

日医総研ワーキングペーパー

2014 年度診療報酬改定に係る

診療所調査結果

—かかりつけ医機能と在宅医療を中心に—

No. 330

2014 年 12 月 16 日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

2014 年度診療報酬改定に係る診療所調査結果

－かかりつけ医機能と在宅医療を中心に－

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

公益社団法人日本医師会 医療保険課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 地域包括診療料・地域包括診療加算
- ◆ かかりつけ医
- ◆ かかりつけ医機能
- ◆ 介護保険
- ◆ 主治医意見書
- ◆ 院内処方・院外処方
- ◆ 長期処方
- ◆ 後発医薬品
- ◆ 在宅医療
- ◆ 在宅療養支援診療所
- ◆ 緊急往診
- ◆ 在宅看取り
- ◆ サ高住等
- ◆ 同一建物・同一日複数患者訪問診療

ポイント

- ◆ 2014 年度診療報酬改定の影響を把握するため、2014 年 10 月～11 月に診療所開設者・管理者にアンケート調査を実施した。回答数は 1,519 人（回答率 44.5%）である。

かかりつけ医機能

- ◆ かかりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、健康相談・管理、介護保険との関わりが重視されている。なお、診療科によって重視している項目が異なっており、すべての患者に対して必要なかかりつけ医機能のほか、患者特性（小児・高齢者、急性期・慢性期など）によって個別に必要なものがあることがうかがえる。
- ◆ 介護保険については、かかりつけ医として主治医意見書の作成などを通じて介護保険に係ることが重要であると認識されている。ただし、診療所自体が介護保険の体制を整備（たとえば、「医師が介護支援専門員の資格を保有」、「指定居宅介護支援事業者・常勤介護支援専門員の配置」）することはそれほど重視されていない。

処方

- ◆ 現在院内処方の診療所の中には、今後院内処方を継続するかどうか未定、無回答のところは4割近くある。今回創設された地域包括診療料および加算は、院内処方を原則としており、これを鑑みれば、現在院内処方の診療所が、今後院内処方を継続できるような支援も必要なのではないかと考えられる。

在宅医療

- ◆ 在宅医療の最大の障壁は「緊急時の対応」である。体力面での不安も大きく、在宅医療を担う診療所医師の業務負担軽減も必要である。
- ◆ 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関しか算定できないため、内科や外科の主治医が算定するケースが多いと推察されるが、今回の調査で、内科や外科以外にも、現在さまざまな診療科で在宅医療に取り組んでいることが明らかになった。
- ◆ 在宅医療に前向きなグループは、重症患者に高度な在宅医療を提供するなどして、在宅医療のコスト負担が重荷になっている。この面での財源確保も不可欠である。
- ◆ これから在宅医療に参入しようとする医師は、在宅医療について相談できる医師を求めており、地域医師会の先輩医師のサポートが期待される。
- ◆ 在支診以外の診療所も相当数の緊急往診、在宅看取りを担っている。
- ◆ 全体としては撤退したサ高住等よりも、新たに訪問するようになったサ高住等のほうが多かった。診療報酬改定後、同一日の訪問診療が差し控えられ、地域で複数の医師が連携してサ高住等の訪問診療を行うようになったこと、サ高住等そのものが増加していることなどが考えられる。

目 次

1.	2014 年度診療報酬改定の重点課題	1
2.	調査の目的と方法	2
3.	集計・分析	2
3.1.	回収状況	2
3.2.	基本情報	3
3.3.	かかりつけ医	4
3.3.1.	地域包括診療料・地域包括診療加算	4
3.3.2.	かかりつけ医およびかかりつけ医機能	6
3.4.	処方状況	14
3.4.1.	院内処方・院外処方	14
3.4.2.	長期処方	20
3.4.3.	後発医薬品	32
3.5.	在宅医療	38
3.5.1.	在宅医療への取り組みと課題	38
3.5.2.	在宅療養支援診療所	48
3.5.3.	緊急往診・在宅看取り	54
3.5.4.	サ高住等への訪問診療	58
3.6.	まとめ	63
4.	自由記述欄の意見	66
5.	調査票	76

1. 2014 年度診療報酬改定の重点課題

社会保障・税一体改革において¹、病院・病床の機能分化・強化、一般病棟における長期入院の適正化、在宅医療の推進などの方向性が示された。これを踏まえて、社会保障審議会医療部会・医療保険部会は診療報酬改定の重点課題として「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」を掲げ²、2014 年度の診療報酬改定では、これに対応した評価が行われた。重点課題は以下のとおりである。

【2014 年度の診療報酬改定の重点課題と対応³】

1. 入院医療について
 - ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
 - ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
 - ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
 - ④ 地域の実情に配慮した評価
 - ⑤ 有床診療所における入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について
 - ① 主治医機能の評価
 - ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化
3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

¹ 「社会保障・税一体改革大綱」2012 年 2 月 17 日閣議決定
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/zeiittaikaikaku_taikou.pdf

² 社会保障審議会医療部会・医療保険部会「平成 26 年度診療報酬改定の基本方針」2014 年 12 月 6 日
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf

³ 厚生労働省「平成 26 年度診療報酬改定の概要」2014 年 3 月 19 日版
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>

2. 調査の目的と方法

2014 年度診療報酬改定における重点課題のうち、かかりつけ医機能および在宅医療についての評価を中心に、診療報酬改定の影響と医療現場の実態とを把握すること、調査結果をもって、次回診療報酬改定、医療提供体制のあり方等の検討に資することを目的にアンケート調査を実施した。

調査対象は日本医師会会員のうち、診療所開設者および管理者から無作為に 20 分の 1 抽出した 3,413 人である。調査票は、2014 年 10 月 10 日に郵送で発送し、返送は 11 月 7 日郵送到着分まで受け付けた。不達が 3 件あったので実質対象者は 3,410 人である。

3. 集計・分析

3.1. 回収状況

対象者数 3,410 人、回答者数 1,519 人、回答率は 44.5%である。以下、単数回答箇所でも複数回答したものなどは無効とし、有効回答数は質問ごとに記している。

3.2. 基本情報

無床診療所 1,352 (89.0%)、有床診療所 132 (8.7%) である (表 3.2.1)。厚生労働省「平成 25 年医療施設 (動態) 調査」(2013 年 10 月 1 日) では、無床診療所 90.8%、有床診療所 9.2% である⁴。

診療科別では、多い順に内科 49.8%、整形外科 9.0%、眼科 7.6%、小児科 7.3% である。その他 26 件の内訳は、循環器科 (循環器内科を含む) が 6 件、アレルギー科 4 件、消化器内科 (消化器科を含む) 3 件、麻酔科 3 件などとなっており、診療所の診療科も専門分化しつつあるようである。

表 3.2.1 回答者数

	無床診療所	有床診療所	無回答	合計	構成比 (%)
内科	697	51	9	757	49.8
整形外科	122	13	2	137	9.0
眼科	99	15	2	116	7.6
小児科	107	2	2	111	7.3
皮膚科	82	1	2	85	5.6
耳鼻咽喉科	81	1	1	83	5.5
精神科	33	0	0	33	2.2
泌尿器科	29	2	1	32	2.1
外科	24	7	1	32	2.1
産科・産婦人科	21	29	4	54	3.6
婦人科	12	4	1	17	1.1
脳神経外科	13	0	1	14	0.9
人工透析科	6	2	0	8	0.5
その他	21	4	1	26	1.7
無回答	5	1	8	14	0.9
合計	1,352	132	35	1,519	100.0
構成比 (%)	89.0	8.7	2.3	100.0	—

⁴ 厚生労働省「医療施設動態調査 (平成 26 年 8 月末概数)」では、無床診療所 92,247 施設 (91.5%)、有床診療所 8,586 施設 (8.5%)。

3.3. かかりつけ医

2014年度の診療報酬改定では、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価することになり、地域包括診療料および地域包括診療加算が創設された。どちらか一方に限り届出できる。

3.3.1. 地域包括診療料・地域包括診療加算

2014年9月中に、地域包括診療料を算定した診療所は0.1%、地域包括診療加算を算定した診療所は6.5%である。今後の予定は地域包括診療料が0.3%、地域包括診療加算が6.7%である(図3.3.1)。今後については「未定・わからない」が26.2%あり、今後最大で約3割程度の診療所が地域包括診療料または診療加算を算定する可能性がある。

図 3.3.1 地域包括診療料または地域包括診療加算の算定状況

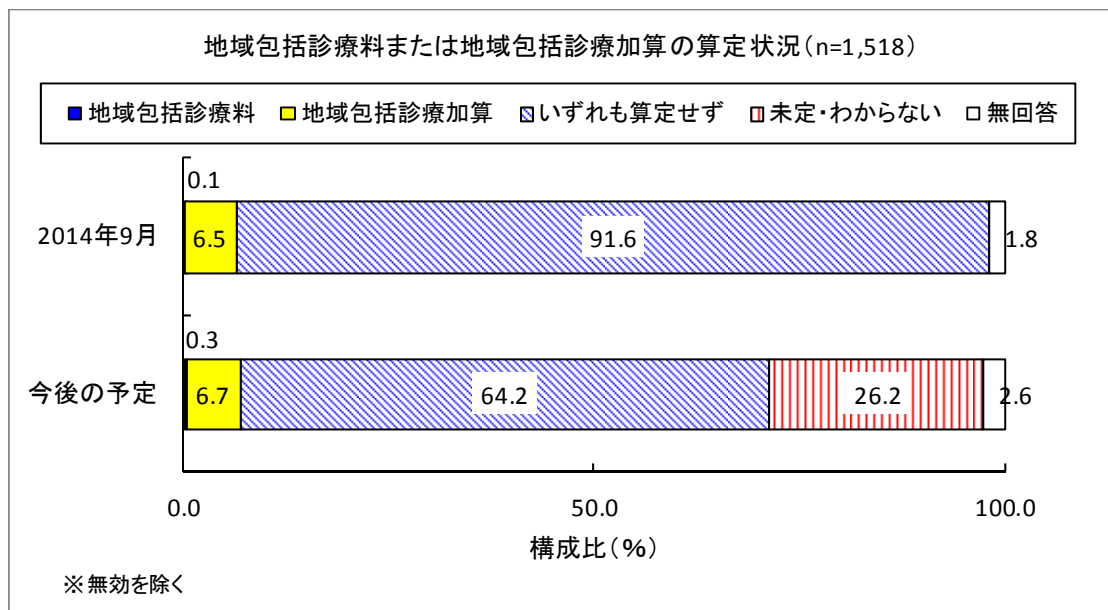


表 3.3.1 地域包括診療料および地域包括診療加算の算定要件

地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、診療所又は許可病床が200床未満の病院
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料若しくは地域包括診療加算を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、2015年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちすべてを満たすこと

診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算若しくは地域包括診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、2015年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

3.3.2. かかりつけ医およびかかりつけ医機能

かりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、特に重要と思われる項目は、多い順に、「受診勧奨や健康状態の管理」「主治医意見書の作成」「健康相談」であり、健康相談・管理、介護保険との関わりが重視されているようである（図 3.3.2）。

実施することが負担あるいは困難な項目は、常勤医師 3 人以上在籍、在宅患者への 24 時間の対応であり、かつ、これらについては重要であるとの回答は少ない。常勤医師 3 人以上、24 時間対応は、医療現場ではそれほど重要ではないと認識されているが、診療報酬の要件のひとつになっており⁵、現場の負担になっている。なお、24 時間対応については、重要という回答も約 2 割あるので、地域の実情などによって重要度が異なるのではないかと推察される。

重要であり、かつ実施が負担・困難な項目は、すべての医療機関の把握、すべての医薬品の管理である。患者の個人情報に留意しつつ、情報共有・連携の仕組みの整備を急ぐ必要がある。

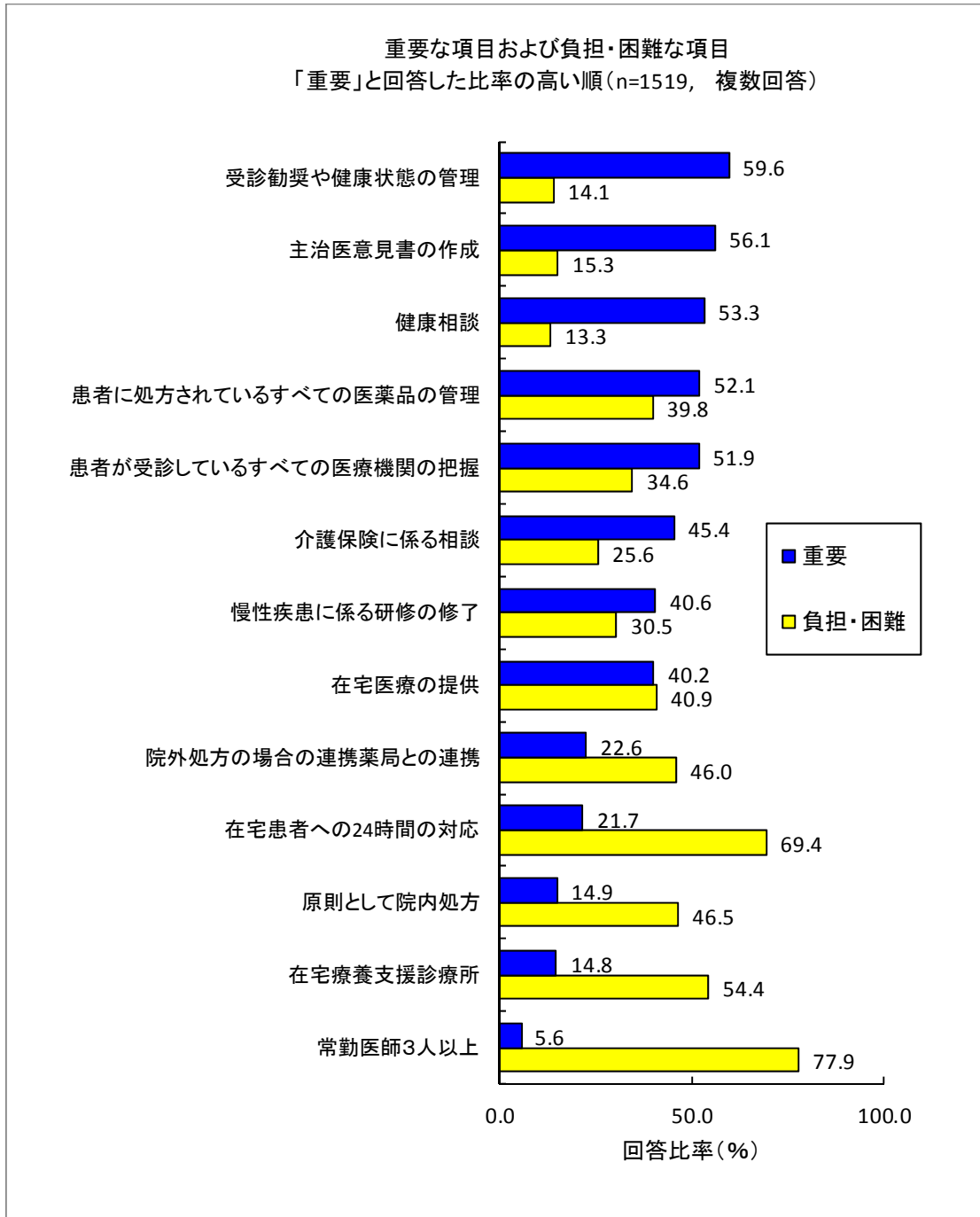
記述欄には、かかりつけ医が持つべき機能として以下のものが重要との記入があった。

- ・かかりつけ医が何でも見るのではなく、専門医療機関を紹介するなど、適切な道標をつけること。
- ・地域の他関係機関・職種とのコミュニケーション。
- ・多職種（ケアマネジャーや訪問看護等）との連携のコーディネート。
- ・患者、患者の家族、患者をとりまく環境について親身に考え、アドバイスすること。

このほか、かかりつけ医は患者が決めるものであって、診療報酬上の要件を満たしさえすればかかりつけ医という考え方は違うのではないかと、疾患を限定してかかりつけ医を選定するのはいかがなものかとの意見があった。

⁵ 地域包括診療加算は、「常勤医師 3 名以上」「時間外対応加算 1 または 2」「在宅療養支援診療所」のいずれか 1 つを満たす必要がある。地域包括診療料の場合は、常勤医師 3 名以上は必須。

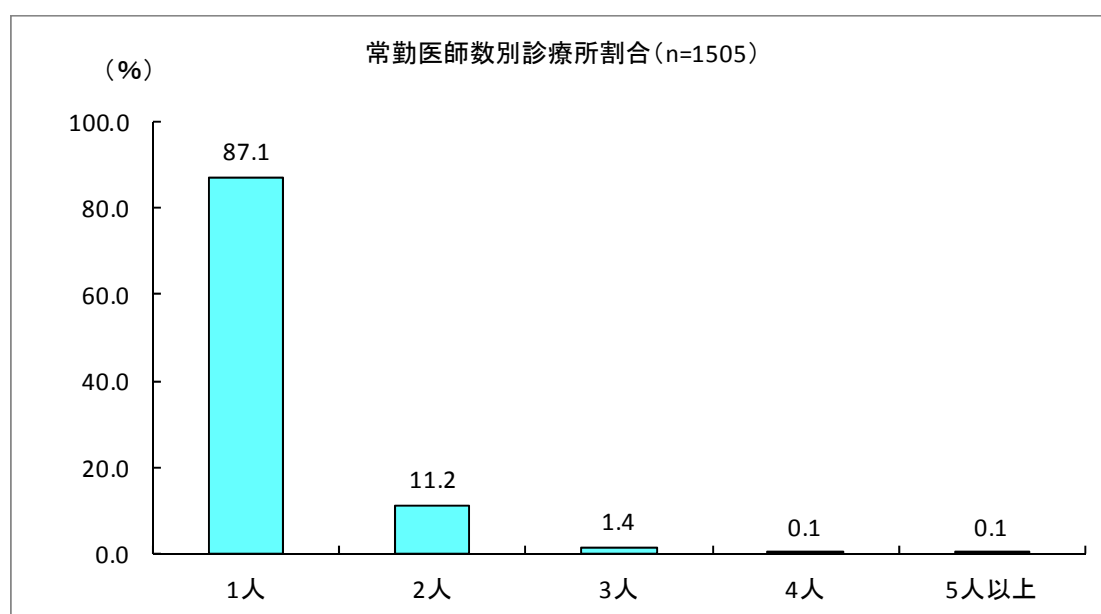
図 3.3.2 重要な項目および負担・困難な項目



地域包括診療加算を算定するためには、「常勤医師 3 名以上」「時間外対応加算 1 または 2」「在宅療養支援診療所」のいずれか 1 つを満たす必要がある。地域包括診療料の場合は、常勤医師 3 名以上は必須要件である。

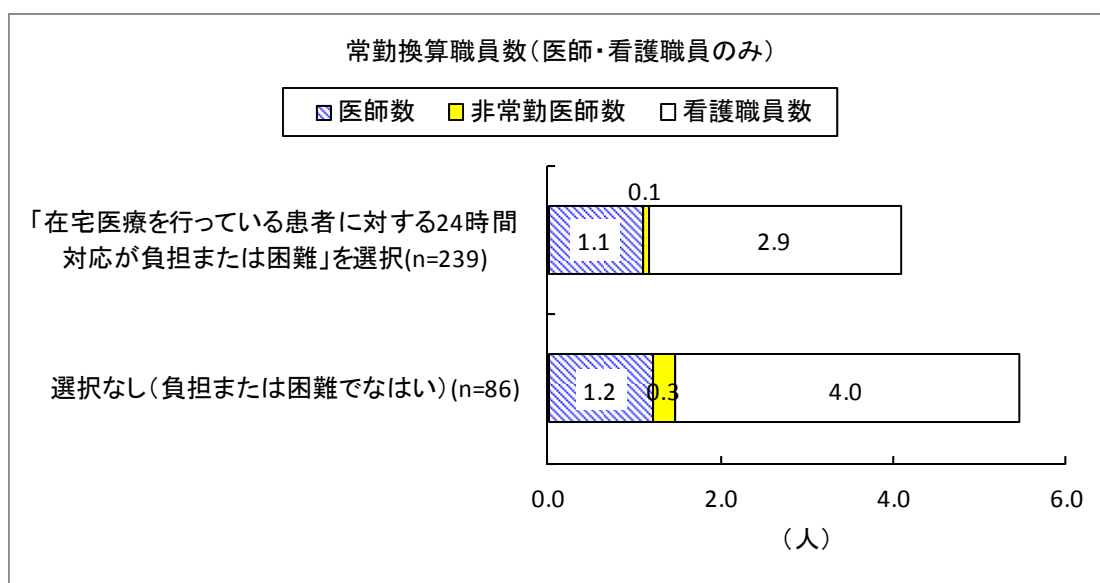
しかし、今回調査した診療所の 9 割近くでは常勤医師 1 名であった。「常勤医師 3 名以上」は現実的にはかなり困難な要件といえよう（図 3.3.3）。

図 3.3.3 常勤医師数別診療所割合



負担または困難である項目として、在宅医療を行っている患者に対する24時間の対応を選択した診療所も多い。負担または困難であるという診療所は、そうでないところと比べて、平均的に特に看護職員数が少ない（図 3.3.4）。在宅医療で24時間対応をする場合には、看護職員の体制が整っていることも重要であることがうかがえる。

図 3.3.4 常勤換算職員数



かかりつけ医師にとって、あるいはかかりつけ医機能として、何を重要と考えているかは、診療科によって異なっている。内科や外科では、「主治医意見書の作成」が多く、介護保険との関わりが重要であることがうかがえる。小児科や精神科では「健康相談」を重視している。内科以外の診療科、特に産科・産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科では「患者が受診しているすべての医療機関の把握」が重視されている（表 3.3.2）。

かかりつけ医機能はすべての患者に対して必要なもののほか、患者特性（小児・高齢者、急性期・慢性期など）によって個別に必要なものがあることがうかがえる。

表 3.3.2 診療科別 重要な項目

網掛けは各診療科上位2位。回答数30以上の診療科。

診療科	回答数	かかりつけ医・かかりつけ医機能にとって重要と思う項目(複数回答%)												
		慢性疾患に係る研修の修了	患者が受診しているすべての医療機関の把握	患者に処方されているすべての医薬品の管理	原則として院内処方	院外処方の場合の連携薬局との連携	健康相談	受診勧奨や健康状態の管理	介護保険に係る相談	主治医意見書の作成	在宅医療の提供	在宅患者への24時間の対応	常勤医師3人以上	在宅療養支援診療所
内科	757	38.0	53.6	53.0	18.1	21.0	58.1	66.4	52.7	66.3	45.2	23.5	3.7	17.8
小児科	111	49.5	37.8	49.5	8.1	23.4	56.8	54.1	33.3	41.4	31.5	15.3	9.0	15.3
精神科	33	39.4	54.5	48.5	12.1	27.3	60.6	66.7	48.5	54.5	30.3	18.2	12.1	15.2
外科	32	37.5	34.4	46.9	15.6	9.4	53.1	59.4	56.3	71.9	56.3	28.1	0.0	12.5
整形外科	137	40.1	52.6	56.2	12.4	21.2	47.4	51.8	52.6	56.9	33.6	15.3	5.8	9.5
皮膚科	85	47.1	49.4	49.4	9.4	35.3	38.8	41.2	36.5	37.6	41.2	25.9	9.4	10.6
産科・産婦人科	54	53.7	55.6	53.7	20.4	27.8	50.0	57.4	20.4	25.9	37.0	24.1	5.6	14.8
眼科	116	35.3	51.7	43.1	11.2	22.4	34.5	45.7	30.2	37.9	35.3	21.6	6.0	9.5
耳鼻咽喉科	83	42.2	55.4	55.4	12.0	19.3	39.8	47.0	25.3	30.1	30.1	14.5	10.8	8.4
泌尿器科	32	46.9	53.1	50.0	0.0	31.3	71.9	71.9	50.0	68.8	43.8	28.1	0.0	21.9

かかりつけ医と介護保険との関わり

地域包括診療料および地域包括診療加算では、介護保険に係る相談を行い、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること等も要件である（表 3.3.3）。

介護保険に係る要件のうち、特に重要と思う項目は、「都道府県が実施する主治医意見書に関する研修会の受講」で 40.4%であった（図 3.3.5）。ただし主治医意見書の作成が重要であるという回答（前述。重要は 56.1%）に比べると、研修会の受講が重要であるとの回答は少なく、研修会受講の必要性については意見が分かれている。

重要かつ、実施が負担・困難な項目は、「居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供」であった。居宅療養管理指導については、利用者を訪問することが困難なのか、計画の策定が負担なのか、今後、さらに検討する必要があるかと思われる。

重要でない割に実施が負担・困難な項目は、「医師が介護支援専門員の資格を保有」、「指定居宅介護支援事業者・常勤介護支援専門員の配置」、「介護保険によるリハビリテーションの提供」であった。診療所自体が、介護保険についての体制を整備することはそれほど重要ではないと考えられているようである。

このほか記述欄には、特に介護支援専門員（ケアマネジャー）について、以下のような意見が複数あった。

- ・（医師との連携がうまくいっておらず）医師とケアマネジャーの連携、連絡、情報交換が重要。
- ・ケアマネジャーへのさらなる教育が必要。
- ・医師自身がケアマネジャーの資格を保有する必要はない。

図 3.3.5 介護保険関連 重要な項目および負担・困難な項目

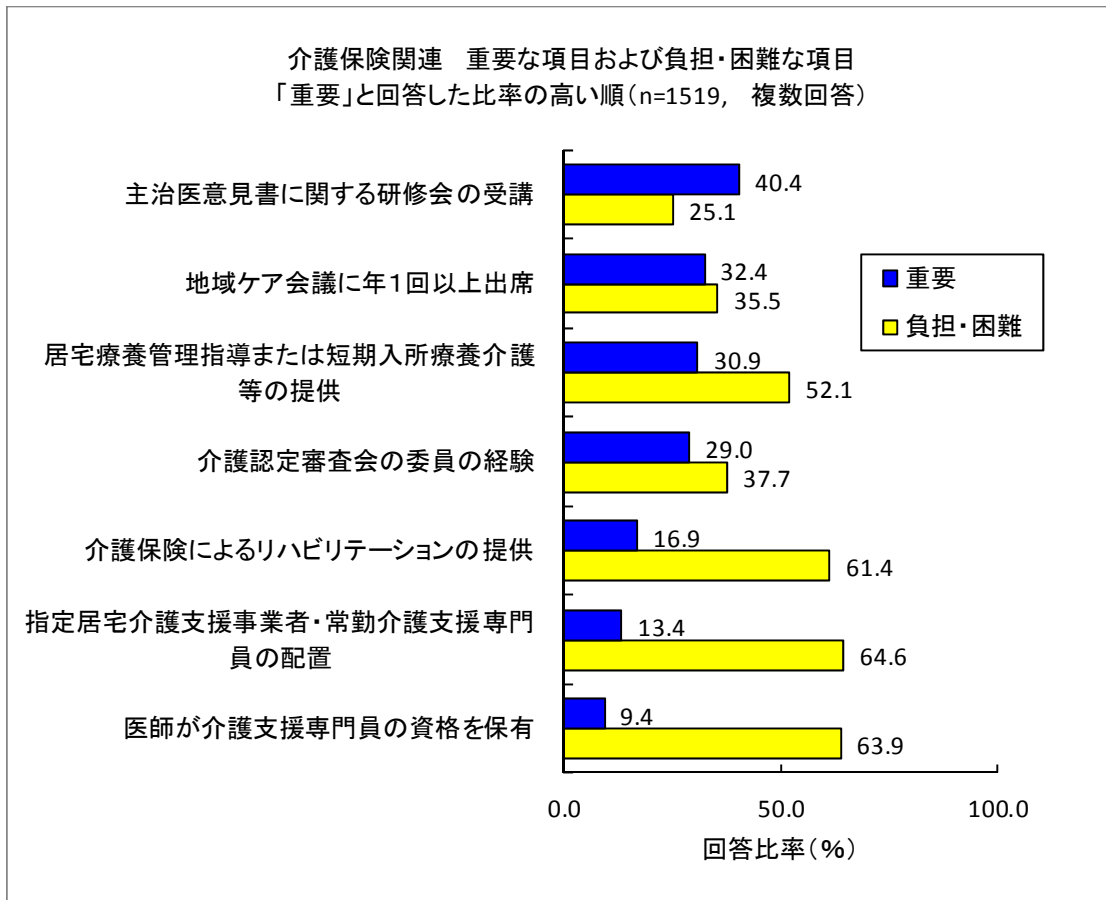


表 3.3.3 地域包括診療料および地域包括診療加算の算定要件（介護保険部分）

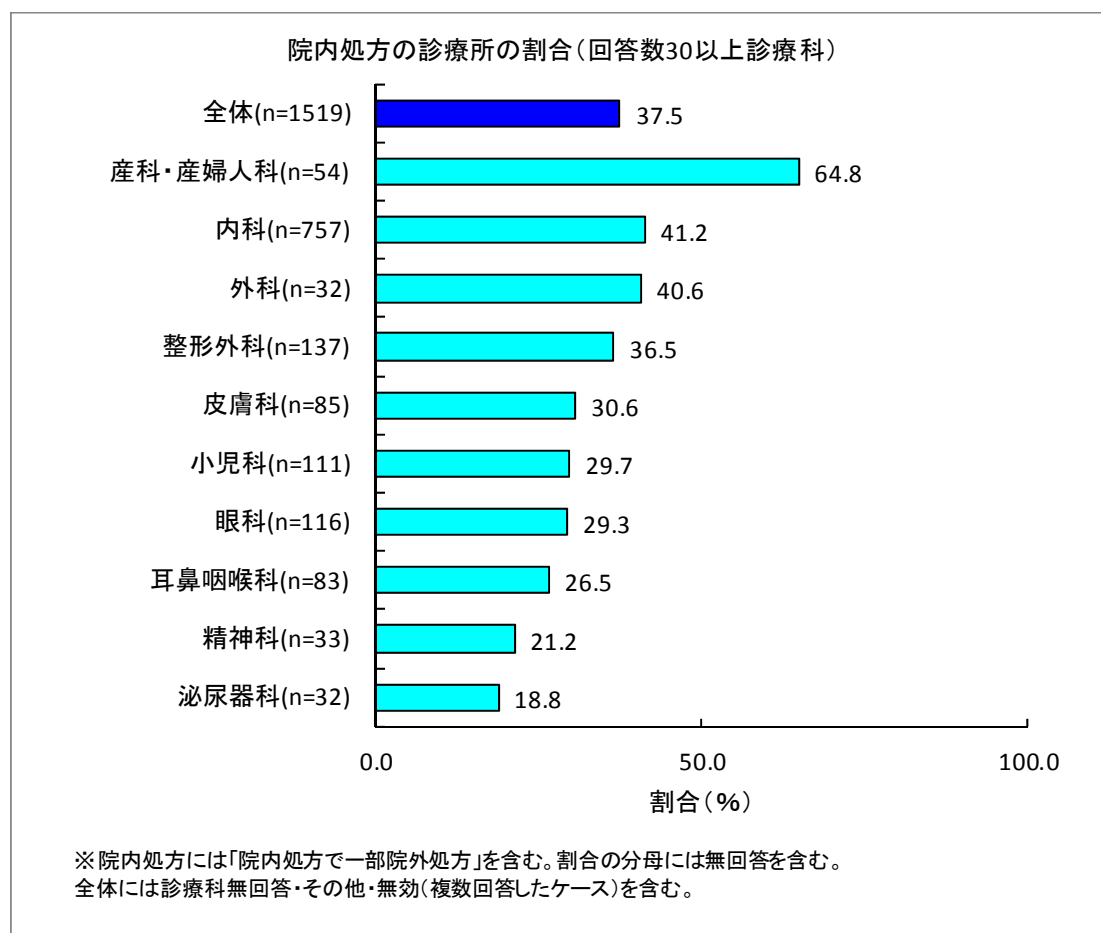
- ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること
- ・下記のいずれか一つを満たすこと
 - ① 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供
 - ② 地域ケア会議に年1回以上出席
 - ③ 指定居宅介護支援事業者の指定かつ常勤介護支援専門員の配置
 - ④ 介護保険の生活期リハの提供
 - ⑤ 介護サービス事業所の併設
 - ⑥ 介護認定審査会の委員経験
 - ⑦ 主治医意見書に関する研修会を受講
 - ⑧ 担当医がケアマネジャーの資格を有している
 - ⑨ (病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

3.4. 処方状況

3.4.1. 院内処方・院外処方

「院内処方」「院内処方の一部院外」あわせて、院内処方の診療所の割合は全体で37.5%、産婦人科系では6割超、内科および外科で4割強である⁶。

図 3.4.1 院内処方の診療所の割合



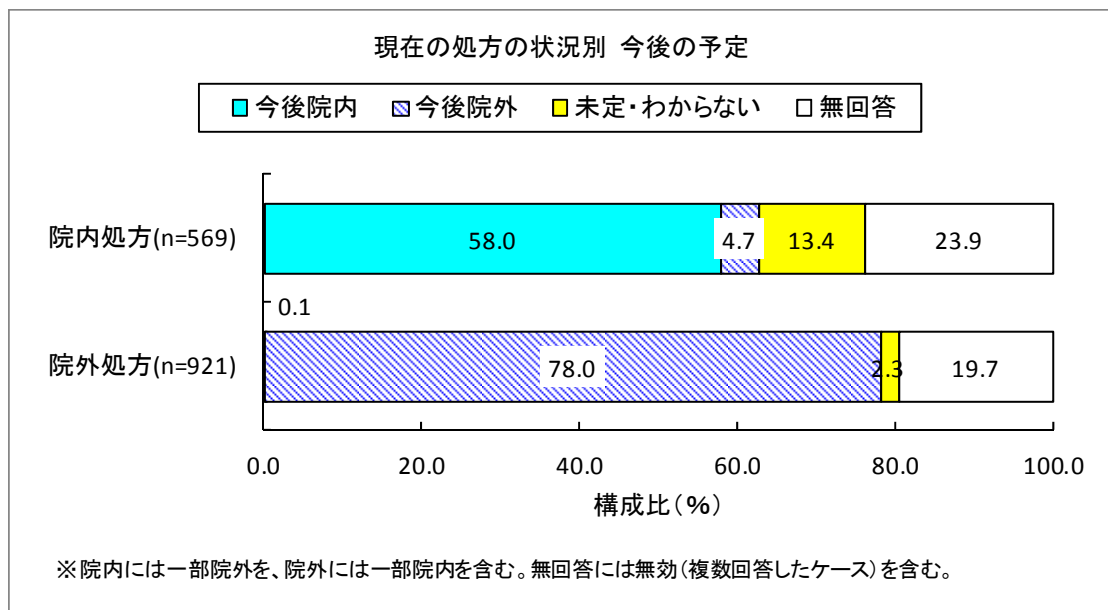
⁶ 日本薬剤師会が推計している病院、一般診療所、歯科診療所の処方せん受取率（院外処方の割合）は、2013年度で67.0%。
公益社団法人日本薬剤師会「処方箋受取率の推計 「全保険（社保+国保+後期高齢者）」
<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/bungyo/h25/2uke25nendo.pdf>

2014年度の診療報酬改定では、地域包括診療料および加算の要件で「原則として院内処方を行うこと」とされ、医師の服薬管理が評価された。

現在院内処方のところの中には、今後どうするか未定、無回答のところは4割近くあり、これらの診療所が院内処方を継続するか、院外処方に移行するかが注目される。一方、現在院外処方、今後院内処方にする予定のところはほとんどない(図 3.4.2)。

今回創設された地域包括診療料および加算は、院内処方を原則としており、これを鑑みれば、現在院内処方の診療所が、今後院内処方を継続できるような支援も必要なのではないかと考えられる。

図 3.4.2 現在の処方の状況別 今後の予定



院内処方の特長

院内処方の特長としては、「患者の移動の負担がない」がもっとも多く、全体で75.4%である（図 3.4.3）。

「患者の経済的負担が少ない」は院内では76.1%であるが、院外では47.6%に止まっている（図 3.4.4）。

また、院内処方の医師は、服薬管理をより確実に行うことができること、医師が服薬指導を直接行えることを評価している。院外処方の医師はこれらについてはあまり評価していない。

また記述欄には、院内処方の特長として、以下のようなことが記入されていた。

- ・ 患者に対して処方意図が正しく伝わる。
- ・ 患者の問い合わせにその場で適切に回答できる。
- ・ 薬局での待ち時間をなくすことができる。
- ・ 患者のプライバシーを守ることができる（疾患によっては患者が薬局に行きたくない）。

図 3.4.3 院内処方の特長

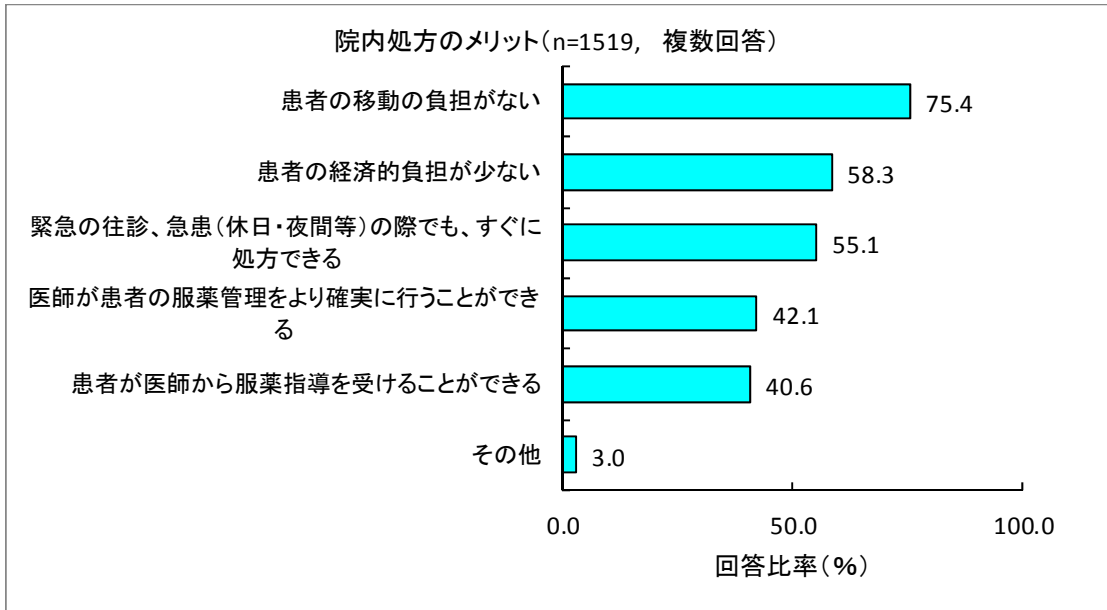
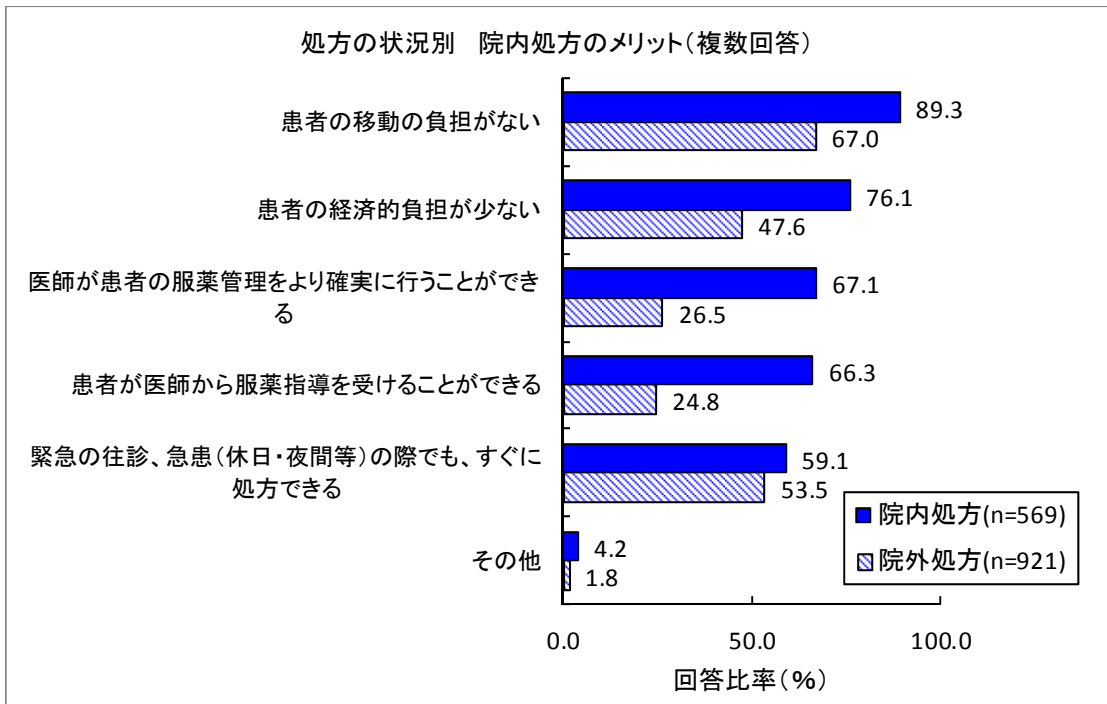


図 3.4.4 処方の状況別 院内処方の特長



院外処方の特長

院外処方の特長としてもっとも多いのは、「医療機関で在庫管理の手間・コストがかからない」であり（図 3.4.5）、院外処方で 80.6%、院内処方で 74.5%である（図 3.4.6）。院内処方の医師の 7 割強は、医療機関としての手間やコストはかかることを承知した上で、院内処方に行っていることがうかがえる。

院外処方の医師は、院外処方の特長として、「医師と薬剤師とでダブルチェックができる」「重複投薬や相互作用の有無などが確認できる」「患者が薬剤師から服薬指導を受けることができる」を挙げている割合が比較的高い。院外処方の特長として薬局・薬剤師と業務分担を挙げる診療所は、薬局・薬剤師との連携ができているのではないかと推察される。

また、記述欄には、院外処方の特長として、薬剤選択の幅が広がる（診療所の在庫に縛られない）といった意見が記入されていた。

図 3.4.5 院外処方の特長

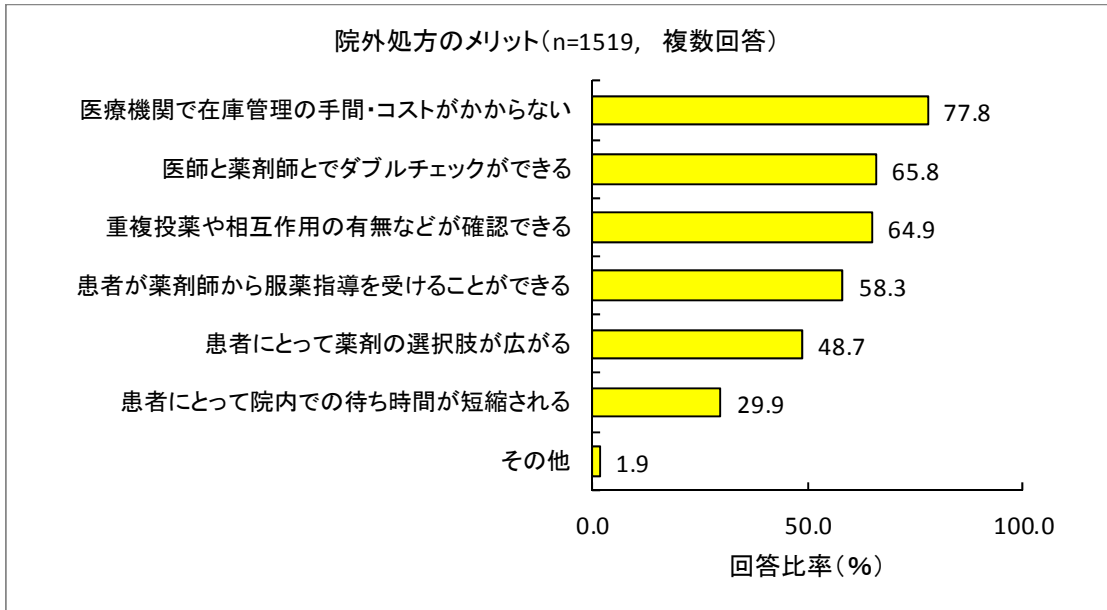
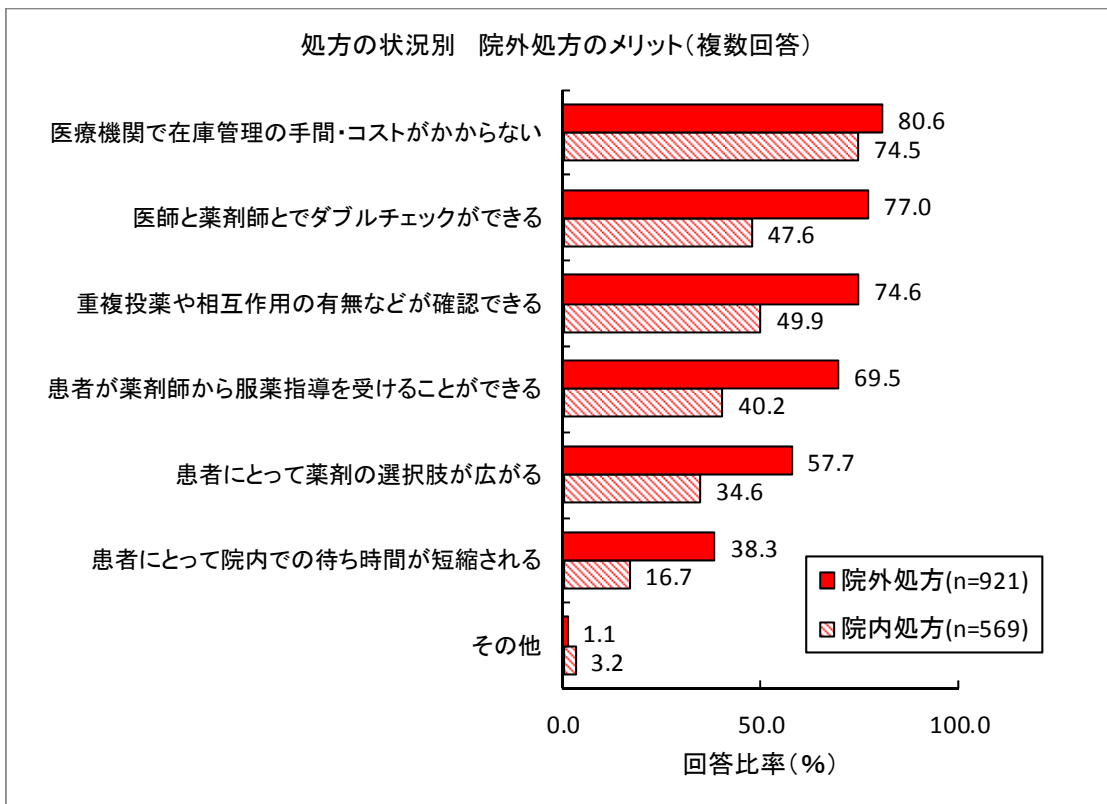


図 3.4.6 処方の状況別 院外処方の特長



3.4.2. 長期処方

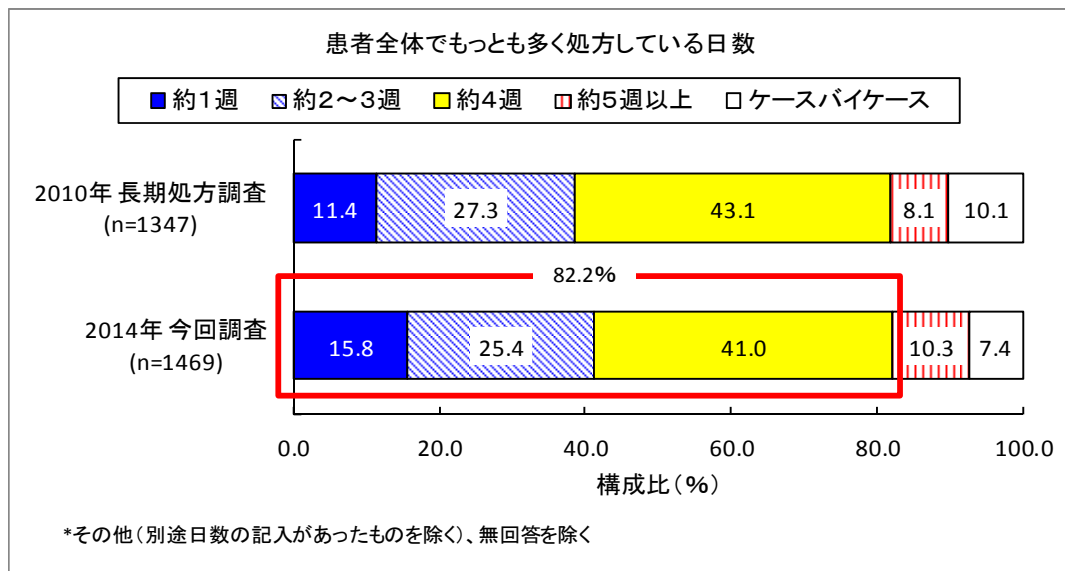
2010年に日本医師会が行なった調査（以下、「2010年 長期処方調査」⁷）から、長期処方に係るさまざまな問題が浮上したことから、今回の調査で、ふたたび長期処方の実態について質問した。

患者全体

もっとも多く処方されている処方日数は約4週（28～30日）で41.0%であった（図 3.4.7）。約4週以下は合計82.2%、約5週以上は10.3%であった。「2010年 長期処方調査」と比べて大きな変化はなかった。

なお、ここでは「もっとも近い処方日数」を選択するので、約1週には1週未満を含む。「その他」を選択し、別途処方日数の記載があったものは、もっとも近い日数に計上して、集計している（以下、同じ）。

図 3.4.7 患者全体でもっとも多く処方している日数



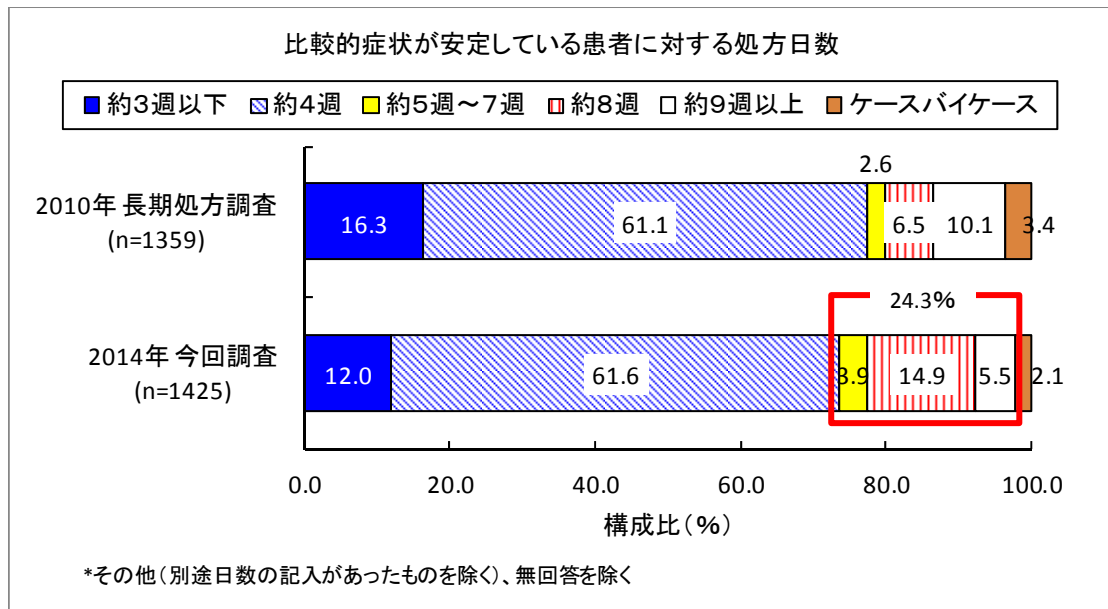
⁷ 前田由美子「長期処方についてのアンケート調査報告—6道県におけるパイロットスタディー—」日医総研ワーキングペーパーNo.225, 2010年12月20日
北海道、茨城県、群馬県、千葉県、広島県、福岡県の6道県で日本医師会会員である診療所管理者または開設者、診療所勤務医をそれぞれ無作為に5分の1で抽出した。対象医師数3,199人、有効回答数1,395人（有効回答率43.6%）。なお、同調査では病院医師にもアンケート調査を行っているが、本稿で比較しているのは診療所医師の回答分のみ。

比較的症狀が安定していて定期的に通院している患者

比較的症狀が安定していて定期的に通院している患者（生活習慣病、甲状腺機能低下症、更年期障害など）に対して、もっとも多く処方している日数は約4週で61.6%であり、約4週以下は合計73.6%であった（図3.4.8）。

約5週以上は合計24.3%であった。「2010年長期処方調査」と比べ、今回の調査では生活習慣病等の患者に対して、約8週という約2か月単位での処方の増加が見られた。

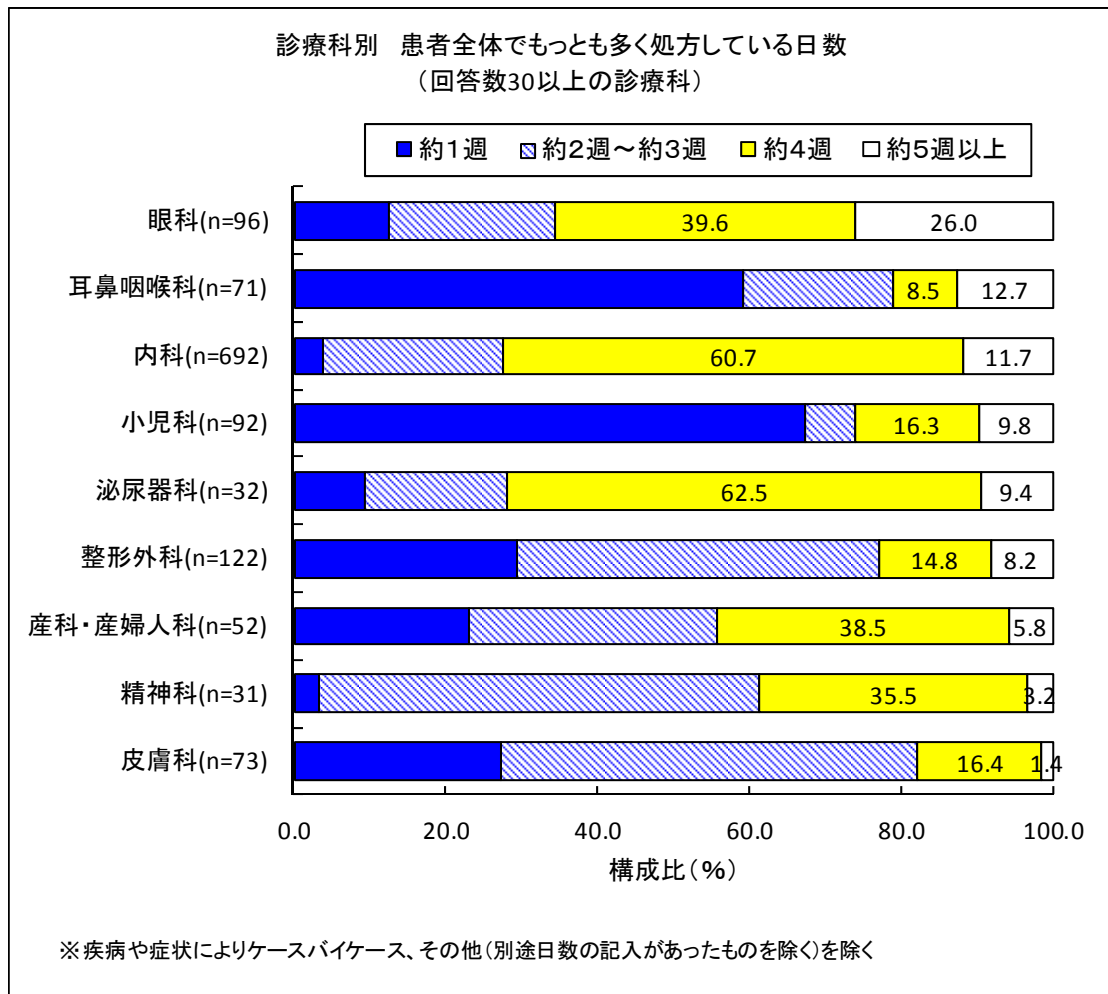
図 3.4.8 比較的症狀が安定している患者に対する処方日数



患者全体（診療科別）

患者全体に対する処方でもっとも多く処方している日数が約5週以上という診療所の割合が高いのは眼科 26.0%であり、耳鼻咽喉科および内科で1割以上である（図 3.4.9）。

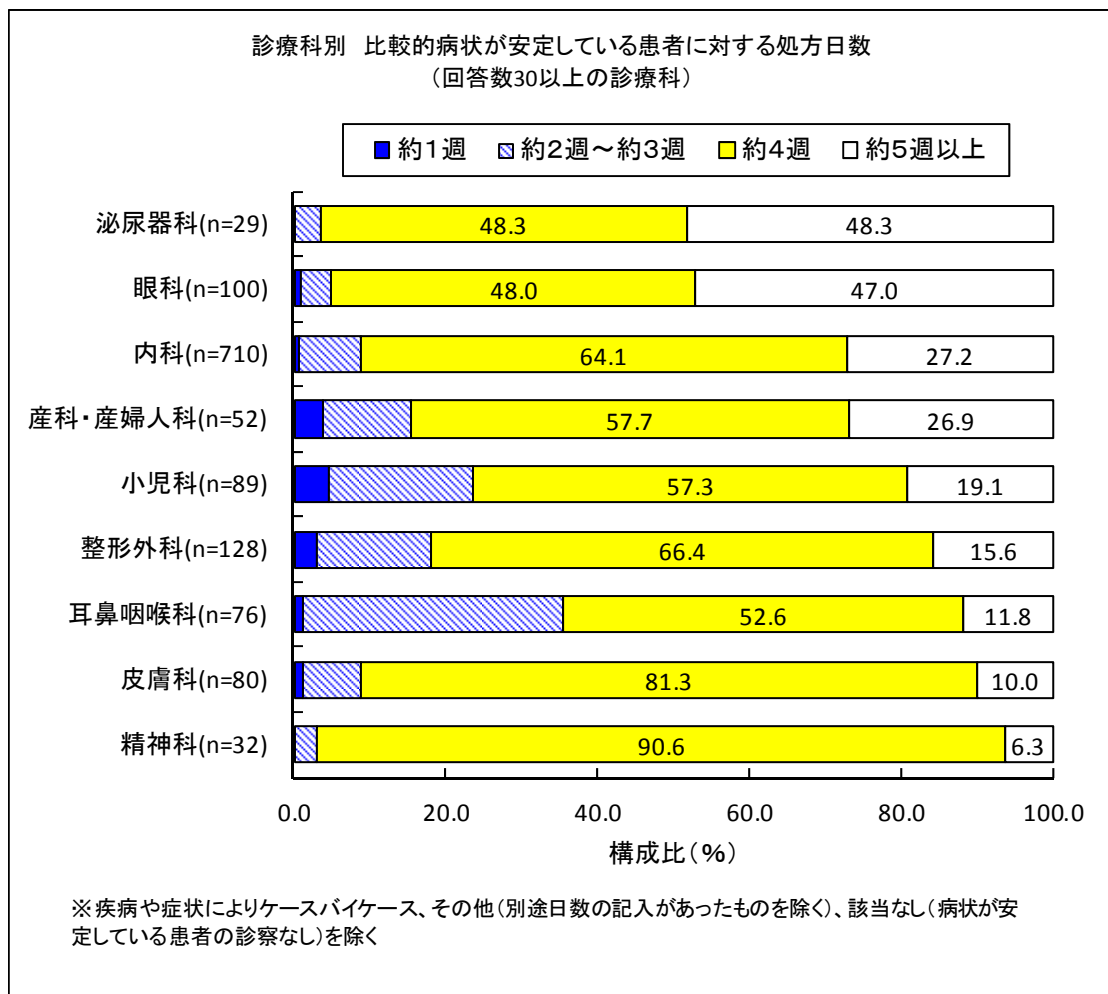
図 3.4.9 診療科別 患者全体でもっとも多く処方している日数



比較的症状が安定していて定期的に通院している患者（診療科別）

全体的に比較的症状が安定していれば、約4週以上の処方を行う診療所が多数になっている。また、約5週以上という診療所の割合が高いのは、泌尿器科48.3%、眼科47.0%などである（図3.4.10）。

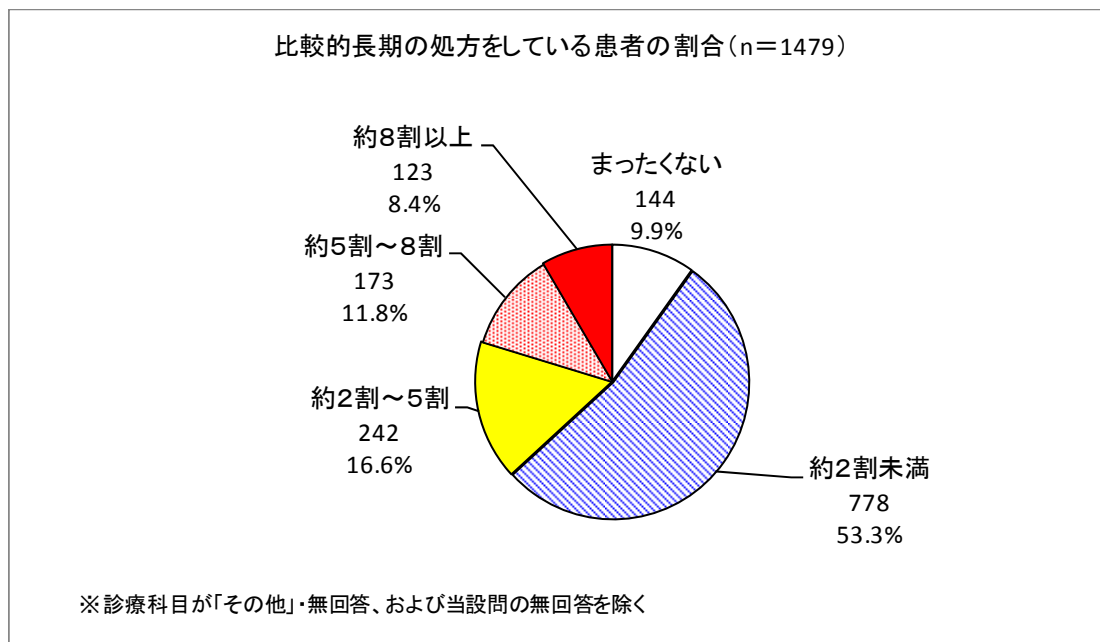
図 3.4.10 診療科別 比較的症状が安定している患者に対する処方日数



比較的長期の処方を1か月超と定義して、比較的長期の処方を行っている患者の割合を質問した。

比較的長期の処方をしている患者が約8割以上、すなわちほとんどの患者に比較的長期の処方を行っている診療所が8.4%であった。また5割以上、すなわち患者の半数以上に比較的長期の処方を行っている診療所が20.3%（約5割～8割と約8割以上の合計）であった（図 3.4.11）。

図 3.4.11 比較的長期の処方をしている患者の割合



院外処方の診療所は、院内処方の診療所に比べて比較的長期の処方をしている患者の割合が高い。比較的長期の処方をしている患者が約5割以上の診療所は院内処方では16.8%、院外処方では22.4%である（図3.4.12）。

診療所では院内処方と院外処方とで診療報酬が異なるが、院外処方に長期処方のインセンティブがあるわけではない。生活習慣病等の患者に対して総合的に病態分析を行い、処方管理を行った場合で、処方期間が28日以上の場合には、月1回1処方につき特定疾患処方管理加算65点を算定できるが、これは院内処方（処方料）、院外処方（処方せん料）いずれにも加算できる。

保険薬局の場合、調剤料は1日いくらであり、内服薬の場合、1回の調剤で2日分では100円（50円×2日）、7日分では350円である。8日分以上は1日40円になるが、14日分まで日数に比例する。31日分以上の調剤は、何日分であっても1回890円であるので、長期処方の経済的効果はないが、その間患者を固定できるというメリットはある。

図 3.4.12 院内・院外処方別
比較的長期の処方（1か月超）をしている患者の割合

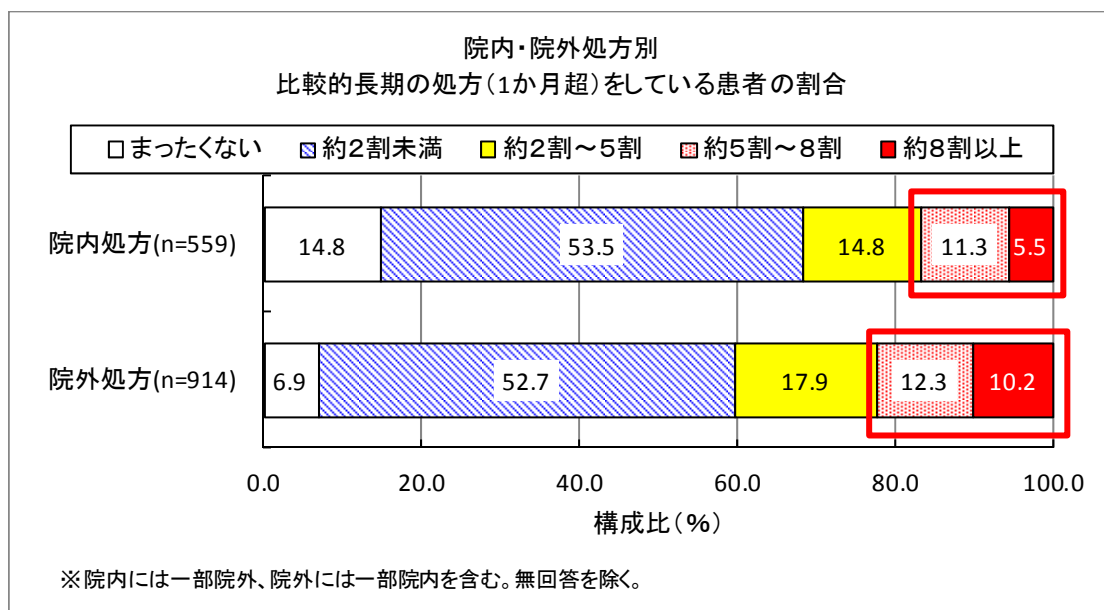


表 3.4.1 院内処方と院外処方の医療費の違い（例）

診療所で内服薬1種類を7日間処方された場合（例）

このほかに薬剤料がかかる。薬剤料は院内処方も院外処方も同じ

院内処方の場合		(円)
診療所	初診料	2,820
	処方料	420
	調剤料(内服薬1回の処方に係る調剤)	90
	調剤技術基本料 ※1	80
	薬剤情報提供料 ※2	100
	手帳記載加算 ※3	30
	合計	3,540

院外処方の場合		(円)
診療所	初診料	2,820
	処方せん料	680
	一般名処方加算 ※4	20
	計	3,520
保険薬局	調剤基本料	410
	調剤料(1日1種類50円×7日分)	350
	基準調剤加算1 ※5	120
	後発医薬品調剤体制加算1 ※6	180
	薬剤服用歴管理指導料 ※7	410
	計	1,470
合計	4,990	

- ※1) 薬剤師が常時勤務している場合 ※5) 一定の体制が整備されている場合
 ※2) 薬剤の情報を文書で提供した場合 ※6) 後発医薬品の調剤数量割合によって異なる
 ※3) 薬剤の名称を手帳に記載した場合 ※7) 薬剤の情報を文書で提供し手帳に記載した場合
 ※4) 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合

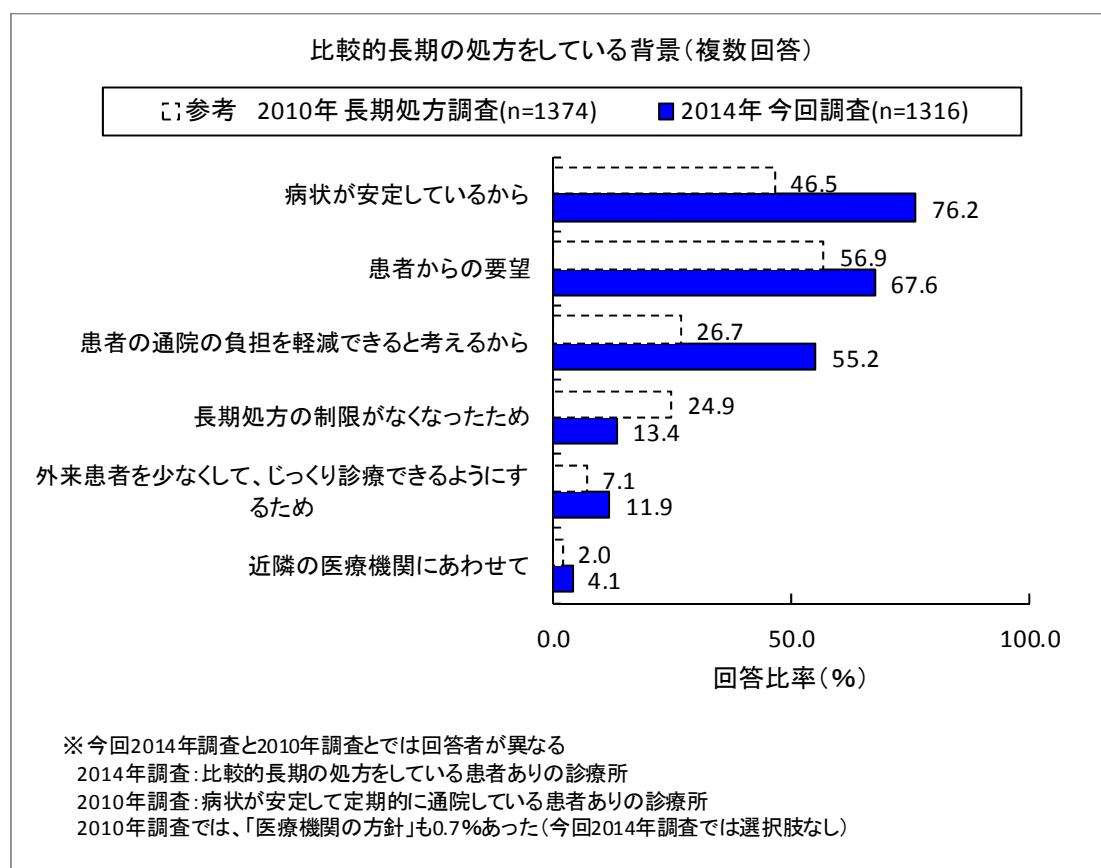
内服薬調剤料の例(1剤につき3剤まで) (円)

イ 14日分以下の場合	
(1) 7日目以下の部分(1日分につき)	50
(2) 8日目以上の部分(1日分につき)	40
ロ 15日分以上21日分以下の場合(1回につき)	710
ハ 22日分以上30日分以下の場合(1回につき)	810
ニ 31日分以上の場合(1回につき)	890

比較的長期の処方をしている背景は、「病状が安定しているから」がもっとも多く76.2%、ついで「患者からの要望」が67.6%であった(図 3.4.13)。

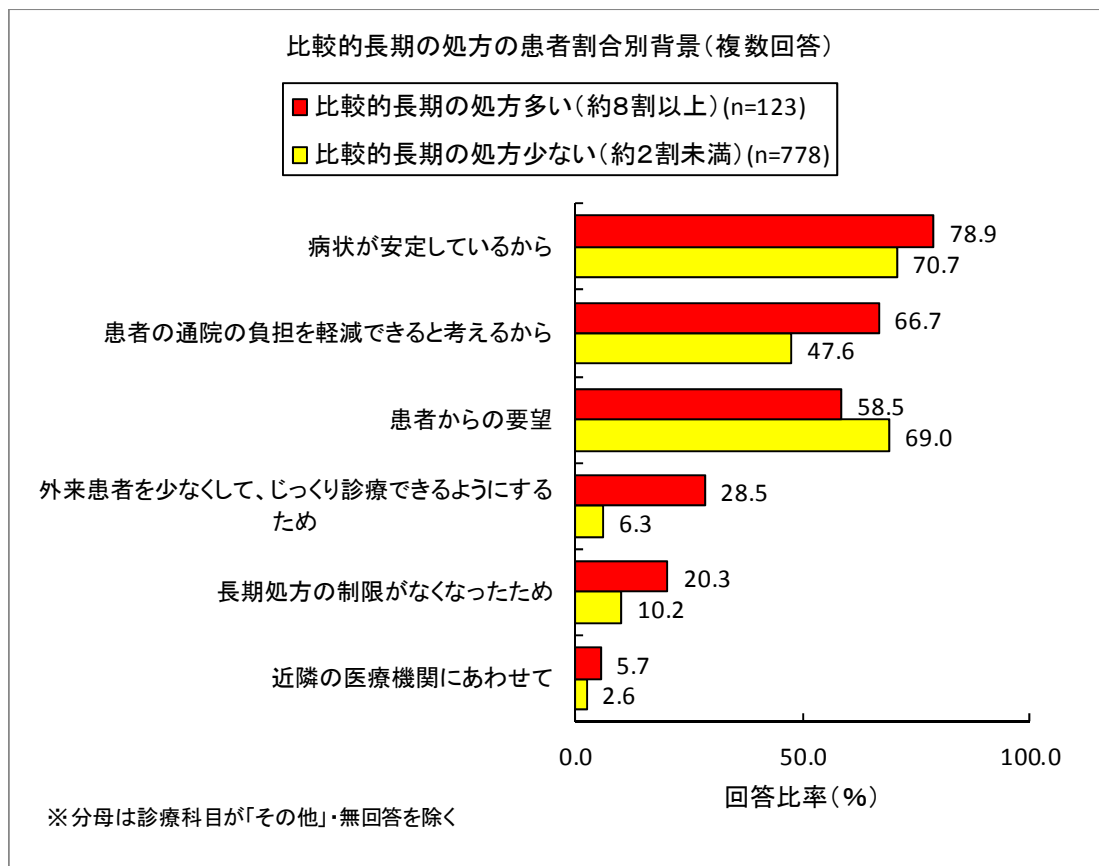
今回の調査は、「2010年 長期処方調査」とは回答者が異なるため単純に比較できないが、今回は、病状が安定している、「患者の通院負担を軽減できる」という回答が増えており、高齢化が進んでいることもあり、全体的に生活習慣病等で長期継続して通院している患者が増えてきているのではないかと推察される。

図 3.4.13 比較的長期の処方をしている背景



比較的長期の処方の患者割合が少ないところ(約2割未満)は、多いところと比べて「患者の通院の負担を軽減できる」という回答が少なく、「患者からの要望」という回答が多い(図 3.4.14)。患者が通院困難でなくても、患者が強く要請して長期処方になっているケースもあることがうかがえる。

図 3.4.14 比較的長期の処方の患者割合別背景



また記述欄には比較的長期処方を行う理由として、以下のような記述があり、病院が長期処方を進めていることがうかがえる。

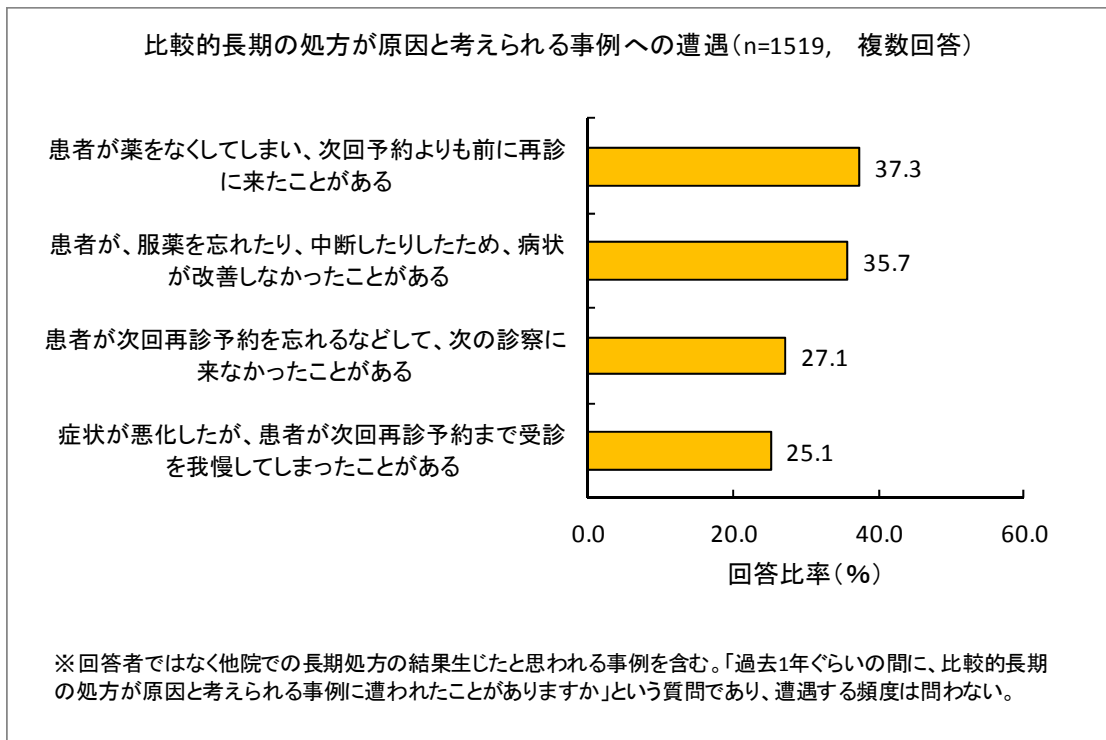
- ・ 近隣の病院の外来が3か月処方中心なので。
- ・ 基幹病院の処方が長期処方なので。
- ・ 病院は90日処方しているのが普通で、どうしても処方が長くなる。
- ・ 患者さんから1か月を越えて2か月、3か月の要望がある。近くの市立病院または大学病院でこのような長期の処方を受けていたので。1年に3回または6回の診察では危険を感じるし、この回数ではもはや「かかりつけ医」とは言えないのではないか。

比較的長期の処方の原因であると考えられる事例に遭遇した内容として、もっとも多かったものは「患者が薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来たことがある」は37.3%であった（図 3.4.15）。ついで「患者が、服薬を忘れてたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったことがある」35.7%であり、診療所医師の約3分の1が、長期処方により病状が改善しなかったという事例を体験していた。

また記述欄には、次のような問題も記入されていた。

- ・服薬を忘れてたり、不規則になったり、間引いたりし、受診間隔が間延びする。
- ・長期処方の間、服薬指導できないので、自己判断で薬剤料や服用回数を変更する。
- ・慢性疾患などで長期処方の中に病識が欠如する。
- ・糖尿病では食事療法が途中おろそかになりやすい。

図 3.4.15 比較的長期の処方が原因と考えられる事例への遭遇



3.4.3. 後発医薬品

前回 2012 年度の診療報酬改定で、一般名処方加算が創設された。一般名処方加算は、医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行い、交付した処方せんに 1 品目でも一般名処方されたものが含まれれば算定できる。なお、院内処方の診療所は処方せんを交付しないので対象ではない。

保険薬局は、一般名処方の処方せんにもとづいて調剤を行った場合には、処方せんを発行した診療所に、実際に調剤した薬剤の情報を提供することになっているが、診療所と保険薬局があらかじめ合意した方法（患者が医薬品を選択した都度、継続して服用してきた薬剤と異なるものを患者が選択した時など）でよい⁸。

2012 年度の診療報酬改定直後に実施したアンケート調査（以下、「2012 年 改定調査」では、「算定している」「条件を整えば算定する」の合計は 67.9% であった⁹。

現在、一般名処方加算を算定している診療所は 66.8%、「条件を整えば算定する」が 6.6%、「現在算定しておらず今後も算定しない」が 24.8%であった（図 3.4.16）。いずれも分母は院外処方の診療所である。

一般名処方加算を算定しない理由は、「患者さんにとってわかりづらい」がもっとも多く 42.5%であり、「2012 年 改定調査」とほぼ同じである（図 3.4.17）。また、今回の調査では、「2012 年 改定調査」に比べて「後発医薬品を信頼できない」が減少している。

⁸ 「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」2012 年 3 月 5 日保医発 0305 第 12 号 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/tuuchi1-4.pdf>

⁹ 前田由美子「2012 年度 診療報酬改定についての調査結果報告」日医総研ワーキングペーパー No.262, 2012 年 8 月 8 日

図 3.4.16 一般名処方加算の算定状況（院外処方の診療所のみ）

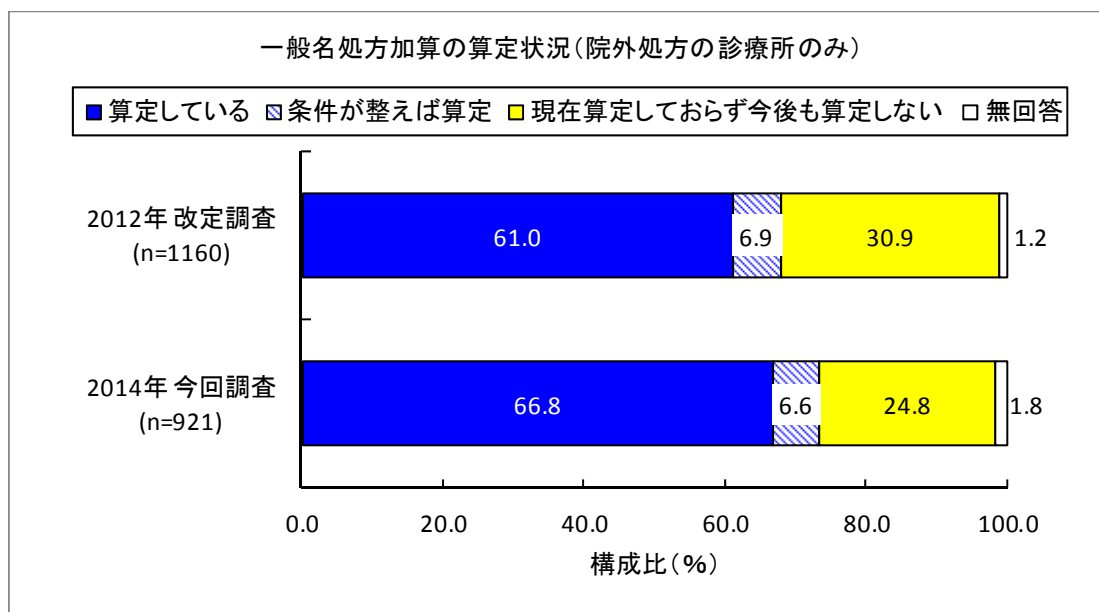
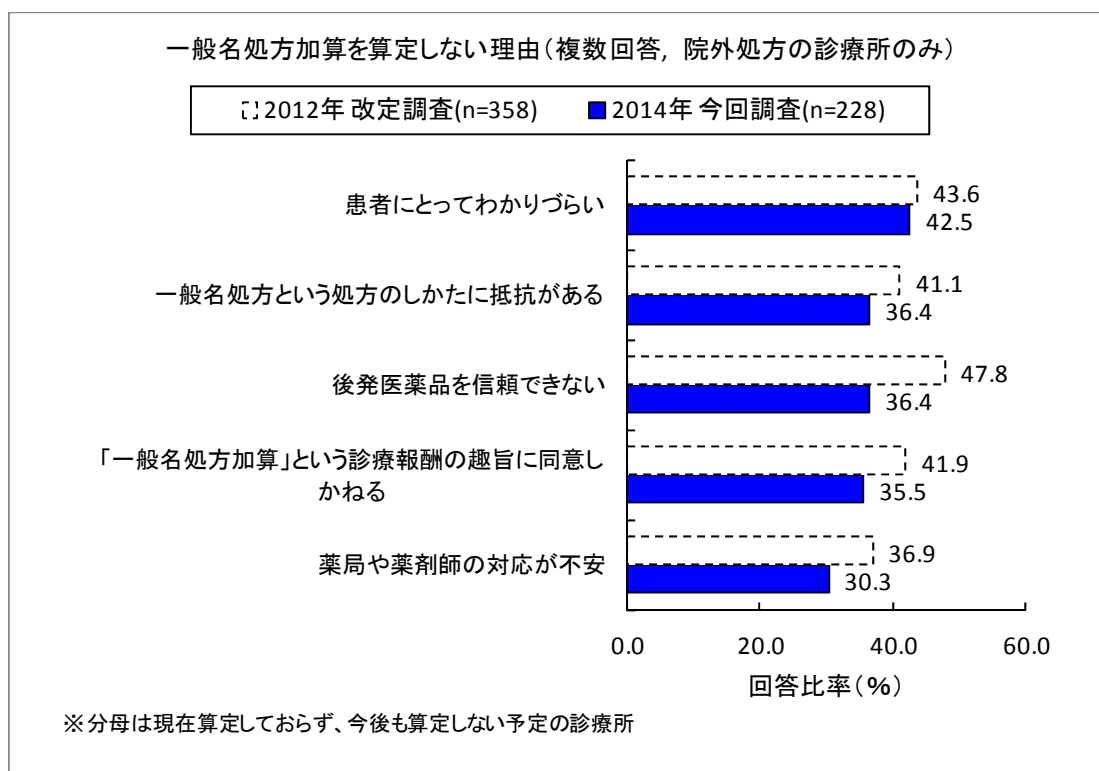


図 3.4.17 一般名処方加算を算定しない理由



後発医薬品については、診療所医師の半数以上が、品質、効果に問題があると感じている（図 3.4.18）。

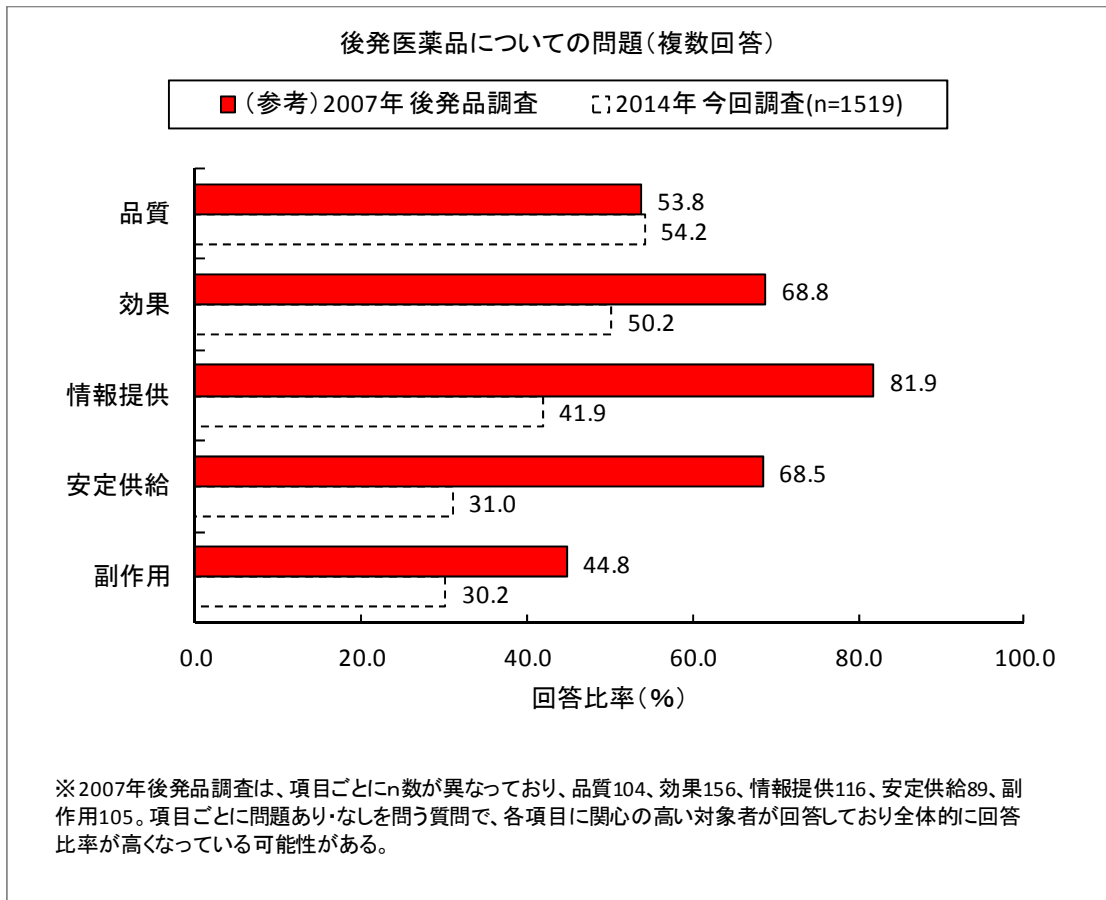
2007 年、日本医師会は後発医薬品について緊急的な調査（以下、「2007 年 後発品調査」を行った¹⁰。この調査は複数回答ではなく、項目ごとに問題の有無を問うものであるため、今回調査と回答比率の高さを単純に比較することはできないが、項目ごとの相対比較をすると、今回調査は安定供給に問題があるという回答が少ない。最近では、後発医薬品の製品数も増えていて、供給面の課題は改善されているようであるが、一方で、記述欄には「製品数が多すぎる」「似かよった製品名がある」「製品名の変更が多い」といった記入があった、

このほか記述欄には、後発医薬品に関して、次のような記入もあった。

- ・先発品と後発品とで適応症が異なる。
- ・後発品は先発品とは添加物が異なるが、情報が十分ではない。
- ・一般名が長すぎる。一般名と商品名の両方を覚える必要がある。

¹⁰ 日本医師会「後発医薬品に対する臨床医師の信頼度（要旨）－日本医師会実施の後発医薬品に関わる緊急調査より－」2007年6月27日 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0627-4g.pdf>
日本医師会ホームページに、2006年5月26日から同年7月31日までの間に調査項目を掲載し、ホームページ上で回答。

図 3.4.18 後発医薬品についての問題

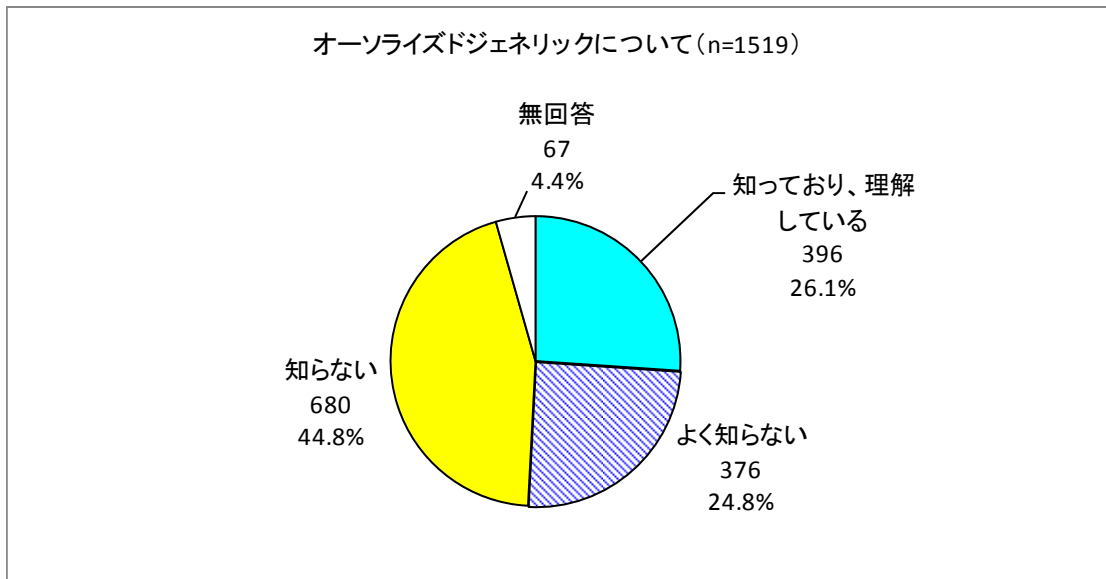


オーソライズドジェネリックについて、以下の注釈を調査票に明記した上で質問した。

※オーソライズドジェネリックは、先発医薬品メーカーが、特許切れ以前に後発医薬品メーカーに特許権の使用許諾を与えることによって販売される先発医薬品と同じ後発医薬品です。現在、アレグラ（サノフィ）、ディオバン（ノバルティス）、ブロプレス（武田薬品）のオーソライズドジェネリックが薬価収載されています。

オーソライズドジェネリックを「知っており、どういうものかも理解している」は26.1%であり、「知らない」が44.8%であった（図 3.4.19）。

図 3.4.19 オーソライズドジェネリックについて

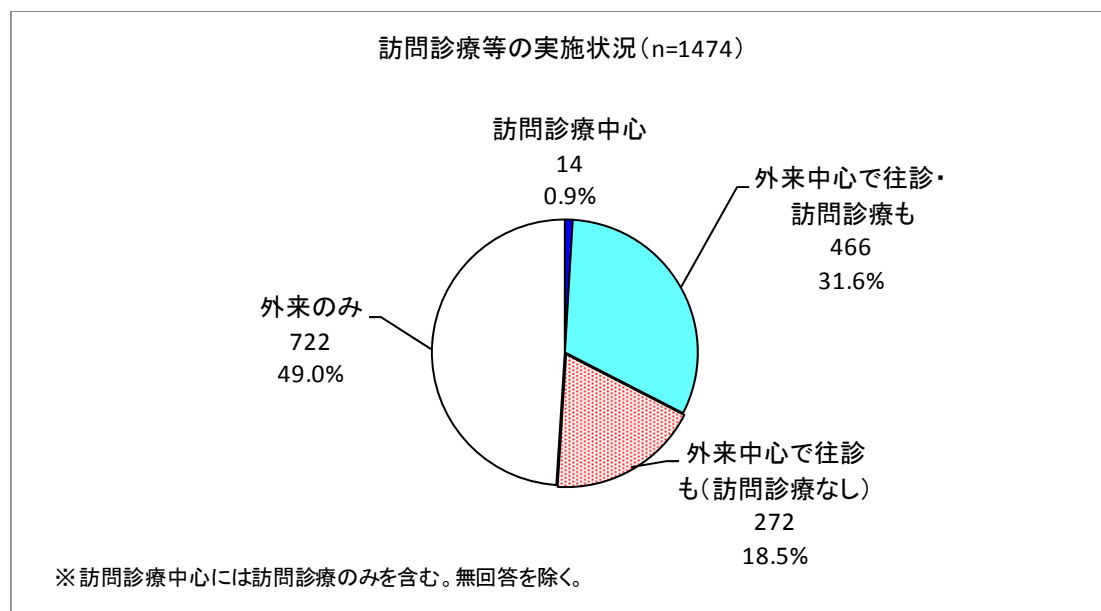


3.5. 在宅医療

3.5.1. 在宅医療への取り組みと課題

現状、「訪問診療中心で外来を行っている」が0.9%（このうち訪問診療のみが0.2%）、「外来中心で、往診・訪問診療も行っている」が31.6%であり、訪問診療を行っている診療所は32.6%であった（図 3.5.1）。

図 3.5.1 訪問診療等の実施状況

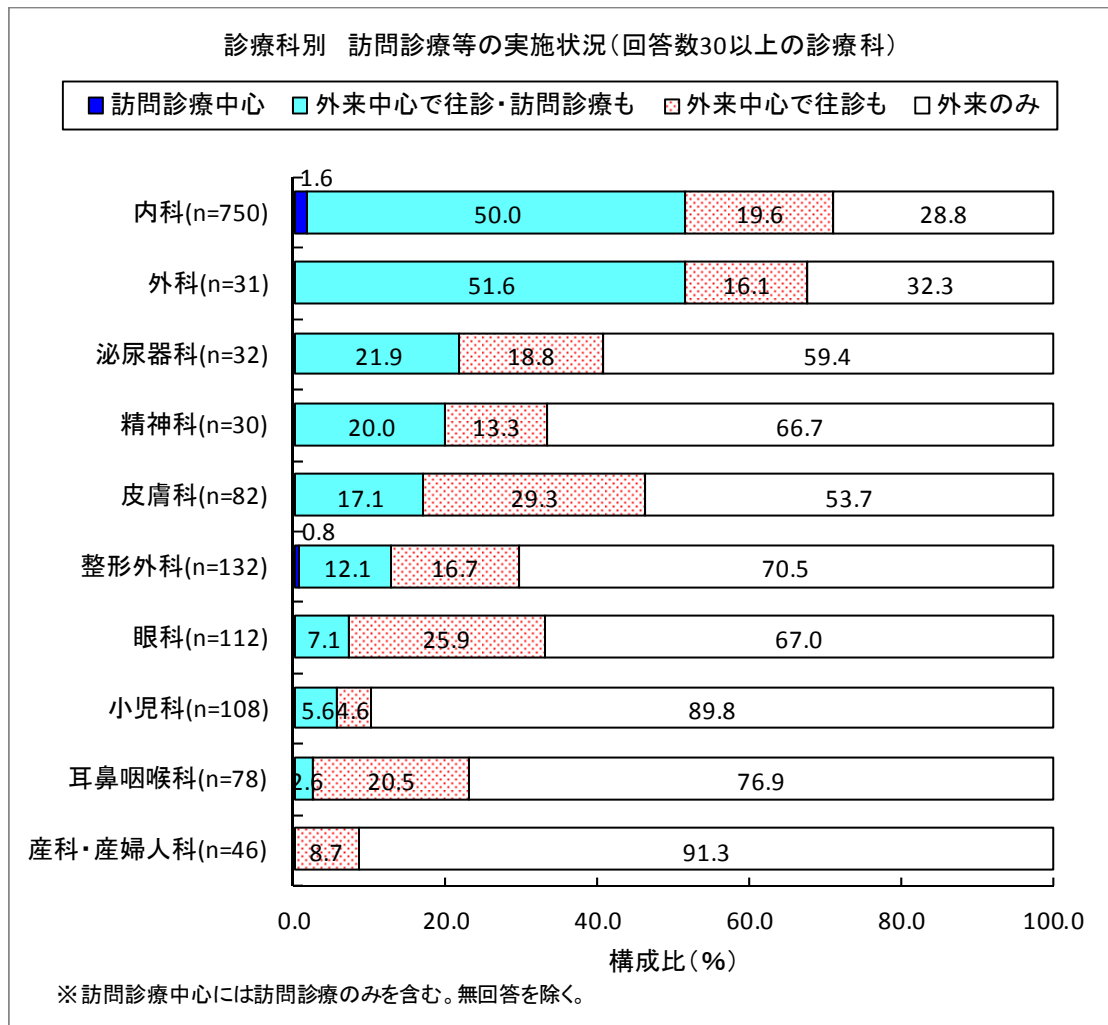


※訪問診療：定期的・計画的に患家に赴き診療を行うこと

※往診：患家の求めに応じて患家に赴き診療を行うこと

内科、外科では、訪問診療を行う診療所が5割を超えている。また、内科、外科ともに外来のみの診療所は約3割であった（図 3.5.2）。

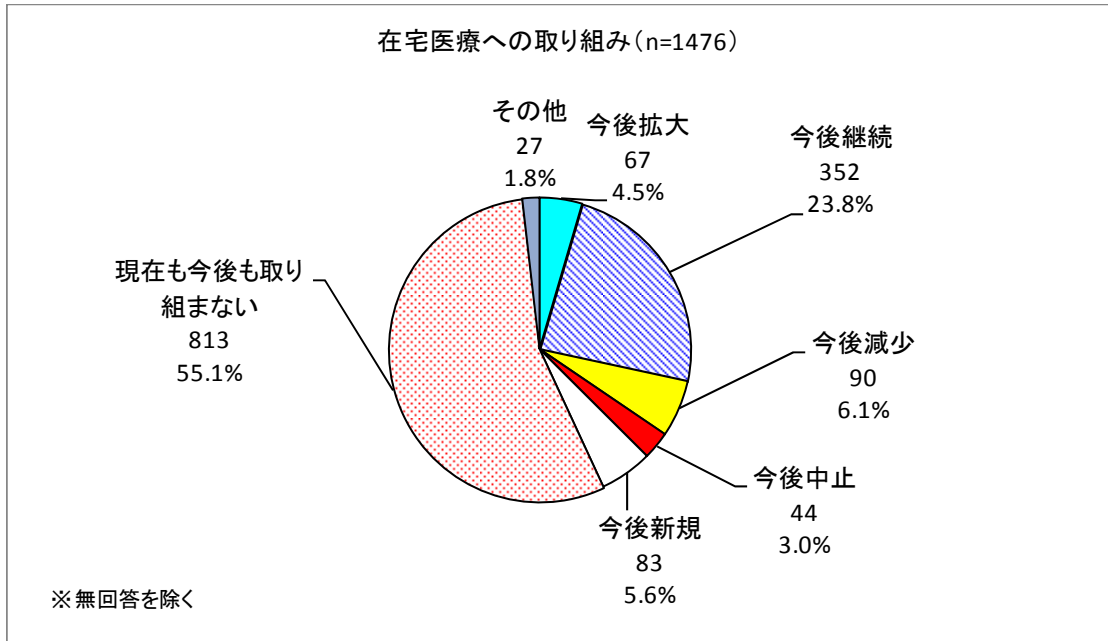
図 3.5.2 診療科別 訪問診療等の実施状況



今後の在宅医療への取り組みについては、現在、在宅医療を行っており、「今後はさらに増やしたい」（今後拡大）が 4.5%、「今後もこれまでどおり続けたい」（今後継続）が 23.8%であり、在宅医療を継続するあるいは拡充する方向の診療所は合計 28.4%であった（図 3.5.3）。さらに、現在は在宅医療を行っていないが「新たに在宅医療に取り組みたい」（今後新規）が 5.6%ある。

一方で、現在、在宅医療を行っているが、「今後は減らしたい」（今後減少）が 6.1%、「今後は止めたい」（今後中止）が 3.0%であり、在宅医療から撤退あるいは縮小予定の診療所は 9.1%であった。「その他」には、条件や環境によるといった記入があった。

図 3.5.3 在宅医療への取り組み



現在、在宅医療を行っており今後も続けるところ（拡大、継続、縮小）と、新たに組みたいというところの合計が多いのは、外科 62.5%、内科 60.1%である（図 3.5.4）。在宅医療ニーズが少ないと推察される産科・産婦人科、耳鼻咽喉科、小児科などでは、今後も在宅医療に取り組みないところが大半を占める。

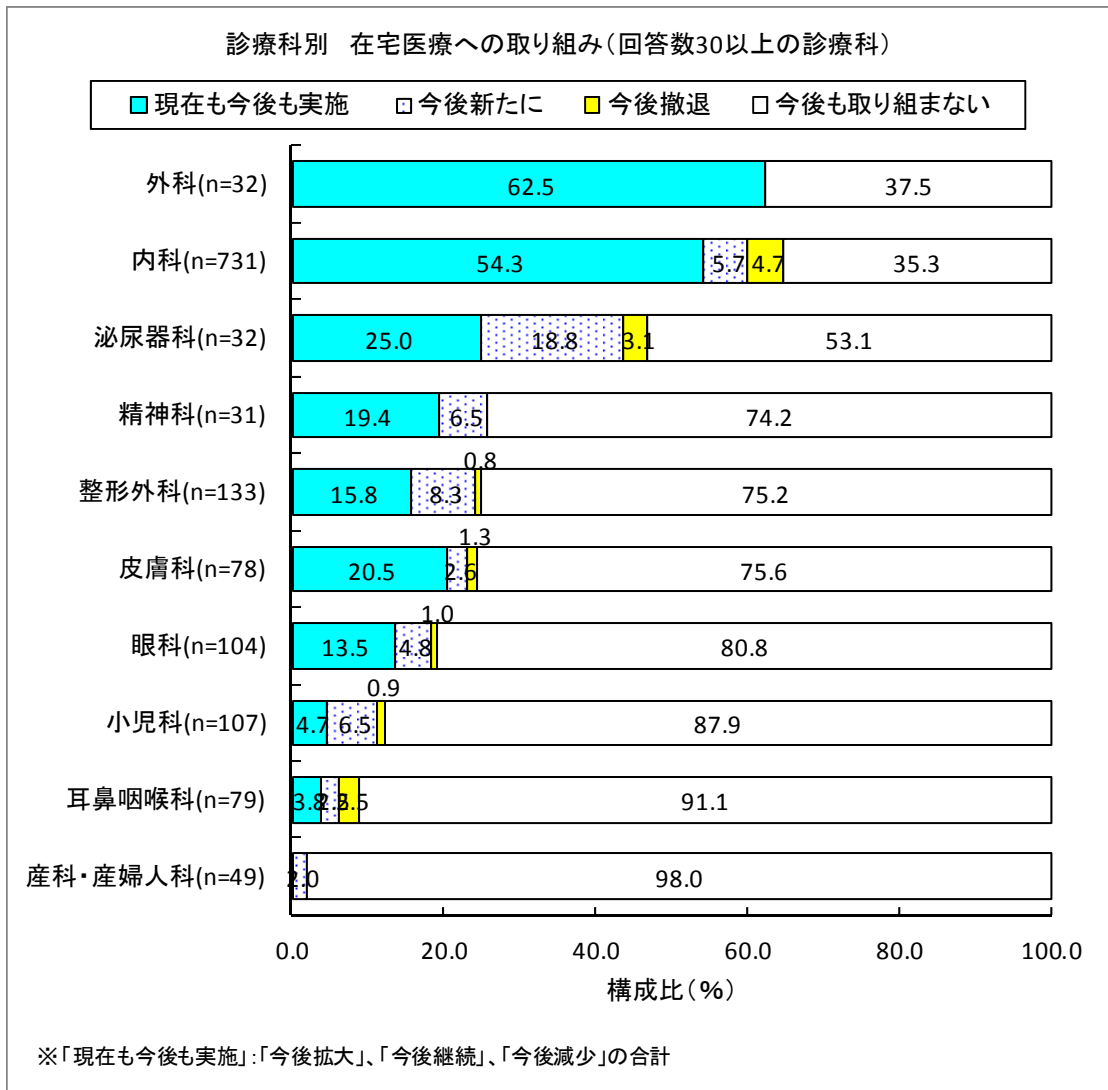
今後、「新たに在宅医療に取り組みたい」という回答も、割合としては小さいが、さまざまな診療科に分布している。

しかし現在、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」と規定されており、複数の診療科では算定できない。このため、内科や外科の主治医が算定するケースが多い。

自由記述欄にも以下のような記入があった。

- ・ 高齢者に多い緑内障や白内障、黄斑疾患は通院が不可能になっても診療を継続すべきで定期的であることが多々ある。そのつど「往診の求め」をするのも負担であり、眼科のような診療科でも定期的な訪問診療を認めてほしい。
- ・ 皮膚科医で時々褥瘡等の往診訪問診療をしているが、在宅医療に関しては保険制度が複雑で苦勞する。褥瘡で訪問診療した時にもかかりつけ医ということになるのだろうか。内科の主治医がかかりつけ医ということになるのだろうか。
- ・ 以前に比べて高齢の精神障害の症状が多様になっている。診療報酬上も、精神科医がコメントできるような体制がのぞまれる。かかりつけ医一人で、精神面まで対応を求めるのは、とても困難なことと考える。

図 3.5.4 診療科別 在宅医療への取り組み



在宅医療を行う上で特に大変であると感じているのは、「緊急時の対応」がもっとも多く75.4%であった(図 3.5.5)。現在、在宅医療を行っていない医師も含めての回答であり、「緊急時の対応」が在宅医療参入の障壁になっているようである。

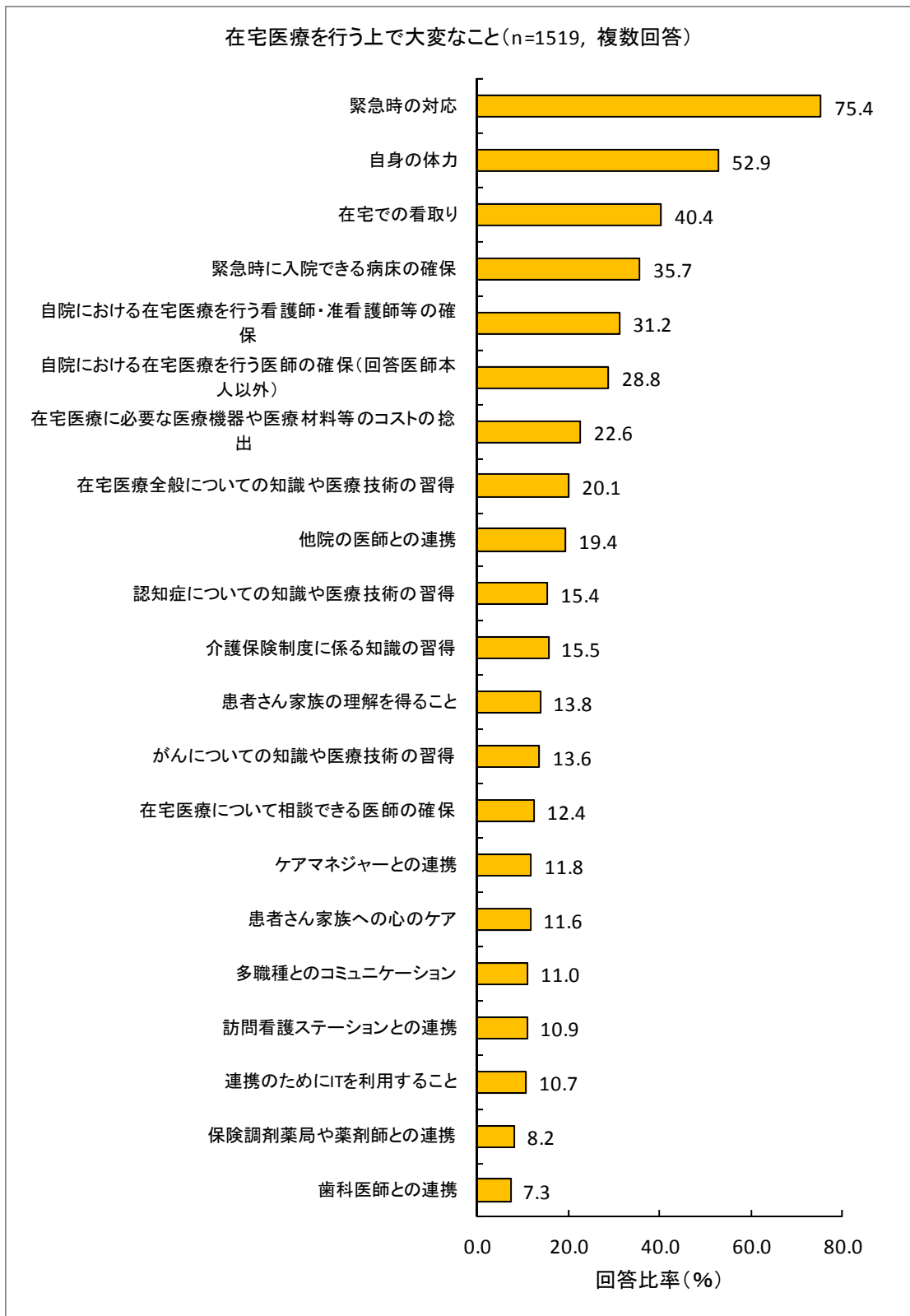
ついで「自身の体力」で52.9%である。近年、病院勤務医師の勤務環境改善が図られてきたが、在宅医療を担う診療所医師の業務負担軽減も必要である。

また、「在宅での看取り」が大変という回答も約4割ある。さらに「緊急時に入院できる病床の確保」も35.7%であり、緊急時の受け皿が整っていない現状がうかがえる。

これについて、医師・看護師等の確保、在宅医療に必要なコストの捻出が挙げられている。在宅医療を拡大するためには、財源確保が不可欠であることが示されている。

このほか記述欄に、診療報酬についての問題(診療報酬が見合わない、同一建物・同一日複数訪問診療できず時間やコストが余分にかかる、診療報酬の変更が多すぎる)、訪問診療に行く側の交通手段の確保の問題(運転できない、駐車場がない、タクシーがない、雪道)についての記入が複数あった。また、単科であり全人的な医療は無理であるが、各科の特性をいかした在宅医療への取り組みも必要ではないかといった提言があった。

図 3.5.5 在宅医療を行う上で大変なこと



以下のグループ分けをして、それぞれ在宅医療を行う上で大変と回答した項目を集計した（表 3.5.1）。

【今後、在宅医療を拡充・継続する予定のグループ（拡充・継続）】

このグループは、在宅医療に必要なコストの捻出が大変という回答が比較的上位に挙がっている。在宅医療に前向きなグループであり、重症患者に高度な在宅医療を提供するなどして、在宅医療のコスト負担が重荷になっているのではないかと推察される。さらに、在宅医療を進めるためには、患者だけでなく患者家族との関係が重要であることがうかがえる。

なお、すでに在宅医療を経験しているグループは、新規にはじめようとするグループに比べて、全体的に「大変」という回答の割合が低い。

【在宅医療から縮小・撤退しようとしているグループ（縮小・撤退）】

自身の体力や他院との連携が大変で、縮小、撤退に向かおうとしている。医師自身も高齢化していること、また地方では連携先もなく、高齢の医師が孤立無援になっているおそれがある。

【これから在宅医療に新規参入しようとしているグループ（新規参入）】

他のグループに比べると、認知症、がんについての知識や医療技術の習得を大変だと感じている。在宅医療について相談できる医師も求められており、先輩医師の積極的な支援が望まれる。さらに、多職種との連携も大変と感じており、地域の関係者の支援も必要である。

【在宅医療の予定がないグループ（予定なし）】

在宅医療についての知識や医療技術の習得が負担になっている。第一歩を踏み出せそうな入門編的な講習会も有効ではないかと考えられる。

また、他のグループに比べて、自院の看護職員の確保、訪問看護ステーションとの連携を大変と感じている。医師と看護職員が協働できる体制が整えば、在宅医療に踏み出せる可能性もある。

表 3.5.1 在宅医療について特に大変と感じていること（複数回答）

網掛けは各項目ごとにもっとも回答比率の高いグループ
下線つき数字は、当該グループの上位5位

(%)

	拡充・継続 (n=419)	縮小・撤退 (n=134)	新規参入 (n=83)	予定なし (n=813)
1 緊急時の対応	<u>81.4</u>	<u>87.3</u>	<u>84.3</u>	<u>72.6</u>
2 在宅での看取り	<u>45.1</u>	<u>49.3</u>	<u>50.6</u>	<u>37.0</u>
3 在宅医療全般についての知識や医療技術の習得	13.6	13.4	25.3	<u>24.7</u>
4 認知症についての知識や医療技術の習得	11.5	7.5	<u>22.9</u>	18.7
5 がんについての知識や医療技術の習得	12.6	9.7	<u>22.9</u>	14.3
6 介護保険制度に係る知識の習得	13.8	13.4	<u>24.1</u>	16.6
7 自身の体力	<u>47.7</u>	<u>66.4</u>	<u>45.8</u>	<u>56.0</u>
8 在宅医療について相談できる医師の確保	10.0	8.2	<u>16.9</u>	14.4
9 自院における在宅医療を行う医師の確保(回答医師本人以外)	21.2	25.4	<u>39.8</u>	33.3
10 自院における在宅医療を行う看護師・准看護師等の確保	19.8	26.1	32.5	<u>39.5</u>
11 緊急時に入院できる病床の確保	<u>37.2</u>	<u>44.8</u>	<u>45.8</u>	<u>33.5</u>
12 他院の医師との連携	20.5	<u>26.9</u>	22.9	18.2
13 歯科医師との連携	5.5	6.0	<u>9.6</u>	8.7
14 保険調剤薬局や薬剤師との連携	6.4	3.7	<u>14.5</u>	10.0
15 ケアマネジャーとの連携	11.5	9.0	<u>18.1</u>	12.9
16 訪問看護ステーションとの連携	11.2	9.0	10.8	<u>11.8</u>
17 多職種とのコミュニケーション	11.9	6.7	<u>16.9</u>	11.3
18 連携のためにITを利用すること	8.1	12.7	<u>15.7</u>	11.7
19 患者さん家族への心のケア	11.9	6.0	12.0	<u>12.5</u>
20 患者さん家族の理解を得ること	<u>17.2</u>	12.7	15.7	12.4
21 在宅医療に必要な医療機器や医療材料等のコストの捻出	<u>23.9</u>	24.6	<u>25.3</u>	22.8

3.5.2. 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所（以下、在支診）のうち、機能を強化した（以下、機能強化型）在支診は前回 2012 年度の診療報酬改定で創設された。複数の医師が在籍し、緊急往診と在宅看取りの一定の実績を有する必要があるが、他の医療機関と連携して対応してもよい。以下、ここでは、機能強化型在支診を単独型、連携型に区分し、機能強化型以外を従来型と呼ぶ。

現在、在支診の届出をしているのは、機能強化型、従来型合わせて 15.8% である（図 3.5.6）。

図 3.5.6 在宅療養支援診療所の届出状況（2014 年 9 月）

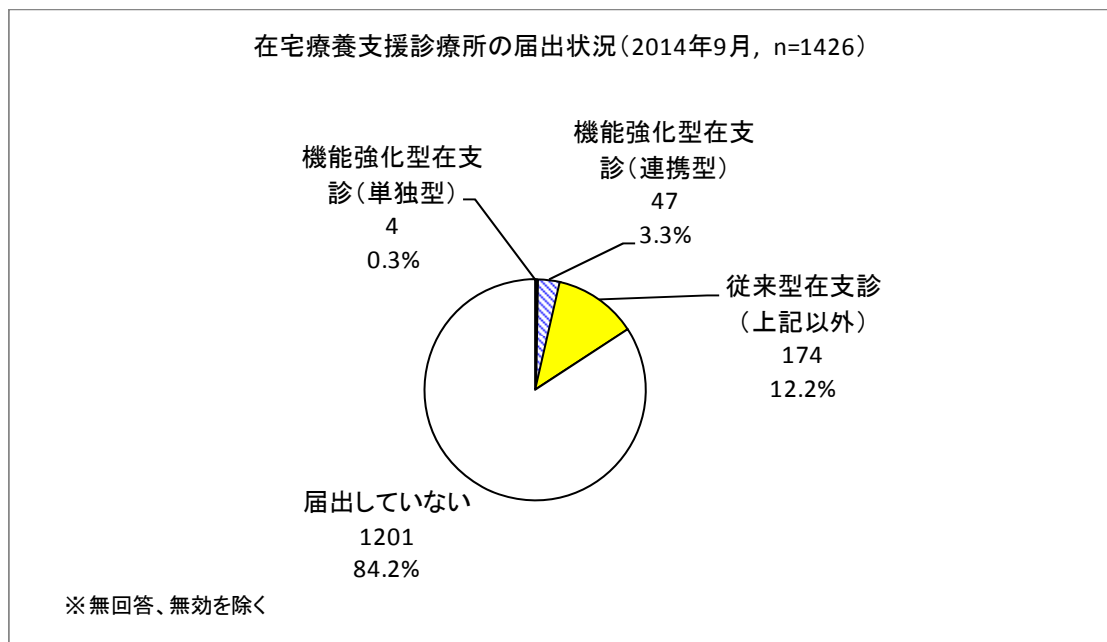
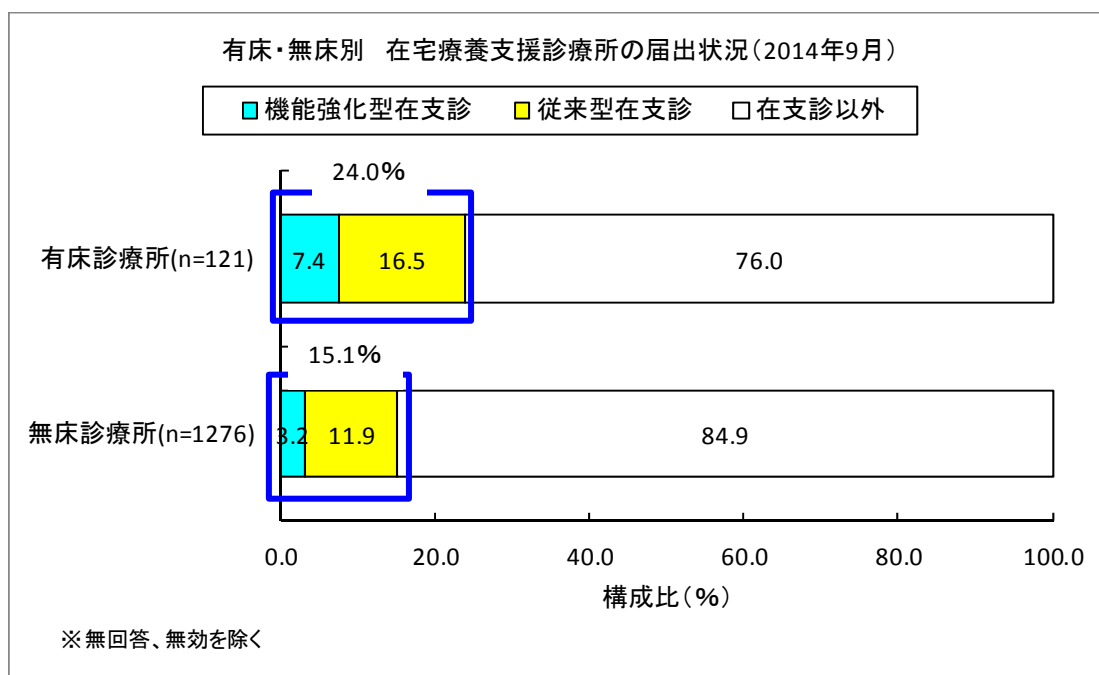


表 3.5.2 在宅療養支援診療所・病院の施設基準（概要）

<p>在宅療養支援診療所</p> <p>地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所</p> <p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 診療所 ② 24時間連絡を受ける体制を確保している ③ 24時間往診可能である ④ 24時間訪問看護が可能である ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している ⑦ 年に1回、在宅看取りの数を報告している <p>※ ③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>	<p>在宅療養支援病院</p> <p>許可病床数200床未満の病院又は診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院</p> <p>（施設基準略）</p>
<p>機能を強化した在宅療養支援診療所・病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上 ・ 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ①過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ②過去1年間の在宅看取りの実績2件以上 	

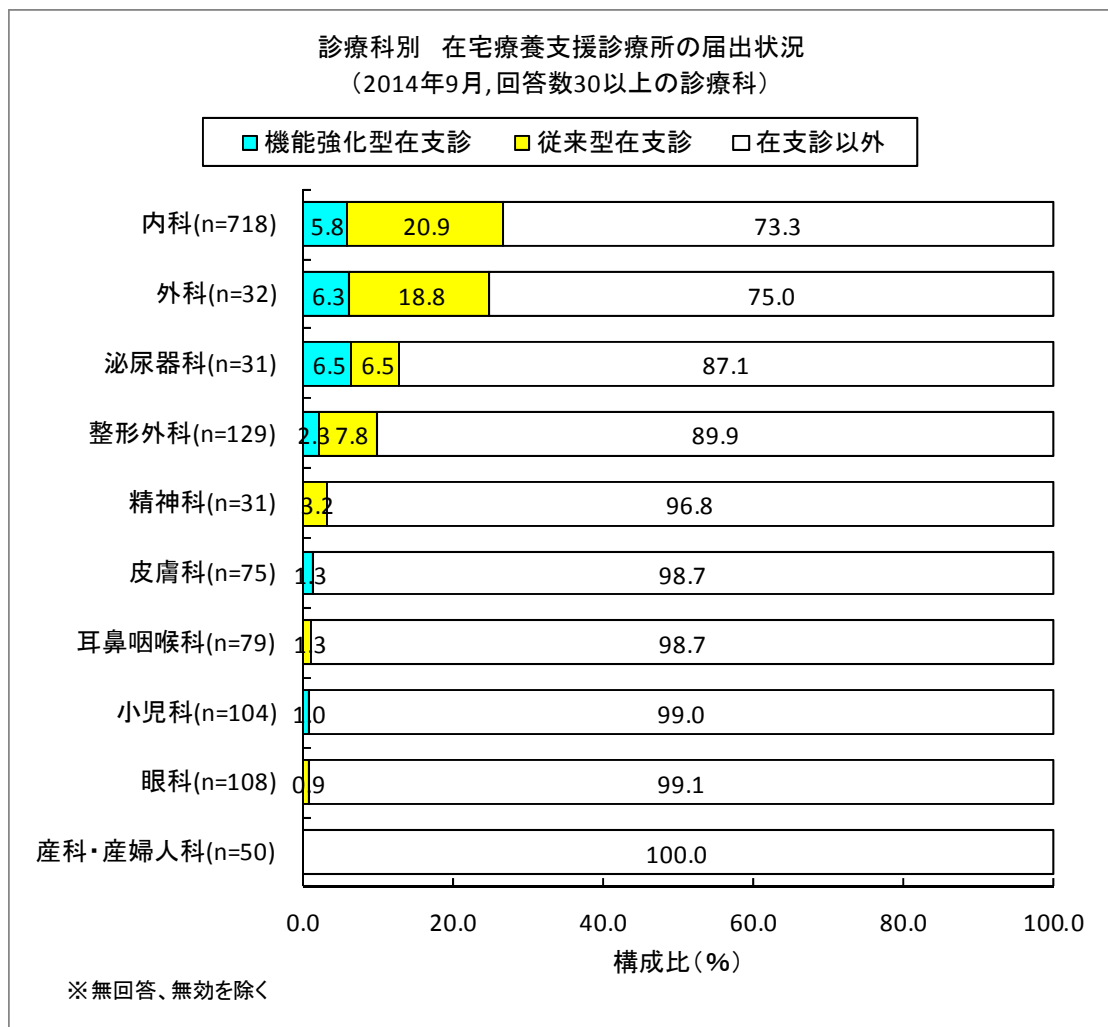
診療所の有床・無床別では、在支診届出割合は有床診療所 24.0%、無床診療所 15.1%である（図 3.5.7）。

図 3.5.7 有床・無床別 在宅療養支援診療所の届出状況



診療科別では、機能強化型および従来型合計の在支診届出割合が高いのは、内科 26.7%、外科 25.0%、泌尿器科 12.9%、整形外科 10.1%などである（図 3.5.8）。

図 3.5.8 診療科別 在宅療養支援診療所の届出状況



今回 2014 年度の診療報酬改定では、機能強化型の在宅療養支援診療所（以下、在支診）及び在宅療養支援病院（以下、在支病）の実績要件が引き上げられた。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合（機能強化型在支診（連携型））について、連携している医療機関それぞれについても一定の実績が必要になった。

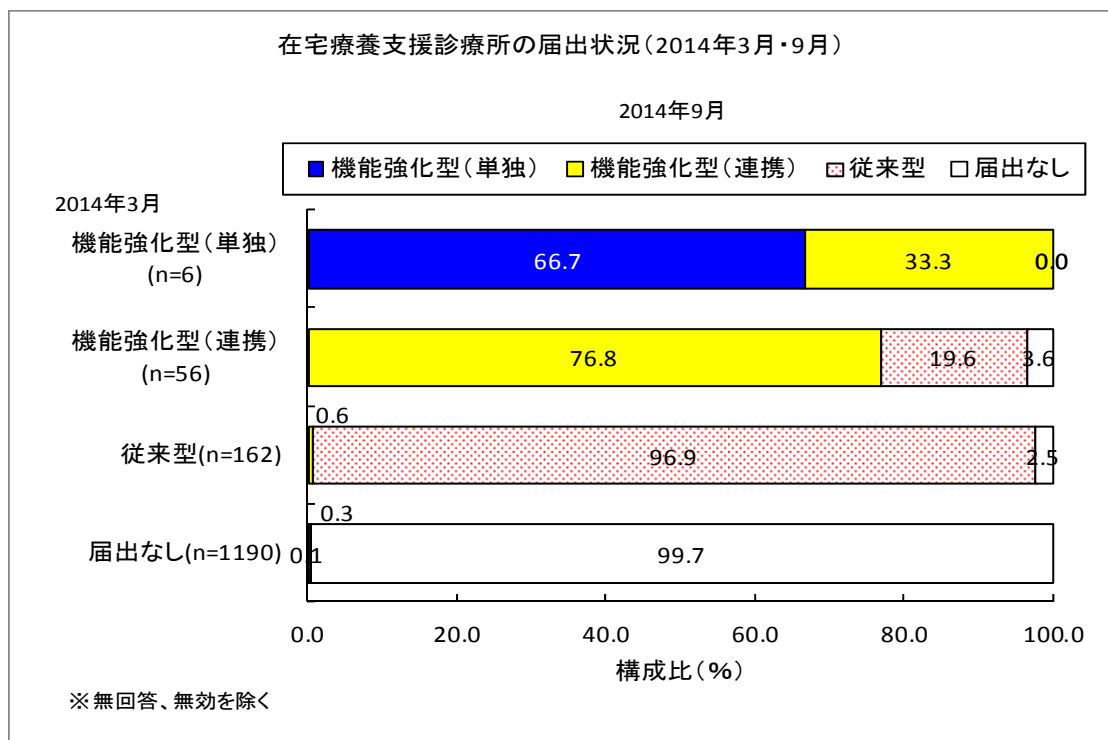
表 3.5.3 強化型在宅療養支援診療所の要件(概要)

	改定前	今回2014年度改定
単 独 型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 ・ 過去1年間の緊急往診の実績5件以上 ・ 過去1年間の在宅看取りの実績2件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上 ・ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
連 携 型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 ①過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ②過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

診療報酬改定後、2014年3月に機能強化型在支診（連携型）であった診療所の約2割（19.6%）が、同年9月には従来型在支診になり、在支診ではなくなったところも3.6%あった（図 3.5.9）。

機能強化型在支診（連携型）から従来型になった診療所および届出なしになった診療所は合計13施設、このうち緊急往診数、在宅看取り件数の記入があったのは12施設であり、このうち緊急往診4件以上および在宅看取り2件以上の両方を満たしていないところが3施設、在宅看取り2件以上を満たしていないところが1施設であったが、そのほかについては、連携型でなくなった理由は特定できなかった。

図 3.5.9 在宅療養支援診療所の届出状況（2014年3月・9月）



3.5.3. 緊急往診・在宅看取り

今回 2014 年度診療報酬改定では、在支診以外の診療所における在宅医療も評価され、同一建物以外への在宅時医学総合管理料（在医総管）、特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）が引き上げられた。

- ・在宅時医学総合管理料：在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、計画的な医学管理の下に月 2 回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月 1 回に限り算定。
- ・特定施設入居時等医学総合管理料：医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている特定施設入居者等¹¹である患者が対象

在支診以外の診療所であっても、訪問診療だけでなく、緊急往診も行っている診療所も少なくない。

過去 1 年間の緊急往診のうち、在支診以外の診療所が行ったものが 3 割強である（図 3.5.10）。また、在支診以外の診療所の約 1 割が緊急往診を年間 5 件以上行っている（図 3.5.11）。

¹¹ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設において療養を行っている患者および短期入所生活介護サービス、介護予防短期入所生活介護サービスを受けている患者

図 3.5.10 実施診療所別 過去1年間の緊急往診件数

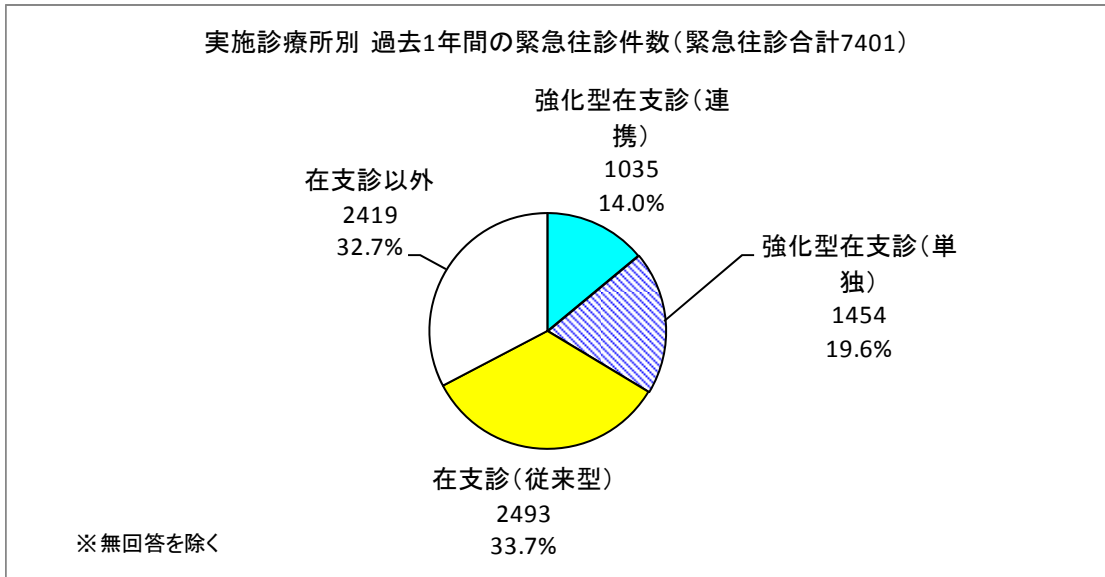
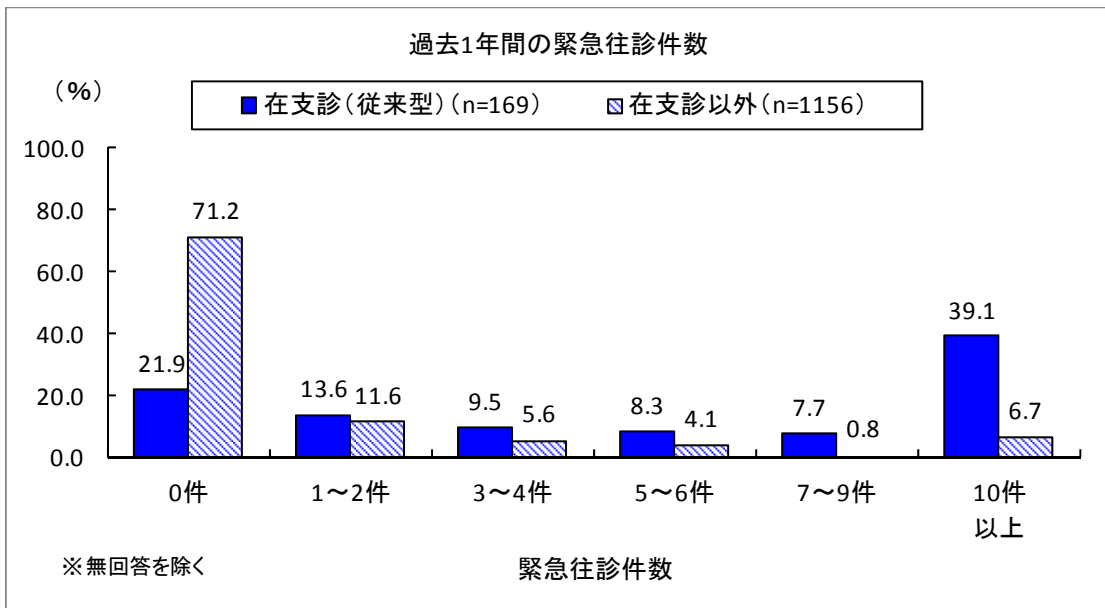


図 3.5.11 過去1年間の緊急往診件数



在支診以外の診療所は在宅看取りも行っている。過去1年間の在宅看取り件数のうち在支診以外の診療所による看取りが3割強である(図 3.5.12)。また在支診以外の診療所の2割近くが在宅看取りを行っている(図 3.5.13)。

この件に関して、自由記述欄に以下のような意見があった。

- ・ 在宅支援診療所の届け出を行っていても、実際の在宅看取り患者数や緊急往診数の少ない施設が極めて多いのが現状。逆に、一人医師で在宅医療に取り組む診療所に対しても、実際の看取り患者数に応じた評価が必要。
- ・ 田舎では普通に往診している医師も、在宅療養支援診療所とほぼ同じ診療をしていると思う。しかし連携医師がいなかったり、病院がなかったり、患者負担が大き過ぎるため登録していない場合が多くあると思う。在宅医療を推進しすぎるあまり、末期(癌を含む)の患者さんが在宅医療をする機会が増え、これ以上増えていくと開業医及び訪問看護師の疲弊が生じるのではないかと心配。療養病床も必要。地域に合った政策、診療報酬を考えるべきと思う。

図 3.5.12 実施診療所別 過去1年間の在宅における看取り件数

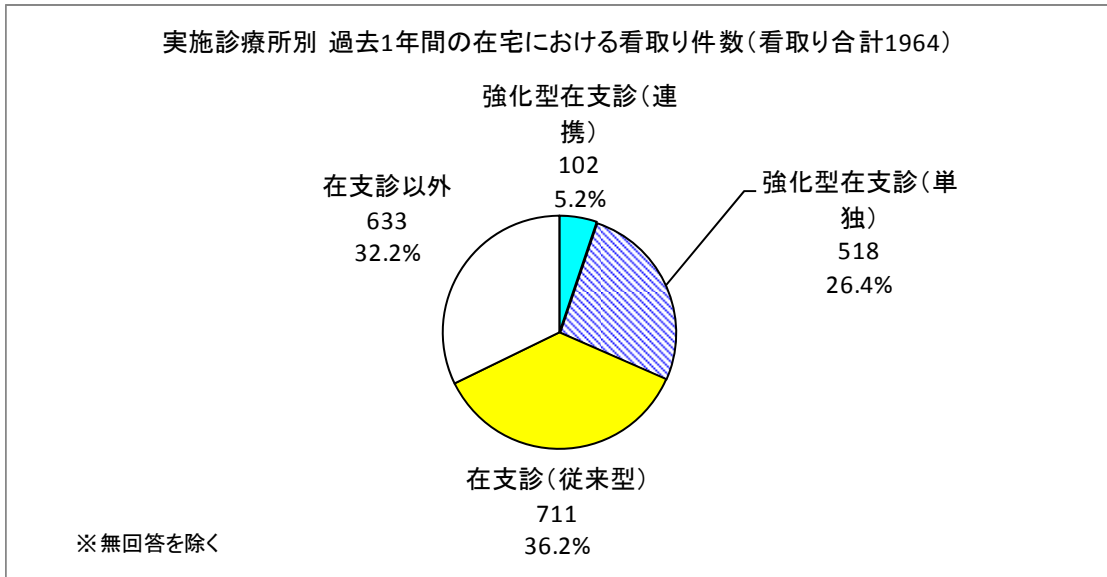
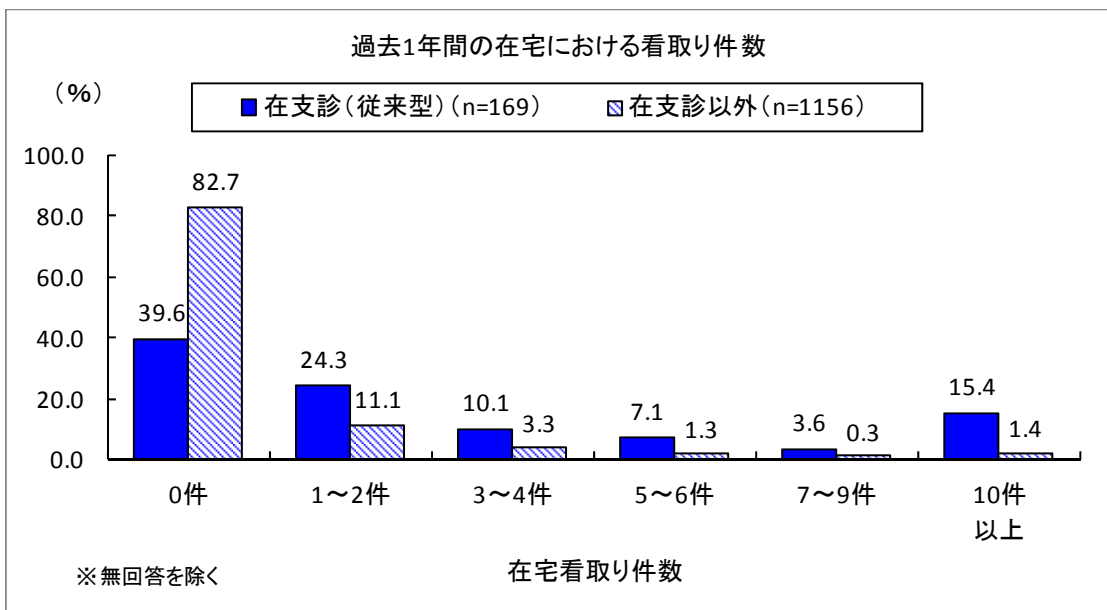


図 3.5.13 過去1年間の在宅における看取り件数



3.5.4. サ高住等への訪問診療

今回 2014 年度の診療報酬改定で、同一建物居住者の場合の在宅患者訪問診療料が引き下げられた。

2014 年 3 月に同一建物・同一日複数患者への訪問診療を行っていた診療所のうち、同年 4 月以降、訪問診療にまったく行かなくなったサ高住等があると回答したのは 11.2%、新たに訪問診療に行くようになったサ高住等があると回答したのは 26.5%であった。3 月に同一建物・同一日複数患者への訪問診療を行っていない診療所で、4 月以降新たに訪問診療に行くようになったサ高住等があると回答したのは 0.8%であった（図 3.5.14）。

同一建物・同一日複数患者への訪問診療を行った診療所は 2014 年 3 月には 7.5%、9 月には 6.8%であった（図 3.5.15）。

全体としては撤退したサ高住等よりも、新たに訪問診療するようになったサ高住等のほうが多かった。診療報酬改定後、同一日の訪問診療が差し控えられ、地域で複数の医師が連携してサ高住等の訪問診療を行うようになったこと、サ高住等そのものが増加していることなどが考えられる。

図 3.5.14 サ高住等への訪問診療

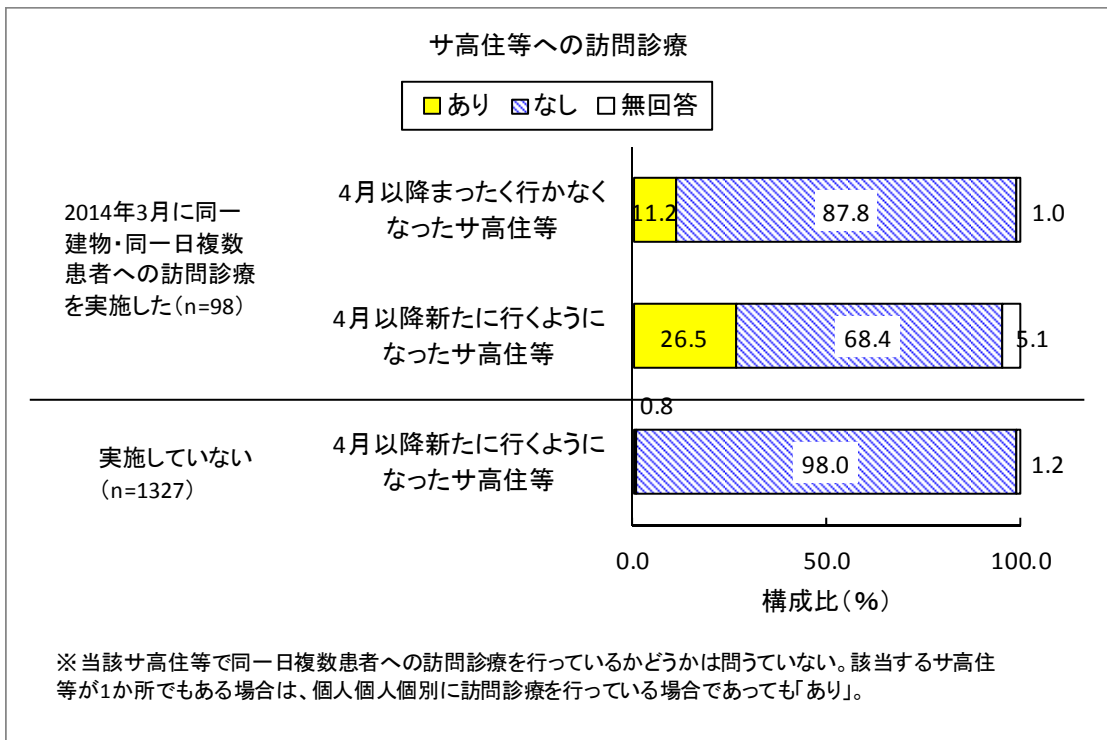
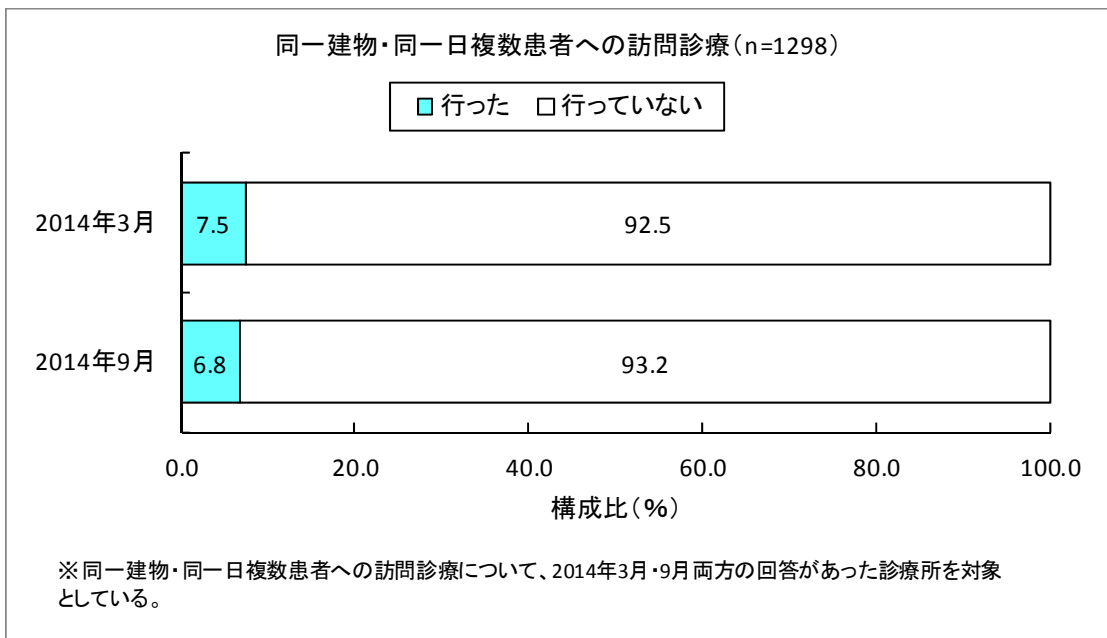
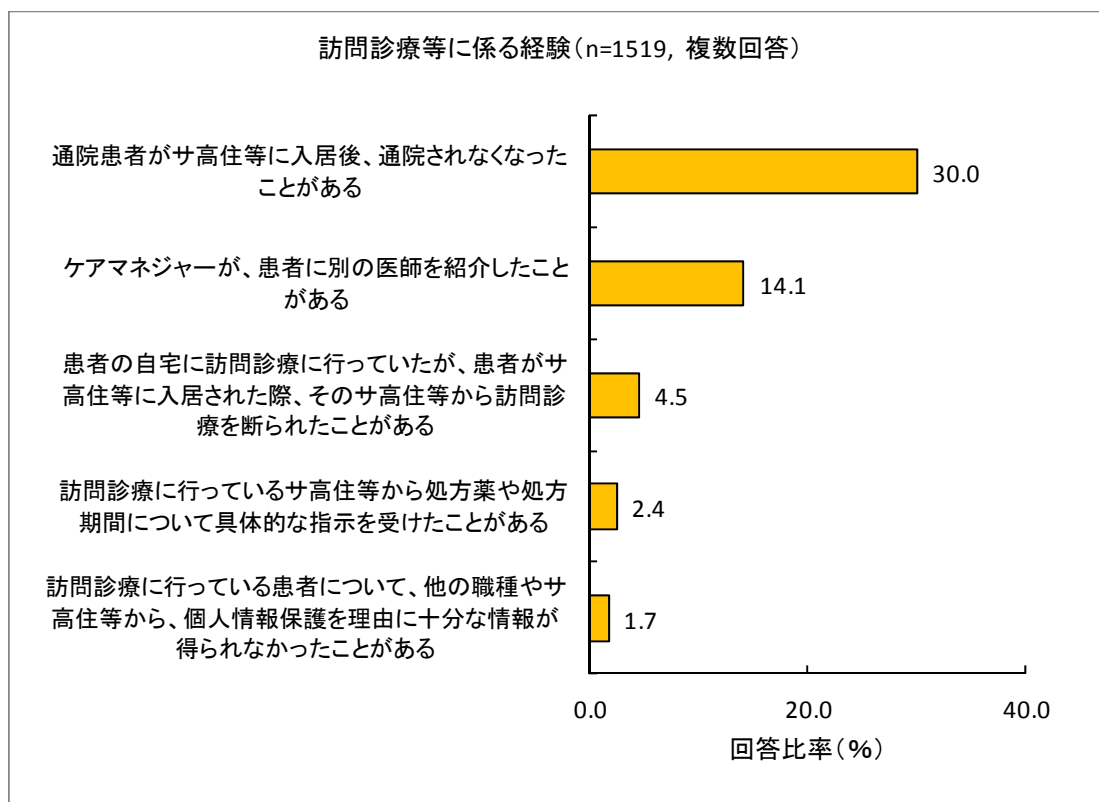


図 3.5.15 同一建物・同一日複数患者への訪問診療



サ高住等への訪問診療については、マンション業者が医療機関と当該マンションに居住する者の診療の独占契約を結ぶ見返りとして、診療による収益の一定割合を報酬として要求するといった事例が報告されたが¹²、今回の調査でも診療所の3割で、「通院患者がサ高住等に入居後、通院されなくなった」という経験をしていた(図 3.5.16)。また、「ケアマネジャーが患者に別の医師を紹介したことがある」という経験をした診療所が14.1%あった。

図 3.5.16 訪問診療等に係る経験



¹² 「在宅医療 (その4)」2013年10月23日, 中央社会保険医療協議会
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000027523.pdf>

このほか、サ高住等同一建物にかかわる問題点として、記述欄に次のような記入があった。

サ高住等での問題点

- ・ 月に1回、2～3か月に1回の訪問診療でよいところ、2週間に1回訪問診療を依頼してくる営利企業がある。
- ・ 特定の「サ高住」に入所された際に、他の医療施設の受診をさせないために健康保険証をとりあげる施設があると聞く。「神経難病」のような専門医の診療が必要な患者さんであっても訪問、往診を拒否している「サ高住」がある。
- ・ 当院の来院患者が「サ高住」に入居した際「サ高住専属医」に変更しなければ入居できないと言われた。
- ・ 当院から行っている、特定施設（有料老人ホーム）で5～7%のバックマージンを払えば、すべての患者の往診を任せるとの話があった。

また、同一建物居住者の場合の在宅患者訪問診療料が引き下げられたが、この件について、以下のような意見があった（一部のみ。詳細は自由記述参照）。

同一建物居住者の場合の在宅患者訪問診療料引き下げに反対

- ・ 2か所で約80名の入居者に24時間対応の訪問診療を行っている高齢者住宅（サ高住ではない）で胃瘻患者、夜間人工呼吸器対応患者等重度者に対応している。入居者の健康管理には常勤看護師2名を雇用して対応していたので今回の改定には困惑した。
- ・ 特医総管等、大幅な減点あり、また保険請求の際の条件等も複雑で、施設の往診はやめようかと考えている。不適切な請求が増えるのも確かに困るが、真面目に昼休みに往診している医師の負担が増えるのもどうか。
- ・ 同一建物に入居している患者への報酬が極端に下げられたことは、良

心に従い診療している個人診療所の医師にとってはかなりの痛手であり、逆に不公平感をもつ。

- ・ 診療報酬の引き下げ幅は、過激だと思う。こういう引き下げ方が今後もあるならば、在宅診療を進めていくことに、二の足を踏んでしまう。経営計画も成立しなくなる。
- ・ 一施設サ高住の訪問診療を行っている。もちろん斡旋を受けてなどではなく、きちんと計画を立てて訪問している。改定前の報酬は高すぎるのではないかと感じていたが、この度の決定は、理解しつつ、強引ではないかと感じている。在宅とは違う型での施設入所の方に限った、診療報酬額の社会的妥当性を示して頂けたら良かったのでは。
- ・ 「同一建物居住者の場合」の在宅患者訪問診療料の点数が極端に下がって、在宅医療に対する熱意が失せた。
- ・ 都会での出来事ばかりでなく山間地の医療状況も考えてほしい。

同一建物居住者の場合の在宅患者訪問診療料引き下げに賛成

- ・ 改定以前に個別の訪問で同一建物への訪問診療の点数が高かったことがそもそも不適當。引き下げて当然。1件1件訪問する苦勞が高く評価されて当然と考える。
- ・ (通院できず) 訪問診療になるかどうかは要介護度だけでは決められず、むずかしい点があるが、今回のサ高住の規制には賛成。もっときびしくしてはどうか。

3.6. まとめ

かかりつけ医・かかりつけ医機能

- ・ かかりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、健康相談・管理、介護保険との関わりが重視されている。なお、診療科によって重視している項目が異なっており、すべての患者に対して必要なかかりつけ医機能のほか、患者特性（小児・高齢者、急性期・慢性期など）によって個別に必要なものがあることがうかがえる。
- ・ 常勤医師3人以上、24時間対応は、診療報酬の要件のひとつになっているが、現場では大きな負担になっている。
- ・ 患者が受診しているすべての医療機関の把握、患者に処方されているすべての医薬品の管理も困難であり、患者の個人情報に留意しつつ、情報共有・連携の仕組みの整備を急ぐ必要がある。
- ・ 介護保険については、かかりつけ医として主治医意見書の作成などを通じて介護保険に係ることが重要であると認識されている。ただし、診療所自体が介護保険の体制を整備（たとえば、「医師が介護支援専門員の資格を保有」、「指定居宅介護支援事業者・常勤介護支援専門員の配置」）することはそれほど重視されていない。

処方

- ・ 内科、外科では現在も院内処方の診療所が4割以上である。
- ・ 現在院内処方の診療所の中には、今後院内処方を継続するかどうか未定、無回答のところは4割近くある。今回創設された地域包括診療料および加算は、院内処方を原則としており、これを鑑みれば、現在院内処方の診療所が、今後院内処方を継続できるような支援も必要なのではないかと考えられる。
- ・ 比較的症状が安定している患者に対する処方間隔が伸びているが、診療所医師の約3分の1が、長期処方により病状が改善しなかったという事例を体験している。
- ・ 後発医薬品への信頼度は少しずつ高まっている。後発医薬品の製品数も

増加し、供給面の改善も進んでいる。ただし、診療所医師の半数以上が、後発医薬品の品質、効果に問題があると感じている。

在宅医療

- ・ 診療所の3割強が訪問診療を行っている。内科、外科では訪問診療を行っている診療所は5割強である。
- ・ 在宅医療の最大の障壁は「緊急時の対応」である。体力面での不安も大きく、在宅医療を担う診療所医師の業務負担軽減も必要である。
- ・ 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関しか算定できないため、内科や外科の主治医が算定するケースが多いと推察されるが、今回の調査で、内科や外科以外にも、現在さまざまな診療科で在宅医療に取り組んでいることが明らかになった。
- ・ 在宅医療に前向きなグループは、重症患者に高度な在宅医療を提供するなどして、在宅医療のコスト負担が重荷になっている。この面での財源確保も不可欠である。
- ・ これから在宅医療に参入しようとする医師は、在宅医療について相談できる医師を求めており、地域医師会の先輩医師のサポートが期待される。
- ・ 診療報酬上の要件（緊急往診、在宅看取り）が厳しくなったため、機能強化型在支診（連携型）2割強が、改定以降、従来型在支診になるか、または在支診ではなくなっている。
- ・ 在支診以外の診療所も相当数の緊急往診、在宅看取りを担っている。
- ・ 全体としては撤退したサ高住等よりも、新たに訪問するようになったサ高住等のほうが多かった。診療報酬改定後、同一日の訪問診療が差し控えられ、地域で複数の医師が連携してサ高住等の訪問診療を行うようになったこと、サ高住等そのものが増加していることなどが考えられる。
- ・ サ高住等への訪問診療については、マンション業者が医療機関と当該マンションに居住する者の診療の独占契約を結ぶ見返りとして、診療による収益の一定割合を報酬として要求するといった事例が報告されたが、今回の調査でも診療所の3割で、「通院患者がサ高住等に入居後、通院されなくなった」という経験をしていた。

以上、今回の診療報酬改定が診療所に与えた影響、在宅医療の現状の課題等を取りまとめた。今後、各論について、より深い分析および考察を行って、次回診療報酬改定に資するデータを追加していきたい。

また、自由記述欄には、在宅医療のあり方をはじめとして、非常に多くのご記入をいただいた。本報告にはすべてを記載しなかったが、医療現場の実態をうかがうことができた。今後の検討に有効に役立てていきたい。

最後に、ご多忙中、医療現場の声を克明に記述していただいた先生方に、感謝申し上げます。ありがとうございました。

4. 自由記述欄の意見

以下、本文中に記載していない自由記述欄の意見等を示す（一部要約している）。

【在宅医療(あり方・制度・仕組み)】

<ul style="list-style-type: none">・ 当地域でも在宅医療推進のため、組織づくり、研修会などに取り組んでいるが、熱意、体力にのみより拠を求めても限界がある。病院(入院設備)の位置づけを含め、介護施設を含めた連携が課題。県、保健所、各市町村の展望が開ける指針を期待する。
<ul style="list-style-type: none">・ 当地は過疎地で、施設へ入所する患者が増え在宅医療は減少している。今後在宅医療が増加する可能性があるが、自身は高齢で対応できるか不安。訪問看護ステーションの充実が必要と思われる。
<ul style="list-style-type: none">・ 田舎は人口減で一般開業医は経営難に陥っている。若い人はほとんどいない。高齢者は施設に入居している人がほとんどで、施設は特定の医師と契約しているか、医師が介護施設を設置している所が多く、施設から往診を依頼されることは皆無になった。施設に入所しても医師を入所者が自由に選べるようになってほしい。
<ul style="list-style-type: none">・ 在宅医療は急性期の治療を終了し、後遺症が残り、通院できない患者を在宅で診療すること。入浴サービス、ヘルパー、訪問看護、訪問診療など社会資源を投入するか、家族の手厚い看病も必要。在宅医療を受けている患者は多くは恵まれた家庭の人々が多い。在宅医療をしたくとも、家族がいない、貧困、住む場所がない独居老人も多い。緊急に往診を求められ、高齢者の脱水や吐血、血圧低下などで、受け皿を探すのに、往診先で立往生することもある。病院医師達とのこれまでのつながりで、ことなきを得ているが、受け皿も心配である。また在宅患者の問題は最後の看取りということになるが、超高齢者にはただ単に延命を図ることはしないという国民的合意が必要。また、開業医が、その仕事をしながら在宅医療もするという事は困難。在宅医療はそれを行う専門医が行っていくのが妥当と考える。
<ul style="list-style-type: none">・ 在宅医療については医師の役割も大切だが、協力いただける看護師がいないとどうにもならない。冬、夜間など、とても活動してくれるナースはなかなか難しいのが現実。患者宅でも、子供さん達は一緒に住んでいない所も多く週1回の往診ではとても十分な看護ができない。一般の方も(看護助手等も)手助けしてくれるようにならないと、増加する高齢者を自宅で看ることは困難になると思う。
<ul style="list-style-type: none">・ 在宅医療と言っているが、これからどんどん進む少子高齢化で働き手の不足は明らか。在宅にすることでその家の人は働きに出られず結果、収入はなく、その一方で介護にかかる費用は増すばかり。本人家族の両方の希望での在宅は意味があるが、そうでない場合の受け皿をしっかり国は作って活用しないと未来はない。
<ul style="list-style-type: none">・ 在宅医療・主治医による医療をうけている高齢者が急変して救急医療施設に搬送後死亡して死亡診断書を検死後に準備するときに、主治医からの患者情報が得られにくい。受療中の高齢者に関しては薬手帳・疾病状況書(介護保険の主治医意見書のようなもの)を緊急時使用に限り準備(発行)しておくことが理解されたら大変有効だと思われる。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅は往診の継続と考えている。街中が自分の病棟と心得えることが先輩からの訓辞。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護と急性期・一般疾病に対する医療とはどこかで区別をつけるべきであり、介護に関してはもっと多くのパラメディカルを参加させ、在宅診療(介護料全て)の費用を抑制しないと医療は崩壊する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療行為のできる通所サービスを医療機関が実施できる制度が、在宅療養患者を支える上で、役立つと思う。今日、夫婦共働きの家庭が多くなり、高齢の親を在宅で世話することが難しくなっている。日中独居の疾患を持った高齢者が、医療を受けられる通所サービス(通所看護とも呼ぶべきか)に通所して過すことができれば良いのではないかと。これに宿泊機能が加わればさらに良いと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で一番死亡診断書を開く在宅診療所をめざして開業したが、返上した。肺炎や腹痛の急性期は入院が必要になることもある。「在宅医療なのにどうして入院の必要があるのか」と有床の医療機関に断われ続けて疲れた。私自身は10年間、近隣の救急医療を手伝い続けているが、施設や在宅からの救急車もすべて「お互い様だから」と受け入れている。医師同志の心のすきまに何も事情の知らない政治家が手をつ込んでわが国の在宅医療は数年で破綻すると思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんらが希望されれば一般的な内科診療を担う開業医は定期診療している高齢の患者さん達の最期におつき合いく責任があるかと思われる。昔ながらの看取りができるためには面倒な“保険点数の計算”や“24時間絶対対応します”など難しいことを言わず、ゆるやかな体制でも、ひとり医者でもできるように配慮して頂きたい。点数は基本的に高くない方がいいと感じている。私はゆるやかな体制でお看取りしているが問題なく、喜んで頂ける分、モチベーションにつながる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自院に診療設備を準備せず、在宅医療のみ行っている医院がある。外来もしておらず、連絡もつかないことがある。このようなところは医療機関とはいえないと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅でも施設に入所しても長年診療してきたかかりつけ医が在宅医療を提供するのが望ましいと思う。しかしかかりつけ医は若くない。24時間体制はおろか月に1回の夜中の呼び出しでも負担は大きいと考える。地域ぐるみで24時間体制を取れるよう行政の指導が望まれる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合病院の方が専門性が高く重症患者や先進医療の分野は優れていることが多いが、患者様一人一人に対して丁寧な診療という観点からは開業医の方が可能性はあると思う。在宅であっても同様に連携は重要であると思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今、在宅医療は全く増えていない。その理由の1つは現実在宅医療の介護力が極めて乏しいこと。2つめは在宅医療の介護力の有無にかかわらず、世間体がわるいからとすぐ病院へ入院してしまうこと。解決方法は(1)在宅医療有料ボランティアの育成、(2)地域住民に対して在宅医療のことをしっかり広報すること。「医師に家にまで来られるのはお金がものすごくかかる」と初めから思い込んでいるケースが多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在在宅医療を行っておらず今後の課題をつきつけられた感じ。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療者側にも患者側にも在宅医療がおしつけられているように感じている。患者側が本当に在宅医療を望んでいるのか、今一度きちんと検討する必要がある。在宅医療を本当に希望する方にきちんと在宅医療を提供する状況をつくることは重要だが、むしろ、入院や入所で医療を希望されるケースの方が多くはないか。その希望はかなえられず仕方なく、在宅医療となっている方が多いようにも思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんが高齢になり要介護状態になると、ご家族の多くは施設入所を希望される。在宅介護をされて往診・訪問診療を希望される方は以前より減っているのが現状。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんが高齢になり看取りを希望される方はなるべく、その意をとり実施している。本院では80才以上の方には、携帯(医師他1)に患者さんの自宅、同居する方の電話番号を登録し、朝7時～夜12時まででは対処するように行っている。夜0時～朝7時まででは対応できないことを承知のうえ訪問が24時間対応している。急性の突発時はこの時間帯は救急で入院が必要だが、そうでなければ看取り可能。うまくいっている。きめ細かい制度は結構だが細分化され診療しがたい。

<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険が始まる前は在宅療養支援診療所もなかったし、在宅療養指導管理料は主なものの一つのみといった制限もなかった。規制が少ない分、医師会の仲間と緊急時対応を相談しあったりして、在宅医療に情熱を持って取り組んできたが、年々、規制が増えてモチベーションが低下している。
<ul style="list-style-type: none"> ・5年間で3人の在宅死亡確認を行ったが在宅加算は算定していない。現実、1人医師の診療所では無理があると思う。算定していなくても当院では24時間対応でニーズに答えている(自宅兼診療所)。ほとんどの診療所が私のような医師が多いのではないか。
<ul style="list-style-type: none"> ・1人で診療している診療所では、在宅医療のハードルが次第に高くなっている。これからは少なくとも3~4人の医師で在宅医療を推進する時代と思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅支援診療所だが、患者さん自身の問題よりも、家人(多くは子供)の要求の程度に格差がありすぎて対応に困る。(同居していない子供ほど、病院と同レベルの治療を求める。)同様に訪問看護ステーションも、各施設各々の在宅ケアの方針をもっており、当院の指示や方針に順じてくれないこともある。在宅に入る前にくり返し話し合った治療方針も、在宅に入ると簡単にくずれるのがわかり、在宅患者の件数が多いと継続困難と思う。在宅と外来を両立させることは、かなり厳しい。
<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の転送病院の確保・休日夜間の呼び出し、いずれも当番制当直等が望ましい。
<ul style="list-style-type: none"> ・今後どういう方向に進もうとしているかわからない。コストを減らしたいために、いろいろやっているようにしか見えない。在宅支援と言うが、今後急激に独居の方が増加していく時、対処可能なのだろうか。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターを現状の特養など福祉グループから医師会、病院協会が主体となる改編が必須。
<ul style="list-style-type: none"> ・日本医師会の「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」に沿った適切な対応が望まれる。
<ul style="list-style-type: none"> ・午前中外来を行い、午後から在宅医療を行っている病院では、在宅医療を標榜し、訪問診療を行っているにもかかわらず、臨時的往診希望に応じず、自院に連れくるように言う医師が多い。もちろん24時間対応をしない。訪問診療を行う医師はかかりつけ医であるから、全身の病気に対してとりあえずは診療するべきである。診察して専門医に紹介する必要があると判断したらば、それぞれに紹介する。ところが患者から電話がかかっても、何科に行けというだけで、診ようとしなない。かかりつけ医を放棄している。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療的治療が必要と提案しても、ケアマネジャーにより通院等を却下されることがある。
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の新規申請で、本人は何を受けるか理解しておらず、業者、及びケアマネジャーから勧められるままの方があった。ケアマネと業者が、連携しディサービス等の利用者拡大を目的としている感じがした。
<ul style="list-style-type: none"> ・近くの老人ホームには他の医院が、契約しているが、患者急変時に対応できず、往診の依頼がある。責任をもってほしい。

【在宅医療(診療報酬)】

<ul style="list-style-type: none"> ・老人ホームの配置医としての役割だけでも、個人開業医には厳しい現状を感じる。開業医への負担にみあう報酬がなければ、今後配置医を希望する医師はますます減ることが予想される。
<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホーム、サ高住、特老もすべて収容人数10人以上または以下で点数を設定してほしい。小規模施設はそれなりに点数が高くないとやれない。
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所への届出のハードルが高すぎる。疲弊していくような診療報酬改定はやめてほしい。少なくとも自宅開業し、できる限り患者のために夜間往診等できる限りの対応をしている医師が存在し、その医師が病院の負担を減らしている現実があることを理解して頂き、そのような医師たちへの診療報酬を上げる方針を考えていきたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・日曜日の往診が平日と同じ点数なのはどうか。夜間の往診点数より高くてもよいと思う。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院で十分看取りなど行っているが、国の基準では、3名の常勤医師とあり、実績加算しか認められない。基準を見直してほしい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料など算定方法がむずかしく、もうすこし簡単な方法にしてほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療は、決してかかりつけ医一人のみで遂行できるとは限らず、他科の協力が必要なことも多い。現在診療報酬上は、主たる医療機関のみが在宅時医学総合管理料を算定し、協力する他の医療機関が、定期的に行う診療に対しては、訪問診療料も往診料も算定できないことになっている(外来診療時間をさいて往診しても、再診料しか請求できない)。医療費抑制・高齢者人口の増加・病床規制等を考えると、今後は在宅医療へと舵取りをするしかない状況であり、在宅医療をより充実したものとし、成功裏に持って行くためには、協力医に対する適正な評価を行う必要がある。在医総管は、これまで通り主たる医療機関のみで構わないので、他の協力医療機関に対しては、訪問診療料の算定を認めて欲しいと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療について細かい規定を作りすぎている。田舎では、この規定に沿えない場合が多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療で月2回以上の訪問診療を行わないと加点がない。1回／月でも全体管理を行っていれば2回の要件は不要と考える。機能強化型の必要事項がきびすぎると安定的に満たせるとは考えられない。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、施設に重症者が多くなった場合、現在の在医総管の点数では高負担(診療実時間、緊急時対応)の割には報酬は低くむくわれないと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医が在宅の裾野を広げることに大きな力を発揮すると思われるので、一般診療機関への在宅医療へと報酬アップを期待する(特に大都市部で)。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅の診療報酬が高くなればなるほど、患者家族の経済的負担が増える。ただでさえ、介護負担が大きいのに、経済的負担が増える状況は在宅療養の妨げになっている。海外先進国のように、在宅で過ごす患者の経済的な自己負担を大幅に軽減することが、在宅医療推進の鍵だと考える。在宅医が増えないのは、患者家族が在宅で看たくないのに看ざるを得ない中での不合理な医療に魅力を感じないからであり、真に家で過ごしたいという患者需要が増えないからである。医療を在宅にシフトするには、在宅患者とその家族に喜び、満足を感じてもらえる条件を増やし医師にやりがいを感じさせること。患者家族は、お金も労力もかかる在宅医療を選ばない。在宅の診療報酬は上げるべきでないし、患者自己負担額を下げるべき。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症の症例を在宅で診療すると赤字になる。人工呼吸器、酸素、気管切開、胃ろう、経管栄養、尿道カテーテル等、在総診では医療機関ごとの連携をするようになっているが、それでは患者は診れない。症例1つずつ連携する医療機関は異なる。症例を重ねるにつれて多くの医療機関との連携が必要になる。普通に診療すれば書類等は少なくなるが、現時点は赤字。在宅では重症症例をあまり考えていないような気がする。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、ますますの高齢化、適正な病院機能の維持、医療費の問題等を考慮すると、在宅医療を更に推進する必要がある。しかし、今回の診療報酬改定で、在宅医療に真面目に取り組もうとする医師に、更にハードルの高いものとなってしまった。往診を含めて在宅医療は在宅療養支援診療所(病院)のみで行えるものではない。もっと一般の診療所医師も在宅医療に参加しやすいような診療報酬の点数や、算定要件を考慮していただきたいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ほとんどの医師が定期訪問だけで緊急往診をしない。現状の診療報酬体系が訪問診療を基本に考えているのでこういう状況になる。

【サ高住等同一建物、介護施設など】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 近くのサ高住より訪問診療(20名位)の依頼があったが断った。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ほとんどのサ高住が、特定の医療機関と密接につながっている。入所すると主治医変更を家族にすすめる。急変したときは新しい主治医ではなく「本人の希望だから」といって当院につれてくる。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一建物でも玄関が違う場合は別個住宅とみなしてよいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一建物での複数患者を往診した場合と単独往診した場合の、負担金(点数)の違いに患者がとまどったケースあり、複数患者を診た場合の人数による点数設定がほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規開業のため、これから在宅医療を増やしていきたいが、近くのサ高住等から在宅医療の依頼があっても、現在の診療報酬では、なかなか受けにくいのが現状。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 業者らしき人から電話で患者を誘導する提案を受けた。そのような仕事が成立するなら非常に困る。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日訪問(個別)に切りかえたが、移動時間、距離が長くなり事務スタッフ、ナースの時間を有効活用できない。患者さんの予定(入浴やデイサービス)も一定せず、スケジュールを組むのに難渋する。しかもスケジュールが均一でないと返戻される。長時間の運転を要するため、スタッフの疲労が大きく離職につながっている。患者さんごとの処方日数がバラバラで管理が難しい。スケジュールがタイトになり診療に十分な時間をさけない。住宅施設というものが(制度上のサ高住より前)民間で出現した頃より訪問診療をしているが、介護スタッフへの指導や相談事、訪問中以外の仕事(紹介や検査の予約等)も多く、その部分を全く評価されていない事には残念に思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回の在宅医療不適切事例に対し訪問診療料を大幅に下げることには全く納得できない。まず不適切なことをしている業者や医療機関を指導すべきだと思う。同一の建物といっても患者さん個々は病状も異なり対応(医療行為)も異なる。現在の制度なら別々の日に一軒ずつ訪問するか、訪問をやめて往診のみで対応するしか、当院のような小さな田舎の診療所はやっていけそうにない。業者や医療機関の問題もあるだろうが、背景に医療費削減の意図があるのではないか。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回の改定は、在宅医療を進めて行くということと逆行している。医療機関といえども、経営が成り立たない限りは、診療を行えない。同一建物内だからと言って、管理料を下げるのは問題。一般のご家庭の方も複数の方も管理している内容はまったく変わらない。これでは、一般の家の方と、施設に入った方との在宅医療の量や質が低下してしまう。苦肉の策で、一施設一人の往診をしている。時間とガソリン代のムダが多くでる。CO2の排出も多くなる。人件費もかかる。急に具合が悪くても往診できない。もし、患者を紹介して、バックマーゲンの要求をする業者がいるのなら、通報システムを利用し、紹介業者の介入をやめさせるべき。善良な往診医がたいへん困っている。これでは在宅診療はすすまない。また強化型の連携をとるのはよいことだと思うが、その条件が徐々に厳しくなっており、これでは、連携自体すすまなくなってしまう。往診をしたいという医師が、普通に往診して、その対価を得られるようなしくみを作って欲しいと思う。早期に改定を望む。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回の点数削減は患者紹介ビジネスの根絶が目的であったとはいえ、今後増えるであろう在宅医療に安上がりに対処しようとする厚生労働省の意図が見え隠れしており、この点数を了承した日本医師会代表の中医協委員の対応には強い不満がある。地域包括診療料を新設したとのことだが、ハードルが高すぎて実際には算定できない診療所が大半である。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特養に往診に行っているが、点数が大幅減になり外来を止めてまで往診に行くことは経営上やめたいと考えている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設が、患者(及び家族)に指示して、入所の際、診療情報と、診断書など、要求されることがある。相手がどんな、施設か、医者が分からないのに、渡すのは不安がある。「このような手続きや、要求」が必要と決めてもらうことはできないものか。
<ul style="list-style-type: none"> ・ サ高住とグループホームを同じ算定にすることは反対。当地でのグループホームの訪問診療は、志の高い在宅医が担当している。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定審査会の委員をしているが、「サ高住」に入所している患者で認定は非該当にもかかわらず、医療系サービスで「訪問診療が必要である」となっている。これ以外にも今まで通院していた患者が「サ高住」に入所したところ訪問診療を受けることになり、情報提供書を作成して通院を終了するようにケアマネにいわれた。パーキンソン病なので内服の調節等いろいろ専門医と相談したいが、訪問診療は内科の決まった医師に内服は今までどおりしか出さないといわれた。介護施設と往診専門診療所の不適切、不適當な診療が多過ぎる。当地域では診療報酬改定前より「サ高住」は特定医療機関が排他的にすべての患者の訪問診療をすることになっている。そのため、通院や訪問診療されていた患者さんが近くの「サ高住」に入所されたら、その後の通院も訪問診療も事実上禁止されている。また、専門医療が必要になっても事実上継続通院をさせてもらえなかったり、通院ができてでも内科的なことだけ診療しますと訪問診療を無理やり受けさせられるケースがほとんど。これらの訪問専門診療所は他地域から来ているため、周辺の診療所との連携もとれていない。介護非該当の患者が「サ高住」に入所すると、自動的に訪問診療となる状態が続く限り同一建物の訪問診療は不適切といわれてもしかたがない。医療側、「サ高住」側、介護すべてに問題がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一部の医療従事者（医師、病院経営者）のために、真面目に正直に医療病院経営を行っている医師にも、点数改造での大幅な減額や算定基準の見直しが行なわれ影響がでるのは、腹立たしいかぎり。不適切事項の発生には現在の点数の算定基準にも原因があると考え。もっと判りやすく、加算などの複雑なものは廃止し、本来の医師の診療内容、技術料等に重きを置いた点数改定を国もやるべきだと考える。そのためには、医師やスタッフも、日々、勉強をし患者や国にも信頼される、医療を提供出来るようにステップアップしなくてはならないと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ グループホーム、サ高住など同一日に複数の患者の診療を行うことで、今回の診療報酬引き下げとなったが、実際には外来と同じ、もしくはそれ以上に時間がかかることが多々ある。その実際の状況を理解せずに、報酬引き下げには納得いかない。施設入所の患者のADLを考えると、労力が必要なものは必然的にわかと思うが。もっと現場をみて判断して欲しいと思う。（今後、すみやかに以前の診療報酬体制に戻ることが希望する）。そうすればもっと自宅での在宅訪問診療の質が上がりニーズにもこたえられるようにもなると思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ スキャンダルを元に診療報酬を削減する手法はありえない。これを許容した日医の考えはとうてい理解できない。事務方も不適切事例で点数が下がったと答えていることには見識を問う。スキャンダルで診療報酬を削減する手法を取ったら今回の部分だけではなく、診療報酬全体が1/4にされるだろう。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 少子高齢化時代に、高齢者の適切な住宅整備、それに対する適切な医療体制は必須。独居高齢者世帯の増加、介護者の高齢化、家族の在宅看取りマインドの低下等加味して高齢者住宅の整備は必須。このことを理解して適切な診療報酬を考えるべき。今回の点数削減は全くナンセンス。特養における医療も望ましくない。現状の契約医制度が継続されると医師確保は非常に困難になるだろう。適切な医療提供が担保される診療報酬に変えていく必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「サ高住」専属医になるためには、厳重な資格試験を行ない、合格者にのみ専属医認定を与える制度づくりが必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅診をすすめている割合に制限が多いため在宅診をやらない医師が多い。在宅患者訪問診療料2の算定の「別紙様式14」があり、事務量が増えて負担が多い。何のために在宅医療に協力しているのか解らない。

【在宅療養支援診療所】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携型の機能強化型在支診で行っていたチームを解散することになった。当院のみ、暫定措置、在宅看取りをクリアできなかったため。当院は、地域医療の中でも、外来（一次医療）、救急軽症患者受け入れ、在宅医療、学校医、産業医と背負うものが多くある。決して高い点数を要求しないが、今回の在宅看取りの件数に関しては人の死を待つようなことで基準を決定することには賛同しかねる。このようなことで泣いている医師は沢山いると思う。かかりつけ医は、地域の住人の健康及びその背景全体を理解し、可能な限り守ろうとすることと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能強化型でのハードル（看取り数）を下げてほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後在宅医を増やさないといけない時に在宅支援診療所の要件をきびしくするのはまちがっている。これでは2025年はのりきれない。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を「24時間対応すべき入院同様のもの」と、敷居をわざと高くして、在支診のみに担わせようとする方向性は、在宅医療を気軽に進められなくなるため、今後の在宅医療の必要性の増加という現状とそぐわない。在支診の報酬上の優遇は、患者負担の増加に直結しており、誰のための報酬改定か考えさせるもの。企業的在支診の儲けのためのものかもしれない。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅での看取りの患者数が在宅療養支援診療所の基準となっているのは不適當。

【かかりつけ医、地域包括診療料または加算】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の機能負担をかかりつけ医が担う方向性は理解するが、1人で外来診療、校医、産業医、休日診出勤、そして医療組織の向上のための研修とすでに飽和状態の開業医に診療報酬によって（しかも今回の加算は常識的にも安価）かかりつけ医機能を増やすのは限界と思われる。院外を推進してきた国が院内原則とすることも朝令暮改。もっていねいに、外来をじっくりみる診療所とそれへの対応（報酬引上げ）、在宅を中心とする診療所への報酬アップ（たとえば地域包括診療料は外来に限定せず在支診へも広める）など実質的な向上を目指すべき。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療料、地域包括診療加算、在総診など、患者に負担のかかる加算はいっさいしない。往診のみで対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療加算をとるのに同意書が必要な理由がわからない。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療加算は届出する時も規定（算定条件）が多く、また、届出後も多くのことをする必要がある。手間を考えれば20点では算定する気にならない。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療加算は算定条件に対して点数が低すぎる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療は内科中心で保険点数も内科重点に考えられていると思う。眼科、耳鼻科参入の場合、単なる往診料（患者さんの求めに応じる）のみでは、定期的な病状把握、管理が出来ず、地域包括診療料の内科から他科への分配が必要だと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療は推進しているのか、よくわからない。かかりつけ医機能は、患者さんにとってわかりにくいと思われるので、算定しづらい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 10月13日の「かかりつけ医機能強化研修会」はなかなか内容充実していて良かった（頭の整理になった）。「かかりつけ医」のレベル維持のためには1回／2年程度でこのような会があることは必要だと感じた。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1. かかりつけ医機能として仮に自院で在宅医療が困難であっても、在宅医療に移行、入院、入所、自分以外の医師にかかりつけ医を交代した方がベターなど、患者さまが困らないように判断、対応が間違いなく出来れば良いと思う。2. 大病院のフリーアクセスが困難になったこと、診療時間が短い実態を考えれば、クリニックの機能を高度にし、病診連携を密にしていくこともかかりつけ医として大切ではないか。超高齢になっても専門性の高い診療を必要とする患者が多数ある。

・「かかりつけ医」に患者がまず流れるようなシステム広報はやめてほしい。一般医(内科など)は、患者さんを取りこんでしまうようなことがある。いきなり大病院受診はよくないので、「各科のかかりつけ医をもちましよう」という表現がよい。

【処方、医薬品】

・薬の長期処方が多くなり、患者の1か月間の延べ日数が1~2割減少し、収入減の1つになっている。特定疾患療養指導料が月1回しか算定できなのは問題。

・同じ資格の薬剤師が調剤しているにもかかわらず、院外処方の調剤点数に比べて、院内調剤の調剤技術基本料の点数があまりにも低すぎると思う。

・薬の複合剤は一時中止となっていたが最近になって複合剤が多く出ている。なぜ一時中止になったのか。今はなぜ良いのか。薬品名も病名を書かないと通らないのはなぜか。長い薬品名を書くのは大変苦勞する。これは院外処方の薬局のためだけで、後発品使用を可とするためだけではないか。これらの製薬会社がラベル代や説明書にかかる金額は大変なものとする。それだけ薬品を安く卸してはどうだろうか。投薬も特に眼剤は1週か10日程を最大限にされてはと思う。

・先発品は特許が切れた場合、同じ製薬会社より安価な値段での発売を望む。厚労省の決めた薬価より安く仕入れることができれば、ジェネリックを薬価が安いという手段で発売することを阻止することが可能。

・訪問診療における院外処方の管理料と院内処方の場合の管理料の「差」を薬剤料だと考えると、院内処方にするとはほぼ全員が赤字になる。従って、当院では外来患者は原則として院内処方だが、訪問診療の患者さんは院外処方としている。このような、院内処方にしたら赤字になることが明らかな管理料の設定に、改定を求めるような声をあげないのは、医師会の怠慢。「同一労働、同一賃金」という言葉がある。院外処方になると、様々の課金がついて、非常に高値になる。少しばかりの院外処方料を得て、院外処方を受け入れている医師会の姿勢は問題である。

・院外処方を減らすべき。医療費のムダ。すくなくとも異常に多い薬局の数を減らすべき。自宅に帰る途中に薬局があれば良いので、クリニックのとなりに薬局がある必要はない。

・ジェネリック医薬品について厚労省等は、成分が同一で安価なものと言っているが、使用経験上、明らかに効果に差があるものがある。治験を省略しているがために安価になっている面もあろうかと思うが、使用する側が本当に同一の効果なのか判断する材料がないのが現状である。ジェネリックが先発品と同様の効果であるデータを示してから、ジェネリック医薬品への普及を推進するのが筋だと思う。

【診療報酬】

・頻回に診療報酬改定などで算定条件やコストが大きく変化すると事業としては計画できない。

・診療報酬改定時の説明会を、充実させてほしい。

・診療報酬改正のたびに開業医の収益悪化傾向が著しい。このままでは、地域医療が崩壊するのではないか。

・診療報酬は下がる一方、物価や、人件費は上がる一方。これで新しいことをせよ、新たな負担をせよ、と言うのは、困難。

・診療報酬の算定申請が繁雑すぎる。

・診療報酬に消費税の負担をしてほしい。薬剤のみならず、検査についても医療器機使用薬剤、消耗品全てに消費税がかかっている。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬が高いということでのみ集団的個別指導、個別指導の対象となる。当院はそれがきっかけで院内処方から院外処方へかなりきりかえた。今はまだ急性期疾患は当科で処方しているが、慢性疾患はかなり院外処方となっている。その結果、患者さんは不信になり、高くなり、かなりの不満を感じておられるようである。高得点指導というのは何とかならないものか。
<ul style="list-style-type: none"> ・ よく理解できない査定をうけることがあるので新しい報酬や他院とちがう加算などはとらないように目立たないようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ いろいろ規則が細かくなっていてやりにくい。そういう、細かい保険請求のことなどを、詳しく知っている人が院内にいてくれるととてもありがたいのだが。

【医療政策その他】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常的な必要な医療を削るのでなく、超高額な本当に必要かどうか判断を要するもしくは躊躇するような医療を制限すべきである。在宅に向けるのは結構だが、強引な政策でははずみが生じてしまう。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんのフリーアクセスを阻害するような事にならないようお願いしたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 株式会社の保険医療への参入は健康保険法違反。株式会社参入認めるなら医業を営利目的のものとするべく法律をかえるべきである。この点場合によっては内閣又は行政府と訴訟も辞さない構えをもって対峙すべき。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療政策は厚労省主導でなく、専門の医師会主導で行って欲しい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般的風潮として、患者の医師に対するコンビニ化の傾向がある。患者は行きたい時に行くので、診療側は24時間待機しているという風潮。患者の不払いも3割以上もある。古い医院では患者は再診がほとんどで、現状では医業の崩壊。組織化された大医療機関以外は消滅していくだろう。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一医療機関で治療に携わる医師の数対患者の数を考慮してほしい。一日に100人以上1人の医師が診るなどありえないが、このような医療機関は多数あるはず。十分患者をみずに、悪くなって患者自らが、他院を受診していろいろ病気がわかったりする。ある程度、一人の医師が診る患者数の制限（例えば1日60人程度）を設けて、それ以上は、再診、初診料を減らすなどの対策をとればよいと思う。丁寧にみている医師に負担がかかる割に、コストに反映されないシステムはどうかと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師（医師会）抜きで始まった介護保険が迷走している。治療の必要ない高齢者の介護のみの保険が変化して、認知症の治療や寝たきり進行中の高齢者にリハビリが追加され専門医のいない介護保険が迷走混乱している。運動器の専門医、認知症の専門医、内科医（かかりつけ医）の「ケア会議」の充実が出来ればよいと考える。医療保険と介護保険の融合が必要（医師を中心にして）。医師会がもっと知恵を出しあい高齢者医療に対し提案すべき。（厚労省の提案より進化したものをつくり上げリードすべき。）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方では、短期入院（脱水、肺炎等）の必要がある際のベット数が不足していると思う。国の方針で減らして行っているためか、療養型ばかりになってしまった。医療費増大の報道があるが、他国と比べ、GDPに対する医療費の割合はどうなのかというデータが国民に示されていないのは意図的なのだろうか。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本医師会も厚生労働省も本当に「僻地で、這いつくばるようにして医療をしている医師」の事を分かっているのか非常に疑問である。そういう「日蔭で目立たない医師たち」は、研修会や学会に出るのもおしんで患者さんを診ている人もいる。結果として、「専門医」等の「(いわゆる)点数かせぎ」ができず、「専門医」等の資格を維持できなくなっていくことを上層部は本当に分っているのだろうか。

【診療科固有(かかりつけ医、在宅医療)】

<ul style="list-style-type: none">・ 内科では眼科の知識はあまりないようなので、眼科は別に考えてほしい。
<ul style="list-style-type: none">・ 眼科の検査は在宅では難しいと考えております。検査器機が必要なことが多いので。
<ul style="list-style-type: none">・ 高齢化に伴い眼科等のいわゆるマイナー科での在宅医療も重要になってきているが、報酬等が対応できておらず負担が大きい。
<ul style="list-style-type: none">・ 眼科専門医にとって「在宅医療」「かかりつけ医機能」に対してどのような形で参画してゆけばよいのか、全く明確にされておらず、対応しかねている。全人的な在宅医療ならその点も明確にして頂きたい。
<ul style="list-style-type: none">・ 眼科医として、どのように在宅医療に係わっていけば良いのか方向性をつけてほしい。
<ul style="list-style-type: none">・ 眼科の場合、全身管理が出来ないためその患者さんの主治医にはなかなか出来ない。しかし定期的な診療が必要になることも多々ある。例えば緑内障、白内障、網膜症など。そのため入所施設から診察希望と連絡がある。往診という形になるが点眼剤がなくなるとまた往診となる。
<ul style="list-style-type: none">・ 小児科で気管切開中の患児の在宅を一人のみ受けている。たった一つのニーズに対応するには無理なきまりがあり、小児科への個別の対策も考えてほしい。
<ul style="list-style-type: none">・ 小児の在宅なので、いわゆる成人のそれとは趣を異にする。同一の次元で考えるのは困難ではないかと思う。
<ul style="list-style-type: none">・ 小児科なので小児在宅と、介護、老人などの在宅は区別すべきでは。

5. 調査票

2014年10月

2014年度診療報酬改定に係る診療所調査 かかりつけ医機能と在宅医療を中心に

公益社団法人 日本医師会

本調査について

目的

- ① かかりつけ医機能および在宅医療についての評価を中心に、2014年度の診療報酬改定の影響と医療現場の実態等を把握すること
- ② 調査結果をもって、次回診療報酬改定、医療提供体制のあり方等の検討に資すること

担当

- ・ 窓口 公益社団法人日本医師会 医療保険課
メール: kaitei26@po.med.or.jp
TEL: 03-3946-2121 (受付時間: 10:00~17:00 (土日・祝日を除く))
- ・ 集計・分析は、日本医師会総合政策研究機構(日医総研)で行います。

結果の発表

日本医師会定例記者会見、厚生労働省社会保障審議会および中央社会保険医療協議会(中医協)などの審議会等で発表するとともに、日医総研のワーキングペーパーとして取りまとめ公表する予定です。

貴施設名、ご連絡先をご記入下さい。

※ 記載内容が読み取れない場合などにお問い合わせをさせて頂く場合のみ使用します。

施設名	※ゴム印の押印でも結構です。
ご連絡先	ご担当部署: ご担当者名: 電話番号またはメールアドレス:

1. 貴施設の状況について伺います。(2014年10月1日現在)
 該当箇所には○をつけるか、数値をご記入下さい。

(1) 所在地	都・道・府・県	市・郡・区	区・町・村		
(2) 区分	1 無床診療所	2 有床診療所			
(3) 許可病床数	有床診療所のみ				
	一般	医療療養	介護療養	合計	
	床	床	床	床	
(4) 診療科目	保険請求割合のもっとも大きい診療科に1つだけ○をつけて下さい。 1 内科 2 小児科 3 精神科 4 外科 5 整形外科 6 皮膚科 7 婦人科 8 産科・産婦人科 9 眼科 10 耳鼻咽喉科 11 泌尿器科 12 脳神経外科 13 人工透析科 14 その他(具体的に)				
(5) 職員数		① 実人数 (アタマ数)		② 常勤換算人数 小数点第1位まで	
	常勤医師			人	. 人
	うち在宅医療を担当する常勤医師			人	
	非常勤医師			人	. 人
	看護職員(看護師・准看護師)			人	. 人
	看護補助者			人	. 人
	その他			人	. 人
	合計			人	. 人
常勤換算の方法(例) 貴院の1週間の勤務時間が40時間のとき ・非常勤のA医師が週20時間勤務されている場合 実人数1人、常勤換算人数0.5人(20時間÷40時間) ・B医師が常勤の場合(常勤は実人数=常勤換算人数です) 実人数1人、常勤換算人数1人					

2. かかりつけ医機能について伺います。

今回の診療報酬改定では、かかりつけ医機能をもつ医師が複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価するため、地域包括診療料および地域包括診療加算が創設されました。以下、どちらか一方に限り届出できます。

地域包括診療料(月1回) 1,503点

- ・ 対象医療機関は診療所または許可病床数が200床未満の病院です。
- ・ 下記以外は包括です。
 - ① (再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
 - ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)
 - ③ 在宅医療に係る点数(在宅患者訪問診療料等を除く)
 - ④ 投薬(処方料、処方せん料を除く。)
 - ⑤ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のも

地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ・ 再診料の加算です。
- ・ 対象医療機関は診療所です。

(1) 今年9月中に、地域包括診療料または地域包括診療加算を算定されましたか。
1つだけ○をつけて下さい。

- 1 地域包括診療料(月1回 1,503点)を算定した
- 2 地域包括診療加算(1回につき20点)を算定した
- 3 いずれも算定していない

(2) 今後、地域包括診療料または地域包括診療加算を算定されますか。
現在すでに算定されている先生も、今後の予定をご回答下さい。
1つだけ○をつけて下さい。

- 1 地域包括診療料(月1回 1,503点)を算定
- 2 地域包括診療加算(1回につき20点)を算定
- 3 いずれも算定する予定はない
- 4 未定・わからない

すべての先生にご回答をお願いします。

地域包括診療料および地域包括診療加算を届出されているかどうかは問いません。

(3) 以下の項目のうち、①および②に該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- ① かかりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、特に重要と思われる項目はどれですか。
- ② 先生ご自身が実施することが特に負担あるいは困難な項目はどれですか。

以下の項目は地域包括診療料および地域包括診療加算の要件の抜粋ですが、要件として適当かどうかにかかわらず、かかりつけ医・かかりつけ医機能としてどうかという視点でお答え下さい。

	①重要	②負担・困難
1 慢性疾患の指導に係る研修を修了すること		
2 かかりつけの患者が受診している他のすべての医療機関を把握すること		
3 かかりつけの患者に処方されているすべての医薬品(他の医療機関が処方しているものを含む)を管理すること		
4 原則として院内処方をする事		
5 院外処方の場合、24時間調剤が可能な体制の薬局(連携薬局)と連携すること ※ 原則連携薬局において処方を行うこととなっていますが、患者の同意があれば連携薬局以外での処方も可能です。その場合には、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明することになっています。		
6 健康相談を行うこと		
7 健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載し、患者の健康状態を管理すること		
8 介護保険に係る相談を行うこと		
9 要介護認定に係る主治医意見書を作成すること		
10 在宅医療を提供すること		
11 在宅医療を行っている患者に対し24時間の対応を行うこと ※ 現行の地域包括診療加算では、時間外対応加算1又は2、地域包括診療料では時間外対応加算1を要件にしています。		
12 常勤医師が3人以上在籍していること		
13 在宅療養支援診療所であること		

上記以外に、かかりつけ医が持つべき機能として重要と思われることがありましたらご記入下さい。地域包括診療料および地域包括加算に関係しないもので結構です。

すべての先生にご回答をお願いします。

地域包括診療料および地域包括診療加算を届出されているかどうかは問いません。

(4) 介護保険に関する以下の項目のうち、①および②に該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- ① かかりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、特に重要と思われる項目はどれですか。
- ② 先生ご自身が実施することが特に負担あるいは困難な項目はどれですか。

以下の項目は地域包括診療料および地域包括診療加算の介護保険に関する要件の抜粋ですが、要件として適当かどうかにかかわらず、かかりつけ医・かかりつけ医機能としてどうかという視点でお答え下さい。

なお、現行の地域包括診療料および地域包括診療加算では、主治医意見書を作成していることのほか、下記のいずれか一つを満たすことが要件になっています。

	①重要	②負担・困難
1 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供		
2 地域ケア会議に年1回以上出席		
3 指定居宅介護支援事業者の指定かつ常勤介護支援専門員の配置		
4 介護保険によるリハビリテーションの提供		
5 同一敷地内に介護サービス事業所の併設		
6 介護認定審査会の委員の経験		
7 都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会の受講		
8 医師が介護支援専門員の資格を保有		

上記以外に、介護保険に関して、かかりつけ医が持つべき機能として重要と思われることがありましたらご記入下さい。地域包括診療料および地域包括加算に関係しないもので結構です。

3. 処方の状況について伺います。

今回の診療報酬改定では、地域包括診療料および地域包括診療加算において、医師の服薬管理が評価されました。

- (1) 現在、院内処方ですか、院外処方ですか。今後のご予定はいかがですか。
現在、今後、それぞれ1つ○をつけて下さい。

	①現在	②今後
1 院内処方		
2 院内処方の一部院外処方		
3 院外処方の一部院内処方		
4 院外処方		
5 未定・わからない		

- (2) 院内処方にはどのようなメリットがあるとお考えですか。
院外処方の先生もご回答下さい。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 医師が患者さんの服薬管理をより確実に行うことができる
- 2 患者さんが医師から服薬指導を受けることができる
- 3 患者さんの移動の負担がない
- 4 患者さんの経済的負担が少ない
- 5 緊急の往診、急患(休日・夜間等)の際でも、すぐに処方できる
- 6 その他(具体的に: _____)

- (3) 院外処方にはどのようなメリットがあるとお考えですか。
院内処方の先生もご回答下さい。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 患者さんが薬剤師から服薬指導を受けることができる
- 2 患者さんにとって薬剤の選択肢が広がる
- 3 患者さんにとって院内での待ち時間が短縮される
- 4 薬局において薬歴管理を行うことにより、複数の診療科や複数の医療機関受診による重複投薬や相互作用の有無などが確認できる
- 5 医師と薬剤師とでダブルチェックができる
- 6 医療機関において在庫管理の手間・コストがかからない
- 7 その他(具体的に: _____)

(4) 処方日数について伺います。

- ① 先生が処方されている日数は、もっとも多いもので何週(何日)ですか。
- ② 比較的症状が安定していて定期的に通院されている患者さん(生活習慣病、甲状腺機能低下症、更年期障害など)に対して、もっとも多く処方されている日数は何週(何日)ですか。

もっとも近い処方日数に、①②それぞれ1つずつ○をつけて下さい。

処方日数	①もっとも多く処方されている日数(全体的に)	②比較的症状が安定している患者さんへもっとも多く処方されている日数
1 約1週(7日)		
2 約2週(14日)～約3週(21日)		
3 約4週(28日～30日)		
4 約5週(35日)～約7週(49日)		
5 約8週(56日～60日)		
6 約9週(63日)～約11週(77日)		
7 約12週(84日)以上		
8 疾病や症状によりケースバイケース		
9 その他(具体的に:)		
10 該当なし(病状が安定している患者さんの診察なし)		

(5) 比較的長期の処方について伺います。
比較的長期の処方とは1か月超とします。

- ① 比較的長期の処方(1か月超)をされている患者の割合はどのぐらいですか。
1つだけ○をつけて下さい。
 - 1 約8割以上(ほとんど)
 - 2 約5割以上～8割未満(半分以上)
 - 3 約2割以上～5割未満
 - 4 約2割未満
 - 5 まったくない → ③にお進み下さい。
- ② 比較的長期の処方(1か月超)をされている背景は何ですか。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。
 - 1 病状が安定しているから
 - 2 患者さんの通院の負担を軽減できると考えるから
 - 3 患者さんからの要望
 - 4 長期処方の制限がなくなったため
 - 5 外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため
 - 6 近隣の医療機関にあわせて
 - 7 その他(具体的に:)

③ 過去1年ぐらゐの間に、比較的長期の処方(1か月超)が原因と考えられる以下の事例に遭われたことがありますか。「ある」ものにすべて○をつけて下さい(複数回答可)。

※ 先生の患者さんに限らず、他院で長期処方された結果生じたと思われる問題事例を含みます。

- 1 症状が悪化したか、患者さんが次回再診予約まで受診を我慢してしまったこと
- 2 患者さんが、服薬を忘れてたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと
- 3 患者さんが次回再診予約を忘れるなどして、次の診察に来なかったこと
- 4 患者さんが薬をなくしてしまい、次回予約よりも前に再診に来られたこと
- 5 上記以外で、問題事例に遭われたことがある先生は、具体的内容をご記入下さい。

4. 後発医薬品の使用に関連して伺います。

前回2012年度の診療報酬改定で、一般名処方加算が創設されました。

一般名処方加算は、医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行い、交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれれば算定できます。

今回の改定では、一般名処方が行われた医薬品について、原則として後発医薬品が使用されるよう、保険薬局が患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨が規定されました。

(1) 現在、一般名処方加算を算定されていますか。1つだけ○をつけて下さい。

- | | | |
|-------------------------------|---|----------------|
| 1 算定している | } | → (3) にお進み下さい。 |
| 2 現在は算定していないがレセコン等の条件が整えば算定する | | |
| 3 現在算定しておらず、今後も算定しない予定 | | |

(2) 一般名処方加算を算定されない理由は何ですか。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 患者さんにとってわかりづらい
- 2 後発医薬品を信頼できない
- 3 一般名処方という処方のしかたに抵抗がある
- 4 薬局や薬剤師の対応が不安
- 5 「一般名処方加算」という診療報酬の趣旨に同意しかねる
- 6 その他(具体的に: _____)

(3) 後発医薬品について問題があると思われるものに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 品質
- 2 効果
- 3 副作用
- 4 安定供給
- 5 情報提供
- 6 その他(具体的に:)

(4) 日本でもすでにオーソライズドジェネリックが販売されていますが、このことについてご存知でしたか。もっとも近いものに1つだけ○をつけて下さい。

- 1 知っており、オーソライズドジェネリックがどういうものかも理解している
- 2 知っているが、オーソライズドジェネリックについてはよく知らない
- 3 知らない

※ オーソライズドジェネリックは、先発医薬品メーカーが、特許切れ以前に後発医薬品メーカーに特許権の使用許諾を与えることによって販売される先発医薬品と同じ後発医薬品です。現在、アレグラ(サノフィ)、ディオバン(ノバルティス)、プロプレス(武田薬品)のオーソライズドジェネリックが薬価収載されています。

5. 在宅医療について伺います。

今回の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所(在支診)ではない診療所の在宅時医学総合管理料(同一建物以外)等が評価されました。

(1) 現在、訪問診療等を行っていますか。1つだけ○をつけて下さい。

- 1 外来のみ
- 2 外来中心で、往診も行っている(訪問診療は行っていない)
- 3 外来中心で、往診・訪問診療も行っている
- 4 訪問診療中心で、外来も行っている
- 5 訪問診療のみで、外来は行っていない

※訪問診療: 定期的・計画的に患家に赴き診療を行うこと

※往診: 患家の求めに応じて患家に赴き診療を行うこと

(2) 今後、在宅医療への取り組みを拡大されますか。

もっとも近いものに1つだけ○をつけて下さい。

- 1 現在、在宅医療を行っており、今後はさらに増やしたい
- 2 現在、在宅医療を行っており、今後もこれまでどおり続けたい
- 3 現在、在宅医療を行っているが、今後は減らしたい
- 4 現在、在宅医療を行っているが、今後は止めたい
- 5 現在、在宅医療を行っていないが、新たに在宅医療に取り組みたい
- 6 現在、在宅医療を行っておらず、今後も取り組まない
- 7 その他(具体的に:)

(3) 先生が在宅医療を行う上で(あるいは今後行うとして)、特に大変と感じていることは何ですか。

該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 緊急時の対応
- 2 在宅での看取り
- 3 在宅医療全般についての知識や医療技術の習得
- 4 認知症についての知識や医療技術の習得
- 5 がんについての知識や医療技術の習得
- 6 介護保険制度に係る知識の習得
- 7 ご自身の体力
- 8 在宅医療について相談できる医師の確保
- 9 先生ご自身以外に、自院における在宅医療を行う医師の確保
- 10 自院における在宅医療を行う看護師・准看護師等の確保
- 11 緊急時に入院できる病床の確保
- 12 他院の医師との連携
- 13 歯科医師との連携
- 14 保険調剤薬局や薬剤師との連携
- 15 ケアマネジャーとの連携
- 16 訪問看護ステーションとの連携
- 17 多職種とのコミュニケーション
- 18 連携のためにITを利用すること
- 19 患者さん家族への心のケア
- 20 患者さん家族の理解を得ること
- 21 在宅医療に必要な医療機器や医療材料等のコストの捻出
- 22 その他(具体的に:)

6. 機能強化型在支診(連携型)を中心に伺います。

今回の診療報酬改定で、機能強化型在支診及び在支病の実績要件が引き上げられました。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合(強化型在支診(連携型))について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績が必要になりました。

機能強化型在支診の要件(ポイント)

改定前	今回改定
在宅医療を担当する常勤医師3名以上 過去1年間の緊急往診の実績5件以上 過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 ①過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ②過去1年間の在宅看取りの実績2件以上

以下、すべての先生にご回答をお願いします。現在在支診かどうかを問いません。

- (1) 過去1年間の緊急の往診件数および在宅における看取り件数をご記入下さい。
現在、機能強化型在支診(連携型)の先生は、連携全体の数値もご記入下さい。

	①自院	②連携全体
1 過去1年間の緊急の往診件数	件	件
2 過去1年間の在宅における看取り件数	件	件

※緊急の往診: 標榜時間内であって、外来患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合又は夜間若しくは深夜に行う往診

※在宅における看取り: 患者において患者を看取った場合

在宅患者訪問診療料の「在宅ターミナルケア加算」の算定においては、「在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)」に算定することとされていますが、上記()書きの場合は、在宅における看取り件数に含みません。

- (2) 2014年3月時点で、在支診の届出をされていませんか。現在(2014年9月)はいかがですか。3月、9月それぞれ1つずつ○をつけて下さい。

	2014年3月	2014年9月
1 機能強化型在支診(単独型)		
2 機能強化型在支診(連携型)		
3 従来型在支診(上記以外)		
4 届出していない		

7. 在宅医療に係る不適切と考えられる事例への対策に関連して伺います。

今回の診療報酬改定で、在宅医療の不適切事例 是正のため、同一建物居住者の場合の在宅患者訪問診療料が引き下げられました。また、在宅時医学総合管理料(在医総管)、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が新設されるなどしました。

さらに、療養担当規則が改正され、保険医療機関等が、事業者等に対して金品を提供し、患者を誘引することが明確に禁止されました。

不適切事例

中医協において、マンション業者が医療機関と当該マンションに居住する者の診療の独占契約を結ぶ見返りとして、診療による収益の一定割合を報酬として要求するといった事例、医療機関が特別の関係の施設等に対して短時間に多数の患者に対して訪問診療を行うといった事例が報告されました。

以下、サービス付き高齢者向け住宅等(以下、「サ高住等」といいます。)には介護保険施設を含みません。

(1) 2014年3月に、サ高住等で同一建物・同一日複数患者への訪問診療(往診は含みません。

以下同様。)を行いましたか。

1つだけ○をつけて下さい。

- 1 行なった → (2)にお進みください。
2 行なっていない → (3)にお進みください。

(2) 今年4月以降、訪問診療にまったく行かなくなったサ高住等がありますか。

1つだけ○をつけて下さい。1か所でも「ある」場合は、「ある」に○を付けて下さい。

- 1 ある 2 ない

(3) 今年4月以降、新たに訪問診療されるようになったサ高住等がありますか。

1つだけ○をつけて下さい。

- 1 ある 2 ない

(4) 2014年9月に、サ高住等で同一建物・同一日複数患者への訪問診療を行われましたか。

1つだけ○をつけて下さい。

- 1 行なった 2 行なっていない

(5) 先生の患者さんについて、次のような経験はありますか。
該当するものすべてに○をつけて下さい(複数回答可)。

- 1 通院患者さんがサ高住等に入居後、通院されなくなったこと
- 2 患者さんの自宅に訪問診療に行っていたが、患者さんがサ高住等に入居された際、そのサ高住等から訪問診療を断られたこと
- 3 ケアマネジャーが、先生の患者さんに先生以外の別の医師を紹介したこと
- 4 訪問診療に行っているサ高住等から処方薬や処方期間について具体的な指示を受けたこと
- 5 先生が訪問診療に行っている患者さんについて、他の職種やサ高住等から、個人情報保護を理由に十分な情報が得られなかったこと

(6) 今回の診療報酬改定後、先生の地元のサ高住等で、訪問診療を行う医師を確保できなくなったといった事例があれば、具体的にご記入下さい。
(webから送信できます。最終ページ「8.自由記述」を参照下さい)

(7) 先生の地元で、在宅医療について不適切と考えられる事例がありましたら、具体的にご記入下さい。
(webから送信できます。最終ページ「8.自由記述」を参照下さい)

8. 自由記述

在宅医療、かかりつけ医機能、その他診療報酬改定について意見がありましたら、自由にご記入下さい。

(webから送信できます。以下のURLにアクセスして下さい。)

http://●●●

ユーザー名:●●●、パスワード:●●●

**以上でアンケート調査は終わりです。
ご協力ありがとうございました。**