

「同一建物への診療報酬減算騒動」

保健医療福祉サービス研究会 医療福祉経営指導部建築コンサルタント
コスモプラン株式会社 一級建築士事務所 代表取締役

水野直樹
Naoki Mizuno



2月中旬に平成26年度の診療報酬改定が発表された。在宅医療の分野で物議を醸しだしたのは「同一建物への診療報酬の大幅減算」だろう。主に同一建物への在宅医療を提供している医療機関には衝撃が走っただろう。その後、厚労省からの解釈通知が出され、内容が明らかになることにより、ある程度の事が判明してきた。影響を受ける医療法人は右往左往していることだろう。

■大幅減算2：13

2月13日は朝から医療機関が

ざわついていった。「こんなに減算されたら経営が成り立たない」「当局は何を考えているのか、在宅医療へ向かうなど言うしかない」等の話が飛び交った。筆者もさっそく関連の法人の中でも在宅医療を多く手掛ける法人に聞いてみた。連絡したところ、やはり問題になっていて、「今からこの件で会議をするので、後で連絡する。」との事だった。この法人は来年度に、今回問題になっている複数の「同一建物」を建設運営予定だったの

で、多分建設を全て中止するだろうと思っていた。午後連絡が来た。先方は「予定通り建設計画を進めてください。」と予想に反した。本当に大丈夫だろうかと思っていたら、「確かに年間かと思っていたら、確かに年間かかなりの収入減になるが、予定通り計画を進める。(法人常務K氏)」とのこと。実はこの法人は、地道に一人づつ回る訪問診療を展開している法人だった。それからは多くのメディアでこの問題が取り上げられていることはご存知の通りである。筆

者はこれによって、サ高住等の建設は後退することになるに違いないと見た。折しも建設費高騰の最中なので尋常ではないと思っていた。思うに国交省の来年度予算では高齢者居住安定化推進事業が、スマートウエルネス住宅推進事業と名称が変わり、サ高住への助成金が減少するにも見えるので、なるほどと思った程だ。

■解釈通知3：5

そんな中、3月5日に厚労省

から解釈通知が出た(図

1-1~5)。

あくまでも想定ではあるが、よく見ると同一建物に対する訪問診療の点数のタイプが大きく3つに分類可能なことに気付く。考察の条件として1建物について

図-1

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤									
在宅医療の適正化①									
在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。									
▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。									
区分	機能強化型在支診・病			在支診・病			それ以外		
病床	病床有	病床無		-			-		
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点	
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点	
区分	機能強化型在支診・病			在支診・病			それ以外		
病床	病床有	病床無		-			-		
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	750点	1050点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

2014年03月05日掲載 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について
平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)その3

医師1人で患者10人~15人程度であることと、レセプトの基本條件である訪問日の間隔が概ね2週間という条件に、医師一人が同一建物1棟を訪問診療する場合を基本パターンとしている。またターミナルケアは一定制限のもとに除外される(図-5)。まず、月2回の訪問診療を2回とも一揆に回る集約タイプ(図-4)。この場合は多くの在宅患者を診れることになり、在医総管点数だけでも現在の1/4と大幅に下がる。今回

図-3

在宅医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

同一建物の場合を算定する基準について

◆同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。

- (例)
 1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)
 2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物以外の管理料(在総管・特医総管)を算定

- 1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)
 2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → 同一建物の管理料(在総管・特医総管)を算定

◆同一患者等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。

- ※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。
 ※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診療料等。)

◆在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できるとする。

その他

- ・ 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療料加算」が算定可能である。
- ・ サ高住等の施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。

2014年03月05日掲載 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について
 平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)その3

図-2

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

在宅医療の適正化②

- ▶ 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- ▶ 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】		【改定後】	
訪問診療料1(同一建物以外)	830点	訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	400点	訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点	訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

【算定要件】

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 住診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3名までに限る。)とする。

2014年03月05日掲載 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について
 平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)その3

図-4

在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名
 月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	1	火	水	木	金	土	日
			①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨⑩ 訪問診療 (同一建物)				

※患者①～⑩すべての患者が、1度も訪問診療(同一建物以外)を算定していないので、低い管理料(同一建物)を算定する。

2014年03月05日掲載 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について
 平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)その3

図-5

在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名
 8日に患者③に臨時住診対応しターミナルへ移行 がん末期による3回/週の訪問診療を行う場合

月	1	火	水	木	金	土	日
			①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				

※患者①～⑨すべての患者が、1度は訪問診療(同一建物以外)を算定しており、高い管理料(同一建物以外)を算定可能である。

2014年03月05日掲載 平成26年度診療報酬改定説明会(平成26年3月5日開催)資料等について
 平成26年度診療報酬改定説明(医科・本体)その3

はこのタイプが狙い撃ちされたことになる。次に2回の内1回を集中し、その他を個別(1日1患者)に回る混合タイプ(図-5)。このタイプは点数の大幅な減はない。多分当局はこのタイプへの誘導をしていると思われる。ただこの場合、訪問日を2週間空けるには患者数が少なくなる

はずで、このあたりに今後何らかの運用説明があるかもしれない。最後に2回とも全て個別に回る個別タイプ。これはもともと点数が取れる(833点×人数)。しかし医師の訪問回数に限界があるだろう。昔から在宅診療を展開している医療機関にあるはず。以上の事は各医療機関が現在行っている方法によって減収になるか、変わらないか、逆に増収になるかの基準になるとも言える。また、医療機関の在宅診療の医師数(1～3人)によっても変わるし、大規模なサ高住等を複数の医療機関が

シェアする形態も考えられるだろう。実際の詳細については今後QA等で示されるだろう。大義としては、今後は大規模なサ高住等は望ましくない。30人程度の小規模なものや医療機関連携の中規模なものを、まちなか及び医療機関近くに展開して欲しい。在宅での終末期医療を進めて欲しい。ということか。ジャーナリストの浅川澄一氏は大幅減算が発表された時点で以下の様に言い切った。「7対1の急性期病床削減や療養病床等の再編、地域包括ケアシステムを主体とした病院から地域・

在宅への流れは変わらず、むしろ今後しっかりとした在宅医療体制への誘導と見るべきだ。また長年に渡り在宅医療及び個別診療を地域に展開する理事長U氏及び院長K氏が、静かに語った「今まで通りのスタイルでやっていくよ」。さらに東京において自宅での終末期医療を患者の家族共々実践している女性医師Mが「これで日本も本当の在宅医療へ向かうな」「今後は終末期医療型サ高住が増える。在宅医療契約で看取りまですることになる。」と明るく語っていた。これらの言葉が特に印象に残った。

しかし予断は許されない。今回想起している騒動は再燃する可能性が十分考えられる(事務長K氏)。次期介護報酬改定時には必ずこのリベンジが介護保険を通して行われる(法人部長G氏)等の発言を見ると、やはり「制度下の事業だな」とつくづく考えさせられた。悲喜こもごもの20日間という短い期間ではあったが、医療従事者のこころの内を見させてもらった気がする。が、この問題まだまだ波紋を呼びそうだ。