

5類移行後に求められる地域医療連携

Jun.09.2023

※本講演に関する開示すべきCOIはありません。

プロフィール

1997年3月に福岡大学法学部経営法学科を卒業後、出版社の勤務を経て、2008年7月より医業経営コンサルティング会社へ。

医業経営コンサルティング会社では医療政策情報の収集・分析業務の他、医療機関をはじめ、医療関連団体や医療周辺企業での医療政策や病院経営に関する講演・研修を行う。また、30社を超える製薬企業等の医療関連企業のマーケティング・営業戦略立案・実行支援を行う。

2021年10月、H Cナレッジ合同会社を創業。

- ・ ミーカンパニー株式会社 医療政策コンサルタント
- ・ 医療・医薬品情報研究会 運営委員
- ・ (公財) 東京都中小企業振興公社 専門家派遣事業支援専門家
- ・ 独立行政法人中小企業基盤整備機構 中小企業アドバイザー (実務支援)
- ・ 「九州版エコシステム構築に向けた医療機器開発・事業化促進のための広域かつ包括的な企業群支援・育成の研究開発」事業 (AMED受託事業) における「案件評価委員会委員」及び「専門分野支援専門家」



H Cナレッジ合同会社
代表社員
山口 聡

マネジメントマーケティング・コーディネータ (第300290号)
商工会議所認定 ビジネスマネジャー (証書番号 1-1-00054)

医療政策のタイムライン



①2040年までに改革を終え、本格的少子高齢社会に備える。

②医療機関・医療従事者を集約化・連携強化し、効率性を高める。

③生活習慣病患者の重症化予防に努め、健康寿命を3年延伸する。



基本は三位一体改革、 起こりうる事象と意識しておきたい点は？

地域医療構想 の推進

考えられる影響

地域をさらに細分化した役割分担と連携強化がより重要に。地域医療構想調整会議が診療報酬に与える影響は強くなることを意識。

医師偏在対策 の推進

考えられる影響

必要に応じて、自院がかかりつけ機能を担うことも視野に、地域の外来／在宅のバックアップ機能を意識。

医療の 三位一体改革

働き方改革の 推進

考えられる影響

コメディカルの業務範囲拡大に伴い、人材確保と採用活動が難しくなることに注意。

医療政策のトレンドを読み解く



- 2022年 6月 7日 骨太方針2022、規制改革推進に関する答申が閣議決定
かかりつけ医の認定制度、リフィル処方箋の推進、地域医療構想を推進するための制度の見直し、保険者機能の強化
- 2022年 10月 審査支払機関における審査基準の整理
- 2023年 1月 電子処方箋の開始
- 2023年 3月 病床確保料等、新型コロナに関する特例の今後の対応方針を明確化
- 2023年 5月 新型コロナを5類へ移行（8日）
- 2023年 6月 骨太方針2023が公表
- 2023年 7月 2024年度診療報酬改定の審議の方針を明確化

2024年度は「惑星直列」の年

診療報酬・介護報酬同時改定、医療計画と介護保険事業計画の新規スタート、勤務医の働き方改革に関する制度の開始、地域医療構想のゴール

特例措置の見直し方針 ①



診療報酬上の特例の見直し（案）①

- 新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- 冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

<外来・在宅医療>

- 疑い患者への対応を公表し、空間的・時間的分離や適切なPPEの活用等、必要な感染対策を講じた上で行う疑い患者への診療については、引き続き評価する。
- その際、かかりつけ患者等に限らず疑い患者を広く受け入れる医療機関においては、空間的・時間的分離の準備をより周到に行う必要があることを考慮する。
 - 対応）・感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療(院内トリアージ実施料(300点))
⇒①300点(対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行)、②147点(①に該当せず、院内感染対策を実施)
- **コロナ患者に対する診療においては**、届出の簡略化や重症化率の低下によって**一定程度業務が効率化している**。一方で、類型変更に伴い、**療養指導やフォローアップ、入院調整**において医療機関の果たす役割が大きくなることから、**これらの業務の評価として見直し**を行う。
 - 対応）・コロナ患者への対応(救急医療管理加算(950点)、中和抗体薬「カシリマブ及びビムデマブ」投与の場合の特例(同加算の3倍(2,850点))
⇒ コロナ患者へ療養指導を行った場合：147点、コロナ患者の入院調整を行った場合：950点
- 往診時に必要な感染対策についても、引き続き評価する。**緊急の往診については**、重症化率の低下や外出制限の緩和により**必要性は低下しているため評価の見直し**を行う。
 - 対応）・感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する往診等(300点) ⇒ 継続
・緊急往診の評価(中和抗体薬「カシリマブ及びビムデマブ」投与：救急医療管理加算の5倍(4750点)、その他：3倍(2850点)) ⇒ 緊急往診の評価(950点)

<入院>

- 入院医療においても、**必要な感染対策(個室・陰圧室での管理を含む。)**は引き続き評価する。
 - 対応）・感染予防を講じた上での診療(二類感染症患者入院診療加算1~4倍(250点~1,000点)) ⇒ 継続
・二類感染症患者療養環境特別加算(個室)の特例算定(300点) ⇒ 継続
・感染予防策を講じた上での疾患別リハビリテーション(二類感染症患者入院診療加算(250点)) ⇒ 継続
- 重症化率の低下等により業務内容・人人体制が一定程度効率化されており、**重症・中等症患者等の特例は一定程度見直し**を行う。
 - 対応）・重症患者への対応(特定集中治療室管理料等の3倍(+8,448~+32,634点)) ⇒ 1.5倍(+2,112~+8,159点)
・中等症等患者への対応(救急医療管理加算の4~6倍(3,800~5700点)) ⇒ 2~3倍(1,900~2,850点)
- 回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、**回復患者を受け入れた場合の特例については見直し**を行う。
 - 対応）・回復患者の受入(二類感染症患者入院診療加算750点、30日目までは+1,900点、その後90日目までは+950点) ⇒ 60日目まで750点、14日目までは+950点

<歯科>

- コロナ患者に対して延期が困難な歯科治療を実施する場合の感染対策は今後も必要であり、引き続き評価する。
 - 対応）・治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施(298点) ⇒ 継続

<調剤>

- 薬剤師によるコロナ患者への医薬品の提供・服薬指導等については、コロナ治療薬を処方された来局患者への対応も考慮しつつ、引き続き評価する。
 - 対応）・自宅・宿泊療養患者に薬剤を配送した上での訪問による対面/電話等による服薬指導(500点/200点)
⇒ 陽性患者に薬剤を届けた上での服薬指導(訪問による対面500点/電話等200点) ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は、服薬管理指導料:2倍(+59点又は+45点)

ポイント

- ①発熱外来以外でも受診対応できるように促す。新たな支援も。
- ②救急患者、ICUの加算は1/2に減額へ。
- ③薬局では変更なく、特例を継続。

全病院での対応を促す。

重点医療機関
→ 重症・中等症Ⅱの対応

重点医療機関以外(受け入れ実績あり)
→ 軽症・中等症Ⅰの対応

重点医療機関以外(受け入れ実績なし)
→ 受け入れを促す

特例措置の見直し方針 ②



特例で認められていた、初診からのオンライン診療・電話診療は7月末で廃止となります。

オンライン診療を改めて初診から実施するには、指針に合わせた体制を整備し、施設基準の届出が必要です。

電話診療は、再診のみ可能となります。

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについてより、演者にて一部改変

厚生労働省 事務連絡・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(3/31)

2. 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例

(1) 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例の期限について

電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例については、以下の(2)及び(3)のとおりであり、当該特例については、令和5年7月31日をもって終了する。

(2) 初診料等に係る特例について

① 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合について、A000 初診料の注2に規定する点数(214点)を算定できる。また、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定することができる。なお、本取扱いにより214点を算定する保険医療機関であって、令和5年8月以降も情報通信機器を用いた診療を行おうとするものについては、A000 初診料の注1ただし書きに規定する点数(251点)を算定できるよう、令和5年7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出ること。

② 慢性疾患等を有する定期受診患者等に対し、電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合には、電話等再診料(73点)又は外来診療料(74点)を算定できる。また、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定することができる。

本取扱いにより外来診療料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に電話等による旨及び当該診療日を記載すること。また、診療録への記載については、電話等再診料の規定に基づいて対応されたい。

なお、本取扱いにより電話等再診料又は外来診療料を算定する保険医療機関であって、令和5年8月以降も情報通信機器を用いた診療を行おうとするものについては、A001 再診料又はA002 外来診療料注1ただし書きに規定する点数(73点)を算定できるよう、令和5年7月31日までに情報通信機器を用いた診療に係る施設基準を届け出ること。

8月からオンライン診療を初診から実施するには？



初診からオンライン診療が可能な場合について

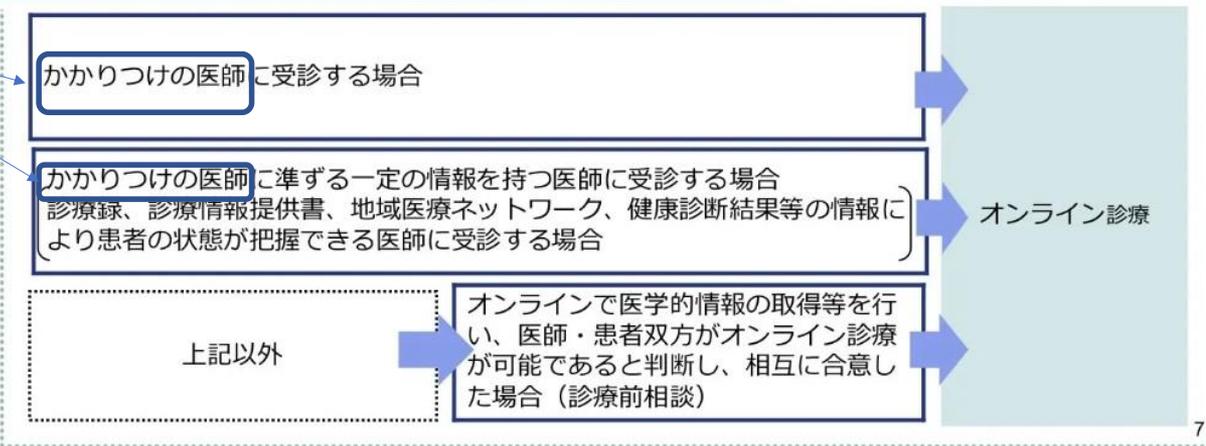
厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

初診からのオンライン診療が可能な場合の整理

- オンライン診療に先だって行う「オンラインでのやりとり」（以下、診療前相談という）は、受診歴がなく、十分な医学的情報も得られていない患者に対し、診療を行おうとすることから、個別の症状から勘案し、問診及び視診を補完するべくオンライン診療に必要な患者の医学的情報を丁寧を得ることで安全性及び信頼性を担保することを目的とした枠組み。
- そのため、患者の心身の状態に関する適切な情報を聞き取り、医師-患者間での信頼関係を構築する観点から医師本人と患者本人がリアルタイムで行う必要がある。

機能強化加算の対象医療機関や医療法改正で定義づけられるかかりつけ医とは異なるもの。

初診からのオンライン診療が可能な場合の整理のイメージ



厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針より、演者にて一部改変

特例措置の見直し方針 ③



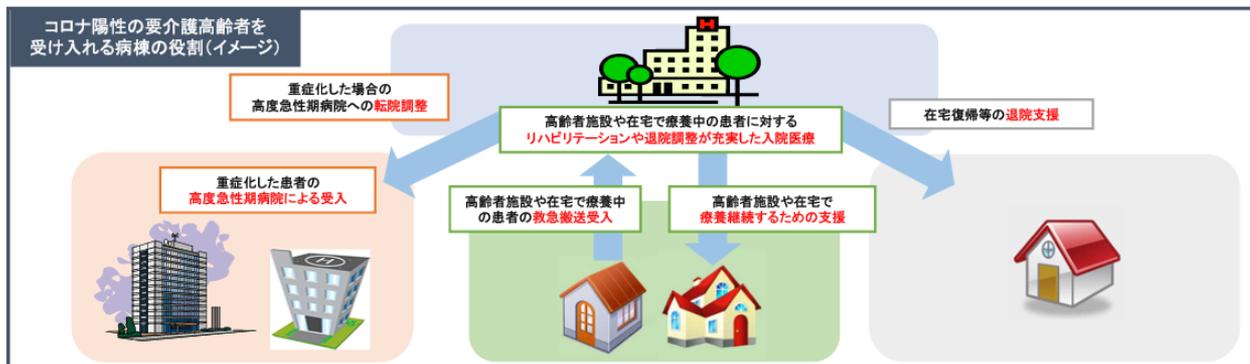
診療報酬上の特例の見直し（案）②

<介護保険施設等の入所者等の患者への対応>

- 適切な医療資源の活用のため入院の必要性が低い場合に施設内での療養を支援する観点から、**介護保険施設等に対する緊急往診は引き続き評価**する。（同様の観点から、介護保険施設等に看護職員がいる場合の当該施設入所者に対するオンライン診療についても評価する。）
対応）緊急往診の評価（救急医療管理加算の3倍、2,850点）⇒
・介護保険施設等への緊急往診の場合（2,850点）
・介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合（950点）
- 薬剤師による**緊急の医薬品の提供・服薬指導**について、**介護保険施設等の入所者等の患者に実施した場合についても評価**する。
対応）コロナ患者に薬剤を届けた上での服薬指導（訪問による対面500点／電話等200点）【再掲】
- 入院患者の高齢化により要介護者等への治療・ケアの負担が増大しているため、医療資源の効率的な活用及びケアの質向上の観点から、**介護保険施設等の入所者等の患者について、リハビリテーションや介護保険サービスとの連携が充実している医療機関における入院医療に対する評価**※を行う。
※ 介護保険施設等の入所者等が、例えば以下のような病棟に入院した場合を想定。
 - 病棟でリハビリテーションを提供する体制が整っていること。
 - 入退院支援を行っていること。
 - 感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していること。対応）リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）による介護保険施設の入所者等の高齢患者の受入⇒ +950点

ポイント

高齢患者は、急性期病院を第一選択とするのではなく、回復期・慢性期の病院を第一選択すること。



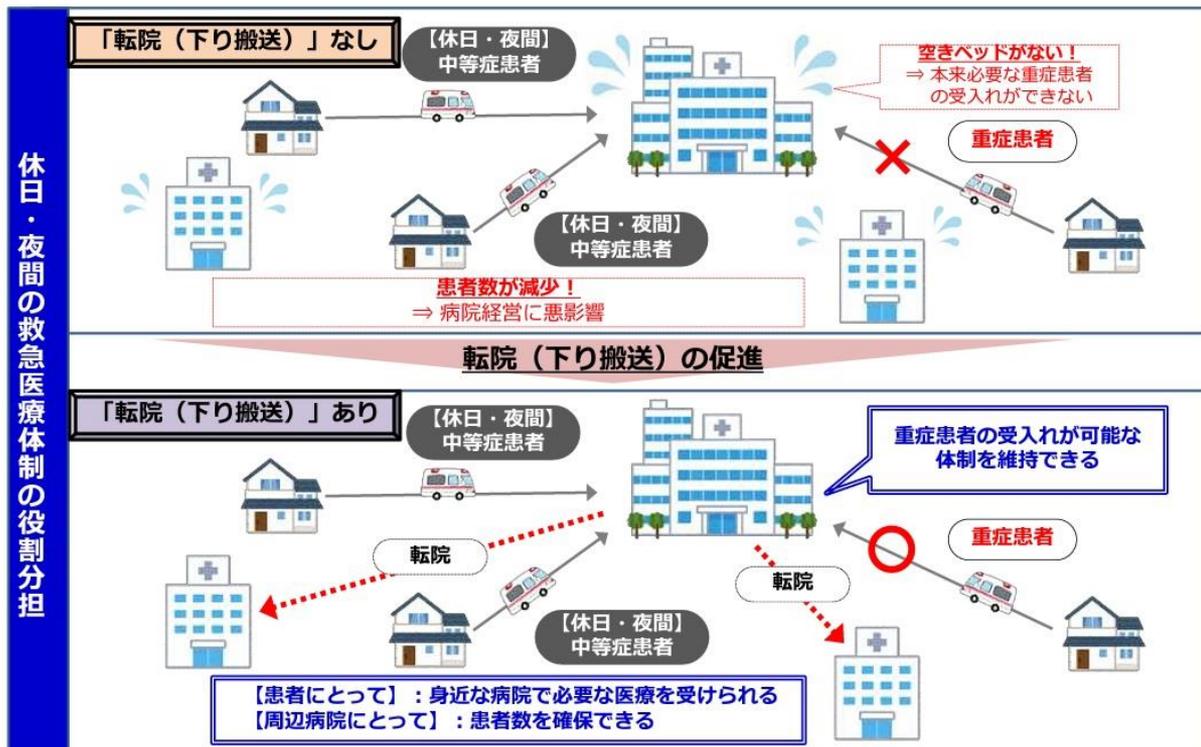
4

救急医療～下り搬送による急性期と回復期の役割分担

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改変）

○ 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。



高齢患者の状態に応じて、救急医療の場で判断し、地域包括ケア病棟を有する医療機関などへ転院の仕組みを検討。

地域包括ケア病棟において、医療依存度の高い患者の対応力強化など求められる。

また、地域包括ケア病棟の在り方はポストアキュート型とサブアキュート型のいずれかを強化していく考え方に？

回復期、慢性期入院は患者の 自宅までを病床と考える



中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会）（令和3年度第4回 7/8）《厚生労働省》

入院受け入れ基準を他の医療機関、施設、介護支援専門員に明確に伝えること

地域包括化ケアシステムの主役はかかりつけ医、二人主治医の発想を。地域によっては自らが主役になり、時折入院（二次救急、レスパイト入院、教育入院など）の病棟運営。

慢性腎臓病患者や心不全患者への緊急対応・教育入院機能。治療から生活支援へ。200床未満であれば、機能強化加算、地域包括診療料の届出を検討する。

退院後も患者との緩やかな関係を、間接的（他の医療機関や施設との連携）に持ち続けることで、将来の通院や入院への備えとなる。

再発・再入院対策として、65歳以上高齢者に肺炎球菌ワクチンの接種履歴の確認と、入院中の接種もしくは退院後の接種を勧奨し、地域で共有することも。

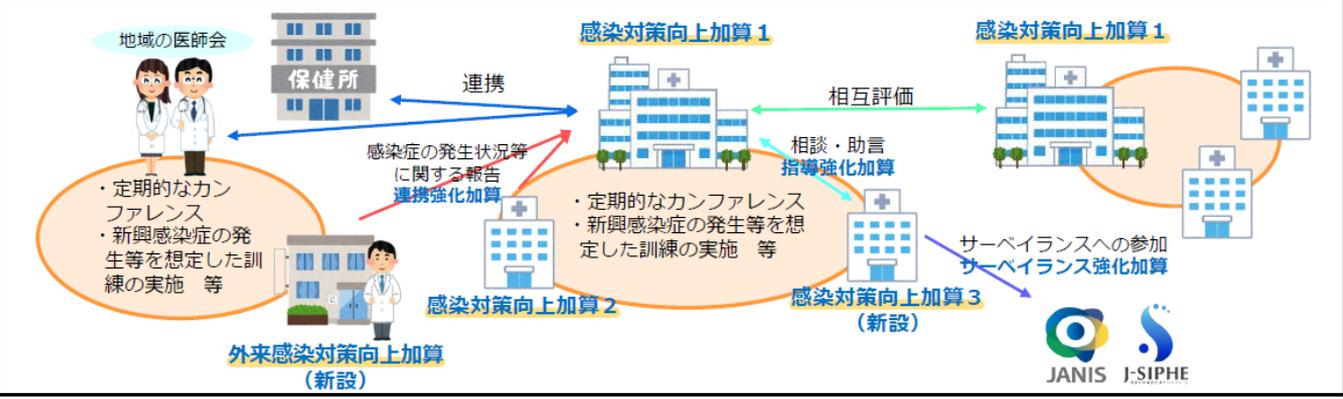
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

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

現行		改定後
【感染防止対策加算】		(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	390点	<u>感染対策向上加算 1</u> 710点 (入院初日)
感染防止対策加算 2 (新設)	90点	<u>感染対策向上加算 2</u> 175点 (入院初日)
		<u>感染対策向上加算 3</u> 75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)
(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



カンファレンスの参加者・議事録、助言を受けた内容など、「記録」をしっかり残し、参加者で共有することが重要です。

次回改定では、高齢者施設や障害者施設等のカンファレンスへの参加も検討されることに。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	<ul style="list-style-type: none"> 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間を含めてよいとする。 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了） 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が確認済み） ・専任の看護師（適切な研修の修了が確認済み） 	<ul style="list-style-type: none"> 院内感染管理室（※）を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施（このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 サーベイランス強化加算 として5点を算定する。		サーベイランス強化加算として3点を算定する。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う
	<ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 派遣強化加算 として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 連携強化加算 として30点を算定する。		連携強化加算 として3点を算定する。

加算はいつかなくなり、基本診療料に包括されていくもの。とるべき医療機関の7割以上が算定すれば、なくなる可能性が高い。

「望ましい」は2年の経過措置と思ってください...

平時の連携（救急と重症化予防）
有事（緊急時）の連携（ダメージを最小限に）

地域医療構想に合わせた
発想の転換を！

- ・ 地域は一つの総合病院
- ・ 患者の自宅が病床
- ・ 对患者、对医療機関の
窓口の明確化と情報共有
- ・ チーム活動の合理化
(例・NSTを母体に、褥瘡
対策チームを部会に。
ラウンドやカンファレン
スの時間を効率化)

- ・ 感染対策
- ・ 外来栄養食事指導料2
- ・ 腎代替療法の促進
- ・ 地域フォーミュラリ



診療報酬から読み解く外来医療の機能分化



かかりつけ医志向

患者との対話を大事にし、重症化を予防して一日でも長く通院してもらおう

糖尿病
高血圧
脂質異常症
認知症
慢性心不全
慢性腎臓病

かかりつけ医機能を持つ医療機関

地域包括診療料
地域包括診療加算
在宅時医学総合管理料等
機能強化加算の届出のある医療機関

CKDを診療している医療機関

糖尿病透析予防指導管理料
糖尿病合併症管理料
高度腎機能障害患者指導加算

専門医志向

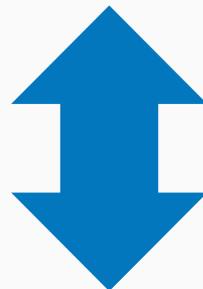
かかりつけ医との連携、2人主治医制。
医薬品、医療材料等のコスト削減意識が重要に。

例) 透析患者

腎代替療法実施医療機関
慢性維持透析外来医学管理料
下肢末梢動脈疾患指導管理加算
在宅血液透析指導管理料

例) 心不全患者

病院・診療所
救急医療体制
リハビリテーションによる再発防止
終末期緩和ケア



機能強化加算

地域包括診療料 200床未満の病院、2名以上の常勤医師がいる診療所

在宅時医学総合管理料等 200床未満の病院、診療所

地域包括診療加算 診療所

予防接種に関する
履歴の管理と
接種の勧奨

地域医療連携、3つの視点



○3つの連携を確認！

- ・前方連携 → 紹介いただくための活動
- ・院内連携 → チーム医療、クリニカルパスの活用、紹介元への経過報告を！
- ・後方連携 → 退院先確保の活動



地域支援体制加算・連携強化加算
の届出のある薬局の確認を！

服薬フォローが必要な患者を各薬局で決めること



- ① 薬剤師が、**調剤時に限らず、必要に応じて**患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う**義務【9条の3】**および薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他**医療提供施設の医師等に提供する努力義務【1条の5】**の法制化
- ② 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）の知事認定制度（名称独占）を導入【6条の2、3】
- ③ 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールのもとで、テレビ電話等による服薬指導を規定【9条の3】

令和元年の医薬品、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（薬機法）等の一部改正について<厚生労働省>より、演者にて一部改変

患者の自宅、入居する住宅、入所する施設も診療の現場



- ・オンライン診療
- ・リフィル処方箋



患者の負担軽減というメリット
一方で、対面診療の機会が減少することで、
重症化のリスクも

- ・在宅医療



急性期医療を中心に、早期退院の促進。
医療依存度の高い患者への対応強化と24時間対応



- ・薬局との連携強化（服薬フォロー、受診勧奨）
- ・管理栄養士による指導で重症化予防
- ・地域包括ケア病床を有する病院との連携
（レスパイト入院、がん患者の急変対応など入院基準を明示）
- ・重症度、医療・看護必要度B項目とサマリー、ケアプランの連動

連絡先:

HCナレッジ合同会社
(<https://www.hckn.work>)

代表社員 山口 聡

125-0054
東京都葛飾区高砂5-39-1
サンワールドビル3階
s.yamaguchi@hckn.work

医療政策ニュース route"hc kn"

<https://blog.hckn.work>

