

# 注目の新制度の使い勝手を検証 在宅療養支援診療所運営のツボ

## 往診や訪問看護の24時間体制構築に難しさも

今回の診療報酬改定で新たにスタートした「在宅療養支援診療所」制度。この診療所を社会的入院患者の受け皿として期待する厚生労働省は、手厚い点数設定で“拳手”を促した。今のところ届け出件数は順調に伸びているが、往診や訪問看護の24時間体制を整えるのに難しさもある。制度開始から3カ月、運営の実態とポイントをまとめた。

「『看取りも含めた在宅医療をしっかりやってくれ』。厚生労働省に、こう尻を叩かれた感じだ」。約200人の在宅患者を抱える医療法人三育会・新宿ヒロクリニック(東京都新宿区)理事長の英裕雄氏は、「在宅療養支援診療所」の印象をこう語る。

在支診は今年4月の診療報酬改定

で導入された新制度だ。わかりやすく言えば、在宅患者からの要請で24時間いつでも往診や訪問看護を行える体制を整えた診療所のこと。在支診になるには、施設基準を満たして社会保険事務局に届け出る必要がある。

### 診療報酬で“破格”的優遇措置

在支診の主な施設基準は図1の通り。従来の寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)と24時間連携体制加算(両者とも今改定で廃止)の算定要件と似ているが、訪問看護の24時間体制を整える必要がある点などが異なる。また、在支診では、往診依頼があれば原則、患者宅に行かねばならず、電話対応のみで済ませることは認められない。

届け出る上での条件は少々厳しいものの、その分診療報酬面で厚遇されているのも在支診の特徴だ。

例えば、在宅患者訪問

●図1 在宅療養支援診療所のポイントと主な施設基準

#### ポイント

- 在宅患者に24時間往診と訪問看護が可能な体制を整えた診療所
- 在宅患者訪問診療料や往診料の加算、在宅時医学総合管理料(在総管)などで在支診向けの高い点数が算定可(死亡前2週間以内に死亡日を除いて2回以上往診や訪問診療をし、死亡前24時間以内に訪問して看取ればターミナルケア加算1万点)
- 特定施設や特養ホームの入居(所)者のうち、末期の悪性腫瘍の患者を訪問する場合、在宅患者訪問診療料などが算定可能に
- 特定施設入居者に在医総管が算定可
- 連携先は病院でも可
- <注意点>**
- 従来の在総診と24時間連携体制加算との違いは、訪問看護が24時間体制である点や往診依頼があれば、原則、出向く必要がある点など
- 点数によっては、患者の自己負担が上がるため、その旨を説明し、納得を得る必要がある

#### 主な施設基準

- ・診療所であること
- ・当該診療所で24時間連絡を受ける医師または看護師をあらかじめ指定し、その連絡先、担当者名などを患者に文書で提供していること
- ・当該診療所、もしくは別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当者名、担当日などを患者に文書で提供していること
- ・当該診療所、または別の保険医療機関、もしくは訪問看護ステーションの看護職員などの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、担当者名、担当日などを患者に文書で提供していること
- ・当該診療所、または別の保険医療機関との連携により、緊急時に患者が入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関名などをあらかじめ社会保険事務局長に届け出していること
- ・当該地域で他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- ・年1回、在宅看取り数などを社会保険事務局長に報告していること

診療料や往診料の加算、従来の在総診と在宅時医学管理料を一本化して今改定で新設された在宅時医学総合管理料(在医総管)などが、在支診以外の場合に比べて高く設定された。特に、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算は、在支診だと患者1人1万点で、在支診以外の場合(1200点)に比べて大きな格差を付けた。ただし、在支診であっても、24時間往診・訪問看護体制で対応していない患者には、通常の低い点数を算定する。

このほか、在支診になると、有料老人ホーム、ケアハウスなどの特定施設や、特別養護老人ホームの末期悪性腫瘍の入居(所)者に訪問診療を行った際、在宅患者訪問診療料の算定が可能になる利点がある。

なお、特定施設への訪問診療に関する診療報酬は、改定後、在医総管などの算定のあり方を巡って混乱が生じたため、7月から緩和措置が講じられた(60ページの囲み参照)。

厚労省によると、5月1日現在の在支診の届け出件数は8595件(速報値)。同省では、改定前、最終的には1万件程度になると踏んでいたが、ほぼ見込み通りの推移といえる。

## 24時間体制の構築が大前提

在支診の運営面における最大のハーダルは、往診と訪問看護の24時間体制をどう整えるかにある。まず、往診については、特に外来診療を行っている場合、外来中に往診依頼が入ったときのことを考えると、医師一人ですべてに対応するのは難しい。そのため、他の医療機関の医師との連携が非常に重要となる。この点で、先駆的な取り組みを進めているのが、長崎市の「長崎在宅Dr.ネット」だ。

Dr.ネットは、そもそも在宅医療に携わる医師がお互いを支え合う目的で2003年に発足したネットワーク。メンバーには在支診の医師も多い。Dr.ネットの仕組みは図2の通りだ。病院からDr.ネットに在宅患者の受け入れの要請があると、事務局(医療法人白髭内科医院)がメーリングリストでメンバーに連絡。患者の居住地域と疾患の特性を踏まえた上でメンバーの“手挙げ”により、主治医と副主治医を決める。通常は主治医が訪問診療や往診を行うが、何らかの理由で無理な場合は、副主治医が代行する。

手を挙げる医師がいなければ、事務局から依頼する形で必ず主治医を決める。また、立候補者が重なれば、原則、早く手を挙げた人が主治医となり、“次点”的医師が副主治医となる。

6月中旬現在、長崎市内の87人の医師がDr.ネットに加入している。その内訳は、在宅患者の主治医、もしくは副主治医になる連携医が51人、眼科や皮膚科など、専門性が高い診

療科目で、連携医からの相談を受けて必要に応じて往診を行う協力医が14人、専門家の立場から助言を行う病院医師が22人だ。

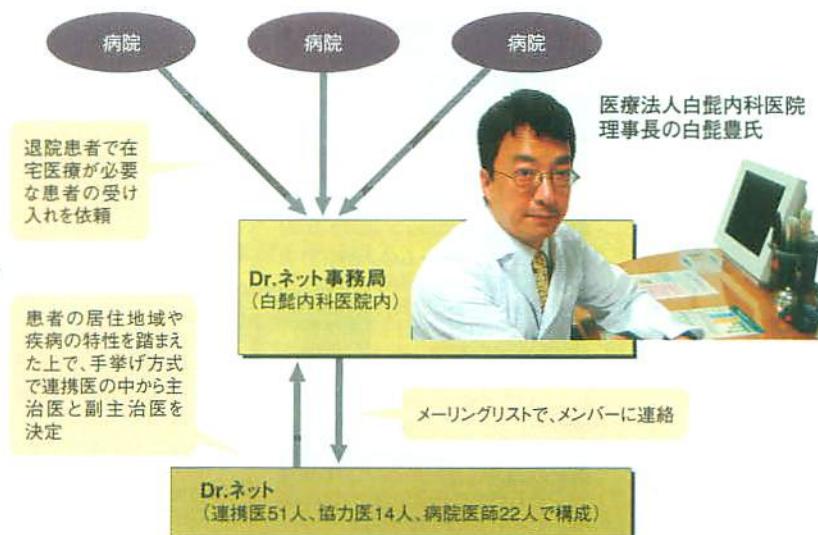
在支診である白髭内科医院は、外来と在宅の両方を行い、現在、22人の在宅患者を抱える。理事長の白髭豊氏は、Dr.ネットの利点を次のように話す。「自分に何かあっても、副主治医が対応してくれる安心感がある。主治医、副主治医ともに外来診察中で、往診対応が難しいときは、他のメンバーに連絡して頼める」。

在支診の制度開始後、Dr.ネットに加入する医師は増えており、4月以降、5人が連携医に加わった。ただ、連携医同士も、外来時間が重なることが多く、完璧なフォローアップ体制とは言えないため、「在宅専門クリニックの医師にも加入してもらう予定」(白髭氏)だ。

## 往診を減らす工夫も必要

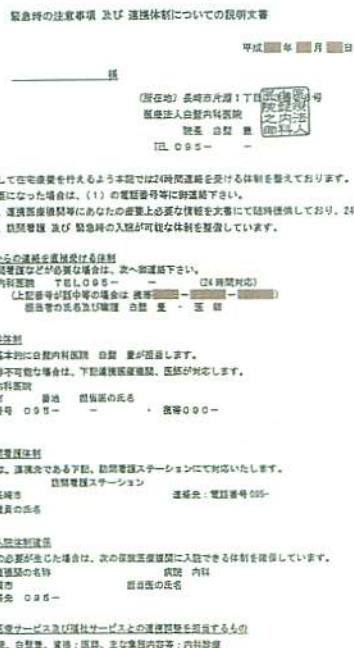
他の医療機関との密な連携が難しければ、基本的には自院単独で24時

●図2 Dr.ネットの仕組み



※協力医は、眼科、皮膚科、精神科など専門性の高い科目的医師で、連携医から相談を受け必要に応じて往診を行う。病院医師は必要に応じて専門的な見地から助言を行う

## 白髪内科医院が患者に提供している文書



間の往診体制を整えるしかない。その場合は、人員を充実させるか、外来診察中の対応を工夫する必要がある。

在支診の新宿ヒロクリニックは、1日の平均外来患者数約20人で、在宅患者は約200人も抱えている。外来は非常勤医師4人で対応する一方、在宅医療は常勤医4人に加え、非常勤医3人(日勤)が対応。さらに、夜間も非常勤医4人(週2日は英氏)で当直体制を敷く。「外来と在宅医療の担当を分担することで、24時間往診体制に支障がないようにしている」(英氏)。

一方、実質的に院長一人で外来も在宅も行っている場合は、「最終手段」として、外来診察中に往診依頼があったら、外来患者に事情を説明し、しばらく待ってもらう了解を得た上で、患者宅に出向くしかないだろう。

実際、在支診の医療法人たけだクリニック(愛知県豊川市)理事長の武

田正志氏は、外来時間中に往診依頼があり、患者宅に行つたことが一度ある。ただ、「偶然、外来患者がいなかったので、支障はなかった」(武田氏)という。

外来時間中の往診依頼は、ターミナルの患者の多寡にもよるが、一般的にはさほど多くはなく、極端に神経質になり過ぎる必要はない。「当院は、昼休み中に訪問診療をしているため、在宅患者から電話が掛かってきてても『午前の診察が終わったら来てください』と言われるのが普通」と武田氏は話す。

少人数で24時間往診体制を整えるには、「無駄」な往診を減らすための普段からのケアも大切だ。在宅患者の中には、緊急の場合以外でも、心理的に不安を感じて、つい電話してしまうケースがある。こうした電話を減らすには、事前に体調が悪化したときの対応などをきめ細かく、患者や家族に説明しておくことがポイントとなる。

「当院で在宅酸素療法を行っている患者の場合、『いつもより苦しい』と感じたら、まず酸素の供給量を増やし、それでも異状を感じたら連絡してもらうようにしている」(武田氏)。

同院では現在、約45人の在宅患者がいるが、こうした努力で、「在宅患者から電話が掛かってくる件数は月10~20件で、このうち電話対応のみが5~10件、実際に往診するのが3~6件、訪問看護が2~4件」(武田氏)という。

一方、訪問看護の24時間体制を自院だけで整えるのは、相当大変だ。そ

こで、訪問看護ステーションとの連携が重要になる。その際には、患者情報の共有化をこまめに図る必要がある。

例えば、新宿ヒロクリニックでは、医師が訪問診療を行った後、毎回、訪問看護指示書などとは別に、診療内容を簡潔にまとめたサマリーをファックスで送るようにしている。

## 患者への事前説明も重要な

24時間体制の構築に次ぐ、在支診の大きなポイントは、患者に往診や訪問看護の緊急連絡先、担当者名などを文書で示さなければならない点だ。

左上の写真は白髪内科医院が患者に提供している文書だ。同院では、もともと在総診と24時間連携体制加算を算定しており、従来も夜間の連絡先などを記した書面は渡していた。しかし、今回、在支診の要件に合わせ

医療法人吉翔会・  
よしの相良外科が  
患者に渡している  
シフト表。右は  
理事長の  
相良有一氏

24時間住診・緊急時訪問看護体制一覧表						
		担当医師		院長 相良 有一		
日	月	火	水	木	金	土
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20				

よしの相良外科

電話

伏せてある部分に、緊急訪問看護を担当する看護師の名前が記されている

## 在支診は7月から特定施設で在医総管が算定可能に

診療報酬改定が実施された当初、在宅医療に関しては大きな混乱が生じた。有料老人ホームやケアハウスなどの特定施設の入居者に訪問診療を行う場合、原則、「在宅時医学総合管理料」(在医総管)は算定できないとの解釈を厚労省が示したからだ。

本文でも触れた通り、在医総管は改定前の寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)と在宅時医学管理料を一本化した新点数。厚労省は「もともと特定施設の入居者に訪問診療を行った際の在総診の算定は認めていなかった」と話すが、現実には、在総診の算定を認めていたケースが相当数あった。

それが4月以降、在支診の医師が末期悪性腫瘍の特定施設入居者を診療する場合を除き、在医総管の算定を認めないと解釈を示したこと、現場

が混乱。一部で、特定施設への訪問中止を検討する診療所まで現れる“騒動”に発展した。

事態を重く見た厚労省は、5月24日の中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会で、「運用に不徹底があった」と事実関係を認めた上で、緩和策を提出。早急に検討すべき項目として、在支診の医師が特定施設入居者を訪問する場合、在医総管の算定を認める案などを示した。

最終的にこの問題は、6月21日の中医協で、支払い側、診療側委員とも「やむを得ない」との意見で一致し、7月1日から、在支診の医師が特定施設入居者に訪問診療を行った場合に在医総管が算定できるようになった(表)。

このほかにも、外部サービス利用型の特定施設入居者に在支診の医師が訪

て写真のような書面に変えた。訪問看護ステーションの連絡先、緊急時の入院先、医療と介護の連携を調整する担当者名を新たに記載している。

また、往診や訪問看護の担当者が、日によって変わる場合は、全担当者名を書面で提供する必要がある。鹿児島市の医療法人吉翔会・よしの相良外科は、59ページ右下の写真のような往診や訪問看護の担当者のシフト表(往診は理事長の相良有一氏が対応)を作成し、患者に渡している。

なお、在支診向けの高い点数を算定すれば、患者の自己負担は当然上がる。患者にその旨をきちんと説明して、納得を得ることも大切だ。

新宿ヒロクリニックでは、在支診向けの高い在医総管の点数を算定する

予定の患者に、3月中にアンケートを実施。自己負担が上がっても診療を継続するか尋ねた。その結果、全員が継続を希望したという。埼玉県川越市のは在支診、医療法人真正会・安比奈クリニックも、3月の時点で、想定される対象患者に4月から制度が変わることを説明し、承諾を得た上で高い点数を算定した。

「従来、在総診と24時間連携体制加算を算定していた患者が在医総管に移行すると、月の患者負担額はおおむね500円~1000円増えた」と同院院長の齊藤克子氏は話す。

### 医業収入は10~15%アップ

点数設定が高いだけに、在支診の届け出は、医業収入面では当然プラ

#### ●表 厚労省が示した緩和策

##### 7月1日より措置を講じたもの

- ・在支診にかかる医師が特定施設の入居者を訪問した場合には、末期の悪性腫瘍患者以外でも、在宅時医学総合管理料(在医総管)を算定できるようにする
- ・外部サービスを活用している特定施設の入居者に医師が訪問した場合、在医総管や在宅患者訪問診療料を算定できるようにする
- ・在支診であれば、患者が入所する施設と特別の関係であっても、在医総管や在宅期末期医学総合診療料を算定可能にする。また、療養病床を有老人ホームなどに転換した病院で、在支診と同様の医療体制を有する場合にも、在医総管を算定可能にする

##### 中長期的に検討すべきもの

- ・在支診を病院でも届け出可能にするかどうか
- ・在宅患者訪問診療料や在医総管は「医師または看護師等が配置されている施設の入所者は算定対象としない」という規定の見直し
- ・在宅期末期医学総合診療料を在支診以外でも算定可能にするかどうか

問診療した場合、在医総管に加え、在宅患者訪問診療料も算定可能にするなどの緩和措置が講じられた。

スに働く。安比奈クリニックの場合、改定前の3月の医業収入520万円に対し、4月は560万円で7.7%アップした。新宿ヒロクリニックも「10%ちょっとアップしている」(英氏)。白髪内科医院も在宅部門だけで見た場合、約12%の増収だという。もちろん、この数字は、ターミナルケア加算1万点の算定数などによっても左右される。

なお、在支診は、在宅での看取り数を年1回、社会保険事務局に報告しなければならない。現時点では、件数が少ないのでペナルティーはないが、制度創設の目的の一つが在宅でのターミナルケアの支援促進であることを考えれば、将来、看取り数に応じた点数設定を行う可能性なども十分に考えられる。

(久保 俊介)