

日医FAX ニュース



日医FAXニュース
編集・発行：日本医師会 (03-3946-2121)

■ 在宅専門、従来型と「効率性異なる」

— 診療側が指摘 —

中医協総会（会長＝小塩隆士・一橋大経済研究所教授）は7月12日、高齢化の進展で、大幅な需要増が見込まれる在宅医療について議論した。診療側は、外来を行いつつ在宅医療も手がける従来型の医療機関と、在宅専門医療機関では効率性が異なるとし、今後の対応を考えていくべきだとの姿勢を示した。支払い側は、地域医療構想との一体的な対応が必要だと提言した。

厚生労働省が示した資料では、在宅患者訪問診療料の算定回数は2014年以降、往診料の算定回数は19年以降、増加傾向にある。15年と20年を比べると、人口1000人当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数は、全都道府県で増加した。ただ、地域差がある。人口1000人当たりの往診料の算定回数は、都道府県によって増えたり減ったりしている。

●在宅医療・訪問看護はセットで

診療側の長島公之委員（日医常任理事）は、在宅医療について「患者が希望する場所で取りがなされるよう、診療報酬上も適切に検

討していく必要がある」と指摘。在宅患者を24時間、地域で支えていくため、在宅医療と訪問看護はセットで考える必要があるとした。

「報酬はこれまでも工夫してきたが、かかりつけ医が外来に加えて在宅医療に尽力している医療機関と、在宅専門医療機関では、効率性が全く異なることを留意しつつ、検討する必要がある」と述べた。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、在宅医療を手がけているのは、▽外来後に訪問診療・往診をする従来型のかかりつけ医▽在宅専門クリニック▽大規模に組織化されたメガ在宅グループ—の大きく3つだと説明。後の2つは「あくまでも従来の在宅医療機関を補完する機能であるべき」だと主張し、基本的体系を議論すべきだとした。【メディファクス】

■ 資格確認できない場合、取り扱いを周知

— マイナ保険証で厚労省 —

厚生労働省は7月10日付の事務連絡で、マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合について、資格確認方法や窓口負担の在り方を周知した。患者自身のスマートフォンなどでマイナポータルにアクセスして資格情報の画面を提示できる場合や、健康保険証を持参している場合は、それらの方法で資格を確認し、患者の自己負担分（現役世代の3割分など）の支払いを求める扱いとする。

マイナカードで資格確認できないケースとしては、▽「資格（無効）」「資格情報なし」と表示される▽医療機関の機器不良などを想定している。

マイナポータルや保険証で資格確認ができ

ない場合は、マイナカード券面情報、連絡先、加入医療保険種別・保険者名称・事業所名など保険者に関する事項、一部負担金の割合を申し立てる「被保険者資格申立書」を可能な範囲で記入してもらい、申し立てた自己負担分の支払いを求める。過去に受診歴があり、その時から資格情報が変わっていないことを口頭で確認し、申立書に記載すべき情報を把握できている場合は、申立書の提出があったものとして取り扱うことができる。

マイナカードと保険証のいずれも持参していない場合や、有効な保険証の交付を受けていない上にマイナカードによる資格確認ができない場合は、患者に対する医療費の全額(10割)請求を「基本」とする。ただ、過去の受診歴や患者の身元が分かる場合などは、医療機関の判断によって3割負担にするといった「柔軟な対応」を妨げないとしている。

●「診療報酬請求」の取り扱いも明示

事務連絡では、マイナカードで資格確認できない場合の診療報酬請求の取り扱いも明記している。マイナポータル画面や保険証の提示などで資格確認を行った場合や、過去の受診時と資格情報が変わっていないことを口頭で確認できた場合は、その結果に基づく保険者等番号、被保険者等記号・番号をレセプトに記載して請求する。

資格確認ができず被保険者資格申立書の提出があった患者で、事後的に被保険者等記号・番号などの提供がなく、患者に確認しても喪失済みの保険者等番号、被保険者等記号・番号を特定できない場合は、レセプトの摘要欄に、申立書で把握している患者の住所、事業所名、連絡先などの情報を記載し、保険者等

番号・被保険者等記号・番号は「不詳」のまま、請求を行える扱いとする。

事務連絡の名称は「マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応について」。厚労省保険局の医療介護連携政策課と医療課が連名で出した。

【メディファクス】

■ 介護負担の在り方、結論を年末に先送り

— 厚労省、正式に報告 —

厚生労働省は7月10日に開いた社会保障審議会・介護保険部会(部会長=菊池馨実・早稲田大法学学術院教授)で、2割負担の対象となる「一定以上所得」の判断基準を含めて、給付と負担の在り方で結論を出す時期を「年末」まで先送りする、と正式に報告した。

部会は昨年12月の意見書で、2割負担対象者の所得の判断基準について、今年の夏までに結論を出すよう提言。しかし政府は、今年6月にまとめた骨太の方針で「年末までに結論を得る」と、先送りの姿勢を示していた。

●厚労省「介護報酬とセットで議論」

こうした経緯を厚労省は部会に報告。伊藤悦郎委員(健保連常務理事)は、部会で議論しないまま、政府が骨太を公表したことは「遺憾に感じている」と表明。厚労省に説明を求めた。

厚労省は、物価高が続く中、今年に入って賃上げの動きも加わったと説明。「今の段階で負担面の結論を先に出すのは難しい。介護報酬とセットで議論しなければならないだろう、という判断があった」とした。

●65歳以上の保険料、高所得者を細分化

65歳以上が負担する第1号保険料の引き上

げも、取りまとめの時期が年末までずれ込んだ。

現在、厚労省は第1号保険料の負担額について、所得状況に応じて9段階に分ける標準モデルを示している。しかし、市町村によっては、負担能力をより考慮し、すでに10段階以上に分けている実情がある。

このため、部会は昨年12月の提言で、標準モデルの(9段階を超える)多段階化や、高所得者の負担額引き上げ、低所得者の負担額引き下げを検討するよう提言していた。

提言を踏まえ、厚労省は10日の部会で、現在、負担額が最も大きい「市町村民税課税かつ合計所得金額320万円以上」の層を、より細分化するイメージを示した。高所得者にさらに負担を求め、その分を「世帯全員とも市町村民税が非課税」の層に回し、負担軽減につながる考え方だ。「現行の仕組みの中で、所得再分配機能を強化する」と説明した。

市町村関係の出席者は、2024年度に始まる第9期介護保険事業計画に間に合うよう、保険料を設定する必要があると主張。「年末を待たず、早い段階での(自治体への)情報提供が必要」と厚労省に訴えた。【メディファクス】

■ ロジックモデル、一部指標に疑問の声も

— がん対策で、厚労省協議会 —
厚生労働省のがん対策推進協議会(会長=土岐祐一郎・日本癌治療学会理事長)は7月10日、第4期がん対策推進基本計画を評価するためのロジックモデルを巡り、前回に続いて議論した。委員からは、一部の評価指標の設定プロセスや内容に対し、問題点を指摘する声も出た。反映や微修正は会長に一任した。

ロジックモデルは、それぞれの取り組みについて、中間アウトカムや最終アウトカムなど、達成までの進捗を図式化したもの。厚労省は、4月の協議会の議論も踏まえ、修正案を提示した。

●がん一次予防、セミナー「回数」が指標

黒瀬巖委員(日医常任理事)は、がん一次予防の普及啓発や情報提供で、拠点病院などの地域向けセミナーの開催回数が指標になっていることを疑問視。「回数も大切だが、基準を満たすためだけの開催になってしまうことはないのか」と指摘した。他の委員からも、参加者数や参加者の評価などを指標にしてはどうか、との提案があった。

地域格差など一部の評価方法は、今後、厚労省研究班の研究結果を用いて対応する方針だ。これに対し、石岡千加史委員(日本臨床腫瘍学会理事長)は「第4期計画をスタートさせる時点で、きちんと決めておくべき。自分たちがどういう位置付けにあるか認識した上で、各県が計画を立てることが大事」と訴えた。委員が交代しても、変わらぬ基準で評価を行えるようにすることが重要だとも主張した。

黒瀬氏らの声を受け、厚労省は「どのような形でできるか検討する」と答えた。土岐会長は、石岡氏の訴えに対し、「できるだけ早く(評価指標の)案を検討することで対応する」と話した。【メディファクス】

【お知らせ】

7月18日(火)付の日医FAXニュースは休刊となります。次回の送信は7月21日(金)となりますので、予めご承知おきください。

日本医師会広報課