

2022 年度調査研究事業

診療報酬請求情報システムから見た  
2022 年 4 月診療報酬改定および  
オンライン資格確認等システム等における  
対応の特徴点の評価および  
対応案検討過程の考察

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会

一般財団法人 医療保険業務研究協会



# 目 次

## はじめに

1. 本調査研究をはじめるとに当たって..... 1
2. 本調査研究の目指すところ..... 2

## 第1章 医療情報システムから見た令和4年度診療報酬改定

1. 令和4年度診療報酬改定の概説..... 3
  - (1) 改定の見える化の視点から分析した診療報酬改定..... 3
  - (2) 令和4年度診療報酬改定のトピックスと医療情報システムへの影響..... 10
2. 新型コロナウイルス感染拡大と診療報酬改定..... 12
  - (1) コロナ禍における2度目の診療報酬改定..... 12
  - (2) 診療報酬改定を経た新型コロナの特例の現状..... 16
  - (3) 過去の調査研究における提言を踏まえて、今だから提言できること..... 19

## 第2章 診療報酬請求等の電子化における JAHIS の実績及びこれからの展望

1. 選択式コメント..... 21
  - (1) 選択式コメントの概略..... 21
  - (2) 令和4年度改定における選択式コメントのポイント..... 26
  - (3) 今後の課題・提言..... 34
2. オンライン資格確認等システム..... 42
  - (1) オンライン資格確認等システムとは..... 42
    - Column ~被保険者証の枝番について~ ..... 46
  - (2) オンライン資格確認等システムの導入計画と導入状況..... 47
  - (3) オンライン資格確認等システムと JAHIS ..... 51
  - (4) オンライン資格確認等システムの運用に関する課題と提言..... 53
  - (5) その他の課題（まとめ）..... 60

## おわりに

1. 本調査研究における提言の整理..... 63
2. 次回の調査研究で取り上げるテーマについて..... 65
3. 謝辞..... 65



## はじめに

### 1. 本調査研究をはじめるとに当たって

一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（以下「JAHIS」）では、発足間もない平成7年度（1995年度）から現在まで、レセプトコンピューター（以下「レセコン」）のシステム開発を行うベンダの立場から、診療報酬改定における業務の効率化・合理化等を目的とした様々な調査研究を実施し、その成果を論文（以下「調査研究」）としてまとめてきた。また、この調査研究の知見を活かして関係機関へ働きかけを行い、診療報酬制度の改善に寄与することにより、一定の評価を得てきたものと自負している。近年は、施策の社会実装に際してのシステム化の方法論について、JAHIS への意見照会、助言要請等の機会が増えており、JAHIS の各委員会の活動等を通して貢献している。

令和4年度（2022年度）は、2年に1度の診療報酬改定の年である。本調査研究では、この令和4年度の診療報酬改定をテーマのひとつとして取り上げ、第1章においてその特徴点や施策の検討過程を評価・考察する。

診療報酬改定は、国の医療政策の具体的な施策であると同時に、診療報酬請求業務とそれを支えるシステム（以下「診療報酬請求システム」）の改善の機会でもある。国民皆保険制度の誕生以来の長い歴史の中で、診療報酬制度は幾度となく大きな変革が行われてきた。制度と同様に診療報酬請求システムもまた時代の流れを反映して変化してきたが、同システムが診療報酬請求業務を電子化したものであるという性質上、その本質的な機能や構造は原則として診療報酬改定を通してのみ変革されるものと言える。したがって、診療報酬改定の特徴を定点的に分析・考察することなしに、診療報酬請求システムの改善はありえない。これまでの調査研究に引き続き診療報酬改定を本調査研究のテーマとして設定した背景には、こうした問題意識がある。

本調査研究ではさらに、診療報酬請求業務の電子化に関する JAHIS のこれまでの実績をベースとして、診療報酬請求システムへの影響という観点から選択式コメントとオンライン資格確認等システムについて考察し、第2章としてまとめることとする。

昨今は、社会全体のデジタル化の流れの中で、ICT 技術を活用した診療報酬請求システムによる請求業務の効率化が求められるばかりでなく、システムなしでは診療報酬請求業務を成立させるのが難しい時代となっている。そのため、施策を社会実装するに際しては、システムを利用して制度を運用することの社会的影響・負担を考慮する必要性が高まっている。したがって、レセコンを扱うベンダの立場としては、レセコンの運用に影響を及ぼす新たなシステムについて分析し、その影響や課題を詳細に把握しておくことは重

要である。

また、オンライン資格確認等システムで整備されたネットワークは、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（以下「骨太方針2022」）においてその創設が掲げられた「全国医療情報プラットフォーム」のベースとして利用されることとなっており、今後もこのネットワークを使った機能の拡張が予定されている。骨太方針2022ではほかにも「診療報酬改定に関するDXの取組」が掲げられており、今後も国主導により医療分野のDXが推進されることとなっている。今回国主導で行われたオンライン資格確認等システムの導入について記録し、課題を整理しておくことは、今後の医療DXの流れを分析する上で意義があり、次年度以降の調査研究等の基礎を築くという意味でも有効であると思われる。

## 2. 本調査研究の目指すところ

本調査研究の目的は、診療報酬請求システムを中心とした政策の社会実装の成果とその検討過程を考察することにより、診療報酬制度の発展の一助となることである。

現在行われている各施策は、国の政策が様々な検討を経て社会実装された結果であると言える。この施策の内容を分析することで、検討過程と成果について振り返り、政策へのフィードバックを行うことが可能であると考えられる。本調査研究においては「令和4年度診療報酬改定」、「オンライン資格確認等システムの導入」という具体的な施策を考察し、今後の政策の社会実装における考慮点等の整理を行うことによって、現在より少しでも効果的な施策検討が行われるような提言を行えるように取り組む。

既に触れたように、骨太方針2022に医療DXの推進が掲げられた。具体的には、政府に総理大臣を本部長とする「医療DX推進本部」を設置し、「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」及び「診療報酬改定に関するDXの取組」を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずることとされている。

このような状況の中では、行政事務を含め社会全体のデジタル化がさらに加速し、インフラと化した情報システムへの要求はより一層高度化するものと考えられる。また、社会のデジタル化に伴い、既存のシステムの改革や新たなシステムの導入という社会実装そのものが社会的なコストとなり、その実効性や経済性が強く求められる時代になることが見込まれる。

本調査研究では、医療DXが推進される中での診療報酬制度の更なる発展に向けて、今までの政策の検討過程と評価を考察し、より実践的で効率的な施策の検討に資することを旨とする。

## 第1章 医療情報システムから見た令和4年度診療報酬改定

本章では、令和4年度診療報酬改定（以下「令和4年度改定」）を振り返り、医療情報システムにどのような影響を及ぼしたのか、ベンダの観点から検証することとする。

結論から言うと、令和4年度改定については、医療情報システムを根本から改修し直さなければならぬような、大きな変更点はなかった。令和4年度改定自体が、令和2年度診療報酬改定（以下「令和2年度改定」）からの流れを引き継ぎ、その流れを深化させた印象を残すものであったからである。しかしながら、令和4年度改定ならではの画期的とも言える試みも存在することは確かであり、それに付随するトピックスやキーワードも挙げる事ができる。この章の前半では、これらのトピックスやキーワードのうち、医療情報システム改修の観点から重要と思われるものを抽出し、次回の診療報酬改定に活かすべく、分析・考察を試みる事とする。

また、令和2年度改定に引き続き、新型コロナウイルスの感染下に実施された、いわゆる「コロナ禍における改定」となった。令和4年度改定は、コロナ禍における2度目の改定として、令和2年度改定時の教訓をどのように活かすことができたのか、さらには診療報酬上の臨時的な取扱い（新型コロナ特例）の現状についても検証する。

### 1. 令和4年度診療報酬改定の概説

ここでは令和4年度改定のトピックスについて、「(1)」～「(3)」のテーマごとにまとめ、それぞれのシステム改修を含む、診療報酬改定時の作業への影響をまとめることとする。それぞれのトピックスについて分析・考察を行い、次の診療報酬改定へフィードバックを行うことで、診療報酬請求制度全体のブラッシュアップを目指すものとする。

#### (1) 改定の見える化の視点から分析した診療報酬改定

「改定の見える化」とは改定内容のわかりやすさ、改定作業の利便性向上に直結するものとして、JAHSが過去の調査研究等により長年提唱してきたファクタである。改定の内容又は改定を経て出来上がった診療報酬算定・請求に関する諸規定は、全ての関係者にとって分かりやすいものであることが望ましく、その意味で「改定の見える化」の検証は、システム改修に関わる者だけでなく、日本で保険診療を受ける全ての者にとって有効であると考えられる。

##### ① 改定時の資料の公開方法

###### ◇ 「見え消し」の公表

令和4年度改定では、留意事項通知等において新設された文言の下線表記と削

除された文言の抹消線による表記の資料、いわゆる「見え消し」が厚生労働省（以下「厚労省」）のホームページに公表されなかった。令和2年度改定においては「診療報酬改定関係資料」としてホームページに掲載され、誰もが閲覧できるものであったが、それが今回はなくなってしまったことになる。

多くの関係者は、改定時に留意事項通知等の変更箇所を特定し、それぞれの変更箇所について、システム改修や運用変更といった対応が必要なのかどうかの確認を行っている。「見え消し」は変更箇所が下線、抹消線という形式で表現されていることから、変更箇所の特定作業は簡略化され、対応が必要かどうかの確認に注力できるようになっていた。もともと短期間での作業が必要になるため、今回の改定でも前回改定と同様に「見え消し」が公表されることを想定していたが、通知公表の当日、翌日に公表されなかったため、人海戦術で目視による変更箇所の特定を始めたベンダや、公表されることを期待して数日様子見をしたベンダと対応が分かれた。いずれにしても、変更箇所の特定を作業項目として想定していなかった多くのベンダは、作業スケジュール、人員の作業分担の見直しを行うことになった。

「見え消し」が公表されないことによって生じる可能性がある必要な変更に対する対応漏れは、適切ではない請求や運用上の混乱が生じることになってしまうため、JAHISとしても厚労省に対して公表の要望を行っている。

なお、令和2年度改定まで公表されていた「見え消し」については、使い勝手の面では改善の余地があるものであった。具体的な例を挙げると、項番等の変更により通知内での掲載順序が入れ替わったりする場合（特に、「検査（検体検査）」の項目は、同一区分番号内で項番が点数順に並ぶことから、点数の増減によって掲載順序が頻繁に入れ替わる）、規定自体変更がないものについても、元の規定を全て削除（抹消線が引かれる）した上で、新規の項目として挿入されることが多々ある（表1-1-1参照）。このような掲載順序が入れ替わっただけの項目については、削除若しくは新設の表記とはせずに、規定の内容まで見て実際に変更のあった箇所のみが削除・新設の表記の対象となることが望ましい。



【表1-1-1 実質的な取扱いに変更がない場合であっても、新規追加項目となる例】

<p>【平成30年度改定・留意事項通知】</p> <p>D014 自己抗体検査</p> <p>(16) 「31」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) は、ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。</p> <p>【令和2年度改定・留意事項通知資料 (見え消し)】</p> <p>D014 自己抗体検査</p> <p><u>(12+6) 「29」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) は、ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。</u></p> <p>※ 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) については、平成30年度改定時と令和2年度改定時では規定の内容に変更はないが、項番が「31」から「29」となったことで、掲載順序が他の検査より前となった。そのため、規定に変更がないにもかかわらず、新規追加項目と見なされ、規定全体に新規を示す下線が引かれることになった。</p> <p>【本調査研究で考える令和2年度改定における理想的な「見え消し」】</p> <p>D014 自己抗体検査</p> <p><u>(12+6) 「293+1」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) は、ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。</u></p> <p>※ 本当に変更になった部分だけに下線 (抹消線) が付されることが理想的である。</p>
---

◇ 公表の方法① (通知・事務連絡等のウェブ上での掲載)

厚労省所管の法令、告示・通知等は、厚労省管轄のウェブサイト「法令等データベースサービス」に、登載準備中の新着法令、新着通知として一定期間掲載された後「厚生労働省法令等データベースサービス」に登載される。診療報酬改定関連の告示、通知については、「法令等データベースサービス」への登載に加え、厚労省のホームページ内に、診療報酬改定のサイトが準備され、改定年度ごと (令和4年度改定であれば、「令和4年度診療報酬改定について」) に掲載される。事務連絡は「法令等データベースサービス」の登載対象外となっているが、「令和4年度診療報酬改定について」には掲載される。

この「令和4年度診療報酬改定について」のサイトには、告示と同日の令和4年3月4日に点数表関連の省令・告示と通知 (留意事項通知等) が掲載された。その後も、新しい技術が保険適用になり、告示、通知が発出された場合や、疑義解釈 (事務連絡) が「令和4年度診療報酬改定について」に掲載されるため、多くの関係者が利用するものとなっている。

ただし、診療報酬関連の告示、通知、事務連絡の全てが「令和4年度診療報酬改定について」のサイトに掲載されるわけではなく、例えば新型コロナウイルス感染症関連については、特設サイトが準備されており、事務連絡の割合も多いためか、「自治体・医療機関向けの情報一覧」にまとめて掲載されている。大まかに分類すると、以下の通りとなる (表1-1-2)。

【表1-1-2 通知等が公表されるウェブサイト】

通知等の内容	掲載されるウェブサイト
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療報酬改定時のもの</li> <li>・ 点数表関係／施設基準関係／記載要領関係</li> <li>・ 特定保険医療材料／医療機器（保険適用等）</li> <li>・ 上記通知の一部改正通知</li> <li>・ 上記通知の一部訂正、疑義解釈等の事務連絡</li> </ul>	令和4年度診療報酬改定について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記通知の一部改正通知</li> <li>・ 検査の保険適用</li> <li>・ 薬剤の保険適用（薬価基準への収載）</li> </ul>	法令等データベースサービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新型コロナの特例（臨時的な取扱い）</li> </ul>	自治体・医療機関向けの情報一覧（事務連絡等）（新型コロナウイルス感染症）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機器の保険適用の一部訂正（事務連絡）</li> </ul>	掲載されず
※ 各厚生局のウェブサイトにも通知等は公表される（通知等を公表する基準は厚生局によって異なる）。発出元とは異なるウェブサイトのためここでは詳細の記載を割愛するが、これらのウェブサイトを参照することも可能である。	

表1-1-2に掲げたサイト以外にもウェブ上には、過去のものから最新のものまで通知等の情報が氾濫し、また信用できるか否かに関わらず様々な組織が通知等の情報を掲載していることから、検索等をかけると玉石混交の情報に触れることになる。古い（無効となった）通知や信憑性に疑いのある情報等にアクセスしてしまう者も見受けられる。

省令、告示であれば、国立印刷局が運営する「インターネット版官報」で直近30日間（令和5年1月27日発行分以降は直近90日間）の官報情報としてPDFデータが無料で閲覧できる。さらに、令和5年1月4日以降は、紙の官報と「インターネット版官報」の内容の同一性を確保するための取組みとして、電子署名及びタイムスタンプが付与されるようになっている。また、有料の「官報情報検索サービス」では、直近30日間（令和5年1月27日発行分以降は直近90日間）より過去の記事の閲覧や日付、キーワードでの検索が可能となっている。

なお、デジタル庁が整備、運営する「e-GOVポータル」では、行政機関が発信する政策・施策に関する情報が掲載されており、法令検索では、現在施行されている法令の検索が可能となっている。健康保険法施行令の一部が改正された場合、官報には、改正内容が掲載されるが、「e-GOVポータル」の法令検索では改正内容が反映された状態での閲覧が可能になっている。診療報酬改定関連の情報としては、このようなウェブサイトを参考として、事務連絡も含めて信用できるサイトから有効（適用期間内）かつ間違いのない情報が確実に入手できるウェブサイト（ポータルサイト）やウェブ上のデータベースが開設されれば、全ての関係者にとって有益ではなかろうか。

◇ 公表の方法②（アナウンスなしの更新）

令和4年度改定では、「令和4年度診療報酬改定について」に掲載されていた「STEM7」の別表(excelファイル)が、タイミング不明のまま当初のものから「更新」が行われていた。この更新は、何の情報やアナウンスもなしに「黙って」行われていたことになり、改修の現場の混乱を引き起こした。この更新の事実は、「STEM7」の内容のチェック時にたまたま確認できたものであり、(更新前の)間違っただけのデータを使用して改修の作業を進めてしまう可能性が大いにあった事例である(※)。

※ アナウンスなしの更新があった以降は、「別表(20221014更新)【128KB】」というような更新情報が掲載されることとなったことは評価できる。このことにより、更新情報の把握漏れのリスクはほぼなくなったと言える。

また、過去の改定時にもウェブサイトに掲載の点数表関連の通知等(一部訂正事務連絡も含む)の内容が、アナウンスなしに更新されていたこともあり、改定作業の工程を大幅に軌道修正したことがある。具体的には、公表されたどの通知についても更新が行われている可能性が払拭できないことから、全ての通知等の見直しを行った。また、更新がいつ行われているかわからない状況は、その通知等が最新のものなのか「疑心暗鬼」にならざるを得ず、通知等の信頼性についても損なう可能性がある。

したがって、更新を行う場合は、その旨を周知しなければ更新前の情報が拡散することになる恐れがあるため、些細なものであってもその都度周知を行うか、一部訂正事務連絡等によって更新箇所の訂正を行う必要があるのではなからうか。なお、現状ではサイトに掲載されている通知等のPDFのファイル名によって更新されているか否かをチェックできるが、そのファイル名が変更となった時点で自動的にメールを配信するなど、人的な力に依存しない方法によって関係者に周知することも有効であると考えられる。

## ② 診療報酬改定時における規定の簡素化・合理化

### ◇ 疑義解釈の整理①(デジタル的な管理・公表)

事務連絡として発出された疑義解釈(保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その〇)」)の内容については、医科、歯科、調剤に関わらず、次の診療報酬改定を経た後でも参照されることとなり、事実上無期限に有効となっている。事務連絡において廃止が示される疑義解釈もあるが、それは逆に言うと廃止が示されない限りはその効力を発揮することと捉えられる。

大多数の疑義解釈は廃止する旨の規定が存在していないため、現状の点数表関連の規定に、当時の疑義解釈を当てはめ、読み替えながら適用しているのが実情である。過去の疑義解釈に規定されている診療項目名や算定ルールについては、現状の診療項目名や算定ルールに読み替えながら、活かし続けていることになる(表1-1-3参照)。この疑義解釈の性質は、改定ごとに発出される留意事項通知等と異なり、

規定の明解さという面から考えるとグレーな部分であると言えよう。算定ルールの透明性という観点から考えると、これらの問題点を着実にクリアにしていく必要がある。

【表1-1-3 現状の点数や検査名に読み替えながら活かし続けている疑義解釈の例】

①A000初診料
問 同日再診（一度帰宅後、受診）の場合にも、2科目が初診であれば135点は算定できるのか。
答 算定できる。 (平18.3.31 その3・問1)
②D009「20」I型コラーゲン-C-テロペプチド（ICTP）
問 I型コラーゲン-C-テロペプチドが、D009腫瘍マーカーの区分で算定されるのは、どのような場合か。
答 腫瘍マーカーの区分では算定されない。 (平18.3.31 その3・問54)
※ 平成18年度改定時に発出された疑義解釈について、その後に廃止や訂正がなされないため、①の場合は「135点」を「144点」、②の場合は「I型コラーゲン-C-テロペプチド」を「I型コラーゲン-C-テロペプチド（ICTP）」と読み替えて、現在でも運用している。

上記の疑義解釈の中にも例外があり、診断群分類点数表（DPC）に関する疑義解釈（令和4年度改定では「疑義解釈資料の送付について（その1）等に収載）は、診療報酬改定ごとに出し直されることになっている。疑義解釈の内容の変更の有無に関わらず出し直しが行われるため、変更があった箇所の特定には少々労力を要するが、「現在も有効な」疑義解釈が明確になることのメリットは大きい。医科・歯科・調剤等の疑義解釈についても、算定ルールの透明性という観点に立てば、DPCの疑義解釈のような改定ごとに出し直す形式のものにすることが求められているのではないかと。また、不妊治療関連の疑義解釈については、当初は単独の事務連絡として発出されたが、その後、改定時の疑義解釈資料の1カテゴリーとしてDPCの疑義解釈と同じような整理がなされた。これらについてはDPCの疑義解釈と同様に改定ごとに出し直されることを期待するものである。

改定ごとに疑義解釈を出し直すには、まず現状で有効な疑義解釈を洗い出して明確にし、さらにその疑義解釈の文言を、現状の点数表に合わせて修正（改定内容を反映）していく必要がある。膨大な件数の疑義となるため、紙媒体ではなく、電子的に管理することで改定内容の反映時も影響箇所の特定（検索）も可能となるのではないだろうか。専用のシステム、データベースを構築する方法も考えられるが、市販の表計算ソフト等（例：Excel等）でも、区分番号や項目名称等の情報も付加することで検索、置換等も可能となる。

これらの疑義解釈について、改定の際に個々に存続させるか否かを判断し、存続させる場合については必要に応じて文言を修正して（修正箇所の明示も必要）、改定時に有効な疑義解釈の一覧として公開されれば、過去の疑義解釈が現在も有効かどうかは明確になる。「疑義のない」診療報酬算定ルールに向けてのひとつの施

策になるのではないだろうか。また、電子的に管理されることで、疑義解釈の傾向分析ができれば、照会される前に疑義回答を検討、準備していくことが可能になり、透明性の高い算定ルールの実現に寄与するのではないか。また、デジタルな管理・公開については、医療 DX との親和性が高いことから、今後着目すべきファクタと言えよう。

◇ 疑義解釈の整理②（新型コロナ関連の検査キットの保険適用）

新型コロナ関連の検査キットの保険適用の情報についても、便宜上疑義解釈として Q&A の体裁で発出されている。この情報は、検査キットの保険適用のタイミングが示されており検査点数を算定するためには必要な情報であるが、一般的な疑義解釈とは性質が異なることから、本来の疑義解釈（算定ルール的一部分）とは区別されるべきである。これらの情報が織り交ぜられて疑義解釈として公表されることは、関係者が必要な情報になかなかとどり着けない状況を生み出しており、整理をする必要がある。例えば、「疑義解釈（新型コロナ関連の検査キット関連）（その○）」というカテゴリーを設け、一般的な疑義解釈とは別枠で管理、公表することが望ましいのではなかろうか。

◇ 施設基準の届出様式の簡素化等

改定時には、新たな施設基準（基本診療料／特掲診療料）が追加されることになるが、追加される施設基準のうち地方厚生局に届出が必要な施設基準については、届出の様式も新設されることになる。この届出の様式については、令和 4 年度改定では、基本診療料 148 件、特掲診療料 349 件の計 497 件で、10 年前の平成 24 年度改定時（基本診療料 112 件、特掲診療料 152 件の計 264 件）と比較しても 2 倍近く増えていることになる。

届出の様式については、施設基準の規定に連動して様式の内容を変更する必要があることから、改定ごとに修正が必要となる様式が数多く存在する。改定ごとに施設基準の項目が増えることについては避けられない部分もあるが、施設基準が新設されるたびごとに届出の様式が増えると、その数は膨大となり、それに比例して改定時の修正（メンテナンス）を含めた管理が大変になることが予想される。

実際に、令和 4 年度改定の届出の様式には文言の誤りや誤字・脱字、項番のズレや重複などの不備（些細なものから影響の大きいものまであり）が、少なからず発見されている。不備の大半については届出や算定への影響は少ないものであるが、既に届出の様式を「(改定時の限られた期間で) 見直しができる限界を超えている」ことの裏付けとなるのではないだろうか。

この問題については、汎用性の高い様式を設定することで (csv 形式等) 提出による届出が可能となるような仕組みを考える必要があり、やはり診療報酬改定 DX と密接に関わるものであると考えられる。

## (2) 令和4年度診療報酬改定のトピックスと医療情報システムへの影響

令和4年度改定は、リフィル処方箋の導入など様々な試みがなされた改定であった。過去の改定においても、今までにない算定ルールや請求ルールが新設された際には、医療情報システムに少なからず影響があることから、ベンダを始めとした関係者は改定前からその動向を注視し、その対応について検討をしてきた経緯がある。

ここでは、令和4年度改定において、改定率公表時に取り上げられたような新たな試みがなされた改定のトピックスを中心として、それに関するシステムへの影響について、キーワードを挙げてまとめることとする。

### ① リフィル処方箋の導入

リフィル処方箋の導入については、レセコンのシステムへの影響は特段大きなものではなかった。しかし、外来EFファイルの出力についてまで考えると考慮すべき点があった。また、「F400処方箋料」の規定の改正に伴い、リフィルによる処方の有無により電子レセプトで請求する際のコードを区別することになったので、改修作業に少なからず影響はあったと言える。なお、電子カルテのシステム改修については影響が大きいものとなった。

### ② 不妊治療の保険適用

不妊治療の保険適用については、我が国の制度的には大きな転換点となった。しかし、診療報酬改定という観点から考えた場合については、医科点数表に「不妊治療」の部が新設されることなく、関連する診療行為が既存の各部に振り分けられることとなった。したがって、通常の改定時における改修作業を行えばよく、医療情報システムへの影響は少なかったと言える。

### ③ 看護の処遇改善に関する施策

看護の処遇改善（「A500看護職員処遇改善評価料」の新設）については、令和4年9月5日に告示、通知及び事務連絡（疑義解釈）が発出され、令和4年10月1日施行となった。第1章基本診療料の第2部入院料等に「節」が1つ増える（「第5節」の新設）とともに165項目の点数が設定され、入院している場合は常に算定が可能となったため、患者ごとに日々入力ではなく設定等で算定する仕組みの検討が必要となり、システム対応を余儀なくされた。また新しい「節」となったため、レセプトの記載方法が不明であったことから、令和4年9月12日公表の医科診療行為マスターをもとに対応を進めた。しかし、算定ロジックをあらためて考えるようなものではなかったことから、ベンダにおいては大きな負担とはならなかったと言える。

※ 国の補助金で手当てしていた看護職員等の処遇改善について、それを診療報酬でカバーすることとした点が、今回の改定の特徴と言える。補助金であれば全額を国から拠出することになるが、患者や保険者などの関係者に幅広くカバーさせる仕組みにしたことは特筆すべき点である。ただし、入院費は高額療養費の対象になる可能性が高いことから、患者の実質的な負担はさほど変わらないと言えよう。

#### ④ オンライン資格確認関連

オンライン資格確認関連についても加算が新設された。令和4年4月1日から初診料、再診料、外来診療料において「電子的保健医療情報活用加算」が新設されたが、令和4年9月30日で当該加算は廃止となり、新たに令和4年10月1日から初診料において「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設定された。加算の見直しは4月の改定時には予定されていなかったことであり、ベンダは急な対応を迫られることになった。これらの加算の設定、見直しの経緯や、システムへの影響の詳細については第2章で述べることとする。

## 2. 新型コロナウイルス感染拡大と診療報酬改定

新型コロナウイルスの感染拡大の猛威は、前回の令和2年改定を直撃し、改修作業だけでなく、算定ルールや請求ルールにまで影響を与えることとなった。全てが初めての経験であったコロナ禍における診療報酬改定の詳細については、令和2年度の調査研究にまとめている。

令和4年度改定は、上記の経験を踏まえて迎えた改定となる。改定に係る作業については、令和2年度改定の経験を活かして、どのような対策が取られたのか振り返ることとする。また、診療報酬算定や請求における臨時的な取扱い（コロナ特例）については、初めて改定を跨ぐこととなった。令和2年度の調査研究でまとめたコロナ特例について、令和4年度改定を経てどのような変化が生じたのか検証する。

なお、コロナ禍における2度目の改定について、厚労省の担当者も「月刊基金2022年6月号（社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」刊）」のインタビューの中で総括している。「コロナ禍で本当に改定ができるのかという状況であったが、中医協で合意が得られるよう入念に準備を行った」、「コロナ対策においては限られたデータしか入手できない中でタイムリーな施策を打ち出す必要があった」など、通常とは異なる改定作業について具体的に示されている。詳細については支払基金のホームページにおいて記事が公開されているので、そちらを参照されたい。

### (1) コロナ禍における2度目の診療報酬改定

コロナ禍における2度目の改定と言うことで、突然対策を迫られた前回の令和2年度改定とは異なり、令和4年度改定は周到な準備の上で迎えることとなった。以下には、改定の作業に関わる各項目について、令和2年度改定と比較した令和4年度改定の実情を簡潔に説明する。

#### ① 改定関連の各イベントについて

表1-2-1は、改定関連の各イベントについて令和2年度改定と令和4年度改定を比較したものである。表を見て分かるとおり、診療報酬改定を取り巻く状況が一変し、改定作業の仕方も劇的に変化した。令和4年度改定に臨むに当たって、コロナ禍が長期化することを予測し、関係者が準備や工夫を重ねてきたことがよく分かるものとなっている。



【表1-2-1 令和2年度改定と令和4年度改定の改定作業の比較】

改定関連イベント		令和2年度改定	令和4年度改定
中医協	議論	集合形式で開催 会場での傍聴 (ペーパーレス会議)	オンライン形式で開催 YouTubeのライブ配信を視聴
	答申	集合形式で開催 会場での傍聴 (ペーパーレス会議)	オンライン形式で開催 YouTubeのライブ配信を視聴
審査支払機関	説明会	集合形式	オンライン会議 (WebEX)
JAHIS 委員会	2月	集合形式	オンライン会議 (WebEX)
	3月	休会	オンライン会議 (WebEX)
	4月	休会	オンライン会議 (WebEX)
各社 開発 (改修) 作業	2月	出社中心	テレワーク中心
	3月	出社⇒テレワーク	テレワーク中心
	4月	テレワーク中心	テレワーク中心
	臨時的な 取扱い	改定対応と同時に対応 取扱いが示される都度対応	これまでの臨時的な取扱い がどうなるのか注視
各社 適用作業	現地作業	医療機関訪問は難しい状況	状況を踏まえて臨機応変に 対応できるようになった
	臨時的な 取扱い	改定対応と同時に対応 取扱いが示される都度対応 (新しい考え方が示されるので、 算定ロジックの立ち上げがメイン)	取扱いが示される都度対応 (新しい考え方は殆ど示されない。 パラメータ変更などのメンテナンスに近い 作業がメイン)

新型コロナウイルス感染の実態が徐々に明らかになり、適切な感染予防対策を講じることで過度に恐れることがなくなってきたことや、テレワークやオンライン会議がスムーズに行えるデバイスが広く普及したことがこのような劇的な変化に繋がったと言えるのではないかと。以下には表1-2-1に掲げた改定関連の各イベントに関する実情について、簡潔にまとめることとする。

◇ 中医協

令和2年度改定よりペーパーレスの推進という名目で、紙の資料を配付していない。令和4年度改定は、当初からオンライン会議やリアルタイム配信 (YouTube) となり、答申もリアルタイムで配信された。

◇ 審査支払機関の説明会

開催時期が例年2月であることから、令和2年度改定の際は感染拡大前夜という状況にあり、かろうじて集合形式で開催することができた。令和4年度改定においては JAHIS がオンラインでの開催を要望し、オンライン会議システムの仕組みを提供したことにより、オンラインでの開催が実現した。

◇ JAHIS の各委員会

令和2年度改定では2月の委員会は集合形式で開催できたが、3月、4月の委員

会は、緊急事態宣言の発令もあり休会となった。令和4年度改定は「Webex」によるオンライン会議で、つつがなく開催することができた。

◇ ベンダ各社の開発（改修）作業

令和2年度改定は、2月時点では新型コロナの状況がまだ詳細に判明しておらず、出社して作業することが中心であった。3月に入ると感染拡大が大きく報じられ、大半の会社がテレワークに移行した。さらに緊急事態宣言も発令され、出社のみならず各人の行動についても制限が課された。

令和4年度改定においても作業の中心はテレワークであった。その対応は各社によって異なるが、より効率的かつ機能的にテレワークを活用できるようになった。これは、令和4年改定作業の開始時には、各社の努力によって出社しなればできない作業の洗い出しが完了しており、テレワークで作業することのメリット・デメリットを整理した上で、そのデメリットを最小限にするための工夫が蓄積された結果であると言える。また、開発作業は現地作業と異なり本来的にテレワークで作業しやすいことから、令和2年度改定の経験をもとにチームとして作業分担や連携を行うことで、テレワーク中心の作業が適切に行われていったと考えられる。

◇ 現地（医療機関）での適用作業

令和2年度改定では、感染リスクを減らすために、医療機関側がベンダに「人と人との接触を避けるために来院を控えてほしい」というスタンスを取るところがある一方、「今まで同様、ベンダも現地まで来て作業してほしい」と要求するところもあり、個別の対応に追われた。現地での作業については神経質にならざるを得ず、現地を訪問するたびに事前にPCR検査を受けさせるベンダや、逆に訪問前にPCR検査で感染していないことの報告を求める医療機関もあった。

令和4年度改定については、コロナ禍での訪問やリモートでの作業に順応してきて臨機応変に対応できるようになった。医療機関側もベンダもコロナ禍の状況に慣れつつあり、さらにはワクチン接種も始まったことから、過度に神経質になることは少なくなったと言える。ベンダが現地を訪問しなければならないケースもあるが、ワクチン接種や抗原検査キットも普及しつつあり、その都度PCR検査をするなどの対応も緩和されてきている。

② 新型コロナに関する臨時的な取扱いへの対応

令和2年度改定では、感染拡大に伴い臨時的な取扱いが矢継ぎ早に発出されたことから、その都度対応に追われることとなった。

令和4年度改定においては、今まで発出されていた診療報酬上の臨時的な取扱いが、改定を経てどのような扱いになるのか不透明なところがあった。そのため、改定後の臨時的な取扱いの「扱い」が示されるのを注視していたが、4月直前まで示され

ることがなかったため、早急な対応に追われることとなった（※）。

※ 中医協の議論でも臨時的な取扱いを点数表に盛り込むべきかの議論はあったが、あくまでも臨時的なものであることから、令和4年度改定での点数表の反映は見送りとなった。

具体的な事例としては、臨時的な取扱いについて「診療報酬改定前（令和2年度改定時）の点数」を基準として評価する、ということが4月直前になって示されたことについては、ベンダー同驚かされた（詳細は「2.」の「(2)」参照）。また、事前に臨時的な取扱いに関するアナウンスがあったとしても、感染状況等によって直前のタイミングで延長や見直しがなされてきた。「～まで」と期限が区切られた取扱いについても、その日が来るまで本当にそうなるか分からない（予断を許さない）状況にあった。

### ③ 令和2年度改定の教訓は活かされたか

ウェブの活用、ペーパーレスという観点では、令和2年度改定の教訓がベースとなり、劇的に改善した。コロナ禍における鉄則は「人と人との接触を避ける」ことであり、人と会わず（人の手を介さず）に作業できる割合を増やしていくことが求められてきたが、この点においても令和2年度と比較して改善したと考えられる。これは、対面でないとできないと考えられていた作業であっても、（2年という時間の中において）ウェブの活用等によって作業の整理や合理化が行われ、対面と同等、若しくは対面に近い効果が得られるような環境が整ったからだと言える。

ペーパーレス化については、コロナ禍の前から推奨されていたことであるが、会議のウェブ開催が主流となってからは、物理的に資料を配付することが不可能となり、一層進むこととなった。支払基金を始めとした関係機関、各団体の説明会等においてもそのほとんどがウェブでの開催となり、参加者に対して今まで配付していた資料や「改定資料集（改正点の解説）」等の冊子の配付については大幅に減ることとなった。ペーパーレス化による紙代及び印刷費用の削減効果が大きいと推測される。

またオンライン会議自体についても、前回改定からの2年間で、「Microsoft Teams」や「Zoom」、「Cisco Webex」などの活用方法が深耕かつ共有され、対面の会議と同等かそれ以上のメリットを享受することができるようになった。厚労省内の会議については、その透明性が増したことも特筆すべきである。さらに厚労省では会議を公開するにとどまらず「説明動画」として予め録画したものを流すという画期的なことも行われた。このようにウェブ会議が浸透したことにより、人との接触が抑えられるだけでなく、各社の作業場所への移動に要する時間や費用の削減にも貢献したことになる。

なお、臨時的な取扱いについては、ほとんどの規定が令和2年度改定時から引き継がれることになった。今なお臨時的な取扱いが追加で発出されており、感染状況とにらめっこの状況が続いている。その時その時の状況に即した取扱い内容になることが多く、現時点では令和2年度改定時の反省点を活かせるフェーズには達していない

いと言える。

## (2) 診療報酬改定を経た新型コロナの特例の現状

新型コロナの臨時的な取扱いについては、令和2年度改定の作業時に感染拡大したことに伴い発出されたことから、実質的に初めて診療報酬改定を跨いだことになる。現在においても新型コロナは流行と収束を繰り返し、本当の意味での「終息」は見通せない状況にあることから、この臨時的な取扱いが次の改定（令和6年度改定）をくぐる可能性も十分に考えられる。したがって、今回の令和4年度改定を経た臨時的な取扱いの検証は、次の改定に活かす意味において非常に重要なものになる。

ここでは、臨時的な取扱いの現状を鑑みて、特に改定作業に注意を要する点について検証し、次回の改定に資する指摘や提言を行いたい。

### ① 令和4年度版をまとめた形で公表されなかった

令和2年度改定時から五月雨式に発出された臨時的な取扱いについては、令和4年度改定を跨いでも原則的にその効力が継続することとされ、規定の「出し直し」などによって特段整理されることはなかった。また、令和2年度改定時の点数表をベースにした取扱いを令和4年度改定後も適用したため、取扱いによって規定されている算定すべき点数も（令和2年度改定時の）旧点数が引き続き適用されることとなり、診療項目名が変更になったものについては読み替えが必要となった。

また、電話・情報通信機器を用いた初・再診料は原則解禁（施設基準の届出が必要）となったので、施設基準の届出により、臨時的な取扱いではなく本則として点数が算定できるようになったが、施設基準の届出を行っていない医療機関は引き続き臨時的な取扱いで定めた点数を算定できるとされた。したがって、電話・情報通信機器を用いた初・再診料に関する諸々の臨時的な取扱いは（適用されるケースは少ないにもかかわらず）効力が継続することとなった。

#### 1. 電話や情報通信機器を用いた初診の実施について

令和2年4月10日事務連絡の1の(1)に掲げる初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行った場合には、当該診療について、A000初診料の注2に規定する214点を算定することとされているが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において、診療報酬改定後のA000初診料の注1ただし書に規定する情報通信機器を用いて当該診療が行われた場合には、同ただし書に規定する251点を算定するものとする。なお、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、電話や情報通信機器を用いた診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による214点を引き続き算定しても差し支えない。ただし、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

#### 2. 電話や情報通信機器を用いた再診の実施について

電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合の取扱いについて、時限的・特例的な対応としてその取扱いが定められているところではあるが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関にお

いて当該診療が実施された場合には、診療報酬改定後の A001再診料の注1 ただし書又は A002外来診療料の注1 ただし書に規定する73点を算定することとなる。ただし、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、当該診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による電話等再診料等を引き続き算定しても差し支えない。なお、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。  
(R4.3.4その67)

## ② 臨時的な取扱いは、旧点数表を基準として評価

①でも触れたが、臨時的な取扱いでは原則として令和2年度改定時の点数表に基づき算定することになる。具体的には、令和2年度改定時に「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（以下「臨時的取扱い」）（その9）」

（令和2年4月8日）において「地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟に、新型コロナウイルス感染症患者が入院した場合には、在宅患者支援病床初期加算を算定できる」とされたが、令和4年度改定を跨ぐ際の「臨時的取扱い（その69）」（令和4年3月31日）において、令和4年4月1日以降も、旧医科点数表における在宅患者支援病床初期加算の点数を算定することが明確になった。

また、救急医療管理加算の点数については、様々な場合に臨時的な取扱いとして当該加算の点数を準用して算定可能とされている。令和4年度改定で当該加算の点数は変更となったが、臨時的な取扱いとして算定する場合は、改定前の点数を引き続き算定することが明確になった。臨時的な取扱いということではあるが、令和4年度改定後の点数と違いが生じており、医療機関における算定（請求）ミスを引き起こす可能性がある。

問1 令和4年度診療報酬改定において、「A205救急医療管理加算1」の所定点数が950点から1,050点に改正されたが、外来、入院、在宅等において、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」により実施されている救急医療管理加算1の点数を基準とする特例的な評価について、令和4年4月1日以降の算定はどのように考えればよいか。

（答） 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧医科点数表における救急医療管理加算1の点数（950点）を基準として評価を行う。

問2 令和4年度診療報酬改定において、「A308-3地域包括ケア病棟入院料」の注5に規定する在宅患者支援病床初期加算の所定点数が300点から500点又は400点に改正されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その9）」（令和2年4月8日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問2に示されている地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している新型コロナウイルス感染症患者に係る取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答） 当該取扱いにおいては、令和4年4月1日以降も、旧医科点数表における在宅患者支援病床初期加算の点数（300点）を算定する。  
(R4.3.31その69)

## ③ SARS-CoV-2核酸検出（PCR 検査）の点数変更

SARS-CoV-2核酸検出（以下「PCR 検査」）の点数については二転三転した。以下の表1-2-2にはPCR 検査の点数の変遷を時系列に示すこととする。

【表1-2-2 SARS-CoV-2核酸検出（「PCR 検査」）の点数の変遷】

① 令和2年3月4日（保医発0304第5号） ■当初は【1800点（委託検査）／1,350点（委託検査以外）】で保険適用開始となった。
② 令和3年12月10日（令和3年12月31日適用）（保医発1210第1号） ■点数が【700点（委託検査については激変緩和措置として令和4年3月31日まで1,350点）】と変更され、12月31日適用となった。 ■電子レセプトで請求するための医科診療行為マスターは、同月内の点数変更が想定されていないため、旧点数の診療行為コードは12月30日で廃止、12月31日から新点数用の診療行為コード新設で対応されることになった。
③ 令和4年3月16日（保医発0316第1号） ■令和4年4月1日からの令和4年度改定の施行に向けて準備を進めている最中に通知が発出され、令和4年4月1日より適用する予定だった委託検査の700点については、令和4年7月1日まで延期することとなった。それまでについては【850点（委託検査）】とすることとした。 ■令和4年3月4日告示と同日に医科診療行為マスターが公表された。この際、令和3年12月10日の通知をもとに、令和4年4月1日からは700点で医科診療行為マスターが公表されており、各社が準備を進める中で急遽変更されたため、対応をし直すこととなった。
④ 令和4年6月28日（令和4年7月1日適用）（保医発0628第4号） ■この通知により、満を持して【700点（委託検査）】となった。

このように検査の点数が頻繁に変更になったばかりか、月の途中での変更や予定していた点数の直前での変更なども発生したため、ベンダはその都度システム対応に追われることとなった。刻々と変わる感染状況を目の当たりにして、その状況に応じた対応になることはやむを得ないが、月の途中の適用を避けるなど、検討の余地も残されていると言えよう。

#### ④ 期間限定での臨時的な取扱い

期間限定での臨時的な取扱いとして、「臨時的取扱い（その63）」（令和3年9月28日）において「小児の外来診療等に係る特例的な評価」が規定された（令和3年10月診療分～令和4年3月診療分）が、令和4年度改定の内容で当該評価の見直し（外来感染対策向上加算の新設）が確認されたことから、（3月31日を待たずに）速やかにマスターが廃止となった。（予定通り終了したケース）

一方、「A210「2」二類感染症患者入院診療加算」については、「臨時的取扱い（その9）」（令和2年4月9日）において、「必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療に当たっては、第二種感染症指定医療機関の指定の有無に関わらず、算定できる」とされた後、「臨時的取扱い（その68）」（令和4年3月16日）において「令和4年7月31日までの間は、引き続き、当該加算を算定できる」とされ、評価の期限が定められることとなった。このことにもかかわらず、その後の「臨時的取扱い（その72）」（令和4年7月22日）において、条件付き（医学的に初診といわれる診療行為がある場合）ではあるが令和4年9月30日まで評価が再延長となり、「臨時的取扱い（その77）」（令和4年

9月27日)によって令和4年10月31日まで再々延長となった。さらに「臨時的取扱い(その79)」(令和4年10月26日)において、前述の条件とは異なる条件付きで令和5年2月28日まで算定可能となった。このように期限の直前になって、幾度となく評価の延長がなされたことになる。当然、マスターは廃止にならずそのまま残されることになった(表1-2-3参照)。(延長となったケース)

【表1-2-3 二類感染症患者入院診療加算の算定の延長の経緯】

発出日	臨時的取扱い	算定の期限	備考
令和2年4月9日	その9	(令和4年3月31日)	
令和4年3月16日	その68	令和4年7月31日(延長)	
令和4年7月22日	その72	令和4年9月30日(延長)	条件付き
令和4年9月27日	その77	令和4年10月31日(延長)	
令和4年10月26日	その79	令和5年2月28日(延長)	上記の条件とは異なる条件付き

これらのケースのように、期限のぎりぎりにならないとその取扱いや評価が本当に終了するのか分からないのが実情である。予測できない感染状況に左右されることから致し方ない部分はあるが、ベンダにおいては、終了する場合と延長する場合の2パターンを想定して常に用意しておかなくてはならず、対応に苦慮することとなった。

#### ⑤ マスターの廃止漏れ

電子レセプトで使用する医科診療行為マスターについても、廃止漏れとなるケースがあった。「臨時的取扱い(その68)」(令和4年3月16日)において、令和4年4月30日までの間に限り算定できるとされていた加算(重点措置を実施すべき区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関等における電話や情報通信機器を用いて診療を行った場合の二類感染症患者入院診療加算の100分の200に相当する点数(500点)の加算)について、期限が過ぎた5月1日以降もマスターが廃止されておらず、医療機関が誤って請求してしまい増減点連絡書で対応する事例が発生した。この廃止漏れについては、令和4年6月30日のマスターの公表で、廃止年月日を遡ったかたちで設定されることとなった。

### (3) 過去の調査研究における提言を踏まえて、今だから提言できること

#### ① 次の改定に向けた臨時的な取扱いの整理

ここまで述べた通り令和6年度改定に向けての臨時的な取扱いの整理は必須であると考えられる。新型コロナウイルスについては拡大と収束を繰り返し今現在も「終息」を迎えるに至っておらず、このような状況が維持されれば、令和6年度改定時も臨時的な取扱いが継続されている可能性があると言えよう。臨時的な取扱いが

このまま継続されれば、令和6年度改定時にも、令和2年度改定時、令和4年度改定時ベースの点数等が一部適用されることになるため、「診療報酬改定3回分」の点数や算定ルールを抱えた複雑な取扱いになることが予想される。

したがって、令和6年度改定に向けた準備を早期に行い、「出し直し」を含めた臨時的な取扱いの整理を進めていくべきである。具体的には、令和6年4月1日時点で有効になるもののみを集成し、若しくは診療行為ごとに算定できる点数を具体的に明示することが望まれる。令和6年度改定時には、その時点での取扱いがひと目で把握できるような、全ての関係者にとって分かりやすいものにする必要があるのではなかろうか。

## ② 長期的視点に立った臨時的な取扱いの適用

これまでの臨時的な取扱いは、新型コロナウイルスの感染状況に左右されたものであったことから、状況に即応した急を要する対応や、予定していた取扱いの直前での変更等が目立つこととなった。このことは、未知のものに対応するための施策であったことからやむを得ない部分もあったと言える。現在でも新型コロナウイルスの感染状況は続いているが、当該ウイルスに対する知見も蓄積されてきており、発生当初のような混乱はなくなってきたと考えられる。

したがって、今後の臨時的な取扱いの発出に関しては、その取扱内容がロングタームで適用できるよう、これまでも知見を十分に活かしながら長期的視点に立った取扱いの適用を望むところである。



## 第2章 診療報酬請求等の電子化における JAHIS の実績及びこれからの展望

第2章では、本調査研究における研究成果を中心として、JAHIS が診療報酬請求等の電子化において貢献してきた実績を確認するとともに、長年の研究に裏打ちされた十分な知見をベースとした JAHIS ならではの今後の展望をまとめることとする。

大きく2つのテーマ（「選択式コメント」、「オンライン資格確認等システム」）に分けて述べることとし、それぞれのテーマにおいて現状で考えられる「今後の進むべき方向性」の提言にまで言及していきたい。

### 1. 選択式コメント

選択式コメントコードやコメント関連テーブル（以下「選択式コメント」）への評価や改善策等については、過去の調査研究において様々な提言を行ってきた。また、選択式コメントが適用されることとなった平成30年度改定以前においても、「記載要領の電子化（レセプトへの記載内容の電子化）」というテーマで調査研究を行い、レセプトの「摘要」欄への記載事項をいかにして電子レセプトに載せるかということを考察してきた。

以上のようなことから、選択式コメントの導入は JAHIS の積年の構想を具現化したものであり、当該調査研究とともに歩んできた軌跡であると言えよう。このように、常にその動向を注視してきた選択式コメントについて、その現状を的確に把握した上で今後の方向性を示していきたい。

#### (1) 選択式コメントの概略

ここでは、選択式コメントの概略的な部分（概要、JAHIS との関わり等）について説明する。先に述べた通り、選択式コメントの充実化の経緯については JAHIS が密接に関わっており、各フェーズにおける JAHIS からの提言が、その発展に寄与しているものと考えられる。

##### ① 選択式コメントの概要

###### ◇ 目的

選択式コメントの目的は、レセプトの事務作業軽減のためとされている。算定理由等をレセプトに記載することが要件となっている診療項目があるが、医師が症状詳細に記載する作業、事務担当がレセプトの「摘要」欄に記載する作業に対する負荷は大きいものであった。これらについて、必要なコメントを選択することで症状詳細に関する記載が完結できるようになれば、事務作業は格段に軽減されることになる。

※ 選択式コメントの導入によって、レセプトを提出する前の段階でレセコンによるチェックがしやすくなり、さらに審査支払機関における受付・事務点検 ASP で記載漏れがチェックできるので、記載漏れで返戻になることが減った。したがって、審査支払機関が返戻する、医療機関が再請求する、審査支払機関は再請求を受け付けるという一連の事務処理が不要となった。結果的に、選択式コメントはコメント記載の負担軽減だけではなく、より正しいレセプトの作成・提出を行う観点からも事務作業の軽減に資する結果となった。

◇ メリット

選択式コメント導入時に想定されていたメリットとして、レセプト電算処理システム用コード（以下「選択式コメントコード」）が記載要領通知の「別表」としてまとめられることで、コメントが必要となる診療行為を正確に把握することが可能となる点がある。このため、フリーテキストの入力からコードの選択になることで、事務作業の負担軽減が図れるだけでなく、「入力漏れ」のチェックが容易にできるようになり、より正確な請求ができることされている。

また、コメントがコード化されることにより、統計データの取得が容易になることや、算定理由等がデータ化されることで、より正確な分析が可能となり、適正な算定ルール等を導くことができるようになる。

以上のようなメリットが複合的に作用して、最終的に査定や返戻等の少ない、質の高いレセプトを作成することができるようになることされている。

② 選択式コメントの経緯

平成30年度改定から導入された選択式コメントであるが、診療報酬改定（2回の改定）を経るごとに、記載要領通知の「別表Ⅰ」に記載される件数が増加しており、充実してきたことが窺える。コメントが「別表」においてコードによって表現されることによって、入力する側も診療行為に対して必要な記載事項が分かるという意味では、当初の目的である医療機関における事務作業の軽減について少なからず貢献していると言えよう。

表2-1-1は、診療報酬改定ごとの選択式コメントコードの件数の変遷を示したものである。以下には、平成30年度改定の導入当初から現在（令和4年度改定）に至るまでのトピックスを改定ごとにまとめることとする。

【表2-1-1 改定ごとの選択式コメントコード（医科）件数の変遷】

	項番数	全件	診療行為コード	レセプト共通レコード	算定日情報	傷病名コード	修飾語コード	医薬品コード	特定器材コード	未設定
平成30年度(Ⅰ)	396	833	428	3						452
令和2年度(Ⅰ)	448	1,701	1,614		30	3	3			51
令和4年度(Ⅰ)	543	2,167	2,093		37	4	4	16	13	
参考	令和4年度(Ⅱ)	136	616	615		1				
	令和4年度(Ⅲ)	29	34	34						

◇ 平成30年度改定（「別表Ⅰ」項番数396）

記載要領通知の本文に規定されていた、レセプト「摘要」欄の記載事項が「別表Ⅰ」にまとめられることとなり、一部の記載事項については選択式コメントコードが付され、コードを選択して記録することができるようになった。しかし、選択式コメントコードが設定されず、「医療上の必要性」や「日付情報」などをフリーコメント形式で記録するものも依然として多く存在していた。記載事項の全件数については833であるが、フリーコメントで記録するものは452であったことから、この期間は選択式コメント普及の過渡期であったと言える。

なお、選択式コメントコードによる記録には、一定の周知期間や準備期間も必要であることから半年の経過措置期間が設定されたため、平成30年10月診療分より本格的な運用が行われた。

◇ 令和2年度改定（「別表Ⅰ」項番数448）

別表Ⅰの項番数が拡張される（396→448）とともに、選択式コメントコードが大幅に増えることとなった。平成30年度改定では、コメントパターンが20のみだったことで表現できる記載事項も限られていたが、日付その他を表現するコメントパターンが追加となったことで飛躍的に増えたと考えられる。全件数については平成30年度から倍近い数の1,701となり、フリーコメントで記録するものの割合も大幅に減ることとなった。

なお、平成30年度改定でフリーコメントでの記載が求められた日付情報の一部については選択式コメントコードを選択した上で「年」「月」「日」の数字を入力すればよくなったことや、算定日情報を参照することでコメントの記載自体が不要となるものも現れたことが大きな特色と言える。

◇ 令和4年度改定（「別表Ⅰ」項番数543）

令和2年度改定に引き続き「別表Ⅰ」の項番数の拡張が行われ（448→543）、記載事項の更なる充実が図られただけでなく、「別表Ⅱ」（医薬品）及び「別表Ⅲ」（検査値）が追加されることとなり、選択式コメントコードで記録するもののジャンルが広がったことになる。また、算定対象として記録している医薬品コードや特定器材コードについても選択式コメントコードの代わりになるものとして扱われることとなった。

「別表Ⅰ」の項番数は微増となったが、これは「コード化をし尽くした」結果と捉えることができる。特定保険医療材料算定時の「摘要」欄の記載事項を除けば「別表Ⅱ」、「別表Ⅲ」と合わせて現状ある「摘要」欄の記載事項の大部分がコード化されている状況にある。特に「別表Ⅱ」の医薬品のレセプトへの記載事項のコード化については、令和4年4月時点でのレセプト「摘要」欄への記載が必要となっている医薬品についてほぼ網羅するに至っている。

令和4年度改定の他のトピックスとしては、「別表Ⅲ」において、電子カルテの

情報を抽出して記録することでレセコンからの入力を不要とするコードが設定されたことが特筆すべき点として挙げられる。

なお、記載要領通知の発出が例年通り令和4年の3月下旬であったことに関連して、新設された選択式コメントコードを使用した請求の適用には経過措置が設定され、令和4年10月1日適用となっている。

### ③ 選択式コメントコードの拡張、廃止について

#### ◇ 選択式コメントコードの拡張

レセプトの「摘要」欄に記載する事項は、記載要領通知をはじめ諸規定によって定められており多岐に渡るのが実情であるが、改定ごとに記載事項のコード化が進められており、そのカバー率は右肩上がりとなっている。実際に令和4年度改定では「別表Ⅱ」と「別表Ⅲ」が追加され、選択式コメントコードによって記載できる事項の幅が拡張されたことは先に述べた通りである。

審査支払機関から医療機関にレセプトを返戻する際に確認すべき内容を選択式コメントコードで表現することで、効率的に返戻を減らすことが見込まれることから、選択式コメントコードの拡張は医療機関と審査支払機関の双方にとってメリットがある。したがって、この選択式コメントコード拡張の流れは今後も継続するものと思われる。

「別表Ⅲ」については、検査日、検査値を記載するものである。導入当初からの事務負担軽減の観点から、原則として電子カルテで保持している情報（検査日、検査値）を自動的にレセプトに記録することとされている。この電子カルテから必要なデータを抽出するという発想は、導入当初はなかったとされている（現時点での適用はDPC対象医療機関に限られている）。このように、選択式コメントコードの記録に関しては、医療機関に備えているものを活用した柔軟な運用も見受けられるようになった。

#### ◇ 選択式コメントコードの廃止

診療報酬改定時には実情に合わせて「別表」中の記載事項の内容変更が行われ、それに伴って使用できなくなる（廃止となる）選択式コメントコードが否応なく発生することになる。しかし、記載要領通知が適用日ぎりぎりの3月下旬に発出されるため、医療機関における窓口運用に間に合わせるのは時間的に困難となる。そのため、記載要領通知において改定年の9月末までの経過措置期間が設定され、その期間は廃止された選択式コメントコードについても、コメントマスター内では削除されず電子レセプトへの記録が可能な状態となっている。

廃止される選択式コメントコードに対して以上のような対処がなされているところであるが、この対処の課題として、改定後もコメントマスターには残っていることで、請求に不要なコメントであっても医療機関において入力できる状態にな

ってしまうことが指摘されている（表2-1-2参照）。

【表2-1-2 「コメントマスターの有効期間（歯科・I000-2：咬合調整の場合）」】

コメントコード	名称	廃止年月日	20204/1～2022/3/31	2022/4/1～2022/9/30	2022/10/1～
820100323	イ 歯周炎に対する歯の削合	2022/9/30			
820100324	ロ 歯ぎしりに対する歯の削合	2022/9/30			
820100325	ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部等の削合	2022/9/30			
820100326	ニ レスト製作のための削合	2022/9/30			
820100327	ホ 咬合性外傷等を起こしている場合の歯冠形態修正	2022/9/30			
令和2年度コメント関連テーブル			有効		
820100910	イ 一次性咬合性外傷の場合				
820100911	ロ 二次性咬合性外傷の場合				
820100912	ハ 歯冠形態修正の場合				
820100913	ニ レスト製作の場合				
820100914	ホ 第1～3部 歯科矯正に伴うディスクングの場合				
令和4年度コメント関連テーブル					有効（予定）

入力誤りを招く可能性がある。  
この期間に旧コードを入力可能とする必然性はあるのか？

この期間は新旧のコメントコードが有効であり、コメント関連テーブルによるチェックも掛からない。

#### ④ コメント関連テーブル（概要及び経緯）

選択式コメントについて考察する際には、「コメント関連テーブル」の役割についても言及することになる。選択式コメントコードを使用して適切に請求するには、コメント関連テーブルを有効に活用することが重要であり、双方を併せてブラッシュアップさせていく必要がある。

##### ◇ 概要

コメント関連テーブルとは、記載要領通知の「別表」に基づき支払基金が提供しているマスターであり、「別表」の情報をシステムで取り扱えるように、選択式コメントコードと診療行為コードの紐づけを行ったものである。

##### ◇ 経緯

平成30年度改定、令和2年度改定においては、「別表」適用の経過措置期限が切れる（新しい選択式コメントコードが有効になる）直前のタイミングで「確定版」が公表されてきた（平成30年度改定：平成30年9月19日／令和2年度改定：令和2年9月16日）。なお、令和2年度改定では、確定版ではないものの、令和2年3月27日に改定後最初の更新が行われている。令和4年度改定では、記載要領通知発出のタイミングで公表（令和4年3月29日）されることとなった。公表のタイミングについては、窓口入力にも配慮されてきており、医療機関での負担軽減が見込まれ

るものとなった。

以上のように、選択式コメントコードの充実度と足並みを揃えて発展してきたコメント関連テーブルであるが、令和4年度改定においては問題点が多く見受けられ、課題が残る結果となった。これらの課題については、次の「(2)」で詳細を説明することとする。

## (2) 令和4年度改定における選択式コメントのポイント

令和4年度改定を経て、選択式コメントコードやコメント関連テーブルの網羅性や充実度については「一定のゴール」に達した状態と考えられ、選択式コメントの制度自体については円熟期を迎えたと言える。

ここでは選択式コメントにとっては3回目のリニューアルとなった令和4年度改定におけるトピックスを紹介し、そのポイントとともに、明確になった課題についても説明する。

### ① 選択式コメントコード

#### ◇ 「別表Ⅱ」の新設

医薬品が保険収載される際に、当該医薬品に関する留意事項通知が発出されるが、この通知には「保険給付上の注意」として「本剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載する」というようなレセプト記載に言及しているものがある。このようなレセプト記載に関する規定について、今般「別表Ⅱ」に収載されることになった(表2-1-3参照)。レセプト記載に関する規定は10年以上前の通知においても存在し、該当する医薬品は相当数存在することになるが、「別表Ⅱ」においてそれらの大部分がカバーされていることが確認されている。

JAHIS がまとめた令和元年度調査研究事業『「診療報酬請求書等の記載要領」の電子化に関する研究(Ⅱ)』では、今後の選択式コメントの方向性として、医薬品に関する留意事項通知の内容についても選択式コメントコード化してレセプトに記載することが望ましい旨を述べている。過去の調査研究で提案したことが、今回の改定で「別表Ⅱ」として具現化されたことになり、結果的として JAHIS が定めた目標に向かって改善されることとなった。

医薬品のレセプト記載に関する規定が、今回「別表Ⅱ」としてコード化されたので、次のステップとしてコード化が期待されるものは、特定保険医療材料(特定器材)のレセプト記載に関する規定である。特定保険医療材料についても「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」に定められた規定を「別表」においてコード化すれば、レセプトへの記載がさらに容易になると言えよう。

【表2-1-3 「別表Ⅱ」の新設】

■別表Ⅱの新設  
添付文書に記載されている診療明細書に記載する内容が収載されている。

例)  
●アキラルクス点滴静注250mg  
25. 保険給付上の注意  
本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、**本剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載すること。**

□別表Ⅱ

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	在記コードによるレセプト表示文章
2	アキラルクス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由(アキラルクス点滴静注250mg)*****

掲載位置区分	項番	区分	枝番	診療(調剤)行為		コメント又は患者の状態コード	
				コード	省略漢字名称	コメントコード	コメント文
5	2	医薬品	0	629911001	アキラルクス点滴静注250mg	830600115	投与が必要と判断した理由(アキラルクス点滴静注250mg) ;

特定器材についても「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」を別表化すればレセプトの記載が容易に！

◇ 「別表Ⅲ」の新設

前述の通り、「別表Ⅲ」における選択式コメントコードについては、原則として電子カルテから自動的に検査の実施日、検査値を抽出して記録する目的で作成され、レセコンからは入力しないという方法は出色であった。

また、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日)において、記載する検査値を基にした、複数回の検査の妥当性、医薬品投与の妥当性の判断の基準値が設定された。この基準値の設定については、今までは医師等の経験則で判断してきた検査の妥当性について、その基準が可視化されて公に示されたことで、審査の透明性が飛躍的に向上したと言える。

◇ 「別表Ⅰ」の訂正

JAHIS から審査支払機関に疑義を提出した結果、「別表Ⅰ」の内容について訂正が行われた事例を以下に紹介する。

■訂正の事例(その1)

1つ目の訂正の例は、「F200薬剤」(入院分)の「退院時処方コメント」の訂正である。当初の選択式コメントコードは、外用薬について「退院時 回分投薬」とあり、医療機関において回数を入力させるものであった。しかし、外用薬の投薬は基本的に1回しか考えられないので、この記載の是非について JAHIS から疑義提出を行うこととなった。これを受けて、令和4年6月15日に一部訂正事務連絡により選択式コメントコードの見直しが行われ、表示文言が「退院時投薬」となり、回数の入力がなくなった(表2-1-4参照)。

【表2-1-4 「別表 I」の選択式コメントコード訂正】

■別表 I の訂正

別表 I の見直しについてJAHISから疑義解釈として問合せを実施。



一部訂正として別表 I の訂正が行われた。

例 1) 退院時処方コメントの見直し

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
358	F200	薬剤(入院分)	(入院患者に対し退院時に投薬(内服薬)を行った場合) 「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載すること。	840000006	退院時 日分投薬
				840000634	退院時 回分投薬(屯服薬)
				840000635	退院時 回分投薬(外用薬)
358	F200	薬剤(入院分)	(入院患者に対し退院時に投薬(内服薬)を行った場合) 「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合) 「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時 日分投薬
				840000634	退院時 回分投薬(屯服薬)
				820101042	退院時投薬(外用薬)

外用薬についても回数入力  
は必要？

■訂正の事例 (その2)

令和4年度改定で、関係者が最も驚いたのが画像診断の部位に関する選択式コメントコードについてである。「E001写真診断(単純撮影)」における「撮影部位(単純撮影):肩」の選択式コメントコードについては、令和2年度改定時と同じ名称であるにもかかわらず、コードが新設されることとなった。

撮影部位を記載する選択式コメントコードについては、当該コードに規則性を持たせてあるので、理由なく「肩」のみコードを新設すると、他のコードとの関連性や整合性が取れなくなってしまうことになる。したがって、JAHISから審査支払機関に疑義(元に戻すように要望)を提出したところ、令和4年6月15日の一部訂正事務連絡によって訂正されることとなった(表2-1-5参照)。



【表2-1-5 「別表Ⅰ」の部位コードの訂正】

■別表Ⅰの訂正

例2) 部位名称の見直し

【令和2年】		項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
288	E001	写真診断 1 単純撮影		撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部	
					830181200	撮影部位(単純撮影):肩_*****	
					830189000	撮影部位(単純撮影):その他:*****	
【令和4年】		項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
344	E001	写真診断 1 単純撮影		撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部	
					820183620	撮影部位(単純撮影):腕	
					830100797	撮影部位(単純撮影):肩_*****	
					830189000	撮影部位(単純撮影):その他:*****	
344	E001	写真診断 1 単純撮影		撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	830181200	撮影部位(単純撮影):肩_*****	

既存のコードが存在  
↓  
何故コード新設

◇ 「別表」の重複記載事例

令和4年度改定では「別表Ⅲ」において検査値等の記載が追加されているが、記載内容について「別表Ⅲ」にあり、かつ「別表Ⅰ」や「別表Ⅱ」にも重複してあるものについては、(DPC対象病院については)「別表Ⅲ」の選択式コメントコードを使用した記載のみで足りるとされた。

このようなケースで重複してしまう「別表Ⅰ」や「別表Ⅱ」の選択式コメントコードについては、「別表Ⅲ」の「重複する選択式コメントコード」欄に記載されている(表2-1-6参照)。

【表2-1-6 別表の選択式コメントコード重複記載例】

■別表の重複記載事例

別表Ⅲに記載されている項目と別表Ⅰまたは別表Ⅱに記載されている項目が重複している場合、DPC対象医療機関は別表Ⅲの項目を記載する。

●別表Ⅰ		項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード
278	D009の9		前立腺特異抗原(PSA)		(前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年未確 検査値(前立腺特異抗原(PSA));*****	I	850100164
						842100049			
●別表Ⅱ		109	ファイバ静注用1000		本薬剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130 850600150	インヒビター力価(ファイバ静注用1000);***** インヒビター力価測定年月日(ファイバ静注用1000);		
●別表Ⅲ		1	D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	(3月に1回を超える算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査	I	850100164
10	医薬品	ファイバ静注用1000		本薬剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ静注用1000);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	II	830600130 850600150	

コメント関連テーブルで省略可能な項目が判定できるか?

JAHISにおいても、コメント関連テーブルのレイアウトについて、後ろの方に「予備」のカラムがあるので、そこを活用して重複しているものが分かるようにすることを要望する声があったが、審査支払機関からは既存カラムへのフラグ追加で対応することについて意見照会があった。その上で、既存の条件区分との関係も分かるようにしてほしいという JAHIS からの意見を反映し、今のかたちにコメント関連テーブルのファイル仕様の変更となった（表2-1-7参照）。

ファイル仕様の変更の結果、重複として省略できるものが10番代（10～13）となった（省略できないものは従来通り00～03）。このような仕様の設定については、審査支払機関が JAHIS に意見照会を行い、その意見を踏まえて決定したという経緯がある。

【表2-1-7 記録条件仕様の変更】

14	条件区分	数字	2	固定	コメントコードの選択に係る条件を表す。 00：「01」、「02」及び「03」以外の場合 01：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、それ以外の条件がない場合 02：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、入院又は入院外のいずれかで算定した場合 03：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、複数回算定した場合
↓					
14	条件区分	数字	2	固定	コメントコードの選択に係る条件を表す。 00：「01」、「02」及び「03」、「10」、「11」、「12」及び「13」以外の場合 01：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、それ以外の条件がない場合 02：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、入院又は入院外のいずれかで算定した場合 03：対象の診療（調剤）行為の算定が条件であって、複数回算定した場合 10：DPC医療機関において対象の診療行為の算定は条件ではないが、コメントコードの記録が省略となる場合（仮） 11：DPC医療機関において対象の診療行為の算定が条件であって、それ以外の条件はないが、コメントコードの記録が省略となる場合（仮） 12：DPC医療機関において対象の診療行為の算定が条件であって、入院又は入院外のいずれかで算定し、コメントコードの記録が省略となる場合（仮） 13：DPC医療機関において対象の診療行為の算定が条件であって、複数回算定し、コメントコードの記録が省略となる場合（仮）

コメント記載通知等	項番	区分	枝番	診療（調剤）行為		コメント又は患者の状態コード		条件区分	
				コード	省略漢字名称	コメントコード	コメント文	～09月	10月～
1	278	D009の8	1	160037510	P S A	850100164	検査の実施年月日（前立腺特異抗原（P S A））	0	10
1	278	D009の8	2	160037510	P S A	842100049	未確 検査値（前立腺特異抗原（P S A））	0	10
6	1	D009の8	0	160037510	P S A	880100012	検査実施年月日及び検査結果（前立腺特異抗原（P S A））	0	0
5	108	医薬品	0	621384901	ファイバ静注用1000	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）；	0	11
5	109	医薬品	0	621384901	ファイバ静注用1000	850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）	0	11
6	10		0	621384901	ファイバ静注用1000	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価（ファイバ静注用1000）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" 検査値：*****	0	1

② コメント関連テーブル

選択式コメントにおいて重要な役割を担っているコメント関連テーブルであるが、令和4年度改定ではデータ不足や設定誤りが多く、複数回の訂正が発生して関係者の混乱を招く結果となった。本格的に移働する令和4年10月までにおいて、コメント関連テーブルが訂正された回数については、計12回（3月：1回／4月：4回／5月：2回／6月：2回／8月：1回／9月：2回）となっており、当初公表されたコメント関連テーブルが順次ブラッシュアップされていく過程を把握することができる（※）。

特にコメント関連テーブルの「項番」欄には、対応する選択式コメントコードの記載要領通知「別表」における項番が記載されることになっているが、この欄の記載の誤りが散見された。この誤りの原因については、改定による記載内容の追加等により、「別表」で頭から付番されている項番が全面的に変更となったため、コメント関連テーブルの「項番」欄までメンテナンスがしきれなかったのではないかと考えられる。「別表」の項番はあくまでも、上から順に付された連番でしかないので、選択式コメントコードと紐づけるためには「区分番号」等で同定していく必要があるが、今回の改定では特に「別表Ⅰ」に記載内容が沢山盛り込まれ、ほぼ全ての項番が振り直しとなったことで、メンテナンス（改定時の移行作業）を誤った可能性がある。具体例については以下に示しているが、今後の改定時のコメント関連テーブルのメンテナンスの方法に関して課題が見えてきたと言える。

※ これらの修正は、令和4年10月の完成版の公表に照準を合わせて行われたと考えられ、今後の検証が重要となるが、現状で判断する限り完成度の高いものが公表された点については評価に値すると言える。

◇ 「項番」欄の数字が整理されていない

今回の改定で項番が変わったものがあるが、その例として「A221-2小児療養環境特別加算」を挙げることにする。この小児療養環境特別加算の「別表Ⅰ」における項番は、令和2年度改定では「22」で令和4年度改定では「25」となった。しかし、令和4年度改定のコメント関連テーブルを見ると「項番」欄は「22」のまま（前回改定時の項番のまま）でアンマッチとなっており（表2-1-8参照）、コメント関連テーブルを使った請求のロジックを作る際の支障となった。

このような項番が変更になるケースのメンテナンスについては、項番の見直しをまず確実に行ってから、他の部分をメンテナンスすべきである。

【表2-1-8 「項番」欄の数字が整理されていないケース】

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
25	A221-2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のA又はイに規定するものうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025 820100026	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者 イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
22	A221-2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のA又はイに規定するものうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025 820100026	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者 イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

掲載位	項番	区分	枝番	診療(調剤)行為		コメント又は患者の状態コード	
				コード	省略漢字名称	コメントコード	コメント文
1	22	A221-2	0	190109970	小児療養環境特別加算	820100025	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
1	22	A221-2	0	190109970	小児療養環境特別加算	820100026	イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

項番が前回改定時の項番のままになっていた → 項番を見直してからメンテナンスするべきでは？

◇ 「別表」に記載されているがコメント関連テーブルにない

今回新設された「別表Ⅲ」であるが、この「別表Ⅲ」を例にすると、項番が「32」までであるにもかかわらず、令和4年4月の改定当初はコメント関連テーブルには項番が「6」までのものしか収載されていなかった。ベンダは電子カルテからの自動転記を行うために電子カルテ側のシステム開発を進めていたが、項番「7」以降はコメント関連テーブルに設定がなかったために経過措置期限終了間際に収載されるまで自動転記機能が正常に動作するか確認できず、医療機関へのインストーラが「別表Ⅲ」を用いて請求することになる直前のタイミングとなってしまった（表2-1-9参照）。

【表2-1-9 別表に記載されているがコメント関連テーブルにないケース】

■ 令和4年4月改定時のコメント関連テーブルの課題 2)別表に記載されているがコメント関連テーブルにない							
項番	区分等	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	コメントによるレセプト表示文章	別表I・II	連携するレセプト電算処理システム用コード
1	D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	(3月に1回を繰り返す算定の場合) 毎検検査の実施年月日及び測定値を記載すること。 (同一个月内2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び測定値をすべて記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年"mm"月"dd"日 検査値 *****	I	850100164
2	D007の26	フェリチン		880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 検査値 *****		
3	5	5	5	5	5		
6	J039	血漿交換療法	(急性性血小板減少性紫斑症の算定可能な場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 検査値 *****	I	842100059
7	医薬品	検査用血液液-L[R]自赤; 赤血球液-L[R]自赤; 洗浄赤血球液-L[R]自赤; 凍結赤血球液-L[R]自赤; 凍射赤血球液-L[R]自赤; 凍射洗浄赤血球液-L[R]自赤	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 検査値 *****		
3	5	5	5	5	5		
29	医薬品	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000 エポジン注シリンジ8000 エポジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与直前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値(エポジン注シリンジ1500等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 検査値 *****	II	830600018

掲載位置	項番	区分	枝番	診療(調剤)行為		コメント又は患者の状態コード	
				コード	省略漢字名称	コメントコード	コメント文
6	1	D009の8	0	160037510	PSA	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA))
6	2	D007の26	0	160036810	フェリチン半定量	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン)
6	2	D007の26	0	160192510	フェリチン定量	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン)
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	J039	0	140008210	血漿交換療法	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法)
項番7以降の情報が収載されていない							

◇ 枝番が整理されていない

「別表Ⅱ」の項番「19」の記載事項には2種類の条件が規定されている。1つ目の条件は算定要件が「アに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、「ア～エのうち該当するものをすべて記載すること」となっている（表2-1-10-1参照）。

コメント関連テーブルのファイル仕様説明書（表2-1-10-2）では、枝番には、「記載要領別表の同一項番内に複数の条件がある場合は条件ごとに「01」から昇順に枝番を設定する」ことになっている。条件ごとに「01」「02」が設定されているので仕様通りに設定されていることになる。ただし、この仕様では「ア～エのうちいずれか1つのみ選択する」のか、「ア～エのうち該当するものすべてを選択する」のかを表現することができない。さらに、仮に「該当するものすべてを選択する」ことが表現できたとしても、該当するものの個数は変動するので、いくつ選択すれば「該当するものすべて」になっているかを表現することができない。よって、必要

な選択式コメントコードが漏れなく選択されているかコメント関連テーブルを使用してチェックする場合も、同一枝番中で1つ以上選択されているかを確認することができても、該当するもの全てが選択されているかを確認することは難しい。

現状では、同一枝番が設定されている項目の多くは1つのみを選択すればよいので、「1つ以上選択されていること」のチェックには有効な設定になっているが、枝番設定の仕様やチェックに注目してしまうと、「1つのみを選択すればよい」「1つしか選択できない」と誤解される可能性もある。

今回の事例であれば、「ア、イ、ウ、エ」のそれぞれに選択式コメントコードが規定され、「ア」は必ず該当し、「イ」から「エ」までのうち2つ以上に該当することが算定要件となっているため、選択すべきコメントコードは「ア、イ、ウ、エ」、「ア、イ、ウ」、「ア、イ、エ」、「ア、ウ、エ」の組み合わせのいずれかになる。現在のコメント関連テーブルの仕様で対応するためには、「ア、イ、ウ、エ」のそれぞれを選択肢とするのではなく、組み合わせを選択肢とする方法も考えられる。その場合、「別表」に規定された選択肢と異なる設定となってしまう。また、項目の組み合わせを選択肢とする場合、組み合わせの件数が膨大になってしまう可能性がある。コメント関連テーブルのみではなく、「別表」も含めて対応を検討すべきである。

【表2-1-10-1 枝番が整理されていないケース】

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
19	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6か月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031 820600032 820600033 820600034	ア 6か月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg) イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg) ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg) エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)

掲載位置区分	項番	区分	枝番	診療(調剤)行為		コメント又は患者の状態コード	
				コード	省略漢字名称	コメントコード	コメント文
5	19	医薬品	1	622856101	エドルミズ錠50mg	820600031	ア 6か月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)
5	19	医薬品	1	622856101	エドルミズ錠50mg	820600032	イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
5	19	医薬品	1	622856101	エドルミズ錠50mg	820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
5	19	医薬品	1	622856101	エドルミズ錠50mg	820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)

「該当するものをすべて記載」となっているが、枝番が同一の場合は1つのみしかチェックできない  
↓  
枝番の変更が必要

19	エドルミズ錠50mg				以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6か月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6か月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)
						820600032	イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
						820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
						820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)
					投与継続の検討を行った直近の年月日(エドルミズ錠50mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	850600019	

条件1

条件2



【表2-1-10-2 コメント関連テーブル・ファイル仕様説明書】

3	項番	数字	4	固定	記載要領別表Ⅰ、記載要領別表Ⅱ又は記載要領別表Ⅲの「項番」列の値を設定する。 記載要領別表Ⅰ、記載要領別表Ⅱ又は記載要領別表Ⅲ以外に掲載されている場合は、「0000」を設定する。
4	区分	英数 又は 漢字	6 4	可変	記載要領別表Ⅰの「区分」列の値を設定する。 記載要領別表Ⅰ以外に掲載されている場合は、「0000」を設定する。
5	枝番	数字	2	固定	項番内に複数の条件がある場合は、条件ごとに「01」から昇順に枝番を設定する。 条件が1つの場合は、「00」を設定する。

◇ 省略できるコメントにチェックがかかってしまう。

「別表Ⅲ」に規定された記載内容について、「別表Ⅰ」又は「別表Ⅱ」の記載内容と重複している場合は、DPC 対象病院においては、「別表Ⅲ」が優先され「別表Ⅰ」又は「別表Ⅱ」に記載されているコメントの記録は不要となることは前に述べたが、その際に受付・事務点検 ASP で「別表Ⅰ」「別表Ⅱ」についてもチェックがかかってしまう事態が発生した。これは省略可能なコメントの設定ができないようになっていたためであり、その後の仕様見直しが必要となった。それを踏まえて JAHIS は、「別表Ⅰ」や「別表Ⅱ」のコードが記載不要であることがコメント関連テーブルで判別できることが望ましいと考え、その判別方法について審査支払機関に要望した。

### (3) 今後の課題・提言

ここまで令和4年度改定時のトピックスを中心に問題点を考えてきた。ここからは、これらの問題を解決してさらによいものにするため、選択式コメントコード及びコメント関連テーブルに関するキーワードを挙げつつ今後の課題を掲げ、JAHIS が考える選択式コメントが向かうべき方向性について提言する。

#### ① 選択式コメントコード

◇ 診療行為に係るコードの件数は今後も大きく変わらない（網羅率も飽和状態）

現在規定されているレセプト記載事項はほぼ選択式コメントコードで表現されているため、これらの件数（網羅率）は、今後も劇的に増えることはないと言える。記載事項をほぼカバーできたことで、今後は記載内容や記載方法の「質」の向上が求められるのではないかと。

今回の改定における選択式コメントの中で大きく前進した内容は、「別表Ⅲ」における「検査の日付」と「検査値」の両方を合わせて記載させるものであったのではなかろうか。この記載方法は、事務負担軽減のための新たな発想（電子カルテから自動的に記載事項を転記できる仕組みを考えたら作業が軽減されるのではないかと）が具現化されたもので、電子カルテからの転記が推奨されることで

記載内容や記載方法の質の向上に資することになったと言えよう。また、「別表Ⅲ」に関する技術的なルールについては、電子レセプト関連のルールということで、記載要領通知ではなく記録条件仕様に明記されることとなったことも合理的であると言える。

なお、「別表Ⅲ」の記載については、原則は電子カルテからの自動転記を行うが、システム改修に時間がかかる場合など、自動転記以外の方法もやむを得ないこととされている。これは JAHIS からの助言が奏功したものであり、医療機関やベンダの実情に即した措置が取られている。今後も、記載内容、記載方法の質向上にむけては、行政や審査支払機関、レセコンや電子カルテのベンダが協議を重ね、実現可能な方法を模索していくべきと考える。

◇ 今後の特定保険医療材料のレセプト記載事項のコード化

過去の調査研究事業において、レセプト記載事項の電子化（選択式コメント化）の課題として「診療行為」の次に実施するものとして、医薬品や特定保険医療材料の記載事項の電子化についても議論してきたが、令和4年度改定において、医薬品の記載事項が「別表Ⅱ」として具体化され、記載内容もほぼ網羅されることとなった。このことは、さらなる事務作業軽減が期待できるものとして評価されるべきものである。

しかし、特定保険医療材料についてはまだ電子化されていないのが現状である。選択式コメント拡張の次のステップとして行うべきは、記載要領通知にもう1つ新たな「別表」が追加されて、医薬品と同じような形式で特定保険医療材料の記載事項がコード化されることである。これによって、かねてより本調査研究で思い描いていた「診療行為」、「医薬品」、「特定保険医療材料」の3つの記載事項のコード化が完了することになり、全ての記載事項がコンピュータで処理できるようになるような将来像が描けることになる。これらコードの包括的な活用によって、人的な処理の範囲が縮小され、より正確な請求とシステマチックな審査が可能となるだけでなく、診療の実情を反映したデータによるさらに高度な分析が可能となるのではないかと。

◇ 医薬品の記載要領のコード化の課題

前述の通り、令和4年度改定で記載事項のコード化について、医薬品に関するものが「別表Ⅱ」で表現され、内容をほぼ網羅するに至った。しかし、改定後にも矢継ぎ早に保険適用される新薬に関する記載事項については、どのように取り扱うべきか議論の余地がある。記載事項を記載要領通知へ収載するに当たり、①その都度「別表Ⅱ」に収載していく、②時期を区切って収載する、③2年に1度の改定時のみの収載にとどめる、の3パターンが考えられる。より正確な請求を行うのであれば①となるが、その都度、システムのメンテナンスや一定の周知期間が必要となることから、例えば次回改定までは経過措置扱いとするなど、取扱いを明確にして

おくことも有効と言えよう。

◇ 「別表Ⅲ」の適用

今回、「別表Ⅱ」と「別表Ⅲ」が新設されたことによって、「別表」間のそれぞれのコードとの関係性の整理が必要となり、「別表Ⅲ」と「別表Ⅰ」、「別表Ⅱ」の記載について重複する項目がある場合は「別表Ⅲ」のみの記載でよいこととされた。

「別表Ⅲ」における記載内容は、日付と検査値を一緒に記載するもので、実情を反映した、より精緻な内容であることから、当然こちらの記載が優先となっているものである。

この「別表Ⅲ」の記載における課題は、その対象がDPC対象病院のみとなっていることである。DPC対象病院以外の医療機関においても「別表Ⅲ」を用いて請求する意義は大きいと考えられる。レセコンでの入力を考えた場合、1つのコードで入力する方が入力操作において簡単な場合があり、また電子カルテを導入していれば自動転記が可能となる。そのため、「別表Ⅲ」で記載する方が少ない負担で済む場合があるので、DPC対象病院以外の医療機関においても、「別表Ⅲ」を用いて記載するか（記載しないか）を選択できるようにするのがよいのではないか。

◇ 「別表」に関する一部改正通知・一部訂正事務連絡

「別表」の内容について、診療報酬改定時に公表されるものには短期間での更新が間に合わない箇所が多く、一部訂正の事務連絡が発出されることが恒例となっている。令和2年度改定では令和2年8月31日にベンダへの影響が大きい訂正（特に「リハビリテーション」関連）があった。令和4年度改定では特に多く、令和4年3月31日、4月28日、6月15日（リハビリテーションの修正含む）、6月29日、8月31日に一部訂正事務連絡、9月28日には一部改正通知が発出され、その都度不備が修正されていった。

なお、今回の「リハビリテーション」の修正については、行政としては誤植として扱っていたかも知れないが、システム的には影響があり（※）、そのしわ寄せがベンダに集まったかたちとなった。

「退院時投与」に関する記載項目の訂正、「画像診断の部位」に関する記載項目の訂正は、「(2)」の「①」で述べたとおりであるが、これらのような一部訂正・一部改正を最小限に抑えるためにも、改定時の「別表」のメンテナンスのルールについては、担当部署で確実に引き継ぐべきものである。メンテナンスの担当者は定期的に変わるものなので（異動等による）、明文化するなどしてルールを確実に継承していくことが重要ではないか。

※ 「疾患別リハビリテーション料」の「初期加算」と「早期リハビリテーション加算」の記載事項について、「初期加算」を算定する場合は当然「早期リハビリテーション加算」も算定するものであるが、どちらの加算についても病名等の記載が求められていた。2つの加算に関する記載事項において同じ病名を記載させることは意味がないものである。



◇ コードの付番にルール性を持たせることの必要性

記載内容が「前回算定年月日 初回」である選択式コメントコードのルールに関して、そのルールが崩れてきているものが見受けられるようになった。具体例を挙げると、記載事項として「前回算定日」と記載させるもの、及び前回算定日がないため「初回」と記載させるものについて、その対応がわかるように、以下のようなルールでコードが振られていた。

■前回算定年月日：850190XXX

■初回                   ：820190XXX   （下3桁を項目ごとに統一）

しかし、令和4年度改定で新たに追加された「高度難聴指導料「ロ」」は、記載事項として「前回算定年月日」（又は「初回」）を記載させるものであるが、コードは「850100488」のみでルールから完全に逸脱していることになる。

行政においてはコードを体系化することに消極的なものかも知れないが、診療報酬改定時には、コードのルールが明確な方がベンダとしてはシステムの改修がしやすいことに間違いはない。このコード体系のルールについて明文化されていないことから、診療報酬改定時に引き継がれることが不十分になると考えられる。コメントマスターについては仕様書が公開されている（記載要領通知には仕様書がない）が、この仕様書にコード体系のルールを記載してはどうだろうか。明文化を行い関係者が常に確認できるような仕組みにすることが大切であると考えられる。レセコンや電子カルテにおいてもコード体系のルールが明確になれば、今以上に活用の範囲が広がることが予想される。

◇ 特定薬剤治療管理料の選択式コメント

令和2年度改定では、「特定薬剤治療管理料1」について実質的なコメント文（記載内容）に変更がないにもかかわらず、コメント文の順序が入れ替わり、先頭の項番「(イ)、(ロ)、(ハ)…」のみが変更になった場合でも、コードが新設されてしまったことで混乱が生じた（詳細は2020年度調査研究事業を参照）が、令和4年度改定ではこの類の変更はなかった点は高く評価すべきである。過去の調査研究におけるJAHISの提言が奏功したのかは定かではないが、「特定薬剤治療管理料1」の選択式コメントについては着実によくなってきていると言える。

◇ 「別表I」の経過措置対象の項目の「※」マーク

今回より「別表I」に「令和4年4月1日適用」欄が新設された。これは令和4年4月1日から適用となり、経過措置対象となる選択式コメントコードに「※」印を附して一目で確認できるようにしたもので、各段に分かりやすくなった。担当者の工夫が光った部分であると言えよう。

② コメント関連テーブル

コメント関連テーブルが作られた当初には想定していなかったような問題への対

応が求められている。

◇ メンテナンスの課題（改定対応版の作成）

診療報酬改定前と診療報酬改定後では、「別表」に新規の記載項目が追加となるため、同一の記載要領の項番については概ね変更になる。項番は表の上から順に振っていくことから、途中で新項目が追加になれば、それ以下の項番はずれていくので、当然ほぼ全部の項番が変更となる。したがって、コメント関連テーブルのメンテナンスの際、「項番」欄の数字は「別表」に合わせて変更になることに留意しなければならない。

改定後の「別表Ⅰ」に合わせて、コメント関連テーブルにコードを設定していこうとすると、新旧の「別表Ⅰ」同士を突き合わせた項番の「旧→新及び追加分」の対応を考え、その対応に照らし合わせてコメント関連テーブルの旧項番を新項番に改めていく作業が必要となる。しかし、今回のコメント関連テーブルについて、例えば項番「22」については、旧「22」の分と新「22」の分で項番が重複してしまった。このような重複が認められると、正確なチェックが不可能となってしまふ。

「別表」の項番の変更は、次回改定以降も当然生じるものであり、今回のような項番の重複を防ぐためにも、次回改定を見越したメンテナンスの仕方を検討しておくべきではないだろうか。具体的には、「別表」中の「区分番号」は基本的には変わらないので、区分番号をキーにしてチェックすることが、上記のようなミスを防ぐために必要である（区分番号で並べかえてチェックする必要がある）と考えるものである。

◇ チェックに使用するための課題

令和2年度改定において、同一の診療行為コード、同一の枝番のもので「条件区分」欄に「0」と「1」が混在してしまったことからエラーになってしまったものがあつた（新規項目の経過措置期間としてチェック対象外にすべきものを「0」とした一方、既存のものを「1」としたことで、「0」と「1」が混在してしまう結果となつた）。したがって、令和2年4月の請求分から半年間は全て「0」として、既存のものまでチェックの対象外となってしまう事態が発生したが、令和4年度改定においても同じことが起きてしまい（経過措置対象の「※」のものが混在した）、令和2年度改定同様4月診療分から半年間は全て「0」にすることになったことへの対策は今後の課題であると言えよう。この教訓を活かして、次の改定ではこのようなことが起きないように対策を立てるべきと考える。

◇ 「別表Ⅲ」と「別表Ⅰ」、「別表Ⅱ」の重複への対応

「別表」間の記載事項の重複への対応については、「(2)」の「①」で述べた通り新たな区分追加が必要となつた。4月時点では区分追加ができなかつたため、10月から「条件区分」を追加するかたちでの対応になつた。

この対応については、JAHSからの照会により審査支払機関と意見交換をした上

でのものであった。次回の改定以降も「別表」が新設されることがあれば、記載内容重複の問題は必ず出てくるので、その場合はベンダと情報交換しながら、条件区分追加の方法やタイミングなど、最適な方法を模索していくべきと考える。

③ 改定で生じる新旧の選択式コメントコードへの対応

◇ 同じ意味合いのコメントに係るコードは継続させる

改定時に選択式コメントコードが廃止となって、新しいコメントマスターから当該コードが消えてしまうと、医療機関において旧コード（廃止コード）を間違えて記録した際に「L3（エラーが確認され返戻となるもの）」となって請求不可となってしまうことから、コメントマスターには旧コードを残してあるが、同時に「L411（選択式コメントコードの記録が必要な項目であるが、対応するコードが記録されていない場合に示されるエラーコード）」の対象となってしまう可能性があるとしていた。

上記の問題は、「同じ意味合い」のコメントに関するコードが変わってしまうことに起因する。表2-1-11の場合、旧コメントの「ニ レスト製作のための削合」と新コメントの「レスト製作の場合」は同じ意味合いであるが、コードを振り直したため、旧コードで請求してしまうことで発生する問題であることから、同じ意味合いのコメントに関するコードは極力継続させた方がいいと考えられる。

【表2-1-11 「コメントマスターの有効期間（歯科・I000-2：咬合調整の場合）」】【再掲】

コメントコード	名称	廃止年月日	2020/4/1～2022/3/31	2022/4/1～2022/9/30	2022/10/1～
820100323	イ 歯周炎に対する歯の削合	2022/9/30			
820100324	ロ 歯ざしりに対する歯の削合	2022/9/30			
820100325	ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高等の削合	2022/9/30			
820100326	ニ レスト製作のための削合	2022/9/30			
820100327	ホ 咬合性外傷等を起こしている場合の歯冠形態修正	2022/9/30			
令和2年度コメント関連テーブル			有効		
820100910	イ 一次性咬合性外傷の場合				
820100911	ロ 二次性咬合性外傷の場合				
820100912	ハ 歯冠形態修正の場合				
820100913	ニ レスト製作の場合				
820100914	ホ 第13部 歯科矯正に伴うデイスキングの場合				
令和4年度コメント関連テーブル					有効（予定）

電子レセプトに記録可能

電子レセプトに記録可能

入力誤りを招く可能性がある。

この期間に旧コードを入力可能とする必然性はあるのか？

この期間は新旧のコメントコードが有効であり、コメント関連テーブルによるチェックも掛からない。

#### ◇ コメント関連テーブルの有効活用

コメント関連テーブルがよくできている点は、改定後の新コメント関連テーブルには古いコードの設定はないことである。コメント関連テーブルを活用したレセコンにおいては、候補として挙がるのは改定後の新しいコメントコードのみとなる。したがって、コメント関連テーブルを使ってシステムを制御できれば誤ったコード（廃止となったコード）の記録はなされないことになる。チェック自体は令和4年10月までかからないが、誤ったコードは入力されなくなる点で有用である。

今後の行政の施策として提案するならば、思い切ってレセコンの標準仕様としてコメント関連テーブルを取り込むことを規定するのもいいのではないだろうか。その場合においては、コメント関連テーブルの完成度が今以上に求められることになるが、コメント関連テーブルから入力時の候補を参照できれば、確実に改定後の有効なコードを選択できるのではなからうか。幾多の改定を経て、既にレセコン入力時になくてはならないものになっていることから、これからの選択式コメントを考える上で、コメント関連テーブルの議論は避けては通れないものとなっている。

#### ④ 得られたデータの活用方法について

選択式コメントによって集められたデータは、様々な活用方法が可能となる。令和2年度改定において算定ルールに係る記載事項は概ねコード化され、令和4年度改定では医薬品に係る記載事項も大半がコード化されたため、活用するに必要十分なデータが蓄積されてきたと考えることができる。今は、これらのデータを活用して、何ができるか検討するフェーズにある。

選択式コメントコードを記録させる当初の目的として、事務作業の軽減のほか、質の高いレセプトを作成して請求をスムーズにすることが挙げられていた。「別表Ⅲ」は、ある診療行為の実施を判断するに至った根拠として検査値の記載を求めたものである。記載要領に「特定の診療行為を複数回算定するためにはその判断の根拠となった理由、検査値を記載する」という規定がない場合でも、審査の際に検査値の確認が必要となり照会のために返戻、再請求が必要となることがあることから、医療機関は経験的に症状詳記を記載することで対応してきた。令和4年度改定では「この検査値であれば算定は妥当と認められる」というような一定の基準が示されたため、基準外の場合にのみ症状詳記で算定が必要な理由を説明すればよいこととなった。算定ルールの明確化、標準化が進んだことになる。

ただし、レセプトへの記載事項が追加になることで事務作業が増加してしまうことは、当初の目的である事務作業の軽減に矛盾してしまうことになる。今回、レセコンに検査値を手入力するのではなく、電子カルテからの自動転記を明示したことは画期的な施策であったといえよう。

選択式コメントでは、今回の検査値だけではなく、テキストで医学的な理由の記載を求めるものもある。蓄積されたデータを基に分析を行うことで、医療政策を検討する上での材料となることはもちろんのこと、算定ルールの明確化、標準化が進展し、レセプト「摘要」欄への記載についてはテキストで記載するのではなく、選択肢から選択すればよくなるよう簡略化されていくことを期待したい。

## 2. オンライン資格確認等システム

本節においては、オンライン資格確認等システムを取り上げる。その概要とシステム立ち上げの経緯をベンダの視点から振り返った上で、現状の課題を分析し、対応策を考察することとしたい。

オンライン資格確認等システムとは、マイナンバーカードの情報を保険医療機関等の窓口で読み取り、受診時やレセプト請求前にオンラインで審査支払機関である支払基金・国民健康保険中央会（以下「国保中央会」）に資格情報を照会・確認する機能をベースとした仕組みである。これまでの紙の被保険者証による資格確認では、資格喪失後の受診等に伴う過誤が請求時に判明し、保険者・医療機関・審査支払機関のそれぞれに負担が生じていた。また患者側にも「資格確認のために待ち時間がかかる」、「限度額適用認定証の申請が必要」といったデメリットがあった。オンライン資格確認等システムの導入により、そのような負担が解消されることになる。

さらに、オンライン資格確認等システムのネットワークは、医療情報閲覧や電子処方箋といった機能や、「骨太方針2022」等においてその創設が掲げられた「全国医療情報プラットフォーム」の基盤としても利用されることとなっており、医療情報システムの分野における新たなインフラと目されている。

### (1) オンライン資格確認等システムとは

ここではオンライン資格確認等システムの概要・機能等について説明する。

#### ① オンライン資格確認機能の概要

まず、最も基本的な機能である資格確認機能について述べる。

オンライン資格確認等システムの運用においては、保険者が保持している被保険者の資格情報や限度額適用認定証の情報が、審査支払機関が管理するオンライン資格確認等システムに登録される。登録された被保険者証情報は、医療機関や薬局（以下「医療機関等」）から取得・確認することができる（ただし、船員・自衛官・日雇いは対象外である）。この仕組みにより、医療機関等・患者・審査支払機関・保険者のそれぞれに、以下のような様々なメリットが生じる。

#### ◇ 医療機関等のメリット

医療機関等において、患者の被保険者証情報が有効か無効かの確認がリアルタイムでできる。それにより、資格過誤によるレセプト返戻が減り、医療機関等の窓口業務をはじめとする関係各所の事務負担が軽減される。

また、事前に登録済の予約患者の被保険者証情報が有効か無効かの資格確認ができる（複数名の一括照会）（表2-2-1参照）。これにより、医療機関等にとって大幅な作業時間の短縮となる。なお、後述するように、本機能は当初の計画にはなか

ったが、JAHIS より運用上の必要性を説明し、追加されたものである。

◇ 患者のメリット

患者もまた、マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダー端末にかざすことで資格確認ができるため、受付時間の短縮などのメリットを享受できる。また、同システムでは限度額情報も取得できるため、限度額適用認定証を保険者に申請する必要がなくなり、手間を省くことができる。

◇ 審査支払機関・保険者のメリット

月途中の保険変更について、レセプトでの保険請求時に自動的に保険者間の振替を行うことができる。具体的には、審査支払機関において、資格に変更のある患者のレセプトを新たな保険者へ振替ないし分割することができる。すなわち、これまで返戻となっていた資格喪失者のレセプトのうち新資格があるものについて、新たな保険者へと送付することが可能となる。これにより返戻（件数及び対応する作業時間など）の削減が期待できる。

オンライン資格確認を利用しても、保険者が被保険者（患者）の変更情報を登録するまでにはタイムラグが存在するため、資格を喪失した患者のレセプトが審査支払機関へ送付されることがありうるが、このレセプト振替・分割によりそのようなタイムラグの問題も解消する。

【表2-2-1 メリット：来院・来局前に事前確認できる一括照会】

一括照会では、事前に予約されている患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを把握することができます。なお、確認した保険資格が資格喪失等により無効である場合、受付時に資格確認を行う必要があります。

<一括照会リストイメージ>

#	患者氏名	個人単位被保険者番号			住所
		記号	番号	枝番	
1	オン資 二郎	0001	111111	01	東京都港区xx-x
2	厚労 太郎	0002	222222	01	東京都板橋区x-x
3	番号 花子	0003	333333	01	東京都調布市x-xx
...	...	...	...	...	...
99	資格 春子	0099	999999	02	東京都新宿区x-xx
100	厚生 夏美	0100	101010	01	東京都江東区xx-x

照会したい患者のリストを作成

<一括照会結果イメージ>

#	患者氏名	個人単位被保険者番号			住所	資格確認結果
		記号	番号	枝番		
1	オン資 二郎	0001	111111	01	東京都港区xx-x	有効
2	厚労 太郎	0002	222222	01	東京都板橋区x-x	有効
3	番号 花子	0003	333333	01	東京都調布市x-xx	無効 ※
...	...	...	...	...	...	...
99	資格 春子	0099	999999	02	東京都新宿区x-xx	有効
100	厚生 夏美	0100	101010	01	東京都江東区xx-x	該当資格なし ※

健康保険証の記号番号等で照会

※無効  
保険資格の有効期限切れにより失効している場合等

※該当資格なし  
必須項目（個人単位被保険者番号等）に  
入力誤りがある、新しい保険者のデータ登録が  
間に合っていない、個人番号が未登録の場合等

## ② 照会番号登録機能

オンライン資格確認等システムには、医療機関等内の患者を識別する「照会番号」を医療機関等ごとに保持する機能がある。

新患の資格照会時、レセコンに資格情報を登録するとレセコンから「照会番号」が発行され、資格確認端末を通してオンライン資格確認等システムへ送信される。そして、その患者の再来時以降、医療機関等がオンライン資格確認を行うと、資格情報とともに保持されている「照会番号」が取得される。

当初、オンライン資格確認時に取得される情報として、被保険者情報や氏名などといった患者属性の情報のみが想定されており、それを医療機関等で利用するにはレセコン等にて紐づけや名寄せといった操作が必要となる予定だった。しかし、この「照会番号」を用いることにより、紐づけが簡単にできるようになった。

## ③ 特定健診情報・薬剤情報閲覧機能

オンライン資格確認等システムには、資格確認機能以外にも、診療に役立つ情報として特定健診情報（40歳以上を対象とする生活習慣病予防のための健診）や薬剤情報を医療機関等が患者の同意に基づき照会できる機能がある（※）。

災害時には患者がマイナンバーカードを使って同意できない場合でも、住所その他から本人確認ができ、閲覧の同意が取れる場合は、特例的にこの機能を用いて情報を照会することができる。これまで医療機関等では、災害時等に患者の医療情報を入手することが困難な場合があったが、この機能によってそのような課題がある程度解消されることが見込まれる。これは医療機関等の業務に益するところの大きい機能であると同時に、患者側からみても、受けられる医療サービスの質を高める点で有益なものといえよう。

※ 特定健診情報は、保険者の特定健診の報告情報から抽出したものであり（1回／年）、2020年度（令和2年度）以降に受診された特定健診（75歳以上であれば高齢者健診）の過去5回分の情報が閲覧可能である（表2-2-2上）。また、薬剤情報についてはレセプトの請求情報より薬剤情報を抽出したものであり（1回／月）、2021年（令和3年）9月以降に保険医療機関・保険薬局で調剤された、過去3年分の薬に関する情報が閲覧可能である（表2-2-2下）。薬剤情報はレセプト情報より抽出、特定健診情報は報告期限（特定健診を実施した翌年度の11月1日まで）までに登録することになっているので閲覧可能となるまでには一定の時間が必要となっている。





**Column** ~被保険者証の枝番について~

従来の被保険者証は、世帯単位に交付されるため記号・番号では個人を特定できなかった。そのため、患者の氏名などの患者属性を機械的に紐付けできなかった。そこで「被保険者情報（保険者番号・記号・番号）」に「枝番」を付加することで、個人を特定できるようにした（表参照）。

2017年11月の医療保険部会資料の段階では「16桁程度を検討」とされていたが、システム改修の影響が小さい方法等を精査した末、2桁を追加することとなった。枝番のない被保険者証はそのまま利用でき、回収・再発行は不要とされている。

【表 個人単位の被保険者番号の付番方法】

- 個人単位の被保険者番号については、高額療養費の世帯合算等で世帯単位の番号を引き続き使うため、現在の世帯単位の被保険者番号に2桁の個人を識別する番号を付す方向で、保険者等の関係者と調整している。
- ※1 2017年11月の医療保険部会資料では、16桁程度の案で検討していたが、システム改修の影響が小さい方法等を精査した結果、2桁を追加する案とした。
- ※2 世帯単位の識別性も引き続き確保することで、世帯単位の処理が必要な業務はこれまでと同様の処理が可能であり、円滑な移行が可能になる。

<現在の資格番号の体系> ※後期高齢者医療制度以外は世帯単位

制度	制度・都道府県	市町村	事業所	世帯	個人
協会けんぽ	保険者番号 (8桁)		記号 (8桁)	番号 (7桁)	保険者ごとに内部管理用の番号を付番するなどの対応が行われている。
健保組合・共済			保険者番号・記号 (8桁) (4桁)	番号 (7桁)	
市町村国保		保険者番号 (8桁)		番号 (7桁or8桁)	
国保組合			保険者番号・記号 (6桁) (文字等)	番号 (ハイホン含む)	
後期高齢者医療制度		保険者番号 (8桁)			被保険者番号 (8桁)

<新しい番号体系>

世帯単位の番号に、個人を識別する番号(2桁)を追加

後期高齢者医療制度の番号は現行のまま変更しない

出典：医療保険のオンライン資格確認に関する調査研究報告書（概要）（平成30年6月厚生労働省保険局）

## (2) オンライン資格確認等システムの導入計画と導入状況

ここからはオンライン資格確認等システムの導入計画とその変遷、及び医療機関等における導入状況について述べる。併せて、国による医療機関等へのカードリーダー導入補助や診療報酬上の対応についても説明する。

### ① 当初の導入計画と現在の導入状況

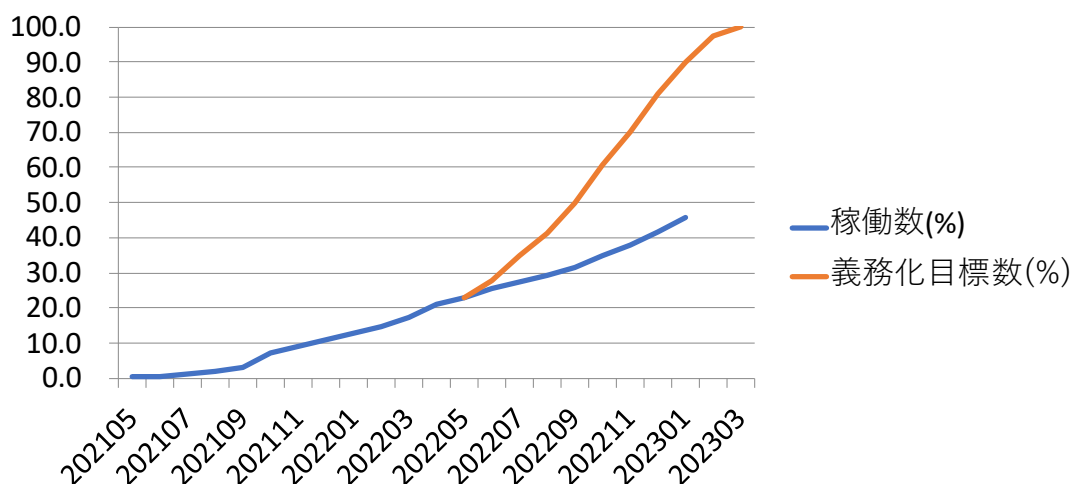
オンライン資格確認等システムの導入については、当初の計画では2023年3月時点で「概ね全ての医療機関等で導入を目指す」とされていたが（表2-2-3）、その後、2023年4月より「原則義務化」されることとなった。

表2-2-4は2023年1月段階におけるオンライン資格確認等システムの導入状況を示したグラフであり、運用開始した施設は全体の40.6%となっている。ここから読み取れるように、1月現在の導入ペースが続く場合、目標の2023年3月までに全ての医療機関等でシステム導入を完了することはできない。しかし、後述するようにシステム導入が省令において原則義務化されたため、今後導入ペースは加速化することが予想される。運用開始施設における資格確認機能、特定健診情報・薬剤情報の利用件数についてのデータも出ており、利用件数が着実に伸びてきていることが読み取れる（表2-2-6・表2-2-7）。

【表2-2-3 オンライン資格確認等システムの導入計画】

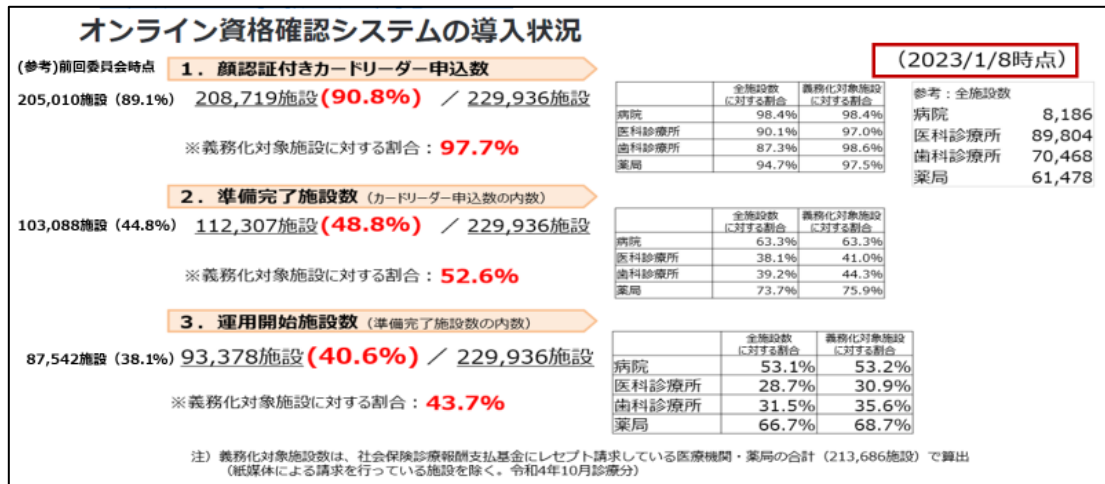
2021年3月末	医療機関等の6割程度での導入を目指す
2022年3月末	医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す

【表2-2-4 オンライン資格確認等システムの導入状況】



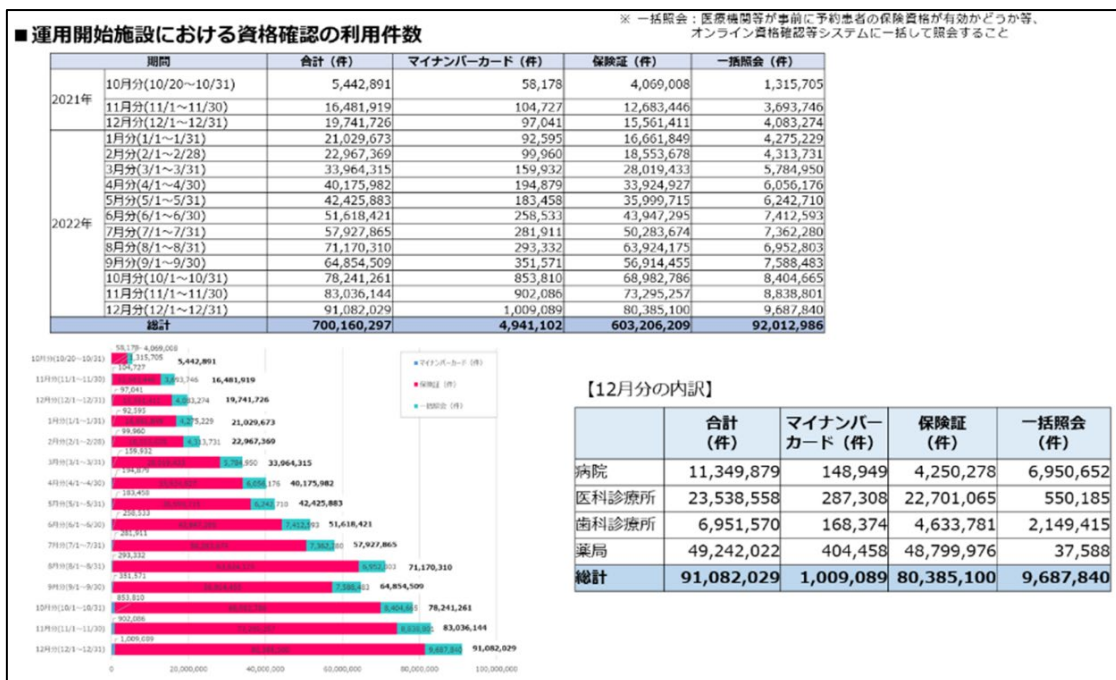
厚生労働省「マイナンバーカードの健康保険証利用参加医療機関・薬局リスト」  
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/index\_16743.html) より作成

【表2-2-5 オンライン資格確認等システムの導入状況2】



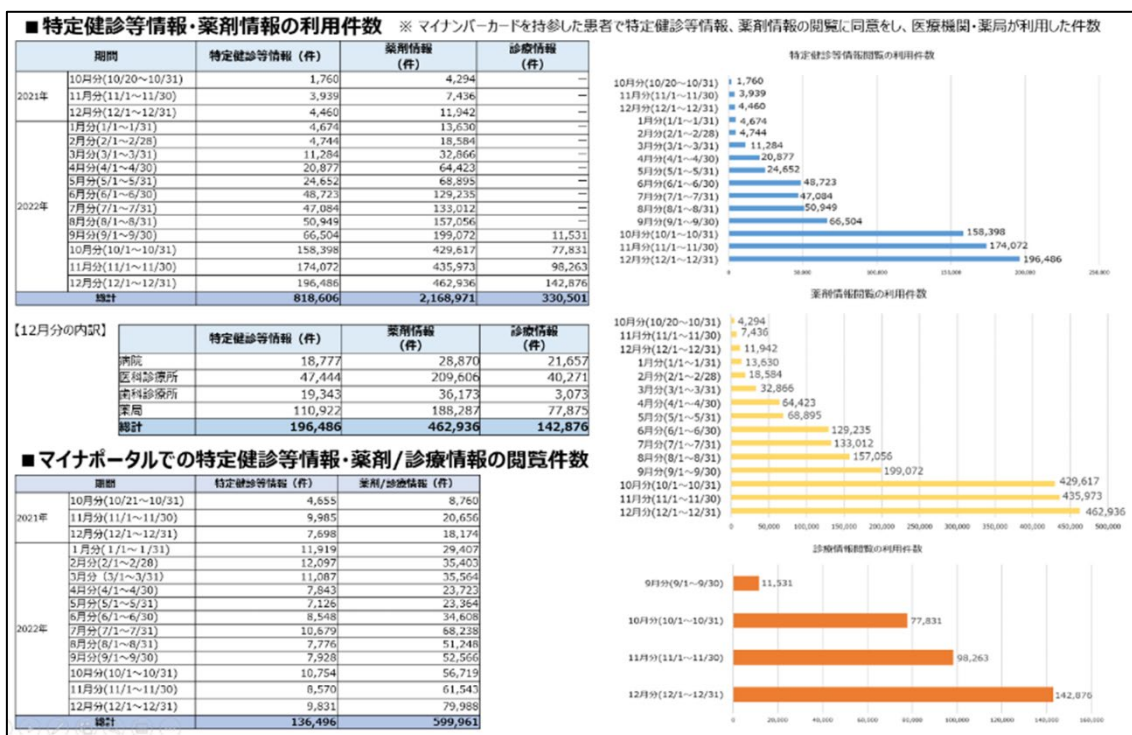
厚生労働省ホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08280.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html)) より

【表2-2-6 運用施設における資格確認の利用件数】



厚生労働省ホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08280.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html)) より

【表2-2-7 特定健診等情報・薬剤情報の利用件数】



厚生労働省ホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08280.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html)) より

② オンライン資格確認等システムの原則義務化

オンライン資格確認等システムは、2022（令和4）年5月の厚労省の社会保障審議会（医療保険部会）において原則義務化が提案された。その後、同年6月の骨太方針2022に盛り込まれ、2023（令和5）年4月からは原則全ての医療機関等で導入が義務化されることとなった。それに伴い、保険医療機関及び保険医療費担当規則が改正され、オンライン資格確認の導入義務化が明記された（令和5年4月1日施行。ただし現在紙でレセプト請求を行っている医療機関等は除く。また、令和4年度末時点でやむを得ない事情がある保険医療機関等に対しては期限付きの経過措置が設けられた）。

システムの導入に当たっては当初より国の補助がある（表2-2-8参照）。その内容は、1病院につき3台まで顔認証付きカードリーダーが無償提供され、オンライン資格確認等システムの導入費用に関して補助金が付くというものである。原則義務化が決まった令和4年6月以降は補助金額が拡充されているが、大病院の受付における運用などの場合は、必要となるカードリーダーの台数が多いため、病院側の持ち出しが発生することには変わりはない。



【表2-2-8 医療機関・薬局への補助（令和4年6月7日からの補助の見直し）】

医療情報化支援基金による医療機関・薬局への補助の見直し						
○ 顔認証付きカードリーダーは、医療機関・薬局に無償提供（病院3台まで、診療所等1台）						
○ それ以外の費用は、補助を拡充※1（病院向けに補助上限の引上げ・診療所等向けに定額補助の実施）						
※1 オンライン資格確認の導入を原則として義務化することに伴い、閣議決定を行った令和4年6月7日から令和4年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、令和5年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関・薬局を対象（上記申込期限は最も遅いケースであり、医療機関等はより早期の申込や契約が必要。）（従前どおり、令和5年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要）						
	顔認証付きカードリーダーの申込時期	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン薬局以外)
顔認証付きカードリーダー提供台数		3台まで無償提供			1台無償提供	1台無償提供
その他の費用の補助内容	①令和3年4月～令和4年6月6日	1台導入する場合 105万円を上限に補助 ※事業額の210.1万円を上限に、その1/2を補助	2台導入する場合 100.1万円を上限に補助 ※事業額の200.2万円を上限に、その1/2を補助	3台導入する場合 95.1万円を上限に補助 ※事業額の190.3万円を上限に、その1/2を補助	21.4万円を上限に補助 ※事業額の42.9万円を上限に、その1/2を補助	32.1万円を上限に補助 ※事業額の42.9万円を上限に、その3/4を補助
	②令和4年6月7日～	<b>210.1万円</b> を上限に補助 ※事業額の420.2万円を上限に、その1/2を補助	<b>200.2万円</b> を上限に補助 ※事業額の400.4万円を上限に、その1/2を補助	<b>190.3万円</b> を上限に補助 ※事業額の380.6万円を上限に、その1/2を補助	同上	基準とする事業額42.9万円を上限に <b>実費補助</b>
<small>※ その他の費用：(1)マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、(2)ネットワーク環境の整備、(3)レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等。                  ※ 消費税分(10%)も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額                  ※ 令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関・薬局については上限額まで実費を補助する特例を実施                  ※ ①の期間にカードリーダーを申し込んだ施設において、オンライン資格確認の運用が進んでいない状況に鑑み、迅速な運用を促進する観点から、令和4年6月7日から令和5年1月末までに運用開始した施設については、別途の補助を実施する(補助金交付済の施設を除く、別途の補助の内容は、①と②の差額とする)。</small>						

令和4年9月厚生労働省保険局資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000663427.pdf>) より

③ 診療報酬上の対応：「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の創設

オンライン資格確認等システムの導入に関する診療報酬制度面の対応についても触れておきたい。令和4年度の診療報酬改定では、令和4年4月1日より医療機関等におけるオンライン資格確認利用に関するインセンティブとして「電子的保健医療情報活用加算」が算定できるようになったが、この加算については、オンライン資格確認を行った患者の負担が増額されるとの批判があったため廃止となり、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が新たに創設され、令和4年10月から適用されている(表2-2-9参照)。「電子的保健医療情報活用加算」では初・再診時にオンライン資格確認を行った場合に初診時7点、再診時4点、保険薬局の場合は3点が加算され、患者負担が増額となったのに対し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」では初診時(再診時の評価は削除)にオンライン資格確認を行った場合、相対的に患者負担が下がるようになっている。具体的には、オンライン資格確認の施設基準を満たす医療機関において、オンライン資格確認を利用した場合は2点、利用しなかった場合は4点が加算される(※)。この加算は患者に対してもオンライン資格確認の利用促進のインセンティブとして機能すると考えられる。

※ その後、さらなる導入・普及の徹底の観点から、令和5年4月から12月まで時限的に初診時の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の点数を見直し、再診時にも同趣旨の加算を創設する等の特例措置が講じられた。

【表2-2-9 医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

■参考：「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」

令和5年4月より、保険医療機関・保険薬局に、オンライン資格確認等システムの導入が原則として義務付けられること等を踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価を廃止し、初診時等に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して診療等を実施し質の高い医療を提供する体制及び健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等による患者情報の取得の効率化を考慮した評価体系とし、令和4年10月から適用する。

【算定要件】

初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- (1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3)次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
  - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
  - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

### (3) オンライン資格確認等システムと JAHIS

ここでは、オンライン資格確認等システム立ち上げまでの経緯を「JAHIS 及び各ベンダがどのように関わってきたか」を軸に整理し、課題の分析・考察へと繋げたい。

#### ① オンライン資格確認等システム導入への JAHIS の関わり

オンライン資格確認等システムの立ち上げに当たって、JAHIS はベンダとしての知見を活かし、医療機関における運用面を考慮した積極的な提案を行うとともに、電子カルテシステムやセキュリティ関連の部会とも連携し、会員向け説明会の開催や毎月の委員会での説明等といった活動を行ってきた。

オンライン資格確認等システムの導入に関して JAHIS が行った主な活動は以下のとおりである。

#### ◇ JAHIS への照会に対する意見具申等

厚労省やオンライン等資格確認システムに関係機関・関係団体からの意見照会に対して具申を行った。また、医療機関の導入を促進するためには、導入医療機関に関してインセンティブ等が必要なことを説明した。予約患者の資格確認機能については、当初の計画にはなかったが、運用上の必要性を説明した。オンライン資格確認等システムの技術解説書にはこうした要望等が盛り込まれて公表された。

#### ◇ テストデータの内容確認

以下のように二段階でシステムのテストデータの内容確認を行った。

#### ■ フェーズ1：テストデータでのオフラインテスト

■フェーズ2：接続検証環境（テスト環境）でのオンラインテスト

◇ 接続検証

システムの接続検証を行った。この接続検証については、当初、オンライン資格確認等システムの運用開始までの期間で終了する予定だったが、医療機関によって稼働時期が異なるため、運用期間の延長を申し入れた。また、その検証結果について JAHIS 会員への情報共有を行い、医療機関等へのオンライン資格確認等システムの導入促進に努めた。

◇ セキュリティ要件のとりまとめ

ネットワークのセキュリティ要件について JAHIS に相談があり、セキュリティアセスメント等のセキュリティ要件について、支払基金と JAHIS セキュリティ委員会にて課題や対策の方針をとりまとめ、技術解説書やセキュリティ要件へ記載した。同時に会員・ベンダ向け説明会を行い、情報共有・展開を図った。

② オンライン資格確認等システム導入における JAHIS と厚労省等の動き

オンライン資格確認等システムの導入に当たって、JAHIS は上記のような活動を行ってきた。こうした JAHIS の活動と厚労省等の動きを時系列順に整理したものが表 2-2-10である。

【表2-2-10 オンライン資格確認等システム立ち上げに関する JAHIS と厚労省等の動き】

年度	JAHIS の動き	厚労省等の動き
2019年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・技術解説書の概要案について意見募集（疑義提出）</li> <li>・レセプト振替・分割機能の意見募集（疑義提出）</li> <li>・文字コード（当初 UTF-8 のみ）については、レセプト電算ファイルが SHIFT-JIS のため、多くの医療機関で SHIFT-JIS で構築されているシステムが多数あるのが現実であったため、SHIFT-JIS も対象としてほしいとの申し入れ</li> <li>・技術解説書のドラフト版策定にあたり内容の精査（疑義提出）</li> <li>・実務者会議の傍聴</li> <li>・意見交換会への出席（医事コンベンダとしての意見）</li> <li>・厚労省のオンライン資格確認の動画作成に関して、内容の精査（意見提出）</li> <li>・オンライン資格確認に伴う電子レセプトの仕様についての意見交換</li> <li>・技術解説書関連のセキュリティに関する検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカードの被保険者証利用が2022年度中に全国医療機関にて利用可能となる旨の発表</li> <li>・運用の整理（案）（令和元年6月版）がホームページに掲載</li> <li>・オンライン資格確認説明会（東京・大阪）開催（10月）</li> <li>・技術解説書（初版）公開</li> <li>・オンライン資格確認に伴う電子レセプトの仕様案公開</li> </ul>



2020年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚労省により、JAHIS 会員への説明会開催（7/20）</li> <li>・顔認証機器ベンダによる JAHIS 会員への説明会開催を要望</li> <li>・顔認証機器に対する JAHIS 会員からの疑義取りまとめ、回答の共有</li> <li>・JAHIS 会員ベンダ以外にも顔認証機器についての説明会開催を依頼</li> <li>・顔認証機器の調達方法・災害時の対策</li> <li>・XML ファイルのレイアウト(項目)に対する記録内容の確認等</li> <li>・補助金申請にかかる請求書・内訳書やテストに関する内容の確認（支払基金との打ち合わせ）</li> <li>・ベンダテスト環境についての申し入れ <ul style="list-style-type: none"> <li>→全医療機関の導入が完了するまでは接続検証環境は必要（フェーズ1：クローズテスト フェーズ2：検証環境を利用したテスト）</li> <li>（運用テスト：医療機関での検証環境でのテスト）</li> </ul> </li> <li>→検討：現在も使用可能 オンライン資格確認の機能拡張もあり、確認作業でも接続検証環境を使用している</li> <li>・2021年3月の稼働時期について早急な明確化を依頼（医療機関への説明に苦慮している状況を説明） <ul style="list-style-type: none"> <li>→最後まで明確化されずに、延期</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等導入ベンダ向けサイトがオープン（医療機関等 ONS）</li> <li>・データヘルス集中改革プランが公開</li> </ul>
2021年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各ベンダによりシステム導入開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3月、本格稼働日の延伸（10月）確定（データの不備などの整理が追い付かないため）</li> </ul>

#### (4) オンライン資格確認等システムの運用に関する課題と提言

以上のような経緯でオンライン資格確認等システムは導入され、運用開始へと至ったが、現在も様々な課題が残っている。ここではそれらの課題のうち主なものの5点について分析、整理したうえで対応を考察し、提言としてまとめることとする。

##### ① 資格確認の対象範囲に関する課題と提言

###### ◇ 課題

現行のしくみでは、船員・自衛官・日雇い等についてはオンライン資格確認等システムの対象外となっている。しかし、医療機関によってはそれらの被保険者が多い場合もある。そのような医療機関ではオンライン資格確認等システム導入のメリットが少なくなるため、課題と言える。同様に現状では、生活保護をはじめとする公費負担医療制度（以下「国公費」）や地方単独事業の公費も対象外となっている。

また、訪問診療等においては、顔認証付きカードリーダーの利用が難しい。そのため訪問診療等を専門とする医療機関への導入についても課題と言える。

###### ◇ 提言：資格確認の対象拡大

上記の課題に対して、オンライン資格確認等システムの対象拡大を提言したい。生活保護の医療扶助については、現在紙で発行されている医療券について、令和5年度中にマイナンバーカードを使ったオンライン資格確認等システムの対象となる予定が示されている。また、訪問診療及びオンライン診療についても令和5年度

中にオンライン資格確認等システムが導入される予定が示された。それらと同様に、以下についても対象を拡大することを提言したい。

- ・ 船員・自衛官・日雇い
- ・ 国公費
- ・ 地方単独事業（特に多い小児（子ども）医療費助成・障害者医療費助成・ひとり親医療費助成）

## ② 資格確認端末に関する課題と提言

オンライン資格確認等システムでは、マイナンバーカード等を用いた資格確認を処理するための資格確認端末が必須である（表2-2-11）。その資格確認端末について、①OSの調達面、②OSの機能面に課題が見いだせる。以下に説明する。

### ◇ 概要

当初、厚労省が示した「資格確認端末において満たすべき要件」では、資格確認端末のオペレーティングシステム（コンピュータの動作を制御する基本的な機能。以下「OS」）は、以下のものが推奨されていた。

「Windows10 IoT Enterprise 2019 LTSC※ 64bit版」、又は「Windows10 Enterprise 2019 LTSC 64bit版」（Windows10 Pro等、上記以外のOSを選択する場合は、医療機関・薬局にて必要なセキュリティ対策を行い、システムベンダにてセキュリティパッチや機能更新パッチの適用を適切に実施すること）
--

※LTSC=Long-Term Servicing Channel

その後、令和4年11月より「Windows10 IoT Enterprise 2021 LTSC 64bit版」及び「Windows10 Enterprise 2021 LTSC 64bit版」が対象OSに追加された。IoTは受付など特定用途で利用することを想定した機器一体型のOSである。

これらのOSと一般的な「Windows10 Pro」の大きく異なる点として、アップデートの頻度が挙げられる。

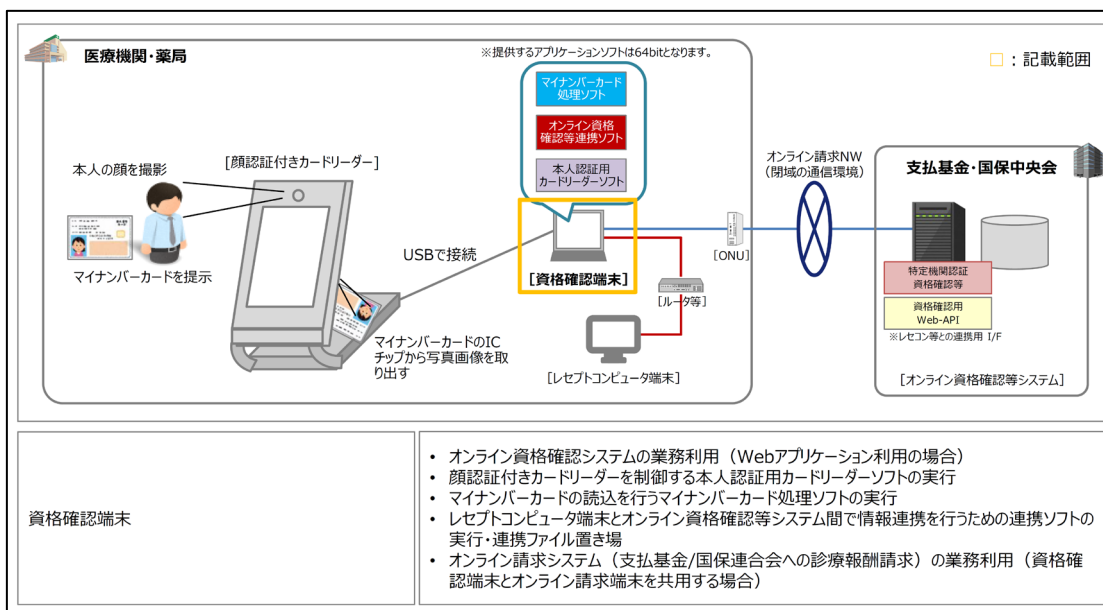
「Windows10」のアップデートは主に2種類あり、ひとつはセキュリティの改善等を行うセキュリティアップデート、もうひとつは機能の追加・拡張等のためのメジャーアップデートである。一般的な「Windows10 Pro」ではメジャーアップデートが年2回発生し、1年半以内にアップデートを適用する必要がある。そしてアップデートが行われると、アプリケーションの動作確認が必要となる。それは資格確認機能についても例外ではない。すなわち、アップデート後に突然資格確認機能が動作しなくなる可能性が全くないとはいえない。

それに対して「Windows10 IoT Enterprise 2019 LTSC」等では、セキュリティパッチによるアップデートの必要はあるが、それ以外のアップデートは発生しない。また、サポート期間が長く、10年間サポートされるという点もメリットと言える。

こうした点から、動作の保証やセキュリティ面を考慮し、当該OSが推奨されている。なお、当該OSのセキュリティパッチは、支払基金でチェックした上で出し

ている。対象 OS をフリーにしてしまうとチェック対象が多くなりすぎて支払基金で管理できないという問題もある。

【表2-2-11 資格確認端末】



◇ 課題

① OS の調達面の課題

上述の推奨 OS を組み込むことができる機種には、過去の世代のチップセットが必要であるが、近年の半導体不足や円安、世界情勢の悪化などにより、新規に当該 OS が動作する機種を準備することが困難な状況になっており、課題と言える。その後、対象 OS に「Windows10 IoT Enterprise 2021 LTSC 64bit 版」、「Windows10 Enterprise 2021 LTSC 64bit 版」が追加されることとなったものの、根本的な改善が必要である。

「Windows10 Pro」や「Windows11 Pro」などの一般的な OS での運用も可能とされているが、説明したようにそれらの OS にはアップデートに関する継続的な課題がある。

② OS の機能面の課題

また、資格確認端末はクライアント OS のため、ファイル共有のセッション数が最大20であるという課題もある。薬剤情報閲覧を行うのは電子カルテ端末であるが、大病院でなくとも受付端末と電子カルテ端末を合計して20台以上となることは珍しくなく、そうした場合、常時接続ができないことからそれぞれの端末を制御して対応する必要がある。資格確認端末は、電子処方箋をはじめ今後拡張される様々な機能に利用されることが見込まれるため、なんらかの対応が必

要ではないか。

◇ 提言：資格確認端末へのサーバ OS の導入

上記のように、資格確認端末には、①推奨 OS 搭載の端末が手に入りづらいという調達に関する課題及び②資格確認端末のファイル共有のセッション数が最大20であるという機能面の課題がある。

こうした課題への対応として、資格確認端末の対象に、多数の接続が可能で、かつセキュリティ、耐久性において優れているサーバ OS を加えることを提言したい。

③ 医科・歯科併設やモール等の医療機関形態における課題と提言

医科・歯科併設の医療機関等での運用においては、オンライン資格確認等システムの機能のひとつ「特定健診情報・薬剤情報閲覧機能」を利用する際、情報が誤表示されるという課題がある。以下に説明する。

〔医科・歯科併設医療機関における課題と提言〕

◇ 医科・歯科併設医療機関におけるシステム運用の特徴

医科・歯科併設医療機関では、受付業務を医科・歯科の区別なく同一窓口で実施しているケースが多い。また、医療機関に導入されているシステム（医事会計システムや電子カルテシステム）では、歯科を複数ある診療科のひとつとして管理しており、請求時に医療機関コードを医科用と歯科用と振り分けて運用しているケースが多い。

◇ オンライン資格確認等システムの基本動作

オンライン資格確認等システムの利用に当たっては、医療機関コードごとに接続のための「電子証明書」が必要となる。医科・歯科併設の医療機関の資格確認端末において「電子証明書」は以下のように紐づけされている。

① オンライン資格確認等システム提供の Web 画面では、「電子証明書」を医科用と歯科用で選択して（分けて）使用

② 連携アプリケーション及び顔認証付きカードリーダーでは1つの「電子証明書」を使用

そのため、実運用としては多くの場合、歯科においても医科の医療機関コードで資格確認を行っているケースが多い。

◇ 課題

オンライン資格確認等システムの機能のひとつである薬剤情報閲覧時に表示される自院・他院区分（当該薬剤を処方したのが自院か他院かの区分）は、資格確認端末の電子証明書に紐づく医療機関コードにもとづいている（上述のように、医科・歯科併設医療機関においては多くの場合、資格確認端末は医科の「電子証明書」と紐づいている）。そのため、資格確認端末が医科の「電子証明書」に紐づいてい

る場合に、歯科の電子カルテなどの端末から薬剤情報を閲覧すると、自院で処方した薬剤情報の区分が「他院」と表示される（表2-2-12）。またこの場合、資格確認件数が医科ではカウントされるが、歯科ではカウントされない。そのため、歯科ではオンライン資格確認等システムが運用されていないと見做される可能性がある。

こうしたケースでは、①受付スペースの問題から、また②医科・歯科両方に受診する患者を医科・歯科で2度受付させることはクレームに繋がるため、運用上、窓口を歯科専用に分けることが困難である。したがって、この課題を解消するためには医科用と歯科用の（医療機関コードが異なる）「電子証明書」を登録した資格確認端末がそれぞれ1台ずつ必要となる。

【表2-2-12 医科の医療機関コードに寄せて受付している場合の「自院・他院」区分】

特定健診情報・薬剤情報の閲覧元	表示される区分
医科	自院
歯科	他院

◇ 提言：医科・歯科の医療機関コードの関連づけ

上記のような課題への対応として、オンライン資格確認等システム側にて、医科と歯科の医療機関コードを関連づけて管理することを提言したい。それにより、歯科から特定健診情報・薬剤情報を閲覧する場合も、区分に「自院」と表示されるようになる。同時に、資格確認の件数についても、歯科の資格確認件数も医科に合算されていることが判断できるようになる。

〔1つのシステムで複数医療機関を管理している場合の課題と提言〕

◇ 1つのシステムで複数医療機関を管理している場合のシステム運用の特徴

診療所などが集まって、いわゆる「モール」運用で1つのシステムを共同利用している場合、受付業務を1か所で共有していることがある。また、病院機能分離で病院は入院機能と特殊な診療科のみとし、一般的な内科などの外来は病院から分離して別の診療所（クリニック）としている場合などである。

この場合、受付業務を同じシステムで実施しており、システム上では診療科などにより病院・診療所（クリニック）を判別する。請求については診療科ごとに医療機関コードを振り分けている。オンライン資格確認等システムの運用に関しては、前述の医科・歯科併設医療機関の場合と同様であり、この場合は代表の医療機関コードに紐づいた「電子証明書」で資格確認を行っている。

◇ 課題

前述のように、薬剤情報閲覧の処方区分欄は医療機関コードに基づき表示されるため、代表以外の医療機関から薬剤情報を閲覧する場合、自院で処方した薬剤情報の区分が「他院」と表示されることになる（表2-2-13）。

医科・歯科併設医療機関の場合と同様の理由から、この場合も受付を分けることが困難であり、医療機関コードが異なる「電子証明書」を登録した資格確認端末が必要となる。資格確認の件数の扱いも医科・歯科併設医療機関の場合と同様である。

【表2-2-13 代表の医療機関コードに寄せて受付している場合の「自院・他院」区分】

特定健診情報・薬剤情報の閲覧元	表示される区分
代表となった医療機関	自院
代表以外の医療機関	他院

◇ 提言：代表とそれ以外の医療機関コードの関連づけ

オンライン資格確認等システム側にて、代表とそれ以外の医療機関コードを関連づけて管理することを提言したい。

運用としては以下のようなになる。受付では代表の医療機関コードで資格確認を実施する（特定健診・薬剤情報閲覧などの同意も代表医療機関コードで行う）。特定健診・薬剤情報閲覧では、個別の医療機関コードにて実施する。照会番号は代表医療機関コードに紐づける（照会番号がシステム内で一意の場合）。

このように、システムにて代表とそれ以外の医療機関コードを関連づけた上で、実際の医療機関コードで問い合わせることにより、特定健診情報・薬剤情報閲覧において「自院」と判断できるようになる。また、資格確認件数についても、代表の医療機関に合算されていると判断できる（※）。

※ なお、2022年9月にオンライン資格確認等システムに追加された診療情報閲覧機能の公開と同じタイミングで新たに医療機関名や医療機関コードが連携（記載）されるようになったため、それらにより自院・他院区分も判断できるようになっている。そのため、現時点では当該提言の緊急性は低いと言える。しかし、このような特殊なケースが実在するため、今回のようなシステムを構築する（特に、原則義務化する）場合、医療機関パターンなどを調査し、漏れがないように考慮する必要があることは申し添えておきたい。

④ 文字コードに関する課題と提言

ここではオンライン資格確認等システムの文字コードに関する課題と提言について述べる。

◇ オンライン資格確認等システムにおける文字コード：UTF-8と Shift\_JIS

オンライン資格確認等システムに用いられる文字コード（文字の符号化方式）は、当初 UTF-8のみとなる予定だった。しかし、医療機関のシステムでは Shift\_JIS を使用している場合がある。電子レセプトによる請求でも漢字に関しては Shift\_JIS を使用している。こうした実情を踏まえ、文字コードについては医療機関側の医事会計システムや電子カルテシステムの環境に合わせて UTF-8か Shift\_JIS を選択できるようになった。ただし、オンライン資格確認等システム側では医療機関ごとに、UTF-8か Shift\_JIS のいずれを選択したのかを管理できるようになっている。

そのため、医療機関で選択できる文字コードは1つのみであり、例えば医事会計システムと電子カルテシステムのベンダが別である場合に、文字コードを分けようとしても不可能である。

◇ Shift\_JISの問題点

UTF-8とShift\_JISでは表示できる文字数に差がある。UTF-8がJIS第1水準、第2水準、第3水準、第4水準の全ての漢字を表示できるのに対し、Shift\_JISでは第1水準と第2水準しか表示できない。

例えば患者氏名の漢字について、医療保険者等で登録される情報にShift\_JISでは対応していない文字（旧字等）が含まれる場合、その文字は黒丸「●」で表示される。いわゆる「はしごだか（高）」や「たちさき（崎）」といった漢字もShift\_JISでは表示できないため、例えば「高崎さん」はShift\_JISでは「●●さん」になってしまう。このような場合、現状ではカナ氏名の目視確認で判別しなければならない。

◇ 提言：文字コードの移行に向けた各種調整

2023年1月稼働の電子処方箋では、文字コードはUTF-8のみが採用されることとなったため、オンライン資格確認等システムにおいても文字コードをUTF-8に移行する必要があると思われる。

文字コードの移行に当たっては、UTF-8の場合は文字種の多さにより、Shift\_JISと比べてバイト数が多くなるため、医療機関のデータベースの容量が増大することが懸念材料のひとつである。

また、医療機関で保持している過去データの文字コードの変換を行う必要が出てくることも懸念材料となる。レセコンと電子カルテシステムの文字コードを変換したとしても、その先に検査・放射線などの部門システムが繋がっており、それらの中には文字コードの移行が不可能な年代物のシステムがあることなども想定される。医療機関の中でローカルルールとして外字対応をしている場合もあり、全てのシステムの文字コードを一斉に変換することは難しいため、調整が必要であると思われる。そのため、すみやかにこれらの課題を精査し、中長期的な計画を立てる必要があるのではないだろうか。

⑤ システム導入スケジュール等に関する課題と提言

◇ 課題

本節の「(2)」、「(3)」では、オンライン資格確認等システムについて、当初の導入計画から運用開始を経て国による導入義務化にいたるまでの全体の流れを振り返った。医療情報システム分野においては今後も多くの事柄が国主導・政策ベースで半ば強制的に進められていくことが予定されている。そのためここでは、今後のために、今回国主導で行われたオンライン資格確認等システムの導入全体の流れ

についてベンダの視点から振り返り、課題をまとめておきたい。

例えば、オンライン請求システムは400床以上の病院から段階的に行われたが、それに比べるとオンライン資格確認システムの導入スピードは非常に早かったと言える。また、最初は資格確認のみに利用されるはずだったシステムないしネットワークが電子処方箋をはじめとする様々な機能・取組に利用されることとなったが、その際、国から提示されるシステムの全体像が徐々に変わっていったことで、ベンダはその都度対応を取るようになった。

◇ 提言：システム導入時の全体像の提示等

上記のように、過去の例に比べるとオンライン資格確認等システムの導入スピードは非常に速く、対応に苦慮した。国主導で医療 DX を推進することはベンダとしても歓迎すべきことであるが、導入の進め方については改善の余地があるのではないかと。国は施策等を用いて、医療機関等によるシステムの自主的な導入を促したが、さらに導入を加速化させるために導入を原則義務化するに至った。また、最初は資格確認のみに利用されるはずだったシステム及びネットワークが、電子処方箋をはじめとする様々な機能・取組に利用されることとなった。こうした点について、最初にある程度の全体像が提示されれば、ベンダとしても対応が取りやすい。今後国主導で行われる医療 DX において留意されたい点である。

## (5) その他の課題（まとめ）

オンライン資格確認等システムは、日本全国のヘルスケア分野におけるインフラという性格を持っている。将来的には「全国医療情報プラットフォーム」へと拡充されるものとされている。そのため、ネットワークのセキュリティ強化は必須要件である。情報連携に当たっては、保険者番号・記号・番号・枝番（公費は、負担者番号・受給者番号）と、医療機関独自の管理番号（患者 ID）を紐づけできる機能を各ベンダが実装することがキーとなる。情報連携の対象については、オンライン診療や訪問看護、予防接種、介護保険などへと広がっていくことが予定されているが、情報共有などを行うためには患者の同意を得ることが原則となることは言うまでもない。

ここまで述べてきた課題も含めて、患者、医療機関、保険者、ベンダごとの課題と対応策を以下の表に整理する。



【表2-2-14 関係者ごとの課題】

① 患者に関する課題

分類	詳細	対応など
1. マイナンバーカード	マイナンバーカードの使用の必要性があまりない状況	国によるインセンティブ付与（マイナポイント第2弾実施）など
	マイナンバーカード紛失の心配	国による紛失しても安心である点（一時利用停止が24時間365日対応可能であるなど）の説明など
	被保険者証があるので、わざわざマイナンバーカードを使用しない状況	骨太方針2022にて、2024年度中を目途に保険者による被保険者証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、被保険者証の原則廃止を明記

② 医療機関の導入に関する課題

分類	詳細	対応など
1. 資格対象	船員・自衛官・日雇い等は対象外（上記の証が多い医療機関ではシステム導入のメリットが少ない）	対象証の拡大（(4)で詳述）
2. 公費負担・地域単独事業への対応	特に小児の専門病院などは、国公費の対象疾患患者や地方単独事業の助成対象患者が多く運用が煩雑（オンライン資格確認での資格確認+職員による公費、地方単独事業の受給者証確認）	国公費や地方単独事業への対象拡大（(4)で詳述）
3. 一括照会	一括照会があるが、被保険者証の現物確認にならないため、運用が簡略化できない	制度変更
4. 導入費用	補助金は増額されたものの、医療機関の持ち出しがある	補助金のさらなる増額など
5. 資格確認端末や顔認証付きカードリーダーの台数	医療機関の受付運用（各科受付など）の違いにより、補助対象となる3台では足りず、追加購入が必要になる	補助金対象の台数を増やす、医療機関の運用変更など
6. 薬剤情報の閲覧	薬剤データについて、データの遅れ等により即時性が損なわれる	電子処方箋により即時性が実現できる
7. 医科・歯科併設の医療機関	医科・歯科併設の医療機関において、医科の医療機関コードで運用している場合、歯科医師が歯科の薬剤情報を照会すると、他院から出た薬である旨表示されるケースがある	医科・歯科併設の医療機関が存在する前提でシステムを構築する（(4)で詳述）
8. 文字コード	医療機関で多く採用されている文字コード SHIFT-JIS は、表示できる文字数に限界があり、いわゆる「はしごだか（高）」や「たちぎさ（崎）」などの漢字を変換できないなどの問題がある	電子処方箋の文字コードは UTF-8のみが採用されることとなったため、オンライン資格確認等システムにおいても文字コードを UTF-8に移行する必要がある。そのための準備をすみやかに行う。（(4)で詳述）
9. 医療機関のモチベーション	医療機関へ説明などをしても導入へのモチベーションが低い	医師向けの付加価値の追加

③ 保険者に関する課題

分類	詳細	対応など
1. マイナンバーと被保険者証の紐づけ	被保険者がマイナンバーを提出しない	未登録者のシステムの的なチェック強化
	保険者側のマイナンバーと被保険者証の登録（紐づけ）誤り	生年月日や性別によるシステムの的なチェックに強化
2. 新保険の登録遅れ	被保険者証は登録したものの、オンライン資格確認側への登録に遅れがあるケース（医療機関で被保険者証とオンライン資格確認の結果がアンマッチすることとなる。それにより、医療機関でのオンライン資格確認のデータに対する不信感に繋がり、医療機関では「オンライン資格確認を導入したが、使用しない」という状況になることが懸念される）	保険者側の運用手順の変更（骨太方針2022にて、2024年度中を目途に保険者による被保険者証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、被保険者証を原則廃止することが明記された。患者が被保険者証を持たないケースがでてくることが見込まれるため、タイムラグが無いように登録すること・マイナンバーとの紐づけすることが重要となる）

④ 導入ベンダに関する課題

分類	詳細	対応など
1. ネットワーク事業者	ネットワーク事業者は、レセコンベンダとは別業者である場合が多く、ベンダを介さずに医療機関と直接契約している場合がある。そのため、ONS サイトにおいてベンダ向けに展開されている技術的な情報を、ネットワーク事業者がベンダと同レベル、同タイミングで入手できていないことがある。ネットワーク事業者が医療機関と直接契約を結んでいる場合等に、レセコンベンダが、医療機関からの作業依頼がない状態でネットワーク事業者へそうした情報を提供するのは難しい。打合せ、作業日の調整にも時間がかかる	啓蒙活動を行うなど
2. 資格確認端末	使用 OS の限定に関する諸課題やファイル共有セッション数の上限など	利用可能 OS を増やすなどの環境整備（(4)において詳述）
3. 資格確認端末のセットアップ等の作業時間	セットアップについては、当初は資格確認端末のセットアップ変更が多かったが、配信アプリの充実で変更には手がかからなくなった。しかし、資格確認端末の接続確認には未だに時間がかかる	接続確認については、レセコンや資格確認端末の設定により連携ができないため、手順の明確化や資格確認端末のキッティングにより設定ミスを減らす

## おわりに

### 1. 本調査研究における提言の整理

本調査研究では、令和4年度診療報酬改定に対する考察（第1章）を足掛かりに、診療報酬請求業務の電子化において JAHIS として深く関与してきた内容（選択式コメント・オンライン資格確認等システム）の現時点での評価（第2章）を論じてきた。また、第1章及び第2章においては、それぞれのテーマに対する提言を必要に応じて行ってきた。これらの提言が目指すものは、診療報酬制度全般における ICT を活用したより高度な電子化、医療 DX の考え方に基づく全体最適化であることは言うまでもない。

表3は、本調査研究で行った提言を整理したものである。本調査研究を読み解くための俯瞰的な資料として、参考にしていただければ幸いである。

【表3 本調査研究の各項目における提言の整理】

第1章 医療情報システムから見た令和4年度診療報酬改定
<p>&lt;令和4年度改定関連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■「見え消し」の公表<ul style="list-style-type: none"><li>・令和4年度改定時に公表されなかった「見え消し」公表の復活</li><li>・「見え消し」の使い勝手の改善</li></ul></li><li>■通知・事務連絡等のウェブ上での掲載<ul style="list-style-type: none"><li>・診療報酬改定関連の正確な情報が確実に入手できるウェブサイト（ポータルサイト）の設置</li></ul></li><li>■通知・事務連絡等の更新時のアナウンス<ul style="list-style-type: none"><li>・更新を行う際はその都度周知を行う</li></ul></li><li>■疑義解釈のデジタル的な管理・公表<ul style="list-style-type: none"><li>・疑義解釈の改定ごとの出し直し</li><li>・疑義解釈の電子的な管理と公表</li></ul></li><li>■新型コロナ関連の検査キットの保険適用に関する疑義解釈<ul style="list-style-type: none"><li>・カテゴリーを別に設けて、一般的な疑義解釈とは別に管理・公表</li></ul></li><li>■施設基準の届出様式の簡素化<ul style="list-style-type: none"><li>・汎用性の高い様式の設定</li><li>・csv形式による届出を可能とする</li></ul></li></ul>
<p>&lt;新型コロナの臨時的な取扱い関連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■次の改定に向けた新型コロナの臨時的な取扱いの整理<ul style="list-style-type: none"><li>・(臨時的な取扱いが令和6年度改定時にも存続するならば)「出し直し」を含めた有効な取扱いの整理</li></ul></li><li>■長期的視点に立った新型コロナの臨時的な取扱いの適用<ul style="list-style-type: none"><li>・(新型コロナ関連に限らず)今後の臨時的な取扱いの発出に関してはロングタームで適用できるような長期的視点に立ったものを発出する</li></ul></li></ul>

<p>第2章 診療報酬請求等の電子化における JAHIS の実績及びこれからの展望【選択式コメント】</p> <p>&lt;選択式コメントコード関連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 特定保険医療材料のコメントコード化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たな「別表」を設け、特定保険医療材料に関するレセプト記載事項を電子化（コード化）する</li> </ul> </li> <li>■ 医薬品（新薬）に関する記載事項のコード化のタイミング <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新薬の保険適用に伴う記載事項についてはその都度「別表Ⅱ」に記載し、次回改定までは経過措置扱いとする</li> </ul> </li> <li>■ 「別表Ⅲ」の適用範囲の拡大 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ DPC 対象病院以外の医療機関においても、「別表Ⅲ」を用いて記載するか否か選択できるようにする</li> </ul> </li> <li>■ 「別表」のメンテナンスのルール <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「別表」に関するメンテナンスのルールについては、明文化するなどして確実に継承する</li> </ul> </li> <li>■ コードの付番にルール性を持たせる <ul style="list-style-type: none"> <li>・ コメントマスターの仕様書にコード体系のルールを明文化し、改定時に継承されるようにする</li> </ul> </li> <li>■ 改定で生じる新旧の選択式コメントコードへの対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ意味合いのコメントに関するコードは極力継続させる</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;コメント関連テーブル関連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 改定時のメンテナンス方法の見直し <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「別表」の項番の重複を防ぐためのメンテナンス方法の検討</li> <li>・ 区分番号をキーとしてメンテナンス後の項番をチェック</li> <li>・ 同一の診療行為コード、同一の枝番で「条件区分」欄に「0」と「1」が混在してしまうことへの対応を行う</li> <li>・ 次回改定時に「別表」が新設されるならば、記載内容の重複への対応についてベンダと情報交換しながら最適な方法を模索する</li> </ul> </li> <li>■ コメント関連テーブルの有効活用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ レセコンの標準仕様として、コメント関連テーブルを取り込むことを規定する</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;得られたデータの活用方法&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 蓄積されたデータの積極活用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ データを活用した算定ルールの明確化、標準化</li> <li>・ 選択式コメントにおいて医学的な理由等の記載を要するものについては、蓄積されたデータを分析することで、選択肢から選択するものへ簡略化する</li> </ul> </li> </ul>
<p>第2章 診療報酬請求等の電子化における JAHIS の実績及びこれからの展望【オンライン資格確認等システム】</p> <p>&lt;資格確認の対象範囲&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ オンライン資格確認の対象拡大 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンライン資格確認の対象を、船員・自衛官・日雇い、国公費、地方単独事業へと拡大する</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;資格確認端末&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 資格確認端末へのサーバ OS の導入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 資格確認端末の対象に、多数の接続が可能で、かつセキュリティ、耐久性において優れているサーバ OS を加える</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;医科・歯科併設やモール等の医療機関形態における運用&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医科・歯科等の医療機関コードの関連づけ <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンライン資格確認等システム側にて、医科と歯科の医療機関コードを関連づけて管理する</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;文字コード&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 文字コードの移行に向けた各種調整 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 文字コード UTF-8への移行に向けた課題を精査し、中長期的な計画を立てる</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;システム導入スケジュール&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ システム導入の全体像（スケジュール）の提示等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国主導で行われるシステム導入等について、全体的なスケジュールの公開</li> </ul> </li> </ul>

## 2. 次回の調査研究で取り上げるテーマについて

「これからの1年」は、医療DXによって診療報酬制度にとっての大きな転機となることが考えられることから、次回の令和5年度の調査研究において「医療DX」をテーマとして取り上げ、深掘りする機会をいただければ幸いである。1年後の世界に立った時に医療DXによってどのような変化が生じているのか、診療報酬制度に関わる者として心待ちにしていると同時に、これから始める調査研究の内容が関係者全てにとって有効なものになることを願っている。

## 3. 謝辞

過去の調査研究から「診療報酬改定」については度々論じてきた。診療報酬改定ごとに新たな論点生まれ、その論点に対して真摯に考察し、提言を行ってきた。また、年を重ねるごとに電子化やオンライン化など「デジタルによる最適化」が浸透していく中で、これらについてもタイムリーな論点を設定し、全力で考察と提言を行ってきた。歴代の調査研究を通して、診療報酬制度そのものの発展について身をもって感じてきた次第である。今回の調査研究のテーマ設定は、我々JAHISが過去から現在に至るまで常に考え続けてきた「診療報酬改定」と「デジタルによる最適化」の融合であり、その意味では十年來の研究の「集大成」と言うべきものでもある。今般、診療報酬制度においては「医療DX」「診療報酬改定DX」等が話題の中心となっているが、これらのDXを進展させていくには「診療報酬改定」という定期的なイベントにどのように反映させるかが重要であり、本調査研究のテーマ設定は、診療報酬制度の核心を衝いた価値のあるものであると自負するところである。

(一財)医療保険業務研究協会に対しては、このようなカバーする範囲の広いテーマで調査研究を進めることを受諾していただいたことに感謝を申し上げる。令和4年度改定への対応、オンライン資格確認等システムや電子処方箋の導入など筆者も多忙を極める中このように論を結ぶに至り安堵の胸をなでおろすとともに、本調査研究がウェブ上で多くの人の目に触れることになることから、同時に身の引き締まる思いである。JAHISとしては、今後も全ての関係者にとってメリットのあるテーマを追求し、調査や研究を通して、診療報酬請求制度の適正化や健全な医療保険制度の維持、さらには関係者全体の働き方改革の推進等について遺憾なく貢献していきたい。

■本調査研究で引用又は参考とした資料の一覧

ページ	内 容	引用・参考資料
12	厚労省担当者のインタビュー	月刊基金2022年6月号（支払基金刊）
43	（表2-2-1）来院・来局前に事前確認できる一括照会	令和4年3月厚生労働省保険局資料
45	（表2-2-2）特定健診情報・薬剤情報 画面	オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
46	（Column 表）個人単位の被保険者番号の付番方法	医療保険のオンライン資格確認に関する調査研究報告書（概要）（平成30年6月厚生労働省保険局）
47	（表2-2-4）オンライン資格確認等システムの導入状況	厚生労働省「マイナンバーカードの健康保険証利用参加医療機関・薬局リスト」
48	（表2-2-5）オンライン資格確認等システムの導入状況2	厚生労働省ホームページ
48	（表2-2-6）運用施設における資格確認の利用件数	厚生労働省ホームページ
49	（表2-2-7）特定健診等情報・薬剤情報の利用件数	厚生労働省ホームページ
50	（表2-2-8）医療機関・薬局への補助（令和4年6月7日からの補助の見直し）	令和4年9月厚生労働省保険局資料
55	（表2-2-11）資格確認端末	厚生労働省「資格確認端末において満たすべき要件（令和2年10月1日版）」

診療報酬請求情報システムから見た2022年4月診療報酬改定およびオンライン資格確認等システム等における対応の特徴点の評価および対応案検討過程の考察

---

令和5年5月20日 発行

発 行 者	小 田 善 則
発 行 所	一般財団法人 医療保険業務研究協会
〒105-0003	東京都港区西新橋1-9-1 アコール新橋8階
TEL	03-3503-8698
FAX	03-3506-1959
URL	<a href="https://www.amir.or.jp">https://www.amir.or.jp</a>

※本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じます。

