

# コロナ禍における「在宅療養支援診療所」経営の課題

## —千葉県、神奈川県の動向から—

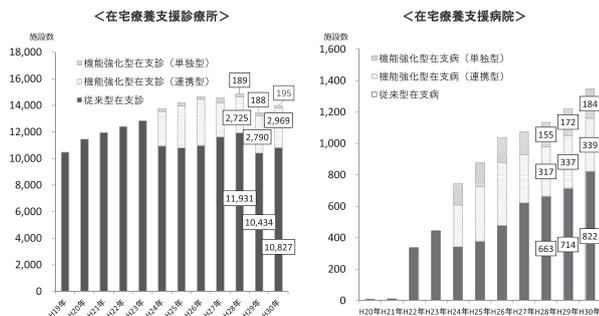
千葉商科大学経済研究所客員研究員・中小企業診断士  
経営コンサルアライアンスSOAR 代表

折笠 勉

### はじめに

2020年は「在宅復帰元年」と言われた。新型コロナウイルス感染症の流行により、家族との面会が難しいため緩和ケア病床から退院し、在宅療養支援診療所(以下「在支診」)を利用するケースが相次いだからだ。在支診は地域包括ケアシステムの要である。一方、経営する側は経済効率性を求める。全国的に在宅医療の需要は増加しているが、事業所の数は横ばい、ないしは微減しており、千葉県、神奈川県も同様である。都市部以外は一般診療所の数自体も減少中(図表1)であり、今後の在宅医療の担い手不足が懸念されている。

図表1 在宅療養支援診療所は近年は減少。在宅療養支援病院は増加傾向  
(令和元年9月11日 中医協資料より)



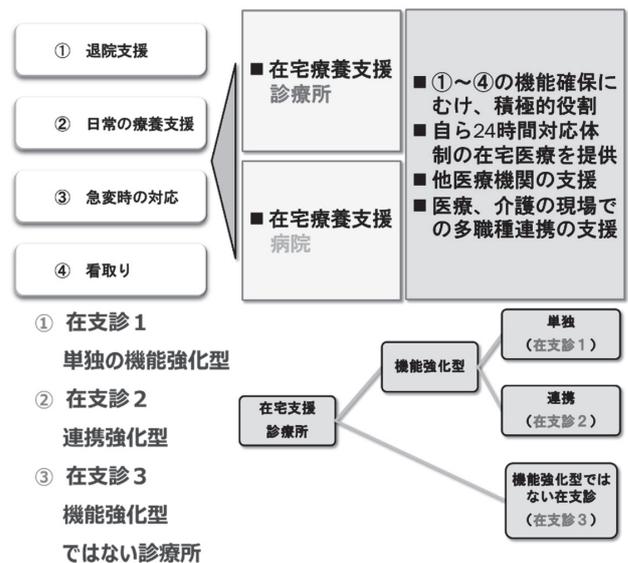
## 1. 在宅療養支援診療所とは何か

在支診は、在宅療養する患者を、当該地域で主たる責任をもち診療にあたる診療所のことである。在支診は地方厚生局長に届出し、認可された診療所の施設基準である。在支診は、以下の項目を満たす必要がある。①24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、患者の求めに応じ24時

間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること②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③緊急時は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④在宅療養について適切な診療記録管理がなされていること⑤地域の介護・福祉サービス事業所と連携していること⑥年に1回、在宅でお看取りした方の人数を地方厚生(支)局長に報告すること⑦自宅で療養する方が医療サービスを受けるにあたり、医師や病院を探したり様々な事業者と連絡を取り合ったりしなくてすむように、かかりつけ医として一元的に療養管理する責任を負うこと、などの役割を担う診療所(医院)である。

以上をまとめると、在支診は、在宅療養中で通院

図表2 在宅療養診療所とは何か



が困難な患者に対し、医師が自宅へ定期的に訪問し、診療や診察を行う医療施設のうち、所定の施設基準(図表2)をクリアした施設を指す。在支診はその施設基準の取得状況から、単独の機能強化型(在支診1)、複数の在支診が連携する機能強化型(在支診2)、機能強化型ではない診療所(在支診3)がある(図表2)。

## 2. COVID-19(新型コロナウイルス)感染拡大下で往診の要請が急増

診療報酬は、訪問診療や訪問看護の対象を「通院が困難な者、疾病・負傷等のために通院による療養が困難な者」に限定している。通院可能な者は外来受診を基本としている。しかし、新型コロナウイルス感染の急速な拡大(図表3)により、病院受入れが困難になり、自宅療養を余儀なくされた患者は物理的には外来受診が可能であるが、感染防止の観点から往診促進のため厚労省は以下のような診療報酬上の特別措置を次々と行った。以下のその一部を示す。

①新型コロナウイルスに感染した外出自粛者への往診料が算定可能に

国の要請に基づき外出を自粛している宿泊施設にいる者への往診を行った場合は往診料を算定でき、再度診療が必要とされた患者に対しても訪問診療料を算定できるとした(令和2年2月6日厚労省事務連絡)。

②原則月2回以上訪問診療で算定できる在宅時医学

総合管理料(以下「在総診」)について、1回は電話等の診療を認める。

月2回以上訪問診療を行っている場合の在総診を算定していた患者に対して、患者等からの要望等により、訪問診療を1回実施し、電話等を用いた診療を実施した場合は、診療計画に基づき「月2回以上訪問診療を行っている場合」の点数を算定できるようにした(令和2年4月24日厚労省事務連絡)。

③自宅・宿泊療養者からの要請で往診した場合も通常の3倍の往診料の算定可能

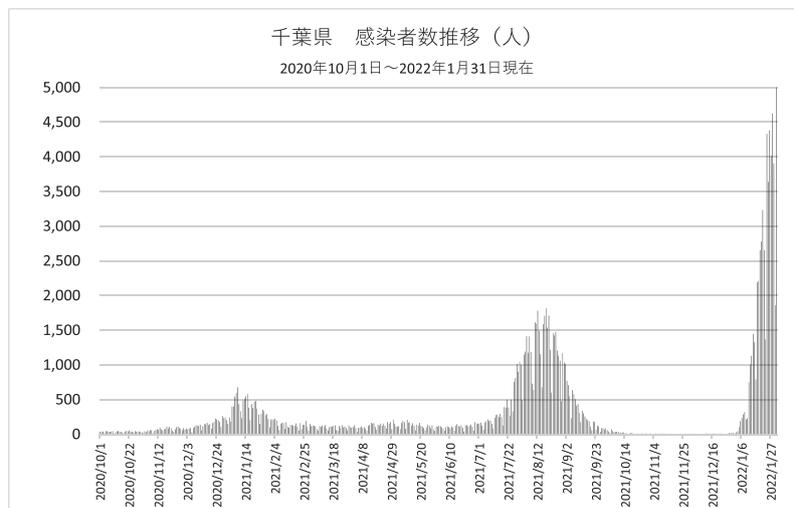
「自宅・宿泊療養を行っている者」に対して、その患者や看護に当たっている家族などから往診を緊急に求められ往診を実施した場合、救急医療管理加算1の100分の300に相当する点数(2,850点:1点=10円)について算定することができることになった(令和2年5月26日厚労省事務連絡)。

④自宅・宿泊療養者から新型コロナウイルス感染の訴えがあれば訪問診療・訪問看護が行える。

「自宅・宿泊療養を行っている者」が、訪問診療や訪問看護の対象者であることを明確にした。つまり「急な高熱が出た」「呼吸症状が悪化した」などに、訪問診療を行えるようにした。その上で、事務連絡では、次のような点数算定が可能である旨を明確にしている。

・往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならぬと判断して往診を行った場合には往診料の緊急往診加算(750点)を算定できる。

図表3 千葉県のCOVID-19感染者推移



・主治医の指示に基づき訪問看護ステーション・医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合には緊急訪問看護加算(265点)を算定できる。

なお緊急訪問看護加算は、通常「保険医による指示」のある場合に限り算定が認められるが、臨時特例的に、「保険医以外の主治医」からの指示に基づく場合であっても算定可能であることが明示された(令和3年2月26日厚労省事務連絡)。

これ以外にも在宅酸素の患者、薬局業務でも臨時措置が発せられた。

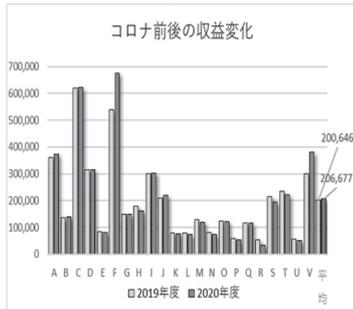
### 3. コロナ禍が及ぼした在支診への経営への影響

新型コロナウイルス感染症では、在支診といえども利用控えが予想された。コロナ禍の影響を確認するため収集する財務データは毎年の決算期が6月末から12月末の間に限り、かつ外来以外、他の事業を行わない単独の在支診で得られたデータとした。

本年7月末迄に千葉県、神奈川県(横浜市)から入手した2019年度と2020年度の在支診の決算データ22法人の平均増加収益は6,031千円(図表4)であった。しかし内9法人は増収、13法人は減収であった。厚労省から発表された資料では、在支診と外来を行っている医療機関では、減収の要因は外来減収の影響と考えられる。在支診のみの法人は2法人のみであったが、いずれも増収であり、収益の増加分は合計93,518千円(平均46,759千円)であった(図表5)。新型コロナウイルス感染症の在支診経営への影響では、緊急事態宣言などでは一時的に利用控えが起き

図表4 千葉県・神奈川県(横浜市)在支診収益コロナ前後比較

- 介護など他の事業を行っていない医療法人で外来と訪問診療を行っている法人20カ所、訪問診療のみを行っている法人2カ所、合計22カ所の決算では9法人が増収、13法人が減収であった。
- 平均では6,031千円の増加であった(n=22)

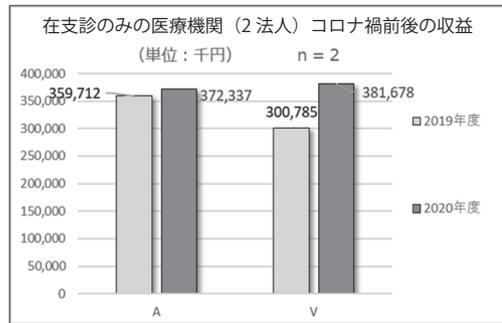


※ 22カ所の収益のt検定では有意差はなかった(5%有意でp値0.43) 外来医療減収の影響が考えられる

今年7月末迄に千葉県、横浜市に決算報告がなされた法人の内、決算日が2020年6月から12月の間の在支診法人(在宅医療のみの法人)は22カ所であった

図表5 外来を行わずに支診のみ法人(2カ所)の収益は、コロナ禍前後で増加

- 在支診のみの医療機関の決算では合計93,518千円の増収であった



たが、全体では外来が減少し、在支診の収益は増加した。厚労省の資料やヒヤリングの結果もそれを裏付けている(図表6、図表7)。

史上初めての新型コロナウイルス感染症では、在支診といえども利用控えが予想されたが、社会保障

図表6 新型コロナウイルス感染による診療所の収益減少は外来減の影響

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月
	在宅	4.7%	4.3%	2.4%
	令和2年7月	令和2年8月	令和2年9月	令和2年10月
	5.5%	7.3%	8.4%	10.2%

- 入院外医療費では在宅医療は伸びている
- 新型コロナウイルス感染による診療所の収益減少は、外来減の影響が大きいと考えられる

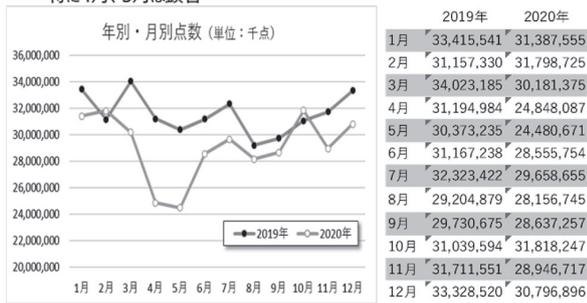
出典：令和3年3月4日第141回社会保障審議会医療保険部「医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について」

診療報酬支払基金統計月報(図表7)及び厚労省から発表された資料(図表6)では、在支診と外来を行っている医療機関では、減収の要因は外来減収の影響と考えられる。新型コロナウイルス感染症の在支診経営への影響は実際には、緊急事態宣言などでは一時的に利用控えが起きたが、全体では外来が減少し、在支診の収益は増加した。

これは、「2.COVID-19感染拡大下で往診の要請が急増」でも述べたように、特に第5波では感染の急速な拡大と重症患者を受け入れる病院の病棟逼迫に伴い、自宅療養者が大幅に増加したことに伴い、在支診への需要が高まったこと、及び、後述するように、医療・介護施設から多くの患者・利用者が在宅

図表7 診療所の外来収益は減少と推測

※ 診療所の外来収益は月平均で2,450,289千点減少(全国)  
特に4月、5月は顕著



社会保険診療報酬支払基金統計月報(2019年1-12月と2020年1-12月を比較)

に移行したことによる需要増加によるものと考えられる。

在支診の収益は伸び、外来は減少した。患者家族は接触を減らしたいと考え、外来医療は収益が減少するが在宅医療は一定期間断つても、受診せざるを得ない患者が多く、コロナ禍の影響は受けにくいと考えられる。この点について千葉県松戸市の在支診のヒヤリングで実態を明らかにする。

#### 4. 千葉県松戸市の在支診のヒヤリングから

この内容はあくまでも新型コロナウイルス感染症の対応している最中のヒヤリングメモであり、不正確な表現が一部ありますが、医療機関の状況はご理解できると考え、なるべくそのままの表記にしています。

##### ①千葉県 A在支診の法人(医師・事務長)からのヒヤリング

- ・診療所概要(内科、呼吸器内科、リウマチ科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科)
  - ・患者数 外来 130名/日
  - ・患者層 老人ホーム(同じ法人内)年齢85歳、要介護度2~3、外来も高齢者中心
  - ・医師数 常勤3名、非常勤医師12名
  - ・スタッフ:看護師8名、運転手1名、事務員5名、診療放射線技師2名、PT・OT・ST\*等30名
- ※PT:理学療法士(Physical Therapy)、OT:作業療法(Occupational Therapy)、ST:言語聴覚療法(Speech and Language Therapy)

- ・夜間対応:24時間対応(ホーム5館:車で10分前後、夜間訪問は看取のみ)

- ・電子カルテ導入済

##### 〈経営状況〉

- ・売上/月 40百万円(外来21百万、在宅3百万、訪問リハ15百万、居宅介護支援1百万)
- ・在宅患者 内科患者20名、医師1名で患者5名×4週。  
施設患者(ホーム)内科120名/月・医師2名
- ・患者単価:在宅20千円(施設25千円)、外来7.4千円

##### 〈コロナ禍の影響〉

- ・経営 2020年4、5月の医業収入(昨年対比80%)が影響して赤字決算(外来減)  
今年度はより戻しも有り同120%で黒字(2021年7月時点)
- ・運営 コロナワクチンは個別接種、巡回接種を実施(5~8月)計1,600回
- ・課題 直近ではPCR陽性者は指数関数的に増加、今後発熱外来をどう機能させるか
- ・インフルエンザワクチン接種との兼ね合いをどうするか検討
- ・ネットワーク(在宅のネットワーク、医師会との連携など)
- ・市在宅ケア委員会(内科医、リハ職)、市リハビリテーション連絡会(リハ職)
- ・市居宅介護支援事業所連絡協議会(介護支援専門員)
- ・市医師会などとのパイプ等複数(法人事務長)
- ・介護分野との連携 当院の居宅介護支援事業所を通じ、地域包括支援センター等と連携

##### 〈法人の発展過程〉

- ・1999年老人ホーム開設 約8年かけて5館148床へ増床
- ・2009年診療所開設 外部委託していた在総診を内製化
- ・現在 ホーム120人:近隣居宅20人(内訪問診療5人)

##### 〈感染者・患者の状況〉

- ・診療所の構造上の問題で、新型コロナウイルス

感染症疑い患者を院内に入れていない

- ・他施設から家族内感染広がり、厳しい状況。無症状者が亡くなる患者がいることや、デルタ株は危険と認識
- ・接触している方とは電話連絡。在宅酸素を行っている一部の患者

〈外来への影響〉

- ・初期は激減したが、最近に戻っている。三密は怖いと、外で待っている。直近1~2カ月は電話処方増加。

- ・病院に来ることができない高齢者、往診増加

〈新型コロナウイルス感染症患者への対応に関わる課題〉

- ・有料老人ホーム5カ所抱えている。ホームでの感染が怖い。クリニックの中で発熱外来はリスク高い。他へ紹介。後方支援に徹する
- ・在宅医療 換気専用の機械購入、診療の短時間化は難しい。悩みを抱えている患者多い。マスク、ゴーグル(眼鏡)等、換気
- ・スタッフは2つに分かれて動く。ホームは看護師と医師、薬剤師、ケアマネジャー。個別宅は医師1人 採血、点滴、処置(20件)
- ・呼吸器が専門、コロナ陽性者への対応の機会は増えている。かかりつけの患者コロナ陽性、濃縮器つけたが、足りていない

〈経営への影響〉

- ・デルタ株が出てから往診は減った。往診希望、電話処方が増えている
- ・個人宅20件医師一人で回る(元々は受けなかった、在宅酸素を受けるようになってから、週に数件、最高6件、外来診療の後に訪問。)全部ではないが、防護服、アルコール、ゴーグル(眼鏡)などのコストがかかる
- ・訪問診療が増え、往診は増えていなかったが、今後は往診が増えていく(外来の延長)、個人の負担は増える、休日診療(日曜午前中 先生1人)

〈オペレーション〉

- ・医師+看護師+事務で1ユニット。ユニットで動く、ファーストコールは事務など
- ・往診 全ての医師が10~20件、訪問し、訪問看護

護 転倒・頭部出血など急変に対応している。

- ・診療圏は車で1時間以内、医師の診療患者、リウマチの医師と連携(電話・オンライン併用)
- ・紹介は病院、ケアマネ、デイサービス

〈在宅支援診療所の課題(新型コロナウイルス感染症対応以外)の課題〉

- ・後方支援。入院ができない(中等症以上)患者は担当以外の在宅酸素の患者1名がいた。実際は後方支援が基本なので、現状はない

②ヒヤリングから見えること

当法人は5つの老人ホームを開設し、その延長で外来診療をはじめ、医療機関の施設訪問は外部の施設から来ていた。それを内製化するため在支診を立ち上げたという経緯がある。在支診も老人ホームを主体にしつつ、地域の患者も診ているという経緯である。

そのような経緯から老人ホームでのクラスター発生について特段の注意を払っており、在支診もあくまで老人ホームの後方支援という立場に徹している。また老人ホームを訪問する医師をはじめとするチームと地域の在宅医療を行う医師などのチームは完全に異なるメンバーで構成している。実際に新型コロナウイルス感染症患者に対応したのは地域でこれまで診療をしていた在宅酸素の患者のみで、その後この患者は中等症で他施設に入院したためヒヤリング時点では新型コロナウイルス感染症患者の診療は行っていない。しかし、訪問診療が増加し、感染防止のための防護服、アルコール、ゴーグル(眼鏡)などのコストは増加したとのことである。

外来は2020年4月、5月大幅に減少し法人として赤字になったが、その後より戻しがあり、ヒヤリング時点では黒字に転化している。在宅はもともと黒字であり、在宅診療の経営はコロナ禍の影響を受けにくいといえる。

## 5. 在支診は収益増、外来は減少

コロナ禍を背景に、患者家族は接触を減らしたいと考え、外来医療は収益が減少するが、在宅医療は一定期間中断しても、受診せざるを得ない患者が多

く、在支診の収益は増加したと考えられる。(図表8)

急性期病院のがん末期患者、医療的ケア必要な患者は緩和ケアや施設への入所を回避して在宅医療へ移行したと考えられる。主に療養型病院から医療的ケアの必要な患者は、面会できないため退院して在宅医療へ移行した。感染が大きく広がった中では、新型コロナウイルス感染症患者用の病床確保のために患者の早期退院を促し、新型コロナウイルス感染症患者用病床では、ポスト急性期病院並みのケアを開始した。入院できない陽性の自宅療養者の往診を要

図表8 新型コロナウイルス感染症の影響

【在支診の収益は伸び、外来は減少】  
患者家族は接触を減らしたいと考え、外来医療は収益が減少。在宅医療は一定期間断っても、受診せざるを得ない患者が多く、コロナ禍の影響は受けにくい

急性期病院のがん末期患者、医療的ケア必要な患者	緩和ケアや施設への入所を回避して在宅医療へ
主に療養型病院から医療的ケアの必要な患者	入院中の患者が、面会できないので退院して在宅医療へ
病院が新型コロナウイルス感染症患者用病床確保のために患者の早期退院	早めのポスト急性期病院並みのケア開始
入院できない陽性の自宅療養者が往診を要請	新型コロナ感染症患者の往診は往診料を約2倍に

請が増加し、コロナ患者の往診は往診料を2倍、3倍にし、往診に誘導した(図表8)。

## おわりに

### 【在支診は減少傾向】

全国で感染が拡がり、第6波の渦中にあるオミクロン株の急速な拡大と自宅療養者が増加する中、在支診の取り組みの重要性は増加している。しかし、コロナ禍前に、在支診は減少傾向にあった。それは24時間対応の訪問診療は町の小さい医院では対応は困難であり、医師体制がしっかりしていないと対応は難しいからである。

高齢者が増加傾向にある日本では在支診は地域に不可欠の存在であるが、一方で医療費増加により国の財政が逼迫している中で、本来効率が悪い在宅医療は効率化が求められている。効率化のためには規模の大きい事業者を育成するべきであろう。入院医療に倣い、現場の診療機能を高める投資にも点数配分を行うべきである。

### 【リソース不足を補うしくみ構築を】

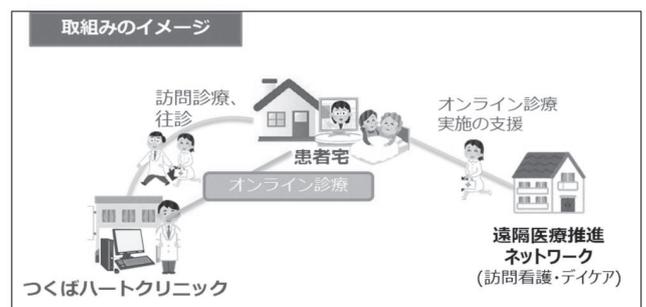
また、医師・看護師など人的リソース不足は深刻であり、それを補うしくみ構築も急務である。デルタ株感染拡大局面にあった2021年8月厚労省と東京都が改正感染症法に基づき、新型コロナウイルスの医療体制への協力を都内のすべての医療機関に要請した。大阪府などの過去の要請のしくみと異なり、入院医療を行っていない診療所も対象になった。自宅療養・待機者が3万人を超していた(当時)ことから、訪問診療への協力や臨時医療施設への人材派遣が期待された。また同じ8月、政府は新型コロナウイルスの入院の対象を、重症者や重症化リスクがある人に絞る方針を示した。その対応のため、入院できない自宅療養者の病状を定期的に確認し、病変を把握する体制が不可欠となる。保健所の体制整備、開業医などが往診やオンライン診療等で適切な医療を提供することが前提になる。しかし、東京都医師会は在宅診療の「在宅医療の医療スタッフは自宅療養の方々の重症化防止のため日夜奮闘している」「早急に中等症を治療可能な臨時医療施設の開設をお願いする」とし、現状は限界を超え開業医の対応が厳しい現状であるとの見解を表明した。

東京都医師会は政府方針以前の2021年4月20日から往診やオンライン診療の「自宅療養者等に対する医療支援強化事業」(~8月14日迄2050件の実績)という取り組みを行っていた。厳しい状況であることに変わりはないが、今後期待される取り組みであったといえる。

図表9 D to P with N

高齢者は自分でリモートシステムを操作できないため、「D to P with N」※などを活用した方法の導入も広がる事が期待される。

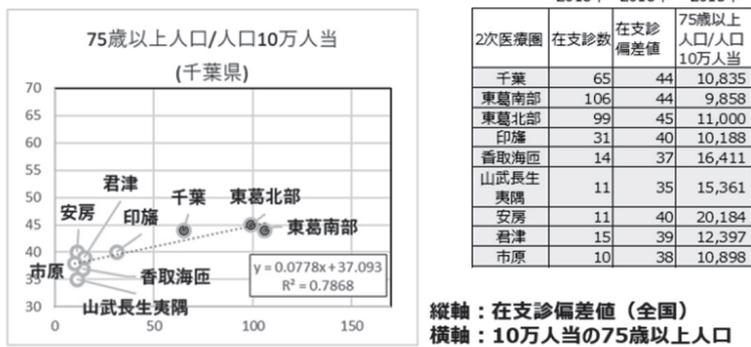
※ Doctor to Patient with Nurse



総務省「オンライン診療の普及促進に向けたモデル構築にかかる調査研究」検討委員会資料より

図表10 在支診が活動する地域

75歳以上人口の多い地域に多い傾向



【D to P with N導入への期待】

デルタ株感染拡大の教訓を受け、第6波オミクロン株感染拡大の渦中の今、前述の通り、遠隔医療などの活用による効率化も求められている。高齢者は自分でリモートシステムを操作できないため「D to P with N」(Doctor to Patient with Nurse) (図表9)などを活用した方法の導入も広がるのが期待されている。各分野の専門医も巻き込み、「D to P with N」などの遠隔医療の活用で効率化を図ることは一つの手段として考えられる。

【在支診が効率よく機能させる支援策を】

さらに、高齢化が進展する都市周辺部の医療、介護制度確立は疎かにできない(図表10)。利用時間帯、距離などに関わるダイナミックプライシングなど支援策が求められる。過疎化など「非効率的」地域の診療報酬上乘せや地域での協力・連携へのインセンティブなどの経済的誘導が求められる。

前述のように、新型コロナウイルス感染症拡大の中「自宅療養者」を支えるため多くの在支診が奮闘した。オミクロン株感染拡大の渦中にある今、改めて地域包括システムの要として在支診が都市でも地方でも効率よく機能させるための支援策が急がれる。

【参考資料】 在支診設置までの経緯

年	在支診関連事項
1980年	老人福祉法改正(老人医療費の有料化)。インスリン在宅自己注射指導管理料創設
1981年	往診料
1982年	老人保健法定(疾病の予防・治療・機能訓練の保健事業を総合的に実施)
1984年	緊急往診加算創設
1985年	第1次医療法改正(地域医療計画の創設)
1986年	老人保健法改正(老人保健施設の創設)。訪問診療の概念導入、寝たきり老人訪問診療料新設。各種指導管理料新設
1988年	在宅経管栄養指導料、自己導尿管管理料、理学療法指導管理料、痴呆患者指導管理料などが新設
1989年	ゴールドプラン(市町村における在宅福祉対策の緊急整備)
1990年	訪問看護が点数化、在宅人口呼吸指導管理料、情報提供料、在宅療養指導料新設
1991年	老人保健法改正(老人訪問看護ステーションの創設)
1992年	第2次医療法改正(医療提供の場として「居宅」を位置づけ)。福祉人材確保法および看護師等人材確保法の制定。在宅医療の包括点数の原型、寝たきり老人在宅総合管理料
1994年	健康保健法改正(在宅医療を『療養の給付』として位置づけ、指定訪問看護制度の創設)。在宅時医学総合管理料、在宅末期総合診療料、看取り加算、診療所老人医療管理料、ターミナルケア加算、寝たきり老人末期訪問料、訪問栄養指導、訪問薬剤管理指導料新設
1995年	新ゴールドプラン(ゴールドプランの数値目標の上方修正)。高齢社会対策基本法の成立(基盤整備)
1996年	在宅末期医療総合診療料の適用拡大、老人にも適用、在宅患者末期訪問看護指導料新設。
1997年	寝たきり老人訪問薬剤麻酔管理料点数引き上げ
1998年	寝たきり老人在宅総合診療料に24時間連携加算(Ⅱ)。在宅患者血液自己透析指導管理料新設
2000年	ゴールドプラン21(訪問介護倍増等)。在宅総合診療料に24時間連携加算。救急搬送診療料、在宅肺高血圧疾患指導管理料新設
2002年	史上発の診療報酬マイナス改定。在宅自己注射、注射針加算、人工鼻加算が新設
2004年	重傷者・終末期患者への在宅医療の充実。重傷者への複数回訪問看護の評価。リハビリに言語聴覚士追加。在宅点数に点滴注射新設
2006年	「地域包括ケアシステム」の概念を診療報酬に反映。介護保険の改正。老人点数と一般点数が一本化。在宅療養支援診療所新設。看取り数などの報告義務化。地域連携退院時共同指導料(退院前カンファ)、地域連携診療計画加算(地域連携バス)など入院から在宅へ誘導する改定
2008年	在宅療養支援病院の新設。老人ホームなど退院後の施設と位置付け。重傷者への訪問看護点数引き上げ。他職種カンファ点数化
2012年	機能強化型在宅療養支援診療所・病院創設
2014年	医療・介護総合推進法が成立(病床機能報告制度、地域医療構想の策定)