

## 新型コロナ 5月8日以降は 「5類」、正式決定

加藤勝信厚生労働相は4月27日、記者会見し、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けを、5月8日に予定通り5類へ移行させる方針を公表した。

それに先立ち、厚生科学審議会（厚労相の諮問機関）の感染症部会が開かれ、新型コロナについて、これまでと病原性が大きく異なる変異株が出現するなど「特段の事情」は生じていないと判断した。

新たな変異株が国内外に生じていないことや、病床使用率と重症病床使用率が4月下旬現在、全国的に低い水準にあることなどが根拠となる。

ただ、全国の新規感染者数は、1月中旬をピークに減少傾向が続いた後に下げ止まり、直近で増加傾向になっている。そのため政府は、夏に向けて一定の感染拡大を想定している。

オミクロン株とは病原性が大きく異なる新たな変異株が出現するなど科学的な前提に変化が生じたら、直ちに対応を見直す方針。

### ●地ケア病棟など0.4万人の受け入れに対応見込み

新型コロナが季節性インフルエンザなどと同じ5類感染症に移行する5月8日以降、政府は「ウィズコロナ」の政策に転換する。

医療提供体制では、重点医療機関や協力医療機関に限られるこれまでの特別な対応から、季節性インフルなどと同様、幅広い医療機関が新型コロナをカバーする体制に切り替わる。

そのため、これまで新型コロナに対応してきた医療機関に加え、新たな医療機関の参画を促す。入院に関しては、各都道府県による9月末までの「移行計画」が27日までに出そろい、全国ベースで約8,400の医療機関（病院約7,400、有床診療所約1,000）による体制整備にめどが立った。全病院の約9割が対応することになり、最大で約5.8万人の受け入れを見込んでいる。

加藤氏は会見で、「新型コロナの確保病床では、重症者や、（呼吸不全がある）中等症Ⅱの患者の受け入れに重点化することを目指し、約2.3万人の受け入れを見込んでいる」と述べた。

一方、軽症や呼吸不全がない中等症Ⅰの患者は、新規参入の医療機関を含む確保病床以外で、合わせて約3.4万人を受け入れる。地域包括ケア病棟や地域一般病棟による受け入れは、うち約0.4万人を見込んでいる。

入院調整は、原則として医療機関同士の対応に切り替える。ただ、重症患者や、医療機関による調整が困難になった患者などには行政が関与する。

移行計画の進行状況は都道府県ごとに確認し、必要に応じて内容を見直す。加藤氏は「国としても、各都道府県とよく連携しながら着実に移行を進めていきたい」と述べた。

## コロナ後遺症の診療、 3カ月ごと147点

厚生労働省は、倦怠感や微熱など新型コロナウイルス感染症の後遺症に悩む患者への診療を5月8日以降、診療報酬の特例で評価する。

新型コロナから回復したものの、診断から3カ月以上が経ち後遺症が2カ月以上続いている患者を診療すると、特定疾患療養管理料として3カ月に1回147点を算定できる。ただ、電話やオンラインによる診療は対象外。

全国の地方厚生局などに4月27日付で事務連絡を出した。それによると、特例の適用は、新型コロナの後遺症の診療に対応できる医療機関として都道府県のリストに掲載されていることが条件。厚労省は、新型コロナの後遺症の診療を行う医療機関のリストを4月28日までに作るよう各都道府県に2月に要請していた。それらのリンク先をまとめた全国版のリストを同省のウェブサイト近くに掲載する方針。

後遺症の診療は、「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」の別冊「罹患後症状のマネジメント」（第2.0版）を参考に行う。厚労省は、それを踏まえて今後の診療方針を判断したり、精密検査や専門医への紹介を必要に応じて行ったりするよう医療機関に求めた。

検査キットの検査で陽性だったものの、医療機関を受診せずに3カ月が経過し、後遺症が2カ月以上続いている場合も、医師が感染時期を事後に確認すれば147点を算定できる。そうしたケースでは、感染時期と確認方法をレセプト（診療報酬明細書）の摘要欄に記載する。

「診療の手引き」を参考にして、「ウイルスの感染性がある期間が終了した」と考えられる患者を新型コロナから回復したと見なす。

新型コロナが季節性インフルエンザなどと同じ5類感染症に移行する5月8日以降の診療報酬上の対応は、中央社会保険医療協議会が3月にまとめた。後遺症の診療に対する新たな特例は議論しなかったが、加藤勝信厚労相が27日の記者会見で新設を表明した。

## コロナ回復者受け入れ施設の 介護報酬特例を当面継続へ

新型コロナウイルス感染症の退院患者を受け入れた介護施設に「退所前連携加算」の算定を認める介護報酬上の特例措置について、厚生労働省は、新型コロナの感染症法上の位置付けが変わる5月8日以降も当面、継続する。

一方、新型コロナの影響で居宅介護支援事業所がケアプラン通りにサービスを提供できなく

ても居宅介護支援費の算定を認める特例は、位置付けの変更に伴い終了する。社会保障審議会・介護給付費分科会に4月27日提案し、了承された。

介護施設や事業所では、新型コロナの患者に対応するために人員基準を一時的に満たせなくなるケースが想定されるため、厚労省は介護報酬や人員、施設・設備などに関して柔軟な運用を特例的に認めている。

新型コロナの位置付けが5月8日に「5類」に切り替わることから、それに合わせて特例措置を見直し、必要なものは継続する。

具体的には、新型コロナの退院患者を医療機関から受け入れた介護施設への介護報酬上の評価や人員基準の柔軟な取り扱いのほか、以下などは当面、続ける。

- ▼通所系の事業所が休業した場合に、訪問でのサービスを代わりに提供すれば通所サービスと同等の報酬を算定できる措置
- ▼利用者らへのワクチン接種に介護職員が従事する場合の人員基準の柔軟な取り扱い

その後の扱いをどうするかは、位置付けの変更後の状況などを踏まえて検討する。

また、新型コロナの影響が幅広くあった場合に人員基準違反や報酬の減算としない特例について、利用者や従事者の中に新型コロナの患者が発生した場合に継続する。

一方で、以下などは、新型コロナの位置付けの変更に伴い終了する。

- ▼各種サービスや申請、自治体事務の柔軟な取り扱い
- ▼安否確認や療養指導などを電話で行った場合に一定の報酬が算定できる措置

これらの特例を続けなくても、必要なサービスが提供できると考えられるため。

医療情報④  
日本医師会  
釜萯常任理事

## コロナ集団感染対策の 継続呼び掛け

日本医師会の釜萯敏常任理事は4月26日の定例記者会見で、新型コロナウイルスの感染について、「病院や高齢者施設での集団感染の発生が死者数の増加に大きく関わってしまう」と述べ、対策の継続を呼び掛けた。

医療機関や福祉施設でのクラスター（感染集団）の発生数と死亡者数の推移に相関がみられるため。ただ、釜萯氏は「入院される時点でいかにしっかり検査をしても、そこをすり抜けて

後から感染が分かるという事例は、どうしても出てくる」と対応の難しさを指摘した。オミクロン株への置き換えが進んでからそうしたケースが特に目立つという。

釜薙氏はまた、新型コロナの人口千人当たりの死者数が、日本では第6波、第7波、第8波の順に増えていることを指摘し、「今後も感染の拡大のリスクはある」とも強調した。

イングランドでは、感染拡大の波を繰り返しながら人口当たりの死者数が減少する傾向にあるといい、「(限られた地域で一定の罹患率で感染を繰り返す) エンデミックといってもいいだろう」と述べた。これに対して、日本は「エンデミックという状況には程遠い」との認識を示した。

医療情報⑤  
健康保険組合  
連合会

## 診療報酬のコロナ特例 「9月ごろ全廃」主張

新型コロナウイルス感染症が感染症法上の5類に切り替わるのを受けて、健康保険組合連合会(健保連)は、診療報酬のコロナ特例措置の見直しを今後も計画的に進め、少なくとも9月ごろには全て廃止する必要があると4月15日に発行した月刊「健康保険」の中で主張した。

月刊「健康保険」は、健保連の定期刊行物の一つ。医療保険に関する時事テーマの解説や、社会保障関係の論文、組合実務の解説などを掲載し、毎月15日に発行している。

診療報酬のコロナ特例に関する主張は4月号の「視点」に掲載した。健保連は其中で、診療報酬のコロナ特例によって外来患者1人当たりの医療費が増加するなど医療保険財政に大きな影響を及ぼしたとしている。入院に関しては、当初想定していた増員が「不要になってきた」と指摘し、それらを考えると特例の縮小は当然だと訴えた。

診療報酬のコロナ特例は、感染が各地で拡大した2020年4月に始まり、感染の広がりに合わせて厚生労働省が充実させてきた。現在は、以下などがある。

- ▼中等症以上の入院を受け入れると「救急医療管理加算」の4倍、6倍に相当する1日3,800点、5,700点を算定
- ▼感染予防策を行って新型コロナの疑い患者を外来で診療すると「院内トリアージ実施料」として300点を算定

日本医師会は、感染症法上の位置付けが5類に切り替わる5月8日以降も感染防止対策が引き続き求められるとして、全ての特例を継続すべきだと主張していたが、医療機関の感染対策を引き続き評価する一方、入院や外来のコロナ特例を縮小させることになった。厚労省は、医療提供体制や感染などの夏までの状況を検証し、必要な見直しを行うとしている。

健保連は4月号の「視点」で、新型コロナの感染が収束に向かい、医療保険財政への影響が緩和されることへの期待感を示した。その上で、診療報酬のコロナ特例の見直しを今後も計画的に進め、少なくとも9月ごろには「全て廃止する必要がある」と主張している。

医療情報⑥  
中央社会保険  
医療協議会

## 診療報酬改定施行 後ろ倒しへ議論開始

中央社会保険医療協議会は4月26日、診療報酬改定の施行時期の見直しに向けた議論を始めた。見直し後の新たな診療報酬の運用は現在、原則4月に始まるが、医療現場やベンダーの負担を政府は後ろ倒しする方針。どの年度から、どれだけ後ろ倒しするかを中医協で議論する。

厚生労働省は、具体的な対応を決める時期について、「それほど早く決定する必要はないと思うが、現場への影響や、ベンダーがSEを確保する時期などを考えると、直前ではなく、期間をある程度設けて決定する必要がある」としている。

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「デスマーチ」の解消を目指す。

中医協が4月26日に開いた総会では、施行を後ろ倒しすることによる財政への影響や、2年置きに行われる改定結果の検証に十分な期間を確保できるかどうかを論点に挙げた。

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、意見交換で、「診療報酬改定が行われると、医療機関では短期間で対応するために大きな業務負担が生じている。

レセコンや電子カルテの改修のための費用も、最終的に医療機関がリース料などの形で負担している」などと述べ、医療機関の負担の極小化を目指すべきだと主張した。

長島委員はまた、ベンダー側の負荷軽減が進んだら運用・保守コストを減らすなど医療機関へ確実に還元するよう訴えた。

一方、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、診療報酬改定の施行時期の見直しに理解を示す一方、医療機関やベンダーだけでなく、医療保険者の負担も視野に入れた丁寧な議論を求めた。

政府が推進する医療DXは、以下の3つが柱。

- ▼全国医療情報プラットフォームの創設
- ▼電子カルテ情報の標準化
- ▼診療報酬改定DX

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、厚労省はほかに、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」も目指す。

厚労省保険局の眞鍋馨医療課長は、「複雑な診療報酬体系を反映して間違いのない形で運用することも重要」と述べ、検証を重ねながら開発を進める方針を示した。

医療情報⑦  
中央社会保険  
医療協議会

## 勤務環境改善で DX 推進、 診療報酬での評価が論点に

厚生労働省は 4 月 26 日の中央社会保険医療協議会・総会で、医療者の勤務環境の改善を進めるに当たって医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）による取り組みを診療報酬で評価することなどを論点に挙げた。

診療側の委員はさらなる評価を求めた一方で、支払側の員からは補助金で対応すべきだとの意見が出た。

医療 DX を巡っては、これまで診療報酬上のさまざまな評価が作られたり、評価の見直しなどが行われたりしてきた。2022 年度の診療報酬改定では、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に継続的な遠隔モニタリングを行い、それを踏まえた療養方針について来院時に指導を行った場合の評価として、遠隔モニタリング加算（月 1 回 115 点）を新設。また、業務効率化といった観点から、入退院支援加算の算定要件を緩和し、ビデオ通話でもカンファレンスが実施できるようにしていた。

4 月 26 日の総会で厚労省は、医療機関が従事者の勤務環境改善を進めるに当たり、医療 DX による取り組みを診療報酬でどう評価するかを、24 年度改定に向けた論点として示した。

議論では、診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）が、医療 DX の普及によって業務効率化が進み、医療従事者の業務負担が軽減する効果などが期待できると説明。「今後も医療 DX を適切に評価していくべきだ」とし、診療報酬でのさらなる評価を求めた。

一方、支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「診療報酬だけではなく、補助金といった他の財源の在り方も含めて慎重に議論していただきたい」と述べた。

全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員も、国のインフラとしての医療 DX を推進するため、それぞれのシステムの運用が開始され、安定化するまでの間は国が関連費用を負担した上で、その後のランニングコストは各受益者が負担する仕組み検討すべきだとした。また、他の委員から、患者のメリットを検討の視点に据えるべきだとの意見もあった。

厚労省はこの日の総会で、以下という論点も示した。

▼サイバー攻撃にどう対応すべきか

▼全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化での情報共有に当たって、標準規格化された3文書やそれに含まれる6情報の普及を促し、活用していくことについてどう考えるか

▼診療報酬改定DXでの共通算定モジュール導入や診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しについて総合的な観点からどう考えるか

▼薬剤情報の有効活用を通じて質の高い医療を提供するため、電子処方箋についてどう対応していくべきか

このうち、サイバー攻撃への対応について、医療機関で必要なセキュリティー対策を取れるよう国が補助金で支援すべきだとの意見が複数上がった。

医療情報⑧  
厚生労働省  
財政支援

## 電子カルテ普及へ、 財政支援を準備

厚生労働省は、電子カルテシステムをまだ導入していない医療機関に対して既存の「医療情報化支援基金」を活用した財政支援を行う準備を進めている。特に普及率が5割に満たない中小規模の病院や診療所での導入を促す狙いがある。

電子カルテについては、病床規模の大きな病院で普及している一方、中小規模の病院などでは導入が進んでいない。2020年時点での一般病院の病床規模別の普及率は、400床以上が91.2%、「200-399床」は74.8%、200床未満は48.8%。一般診療所では49.9%という状況だ。

4月26日の中央社会保険医療協議会・総会では、電子カルテ情報の標準化もテーマとなり、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）が「標準化を進めてほしいが、電子カルテ化されていない医療機関が相当数ある」と指摘した。

その上で、医療機関が電子カルテを導入するためには数千万円規模の費用がかかると説明。特に中小規模の病院や診療所での導入への財政支援の必要性を強調した。

これに対して厚労省医政局の担当者が、「標準的な仕様に準拠した電子カルテへの改修や新規の導入については医療情報化支援基金を活用し、一定の補助を行うことを現在検討している」と述べた。活用の開始時期などは未定だが、厚労省では電子カルテの導入などで同基金を活用できるよう準備を進めているという。

## ラゲブリオ有効期間 36 カ月に再延長、流通品も

厚生労働省は4月21日、新型コロナウイルス治療薬のラゲブリオの温室での有効期間がこれまでの30カ月から36カ月に再延長されたことを都道府県などに周知した。現在流通している同剤にも適用可能だと説明している。

同剤の有効期間の延長は、今回を含めて2回目。過去の有効期間（24カ月や30カ月）が印字されている製剤も現在流通されており、これらも有効期間が36カ月として取り扱って差し支えない。

使用期限が2024年1月31日まで、またはそれ以前の製剤は、有効期間が24カ月という前提で印字されている。そのため、変更後の使用期限は印字されている期限よりも12カ月長いものとして取り扱うよう、厚労省は求めている。

一方、使用期限が24年3月31日～12月31日までの製剤は有効期間が30カ月という前提で印字されているが、こちらは変更後の使用期限は印字されている期限よりも6カ月長いものとして取り扱う。

## コーディング委員会 「年4回未満」116病院

2022年度のDPC対象病院のうち、DPC標準病院群に該当する1,495病院を対象に厚生労働省が行った調査結果によると、入院症例の適切なコーディングを促すため院内に設置する委員会の21年11月～22年10月の開催が116病院（7.8%）で年4回未満だったことが分かった。

急性期病院がDPC制度に参加するためには「コーディング委員会」を本来は年4回以上開く必要があり、「毎月開催することが望ましい」とされている。厚労省は、1年間の開催が4回未満だった病院の状況を個別に確認しているという。

調査は、DPC制度になじまない可能性がある病院を含めて診療実態を明らかにするため、22年度のDPC標準病院群に該当する1,495病院を対象に実施（同年5月以降に合併した病院は対象外）し、全病院が回答した。

厚労省は、DPC対象病院ごとに適用する機能評価係数Ⅱのうち、適切なDPCデータの作成などを評価する「保険診療係数」が最大値ではない62病院のほか、以下の上位・下位50病院に追加で理由を確認し、中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」



に4月24日、それらの結果を報告した。

- ▼入院期間の短縮を評価する効率性係数
- ▼幅広い疾患への対応を評価する複雑性係数
- ▼救急医療への貢献を評価する救急医療係数
- ▼地域医療への貢献を評価する地域医療係数

調査結果によると、夜間や休日に緊急手術を実施する体制を整備していたのは1,495病院のうち1,278病院(85.5%)で、分科会の中野恵委員(健康保険組合連合会参与)は、「裏を返せば15%近い病院が緊急手術を実施していないということだ」と指摘した。

救急外来の受け入れ方針に関する自由記載で、「救急外来は行っていない」と答えた病院もあった。中野委員は「DPC対象の機関としていかなるものか」と疑問視した。

調査では、高齢者の肺炎や尿路感染など「詳細不明コード」に該当する受け入れが増えている病院があることも分かり、中野委員は、軽度の肺炎の受け入れには地域包括ケア病棟で対応するなど役割分担の必要性を指摘した。

厚生労働省の担当者は「中野委員の指摘は、地ケア(病棟)やDPC(算定病床)を両方持っている病院にみられる傾向だと思っている」と述べ、ケアミックス病院の実態を示すデータを今後、分科会に提出する方針を説明した。

医療情報⑪  
中央社会保険  
医療協議会

## 入院基本料など個別事項の議論、 5月から開始

厚生労働省は4月24日、2024年度診療報酬改定に向け、中央社会保険医療協議会で入院医療と外来医療の課題を議論する入院・外来医療等の調査・評価分科会のスケジュールを示し、了承された。

5月以降に一般病棟入院基本料など個別事項の議論を進め、秋に診療報酬基本問題小委員会に報告する。22年度改定の影響調査に関する項目も了承された。

入院・外来医療等の調査・評価分科会では、22年度改定時の中医協答申附带意見を踏まえ、技術的な課題について話し合う。話し合いのベースとなるのが前回改定の影響調査となる。

23年度の影響調査は、22年度に改定のあった中から8項目について行う。具体的には以下の8項目だ。

- ▼一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の施設基準
- ▼特定集中治療室管理料などの集中治療を行う入院料
- ▼地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件
- ▼療養病棟入院基本料など慢性期入院医療の評価
- ▼新興感染症にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
- ▼医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価
- ▼外来医療の評価
- ▼医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態

23年度に実施する8項目の影響調査のうち、医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態を除く7項目は22年度も行っている。5月にも22年度の調査結果が報告され、24年度改定に向け、個別事項への議論に入る。その後、23年度の調査結果も含めた議論が行われ、秋に開催する中医協・診療報酬基本問題小委員会に報告される流れだ。

医療情報<sup>12</sup>  
厚生科学  
審議会

## インフルワクチン、 A型H1N1 製造候補株を変更

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会の小委員会は4月24日、インフルエンザワクチン製造候補株（2023/24シーズン）について、A型H1N1の製造株を変更することを了承した。

国立感染症研究所と日本ワクチン産業協会の検討を踏まえ、22/23シーズンの「A/ビクトリア/1/2020(IVR-217)」から、23/24シーズンは「A/ビクトリア/4897/2022(IVR-238)」に変更する。

国立感染症研究所は、「A/ビクトリア/4897/2022(IVR-238)」を推奨する理由として、ウイルスタンパク質含量の割合が、「A/ビクトリア/1/2020(IVR-217)」と比べて良好だったことなどを挙げている。