



OCTOBER 2023

① 診療報酬改定の施行時期を2カ月後ろ倒し、2024年度から6月施行を了承

- Point 1** 診療報酬改定の施行時期を2カ月後ろ倒し、6月1日からの施行で了承される。
- Point 2** ただし経過措置項目は9月を基本とし、薬価改定は4月1日で従来通りとする。
- Point 3** 改定率や答申スケジュールなどは後ろ倒しせず例年通り予定されている。

診療報酬改定 DX 推進に向け、診療報酬改定時期が後ろ倒し

8月2日に開催された中央社会保険医療協議会総会（以下、中医協総会）では、従来4月1日であった診療報酬改定の施行時期を、2024年度から6月1日に後ろ倒しすることが了承されました。これまで、診療報酬改定の答申・告示から施行までの期間が短く、医療機関やベンダの業務が短期間に集中し大きな負担が生じているという現状がありました。施行時期を2カ月後ろ倒しすることで、その間の業務負担の軽減につながることを期待されています。

今回の診療報酬改定の後ろ倒しには、医療 DX の推進という大きなテーマが背景にあります。医療 DX の推進に向けた具体的な施策として、下記の3つが掲げられています。

①オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報に

ついて共有・交換できる「全国医療情報プラットフォームの創設」

②医療情報の共有や交換を行うに当たり、情報の質の担保や利便性・正確性の向上の観点から、その形式等の統一を図る「電子カルテ情報の標準化等」

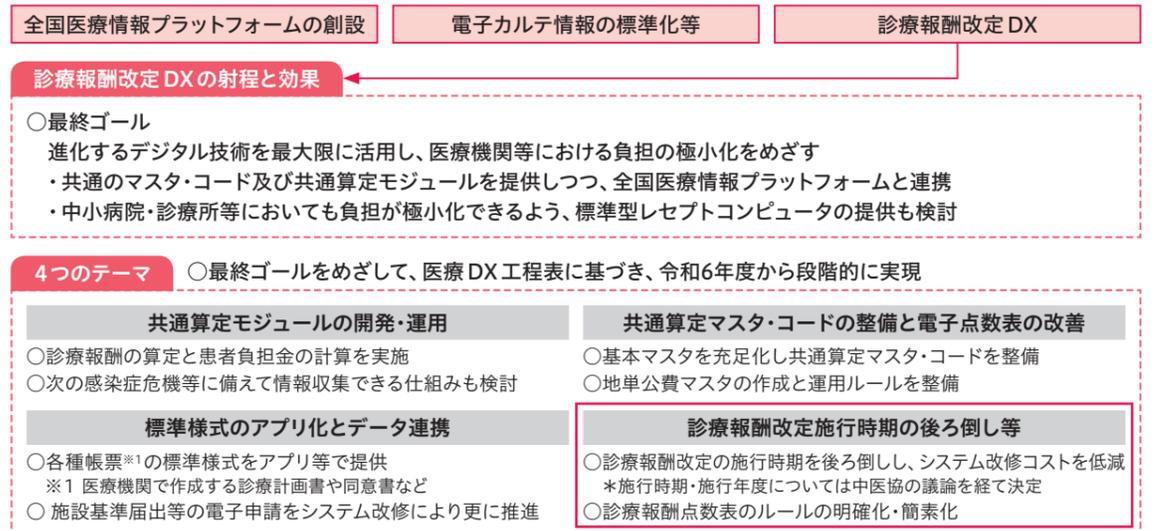
③デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることをめざす「診療報酬改定 DX」

今回の後ろ倒しは③「診療報酬改定 DX」の推進に向けたものになります（図表1）。

経過措置項目は9月、薬価改定4月は従来通り

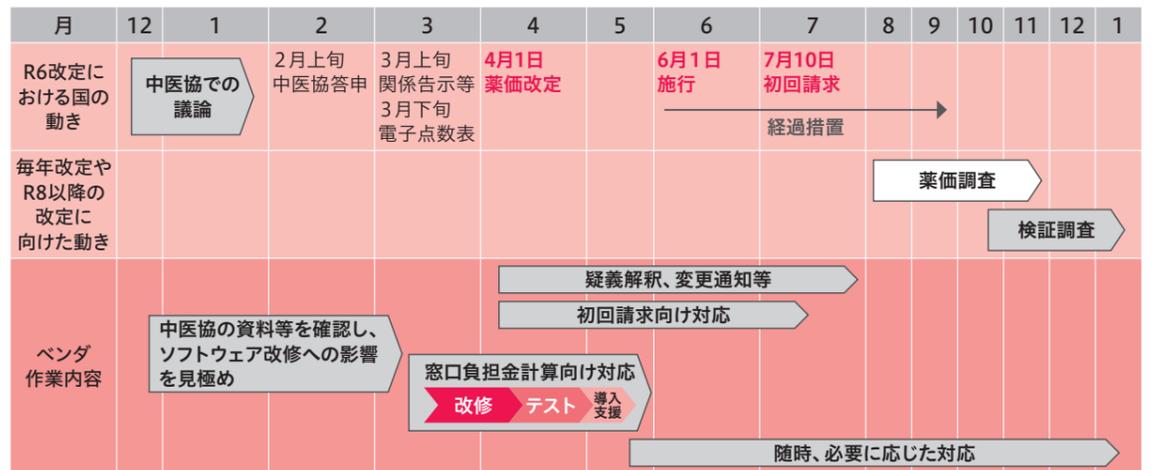
診療報酬改定の後ろ倒しの具体的な実施年度や施行時期に関しては、中医協での議論を踏まえて検討されることになっており、今回の中医協総会で、厚生労働省が2カ月後ろ倒しすることを提案し、了承されたということになります。

■ 図表1 医療 DX の推進に向けた3つの施策



〔「中央社会保険医療協議会 総会（第543回）資料 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>）〕

■ 図表2 診療報酬改定時期を2カ月後ろ倒した場合のスケジュール（案）



〔「中央社会保険医療協議会 総会（第551回）資料 医療 DX について（その2）総-3」より抜粋・加工（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001129862.pdf>）〕

後ろ倒した場合のスケジュール案として、診療報酬改定の施行は6月1日となり、初回のレセプト請求は7月10日となることが示されました。これにより、医療機関やベンダ等の負担軽減につながることを想定されます。一方で、改定時期を遅らせたことにより、医療機関等の収益や医療保険財政への影響、次期改定に向けたデータの不足などの弊害が出る可能性も示唆されています。例えば、プラス改定項目の場合、2カ月後ろ倒しすることで医療機関にお

ける収入増の期間が遅れることとなります。これらを踏まえ、経過措置がある項目は、従来と同様に9月までを基本とし、薬価改定の施行は現行の4月1日のままで進める方向性が示されています（図表2）。厚生労働省は、このスケジュール案を前提に改定の準備作業を進めるとしています。なお、改定率の決定や答申のスケジュールは後ろ倒しせずこれまで通りとする予定となっています。

②急性期入院医療の機能分化推進に向けた議論が始まる

- Point 1** 過去10年間で、高齢者の救急搬送のうち、特に軽症・中等症の患者が増加している。
- Point 2** その中で特に急性期病棟における集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化する必要性が指摘されている。
- Point 3** 急性期入院医療の機能分化に向け、「重症度、医療・看護必要度」の見直しが議論されている。

入院医療及び外来医療等の診療報酬上の評価に係る専門的な調査及び検討を行う診療報酬調査専門組織である「入院・外来医療等の調査・評価分科会（以下、分科会）」の第5回目が8月10日に開催されました。この分科会では、「急性期入院医療」「高度急性期入院医療」「地域包括ケア病棟」「慢性期入院医療」に関する議論がなされました。本稿では、そのうち「急性期入院医療」に着目し、その内容の一部をご紹介します。

高齢者の救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加

厚生労働省が示した総務省消防庁のデータによると、2020年中に救急搬送された人数は、10年前と比べ、「小児(18歳未満)」と「成人(18歳～64歳)」では減少していますが、「高齢者(65歳以上)」では22%増えています。重症度別では、「軽症」が27%増、「中等症」が41%増と増加傾向が顕著であることがうかがえます。また同様の疾病分類別における比較でも、高齢者においては「脳疾患」「精神系」を除いた全ての疾患で増加していることがわかります(図表3)。

そのような救急搬送の増加が顕著である高齢者について、国立社会保障・人口問題研究所の統計に

よると、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増することが示されています。さらに2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇することが示されており、今後の高齢者の増加による救急搬送の増加が予測されます。

このような背景もあり、我が国の救急医療の現状課題として、①高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加、②一部受け入れが少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次救急においても軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある、③単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることで「出口問題」が発生する——といったことが挙げられています(図表4)。

急性期入院医療の機能分化をどのように進めていくか

高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加する中で、特に急性期病棟における集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化する必要性や、それを実現するために急性期入院医療の機能分化をどのように推進していくべきか議論がされています。

■ 図表3 10年前と現在の救急搬送人員の比較

①年齢・重症度別

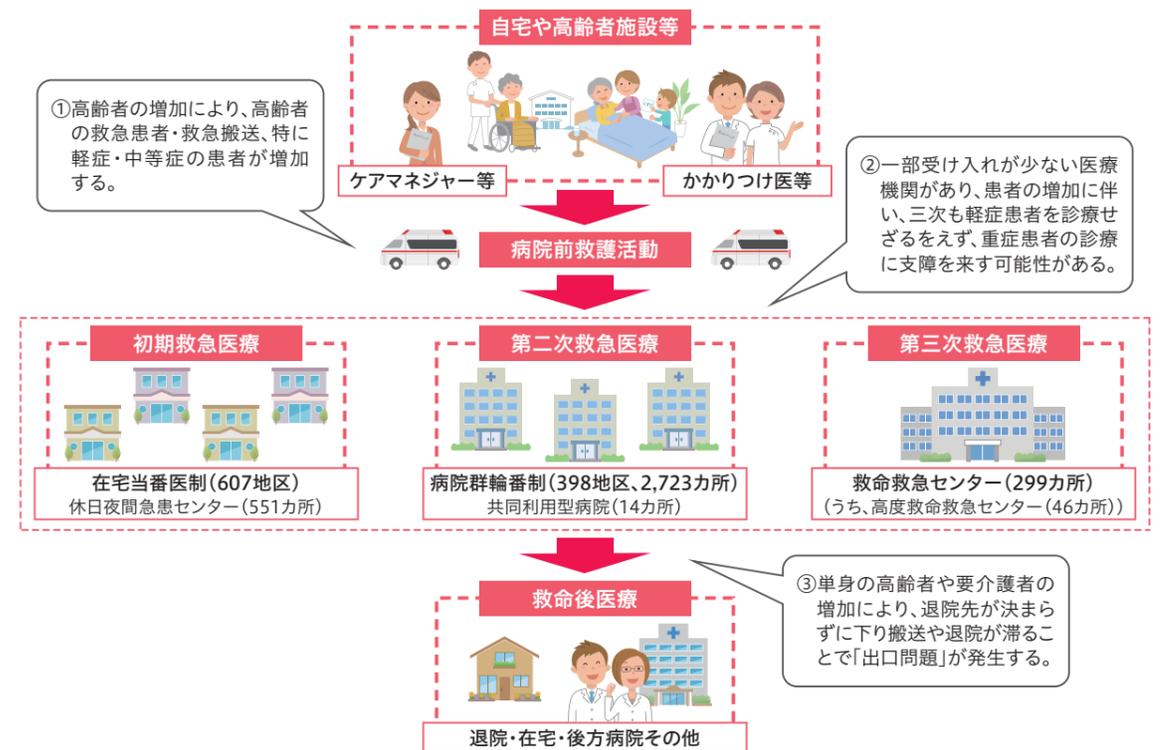
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人増 22%

②急病の疾病分類別

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

※人数は2020年実績、増減数や割合は2010年実績との比較によるもの

■ 図表4 救急医療の現状と課題(イメージ)



(「入院・外来医療等の調査・評価分科会(令和5年度 第5回) 資料入-1」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001141358.pdf>)) ※図表3・4ともに

■ 図表5 一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※ごとの各入院料別の入院先の割合

(カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

	急性期一般入院料1 (353,143床)	急性期一般入院料2-3 (15,941床)	急性期一般入院料4-6 (135,739床)	地域一般入院料1-2 (19,121床)	地域一般入院料3 (29,777床)	その他のDPC算定病床 (113,549床)	地域包括ケア病棟 (98,546床)
(全疾患)	55.9%(26.8%)	2.3%(27.6%)	17.0%(24.2%)	1.6%(19.6%)	0.9%(11.1%)	15.6%(35.2%)	6.7%(10.3%)
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	52.8%(47.9%)	2.5%(37.9%)	20.3%(28.6%)	7.7%(30.4%)	0.8%(23.1%)	13.2%(48.6%)	2.8%(14.2%)
2 食物及び吐物による肺臓炎	53.7%(65.9%)	3.0%(47.2%)	23.5%(37.2%)	2.1%(21.4%)	1.3%(9.4%)	9.1%(81.8%)	7.4%(19.1%)
3 うっ血性心不全	56.3%(38.4%)	2.4%(30.6%)	15.3%(26.8%)	1.0%(13.2%)	0.6%(7.7%)	19.6%(66.4%)	4.8%(9.4%)
4 老人性初発白内障	57.8%(0.0%)	1.2%(0.0%)	3.6%(0.0%)	0.0%(0.0%)	0.0%(0.0%)	20.2%(0.1%)	17.1%(0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8%(0.4%)	1.8%(0.7%)	9.2%(0.7%)	0.6%(0.7%)	0.2%(1.3%)	30.1%(0.2%)	10.3%(0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7%(61.4%)	3.5%(51.1%)	28.0%(42.1%)	2.7%(31.1%)	1.3%(25.8%)	2.8%(69.8%)	5.0%(13.0%)
7 転子貫通骨折 閉鎖性	56.9%(69.8%)	3.7%(60.8%)	27.8%(46.5%)	2.4%(29.6%)	1.2%(25.4%)	2.7%(73.9%)	5.3%(14.0%)
8 尿路感染症、部位不明	51.7%(57.3%)	3.1%(40.4%)	26.5%(32.4%)	2.3%(17.9%)	1.4%(10.0%)	4.9%(71.0%)	10.2%(16.8%)
9 老人性核白内障	56.9%(0.1%)	1.2%(0.3%)	3.9%(0.1%)	0.1%(0.0%)	0.0%(0.0%)	24.6%(0.1%)	13.5%(0.0%)
10 肺炎、詳細不明	37.1%(53.1%)	2.7%(36.1%)	36.4%(32.0%)	4.2%(20.5%)	2.8%(12.9%)	5.9%(69.9%)	10.9%(16.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5%(54.3%)	3.2%(40.4%)	35.0%(30.9%)	3.8%(21.6%)	2.1%(15.8%)	1.4%(59.5%)	19.0%(20.3%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0%(3.1%)	1.7%(3.1%)	7.0%(5.8%)	0.3%(7.8%)	0.2%(4.3%)	18.0%(2.3%)	2.8%(3.4%)
13 その他の型の狭心症	86.0%(2.4%)	1.0%(0.8%)	5.6%(3.0%)	0.1%(8.5%)	0.0%(25.0%)	7.2%(7.5%)	0.2%(6.2%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0%(52.7%)	2.2%(42.8%)	14.4%(34.8%)	0.8%(14.7%)	0.3%(16.6%)	27.9%(68.9%)	1.4%(12.7%)
15 体液量減少(症)	30.1%(52.0%)	2.8%(39.1%)	39.8%(30.1%)	3.7%(25.4%)	2.7%(14.6%)	1.6%(73.1%)	19.2%(17.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	69.8%(6.6%)	1.0%(11.9%)	5.5%(11.6%)	0.2%(16.4%)	0.1%(2.2%)	22.2%(4.9%)	1.2%(11.1%)
17 慢性腎臓病、ステージ5	61.9%(10.0%)	2.0%(12.1%)	14.1%(10.1%)	1.2%(4.7%)	1.2%(4.1%)	11.5%(20.3%)	8.1%(2.8%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0%(6.9%)	2.8%(11.0%)	25.0%(9.1%)	2.0%(12.2%)	1.0%(7.4%)	6.8%(2.0%)	8.4%(8.2%)
19 急性尿管間質性腎炎	64.2%(50.1%)	2.9%(40.4%)	18.9%(33.1%)	1.1%(16.0%)	0.5%(11.9%)	6.8%(60.6%)	5.6%(18.5%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	70.6%(6.6%)	0.9%(13.2%)	5.9%(11.4%)	0.2%(12.3%)	0.1%(6.7%)	21.0%(4.7%)	1.3%(7.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7%(64.4%)	1.8%(51.8%)	11.7%(39.2%)	0.8%(9.4%)	0.5%(1.8%)	41.6%(84.8%)	2.0%(10.2%)
22 その他の原発性膵臓膵炎	52.7%(1.9%)	3.1%(3.8%)	28.1%(3.8%)	1.9%(5.6%)	1.7%(3.4%)	5.1%(0.4%)	7.3%(4.9%)
23 細菌性肺炎、詳細不明	63.0%(50.3%)	3.0%(41.8%)	16.9%(35.5%)	1.3%(17.3%)	0.6%(7.3%)	11.0%(63.8%)	4.3%(19.1%)
24 一側性又は患側不明の鼠径ヘルニア、閉塞及び壊疽を伴わないもの	69.5%(1.0%)	2.2%(1.6%)	6.8%(1.6%)	0.2%(1.7%)	0.1%(11.8%)	17.5%(0.6%)	3.8%(0.4%)
25 肝及び胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	62.8%(7.5%)	1.9%(9.7%)	6.6%(15.2%)	0.4%(15.0%)	0.4%(5.5%)	25.6%(5.6%)	2.3%(6.8%)

※入院初日にDPC算定病床または地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

(「令和5年度 第5回 入院・外来医療等の調査・評価分科会 資料 入-1」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001141358.pdf>))

図表5を見ると、実際に一般病棟等の75歳以上の入院患者に多い25疾患のうち、急性期一般入院料に入院する割合は全疾患における75歳以上の患者平均よりも高いものが多いことがわかります。例えば、急性期一般入院料1では、全疾患における75歳以上の患者の55.9%が受け入れられており、「大腿骨頸部骨折」では56.7%、「慢性腎臓病」では61.9%でした。

また、救急搬送により入院した割合は全疾患では26.8%であり、特に、「食物及び吐物による肺臓炎」では65.9%、「大腿骨頸部骨折閉鎖性」では61.4%、「尿路感染症、部位不明」では57.3%と、かなり高い割合で救急搬送により入院していることがわかります。

しかし、こういった誤嚥性肺炎や尿路感染症などの高齢者の入院は、急性期一般入院料1ではなく、在宅復帰などを見据えて介護福祉士やリハビリ専門職の配置が充実している地域包括ケア病棟で受け入れる方がよいのではないかという意見も上がっ

ています。また同時報酬改定に向けた意見交換会の中でも、「要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべき」との指摘もされています。

これらの議論を踏まえると、今回の診療報酬改定において急性期入院医療の機能分化が大きなテーマの1つとなっていることがわかります。そのための見直し項目の1つが、急性期入院医療の患者状態を評価する指標である「重症度、医療・看護必要度」です。前回の改定でも、A項目について「心電図モニター削除」「点滴ライン同時3本以上の管理→注射薬剤3種類に変更」「輸血や血液製剤の管理が1点→2点に見直し」が行われ、それにより対象患者割合の基準値も見直されました。次回改定においても、急性期入院医療の機能分化の推進に向け、この重症度、医療・看護必要度の見直しが行われることが想定されます。

③各都道府県、紹介受診重点医療機関

837カ所を公表

Point 1

外来機能報告制度の目的は、「紹介受診重点医療機関の明確化」と「地域の外来機能の明確化・連携の推進」の2つが掲げられている。

Point 2

紹介受診重点医療機関とは、原則、かかりつけ医等からの紹介により、専門的な検査や治療を重点的に行う医療機関を指す。

Point 3

各都道府県の合計で837カ所の紹介受診重点医療機関が公表された。

外来機能報告制度の創設

外来医療については、患者の医療機関選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、外来患者が一部の医療機関に集中し、待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることが指摘されています。また人口減少、高齢化及び外来医療の高度化等が進む中、前述の課題を解決するためには、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要があります。このような状況を踏まえ、2021年に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布され、外来機能報告制度が創設されました。この制度の目的としては、①「紹介受診重点医療機関(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)」の明確化と②地域の外来機能の明確化・連携の推進——の2つが掲げられています。

紹介受診重点医療機関とは

外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目し、紹介患者への外来を基本とする医療機関、いわゆる「紹介受診重点医療機関」

を明確化することになりました。紹介受診重点医療機関とは、原則として、かかりつけ医等からの紹介状を持って受診をする医療機関であり、より専門的な検査や治療を重点的に行う医療機関を指します。主な基準として、「初診に占める重点外来の割合40%以上」かつ「再診に占める重点外来の割合25%以上」などを満たす必要があります。ここでいう医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)とは以下の3つを指します。

- (1) 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来(例 悪性腫瘍手術の前後の外来)
- (2) 高額等の医療機器・設備を必要とする外来(例 外来化学療法、外来放射線治療)
- (3) 特定の領域に特化した機能を有する外来(例 紹介患者に対する外来)

期待される外来受診の流れとしては、まず身近なかかりつけの医療機関を受診、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に、紹介状を持って紹介受診重点医療機関を受診するというものになります。これにより、かかりつけの医療機関と紹介受診重点医療機関の役割分担が明確になり、医療機関の混雑緩和やスムーズな受診につながる事が期待されます。また2022年度改定では、紹介受診重点医療機関に関連する診療報酬についても見直されました(図表6)。

■ 図表6 紹介受診重点医療機関に関連する主な診療報酬

項目/内容	点数/円	備考
【改】紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し	初診:7,000円 再診:3,000円	紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関に、紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上)が追加、さらに定額負担額等が見直された。
【新】紹介受診重点医療機関入院診療加算	800点(入院初日)	入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを新たに評価。
【改】初診料等における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	—	対象となる医療機関に、紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上)が追加。
【改】連携強化診療情報提供料	150点	名称の変更とともに、紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所からの紹介された患者について、診療情報を提供した場合についても新たに評価。

※【改】は2022年度改定での見直し、【新】は2022年度改定で新設されたことを意味する。

(「厚生労働省「02 令和4年度診療報酬改定の概要(全体版)」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>)

紹介受診重点医療機関の選定に当たっては、
①外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
②「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する
——といった流れでした。しかし外来機能報告について、一部レセプト情報の補正作業後に再度集計を行う必要が生じたため、報告期間の延期が行われていました。これに伴い、都道府県による紹介受診重点医療機関の公表も、当初のスケジュールでは、2022年度内を予定されていましたが、今回の2023年8月に延期された形となります(一部の都道府県を除く)。

9月1日時点の集計によると、各都道府県が合計で837カ所の紹介受診重点医療機関を公表しています(図表7)。最も施設数が多いのは東京の83カ所、最も施設数が少ないのは高知の1カ所となっており、地域による差異があることがわかります。一方で、秋田・神奈川・長野の3県では現時点(9月5日時点)では紹介受診重点医療機関を公表していませんが、地域での協議などがまとまり次第、随時公表されていくことになるかと想定されます。

■ 図表7 各都道府県における紹介受診重点医療機関の施設数(2023年9月1日時点)

都道府県	施設数	都道府県	施設数
北海道	37	滋賀	15
青森	9	京都	23
岩手	2	大阪	64
宮城	23	兵庫	44
秋田	未公表	奈良	12
山形	7	和歌山	9
福島	13	鳥取	9
茨城	23	島根	9
栃木	12	岡山	11
群馬	18	広島	23
埼玉	24	山口	24
千葉	39	徳島	11
東京	83	香川	10
神奈川	未公表	愛媛	7
新潟	14	高知	1
富山	11	福岡	42
石川	15	佐賀	11
福井	7	長崎	11
山梨	3	熊本	13
長野	未公表	大分	7
岐阜	14	宮崎	15
静岡	22	鹿児島	12
愛知	41	沖縄	15
三重	22	合計	837

(各都道府県のホームページをもとに Mesa 編集室で集計(9月5日閲覧))

今月のQ&A

Q: DPC 病院における投薬や注射は、一部のものを除き包括点数に含まれてしまうが、退院後に在宅で使用する薬を処方する場合も、同様に包括されてしまうのでしょうか?

A: 退院後に在宅において使用するための薬剤を、退院時に処方する際は、出来高算定することが可能です。

いわゆる「退院時処方」というもので、その取扱いについては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について(通知)令和4年3月18日保医発0318第2号」に、以下のような記載があります。

(11) 退院時処方の取扱い

診断群分類区分の決定に当たり、退院時処方(退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。)した場合は、当該処方は投入した医療資源に含めないこと。
ただし、この場合において、別に薬剤料のみを算定できる。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914213.pdf>)

退院時処方とは、通知の通り退院後、在宅で使用することを目的とした投薬となりますので、対象の患者さんが、他の病院への転院や介護老人保健施設への入所の場合には算定できません。一方で、有料老人ホームやグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅への退院の場合は在宅扱いとなりますので、退院時における処方出来高算定できると解釈されます(疑義解釈資料の送付について(その1)を参照)。

疑義解釈資料の送付について(その1)

10. 退院時処方の取扱いについて

問10-1 退院時処方とは、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答)算定することができない。

(<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/000235052.pdf>)

なお、医療費の自己負担額が一定の金額を超えた場合に、患者負担が重くならないように支給される高額療養費制度があります。ケースにもよりますが、退院時処方(保険適用の医療費)は、高額療養費の対象となる医療費(自己負担額)に含まれます(次ページの<参考>を参照)。

<参考>

高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額*が、ひと月(月の初めから終わりまで)で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。上限額は、年齢や所得によって異なります。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等は含みません。

<69歳以下の方の上限額>

適用区分		ひと月の上限額(世帯ごと)
ア	年収約1,160万円～ 健保:標報83万円以上 国保:旧ただし書き所得901万円超	252,600円 + (医療費 - 842,000) × 1%
イ	年収約770～約1,160万円 健保:標報53万～79万円 国保:旧ただし書き所得600万～901万円	167,400円 + (医療費 - 558,000) × 1%
ウ	年収約370～約770万円 健保:標報28万～50万円 国保:旧ただし書き所得210万～600万円	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1%
エ	～年収約370万円 健保:標報26万円以下 国保:旧ただし書き所得210万円以下	57,600円
オ	住民税非課税者	35,400円

<70歳以上の方の上限額(平成30年8月診療分から)>

適用区分		外来(個人ごと)	ひと月の上限額(世帯ごと)
現役並み	年収約1,160万円～ 標報83万円以上/課税所得690万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000) × 1%	
	年収約770万円～約1,160万円 標報53万円以上/課税所得380万円以上	167,400円 + (医療費 - 558,000) × 1%	
	年収約370万円～約770万円 標報28万円以上/課税所得145万円以上	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1%	
一般	年収156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	18,000円 (年14万4千円)	57,600円
非住民税等	II 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円
	I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)		15,000円

(「厚生労働省ホームページ「高額療養費制度を利用される皆さまへ」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf>))

注:当該内容は診療報酬に係る通知などの解釈に基づくものであり、算定要件や施設基準等を必ずしも保証するものではありません。実際の算定に際しては、地域の厚生局などに医療機関からお問い合わせいただくことを推奨しています。

《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@iryso-ken.co.jp