

地域包括ケアにおいて広がる薬剤師の連携

～入退院カンファレンスから地域共生～

《話題提供》

吉 田 学

多摩大学医療・介護ソリューション研究所 客員教授

国立大学法人三重大学 特命教授（病院担当）

公立大学法人名古屋市立大学 顧問

★自己紹介

- 1984/S59 厚生省入省
 - 山口県高齢保健福祉課長
 - (独)国立病院機構企画経営部長 などを経て

- 内閣官房「社会保障制度改革国民会議」事務局審議官
- 厚生労働省 医療介護連携担当審議官(保険局・医政局・老健局併任)
- 雇用均等・児童家庭局長／子ども家庭局長
- 医政局長
- 内閣官房 新型コロナウイルス感染症対策室長
- 厚生労働事務次官(～2022/R4.6)

- 国立大学法人・三重大学 特命教授(病院担当)
- 公立大学法人・名古屋市立大学 顧問
- 多摩大学医療・介護ソリューション研究所 客員教授
- 社会福祉法人・日本保育協会 理事長 など

➡ 皆さんと一緒に考えたいこと

- (1) 急速な人口減少の中で「社会の担い手の確保」は非常に困難となる。また生活・産業の視点からみた「**地域社会の姿**」も激変し、そのスピードや変化は大きくばらつく。
- (2) 「地域医療の方向性」については、理念についてコンセンサスが積み上がり、具体的な制度改正が準備されている。
複合ニーズの下では「**関係者の連携・協働**」が必須であり、**面的サービス展開（地域包括ケア）**が重要になる。
- (3) 「これからの薬剤師・薬局」については既に累次の提言があり現在も深化中。「**薬薬連携**」についても①かかりつけ機能②専門医療、の両分野で全国的には実践が進んできた。
- (4) 急速に基盤づくりが進む医療DXをも活用し、「**専門職能としての薬剤師の連携**」「**薬局の多機能発揮**」のために、**沖縄のみなさんは、それぞれの地域で何から着手するのか？**

薬局・薬剤師をめぐる最近の主な動き ①

I. 2024/R6 診療報酬改定・薬価改定

- 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会『報告書』（2023/R5. 6. 9）

II. 2025/R7 薬機法改正案 国会提出

- ① 厚生科学審議会/医薬品医療機器制度部会『とりまとめ』（2025/R7. 1. 10）
 - < 医薬品販売制度に関する検討会『とりまとめ』（2024/R6. 1. 12）
- ② 規制改革推進会議『中間答申』（2024/R6. 12. 25）
- ③ **薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会**（2023/R5. 12. 25～）
『これまでの議論のまとめ』（2024/R6. 9. 30）
 - < 薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するWG『とりまとめ』

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等 の一部を改正する法律案の概要

2025/R7.2.12 閣議決定

改正の趣旨

不正事案の発生等に伴う医薬品の供給不足や創薬環境の変化等の状況に対応し、引き続き品質の確保された医薬品等を国民に迅速かつ適正に提供していくため、医薬品等の品質及び安全性の確保の強化、医療用医薬品等の安定供給体制の強化等、より活発な創薬が行われる環境の整備、国民への医薬品の適正な提供のための薬局機能の強化等の必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 医薬品等の品質及び安全性の確保の強化【医薬品医療機器等法】

- ① 製造販売業者における医薬品品質保証責任者及び医薬品安全管理責任者の設置を法定化する。
- ② 指定する医薬品の製造販売業者に対して、副作用に係る情報収集等に関する計画の作成、実施を義務付ける。
- ③ 法令違反等があった場合に、製造販売業者等の薬事に関する業務に責任を有する役員の変更命令を可能とする。

2. 医療用医薬品等の安定供給体制の強化等【医薬品医療機器等法、医薬基盤・健康・栄養研究所法、麻向法、医療法】

- ① 医療用医薬品の供給体制管理責任者の設置、出荷停止時の届出義務付け、供給不足時の増産等の必要な協力の要請等を法定化する。
また、電子処方箋管理サービスのデータを活用し、需給状況のモニタリングを行う。
- ② 製造販売承認を一部変更する場合の手続について、変更が中程度である場合の類型等を設ける。
- ③ 品質の確保された後発医薬品の安定供給の確保のための基金を設置する。

3. より活発な創薬が行われる環境の整備【医薬品医療機器等法、医薬基盤・健康・栄養研究所法】

- ① 条件付き承認制度を見直し、臨床的有効性が合理的に予測可能である場合等の承認を可能とする。
- ② 医薬品の製造販売業者に対して、小児用医薬品開発の計画策定を努力義務化する。
- ③ 革新的な新薬の実用化を支援するための基金を設置する。

「健康増進支援薬局」の認定・公表制度の創設

4. 国民への医薬品の適正な提供のための薬局機能の強化等【医薬品医療機器等法、薬剤師法】

- ① 薬局の所在地の都道府県知事等の許可により、調剤業務の一部の外部委託を可能とする。
- ② 濫用のおそれのある医薬品の販売について、販売方法を見直し、若年者に対しては適正量に限って販売すること等を義務付ける。
- ③ 薬剤師等による遠隔での管理の下で、薬剤師等が常駐しない店舗における一般用医薬品の販売を可能とする。

等

施行期日

公布後6月以内に政令で定める日（ただし、3①②及び4②は公布後1年以内に政令で定める日、1①②③、2①の一部及び4①③は公布後2年以内に政令で定める日、2②は公布後3年以内に政令で定める日）

Ⅲ. 医療・健康DX

= 「医療DXの推進に関する工程表」 (2023/R5.6.2)

- ① マイナ保険証 (オンライン資格確認)
 - ② 電子処方箋 ~ オンライン診療・オンライン服薬指導
 - ③ 電子カルテ情報共有サービス (2025/R7年度 本格稼働予定)
- + 標準型電子カルテ
- ④ 全国医療情報プラットフォーム
 - ⑤ 診療報酬DX

※ 2025/R7 医療法改正案 国会提出

- 新たな地域医療構想・医師偏在対策

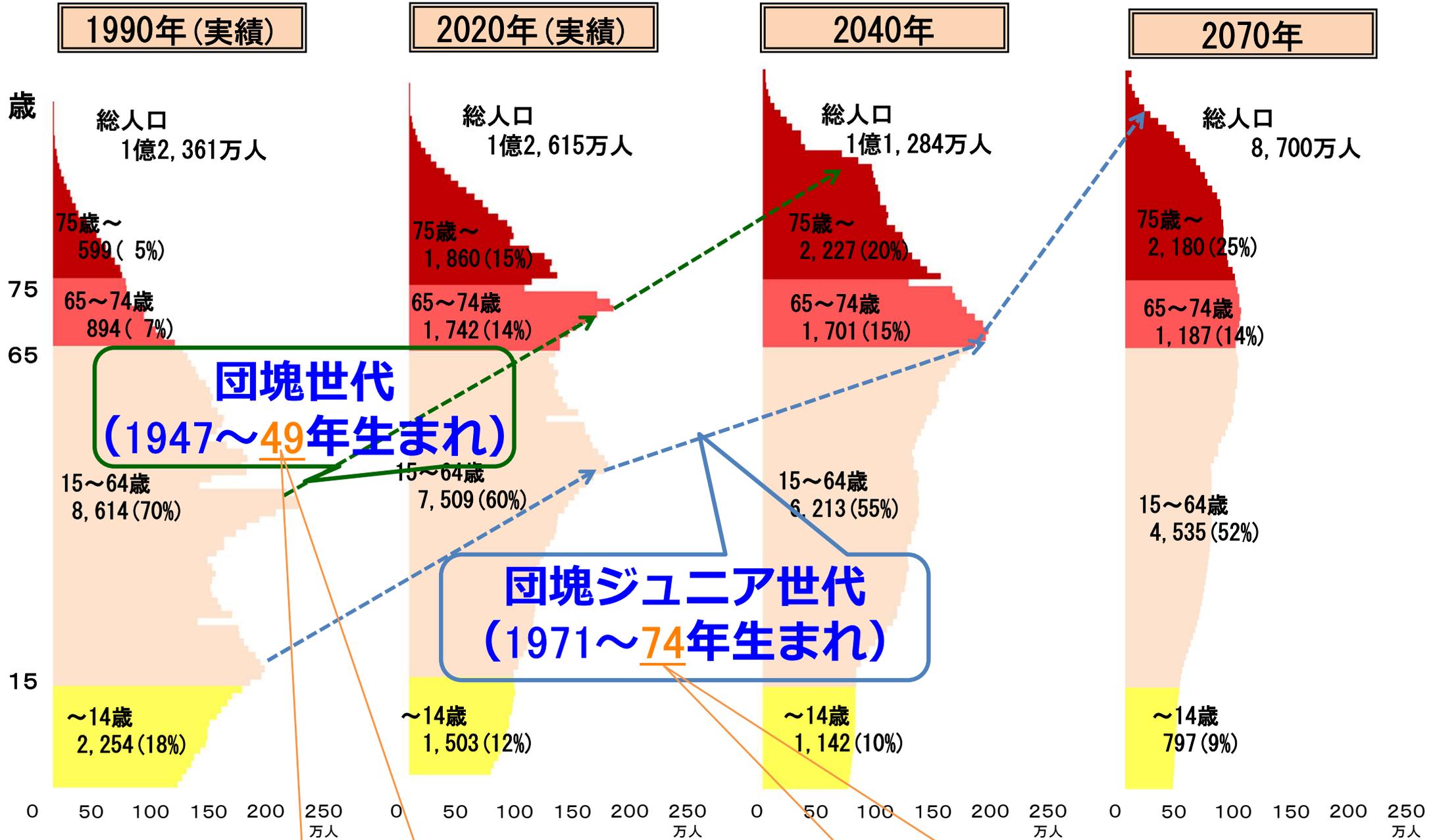
I. 2040年に向けた社会保障

II. 医療提供体制改革の3つの方向

III. トピックスとしての「健康・医療DX」

IV. 地域包括ケアの中での薬剤師・薬局

日本の人口ピラミッドの変化

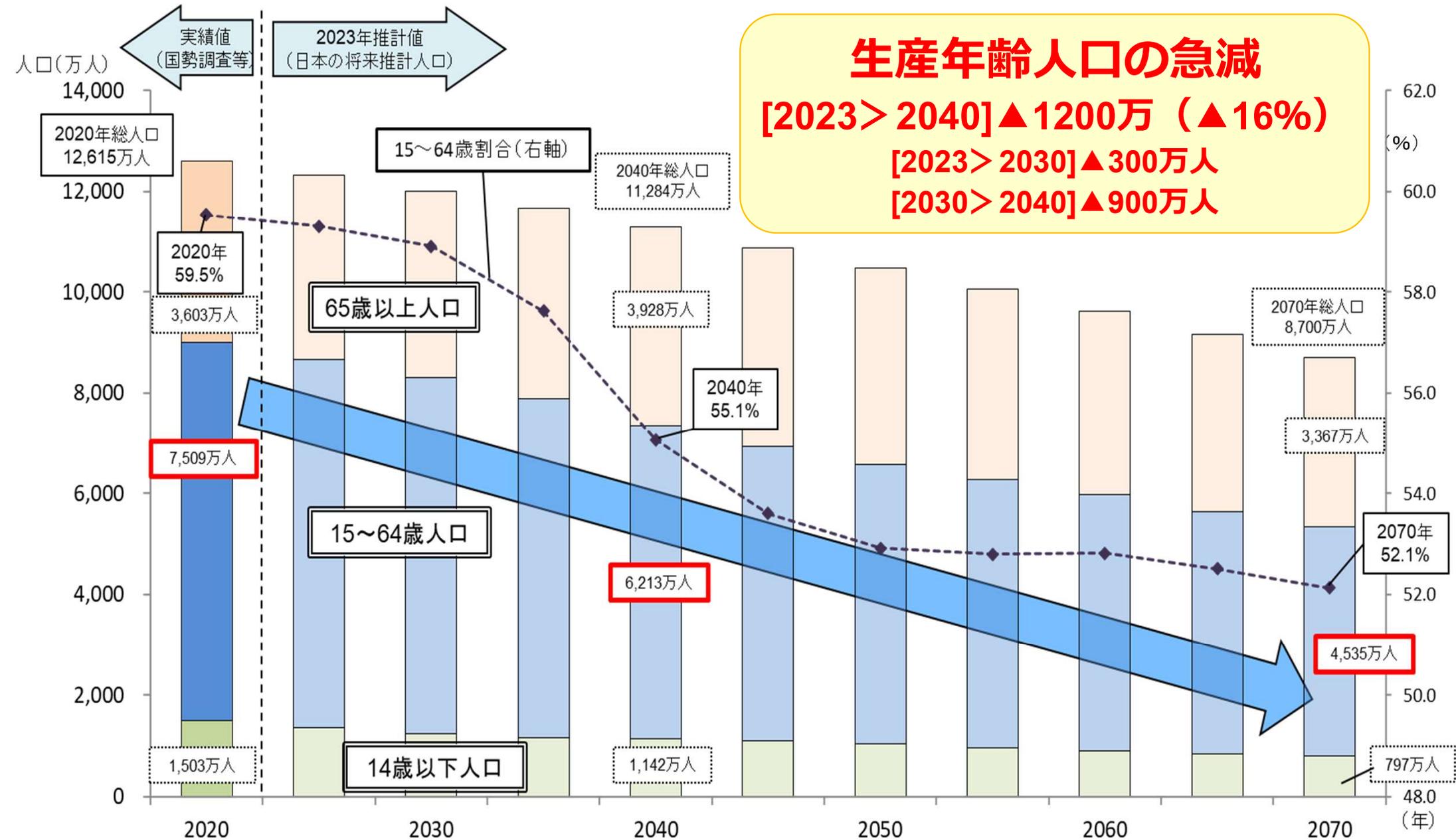


(出典) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」

1949年 + 75歳 = 2024年

1974年 + 65歳 = 2039年

人口構造の長期的見通し

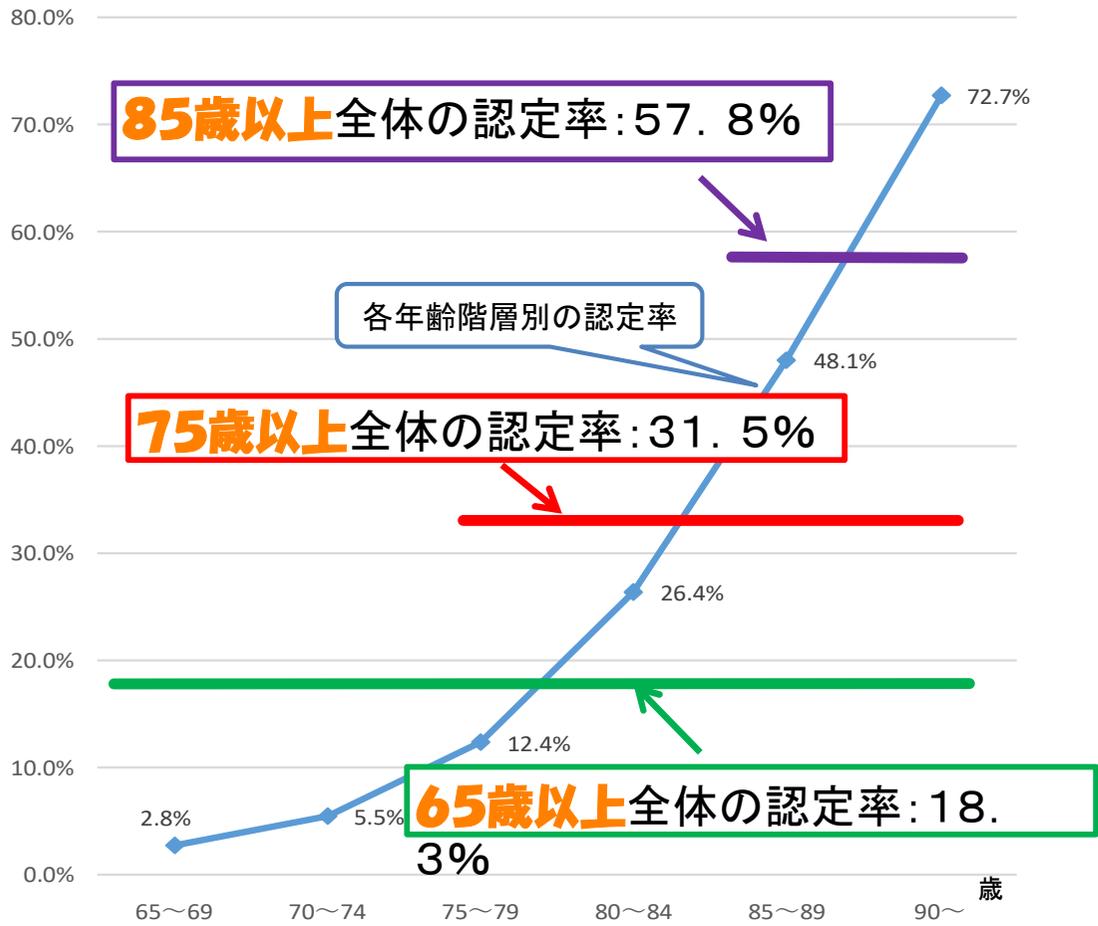


(出典) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 医療と介護の複合ニーズの一層の高まり

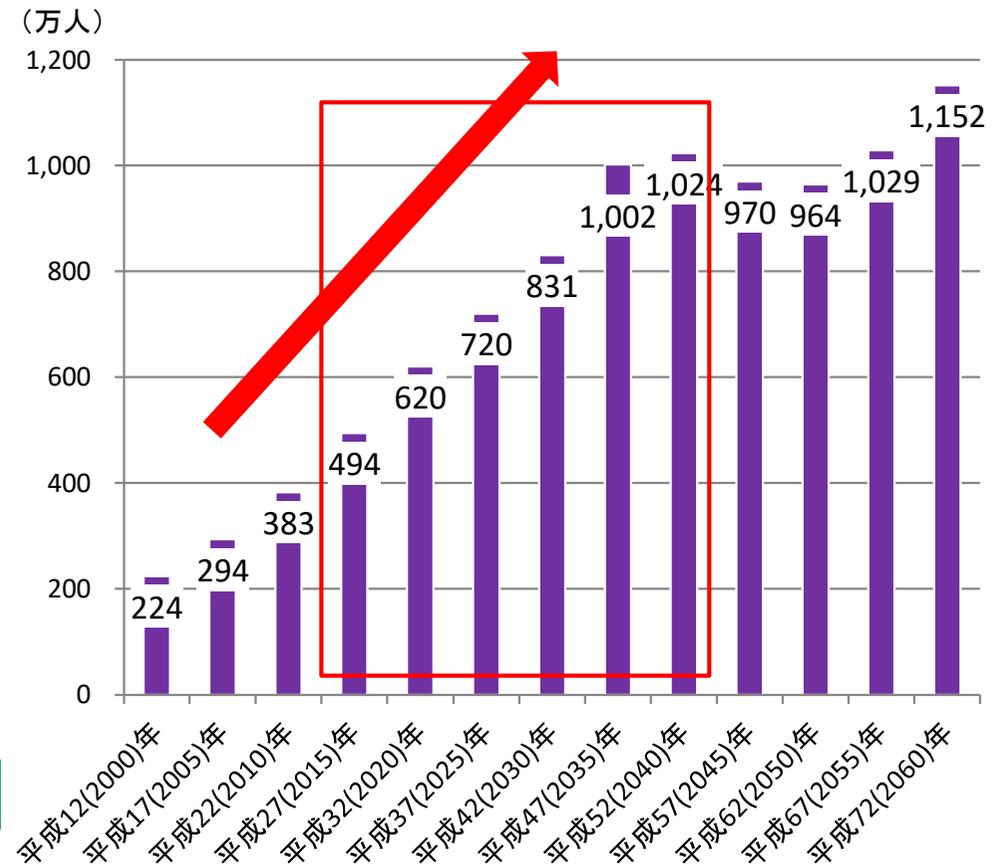
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

《参考》 沖縄県「市町村」将来人口推計 (2023年推計ベース)

	2020年	>	2040年
【那覇市】			
総人口	31.8万人		29.2万人(▲0.3)
65歳以上	23.5%		32.2%
85歳以上	1.3万人		2.1万人(+0.9)
	4.0%		<u>7.4%</u>
0~14歳	4.6万人		3.5万人(▲1.1)
【糸満市】			
総人口	6.1万人		6.0万人(▲0.6)
65歳以上	22.3%		29.9%
85歳以上	0.2万人		0.4万人(+0.2)
	3.5%		<u>7.3%</u>
0~14歳	1.1万人		0.9万人(▲0.2)

【宮古島市】	2020年	>	2040年
総人口	5.3万人		5.0万人(▲0.3)
65歳以上	27.0%		34.1%
85歳以上	2971人		4100人(+1100)
	5.6%		<u>8.2%</u>
0~14歳	8411人		6800人(▲1600)

【石垣市】	2020年	>	2040年
総人口	4.8万人		4.7万人(▲0.1)
65歳以上	22.3%		30.0%
85以上	1838人		3300人(+1400)
	3.9%		<u>6.9%</u>
0~14歳	8175人		4500人(▲1500)

【久米島町】

総人口

2020年 >

7192人

2040年

5300人(▲1900)

65歳以上

29.9%

39.4%

85歳以上

513人

555人(+40)

7.1%

10.5%

0~14歳

1075人

630人(▲450)

【国頭村】

総人口

2020年 >

4517人

2040年

3500人(▲1000)

65歳以上

34.3%

42.8%

85歳以上

347人

440人(+100)

7.7%

12.8%

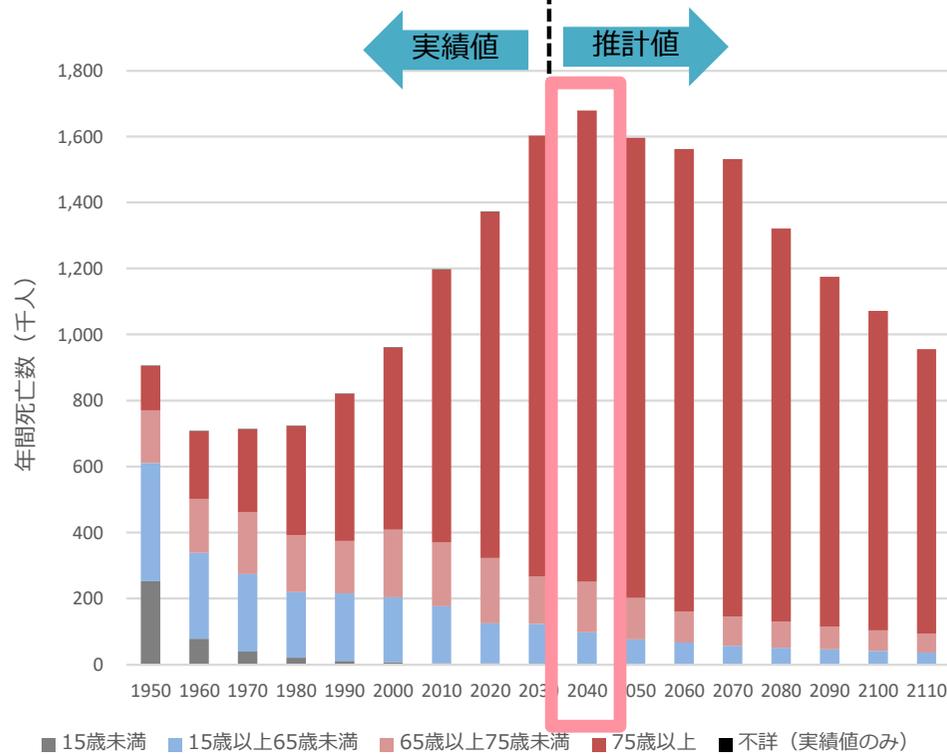
0~14歳

587人

390人(▲200)

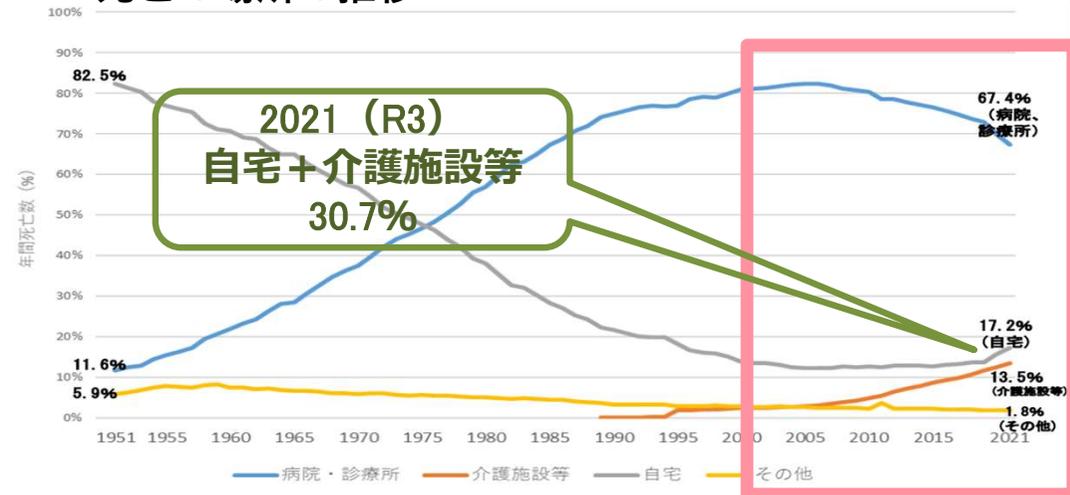
死亡数の動態・死因の推移・死亡場所の推移

死亡数の動態

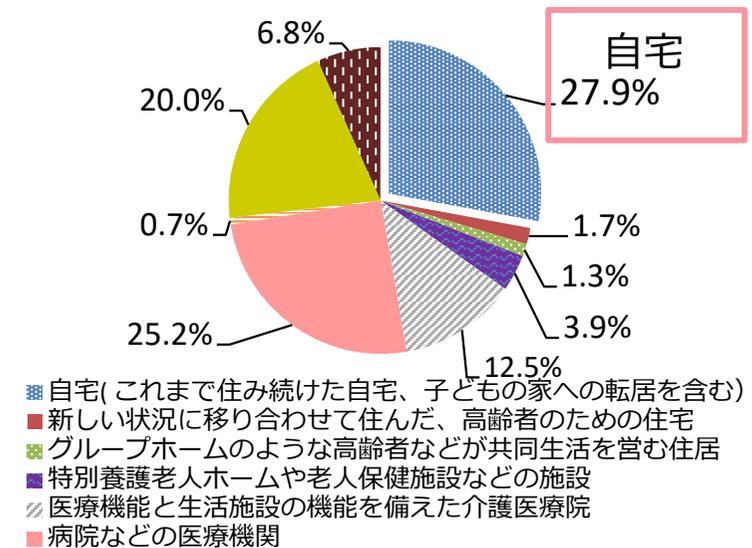


出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」 ※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

死亡の場所の推移

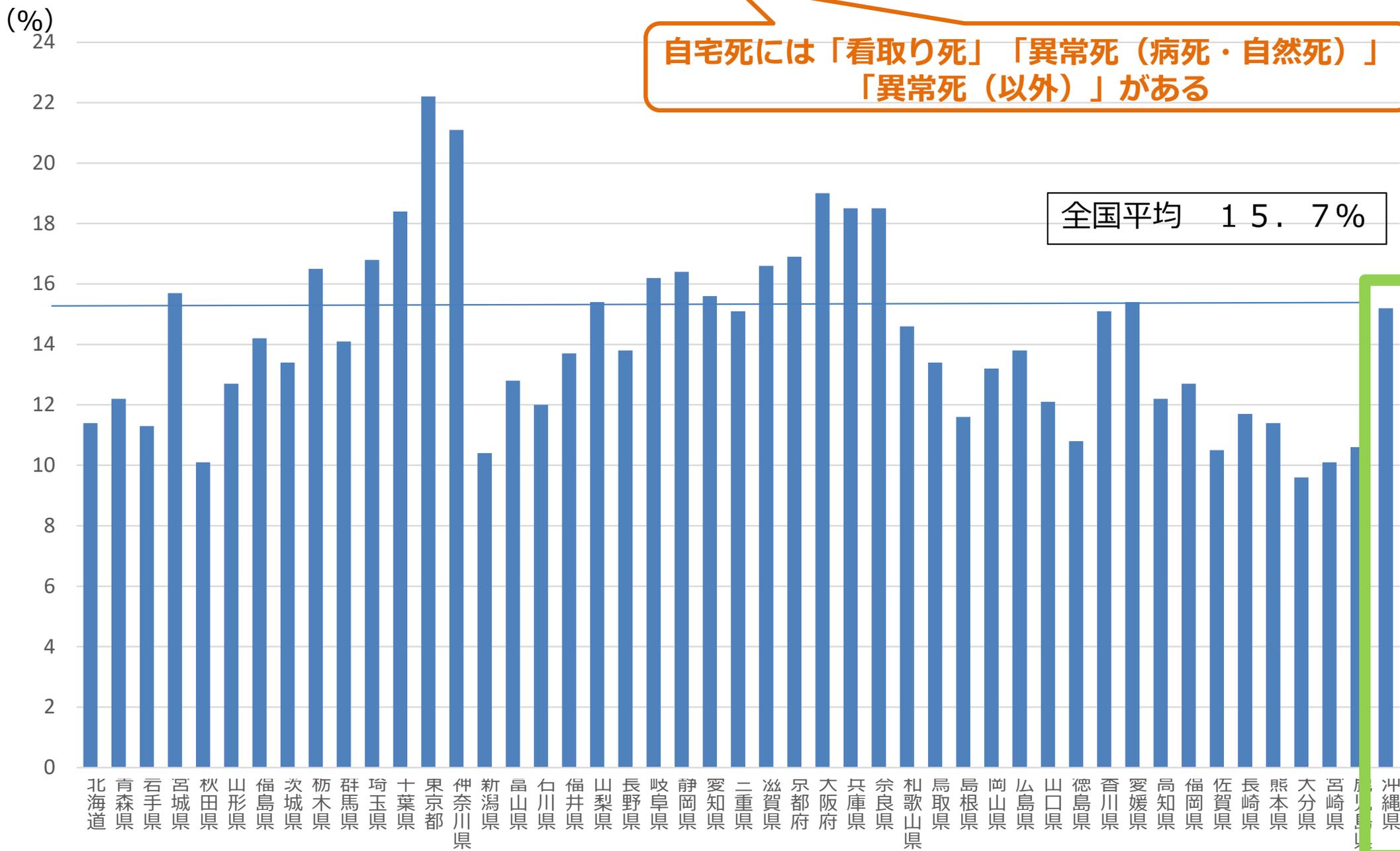


人生の最期をむかえるとき生活したい場所



➔ **心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合う(人生会議：ACP)**
『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』

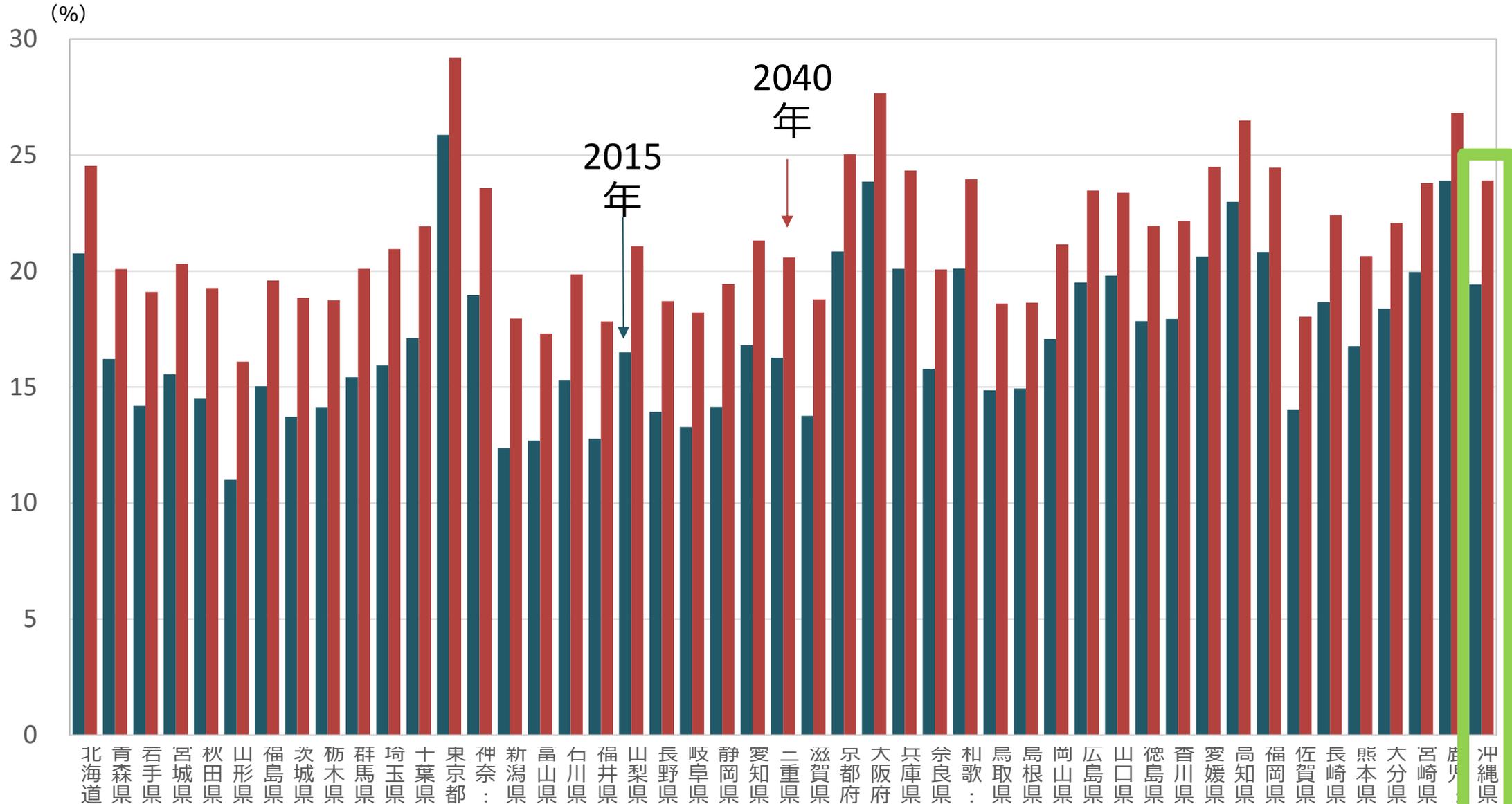
死亡に占める「自宅死」割合（都道府県別）



出典：人口動態調査（令和2年度）

都道府県別高齢者単身世帯の割合の見通し

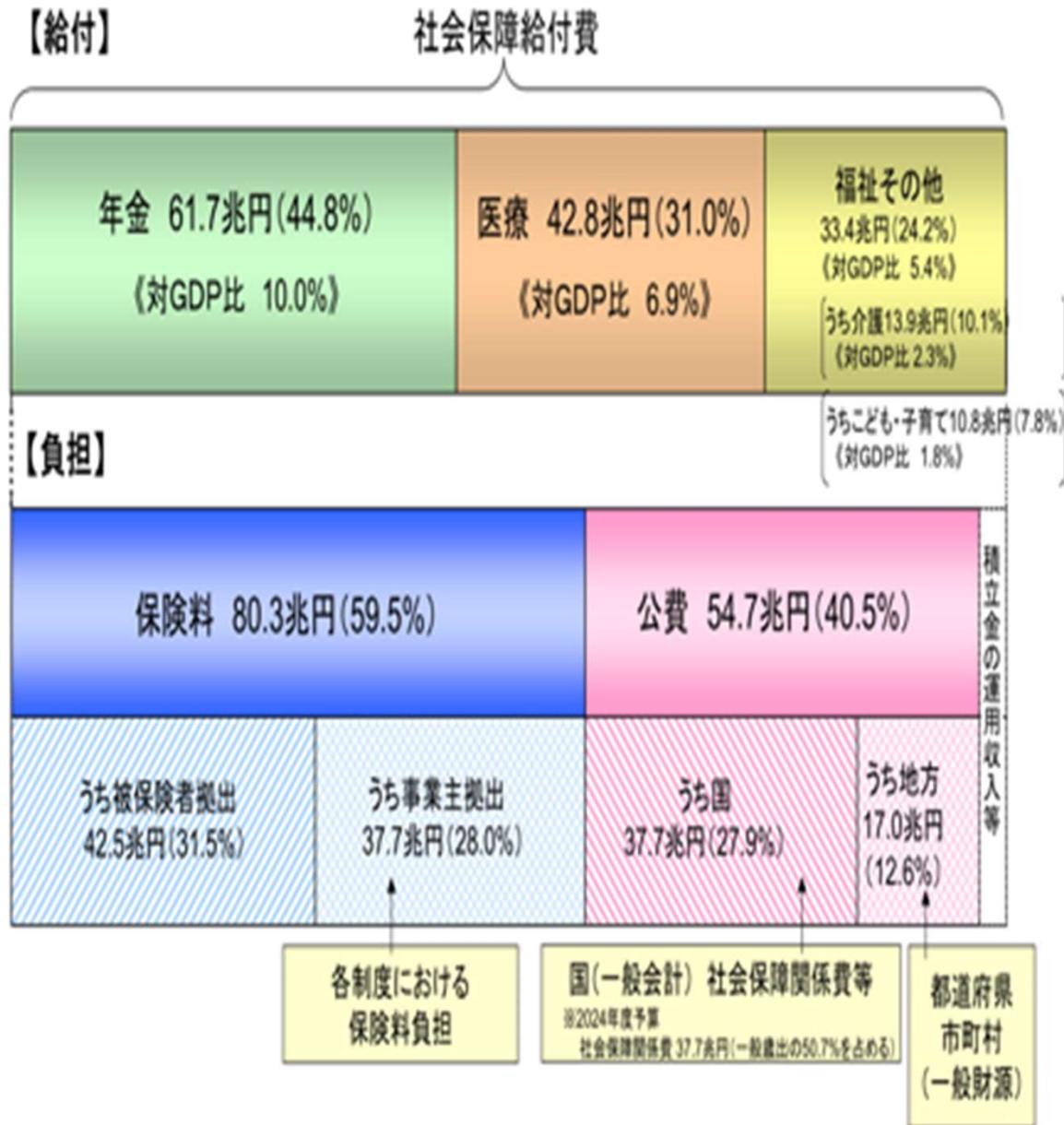
○ 高齢者人口に占める単身世帯の高齢者の割合は、大都市部と西日本が高い。



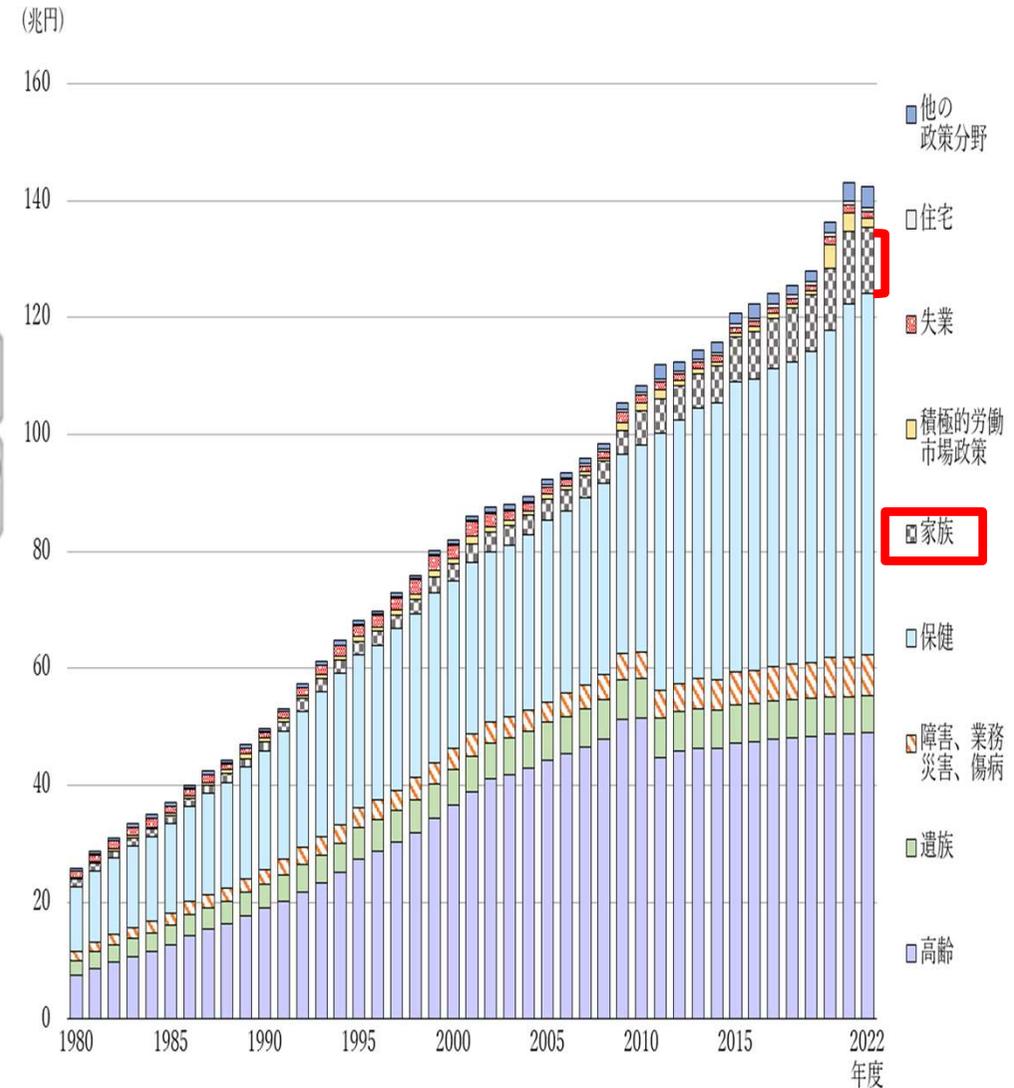
資料出所) 国立社会保障・人口問題研究所 『日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)』(2019年推計)

社会保障の給付と負担

社会保障給付費（2024年度予算ベース）
137.8兆円（対GDP比 22.4%）



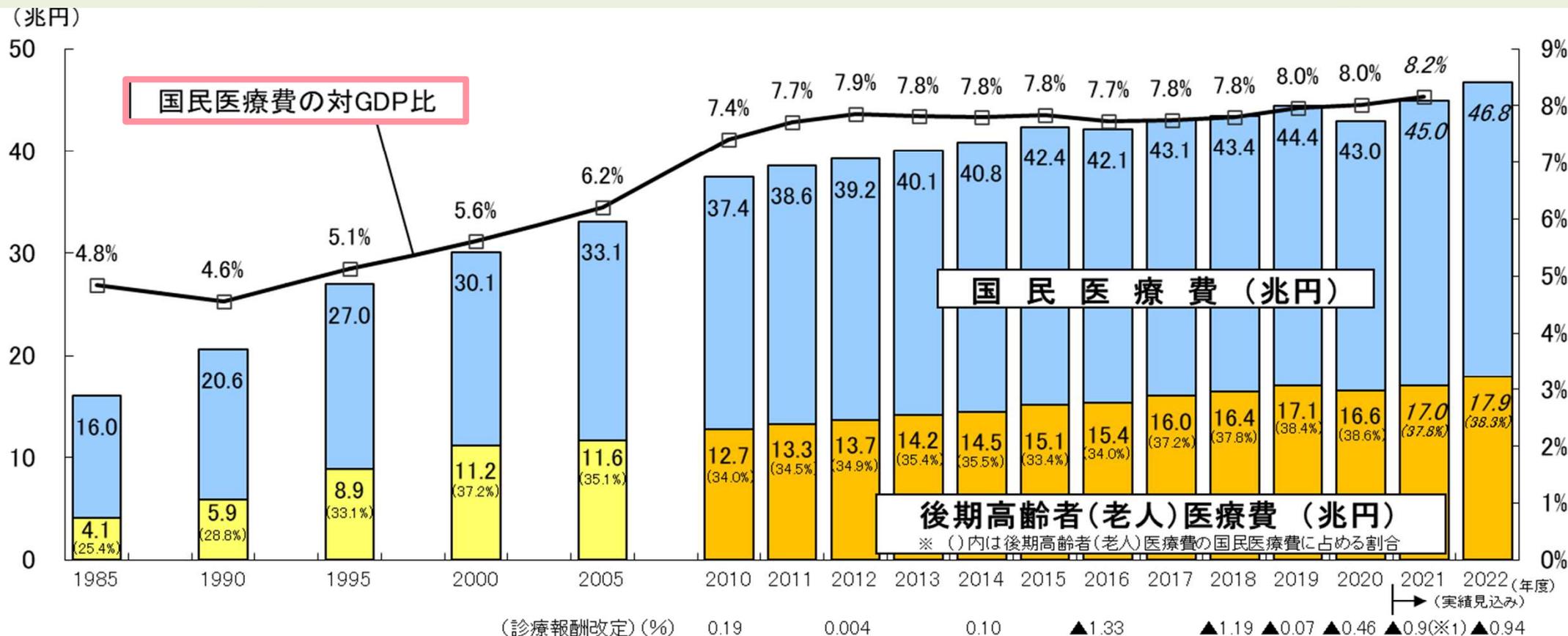
政策分野別社会支出の年次推移



2010年度以前と2011年度以降で「高齢」と「保健」の集計方法が異なることから、推移をみる際は注意が必要である。

「令和4年度社会保障費用統計」時系列表第1表より作成。

医療費の動向



(主な制度改正)
2000年以降

・介護保険制度施行
・高齢者1割負担導入
(2000)

・高齢者1割負担徹底
(2002)
・老人医療の対象年齢
5年間で段階的引上げ
(2002~2007)

・被用者本人・現役並み
3割負担等
(2008)

・未就学児
2割負担
(2008)

・70-74歳
2割負担(※2)
(2014)

<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.6	4.0
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	5.3
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.1	0.2	▲3.9	2.4	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者(老人)医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2021, 2022年度の国民医療費(及び2022年度の後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2021, 2022年度分は、各々前年度の国民医療費に当該年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※1) 2022年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(※2) 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

（財政健全化目標と予算編成の基本的考え方）

- ・ 財政健全化の「旗」を下ろさず、これまでの目標に取り組むとともに、**今後の金利のある世界において、国際金融市場の動向にも留意しつつ、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性確保へとつながるようその基調を確かなものとしていく**。そのため、2025年度の国・地方を合わせたP B黒字化を目指すとともに、計画期間を通じ、その取組の進捗・成果を後戻りさせることなく、債務残高対G D P比の安定的な引下げを目指し、経済再生と財政健全化を両立させる歩みを更に前進させる。（中略）
- ・ **予算編成**においては、**2025年度から2027年度までの3年間**について、上記の基本的考え方の下、**これまでの歳出改革努力を継続★**する。その**具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討**する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。機動的なマクロ経済運営を行いつつ潜在成長率の引上げに取り組む。

★これまでの歳出改革努力を継続 【注181】

- ・ 2013年度以降歳出改革を継続しており、「**経済財政運営と改革の基本方針2021**」に基づく**2022年度から2024年度までの3年間の歳出改革努力を継続**。（中略）
- ・ なお、社会保障制度に係る歳出改革については、「**全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）**」（令和5年12月22日閣議決定）に基づく取組を進めることとされている。

（経済・財政一体改革の進捗と評価）

- 「**経済再生なくして財政健全化なし**」との基本方針の下、骨太方針 2018において策定された新経済・財政再生計画では、経済と財政の一体的な再生を目指し、全ての団塊世代が75歳になるまでに、財政健全化の道筋を確かなものとする必要があると示した。2025年度の国・地方を合わせたP B黒字化と、債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指す財政健全化目標を設定するとともに、「**基盤強化期間（2019年度～2021年度）**」、**歳出の目安**、主要分野ごとの改革の基本方針・重要課題を策定・設定し、「改革工程表」による具体化を行うなどの取組を進めてきた。
- 経済面では、感染症による危機前までは概ねプラス成長が続いたものの、世界経済の減速や生産性上昇率の低迷等により、財政健全化に必要とされた実質2%程度、名目3%程度を上回る成長は実現できていない。
- 歳出面では、**目安が目標達成のための財政規律としての役割**を果たしてきた★。

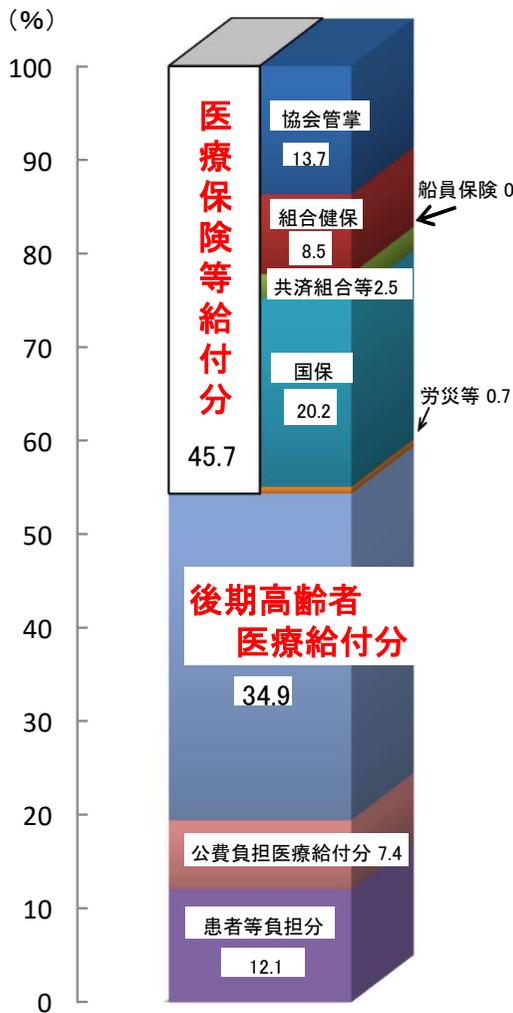
★目標達成のための財政規律としての「目安」【注131】

- 基盤強化期間中の予算編成は目安に沿って行われ、**社会保障は各種の改革を通じてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめ**、非社会保障についても当初予算の歳出構造にメリハリを付与し、思い切った歳出の重点化に寄与するとともに、実質横ばいに維持してきた。

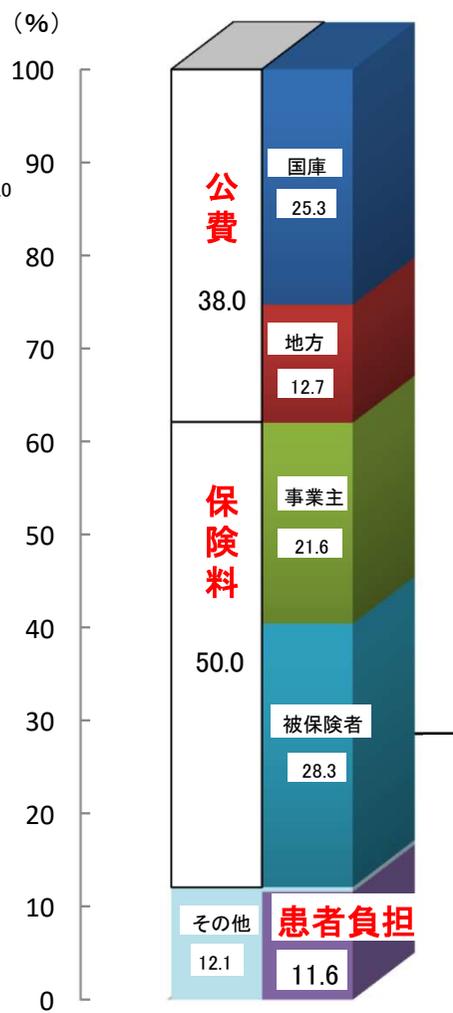
国民医療費の構造（令和3年度）

国民医療費 45兆359億円
一人当たり医療費 358,800円

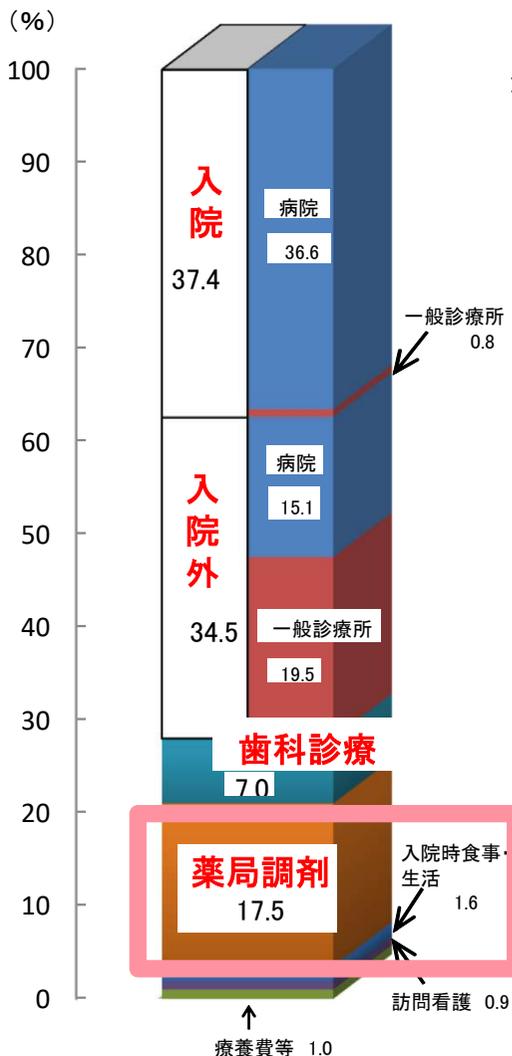
国民医療費の制度区分別内訳



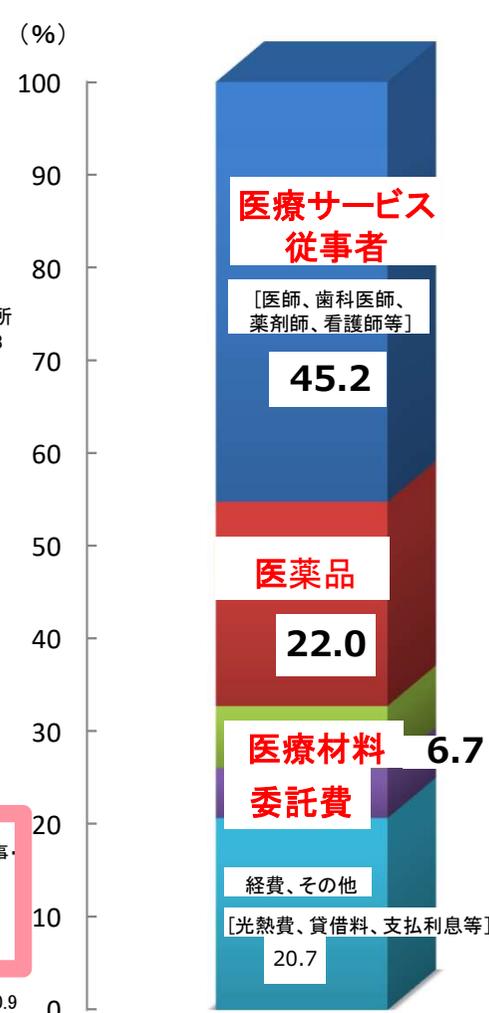
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の診療種別内訳



医療機関の費用構造

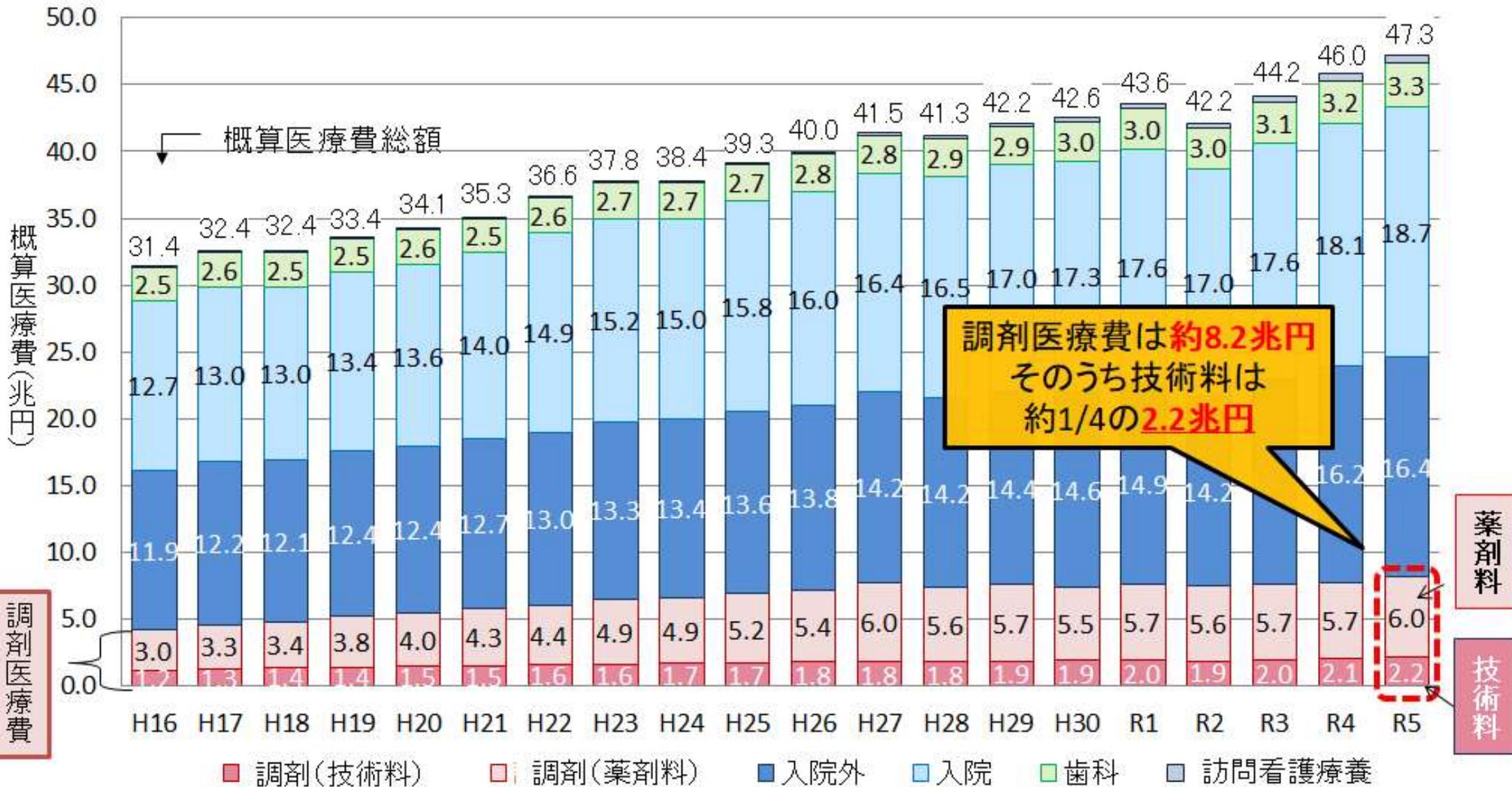


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●令和3年度国民医療費、医療経済実態調査（令和3年）結果等に基づき推計

調剤医療費の推移

- 令和5年度の概算医療費は約47.3兆円であった。
- 調剤医療費は約8.2兆円で、その内訳は、薬剤料が約6.0兆円、技術料が約2.2兆円であった。



調剤医療費は約8.2兆円
そのうち技術料は約1/4の2.2兆円

※医科(入院外、入院)及び歯科には、薬剤料が含まれる。

- 医療・介護費の伸びは、自然体では経済の伸びを上回る見込み。
- 医療費について、高齢化や人口要因による伸びは、今後、縮小傾向となる一方、医療の高度化等の其他要因による伸び（現状では年率1%程度）は、高額医療へのシフト等により、更に高まる可能性も。
- 介護費については、高齢化等の要因により、一貫して増加。

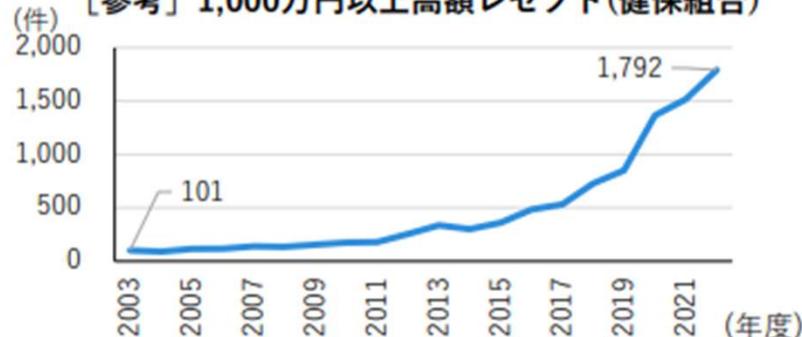
医療・介護給付の推計の考え方

中長期試算延伸後
(2034~60年度)

以下を考慮 ※「其他要因」は医療費のみ考慮

- ・人口構成の変化
- ・単価の伸び(賃金・物価上昇率)
- ・其他要因(医療の高度化等)
 - └ 年率1% (これまでの実績を考慮)
 - └ 年率2% (医療の高度化が加速)

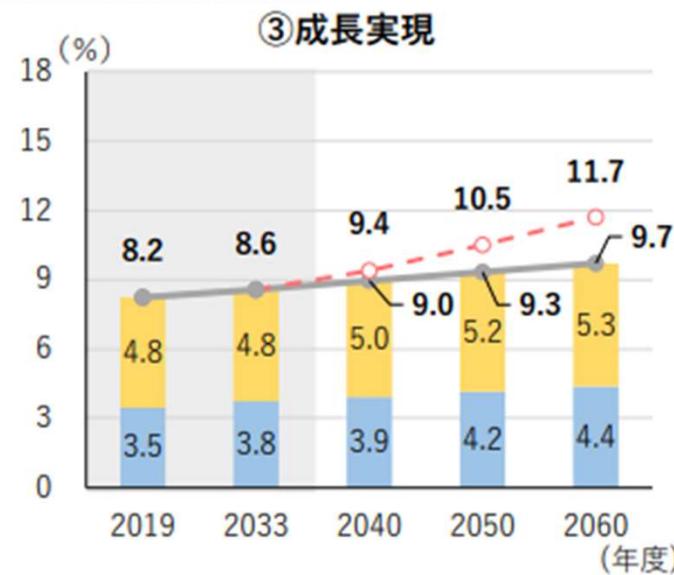
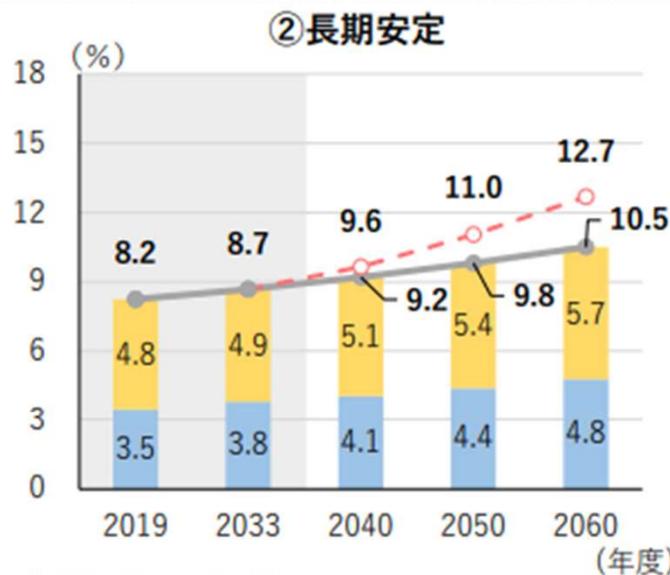
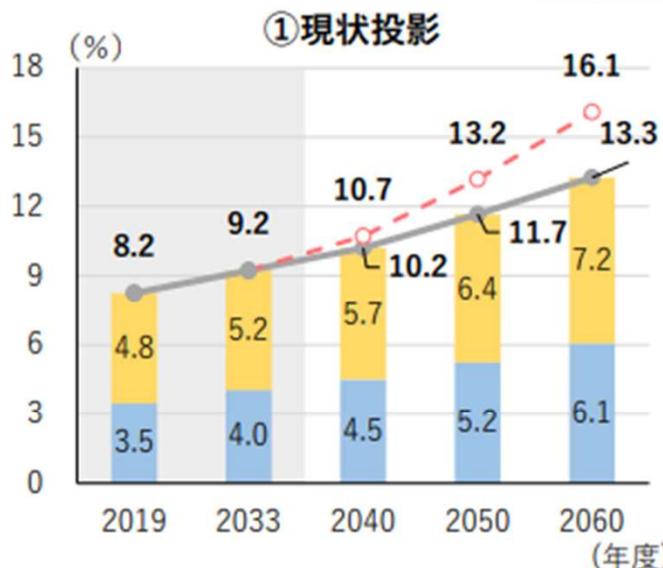
[参考] 1,000万円以上高額レセプト(健保組合)



医療・介護の給付と負担 (対GDP比)

— 給付費 (其他要因: 年率1%) ■ 保険料負担 (其他要因: 年率1%に対応)
- - - 給付費 (其他要因: 年率2%) ■ 公費負担 (其他要因: 年率1%に対応)

※グラフのシャドー部分は中長期試算の期間



(備考) 1. 右上図は、健康保険組合連合会「令和4年度高額レセプト上位の概要」より作成。

2. 試算結果は、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、「介護給付費等実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」等により作成。2019年度は実績。試算値について、2024年度までは実績と予算等の伸び率から推計、それ以降は、年齢階級ごとの一人当たりの医療費の伸び： $0.5 \times \text{消費者物価上昇率} + 0.5 \times \text{賃金上昇率} + \text{其他要因}$ 、一人当たり介護費の伸び： $0.35 \times \text{消費者物価上昇率} + 0.65 \times \text{賃金上昇率}$ 、として推計。中長期試算延伸後の賃金上昇率には、就業者一人当たり名目GDP成長率を使用。

3. 給付については、保険給付とし、医療・介護扶助や地方単独事業等による公的給付等は含んでいない。公費負担は現行の各制度の負担率を用い、保険料負担は残差として計算。

2040年を展望した社会保障・働き方改革

- 2040年を見通すと、現役世代（担い手）の減少が最大の課題。「総就業者数の増加」とともに「より少ない支え手でも回る医療・福祉の現場を実現する」ことが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できる社会の実現を目指す。

《現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題》

多様な就労・社会参加の環境整備

健康寿命の延伸

医療・福祉サービスの改革による
生産性の向上

《引き続き取り組む政策課題》

給付と負担の見直し等による
社会保障の持続可能性の確保

人材を確保し、質を高める効率化を図る
医療・福祉サービス改革

- 処遇改善、働き方改革
- より効果的・効率的な診療行為、健康相談
- 科学（エビデンス）を背景とする介護への進化
- 第一線現場でのDX
- 職員負担を軽減できる技術（ロボット）の活用

➔ 中長期的な取組みと並行して、ヒト制約の中で、より優先すべきサービスへのコンセンサスが必要？ 23

全世代型社会保障構築会議「報告書」 (2022/R4.12.16)

「国民は年齢に関わりなくその負担能力に応じて負担をし、かつ必要に応じて給付を受ける」
年齢に関わりなく、社会保障制度を含む経済社会の支え手を増やし、かつ年齢に関わらずその必要とする給付や支援を充実していく

1. 目指すべき社会の将来方向

- ① 「少子化・人口減少」の流れを変える
- ② これからも続く「超高齢社会」に備える
- ③ 「地域の支え合い」を強める

2. 全世代型社会保障の基本理念

① 「将来世代」の安心を保障する	② 能力に応じて、全世代が支え合う	③ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする	④ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する	⑤ 社会保障のDXに積極的に取り組む
------------------	-------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

- 時間軸の視点 = 「今後の改革の工程」
- 地域軸の視点 = 地域に応じた解決の手法や仕組み

1. こども・子育て支援の充実

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築

3. 医療・介護制度の改革

4. 「地域共生社会」の実現

いわゆる「壁」議論

- ×103万円 = 所得税課税 (+家族手当)
- ・106万円 = 「厚年・健保」適用
- ・130万円 = 社会保険「被扶養者」認定
- ×150万円 = 配偶者特別控除 Full

- ① 「年収の壁・支援強化パッケージ」
- ② 厚年・健保の社会保険適用拡大

I. 2040年に向けた社会保障

II. 医療提供体制改革の3つの方向

III. トピックスとしての「健康・医療DX」

IV. 地域包括ケアの中での薬剤師・薬局

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。
このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

2040年の医療提供体制を見据えた改革

《医療の姿》 社会保障制度改革国民会議「報告書」（2013/H25年）

「病院完結型」「治す医療」から
地域包括ケアの中での「地域完結型」「治し支える医療」へ

I.それぞれの地域での医療施設（機能）の最適配置の実現と連携

- ・ 医療機関の機能分化・連携を進めるための「見える化」「協議の場」= 地域医療構想
- ・ 入院（高度急性期・急性期・回復期・慢性期） + 外来 + 在宅医療 + 遠隔・オンライン ※

総合的な医療提供体制の改革 + **上手な医療のかかり方**

II.医師・医療従事者の働き方改革

- ・ 医師の長時間労働上限規制（2024年～）
- ・ 専門職の間でのタスクシェア・タスクシフト

III.実効性のある医師偏在対策

- ・ 地域別・診療科別偏在の是正
- ・ 医学部・臨床研修・専門研修を通じた取組

新型コロナ対策の経験・教訓を踏まえた対応

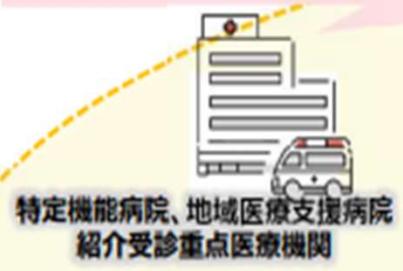
提供体制改革を支える医療・ヘルスケアDX

※ 「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

R 5 / 2023. 9. 29
 社会保障審議会医療部会資料

(高度) 急性期の強化・集約化
 高度な手術が必要な患者、重症の救急患者等の確実な受入れ



身近な地域における
 日常的な医療の提供を
 行う機能

かかりつけ医機能を
 有する医療機関



病院



医 …医療法 介 …介護保険法 保 …医療保険法（高確法、健保法、国保法等） 総 …医療介護総合確保法



訪問看護事業所、薬局

介護施設・事業所

地域包括
 支援センター

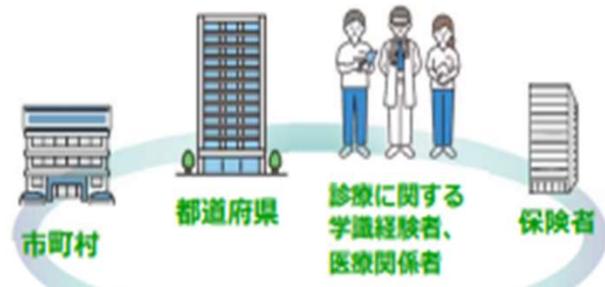


身近な地域における医療・介護の連携体制

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- ① 国民・患者への情報提供の充実・強化
 (医療機能情報提供制度の刷新)
- ② かかりつけ医機能を報告し、
 地域でのかかりつけ医機能の確保のための
 具体的方策の検討・公表

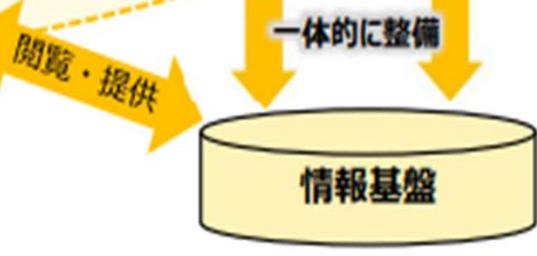
医



取組状況
 考慮・留意
 協議結果

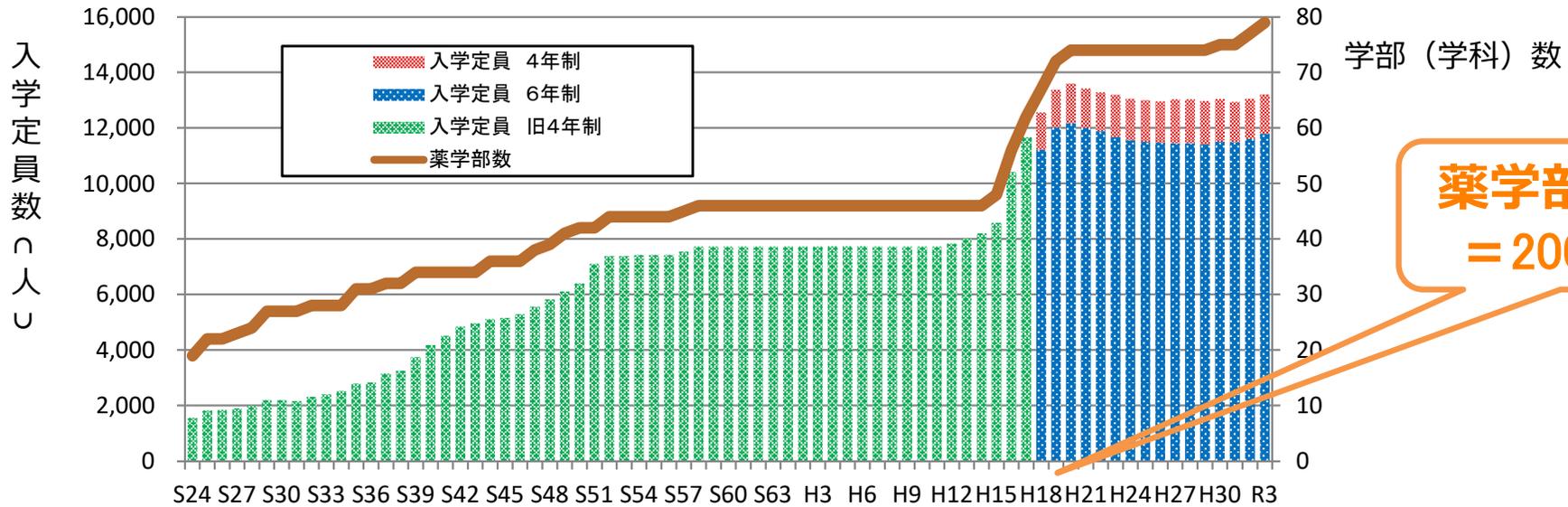
計画に基づく連携した取組

- 総 医療介護総合確保計画
- 医 医療計画
- 介 介護保険事業計画
- 保 医療費適正化計画



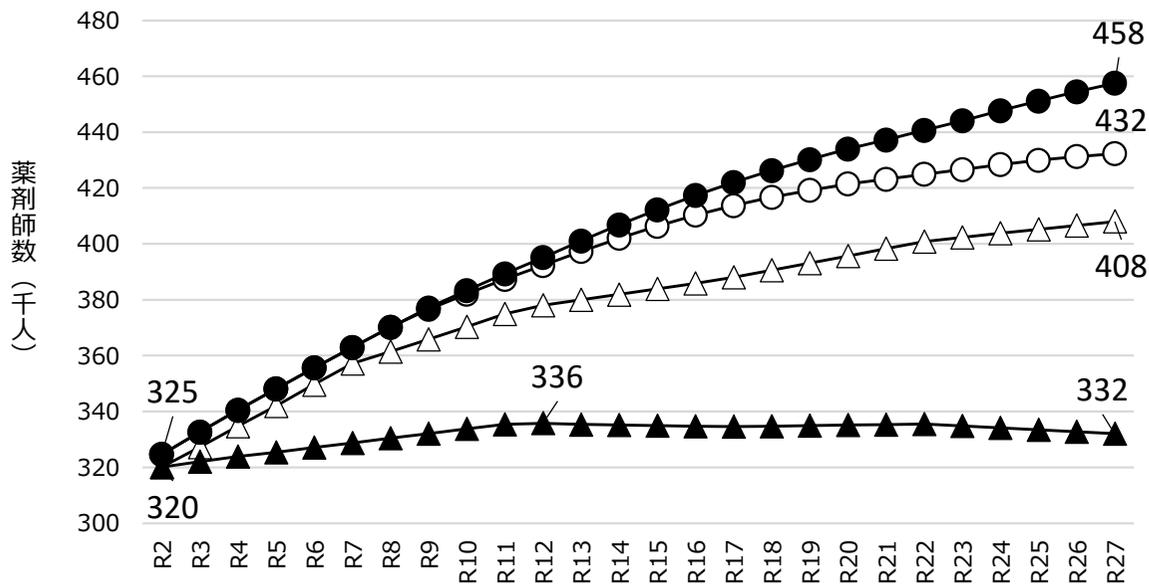
医療・介護情報基盤整備
 医療機関と介護事業者の間で利用
 者の医療・介護情報を共有 保 介

薬学部（学科）数・入学定員の推移



《参考》 薬剤師の需給推計（全国総数）

※推計期間 2020/R2～2045/R27年



供給総数(●): 機械的な推計(国家試験合格者数が今後も近年と同程度数に維持されると仮定)

供給推計の範囲
(43.2～45.8万人)

供給総数(○): 人口減少を考慮した推計

需要総数(△): 業務の変動要因を考慮した推計

需要推計の範囲
(33.2～40.8万人)

需要総数(▲): 機械的な推計(業務が現在と同様と仮定)

○ 今後の薬局・病院薬剤師の業務が変動する場合の推計は、現在の業務量と比較した仮定条件を主に以下のとおりとして推計した。

【薬局】

- ・在宅業務は令和27年までに2倍
- ・健康サポート機能に係る業務は1.5倍 等

【病院】

- ・高度急性期病床の業務は令和27年までに1.3倍
- ・急性期病床は、今後も更なる業務の充実が期待されるため、令和7年までに1.2倍、令和27年までに1.2～1.5倍 等

背景等

- ✓ 薬剤師の従事先には **地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題**
- ✓ **医療計画作成指針**において、「**地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施**」等を新たに記載
- ✓ 薬剤師の偏在状況を相対的に示す偏在指標を算定し、各都道府県で確保策を検討する際の参考として「**薬剤師確保計画ガイドライン**」を作成

概要

○目標年次・計画期間

- ✓ 2024年度から薬剤師偏在対策を開始する前提のもと、**目標年次を2036年とし、1計画期間は、原則3年間。**

○偏在是正の進め方

- ✓ 1計画期間ごとに、薬剤師少数区域に属する二次医療圏又は少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本

○薬剤師確保の方針

- ✓ 少数区域・少数都道府県では計画期間中に確保が必要な目標薬剤師数を定める。
- ✓ 現在時点と将来時点における偏在状況を考慮した確保方針を検討

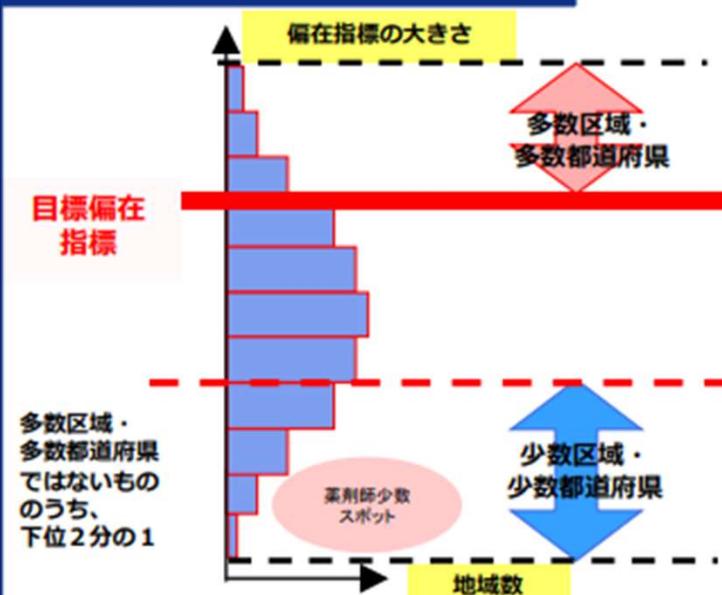
○薬剤師確保の施策

- ✓ **短期的に効果が得られる施策**（潜在薬剤師の復帰支援、離職の防止対策等）や**長期的な施策**（奨学金貸与制度、薬学部における地域枠・地域出身者枠の設定等）など、都道府県及び二次医療圏ごとに定めた**確保方針に基づき、適切な施策を組み合わせる。**

偏在指標

$$\text{目標偏在指標「1.0」} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間 (分子)}}{\text{病院・薬局の推計業務量 (分母)}}$$

偏在指標に基づく区域設定



薬剤師偏在指標

薬剤師多数都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
都道府県別					
13	東京都	薬局	1.42	3124766.9	2200768.2
14	神奈川県	薬局	1.25	1871356.8	1502254.6
34	広島県	薬局	1.19	591484.2	498667.7
28	兵庫県	薬局	1.19	1143149.0	963972.3
40	福岡県	薬局	1.17	1034782.4	881674.4
4	宮城県	薬局	1.16	459394.4	395568.7
27	大阪府	薬局	1.12	1687268.6	1502736.8
41	佐賀県	薬局	1.10	164380.9	149234.4
37	香川県	薬局	1.09	194886.1	178033.3
11	埼玉県	薬局	1.08	1308558.7	1209829.6
12	千葉県	薬局	1.07	1120861.3	1044579.3
35	山口県	薬局	1.04	272159.7	261327.0
9	栃木県	薬局	1.04	348688.0	336661.1
25	滋賀県	薬局	1.03	240643.1	233998.0
36	徳島県	薬局	1.03	142025.8	138515.6
22	静岡県	薬局	1.01	664016.8	654856.1
1	北海道	薬局	1.01	954723.1	948797.8
19	山梨県	薬局	1.01	151096.1	150309.0

目標偏在指標
「1.0」

注) 目標偏在指標は小数点以下3位を四捨五入しているため、薬剤師偏在指標が「1.00」と表されている場合でも目標偏在指標を下回る場合がある。

薬剤師少数でも多数でもない都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
都道府県別					
23	愛知県	薬局	1.00	1229135.8	1232028.2
8	茨城県	薬局	0.99	500430.7	502956.2
31	鳥取県	薬局	0.97	99959.9	102777.4
33	岡山県	薬局	0.97	325189.8	334638.1
3	岩手県	薬局	0.97	224987.6	232780.3
5	秋田県	薬局	0.96	189172.0	196216.9
17	石川県	薬局	0.96	191308.4	199831.2
7	福島県	薬局	0.95	323414.2	339757.5
26	京都府	薬局	0.95	418620.4	440930.8
20	長野県	薬局	0.95	360887.4	380460.2
15	新潟県	薬局	0.94	391732.7	414873.0
26	京都府	病院	0.94	182012.4	192936.1
36	徳島県	病院	0.94	67793.5	72130.9
13	東京都	病院	0.94	821311.7	875810.8
42	長崎県	薬局	0.93	235572.9	252169.9
43	熊本県	薬局	0.93	298183.8	320770.8
39	高知県	薬局	0.93	127675.5	137365.2
40	福岡県	病院	0.93	366454.8	395400.5
32	鳥取県	薬局	0.93	119381.6	128912.7
38	愛媛県	薬局	0.92	231967.5	251431.3
27	大阪府	病院	0.92	582116.0	631953.5
29	奈良県	薬局	0.92	220878.6	239956.3
10	群馬県	薬局	0.92	315961.4	345134.3
21	岐阜県	薬局	0.91	328374.3	359862.9
47	沖縄県	病院	0.91	85054.5	93703.1
49	高知県	薬局	0.91	182985.5	202054.0
47	沖縄県	薬局	0.90	203596.2	226421.7
24	三重県	薬局	0.90	285430.8	318757.7
28	兵庫県	病院	0.89	356617.5	401123.8
2	青森県	薬局	0.88	210915.6	238365.8
44	大分県	薬局	0.87	185678.6	212401.4
30	和歌山県	薬局	0.87	155419.8	178032.7
17	石川県	病院	0.87	79155.2	90783.8
46	鹿児島県	薬局	0.86	258307.2	301921.2
29	奈良県	病院	0.86	84889.2	99226.0
1	北海道	病院	0.85	385641.5	451989.7
43	熊本県	病院	0.85	132931.0	156684.6

薬剤師少数都道府県

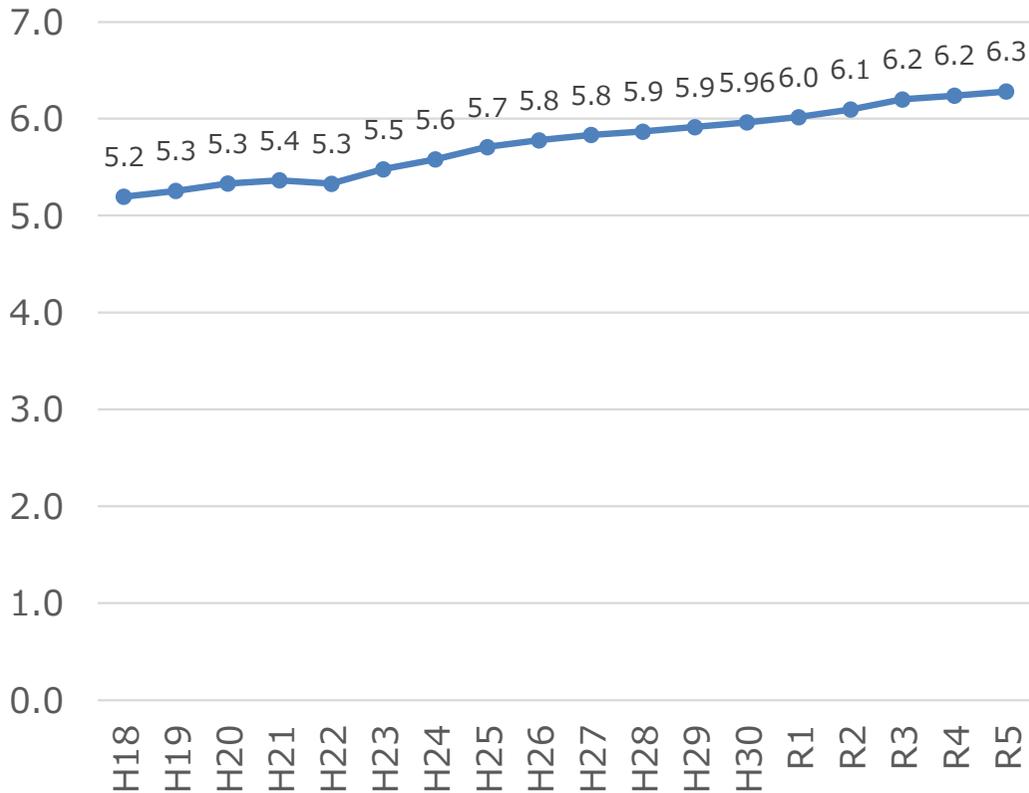
都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
都道府県別					
33	岡山県	病院	0.85	131070.1	155038.0
16	富山県	薬局	0.82	157867.0	192150.3
39	高知県	病院	0.81	60930.2	74855.0
25	滋賀県	病院	0.81	72606.0	89485.3
34	広島県	病院	0.81	182419.9	225916.9
14	神奈川県	病院	0.80	452421.9	567239.5
30	和歌山県	病院	0.80	63748.9	80025.5
12	千葉県	病院	0.78	338566.1	432520.7
37	香川県	病院	0.78	62886.3	80965.7
35	山口県	病院	0.77	94436.3	122634.6
4	宮城県	病院	0.76	127616.6	168545.2
11	埼玉県	病院	0.75	355161.3	470603.6
23	愛知県	病院	0.75	371388.3	492134.4
18	福井県	病院	0.75	47740.8	63373.6
42	長崎県	病院	0.75	88730.2	118968.2
16	富山県	病院	0.75	67809.8	90919.3
46	鹿児島県	病院	0.74	114479.4	154437.4
38	愛媛県	病院	0.74	87864.4	119275.0
10	群馬県	病院	0.74	112551.6	153068.5
18	福井県	薬局	0.73	100407.3	136953.4
20	長野県	病院	0.73	123097.8	168051.1
31	鳥取県	病院	0.73	36127.5	49390.9
44	大分県	病院	0.73	77215.9	106131.9
19	山梨県	病院	0.71	45914.6	64244.8
32	鳥取県	病院	0.70	40168.6	57286.8
9	栃木県	病院	0.69	100874.4	145674.0
21	岐阜県	病院	0.69	98108.2	142302.1
41	佐賀県	病院	0.69	50439.6	73312.8
15	新潟県	病院	0.67	120752.2	180310.7
8	茨城県	病院	0.67	142398.2	213880.4
22	静岡県	病院	0.66	179019.8	270610.1
7	福島県	病院	0.65	96778.6	149325.3
45	宮崎県	病院	0.65	64809.7	100234.3
3	岩手県	病院	0.64	68114.1	105729.1
24	三重県	病院	0.63	82580.9	131610.4
6	山形県	病院	0.60	55738.7	92781.2
5	秋田県	病院	0.56	49455.9	89027.7
2	青森県	病院	0.55	59804.8	108836.6

拡大

薬局数の推移等

- 薬局数は増加している（令和5年度は約6.3万）。
- **20店舗以上を経営する薬局**の割合は増加傾向にある。

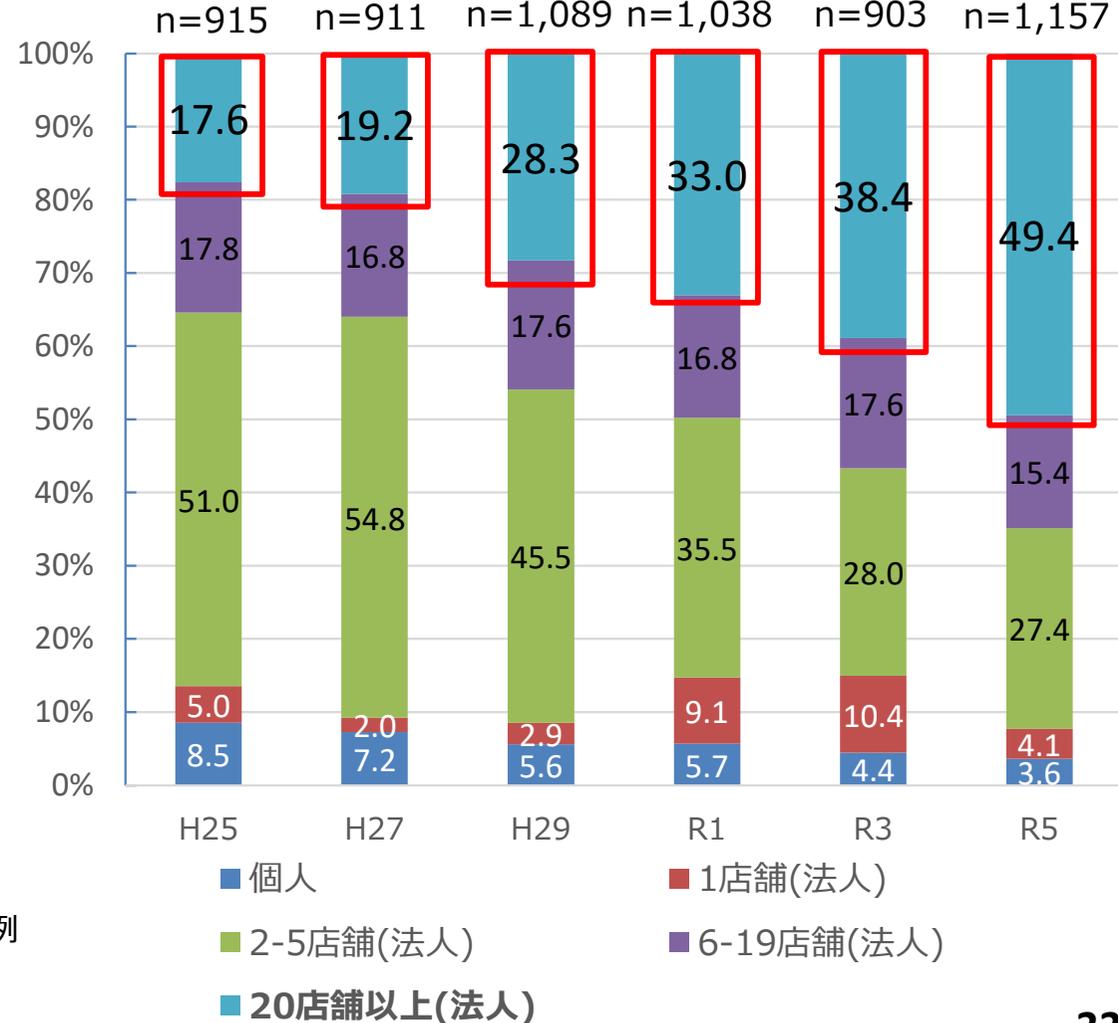
薬局数の推移（万）



※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典) 衛生行政報告例

同一法人の薬局の店舗数の推移



出典) 第19回～第24回医療経済実態調査

参考：一般診療所104,894施設、病院8,122施設
（令和5年10月1日現在：令和5年医療施設調査）

《参考》医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策 に関する有識者検討会報告書（2023/R5.6.9） 抜粋

- (1) 安定供給の確保 (2) 創薬力の強化 (3) ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消
(4) 適切な医薬品流通に向けた取組

【主な課題】

- 取引価格のばらつきは、①取引条件等の違い（例えば都市部と離島の配送コスト）から必然的に発生するものと②薬価差を得ることを目的とした値下げ交渉により発生するものがある。
- 現在は、医薬分業の進展とともに、取引主体が医療機関から薬局にシフトしている。
- こうした中で、チェーン薬局・価格交渉を代行する業者の大規模化により価格交渉力を強め、経営原資を得ることを目的に、医薬品の価値に関わりなく前回改定時と同じベースでの総値引き交渉が行われていることなど、薬価差を得る目的での取引が増加。一部で過度な薬価差の偏在が課題となっている。
- 特に長期収載品や後発品は、品目数が多いことから、価格交渉の実務的な負担を減らす観点から、総値取引が行われることが多く、値引きの際の調整に使用されるため、薬価の下落幅が大きくなっている。

【対策の方向性】

- まずは、流通関係者全員が医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差等の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するため、医療上の必要性の高い医薬品について、従来の取引とは別枠とするなど、総値取引改善に向け、流通改善ガイドラインを改訂

【引き続き検討すべき課題】

- 購入主体別やカテゴリー別の取引価格の状況や過度な値引き要求等の詳細を調査した上で、海外でクローバックや公定マージンが導入されていることも踏まえ、過度な薬価差の偏在の是正策を検討
- 薬剤流通安定のためのものとされている調整幅について、流通コストの状況等を踏まえ、どのような対応を取り得るか検討

第8次地域医療計画

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。**第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度**。中間年で必要な見直しを実施。)

○ 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3年10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

- ・ 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等を推計。

○ 5疾病・6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)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 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

※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの。

「新たな地域医療構想」のポイント (2024.12.25意見書)

- (1) 念頭に置く目標は「**2040年**」。
- (2) 従来の「機能別病床数（入院医療）」中心から、
**「+外来医療・在宅医療、介護との連携+人材確保
（偏在是正＝医師確保計画）」全体を念頭に入れる。**
➔ 本来の「地域の医療体制」構想。 < 地域医療計画よりも上位。
- (3) 「病床機能」に加えて「**医療機関機能**」概念を導入。
➔ 「回復期」は「**包括期**」に変更。 cf. 高齢者救急
➔ 「医療機関機能」は「地域医療と大学病院」の2つ
で大きくくり。
➔ 医療機関「4機能」の具体的な詰めは今後WGで。
- (4) 「**精神医療**」を構想に位置付ける。 > 別トラックでの検討

※ 必要な法律改正を2025/R7年通常国会に提出 (2/14)

I. 2040年に向けた社会保障

II. 医療提供体制改革の3つの方向

III. トピックスとしての「健康・医療DX」

IV. 地域包括ケアの中での薬剤師・薬局

社会全体のデジタル化と「医療DX」

(1) 日本社会全体でのデジタル化の推進

- ① **デジタル社会の実現に向けた重点計画** (2024/R6.6.21改訂)
- ② **デジタル行財政改革 取りまとめ2024** (2024/R6.6.18)
- ③ **地方創生2.0「基本的な考え方」** (2024/R6.12.24)
- **「デジタル田園都市国家構想総合戦略」** (2023/R5.12.26改訂)

(2) 医療分野でのDXの推進

- ① 「骨太方針2022」 + 「データヘルス改革」 (2016年度～)
 - ・ **全国医療情報プラットフォーム、電子カルテ情報標準化、診療報酬DX**
- ② **「医療DXの推進に関する工程表」** (2023/R5.6.2医療DX推進本部)

& 介護分野におけるICT活用・DX推進

健康・医療DX分野における主なプロジェクト課題

(1) オンライン資格確認 (マイナ保険証)

- 医療・ヘルスケア情報を繋げる鍵

2024/R6.12.2
紙保険証の新規発行停止

(2) 電子カルテ情報共有サービス・電カルの標準化

- 情報共有・2次利用のためにも作成過程から標準化

(3) 全国医療情報プラットフォーム

2025/R7年度 本格稼働予定

(4) PHR (Personal Health Record)

- 生涯を通じた医療・ヘルスケア両方の情報を個人に集約

(5) ビッグデータ構築、次世代医療基盤法

- 効率的実効的な2次利用による附加価値創造

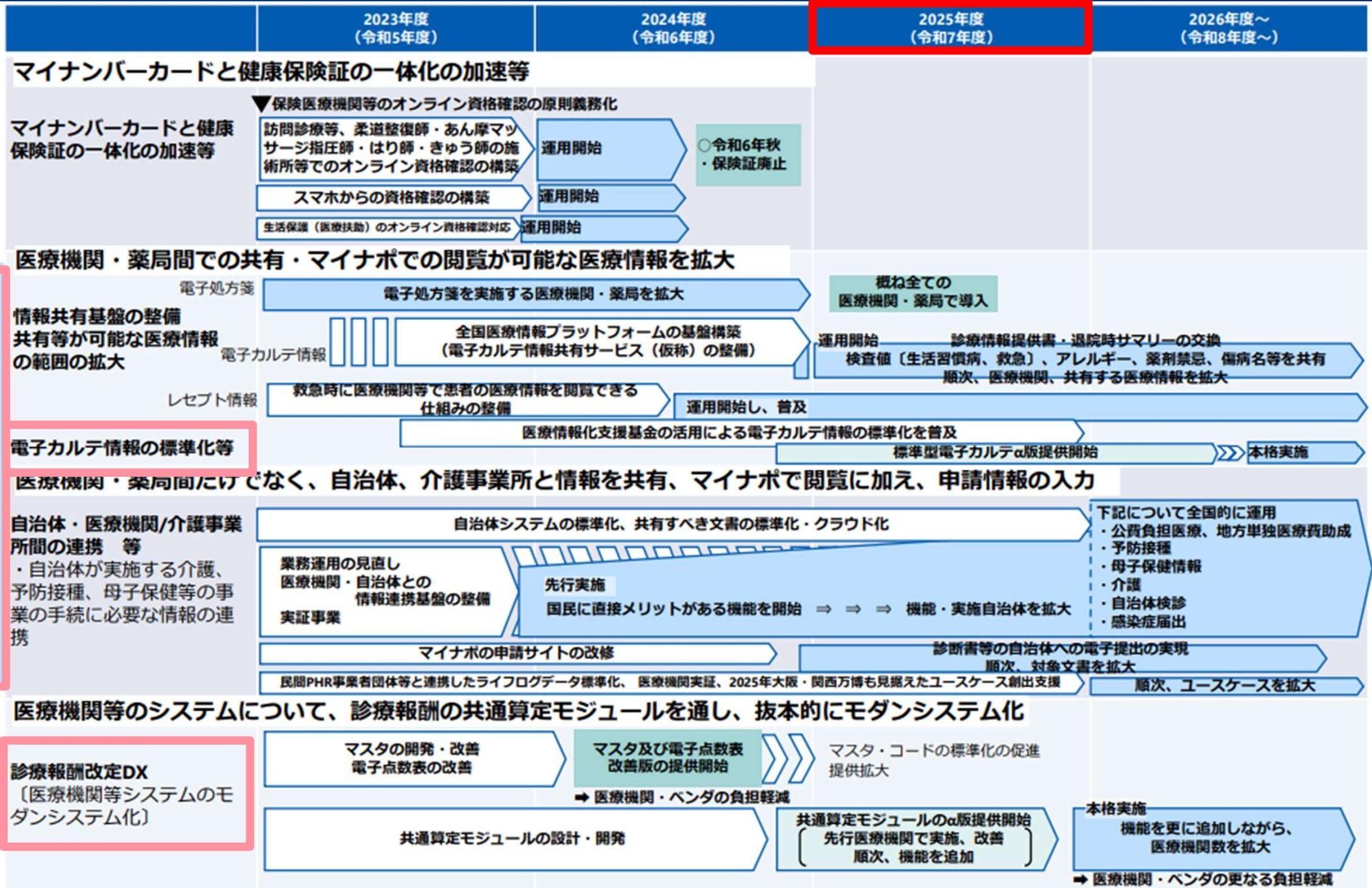
(6) 医療情報システムの安全管理 (ガイドライン6.0版)

2023/R5.10 薬局版『チェックリスト・マニュアル』公表

- **遠隔医療**：オンライン診療・服薬指導、電子処方箋
- 介護分野におけるデジタル化、ロボット活用
- いわゆるヘルステックの開発・実装 (規制改革・保険適用)

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

医療DX推進本部
2023/R5.6.2



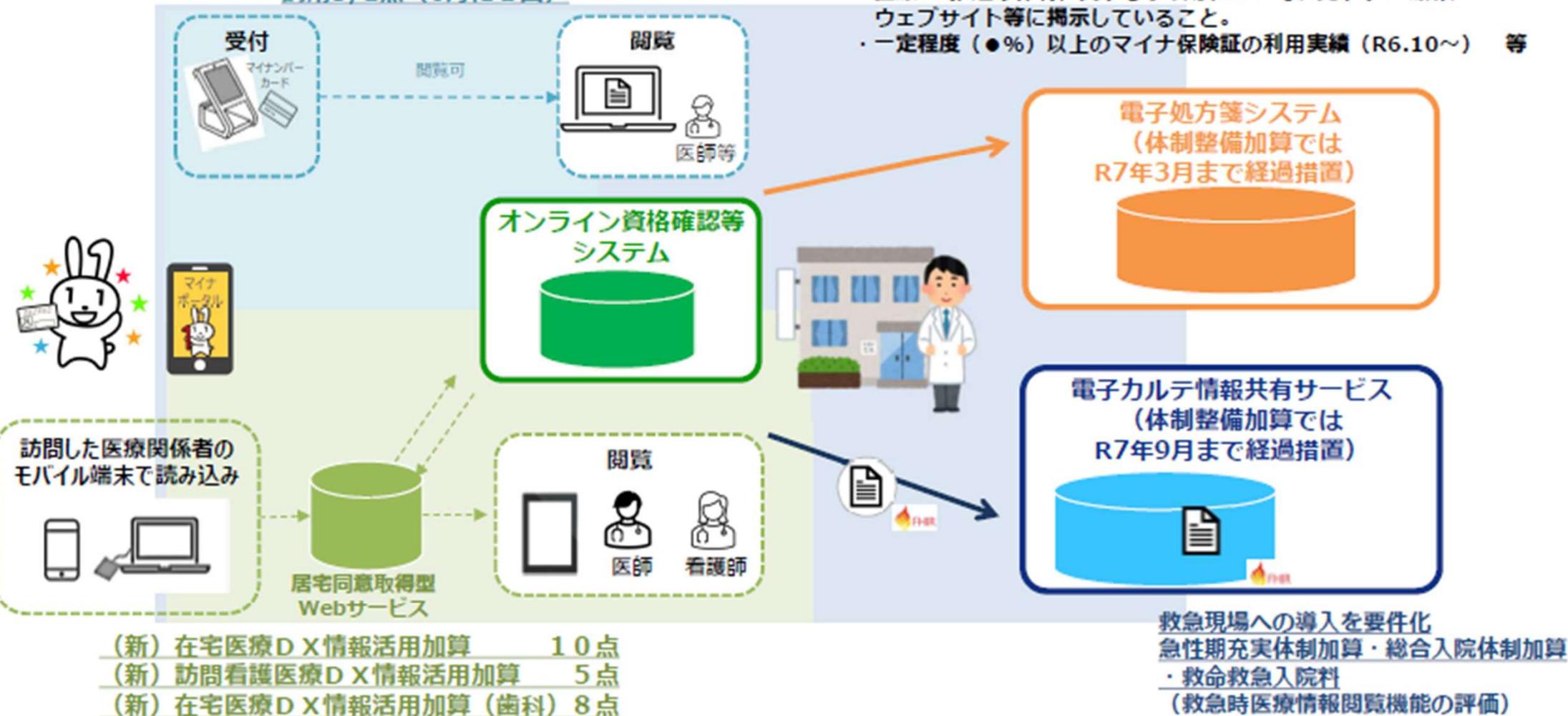
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～) 等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実績及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

(1) オンライン資格確認 + マイナ保険証

マイナンバー情報総点検本部資料
(2023/R5.12.12) を一部改変

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



適正な資格確認
= 確実な本人確認によりなりすましを防止

電子カルテ

- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

電子カルテ情報共有サービス (仮称)



オンライン資格確認等システム



レセプト返戻の減少

高額療養費の自己負担
限度額を超える分の
支払を免除

マイナ保険証

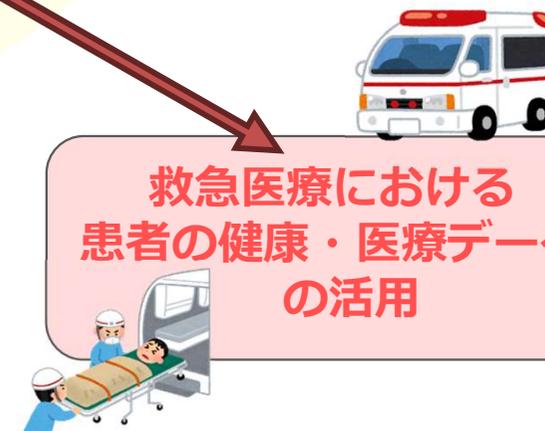
→ マイナンバーカードの
個人認証機能を活用
(MN自体は使わない)

診察券・公費負担医療の
受給者証とマイナンバー
カードの一体化



患者本人の健康・医療
データに基づくより良
い医療の実現

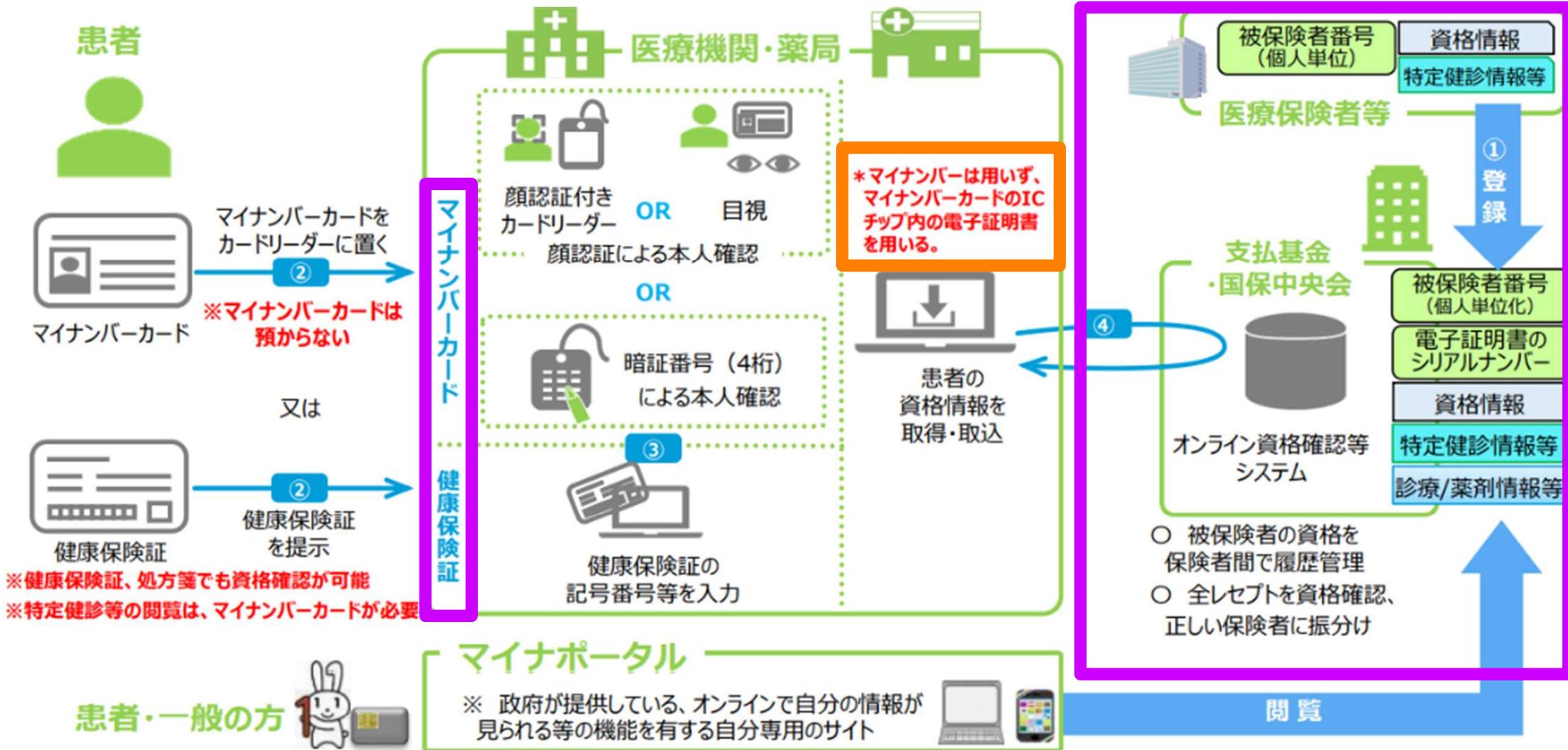
救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用



《参考1》 マイナンバー・マイナンバーカードについて再確認

- (1) マイナンバーとマイナンバーカードは別物。
 - ➡ 医療DXが前提とするのは「マイナンバーカード搭載の電子署名機能」（MN自体は使わない）。
- (2) カード自体に医療情報は入っていない。
- (3) 落としても他人が使うことができない。
 - ➡ 「カード＋暗証番号／パスワード」を同時に失った場合には、24時間365日体制での「コールセンター」で一時停止手続き。
- (4) サーバー攻撃を受けても漏えいするのはその機関が管理している情報だけ。
 - ➡ MNが紐付く情報が芋づる式に漏えいしない。

《参考2》 情報共有・連携のインフラとしての「オンライン資格確認」



【今後の機能拡張予定】

(1) オンライン資格確認の公費負担助成への拡大

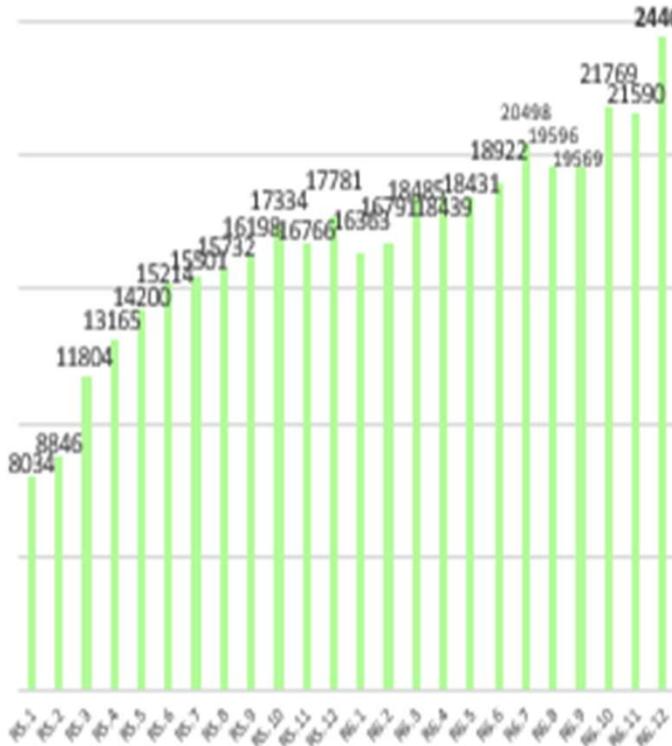
= 2024/R6先行実施 → 2026/R8年度以降 全国展開

(2) 《デジ庁》公共サービスメッシュ → 2026/R8.1省庁連携開始

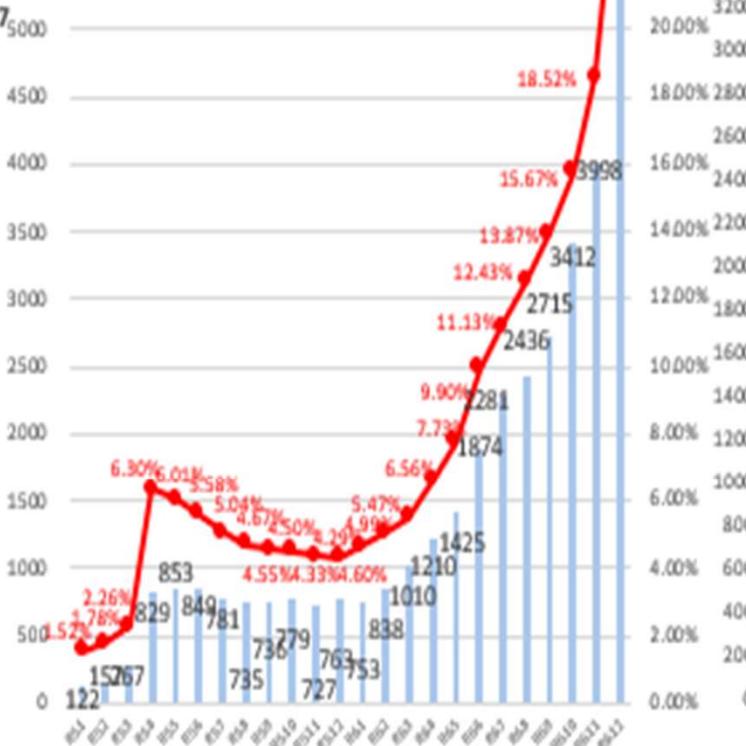
PMH(Public Medical Hub：自治体向け情報連携ネットワーク)

オンライン資格確認・マイナ保険証の利用状況

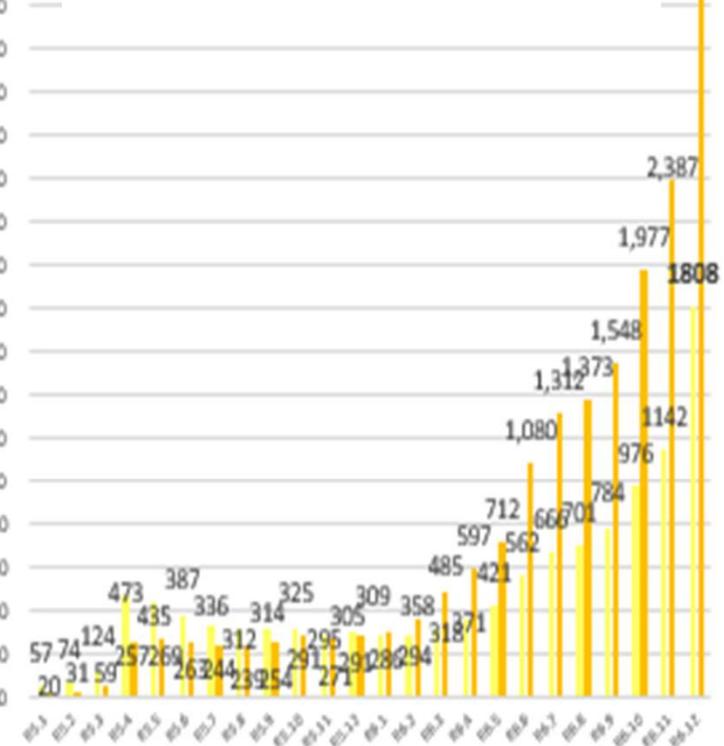
オンライン資格確認の利用件数
(万件)



マイナ保険証の利用件数
(万件)



診療情報閲覧の利用件数
薬剤情報閲覧の利用件数
(万件)



※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件（令和5年6月）

- ① 「電話・オンライン診療」実施可能登録医療機関： 2023/R5.7.1時点＝約16%
- ② 電子処方箋導入率（2025/R7.1.12）： 病＝3.9%、医診＝9.9%、薬局＝63.2%

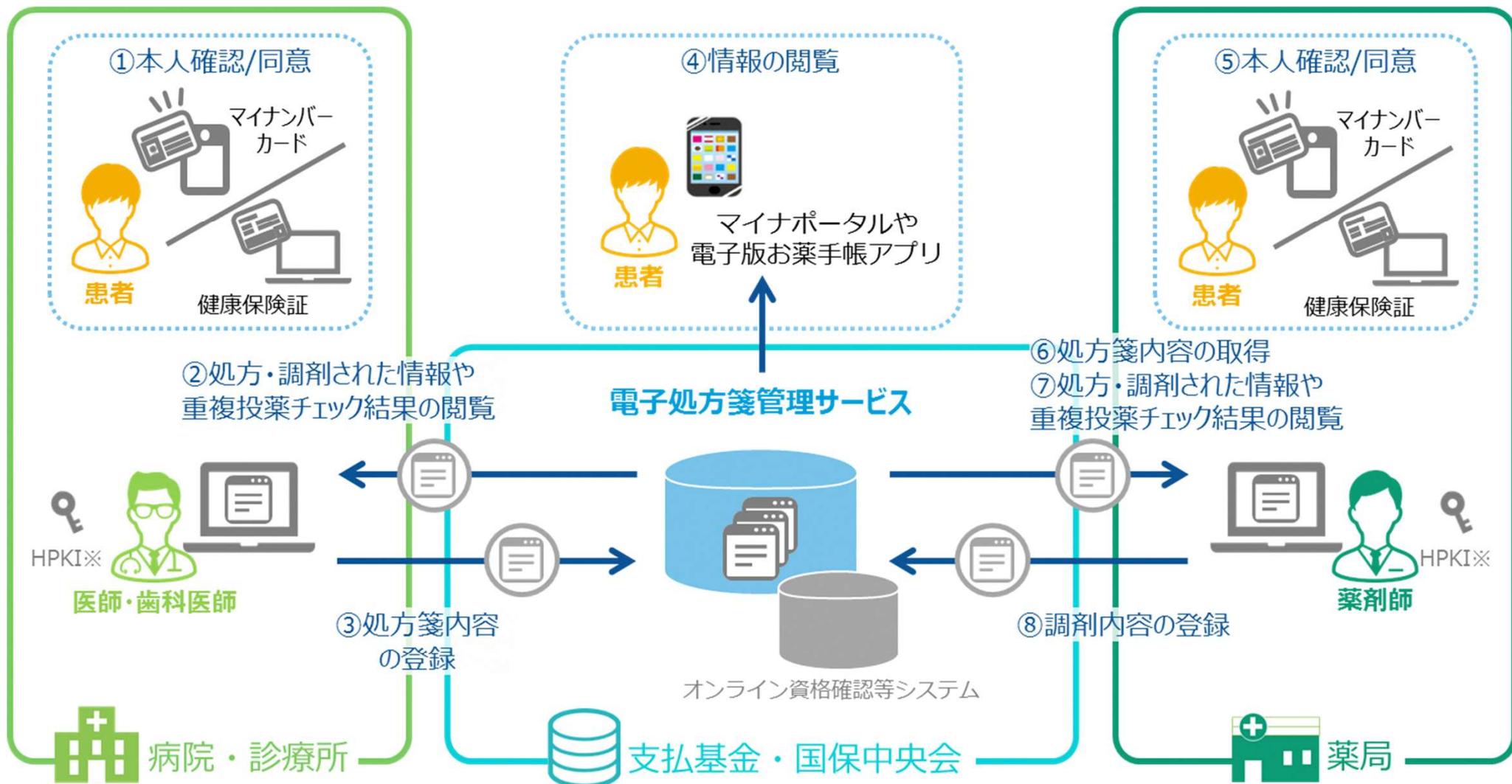
2024/R6年度内：医療機関の1割

2024/R6年度内：約6万薬局の8割

(2) 電子処方箋

<https://www.mhlw.go.jp/stf/denshishohousen.html>

- **オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能となる。** (2023/R5年1月～運用開始)



※HPKI (Healthcare Public Key Infrastructure) 医師、薬剤師等の国家資格と院長、管理薬剤師等の管理者資格を証明することのできる保健医療福祉分野の電子証明書

病院等を中心とした電子処方箋の更なる面的拡大について（西日本）

福岡県

原三信病院、原土井病院、貝塚病院（福岡市）
福岡新水巻病院（遠賀郡水巻町）
新田原聖母病院（行橋市）
高良台リハビリテーション病院、神代病院（久留米市）
嘉麻赤十字病院（嘉麻市）
福岡病院（福津市）
社会医療法人共愛会戸畑共立病院、
戸畑リハビリテーション病院（北九州市）

佐賀県

肥前精神医療センター（神埼郡吉野ヶ里町）

長崎県

長崎みなとメディカルセンター
社会福祉法人恩賜財団済生会長崎病院（長崎市）

熊本県

天草慈恵病院（熊本市）
有働病院（荒尾市）
国保水俣市立総合医療センター（水俣市）
国民健康保険天草市立河浦病院（天草市）

大分県

だいかく病院、大分共立病院、塚川第一病院（大分市）
宇佐高田医師会病院（宇佐市）

鹿児島県

鹿児島市立病院、新成病院、三宅病院（鹿児島市）
薩摩郡医師会病院（薩摩郡さつま町）
貞観会記念病院（薩摩川内市）

沖縄県

ハートライフ病院（中頭郡中城村）

島根県

市立総合医療センター、小林病院（出雲市）
松江市立病院（松江市）

岡山県

岡山市立市民病院、岡山県精神科医療センター、
岡村一心堂病院（岡山市）

広島県

安佐市民病院、長久堂 野村病院、
広島共立病院（広島市）
吉島病院、広島市民病院、舟入市民病院、
ぎおん牛田病院、日比野病院（広島市）
宗近病院、安芸津病院（東広島市）
大君浜井病院（江田島市）

山口県

岩国みなみ病院（岩国市）
下関市立豊田中央病院（下関市）

三重県

三重大学医学部付属病院（津市）
桑名市総合医療センター（桑名市）
四日市病院、山中胃腸科病院、
県立総合医療センター（四日市市）

京都府

なぎ辻病院（京都市）
亀岡市立病院（亀岡市）

大阪府

貝塚病院（貝塚市）
八尾市立病院（八尾市）
思温病院、北大阪病院、加納総合病院（大阪市）
馬場記念病院（堺市）
社会医療法人信愛会暇生会脳神経外科病院（四條畷市）
国家公務員共済組合連合会枚方公済病院（枚方市）
医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院（岸和田市）

兵庫県

田中病院（尼崎市）
芦屋病院（芦屋市）
加古川中央市民病院（加古川市）
神戸掖済会病院（神戸市）

徳島県

徳島市民病院（徳島市）

高知県

島津病院（高知市）

愛媛県

HITO病院（四国中央市）

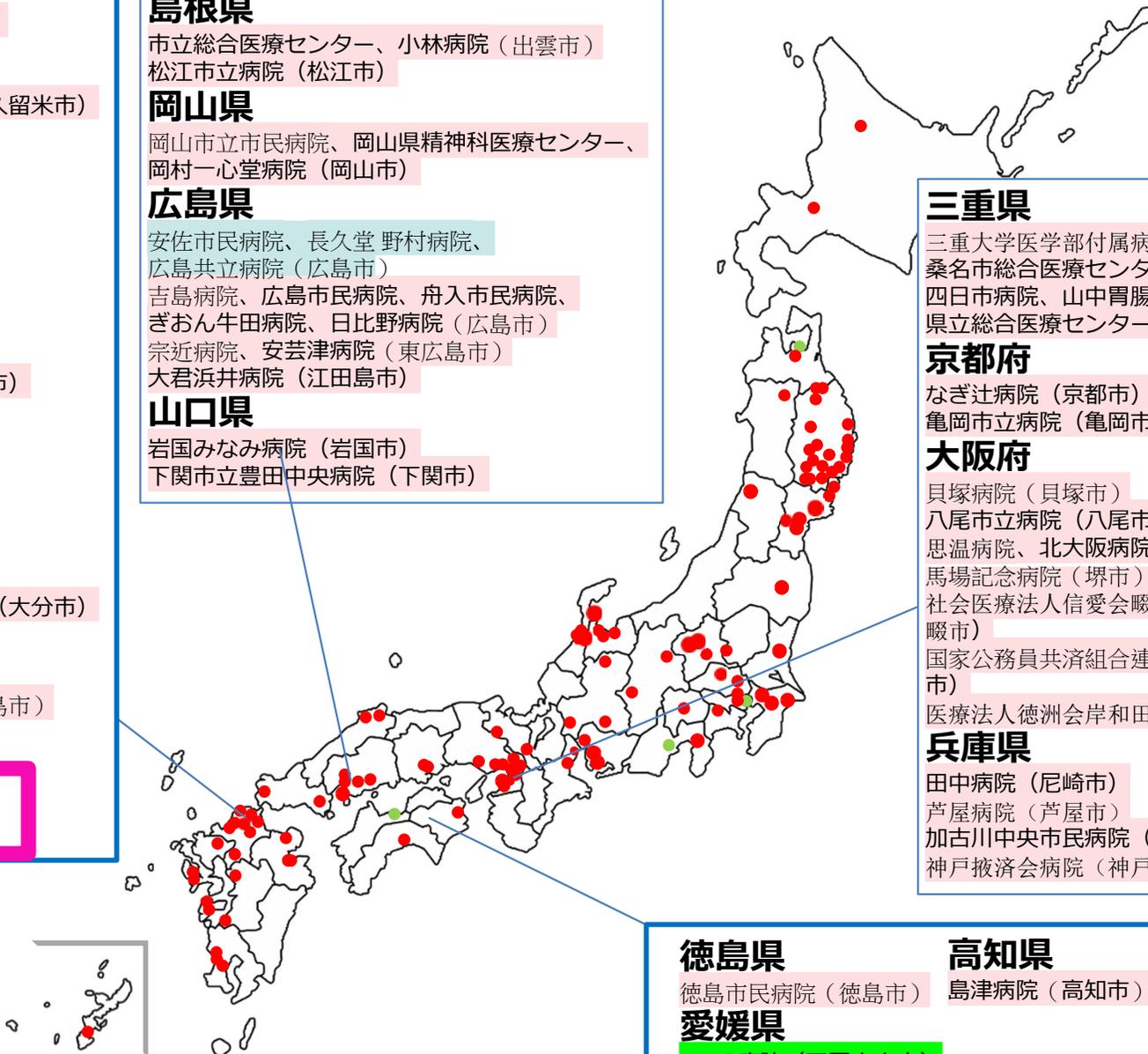
モデル地域

運用開始済病院等

運用開始予定病院等

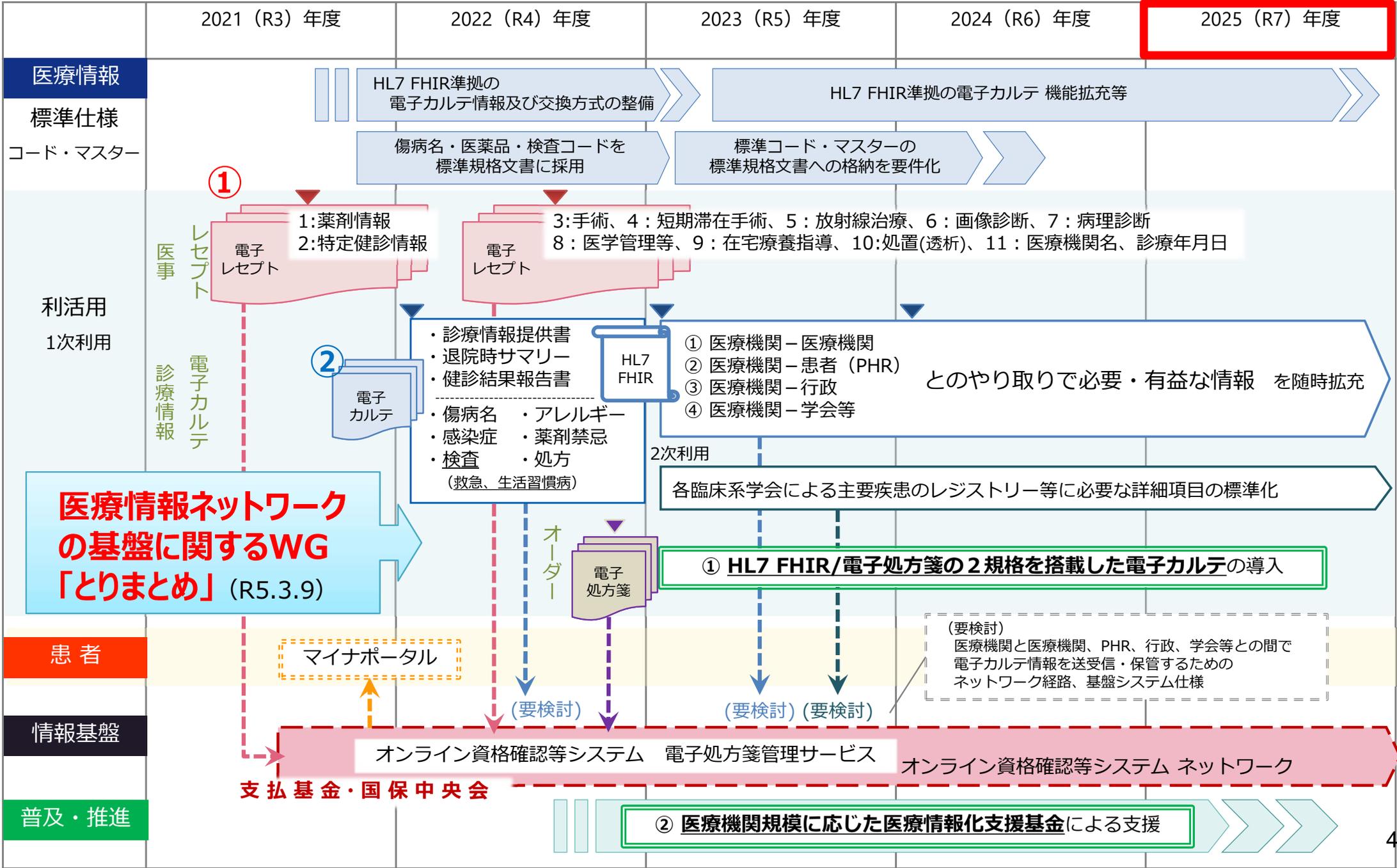
（2024/R6年7月以降）

※ 2024年7月7日時点
（最終更新7月7日）



(3) 電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方 (イメージ)

第8回 健康・医療・介護情報利活用検討会 (2022/R4.3.4 改変)



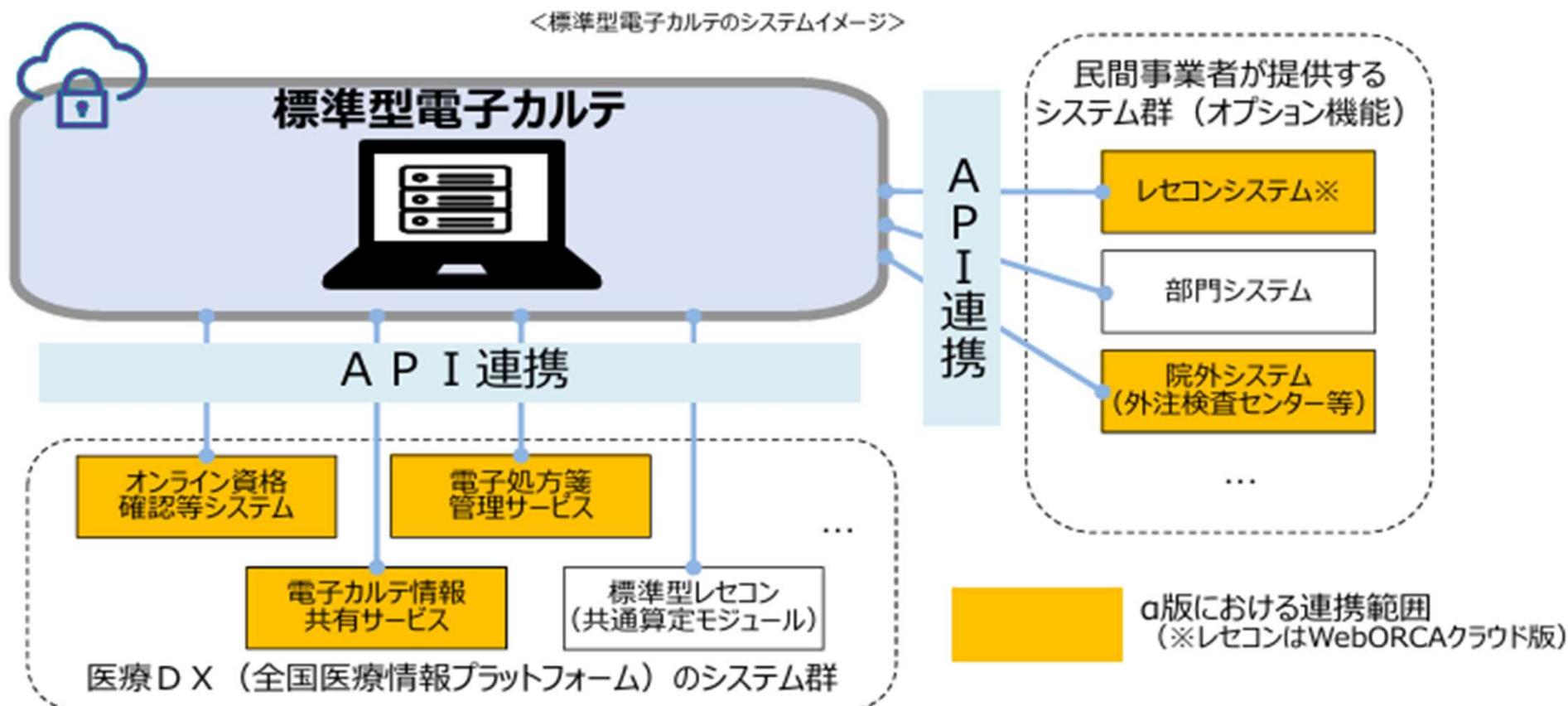
標準型電子カルテのシステムイメージ

標準型電子カルテはクラウド上に配置し、医療DX（全国医療情報プラットフォーム）のシステム群や、民間事業者が提供するシステム群（オプション機能）とのAPI連携機能を実装すべく、検討中。

一方で、民間事業者が提供するシステム群は数多く存在するため、API連携機能の実装に当たっては、以下の論点等を踏まえ、その対象範囲や実装方法等を検討する。

<構築に向けた主な論点>

- システム接続方式：クラウドに配置した標準型電子カルテと部門システム等（オンプレミス）との接続方式
- 標準規格化：部門システム等と接続する上での標準規格化の範囲や既定方法



※ 厚生労働省「標準型カルテ検討ワーキンググループ」資料

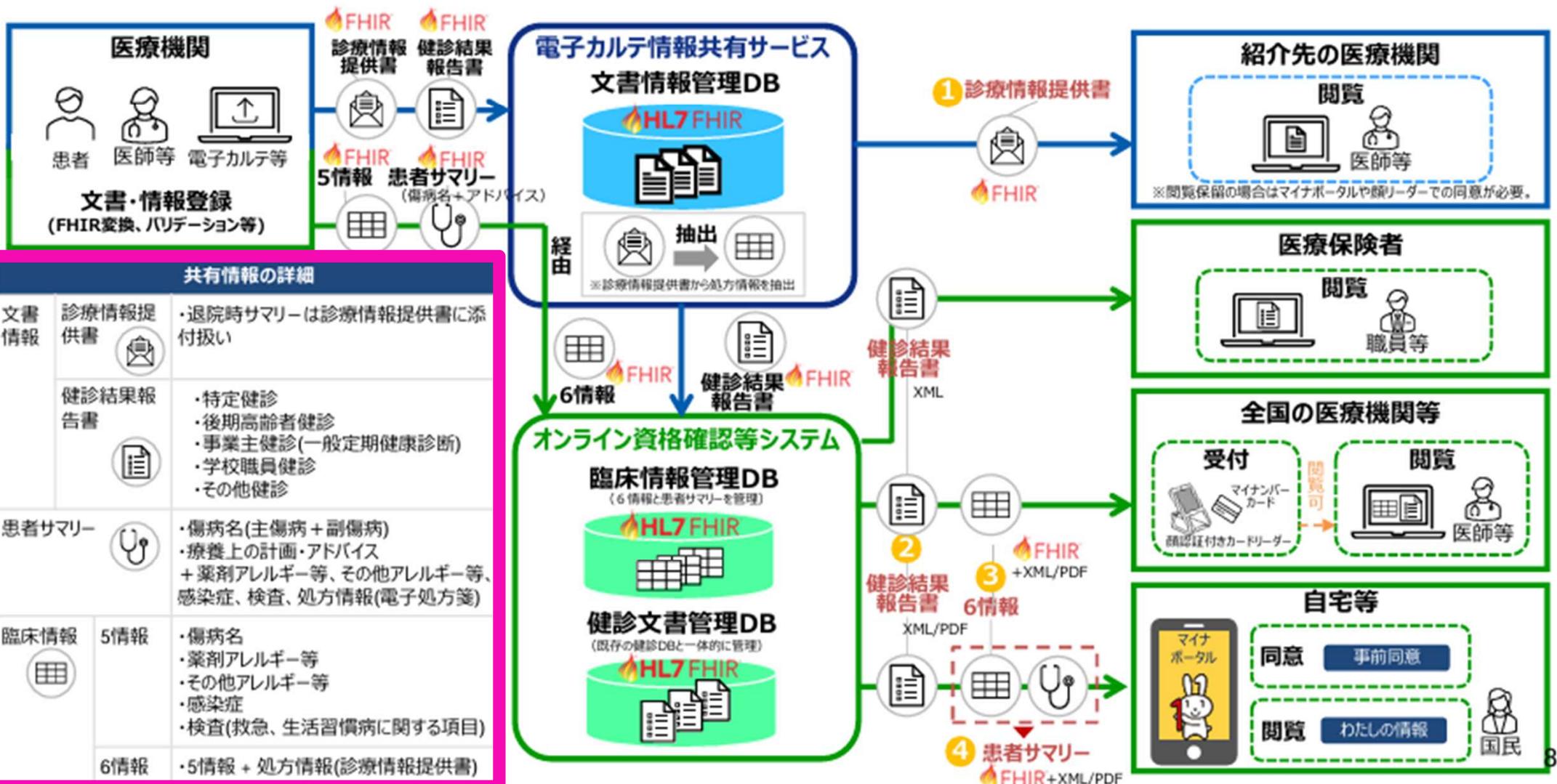
（4）電子カルテ情報共有サービスの概要

- 1 診療情報提供書送付サービス：診療情報提供書を電子で共有できるサービス。（退院時サマリーについては診療情報提供書に添付）
- 2 健診結果報告書閲覧サービス：各種健診結果を医療保険者及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 3 6情報閲覧サービス：患者の6情報を全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 4 患者サマリー閲覧サービス：患者サマリーを本人等が閲覧できるサービス。

登録

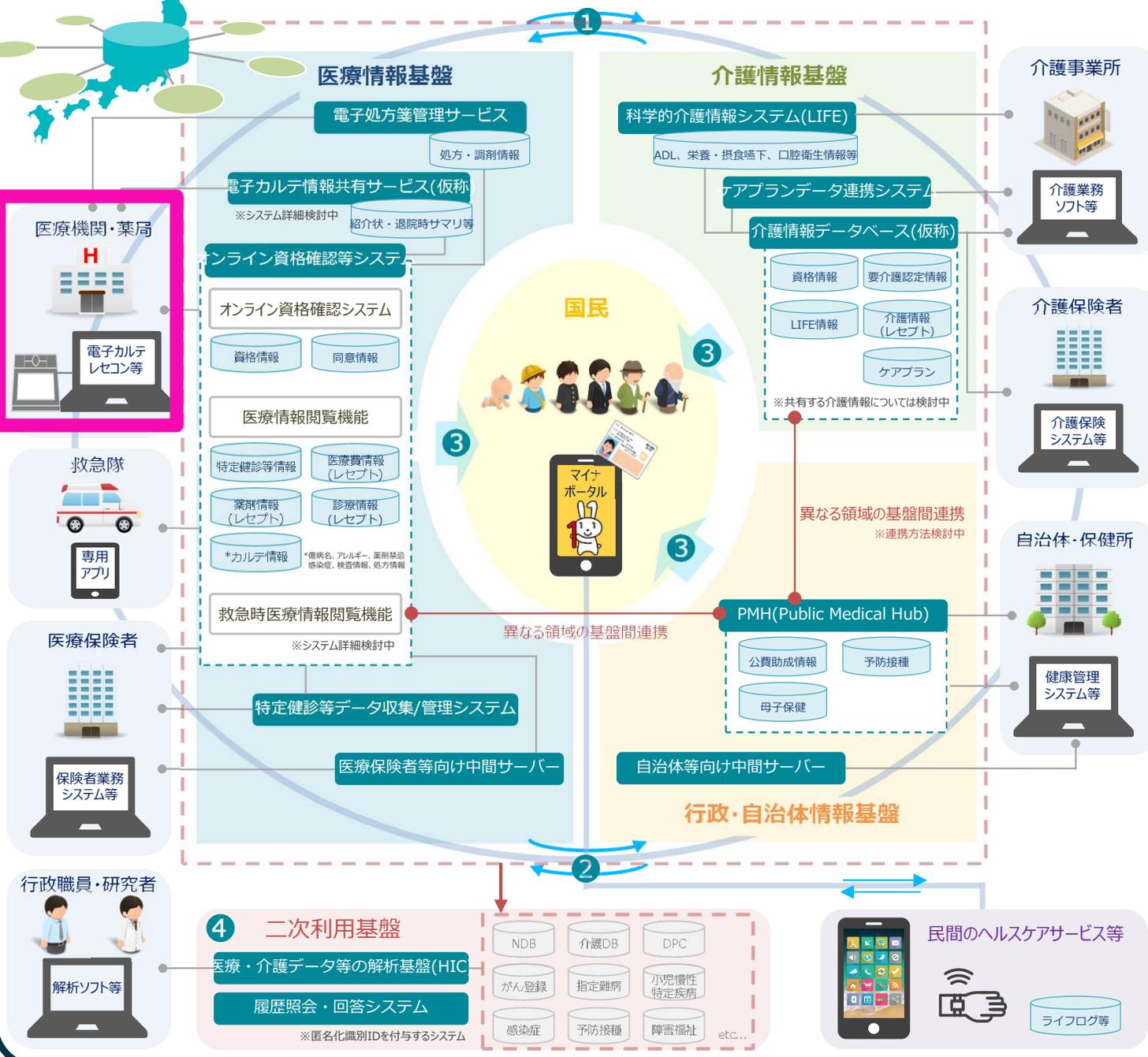
保存管理

取得・閲覧



(5) 全国医療情報プラットフォームの全体像 (イメージ)

全国医療情報プラットフォーム



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約券や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約券・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

NDB	介護DB	DPC
がん登録	指定難病	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

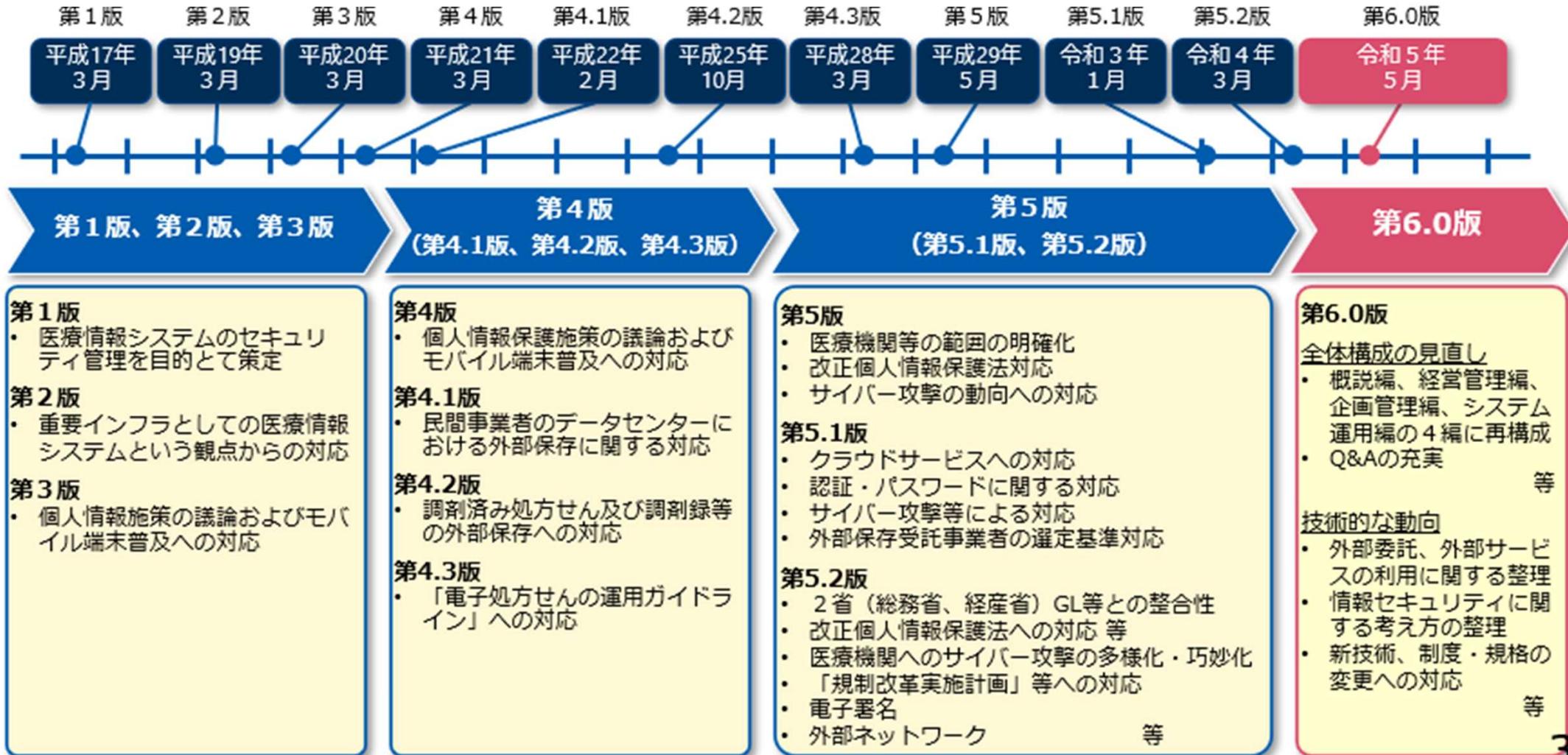
(6) 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン

- 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは、e-文書法、個人情報保護等への対応を行うための情報セキュリティ管理のガイドラインとして、平成17年3月に第1版を策定。
- 以降、各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定。今般、令和5年5月に第6.0版を策定。
- **薬局についても「チェックリスト・マニュアル」を公表 (2023/R5.10.13)**

策定・改定時期

版

策定・改定概要



診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等(※)における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

(※) 病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、**令和6年度から段階的に実現**

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

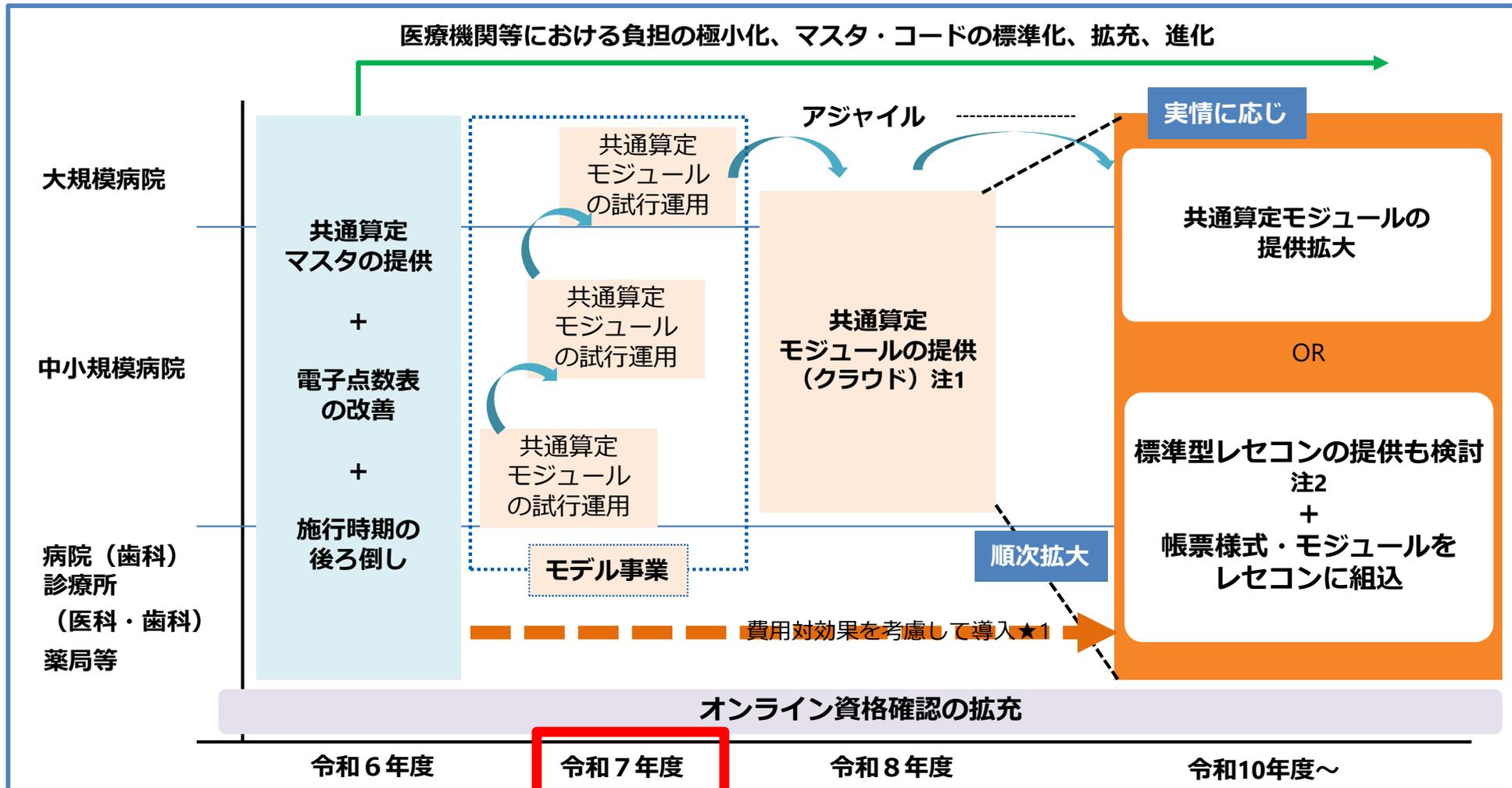
診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール

医療DX推進本部
2023/R5.8.30

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

主な課題解決に期待される医療・ヘルスケアDXの貢献

(1) 提供体制改革を進め、医療・生活支援サービスの質を高める

- ➔ オンライン診療／服薬指導・電子処方箋、遠隔医療（DtoD、DtoPwithNなど）などの普及による**医療アクセス**の確保
- ➔ 地域包括ケア、チーム医療・ケア、「かかりつけ医」、科学的介護情報システム(LIFE)における**情報共有・集約・連携**
- ➔ 健康づくり・行動変容、疾病管理に向けた**自己管理**

(2) ヘルスデータを用いて「付加価値」を創造する

- ➔ データを作成・収集・集約・分析するためのインフラ作り（**研究開発のためのエコシステム**の構築）、ライフログ連結
- ➔ ビックデータ・AIによるエビデンス、**サービスの創造**

(3) 関連するマネジメントコスト（費用・手間）を効率化する

★ **地域で連携・個人本人に集約・社会として活用**

I. 2040年に向けた社会保障

II. 医療提供体制改革の3つの方向

III. トピックスとしての「健康・医療DX」

IV. 地域包括ケアの中での薬剤師・薬局

- ① 薬剤師・薬局が目指す今後の方向
- ② 薬薬連携
- ③ 地域包括ケアの深化・進化

改めて「薬剤師」とは何かを考えてみると。。。。

薬剤師

- ・ 調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保する。
- ・ 調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

- ① **薬学の専門家**（6年教育：基礎薬学＋臨床実践能力）
→ 医療／介護／健康づくり分野、医薬品等販売、薬事衛生
- ② **32万人の医療関係職種**（毎年9600人程度国試合格）
→ 薬局／医療機関／医薬品製造業／医薬品販売業／大学／行政・衛生施設
- ③ **医療・介護チームの一員**
→ 「医薬分業」「かかりつけ機能（選択・信頼）」

**➡ 人材養成・確保（総体／偏在）、処遇・働き方改革、
スキルアップ、専門性発揮・他職種連携**

改めて「薬局」とは何かを考えてみると。。。

薬局

- ・ 薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務並びに薬剤及び医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所、医薬品販売業の場所《2019/R1薬機法改正》

<A> 医療提供施設 → 専門性・有用性・利便性・効率性

- 調剤
- 患者のための薬局ビジョン（2015）：対人サービス
 - ① 服薬指導の一元的・継続的の把握＋薬学的管理指導
 - ② 24時間対応・在宅対応
 - ③ 医療機関との連携
- + 健康サポート機能 + 高度薬学管理機能
- 一般用医薬品・OTC・ヘルスケア物品の販売・相談

 対物業務の場 → 安定供給・強靱性・効率性・利便性

- 医薬品供給拠点（商流・物流・情報結節点）

地域における薬剤師・薬局の役割について

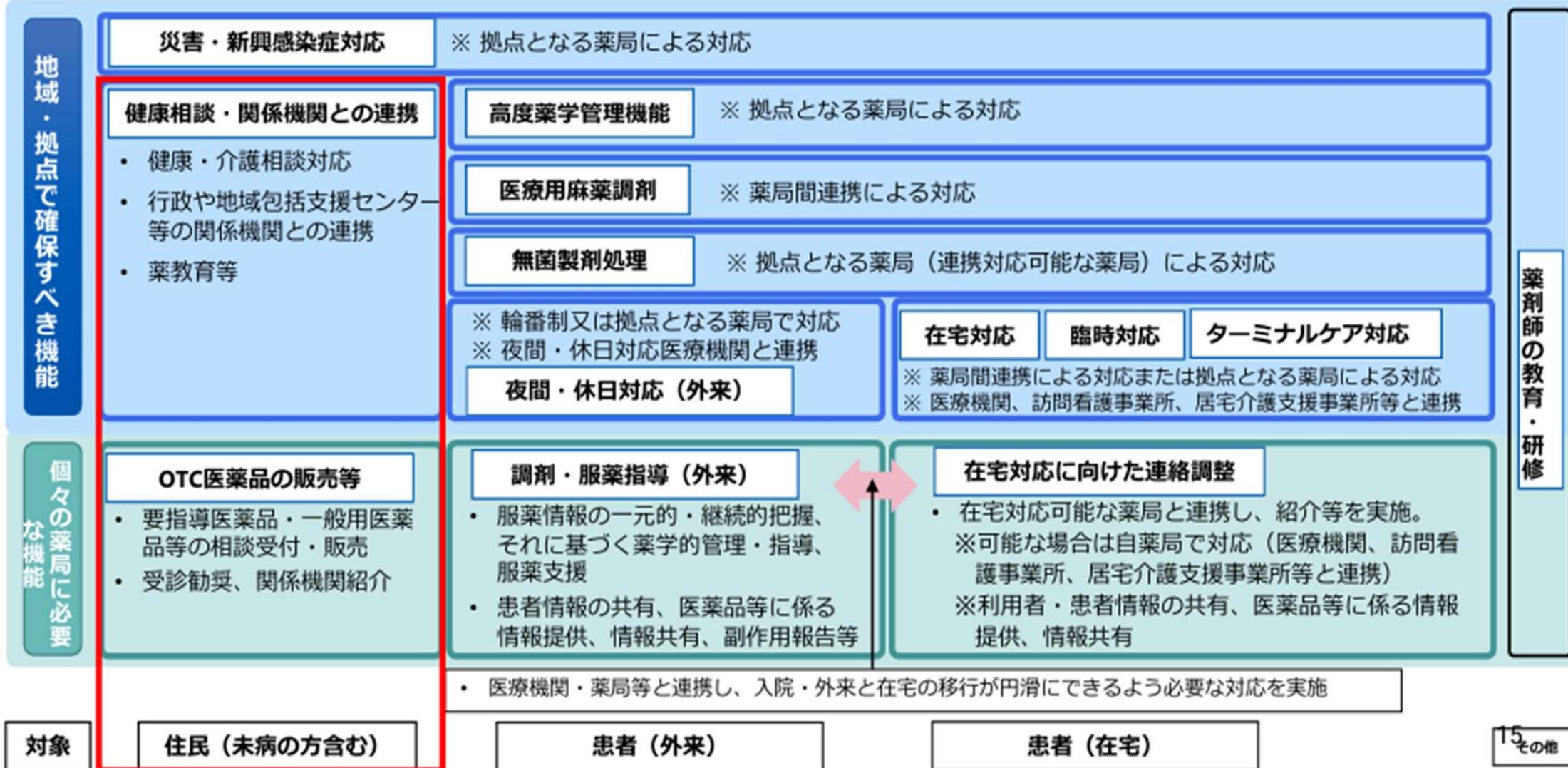
「令和6年度かかりつけ薬剤師・薬局推進指導者協議会」
(2025/R7.2.28) 厚労省医薬局総務課 資料から

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku_509684.html

地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上 等

地域における薬局の機能



《参考 1》 薬剤師・薬局に関するこれまでの取組 ①

2006/H18： 薬学養育6年生課程開始 > 新カリキュラム卒業生2012（H24）

2007/H19： 改正医療法施行（薬局＝医療提供施設、機能情報提供制度、再教育）

2014/H26： 薬剤師法施行規則改正 < 厚労省『チーム医療推進会議』

- ・ 薬剤師による残薬がある患者宅での調剂量調整 など

日薬『薬剤師の将来ビジョン』2013
『薬局のグランドデザイン 2014』

2015/H27： 「患者のための薬局ビジョン」 < 規制改革会議3次答申／実行計画

2016/H28： 調剤報酬改定（かかりつけ薬剤師指導料）

2018/H30： 厚科審医薬品医療機器制度部会『薬機法改正とりまとめ』

(1) 医薬品・機器を迅速に届ける制度、製造・流通・販売者のガバナンス強化

(2) 薬剤師・薬局のあり方 > 『医薬分業に関するとりまとめ』

2019/H31.4.2： 調剤業務あり方通知「0402通知」

2019/R1： 2019薬機法改正

➡ 2020/R2： 服薬期間中の事後フォロー（義務化）

➡ 2021/R3： **認定薬局＝地域連携薬局／専門医療機関連携薬局**

2020/R2： オンライン診療・オンライン服薬指導（コロナ特例）開始

2021/R3.9.30： 現行制度下におけるタスク・シフト／シェア「具体例通知」

< 厚労省『タスク・シフト／シェア推進に関する検討会』議論の整理

- ・ プロトコールに沿って処方された薬剤の投与量変更、薬物療法に関する説明 など

☆ 累次にわたる
調剤報酬改定

薬剤師・薬局に関するこれまでの取組 ②

2021/R3.6.30： 薬剤師養成・資質向上検討会「とりまとめ」

- 1) 薬剤師養成・教育； 入学定員規模、カリキュラム・教員資質
- 2) 薬剤師確保； 過剰予想 + 業態偏在／地域偏在 < 薬剤師需給推計（2020）
- 3) 業務資質向上； 調剤業務、卒後研修

2022/R4： 薬機法改正 [緊急承認制度、電子処方箋]

& 「データヘルス集中改革プラン」2020.7（2021=R3～2022=R4）

2022.7.11： 薬局薬剤師業務・薬局機能WG「とりまとめ」

- 対人業務の充実、対物業務の効率化（調剤委託・員数基準）、DX、地域における役割

2022.8.23： 文科省「薬学系人材養成の在り方に関する検討会」とりまとめ

2023/R5.3.29： 薬剤師養成・資質向上検討会

- (1) 薬剤師偏在指標、薬剤師確保計画ガイドライン
- (2) モデル・コア・カリキュラム、卒後臨床研修

↓ ※ 新薬剤師養成問題検討会

↓ ※ 日本薬剤師会「薬局ビジョン実現に向けた薬剤師のかかりつけ機能強化事業」報告書

↓

2024/R6.9.30： 薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会「これまでの議論まとめ」

2025/R7.2.12： 薬機法改正案 国会提出

《参考2》 「患者のための薬局ビジョン」 (2015/H27.10.23公表) ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- ・ 処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況の
フィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

- 医薬関係団体・学会等で、
専門性を向上するための
研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、
患者の同意の下、検査値や
疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の
最新情報の収集

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

《参考3》 「薬機法等制度改革に関するとりまとめ」 (抄)

(2018/H30.12.25 厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会)

(前略)今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。(後略)

《参考4》 「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するWG」

とりまとめ（2022/R4.7.11）

～ 薬剤師が地域で活躍するためのアクションプラン ～

基本的な考え方

- ① 対人業務の更なる充実：処方箋受付時以外の対人業務の充実が必要。また、対物業務を含む対人業務以外の業務の効率化が不可欠。
- ② ICT化への対応：各種医療情報を活用して、薬局薬剤師DXを実現していくことが必要。
- ③ 地域における役割：地域全体で必要な薬剤師サービスについて、地域の薬局全体で提供していくという観点が必要。

具体的な対策（アクションプラン）

1. 対人業務の充実

- 処方箋受付時以外の対人業務（①調剤後のフォローアップの強化、②医療計画における5疾病、③薬剤レビュー、④リフィル処方箋への対応等）を推進すべき（手引きの作成等）。
- 好事例を均てん化するための方策や課題の収集、分析を行うべき。

2. 対物業務の効率化

- 調剤業務の一部外部委託、処方箋の40枚規制、院外処方箋に関する問合せの簡素化等について議論。
- 調剤業務の一部について、とりまとめの内容を踏まえて具体的な安全基準等を検討する。

委託可能な業務：一包化（直ちに必要とするものを除く。）、委託先：同一3次医療圏内の薬局

3. 薬局薬剤師DX

- 薬局薬剤師DXの先進的な取組について、好事例の共有が必要。
- データ連携基盤の構築を進めていくことが必要。
- 薬局以外の場所でのオンライン服薬指導を可能とする方向で検討。（R4年度）（予定）

4. 地域における薬剤師の役割

- 他職種や病院薬剤師との連携：①退院時のカンファレンス等への参加の促進、②他の医療提供施設への情報の発信等。
- 健康サポート業務の推進のための取組：健康サポート機能のエビデンスの収集・周知や、自治体等と連携した取組等。
- 薬局間連携：薬局間を調整するまとめ役の薬局について、地域連携薬局の拡充又は発展形（機能強化型）で検討を進めるかどうか。

第4 具体的な対応の方向性① 対人業務の充実 (とりまとめP6~P9)

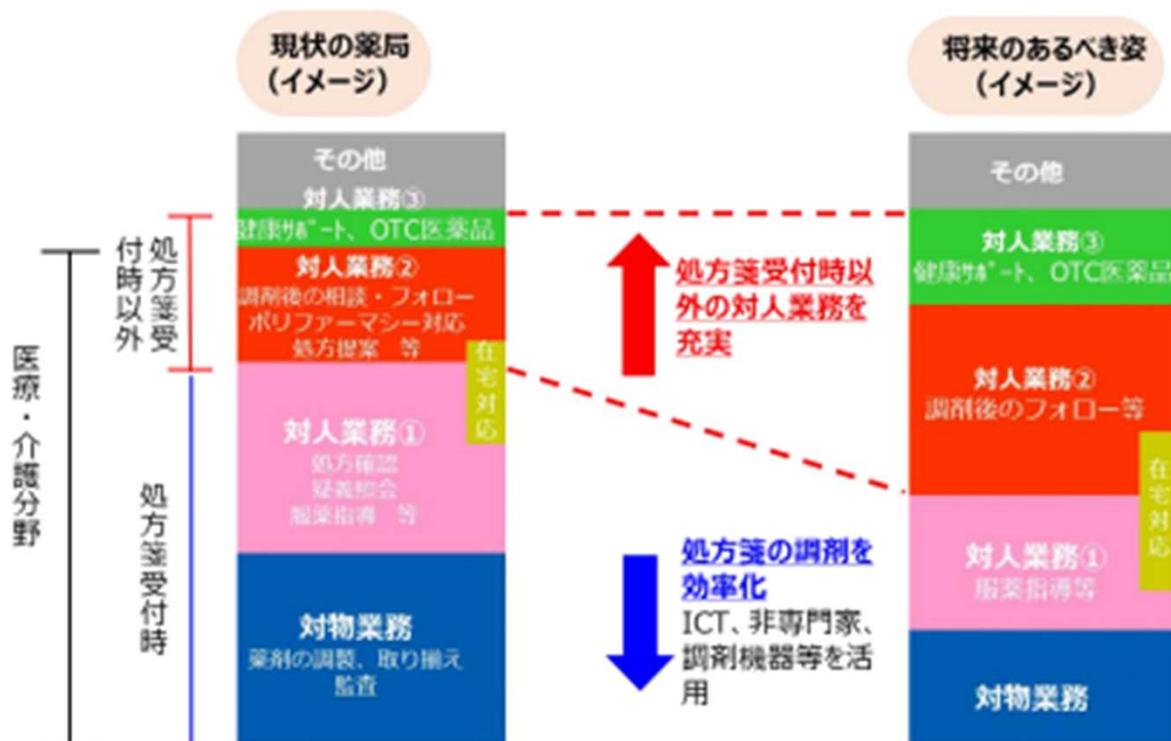
薬局薬剤師業務・薬局機能に関するWG
2022/R4.7.11 とりまとめ概要

- 対人業務について、特に処方箋受付時以外の業務(注)を推進していく必要がある。
- その上で、調剤後のフォローアップの強化、医療計画における5疾病、薬剤レビュー、リフィル処方箋への対応等について、推進すべき対人業務とされた。
- また、対人業務の好事例が均てん化しておらず、そのための方策や課題の収集、分析が必要である。

(注) 調剤後のフォローアップやポリファーマシー等の対応、セルフケア、セルフメディケーションの支援等の健康サポート業務等

基本的な考え方

- 薬局薬剤師の業務は、「処方箋受付時の業務」が主体であったが、「処方箋受付時以外の対人業務」の更なる充実が求められている。
- 対人業務の好事例を均てん化させる必要がある。



具体的な対策 (アクションプラン)

(1) 推進すべき対人業務

- 調剤後のフォローアップの強化
- 医療計画における5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)
- リフィル指示された処方箋への対応
→ 手引きの作成、周知等

➢ 薬剤レビュー

→ 推進に向けた対策を検討

(2) 対人業務に必要なスキル習得

- 勉強会、症例検討会の開催・参加
- 地域の薬剤師会等が中心となり、地域の基幹病院等と連携するための対策を検討

(3) 均てん化に向けた取組

- 好事例が全国的に普及するための方策や課題の収集・分析
- ※ モデル事業等で実施された対人業務の好事例が均てん化していない。

地域連携薬局数

全数 4,285 (令和6年12月31日時点)

北海道	183	東京都	655	滋賀県	47	徳島県	29
青森県	30	神奈川県	373	京都府	127	香川県	49
岩手県	31	新潟県	88	大阪府	295	愛媛県	36
宮城県	93	山梨県	14	兵庫県	178	高知県	21
秋田県	23	長野県	70	奈良県	36	福岡県	122
山形県	25	富山県	39	和歌山県	13	佐賀県	9
福島県	78	石川県	38	鳥取県	30	長崎県	30
茨城県	155	岐阜県	49	島根県	15	熊本県	37
栃木県	56	静岡県	129	岡山県	52	大分県	33
群馬県	60	愛知県	173	広島県	109	宮崎県	23
埼玉県	261	三重県	69	山口県	29	鹿児島県	37
千葉県	213	福井県	16			沖縄県	7

専門医療機関連携薬局数

全数 207 (令和6年12月31日時点)

北海道	17	東京都	17	滋賀県	6	徳島県	1
青森県	1	神奈川県	18	京都府	2	香川県	1
岩手県	1	新潟県	1	大阪府	17	愛媛県	2
宮城県	7	山梨県	0	兵庫県	8	高知県	0
秋田県	0	長野県	6	奈良県	0	福岡県	8
山形県	4	富山県	2	和歌県	0	佐賀県	2
福島県	1	石川県	1	鳥取県	0	長崎県	5
茨城県	8	岐阜県	3	島根県	1	熊本県	3
栃木県	4	静岡県	4	岡山県	4	大分県	1
群馬県	3	愛知県	10	広島県	3	宮崎県	1
埼玉県	14	三重県	4	山口県	2	鹿児島県	3
千葉県	10	福井県	0			沖縄県	1

薬薬連携（議論のための頭の整理）

I. 連携パターン

- 1) かかりつけ機能 ～ 地域連携薬局？（かかりつけ薬局）
- 2) 専門医療 ～ 専門医療機関連携薬局？
ex. がん・COPD・心不全 // 麻薬、無菌製剤、小児、Device

※ 医療機関 ～ 薬局/薬剤師 ～ ケアマネ・高齢者施設/在宅

※ 日本版CDTM（Collaborative Drug Therapy Management：共同薬物療法管理）

《ねらい》

- ① 継続的一元的な薬学的管理・指導、情報共有
 - ② ポリファーマシー防止、残薬管理・術前管理
 - ③ アドヒアランス
 - ④ 緊急時・災害時等の事前備え
- + 個別薬剤師のスキルアップ機会、薬剤師・薬局への理解

II. 連携ツール

- 1) お薬手帳 > 電子版（標準化）
- 2) 薬剤管理サマリー（薬剤管理情報提供書）
入退院時情報共有シート
- 3) 薬剤適正使用のための施設間情報連絡票
- 4) トレーシングレポート > 電子化
- 5) いわゆる地域フォーミュラリ

III. 連携基盤

- 1) 定期的意見交換 = 顔・腕・腹の見える関係
➡ 病院、薬剤師会 + 有志グループ
- 2) EHR（Electronic Health Record：電子健康記録）

※ **日本薬剤師会「薬局ビジョン実現に向けた薬剤師のかかりつけ機能強化事業」**
報告書（2022/R4年度版）： 薬物療法に関わる関係者による情報共有モデル事業
= 岩手、三重、滋賀、京都、兵庫、宮崎、鹿児島

※ **長野県病院薬剤師会/薬剤師会『入退院時薬薬連携マニュアル』**（2021/R3.8）

IV. 進捗課題 = 病院側 / 薬局側

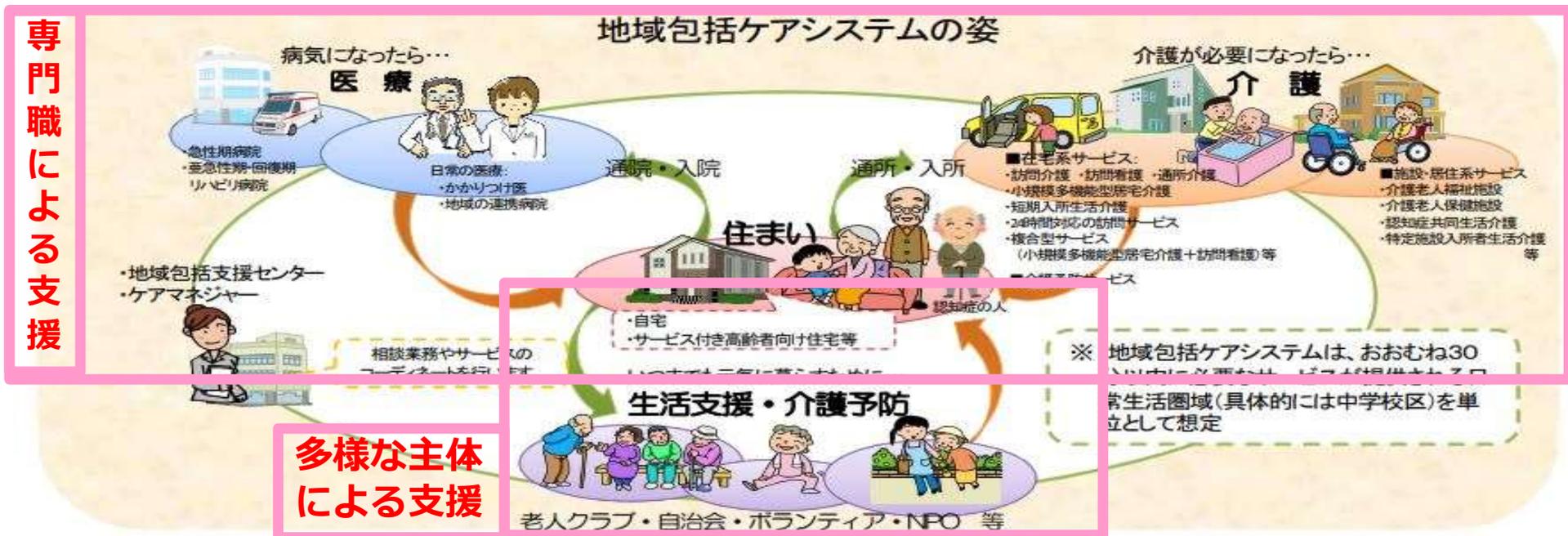
- 1) 体制があるか： 担う人材の確保、リーダー
- 2) 追加コスト（費用・手間）の負担
- 3) 患者の理解・協働： 情報共有への同意
- 4) 以前からの地域状況： 個別薬局・医療機関、関係性

《診療報酬》 か薬剤師指導料/か薬剤師包括管理料、
退院時薬剤情報管理指導料、服薬情報等提供料、
各種加算 など

➔ 沖縄の現状・見通しを教えてください！！

- ・ 地域の違い
- ・ 熟度の違い
- ・ ポイント/key Personはどこか/誰か

ここ10年余りの「地域包括ケア」の進捗～進化・深化



2016 (H28) .3 『地域包括ケア研究会』 報告書より

川越雅弘 (前埼玉県立大大学院教授) スライドから

<地域包括ケアの肝>

- 「ご当地ネットワーク」
- 「日頃からの顔の見える関係」
- 「身近な地域での包括的なチームケア」。

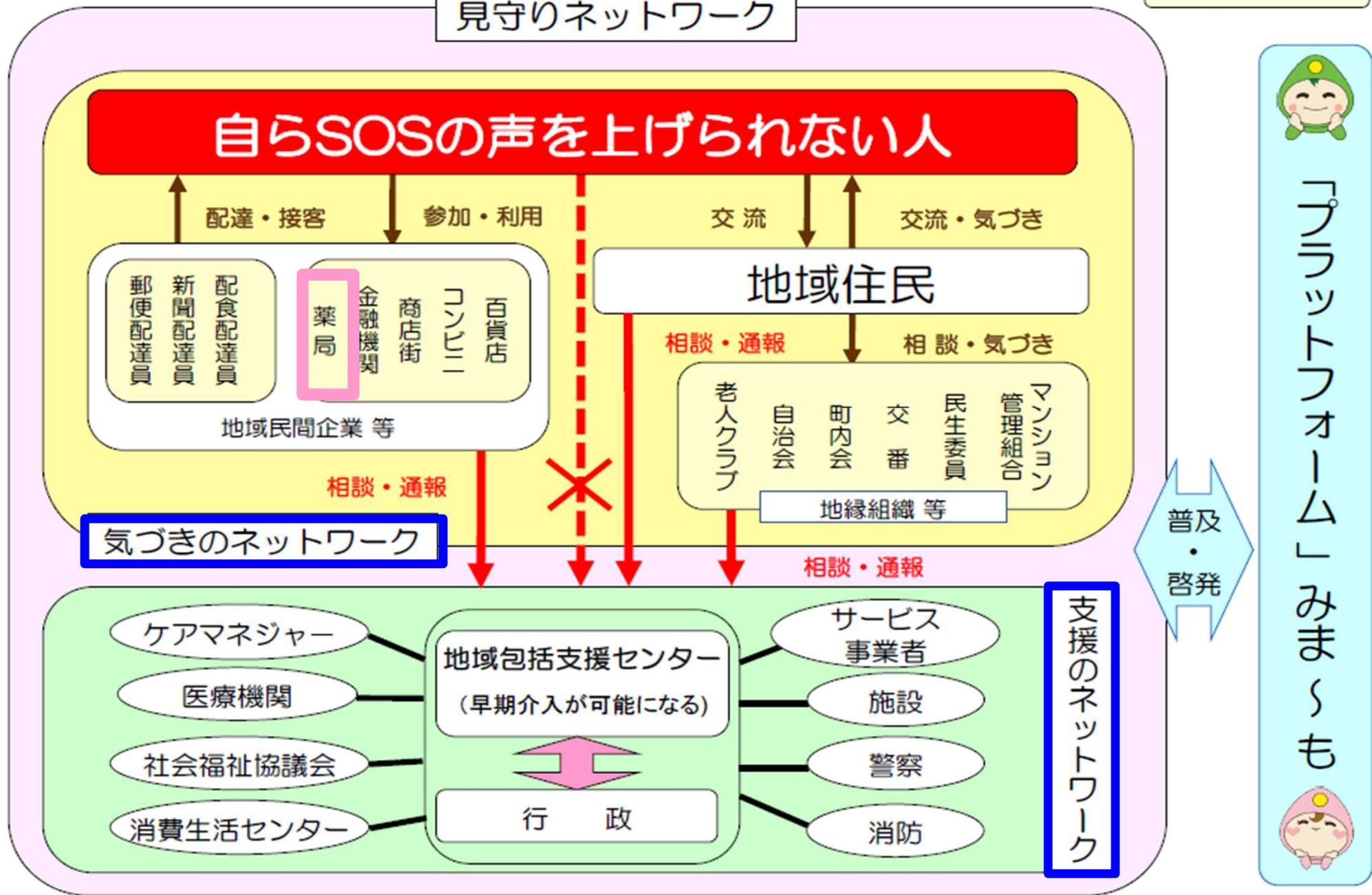
➡ 医療・介護や予防・健康づくり、日常生活支援に加えて、**住まい、移動手段、賑わい、防災・防犯**までを視野に入れた「まちづくり」そのもの。

➡ 「高齢者」だけでなく、**地域住民や地域の多様な主体**が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が「世代や分野」「支え手・受け手の関係」を超えて『丸ごと』つながることで、住民が抱える様々な困難に対応する「**地域共生社会**」。

支援が必要な人を見守り・支え合うネットワークとは？

支援のネットワーク
気づきネットワーク

見守りネットワーク



《出典》 澤登久雄氏（前・牧田総合病院地域ささえあいセンター長）スライド に強調

《個人的な感想を申し上げれば》

類似にわたる提言等によって、薬局・薬剤師が、2040年に向けて、当面目指すべき方向性は示されている（と思う）。

関係者／当事者が課題とすべきは、提言等の内容をどう実装し・実績とするか、ではないか。

- ※ 勿論、時々UP-DATEは必要。方向性を具体化するためには、常に関係者/国民的議論を深める課題と向き合う必要。
- ※ 「専門職能としての薬剤師」 「地域に根を張る薬局」

➡ 「いて欲しい人 いなくては困る人」
としての信頼と着実な成果

参 考 资 料

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

令和6年度調剤報酬改定の主なポイント

地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料の引上げ
 - ・調剤基本料2の算定対象拡大による適正化（1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局）
- **かかりつけ機能に係る薬局の評価（地域支援体制加算）の見直し**
 - ・薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から要件を強化
 - ・他の体制評価に係る評価を踏まえた点数の見直し
- **新興感染症等に対応できる薬局の評価（連携強化加算）の見直し**
 - ・改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた見直し
- **医療DXの推進**
 - ・医療DXに対応する体制（電子処方箋、マイナ保険料利用率、電子カルテ情報共有サービス、電子薬歴等）を確保している場合の評価を新設
- **その他の見直し**
 - ・特別調剤基本料の区分新設（いわゆる同一敷地内薬局、調剤基本料の届出がない薬局に区別）
 - ・いわゆる同一敷地内薬局の評価見直し

質の高い在宅業務の推進

- **在宅業務に係る体制評価**
 - ・ターミナルケア、小児在宅医療に対応した訪問薬剤管理指導の体制を整備している薬局の評価を新設
- **ターミナル期の患者への対応に係る評価充実**
 - ・医療用麻薬を注射で投与されている患者を月8回の定期訪問ができる対象に追加（介護報酬も同様の対応）
 - ・ターミナル期の患者の緊急訪問の回数を月4回から原則月8回に見直し
 - ・ターミナル期の患者を夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価新設
 - ・医療用麻薬の注射剤を希釈しないで無菌調製した場合の評価追加
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・処方箋交付前の処方提案に基づく処方変更に係る評価新設
 - ・退院直後などの計画的な訪問が始まる前に患者を訪問して多職種と連携した薬学的管理・指導を行った場合の評価新設
- **高齢者施設の薬学的管理の充実**
 - ・①ショートステイの利用者への対応、②介護医療院、介護老人保健施設の患者に対して処方箋が交付された場合の対応の評価新設（服薬管理指導料3）
 - ・施設入所時等に服薬支援が必要な患者に指導等を行った場合の評価新設

かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価の見直し

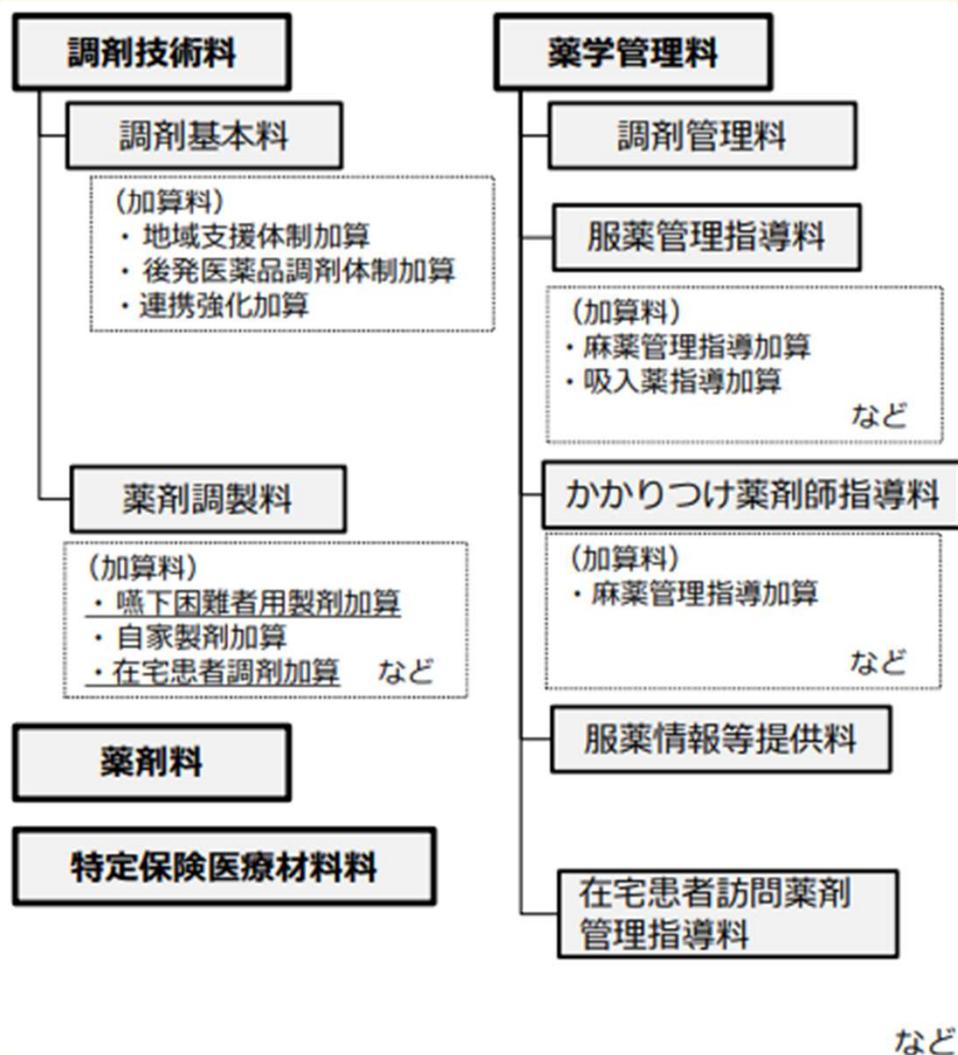
- **かかりつけ薬剤師業務の評価の見直し**
 - ・休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能とする見直し
 - ・かかりつけ薬剤師と連携して対応する薬剤師の範囲見直し（複数名可）
 - ・かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合の評価、調剤後のフォローアップ業務の評価が算定可能となるよう見直し
- **調剤後のフォローアップ業務の推進**
 - ・糖尿病患者の対象薬剤拡大（インスリン製剤等→糖尿病薬）
 - ・慢性心不全患者へのフォローアップの評価を新設
- **医療・介護の多職種への情報提供の評価**
 - ・介護支援専門員に対する情報提供の評価を新設
 - ・リフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供の評価を明確化
- **メリハリをつけた服薬指導の評価**
 - ・ハイリスク薬の服薬指導（特定薬剤管理指導加算1）における算定対象となる時点等の見直し
 - ・特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価（特定薬剤管理指導加算3）を新設（①医薬品リスク管理計画に基づく説明資料の活用等の安全性に関する特段の情報提供の場合、②長期収載品の選定療養、供給不足による医薬品の変更の説明をした場合の評価）
- **調剤業務に係る評価（自家製剤加算）の見直し**
 - ・嚥下困難者用製剤加算を廃止し飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を、自家製剤加算での評価に一体化
 - ・供給不足によりやむを得ず錠剤を粉砕等する場合でも加算が算定できるよう見直し

調剤報酬の体系（令和6年改定後）

薬局・薬剤師業務の評価体系

<調剤報酬の構成>

現行



改定後



薬局の体制に係る評価の見直し

➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

調剤基本料

- 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の質上げを実施すること等の観点から調剤基本料を引上げ
- 特別調剤基本料の区分新設
(A: 敷地内薬局、B: 基本料の届出がない薬局)

調剤基本料 1	42点→ <u>45点</u>
調剤基本料 2	26点→ <u>29点</u>
調剤基本料 3イ	21点→ <u>24点</u>
調剤基本料 3ロ	16点→ <u>19点</u>
調剤基本料 3ハ	32点→ <u>35点</u>
特別調剤基本料A	7点→ <u>5点</u>
特別調剤基本料B	7点→ <u>3点</u>

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域におけるかかりつけ機能の役割を果たし、地域医療に貢献する薬局を評価 (他の体制評価項目を踏まえた点数見直し)
- かかりつけ機能を推進するための要件強化 (調剤基本料1の薬局とそれ以外の薬局の実績要件の項目をそろえる等)

【調剤基本料1の薬局】	
地域支援体制加算 1	39点→ <u>32点</u>
地域支援体制加算 2	47点→ <u>40点</u>
【調剤基本料1以外の薬局】	
地域支援体制加算 3	17点→ <u>10点</u>
地域支援体制加算 4	39点→ <u>32点</u>

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価 (変更なし)

後発医薬品調剤体制加算 1 (80%以上)	21点
後発医薬品調剤体制加算 2 (85%以上)	28点
後発医薬品調剤体制加算 3 (90%以上)	30点

- 感染・災害発生時に対応できる体制を整備する薬局を評価

連携強化加算	2点→ <u>5点</u>
--------	---------------

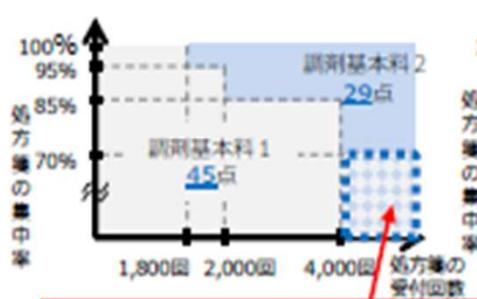
- 医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価

(新) 医療DX推進体制整備加算 4点 (月に1回)

- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価
(※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算)

(新) 在宅薬学総合体制加算 1	<u>15点</u>
(新) 在宅薬学総合体制加算 2	<u>50点</u>

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



処方箋受付回数4,000回超
かつ 上位3の医療機関の集中度合計70%超 (改定)

薬局における服薬指導等の業務の評価の主な見直し項目

かかりつけ薬剤師業務の見直し

- 24時間対応に係る要件の見直し
 - ・ 休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直し
 - ➔ かかりつけ薬剤師指導料（76点）
 - ➔ かかりつけ薬剤師包括管理料（291点）
- 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師の場合）の見直し
 - ・ かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合には、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が対応可能となるよう見直し
 - ➔ 服薬管理指導料の特例（59点）
- かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲の見直し
 - ・ 吸入薬指導加算が算定可能となるよう見直し
 - ➔ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）
 - ・ 調剤後のフォローアップを行う調剤後薬剤管理指導料が算定可能となるよう見直し
 - ➔ 調剤後薬剤管理指導料1・2（60点／月1回まで）

調剤後のフォローアップ業務の推進

- 糖尿病患者へのフォローアップの充実（対象薬剤の拡大）
 - ・ 糖尿病患者に対するフォローアップ業務の対象薬剤をインスリン製剤等から糖尿病用剤に拡大
 - ➔ 調剤後薬剤管理指導料1（60点／月1回まで）
- 慢性心不全患者へのフォローアップの拡大
 - ・ 作用機序の異なる複数の循環器用治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対するフォローアップ業務の評価の新設
 - ➔ 調剤後薬剤管理指導料2（60点／月1回まで）

多職種との連携の充実

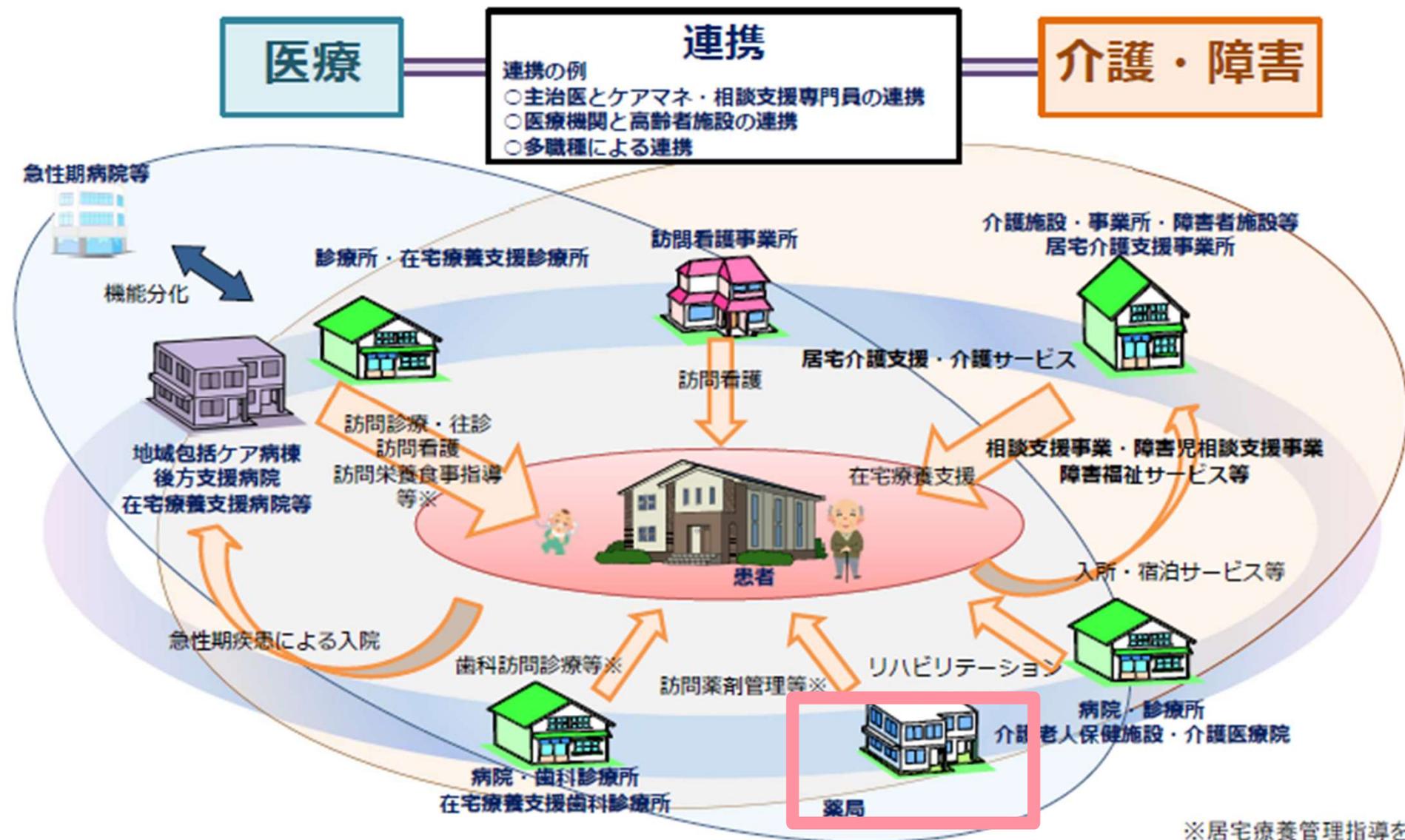
- 医療及び介護に関わる多職種への情報提供の評価
 - ・ 保険薬局の薬剤師が医療機関等へ情報提供を行った評価の見直し（服薬情報等提供料2の評価内容の見直し）
 - ・ 医療機関への情報提供を行った場合の評価（従来どおり）
 - ➔ 服薬情報等提供料2 イ（20点／月1回まで）
 - ・ リフィル処方箋を処方した医師へ情報提供を行った場合の評価（明確化）
 - ➔ 服薬情報等提供料2 ロ（20点／月1回まで）
 - ・ 介護支援専門員に対して情報提供した場合の評価（新設）
 - ➔ 服薬情報等提供料2 ハ（20点／月1回まで）

メリハリを付けた服薬指導の充実

- ハイリスク薬の服薬指導の評価の見直し
 - ・ 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の服薬指導に対する評価の見直し（新規処方時、用量変更時等に限り算定可能とする）
 - ・ 新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合
 - ➔ 特定薬剤管理指導加算1 イ（10点／1回につき）
 - ・ 用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に応じて必要な指導を行った場合
 - ➔ 特定薬剤管理指導加算1 ロ（5点／1回につき）
- 重点的な服薬指導・説明が必要な場合の評価
 - ・ 特に医薬品の安全性に関する説明・指導を行った場合（医薬品リスク管理計画に基づく説明資料、緊急安全性情報等の情報に基づく説明・指導）
 - ➔ 特定薬剤管理指導加算3 イ（5点／1回につき）
 - ・ 調剤前に医薬品の選択に係る情報の説明・指導を行った場合（選定療養の対象となる先発医薬品を選択する患者、医薬品の供給状況により調剤する医薬品を変更する必要がある患者への説明・指導）
 - ➔ 特定薬剤管理指導加算3 ロ（5点／1回につき）

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



《参考》 令和4年度調剤報酬改定のポイント

薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

➤ 調剤業務の評価体系の見直し

- 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
- 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設

➤ 服薬指導等業務の評価の見直し

- 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編

➤ 外来服薬支援に係る評価

- 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

➤ 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充

- インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充

➤ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

➤ 入院時の持参薬整理の評価

- 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設

➤ 減薬提案に係る情報提供の評価の見直し

- 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し

➤ 同一薬局の利用推進

- かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

➤ 調剤基本料の評価の見直し

- 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し

➤ 特別調剤基本料の見直し

- 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

➤ 地域支援体制加算の要件及び評価の見直し

- 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
- 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価

- 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価

➤ 在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充

- 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
- 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

➤ 外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価

- 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し

➤ 外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価

- オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設