

# 診療報酬改定における 同一建物の訪問診療の 医療提供体制への影響と対策について

---

医療法人社団康明会グループ

理事長 遠藤正樹

（一般社団法人高齢者住宅協会サービス付き高齢者向け  
住宅運営事業者部会 幹事）

# 今回の改定により、介護施設・訪問診療は 大きな岐路に立たされている

例)機能強化型在宅支援診療所 病床あり 月2回訪問診療 一般患者 医学管理料のみ比較

居宅 1人 : ￥44,850円

居宅1名と施設1名の差

施設 1人 : ￥31,850円

￥13,000円

02人～09人 : ￥16,850円

￥28,000円

10人～19人 : ￥11,850円

￥33,000円

20人～49人 : ￥10,650円

￥34,200円

50人～ : ￥9,050円

￥35,800円

# さらに3か月の訪問診療数2,100回以上で 点数は10分の6(40%減額)となる

多くの患者を診察する医療機関であれば、地域や施設をささえることができるはずだが、点数上は大規模であるほど、減算対象となっていく

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑨

## 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

- 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

[概要]

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

# 訪問診療2,100回以上の医療機関における 10人以上の施設が減算対象

例)機能強化型在宅支援診療所 病床あり 月2回訪問診療 一般患者 医学管理料のみ比較

居宅 1人 : ￥44,850円

居宅1名と施設1名の差

施設 1人 : ￥31,850円

￥13,000円

02人～09人 : ￥16,850円

￥28,000円

10人～19人 : ￥7,110円

￥37,740円

20人～49人 : ￥6,390円

￥38,460円

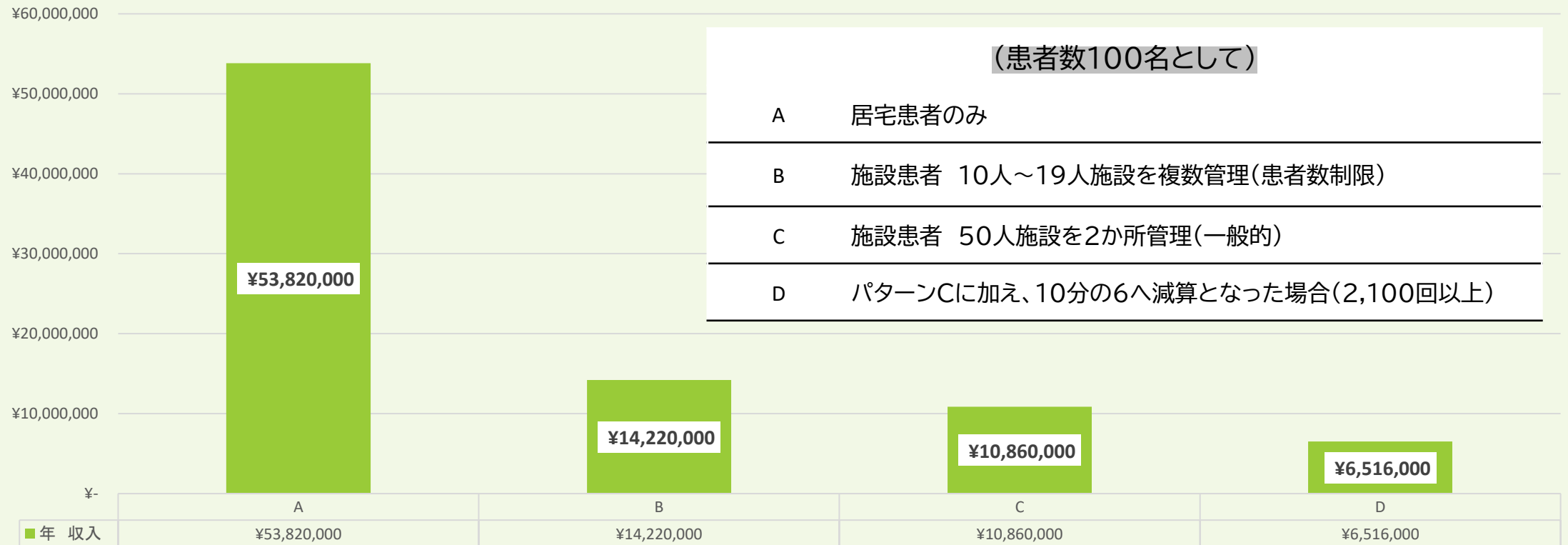
50人～ : ￥5,430円

￥39,420円

# 居宅 > 施設(同一建物)収入に これだけの格差が生じることになる

## 年収入 / 医学総合管理料 比較

例) 機能強化型在宅支援診療所 病床あり 月2回訪問診療



# 減算を回避するための4つの項目

施設訪問3か月2,100回以上を算定している医療機関でも、4つの項目をクリアしていれば、減算を回避することができる

しかし、本年9月末までの経過措置期間まで、診療所も病院も、4つの要件をクリアすることは施設診療から徹底するか、大幅に患者数を削減しなければならず、「施設入居時等医学総合管理料」は診療契約に則り、実施していることから、極めて難しいことである

- (イ) 直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

# 減算を回避するための「計画書」

4つの項目すべてではなく、なぜか1つの項目のみ、「計画書」を提出すれば、来年3月までは、1項目のみ経過措置扱いとなる旨が発布された(令和6年5月17日付保険局医療課事務連絡)

なぜ、すべての項目ではなく、1項目のみの経過措置なのか。フォーマットも存在しない、計画書による申請なのか。明らかに恣意的かつ意図的な介護施設診療の削減することではないか

| 様式19の2 (新規届出・取り下げ)   |      |
|--|------|
| 在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する別に厚生労働大臣が定める基準  |      |
| (3) 直近3月間の診療実績等  | ～中略～ |
| ① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数   | 名    |
| ② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数  | 名    |
| ③ ②のうち、別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等の数(ただし、令和6年3月に施設総管を算定した患者を含める場合は、④を7割以下とするための計画書を添付すること。(令和7年3月31日までの間に限る。)) | 名    |
| ④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者(③を除く)の割合【(③)/(①+②)】   | %    |
| ⑤ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者等の数  | 名    |
| ⑥ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者等の割合【⑤/(①+②)】  | %    |



# なぜ、令和6年度の特別調査が必要なのか

中医協 令和6年6月12日 非公開扱いの協議 6年度期末までの特別調査が予定

|             |
|-------------|
| 中医協 総 - 1   |
| 6 . 6 . 1 2 |

|             |
|-------------|
| 中医協 検 - 1   |
| 6 . 6 . 1 2 |

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施について

## 1. 目的

令和6年度診療報酬改定の答申書附帯意見を踏まえた調査項目について特別調査を実施し、令和6年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。



### 3. 調査項目

令和6年5月15日の中医協総会において検証部会で調査・検証を進めていくこととされた項目について、以下のとおり項目立てを整理し、令和6年度（4項目）及び令和7年度（5項目）に実施する。

（1）精神医療等の実施状況調査（別紙1）（附帯意見14・17）

※ 附帯意見14・17はまとめて調査を実施

（2）在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査（別紙2）  
（附帯意見16）

（3）長期処方やリフィル処方の実施状況調査（別紙3）（附帯意見23）

（4）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査（別紙4）（附帯意見24）

（5）医療DXの実施状況調査（別紙5）（附帯意見3）

（6）かかりつけ歯科医の機能の評価等に関する実施状況調査（別紙6）（附帯意見20）

（7）かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査（別紙7）  
（附帯意見21）

## 4. スケジュール（予定）

### I 令和6年度調査

|            |  |
|------------|--|
| 令和6年6月     | 検証部会、総会で調査項目の決定                                |
| 7～8月       | 事務局において受託業者の調達、決定                              |
| 9～11月      | 調査検討委員会で調査設計、調査票等の検討<br>→ その後、検証部会、総会で調査票の決定   |
| 12月～令和7年1月 | 委託業者において調査実施（調査票の配付、回収、調査結果の集計及び分析）            |
| 2～3月       | 調査検討委員会で調査結果の検討<br>→ <u>その後、調査結果を取りまとめ次第報告</u> |

## ※令和6年度調査

### (2) 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査 (案)

#### 1. 調査の目的

令和6年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については、ICTを用いた医療情報連携の推進、介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進、往診に関する評価の見直し、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し、訪問栄養食事指導の推進等、在宅歯科医療については、ICTの活用も含めた関係者との連携の推進、歯科訪問診療料や訪問歯科衛生指導料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅訪問を行う薬局の体制評価の新設、ターミナル期の訪問の評価の充実等、訪問看護については、訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や実施状況、関係機関との連携状況等について調査・検証を行う。

## 2. 検証のポイント

在宅医療における訪問診療等の実施状況、ICTを用いた医療情報連携の状況、歯科訪問診療の実施状況および関係機関との連携状況、在宅訪問を行う薬局の体制整備の状況、薬局における訪問薬剤管理指導の実施状況及び医療機関等との連携状況、医療機関及び訪問看護ステーションにおける訪問看護の実施状況や関係機関との連携状況等の今回改定による影響等について検証を行う。

## 3. 調査客体

保険医療機関、保険薬局及び患者、訪問看護ステーション及び利用者並びに介護サービス事業所等の連携機関



#### 4. 主な調査事項

- ・在宅医療、訪問看護の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療・看護の所要時間等
- ・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅患者訪問栄養食事指導料の診療の実態等
- ・在宅医療情報連携加算等の算定医療機関における、ICTを用いた連携に係る体制整備の状況等
- ・介護保険施設等連携往診加算等の算定医療機関における、医療機関と介護保険施設等とのICTを用いた平時からの連携状況等
- ・歯科訪問診療料及びその加算、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料及びその加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に関する診療の実態等
- ・歯科訪問診療の対象患者の状態、居住形態、診療時間、診療内容、関係機関との連携状況等

# 地域型医療機関として 長年、在宅医療＋病床保持している 医療機関は、頼られるということ

---

新規参入のクリニック等と違い、すでに十数年、一般居宅同様に、24時間365日体制で、介護施設訪問診療を続けている

地域から依頼され、施設も在宅も数が増えてきたという経緯があるため、規模が大きくなるのは当然である

昨年度の中医協の議論では、24時間365日 迅速に対応することが課題とされている

なぜここまで、一般居宅＞施設診療の報酬に格差をつけるのか

利益主義ではなく、一般居宅と施設の報酬格差から、医療機関が、今後、施設診療に出向かないこと、撤退事案が急増することは確実である

また、医療機関の医師等にとっては、施設診療＝行っても医師の報酬も捻出できず、施設側と入居者医療ニーズに対応していくことは避けていくことになる

# 24時間365日体制構築のために

---

一般在宅と変わらぬ体制で、24時間365日、自法人で夜間の当番医師体制を構築することか、  
第三者の医療機関に外注化(夜間対応)しているケースが過半数である

これまでは、上記によって、迅速な臨時往診、看取り対応、感染対応等が可能であった

このような体制を作り上げるためには、組織を大きくしていかなければならないが、今回の改定方針が決定事項であれば、根本から、在宅医療提供サービスについて見直しが必要である



# 今後の介護施設医療

---

診療報酬が大幅に減額されても、24時間365日対応、救急搬送時の迅速な情報提供、患者の希望通りの生活、家族へのサポート、増えていくカンファレンスなど、課題は山積している

一方、介護報酬改定では、特定入所者生活介護(介護付きホーム、サ高住等)では、医行為の拡大が推進・緩和され、病院や居宅からの医行為があり、医学管理と看護師を24時間365日配置するような取組が推進されている

今回の、恣意的かつ意図的な一般居宅＞施設との報酬格差によって、上記の政策課題と現場の課題が遂行できない事態となることは、誰もが否定できない

# 介護施設への入居は、入居者と家族が 決めること 入居者にとっての終の棲家

老老介護、認知症介護を含め、様々な在宅サービスを活用しても、3世代同居であれ、主介護者が存在しても、独居世帯だけでなく、居宅療養生活することが難しく、どうしても施設に入らねばならぬ入居者様は、終の棲家として、施設への入居を決める

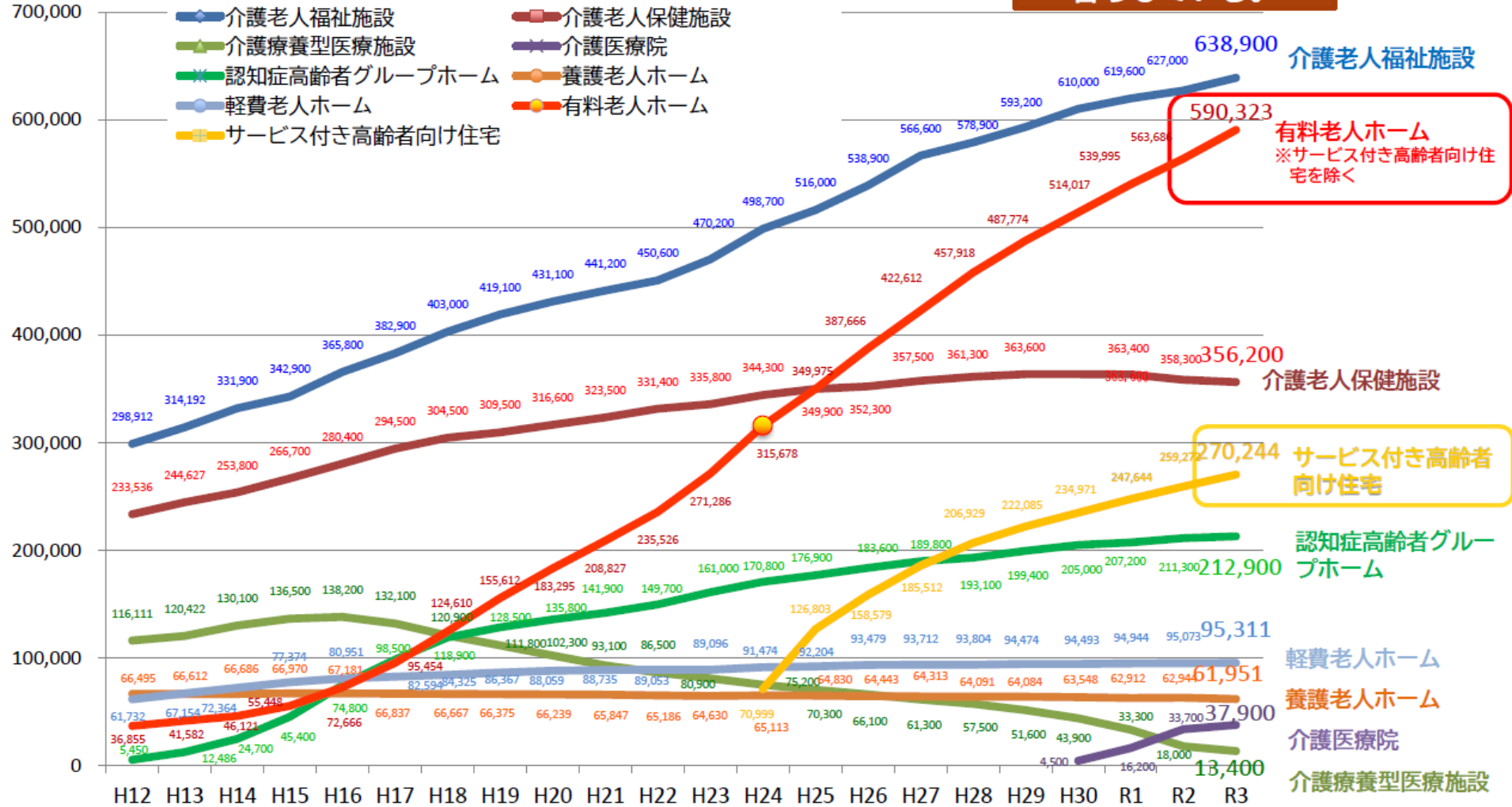
しかし、居宅と施設の診療報酬格差が顕著＝今回の診療報酬改定では、介護施設等への訪問診療は、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院にとっては、今回の4要件含め、制限、制約、撤退等が相次ぐことは確実である

次の高齢者施設やサ高住等は、現在、86万人が生活（療養生活含む）の場であり、この施設への報酬格差によって、86万人への影響に加えて、経営主体の入居率低迷による倒産、過半数が賃貸物件であること、仲介不動産業者等への経営への影響は計り知れないことではないだろうか

# 高齢者向け施設数・住まいの利用者数

約86万人の方が暮らしている。

(単位：人・床)



- ※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30】」による。
- ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
- ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
- ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R3.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
- ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
- ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（各年9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

【出典】社会保障審議会 介護給付費分科会（第221回：令和5年8月7日）資料から

# 今回の改定の胆＝医療機関も介護施設も納得する 「医療資源投入量の検証」が先ではないか

現時点において、施設における診療について、医療資源投入量の精緻化された数値が出ていないのではないか

単純に、施設の訪問割合が多く、一般居宅の数が少ないから、見ている患者の介護度が低いから等の基準で、大規模な訪問診療を行う医療機関の点数を大幅に減額することは、上述した中医協6月12日の実態調査と来年1月末×切のデータ提出(ビッグデータ)から、精緻に検証すべきではないか

注)3か月2,100回以上の訪問診療を行う医療機関は、来年1月よりデータ提出が義務化

医療資源投入量と費用対効果は、今回改定の胆ではあるが、点滴や薬剤、リハ等を投入したことが高評価対象 在宅医療も含めて、訪問診療・歯科・薬剤師等の活動量や移動に伴う時間、診察や診断等についての人的コストが過少評価され過ぎた報酬ではないだろうか

# トリプル改定 大きな岐路に逃げ道無 施設運営は死活問題へ向かう

最も残念なことは、今回改定はトリプル改定であり、ようやく介護施設と医療機関の一体的融合と協働に進化が期待されるが、「粗診粗療」をさせないしくみにすることが、まずは、先決事項ではないか 昨年の中医協の議論では、一部であろうが、粗診粗療が課題となっている

※入院に関わる診療報酬制度改定についても、病床機能評価見直しの尺度として使われた「医療資源投入量」と同様に、この居宅＞施設との大幅な報酬格差も「出来高」という尺度で包括点数を見直す作業が為されたのではないだろうか

この居宅＞施設の報酬格差は、施設運営と経営にとって、死活問題であること

86万人の入居者と家族へ、医療機関の撤退や診療大幅縮小は、誰が説明するのか

# 懸念事項 整理 1

施設訪問診療を避けて  
確実に、居宅訪問診療へ向かう

## 懸念事項 整理 2

高齢者救急で医療のトリアージが進展し、  
受入れ先、受療場所がさらに制約されていく



# 懸念事項 整理 3

施設(職員含)の負担増加

さらに離職者が増加し、介護人材不足は  
深刻化

# 懸念事項 整理 4

## 人的リソース(資源)が考慮されていない

再掲するが、「医療資源投入量」と「費用対効果」の数値が明らかにされていないこと

# 懸念事項 整理 5

## 集住化という選択

老々介護、独居生活、地域住民の高齢化など、一般居宅での高齢者の生活は、どんどん厳しさを増していく。医療を受けるためには、タクシーを使い、数万円の費用をかけて、移動しなければならない地域も存在する。

我が国の政策は集住化への転換であるが、今回の改定の流れが続くようであれば、とても集住化を含めた地域包括ケアの実現は困難である。

今回の改定で、在宅医療が、同一建物診療から、一般居宅診療へと移行してしまうことが懸念される。

# 「悪貨は良貨を駆逐する」

---

すべての医療機関が、丁寧かつ真摯に診療を行っているとは言えず、一部では、月300回以上の診療を行うような医療機関があることも事実である。

そして、過去を含め、そういった事が発覚した場合には、厚生局の現地調査・強制介入で、あきらかな不正等があった場合については、返還をさせることで十分に対応は可能である。

今回の変更は、少々、性急な流れではないだろうか。

粗診粗療をするような医療機関の在り方を、診療報酬の大幅な減算等によって駆逐するような方法は、はたして、適切な改正といえるのだろうか。

誠実に「24時間365日の診療」を行ってきた医療機関を、巻き込んではいないだろうか。

# 「早急に報酬格差の検証が必要」

---

入居者・家族、施設職員、医療機関の丁寧な説明をする1年以上の期間が必要であること  
現場はさらに混乱するのではないだろうか

# 結 語

---

早急に各施設の管理者は現在の訪問診療医師・歯科医師（医療機関）に対して、この本年秋季以降も継続して診療を頂けるか、確認をすべきである。

そして、その先生方や医療機関側から「継続ができない」、「診療患者を制限する」、「撤退する意向だ」、「いま悩んでいる」などの回答があった場合には

**高住連**までアンケート回答をお願い申し上げます。