03岩手県	16	12
04宮城県	4	25
05秋田県	2	3
06山形県	18	38
07福島県	21	43
08茨城県	42	261
09栃木県	13	47
10群馬県	32	85
11埼玉県	58	290
12千葉県	17	34
13東京都	34	187
14神奈川県	111	555
15新潟県	21	48
16富山県	22	6
17石川県	17	11
18福井県	8	4
19山梨県	27	75
20長野県	7	34
21岐阜県	18	182
22静岡県	2	4
23愛知県	35	219
24三重県	4	5
25滋賀県	3	5
26京都府	20	64
27大阪府	0	0
28兵庫県	29	139
29奈良県	24	82
30和歌山県	5	69
31鳥取県	1	1
32島根県	9	12
33岡山県	25	64
34広島県	29	59
35山口県	13	48
36徳島県	10	23
37香川県	12	43

疑義解釈（その10）

- 都道府県の判断で一時的に重点医療機関から協力医療機関に変更されるケースがある
- 都道府県の要請により速やかに重点医療機関としての再度指定を受ける体制にあるときは、重点医療機関の体制を有すると考えてもよい。
- この場合は自治体のホームページにおいて当該病院が重点医療機関として指定を受けていた期間、都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあることを公開する必要がある。

感染対策向上加算の 連携体制と疑義解釈

疑義解釈（その4）連携の実績

- 「当該加算の実績」は以下（これらの実績は届け出の際には求められない）ことが、疑義解釈4で明確化。
- **【感染対策向上加算1】**
 - 「職員を対象とした、年2回程度以上の定期的な院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「保健所・地域医師会と連携した、加算2・3医療機関と合同での年4回程度以上の定期的な院内感染対策カンファレンス」「うち少なくとも1回の新興感染症発生等想定訓練」の実績
 - 「他の加算1医療機関と連携した年1回程度以上の相互訪問による感染防止対策に関する評価」（ピアレビュー）の実施（自院による評価の実施、他院による評価受審）の実績
 - 「抗菌薬適正使用を目的とした年2回以上の院内研修」の実績
- **【感染対策向上加算2・感染対策向上加算3】**
 - 「職員を対象とした年2回程度以上の定期的に院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「年4回程度以上の、加算1医療機関が主催する定期的な院内感染対策に関するカンファレンス」への参加実績
 - 「加算1医療機関が主催する新興感染症発生等を想定した訓練」への年1回以上の参加実績
- **【外来感染対策向上加算】**
 - 「職員を対象とした年2回程度以上の定期的に院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「年2回程度の、加算1医療機関または地域医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス」への院内感染管理者の参加実績
 - 「加算1医療機関または地域医師会が主催する、新興感染症発生等を想定した訓練」への年1回以上の参加実績
- ただし「届け出の際に求められない」だけであり、加算取得後には、これら実績を満たさなければならない
- 加算取得後の1年間で必要な回数の研修実施、カンファレンス・訓練への参加をしなければならない

疑義解釈（その15）

院内感染対策に関するカンファレンス

- 感染対策向上加算1では保健所や地域医師会と連携し、感染制御チームによる院内感染対策に関するカンファレンスを少なくとも年4回程度開催すること、同加算2・3ではこのカンファレンスに感染制御チームが少なくとも年4回程度参加していること
- 感染対策向上加算について同加算1と同加算2・3の届け出医療機関との合同カンファレンスの参加者について、原則として「感染制御チームを構成する各職種で少なくとも1人が参加する必要がある

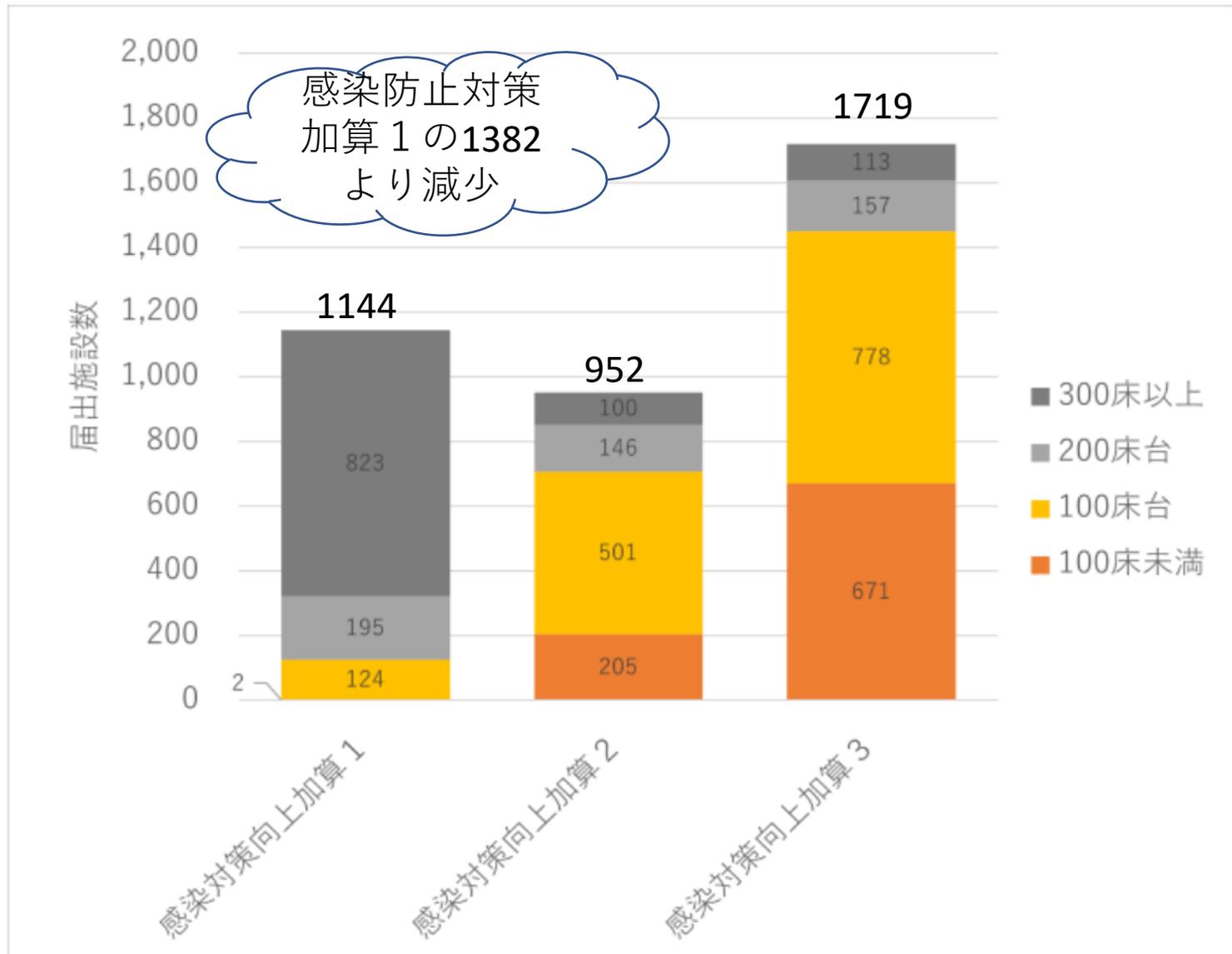
疑義解釈（その10）

定期的な巡回

- 感染対策向上加算の「定期的な院内巡回」
- 感染防止対策部門内の感染制御チームが週1回程度、定期的に院内を巡回して感染事例を公開すると共に院内の感染防止対策の実施状況を把握・指導することを求めている。
- この院内巡回に関して、チーム全員で実施することが望ましいとしたうえで、それが難しい場合は少なくとも2人以上で行うこととした。また必要に応じて各部署を巡回することや、それぞれの病棟を毎回巡回することを求めている。

感染対策向上対策加算 結果速報

グラフ2 感染対策向上加算の届出状況（病床規模別）



各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

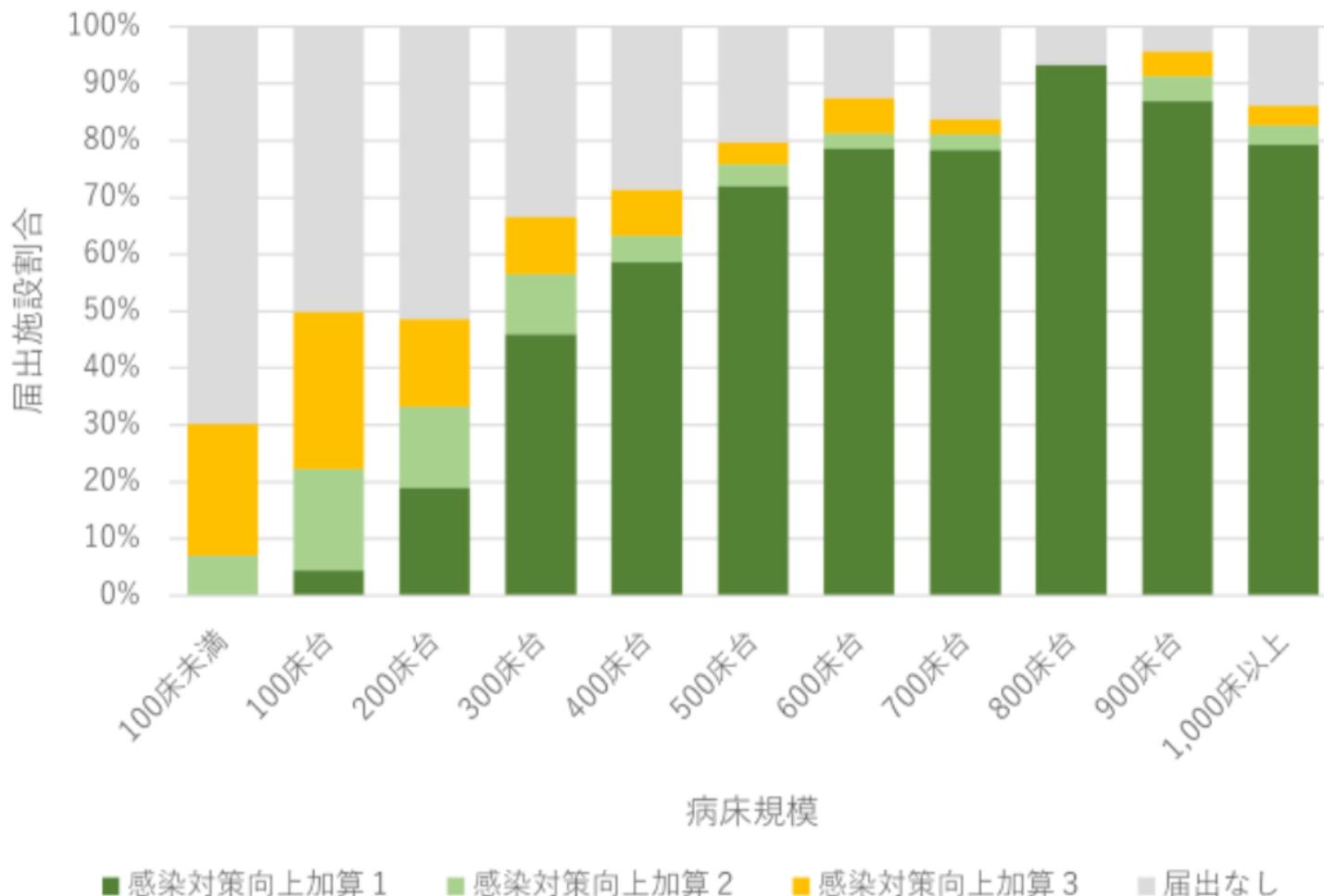
株式会社メディチュア 渡辺優氏資料より

2022年改定前後の取得施設数比較

	感染対策防止加算 (2020年7月)	感染対策向上加算 (2022年6月)
加算 1	1382	1144
加算 2	2728	952
加算 3	—	1719

参考 重点医療機関 1745
協力医療機関 1019
(2022年6月)

グラフ1 感染対策向上加算の届出状況（病床規模別）

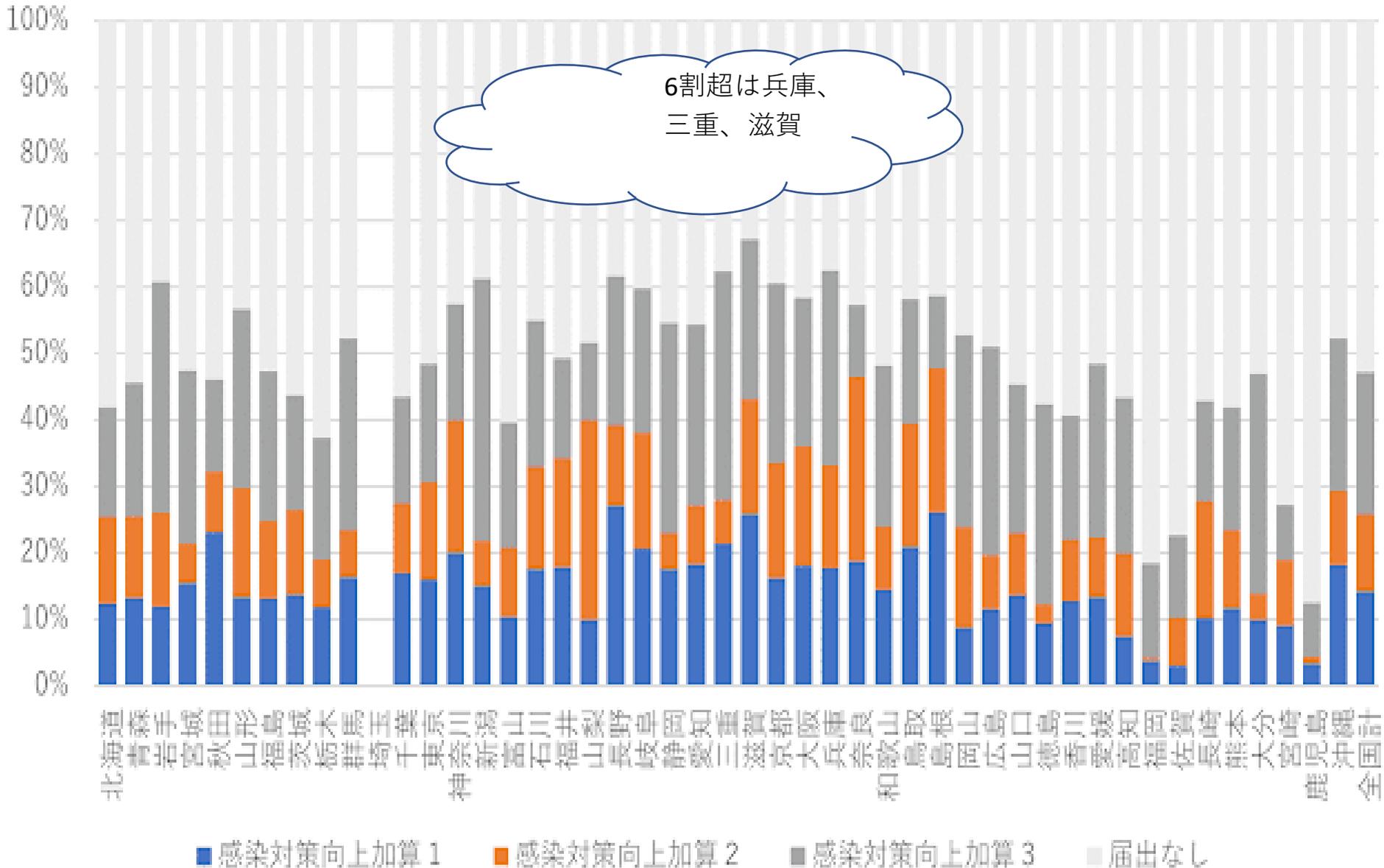


各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

感染対策向上加算と 地域連携



感染対策向上加算



感染対策向上加算と地域差

- 都道府県別
 - 6割越えの県
 - 滋賀県、三重県、兵庫県
 - 低い県
 - 福岡県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県
- 二次医療圏別
 - 100%届け出
 - 淡路（兵庫県）、丹後（京都府）、橋本（和歌山県）

外来感染対策向上加算

- 都道府県別
 - 高い県
 - 岐阜県、群馬県、徳島県、愛媛県
 - 低い県
 - 千葉県、青森県、沖縄県
- 二次医療圏別
 - 高い二次医療圏
 - 群馬県の一部、岐阜県の一部

感染対策向上加算の
取得状況は日ごろの
地域連携に関連している

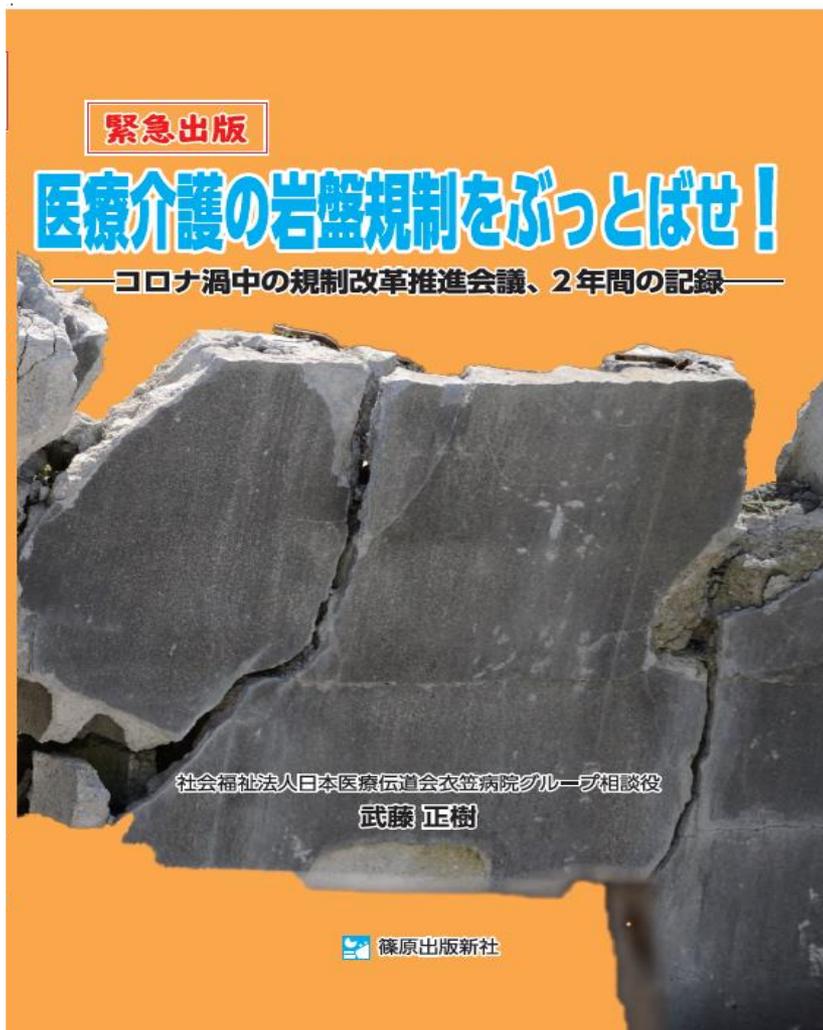


まとめと提言

- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算への鞍替えが起きた
- 敷地内薬局が鞍替えのネットワークになった
- 感染対策向上加算1の算定施設数が改定前より減少した。
- 感染対策向上加算は地域連携がポイント
- 連携先進地域では加算取得が多い傾向

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

Dr武藤のミニ動画②②

医療計画見直しと地域連携薬局



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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

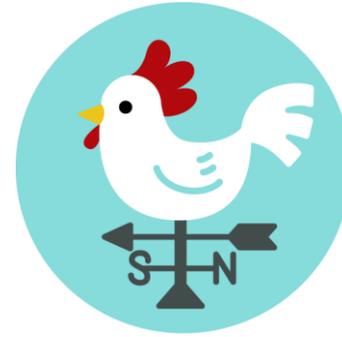
三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート 1
 - 医療計画見直しと在宅医療
- パート 2
 - 在宅医療の現状
- パート 3
 - 地域連携薬局と医療計画
- パート 4
 - 医療計画と在宅医療圏

パート1 医療計画見直しと 在宅医療



第8次医療計画に関する検討会
2022年7月

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																		

医療計画(第7次)について

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)

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。)

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏(令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏(令和2年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業(*)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

(*)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

連携

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

第8次医療計画に関する検討会 2021年7月



本ワーキンググループの検討スケジュール(現時点のイメージ)※

令和3年度	4月～6月	6月3日 医療部会 6月18日 第8次医療計画等に関する検討会
	7月～9月	
	10月～12月	10月13日 在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループの開催
	1月～3月	各都道府県における計画の策定状況や、市町村を含めた取組状況に関するさらなる把握
令和4年度	4月～6月	1巡目の議論
	7月～9月	
	10月～12月	※ 2巡目・とりまとめの議論
	1月～3月	とりまとめ
令和5年度		都道府県における医療計画の策定

※第8次医療計画等に関する検討会に報告しながら検討を進める

第6次医療計画見直し検討会と 在宅医療

- 厚生労働省は2011年10月31日の「医療計画の見直し等に関する検討会」(座長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授)に、都道府県が2013年度から実施する第6次地域医療計画について、在宅医療の医療圏は急変時対応や看取りに取り組めるよう、地域の状況に応じて2次医療圏より小さな圏域を設定すべきとの論点を示した。

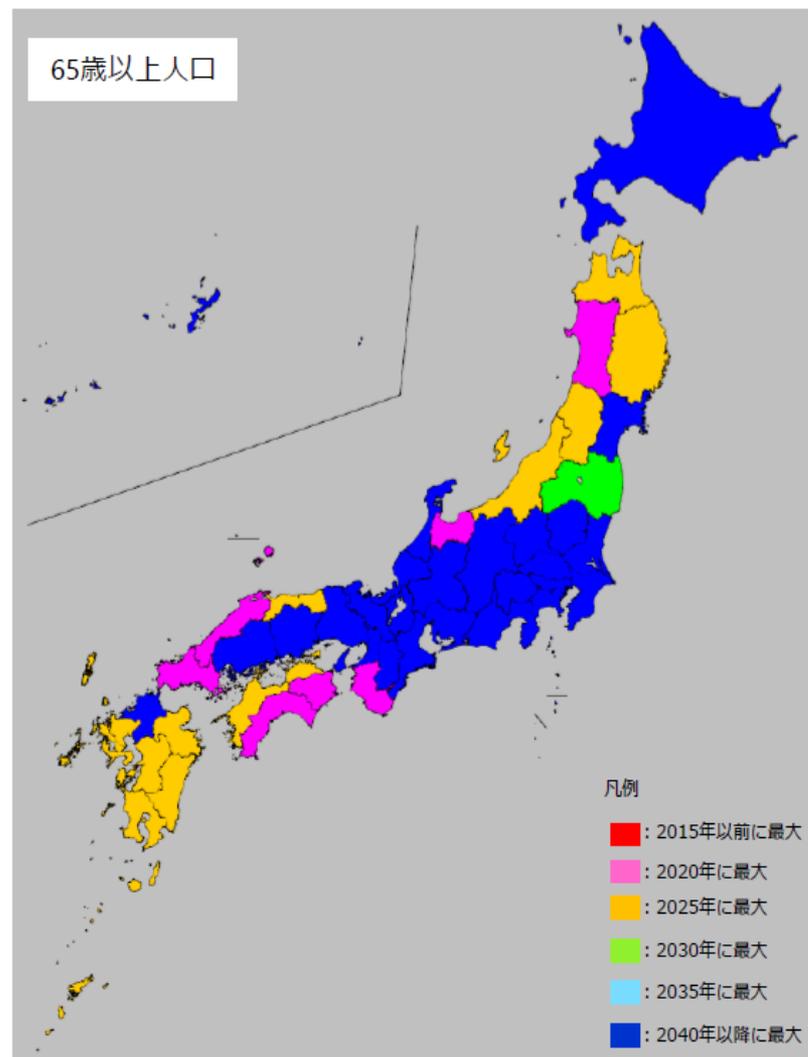
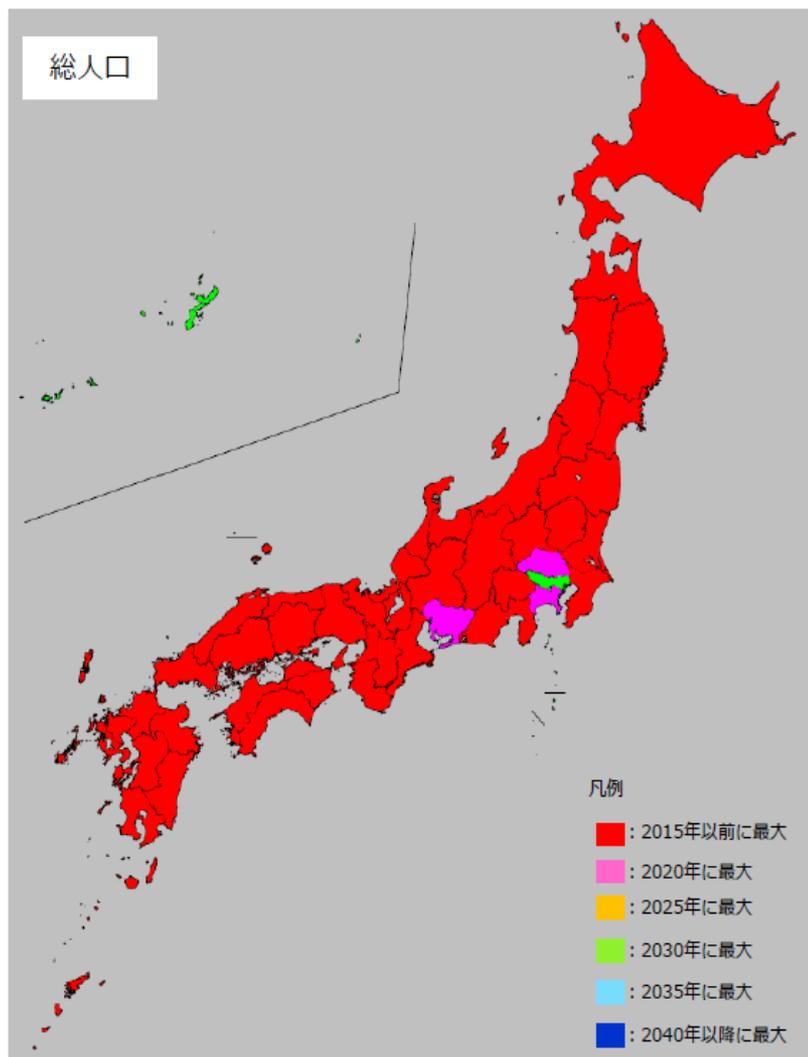


第6次医療計画見直し検討会
2011年10月31日

パート 2 在宅医療の現状

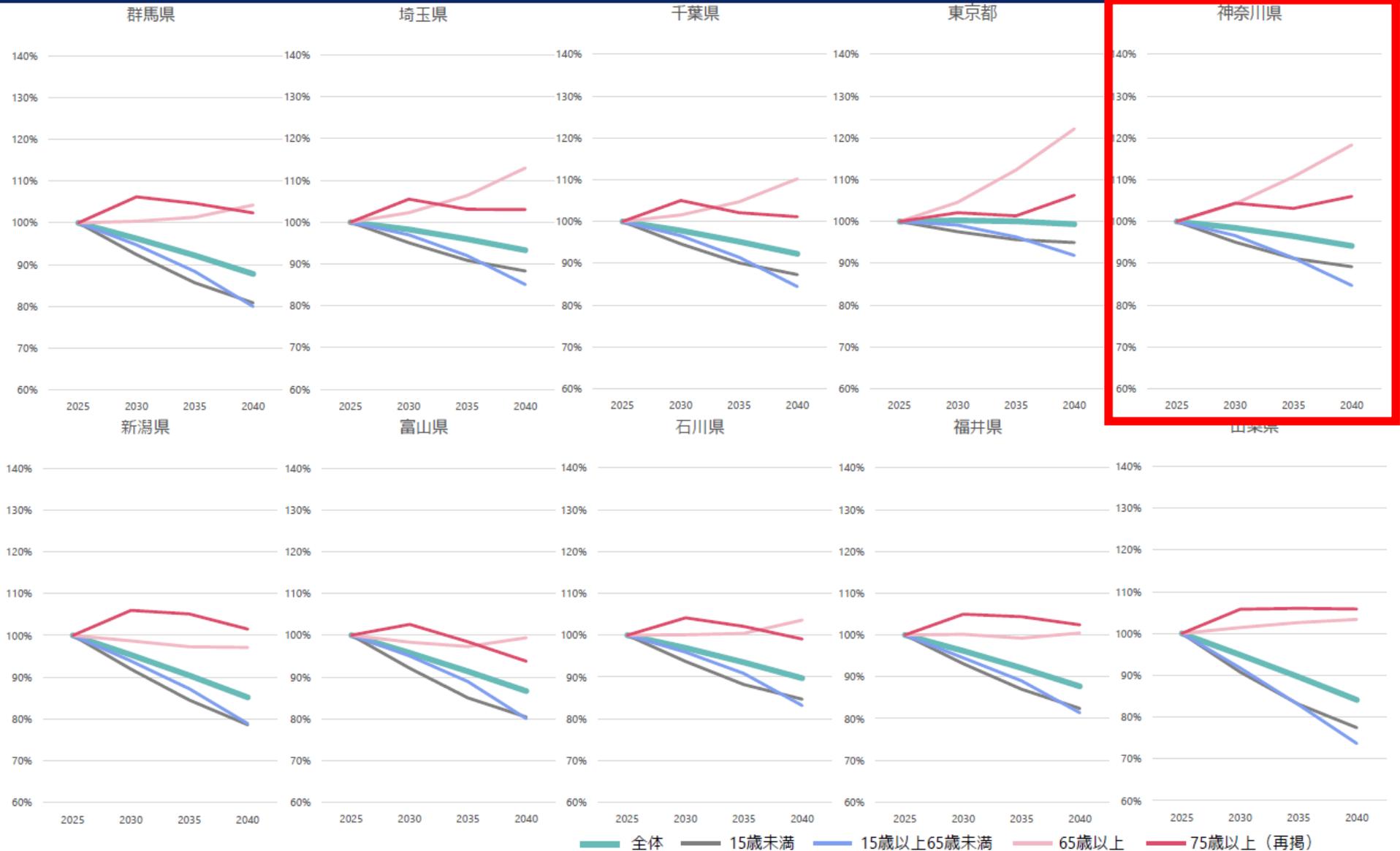
2040年までの人口動態、患者動態

都道府県ごとの人口が最大となる年



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（2018）年推計）」
 ※ 2015年は国勢調査の実績値

都道府県別の人口推計



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（2018）年推計）」※ 2015年は国勢調査の実績値

医療福祉就業者数の将来推計（2030年、2040年）

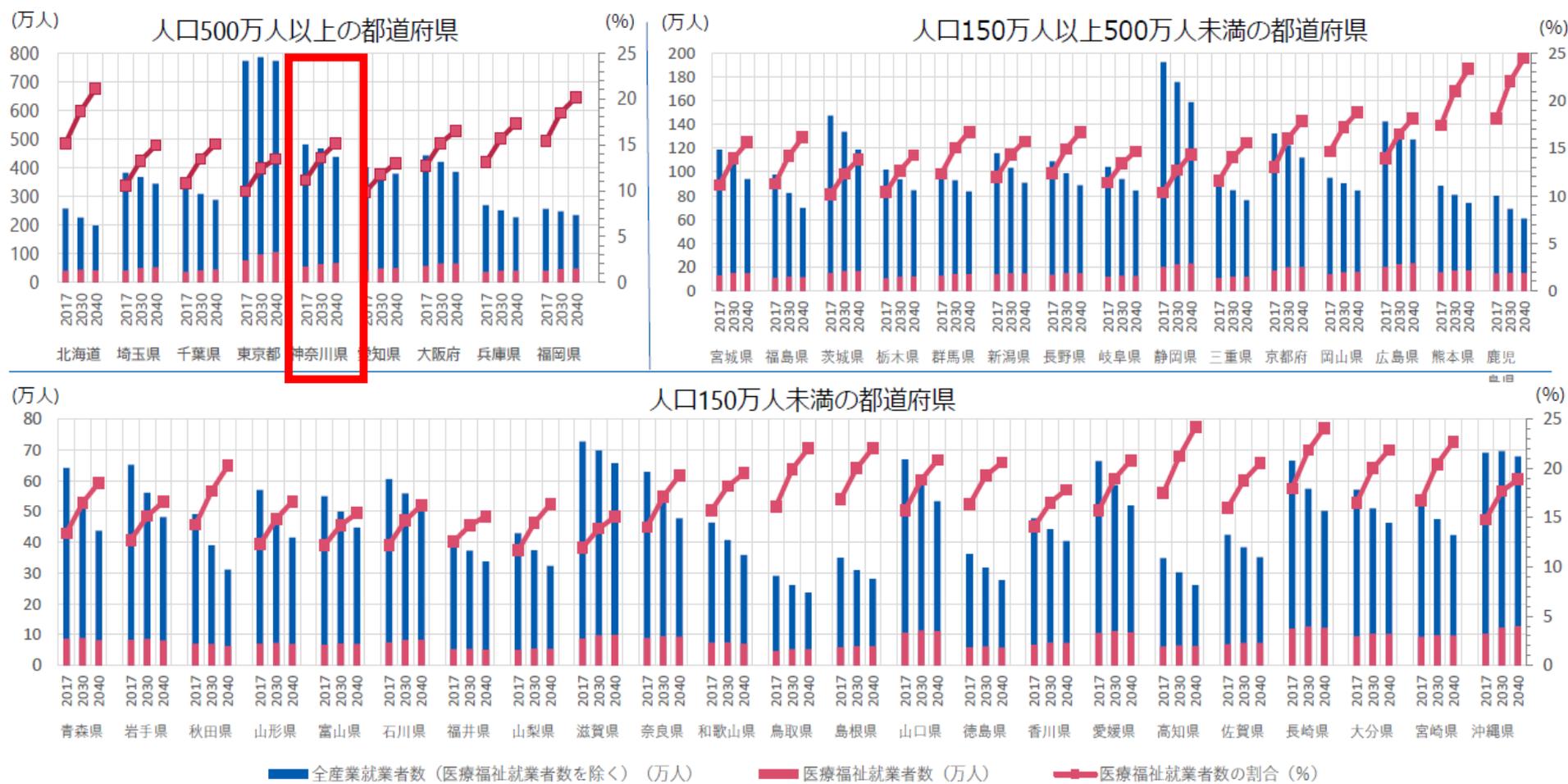
全就業者に占める医療福祉就業者の就業者数と割合の将来推計（都道府県ごと）

第7回第8次医療計画
等に関する検討会

参考
資料

令和4年3月4日

2



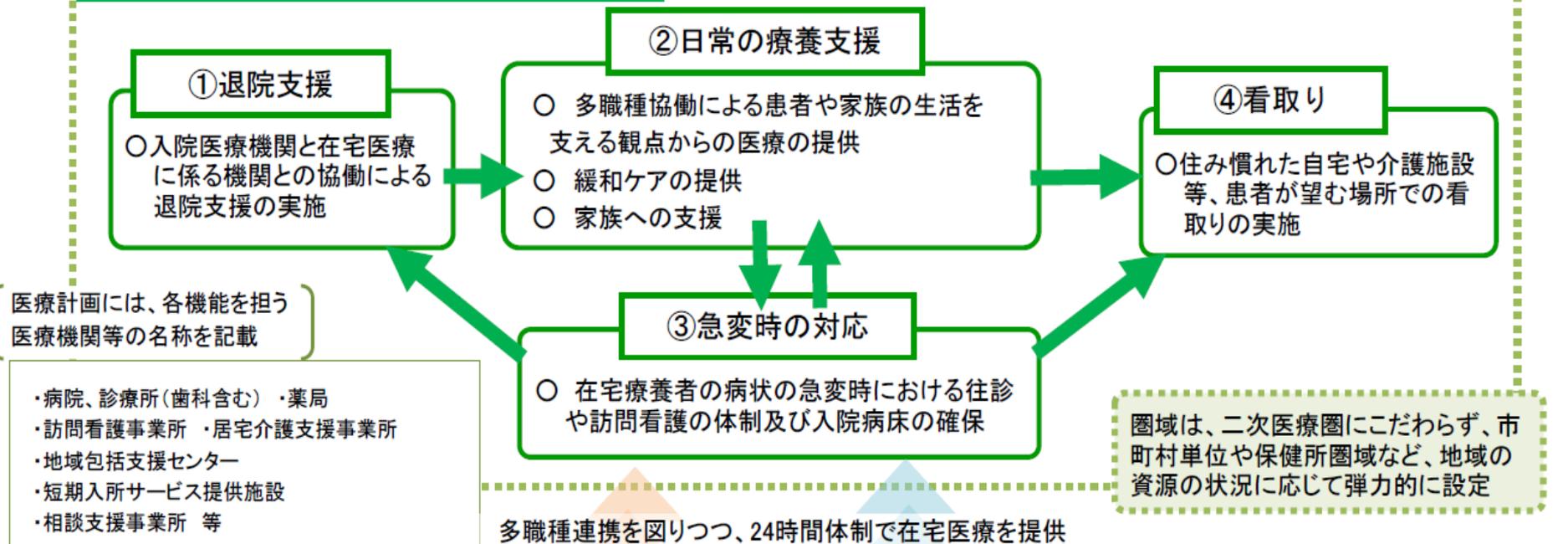
出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計 全国推計（2018年度版）を踏まえた都道府県別試算（No.222 2020年3月）」
 ※ ベースライン・労働参加漸進シナリオ（経済成長と労働参加が一定程度進むケース）の推計を使用。
 ※ 都道府県を国勢調査（令和2年）の人口を用いて、人口500万人以上、人口150万人以上500万人未満、人口150万人未満に分けた。

在宅医療について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

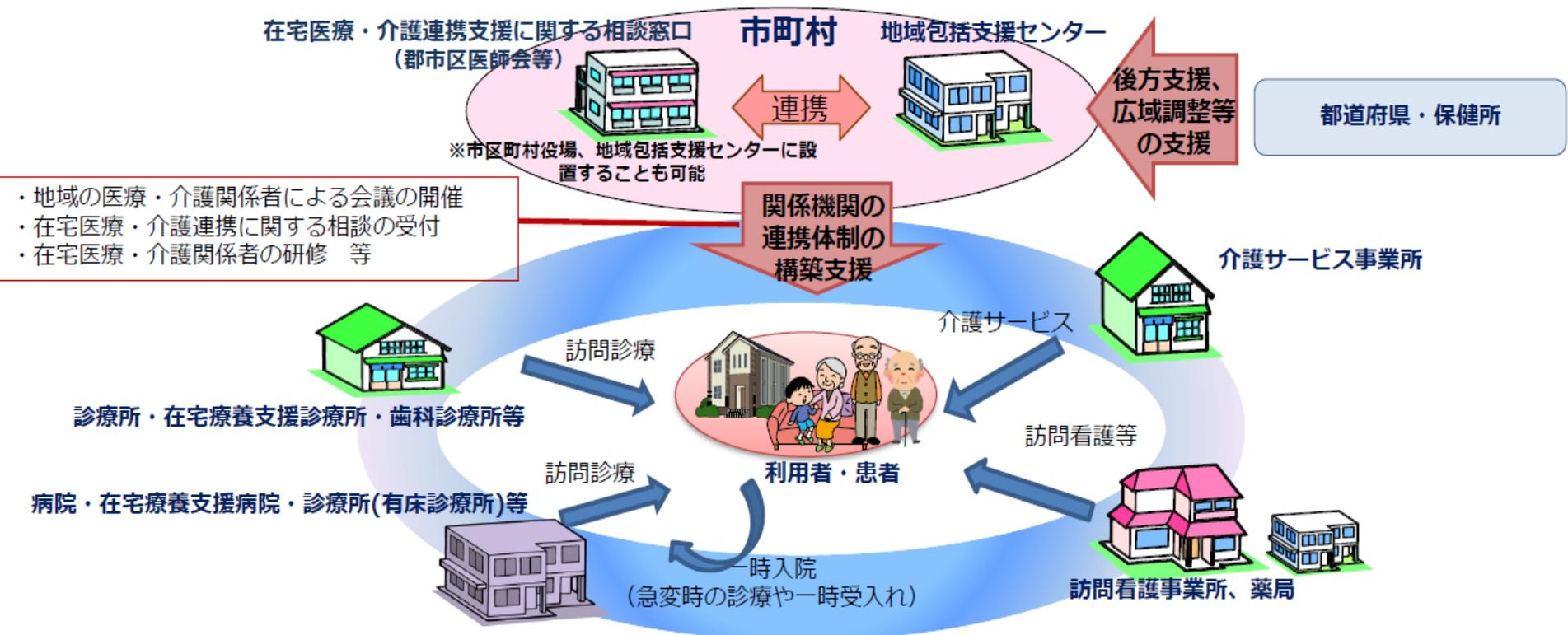
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体 等

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



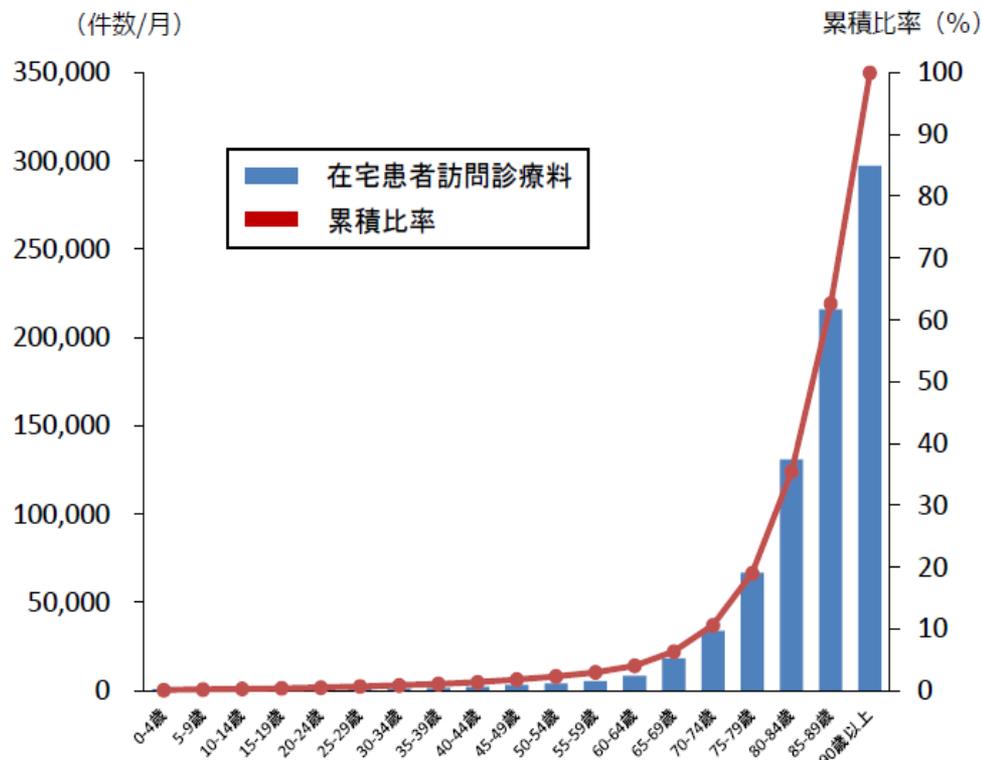
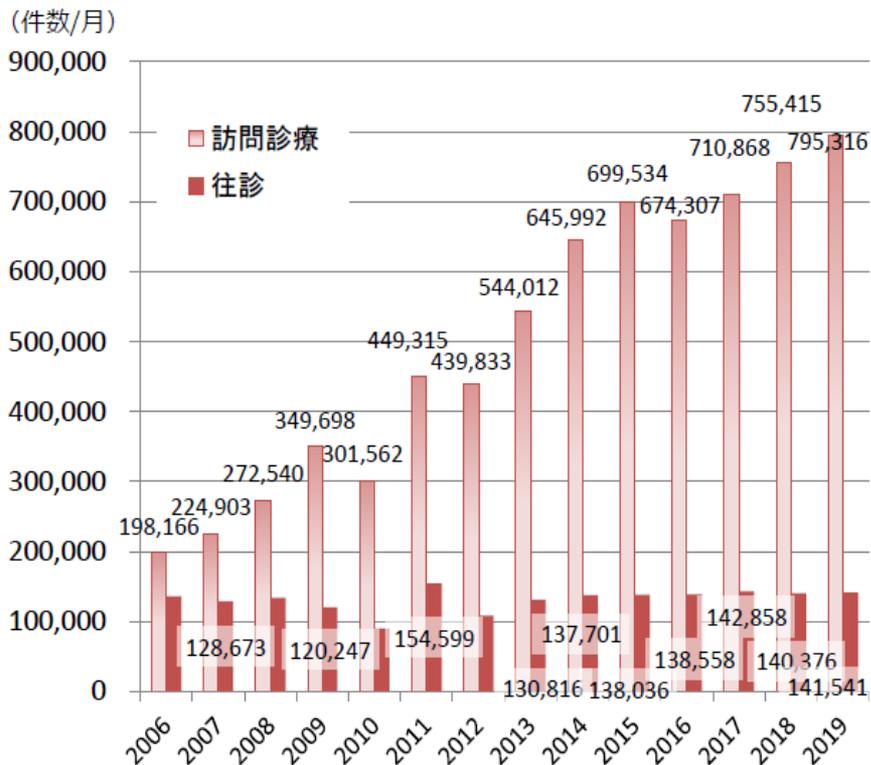
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

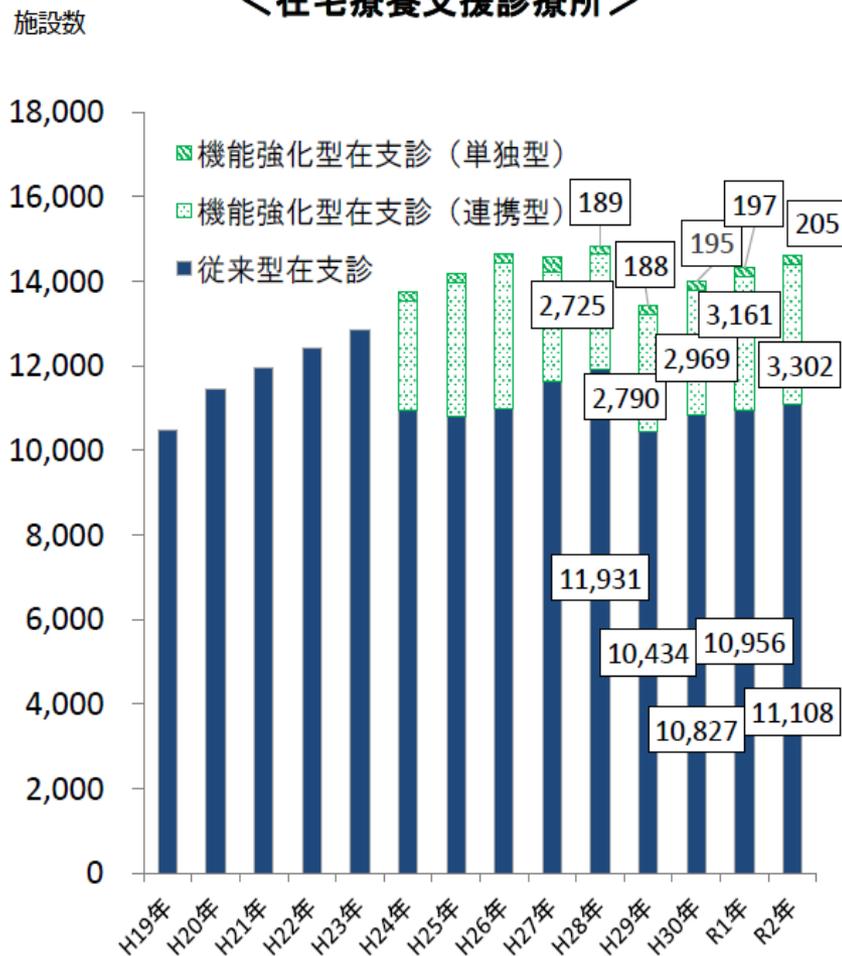


出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

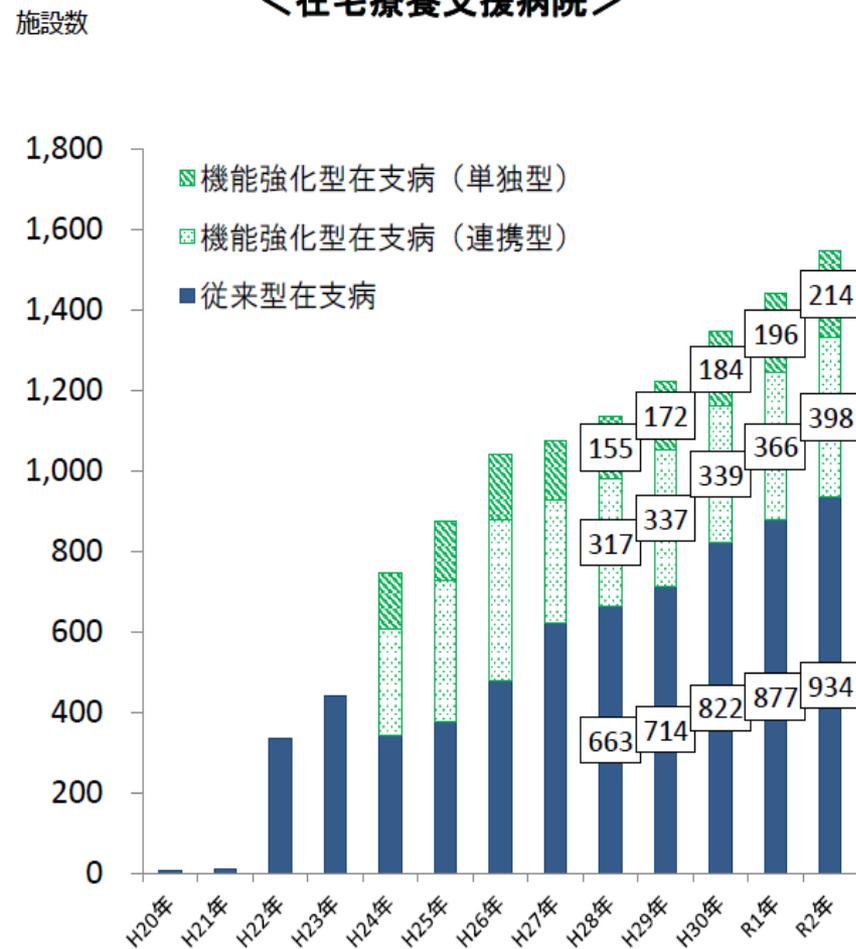
出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

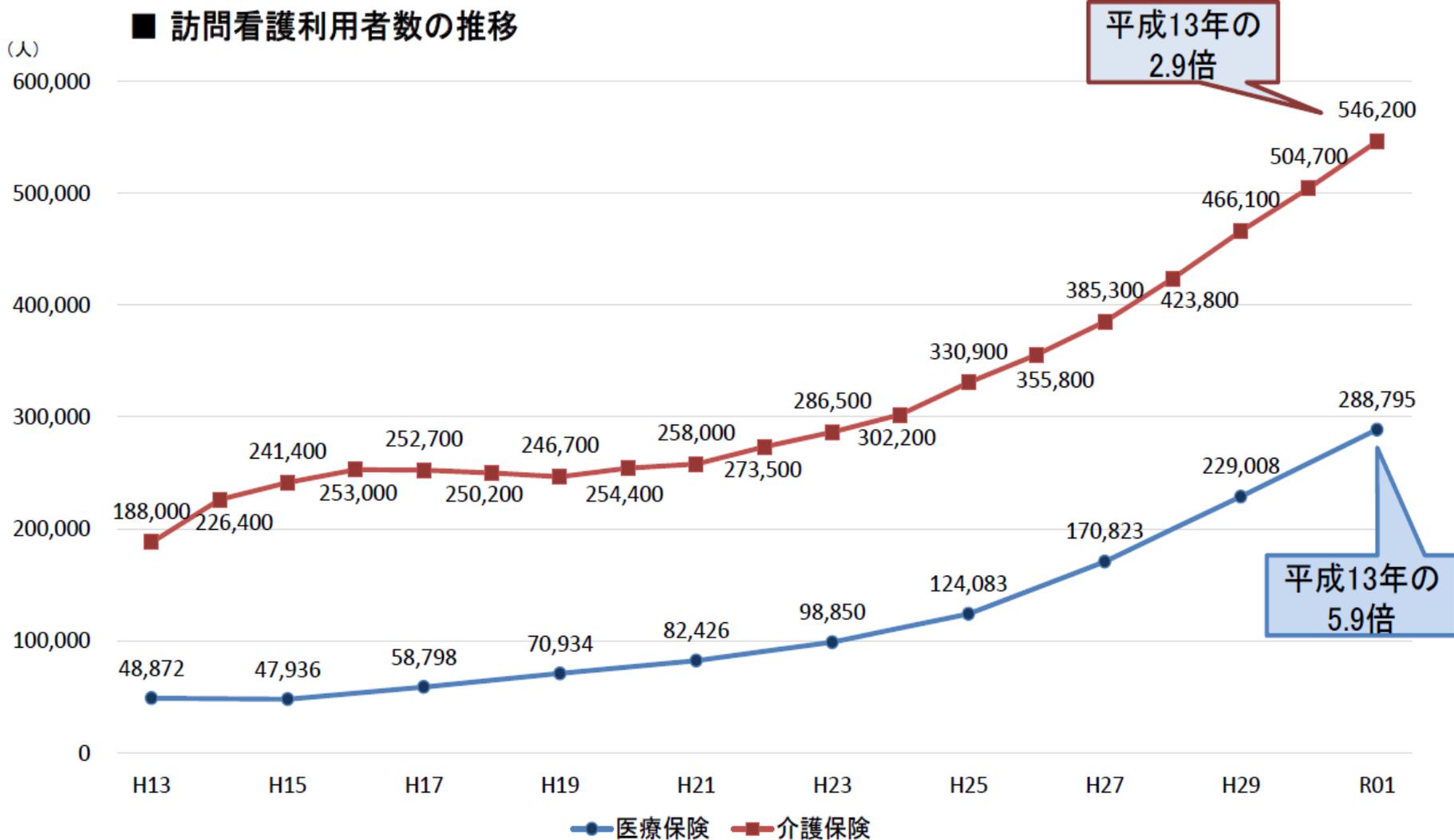


訪問看護利用者数の推移

中医協 総-1-2
3 . 8 . 2 5

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向

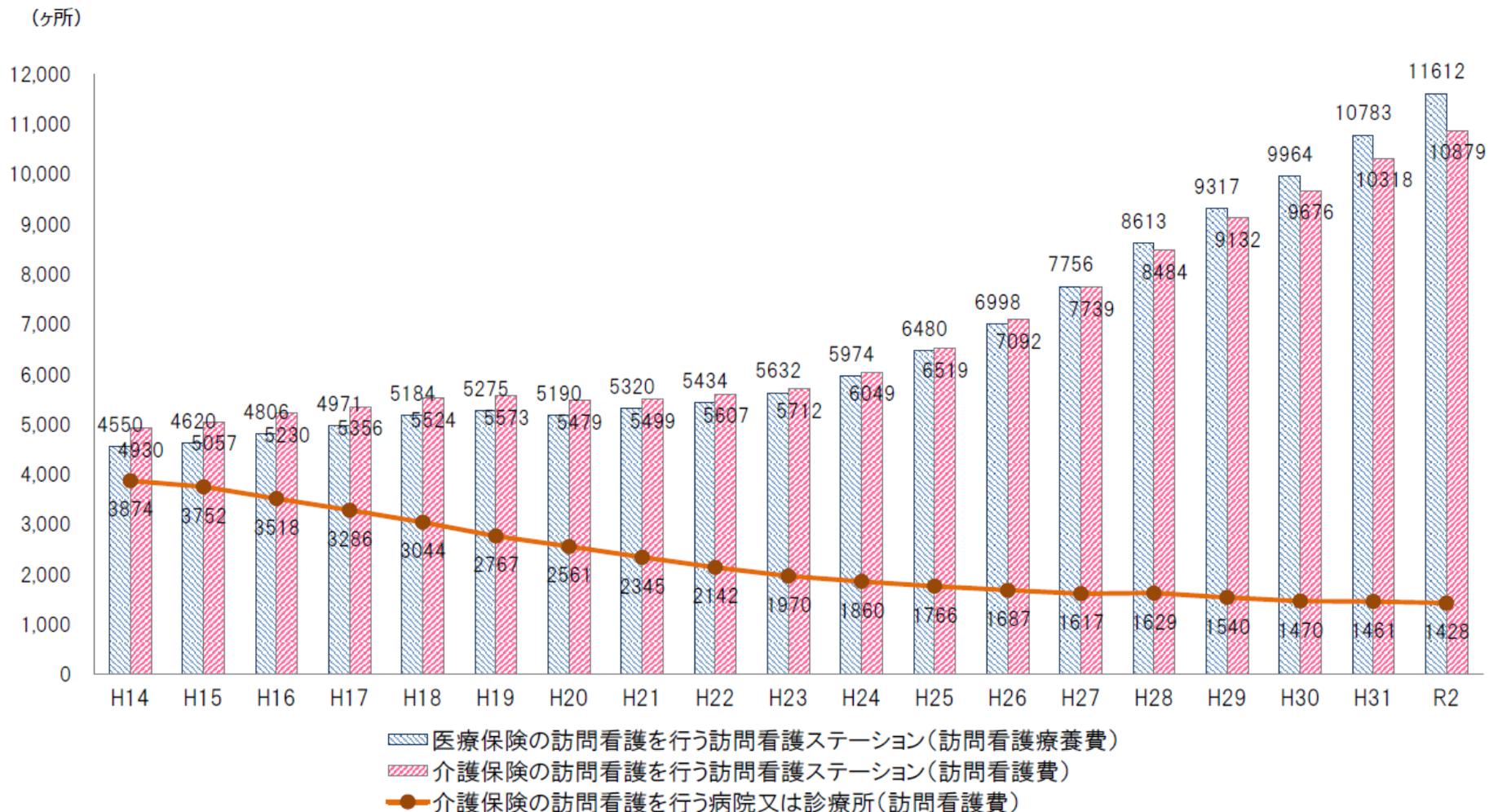
第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和3年10月13日
参考資料



訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和3年10月13日
参考資料

○ 訪問看護事業所の数は近年増加しており、請求事業所数は1万事業所数を超えている。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



出典：1：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年5月審査分） 2：「介護給付費等実態統計」（各年4月審査分）

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

中医協 総-5
3. 7. 14

○ 在宅業務を実施している薬局が増加している。

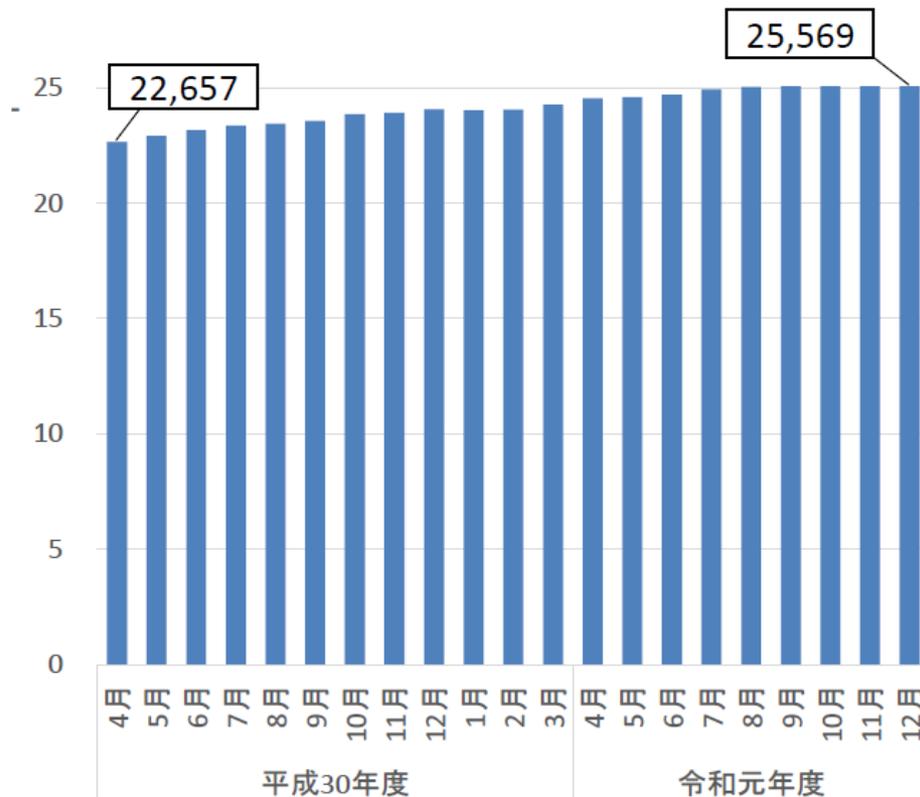
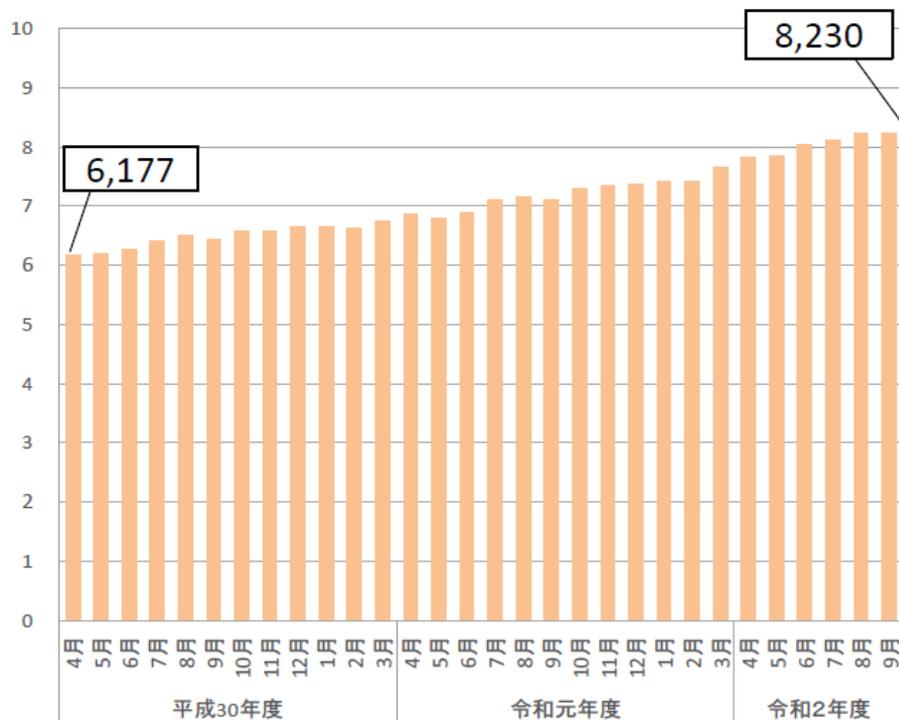
第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和3年10月13日
参考資料

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)

薬局数(千)



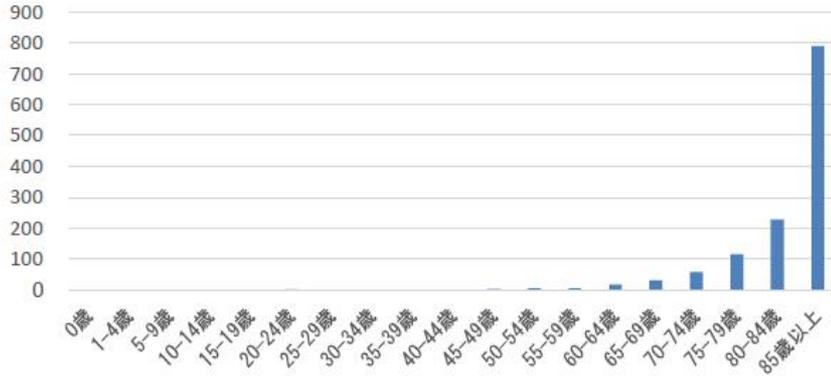
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

(出典) 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)については、NDBデータ
居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)については、厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

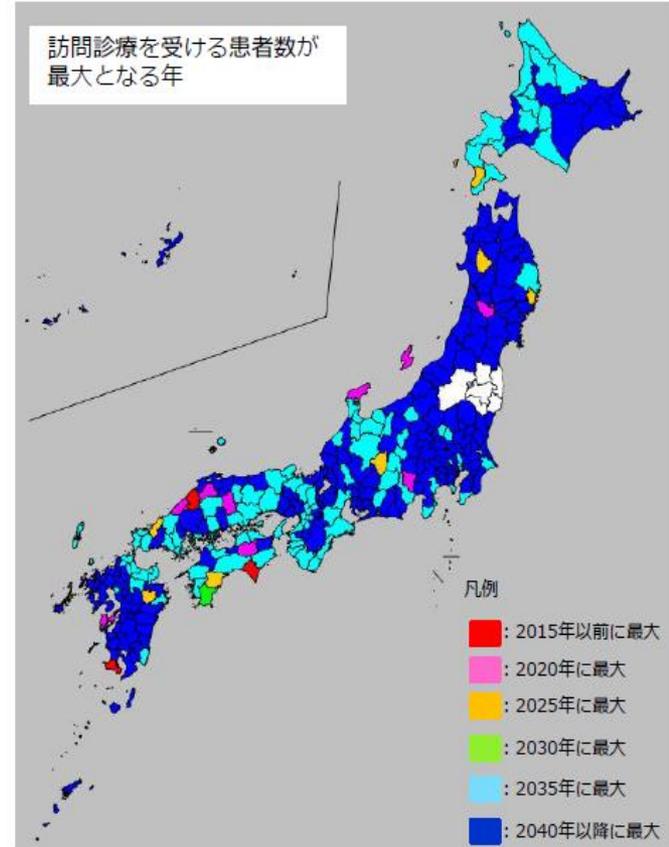
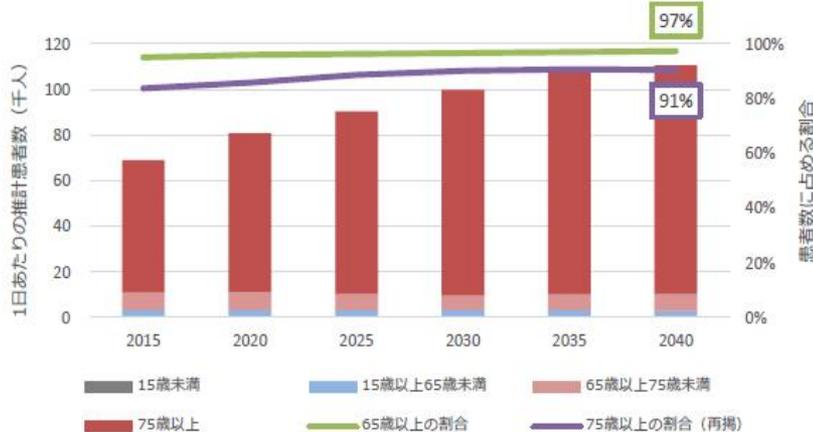
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2035の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計

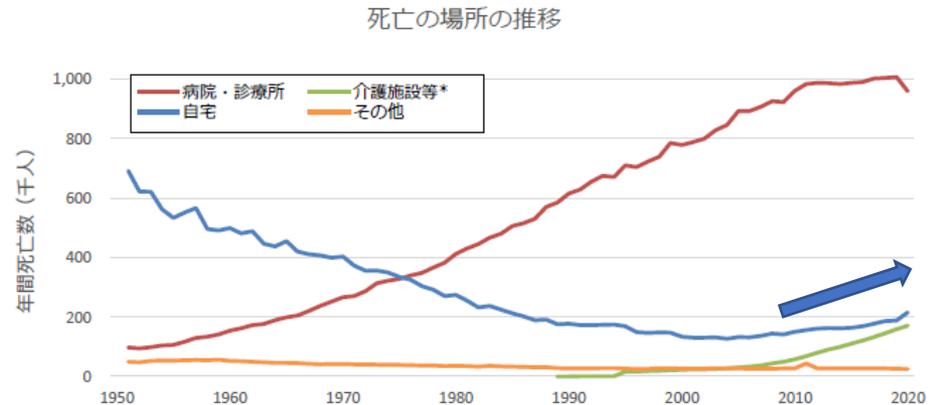
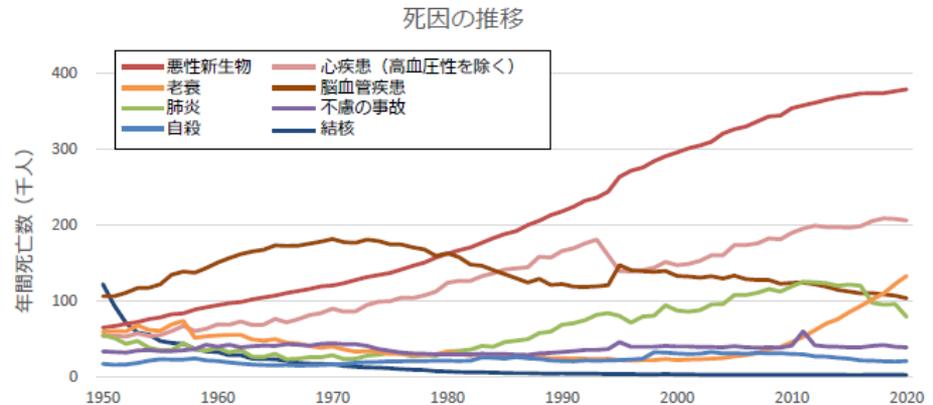
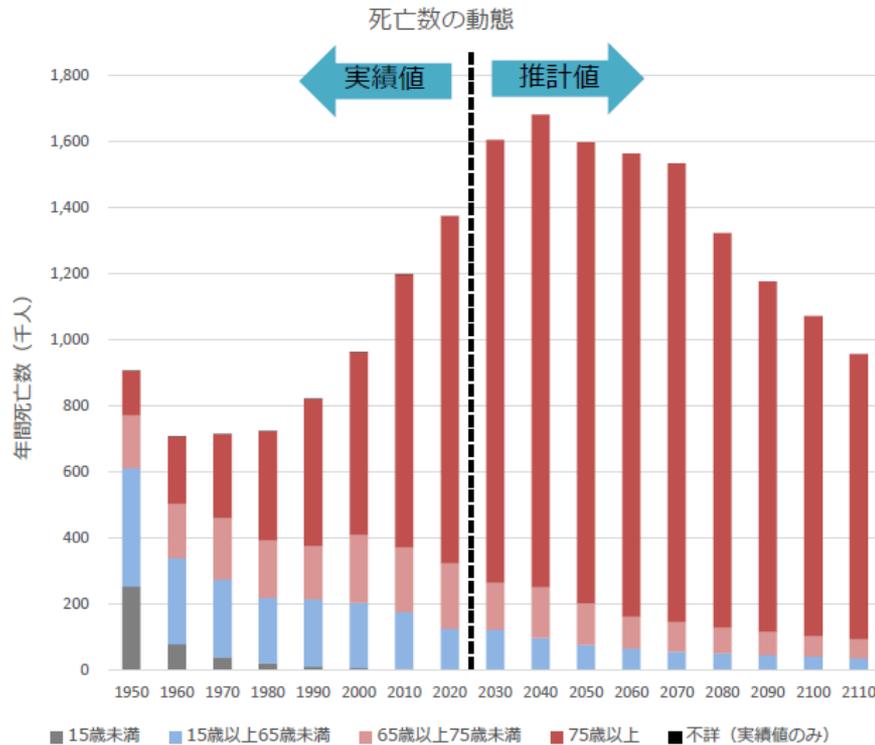


出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院—外来の種別別」
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

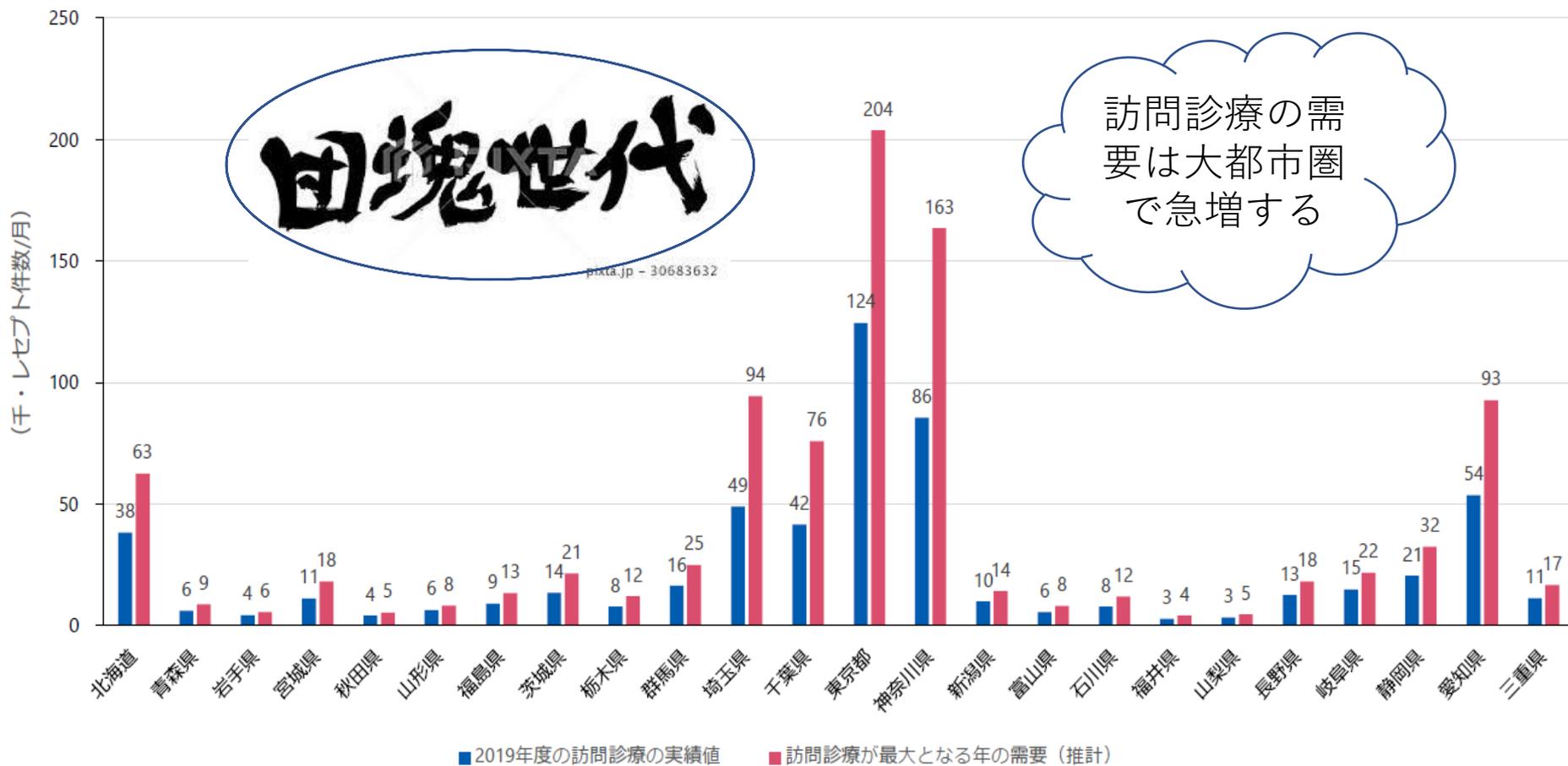
- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢(5歳階級)別死亡数」「出生中位(死亡中位)推計：男女年齢4区分別死亡数(総人口)」、厚生労働省「人口動態統計」
*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。
※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

訪問診療の将来需要と現下の供給実績について①

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



【出典】受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月
 推計：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）」（出生中位・死亡中位仮定）
 2019年度の性・年齢階級・当該都道府県別の受療率を固定し、性・年齢階級・二次医療圏別の将来人口に機械的に適用したもの
 ※将来推計患者数 = 将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）× 受療率（性・年齢・当該都道府県別）

神奈川県 の 現状



神奈川県 二次保健医療圏

11医療圏



横須賀・三浦

保健医療圏の図

- 一次保健医療圏：市町村域の圏域
- 二次保健医療圏：太線で囲まれた圏域
- 三次保健医療圏：県全体を一つの圏域としている

横須賀・三浦の人口推移

(1)人口の将来推計

図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の推移

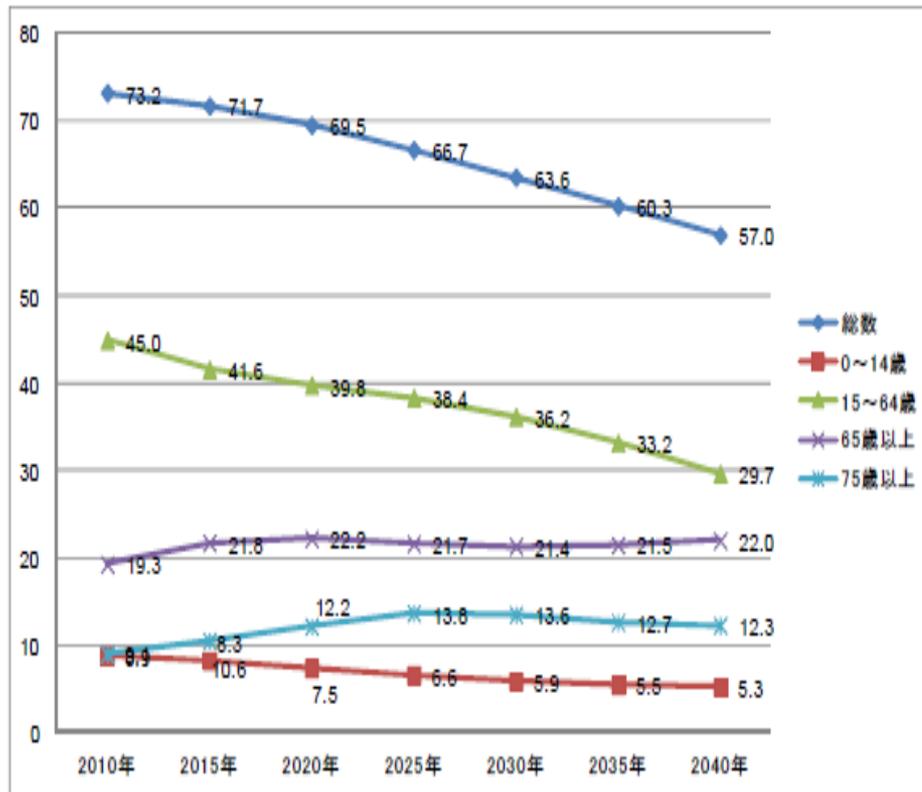
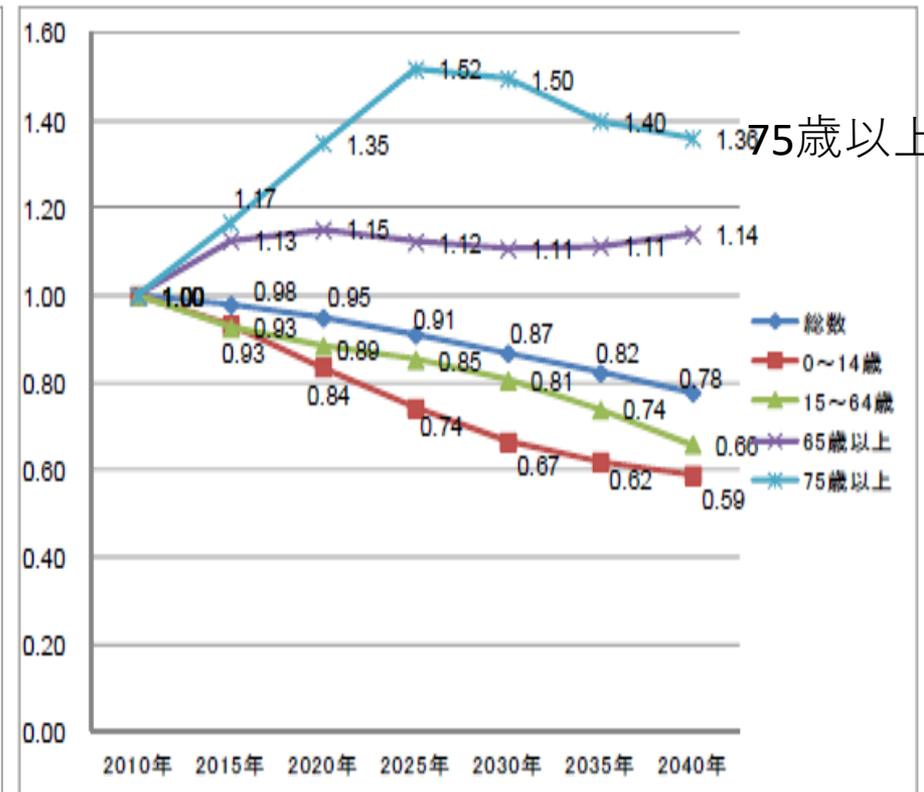


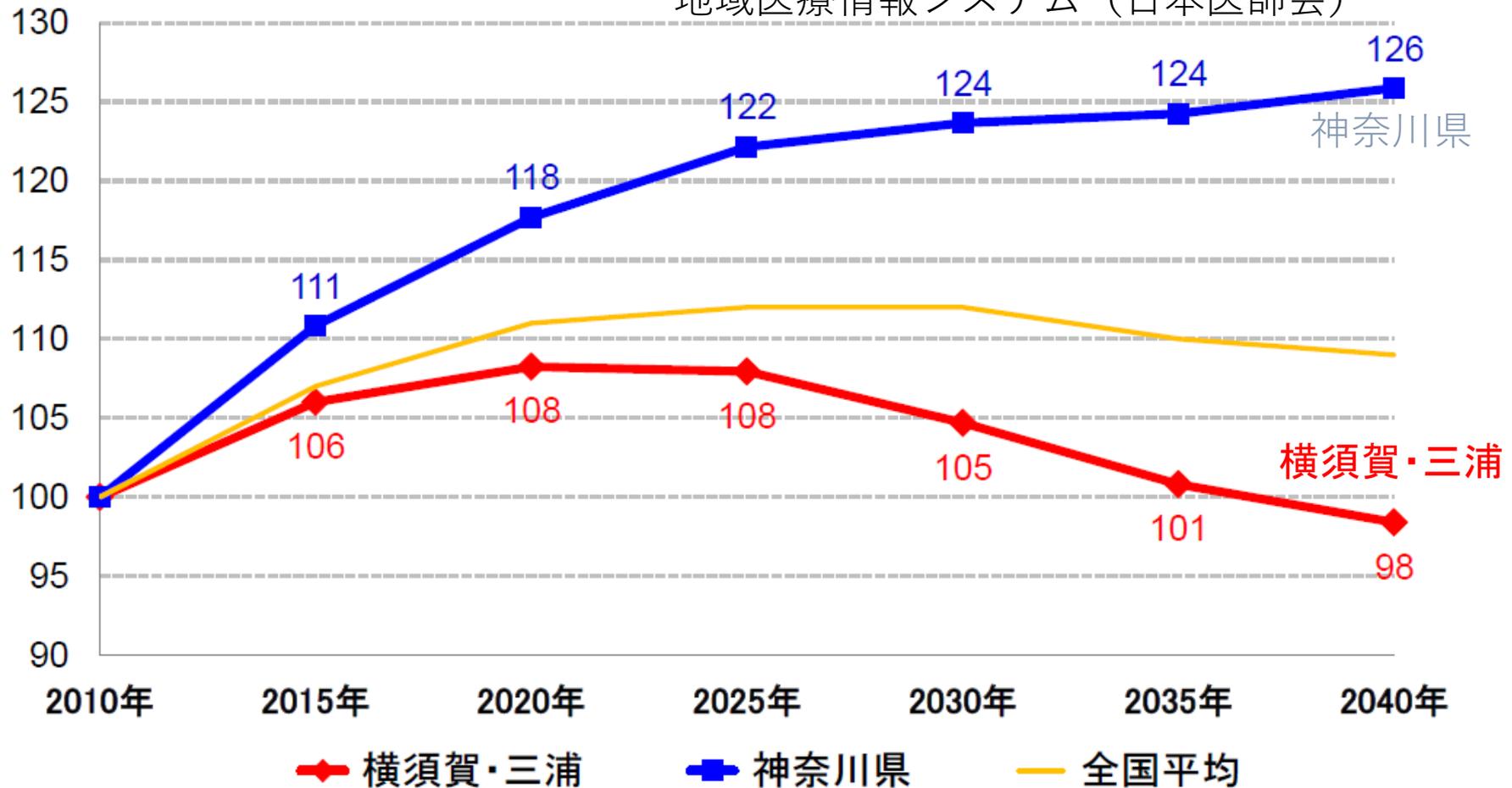
図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)



<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25年3月推計)

医療需要予測指数 (2010年=100)

地域医療情報システム (日本医師会)



全国平均	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要予測指数	107	111	112	112	110	109

D P C 対象病院の分布

D P C 対象病院とは・・・

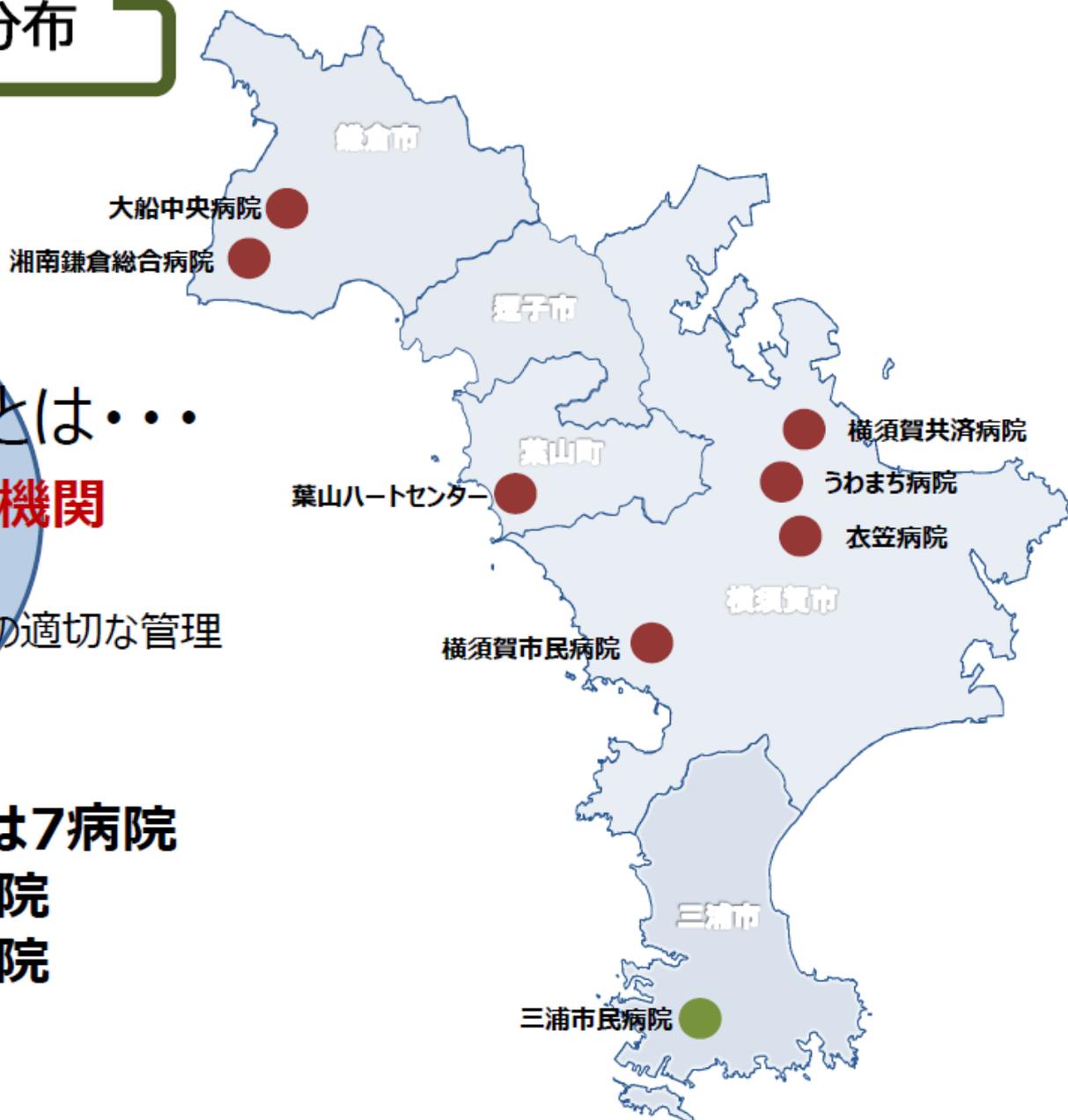
急性期医療を担う医療機関

- ・ 看護師の人員配置
- ・ D P C 調査へ参加・診療録の適切な管理

横須賀・三浦医療圏では7病院

D P C 対象病院：7病院

D P C 準備病院：1病院





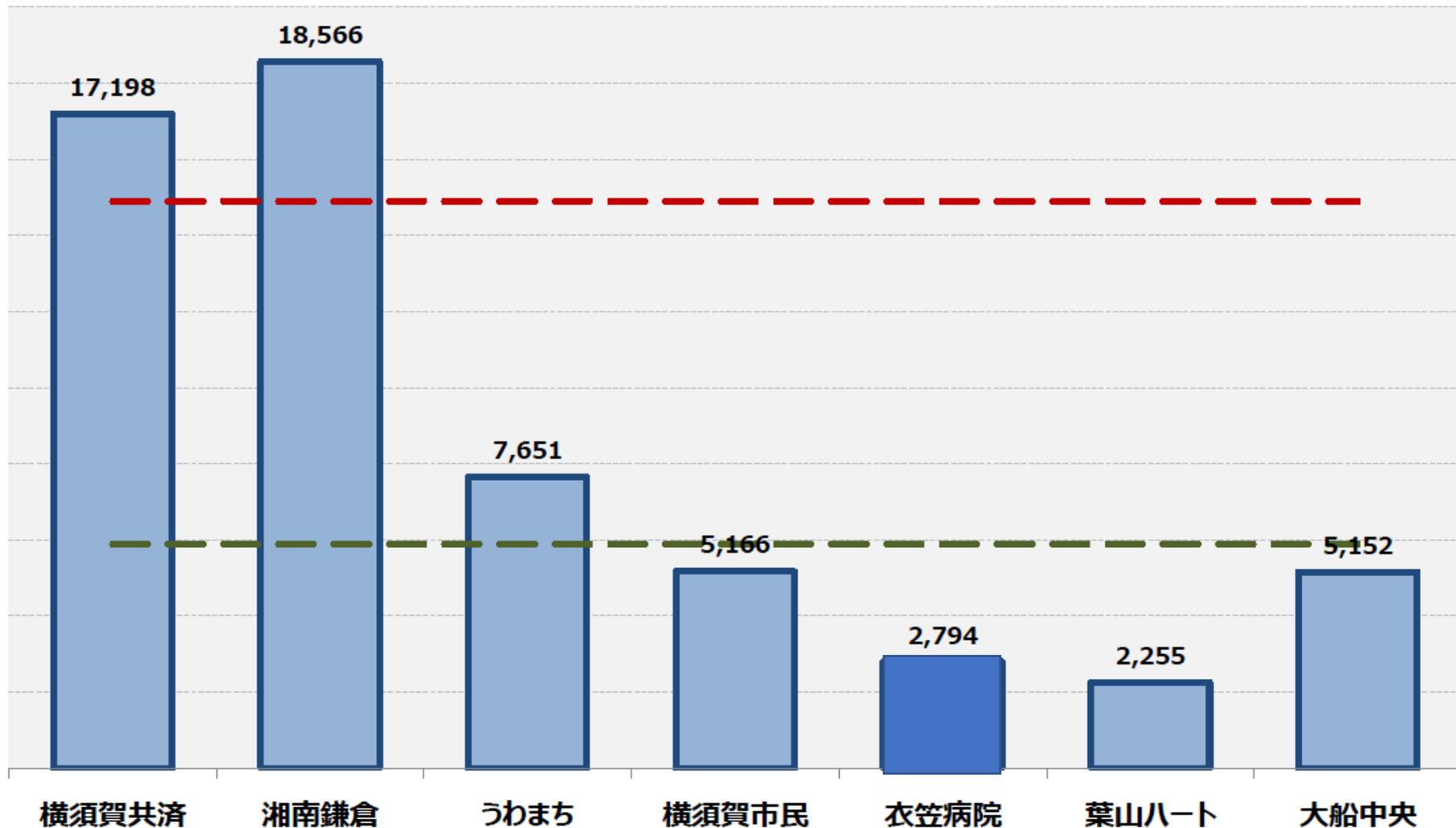
入院患者数

平成26年度実績

[HTTP://WWW.MHLW.GOJP/STF/SHINGI2/0000104146.HTML](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104146.html)

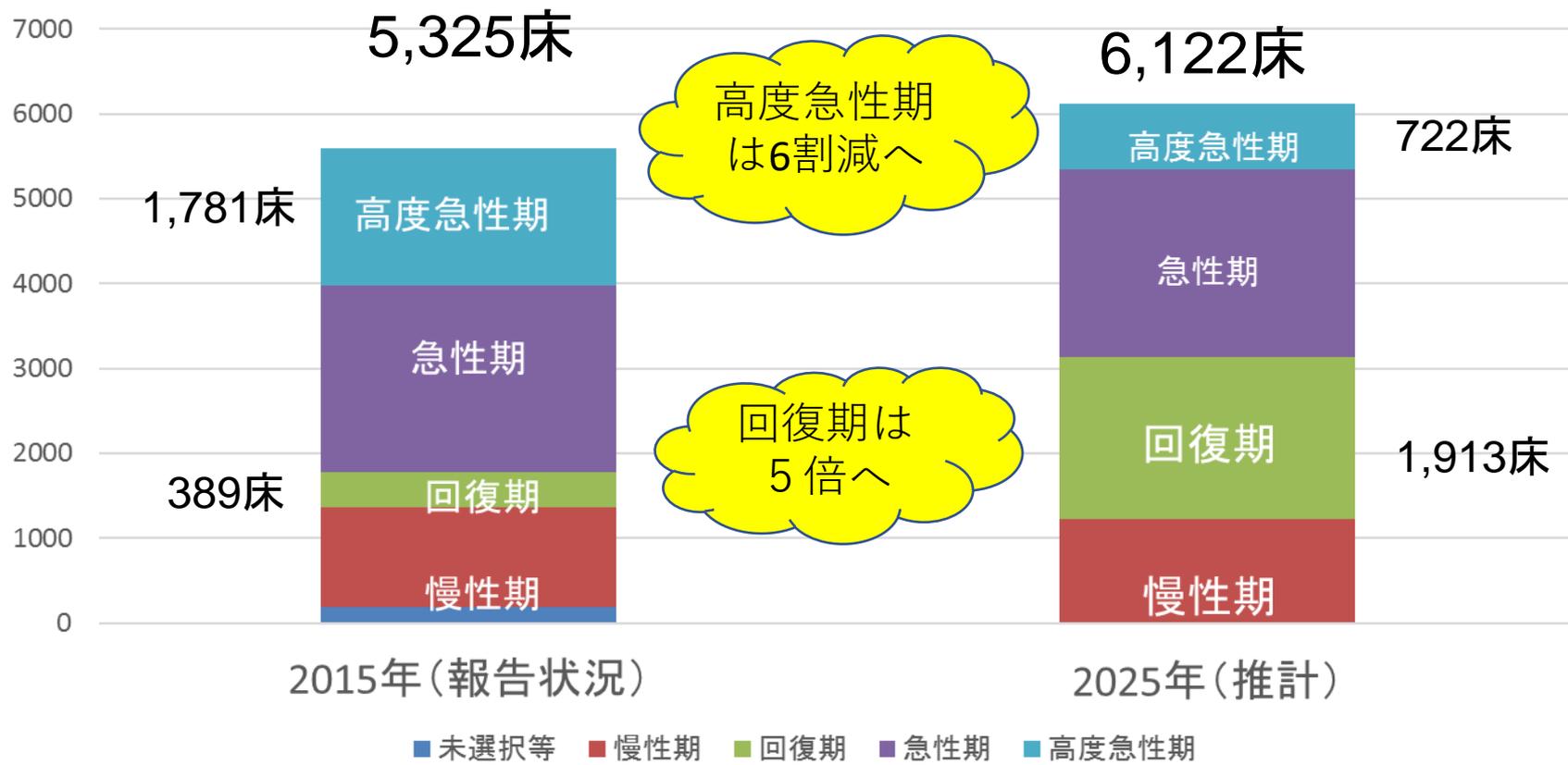
病院情報局

■ 症例数 ■ 大学病院平均値 ■ 全病院の平均値



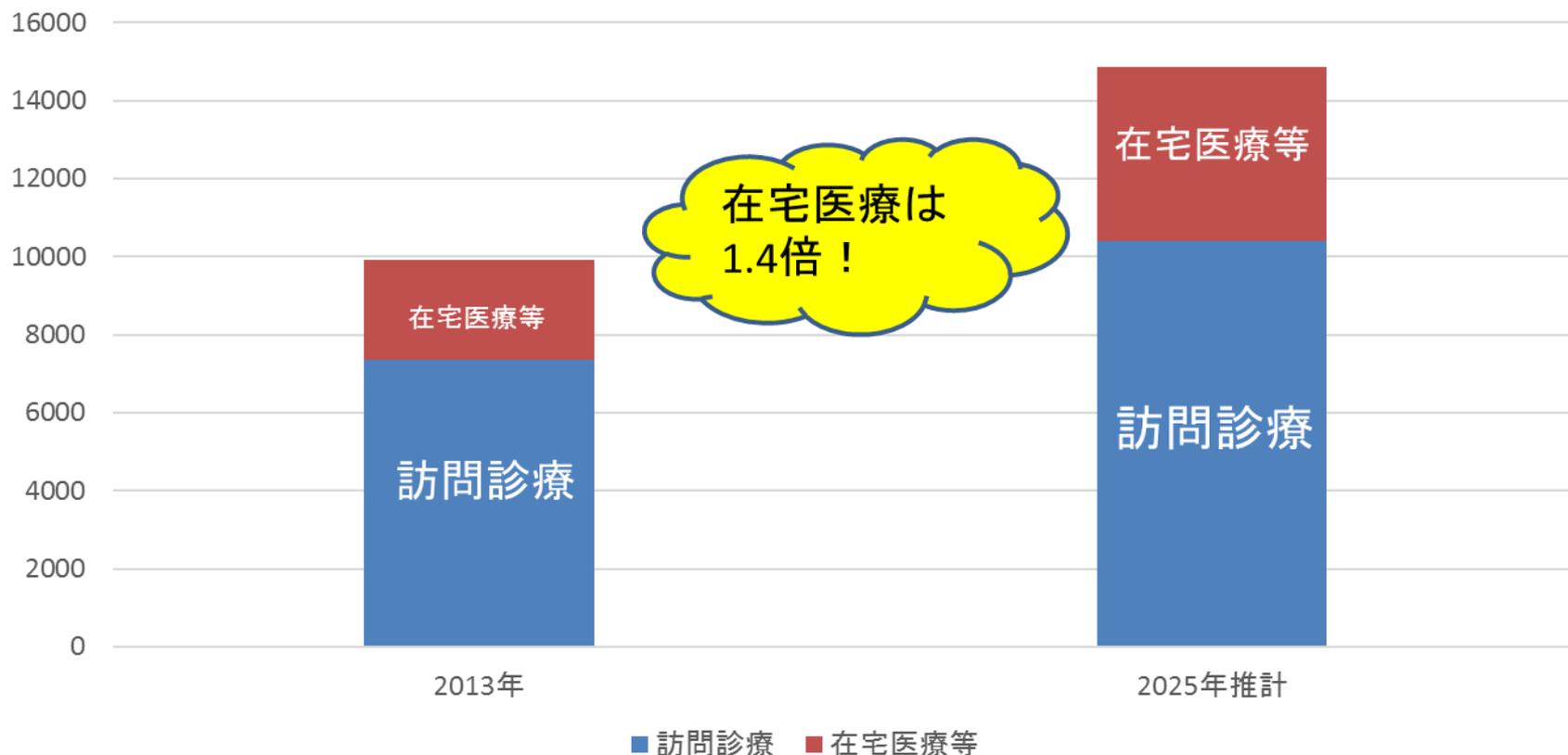
横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

病床機能報告（厚労省）
グラフタイトル



横須賀・三浦 在宅医療等の必要量

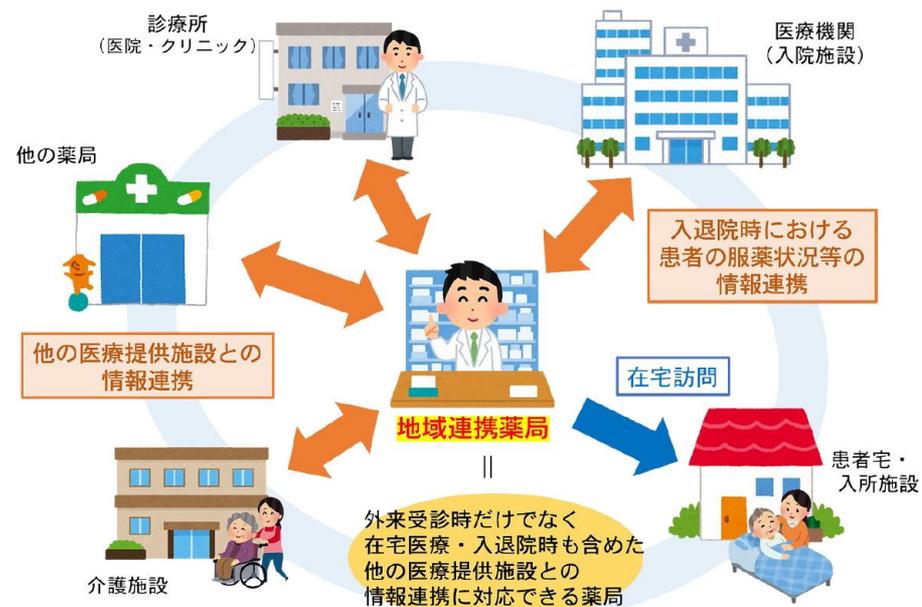
グラフタイトル



在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている

パート 3

医療計画と地域連携薬局



2019年改正薬機法の趣旨

- 2019年薬機法改正趣旨は以下の3点
 - ①医薬品・医療機器等をより迅速・安全・効率的に提供するための制度確保
 - 先駆け審査指定制度、条件付き早期承認制度によりより迅速に医薬品・医療機器等を上市する制度の確保
 - ②地域における薬局・薬剤師の在り方
 - 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の創設
 - ③信頼確保のための法令順守体制等
 - バルサルタン（デュオパン）問題のような虚偽・誇大広告で医薬品の販売を拡大した製薬企業に課徴金を支払わせる制度の確立

特定の機能を有する薬局の認定

第11回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会

資料1
改

令和4年1月20日

- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、**患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。**（都道府県知事の認定、1年ごとの更新）

・**入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局）**

・**がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）**

患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定
（現在規定している区分は「がん」）



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
 - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- 等
- ＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
 - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

地域連携強化による薬局の多様化（イメージ）

R4.3.31 第3回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するWG 資料2-1

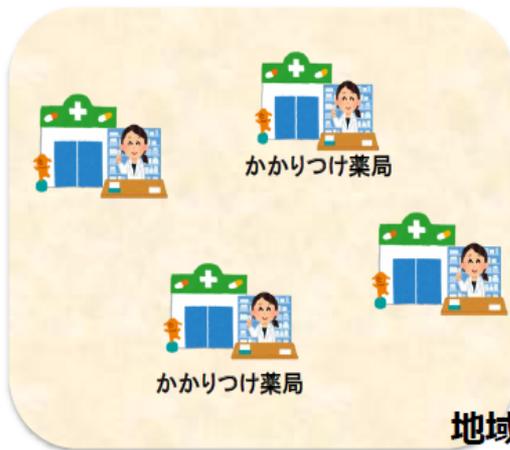
- 小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になる。
- ①地域連携による分担、②ICT技術の活用等により、業務が効率化されれば、**処方箋受付時以外の対人業務の充実が期待される。**
- 処方箋受付時以外の対人業務は様々であり、**薬局ごとに特色のある薬剤師メニューを提供することが可能となる。**これにより、**特色のある薬局が増加し、患者の選択肢も増加する。**

（多様な薬剤師サービスのイメージ）

薬剤レビュー、医療的ケア児・緩和ケア等の在宅対応、糖尿病患者への説明、セルフケア支援、コミュニティスペース、栄養サポート、検査 等

1. 小規模薬局の現状

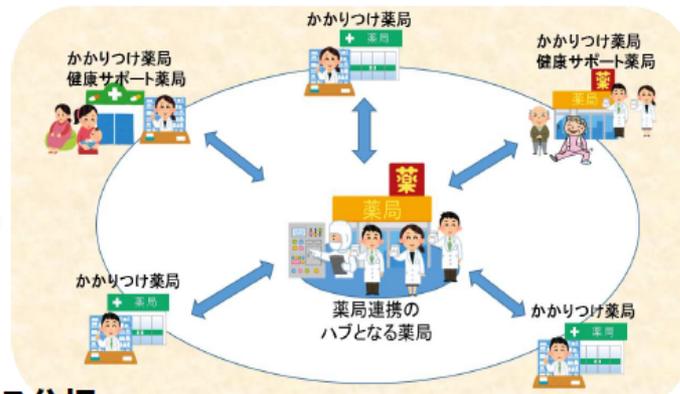
・小規模薬局が単独で全ての役割を担うことが困難



地域連携による分担
ICT技術の活用

2. 地域の薬局間の連携の推進

・ICT技術の活用や地域連携による分担により業務効率化



処方箋受付時以外の
対人業務の充実

3. 特色のある薬局の増加

・多様な薬剤師メニューの提供が可能に

（対人メニューの例示）

- ・ 薬剤レビュー
- ・ 様々な在宅対応（医療的ケア児、緩和ケア等）
- ・ 糖尿病患者への説明（食生活、運動習慣等の重要性等）
- ・ セルフケア支援
- ・ コミュニティスペース
- ・ 栄養サポート
- ・ 検査
- ・ 認知症ケア

地域連携メニューの例示：

医薬品の融通、輪番、症例検討会・勉強会、対物業務の効率化の取組み、医療機関との調整（例：退院調整）等

地域連携薬局の基準

参考

● **地域連携薬局：入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局**

		基準
1	<u>利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が座って服薬指導等を受けることができる、間仕切り等で区切られた相談窓口等及び相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備の設置 ○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造
2	<u>地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの構築に資する会議への継続的な参加 ○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備 ○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（月平均30回以上の報告・連絡の実績） ○ 地域の他の薬局に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備
3	<u>地域の他の医療提供施設と連携しつつ利用者に安定的に薬剤等を提供する体制</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開店時間外の相談応需体制の整備 ○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備 ○ 地域の他の薬局への医薬品提供体制の整備 ○ 麻薬の調剤応需体制の整備 ○ 無菌製剤処理を実施できる体制の整備（他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を実施する体制を含む。） ○ 医療安全対策の実施 ○ 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する、地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修の計画的な実施 ○ 地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報の提供実績
4	<u>在宅医療に必要な対応ができる体制</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療に関する取組の実績（月平均2回以上の実績） ○ 高度管理医療機器等の販売業の許可の取得並びに必要な医療機器及び衛生材料の提供体制

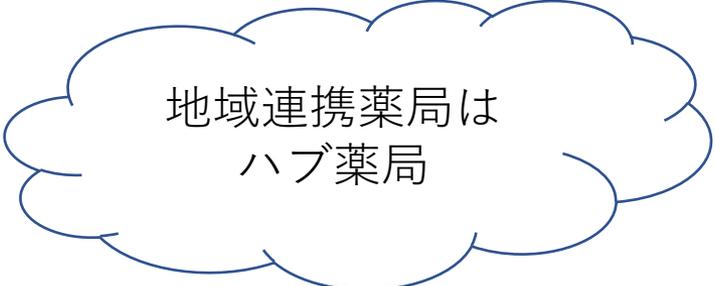
- 薬剤師検討会の取りまとめにおいては、
 - ・今後、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になる、
 - ・薬局間で業務を補完するような連携について考えていく必要がある、とされている。

2. 今後の薬剤師に求めるべき役割及びそれを踏まえた需給推計

（1）今後の薬剤師が目指す姿

① 薬局（抜粋）

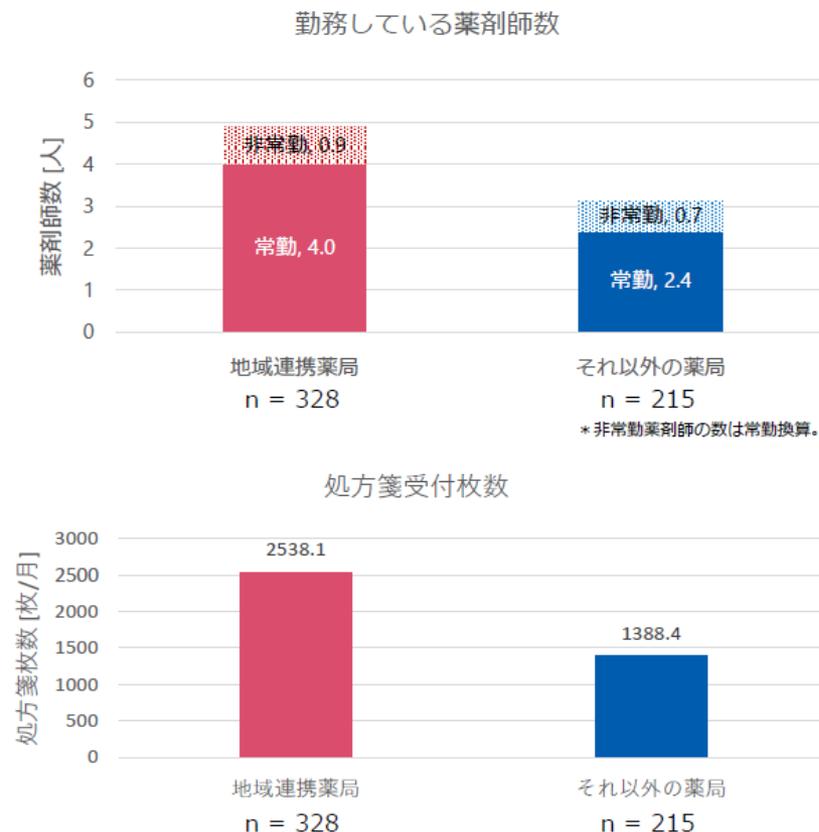
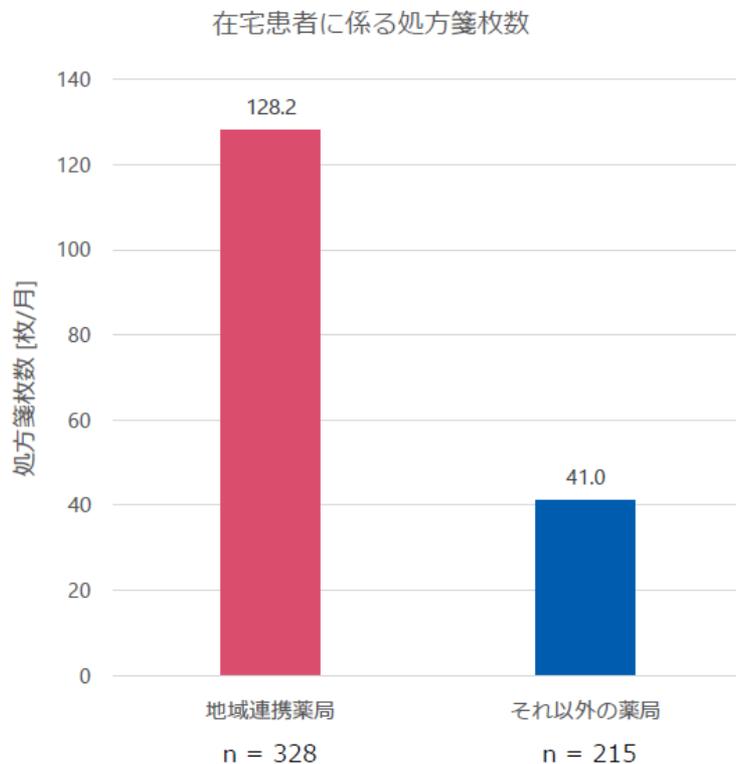
- 薬局は小規模で薬剤師が少人数の施設が多いが、今後、薬局に求められる役割・業務の充実を考えると、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になることも考えられる。そのため、地域全体で求められる薬局・薬剤師サービスを提供する観点から、小規模薬局それぞれが対応可能な役割を踏まえつつ、薬局間で業務を補完するような連携についても考えていく必要がある。



地域連携薬局は
ハブ薬局

薬局の在宅医療への参加状況と体制

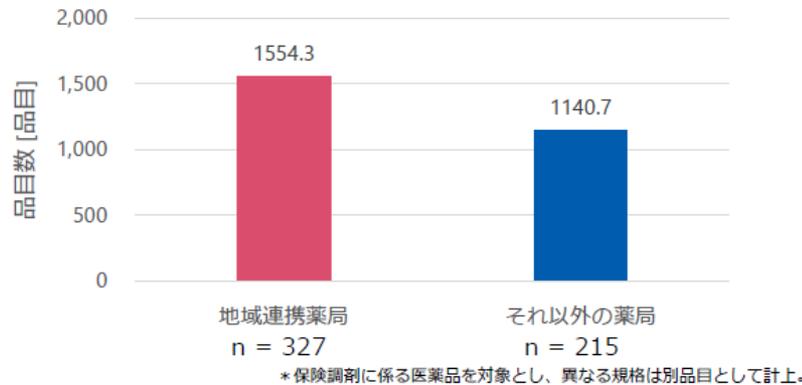
- 薬局は地域連携薬局の認定の有無に関わらず在宅医療に取り組んでいるが、地域連携薬局は勤務している薬剤師数や処方箋受付枚数が多いことから、在宅患者に係る処方箋をより多く応需している。



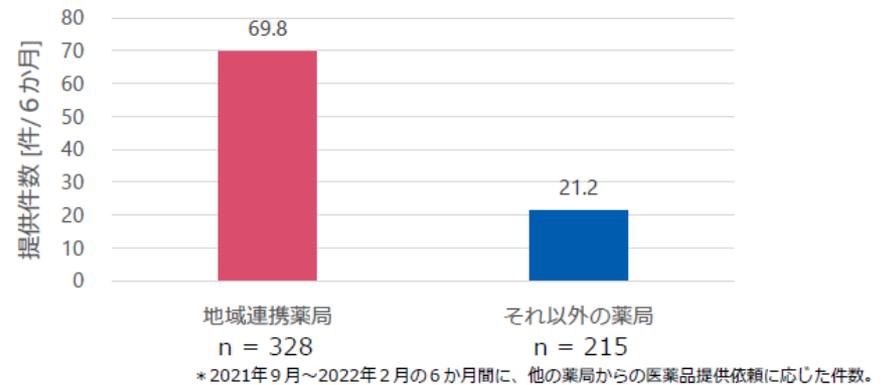
薬局における医薬品・医療機器等の提供体制

- **薬局は1000品目以上の医療用医薬品を備蓄し、薬物療法に必要な医薬品を速やかに患者に提供する体制を整備している。**また、薬局に在庫がない特殊な医薬品等の処方箋を応需した場合、近隣の薬局と協力し合い、当該医薬品を他の薬局から譲受して調剤している。
- 悪性腫瘍の疼痛緩和に用いられる**医療用麻薬についても多くの薬局で調剤の実績がある。**
- さらに、**薬局は医薬品だけでなく、医療機器や衛生材料の提供も行っている。**
- **地域連携薬局はこれら医薬品・医療機器等の提供に関する実績が多く、地域の医薬品・医療機器等の提供に関して特に重要な役割を果たしている。**

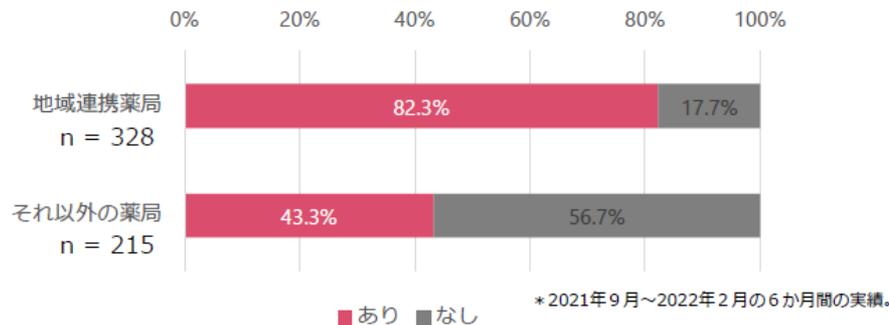
医療用医薬品の備蓄品目数



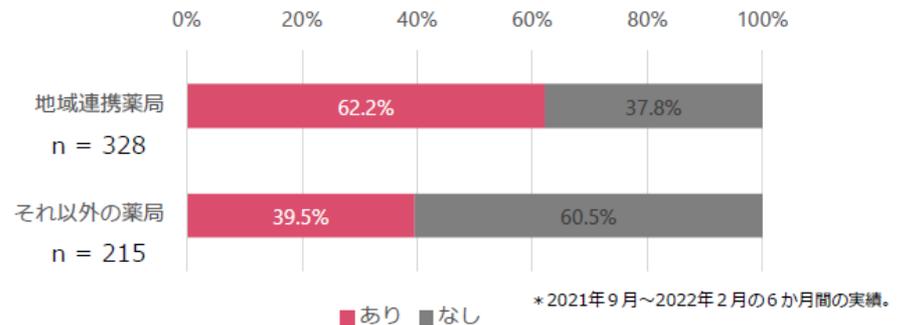
他の薬局へ医薬品を提供した実績



麻薬調剤の実績



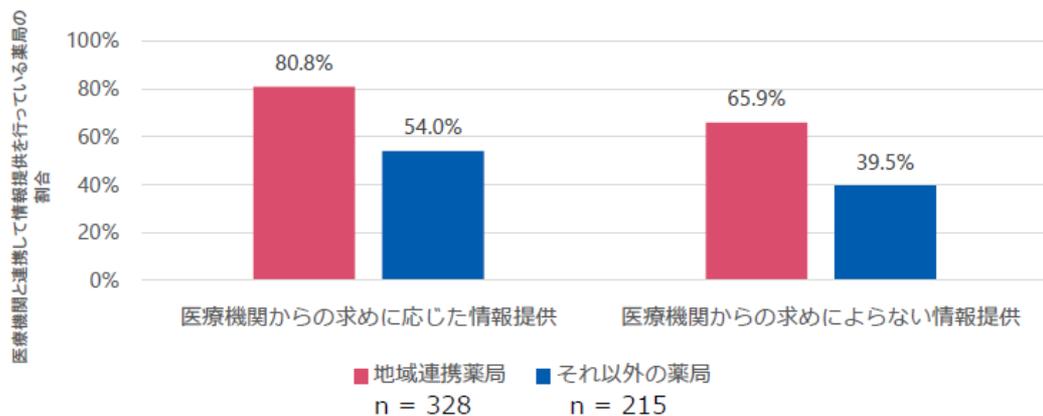
医療機器や衛生材料の提供実績



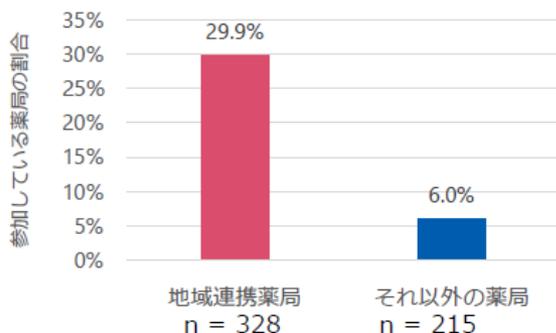
薬局による多職種との情報連携

- 薬局は薬物療法の質の向上と安全性の担保のため、医療機関からの求めの有無にかかわらず、服薬状況等の情報提供を積極的に行っている。また、退院時には、在宅医療を担う医師や看護師、介護職員等と連携体制を構築するため、薬局は退院時カンファレンスにも参加している。
- 地域連携薬局は医療機関への情報提供や退院時カンファレンスへの参加、訪問看護事業所との連携体制構築を積極的に実施し、在宅患者の薬物療法の質向上に大きく貢献している。

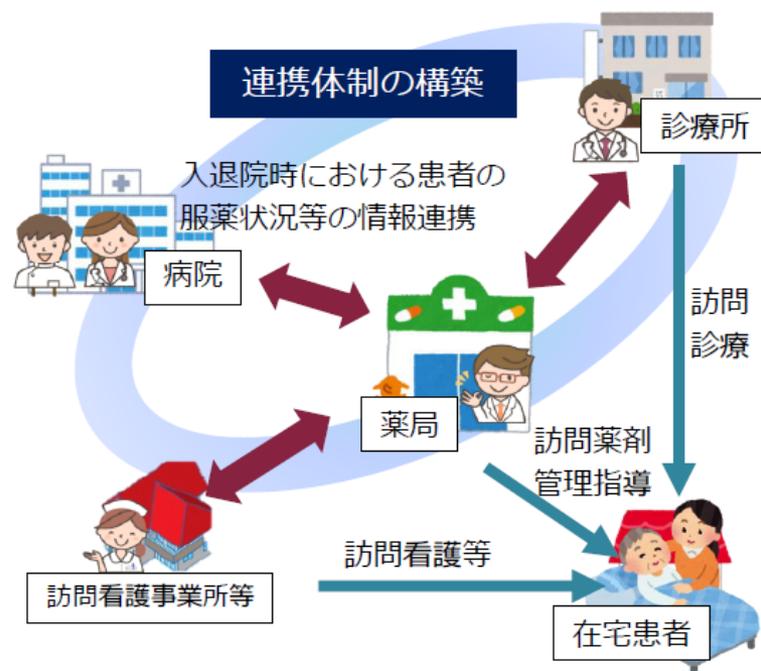
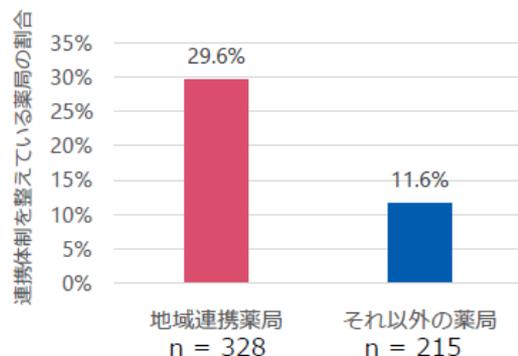
医療機関への服薬状況等の情報提供



退院時カンファレンスへの参加



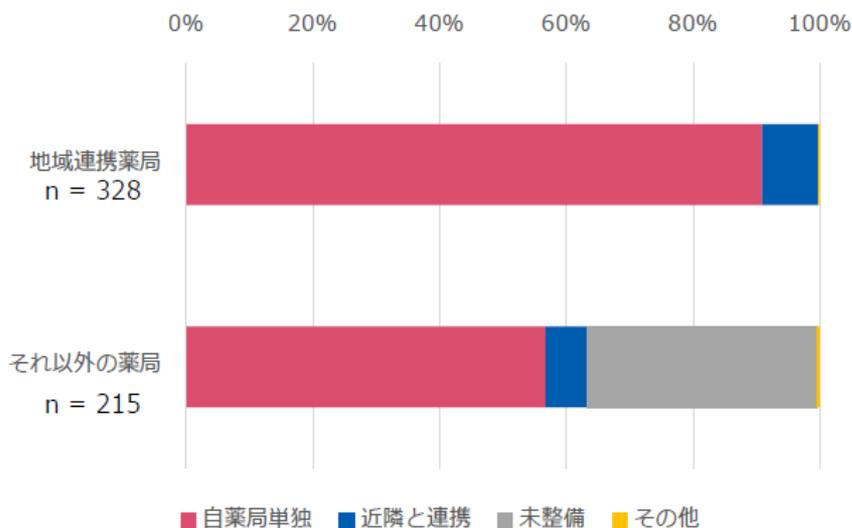
訪問看護事業所との連携体制



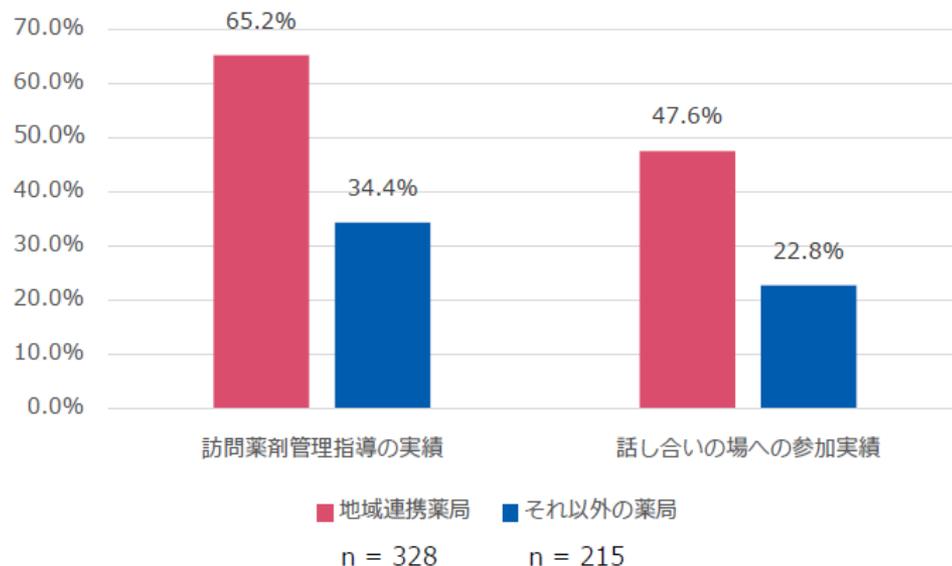
薬局の急変時の対応体制、ターミナルケアへの参加

- 多くの薬局において24時間対応が可能な体制が整備されている。
- 人生の最終段階（終末期）の患者への訪問薬剤管理指導や、患者・家族等との話し合いの場に薬局の薬剤師は参加している。
- 特に地域連携薬局においては24時間対応が可能な体制が整備され、ターミナルケアにも積極的に参加している。

24時間対応体制



人生の最終段階（終末期）の患者の在宅医療への参加状況



* 2021年9月～2022年2月の6か月間の実績。

地域連携薬局数

全数 2,696 (令和4年5月31日時点)

参考：全国の薬局数 約6.1万

北海道	79	東京都	524	滋賀県	33	徳島県	12
青森県	20	神奈川県	220	京都府	64	香川県	25
岩手県	18	新潟県	41	大阪府	198	愛媛県	27
宮城県	54	山梨県	9	兵庫県	106	高知県	11
秋田県	6	長野県	20	奈良県	23	福岡県	90
山形県	16	富山県	22	和歌山県	13	佐賀県	8
福島県	39	石川県	34	鳥取県	17	長崎県	11
茨城県	107	岐阜県	20	島根県	11	熊本県	30
栃木県	43	静岡県	62	岡山県	44	大分県	20
群馬県	29	愛知県	97	広島県	69	宮崎県	15
埼玉県	174	三重県	40	山口県	20	鹿児島県	28
千葉県	135	福井県	9			沖縄県	3

神奈川県内地域連携薬局一覧

(2022年6月末時点)

市町村	No.	薬局名	所在地	連絡先	認定年月日
相模原市(11)	201	たから薬局 城山店	相模原市緑区川尻1423-1	042-851-2206	R3.8.2
	202	さくら薬局 相模原橋本店	相模原市緑区橋本3-11-5	042-779-9381	R4.2.10
	203	日本調剤 津久井薬局	相模原市緑区中野266-3	042-780-5071	R4.3.31
横須賀市(15) 15薬局	204	日本調剤 横須賀薬局	横須賀市小矢部2-21-4 綾部ビル	046-853-7750	R3.8.2
	205	ココカラファイン薬局リドレ横須賀店	横須賀市大滝町2-6	046-828-5130	R3.8.30
	206	さくら薬局 湘南山手店	横須賀市吉井2-3-7	046-846-5305	R3.8.31
	207	日本調剤 米が浜薬局	横須賀市米が浜通1-8-6	046-828-3731	R3.9.29
	208	共創未来 逸見薬局	横須賀市西逸見町1-5	046-826-3460	R3.12.22
	209	有限会社ヒロ薬局	横須賀市坂本町3-42	046-822-1492	R4.2.7
	210	日本調剤 新横須賀薬局	横須賀市小矢部2-20-8	046-854-0316	R4.2.7
	211	日本調剤 追浜薬局	横須賀市追浜本町1-1-23	046-866-2677	R4.3.4
	212	日本調剤 平成薬局	横須賀市安浦町3-13	046-821-1640	R4.3.11
	213	なの花薬局横須賀大津店	横須賀市大津町1-11-11	046-830-3087	R4.3.31
	214	なの花薬局米が浜店	横須賀市米が浜通1-18	046-829-0885	R4.3.31
	215	なの花薬局横須賀武山店	横須賀市武1-20-15	046-855-5795	R4.3.31
	216	新成薬局 本店	横須賀市米が浜通1-17 YMBLDG	046-820-1510	R4.5.17
	217	ハックドラッグ横須賀中央薬局	横須賀市若松町2-4 田丸屋ビル内	046-827-8912	R4.6.3
	218	セイムス大通薬局	横須賀市米が浜通1-18	046-825-5984	R4.6.20
藤沢市(11)	219	さくら薬局 藤沢ライフビル店	藤沢市大庭5682-9	0466-87-8089	R3.8.4
	220	藤沢薬剤師会薬局	藤沢市藤沢2-2-21	0466-50-6011	R3.8.30

在宅医療及び医療・介護連携に関する
ワーキンググループ
2022年7月28日



「在宅医療を積極的に担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、医療計画に位置付けることが望ましいとされており、目標や求められる事項については記載があるが、設定や配置の目安については明記していない。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療を積極的に担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

【出典】疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より抜粋

在宅医療を積極的に担う
医療機関を医療計画に位
置付けては？

第1回WG（2021/10/13）における主な意見①

■ 在宅医療の基盤整備について

- 在宅医療の現場では介護系サービスも行われており、高齢者向け住宅も含まれるため、これらも踏まえた議論が必要。
- 5疾病5事業は県が中心、在宅医療は市区町村中心のため、都道府県及び都道府県医師会等が連携して市区町村を支援することが非常に重要。
- 在宅医療を支えるために訪問看護事業所は不可欠な基盤であるので、訪問看護事業所数や従事者数が全ての都道府県の医療計画で記載され、24時間体制の訪問看護ステーションや機能強化型というようなサービスの機能を示す指標の記載もさらに進むことが重要。
- 今後、医療の担い手が減少していく中でマンパワーの確保や職種間連携、関係施設の連携、在宅医療に関わる従事者の質の向上が重要。
- 在宅医療は介護や福祉等ともつながっており、幅広い議論が必要。地域包括ケアシステムの構築の観点から、もう少しエリアを限り、医療・介護・福祉等含めた議論ができる協議の場が必要。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を医療計画に入れていただきたい。
- 在宅医療は普段から365日24時間、小さな医療機関が対応。医師の労働時間の短縮により、必要なことをやりたい場合に労働時間の短縮とは逆に向いてしまうこともあると思う。
- 訪問看護の数値等が全ての都道府県で挙げられていないため、第8次医療計画では挙げていただきたい。
- 情報通信機器等の活用に関して、24時間体制に近い形で訪問看護を提供する上でも、テレナーシングの在り方を検討いただきたい。
- 地域連携薬局は在宅医療の実績を認定基準の一つとしており、在宅医療に着実に取り組んでいる薬局であるため、地域連携薬局の認定数が指標の一つとなり得るのではないかと。
- 精神科の在宅医療は、本人の病識がなく受診に結びつかない患者の存在や入院中の精神障害者の方などの退院促進の問題、栄養面・保清面に伴う身体合併症、近隣とのトラブル、経済的な困窮等非常に多様な問題が関わっていることが多く、支援も多岐にわたるのが特徴。

地域連携薬局を次期医療計画に記載するかどうか？2022年7月28日

- 日本医師会委員

- 鈴木邦彦構成員（日本医療法人協会副会長）

- 地域医療連携薬局について第9次医療計画に記載するのは時期尚早

- 江澤和彦構成員（日本医師会常任理事）

- 病院と調剤薬局で薬剤師の配置人数に差がある状態が助長される可能性があり、記載は反対

- 日本薬剤師会

- 荻野構一構成員（日本薬剤師会常務理事）

- 在宅医療に対応可能な人材の育成、過疎地も含めた薬剤師の確保
 - これらの事項について、都道府県が効果的な政策を実行するためには、第8次医療計画の開始時点で地域連携薬局を位置付けるべき

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は第7次医療計画、赤字は第7次医療計画中間見直しで追加された指標

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数	●	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数		
			機能強化型の訪問看護ステーション数				
			小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数				
			歯科訪問診療を実施している診療所・病院数				
			在宅療養支援歯科診療所数				
			訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数				
			在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数				
		訪問薬剤管理指導を実施する薬局・診療所・病院数					
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数		小児の訪問診療を受けた患者数			●	看取り数 （死亡診断のみの場合を含む）
	退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数				在宅死亡者数
	退院後訪問指導を受けた患者数		小児の訪問看護利用者数				
			訪問歯科診療を受けた患者数				
		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数					
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数					
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数					

在宅医療の体制構築に地域連携薬局も加えては？

パート4

医療計画と在宅医療圏



医療圏の設定について

二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、**一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること**

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

在宅医療圏について

5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

＜在宅医療の体制構築に係る指針＞

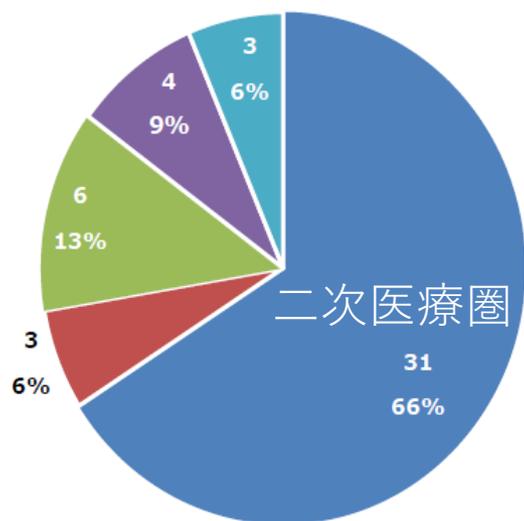
○圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。**圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容について

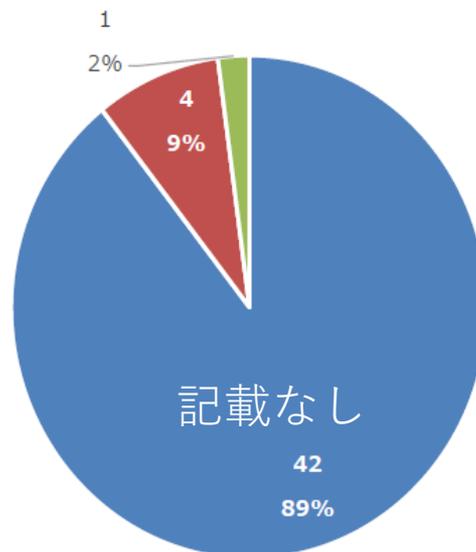
- 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位は、二次医療圏としている都道府県が66%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療を積極的に担う医療機関」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が90%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が81%であった。

1. 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定状況について (N=47)



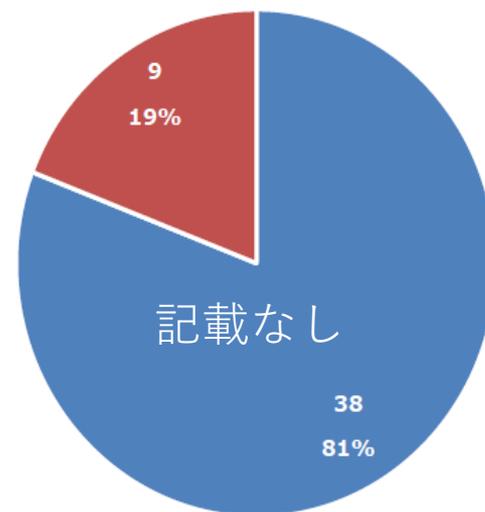
■ 二次医療圏 ■ 保健所圏域 ■ 郡市区医師会単位
■ 市町村単位 ■ その他

2. 在宅医療を積極的に担う医療機関に関する記載内容について (N=47)



■ 記載なし
■ 届出のある在支診・在支病の数や機関名をすべて記載
■ 医療圏ごとに定めあり

3. 在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容について (N=47)

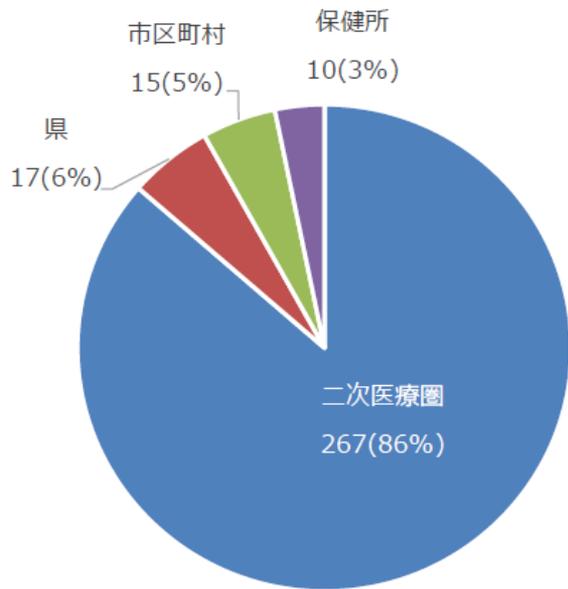


■ 記載なし ■ 設置あり

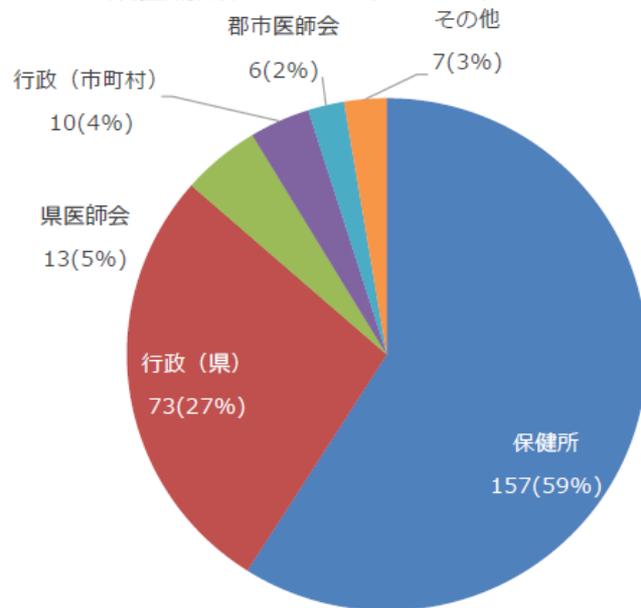
在宅医療に係る協議の場の設置状況について

- 各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%であり、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%であった。
- 二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%であった。

1. 在宅医療に係わる協議の場の開催区域 (N=309)



2. 二次医療圏における在宅医療の協議の場の事務局の設置場所について (N=266)



※ 47都道府県に対して、二次医療圏を単位として、335二次医療圏の在宅医療の協議の場の状況について調査(回答なしの26件は除く)

※ 県：県に在宅医療の協議の場が設置されている場合(県内全ての二次医療圏数を記載)
市区町村：当該二次医療圏において、市区町村単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。

保健所：当該二次医療圏において、保健所単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。

(その他)

- ・市と市医師会が共同で事務局を設置
- ・市と保健所と群市医師会が共同で事務局を設置
- ・後方支援病院
- ・市立病院連携室
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療・介護連携推進センター
- ・郡市医師会と保健所が共同で事務局を設置

※ 335二次医療圏のうち、二次医療圏に在宅医療の協議の場が設置されていると回答した267二次医療圏について調査(未回答の1件は除く)

※ 二次医療圏に設置された在宅医療の協議の場のうち、104件(39%)が地域医療構想調整会議の枠組みで開催

在宅医療圏をどのような規模で設定すべきか？

- 猪口雄二構成員（日本医師会副会長）、織田正道構成員（全日本病院協会副会長）が、在宅医療圏の設定を市町村単位にすべきだと主張
- 認定NPO法人「ささえあい医療人権センターCOML」理事長の山口育子構成員も、二次医療圏単位ではなく、適切な圏域の設定を進める必要があると強調した。

本ワーキンググループの検討スケジュール(現時点のイメージ)※

令和3年度	4月～6月	6月3日 医療部会 6月18日 第8次医療計画等に関する検討会
	7月～9月	
	10月～12月	10月13日 在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループの開催
	1月～3月	各都道府県における計画の策定状況や、市町村を含めた取組状況に関するさらなる把握 
令和4年度	4月～6月	1巡目の議論 
	7月～9月	
	10月～12月	※ 2巡目・とりまとめの議論 
	1月～3月	とりまとめ 
令和5年度		都道府県における医療計画の策定

※第8次医療計画等に関する検討会に報告しながら検討を進める

まとめと提言

- ・在宅医療の需要は大都市部でこれから急増する
- ・地域連携薬局は在宅医療のハブ薬局となるべき
- ・地域医療計画に地域連携薬局を記載しよう！
- ・在宅医療圏は市区町村に

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