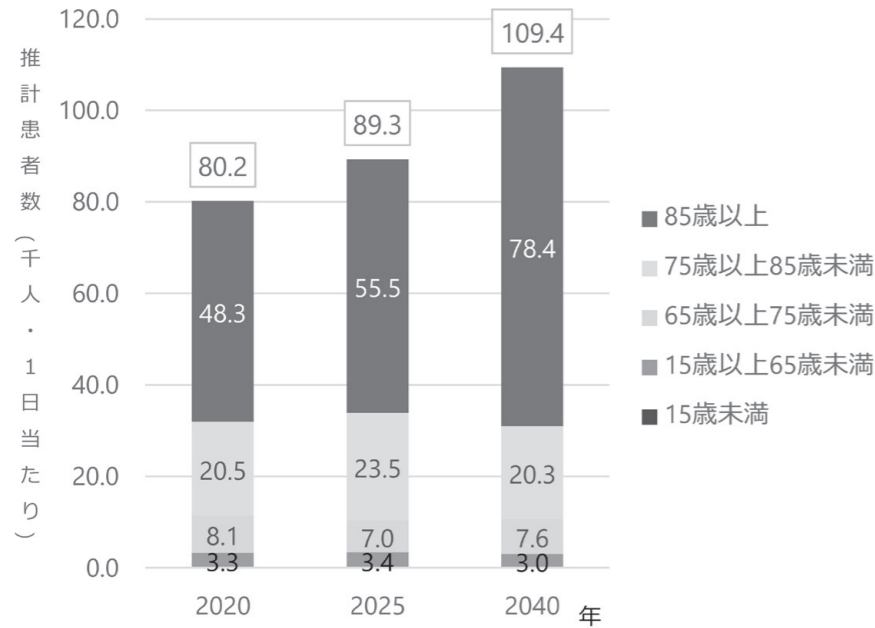


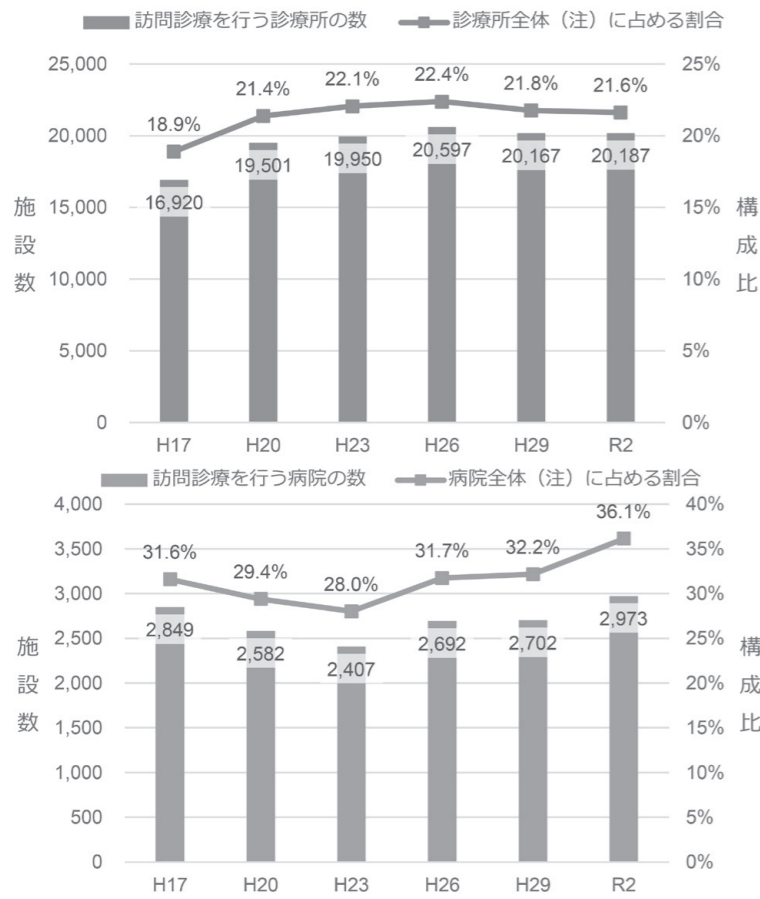


図表1 年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



出典：厚生労働省「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」

図表2 在宅医療の提供体制



出典：厚生労働省「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」

在宅医療は薄利多売の時代に突入 規模拡大による生産性向上が必須

医療法人社団永生会在宅医療統括本部長 中村哲生

2040年に向かって在宅医療のニーズの高まりが予想される一方で診療報酬改定の内容は厳しいものとなっている。舵取りの難しい時代を乗り切る秘訣はどこにあるのか。在宅医療分野のパイオニアで、中村哲生医療法人社団永生会在宅医療統括本部長に現状と課題を聞いた。

今後も「薄利多売」が進む 小規模は厳しい時代に

— 今後の在宅医療の市場をどのように見えていますか。
中村 厚生労働省が試算しているとおり、在宅患者数は増えるので、市場自体は確実に拡大していくでしょう(図表1)。

ただし高齢者増に伴う社会保障費増とその対策も行われると考え、在宅医療については今後、患者さん一人当たりの単価がさらに下げられると思います。数年前から「薄利多売の時代」に突入していますが、今後もその流れは変わらないでしょう。単価が下が

っていくても、大勢の患者さんを診ている医療機関は何とかなるでしょう。ただ、スケールメリットを活かす必要もあるため、今後小規模の医療機関での在宅医療は厳しくなっていくと考えます。

これまでの診療報酬改定を見ていくと、在宅医療に関してはいまだ述べた通り「薄利多売」に帰結し、効率性の観点から厚生労働省は、その担い手としては在宅療養支援病院や比較的規模の大きな在宅医療グループに集約していくこととしているのだと考えていました。しかし、24年度診療報酬改定を受けて、少しわからなくなったこともあります。

たとえば、在宅医療における収入の柱である在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料の見直しです。具体的には、単一建物診療患者数による報酬減額の仕組みです。「10-19人」「20-49人」「50人以上」の3つに分けられ、50人以上となると大幅減額されるようになっていきます。

その結果、有料老人ホーム入居者数をコントロールする在宅医療グループもでてきているようです。在宅医療グループが数を制限したために、診てもらえなくなった患者さんについては、小規模の診療所の先生に診てもらおう、あるいは別のグループに診てもらおうという

選択肢がありますが、いずれも医療費を上げることになります。また、都会は在宅医療を支えるプレイヤーが多いので、医療機関同士が連携しながらお互いの収益の最大化を考えることができますが、地方はプレイヤー自体が少ないので、収益確保の悩みは深いと思います。また、24年度診療報酬改定では、いわゆる往診およびその代行に特化したグループに厳しい内容になりました。小規模クリニックで24時間365日体制を考えた場合、夜間土日の往診を代行してくれるところとの連携が欠かせませんが、受け皿となるところが叩かれたという格好になりました。具体的に

は、夜間・休日往診加算、深夜往診加算の大幅な引き下げ、訪問頻回加算の見直しなどです。「薄利多売」の流れは今後も変わらないでしょうが、厚生労働省がどのような状況に持っていくかとしていくのか、不透明になってきたことが心配です。

一方で、患者さんの状態に合わせた評価の推進、もっと言うと重症度の高い患者さんに対する評価を上げていくという流れにも拍車がかかっています。

たとえば、包括的支援加算の対象となる患者さんが今改定では「要介護度2以上」から、「要介護度

3以上」に改められました。おそらく次回あるいは次々回改定で、対象は「要介護度4以上」に引き上げられるでしょう。

—— ニーズは増えるものの、プレ

イヤーの数は横ばいですが(図表2)。もはや在宅医療は利益率が高いとは言えない時代になったのでしょうか。

中村 「患者さんが来ない」という理由で、私が仕方なく在宅医療に参入するようになったのが1992年です。在宅医療に関す

診療所

病院

図表2



る診療報酬に関しては「とにかく増やそう」と右肩上がりしてきましたが、ここ数年は調整期と位置付けられているのか、引き下げが続いており、それに伴って利益率は低下しているのは事実です。

永生会としては知恵を絞って、厚生労働省の動向や政策の方向性がある程度見通しながら事業戦略をつくってききましたので、その影響を最小限に止めることはできています。ただ、先述の同一建物の訪問診療減額の厳格化を受けて、他の法人では規模を縮小するところも出てきています。

——病院グループとして在宅療養支援診療所を複数展開されています。在宅病というスタイルは考えなかつたのですか。

中村 在宅病に仕上がった1番の理由はシステムとの相性です。在宅病と在宅診療ではシステムのコンセプトが真逆になります。病院はいかに情報が外に漏れないようにするかに注意を払いますが、在宅病ではいかに他の事業者、つまり外部と情報を共有できるかに力を注ぎます。

そのため、在宅医療専用のシステムを病院に入れることはできな

いのです。病院の方がスタッフも多いので対応しやすいと考えられがちですが、実は「システムの違い」というとても大きなボトルネックがあるのです。

——病院グループによる在宅診療開という地域の方から警戒されませんか。

中村 もちろん、警戒されることもありましたが、地域を絞って集中的に同一職種の事業所を展開するドミナント戦略をしている訳ではありません。また眼科や耳鼻咽喉科、皮膚科などの診療科もあり、今は地域の先生たちから患者さんを紹介いただき、共存共栄、一緒になって地域医療を支えています。私たちが目指すのは、24時間365日、患者さんが安心して在宅で療養生活を送れる環境をどうつくるかであり、その考え方の理解が進んできたからだと思えます。

また、分院展開の狙いは、診療の効率性の向上です。八王子市は非常に広く、たとえば、最初に開設したクリニックグリーンングラスから分院をつくらせた多摩センターまで移動に1時間程度もかかりません。訪問診療は移動距離が短いほ

ど効率性は上がりますから。そのため、永生会では訪問診療の範囲を半径6kmにしています。

最も重要なのは差別化戦略 周知を図る広報も忘れずに

——今後の在宅医療においてはどのような戦略が必要になると考えられますか。

中村 1番は多院との差別化戦略でしょう。自院の「売り」が何であり、他の在宅療養支援診療所と何が違うのか、明確に打ち出し、それを地域に向けて発信し、浸透させていくことが重要になります。たとえば、永生会であれば、「バックボーンには病院がある」「必要に応じて速やかに入院できる」という点は強みです。在宅医療の差別化ポイントとしては、次のようなものがあります。

- 24時間365日体制ができる
- 医療依存度(末期がん、腎呼吸器管理等)の高い患者さんを診ることができる
- さまざまな診療科目の専門医が在籍している
- 点滴ができる
- 骨折を自宅で治すことができる
- 日中の緊急往診体制が確立している

いる

もちろん、これら機能を整備しても地域に周知徹底されなければ宝の持ち腐れに終わってしまいます。同様に広報・PR活動も重要になります。

そして集患に関しては、今までと同様、やはり患者さんを紹介してくれる医療・介護関係者との「顔の見える関係づくり」が重要です。その一環として、私は「八王子医介塾」という集まりの代表を務めています。医療や介護に関するヒントを参加者同士の交流から見出したい、と始めた会合で年に10回ほど開催しています。数十人が参加してくれれます。最初に勉強会を開き、その後は食事で「飲みニケーション」です。年に1回のボウリング大会を開いたこともあります。フレンドリーな顔の見える関係からさらに一歩進んだ関係の構築を目指しています。興味のある方は、お気軽にご参加ください。

事務長採用に不可欠な 任せる仕事の明示と好待遇

——在宅医療を行う診療所における事務長の重要性についてはどの

ように考えていますか。

中村 医師や看護師などのスタッフの管理や対外的な交渉、情報共有の仕組みづくり、オペレーションの改善、診療報酬の算定を含めた行政対応、さらには複雑な人間関係の調整など、マネジメントに関する仕事や膨大な事務作業があるため在宅医療において事務長は非常に重要な存在です。

そのため、私のところにも「良い事務長を紹介してほしい」という院長からの相談は数多く来ています。では自院に最適な事務長をどのように選べばいいのか。これにはまず院長が、事務長にどんな仕事をやらせたいかを明確にする必要があります。

とにかく患者を増やしたいのか、大きな利益を上げたいのか、資金繰りに力を注いでほしいのか、明確な事業計画を立ててほしいのか、人事を取りまとめる力に期待しているのかーなど。事務長に最も求める仕事をはっきりさせるのです。なぜなら、財務や採用、育成、マーケティング、さらには雑用まで、すべて得意としているスーパーマンのような優秀な人材を見つけるのは至難の業だからです。

らです。

また、それだけのことを求めるのであれば、それなりの給与が必要になり、最低でも年収600万円以上は用意しないと良い事務長を迎え入れるのは難しいと言えます。しかし、自分たちの要求と給与相場にはギャップがある院長が少なくないのが実情です。

厚生省の求めるところ この先読みが大切

——今後、貴法人では在宅医療にどのように取り組んでいく方針ですか。

中村 私たちの戦略と言っても、事実上、厚生労働省によって決められたルールのなかで取り組みことしかできないのです。オンライン診療とか、電子処方箋とか、厚生労働省の進もうとする道、考えているところはいち早く予想し、いち早く察知して取り入れることです。早め早めに取り入れ、せっかくなれる点数は確実に取るように努めていくということです。たとえば、24年度診療報酬改定で新設された在宅データ提出加算の届出は確実にしておきたいです。在宅医療に関しては前回改定に



中村哲生

医療法人社団永生会在宅医療統括本部長

なかむら・てつお ● 1965年東京都生まれ。東海大学工学部卒業後、米国のペンシルベニア州立テンプル大学に語学留学。帰国後、28歳で医学界に転身し、2007年に医療法人社団南星会湘南なぎさ診療所を理事長の島田栄治氏とともに立ち上げ、事務長に就任。在宅医療コンサルタントとして多くの在宅医療専門診療所の開業を支援する。講演のため全国各地を飛び回り、在宅医療セミナー・やシンポジウムへの参加を重ねている。著書に「著書「コップの中の医療村」(日本医療企画)など多数。

において、骨格は出来上がっており、今後大きな改定はないと思えます。実際、24年度改定では包括的支援加算の対象となる患者さんを「要介護度2」を「同3」に変更、在医総管、施設総管の区分を細分化するなど、その大半は通知・通達レベルでできそうなものです。

在宅医療に関する診療報酬は既に在宅患者や医療費の増減に合わせて、細かな数字を操作することで提供体制を見直していくというフェイズに入っているのです。在宅医療を担う医療機関は、この点も加味して戦略を練り直していく必要があると考えます。