



JUNE 2023

① 新型コロナ「5類」移行に伴う 医療提供体制や診療報酬上の特例などの見直し

Point 1

新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）の感染症法上の位置づけが、5月8日から季節性インフルエンザなどと同じ5類に変更された。

Point 2

これに伴い、医療提供体制や新型コロナ対応の特例的な診療報酬の取り扱いなどについても見直された。

医療提供体制を2024年に向けて段階的に移行

新型コロナの感染症法上の位置づけが5月8日から5類に変更になり、医療提供体制も通常体制に戻していくこととなります。それに伴い、診療報酬上の臨時的な取り扱いや補助金なども見直されることになりました。本稿では、その見直し内容のうち、入院・外来に焦点をあて整理していきます。

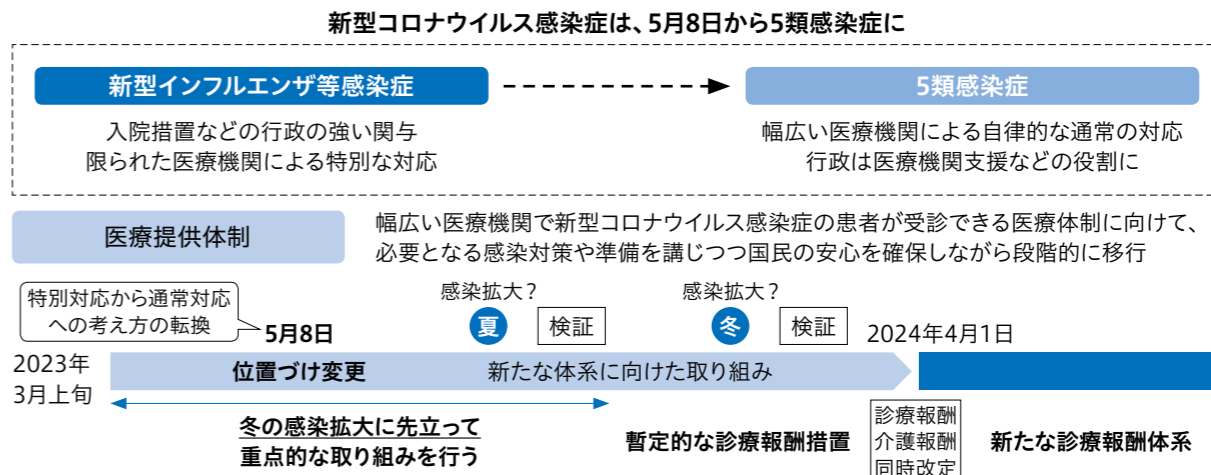
国の資料では、5類移行後は「幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行」していくことを基本的なスタンスとしています。特に、今年の夏・冬には新たな感染拡大が生じる可能性があります。そのため見直し内容は、その都度検証し、必要に応じて対応を図るとしています。また2024年度の診療報酬改定では、新型コロナ対応を組み込んだ報酬体系を構築する方針であり、新型コロナ対応の医療提供体制を解消する時期として2024年度が念頭に置かれていることがわかります(図表1)。

具体的な医療提供体制として、外来では、対応医

療機関を現状の約4.2万から最大6.4万まで増やすとしています。そのための措置の1つとして応招義務が整理されました。具体的には、位置づけ変更後は、「患者が発熱や上気道症状を有している」、または「新型コロナに罹患している若しくはその疑いがある」ということのみを理由とした診療の拒否は、「正当な事由」に該当しないことが明確化されました。発熱等の症状を有する患者を受け入れるための適切な準備を行い、それでもなお診療が困難な場合には、少なくとも診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨するなどの対応が必要となります。

入院では、対応医療機関を現状の約3,000から、約8,200のすべての医療機関が対応する体制を目指しています。具体的には、①約3,000の重点医療機関等は重症・中等症Ⅱの患者に重点化、②これまで受け入れ経験のある重点医療機関以外の医療機関(約2,000)に対しては、軽症・中等症Ⅰの患者の受け入れを積極的に促す——としています。特に、高齢者を中心に「地域包括ケア病棟」などでの受け入れを推進する考えです。そして、③これまで受け入れ経験のない医療機関については受け入れを促す——としています。

■ 図表1 新型コロナ位置づけの変更に伴う医療提供体制等の見直しのポイント



■ 図表2 位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し(外来・入院・入院調整)

	現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
外来	約4.2万の医療機関	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策について効率的な対応へ見直し ・設備整備や個人防護具の確保などの支援 ・応招義務の整理(コロナへのり患またはその疑いのみを理由とした診療拒否は「正当な事由」に該当しないことを明確化) <p>⇒診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関に周知 定期的に対応医療機関数を把握・進捗管理しながら、維持・拡大</p> <p>※医療機関名の公表は当面継続(冬の感染拡大に先立って対応を検証) ※重症化リスクの低い者の自己検査・自宅療養(含む自己検査キット・解熱鎮痛剤常備)、 受診相談センター等の取り組みは継続</p>
入院	約3,000の医療機関	約8,200の全病院での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の外来と同様の取り組みに加え、4月中に、各都道府県で9月末までの「移行計画」を策定し、新たな医療機関による受け入れを促進 ①確保病床を有していた重点医療機関等(約3,000) ⇒重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す ②これまで受け入れ経験のある重点医療機関等以外の医療機関(約2,000) ⇒軽症・中等症Ⅰ患者の受け入れを積極的に促す 特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」等での受け入れを推進 ③これまで受け入れ経験のない医療機関⇒受け入れを促す <p>※廃止となる臨時的医療施設(新型インフルエンザ特別措置法)のうち必要なものはその機能を当面存続</p>
入院調整	都道府県 保健所設置市 特別区	原則、医療機関間による調整	<ul style="list-style-type: none"> ・病床状況の共有のためのG-MISなどITの活用推進 ・円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す(病床逼迫時等に支援) ・まずは軽症・中等症Ⅰ患者から医療機関間の調整を進め、秋以降、重症者・中等症Ⅱ患者の医療機関間の調整を進める ・妊産婦、小児、透析患者は、都道府県における既存の調整の枠組みに移行

(「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医療提供体制及び公費支援の見直し等について(情報提供)」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/001070769.pdf>)) ※図表1・2ともに

入院調整は原則、医療機関間での調整となりますが、円滑な移行に向け、行政による調整の枠組みを残し、病床逼迫時に支援する考えです。また病床状況の共有のため、各地域でこれまで構築してきたシステムの活用を推進するとともに、G-MIS(注)の

入力項目の簡素化等の改良も行うとしています(図表2)。

(注)「医療機関等情報支援システム」の略。全国の医療機関から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器や医療資材の確保状況等を一元的に把握・支援する。

**新型コロナの診療報酬上の
特例も見直される**

新型コロナ患者の重症者の特定集中治療室管理料など特定入院料については、通常の3倍の点数が算定できる特例が講じられてきましたが、5類に変更後は、各点数の1.5倍の評価に見直されました。また中等症の新型コロナ患者への急性期一般病棟での入院医療において、救急医療管理加算の4～6倍の点数が算定できる特例も、2～3倍の点数に変更となり、1,900～2,850点となります。一方、新型コロナ患者に対する診療で、介護保険施設等からの患者等を、リハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合の加算として、950点の加算が新たに設けられました。

続いて外来について、感染対策を講じた上での新型コロナ疑い患者に対する診療で「院内トリージ実施料」(300点)を算定できる特例は、「対応医療機関の枠組みを前提とし、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」に該当すれば、引き続き算定できるとしています。具体的には、「受入患者を限定しない形での受け入れを開始する時期(例:令和5年〇月〇日)を示した文書を、院内に掲示すること」としています。上記の対応をせず院内感染対策のみを実施する場合は、「特定疾患療養管理料(100床未満の病院)」(147点)となります。一方で、発熱外来を標榜・公表している場合に算定できた二類感染症患者入院診療加算(250点)(3月は147点)の特例は、廃止となりました。

また初診を含め新型コロナ患者を診療する場合には、救急医療管理加算1(950点)を算定できる特例は、147点に減点されます。ただし、新型コロナ患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関

に対し診療情報を示す文書を添えて患者紹介を行い、診療情報提供料(1)を算定する場合には、救急医療管理加算1(950点)を算定できることになりました(図表3)。

さらに新型コロナウイルス感染症から回復した患者であって、新型コロナ患者と診断後3か月以上経過、かつ罹患後症状が2か月以上持続している患者に対しては、3月に1回限り特定疾患療養管理料(147点)が算定できることが示されました。算定の際には、「罹患後症状のマネジメント(第2版)」を参考とした診療(電話や情報通信機器を用いた診療を除く)を通じて、今後の診療方針を判断し、必要に応じて精密検査や専門医への紹介を行うことが要件となります。なお、算定するためには、都道府県が公表している「罹患後症状に悩む方の診療を行っている医療機関」のリストに、掲載されている必要があります。

**患者負担は期限を区切った
一定の公費支援に**

患者等に対する公費支援についても、5類変更後は取り扱いが変わることになります。外来では、新型コロナ治療薬(経口薬:ラゲプリオ・パキロビッド、ゾコーバ/点滴薬:ベクルリー/中和抗体薬:ロナプリーブ、ゼビュディ、エバジェルド)が公費となります。また新型コロナ治療のための入院医療費は、急激な負担増を避けるため、高額療養費の自己負担限度額から2万円(2万円未満の場合はその額)が減額されることとなります。これらの措置は、夏の感染拡大への対応としてまずは9月末までとし、その後については、感染状況等や他の疾患との公平性も考慮しつつ、その必要性を踏まえて取り扱いを検討するとしています。なお、検査費用の公費支援は、終了となりました。

図表3 新型コロナの診療報酬上の特例の見直し(入院・外来を抜粋)

対応の方向性・考え方	現行措置(主なもの)	位置づけ変更後(2023年5月8日～)	
入院	●入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し ●介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 ICU等の入院料:3倍 (+8,448～+32,634点/日) ②中等症患者等 救急医療管理加算:4～6倍 (3,800～5,700点/日)	①重症患者 ICU等の入院料:1.5倍 (+2,112～+8,159点/日) ②中等症患者等(急性期病棟等) 救急医療管理加算:2～3倍 (1,900～2,850点/日) ※介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合は加算(+950点/日)
		コロナ回復患者を受け入れた場合 二類感染症患者入院診療加算: 750点/日 (さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで)	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)
	●必要な感染対策を引き続き評価	二類感染症患者入院診療加算 1～4倍: 250～1000点/日 (感染対策を講じた診療) 二類感染症患者療養環境 特別加算(個室): 300点/日 (個室での管理) 二類感染症患者入院診療加算: 250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施)	(引き続き評価) (引き続き評価) (引き続き評価)
外来	●空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 ●その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	院内トリージ実施料: 300点 【院内の感染対策が要件】	①院内トリージ実施料: 300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】 または、 ②特定疾患療養管理料(100床未満の病院): 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	●届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し ●位置づけ変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	二類感染症患者入院 診療加算: 250点 (3月は147点) 【発熱外来の標榜・公表が要件】 特定疾患療養管理料 (100床未満の病院): 147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導 ^(注) 】 ※ロナプリーブ投与時の特例(3倍)は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	— (2023年3月末に終了)
		救急医療管理加算1: 950点 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナプリーブ投与時の特例(3倍)あり	救急医療管理加算1: 950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】

2024年改定において恒常的な感染症対策への見直し
医療体制の状況等を検証しながら判断

(「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医療提供体制及び公費支援の見直し等について(情報提供)」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/001070769.pdf>))

②ロコモ認知度調査結果が公開

Point

健康日本21(第二次)の数値目標で設定されているロコモティブシンドローム認知度調査結果が公開され、認知度が41.5%と、前年を1.0ポイント下回る結果となった。

国民の健康寿命延伸に向け、ロコモ認知度80%が目標値として掲げられている

運動器の健康・日本協会が2015年より毎年実施している「ロコモティブシンドローム認知度調査」の結果が、2023年4月6日に公開されました。

ロコモティブシンドローム(以下、ロコモとする)とは、厚生労働省のホームページによると、「骨や関節の病気、筋力の低下、バランス能力の低下によって転倒・骨折しやすくなること、自立した生活ができなくなり、介護が必要となる危険性が高い状態を指す」としており、下肢筋力を調べるテストと歩幅を調べるテストによって、ロコモ度を確認することができます。国民の健康寿命を延ばすことが重要とされている中、高齢者のADL(日常生活動作)維持や介護予防などの健康に関する言葉として、ロコモの認知度をあげていくことがテーマの一つとして掲げられています。

厚生労働省では、2000年より、一次予防の観点から健康増進を図るための国民運動「健康日本21(二十一世紀における国民健康づくり運動)」を開始しました。これは、国民全体のさまざまな健康課題に対して目標数値を定め、生活習慣の改善などに計画的に取り組むことで、国民の健康寿命の延伸を図るものです。「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「歯の健康」「たばこ」「アルコール」「糖尿病」「循環器病」「がん」の9分野について、達成すべき数値目標等を掲げています。

直近の健康日本21(第二次)(実施期間:2013~2023年)では、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会

環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善——の5つを基本的方向としており、全53項目の具体的な目標値を定めています。その中でロコモに関しては、「③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」に関する目標として、「ロコモを認知している国民の割合の増加(2022年度目標値80%)」が設定されています(図表4)。

図表4 健康日本21(第二次)における「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」領域の具体的な目標

	目標項目
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり) ②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 ④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加
次世代の健康	①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ②適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少
高齢者の健康	①介護保険サービス利用者の増加の抑制 ②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 ③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加 ④低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制 ⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり) ⑥高齢者の社会参加の促進(就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)

(厚生労働省ホームページ「健康日本21(第二次)の普及啓発用資料」より抜粋・加工(https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_sura.pptx))

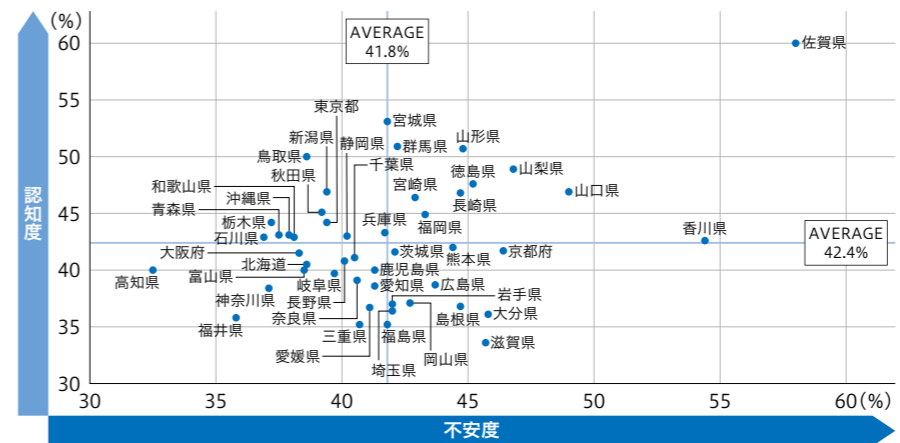
図表5 ロコモ認知状況

Q.あなたは、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)という言葉やその意味を知っていましたか。

[比率の差]	n=30以上の場合	■言葉も意味もよく知っていた				■言葉も知っていたし、意味も大体知っていた		理解計 (%)	認知計 (%)
		全体+10ポイント	全体+5ポイント	言葉は知っていたが、意味はあまり知らなかった	言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった				
	n=								
全体	(10,000)	5.3	12.5	11.8	12.0	58.5	17.8	41.5	
性別	男性	4.8	11.0	10.9	12.9	60.3	15.8	39.7	
	女性	5.8	14.0	12.6	11.0	56.6	19.7	43.4	
年代別	20~40代	4.7	8.0	9.8	11.7	65.7	12.8	34.3	
	50代以上	5.8	17.0	13.7	12.2	51.2	22.8	48.8	
「ロコモ」認知度別	認知(計)	12.7	30.1	28.4	28.8	42.8	100.0	100.0	
	理解(計)	29.7	70.3			100.0	100.0		
	非知名			100.0					
「ロコモチェック」別	該当者	6.2	15.3	13.4	13.2	51.9	21.5	48.1	
	非該当者	4.9	11.4	11.1	11.5	61.1	16.3	38.9	
「ロコモ」不安度別	該当+不安(計)	6.9	18.7	16.2	13.0	45.2	25.7	54.8	
	不安なし(計)	4.1	8.2	8.8	11.3	67.6	12.4	32.4	

※理解計:「言葉も意味もよく知っていた」+「言葉も知っていたし、意味も大体知っていた」
認知計:「言葉も意味もよく知っていた」~「言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった」

図表6 都道府県別ロコモの認知度と不安度



Q.あなたは、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)という言葉やその意味を知っていましたか。
Q.あなたご自身は「ロコモティブシンドローム」にどの程度不安を感じますか。

(運動器の健康・日本協会「ロコモティブシンドローム認知度調査報告書」より抜粋・加工(<https://www.bjd-jp.org/wp/wp-content/uploads/2023/04/2023.pdf>))
※図表5・6ともに

調査によるとロコモ認知度は41.5%と依然として低い傾向

運動器の健康・日本協会の調査では、ロコモに対する認知状況は、「理解(言葉の意味も知っている)」が17.8%(前年は19.1%)、「認知(言葉は聞いたことがある)」は41.5%(前年は42.5%)で、どちらも前年を下回っています。また当調査が開始された2015年の結果(理解:18.3%、認知:44.4%)と比較しても、依然として低い傾向にあることがうかがえます(図表5)。なお、骨粗鬆症に対する認知状況は、「認知」が83.3%と、ロコモ

※調査概要: 2023年3月に、全国の20代から60代以上の男女インターネットで調査を実施。【事前調査】10,000サンプル、【本調査】212サンプル

と比べるとかなり高くなっています。また「高齢者の骨折(脆弱性骨折)の主な原因が、骨粗鬆症と易転倒性(転びやすくなること)であることを知っているか」という問いでは、認知度が64.2%となっています。

都道府県別で見ると、ロコモ認知度が最も高いのは佐賀県の60.0%、次いで宮城県、群馬県と続きます。さらにロコモに対しての不安度は地域により差はありますが、おおむね40%前後となっています(図表6)。

健康日本21(第二次)の目標値である80%とはギャップが大きいことから、認知度強化に向けた新たな取り組みの検討が必要なのかもしれません。

③診療報酬改定の影響調査、 リフィル処方箋の活用状況などが明らかに

- Point 1** 3月22日に開催された中央社会保険医療協議会(以下、中医協とする)では、リフィル処方箋の実施状況調査報告書(案)が示された。
- Point 2** 2022年度診療報酬改定で新設されたリフィル処方箋の活用状況が明らかになった。

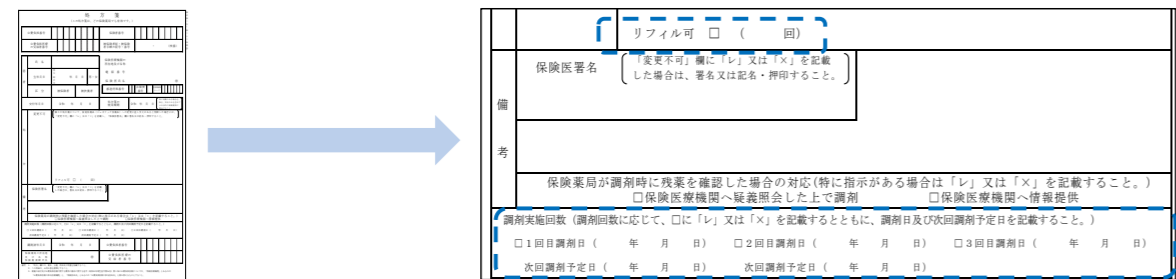
多くの医療機関で患者希望があればリフィル処方箋を検討

2022年度診療報酬改定において、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設け、処方箋の様式が変更されました(図表7)。3月22日に開催された中医協では、改定に係る影響等について調査・検証を行うため実施されている「リフィル処方箋

図表7 処方箋等の見直し 処方箋様式の見直しについて

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設け、処方箋の様式を見直し。



リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

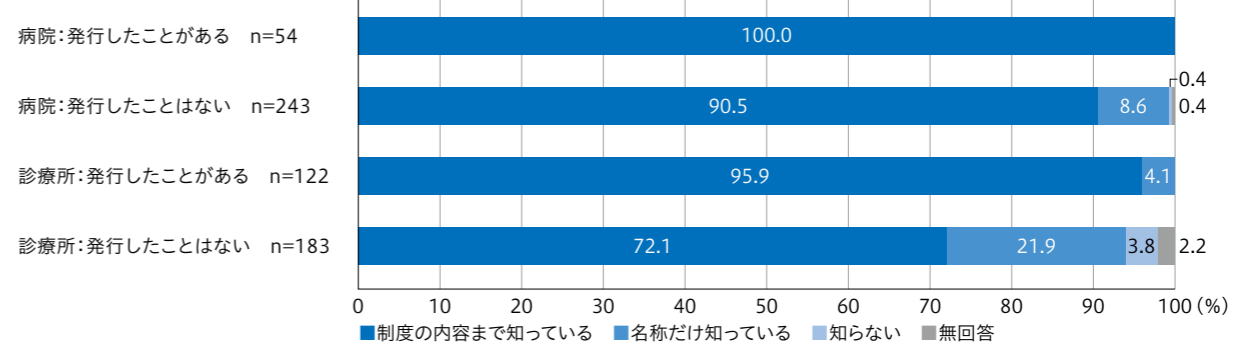
リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行	改定後
【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号 A000に掲げる初診料の注2または注3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注2または注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号 A000に掲げる初診料の注2または注3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注2または注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上以上の投薬を行った場合(処方箋の複数回(3回までに限る)の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く)には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

(厚生労働省ホームページ 令和4年度診療報酬改定説明資料等について「01 令和4年度診療報酬改定の概要(全体概要版)」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079186.pdf>))

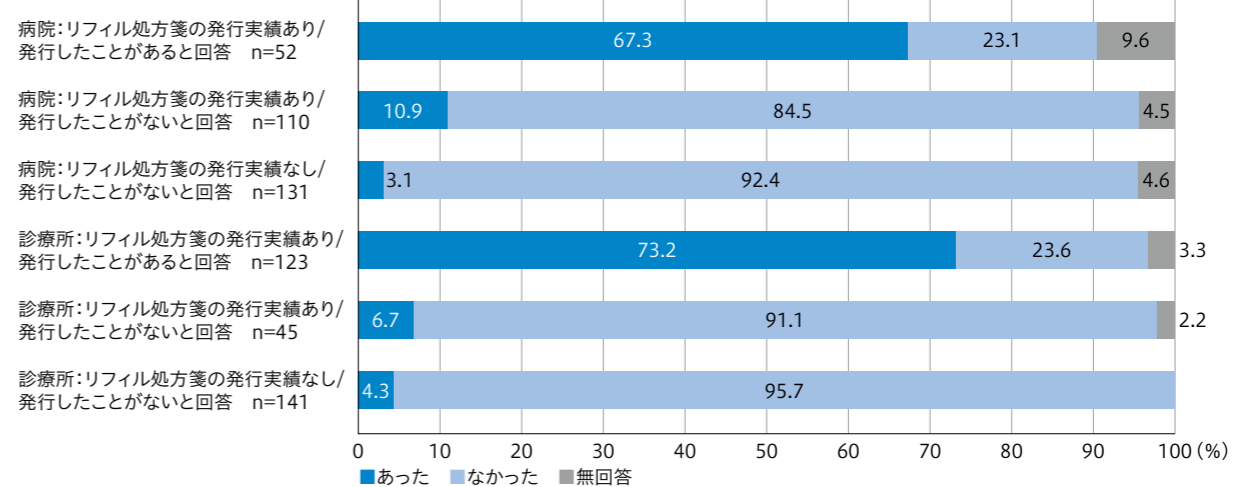
図表8 リフィル処方箋の制度の認知度

(病院・診療所別、調査票におけるリフィル処方箋の発行に係る回答別)



図表9 リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無

(病院・診療所別、リフィル処方箋の発行実績の有無別、調査票における発行の回答別)



(「中央社会保険医療協議会 総会(第542回)総-4-1 資料」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001078525.pdf>)) ※図表8・9とともに

の実施状況調査(実施時期:2022年12月~2023年1月)の報告書(案)が示され、リフィル処方箋の活用状況などについて、報告されました。

調査は、「病院・診療所調査」「保険薬局調査」「患者調査(郵送調査)」及び「患者調査(インターネット調査)」の4つが実施されました。

まず「リフィル処方箋の制度の認知度」について、病院及びリフィル処方箋を発行したことがある診療所では、「制度の内容まで知っている」と回答した割合が90%以上であるのに対し、発行したことの無い

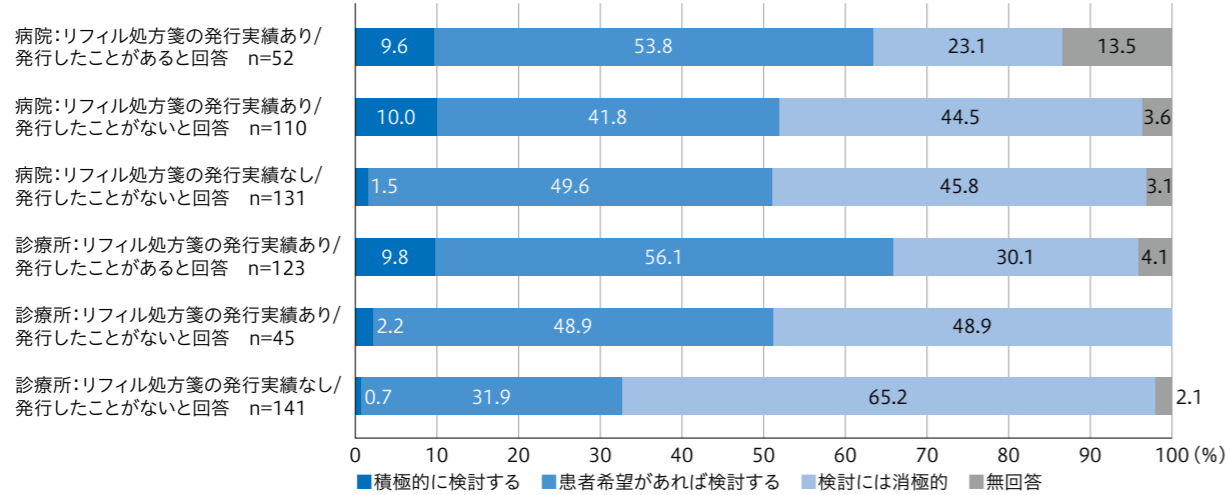
診療所では72.1%となっています(図表8)。

また「リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無」に関しては、「リフィル処方箋の発行実績あり/発行したことがある」と回答した「病院」(n=52)のうち、67.3%が「患者からの希望があった」と回答しています。同様に「リフィル処方箋の発行実績あり/発行したことがある」と回答した「診療所」(n=123)のうち、73.2%が「患者からの希望があった」と回答しており、リフィル処方箋を発行した医療機関の多くは、患者からの希望に対応していることがわかります(図表9)。

※調査概要:2022年12月~2023年1月に郵送およびインターネットで調査を実施。【病院・診療所調査】病院・診療所2,000施設への郵送調査。有効回答数は612件(有効回答率30.6%)、【患者調査】有効回答数は、郵送調査641人、WEB調査1,000人 ※「リフィル処方箋の発行実績あり」は、2022年4~6月診療分のNDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)上で「リフィル処方箋の発行実績あり」を指す ※「リフィル処方箋を発行したことがある」は、本調査票における設問「2. ②リフィル処方箋の発行有無」において「発行したことがある」と回答したことを指す

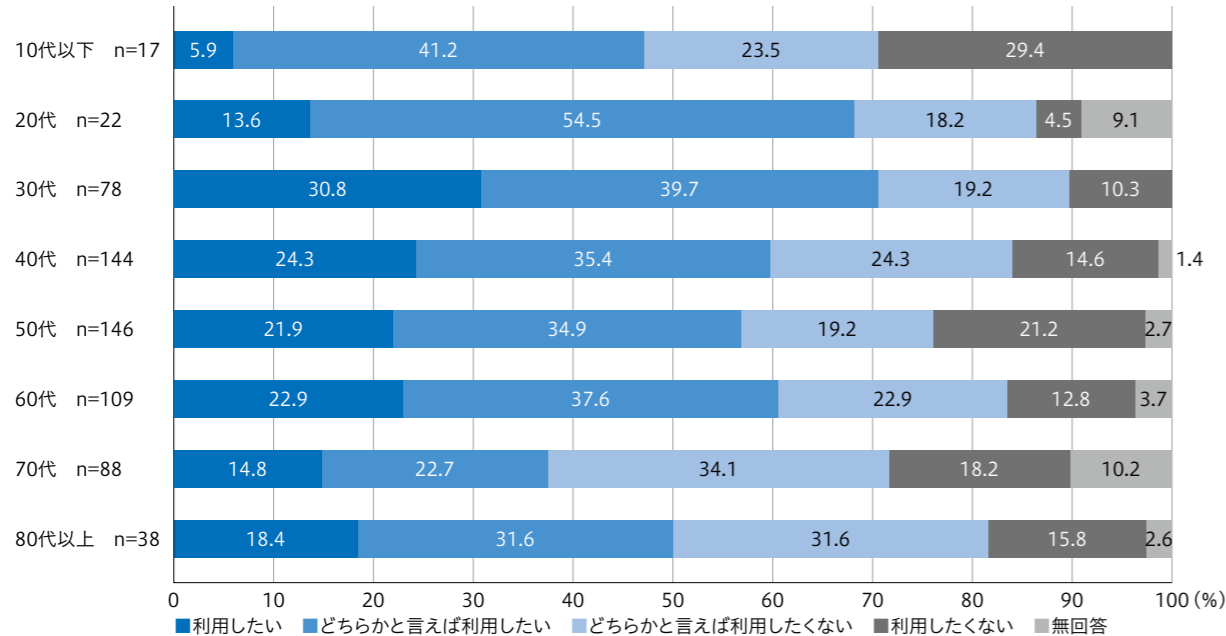
■ 図表10 リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し

(病院・診療所別リフィル処方箋の発行実績の有無別、調査票における発行の回答別)



■ 図表11 患者調査で患者自身がリフィル処方箋を希望する割合

(今後、症状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいか:年代別)



(「中央社会保険医療協議会 総会(第542回)総-4-1 資料」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001078525.pdf>)) ※図表10・11ともに

さらに、リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通しについては、多くの医療機関で「患者希望があれば検討する」の回答割合が最も多く、リフィル処方箋の普及促進には患者からの求める声が最も効果的であることがわかります(図表10)。患者調査における「今後、症状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいか」については、

年代別に見ると60代以下では「利用したい」または「どちらかと言えば利用したい」との回答の方が比較的多い傾向となっています。その一方で、受療率の高い70代では、「どちらかと言えば利用したくない」または「利用したくない」との回答が多くなっています(図表11)。

今月のQ&A

Q: 診療報酬改定の4月施行を後ろ倒しにする議論があるようですが、具体的にいつになる予定でしょうか?

A: 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しについては現在議論がなされています。具体的に、「どの年度から」「どれだけ」後ろ倒しするかについては、中央社会保険医療協議会(以下、中医協とする)の議論を経て、今夏に決定する見込みとなっています。

改定施行時期の後ろ倒し議論の背景には、診療報酬改定DXへの対応があります。以前から、「診療報酬改定の答申・告示から、実際の施行開始までの期間が短すぎる」などの指摘はありました。そのため、システム改修の期間が短くなり、ベンダーなどに大きな負担がかかっていました。そこで今回は、「診療報酬改定の議論の流れなどは変えずに、改定後の施行時期を後ろ倒ししよう」ということが議論されています。診療報酬改定の施行を後ろ倒しすることで、医療機関やベンダーの業務負担が、点数見直しの前後に集中するのを回避する狙いがあります。

診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しは、診療報酬改定DXの具体策の一つです。厚生労働省はこのほかに、医療機関が算定する診療報酬の点数と患者の窓口負担を自動で計算できるように、「共通算定モジュールの開発・運用」なども目指すとしています。

診療報酬改定DX対応方針(案)

診療報酬改定DXの射程と効果

○最終ゴール

- 進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等における負担の極小化を目指す
- 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

4つのテーマ

○最終ゴールを目指して、医療DX工程表に基づき、2024年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票^{※1}の標準様式をアプリ等で提供
- ※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修によりさらに推進

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- ※施行時期・施行年度については中医協の議論を経て決定
- 診療報酬点数表のルール明確化・簡素化

○財政効果 XXXX 億円

- ・ベンダーに生じる負荷軽減効果については、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関等に確実に還元されるよう求める
- ※関係団体に要請するための確固たる根拠づくりのため、この夏までに財政効果について引き続き精査・検証

(「中央社会保険医療協議会 総会(第543回)医療DXについて(その1) 総-4」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001091100.pdf>))

《発行》

アステラス製薬株式会社

東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》

医療総研株式会社 (担当: Mesa編集室)

東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒150-0002

Mail: mesa.info@iryoo-soken.co.jp