

中央社会保険医療協議会 総会（第 550 回） 議事次第

令和 5 年 7 月 2 6 日（水）薬価専門部会終了後～

議 題

- 部会・小委員会に属する委員の指名等について
- 感染症について（その 1）
- 調剤について（その 1）

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和5年7月26日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 三 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専 門 委 員	羽 田 健一郎 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉 赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 村 井 泰 介 守 田 恭 彦 前 田 桂 青 木 幸 生	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 株式会社ビタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器械株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和5年7月26日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 高 町 晃 司 眞 田 享 三 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専 門 委 員	羽 田 健一郎 木 澤 晃 代 上 田 克 彦 田 村 文 誉	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿

令和5年6月21日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 鈴 木 順 三	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 永 瀬 伸 子 本 田 文 子	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和5年7月26日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 茂 松 茂 人 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3．公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 永 瀬 伸 子 本 田 文 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4．専 門 委 員	木 澤 晃 代	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和5年6月21日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 公益を代表する委員	飯 塚 敏 晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小 塩 隆 士	一橋大学経済研究所教授
	笠 木 映 里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	◎ 永 瀬 伸 子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本 田 文 子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安 川 文 朗	京都女子大学データサイエンス学部教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿

令和5年6月21日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	小 塩 隆 士 ○ 笠 木 映 里 本 田 文 子 ◎ 安 川 文 朗	一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専 門 委 員	赤 名 正 臣 石牟禮 武 志 村 井 泰 介	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿

令和5年4月26日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 末 松 則 子	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂 松 茂 人 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯 塚 敏 晃 ◎ 笠 木 映 里 ○ 永 瀬 伸 子 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専 門 委 員	守 田 恭 彦 前 田 桂 青 木 幸 生	ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器械株式会社参与

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿

令和5年4月26日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 高 町 晃 司 眞 田 享 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 森 昌 平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 笠 木 映 里 ○ 安 川 文 朗	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
4. 専 門 委 員	赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 守 田 恭 彦 前 田 桂	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社渉外部長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル&スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

- ・ 福 田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・ 池 田 俊 也（国際医療福祉大学教授）

感染症について(その1)

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症以外の感染症に対する医療
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 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(小児救急含む)
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)
- 医師の確保(医師確保計画)
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

○医療計画の項目のうち、

- 入院医療、外来医療、在宅医療については、それぞれのテーマごとに中医協において医療計画との関係性も踏まえつつ議論することとする。
その際、地域医療構想については、第8次医療計画においても毎年度対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて推進することとされていることから、その状況も踏まえることとする。
- 6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、へき地の医療及び周産期医療、小児医療)のうち新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症への対応を含めた感染症に対する医療に関する議論の中で別途取り扱うこととし、今回は残りの5事業について議論することとする。
- また、上記6事業を含め、5疾病及び医療の安全の確保等については、今後必要に応じて、個別項目等の議論の中でも取り扱うこととする。

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、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

改正の趣旨

(令和3年2月2日 法案閣議決定、令和3年5月28日 公布)

第31回地域医療構想に関するワーキンググループ
3 2 1 2

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(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)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う枠組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う枠組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

概 要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定^(*)を締結する仕組み等が法定化された。（令和6年4月施行）
^(*) 病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
- 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。

※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

新興感染症発生からの一連の対応

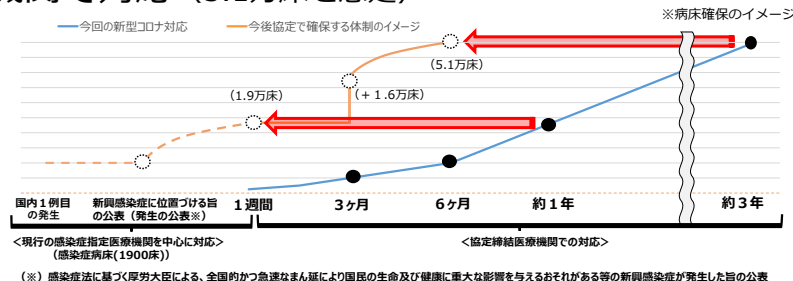
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

想定する新興感染症

- 対応する新興感染症(注)は、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症(※)、指定感染症及び新感染症を基本とする。医療計画の策定にあたっては、感染症に関する国内外の最新の知見を踏まえつつ、一定の想定を置くこととするが、まずは現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組む。

(注) 下記の定義を踏まえると、通称で「新興・再興感染症」とする場合もあるが、本資料ではそれと同義のものとして単に「新興感染症」としている。

(※) 感染症法上、新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症が定義されている。

- 実際に発生・まん延した感染症が、「事前の想定とは大きく異なる事態」となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う。

「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、新型コロナへの対応(株の変異等の都度、政府方針を提示)を参考に、国が国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知する。

新興感染症発生からの一連の対応

- 国内での感染発生早期(新興感染症発生から感染症法に基づく厚生労働大臣による発生の公表(※1)(以下単に「発生の公表」という。)前まで)の段階は、現行の感染症指定医療機関(※2)の感染症病床を中心に対応する。その際、当該感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行う。

(※1) 全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある等の新興感染症が発生した旨の公表(新興感染症に位置付ける旨の公表)

(※2) 現行の感染症指定医療機関373病院のうち、新型コロナ対応における重点医療機関に指定されている医療機関は345病院(うち総病床数400床以上の病院は178病院)(令和4年12月時点)。このほか、エボラ出血熱等の一類感染症について、特定又は第一種感染症指定医療機関が対応し、SARS等の二類感染症については、特定、第一種又は第二種感染症指定医療機関が対応

- 発生の公表後の流行初期の一定期間(3箇月を基本として必要最小限の期間を想定※3)には、まずは発生の公表前から対応実績のある当該感染症指定医療機関が、流行初期医療確保措置(※4)の対象となる協定に基づく対応も含め、引き続き対応する。また、国が、当該医療機関の実際の対応に基づいた対応方法を含め、国内外の最新の知見について、都道府県及びその他医療機関に情報提供した上で、同協定を締結するその他医療機関も、各都道府県の判断を契機として、対応していく。なお、国は、随時、当該知見について更新の上情報提供するとともに、医療機関が対応するための感染症対策物資等の確保に努める。

(※3) 令和4年11月24日参議院厚生労働委員会附帯決議

五、流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3箇月を基本として必要最小限の期間とすること。

(※4) 協定に基づく対応により経営の自律性を制限して、流行初期に感染症医療を行う協定締結医療機関に対して、感染症医療を行った月の診療報酬収入が、流行前の同月のそれを下回った場合に、その差額を支払う措置

- 一定期間経過後は、これらに加え、その他の協定締結医療機関のうち、公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も中心となった対応とし、その後3箇月程度（発生の公表後6箇月程度）を目途に、順次速やかに全ての協定締結医療機関での対応を目指す。
- なお、新興感染症の性状のほか、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況や、感染症対策物資等の確保の状況などが事前の想定とは大きく異なる事態の場合は、国がその判断を行い、機動的に対応する。

流行状況（フェーズ）に応じた対応

- 新型コロナ対応では、国から各都道府県に対し、一般フェーズと緊急フェーズ（通常診療の相当程度の制限あり）のフェーズ設定の考え方を事務連絡でお示しし、各都道府県で、感染状況に応じたフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床数等を確保する計画を立てていたことを踏まえ、国は、新興感染症対応においても、同様の考え方を示し、都道府県は、基本的に、流行初期の一定期間（3箇月程度）経過後から、新型コロナ対応と同様のフェーズの考え方に沿って対応する。

感染症法の予防計画や新型インフル特措法の行動計画との整合性

- 新興感染症対応の基盤となる考え方等については、感染症法に基づく予防計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画と共通となるべきものであり、医療計画の指針等の作成に当たっては、これらの指針等との関係・整合に留意する。

国が果たすべき役割

- 令和4年の感染症法の改正（以下「改正感染症法」という。）により、感染症発生・まん延時における、国の広域的な人材の派遣や移送等に係る総合調整権限が盛り込まれたことや、感染症等に関する新たな専門家組織の機能強化の議論・検討も踏まえて、国は感染症対策における司令塔機能を果たす。

基本指針の改正について

新	旧
一 感染症の予防の推進の基本的な方向	一 感染症の予防の推進の基本的な方向
二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項	二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項	三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
<u>四 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究に関する事項</u>	<u>五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項</u>
<u>五 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項</u>	<u>七 感染症の病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項</u>
<u>六 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</u>	<u>四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</u>
<u>七 感染症の患者の移送のための体制の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>八 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項</u>	<u>六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項</u>
<u>九 感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標に関する事項</u>	(新設)
<u>十 宿泊施設の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>十一 新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者又は新感染症外出自粛対象者の療養生活の環境整備に関する事項</u>	(新設)
<u>十二 感染症の予防又はまん延防止のための総合調整・指示の方針に関する事項</u>	(新設)
<u>十三 法第五十三条の十六第一項に規定する感染症対策物資等の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>十四 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</u>	<u>九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項</u>
<u>十五 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上に関する事項</u>	<u>八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項</u>
<u>十六 感染症の予防に関する保健所の体制の確保に関する事項</u>	(新設)
<u>十七 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項</u>	<u>十 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項</u>
<u>十八 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止、病原体等の検査の実施並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項</u>	<u>十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項</u>
<u>十九 その他感染症の予防の推進に関する重要事項</u>	<u>十二 その他感染症の予防の推進に関する重要事項</u>

- 平時からの備えを確実に推進するため、国の基本指針に基づき、都道府県の「予防計画」の記載事項を充実。記載事項を追加するとともに、病床・外来・医療人材・後方支援・検査能力等の確保について数値目標を明記。
(新たに保健所設置市・特別区にも予防計画の策定を義務付け。ただし、記載事項は★(義務)と☆(任意)を付した部分に限る。)

現行の予防計画の記載事項	予防計画に追加する記載事項案	体制整備の数値目標の例 (注1)
1 感染症の発生の予防・まん延の防止のための施策★		
2 医療提供体制の確保		・協定締結医療機関（入院）の確保病床数 ・協定締結医療機関（発熱外来）の医療機関数 ・協定締結医療機関（自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供）の医療機関数 ・協定締結医療機関（後方支援）の医療機関数 ・協定締結医療機関（医療人材）の確保数 ・協定締結医療機関（PPE）の備蓄数量
	① 情報収集、調査研究☆	
	② 検査 の実施体制・検査能力の向上★	・検査の実施件数（実施能力）★ ・検査設備の整備数★
	③ 感染症の 患者の移送 体制の確保★	
	④ 宿泊施設 の確保☆	・協定締結宿泊療養施設の確保居室数☆
	⑤ 宿泊療養・自宅療養 体制の確保（医療に関する事項を除く）★ 注： 市町村との情報連携、高齢者施設等との連携 を含む。	・協定締結医療機関（自宅・宿泊施設・高齢者施設での療養者等への医療の提供）の医療機関数（再掲）
	⑥ 都道府県知事の指示・総合調整権限の発動要件	
	⑦ 人材 の養成・資質の向上★	・医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数★
	⑧ 保健所 の体制整備★	
3 緊急時の感染症の発生の予防・まん延の防止、医療提供のための施策★	※ 緊急時における検査の実施のための施策を追加。 ★	

(注1) 予防計画の記載事項として、体制整備のための目標を追加。上記は、想定している数値目標の例。具体的には、国の基本指針等に基づき、各都道府県において設定。
対象となる感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症。計画期間は6年。

(注2) 都道府県等は、予防計画の策定にあたって、医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画との整合性を確保。

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		病床を確保し（※１）、入院医療を実施 ※１ 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等（※２）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※２ 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第１種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備		
新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値目標 （全国での数値目標） ＜予防計画＞	①流行初期（３か月を基本）	約１．９万床	約１５００機関	・病院・診療所（約２．７万機関） ・薬局（約２．７万機関） ・訪問看護事業所（約２８００機関）	約３７００機関	・医師（約２１００人） ・看護師（約４０００人）
	②流行初期以降（６ヶ月以内）	約５．１万床	約４．２万機関			
		流行初期以降開始時点： ①＋約１．６万床（公的医療機関等）	流行初期以降開始時点： ①＋約３８００機関（公的医療機関等）			
流行初期医療確保措置の要件 （参酌して都道府県知事が定める基準）		①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②３０床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後（※４）、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②１日あたり２０人以上の発熱患者を診察	-	-	-

※４ 感染症法に基づく厚生労働大臣の発生の公表(新興感染症に位置づける旨の公表)

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- ✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- ✓ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

○協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。

○協定は、①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定。

○さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、感染初期からの対応、ピーク時には一定規模以上の病床確保を行うこと等を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

必要に応じて
協定変更

必要に応じて
対象拡大

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

第20回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年12月19日 参考資料1

- 平時において、都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、**医療機関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築することとした。**
- **感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保。**

平時	公立・公的医療機関等 (NHO・JCHOを含む)	特定機能病院/地域医療支援病院	民間医療機関
協定締結 プロセス	①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標（確保すべき病床の総数等）をあらかじめ予防計画・医療計画に規定することとした。 ②さらに、 都道府県知事は、計画に定めた病床の確保のため、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、各医療機関と協議を行う協定案（病床の割り当て等）を策定の上、各医療機関と協議を行い、結果を公表することとした。		
協定締結の 担保措置	全ての医療機関に対して、 予防計画・医療計画の達成のために、必要な協力をするよう努力義務 を課した。		
	全ての医療機関に対して、 協定締結の協議に応じる義務 を課した。		
	全ての医療機関に対して、 都道府県医療審議会の意見を尊重する義務 を課した。		
	協定の協議が調わない場合に、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、再協議を行うプロセスを明確化		

- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化した**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得ることとした。

感染症発生・まん延時	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、指示⇒公表（指示違反） * NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要措置を行うことを求めることができ、これに応じなければならないこととした。	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、勧告⇒指示⇒公表（指示違反※） ※指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得ることとした。	協定に則った対応を行うよう、勧告⇒指示⇒公表（指示違反）
協定の履行確保措置等	保険医療機関の責務として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。		

特措法では、協定の有無に関わらず、医療関係者（※）に対し、直接、患者等に対する医療等を行うよう指示できる旨の規定あり。
（※）医療関係の管理者の場合は、当該医療機関の医療関係者その他の職員を活用して実施体制の構築を図るとされている。

- ✓ 医療機関等に対する財政支援に係る費用負担については、現行、補助・負担割合を規定しているものについては、それを前提とした上で、
- ① 設備整備については、**対象施設に協定締結医療機関等を追加、**
 - ② **宿泊・自宅療養者の公費負担医療及び流行初期医療確保措置（費用は公費1/2、保険者拠出金1/2という負担割合とする。）に関する負担規定を新設、**
 - ③ **協定締結医療機関等が実施する措置に関する補助規定を新設する。**

★印は負担規定

現行	感染症指定医療機関等の設備整備 (第60条等)	入院措置 (第58条 第10号 等) ★	検査 (第58条 第1号) ★	建物の立入 制限等の措置 (第58条 第8号等) ★	消毒等の措置 (第58条 第5号等) ★	宿泊・自宅療養者の医療 (新設) ★	協定締結医療機関等 が実施する措置 (新設)	流行初期医療確保措置 (新設) ★
国の負担 ・補助割合	1／2 (都道府県と折半)	3／4 (都道府県等は1/4)	1／2 (都道府県等と折半)	1／2 (都道府県等と折半)	1／2 (都道府県等と一般市町村で折半する場合、1／3)	規定なし	規定なし	規定なし
補助の対象機関の拡大								
改正案	1／2 (※) ※ 特定・第一種・第二種感染症指定医療機関以外の協定締結医療機関、宿泊療養施設、検査機関を追加	3／4 (都道府県等は1/4)	1／2 (都道府県等と折半)	1／2 (都道府県等と折半)	1／2 (都道府県等と一般市町村が折半する場合、1／3)	3／4 (都道府県等は1/4)	3／4 (都道府県等は1/4)	3／4 (都道府県は1/4) ※公費の中での負担割合
国の負担 ・補助割合								

※ 地方公共団体が感染拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例規定の創設を含め必要な措置を検討。

（「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」（令和4年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施）

1. 措置の目的・内容

- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行うこととした。
- 支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う（※）。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。

※ 病床確保（入院医療）を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案することとした。

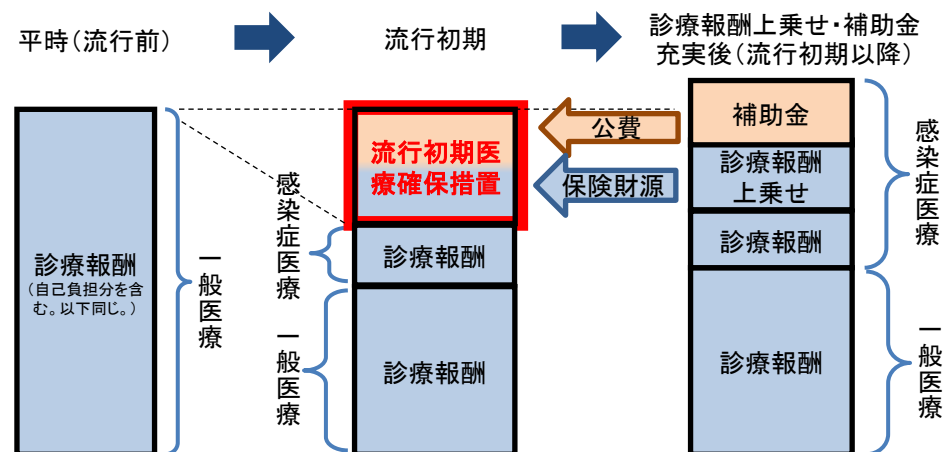
※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。（国民医療費：医療保険・後期高齢者給付分80.5%、自己負担分12.3%、公費負担医療給付分7.3%）

2. 事業実施主体 都道府県

3. 費用負担

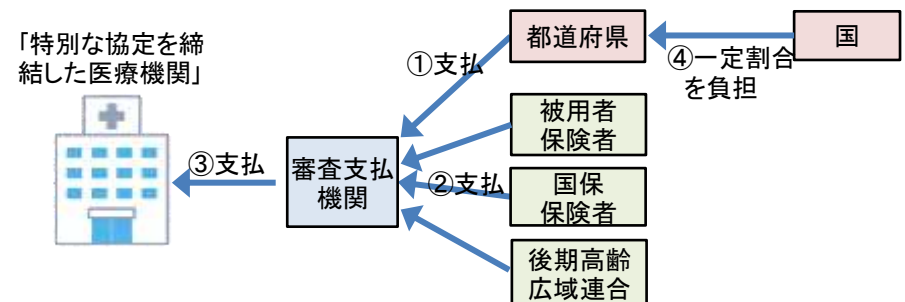
- 措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費（国、都道府県）と保険者（被用者保険、国保、後期高齢者広域連合）の負担割合は1:1とした。
- 支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとした。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢者広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行うこととした。

平時（流行前）、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後（流行初期以降）
における「特別な協定を締結した医療機関」の収入（イメージ）



流行初期医療確保措置の支払いスキーム（イメージ）

- ① 都道府県から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ② 各保険者から、審査支払機関に対し、支援額の一定割合を支払
- ③ 審査支払機関から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
- ④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担



- 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供について、**現行の感染症法**では**入院医療のみ**規定。
- 今般のコロナ対応においては、入院させるべき感染者が空き病床がないために入院できずにいたケースや、病床逼迫の折、優先順位の観点から自宅や宿泊施設での療養をお願いすべきと判断されるケースが生じたが、**自宅・宿泊・高齢者施設等療養における医療提供**について、法律上の規定がないことから、医療提供に係る**責任の所在や費用負担の枠組みが不明確**であった。
- 病床のひっ迫を回避するためには、早期受診と重症化防止が重要であり、今後の感染症発生・まん延時に備える観点から、入院医療と同様、**外来医療・自宅療養者等への医療**提供のための**新たな公費負担医療を創設**。自宅療養者等への診療体制を確保する。
(注) 新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を対象。

感染症類型	医療体制		医療費
一類感染症	特定感染症指定医療機関 （入院医療機関として国が指定、全国に数か所）		医療保険を適用 自己負担を公費負担※ 2 （自己負担なし） 負担割合：国3/4 県1/4
	第一種感染症指定医療機関 （入院医療機関として都道府県が指定、各都道府県に 1 か所）		
二類感染症※1	第二種感染症指定医療機関 （入院医療機関として都道府県が指定、二次医療圏に 1 か所）		
三類感染症	一般の医療機関		公費負担なし （医療保険を適用）
四類感染症			
五類感染症			
新型インフルエンザ等感染症 ※ 新型コロナウイルス感染症 を含む。	特定感染症指定医療機関 第一種感染症指定医療機関 第二種感染症指定医療機関	新たに創設 + 第一種協定指定医療機関（入院） 第二種協定指定医療機関（外来・自宅療養者等への医療） ※ 3 （都道府県が指定）	医療保険を適用 自己負担を公費負担※ 2 （自己負担なし） 負担割合：国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症 又は 新型インフルエンザ等感染症に準じた措置		同上 又は 三類感染症相当の場合は、 公費負担なし（医療保険を適用）
新感染症	特定感染症指定医療機関		全額公費※ 2 （医療保険の適用なし） 負担割合：国3/4 県1/4

※1 結核については原則として医療法上の結核病床に入院

※2 患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

※3 指定感染症については、新型インフルエンザ等感染症に準じた措置が必要と認められる場合に限る

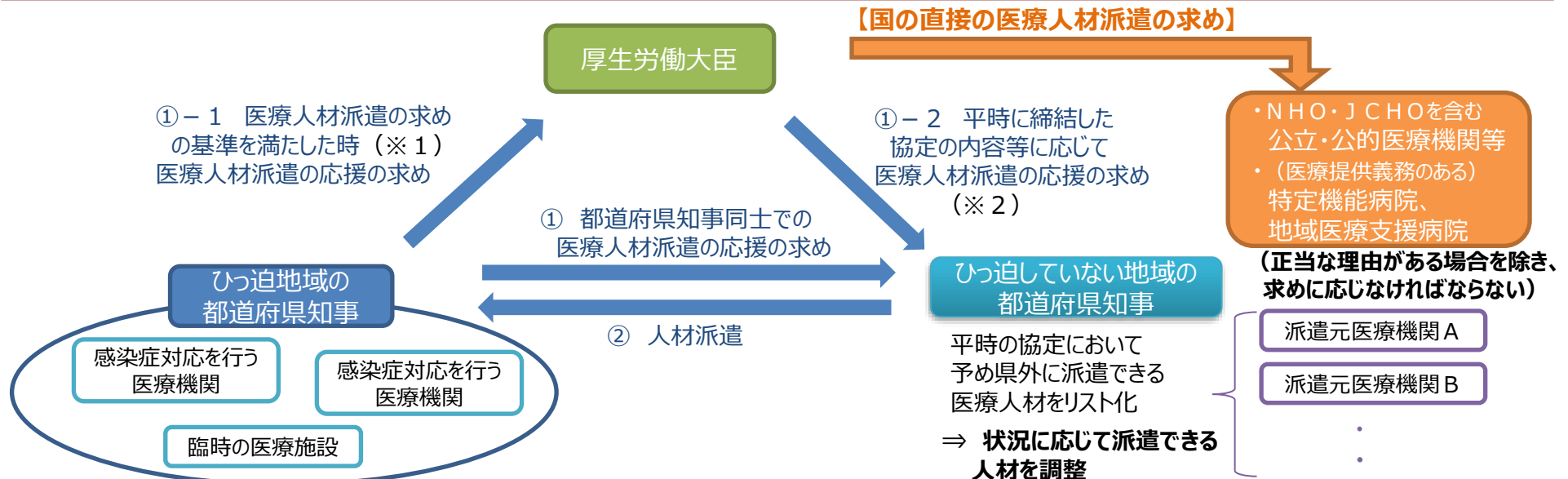
17

【新型コロナ対応時の課題】

当初は、各都道府県がDMATや全国知事会に応援を求める形で県境を越える医療人材広域派遣（広域派遣）を実施。令和3年4月からは、省庁関係の公的病院からの派遣を厚生労働省が中心となって随時調整。広域派遣を含む人材確保の仕組み・ルールがなく、厚生労働省関係病院（NHO・JCHOなど）からの広域派遣に偏った。また、感染が全国的に拡大した場合にはこうした病院からの広域派遣にも限界が生じた。

【感染症対応において重要な要素の一つである医療人材の確保に係る上記課題を踏まえた対応】

- ① 都道府県と医療機関で協定を締結する等、**あらかじめの準備**をし、**迅速かつ一定規模以上の人材派遣を実施**
 - 協定のメニューの1つに「人材確保」を位置付け、平時から大まかな派遣可能人数を把握。県内での派遣を実施。
- ② 広域派遣について**国と都道府県の役割分担や発動要件を明確化**
 - 各県内で医療人材確保の取組等を行った上でもなお医療がひっ迫し、広域派遣を必要とする場合は下記のイメージ図に基づき、まずは都道府県知事間での調整を行いつつ、厚生労働大臣を介した広域派遣を実施。
 - 特に緊急がある場合は、厚生労働大臣は、直接、公立・公的医療機関等に広域派遣の求めを行うことを可能とした。



※1 国に対する医療人材派遣の求めの基準

- ・他の都道府県に比して、感染が拡大し、医療のひっ迫が認められる。
- ・既に都道府県内で必要な医療人材の確保・調整を行った。
- ・他の都道府県からの医療人材受入体制が整っている。等

※2 国が非ひっ迫都道府県知事に応援を求めることについて

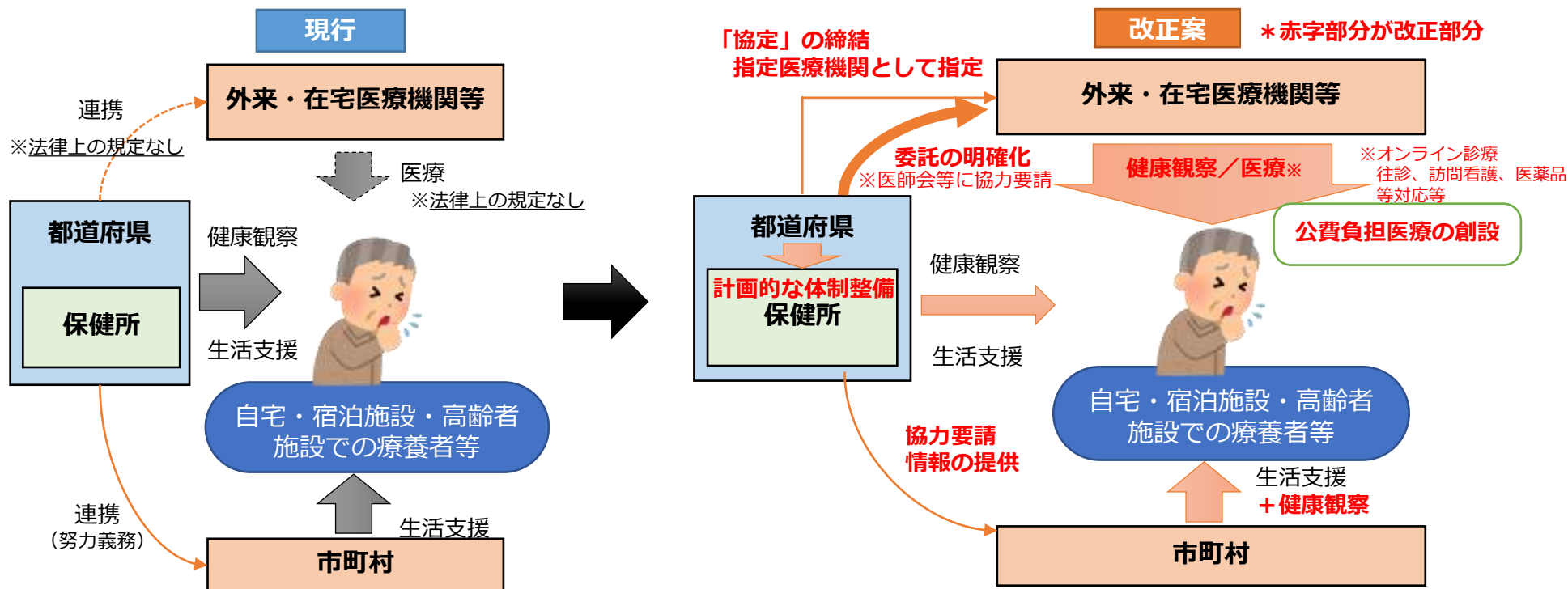
都道府県からの求めがあることが原則だが、国が必要と判断をした場合は、ひっ迫地域の県知事からの求めがなくとも、非ひっ迫地域の県知事に広域の求めを行うことができることとした。

現行

- 都道府県は、自宅・宿泊療養者等に対して、健康状態の報告（健康観察）及び自宅・宿泊施設等からの外出しないことについての協力を求めることができる（感染症法第44条の3）。これに当たって、都道府県は、自宅・宿泊療養者等への生活支援（食事の提供、日用品の支給等）を実施、必要に応じて市町村と連携するよう努めなければならない。 ※医療提供に関する規定はない。

改正案

- 「予防計画」に基づき保健所の体制整備を推進しつつ、都道府県による健康観察の実施に当たって、協定を締結した医療機関等に委託して行うことができることを明確化。保険医療機関等の責務として、国・地方が講ずる必要な措置に協力しなければならないことを明記。都道府県は、医療関係団体に対し協力要請できることとした。
- また、外来医療や在宅医療の提供について、都道府県と医療機関等との間で「協定」を締結する仕組みを導入。自宅・宿泊療養者や高齢者施設での療養者等への医療について、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（公費負担医療）を創設し、指定医療機関から提供。
- この他、生活支援及び健康観察について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、両者間の情報共有の規定を整備。



(注) 都道府県：保健所設置市・特別区を含む。ただし、医療機関との協定の締結や指定は都道府県のみが実施。

〈設定する数値目標〉

1 流行初期（3ヶ月まで）

- 発生の公表後1週間程度から、流行初期の期間の3ヶ月までの間は、新型コロナ発生の公表後約1年後（最初の冬に相当の波が発生）の入院・外来の患者数の規模に、前倒しで対応できるよう、
 - ・ 入院患者数 : **約1.5万人**
 - ・ 発熱外来患者数 : **約3.3万人**
- 新型コロナ対応において、相当の対応を行ってきた医療機関を念頭に、体制を確保することを目指す。

病床 : **約1.9万床**（約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関（約500機関）で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）

発熱外来 : **約1500機関**（約3.3万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、200床以上の新型コロナ患者の入院可能な診療・検査医療機関で当該規模の対応能力があったこと（R4.12）を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。）

2 流行初期以降（①3ヶ月後、②その後3ヶ月（6ヶ月）まで）

- ① 流行初期以降開始時点については、流行初期対応を行っていない公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む。）も加わり、体制を確保することを目指す。

病床 : **約3.5万床**（+約1.6万床：加わる公的医療機関等）

発熱外来 : **約5300機関**（+約3800機関：同上）

- ② その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値（R4.12）の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速やかに（その後3ヶ月程度かけて）確保することを目指す。

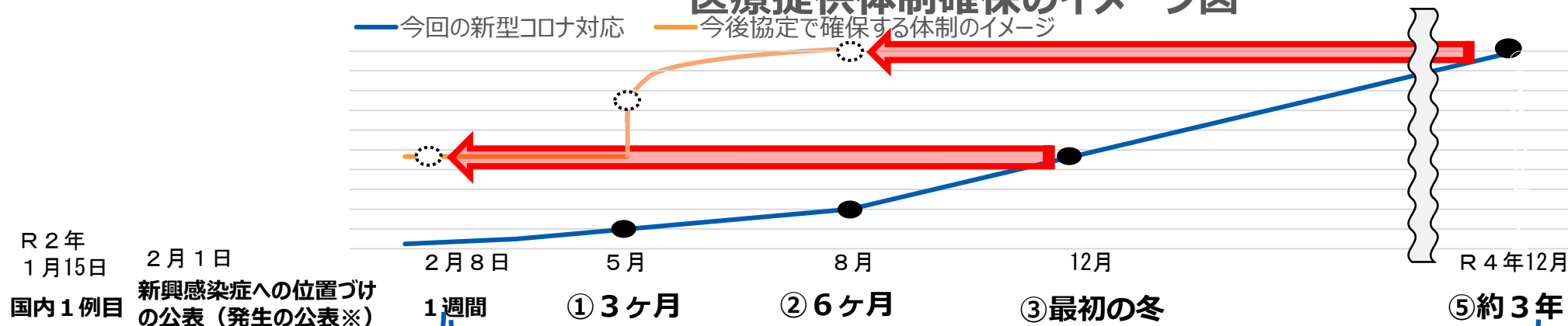
・ 病床 : **約5.1万床**

・ 発熱外来 : **約4.2万機関**

病床 : まずは**約5.1万床**を確保している約3000機関（うち重点医療機関約2000）との協定の締結を促す。

発熱外来 : まずは**約4.2万**医療機関との協定の締結を促す。

医療提供体制確保のイメージ図



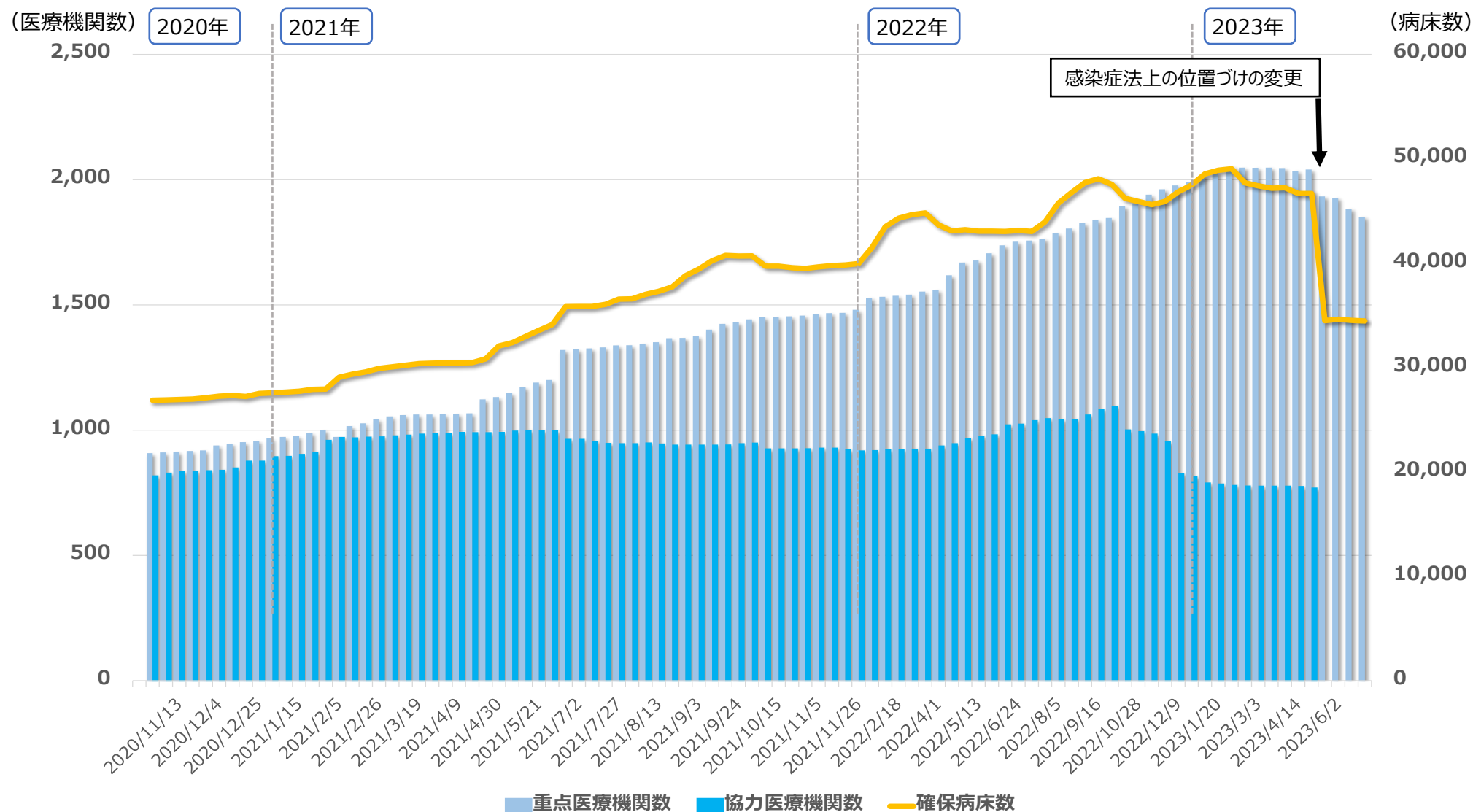
〈感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応〉

（373病院1900病床）

（※）感染症法に基づく厚労大臣の発生の公表

〈協定指定医療機関も対応〉

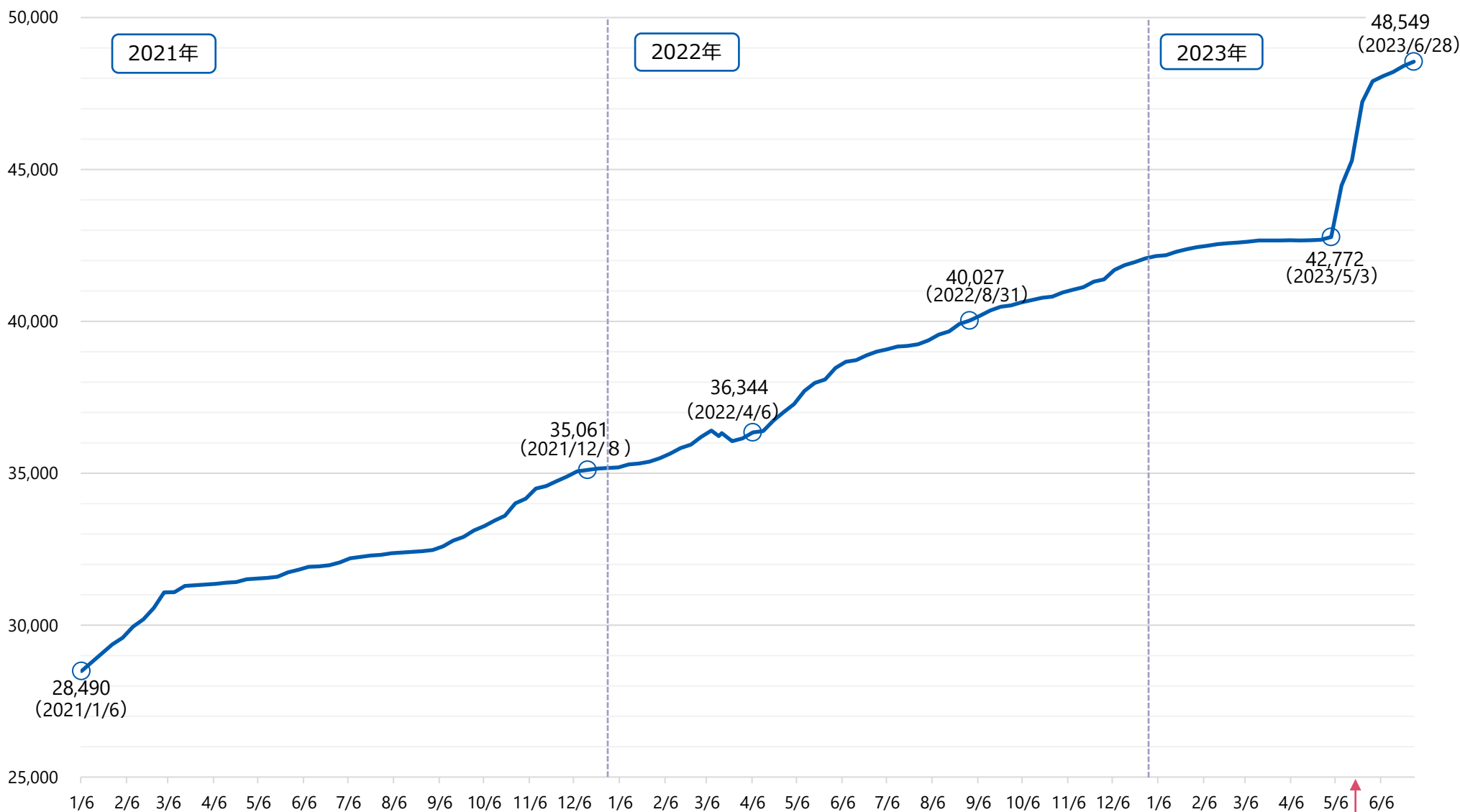
参考：新型コロナウイルス感染症対応における重点医療機関数、協力医療機関数等の推移



※ 重点医療機関数、協力医療機関数は「重点医療機関・協力医療機関の指定状況」より
 ※ 確保病床数は「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」より

参考：新型コロナウイルス感染症対応における外来対応医療機関数（診療・検査医療機関数）の推移

医政局地域医療計画課
提出資料



※ 都道府県別 外来対応医療機関の指定状況 より

位置づけ変更

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
 - (1) 感染症法上の類型及び措置
 - (2) 新型コロナウイルス感染症
 - (3) その他の感染症
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

感染症法の対象となる感染症の概観とその措置

健康局結核感染症課
提出資料

分類		実施できる措置等	分類の考え方	必要性
一類感染症		・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・交通制限等の措置が可能	・ヒトからヒトに伝染。 ・感染力と罹患した場合の重篤性から危険性を判断。	国内での発生・拡大が想定され、又は発生・拡大した場合の危険性が大きいと考えられる感染症であり、感染拡大を防止するため。
二類感染症		・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置		
三類感染症		・対人：就業制限（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置		
四類感染症		・動物への措置を含む消毒等の措置	・動物等を介してヒトに感染。	
五類感染症		・国民や医療関係者への情報提供	・その他国民の健康に影響	
新型インフルエンザ等感染症		・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・政令により一類感染症相当の措置も可能 ・感染したおそれのある者に対する健康状態報告要請、外出自粛要請 等	・インフルエンザ又はコロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの。 ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザ又はコロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの。	
指定感染症 (※)		・一～三類感染症に準じた対人、対物措置 ※政令で指定。一年で失効するが、一回に限り延長可。	・既知の感染症で一から三類感染症と同様の危険性のあるもの。	国内での発生・拡大を想定していなかった感染症について、実際に発生又はその危険性があるとき迅速に対応するため。
新感染症	当初	厚生労働大臣が都道府県知事に対し、対応について個別に指導・助言	・ヒトからヒトに伝染する未知の感染症。 ・危険性が極めて高い。	未知の感染症について、万が一国内で発生したときの対応について法的根拠を与えるため。
	要件指定後	一類感染症に準じた対応		

感染症類型	感染症の疾病名等
一類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
二類感染症	【法】 急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。）、結核、中東呼吸器症候群（病原体がMERSコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1又はH7N9であるものに限る。以下「特定鳥インフルエンザ」という。）
三類感染症	【法】 腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス
四類感染症	【法】 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、ボツリヌス症、マラリア、野兔病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
五類感染症	【法】 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】 アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、淋菌感染症
指定感染症	【政令】（現在は該当なし）※政令で指定。1年で失効するが、1回に限り延長可。
新感染症	（現在は該当なし）
新型インフルエンザ等	【法】 新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症

感染症の医療提供(良質かつ適切な医療の提供を確保)

健康局結核感染症課
提出資料

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費※2 (医療保険の適用なし) 負担割合:国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
二類感染症※1	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※2 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

※1結核については原則として医療法上の結核病床に入院 ※2患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
 - (1) 感染症法上の類型及び措置
 - (2) 新型コロナウイルス感染症等
 - (3) その他の感染症
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

<新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について>

(令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定、一部抜粋)

中医協 総-2
5 . 3 . 1

1. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ

- 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（令和5年1月27日厚生科学審議会感染症部会）を踏まえ、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、5月8日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、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（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づける。

2. 感染症法上の位置づけの変更に伴う政策・措置の見直し

- 新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとされたことに伴い、これまで講じてきた**各種の政策・措置について、見直しを行う**。このうち、①患者等への対応と②医療提供体制については3月上旬を目途に具体的な方針を示す。
 - ①患者等への対応
 - 急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続することとし、具体的な内容を検討する。
 - ②医療提供体制
 - **入院や外来の取扱いについては**、原則として、インフルエンザなど他の疾病と同様となることから、幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、**必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的な移行を目指す**。
 - 外来については、位置づけの変更により、幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の患者の診療に対応する体制へと段階的に移行していく。
 - 入院については、位置づけの変更により、現在感染症法の規定を根拠に講じられている入院措置・勧告が適用されないこととなる。幅広い医療機関が新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入れ、入院調整も行政が関与するものから個々の医療機関の間で調整する体制へと段階的に移行していく。
 - 今後、診療・検査医療機関から広く一般的な医療機関による対応への移行、**外来や入院に関する診療報酬上の特例措置**や病床確保料の取扱い、重症者等に対する入院調整のあり方、高齢者施設等への検査・医療支援など**各種対策・措置の段階的見直しについて、ウィズコロナの取組を更に進め、平時の日本を取り戻していく道筋について具体的な内容の検討・調整を進める**。
 - ③サーベイランス
 - **感染症法に基づく発生届は終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行する。** ➢ゲノムサーベイランスを継続する。
 - ④基本的な感染対策
 - マスクについては、屋内では基本的にマスクの着用を推奨するとしている現在の取扱いを改め、行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本として検討する。あわせて各個人の判断に資するよう、政府はマスクの着用が効果的な場面の周知を行う。マスクの取扱いの検討に関しては感染状況等も踏まえて行い、今後早期に見直し時期も含めその結果を示す。その際、子どもに関して発育・発達の妨げにならないよう配慮が必要であるとの指摘があることに留意する。
 - 引き続き、効果的な換気や手洗いなどの手指衛生の励行をお願いする。感染が大きく拡大している場合には、一時的に場面に応じた適切なマスクの着用を広く呼びかけるなど、より強い感染対策を求めることがあり得る。
 - **医療機関や高齢者施設でのクラスター防止対策は継続しつつ、できる限り面会の希望が実現できるよう取組をお願いしていく。**

日米のインフルエンザとコロナにおける院内感染対策ガイドラインの記載と ガイドライン改定を踏まえたコロナ5類移行後の院内感染対策の周知事項について

中医協 総-2
5 . 3 . 1

- ・日米の院内感染対策のガイドライン等における季節性インフルエンザ（インフル）と新型コロナウイルス感染症（コロナ）患者の感染管理に関する記載内容を参照した。
- ・インフルと比較した、コロナにおける記載の概要は以下のとおり（下表の下線部が相違点）
※相違点：個人防護具（N95マスクが推奨される場面が多い）、換気対策（より十分な対応が推奨）
- ・5類移行後も必要な感染対策は講じていくべきであり、ガイドラインに沿いつつ効率性と安全性を両立した対応を周知し対応医療機関の裾野を広げる。

インフル・コロナ患者の感染管理に関する記載（一部抜粋・要約）

		個人防護具		病室・ゾーニング	換気対策
		マスク	マスク以外の個人防護具		
インフル	米国※1	・サージカルマスク（必ず） ・N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技）	・手袋・ガウン（分泌物等に触れる可能性があるとき） ・アイプロテクション（エアロゾルが発生する可能性のある手技時）	・個室 ・コホーティング※6可	・エアロゾル産生手技は陰圧室で実施
	日本※2	・サージカルマスク（必ず）	・手袋・ガウン・アイプロテクション（適宜着用）	・個室 ・コホーティング※6可	・記載なし
コロナ	米国※3	・ <u>N95マスクや同等の性能のマスク（状況を問わず）</u>	・手袋・ガウン・アイプロテクション（状況による選択の記載なし）	・個室（トイレ付き） ・コホーティング※6可 ・担当する医療従事者をシフト中は固定することを検討	・病室とすべての共有空間の換気改善 ・エアロゾル産生手技は陰圧室で実施
	日本（従来）※4※5	・サージカルマスク（必ず） ・ <u>N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により※5）</u>	・手袋・ガウン・アイプロテクション（検体採取や手技などに応じて使用）	・個室 ・コホーティング※6や専用病室、専用病棟など状況や設備に応じて判断※5	・ <u>十分換気する※4</u> ・ <u>エアロゾル産生手技が高頻度</u> ・ <u>に実施される患者を優先的に陰圧室に収容※5</u>
	日本※7 (2023年1月の学会ガイドライン改定) 主な変更赤字	・サージカルマスク（必ず） ・N95マスク又はそれと同等のマスク（エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により） * N95を推奨する状況の記載を充実	・アイプロテクションは継続 ・ 手袋・ガウンは、患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する場合に装着（直接接触しない場合は不要）	・個室・コホーティング※6可 ・ 専用病棟化は基本的に不要	・換気・クリーンパーティションの利用等により空気の流れを工夫 ・陰圧室に関して同様

※1：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Guidelines for Healthcare Settings (Influenza)」 (2021年5月13日)

※2：国公立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン」 (2020年3月増補)

※3：CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Infection Control Guidance (COVID-19)」 (2022年9月23日)

※4：国立感染症研究所・国立国際医療研究センター「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」 (2021年8月6日)

※5：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第4版」 (2021年11月22日)

※6：同じ感染症患者同士を同室に集めること

※7：日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版」 (2023年1月17日)

感染症法上の位置づけ変更に向けた対策の全体像

出典：令和5年4月27日
第75回厚生科学審議会感染症部会
資料1-1

新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」から「5類感染症」に変更されること等に伴い、「法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み」から、「個人の選択を尊重し、国民の皆さまの自主的な取組をベースとしたもの」に転換。

新型インフルエンザ等感染症

発生動向

- ・ 法律に基づく届出等から、患者数や死亡者数の総数を毎日把握・公表
- ・ 医療提供の状況は自治体報告で把握

医療体制

- ・ 入院措置等、行政の強い関与
- ・ 限られた医療機関による特別な対応

患者対応

- ・ 法律に基づく行政による患者の入院措置・勧告や外出自粛（自宅待機）要請
- ・ 入院・外来医療費の自己負担分を公費支援

感染対策

- ・ 法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み
- ・ 基本的対処方針や業種別ガイドラインによる感染対策

ワクチン

- ・ 予防接種法に基づき、特例臨時接種として自己負担なく接種

5 類 感 染 症

- ・ 定点医療機関からの報告に基づき、毎週月曜日から日曜日までの患者数を公表
- ・ 様々な手法を組み合わせた重層的なサーベイランス（抗体保有率調査、下水サーベイランス研究等）

- ・ 幅広い医療機関による自律的な通常の対応
- ・ 新たな医療機関に参画を促す

- ・ 政府として一律に外出自粛要請はせず
- ・ 医療費の1割～3割を自己負担
入院医療費や治療薬の費用を期限を区切り軽減

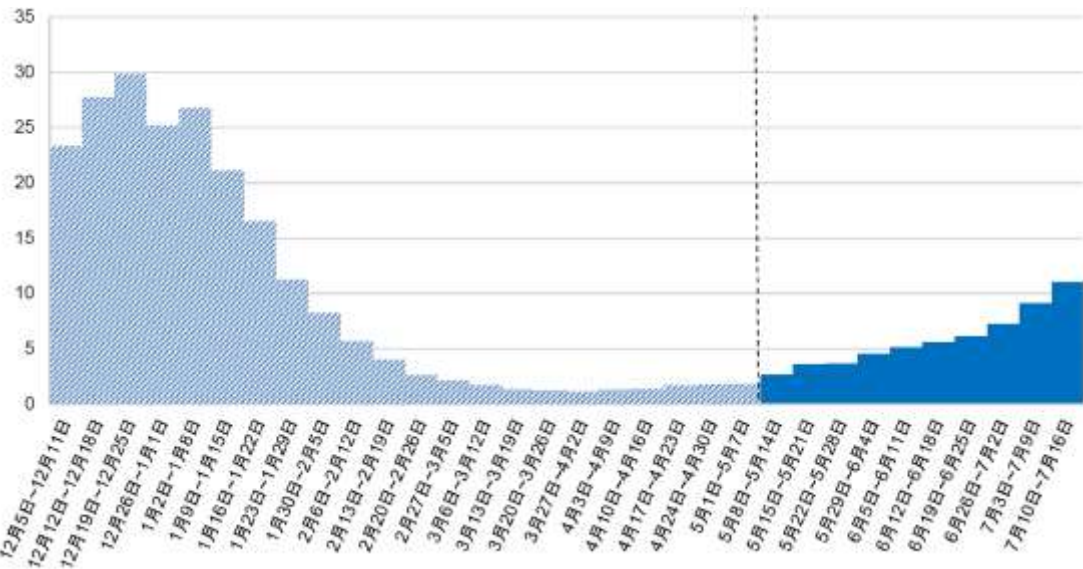
- ・ 国民の皆様の主体的な選択を尊重し、個人や事業者の判断に委ねる
- ・ 基本的対処方針等は廃止。行政は個人や事業者の判断に資する情報提供を実施

- ・ 令和5年度においても、引き続き、自己負担なく接種
 - 高齢者など重症化リスクが高い方等：年2回（5月～、9月～）
 - 5歳以上のすべての方：年1回（9月～）

新型コロナ新規患者報告数（定点）

※7/10－7/16データを7/21（金）に公表（厚労省HP）

定点当たり報告数推移



※週（疫学週）ごとの全国データの推移
※令和5年5月7日以前は、HER-SYSデータに基づく定点医療機関からの患者数

年代別定点当たり報告数推移

区分	第24週	第25週	第26週	第27週	第28週
	6/12-6/18	6/19-6/25	6/26-7/2	7/3-7/9	7/10-7/16
10歳未満	0.79	0.86	1.08	1.54	1.93
10～14歳	0.68	0.69	0.81	1.18	1.53
15～19歳	0.52	0.56	0.60	0.72	0.99
20～29歳	0.60	0.71	0.83	0.98	1.05
30～39歳	0.55	0.65	0.76	0.92	1.08
40～49歳	0.66	0.74	0.85	1.07	1.27
50～59歳	0.68	0.72	0.87	1.03	1.19
60～69歳	0.43	0.47	0.56	0.68	0.78
70～79歳	0.37	0.39	0.47	0.56	0.66
80歳以上	0.33	0.34	0.41	0.45	0.56
総 数	5.60	6.13	7.24	9.14	11.04

※年代別の定点当たり報告数は小数点以下第3位を四捨五入しているため、合計しても、必ずしも総数とは一致しない。

都道府県別定点当たり報告数推移

健康局結核感染症課
提出資料

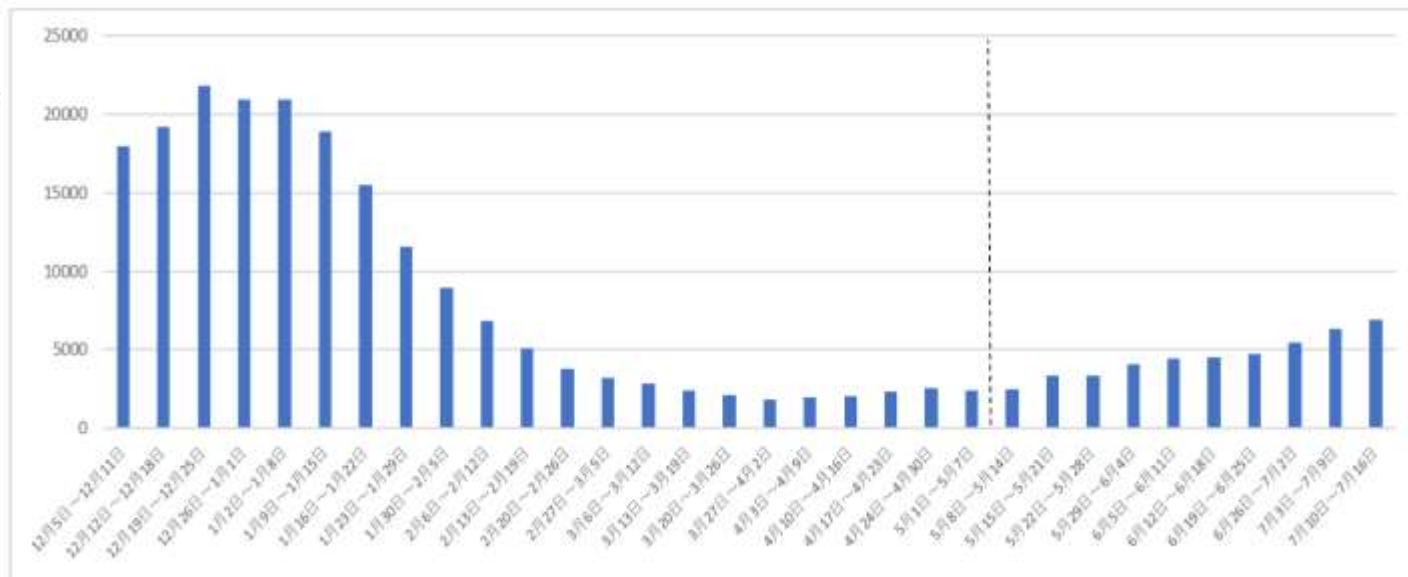
区分	第24週	第25週	第26週	第27週	第28週
	6/12-6/18	6/19-6/25	6/26-7/2	7/3-7/9	7/10-7/16
北海道	5.71	5.23	6.03	6.73	8.45
青森県	3.18	4.22	4.48	4.35	4.05
岩手県	4.75	5.59	6.27	6.73	6.98
宮城県	4.89	4.67	6.05	7.87	10.12
秋田県	2.81	3.10	3.35	4.87	4.35
山形県	4.14	3.72	3.98	5.53	5.37
福島県	3.76	5.10	6.21	6.62	8.37
茨城県	5.89	6.48	7.52	7.90	10.33
栃木県	3.42	3.96	5.43	6.03	6.68
群馬県	3.77	3.85	4.45	5.23	7.18
埼玉県	7.02	7.18	7.25	8.87	9.54
千葉県	7.57	7.77	9.89	11.00	13.18
東京都	5.85	6.22	6.85	7.58	8.25
神奈川県	5.91	6.07	6.30	7.38	8.14
新潟県	4.82	4.14	4.98	6.88	7.88
富山県	4.90	4.02	3.71	4.58	6.04
石川県	6.29	5.85	6.94	9.23	13.08
福井県	3.85	3.72	4.23	5.15	6.90
山梨県	6.44	6.61	8.05	8.71	10.54
長野県	4.13	4.75	5.91	7.57	8.19
岐阜県	5.84	7.45	8.46	10.95	13.87
静岡県	5.56	5.81	6.58	8.12	10.77
愛知県	7.22	8.03	9.16	11.46	14.73
三重県	6.24	6.32	7.25	11.81	15.53
滋賀県	3.78	4.30	5.49	9.05	11.83
京都府	4.67	4.92	6.02	8.32	10.69
大阪府	4.55	5.16	5.93	7.87	10.22
兵庫県	3.76	4.82	5.78	8.36	10.74
奈良県	5.40	5.58	7.89	10.53	10.89
和歌山県	4.45	5.18	7.33	10.20	14.43
鳥取県	4.62	4.76	6.38	11.97	12.69
島根県	2.95	3.42	4.08	6.79	8.74
岡山県	3.45	3.68	5.12	7.36	9.29
広島県	4.36	4.71	6.88	9.46	11.12
山口県	3.93	4.55	5.88	8.75	11.12
徳島県	3.76	4.57	5.46	7.92	10.89
香川県	3.47	4.47	6.81	9.87	14.66
愛媛県	3.89	4.13	6.11	11.00	15.70
高知県	3.73	5.09	5.43	9.20	13.73
福岡県	5.92	5.76	7.21	10.85	12.93
佐賀県	6.28	7.00	9.44	15.33	23.05
長崎県	5.14	5.29	6.93	11.50	16.66
熊本県	6.38	8.75	9.58	11.99	15.93
大分県	4.00	4.14	6.28	11.76	16.47
宮崎県	5.88	7.22	9.66	16.00	20.79
鹿児島県	9.60	11.71	13.48	17.18	19.08
沖縄県	28.74	39.48	48.39	41.67	31.83
総 数	5.60	6.13	7.24	9.14	11.04

※直近5週分のデータ

※7/10－7/16データを7/21(金)に公表（厚労省HP）

新規入院者数

報告週	新規入院患者数 (合計値)
第24週(6/12－6/18)	4,538
第25週(6/19－6/25)	4,751
第26週(6/26－7/2)	5,494
第27週(7/3－7/9)	6,320
第28週(7/10－7/16)	6,952



※G-MIS（医療機関等情報支援システム）で報告のあった医療機関からの報告数

※令和5年5月8日以降のデータに加え、5月7日以前のデータも遡って公表

※集計にはG-MISに入力されているデータをそのまま用いていること、また、遅れて報告されたり修正されたりする場合があるため集計値は暫定値であることに注意が必要。

重症者数

報告週	ICU 入院中の患者数 (7日間平均) (注)	ECMO または人工呼 吸器管理中の患者数 (7日間平均)
第24週(6/12－6/18)	81	40
第25週(6/19－6/25)	88	52
第26週(6/26－7/2)	93	53
第27週(7/3－7/9)	91	51
第28週(7/10－7/16)	86	48

※G-MIS（医療機関等情報支援システム）で報告のあった医療機関からの報告数

※集計にはG-MISに入力されているデータをそのまま用いていること、また、遅れて報告されたり修正されたりする場合があるため集計値は暫定値であることに注意が必要。

注) ICUとは、特定集中治療室管理料、救命救急入院料を算定している病床を指す。

外来対応医療機関数

厚生労働省新型コロナウイルス
感染症対策推進本部
提出資料

※7/19（水）17時時点の都道府県からの報告数を7/21（金）に公表（厚労省HP）

都道府県別 外来対応医療機関の指定状況

R05.07.19 17:00 時点

通番	都道府県名	医療機関数 ※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
1	北海道	1,402	1,179
2	青森県	353	279
3	岩手県	475	325
4	宮城県	743	427
5	秋田県	399	266
6	山形県	479	250
7	福島県	833	609
8	茨城県	948	733
9	栃木県	769	523
10	群馬県	842	569
11	埼玉県	1,804	1,247
12	千葉県	2,077	1,985
13	東京都	5,414	3,366
14	神奈川県	2,436	2,265
15	新潟県	825	547
16	富山県	361	269

通番	都道府県名	医療機関数 ※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
17	石川県	463	213
18	福井県	356	288
19	山梨県	374	263
20	長野県	816	790
21	岐阜県	872	666
22	静岡県	1,252	1,012
23	愛知県	2,440	1,977
24	三重県	793	672
25	滋賀県	641	559
26	京都府	1,206	832
27	大阪府	3,925	2,780
28	兵庫県	2,068	1,260
29	奈良県	481	330
30	和歌山県	511	359
31	鳥取県	317	134
32	島根県	393	339

通番	都道府県名	医療機関数 ※	うち、「普段から自院にかかっている患者」以外に対応する医療機関数
33	岡山県	1,028	744
34	広島県	1,534	740
35	山口県	655	393
36	徳島県	423	169
37	香川県	465	387
38	愛媛県	720	553
39	高知県	330	270
40	福岡県	2,296	1,694
41	佐賀県	456	332
42	長崎県	682	532
43	熊本県	812	544
44	大分県	578	496
45	宮崎県	499	431
46	鹿児島県	903	362
47	沖縄県	317	263
合計		48,766	35,223

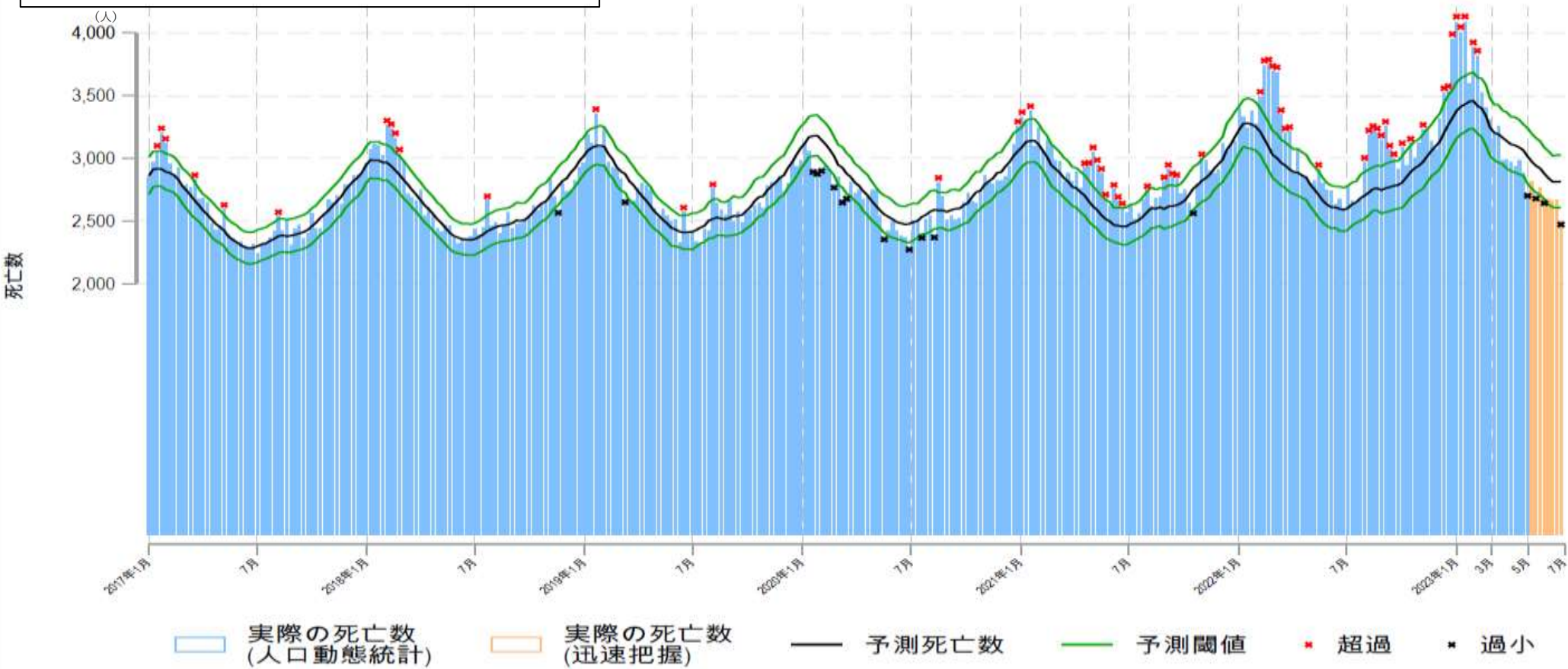
※ 7/19までに都道府県から「外来対応医療機関」として指定したと報告があった医療機関数であり、今後の報告により数値が変動する場合がある。

コロナを含む全ての死因での超過死亡（実際の死亡数と予測死亡数の差）の迅速把握

※7/21（金）感染研HPに公表

現在観測されている範囲内で、直近の週で特筆すべき超過死亡は認められていない。
※死亡届の提出の遅れ等に伴う報告の遅延があるため、直近ほど過小評価になる可能性があることに留意が必要。

超過死亡の発生状況（協力23自治体合計）



- ※ 迅速把握の取組に協力いただいた自治体のデータを統合し、週ごとに算出。
- ※ 2023年4月1日以降が、本迅速把握で自治体から提供いただいたデータを使用。それ以前は人口動態調査死亡票を利用。
- ※ 全国の全ての自治体における超過死亡ではないため、本迅速把握はあくまで超過死亡の発生状況（時期と推移）を把握する目的に留まることに留意が必要。
- 超過死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度増加したかを示す指標
（算出方法） 超過死亡数 = 実際の死亡数 - 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の上限値
- 過少死亡数：何らかの原因により、総死亡数がどの程度減少したかを示す指標
（算出方法） 過少死亡数 = 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の下限値 - 実際の死亡数

感染拡大の要因	感染規模	具体的な状況等
ゾーニングが不十分	有料老人ホーム (入所者及び職員) 37名 等	・ゾーニングを行っていたが、職員がレッドゾーンで使用した防護具を着用したままグリーンゾーンに入る等、 <u>ゾーニングの意義の共有、区分の明確化が不十分だった。</u>
換気が不十分	介護老人保健施設 30名 等	・ <u>換気がしにくい施設の構造</u> となっていた。
陽性者対応時の感染防護策が不十分	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 36名 等	・手袋の交換を頻回に行っていなかった。 ・ <u>同じPPEを着用したまま、陽性者・濃厚接触者のケア</u> を行っていた。 ・ <u>N95マスクの着用方法が不適切だった。</u>
入所者のマスク着用困難	介護老人保健施設 77名 等	・ <u>認知症のある入所者は、マスクの着用が難しい</u> ため、食堂での食事の際に入所者間でマスクなしの会話が発生していた。
密な接触	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 32名 等	・ <u>食事介助等のケアの提供時の会話</u> を通じて感染が広がった可能性がある。
職員による感染持込み	グループホーム (入所者及び職員) 9名 等	・ <u>感染が疑われる症状がありながら勤務した職員の担当ユニットに感染が拡大した。</u> ・同日勤務の職員3名が発症し陽性判明。他の職員や入所者も次々と陽性判明。

実際に講じた対策例

- ・視覚的にわかりやすいゾーニング(床のテープング、立ち入り禁止の張り紙等)の実施。
- ・サーキュレーター等を用いた換気の徹底。
- ・保健所による、N95マスクの着用方法をはじめとしたPPEの着用等に関する指導を実施。
- ・手指衛生を徹底するためのポスターの掲示や指導・教育の実施。
- ・職員に対する定期的な検査・出勤前検査を実施。
- ・職員が陽性になった場合に備えたマンパワーの確保(の準備)。

等

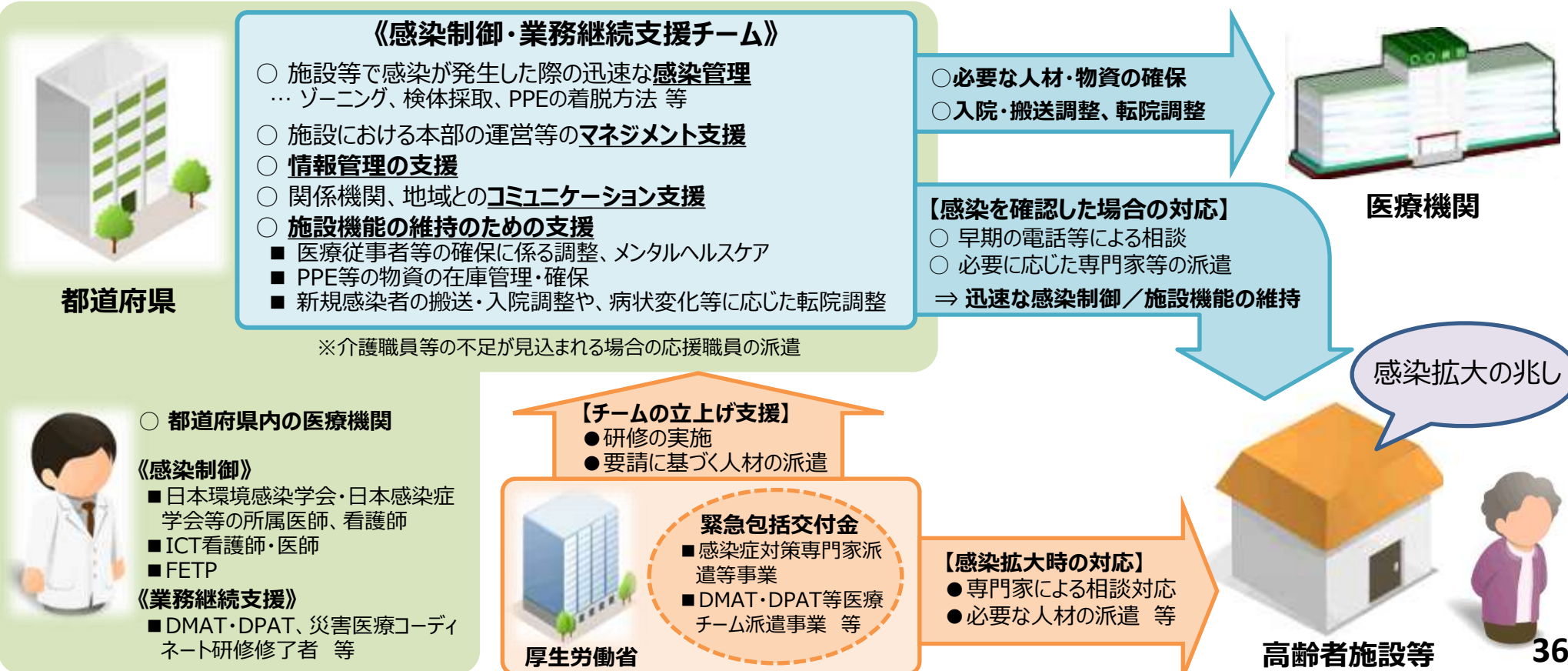
- 感染拡大により、高齢者施設等において、感染者やクラスターが発生する事例も生じている。
こうした状況を踏まえ、**高齢者施設等における感染抑止や、感染発生時の早期収束のために、以下の取組を進めていくことが重要。**

1. 高齢者施設等における感染状況の調査・感染制御・業務継続に係る体制の整備（支援チームの編成 等）

- … 各都道府県において、感染が一例でも確認された場合に、以下の人材で構成された支援チームによる相談や応援派遣を早期に行える体制を確保する。
 - ゾーニング等の感染管理を行う“ICTの技能を保有した看護師・医師”等や、調査・対策の支援を行う“FETP”
 - 調整本部のマネジメントや、施設機能の維持に係る支援を行う“DMAT・DPAT”、災害医療コーディネート研修修了者 等

2. チームの編成・レベルアップに必要な研修の実施、各種支援策の活用による人材の確保

- … 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部 地域支援班・クラスター対策班等と連携し、上記のようなチームの編成・レベルアップ等に向けて、必要な**研修の実施**や、緊急包括支援交付金の活用による**人材の確保**に向けた準備を行う。



施設内療養を行う介護施設等への支援について

老発0328第3号 令和5年3月28日
付け老健局長通知を元に作成

補助概要	○ 病床ひっ迫等により、施設内療養を行う介護施設等に対して、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を行うことを支援する観点から、施設において必要となる追加的な手間（※1）について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、従来の経費支援に加え、新たに補助を行う。 （※1） 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供、ゾーニング（区域をわける）の実施、 コホーティング（隔離）の実施、 担当職員を分ける等の勤務調整、 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察、 症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認									
助成の要件	○ 令和5年5月8日の新型コロナの類型見直し以降は、新たに以下の要件全てに該当する場合とする。 ✓ <u>新型コロナ患者に係る往診や電話等による相談、入院の要否の判断や入院調整に対応できる医療機関の確保</u> ✓ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施 ✓ オミクロン株ワクチンの接種の実施									
補助額	○ 施設内療養者1名につき、1万円／日を補助（発症日から10日間を原則とし、最大15日間※2） ○ 施設内療養者数が一定数※3を超える場合は、<u>施設内療養者1名につき1万円／日を追加補助（上記とあわせて最大30万円）</u> ※4 （※2） 補助期間の取扱いについては以下の通り。 <table><tr><th></th><th>令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）</th><th>令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）</th></tr><tr><td>有症状者</td><td> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。 </td><td> ✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していなくても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。 </td></tr><tr><td>無症状者</td><td> ✓ 検体採取日から7日間。 </td><td> ✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していなくても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 </td></tr></table> （※3） 小規模施設等（定員29人以下）にあつては施設内療養者が2名以上、大規模施設等（定員30人以上）にあつては施設内療養者が5名以上いること。 （※4） 追加補助の限度額は、小規模施設等（定員29人以下）は200万円／施設、大規模施設等（定員30人以上）は500万円／施設		令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）	令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）	有症状者	✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。	✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していなくても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。	無症状者	✓ 検体採取日から7日間。	✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していなくても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。
	令和4年10月1日～令和5年5月7日（コロナ類型見直し前）	令和5年5月8日以降（コロナ類型見直し後）								
有症状者	✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間経過しても、療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日までとする（最大15日間）。	✓ 原則、発症日から10日間。 ✓ ただし、発症日から10日間を経過していなくても、発症日から5日間及び症状軽快から24時間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。 ✓ また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない場合であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された場合については、当該療養を行った日までとする（最大15日間）。								
無症状者	✓ 検体採取日から7日間。	✓ 原則、検体採取日から7日間。 ✓ ただし、発症日から7日間を経過していなくても、発症日から5日間経過し、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記措置※1を継続しないこととした場合は、当該措置を行った日までとする。								
対象サービス	○ 介護施設等 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護									

(注) 地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）のかかり増し費用を助成する介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の中で実施。

退院患者の介護施設における適切な受入れに関する更なる取組について

背景・これまでの取組

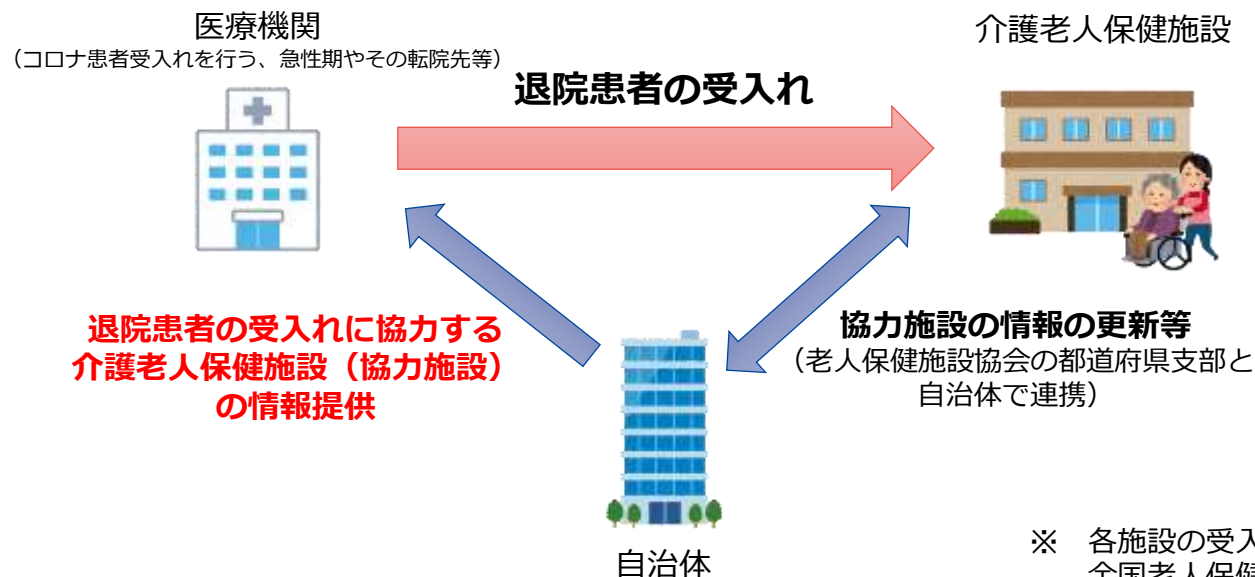
- 新型コロナウイルス感染症の退院患者について、介護施設での受入促進を図ることは、退院した高齢者の適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保の観点で重要である。

- そのため、これまでも、受け入れた施設への介護報酬上の特例的な評価^(※)等の取組を実施してきた。

※ 介護保険施設において、退院患者（自施設から入院した者を除く）を受け入れた場合、退所前連携加算（500単位）を最大30日間算定できる。

更なる取組

- 今般、受入れの更なる促進を図るため、退院基準を満たした患者の受入れに協力する介護老人保健施設に関する情報^(※)を、自治体を通じて医療機関に提供する取組を実施する。これにより、医療機関による退院先調整の円滑化につながると考えられる。
- なお、都道府県に対して、本取組の実施状況の報告とともに、今後も情報の更新等の継続的な取組を依頼する。



※ 各施設の受入れ協力の可否に関する調査は、全国老人保健施設協会が実施

4. 高齢者施設・障害者施設等における医療

(4) 感染症対策について

- ・ 令和4年診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算と同様の仕組みを高齢者施設にも設けるべき。
- ・ 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。
- ・ 感染症対策の時限的な取り組みについて、恒常的な感染症対応力強化につながるよう検討すべき。
- ・ 感染対策は重要であるが、費用対効果や負担の在り方については検討が必要ではないか。
- ・ 高齢者施設でのクラスター発生に備えた治療薬の備蓄のみでなく、抗原検査キットの提供といった役割を果たすことが薬局にとっては重要である。

1. 新興感染症発生・まん延時における医療

2. 新興感染症感以外の感染症への対策

(1) 感染症法上の類型及び措置

(2) 新型コロナウイルス感染症

(3) その他の感染症

(4) 薬剤耐性(AMR)対策

3. 診療報酬上の対応

4. 課題・論点

結核について

結核の概要

- 結核菌による感染症。8割は肺結核。
- 肺結核の症状： 長引く咳、痰、発熱。
- 感染経路： 空気感染(患者の咳に含まれる菌を吸引することで感染)
- 潜伏期間： 数ヶ月～数十年(潜伏期間は感染性が無い)
- 感染症法上の位置付け： 二類感染症(入院措置が可能)

予防・治療

- 予防： BCG定期接種(1歳まで(標準的には生後5～8か月))に接種し、小児の重篤な髄膜炎等を予防)、定期健診の徹底、マスク着用。
- 診断： 胸部エックス線検査(定期健診等)、喀痰検査。
 - 65歳以上の者等に対する定期健診(市町村が実施)
 - 地方公共団体の取組を支援：住所不定者等の結核が多い住民層に対する健診事業への補助(国10/10)
- 治療： 複数の抗結核薬を併用する。
 - ※ 医療費の公費負担：入院医療費(国3/4, 都道府県等1/4)、通院医療費の一部(95%)。
 - ※ 地方公共団体の取組を支援：
 - 住所不定者等の結核が多い住民層に対する健診事業への補助(国10/10)

発生状況

- 年間新規患者数： 11,519人(令和3年)。減少傾向。
- 罹患(りかん)率： 9.2(人口10万人当たりの患者数)
- 特徴： 都市部に多い。高齢者や外国出生者の罹患率が高い。

普及・啓発

- 結核予防技術者地区別講習会：医療従事者等へ知識を普及。全国7か所で開催
- 結核予防週間(9月24日～30日)：啓発ポスターを配布(右は令和4年度のもの)



肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）

目的（第1条）

- ・ 肝炎対策に関する基本理念を定める（第2条）
- ・ 国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにする（第3条～第7条）
- ・ 肝炎対策の推進に関する指針の策定を定める（第9条～第10条）
- ・ 肝炎対策の基本となる事項を定める（第11条～第18条）

基本的施策（第11条～第18条）

予防・早期発見の推進

（第11条～第12条）

- ・ 肝炎の予防の推進
- ・ 肝炎検査の質の向上 等

研究の推進（第18条）

肝炎医療の均てん化の促進（第13条～第17条）

- ・ 医師その他の医療従事者の育成
- ・ 医療機関の整備
- ・ 肝炎患者の療養に係る経済的支援
- ・ 肝炎医療を受ける機会の確保
- ・ 肝炎医療に関する情報の収集提供体制の整備 等

実施に当たり
肝炎患者の
人権尊重・
差別解消
に配慮
（第2条第4号）

肝炎対策基本指針策定（第9条～第10条）

肝炎対策推進協議会

- ・ 肝炎患者等を代表する者
- ・ 肝炎医療に従事する者
- ・ 学識経験のある者

関係行政機関

設置
意見
資料提出等、
要請
協議

厚生労働大臣

策定

肝炎対策基本指針

平成23年5月16日策定
平成28年6月30日改正
令和4年3月7日改正

●公表

●少なくとも5年ごとに検討、必要に応じ変更

9つの項目に関して取り組む内容を規定

- ・ 基本的な方向 ・ 肝炎予防 ・ 肝炎検査 ・ 肝炎医療体制
- ・ 人材育成 ・ 調査研究 ・ 医薬品研究 ・ 啓発人権
- ・ その他重要事項

肝炎総合対策

健康局がん・疾病対策課
肝炎対策推進室
提出資料



ステップⅡ 「受診」

肝炎対策の推進



ステップⅢ 「受療」



ステップⅠ 「受検」

流れ

肝炎ウイルス検査未受診者

肝炎ウイルス検査の受検 **受検**

肝炎ウイルス陽性者

医療機関において
初回精密検査の受診 **受診**

経過観察者
抗ウイルス療法非適応者

抗ウイルス療法
適応者

医療機関において
定期検査の受診

- ・治療適応の早期判断
- ・肝がんの早期発見
- ・生活指導による病態改善

受療

抗ウイルス
療法
による治療

肝炎の重症化予防(肝がんリスク低減)

政策対応

検査による早期発見

- 検査体制の整備
- 検査の実施,費用助成
- 個別勧奨の実施

陽性者の受診促進

- 受診勧奨
- 費用助成
(初回精密
・定期検査)

早期の治療介入

- 肝炎医療費助成

住民税課税年額 235,000円以上
2万円/月
住民税課税年額 235,000円未満
1万円/月

事業内容

肝炎ウイルス検査の実施

- ・都道府県による肝炎ウイルス検査
- ・市町村による健康増進事業(肝炎ウイルス検診)

国民に対する正しい知識普及

- ・知って肝炎プロジェクトの推進
- ・市民公開講座や肝臓病教室の開催

重症化予防の推進

- ・初回精密検査費用、定期検査費用の助成
- ・陽性者のフォローアップの実施

肝炎医療費助成

- ・B型・C型肝炎の抗ウイルス療法に対する助成

研究の推進

- ・肝炎に関する基礎・臨床・疫学研究の推進

HIV・エイズの概要

1. 症状：HIVに感染した後は、感染初期（発熱等）、無症候期、エイズ発症期（※）の経過をたどる。
（※）エイズとは、HIV感染により免疫力が低下し、通常は発症しないような、病原性の低い病原体による感染症や悪性腫瘍等の一定の病気が発症した状態のこと。
2. 潜伏期間：無症候期は、数年～10年。まれに短期間でエイズを発症する人もいる。
3. 感染経路：性的接触、血液感染、母子感染。大半が男性同性間の性的接触による感染。
4. 治療・予防：抗ウイルス薬による治療。コンドームの着用。抗ウイルス薬治療によりHIVの増殖を抑え、エイズ発症を防ぐことは可能であるが、完治させることは出来ないため、生涯に渡る服薬が必要。
5. 発生動向：新規HIV感染者・エイズ患者のうち、男性が9割を占める。

HIV・エイズ対策について

感染症法に基づき策定された「エイズ予防指針」に沿って実施。

検査・相談体制の充実

- 保健所等において無料・匿名のHIV検査を実施。夜間・休日のHIV検査・相談体制の充実を進めている。

医療の提供

- 拠点病院の整備
- 医療機関相互の連携支援

普及啓発及び教育

- HIV検査普及週間（6月1～7日）
- 世界エイズデー（12月1日）に関するイベント等の実施

HIV・エイズの発生報告数の年次推移

年	H24年	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
HIV	1,002	1,106	1,091	1,006	1,011	976	940	903	750	742
エイズ	445	484	455	428	437	413	377	333	345	315
計	1,447	1,590	1,546	1,434	1,448	1,389	1,317	1,236	1,095	1,057

麻疹の概要

- ①症状: 感染後約12日程度の潜伏期間を経て発症し、発熱、上気道炎症状・結膜炎症状などが現れる。発症の2～4日後発疹が生じ、再度発熱し、3～4日後解熱する。
※ 発症前日から解熱後3日間程度感染力がある。
- ②合併症: 肺炎、中耳炎、脳炎。
※ 稀に亜急性硬化性全脳炎(SSPE)が発生する。
- ③感染経路: 空気感染。感染力が非常に強い。
- ④届出: 医師は臨床診断後、直ちに保健所等に届出をしなければならない。
- ⑤治療・予防: 対症療法のみ。予防としては、ワクチンが有効。
※ 届出を受け、保健所等が患者本人に聞き取りを行い、患者本人と接種した者に対して健康観察等を実施している。

国内の麻疹対策等の現状

＜国内の麻疹の発生状況＞

- 近年、麻疹の報告数は、2020年10件、2021年6件、2022年6件、2023年(6月4日時点)は14件となっている。
- 2021年度感染症流行予測調査より、麻疹PA抗体価が16以上の割合は、2歳以上のほぼ全年齢で95%以上となっている。
- 定期接種等の対策により、2010年5月を最後に土着株(過去1年間国内で発生したウイルス株)による麻疹の発生は確認されておらず、近年の麻疹の発生は海外から持ち込まれたものと考えられている。なお、ほぼ全年齢で95%以上の者が免疫を保有していることから、海外から麻疹が持ち込まれても、大きな感染拡大につながるおそれは低い。

＜麻疹対策の状況＞

- 現在、1歳児と小学校入学前1年間の間にある幼児に定期接種(麻疹風しん混合ワクチン)を実施(2回接種)。
※ 2008年度から2012年度に、抗体保有率の低かった当時中学1年生と高校3年生相当の者に対して、追加の定期接種を実施し、全世代において高い抗体保有率を実現した。
- 海外から麻疹が持ち込まれた場合など、一時的に報告数が増加した際には、速やかに関係各所に注意喚起等を行っている。
- 2015年3月27日、WHOにより、日本は麻疹の排除を達成したとの認定(※)を受け、現在まで排除認定を維持。
※ 適切なサーベイランス制度の下、土着株による麻疹の感染が3年間確認されないこと、又は遺伝子型の解析によりそのことが示唆されること。

【麻疹の発生報告数の年次推移】

年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
報告数	11,013	732	447	439	283	229	462	35	165	186	279	744	10	6	6	14

※ 「感染症発生動向調査」による2023年6月4日までの累積数(6月16日公表値)

梅毒について

梅毒の概要

1. 症状：一般に、1期梅毒（無痛性潰瘍等、細菌が侵入した局所の病変）から2期梅毒（バラ疹、早期神経梅毒等、血行性に散布された病変）、潜伏梅毒（無症状）へと進行し、2期梅毒の症状を繰り返しながら晩期梅毒（心血管梅毒、後期神経梅毒等）に移行する。
また、梅毒に感染している妊婦から、妊娠中または出生時に感染したものを先天梅毒という。
2. 潜伏期間：感染から約3週間で1期梅毒を発症、約3か月で2期梅毒を発症。症状は無治療でも消失する。
3. 感染経路：粘膜の接触を伴う性的接触または母子感染が主体。近年、異性間性交渉による感染が増加傾向。
4. 治療・予防：抗菌薬（ペニシリン等）による治療。コンドームの着用による予防。
5. 発生動向：梅毒の発生報告数は、2000年は約760件だったところ、近年は、2014年の約1,700件から2018年に約7,000件となるまで年々増加し、2022年の報告者数は13,000件を超えた。2023年は第1四半期までに、3,493件報告されている。女性は20代に多く報告されているが、男性は20代から50代までの幅広い層を中心に報告されている。

梅毒対策について

感染症法に基づき策定された「性感染症に関する特定感染症予防指針」に沿って実施してきた。

発生動向の把握

- 発生動向の多面的な把握のための疫学研究の推進

普及啓発及び教育

- 性感染症に関する正しい知識の情報提供を目的とした普及啓発資材の作成

検査機会の提供

- 保健所等における検査体制の整備

医療の質の向上

- 医療従事者に向けた標準的な診断や治療の指針に関する情報提供

梅毒の発生報告数の年次推移

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
計	621	827	875	1,228	1,661	2,690	4,575	5,820	7,007	6,639	5,867	7,978	13,228

※感染症発生動向調査事業（2022年は速報値）

エムポックスに対する具体的な対策

国内対応

● 国内対策：

- 疑い例の症例定義を改正し、渡航歴がなくても症状から医師が疑う場合は、疑い例として保健所に相談するよう依頼（7/6）
- 国立国際医療研究センター（NCGM）において臨床対応の指針を作成し公開・更新。
- 国立感染症研究所においてリスク評価「複数国で報告されているエムポックスについて（第5報）」を実施（2023/5/10）
 - 第1報は5/26、第2報は7/12、第3報は9/13、第4報は11/9にリスク評価を実施。
- 諸外国から報告されているエムポックスにかかる臨床像を踏まえ、エムポックスの届出基準及び届出様式を改正（8/10, 19）

● 水際対策：検疫所で出入国者に対して、海外のエムポックスの発生状況に関する情報提供及び注意喚起を実施（最新7/13）

● 検査：地方衛生研究所での検査を可能とするため、病原体検査マニュアルを作成。現在、各都道府県の少なくとも1カ所の地方衛生研究所で検査が可能。

● ワクチン：

- 薬事承認：我が国で製造されているKMバイオロジクス社のLC16ワクチンについて、エムポックス予防の適応追加承認（8/2）

● 臨床研究：

- ✓ 国立国際医療研究センター（NCGM）において、患者の接触者に対し、LC16ワクチンを投与する臨床研究体制を構築（NCGM以外は巡回健診で対応）（6/15）。人口の多い大都市圏でNCGMや自治体との連携が円滑に行える医療機関として、大阪府、愛知県、沖縄県、北海道、福岡県における医療機関での臨床研究体制を拡大を検討中。
- ✓ LC16ワクチンについて、エムポックスの予防に対する臨床的有効性を評価するための臨床研究を実施中。

● 治療薬：

- 臨床研究：NCGMにおいて、患者に対して、治療薬を投与する臨床研究体制を構築（2022/6/28）。人口の多い大都市圏でNCGMや自治体との連携が円滑に行える医療機関として、大阪府、愛知県、沖縄県、北海道、福岡県、宮城県における医療機関での臨床研究体制を確立。

● 情報提供：リーフレットや、厚生労働省、国立感染症研究所等のホームページを通じて、海外の発生状況、ウイルスの感染力や病原性、感染予防策等に関して、MSMコミュニティも含めて、情報発信。記者向けの勉強会の実施。

※令和5年5月26日に、「サル痘」から「エムボックス」へ感染症法上の名称が変更

基本情報

病原体

- ポックスウイルス科オルソポックスウイルス属エムボックスウイルス
- コンゴ盆地型（クレード1）と西アフリカ型（クレード2及び3）に分類される。
- 2022年5月以降、国際的に拡大しているウイルスはクレード3に属する。

疫学

- 1958年にポリオワクチン製造のために世界各国から霊長類が集められた施設においてカニクイザルの天然痘様疾患として初めて報告。1970年にヒト感染事例が現在のコンゴ民主共和国で初めて報告。
- 平時より西アフリカにおいて地域的な流行が見られる。
- アフリカ大陸以外ではヒトのエムボックスは確認されていなかったが、2003年に米国で愛玩用に輸入された齧歯類を介して、合計71名の患者が発生。死者なし。
- その後、米国等計15カ国で患者が確認されていたが、先進国での発生は輸入事例のみで、アフリカ大陸以外でヒトの間での大規模な感染事例は確認されていなかった。
- 2022年5月以降、欧米を中心に国際的に市中感染が拡大しており、8万7千人以上の症例が報告。国内でも、2023年6月9日時点で175例の症例が確認されている。

感染経路

- リスなどの齧歯類が自然宿主として考えられている。
- 感染した人や動物の皮膚の病変・体液・血液との接触（性的接触を含む。）、患者との接近した対面での飛沫への長時間の曝露(prolonged face-to-face contact)、患者が使用した寝具等との接触等により感染。

臨床経過

- 潜伏期間は通常6-13日（5-21日）。症状の出現から、発疹が無くなるまでは感染させる可能性。
- 発疹、発熱、発汗、頭痛、悪寒、咽頭痛、肛門直腸痛、リンパ節腫脹
- 従来のサル痘流行国であるアフリカでの致死率は数~10%と報告されており、また2022年5月以降の流行においては、致死率は0.17%と報告。

予防・診断・治療

予防

- 天然痘ワクチンが、曝露後の発症予防及び重症化予防に有効とされる。（日本国内でも生産、備蓄あり。）

診断

- 病変部位等からのPCR法による病原体の遺伝子の検出、ウイルス分離。

治療

- 対症療法が基本。国内において承認されている特異的な治療薬はないが、欧州においてTecovirimatが承認されており、国内で臨床試験が実施されている。

1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新興感染症感以外の感染症に対する医療
 - (1) 感染症法上の類型及び措置
 - (2) 新型コロナウイルス感染症
 - (3) その他の感染症
 - (4) 薬剤耐性(AMR)対策
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2023-2027) 概要

アクションプランの概要

- AMRに起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、AMRの発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止するための対策をまとめたもの。
- 6分野（①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力）の目標に沿って、具体的な取組を記載するとともに、計画全体を通しての成果指標（数値目標）を設定。

主な新規・強化取組事項

<目標1 普及啓発・教育>

- ・医療関係者等を対象とした生涯教育研修における感染管理（手指消毒の重要性など）、抗微生物剤の適正使用等に関する研修プログラムの実施の継続・充実

<目標2 動向調査・監視>

- ・畜産分野に加え、水産分野及び愛玩動物分野の薬剤耐性動向調査の充実
- ・畜産分野の動物用抗菌剤の農場ごとの使用量を把握するための体制確立
- ・薬剤耐性菌に関する環境中の水、土壌中における存在状況及び健康影響等に関する情報の収集
- ・環境中における抗微生物剤の残留状況に関する基礎情報の収集

<目標3 感染予防・管理>

- ・家畜用、養殖水産動物用及び愛玩動物用のワクチンや免疫賦活剤等の開発・実用化の推進

<目標4 抗微生物剤の適正使用>

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用の推進

<目標5 研究開発・創薬>

- ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分離株保存の推進、病原体動向調査、AMRの発生・伝播機序の解明、創薬等の研究開発の推進、海外における分離株のゲノム情報の収集
- ・「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みの導入
- ・医療上不可欠な医薬品のサプライチェーンの強靱化を図り、我が国における安定確保医薬品の安定供給に資するよう、「医薬品安定供給支援事業」の実施
- ・適切な動物用抗菌性物質の使用を確保するため、迅速かつ的確な診断手法の開発のための調査研究の実施

<目標6 国際協力>

- ・「薬剤耐性(AMR)ワンヘルス東京会議」の年次開催の継続を通じた、アジア諸国及び国際機関の関係者間の情報共有、各国のAMR対策推進を促進

ヒトに関するアクションプラン成果指標							
耐性菌の割合（耐性率）(%)							
2016年－2020年					2020年－2027年		
		2014年	2020年	2020年 (目標値)		2020年	2027年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47	33.3	15%以下	腸球菌のバンコマイシン耐性感染症の罹患数	135人以下	80人以下 (2019年時点 に維持)
	髄液検体以外	2.5	3.5				
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率 ※ 1	32	30%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率 ※ 1	50	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下	緑膿菌のカルバペネム耐性率 ※ 1	7.1	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5				
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	大腸菌のカルバペネム耐性率	0.1	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.2	0.1				
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下 (同水準)	肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.2	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.6	0.4				

※ 1：2027年の耐性菌の目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率としており、2020年の耐性率が異なる。

抗菌薬使用量（人口1,000人あたりの1日使用量）(DID)							
2016年－2020年					2020年－2027年		
	2013年	2020年	2013年と の比較	2020年 (目標値)		2020年※ 2	2027年 (対2020年比)
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89% 減	33% 減	全抗菌薬	10.4	15%減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7% 減	50% 減	経口セファロスポリン系薬	1.93	40%減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3% 減	50% 減	経口フルオロキノロン系薬	1.76	30%減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3% 減	50% 減	経口マクロライド系薬	3.3	25%減
静注抗菌薬	0.9	0.87	1.1% 減	20% 減	カルバペネム系静注抗菌薬	0.058	20%減

※ 2：抗菌薬の2020年の使用量は旧アクションプランは販売量から算出、新アクションプランではNDBから算出しており、値が異なる。

参考 薬剤耐性(A M R)対策アクションプラン (2016-2020)成果指標

ヒトに関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合（耐性率）（％）

		2014年	2020年	2020年（目標値）
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47.0	33.3	15%以下
	髄液検体以外	2.5	3.5	
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5	
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下(同水準)
	メロペネム	0.2	0.1	
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下(同水準)
	メロペネム	0.6	0.4	

ヒトに関するアクションプランの成果指標：抗菌薬使用量（人口1,000人あたりの1日使用量）（DID）

	2013年	2020年	2013年との比較	2020年（目標値）
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89% 減	33% 減
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7% 減	50% 減
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3% 減	50% 減
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3% 減	50% 減
静注抗菌薬	0.90	0.87	1.1% 減	20% 減

動物に関するアクションプラン成果指標：耐性菌の割合（耐性率）（％）

	2014年※	2020年	2020年（目標値）
大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45.2	45.0	33%以下
大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	1.5	1.4	G7各国の数値（※1）と同水準
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	4.7	5.2	G7各国の数値（※2）と同水準

※農場における調査 ※1：0.4～3.8% ※2：1.0～12.8%

○「AWaRe分類」は、WHOが2017年に必須医薬品リスト(EML第20版)を基に抗菌薬をAccess、Watch、Reserveの3グループに分けたものであり、WHOは抗菌薬使用全体のうちAccessの割合を60%以上にするを目標として掲げている。

- ・ Access：第一選択及び第二選択薬の抗菌薬
- ・ Watch：医療において重要であり、かつその私用により耐性菌が選択されるリスクが比較的高いため、第一選択及び第二選択薬としての使用が制限すべき抗菌薬
- ・ Reserve：最後の手段として使用する抗菌薬

○ WHOは、抗菌薬の適正使用の考え方に基づき、①患者の命を救うこと、②薬剤耐性の出現・拡大を遅らせること のバランスをとる観点から、実用的な指標として、AWaRe分類の使用を推奨している。

○ 薬剤耐性（AMR）アクションプラン（2023-2027）（令和5年4月）においても、抗菌薬全体の使用量及びAWaRe分類における「Watch」のうち大部分を占めるマクロライド、フルオロキノロン、第3世代セファロスポリンの使用量の減少を目標としている。

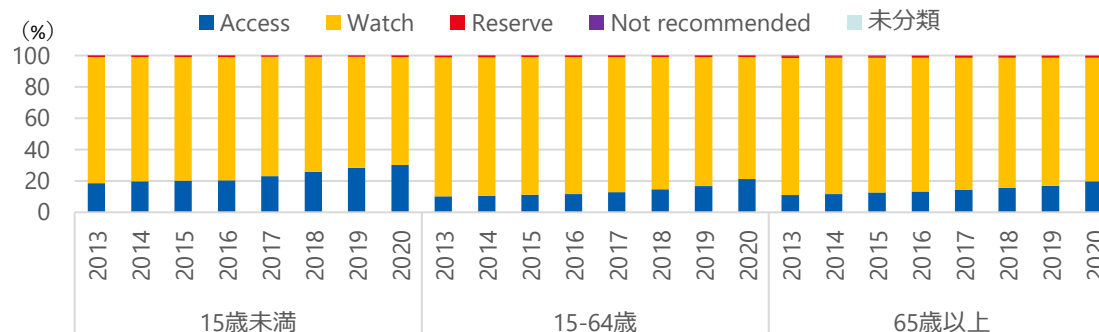
Access	内服/注射	クロラムフェニコール	Watch	内服/注射	アジスロマイシン	Watch	内服	ブルリフロキサシン	Watch	注射	ピアベナム
Access	内服/注射	アンピシリン	Watch	内服/注射	リンコマイシン	Watch	内服	ガレノキサシン	Watch	注射	イミベナム/シラスタチン
Access	内服/注射	スルファジメトキシ	Watch	内服/注射	シプロフロキサシン	Watch	内服	シタフロキサシン	Watch	注射	パニベナム/ベタミプロン
Access	内服/注射	スルファメトキサゾール/トリメトプリム	Watch	内服/注射	レボフロキサシン	Watch	内服	トスフロキサシン	Watch	注射	ストレプトマイシン
Access	内服/注射	クリンダマイシン	Watch	内服/注射	ラスクフロキサシン	Watch	内服	ピロミド酸	Watch	注射	トブラマイシン
Access	内服/注射	メトロニダゾール	Watch	内服/注射	カナマイシン	Watch	内服	ビベミド酸	Watch	注射	ジベカシン
Access	内服	ドキシサイクリン	Watch	内服/注射	バンコマイシン	Watch	内服	シノキサシン	Watch	注射	リボスタマイシン
Access	内服	テトラサイクリン	Watch	内服	デメクロサイクリン	Watch	内服	ホスホマイシン	Watch	注射	イセパマイシン
Access	内服	アモキシシリン	Watch	内服	セフロキシム	Watch	内服	リファキシミン	Watch	注射	アルベカシン
Access	内服	バカンピシリン	Watch	内服	セファクロル	Watch	内服	フィダクソマイシン	Watch	注射	ベカナマイシン
Access	内服	ビブメシリナム	Watch	内服	セフィキシム	Watch	内服	リファンピシン	Watch	注射	バズフロキサシンメシル
Access	内服	ベンザチンベンジルペニシリン	Watch	内服	セフボドキシム	Watch	内服	リファブチン	Watch	注射	デイコブラニン
Access	内服	アモキシシリン/クラブラン酸	Watch	内服	セフチブテン	Watch	注射	ビベラシリン	Reserve	内服/注射	リネゾリド
Access	内服	スルタミシリン	Watch	内服	セフジニル	Watch	注射	アスポキシリン	Reserve	内服	ファロベナム
Access	内服	セファレキシン	Watch	内服	セフジトレン	Watch	注射	タソバクタム/ビベラシリン	Reserve	内服	テジソリド
Access	内服	セファドロキシル	Watch	内服	セフカベン	Watch	注射	セフメタゾール	Reserve	内服	コリスチン
Access	内服	セファトリジン	Watch	内服	セフテラム	Watch	注射	セフミノクス	Reserve	内服	ポリミキシンB
Access	内服	セフロキサシン	Watch	内服	デビベナム	Watch	注射	セフペラゾン	Reserve	注射	チゲサイクリン
Access	内服	スルファメチゾール	Watch	内服	スビラマイシン	Watch	注射	フロモキセフ	Reserve	注射	アストレオナム
Access	内服	スルファメトキサゾール	Watch	内服	ミデカマイシン	Watch	注射	セフォタキシム	Reserve	注射	カルモナム
Access	内服	チニダゾール	Watch	内服	ロキシスロマイシン	Watch	注射	セフタジジム	Reserve	注射	レレバクタム/イミベナム/シラスタチン
Access	注射	ベンジルペニシリン	Watch	内服	ジョサマイシン	Watch	注射	セフトリアキソン	Reserve	注射	セフトロザン/タソバクタム
Access	注射	アンピシリン/スルバクタム	Watch	内服	クラリスロマイシン	Watch	注射	セフメノキシム	Reserve	注射	キヌプリスチン/ダルホプリスチン
Access	注射	セファロチン	Watch	内服	ロキタマイシン	Watch	注射	ラタモキセフ	Reserve	注射	コリスチンメタンサルホン酸
Access	注射	セファゾリン	Watch	内服	テリスロマイシン	Watch	注射	セフォジジム	Reserve	注射	ホスホマイシンナ
Access	注射	ゲンタマイシン	Watch	内服	オフロキサシン	Watch	注射	セフォベラゾン	Reserve	注射	ダブトマイシン
Access	注射	アミカシン	Watch	内服	エノキサシン	Watch	注射	セフェピム	Reserve	注射	デジソリドリン酸
Access	注射	スペクチノマイシン	Watch	内服	ノルフロキサシン	Watch	注射	セフピロム	Not recommended	内服/注射	アンピシリン/クロキサシリン
Watch	内服/注射	ミノサイクリン	Watch	内服	ロメフロキサシン	Watch	注射	セフォゾラン	Not recommended	注射	セフォラゾン/スルバクタム
Watch	内服/注射	セフォチアム	Watch	内服	スバルフロキサシン	Watch	注射	メロベナム	未分類	内服	シクラシリン
Watch	内服/注射	エリスロマイシン	Watch	内服	モキシフロキサシン	Watch	注射	ドリベナム	未分類	内服	ナリジクス酸

日本における抗菌薬使用量の推移

Figure 1 is a combination bar and line chart illustrating the recommendation status of information sources from 2013 to 2020. The left Y-axis represents the number of accesses (0 to 20), and the right Y-axis represents the ratio of accesses (0% to 100%). The legend includes: 未分類 (Unclassified), Not recommended, Reserve, Watch, Access, and Accessの割合 (Ratio of Access).

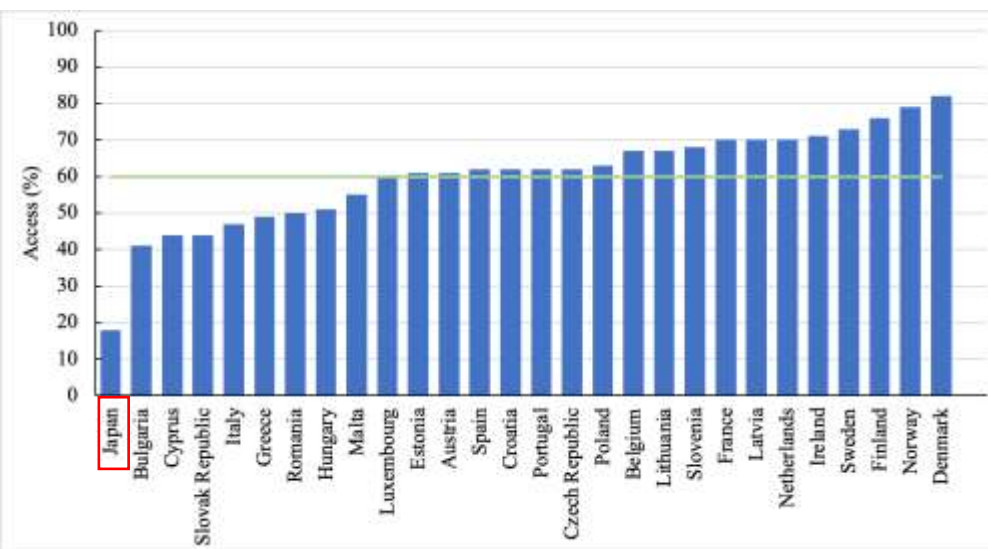
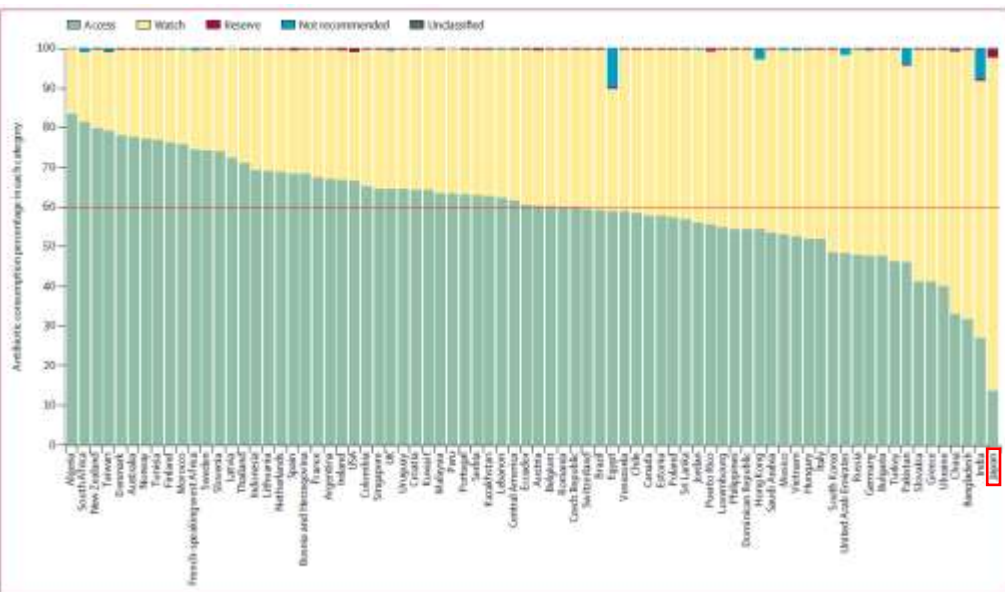
Year	Access (Number)	Watch (Number)	Reserve (Number)	Not recommended (Number)	未分類 (Number)	Accessの割合 (%)
2013	2	12	1	0	0	12.5%
2014	2	12	1	0	0	14.3%
2015	2	13	1	0	0	15.4%
2016	2	13	1	0	0	15.4%
2017	2	12	1	0	0	14.3%
2018	2	11	1	0	0	15.4%
2019	2	11	1	0	0	18.2%
2020	2	8	0	0	0	22.2%

日本におけるAWaRe分類に基づく抗菌薬使用量の割合（年齢階級別）



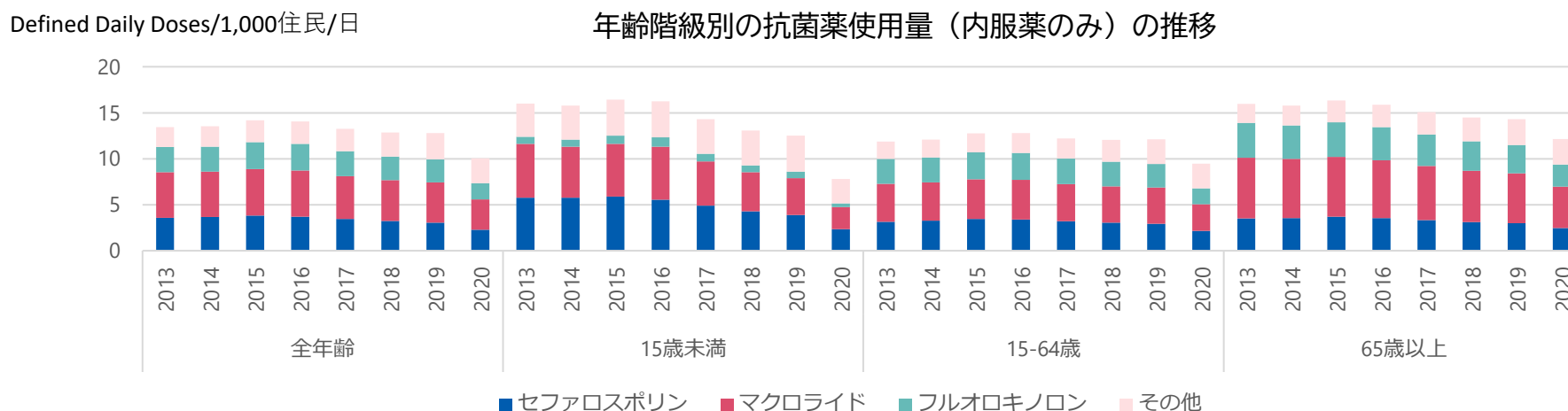
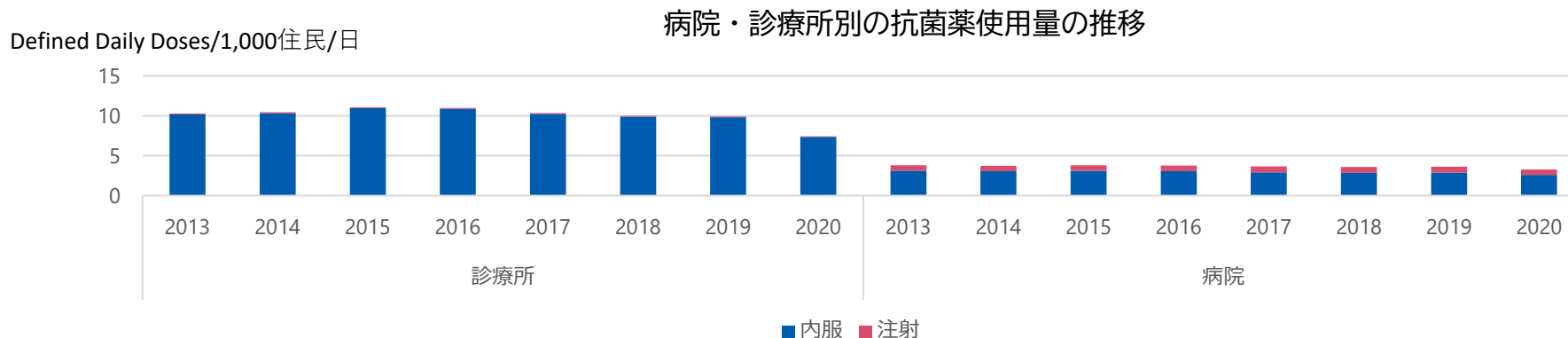
出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース（NDB）に基づいたサーベイランス 資料より作成

2020年における日本及びEU/EUA国におけるAccess抗菌薬の割合



出典: Antimicrobial Resistance in the EU/EEA A One Health Response
※日本のデータについてはNDBより抽出

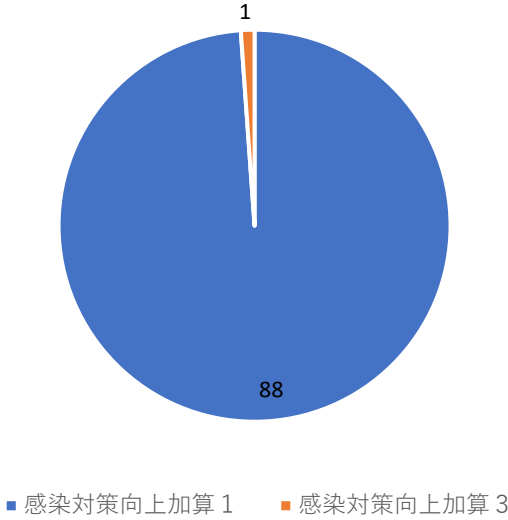
- 抗菌薬の使用量（人口当たり・1日当たり）は、病院よりも診療所が多い。
- 年齢別の使用量（人口当たり・1日当たり）は、特に15歳未満で減少傾向となっているが、15歳-64歳では減少傾向となっていない。



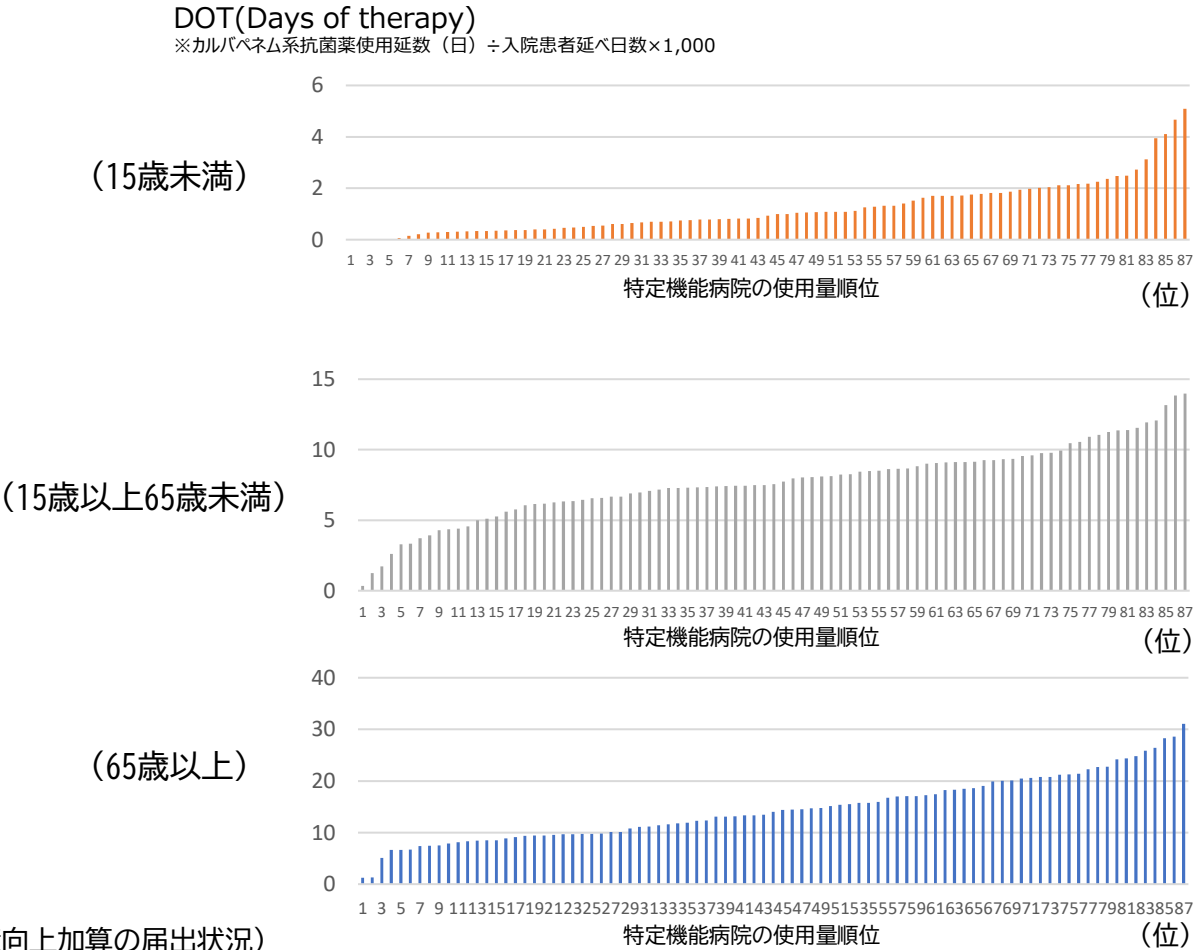
特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用状況

○ 特定機能病院においては、ほぼ全ての病院が感染対策向上加算 1 の届出を行っているが、カルバペネム系抗菌薬の使用状況については、特定機能病院の中においてもばらつきがみられる。

特定機能病院における感染対策向上加算の届出状況
(令和4年7月1日時点、n=89)

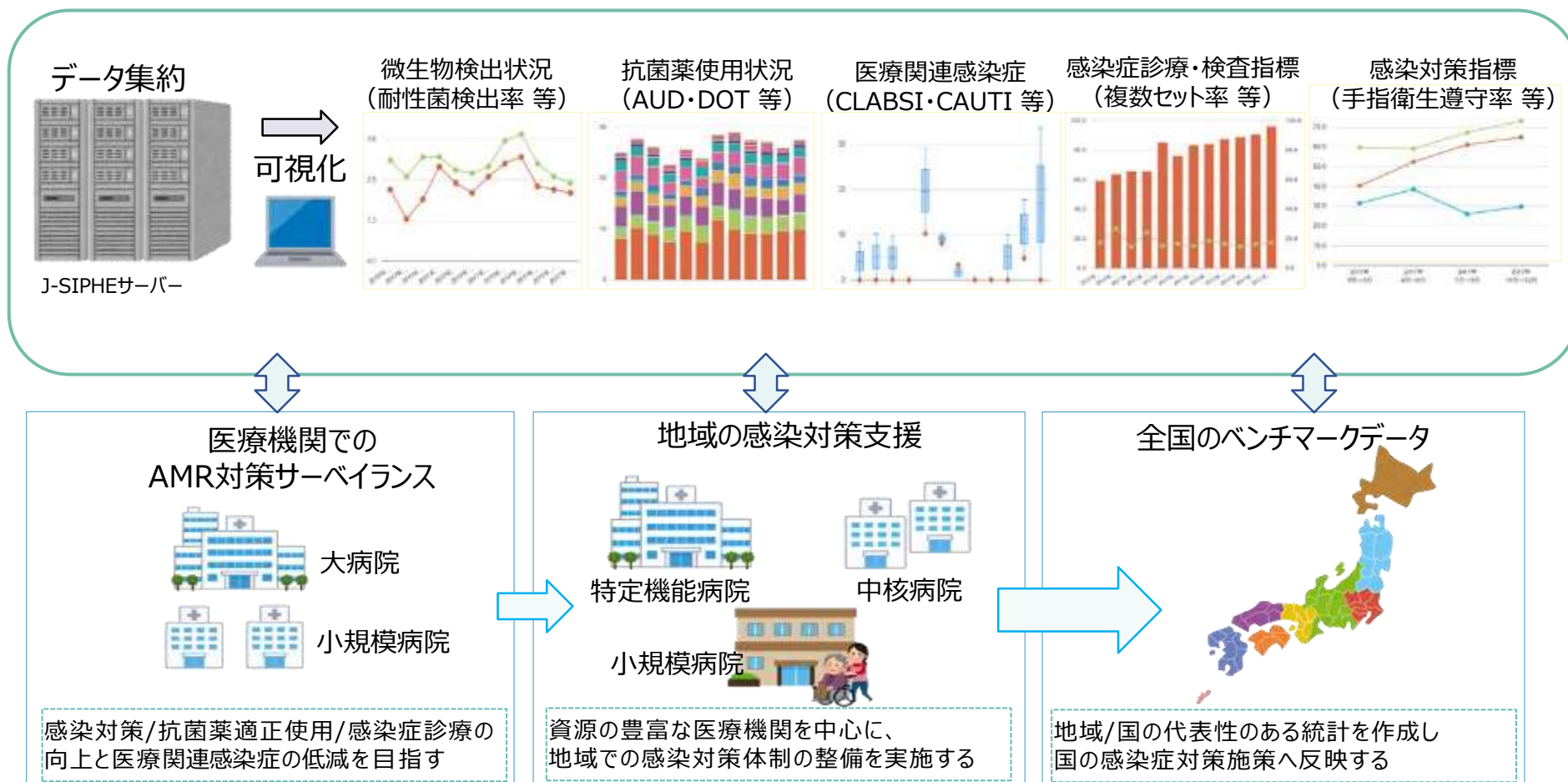


特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用量
(令和3年度、n=87)



(出典) ・ 保険局医療課調べ (令和4年7月時点における感染対策向上加算の届出状況)
・ 令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査

○厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMR臨床リファレンスセンターにおいて実施している「感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE; Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology）」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系統間の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加している。



- 2022年10月より、診療所を対象として抗菌薬処方量および処方割合を把握するシステム「診療所版J-SIPHE」も開始しており、2023年現在、約400診療所が参加している。
- 今後、AWaRe分類により抗菌薬の処方量や処方割合の把握ができるよう改修予定。

診療所版J-SIPHE概要



処方件数に対する抗菌薬の処方割合



1. 新興感染症発生・まん延時における医療
2. 新型コロナウイルス感染症等新興感染症感以外の感染症への医療
3. 診療報酬上の対応
4. 課題・論点

診療報酬上の感染対策及び感染症患者に対する医療に対する評価の概要

○感染症患者又は疑い患者に対する個別の医療について評価する項目

診療報酬項目	算定要件等の概要
○A210 難病等特別入院診療加算 1 難病患者等入院診療加算 250点 2 二類感染症患者入院診療加算 250点	・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を来している状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を実施している状態の患者が入院した場合（1 難病患者等入院診療加算） ・二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者が第二種感染症指定医療機関に入院した場合（2 二類感染症患者入院診療加算）
○A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点	・二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合
○A305 一類感染症患者入院医療管理料 1 14日以内の期間 9,371点 2 15日以上期間 8,108点	・一類感染症の患者若しくは一類感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者が特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等に入院した場合
○特定疾患療養管理料 1 診療所 225点 2 許可病床数100床未満の病院 147点 3 許可病床数100床以上200床未満の病院 87点	・結核、慢性ウイルス肝炎等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合
○B001・1 ウイルス疾患指導料 イ 指導料1 240点 ロ 指導料2 330点	・肝炎ウイルス、成人T細胞白血病又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合
○B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点	・長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合
○B001-2 小児外来診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料 注4 小児抗菌薬適正使用加算 80点	・急性気道感染症又は急性下痢症により受診した初診患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）であって、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導等を行った場合
○処置 注8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用加算 80点	・急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない6歳未満の患者（インフルエンザ感染・疑い患者を除く。）に対して一定の処置を行い、抗菌薬を使用しないものに対して療養上必要な指導等を行った場合

○院内感染等感染対策の体制について評価する項目

診療報酬項目	算定要件等の概要
○A234-2 感染対策向上加算（入院初日） 加算1 710点 加算2 175点 加算3 75点	・（後述）
○ 外来感染対策向上加算 6点（患者1人につき月1回）	・（後述）

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①

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

組織的な感染防止対策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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
 - (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の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に参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
 - (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、**地域や全国のサーベイランスに参加していること**。

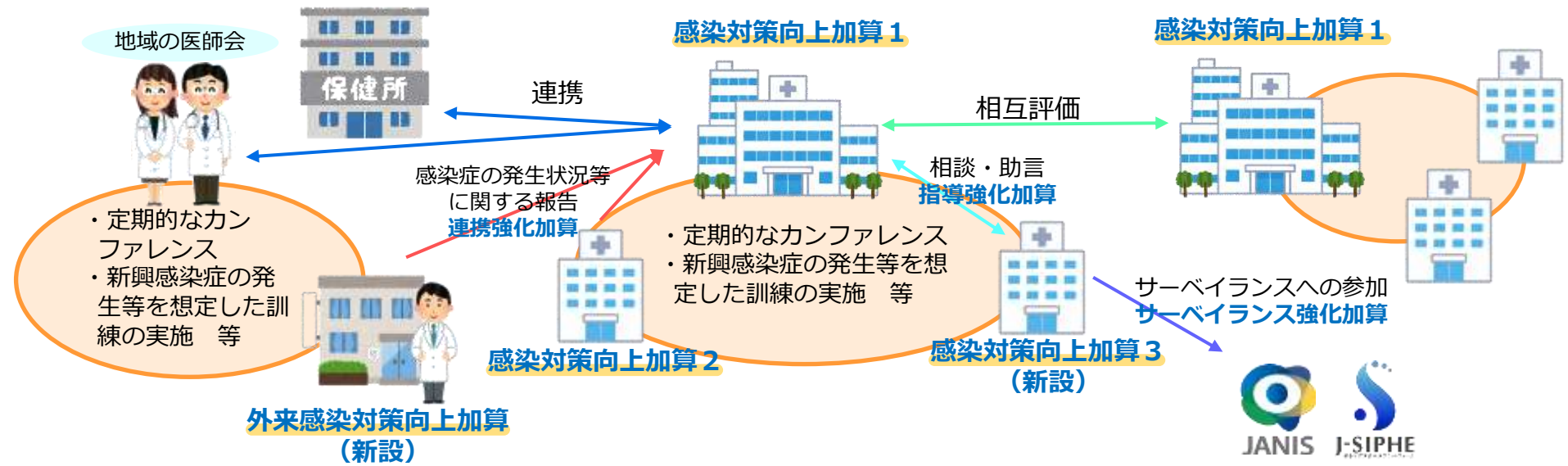
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

- 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	390点	感染対策向上加算 1	710点 (入院初日)
感染防止対策加算 2 (新設)	90点	感染対策向上加算 2	175点 (入院初日)
		感染対策向上加算 3	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)



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③

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算	
点数	710点	175点	75点	6点	
算定要件	入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に 1 回	患者 1 人の外来診療につき月 1 回に限り算定	
主な施設基準	届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		診療所（感染対策向上加算の届出がないこと）	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が 3 年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験 5 年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験 3 年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験 3 年以上） ※ 医師又は看護師のうち 1 名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算 2、3 又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が 3 年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験 5 年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験 3 年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験 3 年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算 2 又は 3 の医療機関と合同で、年 4 回以上カンファレンスを実施（このうち 1 回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算 2、3 及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 4 回以上、加算 1 の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 4 回以上、加算 1 の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年 2 回以上、加算 1 の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として 5 点を算定する。		サーベイランス強化加算として 1 点を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和 4 年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去 1 年間に 4 回以上、加算 2、3 又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30 点を算定する。	感染対策向上加算 2 又は 3 を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算 1 を算定する保険医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として 30 点を算定する。		連携強化加算として 3 点を算定する。	

新興感染症への対応に係る感染対策向上加算の規定

- 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算における新興感染症への対応に係る規定は、令和4年度から現在までは、新型コロナウイルス感染症への対応において必要な措置として定められている。

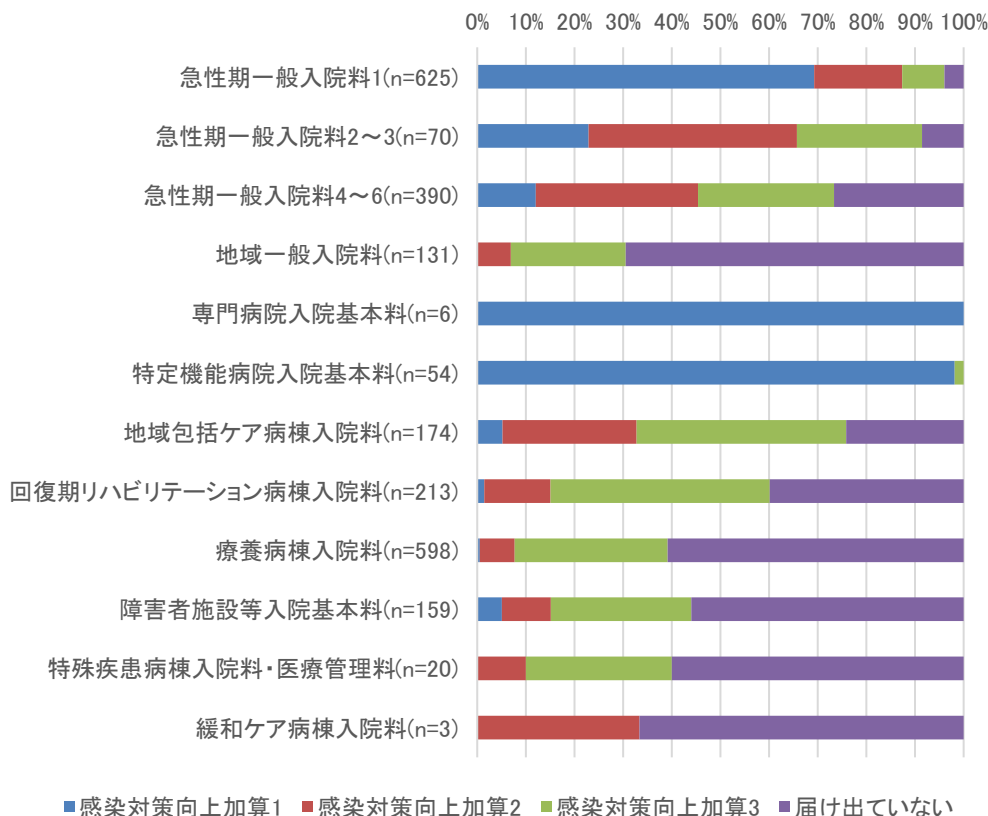
	感染対策向上加算			外来感染対策向上加算
	加算 1	加算 2	加算 3	
届出施設数※	1,248	1,029	2,042	16,224
施設基準のうち新興感染症への対応に係る規定	新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制	新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制
令和4年4月～令和5年5月7日の取扱	新型コロナに係る 重点医療機関	新型コロナに係る重点医療機関又は協力医療機関	新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関又は診療・検査医療機関	新型コロナに係る診療・検査医療機関
令和5年5月8日～現在の取扱	令和5年1月1日以降に重点医療機関の指定を受けていたことがある医療機関のうち、過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関（①）	①又は新型コロナ疑い患者を救急患者として診療する体制等及び過去6か月以内に新型コロナ患者に対する入院医療の提供の実績がある医療機関（②）	①、②又は外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関	外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関

入院料ごとの感染対策向上加算の届出状況等

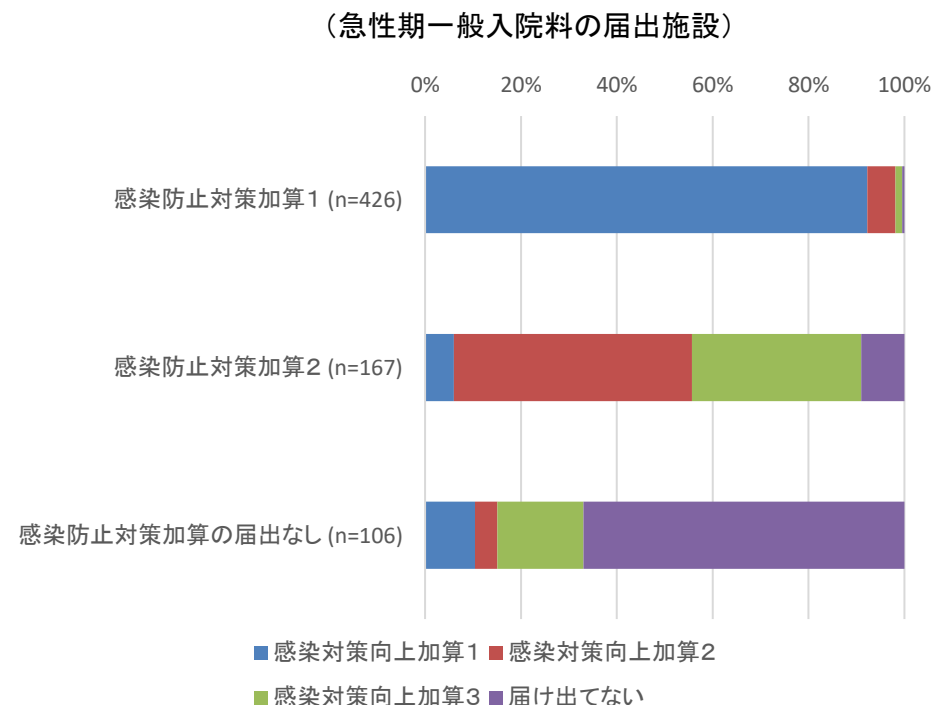
診調組 入 - 1
5. 6. 8 (改)

○ 感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無
(令和4年11月1日時点)



急性期病院における感染防止対策加算の
届出状況(改定前※)ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点

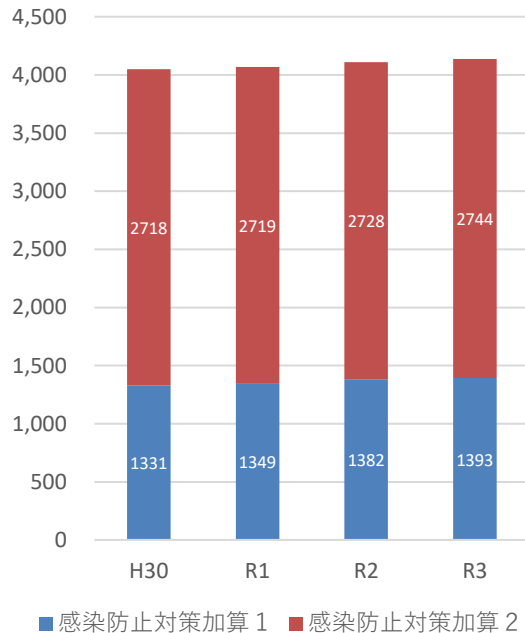


感染対策向上加算等の届出医療機関数

- 感染対策向上加算の届出医療機関数は、令和3年までにおける感染防止対策加算の届出医療機関と同程度だった。
- 外来感染対策向上加算の届出施設数は約1万6千施設であり、内科を標榜する診療所のうち一部にとどまっていた。

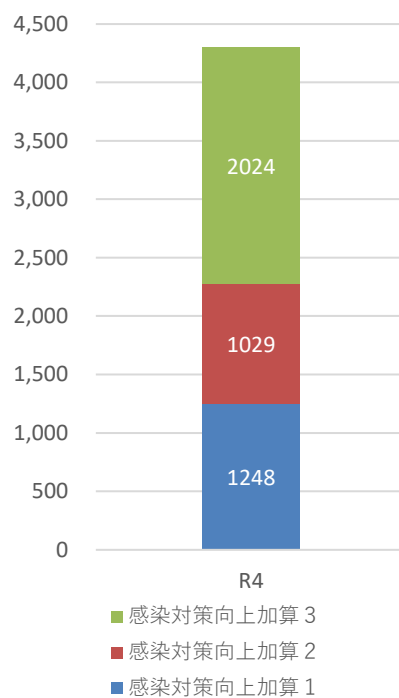
平成30年～令和3年における
感染対策防止加算の届出施設数

(届出施設数)



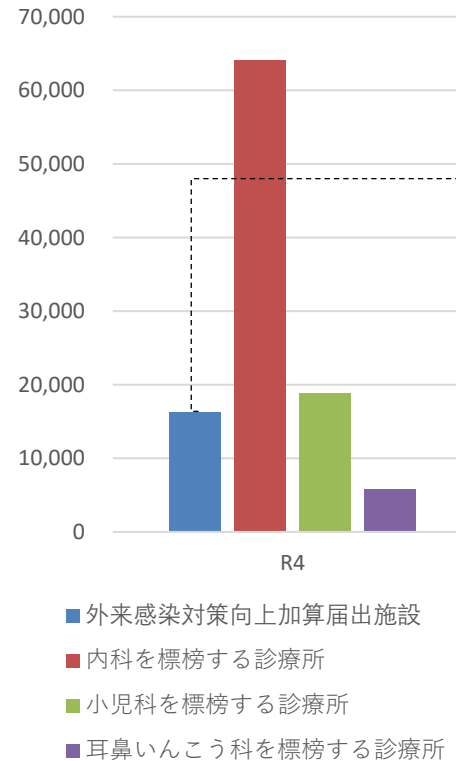
令和4年における
感染対策向上加算の届出施設数

(届出施設数)

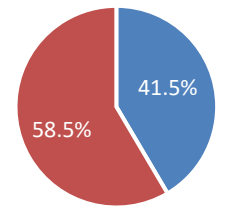


令和4年における
外来感染対策向上加算の届出施設数等

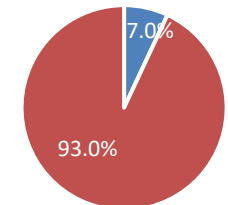
(届出施設数)



外来感染対策向上加算の届出施設
における連携強化加算の届出状況



外来感染対策向上加算の届出施設
におけるサーベイランス強化加算の届出状況



出典

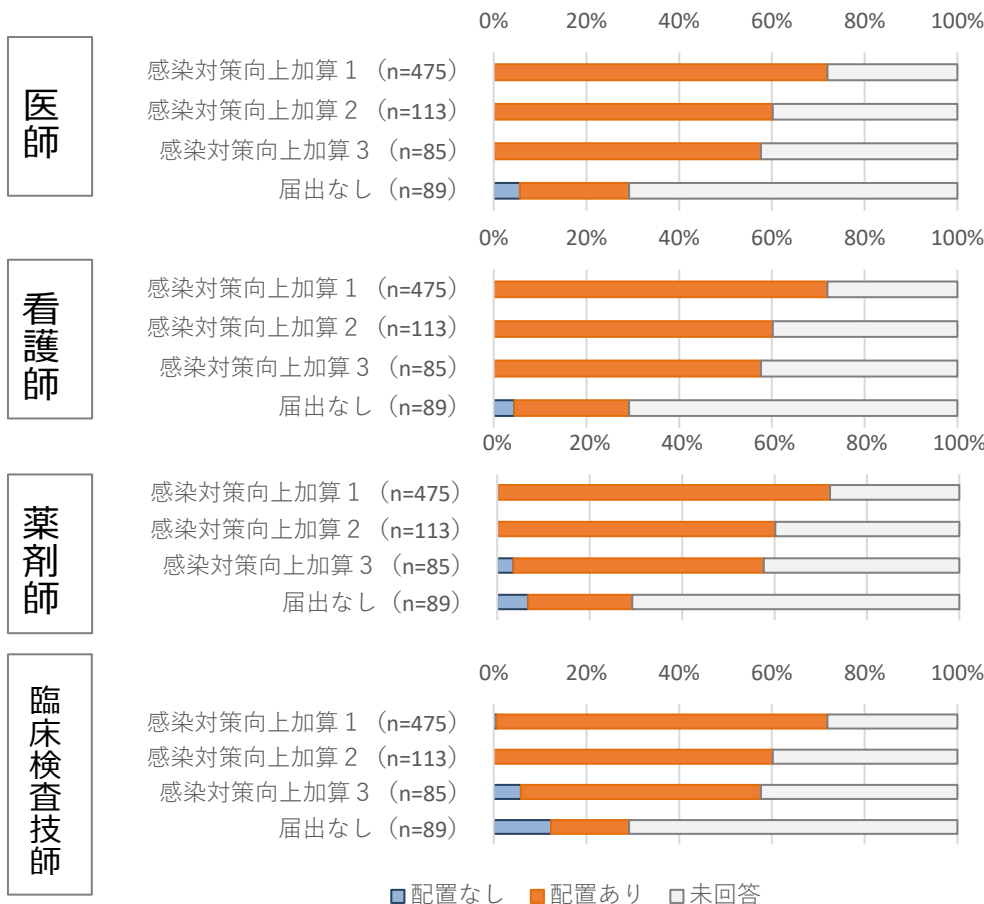
- ・保険局医療課調べ(加算の届出状況、各年7月1日時点)
- ・医療施設調査(診療所数、令和2年10月1日時点)

感染対策向上加算の届出別の感染制御チームの配置状況

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料届出医療機関において、感染対策の経験を有する医師は、加算区分によらず9割程度配置されており、加算届出無しの医療機関でも7割弱配置されていた。
- 感染管理の経験を有し適切な研修を修了した看護師のうち専従者を配置している割合は加算1ほど高いが、加算届出無しの医療機関でも専任者は5割配置されていた。
- 病院勤務経験を持つ感染防止対策に関わる薬剤師、病院勤務経験を有する臨床検査技師は、加算届出無しの医療機関でも、それぞれ9割、8割配置されていた。

■急性期病院（※）における感染制御チームの構成職員の配置状況

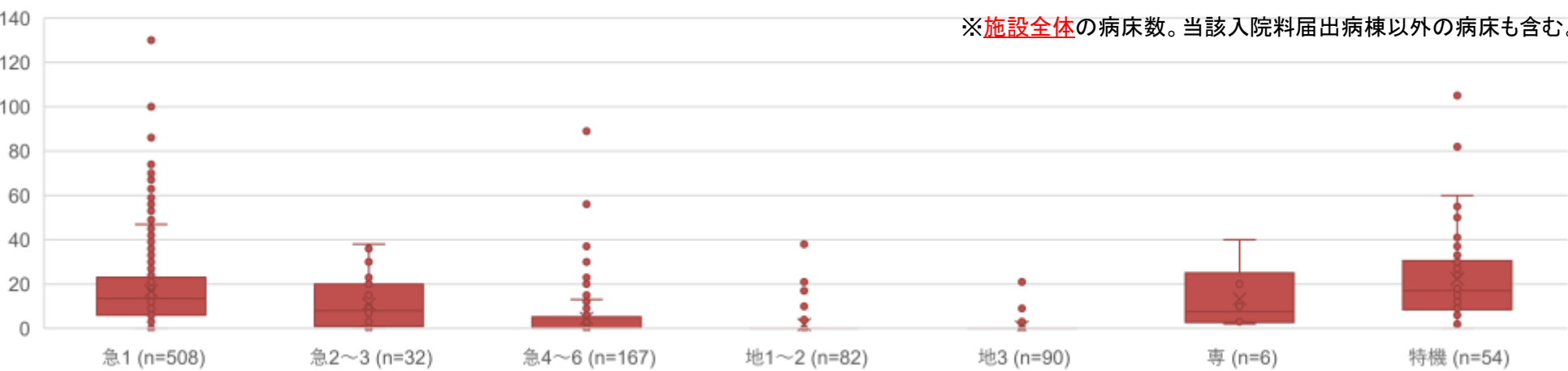
（※）急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料届出医療機関



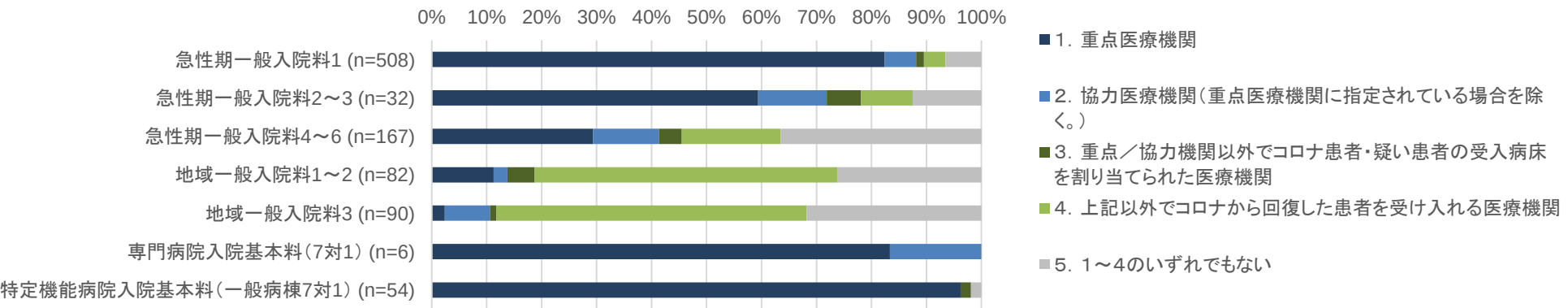
		感染対策 向上加算 1	感染対策 向上加算 2	感染対策 向上加算 3	届出なし
医師	医師のうち、感染症対策に3年以上の経験を有する <u>専従</u> の常勤医師	12.3%	8.8%	12.2%	23.8%
	医師のうち、感染症対策に3年以上の経験を有する <u>専任</u> の常勤医師	93.9%	86.8%	85.7%	66.7%
看護師	看護師のうち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した <u>専従</u> の看護師	98.2%	36.8%	16.3%	22.7%
	看護師のうち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した <u>専任</u> の看護師	29.8%	41.2%	49.0%	50.0%
	看護師のうち、感染管理の経験5年以上（感染管理に係る適切な研修未修了）の看護師	17.8%	51.5%	40.8%	68.2%
薬剤師	薬剤師のうち、3年未満の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる <u>専任</u> の薬剤師	95.9%	89.7%	80.4%	90.0%
	薬剤師のうち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる <u>専任</u> の薬剤師	9.1%	8.8%	8.7%	15.0%
臨床検査技師	臨床検査技師のうち、3年以上の病院勤務経験を持つ <u>専任</u> の臨床検査技師	97.6%	85.3%	93.2%	80.0%
	臨床検査技師のうち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した <u>専任</u> の臨床検査技師	5.9%	14.7%	4.5%	6.7%

- 急性期一般入院料1の約90%、急性期一般入院料2～3の約70%が重点医療機関／協力医療機関のいずれかに指定されていた。
- 急性期一般入院料4～6においては、半数程度がコロナ患者の受入を行っており、地域一般入院料の多くは、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関となっていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※



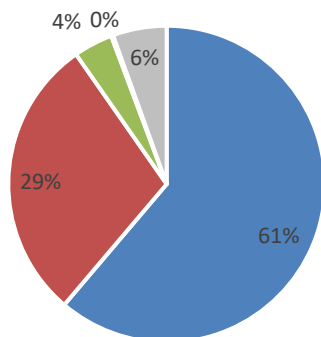
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）



重点医療機関、協力医療機関等における感染対策向上加算の届出状況

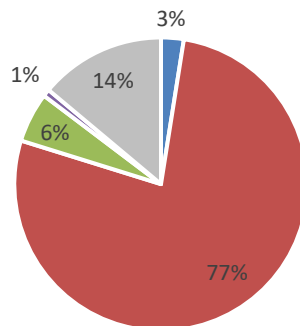
- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は届出を行っていなかった。

重点医療機関における
感染対策向上加算の届出状況



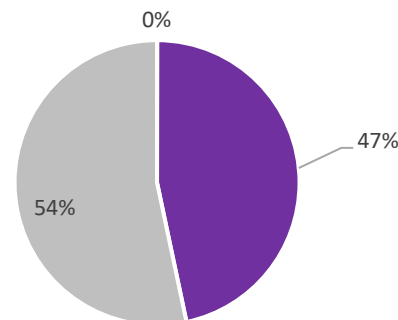
■ 感染対策向上加算 1 ■ 感染対策向上加算 2
■ 感染対策向上加算 3 ■ 外来感染対策向上加算
■ 届出なし

協力医療機関における
感染対策向上加算の届出状況



■ 感染対策向上加算 1 ■ 感染対策向上加算 2
■ 感染対策向上加算 3 ■ 外来感染対策向上加算
■ 届出なし

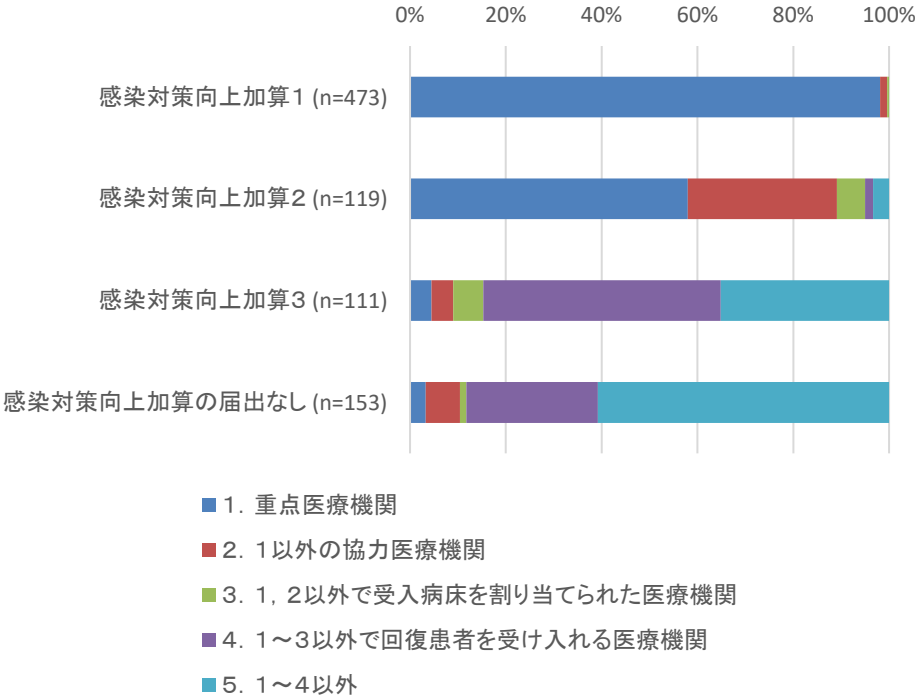
診療・検査医療機関のうち診療所
における感染対策向上加算の届出状況



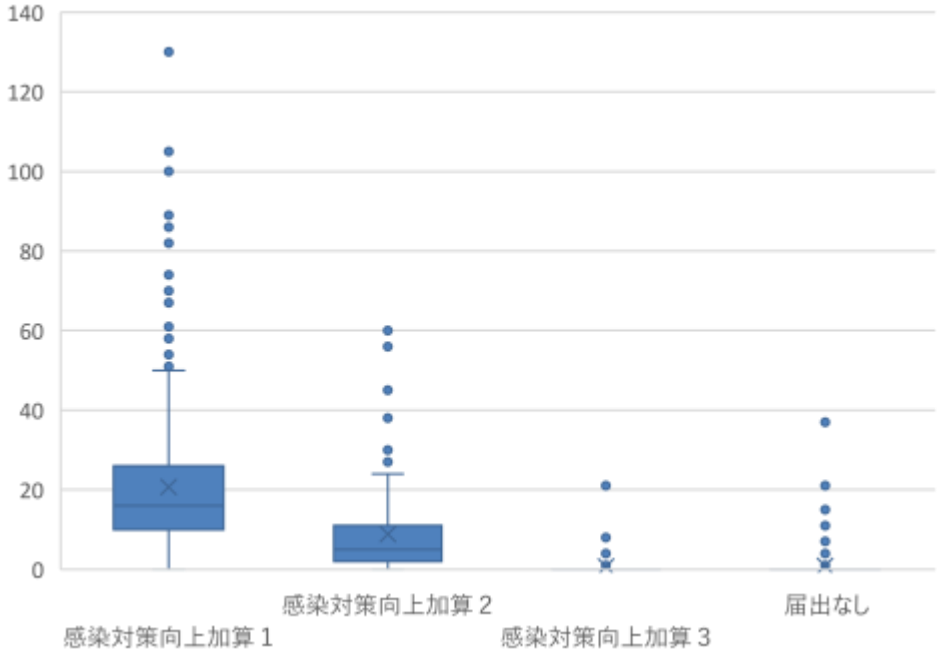
■ 感染対策向上加算 3 ■ 外来感染対策向上加算
■ 届出なし

○ 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況
(令和4年11月1日時点)



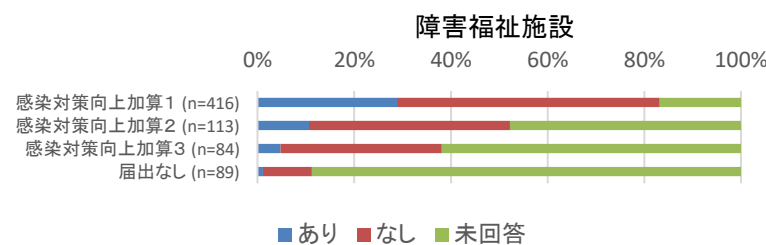
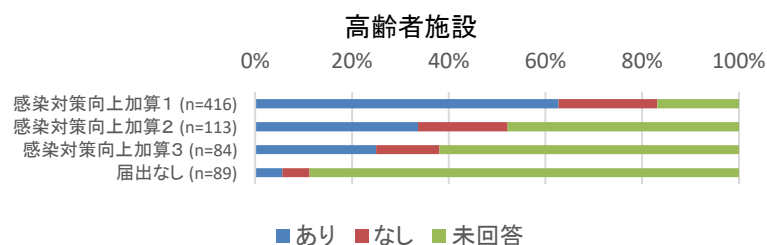
感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
(令和4年11月1日時点)



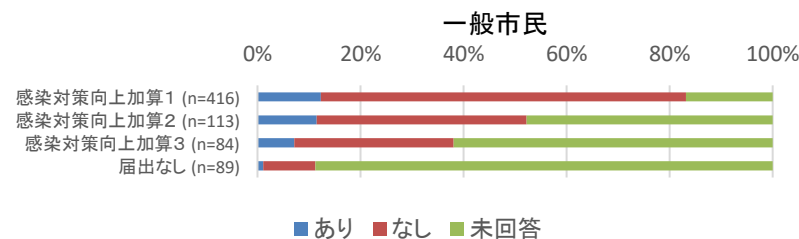
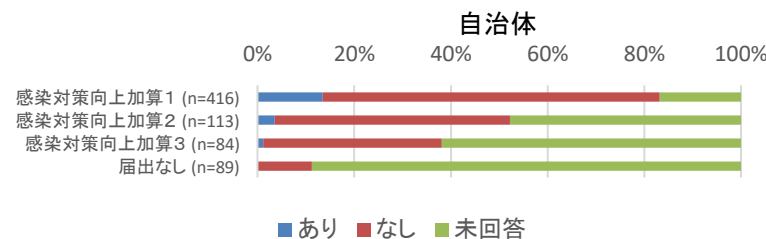
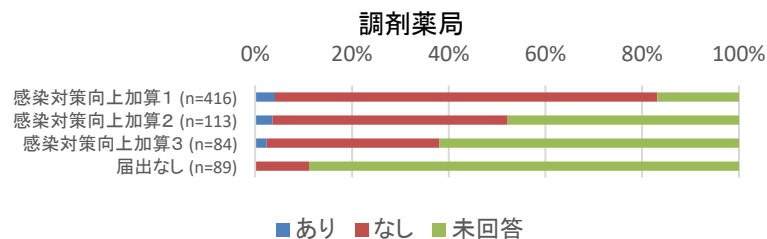
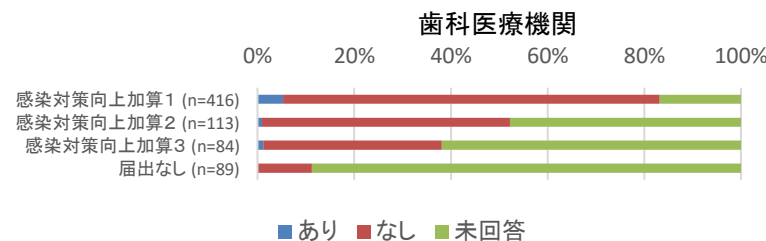
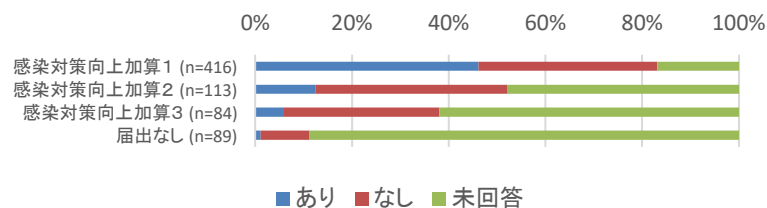
71

- 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

急性期一般入院料1－6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関

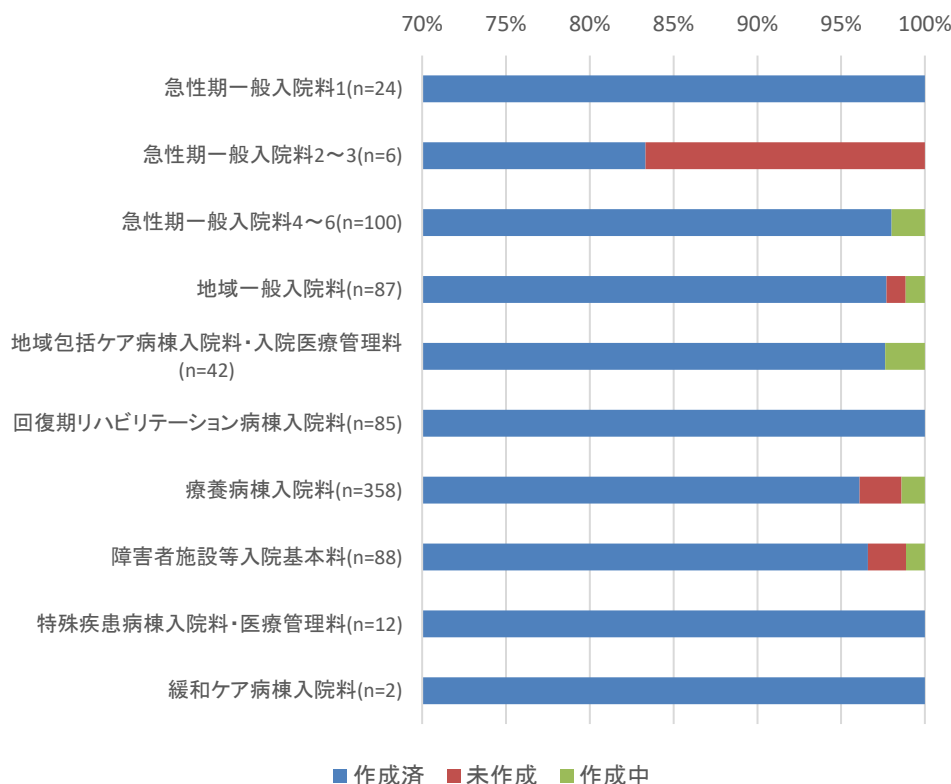


感染対策向上加算を届け出していない病院における感染対策の状況①

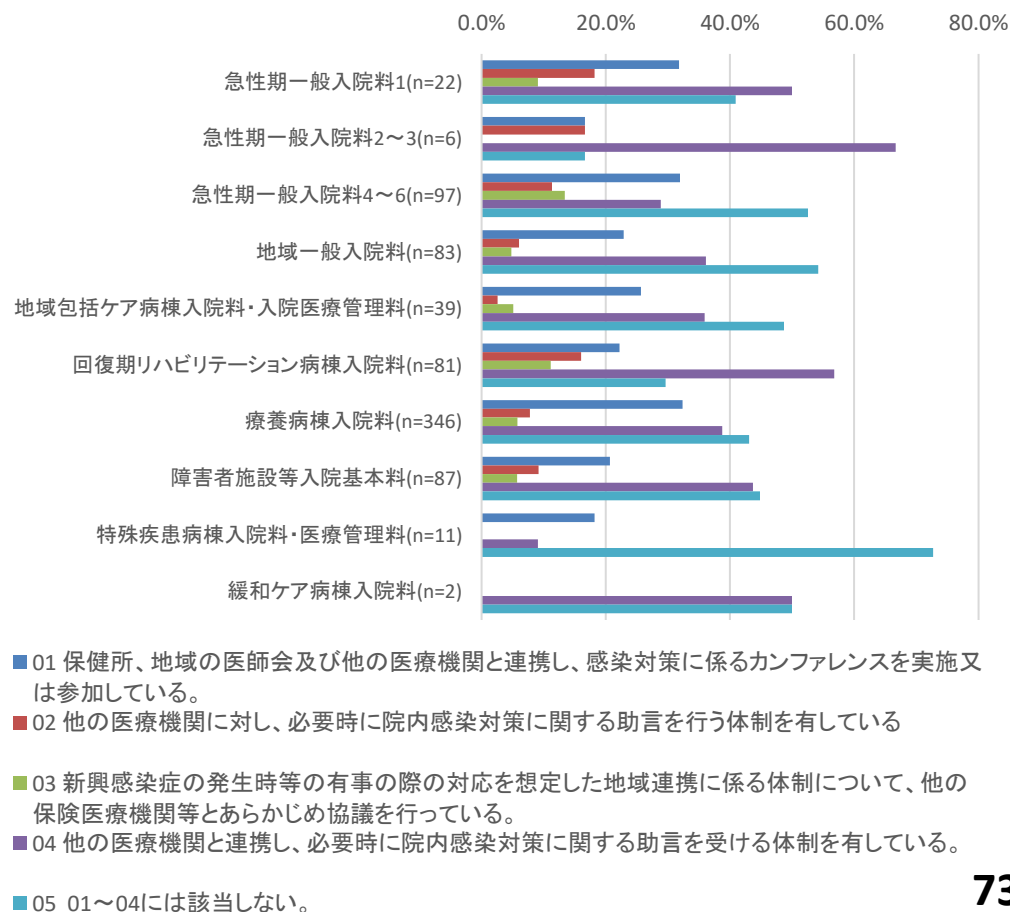
診調組 入 1
5. 6. 8 (改)

- 感染対策向上加算を届け出していない場合でも、多くの医療機関で院内感染マニュアルが作成されていたが、一部では未作成となっていた。
- 感染対策に係るカンファレンスや院内感染対策に関する助言等の連携体制については、医療機関によってばらつきがあった。

感染対策向上加算を届け出していない病院における
院内感染マニュアルの作成状況
(令和4年11月1日時点)



感染対策向上加算を届け出していない病院における
他の医療機関・行政等との連携体制(複数選択)
(令和4年11月1日時点)



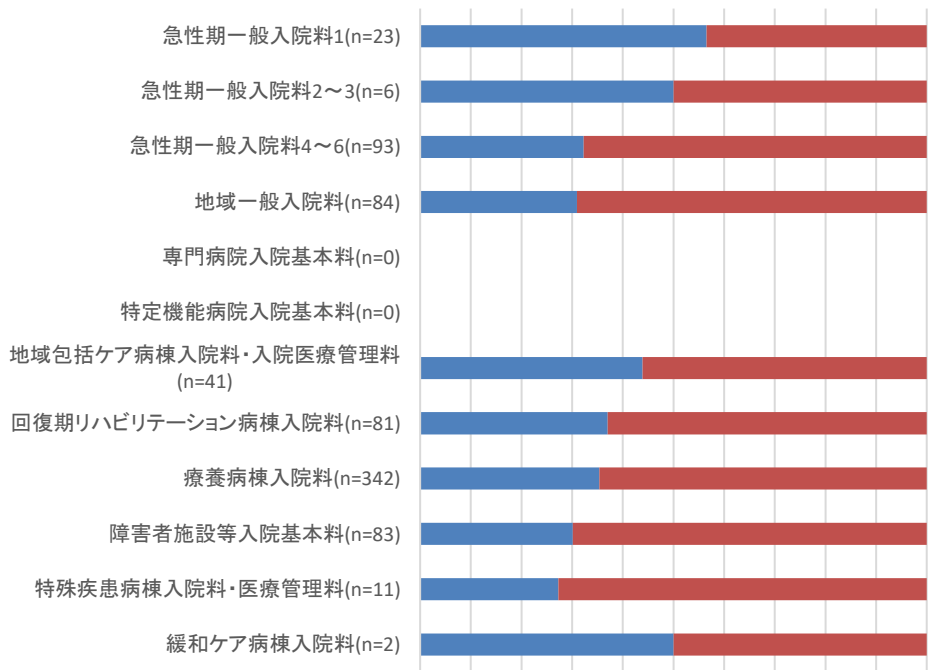
感染対策向上加算を届け出していない病院における感染対策の状況②

診調組 入 1
5. 6. 8 (改)

- 感染対策向上加算を届け出していない病院のうち一定数が、新興感染症の発生時にゾーニングを行える体制を有していた。
- 抗菌薬の適正使用については、半数以上の施設で、適正使用を監視するための体制を確保していた。

新興感染症の発生時等の体制整備の状況
(令和4年11月1日時点)

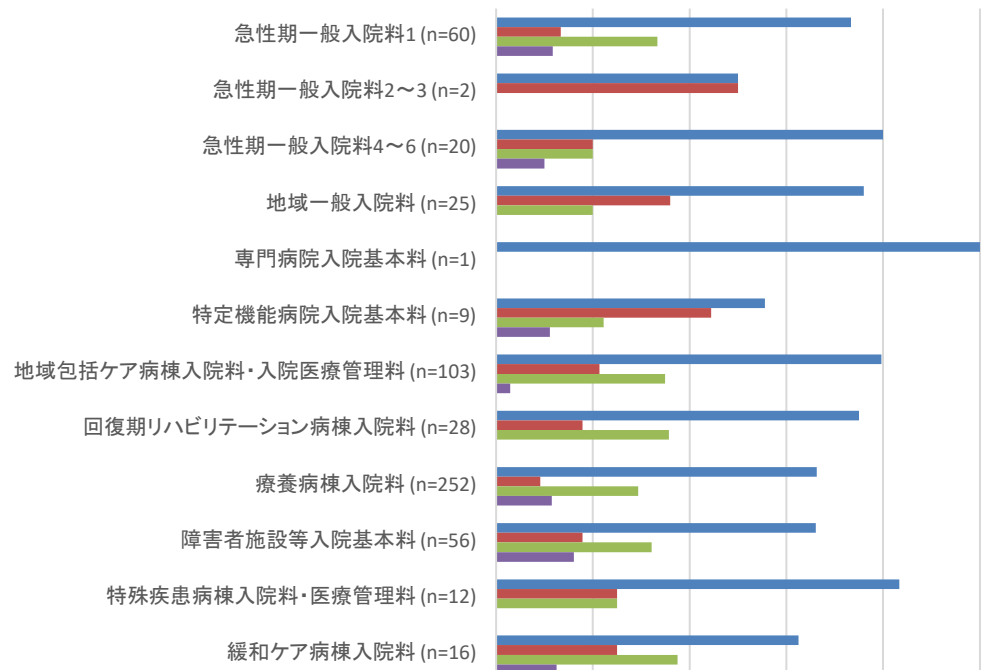
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



- 新興感染症の発生時に、感染者患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
- 体制は整備していない

抗菌薬の適正使用の状況(複数選択)
(令和4年11月1日時点)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



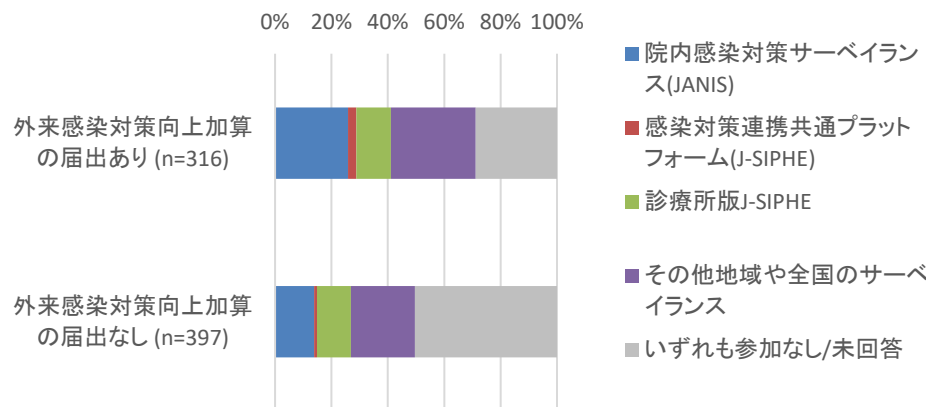
- 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している
- 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている
- 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院におけるアウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している
- その他

外来感染対策向上加算の届出状況等

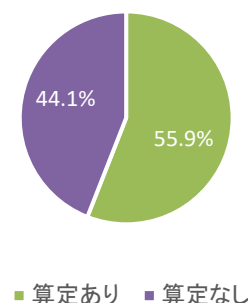
診療組 入 1
5 . 6 . 8

- 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
- 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における
連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における
令和4年度の平均カンファレンス参加回数
(予定を含む。)

感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

外来感染対策向上加算を届け出ている診療所における届出が困難な理由

	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=216)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外注委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有る際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算		
イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

〔算定要件〕
重症患者の対応に係る体制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地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準の概要〕

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上		

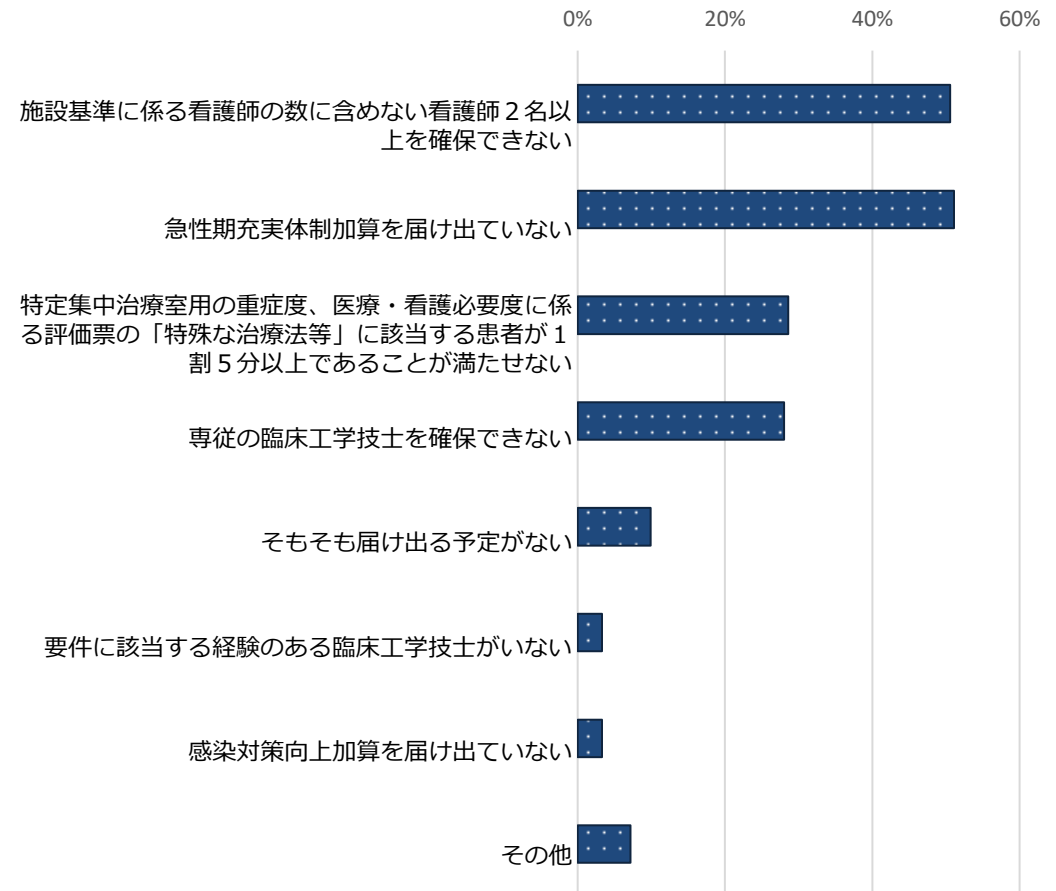
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ていた治療室は4%であった。
- 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

■ 重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

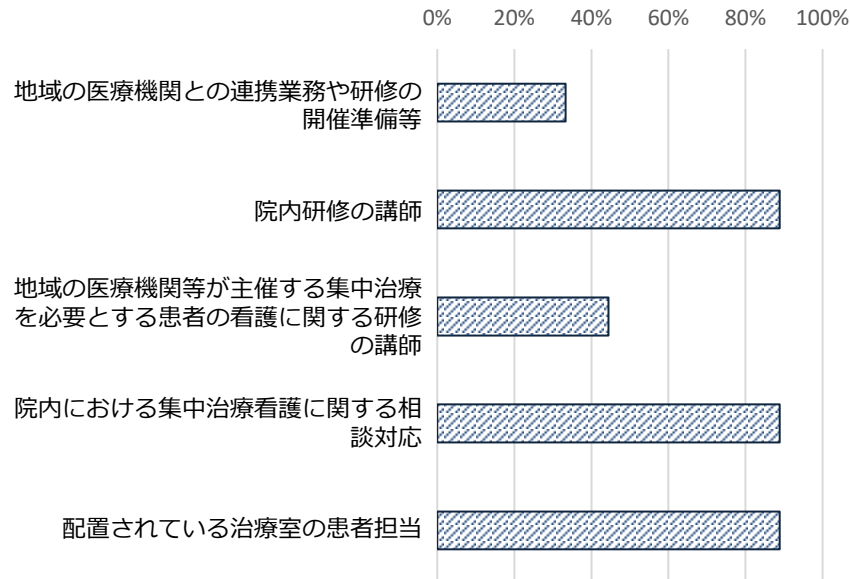
	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

届出:無

■ 届出が困難な理由 (複数回答) (n=182)



■ 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修 修了者の具体的な実施業務 (n=9)



歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行		改定後
【初診料】		【初診料】
1 歯科初診料	261点	1 歯科初診料 264点
【再診料】		【再診料】
1 歯科再診料	53点	1 歯科再診料 56点
[施設基準]		[施設基準]
1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準		1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。		(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。		(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。		(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。

[経過措置]
令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

○ 令和4年度診療報酬改定において、院内感染防止対策を更に推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の評価の見直しを行った。

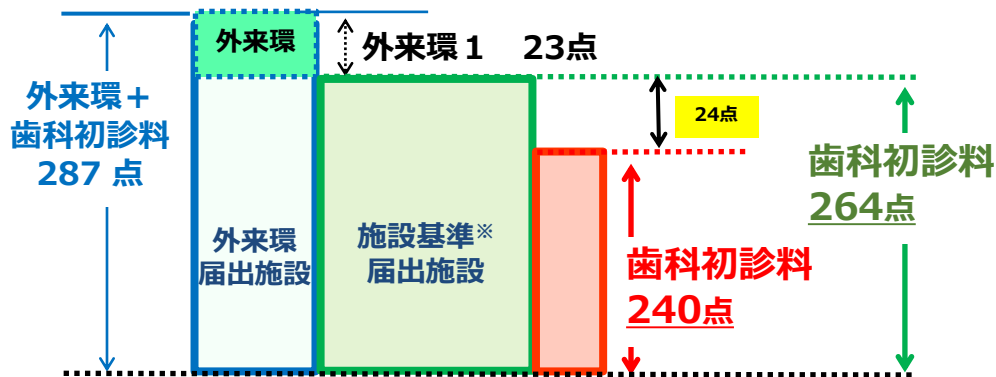
○ 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

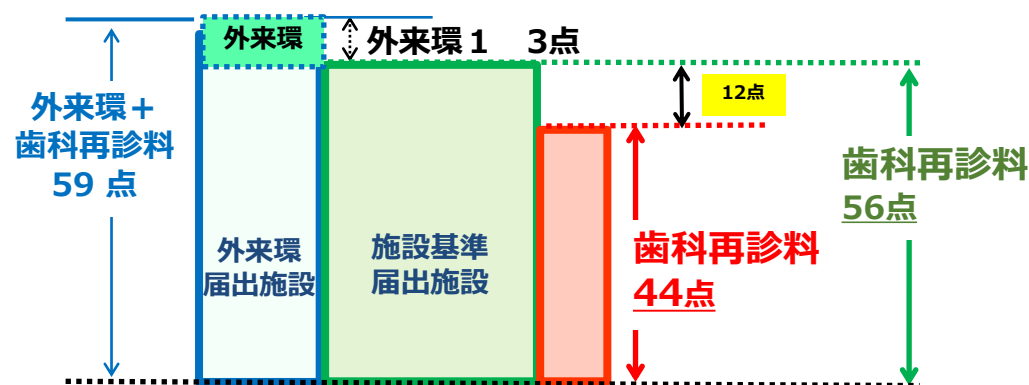
【R4年改定後(R4.4.1～)】

(歯科初診料)



※初診料の注1に規定する施設基準

(歯科再診料)



<届出医療機関数>

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
初診料(歯科)注1に掲げる基準を満たす届出医療機関数	65,200	65,214	65,257	65,295

歯科外来診療環境体制加算の施設基準

- 歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境の整備を図る取組を評価するもの。
- 歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。

施設基準

【外来診療環境体制加算1】

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
 - (イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、(ニ) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(ヘ) 歯科用吸引装置
- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

【外来診療環境体制加算2】

- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
- イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。

新興感染症の発生時等における薬局の体制の評価

- 災害や新興感染症の発生時等においても薬局が継続して地域の医薬品供給や衛生管理に関する対応等を維持できる体制を評価する観点から、令和4年度診療報酬改定において連携強化加算を新設。

調剤基本料 連携強化加算：2点

[算定要件の概要]

地域支援体制加算を算定している場合に、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

[施設基準の概要]

■医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

- ・ 医薬品の提供施設として薬局機能の維持
- ・ 避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等
- ・ 災害の発生時における体制や対応についての手順書等の作成と薬局内の職員への共有
- ・ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等に関する研修の実施

■都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

- ・ 地域の協議会、研修又は訓練等への参加の計画の作成（年1回程度の参加が望ましい）
- ・ 必要に応じて地域の他の保険薬局等との協議会等の結果の共有

■体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

- ・ 体制を確保していることについて薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表

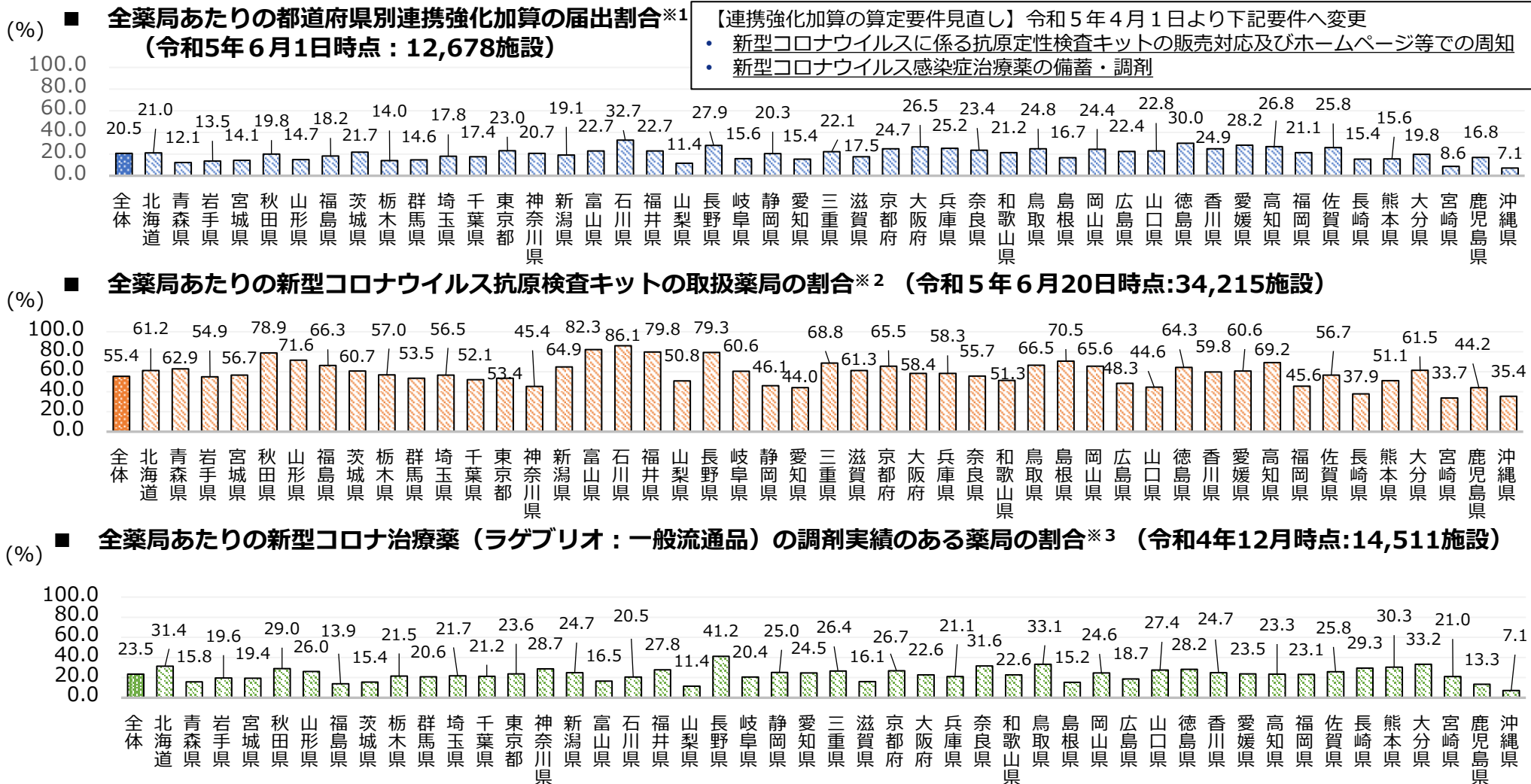
■都道府県等からの協力要請があった場合に地域の関係機関と連携し必要な対応を実施（※）

- ・ 夜間休日など含めて新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売体制を備えていること
- ・ 新型コロナウイルス感染症治療薬を自局で備蓄・調剤していること

※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

○ 薬局において約2割が連携強化加算の届出を行っており、検査キットや治療薬の対応も実際に行っていた。



出典:※1届出薬局数については保険局医療課調べ(令和5年5月1日)

※2新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局は新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リストのホームページ参照(令和5年6月時点)

※3新型コロナウイルス治療薬の調剤実績についてはNDBデータ(令和4年12月診療分)

※4薬局数については令和4年度衛生行政報告参照(令和3年度61,791施設)

薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況②

- 当時の急速な感染拡大が進行している状況に鑑み、医療用抗原検査キットの需要の拡大を想定して、連携強化加算の算定薬局を含め、医療用抗原検査キットの取扱いの協力を促した。（令和4年7月）

事務連絡
令和4年7月22日

（別記）御中

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の感染拡大における薬局での
医療用抗原検査キットの取扱いについて

平素より、新型コロナウイルス感染症対策に御尽力、御協力を賜り、誠にありがとうございます。

現在、新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数はすべての都道府県で増加し、急速な感染拡大が進んでいる状況です。地域において外来医療の逼迫が想定され、薬局における医療用抗原検査キットの需要も拡大することが想定されます。

こうした状況を踏まえ、貴会並びに貴会会員に対し、下記のとりの対応をお願いいたします。あわせて、貴会会員への周知をお願いいたします。

なお、本事務連絡の内容については、新型コロナウイルス感染症対策推進本部と協議済みであることを申し添えます。

記

第1 医療用抗原検査キットの販売の対応拡大について

（1）薬局においては、積極的に医療用抗原検査キットを取り扱っていただくとともに、「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いに関する留意事項について」（令和3年11月19日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、同省医薬・生活衛生局総務課及び同局監視指導・麻薬対策課連名事務連絡、以下「キット取扱い留意事項事務連絡」と言います。）においてお示ししたとおり、入手を希望する者が薬局で医療用抗原検査キットを取り扱っていることをより認識しやすくするような対応をお願いします。

（2）診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第三調剤報酬点数表区分番号「00」調剤基本料の注6に規定する連携強化加算の届出を行っている薬局（以下「連携強化薬局」という。）においては、その施設基準として、「災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行う」とされていることを踏まえ、当面の間、休日、夜間も含めた医療用抗原検査キットの販売対応をお願いします。

（3）連携強化薬局以外の薬局においても、可能な限り、当面の間、休日、夜間も含めた医療用抗原検査キットの販売対応の協力をお願いします。

なお、休日、夜間の販売対応については、必ずしも24時間対応を求めるものではありません。たとえば、店舗や自社サイトに連絡先を掲載し、連絡に依りて速やかに店舗において医療用抗原検査キットを販売する等の対応も考えられます。

販売対応に当たっては、「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて」（令和3年9月27日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡（令和4年3月17日一部改正））及びキット取扱い留意事項事務連絡に示す取扱いの趣旨や医療用抗原検査キットの特性を理解の上、取扱いをお願いします。

- 現在、厚生労働省のホームページで掲載している抗原検査キット取扱い薬局等の一覧（定期的に更新）

新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リスト（令和5年6月23日12:00更新）

新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗検索については、下記のGoogleマイマップのリンクから、地図上にお近くの店舗を表示することができます。

※当該リストは在庫があることを保証するものではなく、各薬局の在庫には変動があるため、事前に電話等で確認をしていただきますようお願いいたします。また、年末年始は営業時間が異なる場合があるため、電話等で確認していただくことをおすすめします。

（1）新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱店舗マップ

※更新については都道府県薬剤師会までご連絡をお願いいたします。

（注）日本保険薬局協会、日本チェーンドラッグストア協会の加盟社においては、企業単位で情報をとりまとめた上で、加盟団体へご連絡をお願いいたします。

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

（2）調剤報酬上の連携強化加算の届出を行っている薬局のうち医療用抗原検査キットを取り扱う薬局

- ・ [Excel \[42KB\]](#)
- ・ [PDF \[3.6KB\]](#)

※連携強化薬局：診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第三調剤報酬点数表区分番号「00」調剤基本料の注6に規定する連携強化加算の届出を行っている薬局。（施設基準として、災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこととされている。）

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

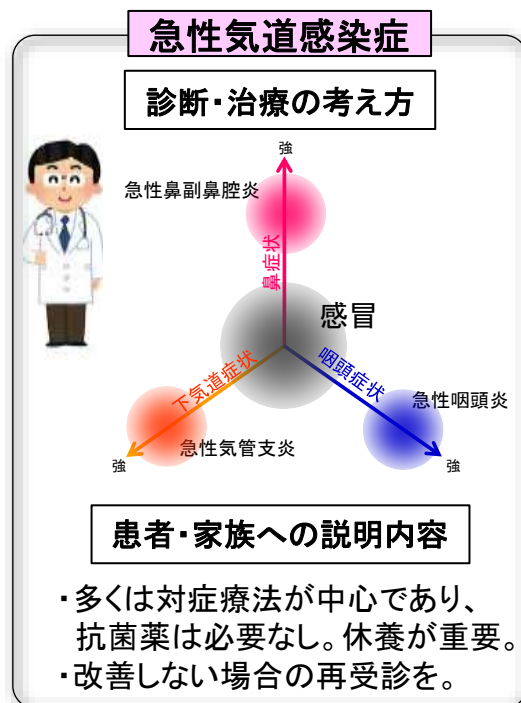
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

〔算定要件〕

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

〔施設基準〕

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。

抗菌薬適正使用
支援チーム



感染防止対策加算1

入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング
(広域抗菌薬の種類を拡充)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等



(新) 外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への経口抗菌薬の処方状況を把握(年1回報告)
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新) その他の要件

- ✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンス場を通じて他の医療機関に周知。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

- 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

（新）耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

60点（1日につき）

[算定要件]

- ・ **耳鼻咽喉科を標榜**する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算**する。

（新）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

80点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合**であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

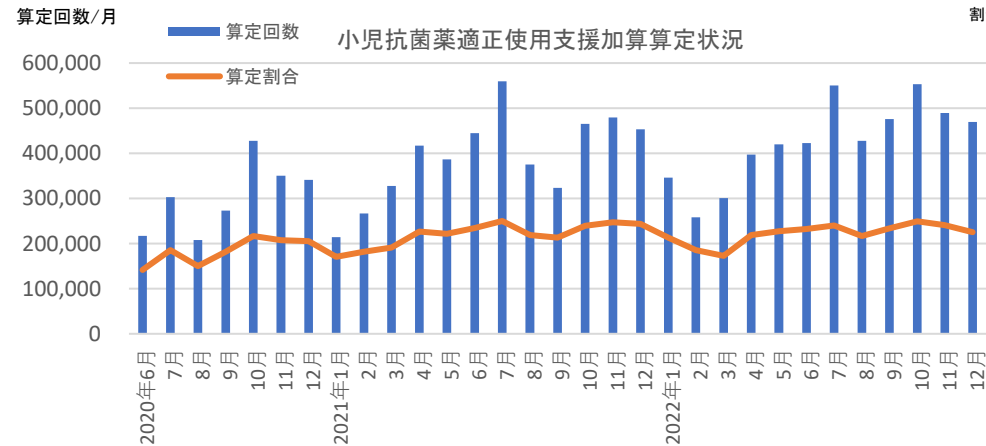
- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 25点 → **27点** 鼻処置 14点 → **16点** 口腔、咽頭処置 14点 → **16点**

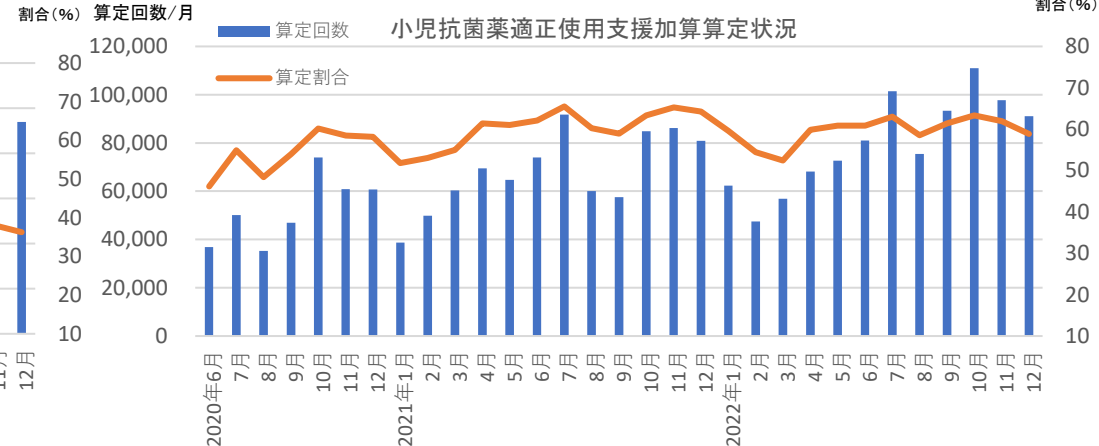
小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況等

- 小児科外来診療料又は小児かかりつけ診療料を算定する場合において、小児抗菌薬適正使用支援加算を算定する割合は上昇傾向となっており、小児かかりつけ診療料を算定する場合のほうが算定割合が大きい。
- 抗菌薬を処方する割合は低下傾向となっている。

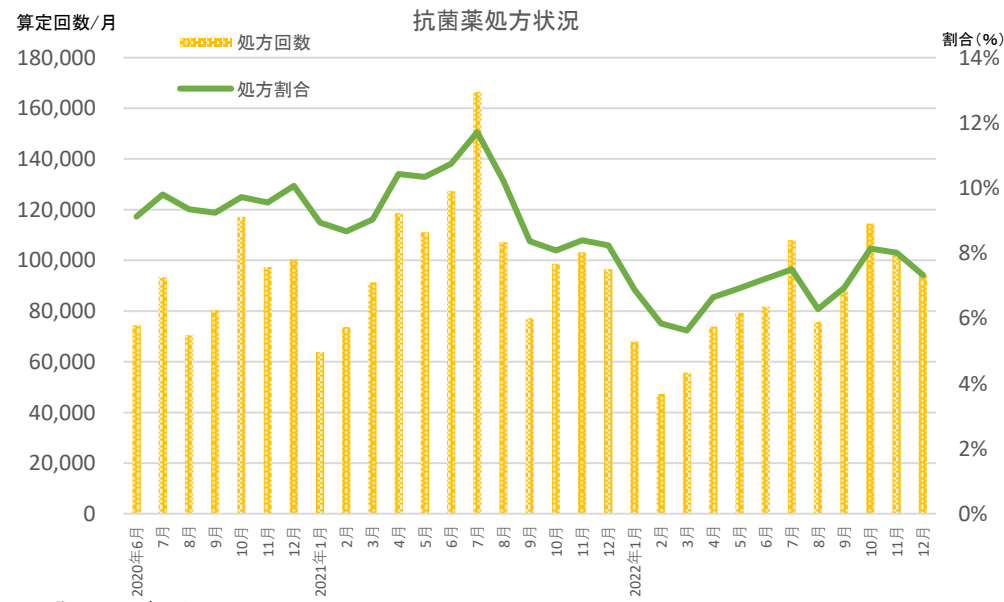
小児科外来診療料を算定する場合



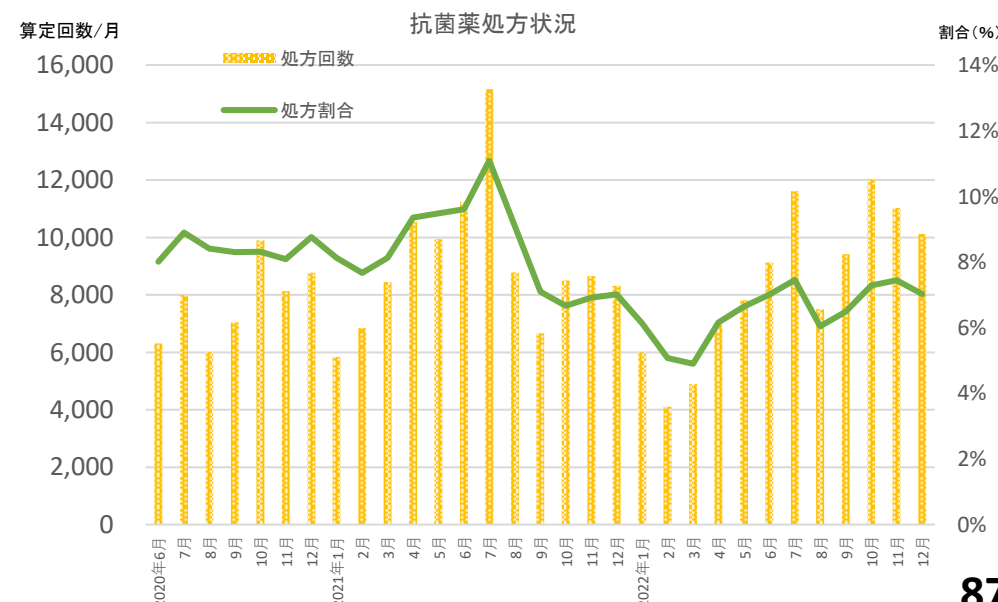
小児かかりつけ診療料を算定する場合



抗菌薬処方状況



抗菌薬処方状況



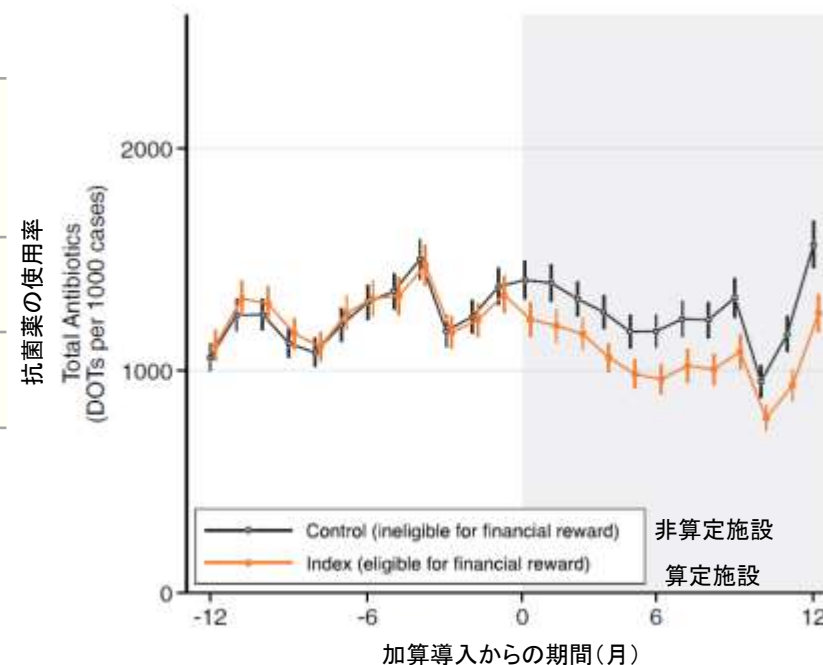
小児抗菌薬適正使用支援加算の導入による影響について

○ 小児抗菌薬適正使用支援加算の導入により、1歳～2歳の小児に対する抗菌薬の使用率及び広域抗菌薬の使用率が減少したとする報告がある。

1～2歳の小児に対する抗菌薬の使用率等に関する
抗菌薬小児抗菌薬適正使用支援加算の
算定施設と非算定施設※¹の比較
(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

1～2歳の小児に対する抗菌薬の使用率に関する
小児抗菌薬適正使用支援加算の
算定施設と非算定施設※¹の間の比較
(2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

		非算定施設 (N=1740)			算定施設 (N=1740)			差分の差の推定値 (95%信頼区間)
		加算 導入前	加算 導入後	前後 差	導入前	導入後	前後 差	
抗菌薬の使用率 (1000件あたりのDOTs)※ ² (SE)	全抗菌薬	1240.5 (3.2)	1268.9 (4.0)	28.4	1261.5 (3.3)	1061.3 (3.6)	-200.2	-228.6 (-272.4,-184.9)
	広域抗菌薬※ ³	623.3 (2.1)	627.2 (2.6)	3.9	649.3 (2.2)	528.5 (2.4)	-120.8	-124.7 (-156.3,-93.1)



※¹ 2018年4月から2019年3月までの間に小児抗菌薬適正使用支援加算を一件以上算定している施設及びそれ以外の施設

※² 感染症による受診1000件あたりの、抗菌薬の処方日数の合計

※³ 第三世代セファロスポリン、経口ペネム系、ホスホマイシン系、テトラサイクリン系、キノロン系抗菌薬

出典：Okubo, Y., Nishi, A., Michels, K. B., Nariai, H., Kim-Farley, R. J., Arah, O. A., Uda, K., Kinoshita, N., & Miyairi, I. (2022). The consequence of financial incentives for not prescribing antibiotics: a Japan's nationwide quasi-experiment. International journal of epidemiology, 51(5), 1645–1655. <https://doi.org/10.1093/ije/dyac057>

課題と論点

(新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応の中で生じた課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時には、一般病床の活用等の点で広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じること、また、機動的に対策を講じられるよう、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要があることから、医療計画の記載事項に「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加された。
- また、令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、平時にあらかじめ都道府県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化され、第8次医療計画においては、こうした協定締結を進めるとともに、感染症対応を行う人材の育成を行い、対応力を強化することとされている。
- 診療報酬においては、感染対策向上加算の施設基準に、新興感染症の発生時の対応が含まれており、新型コロナウイルス感染症の対応における重点医療機関・協力医療機関等の枠組みと連動していたが、次の新興感染症の発生に備えるための第8次医療計画における協定の枠組みと現行の施設基準とは一致していない。また、新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて他の医療機関等の支援を行うことを前提として、特定集中治療室における重症患者対応に係る体制を評価した加算を令和4年度改定で新設しているが、届出を行っている特定集中治療室の割合は限定的となっている。

(新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、入院医療、外来医療、在宅医療等において、適切な感染予防等の観点から診療報酬上の特例として評価がなされている部分があり、こうした特例については、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行い、その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととされている。特に、高齢者施設における感染症対策の観点からも、医療機関に配置された感染症の専門人材が高齢者施設等に行う助言・支援の重要性が指摘されている。
- また、薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。

【論点】

- 新興感染症発生・まん延時における医療を行う体制を機動的に構築する観点から、第8次医療計画等に定められた協定の締結を行う医療機関・薬局・訪問看護事業所における感染対策について、どのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症を含めた、新興感染症以外の感染症に対する医療について、感染対策に必要な人員確保、個人防護、個室管理、他施設と連携等の観点から、恒常的な感染症対応としてどのように考えるか。
- 薬剤耐性対策について、我が国における現状等を踏まえ、適正な抗菌薬の使用を推進するための評価についてどのように考えるか。

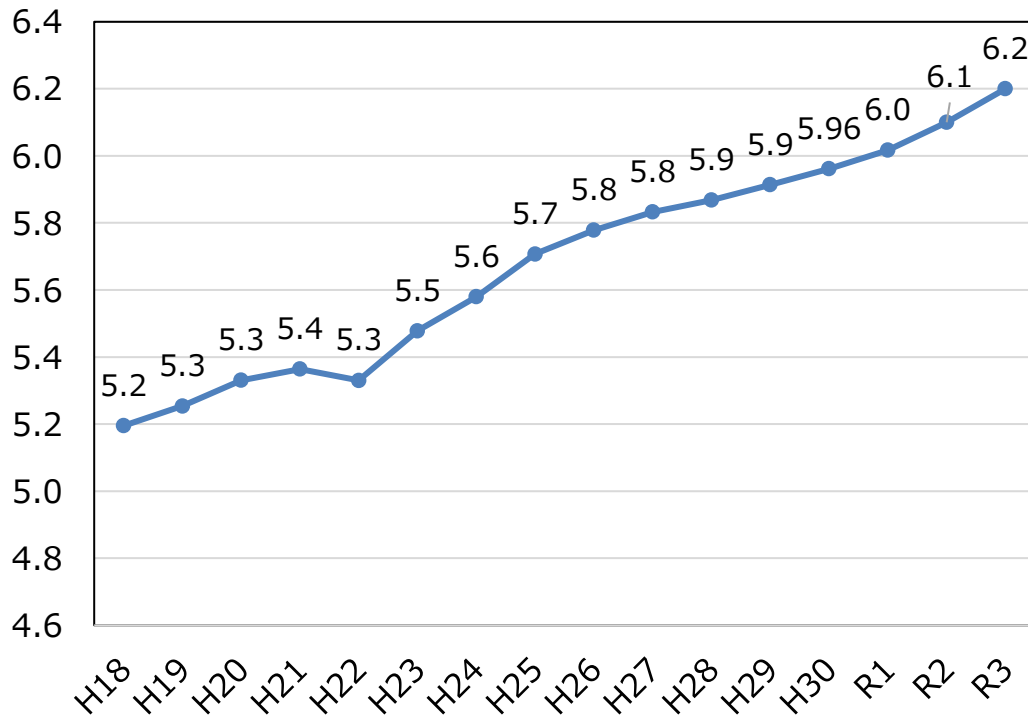
調剤について(その1)

1. 薬局、薬剤師を取り巻く状況
2. 調剤医療費
3. 調剤に係る診療報酬上の評価

薬局数の推移等

- 薬局数は年々増加しており、令和3年度は約6.2万。
- 20店舗以上の薬局の割合は増加傾向。

薬局数の推移（万）

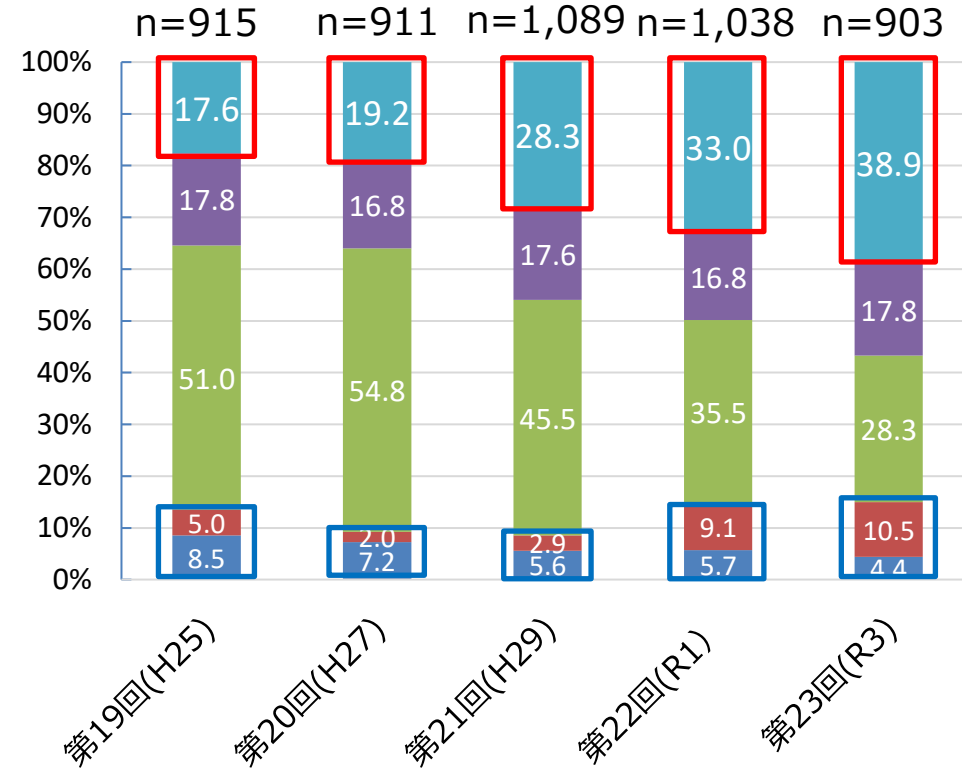


※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典) 衛生行政報告例

参考：一般診療所104,292施設、病院8,205施設
(令和3年10月1日現在：令和3年医療施設調査)

同一法人の薬局の店舗数の推移



- 個人
- 2-5店舗(法人)
- 20店舗以上(法人)
- 1店舗(法人)
- 6-19店舗(法人)

出典) 第19回～第23回医療経済実態調査

薬剤師数の推移

○ 令和2年12月31日現在における届出薬剤師数は32.1万人、このうち薬局薬剤師数は18.9万人、医療施設(病院・診療所)の薬剤師は6.2万人である。

(万人)

35

30

25

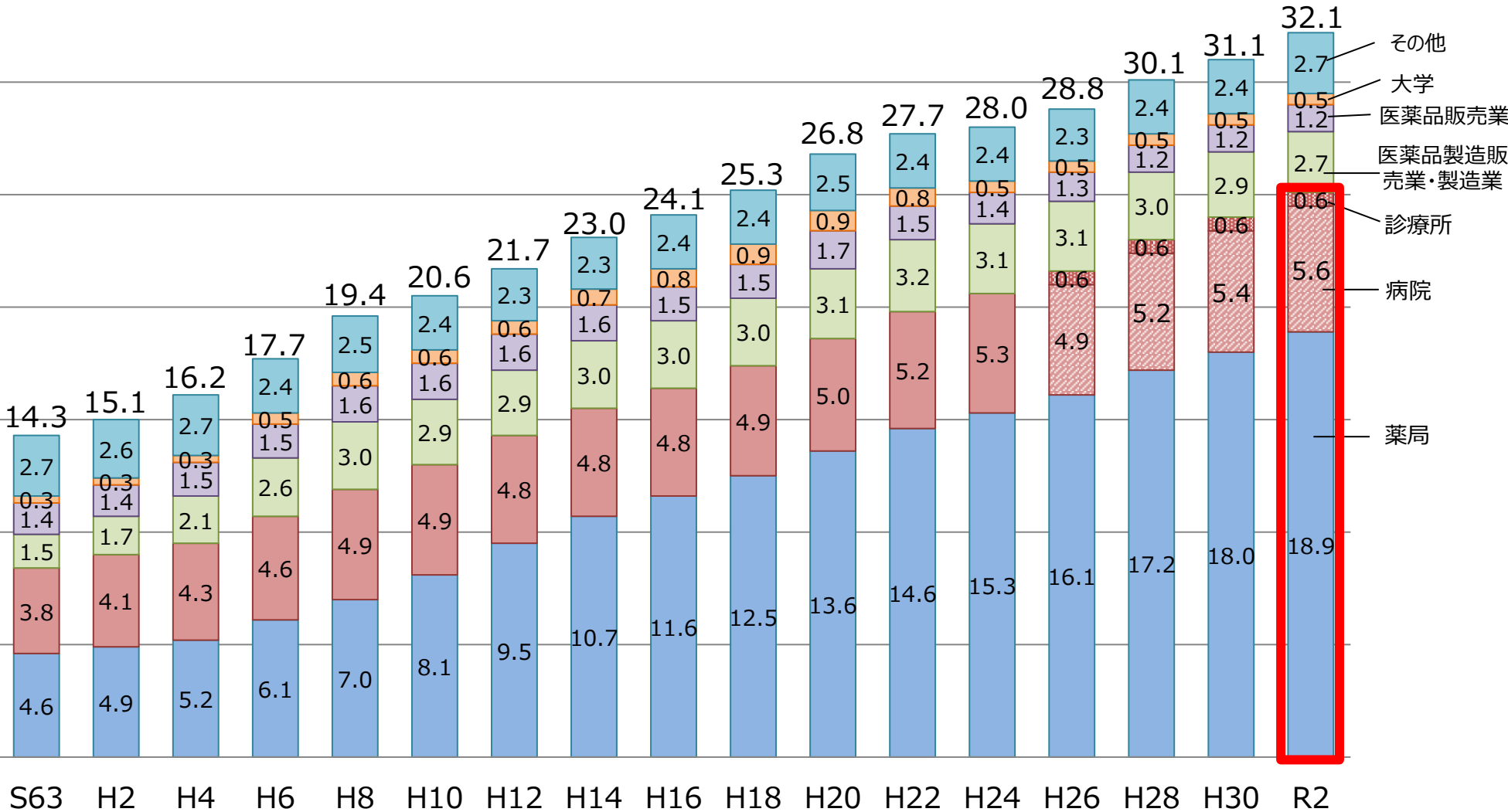
20

15

10

5

0

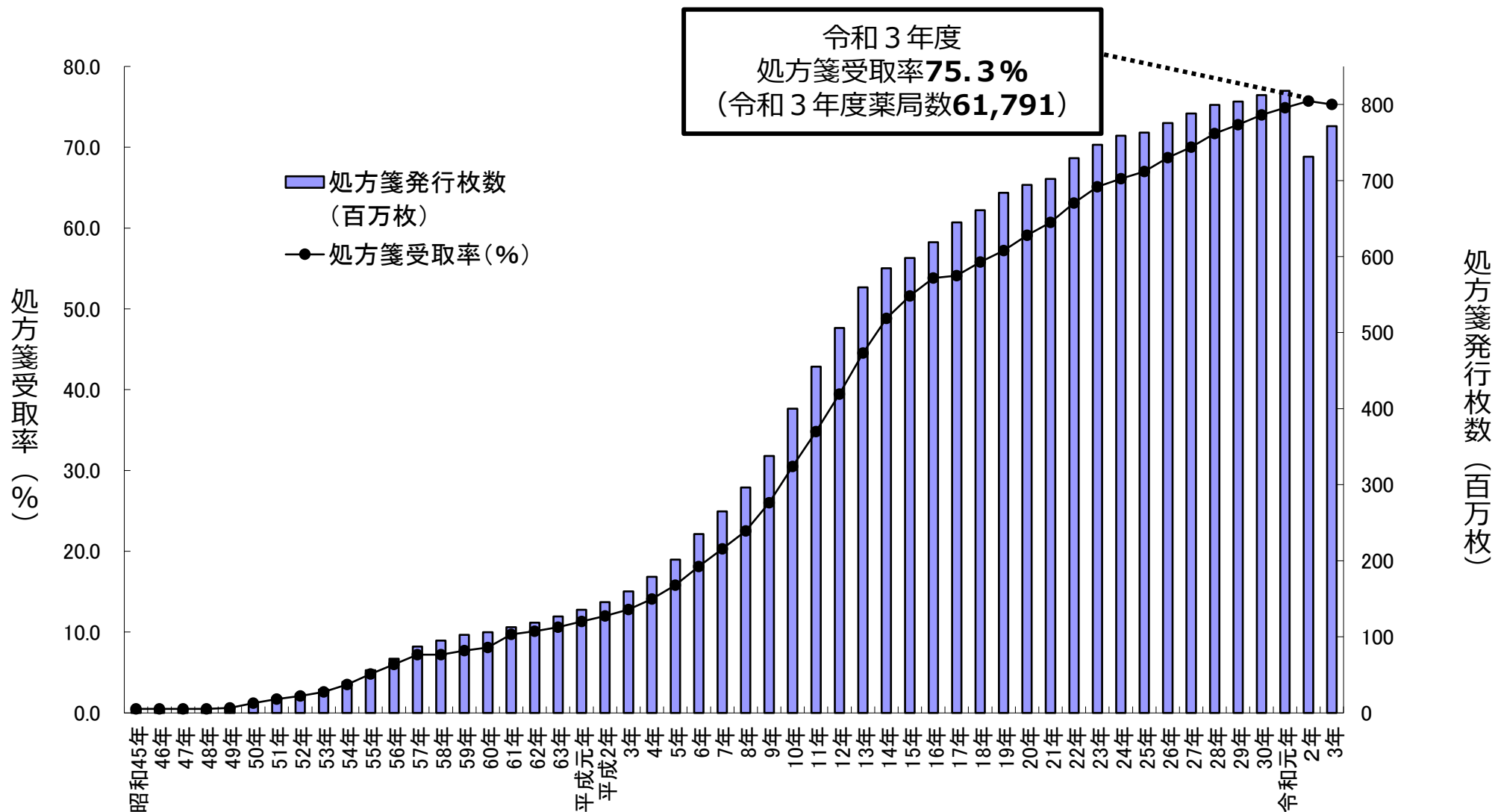


(出典)医師、歯科医師、薬剤師統計

※ 平成26年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査している 4

処方箋受取率の年次推移

○ 令和3年度の処方箋発行枚数は約7.7億枚で、処方箋受取率は75.3%。

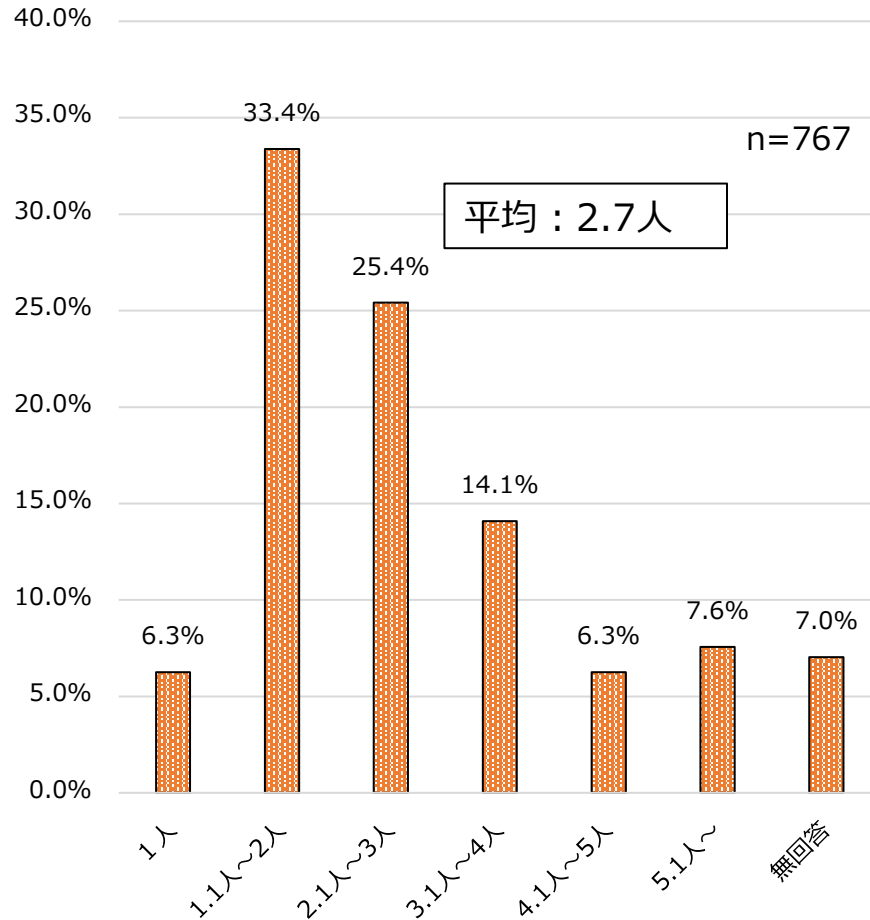


処方箋発行枚数 (百万枚)

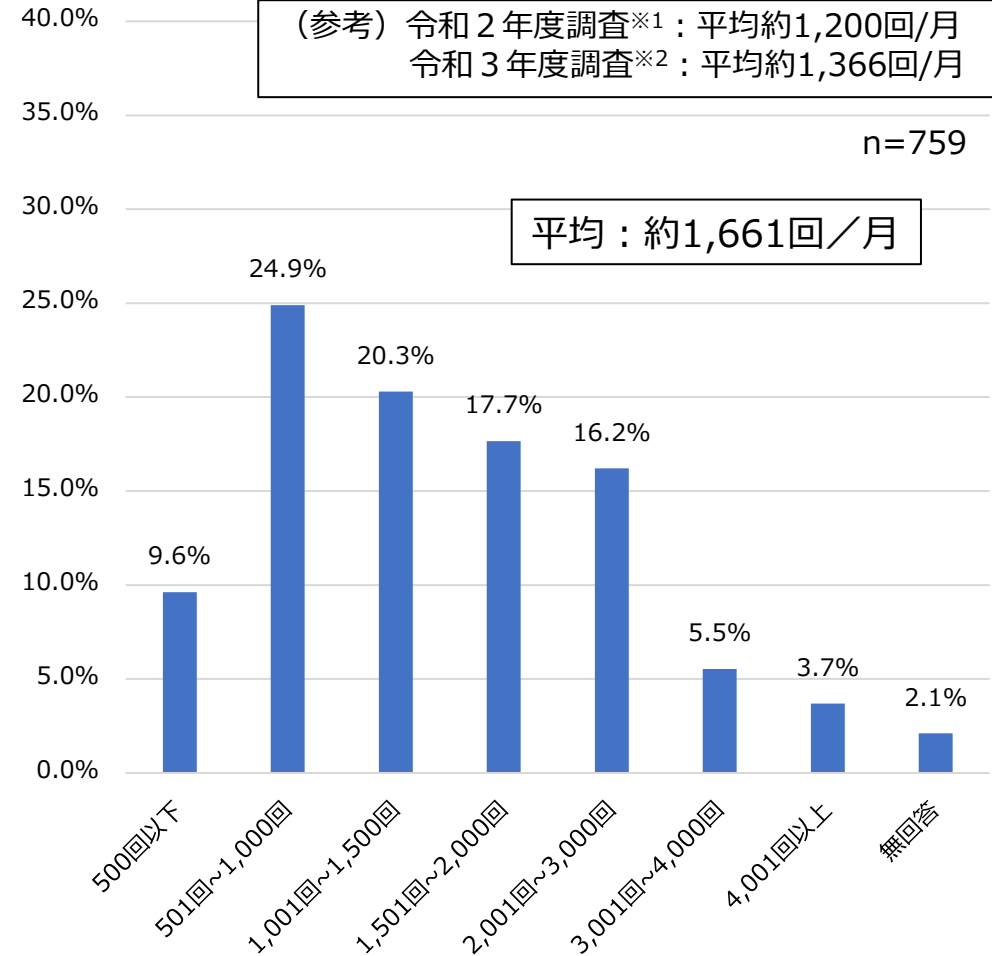
薬局の店舗あたりの薬剤師数、1ヶ月間の処方箋受付回数

- 1店舗における1日当たりの勤務薬剤師数は平均で2.7人で、「1.1～2人」の割合が最も多かった。
- 1ヶ月間の処方箋受付回数は平均で約1,661回で、「501～1,000回」の割合が最も多かった。

■ 薬局に勤務する薬剤師の1日当たりの平均人数※2



■ 処方箋受付回数（令和4年9月）※3



出典：※1 令和2年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」
※2 令和3年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」
※3 令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

薬剤師・薬局関連の動き

- 薬局に関しては、平成27年の「患者のための薬局ビジョン」策定以降、法改正も経て、かかりつけ薬剤師・薬局の推進等の政策が進められている。
- 病院薬剤師はチーム医療やタスクシフト／タスクシェアによる業務を推進している。
- 薬剤師の養成に関しては、厚生労働省において令和3年に将来的な需給推計を公表して以降、薬剤師の偏在解消を含む薬剤師確保対策が進められている。

年度	薬局関連	病院薬剤師	薬剤師 需給・確保関連
H27	患者のための薬局ビジョン策定（10月）		
H28	健康サポート薬局届出開始（10月）		
H29		医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書（4月）	
H30			薬剤師の需給推計（厚生科学研究費）
R1	調剤業務のあり方に関する通知（4月） 薬機法改正公布（12月） ※継続的服薬指導、認定薬局など		
R2	継続的服薬指導義務 施行（9月）		薬剤師の需給動向把握事業（予算）
R3	認定薬局 施行（8月）	現行制度の下で実施可能な範囲における タスク・シフト/シェアの推進について通知（9月） 病院薬剤師の勤務実態調査（予算）	薬剤師の将来需給推計公表（6月） 薬剤師検討会※1とりまとめ（6月） 地域医療介護総合確保基金の薬剤師確保用途の明確化（12月）
R4	薬局薬剤師WG※2とりまとめ（7月）		
R5			薬剤師偏在指標公表（6月） 薬剤師確保計画ガイドライン公表（6月）
R6（予定）			第8次医療計画（薬剤師確保）

※1 薬剤師検討会：薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会

※2 薬局薬剤師WG：薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ

薬局の役割(薬機法における定義等)

- 令和元年の薬機法改正により、薬剤師が他の医療提供施設の医師・歯科医師・薬剤師に情報提供を行い連携することが規定され、薬局開設者は、必要な薬剤及び医薬品の安定的な供給を図ることや情報提供が円滑になされるよう配慮することが求められている。
- また、薬局の定義が改正され、調剤の業務以外に、情報提供や薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所であることが規定されるとともに、医薬品の販売業を薬局で併せ行うことを前提としたものとされた。

■ 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（昭和35年法律145号）

(医薬関係者の責務)

第一条の五

- 2 薬局において調剤又は調剤された薬剤若しくは医薬品の販売若しくは授与の業務に従事する薬剤師は、薬剤又は医薬品の適切かつ効率的な提供に資するため、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（平成元年法律第六十四号）第十二条の二第三項の規定による情報の提供その他の厚生労働省令で定める方法によって、医療を受ける者の薬剤又は医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供することにより、医療提供施設相互間の業務の連携の推進に努めなければならない。
- 3 薬局開設者は、医療を受ける者に必要な薬剤及び医薬品の安定的な供給を図るとともに、当該薬局において薬剤師による前項の情報の提供が円滑になされるよう配慮しなければならない。

(注) 「薬剤」は調剤後のものであり、「医薬品」は医療用医薬品のほか、要指導医薬品・一般用医薬品を含む

(定義)

第二条

- 1 2 この法律で「薬局」とは、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（その開設者が併せ行う医薬品の販売業に必要な場所を含む。）をいう。ただし、病院若しくは診療所又は飼育動物診療施設の調剤所を除く。

(参考) 改正前

- 1 2 この法律で「薬局」とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務業務を行う場所（その開設者が医薬品の販売業を併せ行う場合には、その販売業に必要な場所を含む。）をいう。ただし、病院若しくは診療所又は飼育動物診療施設の調剤所を除く。

「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～

平成27年10月23日公表

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

- 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

- ・ 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

薬中心の業務

専門性+コミュニケーション
能力の向上

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

<かかりつけ薬剤師・薬局に求められること>

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- 地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

かかりつけ薬剤師・薬局が必要となる患者像

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

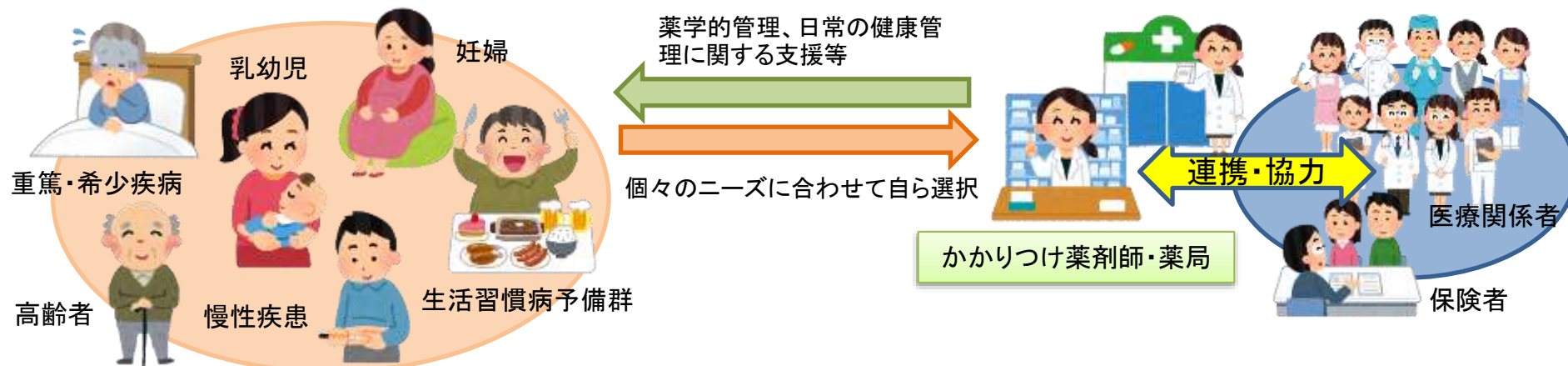
(1) 特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

- ① 高齢者
- ② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
- ③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
- ④ 妊婦
- ⑤ 乳幼児 など

(2) かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

- ① 生活習慣病の予備群
- ② 日常の健康管理が求められる層



服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、
日常の健康管理が求められる層

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ①

令和3年6月30日公表

- 薬局の薬剤師が役割を十分に発揮するための取り組むべき考え方が示されている。

今後の薬剤師が目指す姿（抜粋）

①薬局

- 薬局における薬剤師の業務は、「患者のための薬局ビジョン」や法改正に基づき、医療機関等との連携、在宅医療への対応など、かかりつけ薬剤師・薬局の普及・機能充実等の取組が進みつつあるものの、地域において薬剤師が役割を十分に発揮するためには、薬剤の調製などの対物業務を医療安全確保のもと適切かつ効率的に実施することが重要であり、その前提のもと、引き続き、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが求められる。具体的には以下のとおりである。
- 薬機法改正により、調剤後の継続的な服薬状況の把握・指導が義務づけられたことも、服用期間中の薬物療法に積極的に関わっていくことを求めたものであり、患者に寄り添った対応が必要である。また、本年8月からは認定薬局（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）制度が施行され、医療機関等と連携しながら薬剤師の専門性を発揮していくことが今後期待される。
- 地域包括ケアシステムの中で役割を果たすためには、各地域の実情に応じ、他の職種や医療機関等と連携し、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが重要であり、そのような取組を通じて、ポリファーマシーや重複投薬、相互作用の防止、残薬解消を含む適切な薬学的管理を行っていく必要がある。そのためには、医療機関等の業務、薬剤師や他の職種が担う役割についても理解しておくことが必要となる。特に、医療機関との連携に関しては、医療現場の業務を理解したうえで、患者の治療状況も把握・理解しておくことが必要であり、医療機関における会議・研修等に参加することなどの連携を充実させるための取組が効果的である。また、介護施設や居宅における在宅医療へ関わるために、介護関係施設等との会議・研修等への参加も同様である。

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ②

令和3年6月30日公表

今後の薬剤師が目指す姿（抜粋）

①薬局（続き）

- 服薬状況の把握・指導、医療・介護関係者との連携等の業務は、今後ICTの活用等により、医療の質を向上させつつ、より効率的に行っていくことが必要となる。 今後はデータヘルス集中改革プランの進展に伴う電子処方箋やオンライン服薬指導等の取組のほか、電子版お薬手帳の活用により、薬剤師が扱う患者情報を含め業務が大きく変わっていくことが予想される。このような動きも踏まえ、ICTを活用した薬剤師の業務を積極的に考えていくことが必要となる。
 - 対人業務を充実する一方で、調剤業務の機械化、薬剤師以外の職員による対応等により対物業務の効率化を進めるとともに、医療安全の確保に必要な管理体制等の検討も必要となる。
 - 薬局は民間による運営が大半を占めるが、医療法において医療提供施設とされ、薬機法において医薬品を安定的に供給することが求められている、公的役割を担っている施設である。そのため、その業務を調剤に限ることはあるべき姿ではなく、医薬品の供給拠点としての役割を果たしていく必要がある。（薬機法改正により薬局の定義が改正され、薬局は調剤だけではなく情報提供や薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所であるとともに、医薬品の販売業の業務を行う場所であることとされている。）
- （略）
- 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。

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ③

令和3年6月30日公表

- 薬局の本来の役割を発揮するためには、処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うべきと指摘されている。

今後の薬剤師が目指す姿（抜粋）

①薬局

- 処方箋枚数は、高齢者人口の増加等により当面は増加するが、将来的には減少すると予測されていることから、これまでのような医薬分業の進展に伴う処方箋の増加に対応したビジネスモデルは成り立たなくなり、薬局の本来の役割を発揮するためには、処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うべきである。調剤だけが薬局の役割であるかのような「調剤薬局」という名称が用いられる状況は変えていくべきである。
- 薬局では住民の生活を支えていく取組も必要となる。健康に関する関心・正しい理解、予防・健康づくり（セルフケア）を推進し、症状に応じて適切な市販薬を使用するセルフメディケーションを支援するため、要指導医薬品・一般用医薬品、薬局製剤、衛生材料、介護用品等の提供や必要な情報提供・相談対応等の健康サポート機能の取組が必要である。（例えば、薬剤師による薬の相談会の開催や禁煙相談の実施、健診の受診勧奨や認知症早期発見につなげる取組、医師や保健師と連携した糖尿病予防教室や管理栄養士と連携した栄養相談会の開催など）
- 災害時の医薬品供給や衛生管理（避難所等の消毒、感染症対策等の対応等）や学校等での公衆衛生（環境衛生、薬物乱用対策等）、感染症防止対策等への対応も求められる。今は新型コロナウイルス感染症対応、特にワクチンの一連の接種体制への積極的な関与も重要な役割である。（医療機関の薬剤師も同様）
- また、緊急避妊薬の取扱いにあたっては、現在はオンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤の対応に関する研修が進められているが、このような研修の推進も含む取組により、薬剤師として女性の健康に関する相談等の適切な対応もできるようにすべきである。

薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ (令和4年7月11日)

○ 薬局薬剤師WGでは、基本的な考えとして主に、

- ① 処方箋受付時以外の対人業務^(注)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 各種医療情報を活用して、薬局薬剤師DXを実現していく必要がある、
- ③ 地域全体で必要な薬剤師サービスを、地域の薬局全体で提供していくという観点が必要、
といった視点を挙げている。

(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

1. 対人業務の更なる充実

- 処方箋への対応だけでなく、
 - ・ 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、**処方箋受付時以外の対人業務の充実が必要。**
- 対人業務を充実させるためには、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

- データヘルス改革・電子処方箋の導入を通じた、**各種医療情報を活用して、薬局薬剤師DXを実現していく必要がある。**

3. 地域における役割

- 地域包括ケアシステムにおける薬剤師サービスは多岐にわたっており、求められるすべての機能を単独の薬局が十分に有することは容易ではない。
 - 新興感染症や災害時等、地域全体で効率的・効果的に提供すべき薬剤師サービスがある。
- ⇒ **地域全体で必要な薬剤師サービスを、地域の薬局全体で提供していくという観点が必要。**

健康サポート薬局の概要

健康サポート薬局

- かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、
- 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局
- 都道府県知事等に届出を行い、薬局機能情報提供制度に基づき公表。

※令和5年3月末時点で3,077件

※「積極的な支援」とは

- ① 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言
- ② 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介
- ③ 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能

- ① 服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ② 24時間対応、在宅対応
- ③ かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化



健康サポート機能

- ① 地域における連携体制の構築
- ② 薬剤師の資質確保
- ③ 薬局の設備
- ④ 薬局における表示
- ⑤ 要指導医薬品等の取扱い
- ⑥ 開局時間
- ⑦ 健康相談・健康サポート

特定の機能を有する薬局の認定

- 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。

- ・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

※令和5年6月末時点で3,830件



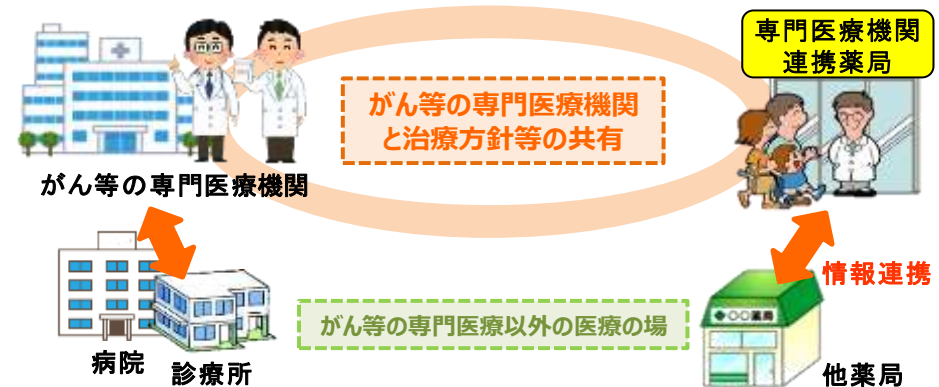
〔主な要件〕

- ・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

※令和5年6月末時点で157件

※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〕

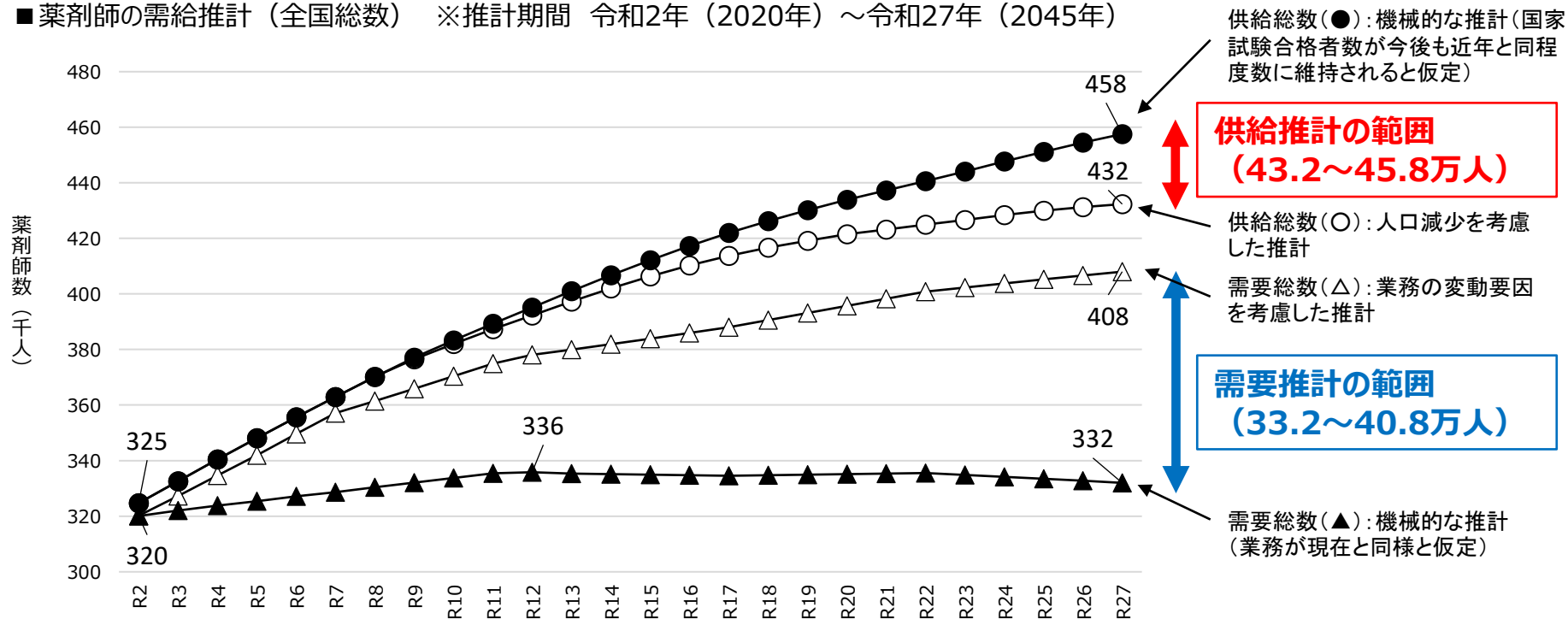
- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
 - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- 等
- ＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
 - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

薬剤師の需給推計

R3.6.30 薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会
とりまとめ（概要）より ※囲みの赤字は医療課で付与

- 薬剤師の総数としては、概ね今後10年間は、需要と供給は同程度で推移するが、将来的には、需要が業務充実により増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回り、薬剤師が過剰になる。薬剤師業務の充実と資質向上に向けた取組が行われない場合は需要が減少し、供給との差が一層広がることになると考えられる。
- 本需給推計は、変動要因の推移をもとに仮定条件において推計したものであり、現時点では地域偏在等により、特に病院を中心として薬剤師が充足しておらず、不足感が生じている。
- 今後も継続的に需給推計を行い、地域偏在等への課題への対応も含めた検討に活用すべき。

■ 薬剤師の需給推計（全国総数） ※推計期間 令和2年（2020年）～令和27年（2045年）



<供給推計>

- ・ 機械的な推計(●): 現在の薬剤師数の将来推計、及び今後新たになに薬剤師となる人数の推計(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)をもとに供給総数を推定(推定年における年齢別死亡率も考慮)
- ・ 人口減少を考慮した推計(○): 今後の大学進学予定者数の減少予測を踏まえ、国家試験合格者が同程度の割合で減少すると仮定して供給総数を推計

<需要推計>

- ・ 機械的な推計(▲): 薬局業務(処方箋あたりの業務量)、医療機関業務(病床／外来患者の院内処方あたり業務量)及びその他の施設に従事する薬剤師の業務が、現在と同程度で推移する前提で推計
- ・ 変動要因を考慮した推計(△): 薬局業務と医療機関業務が充実すると仮定した場合の推計

薬剤師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

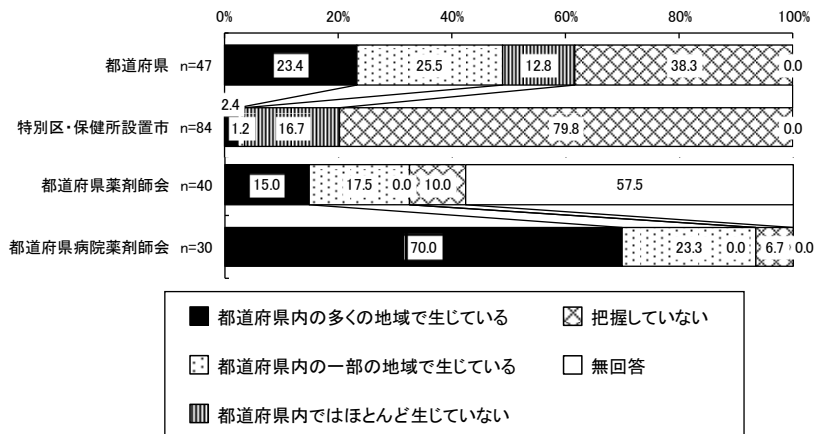
概要

- 医療従事者の確保等の記載事項として、薬剤師の資質向上に加えて、薬剤師確保の観点を新たに記載。
- 病院薬剤師では病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師は在宅医療や高度薬学管理等を中心に業務・役割のさらなる充実が求められており、そのために必要な薬剤師の確保を図るため、病院及び薬局それぞれにおける薬剤師の就業状況を把握。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用するうえ、地域の実情に応じた薬剤師確保策を講じる。
- 確保策の検討・実行にあたっては、都道府県の薬務主管課・医務主管課、都道府県薬剤師会等の関係団体が連携して取り組む。特に、病院薬剤師の確保策について検討・実施する際は、前記の関係団体に加え、都道府県病院薬剤師会とも連携。

薬剤師偏在の課題

- 薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在が存在。特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題。
- 都道府県と都道府県薬剤師会・病院薬剤師会の間で、薬剤師不足の把握状況や認識にギャップ。

都道府県内における薬剤師不足の認識＜病院＞



地域医療介護総合確保基金の活用

事業区分Ⅳ

標準事業例「48 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」

地域薬剤師会において、求職希望の薬剤師の氏名、勤務希望地域、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。

事業区分Ⅳに関連する基金の対象として差し支えない経費として以下を明示

薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費（都道府県が認めた薬剤師が不足する地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学資金返済義務免除要件としているものに限る）

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）」に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年2月19日付医政地発0219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

地域における病院薬剤師の安定的な確保を目的として、都道府県が指定する病院（薬剤師の偏在状況や充足状況等を踏まえ薬剤師が不足とされている地域・医療機関に限る）へ期間を定めて薬剤師派遣を行うための経費

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）」に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年9月28日付医政地発0928第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

「地域医療介護総合確保基金を活用した薬剤師修学資金貸与事業の取扱いについて」において、具体的な要件及び基本的な考え方を周知。

（令和3年12月24日付厚生労働省医政局地域医療計画課、同省医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡）

薬剤師偏在指標の策定

現状

これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には**人口10万人対薬剤師数**が一般的に用いられてきたが、以下のような要素が考慮されていないため、地域住民の薬剤師業務に係る医療需要に対する薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握するための指標として必ずしも十分とは言えない。

- ・ 医療需要（ニーズ）
- ・ 薬剤師の業務の種別（病院、薬局）
- ・ 薬剤師の性別、年齢、勤務形態



医療需要（ニーズ）に基づき、地域ごと、薬剤師の業種ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる、薬剤師偏在の度合いを示す指標を導入

偏在指標導入後

- ・ 薬剤師偏在の度合いを示すことによって、薬剤師少数区域と薬剤師多数区域等が可視化されることになる。
- ・ 薬剤師少数区域等において集中的な対応策の検討が可能となる。

偏在指標の基本的考え方の比較（医師、病院薬剤師、薬局薬剤師）

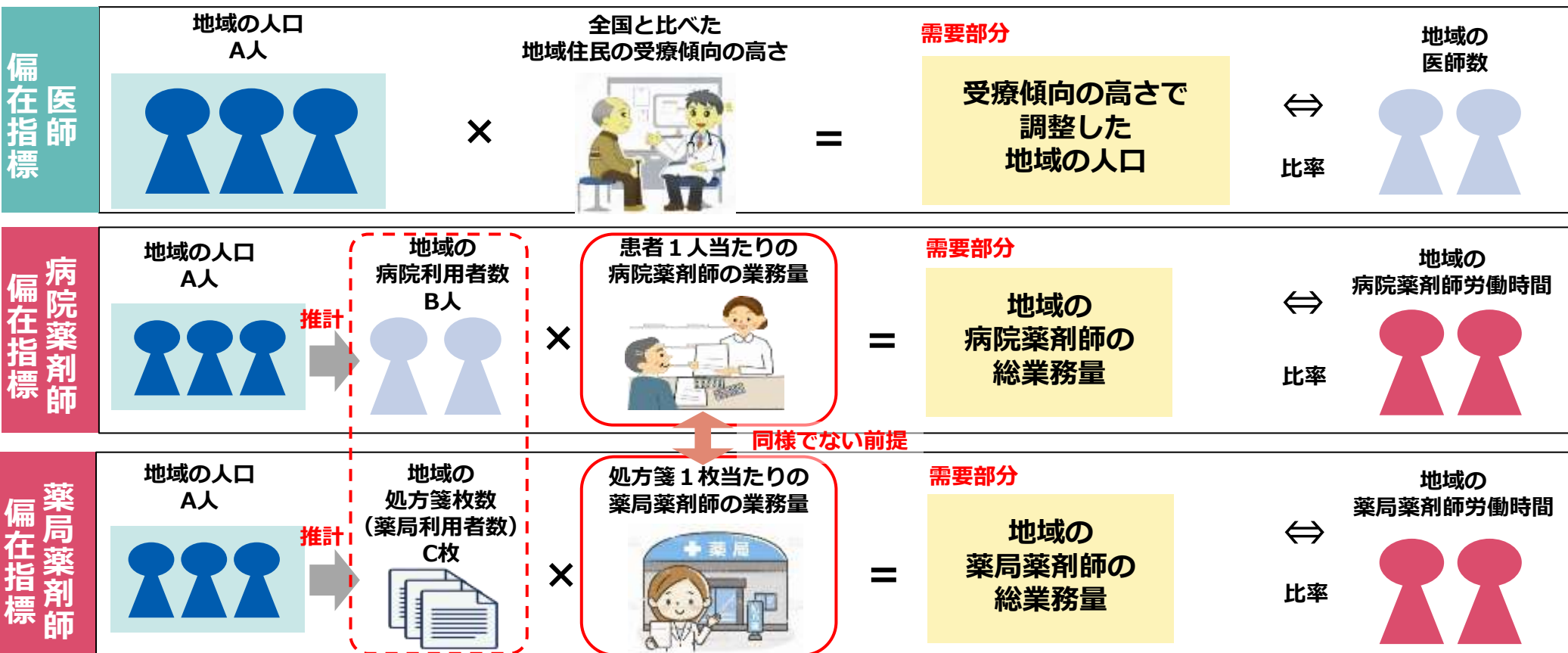
第13回 薬剤師の養成及び
資質向上等に関する検討会

令和5年3月29日

資料1-1-1

薬剤師偏在指標の算定式は、医師偏在指標の算定式をベースとしつつ、以下2点から「需要部分」の変更が必要。

- ①病院薬剤師偏在指標・薬局薬剤師偏在指標の間で、偏在指標を比較する前提であるため、同じ価値の数字に換算しておく必要があること。
- ②病院薬剤師と薬局薬剤師の業務内容が異なり、患者1人当たりの業務量が同様ではない前提とすること。



病院利用者数・処方箋枚数には地域住民の受療傾向の高さが織り込まれている、と言える

偏在指標の現在と将来推計（将来の医療需要を反映）の比較

地域別薬剤師偏在指標（現在）

全都道府県 ベースの偏 在指標	全都道府県の調 整薬剤師労働時 間の合計値	全都道府県の 推計業務量の 合計値
0.99	31003155.8	31248080.1

都道府県 コード	都道府県 名	地域別薬剤 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	1.28	3946078.6	3076578.9
14	神奈川県	1.12	2323778.6	2069494.1
28	兵庫県	1.10	1499766.4	1365096.1
40	福岡県	1.10	1401237.2	1277074.9
34	広島県	1.07	773904.1	724584.6
27	大阪府	1.06	2269384.6	2134690.3
4	宮城県	1.04	587011.0	564113.9
36	徳島県	1.00	209819.3	210646.6
37	香川県	1.00	257772.4	258999.0
11	埼玉県	0.99	1663720.0	1680433.2
12	千葉県	0.99	1459427.5	1477100.0
25	滋賀県	0.97	313249.1	323483.3
41	佐賀県	0.97	214820.5	222547.2
1	北海道	0.96	1340364.6	1400787.5
35	山口県	0.95	366596.0	383961.6
26	京都府	0.95	600632.9	633866.9
9	栃木県	0.93	449562.4	482335.1
33	岡山県	0.93	456259.9	489676.1
17	石川県	0.93	270463.6	290615.0
23	愛知県	0.93	1600524.1	1724162.6
19	山梨県	0.92	197010.7	214553.8
22	静岡県	0.91	843036.6	925466.2
43	熊本県	0.90	431114.8	477455.3
47	沖縄県	0.90	288650.7	320124.7
29	奈良県	0.90	305767.8	339182.3
8	茨城県	0.90	642828.9	716836.6
31	鳥取県	0.89	136087.4	152168.3
39	高知県	0.89	188605.8	212220.1
20	長野県	0.88	483985.2	548511.3
42	長崎県	0.87	324303.2	371138.1
3	岩手県	0.87	293101.7	338509.4
38	愛媛県	0.86	319831.9	370706.3
15	新潟県	0.86	512485.0	595183.7
10	群馬県	0.86	428513.0	498202.8
7	福島県	0.86	420192.8	489082.9
32	島根県	0.86	159550.1	186199.5
30	和歌山県	0.85	219168.7	258058.2
21	岐阜県	0.85	426482.5	502165.0
5	秋田県	0.84	238627.9	285244.6
44	大分県	0.83	262894.5	318533.2
45	宮崎県	0.82	247793.2	302288.3
24	三重県	0.82	368011.7	450368.1
46	鹿児島県	0.82	372786.7	456358.6
6	山形県	0.81	243407.2	298676.8
16	富山県	0.80	225676.8	283069.5
2	青森県	0.78	270720.4	347202.4
18	福井県	0.74	148148.1	200327.0

地域別薬剤師偏在指標（将来）

全都道府県 ベースの偏 在指標	全都道府県の調 整薬剤師労働時 間の合計値	全都道府県の 推計業務量の 合計値
1.09	35653629.2	32709343.0

都道府県 コード	都道府県 名	地域別薬剤 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	1.28	4537990.4	3543026.2
36	徳島県	1.21	241292.2	199328.1
28	兵庫県	1.21	1724731.4	1425837.3
34	広島県	1.18	889989.7	752143.0
27	大阪府	1.17	2609792.3	2232864.9
35	山口県	1.17	421585.4	361478.4
37	香川県	1.16	296438.3	255673.4
14	神奈川県	1.16	2672345.4	2310740.0
40	福岡県	1.15	1611422.8	1396643.1
4	宮城県	1.12	675062.6	603151.6
39	高知県	1.12	216896.6	193892.5
41	佐賀県	1.10	247043.5	225380.7
5	秋田県	1.09	274422.1	250843.9
1	北海道	1.09	1541419.3	1414826.9
19	山梨県	1.07	228562.3	210811.0
30	和歌山県	1.06	252044.0	237383.8
29	奈良県	1.06	351632.9	332509.6
33	岡山県	1.05	524698.9	498668.2
42	長崎県	1.05	372948.7	354921.3
3	岩手県	1.05	337067.0	321160.1
12	千葉県	1.04	1678341.6	1606886.5
26	京都府	1.04	690727.8	663305.2
32	島根県	1.04	183482.6	176205.0
9	栃木県	1.04	516996.8	497822.0
31	鳥取県	1.04	156500.5	150727.1
38	愛媛県	1.04	367806.7	354385.4
17	石川県	1.04	311033.1	300082.4
43	熊本県	1.03	495782.0	479135.1
20	長野県	1.03	556582.9	539037.7
22	静岡県	1.03	969492.1	941707.0
11	埼玉県	1.03	1913278.0	1860073.0
15	新潟県	1.02	589357.7	580642.8
25	滋賀県	1.01	360236.5	355318.5
7	福島県	1.01	483221.7	476724.3
8	茨城県	1.00	739253.2	735687.2
6	山形県	0.99	279918.2	281563.0
21	岐阜県	0.99	490454.8	494701.6
46	鹿児島県	0.97	428704.7	439885.1
44	大分県	0.97	302328.7	310929.0
10	群馬県	0.97	492789.9	508398.4
45	宮崎県	0.97	284962.1	294736.0
2	青森県	0.97	311328.4	322172.1
23	愛知県	0.96	1840602.8	1912461.0
24	三重県	0.94	423213.4	449259.5
16	富山県	0.94	259528.3	276924.3
47	沖縄県	0.87	331948.3	379887.4
18	福井県	0.85	170370.3	199402.2

- 2036年時点の「調整薬剤師労働時間」及び「地域の性・年齢階級別人口を用いて算出した推計業務量」を用いて、将来における偏在指標を算出した場合、**人口構成の変化等により、順位が大きく変動**する。
- すなわち、現在は薬剤師多数都道府県であっても、高齢化による医療需要の増加等により、将来は薬剤師少数都道府県になることが考えられる。また、その逆もあり得る。
- したがって、薬剤師確保対策の実施に当たっては、**将来を見据えて短期的・長期的な施策を実施する**必要がある。

1. 薬剤師確保計画策定の必要性と方向性

必要性

- 少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められている。一方で、令和3年6月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」では、**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が喫緊の課題**であることが指摘されており、**偏在の解消に向けた薬剤師確保の取組が重要**である。
- 「第8次医療計画等に関する検討会」においても薬剤師確保の取組の必要性が指摘され、**医療計画作成指針において、医療従事者の確保等の記載に当たって踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施等が新たに記載**された。**都道府県においては、今後、当該指針に基づき、薬剤師確保の取組を推進**することが求められる。

方向性

- 薬剤師の偏在は、都道府県内に加え都道府県間でも生じていることから、**全国的な偏在の状況を統一的、客観的に捉えた上で、地域の実情に応じた確保策を講じることが効率的、効果的**と考えられる。
- これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には人口10万人対薬剤師数が一般的に用いられてきたが、これは地域住民の薬剤師業務に係る医療需要に対する薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握するための指標として必ずしも十分とは言えないことから、**今後は新たに算定した薬剤師偏在指標を踏まえ薬剤師少数区域・薬剤師多数区域等を設定**することにより、**少数区域等において集中的な対応策の検討が可能**となる。
- 薬剤師確保計画の策定にあっては、3年ごとに実施・達成を積み重ね、その結果、**2036年までに薬剤師偏在是正を達成することを長期的な目標**とし、**都道府県は、本ガイドラインで示す薬剤師確保計画の考え方や構造を参考に、地域の実情に応じた実効性のある計画を策定**する。

2. 薬剤師確保計画策定のスケジュール

目標年次の設定

- 現時点の地域偏在・業態偏在の状況を鑑みると、**長期的な視点で偏在解消に取り組んでいく必要がある。**
- **医療計画の1計画期間が6年間であることとの整合を考慮**
- 上記を踏まえ、医療計画の2計画期間の「12年間」を、薬剤師の偏在是正を達成するまでの期間とし、2024年度から薬剤師確保計画に基づく薬剤師偏在対策を開始する前提のもと、**薬剤師確保計画の目標年次を2036年**とする。
- なお、医師においても2036年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標としている。

計画期間

- 医療計画の1計画期間が6年間とされているが、薬剤師の偏在状況の変化を踏まえ計画の見直しを行う機会を設ける観点から、**薬剤師確保計画の計画期間は、原則3年間**とする。

薬剤師確保計画策定のスケジュール

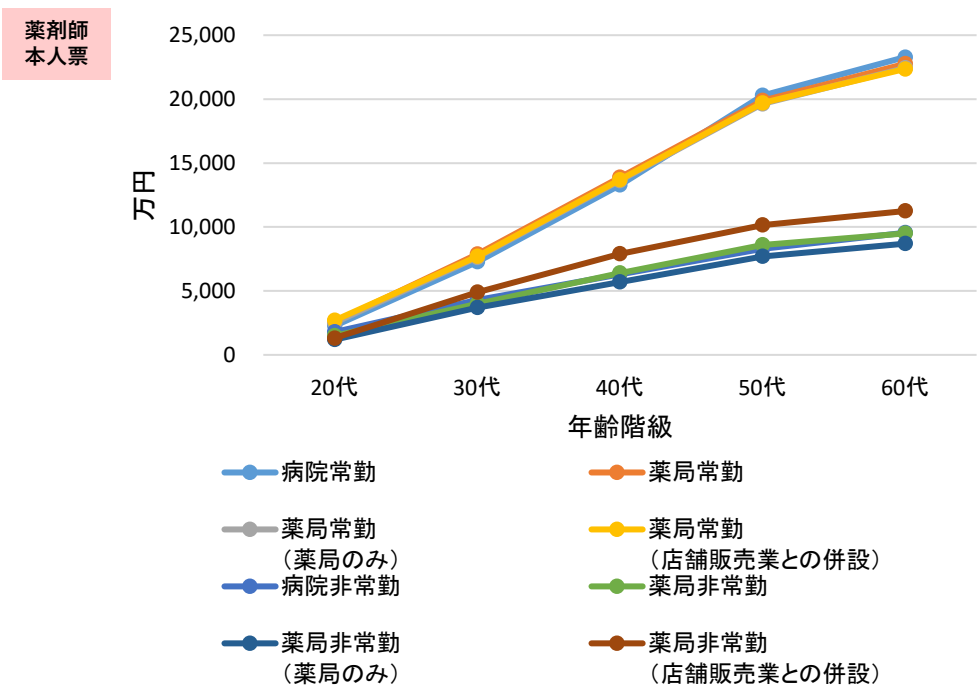
- 2024年度からの薬剤師確保計画の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

時期	実施事項
2023年度	・ 都道府県が薬剤師確保計画を策定・公表
2024年度	・ 都道府県は薬剤師確保計画に基づく薬剤師偏在対策を開始

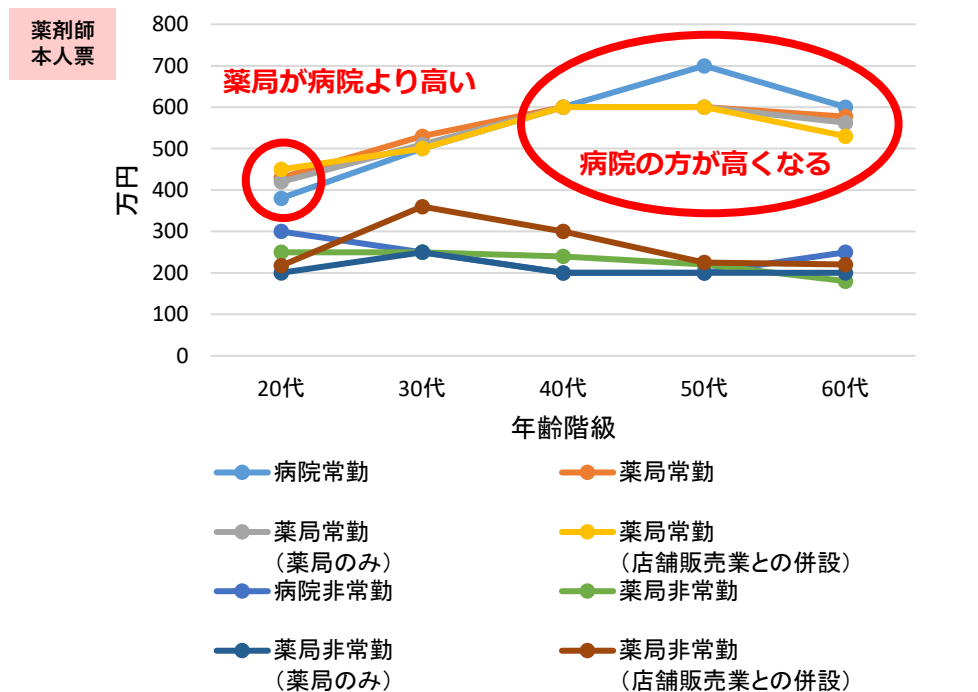
病院・薬局間の給与

- 各年代における合計の年収を累積した累積年収について、65歳まで働くことを想定した場合、常勤の病院薬剤師（23,280万円）と薬局 薬剤師（22,768万円）との生涯年収の差額は512万円であった。
- 常勤の年代別平均年収は、20代は薬局が病院より高いが、30代以降は差がなくなり、病院の方が高くなっている。

累積年収（薬剤師本人票 中央値）



年代別平均年収（薬剤師本人票 中央値）



	常勤				非常勤			
	病院常勤	薬局常勤			病院非常勤	薬局非常勤		
		薬局常勤 (薬局のみ)	薬局常勤 (店舗販売業との併設)			薬局非常勤 (薬局のみ)	薬局非常勤 (店舗販売業との併設)	
20代	2,280	2,580	2,520	2,700	1,800	1,500	1,200	1,305
30代	7,280	7,880	7,620	7,700	4,300	4,000	3,700	4,905
40代	13,280	13,880	13,620	13,700	6,300	6,400	5,700	7,905
50代	20,280	19,880	19,620	19,700	8,300	8,600	7,700	10,155
60代	23,280	22,768	22,433	22,350	9,550	9,500	8,700	11,255

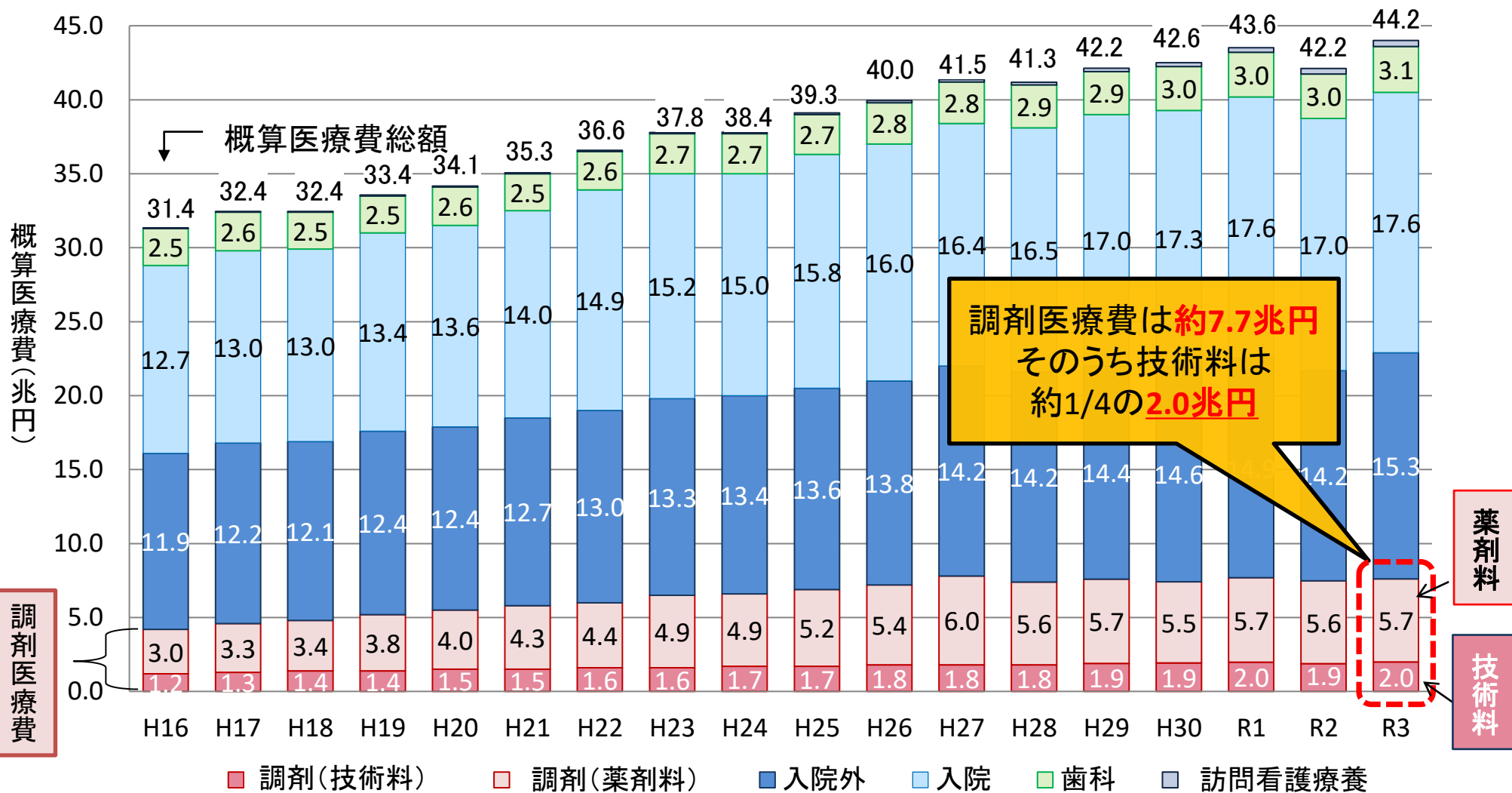
	常勤				非常勤			
	病院常勤	薬局常勤			病院非常勤	薬局非常勤		
		薬局常勤 (薬局のみ)	薬局常勤 (店舗販売業との併設)			薬局非常勤 (薬局のみ)	薬局非常勤 (店舗販売業との併設)	
20代	380	430	420	450	300	250	200	217.5
30代	500	530	510	500	250	250	250	360
40代	600	600	600	600	200	240	200	300
50代	700	600	600	600	200	220	200	225
60代	600	577.5	562.5	530	250	180	200	220

出典:「薬剤師確保のための調査・検討事業」(令和4年度予算事業)の薬剤師本人調査結果

1. 薬局、薬剤師を取り巻く状況
2. 調剤医療費
3. 調剤に係る診療報酬上の評価

調剤医療費の推移

- 令和3年度の概算医療費は約44.2兆円であった。
- 調剤医療費は約7.7兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.7兆円、技術料が約2.0兆円であった。



※医科(入院外、入院)及び歯科には、薬剤料が含まれる。

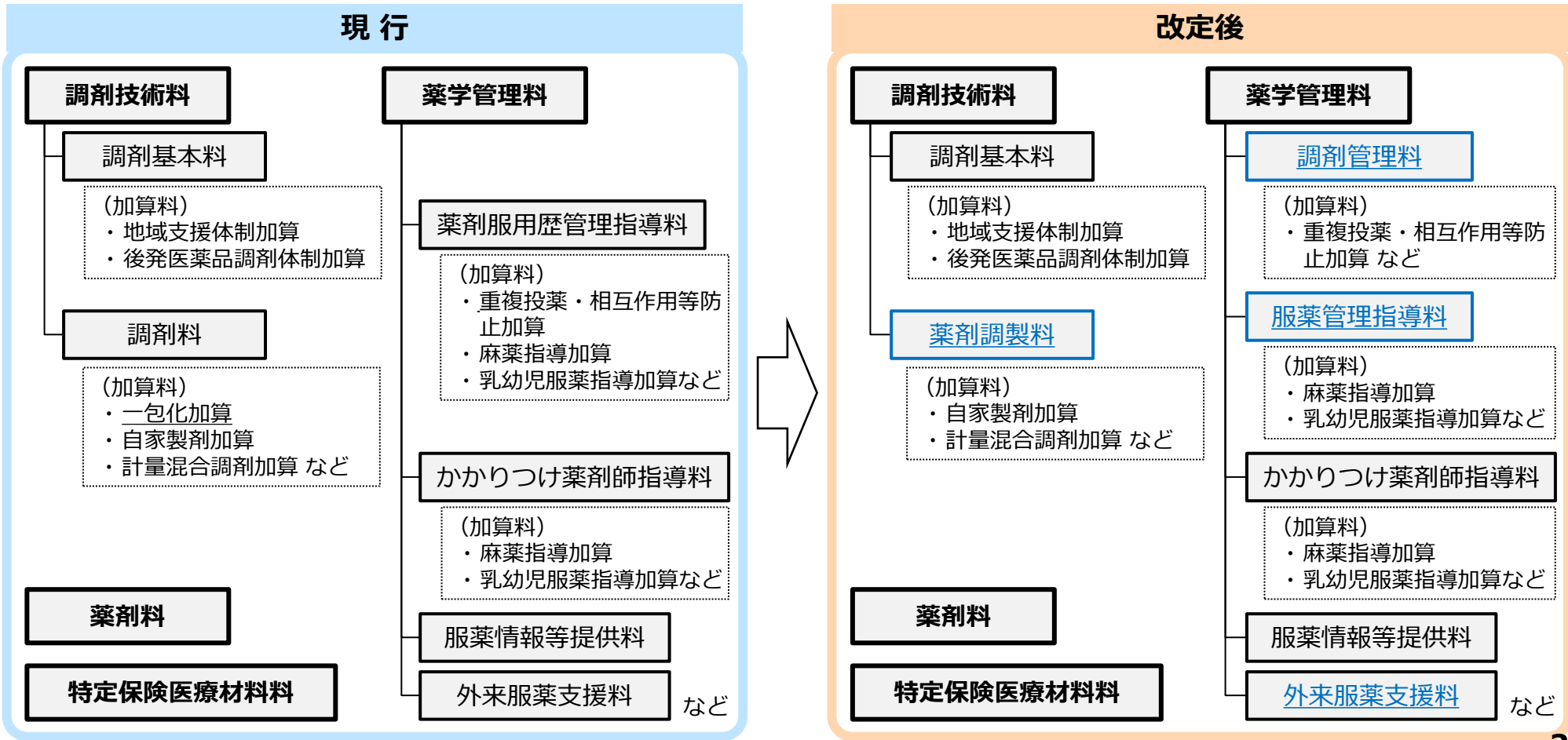
「医療費の動向」、「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し①

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

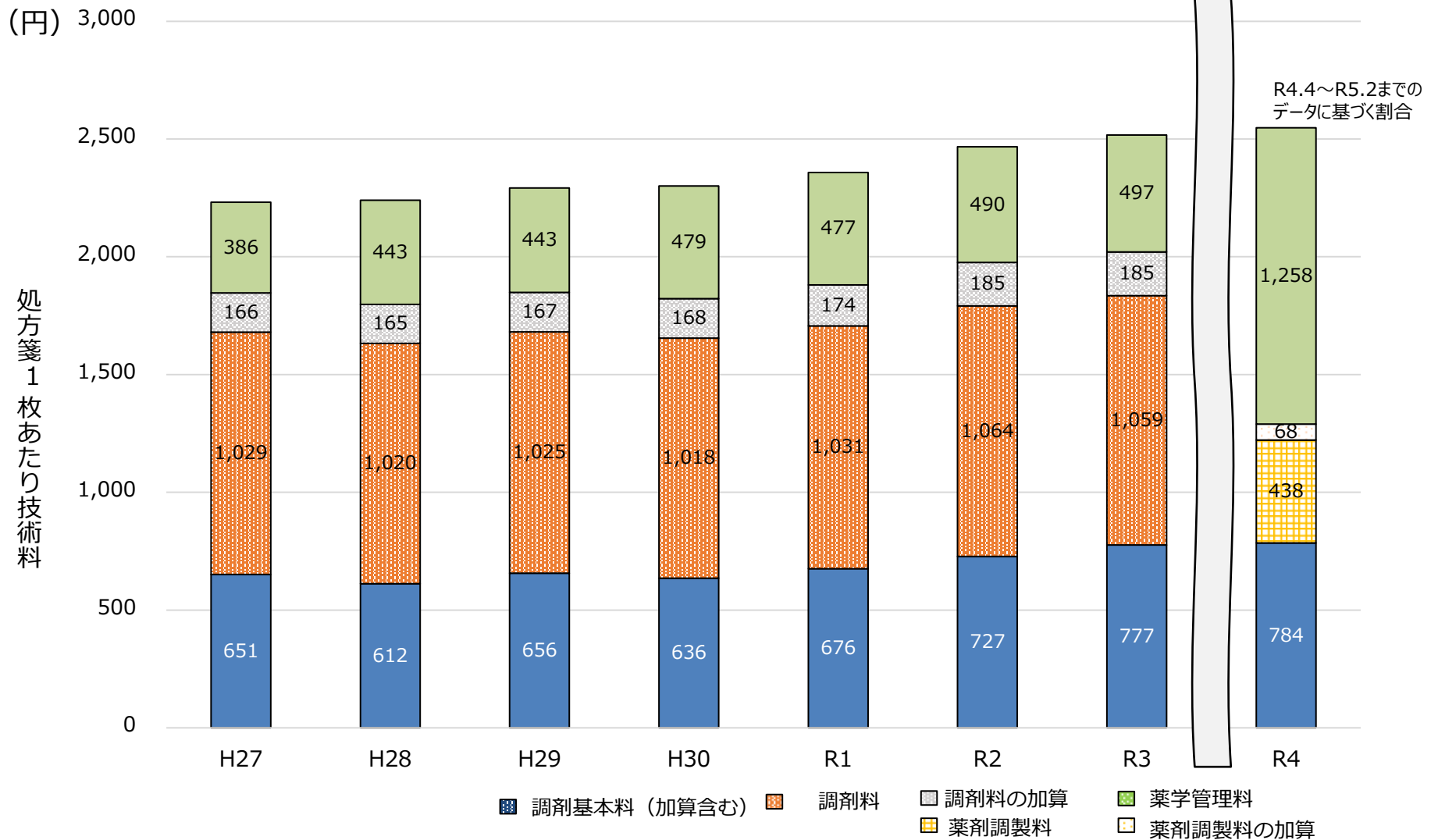
- 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

<調剤報酬の構成>



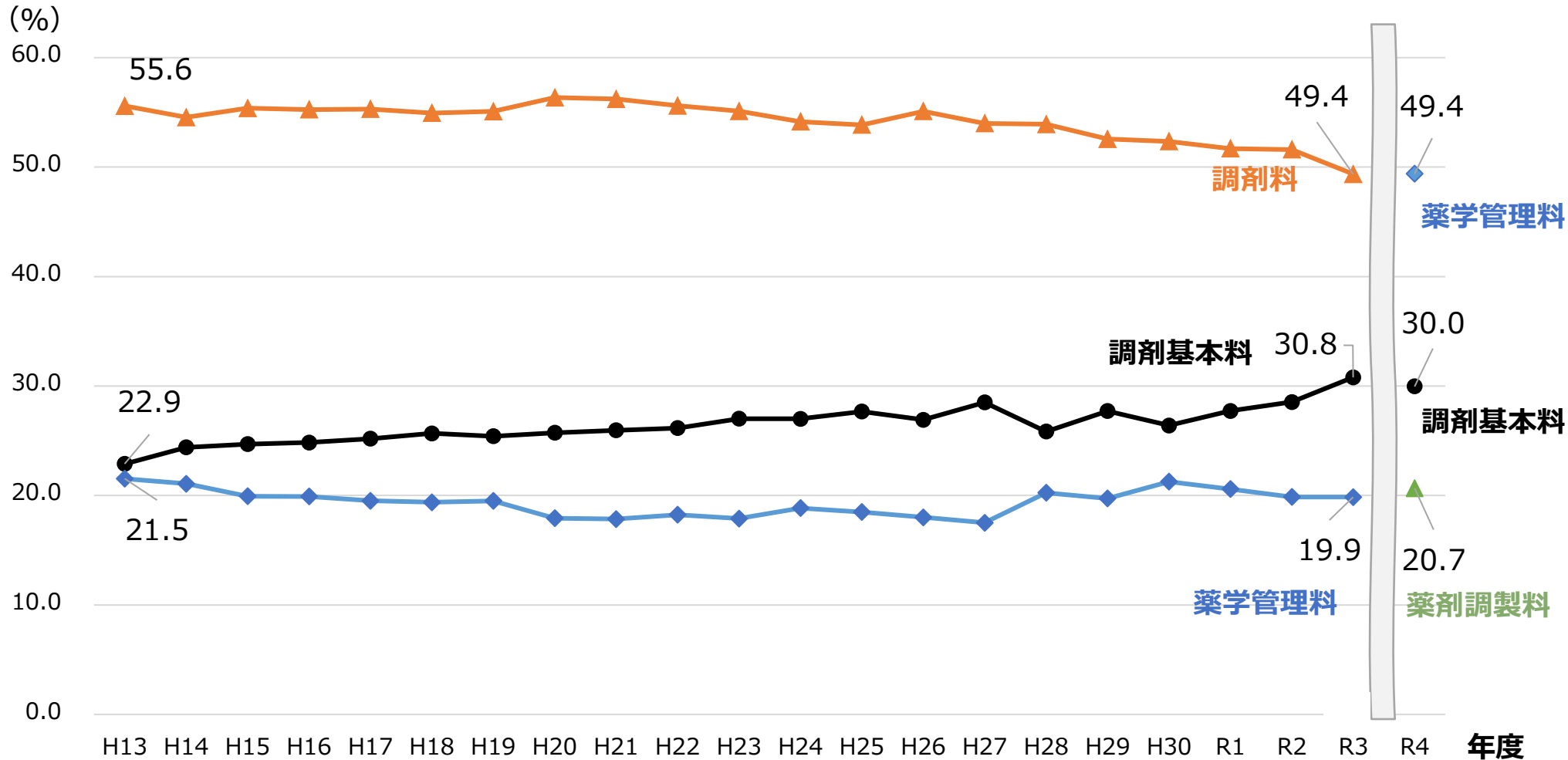
技術料の内訳（処方箋1枚あたり）の推移

○ 処方箋1枚あたりの技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の推移は以下のとおり。



技術料の内訳（割合）の推移

- 技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の割合の推移は以下のとおり。
- 令和4年度改定において評価体系の見直しがあり、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、令和3年度以前との比較には留意が必要であるが、対人業務の評価のシフトが進んでいる。



1. 薬局、薬剤師を取り巻く状況
2. 調剤医療費
3. 調剤に係る診療報酬上の評価

3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

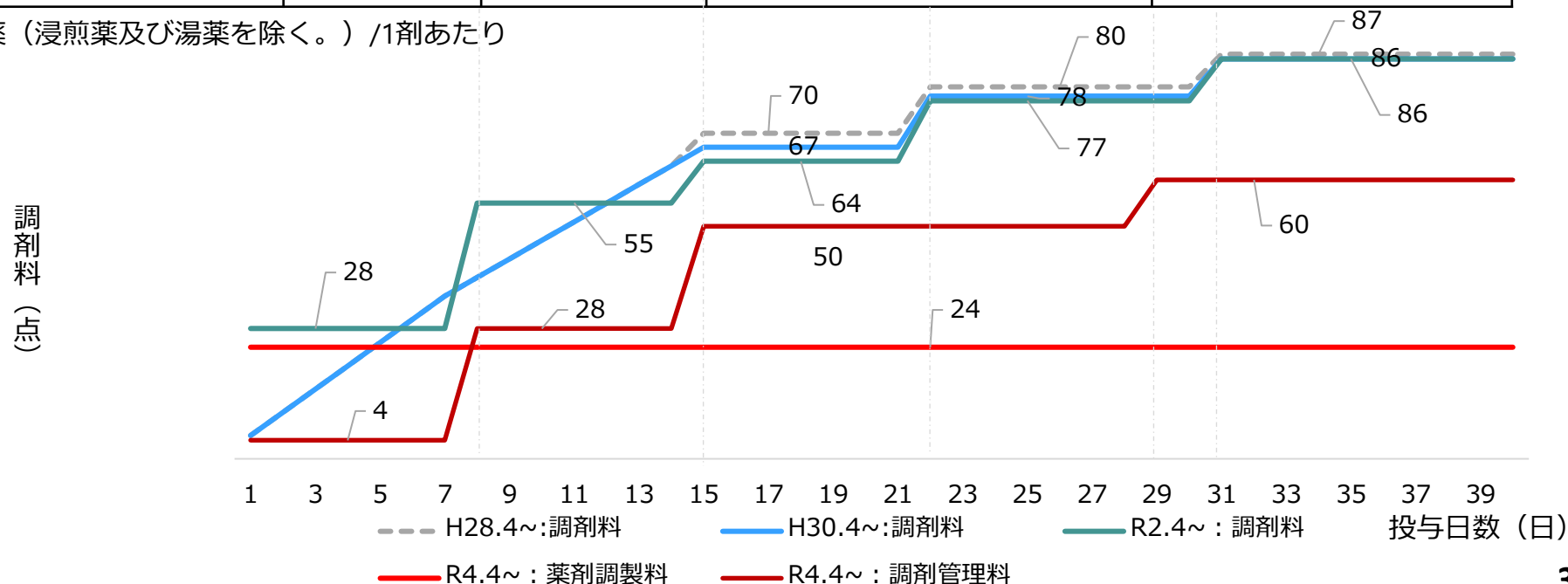
調剤料の見直し経緯

- 調剤報酬の評価体系の見直しにより、調剤料を廃止し、処方日数に関わらず一定の評価とする薬剤調製料を新設した。また、処方内容の薬学的分析、調剤設計等に係る業務の評価のため薬学管理料として調剤管理料を新設した。

調剤料		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
	H28	5点／日 ※最大35点	4点／日 ※最大63点	70点	80点	87点
	H30			67点	78点	86点
	R2	28点	55点	64点	77点	86点

薬剤調製料		1～7日分	8～14日分	15～28日分	29日分～
	R4	24点	24点	24点	24点
	(参考) 調剤管理料	4点	28点	50点	60点

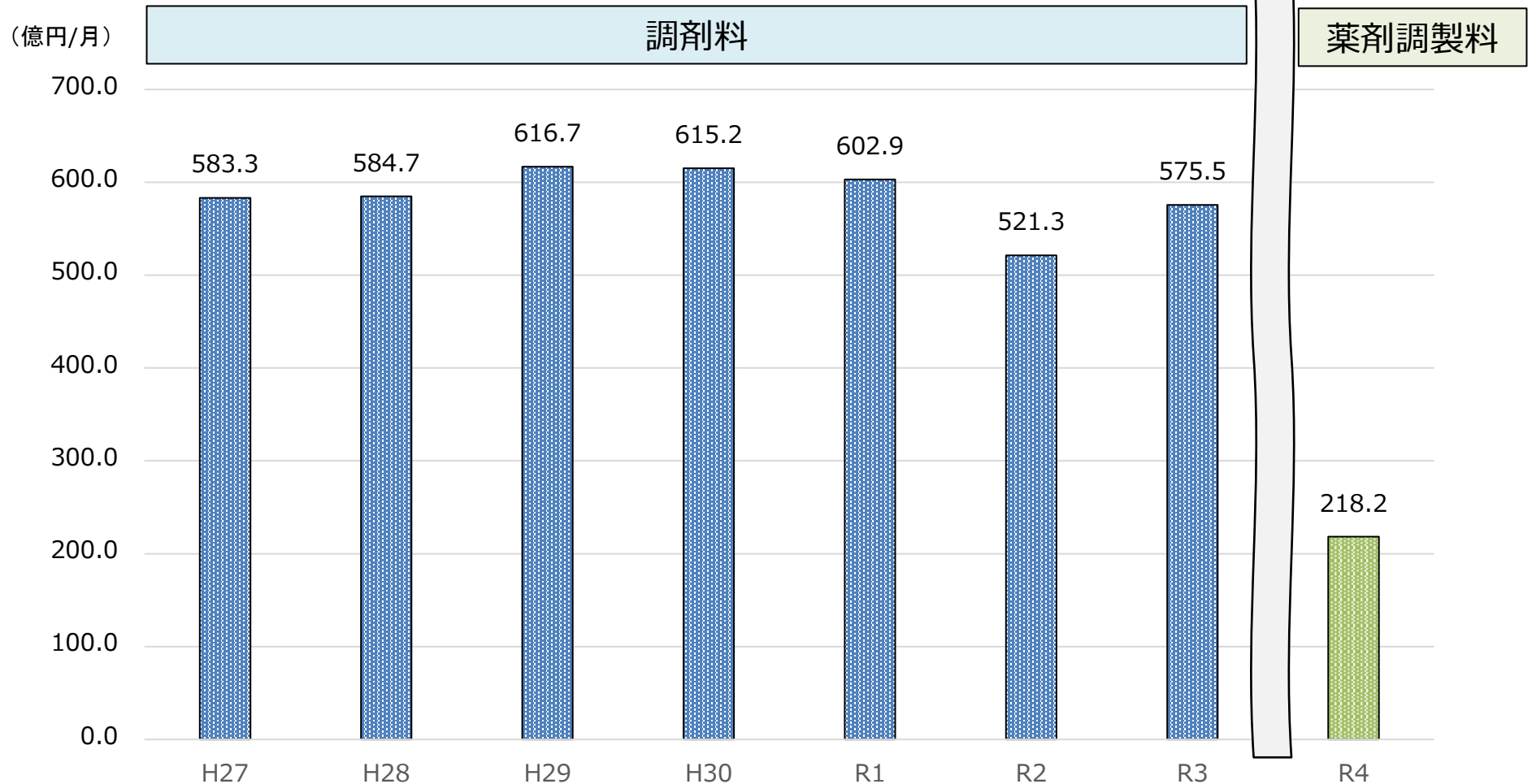
※内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）/1剤あたり



調剤料／薬剤調製料の推移

○ 内服薬の調剤料／薬剤調製料の推移（月あたりの総額）は以下のとおり。

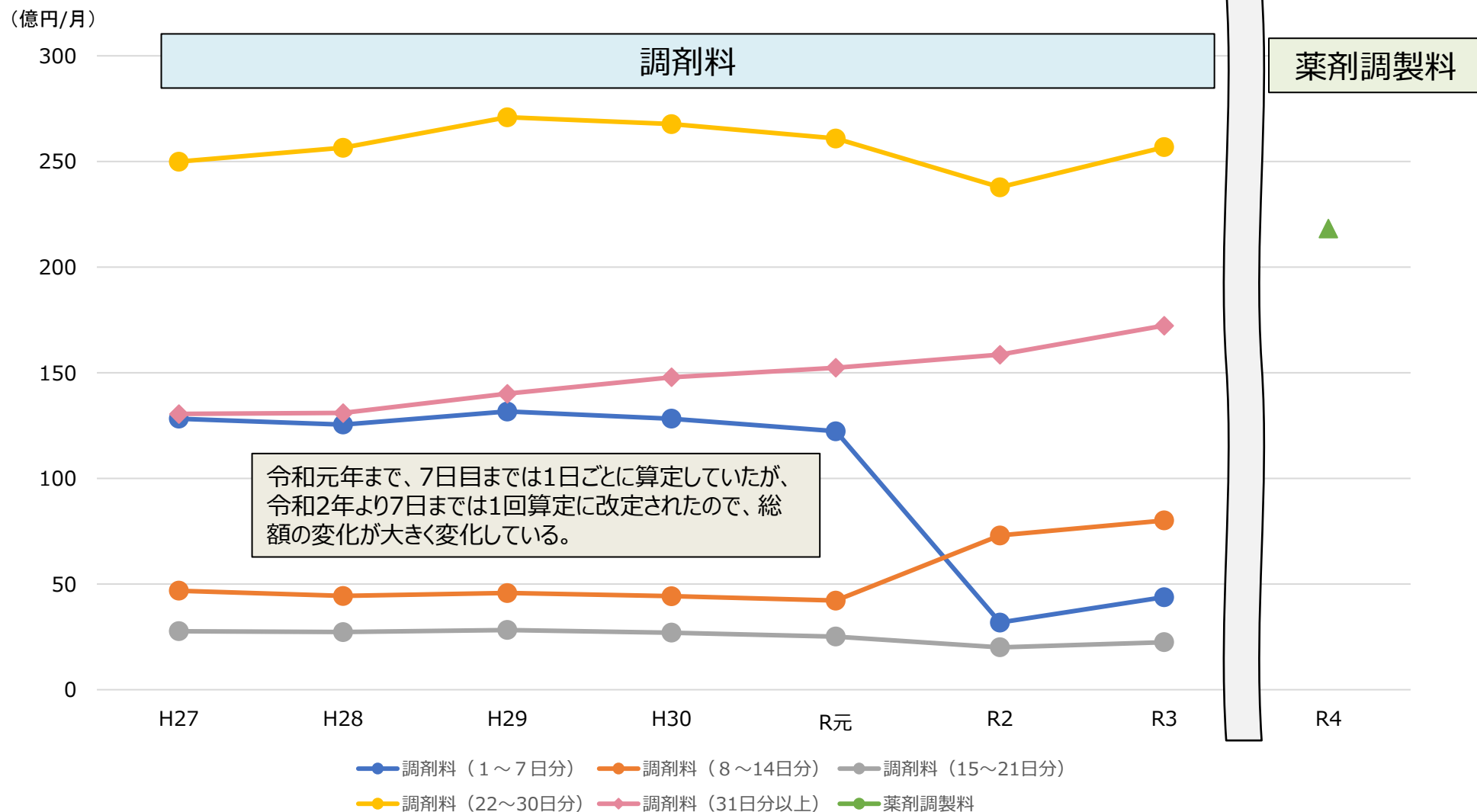
■ 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）の調剤料・薬剤調製料の総額の推移



調剤料／薬剤調製料の推移

○ 調剤料／薬剤調製料の推移(調剤日数別)は以下のとおりであった。

■調剤料、薬剤調製料の推移(億円/月)



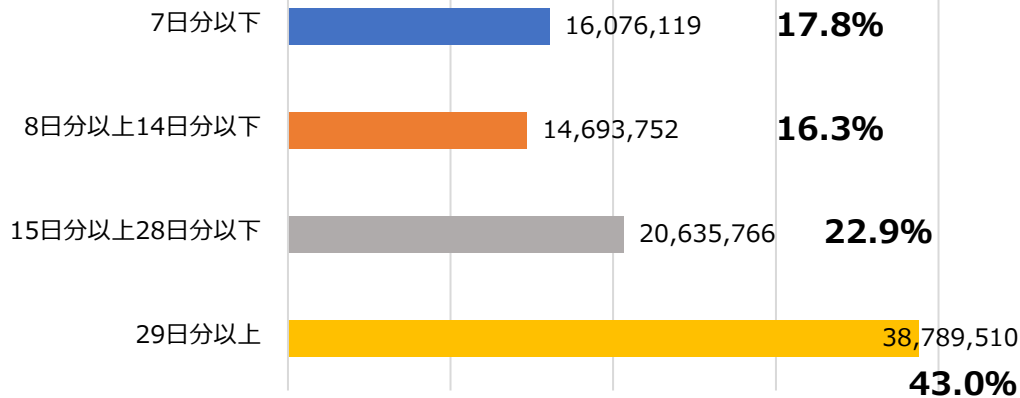
調剤管理料の算定状況

○ 令和4年度改定で薬学管理料として新設された調剤管理料の日数別の算定回数及び総額は、調剤日数が多くなるほど大きくなっている。

■ 調剤管理料の算定回数（令和4年度）

(回)

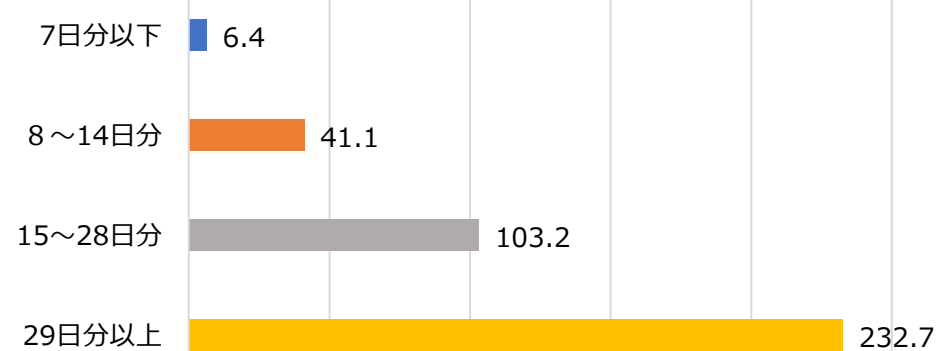
0 10,000,000 20,000,000 30,000,000 40,000,000



■ 調剤管理料の総額（令和4年度）（億円/月）

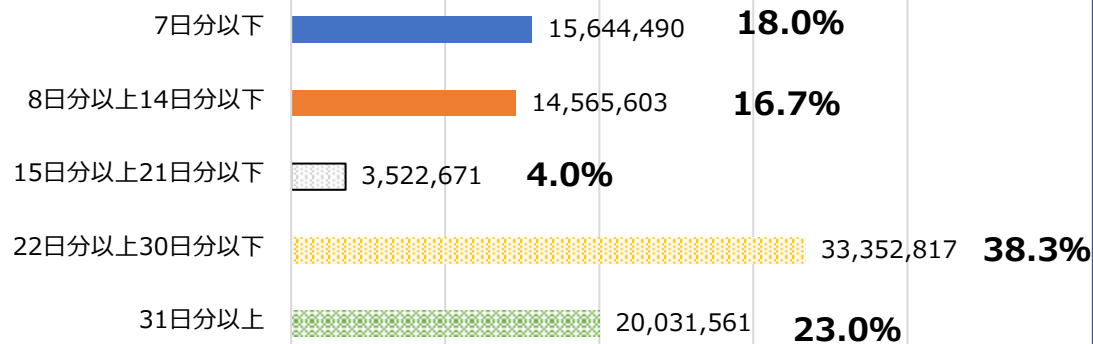
(億円)

0 50 100 150 200 250



（参考）令和3年度の調剤料の算定回数

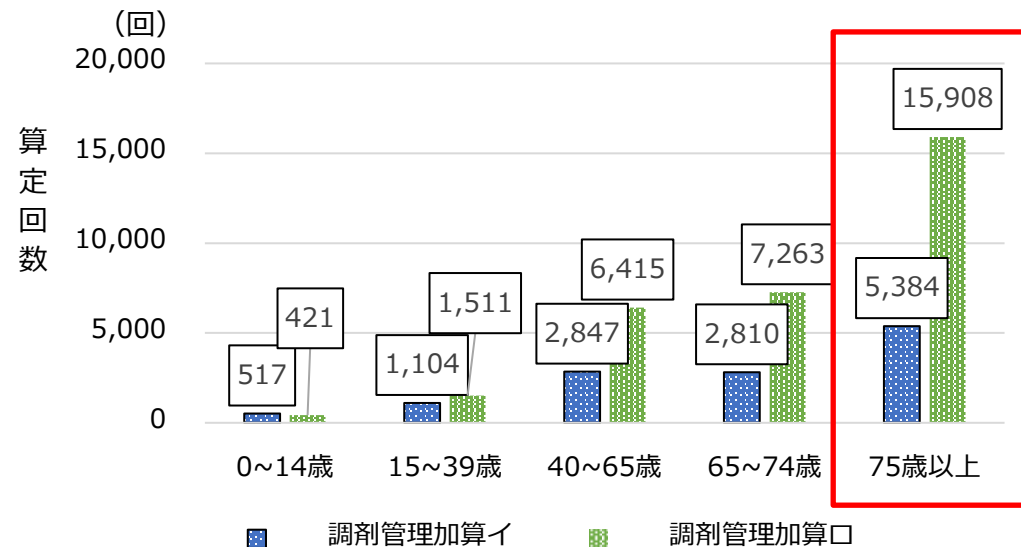
0 10,000,000 20,000,000 30,000,000 40,000,000



調剤管理加算の算定状況

○ 複数の医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合は75歳以上で多く、調剤管理加算（調剤管理料の加算）においても同様に75歳以上の算定回数が多かった。

■ 調剤管理加算の算定状況※1



〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

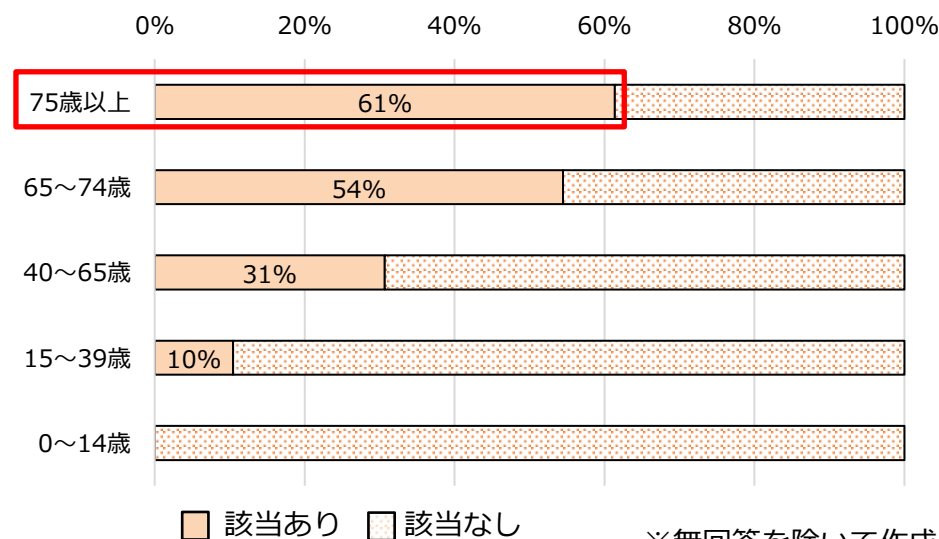
イ 初めて処方箋を持参した場合 3点

ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

■ 調剤管理加算の算定割合※1

	算定回数	受付回数に占める算定割合
調剤管理加算イ (初めて処方箋持参)	12,662	0.02%
調剤管理加算ロ (2回目以降)	31,518	0.05%

■ 算定要件に該当する複数医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合※2（n=1,289）



※無回答を除いて作成

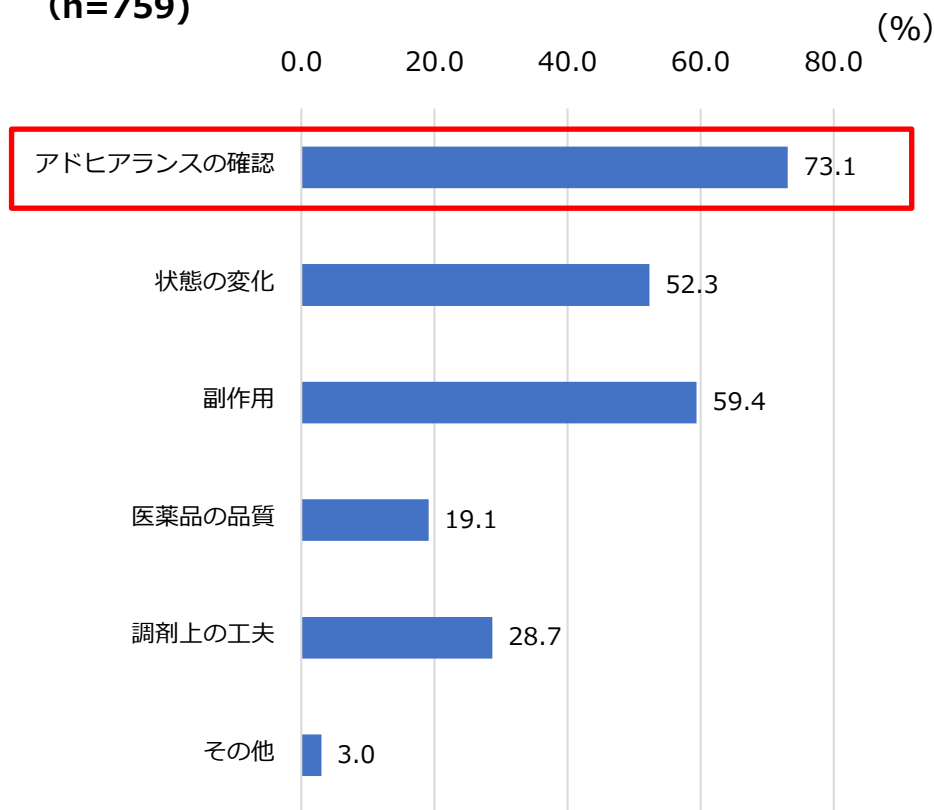
出典：※1：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

※2：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

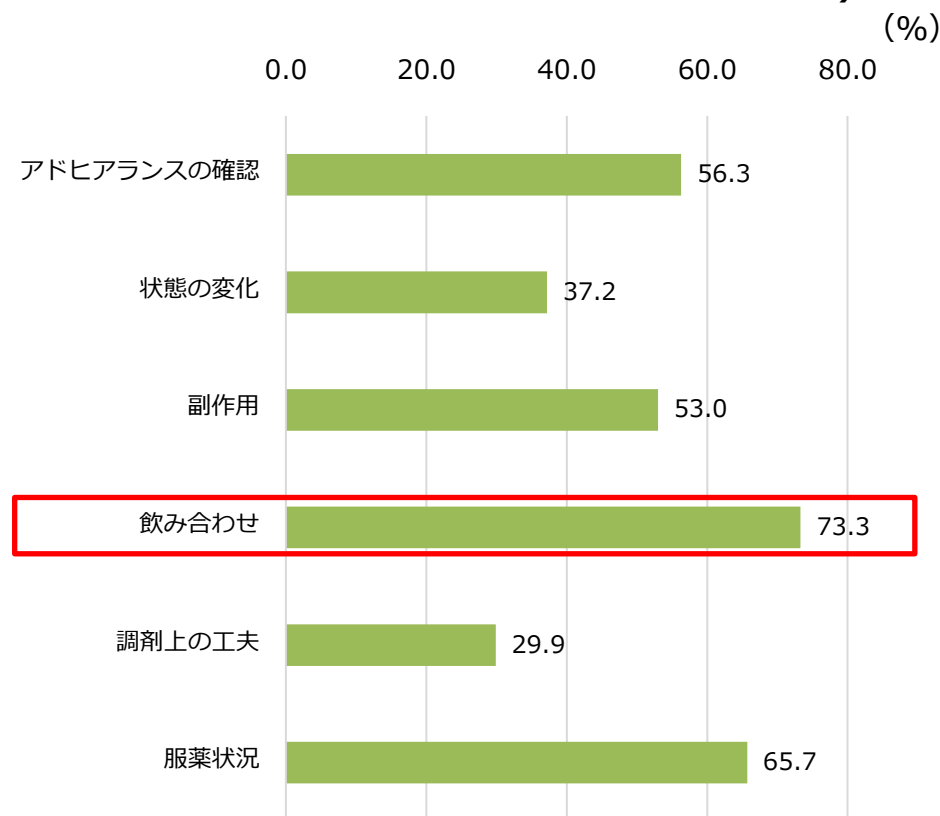
長期処方・多剤処方の患者における薬学的管理の状況

○ 長期処方の患者においては「アドヒアランスの確認」、6種類以上の内服薬が処方されている患者においては「飲み合わせ」を注意して確認し、薬学的分析に基づいた医師への処方提案等が多く実施されていた。

■ 処方日数が短期の患者より、長期の患者で注意して確認し薬学的分析に基づき医師への処方提案等を行っていること (n=759)



■ 6種類以下の内服薬が処方されている患者より、6種類以上の内服薬が処方されている患者で注意して確認し、薬学的分析に基づき医師への処方提案等を行っていること (n=759)



3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

薬局における服薬指導等の業務の主な評価（令和4年改定）

基本的な服薬指導

● 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

● 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

● 継続的な把握等

処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施する。

➔ 服薬管理指導料（45点又は59点／1回につき）

患者・薬に応じた対応

● 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

● 医療的ケア児に対する薬学的管理

医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 小児特定加算（350点／1回につき）

● ハイリスク薬に対する管理指導

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 特定薬剤管理指導加算1（10点／1回につき）

● 麻薬に対する管理指導

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

● 吸入薬に対する管理指導

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

➔ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

追加的な対応

● 医療機関への情報提供

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

➔ 服薬情報等提供料（20又は30点／月1回まで、50点／3月に1回まで）

● 残薬への対応

- ① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
- ② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

➔ 外来服薬支援料1（185点／月1回まで）

● 一包化による服薬支援

多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援

➔ 外来服薬支援料2（34点／7日分ごと、240点／43日分以上）

● ポリファーマシー対策

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料1（125点／月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料2（110点又は90点／3月に1回まで）

● 調剤後のフォローアップ

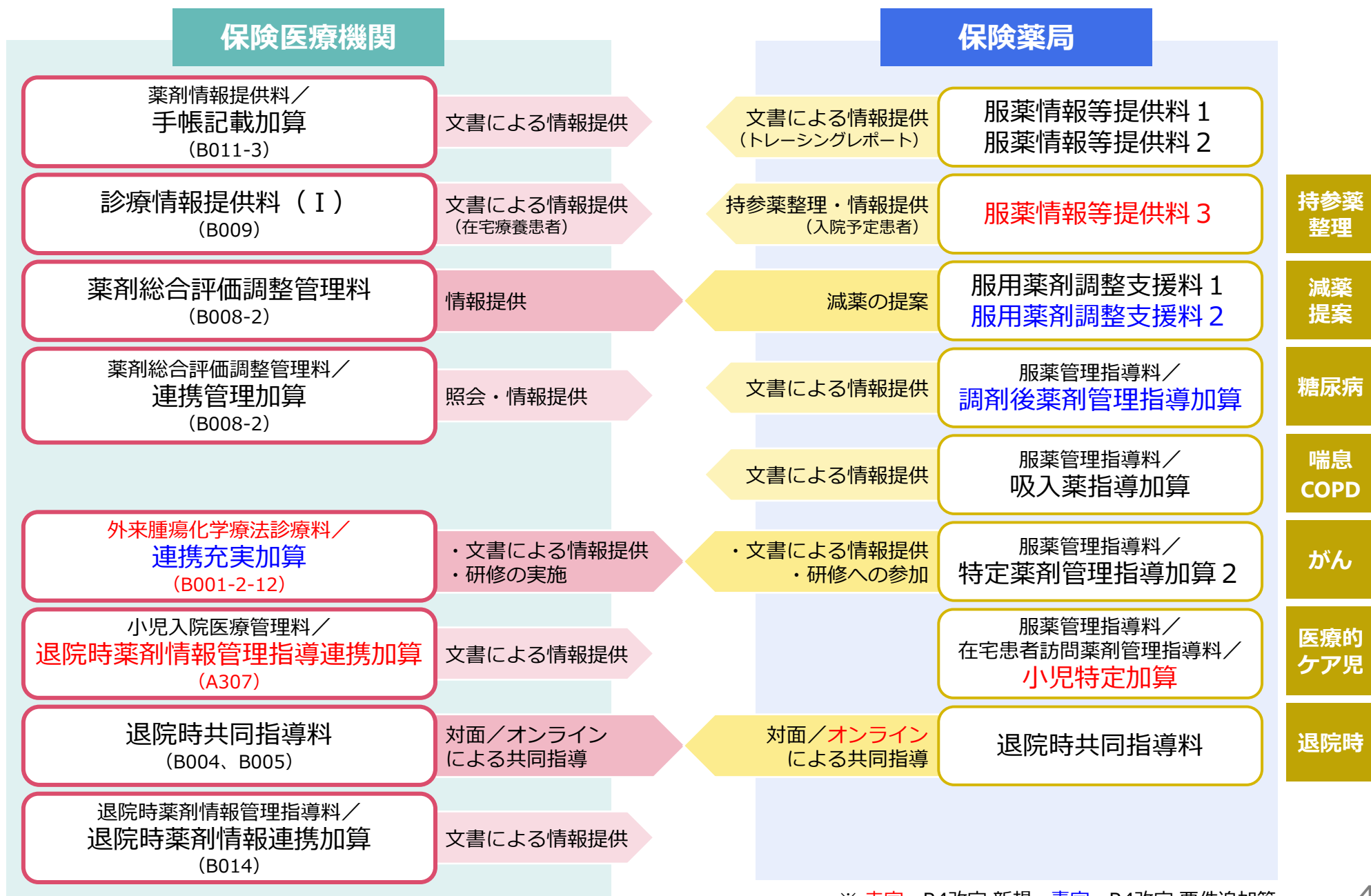
薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 特定薬剤管理指導加算2（100点／月1回まで）

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 調剤後薬剤管理指導加算（60点／月1回まで）

保険医療機関と保険薬局との連携に係る診療報酬上の評価



服薬管理指導料の経緯①

(服薬管理指導料の改正経緯)

年度	経緯
H20～24	● 薬剤服用歴管理指導料（30点） ● 薬剤情報提供料（15点）
H24	● 上記の評価を「薬剤服用歴管理指導料」に統合（41点）
H26	● お薬手帳を持参しない場合の点数新設（持参あり41点、持参なし34点）
H28	● 来局頻度、お薬手帳の持参の有無の評価の見直し、調剤基本料に応じた点数新設、特別養護老人ホームへ訪問した場合の評価新設 ➢ 過去6月以内に処方箋を持参した場合38点、それ以外の場合50点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし50点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（38点） ➢ 調剤基本料1以外の薬局が行う場合（50点）
H30	● 評価の充実 ➢ 過去6月以内に処方箋を持参した場合41点、それ以外の場合53点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし53点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（41点） ➢ 調剤基本料1以外の薬局が行う場合（53点）
R2	● 来局頻度を3月に改正、調剤基本料1以外の場合でも来局頻度の規定適用、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）の規定新設、評価の充実 ➢ 過去3月以内に処方箋を持参した場合43点、それ以外の場合57点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし57点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（43点） ➢ 情報通信機器を用いた服薬指導（43点）
R4	● 「服薬管理指導料」に名称変更、評価の充実 ➢ 過去3月に処方箋を持参した場合45点、それ以外の場合59点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし59点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（45点） ➢ 情報通信機器を用いた服薬指導でも来局頻度について同様の規定（45点/59点）

服薬管理指導料の経緯②

(服薬管理指導料の個別事項に関する評価：服薬管理指導料の加算)

年度	経緯
R2	● 吸入薬指導加算（30点）、調剤後薬剤管理指導加算（糖尿病）（30点）新設 ● 特定薬剤管理指導加算 2（抗がん剤）新設（加算 1 はハイリスク加算 H22年新設）
R4	● 医療的ケア児への評価新設（小児特定加算350点／450点） ● 調剤後薬剤管理指導加算の評価見直し（30点→60点）

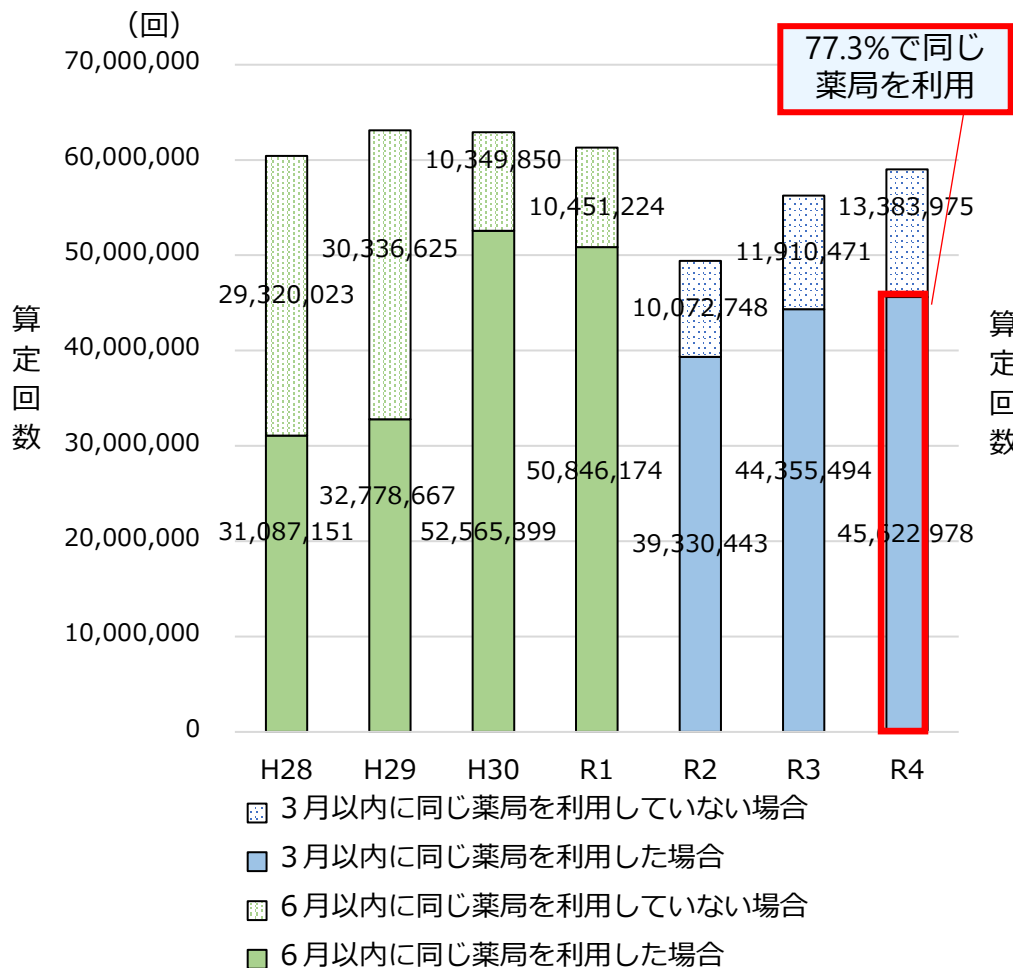
服薬管理指導料	点数
原則3月以内の来局患者	45点
上記以外、上記のうち手帳を持参しない場合	59点
特別養護老人ホームの入居者に訪問した場合	45点
オンライン服薬指導（原則3月以内の患者）	45点
オンライン服薬指導（上記以外）	59点

個別事項の評価	点数
乳幼児服薬指導加算	12点／1回につき
小児特定加算	350点・450点／1回につき
特定薬剤管理指導加算 1（ハイリスク薬）	10点／1回につき
特定薬剤管理指導加算 2（抗がん剤）	100点／月1回まで
麻薬管理指導加算	22点／1回につき
吸入薬指導加算	30点／3月に1回まで
調剤後薬剤管理指導加算	60点／月1回まで

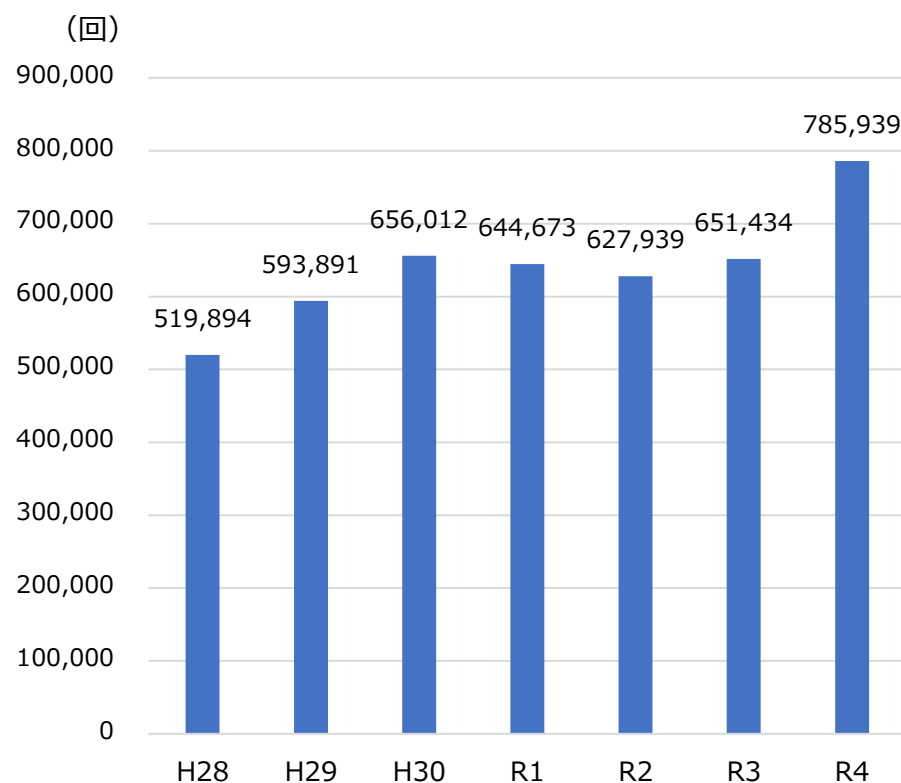
服薬管理指導料の算定状況

- 服薬管理指導料の算定は処方箋枚数の推移と同様の傾向であり、患者が3月以内に同じ薬局を利用した場合の算定回数は全体の約8割であった。
- 特別養護老人ホームの入居者への指導は増加傾向であった。

■ 服薬管理指導料の算定推移 ※R3までは薬剤服用歴管理指導料

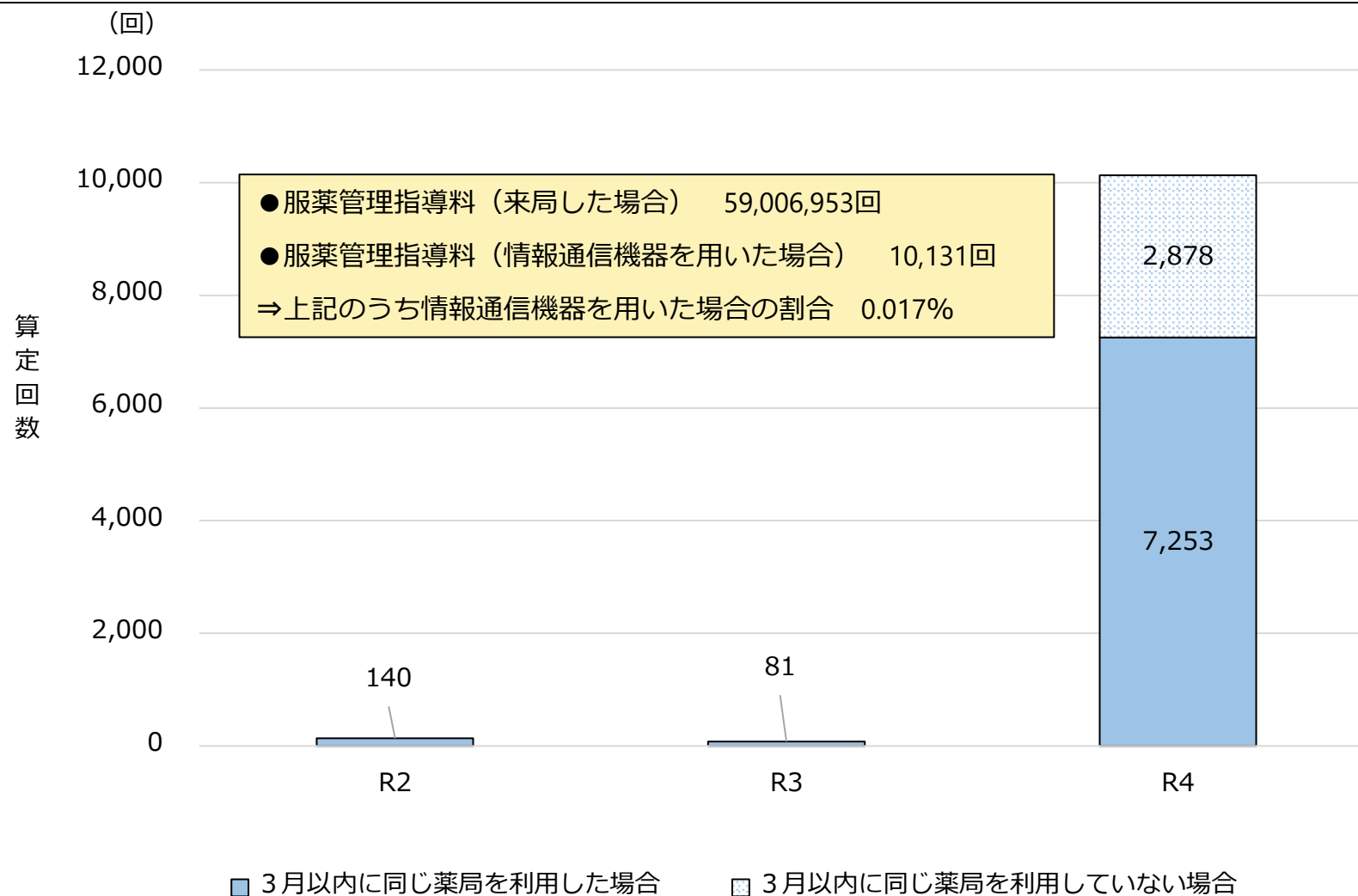


■ 特別養護老人ホームの入居者に訪問した場合



情報通信機器を用いた服薬指導の算定状況

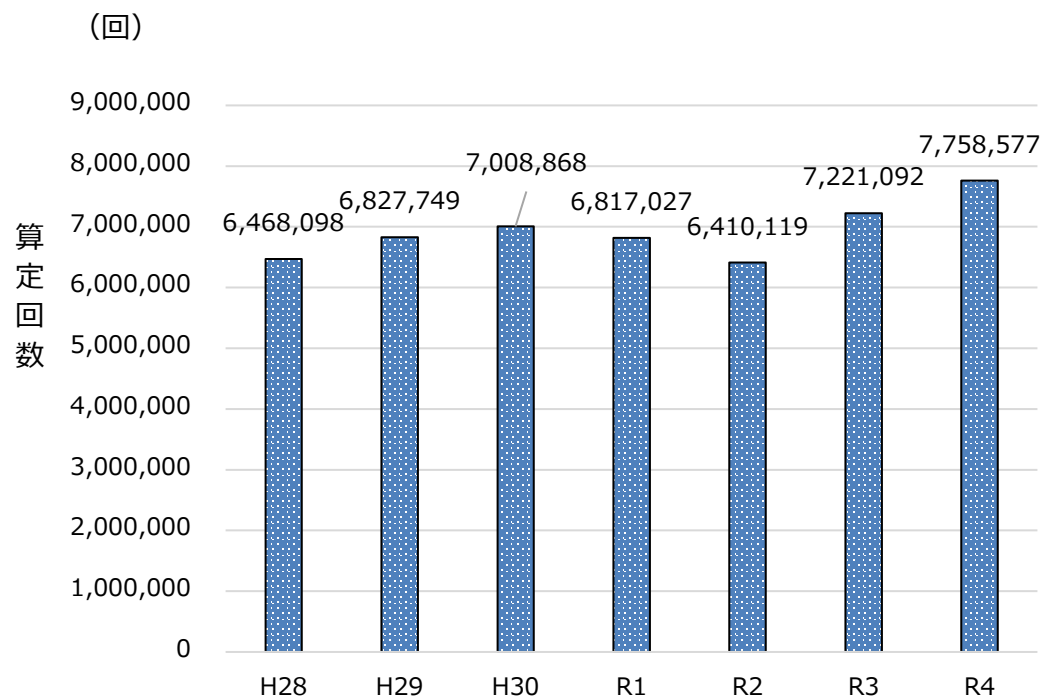
○ 情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）の算定回数は令和4年に増加しているが、服薬管理指導料の算定回数からみると、ごくわずかである。



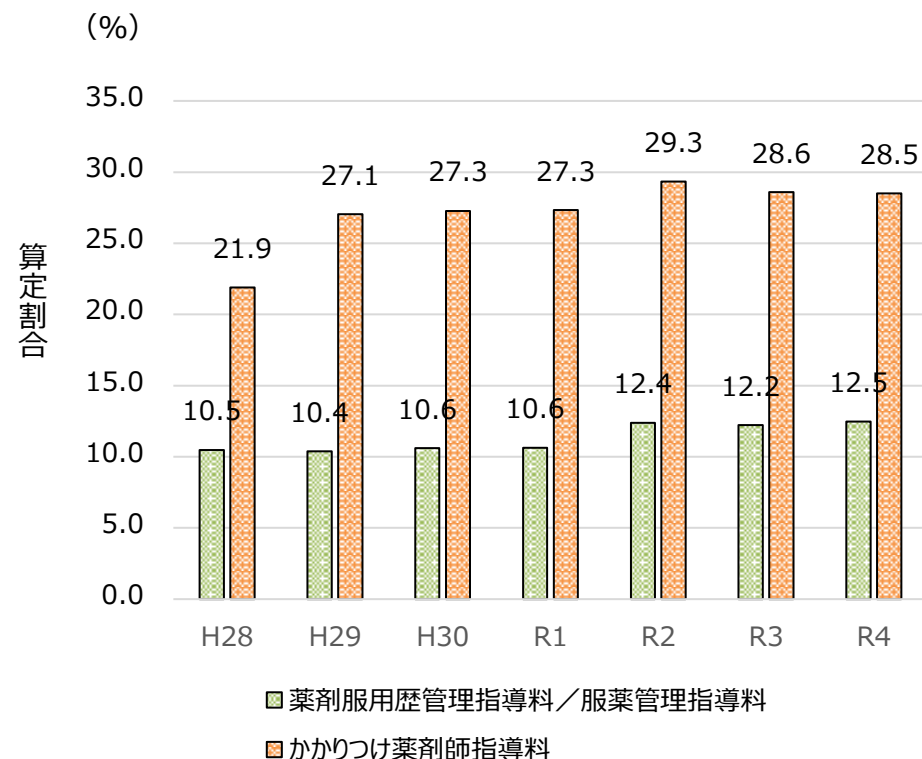
特定薬剤管理指導加算 1 の算定状況

- ハイリスク薬の薬学的管理・指導に関する算定(特定薬剤管理指導加算1)の回数は同程度で推移。
- 加算の割合では、服薬管理指導料よりかかりつけ薬剤師指導料における算定割合が多くなっている。

■ 特定薬剤管理指導加算 1 の算定回数



■ 服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料に占める特定薬剤管理指導加算 1 の算定割合



薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ (令和4年7月11日)

- 調剤後のフォローアップ業務は、今後、充実させていくべき対人業務の1つとされている。

第4 具体的な対策

1. 対人業務の充実

(1) 推進すべき対人業務

①調剤後のフォローアップの強化

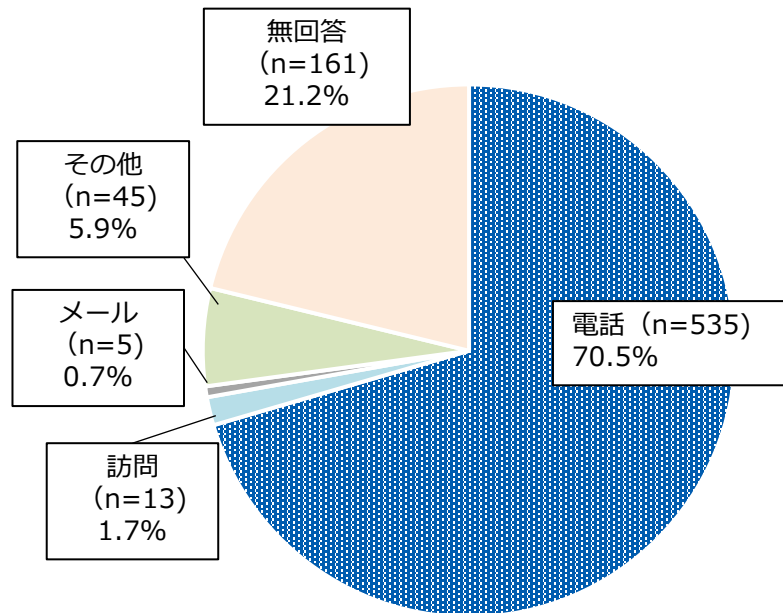
- これまで、薬局薬剤師の業務としては、処方確認や服薬指導等、「処方箋受付時の業務」が主体であったが、**令和元年の薬機法改正により薬剤師が行う薬剤使用期間中（調剤後）のフォローアップが、法律上、薬局薬剤師の義務として明確化された。**
- 調剤後のフォローアップは、
 - ・ 適正使用の推進
 - ・ 服薬アドヒアランスの向上
 - ・ 問題が生じた場合の受診勧奨、医療機関へのフィードバックが行えることなどの効果が期待されるものであり、**今後、より充実させていくべき対人業務の1つ**と考えられる。

継続的な服薬指導(薬局調査)

- 約7割の薬局で、「電話」によるフォローアップが行われていた。
- フォローアップを実施することが多いのは、「新しい薬剤が追加された場合」との回答が82.2%であった。

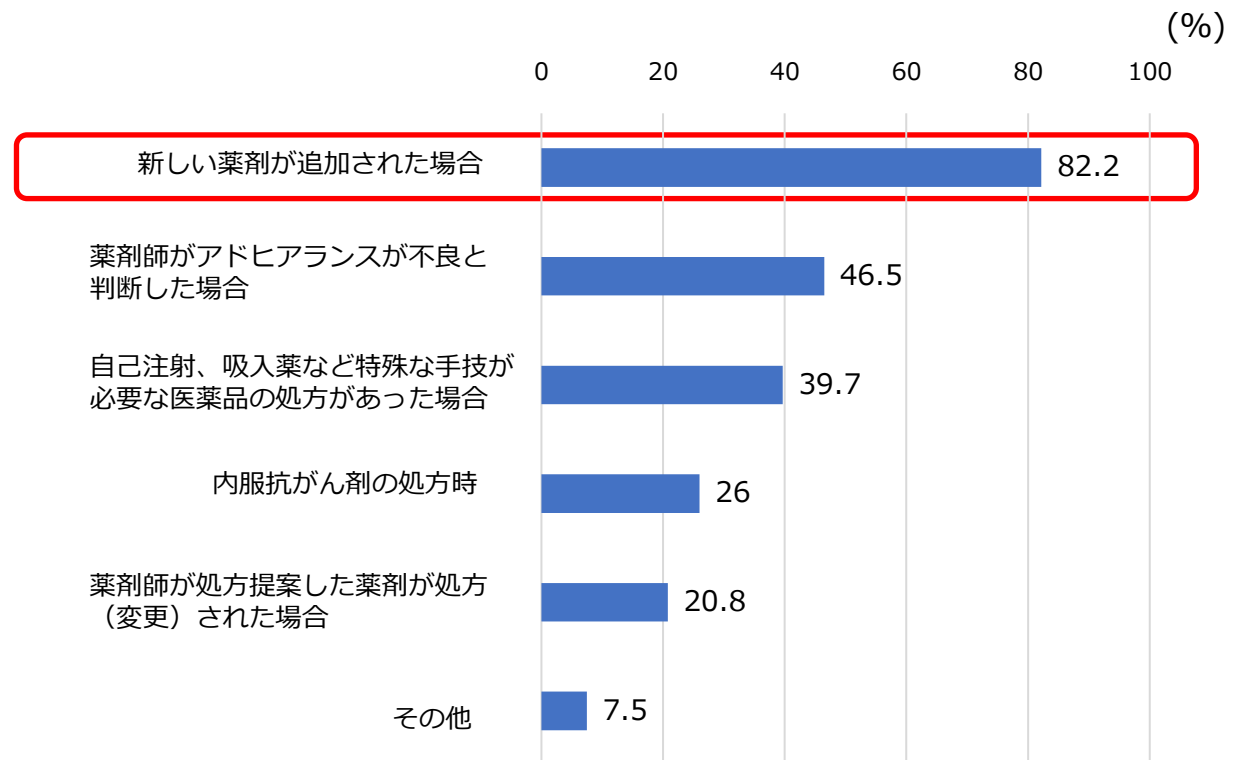
■ 患者へのフォローアップ方法
(最も多い方法を一つ選択)

n=759



■ どのような場合にフォローアップを実施することが多いか。
(複数回答)

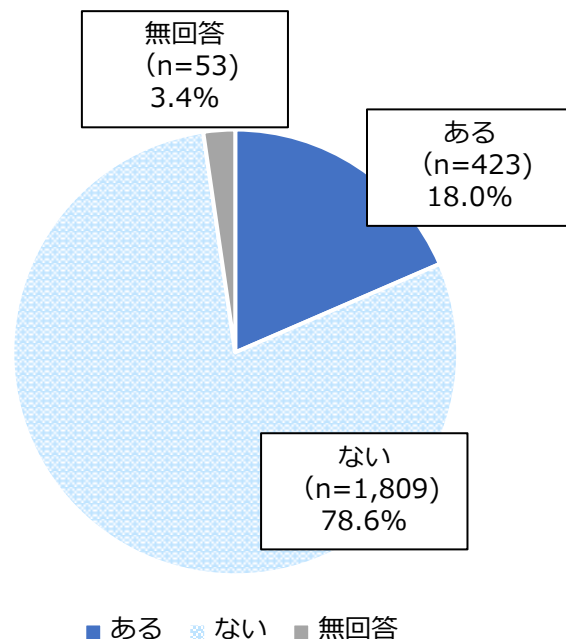
n=759



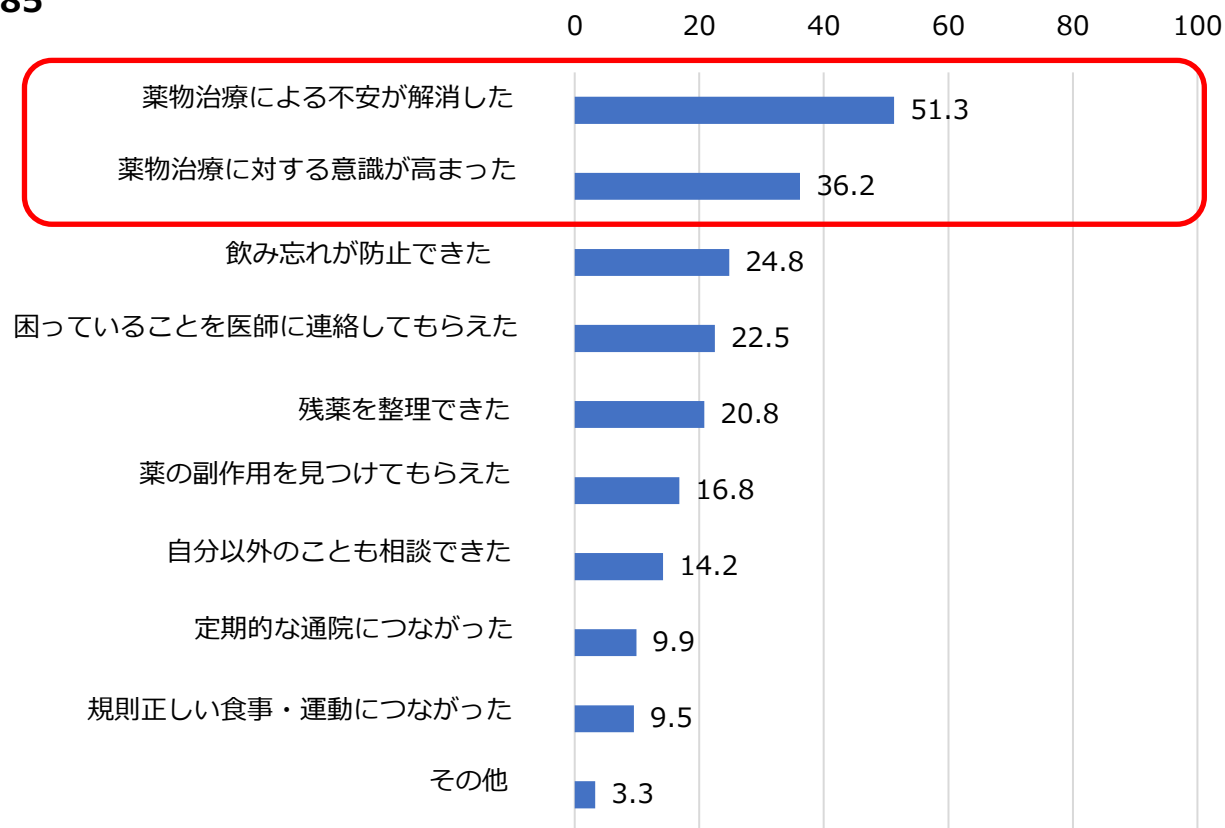
継続的な服薬指導(患者調査)

- 薬を受け取った後、薬局の薬剤師からフォローアップを受けたことがあると回答した患者は18%であった。
- 「ある」と回答した患者のうち、薬剤師によるフォローアップを受けてよかったことは「薬物治療に対する不安が解消した」、「薬物治療に対する意識が高まった」が多く挙げられ、「困っていることを医師に連絡してもらえた」との回答も挙げられていた。

■ 薬剤師によるフォローアップを受けた経験の有無
n=2,285



■ 薬剤師によるフォローアップを受けてよかったこと n=423 (%)



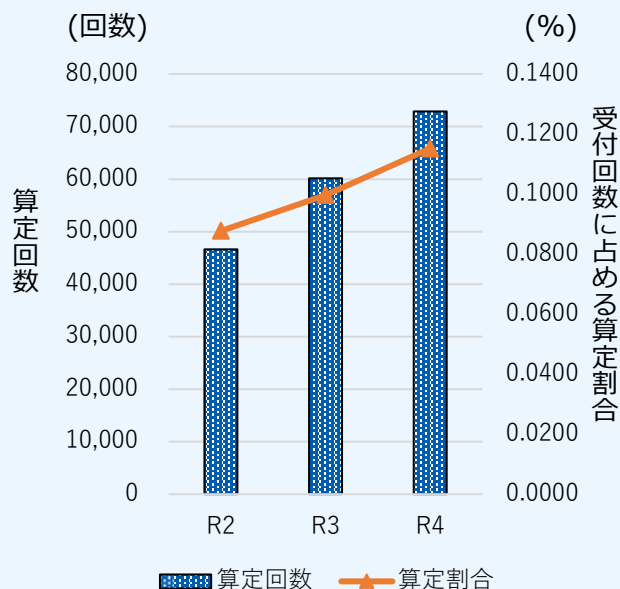
患者の状況の確認が必要な指導の算定状況

○ 患者の状況の確認が必要な吸入薬指導加算、特定薬剤管理指導加算2、調剤後薬剤管理指導加算の算定回数は、新設された令和2年度以降、増加している。

■ 吸入薬の手技の確認・指導

吸入薬指導加算

※医師に指導結果を報告する

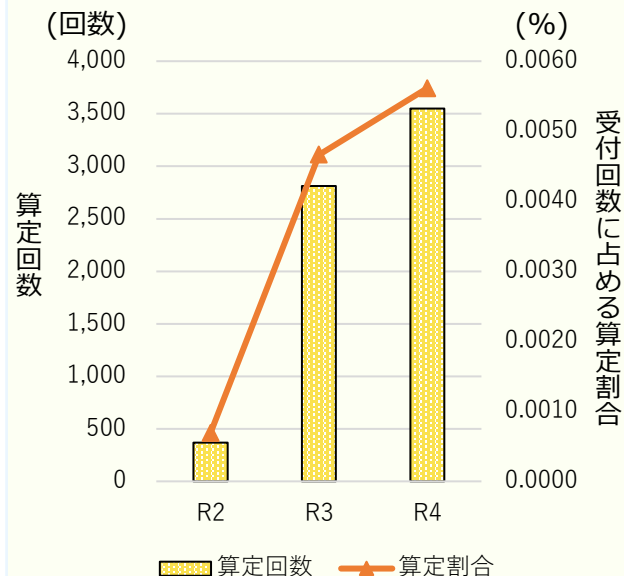


■ がん患者の副作用等のフォローアップ

特定薬剤管理指導加算 2

(がん患者に対する質の高い医療の提供の評価)

※次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する

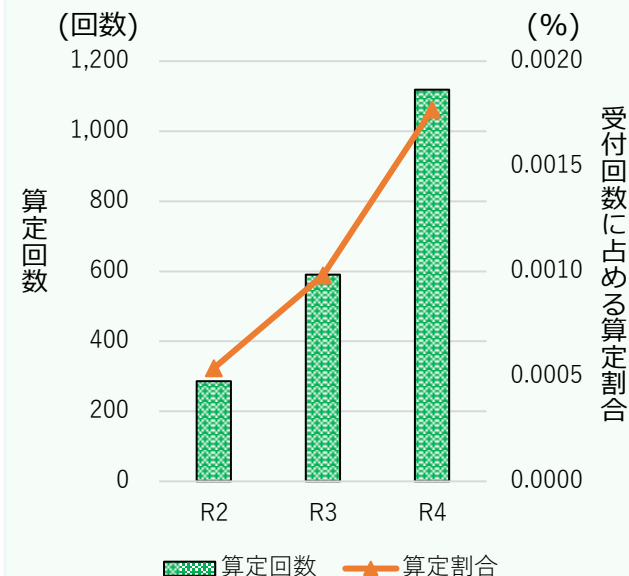


■ 糖尿病薬の副作用等のフォローアップ

調剤後薬剤管理指導加算

(糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認)

※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



継続的服薬指導（フォローアップ）の考え方①

- 継続的服薬指導を適切に行うために、日本薬剤師会において実施のための手引きを作成しており、それをより効果的に実施するための考え方がとりまとめられている。（厚生労働科学研究費補助金）

■ 特にフォローアップの必要がある患者の例

- ①新規処方・処方変更時
- ②服薬アドヒアランス不良
- ③ハイリスク薬処方時（副作用の問題や患者に不安があるケース等）
- ④手技不良時（自己注射や吸入器等）
- ⑤副作用等発現時（自覚症状を含む）
- ⑥ポリファーマシー・相互作用の可能性
- ⑦服薬に関する不安
- ⑧退院時
- ⑨新薬（承認又は効能追加された5年以内のもの）処方時

■ 患者等への確認事項

薬剤等の服薬状況（残薬の状況、服用しづらくないか、服用において不便なことはないか等）
副作用発現の有無
使用中の薬剤の効果
薬剤使用中の体調の変化
患者基本情報の変化
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響
生活機能への影響
生活の特性の変化
使用中の薬剤に対する認識（先入観、不安感等）
その他（ ）

■ フォローアップを実施後に対応すべきこと

- ①処方医への処方提案
- ②処方医や医療機関の薬剤師にトレーニングレポート等による情報提供（在宅医療への参画、外来化学療法実施病院との情報共有等）
- ③受診勧奨
- ④他職種との連携（病院薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護師、行政等との連携）
- ⑤医薬品・医療機器等安全性報告制度による副作用報告
- ⑥患者へのフィードバック（副作用チェックシート配布、 Medikationレビュー、フォローアップ前後比較説明等）



フォローアップからその後の対応を実施することによる効果

- ①副作用・症状悪化予防（薬の効きすぎ・効果不十分・薬の悪影響）
- ②服薬アドヒアランス改善
- ③患者の不都合・不安感解消・患者の薬物療法への理解向上

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学 益山光一）より

継続的服薬指導（フォローアップ）の考え方②

○ 継続的服薬指導を行うべき課題（プロブレム）や薬剤師が対処するためのフォローアップ例が、疾患ごとにまとめられており、フォローアップを行う際に活用できるツールとなっている。（厚生労働科学補助金）

<課題（プロブレム）>

- ①アドヒアランス不良となる可能性がある又は不良である
- ②副作用出現又は薬の効果等に問題がある可能性がある又は問題がある。
- ③患者の特性で注意する点がある。

<具体的疾患>

- (1) 心不全
- (2) 心筋梗塞
- (3) 脳卒中
- (4) うつ病
- (5) 統合失調症
- (6) 睡眠障害
- (7) 糖尿病
- (8) がん悪心嘔吐
- (9) がん性疼痛
- (10) 認知症

■心不全フォローアップとして示されている例（来局早期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	服薬を妨げる因子（飲みにくい、服薬の必要性を感じていない等）があり、アドヒアランス不良になる可能性がある	服薬を妨げる因子の改善を行う。（飲みにくい場合は剤形変更、服用の必要性の説明等）	アドヒアランス向上
	処方された薬が自分には必要ないと思って服用をやめてしまう可能性がある	特にSGLT2阻害薬はや薬剤情報提供文書や市販されている書籍などに糖尿病薬として説明されていることが多く、そのため自分は血糖値が高くないと自己判断で中止する例もあり注意を要する。慢性心不全にも適応があること、SGLT2阻害薬の作用機序を正しく説明し、患者にとって必要である薬ということを理解してもらう。薬剤情報提供書の説明文にも注意し、必要であれば書き換える。	薬の必要性を理解し、アドヒアランス良好が保たれている
患者の特性で注意する点がある	腎機能低下がある	ジギタリス製剤は腎排泄性薬剤なので、腎機能低下者、高齢者など生理的要因に合わせた用量・用法になっていることを確認する。	患者の腎機能に応じた用量・用法になっている

■認知症フォローアップとして示されている例（来局早期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	認知機能障害ゆえに比較的初期から服薬管理が困難になる可能性がある	薬剤師の方から家族あるいは居宅を訪問する介護職（ヘルパーやケアマネージャー）、訪問看護師、施設スタッフ等に積極的にアプローチし、情報を収集する。 内服回数を極力少なくする、一包化する、服薬管理ボックス等を利用して服薬管理を視覚化し、本人と介護者が共有できる環境整備を行う。介護者には、服薬が正しく行われているかチェックしてもらい、できていなければ声掛け等服薬を勧めてもらう。薬剤師は介護職の人にも服薬に関して興味を持ってもらうよう働きかける。	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている
	服薬管理ができないことで、意図せぬ過量投与などの事故が起こりうる可能性がある	独居や老々介護等の場合、デイサービスや訪問看護、ヘルパーの利用が必要となるが、それらの利用できる時間は限られており、患者が正しく確実に服薬したかを他者が確認することは困難。従って、患者自身が混乱しないよう服用でき、また関わるスタッフが確認しやすいように①1日の服用回数を減らす②一包化する③定期的に処方を見直し、不必要な薬剤は中止、可能であれば合剤にするなど服薬数を減らす④個人にあった剤形を選択する（錠剤、散剤、液剤、口腔内崩壊錠、ゼリー、貼付剤等）⑤電話等での声かけにより服薬につなげる⑥受け取った数日分の薬剤を適切に毎日服用していくために、服薬カレンダーやピルケース、服薬確認表等を利用する等により患者に合わせた方法で支援していく	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている

継続的服薬指導（フォローアップ）の実施・効果等

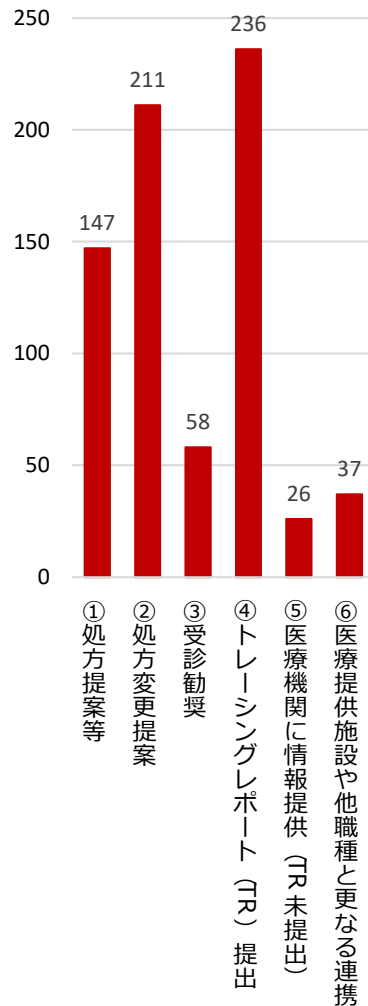
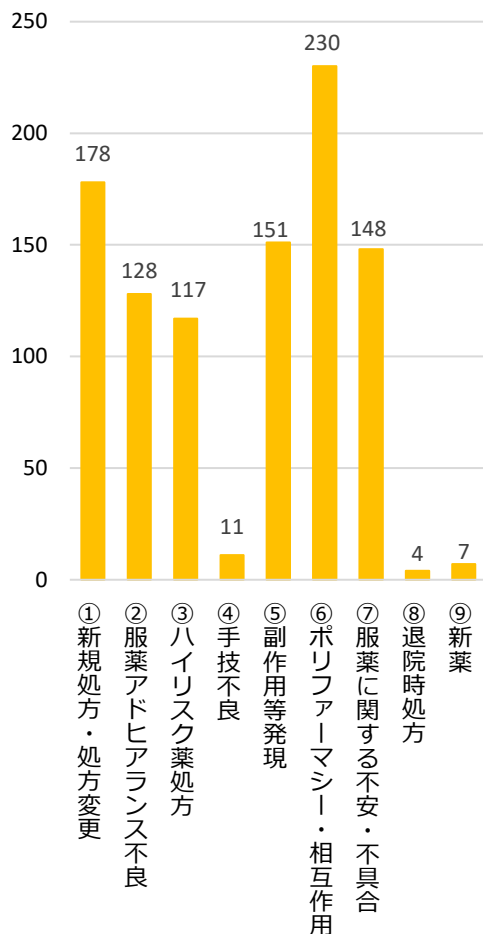
○ 継続的服薬指導を行った事例を分析したところ、副作用の確認により処方変更された事例など、特に安全性の観点での対応がなされており、薬剤師が介入することによる効果が認められている。

■ フォローアップを行った事例（355例の分析）

■ 副作用の観点で分類した効果等（355例の分析）

（フォローアップ内容）

（薬剤師が行った対応）



フォローアップを行い、副作用を確認した結果、
処方変更された事例（38.3%）

副作用	処方変更	カテゴリー	件数
あり	あり	① 重大な副作用の回避または重篤化の回避	42
		② がん化学療法への介入	26
		③ ハイリスク薬への介入	27
		④ その他の薬物療法への介入	41
	なし	⑤ がん化学療法への介入	11
		⑥ ハイリスク薬への介入	7
		⑦ その他の薬物療法への介入	19
なし	あり	⑧ 一包化のみ変更	19
		⑨ 薬剤師の介入の記述確認できず	4
		⑩ 副作用の発現がなく、処方変更があったもの ・薬剤師効果不十分で処方提案したもの ・受診勧奨して入院につなげたもの ・疾患、症状に対しての処方がなく処方提案（追加）したもの ・これ以上使用すると副作用の発現の危険性があり処方提案（減量・中止・変更）したもの ・薬剤師のアクションにより別疾患の発現にむすびついたもの	66
	なし	⑪ 副作用の発現がなく、処方変更がなかったもの ・アドヒアランス向上に寄与 ・副作用が発現していないことをモニタリング 等	93

副作用以外で処方の変更が必要になった事例
（25%）

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学 益山光一）より

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 保険薬局において、医療的ケア児である患者に対して、当該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する。

【算定対象】

児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者（18歳未満の患者）

【服薬管理指導料】

（新） 小児特定加算 350点

【算定要件】

調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に際して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

（新） 小児特定加算 450点

【算定要件】

患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に加算する。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人〈推計〉

児童福祉法

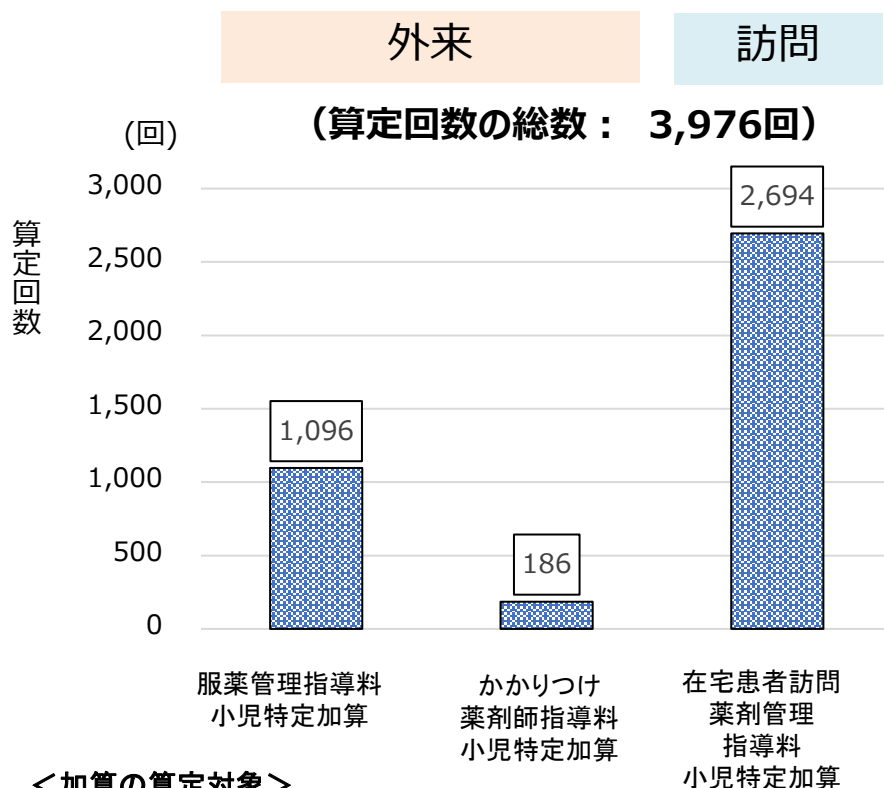
第五十六条の六 第二項

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

小児特定加算の算定状況

- 令和4年度改定で新設された小児特定加算は、訪問薬剤管理指導における算定が約7割を占めている。
- 一方、従来から評価されている乳幼児に対する服薬指導では外来における算定が大半である。

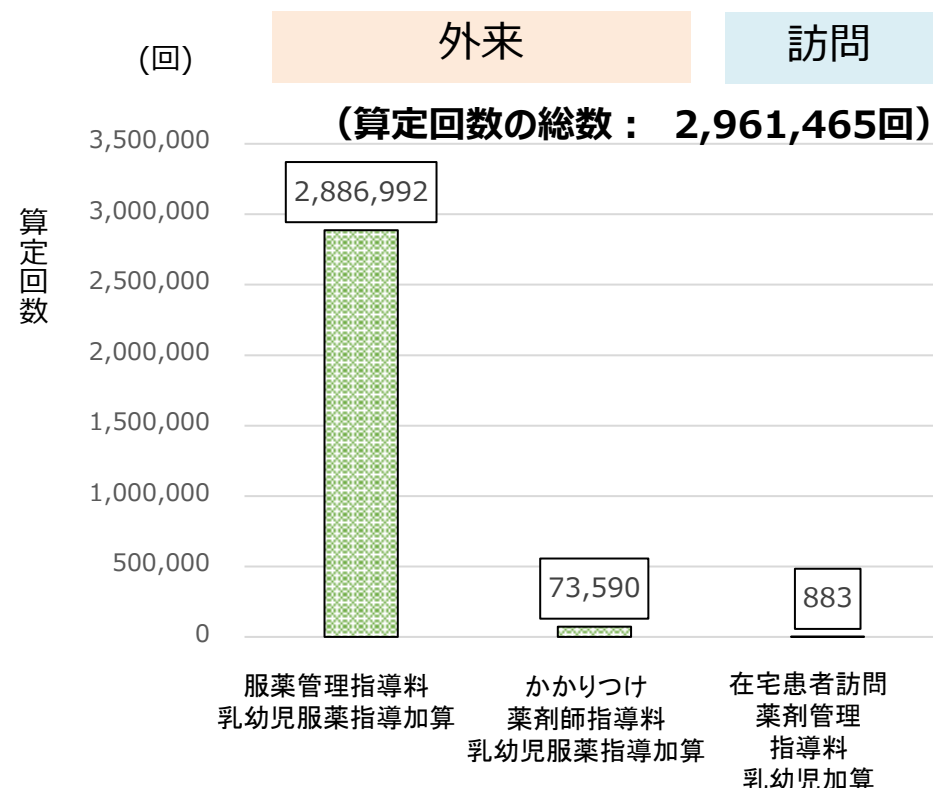
■ 小児特定加算の算定状況



<加算の算定対象>

小児特定加算	児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者 (18歳未満の患者)
乳幼児服薬指導加算・ 乳幼児加算	6歳未満の乳幼児

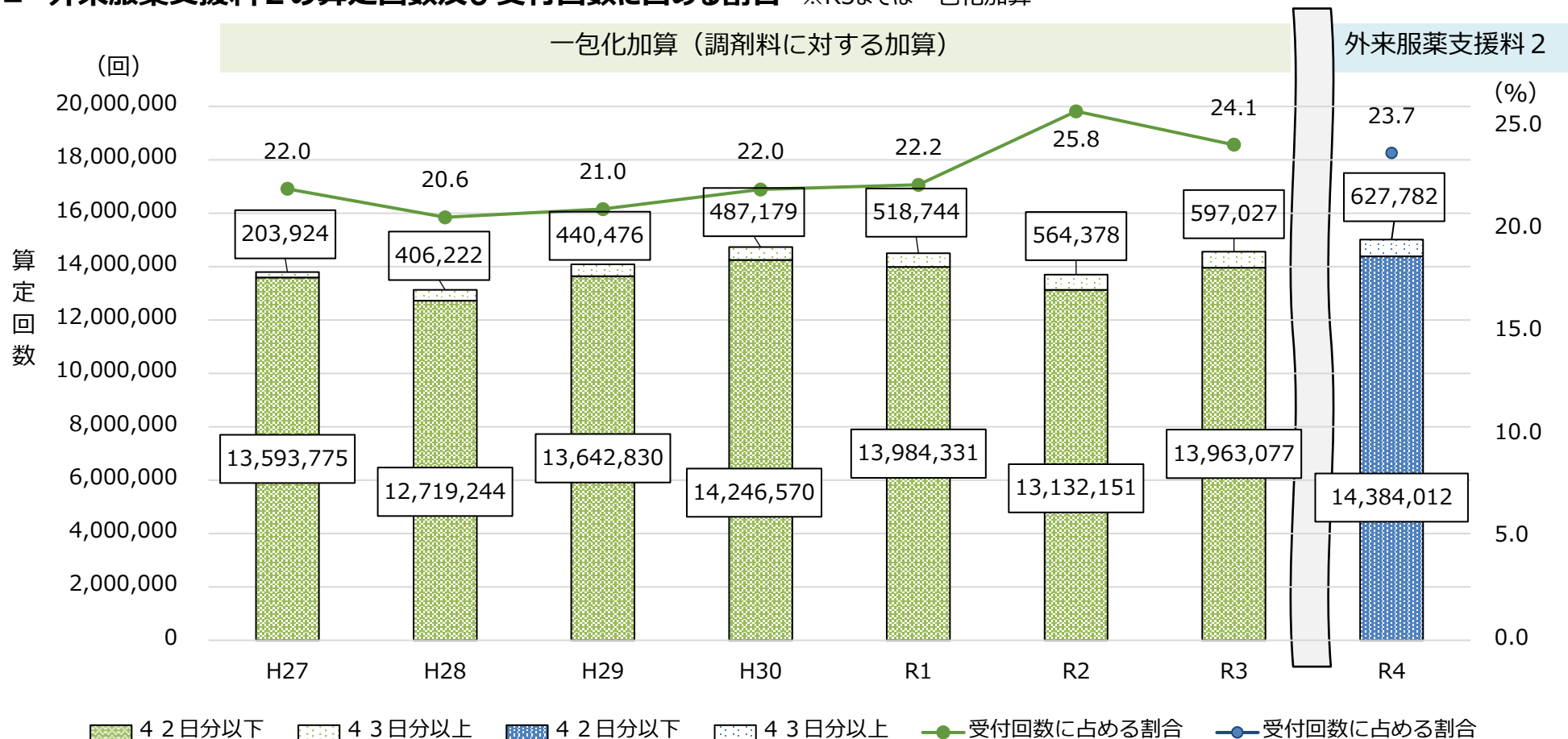
■ 乳幼児服薬指導加算・乳幼児加算の算定状況



一包化を伴う服薬管理支援の状況①

- 令和4年度改定において一包化に係る業務に関しては、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価として新設。
- 令和4年度の算定回数は一包化加算の算定と同程度で推移しており(前年比で約3%増)、42日分以下の算定が大半である。処方箋の総受付回数のうち、これらの服薬管理を支援している割合は23.7%。

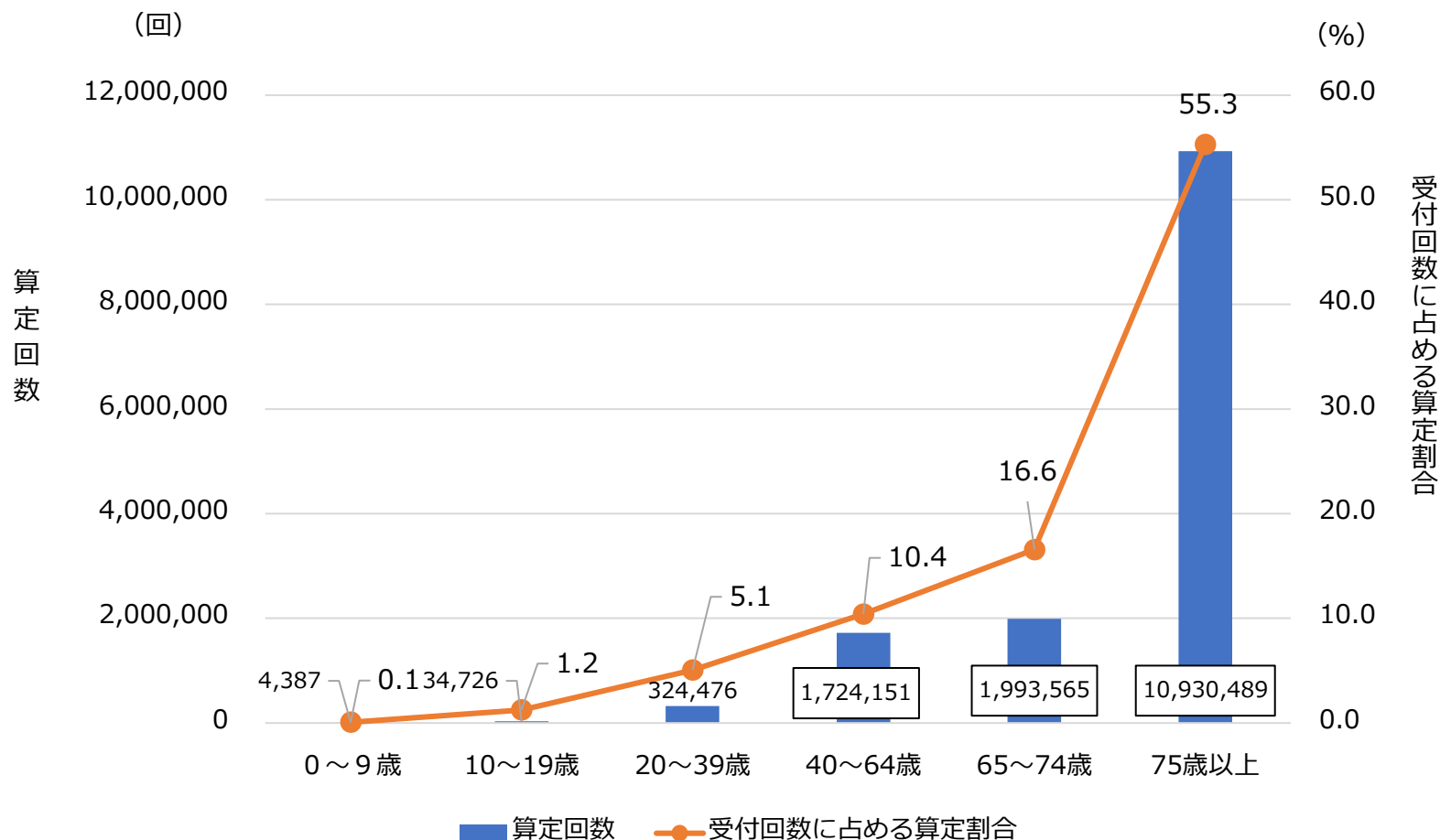
■ 外来服薬支援料 2 の算定回数及び受付回数に占める割合 ※R3までは一包化加算



一包化を伴う服薬管理支援の状況②

○ 一包化を伴う服薬管理支援は、高齢になるにつれて算定回数、算定割合ともに多く、75歳以上では全体の55.3%で実施されていた。

■ 外来服薬支援料2の算定回数及び受付回数に占める算定割合（令和4年：年齢別）



テーマ8. 薬剤管理(再掲)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ5: 認知症)

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

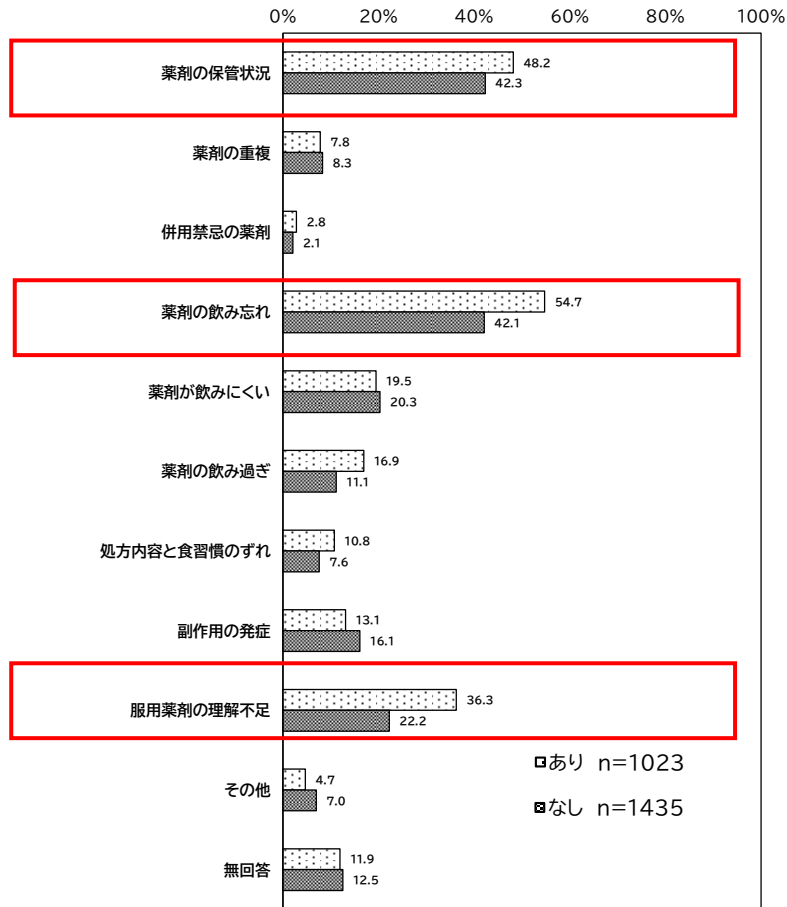
(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。

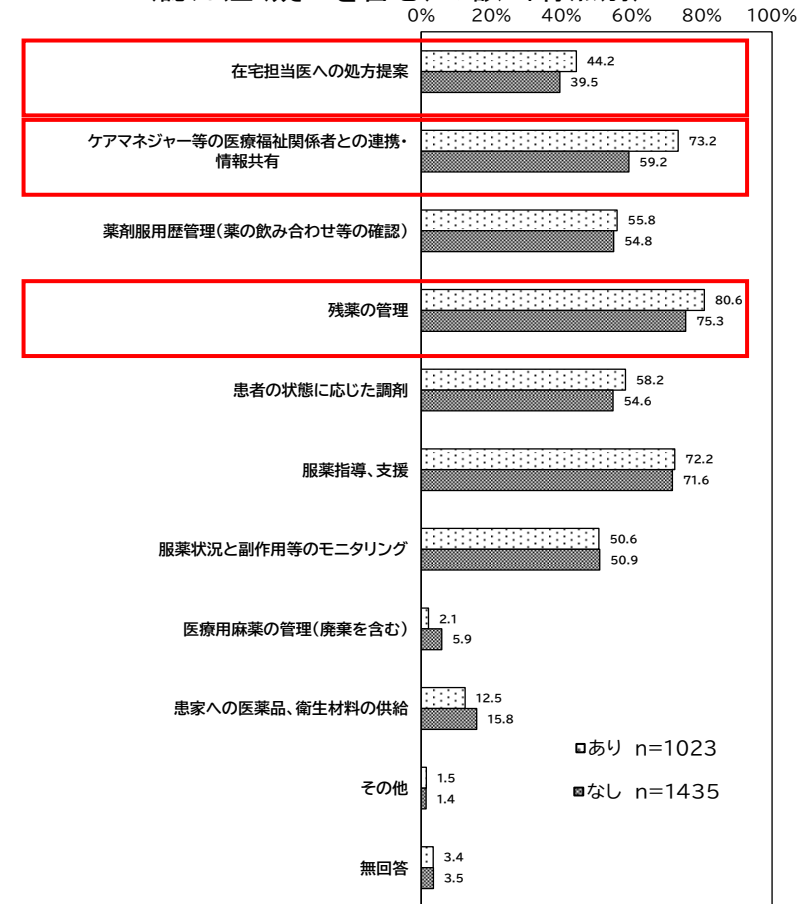
認知症の方の服薬管理の現状

- 認知症患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管、飲み忘れ、服用薬剤の理解不足があげられる。
- 認知症患者に行った薬学的管理としては残薬管理だけではなく、ケアマネジャー等との連携、在宅担当医への処方提案が実施されている。

患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)

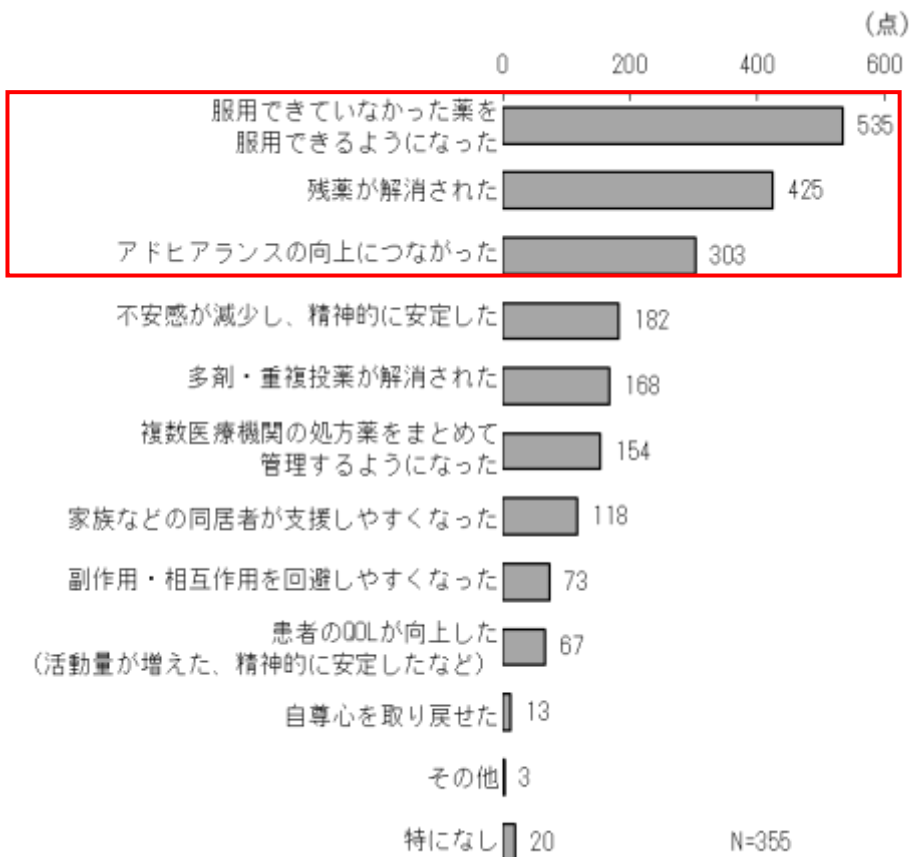


患者に行った薬学的管理(複数回答)
(認知症(疑いを含む)の該当有無別)



○ 服薬管理を実施することで服用できていなかった薬が服用できるようになり、残薬の解消、アドヒアランスの向上など薬物治療の改善につながる。

○服薬管理を実施することで患者が得たと思われるメリット



○服薬管理の実例

飲み忘れなどによる大量の残薬



<日めくりカレンダーに一包化した薬を貼付することにより管理>



服薬管理

<服用タイミング毎に色分けのラインを引き管理>



日本薬剤師会提供資料

○ 患者への服薬指導においては、主に薬剤情報提供文書が使用されている。

➤ 医薬品の名称、写真、効能・効果、服薬方法、副作用等が簡潔に記載された文書。

氏名や調剤日、服薬方法等の 患者ごとの情報を記載

重大な副作用や患者に説明
 する必要がある重要な基本
 的注意等を記載

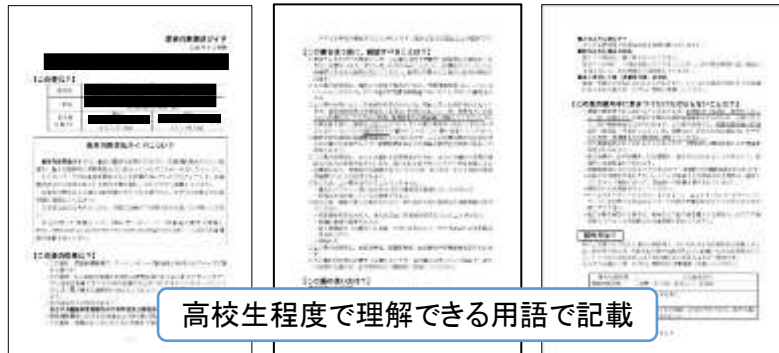
調剤した薬局・医療機関の
情報を記載

患者への服薬指導において用いる情報提供文書②

- 薬剤情報提供文書のほか、製薬企業では患者向けに注意喚起や適正使用に関する内容をわかりやすく説明した資料を作成しており、服薬指導の際にはこれらを活用して行っている。
- 特に新薬を中心として、医薬品のリスクを最小化するための取組として、製薬企業に対して医薬品リスク管理計画(RMP)を作成することを薬事承認時に義務づけている医薬品があり、RMPに基づく患者向けの説明資料を用いた服薬指導も行われている。

患者向医薬品ガイド

- 添付文書の内容を患者向けにわかりやすい言葉で記載した文書(いわゆる「患者用添付文書」)



高校生程度で理解できる用語で記載

作成対象: 特に患者へ注意喚起をすべき適正使用に関する情報を有する医薬品(添付文書に「警告」や「患者に説明することとされている重要な基本的注意」がある医薬品etc.)

その他企業が作成する適正使用等に係る資料

- このほか、企業が適正使用等のために企業が自主的に作成した資料

当該医薬品を服薬するために必要な検査等について説明したパンフレット



患者向け資料(RMPが必要な医薬品)

- 添付文書等による情報提供では不足している副作用や適正使用について患者向けにわかりやすく示した資料



作成対象: RMPで医薬品の特性を踏まえて、添付文書等の他に追加で情報提供が必要と判断された医薬品

「患者向医薬品ガイドの作成要領」について(平成17年6月30日薬食発第06300001号厚生労働省医薬食品局長通知)と「医薬品リスク管理計画指針について」(平成24年4月11日薬食安発0411第1号薬食審査発0411第2号)に基づき、それぞれ患者向医薬品ガイドと患者向けRMP資料は、PMDAと協議のうえ企業が作成する、としている。

調剤録の取扱い（薬剤師法上の規定）

- 令和元年に薬剤師法が改正され、「調剤録」には従来から規定されている調剤に関する事項に加え、情報の提供や指導の内容の要点等を記入することが義務づけられた。（令和2年9月施行）

■ 薬剤師法（昭和35年法律第146号）

（調剤録）

第二十八条 （略）

- 2 薬剤師は、薬局で調剤したときは、厚生労働省令で定めるところにより、調剤録に厚生労働省令で定める事項を記入しなければならない。ただし、その調剤により当該処方せんが調剤済みとなつたときは、この限りではない。

3 （略）

■ 薬剤師法施行規則（昭和36年厚生省令第5号）

（調剤録の記入事項）

第十六条 法第二十八条第二項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方箋が調剤済みとなつた場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入することで足りる。

- 一 患者の氏名及び年令
- 二 薬名及び分量
- 三 調剤並びに情報の提供及び指導を行つた年月日
- 四 調剤量
- 五 調剤並びに情報の提供及び指導を行つた薬剤師の氏名
- 六 情報の提供及び指導の内容の要点
- 七 処方箋の発行年月日
- 八 処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名
- 九 前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは飼育動物診療施設の名称及び所在地
- 十 前条第二号及び第三号に掲げる事項

調剤録における薬剤服用歴の位置づけ

- 調剤録への記載は、調剤録自体への記載ではなく、患者の服薬状況や指導内容等を記録したもの（薬剤服用歴等）に必要事項が記載されていればよいこととされている。

- 「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の一部の施行に当たっての留意事項について（薬局・薬剤師関係）」（令和2年8月31日厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）

2 服薬指導等の記録

（1）薬剤師法第28条第2項の調剤録及び医薬品医療機器等法第9条の3第6項の記録については、調剤済みとなった処方箋又は患者の服薬状況や指導内容等を記録したもの（薬剤服用歴等）において、必要事項が記載されていれば当該規定を満たすものであること。また、調剤録に記録した内容については、患者等への情報の提供又は指導（以下「服薬指導等」という。）を行うため必要なときに速やかに確認できるようにしておくこと。

- 「保険薬局の分割調剤及び調剤録の取扱いについて」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課長通知）

2 調剤録について

保険薬局において作成する保険調剤録は、次に該当する事項を記入すること。なお、この調剤録は、調剤済となった処方箋又は患者の服薬状況や指導内容等を記録したもの（薬剤服用歴等）に調剤録と同様の事項を記入したものをもって代えることができること。

- （1）薬剤師法施行規則第16条に規定する事項
- （2）患者の被保険者証記号番号、保険者名、生年月日及び被保険者被扶養者の別
- （3）当該薬局で調剤した薬剤について処方箋に記載してある用量、既調剤量及び使用期間
- （4）当該薬局で調剤した薬剤及び当該調剤等についての請求項目、請求点数及び患者負担金

調剤報酬における薬剤服用歴等の記載事項

○ 調剤報酬における薬剤服用歴等の記載事項は、これまでの調剤報酬改定において記載事項が追加・修正されており、現在は以下の事項等の記載が求められている。

○「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日厚生労働省保険局医療課医療課長・歯科医療管理官連名通知）

区分10の2 調剤管理料

1 調剤管理料

(7) 薬剤服用歴等

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。

ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）

イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）

ウ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向

エ 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）

オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等

カ 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況

キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）

ク 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

ケ 服薬指導の要点

コ 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）

サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

シ 指導した保険薬剤師の氏名

薬剤服用歴に記載が必要な事項（服薬管理指導料以外）

○ 個別の算定にあたり、薬剤服用歴への記載や関連文書の添付等を求めるものが様々ある。

■ 薬剤服用歴等に指導の要点の記載が必要な加算

調剤管理加算 薬管理指導加算 特定薬剤管理指導加算 1、2 小児特定加算 吸入薬指導加算 乳幼児服薬指導加算

■ 実施した内容の文書の写しを薬剤服用歴等に添付が必要な加算

服用薬剤調整支援料 2 服薬情報等提供料 1, 2, 3 退院時共同指導料

■ その他

外来服薬支援料 1：服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴等に記載する。

外来服薬支援料 2：薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

電子的保健医療情報活用加算：オンライン資格確認システムの活用を通じて得られる薬剤情報及び特定健診情報等を薬剤服用歴等に記載する。

服用薬剤調整支援料 1：保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴等に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により記録・保持する。

服薬情報等提供料 2：患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴等の記録に記載する。

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算：訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容、訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点、処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点、患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項

在宅中心静脈栄養法加算：訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容、訪問に際して行った患者・家族への指導の要点、処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報の要点

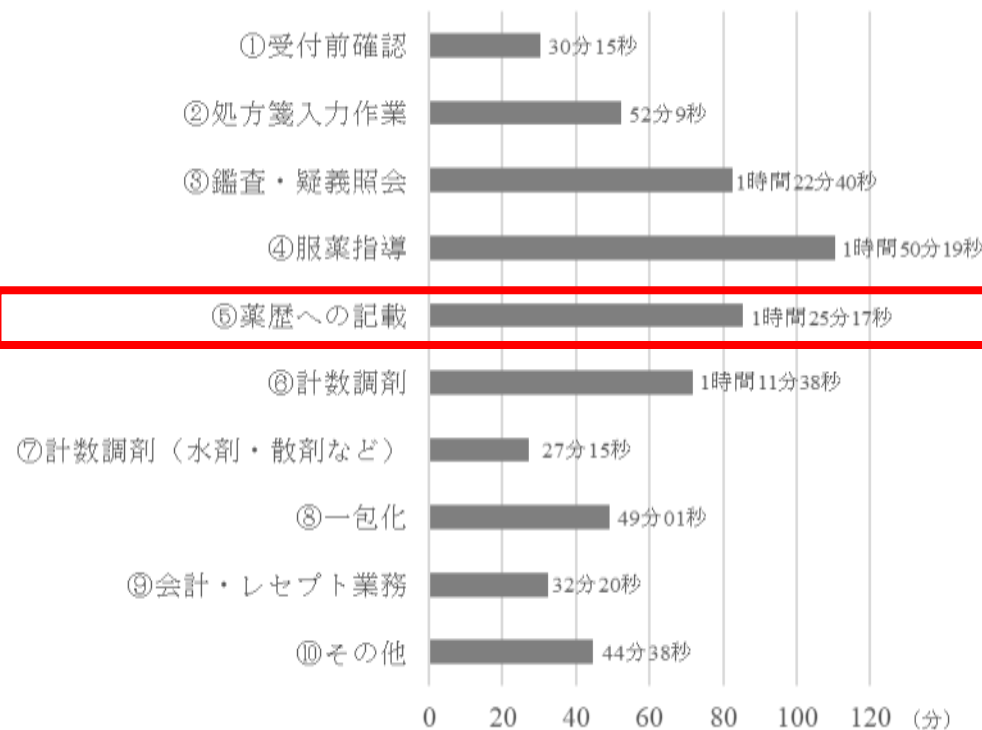
2. 薬局 (1) 人員・勤務体制

(薬剤師一人当たりの1日における処方箋調剤業務・その他業務の累計時間)

- 直近出勤日1日の処方箋調剤に関する業務の累計時間は9時間45分、処方箋調剤業務以外の累計時間は1時間33分であった。
- 処方箋調剤に関する業務では、「服薬指導」の累計時間が最も長く、次いで、「薬歴への記載」「鑑査・疑義照会」の時間が長い。

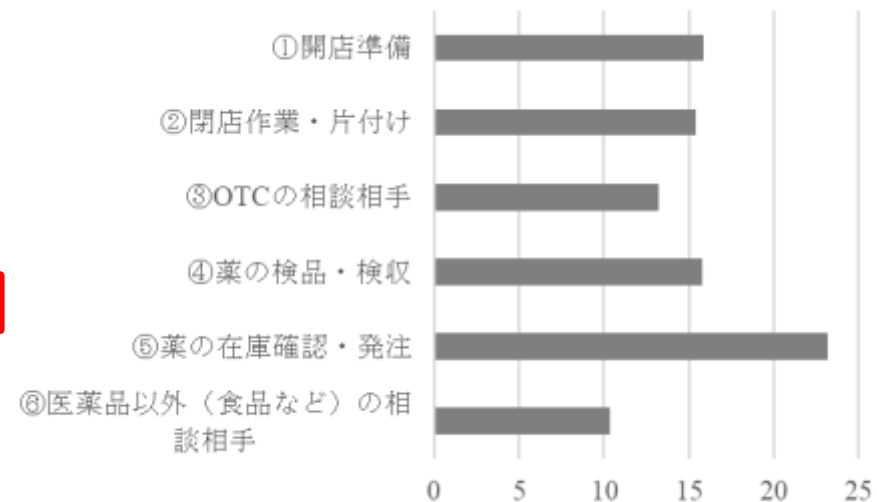
● 処方箋による調剤に関わる業務

全体：9時間45分32秒



● 処方箋による調剤業務以外

全体：1時間33分44秒



※医療課注（赤枠囲みも医療課作成）

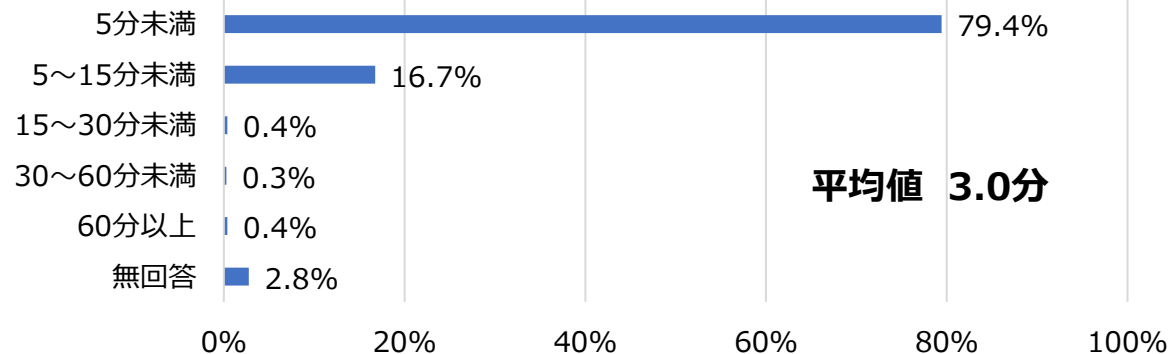
令和2年度の薬局薬剤師への調査では、調剤に関わる業務のうち、薬歴の記載は**1人当たり1時間半程度**の時間をかけているとの結果であった。

（なお、本調査は、処方箋による調剤の①～⑩等の項目ごとに、1人当たりの業務時間を集計したもの）

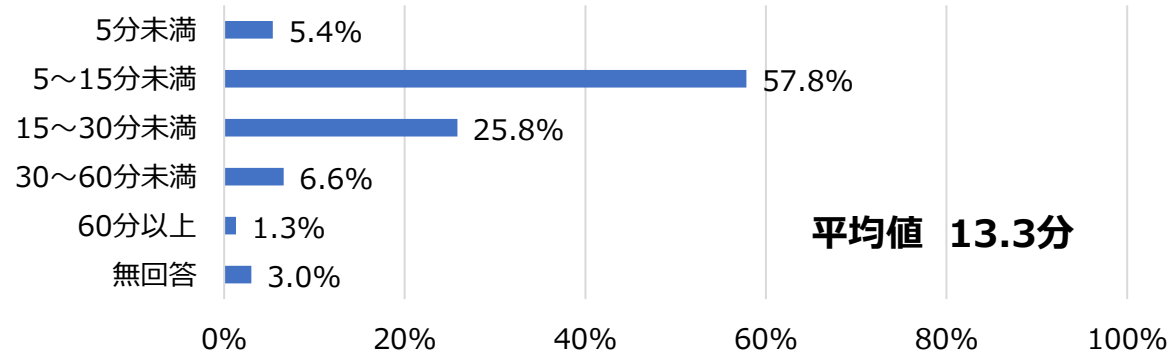
薬剤服用歴等の記録に要する時間

- 薬剤服用歴等の最短と最長となる記録時間は以下のとおりであった。
- この調査における、薬局あたりの平均処方箋枚数、常勤換算人数から、全ての記録を最短時間で処理しても1時間を超えることが見込まれる。

■ 薬剤服用歴等 1 件あたりの記録時間（最短） n = 759



■ 薬剤服用歴等 1 件あたりの記録時間（最長） n = 759



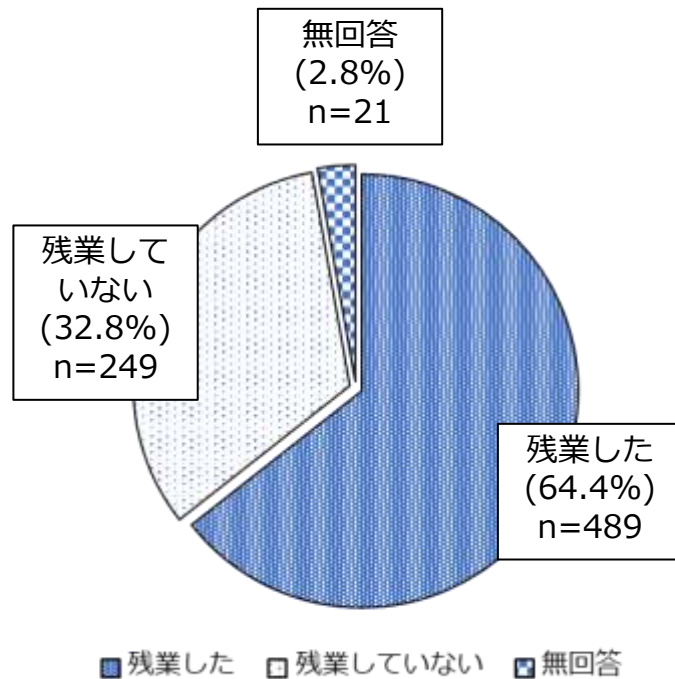
※本調査における薬局あたりの平均処方箋枚数1626.8枚／月、薬剤師数は常勤3.6人、非常勤の常勤換算1.0人月20日勤務と仮定すると、薬剤師1人あたり17.7枚／日の処方箋を取り扱う

→仮に1日20枚と仮定すると薬歴記載は全て最短時間で処理しても、3分×20枚＝1時間かかることになる。

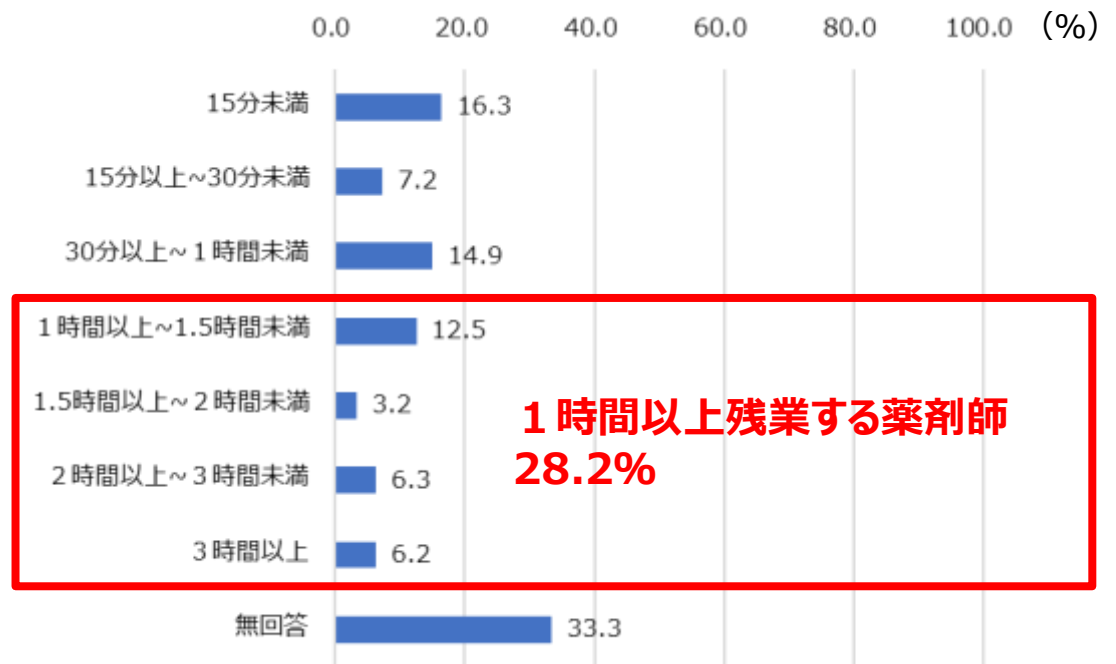
薬剤服用歴等の記録のための残業

- 薬剤服用歴等の記録のためだけに残業を行ったことがある薬局は6割以上であった。
- 薬剤服用歴の記録のための薬剤師1人あたりの平均残業時間(1週間あたり)は、1時間以上の残業が全体の約3割を占めており、3時間以上要する薬剤師も一定割合存在する。

■ 直近1週間で、薬剤服用歴等の記録のためだけに残業を行った有無 (n=759)



■ 直近1週間で、薬剤服用歴等の記録のための薬剤師1人あたりの平均残業時間 (n=759)



薬局における医薬品の供給問題の影響②

- 医薬品に供給に大きな問題が生じている状況で、薬局では日常的に追加的な業務負担（1日当たり平均98.1分）が発生している。

※医療課注（R5.7）
薬剤師は調剤に関連する業務以外も行っているが、現在は安定供給の問題もあり、昨年12月の調査ではかなりの業務時間増になっている。安定供給の問題は現在も継続しているため、この傾向は変わっていないと考えられる。

○今回の供給問題が薬局における業務への影響

- 約99%の薬局において追加業務負担ありと回答（283薬局／286薬局）

追加的に発生している業務の内容と時間（1日平均）

薬局における追加業務負担（各薬局1日平均）		98.1分	283薬局
各業務の状況	在庫管理に関する対応 （在庫数の増加に伴う管理負担の増加、在庫確認回数の増加など）	29.2分	274薬局
	発注・納品に関する対応 （発注作業の回数増加、確認作業の増加など）	29.4分	281薬局
	患者への説明 （供給状況や不足薬・変更薬に関する追加説明、苦情対応の増加など）	20.1分	272薬局
	医師への対応 （処方変更・処方日数の相談、変更調剤の情報提供、入荷・在庫状況の共有など）	17.0分	266薬局
	その他	30.1分	54薬局

「その他」の具体例

- ・ 求めている医薬品を購入できる卸の探索
- ・ MSやMRとの話し合いによる在庫確保
- ・ 他薬局との協力対応、在庫の融通の交渉
- ・ 医師への在庫情報の提供
- ・ レセコンデータの更新、修正作業
- ・ スタッフへの採用医薬品の変更などの周知徹底
- ・ 患者への不足薬の郵送や配達回数の増加
- ・ 薬局内での供給情報の共有
- ・ メーカー等からの情報の把握・整理

など

※日本薬剤師会 医薬品の供給状況に関する緊急アンケート結果より（実施期間：令和4年12月2日～7日、回答数：286薬局）

3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

かかりつけ薬剤師指導料の経緯

年度	経緯
H28	● かかりつけ薬剤師指導料（70点）、かかりつけ薬剤師包括指導料（270点）の新設
H30	● 点数の充実（70点→73点、270点→280点） ● 算定する薬剤師の当該薬局の在籍要件改正（半年→1年） ● 算定する薬剤師の勤務時間について、育児・介護休業法の短時間勤務を行う際の例外規定を追加
R元	● 消費税増税に伴う点数の改正（280点→281点）
R2	● 点数の充実（73点→76点、281点→291点） ● 施設基準にプライバシーへの配慮の規定を追加
R4	● かかりつけ薬剤師指導料を算定できる患者に対して薬局内の他の薬剤師が対応した場合の評価を新設（服薬管理指導料の特例 59点）

※ かかりつけ薬剤師指導料は、想定されている業務に調剤後の服用期間中のフォローアップ、医師への情報提供を行うことを前提にしている評価のため、服薬情報等提供料などの評価は算定不可としている。（R2より個別業務の評価として吸入薬指導加算、調剤後服薬管理指導加算が新設されたが同様に算定不可となっている）

薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ (令和4年7月11日)

- 今後のICTの進展により、薬剤情報の閲覧が容易になるが、そのような状況においても、かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能や役割は重要とされている。
- 地域のニーズは様々であるため、全てのかかりつけ機能を単独の薬局で対応するのではなく、地域全体で必要な業務を行うことの必要性が指摘されている。

第4 具体的な対策

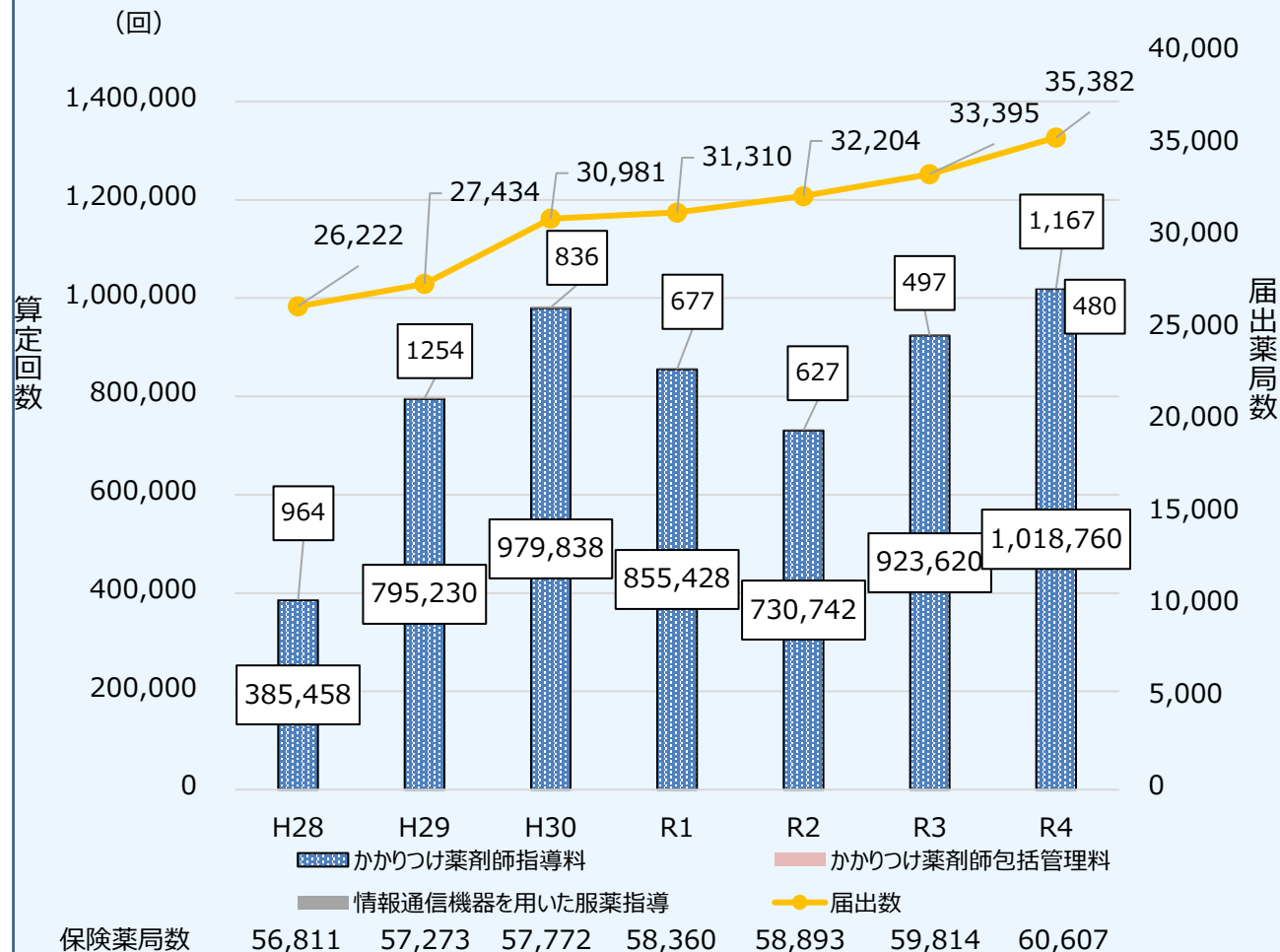
4. 地域における薬剤師の役割

- 地域包括ケアシステムの更なる進展が求められる中、薬局薬剤師は、①地域の他の薬局や医療機関等と連携しながら、薬学的専門性を活かした対人業務を充実させるとともに、②健康相談、要指導・一般用医薬品等の適正な販売をはじめとしたセルフケア、セルフメディケーションの支援等の健康サポート業務に積極的に取り組む必要がある。
- かかりつけ薬剤師・薬局の持つべき機能の1つとして、服薬情報の一元的・継続的把握があるが、ICTの進展により、かかりつけ薬剤師・薬局以外においても、薬剤情報の閲覧が容易になる。このような状況においても、かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能や役割は重要である。
- 個々の薬局には、こうしたかかりつけ機能（服薬情報の一元的・継続的把握、24時間対応・在宅対応、医療機関との連携）を有していることが最低限必要であるが、地域に求められる薬剤師サービスはより多岐にわたり、全ての機能を単独の薬局が十分に有することは容易ではなく、地域全体で必要な薬剤師サービスを提供していくという視点も必要である。このため、地域の薬局が必要に応じ連携する仕組みを構築する必要がある。

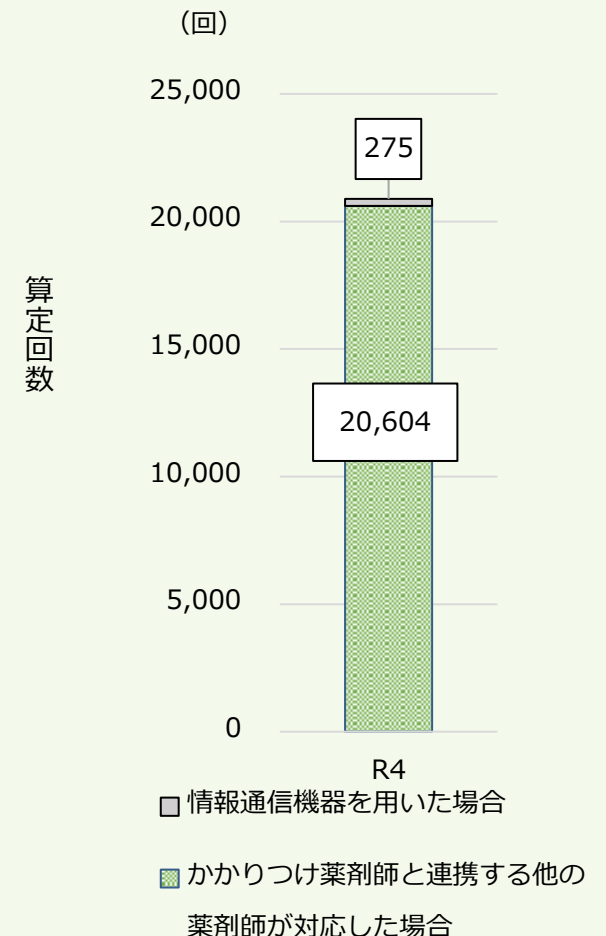
かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況

- かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数・届出薬局数は増加傾向であり、届出薬局数は全体の約6割に達している。
- かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応しているのは、かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の2%程度であった。

■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数



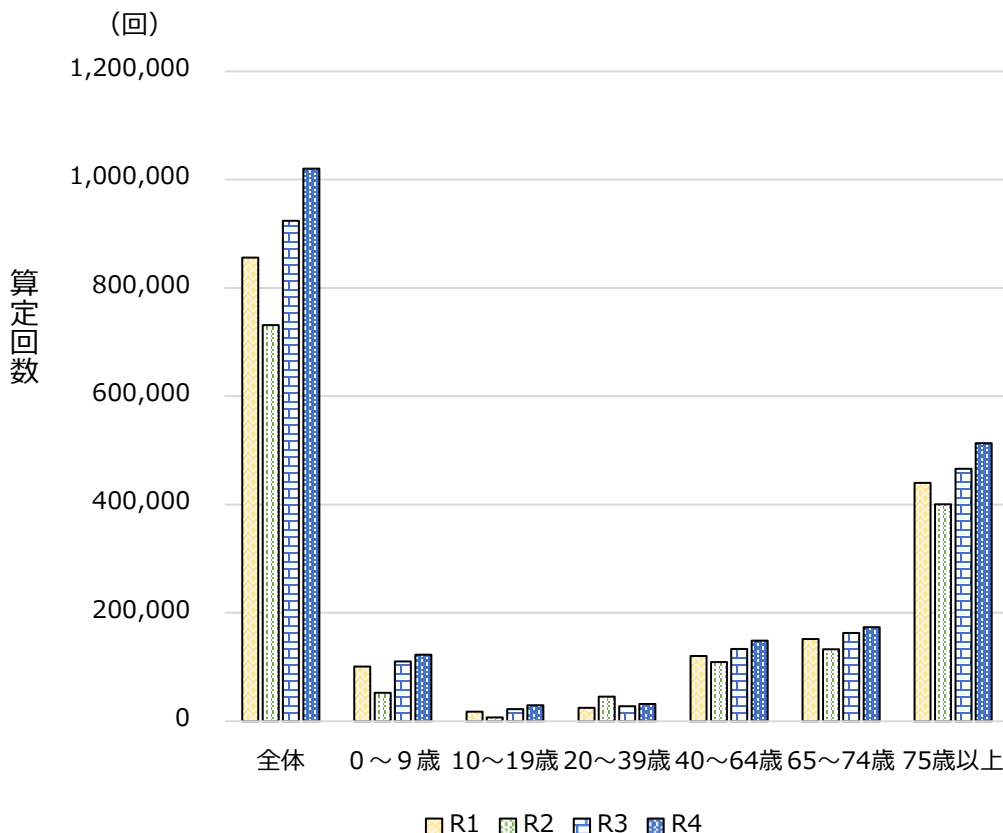
■ かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合における算定状況



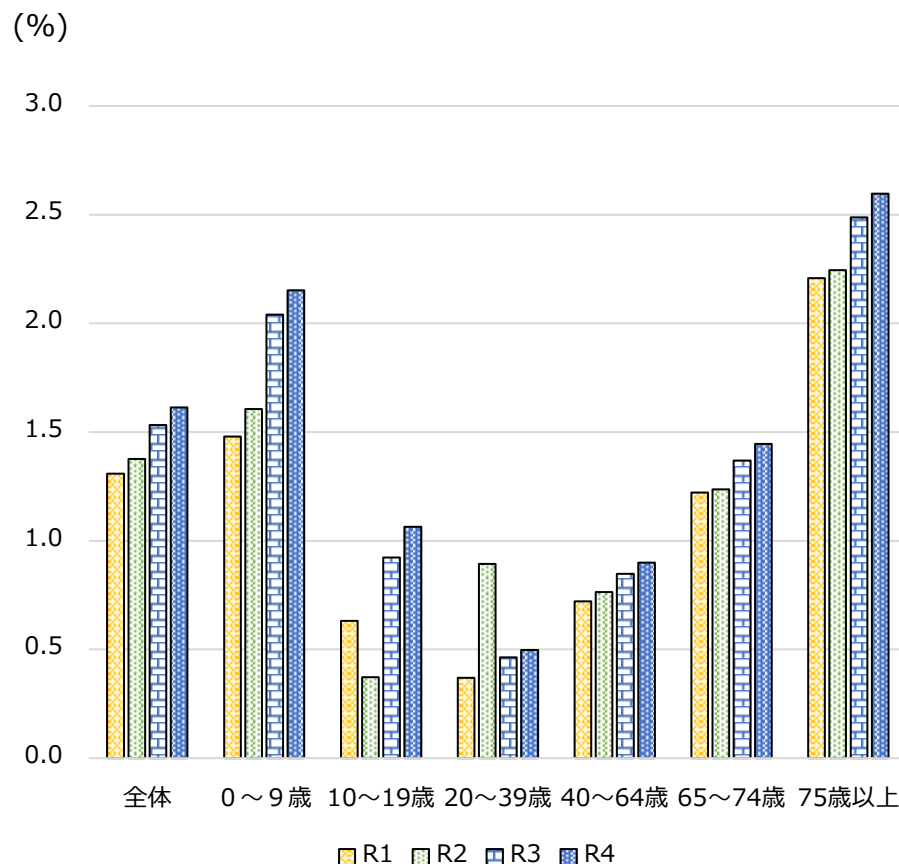
患者年齢別のかかりつけ薬剤師指導料等の算定状況

- かかりつけ薬剤師指導料の算定回数は処方箋の受付回数全体の1.6%。(令和4年)
- 10歳未満、65歳以上の患者において、かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の割合が高くなっている。

■ かかりつけ薬剤師指導料等(注)の算定状況



■ 受付回数に占めるかかりつけ薬剤師指導料等(注)の割合

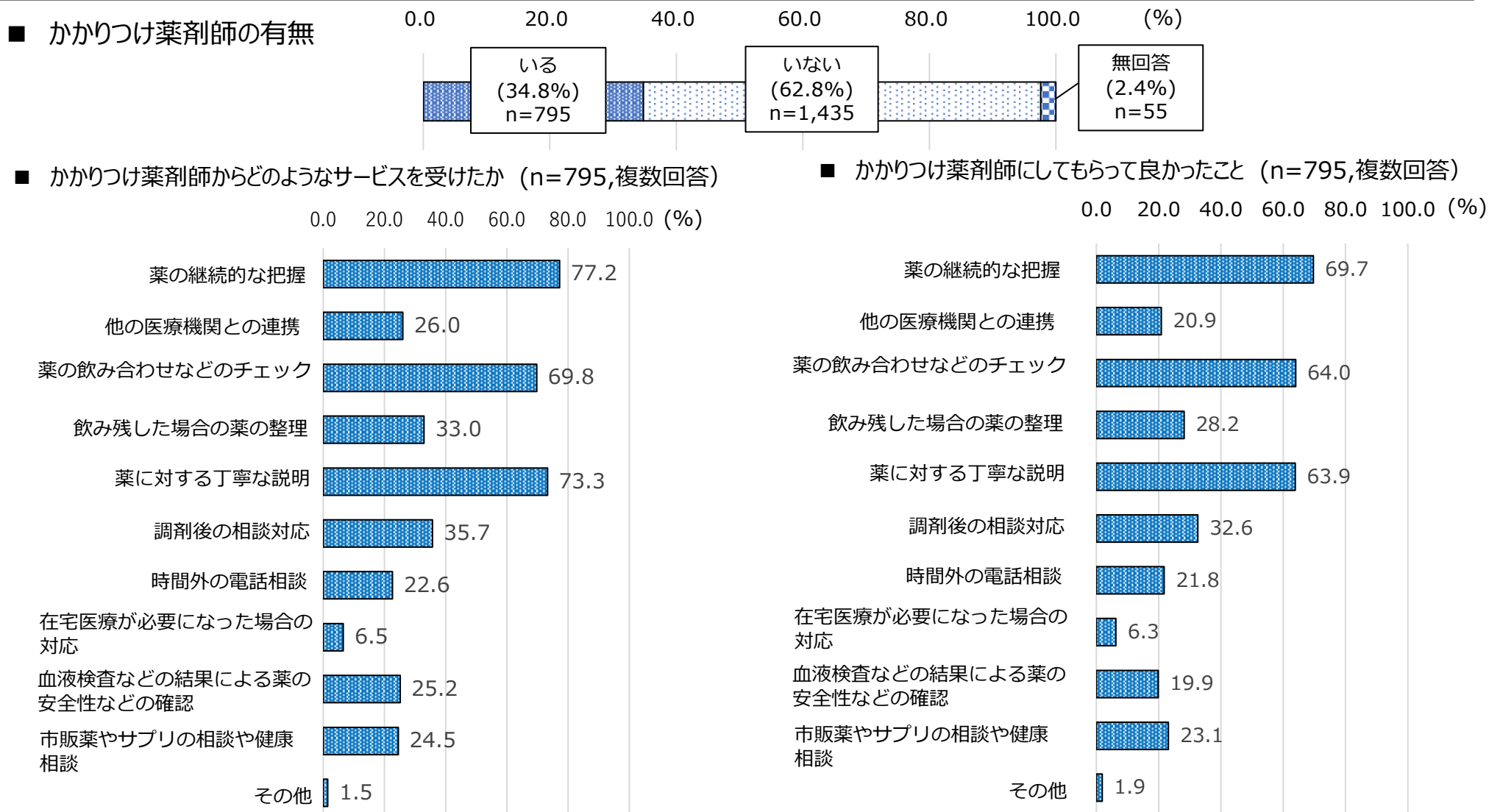


出典: 社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

注: 算定回数については、かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括指導料・かかりつけ薬剤師指導料情報通信機器を用いた服薬指導の合計 **76**

かかりつけ薬剤師から受けたサービス等（患者調査）

○ かかりつけ薬剤師がいると回答した患者は34%であり、かかりつけ薬剤師が行う、薬の継続的な把握、丁寧な説明、飲み合わせなどのチェック等が良かったこととして多く挙げられた。



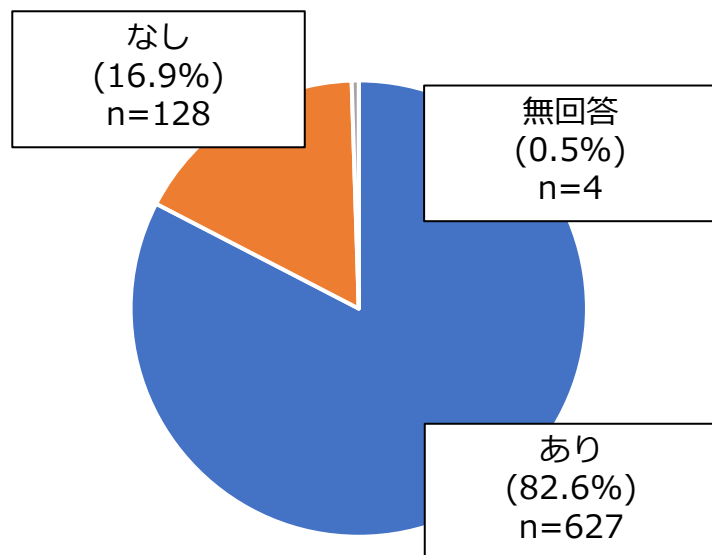
かかりつけ薬剤師指導料等を届出していない理由

○ かかりつけ薬剤師指導料等を届出していない理由として、「夜間休日に患者からの相談に応じる体制がとれないから」が多く挙げられた。

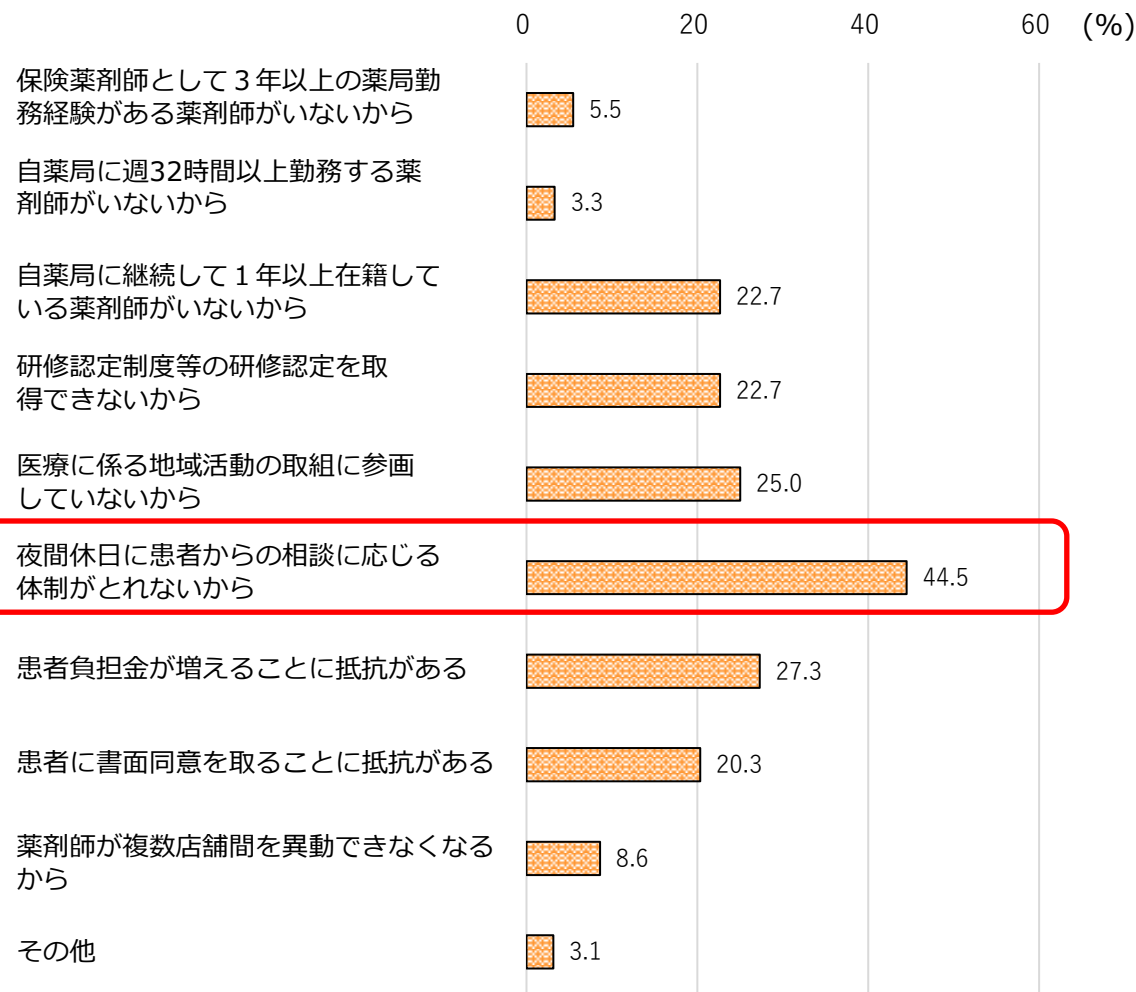
■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出薬局数※¹（令和4年7月1日時点）

届出薬局数	35,382 (保険薬局全体の58.4%)
(参考) 保険薬局数	60,607

■ 調査において回答した薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出の有無※²（n=759）



■ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の届出をしていない理由※²（届出をしていない薬局 n=128）



出典: ※¹保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点)

※²令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

重複投薬・多剤投与、残薬解消等の評価に関する経緯

年度	経緯
H28まで	● 重複投薬・相互作用防止加算（疑義照会した場合の評価：処方変更あり20点、処方変更なし10点）
H28	● 疑義照会した場合の評価の改正（算定可能範囲拡大、処方変更があった場合のみに限定、名称を「重複投薬・相互作用等防止加算」に変更、在宅訪問時の「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」を新設） ● 外来服薬支援料（185点）に患者が持参した残薬バッグによる服薬管理等の評価を新設 ● 処方箋に残薬日数調整チェック欄の新設
H30	● 服用薬剤調製支援料新設（処方医に減薬の提案を行い、内服薬が減少した場合の評価：125点）
R2	● 服用薬剤調製支援料 2 の新設（処方医に処方提案の報告書を行った場合の評価：100点）
R4	● 服用薬剤調製支援料 2 について、実績の有無に応じた評価に改正（重複投薬等の実績を有している場合 110点、有していない場合90点） ● 一包化及び必要な服薬指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合の評価を外来服薬指導料 2 として新設（従来の外来服薬支援料は、外来服薬支援料 1 とした）

項目	点数
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 30点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 30点
外来服薬支援料 1	185点／月1回まで
外来服薬支援料 2	34点／7日分ごと、240点／43日以上
服用薬剤調製支援料 1	125点
服用薬剤調製支援料 2	重複投薬等の実績あり 110点 重複投薬等の実績なし 90点

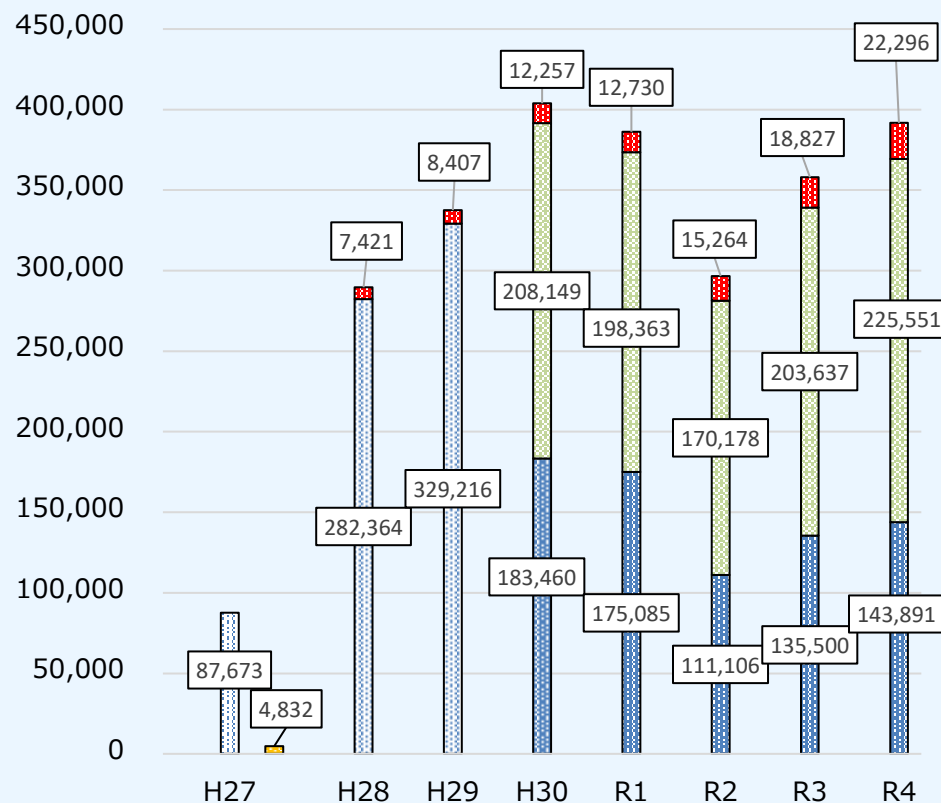
重複投薬・相互作用等防止加算の算定状況

○ 医師への疑義照会により処方内容が変更され、重複投薬・相互作用等防止加算を算定した割合は、平成30年以降同程度で推移。

■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

(回)

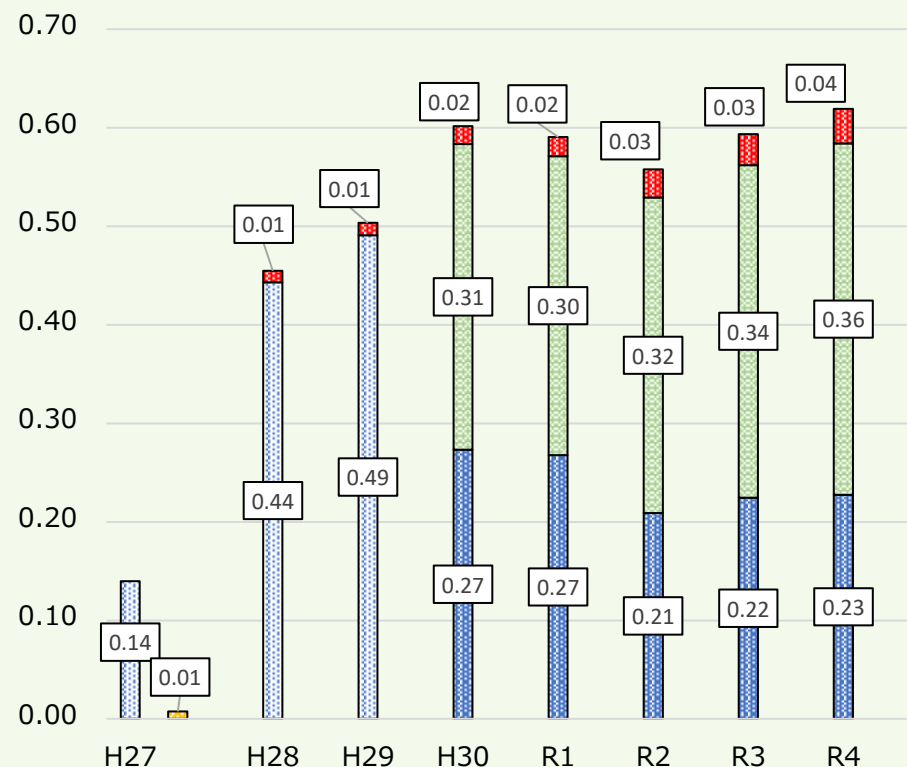


■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定割合

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

(%)

受付回数に占める算定割合



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整

■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (「平成30年度～令和4年度」は残薬調整以外及び残薬調整分を含む)

薬局薬剤師が行う疑義照会の内訳

○ 薬局薬剤師が行う疑義照会は、応需処方箋のうち2.6%であった。このうち薬学的な疑義照会（用法の確認、残薬の調整、飲みやすさに関する照会等）は83.5%であり、処方変更されたのは74.9%であった。（平成27年度調査）

■ 調査概要

- ・ 調査期間：2015年7月21日～27日（1週間）
- ・ 回答薬局数：818（回収率14.7%）
- ・ 調査期間中の応需処方箋のうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

■ 処方箋に占める疑義照会の件数

	件数（枚数）
① 応需処方箋総枚数	297,086
② 上記①における、疑義照会件数	7,607 （①の2.6%）
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 （形式的な疑義照会を除いた件数）	6,354 （②の83.5%）
④ 上記③のうち、処方変更有の件数	4,758 （③の74.9%）

→ 疑義照会のうち、
薬学的な疑義照会は**83.5%**
そのうち処方変更有は**74.9%**
（応需処方箋のうち1.6%）

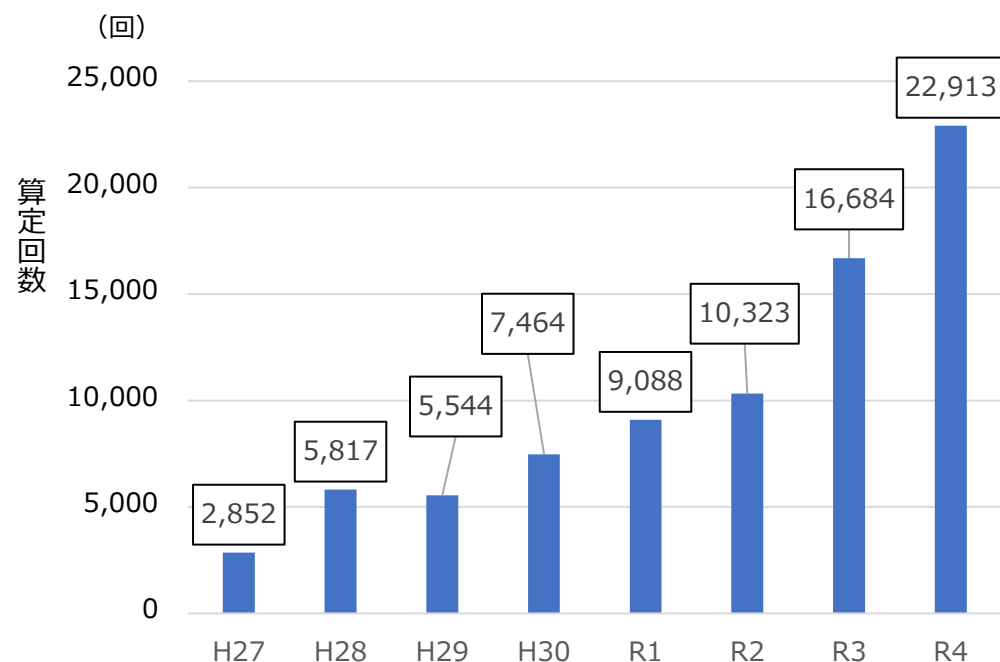
■ 6,354件の薬学的疑義照会の内訳

薬学的疑義照会分類	項目	件数	割合（%）
日数・回数・総数に関する疑義	日数の過不足	464	7.3
	長期投与不可の処方	96	1.5
	残薬に伴う日数・投与総数の調整	792	12.5
	投与総数（外用薬・注射薬など）の過不足	240	3.8
	投与回数（頓服）の過不足	37	0.6
用法・用量に関する疑義	内服薬の用法	953	15.0
	外用薬の用法	196	3.1
	注射薬の用法	18	0.3
	服用（使用）間隔	33	0.5
	使用部位の疑義	100	1.6
	用量過多	315	5.0
	用量過少	362	5.7
安全性上の疑義	処方意図の確認（保険適応上の疑義を含む）	606	9.5
	処方の記入漏れ（過去の処方との比較による）	390	6.1
	配合禁忌・配合不適	20	0.3
	投与禁忌	71	1.1
	慎重投与	19	0.3
	アレルギー歴	10	0.2
	副作用歴	65	1.0
	副作用の疑い	36	0.6
	妊娠への影響	3	0.0
	授乳への影響	6	0.1
	同種同効薬の重複	388	6.1
	相互作用	39	0.6
服薬コンプライアンス・QOL改善に伴う疑義	飲みやすさ、使いやすさに関する疑義（剤形変更、一包化調剤、錠剤の粉碎・脱カプセルへの変更を含む）	442	7.0
	患者の生活サイクルや職業による疑義	21	0.3
	先発医薬品・後発医薬品の選択への患者希望	116	1.8
調剤方法の疑義	一包化調剤不可	19	0.3
	錠剤粉碎・脱カプセルなどの実施不可	12	0.2
	簡易懸濁実施不可	1	0.0
その他	上記以外のもの	480	7.6

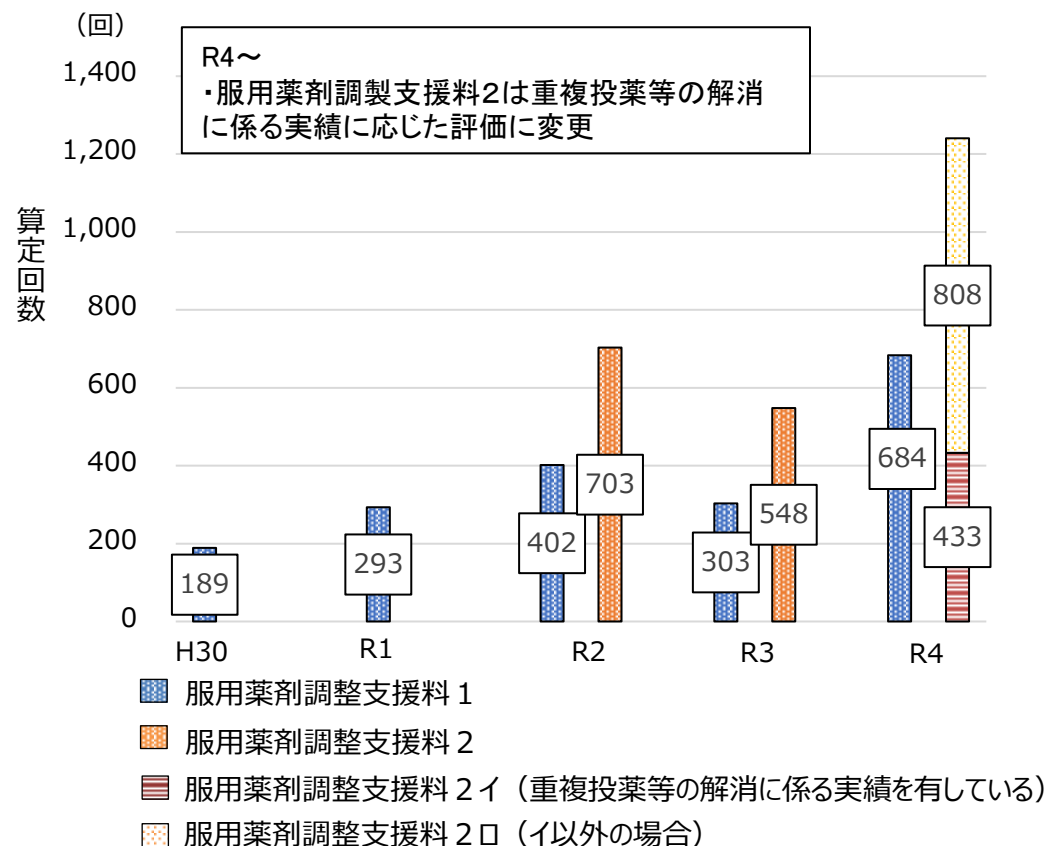
薬局における残薬・多剤投与の解消に関する取組

○ 外来服薬支援料1(残薬解消等の服薬支援)、服用薬剤調整支援料(減薬の取組)の算定回数
数は少ないものの、増加傾向にある。

■ 外来服薬支援料1の算定回数



■ 服用薬剤調整支援料の算定回数



3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

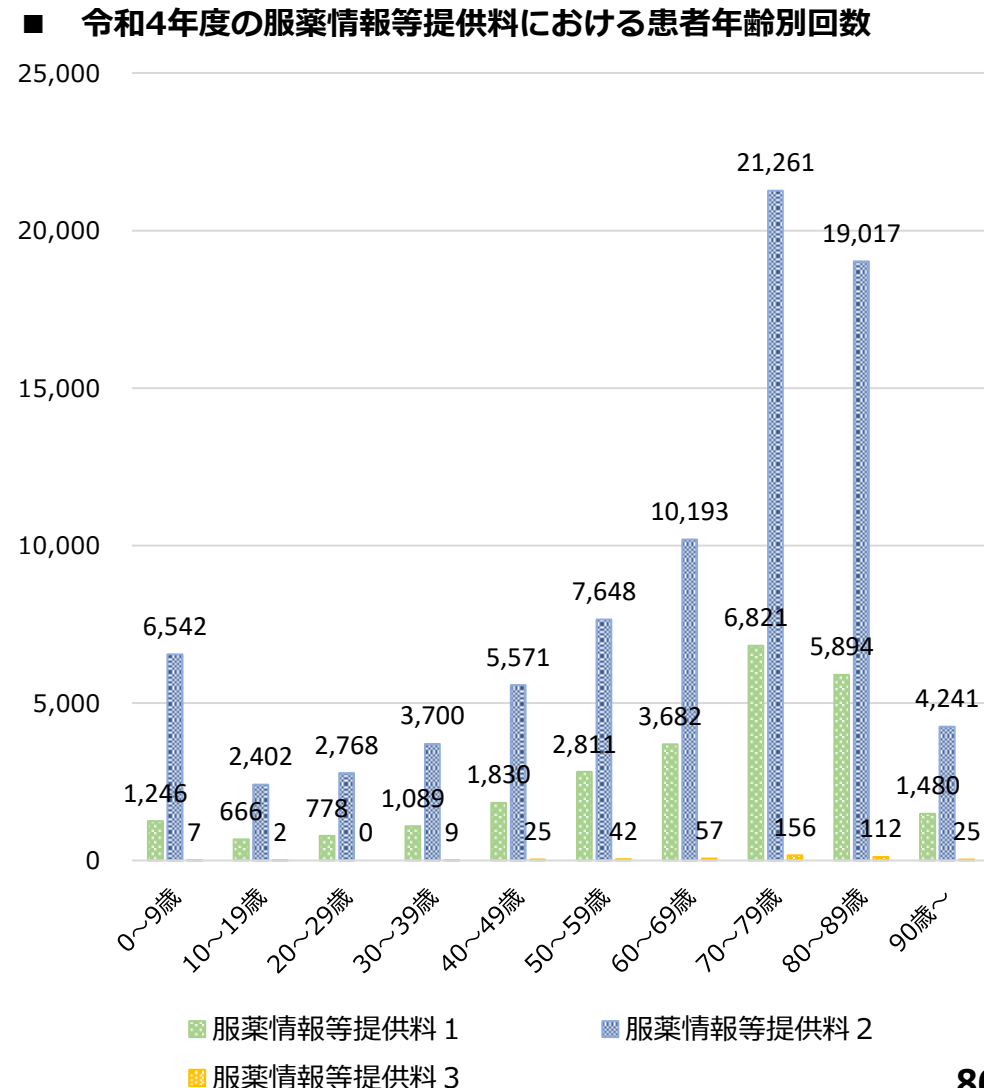
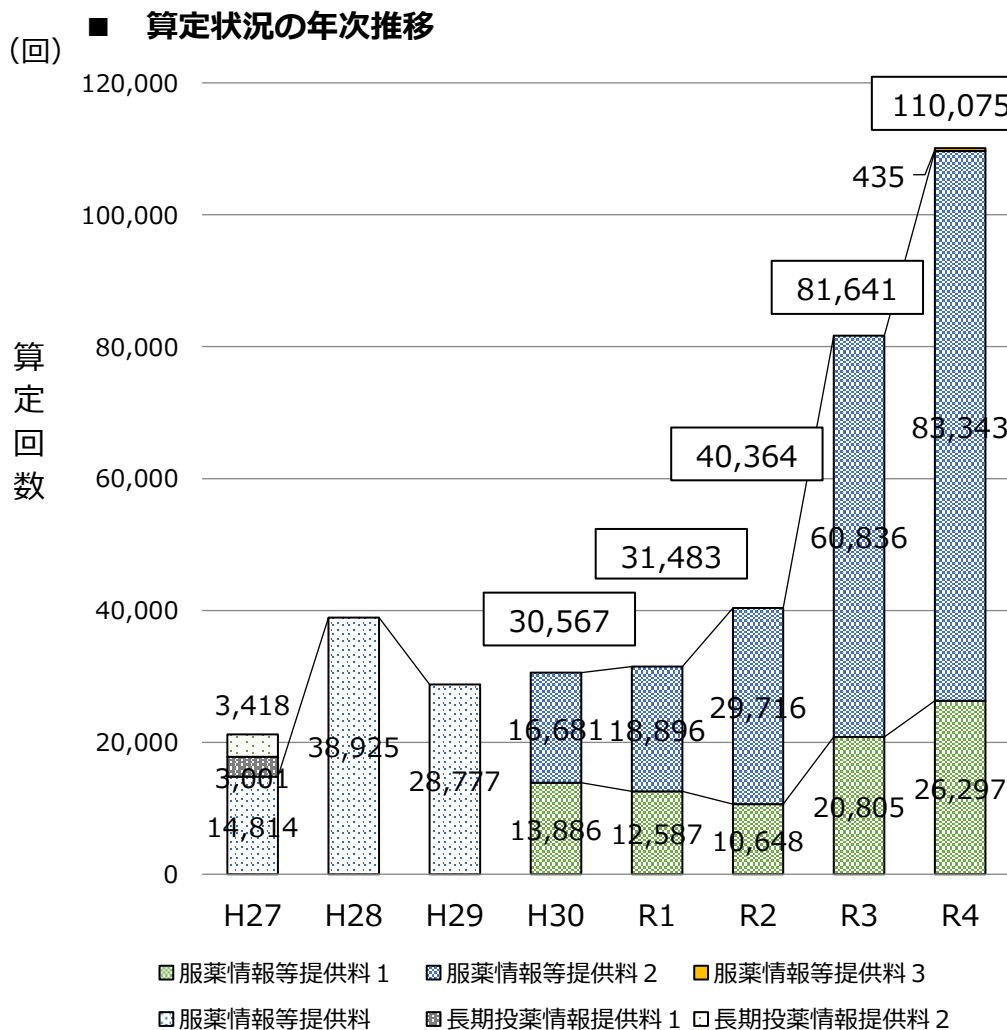
服薬情報等提供料の経緯

年度	経緯
H28まで	● 長期投薬情報提供料 1（18点）／提供料 2（28点）、服薬情報等提供料（15点）
H28	● 服薬情報等提供料に一元化（20点）
H30	● 医療機関の求めがあった場合の点数を服薬情報等提供料 1（30点）として新設 ● これまでのものは服薬情報等提供料 2（20点）とした
R4	● 入院予定患者に対して情報提供をした場合の評価の新設（服薬情報等提供料 3：50点）

	情報提供先	提供する情報の内容等
服薬情報等提供料1（30点）	医療機関	・ 医療機関から求めがあった場合の残薬や副作用に関する情報
服薬情報等提供料2（20点）	患者、その家族等	・ 緊急安全性情報等の患者の服薬期間中に新たに知り得た情報 ・ 服薬状況の確認及び必要な指導
	医療機関	・ 患者の服用薬及び服薬状況等（薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合）
服薬情報等提供料3（50点）	医療機関	・ 入院予定の患者の服薬情報等

服薬情報等提供料の算定状況

- 令和3年度以降の件数が増加しており、特に服薬情報等提供料2（患者等の求め又は薬剤師の必要性を認めた場合）の増加が顕著である。
- 患者年齢別では、年齢が高くなるにつれて算定回数が多く、70歳～89歳が特に多い。



地域において服薬情報等を共有する取組例

- 医療機関に提供する情報提供文書の様式を定めている地域もあり、広島県においては、広島県病院薬剤師会と広島県薬剤師会で統一した服薬情報提供書の様式を作成し、活用している。

■ 概要

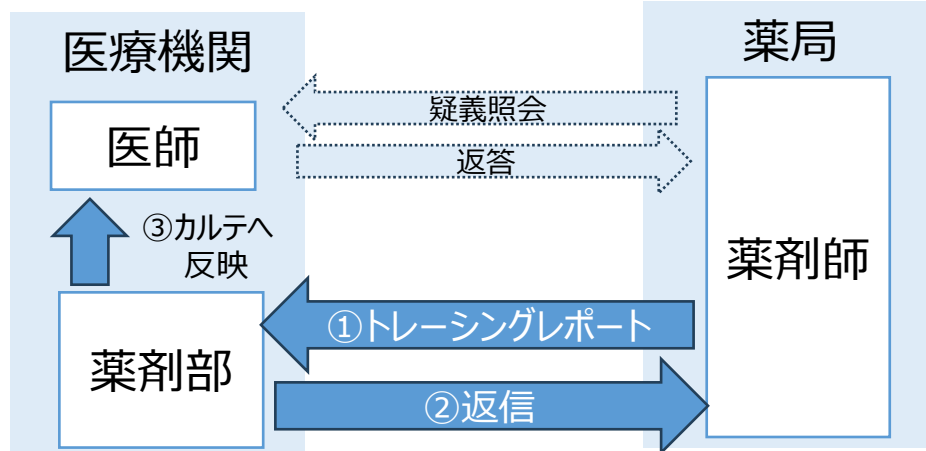
- ・ 2019年10月より運用を開始
- ・ 文書の提出先となる医療機関の対応窓口（薬剤部）を明確化
- ・ 情報提供の内容には、薬局の薬剤師による処方内容等の提案も記載することとしており、提供後、医療機関から処方変更の有無等を記載する欄も設けている。（記載後、薬局へ返送している）

■ 取組に参加している医療機関数（令和5年4月時点）

- ・ 医療機関:47施設

■ 統一した服薬情報提供書を使用する薬局数（令和5年4月時点）

- ・ アンケート調査で回答した薬局392施設のうち260施設（66.3%）で統一した服薬情報提供書を使用



The image shows a sample of the unified medication information provision form (服薬情報提供書) used in Hiroshima Prefecture. The form is titled "トレーシングレポート《服薬情報提供書》《広島県版》 Ver.3". It includes fields for the medical institution (医療機関) and the pharmacy (薬局), and a section for the pharmacist's reply (返信欄). The reply section contains a detailed explanation of the medication change, including the reason for the change and the proposed change. The form is used to provide medication information to the medical institution and to request changes to the prescription.

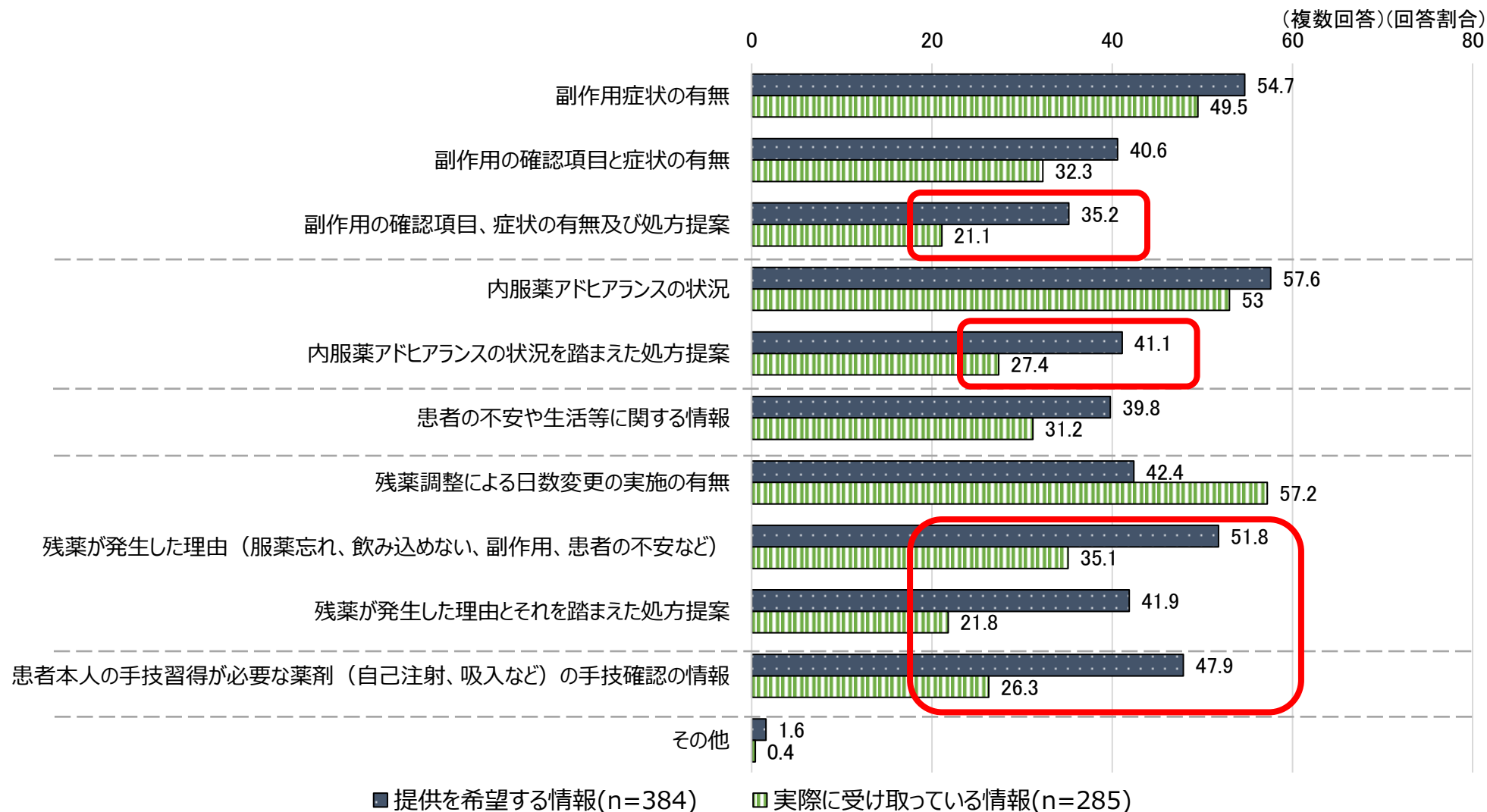
薬局薬剤師の
提案事項等
例：
内服しやすい
薬剤への変更

医療機関から
の返答欄

提案による処方変更の有無等を記載

医療機関における薬局から提供された服薬情報等の利活用状況

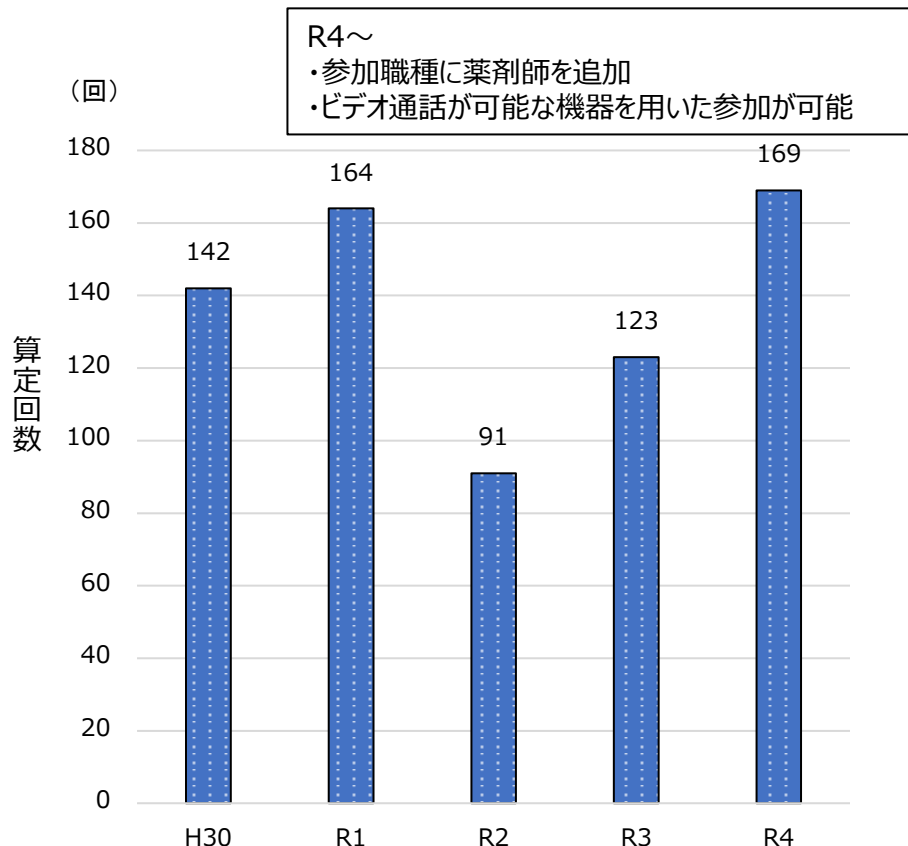
○ 医療機関の薬剤師による調査では、薬局から提供される情報には副作用、内服薬アドヒアランス、残薬調整等について記載されていることが多いが、医療機関が希望するのは処方提案に関するもの等であり、医療機関が希望する情報と差が一部ある。



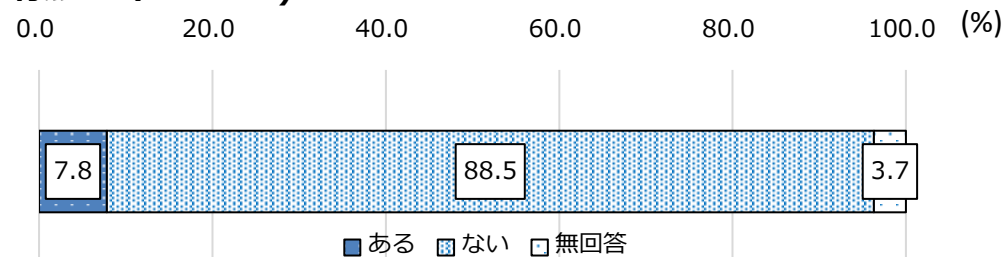
薬局の退院時共同指導への参加状況①

- 退院時共同指導料の算定回数は少ないが、参加要件の見直しにより令和4年度の算定回数は前年度に比べ増加している。
- 退院時カンファレンスへの参加経験がある薬局は7.8%であり、参加したことのない理由として「医療機関から声がかからなかったから」が多く挙げられた。

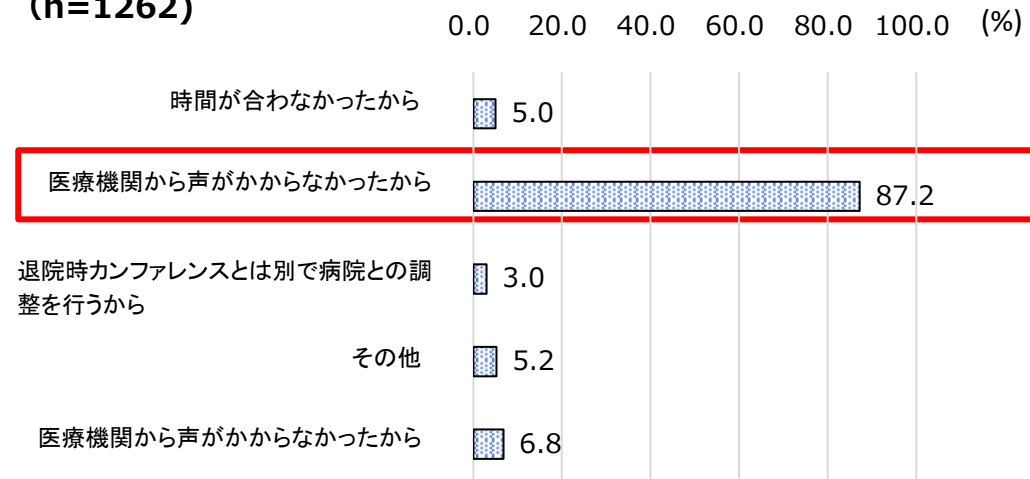
■ 退院時共同指導料の算定状況※1



■ 在宅対応のある薬局における退院時カンファレンスへの参加経験の有無※2 (n=1390)



■ 薬局薬剤師が退院時カンファレンスに参加したことがない理由※2 (n=1262)



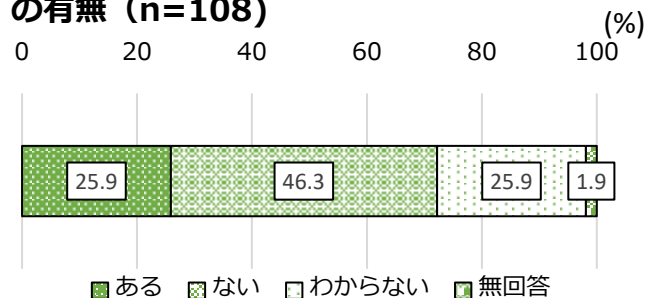
出典：※1：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

※2：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」保険薬局調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

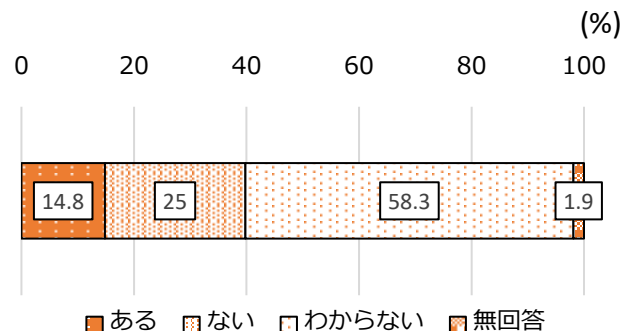
薬局の退院時共同指導への参加状況②

○ 令和4年度改定で退院時共同指導料の参加要件の見直しにより関与し始めたケースが認められ、退院時共同指導料を算定した薬局の約4割でビデオ通話を用いて退院時共同指導に参加している。

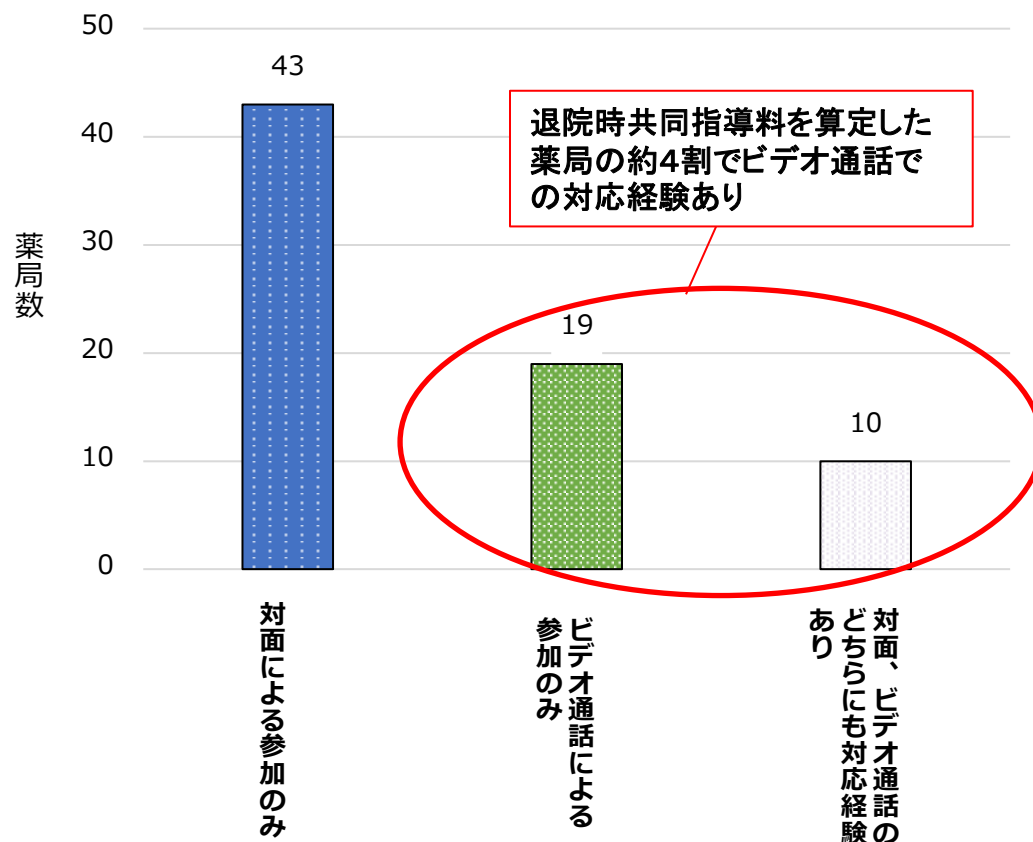
■ ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和したことにより、退院時カンファレンスに関与し始めたケースの有無 (n=108)



■ 患者が入院している医療機関における参加職種が拡大したことにより退院時カンファレンスに関与し始めたケースの有無 (n=108)



■ 令和4年5月～10月に退院時共同指導料の算定を行った薬局のビデオ通話による退院時カンファレンスへの参加状況 (n=72)

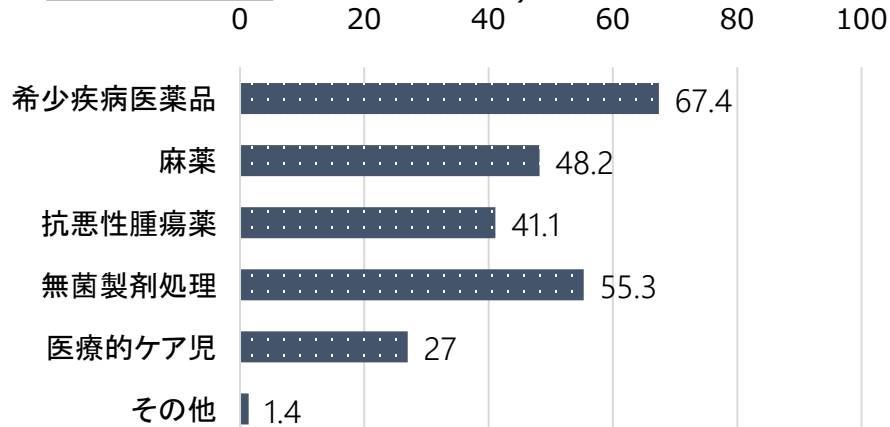


在宅移行時に医療機関が把握・提供する情報

- 患者の在宅移行時に、医療機関では、希少疾病医薬品、無菌製剤処理について対応可能な薬局の把握が困難との回答が5割以上であった。麻薬や抗悪性腫瘍薬も4割以上の医療機関が把握困難であった。
- 連携する薬局に関する情報は、門前薬局や地域薬剤師会との連携で把握する割合が多かった。
- 約7割の医療機関において、在宅移行時に入院中の使用薬剤等の情報が薬局へ提供されていた。

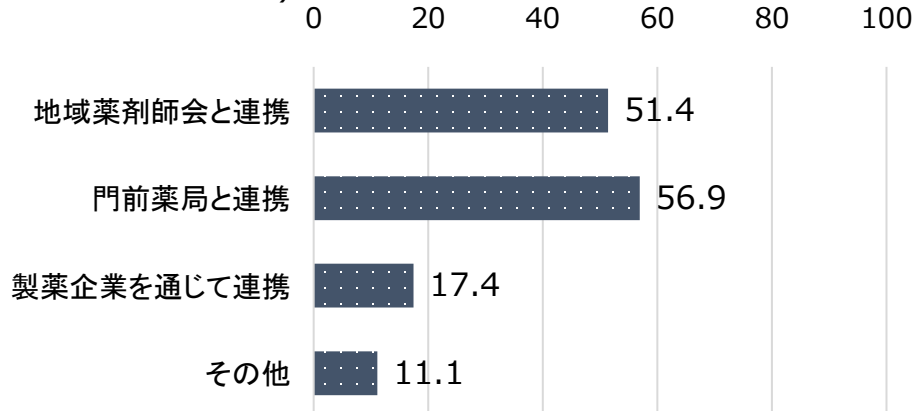
■ 在宅移行時に連携先の薬局の対応が可能かどうか把握が難しい項目

(退院時共同カンファレンスに病院薬剤師が参加している施設への質問、n=141) (複数回答)(回答割合)



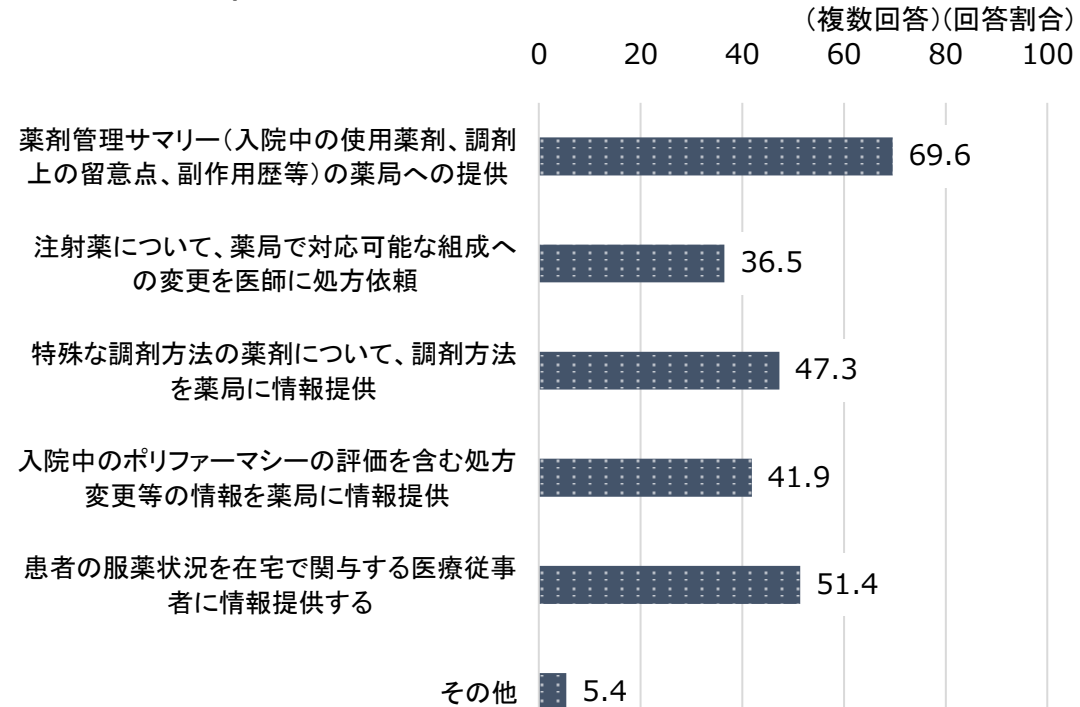
■ 在宅移行時に連携先の薬局を探す際の相談先

(退院時共同カンファレンスに病院薬剤師が参加している施設への質問、n=144) (回答割合)



■ 在宅移行時に病院薬剤師が行うことや提供する情報

(退院時共同カンファレンスに病院薬剤師が参加している施設への質問、n=148) (複数回答)(回答割合)



注)「薬剤管理サマリー」は、入院中の使用薬剤、調剤上の留意点、副作用歴など薬学的管理に必要な情報を記載した文書であり、保険薬局等へ情報提供する際に用いられるもの。記載様式を日本病院薬剤師会において作成している。

薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ (令和4年7月11日)

- 業務効率化の取組として、処方箋における事前の取決め(プロトコール)に基づく問合せ簡素化については、医療機関の医師や薬剤師等の業務負担の軽減等の利点があるため、地域の薬剤師会が中心となり、病院薬剤師等と連携しながらその導入を推進していくべきとされている。

第4 具体的な対策

2. 対物業務の効率化

(3) その他の業務の効率化

③院外処方箋における事前の取決め(プロトコール)に基づく問合せ簡素化

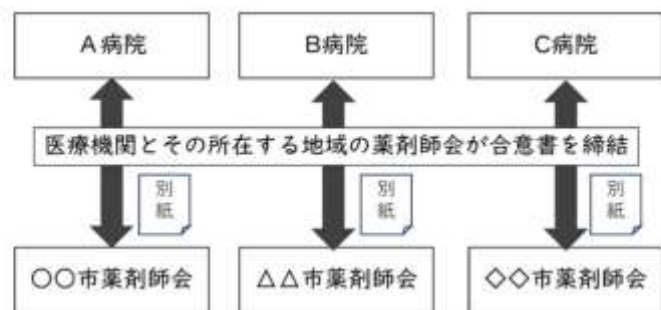
- 一部の医療機関と一部の薬局(当該医療機関の処方箋を応需する薬局のうち、事前の取決めの締結を希望する薬局)の間では、処方箋中の疑義照会とは別に、事前の取決め(プロトコール)により内服薬の剤形変更(例:OD錠⇔普通錠⇔散)、内服薬の規格変更(例:5mg2錠⇔10mg1錠)等に関する薬局から医療機関の医師への問合せを簡素化している。
- 問合せ簡素化のプロトコールによる業務効率化は、医療機関の医師や薬剤師等の業務負担の軽減や、患者が必要な医薬品を速やかに受け取ることが可能となるなどの利点がある、病院薬剤師との連携(薬薬連携)の好事例である。このため、地域の薬剤師会が中心となり、病院薬剤師等と連携しながらその導入を推進していくべきである。

地域での院外処方箋問合せ簡素化プロトコールの取組

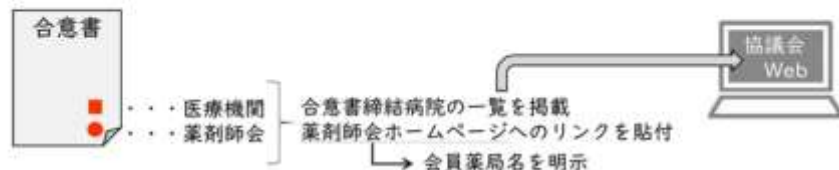
- 大阪府の豊能・三島地区では、医療機関と地域の薬剤師会が調剤時に変更可能な事項について事前に申し合わせを行い合意し、共通化したプロトコールを運用した取組を行っている。

豊能・三島地区での調剤事前申し合わせ協定

医療機関は地域薬剤師会との間で、変更調剤の合意書を取り交わし、問合せを簡素化する取組を実施



合意書内で、合意書当事者以外の地域薬剤師会のうち、別紙に記載される者にも適用することを謳う。



<令和5年7月時点>

協定参加病院数：17施設

(高槻市1、茨木市3、吹田市10、摂津市1、箕面市1、池田市1)

協定参加薬局数：481施設

(高槻市148、茨木市81、吹田市117、摂津市29、箕面市60、池田市46)

調剤事前申し合わせ協定に係る事項

■ プロトコールの例

例) 成分名が同一の銘柄変更、アドヒアランス改善目的の半割・粉碎・混合、類似剤形への変更など

■ プロトコールの具体的な内容

1. 薬剤の変更
 - 1) 成分名が同一の銘柄変更
 - 2) 内服薬の剤形変更
 - 3) 含量規格の変更
2. アドヒアランス改善等を目的とした半割、粉碎、混合又は一包化
3. 薬歴上継続処方されている処方薬に残薬があるため、投与日数を調整（短縮）して調剤すること（外用薬の本数変更も含む）
4. 外用薬の用法（適用回数、適用部位、適用タイミング等）が医師から口頭で指示されている場合に用法を追記すること
5. 週1回又は月1回服用する製剤が、連日投与の他の薬剤と同一の日数で処方されている場合の処方日数の適正化（ビスホスホネート製剤、DPP4阻害剤に限る）
6. 薬事承認された用法以外の用法が処方箋に記載されている場合、承認されている用法に変更（漢方薬、制吐剤、α-GI製剤、ビスホスホネート製剤、EPA製剤に限る）
※服用方法について口頭で指示されている場合や、患者面談の上、薬学管理ならびに薬物療法上合理性があると薬剤師が判断できる場合は処方どおりとする

病院内での院外処方箋問合わせ簡素化プロトコルの取組

- 神戸市立医療センター中央市民病院では、院外処方の問い合わせ簡素化プロトコルを実施。
- 医薬品の供給不足により問い合わせ対応が大幅に増加しているが、簡素化プロトコルの取組により、病院内の問い合わせ対応時間が減少。(問い合わせた薬局においては迅速に回答が得られる)

■ 神戸市立医療センター中央市民病院の院外処方に関する問合わせ対応プロトコル

- ・ 病院内の医師と薬剤師が合意の下で、簡素化プロトコルを作成
- ・ 薬剤師がプロトコルに基づき院外処方箋の問合わせに対応（「院内対応型」問い合わせ簡素化プロトコル）

■ 問い合わせ簡素化プロトコルの項目

- ① 銘柄変更（先発品⇄先発品を含む）
- ② 剤型変更
- ③ 規格変更
- ④ 半錠、粉碎、混合
- ⑤ 一包化
- ⑥ 外用塗布剤の規格変更
- ⑦ 一般名処方の類似剤型への変更
- ⑧ 残薬調整（処方削除の場合は疑義照会必要）
- ⑨ ビスホスホネート製剤の処方日数適正化
- ⑩ 「食後30分」の「食直後」への用法適正化（添付文書における用法が食直後のものに限る）

プロトコル項目として**10項目**を設定

■ 医薬品の不足による影響

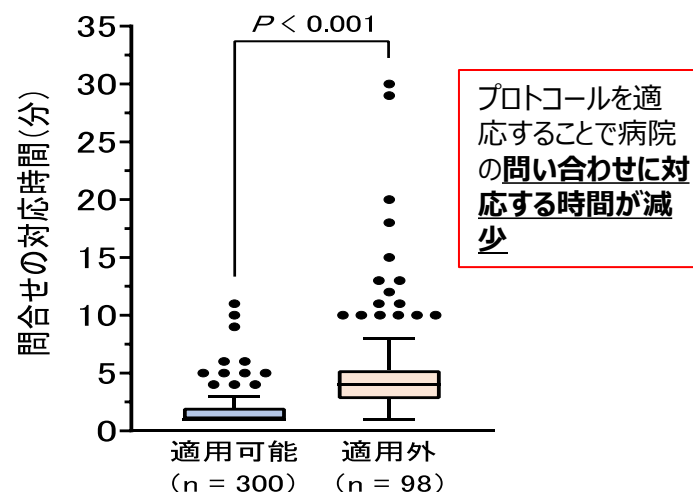
	広範囲の供給不足		P値 ^{a)}
	発生前 (2020年9月～2021年1月)	発生後 (2021年9月～2022年1月)	
院外処方箋の発行枚数	66,792 (100%)	70,104 (100%)	
薬局からの問合わせ件数			
全ての問合わせ	2,748 (4.1%)	3,776 (5.4%)	$P < 0.001$
処方薬の入手困難に関する問合わせ	38 (0.06%)	398 (0.57%)	$P < 0.001$
処方薬の入手困難以外の問合わせ ^{b)}	2,710 (4.06%)	3,378 (4.82%)	$P < 0.001$

医薬品の供給不足により問い合わせが**10倍増加**

■ 問い合わせ内容の内訳

	件数
問合わせ簡素化プロトコルの適用項目	300 (75.4%)
先発医薬品へ変更	261 (65.6%)
別剤形へ変更	29 (7.3%)
別規格へ変更	6 (1.5%)
先発医薬品同士の銘柄変更	2 (0.5%)
残薬調整	2 (0.5%)
問合わせ簡素化プロトコルの適用外項目	98 (24.6%)
必要性を伝えて再度対応を依頼	34 (8.5%)
有効成分が異なる代替薬へ変更	23 (5.8%)
ビタミンDを含む健康食品へ変更	19 (4.8%)
処方削除	13 (3.3%)
その他	9 (2.3%)
合計	398 (100%)

■ 問い合わせ簡素化プロトコルの有用性



プロトコルを適用することで病院内の問い合わせに対応する時間が減少

3. 調剤に係る診療報酬上の評価

- ① 調剤料の見直し
- ② 服薬指導に関する評価
- ③ かかりつけ薬剤師に関する評価
- ④ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価
- ⑤ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価
- ⑥ 薬局の体制に関する評価

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、
「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

＜施設基準＞

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
 - (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
 - (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
 - (4) 一定時間以上の開局
 - (5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
 - (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
 - (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
 - (8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
 - (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
 - (10) 医療安全に資する取組実績の報告
 - (11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上
- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価
- 地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定
- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価
- 後発医薬品の調剤数量割合に応じて
後発医薬品調剤体制加算を設定

調剤基本料、地域支援体制加算の経緯

年度	調剤基本料の経緯	基準調剤加算／地域支援体制加算の経緯
H26	● 基本料1（41点）、基本料の特例（基本料2：25点） ● 特例の解除要件（24時間開局）	● 基準調剤加算 1（12点）、加算 2（36点）
H28	● 特例（基本料2）範囲の拡大 ● 大型門前薬局の特例新設（基本料3：20点） ● 特例の解除要件改正（かかりつけ薬剤師指導料の回数） ● 構造設備規制見直し（10月施行）	● 基準調剤加算の統合（32点）
H30	● 特例範囲の拡大（基本料2）、大型門前薬局の特例範囲の拡大（基本料 3 イ（20点）、ロ（15点）） ● 特例解除要件の廃止（地域支援体制加算で対応） ● 敷地内の特例（特別調剤基本料10点）新設 ● 医療資源が少ない地域の取扱い新設（特例対象から除外）	● 地域支援体制加算新設（35点） ● 基本料 1 と特例の基本料で別の算定要件
R元	● 消費税増税に伴う見直し（基本料 1（41点→42点）、基本料 2（25点→26点）、基本料 3 イ（20点→21点）、基本料 3 ロ（15点→16点））	
R2	● 特例範囲の拡大（基本料2）、大型門前の特例範囲の拡大（基本料 3 イロ） ● 特別調剤基本料引下げ（10点→9点）	● 点数の充実（35点→38点） ● 基本料 1 の算定要件引上げ ● 特例の基本料の算定要件引下げ
R4	● 大規模グループ薬局（300店舗以上）の特例新設（基本料 3 ロ（16点）、ハ（32点）） ● 特別調剤基本料引下げ（9点→7点）	● 地域支援体制加算の細分化（4分類） ● 連携強化加算の新設（2点）

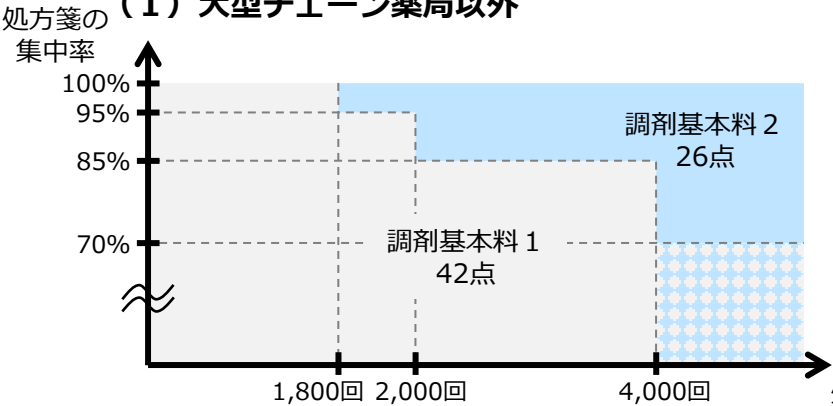
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

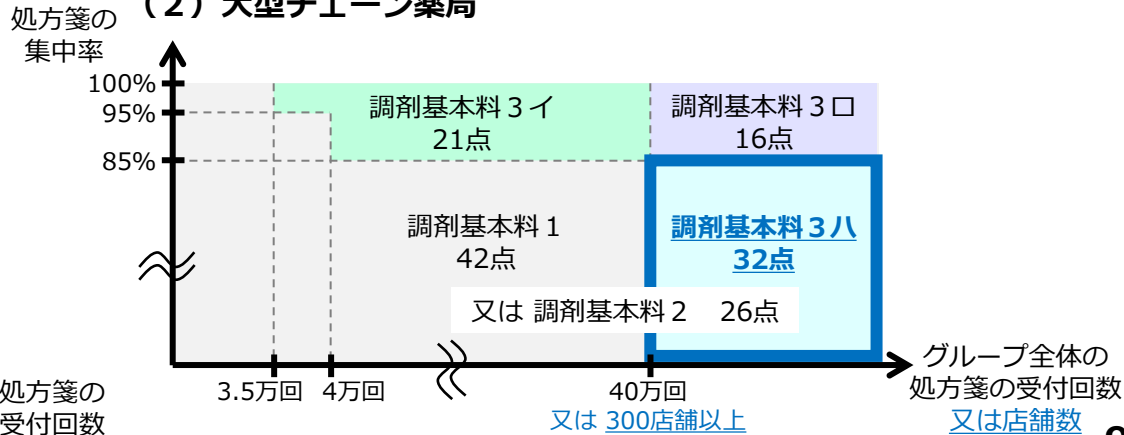
➤ 調剤基本料3の□の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料 1		調剤基本料 2 ・ 3、特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料 2		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ －	26点
調剤基本料 3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月 3 万 5 千回超～4 万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月 4 万回超～40万回	85%超	
	□	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上		16点
	(新)ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



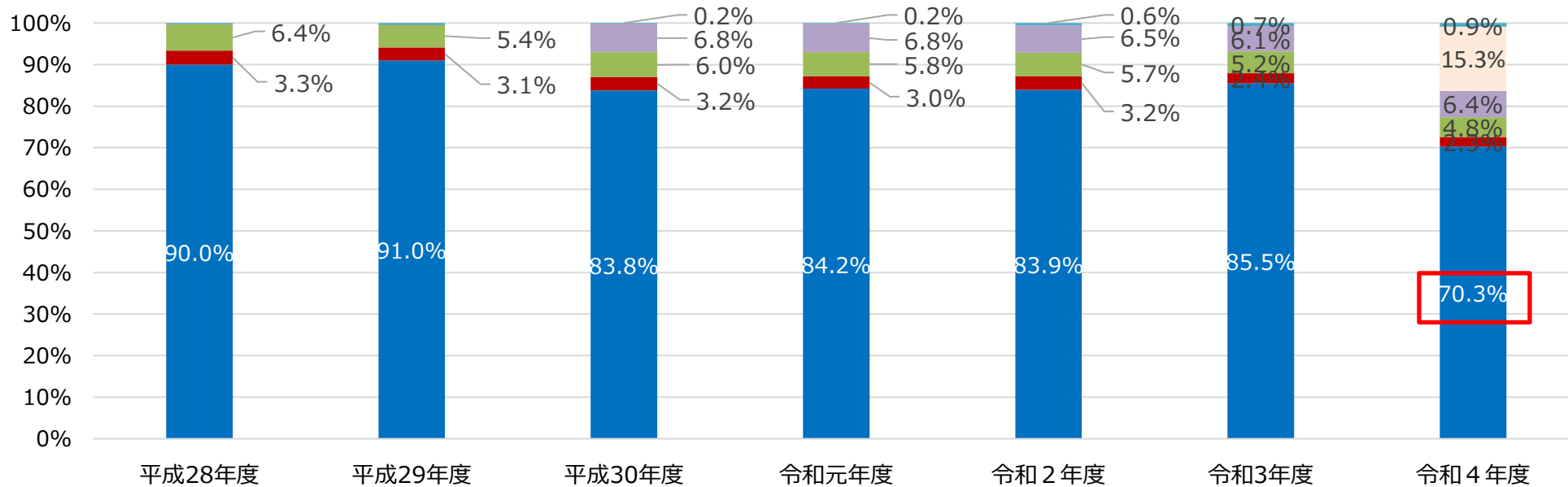
(2) 大型チェーン薬局



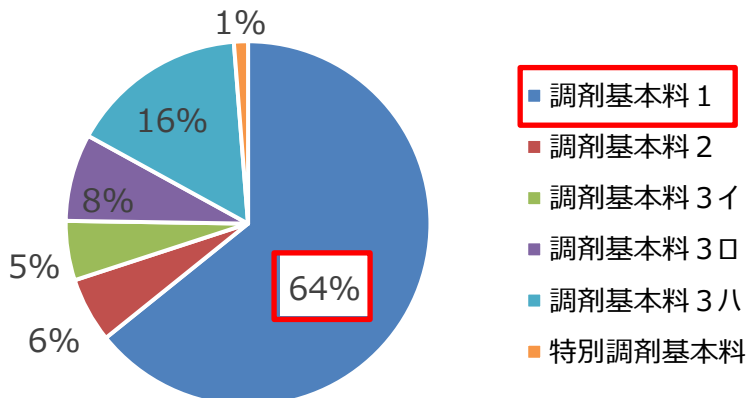
調剤基本料の構成比の推移等

- 調剤基本料1を算定する薬局の割合は年々減少しており、令和4年度改定により新設された基本料3ハの割合が15.3%になったことに伴い、基本料1は70.3%まで低下した。
- 算定回数については、調剤基本料1の占める割合は令和4年度では約64%であった。

各調剤基本料の構成比の推移（平成28年度～平成29年度：各年度末時点の施設基準の届出状況、平成30年度～令和2年度：各年度6月の算定薬局数）



各調剤基本料の算定回数の割合（令和4年6月審査分）



- 調剤基本料1（平成28年度～）
- 調剤基本料2（平成28年度～）
- 調剤基本料3（平成28年度～29年度）／調剤基本料3イ（平成30年度～）
- 調剤基本料3ロ（平成30年度～）
- 調剤基本料3ハ（令和4年度～）
- 特別調剤基本料（平成28年度～）

出典：

- 各調剤基本料の構成比の推移
 - ・平成28年度から平成29年度：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
 - ・平成30年度から令和4年度：NDBデータ（各年6月時点の算定薬局数）
- 算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

地域医療に貢献する薬局の評価

- 地域支援体制加算について、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に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 **12回以上**
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 **400回以上**
- ② 麻薬の調剤実績 **10回以上**
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 **40回以上**
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 **40回以上**
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 **12回以上**
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 **1回以上**
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 **60回以上**
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

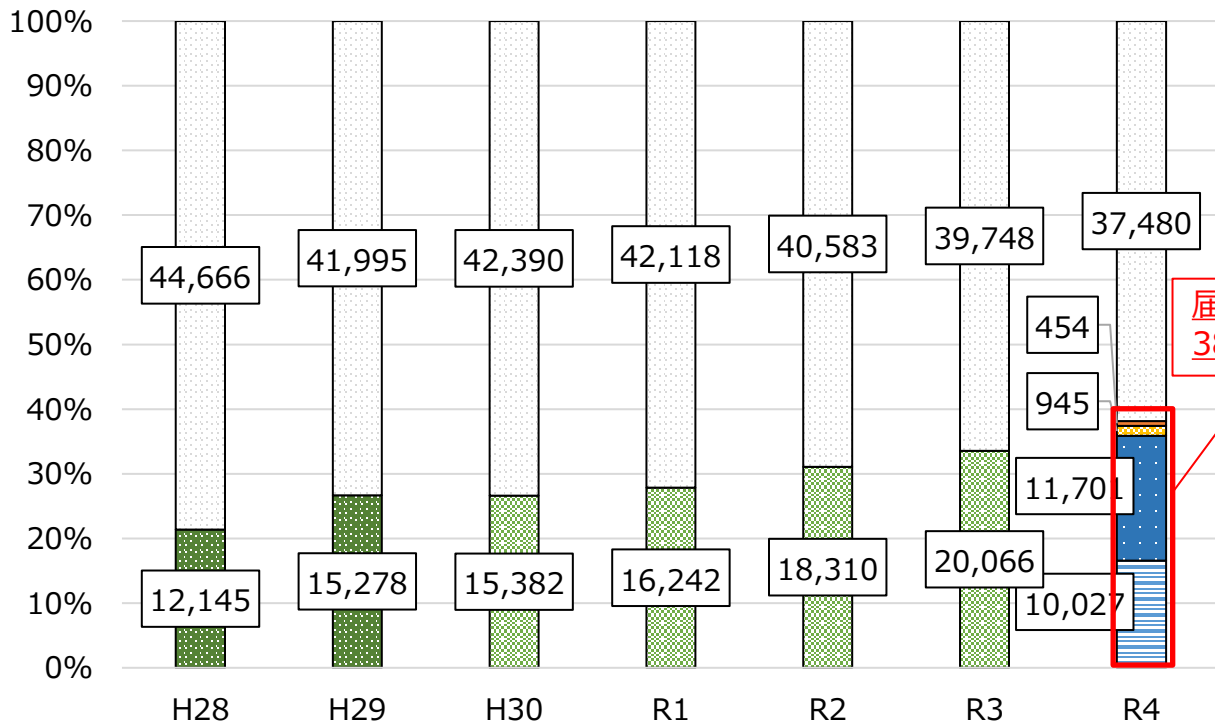
[経過措置]

- 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料3のハを算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

地域支援体制加算の現状等

- 地域支援体制加算の届出をしている薬局は令和4年度で38.2%であり、増加傾向である。
- 調剤基本料1の薬局では約4割、調剤基本料1以外の薬局では約3割が届出をしている。

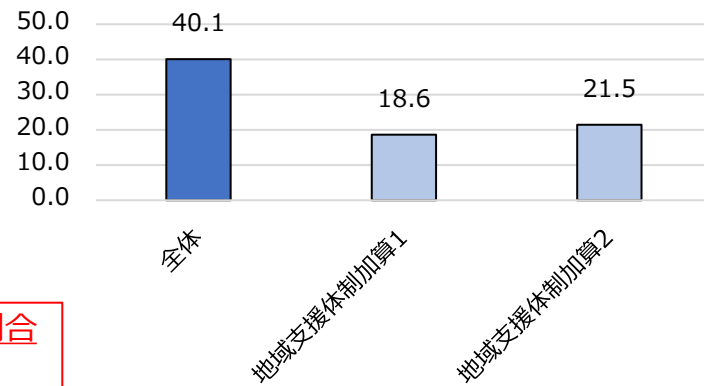
■ 地域支援体制加算の構成比の推移 ※H29までは基準調剤加算



■ 地域支援体制加算1 ■ 地域支援体制加算2 ■ 地域支援体制加算3 ■ 地域支援体制加算4
■ 地域支援体制加算 ■ 基準調剤加算 □ 加算なし

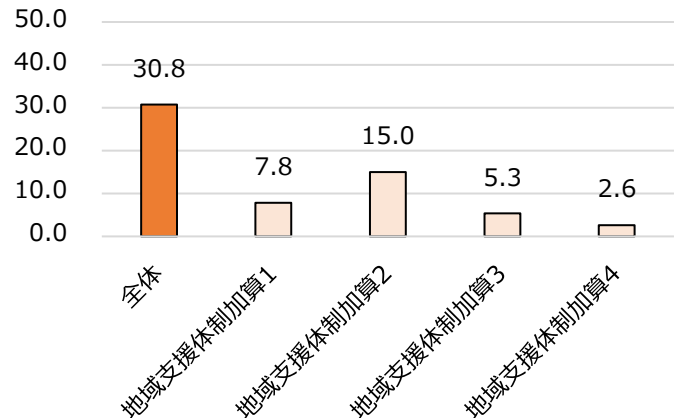
■ 調剤基本料1の届出状況

(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



■ 調剤基本料1以外の届出状況

(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



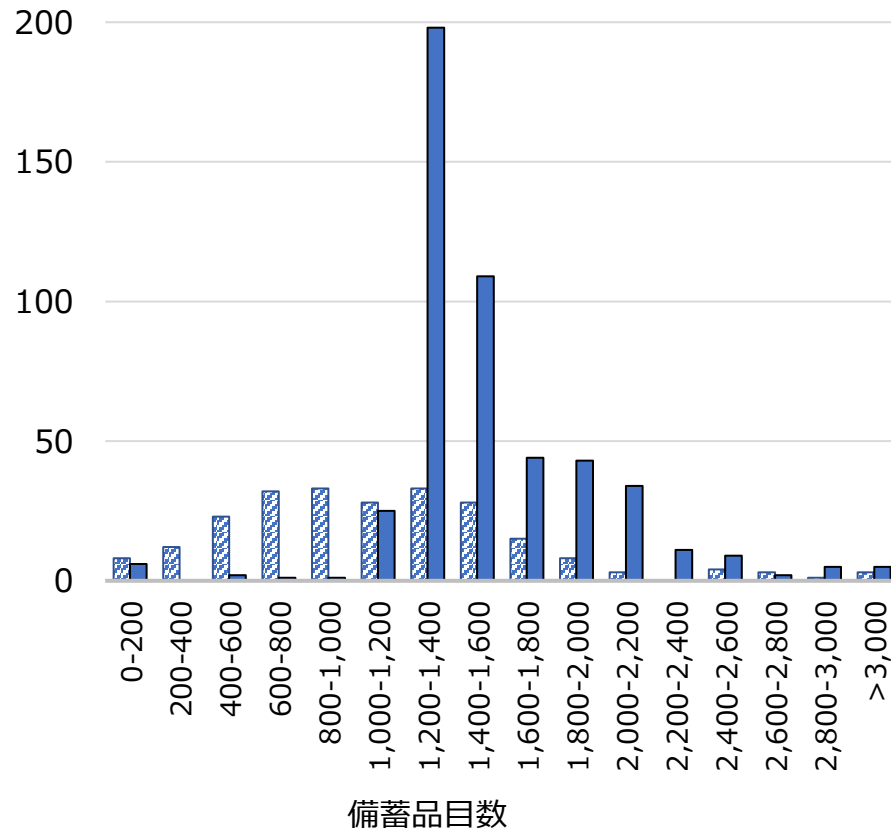
※ 経過措置：令和4年度は経過措置により基本料3ハの薬局でも基本料1を算定可能としている

薬局における医薬品の備蓄状況

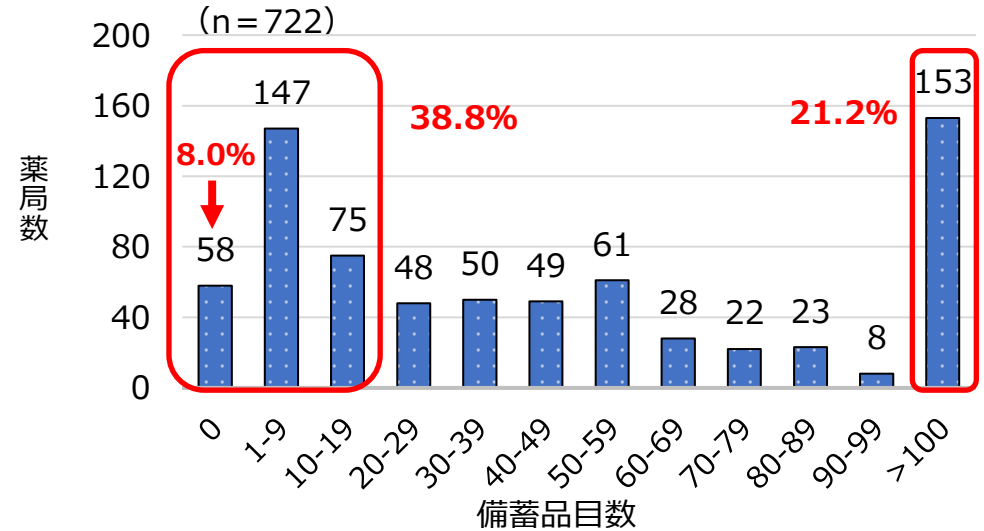
- 医療用医薬品の備蓄品目数は、地域支援体制加算の算定薬局の方が多かった。
- 要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数は、100品目以上の薬局が21.2%である一方で、19品目以下の薬局が38.8%、置いていない薬局が8.0%であった。

■ 医療用医薬品の備蓄品目数の分布

■ 地域支援体制加算なし (n=234、平均1,150品目)
■ 地域支援体制加算あり (n=495、平均1,548品目)



■ 要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数の分布

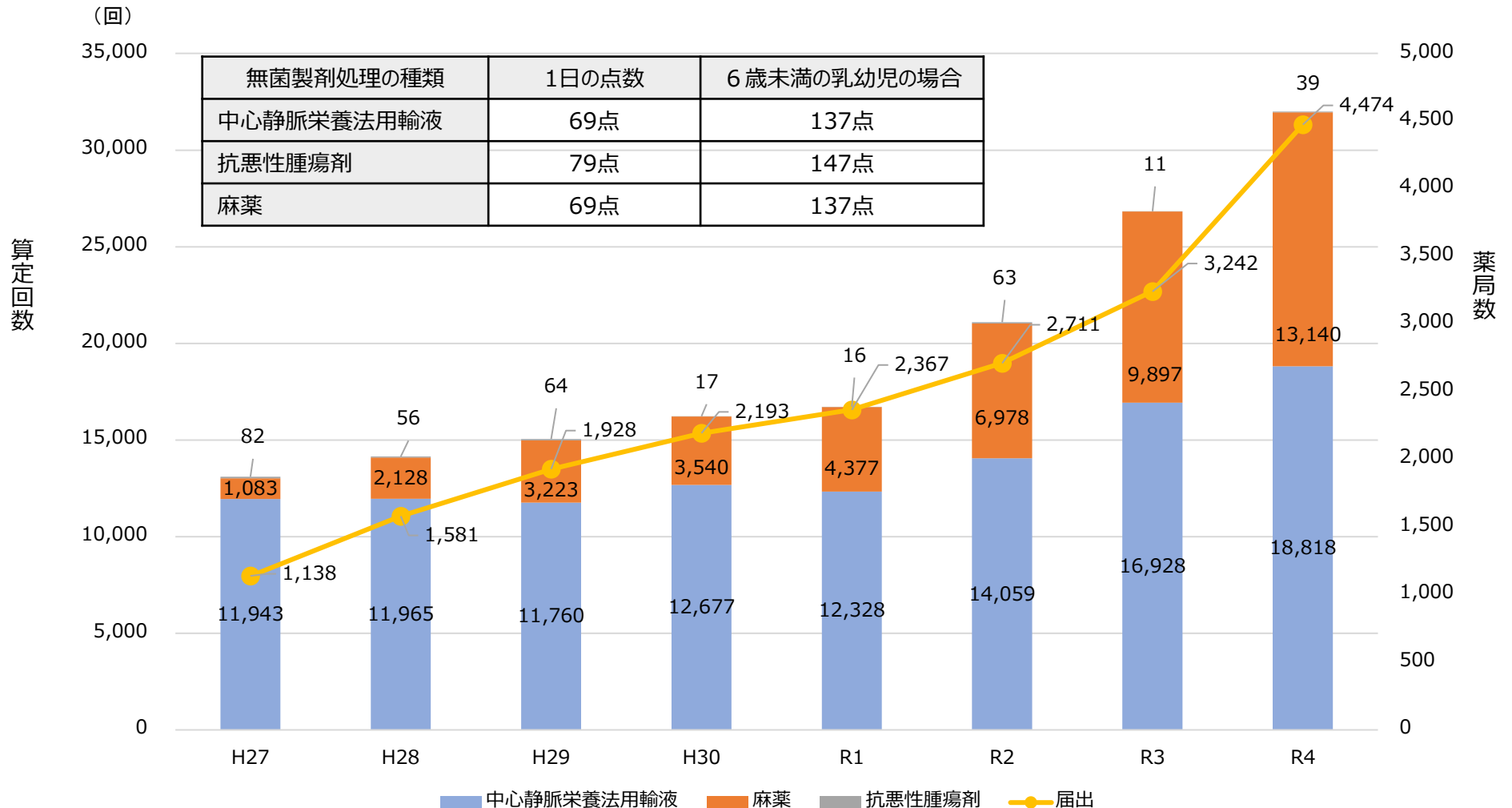


薬局の区分別の集計	平均備蓄品目数
全体 (n=722) ※上記分布	95
地域支援体制加算あり (n=483)	83
健康サポート薬局 (n=218)	123
いずれもなし (n=189)	67

薬局における無菌調製の実施状況

○ 無菌製剤処理加算の算定回数、届出薬局数は増加傾向。特に麻薬に係る無菌製剤処理加算の算定回数の増加が顕著であり、令和4年は平成27年の約12倍であった。

■ 無菌製剤処理加算の算定回数・届出状況



○ 薬局における医療用麻薬の取扱いについては、多くの手続きによる厳重な管理が必要

■麻薬小売業者の免許

・薬局で麻薬を調剤するには、麻薬小売業者の免許を取得することが必要。

■管理

・麻薬は薬局内の鍵をかけた堅固な設備内に保管しなければならない。薬局で保管している麻薬の数量を逐次管理するための帳簿の作成・記録が義務づけられている。

■麻薬の譲受・譲渡

・譲受は、同一都道府県内の麻薬卸売業者に限定。

・譲渡は、麻薬処方箋の交付を受けた者（患者等）に対し、調剤した麻薬を交付する以外は不可（薬局で有している麻薬を譲受先の麻薬卸売業者へ返品することはできない）。

（麻薬小売業者間譲渡許可：2以上の麻薬小売業者が一定の要件で許可を有した場合に限り、当該麻薬小売業者間で麻薬の譲渡が可能）

■薬局の備蓄体制

・成分、規格が多様であり、医師の処方にあわせた麻薬を保管することが必要。

■廃棄

・調剤前の麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後、都道府県職員立会の下でなければ廃棄することはできない。

・患者の死亡等により調剤済みの麻薬が不要になったときは、残っている麻薬を遺族等から譲り受けた上で、麻薬小売業者自ら、他の薬剤師又は職員の立会の下で廃棄し、「調剤済麻薬廃棄届」の提出が必要。

緩和ケアに対応する薬局における麻薬の備蓄体制

中 医 協 総 - 2 参 考
5 . 7 . 1 2

○ 緩和ケアに対応する薬局では、様々な状態の患者に対応するため複数の種類、剤形、規格の医療用麻薬を取り揃えておく必要がある。

■ 緩和ケアに対応する薬局における麻薬の在庫

麻薬を保管する金庫
(鍵をかけた堅固な設備)



内服
(錠剤:速放)

内服
(錠剤:徐放)

注射剤

内服
(錠剤:徐放)

貼付剤(3日製剤)

貼付剤(1日製剤)

注射剤

内服(散剤)



■ 医療用麻薬成分、製品等一覧 ※規格数は、10mg錠、20mg錠等の数

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
モルヒネ硫酸塩水和物	経口 (徐放)	MSコンチン錠	3
		MSツワイロンカプセル	3
		モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包	2
モルヒネ塩酸塩水和物	経口 (徐放)	パシーフカプセル	3
	経口	オプソ内服液	2
		モルヒネ塩酸塩錠	1
		モルヒネ塩酸塩末	1
	注射	アンバック注	3
	経直腸	アンバック坐剤	3

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
オキシコドン塩酸塩水和物	経口 (徐放)	オキシコドンT R錠	4
		オキシコドン徐放錠NX	4
		オキシコドン徐放カプセル	4
	経口	オキシコドン錠NX	4
		オキノーム散	4
		オキシコドン内服液	4
	注射	オキファスト注	2
ヒドロモルフォン塩酸塩	経口 (徐放)	ナルラビド錠	3
	経口	ナルサス錠	4
	注射	ナルベイン注	2

成分	投与方法	代表的な製品名	規格数
フェンタニル	外用 (3日製剤)	デュロテップMTパッチ	5
		ラフェンタテープ	5
	外用 (1日製剤)	ワンデュロパッチ	5
フェンタニルクエン酸塩	口腔粘膜吸収	アブストラル舌下錠	3
		イーフェンバカル錠	6
	注射	フェンタニル注射液	3
タベンタドール塩酸塩	経口 (徐放)	タベンタ錠	3
メサドン塩酸塩	経口 (徐放)	メサベイン錠	

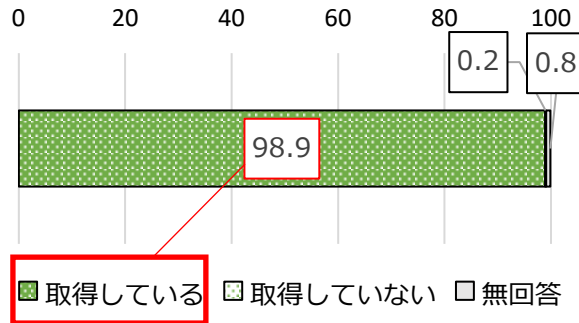
薬局における麻薬の調剤実績

中医協 総-2
5. 7. 12

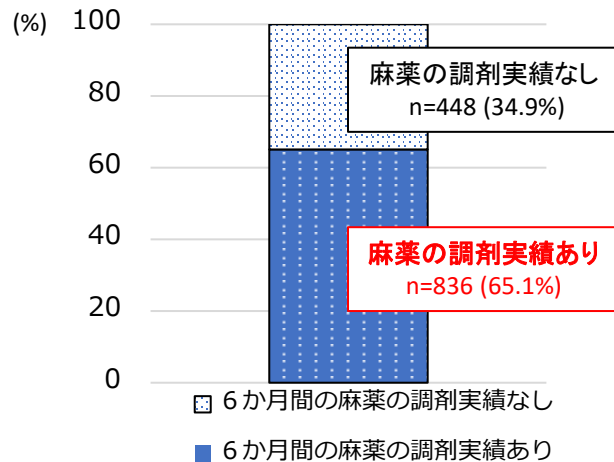
- 在宅訪問を行っている薬局の9割以上が麻薬小売業者の免許を有しており、これらの薬局の7割程度で半年間に麻薬調剤の実績がある。
- 麻薬調剤の実績は、10件以下(月1回前後)が約半数である一方、100件以上の薬局も8%程度あった。

■ 麻薬小売業免許の取得状況 (n=1,423)

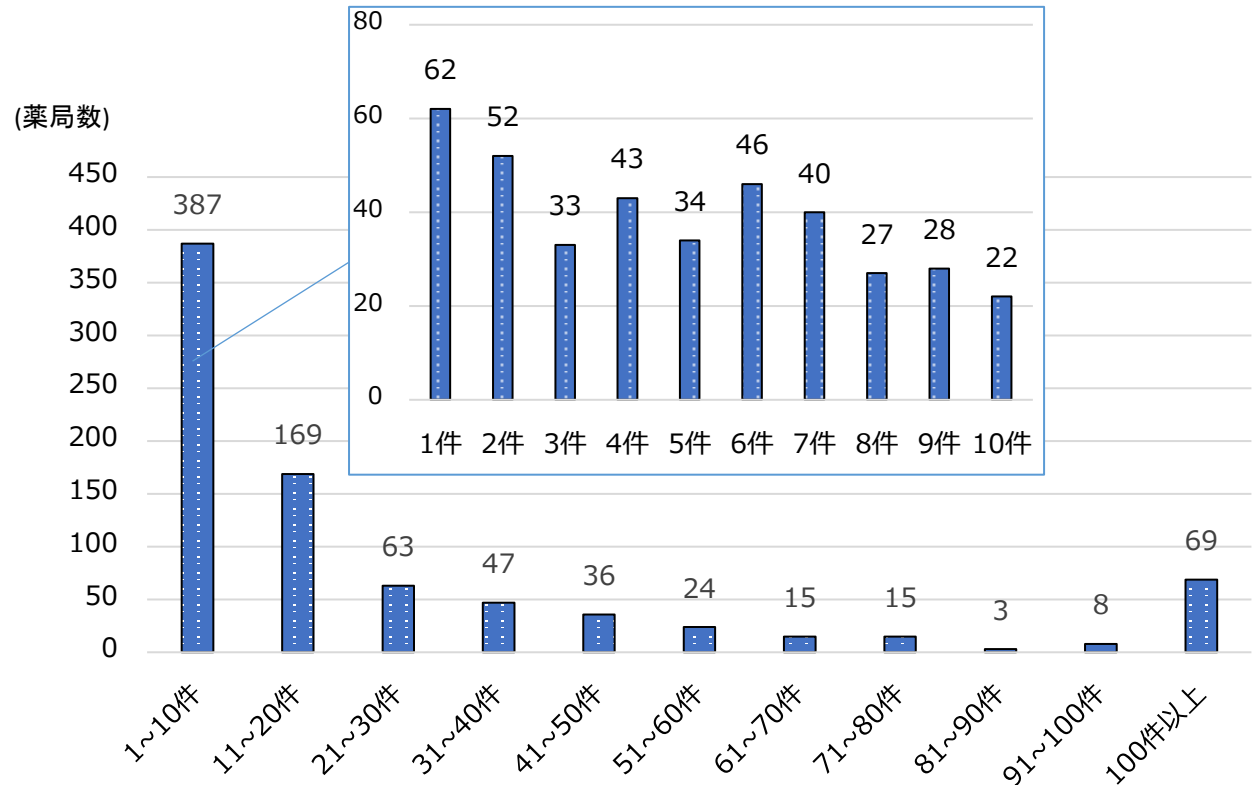
(※在宅訪問を行っている薬局に対する調査)



■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績の有無 (n=1,284)



■ 麻薬小売業免許を有する薬局の6か月間の麻薬の調剤実績 (n=836)

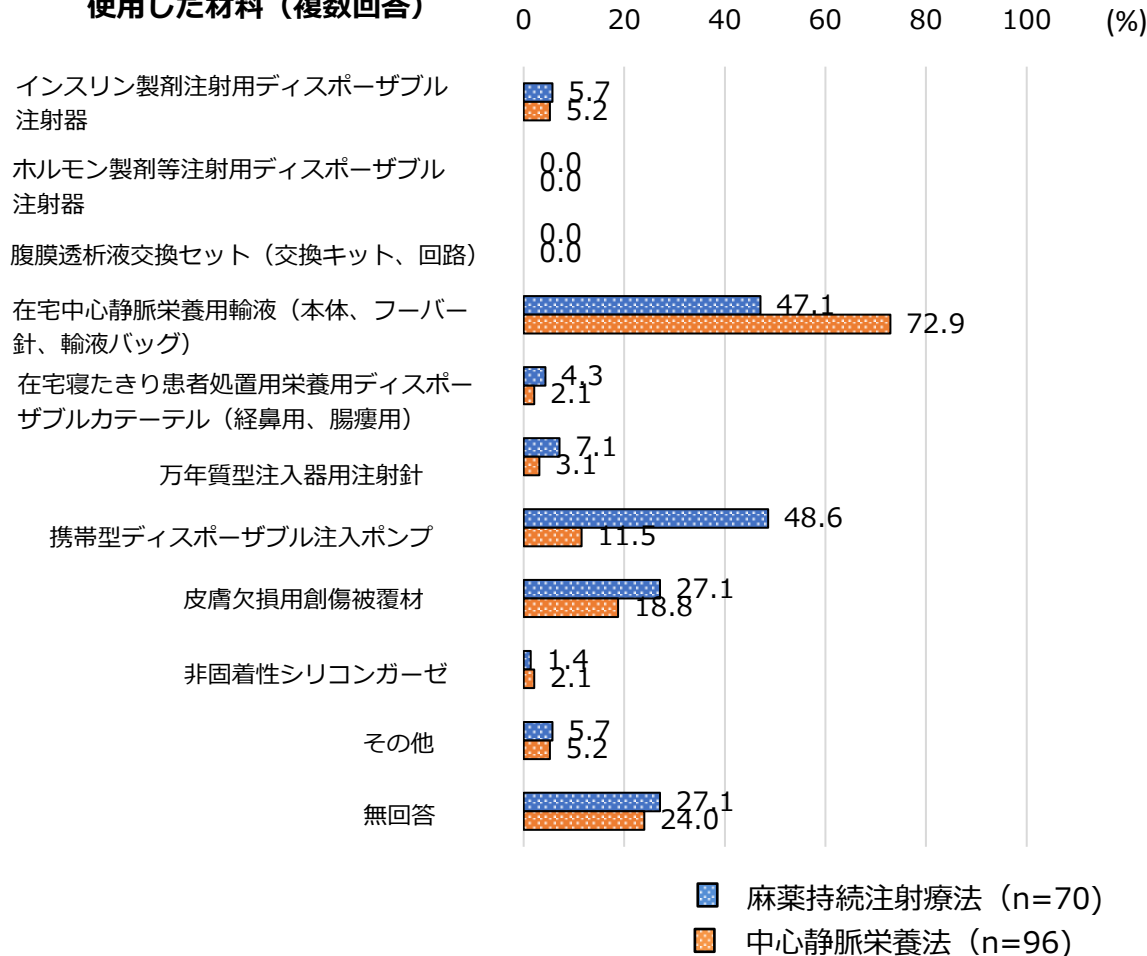


薬局における医療材料の供給

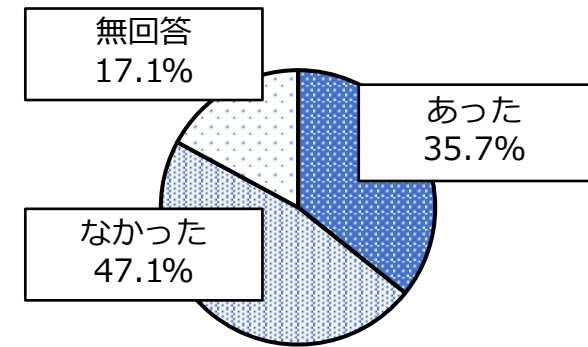
中医協 総-2
5. 7. 12

- 麻薬持続注射療法、中心静脈栄養法に対応する薬局においては、そのために必要な医療材料の提供を行っている。
- 医療材料を使用する中で、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ざや」)がある薬局は約4割あった。

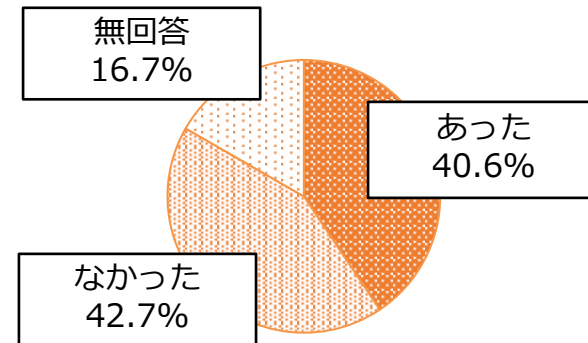
■ 在宅において、麻薬持続注射療法又は中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料（複数回答）



■ 麻薬持続注射療法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無（n=70）



■ 中心静脈栄養法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ることの有無（n=96）



保険薬局における構造設備規制の見直しと敷地内薬局

	経緯
H8まで	● 第二薬局問題への対応 「処方せんの受入れ体制の整備について」昭和50年1月24日付け薬発第37号厚生省薬務局長通知（抜粋） <u>調剤専門薬局の許可に当たっては、調剤専門薬局も薬事法に基づく薬局であり、構造的、機能的、経済的に、医療機関から独立した機関であることを本旨とすべきであり、この点につき、十分留意すること。</u> ● 経営の一体性禁止 「調剤薬局の取扱いについて」昭和57年5月27日付け薬発第506号・保発第34号厚生省薬務・保険局長連名通知（抜粋） 1 調剤薬局としての適格性 <u>総合的に判断して医療機関に従属し、医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであること。</u>
H8	● 構造上の一体性禁止 平成8年3月8日付け保険発第22号厚生省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈） <u>保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のもの</u>をいうものであること。
H28	● 構造設備規制の見直し（いわゆるフェンス規制の廃止） 平成28年3月31日付け保険発0331第6号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈（改正後）） 保険医療機関と一体的な構造とは、次のアからウまでに掲げるような構造を指すものであること。 ア <u>保険医療機関の建物内にあるものであって、当該保険医療機関の調剤所と同様とみられるもの</u> イ <u>保険医療機関の建物と専用通路等で接続されているもの</u> ウ <u>ア又はイに該当しないが、保険医療機関と同一敷地内に存在するものであって、当該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、当該保険医療機関の休診日に公道等から当該保険薬局に行き来できなくなるもの、実際には当該保険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、患者を含む一般人が当該保険薬局に自由に行き来できるような構造を有しないもの</u>
H30	● 特別調剤基本料（10点）新設 ※特定の医療機関と不動産取引の関係があることその他の特別な関係を有しているもの
R2	● 特別調剤基本料の見直し（10点→9点）等
R4	● 特別調剤基本料の見直し（9点→7点）、調剤基本料の加算の評価見直し 等

敷地内薬局に関する検討会報告書の記載①

- 厚生労働省の検討会において「今後の薬剤師が目指す姿」がまとめられており、薬局の記述では、敷地内薬局のような特定の医療機関に依存する薬局に関しては、患者本位の医薬分業とはならないことが指摘されている。

■薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ（令和3年6月30日）

2. （1）今後の薬剤師が目指す姿

① 薬局

- なお、医療機関の敷地内に薬局が開設されることがあるが、その際、単に同敷地内の医療機関とだけ連携する状況が見られる。また、医療機関の近くにあるいわゆる門前薬局においても、当該医療機関から交付された処方箋の応需に特化する場合がある。このように特定の医療機関に依存する薬局の薬剤師は、地域の患者や住民との関わりの高いサービスを提供しているとはみなされず、患者本位の医薬分業とはならない。地域の医療機関、薬局等と連携しつつ、地域包括ケアシステムの一員として患者・住民を支えていく役割を果たす必要がある。

敷地内薬局に関する検討会報告書の記載②

- ①の検討会の下に設置して薬局の機能等に関して議論したワーキンググループにおいても、敷地内薬局に対する意見や今後の取組事項がまとめられている。

■薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループとりまとめ（令和4年7月11日）

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

（4）その他

③敷地内薬局

- 本ワーキンググループでは、規制改革実施計画（平成27年6月30日閣議決定）に基づく保険薬局の構造規制の見直しが行われたことにより近年増加している医療機関内の敷地内薬局について、主に①薬局機能、②病院との関係性に関する論点の整理を行った。
- 薬局機能については、病院の敷地内に立地していることから、当該病院の処方箋への対応が中心であり、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を持つとは考えにくく、その場合、地域の医療・介護関係者と連携した対応を行うという地域包括ケアの精神に逆行するとの意見が多数あった。なお、病院の近くにある門前薬局についても、特定の医療機関の処方箋に依存する場合はかかりつけ薬剤師・薬局の機能を持たないという点では同様との意見があった。
- 一方で、希少疾患やがんなどに対する高度な医療を提供する病院の敷地内薬局の場合、高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等、地域の薬局では果たせない役割を持つ場合があるのではないかとという意見や、ターミナルケアや高度な薬学管理といった機能分化が必要な場合があるのではないかとという意見があった。
- これに対し、敷地内薬局が地域の薬局では果たせない役割を持つとしても、敷地内である必然性はないとの意見や、地域の薬局でも高額な薬剤の調剤や高度な薬学管理等の機能を果たしている場合もあるとの意見があった。
- 病院との関係性については、敷地内薬局の開設に係る病院の公募内容を踏まえれば、薬局から病院への利益供与に当たると考えられるとの意見があった。
- また、敷地内薬局は、病院と敷地又は建物を共有していることから、患者に対して同一組織との誤認を与えたり、特定の薬局への誘導に近い効果があるのではないかととの意見があった。
- 本ワーキンググループにおいては、敷地内薬局について、
 - ・ かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を果たすとは考えにくい
 - ・ 敷地内薬局の開設に係る病院の公募内容を踏まえれば利益供与に当たるといった多くの問題点が指摘され、国が必要な対応をすべきとの意見が多かった。
- 敷地内薬局の実態を把握し、それに基づいた議論を行うために、厚生労働省は、敷地内薬局の現状（かかりつけ薬剤師・薬局や高度薬学管理に関する機能や地域の医療機関や薬局との連携等）や病院の公募内容の調査を実施すべきである。

(参考) 医療機関の敷地内に開設する薬局を公募する際の要件

- 通常、薬局を開設し、保険薬局として指定を受ける際には、薬局開設者は医療機関との独立性を確保しつつ、地域の医療事情を踏まえ、必要とされる薬局の機能を自らが整備して、薬局を開設している。
- 一方で、医療機関の敷地内に薬局を開設する際には、医療機関側で薬局開設等を行う事業者を公募しているが、薬局の開局時間や機能等に対して具体的な要件を示していることがあり、薬局開設者は、この要件を満たした上で、地域で必要とされる薬局の機能を整備している。(薬局機能に関しては、医療機関の周辺地域において必要な機能がないことから公募している場合もある)

(参考) 医療機関の敷地内に薬局を開設する際に求めている要件の例 (注：公募要件は医療機関により様々)

●薬局の開局時間等に関する要件

- ・具体的な営業時間、開局日（休日、夜間の体制）
- ・薬局で備蓄すべき医薬品の種類、品目数
- ・医療機関の機能に応じた高度な薬学管理を実施できる体制（例：救急・周産期・がん等の医療を担う圏域の基幹病院に開設する薬局に対して高度な薬学管理のニーズに対応可能な薬剤師の配置を求める、医療機関が受け入れる救急患者の処方箋の応需を求める）
- ・在宅訪問を行う体制

●地域における連携体制の要件（かかりつけ薬剤師・薬局に必要な機能を含む）

- ・薬物療法を実施するにあたっての医療機関との連携
- ・近隣の保険薬局及び関係団体との連携
- ・行政が推進する事業への協力
- ・災害時の医薬品供給等の体制整備
- ・医師会、薬剤師会及びその他の関係機関等との連携
- ・地域の薬剤師会への入会

●開設にあたり薬局機能以外に医療機関が求めている要件

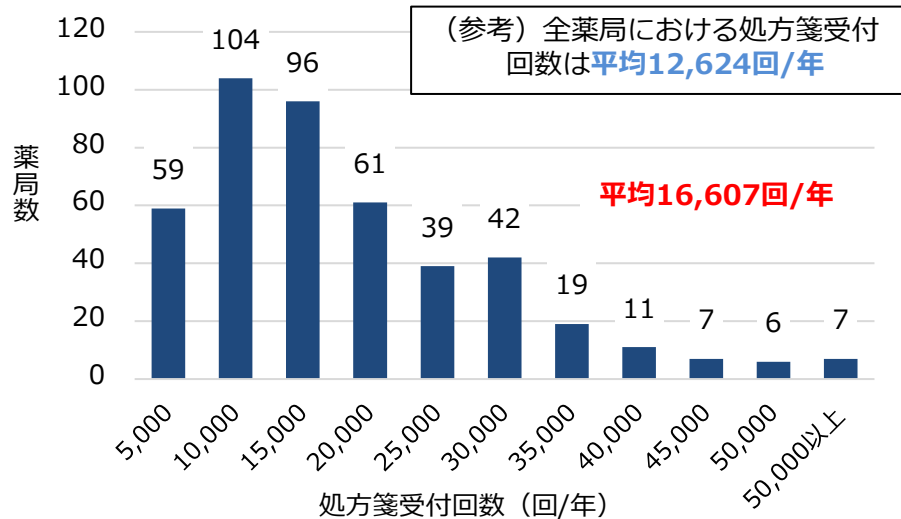
- ・医療機関の機能の向上に資する施設の整備の提案（例：薬局以外の施設として、レストラン、カフェ、コンビニエンスストア、会議室、休憩室、医療機関の職員宿舎、ヘリポート等、医療機関が有償で借りる予定の会議室等の設置）
- ・医療機関の職員の負担を軽減する工夫の提案

敷地内薬局の処方箋受付回数、届出状況

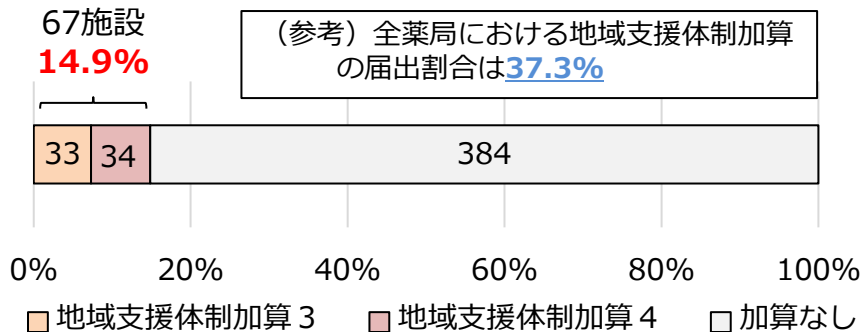
○ 特別調剤基本料を算定している敷地内薬局では、全薬局と比較して、処方箋受付回数は多いが、備蓄医薬品数及びかかりつけ薬剤師指導料等の届出割合は同程度であり、地域支援体制加算の届出割合は低い。

※ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等がある薬局、かつ特別調剤基本料を算定している薬局、かつ1年間の処方箋受付回数が1回以上の薬局に関する検討：**451施設**

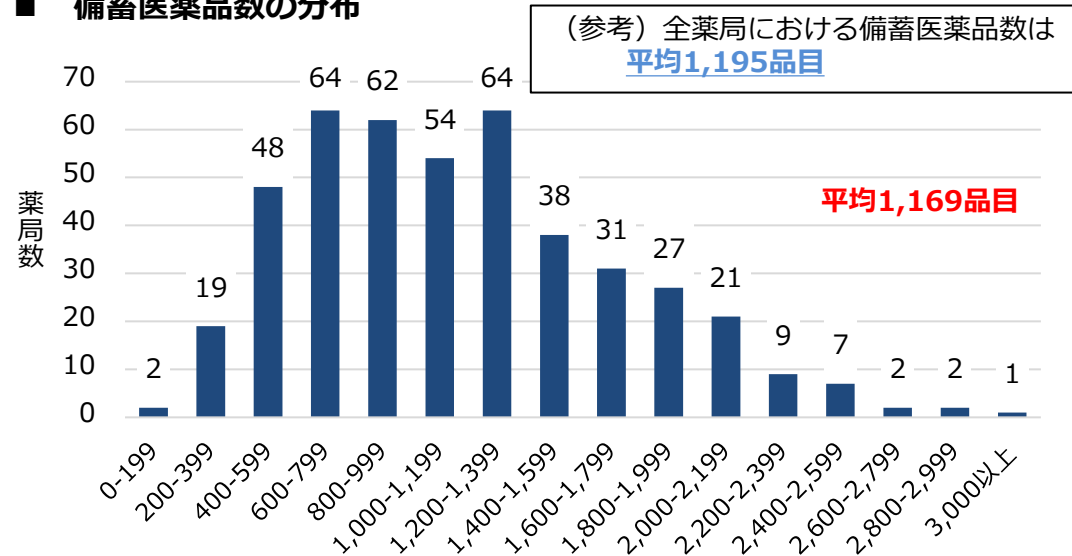
■ 1年間の処方箋受付回数の分布



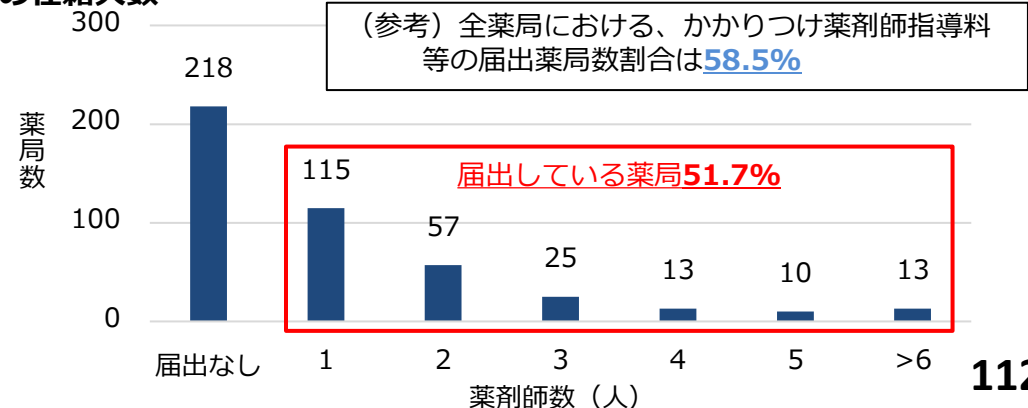
■ 地域支援体制加算の届出状況



■ 備蓄医薬品数の分布



■ かかりつけ薬剤師指導料等の届出薬局数及び要件を満たす保険薬剤師の在籍人数



医療機関における敷地内薬局との連携状況

- 敷地内薬局があると回答した医療機関のうち、敷地内薬局と連携ありと回答した割合は38.9%と低く、医療機関側からみると連携していると認識されていないことが多い状況であった。
- 連携ありの場合の具体的な連携内容は、「処方内容の問い合わせに関する業務の簡素化」が多かったが、全体の回答状況としては、連携していると認識されている項目が少なかった。

■ 医療機関における敷地内薬局の有無 (n=452)

	医療機関数	割合 (%)
敷地内薬局あり	18	4.0
敷地内薬局なし	434	96.0

■ 敷地内薬局との連携の有無 (n=18)

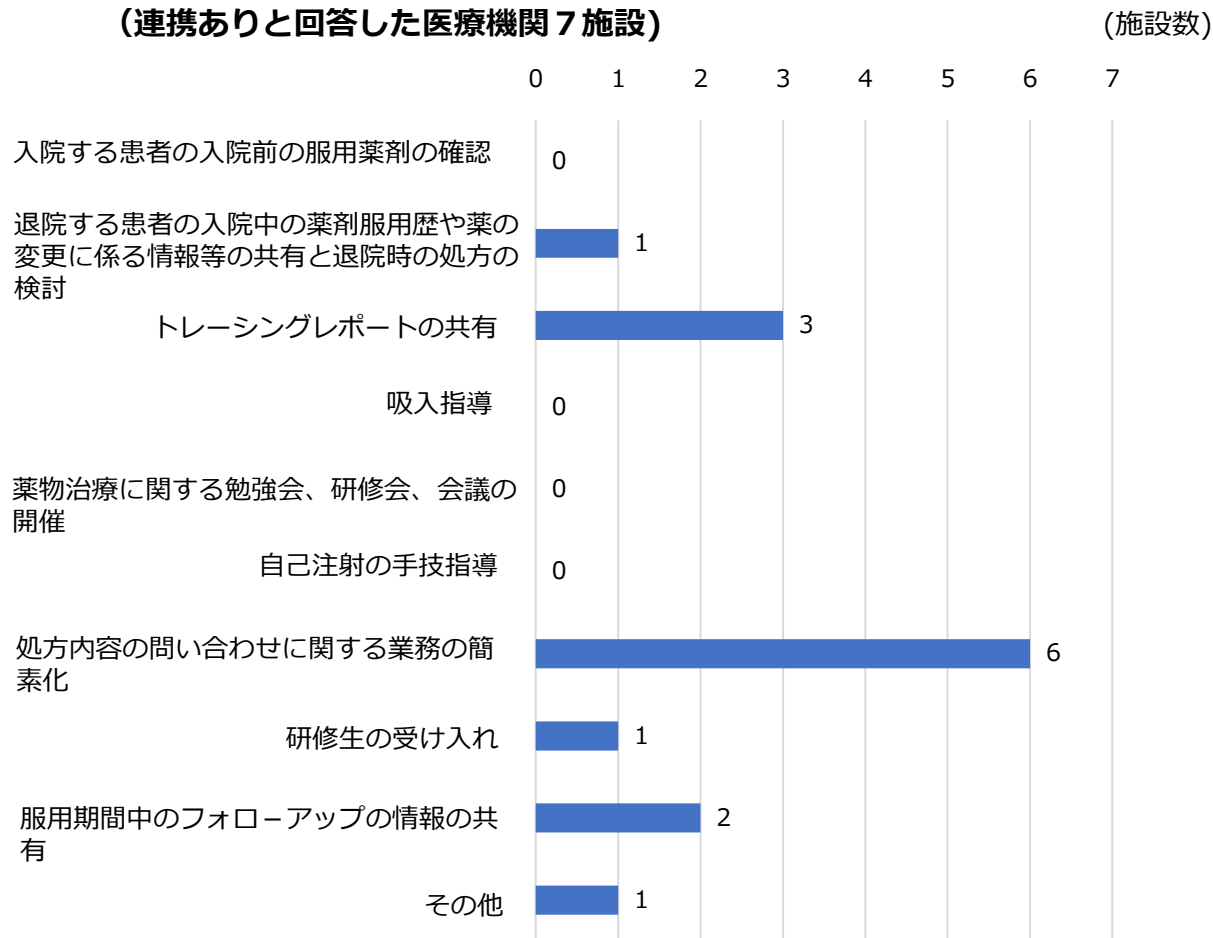
	医療機関数	割合 (%)
連携あり	7	38.9
連携なし	11	61.1

出典：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査
「医療機関の薬剤師における業務実態調査」

(参考) 令和3年度の上記と同様の調査では、具体的連携内容は調査していないが、敷地内薬局を有する医療機関の連携状況は以下のとおりであり、同様の傾向であった。

	医療機関数	割合 (%)
連携あり	17	43.6
連携なし	22	56.4

■ 敷地内薬局との連携内容 (複数回答) (連携ありと回答した医療機関7施設)

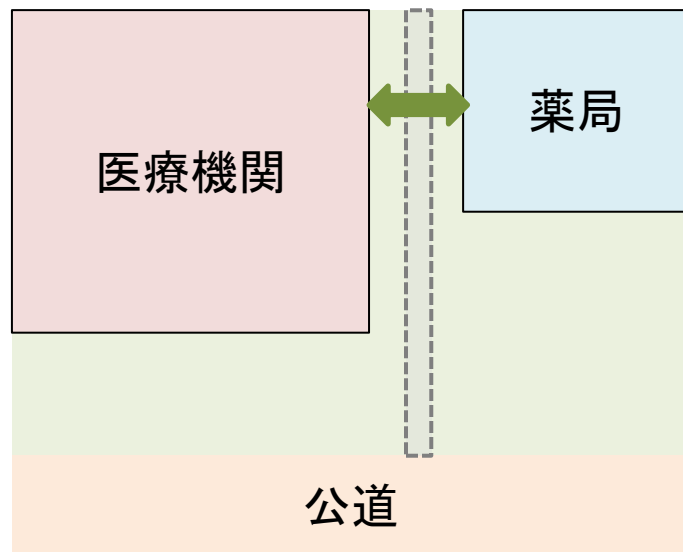


(参考) 医療機関の敷地内に薬局を開設する場合のイメージ

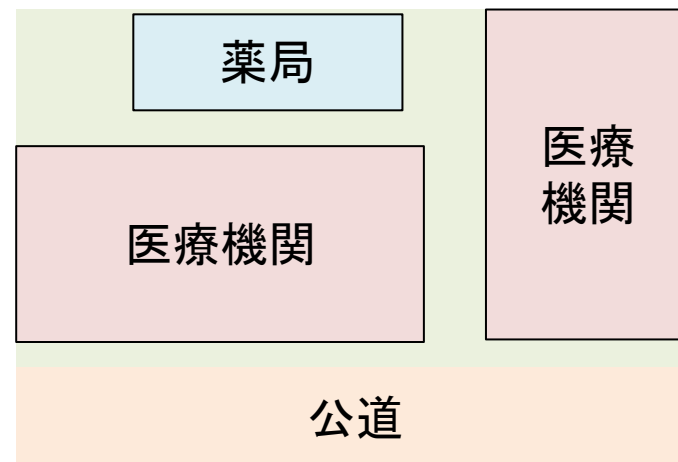
- 構造設備規制の緩和により、公道を経なくても敷地内で医療機関と行き来できる保険薬局を開設・指定することが可能になった。公道等から容易に確認できること等の保険薬局の指定を受けるための法令上の規定としては適合しているが、通常の公道を利用している住民にとっては、医療機関との識別や薬局の確認、医療保険以外における薬局の利用のしやすさ等がこれまでの状況とは異なっている。

- 構造設備規制の緩和により、フェンスを設けなくても敷地内で医療機関と薬局の行き来ができるようになった。

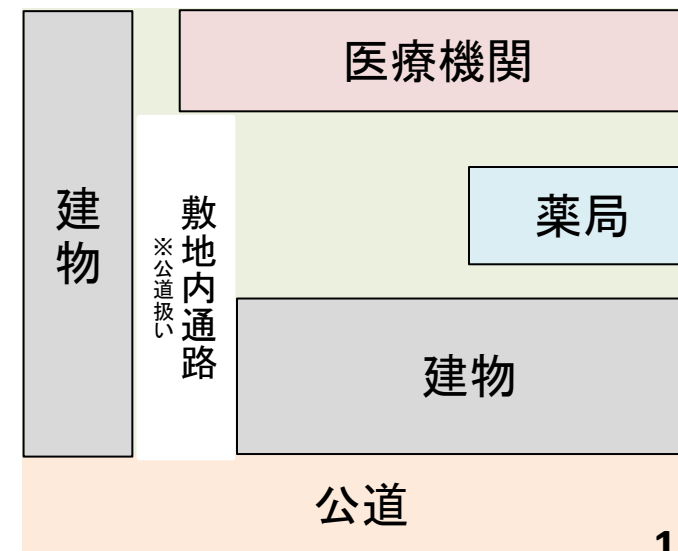
構造設備規制の緩和
(公道を経るためのフェンスの設置は不要)



- 公道から見ると、建物からかなり奥に薬局が開設されている(イメージ)



- 敷地内の通路から薬局を容易に確認できるが、公道を利用する住民は医療機関の敷地内に行かないと薬局の把握が難しい(イメージ)



新興感染症の発生時等における薬局の体制の評価

- 災害や新興感染症の発生時等においても薬局が継続して地域の医薬品供給や衛生管理に関する対応等を維持できる体制を評価する観点から、令和4年度改定において連携強化加算を新設。

調剤基本料 連携強化加算：2点

[算定要件の概要]

地域支援体制加算を算定している場合に、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

[施設基準の概要]

■医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

- ・ 医薬品の提供施設として薬局機能の維持
- ・ 避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等
- ・ 災害の発生時における体制や対応についての手順書等の作成と薬局内の職員への共有
- ・ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等に関する研修の実施

■都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

- ・ 地域の協議会、研修又は訓練等への参加の計画の作成（年1回程度の参加が望ましい）
- ・ 必要に応じて地域の他の保険薬局等との協議会等の結果の共有

■体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

- ・ 体制を確保していることについて薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表

■都道府県等からの協力要請があった場合に地域の関係機関と連携し必要な対応を実施（※）

- ・ 夜間休日など含めて新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売体制を備えていること
- ・ 新型コロナウイルス感染症治療薬を自局で備蓄・調剤していること

※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

第8次医療計画における 新興感染症発生・まん延時の医療体制の構築(薬局に関する事項)

- 第8次医療計画においては、薬局については、新興感染症発生・まん延時に医薬品等対応(調剤・医薬品等交付・服薬指導等)を行う体制を構築することが求められている。

2 各医療機関との連携

(3) 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能(自宅療養者等への医療の提供)

① 目標

- ・ 新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制(※)を目指すこと(居宅等で療養する新興感染症患者とは、自宅・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等をいい、医療機関とは、病院及び診療所のほか、薬局及び訪問看護事業所を含む。)

- ・ 電話・オンライン診療、往診等、訪問看護の別に目標設定すること

(※) 令和4年12月時点で、全国で、健康観察・診療医療機関：約2.7万医療機関、**自宅療養者等のフォローを行う薬局：約2.7万箇所**、訪問看護ステーション：約2.8千箇所

② 医療機関に求められる事項

- ・ **薬局については、必要な体制(※)整備を行い、都道府県知事からの要請を受けて、発熱等患者の医薬品等対応(調剤・医薬品等交付・服薬指導等)を行うこと**

(※) 患者の求めに応じて情報通信機器を用いた服薬指導の実施が可能であること、薬剤の配送等の対応を行っていること、夜間・休日、時間外の対応(輪番制による対応を含む。)を行っていること

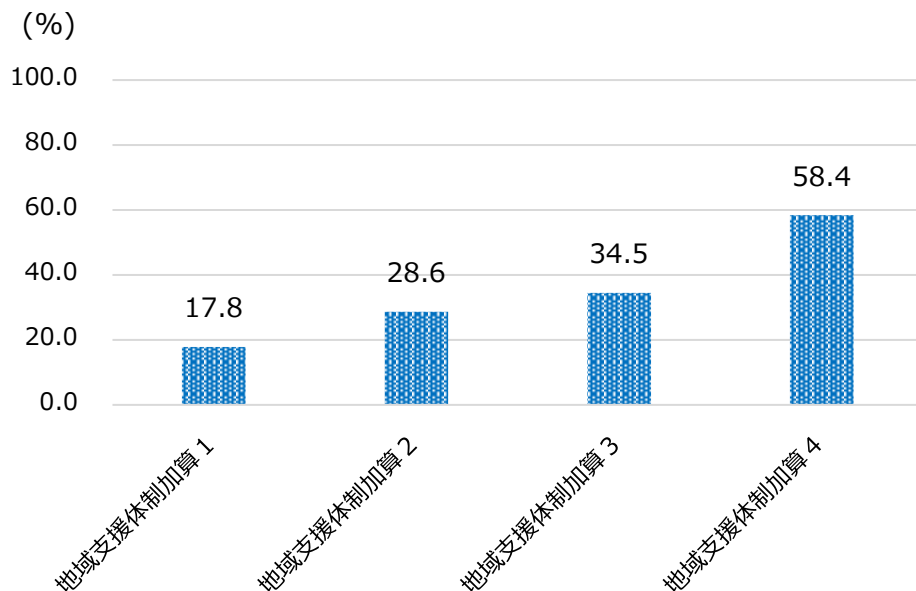
連携強化加算の届出状況等

- 連携強化加算の届出は、地域支援体制加算届出薬局の24.2%であり、加算別では、地域支援体制加算4の届出薬局の割合が多く、約6割の薬局で届出があった。(令和5年7月時点)
- 連携強化加算の届出薬局においては、届出なしの薬局に比べ、より多くの新型コロナウイルス感染症に係る対応が実施されていた。(令和4年9月時点)

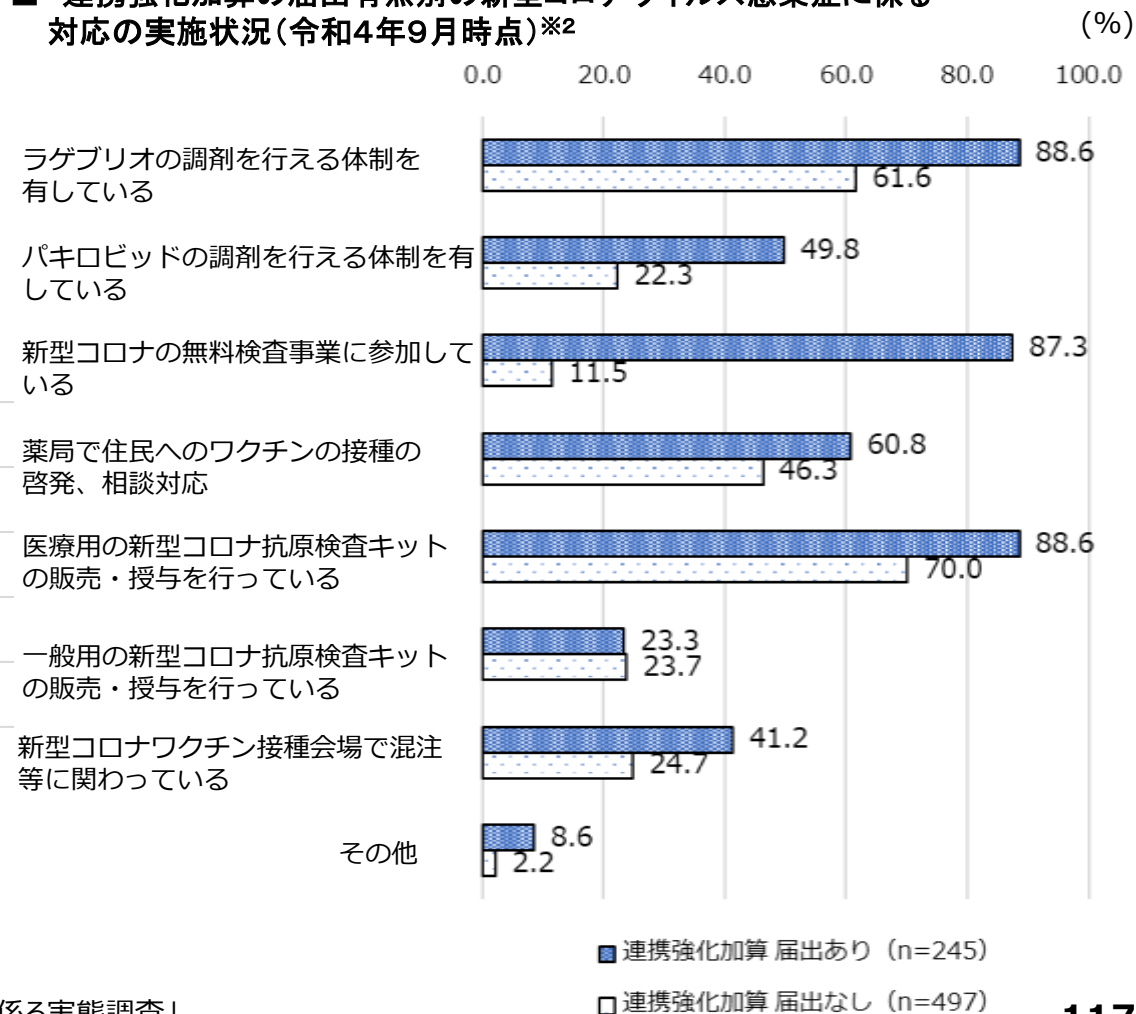
■ 連携強化加算の届出施設数※1

届出薬局数	5,619施設 (地域支援体制加算届出薬局数 全体の24.2%)
(参考) 地域支援体制加算届出薬局数	23,127施設

■ 地域支援体制加算別の連携強化加算届出の割合※1 (7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



■ 連携強化加算の届出有無別の新型コロナウイルス感染症に係る対応の実施状況(令和4年9月時点)※2



出典：※1 保険局医療課調べ (令和4年7月1日時点)

※2 令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

後発医薬品の使用割合の目標と推移

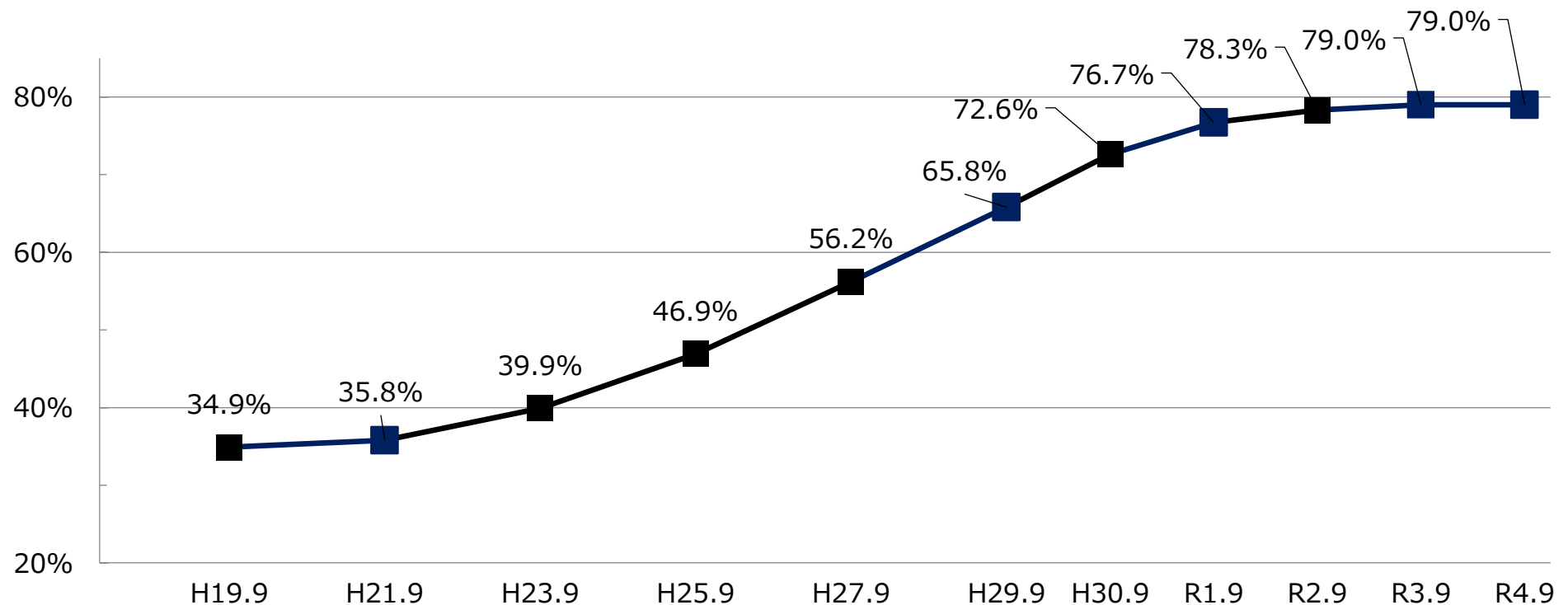
「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標（脚注）**についての検証**、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラの活用等、更なる使用促進を図る。

（脚注）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の**数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上**とする目標。



注）「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

後発医薬品の使用促進に関する診療報酬上の評価の経緯①

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2002年 (H14)	処方箋料 (後発医薬品を含む場合2点加算)			後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき2点加算等)	
2004年 (H16)					
2006年 (H18)			処方箋様式の変更 (変更可欄の新設)	後発医薬品情報提供料： 10点	
2008年 (H20)			処方箋様式の変更 (変更不可欄に変更)	変更調剤時に分割調剤とした場合の調剤基本料を設定(お試し調剤:5点)	後発医薬品調剤体制加算 後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合 30%以上：4点
2010年 (H22)		後発医薬品使用体制加算 (入院) 後発医薬品採用割合 20%以上：30点		含量違いの後発医薬品等の変更の明確化	数量ベースでの後発医薬品の使用割合 20%以上：6点 25%以上：13点 30%以上：17点
2012年 (H24)	一般名処方加算： 2点加算	20%以上：28点 30%以上：35点	処方箋様式の変更 (処方薬ごとに変更の可否を明示)	薬剤服用歴管理指導料の算定要件化	22%以上：5点 30%以上：15点 35%以上：19点
2013年 (H25)			新指標(後発医薬品の数量シェア*)の導入 *後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量		
2014年 (H26)				要件追加(一般名処方時に後発医薬品を調剤しない場合、理由を明細書に記載)	(新指標) 55%以上：18点 65%以上：22点

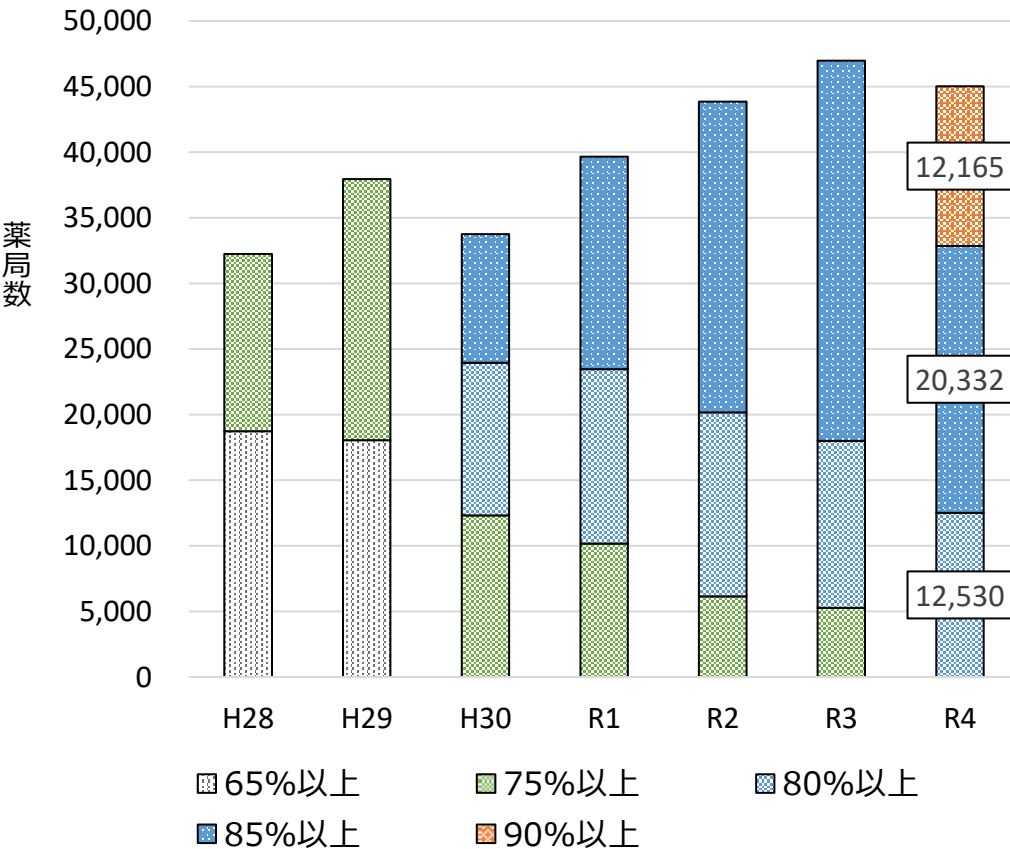
後発医薬品の使用促進に関する診療報酬上の評価の経緯②

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	(一般名処方加算) 全品目：3点 1品目以上：2点	(後発医薬品使用体制加算(入院))： 後発医薬品使用割合 50%以上：28点 60%以上：35点 70%以上：42点	外来後発医薬品使用 体制加算(診療所の み)： 後発医薬品使用割合 60%以上：3点 70%以上：4点		(後発医薬品調剤体制加算) 65%以上：18点 75%以上：22点
2018年 (H30)	全品目：6点 1品目以上：4点	60%以上：22点 70%以上：35点 80%以上：40点 85%以上：45点	70%以上：2点 75%以上：4点 85%以上：5点		75%以上：18点 80%以上：22点 85%以上：26点 20%以下(調剤基本料から 2点減点)
2020年 (R2)	全品目：7点 1品目以上：5点	70%以上：37点 80%以上：42点 85%以上：47点			75%以上：15点 80%以上：22点 85%以上：28点 40%以下(調剤基本料から 2点減点)
2022年 (R4)		75%以上：37点 85%以上：42点 90%以上：47点	75%以上：2点 85%以上：4点 90%以上：5点		80%以上：21点 85%以上：28点 90%以上：30点 50%以下(調剤基本料から 5点減点)

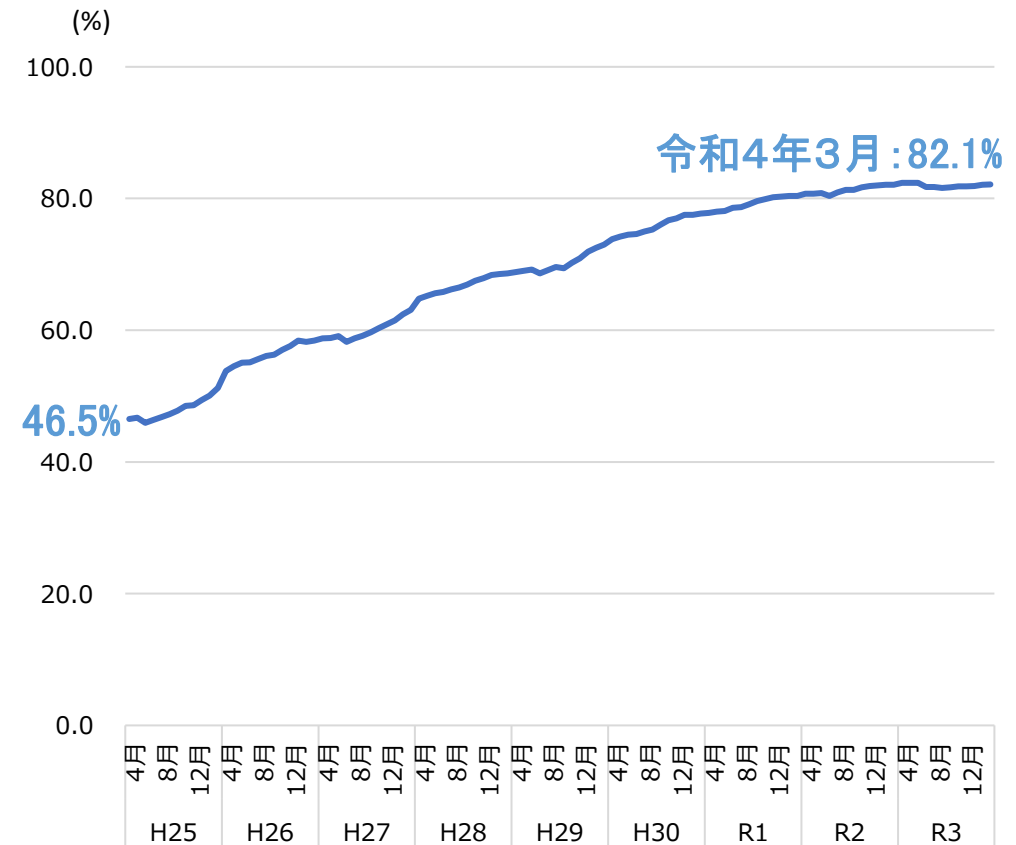
薬局における後発医薬品の調剤

- 後発医薬品調剤体制加算の届出をしている薬局は45,027施設であり、全体の約7割。令和4年改定により加算を算定できる調剤割合を引き上げたことから、届出数は減少した。
- 薬局における後発医薬品の数量割合は、令和4年3月で82.1%。

■ 後発医薬品調剤体制加算届出薬局数（各年7月1日届出数）



■ 薬局における後発医薬品の数量割合（新指標）



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 ※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕
 (「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

出典：調剤医療費（電算処理分）の動向より医療課作成

調剤についての課題と論点

(全体)

- ・ 薬局における薬剤師の業務については、「患者のための薬局ビジョン」や改正薬機法に基づき、地域包括ケアシステムのもとで、医療機関等との連携、在宅医療への対応等も含む、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するための取組が進みつつあるものの、地域において薬剤師が専門性を発揮して役割を果たすためには、引き続き、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが求められる。
- ・ また、薬局は地域における医薬品の供給拠点としての役割を果たすべきであり、セルフケア・セルフメディケーションの取組など処方箋を持たなくても住民がアクセスできるような業務を行うことが求められている。

(調剤医療費)

- ・ 調剤医療費のうち、技術料は約2.0兆円であり、令和4年度に調剤報酬の評価体系の見直しを行い、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、これまでの直接の比較はできないが、見直し後は薬学管理料の割合が約5割となっている。
- ・ 見直しにより薬学管理料において新設された「調剤管理料」について、算定回数や総額は、調剤日数の区分が大きくなるほど多くなっており、29日分以上の区分が最も多い。
- ・ 調剤管理加算は、75歳以上での算定回数が最も多く、全体としては初めて処方箋を持参した場合と2回目以降に処方箋を持参した場合の算定割合は同等であった。

(服薬指導・かかりつけ薬剤師)

- ・ 服薬指導管理料の算定状況では7割以上が3月以内に再度来局した患者であった。継続的服薬指導は、新しく薬剤を追加した際に多く実施されており、電話で実施する割合が多かった。指導を受けた患者は薬物治療の不安が解消されたり、意識が高まった人が多い。
- ・ 継続的服薬指導を含め、個別の疾患領域においては地域において多職種との連携により、医療機関と薬局等との連携を充実させて患者を支えていく取組もある。また、患者への情報活用ツールとして医薬品リスク管理計画(RMP)に基づく詳細な説明資料を用いる場合もある。
- ・ かかりつけ薬剤師指導料等の届出割合は増加傾向であり、患者年齢別にみると10歳未満、75歳以上で算定回数が多くなっている。かかりつけ薬剤師のいる患者は34%であり、薬の継続的な把握や丁寧な説明、薬の飲み合わせなどのチェック等がよかったとの意見であった。
- ・ 服薬指導の概要は調剤録に記載することになっているが、調剤報酬上の薬剤服用歴等への記載を求める事項が多岐にわたっており、薬剤服用歴等への記載だけで残業する薬剤師は全体の約3割弱存在する。

(重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価)

- ・ 薬剤師により処方箋の疑義照会を行っているのは全体の2.6%であり、そのうち薬学的な疑義照会は8割を超えている。
- ・ 残薬の解消に係る取組に係る評価の算定回数は増加傾向である。一包化に伴う服薬支援は全体の1/4で実施されており、75歳以上では半数以上となっている。

調剤についての課題と論点

(医療機関と薬局の連携等)

- ・ 薬局が医療機関へ情報提供する割合は増加しており、医療機関に送付する服薬情報等提供料2の算定が令和3年度以降に特に増加している。情報共有を円滑に行うため、地域で統一様式を定めて取り組んでいる事例もある。一方で、医療機関が求める情報と薬局が提供する情報に差がある。
- ・ 入院患者の退院時の薬局の関わりについては、退院時共同指導料の算定は少ないものの増加傾向にあり、令和4年度の調剤報酬改定により参加要件が見直されたことにより関与し始めたケースが認められ、算定薬局の4割でビデオ通話を用いて参加している。

(薬局の体制に関する評価)

- ・ これまでの大型駅前薬局の見直しのほか、令和4年度改定では大規模グループ薬局の店舗数に応じた基本料の見直しを行った結果、新設された調剤基本料3ハの薬局は15%を超えており、調剤基本料1の薬局は約85%から約70%まで低下した。
- ・ 地域支援体制加算は38.2%の薬局で算定されており、新設された地域支援体制加算2(調剤基本料1の薬局で高い要件を満たす必要がある加算)は調剤基本料1を算定する薬局の21.5%が算定している。地域支援体制加算の算定薬局は、算定していない薬局と比較して医療用医薬品の備蓄品目が多い。
- ・ 連携強化加算の届出割合は24.2%であり、加算を算定している薬局の方が、より多くの施設で新型コロナウイルス感染症に係る対応が実施されていた。
- ・ 敷地内薬局は、処方箋受付回数が多いものの、地域支援体制加算の届出割合は低かった。医療機関側からは連携していると認識されていない薬局も半数以上存在している。
- ・ 後発医薬品の調剤体制加算は、令和4年度改定で算定要件が引き上げられたが、届出数はほぼ変わらず全体の約7割であった。薬局での後発医薬品の使用割合は82.1%であった。

【論点】

- 薬局・薬剤師が、対物中心の業務から患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、患者・住民の薬物療法や健康維持・増進の支援に一層取り組む観点から、最近の診療報酬の各種算定状況も踏まえ、調剤報酬における評価のあり方について、どのように考えるか。
- かかりつけ薬剤師・薬局の取組の促進、多剤・重複投薬への取組、在宅の対応など、薬剤師が他職種と連携しつつ専門性を発揮して質の高い薬物療法を提供するために必要な対応に係る評価について、どのように考えるか。
- 薬局は立地に依存するのではなく、患者・住民のニーズに対応する機能を果たしつつ、地域における医薬品の供給拠点としての役割を発揮するため、周囲の薬局との連携も含め、薬局の体制に係る評価についてどのように考えるか。