

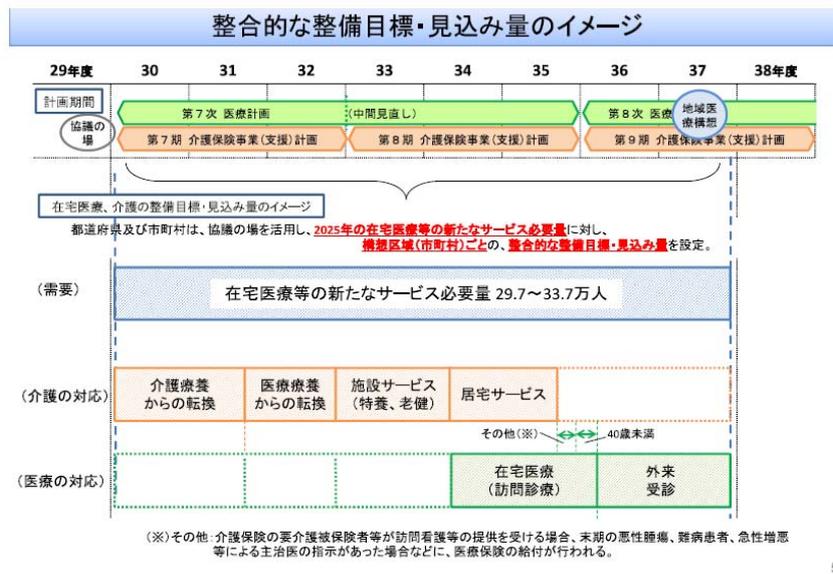
在宅医療点数に関する実態調査結果

2017年8月2日
京都市府保険医協会・保険部会

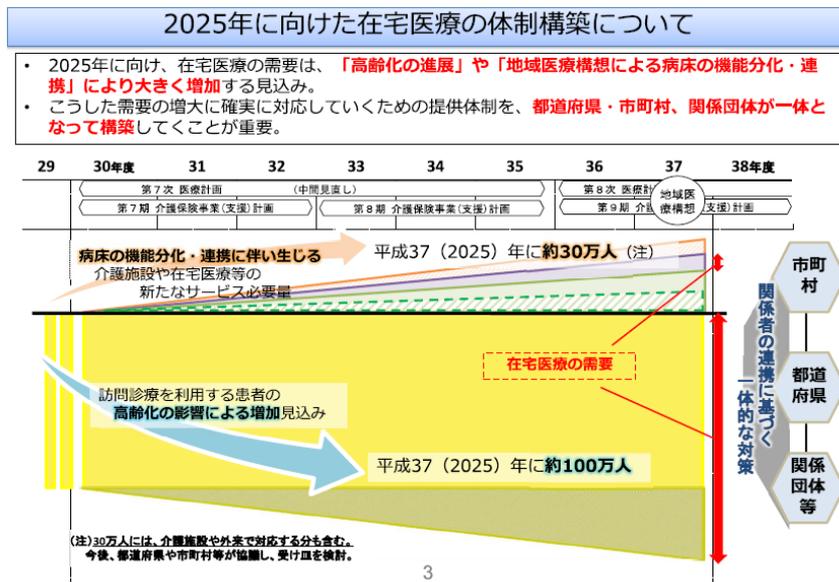
1 調査理由

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」2017年2月17日の資料によれば、「地域医療構想」による病床機能分化の結果、2017年度に比して2025年度における在宅医療等の新たなサービス必要量が29.7万人～33.7万人増加すると試算されています。

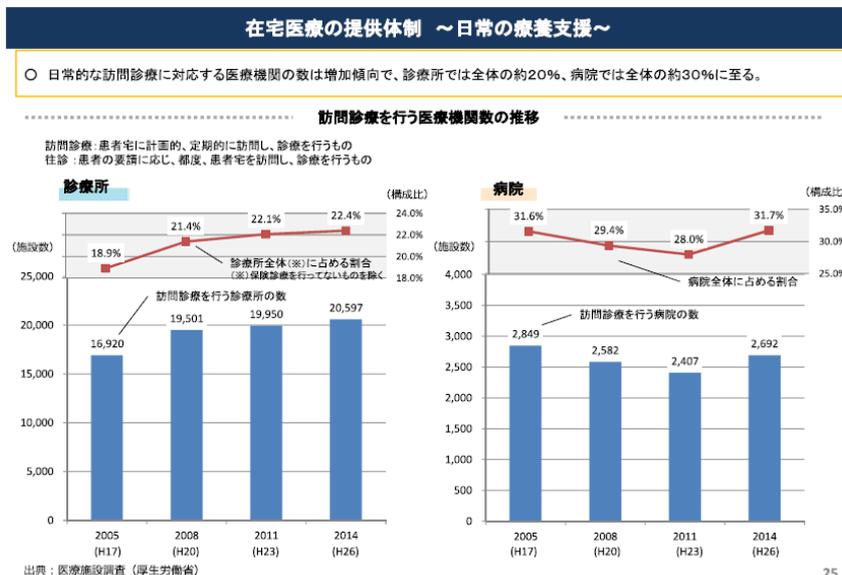
資料ではこの受け皿として、療養病床からの転換、施設サービス（特養、老健）の整備に加えて、在宅医療（訪問診療）、外来受診で対応するというイメージを描いています。



また、同6月30日の資料によれば、2017年度に比して2025年度において「訪問診療を利用する患者の高齢化の影響」により約100万人の増加が見込まれ、計130万人について、在宅医療の需要があると見込まれています。



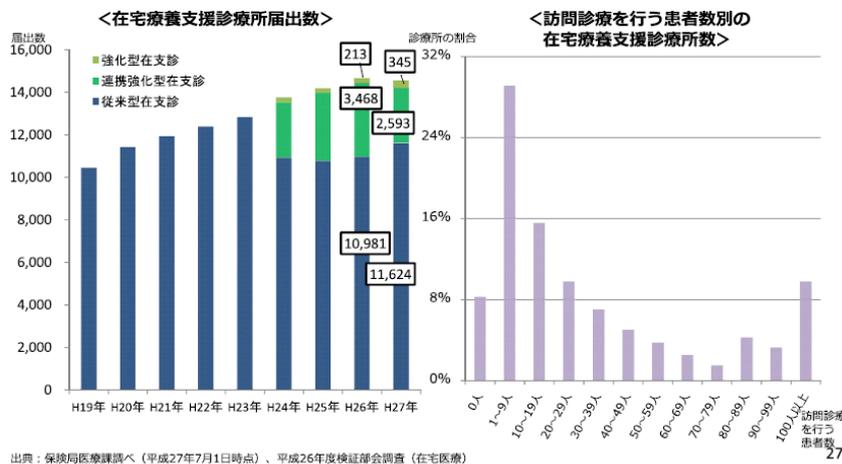
一方、期待されている在宅医療の状況はどうでしょうか。2017年1月11日中医協総会の資料によれば、訪問診療を行う診療所は2011年～14年で0.3%（647診療所）の微増、病院は2005年～3.6%減少したものの、2011～14年で同3.7%（285病院）増加して2005年の数値に近づいたという状況です。



在宅療養支援診療所の届出は2014～15年で微減（100診療所）同病院は微増（35病院）で、横ばいの状態です（診療所については下記の図参照。病院については省略）。

在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

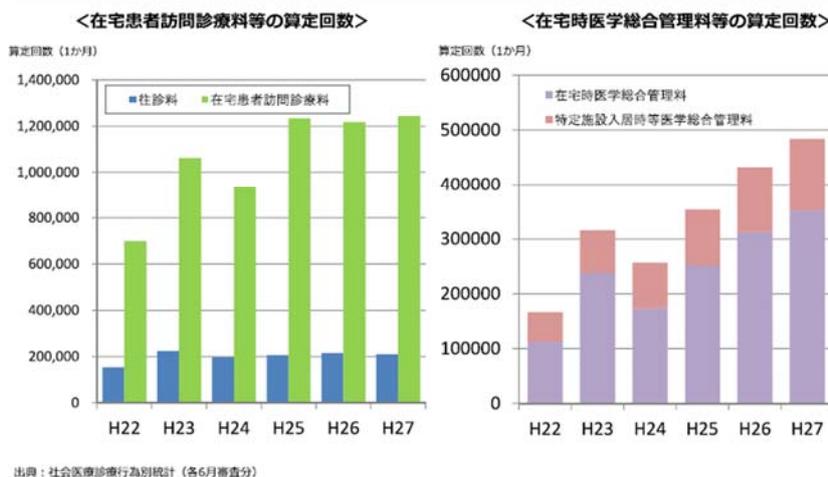
- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。



また、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料（在医総管、施設総管）の算定回数は2012年改定で大幅に落ち込んだ後、2015年にかけて増加しているものの、訪問診療料の算定回数は2012年改定で同様に落ち込み、2013年に増加した以降、2015年にかけて横ばいとなっています。

在宅医療に係る点数の算定状況

○ 在宅患者訪問診療料・在宅時医学総合管理料等の算定回数は概ね増加傾向にある。



34

京都府保険医協会は従前から、在宅医療点数について以下の不合理点があり、現在の告示・通知の取扱いでは、在宅医療が必要な患者の増加への対応がままならないと考えてきました。

【京都府保険医協会が考える在宅医療点数の不合理点】

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料は「在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図る」点数であり、「通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価」であり、単一建物において月に何人の患者を受け持っても個々の患者について「総合的な医学管理」を行うことには変わりがないのに、単一建物居住者複数人の場合は点数が引き下げられ、「一物多価」の点数が設定されている。

C001 在宅患者訪問診療料は「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価」であることが主な目的なのに、同一建物において同一日に複数人数を診療した場合に点数が引き下げられる。（例：1人を診療した場合よりも、2～4人を診療した場合の方が合計点数が低い、など）

C001 在宅患者訪問診療料は「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定する」の算定要件を狭義に捉え、「1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に」専門科の異なる複数の保険医の訪問診療を認めていないため、連携が損なわれている。

以上を踏まえて、点数の取扱いを改善するため、2017年4月20日～5月8日、京都府において在宅療養支援診療所を届け出ている337診療所（会員、非会員とも）に対して標記の実態調査を実施しました。回収数は107通、回収率は31.7%でした。

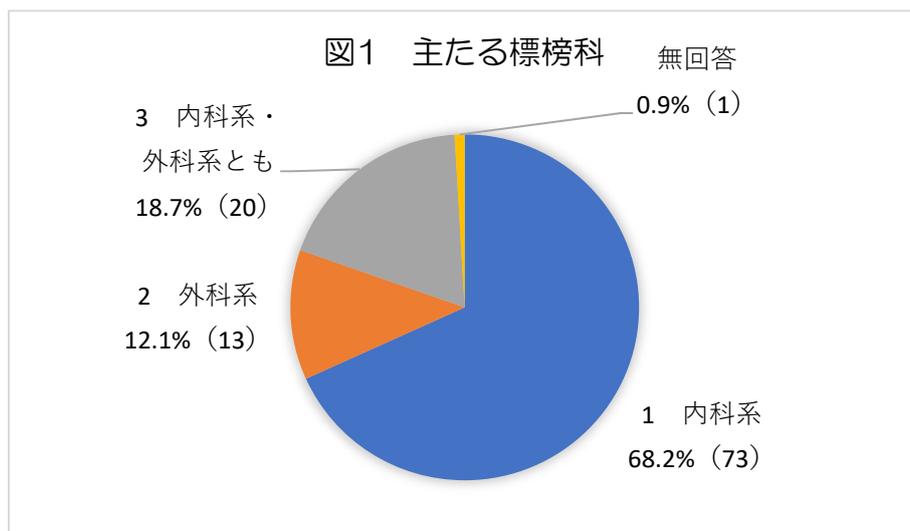
2 回答者の標榜科目、二次医療圏

(1) 主たる標榜科目は、「内科系」が68.2%、「外科系」が12.1%、「内科系・外科系とも」が18.7%でした(図1)(分母は回収数107)。

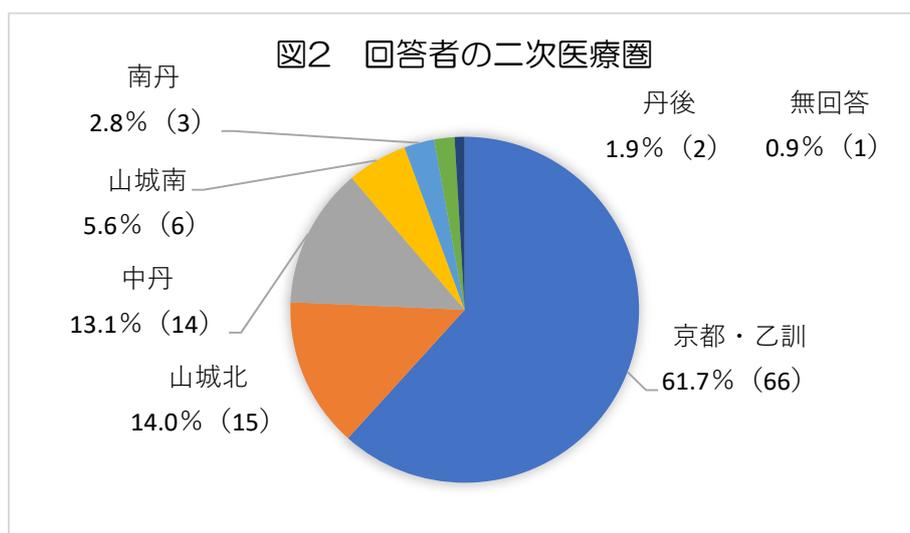
【編注】

本アンケート結果において、内科系とは、内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器科、小児科、精神・神経科を指します。

また、外科系とは、外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、美容外科、産科・婦人科、眼科、耳鼻咽喉科(気管食道科)、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、放射線科を指します。



(2) 所在する二次医療圏は、「京都・乙訓」が61.7%、「山城北」が14.0%、「中丹」が13.1%、「山城南」が5.6%、「南丹」が2.8%、「丹後」が1.9%でした(図2)。



3 在宅患者訪問診療料の内訳

(1) 訪問診療料の算定人数

先月（2017年3月）に訪問診療料を算定したのは98医療機関（91.6%）、算定患者総数は3,787人でした。平均患者数は38.6人で、中央値は20.5人でした。

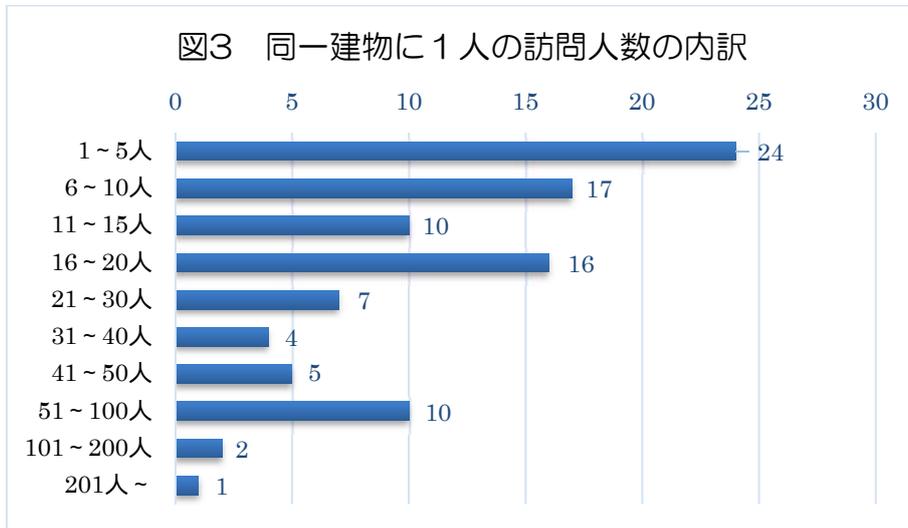
(2) 同一建物に1人の算定

同一建物で1人に算定していたのは96医療機関（89.7%）、算定患者総数は2,404人でした。回答者1人当たりの平均患者数は25人、中央値は12.5人でした。内訳は（図3）の通りで、最小値は1人、最大値は202人でした。

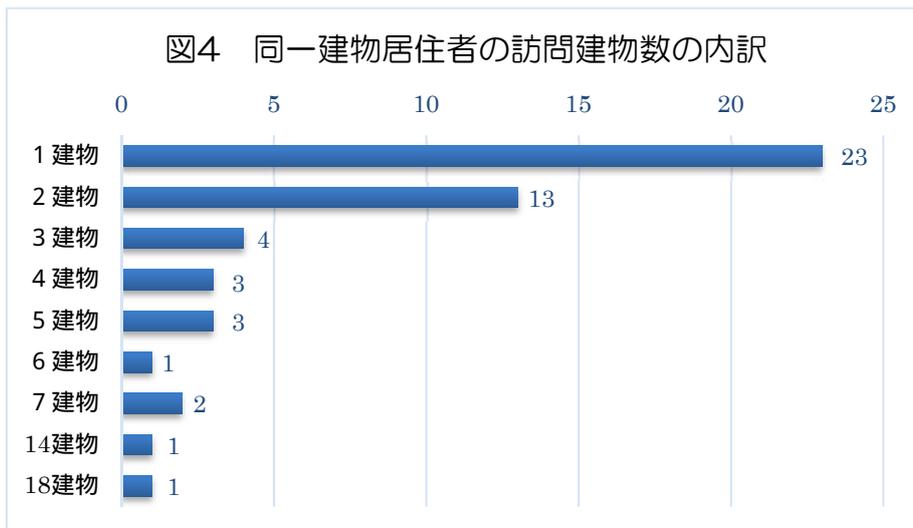
(3) 同一建物で複数人の算定

同一建物で複数人に算定していたのは51医療機関（47.7%）、患者数1,383人でした。回答者1人当たりの平均患者数は27.1人、中央値は10人でした。訪問している建物数の内訳は（図4）の通りで、最小値は1建物、最大値は18建物でした。

算定患者数に占める同一建物複数人の算定割合は36.5%でした。



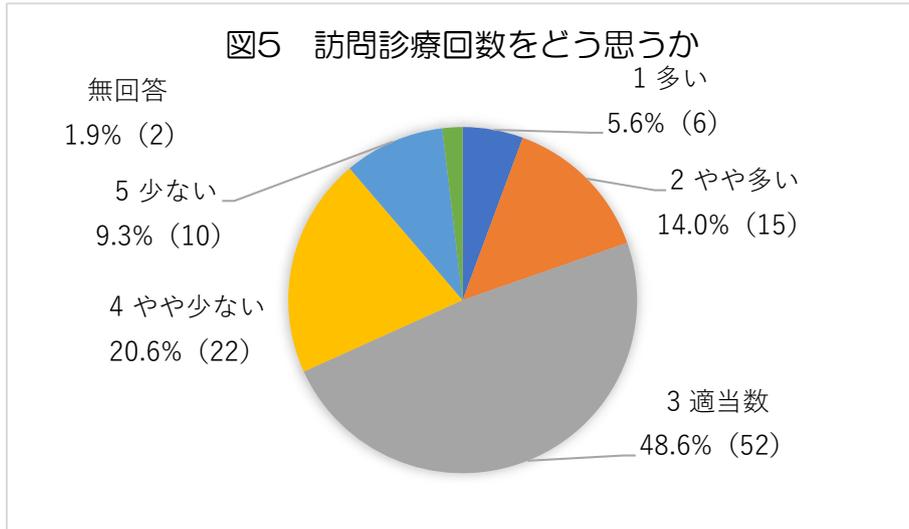
総数は同一建物で1人に算定していた96医療機関。



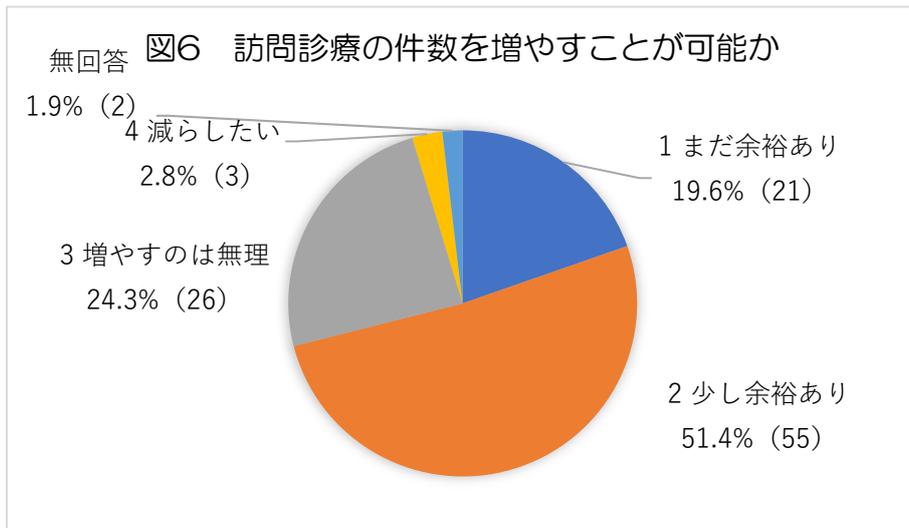
総数は同一建物で複数人に算定していた51医療機関。

4 訪問診療の回数をどう思っているか

(1) 当該医療機関における訪問診療回数をどう思うか質問したところ、「適当数」が 48.6%、「やや多い」、「多い」が 19.6%、「やや少ない」、「少ない」が 29.9%でした（図 5）。



(2) 今後、1日当たりの訪問診療の件数を増やすことが可能か質問したところ、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が 71%、「増やすのは無理」「減らしたい」が 27.1%でした（図 6）。

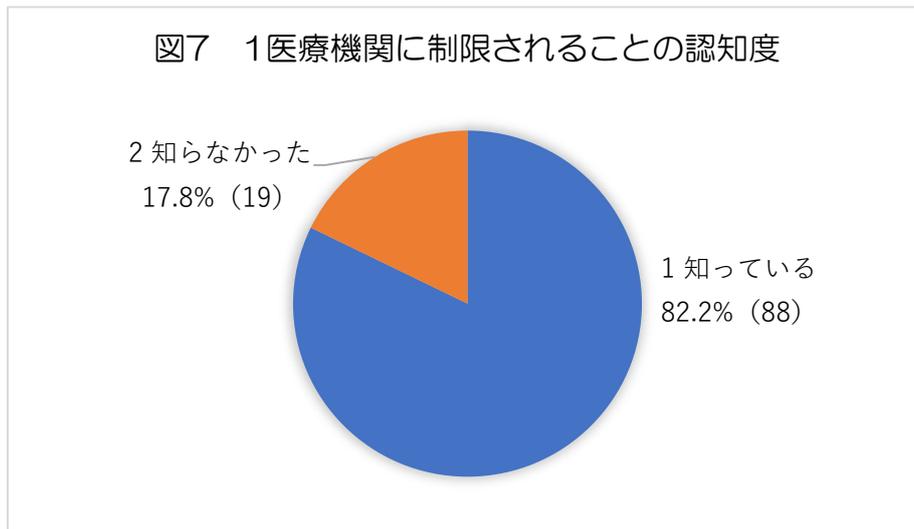


5 在宅患者訪問診療料の算定制限

在宅患者訪問診療料は「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる」と通知されています。このため、同一患者について訪問診療料の算定は1医療機関に限定されています。

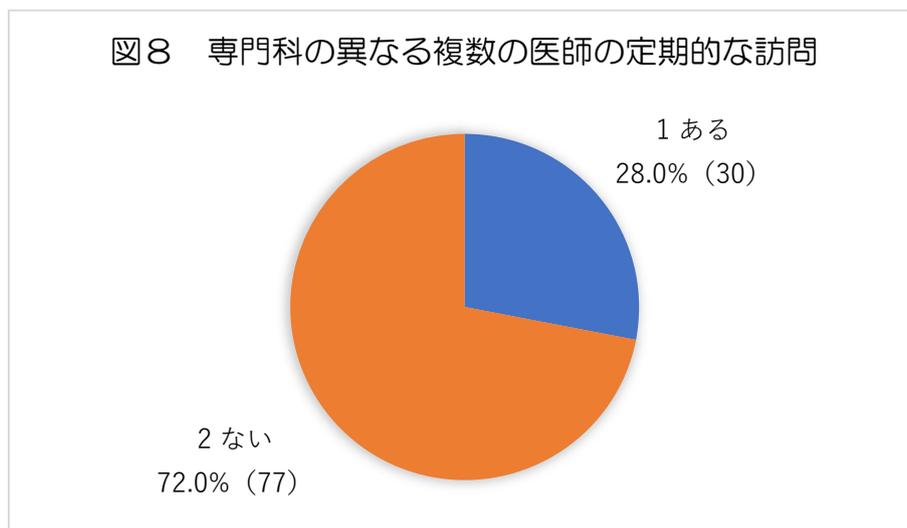
(1) 1医療機関に制限されることの認知度

この取扱いを知っているか質問したところ、「知っている」が82.2%、「知らなかった」17.8%でした(図7)。



(2) 専門科の異なる複数の医師の定期的な訪問

算定要件を踏まえつつ、専門科の異なる複数の医師の定期的な訪問で在宅医療を支えている例があるかどうか質問したところ、「ある」が28.0%、「ない」が72.0%でした(図8)。

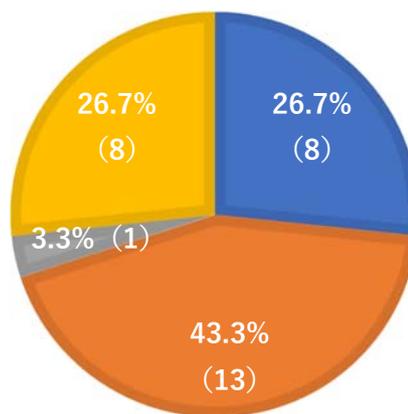


(3) 専門科の異なる複数の医師で定期的に訪問している場合の算定方法

上記5の(2)で「ある」を選んだ方(30人)に、現在、訪問診療料をどのように算定しているか質問したところ、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料を算定」が43.3%、「双方とも訪問診療料を算定」が26.7%、「自分は訪問診療料を算定、他医の算定点数はわからない」が26.7%、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料のみを算定」が3.3%でした(図9)。

図9 複数医療機関での訪問診療の算定方法

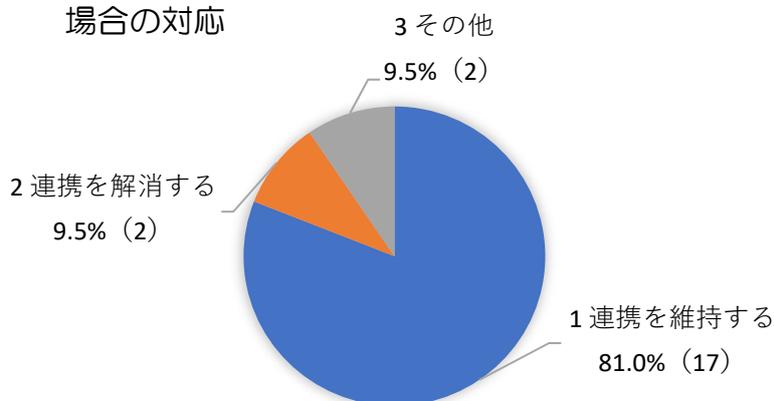
- 1 双方ともに訪問診療料を算定
- 2 一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料で
- 3 一方は訪問診療料、他方は基本診療料のみで
- 4 自分は訪問診療料を算定しているが、他医の算定点数は分からない



(4) 「在宅患者訪問診療料の算定が1医療機関に限定」という規定が厳密に運用された場合、今後の対応

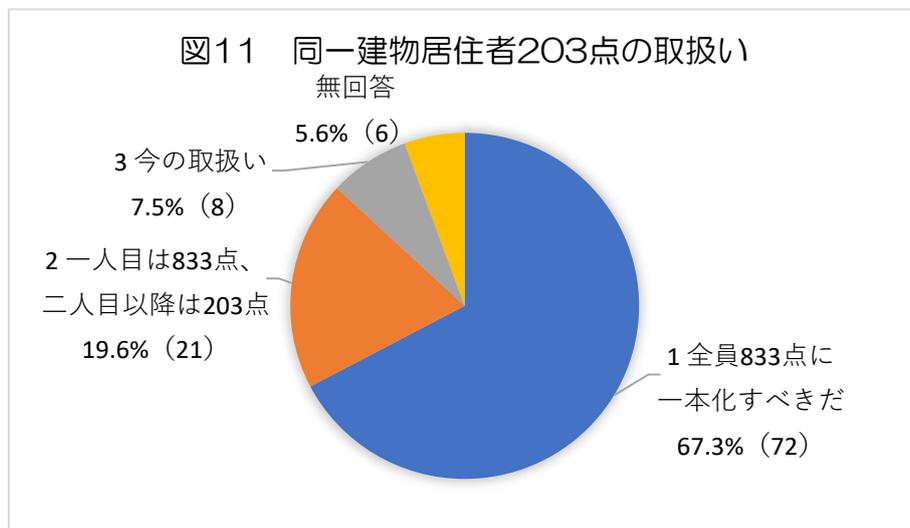
上記5の(2)で、「双方ともに訪問診療料を算定」、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料で算定」を選択した方(21人)に、「訪問診療料の算定が1医療機関に限定」という規定が厳密に運用された場合、今後どう対応するか質問したところ、「連携を維持する」が81.0%、「連携を解消する」が9.5%でした(図10)。

図10 1医療機関に限定が厳密に運用された場合の対応



6 同一日に同一建物居住者を複数人診療した場合（203点）の取扱いについて

全員に、「訪問診療料は、同一日に同一建物居住者を複数人診療した場合、203点に低減されるが、この取扱いをどう思うか質問したところ、「全員 833 点に一本化すべきだ」が 67.3%、「一人目は 833 点、二人目以降は 203 点でよい」が 19.6%、「今の取扱い（一人の場合は 833 点、複数人診療した場合は 203 点）でよい」が 7.5% でした（図 11）。



7 在宅時医学総合管理料（在医総管） 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）の内訳

(1) 在医総管等の算定人数

先月（2017年3月）に在医総管、施設総管を算定したのは96医療機関、算定患者総数は3,192人でした。回答者1医療機関当たりの平均患者数は33.3人、中央値は19人でした。

(2) 単一建物に1人の算定

単一建物で1人に算定していたのは93医療機関（87.0%）、算定患者総数は1,999人でした（図12）。回答者1医療機関当たりの平均患者数は21.5人、中央値は11.0人でした。

(3) 単一建物に2～9人の算定

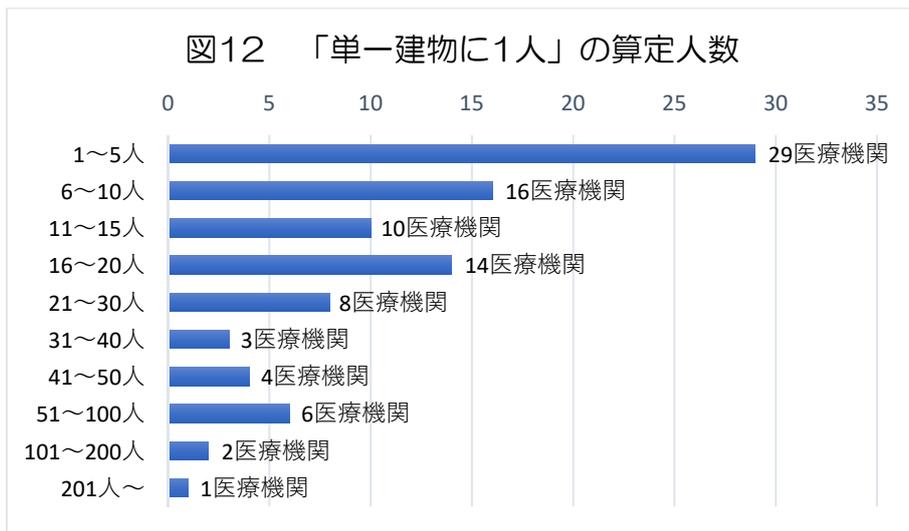
単一建物で2～9人算定したのは、47医療機関、患者数577人でした（図13）。在医総管等算定患者総数に占める割合は18.1%でした。

回答者1医療機関当たりの平均患者数は12.3人、中央値は6人。1建物当たりの平均患者数は6.3人でした。

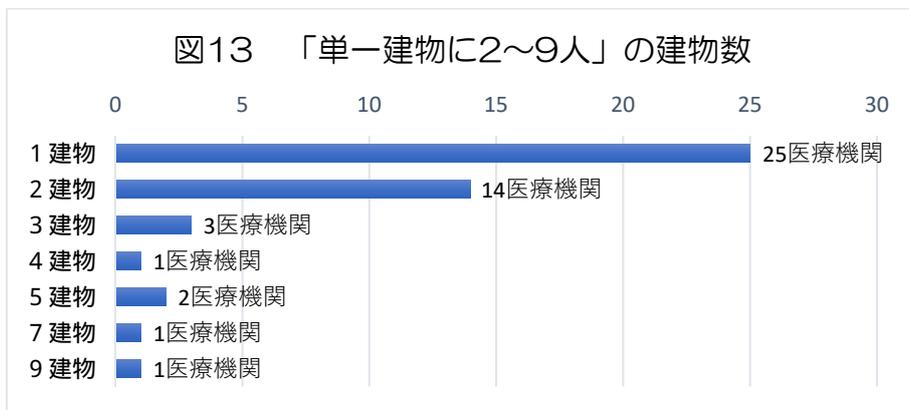
(4) 単一建物に10人以上の算定

単一建物で10人以上算定したのは、18医療機関、患者数616人でした（図14）。在医総管等算定患者総数に占める割合は19.3%でした。

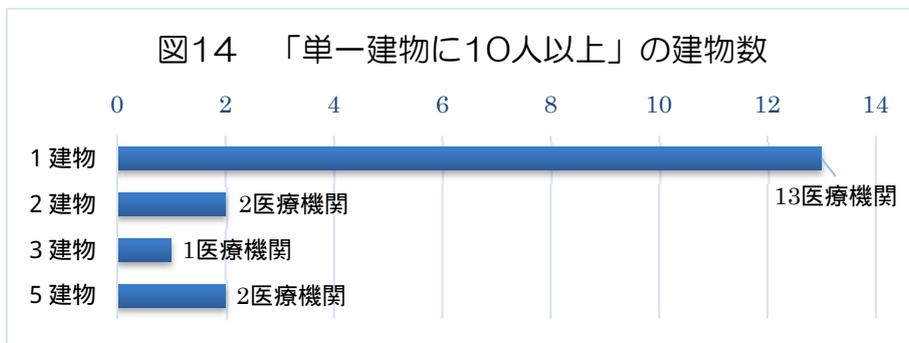
回答者1医療機関当たりの平均患者数は34.2人、中央値は23人。1建物当たりの平均患者数は20.5人でした。



総数は単一建物で1人に算定していた93医療機関。



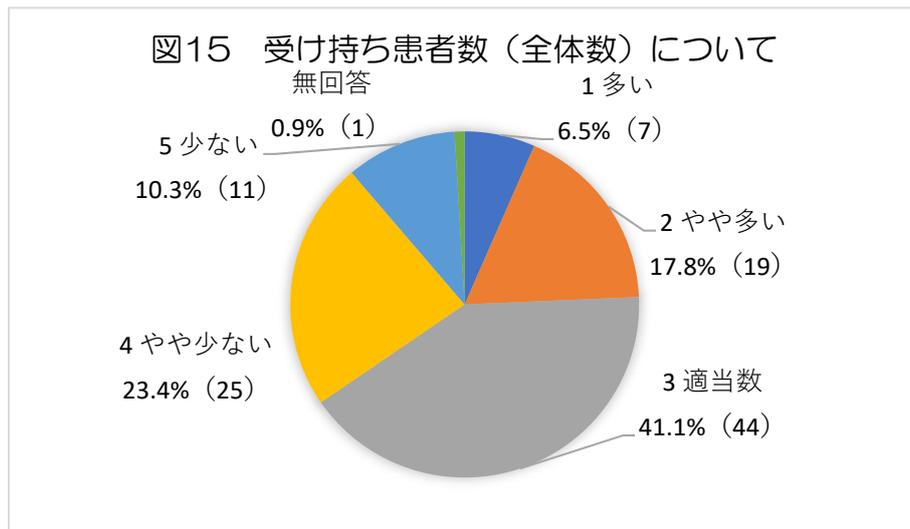
総数は単一建物で2~9人に算定していた47医療機関。



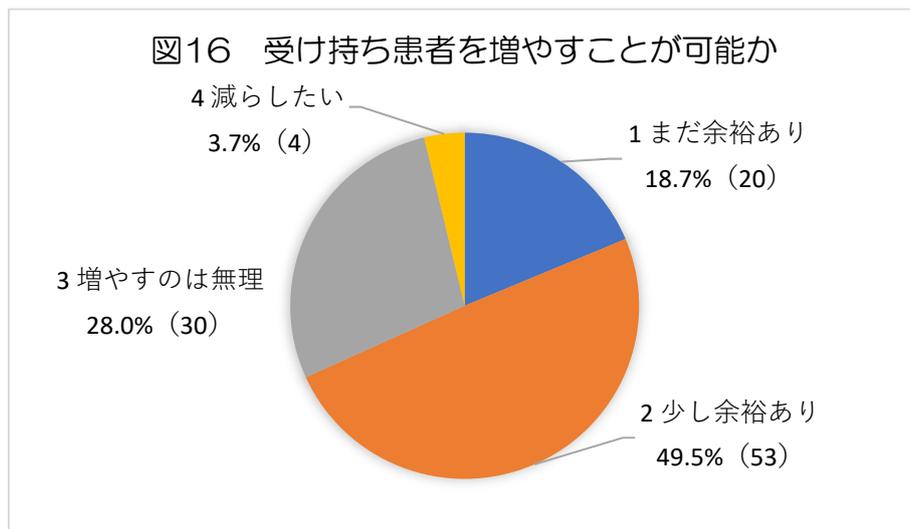
総数は単一建物で10人以上に算定していた18医療機関。

8 在医総管、施設総管の受け持ち患者数をどう思うか

- (1) 当該医療機関における受け持ち患者数(全体数)をどのように思うか質問したところ、「適当数」が41.1%、「少ない」「やや少ない」が33.7%、「多い」「やや多い」が24.3%でした(図15)。



(2) 当該医療機関において、今後受け持ち患者数（全体数）を増やすことが可能か質問したところ、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が 68.2%、「増やすのは無理」「減らしたい」が 31.8%でした（図 16）。



(3) 上記[8]の(2)で、「まだ余裕あり」「少し余裕あり」を選択した方（73人）に、何人くらい増やすことが可能か質問した結果は以下の通り。

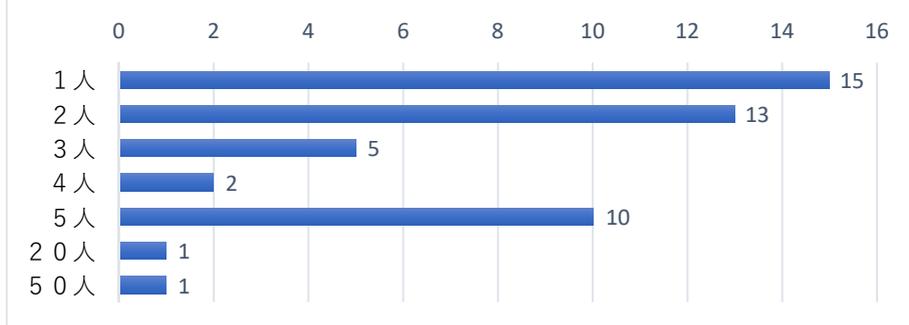
重症患者（末期悪性腫瘍、スモン、難病法の指定難病、AIDS、脊髄損傷、重度褥瘡、在宅酸素・在宅IVH・在宅人工呼吸等、気管切開、留置カテ設置等）（図 17）

47 医療機関が回答。1 医療機関当たりの平均は 3.9 人、中央値は 2.0 人でした。

重症患者以外の患者（図 18）

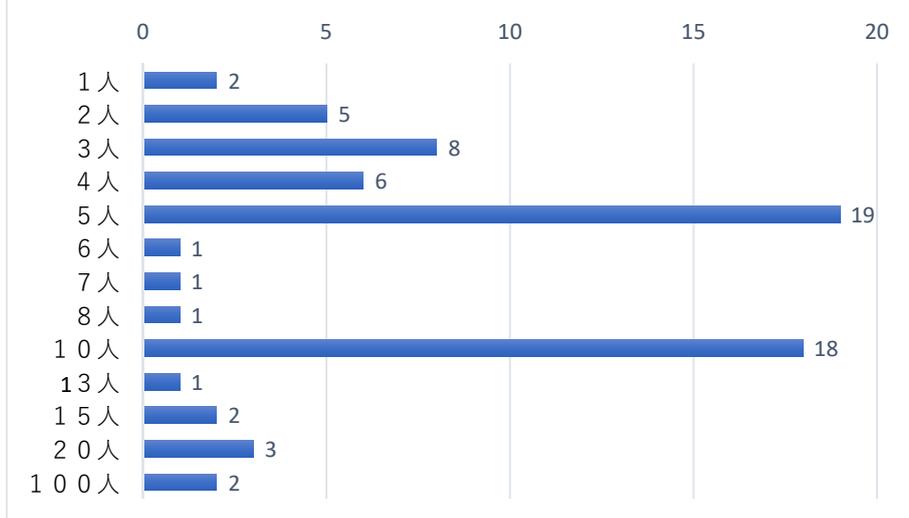
69 医療機関が回答。1 医療機関当たりの平均は 9.6 人、中央値は 5.0 人でした。

図17 増やすことのできる医療機関とその人数
(重症患者)



総数は重症患者を増やすことができると回答した 47 医療機関。

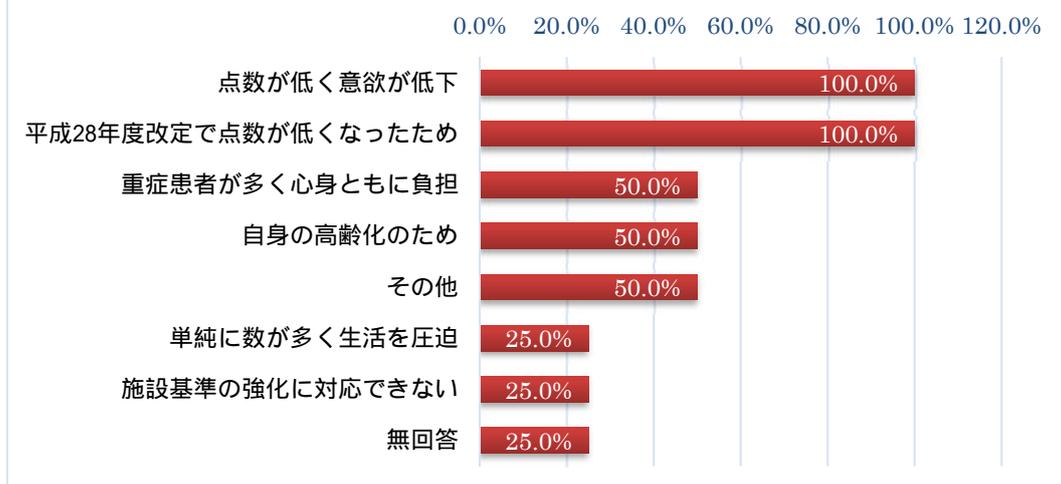
図18 増やすことのできる医療機関とその人数
(重症患者以外)



総数は重症患者以外の患者を増やすことができると回答した 69 医療機関。

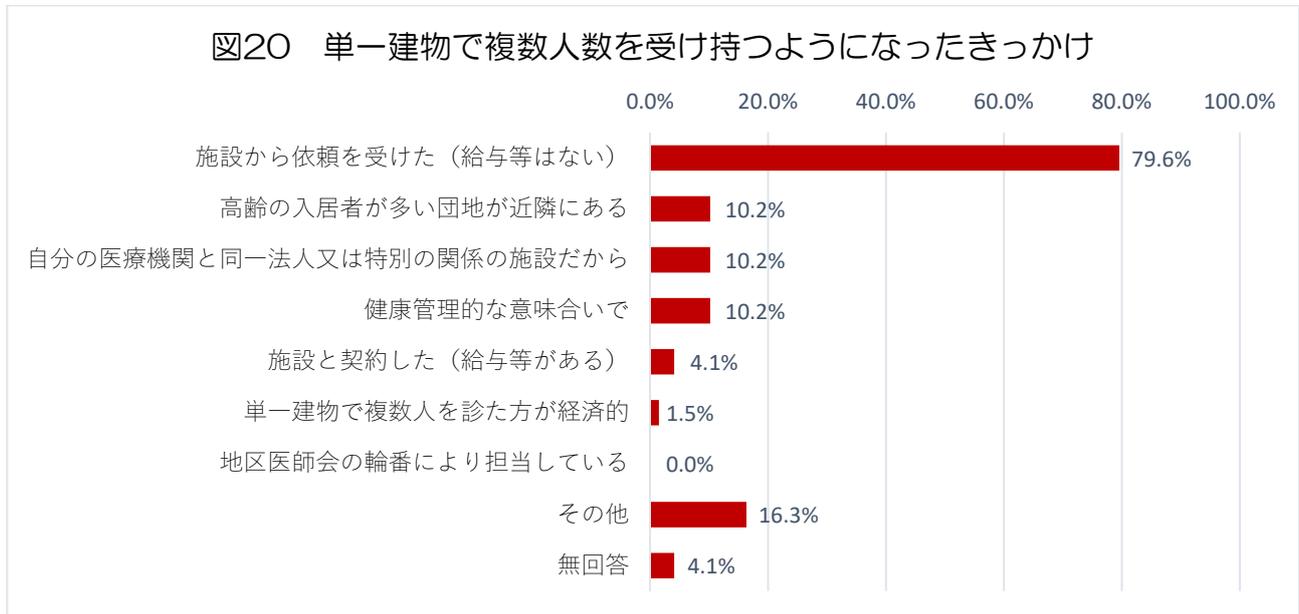
(4) 上記8の(2)で、「減らしたい」を選択した方(4人)に、その理由を質問したところ、全員が「点数が低く意欲が低下」「平成28年度改定で点数が低くなったため」を選択しました(図19)(複数回答)。

図19 在医総管等の患者を減らしたい理由



分母は「減らしたい」を選択した 4 医療機関。

(5) 上記7の(3)(4)で、単一建物で複数人(2~9人、10人以上)の患者の在医総管、施設総管を受け持っていると回答した方(49人)に「受け持つようになったきっかけ」を質問したところ、79.6%の医療機関が「施設から依頼を受けた(給与等はない)」と回答、10.2%が「高齢の入居者が多い団地が近隣にある」「自分の医療機関と同一法人又は特別の関係の施設」「健康管理的な意味合い」と回答しました(図20)。

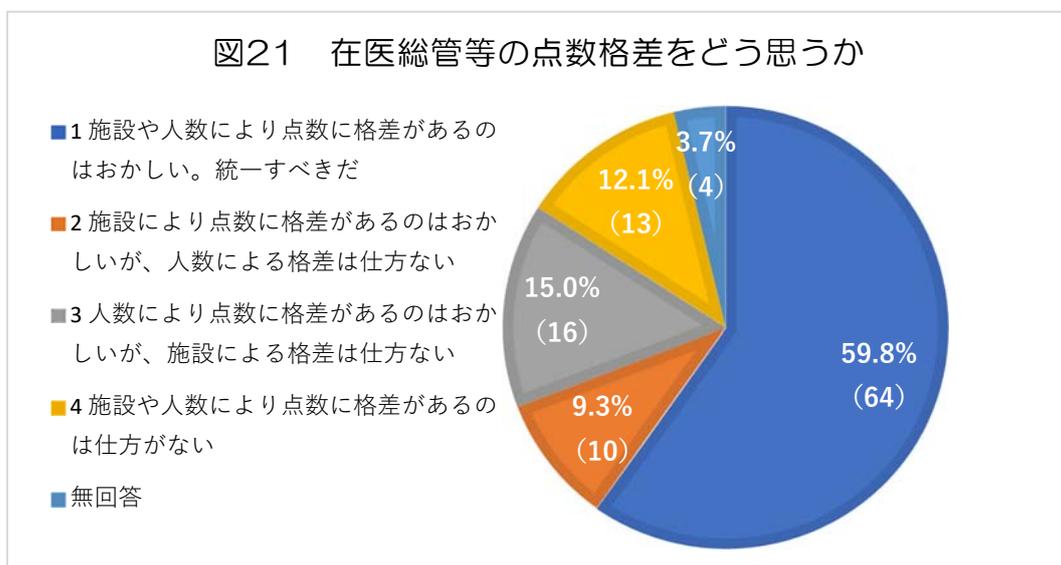


分母は単一建物で複数人の患者の在医総管、施設総管を受け持っていると回答した49医療機関。

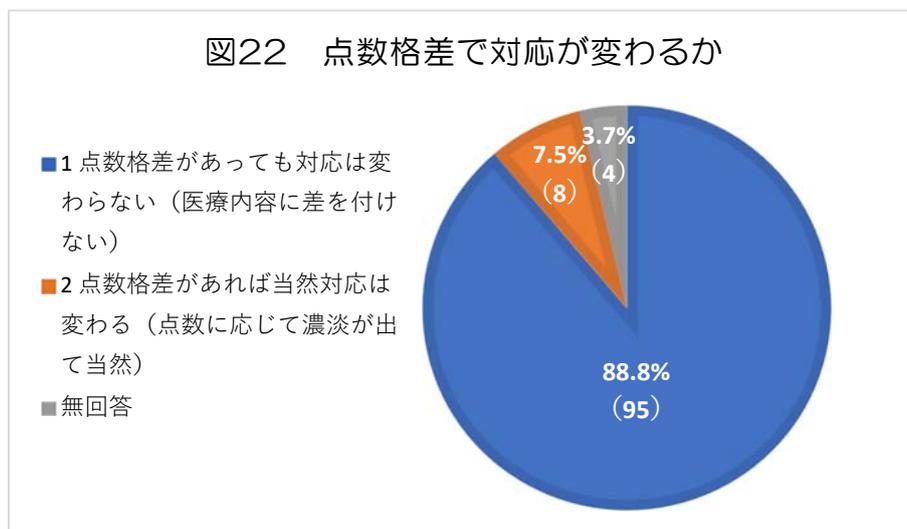
9 在医総管、施設総管の点数格差

(1) 全員に、「総合的な医学管理は、どの患者も同じであり、施設や人数により点数格差があるのはおかしい」との考え方をどう思うか質問したところ、「施設や人数により点数に格差があるのはおかしい。統一すべき」が59.8%を占めました。

続いて、「人数により点数に格差があるのはおかしいが、施設による格差は仕方ない」が15.0%、「施設や人数により点数に格差があるのは仕方がない」が12.1%、「施設により点数に格差があるのはおかしいが、人数による格差は仕方ない」が9.3%でした(図21)。

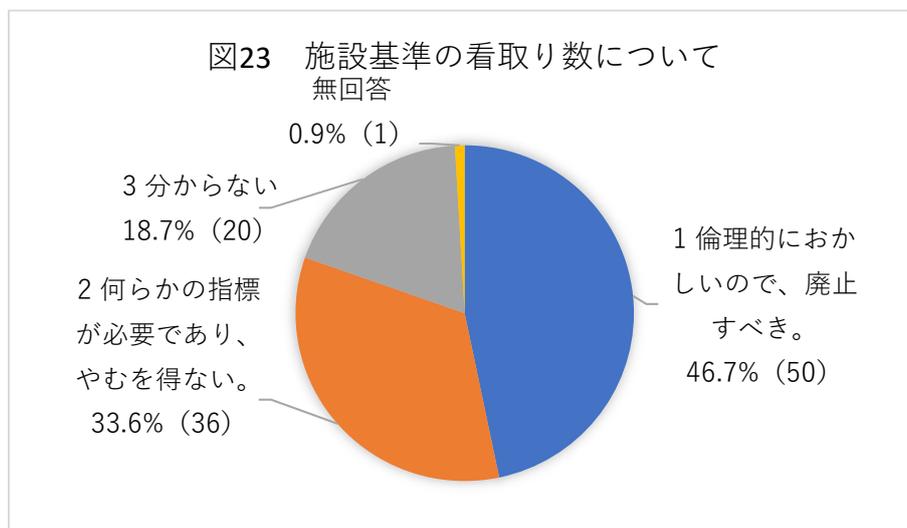


(2) 受け持ち患者について、施設や人数により点数に格差があった場合、患者の対応に格差を付けるか質問したところ、「点数格差があっても対応は変わらない(医療内容に差を付けない)」が 88.8%を占めました(図 22)。



10 支援診の施設基準(看取り数)について

機能強化型の在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準に「在宅(居宅)での看取り数」の実績要件があります。これをどう思うか質問したところ、「倫理的におかしいので、廃止すべき」が 46.7%、「何らかの指標が必要であり、やむを得ない」が 33%でした(図 23)。

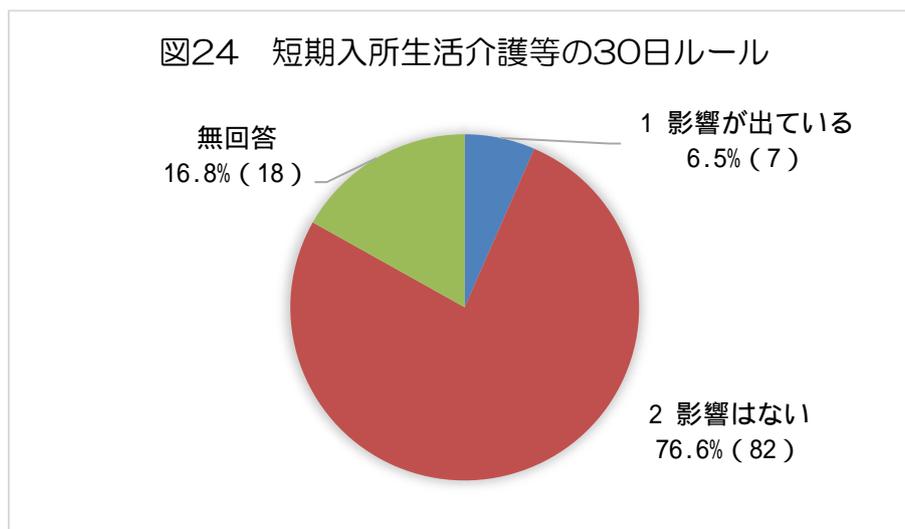


11 短期入所生活介護、小規模多機能型での 30 日間ルールを導入について

2016 年度改定で、「短期入所生活介護あるいは介護予防短期入所生活介護又は小規模多機能型居宅介護あるいは複合型サービスを受けている患者は、サービス利用の開始日より前 30 日の間に患家を訪問し、訪問診療料、在医総管、施設総管、在宅がん医療総合を算定した医療機関の医師が診察した場合に、サービス利用の開始日から 30 日間に限り、算定できる」という取扱い規定が入りました。

この規定のために、訪問診療が出来なくなる等、影響が出ていないか質問したところ、

「影響はない」が 76.6%、「影響が出ている」が 6.5%でした（図 24）。



なお、無回答が 16.8%（18 件）あることや、1 2の自由意見では「この質問の意味が分からない」という意見が 2 件寄せられており、周知がされていないことが浮き彫りになっています。

また、「影響が出ている」を選択した方に具体例を質問したところ、以下のような事例が寄せられました。

小規模多機能への宿泊がつづく場合に訪問診療に入りづらい（スケジュールが組めない）。

特に小規模多機能型居宅介護に何故こうしたことが問われるのか分からない。ずっと施設におられればグループホームと同じ内容なのに訪問診療ができなくなる。

算定が難しいのでよく理解していなかったが、小規模多機能の方を数カ月にわたり施設総管算定中。これは何らか違反しているのではないかと思う。

12 地域で障壁、隘路となっている事例

最後に、在宅医療を拡充するために地域で障壁、隘路となっている事例を質問したところ、以下のような内容が寄せられた。

【担当する医師の不足】

- 在宅医療を担う医師数の絶対的不足。
出張、休暇時に代理を務める医師がいない。
時間がない（当方に……）。
取組む医師が少なく、一部の医師に負担がかかっている。

【訪問看護の問題】

- 訪問看護ステーションのスタッフ不足のため利用できない。
- 同一法人外の訪問看護ステーションとの連携のしにくさ（例えばファーストコールの対応と医師の負担）。
- 特別訪問看護指示書の融通が効かない訪問看護期間（注：急性増悪期として扱えるのが14日間に限られることを意味していると思われます）。
企業参入により「もうけ主義」となっている訪問看護もしかり。
医療保険と介護保険の給付調整による算定制限で訪問看護がやりにくい。

【スタッフの問題、スタッフ不足】

- 各職種のスタッフは不足している。情熱に支えられているが心が折れた時が心配。
地域に訪問介護のスタッフも少ない。
- 介護スタッフの知識不足、勉強する意欲の低い人が多いこと。
訪問看護、訪問介護のスタッフ不足のため在宅療養のチームが形成できない。
特養の介護スタッフ不足により、併設するショートステイが減床、休止となり、在宅介護家族の休養できる時間がとれなくなった。これにより施設入所指向が著しく増大している。
特にヘルパーの質及びケアマネの質には目に余るものが多い。
いわゆるサ高住では相変わらず無知なスタッフが、介護とも思えない愚行を繰り返している。まともな施設など実際は数えるほどしかないのが実状。ベースがぐらぐらである。
単一の医療機関で在宅医療を担うのはマンパワーが十分でない。複数の医療機関が互いを補完できるシステムが理想であるが、実際には様々な障壁が存在し、拡充を阻害している。

【家族の問題】

- スタッフの問題より、患者家族が抱える問題の方が大きい。
家族の受け入れ困難。
家族介護力の低下（配偶者の高齢化等による）（老々介護ではなく、病病介護家庭の増加）。
老々介護の為、介護、介助の手間が大きい。
家族の受け入れ困難。
- 在宅医療に対する家族の認識の甘さ、理解不足。

【地域連携の問題】

- 居宅事業所からの依頼はほぼ0%に近く、病院の地域連携室からの依頼も少ない。ケアマネジャーや地域連携室の担当者に、在宅医療に関する知識不足或いは意義が知られていないのではないだろうか。
- 書類の多さ、例えばケアマネへの情報提供は算定のために必要なのか、患者の状態として必要なのか、介護度と軽度者のベッド等の医師意見の必要性。

【在宅医療点数の問題】

同じ施設内に多数の訪問診療が必要となる場合、重ならないようにわざわざ日をかえ調整しなおさなければならない。

在宅点数などの複雑さ。例えば訪問点滴のルールと静注、胃瘻カテーテル交換時の算定要件。

独力で在宅療養実績加算1を届出しており、強化型になると、月1回の訪問診療の患者の分が減算になります。これはおかしすぎる！

施設基準、届出、保険点数の複雑等々、事務手続き自体が負担。やる気を損なう。

機能強化型で月1回の場合、点数が逆転してかえって低くなる場合があります。

訪問診療料の833点、203点は差が大きすぎる。施設とマンションでは事情が異なる。

注射による医療行為は必要である場合もありますが、訪看に注射指示が行えない（筋注等）ことが実際にはこたえます。（注：算定留意事項通知には点滴注射の取扱いしか記載されていないため、皮内・皮下・筋肉内注射、静脈内注射の算定が不明となっています）

在宅酸素、胃瘻、レスピレーター等いろいろとしても点数がとれなくなり、難しい症例は敬遠される仕組みになっている。

訪問診療の点数は少し低減してもいいが、2~3人診た方が1人診るより下がるのはおかしい。せめて2人診れば1人よりが高くなるとおかしい。

診療報酬の低さ（手間がかかるわりに低い）。まとめ診療（1施設2人以上）になると保険点数がかなり下がる。

【その他】

- 認知症患者とその家族への公的、地域的、包括的なフォローの不足と未成熟さ。

田舎なので院外処方せんを受ける調剤薬局がない。唯一ある調剤薬局は医院管理者（院長）の身内の者（兄弟）が経営しており、「6親等以内の者が経営する薬局では調剤料が算定できない」ため、赤字となり、実質的には院外処方できない。院内処方せざるを得ないが、（在医総管の）院外処方せん無発行加算が300点しかなく、1カ月の薬剤料が3,000円（1日100円）の上限であるから、認知症の薬（アリセプト、メマリー等）が1剤入るだけでも赤字となる。現実的には薬剤料の赤字を技術料から持ち出している部分が大きく障害となっている。

- ショートステイに患者の希望通りに通所できない例がある。受け皿が満杯のせい？在宅医療とは言っても、在宅介護なしに成り立たない為。1週間、1カ月の生活プランニングをケアマネにきちんと言ってもらいたいとも思う。

救急病院の対応の温度差。

- 急変時に速やかに入院させてくれるバックアップ病院の不足。

13 調査結果の概要（再確認）

京都府において在宅療養支援診療所を届け出ている 337 診療所（会員、非会員とも）のうち、107 人が回答、回収率は 31.7%。

（1）在宅患者訪問診療料について

- ① 2017 年 3 月に訪問診療料を算定したのは 98 医療機関（91.6%）、算定患者総数は 3,787。平均患者数は 38.6 人、中央値は 20.5 人。
- ② 同一建物で 1 人に算定していたのは 96 医療機関（89.7%）、患者数は 2,404 人。回答者 1 人当たりの平均患者数は 25 人、中央値は 12.5 人。
- ③ 同一建物で複数人に算定していたのは 51 医療機関（47.7%）、患者数 1,383 人。回答者 1 人当たりの平均患者数は 27.1 人、中央値は 10 人。
- ④ 算定患者数に占める同一建物複数人の算定割合は 36.5%。
- ⑤ 訪問診療回数をどう思うかについては、「適当数」が 48.6%、「やや多い」、「多い」が 19.6%、「やや少ない」「少ない」が 29.9%。
- ⑥ 今後、1 日当たりの訪問診療の件数を増やすことが可能かについては、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が 71%、「増やすのは無理」「減らしたい」が 27.1%。
- ⑦ 訪問診療料の算定が 1 医療機関に制限される取扱いについて、「知っている」が 82.2%、「知らなかった」17.8%。
- ⑧ 専門科の異なる複数の医師の定期的な訪問で在宅医療を支えている例があるかどうかについては、「ある」が 28.0%、「ない」が 72.0%。
- ⑨ 上記⑧で「ある」を選んだ 30 人に、現在、どのように算定しているか質問したところ、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料を算定」が 43.3%、「双方とも訪問診療料を算定」が 26.7%、「自分は訪問診療料を算定、他医の算定点数はわからない」が 26.7%、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料のみを算定」が 3.3%。
- ⑩ 上記⑨で「双方ともに訪問診療料を算定」、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料で算定」を選択した 21 人に、「訪問診療料の算定が 1 医療機関に限定」という規定が厳密に運用された場合、今後どう対応するか質問したところ、「連携を維持する」が 81.0%、「連携を解消する」が 9.5%。
- ⑪ 全員に「同一日に同一建物居住者を複数人診療した場合、203 点に低減されるが、これをどう思うか」質問したところ、「全員 833 点に一本化すべきだ」が 67.3%、「一人目は 833 点、二人目以降は 203 点でよい」が 19.6%、「今の取扱い（一人の場合は 833 点、複数人診療した場合は 203 点）でよい」が 7.5%。

（2）在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料について

- ① 2017 年 3 月に在医総管、施設総管を算定したのは 96 医療機関、算定患者総数は 3,192 人。平均患者数は 33.3 人、中央値は 19 人。
- ② 単一建物で 1 人に算定していたのは 93 医療機関（87.0%）、算定患者総数は 1,999 人。平均患者数は 21.5 人、中央値は 11.0 人。
- ③ 単一建物で 2~9 人算定したのは、47 医療機関、患者数 577。算定患者総数に占める割合は 18.1%。平均患者数は 12.3 人、中央値は 6 人。1 建物当たりの平均患者数は 6.3 人。

- ④ 単一建物で10人以上算定したのは、18医療機関、患者数616人。算定患者総数に占める割合は19.3%。平均患者数は34.2人、中央値は23人。1建物当たりの平均患者数は20.5人。
- ⑤ 当該医療機関における受け持ち患者数（全体数）の印象は、「適当数」が41.1%、「少ない」「やや少ない」が33.7%、「多い」「やや多い」が24.3%。
- ⑥ 当該医療機関において、今後受け持ち患者数（全体数）を増やすことが可能かについては、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が68.2%、「増やすのは無理」「減らしたい」が31.8%。
- ⑦ 上記⑥で「まだ余裕あり」「少し余裕あり」を選択した73人に、何人くらい増やすことが可能か質問した結果、a)重症患者について47医療機関が回答。平均3.9人、中央値は2.0人。b)重症患者以外について69医療機関が回答。平均9.6人、中央値は5.0人。
- ⑧ 上記⑥で「減らしたい」を選択した4人に、その理由を質問した結果、全員が「点数が低く意欲が低下」「平成28年度改定で点数が低くなったため」を選択。
- ⑨ 単一建物で複数人（2～9人、10人以上）の患者の在医総管、施設総管を受け持っているとして回答した49人に「受け持つようになったきっかけ」を質問したところ、79.6%が「施設から依頼を受けた（給与等はない）」と回答。
- ⑩ 全員に在医総管・施設総管の、施設や人数による点数格差について質問したところ、「施設や人数により点数に格差があるのはおかしい。統一すべき」が59.8%。
- ⑪ 点数格差により、患者の対応に格差を付けるか質問したところ、「点数格差があっても対応は変わらない（医療内容に差を付けない）」が88.8%。
- ⑫ 機能強化型の在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準である看取り数の実績要件について、「倫理的におかしいので、廃止すべき」が46.7%、「何らかの指標が必要であり、やむを得ない」が33%。

14 まとめ

(1) 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料について、同一月に単一建物居住者を複数診療した場合に引き下げる取扱いは廃止すべきです。

また、施設入居時等医学総合管理料は、在宅時医学総合管理料の点数に引き上げて一本化すべきです。

本調査によると、在医総管・施設総管の「施設や人数による点数格差」について、6割の方が「施設や人数により点数に格差があるのはおかしい。統一すべき」と回答しています。

また、「点数格差により、患者の対応に格差を付けるか」質問したところ、9割の方が「点数格差があっても対応は変わらない（医療内容に差を付けない）」と回答しています。

診療報酬点数表は「療養の給付」、即ち健康保険による医療の現物給付を担保するものです。提供する医療内容、即ち在宅・施設で療養する患者の「総合的な医学管理」を行うことに違いがないにも関わらず、点数に格差がつけられているのは、明らかな不合理です。

医師は、点数が低いからと言って、提供する医療内容に格差をつけることはできない

のです。一方で現状、点数格差があるということは、厚生労働大臣が「療養の給付」の質、「総合的な医学管理」の質に格差があって良いと公に認めている形になっており、非常に問題があると言わざるを得ません。次回改定で改善すべきです。

(2) 1人の患者を専門科の異なる複数の医師が管理する場合、双方で在宅患者訪問診療料の算定を認めるべきです。

本調査では、専門科の異なる複数の医師の定期的な訪問で在宅医療を支えている例があると答えた方が約3割おられました。その場合の算定方法は「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料を算定」が約4割、「双方とも訪問診療料を算定」が約3割でした。現行の取扱いでは複数医療機関が訪問診療料を算定することは認められていないので、「他方は基本診療料+往診料を算定」する場合は妥当と思われるのですが、定期的な訪問であるにも関わらず往診料を算定することもまた、算定要件に合致していません。

しかし、在宅で療養する患者は様々な疾患を持っています。外科的処置の必要な褥瘡、尿路感染症、乾癬等皮膚疾患、白内障・緑内障等眼科疾患、骨折や慢性疼痛疾患等の疾患を有する患者の場合、主治医である内科医と共に、外科医、泌尿器科医、皮膚科医、眼科医、整形外科医等が連携して計画的に治療に当たることが求められます。そのため、複数の医療機関で訪問診療料の算定を認めることが必要であり、次回改定で改善すべきです。

なお、専門科に関わらず、機能強化型在宅療養支援診療所の連携型の場合は、主治医の管理の元に複数の医師が協力して訪問診療にあたるグループ診療も評価すべきです。

(3) 同一日に同一建物居住者を複数診療した場合に、在宅患者訪問診療料を引き下げる取扱いは廃止すべきです。

本調査によると、訪問診療料は833点に一本化すべきだとの意見が7割弱を占めました。在宅患者訪問診療料は「疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価」です。1986年の導入の時点から、医師の足代、交通費を評価したものではないはず（交通費は別途自費徴収することになっている）それにも関わらず、同一建物において同一日に複数人数を診療した場合に点数が引き下げられるのは、点数が元々から評価している「療養の給付」の内容を誤って解釈していると言わざるを得ません。次回改定で改善すべきです。

また、同一建物居住者に対して203点を算定する場合にレセプト記載が求められている「要介護度」「認知症の日常生活自立度」「訪問診療が必要な理由」「訪問診療を行った日」「同一建物居住者の人数」ですが、訪問診療の必要性は傷病名や提供された医療内容から判断すれば良いものです。これらの記載は屋上屋であり次回改定で廃止すべきです。

(4) 深刻化する介護従事者等の離職を食い止めるため、介護・福祉事業に携わる職員の給与等の水準を改善すべきであり、そのために介護報酬を大幅に引き上げるべきです。

本調査では、回答者の約7割が、「今後、1日当たりの訪問診療の件数を増やすこと」「在医総管、施設総管の受け持ち患者数を増やすこと」について、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」と回答しています。

しかしながら、現場の声としての自由意見を見ると、「訪問看護、訪問介護、特養等介

護施設における介護スタッフのマンパワー不足により、患者が地域に帰ってこられない」という現状が浮き彫りになっています。これは2015年の介護報酬改定でマイナス2.27%もの大幅引き下げが実施されたことにより、介護事業所において厳しい労働条件におかれた介護従事者等の離職が深刻化し、かつてない人手不足と経営難が介護現場を直撃したためだと考えられます。

こうした状況を改善して、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現」するためには、介護報酬を大幅に引き上げるべきです。

以上を踏まえて、京都府保険医協会は、2017年8月2日付、塩崎恭久・厚生労働大臣を始め関係各位に対して、「在宅医療点数に関する改善要請書」を提出し、以下の改善を求めました。後日、遅滞なく、首相、財務相、中医協委員、社会保障審議会・医療保険部会委員、同介護給付費分科会委員、衆参両院厚労委員会、京都選出国會議員に送付して要請する予定です。

- 一、「通院困難な患者に対して、患者の個別ごとに総合的な医学管理を行った場合の評価」である在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料について、同一月に単一建物居住者を複数人診療した場合は引き下げる取扱いを廃止すること。
また、施設入居時等医学総合管理料は、在宅時医学総合管理料の点数に引き上げて一本化すること。
- 一、1人の患者を専門科の異なる複数の医師が管理する場合、双方で在宅患者訪問診療料の算定を認めること。
同一日に同一建物居住者を複数人診療した場合は在宅患者訪問診療料を引き下げる取扱いを廃止すること。
- 一、介護・福祉事業に携わる職員の人材確保、給与等の水準の改善のため、介護報酬を大幅に引き上げること。

本調査結果をお目通しいただいた上、2018年度診療報酬改定において、上記の改善が行われるよう、関係各位におかれてはご尽力いただけますよう、強く要請いたします。

（以上）

京都府保険医協会 とは

本会は京都府内で保険診療に従事する医師（保険医）2,380人で組織する団体です。社会保障の向上と国民医療の充実・発展を目指すことを目的に、1949（昭和24）年に設立しました。

「国民皆保険体制」の担い手たる保険医の団体として、「いつでも・どこでも・誰でも」が保険証1枚で必要な医療を必要なだけ受けられるよう、市民と共に、保険診療の発展をめざし、活動しています。

【本件の問い合わせ先】

【作成・発行】 京都府保険医協会

〒604-8162

京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町 637

インターワンプレイス烏丸 6階

電話 075-212-8877

FAX 075-212-0707

mail address info@hokeni.jp