

2020年5月31日

一般社団法人日本医療経営実践協会

第2回（2019年度）「医療経営に関する研究助成」【指定課題研究】

第7次医療計画を踏まえた医療機関経営

「医療依存度の高い患者を受け入れることは、
在宅医療診療所の競争優位につながるか」

最終報告

所 属

あけぼの診療所

氏 名

田 中 智 子

目次

第1章 研究の背景・目的	1
第2章 研究計画	2
第3章 他クリニックへの視察	2
第1節 医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニックへの視察	2
第2節 奈良県立医科大学へのインタビュー	4
第3節 医療法人社団オレンジ オレンジホームケアクリニックへの視察	4
第4節 医療法人社団至高会 たかせクリニックへのヒアリング	5
第4章 新宿区で在宅医療を行っている診療所の実態	5
第1節 診療所の実態	5
第2節 訪問看護ステーションの実態	6
第3節 比較	7
第4節 まとめ	7
第5章 当院の事例	8
第6章 まとめと今後の課題	9

第1章 研究の背景・目的

あけぼの診療所（以下当院）は、「どんなに年齢を重ねても、重い病気を患ったとしても『慣れ親しんだ、わが家で過ごしたい』との想いを、医療の面から支える」ことをミッションとする、在宅医療を専門的に行う診療所である。在宅医療を行う診療所は現在全国でおよそ 3,000 院あるとされている。その中で、午前中のみやある曜日のみ、という外来診療と並行して診療を行っている診療所はおよそ 2,800 院である。残り約 200 院が専門的に在宅医療を行っている。

全国におよそ 200 院ある診療所の中で、当院の競争優位性は次の3つである。第一に、医療的依存度が高い患者を診ている、ということ。第二に、広域で対応している、ということ。第三に、絶対に断らない、ということである。

第一の優位性である、在宅診療において、医療的依存度が高い患者を受け入れることが、診療所の競争優位につながるか、という点を今回の研究テーマとしたい。地域包括ケア、住み慣れた地域で最期まで生活する、ということを実現するためには、通常は病院で行うとされている高度な医療的処置も、在宅で実施すべきであると考えます。

例えば輸血である。病院に通って輸血を受けようとする、患者は朝から病院へ出向き、採血をし、血液製剤とクロスマッチを実施し、その結果を待って、午後から輸血を開始する。病院での滞在時間は5時間から長くて8時間以上かかる場合もある。検査の結果がでるまでの待ち時間などが長時間に及び、その間患者は待合室でひたすら待つことになる。患者にとって大変な負担である。また、このように負担が多いため、輸血のためだけに入院をしている患者も多い。限られた病床数にあってこれは病院側にも抱える問題が多い。

在宅での輸血であれば、前日までに採血を行い、その検体を診療所に持ち帰り検査会社が夜にクロスマッチ検査をして、次の日の朝には結果がでてくる。結果に異常がなければ、血液製剤を持って患者宅に訪問し、輸血を実施する。患者の負担は、前日までの採血の時間と輸血の時間だけとなり、その他の時間は自宅で好きに過ごすことができ、通院する場合に比べて大変に少ない。家族の負担も大幅に減少する。

したがって、輸血を在宅で行うことは、患者の負担減、患者家族の負担減、病院の病床開放にも貢献、と利点が多いのである。当院では、輸血以外にも、胸水ドレナージ、気管カニューレ管理なども行っている。

一方で、輸血を始めとする医療依存が高い患者を受け入れることは、リスクも付きまとう。病院のようにあらゆる設備や機材があるわけではないため、何か事案が発生した場合、最悪の事態も考えられる。リスクを負うことはとてもハードルが高いことである。しかし、リスクを追わない在宅医療でいいのであろうか。

厚生労働省発表の第7医療計画において、在宅医療は、5疾病5事業に並び、重点的に取り組みを推進するものとして発表された。これにより、在宅医療に対する議論が重ねられ、より在宅医療の提供体制が強化されることと期待される。

本稿の問題意識は、在宅医療に対する議論について、今の方向性の議論では在宅医療を提供する体制が数の面で構築されたとしても、質が伴わず、地域包括ケアシステムが機能しないのではないかとことを危惧しているところにある。

平成 26 年度検証部会の調査（n=2681）（在宅医療）によると、健康相談・血圧・脈

拍測定・服薬補助・管理のみしか提供していない診療所は、46%にも上る。このような診療所を以後健康相談型診療所と呼ぶ。

厚労省が現状把握として指標にあげているものは、患者数などの患者動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報など、定量的な指標ばかりである。このような指標を追い求めるのであれば、健康相談型診療所ばかりが増えてしまうのではないだろうか。在宅診療を行う診療所は、地域包括ケアシステムで重要な役割を担う。しかし、健康相談のみを行う診療所ではその役割は力不足となり、ひいては地域包括ケアシステム自体もうまく機能しない、ということに陥るのではないだろうか。

医療依存度が高い患者を受け入れることはリスクも高い。しかし、そのリスクを患者と共に追うことで、患者は自身の人生に真に満足した生活を送ることができるのではないか。それが今後の在宅医療に求められる姿勢なのではないか、ということを実証したい。

第2章 研究計画

研究計画としては、まずはフィールドワークを行う。フィールドワークは、暗黙知的な知識を収集するのに適している。「厚生労働省の在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療の現状として比較対照して述べられているのは、平成20年や21年の調査データである。したがって、病院がなかった時代の在宅医療でなく新しいトレンドとしての在宅医療は直近10年程度で急速に期待が高まり、新しい在り方を模索している途中であると言える。有効な文献や、突出したモデル、確立された方法論があるわけではない。そのため、まずはフィールドワークにて暗黙知を蓄積し、さまざまな診療所の暗黙知を集積することで、形式知化する、という研究手法をとる。

次に、新宿区内の診療所と訪問看護ステーションの実態についての分析、最後に自院の考察を行う。

第3章 他クリニックへの視察

第1節 医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニックへの視察

2019年10月、愛媛県松山市の医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニックへ視察を行った。理事長の永井康徳理事長¹は、20年前に在宅医療専門の診療所を開設し、厚労省の検討会の構成員を務めるなど、在宅医療のKOL（キーオピニオンリーダー）であると言える。

¹ 1966年生まれ、愛媛大学医学部卒業後、愛媛大学医学部附属病院、自治医科大学地域医療学教室を経て、愛媛県の明浜町国保俵津診療所所長に就任。2000年に、愛媛県初の在宅医療専門診療所「たんぽぽクリニック」を松山市に開業。在宅医療従事者の教育に取り組み、全国在宅医療テストを主催している。2016年厚生労働省「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」構成員、2016年第1回日本サービス大賞地方創生大臣賞受賞。2017年厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」構成員、2019年第1回日本在宅医療連合学会での基調講演など多数。主な著書として「たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル第4版～全国在宅医療テスト公式テキスト～」（日経BP社）「Q&Aで身につく在宅報酬の仕組み」（日経BP社）、「在宅医療をはじめよう！」第1巻・第2巻（南山堂）などがある。「日経ヘルスケア」クイズ在宅報酬 教えて！たんぽぽ先生（日経BP社）現在、連載中。「ヘルスケアレストラン」命に向き合う在宅医療物語（日本医療企画）現在、連載中である。

視察内容は、8:30～9:30 朝ミーティング参加、9:30～12:00 訪問診療 4 件（矢野院長）、12:00～13:00 昼食・施設見学、13:00～13:30 なんでもミーティング、13:30～14:30 情報共有システム（前島課長）、14:30～15:30 法人運営（木原専務理事）、15:30～17:00 在宅医療理念教育（永井理事長）であった。

たんぽぽクリニックとあけぼの診療所の比較を行う（2019 年 10 月時点）。たんぽぽクリニックの患者数は 610 名、新規患者 30 名/月（今は絞っており、全員は受け入れていない）、看取り 15 名/月、看取り段階 40～50 名/月、医師 11 名（常勤）+ 2 名（非常勤）、職員 100 名である。あけぼの診療所の患者数は 200 名、新規患者 15～30 名/月、看取り 8～10 名/月、看取り段階 40 名/月、医師 2 名（常勤）+ 7 名（非常勤）、職員 11 名である。

この比較で分かることは、あけぼの診療所の医師及び職員数が圧倒的に少ないことである。たんぽぽクリニックでは、シフト制が完備され、全員が無理なく働いていた。その仕組みづくりについて、永井理事長は、『『疲弊しないシステム』が重要だ』と強くおっしゃっていた。医師や看護師が自分の人生を犠牲にするのではなく、楽しんでやりがいを持ちながら従事できるような働き方を整備することが重要であるということである。

永井理事長の講義では、「看取りの質を高めるために必要な 8 つのこと」として、不安を取り除く、信頼関係を作る、死に向き合う、とことん楽にする、医療を最小限にする、亡くなる最期まで食べる、患者のやりたいことを支援する、一緒に悩み、納得できる意思決定の過程を踏む、ということを挙げていた。日本の医療は、これまで「治す」ということを追求してきて発展しており、日本の病院での看取り率は約 8 割である。しかし、今後、超高齢社会となり、治せない病気や老化で亡くなっていく人たちが増える社会がやってくる。医療の在り方として、亡くなるまで治し続ける最期でいいのかということをお問われておられた。永井理事長は、亡くなる前は医療は最小限でいいということ強く言っておられた。

その例として、「亡くなる前に点滴は不要」ということである。永井理事長によれば、終末期の予後予測として、体に入る量が 500ml 以上あれば月単位、500ml 以下になれば週単位、ほぼゼロであれば日単位としている。食べられないから亡くなるのではなく、亡くなる前だから食べられない、亡くなる前に点滴や注入をしなければ吸引はしなくてよい、ということ。ただし、亡くなる前に点滴をしないということについて、家族やまわりの人に以下の点をしっかり理解してもらうことが必要とのことだった。①死に向き合うこと、②体で処理できなくなっていることを理解してもらうこと、③本人が楽であることを最優先すること、④最後まで本人が食べたいものを食べる支援を行うことという点である。低栄養・脱水だから点滴や栄養注入をするというのが常識になっているが、点滴や栄養注入をしたら食べる意欲が無くなる。最後まで口から食べよう、というのが永井理事長の訴えである。そしてこれを「看取りのときに点滴をしない」ということを在宅医療のレベルを測る試金石²ということ提言している。

² 家族も含めて周りの人全員が死に本気で向き合えないとこの決定ができないことから、そのような決定を促すコミュニケーションや方向性の提示を診療所として行っているかを測れるとして、試金石としている

第2節 奈良県立医科大学へのインタビュー

2019年12月、奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 今村知明教授と同大学 法人企画部 財務企画課 中西康裕氏へ面会を行った。今村氏は1988年関西医科大学卒、1993年東京大学大学院医学系研究科修了後、厚生省へ入省。厚労省や文部省で保健行政を担当され、東京大学医学部附属病院企画経営部長を経て、2007年より現職。専門領域は公衆衛生、医療政策、医療経営等で、厚生労働省 医療計画の見直し等に関する検討会 医院、社会保障審議会専門委員などを務めておられる。

今村氏からは、医療と介護にはまだまだ溝があるということ、在宅診療をメインに行うクリニックにとって24時間というのがハードルが高い故、解決策を探らないといけないこと（その一つが地域医療支援病院との連携や医師会を巻き込むことなど）、そして何より「在宅医療」というものがまだ誰も定義づけてきてないということ、という点について示唆をいただいた。

第3節 医療法人社団オレンジ オレンジホームケアクリニックへの視察

2020年2月、福井県福井市のオレンジホームケアクリニックに視察を行った。ゼネラルマネージャーの増永英尚氏は、在宅医療連合学会で事務長同士のネットワークを築くことに尽力しておられ、その一環で関係性を構築し、今回の視察の受け入れを快諾いただいた。

オレンジホームケアクリニックの患者数は、あけぼの診療所の1.3倍程度であるが、職員数は5倍程度であった³。前述のたんぼぼクリニックと同じように、職員数が充実している。クリニック内では職員同士が絶えず対話をしており、気になる患者について、自然体で相談できる場が醸成されていた。また、手元に届いた書類やかかってきた電話で発生する処理・連絡などは、役割分担はしておらず、気づいた人がやり、誰もが質の高いレベルで仕事を担える仕組みになっていた。そうするためには、教育に非常に多くの時間がかかるが、塾というネーミングの新入社員研修プログラムが確立されており、何をどのようなレベルまでできるようになれば良いかが可視化されており、先輩社員が客観的に評価をし、新入社員は弱みを見つけそれを重点的に学習することができていた。楽しく前向きに仕事を覚える仕組みにもなっていた。ルールは設けた上で、曖昧性を残し、職員の自律に任せる、という職場作りを行っておられた。医師・看護師・事務スタッフでのヒエラルキーも存在せず、だれもお互いの立場の仕事を尊重し、患者のために一番できることを全力で行う、という思いを感じた。それは、ゼネラルマネージャーの増永氏を始め、マネージャーレベルの職員が、「相手の言葉に真摯に耳を傾けること」という姿勢を徹底して貫いているからこそ成し得ていると感じた。医療法人社団オレンジの紅谷理事長も、著書「在宅医ココキン帖」⁴において「スタッフがハッピーでないと患者をハッピーにはできない」と述べられている。

³ 2020年2月現在

⁴ 市橋亮一、紅谷浩之、竹之内盛志「在宅医ココキン帖」ヘルス出版、2019年7月

る。

たんぽぽクリニックでは、役割分担がある程度はつきりし、それぞれが得意分野で力を発揮して高いパフォーマンスで仕事をしており、オレンジホームケアクリニックでは、ルールはありながらもゆるい役割分担にとどめ、職員の自律性に任せながら運営をしていた。両クリニックに方向性の違いはあるが、根本の価値観としては、「職員の疲労が蓄積しないような仕組みづくり」に重点を置き、それに見合う職員数をしっかりと担保しながら経営しているという点は共通であった。

第4節 医療法人社団至高会 たかせクリニックへのヒアリング

2020年4月東京都大田区にあるたかせクリニックの高瀬院長にインタビューを実施した。コロナ禍により、診療同行が叶わず、診療後の時間にインタビューのみ実施した。

たかせクリニックでは、医師は基本的に一人のまま経営し、診療所の規模の拡大は狙っていない。しかし、業界内で高瀬理事長の存在感は大きい。高瀬理事長は、認知症患者に処方薬を削減した場合のQOL、ADLの変化などの多くの論文を執筆され、データで語られることの少ない在宅医療の業界の中で、エビデンスをとって多くの発信をされている。高齢になると、薬の分解能力が落ち、効かなくなるケースがあるにも関わらず、漫然と処方されている現状に、薬の量を減らすことでQOLやADLが向上したというアウトカムをとっておられる。

第4章 新宿区で在宅医療を行っている診療所の実態

2020年3月に新宿区健康部健康づくり課が発行した「支援機関用 地域で安心して療養するために～新宿区在宅医療・介護支援情報～2020」をデータに落とし込み、分析を行った。

第1節 診療所の実態

新宿区内には84の診療所がある。そのうち在宅療養支援診療所⁵は46%である。24時間対応ができるの診療所は半数にも満たないのが現状である。

往診・訪問する職種は、医師100%、看護師35%、薬剤師1%、理学療法士6%、作業療法士5%、言語聴覚士4%、栄養士5%、ソーシャルワーカー10%となっている。

在宅で対応可能な対象疾患（複数回答）として、がん42院（75.0%⁶）、糖尿病52院（92.8%）、慢性心不全45院（80.3%）、慢性呼吸不全42院（75.0%）、難病を含む精神疾患24院（42.8%）、重症心身障害12院（21.4%）、重症心身障害児4院（7.1%）、認知症49院（87.5%）、精神疾患16院（28.5%）、小児8院（14.2%）、HIV/AIDS5院

⁵ 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院や診療所等と連携を図りつつ、24時間往診・訪問看護等を提供する診療所。厚労省による施設基準があり、届け出が必要。

⁶ パーセンテージは、新宿区の診療所84院のうち、訪問診療が可能な56院を母数として計算。

(8.9%)である。

在宅で対応可能な治療・処置(複数回答)として、経管栄養(経鼻) 38 院(67.8%)、経鼻経管栄養カテーテル交換 32 院(92.8%)、経管栄養(胃ろう) 41 院(73.2%)、胃ろう交換 24 院(42.8%)、インスリン注射 37 院(66.0%)、抹消点滴注射(抜去含む) 46 院(82.1%)、中心静脈栄養 28 院(50.0%)、自己導尿 30 院(53.5%)、膀胱留置カテーテル交換 35 院(62.5%)、人工肛門 27 院(48.2%)、人工膀胱 19 院(33.9%)、自己腹膜灌流(腹膜透析) 5 院(8.9%)、在宅酸素療法 50 院(89.2%)、たん吸引 35 院(62.5%)、気管カニューレ交換 36 院(64.2%)、縫合 26 院(46.4%)、褥瘡(デブリードマン含む) 41 院(73.2%)、緩和ケア 29 院(51.7%)、輸血 8 院(14.2%)、胸腔穿刺・ドレナージ・管理 7 院(12.5%)、腹腔穿刺・ドレナージ・管理 12 院(3.5%)である。

新宿区の診療所 84 院のうち、往診実施は 78 院、訪問診療を実施は 56 院。56 院のうち緩和ケアは 51.7%。褥瘡の処置は 73.2%の診療所しか実施できない。

また、「平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 26 年度調査)の結果について⁷⁾」によると、「提供している医療内容」の回答で、40.9%の診療所は「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみしか行っていない。また、「自施設が提供している医療内容では、がん末期の疼痛管理や褥瘡の処置などの医療を提供しているのは 10%程度である。

第 2 節 訪問看護ステーションの実態

診療所と同じように、訪問看護ステーションについて統計を出す。新宿区には 40 事業所の訪問看護ステーションが存在する。

在宅で対応可能な対象疾患(複数回答)として、がん 38 事業所(95.0%⁸⁾、糖尿病 40 事業所(100%)、慢性心不全 37 事業所(92.5%)、慢性呼吸不全 36 事業所(90.0%)、難病を含む精神疾患 37 事業所(92.5%)、重症心身障害 26 事業所(65.0%)、重症心身障害児 21 事業所(52.5%)、認知症 38 事業所(95.0%)、精神疾患 31 事業所(77.5%)、小児 23 事業所(57.5%)、HIV/AIDS 29 事業所(72.5%)である。

在宅での看取りに対応しているのは 33 事業所(82.5%)である。

在宅で対応可能な治療・処置(複数回答)として、経管栄養(経鼻) 34 事業所(85.0%)、経鼻経管栄養カテーテル交換 24 事業所(60.0%)、経管栄養(胃ろう) 35 事業所(87.5%)、抹消点滴注射(抜去含む) 35 事業所(87.5%)、中心静脈栄養 33 事業所(82.5%)、自己導尿 33 事業所(82.5%)、膀胱留置カテーテル交換 28 事業所(70.0%)、人工肛門管理 35 事業所(87.5%)、自己腹膜灌流(腹膜透析) 21 事業所(52.5%)、在宅酸素療法 36 事業所(90.0%)、たん吸引指導 27 事業所(67.5%)、気管カニューレ交換 33 事業所(82.5%)、人工呼吸器 32 事業所(80.0%)、褥瘡 37 事業所(92.5%)、ターミナルケア 34 事業所(85.0%)、緩和ケア 35 事業所(87.5%)である。

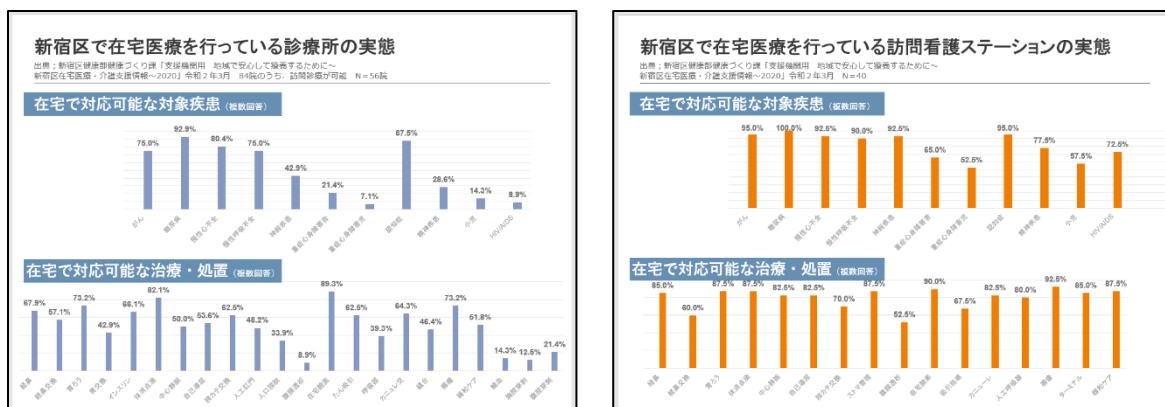
⁷⁾平成 27 年 10 月 7 日 中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000099934.pdf>

⁸⁾パーセンテージは、新宿区の診療所 84 院のうち、訪問診療が可能な 56 院を母数として計算。

第3節 比較

訪問診療を行う診療所と訪問看護ステーションで、対応可能な対象疾患と治療・処置を同項目にて、比較したのが下図である。圧倒的に訪問看護ステーションの方が、対応している疾患や治療・処置が多い。



第4節 まとめ

この結果から分かることは、病院から退院したい、住み慣れた自宅に戻りたい、という患者が自宅に帰ることができたとしても、在宅医療を行う診療所が褥瘡の管理やがんの疼痛管理ができなければ、またすぐ病院に戻らなければならないという事態を生んでいるのではないかと、ということである。

厚生労働省発表の第7医療計画において、在宅医療は、5疾病5事業に並び、重点的に取り組みを推進するものとして発表された。また、日本では人口減少を迎える中、後期高齢者の急激な増加に伴い、高齢者単身世帯や要介護認定者数も比例して増加していくことが見込まれている。このような超高齢化社会に突入して「多死時代」を迎える中、「死に場所の不足」が大きな課題となっている。2030年には、約160万人の死亡者のうち、約47万人の「死に場所」が定まらない「看取り難民」の大量発生が予測されており、看取りを含めた在宅医療を行う診療所等に大きな期待が寄せられている。

厚生労働省は、増加する看取りの受け皿として、医療機関の病床増ではなく、在宅や介護施設等での看取りを増やすことで対応していく方針を明確にしている。

対応可能な処置や手技が少ない診療所（健康相談型診療所）では、看取りの受け皿になりえないのではないかと、ということが問題点である。

一方で、訪問看護ステーションは、対応できる疾患・治療・処置は幅広く、新宿区健康部が項目として設定した疾患・治療・処置は、ほぼどの事業所でも対応している。訪問看護ステーションの方が医療依存度の高い患者を診ることができるとすれば、今後は健康相談型診療所は淘汰される可能性がある。

もしくは、手技・処置については、自院で行わず、訪問看護ステーションに指示を出し処置を実施してもらい、診療所は管理をする、という方向性も見いだせる。経営学的な用語でいえば、垂直統合型を目指すのではなく、水平分業型とするということである。水平分業型といえば、iPhone や GoPro などを生み出したケースがその代表的なモデルであるが、高い技術を持つスペシャリストと組み、自社ではクリエイティビティを追求するというモデルでイノベーションが起こしやすいと言われている。医療経営について工業製品と同一にしてとらえるのは禁忌と呼ばれるかもしれないが、医療分野にも働き方改革や価値創造など経営的な戦略が求められる。診療所の経営戦略として、垂直統合型でいくのか、水平分業型にするのかは、一つの経営判断と言えるだろう。

患者が在宅で療養していくためには、診療所一つの力では不可能である。地域包括ケアに代表されるように、ケアマネージャー、地域包括支援センター、地域医療支援病院、訪問看護ステーションなど多くの事業所との連携が必須である。したがって、そのすべてのステークホルダーとの密な関係性構築のためには、水平分業型への方向転換もあっていいのではないだろうか。

第5章 当院の事例

当院は、2017年11月に開業した在宅医療に特化した診療所である。2018年1月1日から12月31日の診療実績を集計すると、患者紹介数は226名、看取り数52名、訪問診療回数2156回、輸血件数のべ128件、診療時間約28分（輸血・カンファなどの時間を覗くと19分）であり、多く診ている病名（主病）としては、がん末期、認知症、慢性心不全、2型糖尿病、高血圧、慢性胃炎、狭心症、肺炎、パーキンソン病、廃用性症候群、がんの種類：胆のうがん、乳がん、食道がん、胃がん、肺がん、直腸がん、膀胱がん、頭頸部がん、悪性胸腹中皮腫がある。また、行ったケアでは、処置：輸血、血小板輸注、胃管管理・交換、胃ろう管理・交換、腸ろう管理、腎ろう管理、尿道カテーテル管理・交換、人工肛門管理、在宅酸素、気管カニューレ管理・交換、人工呼吸器管理、腹水ドレナージ（胸水ドレナージ）、鎮痛：鎮痛剤調整、麻薬調整、持続皮下注、静注（CVポートなど）がある。

医療依存度が高い患者を受け入れることで、多くの病院・訪問看護ステーションから紹介を受けている。また、医療依存度が高い患者のおかげで、一人当たりの診療報酬単価の高収益化⁹が可能になっている。

メディバ社によると、在宅医療を行う診療所の診療報酬の平均単価は1人あたり65,000円¹⁰であるが、当院は1人あたり102,092円¹¹である。

医療依存度が高い患者が在宅で療養することは、診療所開院時期に於いては、第一に安定的な診療所経営を行え、第二に患者の希望をかなえ、第三に医療費の削減につながる、という3方よしの戦略であるといえるのではないだろうか。

⁹ ただし、同内容を入院で行った場合と比すると、在宅医療は入院の3分の1のコストである

¹⁰ 大石佳能子「在宅医療 経営・実践テキスト」2019年、日経BPマーケティング、P90 在宅医療の収支シミュレーションでの患者単価より

¹¹ 保険診療報酬総額をその月の患者数で割った金額（2019年7月・8月・9月の平均）

第6章 まとめと今後の課題

「医療依存度の高い患者を受け入れることは、在宅医療診療所の競争優位につながるか」という問いに対しては、競争優位につながるが、同等に、組織づくり、医師・職員が消耗しないシステム作り、ビジョンの共有、が大切だと考える。

今後、訪問看護ステーションなどがさらに充実し、健康相談型の診療所は淘汰される可能性がある。したがって、「医療依存度の高い患者を受け入れることは、在宅医療診療所の競争優位につながるか」という問いに対しては、診療所経営としては、競争戦略の一つとして有効だと考える。しかし、そのためにはビジョンの共有が必要である。今回、3クリニックを視察したが、3クリニックともそれぞれの方法で、理念の共有を実施していた。たんぼぼクリニックは、朝のミーティングで繰り返し同じことを伝える、部署間や職種を超えて言いたいことが言える場づくりが徹底されていた。オレンジホームクリニックは、役割分担が決められていないなか、必ず誰かがフォローして、意見を出し合う雰囲気になっていた。たかせクリニックは、診療同行ができなかったが、院長先生の目の届く範囲で様々な取り組みがされており、方向性の統一が可能になっていた。診療所での採用活動において、応募者は今までの既成概念や今まで働いてきた成功体験を持っている場合も多い。もっと、意識統一に時間を割くべきである。

在宅医療は、個々への寄り添いがとても重要なため、診療ガイドラインのようなものが作りにくい。2017年3月に厚生労働省 全国在宅医療ワーキンググループで、在宅医療の推進に向けて①医療連携、普及啓発モデルの蓄積、②エビデンスの蓄積の2本を重点分野とし、国民・行政・関係団体・学術団体総合連携しながら各々の役割を果たしていくのがよいのではないか、という指針がまとめられたが、2018年9月以後、このワーキンググループ、及び親会議である「全国在宅医療会議」も2019年2月以降開催されていない。2019年2月に開催された議事録¹²を見ても、「自己決定ができない患者が多い」「文書同意であるADのアドバンス・ディレクティブとACPがコンフューズしているような気がします。」などとワーキンググループの構成員でさえ、明確な方向性や定義づけができないということが実態として読み取れる。在宅医療は人の生き方、死に方に踏み込むもので、それを定義づけるのは非常に難しいと考えられる。

在宅診療所に於いて、高度な医療を提供する体制を持つことは、関係事業所からの紹介が増え、安定的な新規患者獲得につながる。当院の実績と一般的な訪問診療の一人当たりの診療報酬の平均単価を比べると、高度な医療処置により、患者一人当たりの診療報酬点数は高い。現時点で、高度な医療を提供する診療所は数が少ないため、競争優位性を持つが、訪問看護ステーションの台頭により、競争優位性はしだいに弱まっていく恐れがある。在宅診療所の安定的な競争優位性を保つには、組織づくり・システム作りが欠かせない。

¹² 厚生労働省 2019年2月27日 第5回全国在宅医療会 議事録より
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210753_00001.html

したがって、在宅診療をメインとする診療所は、立ち上げ期に置いては、医療依存度が高い患者を受け入れることは競争優位性につながると考えられる。自宅で最期を迎えたいという患者・家族の希望が叶えられるため、病院や訪問看護ステーション・ケアマネージャーなどからの安定的な患者の被紹介につながるからである。また、医療依存度が高い患者であれば、診療報酬も高くなるので、収益性も見込めるであろう。

しかし、立ち上げ期以降はそれだけでは持続していかない。第一に医師・職員の消耗、第二に今後訪問看護ステーションの台頭により、対応する処置の高度さだけでは競争優位性を保てなくなる可能性があるからである。持続的な競争優位性を築くためには、医師・職員が消耗しない仕組みを構築し 24 時間 365 日対応することが必要である。患者はいつ容態が変化するかわからないため一人の医師や少人数の職員だけでは患者を支えることは困難である。フィールドワークを実施した診療所でも十分な数の人材を確保し、消耗しないシステムが確立されていた。

さらに、従来のヒエラルキー型の関係性から脱却し、どの職種でもフラットに組織内で対話をしていく必要がある。なぜなら在宅医療において、患者の療養生活・最期の過ごし方は千差万別であり、従来の上位ヒエラルキーの医師だけの判断では、患者らしい生活を送ることができないからである。さまざまな職種がそれぞれの立場での関わり方を患者と行い、患者を多方面から支えることが必要である。そのためには、cure から care への価値観の共有も必要になる。

したがって、在宅診療所における競争優位性の構築には、医療依存度が高い患者の受け入れだけでなく、組織づくりも重要である。組織づくりには、消耗しないシステムの構築と価値観の共有が不可欠である。

今回の研究では、フィールドワークにより、定性的な情報を多く集められ、暗黙知を蓄積し、研究結果にまとめることで形式知化することができた。一方で、本研究の限界として、経営的な数値（各クリニックの売上高・人件費・材料費など）は入手できなかったため、定量的に分析をすることが困難であった。組織づくりに力をいれることは重要であるが、人件費というコストに反映されるため、大事だということは理解しつつも人を増やすことはなかなかハードルが高いのも現状である。今後は、財務的な面とソフト的な面の両面からアプローチすることで、人件費にリソースを割いた方が経時的には組織のサステナビリティを強めるのではないかと、ということを実証していきたい。