

保団連 北信越ブロック

「医科」 在宅医療の診療報酬改善を求める重点要求

保団連北信越ブロックの5県の協会は、7月22日に開催した第63回北信越ブロック会議にて「在宅医療を推進するための重点要求」を取りまとめ、厚労省要請に向けた準備を進めています。今号では要求項目を紹介しますので、ご意見や実際に不合理に感じている事例などがありましたら協会事務局にお寄せください。

医療保険と介護保険の給付に関する分担

- 1. 要介護認定被保険者等に対する、医療系居宅サービスのうち訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導などについては、介護保険から医療保険の給付に戻すこと。

在宅医療の通則

- 2. 訪問診療又は往診と訪問看護、訪問リハビリの同一日の算定制限を廃止すること。

在宅患者訪問診療料

- 3. 在宅患者訪問診療料Ⅰの「1」の口(同一建物居住者)の点数を引き上げること。
- 4. 他の医療機関からの依頼で訪問診療を行った場合の、在宅患者訪問診療料Ⅰの「2」について月1回のみとする算定制限を廃止すること。
- 5. 往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を全ての医療機関で認めること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料

- 6. 在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料を一本化すること。
- 7. 在宅時医学総合管理料等について、人数による点数区分を廃止すること。
- 8. 在宅寝たきり患者処置指導管理料の費用は、在宅時医学総合管理料とは別に算定できるようにすること。
- 9. 投薬及び創傷処置等の処置の費用の包括をやめること。

訪問看護・訪問点滴・訪問リハビリテーション

- 10. 要介護被保険者等の患者であっても、訪問回数の制限を受けない別表第八に掲げる患者については、医療保険の在宅患者訪問看護・指導料(同一建物居住者訪問看護・指導料)が算定できるようにすること。
- 11. 同一月に複数の訪問看護提供施設からの訪問看護が行えるようにすること。
- 12. 医師の診療と指示に基づいて看護師等が実施する皮下・筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める注射薬に限らず算定を認めること。
- 13. 他の医療機関等に対して訪問リハビリテーションを指示する「訪問リハビリ指示料」(有効期間3カ月を限度)を新設すること。また、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は通院困難な患者であることのみを要件とし、必ずしも在宅患者訪問診療料の算定を要件としないこと。

在宅療養指導管理料・特定保険医療材料・胃ろうカテーテル交換

- 14. 複数の医療機関で、異なる在宅療養指導管理を行った場合はそれぞれ算定を認めること。
- 15. 同一の保険医療機関において、同一患者に対して複数の在宅療養指導管理を行った場合は、主たる指導管理料と併せて従たる指導管理料について一定の評価を設けること。

- 16. 在宅自己注射指導管理料における、自己注射の回数による点数設定を廃止すること。
- 17. 在宅自己注射導入前の教育期間と指導について、在宅自己注射指導管理料の算定要件とはせず、医師の判断により自己注射を開始できることを明確にすること。
- 18. 「在宅血糖自己測定指導料」を新設し、インスリン自己注射を行わず、服薬のみの患者に対しても血糖自己測定の費用の算定を認めること。
- 19. 在宅寝たきり患者処置指導管理料を、①創傷処置・喀痰吸引・ストーマ処置・皮膚科軟膏処置(一般処置)、②膀胱洗浄・留置カテーテル設置・導尿(泌尿器科処置)、③介達牽引、消炎鎮痛等処置(整形外科的処置)、④鼻腔栄養・経管栄養(栄養処置)の4区分とし、それぞれの併算定を可能とすること。
- 20. 在宅寝たきり患者処置指導管理の対象となっている栄養処置(鼻腔栄養・経管栄養)に用いる栄養管セットの材料加算を新設すること。
- 21. 在宅療養指導管理料において、「含まれる」とされる処置、注射の費用については、薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できるようにすること。
- 22. 在宅医療で使用する頻度が高い医療材料等については、在宅で使用する特定保険医療材料として適正な価格で保険請求できるようにすること。(例: 蓄尿バック(ウロバックなど)、処置等に用いるディスポーザブルカテーテル、チューブ類、皮膚欠損用創傷被覆材(一般的な褥瘡処置))
- 23. 在宅での胃瘻カテーテル交換法については、「画像診断又は内視鏡」でなくともスカイプルー法等で交換後の安全確認ができれば算定できるようにすること。

施設入所者等への医療

- 24. 特別養護老人ホーム入所者に対する在宅患者訪問診療料の対象を下記の場合にも拡大すること。
 - ①週3回の訪問回数の制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者
 - ②急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者
- 25. 短期入所生活介護の利用者に対する在宅患者訪問診療料について、少なくとも以下の状態の患者については利用開始から30日を超えても算定できるようにすること。
 - ①週3回の訪問回数の制限を受けない厚生労働大臣が定める疾病等の患者
 - ②急性増悪で一時的に週4回以上の訪問診療が必要な患者
- 26. 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス(宿泊サービスに限る)を受けている患者について、サービス利用開始後30日に限って在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料及び在宅患者(同一建物居住者)訪問看護・指導料を算定できるとした取扱いを廃止し、従前の取扱いに戻すこと。
- 27. 特別養護老人ホーム以外の「特定施設」についても、医師の指示に基づき、当該施設の看護師等が点滴又は処置等を実施した場合の薬剤料、特定保険医療材料、及び施設の看護師等が検体採取した場合の検体検査実送料が算定できることを明確化すること。
- 28. 介護老人保健施設入所者に対して投薬及び注射の費用を出来高で算定できるようにすること。

70歳以上の高額療養費制度の自己負担限度額(今年8月~)

限度額適用区分	所得区分(年収)	ひと月の限度額(レセプト単位)		一部負担割合	「限度額認定証」の提示・内容確認	レセプトの「特記事項」欄への記載
		外来(個人ごと)	外来+入院(世帯ごと)			
現役並みⅢ	年収約1,160万円~ 健保:標準報酬月額83万円以上 国保:課税所得690万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%		3割	認定証の提示がない場合	26区ア
		167,400円+(医療費-558,000円)×1%				
		80,100円+(医療費-267,000円)×1%				
一般	年収156万円~約370万円 健保:標準報酬月額26万円以下 国保:課税所得145万円未満等	18,000円(年間上限144,000円)	57,600円	2割又は1割	認定証の提示がない場合	29区エ
低所得者Ⅱ	住民税非課税世帯	8,000円		1割	認定証適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」	30区オ
低所得者Ⅰ	住民税非課税世帯(年金収入80万円以下等)	15,000円				

70歳以上のレセプト「特記事項」欄への記載
高額療養費制度
記載が必要 医科・歯科共通
 今年8月、70歳以上の高額療養費制度の自己負担限度額が引き上げられ、これに伴いレセプト記載要領の一部が変更されました。すべての70歳以上の患者について、当該医療機関における一部負担額が限度額から提示される「限度額適用区分」が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の場合、今年11月を以て、今年11月以前に「26区ア」又は「29区エ」の患者については「特記事項」欄に記載する必要があります。窓口で提示されない場合は、左表の赤枠内のお取り扱い、3割負担の患者については「26区ア」又は「29区エ」の患者については「特記事項」欄に記載する必要があります。

用・標準負担額減額認定証に記載のある限度額適用区分を確認し、区分に応じて左表の右にある「26区ア」から「30区オ」のいずれかをレセプトの「特記事項」欄に記載します。