資料１

改革工程表2021（社会保障分野）の進捗状況について

令和４年４月22日

厚生労働省提出資料

目　次

１．令和４年度診療報酬改定について　・・・・・・・・2

２．後発医薬品の新目標達成に向けた進捗状況と今後の対応について　・・・・・・・・16

３．地域医療構想の進捗状況について　・・・・・・・・23

４．オンライン資格確認等システム、電子処方箋について　・・・・・・・・32

５．コロナを踏まえた予防健康づくりについて　・・・・・・・・50

１．令和４年度診療報酬改定について

【改革工程表2021における主な記載】
３３．医師の働き方改革について検討
ｄ．2020年度診療報酬改定における医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実等、医師の働き方改革に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、実効性ある取組となるよう、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。

３８．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進
ａ．更なる包括払いの在り方について、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討するとともに、医療の質の向上と標準化に向け、データ分析を踏まえたDPC制度の効果的な運用を進めていく。

５０．調剤報酬の在り方について検討
ｂ．医師及び薬剤師の適切な連携により、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策について、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。

５４．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
ｃ．2020年度診療報酬改定における地域包括診療加算の施設基準の見直し等、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。

※上記の他、改革工程表における令和４年度診療報酬改定関係の項目は、項目35a（多剤投薬の適正化）、項目41（オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実）、項目50a（調剤報酬の在り方について検討）、51ⅱ（適正な処方の在り方について検討）、項目52d（後発医薬品の使用促進）、項目58ｂ（外来受診時等の定額負担の導入）。

●関連する改革項目とその進捗等について　①令和４年度診療報酬改定について

３３．医師の働き方改革について検討（ｄについて）
３８．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進（ａについて）
５０．調剤報酬の在り方について検討（ｂについて）
５４．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及（ｃについて）

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
各項目について、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討し、以下のとおり対応した。 **３３．医師の働き方改革について検討（ｄについて）** ○　医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師事務作業補助者を配置している体制を評価している医師事務作業補助体制加算について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とするとともに、評価の充実を行った。 ○　地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について、対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加した上で、評価の充実を行った。 **３８．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進（ａについて）** ○　疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、１入院当たりの包括報酬である短期滞在手術等基本料の対象手術等を拡大した。さらに急性期入院医療を対象とした１日当たり包括支払い制度であるDPC制度においても、診療の実態を踏まえ、入院初期をより重点的に評価する体系とする見直しを行った。	○　2022年度診療報酬改定による影響の調査・検証を行い、必要な改善点があれば、更なる対応の検討を行う。

●関連する改革項目とその進捗等について　①令和４年度診療報酬改定について

３３．医師の働き方改革について検討（ｄについて）
３８．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進（ａについて）
５０．調剤報酬の在り方について検討（ｂについて）
５４．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及（ｃについて）

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
５０．調剤報酬の在り方について検討（ｂについて） ○　症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを導入した。 **５４．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及（ｃについて）** ○　慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等について、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する等の見直しを行った。 ○　地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について、診療実績に係る要件を追加する等、要件の見直しを行った。	○　2022年度診療報酬改定による影響の調査・検証を行い、必要な改善点があれば、更なる対応の検討を行う。 ※リフィル処方については、令和3年12月22日の大臣合意において「効果について検証を行う」とされている。

令和４年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で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

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】
○当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
○医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
○外来医療の機能分化等
○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
○地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】
○医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
○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
○地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
○令和３年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】
○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や医薬品の安定供給の確保等
○医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
○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について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
○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、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・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
○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等
○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
○外来医療の機能分化等（再掲）
○重症化予防の取組の推進
○医師・病棟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
○効率性等に応じた薬局の評価の推進

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

Ø 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算１及び２について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行

医師事務作業補助体制加算１の施設基準
医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。
（新設）

改定後

医師事務作業補助体制加算１の施設基準
（削除）

当該保険医療機関における３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

※　医師事務作業補助体制加算２については上記要件を設けない

（※）医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

Ø 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	９７０点	９１０点
２０対１	７５８点	７１０点
２５対１	６３０点	５９０点
３０対１	５４５点	５１０点
４０対１	４５５点	４３０点
５０対１	３７５点	３５５点
７５対１	２９５点	２８０点
１００対１	２４８点	２３８点

改定後

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	**１，０５０点**	**９７５点**
２０対１	**８３５点**	**７７０点**
２５対１	**７０５点**	**６４５点**
３０対１	**６１０点**	**５６０点**
４０対１	**５１０点**	**４７５点**
５０対１	**４３０点**	**３９５点**
７５対１	**３５０点**	**３１５点**
１００対１	**３００点**	**２６０点**

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

Ø 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　　520点

［施設基準］

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　　620点

［施設基準］

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年３月31日医政地発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

Ø 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めることとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、**必要な事項を記載**すること。（※例示は省略）

⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

（１）労働時間数
以下の全ての項目について、**①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載**
- 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合
- 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合

（２）労務管理・健康管理
以下の全ての項目について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載**
- 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- 労使の話し合い、36 協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

（３）意識改革・啓発
以下の項目のうち、最低１つの取組について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中**の取組目標を計画に記載
- 管理者マネジメント研修
- 働き方改革に関する医師の意識改革
- 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）
$t～$xそれぞれにおいて、最低１つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載

（１） タスク・シフト／シェア

（２） 医師の業務の見直し

（３） その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

（４）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

（５）C-１水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

Ø 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

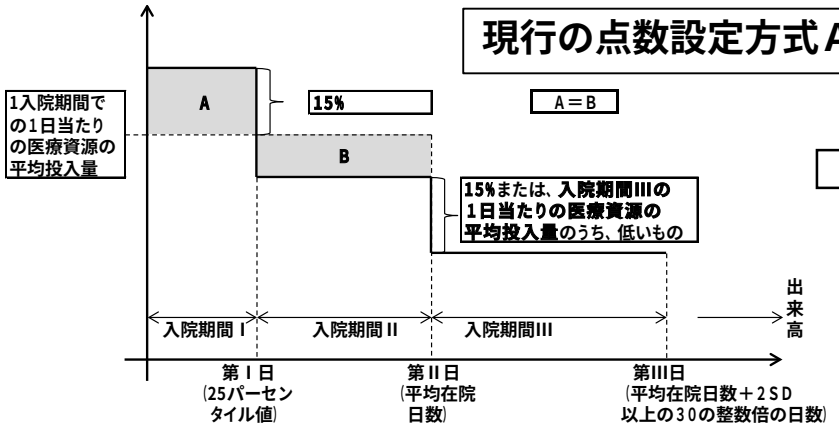
追加する手術等

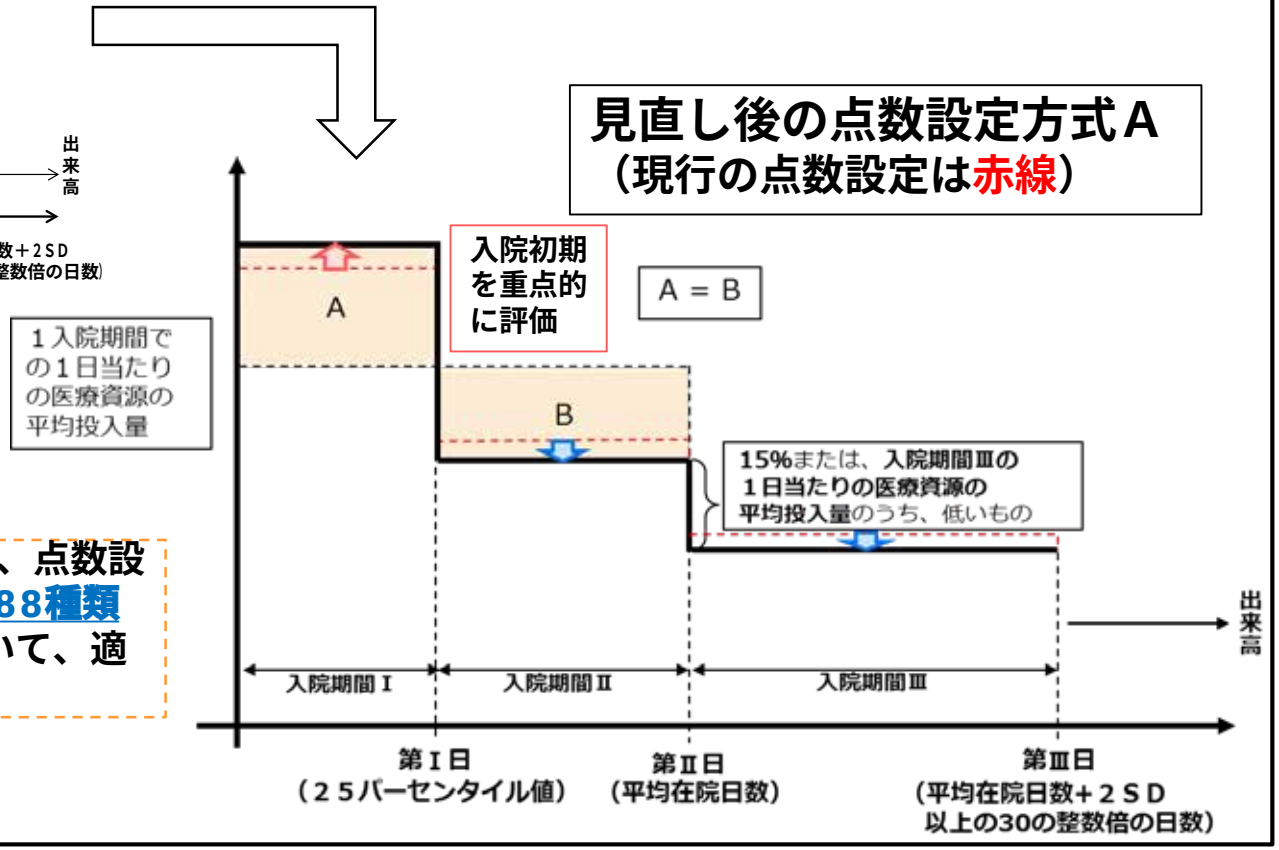
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

Ø 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Ａについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。





2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方式Ａで設定される1,688種類（約72%）の支払分類において、適用となる。

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

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

[留意事項]

（１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。

（２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回までとする。また、１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

（３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

（４）リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内とする。

（５）保険薬局は、１回目又は２回目（３回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

（６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

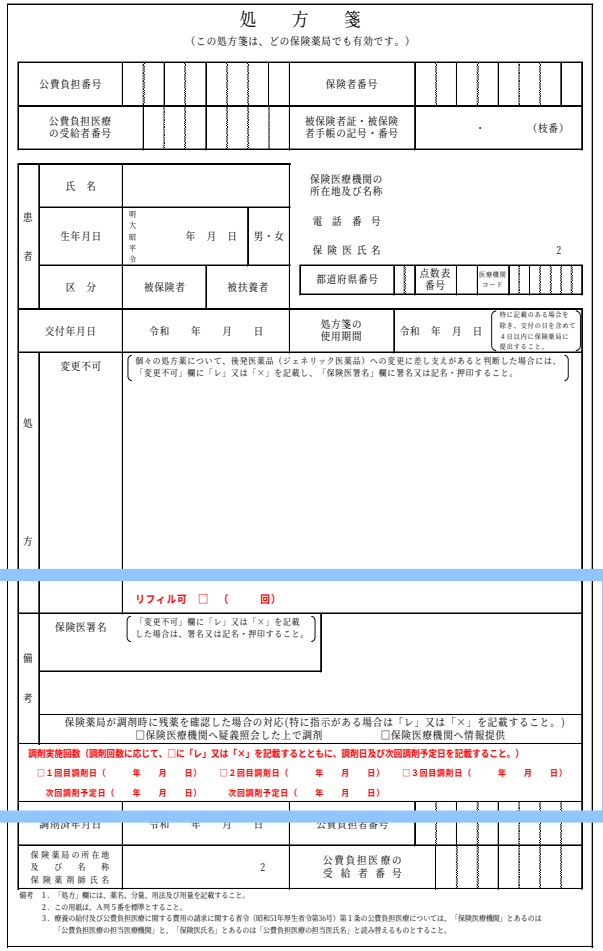
（７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。

（８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

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



処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）

患者

氏　名		保険医療機関の所在地及び名称	
生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女	電話番号
区　分	被保険者	被扶養者	保険医氏名　2
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。）

処方

変更不可　（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）

リフィル可　□　（　　回）

保険医署名　（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）

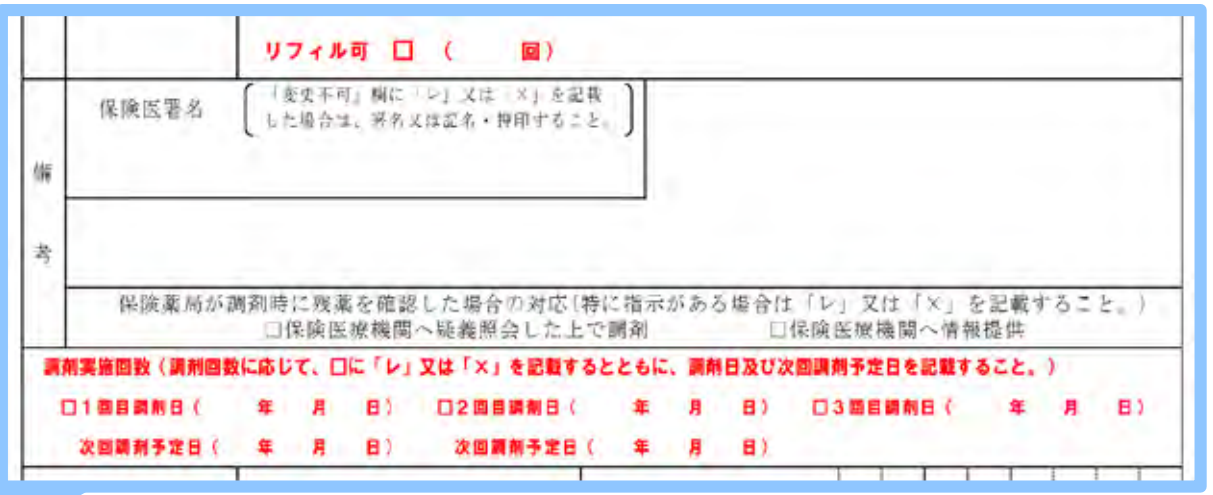
備考

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	2	公費負担医療の受給者番号	

備考　1.「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 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省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。



リフィル可　□　（　　回）

保険医署名　（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）

備考

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

Ø 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、
- 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
- 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
- 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[算定要件]
- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
  ア～ケ　（略）

[施設基準]
- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

改定後

【地域包括診療料】　（※地域包括診療加算も同様）

[対象患者]
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病**、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）**又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[算定要件]
- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
  ア～ケ　（略）
  コ　必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

[施設基準]
- 健康相談**及び予防接種に係る相談**を実施している旨を院内掲示していること。

機能強化加算の見直し①

Ø 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

現行

【機能強化加算】

［算定要件］

- 外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。

［施設基準］

（１）　（略）

（２）　地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。

改定後

【機能強化加算】

［算定要件］

- 外来医療における適切な役割分担を図り、**専門医療機関への受診の要否の判断等を含む**より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- **必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。**
  - **(ｲ)　患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。**
  - **(ﾛ)　専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。**
  - **(ﾊ)　健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。**
  - **(ﾆ)　保健・福祉サービスに係る相談に応じること。**
  - **(ﾎ)　診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。**

［施設基準］

（１）　**適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。**

（２）　（略）

（３）　地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所**及びホームページ等**に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の見直し②

	現行	改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	・地域包括診療加算 ・地域包括診療料	・地域包括診療加算１／地域包括診療料１の届出を行っていること。 （参考　地域包括加算１／診療料１の施設基準） 以下の全てを満たしていること。 n 直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 又は往診料を算定した患者の数の合計が、10 人以上であること。 n 直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。	以下のいずれも満たすものであること。 ・地域包括診療加算２／地域包括診療料２の届出を行っていること。 ・直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。 n 地域包括診療加算２／地域包括診療料２を算定した患者が３人以上。 n 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が３人以上。
	小児かかりつけ診療料	・小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
	・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 （在支診又は在支病に限る）	・在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 （参考　機能強化型の在支診又は在支病の施設基準） 以下のいずれにも該当していること。 過去１年間において、 n （在支診の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で４件以上）。 n （在支病の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で４件以上）又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 n 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が４件以上（連携型の場合、当該医療機関で２件以上）。	以下のいずれも満たすものであること。 ・在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 ・以下のいずれかを満たしていること。 過去１年間において、 n （在支診の場合）緊急往診の実績３件以上。 n （在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が３件以上。 n 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が１件以上。
配置医師	－	・以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア　介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成　イ　警察医として協力　ウ　乳幼児健診を実施 エ　定期予防接種を実施　オ　幼稚園の園医等　カ　地域ケア会議に出席　キ　一般介護予防事業に協力	

２．後発医薬品の新目標達成に向けた進捗状況と今後の対応について

【改革工程表2021における記載】
５２．後発医薬品の使用促進
ｈ．後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。
ｊ．後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討し、実施。

●関連する改革項目とその進捗等について　②後発医薬品の新目標達成に向けた進捗状況と今後の対応について

５２．後発医薬品の使用促進

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
○　後発医薬品の使用割合の状況 ・全国の使用割合（薬価調査（令和３年９月時点））　79.0% ・各都道府県の使用割合（NDBデータ（令和３年３月時点）） %コ 使用割合が高い　沖縄88.5%、鹿児島85.4%、岩手85.2% %コ 使用割合が低い　徳島73.0%、奈良73.9%、和歌山76.0% ○　後発医薬品については、昨今の後発医薬品製造販売業者の業務停止処分や品質問題に端を発した供給不安により、引き続き、医療機関・薬局や患者の後発医薬品に対する不安や不信が生じている状況。 ○　2022年度診療報酬改定において、後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関・薬局に重点を置いた評価とするため、 ・薬局における後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を５%引き上げ ・医療機関における後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を５%引き上げ 等の対応を行った。	○　使用促進に当たっては、まずは後発医薬品への信頼回復・安定供給が重要であることから、以下の取組を実施しており、引き続き、官民一体で取組を進める。 【信頼回復】 ・業界において、不正事案の検証・分析を踏まえつつ、各社自己点検等を実施。 ・厚労省において、共同開発の責任・製造管理の体制に関する承認審査時における確認、製造所に対する立入検査を強化。 【安定供給】 ・厚労省からメーカーに対し、供給状況を確認した上で、医療現場に供給状況に関する情報提供を行うことを要請 ・厚労省からメーカーに対し、状況に応じて、増産・出荷調整の解除等を要請 ○　2022年度診療報酬改定による影響の調査・検証を行い、必要な改善点があれば、更なる対応の検討を行う。 ○　都道府県において、国保レセプトデータ等により使用割合が低い市区町村や年齢層等を把握し、その結果を踏まえた普及啓発を実施する。 ○　国において、都道府県が使用促進策に活用する、NDBデータによる地域や医療機関等の別に着目した使用割合の見える化について、提供データに関する都道府県への希望調査の結果や「ロードマップ検証検討委員会※」における議論等を踏まえ、令和５年度の実施を目標に、効果的な見える化となるよう詳細の検討を進める。 ※有識者・医療関係者・保険者・医薬品業界関係者により構成

数値目標と使用割合の現状

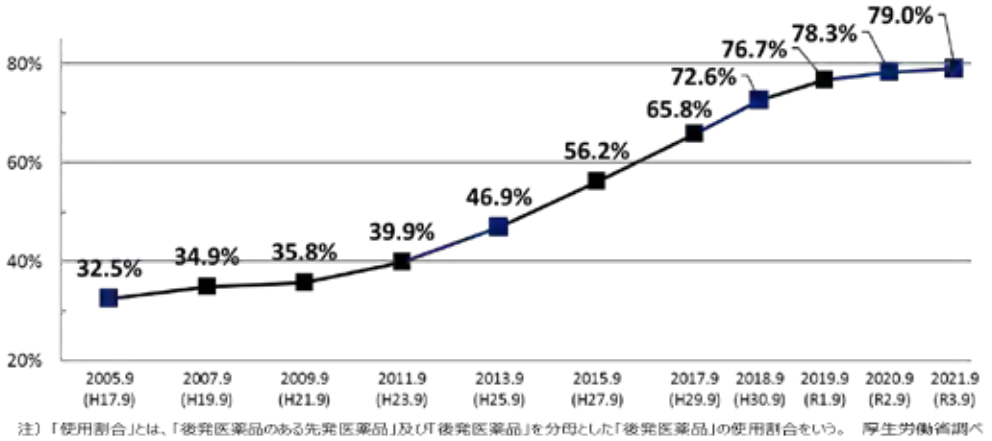
「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）

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

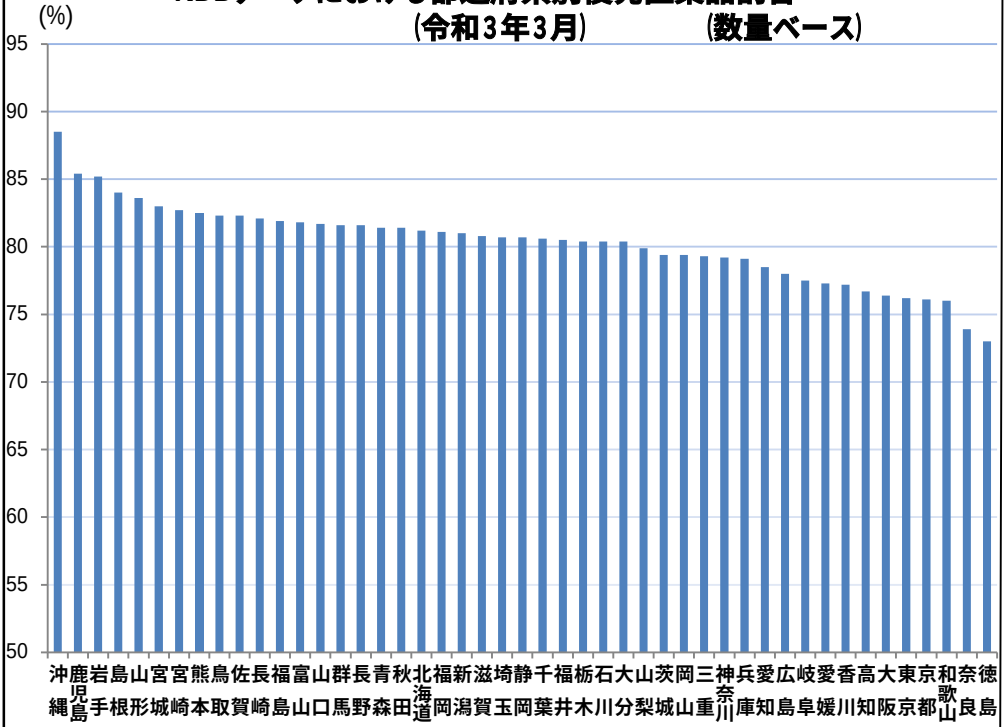
（脚注）

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



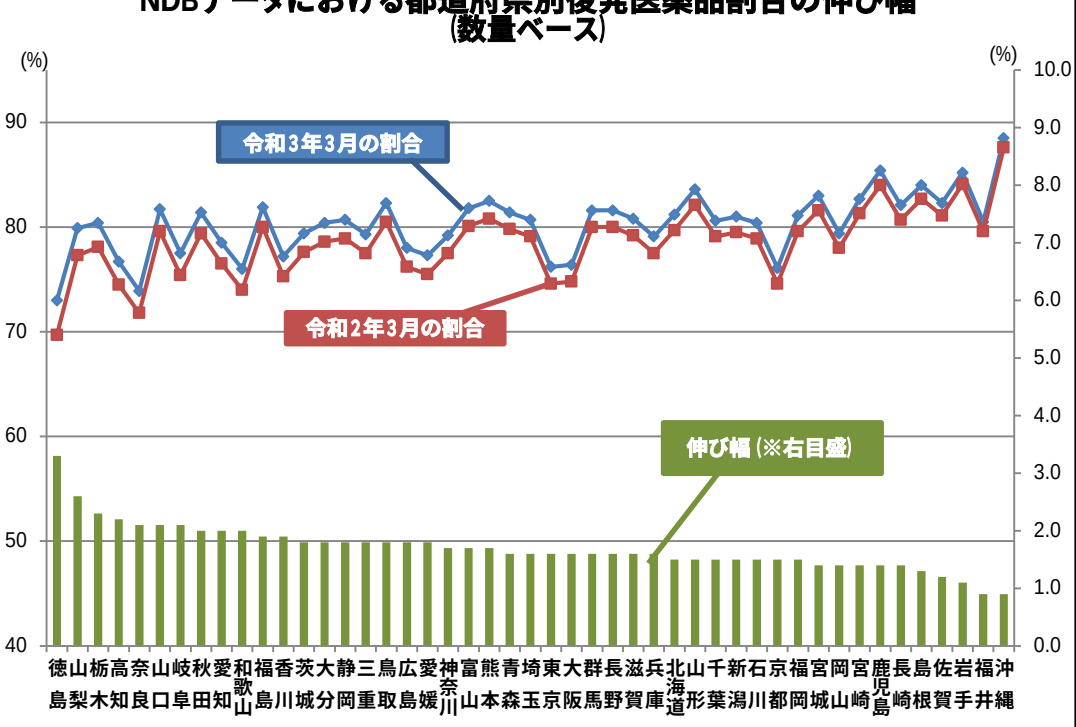
注）「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。　厚生労働省調べ

NDBデータにおける都道府県別後発医薬品割合（令和3年3月）（数量ベース）



計算方法）　使用割合（数量シェア）＝後発医薬品の数量÷（後発医薬品がある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）
対象レセプトの種類）　医科入院、DPC（出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外）、医科入院外、歯科、調剤

NDBデータにおける都道府県別後発医薬品割合の伸び幅（数量ベース）



計算方法）　使用割合（数量シェア）＝後発医薬品の数量÷（後発医薬品がある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）
対象レセプトの種類）　医科入院、DPC（出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外）、医科入院外、歯科、調剤

医療機関における後発医薬品の使用促進

Ø 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、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、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行		改定後	
後発医薬品使用体制加算１（85%以上）	47点	後発医薬品使用体制加算１（90%以上）	47点
後発医薬品使用体制加算２（80%以上）	42点	後発医薬品使用体制加算２（85%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算３（70%以上）	37点	後発医薬品使用体制加算３（75%以上）	37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行	改定後
外来後発医薬品使用体制加算１（85%以上）5点	外来後発医薬品使用体制加算１（90%以上）5点
外来後発医薬品使用体制加算２（75%以上）4点	外来後発医薬品使用体制加算２（85%以上）4点
外来後発医薬品使用体制加算３（70%以上）2点	外来後発医薬品使用体制加算３（75%以上）2点

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

Ø 後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

現 行		改定後	
後発医薬品調剤体制加算１（75%以上）	１５点	後発医薬品調剤体制加算１（80%以上）	２１点
後発医薬品調剤体制加算２（80%以上）	２２点	後発医薬品調剤体制加算２（85%以上）	２８点
後発医薬品調剤体制加算３（85%以上）	２８点	後発医薬品調剤体制加算３（90%以上）	３０点

Ø 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

現 行	改定後
【調剤基本料】 [算定要件] 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 [施設基準] 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	【調剤基本料】 [算定要件] 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から５点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 [施設基準] 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

[経過措置]
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和４年９月30日までの間は現在の規定を適用する。

後発医薬品安心使用促進事業

１．後発医薬品使用促進対策事業　（都道府県委託事業　　平成２０年度～）

○　目的

都道府県における後発医薬品の使用促進のため取組を推進するため、都道府県委託事業として、各都道府県が「協議会」を設置するなど、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することが出来るよう、地域の実情に応じた後発医薬品の使用促進のための環境整備等に関する検討及び事業を行う。

○実施状況　　令和３年度　　４７都道府県中４２都道府県で事業を実施

○事業内容（例）

① 後発医薬品使用割合の地域等の別のばらつきの分析・検討、その結果を踏まえた使用促進策等を検討するための都道府県後発医薬品使用促進協議会の設置・運営
② 後発医薬品の工場視察等
③ 普及啓発用資材等の作成、広報の実施
④ 後発医薬品に関するアンケート調査の実施（医療関係者、県民）
⑤ 地域の医療機関・薬局における後発医薬品の取扱品目リストや採用基準の作成とその普及
⑥ 後発医薬品採用ノウハウを共有するための研修会等の実施
⑦ 地区協議会（市区町村レベル又は保健所レベルでの協議会)の開催

２．重点地域使用促進強化事業　（都道府県委託事業　　平成３０年度～）

○　目的

後発医薬品の使用割合が低い都道府県へ委託し、都道府県が行う、国保レセプトデータ等により使用割合が低い市区町村や年齢層等を把握した上で実施する普及啓発を支援する。

○実施状況　　令和３年度　　９都府県が事業を実施
（東京都、神奈川県、山梨県、京都府、大阪府、広島県、徳島県、高知県、福岡県）
※令和４年度　　事業実施県の拡大を検討

○事業内容（例）

（１）国保レセプトデータ等により使用割合の実態を把握
（２）モデル事業の実施
① 使用割合が低い市区町村において、品質の信頼性等に関する医療従事者向けセミナーの開催
② 使用割合が低い年齢層等への普及啓発の強化
※例えば、東京都はレセプトデータ等を分析の上、使用割合の低い層への普及啓発として、以下の取り組みを実施
・後期高齢者向けリーフレットを作成し、差額通知に同封して配布
・子育て世代向けリーフレットを作成し、子供医療費助成の医療券に同封して配布するとともに、子供家庭支援センター等に配布

後発医薬品使用割合の「見える化」

1 「見える化」の目的

○ 後発医薬品使用促進に係る数量シェア目標については、骨太方針2021において「2023年度末までに、全ての都道府県で80%以上」と定められた。
○ この目標の達成に向けて、都道府県が後発医薬品使用促進協議会や保険者協議会等の場において、使用割合に関するNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）データを使用促進策の検討に利活用し、効果的な使用促進策を実施することにより後発医薬品使用全体の底上げを図ることを目的とする。

※ 新経済・財政再生計画 改革工程表 2021においても「後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討し、実施。」することとしている。

2 「見える化」の概要・スキーム等

使用割合の主なばらつきと考えられる要因

○ 地域間のばらつき
⇒ 各区市町村の取り組みにより差が生じるのではないか。
⇒ 地域の中核的医療機関の処方等により差が生じるのではないか。

○ 年齢別のばらつき
⇒ 自己負担の負担割合により差が生じるのではないか。

○ 薬効分類別のばらつき
⇒ 後発品への置き換えが難しい疾病、薬剤があるのではないか。

等

状況や実態の可視化

効果的かつ重点的な使用促進策の検討と実施

ばらつき解消に向けた「見える化」を令和５年度に実施

○ 地域や医療機関等の別の集計データを作成し、都道府県へ定期的（四半期毎）に提供・公表。
・（予定）集計単位：都道府県、二次医療圏、市区町村
・（予定）集計項目：年齢別、性別、保険制度別、医療機関機能別・経営主体別・診療科別、処方別、薬効分類別、薬剤別　等
○ 加えて、一部の集計データについては、より効果的かつ重点的な使用促進策の検討に資するように偏差値や影響度を確認できる「ジェネリックカルテ」を作成し、併せて都道府県へ提供・公表。

※ 集計・提供・公表にあたっては、厚生労働省「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に従い、特定の個人又は医療機関等が識別されないように十分配慮する。

【「ジェネリックカルテ」のイメージ】

都道府県名	ジェネリック医薬品使用割合（全体）		【医療機関の視点】																						【患者の視点】	
			院内処方												院外処方											
			院内処方ジェネリック医薬品使用割合											院内処方率		院外処方ジェネリック医薬品使用割合									一般名処方率		加入者ジェネリック拒否割合	
						入院			外来										病院			診療所					
			偏差値	指標数値	影響度				病院			診療所															
A県	51	64.5	50	55.0	- 0.5	56	73.1	+ 0.0	59	58.7	+ 0.2	31	43.7	- 0.9	61	16.8	51	66.7	- 0.1	59	69.4	+ 1.2	28	65.1	- 1.2	51	41.6	57	16.5
B県	50	64.3	51	55.1	- 0.2	65	76.2	+ 0.1	53	53.5	+ 0.1	49	50.1	- 0.5	65	13.7	47	65.9	- 0.9	56	68.2	+ 0.6	44	65.0	- 1.5	29	33.1	52	18.0
C県	46	62.6	55	58.8	+ 0.7	42	68.0	- 0.1	48	49.3	- 0.1	59	60.8	+ 0.8	48	26.4	43	64.0	- 2.1	42	62.5	- 0.9	44	64.8	- 1.2	47	39.5	30	24.4

３．地域医療構想の進捗状況について

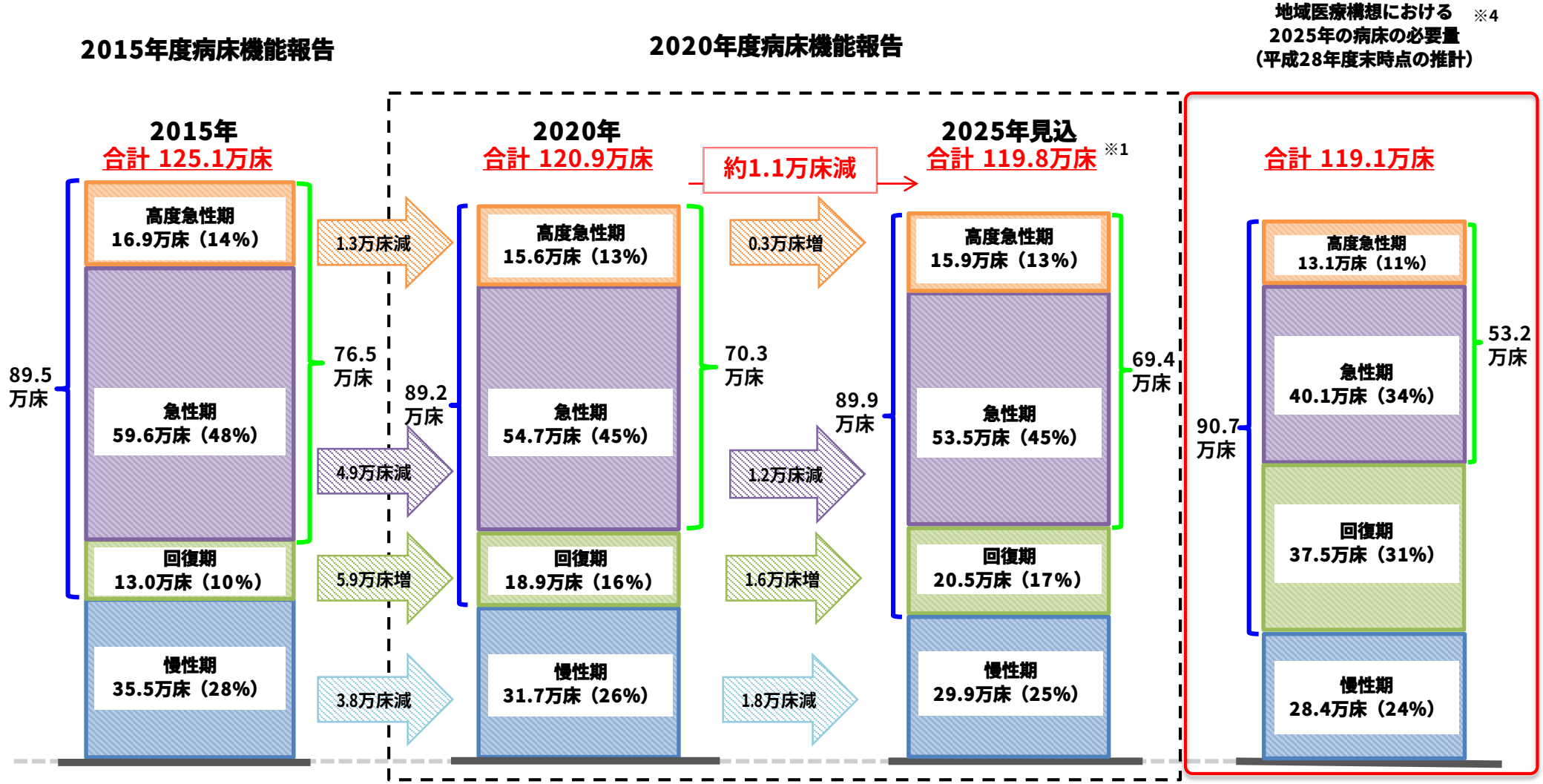
【改革工程表2021における記載】
３０．地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進
ａ．第８次医療計画（2024年度～2029年度）における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。
中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。
ｂ．各都道府県において第８次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める。
また、検討状況については、定期的に公表を求める。
各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援する。
ｃ．都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧に検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。
ｄ．地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第８次医療計画を策定する。
ｅ．介護療養病床について、2023年度末の廃止期限に向け、2021年度介護報酬改定における移行計画を提出していない場合の減算の設定等や予算事業等による移行支援を組み合わせた取組を行う。

●関連する改革項目とその進捗等について　③地域医療構想の進捗状況について

３０．地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
○　令和３年通常国会において、医療法の改正により、新興感染症等対応が「医療計画」の記載事項として位置付けられ、同年６月から、厚生労働省において「第８次医療計画等に関する検討会」を開催しており、本検討会において引き続き議論を行っている。 ○　厚生労働省において、地域医療構想の議論の状況について、令和３年９月以降、都道府県に対し調査を実施し、同年12月３日の「地域医療構想及び医師確保に関するWG」で結果を公表した。 　また、地域医療構想調整会議の議論の促進を図るため、厚生労働省から都道府県担当者等に対して、データ分析を活用している都道府県の事例を紹介し、取組の横展開を図った。 ○　地域医療構想の進め方について、以下を内容とする通知を令和４年３月24日に厚生労働省から各都道府県に発出した。 ・　第８次医療計画（令和６年度～令和11年度）の策定作業と併せて、令和４年度及び令和５年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこと ・　各都道府県において、対応方針の検討状況について定期的に公表を行うとともに、厚生労働省に報告を行うこと（令和４年度においては令和４年９月末及び令和５年３月末時点における状況を公表、報告） ・　今後、全ての都道府県に対し、厚生労働省から重点支援区域の申請の意向を確認する予定であること ○　厚生労働省において、重点支援区域や病床機能再編支援事業による支援を引き続き、実施している。 ※　重点支援区域は、これまでに12道県17区域を選定。病床機能再編支援事業については、令和３年度に120医療機関、2,770床の再編を対象に支給。 ○　令和４年３月には、厚生労働省の「第８次医療計画等に関する検討会」において、2040年を見据えた医療提供体制のあり方について、議論を行った。	○　令和６年度（2024年度）から開始する第８次医療計画については、令和４年度中に厚生労働省において、医療計画の「基本方針」と「医療計画作成指針」を作成し、これらを踏まえ、令和５年度中に各都道府県において策定する。 ○　各都道府県において、第８次医療計画の策定作業と併せて、令和４年度及び令和５年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。 ○　各都道府県において、令和４年９月末及び令和５年３月末時点における対応方針の検討状況を公表するとともに、厚生労働省において、検討状況の把握を行う。 ○　厚生労働省から全ての都道府県に対し、重点支援区域の申請の意向を確認しつつ、重点支援区域や病床機能再編支援事業による支援を引き続き、実施する。

2020年度病床機能報告について



出典：2020年度病床機能報告

※1：2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年病床機能報告：13,863/14,538（95.4%）、2020年病床機能報告：12,635/13,137（96.2%））

※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4：平成25年度(2013年度)のＮＤＢのレセプトデータ 及びＤＰＣデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』等を用いて推計

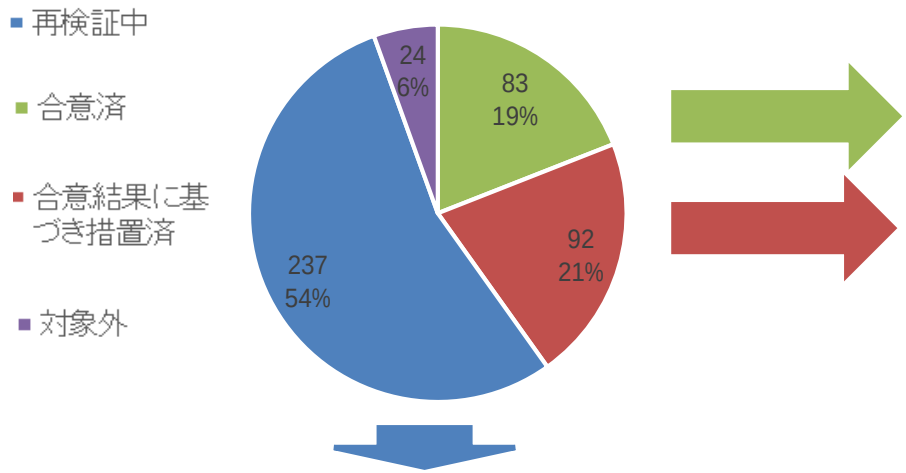
※5：ICU及びHCUの病床数（*）：18,482床（参考 2019年度病床機能報告：18,253床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

再検証対象医療機関の取組状況

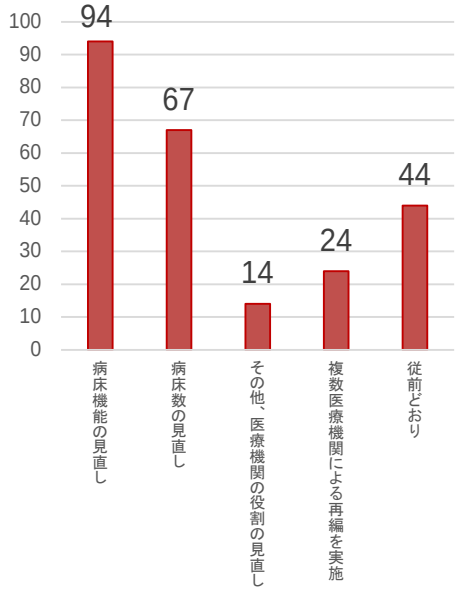
再検証対象医療機関	合意済、再検証結果に基づき措置済又は再検証対象外となった医療機関（※）
436医療機関	199医療機関（46%）

（※）合意済の医療機関数　　83医療機関
合意結果に基づき措置済の医療機関数　　92医療機関
再検証対象外の医療機関数　　24医療機関

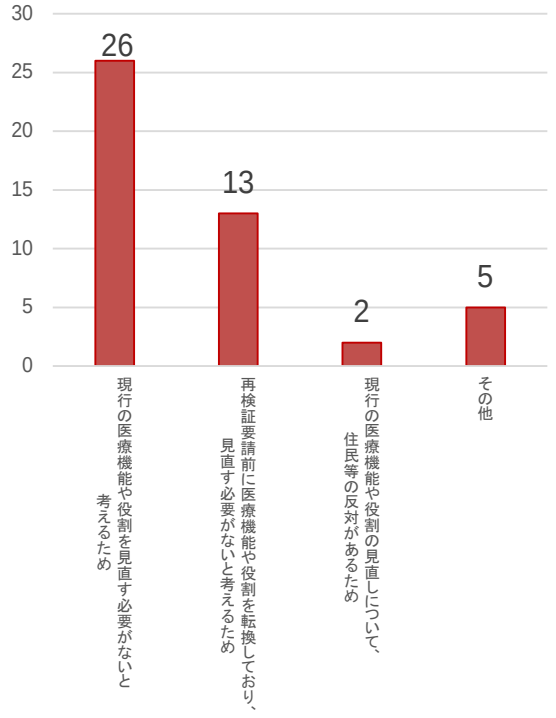
令和３年10月末時点の状況



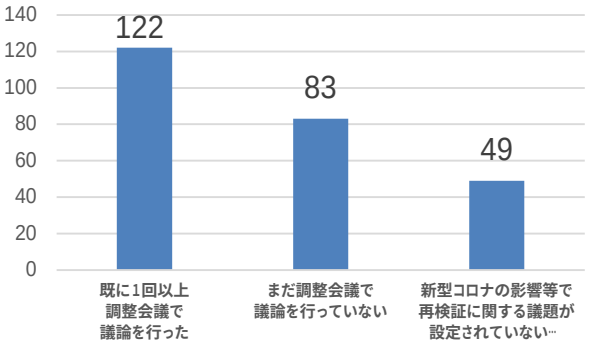
「合意済」「措置済」の医療機関の状況（複数回答可）



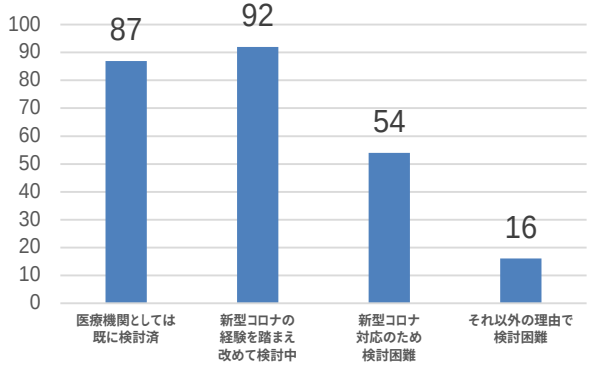
「合意済」「措置済」の医療機関における「従前どおり」の内訳（複数回答可）



「再検証中」の調整会議の状況（複数回答可）



「再検証中」の医療機関の状況（複数回答可）



※再検証中の医療機関のうち、コロナ以外の理由で検討が困難な主な理由

・圏域内の医療機関において再編統合の検討が続いており、具体的対応方針が未策定であること

・重点支援区域の申請を行うことから個々の病院で判断できる段階ではないとのこと

・令和４年度以降に一部病棟の建替えを計画しており、建替計画の中で病床削減を含めた病床機能の見直しについて改めて検討することとしていること

・国の公的医療機関の見直しの状況を踏まえる必要があること

「地域医療構想の進め方について」のポイント
（令和4年3月24日　発出　医政局長通知）（抄）

〈基本的な考え方〉

○　今後、各都道府県において**第８次医療計画（2024年度～2029年度）**の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、**その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う**。

その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。

〈検討状況の公表等〉

○　**検討状況**については、**定期的に公表**を行う。

具体的には、**2022年度においては、2022年９月末及び2023年３月末時点における対応方針の「合意・検証済」、「協議・検証中」、「協議・検証未開始」の状況を厚生労働省に報告**するとともに、**各都道府県においてはその報告内容を基にホームページ等で公表**する。

〈重点支援区域〉

○　**重点支援区域**については、今後、**全ての都道府県に対して申請の意向を聞くことを予定**。

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意**が必要。

2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】（※）
- 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- 関係者との意見調整の場の開催　等

【財政的支援】
- 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※　今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の**12道県17区域**の重点支援区域を選定。

【１回目（令和２年１月31日）選定】
- 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- 滋賀県（湖北区域）
- 山口県（柳井区域、萩区域）

【２回目（令和２年８月25日）選定】
- 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- 新潟県（県央区域）
- 兵庫県（阪神区域）
- 岡山県（県南東部区域）
- 佐賀県（中部区域）
- 熊本県（天草区域）

【３回目（令和３年１月22日）選定】
- 山形県（置賜区域）
- 岐阜県（東濃区域）

【４回目（令和３年12月3日）に選定した重点支援区域】
- 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- 広島県（尾三区域）

病床機能再編支援事業（地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅰ－２）

令和４年度予算案　　地域医療介護総合確保基金（医療分）
公費1,029億円の内数（195億円）

○中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
○こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
○令和２年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム　　定額補助（国１０／１０）】

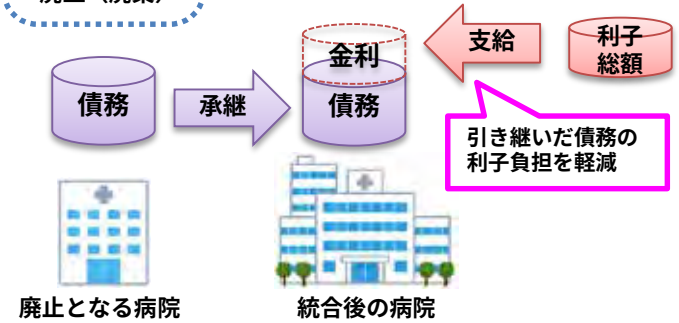
「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【１.単独支援給付金支給事業】
病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給
※病床機能再編後の対象３区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象３区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【２.統合支援給付金支給事業】
統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床１床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）
※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
※統合関係医療機関の対象３区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

【３.債務整理支援給付金支給事業】
統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給
※統合関係医療機関の対象３区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



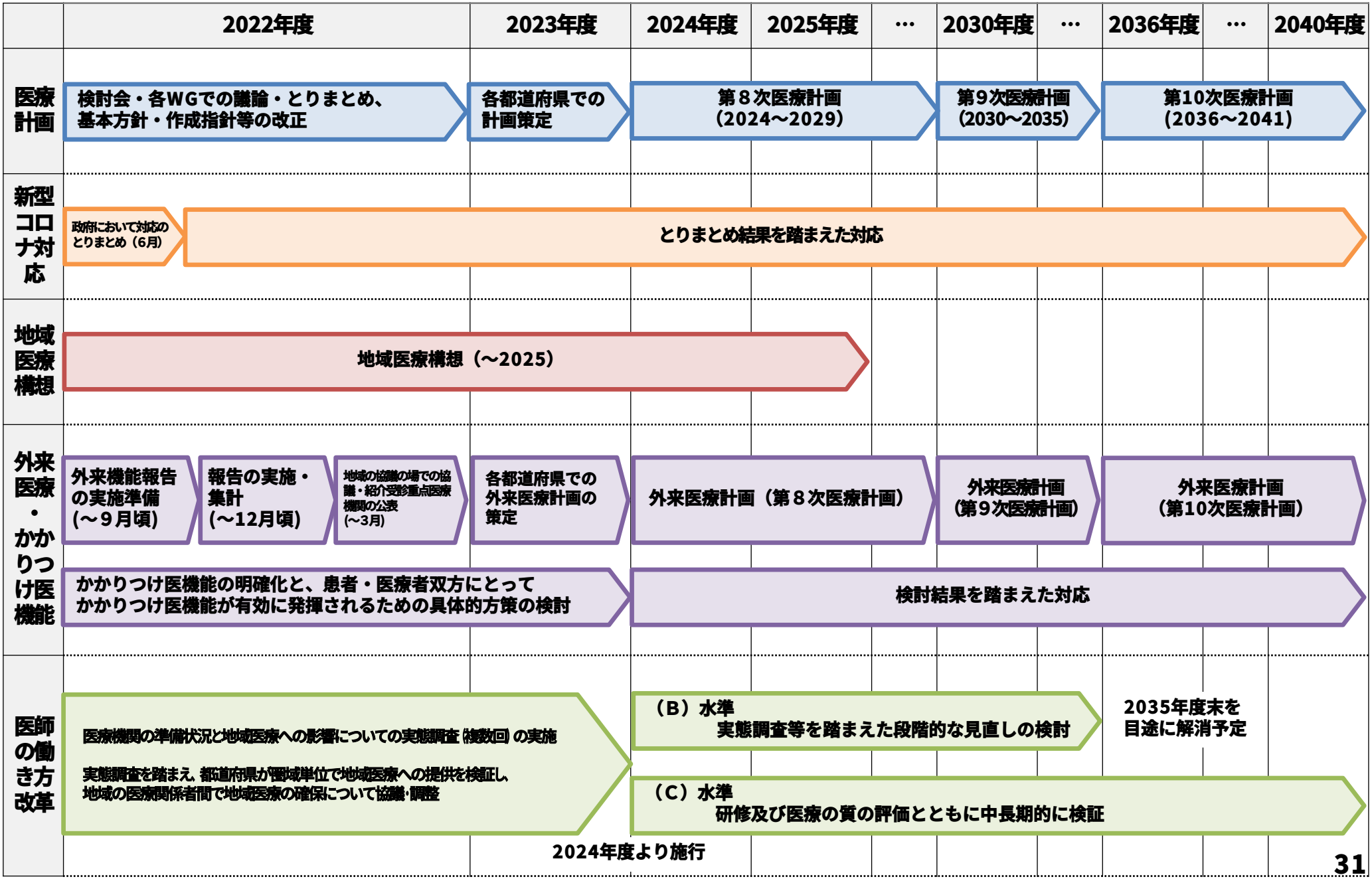
*1 財政支援　･･･使途に制約のない給付金を支給
*2 対象３区分･･･高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

令和３年度病床機能再編支援事業（事業区分Ⅰ-２）の交付実績

		交付実績		
		「単独医療機関」の取組に対する財政支援（①）	「複数医療機関」の取組に対する財政支援（②）	計（③）
申請都道府県数　※		29都道府県	５県	29都道府県
支給対象医療機関数　※		113医療機関	11医療機関	120医療機関
支給対象３区分	減少病床数（A）	▲2,932床	▲543床	▲3,475床
	高度急性期	▲112床	109床	▲３床
	急性期	▲1,611床	▲534床	▲2,145床
	慢性期	▲1,209床	▲118床	▲1,327床
回復期又は介護医療院への転換数等（B）		629床	76床	705床
支給対象病床数（A-B）		▲2,303床	▲467床	▲2,770床
交付額（執行額）		45.2億円	12.8億円	57.9億円

※　①と②の両方について申請がある都道府県があることから、計（③）は①と②の合計と一致しないことがある。

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



４．オンライン資格確認等システム、電子処方箋について

３９．データヘルス改革の推進
ⅰ．被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
ａ．オンライン資格確認システムについて、医療分野における基幹的なシステムの１つであることを踏まえ、2023年３月末までに概ね全ての医療機関等での導入を目指し、取組を進める。
ｂ．課題となっているパソコン・ルーターの不足について、引き続きメーカーとシステム事業者のマッチング支援等を実施するとともに、システム事業者の改修対応能力向上に向けて、月１回程度でシステム事業者からの導入状況等の情報交換を行う等、システム事業者への働きかけを行い、進捗状況の把握を行う。
ｃ．医療機関等の導入状況については引き続きホームページに月１回以上の頻度で公表するとともに、運用開始に至っていない医療機関等に対しては、セグメント毎に準備状況や課題についてアンケート調査やヒアリング等で把握し、必要な見直しを加えながら課題への対応を行う。

３９．データヘルス改革の推進
ⅱ．「保健医療データプラットフォーム」の運用
ａ．データヘルス改革推進本部において策定した2025年度までの工程表に沿って、着実に取組を推進。

●関連する改革項目とその進捗等について　④オンライン資格確認等システム、電子処方箋について

３９．データヘルス改革の推進
ⅰ．被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
ⅱ．「保健医療データプラットフォーム」の運用

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
ⅰについて ○　オンライン資格確認等システムについて、令和３年10月20日から本格運用を開始した。令和４年4月10日時点で顔認証付きカードリーダーの申込数は57.5%、院内システムの改修など準備が完了している施設数は22.3%。	ⅰについて ○　メリットをしっかりと周知していくとともに、医療機関等における導入加速化に向けた集中的な取組を講じていく。 具体的には、 ①医療関係団体に「オンライン資格確認推進協議会」を新たに設置 ②令和４年度診療報酬改定における評価を新設 ③医療機関等の状況や種別ごとの特性に応じ、導入支援や働きかけを強化することにより、関係者が一体となって対応していく環境づくりに、連携して取り組む。 システム事業者からの支援と働きかけの強化に向け、大手システム事業者を中心とした「システム事業者導入促進協議会」を設置する。 また、未申込施設に対しても、送付するリーフレット等の内容をより具体化させ、導入メリットや全体の導入状況等を発信するとともに、地域単位での働きかけのなかでも申込促進を図っていく。 上記の取組について、「オンライン資格確認等検討会議」において、目標達成に向けた具体的な工程を議論しつつ、定期的に取組の見直しを行っていく。
ⅱについて ○　電子処方箋について、成長戦略フォローアップ（令和３年６月18日閣議決定）に基づき、令和５年１月の運用開始に向け、令和３年11月より運営主体である支払基金等において、システム設計・開発を実施しているところ。また、医師等が電子処方箋を交付することができるようにするとともに、電子処方箋の記録、管理業務等を支払基金等の業務に加え、当該管理業務等に係る費用負担や厚生労働省の監督規定を整備する「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案」を令和４年通常国会に提出。	ⅱについて ○　本年秋頃までに支払基金等においてシステム開発を進め、秋頃からシステムの運用テストやモデル事業を実施し、必要に応じて改善を行いながら、令和５年１月に運用を開始する。 ○　なお、医療機関や薬局においてシステム改修等の対応が必要であり、令和４年度に順次改修が行われるよう、医療情報化支援基金を活用して導入を促進する。

オンライン資格確認の導入状況・マイナンバーカードの利用状況（2022/4/10時点）

オンライン資格確認等システム

申込状況

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞

132,047施設（57.5%）／229,525施設

【内訳】

病院	6,464／	8,220施設	78.6%
医科診療所	40,578／	89,557施設	45.3%
歯科診療所	35,050／	70,727施設	49.6%
薬局	49,955／	61,021施設	81.9%

目標 2023年3月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指す （令和３年６月成長戦略フォローアップ閣議決定）

実施状況

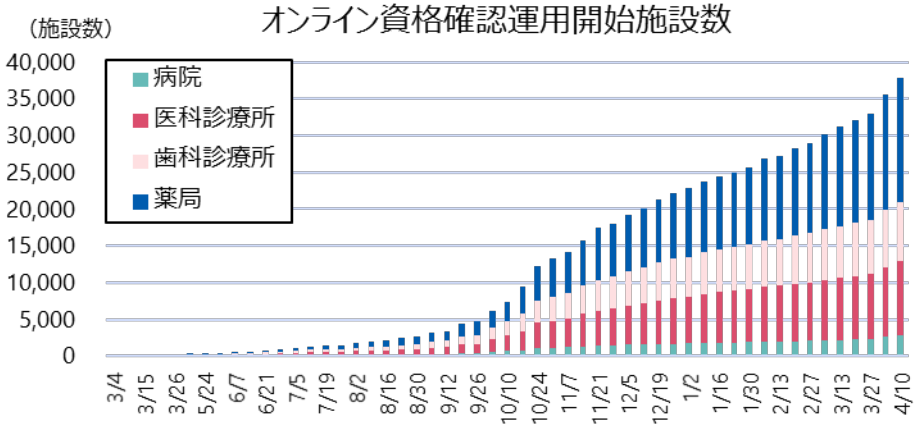
＜準備完了施設数＞

51,239施設（22.3%）

※院内システムの改修など、準備が完了している施設数

＜運用開始施設数＞

37,864施設（16.5%）



マイナンバーカードの保険証利用

＜マイナンバーカードの保険証利用登録数＞

登録件数 8,207,699件

カード交付枚数に対する割合 **14.9%**

※ 事前に登録していない患者が来院･来局した場合でも、医療機関･薬局に設置されている顔認証付きカードリーダーを用いて10秒程度で登録可能

【参考 マイナンバーカード申請･交付状 況】

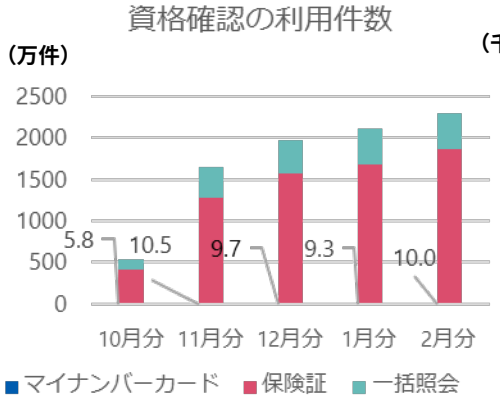
有効申請受付数	約5,773万枚	（人口比 45.6%）
交付実施済数	約5,513万枚	（人口比 43.5%）

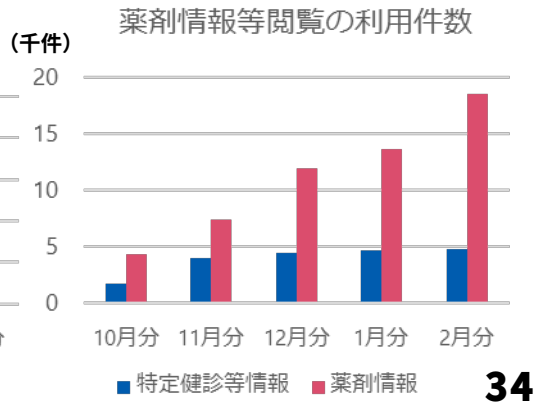
＜運用開始施設における資格確認の利用件数＞

約8,600万件 （10/20～2/28）

マイナンバーカード	**約45万件**
保険証	約6,800万件
一括照会	約1,800万件

※一括照会
医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること





導入促進・利用促進に向けた取組状況等

今後の拡大方針

オンライン資格確認等システム

＜導入加速化に向けた集中的な取組＞

①医療関係団体による「推進協議会」の設置

・　日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会において、「オンライン資格確認推進協議会」を設置。

・　まずは、顔認証付きカードリーダー申込済みのすべての施設において速やかに導入されるよう、システム事業者への発注が終了している状態を目指す。

②診療報酬による評価

・　オンライン資格確認システムの活用により診断・治療等の質の向上を図る観点から新たな評価を行う。

③医療機関・薬局への支援・働きかけの実施

・　それぞれの医療機関等の準備状況に応じた導入支援・働きかけを行う。地域単位での働きかけを行う。

・　「システム事業者導入促進協議会」を設置。

その他の取組

○医療機関等の種別に応じた取組
○未申込施設も含めた働きかけの実施
○PDCAによるフォローアップ

マイナンバーカードの保険証利用

＜国民に対したメリットの周知や利用を促進＞

○保険者を通じた周知広報の実施

・　加入者への保険証送付時にチラシを同封、広報誌への掲載等により、利用申込について周知広報を実施。

○医療機関等における周知広報の実施

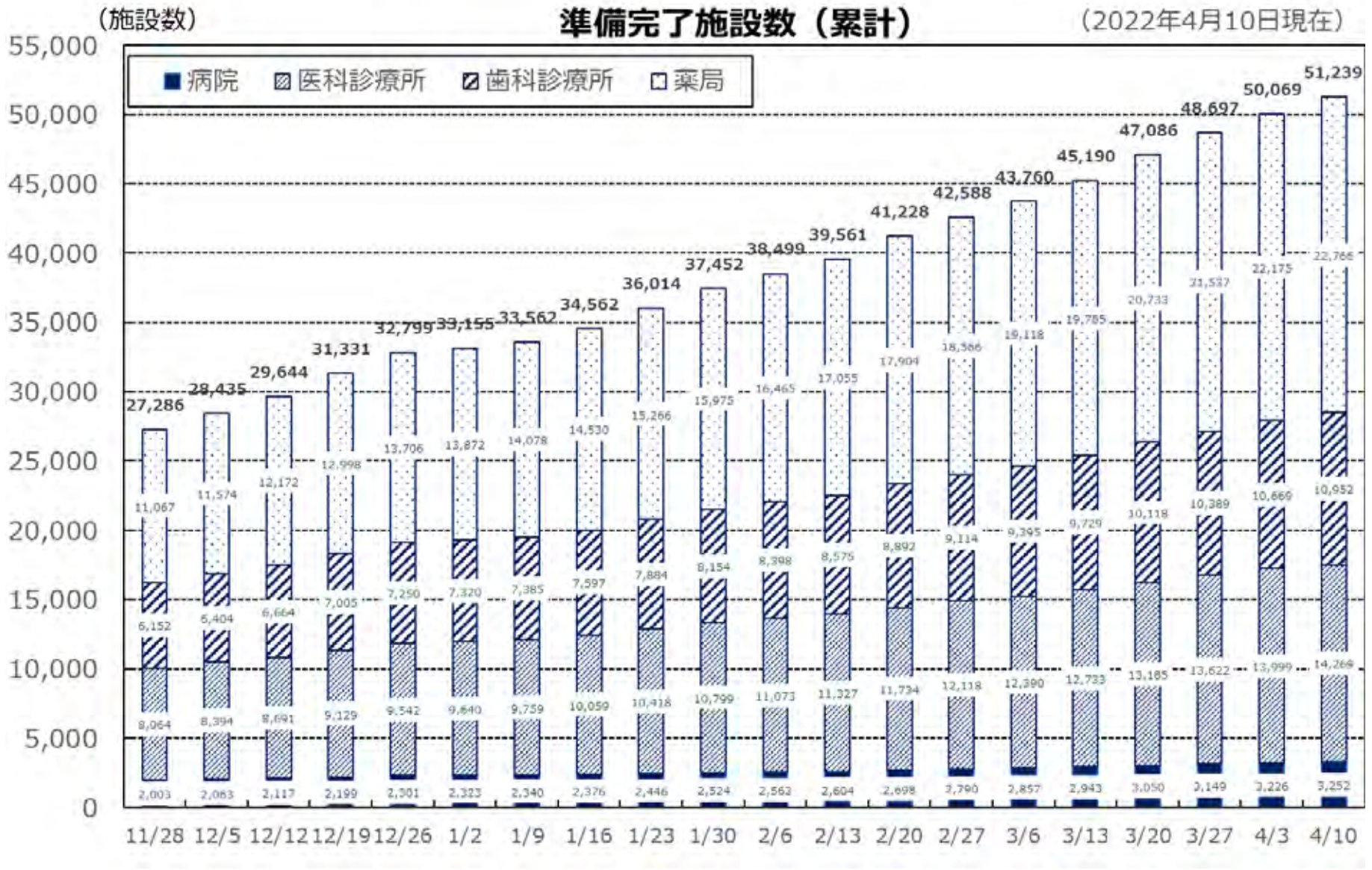
・導入医療機関・薬局へのステッカー・ポスターの配布。

・マイナンバーカードの持参を促すポスターを配布。
（令和３年９月）

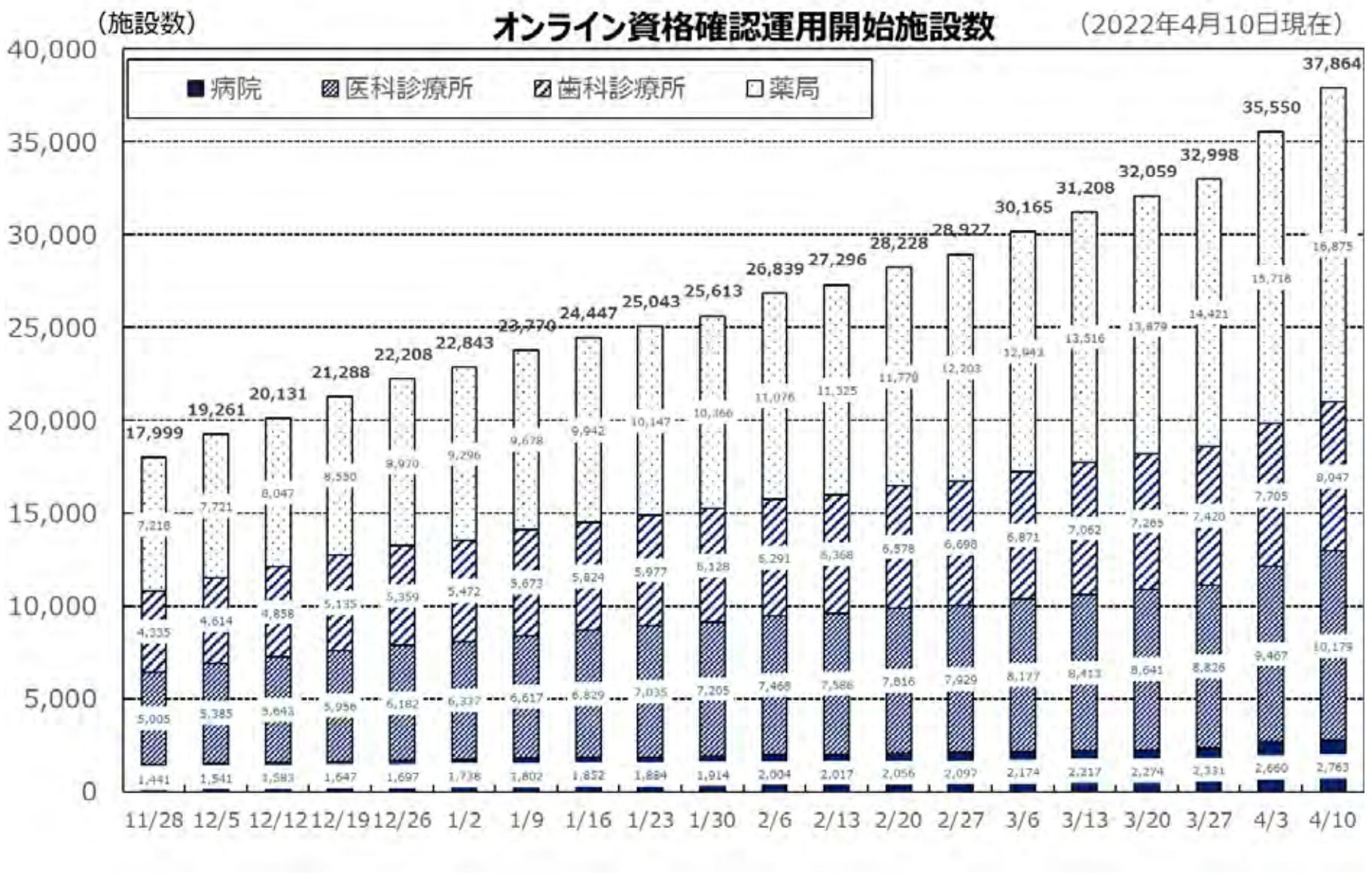
・患者向けのマイナンバーカードケース（ノベルティ）を配布し、特設ホームページに誘導。
（令和４年３月予定）

○マイナポイント第２弾と連携した周知広報の実施

オンライン資格確認等システムの「準備完了施設数」の推移



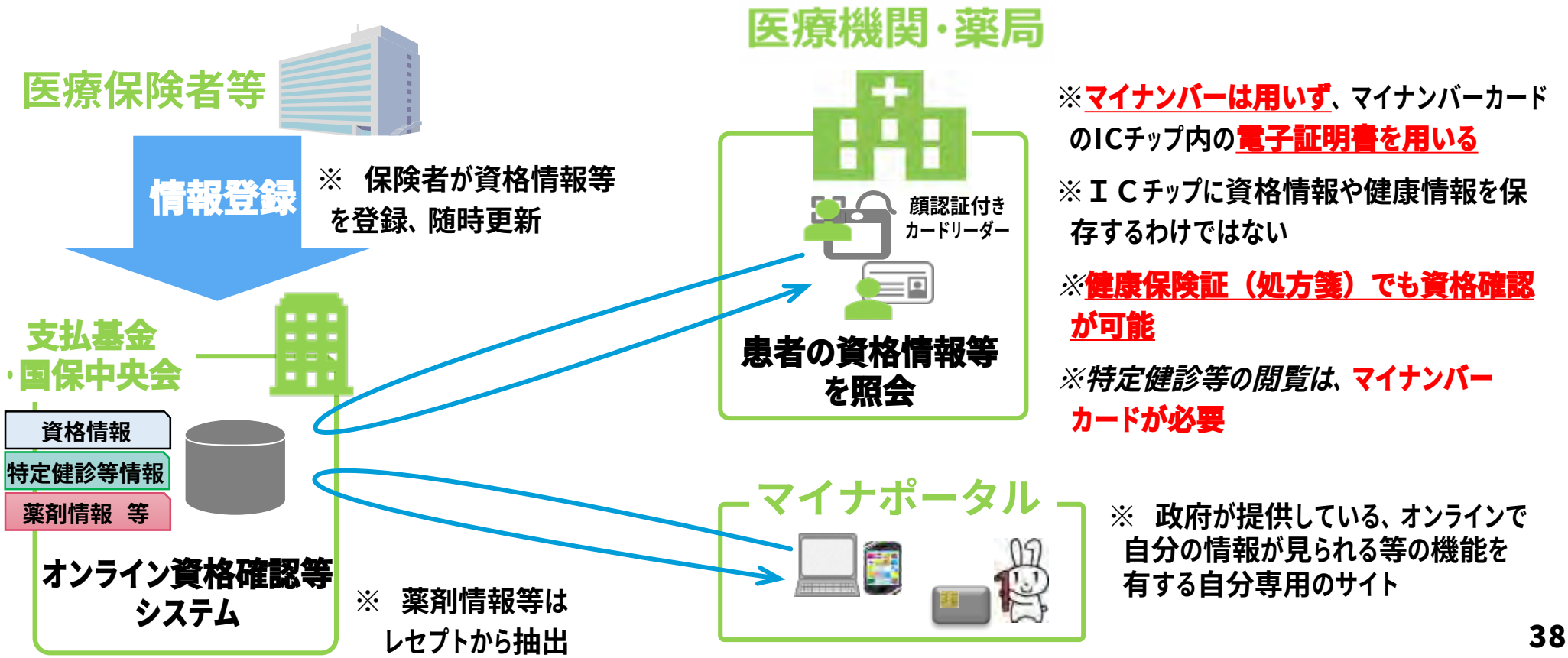
オンライン資格確認等システムの「運用開始施設数」の推移



参考　オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。

② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



参考

「オンライン資格確認推進協議会」の設置について

令和４年２月10日　三師会連名によるプレスリリース

令和４年２月10日

「オンライン資格確認推進協議会」の設置について

公益社団法人日本医師会
公益社団法人日本歯科医師会
公益社団法人日本薬剤師会

令和３年10月20日から本格運用が始まっているオンライン資格確認については、導入に必要となる「顔認証付きカードリーダー」の申込数が、全医療機関・薬局の約６割となっているなかで、様々な課題があるため、実際に運用を開始している施設は約１割となっている。

三師会としては、医療機関間での情報共有を進め、安心・安全で質の高い医療を提供していくデータヘルスの基盤として、オンライン資格確認の導入を推進していく必要があると考えており、これまでも様々な取組を行ってきた。

令和５年３月末までに、おおむね全ての医療機関・薬局での導入を目指すという政府目標が掲げられている。こうした中で、関係者と連携して課題を解決し、導入を加速化させていくため、医療関係団体により「オンライン資格確認推進協議会」を立ち上げ、下記の取組を行っていく。

推進協議会の構成

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会
（オブザーバー）
厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会、保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）

推進協議会における取組

まずは顔認証付きカードリーダー申込済のすべての施設において速やかに導入されるよう、システム事業者への発注が終了している状態を目指すとともに、未申込施設においても令和５年３月末に向けて導入が進むよう、厚生労働省やオンライン資格確認の実施機関、システム事業者に必要な要請等も行いながら、これらの主体と連携して、以下の取組を行う。

- 各団体の取組状況の共有
- 各施設、各地域等における好事例の共有
- 現場の状況を踏まえたシステム事業者からのヒアリング及び意見交換
- 行政の取組状況の検証
- 導入の加速化に向けた課題の共有と対応策の検討
- 三師会が連携した合同説明会の開催

参考

オンライン資格確認に関する診療報酬上の評価について①

【Ⅲ－２医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応－⑬】
⑬オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　初診料　　電子的保健医療情報活用加算　７点
　　再診料　　電子的保健医療情報活用加算　４点
　　外来診療料　電子的保健医療情報活用加算　４点

[対象患者]　オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

（※）初診の場合であって、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、令和６年３月31日までの間に限り、３点を所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）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省令（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。
（２）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。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

参考

オンライン資格確認に関する診療報酬上の評価について②

２．保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

（新）調剤管理料　<u>電子的保健医療情報活用加算　３点</u>

[対象患者]　オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者
[算定要件]　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。
（※）健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあっては、令和６年３月31日までの間に限り、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）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省令（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。
（２）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。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

令和４年２月９日中医協答申附帯意見（抄）

16　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

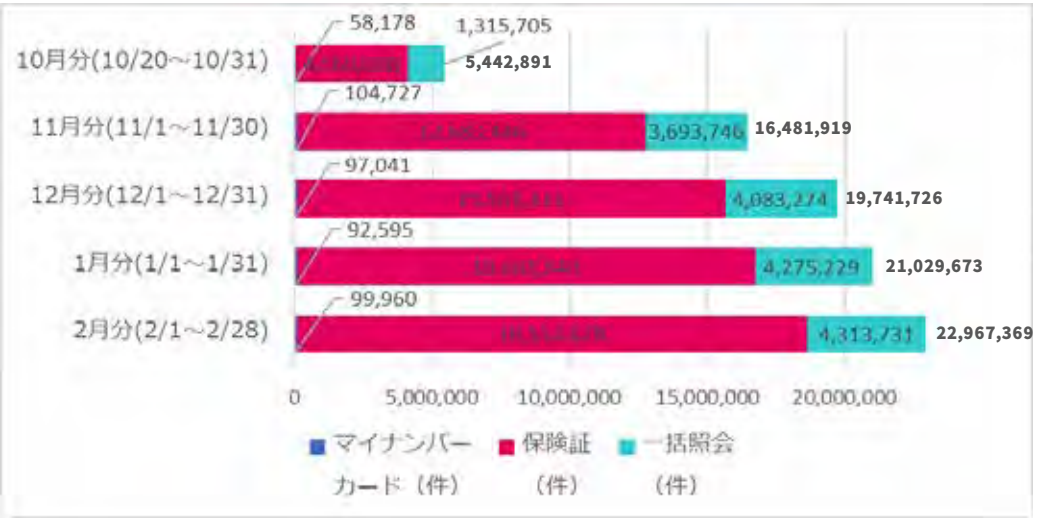
参考 オンライン資格確認の利用状況①

○　本格運用開始から2月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約8,600万件行われた。
（マイナンバーカードによるもの　　約75万件、保険証によるもの　　約6,800万件、一括照会によるもの　　約1,800万

■運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会　　医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

期間	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
10月分(10/20～10/31)	5,442,891	58,178	4,069,008	1,315,705
11月分(11/1～11/30)	16,481,919	104,727	12,683,446	3,693,746
12月分(12/1～12/31)	19,741,726	97,041	15,561,411	4,083,274
1月分(1/1～1/31)	21,029,673	92,595	16,661,849	4,275,229
2月分(2/1～2/28)	22,967,369	99,960	18,553,678	4,313,731
総計	**85,663,578**	**452,501**	**67,529,392**	**17,681,685**



【2月分の内訳】

	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
病院	4,978,675	26,264	1,485,478	3,466,933
医科診療所	5,252,233	28,683	5,097,262	126,288
歯科診療所	1,868,080	22,427	1,150,800	694,853
薬局	10,868,381	22,586	10,820,138	25,657
総計	**22,967,369**	**99,960**	**18,553,678**	**4,313,731**

【参考】
・総レセプト請求枚数　　月平均約１億７千万枚（令和３年１月～10月）※支払基金及び国保中央会への請求レセプト総数

参考 オンライン資格確認の利用状況②

■特定健診等情報・薬剤情報の利用件数

※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

期間	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）
10月分(10/20～10/31)	1,760	4,294
11月分(11/1～11/30)	3,939	7,436
12月分(12/1～12/14)	4,460	11,942
1月分(1/1～1/31)	4,674	13,630
2月分(2/1～2/28)	4,744	18,584
総計	**19,577**	**55,886**

[2月分の内訳]

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）
病院	1,522	3,896
医科診療所	1,344	8,956
歯科診療所	975	2,340
薬局	903	3,392
総計	**4,744**	**18,584**

■マイナポータルでの特定健診等情報・薬剤情報の閲覧件数

期間	特定健診等情報（件）	薬剤情報 （件）
10月分(10/21～10/31)	4,655	8,760
11月分(11/1～11/30)	9,985	20,656
12月分(12/1～12/31)	7,698	18,174
1月分(1/1～1/31)	11,919	29,407
2月分(2/1～2/28)	12,097	35,403
総計	**46,354**	**112,400**

参考

オンライン資格確認の導入加速化に向けた集中的な取組について

○　「オンライン資格確認」については、令和５年３月末までにおおむね全ての医療機関・薬局で導入することを目指しているが、実施に必要となる顔認証付きカードリーダーの申込は、約13万施設（57.5%）となっている一方で、運用を開始した施設数は約3.8万施設（16.5%）となっている（いずれも4月10日時点）。

○　まずはカードリーダーを申込済の施設での速やかな導入が重要であり、多岐にわたる課題について**関係者が一体となって対応していく環境づくり**を行い、**導入の加速化に向けて関係者と連携した取組を進めていく**。

○　さらに、**医療機関等の状況や種別ごとの特性に応じた支援**を行いつつ、**未申込の医療機関等についても状況に応じた働きかけを実施**し、**進捗状況を定期的に確認**しながら、概ね全ての医療機関等における導入を目指していく。

1

医療関係団体による「推進協議会」の設置

○　**日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会において**、安心・安全でより質の高い医療を提供していくデータヘルスの基盤として、オンライン資格確認を推進していくために、**「オンライン資格確認推進協議会」**（オブザーバー　　厚生労働省、支払 基金国保 中央会、保 健医療福祉情報システム工業 会）**を設置**（2月10日に**三師会からプレスリリース済**）

■　**令和５年３月末までにおおむねすべての医療機関・薬局での導入を目指す**との目標が掲げられている中、推進協議会において、**まずは顔認証付きカードリーダー申込済のすべての施設において速やかに導入されるよう、システム事業者への発注が終了している状態を目指す**とともに、未申込施設においても令和５年３月末に向けて導入が進むよう、厚生労働省やオンライン資格確認の実施機関、システム事業者に必要な要請等も行いながら、これらの主体と連携して、以下の取組を行う。

・各団体の取組状況の共有　　・各施設、各地域等における好事例の共有
・現場の状況を踏まえたシステム事業者からのヒアリング及び意見交換
・行政の取組状況の検証　　・導入の加速化に向けた課題の共有と対応策の検討
・三師会が連携した合同説明会の開催

2 診療報酬による評価

○ オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、以下のような**新たな評価を行う**。

■ **外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する** 等

※ 初診の場合であって、オンライン資格確認による診療情報等の取得が困難な場合等には、令和6年3月31日までの間に限り、所定点数に加算する。

3 医療機関・薬局への支援・働きかけの実施

○ それぞれの医療機関・薬局、システム事業者により対応状況や課題が異なることから、**それぞれの医療機関等の準備状況に応じた導入支援・働きかけ**を行っていく。また、**地域単位での働きかけ**を行っていく。

■ **実施機関（支払基金・国保中央会）に設置したコールセンターから架電**を行い、**当該医療機関・薬局の状況に応じた対応について支援**し、導入加速に向けた働きかけを行う。
これらの取組を通じて、個別の医療機関等の状況把握を行い、定期的なフォローアップを行っていく。

■ **公的医療機関等について、関係省庁を通じて働きかけ**を行うとともに、**個別の医療機関ごとの進捗状況を厚生労働省において把握し、フォローアップ**していく。

■ システム事業者からの支援と働きかけの強化に向け、情報の共有と進捗状況や課題の把握を目的として、**大手システム事業者を中心とした「システム事業者導入促進協議会」を設置**する。

■ マイナポイント第２弾を契機として、マイナンバーカードの発行と関係の深い都道府県・市町村に対して、**都道府県レベル・郡市レベルでの医療関係団体を対象としたオンライン資格確認導入促進に向けた説明会を行うことを依頼**する。その際、要望に応じて、**厚生労働省から説明を行う**こととし、当該地域における具体的な運用開始状況や導入済機関における反応等を伝えつつ導入に向けた働きかけを行う。

○ 上記の取組に加え、以下の視点による取組も行っていく。

医療機関等の種別に応じた取組

○ 病院、医科診療所、歯科診療所、薬局それぞれの特性に応じた課題があることから、**それぞれの課題に応じた対応**を行っていく。

（例）

■ 病院　見積もりの段階で導入に向けた動きが止まっているところが一定数あり、見積もりに関する相談窓口を関係団体と協力して設けるとともに、導入によるメリットを併せて周知していく。

■ 医科診療所　施設数が多いことから、地域レベルでの面的な働きかけも行っていく

■ 歯科診療所　中小システム事業者が多いことを踏まえ、ネットワーク事業者による改修請負を引き続き推進していく

■ 薬局　電子処方箋の導入を見据えた対応を行っているところが多く、関係する施策の動向も含めた広報を行っていく

未申込施設も含めた働きかけの実施

○ 令和5年3月末までにおおむね全ての医療機関・薬局で導入することを見据え、現在、カードリーダーを申し込んでいない医療機関等に対しても、導入に向けた取組を働きかけていく。

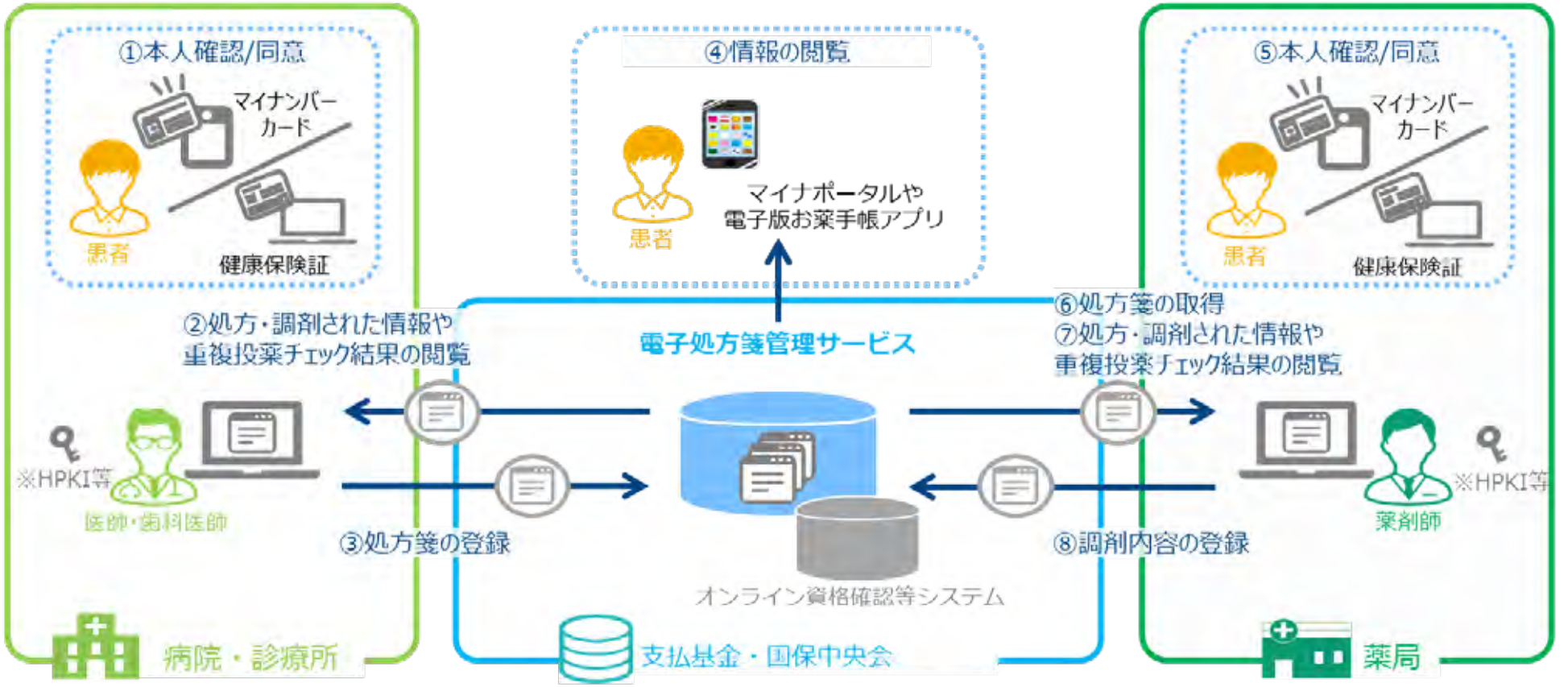
■ **全医療機関・薬局に送付するリーフレット等の内容をより具体化**させ、導入のメリットや全体の導入状況、マイナンバーカードの普及状況やマイナポイント第２弾の実施といった情報を発信していく。また、**地域単位での働きかけ**のなかでも申込促進を図っていく。さらに、**システム事業者を通じた働きかけ**も行っていく。

ＰＤＣＡによるフォローアップ

○ 上記の取組について、**「オンライン資格確認等検討会議」において、進捗状況を月次で把握**したうえで、令和５年３月末までにおおむね全ての医療機関・薬局での導入を目指すという**目標の達成に向けた具体的な工程を議論しつつ、定期的に取組の見直し**を行っていく。

電子処方箋とは

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。（令和５年（2023年）１月～運用開始予定）



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

成長戦略フォローアップ（令和３年６月18日閣議決定）

・ オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

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

改正の趣旨

緊急時において、安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、条件や期限付の承認を与える迅速な薬事承認の仕組みを整備するとともに、オンライン資格確認を基盤とした電子処方箋の仕組みを創設し、その利活用を促すため、所要の措置を講ずる。

改正の概要

１．緊急時の薬事承認【医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律】

緊急時の迅速な薬事承認を可能とするため、以下の仕組みを新たに整備する。

① 適用対象となる医薬品等の条件

○ 国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病のまん延その他の健康被害の拡大を防止するために緊急に使用されることが必要な医薬品等について、他に代替手段が存在しない場合とする。

② 運用の基準

○ 安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、薬事承認を与えることができることとする。

③ 承認の条件・期限

○ 有効性が推定された段階で承認を行うことから、承認に当たっては、当該承認の対象となる医薬品等の適正な使用の確保のために必要な条件及び短期間の期限を付すこととする。

④ 迅速化のための特例措置

○ 承認審査の迅速化のため、GMP調査、国家検定、容器包装等について特例を措置する。

２．電子処方箋の仕組みの創設【医師法、歯科医師法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

○ 医師等が電子処方箋を交付することができるようにするとともに、電子処方箋の記録、管理業務等を社会保険診療報酬支払基金等の業務に加え、当該管理業務等に係る費用負担や厚生労働省の監督規定を整備する。

施行期日

１については、公布の日。２については、令和５年２月１日までの間において政令で定める日。

電子処方箋の運用に向けたスケジュール

５．コロナを踏まえた予防健康づくりについて

４．がん対策の推進
ｉ．がんの早期発見と早期治療
ｅ．新型コロナウイルス感染症の影響がある中でも、必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組むとともに、検診の実施状況の把握・分析を行い、効果的な受診勧奨等の方策を検討する。

５．無関心層や健診の機会が少ない層への啓発
ｅ．新型コロナウイルス感染症による食事や運動等の生活習慣の変化や、健康への影響、健診受診状況に関する厚生労働科学研究を2023年度末までを目途に実施予定。当該調査結果を踏まえ、「新しい生活様式」に対応した健康づくりの検討、普及・啓発を推進。

●関連する改革項目とその進捗等について　⑤コロナを踏まえた予防・健康づくりについて

４．がん対策の推進
ｉ．がんの早期発見と早期治療
５．無関心層や健診の機会が少ない層への啓発

進捗状況 （遅れている場合はその要因）	今後の取組方針
４ｉ及び５について 生活習慣の変化等について、分析を引き続き実施。 新しい生活様式における国民の「予防・健康づくり」を推進するため、　国民向け及び自治体や職域等の健康づくり担当者向けのリーフレット、ホームページ、ポスター、動画等を公表した。特に自治体・職域の健康づくり担当者向けコンテンツを強化し、現場の支援に取り組んだ。	４ｉ及び５について 他の論文や調査についても考慮した上で、さらなる調査を行い、その結果を踏まえ、より効果的な対策を検討していく。 引き続き、国民、企業や自治体など幅広い主体に対して、普及啓発に取り組む。

コロナ下の「新しい生活様式」における生活習慣の変化や予防・健康づくりへの影響に関する調査研究（２回目調査の結果速報値）

〇方法　　インターネット調査
〇対象　　20～79歳までの男女※83,216人（全国の人口分布に合わせて対象者を抽出）のうち、１回目調査（2021年実施）に回答があった60,154人に本調査（２回目、2022年実施）への回答を依頼。
※性別「その他」を含む
〇有効回答数　　33,053人（回答割合54.9%
〇調査期間　　１回目調査2021年３月、２回目調査　2022年３月
〇集計方法　　①「コロナ感染拡大前（以下「コロナ前」、2020年１月）」＜１回目調査時点での振り返り＞、②「コロナ感染拡大後（以下「コロナ後」、2021年３月）」＜１回目調査時点＞、③「コロナ感染拡大１年後（以下「コロナ１年後」、2022年３月）」＜２回目調査時点＞について回答を比較する。

□令和２年度　厚生労働科学特別研究事業
「新型コロナウイルス感染症に対応した新しい生活様式による生活習慣の変化およびその健康影響の解明に向けた研究ー生活習慣病の発症および重症化予防の観点からー」（研究代表者　　国立がん研究センター山本 精一郎）
□令和３年度　厚生労働行政推進調査事業
「新しい生活様式による生活習慣の変化とその健康影響の解明および支援方法の開発に関する研究―生活習慣病予防および健康の維持増進の観点から―」（研究代表者　　国立がん研究センター山本 精一郎）

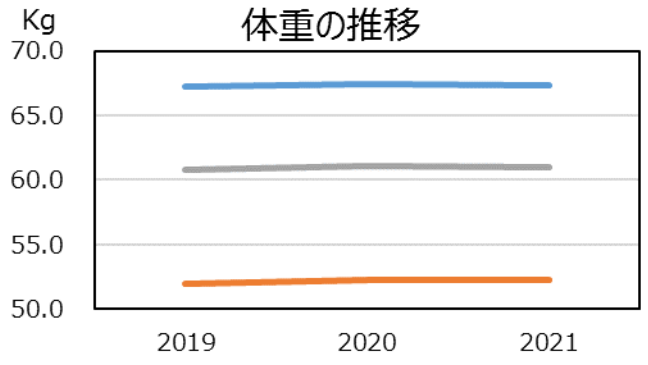
結果のポイント
〇コロナ後（１回目調査）、コロナ１年後（２回目調査）と、一貫して同じ傾向で変化しているもの
- 喫煙者の割合が減少傾向（良化傾向）
- 飲酒習慣なしの者の割合が増加傾向（良化傾向）

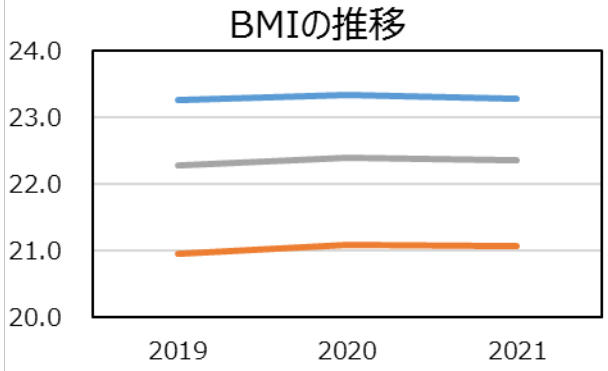
〇コロナ後に一度変化して、その１年後に、コロナ前の水準（１回目調査時点での振り返り）に戻りつつあるもの
- 体重・BMIは一度増加し、１年後に元の水準に戻りつつある（悪化傾向→元の水準）
- 身体活動量（METs）・歩数は一度減少し、１年後に元の水準に戻りつつある（悪化傾向→元の水準）
- 睡眠時間は、一度増加し、１年後に元の水準に戻りつつあるが、女性ではコロナ前よりもやや減少している（良化傾向→男性は元の水準・女性はやや悪化）
- 高リスク飲酒者は一度減少し、１年後に元の水準に戻りつつある（良化傾向→元の水準）

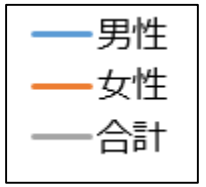
今後、属性等による違いや、変化のパターンによる比較も含めた詳細な分析を行い、変化の傾向を把握し、それに合わせた予防・健康づくり支援を検討予定。

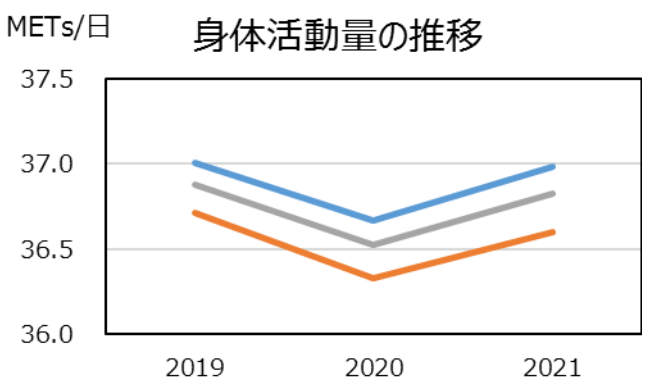
各項目の単純集計（体重、ＢＭＩ、身体活動量、歩数）

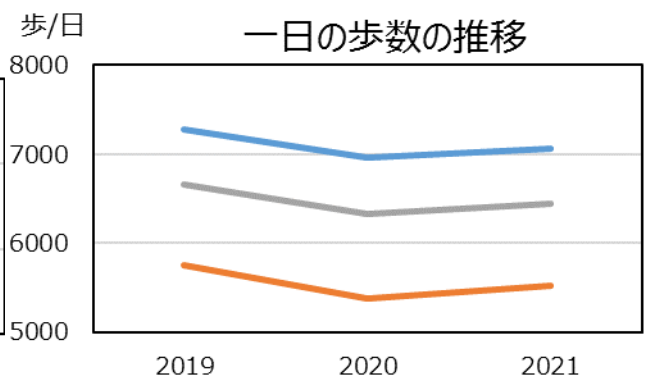
〇体重及びBMIについては、男性、女性とも、コロナ前からコロナ後は少し増加したが、コロナ１年後に少し減少し、コロナ前にほぼ戻りつつある。（悪化傾向→元の水準）
〇身体活動量（METs）については、男性、女性とも、コロナ前からコロナ後は減少したが、コロナ１年後に増加し、コロナ前に戻りつつあるものの、コロナ前の水準には戻っていない。（悪化傾向→元の水準）
〇睡眠時間は、男性、女性とも、コロナ前からコロナ後は増加したが、コロナ１年後に減少した。男性はコロナ前に戻りつつあるが、女性はコロナ前よりもやや減少した。（良化傾向→男性は元の水準･女性はやや悪化）

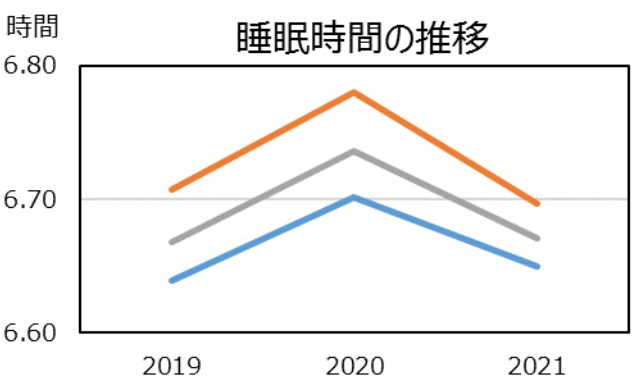








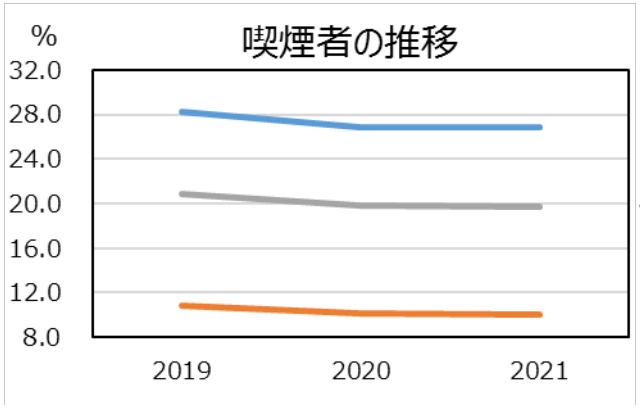


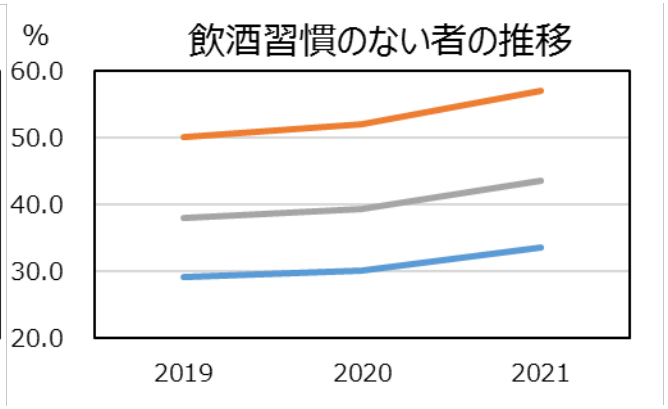


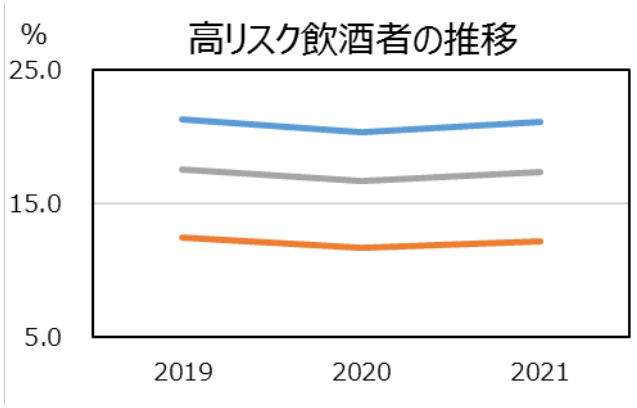
注１）歩数以外の回答者数　2020年（2019年分を含む）33,053人（男性19,068人、女性13,957人、その他28人）、2021年 33,053人（男性19062人、女性13,935人、その他56人）合計には性別「その他」回答者を含む。
注２）歩数の回答者数　2020年（2019年分を含む） 10,713人（男性6,402人、女性4,304人、その他7人）、2021年 10,713人（男性6,402人、女性4,297人、その他 14人）合計には性別「その他」回答者を含む。

各項目の単純集計（喫煙、飲酒）

〇喫煙者の割合は、男性、女性とも、コロナ前からコロナ後、コロナ１年後と減少傾向が継続している（良化傾向）
〇飲酒習慣のない者の割合も、男性、女性とも、コロナ前からコロナ後、コロナ１年後と増加傾向が継続している（良化傾向）
〇高リスク飲酒者の割合は、コロナ後にやや減少したが、コロナ１年後に元の水準に戻っている（良化傾向→元の水準）







注１）回答者数　　2020年（2019年分を含む）33,053人（男性19,068人、女性13,957人、その他28人）、2021年 33,053人（男性19062人、女性13,935人、その他56人）合計には性別「その他」回答者を含む。
注２）男性は1日40g以上、女性は1日20g以上アルコールを摂取する者を高リスク飲酒者とした。

「新しい生活様式」における予防・健康づくりに関する情報発信・普及啓発
ー健康づくりへの取組の後押しとしてー

○「新しい生活様式」における生活習慣の現状や変化に関する、本調査結果等を踏まえ、生活に大きな影響を与えたコロナを「生活習慣を見直す」きっかけとし、健康づくりに取り組むことを後押しするような具体的方法を示すための情報発信・普及啓発を継続中。
○身体活動・運動、栄養・食生活、禁煙、飲酒、睡眠、健診・検診等について、平常時及びコロナ下のそれぞれにおける健康づくりの方法を示す。
○国民・個人向けには、健康づくりの具体的な方法を提示するとともに、広く普及啓発を行い、ホームページ等へ誘導する。
○自治体・職域等における健康づくり担当者向けには、地域住民や職員の予防・健康づくり支援のためのツールや情報提供を行う。
○今期（2021年11月～2022年３月）は、特に自治体・職域の健康づくり担当者向けコンテンツを強化した。コロナ下での健康づくりとして、オンライン等のリモートでも活用できるコンテンツで現場を支援。

国民・個人向け
「健康づくり」の具体的方法の提示、情報提供

国民・個人向けリーフレット
コロナ下での「新・健康生活」のススメ
（子どもと保護者の方向け）

厚生労働省ホームページ
「新・健康生活のススメ」

スマート・ライフ・プロジェクト
睡眠コンテンツ

「新しい生活様式」における予防・健康づくりに関する情報発信・普及啓発 ー健康づくりへの取組の後押しとしてー（続き）

自治体・職域等における健康づくり担当者向け
住民や従業員等の健康づくり支援のための資材・情報提供

自治体等からの送付用
リーフレット
コロナ下での「新・健康生活」のススメ（お子さんと保護者向け）

30代、40代、50代男性向け
身体活動・肥満

女性向け　飲酒

ホワイトカラー男性向け
身体活動量

主婦女性向け
身体活動量

使い方解説書　７種類

「e健康づくりネット」
健康づくり支援担当者のための総合情報サイト

「e健康づくりネット」
活用のための動画

新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん検診の普及啓発

○新型コロナウイルス感染症を踏まえた受診勧奨資材を自治体に周知するとともに、資材の積極的な活用を依頼した。

○新型コロナウイルス感染症の流行下でも、がん検診や医療機関への受診は「必要な外出」であることや、がんの早期発見・早期治療のためには遅れず受診することの重要性について、理解を深めていただくよう啓発する動画を公開した。

「がん検診は不要不急ではなく必要な外出です（ショートver.）」（約30秒）
https://www.youtube.com/watch?v=k0ntVbNPBAA

「がん検診は不要不急ではなく必要な外出です（ロングver.）」（約90秒）
https://www.youtube.com/watch?v=y2IzLKl43JE

○令和４年３月21～27日に政府広報（新聞突出し広告）にて「コロナ禍におけるがん検診や医療機関への受診促進のための普及啓発」を実施。