

同一建物居住者の在宅医療診療報酬改定に係るアンケート調査結果について

2014 年 4 月 30 日

長野県保険医協会

2014 年 4 月実施の診療報酬改定では施設や高齢者住宅の患者に対する訪問診療等の在宅医療の点数を極端に引き下げられた。長野県保険医協会では在宅医療に取り組む医療機関に与える影響についてアンケート調査を実施したのでその結果を公表する。

なお、本調査結果を踏まえ 3 月、4 月に県選出国會議員には別添の要請を行っているが、改めて厚生労働省に対して是正を求めている予定である。

1、背景

平成 25 年 8 月 25 日付けの朝日新聞の「患者紹介ビジネス横行」などの報道をきっかけに厚生労働省は 8 月 25 日に在宅医療における患者紹介等の報告を地方厚生局に求めた。その後 20 件の報告があり、うち患者紹介を受けた歯科診療所 7 件、内科診療所 5 件の事例が報告された。訪問診療が入居条件とする業者の事例 1 件、患者紹介料を請求する業者の事例 3 件など数件の事例が挙げ、診療報酬を用いた経済的誘引により診療の独占契約を結ぶことで、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例が指摘されているとして、「診療報酬による対応」及び「療養担当規則等による対応」について検討する必要があるとしたが、具体的な点数や算定方法は示されていなかった。

2、今次診療報酬改定

3 月 5 日の診療報酬点数表の告示・通知では、在宅訪問診療料の算定要件を厳格化するとともに、同一建物居住者への在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の点数を大幅に引き下げた。また、療養担当規則の改定で保険医療機関が、患者の紹介を行う者に対して、その対価として紹介料等の経済上の利益を提供することが禁止された。当該規定に基づき行政指導を実施する場合の留意事項が示された。改定内容は別紙参照。

3、調査目的、方法

長野県内の在宅医療を行っている医療機関の同一建物居住者への診療実態及び診療報酬点数の算定状況並びに今回改定が与える影響を調査することを目的とした。

3 月 6 日～11 日に在宅時医学総合管理料の施設基準届出機関 427 件にアンケート用紙を郵送し、ファックス又は郵送で回答を求め、68 医療機関から回答があった。回収率は 15.9%。

4、調査結果概要

(1) 在宅医療の平均対象患者数は強化型在支援、通常の在支援、その他の順であり、施設基準に応じて体制を強化した医療機関において、対象患者が増えている傾向がある。

(2) 自宅の平均対象患者数は強化型在支援の 38.5 人に対して、在支援、その他はほぼ同数で約 12 名。強化型在支援においては自宅への訪問診療にも積極的に取り組んでいる傾向が見られる。一方、在支援及びその他のほとんどは診療所であり、時間及び体制に限界があるため大きく差が出ていると思われる。居住系施設に対する平均患者数は、強化型在支援及び在支援で 40 人前後、その他では約半分の 21.7 人であった。

(3) 上記(2)は単純平均だが、対象人数と医療機関数の分布をみると自宅、居住系施設ともに 10 人以下という医療機関がもっとも多い。20 人以下といった医療機関が半数を超える。居住系施設では自宅に比較して 50 人以上の割合が増え、100 名以上を訪問する医療機関も 6 医療機関あるが、うち自宅への訪問を行っていない医療機関は 1 つであり、施設専門に訪問診療を行う医療機関が多いとはいえない。少なくとも横行しているといった傾向はみられない。

(4) 居住系施設では訪問対象の患者の 9 割が同一日、同一建物内での訪問診療に該当するが、同一施設に複数の対象患者があれば当然の結果である。患者一人あたりの訪問回数の平均は 1.82 回で、在宅時医学総合管理料等の算定要件である月 2 回には満たない。また、居住系施設の患者に対する在宅時医学総合管理料の算定割合は 75%である。自由回答にもあるが必要な患者に対して算定しており、一律に 2 回以上訪問して算定しているとはいえない。

(5) 医療機関の年間影響額は、保険医協会の推計では単純平均で 11,378,294 円。100 万円以下が 43.1%、500 万円以下では 62.1%を占める。1000 万円以下では 69%と約 7 割である。一方 1000 万円以上も 31%あり、うち 3000 万円以上が約 1 割、5000 万円超も 8.6%ある。

(6) 今後の在宅医療への取り組みについて継続するとの回答が 6 割ともっとも多かったが、縮小、中止と回答した医療機関も 1 割あった。

(7) 自由意見では訪問診療を控えるなど在宅医療への取り組みへの影響を懸念する声、一部の不適切事例をもって一律に点数を引き下げる今回の改定への憤りが伺える。

5 まとめ

中医協の資料では一部の不適切事例が報告されたのみで、患者紹介ビジネスが横行しているといった状態が確認されているものではない。本会のアンケートでは多くの医療機関は自宅及び居住系施設を適度に訪問しており、居住系施設を集中的に訪問している医療機関はほとんどみられない。

今回、不適切事例で問題とされたのは、次の 2 点である。一点目はマンション業者が医

療機関とマンション居住者の診療の独占契約を結ぶ見返りを求めるような事例であるが、これについては今回、療養担当規則で医療機関に対しては禁止事項を設けたところである。二点目は必要のない患者に対して訪問診療を行っているのではないかということであるが、これも今回在宅患者訪問診療料の算定要件を厳格化し、患者又は家族等の同意書を作成することや診療時間や診療場所をカルテ記載するなどとされた。更に、同一建物居住者の場合にはレセプトに患者の状態や訪問診療が必要な理由を記載して添付するなどの煩雑な事務も課している。

以上のように法令上の措置が行われた上に、同一建物居住者という理由だけで一律に点数を下げる道理はない。単に居住系施設への在宅医療に係る医療費を抑制するためだけのもので、結果として在宅医療から撤退せざるを得ないことになれば、厚生労働省が進める在宅医療推進に逆行するものである。

本来必要なことは、不適切といわれる事例の実態を把握することであり、問題の根幹である患者紹介ビジネスを斡旋する業者を取り締まる方策を講じることである。

在宅医療緊急アンケート結果

長野県保険医協会

実施期間：3月6日～11日

対象機関：在宅時医学総合管理料届出医療機関（2013/4/1 付け） 427 機関

回答数：68 機関（15.9%）

1、在宅医療の実施状況

項目	機関数
実施している	65
実施していない	3
計	68

2、在宅医療を実施する医療機関の形態

項目	機関数
無床診	55
有床診	4
病院	6
計	65

3、施設基準の届出状況

今回回答のあった医療機関のうち、強化型在宅療養支援診療所（病院）は3割、通常の在宅療養支援診療所（病院）は5割弱であった。

項目	機関数	割合
強化型	20	30.8%
在宅支援	31	47.7%
その他	13	20.0%
無回答	1	1.5%
	65	

4、訪問先別の月平均患者数

有効回答63機関の単純平均では一つの医療機関で自宅では20.7人、居住系施設では35.4人に対して在宅医療を行っている。

（在宅医療を行う医療機関全体）

訪問先	人数
自宅	20.7
居住系施設	35.4
	56.1

施設基準の届出別の平均患者数をみると、強化型在支援では約 80 人、通常の在支援は 51 名、その他では 33 名であった。

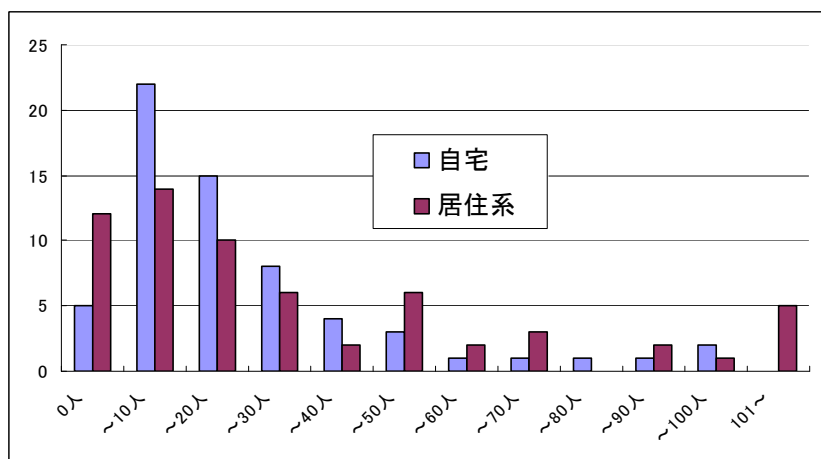
(届出区分別の月平均訪問患者数)

訪問先	強化型	支援診	その他
自宅	38.5	12.9	12.1
居住系施設	41.3	38.8	21.7
	79.8	51.7	33.8

5、訪問先別の対象患者群と医療機関数

有効回答 63 医療機関の自宅及び居住系施設の在宅医療対象患者数を対象人数ごとに集計した。なお、自宅を全く訪問しない医療機関は 5 機関（7.9%）。一方、居住系施設を全く訪問しない機関は 12 機関（19%）ある。自宅、居住系ともに対象患者は月 10 人以下といった医療機関が多い。自宅へ訪問を行う場合の対象患者数は 20 人以下といった医療機関が 67.9%を占めている。居住系施設における対象患者数は 50 人以下といった医療機関が全体の約 80%を占めている。

対象人数	自宅	居住系
0人	5	12
～10人	22	14
～20人	15	10
～30人	8	6
～40人	4	2
～50人	3	6
～60人	1	2
～70人	1	3
～80人	1	0
～90人	1	2
～100人	2	1
101～	0	5



なお、居住系施設の対象患者が 100 名超の医療機関が 8 機関あるが、自宅への訪問を行っていない機関は 1 機関であり、施設専門に訪問診療を行っているわけではない。

6、居住系施設の複数患者に対する訪問診療の状況

居住系施設においては約 90%の患者が同一日、同一建物内での訪問診療に該当する。また、訪問回数は概ね月 1.82 回となっている。

居住系施設対象者	複数訪問対象者	訪問回数	平均訪問回数
2, 232人	2, 028人	3, 690回	1. 82回

7、居住系施設の患者に対する在宅時医学総合管理料（在医総管）又は特定施設入居

時等医学総合管理料（特医総管）の算定状況

居住系施設の患者に対して、在医総管又は特医総管の算定割合は 75%である。

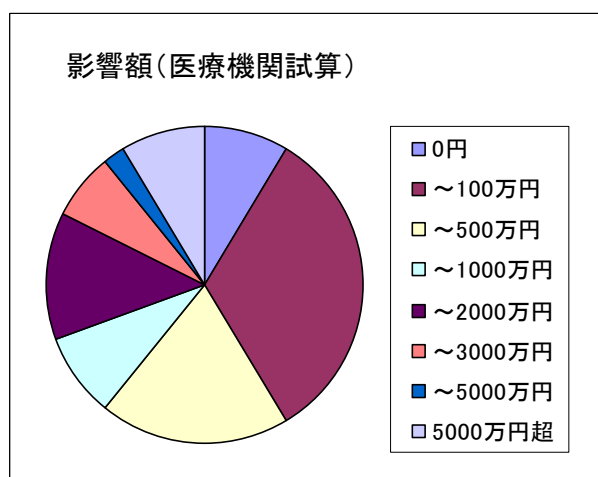
対象患者	在医総管	特医総管	合計	割合
2, 232人	1, 123人	554人	1, 677人	75. 1%

8、点数改定による医療機関への影響額

回答用紙に記述があった 45 医療機関の単純平均で 12,416,343 円の減収。

影響額は年間 100 万円以下の医療機関が 4 割、100 万円～500 万円が 2 割、500 万円～2000 万円は 22.2%、2000 万円超の影響がある医療機関も 17.8%ある。

影響額	機関数	割合
0円	2	5. 0%
～50万円	8	20. 0%
～100万円	5	12. 5%
～500万円	9	22. 5%
～1000万円	4	10. 0%
～2000万円	6	15. 0%
～3000万円	3	7. 5%
～5000万円	2	5. 0%
5000万円超	1	2. 5%

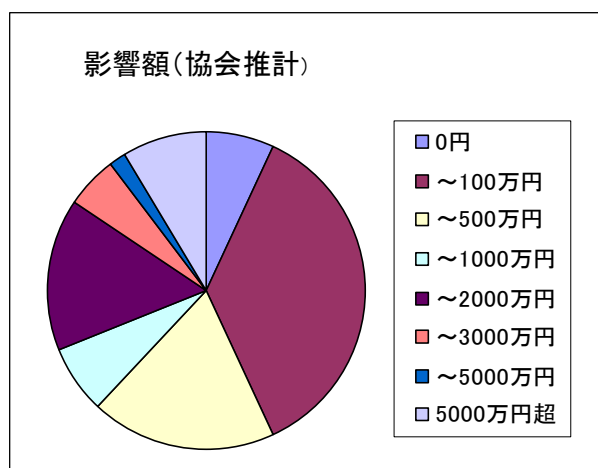


9、点数改定による医療機関への影響額（保険医協会推計）

回答用紙に記述のあった訪問診療の回数及び在医総管又は特医総管の算定回数より協会で推計した結果は下記のとおり。（有効回答 58 機関での試算）

影響額は年間 100 万円以下の医療機関が 43.1%、100 万円～500 万円が 19%、500 万円～2000 万円は 22.4%、2000 万円超の影響がある医療機関も 15.5%ある。

影響額	機関数	割合
0	4	6. 9%
～50万円	15	25. 9%
～100万円	6	10. 3%
～500万円	11	19. 0%
～1000万円	4	6. 9%
～2000万円	9	15. 5%
～3000万円	3	5. 2%
～5000万円	1	1. 7%
5000万円超	5	8. 6%



10、今後の在宅医療への取り組みについて

6割が今後も在宅医療を「継続」と回答する一方で、「縮小」、「中止」と回答した医療機関も約1割みられた。「施設と相談」との回答も1割弱ある。

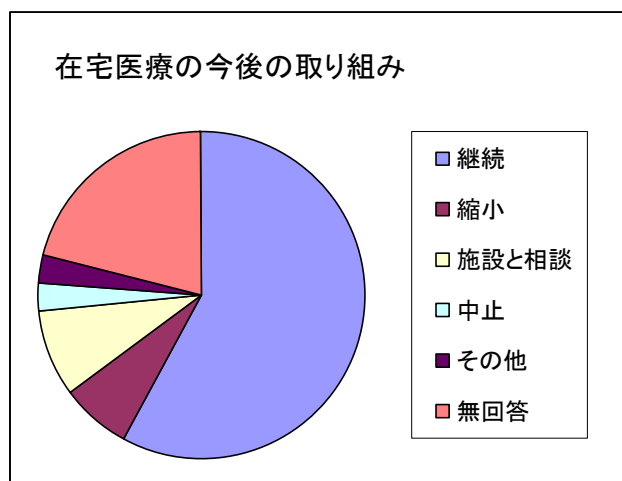
今後の対応	機関数	割合
継続	41	63.1%
縮小	5	7.7%
中止	2	3.1%
施設と相談	6	9.2%
その他	2	3.1%
無回答	15	23.1%

(複数回答あり)

「その他」の意見

(1) 今後は依頼があっても断る

(2) 継続するが、積極的受け入れはしない



11、自由意見欄より

訪問診療を控えるなど在宅医療へ取り組みへの影響を懸念する声、一部の不適切事例をもって全体を引き下げることへの憤りの声が多数見られた。

意見
辛い。訪問診療の依頼がますます多くなるのに自分の首をしめている。
在宅医療のモチベーションが下がるかもしれません
(当院では) 影響額はプラス
在宅と同じように家で生活している状態であり、看護師がいる時間も限られている。そんなに点数が引き下げられるのは納得いかない。
在宅に力を入れている医師のモチベーションの低下が心配されます。
来月から同一建物居住者の方を診る予定なので、この引下げにはがっかりしました。
住所を移す。訪問日を考える。
一部の不適切診療を行っている施設へのペナルティで問題を解決して欲しい。医師会から自民党への圧力があまりに貧弱だと思う。
適正でないと感じます
同一建物居住者であっても、診療の手間は変わらない。厚労省、国は在宅診療を推進しようとしながら、点数を減らしていくのは、とうてい納得できない。
国は何を考えているのでしょうか

ご夫婦お二人が寝たきりの奥さん2人が同一建物居住者です。365日24時間往診体制の中で往診依頼の可能性は全く同じです。少なくとも自宅療養の方は従来同様とすべきだと思います。施設入所の方のみに適応すべき。
小規模事業所は益々経営が大変になります。 診療を控えることも考えられます
現場を知らない役人と医者（在宅医療をしていない人）たちが考えた愚策。頭の悪い人たちが考えたことで多くの善良な在宅医療が苦勞するのは悲しいこと。
今までと同じ診療を行っているのに減ることは大変困る。
一連の新聞報道における業者あっせんによる仲介であると思うが、農村地域では、大きなダメージがあるので一律でなく、条件を整備して点数を整えてほしい。
今まで診療と訪問診療を並列してきた。必要に応じて在医総管を算定してきた。不必要に在医総管を算定してきた医療機関があることを再認識した。
ごく一部の不適切事例をネタにしてこの引き下げ。正気の沙汰とは思えません。在宅医療の流れに急ブレーキをかけることは間違いないでしょう。
！！
患者ひとりひとりへの重責についての評価のはずが、単に移動の負担で点数引き下げでは在宅医療の真価を貶めるだけであろう。強い憤りを感じる。
患者さんの満足を得るよう努力していけばなんとかなのではないかと思っている
またハシゴはずされた。
2～3人の件は別にしてほしい。
施設入所中の患者様からすれば、大幅なサービス低下。医療機関からすれば、同じ診療をしているにもかかわらず、大幅な減収となり、到底容認できない。
非常に理不尽な削減だと思われる。施設からの訪問依頼が増える中、そのほとんどが外来患者に比べ重症の方が多い。バルーン留置の方、経管栄養の方、終末期の方など特別な管理が必要な場合が多い中、外来点数とそれほど変わらない点数に引き下げられることには到底納得がいかない。また地方では、都市部と違い在宅医療に特化した診療所は皆無に近く、通常の外來診療を行っている開業医の先生が多忙の診察業務の中で訪問診療を行っているのが実情と思われる。一部の不適切事例を引き合いに出し、そのすべてを一律に削減するというのは、今後の在宅医療に影響がある。
今回のような改定が続けば、訪問診療の縮小を検討しなければいけなくなる。
今回の施設の在宅診療料では、良質な医療を提供できません。
将来的には訪問診療は行わなくなると思います。
同一建物内でも管理は合理化できないのに、大幅引下げは納得いかない。この引下げで医療の質が担保できる保証がどこにもない。
訪問診の計画書等の書類は施設でも自宅でも同じ。24時間を1人15000円、1日500円で拘束されるのは割に合わないので・・・やめたいです。
入所者は家庭では手に負えないという状態の方がほとんどで、月2回訪問だけして

診ていれば良いという事はなく、しばしば状態悪化で指示を聞いてくる事もあり、連携へ紹介したり、持ち出し薬等もかなりあり、結構大変です。今回の大幅な引下げが行われれば、今までの様なきめ細かな対応は望めないと思います。
不適切事例があったとはいえ引き下げが大きすぎる。まじめにやっているところでも施設への往診から手を引かざるを得ないところも出てくるのではないのでしょうか。
改定の結果、複数医師による訪問は経済的に不可能であります。従って、医師の退職が予定されていますが補充はできない状況で、今後は看取りもできなくなってくると思います。
小規模介護医療施設の普及を支える医療を後退させるものとして反対に制度の改善を求めます。
居住系施設を在宅（家）とみなして地域包括ケアとしていた医療・介護のビジョンとずれている。居住系施設への診療に対する点数が大きく差がつくとなると居住系施設への医療の提供が難しくなるのではないのでしょうか。
看護師を増員して夜間、緊急等の対応を自宅の方とほぼ同等に対応してきたが、今後とても対応しきれないと考える。在宅医療への考え方も修正しなければならない。
当院は、在医総管も重症で亡くなりそうな人のみ4200点で、他は患者さんの費用考え2200点でやっていました。ひどすぎます。
中医協委員の乱暴な発言が問題と考えます。発言の根拠を示すべきと考えます。

別紙

同一建物居住者の診療報酬の主な改定内容

1、在宅患者訪問診療料

(1) 点数引き下げ

①在宅患者訪問診療料 2 特定施設等 400 点 → 203 点

②在宅患者訪問診療料 2 特定施設等以外 200 点 → 103 点

*②は再診料 72 点+外来管理加算 52 点=124 点よりも低い点数

(2) 算定要件の変更

①従来は患者の同意は口頭で良かったが、患者又はその家族等の署名付の同意書を作成する。

②在宅患者訪問診療料を算定した場合、訪問診療日の診療時間、診療場所についてカルテに記載する。また、「同一建物居住者の場合」を算定した場合は、別紙様式に記載の上レセプトに添付することとされた。別紙様式は診療日ごとに患者の要介護度、認知症の日常生活自立度、患者住所、訪問診療が必要な理由を記入した上で、同一日に施設等で診療した全患者の氏名、診療時間、診療場所（住所及び名称）などを記載させるなど煩雑な内容。

③同一建物居住者のカウントから往診患者、末期の悪性腫瘍患者（訪問診療開始から 60 日以内）、死亡した患者の死亡日から遡って 30 日以内は除外する。

(例) グループホームで同一日に 2 人の患者に訪問診療を行う事例

4 / 1 患者 A (103 点)、患者 B (103 点)

4 / 8 患者 A (833 点)、患者 B = 末期悪性腫瘍と判断 (833 点)

4 / 1 0 患者 B 死亡 → 4 / 1 の患者 A、患者 B とともに 833 点で算定し直す

2、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学管理料

(1) 点数引き下げ

同一建物居住者の点数が設けられ概ね 1 / 4 の点数に引き下げ

(2) 算定要件の変更・制限

従来は往診 1 回、訪問診療 1 回でも算定できたが、訪問診療 2 回が算定要件とされた。

3、療養担当規則の改定

(1) 経済上の利益の提供による誘引の禁止条項を新設

第 2 条の 4 の 2

2 保険医療機関は、事業者又はその従業者に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

(2) 行政指導のための具体的内容を追記

「今般の改正は、金品の提供が伴った患者の紹介により、過剰な診療が惹起されることを防ぎ、また、患者による保険医療機関の自由な選択を確保することを趣旨とするものである。従って、当該規定に基づく指導等を実施する場合は、金品を提供した事実とともに、その事実により患者の誘引につながるおそれがあるか否かについて留意する必要がある。」
具体的には、以下の①から④を参考にされたい。

① 金品を提供し、患者の誘引を行っている場合とは、具体的に以下のような事例である。

(例) 事業者に対して診療報酬の額に応じた所定の金額を支払うこと等により、特定の同一建物居住者（建築基準法第2条第1項に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいう。）の紹介を独占的に受けて、それらの者に対して、一律に訪問診療を行っている場合

なお、患者の紹介は、同一建物居住者以外の患者（自宅の患者）に関して行われる場合もあること。

② 患者の誘引が行われているか否かについては、保険医療機関が有する診療録に添付された訪問診療の同意書、診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所又は診療人数等を参考とする。

③ 金品の提供を受ける事業者には、患者の紹介を行う株式会社等の第三者だけでなく、

①の同一建物を自ら運営する事業者やその従業員も含まれる。

④ 金品の提供は、保険医療機関と事業者の間で契約書に基づき明示的に行われる場合のほか、医療機関の土地賃借料に金額が上乗せされて提供される場合等、様々な方法により行われる場合がある。