



# 全日病NEWS

## 2023.2.15 No.1026

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

### 第8次医療計画における新興感染症対応の議論を開始

#### 厚労省・第8次医療計画検討会 確保病床数や発熱外来の目標値の目安を見込む



厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)は2月2日、第8次医療計画における新興感染症対応の議論を開始した。新興感染症対応は6事業目として医療計画に含まれることになったが、改正感染症法等の成立を待って議論する必要などがあつたため、他の事業等とは別にまとめることになっていた。厚労省は、新型コロナの経験を踏まえ、春をめどに指針改訂の内容を決定したい考えだ。

検討の前提として、次のような方向性が示されている。対応する感染症は、「感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症」を基本とする。まずは、現に対応しており、これまでの教訓を生かすことのできる新型コロナへの対応を念頭に取組む。事前の想定と大きく異なる事態となった場合には、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行うとしている。

新興感染症の発生初期の段階では、都道府県知事の判断により、流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関を中心に対応する。流行初期医療確保措置が発動され、3か月経過後は、協定の内容に沿って順次、すべての医療機関が対応することになる。

流行初期医療確保措置とは、新興感染症に対する診療報酬の上乗せや補助金による支援が充実するまでの暫定的な支援のこと。その措置額は、感染症発生・まん延時の初期に、特別な協定に基づいて対応を行った月の診療報酬と、感染症発生・まん延時以前の直近の同月の診療報酬の額などを勘案した額を比較し、差額分が支払われる。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「今回の対応の方向性では、都道府県の判断で対応する事項がたくさんある。しかし、どのような感染症が来るのか全くわからない状況では、やはり国が中心的な考えを出す必要があると思う。新たに内閣感染症危

機管理統括庁や国立健康危機管理研究機構を設置するということもあるので、国が主導して、新興感染症に対する対応方針をきちんと示し、国全体として動ける形にすべき」と述べた。

#### 500医療機関で1.5万床を確保

新興感染症に対応するために、事前に都道府県と医療機関が締結する協定については、①病床関係②発熱外来関係③自宅・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等への医療の提供関係④後方支援関係⑤人材派遣関係一が論点となった。

病床については、新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件も参考に確保し、都道府県からの要請後1~2週間をめどに即応病床にする。確保した病床を稼働させるためには、医療従事者の確保も重要であり、協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修などを通じ、対応能力を高める。数値目標は、新型コロナ対応の実績を参考に、それを上回ることを目指す。

協定締結医療機関の中で、流行初期から対応する能力を有する医療機関は、地域の実情に応じて確保する。新型コロナ対応では、全国で重点医療機関が1,500程度(2021年11月時点)、そのうち総病床数が400床以上の重点医療機関が500程度であったことから、流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関も500程度を目安とした。

例えば、2020年冬の新型コロナ入院患者数は約1.5万人(うち重症者数は1,500人)であったため、500医療機関の1医療機関あたりの確保病床数は30床となる。なお、厚労省は、400床以上を流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関の基準にしているわけではないと説明した。

疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線などを確保することから、新型コロナの協力医療機関の施設要件も参考に、病床の確保を図る。協力医療機関の新型コロナ

の疑い患者に対する病床は、「個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であることを」を求めている。

NPO法人COML理事長の山口育子委員は、患者が他の選択肢がとれない状況で、新型コロナの協力医療機関から高額な差額ベッド代が請求される事例が出ていることから、新興感染症の疑い患者に対する差額ベッド代の取扱いの整理を求めた。

重症者用病床の確保については、新型コロナ対応と同様に、集中治療室や人工呼吸器などとともに、感染症患者の集中治療を行う医療従事者の確保を図る。また、それに伴い、脳卒中や急性心筋梗塞など患者の生命に重大な影響が及ぶおそれがある通常医療が制限される可能性があるため、各都道府県において、そのような通常医療をどの程度確保できるかを確認する。

全日病副会長の織田正道委員は、「待てない急性期の患者への対応では、県を越えた調整が必要になる場合がある」と指摘。柔軟な入院調整が可能となるよう、県をまたぐ患者情報の共有化が重要になると訴えた。

また、対応方針では、「特に配慮が必要な患者」のための病床確保の必要性も指摘された。具体的には、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児・者、認知症患者、がん患者、外国人があがった。

地域医療構想は人口動態の変化に対応するため、着実に推進を図っている。このため、感染拡大時の短期的な医療需要に対し、各都道府県の医療計画に基づき、機動的に対応することを前提に、地域医療構想の基本的な枠組みは維持し、PDCAサイクルに基づき、着実に取組みを進めていくとしている。

#### 発熱外来は1,500機関を目安に

発熱外来関係については、新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱外来等専用の診察室を設けた上で、あらかじめ発熱患者な

どの対応時間帯を住民に周知し、または地域の医療機関などと情報共有して、発熱患者などを受け入れる体制を構築する。数値目標について、新型コロナ対応の実績を参考に、それを上回ることを目指す。

新型コロナ対応においては、全国で流行の初期頃(2020年5月)の帰国者・接触者外来が約1,500程度であったことを参考に、約1,500機関を目安とした。2020年冬の新型コロナのピーク時の外来受診者約3.3万人を1,500医療機関で割ると、1日20人強の発熱患者を診察しなければならない。発熱外来は都道府県知事からの要請後、1週間以内の開始を求める。

#### 派遣人数一人でも協定締結可能

自宅・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等への医療の提供関係については、新型コロナ対応と同様に、病院・診療所は訪問看護ステーションや薬局と連携し、往診やオンライン診療などを行う。また、自宅療養者などの症状が悪化した場合に、入院医療機関に適切につなげるようにする。数値目標について、新型コロナ対応の実績を参考に、その数値を上回ることを目指す。

後方支援関係については、①流行初期の感染症患者以外の患者の受入れ②感染症から回復後の入院が必要な患者の受入れ一が想定される。このため、新型コロナ対応と同様に、後方支援医療機関は、自治体や都道府県医師会、都道府県病院団体・支部による協議会や、既存の関係団体と連携した上で、感染症以外の患者や、感染症から回復後の入院が必要な患者の受入れを行う。

人材派遣関係については、人数の基準は設けないとしており、医療機関が1人の医療従事者を派遣する場合でも、協定を締結できるとした。協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修などを通じ、対応能力を高める。また、医療人材の身分・手当・補償など労働条件の諸条件を明確にするため、協定のモデル例を示す。

国が直接派遣を要請できる医療機関としては、感染症法に規定する公立・公的医療機関などのほか、特定機能病院や地域医療支援病院、広域的な医療人材派遣も想定されているDMAT・DPATなどが在籍する医療機関を対象とする。なお、AMAT(全日本病院医療支援班)は対象外となっている。

後方支援や人材派遣についても、数値目標は新型コロナ対応の実績を参考に、それを上回ることを目指す。

#### 流行初期医療確保措置の対象となる協定(特別な協定)締結医療機関(入院)の数値目標・対象基準について

##### 対応の方向性(案)

- 協定締結医療機関(入院)の中から、流行初期から対応する能力を有する医療機関について、地域の実情に応じて確保する。新型コロナ対応においては、全国で、重点医療機関が1,500程度(令和3年11月時点)、そのうち総病床数が400床以上の重点医療機関が500程度(令和3年11月時点)であったことを参考に、全国で、流行初期医療確保措置付き協定締結医療機関については500程度が目安。また、下記に基づき、入院患者数は約1.5万人、うち重症者数はその1割の約1.5千人の受入を目安とする。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定(入院)の基準は、以下のとおりとする。
  - ・ 病床を一定数(例えば30床(※))以上を確保し、その全てを流行初期から継続して対応する旨を内容とする協定その他これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること。
  - (※) 2020年冬の新型コロナ入院患者数約1.5万人(うち重症者数1.5千人)÷約500機関
  - ・ 都道府県知事からの要請後原則1週間以内に即応化すること。
  - ・ 流行初期に、都道府県知事の要請後迅速に即応化するため、病床の確保に当たり影響が出る一般患者の対応について、後方支援機関(後方支援の協定を締結する医療機関)との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと。

(参考) 2020年1月6日 ・ 中国における原因不明肺炎の発生について、厚生労働省でプレスリリース  
 14日 ・ WHOによるヒト-ヒト感染の可能性の発表  
 15日 ・ 国内における新型コロナウイルス感染症患者1例目を確認  
 21日 ・ 新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する関係閣僚会議の第1回会合を開催  
 28日 ・ 指定感染症に指定する政令公布(最終的には2月1日施行)  
 30日 ・ WHOが「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言  
 30日 ・ 政府の新型コロナウイルス感染症対策本部第1回会合を開催

(備考) 都道府県及び医療機関等は、新型コロナを念頭に準備・取組をしていることから、新興感染症が発生した場合には、国として国内外の最新の知見等を把握し、随時都道府県及び医療機関等に周知しながら、事前の想定とは大きく異なる事態の判断も含め、機動的に対応する。

#### 本号の紙面から

コロナの位置づけ5類に変更	2面
電力情報の同意取得を議論	3面
ゾコーバ錠の薬価算定を議論	4面



# 新型コロナの感染症法上の取扱いを「5類」に

**コロナ対策本部****診療報酬の特例措置や補助金は段階的に見直し**

岸田文雄総理大臣は1月27日の政府の新型コロナウイルス感染症対策本部で、新型コロナの感染症法上の位置づけを「新型インフルエンザ等感染症」から5類感染症に変更することを発表した。医療体制の移行や自治体などによる準備に3か月程度かかることから、5月8日を変更日とする。外来・入院に関する診療報酬上の特例措置や病床確保料の取扱いなど各種措置は段階的に見直す道筋を検討するとした。

オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情がない限り、5月8日から5類感染症に位置づける。変更前に改めて、厚生科学審議会感染症部会の意見を聴いた上で、最終確認して実施する。オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなど、科学的な前提が異なる状況になれば、対応を見直す。感染症法上の位置づけの変更に伴い

新型コロナ対応の医療提供体制も段階的に変更する。

入院については、入院措置・勧告が適用されないことになる。幅広い医療機関が、新型コロナの入院患者を受け入れ、入院調整も行政が関与するものから、個々の医療機関の間で調整する体制へと段階的に移行していく。

外来についても、幅広い医療機関が新型コロナ患者の診療に対応する体制へと移行していく。

このため、今後、診療・検査医療機関から広く一般的な医療機関による対応への移行を図る。それに伴い、「外来や入院に関する診療報酬上の特例措置や病床確保料の取扱い、重症者等に対する入院調整のあり方、高齢者施設等への検査・医療支援など各種対策・措置の段階的見直し」の具体的な内容の検討・調整を進めるとしている。

患者の自己負担は、急激な負担増が

生じないよう、「入院・外来の医療費の自己負担分にかかる一定の公費負担について、期限を区切って継続」する。

医療提供体制や医療費の自己負担分の取扱いは、3月上旬をめどに具体的な方針を示すとしている。

感染対策としてのマスクは、「屋内では基本的にマスクの着用を推奨する」としている現在の取扱いを改め、「行政が一律にルールとして求めるのではなく、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることを基本」として検討する。検討の際には、子どもの発育・発達に妨げにならないよう配慮が必要であることに留意する。

ワクチンについては、感染症法上の位置づけの変更にかかわらず予防接種法に基づいて実施する。4月以降も、必要な接種については引き続き、自己負担なく受けられるようにする。

水際対策は、検疫法上の「検疫感染



(官邸ホームページから転載)

症」から外れる。サーベイランスは、感染症法に基づく発生届を終了し、定点医療機関による感染動向把握に移行する。

新型インフルエンザ等対策特別措置法の規定に基づき、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部は廃止される。都道府県対策本部も廃止される。ただ、政府対策本部の廃止後においても、必要に応じて新型インフルエンザ等対策閣僚会議を開催する。

あわせて特措法に基づき実施している住民や事業者などへの感染対策に関する協力要請などの各種措置は終了する。臨時の医療施設の取扱いについては、今後検討し具体的方針を示す。

## 将来的にこども・子育て予算を倍増

**通常国会****岸田総理が施政方針演説**

第211回通常国会が1月23日に召集された。施政方針演説で岸田文雄総理大臣は、こども・子育て政策について、「こどもファーストの経済社会を作り上げ、出生率を反転させなければならない」と訴えた。4月に発足するこども家庭庁の下で、体系的な政策をまとめつつ、6月の骨太方針2023までに、将来的なこども・子育て予算倍増に向けた大枠を提示する考えを明らかにした。

新型コロナ関連では、「新型インフルエンザ等」から外し、5類感染症とする方針を示すとともに、「今後の感染症危機に適切に対応するため、内閣

感染症危機管理統括庁や、いわゆる日本版CDC設置に関する法案を今国会に提出する」と述べた。

DX(デジタルトランスフォーメーション)に関しては、取得申請を8,500万件まで増やしたマイナンバーカードを「デジタル社会のパスポート」と強調。医療面では、「スマートフォン一つあれば、診療券も保険証も持たずに、医療機関の受診や薬剤情報の確認ができるようになる」と述べた。

また、イノベーションに関連して、「日米の企業が共同開発し、世界で初めて本格的なグローバル展開が期待される、アルツハイマー病の進行を抑え

る治療薬が、米国においてFDAの迅速承認を受けた」ことを紹介した。

**健康保険法等改正案などを提出**

同日、内閣提出予定法案も示された。厚生労働省は6本、うち予算関連法案は3本。予算関連法案では、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」がある。予算非関連法案では、「国立健康危機管理研究機構法案」、「国立健康危機管理研究機構法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律案」などを提出する。

健康保険法等一部改正法案には、

◇出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入◇後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し◇前期財政調整制度における報酬調整の導入◇医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し◇かかりつけ医機能が発揮される制度整備◇市町村による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置—など幅広い内容が含まれている。

そのほか厚労省からは、「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律案」の提出も検討されている。

また、内閣官房は「新型インフルエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律案」や「孤独・孤立対策推進法案」、内閣府は「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の一部を改正する法律案」などの法案を提出する予定だ。

## 健保法等一部改正法案を自民・厚労部会が了承

**自民党****かかりつけ医機能の制度整備で現場への懸念が相次ぐ**

自民党の厚生労働部会は2月6日、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を田畑裕明部会長一任で了承した。与党の法案審査を経て、政府は2月中旬に国会に提出する予定だ。法案に盛り込まれた、かかりつけ医機能の制度整備に関する考え方に対して、現場に与える影響を懸念する意見が出ていたため、厚生労働省の当初案を調整する。

今回の健保法等一部改正法案は、広範な内容を含む大きな改革案となっている。改正の概要は、◇こども・子育て支援の拡充◇高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し◇医療保険制度の基盤強化等◇医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化—である。

最後の「医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」の中に、かかりつけ医機能の制度整備がある。具体的には、◇医療機能情報提供制度の刷新(2024年4月施行)◇かかりつけ医機能報告の創設(2025年4月施行)◇患者に対する説明(2025年4月施行)がある。

自民党議員からは、かかりつけ医機能報告により、医療機関がかかりつけ医機能を確保していることを都道府県が確認する仕組みで、かかりつけ医機

能の有無を行政の権限で厳格に判断しすぎることのないよう求める意見が相次いだという。政府としては、これらの意見を踏まえ、今後の法案審査やその後の議論に臨むと考えられる。

「医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」ではそのほか、◇医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置づける

◇医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で、当該情報に係るデータベースを整備する

◇地域医療連携推進法人制度について、一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する

◇出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(2023年9月末→2026年12月末まで)等を行う。

といった改正内容がある。

**出産育児一時金を50万円に引上げ**

こども・子育て支援の拡充では、出産育児一時金を2023年4月から42万円を50万円に引き上げる(政令事項)。一方で、今後、生産年齢人口が急激に減

少していく中で、少子化を克服し、子育てを社会全体で支援する観点から、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度が、出産育児一時金の費用の一部を支援する仕組みを導入する。

具体的には、すべての医療保険制度からの出産育児一時金の費用の7%を後期高齢者医療制度が負担する。後期高齢者医療制度の次期保険料改定が2024年4月であるので、その時点からとする。ただ、2024・2025年度は負担額を2分の1とする。後期高齢者医療制度からの実際の支援は、保険者の事務を簡素にするため、後期高齢者医療支援金と相殺する。

出産育児一時金の引上げに合わせて、実際の出産費用も上昇してしまうとの指摘も踏まえ、出産費用の見える化を進める。新たに設けるホームページで、サービス内容や分娩に要する費用・室料差額などを公表するとしている。

高齢者医療制度の見直しも、高齢者の負担が大きくなる方向での見直しだ。後期高齢者医療制度の財源構成は、公費が約5割、各保険者からの後期高齢者支援金が約4割、75歳以上の後期高齢者の保険料が約1割。制度創設以降、現役世代一人あたり支援金の伸び率は1.7倍、後期高齢者一人あたり保険料の伸び率は1.3倍で、当面この傾向が続くと推計される。このため、介護保

険を参考に、後期高齢者一人あたり保険料と現役世代一人あたり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直す。

後期高齢者の保険料負担を増やす方法としては、保険料を構成している定額部分(均等割)と定率部分(所得割)の範囲の見直しや、賦課限度額の引上げを用いる。ただし、年金収入153万円相当以下の約6割の年金受給者の負担は増えないよう配慮する。年金収入211万円相当以下の約12%の年金受給者についても、2024年度は負担が増えないよう対応する。

また、65～74歳の前期高齢者の医療費を各保険者が負担する方法において、現在、「加入者数に応じた調整」が行われている。これについて、部分的(3分の1)に「報酬水準に応じた調整」を導入する。あわせて、他の制度における企業負担を勘案し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともにさらなる支援を行う。

2024年度から2029年度までの第4期医療費適正化計画に向けた見直しでは、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、各都道府県に保険者協議会を必置として、計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。都道府県の役割・責務も明確化する。かかりつけ医機能の確保の重要性にも留意する。



# 電子カルテ情報共有への同意取得は現場負担を軽減する方向で整理

## 厚労省・医療情報ネットワークWG 全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤を議論

厚生労働省の「健康・医療・介護情報活用検討会」の「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」(中島直樹主査)は1月27日、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤に関し、患者からの同意取得の仕組みなどを議論した。同意取得においては、現場の負担を軽減する方向で整理していく方針が確認された。政府の「データヘルス改革に関する工程表」では、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤について2022年度中に結論をまとめることとされている。厚労省はWGの次回会合に、とりまとめ案を示す予定だ。

電子カルテ情報のうち、まずは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検査情報⑥処方情報—の6つの医療情報と、◇診療情報提供書◇退院時サマリー◇健康診断結果報告書—の3文書から標準化を進め、その後、段階的に拡張する方針となっている。

電子カルテ情報の共有は、次のような仕組みとする方向。まず医療機関等から、「電子カルテ情報交換サービス(仮称)」に電子カルテ情報を保存する。紹介先の医療機関では、患者本人の同意を前提に、その電子カルテ情報を閲覧できるようにする。また、6情報に限っては、オンライン資格確認等システムを通じて、患者の同意のもと、全国の医療機関等で情報を閲覧できるようにする。マイナポータルを利用すれば、患者本人もそれらの情報を確認できる。

同日の会合では、この仕組みにおいて患者からの同意をどのように取得するかを議論した。厚労省は、①患者が受診した医療機関が電子カルテ情報を「電子カルテ情報交換サービス」に保存することへの同意と、②全国の医療機関で電子カルテ情報を閲覧する際に必要な同意の2つに分けて整理。

①情報の保存に関しては、海外では患者の同意を不要にしていたり、オプトアウトとして拒否を可能にしていたりしていることが紹介された。他方、②情報の閲覧に関しては、患者の同意の取得が必要としている国が多数であることが示された。患者の同意には、診察のたびに同意が必要な国もあれば、

一度同意すればその後は情報の閲覧が可能になる包括同意の仕組みをとる国もある。

厚労省は患者同意の仕組みをつくる際の方針として、「国民への周知とセットで、なるべく現場の負担を軽減する方向で整理を進める」ことを提案。委員からは概ね同意が得られた。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、患者の負担を軽減するため、電子カルテ情報を保存する場面については、患者の同意を不要にする、またはオプトアウトが可能とする方向で、法的な整備を行うことを提案した。

また長島委員は、「診療情報提供書は特定の医療機関に送る親書のようなものなので、他の情報とは取扱いを変えなければいけない」と指摘した。

他の委員からは、「マイナポータルにおいて、閲覧可能とする情報を患者自身が選べる仕組みとすべき」「情報を活用できるように、患者に仕組みを周知することが必要」などの意見が出された。

患者から同意をとるタイミングとし

て、厚労省は「顔認証付きカードリーダーの使用時」や「診察時」、「マイナポータル利用時」を選択肢として提示した。これに対し長島委員は、「診察後の会計のタイミングでも同意ができる仕組みにしないと患者さんが困る」と訴えた。

### 救急・生活習慣病からコード標準化

同日の会議では、電子カルテ情報のデータコードの標準化について、厚労省から、当面は救急・生活習慣病に関するコード等に絞って標準化を進めることが提案された。

コードを整理することで、異なる医療機関からの電子カルテ情報を医療機関等の医療従事者間で活用することが容易になる。また、PHRの仕組みにより、マイナポータルで理解しやすいかたちで情報が確認できるようになる。まずは医療従事者間の情報共有や患者の理解を進めるため、対象コードを限定した上で、標準化に着手する考えが示された。

コードを救急と生活習慣病に限定し



た上で標準化を進める方針に、理解を示す意見が出された。他方で長島委員は、診療報酬DXなど、政府が進めようとしている医療DXの他の取組みと一体的に進めてほしいと要望。「最初に整合性をもって進めないと、後から医療現場に負担がかかってしまう。一体的にできないのなら、慌てて進めるべきではない」と述べた。

厚労省の田中彰子参事官は「診療報酬DXの取組みと電子カルテ情報の標準化、そして標準的な電子カルテの検討を、一体的に進めるかたちで、とりまとめをしていきたい」と述べた。

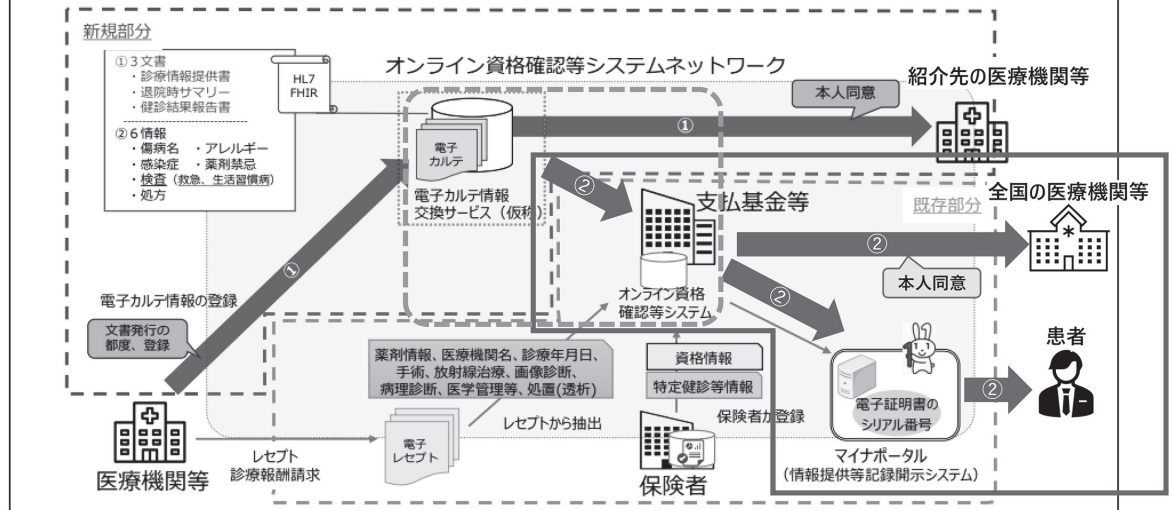
厚労省は、同日の意見を踏まえたとりまとめ案を次回会合に示す予定。

## 医療DXも踏まえた電子カルテ情報を共有できる仕組みの実装方法(イメージ)

具体的には患者の健康管理に有用な一部の電子カルテ情報について、マイナポータル等を通じて本人が閲覧できる仕組みとすると共に、本人同意の下、全国の医療機関等でも患者自身が閲覧可能な情報を共有できる仕組みを検討したい

### 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。



# 司令塔機能強化のため内閣感染症危機管理統括庁を設置

## 政府 新型インフルエンザ等対策特別措置法等一部改正案を閣議決定

政府は2月7日、「新型インフルエンザ等対策特別措置法及び内閣法の一部を改正する法律案」を閣議決定した。内閣官房に、内閣感染症危機管理統括庁を設置するとともに、感染症の感染拡大の初期段階から新型インフルエンザ等対策本部が、迅速に措置を講じることができる仕組みを設ける。

開催中の通常国会に法律案を提出する予定。内閣感染症危機管理統括庁は公布日から6か月以内に設置することになっている。

昨年9月2日の新型コロナウイルス感染症対策本部で、岸田文雄総理が、「将来の感染症危機において、まん延初期段階から国・地方を通じて迅速に措置を講じることが可能」とする対応を表明。政府の司令塔機能を強化するため、内閣官房に、新たに内閣感染症危機管理統括庁を設置し、感染症に対応するための総合調整を一元的に所管

し、各府省の実務を強力に統括するとの方針を明らかにしていた。

岸田総理は、将来の感染症危機に備え、あわせて、「厚生労働省における平時からの感染症対応能力を強化するため、健康局に感染症対策部を設置」する考えも示している。さらに、「国立感染症研究所と国立国際医療研究センターを統合し、感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点となる新たな専門組織、いわゆる日本版CDCを創設する」との方針も示されている。

内閣法の一部改正により設置する内閣感染症危機管理統括庁は、新型インフルエンザ等対策特別措置法に規定する政府の行動計画の策定や政府対策本部の事務、行政各部が業務を行う上で必要な企画・立案・総合調整に関する事務を行う。

内閣感染症危機管理統括庁には、内閣官房長官を助けて庁務を担う職とし

て内閣感染症危機管理監1人を置く。内閣感染症危機管理監は内閣総理大臣が内閣官房副長官の中から指名する。内閣感染症危機管理監の業務を助ける職として、内閣感染症危機管理監補を置く。内閣感染症危機管理監補は内閣総理大臣が内閣官房副長官補の中から指名する。

両者の業務を助ける職として、内閣感染症危機管理対策官一人を置く。内閣感染症危機管理対策官には厚労省の医務技監を充てる。内閣感染症危機管理統括庁の所掌事務を総括的に整理し、重要な施策に参画する職として、内閣感染症危機管理対策官を位置づけている。

### 総理の指示権発動を前倒し

新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部改正では、現行法において、まん延防止等重点措置時と緊急事態宣

言時に限定されている新型インフルエンザ等対策本部長(内閣総理大臣)の都道府県知事などに対する指示権の発動時期を、新型インフルエンザ等対策本部設置時に前倒しする。

また、まん延防止等重点措置時と緊急事態宣言時における事業者に対する要請等の実効性を確保するために、事業者に対し命令を発出する際の「特に必要があると認められるとき」を法令上明確にすることで実効性を高める。

そのほか、自治体が感染拡大防止措置の財源を確保しやすくするため、国庫補助負担率の嵩上げ規定と地方債の発行に関する特例規定を設ける。この規定に関しては他と異なり、施行時期を2024年4月としている。

政府対策本部や新型インフルエンザ等対策推進会議の事務は、法案が成立すれば、内閣感染症危機管理統括庁が担う旨の規定も盛り込んだ。



# 4月からの診療報酬改定で各種通知や事務連絡

## 厚生労働省 システム充実加算や後発品使用体制加算などの見直し

厚生労働省は1月31日、2023年4月1日からの診療報酬上の特例措置に関する各種通知・事務連絡等を発出した。特例措置には、「医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置」と「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」がある。また、医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する疑義解釈も示した。

オンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置は、◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険医療機関を受診した患者に対し、初診を行った場合における評価の見直しと、再診を行った場合における評価の新設◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険薬局において調剤を行った場合における評価の見直しとなっている。

さらに、オンライン資格確認等システムを導入した保険医療機関・保険薬局がオンライン請求を行っていない場合において、オンライン請求を2023年12月31日までに開始する旨を地方厚生局長等に届け出た場合には、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定できることになる。

これらは、2023年4月から12月までの9か月間の時限的な措置である。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置は、◇入院患者への医薬品提供に関する後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組みを実施する場合の評価の見直し◇診療所の院内処方に関する外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組みを実施する場合の評価の見直しとなっている。

また、薬局での調剤に関する地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組みを実施する場合の要件・評価の見直しも実施される。

オンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置と同様に、これらも、2023年4月から12月までの9か月間の時限的な措置である。

### システム充実加算で疑義解釈

厚労省は同日付けで、これらの特例措置に関する疑義解釈も事務連絡している。

オンライン資格確認等システムを導入し、オンライン請求を2023年12月31日までに開始する旨を地方厚生局長等に届け出た場合は、医療情報・システ

ム基盤整備体制充実加算が算定可能となった。しかし、2023年12月31日時点で、オンライン請求が開始されていない場合は、届出時点で同加算の要件を満たさなかったものとして取り扱われることが示された。

再診料の注18に規定し、再診で月1回算定できる医療情報・システム基盤整備体制充実加算3についても回答があった。

回答では、「患者が診療情報の取得

に同意しなかった場合」や「個人番号カードが破損等により利用できない場合」は加算3を算定するとした。同加算の算定にあたっては、「他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診等を問診等により確認する」ことを求める。その結果、「前回の診察から薬剤情報等の変更がなかった場合」でも加算3を算定できる。

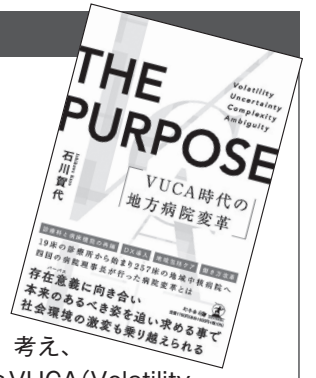
一方、施設基準を満たす医療機関の医師による情報通信機器を用いた再診で、「往診及び訪問診療で算定を行う場合」は、同加算を算定できない。

### 一冊の本 book review

## 『THE PURPOSE - VUCA時代の地方病院変革』

著者●石川賀代  
出版社●幻冬舎  
定価●1,760円(税込)

『iPhoneでできる病院DX』で大きな注目を集めているHITO病院の理事長である石川賀代先生のご著書。人口減少先進地域である愛媛の地で、何を感じ、考え、実行してきたのか。先行き不透明で将来の予測が困難なVUCA(Volatility・Uncertainty・Complexity・Ambiguity)時代に地域の医療を守るために、問題のどこにフォーカスし、どのように解決してきたのか。本書にはそのエッセンスがぎゅぎゅと詰まっている。各地域で医療を取りまく環境の変化に対応すべく悪戦苦闘する経営者にとって絶好の手引き書となるであろう。HITO病院で実施されてきた様々な取組みも大いに参考になるので、経営幹部だけでなく、すべての医療関係者に読んでいただきたい。(安藤高夫)



# コロナ治療薬のゾコーバ錠の薬価を特別に算定

## 中医協 1,500億円超の市場規模を見込み医療保険財政への影響を懸念

中医協総会(小塩隆士会長)は1月25日、新型コロナウイルスの「軽症・中等症1」の患者に効能・効果があるゾコーバ錠(塩野義製薬)の薬価収載に向け、通常とは異なる薬価算定方法を特別に検討することを了承した。

2022年度薬価制度改定の骨子で、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合には、直ちに中医協総会で薬価算定方法の議論を行うとされたことを踏まえた。ゾコーバ錠の市場規模予測は難しいが、1,500億円を超える可能性は否定できないと判断されている。

ゾコーバ錠の投与状況を見ると、2022年11月24日の政府による供給開始以降、2023年1月16日時点で投与患者数は累計約1万7,500人。この間の新規陽性者数(約740万人)の約0.2%に投与されている。

1月25日以降、薬価専門部会で具体的な論点として、新規収載時の薬価算定方法や薬価収載後の価格調整方法などが議論される。2月8日には製薬業界からのヒアリングを実施した。

### 複数の比較薬に基づき薬価算定

類似薬効比較方式で算定する場合、新型コロナウイルスの抗ウイルス薬では、ベクルリー点滴静注やラゲブリオカプセルがあり、インフルエンザの抗ウイルス薬では、タミフルカプセルやゾフルーザ錠がある。ただ、対象疾患の類似性と投与対象患者の類似性のどちらを優先させるかにより、比較薬が異なるという問題がある。

総会の委員からは、ゾコーバ錠が、重症化リスク因子のある軽症者に対し重症化抑制効果を裏付けるデータが得られていないことなどから、ベクルリー点滴静注やラゲブリオカプセルを比較薬とすべきではないとの意見が出た。また、インフルエンザの抗ウイルス薬を比較対象にすると、薬価が低くなるので、イノベーションや原価計算を考慮した類似薬効比較方式を考へべきとの意見も出た。

2月1日の薬価専門部会(中村洋部会長)では、厚生労働省が総会の議論を踏まえ、「類似薬効比較方式により対応するが、比較薬の選定にあたっては、対象疾患の類似性と投与対象患者

の類似性のいずれを選択するかによって、算定薬価が大きく変動する特殊性も鑑み、複数の比較薬に基づき薬価を算定するなどの柔軟な運用を可能とする」ことを提案。概ね了解を得た。

また、総会で、「ゾコーバ錠は催奇形性の観点から、妊婦には禁忌とされているが、投与後に妊娠が発覚した事例があった。安全対策の徹底が必要」との意見も出た。このため、適切な患者に限って使うことを留意事項通知で明示する。

### 市場拡大再算定をより迅速に

薬価収載後の価格調整については、現状でも市場拡大再算定による薬価引下げの仕組みがあるが、実際の年間販売額が、予想販売額より大きく拡大したことが確認されてからの対応となっている。新型コロナウイルスの患者は急激に増加することがあり、保険財政への影響を最小限に抑えるため、より迅速な対応を検討する。

具体的には、市場規模を迅速に把握するため、薬価調査やNDB(ナショナルデータベース)に代えて、新型コ

ロナの感染状況や投与割合、出荷量などの情報により、市場規模を推計する。薬価収載後、四半期ごとに直近3か月の市場規模を基本に年間推計額を試算する。

ただ、その推計結果は、市場拡大再算定を發動する基準である年間市場規模が1,000億円超、1,500億円超であるかの判断のみに用いることにする。

現在、市場拡大再算定は、年間販売額が1,000億円~1,500億円、予想販売額よりも1.5倍以上であった場合に10%~25%、年間販売額が1,500億円超、予想販売額よりも1.3倍以上であった場合に10%~50%の薬価引下げを実施するルールとなっている。

再算定を行うに際し、通常と同様に薬価算定組織を経て、中医協総会で了承を得る。改定薬価の告示までの期間は、従来と同様に2~3か月の猶予期間を設ける。迅速な価格調整が求められる一方で、再算定による薬価引下げは、医療機関・薬局の在庫価値を減少させ、経営に影響を与えるためだ。

また、急激な市場拡大への対応であることや3か月のデータからの推計であることを踏まえ、市場拡大再算定の引下げ率や上限の設定も論点となる。

# コロナ位置づけ変更後の医療体制で意見交換

## 厚労省 「コロナはインフルとは違う」猪口会長

厚生労働省は2月7日、「新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更後の医療体制に関する大臣と医療関係者との意見交換会」を開催した。

1月27日に岸田文雄総理が、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけを「新型コロナウイルス等感染症」から5類感染症に変更することを表明。これを受け、ウイズコロナに向けた今後の感染症対策や医療体制、新型コロナウイルス感染症

患者への医療に対する診療報酬の特例措置や補助金の段階的な見直しをどうするのが大きな課題となっている。

厚労省は、今後の方針を検討するため、さまざまな立場の医療関係者を招き、加藤勝信厚生労働大臣をはじめ、伊佐進一、羽生田俊両厚生労働副大臣、畦元将吾、本田顕子両政務官、厚労省幹部と意見を交わすための場を設けた。全日病の猪口雄二会長も出席し、会

議の中で、「コロナ感染症はインフルエンザと異なり、感染力が強い、高齢者の死亡率が高い、決定的な治療薬がない、という特徴がある。同様の扱いになると、医療機関のクラスターが多発する。発熱外来、個室管理等は今後も必要である」と述べた。

出席した医療関係者は以下のとおり。相澤孝夫・日本病院会会長、阿南英明・神奈川県医療危機対策統括官、内田勝彦・全国保健所長会会長、大曲貴夫・国立国際医療研究センター病院国際感



染症センター長、釜范敏・日本医師会常任理事、小泉立志・全国老人福祉施設協議会副会長、坂本哲也・日本救急医学会代表理事、瀬戸泰之・東京大学医学部附属病院長、東憲太郎・全国老人保健施設協会会長、藤井睦子・大阪府健康医療部長