

経営情報レポート



主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！ 在宅復帰促進策への 経営対応

- 1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場
- 2 在宅医療大幅減算と緩和策への対応
- 3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ
- 4 地域包括ケアを見据えた取り組み事例

1 | 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場

1 | 在宅復帰率要件の拡大で増加する在宅患者

(1) 改定における要件強化

在宅復帰率とは、退院患者に占める自宅等への復帰患者の割合をいい、以前は亜急性期入院医療管理料にのみ設定されていましたが、2014年（平成26年）の診療報酬改定では、7対1入院基本料をはじめとして、いくつかの病棟の基本料に対して要件化されました。

これにより下記に示したような在宅復帰率要件に該当する病院は、入院時点で退院に向けた調整を厳格に進めるとともに、より積極的に在宅へ患者を誘導する動きが出てくることは明白で、今まで以上に強固な連携先確保のため、おのずと病診連携、病病連携が推進されることとなります。

■在宅復帰率に関する要件が課せられた病棟等

1. 2014年改定前		
入院基本料名	在宅復帰率	その他
亜急性期入院医療管理料	60%以上	13対1、15対1
回復期リハビリテーション病棟入院料	70%以上	1（70%以上）、2（60%以上）
強化型介護老人保健施設	50%以上	強化型以外 30%以上（機能加算）
2. 2014年改定後		
入院基本料名	在宅復帰率	その他
7対1入院基本料	75%以上	経過措置あり
地域包括ケア病棟入院料	70%以上	新設
療養病棟入院基本料 1	50%以上	在宅復帰機能強化加算（10点）

したがって診療所は、これらの病院と連携して、増加する在宅患者をいかに取り込むかが今後の経営のポイントとなります。

■今次改定における在宅復帰率の関係性



(出典：厚生労働省)

(2)在宅復帰率の要件にうかがえる連携強化と診療所のスタンス

在宅復帰率は、原則として自宅へ復帰した患者数により算出されますが、それ以外にも下記への転院も自宅同様にカウントされます。したがって、下記に示した自宅以外の特定施設においても受け皿としての機能を強化していかなければなりません。自宅に最も近い場所にある診療所においては、在宅療養を支援する医療サービスを提供し、病院と連携しながら主治医機能を発揮することが求められます。

■在宅復帰率の対象となる自宅以外の施設等(7対1)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)
- 居住系介護施設等
- 介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)

2 | 外来医療における役割が強化

(1) 病院勤務医負担軽減の先鋒として期待される診療所

コンビニ受診や相変わらず高い大病院志向により、病院勤務医の負担は様々な施策でも大きく軽減されることなく、かかりつけ医に対する期待の声は年々大きくなってきています。

外来患者数の適正化は、構造的な課題への対応（初診料の保険外し等）や紹介・逆紹介を推進することにより改善を図る方向性が示されています。

- 病院勤務医の意見 → 軽症の場合は近くの診療所で受診すべき（約8割を超える）
- 病気について相談し、診療を受ける医師がいる（約2割）

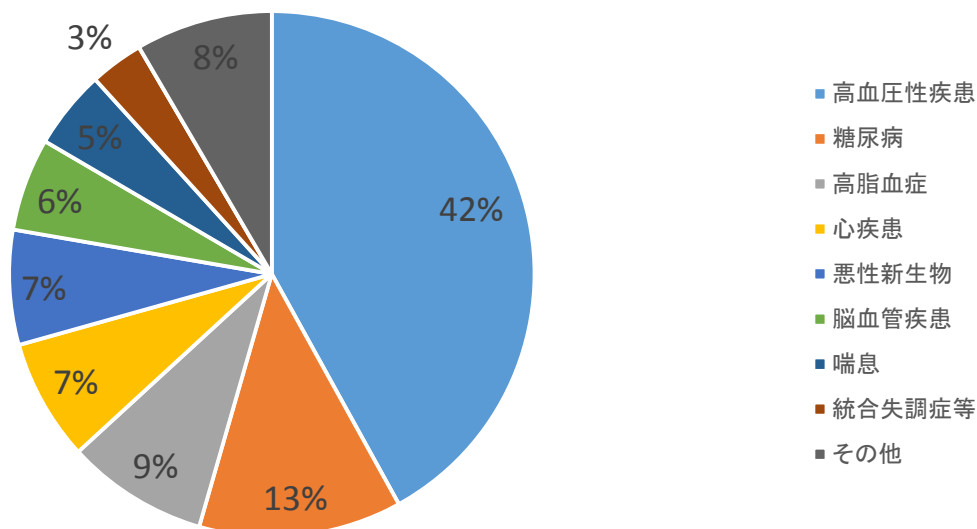


全人的かつ継続的な対応が可能であり、またアクセスの良さがポイントとなる
= かかりつけ医

(2) 高齢化に伴う慢性疾患への対応が急務となる外来医療

現在 65 歳以上の高齢者は人口の約 20%ですが、平成 42 年には約 32%、平成 67 年には約 41%になると予測されています。それに伴い、複数の慢性疾患を持つ患者の増加に対する適切な対応が今後さらに求められるため、診療所や中小病院は外来医療における重要な役割を担っていくことになります。

■ 主な傷病の総患者数の割合(平成 23 年厚生労働省調べ)



2 | 在宅医療大幅減算と緩和策への対応

1 | 「同一建物大幅減算」の影響

(1)「同一建物・複数患者」の大幅減算

今回の改定では「同一建物における複数患者」いわゆる施設系在宅患者に対する訪問診療料の大幅減算が大きな反響を呼びました。こうした背景には、高齢患者を短時間にまとめて診る「まとめて診療」や「患者紹介ビジネス」など、いくつかの不適切な事例に対する厚労省の戒め的な措置として捉えるべきでしょう。

■改定前後の訪問診療料の推移

対象施設			従前		2014年改定	
機能強化型	有床	処方箋有り	3,600点	→	同一建物居住者以外	3,600点
					同一建物居住者	870点
	無床	処方箋無し	3,900点	→	同一建物居住者以外	3,900点
					同一建物居住者	1,170点
在宅療養支援診療所	有床	処方箋有り	3,300点	→	同一建物居住者以外	3,300点
					同一建物居住者	800点
	無床	処方箋無し	3,600点	→	同一建物居住者以外	3,600点
					同一建物居住者	1,100点
在宅療養支援診療所以外	有床	処方箋有り	3,000点	→	同一建物居住者以外	3,000点
					同一建物居住者	720点
	無床	処方箋無し	3,300点	→	同一建物居住者以外	3,300点
					同一建物居住者	1,020点
在宅療養支援診療所以外	有床	処方箋有り	1,500点	→	同一建物居住者以外	2,250点
					同一建物居住者	540点
	無床	処方箋無し	1,800点	→	同一建物居住者以外	2,550点
					同一建物居住者	840点

上記のように、改定後の訪問診療料は、同一建物居住者以外でほぼ現状維持、同一建物居住者では、53～76%の大幅ダウンとなり在宅医療のあるべき姿を突き付けられた形となりました。

(2) 自宅対応の在宅専門診療所・後方支援病院は高評価

在宅医療については、それを担う医療機関の確保と高い在宅医療の推進をテーマとして掲げており、在宅療養支援診療所（以下在支診）に限らず、広く訪問診療を行っている診療所とその後方支援病院について高く評価するとして診療報酬上の加算などが設定されました。

① 在宅療養後方支援病院の評価

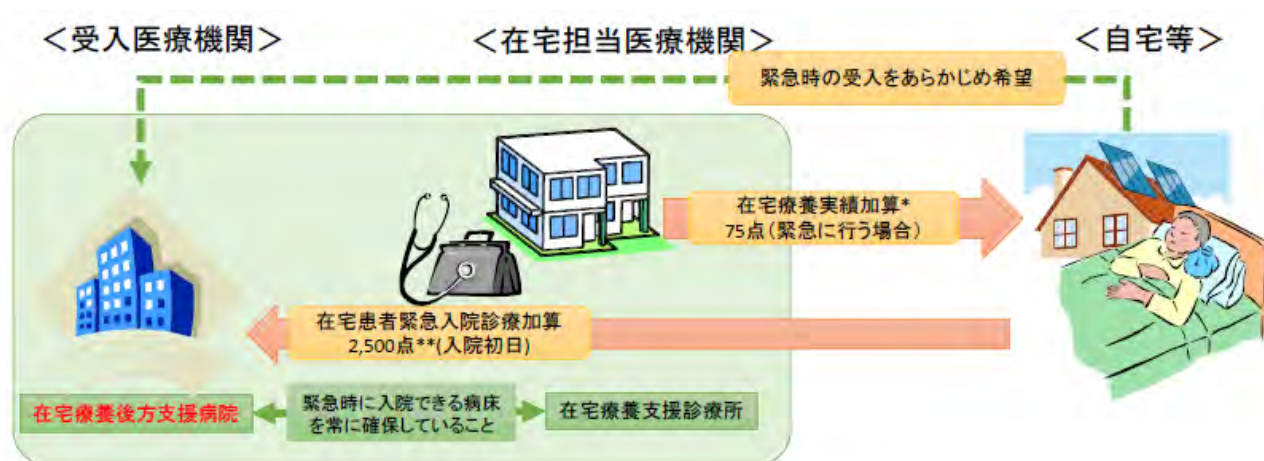
- 在宅患者緊急入院診療加算
- 在宅患者共同診療料

② 在宅医療の質の強化

- 機能強化型在支診等の実績要件強化
- 薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- 在宅歯科診療の推進
- 在宅薬剤管理指導業務の推進

③ 在宅医療を担う医療機関の質的確保

- 実績のある在支診の評価
- 在支診以外の在宅時医学総合管理料等の評価



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

新設されたこれら加算の算定要件としては、緊急往診や看取りの実績が必要となりますので、注意しなければなりません（緊急往診は年10件以上、看取りは年4件以上）。

2 | 国が打ち出した激変緩和策の活用と課題

(1) 「同一建物・複数患者」緩和策の概要

前述の「同一建物における複数患者」の問題は、その後『施設を訪問する医師がいなくなる』といった保険医協会からの反発もあり、厚労省では本年3月5日「1回の訪問で複数の患者を診療しても、それ以外の訪問で複数の日に分けて1人ずつ診療すれば減算されない」といういわゆる緩和策を打ち出しました。

■緩和策における特養などの同一建物への訪問例

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12		
患者③ 臨時住診 がんターミナルへ		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
15	16	17	18	19	20	21
患者① 訪問診療 (同一建物以外)	患者② 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者④ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑤ 訪問診療 (同一建物以外)		
患者③ 訪問診療 (同一建物以外)				患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑦ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑧ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)			
患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		

末期の悪性腫瘍
は同一建物の患
者としてカウント
されない

(2) 苦戦を強いられる1人医師の診療所

緩和策といっても、上記のようなスケジュールで1日1人ずつ診ることができるのはマンパワーがある大きな在宅専門クリニックに限られ、外来をしている医師1人の診療所では対応が難しいのが実情です。どうにか対応して収益を確保している診療所がある一方で、施設への訪問診療から全面的に撤退するケースも増加し始めています。

診療報酬改定による厳しい影響下で、1人医師体制で外来診療と高齢者施設等への訪問診療を行うためには、綿密かつ実効性のあるスケジュールリングと、患者情報の管理徹底が求められることはいうまでもありません。

3 | 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ

1 | 主治医機能強化策の概要

(1) 地域包括診療の創設

今回の改定では、新設された「主治医（かかりつけ医）機能の評価」の意義について、それを紐解く上で重要キーワードが「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」となります。この診療料と加算の概要は下記表に示すとおり、医師が複数の慢性疾患を有する患者を対象として、療養上必要な指導や服薬及び薬歴管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供、24時間対応などを行う場合に算定できる外来診療における診療報酬点数です。調剤薬局などとの連携や常勤医師の必要数（3人）などの要件があり、ハードルとしては決して低いものではありません。

■主治医機能について(改定内容より抜粋)

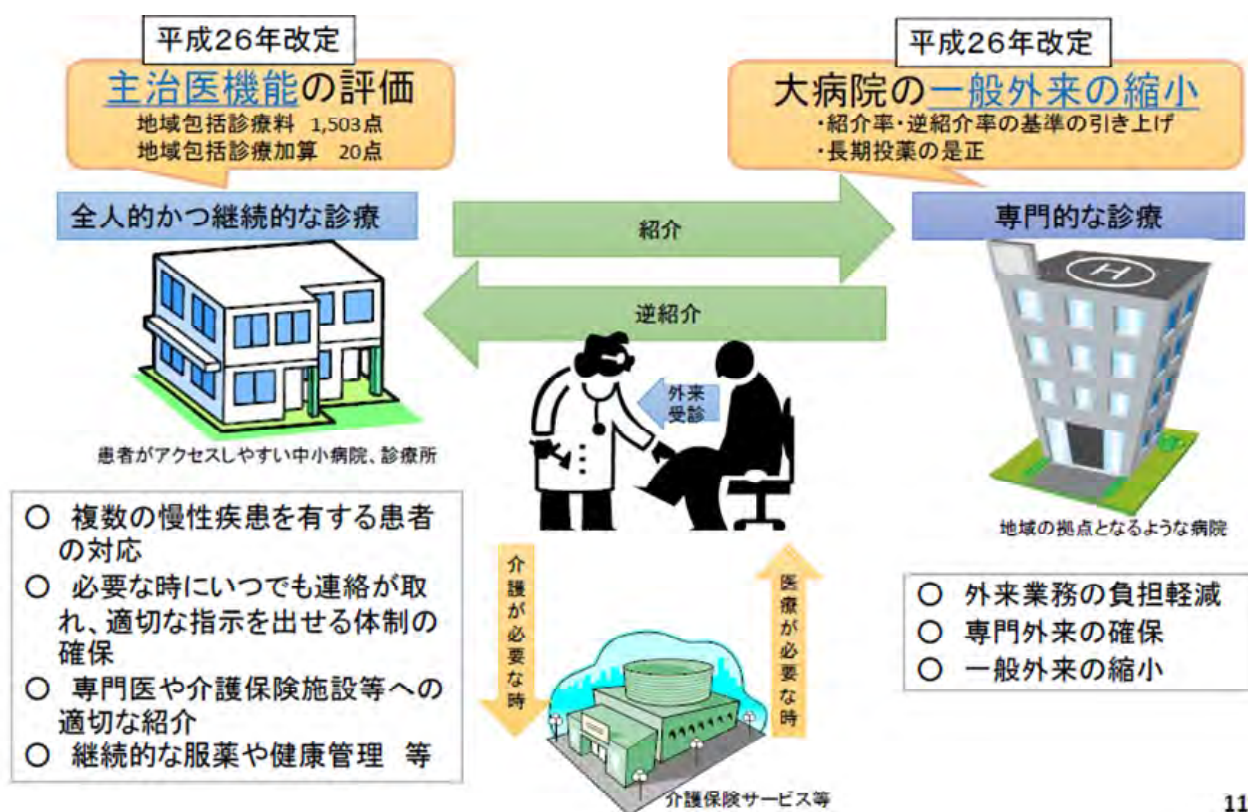
	地域包括診療料 1,503点/月		地域包括診療加算 20点/回
施設	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ●（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料（Ⅱ）。在宅医療に係る点数（訪問診療料、在総管、特医総管を除く） 薬剤料（処方料、処方せん料を除く） ●患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。		出来高
対象疾患	高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く）		
対象機関	診療所または許可病床が200床未満の病院		診療所

中小病院とサテライト等のグループ診療所を対象として想定されている同診療料は、月1回算定1,503点と比較的高く設定されていますが、一般診療所を対象とした同加算は1回20点と著しく低い設定となっており、なかなか踏み切れないのが実情のようです。

(2) 診療所が担う外来機能と役割分担

これらの診療報酬は基本的には、対象となる高齢者の患者に対して継続的・全人的な医療を提供する医師をかかりつけ医として評価するという趣旨で、外来機能の役割分担という観点から、以下のように診療所を位置づけています。

■ 外来機能の役割分担



11

(出典：厚生労働省保険局医療課)

多くの開業医からは、こうした高い算定要件や必要となる患者同意の問題から、取り組む負担は重いにもかかわらず、一般診療所で算定可能な加算が1回200円では割に合わないといった声もあがっています。

2 | 主治医機能と入外機能分化

(1) 機能分化のために必要な主治医機能

複数の慢性疾患を有する患者については、実にその約 45%が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している事実が大きな問題として存在します。そのため、医療機関の選択については、まず主治医に必ず外来受診すること、そして主治医の判断によって、病院等の専門医療機関への紹介に基づく検査や入院ができることが重視されることから、こうした仕組みの構築が主治医機能として重要なポイントだといえます。

(2) 果たすべき具体的な主治医の役割

外来における、かかりつけ医機能を充実させる観点から、高齢かつ慢性疾患を有する患者に対して、服薬管理や健康管理、介護保険対応、および在宅・24 時間対応を行うことがその具体的な役割と捉える必要があります。

■主治医機能要件

■果たすべき機能

- ① 該当患者の通院医療機関すべてを把握しての服薬管理（下記）
- ② 健診受診を勧奨し、結果をカルテに記載して健康管理 → 院内掲示、敷地内禁煙
- ③ 介護保険制度への理解と連携
～介護保険の要介護認定の主治医意見書作成や、居宅療養管理指導など介護サービス提供
- ④ 在宅医療の提供と 24 時間対応体制

■服薬管理

- 院外処方を行う場合は、24 時間開局薬局が原則（患者同意による特例あり）。
- 他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテ記載。

■介護保険制度

- 地域ケア会議に年 1 回以上参加
- 居宅介護支援事業所の指定
- 介護保険の生活期リハの提供
- 介護認定審査会への参加
- 所定の研修の受講
- ケアマネージャー資格

■在宅医療の提供（以下のいずれか 1 つを満たす）

- 時間外対応加算 1 または 2 の届け出
- 常勤医師 3 人以上
- 在宅支診の届け出

4 | 地域包括ケアを見据えた取り組み事例

1 | 徹底した在宅医療の展開

(1) 診察室イコール自宅というコンセプト

中核市にある医療法人A在宅医療クリニックは、その名の示すとおり、在宅医療に専門特化した診療所です。そのコンセプトは、「あなたのご自宅が診察室です」というもので、在宅医療について患者にわかりやすく紹介されています。

■Aクリニックのコンセプト

あなたのご自宅が私どもの診察室です

在宅医療とは、ご自宅を診察室の代わりとして患者さんのご自宅で診察を行うことです。通院することが難しい方や、悪性疾患などで自宅療養したいと希望する方に対して、その意思を最大限に尊重できるようお手伝いさせていただきます。

また、その徹底ぶりは下記の標榜時間からも明らかで、これまでの「待ちの外来診療」から積極的な「攻めの診療」への戦略的意図が見てとれます。

■診療時間等

● 外来診療

月・水曜日 9時～12時 【完全予約制】

● 訪問診療【完全予約制】

火・水曜日～金曜日 9時～12時

月曜日～金曜日 14時～17時

※緊急時は24時間・365日対応あり

(2)目標はさらなる在宅医療の普及

診療体制は、医師（院長）1名、看護師2名、作業療法士1名、事務2名の5人体制であるため完全予約制は必須です。また、訪問予定の管理徹底はもちろんのこと、訪問診における情報の即時更新・共有化と、他施設等との連携体制の構築にとまさに地域包括ケアシステムの担い手としての姿を体現しているといえます。

■診療体制概要

● 外来診療、訪問診療、往診、訪問リハ、介護相談

● 対象患者

- 高度の慢性疾患で、定期的な健康管理が必要（気管支喘息、脳梗塞、糖尿病等）
- 認知症や高齢で通院困難な方
- 在宅ターミナルケア（末期がんなど）

● 訪問エリア

- 近郊10km圏内

● 24時間緊急連絡体制

- 当院で在宅医療を行っている方には緊急連絡先をお伝えし、24時間365日体制で連絡を受け付けています
- 連絡を受け、医師または看護師が状況を判断して往診（または訪問看護）や他院への受診の調整などを行います。
- 往診で対応不能な場合（一刻を争う緊急時、骨折などの内科的以外の疾患など）は直接病院への受診をお願いする場合がありますが、その場合には連絡調整を当院が行います。

● 投薬

- 主に院外処方です。ご自宅まで薬剤を配達してくれる薬局を紹介しています。

2 | 患者獲得と改定への対応が課題

(1) 厳しさを増す1人医師体制の訪問診療

医療法人A在宅医療クリニックの26年度の損益予測は、今次改定の影響もあり、減収減益の見込みです。「同一建物・複数患者」緩和策が難しい医師1人体制の診療所が、高齢者住宅への訪問診療から撤退する動きがある中、同診療所も同様の問題を抱えていることがうかがえます。

(単位：千円)

	平成 25 年度実績	平成 26 年度予測	増減
医業収入 (患者数/日)	69,965 (9~8人)	65,402 (4~5人)	△4,563
医業費用	63,145	61,902	△1,243
医業損益	6,820	3,500	△3,320
経常損益	7,672	4,222	△3,450

(2) 緩和策への対応と新規患者獲得により減収に歯止め

減収減益の要因は、患者数の減少があげられます。「同一建物・複数患者」減算の影響もあり、1回当たり施設訪問で20人ほど診ていた分の診療報酬が減少したことで、大きな影響を受ける形となりました。

そこで、今期増収増益に向けて下記の取り組みを開始し、収益の改善を図っています。

- ① がん在宅患者に対する新たな患者掘り起しの動きを積極的に展開
- ② 「同一建物・複数患者」の数を半分に減らし、その分戸建て在宅患者を倍増させる

複数病院と連携し、がん在宅患者の積極的受け入れを行った結果、病院側でも在宅医との連携を望んでいたこともあり、毎月2人ペースで増加しています。また、「同一建物・複数患者」の緩和策により、当初見込みより収入が増加、さらに追い風として在宅医療から撤退する診療所が増加したため、ベースとなる在宅患者数が急増しました。その結果、直近6月度の月次決算では、減収に歯止めがかかり、回復傾向を示すに至っています。

医業経営情報レポート 8月号

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！ 在宅復帰促進策への経営対応

【著 者】日新税理士事務所

【発 行 者】桐元 久佳

【発 行】日新税理士事務所

大阪府中央区大手前 1-7-31 OMMビル 13F

TEL : 06-4790-9707 FAX : 06-4790-9710

落丁・乱丁本はお取り替え致します。本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。その場合は、あらかじめ小社あて許諾を求めて下さい。

