

『令和6年度診療報酬改定の概要』

～病院薬剤師はいかに評価されたか現状と課題 今後の方向性～

一般社団法人 日本血液製剤機構（略称“JB”）
事業戦略部
谷澤 正明

【職歴】

たにざわまさあき

谷澤正明（一般社団法人日本血液製剤機構 事業戦略部 主席）1961年生まれ

職歴

1983年4月（現）田辺三菱製薬入社 MR、営業所長等歴任

2002年4月（現）田辺三菱製薬 営業本部 営業推進部 マネジャー等歴任

2014年4月 田辺三菱製薬より日本血液製剤機構へ転籍 業務を継承 現職

様々な学会や研究会はじめ、全国700箇所以上の医療機関で招請に応じて講演活動を行う



最近の講演演題

「令和6年度診療報酬改定の概要 ～トリプル改定 働き方改革 医療DX改定にいかに対応するか」

「コロナ禍を乗り越え、働き方改革元年・医療DXに備える ～〇〇病院はいかに対応するか～」

「病院薬剤師評価の方向性 ～病院薬剤師の未来を考える～」

講演した学会、研究会、講演会等

「日本病院学会」「医療マネジメント学会」「診療情報管理学会」「日本脳卒中学会学術総会」「日本脳神経外科学会学術総会」「日本集中治療学会」「日本臨床麻酔学会」「日本医療薬学会年会」「日本赤十字医学会総会」「日本農村医学会」「国立病院総合医学会」等

講演した岩手県の病院

岩手医科大学附属病院 岩手県立中央病院 盛岡赤十字病院 岩手県立中部病院 岩手県立磐井病院 岩手県立二戸病院

Contents

今日は病院薬剤師部分
を抜粋してお話します

診療報酬改定への基本認識

- * 2040年問題 人口減少と高齢化 働き方改革と人手不足
- * 統合・再編・医療連携推進法人時代へ
- * 医療DX2030年 全世代型社会保障 社会保障制度の持続性

診療報酬改定の前提条件・環境

- * 迫りくる2025年問題 賃金上昇 急増する高齢者救急搬送
- * 第8次医療計画(5疾病6事業) 働き方改革 医療DX

R06年度 トリプル改定・働き方改革元年・医療DX改定

- * 医療計画 脳・心・がん・感染・救急・小児・周産期・精神等
- * 働き方改革 外来・入院機能分化 タスクシェア・シフト等々
- * 医療DX 電子処方箋 サイバーセキュリティ オン資確認 HL7FHIR マイナカード
- * イノベーションと効率化・適正化 GE・BS 長期収載品等々

賃上げ

栄養

リハ

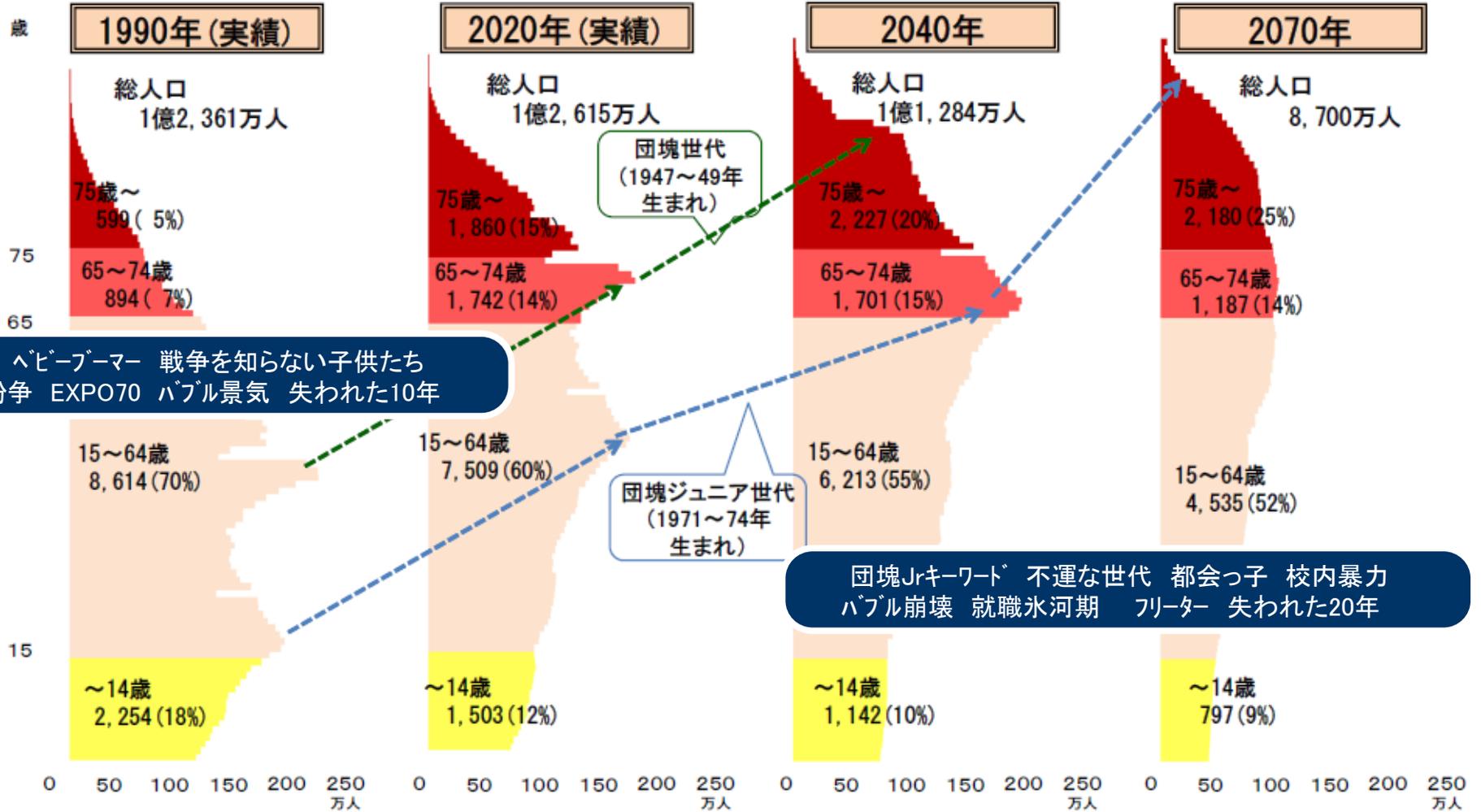
口腔
ケア

ACP

身体
拘束

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
 ○2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



団塊キーワード`ベビーブーマー` 戦争を知らない子供たち
 東京五輪 学園紛争 EXPO70 バブル景気 失われた10年

団塊Jrキーワード`不運な世代` 都会っ子 校内暴力
 バブル崩壊 就職氷河期 フリーター 失われた20年



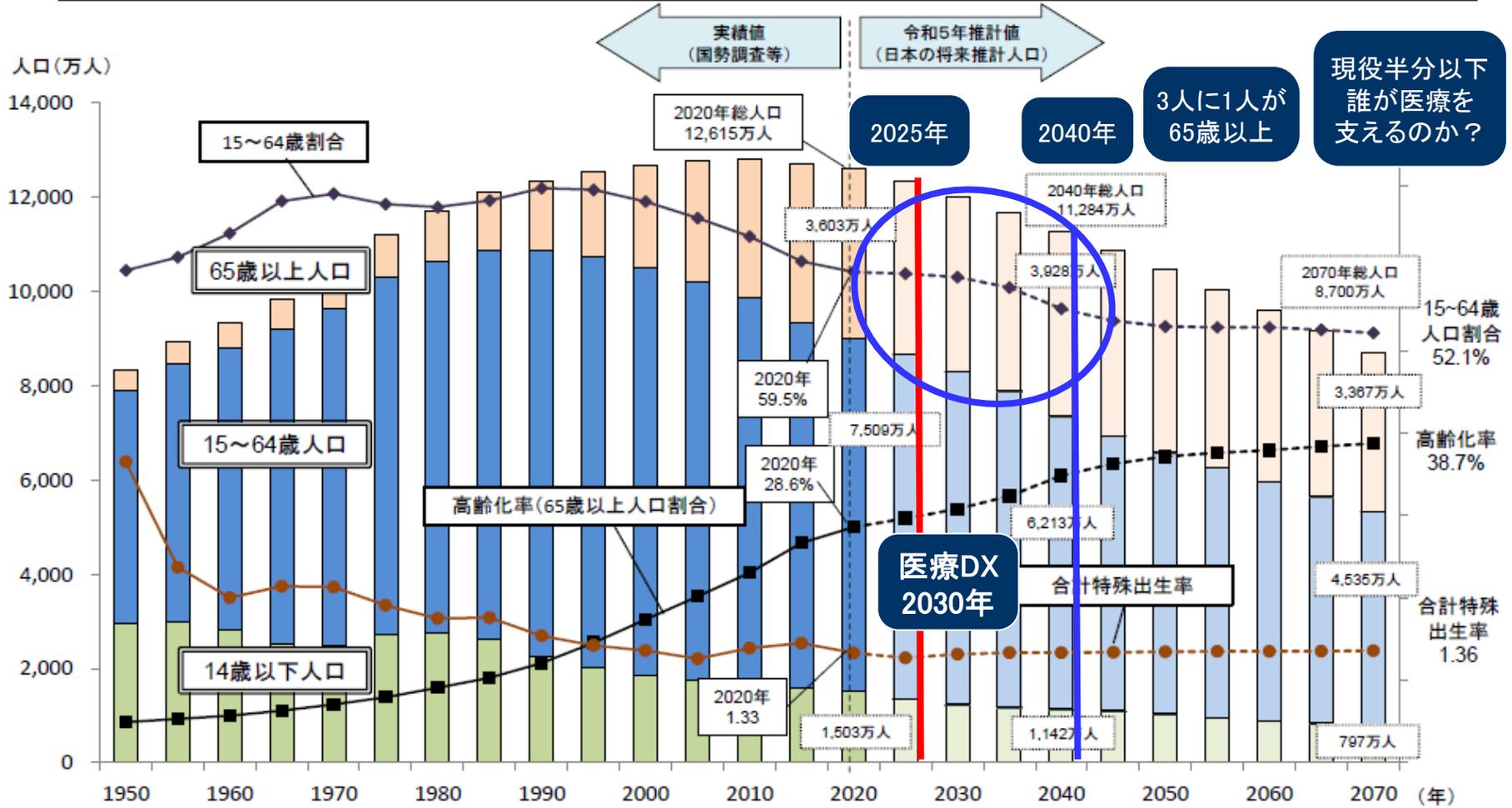
(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)

2025年問題(団塊世代 総後期高齢者化) 2040年問題(団塊Jr世代 総前期高齢者化)

日本の人口の推移

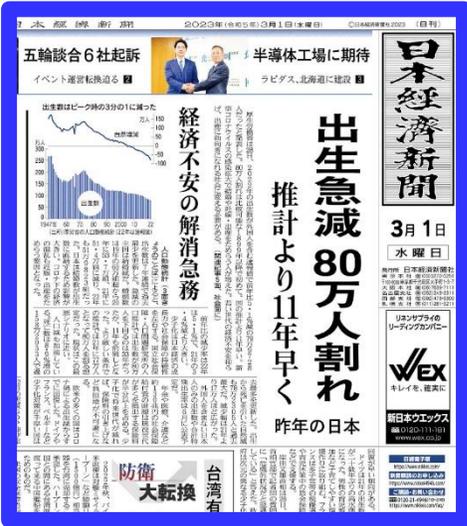
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

**2040年問題
+2030年医療DX**



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

2023年総人口減少局面 2030年医療DX 2040年65歳以上高齢者数不変+現役層(団塊Jr現役引退)減少



人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

	増加	人口増減率(2015年→2040年)					
		±0~▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40%	~▲50%	
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)				
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)				
20~50万人	つくば市、越谷市、林市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川崎市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、岡崎市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富士市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市(12団体)		函館市(1団体)	
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、東津守市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、沼島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	鶴岡市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、秩西市、越前市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大坂市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)		石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)	小樽市(1団体)
3~10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、川口市、伊奈町、印西市、千代田区、柏江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、相模原市、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、直野津市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久保市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可見市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菟野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰府市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市(63団体)	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂町、神橋市、東海村、川見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、桶川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、磐田市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、福美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、四方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	高崎市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、波波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、白根町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かずみがうら市、藤田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、鎌岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、本本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、柏崎市、魚津市、滑川市、小糸町、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本巣市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、猪名川町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、苅田町、伊万里市、島原市、荒尾市、宇土市、益城町、中津市、宇佐市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、藤原川内市、日置市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、釧路市、稚内市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、石巻市、栗原市、横手市、一関市、鹿角市、中津川市、磐前市、湯江町、湯沢市、大崎市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、茨城町、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、西条市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、粟川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、水見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、蕨崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、備前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、八女市、大川市、中間市、朝倉市、ひやま市、雲山市、人吉市、天草市、日田市、佐伯市、臼杵市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曾於市、薩摩市、南九州市(117団体)	稚内市、つがる市、気仙沼市、能代市、湯沢市、南房総市、佐渡市、海津市、伊豆市、志摩市、穴穂市、五條市、宇陀市、新見市、萩市、長門市、東かがわ市、宇和島市、八幡浜市、嘉麻市、平戸市、対馬市、五島市、南島原市、南さつま市(27団体)	

※人口は2015年時点 ※下線(赤文字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30-3)」から作成
※地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている

※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

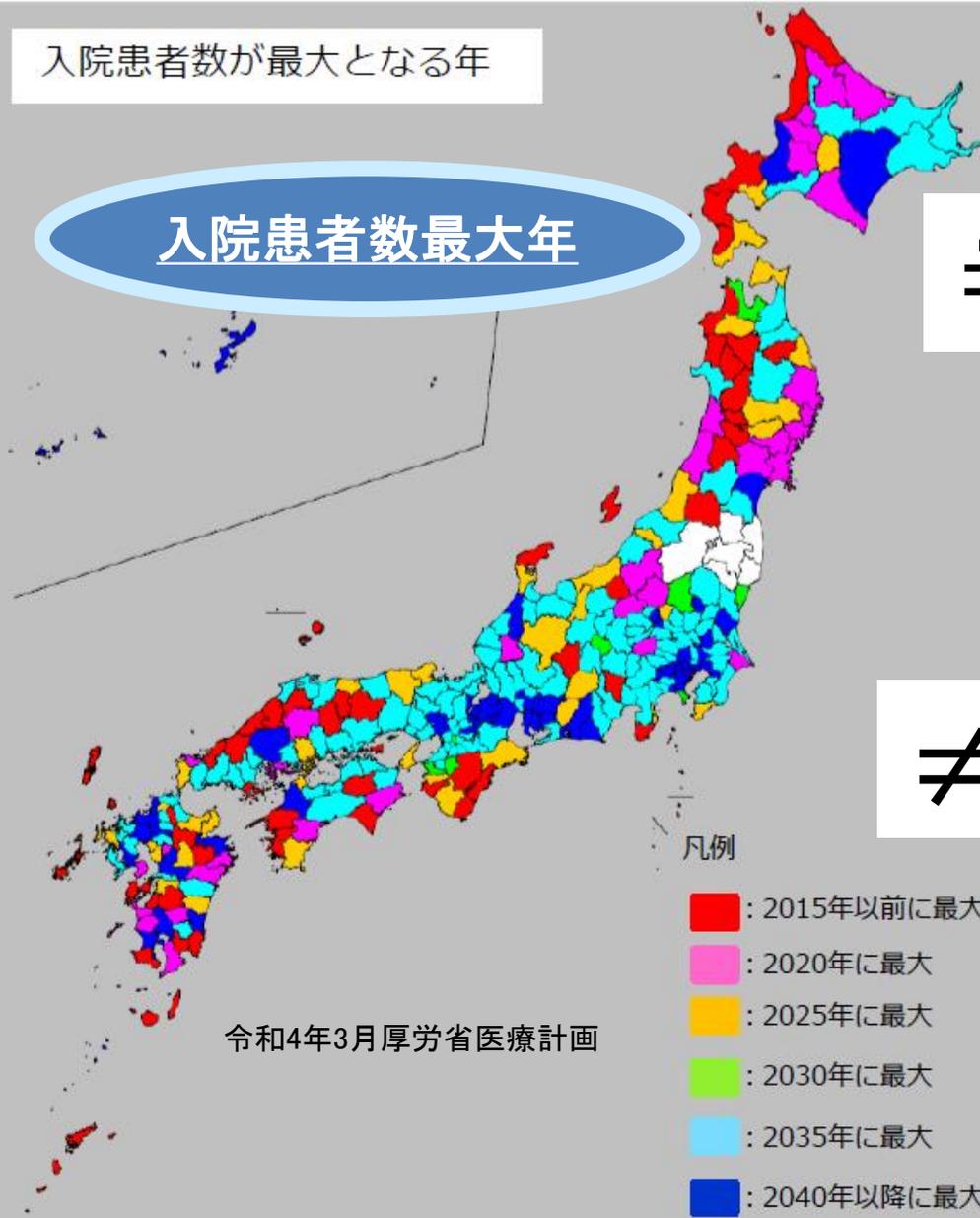
多くの都市で人口減少局面へ

2020年⇒2024年4月

順位	都道府県	市(区)	法定人口 (人)	推計人口 (人)	増減率 (%)	種別	推計人口の 統計年月日
283	岩手県	北上市	93,045	92,086	-1.03		2024年4月1日
462	岩手県	滝沢市	55,579	54,718	-1.55		2024年4月1日
73	岩手県	盛岡市	289,731	281,410	-2.87	中核市	2024年4月1日
280	岩手県	花巻市	93,193	89,141	-4.35		2024年4月1日
230	岩手県	奥州市	112,937	107,023	-5.24		2024年4月1日
232	岩手県	一関市	111,932	104,704	-6.46		2024年4月1日
738	岩手県	八幡平市	24,023	22,456	-6.52		2024年4月1日
770	岩手県	陸前高田市	18,262	17,037	-6.71		2024年4月1日
723	岩手県	二戸市	25,513	23,710	-7.07		2024年4月1日
725	岩手県	遠野市	25,366	23,533	-7.23		2024年4月1日
639	岩手県	久慈市	33,043	30,418	-7.94		2024年4月1日
625	岩手県	大船渡市	34,728	31,961	-7.97		2024年4月1日
658	岩手県	釜石市	32,078	29,512	-8.00		2024年4月1日
497	岩手県	宮古市	50,369	45,889	-8.89		2024年4月1日

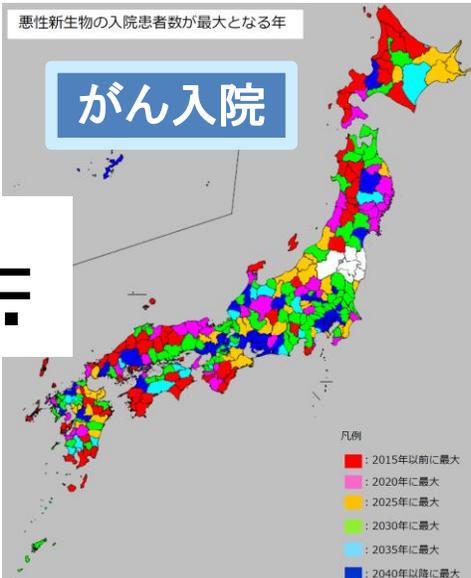
入院患者数が最大となる年

入院患者数最大年



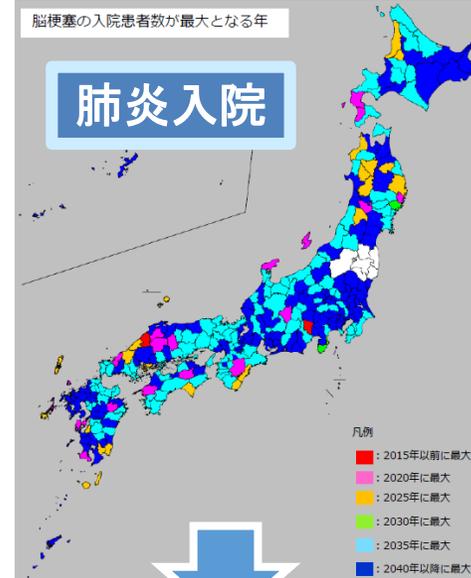
悪性新生物の入院患者数が最大となる年

がん入院



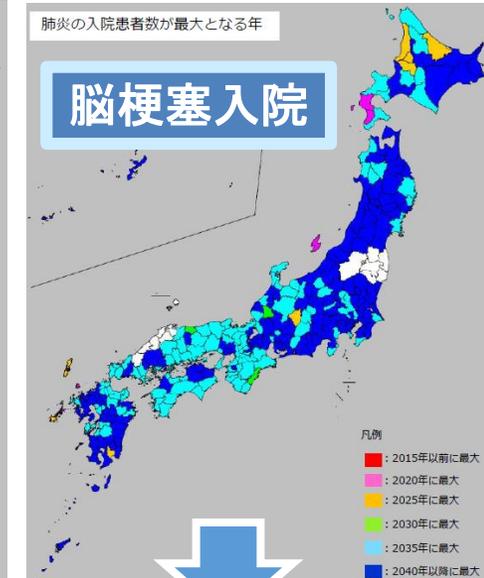
脳梗塞の入院患者数が最大となる年

肺炎入院



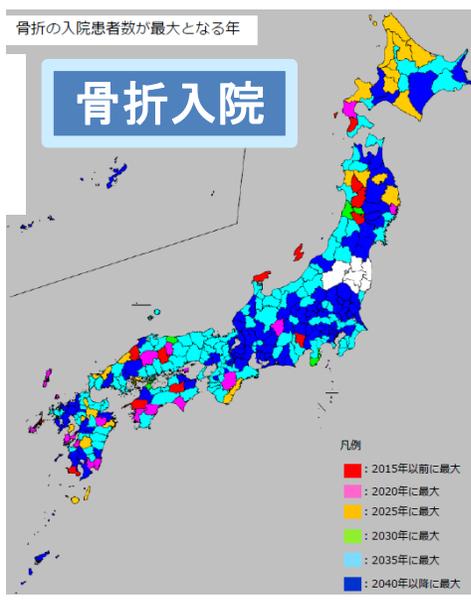
肺炎の入院患者数が最大となる年

脳梗塞入院



骨折の入院患者数が最大となる年

骨折入院



=

≠

高齢者特有の疾患が急増

入院患者増加が見込まれる疾患

- * 脳梗塞
- * 誤嚥性肺炎等
- * 大腿骨近位骨折等
- * 心不全
- * 白内障
- * 認知症

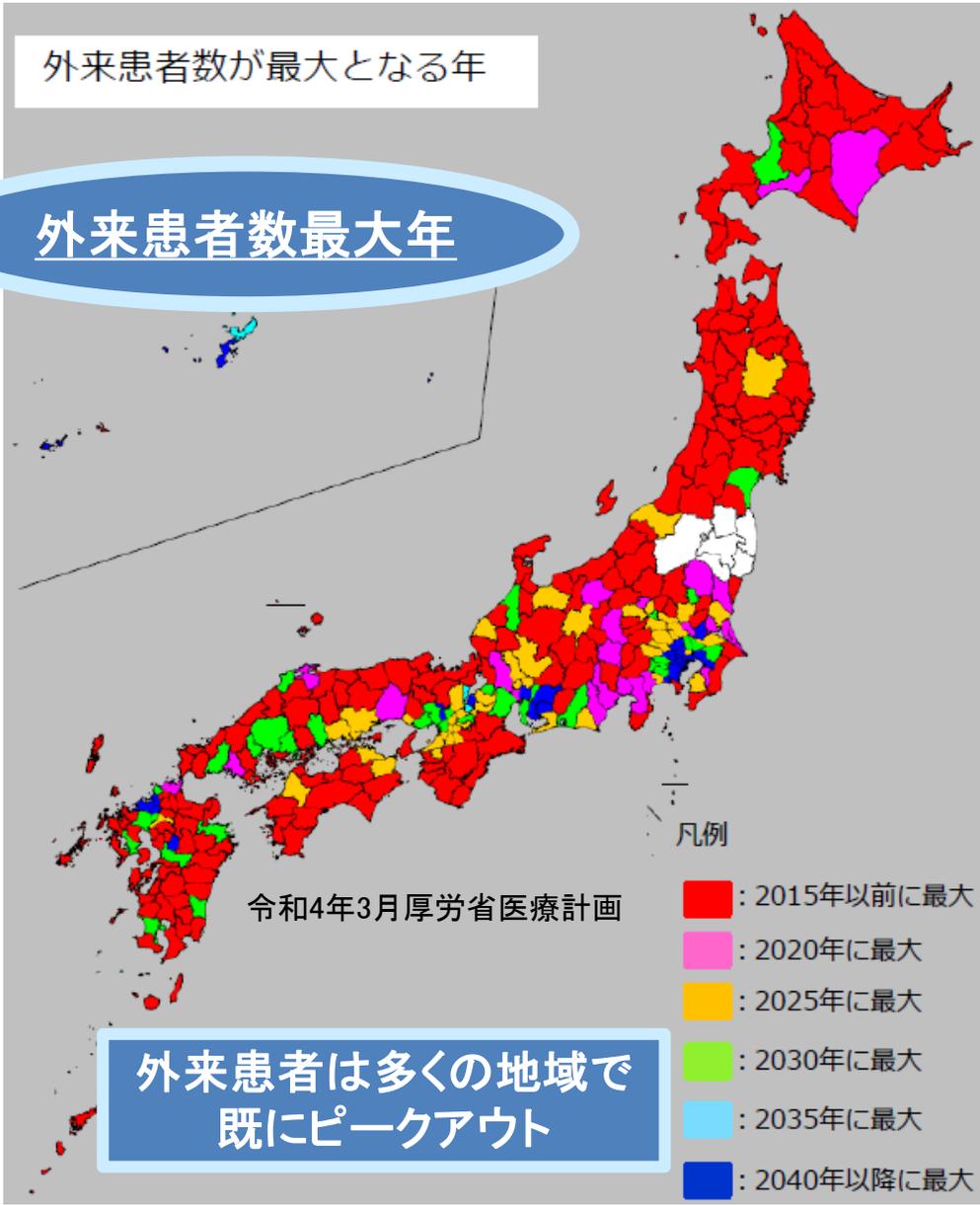
救急医療提供体制
下り搬送システム

入院患者最大年には大きな濃淡がある(地域差が非常に大きい)

* 令和6年度診療報酬改定の一つの焦点
急増する高齢者の救急搬送にいかに対応するか

外来患者数が最大となる年

外来患者数最大年

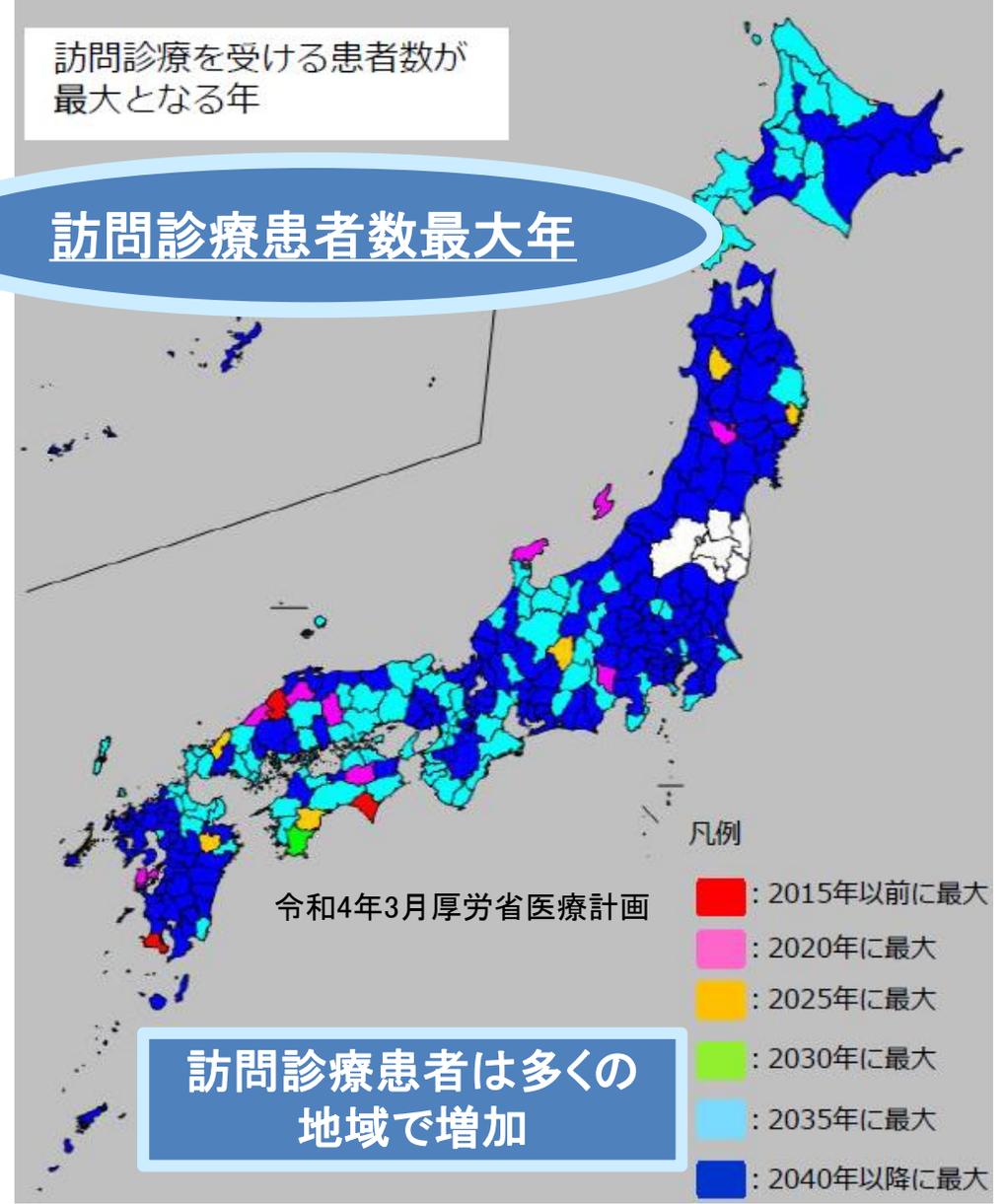


外来患者は多くの地域で既にピークアウト

* 令和6年度診療報酬改定の一つの焦点
外来機能(かかりつけ)をどう考えるか

訪問診療を受ける患者数が最大となる年

訪問診療患者数最大年



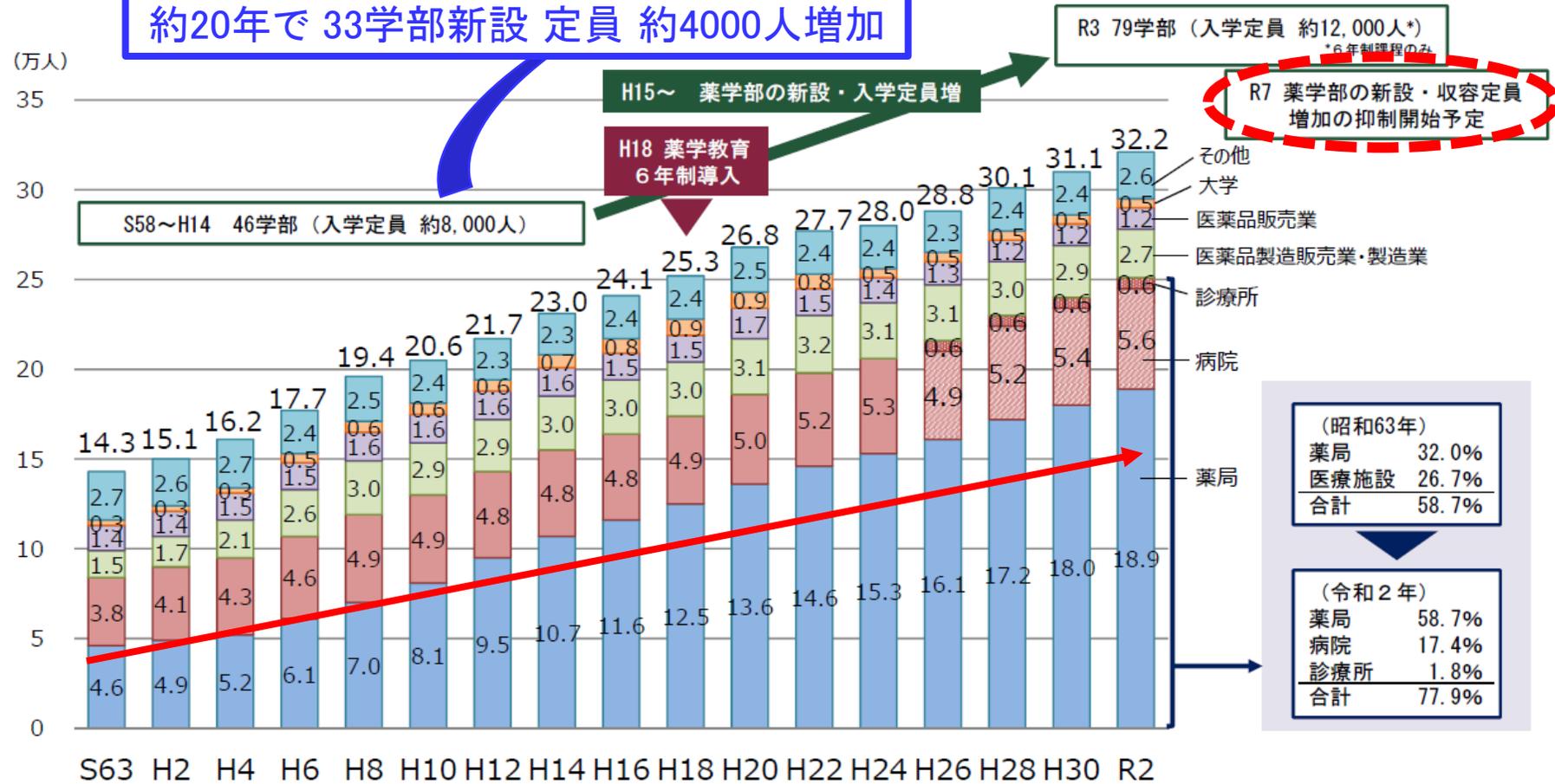
訪問診療患者は多くの地域で増加

* 令和6年度診療報酬改定の一つの焦点
在宅・訪問診療をどう評価するか

薬剤師
養成現状

薬剤師数（業態別）の推移

- 薬剤師の総数は増加している。薬局と医療施設の薬剤師は、全体の77.9%（令和2年）を占めており、薬局の薬剤師の割合が年々高くなっている。



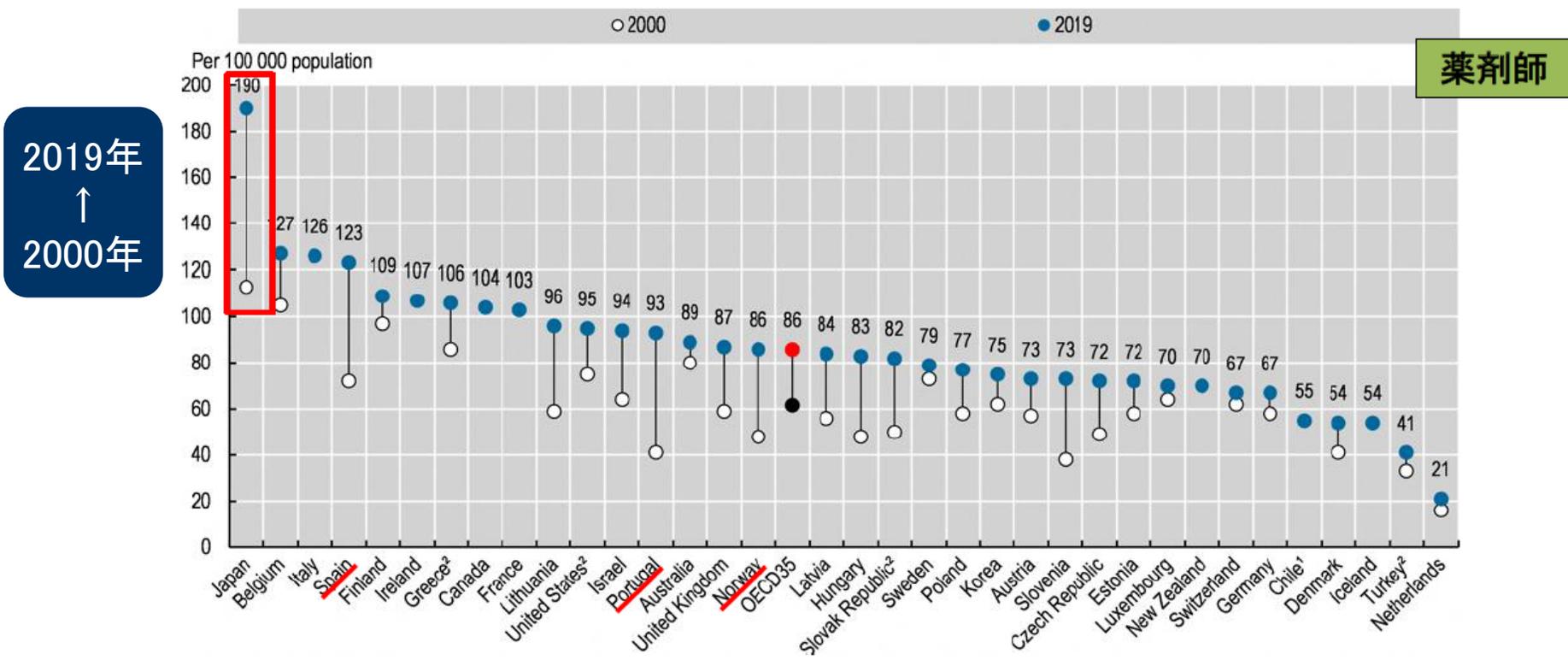
(昭和63年)	
薬局	32.0%
医療施設	26.7%
合計	58.7%
↓	
(令和2年)	
薬局	58.7%
病院	17.4%
診療所	1.8%
合計	77.9%

薬局薬剤師急増 R07年から薬学部新設・定員抑制発動予定

薬剤師
養成現状

Practising pharmacists, 2000 and 2019 (or nearest years)

- OECDの報告によれば、人口10万人当たりの薬剤師数はOECD加盟国の中で日本が最も多かった。(2019年時点で、人口10万人当たり190人)
- 2000年から2019年の伸びは、日本、ポルトガル、スペイン、ノルウェーで大きかった。



2019年
↑
2000年

薬剤師

1. Data refer to all pharmacists licensed to practise.
2. Data include not only pharmacists providing direct services to patients but also those working in the health sector as researchers, for pharmaceutical companies, etc.

出典: Health at a Glance 2021(OECD),
<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6227663-en/index.html?itemId=/content/component/d6227663-en>

わが国の人口10万人あたり薬剤師数 OECD中 ダントツ1位 増加数も世界1位

薬剤師養成現状

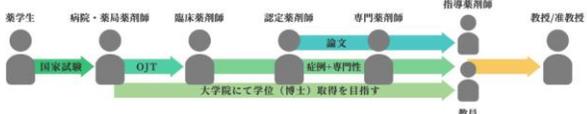
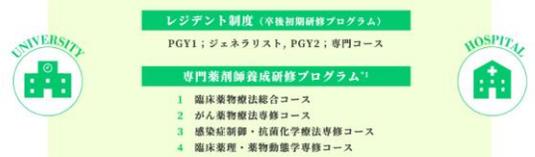


順天堂大学
薬学部

2024年4月 設置認可申請中

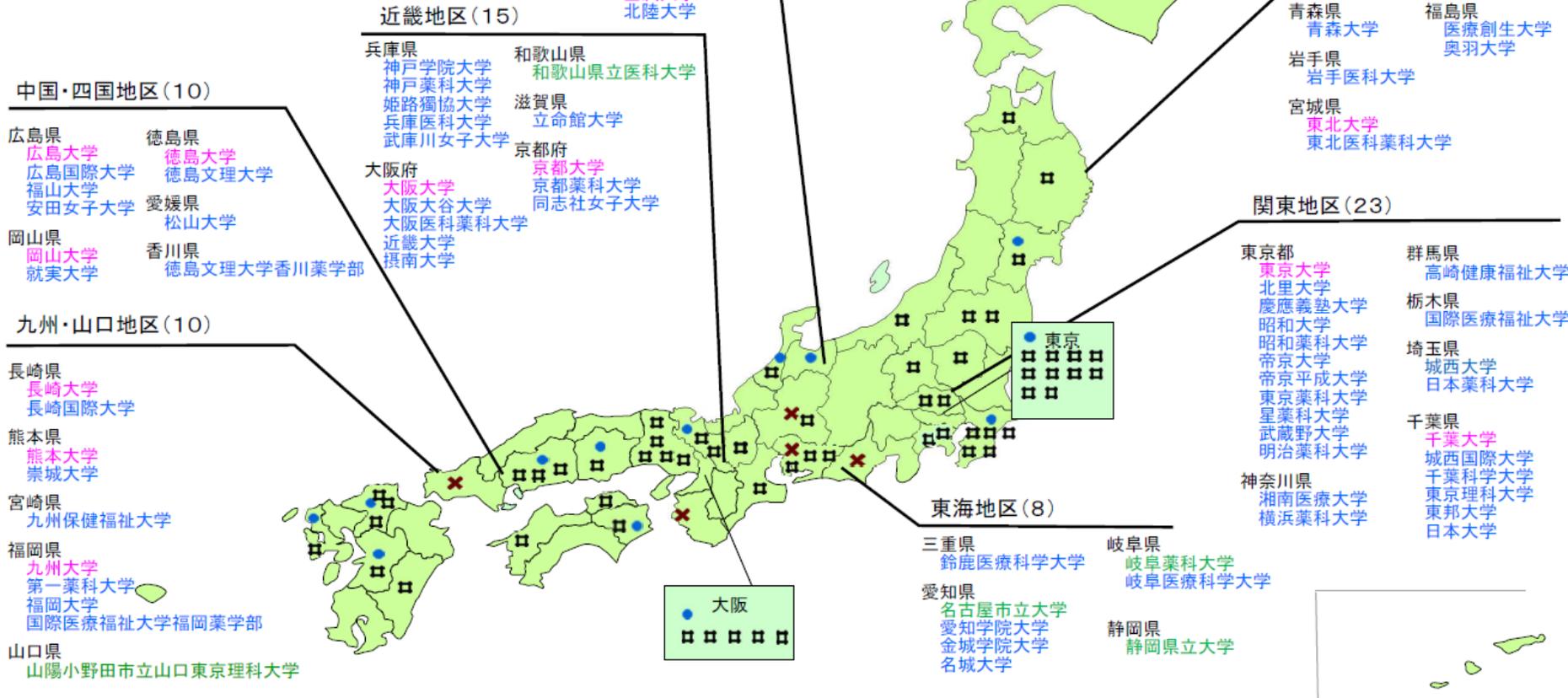
最先端の高度医療教育による臨床薬剤師育成プログラム

トランスレーショナルリサーチを拡げる臨床能力の高い薬剤師の育成



薬学系大学分布図 (77大学 (79学部))

- 国立 14大学
- ✕ 公立 5大学
- 私立 58大学 (60学部)



薬学部教育の質保証
R4年7月文科省

令和5年2月9日
沖縄県

沖縄県内国公立大学薬学部設置に関する基本方針について

本県には薬学部(科)を設置する大学はなく、人口10万人あたりの薬剤師数が全国最下位となっていることから、県内国公立大学に薬学部を設置することは、薬剤師不足を解消するための有効な方策の一つであると考えている。また、薬学部の設置は、単に薬剤師不足の解消のみならず、地域医療の向上、地域活性化の推進、新たな産業の創出の可能性の拡大など、様々な効果をもたらすことが期待される。そこで、県では、県内の慢性的な薬剤師不足の状況を踏まえつつ、将来の薬剤師需給や地域医療への影響も勘案し、別紙の「沖縄県内国公立大学薬学部設置に関する基本方針」を定め、関係機関との密接な連携の下、県内国公立大学への薬学部設置を早期に実現するため、取り組むこととする。

2024年4月 国際医療福祉大学成田薬学部(120名)
千葉県成田市

2024年4月 順天堂大学薬学部(180名)
千葉県浦安市

2031年4月 沖縄県 国公立大学(100名)
(琉球大学? 名桜大学?) 薬学部設置へ向け準備

- 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。

病院薬剤師の未来(私見)

医師が処方する前に提案・介入へ

* 薬剤師外来
初診患者 医師依頼指導・確認等

* 入退院支援部門
予定入院 退院時処方

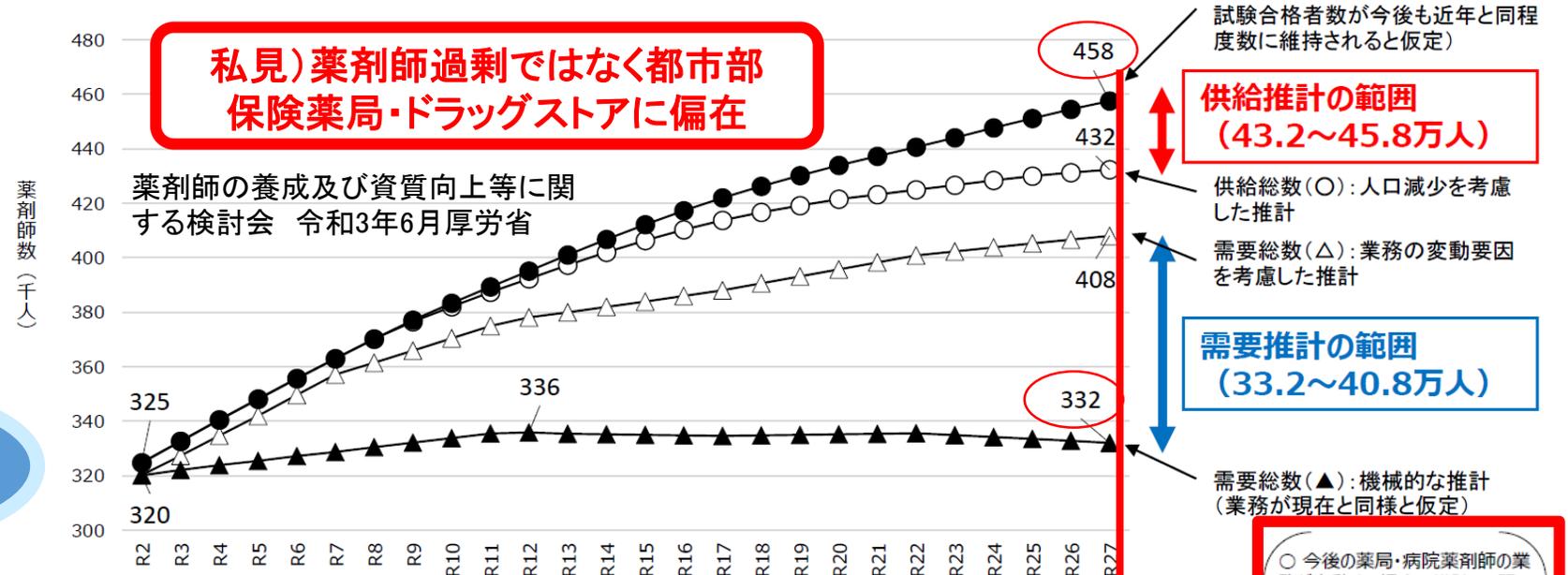
* 病棟常駐(40時間)
緊急入院 病棟対応

* ER・ICU・手術室
ER外来 処方箋なしユニット常駐へ

* 外来化学療法
BS含めた指導 支持療法処方提案

処方提案

■ 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)



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
 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
 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
 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

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

供給推計の範囲
(43.2~45.8万人)

供給総数(○):人口減少を考慮した推計

需要総数(△):業務の変動要因を考慮した推計

需要推計の範囲
(33.2~40.8万人)

需要総数(▲):機械的な推計(業務が現在と同様と仮定)

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

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

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

2045年供給過剰(約46万人供給 需要約33万) 業務内容見直し+偏在対策+供給抑制

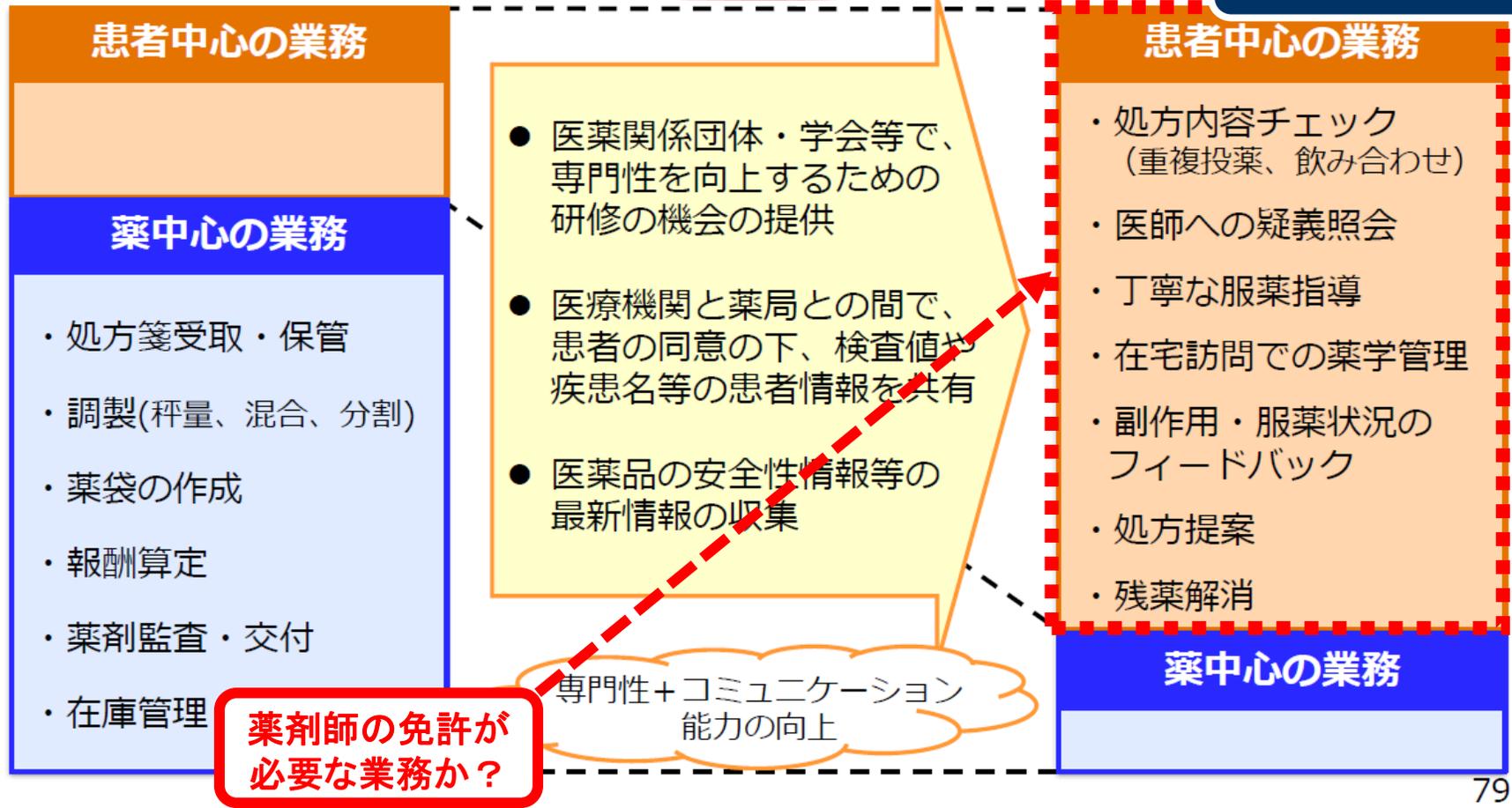
薬剤師の将来

「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～

診療報酬上評価のポイント



法(薬機法改正・通知等) + 経済誘導(診療・調剤報酬改定) 対物から対人へ

目指すべき薬局薬剤師の将来像

将来テクニシャンはデジタルに取って代わられる

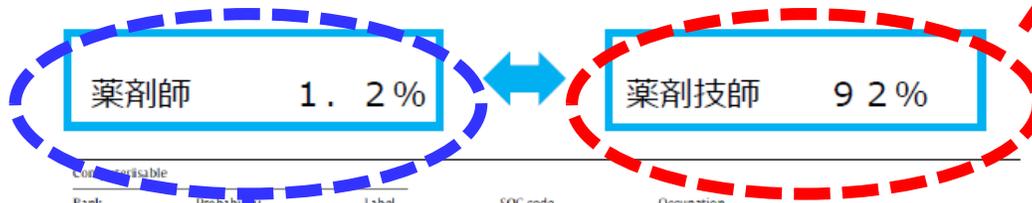
- 「薬剤技師」はデジタル技術に取って代われやすく「薬剤師」は取って代われにくいとの研究結果もある。将来を見据え、「薬剤師」のあるべき姿とは何かを考える必要。

Pharmacist

Pharmacy Technicians

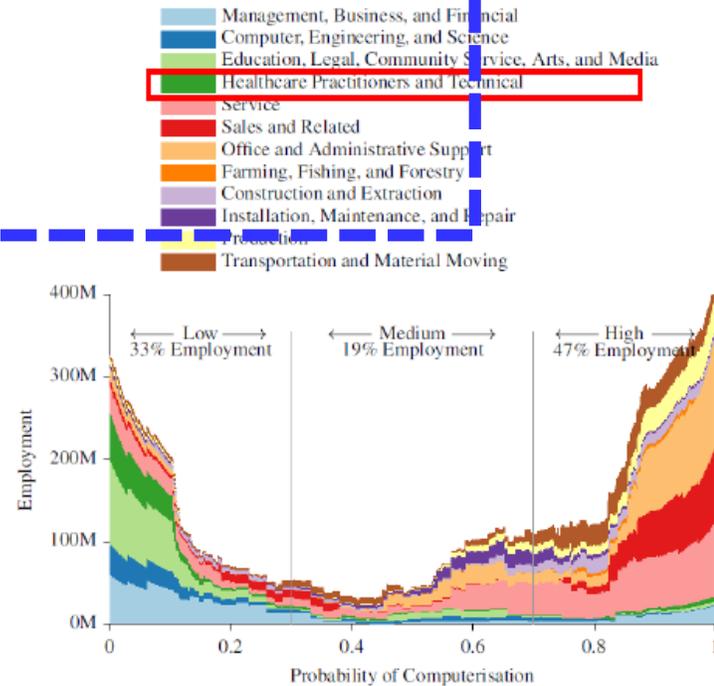
薬剤師の本来業務は
デジタル技術代替不可

＜将来的にデジタル技術に取って代わられる可能性のある職業＞



Rank	Probability	Label	SOC code	Occupation
1.	0.0028		29-1125	Recreational therapists
2.	0.003		49-1011	First-line supervisors of mechanics, installers, and repairers
3.	0.003		11-9161	Emergency management directors
...
50.	0.01		39-5091	Makeup artists, theatrical and performance
51.	0.01		17-2121	Marine engineers and naval architects
52.	0.01		11-9033	Education administrators, postsecondary
53.	0.011		17-2141	Mechanical Engineers
54.	0.012		29-1051	Pharmacists
55.	0.012		13-1081	Logisticians
...
558.	0.91		49-3021	Automotive body and related repairers
559.	0.91		51-7032	Patternmakers, wood
560.	0.91		51-4021	Extruding and drawing machine setters, operators, and
561.	0.92		43-9071	Office machine operators, except computer
562.	0.92		29-2052	Pharmacy technicians
563.	0.92		43-4131	Loan interviewers and clerks
564.	0.92		53-7031	Dredge operators
565.	0.92		41-3021	Insurance sales agents

C. Frey, M. Osborne / Technological Forecasting & Social Change 114 (2017) 254–280



(出典) Technological forecasting and social change Volume 114, January 2017, p254-280

※米国雇用データを基に、職業特性（創造性、交渉、体の動き、勤務環境等）に基づきコンピュータ化による影響を推計

※“Pharmacy technicians”: 薬剤師の監督下、薬の計量や分包等の業務を行う。州により免許制か否かが異なる。

薬剤師のあるべき姿とは 薬学的な業務(薬剤師にしかできない業務)中心

薬剤師偏在指標の設定

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要を反映）

病院薬剤師偏在指標

全都道府県のベースの偏在指標	全都道府県の調剤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
0.80	7467804.8	9238997.6

都道府県名	病院薬剤師偏在指標	調剤薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
26 東京都	0.99	182012.4	192239.4
36 徳島県	0.94	67793.5	71879.9
13 東京都	0.94	621311.7	672887.8
40 福岡県	0.93	366484.8	394047.5
27 大阪府	0.92	582116.0	629839.9
47 沖縄県	0.91	85054.5	93385.6
28 兵庫県	0.89	356617.8	399776.3
17 石川県	0.87	79155.2	90476.4
29 奈良県	0.86	84889.2	98895.3
1 北海道	0.86	385641.5	450441.5
43 熊本県	0.85	132931.0	156144.3
33 岡山県	0.85	131070.1	154512.8
39 高知県	0.82	60930.2	74592.0
25 滋賀県	0.81	72606.0	89188.6
34 広島県	0.81	182419.9	225150.0
14 神奈川県	0.80	452421.9	563363.5
30 和歌山県	0.80	63748.9	79754.4
12 千葉県	0.79	338566.1	431083.9
37 香川県	0.78	62886.3	80690.3
35 山口県	0.77	94436.3	122216.5
4 宮城県	0.76	127616.6	167981.4
11 埼玉県	0.76	355161.3	469032.4
23 愛知県	0.76	371388.3	490500.5
18 静岡県	0.76	47740.8	63158.5
42 長崎県	0.75	88730.2	118539.6
16 富山県	0.75	67809.8	90608.6
46 鹿児島県	0.74	114479.4	153898.4
38 愛媛県	0.74	87864.4	118868.8
10 群馬県	0.74	112951.6	152955.7
20 長野県	0.73	123097.8	167492.7
31 鳥取県	0.73	36127.5	49225.6
44 大分県	0.73	77215.9	105763.1
19 山梨県	0.72	45914.6	64028.5
32 島根県	0.70	40168.6	57096.0
9 栃木県	0.69	100874.4	145189.0
21 岐阜県	0.69	98108.2	141830.3
41 佐賀県	0.69	50439.6	73059.7
15 新潟県	0.67	120752.2	179714.2
8 茨城県	0.67	142398.2	213164.7
22 静岡県	0.66	179019.8	269715.9
7 福井県	0.65	96776.8	148826.3
45 高崎県	0.65	54809.7	99888.5
3 岩手県	0.65	68114.1	106375.2
24 三重県	0.63	82980.9	131173.1
6 山形県	0.60	95738.7	132474.0
5 秋田県	0.58	49455.9	88732.8
2 青森県	0.58	59804.8	108472.2

薬局薬剤師偏在指標

全都道府県のベースの偏在指標	全都道府県の調剤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
1.08	23536351.0	21877590.9

都道府県名	薬局薬剤師偏在指標	調剤薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
13 東京都	1.42	3124766.9	2200768.0
14 神奈川県	1.25	1871356.8	1502254.6
34 広島県	1.19	591484.2	498667.7
28 兵庫県	1.19	1143149.0	963972.3
40 福岡県	1.17	1024782.4	881674.4
4 宮城県	1.16	459394.4	395568.7
27 大阪府	1.12	1687268.6	1502736.8
41 佐賀県	1.10	164380.9	149234.4
37 香川県	1.09	194886.1	178033.3
11 埼玉県	1.08	130858.7	1209829.6
12 千葉県	1.07	1120861.3	1044579.3
33 岡山県	1.04	272159.7	261327.0
9 栃木県	1.04	348688.0	386661.1
25 滋賀県	1.03	240643.1	233998.0
36 徳島県	1.03	142025.8	138515.6
22 静岡県	1.01	664016.8	654856.1
1 北海道	1.01	954723.1	948797.8
18 静岡県	1.01	151096.1	150309.0
23 愛知県	1.00	1229135.5	1232028.3
8 茨城県	0.99	500430.7	502956.2
31 鳥取県	0.97	99959.9	102777.4
33 岡山県	0.97	325189.8	334638.1
3 岩手県	0.97	224987.6	232780.3
5 秋田県	0.96	189172.0	196216.9
17 石川県	0.96	191308.4	199831.2
7 福井県	0.95	323414.2	339757.5
26 東京都	0.95	418620.4	440930.8
20 長野県	0.95	360887.4	380480.2
19 新潟県	0.94	391732.7	414873.0
42 長崎県	0.93	235572.9	282169.9
43 熊本県	0.93	298183.8	320770.8
39 高知県	0.93	127675.5	137365.2
32 島根県	0.93	119381.8	128912.7
38 愛媛県	0.92	231967.5	251431.3
29 奈良県	0.92	220878.6	239956.3
10 群馬県	0.92	315961.4	348134.3
21 岐阜県	0.91	328374.3	359862.9
6 山形県	0.91	187668.5	205895.5
48 高崎県	0.91	182983.5	202084.0
47 沖縄県	0.90	203596.2	226421.7
24 三重県	0.90	285430.8	318757.7
2 青森県	0.88	210915.6	238365.8
44 大分県	0.87	185678.8	212401.4
30 和歌山県	0.87	195419.8	178032.7
46 鹿児島県	0.86	258307.3	301921.2
16 富山県	0.82	157867.0	192180.3
18 静岡県	0.79	100407.3	136953.4

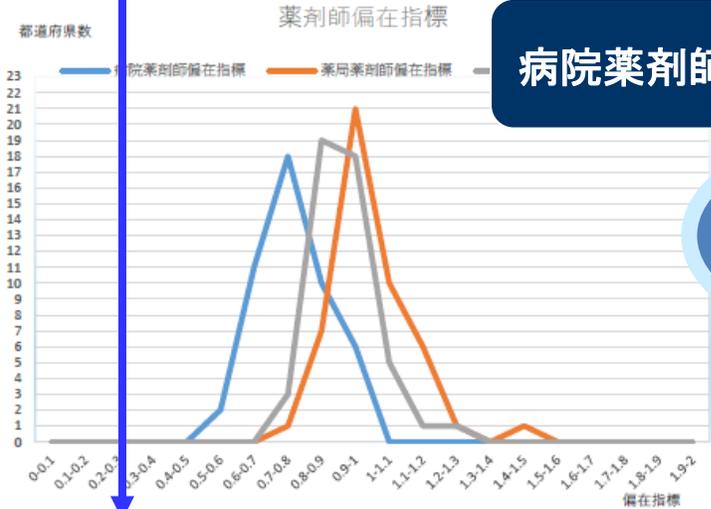
地域別薬剤師偏在指標

全都道府県のベースの偏在指標	全都道府県の調剤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	31216588.9

都道府県名	地域別薬剤師偏在指標	調剤薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
13 東京都	1.25	3946078.6	3073656.0
14 神奈川県	1.12	2323778.6	2067618.1
28 兵庫県	1.10	1499786.4	1363748.6
40 福岡県	1.10	1401237.2	1275721.9
34 広島県	1.07	773904.1	723817.7
27 大阪府	1.06	2269384.6	2132572.7
4 宮城県	1.04	587011.0	563950.1
36 徳島県	1.00	209819.3	210395.8
37 香川県	1.00	257772.4	258723.6
11 埼玉県	0.99	1663720.0	1678862.0
12 千葉県	0.99	1459427.5	1475663.2
29 奈良県	0.97	313249.1	323186.6
41 佐賀県	0.97	214820.5	222294.1
1 北海道	0.96	1340364.6	1399239.3
35 山口県	0.96	365936.0	383543.8
26 東京都	0.95	600632.9	633220.2
9 栃木県	0.93	449562.4	481850.1
23 愛知県	0.93	456259.9	489150.8
17 石川県	0.93	270463.6	290307.6
23 愛知県	0.93	1600524.1	1722528.7
19 山梨県	0.92	197010.7	214337.1
22 静岡県	0.91	843036.6	924572.1
43 熊本県	0.90	431114.8	476915.1
47 沖縄県	0.90	288680.7	319807.7
29 奈良県	0.90	305757.8	338851.8
8 茨城県	0.90	642828.9	716120.9
31 鳥取県	0.90	136087.4	152003.0
39 高知県	0.89	189005.8	211957.2
20 長野県	0.88	483985.2	547952.9
42 長崎県	0.87	324303.2	370729.9
3 岩手県	0.87	283101.7	338155.6
39 高知県	0.86	319831.9	370300.2
18 静岡県	0.86	512485.0	594587.2
10 群馬県	0.86	428513.0	497690.0
7 福井県	0.86	420192.8	488583.8
32 島根県	0.86	159580.1	180008.7
30 和歌山県	0.85	219168.2	257787.1
21 岐阜県	0.85	426482.5	501693.2
5 秋田県	0.84	238627.9	284949.7
44 大分県	0.83	262894.5	318164.4
48 高崎県	0.83	247793.2	301942.4
24 三重県	0.83	368011.7	449930.8
46 鹿児島県	0.82	372786.7	455819.6
6 山形県	0.82	243407.2	298369.9
16 富山県	0.80	225676.8	282758.9
3 青森県	0.78	270720.4	346838.0
18 静岡県	0.74	148148.1	200111.9

2022年の偏在指標

病院薬剤師 全国0.80 岩手県0.65
 薬局薬剤師 全国1.08 岩手県0.97
 地域別 全国0.99 岩手県0.87



病院薬剤師は20%不足

薬剤師

2036年の偏在指標

病院薬剤師 全国0.82 岩手県0.73
 薬局薬剤師 全国1.22 岩手県1.21
 地域別 全国1.09 岩手県1.05

病院薬剤師偏在指標

薬局薬剤師偏在指標

地域別薬剤師偏在指標

2036年 病院薬剤師は約20%不足

厚生労働大臣
加藤 勝信 殿

日本病院団体協議会 病院薬剤師確保に係る要望書



- | | | |
|--------------------------|-----|--------|
| 日本病院団体協議会 | 議長 | 山本 修 |
| 一般社団法人国立大学病院長会議 | 会長 | 横手 幸太郎 |
| 独立行政法人国立病院機構 | 理事長 | 楠岡 英雄 |
| 一般社団法人全国公私病院連盟 | 会長 | 邊見 公雄 |
| 公益社団法人全国自治体病院協議会 | 会長 | 小熊 豊 |
| 公益社団法人全日本病院協会 | 会長 | 猪口 雄二 |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 理事長 | 山本 修一 |
| 一般社団法人地域包括ケア病棟協会 | 会長 | 仲井 培雄 |
| 一般社団法人日本医療法人協会 | 会長 | 加納 繁照 |
| 一般社団法人日本社会医療法人協議会 | 会長 | 西澤 寛俊 |
| 一般社団法人日本私立医科大学協会 | 参与 | 小山 信彌 |
| 公益社団法人日本精神科病院協会 | 会長 | 山崎 學 |
| 一般社団法人日本病院会 | 会長 | 相澤 孝夫 |
| 一般社団法人日本慢性期医療協会 | 会長 | 橋本 康子 |
| 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 | 会長 | 齊藤 正身 |
| 独立行政法人労働者健康安全機構 | 理事長 | 有賀 徹 |
| 一般社団法人日本病院薬剤師会 | 会長 | 武田 泰生 |



病院薬剤師確保に係る要望書

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おり、病院薬剤師は院内における薬剤の専門家として、薬物療法のプロトコル策定、医師への処方提案等を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性の向上やタスクシェアに寄与することが期待されています。



- ◇ 診療報酬上の要望
 - 1) 病棟薬剤業務実施加算 算定対象拡大
 - 2) 退院時薬剤情報管理指導料 連携加算 算定対象拡大
 - 3) 退院・退所時の薬剤管理サマリー情報提供評価
 - 4) 薬剤師外来
 - 5) 薬剤師時間外業務評価
- ◇ 地域医療介護総合確保基金の利用
 - 1) 奨学金返済免除 病院への薬剤師派遣
 - 2) 調剤業務のデジタル化 調剤ロボットや機械化支援
- ◇ 薬学部の卒前・卒後教育の充実
実務実習22週(病院11週)の病院実習拡大要望

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おり、病院薬剤師は院内における薬剤の専門家として、薬物療法のプロトコル策定、医師への処方提案等を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性の向上やタスクシェアに寄与することが期待されています。

薬剤部の機械化戦略



取
ピ



内服薬も注射薬もピッキング薬の
取り間違いをチェック。



■ 病院版ピッキングサポートシステム
Hp-PORIMS



その業務は薬剤師がすることなの？

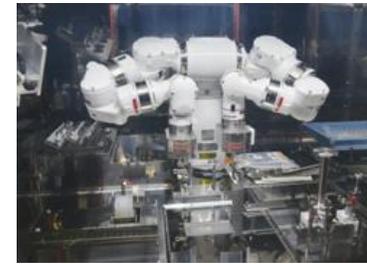
**調剤は機械やロボットに任せて薬剤師は
病棟やER・ICU・手術室等のユニットへ
抗がん剤曝露から解放して薬剤師は病棟・外来へ**

**病棟医師の負担軽減
薬剤管理指導料算定増加
病棟薬剤業務実施加算算定
薬剤師の働き方改革**



■ 散薬調剤ロボット DimeRo II

抗がん剤自動調製装置 APOTECACHemo™



■ 抗がん剤混合調製ロボット ChemoRo



■ 鑑査支援機能付き全自動錠剤分包機 PROUD-I

その業務はそもそも人がすることなの？

一包装監査支援システム

PROFIT 1D II

薬剤の飲み忘れや飲み間違いを防止し、薬剤師の監査業務を支援するシステム。薬剤の一包装ニーズに対応。

病院専用連携ソフトを標準装備「病院パッケージ1」



厚生労働大臣
加藤 勝信 殿



写真：薬師会を厚生労働省 医政局長に提出する様子
(左から、日本薬剤師会 山本会長、日本病院薬剤師会 武田会長、厚生 医政局長)

日病薬十日薬 厚生労働大臣宛 薬剤師の処遇 改善要望書

一般社団法人 日本病院薬剤師会
会長 武田 泰生

公益社団法人 日本薬剤師会
会長 山本 信夫



日病薬発第 2023-88 号
日薬発第 112 号
令和 5 年 8 月 7 日

薬剤師の処遇改善に関する要望について

平成 24 年 4 月から 6 年制課程を修了した薬剤師が社会に輩出され、医療機関、薬局、医薬品店舗販売業、教育機関、行政、企業など多くの業種で活躍しております。

その中でも、病院薬剤師については、病棟業務をはじめとして外来患者の対応やタスク・シフト/シェアへの対応など、多岐にわたる業務を期待されているものの、全国的な病院薬剤師の不足の解消が喫緊の課題として挙げられております(資料 1)。

現在、勤務薬剤師の給与については、国家公務員にあつては、法律(一般職の職員の給与に関する法律)及び人事院規則の定めに基づき医療職(二)俸給表(以後、医(二)俸給表と略す。)が適用されており、また、国家公務員以外の勤務薬剤師についても、医(二)俸給表に準じて給与が設定されていることが多いことから、国家公務員薬剤師の俸給表は多くの勤務薬剤師の給与に大きな影響を与えております(資料 2)。

つきましては、以下の薬剤師の処遇改善に関する要望事項について、格段のご配慮を賜りたくお願い申し上げます。

1. 薬剤師俸給表の創設
2. 薬剤師に対する「初任給調整手当」の適用

俸給 24歳＝薬剤師6年卒1年目<看護師短大卒3年目

資料 2 国家公務員医療職俸給表該当職種

1. 医療職俸給表(一)該当職種

医師、歯科医師

2. 医療職俸給表(二)該当職種

薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士 など
--

3. 医療職俸給表(三)該当職種

保健師、助産師、看護師 など

国家公務員の俸給表を使用または準拠している病院の常勤薬剤師数は、全体の 25.2%であり、国家公務員薬剤師の俸給表は勤務薬剤師の給与に大きな影響を与えている。

病床区分	20~49床	50~99床	100~299床	300~499床	500床以上	合計
病院の常勤薬剤師数(人)	314	1,351	8,553	11,103	12,684	34,005
国家公務員の俸給表を使用または準拠している病院の常勤薬剤師数(人)	4	208	604	1,581	6,162	8,559
該当する薬剤師の割合(%)	1.3%	15.4%	7.1%	14.2%	48.6%	25.2%

出典) 令和 4 年度病院薬剤部門の現状調査

(一般社団法人 日本病院薬剤師会)

1. 病院の新規学卒者の標準的な初任給額(万円)

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
全体	n=497	372.7	74.7	372.0	214	740
二次医療圏人口 10 万人未満	n=96	374.4	80.2	360.0	228	650
二次医療圏人口 10 万人以上 20 万人未満	n=85	386.9	94.4	375.0	216	740
二次医療圏人口 20 万人以上 50 万人未満	n=177	366.6	67.1	370.0	228	700
二次医療圏人口 50 万人以上	n=139	370.8	64.3	376.0	214	600

2. 薬局の新規学卒者の標準的な初任給額(万円)

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
全体	n=637	415.3	83.6	400.0	234	800
二次医療圏人口 10 万人未満	n=123	440.2	87.7	430.0	234	750
二次医療圏人口 10 万人以上 20 万人未満	n=133	414.5	85.6	400.0	240	700
二次医療圏人口 20 万人以上 50 万人未満	n=196	411.3	83.6	410.2	240	800
二次医療圏人口 50 万人以上	n=185	403.5	75.7	400.0	240	700

出典) 薬剤師確保のための調査・検討事業報告書

資料 3 国家公務員医療職の初任給

(一般職の職員の給与に関する法律)

俸給種別	職種	学歴	初任給	俸給月額
医療職(二)	薬剤師	大学 6 卒	2 級 15 号俸	213,600 円

俸給種別	職種	学歴	初任給	俸給月額
医療職(一)	医師 歯科医師	博士課程修了	1 級 25 号俸	337,300 円
		大学 6 卒	1 級 1 号俸	253,600 円

俸給種別	職種	学歴	初任給	俸給月額
医療職(二)	診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士 理学療法士 作業療法士 視能訓練士 言語聴覚士	大学卒	2 級 1 号俸	191,500 円
		短大 3 卒	1 級 17 号俸	181,100 円

俸給種別	職種	学歴	初任給	俸給月額
医療職(三)	保健師 助産師	大学卒	2 級 11 号俸	216,000 円
		短大 3 卒	2 級 5 号俸	204,900 円
	看護師	短大 3 卒	2 級 5 号俸	204,900 円
		短大 2 卒	2 級 1 号俸	197,000 円

最長の年齢(24歳)で免許取得した薬剤師の俸給月額と最長の年齢(21歳)で短大3卒の学歴で看護師になり3年経過した時点(24歳)の俸給月額(2級17号俸を想定)を比較した場合、前者が213,600円で後者が224,100円となり、前者の方の金額が10,500円少なくなる。

1. 病院 (単位: 円)

薬剤師	国立	公立	公的	社会保険関係法人	医療法人	全体
平均給料年(度)額①	4,452,890	4,576,186	4,541,475	4,557,124	4,443,030	4,432,387
賞与②	1,264,195	1,359,661	1,253,198	1,428,398	803,885	1,069,495
①+②	5,717,085	5,935,847	5,794,673	5,985,523	5,246,915	5,501,882

(注 1) 給料(本俸又はこれに準ずるもの)には、扶養手当、時間外勤務手当、役付手当、通勤手当などの労働の対価として職員に支給したものをすべてが含まれる。

(注 2) 病院の給与・賞与については、当該施設に所属する職員に支給された金額を調査したものである。

2. 薬局 (単位: 円)

管理薬剤師	個人	法人	全体
平均給料年(度)額①	—	6,459,285	6,456,788
賞与②	—	755,572	750,265
①+②	—	7,214,857	7,207,053

(注) 個人薬局の管理薬剤師は調査対象外

2) 薬剤師

薬剤師	個人	法人	全体
平均給料年(度)額①	3,460,883	4,164,116	4,153,662
賞与②	221,050	571,957	566,740
①+②	3,681,933	4,736,072	4,720,402

(注 1) 保険薬局の給与・賞与については、当該施設に所属する職員に支給された金額を調査したものである。

(注 2) 個人立の保険薬局においては、開設者の報酬に相当する部分は含まれていない。

出典) 第 23 回医療経済実態調査(医療機関等調査) 令和 3 年実施(中央社会保険

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

第8次医療計画 働き方改革 医療DX

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

賃上げ

タスクシェア

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

医療DX

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

24年 2月14日 答申

24年 3月05日 告示

24年 4月 薬価改定

24年 6月 改定施行

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



医療職の給与は全産業平均を下回る

看護補助者は介護職を下回る

出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。
 注1) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）に、「年間賞与その他特別給与（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額。
 注2) 「10人以上規模企業における役員者」を除いて算出。「看護補助者、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

医療関係職種の賃金の状況（一般労働者、男女計）

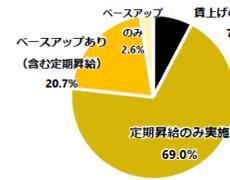
産業別	産業計	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	賞与込み給与(万円)
医師	39.3	3.9	97.1	
歯科医師	35.8	4.3	61.3	
薬剤師	39.2	7.2	45.6	
保健師	41.2	8.1	37.6	
助産師	42.3	9.8	47.9	
看護師	39.4	7.8	40.7	
准看護師	51.0	12.0	34.5	
診療放射線技師	39.2	11.3	41.9	
臨床検査技師	37.4	8.9	37.8	
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.5	6.2	34.2	
歯科衛生士	36.0	7.0	31.5	
歯科技工士	41.4	10.7	34.0	
栄養士	37.5	7.5	30.3	
その他の保健医療従事者	38.2	7.8	34.4	

【出典】厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。
 注1) 一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週間の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。
 注2) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）に、「年間賞与その他特別給与（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額。
 注3) 産業別賃金は「10人以上規模企業における役員者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役員者は含まれていない。役員者を含む産業計は、平均年齢43.7歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与41.4万円

- 政府全体で賃上げを進める中、令和5年度春闘では、平均3.58%（ヘア分2.12%）（300人未満3.23%（ヘア分1.96%））の賃上げを実現。
- 一方、医療・介護分野の賃上げは、公定価格の下で、半分程度の水準（1%台）にとどまっている。

【医療分野】

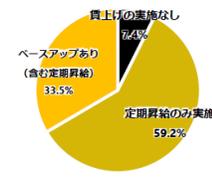
■ 医療現場における賃上げの状況（令和5年度）



	賃上げ額(平均)	賃上げ率	ヘア額(平均)	ヘア率
全体	5,889円	1.9%	1,259円	0.4%
医師	15,001円	1.8%	1,081円	0.1%
看護職員	5,370円	2.0%	1,473円	0.5%
その他の職員	4,637円	1.9%	1,037円	0.4%

【介護分野】

■ 介護現場における賃上げの状況（令和5年度）



	賃上げ額(平均)	賃上げ率	ベースアップ額(平均)	ベースアップ分(上げ率)
全体	3,363円	1.42%	1,271円	0.54%

職種別給与の平均と中央値、伸び率①

	R3年度		R4年度		平均給与の伸び率
	平均給料計	中央値	平均給料計	中央値	
■ 一般病院(全体)	(単位:円、%)				
病院長	26,208,673	23,359,348	26,334,663	23,778,440	0.5
医師	14,619,456	16,889,246	14,610,739	16,748,784	▲0.1
歯科医師	12,587,192	12,637,429	12,491,733	12,025,456	▲0.8
薬剤師	5,625,692	5,668,371	5,688,862	5,657,393	1.1
看護職員	5,127,639	4,909,081	5,209,279	4,975,673	1.6
看護補助職員	3,187,598	3,099,619	3,244,894	3,138,072	1.8
医療技術員	4,657,816	4,462,923	4,675,624	4,496,132	0.4
歯科衛生士	3,759,497	3,656,860	3,778,665	3,668,069	0.5
歯科技工士	5,050,562	4,704,000	4,909,517	4,439,325	▲2.8
■ 一般病院(医療法人)	(単位:円、%)				
病院長	30,044,796	25,800,000	30,212,670	26,551,065	0.6
医師	15,130,232	17,699,500	14,984,967	17,672,170	▲1.0
歯科医師	11,196,546	11,910,903	10,830,121	10,310,730	▲3.3
薬剤師	5,242,903	5,514,594	5,286,383	5,494,153	0.8
看護職員	4,569,017	4,536,948	4,633,380	4,637,455	1.4
看護補助職員	3,081,175	3,014,972	3,129,319	3,061,833	1.6
医療技術員	4,109,461	4,120,272	4,112,932	4,166,263	0.7
歯科衛生士	3,183,728	3,175,575	3,231,712	3,214,481	1.1
歯科技工士	3,895,043	4,072,911	3,910,644	4,030,486	0.7

※ 中央値については保険局医療課において集計。

回答施設数



R06年賃上げ

R05年春闘 平均3.58% 賃上げ

医療・介護は1%台にとどまる

公定価格の医療・介護は賃上困難

医療・介護分野は人材不足になる

診療報酬改定について

武見厚労大臣
12月20日



0.46% (賃上げ0.28%含)

40歳未満勤務医師・歯科医師
薬局薬剤師・事務職等

賃上げ 0.61%

看護補助者・病院薬剤師・栄養士
放射線技師・療法士・検査技師等?

食費 0.06%

適正化 ▲0.25%

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

2. 薬価等

①薬価	▲0.97% (国費▲1,200億円程度)
②材料価格	▲0.02% (国費▲20億円程度)
合計	▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

特定機能病院 +104点

年間2~4億円?

評価と効率化・適正化)

(新)	入院ベースアップ評価料 (1日につき)	
	1 入院ベースアップ評価料1	1点
	2 入院ベースアップ評価料2	2点
	↓	
	165 入院ベースアップ評価料165	165点

等を行うため、後述の長期収載を行う。

等と敷地内薬局等)

事項

に提供する体制の整備等の観点から、医療協議会での議論も踏まえて、

の有効活用等

て、令和6年度に2.5%、令和7年度につながるよう、配分方法の工夫による医療従事者の賃上げの状況、について、実態を把握する。

- ア 薬剤師
- イ 保健師
- ウ 助産師
- エ 看護師
- オ 准看護師
- カ 看護補助者
- キ 理学療法士
- ク 作業療法士
- ケ 視能訓練士
- コ 言語聴覚士
- サ 義肢装具士
- シ 歯科衛生士
- ス 歯科技工士
- セ 歯科業務補助者
- ソ 診療放射線技師
- タ 診療エックス線技師
- チ 臨床検査技師
- ツ 衛生検査技師
- テ 臨床工学技士
- ト 管理栄養士
- ナ 栄養士
- ニ 精神保健福祉士
- ヌ 社会福祉士
- ネ 介護福祉士
- ノ 保育士
- ハ 救急救命士
- ヒ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
- フ 柔道整復師
- ヘ 公認心理師
- ホ 診療情報管理士
- マ 医師事務作業補助者

現行		改定後	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料1	1,650点	急性期一般入院料1	1,688点
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料1 入院料G	968点	療養病棟入院料1 入院料25	983点
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830点	15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】		【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料 (一般病棟の場合)	1,718点	7対1入院基本料 (一般病棟の場合)	1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】		【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料1	2,809点	地域包括ケア病棟入院料1 (40日以内)	2,838点

機能分化

2015年度病床機能報告書
（各医療機関が病棟単位で報告）

機能分化進展せず

2022年度病床機能報告書

（各医療機関が病棟単位で報告）※6

令和5年7月中医協

地域医療構想における2025年の病床の必要量
（入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計（平成28年度末時点））※4 ※6

2015年
合計 125.1万床

2022年
合計 119.9万床

約0.9万床減

2025年見込み

合計 119.0万床 ※1

2025年推計目標

合計 119.1万床

高度急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

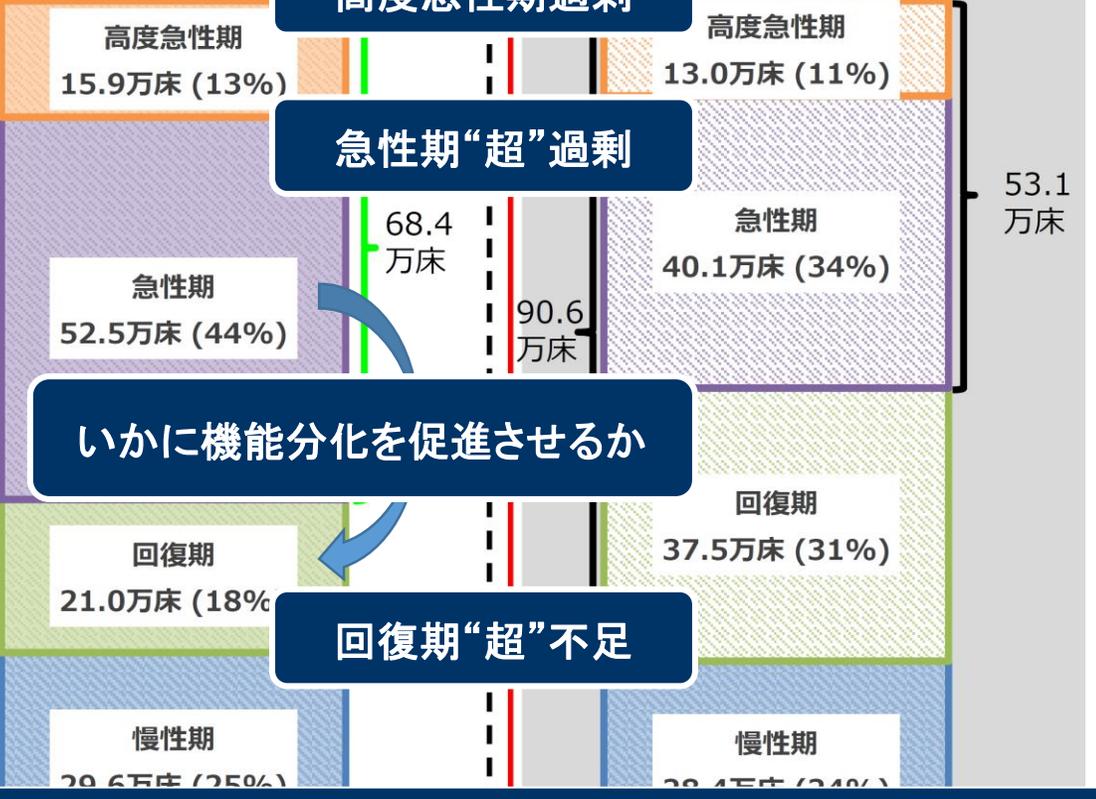
回復期機能

○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
 - 特定集中治療室管理料
 - ハイケアユニット入院医療管理料
 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - 小児特定集中治療室管理料
 - 新生児特定集中治療室管理料
 - 総合周産期特定集中治療室管理料
 - 新生児治療回復室入院医療管理料
 - 地域包括ケア病棟入院料（※）
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - 特殊疾患入院医療管理料
 - 特殊疾患病棟入院料
 - 療養病棟入院基本料
 - 障害者施設等入院基本料
- ※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択



いかに機能分化を促進させるか

回復期“超”不足

高度急性期過剰

急性期“超”過剰

病床ごとの改定のポイント

- * 高度急性期⇒ICU(SOFA導入 宿日直✕)・HCU(看護必要度大幅変更等)
- * 急性期⇒高齢者救急対応型新入院基本料(10:1 地域包括医療病棟入院料) 救急下り搬送 地ケアは回復期へ？
- * 回復期⇒FIM厳格化 第三者評価 栄養(GLIM)＋口腔ケア評価 MSW 社会貢献体制強化廃止
- * 慢性期⇒医療区分の見直し

評価項目の見直し

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

(改定内容)

- 「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- 「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- 「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6 専門的な治療・処置（※2）	-	-	-	あり
① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、		あり		
③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、		あり		
⑤ 放射線治療、		あり		
⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、		あり		
⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、			あり	あり
⑩ ドレナージの管理、			あり	
⑪ 無菌治療室での治療				あり
7 I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C 手術等の医学的状況	0点	1点
15 開頭手術（11日間）	なし	あり
16 開胸手術（9日間）	なし	あり
17 開腹手術（6日間）	なし	あり
18 骨の手術（10日間）	なし	あり
19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間） 救命等に係る内科的治療（4日間）	なし	あり
21 ①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22 別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23 別に定める手術（5日間）（例：眼高内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑩無菌治療室での治療のいずれかが1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

急性期医療行為を
A（高額医薬品等・
処置・救急搬送等）

C（手術等・内科
処置等）を評価

看護行為状況を
Bで評価
評価から削除

重症度・医療・
看護必要度変更

急性期一般1・特定機能・専門
A3・C1:20%以上
A2・C1:27%以上

必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
31%	28%
28%	25%
27%	24%
25%	22%
24%	21%
22%	19%
20%	17%
18%	15%
17%	14%
—	28%
10%	8%
30%	28%
22%	20%
20%	18%
18%	15%
33%	30%
30%	27%
7%	6%
5%	4%
12%	8%

	改定後	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【該当患者の基準】

急性期1、 7対1入 院基本料 (特定、 専門)※1	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	以下のいずれか ・A得点が2点以上かつ B得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
総合入院 体制加算	以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
地域包括 ケア病棟 等	以下のいずれか ・A得点が1点以上 ・C得点が1点以上

※1:B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2:7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和6年9月30日まで基準を満たしているものとする。52

看護必要度の変更により機能分化を促進

7:1の一部⇒地域包括医療病棟入院料(10:1～)

新設)地域包括医療病棟入院料とは

- * 高齢者救急の下り搬送に対応する病床
- * 急性期と回復期・療養型・在宅とを繋ぐ病棟
- * 急性期一般2～6は地域包括医療病棟へ

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

令和5年12月中医協

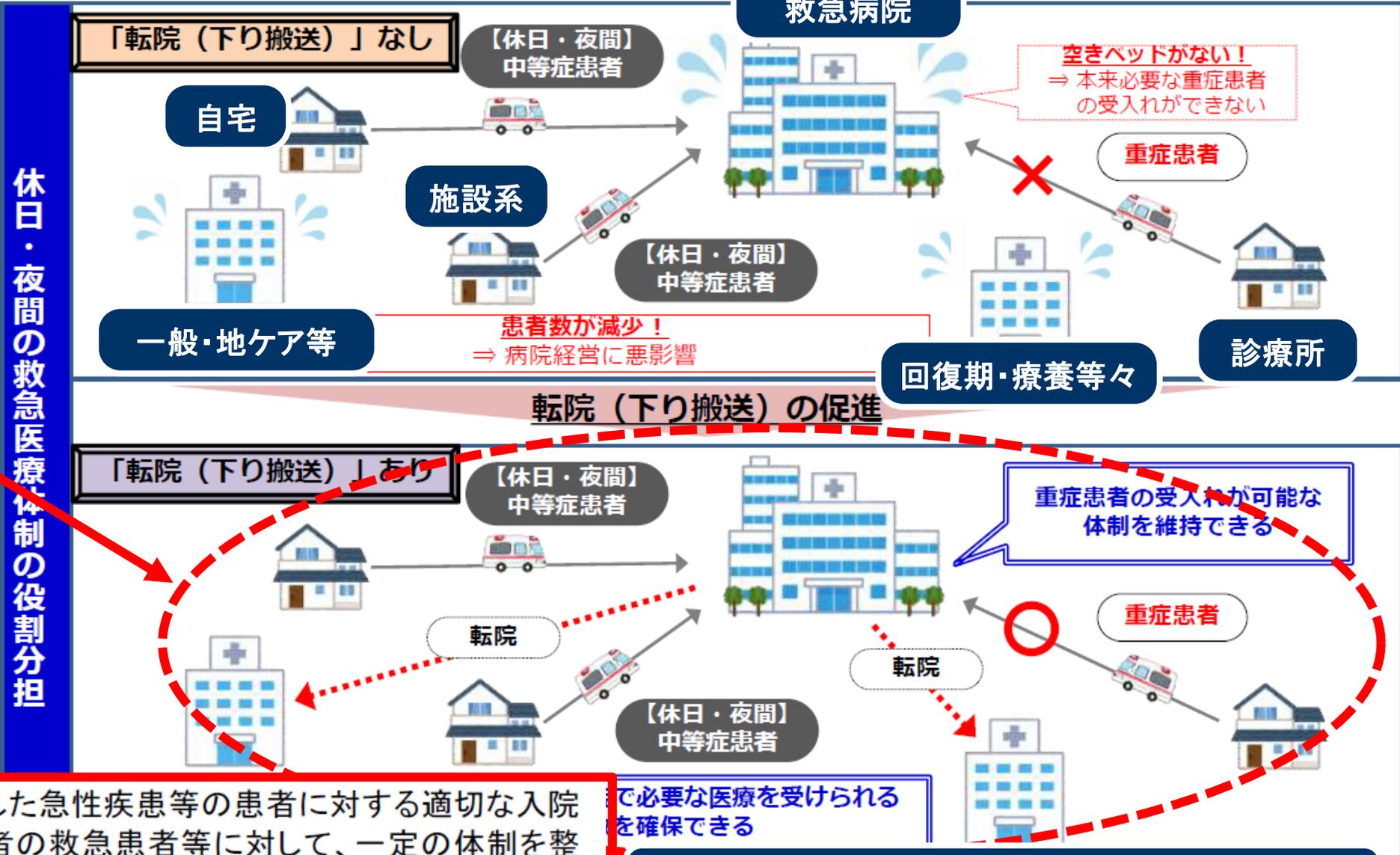
救急搬送体制評価

下り搬送システムなし

今回改定の目玉

下り搬送システムあり

地域包括医療病棟入院料



休日・夜間の救急医療体制の役割分担

転院（下り搬送）の促進

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

必要な医療を受けられる体制を確保できる

下り搬送システムありを評価

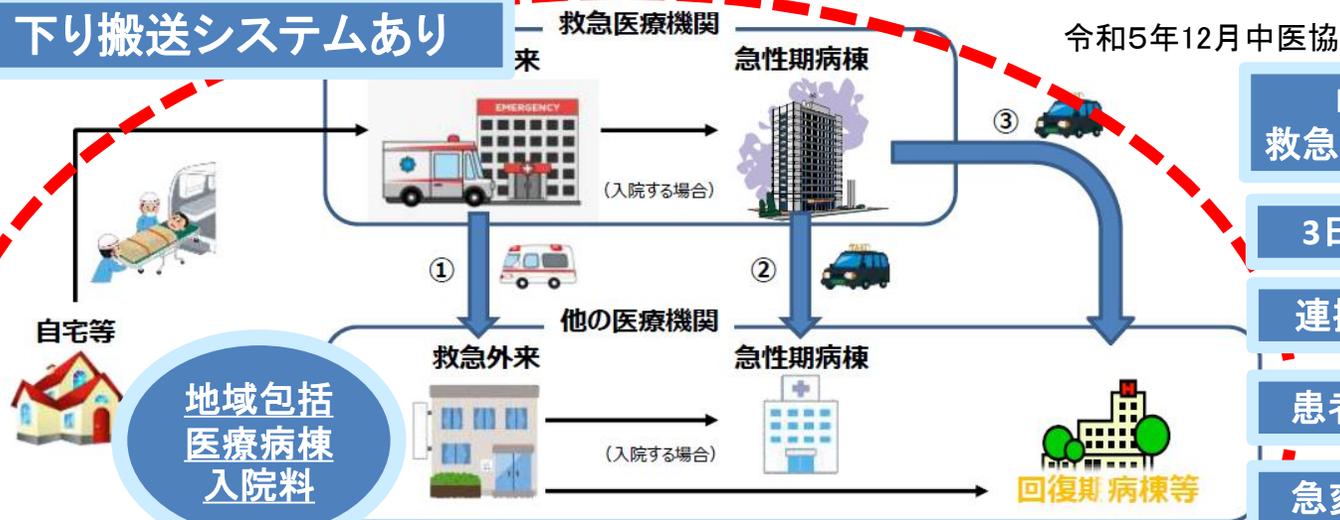
救急搬送体制評価

急性期患者の転院搬送等に関する診療報酬上の主な評価

対応後の他の急性期病院等への転院搬送については、医師が同乗して診療を行った場合に評価されており、看護師や救急士が同乗した場合には評価の対象となっていない。

○ また、他の急性期病院で対応可能な患者を入院後早期に転院させた場合は、急性期病棟の施設基準のうち在宅復帰率が低下することとなる。

下り搬送システムあり



	①の場合	②の場合	③の場合
転院搬送元における主な評価	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合） 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 入退院支援加算 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合） 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 入退院支援加算 入院料の施設基準（在宅復帰率） 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合）
転院搬送先における主な評価	<ul style="list-style-type: none"> 夜間休日救急搬送医学管理料（第三次救急医療機関が夜間休日に受入を行った場合） 		<ul style="list-style-type: none"> 急性期患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料の場合）

第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

- 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

(新)	救急患者連携搬送料	点
1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点

[対象患者]
救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同

次回改定で救急薬剤師評価あるかも(私見)

- * 救急薬剤師の養成・研修等のスキーム
- * 救急薬剤師の位置づけ(エビデンス)

- 救急用の自動車・救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で「2000件」以上
- 受け入れ先の候補となる他医療機関において受け入れが可能な疾患や病態について、当該医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議し、「候補となる医療機関のリスト」を作成する
- 搬送を行った患者の診療についての「転院搬送先からの相談に応じる」体制、搬送を行った患者が急変した場合等に必要に応じて「再度当該患者を受け入れる」体制を有する
- 毎年8月、救急外来等における初期診療を実施した患者の他医療機関への搬送の状況について報告する

- 転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

下り搬送システムを評価

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要

救急搬送
体制評価

下り搬送システムあり

	急性期一般病棟入院料1	急性期一般病棟入院料4	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	① 急性期治療を経過した患者等の受け入れ ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 31%(I)28%(II) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 20%(I)17%(II) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目1点以上 又はC項目1点以上 該当患者割合 12%(I)8%(II)
在院日数	平均在院日数 18日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	- (救急医療管理加算等で評価)	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合、救急医療の ※ 一般病床の場合
救急実績	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	早期リハ+栄養+口腔	早期リハ要件化	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含まない)
在宅医療	入退院支援充実	入退院支援・実績要件	実績要件
人生の最終段階における医療・ケア	ACP要件化	ACP要件化	ガイドライン等の内容を踏まえ、指針を定めていること

◎◎病院

○病院+△病院+□病院

下り搬送の連携を評価？ リスト化(明示)？

7:1急性期でも13:1地ケアでもない

今回改定の
目玉

高齢者救急
入院対応型
新入院料

地域包括
医療病棟
入院料

地域包括
医療病棟
入院料

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) **看護職員が10:1以上配置**されていること。
- (2) 当該病棟に**常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (3) 入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.2m以上が望ましい、等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制**が整備されていること
(**ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること** 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が8割以上**であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満**であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し、当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上**であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制に定めること等)
- (11) **データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
- (12) **特定機能病院以外**の病院であること。(13) **急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
- (14) **脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

リハ・栄養・入退院支援等



10:1以上

PT・OT・ST・栄養士

B3点以上50%↑

在宅復帰率80%↑

下り搬送15%↑

自院転床5%↓

2次救+救急告示+CT・MRI

脳リハ・運動リハ

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算 (1日につき)

25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	240点
25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	220点
50対1看護補助体制加算	200点
75対1看護補助体制加算	160点

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者(看護補助加算を算定する患者に限る。)について算定する。

[施設基準]
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間12対1配置加算1 110点 / 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点

[算定要件・施設基準]
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

104

地域包括医療病棟入院料

以下の診療の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれる。(包括範囲)

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用(概要)

院基本料

院基本料等加算

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算(1に限る。)、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。

○ 医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料

○ 検査

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 画像診断

画像診断管理加算1~4、造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)並びに造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)に伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 投薬、注射

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。

○ リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。(※1)

○ 処置

人口腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 病理標本作製料

術中迅速病理組織標本作成を除く。

※1 リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

包括範囲

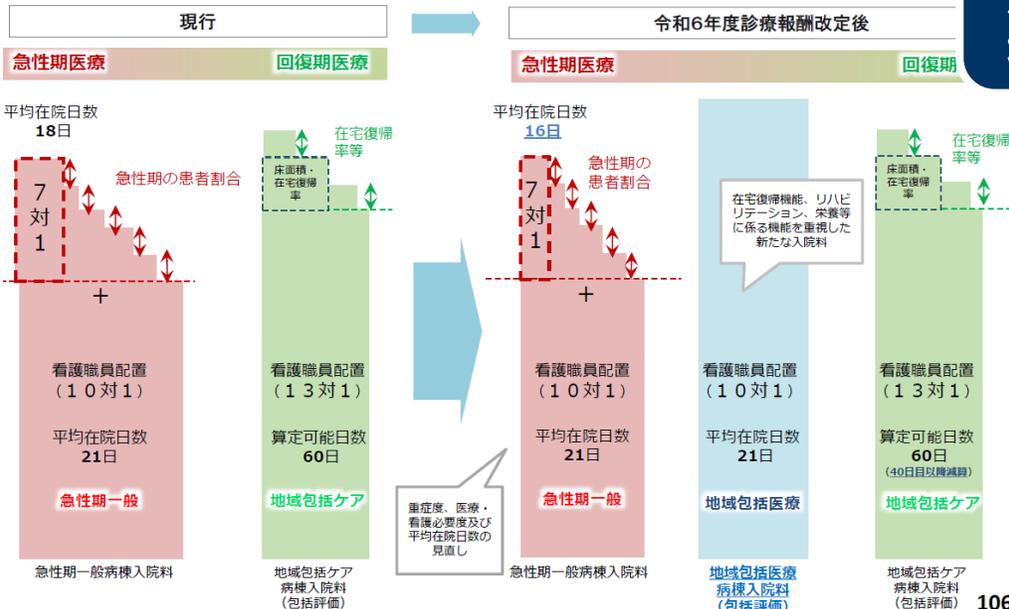
令和6年3月厚労省

病棟業務・総合評価包括外薬剤管理指導出来高

105

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

急性期2~6は将来地域包括医療へ?



7:1

地域包括医療

地域包括ケア

①急性期入院基本料1からの一部転換

急性期一般入院料1
(急性期充実体制加算および総合入院体制加算以外)

急性期一般入院料1
(急性期充実体制加算等以外)

地域包括医療病棟

救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換

急性期一般入院料2-6

地域包括医療病棟

急性期一般入院料2-6

地域包括医療病棟

急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換

地域包括ケア

地域包括医療病棟

既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

106

病院薬剤師 令和6年度診療報酬改定のポイント

* 第8次医療計画

病院薬剤師偏在解消 国都道府県が承知

病院薬剤師診療報酬上の評価 ○賃金アップ ○薬剤師研修+派遣評価

* 働き方改革

医師(看護師)の視点 薬剤師の働き方改革(増員・機械化・調剤助手等)も

救急領域薬剤師(臨床救急専門・認定薬剤師) 病棟常駐 ER・ICU・手術室常駐

○薬剤師外来(初診外来 専門外来(腎臓・糖尿病等) 外来化学療法) 地域包括・回復期リハ病棟業務算定・・・?
入退院支援関連(A246:入院時支援加算の変更・増点?) 処方提案・設計 薬局連携

* 医療DX

主人公は薬剤師 システムエンジニア 医療情報技師

○電子処方箋 効率化・併用禁忌回避 薬局薬剤師を巻き込んで 処方介入へ

救急領域 薬剤師外来 入退院支援関連

電カルデータ共有サービス(HL7FIHR) 処方提案 処方設計 処方介入 適正使用 薬物療法の質向上

* 持続可能な社会保障制度(特に医療関連)

イノベーションと効率化・適正化 薬剤師に求められる効率化

新規医薬品・高額医薬品・保険償還範囲・費用対効果・基礎的医薬品・1社流通

○GE品 一般名処方+後発医薬品体制(外来含む)加算増点 ○フォーミュラリ 地域フォーミュラリ評価 ✕

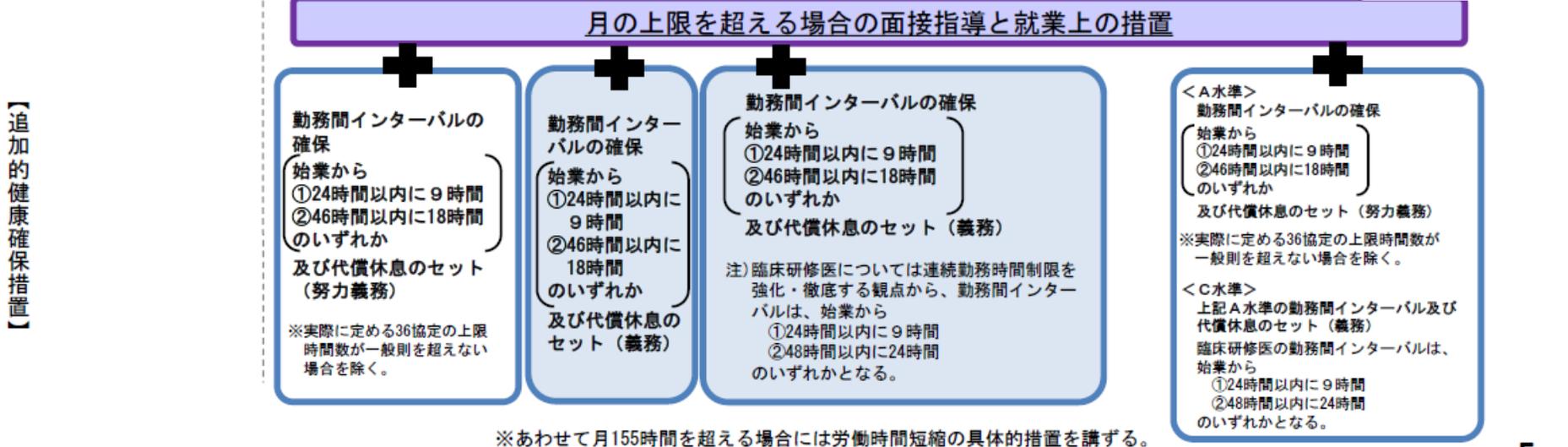
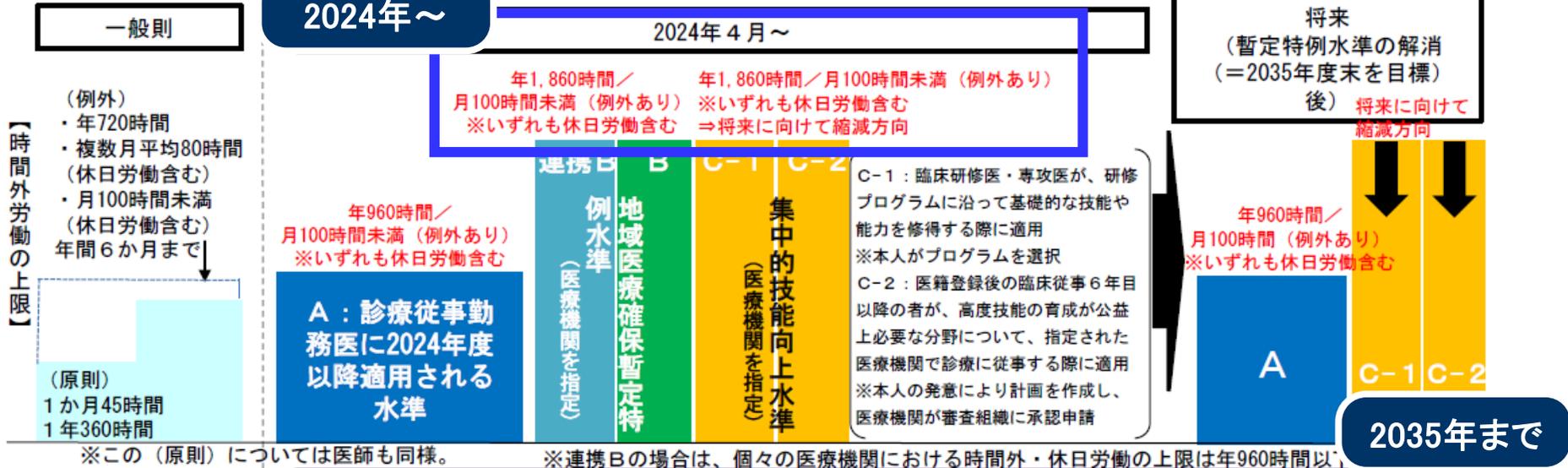
○薬剤情報提供料+処方箋料減点(抗不安薬3剤・7剤以上等) ○BS・加算 外来+入院 評価拡大 数値目標

○ポリファーマシー・総合薬剤評価調整加算要件緩和 ○長期収載品患者一部自己負担(新たな手法)

○リフィル処方(かかりつけ医の要件へ)

働き方改革

医師の時間外労働規制について

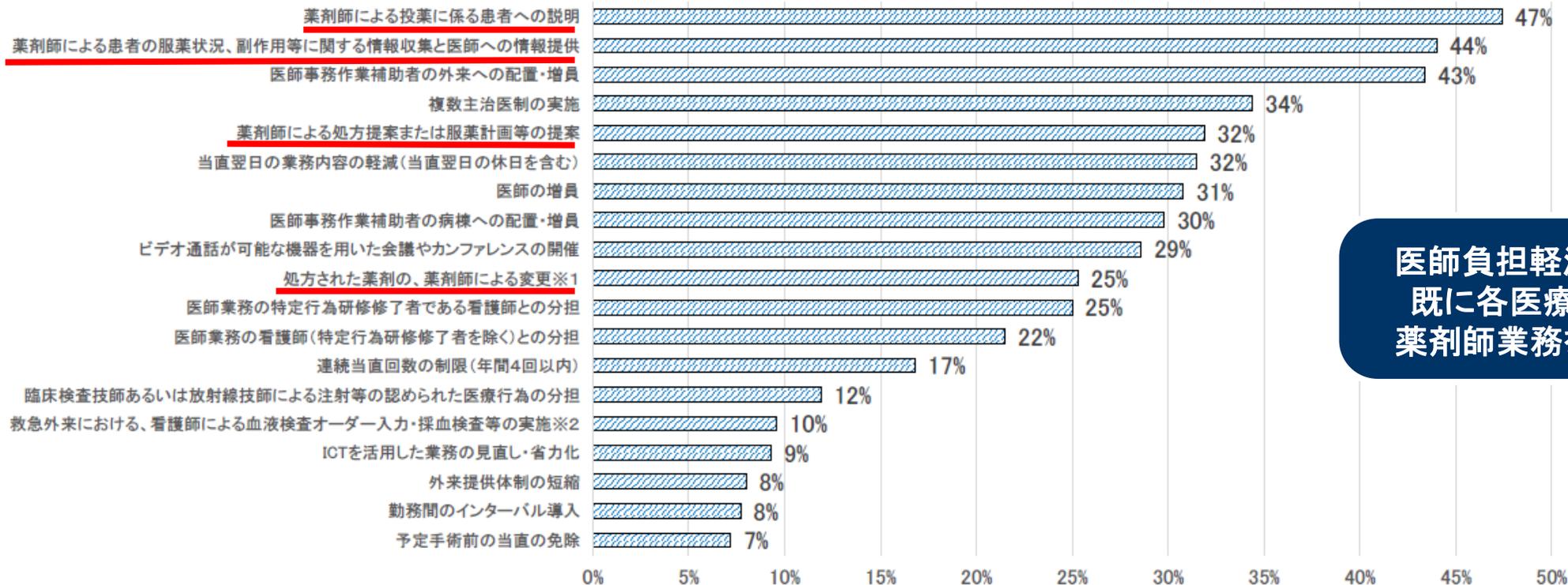


* 令和6年度診療報酬改定の一つの焦点 「働き方改革」を診療報酬上いかに評価するか

所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

令和5年6月中医協

1. 全診療科を対象とした結果



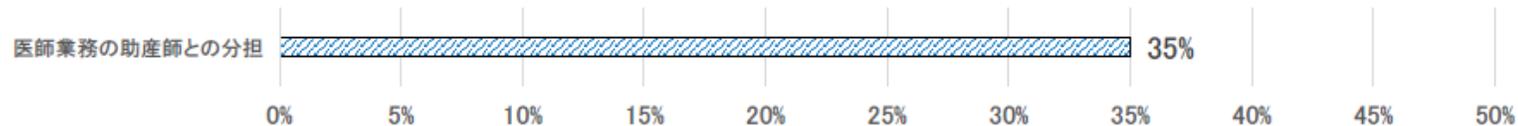
医師負担軽減のため
既に各医療機関は
薬剤師業務を充実化

※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合 (n=2400)

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」を取り組んでいると回答した医師の割合



所属診療科で実施している、と回答した医師の割合(産婦人科抜粋) (n=49)

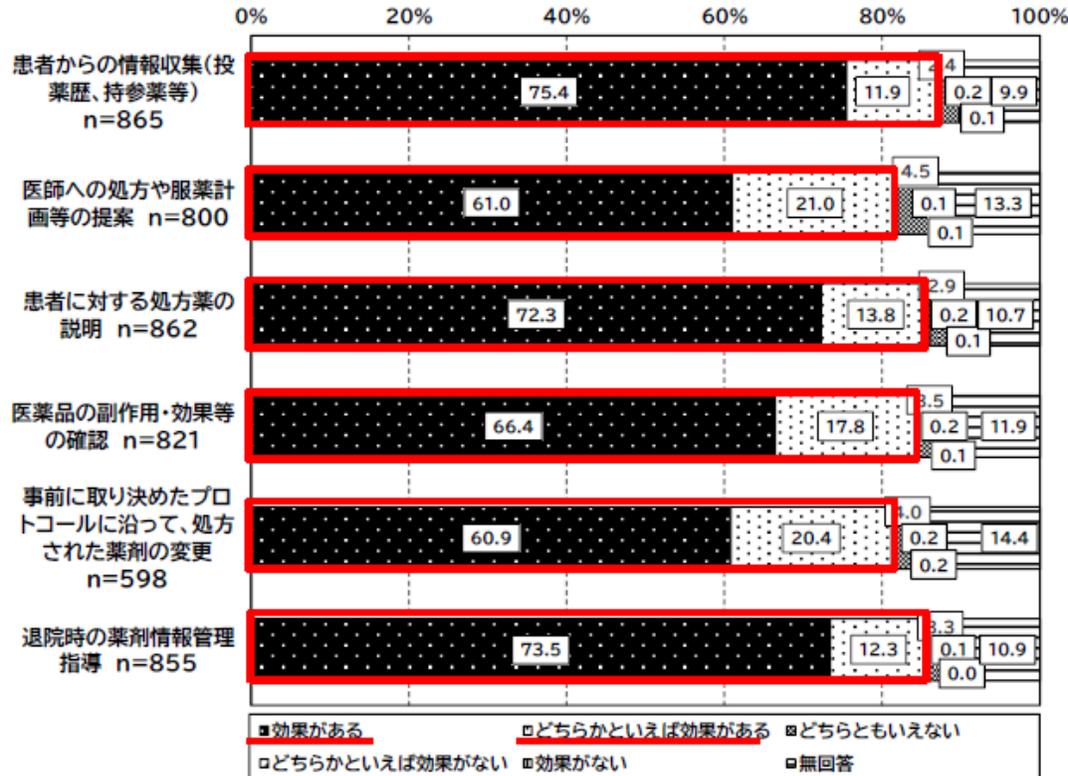
働き方改革

病棟における薬剤師の関与の効果及び実施状況（医師調査）

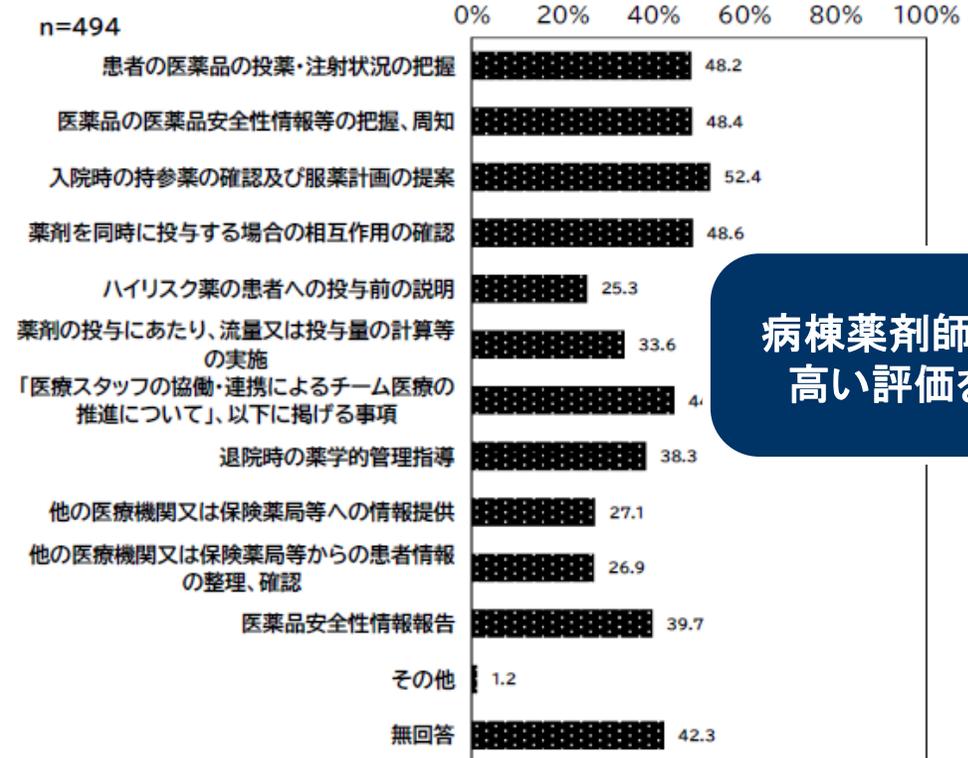
病棟薬剤師の配置により医師の負担軽減及び医療の質向上について「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と医師の8割以上から回答があった。

○ 病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない病棟でも病棟薬剤業務を実施していた。

■ 病棟薬剤師の配置による医師の負担軽減及び医療の質向上への効果



■ 病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務として実施していること(複数回答)



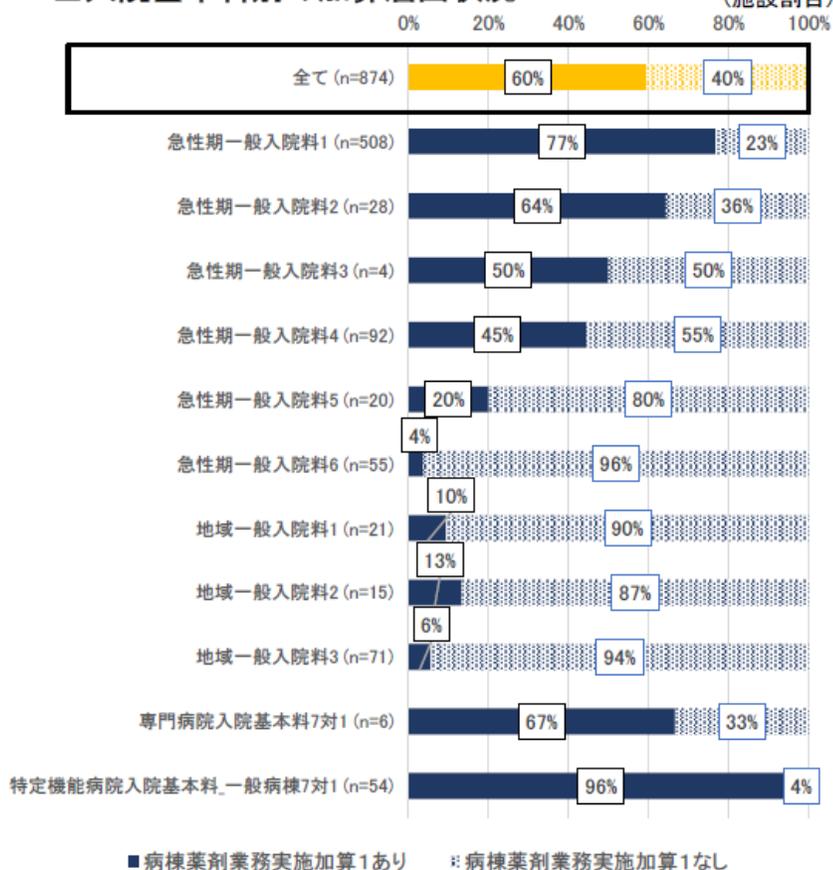
病棟薬剤師は医師から高い評価を得ている

出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)

「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)」

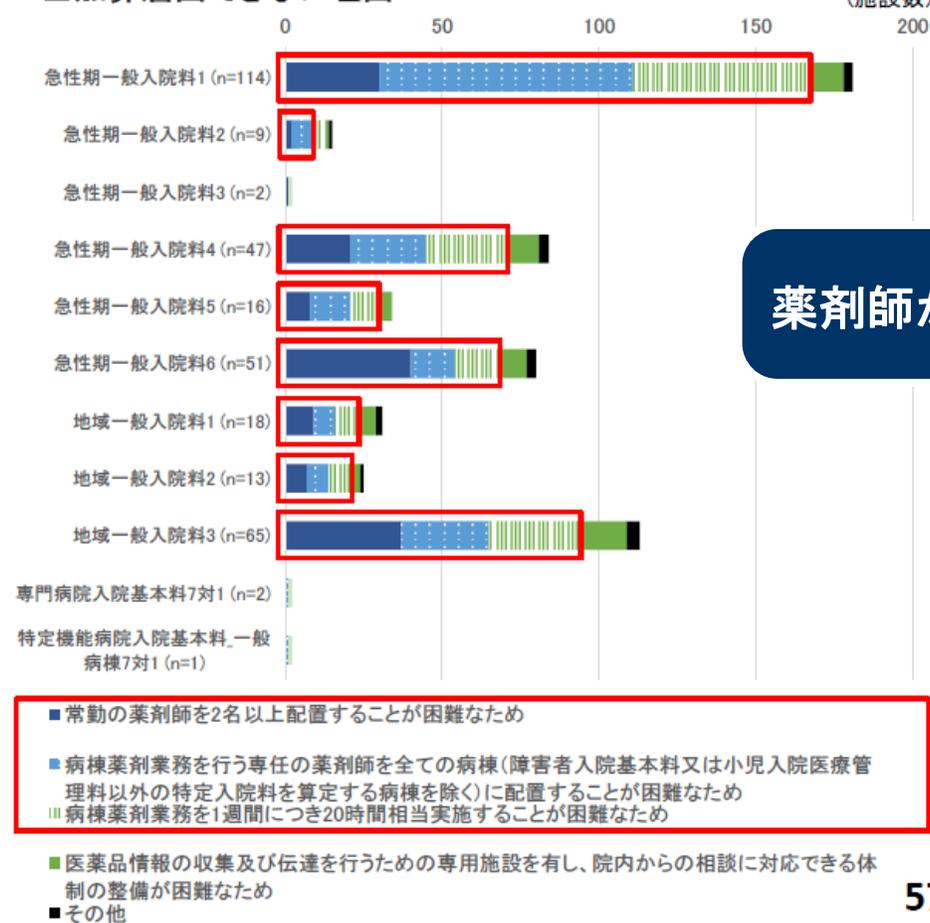
- 病棟業務実施加算1が届出されているのは、全体の約6割であった(874施設中、521施設)。
- 急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が6から1となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
- 届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であるためとの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票))

■加算届出できない理由



薬剤師が配置できない

病棟薬剤業務実施加算が算定できない理由 薬剤師を配置できない＝病院薬剤師不足

チーム医療推進に向けた薬剤師の資質向上のための研修について

- 近年のチーム医療の進展や薬物療法の高度化・複雑化等に対応するため、薬剤師免許を取得した直後の新人を対象にした教育・研修が実施されている。
- 数年間の教育研修プログラムを整備した院内の研修制度(レジデント制度)としては、病棟業務を含む基本スキルを幅広く習得する研修や、がん化学療法や抗菌薬治療など専門領域に特化した研修がある。

■医療機関における新人薬剤師への教育研修の類型

職場研修	薬剤師レジデント制度
日常の業務を通じて、On the Job Training (OJT)として比較的短期間で実施(長くとも1年以内)。	中央業務をはじめとした基礎的な業務内容から、専門性の高い各分野の業務内容の教育研修を時間をかけて実施(通常2~3年程度)。

■大学病院におけるレジデント制度の事例 (京都大学医学部附属病院薬剤部の例)

- 新人は全てレジデントとして採用(2年間の有期雇用・フルタイム)。
- 一般研修(1年目)では、薬剤師の基本スキルとして、①倫理研修、②内服薬・注射薬・麻薬の調剤、③抗がん剤等の調製・監査、④TDM・医薬品情報、⑤一般病棟業務を習得。
- 専門研修(2年目)では、①内科・外科・がん病棟専門業務、②緩和・感染・急性期専門研修、③治験業務などを習得し、学会発表を目指す。
- 一般に、レジデント制度を運用している施設では複数年にわたる体系的なプログラムを用意しており、また、レジデント薬剤師は、常勤/非常勤職員として採用されていることが多い。

京大 レジデント制



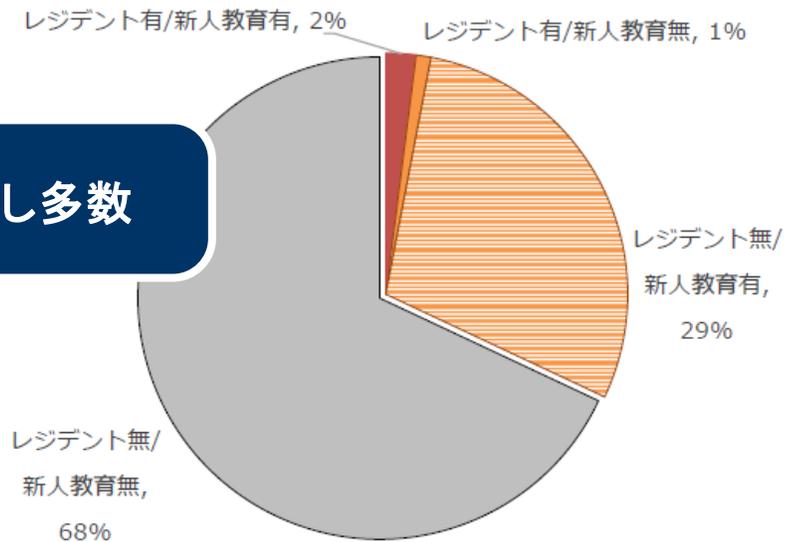
病院薬剤師の研修

働き方
改革

薬剤師
偏在

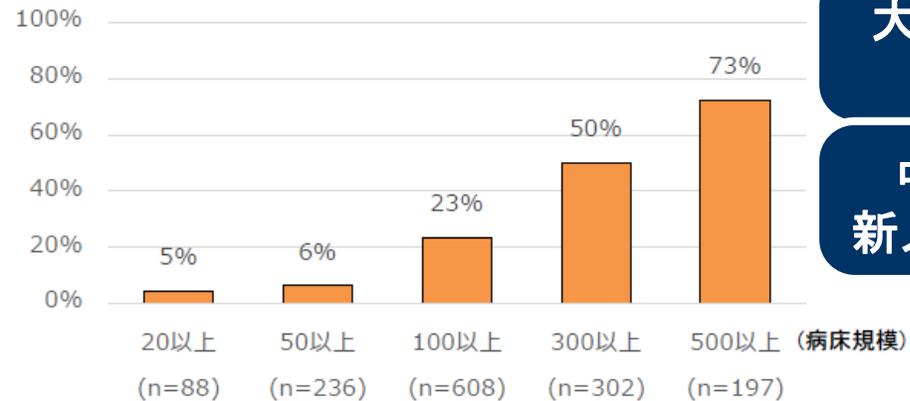
- 病院薬剤師の研修について、新人向けの研修制度(卒後研修)として実施している医療機関は約3割。
- 病床規模が大きい病院ほど、研修が実施されている傾向がある。

■各施設における薬剤師卒後研修の概要¹⁾
(日本病院薬剤師会の会員施設、n=1505)



※回答選択肢の定義について
 ・レジデント: 薬剤師レジデントプログラム
 ・新人教育: 1か月以上のカリキュラムに基づいた自施設の新人教育プログラム

■病床規模別の新人教育(卒後研修)の実施割合¹⁾
 ※実施割合はレジデントと新人教育の両方を含んでいる

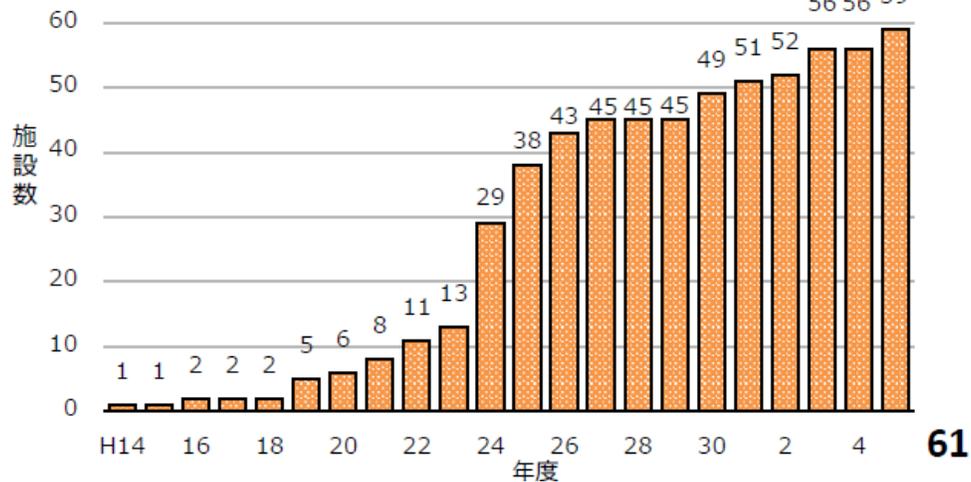


大規模病院では
新人教育○

中小病院では
新人教育は難しい

新人教育なし多数

■薬剤師レジデント募集施設数の推移²⁾



出典: 1) 厚生労働行政推進調査事業費補助金
 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)
 令和元年度 分担研究報告書「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究」
 2) 第3回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会(2020年10月21日)
 日本薬剤師レジデント制度研究会公表資料を用いて一部更新

薬剤師の新人教育は3割程度で実施 病床規模と比例

地域と連携した教育研修体制の事例

働き方
改革

薬剤師
偏在

金沢大学
の事例

- 金沢大学附属病院では、薬剤師の研修の一環として、能登半島北部の医療過疎地域への薬剤師出向により、地域医療を研修する仕組みがある。
- このような仕組みは、出向先の不足した人員を補うだけでなく、病院業務のノウハウを出向先の病院の業務に定着させることで、地域医療の質の向上に寄与する取組となっている。
- また、地域の病院での業務経験を通じて地域医療を俯瞰する広い視野が修得できることは、大学病院の目指す指導的な人材の育成機能の強化につながる。

■ 概要と経緯



- 金沢大学附属病院において、医療全体を俯瞰し行動できる人材の育成することを目的として、地域医療を経験するために、薬剤師が不足している地域病院への薬剤師出向を2018年11月から開始した。

(出向先1) 町立富来病院(2018年11月～2020年3月)
常勤薬剤師が一時的に不在となったので、出向受け入れ。
(現在は常勤薬剤師が確保されている。)

(出向先2) 公立宇出津総合病院(2022年4月～)
常勤薬剤師が1名となったため、出向受け入れ。
(現在、勤務経験3年以上の若手薬剤師が3か月交代で出向。)

出典：金沢大学附属病院薬剤部提供資料を基に医療課で作成

■ 町立富来病院での主な対応事例

- ・ 多職種による入院患者薬剤管理プロトコルの作成
- ・ 患者服薬カートを導入(1日配薬から1週間配薬に変更)
- ・ 周術期の薬物療法(抗菌薬、鎮痛薬)の見直し
- ・ 介護医療院における薬剤師業務の確立
- ・ 薬剤師連携会議の発足
- ・ 町立富来病院関連薬局メーリングリストの開設、薬剤管理サマリの提供
- ・ 職員のニーズにあった研修会や、周辺病院も参加する講演会の企画
- ・ 採用医薬品等を整理し、後発品の利用促進及び廃薬医薬品の低減
- ・ 病棟薬剤業務の充実に向けた準備

■ 金沢大学附属病院におけるメリット

- ・ 出向経験者のスキルアップ
 - ✓ 地域の実情にあった多職種連携などの経験から、転院先のニーズを理解することにつながり、必要な情報を適切に選別できるようになったことで退院時薬剤指導を工夫するなど、転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- ・ 大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化
 - ✓ 高齢者に特有の心不全、嚥下障害、感染症などの疾患への対応や、地域での介護、在宅医療、看取りなど、高度急性期施設では直接体験することができない経験を通じて、地域医療を俯瞰する広い視野を修得した人材を育成することにつながる。
- ・ 医療機関同士の情報連携や研修会等の活性化

62

基幹病院のノウハウ
を出向先へ

出向先病院の
現状を知る＝
地域医療の現状を知る

一部の医療機関で薬剤師を地域医療機関と連携(出向型派遣)して研修を実施している例がある

働き方
改革

薬剤師
偏在

地域医療の経験により質の高い薬物療法を提供できた事例

- 地域の病院での経験によって、出向経験者のスキルアップや、大学病院として目指す指導的な人材の育成機能の強化につながり、質の高い薬物療法の提供に寄与している。

地域医療の経験を活かして基幹病院における業務の質が向上した事例

- 地域医療や地域の薬局との連携を経験することで、転院先のニーズなど必要な情報を適切に選別できるようになったため、退院時薬剤指導を工夫し転院・退院先と密な連携をとれるようになった。
- 周辺地域の病院の医師等と協働し、様々な意見交換を経ることで、医療機関間における情報共有や医療従事者の交流の必要性を強く実感し、研修会や講習会の質が向上した。

教育＋研修＋出向派遣

地域の病院の課題に対応するだけでなく自身のスキルアップにつなげた事例

- 地域の病院の医師・看護師等は、がん化学療法や緩和ケアに対する対応経験が少なく、患者が転院してきた際に継続した対応が難しいことが課題となっていたが基幹病院での知識や経験を活用して対応にあたった。これらの経験を通じて、自身のがん薬物療法に係る専門分野のスキルアップにもつなげることができた。

病棟業務等のノウハウを活用して出向先の地域の医療の質の向上につなげた事例

- 地域の病院では入院患者に対する持参薬の確認や服薬指導等を必要に応じて実施していたが、病棟業務に関するマニュアル等を整備し、業務手順を整理することで、全ての入院患者への対応が可能となり、病棟薬剤業務実施加算に必要な業務の立ち上げをすることができた。
- 周術期に使用する抗菌薬や鎮痛薬等に関して医師や看護師から問い合わせを受けることが多かったことから、よく聞かれる内容に関して地域の病院の実情に合った周術期薬剤マニュアルを作成し、各病棟へ配布することで医薬品情報の有効活用につなげることができた。

出典)個別ヒアリングをもとに保険局医療課にて作成

地域医療機関に薬剤師を出向派遣することにより地域の薬物療法の向上につなげることができる

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。



(新) 薬剤業務向上加算 100点(週1回)

[算定要件]

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項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に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- 都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- 特定機能病院若しくは急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

325

新人向け総合
研修システム

都道府県との協力
薬務課？

地域医療等に係る業務

一定期間別の
保険医療機関に勤務

3年以上の経験
+1年以上勤務・常勤

特定機能病院
急性期充実1・2

500床規模で年3千万？
旧帝大クラスで5千万？

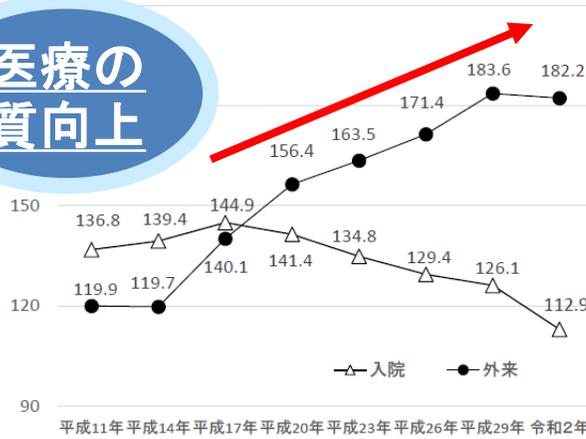
国立・公立大学病院(特に薬学部がある)◎ +一部の私立大学病院○ 日赤・済生会・厚生連・NHO・徳洲会等の法人内はおそらく✖

県立(青森・岩手・山形・茨城・東京・山梨・富山・石川・福井・大阪・兵庫・鳥取・島根・香川・愛媛・徳島・高知・広島・山口・佐賀・大分・宮崎)

- 近年、がんの入院患者数は減少傾向であるが、外来患者数は増えている。
- がん患者の在院日数については減少傾向であったが、平成29年から令和2年にかけて増加していた。

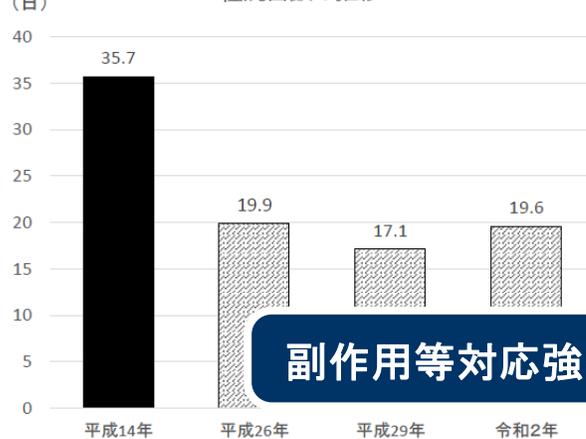
外来化療増加

(千人) 入院患者・外来患者数の推移



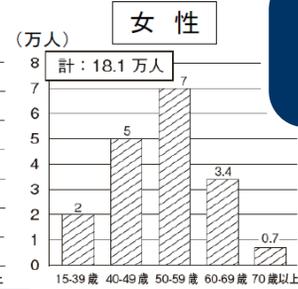
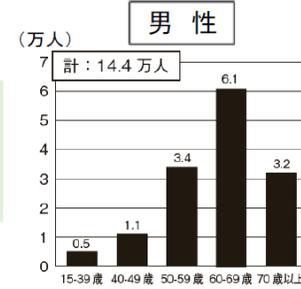
医療の質向上

在院日数の推移



副作用等対応強化

平成22年

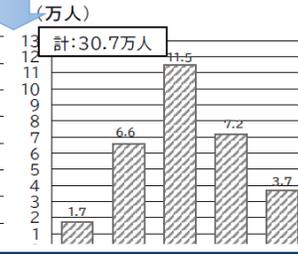
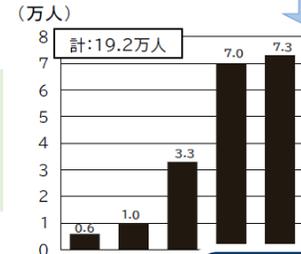


外来化療女性高齢者増加

計：32.5万人

資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」を基に同省健康局長特別集計したもの

令和4年



計：49.9万人

資料：厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」を基に同省保険局医療課にて特別集計したもの

外来化学療法

新設 がん薬物療法体制充実加算

がん薬物療法体制充実加算の新設

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

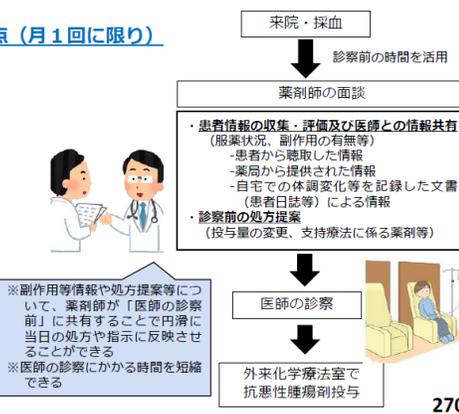
(新) がん薬物療法体制充実加算 100点 (月1回に限り)

【算定要件】

外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

- 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。



改定案	現行
【外来腫瘍化学療法診療料】 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 800点 (2) 4回目以降 450点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 600点 (2) 4回目以降 320点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点 3 外来腫瘍化学療法診療料3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 540点 (2) 4回目以降 280点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点	【外来腫瘍化学療法診療料】 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

がん性疼痛緩和

外来腫瘍化学療法診療料3階建てへ がん性疼痛緩和指導料 薬剤師外来評価

- 外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。
- (1) やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。
- (2) (1)の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。
- (3) 「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。
- (4) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。
- (5) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん患者指導管理料」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。
- (6) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に医師の研修要件を追加する。
- (7) 患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。
- (8) 患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。
- (9) 外来化学療法の体制(24時間対応できる体制があること等)について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

医師の診察前における薬剤師の関わり（イメージ）

医療の
質向上

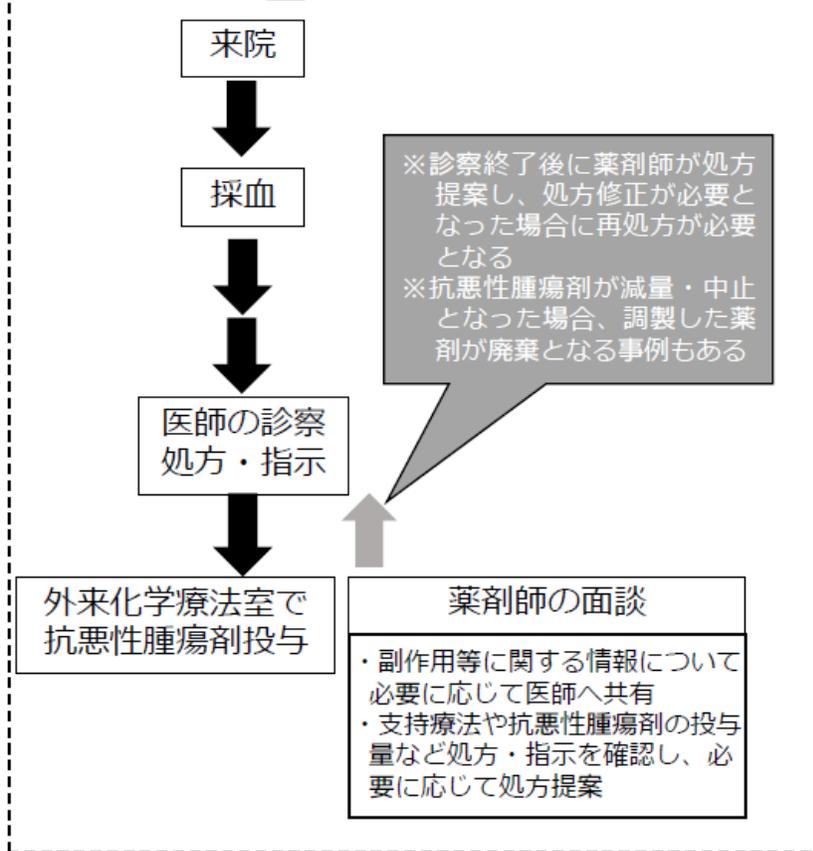
外来化学
療法

薬剤師外来？
診察前後に介入

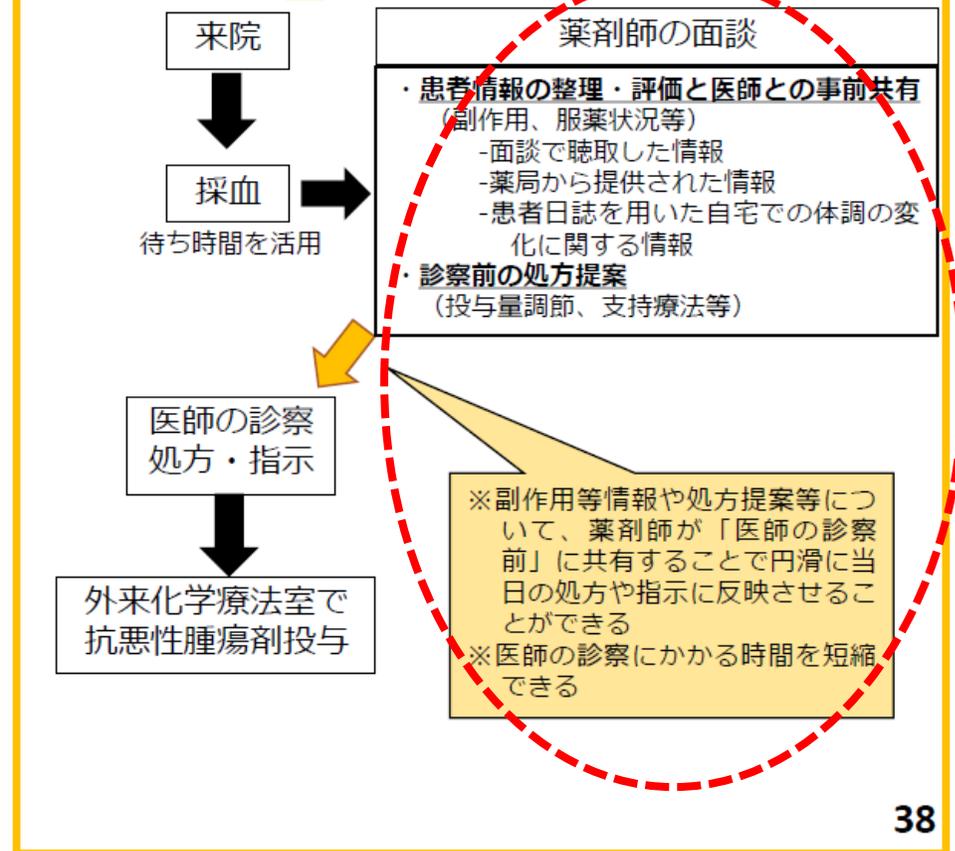
- 薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から医師の診察前に確認を行い、医師に対して情報提供や処方提案等を行うことで、医師に処方修正等の追加の業務を発生させることなく、当日の処方や指示に反映でき、円滑に外来腫瘍化学療法が実施できる。

■外来腫瘍化学療法の流れにおける薬剤師が関わるタイミングの違い

■「医師の診察後」の場合



■「医師の診察前」の場合



薬剤師による診察前の情報収集・情報提供で医師の負担軽減(処方提案や支持療法追加等)

薬剤師が医師の診察前に患者に関与している事例

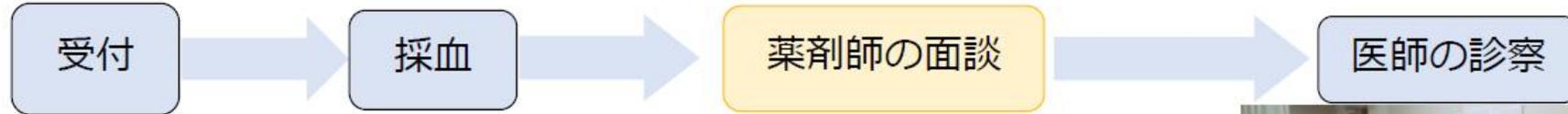
医療の
質向上

外来化学
療法

薬剤師外来

- 医療機関によっては、外来腫瘍化学療法の際に、薬剤師が患者と医師の診察前に面談し、その情報を基に医師に対して副作用の評価、支持療法の提案等を行うことで、治療の質の向上及び医師の負担軽減につながっている。

■ 医師の診察前に薬剤師が関わる取組の例



■ 医師の診察前に薬剤師が関わった事例

○ 支持療法の追加

腹膜癌に対して殺細胞性抗悪性腫瘍剤を用いたがん化学療法中。既に制吐剤を使用しているが吐き気が問題になっており、医師の診察前に面談し、吐き気の時期や重症度を制吐剤の使用状況と共に聴取。担当医に報告し、追加の制吐剤を処方して対処することとなった。

○ 抗悪性腫瘍剤の用量調整

直腸癌で分子標的薬を含むがん化学療法中。副作用の皮膚症状に対してステロイド外用剤で対処していたが、副作用の悪化により疼痛が出現していることを聴取。医師と相談し分子標的薬の減量調節をすることとなった。

○ 薬局との連携による支持療法の調節



薬剤師は副作用や服薬状況等を患者から聞き取り、必要に応じて、それに基づく処方等の提案とともに電子カルテ等へ入力し医師へ伝達（必要に応じて医師と電話等で相談）



医師は薬剤師の記録も参考にして診察

外来
治療センター



39

薬剤師による診察前の情報収集・情報提供で治療や薬物療法の質の向上へ

医師の診察前に薬剤師が関わることによるメリット（医師調査）

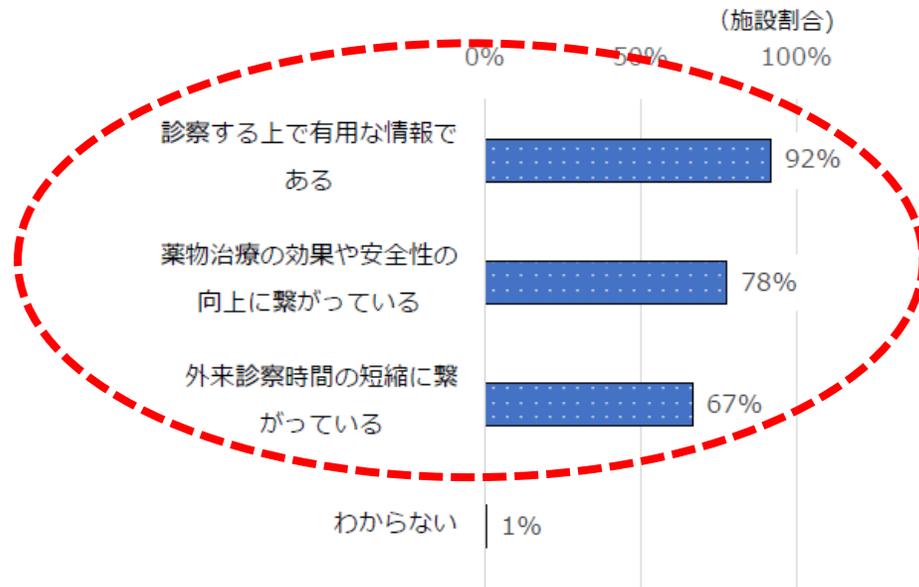
医療の
質向上

外来化学
療法

- このような取組について、9割以上の医師は「診察する上で有用な情報」と回答し、約8割の医師が「薬物治療の効果や安全性の向上に繋がっている」と回答した。
- 外来腫瘍化学療法における副作用に対する支持療法等において薬剤師が医師と協働することによって、副作用が減少する傾向を認めた。また、吐き気・嘔吐、末梢神経障害、疼痛に関連したQOL評価尺度は有意に改善。

■ 医師の評価(実施している施設、n=135)

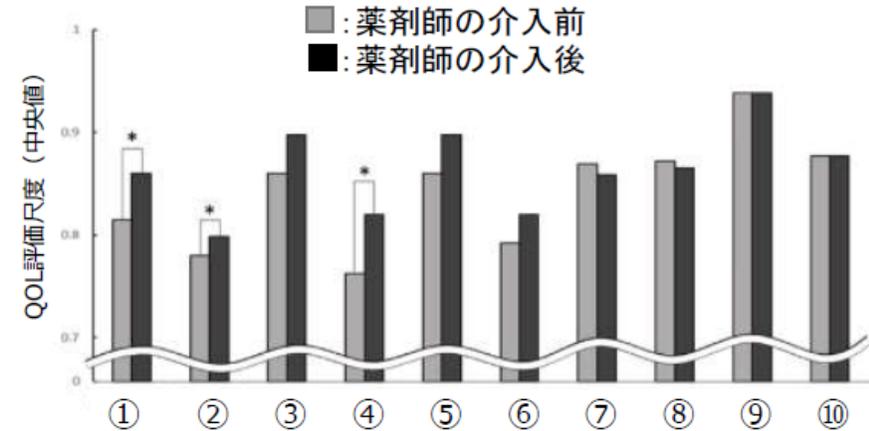
「がん診療連携拠点病院等の医師に対するアンケート」
医師の診察前に薬剤師が患者面談等を実施して得た患者情報の共有や、それに伴う治療等の提案を実施することに対する質問



出典：日本臨床腫瘍薬学会が、がん診療連携拠点病院等を対象に実施したアンケート(2023年)データを元に保険局医療課で作成

■ 副作用症状別のQOL評価尺度(EQ-5D-5L)

薬剤師の介入によって、①吐き気・嘔吐、②末梢神経障害、④疼痛の項目においてQOL評価尺度が介入前と比較して有意に向上した(下図)。また、①吐き気・嘔吐、③皮膚症、④疼痛、⑤口腔粘膜炎、⑥下痢などの副作用が介入前と比較して減少傾向を認めた(図非表示)。



- ①吐き気・嘔吐(n=50) ②末梢神経障害(n=36) ③皮膚障害(n=31)
④疼痛(n=29) ⑤口腔粘膜炎(n=25) ⑥下痢(n=15)
⑦味覚障害(n=12) ⑧倦怠感(n=6) ⑨手足の浮腫(n=4) ⑩便秘(n=2)

出典：Fujii H. J Pharm Health Care Sci. 2022; 8(1): 8. PMID: 35236407

がん薬物療法体制充実加算の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点 (月1回に限り)

[算定要件]

外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

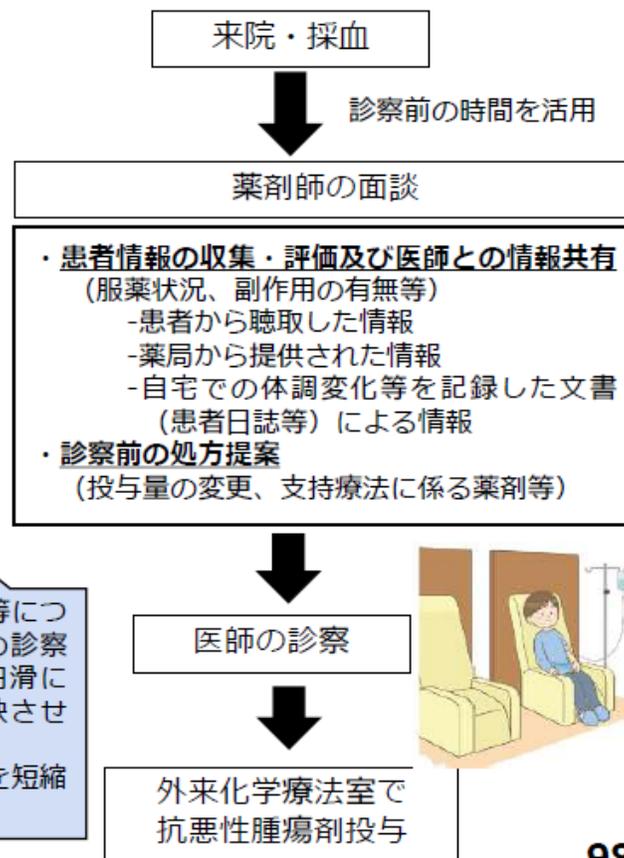
専門薬剤師

[施設基準]

- 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。



※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる
 ※医師の診察にかかる時間を短縮できる



がん性疼痛緩和指導管理料

評価 200点
 当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回

概要 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定。

主な算定要件

- 緩和ケアの経験を有する医師が当該指導管理を行った場合に算定。
- 麻薬の処方前の疼痛の程度(疼痛の強さ、部位、性状、頻度等)、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

主な施設基準

- 緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 - 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会(平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。)
 - 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

一般名処方加算の見直し

- 一般名処方加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

一般名処方加算 1 7点 → **10点** 一般名処方加算 2 5点 → **8点**

[施設基準]

- ・ 医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

- 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

後発医薬品使用体制加算 1 47点 → **87点** 後発医薬品使用体制加算 2 42点 → **82点**
 後発医薬品使用体制加算 3 37点 → **77点**

[追加の施設基準]

- ・ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

外来後発医薬品使用体制加算 1 5点 → **8点** 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点 → **7点**
 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点 → **5点**

[追加の施設基準]

- ・ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について(令和6年5月22日適用)

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

現在、医療機関等で保険診療に用いられる医療用医薬品として官報に告示されている(薬価基準に収載されている)品目は約1万3千程度あり、本リストはその内容等をお示ししたものです。

このうち、新しい効能や効果を有し、臨床試験(いわゆる治験)等により、その有効性及び安全性が確認され、承認された医薬品を「先発医薬品」と、また、先発医薬品の特許が切れた後に、先発医薬品と成分や規格等が同一で、治療学的に同等であるとして承認される医薬品を「後発医薬品」(いわゆるジェネリック医薬品)と呼んでいます。

本リストでは、医療機関等における円滑な事務の推進を図る観点から、「先発医薬品」、「同一剤形・規格の後発医薬品がある先発医薬品」及び「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」、「後発医薬品のある先発医薬品」に該当する品目も併せてお示ししています。

また、昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品(その後の剤形追加・規格追加等を含む)のうち、価格差のある後発医薬品があるものについては、「準先発品」としてお示ししています(内用薬及び外用薬に限る。)(1～4の資料)。

なお、後発医薬品として承認された医薬品であっても、先発医薬品と薬価が同額又は高いものについては、診療報酬における加算等の算定対象とならない後発医薬品としており、該当する品目には「★」印を付しています(1～5の資料)。「後発医薬品のある先発医薬品」であっても、後発医薬品と同額又は薬価が低いものについては、診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」としており、該当する品目には「☆」印を付しています(5の資料)。

また、「※」は、品名の次に括弧書によって医薬品製造販売業者名の略称を加えたことを示します。

事務連絡
令和6年5月22日

地方厚生(支)局医療課
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)

御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて

「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」及び「後発医薬品調剤体制加算」(以下「後発医薬品使用体制加算等」という。)については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和6年3月5日付け保医発0305第5号)及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和6年3月5日付け保医発0305第6号)(以下「施設基準通知」という。)において、施設基準等の取扱いを示しているところです。

今般、令和6年度薬価改定の措置を広く実施したことを踏まえ、後発医薬品使用体制加算等の施設基準に係る具体的な取扱いについて、当面の間、下記のとおりとすることとしたので、貴管下の保険医療機関及び保険薬局(以下「保険医療機関等」という。)に対し周知方お願いいたします。

医療の
効率化

GE品

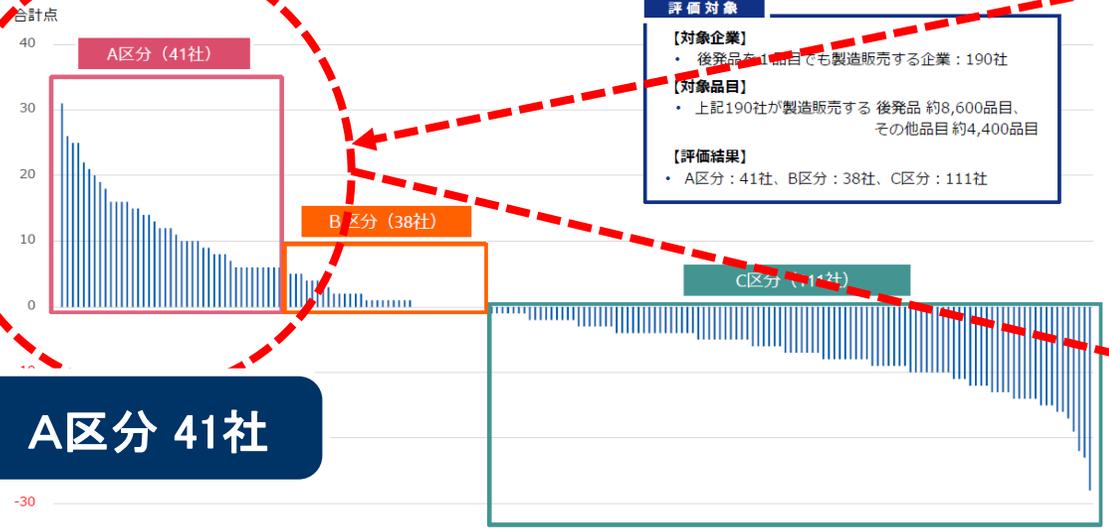
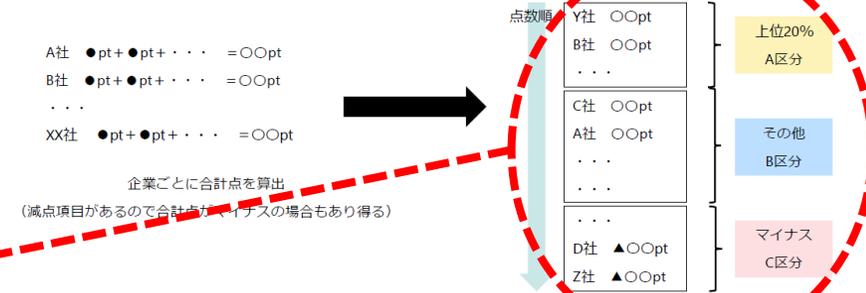
評価指標

評価の指標	評価方法
3. 製造販売する後発品の供給実績	
① 製造販売する安定確保医薬品の品目数	200品目以上：10pt、100～200品目：8pt、50～100品目：5pt、10～49品目：3pt、1～9品目：1pt、0品目：0pt ※ 安定確保Aは2品目として換算
② 製造販売する品目に係る自社理由による出荷停止又は出荷量の制限の実施	【限定出荷品目割合】 20%以上：▲5pt、10～20%：▲3pt、1～10%：▲2pt、0%：0pt 【出荷停止品目割合】 20%以上：▲10pt、10～20%：▲7pt、1～10%：▲5pt、0%：0pt
③ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した品目の割合	【出荷量増加品目割合】 50%以上：5pt、30～50%：4pt、20～30%：3pt、1～20%：2pt、0%：0pt 【出荷量減少品目】 50%以上：▲5pt、30～50%：▲4pt、20～30%：▲3pt、1～20%：▲2pt、0%：0pt
④ 他社が出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する自社品目の追加供給の実施	他社が限定出荷・出荷停止となっている品目のうち、増産対応していると報告のあった品目について、評価対象企業が製造販売する品目数に占める割合（百分率；小数点以下四捨五入）を加点。ただし、上限は+20ptとする。
⑤ 他社の長期取載品のうちG1区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施	同一剤形・同一成分において、G1増産対応企業として決定した品目ごとに+5pt
4. 薬価の乖離状況	
① 企業ごとの後発品平均乖離率が一定値を超える	企業ごとの後発品平均乖離率（後発品全体の平均乖離率を100とした指数） 100～150未満：0pt、150～200：▲5pt、200～250：▲10pt、250以上：▲15pt
② 製造販売承認を取得した新規後発品について、薬価収載後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	収載後5年以内の後発品について、企業毎の平均乖離率（後発品全体の平均乖離率を100とした指数） 100～150未満：0pt、150～200：▲5pt、200～250：▲10pt、250以上：▲15pt
③ 新規収載された後発品のうち、5年以内に撤退した品目数	薬価収載から5年以内に、供給停止事前報告書が提出された品目ごとに▲1pt
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える	各薬価改定ごとの薬価調査における平均乖離率を基準に、平均乖離率を超えた品目ごとに▲1pt

評価ポイント制

評価方法

- 企業から提出された資料や統計情報、行政で把握している情報等をもとに、厚生労働省で評価。
- 評価指標で示した項目ごとに点数化し、合計点について相対的に評価。
- 評価区分を「一般的な取組状況にある企業の区分（B区分）」を基本として、「一定水準を超える取組を行っている」と評価できる企業の区分（A区分）、「一定水準を下回る取組を行っている」と評価される企業の区分（C区分）」の3区分とする場合、例えば、合計点の上位20%の企業はA区分、合計点がマイナスとなった企業はC区分とすることが考えられる。
- 評価時点から1年以内に製造販売する品目の医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、合計点数によらず「A区分」とはしない。



後発医薬品製造販売会社を個別評価 ポイント制により「A・B・C」区分

医療の
効率化

GE品

乖離率 + 高価格帯

自社理由で
限定・停止なし

【薬価改定時の対応】

令和6年度薬価改定では、試行的な導入として最小限のものから適用することとし、具体的には、A区分と評価された企業の品目について、以下の対象医薬品のうち、以下の適用条件のすべてに該当する品目に限定して、現行の後発品の改定時の価格帯集約（原則3価格帯）とは別に、該当する品目のみを集約することとしてはどうか。

<対象医薬品>

- 最初の後発品収載から5年以内の後発品
- 安定確保医薬品A又はBに該当する後発品（基礎的医薬品を除く。）

<適用条件>

- 後発品全体の平均乖離率以内の品目であること
- 仮に現行ルールにより価格帯集約を行った場合に、後発品のうち最も高い価格帯となる品目であること
- 自社理由による限定出荷、供給停止を来している品目でないこと

これにより、価格帯が1増となる

収載後5年以内 +
安定確保 A+B

	収載5年以内の後発品 (H30.12~)		安定確保医薬品A・B	
	成分規格	品目	成分規格	品目
全後発品	350	1,390	70	250
試行的取扱いの対象	100	160	20	30
うち、内用薬	80	130	3	3
うち、注射薬	10	20	20	20
うち、外用薬	10	10	1	1

(参考) 令和6年度薬価改定の骨子 (令和5年12月20日 中医協了解)

第2 具体的内容 2. 後発品を中心とした医薬品の安定供給確保のための対応 (1) 後発品の安定供給が確保できる企業の考え方

②企業指標の評価結果の薬価制度における取扱い【基準改正】

- 令和6年度薬価改定では、試行的な導入として最小限のものから適用することとし、具体的には、別添3に基づきA区分と評価された企業の品目について、価格帯増加の影響を最小限とするため、以下の対象医薬品のうち、以下の適用条件のすべてに該当する品目に限定して、現行の後発品の改定時の価格帯集約（原則3価格帯）とは別に、該当する品目のみを集約することとする。

<対象医薬品>

- ・ 最初の後発品収載から5年以内の後発品
- ・ 安定確保医薬品A又はBに該当する後発品（基礎的医薬品を除く。）

<適用条件>

- ・ 後発品全体の平均乖離率以内の品目であること
- ・ 仮に現行ルールにより価格帯集約を行った場合、後発品のうち最も高い価格帯となる品目であること
- ・ 自社理由による限定出荷、供給停止を来している品目でないこと

3. 後発企業区分Aのため別集約された品目数

	合計	うち後発収載5年以内	うち安定確保A・B
成分規格数	78	74	4
告示数	124	117	7
(参考) 品目数	124	117	7

4. 後発企業区分数

A区分：40社 B区分：39社 C区分：111社

「A区分と評価された企業」の製剤で「一定の条件に該当する製剤」を「試行的に評価」

医療の
効率化

BS拡大

BSに係る新たな目標
(政府目標)の要点

- * シンプルな数量ベース目標
- * 2024年～2029年度
(2030年3月末まで)
- * BS置き換え率80%以上
- * 成分数の60%以上

【定義】

- バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品である。
- バイオ後続品は、一般的にバイオシミラーといわれており、品質、安全性及び有効性について、先行バイオ医薬品との比較から得られた同等性／同質性を示すデータ等に基づき開発できる。

【バイオ後続品の種類(令和5年11月22日までに薬価収載された者に限る)】

先行バイオ医薬品の名前	主な治療領域	バイオ後続品の名前	先行バイオ医薬品の名前	主な治療領域	バイオ後続品の名前
ランタス	糖尿病	インスリン グラルギンBS	エンブレル	関節リウマチ	エタネルセプトBS
ヒューマログ	糖尿病	インスリン リスプロBS	レミケード	関節リウマチ、潰瘍性大腸炎、クローン病	インフリキシマブBS
ノボラピッド	糖尿病	インスリン アスパルトBS	リツキシマン	がん(リンパ腫)	リツキシマブBS
フォルテオ	骨粗鬆症	テリパラチドBS	ハーセプチン	がん(乳がん、胃がん)	トラスツズマブBS
エスポー	腎性貧血	エポエチン アルファBS	アバスタチン	がん(結腸・直腸がん、肺がん、卵巣がん)	ベバシズマブBS
ネスプ	腎性貧血	ダルベポエチン アルファBS	グラン	がん化学療法による好中球減少症	フィルグラスチムBS
ジェノトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症	ソマトロピンBS	ジーラスタ	がん化学療法による好中球減少症	ペグフィルグラスチムBS
ファブラザイム	ファブリー病	アガルシダーゼ ベータBS	ステラール	乾癬	ウステキヌマブBS
ルセンチス	加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫	ラニビズマブBS			
ヒュミラ	関節リウマチ	アダリムマブBS			

出典：薬生薬審発0204第1号「バイオ後続品の品質・安全性・有効性確保のための指針」改訂版（令和2年2月4日）

https://www.nihs.go.jp/dbcb/TEXT/yakuseiyakushinnhatsu_0204_1.pdf

(図表) 日本バイオシミラー協議会HP(「日本で承認されているバイオシミラー一覧<2023年4月1日時点>」)、国立医薬品食品衛生研究所「日本で承認されたバイオ後続品<2021年12月28日>」より作成

BSは16品目⇒18品目へ増加

医療の効率化

先行バイオ医薬品とバイオシミラーの適応症の違い①

特許満了日が満了していない適応症は、バイオシミラーは取得できない

適応症 (バイオシミラーが未取得の適応症は赤字下線)	2023年9月現在
骨髄線間質を伴わない成長ホルモン分泌不全性低身長症 骨髄線間質を伴わない次の疾患における低身長・ターナー症候群/慢性腎不全/ブドウ糖/ウィー症候群/成人成長ホルモン分泌不全症 (重症に限る) 骨髄線間質を伴わないSGA (small-for-gestational age) 性低身長症	現在
透新施行中の腎性貧血 未熟児貧血	現在
造血幹細胞の末梢血中への動員、造血幹細胞移植時の好中球数の増加促進、がん化学療法による好中球減少症、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染症の治療に支障を来す好中球減少症、骨髄異形成症候群に伴う好中球減少症、再生不良性貧血に伴う好中球減少症、先天性・特発性好中球減少症、 神経線維に対するシタズマブ (遺伝子組換え) の抗腫瘍効果の増強 、再発又は難治性の急性骨髄性白血病に対する抗悪性腫瘍剤との併用療法	現在
関節リウマチ、ペーチャット病による難治性網膜炎どう膜炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿毒性乾癬、乾癬性紅皮症、強直性脊椎炎、 胆管型ペーチャット病、神経型ペーチャット病、血管型ペーチャット病、川崎病の急性期 、クローン病、潰瘍性大腸炎	現在
インスリン療法が適応となる糖尿病	現在

出典：2023年9月現在における各製薬会社公表資料

先行バイオ医薬品とバイオシミラーの適応症の違い②

● 再審査期間や特許満了日が満了していない適応症は、バイオシミラーは取得できない

一般名 (分類)	適応症 (バイオシミラーが未取得の適応症は赤字下線)	2023年9月現在
リクシマブ (抗CD20抗体)	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、 CD20陽性の慢性リンパ性白血病 、免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患、多発性骨髄質性肉芽腫症、顕微鏡的多発血管炎、既存治療で効果不十分なループス腎炎、 難治性の全身性ロウゼ症候群 (結核再発あるいはスライド依存性を示す場合) 、慢性特発性血小板減少性紫斑病、後天性血行性血小板減少性紫斑病、全身性強皮症、難治性の尋常性天疱瘡及び気嚢状天疱瘡、 視神経炎 、 免疫性血小板減少症 (視神経炎を含む) の再発予防、下記のABO血液型不適合移植における抗体関連型拒絶反応の抑制、 腎移植、肝移植 、インシム (¹¹¹ In) イブツマブ、チキセン (遺伝子組換え) 注射液及びイットリウム (⁹⁰ Y) イブツマブ、チキセン (遺伝子組換え) 注射液投与前投与	現在
エタネルセプト (完全ヒト型可溶性TNFα/LTAレセプター製剤)	既存治療で効果不十分な下疳疾患 関節リウマチ (関節の構造的損傷の防止を含む) 多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎	現在
トラスツマブ (抗HER2ヒト化モノクローナル抗体)	HER2過剰発現が確認された乳癌 HER2過剰発現が確認された治療切除不能な進行・再発の胃癌 HER2陽性の治療切除不能な進行・再発の胆嚢癌 HER2陽性の治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	現在
アガリシダーゼ ベータ (抗IL-12/23p40抗体)	ファブリー病	現在
ペバシズマブ (抗VEGF抗体)	治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌、扁平上皮癌を除く切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、手術不能又は再発乳癌、 変性神経膠腫、卵巣癌、進行又は再発の子宮頸癌、切除不能な肝細胞癌	現在
ダルベポエチン アルファ (赤血球造血刺激因子)	腎性貧血、 骨髄異形成症候群に伴う貧血	現在

出典：2023年9月現在における各製薬会社公表資料

令和5年度厚生労働省医政局医薬産業部・医療情報企画課委託事業「バイオ後続品の普及啓発に係る調査等事業」

先行バイオ医薬品とバイオシミラーの適応症の違い③ R5年10月中医協

● 再審査期間や特許満了日が満了していない適応症は、バイオシミラーは取得できない

一般名 (分類)	適応症 (バイオシミラーが未取得の適応症は赤字下線)	2023年9月現在
テリパラチド (骨粗鬆症治療剤)	骨折の危険性の高い骨粗鬆症	現在
インスリン リスプロ (抗糖尿病剤)	インスリン療法が適応となる糖尿病	現在
アダリマブ (抗TNFα抗体)	多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、関節リウマチ、 化膿性汗腺炎、潰瘍性大腸炎 、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿毒性乾癬、強直性脊椎炎、胆管型ペーチャット病、非感染性の中腸炎、後部又は肛門どう膜炎、クローン病、潰瘍性大腸炎	現在
インスリン アスパルト (二相性プロインスリン結晶性インスリンアロウ水性懸濁注射液)	インスリン療法が適応となる糖尿病	現在
ラニズマブ (抗VEGFβ/α抗体Fab断片)	中心窩下新緑網新生血管を伴う加齢黄斑変性症、網膜静脈閉塞に伴う黄斑浮腫、病的近視における新緑網新生血管、糖尿病黄斑浮腫、 未熟児網膜症*	現在
ベグフルグラスチム (持続型G-CSF製剤)	がん化学療法による発熱性好中球減少症の発症抑制、 同種末梢血幹細胞移植のための造血幹細胞の末梢血中への動員	現在
ウスチキマブ (抗IL-12/23p40抗体)	既存治療で効果不十分な下疳疾患、尋常性乾癬、関節症性乾癬、 クローン病、潰瘍性大腸炎	現在

出典：2023年9月現在における各製薬会社公表資料

令和5年度厚生労働省医政局医薬産業部・医療情報企画課委託事業「バイオ後続品の普及啓発に係る調査等事業」

バイオ後続品導入初期加算の概要

○ バイオ後続品導入初期加算について、バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、令和2年度診療報酬改定においては在宅自己注射を実施している患者について、令和4年度診療報酬改定においては外来化学療法を実施している患者について、それぞれ対象を拡大してきた。

【在宅自己注射指導管理料】

バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：**インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等**

【外来腫瘍化学療法診療料】

バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：
抗悪性腫瘍剤 (リクシマブ製剤、トラスツマブ製剤、ペバシズマブ製剤)

【外来化学療法加算】

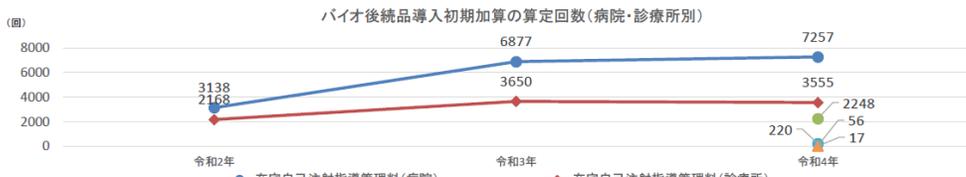
バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：**インフリキシマブ製剤**

＜算定要件 (一部抜粋)＞

当該患者に対して、バイオ後続品の有効性及び安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用 (在宅自己注射指導管理料においては処方) した場合には、当該バイオ後続品の初回の使用 (在宅自己注射指導管理料においては処方) 日の属する月から起算して、3月に限り、月1回に限り算定する。

外来切替促進 入院も切替促進



出典：社会医療診療行為別統計 (各年6月審査分)

54

バイオ後発品の置き換え状況について

- バイオ後続品の置き換え状況について、入院医療において使用されている薬剤について、入院での置き換えが進んでいない薬剤もある。
- 置き換え率が低い成分の中にはバイオ後続品導入初期加算の対象になっていない成分も存在する。

バイオ後続品の名前	主な治療領域	算定回数合計	入院における利用率	入院における置き換え率	外来 (院内) における置き換え率	外来 (院外) における置き換え率
ソマトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症	284,763	0.2%	0.0%	36.3%	15.7%
フィルグラスチム	がん化学療法による好中球減少症	932,148	78.9%	93.8%	91.9%	78.8%
インフリキシマブ	関節リウマチ、潰瘍性大腸炎、クローン病	939,061	5.3%	31.0%	25.0%	-
インスリン グラulin	糖尿病	4,533,227	5.4%	83.9%	72.7%	70.1%
トラスツマブ	がん (乳がん、胃がん)	945,770	6.2%	52.9%	58.2%	-
リクシマブ	がん (リンパ腫)	346,794	50.4%	78.8%	74.1%	-
エタネルセプト	関節リウマチ	1,820,918	0.0%	-	38.6%	43.9%
ペバシズマブ	がん (結腸・直腸がん、肺がん、卵巣がん)	1,592,801	15.3%	18.2%	15.5%	-
テリパラチド	骨粗鬆症	870,904	27.6%	9.5%	26.9%	32.7%
アガリシダーゼ ベータ*	ファブリー病	43,491	3.1%	0.0%	8.9%	-
インスリン リスプロ	糖尿病	6,573,238	7.0%	50.2%	21.1%	18.3%
ダルベポエチン	腎性貧血	1,408,149	17.1%	100.0%	74.9%	100.0%
アダリマブ	関節リウマチ	954,295	0.0%	-	0.0%	5.4%
エポエチンアルファ	腎性貧血	166,902	84.0%	65.2%	100.0%	-
インスリン アスパルト	糖尿病	6,972,181	4.8%	8.6%	3.8%	2.8%
ラニズマブ*	加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫	161,937	2.4%	0.0%	3.0%	-

■ 入院における利用があり、かつ入院における置き換え率が80%未満の成分 (主に透析に使用される薬剤を除く)

※ バイオ後続品導入初期加算の対象にならず、置き換え率が30%未満の品目

- ・アガリシダーゼベータ (加齢黄斑変性、黄斑浮腫、脈絡膜新生血管、糖尿病黄斑浮腫)
- ・ラニズマブ (ファブリー病)

出典：NDBオープンデータ (令和3年度)

※ 集計結果が400未満のものは0として集計している。

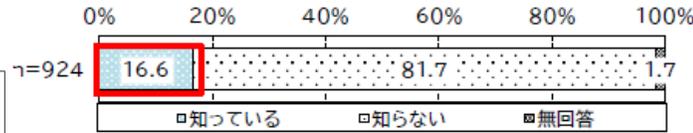
BS導入初期加算 対象品目拡大 増点？ 入院BSも評価？

BS切替はまだまだ

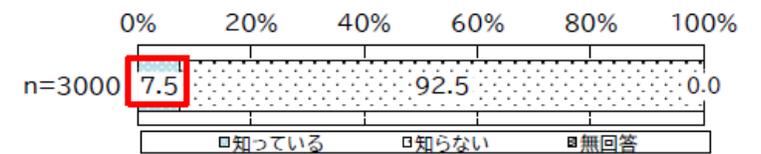
○ 令和5年度の検証調査の患者調査において、バイオ後続品の認知度は低かった一方、「できればバイオ後続品を使用したい」、「とりあえずバイオ後続品を試してみたい」と思う患者が一定数おり、「少しでも安くなるのであれば」使用したいと考える患者が多かった。

<患者調査>

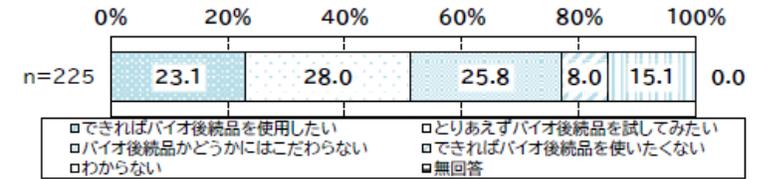
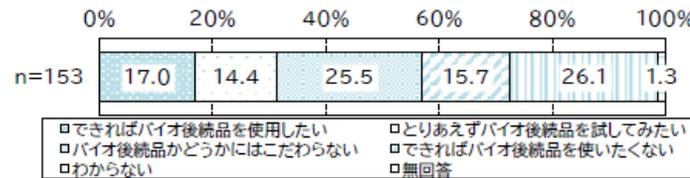
バイオ後続品(バイオシミラー)の認知度



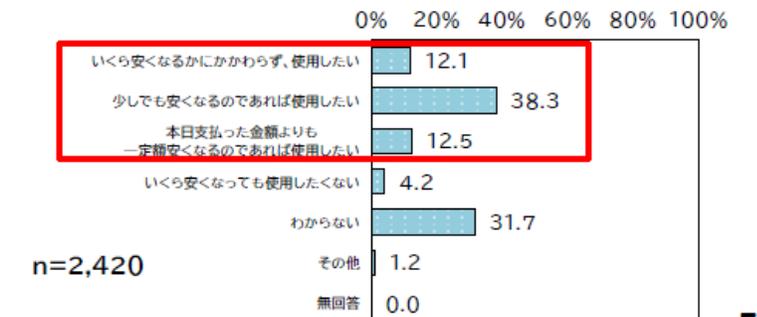
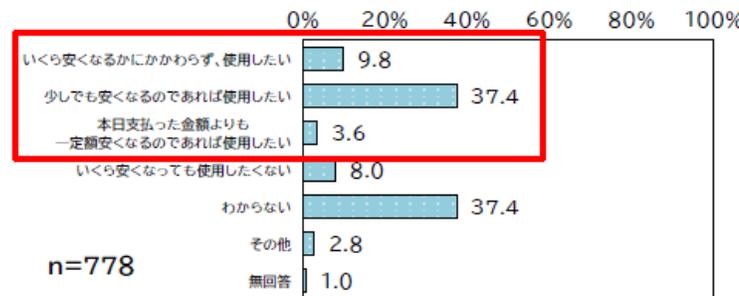
<患者インターネット調査>



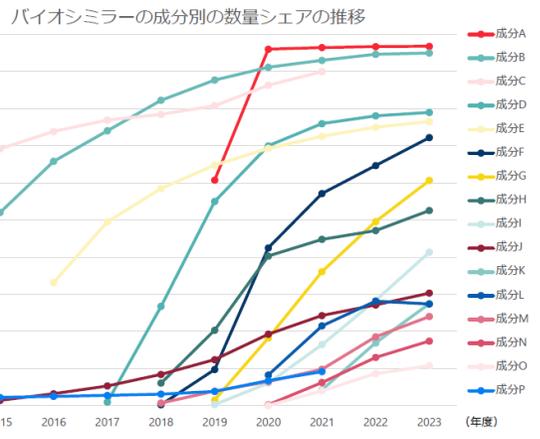
バイオ後続品(バイオシミラー)を使用したいと思うか



自己負担がどれくらい安くなればバイオ後続品(バイオシミラー)を使用したいと思うか



患者への説明



出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」

BSを患者は知らない 患者へのBS説明は薬剤師が最適ではないか？

医療の
効率化

BS拡大

バイオ後続品使用体制加算の新設

- 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

(新) **バイオ後続品使用体制加算（入院初日）** **100点**

[算定要件]

- バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関であって、当該医療機関の調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品（以下、「バイオ医薬品」という。）を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が各成分に定められた割合以上である医療機関において、バイオ医薬品を使用する患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。

[施設基準]（概要）

- バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- 以下の①～③を満たすこと(ただし②と③の内、直近1年間の実績でどちらかの分母が50を超えない場合は50を超えるもののみ基準を満たしていれば良い)。

- ① 直近1年間の（1）及び（2）に掲げるバイオ医薬品の使用回数の合計 \geq **100回**
- ②
$$\frac{\text{（1）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{\text{（1）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く）}} \geq$$
 0.8
- ③
$$\frac{\text{（2）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{\text{（2）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く）}} \geq$$
 0.5

(1)置き換え割合80%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ) エポエチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド

(2)置き換え割合50%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ) ソマトロピン
- (ロ) インフリキシマブ
- (ハ) エタネルセプト
- (ニ) アガルシダーゼベータ
- (ホ) ペバシズマブ
- (ヘ) インスリンリスプロ
- (ト) インスリンアスパルト
- (チ) アダリムマブ

322

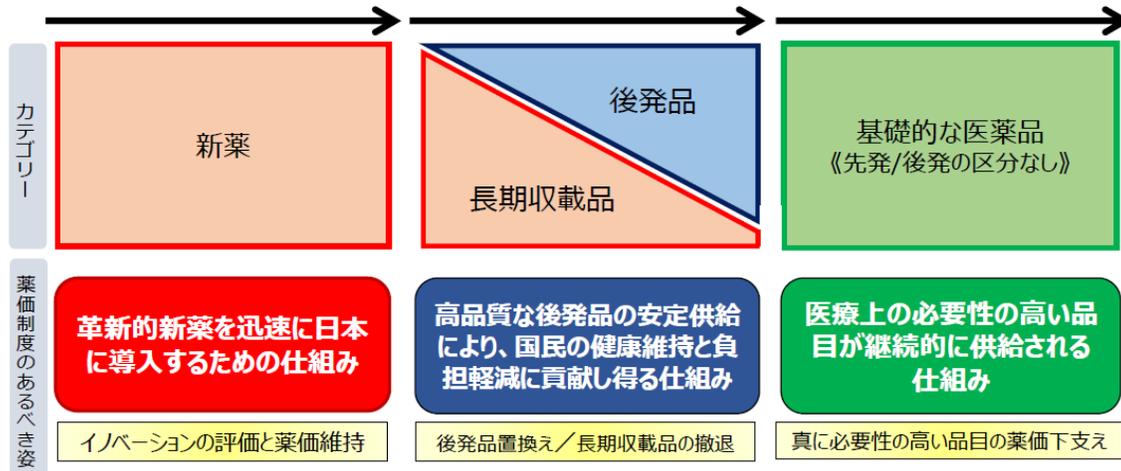
〈参考〉 今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬

- ・ **アガルシダーゼベータ**
- ・ **ラニビズマブ**

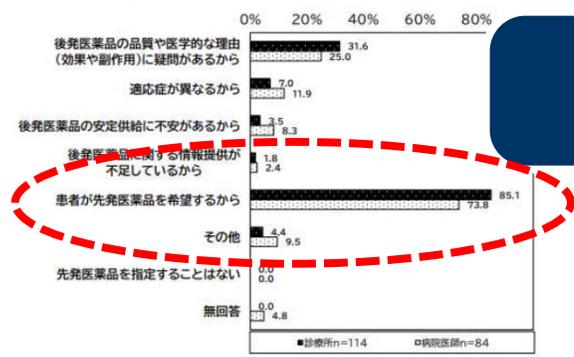
新設) BS使用体制加算(入院100点) 全BSを導入初期加算対象へ

医薬品のカテゴリーに応じた薬価制度の構築

- 中長期的には、製薬産業の役割が発揮される薬価制度の構築に向け、**医薬品のカテゴリーに応じた制度のあるべき姿を見据え、薬価改定のあり方を含め検討を進める必要がある。**
- 次期薬価制度改革では、足元で顕在化している**“ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロス”や“医薬品の供給問題”**に対し、**薬価上の対応策を打つ**ことが急務である。



図表 3-97 先発医薬品を指定する場合の理由
(院外処方5%以上の診療所、院外処方箋を発行している病院の医師、令和4年4月以降「変更不可」欄にチェックした経験のある場合) (複数回答)



先発品を患者が希望するケースがある

医療の効率化

長期収載品

長期収載品の自己負担について

長期収載品にはGE品切替が進まない原因もある

- * GEがない(血液製剤や輸液等)
- * 先発品をガイドラインで推奨する疾患(てんかん)
- * 使用感等々(貼付剤・点眼剤等)

要因仮説	概要
A 製造方法や原料の特殊性等により、後発品が存在していない	例えば、輸液・生物由来製品(血液製剤)といった特殊な原料等を使用した製剤など、製造方法や原料の特殊性により、製造コストが高くなること等から後発企業の経営判断として製造(上市)が回避された結果、後発品が存在していないもの。
B 医療上の必要性により長期収載品と後発品の使用が区別されている	例えば、抗てんかん剤が治療ガイドラインにおいて「後発医薬品への切り替えに関して、発作が抑制されている患者では、服用中の薬剤を切り替えないことを推奨する」とされているように、医療上の必要性により長期収載品と後発品の使用が区別されていると推察されるもの。
C 使用感等の付加価値により患者が長期収載品の使用を選択している	例えば、外用剤(貼付剤・点眼剤)など、長期収載品と後発品とで治療効果の発現に差はないが、使用感(使い心地)等の付加価値により患者が長期収載品の使用を選択していると推察されるもの。

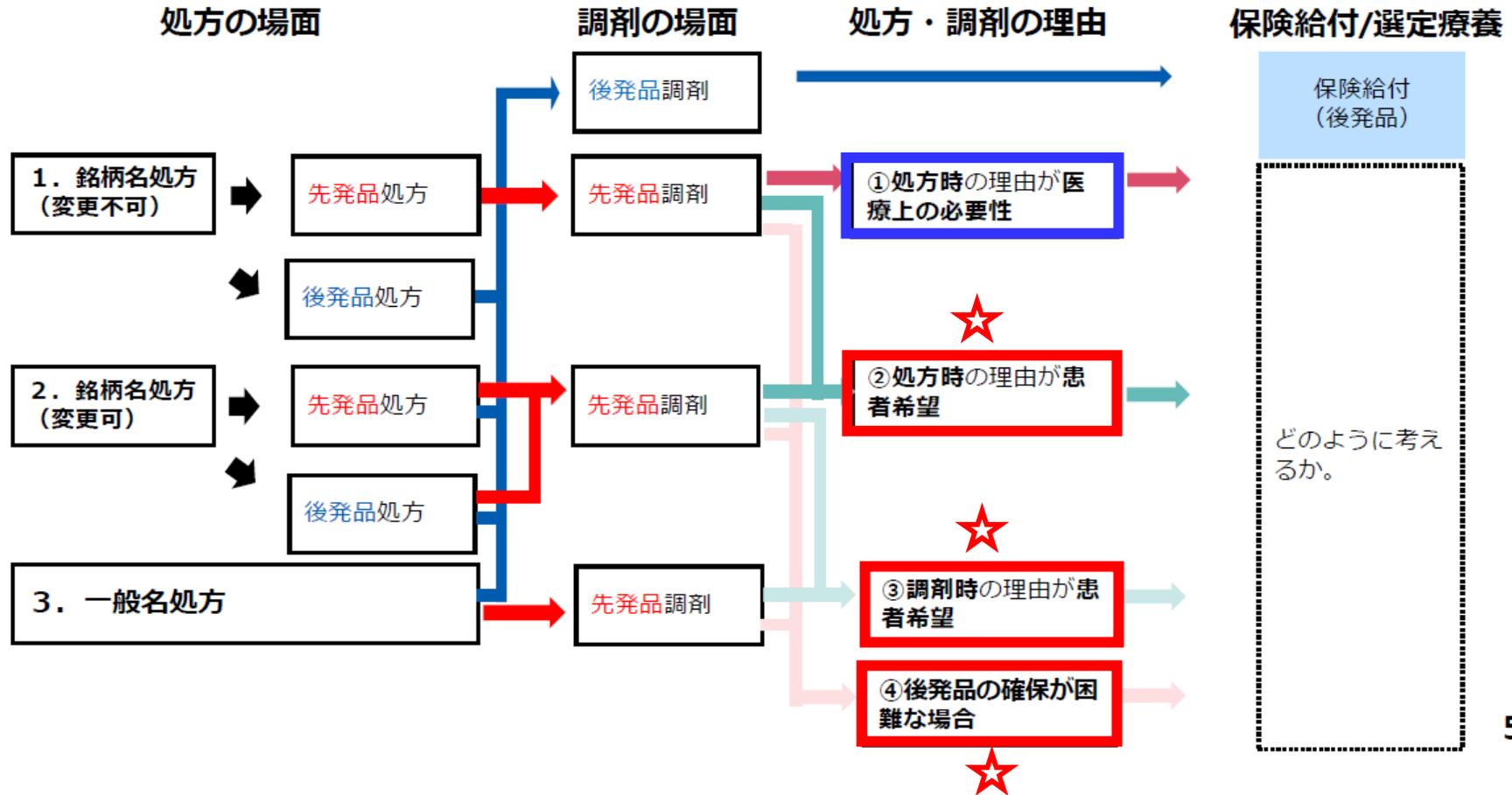
画期的新薬は迅速かつ適切な評価 長期収載品はGEへ 基礎的医薬品はしっかり評価・維持

保険給付と選定療養の適用場面（イメージ）（院外処方の場合）

医療の
効率化

長期収載品

- 前提として、いずれの処方であれ、後発品を調剤した場合は、後発品を保険給付
- 銘柄名処方(変更不可)であって、医療上の必要性を理由とする場合(①)は、先発品としての保険給付を認めることとしてはどうか。
- 他方、患者希望により先発品を処方・調剤した場合(②・③)について、どのように考えるか。
- 全体に共通する事項として、後発品の確保が困難であるため、先発品を処方・調剤した場合(④)につき、どのように考えるか。



長期収載品の患者自己負担を検討⇒選定療養費？ 保険給付範囲と負担割合(額)をどう考えるか？

医療の効率化

長期収載品

選定療養に係る負担について、長期収載品と後発品の価格差の2分の1、3分の1、4分の1を案として、個別の薬価を想定して試算した場合は、次のとおり。

		長期収載先発品の場合			割合に応じて個人負担額大きく変動			GEが安価
ケース	薬価	負担割合	現行の負担	(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
ケース1	A製剤	3割負担	150円	350円	250円	217円	200円	75円
				変化額 (+200円)	(+100円)	(+67円)	(+50円)	(▲75円)
				長期収載品薬価に対する変動率 (40%)	(20%)	(13%)	(10%)	(▲15%)
	後発品		75円					
GE対象薬価が違う場合		1割負担	50円	300円	175円	133円	113円	25円
				変化額 (+250円)	(+125円)	(+83円)	(+63円)	(▲25円)
				長期収載品薬価に対する変動率 (50%)	(25%)	(17%)	(13%)	(▲5%)
	後発品		25円					
ケース2	A製剤	3割負担	150円	430円	290円	243円	220円	45円
				変化額 (+280円)	(+140円)	(+93円)	(+70円)	(▲105円)
				長期収載品薬価に対する変動率 (56%)	(28%)	(19%)	(14%)	(▲21%)
	後発品		45円					
		1割負担	50円	400円	225円	167円	138円	15円
				変化額 (+350円)	(+175円)	(+117円)	(+88円)	(▲35円)
				長期収載品薬価に対する変動率 (70%)	(35%)	(23%)	(18%)	(▲7%)
	後発品		15円					

(※1) 長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。

(※2) 後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。

(※3) 長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース1は長期収載品の薬価の1/2と想定（後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定）、ケース2は1/3程度と想定

複雑すぎる... 10月より実施 患者選択ではなく、医療機関が長期収載品を選択の場合は???

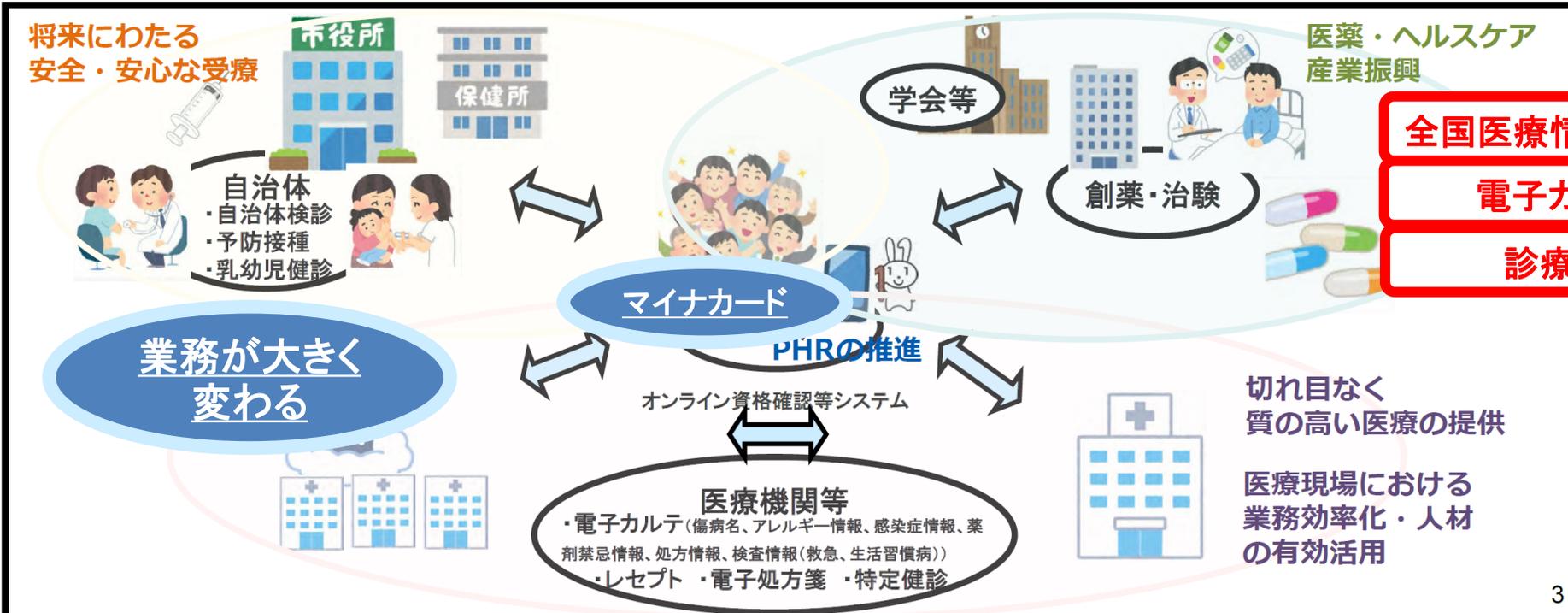
医療分野のDXについて

医療分野のDX

- 医療DX (※) については、**医療分野でのデジタルトランスフォーメーションを通じた医療の向上を図る**など、**我が国の医療の将来を大きく切り拓いていくもの**。
- 医療界や産業界とも一丸となって取り組んでいく必要があり、政府においても、**整備する必要があることから、本年10月に総理を本部長とする「医療DX推進本部」**を設置。
- 医療DX推進本部の下で、**全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DX**など各種施策について議論を進め、**スピード感をもって取り組むための工程表を来春メドで策定予定**。

(※) 医療DXとは、**保健・医療・介護の各段階**（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）**において発生する情報やデータ**に関し、**全体最適された基盤（クラウドなど）を活用**することを通じて、**保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化**を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、**社会や生活の形を変えていくこと**。

マイナンバー≠マイナンバーカード
マイナンバーカードとはオンラインで本人確認可能なICチップ入り顔写真付き公的身分証明書



全国医療情報プラットフォーム
電子カルテの標準化
診療報酬改定DX

- * マイナポイント延長(23年2月末)
- * オンライン資格確認義務化(23年4月)
- * マイナカード保険証一体化(24年12月02日)
- * マイナカード運転免許証一体化?(25年??)

マイナンバーカードの団体区分別交付・保有枚数等について(令和6年4月末時点)

区分	人口(R5.1.1時点)	交付枚数(累計)	保有枚数	人口に対する保有枚数率
全国	125,416,877	99,107,126	92,378,034	73.7%
指定都市	27,473,490	21,591,267	20,192,726	73.5%
特別区・市(指定都市を除く)	87,509,892	69,195,980	64,444,942	73.6%
町村	10,433,495	8,319,879	7,740,366	74.2%

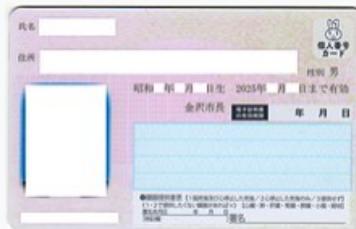
	合計	人口に対する割合※
有効申請受付数(累計) 【令和6年5月19日(日)時点】	100,843,985	約80.4%
交付枚数(累計) 【令和6年5月19日(日)時点】	99,349,148	約79.2%
保有枚数 【令和6年4月30日(火)時点】	92,378,034	約73.7%

※令和5年1月1日時点の住基人口(125,416,877人)に対する割合
 有効申請受付件数・交付枚数：再交付、更新を含むこれまでに有効に申請受付された又は交付されたカードの累計枚数
 保有枚数：現に保有されているカードの枚数(交付枚数から死亡や有効期限切れなどにより廃止されたカードの枚数を除いたもの)

マイナンバー≠マイナンバーカード

- * マイナンバーとは日本の全住民へ付番された個人識別用の12桁番号(2015年10月～ 住民票)
- * マイナンバーカードとは、
オンラインで本人確認が可能なICチップ入り顔写真付きの公的身分証明書

個人番号の提供を受けるときの本人確認(法16条, 施行令12条)

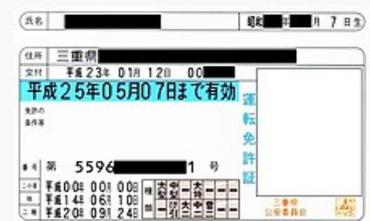


個人番号カード

もしくは

個人番号が記載された住民票の写し

+



写真付き公的身分証明書
(運転免許証, パスポートなど)

【掲示用ポスター】



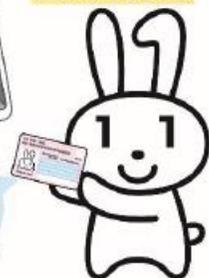
とっても簡単!

マイナンバーカード

1

受付

マイナンバーカードをカードリーダーに置いてください。



2

本人確認

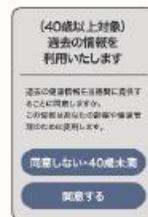
顔認証または4桁の暗証番号を入力してください。



3

同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の利用について確認してください。



※高額療養費制度をご利用される方は、続けて確認・選択をお願いします。

4

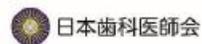
受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



【配布用チラシ】

⚠️ ご注意ください!

本年12月2日から 現行の健康保険証は 発行されなくなります

※12月2日時点で有効な保険証は最大1年間有効です

マイナンバーカード をご利用ください

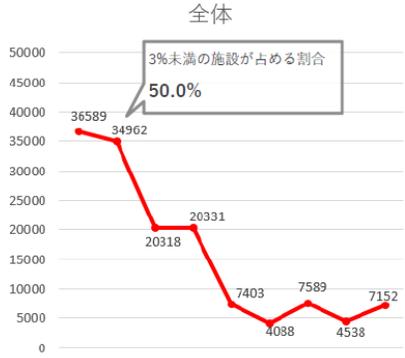
今回お持ちでない方は次回ご持参ください



マイナンバーカードの保険証利用登録がまだの方
➡️ 利用登録は窓口（カードリーダー）でできます



マイナカード



マイナ保険証利用は普及していない 4%

R06年改定で一挙に拡大へ

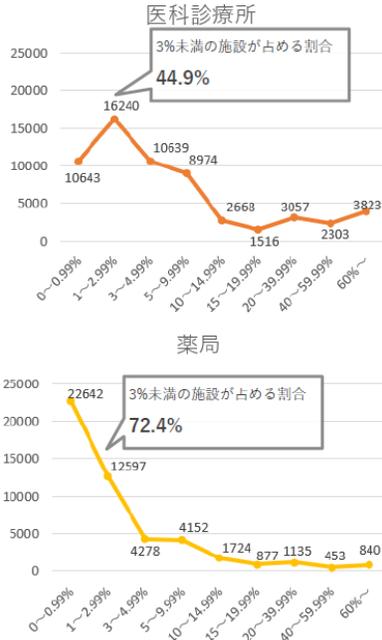
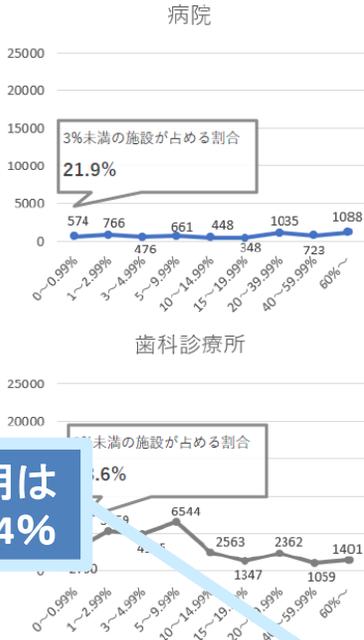


マイナンバーカード携行者は、全体の43.1%
保有者のうち50.2%

マイナカードの携行者は増加

マイナ保険証を利用したい人も増加傾向

R6年2月厚労省



○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和6年3月) は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	5.79% (+0.55%)
青森県	3.60% (+0.47%)
岩手県	7.04% (+0.84%)
宮城県	5.16% (+0.30%)
秋田県	4.37% (+0.61%)
山形県	5.56% (+0.98%)
福島県	7.47% (+1.21%)
茨城県	6.89% (+0.57%)
栃木県	6.51% (+0.81%)
群馬県	6.22% (+0.54%)
埼玉県	4.97% (+0.41%)
千葉県	5.89% (+0.38%)
東京都	5.30% (+0.42%)
神奈川県	5.25% (+0.28%)

全国 5.47% (+0.48%)

都道府県名	利用率
新潟県	7.41% (+0.94%)
富山県	8.16% (+0.90%)
石川県	8.31% (+1.06%)
福井県	8.58% (+0.89%)
山梨県	4.63% (+0.37%)
長野県	4.59% (+0.50%)
岐阜県	4.87% (+0.44%)
静岡県	5.84% (+0.44%)
愛知県	3.98% (+0.27%)
三重県	5.29% (+0.52%)
滋賀県	6.13% (+0.43%)
京都府	5.91% (+0.54%)
大阪府	5.07% (+0.30%)
兵庫県	5.33% (+0.36%)
奈良県	5.59% (+0.23%)
和歌山県	3.54% (+0.32%)

都道府県名	利用率
鳥取県	8.03% (+0.45%)
島根県	6.95% (+0.76%)
岡山県	5.19% (+0.52%)
広島県	5.81% (+0.62%)
山口県	6.20% (+0.78%)
徳島県	3.81% (+0.38%)
香川県	6.18% (+0.72%)
愛媛県	3.60% (+0.46%)
高知県	4.58% (+0.42%)
福岡県	5.19% (+0.49%)
佐賀県	5.98% (+0.54%)
長崎県	5.81% (+0.54%)
熊本県	6.29% (+0.44%)
大分県	4.63% (+0.74%)
宮崎県	7.87% (+0.64%)
鹿児島県	9.57% (+0.61%)
沖縄県	2.79% (+0.23%)

NC・NHO・JCHO・労災・日赤・済生会 R6年度の具体的な数値を設定

マイナ保険証利用率の目標設定等

【公的医療機関等】

○ 国所管団体が開設する公的医療機関等については、**令和6年5月末、11月末のマイナ保険証の利用率の目標設定と進捗管理をお願いいたします。**(目標設定済み)

○ 厚生労働省所管団体(*)が開設する公的医療機関等においては、以下の対応をお願いいたします。

- マイナ保険証利用者のための**専用レーン設定と担当者による声掛け・案内の実施**
 - マイナ保険証利用者のための専用レーンを設定し、担当者を当分の間配置し、マイナ保険証利用の働きかけや、カードリーダーの使用方法的案内、患者の方からの質問に対応
- 厚生労働省所管独法 (NC、NHO、JCHO、JOHAS) については、**令和6年度の年度計画に具体的な数値を示して、利用率に係る目標を盛り込む**ようお願いいたします。

(*) 国立高度専門医療研究センター (NC) 各病院、独立行政法人国立病院機構 (NHO)、独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO)、独立行政法人労働者健康安全機構 (JOHAS)、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会

【その他の医療機関等】

○ その他の医療機関等においても、上述の利用実績の通知をご活用いただき、**利用率の自主的な目標の設定**をお願いいたします。

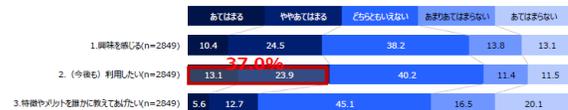
※ 令和6年度診療報酬改定において、医療DXの推進体制について新たな評価を行う中で、利用実績に応じた評価を検討中

◆ 約4割がマイナンバーカードを常に携行。必要に応じて持ち歩いている方も全体の約4割が携行。



◆ 約4割弱がマイナ保険証を利用したいと考えている。

Q.あなたは、マイナ保険証について、どのような印象や考えをお持ちですか。それぞれについて、あなたのお気持ちに近いものを1つお答えください。



2023年
1月26日～

電子処方箋

2023年
4月1日～

オンライン資格確認



2025年
4月以降

電カル情報
一部標準化

保健医療情報の閲覧の仕組みとしては、

- ① マイナポータル等を通じて、健康診断や予後管理に有用な保健医療情報を本人が閲覧できる仕組み(マイナポータル等に、同じ情報が全国の医療機関等でも閲覧可能)
- ② 患者本人にとって最適な医療を実現するため、医療機関間で電子カルテ情報を相互に閲覧できる仕組み(HL7 FHIR)の二つが存在。

2022年
9月11日～

① レセプトデータ

患者・医療機関
閲覧可能に

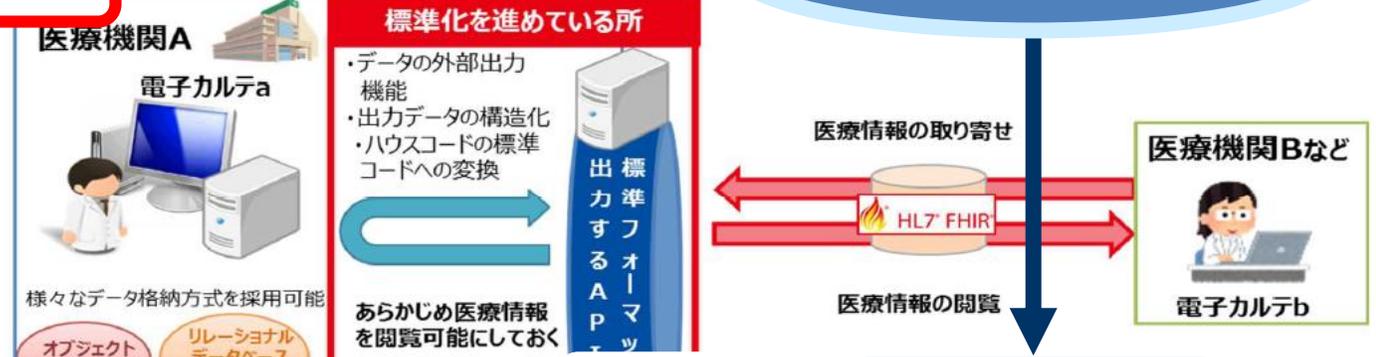
① 患者・国民が閲覧可能な仕組みにより、健康管理や予後管理、災害・救急時に有用な保健医療情報をマイナポータル等を通じて取得できるとともに、患者本人の同意を得た上で、医療機関等が保健医療情報を取得し、適切な医療を実現(災害・救急時は本人確認のみで情報)



保健医療情報閲覧 二本立

マイナンバーカード

② 医療機関間で閲覧可能な仕組みにより、電子カルテ情報及び交換方式の標準化等を通じた情報の共有を通じて、円滑な紹介(逆紹介)、災害・救急時の利用、医療機器の共同利用等が可能



HL7 FHIR

② 電カルデータ

氏名カナ	例)ある患者	保険者番号	保険者・ 保険証情報
氏名	患者氏名 生年月日等	被保険者証等記号	
生年月日		被保険者証等番号	
		枝番	

オンライン資格確認
マイナポータル内容(例)

この診療／薬剤情報一覧は、2022年8月までの診療行為、調剤行為、特定保険医療材料及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。

受診歴

医療機関名	受診クリニック名
年月日	マイナンバーカード

診療／薬剤実績

診療／薬剤	算定・検査内容
年月日	各種血液検査内容
医療法人	医療DX
再診	1. 再診料
	2. 外来管理加算
	3. 明細書発行体制等加算
医学管理	4. 特定疾患療養管理料(診療所)
検査病理	5. 末梢血液一般検査
	6. HbA1c
	7. TP
	8. Alb(BCP改良法・BCG法)
	9. BUN
	10. クレアチニン
	11. UA
	12. グルコース
	13. LD
	14. Amy
	15. γ-GT
	16. CK
	17. TG
	18. ナトリウム及びクロール
	19. カリウム
	20. AST
	21. ALT
	22. HDL-コレステロール
	23. 血液学的検査判断料
	24. 生化学的検査(1)判断料
	25. B-V
	26. LDL-コレステロール
その他	27. 処方箋料(リフィル以外・7種類以上内服薬)
	28. 特定疾患処方管理加算2(処方箋料)
	29. 一般名処方加算2(処方箋料)

診療／薬剤	調剤薬局名	肝機能障害	急性腰痛症 頓服	本態性高血圧症
年月日	1. 2.5g 60日分	2. ウルソ錠100mg 【1日3回食後服用】 6錠 60日分	3. PLカプセル250mg 【1日3回食後服用】 6カプセル 60日分	4. イコサノート酸エチル粒状カプセル900mg「TC」 【1日1回朝食後服用】 1包 60日分
	5. ロキソプロフェンNa錠60mg「YD」 【1日3回食後服用】 3錠 10日分	6. ビソプロロール fumarate 錠2.5mg「トーワ」 【1日1回朝食後服用】 1錠 60日分	7. ファモチジンOD錠10mg「トーワ」 【1日1回朝食後服用】 1錠 60日分	9. ロキソプロフェンNaテープ1.0mg「NP」 10cm×14cm 【付 外用 1日1回 6.3分 腰部】 63枚 1処方分
調剤	10. 外用薬剤調製料 1回	11. 内服薬剤調製料 1回	12. 内服薬剤調製料 1回	13. 内服薬剤調製料 1回
	14. 調剤基本料3() 1回	15. 地域支援体制加算 1回	16. 後発医薬品調剤体制加算2 1回	17. 特定薬剤管理指導加算1(服薬管理指導料) 1回
	18. 服薬管理指導料(3月以内、度処方箋・手帳なし) 1回	19. 内服薬調剤管理料(29日分以上の場合) 1回	20. 内服薬調剤管理料(29日分以上の場合) 1回	21. 内服薬調剤管理料(29日分以上の場合) 1回

保険薬局情報
処方・算定内容

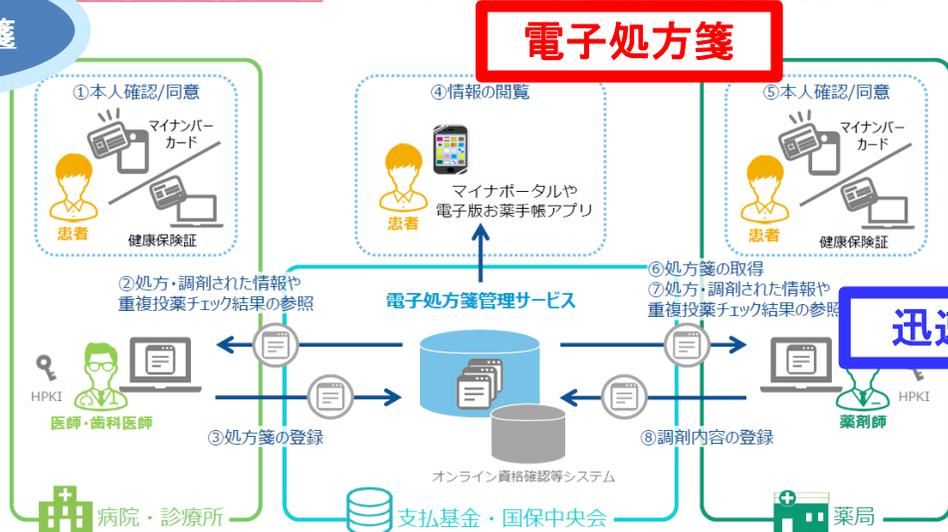
患者が同意すれば医療機関も閲覧可能に

医療DX

電子処方箋とは

電子処方箋

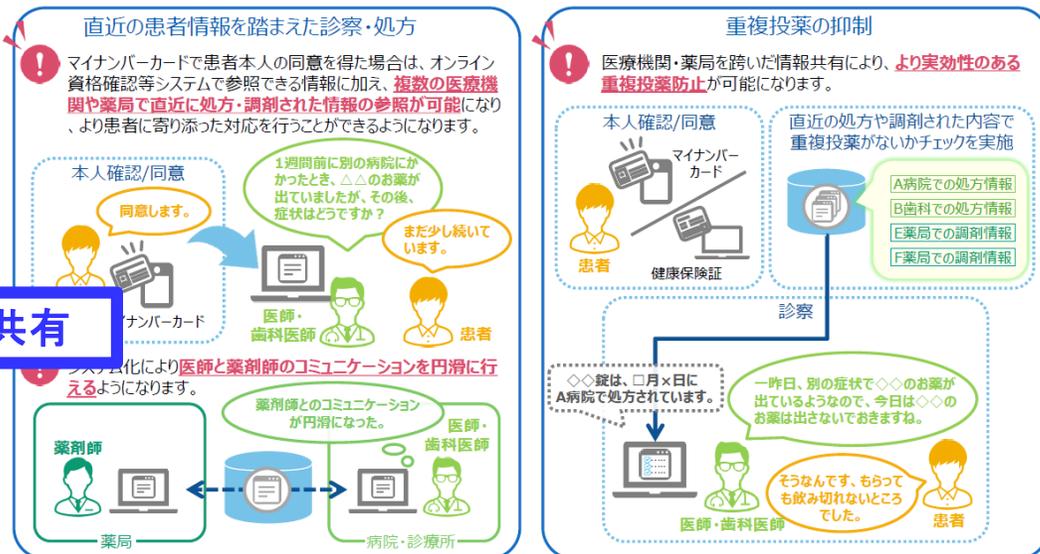
電子処方箋とは、**電子的に処方箋の運用を行う仕組み**であるほか、**複数の医療機関や薬局**に**処方・調剤された情報の参照**、それらを活用した**重複投薬チェック**などを行えるように



迅速な情報共有

2. 病院・診療所でできるようになること

処方箋の事前送付が行えるようになるほか、丁寧な患者対応への注力や、医療機関・薬局間の円滑なコミュニケーション、より効果のある重複投薬の抑制を行えるようになります。



※すべての医療機関・薬局に電子処方箋が普及した状態のイメージとなります。

電子カルテシステムなどにおける処方オーダー入力画面 (イメージ)

重複投薬チェック

【XXX病院】 加7(99999999) - テスト 太郎 - 医師1

処方オーダー入力

RP	薬剤名	使用量	単位	コメント
RP.01	ルシオ0.25mg錠	1錠	7日	
1		1日1回 就寝前		
RP.02	トリゾール錠50	2錠	7日	
1		1日1回 朝食直後		
RP.03	アバラカリム錠300mg	3錠	7日	
1		1日3回 朝食夕食後		

登録
キャンセル

詳細

重複投薬・併用禁忌チェック結果画面 (イメージ) (院内チェック+電子処方箋によるチェック)

併用禁忌チェック

チェック結果画面

チェック処理	メッセージ分類	処方薬剤	チェック対象薬剤		重複期間	メッセージ
			薬剤名	施設名		
電子処方箋	併用禁忌チェック	ルシオ0.25mg錠	トリゾール錠50	自院	7/5-7/11	本剤の血中濃度が上昇し、作用の増強及び作用時間の延長が起こるおそれがある
電子処方箋	併用禁忌チェック	アバラカリム錠300mg	アバラカリム錠25mg	厚労薬局	7/5-7/6	血清加価値の上昇のおそれがある

OK
キャンセル

現在ご使用いただいているシステムで、他医療機関・薬局で処方・調剤されたお薬との重複投薬、併用禁忌の確認が可能に！

医療DX

電子処方箋
病院

都道府県名	電子処方箋の運用開始日	電子処方箋のリフィル処方箋機能の運用	医療機関名称（漢字）
北海道	2024/2/16		医療法人社団三愛会名寄三愛病院
北海道	2024/3/11		独立行政法人国病機構北海道がんセンター
青森県	2024/3/31		青森市立浪岡病院
岩手県	2024/3/28		岩手県立中央病院
岩手県	2024/3/13		岩手県立宮古病院
岩手県	2024/3/27		岩手県立大船渡病院
岩手県	2024/3/8		岩手県立東和病院
岩手県	2024/3/19		岩手県立中部病院
岩手県	2024/3/27		岩手県立久慈病院
岩手県	2024/3/8		岩手県立遠野病院
岩手県	2024/3/7		岩手県立大東病院
岩手県	2024/3/6		岩手県立千厩病院
岩手県	2024/3/27		岩手県立磐井病院
岩手県	2024/3/27		岩手県立南光病院
岩手県	2024/3/26		岩手県立高田病院
岩手県	2024/2/28		岩手県立釜石病院
岩手県	2024/3/1		岩手県立二戸病院
岩手県	2024/3/22		岩手県立胆沢病院
岩手県	2024/3/19		岩手県立江刺病院
岩手県	2024/3/1		岩手県立大槌病院
岩手県	2024/3/12		岩手県立山田病院
岩手県	2024/3/14		岩手県立軽米病院
岩手県	2024/3/15		岩手県立一戸病院
宮城県	2024/3/13		塩竈市立病院
宮城県	2023/12/1		気仙沼市立本吉病院
宮城県	2024/3/29		気仙沼市立病院
秋田県	2024/3/31		御野場病院
秋田県	2023/4/1		大湯リハビリ温泉病院
山形県	2023/10/27		医療法人本間病院
山形県	2022/12/21		日本海総合病院
福島県	2022/12/9		公立岩瀬病院
栃木県	2024/3/29		医療法人太陽会足利第一病院
群馬県	2024/3/28		医療法人積心会富沢病院
埼玉県	2024/3/13		寿康会病院
埼玉県	2024/3/9		医療法人大社会久喜すずのき病院
埼玉県	2024/3/29		社会医療法人 壮幸会 行田総合病院
千葉県	2023/1/26		地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院
千葉県	2024/3/27		五香病院
千葉県	2024/2/1		社会福祉法人ユーカリ優都会南ヶ丘病院

都道府県名	電子処方箋の運用開始日	電子処方箋のリフィル処方箋機能の運用	医療機関名称（漢字）
東京都	2024/3/31	2024/3/31	公益財団法人 日産厚生会 玉川病院
東京都	2024/3/27		慶友整形外科脊椎関節病院
東京都	2024/3/27		独立行政法人国立病院機構 東京病院
神奈川県	2023/12/14		医社）守成会 広瀬病院
富山県	2024/3/19		高岡みなみハートセンターみなみの杜病院
富山県	2024/2/21	2024/2/21	医療法人社団秀林会吉見病院
富山県	2024/3/22		国立大学法人富山大学附属病院
石川県	2024/3/19		国家公務員共済組合連合会北陸病院
石川県	2023/8/10		公立松任石川中央病院
石川県	2024/3/12		公立つるぎ病院
山梨県	2023/6/5		医療法人銀門会甲州リハビリテーション病院
長野県	2023/8/29	2024/2/6	長野県立木曾病院
岐阜県	2024/4/1		医療法人和光会山田病院
岐阜県	2024/3/28		羽島市民病院
岐阜県	2023/11/1		岐阜県立多治見病院
岐阜県	2024/3/21		国民健康保険飛騨市民病院
静岡県	2024/3/28		医療法人社団静岡健生会 三島共立病院
愛知県	2024/3/14		名古屋掖済会病院
愛知県	2024/3/29		半田市立半田病院
三重県	2024/3/25		桑名市総合医療センター
三重県	2024/3/28		市立四日市病院
三重県	2024/3/29		医療法人社団山中胃腸科病院
三重県	2024/3/31		三重県立総合医療センター
三重県	2023/4/6		国立大学法人三重大学医学部附属病院
京都府	2024/4/1		亀岡市立病院
京都府	2023/5/8		医療法人社団恵仁会なぎ辻病院
大阪府	2024/3/12		社会医療法人ベガサス馬場記念病院
大阪府	2023/12/1		医療法人嘉健会思温病院
大阪府	2024/3/21		社会医療法人協和会 加納総合病院
大阪府	2024/3/29		社会医療法人協和会北大阪病院
大阪府	2023/3/27		貝塚市立貝塚病院
大阪府	2023/10/16		八尾市立病院
兵庫県	2024/3/18		公益）日本海員掖済会神戸掖済会病院
兵庫県	2023/1/26	2024/2/29	市立芦屋病院
兵庫県	2024/3/21		加古川中央市民病院
兵庫県	2023/6/1		医療法人純徳会田中病院
島根県	2024/3/31		松江市立病院
島根県	2024/3/27		出雲市立総合医療センター
島根県	2024/3/23		医療法人社団 耕雲堂 小林病院

都道府県名	電子処方箋の運用開始日	電子処方箋のリフィル処方箋機能の運用	医療機関名称（漢字）
岡山県	2024/3/22		社会医療法人岡村一心堂病院
岡山県	2024/3/5		岡山県精神科医療センター
岡山県	2024/1/29		岡山市立市民病院
広島県	2023/7/4		国家公務員共済組合連合会 吉島病院
広島県	2024/3/29		広島市立広島市民病院
広島県	2023/1/5	2024/2/1	医）長久堂野村病院
広島県	2024/4/1		医療法人社団聖愛会ぎおん牛田病院
広島県	2024/3/29		広島市立病院機構広島市立舟入市民病院
広島県	2023/5/24		広島医療生活協同組合 広島共立病院
広島県	2022/12/9		広島市立北部医療センター安佐市民病院
広島県	2024/3/18		医療法人社団二山会宗近病院
広島県	2024/3/27		医社）はまい会大君浜井病院
広島県	2024/3/28		広島県立安芸津病院
山口県	2024/3/13		医療法人岩国みなみ病院
山口県	2024/4/1		下関市立豊田中央病院
徳島県	2023/11/1		徳島市民病院
高知県	2024/3/28		医）仁栄会島津病院
福岡県	2024/3/18		医療法人貝塚病院
福岡県	2023/3/13		医療法人 原三信病院
福岡県	2024/3/8		社会医療法人原土井病院
福岡県	2024/3/30		医療法人恵愛会 福岡病院
福岡県	2024/3/1		高良台リハビリテーション病院
福岡県	2024/3/23		神代病院
福岡県	2024/3/15		嘉麻赤十字病院
福岡県	2023/10/17		福岡新水巻病院
福岡県	2023/12/13	2023/12/28	新田原聖母病院
佐賀県	2024/3/22		国病機構 肥前精神医療センター
長崎県	2023/8/1		長崎みなとメディカルセンター
熊本県	2024/3/28		医療法人 有働会 有働病院
熊本県	2024/3/18		天草慈恵病院
大分県	2024/2/29		大分共立病院
大分県	2023/11/1		だいかく病院
大分県	2024/3/25		塚川第一病院
大分県	2024/2/1		宇佐高田医師会病院
鹿児島県	2024/3/25		新成病院
鹿児島県	2024/3/27		三宅病院
鹿児島県	2023/5/23		鹿児島市立病院
鹿児島県	2024/3/27		卓翔会記念病院
鹿児島県	2024/3/25		公益社団法人 薩摩郡医師会病院
沖縄県	2024/2/19		社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院

調剤情報共有システム 年間データ分析結果

薬局薬剤師

処方オーダー・調剤時のアラート

電子処方箋に対する期待！

2019年
同意取得患者数 **8,107人**

2021年
同意取得患者数 **13,115人**

	年間	65歳以上割合	年間	65歳以上割合
延患延べ者数	88,860人		106,967人	
65歳以上	60,097人	67.60%	76,570人	71.60%
調剤行数	363,838		473,091	
重複（同一成分）発生	47,443件	13.0%	42,964件	9.1%
※対調剤行数	40,200件	84.70%	37,155件	86.50%
65歳以上				
重複（成分・系統等全て）発生	58,750件		91,605件	
※対調剤行数	49,174件	83.70%	75,344件	82.20%
65歳以上				
相互作用（併用禁忌）発生	1,461件	0.4%	1,225件	0.3%
※対調剤行数	1,324件	90.30%	930件	75.90%
65歳以上				
相互作用（禁忌・注意等全て）発生	12,768,489件		3,096,904件	
※対調剤行数	9,931,385件	80.80%	2,149,143件	69.40%
65歳以上				
6薬剤以上発生件数	25,565枚	39.3%	45,346枚	41.6%
（処方箋枚数）	28,174枚	79.20%	36,113枚	79.60%
65歳以上				
8薬剤以上発生件数	21,853枚		27,803枚	
（処方箋枚数）	17,534枚	80.20%	22,251枚	80.00%
65歳以上				
10薬剤以上発生件数	12,311枚	13.6%	15,604枚	14.3%
（処方箋枚数）	9,905枚	80.50%	12,416枚	79.60%
65歳以上				
ベンゾジアゼピン系（1124）製剤発生	7,250枚	8.0%	8,025枚	7.4%
（処方箋枚数）	5,056枚	71.60%	5,793枚	72.20%
65歳以上				

重複・併用禁忌を防止

多剤投薬は増加傾向

医療DX

資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有を導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 8点

【施設基準】

- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- 現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料及びB001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

【経過措置】

- 令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- 令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。
- (6)の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- 令和7年5月31日までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。

電子処方箋導入スケジュール(目標2025年3月末) 補正予算

初診加算

オン資確認

電子処方箋

HL7 FHIR

マイナ保険証利用実績

医療がわかるSEが重要

電子処方箋 R07年3月31日

HL7FHIR R07年9月30日

マイナ保険証 R06年10月～

	令和5年度(2023年度)												令和6年度(2024年度)													
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	
電子処方箋の導入	2025年3月を目指してオンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関及び薬局での電子処方箋システムの導入を支援																									
リフィル処方箋機能	要件確定/改修												実装												プレ運用期間	リフィル処方箋を電子処方箋でも使用できるようにする機能改修
重複投薬等チェックにおける口頭同意機能	要件確定/改修												実装												プレ運用期間	患者が不同意を選択した場合等に、診察室等で患者が口頭同意を行った場合には、一部の情報(対象の薬剤名・施設名)に限って表示できるようにする機能改修
マイナンバーカードを活用した電子署名	要件確定/改修												実装													HPKIとマイナンバーカード(MNC)を紐付けることで、MNCでもHPKIの仕組みで電子処方箋への電子署名をするための機能改修
調剤済み処方箋保存サービス													要件確定/改修												実装	
その他機能拡充	院内処方												電子カルテ情報共有サービスの議論を踏まえ検討 ※スケジュールは調整中													

R5年12月中医協

令和5年度 厚生労働省補正予算案のポイント

追加額 1兆4,151億円(うち一般会計1兆4,144億円、労働保険特別会計4.8億円、年金特別会計2.9億円)
※一般会計から年金特別会計への繰入があるため、79百万円が重複する。

I. 医療・介護・障害福祉等分野における物価高騰等への対応	1,016億円
○ 医療・介護・障害福祉分野の職員に対する処遇改善に向けた支援	539億円
○ 介護・障害福祉分野へのICT・ロボットの導入等による生産性向上や経営の協働化等を通じた職場環境の改善	374億円
○ 医療・介護・障害福祉分野における人材の養成・確保、定着を図る取組支援	67億円
○ 医療・介護・障害福祉等分野における食料費、光熱費高騰への支援(※)「重点支援地方交付金」の内数	251億円
○ 生活衛生関係事業者への支援として、物価高騰や賃上げ等への対応に向けた支援、専門家による相談支援、デジタル化推進、資金繰り支援の実施	9.2億円
○ がん・難病の全ゲノム解析等の推進	95億円
○ マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた取組の推進	887億円
○ 電子処方箋の全国的な普及拡大や機能向上の推進	251億円
○ 全国医療情報プラットフォームの開発等による保健・医療・介護情報の連携と利活用のための基盤等の整備	91億円
○ 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の強化	36億円
○ 医薬品・医療機器の安定供給に向けた支援	21億円
○ ドラッグラグ・ドラッグロスの解消を含めた創業力の強化	2.4億円
○ 革新的医療機器の創出に必要な人材育成及び企業への伴走支援	7.1億円
○ 生成AIを活用した新規治療薬の開発促進	5.0億円
○ がん・難病の全ゲノム解析等の推進	95億円
○ 共生に向けた認知症の早期発見・早期介入実証プロジェクトの推進	5.0億円
○ アルツハイマー病の疾患修飾薬等の社会実装に伴う効果的な診断・治療方法の確立と普及を目指す研究の実施	50百万円
○ 「女性の健康」ナショナルセンター機能の構築	5.4億円
○ 住まい支援システムの構築、自治体・NPO等への支援等による生活困窮者自立支援の機能強化	33億円
○ 自治体・NPO等による自殺対策の取組支援、こども・若者の自殺危機対応チームの立ち上げ支援	21億円
○ 水道施設、医療施設、社会福祉施設等の耐災害性強化、災害復旧への支援等	646億円

医療DX補正予算大

※入院時の食費について、2024年度については、地域医療介護総合確保基金による対応を念頭に、診療報酬の見直しと合わせ、2024年度予算編成過程において検討。

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

HL7 FHIR

② 電カルデータ

電カル情報
共有サービス

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HELICS協議会
審議中

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報

上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③処方箋データ、④健診結果報告書

※画像情報については、すでに標準規格(DICOM)が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

標準3文書
標準6情報

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

12

紹介医療機関名

担当医 科

平成 年 月 日

医療DX

電カル
情報共有

2025年
4月以降

HL7 FHIR

標準3文書

マイナンバー
カード

HL7 FHIRでどの電カル
でも共有できるように

検診結果報告書
(レセデータから)

退院時サマリー

HL7 FHIR

② 電カルデータ

電カル情報
共有サービス

退院時サマリー

医師記述必須

診療情報管理士
による質担保

薬剤師による
薬剤関連情報提供
も重要に

診療情報提供書

診療所を含めた
医師記述必須

氏名 姓 名 性別 男 ・ 女
住所 番 号
〒 月 日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳) 職業

(様式番号101-C)

記号 氏名 カナ 漢字

健康診断を実施した医師名

診察・他覚所見 異常なし 異常あり ()

既往歴 なし あり ()

健診項目	今回の結果	単位	備考
身体測定	身長	cm	
	体重	kg	
	腹囲	cm	
BMI	BMI		
	BMI		
血圧	血圧(収縮期)	mmHg ※最高血圧	
	血圧(拡張期)	mmHg ※最低血圧	
尿検査	尿糖	(-) (±) (+) (++) (+++)	○をつけてください。
	尿たんばく	(-) (±) (+) (++) (+++)	
血中脂質検査	中性脂肪	mg/dl	
	HDLコレステロール	mg/dl	
	LDLコレステロール	mg/dl	右詰でご記入ください。
肝機能検査	AST (GOT)	U/L	
	ALT (GPT)	U/L	
	γ-GT (γ-GTP)	U/L	
代謝系	空腹時血糖	mg/dl	
	随時血糖	時間 測定された数値をご記入ください。(いずれかひとつ)	
	ヘモグロビンA1c	%	

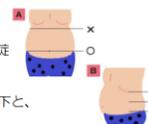
※特定保健指導の対象者と判定された方は、特定保健指導が無料で受けられます。判定された場合、特定保健指導実施の為、委託先の株式会社フィット・ワンに当用紙の情報を提供します。

■ 健診結果に検索の測定値の記載がない場合は、測定して結果を「特定健診結果報告書」に記入してください

<腹囲(お腹周りの)の正しい測り方>

A) ウエストの最も細い部分ではなく、おへその位置で床と平行に測定します。

B) お腹の脂肪が下垂し、おへそが下がっている場合は、肋骨の一番下と、骨盤の一番上との中間点で測定します。



退院時要約(退院サマリー) 例 循環器内科

氏名	雛形 一郎	患者ID	12-34-56	生年月日	1962/11/28	退院時年齢	55歳	性別	男
かな	ひなねい いちろう	住所	〒×××-0000 ××県△△市○○3-1	電話	****-****				
入院	2018/2/1	退院日	2018/2/7	入院種別	予定外	今回含め	1回目入院		
診療科	循環器内科	担当医	青木 泰/岡部 優子/笹田 純	主治医	金森 剛士				
version	2版(2018/2/16)	記載者	岡部 優子	承認	済	承認者	笹田 純		

アレルギー・不適応反応	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
アレルギー・不適応反応	あり				
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
クラビット	発疹・嘔気	2012年頃	2018/2/2	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族申告 <input type="checkbox"/> 医療従事者確認	
アルコール類	発赤	2018/2/1	2018/2/2	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族申告 <input checked="" type="checkbox"/> 医療従事者確認	
アレルギー・不適応反応	不詳				
食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント
			2018/2/2		ロキソニンにて浮腫発生との自己申告あり(2013年頃)。しかし内服にて浮腫発生なし(2018/2月)

デバイス情報	装着日	コメント
冠動脈ステント	2018/2/1	Xience Alpine® 2.5×3.5 to LAD#6

#	退院時診断	ICD-10	発生時期	登録日	転帰	コメント
1	急性心筋梗塞(前壁中隔)	I21.0	2018/2/1	2018/2/1	軽快	LAD#6にstent(Xience)。Peak CK-MB250 退院時LVEF 55%(中隔～心尖部akineti)
1 b	非持続性心室頻拍	I47.2	2018/2/2	2018/2/2	軽快	発症期6連発以上の繰返し→amiodarone錠投与
2	本態性高血圧症	I10	2007年頃	2018/2/1	不変	
3	脂質異常症	E78.5	2007年頃	2018/2/1	不変	

主訴または入院理由 前胸部絞扼感、眼前暗黒感

入院までの経過 (現病歴・既往歴・入院時現症、等)

<プロフィール>会社員(営業職) 妻、子ども2人と同居。ADL全自立。
<現病歴>10年ほど前より高血圧。高コレステロール血症の為、近医(※クリニック)で内服治療を受けていた。エックスフォージ内服下に血圧のコントロールは比較的良好であったというが、脂質管理については不明。入院当日の朝、商用で外出しバスの時刻が迫っていた為、駆け足でバス停に向かった時、突然前胸部の絞扼感が出現、意識が薄らぐような感じがし、うずくまってしまう。通りかかった人が救急車を要請し、緊急搬送された。
<既往歴>上記退院時診断列参照。その他22歳時に虫垂炎→虫垂切除術
<嗜好>喫煙:1日20本45年間 飲酒:焼酎1-2杯 週に5-6日
<家族歴>父 胃がんにて66歳で死亡 母 大腸がんにて72歳で死亡 弟 高血圧
<入院時現症>身長:172cm 体重:75kg 体温:36.0度 意識清明、苦悶状 血圧:164/96mmHg 脈拍:100/min 呼吸数:30/min SpO2 92%(room air) 心音: 第三、第四心音聴取、心雑音なし、呼吸音正常
<入院時検査所見>心筋トロポニンT:1.1ng/ml、CK-MB:58U/L 心電図:V1-3 ST上昇、心室性期外収縮(PVC)散発 胸部X線写真:心拡大なし、肺野を軽度で認める。

入院経過

急性心筋梗塞を疑い救急外来より直接心カテ室へ搬送。緊急冠動脈造影にてLAD(左前下行枝)#6の99%狭窄を確認。そのまま緊急経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行。同部より多量の赤色血栓吸引後、TIMI3の血流再疎通に成功。薬剤溶出性ステント(Xience 2.5×3.5)挿入にて0%へ、合併症無く治療完了。CCUに収容。リハビリテーション開始後も有意の合併症なく順調に経過。CK-MBピーク値 250U/L。翌日一般病棟に転帰。モニターにてPVCの散発あり、3時間以内に6連発まで nonsustained VTを認める状態であったため、アミオダロンを開始。3日目にはモニター上のPVCもほぼ消失した。退院時心エコーではLVEF55%(中隔～心尖部akineti)。

手術・手技	実施日時	内容	code	術者/助手	コメント
	2018/2/1	経皮的冠動脈ステント留置術	K549	岡部 優子/笹田 純	緊急:LAD#6 Xience Apline 2.5×3.5

退院時状況 血圧:122/74mmHg。状態安定。日常生活自立。独歩退院。

退院時投薬	薬剤	回数
	エフィエント3.75mg錠	1回朝
	バイアスピリン100mg錠	1回朝
	エックスフォージ配合錠	1回朝
	コレステロール2.5mg錠	1回朝
	アミオダロン100mg錠	2回朝夕

退院時方針 2018/2/28 循環器内科Dr笹田外来受診。その後※クリニックへ逆紹介の予定。

医療DX

電力情報共有

標準6情報

傷病名(既往・現病)

アレルギー

薬剤禁忌

感染症
HB HC HIV等

救急時に有用な検査情報及び生活習慣病関連の検査情報

第6回健康・医療・介護情報利活用検討会、
第5回医療等情報利活用WG及び
第3回健診等情報利活用WG 資料
(令和2年12月09日)より抜粋

HL7 FHIR

救急時に有用な検査情報は、救急や災害時の医療機関受診時に初期治療に有用な検査項目の整理を日本救急医学会に依頼し、集約されたもの。

生活習慣病については、関係する6臨床学会において、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病（CKD）の疾患について共通して利用可能な検査項目が策定されている。

その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標

② 電カルデータ

令和3年12月社保審医療部

生活習慣病 救急時有用 特定検診等 各種検査データ

電カル情報共有サービス

標準化を進めている電子カルテ情報		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
傷病名	既往歴		○	○
	現病名		○	
アレルギー情報			○	
薬剤禁忌情報			○	

臨床検査項目基本コードセット		生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
基本情報				
感染症情報	梅毒STS (RPR法)		○	
	梅毒TP抗体		○	
	HBs		○	
	HCV		○	
	HIV		○	

※ 記号は、各データセットにおいて「○：必要」、「●：適宜実施」とされているものを記載。

※ 各項目のデータが記録された日付等もあわせて示すことが必要と想定。

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
生化学的検査			
総蛋白 (TP)	○	○	
アルブミン	○	○	
クレアチンキナーゼ (CK)		○	
AST (GOT)	○	○	○
ALT (GPT)	○	○	○
LD (LDH)		○	
アルカリフォスファターゼ (ALP)		○	
γ-GTP (GGT)	○	○	○
コリンエステラーゼ (ChE)		○	
アミラーゼ (AMY)		○	
クレアチニン (Cre)	○	○	●
シスタチンC	○		
尿酸 (UA)	○		
尿素窒素 (BUN)	○	○	
グルコース (血糖)	○	○	○
HbA1c (NGSP)	○	○	○
中性脂肪 (TG)	○	○	○
総コレステロール (T-CHO)	○		
HDL-コレステロール (HDL-C)	○		○
LDL-コレステロール (LDL-C)	○		○
ナトリウム (Na)		○	
カリウム (K)	○	○	
クロール (Cl)		○	
カルシウム (Ca)		○	
総ビリルビン (T-Bil)	○	○	
直接ビリルビン (D-Bil)		○	

臨床検査項目基本コードセット	生活習慣病関連の項目	救急時に有用な項目	(参考)特定健診項目
血液学的検査			
血算-白血球数		○	
血算-赤血球数		○	
血算-ヘモグロビン	○	○	○
血算-ヘマトクリット		○	●
血算-血小板数		○	
活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)		○	
プロトロンビン時間		○	
Dダイマー (DD)		○	
尿検査			
尿蛋白	○		○
尿糖	○		○
尿潜血	○		
蛋白/クレアチニン比 (P/C比)	○		
アルブミン/クレアチニン比 (A/C比)	○		
内分泌学的検査			
脳性Na利尿ペプチド (BNP)			
ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)			
免疫学的検査			
C反応性蛋白 (CRP)		○	
血液型-ABO		○	
血液型-Rh		○	
項目数	22	37	

マイナンバーカード

2025年4月以降

HL7 FHIRでどの電カルでも共有できるように

私見)これらのデータを病院薬剤師が事前閲覧可能であれば処方提案可能に病院薬剤師業務が大きく変わる

処方薬データ

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

医療DX 推進工程表

マイナ保険証

個人PHR

電子処方箋

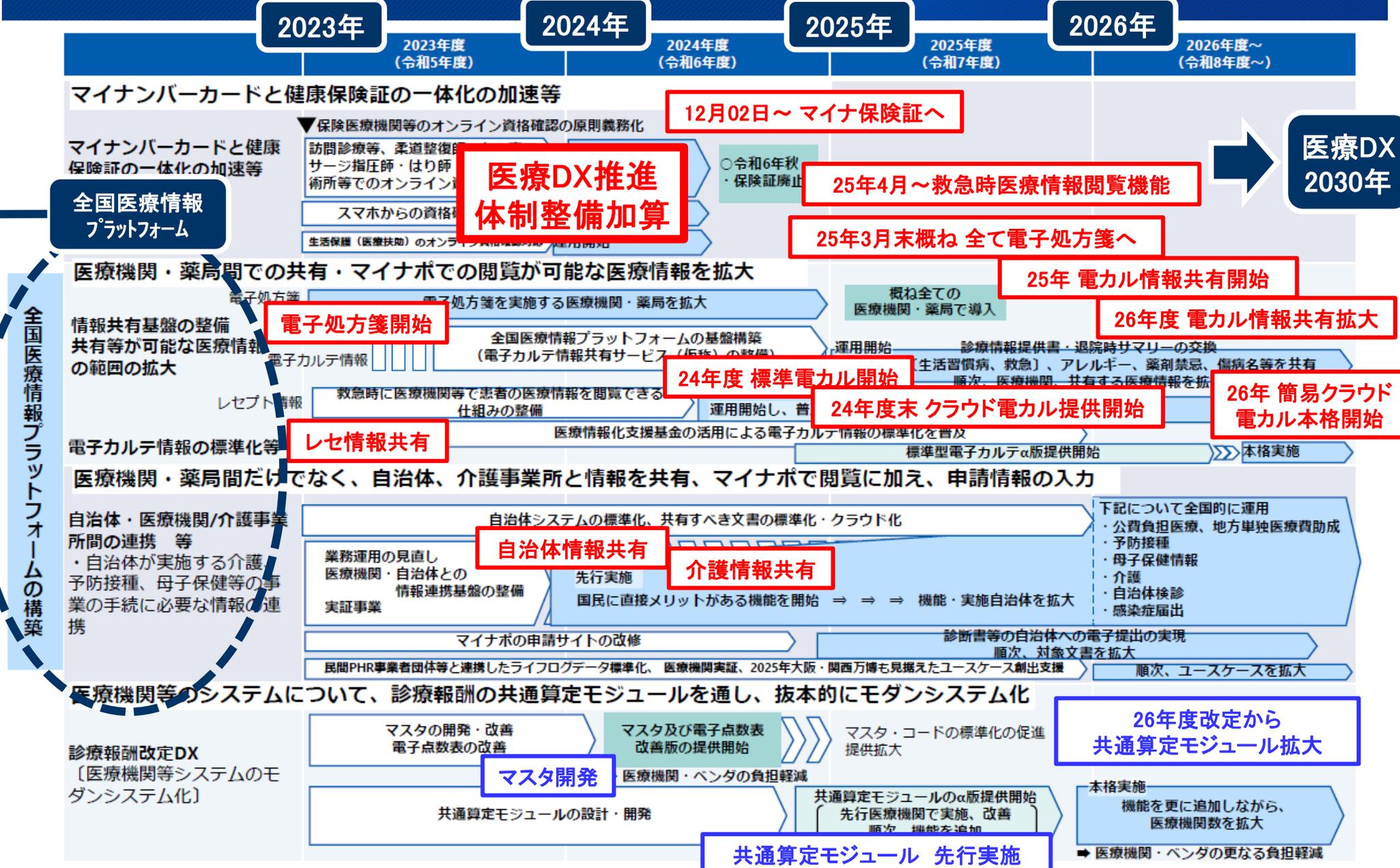
電子カルテ情報共有サービス

レセプト情報共有

自治体情報共有

介護情報共有

診療報酬DX



病院薬剤師 令和6年度診療報酬改定のポイント

* 第8次医療計画

病院薬剤師偏在解消 国都道府県が承知

病院薬剤師診療報酬上の評価 ○賃金アップ ○薬剤師研修+派遣評価

* 働き方改革

医師(看護師)の視点 薬剤師の働き方改革(増員・機械化・調剤助手等)も

救急領域薬剤師(臨床救急専門・認定薬剤師) 病棟常駐 ER・ICU・手術室常駐

○薬剤師外来(初診外来 専門外来(腎臓・糖尿病等) 外来化学療法) 地域包括・回復期リハ病棟業務算定・・・?
入退院支援関連(A246:入院時支援加算の変更・増点?) 処方提案・設計 薬局連携

* 医療DX

主人公は薬剤師 システムエンジニア 医療情報技師

○電子処方箋 効率化・併用禁忌回避 薬局薬剤師を巻き込んで 処方介入へ

救急領域 薬剤師外来 入退院支援関連

電カルデータ共有サービス(HL7FIHR) 処方提案 処方設計 処方介入 適正使用 薬物療法の質向上

* 持続可能な社会保障制度(特に医療関連)

イノベーションと効率化・適正化 薬剤師に求められる効率化

新規医薬品・高額医薬品・保険償還範囲・費用対効果・基礎的医薬品・1社流通

○GE品 一般名処方+後発医薬品体制(外来含む)加算増点 ○フォーミュラリ 地域フォーミュラリ評価 ✕

○薬剤情報提供料+処方箋料減点(抗不安薬3剤・7剤以上等) ○BS・加算 外来+入院 評価拡大 数値目標

○ポリファーマシー・総合薬剤評価調整加算要件緩和 ○長期収載品患者一部自己負担(新たな手法)

○リフィル処方(かかりつけ医の要件へ)

機能分化
強化・連携

これからの日本の医療

断らない病院

面倒見のいい病院

これからの、奈良の医療

これからの奈良に必要なのは、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」

奈良に必要なのは
「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



統合・再編
連携推進法人
アライアンス
医療連携推進

◎◎病院
☆☆医療センター

医療機関の
数を絞って・・・
医療機能を強化

医療機能を絞って・・・
在宅・介護(連携)機能を
強化

急性期充実
体制加算

専門病院
がん拠点

総合入院
体制加算

救命救急C
周産期医療

特定機能
病院

精神・小児
政策医療等

地域包括
ケア病床

回復期リハ

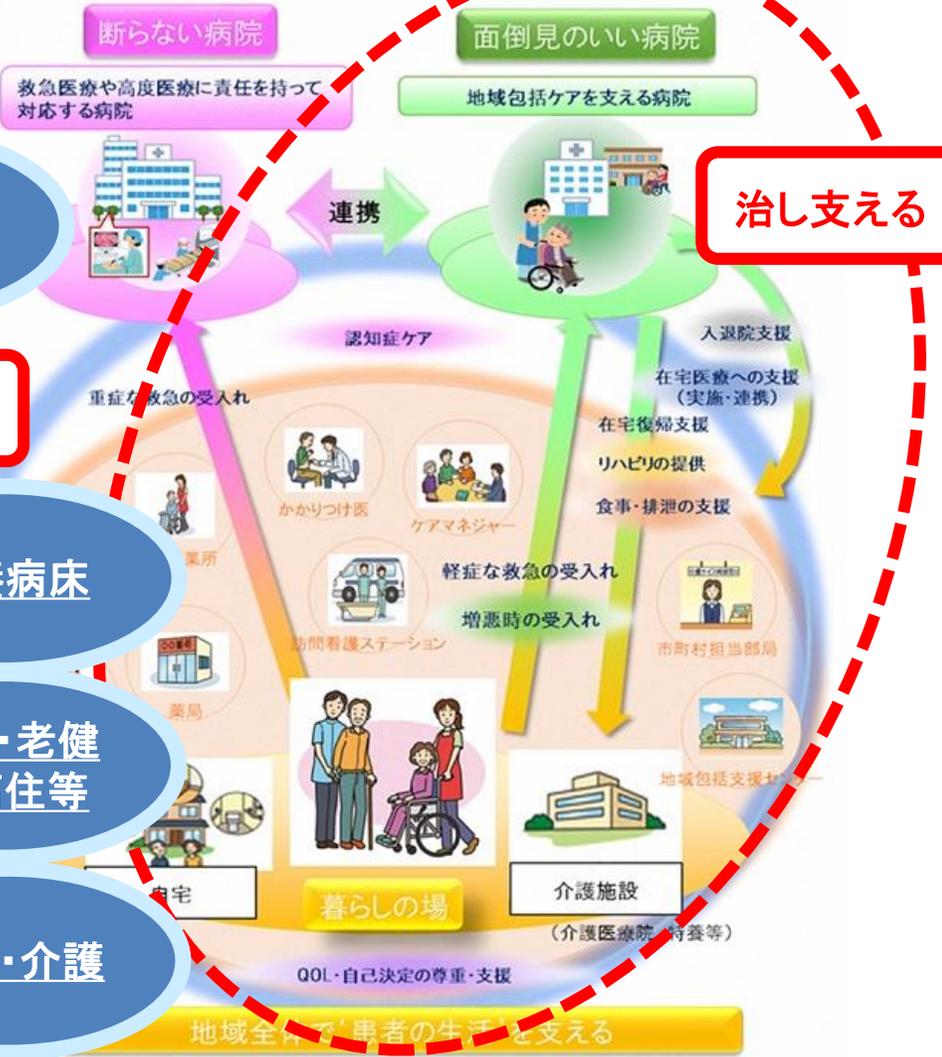
治し支える

療養病床

特養・老健
サ高住等

薬局薬剤師

在宅・介護



治し支える

面倒見のいい病院 面倒見のいい薬剤師 をいかに評価するか？

病院薬剤師 新たな評価ステージへ

医師が処方する
前に介入を

病院薬剤師の業務（イメージ）

病院薬剤師
の魅力

- 病院薬剤師の業務は、チーム医療を推進する流れの中で、薬剤部での調剤中心の業務だけではなく、病棟や外来における薬剤関連業務等へ関わることで業務範囲は広がってきている。

多方面から評価
される病院薬剤師

チーム医療 (病棟・外来業務)



病棟薬剤業務

薬剤管理指導

入退院支援

感染制御

救急・集中治療ケア

周術期薬剤管理

術後疼痛管理

緩和ケア

外来がん化学療法

糖尿病

骨折リエゾン

抗菌薬適正使用支援

褥瘡対策

栄養サポート

精神科リエゾン

HIV外来

医療安全管理

医薬品情報管理

研修・教育

中央業務 (薬剤部業務)



調剤
注射薬調製
無菌調製
院内製剤

医薬品管理

治験
・
臨床研究

薬局薬剤師
医療DX
在宅・介護

薬剤師の活躍＝医療の質向上に貢献 医療チームの一員として 視座を高く・視野を広く・前を向いて・胸を張って