

図表 2-4-31 二次医療圏別の分布

	類型1	類型2	類型3	類型4	合計		類型1	類型2	類型3	類型4	合計
福岡・糸島	16	41	20	12	89	有明	5	18	4	5	32
	18.0%	46.1%	22.5%	13.5%	100.0%		15.6%	56.3%	12.5%	15.6%	100.0%
粕屋	2	3	1	3	9	飯塚	1	2	1	0	4
	22.2%	33.3%	11.1%	33.3%	100.0%		25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100.0%
宗像	3	4	2	0	9	直方・鞍手	1	2	1	0	4
	33.3%	44.4%	22.2%	0.0%	100.0%		25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100.0%
筑紫	7	5	1	3	16	田川	4	4	0	0	8
	43.8%	31.3%	6.3%	18.8%	100.0%		50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
甘木・朝倉	0	12	3	2	17	北九州	23	39	26	10	98
	0.0%	70.6%	17.6%	11.8%	100.0%		23.5%	39.8%	26.5%	10.2%	100.0%
久留米	9	22	10	3	44	京築	5	4	3	3	15
	20.5%	50.0%	22.7%	6.8%	100.0%		33.3%	26.7%	20.0%	20.0%	100.0%
八女・筑後	2	7	5	1	15	合計	78	163	77	42	360
	13.3%	46.7%	33.3%	6.7%	100.0%		21.7%	45.3%	21.4%	11.7%	100.0%

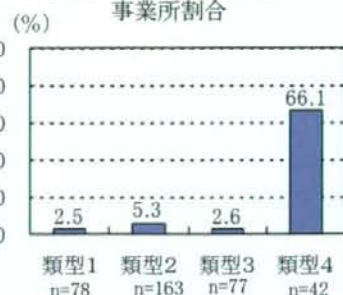
注：上段は件数、下段は割合を表す。

図表 2-4-32 類型別に見た在宅療養支援診療所の患者特性

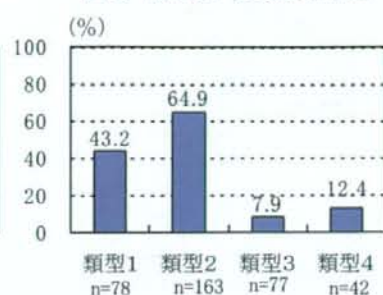
図表 紹介元 病院割合



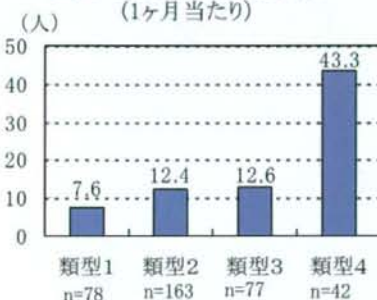
図表 紹介元 介護保険事業所割合



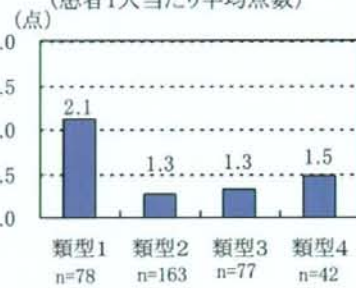
図表 紹介元 直接来院割合



図表 訪問診療対象患者数 (1ヶ月当たり)



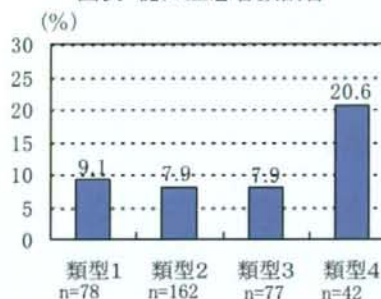
図表 医療区分 (患者1人当たり平均点数)



図表 ADL区分 (患者1人当たり平均点数)



図表 認知症患者数割合



図表 居所 自宅以外割合



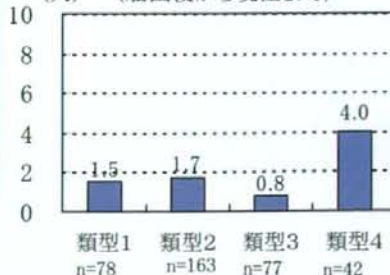
図表 訪問診療頻度 (患者1人当たり回数/月)



図表 訪問看護頻度 (患者1人当たり回数/月)



図表 在宅看取り患者数 (届出後から現在まで)



図表 5年後の希望訪問診療実患者数 (1ヶ月当たり)



## 2) 患者紹介・連携に関するインタビュー調査

「福岡県在宅療養支援診療所調査」3)結果より、「類型1」の在宅療養支援診療所2ヶ所(A,B)および「類型4」の1ヶ所(C)に対しインタビュー調査を行なった。回答は以下のとおりであった。

### ① 質問1 紹介元の特徴

- ・急性期一般病床を中心とする病院と連携し、紹介患者を受け入れている (A)。
- ・系列法人が運営している急性期病院から独占的に紹介を受けている (B)。
- ・主な訪問診療の患者は、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅入居者である。ケアマネジャーを通じて依頼を受ける。(C)

### ② 質問2 紹介時における情報交換の方法、内容

- ・「退院時診療情報提供書」を受領する(情報交換の手段として役立っている)。顔の分かる医師同士が直接もしくは電話、FAXでやりとりを行なうことを中心としている (A)。
- ・在宅医療を第2の入院医療と位置づけ該当する患者を受け入れている (B)。
- ・退院時に病院の病診連携室担当者が①在宅復帰、②訪問診療、③介護保険施設、④療養病床等入院のいずれにするかを本人、家族と話し合う。看取りを視野に入れた退院の場合は、その場所を家族と話し合っておくことを重視している (B)。
- ・在宅療養中の情報は病院主治医には連絡していない (A,B)。
- ・在宅療養中に専門外の診療科の受診が必要な場合、検査等を要する場合は紹介元の病院の外来受診を勧めている。病院の外来受診時には病院主治医との情報交換を行なう (B)。
- ・情報交換は在宅療養支援診療所の医師以外に所属している看護師、ケアマネジャーと分担して行なっている (B)。
- ・情報交換は、FAXと電話が主な手段となっている。医療依存度が高い患者(看取り患者含む)は1週間に1度患者、家族、介護職員との申し合わせの機会をもっている。内容は看取り場所の意思確認、急変時の搬送先候補、介護の方法等についてである(C)。

### ③ 質問3 急変時における入院病床の確保

- ・有床診療所の病床を夜間、急変時の対応場所として活用している(医療依存度の高い患者) (A)。
- ・紹介元の病院で病床確保することが前提となっている (B)。
- ・急変時は患者の状態像(介護必要度等)に応じて適切な入院先を紹介している。本人、家族の希望は事前に確認しているが、急変した時点の症状によっては必ずしも希望の入院先が適切ではない場合もあるため調整が必要である (C)。
- ・認知症を有する患者の急変時の入院先は調整が最も難しい。入院先の夜間の看護、介護力を考えた場合、問題行動が発症することが想定される患者は慎重に検討する必要

がある (C)。

- ・現在のところでは、急変時の入院病床の確保は何とか回っている状況にある。今後ますます課題になると考えられる対象者は認知症を有する患者の急変時の対応である。病院側の事情も分かるので無理は言えない。患者の状態像によって精神病床を有する病院へ紹介する場合もある (C)。

#### ④ 質問4 新たな紹介元との連携希望

- ・現在の紹介元とのつながりを強めることを希望(A, B)。
- ・患者数を増やすためには医療依存度の低い患者を対象とすることを想定する。有料老人ホーム入所者を対象にすることが効率的であると考え (A, B)。
- ・院長の方針として、患者の暮らし方や疾患の慢性期に不自由な面をどのようにケアによって調整できるかを考え、より患者の希望にあった生活を実現することを訪問診療の中で重視している。医学的管理、処置等もさることながらこうした点について家族や介護職員等を指導することが役割と考えている (C)。

#### ⑤ 質問5 病院からの医療依存度の高い患者を在宅療養支援診療所で受け入れる際の課題 [診療体制・地域連携]

- ・重症患者の割合が高くなると在宅療養支援診療所の医師が訪問診療、往診以外の用事でクリニックを離れにくい状況が発生する。連携医療機関をつくり代診を依頼する方法があるが実際にはできていない(A)。
- ・在宅医療を担う診療所数を増やすのであれば24時間対応体制の要件をはずし、ハードルを低くする方法も考えられる(B)。
- ・病院からの退院患者は、原疾患は病院主治医に継続的に管理してもらい、在宅療養での管理役として在宅主治医にかかわってもらうという方法を好む傾向にある(A)。
- ・有床診療所は医療依存度の高い患者を診る上で重要な社会資源となる(A)。
- ・医療依存度の高い患者を在宅療養支援診療所で診るためには、①夜間対応、②急変時の病床確保、③定期的もしくは急変時の検査機能が必要となる(A)。
- ・脳卒中患者では、急性期医療を終えた後重度の後遺症がみられる患者に対する療養の場は確保されつつあるが、大半の中軽度後遺症の療養を支える場所が整っていない。在宅医療はこの役割を果たせるようにするべきである(A)。
- ・医療依存度が高い患者については、観察のポイントをはずさないこと、緊急連絡のタイミングが特に重要になる。介護職員等の課題としてこれらを全ての職員が同じレベルで行えない実情がある(能力にばらつきがある)。医療依存度が高い患者が入居している場合には管理者の負担が高まる実態がある(管理者が代理当直等をするケースが見受けられる)。こうした問題を解決する方法を検討する必要があると考える(例:嘔吐時の対応、個室にいる場合に密室化してしまうことへの対応) (C)。

〔情報交換〕

- ・病院主治医は、在宅療養支援診療所の中でどこがどのような医療行為、医療依存度の患者に対応可能であるのかという情報を全く持っていない(A)。
- ・紹介元に対し在宅療養中の病状を知らせる必要を感じている(B)。

〔急変時の対応〕

- ・在宅看取りを実現するとはいえ、最期は入院することも想定しておくことが現実的である(A)。

〔患者、介護者への支援〕

- ・介護者の医療知識や日常的な医療行為（抜針、痰の吸引等）の実施力を高める取り組みが必要(B)。
- ・レスパイトサービスとしてショートステイの利用機会の緩和（在宅療養と入院、入所を繰り返しながら在宅療養を継続する）(B)。
- ・一般市民に対し在宅医療に関する情報提供を図るべきである(B)。
- ・医療依存度の高い患者の在宅医療を実現していく上では、家族の負担軽減（支援）は不可欠であろう。経済的負担、場所の確保等が挙げられる(C)。

〔その他〕

- ・在宅医療の使命（在宅療養支援診療所が対象とする患者像）を検討するべきである（例：外来通院困難者への医療、入院医療の在宅化のどこに力点を置くのか）(B)。
- ・認知症患者は居宅生活の維持が難しい。在宅医療が適切に関わることによって実現が図られることが期待される(B)。
- ・介護保険施設が実施できる医療行為に限界がある点は問題である（医療依存度の低い患者しか入所できず医療依存度の高い患者が在宅医療となる）(B)。
- ・経営上、在宅医療のみ実施していると検査機器の稼働率が採算ラインに届かない。そのため在宅療養支援診療所も外来診療、健診機能を有する必要がある。医療依存度が高い患者を診るためにはある程度の検査機器が必要であるが経営上の課題が生じる(A)。
- ・在宅医療が進むことによって看護師の役割、仕事の負担が変わってきている。教育体制やチーム医療の在り方を検討する必要がある(A)。
- ・訪問看護の体制を整える必要がある(A)。
- ・患者をできるだけ長生きさせたい家族は、在宅医療よりも入院を希望することが多い傾向があると感じている。家族の介護、看護負担だけではなく、価値観の違いも在宅医療を選択するかどうかの大きな要因となっている(C)。
- ・グループホームや有料老人ホームは、入居者、職員間の関係が擬似家族化するケースも多く、入居者本人が自分の居場所と考え、他の入居者や職員も同居者をともに看護、介護して看取りたいと考える場合も多いと感じている(C)。今後、こうした場面での看取りは増えると直感している(C)。

## (5) 考察

### 1) 本研究で明らかになった点

本研究は、福岡県内の在宅療養支援診療所のデータを基に患者紹介元・医療依存度等による類型化を試みた。その結果、「病院からの紹介・直接来院混合型（医療依存度高）」、「直接来院患者中心型（医療依存度低）」、「病院からの紹介型（医療依存度低）」「介護保険事業所からの紹介型（医療依存度低）」の4類型に分類された。先行研究には、在宅療養支援診療所の運営体制（医師数、外来診療との時間配分等）を基に分類定義を示したものがみられるが4)5)、在宅医療対象患者の属性（患者の医療依存度、ADLレベルを統一的な基準により評価し、紹介元との関係から類型化を実施）による類型化は初めての試みである。

福岡県内の在宅療養支援診療所は、類型別に「病院からの紹介・直接来院混合型（医療依存度高）」21.7%、「直接来院患者中心型（医療依存度低）」45.3%、「病院からの紹介型（医療依存度低）」21.4%、「介護保険事業所からの紹介型（医療依存度低）」11.7%に該当していた。二次医療圏別に対象患者の医療依存度が最も高かった「病院からの紹介・直接来院混合型（医療依存度高）」に該当した在宅療養支援診療所の割合についてみると、田川（合計n=8, 50.0%）、筑紫（合計n=16, 43.8%）が高く、甘木・朝倉（合計n=17, 0.0%）、八女・筑後（合計n=15, 13.3%）は低い傾向にあった。一方、「直接来院患者中心型（医療依存度低）」の割合では、甘木・朝倉（合計n=17, 70.6%）、有明（合計n=32, 56.3%）が高く、京筑（合計n=15, 26.7%）筑紫（合計n=16, 31.3%）が低くなっていた。これらの点から、地域により患者紹介に関する連携状況にばらつきがあることがうかがわれた。

インタビュー調査により類型1（「病院からの紹介・直接来院混合型（医療依存度高）」）類型4（「介護保険事業所からの紹介型（医療依存度中）」）に該当する在宅療養支援診療所を対象に医療依存度の高い病院入院患者を在宅医療につなげる上での連携上の課題を調査した。その結果、1)医療依存度の高い患者を受け入れるための診療体制（個別の在宅療養支援診療所内体制、診療所間のグループ診療体制）、2)病診、診診、診介護保険事業所間の情報交換の仕組みづくり（在宅療養支援診療所がどのような医療を提供することが可能であるのかに関する情報の把握と病院等への情報発信）、3)介護職員等の観察、状態急変時の対応方法等についてのスキルアップ、4)患者、介護者への支援、5)訪問看護の体制整備等に関する課題が指摘された。

### 2) 医療計画策定、実施・管理時における活用

新たな医療計画ではPDCAサイクルに基づいた計画策定と実施・管理が求められている。本研究の成果は、在宅医療分野におけるPDCAサイクルの各段階で活用されることが考えられる。

- ・二次医療圏もしくは区市町村を単位に各在宅療養支援診療所を基点に主な患者紹介元との連携状況を把握する際の手法として活用（計画策定時）

- ・在宅医療分野に関する連携指標、目標値の設定時に活用（計画策定時）
- ・行政、医師会等が患者紹介に関する連携状況について地域的特色を確認し、新たに連携を働きかける在宅療養支援診療所、医療機関等を特定し、地域で仕組みを作る際の資料として活用（施策実行時）

### 3) 課題

本研究の結果、在宅療養支援診療所が対象としている訪問診療患者は、患者属性（医療依存度、ADLの状態）にばらつきがあり、診療所単位でみると患者属性と連携先（患者紹介元の種類）に一定の傾向があることが明らかになった。今後、医療計画の策定を通じて、在宅医療機関がどのような患者の在宅医療ニーズに対応していくのかという使命が明らかにできれば、それを実現するための方策の一つとして、どのような種類の連携活動を推進することが必要なかが明確になる。その際、あわせて、医療資源の配分のあり方についても検討することも必要であると考え。今後の検討課題としては、以下の6点が考えられる。

- ・在宅療養支援診療所の類型化においても多数を占めた直接来院患者の実態把握（どういう状況から在宅医療を探したのか）
- ・紹介元別の患者属性（医療依存度、ADLの状態）の把握（「福岡県在宅療養支援診療所調査票」の改善：現状では紹介元別の患者数、患者属性別の患者数が独立して調べられている）
- ・インタビュー調査結果の実証的検証（医療依存度の高い病院退院患者を在宅医療につなげる上での課題）及びその他の類型に該当する在宅療養支援診療所の課題把握
- ・一般診療所、病院での在宅医療への取り組み状況についての把握
- ・在宅医療対象患者の医療依存度等を基準とした診療報酬、患者一部負担の在り方に関する検討（患者の状態像に応じた診療報酬包括評価の在り方、医療依存度の低い患者の一部負担のあり方）
- ・居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーションとの役割分担に関する検討

### <参考文献>

- 1) 坪井栄孝、田城孝雄、在宅医療ハンドブック、東京：中外医学社、2001年
- 2) 厚生労働省、医療施設体系のあり方に関する検討会 資料4-2：平成2005年4月
- 3) 平成19年度 福岡県在宅療養支援診療所調査、福岡県、2008年
- 4) 川島孝一郎、平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究、2007年
- 5) 田城孝雄、日本医療政策研究機構、医療白書2007年版、東京：日本医療企画、2007年

### 関連研究3. 在宅療養支援診療所の経営モデルに関する研究

#### (1) 在宅療養支援診療所の経営モデル分類

##### 1) 目的

在宅療養支援診療所は、在宅医療における中心的な役割を担い、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等と連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護体制を構築することが期待されている。しかし、実際には在宅療養支援診療所が在宅医療に取り組んでいる時間は、診療所間でかなりばらつきがあることが指摘されている1)。

本研究では、「福岡県在宅療養支援診療所調査」等のデータを活用して、経営モデルの作成を行い、収支シミュレーション等を行うことによって、診療所の活動における在宅医療の比重を高める際の経営上の課題と条件を明らかにすることを目指した。さらに、医療機関の経営の視点から、在宅医療を推進していくための論点を提示した。

##### 2) 先行研究において示された経営モデル

在宅療養支援診療所の提供体制のモデルについては、田城孝雄氏（順天堂大学准教授）の分類2)や川島孝一郎氏（仙台往診クリニック）の分類3)が挙げられる。

田城孝雄氏のモデルは図表2-4-33の分類にあるように、①在宅医療提供施設の成り立ち（経営母体）及び②提供機能を視点として分類され、また、それぞれの型について、③常勤医師1名型、常勤医師複数型にさらに分類がなされている。一方、川島孝一郎氏のモデルにおいては、①診療所単独で在宅医療に取り組んでいるか否かという視点と②外来診療主体か在宅医療主体かという視点、さらに③医師が1名か複数かという視点により4分類がなされている（図表2-4-34）。

図表2-4-33

田城孝雄氏の在宅療養支援診療所の分類

A型	従来型
B型	在宅医療専門診療所型
C型	All in One型
D型	病院併設型
E型	特定施設併設型

図表2-4-34

川島孝一郎氏の在宅療養支援診療所の分類

①	無床(有床)診療所単独+医師1名+外来診療主体型
②	無床(有床)診療所単独+医師1名+在宅医療主体型
③	無床(有床)診療所単独+医師複数+在宅医療主体型
④	①及び②の複数参加によるグループ診療型



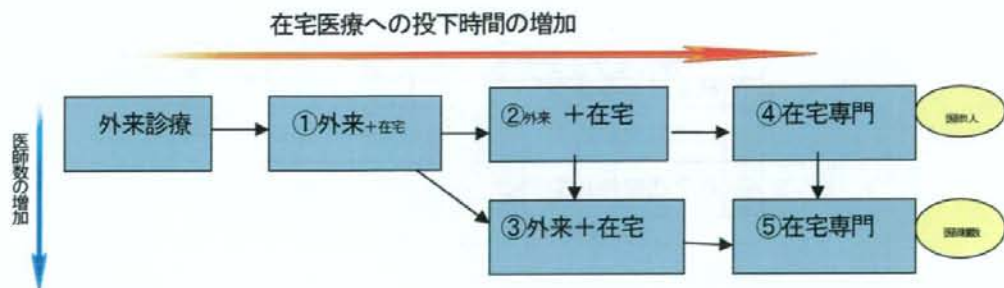
### 3) 本研究の経営モデルの定義

経営モデルを検討するにあたっては、わが国の診療所における一般外来診療のウェイトの高さを考慮して、川島孝一郎氏の在宅療養支援診療所の分類をもとに、外来診療から在宅医療へシフトしていく段階を追った経営モデルを構成した。

- ①外来診療主体型（在宅医療時間週8時間以下）：在宅医療は外来診療の合間の時間を主として行う診療所。
- ②在宅外来混合型-医師1名（在宅医療時間週8時間超）：在宅患者が増えて、外来診療の時間を在宅医療へシフトしている診療所。
- ③在宅外来混合型-医師複数（在宅医療時間週8時間超）：在宅患者が増えて、外来診療の時間を減らさず複数医師又は非常勤医師を配置し、在宅診療へも注力している診療所。
- ④在宅医療特化型-医師1名（在宅医療時間週8時間超、外来診療時間1時間以下）：医師1名の在宅専門診療所。
- ⑤在宅医療特化型-医師複数（在宅医療時間週8時間超、外来診療時間1時間以下）：医師複数の在宅専門診療所。

外来診療から在宅医療へシフトしていく過程において、図表2-4-35のようにまず外来を減らさずに午前診と午後診の間に在宅医療を行い（①）、更に在宅患者が増えてきた場合に外来の時間を減らし、在宅医療の時間にする（②）、もしくは外来の時間は代診を雇い、在宅医療の時間を増やしていく（③）ことが考えられる。更に在宅医療へシフトしていくと在宅専門のクリニックとなるのが考えられる（④、⑤）。また、④、⑤の在宅医療特化型の診療所においては、開業当初から在宅専門で行っていくパターンも考えられる。

図表2-4-35



<sup>1</sup> 在宅医療時間を週8時間で区切ったのは、1週間のうち午前診と午後診の合間に取り組める時間であることと、8時間は1日分の労働時間に該当するところから区切りにした。

(2) 福岡県の在宅療養支援診療所の実態

「福岡県在宅療養支援診療所調査」のデータを用いて、前述の定義に従って分類し<sup>2</sup>、件数及び構成比を確認した。図表2-4-36にあるように①の外来診療主体型は分類された332件中257件あり、全体の77.4%を占めている。福岡県においては在宅療養支援診療所であっても外来診療を中心に運営されていることがわかる。②、③の在宅医療を週8時間以上行っている在宅外来混合型の医師1名、医師複数の診療所はそれぞれ、32件(9.6%)、37件(11.1%)と合わせて20.7%ことどまっている。さらに④、⑤の在宅医療特化型の医師1名、医師複数の診療所はそれぞれ、2件(0.6%)、4件(1.2%)であり、専門特化した診療所は全体の1.8%となっている。

図表2-4-37では、経営モデル別に患者像の違いや診療所の機能の違いを把握するため、医師1人当りの「対象患者数」と「看取り患者数」、「医療区分2,3の患者数」を確認し、さらに「対象患者数に占める医療区分2,3の患者数」も確認した。また、図表2-4-38では、1診療所単位で「対象患者数」、「看取り患者数」、「医療区分2,3の患者数」及び「対象患者数に占める医療区分2,3の患者数」を確認した。

医師1人当りの指標をみると、①外来診療主体型については、「対象患者数」、「看取り患者数」、「医療区分2,3の患者数」は、それぞれ6.8名、0.9名、2.2名と、②以降の経営モデルに比べ、かなり低い水準となっている。①は外来診療を中心に行っており、在宅医療へ投下する時間が少ないことからこのような結果となっていると考えられる。

②から④の分類については、対象患者数には違いがあるものの「看取り患者数」「医療区分2,3の患者数」については大きな違いは見られなかった。なお、在宅外来混合型の医師複数モデル③の平均医師数は、2.1名、在宅医療特化型の医師複数モデル⑤の平均医師数は、2.0名であり、大きな違いは見られなかった。

⑤の在宅医療特化型の医師複数モデルにおいては、「対象患者数」だけでなく「看取り患者数」「医療区分2,3」の患者数も、①から④までの経営モデルに比べ、実数として多くみているといえる。

図表2-4-36 経営モデル分類の件数と構成比

経営モデル分類名		件数	構成比	
①	外来診療主体型	257	77.4%	
②	在宅外来混合型	医師1名	32	9.6%
		医師複数	37	11.1%
④	在宅医療特化型	医師1名	2	0.6%
⑤		医師複数	4	1.2%
合計		332	100.0%	

<sup>2</sup>分類は、「福岡県在宅療養支援診療所調査」の以下の設問を用いて行った。

在宅医療時間：1週間当りの訪問診療延滞時間に往診時間を加え、在宅医療時間を算出し使用医師数：常勤換算医師数合計を使用

図表 2-4-37 経営モデル分類と医師1名当りの指標

経営モデル分類名		医師1名当りの対象患者数	医師1名当りの看取り患者数	医師1名当りの医療区分2,3の患者数	対象患者に占める医療区分2,3の患者割合	
①	外来診療主体型	6.8	0.9	2.2	32.8%	
②	在宅外来混合型	医師1名	27.9	3.3	12.6	45.3%
		医師複数	27.1	3.1	7.4	27.3%
④	在宅医療特化型	医師1名	58.0	4.5	8.0	13.8%
		医師複数	81.4	10.0	56.6	69.6%
全体平均		12.3	1.5	4.4	36.1%	

図表 2-4-38 経営モデル分類と診療所当りの指標

経営モデル分類名		1診療所当りの対象患者数	1診療所当りの看取り患者数	1診療所当りの医療区分2,3の患者数	対象患者に占める医療区分2,3の患者割合	
①	外来診療主体型	8.3	1.0	2.7	32.6%	
②	在宅外来混合型	医師1名	27.9	3.3	12.6	45.3%
		医師複数	42.9	5.1	13.0	30.3%
④	在宅医療特化型	医師1名	58.0	4.5	8.0	13.8%
		医師複数	158.0	16.8	104.5	66.1%
全体平均		16.2	1.9	6.0	37.1%	

### (3) 各経営モデルのイメージと経営シミュレーション

#### 1) 外来診療主体型

##### ① 経営モデルのイメージ

一般的には、外来診療の合間の時間を利用して在宅医療を行っている診療所が多くみられる。それは、診療所にとっての主たる収入源である外来診療時間を減らすことなく、追加的な収入を得ることができるからと考えられる。

外来診療を確保したまま、在宅医療を合間に行う場合どれくらいの患者を診ることが可能であるかについて、下記の時間で外来診療を行っているモデル的な診療所を例に見てみよう。

	月	火	水	木	金	土	日
午前診 9:00～13:00	○	○	—	○	○	○	—
午後診 15:00～19:00	○	○	—	○	○	—	—

午前診と午後診の間に在宅医療を行う場合、空き時間は2時間あるが、昼食の時間を考慮すると1日に3名（「福岡県在宅療養支援診療所調査」より平均1時間に2名の訪問が行われている）程度の訪問が可能と考えられる。これを週に4日もしくは5日実施した場合、週に延12名～15名の訪問が可能となる。1人の患者に対する月平均訪問回数を「福岡県在宅療養支援診療所調査」の平均値である3回として計算すると、月に16名～20名の患者を診ることが可能となる。また、外来の休診日を活用すれば最大30名程度の在宅患者を医師1人で診ることが可能であるといえる。

##### ② 収入シミュレーション

このモデルの診療所では、外来診療を減らさずに在宅医療へ取り組むことによって追加的な収入増が図れることがメリットとして挙げられる。

図表 2-4-39 在宅患者数と月増収額について

科目	患者数5名	患者数10名	患者数15名	患者数20名	患者数25名	患者数30名
在宅医療収入 単価75,000円の時	375,000	750,000	1,125,000	1,500,000	1,875,000	2,250,000

在宅医療のレセプト単価を75,000円<sup>3</sup>とすると、患者5名で月額収入が375,000円（年間450万円）増収となり、患者30名では月額収入は2,250,000円（年間2,700千円）の増収が見込まれる。総診療時間は増加する（つまり、医師の労働強化である）が、在宅医療に伴う経費は移動のための交通費と材料等の原価のみであり、経営における増収増益効果は高い。今回の「在宅療養支援診療所調査」によれば5年後の患者数を何人程度にしたいかという質問においては、10人以上が最も多く126件（29.7%）あり、続いて5人以上の88件（20.7%）となっており、5年後においても外来診療を主体とした経営モデルで在宅医療に取り組みたいという姿勢がみてとれる。

---

<sup>3</sup>月訪問回数3回（福岡県在宅療養支援診療所調査結果の平均値）のとき（院外処方の場合）、在宅患者訪問診療料830点×3回（2,490点）と在宅時医学総合管理料（4,200点）と検査等で約7,500点として計算する。

## 2) 在宅外来混合型 一医師1名一

### ① 経営モデルのイメージ

医師1人で在宅医療を行っている場合、在宅患者が30名を超えてくると在宅医療を行う時間をどのように捻出するかが課題となる。在宅医療の時間を増やしていくには、①外来の時間を減らして、在宅の時間に充てる方法と②外来のある曜日は代診の医師を雇い、在宅へ訪問する時間を創る2つのパターンが考えられるが、ここでは医師1人の場合で①の方法をとる場合の外来診療と在宅医療の採算について検討する。

外来診療を行っている診療所が在宅医療にシフトしていく場合、交通費や在宅医療に伴う材料費等以外は新たな設備投資は一般的に必要なない。この場合、経営上は外来診療で得られる収入よりも在宅医療で得られる収入の方が多くなければ、外来時間を減らして在宅医療にシフトしていく経済的インセンティブには乏しい。ここでは、在宅医療での収入が外来診療での収入を上回るための要件をみていく。

#### 診療報酬の決定要因

週稼働時間：W

在宅診療可能時間（週）：T

1時間当り外来患者数： $\alpha$

1時間当り在宅患者数： $\beta$

1日当り外来単価：G

在宅レセプト単価：Z

1月当り平均訪問回数：Y

診療所の収入額を算定するためには、上記のような要因を考慮する必要がある。週の稼働時間Wのうち、外来で診療するより在宅医療を行う方の報酬が高くなれば、外来の診療時間を在宅医療の時間にシフトしていく誘因になると考えられる。週の稼働時間Wを一定として、その中で外来診療を行うか在宅医療を行うかの経営上の意思決定のための条件を検討すると、下記のように表される。

$$\{(W-T) \times 4 \text{ 週} \times G \times \alpha\} + (T \times 4 \text{ 週} \times \beta \times 1/Y \times Z) > W \times 4 \text{ 週} \times G \times \alpha$$

$$\downarrow$$
$$\frac{\beta}{Y} \times Z > G \times \alpha$$

つまり、

$\frac{\text{1時間当り在宅患者数}}{\text{1月当り平均訪問回数}} \times \text{在宅レセ単価} > \text{1日当り外来単価} \times \text{1時間当り外来患者数}$
---

と表すことができる。

以上の算式から、外来診療から在宅医療へシフトしていくために必要な条件としては、下記のようなことがいえる。

- ・在宅患者宅へ効率よくまわれるか ( $\beta$ )。
- ・在宅医療の診療報酬については在宅時医学総合管理料等の包括部分の報酬があるため訪問回数が少ない方が経済的には有利である (Y)。
- ・重症患者の在宅医療については、レセプト単価 (Z) は高くなるが、1時間当りの在宅患者数 ( $\beta$ ) は少なくなり、また1月当りの訪問回数 (Y) も増加傾向にあるため、単価の高さが必ずしも経済的誘因とはつながらない。
- ・収入額を維持するためには、1日当りの外来単価 (G) が高い場合や、1時間当りの外来患者数 ( $\alpha$ ) が多ければ、在宅医療へ移行する際の収入規模確保のためのハードルはより高くなる。

## ② 在宅医療シフト時の必要患者数の推計

現状の収入額を維持することを前提として、外来診療から在宅医療にシフトする際に必要な患者数を推計するための考え方を示す (前述の算式に「福岡県在宅療養支援診療所調査」等から得られる平均的データを代入し、計算を行った)。

- ・1時間当り在宅患者数  $\beta$  名
- ・在宅患者の1月当りの平均訪問回数3回 (「福岡県在宅療養支援診療所調査」より)
- ・在宅レセ単価 75,000 円
- ・1日当り外来単価 5,790 円 (平成15年医療経済実態調査・一般診療所平均値)
- ・1時間当り外来患者数7名 (「福岡県在宅療養支援診療所調査」結果の平均値)

$$\frac{\beta \text{ 名}}{3 \text{ 回}} \times 75,000 \text{ 円} > 5,790 \text{ 円} \times 7 \text{ 名}$$
$$\beta \text{ 名} > 1.62 \text{ 名}$$

つまり、1時間に外来患者を7名診ている平均的なケースでは、外来を減らした時間×1.62名以上の在宅患者を確保することができれば、収入としては在宅へシフトする方が増収となる。

例えば、週に1日8時間を外来診療から在宅医療へシフトした場合、8時間×4週×1.62名=51.84名⇒52名の訪問で、月に3回訪問すると仮定すると18名の在宅患者を新規に確保する必要がある。

これだけの患者数を短期間に増やすことは、介護保険施設等との契約などがなければ困難であると思われるが、このパターンを選択している診療所は既に何らかの患者確保のルートを構築しているのではないかと考えられる。

以上は、外来患者が1日に50~60名程度の診療所における在宅医療へのシフトに必要な在宅患者数であるが、外来患者がより多い診療所ではもっと効率よく在宅患者を診なければ採算は合わなくなる。

3) 在宅外来混合型-医師複数 -医師数を増やした場合の必要患者数の試算-

現状の収入額を維持することを前提に、医師数を増やすことによって在宅医療の比重を高めるという経営モデルについて検討する。

平成15年医療経済実態調査によると、個人立内科診療所の収支モデル(1ヵ月)は下記のとおりである。医業収入は6,036千円/月で医業利益は2,030千円/月となっている。人員は、医師以外は看護師・准看護師が1.6名、事務員等で2.6名を雇用している。

このモデル的な診療所について、在宅医療の比重を高めるため、外来診療について週1日代診を日額8万円で雇用し、在宅医療の単価は75千円で行うものと仮定する。在宅医療を行うに当たっての原価は、交通費・材料費等で1回訪問当り3千円として計算した。

その結果は、図表2-4-40に示したように、外来診療のみの場合と同じ医業利益を確保していくためには、週1回代診を雇用した場合、少なくとも5名の在宅患者が必要となることがわかった。この経営モデルでは、すでに外来診療を行っているため新たな設備投資は不要となる。

図表2-4-40 代診医雇用時の必要在宅患者数の試算

(単位:千円)		外来のみ	週1日代診	週2日代診	週3日代診	週4日代診
医業収入	外来収入等	6,036	6,036	6,036	6,036	6,036
	在宅収入		375	750	1,125	1,500
	在宅患者数		5	10	15	20
	レセ単価@75千円/人					
	合計	6,036	6,411	6,786	7,161	7,536
医業費用	給与費	1,218	1,538	1,858	2,178	2,498
	看護師(准)	1.6人	"	"	"	"
	事務他	2.6人	"	"	"	"
	医師(非常勤)@8万円/日		320	640	960	1,280
	医薬品費	1,540	1,540	1,540	1,540	1,540
	材料費	64	64	64	64	64
	在宅原価@3千円/回		45	90	135	180
	委託費	234	234	234	234	234
	減価償却費	167	167	167	167	167
	その他医業費用	783	783	783	783	783
	合計	4,006	4,371	4,736	5,101	5,466
	医業利益		2,030	2,040	2,050	2,060

このモデルの診療所については、外来患者数が多い場合などは、外来収入も確保しつつ、収入増が図れるところにメリットがある。新たな固定費は必要としないため1月に5名以上の在宅患者を新規に確保すればよいので、比較的ハードルが低いと考えられる。ただし、患者数が大幅に増えたり、医療依存度の高い患者が増えた場合等には看護師の増員等も図られなければならない。たとえば、看護師1名@250千円の新規雇用による人件費増がある場合には、新規の在宅患者がさらに4名増えることが必要となる。

福岡県では、無床診療所356件のうち、常勤医師が複数体制の診療所は38件で10.7%となっており、常勤医師1名+非常勤医師の体制の診療所は69件で19.2%あった。医師複数体制であっても常勤・非常勤の雇用形態によって担える機能が変わってくると考えられる。



4) 在宅医療特化型・医師1人診療所 —在宅特化型・医師1人診療所の収支モデル—

在宅医療特化型については、①外来診療から在宅医療へシフトしていくパターンと②開業当初から在宅医療へ特化するパターンが考えられる。①のパターンの場合、2) でみたように収入を維持していくためには、在宅医療の効率的な実施や重度者への対応による単価のアップなどを図り、外来診療を行う場合と比べ不利にならないような努力が必要になる。また、①のパターンで完全に在宅医療へ移行した場合、外来診療を行うために投資した医療機器等が適切に診療に利用されないとすれば過剰投資となる可能性がある。3) でみたとおり医療費用を約400万円+管理医師の給与を100万円とした場合、在宅医療のみ(平均単価75,000円)で収入を得るとするならば損益分岐点患者数は67名程度となる。

在宅医療特化型の診療所の場合においては、②のパターンで開業する場合も多いのではないかと考えられる。その場合、3) で収支試算を行っている固定費よりも少ない額で開業することができ、損益分岐点となる患者数も下がることが予想される。

中村哲生氏<sup>4)</sup>によると、在宅医療専門の診療所の運営費は在籍するスタッフ数や患者数にもよるが、人件費を除いて約150万円程度で可能と考えられている。この場合、損益分岐点となる患者数は47名程度となり、①のパターンで移行する場合に比べ、損益分岐点は患者数でいえば20名分下がることとなる。

図表 2-4-41 在宅医療特化型・医師1人診療所の収支モデル

(単位:千円)		10名	20名	30名	40名	50名
医業収入	外来収入等	0	0	0	0	0
	在宅収入	750	1,500	2,250	3,000	3,750
	レセ単価@75千円/人					
	合計	750	1,500	2,250	3,000	3,750
医業費用	給与費	1,802	1,802	1,802	2,205	2,205
	管理医師(1名)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	看護師常勤 @350千円	1	1	1	2	2
	看護師給与	350	350	350	700	700
	事務員(派遣・非常勤) @250千円	250	250	250	250	250
	法定福利費(常勤×15%)	202	202	202	255	255
	賃借料	350	350	350	350	350
	事務所運営費	482	596	710	824	937
	事務備品(収入×3%)	22	45	67	90	112
	通信費(収入×1.5%)	11	22	34	45	56
	材料費(患者数×8千円)	80	160	240	320	400
	その他運営費	369	369	369	369	369
	その他医業費用					
	合計	2,634	2,748	2,862	3,379	3,492
	医業利益	-1,884	-1,248	-612	-379	258

在宅医療に特化した場合、固定費を大きく下げることが可能であること、往診等についても外来診療に縛られない分、ある程度柔軟に対応でき、重症患者の受入れの幅も広がるのではないかと考えられる。

ただ、この医師1名在宅医療特化型の経営スタイルは、経営スタイル5分類の中では福

岡県では2件しかなく、構成比でいえば0.6%に留まっている。これは、①在宅療養支援診療所の歴史が浅く、現行の診療報酬体系では外来診療の相対的有利さがまだ大きいこと、②在宅医療対象患者の獲得について、介護保険施設等からの患者紹介ルートがなければ、患者増に時間を要する可能性があること、③在宅医療には幅広い病状の患者が集まること予想される。そのため様々な知識、対応が必要になること等が要因となり、この経営スタイルの広がりが少ないと考えられる。

5) 在宅医療特化型-医師複数診療所 —在宅医療特化型・複数医師診療所収支シミュレーション—

上記4)のタイプに常勤医師及び看護師を増員した場合を想定し、損益分岐点患者数を試算してみた。この場合損益分岐点となる患者数は60名程度で医師1人当たりになると30名と4)のタイプと比較しても損益分岐点患者数が更に下がることとなる。

図表2-4-42 在宅医療特化型・医師複数診療所の収支モデル

(単位:千円)		20名	40名	60名	80名	100名
医業収入	外来収入等	0	0	0	0	0
	在宅収入	1,500	3,000	4,500	6,000	7,500
	レセ単価@75千円/人					
	合計	1,500	3,000	4,500	6,000	7,500
医業費用	給与費	1,952	2,355	2,757	3,160	3,160
	管理医師(1名)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	常勤医師(1名)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	看護師常勤 @350千円	1	2	3	4	4
	看護師給与	350	700	1,050	1,400	1,400
	事務員(派遣・非常勤) @250千円	250	250	250	250	250
	法定福利費(常勤×15%)	352	405	457	510	510
	賃借料	500	500	500	500	500
	事務所運営費	727	955	1,182	1,410	1,637
	事務備品(収入×3%)	45	90	135	180	225
	通信費(収入×1.5%)	22	45	67	90	112
	材料費(患者数×8千円)	160	320	480	640	800
	その他運営費	500	500	500	500	500
	その他医業費用					
		合計	3,179	3,810	4,439	5,070
医業利益		-1,679	-810	61	930	2,203

#### (4) 考察

##### 1) 経営モデルのまとめ

本研究では、在宅療養支援診療所の経営モデルを設定し、それぞれの場合で在宅医療の比重を高める際の論点を示した。以下にそのまとめを示す。

経営モデル	論点
①外来診療主体型	既存の外来診療のプラスアルファとして在宅医療に取り組み、収入増が見込まれるが、その患者数は30名程度で限界を迎える。
②在宅・外来混合型 -医師1人	医師1名という気軽さはあるが、在宅医療へシフトしていく過程において、外来診療時間減少に伴う機会損失が生じるため、在宅医療で収入を維持していくための損益分岐点患者数は、「③在宅・外来混合型-医師複数」と比較して高くなるといえる。
③在宅・外来混合型 -医師複数	外来診療時間を減らさず代診医を雇用したり複数医師で外来・在宅医療を対応することにより、外来の機会損失の減少を防ぐことができるため、在宅医療の収入は増加する人件費分をカバーすればよく、損益分岐点患者数はやや低く抑えられる。「①外来診療主体型」と比較して在宅・外来混合型の経営モデルは、在宅医療への時間シフトを行っているため患者数や看取患者数や医療区分の高い患者についてそれぞれ多くみている傾向にある。
④在宅医療特化型 -医師1人	外来診療をほとんど行っていないため、固定費が抑えられることが収支上の特長として挙げられる。すなわち、外来診療からシフトして在宅医療へ特化していくよりも、開業当初から在宅医療に特化して取り組む方が初期投資も少なく済み損益分岐点患者数も低く抑えることが可能となる。在宅患者数、看取患者数、医療区分の高い患者についてそれぞれ在宅・外来混合型より多く増えるが、あくまでも在宅・外来混合型の延長線上にあるように思われる。
⑤在宅医療特化型 -医師複数	それぞれの項目について患者数が増えるのはもちろんであるが、在宅患者のうち医療区分2,3の比較的重症患者の割合が大きく増え、現状の在宅医療の受け皿として重要な機能を担っていることが伺える。またこの経営モデルに分類される診療所数は少ないが、真に在宅医療を普及させることを考えるのであれば、各医療圏において在宅医療特化型の診療所が存在することが望まれるのではないかと。

##### 2) 経営モデル分析からみた医療計画策定、実施管理時の課題

在宅療養支援診療所を5つに分類し、各分類において在宅医療へシフトしていく経営上の意思決定における損益分岐点を示した。また、5つに分類した診療所がどのような連携を行い、重症患者や看取り患者についてどの程度機能しているかについて考察した。

- 在宅療養支援診療所も数だけが充足すれば良いのではなく、24時間体制や重症患者の在宅での療養という「内容」が求められる。実際の在宅医療の提供に関し、どれくらい在宅療養支援診療所として機能しているのか、また、外来診療から在宅医療へシフトしていくためには収支面でどのようなインセンティブが必要であるかを把握しておく必要がある。
- また二次医療圏ごとの在宅療養支援診療所の偏在の把握は、地域における在宅医療の実態