astellas

アステラス医業経営情報 ― メサ ―

Mesa

Medical management support by astellas

WINTER 2021

富士山（日本）

特集 1

「コロナ禍」でのインフルエンザ流行に備えた医療体制整備

「まず、かかりつけ医等に電話で相談」「多くの医療機関で診療・検査を担う」　～改めて発熱患者等への対応の仕組みを見る～

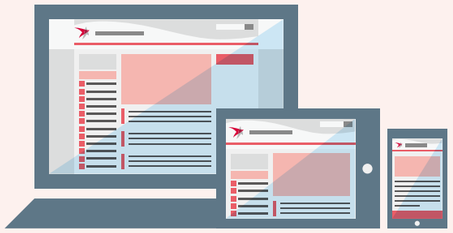
特集 2

検討が進む電子処方箋の仕組みや薬剤情報等のオンライン閲覧

処方箋の単なる電子化ではなく、重複投薬防止等にも活用できるシステムへ　～処方情報のリアルタイム共有などを見据える～

Astellas Medical Net のご案内

アステラスメディカルネットはアステラス製薬株式会社により開設、運営される、
日本国内の医療提供施設にご勤務されている医療従事者向け情報サイトです。
「Web Mesa」は「アステラスメディカルネット」（会員制）からご覧いただけます。



タブレットPCやスマートフォンなどのスマートデバイスからもご覧いただけます。
※一部コンテンツはスマートデバイスに対応しておりません。

「アステラスメディカルネット」
https://amn.astellas.jp/

ご利用には会員登録が必要です。
まだ会員登録されていない先生は、ぜひこの機会にご登録ください。

ご登録方法　弊社担当MRにお問い合わせいただくか、WEBサイトからのお申込みも承っております。

アステラスメディカルネット

アステラスメディカルネット トップ
>医療サポート
>医業経営情報

医療界のニュースをサマライズして隔週でお届けする「かかりつけ医Mesa」（隔週月曜日更新）は、「アステラスメディカルネット」のオリジナルコンテンツです。

「Mesa」のバックナンバーをご覧になれます。

表紙写真解説

富士山（日本/2013年/文化遺産）

2013年、「富士山（信仰の対象と芸術の源泉）」が世界文化遺産に登録されました。標高3,776メートル、日本一の高さの活火山である富士山は、日本人にとって神聖な場所であり、「信仰の対象」でした。また「芸術の源泉」でもある富士山は、絵画・文学・詩歌・演劇など多くの芸術作品の題材となってきました。その山体だけでなく、周辺の神社・登山道、風穴、溶岩樹型、湖沼など25の構成資産から成ります。

Contents　WINTER 2021

P03 - 08　特集 1　**「コロナ禍」でのインフルエンザ流行に備えた医療体制整備**
「まず、かかりつけ医等に電話で相談」「多くの医療機関で診療・検査を担う」
～改めて発熱患者等への対応の仕組みを見る～

P09 - 12　特集 2　**検討が進む電子処方箋の仕組みや薬剤情報等のオンライン閲覧**
処方箋の単なる電子化ではなく、重複投薬防止等にも活用できるシステムへ
～処方情報のリアルタイム共有などを見据える～

P13 - 14　病院 Topics　**大病院の外来機能にも着目し、「紹介なし患者」に対する定額負担徴収義務の対象拡大などを検討**

P15 - 18　かかりつけ医 Topics　**介護保険に「置き換わる」医療サービスなどを再点検**
～医療と介護の給付調整など～
訪問看護や訪問リハビリ、栄養食事指導、薬剤管理指導などは、患者の要介護認定等に留意

P19 - 20　疾患 Navigator 1　**骨粗鬆症との関連が深い骨折は、関節疾患等とともに「介護が必要となった主な原因」の上位に挙がる**
― 厚生労働省が公表したデータにみる現状 ―

P21 - 22　疾患 Navigator 2　**腎代替療法指導管理料の施設基準の届出数、新設半年余りの状況をみる**
― 保存期腎不全の段階からの説明・情報提供等への対応 ―

なかなか収束には至らない新型コロナウイルス感染症に、季節性インフルエンザの流行も加わる時期のただ中にありますが、昨秋以降、こうしたことを想定した医療体制整備が行われてきました。発熱患者等は「まず、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話等で相談する」こととし、それを住民に周知するとともに、最初の相談の受け手となるかかりつけ医を含め、多くの医療機関で必要な検査や診療が行える体制を構築する取り組みです。それを改めて振り返ってみます。

また、電子処方箋の仕組みや、レセプトから抽出される患者の薬剤情報（投薬の履歴）の閲覧の仕組みに関する具体的な検討状況にも触れています。これらの仕組みの構築には、この3月に稼働する予定の医療保険のオンライン資格確認等システムが活用され、薬剤情報の閲覧は今年10月に、電子処方箋は2022年夏をめどに運用開始となる予定です。

特 集

special 1 feature

「コロナ禍」でのインフルエンザ流行に備えた医療体制整備

「まず、かかりつけ医等に電話で相談」「多くの医療機関で診療・検査を担う」

～改めて発熱患者等への対応の仕組みを見る～

Point 1 新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの鑑別は困難であることから、発熱等の患者は、かかりつけ医等を通じて迅速に診療、検査が受けられる仕組みが構築された。

Point 2 発熱患者等の診療または検査を行う「診療・検査医療機関」を都道府県ごとに指定。かかりつけ医等には、相談機能だけでなく、同指定を受けている施設もある。

Point 3 診療・検査医療機関に対しては、一定の体制確保に係る補助が行われる。

想定される多数の発熱患者等に対し、地域で相談・診療・検査が実施できる体制を構築

昨秋以降、全国で、収束には至らない新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に季節性インフルエンザの流行が加わることを想定した体制整備が行われてきました。

発熱患者等は「まず、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話等で相談する」こととし、それを住民に周知するとともに、多くの医療機関で必要な検査や診療が行える体制を構築する取り組みです。体制整備は都道府県ごとに進められましたが、現在も体制の拡充などが行われているとみられます。

こうした「コロナ禍」での体制整備は、「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」とした厚生労働省の事務連絡（2020年9月4日付）に基づいています。同事務連絡では、翌10月中をめどに体制整備を完了するよう求めていました。

背景には、「季節性インフルエンザとCOVID-19を臨床的に鑑別するのは困難である」との専門家による指摘などがあります。

そのため、インフルエンザの流行を踏まえた体制は、発熱患者等が従来の「帰国者・接触者相談センター」を介することなく、かかりつけ医等に相談・受診し、必要に応じて検査が受けられる仕組みです。

以前は、症状などから感染が疑われる者はまず、保健所などに設置された帰国者・接触者相談センターに電話相談した上で、感染疑い患者の診療・検査を行う「帰国者・接触者外来等」を受診し、必要な場合には検査を受ける、といった流れでした。

しかし、季節性インフルエンザの流行期には例年、多数の発熱患者等が発生しているため、症状のある多数の患者に対し、地域で適切に相談・診療・検査を実施できる体制の整備が必要とされていました。

新たな体制では、都道府県が、一定の体制を確保して発熱患者等の診療または検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関（仮称＝都道府県で独自の名称設定も可能）」として指定するなどし、できるだけ多くの身近な医療機関で対応できるようにしました。

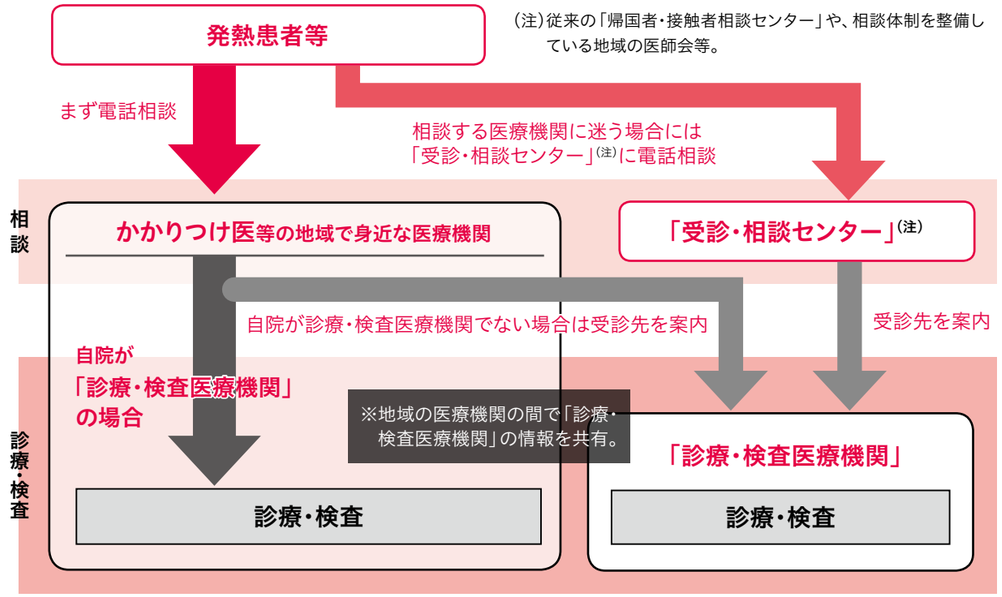
発熱等の症状が生じた患者は、かかりつけ医等の地域の身近な医療機関に、まずは電話等で相談し、診療可能な医療機関を案内してもらい、必要に応じて検査を受けることができる体制です。相談した医療機関が診療・検査医療機関である場合は、そこで診療や検査を受けることができます。

構造的に動線確保が困難であるなど、感染管理の観点から自院で発熱患者等の診療または検査を行うことが困難な医療機関でも、発熱患者等から相談を受けると、患者に診療・検査医療機関や検査センターを案内するという相談体制が伴います。

また、身近な医療機関に直接相談し受診できるようにしたことで、従来の帰国者・接触者相談センターは、夜間・休日に受診可能な医療機関を探す場合などを含め、患者・住民が相談する医療機関に迷った場合の相談先となっています。「受診・相談センター（仮称＝都道府県で独自の名称設定も可能）」として体制を確保しているもので、その地域の診療・検査医療機関や検査センターと、そこの対応可能時間などを把握し、相談者に対応します。

【季節性インフルエンザ】
例年、11月下旬ごろから12月にかけて流行が始まり、翌年3月ごろまで続くとされ、流行のピークは1月下旬から2月にかけての時期が多いとされる。厚生労働省は、都道府県が選定した全国約5,000カ所のインフルエンザ定点医療機関から報告されるインフルエンザの発生状況について情報収集・分析を行い、9月から翌年4月までの間、週ごとに結果を報道発表している（6ページ下に関連データ掲載）。

■ インフルエンザ流行に備えた体制整備による相談・受診の流れのイメージ



※令和2年9月4日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」（https://www.mhlw.go.jp/content/000667888.pdf）および同事務連絡の参考資料（https://www.mhlw.go.jp/content/000667889.pdf）に基づいて加工・作成。

■ 発熱患者等の診療・検査を行う体制として例示された検討（対応）事項

■まずは、消毒や換気時間の短縮が可能で、患者の分泌物やエアロゾルへの曝露が限定的となる医療機関の診察室外での診療・検査を、以下の方法で行うことを検討する。

●医療機関の駐車場において患者が自家用車等に乗った状態で診療・検査を行う。
●診察室ではなく駐車場等の医療機関の敷地内で、必要に応じてプレハブや簡易テントを設置した上で、診療・検査を行う。

■建物外の診察・検査スペースを用意できず、診察室や待合室等を発熱患者等とそれ以外の患者で区分けすることができない場合などは、他の患者との時間的な分離が必要となるため、地域の実情に応じて以下の方法を検討する。

●診察時間のうちの一部の時間帯を発熱等疑い患者の診察時間に設定する（その場合、地域の診療所等と時間帯を分担することが望ましい）。
●地域の複数の診療所で輪番制を組み、曜日単位等で発熱患者等の診察をする医療機関を設定する。

■夜間・休日にも一定の相談・診療・検査体制が確保できるよう、地域において調整の上、体制整備を行う。

※2020年9月4日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」（https://www.mhlw.go.jp/content/000667888.pdf）に基づいてい加工・作成

都道府県のホームページなどを通じ適切な相談・受診方法を患者・住民に周知

発熱患者等の受診方法と診療体制については、周知・広報が行われています。都道府県等が、体制整備状況に応じ、発熱患者等の医療機関への相談と受診方法をホームページや機関紙等を用いて、広く住民に周知するものとされていました。

都道府県に限らず医療機関からの発信も含め、発熱等の症状が生じた場合には、まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、受診すべき医療機関と受診するタイミングなどについて電話相談し、相談する医療機関に迷った場合には受診・相談センターに電話するよう周知が行われています。

診療・検査医療機関や検査センターと、その対応時間などは、地域の医療機関や受診・相談センターの間で随時、情報共有されます。

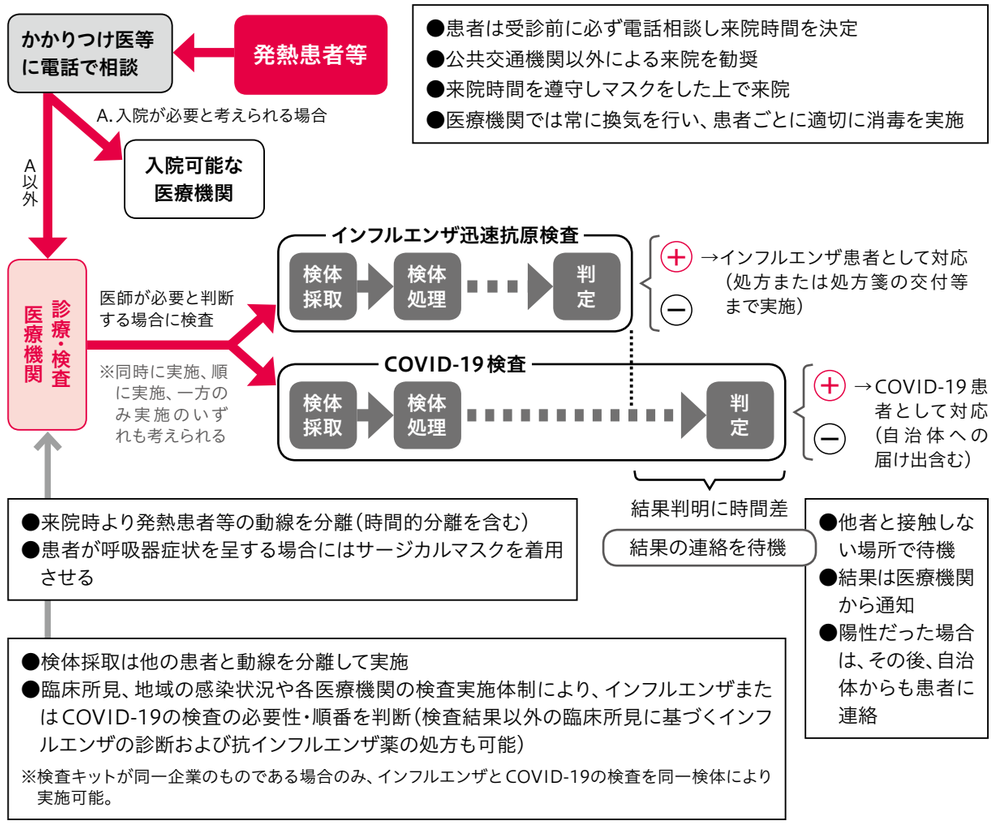
また、地域の医師会等とも協議・合意の上で診療・検査医療機関を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間などを周知するなど、患者が円滑に医療機関を受診できるような方策を講じることも求められていました。

診療所等の施設・構造上の問題を踏まえた発熱患者等の診療体制を例示

地域の診療所等で新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診療・検査する場合は、院内感染対策のため、患者の事前予約制の徹底と動線の確保を行う必要があるとされています。従来、帰国者・接触者外来を担っていた医療機関は、感染症指定医療機関や地域の基幹医療機関が多く、施設の入口や診察室が複数確保できるなど、医療機関内で動線の確保が比較的容易でした。しかし、地域の診療所等においては、必ずしも院内感染防止のための動線の確保などができるとは限りません。

そのため、各地域や医療機関において、その実情を踏まえ、院内感染を防止しながら、発熱患者等の診療・検査を行う体制を検討していく必要があるとされていました（上記囲み参照）。

■ 発熱患者等が相談・医療機関を受診した場合の流れの概要



※令和2年10月16日厚生労働省事務連絡「次のインフルエンザ流行に備えた発熱患者等が医療機関を受診した場合の流れについて」（https://www.mhlw.go.jp/content/000683916.pdf）に基づいて加工・作成。

●厚生労働省は、事務連絡に際し、参考資料としてインフルエンザ罹患者の報告状況を示しています。11月から翌年4月に、各都道府県の定点観測地点から報告されたインフルエンザ患者総数を100%とした場合、各時期においてどのような割合で患者が増減するのかを%で示したもので、次のような状況となっていました。

（全国平均）	11月～4月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
2017年度	100.00%	1.24%	10.06%	48.68%	29.34%	8.45%	2.23%
2016年度	100.00%	2.15%	8.02%	42.98%	28.71%	12.66%	5.49%
2015年度	100.00%	0.24%	0.77%	10.91%	56.04%	25.14%	6.91%
2014年度	100.00%	0.94%	15.36%	57.99%	16.62%	6.36%	2.73%

※国立感染症研究所「感染症発生動向調査事業年報・2014年～2018年」による

■ COVID-19（新型コロナウイルス感染症）に係る検査の取り扱いの概要

D023　微生物核酸同定・定量検査
「SARSコロナウイルス核酸検出」・・・・・・・・ 450点

●SARS-CoV-2（新型コロナウイルスをいう）核酸検出は、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭ぬぐい液、鼻腔吸引液または鼻腔ぬぐい液からの検体を用いて、COVID-19（新型コロナウイルス感染症をいう）の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合またはCOVID-19の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。

※国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル2019-nCoV」に記載されたものもしくはそれに準じたものまたは体外診断用医薬品のうち、使用目的または効果として、SARS-CoV-2の検出（COVID-19の診断または診断の補助）を目的として薬事承認または認証を得ているものにより実施する。

●採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し**検査を委託して実施した場合は、SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数**を準用して算定する。検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

➡検体採取は医療機関で行い、検査を外部委託した場合は450×4＝1,800点、
それ以外の場合は450×3＝1,350点

●COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

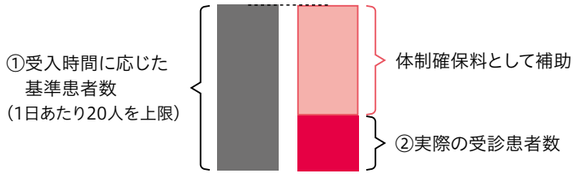
（SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出の場合）

●COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2およびインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として、薬事承認または認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、PCR法（定性）により、唾液、鼻咽頭ぬぐい液または鼻腔ぬぐい液中のSARS-CoV-2およびインフルエンザウイルスの核酸検出を同時に行った場合（SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出）、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し**検査を委託して実施した場合は、SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数**を準用して算定する。採取した検体を、検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

●SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出を実施した場合、インフルエンザ核酸検出、SARS-CoV-2核酸検出およびウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む）については、別に算定できない。

■ PCR検査の検体検査判断料 → 微生物学的検査判断料（150点）

※厚生労働省通知の令和2年3月4日保医発0304第5号「検査料の点数の取扱いについて」（https://www.mhlw.go.jp/content/000604548.pdf）および令和2年11月11日保医発1111第1号「検査料の点数の取扱いについて」（https://www.mhlw.go.jp/content/000693799.pdf）に基づいて加工・作成。



体制確保時間（1日あたり）の例	補助上限額（1日あたり）
7時間	約26.9万円
4時間	約15.4万円
2時間	約7.7万円

■体制確保時間7時間、実際の受診患者5人の場合 → 13,447円×（20人－5人）＝約20.2万円／日

※厚生労働省の「令和2年度インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業のご案内（2020年10月9日公表）」（https://www.mhlw.go.jp/content/000681415.pdf）に基づいて加工・作成。

指定を受けた「診療・検査医療機関」には外来診療・検査体制確保に対する補助も

都道府県から指定を受けた診療・検査医療機関に対しては、発熱患者の外来診療・検査体制確保事業として、補助が行われます**（以下、2020年10月時点の補助規定に基づく内容）**。

発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント、駐車場などで診療する場合を含む）を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、その体制確保に要する経費について助成されるものです。専用の診察室を設けたにもかかわらず実際の受診者数が少なかった場合に、所定のルールで補助金が交付されます。

補助金は、発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間に応じ、専用の診察室で受け入れることが想定される発熱等の患者数（基準患者数）から、実際に受診した発熱患者等の数を差し引いた人数に、1人あたり13,447円を乗じた額とされています。

基準患者数は、各医療機関で専用の診察室を確保した時間に応じて算定され、その人数の上限は、「1日7時間あたり20人」とされています。例えば、専用の診察室の確保が1日4時間の場合は、「4時間×20人／7＝11.428…人」が上限となります。

診療・検査医療機関が、自院のかかりつけ患者および自院に相談のあった患者である発熱患者等のみを受け入れる場合は、基準患者数は「1日2時間5人」が上限とされます。

発熱患者等を受け入れる体制を確保した時間が7時間で、実際の受診患者が5人の場合だと、「20人－5人＝15人」に、13,447円を乗じた額の201,705円が、その日の外来診療・体制確保料（補助額）となります。

なお、補助金の交付申請については、2021年3月末までの各稼働日における受診者数の見込みに基づいて金額を計算し、申請するという方法がとられています。最終的に、3月までの受診者数等の実績を報告し、精算するものとされています。

◇　　◇

診療・検査医療機関が、発熱患者等の診療・検査に対応する時間（体制を確保する時間帯）については、次のような設定例が示されています。

●例えば、一般の診療時間を2時間短縮し、一般の外来患者に短縮した時間帯に来院してもらうよう依頼した上で、その短縮した分の時間（2時間）を発熱患者等の診療・検査への対応時間とする。

●あるいは、現在の一般の診療時間とは別枠で、2時間を発熱患者等の診療・検査への対応時間として設定する。

特 集

special 2 feature

検討が進む電子処方箋の仕組みや薬剤情報等のオンライン閲覧

処方箋の単なる電子化ではなく、重複投薬防止等にも活用できるシステムへ

～処方情報のリアルタイム共有などを見据える～

Point 1 医療保険の被保険者資格等をオンラインで確認するシステム（オンライン資格確認等システム）が2021年3月に稼働する予定となっている。

Point 2 さらに10月には、レセプトから抽出される患者の薬剤情報を、本人同意のもと、医療機関で閲覧できるようになる予定。

Point 3 オンライン資格確認等システムを基盤として電子処方箋の仕組みを構築し、2022年夏をめどに運用を開始する計画で、具体的な検討が進められている。

今年3月からの1年数カ月で大きく変わりそうなオンラインシステム

医療保険の被保険者資格等の情報をオンラインで取得できるシステムが、この3月に運用開始となる予定です。それに併せ、同システムがベースとなる電子処方箋の仕組みなどの検討も進められており、具体的な案が挙がってきました。

オンライン資格確認のシステムを基盤とした改革プランでは、①電子処方箋の仕組みを構築する、②全国の医療機関で患者の医療情報を確認できる仕組みを拡大する、③国民が自身の保健医療情報を活用できる仕組みを拡大する――ことが計画されています。

そのうち、医療情報を確認できる仕組みは、患者本人や本人同意のもとに医療機関で閲覧することが可能になるものです。今年10月には、レセプト情報から抽出される薬剤情報（服薬等の履歴）の照会・提供を可能とし、2022年夏をめどに、照会・提供可能な情報を拡大する（手術・移植、透析、医療機関名等の情報を追加）とともに、電子処方箋の運用を開始するという工程が示されています。

オンライン資格確認は、医療機関等において、患者のマイナンバーカードのICチップを読み取る、または健康保険証の記号番号等を入力することで、被保険者資格や医療費の限度額適用認定証等の情報を取得できるシステムです。

オンライン資格確認の導入に向け、医療機関と薬局におけるシステム整備・改修などの費用に対し、補助が行われています。厚生労働省は、2023年3月末までに、おおむね全ての医療機関・薬局が導入することを目指しています。

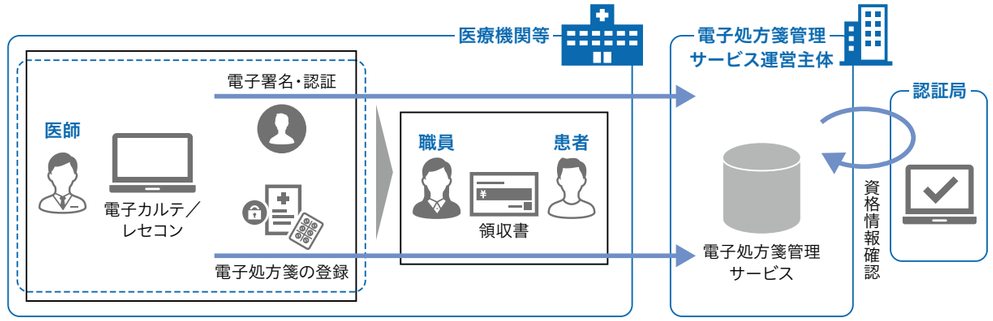
電子処方箋はリアルタイムの情報共有が可能な仕組みを踏まえて検討

電子処方箋の仕組みについては、処方箋を電子化することのメリット等を整理・確認しながら、制度設計が検討されてきました。オンライン資格確認等システムを基盤にすることにより、リアルタイムで情報を共有し、重複投薬の回避などにもつながる仕組みにすることなどが検討されています。

具体的な検討の方向性には、①患者の同意を得た上で他の医療機関や薬局の処方・調剤情報を閲覧できるようにする、②電子化された複数の処方情報をリアルタイムで共有し、飲み合わせ確認や適正服薬の指導、実効性のある重複投薬防止等（多剤等による有害事象の防止等）に活用できる仕組みにする、③紙の処方箋にも設けられている備考欄を電子処方箋でも活用し、検査値や病名など、医師が必要と判断した情報が書き込めるような機能を付加する、④他の医療機関や薬局の処方・調剤情報の閲覧だけでなく、重複投薬や相互作用等について、チェックを行いアラートを発する機能を付加する――などが挙げられていました。

また、患者が紙の処方箋を希望した場合は、紙で処方箋（原本）を発行できる仕組みにし、紙で発行する場合も、情報を共有する目的から、処方・調剤情報を電子処方箋管理サービスに提供（送信）する仕組みにすることが検討されています。

■ 電子処方箋の発行場面のイメージ（検討案）

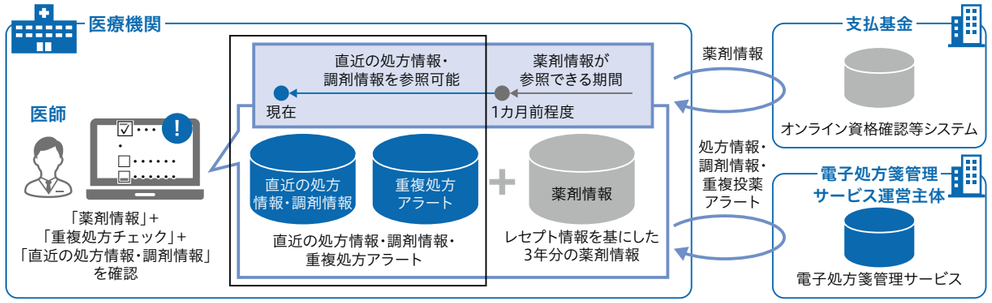


■医師は電子カルテ等より処方内容を入力し、電子署名・認証により真正性を確保し、電子処方箋管理サービスへ登録する。
■既存のHPKI（Healthcare Public Key Infrastructure＝厚生労働省が認定している保健医療福祉分野の資格の電子証明）の仕組みを活用する場合の論点整理を進めるとともに、HPKIの課題も踏まえ、他の方法による真正性確保策について並行して検討を進める。
■患者が紙の処方箋を希望した場合は、紙で処方箋（原本）を発行できる仕組みとし、紙で処方箋を発行する場合も、処方・調剤情報を共有する目的から、処方・調剤情報を電子処方箋管理サービスに電磁的に提供する仕組みとする。
■医療機関が電子処方箋を電子処方箋管理サービスに登録する際、マイナンバーカードを有さない患者への対応について検討する。
■処方内容の事前送付については、既に民間事業者により実施されている例もあるため、連携できる仕組みを検討する。

●メリット
- 紙の処方箋の印刷に要するコストが削減される。
- 処方箋の偽造や再利用を防止できる。
- 患者が薬局に持参する紙の処方箋が不要になる。
- マイナポータルを活用し、直近の処方情報やレセプトの薬剤情報をトータルで一元的に確認できる。

※厚生労働省の「第5回健康・医療・介護情報利活用検討会及び第4回医療等情報利活用WG」（2020年11月6日）の資料「電子処方箋の仕組みの構築」（https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000691622.pdf）に基づいて加工・作成。

■ 電子処方箋の処方入力場面のイメージ（検討案）



■患者の同意を得た上で他の医療機関や薬局の処方・調剤情報を閲覧できるようにする。
■電子化された（複数の）処方情報をリアルタイムで共有し、飲み合わせ確認や適正服薬の指導、実効性のある重複投薬防止等（多剤等による有害事象の防止等）に活用できる仕組みにする。
■リアルタイムの処方情報と過去の薬剤情報等を活用し、効果的な健康管理や疾病管理に資する仕組みにする。
■調剤を終えた過去の処方情報等の閲覧については、オンライン資格確認等システムの薬剤情報閲覧と同様に、マイナンバーカードによる同意に限ることとし、オンライン資格確認等システムにおける資格確認時に併せて同意を得ることとする。
■他の医療機関や薬局の処方・調剤情報を閲覧するだけでなく、重複投薬や相互作用等について、チェックを行いアラートを発する機能を付加する。
■紙の処方箋にも設けられている備考欄を電子処方箋でも活用し、検査値や病名など、医師が必要と判断した情報が書き込めるような機能を付加する。

●メリット

- 複数の医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、実効性のある重複投薬防止等が可能となる。
- 疑義照会や調剤情報の確認等の負担が軽減される。
- 直近の処方情報とともに、オンライン資格確認等システムから入手できる薬剤情報等を基に、より質の高い医療の提供に資することができる。
- 他の医療機関・薬局の処方・調剤情報を踏まえ、安全・安心な処方・調剤を受けることができる。

※厚生労働省の「第5回健康・医療・介護情報利活用検討会及び第4回医療等情報利活用WG」（2020年11月6日）の資料「電子処方箋の仕組みの構築」（https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000691622.pdf）に基づいて加工・作成。

薬剤情報は、9月診療分レセプトから抽出開始、過去3年分の情報が閲覧可能に

3月のオンライン資格確認のシステム稼働から約半年後を予定している、患者の薬剤情報の照会・提供は、医療機関等から毎月請求される医科・歯科・調剤・DPCレセプト（電子レセプト）から抽出した薬剤の情報が対象となります。

その内容は、患者の氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番などの受診者情報をはじめ、調剤年月日、処方医療機関識別、処方区分、使用区分、医薬品名・成分名、用法、用量、調剤数量といった薬剤情報が閲覧できるようになる予定です。

薬剤情報は、2021年9月診療分のレセプトから抽出を開始し、過去3年分の情報が閲覧可能になる見込みです。

処方した、または処方箋を発行した医療機関の識別については、医療機関ごとの固定番号ではなく、薬剤情報を閲覧するごとに付番され、自院か他院の識別、他院の中での識別（他の医療機関の数）が可能となる仕組みが検討されています。

なお、患者の特定健診情報の照会・提供は、オンライン資格確認のシステム稼働と同時に可能となる予定です。

■ オンライン閲覧が可能となる薬剤情報の概要（検討案における表示画面のイメージ）

作成日：2022年1月8日　　1/4ページ

氏名カナ	○○○○○○○					保険者番号	98765432
氏名	■■■■■					被保険者証等記号	1234567890
						被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男	年齢	46歳	枝番	00

この薬剤情報一覧は、2021 年 11 月までに調剤された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。
（紙レセプトや医薬品が包括される場合など、医薬品が表示されない場合があります）

▮ 処方実績

調剤 年月	調剤 日	処方医療機関識別 *1	処方区分 *2	使用区分	医薬品名（成分名）【用法】*3 / 〖1回用量〗*3 / （用法等特別指示）*3	調剤数量*4
21年11月	28日	（001）他院	院外	内服	1. ○○○○○100mg錠（□□□□□□□酸塩）【1日1回就寝前】	1錠　30日分
					2. ○○○○○25mg錠（□□□□□□□）【1日○回○○○】	2錠　30日分
					≈	≈
					5. 向）○○○○錠2mg（□□□□□□□）【1日○回○○○】	1錠　30日分
					6. ○○○○錠500mg（□□□□□□□）【1日○回○○○】	2錠　30日分
		（002）院外		外用	1. ○○○○○○○2mg「○○○」（□□□□□□□）〔外用　1日1回　1回1枚　胸部〕	28枚　1処方分
	14日	（003）他院	院外	内服	1. ○○○○○錠200mg（□□□□□□□）【1日1回夕食後】	1錠　30日分
					2. ○○○○○錠10mg「○○」（□□□□□□□）【1日2回朝夕食後】	2錠　28日分
					≈	≈
					5. ○○○○錠250mg「○○○」（□□□□□□□）【1日3回食後】	6錠　28日分

「調剤年月日」（検索した期間で最新の順に表示）
「医薬品名」実際に調剤された薬剤名
調剤された薬剤の「成分名」
「医薬品記号」麻薬＝麻）向精神薬＝向）毒薬＝毒）…など
「処方区分」・入院・院外・院内
後発医薬品の表示（メーカー略号）
「用法、用量」に係る表示
「処方医療機関識別」（自院か他院かの把握）

── 次頁へ続く ──

【注意事項】
＊1　処方または処方箋を発行した医療機関を識別するための番号等を表示しています。
　　また、この番号は、薬剤情報を閲覧するごとに付番されますので、医療機関ごとの固定された番号ではありません。
＊2　入院／院内／院外で分類し、その場合「院内」とは、入院や院外（薬局）で調剤された医薬品以外の医薬品を指します。
＊3　抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
＊4　調剤時の使用方法（数量、回数、日数等）と一致しない場合があります。

※厚生労働省の「第4回健康・医療・介護情報利活用検討会、第3回医療等情報利活用WG及び第2回健診等情報利活用WG」（2020年10月21日）の資料「オンライン資格確認等システムを基盤として提供される情報について」（https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000685277.pdf）に基づいて加工・作成。

病院
Topics

大病院の外来機能にも着目し、「紹介なし患者」に対する定額負担徴収義務の対象拡大などを検討

紹介状を持たない患者の大病院の直接受診に係る定額負担について、徴収義務の対象病院の拡大や徴収金額（最低額）の引き上げなどが検討されています。「大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」とした課題で議論されており、新たに、高額な医療機器・設備を必要とする外来診療など、病院種別・病床数以外の要素も加味した徴収義務対象の設定が検討されています。

「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関に着目

定額負担の拡大については、政府の「全世代型社会保障検討会議」の中間報告（2019年12月19日）で、2022年度当初までに実施する改革として挙げられていた経緯があります。

同報告では、「定額負担を求める制度について、負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行い、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する」などとしていました。

定額負担の金額は、現行の「初診時5,000円以上、再診時2,500円以上（医科の場合）」を引き上げるというものです。

一般病床200床以上の病院の一部を加える案

これらを踏まえた厚生労働省の社会保障審議会（医療保険部会）の議論では、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関のうち、選定療養(注1)の対象となっている一般病床200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えるという案が挙がっています。

医療資源を重点的に活用する外来を基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本とし、患者の状態が落ち着いたら地域の他の医療機関に逆紹介する（再診患者を地域に戻す）という役割を担っているとされます。そうした役割が十分に発揮され、医療機関間の機能の分担が進むようにするため、一般病床200床以上でもある場合は、定額負担の徴収義務対象に加えるという考え方です。

（注1）選定療養では、一般病床200床以上の病院は届け出をすることで、他の医療機関等からの紹介なしに受診した患者から、任意の費用徴収ができるとされている。いわゆる差額ベッドの費用や予約に基づく診察、表示する診療時間以外での診察等と同様の費用徴収の仕組み。

■ 定額負担（徴収義務）の対象病院拡大に関する案（数値は病院数と全病院数に対する割合）

	病床数(注2)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
ブルーの部分＝現在の定額負担（義務）対象病院 グレーの部分＝現在の定額負担（任意）対象病院	200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	拡大 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う病院 688 (8.2%)	1,354 (16.1%)
	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

（注2）特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は2017年度医療施設調査より集計）。病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は2019年4月、地域医療支援病院は2018年12月時点。

※社会保障審議会医療保険部会（2020年11月19日）「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について」（https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000696537.pdf）に基づいて加工・作成。

「医療資源を重点的に…」の機能などの明確化が検討される

医療資源を重点的に活用する外来に着目した施策は、厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会で論点に挙がっていました。外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である、などとしたものです。

医療資源を重点的に活用する外来に着目し、地域の外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないかなどの指摘があります。

同検討会の案では、医療資源を重点的に活用する外来を、地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する、といった趣旨が示されています。

医療資源を重点的に活用する外来として考えられる機能の具体的な内容については、今後さらに専門的な検討の場において検討するとしながら、基本的な事項に、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、③特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）――が挙げられました。

これらを地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、基本的事項（前記①～③）の割合など国が示す基準を参考に、地域の協議の場で確認することで決定するという案が挙がりました。

病床機能報告を参考に、「外来機能報告」の仕組みを検討

医療資源を重点的に活用する外来に関しては、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に報告を行う仕組みが考えられています。外来機能全体のうち、医療資源を重点的に活用する外来について機能の報告を求めるという外来機能報告（仮称）の制度です。

これによって、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、医療資源を重点的に活用する外来診療が実施されているか、明確化を図るとした考え方が示されています。

外来機能報告は、NDB（レセプト情報等のデータベース）を活用し、医療機関の事務は極力簡素化することも考えられています。

かかりつけ医
Topics

介護保険に「置き換わる」医療サービスなどを再点検
～医療と介護の給付調整など～

**訪問看護や訪問リハビリ、栄養食事指導、
薬剤管理指導などは、患者の要介護認定等に留意**

2021年度は介護報酬改定の年。それを機に改めて、医療と介護の給付調整などについて確認してみます。患者が、介護保険制度の要介護認定または要支援認定を受けた場合、取り組み内容が介護保険上のサービスに重複するとみなされる医療サービスは、医療保険給付されないというルールがあります。うっかりすると誤った請求になることも想定されます（以下、2021年度介護報酬改定前の規定に基づく）。

訪問看護や訪問リハビリ等は、介護報酬にも設定されているサービス

介護保険の要介護認定等を受けた患者（要介護被保険者等）に対し、医療保険から給付が行われない医療サービスについては、診療報酬の算定方法に係る厚生労働省告示で規定されています。

それは、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法に規定する要介護被保険者等については診療報酬を算定しないとした規定です。介護保険施設に入院・入所していない在宅療養の患者でも、要介護被保険者等である場合は診療報酬の算定制限があるということです。

要介護被保険者等について算定できないのは、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料とされています。

また、在宅患者訪問看護・指導料および同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等について、患者の急性増悪などで一時的に頻回の訪問が必要な場合に限り、算定できるという規定があります。

これらの診療報酬は、介護保険サービスの居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーションの費用に置き換えられる形です（17・18ページの概要一覧参照）。

在宅患者にとっては、要介護認定等を受ける前も受けた後も、かかりつけの医療機関から提供されるサービスの内容はほとんど変わらないと言えますが、医療機関と薬局は、費用の算定・請求を医療保険から介護保険に変更するなどの対応が求められます。

なお、在宅医療の項目以外の診療報酬についても、介護保険の居宅療養管理指導費を算定した月は診療情報提供料（Ⅰ）を算定できないケースがあるなど、一部に制約があります。

■ 医療機関等に「みなし指定」が適用される介護保険の居宅サービス（概要）

	「みなし指定」となる介護保険のサービス	
	要介護者に対する項目	要支援者に対する項目
病　院 診療所	居宅療養管理指導 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション	介護予防居宅療養管理指導 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション
薬　局	居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導

保険医療機関
‖
一部の事業について、指定介護サービス事業者

※介護保険法第71条第1項および第115条の11の規定に基づいて作成。「介護予防――」は、要介護ではなく要支援認定を受けた者が対象となるサービス。

医師が行う居宅療養管理指導は、往診か訪問診療の日に併せて対応・算定

居宅療養管理指導の費用については、医師が行う場合、往診か訪問診療を行った日に限り算定できるという取り扱いがあります。

在宅患者に対する往診料や在宅患者訪問診療料は、要介護被保険者等であっても算定可能です。例えば、在宅時医学総合管理に伴う訪問診療の際に、居宅療養管理指導を行えば両者を同時に算定できるため、介護保険の請求漏れがないよう留意したいところです。

医師が行う居宅療養管理指導は、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者と、それ以外の患者に区分した報酬設定になっており、さらにそれぞれ、「単一建物居住者の人数」に応じて設定されています（18ページ下表参照）。単一建物居住者の人数は、サービス利用者（患者）が居住する建築物の居住者について、同一月の利用者数が何人であるかというカウントになります。

医師による居宅療養管理指導の取り組みについては、介護支援専門員（ケアマネジャー）に対しケアプランの作成等に必要な情報を提供することや、利用者・家族に対して居宅サービス利用の留意点や介護方法等に関する指導、助言を行うことが、主な内容として規定されています。

保険医療機関は、すでに一部介護サービス事業者になっている

介護保険が適用される介護サービスを提供する場合は、事業者としての指定を受ける必要がありますが、病院、診療所、薬局については、その指定に関し特例があります。介護保険法第71条第1項および第115条の11の規定によるもので、保険医療機関、保険薬局の指定を受けると、介護事業者の指定申請手続きを行わなくても、指定があったものとみなされるサービスがあります。

特例は「みなし指定」という制度で、病院、診療所については、居宅療養管理指導や訪問看護、訪問リハビリテーションなどが、薬局は居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）が該当します。

■ 介護保険の要介護被保険者・要支援被保険者である在宅患者に対する診療報酬の算定可否等の概要　と、診療報酬に対応している介護報酬項目の概要

医科診療報酬＝2020年度改定時

■在宅患者訪問薬剤管理指導料

（原則、患者1人につき月4回を限度として算定）

1. 単一建物診療患者が1人の場合　650点
2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　320点
3. 単一建物診療患者が10人以上の場合　290点

■在宅患者訪問栄養食事指導料

（患者1人につき月2回に限り算定）

1. 在宅患者訪問栄養食事指導料1
   - イ. 単一建物診療患者が1人の場合　530点
   - ロ. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　480点
   - ハ. 単一建物診療患者が10人以上の場合　440点
2. 在宅患者訪問栄養食事指導料2（他の機関の管理栄養士の訪問）
   - イ. 単一建物診療患者が1人の場合　510点
   - ロ. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　460点
   - ハ. 単一建物診療患者が10人以上の場合　420点

【×】要介護被保険者・要支援被保険者である患者に対しては算定できない。

■在宅患者連携指導料　900点

■在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1. 保健師、助産師、看護師（3の場合を除く）による場合
   - イ. 週3日目まで　580点　　ロ. 週4日目以降　680点
2. 准看護師による場合
   - イ. 週3日目まで　530点　　ロ. 週4日目以降　630点
3. 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケアなどに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点

■同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

1. 保健師、助産師、看護師（3の場合を除く）による場合
   - イ. 同一日に2人
     - ・週3日目まで　580点　　・週4日目以降　680点
   - ロ. 同一日に3人以上
     - ・週3日目まで　293点　　・週4日目以降　343点
2. 准看護師による場合
   - イ. 同一日に2人
     - ・週3日目まで　530点　　・週4日目以降　630点
   - ロ. 同一日に3人以上
     - ・週3日目まで　268点　　・週4日目以降　318点
3. 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケアなどに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点

【△】要介護被保険者・要支援被保険者に対しては、末期の悪性腫瘍等の患者または急性増悪等で頻回の訪問看護が必要な患者である場合のみ算定可能。

1と2はいずれも、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせ、原則として週3日を限度に算定。3は月1回算定。

■在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

（原則、1と2を合わせ患者1人につき週6単位に限り算定）

1. 同一建物居住者以外の場合　300点
2. 同一建物居住者の場合　255点

【△】要介護被保険者・要支援被保険者に対しては、急性増悪等で頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者である場合のみ算定可能。

介護報酬＝2021年度改定前（2019年度消費税対応改定時）

●居宅療養管理指導費（病院・診療所の薬剤師が行う場合）　※下記別表参照

●居宅療養管理指導費（管理栄養士が行う場合）　※下記別表参照

●訪問看護費（病院、診療所の場合）

1. 所要時間20分未満の場合　264単位
2. 所要時間30分未満の場合　397単位
3. 所要時間30分以上1時間未満の場合　571単位
4. 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合　839単位

※准看護師が行った場合は100分の90で算定。

※末期の悪性腫瘍等の患者は対象外（医療保険からの給付となる）。

※主治医が、急性増悪等で一時的に頻数の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間は算定しない（医療保険からの給付となる）。

●訪問リハビリテーション費（1回につき）　292単位

（1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定）

※主治医が、急性増悪等で一時的に頻数の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間は算定しない（医療保険からの給付となる）。

■ 居宅療養管理指導費の評価体系の概要

対応する職種等の区分		介護報酬単価＝2021年度改定前（2019年度改定時）		
		単一建物居住者1人に対して行う場合	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	単一建物居住者10人以上に対して行う場合
医師が行う場合（月2回を限度）	（Ⅰ）＝（Ⅱ）以外の場合	509単位	485単位	444単位
	（Ⅱ）＝診療報酬の在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者である場合	295単位	285単位	261単位
歯科医師が行う場合（月2回を限度）		509単位	485単位	444単位
薬剤師が行う場合	病院・診療所の薬剤師（月2回を限度）	560単位	415単位	379単位
	薬局の薬剤師（原則、月4回を限度）	509単位	377単位	345単位
管理栄養士が行う場合（月2回を限度）		539単位	485単位	444単位
歯科衛生士等が行う場合（月4回を限度）		356単位	324単位	296単位

※2020年3月5日厚生労働省告示第57号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）の別表第1（医科点数表）および2019年3月28日厚生労働省告示第101号（介護保険法の規定に基づく、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部改正）に基づいて作成。

疾患 Navigator ①

骨粗鬆症との関連が深い骨折は、関節疾患等とともに「介護が必要となった主な原因」の上位に挙がる

― 厚生労働省が公表したデータにみる現状 ―

厚着になることなどで運動パフォーマンスが低下するといった理由から、骨折が増える冬場を迎えていますが、骨折は、言うまでもなく骨粗鬆症と関連が深く、関節疾患等とともに「介護が必要となった主な原因」の上位に挙げられています。そこで、介護保険の要介護・要支援の認定を受けるに至った原因の疾患等の内容と、自治体が行っている骨粗鬆症検診の状況を、厚生労働省が公表したデータから抜き出してみます。

要介護度によらず原因上位の骨折・転倒 骨粗鬆症検診で「異常認めず」は約55%

2019年の国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因は、骨折・転倒が関節疾患とともに上位に挙がっていました。

関節疾患は、介護度が比較的低い「要支援」の人の原因で最上位になっていますが、骨折・転倒は、その時(2019年6月)の調査対象者の要介護度にあまり左右されず、広く原因の上位に挙がっています。

これらから、認知症や脳血管疾患(脳卒中)等とともに、骨粗鬆症との関係が深い骨折は、介護が必要になる主要な原因であることが分かります。

■国民生活基礎調査
保健、医療、福祉、年金、所得など国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画・立案に必要な基礎資料を得ることを目的とするもの。毎年行う中で、3年ごとに、介護に関する事項を含む大規模調査を実施しており、2019年はそれにあたる。介護の状況についての調査は、全国から層化無作為抽出した2,500地区内の介護保険法の要介護者・要支援者の約7,000人を対象として行われた。

一方、骨粗鬆症検診は、多くの市区町村が、40歳以上の女性を対象に実施しています。厚生労働省が公表している地域保健・健康増進事業報告によると、近年は、全国の市区町村の6割強が同検診を実施しています。

2018年度の場合、全国の骨粗鬆症検診の受診者数は33万5,000人余りで、そのうち約16%にあたる5万4,500人余りが「要精検者」とされました。異常が認められなかったのは、検診受診者の55.2%で、残りの28.5%は「要指導者」とされています。

要精検者とされた検診受診者の割合は、年齢が上がるほど高く、40歳では2.1%であるのに対し、70歳では30.8%に及んでいました。

■地域保健・健康増進事業報告
地域の特性に応じた保健施策の展開などについて、その実施主体である保健所と市区町村ごとに把握し、国と地方公共団体の地域保健施策の効率的・効果的な推進のための基礎資料を得ることを目的に実施されている。骨粗鬆症検診は、市区町村の区域内に居住地を有する40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の女性を対象とし、問診および骨量測定が行われている。

■ 現在(2019年6月)の要介護度別にみた「介護が必要となった主な原因」の上位(数値は割合・%)

	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
要支援	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2	脳血管疾患	10.5	その他	10.3
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5	その他	11.2	脳血管疾患	8.7
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4	脳血管疾患	12.2	その他	9.6
要介護	認知症	24.3	脳血管疾患	19.2	骨折・転倒	12.0	高齢による衰弱	11.4	その他	8.1
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患	14.5	高齢による衰弱	13.7	骨折・転倒	10.6	関節疾患	7.2
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患	17.8	骨折・転倒	13.5	高齢による衰弱	11.6	関節疾患	9.7
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患	24.1	骨折・転倒	12.1	高齢による衰弱	9.4	その他	7.2
要介護4	脳血管疾患	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1	その他	9.8	高齢による衰弱	9.6
要介護5	脳血管疾患	24.7	認知症	24.0	その他	14.1	高齢による衰弱	8.9	骨折・転倒	7.5

■主な原因の疾患等は、「脳血管疾患(脳卒中)」「心疾患(心臓病)」「悪性新生物(がん)」「呼吸器疾患」「関節疾患」「認知症」「パーキンソン病」「糖尿病」「視覚・聴覚障害」「骨折・転倒」「脊髄損傷」「高齢による衰弱」「その他」「わからない」「不詳」――による区分。そのうち上位5位までを上表に掲載。

※厚生労働省の2019年国民生活基礎調査のデータ(https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001141126&cycle=7&tclass1=000001141143&tclass2val=0)における「介護が必要となった原因」に基づいて作成。

■ 市区町村が実施した骨粗鬆症検診の実施状況等(2018年度/対象者は女性)

年齢区分	受診者数(人)	指導区分					
		要精検者	受診者数に占める割合(%)	要指導者	受診者数に占める割合(%)	異常認めず	受診者数に占める割合(%)
総数	335,253	54,528	16.3	95,666	28.5	184,909	55.2
40歳	34,010	721	2.1	4,079	12.0	29,182	85.8
45歳	30,038	671	2.2	3,606	12.0	25,743	85.7
50歳	39,353	1,314	3.3	5,527	14.0	32,488	82.6
55歳	37,786	3,191	8.4	9,505	25.2	25,070	66.3
60歳	47,116	7,743	16.4	16,581	35.2	22,789	48.4
65歳	61,058	14,431	23.6	23,586	38.6	23,019	37.7
70歳	85,892	26,457	30.8	32,782	38.2	26,618	31.0

注) 指導区分の計数が不詳の市区町村があるため、受診者数と指導区分の計が一致しない。

■ 骨粗鬆症検診の実施市区町村数と検診実施率の年次推移

年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
実施市区町村数	1,084	1,076	1,082	1,085	1,087
検診実施率(%)	62.4	61.9	62.3	62.5	62.6
全国市区町村数	1,737	1,737	1,737	1,737	1,737

注) 検診実施率は、「(実施市区町村数/全国市区町村数)×100」の値。

※厚生労働省の2018年度地域保健・健康増進事業報告結果(https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/18/index.html)の「健康増進編」のデータに基づいて作成。

疾患 Navigator ②

腎代替療法指導管理料の施設基準の届出数、新設半年余りの状況をみる

― 保存期腎不全の段階からの説明・情報提供等への対応 ―

慢性腎臓病の患者に対し、移植を含めた腎代替療法に関する情報提供などを通じて指導管理を行う医療機関数を集計してみました。2020年度診療報酬改定における重症化予防の取り組み推進の一環で新設された、腎代替療法指導管理料の施設基準の届出施設数です。その施設基準では、一定の診療実績等や専任の医療従事者の配置などを求めています。

腎臓病に関し経験を有する医師と看護師が連携対応する体制などが求められる

腎代替療法指導管理料の施設基準では、腎臓内科の診療経験を有する医師と、腎臓病患者の看護の経験を有する看護師が連携して対応する体制などが求められます。同管理料の算定対象となるのは、①慢性腎臓病の患者であって、3カ月前までの直近2回のeGFR（mL/分/1.73㎡）がいずれも30未満の場合、②急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合――のいずれかに該当する入院中以外の患者という規定です。

経験を有する医師と看護師が、患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明・相談を行った場合に算定できるとされています。患者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に行い、血液透析、腹膜透析、腎移植等の腎代替療法のうち、いずれについても情報提供する必要があります。

こうした取り組みを行うため、施設基準を満たして届け出た医療機関を任意で集計したところ、昨秋の時点で、診療所が63施設、病院は326施設という状況でした。都道府県別の届出施設数は、東京43施設、大阪33施設、神奈川25施設、愛知24施設、北海道20施設――などの順となっています。

■ 腎代替療法指導管理料 …… 500点

●施設基準に適合しているものとして届け出た医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対し、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき2回に限り算定。

●1回の指導時間は30分以上でなければならない。

腎代替療法指導管理料の施設基準の概要

■①在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定している、②腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者（臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者または腎移植が実施され透析を離脱した患者）が前年度に3人以上いる――のいずれも満たす。

■説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料またはそれらを参考に作成した資料に基づいて行う。

■院内に、①腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師、②5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師――が連携して診療を行う体制がある。

■腎臓病について患者や家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施する。

※2020年3月5日厚生労働省告示第57号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）の別表第1（医科点数表）および2020年3月5日厚生労働省告示第59号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）に基づいて加工・作成

■ 腎代替療法指導管理料の施設基準を届け出ている医療機関数（都道府県別に任意集計）

都道府県	腎代替療法指導管理料の届出施設数		〈参考〉医療施設数	
	診療所	病院	診療所	病院
北海道	6	14	3,377	548
青森県	1	1	866	94
岩手県	1	5	876	92
宮城県	0	3	1,687	136
秋田県	0	1	807	66
山形県	0	3	913	67
福島県	0	1	1,328	125
茨城県	1	4	1,749	174
栃木県	2	4	1,464	105
群馬県	0	4	1,558	128
埼玉県	4	10	4,403	342
千葉県	5	10	3,861	289
東京都	6	37	13,952	638
神奈川県	3	22	6,901	336
新潟県	1	10	1,655	125
富山県	0	7	760	106
石川県	0	4	874	91
福井県	0	3	576	67
山梨県	0	1	697	60
長野県	0	9	1,572	126
岐阜県	0	5	1,609	97
静岡県	0	8	2,724	171
愛知県	2	22	5,489	321
三重県	2	7	1,508	93

都道府県	腎代替療法指導管理料の届出施設数		〈参考〉医療施設数	
	診療所	病院	診療所	病院
滋賀県	0	3	1,103	57
京都府	1	12	2,459	163
大阪府	7	26	8,586	513
兵庫県	2	9	5,159	347
奈良県	4	2	1,217	75
和歌山県	2	3	1,023	83
鳥取県	0	0	492	43
島根県	0	1	711	47
岡山県	0	9	1,646	161
広島県	7	6	2,548	237
山口県	0	5	1,236	142
徳島県	1	5	721	107
香川県	1	5	829	88
愛媛県	0	3	1,217	134
高知県	0	3	536	122
福岡県	0	14	4,726	456
佐賀県	1	2	695	100
長崎県	1	6	1,351	148
熊本県	1	3	1,479	209
大分県	0	3	941	153
宮崎県	0	3	896	137
鹿児島県	1	4	1,373	234
沖縄県	0	4	895	90
計	**63**	**326**	**103,045**	**8,243**

※施設基準の届出施設数は、東北・関東甲信越地方の各都県が2020年10月1日現在で、それ以外の道府県は2020年11月1日現在の数。いずれも、厚生労働省の各地方厚生（支）局が公表している施設基準の届け出の受理状況から任意集計。医療施設数は、厚生労働省の医療施設動態調査・2020年9月末概数による。出典：各地方厚生局ホームページより https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/