

基礎研 レター

在宅療養支援診療所の展開

24時間対応する医師の負担をどう緩和するか？

保険研究部 主席研究員 篠原 拓也
(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

高齢化の進展とともに、在宅医療のニーズが高まっている。入院や外来を中心とした従来の医療に加えて、高齢患者の自宅や介護施設等での医療が求められるようになってきている。

これを受けて、在宅医療の仕組みは、徐々に整備されつつある。なかでも、2006年の診療報酬制度改正で導入された在宅療養支援診療所(在支診)は、在宅医療の主たる担い手として期待されている。しかし、その数は一般診療所の10数パーセントにとどまっており、拡充の余地を残している。

本稿では、在支診の現状を概観し、今後のさらなる展開に向けた課題をみていくこととしたい。

2—在宅医療とは

一口に在宅医療といっても、行われる医療の中身はさまざまである。大きくは、臨時往診、定期往診、24時間対応、の3つに分けることができる。それぞれ、簡単にみていこう。

1 | 臨時往診は、入院医療や外来医療にとってかわられてきた

日本では1970年頃まで、急病の患者が、医師を自宅に呼んで診てもらう形の医療がふつうに行われていた。これは、「臨時往診(保険診療の用語では、往診)」といわれる。1970年代以降、その流れは変化していった。その背景には、診療技術が高まり、医療施設であれば高度な検査や治療が受けられるようになったこと。救急医療体制が充実し、短時間で患者を医療施設に搬送して、診療を開始できるようになったこと、などがあげられる。こうしたことから、医療の中心は、医療施設での入院や外来となり、臨時往診は徐々に減少していった¹。

2 | 定期往診は、1986年の診療報酬制度改正で確立された

いっぽう、持病を抱える患者に、期日を予告して定期的に往診する「定期往診(同、訪問診療)」は、徐々に拡大していった。これは、医療施設を退院した後も、障がいを抱えている患者や、治療不能ながん患者などに対して、自宅での療養生活を続けながら医療を提供していく枠組みである。

¹ ただし、ドクターヘリやドクターカーなど、医師を患者のもとに送り、搬送時から診療を開始する形の救急医療は、進展しつつある。

1986年の診療報酬改正で、訪問診療の概念が導入された。そして、訪問診療に関する各種の指導管理料が新設された。それ以来、定期往診の制度は徐々に拡充されてきた。

3 | 24時間対応により、患者や家族の不安を取り除くことが求められる

一般に、在宅医療を受ける患者は、医療施設に通院する患者よりも虚弱であることが多い。すなわち、身体面の問題を抱えているケースが多い。したがって、患者の病態は、いつ変化するかわからない。このため、病態変化時に、緊急事態として対応することが不可欠となる。患者やその家族は、そうした緊急事態に対する不安にさらされている。

こうした緊急事態への対応や不安への対処は、24時間対応として、在宅医療の構成要素とされる。いざというときに、患者対応を行うことができる体制を常に整えておくことが求められるのだ。

3——在宅療養支援診療所の役割

在宅医療は、1990年代に医療の幅を拡充していった。自分の口から食事を摂れなくなった患者に対する中心静脈栄養法や経管栄養法の導入²。がん患者に対する疼痛緩和のための持続的な麻薬の投与などだ。また、1996年には終末期医療、2000年には24時間対応について、診療報酬制度上の評価が設けられた。そして、2006年に在支診が確立された。その内容を少しみていこう。

1 | 在支診は、在宅療養患者を一元的に管理する

在支診とは、在宅療養患者のために、地域で責任をもって診療にあたる診療所を指す。在支診の医師は、かかりつけ医として、一元的に療養管理を行うことが求められる。2008年に始まった在宅療養支援病院(在支病)は、その病院版だ。いずれも、地方厚生(支)局長に届け出て認可を受ける必要がある。24時間対応や、緊急時に入院可能な病床の確保、などの基準を満たすことがその要件となる。

図表 1. 在支診の基準

1. 診療所であること
2. 患者を直接担当する医師または看護師が、患者およびその家族と24時間連絡を取れる体制を確保すること
3. 患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保すること
4. 担当医師の指示のもと、24時間訪問看護のできる看護師あるいは訪問看護ステーションと連携する体制を維持すること
5. 緊急時に、連携する保険医療機関において検査・入院時のベッドを確保し、その際に円滑な情報提供がなされること
6. 患者に関する診療記録管理を行うのに必要な体制が整備されていること
7. 地域において、介護・福祉サービス事業所と連携していること
8. 年に一回、在宅で看取りした数を、地方厚生(支)局長に報告すること

※ 「診療報酬はわかりやすいマニュアル2018年4月改定版」(田辺三菱製薬、診療サポート情報)等をもとに、筆者作成

2 | 2012年には機能強化型の在支診、在支病が設けられ、評価の引き上げが行われた

2012年に、在支診、在支病のうち、医療機関間の連携を行い、往診と看取りの実績を有するものは、機能強化型とされた。その基準として、在宅医療担当の常勤医師を3名以上配置し、過去1年間の実績が往診10件以上、在宅看取り4件以上(基準数値は2014年の見直し後のもの)などの要件を満たすこととされた。この機能強化型については、診療報酬が引き上げられた。

ただし、小規模の診療所などでは、単独で要件を満たして在宅医療を行う「単独型」はハードルが高い。そこで、複数の医療機関が協力連携して在宅療養支援体制をとる「連携型」も認められた。

² 中心静脈栄養法は、細いチューブを静脈の中に挿入し、これを介して静脈内に体が必要とする水分、電解質、栄養の補給を行うもの。経管栄養法は、消化管内にチューブを挿入して栄養剤を注入し、栄養状態の維持・改善を行うもの。

図表 2. 機能強化型在支診の基準（主なもの）

（単独型）一つの医療施設で、所定の設置基準を満たす

- ・ 在支診の設置基準を満たしている
- ・ 往診を担当する常勤医師が3名以上在籍
- ・ 過去1年で往診10件以上、看取りの実績*が4件以上ある

（連携型）10施設未満の診療所（200床未満の病院**を含む）が連携して、所定の設置基準を満たす

- ・ 在支診の設置基準を満たしている
- ・ 連携の施設全体で往診を担当する常勤医師が3名以上在籍
- ・ 連携の施設全体で、過去1年で往診10件以上、看取りの実績*が4件以上ある
- ・ 各医療施設それぞれに、過去1年の往診が4件以上、看取りの実績*が2件以上ある
- ・ 24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化する
- ・ 連携の施設間で患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する。

* 「看取りの実績」は、15歳未満の超重症児・準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、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ている場合に限る）とすることもできる。

** 医療資源が少ない地域など、別に定められた地域では280床未満。[2020年の診療報酬制度改正で、240床未満から拡大された]

※ 「診療報酬はわかりマニュアル2018年4月改定版」（田辺三菱製薬、診療サポート情報）等をもとに、筆者作成

3 | 在支診と在支診以外では、評価に大きな差がある

ここで、在支診に対する、在宅医療の診療報酬について、主なものをみてみよう。在宅医療の診療報酬は、往診・訪問診療料、在宅時医学総合管理料・指導管理料、その他に大別される。このうち、在支診と在支診以外の違いが報酬額の差としてあらわれるのは、往診料や在宅患者訪問診療料の加算部分、在宅時医学総合管理料などだ。たとえば、在宅ターミナルケア加算では、在支診と在支診以外の違いなどにより、最大3万円も差が出るケースもある。診療報酬上、在支診は報酬額が高く設定されていることがわかる。なお、2018年からは、在支診以外の診療所でも、ある月にだけ24時間体制をとる場合、継続診療加算が行われるようになっている。

図表 3. 在宅医療の診療報酬（主なもの） [在支診と在支診以外の違いなどについて朱記]

	基本的な報酬の例	加算の例
往診・訪問診療料	往診料 7,200円	深夜往診加算 機能強化型在支診(病床あり)の場合 +27,000円 機能強化型在支診(病床なし)の場合 +25,000円 上記以外の在支診の場合 +23,000円 在支診以外の場合 +13,000円
	在宅患者訪問診療料 1日あたり8,330円*	在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者(往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む)の死亡日及び死亡前14日以内の計15日間に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に加算 機能強化型在支診(病床あり)の場合 +65,000円 機能強化型在支診(病床なし)の場合 +55,000円 上記以外の在支診の場合 +45,000円 在支診以外の場合 +35,000円
在宅時医学総合管理料・指導管理料	在宅時医学総合管理料(月1回) 機能強化型在支診(病床あり)の場合 54,000円** 機能強化型在支診(病床なし)の場合 50,000円** 上記以外の在支診の場合 46,000円** 在支診以外の場合 34,500円**	継続診療加算 在支診以外の診療所が、外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、24時間の往診・連絡体制など、所定の要件を満たして訪問診療した場合 +2,160円
	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料(月1回) 15,000円	—

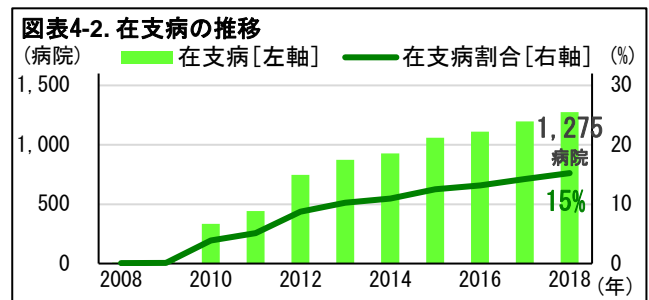
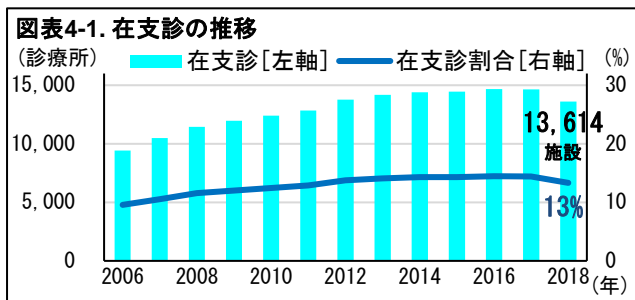
* 同一建物居住者以外で、一患者一医療機関として算定する場合。週3回まで。

** 単一建物の診療患者数が1人で、重症者等に対して、月2回以上訪問する場合。なお、在宅時医学総合管理料を受けるためには、在宅医療の連携調整担当者の配置、在宅医療を担当する常勤医師が勤務、などの施設基準を満たしたうえで、届け出ることが必要。

※ 「診療報酬点数表」（厚生労働省）等をもとに、筆者作成

4 | 在支診の数は一般診療所の13%にとどまっている

在支診や在支病の数は、どれくらいあるのだろうか。それぞれ制度創設時からの推移をみてみよう。在支診は、14,000 施設前後で推移しており頭打ちとなっている。一般診療所に占める在支診の割合は、13%(2018年)にとどまっている。いっぽう、在支病は1,200 病院を超えて、増加傾向が続いている。

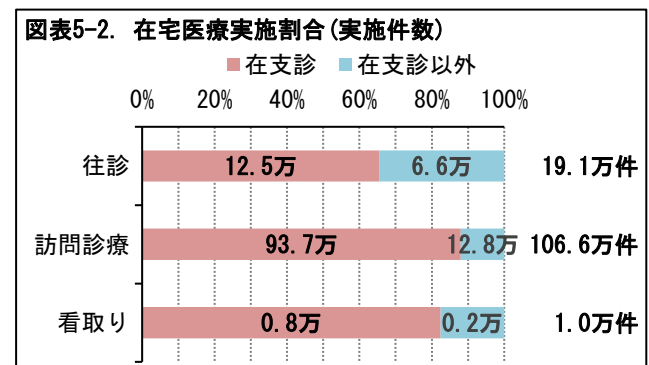
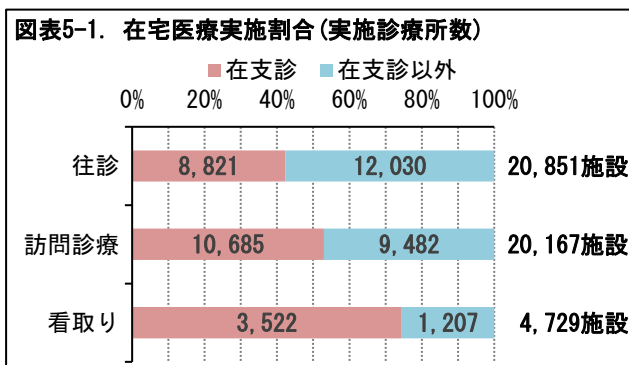


* 2013年までは7月1日時点、2014年以降は3月31日時点の届け出数。

※「医療施設調査」「在宅医療にかかる地域別データ集」「在宅医療の充実に向けた取組について」「在宅医療の最近の動向」(いずれも厚生労働省)をもとに、筆者作成

5 | 在支診以外の一般診療所も在宅医療を手掛けている

以上のとおり、在宅医療を担う一般診療所として、在支診の制度が設けられてきた。しかし、実際の在宅医療は、在支診以外の一般診療所も行っている。つぎのグラフのとおり、在支診以外でも、往診や訪問診療を手掛ける一般診療所は相当数存在している。特に往診を行う診療所のうち、半数以上は在支診以外だ。いっぽう、看取りについては、在支診の占率が大きい。看取りのような専門性の高い在宅医療については、在支診の存在感が増す傾向がうかがえる。



* 実施診療所数は、2017年10月1日現在。実施件数は、2017年9月の件数。

※「医療施設調査」「在宅医療にかかる地域別データ集」(いずれも厚生労働省)をもとに、筆者作成

4— 在支診では、24時間体制問題が伸び悩む原因

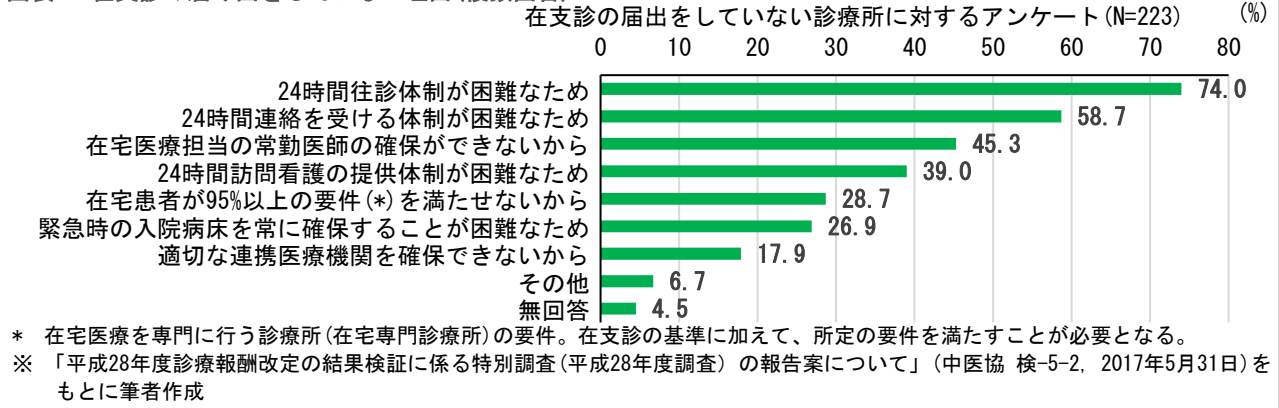
在支診は診療報酬上優遇されているが、届け出数は伸び悩んでいる。そのいっぽうで、在支診以外の一般診療所も、往診などの在宅医療を手掛ける状況となっている。このことは、一般診療所にとって、在支診を届け出ることのハードルが高いことを示している。その内容を、少しみていこう。

1 | 24時間往診体制の整備は困難

前章のとおり、在支診には基準がある。では、どの基準が達成困難なのか。2016年のアンケート調査で、在支診の届出をしていない診療所に聞いたところ、「24時間往診体制が困難なため」が最も多く、ついで「24時間連絡を受ける体制が困難なため」との結果であったという。また、同じアンケートで、在支診の届出を行う意向について尋ねたところ、「届出の予定はない」が83.4%であった³。

³ 「届出の予定がある」は0.4%、「届出について検討中」は9.0%、「その他」は0.9%、「無回答」は6.3%であった。(N=223)

図表6. 在支診の届け出をしていない理由(複数回答)



2 | 24時間体制の整備についての議論

中医協等では、24時間体制をいかに整備すべきか、という議論が行われてきた。現在、一般診療所の多くは、医師が1人で診療を行っている。このため、何らかの形で在宅医療の連携体制を作ることが求められる。

機能強化型の在支診には、複数の医療機関が協力しあう「連携型」が認められている。ただしその場合、一定数の看取り実績など、要件が厳しくなる。このため、機能強化型のほかに、複数の医師が連携できる体制が必要、との声もある。

いっぽうで、かかりつけ医制度との関係をどう整理すべきか、という論点もある。複数の診療所の医師が連携して在宅患者を診ることになれば、1人のかかりつけ医を中心とした多職種連携体制という、かかりつけ医制度の考え方に反するのではないか、という意見が述べられている。現状では、機能強化型以外の在支診について連携型をつくる、といった議論は出てきていない。

5——在支病では、24時間体制問題に対して往診担当医師の自宅待機を可能とした

在支病でも、往診担当医師が24時間往診可能な体制の維持が求められている。往診担当医師は、当直医とは別に確保する必要がある。当直医の待機は、入院患者や救急外来患者向けのものだからだ。

従来、往診担当医師の待機場所についての規定はなかった。このため、地域によっては、往診担当医師を病院で待機させるよう指導するケースもあったという。そこで、2020年の診療報酬改正では、「なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする」との、なお書き規定が加えられた。つまり、医師の負担軽減を図るために、ルールを明確化する改正が行われたのだ。

同様に、在支診についても、医師の負担軽減に向けたさまざまな検討が進むことが期待される。

6——おわりに(私見)

地域包括ケアシステムを構築するうえで、医療の現場が、医療施設から患者の自宅や介護施設等へシフトする動きが進むものと考えられる。地域医療の成否のカギを握るのが、在支診の拡充であろう。

しかし、現状では、在支診の届け出数は伸び悩んでいる。24時間対応が医師の大きな負担となるためである。医療施設間の連携により、その負担を緩和しつつ、在宅医療を進めていくことが必要となる。そのためには、制度や規定の面で細やかな工夫を盛り込む検討も求められよう。

そうした検討も含めて、引き続き在宅医療の動向を注視していくこととしたい。