

事務連絡
平成25年8月28日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

在宅医療における患者紹介等の報告様式について

少子高齢化が進む中、多くの保険医療機関においては、在宅医療の推進にご尽力いただいているところです。一方で、在宅医療を行う保険医療機関が、在宅医療を要すると考えられる者が多く入居する集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業者から集中的に患者の紹介を受けている等の事案については、患者が保険医療機関を選択できること、過剰な診療を行うこと等につながる場合もあるため、健康保険法等の趣旨からみて不適切と考えています。そのため、このような事例を把握した場合には、「在宅医療における患者紹介等について」（平成23年2月15日付け事務連絡）により、当課企画法令第一係までご連絡いただくこととしているところです。

今般、当該事案の報告様式を作成しましたので、在宅医療において患者紹介等が行われ、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案、又は過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案を把握されました場合には、別添様式により、当課企画法令第一係までご連絡いただくとともに、本事務連絡の内容の保険医療機関、管下市町村、関係機関、関係団体等へのご周知をお願いします。また、都道府県の介護担当部局にも協力を依頼しており、都道府県の介護担当部局において、当該事案を把握した場合には、地方厚生（支）局に報告することとなっておりますので、十分に連携いただくようお願いいたします。

なお、本事務連絡については、日本医師会、日本歯科医師会及び日本薬剤師会にも送付済みであることを念のため申し添えます。

在宅医療における患者紹介等の事案の報告について(平成_____年_____月)

厚生局(事務所)名称	_____厚生局 _____事務所
通報者名・連絡先	氏名:(_____) 連絡先:(_____)
対象施設等 *該当するものに丸。 「その他」については 具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 施設類型:(養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ 有料老人ホーム 認知症高齢者グループホーム ・ サービス付き高齢者向け住宅 貸賃住宅等(サービス付き高齢者向け住宅を除く) ・ その他(_____))
患者紹介の仲介者 *該当するものに丸。 「その他」については 具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 法人種別:(医療法人 ・ 社会福祉法人 ・ 株式会社又は有限会社(介護関連) 株式会社又は有限会社(不動産、建設業) ・ NPO法人 その他(_____)) <input type="checkbox"/> 対象施設等との関係:(対象施設等自身 ・ 仲介者と特別の関係※ ・ グループ法人 その他(_____))
患者紹介を受けた 医療機関等 *該当するものに丸。 「その他」については 具体的に記載。	医科(病院 ・ 有床診療所 ・ 無床診療所) ・ 歯科 ・ 薬局 訪問看護ステーション ・ その他(_____))
特定の医療機関等が医行為等を行うことによって 発生している問題 (不適切事例) *該当するものに丸。 「その他」については 具体的に記載。	患者による医療機関等の選択を制限するおそれ ・ 過剰診療を惹起するおそれ 診療の質の低下を惹起するおそれ ・ その他(_____))
概要 *わかる範囲で、該当する ものに丸。 「その他」については 具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 患者紹介等の契約書、覚書:(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 独占契約の有無:(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 医療機関に対して勧誘を行った主体: (対象施設等 ・ それ以外の仲介者 ・ 医療機関側から持ちかけた ・ その他(_____)) <input type="checkbox"/> (それ以外の仲介者からの勧誘の場合) 医療機関から仲介者に対する仲介料の支払い (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 医療機関から対象施設等に対する支払額: (1人あたりの額(____円) ・ 保険請求額に対する割合:(____割)) <input type="checkbox"/> 対象施設等における訪問診療の対象患者数: 1回あたり(____人) ・ 1ヶ月あたり(____人) <input type="checkbox"/> 対象施設等における訪問診療の対象患者割合: (施設入居者数(____人)の(____割)) <input type="checkbox"/> 対象施設等における1人あたりの平均診療時間: (____時間(____分)) <input type="checkbox"/> 1ヶ月あたりの当該施設への訪問診療回数:(____回) <input type="checkbox"/> 上記以外の情報:
備考 *該当するものに丸。 その他、 把握した情報等を具体的 に記載	<input type="checkbox"/> 把握後の貴組織としての対応:(把握のみ ・ 対応) <input type="checkbox"/> 上記で、「対応」の場合、具体的な内容: <input type="checkbox"/> その他:

※「特別の関係」とは、両者の代表者が同一の場合、両者の代表者が親族等の場合、両者の役員等のうち他方の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合、人事・資本等の関係を通じて経営方針に重要な影響を与えることができると認められる場合をいう。

在宅医療における患者紹介等の事案の報告について(平成____年____月)

厚生局(事務所)名称	厚生局 事務所
通報者名・連絡先	氏名:(_____) 連絡先:(_____)
対象施設等 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 施設類型:(養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム <input checked="" type="radio"/> 有料老人ホーム 認知症高齢者グループホーム ・ サービス付き高齢者向け住宅 賃貸住宅等(サービス付き高齢者向け住宅を除く) ・ その他(_____))
患者紹介の仲介者 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 法人種別:(医療法人 ・ 社会福祉法人 ・ 株式会社又は有限会社(介護関連) 株式会社又は有限会社(不動産、建設業) <input checked="" type="radio"/> NPO法人 その他(_____))
患者紹介を受けた 医療機関等 *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 医科(<input checked="" type="radio"/> 病院) ・ 有床診療所 ・ 無床診療所) ・ 歯科 ・ 薬局 訪問看護ステーション ・ その他(_____)
特定の医療機関等が医行為等を行うことによって発生している問題 (不適切事例) *該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	患者による医療機関等の選択を制限するおそれ <input checked="" type="radio"/> 過剰診療を惹起するおそれ 診療の質の低下を惹起するおそれ ・ その他(_____)
概要 *わかる範囲で、該当するものに丸。 「その他」については具体的に記載。	<input type="checkbox"/> 患者紹介等の契約書、覚書:(<input checked="" type="radio"/> 有) <input type="checkbox"/> 独占契約の有無:(有 <input checked="" type="radio"/> 無) <input type="checkbox"/> 医療機関に対して勧誘を行った主体: (対象施設等 <input checked="" type="radio"/> それ以外の仲介者) ・ 医療機関側から持ちかけた ・ その他(_____) <input type="checkbox"/> (それ以外の仲介者からの勧誘の場合) 医療機関から仲介者に対する仲介料の支払い <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 医療機関から対象施設等に対する支払額: (1人あたりの額(_____円) ・ 保険請求額に対する割合:(_____割)) <input type="checkbox"/> 対象施設等における訪問診療の対象患者数: 1回あたり(5 人) ・ 1ヶ月あたり(人) <input type="checkbox"/> 対象施設等における訪問診療の対象患者割合: (施設入居者数(50 人)の(5 割)) <input type="checkbox"/> 対象施設等における1人あたりの平均診療時間: (_____ 時間(約 5 分)) <input type="checkbox"/> 1ヶ月あたりの当該施設への訪問診療回数:(約 5 回) <input type="checkbox"/> 上記以外の情報:○○という仲介業者が勧説をしているようだが、複数の医療機関から、当該仲介業者の勧説を受けたという情報あり。契約書を入手したので、別添に添付。
備考 *該当するものに丸。 その他、把握した情報等を具体的に記載	<input type="checkbox"/> 把握後の貴組織としての対応:(<input checked="" type="radio"/> 把握のみ) <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 上記で、「対応」の場合、具体的な内容: <input type="checkbox"/> その他:患者から、診察内容等に対する疑問が寄せられているため、他の患者からも同様の申し出があれば、必要に応じて、事実確認の上、対応を検討する予定。

*「特別の関係」とは、両者の代表者が同一の場合、両者の代表者が親族等の場合、両者の役員等のうち他方の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合、人事・資本等の関係を通じて経営方針に重要な影響を与えることができると認められる場合をいう。

(写)

事務連絡
平成23年2月15日

地方厚生(支)局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

在宅医療における患者紹介等について

最近、在宅医療を行う保険医療機関が、在宅医療を要すると考えられる者が多く入居する集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、患者の紹介に係る有償契約を結び、当該事業者から集中的に患者の紹介を受けているとの情報が寄せられているところです。

こうした行為については、患者が保険医療機関を選択する際に、当該事業者により一定の制限が行われるおそれがあり、また、不必要的往診を行う等の過剰な診療を惹起する原因となる可能性があること等から、望ましくない場合があると考えております。

各地方厚生(支)局におかれましては、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事案、又は過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事案を把握されました場合には本省医療課企画法令第一係までご連絡いただくとともに、本事務連絡の内容を保険医療機関へ周知する等の対応をよろしくお願ひいたします。

なお、本事務連絡については、(社)日本医師会、(社)日本歯科医師会及び(社)日本薬剤師会にも送付済であることを念のため申し添えます。