

Dr武藤のミニ動画
2024年同時改定のポイント②
医療と介護の連携



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

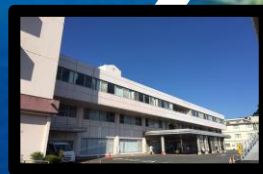
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



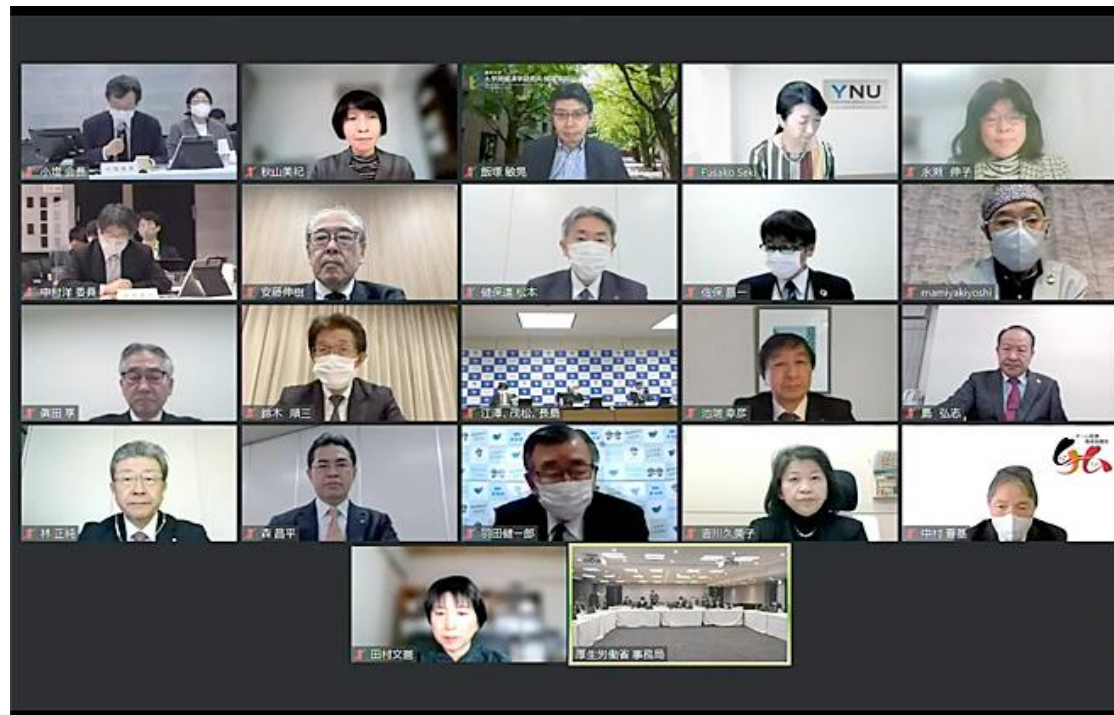
目次

- パート 1
 - 2024年同時改定のポイント
- パート 2
 - 人口・世帯構成の変化
- パート 3
 - 医療と介護の連携
- パート 4
 - 主治医とケアマネの連携
- パート 5
 - 医療・介護DX



パート1

2024年同時改定のポイント



中医協総会（2023年1月18日）

同時改定のポイント

- **ポイント 1**
 - **ポスト2025年を見据えた診療報酬、介護報酬の同時改定であること**
- **ポイント 2**
 - 2025年に向けて地域医療構想の取り組みを進めるとともに、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を目指すこと
- **ポイント 3**
 - 第8次医療計画の5疾患・6事業（新興感染症対応が追加）の開始年であること
- **ポイント 4**
 - 医師の働き方改革として2024年4月に医師の労働時間上限規制等が設けられること
- **ポイント 5**
 - **医療DXの実現に向けて医療DX推進本部で議論が進められていること**
- **ポイント 6**
 - 「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論が取りまとめられること
- **ポイント 7**
 - プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後の在り方について検討が求められていること

同時改定へ向けた意見交換会

- 診療報酬は中医協総会で審議
- 介護報酬は介護給付費分科会で審議
- 同時改定へむけて両会の間で事前に意見交換を行う
 - 1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
 - 2. 高齢者施設・障害者施設等における医療
 - 3. 認知症
 - 4. リハビリテーション・口腔・栄養
 - 5. 人生の最終段階における医療・介護
 - 6. 訪問看護
 - 7. 薬剤管理
 - 8. その他

出席者一覧

- ・ 池端 幸彦 日本慢性期医療協会副会長
- ・ 稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
- ・ 江澤 和彦 日本医師会常任理事
- ・ 小塩 隆士 一橋大学経済研究所教授【中央社会保険医療協議会会長】
- ・ 田中 志子 日本慢性期医療協会常任理事
- ・ 田辺 国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
- ・ 田母神 裕美 日本看護協会常任理事
- ・ 長島 公之 日本医師会常任理事
- ・ 濱田 和則 日本介護支援専門員協会副会長
- ・ 林 正純 日本歯科医師会常務理事
- ・ 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- ・ 古谷 忠之 全国老人福祉施設協議会参与
- ・ 松本 真人 健康保険組合連合会理事
- ・ 森 昌平 日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

2. テーマ・議題（案）

○ 議題は、各報酬の対象者が今後直面すると考えられる以下のテーマを議題とする。

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

3. 開催時期と頻度

- ・ 第1回（本日） 令和5年3月15日 テーマ1、2、3
- ・ 第2回 令和5年4月 テーマ4、5
- ・ 第3回 令和5年5月 テーマ6、7

※テーマ8については各テーマ内で議論を予定

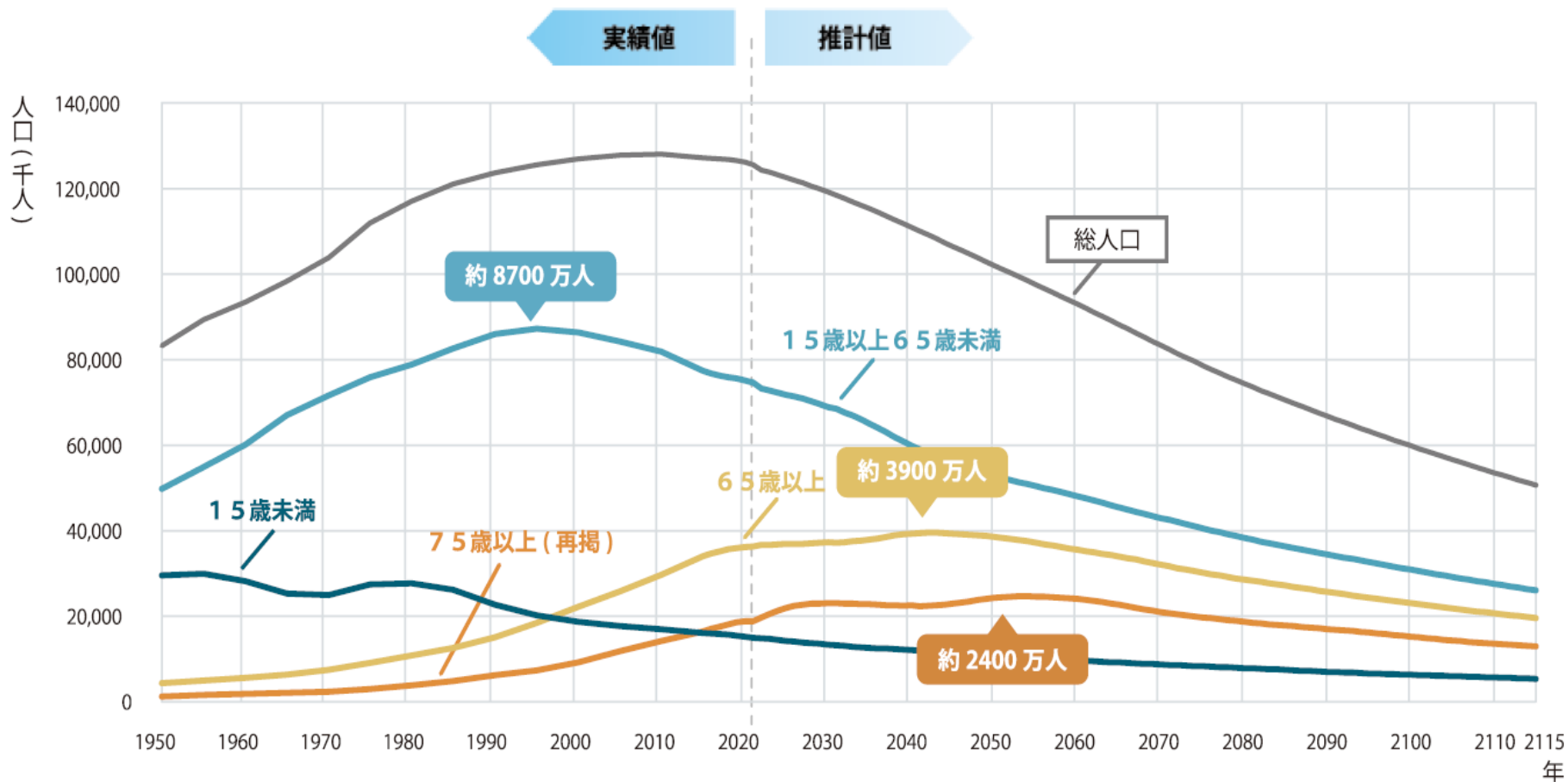
パート 2

人口・世帯構成の変化

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する



- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典

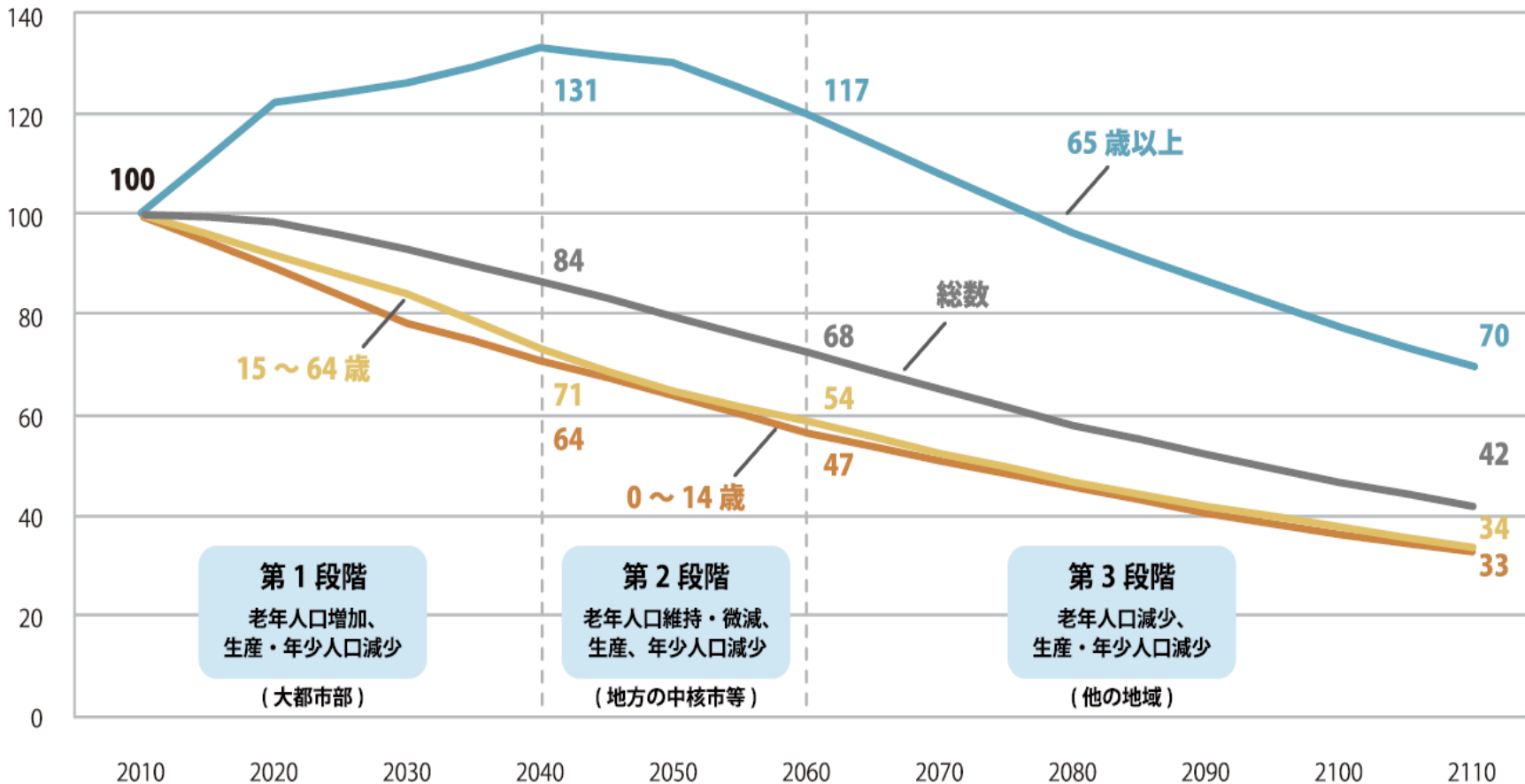
2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

将来人口動向：「3つの減少段階」



○ 我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。

2010年の人口を100としたときの指数



出典

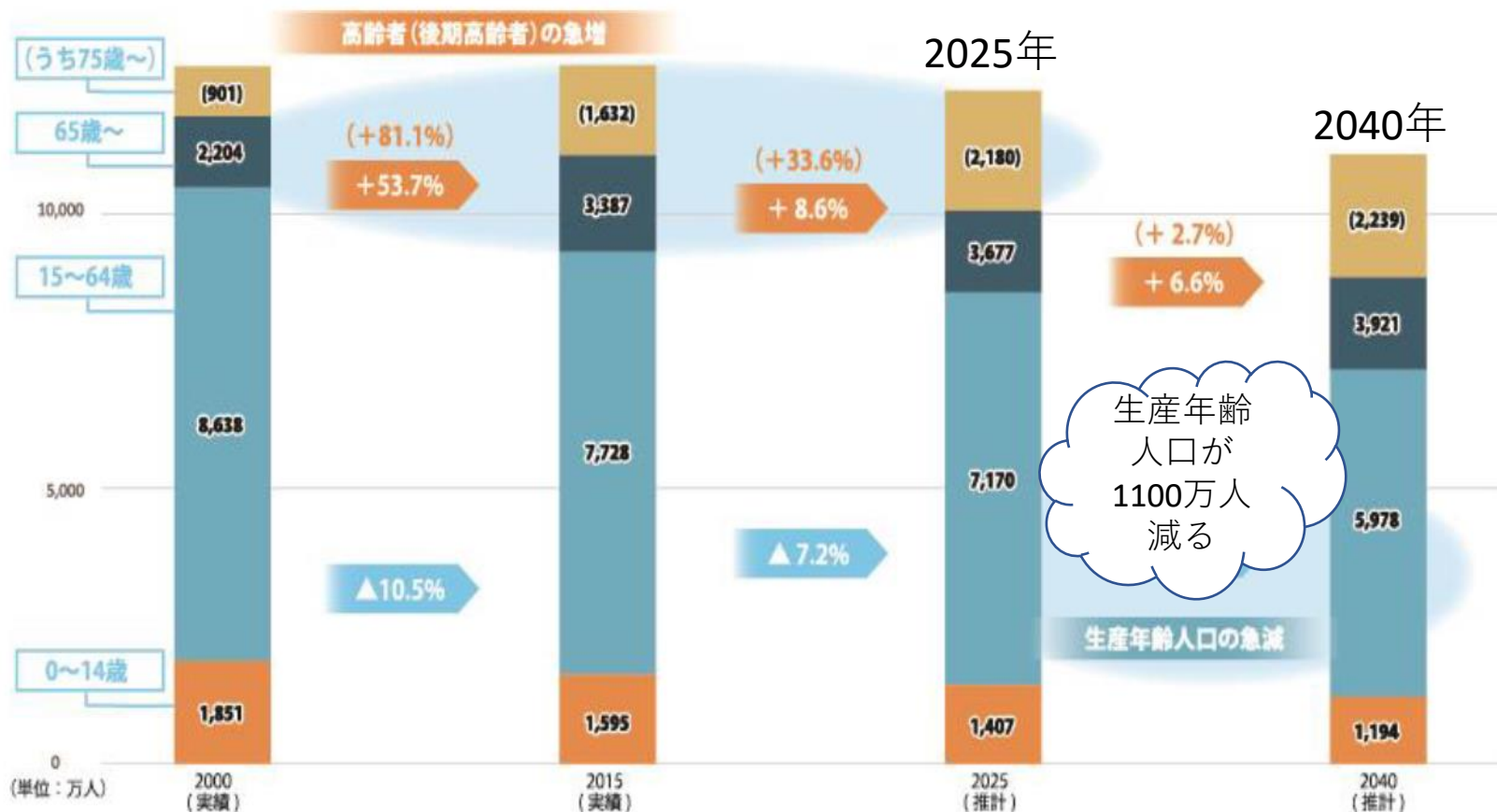
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位推計）より作成。
2010年、2020年は総務省統計局「令和2年国勢調査」による。
2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する



○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

人口構造の変化



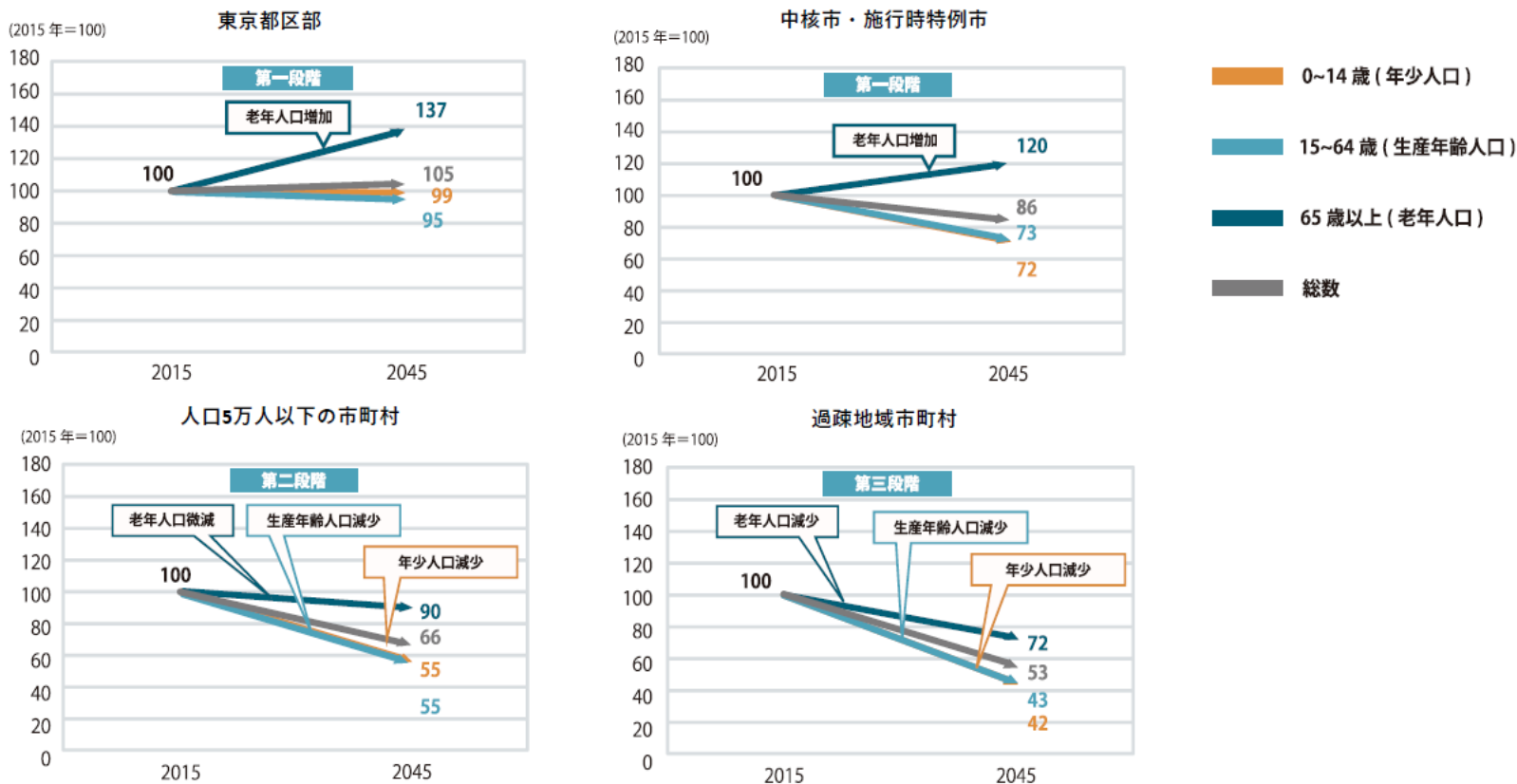
出典

総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」

地域毎の年齢階級別人口推移

○ 東京都区部や中核市などの都市部は若年人口は減少するが老年人口は増加する「第一段階」にあるのに対し、人口5万人以下の市町村は若年人口の減少が加速化するとともに老年人口が維持または微減する「第二段階」、過疎地域の市町村は老年人口の減少が一層加速化し老年人口も減少する「第三段階」に入っている。

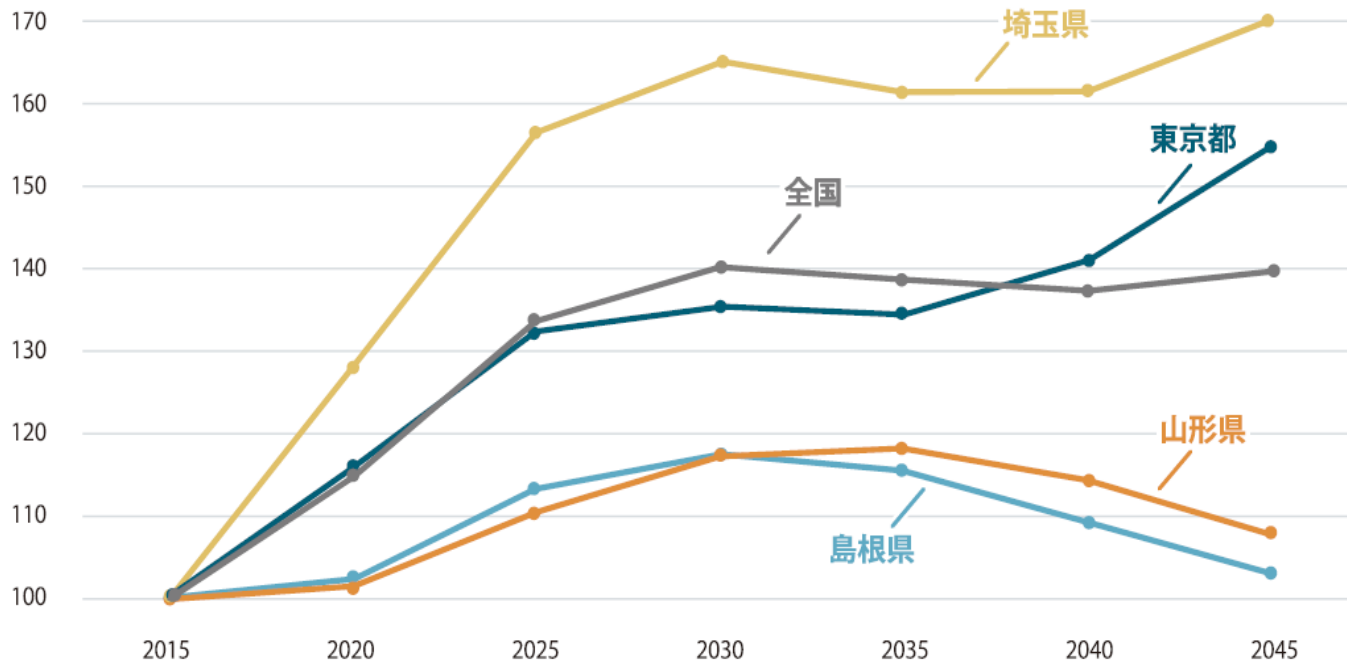
地域毎の年齢階級別人口推移



各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県
※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では1.5倍を超える一方、山形県、秋田県、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）



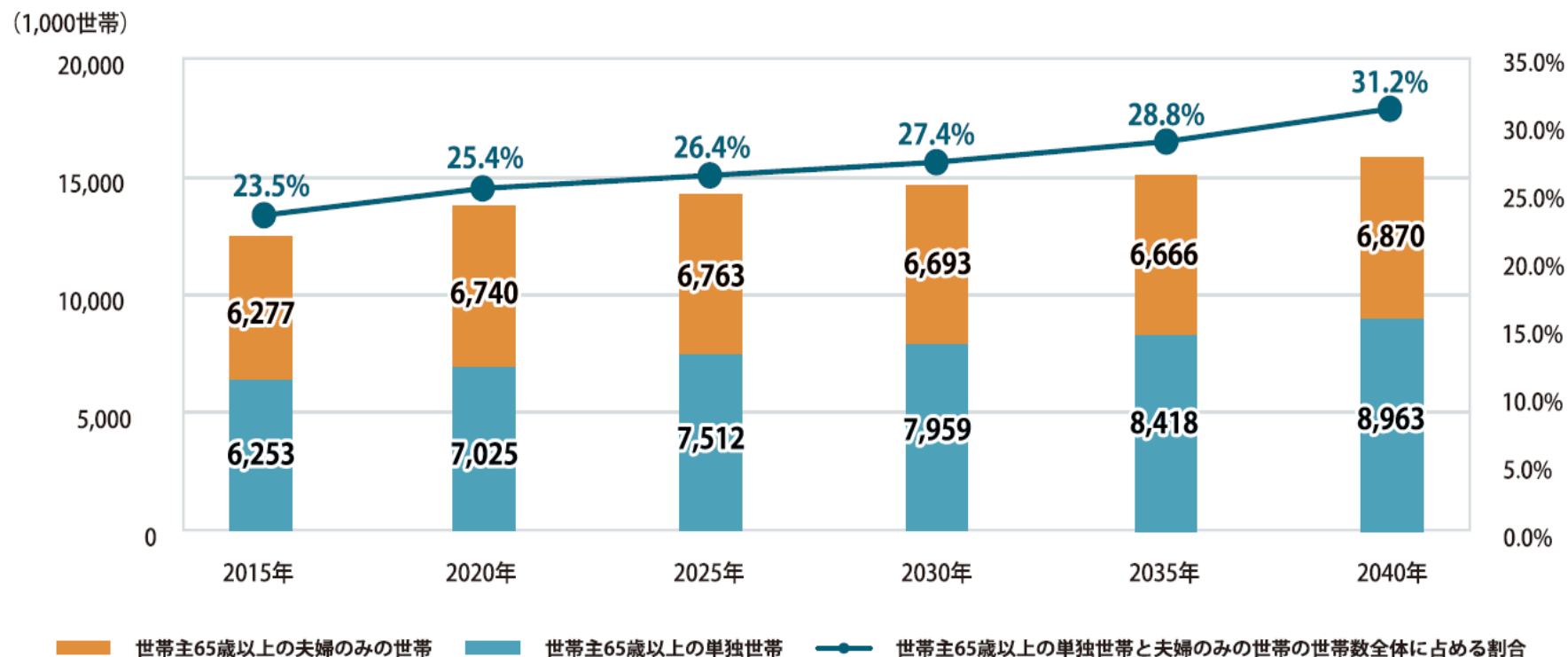
- 埼玉県
(2025年の指数が
全国で最も高い)
- 東京都
(2040年に向けて上昇)
- 山形県
(2025年の指数が
全国で最も低い)
- 島根県
(2030年以降の指数が
全国で最も低い)

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯数の変化



○ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



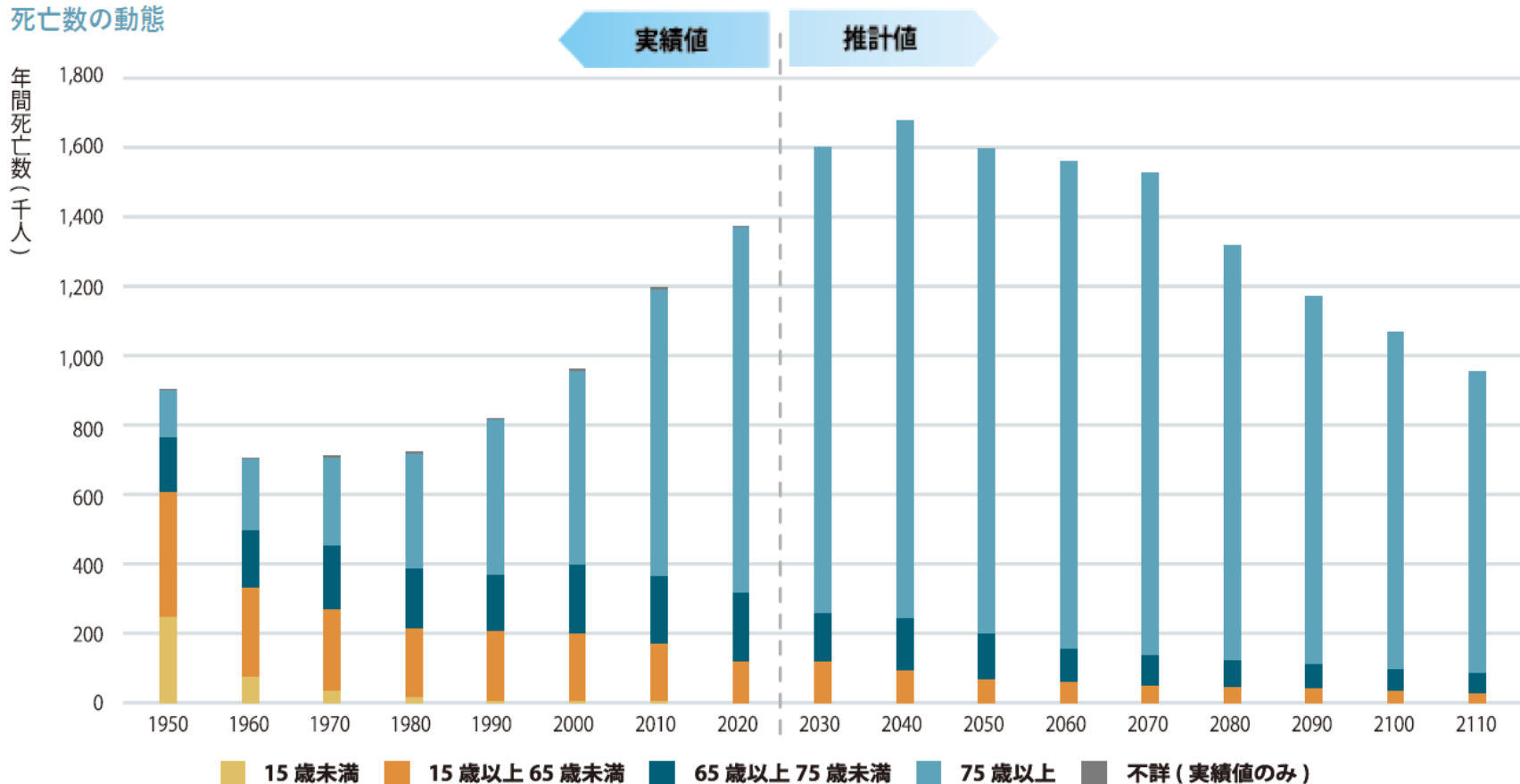
国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30（2018））年1月推計」

死亡数が一層増加する



○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

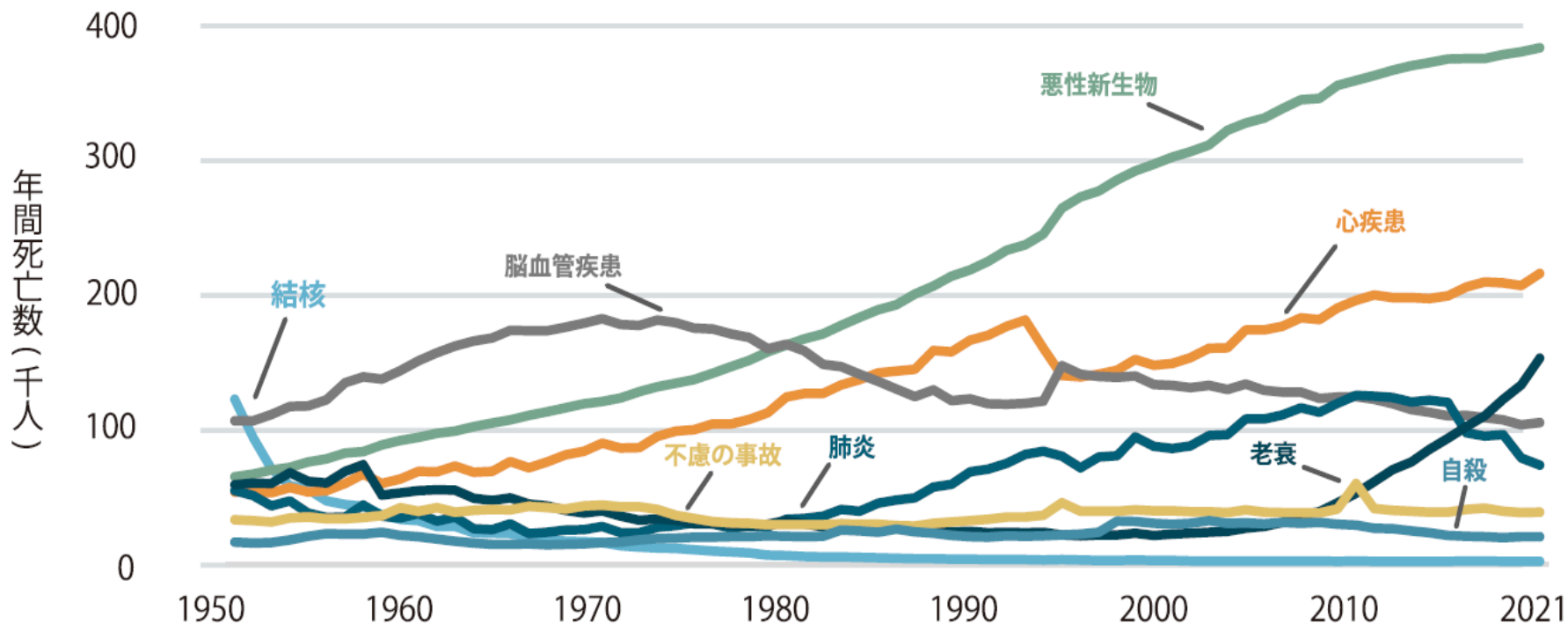
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

死因の推移



○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

死因の推移



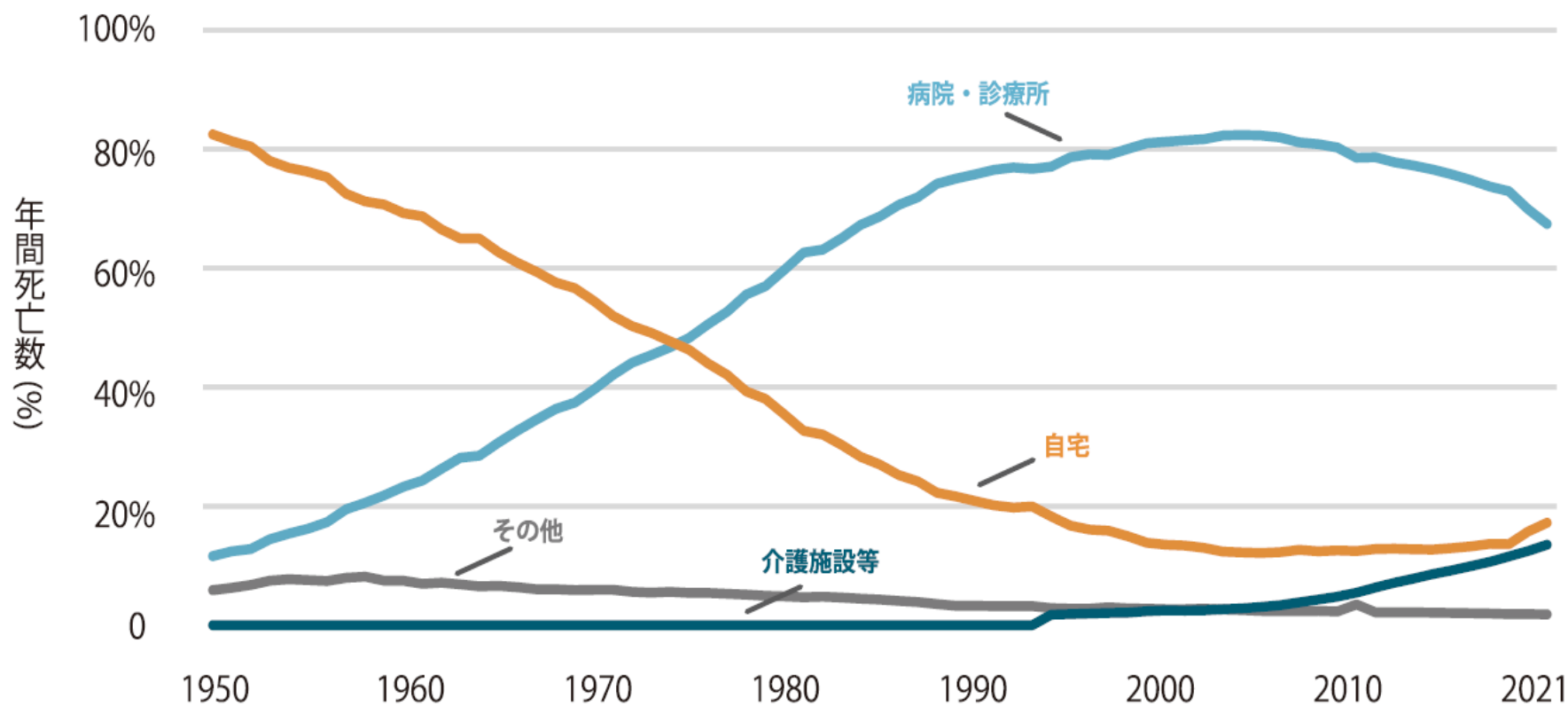
出典

厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

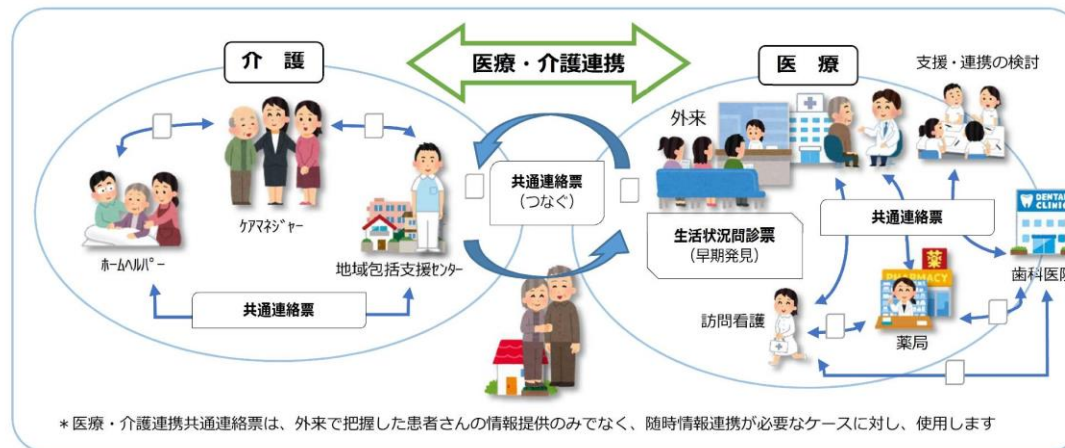
死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



パート3 要介護高齢者と 急性期入院



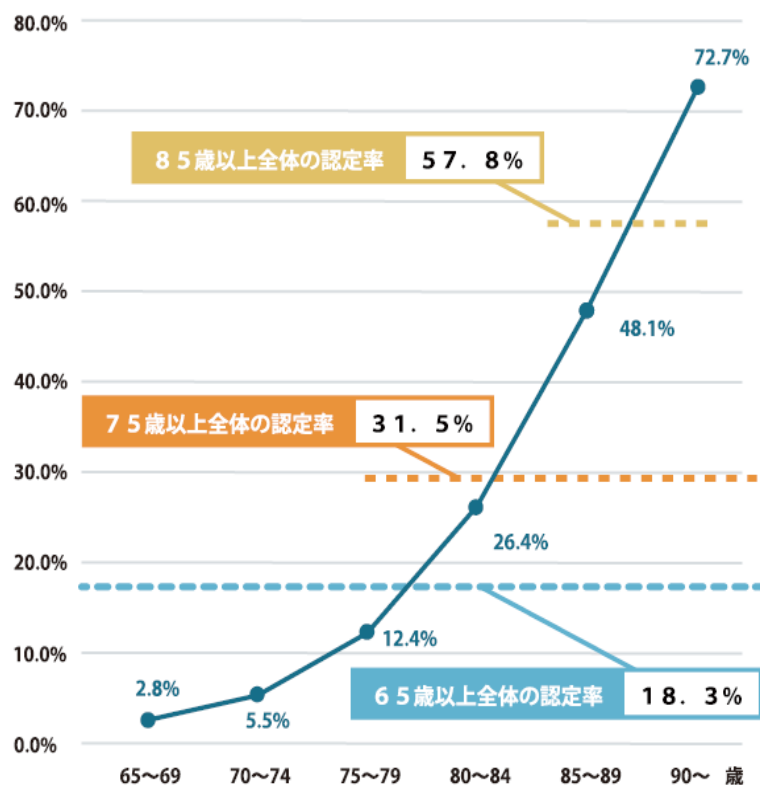
介護需要の増加



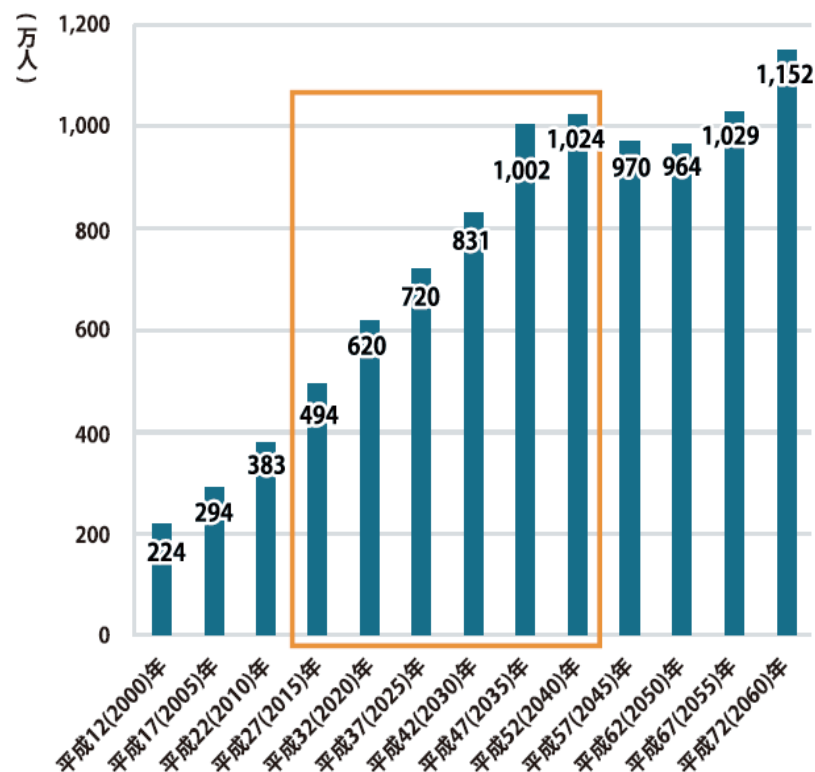
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

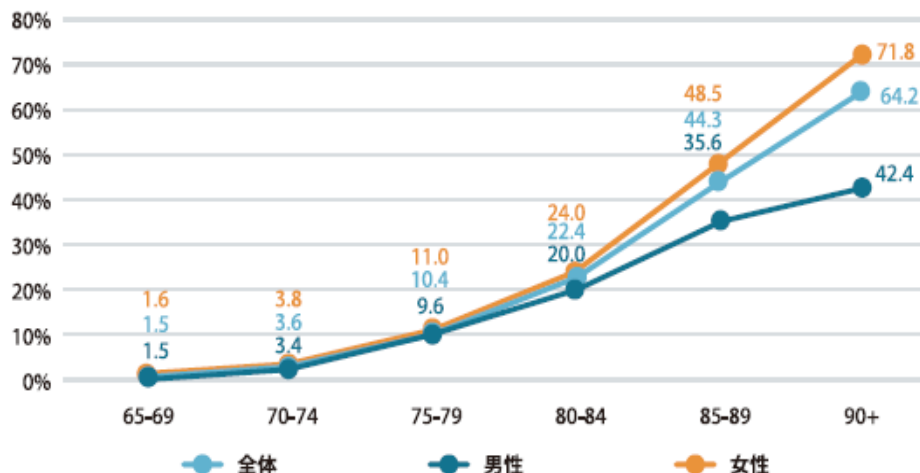
年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移

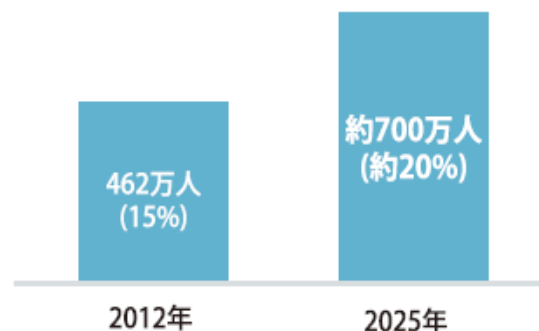


年齢階級別の認知症有病率について



日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 既存調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象5,073人）
 研究代表者二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計(※) 人数/(率)		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
 (※)久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

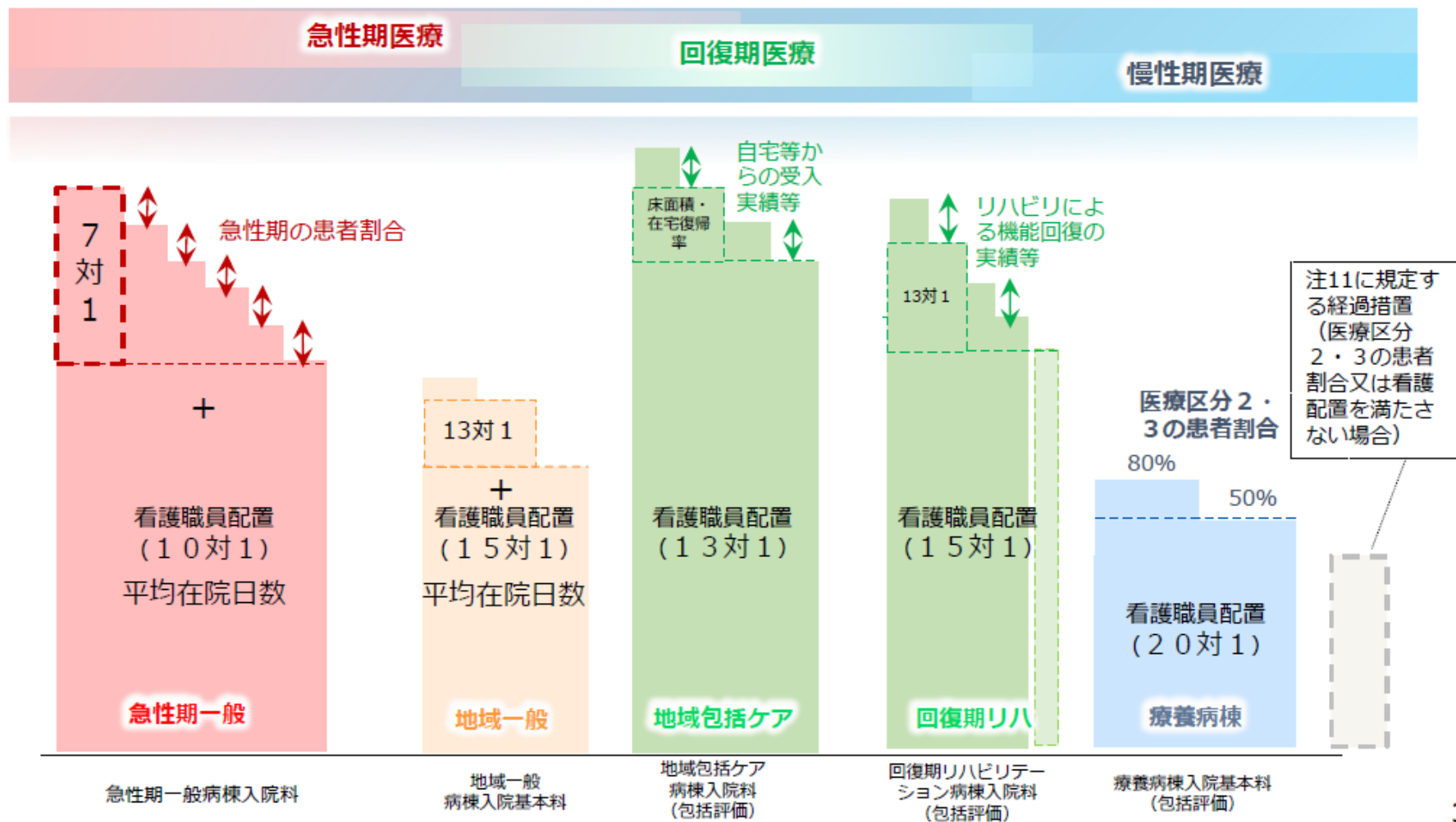


後期高齢者
入院パンデ
ミック

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

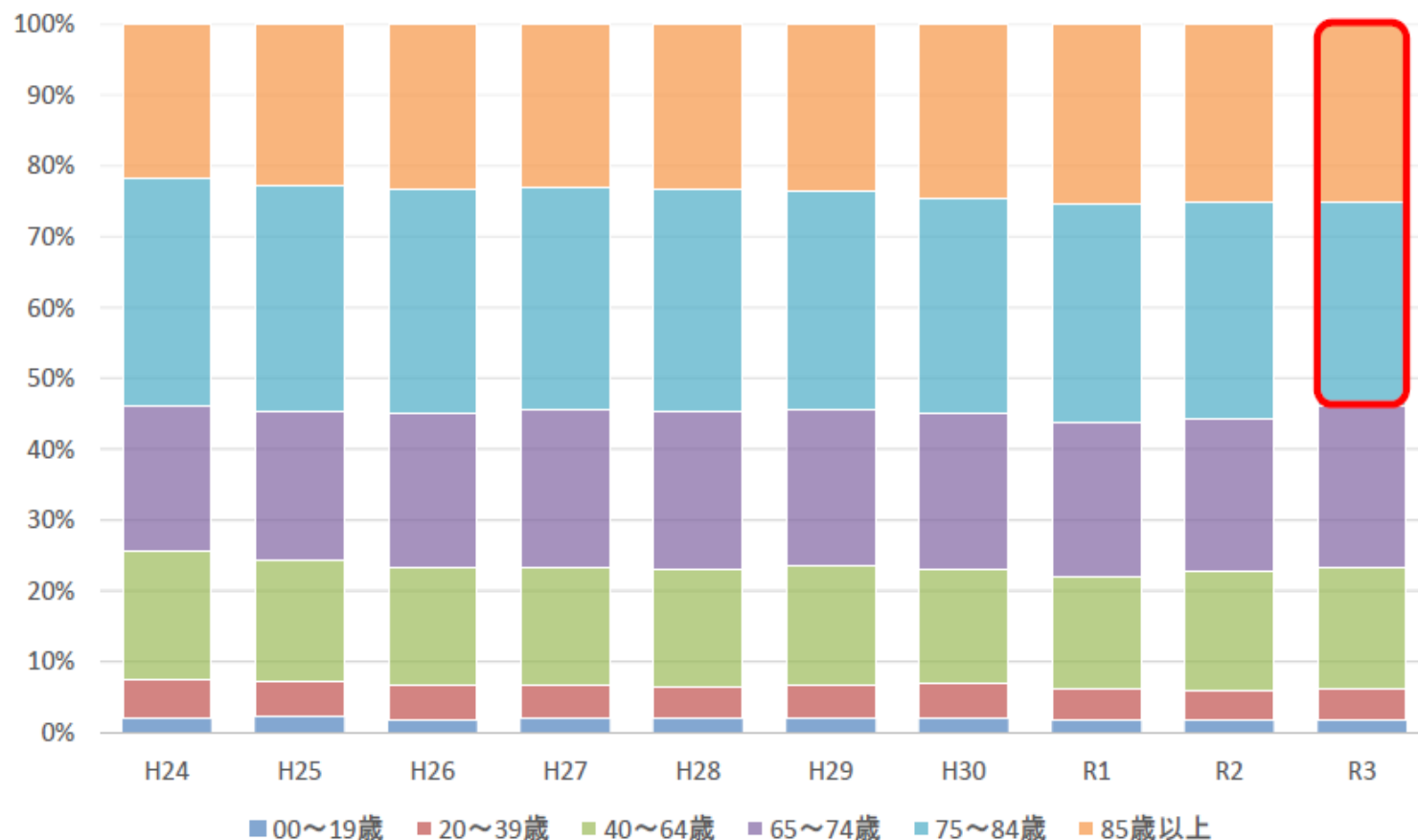
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移②（急性期一般入院料 1～3）

- 急性期一般入院料1～3を算定する入院患者の年齢構成比の経年変化はほぼ横ばいである。
- 令和3年では、入院患者のうち54%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料1～3※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1一般病棟入院基本料

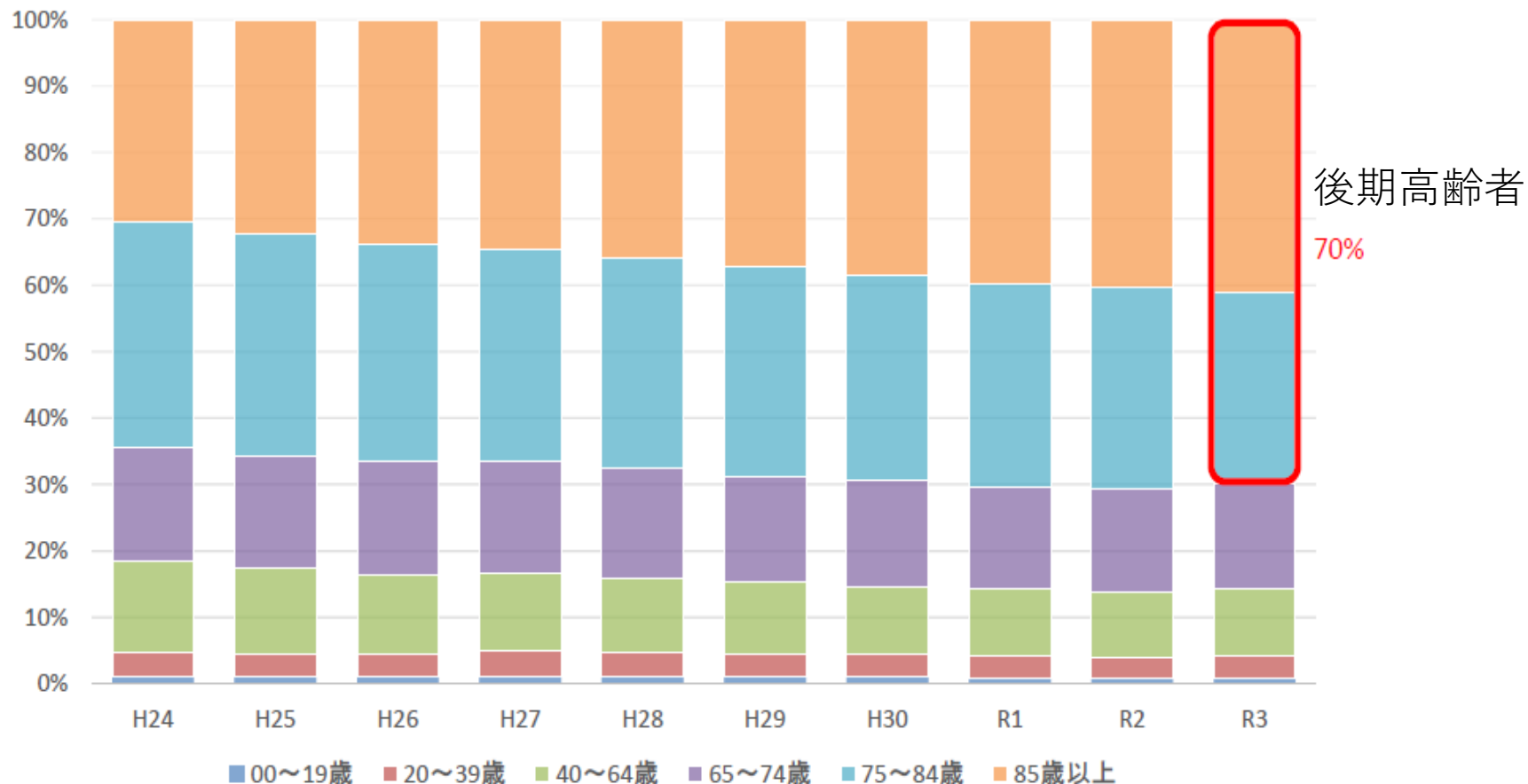


後期高齢者
54%

入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

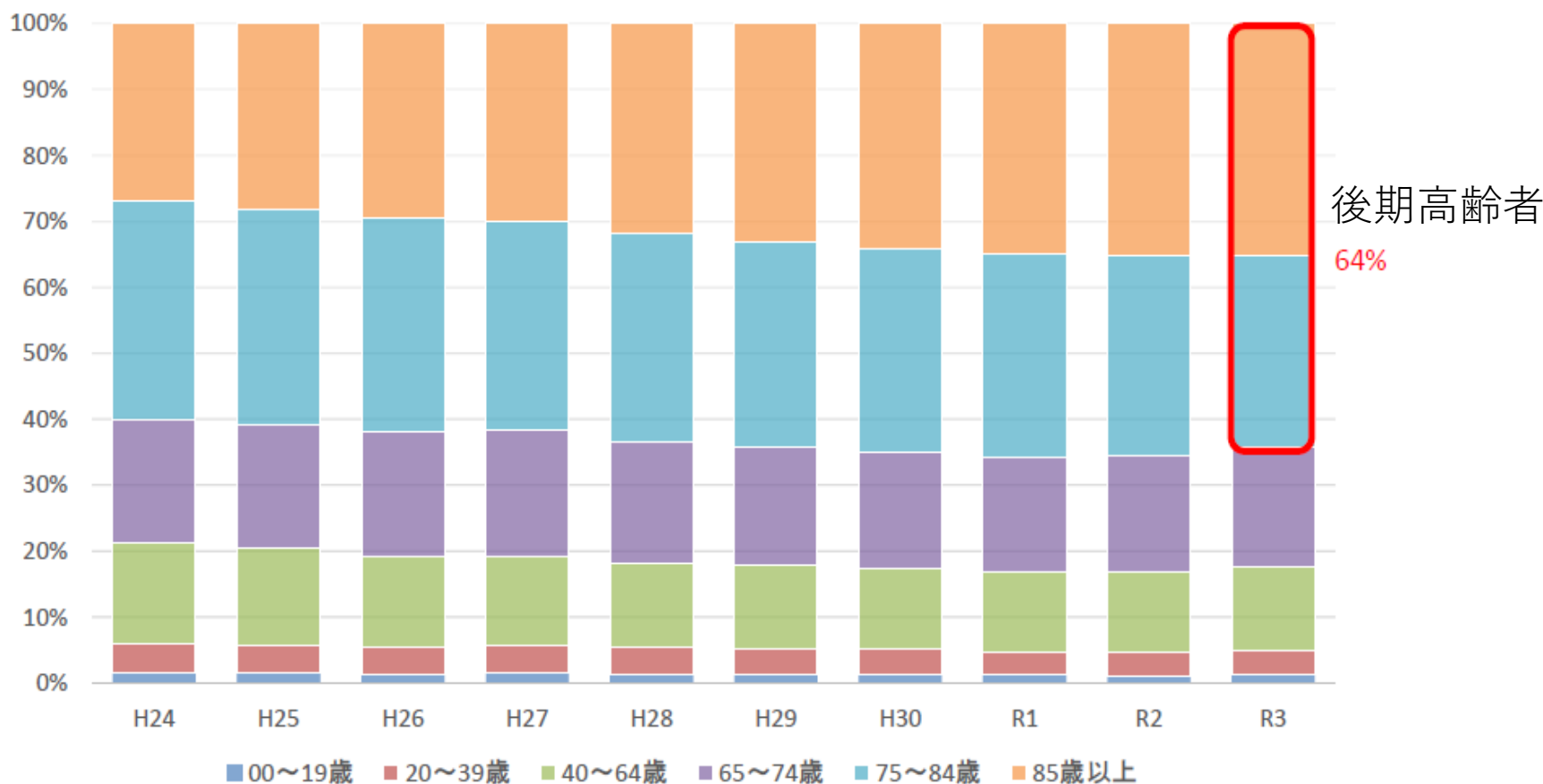
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

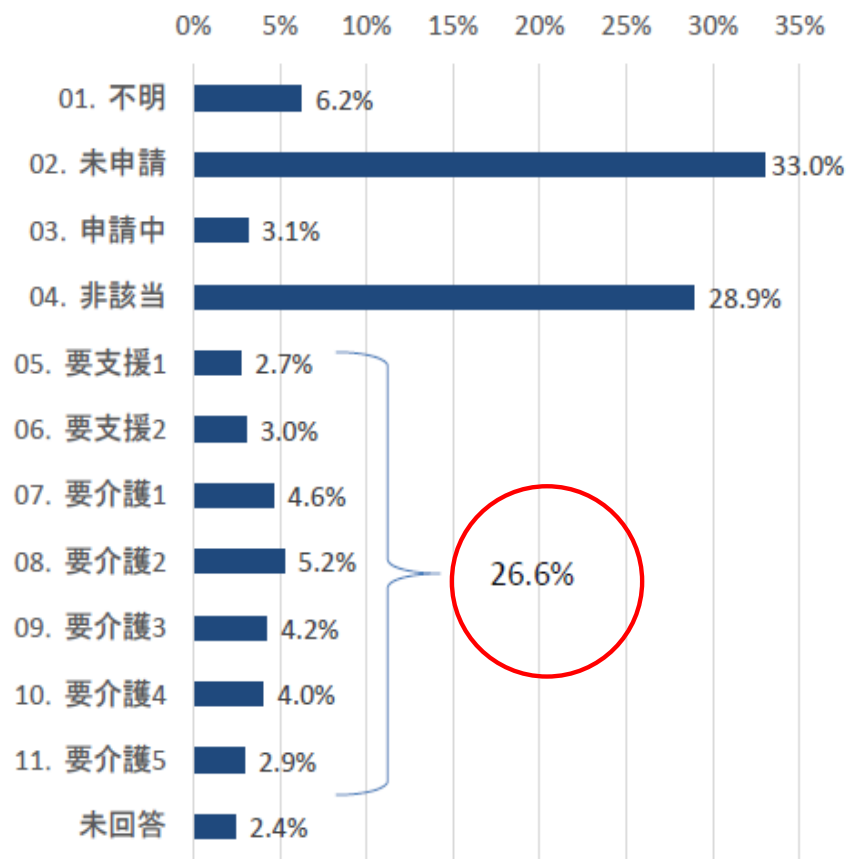
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



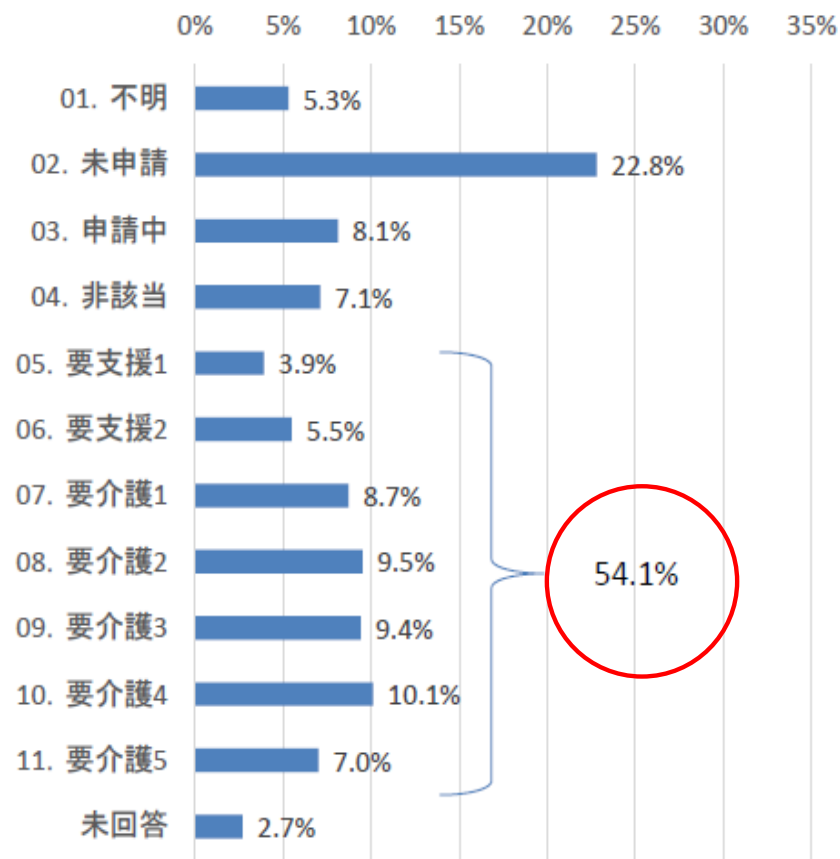
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



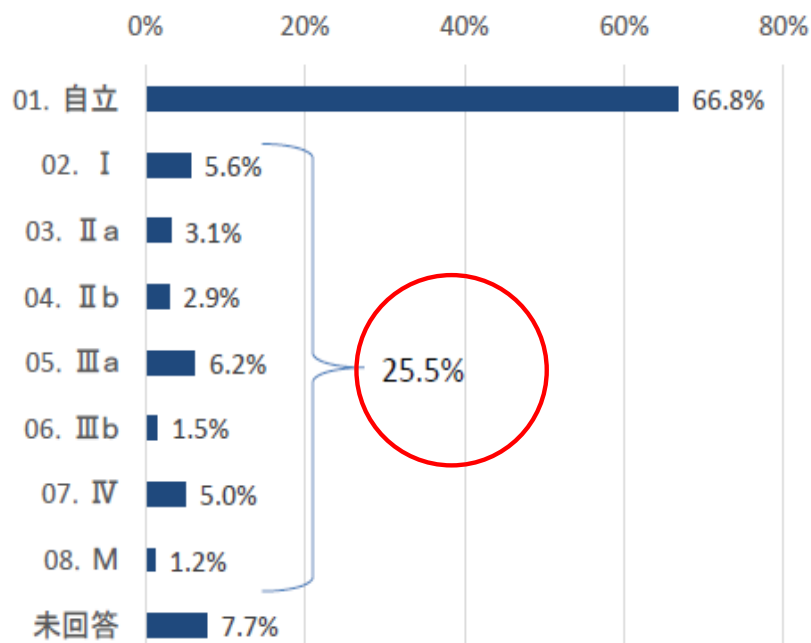
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



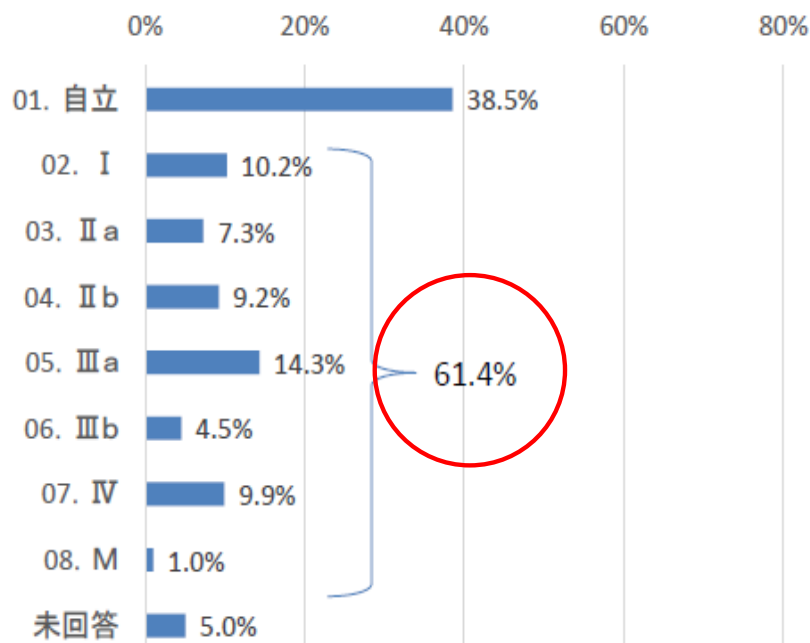
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



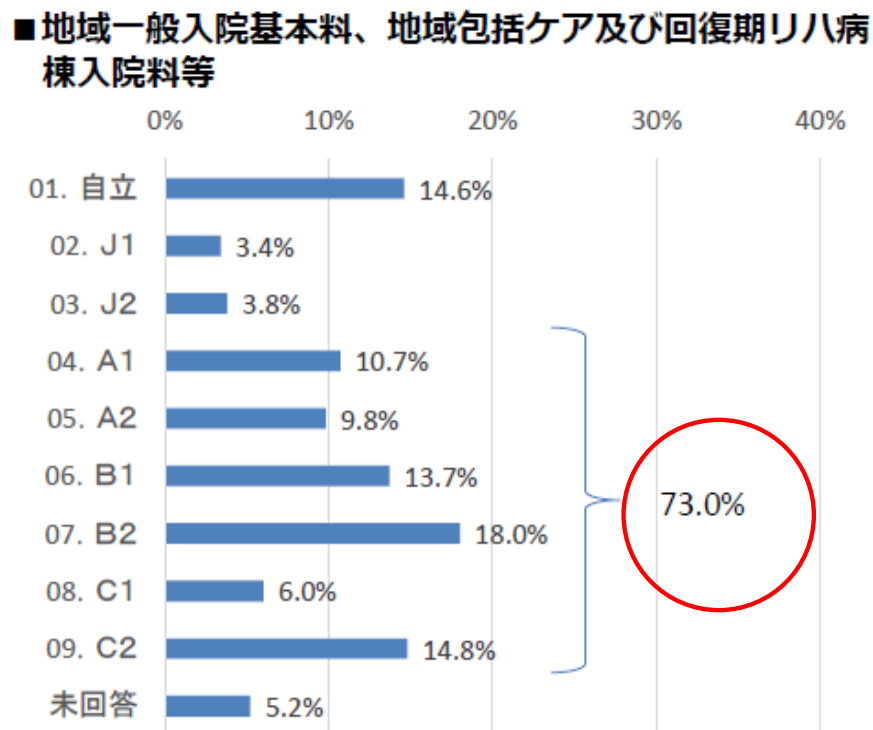
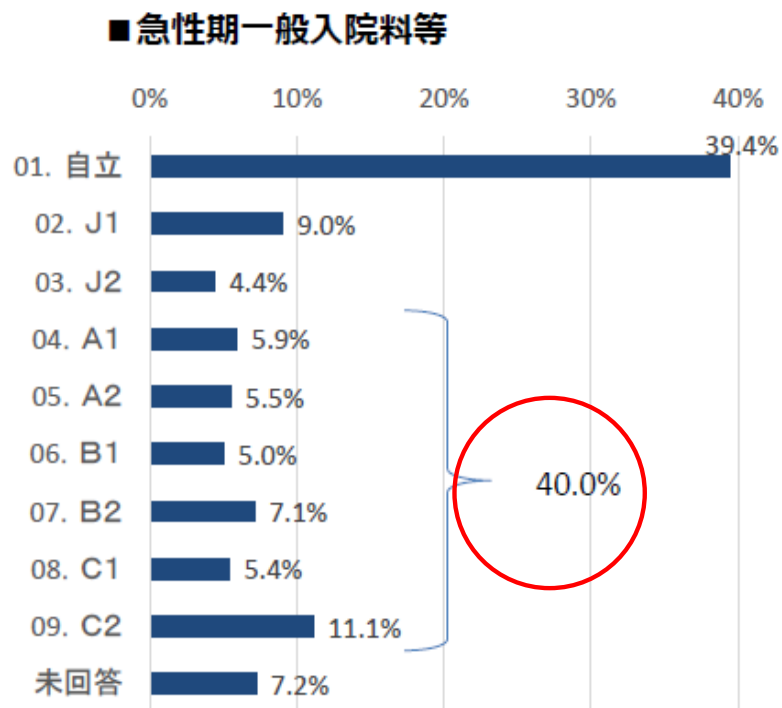
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。



障害高齢者の日常生活自立度

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
 地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
 療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

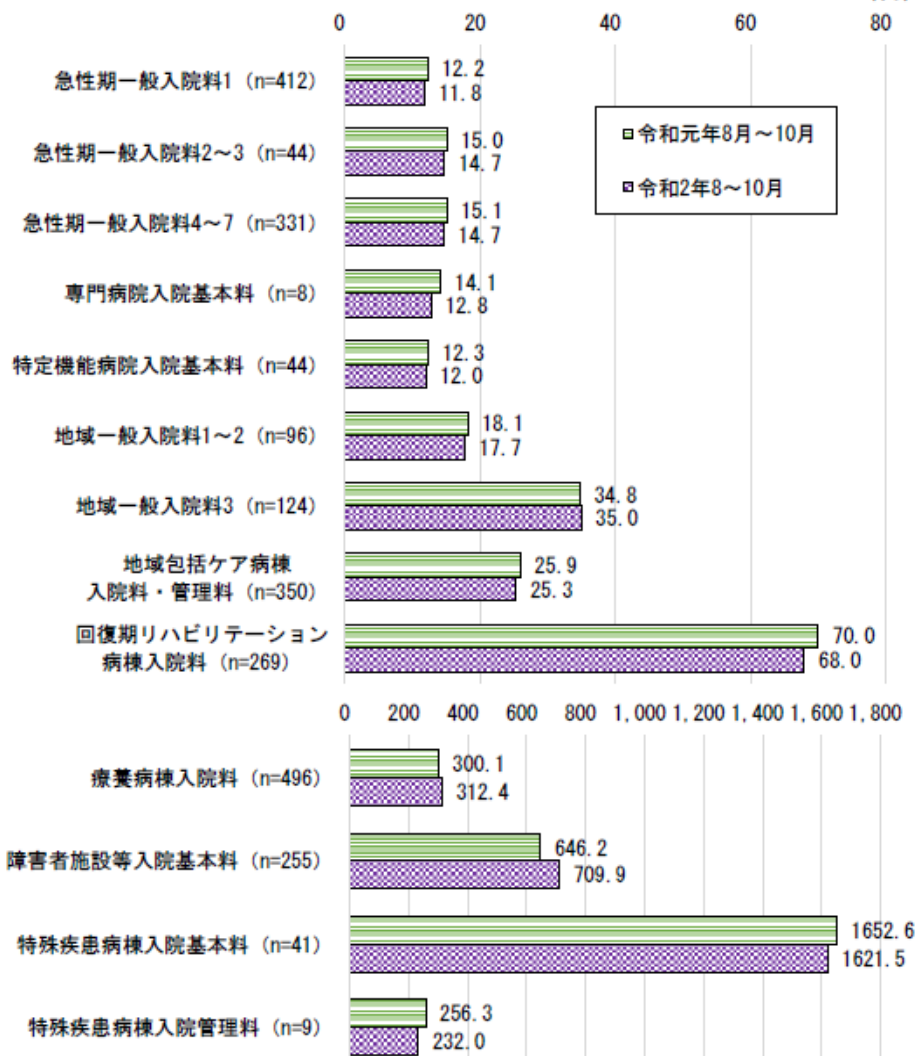
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿細管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿細管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	10,588	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率

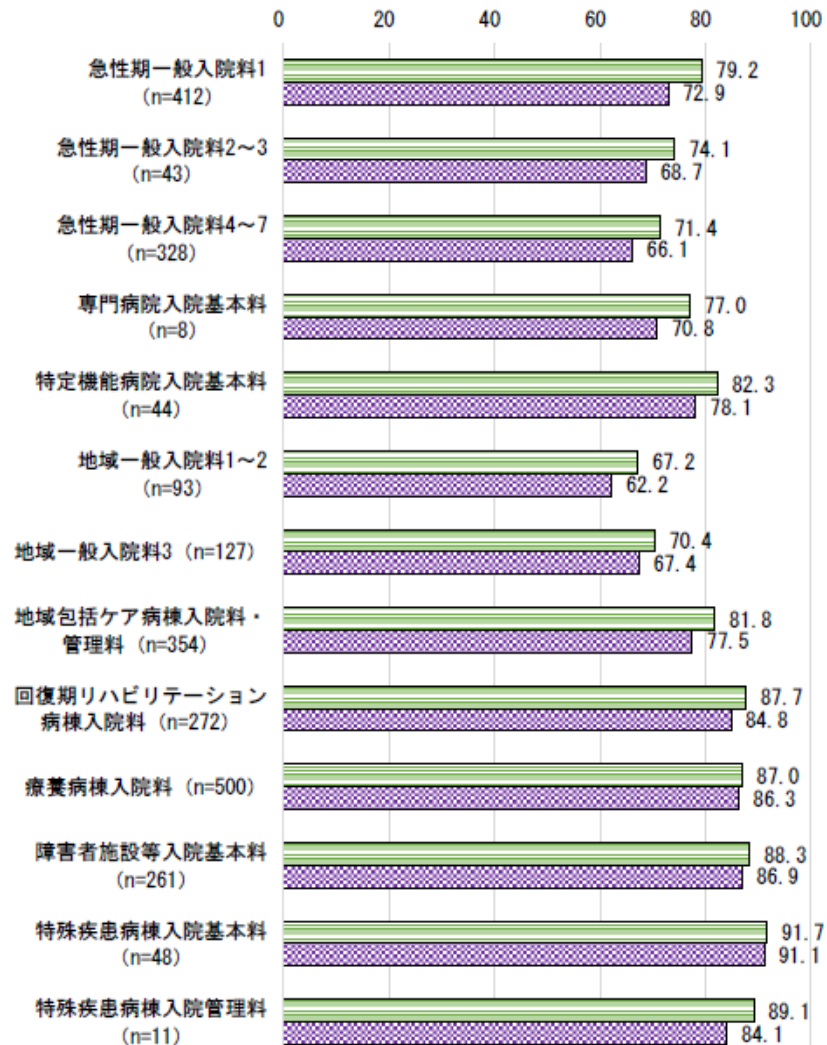
平均在院日数

(日)



病床利用率

(%)



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

高齢者の多疾患併存について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

入院関連機能障害について

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

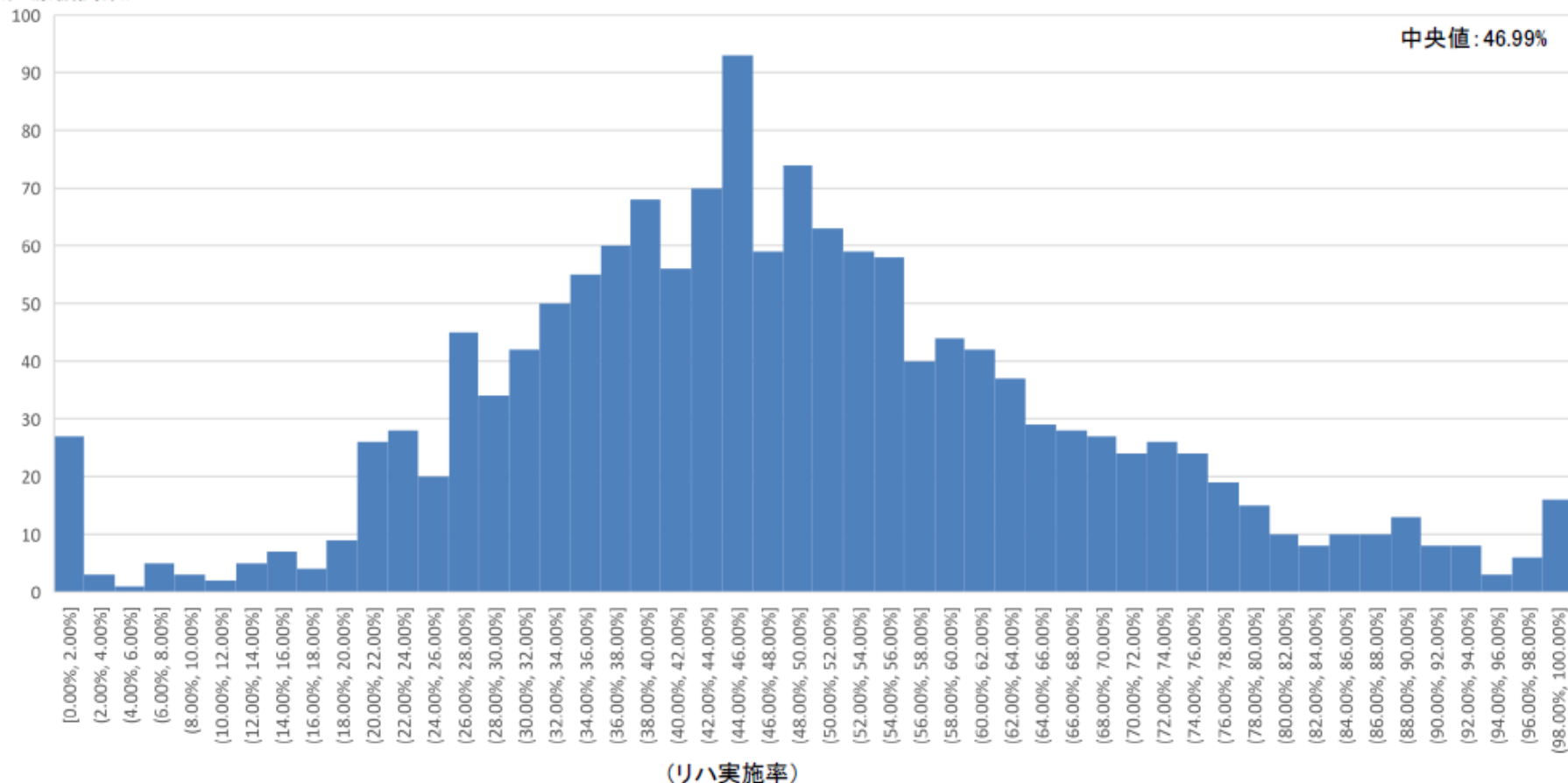
説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

(医療機関数)



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上的一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
（うち）介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
（うち）社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
（うち）精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出ている医療機関

後期高齢者入院 パンデミックへの対応



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412

意見交換会での委員の意見

- 現在の急性期病院は比較的若年層の重症患者仕様となっていて、高齢患者向けの介護・リハビリ体制になってはいない。
- 意見交換会では、こうした状況に対応するために、以下の2つのプランが出された。
- プランA
 - 急性期病棟においても十分な介護・リハビリを行う
- プランB
 - 高齢の急性期患者では、疾患の状態にもよるが介護・リハビリ体制が整った病棟、たとえば地域包括ケア病棟などへの転棟、入院を促す

プランAとプランB

• プランA

- 急性期病棟にリハビリ専門職や介護福祉士を多く配置する
- 急性期病床へのADL維持向上対策加算のようにリハビリスタッフを配置する。
- 日本慢性期医療協会では、かねてより「寝たきり防止のため、急性期病棟にもリハビリテーションの視点から介護を行える介護福祉士を配置すべき」と言っている
- 意見交換会では、「介護人材が不足する中では、急性期病棟への介護福祉士配置は現実的ではない」との声も出ている。

プランAとプランB

• プランB

- すでにリハビリ職が手厚く配置されている「地域包括ケア病棟を始めとして、介護職も豊富な医療療養病床、介護医療院、老健の医療ショートなどで高齢者の受け入れを強力に促していく」ことの方が現実的だ。
- このためには急性期一般病棟での治療期間をより短縮し、早期に地域包括ケア病棟等への転院・転床を促すこと、また地域の高齢者の軽症、中等症の救急患者を直接、地域包括ケア病棟等に入院させることを促すという方策が考えられる
- 実際に2022年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟へ的高齢者救急の直接受け入れを促す方向で改定がなされた。
- この趣旨にそって地域包括ケア病棟と共に療養病床、介護医療院や老健の医療ショートでも、高齢者の軽症、中等症の患者の受け入れを強力に推し進めてはどうか？
- 次回同時改定では急性期病床における後期高齢者の入院パンデミックをいかに食い止めるかが大きな課題だ。

地域包括ケア病棟による
高齢者救急の受け入れ

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

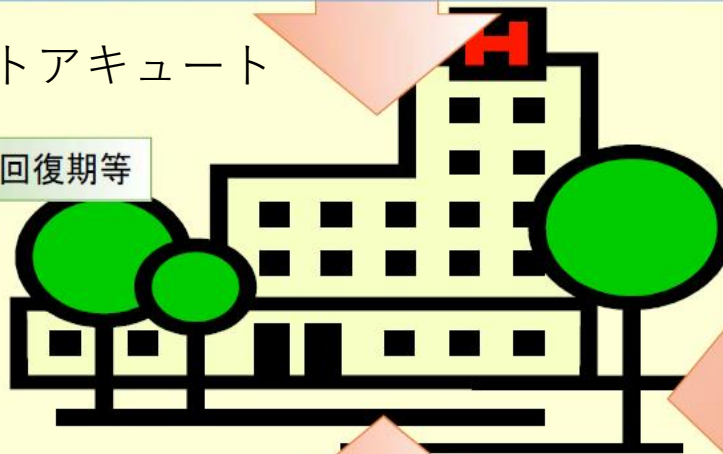
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

ポストアキュート

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

サブアキュート

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等

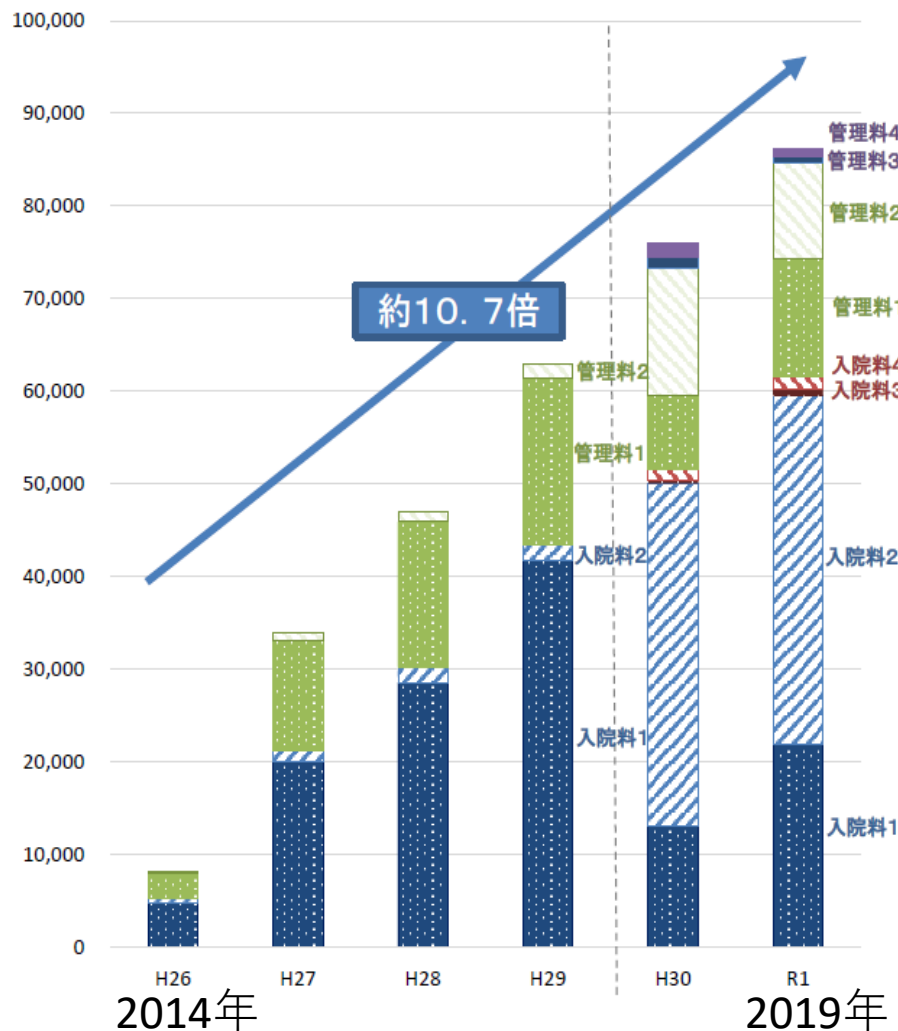


自宅・在宅医療

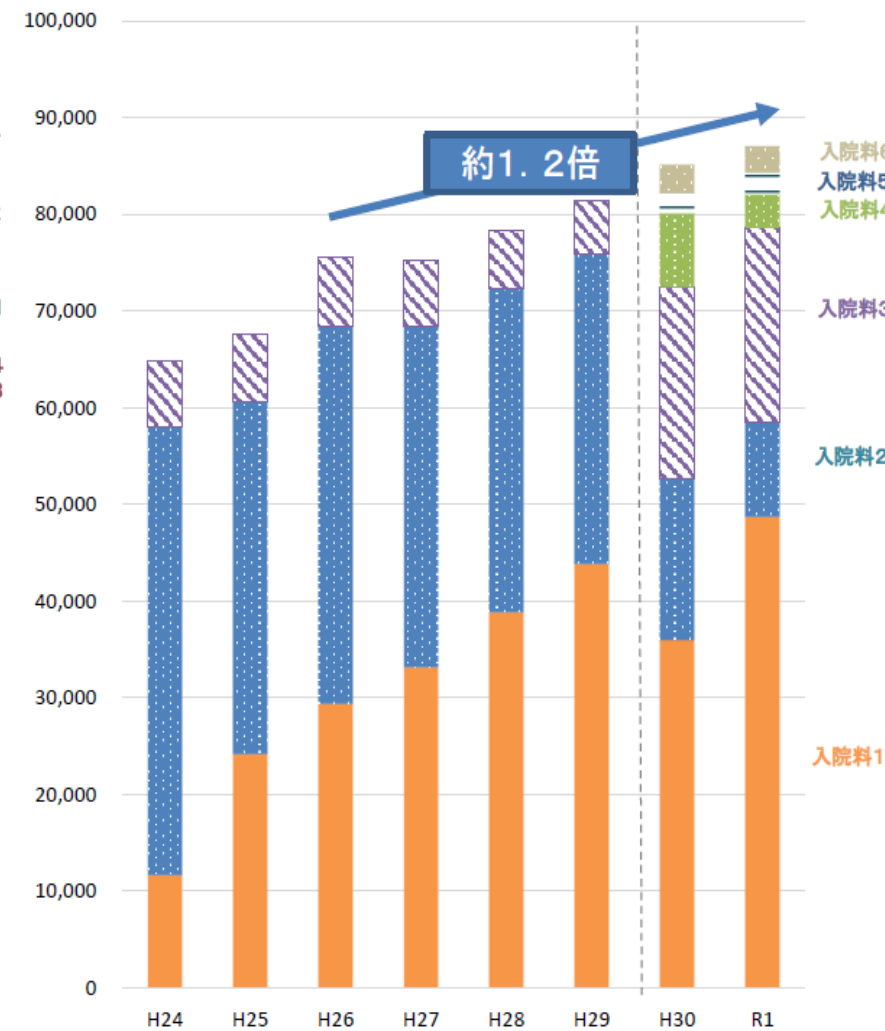
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

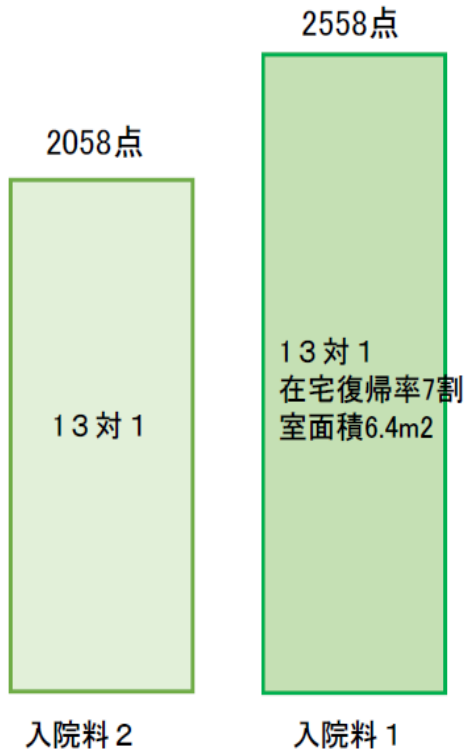


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

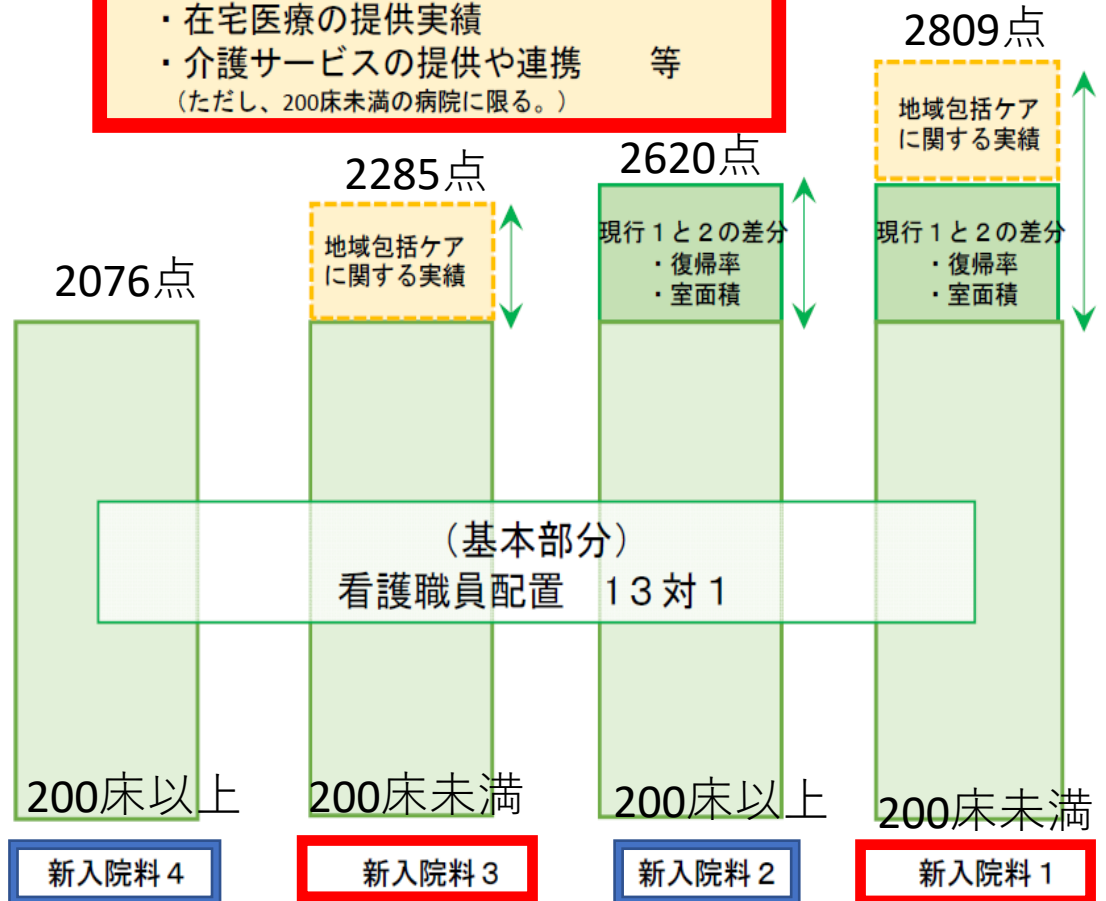


再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

2022年診療報酬改定

地域包括ケア病棟の見直し

◎地域包括ケア1・3における「自宅等から入院した患者割合要件」を15%から20%へ、「緊急入院の受け入れ実績(3か月)」を6人から9人に見直す

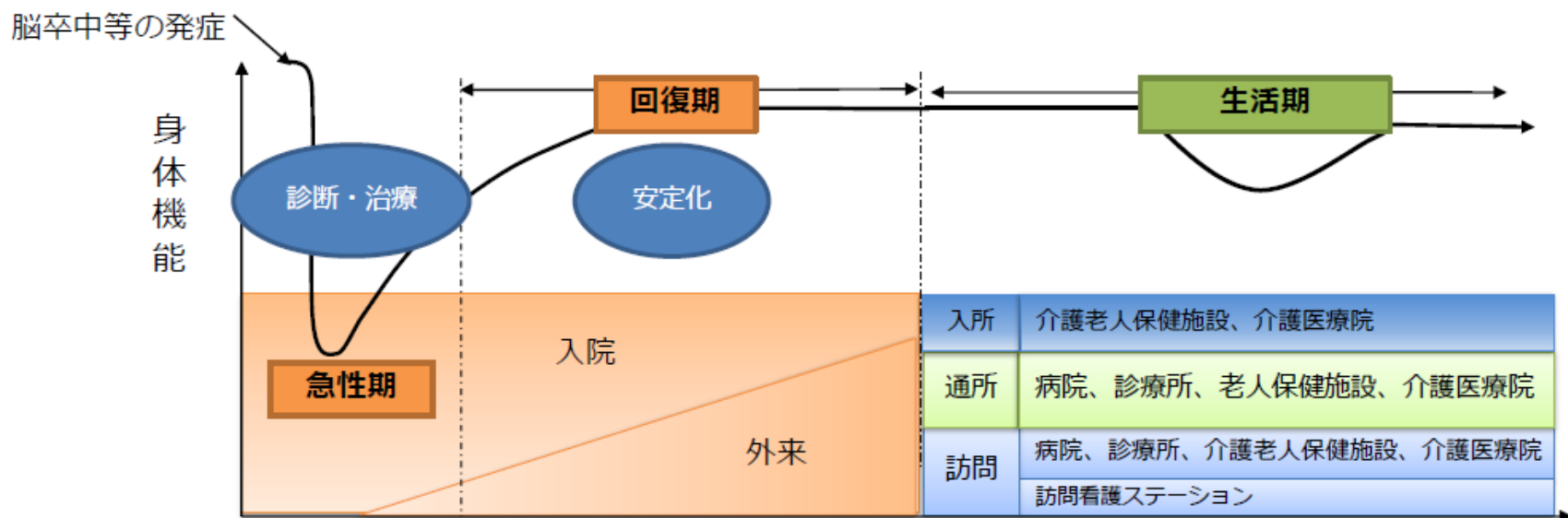
◎地域包括ケア2、4において、「自宅等から入院した患者割合20%以上など選択要件を新設、クリアできない場合は入院料の10%減算を行う



リハビリ連携



リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

理学療法士の配置における効果

中医協 総-1

25.12.4

対象 : 広島大学病院実績
期間 : (病棟配置導入前)07年10月~08年3月 (病棟配置導入後)08年10月~09年3月
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟
人員配置 : 理学療法士2名を専属
専属理学療法士の業務 : 病棟内でのリハビリテーション・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60~120分)
・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。
・看護師を対象とした勉強会を開催

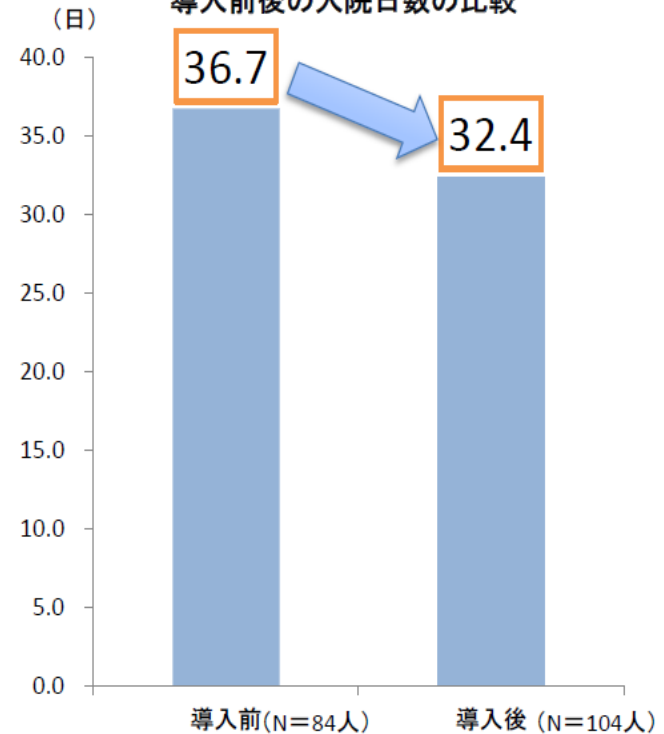
ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 - 日本理学療法士協会提供資料-

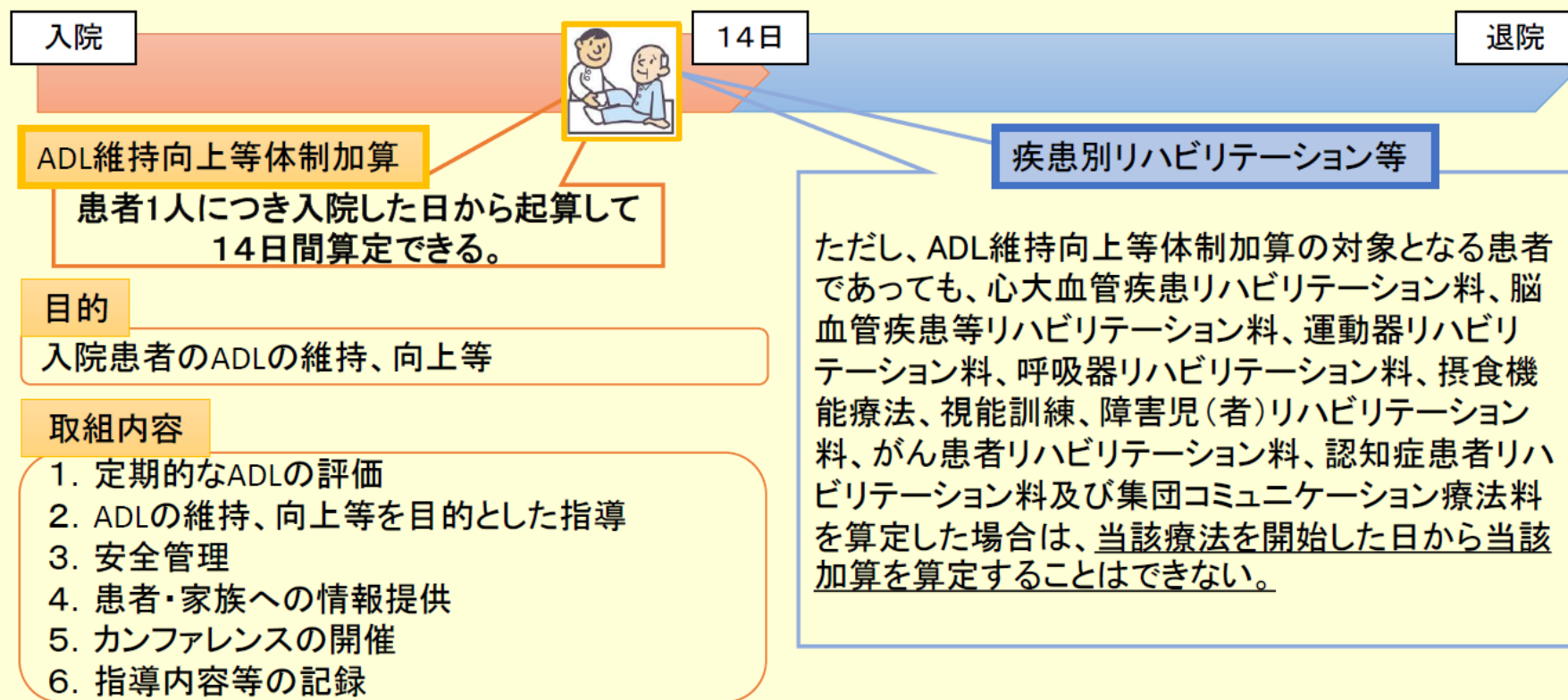
・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

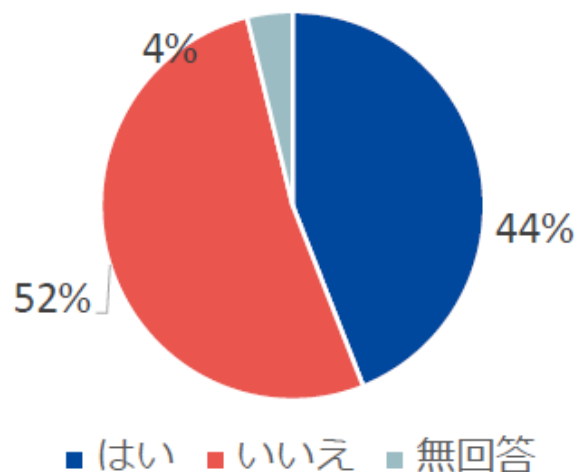
診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

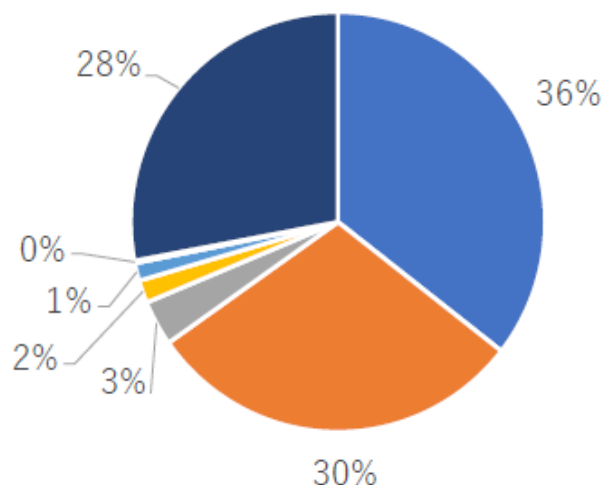
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



- 脳血管疾患等リハビリテーション
- 運動器リハビリテーション
- 廃用症候群リハビリテーション
- 心大血管疾患リハビリテーション
- 呼吸器リハビリテーション
- がん患者リハビリテーション
- 分からない

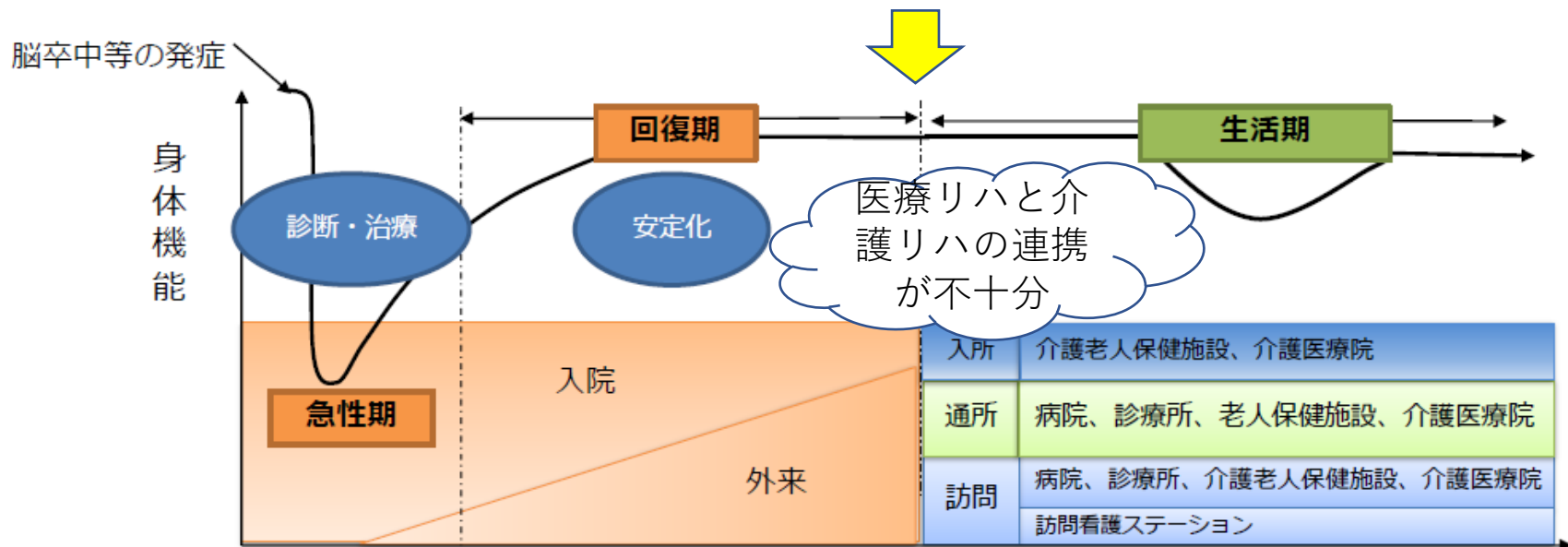
医療機関からリハビリテーション
実施計画書を入手したか

		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 54.3%	181 45.7%	<0.001
	いいえ	48 26.8%	131 73.2%	

p-value*

*Fisherの正確検定

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



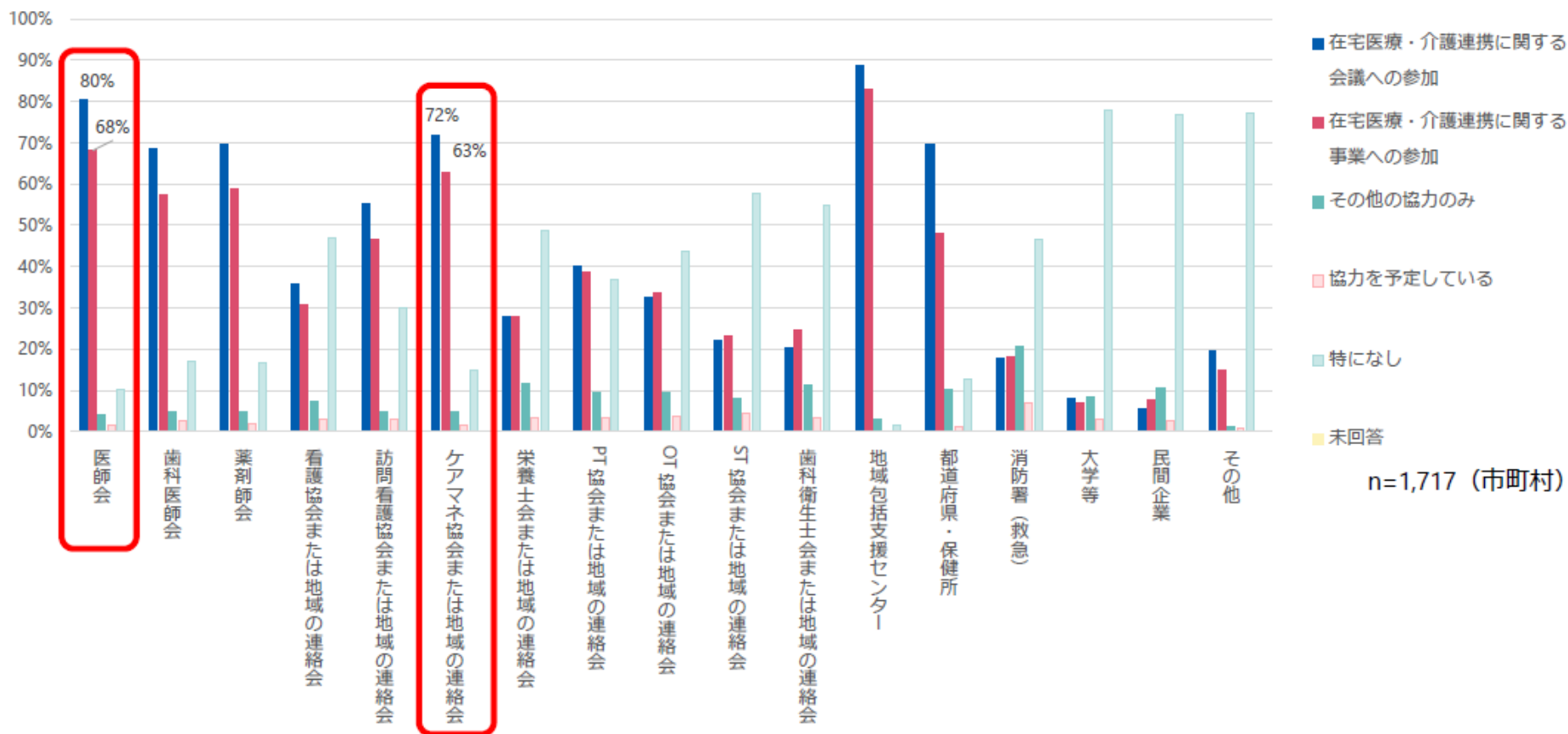
役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

パート4 主治医とケアマネの連携



在宅医療・介護連携に関する市町村単位での関係団体との協力状況

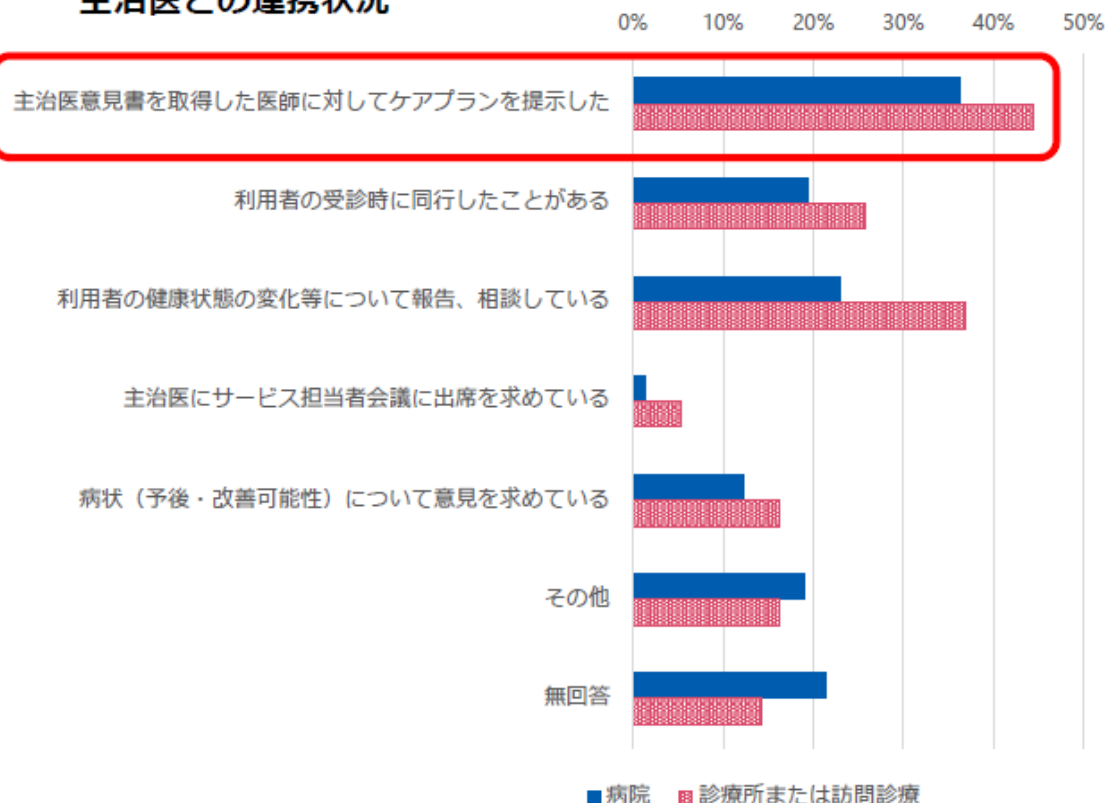
○ 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターに次いで、医師会とケアマネ協会が協力しており、団体単位での連携は一定程度行われてきている。



主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

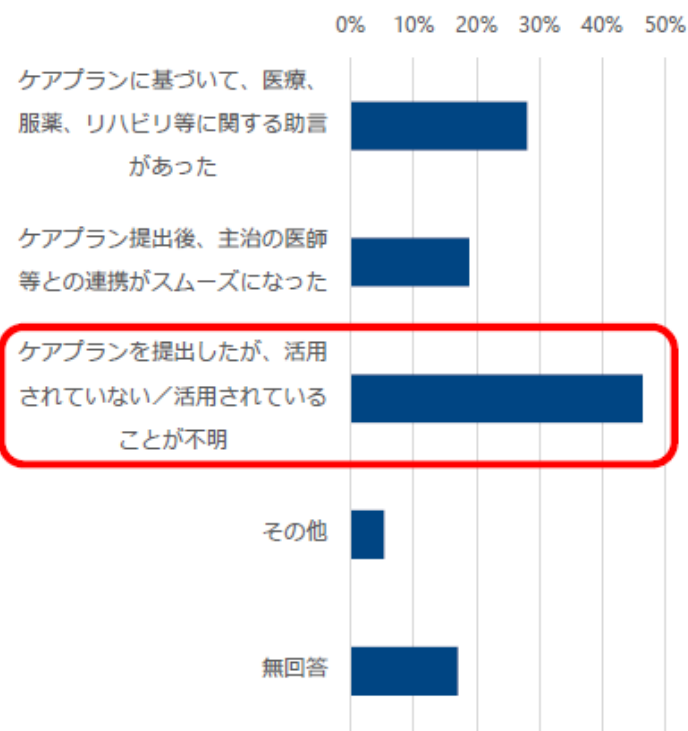
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感している。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



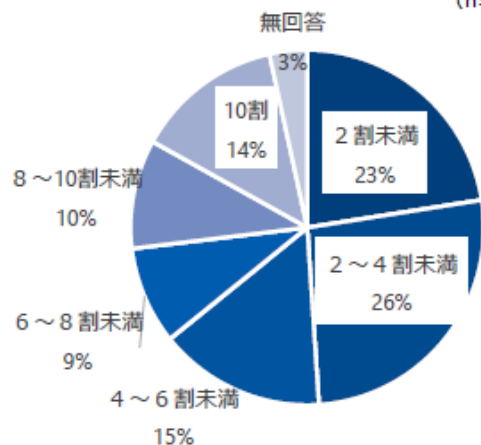
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

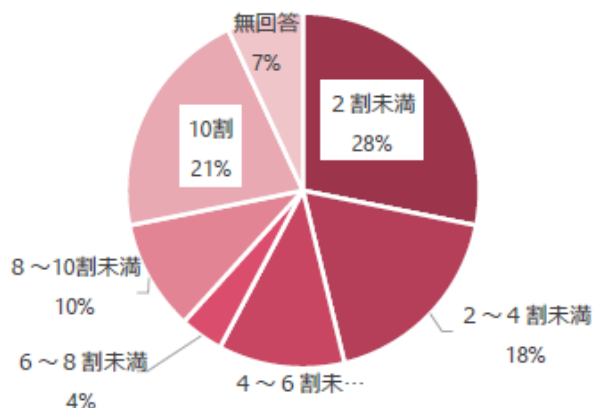
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



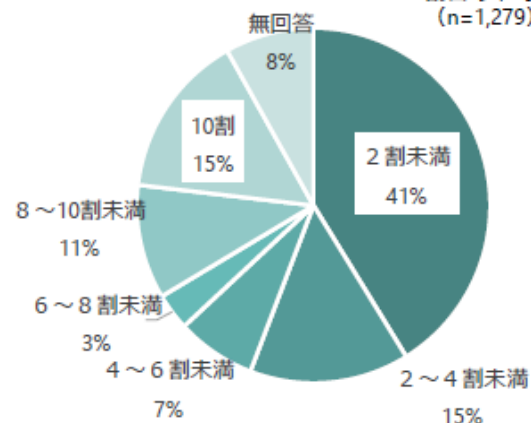
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

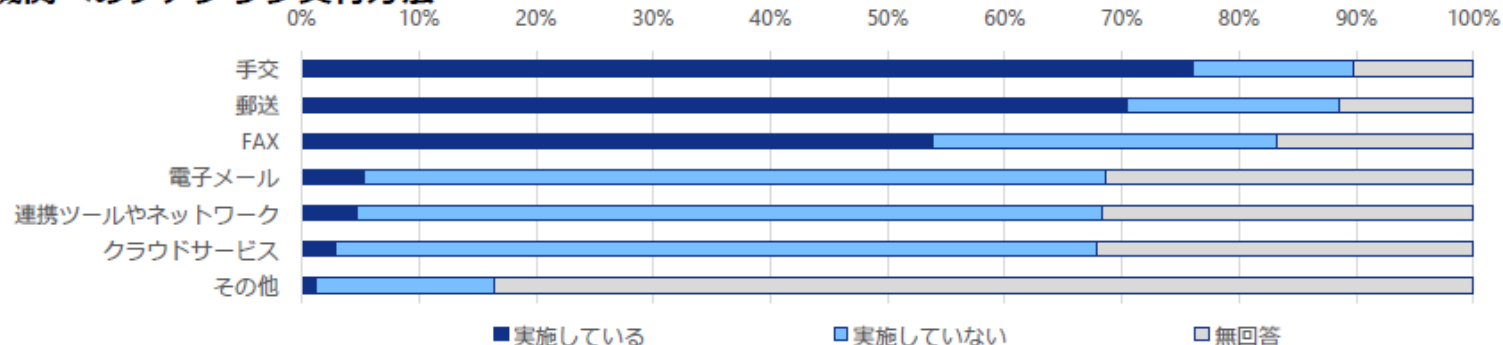


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



■ 医療機関へのケアプラン交付方法

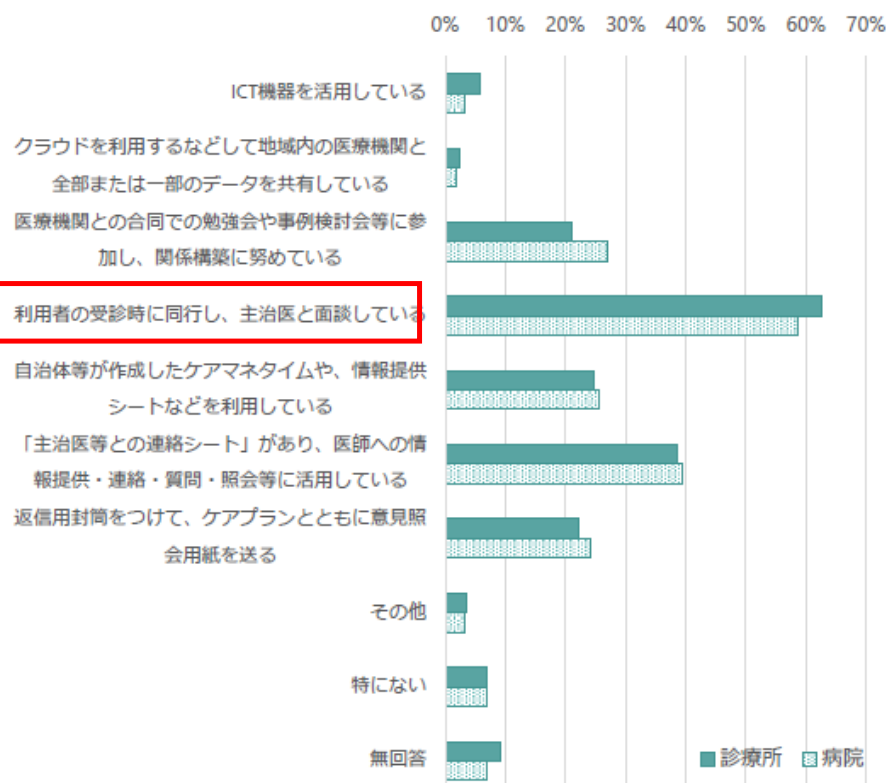
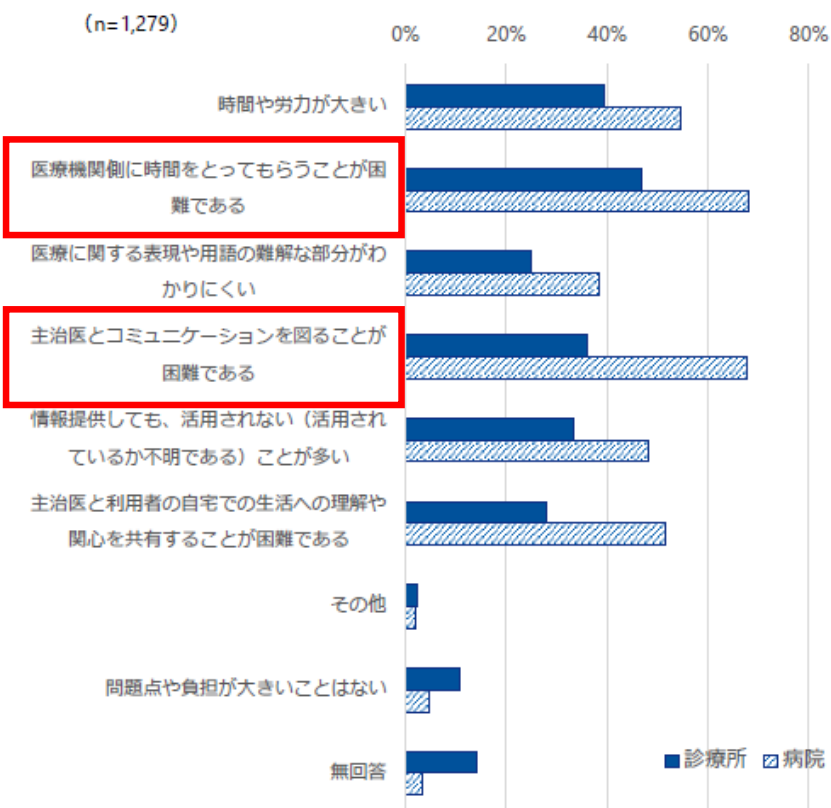


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■ ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

■ 医療機関との情報共有における工夫



主治医とケアマネの連携

外来受診時にケアマネが同行
訪問診療時にケアマネが同行



ケアマネ

パート5 医療・介護DX



医療DX推進本部がスタート



医療DX推進本部初会合 2022年10月12日

医療DX推進本部の課題

- ①全国医療情報プラットフォーム
- ②電子カルテ情報の標準化

①全国医療情報プラットフォーム

「全国医療情報プラットフォーム」のイメージ



「全国医療情報プラットフォーム」

マイナポータル経由で本人閲覧可能

- ・薬剤等(レセプト)
- ・特定健診

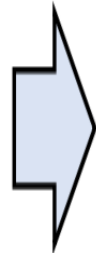
医療
保険者

- ・自治体検診
- ・予防接種

自治体

- ・カルテ(3文書6情報)
- ・電子処方箋

医療機関等



登録等

支払基金・国保
中央会
(オンライン資格
確認システム)



本人同意の
下、閲覧可
能

医療機関等

医療機関等

医療機関等

クラウド

オンライン資格確認制度

全国で医療情報を確認できる仕組み



マイナンバーカードの普及率50%

顔認証付きカードリーダーにおける 「患者の本人確認」と「薬剤情報等の閲覧の同意取得」について

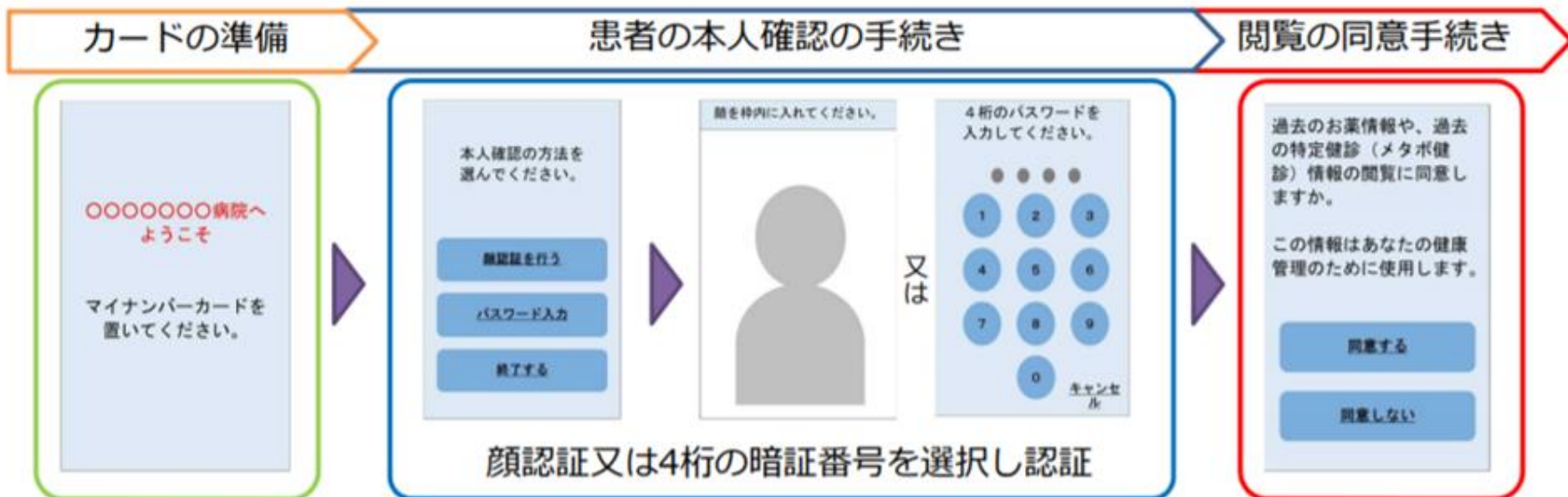
- マイナンバーカードの保険証利用において、顔認証又は4桁の暗証番号により本人確認ができる。
- 医療機関等が薬剤情報・特定健診情報の閲覧する際は、同意意思を明示的に確認した上で患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保している。
(過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み)

<顔認証付きカードリーダーのイメージ>



本人の閲覧同意があれば、
全国で医療情報を確認できる仕組み
まだ医療機関の利用は2割程度

<ディスプレイの画面遷移>



顔認証又は4桁の暗証番号を選択し認証

3. メリット：薬剤情報・特定健診情報の閲覧①

オンライン資格確認を導入いただければ、患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧することができます。患者の意思をマイナンバーカードで確認した上で、有資格者等（薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等）が閲覧します。

※ 特定健診情報は令和3年3月から、薬剤情報は令和3年10月から閲覧可能

<閲覧イメージ>



薬剤情報/特定健診情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診情報を閲覧



有資格者等とは

医師・歯科医師・薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている。

薬剤情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
診療月	入/外/調	処方日	処方薬の場合 調剤日	用法	特別指示	内服/外用/注射	薬剤名(商品名)	薬剤名(一般名)	数量	回	単位数
10月	外来	5日	-	-	-	内服	ガスター-D錠20mg	ファモジン錠	2錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	内服	プロレス錠12 12mg	カンテサルタンシキセル錠	1錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	外用	リンデロン-VG軟膏0.12%	ベタメタゾン古草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏	5g	1	
10月	外来	5日	-	-	-	注射	アミノピロ注	アリスルチアミン塩酸塩注射液	1管	1	
10月	調剤	6日	6日	1日1回朝食後	-	内服	アースト錠10mg	カルベジロール錠	1錠	23	
10月	調剤	6日	6日	-	痛みが強い時は1日2錠	内服	ロキソロロンNa錠60mg	ロキソロロンナトリウム水和物錠	23錠	1	
10月	調剤	18日	18日	1日3回食後	-	内服	コペジンカプセル10mg	コペジンカプセル	3カプセル	23	
10月	調剤	30日	30日	1日1回夕食後	-	内服	エースール錠2mg	アモカプリル塩酸塩錠	1錠	23	
11月	入院	5日	-	-	-	内服	リンネキサー錠250mg	アシルフェニシカルバミン酸エステル錠	2錠	1	

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

特定健診情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
身体計測	身長	170.08	血中脂質検査	中性脂肪	140						
	体重	63.6		HDLコレステロール	125						
	腹囲	79.5		LDLコレステロール	154						
	BMI	21.8		血糖検査	空腹時血糖	97					
血圧等	血圧	67~106	HbA1C		5.1						
	肝機能検査	GOT(AST)	23	随時血糖	120						
GPT(ALT)		22	血清学検査	CRP	0.07						
LDH		160		RF定量	3未満						

特定健診情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

薬剤情報の閲覧イメージ（1）

作成日：2022年1月8日

2/4ページ

薬剤情報一覧

作成日：2022年1月8日

1/4ページ

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	98765432
氏名	三機龍太郎	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
		検索	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。
(紙レポー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)		調剤数量 *4		
				【用法】*3	【1回用量】*3			
21年11月 28日	(001) 他院	院内	1.	セロクエル100mg錠 (クエチアピン fumarate)	1錠 30日分			
				アエル25mg錠 (ジアピン fumarate)	2錠 30日分			
				3. ヒルナミン錠 (25mg) (レボメプロランマレイン酸塩)	1錠 30日分			
				4. 向ラントセン錠 2mg (ラモトリジン)	1錠 30日分			
				5. フルニトラゼパム錠 2 (フルニトラゼパム)	1錠 30日分			
				6. マグミット錠 500mg (酸化マグネシウム)	1錠 30日分			
	(002) 他院	院外	1.	ツロプアールテープ 2mg「サワイ」 (ツロプテロール)	1テープ 30日分			
				14日 (003) 他院	院内	1.	カルバマゼピン錠 200mg「アメル」 (カルバマゼピン)	1錠 30日分
				mg「NP」 (メチルメチル)	1錠 28日分			
				4. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物)	1錠 28日分			
				5. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン)	6錠 28日分			

「調剤年月日」
検索した期間で最新の順で表示

「医薬品名」
実際に調剤された薬剤名

「成分名」
調剤された薬剤名

「医薬品記号」
・麻薬の場合：麻)
・毒薬の場合：毒)
・覚醒剤原料の場合：覚)
・向精神薬の場合：向)
を表示

「処方医療機関識別」
・自院か他院かの把握可能
・処方された機関を識別する番号が付与

「用法、用量」
いつ、どれだけ服用するか等表示

「調剤数量」
実際に調剤された数量を表示

調剤 年月日	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)		調剤数量 *4
				【用法】*3	【1回用量】*3	
21年11月 10日	(004) 他院	入院	1.	ソリュゲンF注 500mL (酢酸リンドル)	1瓶 1回	
				注 TN 50mL (注射液)	2キット 1回	
				ハイドロコトシ注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	3瓶 1回	
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回	
8日	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠 200mL (維持液)	1袋 2回	
				2. リンデロン注 2mg (0.4%) (ステルナトリウム)	1管 2回	
				mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回	
				注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回	
				200mL	1袋 2回	
				2. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回	
				3. 水溶性ハイドロコトシ注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回	
5日	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠 200mL (維持液)	1袋 1回	
				2. 水溶性ハイドロコトシ注 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 1回	
4日	(004) 他院	入院	1.	ボスミン注 1mg 0.1% 1mL (アドレナリン)	1管 1回	
				2. ソルデム3A錠 200mL (維持液)	1袋 1回	
				3. リンデロン注 2mg (0.4%) (ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム)	2管 1回	
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回	
1日	(005) 自院	院内	1.	メジコン錠 15mg (ジキストロメトランファン臭化水素酸塩水和物)	3錠 3日分	
		院外	2.	メプテンアール 10μg 吸入 100回 0.0143% 5mL (ブロカテロール塩酸塩水和物)	1キット 1処方分	

「処方区分」
・入院、院内、院外のいずれかで調剤されたかを表示

「使用区分」
・内服、外用、屯服※、注射、在宅のいずれの区分かを表示
※屯服：決まった時間ではなく、発作時や症状のひどいときなどに服用すること

--- 次頁へ続く ---

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関等のシステムにより見え方は異なる。

特定健診情報の閲覧イメージ

特定健康診査受診結果

作成日：2026年5月25日 1/3ページ

労働安全衛生法に基づく健康診断（事業者健診）等を受診した際、特定健康診査の基本項目を実施し、かつ事業者が保険者にその結果を提供している場合、特定健康診査として記録が表示されます。

資格情報

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	06999999
氏名	三機能太郎	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	51歳
		枝番	01

特定健診情報

実施日	2025/09/21
既往歴 (医師記載)	高血圧
自覚症状 (医師記載)	体がだるい めまいがする
他覚症状 (医師記載)	特記すべきことなし

実施日	受診動員判定値*1	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06
身長		173.6	173.8	173.5	173.2	173.6
体重		76.2	74.5	72	74.4	76.2
BMI		25.2	24.7	23.9	24.8	25.2
内臓脂肪面積*2		—	—	—	—	—
収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 142	▲ 144	▲ 168	▲ 150	132
拡張期血圧	▲ 90 以上	78	71	▲ 103	▲ 91	78
中性脂肪	▲ 300 以上	144	132	102	132	144 ※
HDL-C	▽ 34 以下	44	50	53	50	▽ 33
LDL-C	▲ 140 以上	127	132	134	132	127
Non-HDL-C	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
GOT	▲ 51 以上	22	16	23	16	22
GPT	▲ 51 以上	43	31	36	31	43
γ-GTP	▲ 101 以上	43	33	31	33	43
空腹時血糖*4	▲ 126 以上	89	90	91	90	89
HbA1c*4	▲ 6.5 以上	5.3	5.2	5.2	5.2	5.3
随時血糖*4	▲ 126 以上	—	—	—	—	—
尿糖		(-)	(-)			
尿蛋白		(+)	(+)			
赤血球数		490	490			
血色素量	▽ 男 12.0 以下 ▽ 女 11.0 以下	16.2	15.7			
ヘマトクリット値		46.5	46.2			
血清クレアチニン値		1.15	1.09			
eGFR	▽ 45.0 未満	52.7	56.2	55.1	0	52.7



*1~*4 別紙「説明」を参照
※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている特定健康診査受診結果通知表の結果と異なる場合があります。

作成日：2026年5月25日 2/3ページ

実施日	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06	
心電図検査	所見なし	所見なし	所見なし	—	要精密検査心臓超音波	
詳細項目	キースワグナー分類	0	1	1 a	—	—
	シェイエ分類：H	0	1	2	—	—
	シェイエ分類：S	0	1	2	—	—
	SCOTT分類	1 (a)	1 (b)	1 1	—	—
	Wong-Mitchell分類	所見なし	軽度	中等度	—	—
眼底検査	網膜症なし	単純網膜症	増殖前網膜症	—	—	
その他の所見	—	—	—	—	左側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い 右側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い	
質問票（※1）	血圧を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	血糖を下げる薬・インスリン注射	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	コスタール・中性脂肪を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	既往歴(脳卒中)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(心臓病)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(腎不全・人工透析)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	医師に貧血といわれたことあり	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	喫煙	いいえ	いいえ	はい	はい	はい
	20歳から体重が10kg以上増加	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	30分以上の運動(週2回1年以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行・身体活動を1日1時間以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行が速い(同年齢同性と比較)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	—	何でもかんで食べる
	人と比較して食べる速度が速い	ふつう	ふつう	ふつう	—	ふつう
	就寝前2時間に夕食(週3回以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	—	ほとんど摂取しない	
朝食を抜くことが週3回以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
飲酒	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	—	ほとんど飲まない	
飲酒量	2~3合未満	2~3合未満	2~3合未満	—	2~3合未満	
睡眠で休養が十分とれている	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
生活習慣の改善	既に取組(6ヶ月以上)	既に取組(6ヶ月以上)	既に取組(6ヶ月以上)	—	既に取組(6ヶ月以上)	
保健指導の希望	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
※2) リスクド・ロム判定*5	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	
保健指導レベル*6	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	

(注1)質問票は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の「標準的な質問票」から引用、*5~*6 別紙「説明」を参照

実施日	2025/09/21
医師の判断	高血圧 主治医の指示に従って治療をお続け下さい。

全国医療情報プラットフォーム とはEHRのこと

EHR (Electronic Health Records)とは・・・

健康情報や電子カルテ等の情報を集め、一定の形式で要約し、継続的に蓄積し、全国的な規模の情報ネットワークを通じて活用できるようにした情報プラットフォームのこと

全国医療情報プラットフォーム

②電子カルテ情報の標準化



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

- 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。

HL7FHIR

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

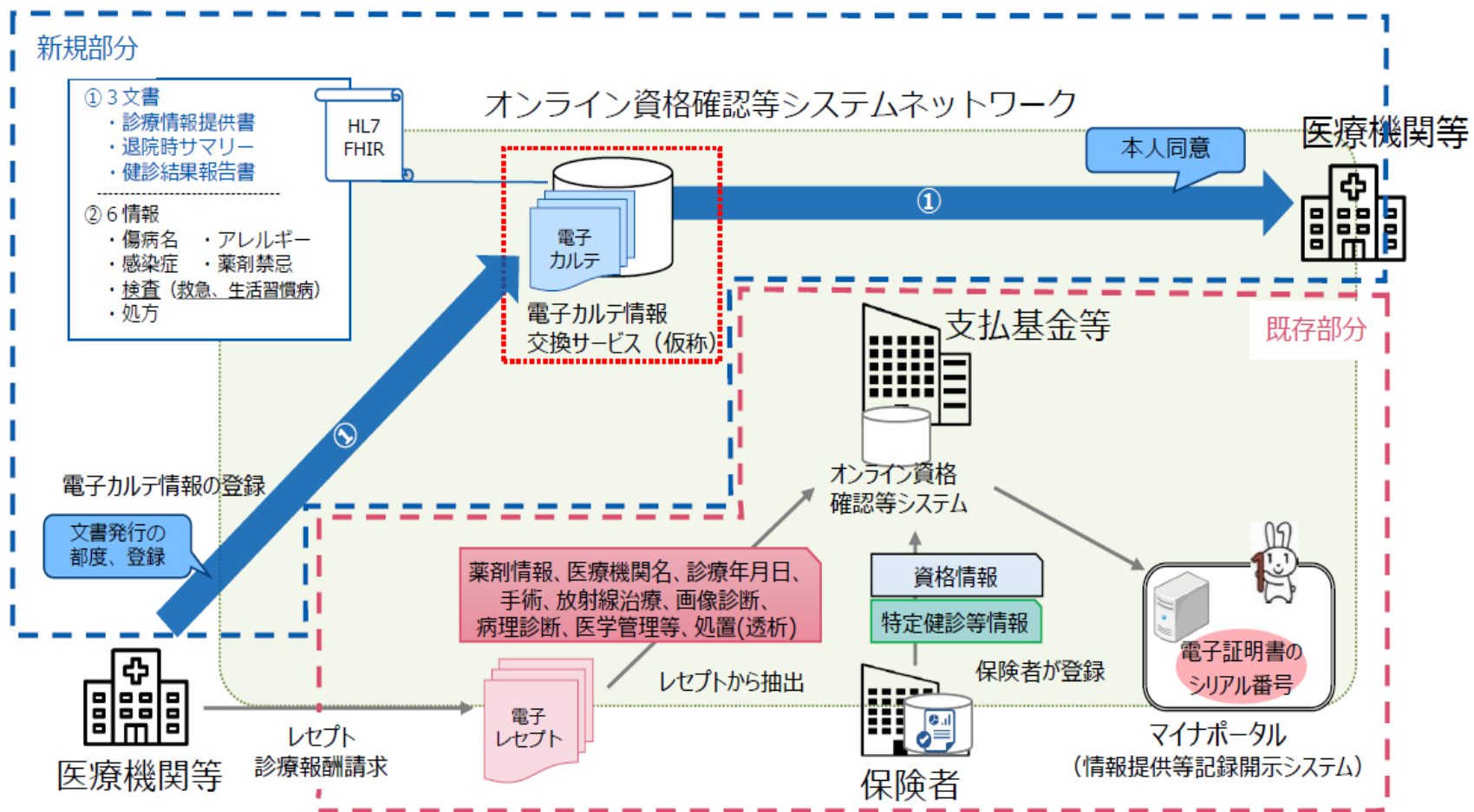
上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③電子処方箋、④健診結果報告書

※ 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。

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。

考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

電子カルテシステム等の普及状況の推移

電子カルテシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年 2017年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)

オーダリングシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別		
		400床以上	200～399床	200床未満
平成20年	31.7% (2,448/7,714)	82.4% (593/720)	54.0% (745/1,380)	19.8% (1,110/5,614)
平成23年 (※3)	39.3% (2,913/7,410)	86.6% (606/700)	62.8% (827/1,317)	27.4% (1,480/5,393)
平成26年	47.7% (3,539/7,426)	89.7% (637/710)	70.6% (946/1,340)	36.4% (1,956/5,376)
平成29年	55.6% (4,088/7,353)	91.4% (645/706)	76.7% (1,021/1,332)	45.6% (2,422/5,315)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

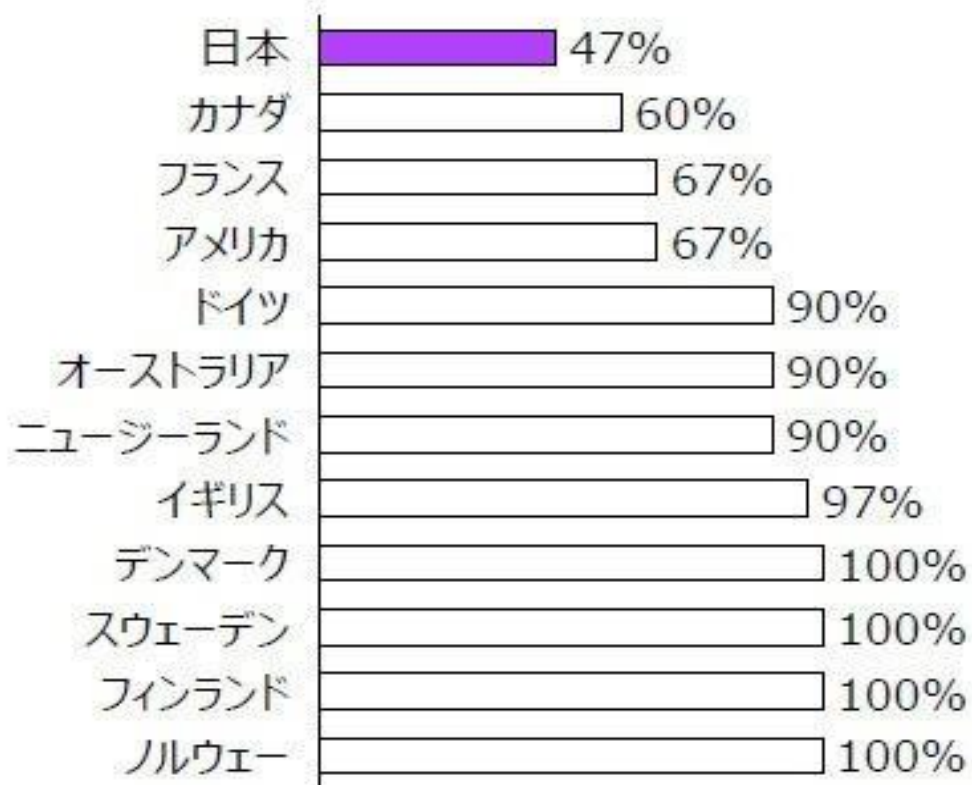
(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

出典：医療施設調査(厚生労働省)

電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、海外に比べて低い¹



¹2017年時点の、電子カルテ普及率の国際比較

アクセンチュア資料より

電子カルテの普及

- 医療DX令和ビジョンでは2026年までに80%、2030年までに100%を目指すこととしている。
- そして標準化された電子カルテの普及には一般診療所や非DPC病院向に低廉で安全なHL7FHIRに準拠したクラウド電子カルテの開発と普及が必要だと述べている。
- このためには補助金などの施策が必要としている。

全国医療情報プラットフォーム
の実現には

HL7FHIRに準拠した
電子カルテの普及が必須

介護DX





2020年2月20日

第7回医療・介護ワーキング・グループ 提出資料

介護分野における規制緩和・ 手続簡素化について

2020年2月20日

日本商工会議所 社会保障専門委員会 委員

東京商工会議所 社会保障委員会 委員

東京商工会議所荒川支部 小売・サービス分科会 副分科会長

有限会社ケア・プランニング 代表取締役

中原 修二郎

Ⅱ. 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過②



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況①



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況②



①指定申請関連

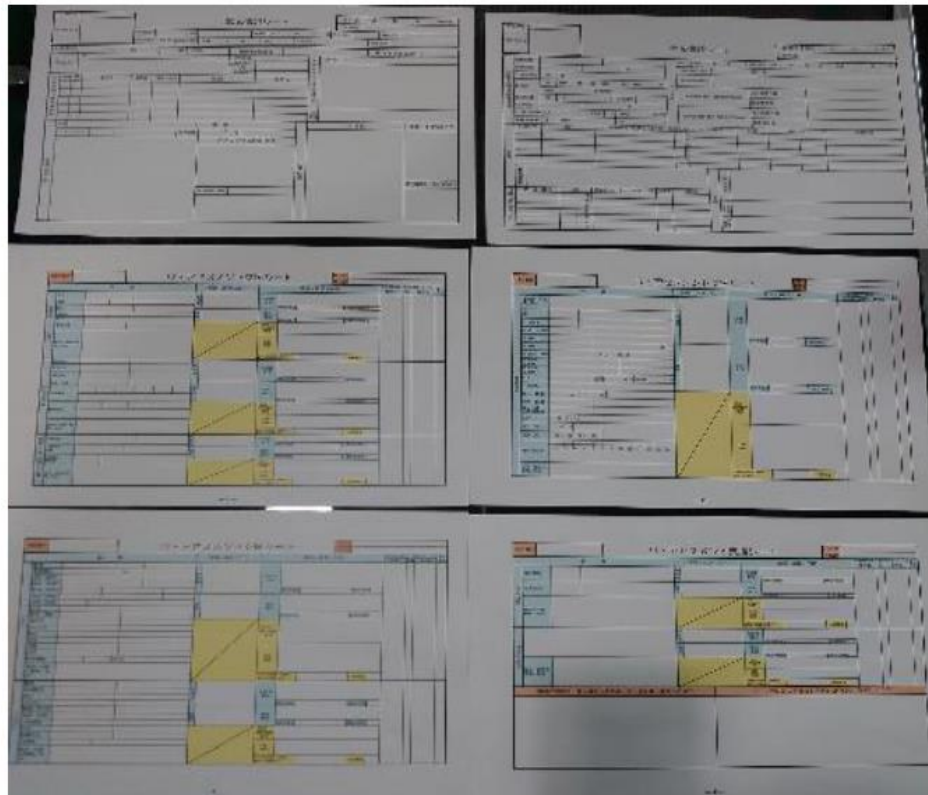
(事業所の人員・設備基準等)

②報酬請求関連 (加算要件等)

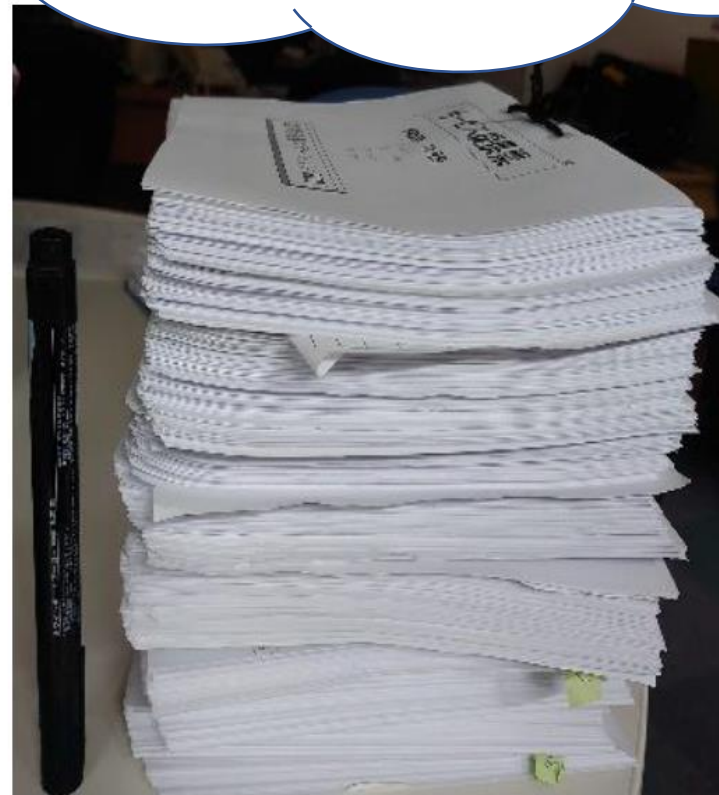
指導監査関連

③ケアプラン関連文書など

IV. 必要書類の種類・分量・流れ③



東京都書式「基本情報シート」と「リ・アセスメント支援シート」



1か所のサービス事業所に届く提供票 (1年間分)

V. 現状の課題と解決策1-①

【課題】

○介護ソフトごとにフォーマットが違い、互換性もない。

このため、ソフトを変える場合のデータ移行はほぼ手作業。

○例えば、AケアプランセンターとB訪問介護事業者が違う介護ソフトを使用している場合、データのやり取りは不可。

このため、ケアプラン・個別計画書・モニタリング報告書・サービス利用票・提供票・実績情報などがソフト上で共有できず、結果として紙媒体でやり取りし、それぞれの事業所で手入力したうえで保管している。

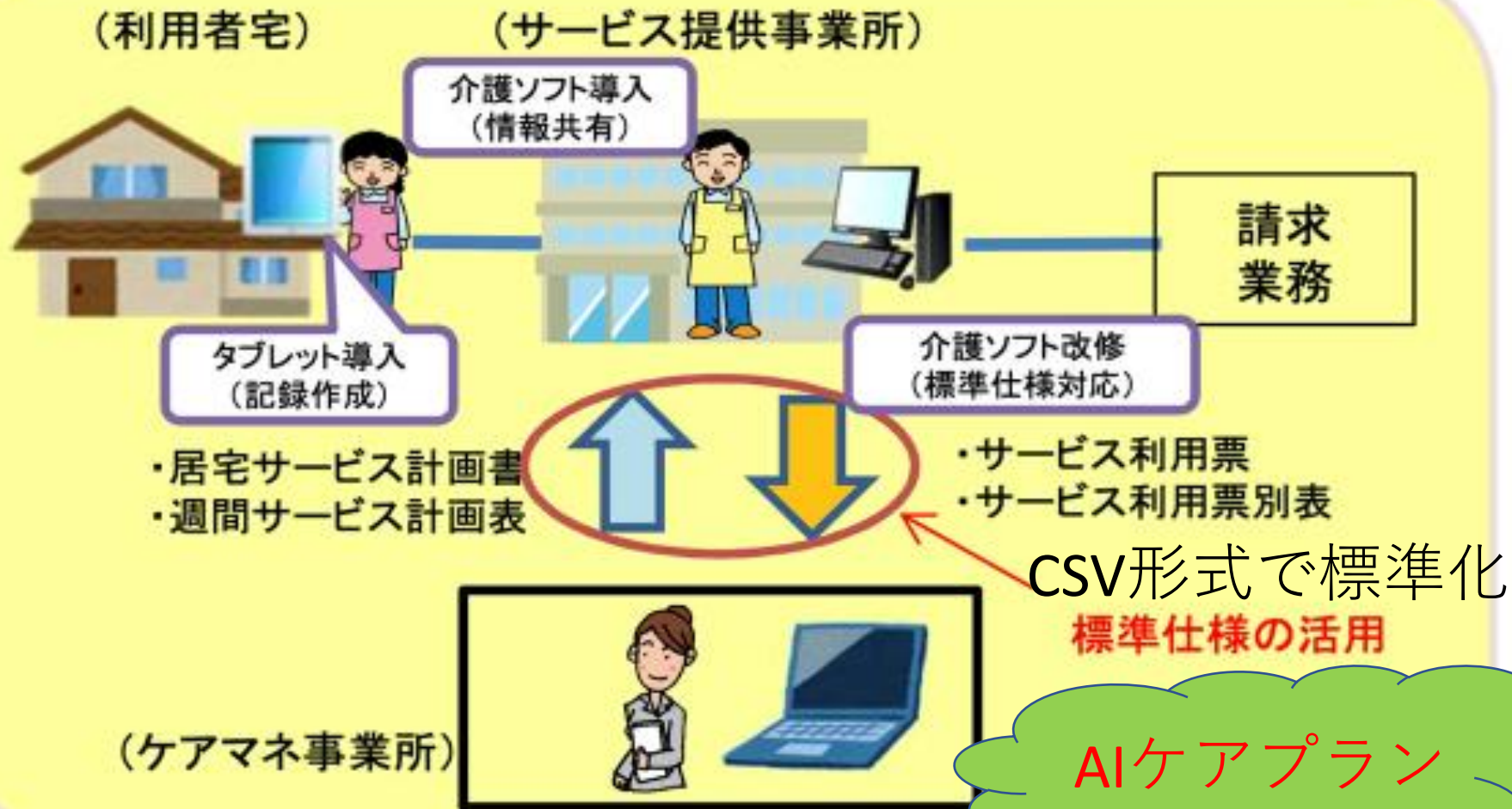
結果的に、介護サービス事業所が毎月受け取り、保管する書類が膨大になり、ペーパーレス化は進まない。

○ケアマネージャー側の実績入力は、
(事業所のご利用者数) × (利用しているサービス事業所)
になり、膨大な作業量になる。

事務員を雇用する費用は介護報酬には含まれていないため、ケアマネージャーが相当な時間を割いて行っているのが現状。

→利用者へ対応する時間が圧迫される。

事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、 職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



<例:訪問介護サービスの場合>

介護情報利活用に関するワーキンググループの設置趣旨

- データヘルス改革に関する工程表においては、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みを整備する（2024年度以降に順次閲覧開始）とともに、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするためのシステム開発を行う（2024年度～）こととされている。
- これまで、科学的介護情報システム（LIFE）を開発・運用し、利用者ごとの介護情報の収集に取り組むとともに、老人保健健康増進等事業「自身の介護情報を個人・介護事業所等で閲覧できる仕組みについての調査研究事業」を実施し、介護事業所や介護記録システムの主要ベンダへのヒアリング等を行ってきた。
- 一方で、改革工程表に記載された事項の検討を進める上では、以下の課題があり、関係団体や学識経験者を含めた幅広い関係者による議論を深める必要がある。

（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

- 利用者自身や介護事業者が共有することが適切かつ必要な情報を選定する必要がある。
- 介護事業所間で、情報を共有することが可能となるよう、記録方法等の標準化を進める必要がある。

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

- 介護情報を利用者自身が閲覧、又は介護事業所間で共有するためには、顕名情報を収集し共有する仕組みを整備する必要がある。



介護情報の利活用に関するWG

- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

介護情報利活用ワーキンググループにおける対応方針（案）

- 介護情報のうち、全国医療情報プラットフォームを用いて共有することを目指す情報は、当面の間、以下のいずれの要件も満たすものとしてはどうか。

①本人が閲覧したり、介護事業者間、市区町村等で共有することが有用と

考えられる情報

- ・利用者の自立支援・重度化防止に向けて、本人や専門職等が共有することが有用な情報
- ・地域の実情に応じた介護保険事業の運営に有用な情報

②記録方法や様式がすでに一定程度、標準化されている情報

- 上記の要件を満たすものとしては、具体的には以下の項目などが実現性のあるものとして考えられるのではないか。

- ・要介護認定情報
- ・請求・給付情報
- ・LIFE情報
- ・ケアプラン

- これらの情報には、それぞれ様々な様式や内容が含まれるため、①閲覧・共有する具体的な情報の範囲及び②必要な標準化方策については、個別に検討が必要。



まとめと提言

- 2025年、2040年は後期高齢者が激増する
- 急性期病床が後期高齢者であふれる
- 対応は地域包括ケア病棟、医療療養、介護医療院、老健の医療ショートでも後期高齢者の軽症、中等症の救急患者を受け入れるべき
- 主治医とケアマネ連携が大事
- 医療介護DXは情報交換規格と連携情報の標準化から

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

