

# 地域包括ケアシステムにおける

## 診療所の役割と経営戦略

原 佳代

キーワード：地域包括ケアシステム、地域連携、多職種連携、診療所経営、訪問診療

### 1. はじめに

総務省統計局人口推計（2017年10月）<sup>1</sup>によると、2017年の高齢化率は27.7%となっており、65～74歳人口割合は13.9%、75歳以上人口割合は13.8%である。65～74歳人口は2016年をピークに減少し、75歳以上人口は2054年まで増加し続けると推計されている<sup>2</sup>。

国民生活基礎調査によると、65歳以上の者がいる世帯は2016年現在48.8%と約半数を占めている。そのうち、夫婦のみの世帯が31.1%を占め、一人暮らしの27.1%と合わせると半数を超えている。また、65歳以上の一人暮らしの割合は男性13.3%、女性21.1%となっている。要介護者の主な介護者の続柄は同居している人が58.7%であり、内訳は配偶者25.2%、子21.8%、子の配偶者9.7%となっており、女性が66.0%と多くなっている<sup>3</sup>。

こうした状況を踏まえて病院完結型医療から地域完結型医療への転換が進められてきており、医療・介護が包括的に受けられる地域包括ケアシステムが構築されている<sup>4</sup>。かかりつけ医として高齢者の医療のゲートキーパーの役割を担う診療所では、病院・診療所だけでなく介護事業所などとも連携（多職種連携）が頻繁に行われている。

そこで、地域包括ケアシステムが構築される中での診療所の役割と経営の在り方について考えてみたい。

<sup>1</sup> 総務省統計局(2017)「人口推計」、内閣府(2018)『平成30年版 高齢社会白書』。

<sup>2</sup> 内閣府(2018)『平成30年版 高齢社会白書』。

<sup>3</sup> 同上。

<sup>4</sup> 武藤(2015)。

診療所の経営を扱った研究としては、在宅支援診療所やへき地診療所など専門的な診療所についての検討が行われ、尾形(2011)では、「在宅医療に対する国民のニーズは高く、自宅で最期を過ごしたい人が過半数であり在宅医療の体制整備が課題である」と述べられている<sup>5</sup>。

診療所に特化したものではないが、松葉(2008)では、「コンタクトレンズ販売会社で経営理念が顧客満足と従業員満足を両立するか検証した研究があり、顧客満足と従業員満足を両立する要因は理念の浸透を高めるという結果が示されたが、仮説の一般化には限界があり、調査方法や調査項目などの再検討が必要であるという課題があること」が指摘されていた<sup>6</sup>。

また中村(2018)では、「地域在住高齢者を対象に転出前の状態から転出に至った経緯を分析した結果、高齢者の転出を助長させる要因として、独居、要介護状態に近い形となることが示されており、住み慣れた地域で暮らし続けるには、社会参加や地域への愛着が要因となること」が示されていた<sup>7</sup>。

以上のように、地域包括ケアシステムが推進される中で診療所の経営をいかにすべきかについての研究はそれほど多くないことから、本稿では、岡山県南西部医療圏内にある高齢者率の高い無床診療所(Aクリニック)における後期高齢者の通院継続、住まい、医療連携の状況及び要介護認定者の介護者と多職種連携について調査を行い、2025年以降に向けた診療所の経営の在り方を考察することを目的とした。

## 2. 地域包括ケアシステム

### 2-1. 地域包括ケアシステムの概要

地域包括ケアシステムは、1970年代に広島県御調町の公立みつぎ総合病院を拠点とした医療と介護、そして生活支援サービスを行政がシステム化したことを称して用いられた用語であった。その際、この御調町のシステムを明確に定義することはなされず、現在もこれは行われていない。

これに対し、2014年に制定された医療介護総合確保推進法では、この用語を「地域包括ケアシステムの定義については、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医

---

<sup>5</sup> 尾形(2011)。

<sup>6</sup> 松葉(2008)。

<sup>7</sup> 中村(2018)。

療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」(第2条)と定義し、医療と介護保険制度、そして社会福祉のサービス体制も含む施策の一つとして実施することを謳った。

地域包括ケアシステムで語られる地域包括ケア圏域とは「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」のことであり、人口1万人程度の日常生活圏内の中学校区を想定されている<sup>8</sup>が、この「駆けつけられる」ための手段については定義されておらず、おおまかなイメージが設定されているに過ぎない。

地域包括ケア研究会報告書(2017)では、地域包括ケアシステムを植木鉢の絵(図1)で示している。これは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである。より具体的に、地域包括ケアシステムの植木鉢図(図1)は

「葉」＝「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」

「葉っぱ間の連携の仕組みづくり」＝多職種連携／在宅医療・介護連携、

「土」＝介護予防・生活支援、「植木鉢」＝住まいと住まい方、

「皿」＝本人の選択と本人・家族の心構え

を示している。



図1：地域包括ケアシステムの植木鉢図

(出典：2017年地域包括ケア研究会報告書 p. 48)

<sup>8</sup> 武藤 (2015)。

## 2-2. 地域包括ケアシステムにおける診療所の役割

地域包括ケアシステムにおいて、診療所は、かかりつけ医として高齢者の医療のゲートキーパーの役割を担っている。かかりつけ医とは、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と日本医師会で定義されている<sup>9</sup>。高齢者は死亡までに医療ケアと介護ケアの循環を繰り返すというケアサイクル論があり、医療と介護ケアが交互あるいは一体的に提供される<sup>10</sup>。

高齢化が進む中、地域の中で在宅医療だけでなく介護においてもかかりつけ医として役割が広がっている（図2）。

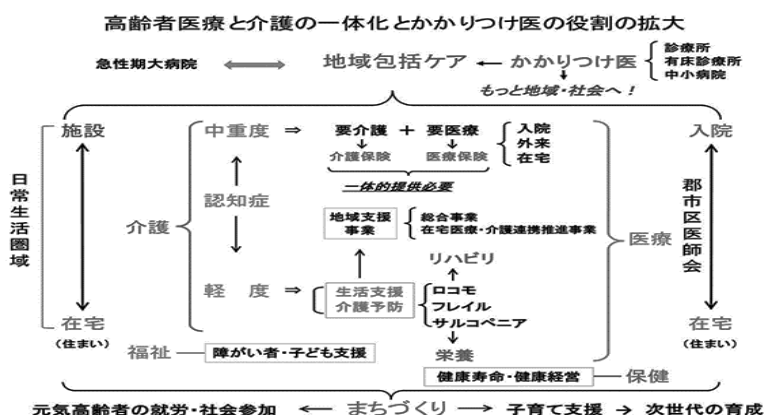


図2：かかりつけ医の役割の拡大（出典：日本医師会<sup>11</sup>）

## 3. 地域連携

### 3-1. 地域連携の概要

2014年医療介護一体改革により、医療機能の分化と連携の促進、在宅医療・介護連携が示唆された。医療機能の分化と連携の促進により、垂直連携中心から水平連携中心へと移行している。将来像としては、医療と介護の適切な提供体制を図り、「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」への移行が推進される。

<sup>9</sup> 日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方」。

<sup>10</sup> 長谷川(2012)。

<sup>11</sup> 鈴木(2017) 引用ホームページ[5]。

在宅医療・介護連携、職種間の情報共有、地域連携パスにより、病院と診療所間での役割分担が明確化し、紹介・逆紹介が円滑に行われるようになる。

地域包括ケアシステムにおいて多職種連携が求められる場面は、臨床の見地からは、おおむね①退院し在宅に戻る際と（急変時以外での）入院の際、②在宅での日常的な生活（急変時対応を含む）、③人生の最終段階（看取り）の3つである。

### 3-2. 診療所の地域連携

診療所は、かかりつけ医として高齢者の医療のゲートキーパーの役割を担っており、地域医療において他の医療機関との緊密な連携が求められている<sup>12</sup>。

診療所の連携には、様々な連携があり、以下の3種類が考えられる（表1）。

#### ① 病診連携：病院－診療所

近隣診療所のない診療科（外科、循環器科、糖尿病内科等）、専門医による専門外来、糖尿病の教育入院、地域連携パス、開放病床利用、MRI等の画像精密検査依頼、症状悪化時の入院などで連携されている。診療情報提供書、精密検査報告書等の文書が交わされている。

#### ② 診診連携：診療所－診療所

軽度の場合には近隣の他診療科（眼科、皮膚科、耳鼻科、泌尿器科等）、歯科、認知症・リハビリ等の専門外来、胃内視鏡等の検査依頼、終末期には在宅専門診療所等と連携している。診療情報提供書、精密検査報告書等の文書が交わされている。

#### ③ 多職種連携（医療介護連携）：診療所－介護事業所

訪問看護、訪問リハビリ等の介護事業所、調剤薬局、地域包括支援センターのケアマネジャー等と連携している。訪問看護指示書・報告書等の文書が交わされている。

---

<sup>12</sup> 真野俊樹(2008)『医療経済学で読み解く医療のモondagイ』、pp. 116-117。

表 1 診療所の連携の形

	連携の形	具体例
病診連携	病院－診療所 診療情報提供書 精密検査報告書	専門医による専門外来 MRI・CT等の画像精密検査、地域連携パス、 開放病床利用、症状悪化による入院
診診連携	診療所－診療所 診療情報提供書	近隣の他診療科（眼科、皮膚科、耳鼻科、 泌尿器科等）、認知症・リハビリ等の専門 外来、胃内視鏡等の検査、在宅専門診療 所、歯科
多職種連携 (医療介護連携)	診療所－介護事業所 訪問看護指示書・報告書 訪問薬剤管理指導報告書	介護事業所、調剤薬局、訪問看護、 ケアマネジャー、行政

## 4. 岡山県の状況

### 4-1. 高齢化率の推移

岡山県は、2016年現在総人口191.5万人、65歳以上人口は55万人で29.2%を占めている<sup>13</sup>。2015年国勢調査によると、世帯数は77.1万で、高齢者のいる世帯は34万と44%を占めている。内訳を見ると、高齢者単身世帯は8.6万（25.4%）、高齢夫婦世帯は9.8万（29.0%）、その他の同居世帯は15.4万（45.6%）であり、一人暮らし高齢者の男女比は男性29.4、女性70.6である。また、要介護合計認定数は、55.6万人（20.7%）で、全国で7位である（全国は18.4%）<sup>14</sup>。

岡山県の二次保健医療圏は県南東部、県南西部、津山・英田、高梁・新見、真庭の5保健医療圏に分かれており、人口、医療資源は県南東部、県南西部に集中している（図3）。

<sup>13</sup> 2016年10月岡山県毎月流動人口調査。

<sup>14</sup> 平成29年厚生労働省「介護保険事業状況報告」。

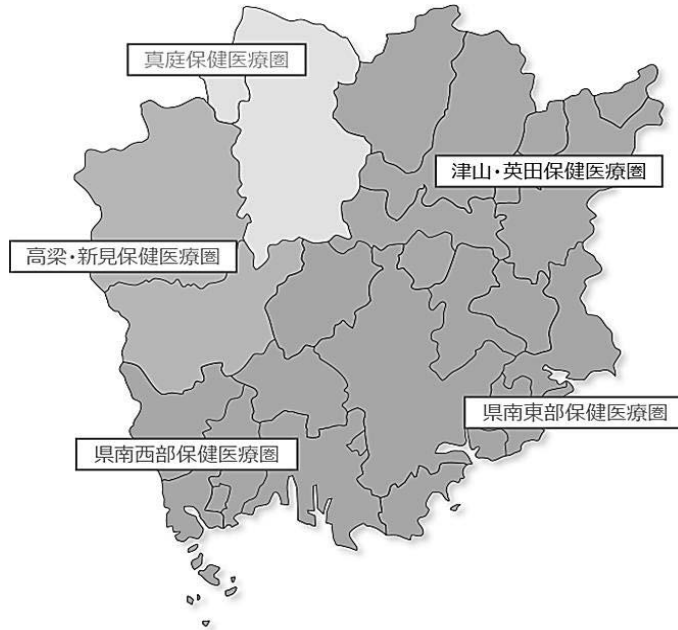


図3：岡山県の保険医療圏域

(出典：医療ネットワーク岡山 晴れやかネット <https://hareyakanet.jp/>)

(2018年8月20日アクセス)

#### 4-1-1. 岡山県南西部保健医療圏について

岡山県南西部保健医療圏は、倉敷地域（倉敷市、総社市、早島町）、井笠地域（笠岡市、井原市、浅口市、里庄町、矢掛町）の5市3町からなる圏域である（図4）。面積は112,439平方キロメートルである。2016年現在70.6万人と県南東部の92万人に次いで2番目に多い。65歳以上人口は19.9万人で29.2%を占めており（岡山県毎月流動調査）、岡山県全体の割合とほぼ同じである。世帯数は27.4万世帯である。総社市と早島町のみ人口が増加している。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013）（図5）によると、圏域の人口は、今後も減少を続けるものと推計されている。一方、65歳以上の老年人口は、2020年まで増加が続き、その後減少に転じるが、圏域の人口に占める割合は上昇を続け、2040年には34.7%、3人に1人以上が高齢者になると推計されている。さらに、75歳以上の後期高齢者人口は、2030年まで増加が続き、その後減少に転じ、圏域の人口に占める割合は、2030年には20.3%、5人に1人以上が後期高齢者になると推計されている。

医療資源については、病院施設数は 53 施設であり、人口 10 万対 7.5 である。一般診療所施設数は 515 施設、人口 10 万対 72.9 である<sup>15</sup>。病院、一般診療所ともに施設数は県内で 2 番目に多いが、人口 10 万対数は最も少なくなっている。圏域内最大人口の倉敷市には、倉敷中央病院、川崎医科大学病院など 1000 床を超える 3 次救急医療施設としての役割を担う大病院もあり、医療資源が集中している。井笠地域では、広島県福山市の病院に受診及び救急搬送される人も多い<sup>16</sup>。

2015 年実績の医療介護需要予測指数（図 6）より、2020 年から 2030 年まで医療と比較して介護需要は伸び続け、その後維持すると予測されている。



図 4：岡山県南西部医療圏（出典：JMAP より引用）

<sup>15</sup> 厚生労働省「平成 28 年医療施設調査」。

<sup>16</sup> 岡山県保健福祉部医療推進課資料（2018）。



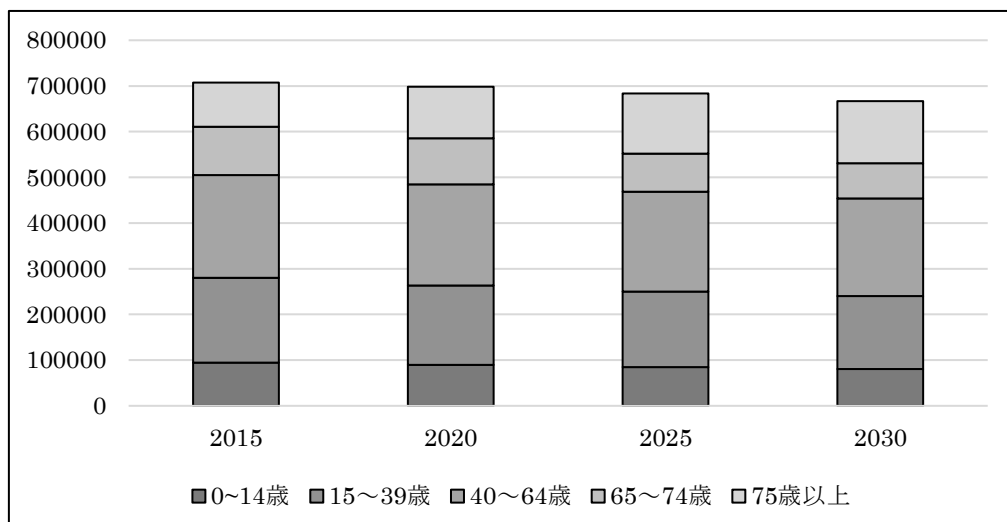


図5：県南西部医療圏 将来推計人口（人）

（出典：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）JMAPより引用）

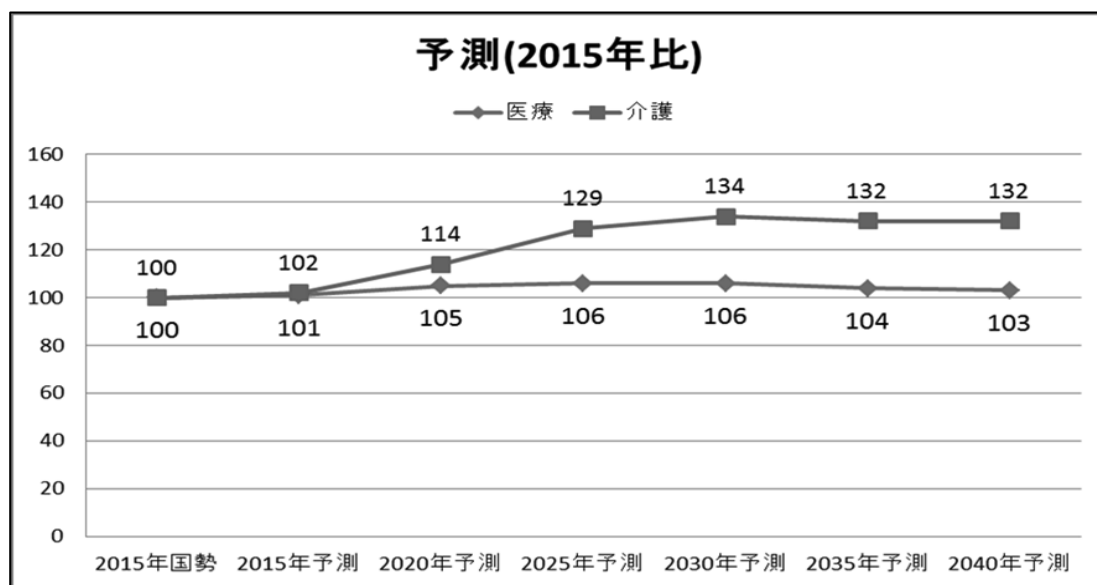


図6：医療介護需要予測指数（2015年実績=100）（出典：JMAPより引用）

## 4-2. 医療情報共有ネットワーク岡山（晴れやかネット）

### 4-2-1. 医療情報連携ネットワーク

医療情報連携ネットワークとは、ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を活用した地域医療連携ネットワークのことである。地域の医療機関

や介護事業所が、検査結果や処方内容などの医療情報や介護サービスの内容に関する情報を共有し、相互に連携をとり、適切なサービスを効率的に提供するため、ICTを活用した地域の医療介護連携が進められており、現在、患者が提供医療機関で受けた診療情報がかかりつけ診療所や薬局や介護事業所で閲覧できるようになっている。

ネットワークの取り組みとして、長崎県長崎市では2004年から「あじさいネット」が医療機関連携でスタートし、広島県尾道市では2011年からNPO「天かける」が尾道市医師会方式を引き継いで、介護事業所も含めた連携をしている<sup>17</sup>（岩淵 2015）。

#### 4-2-2. 岡山県の医療情報共有ネットワーク「医療ネットワーク岡山：晴れやかネット」

岡山県内の医療・介護等関係機関の医療情報の共有化と集積を図り、急性期から在宅医療に至るまで切れ目のない地域連携体制の整備を推進し、地域医療の質の向上、地域包括ケアの構築、災害時医療の確保等に寄与することを目的とし、2012年に岡山県と岡山県医師会と岡山県病院協会により任意団体を設立、2013年に一般社団法人へ移行している。

基幹病院で受けた検査結果や治療方針などが、身近なかかりつけの診療所などで閲覧できることにより、良質で先進的な医療サービスを利便性よく受けることができる。

2病院により診療情報開示の運用が始まり、2018年4月末現在51施設で診療情報開示の運用がされている。閲覧施設は、病院、診療所、薬局、介護事業所等441施設が参加している。職種により閲覧項目の制限があり、守秘義務のある職種のみ閲覧できる。同意患者数は約2万人で岡山県民の約2%である。

県内の一部地域では、拡張機能として医療介護連携の『ケアキャビネット』（多職種連携情報共有ツール）が運用されている。また、岡山県と広島県は隣接しており、県をまたいで病院を受診することもあるので、2018年4月より岡山県の晴れやかネットと広島県のHMネットの圏域を越えてのネットワーク同士の相互接続が開始された。

基幹病院からの一方向であったが、診療所からの情報開示（シェアメド Share Med：小規模医療機関情報送出システム）として双方向の情報共有も一部の診療所で運用が開始されている。今後は医療提供のツールとして病診連携だけでなく、診診連携や医療介護連携においても利用が期待できる<sup>18</sup>。医療ネットワーク岡山 晴れやかネットのホームページでは以下のように書かれている<sup>19</sup>。

<sup>17</sup> 岩淵（2015）「コラム16：ICTを利用した地域の医療・介護連携」『日本の医療：その仕組みと新たな展開』、p.144。

<sup>18</sup> 合地明（2018）「晴れやかネット現状と課題」。

<sup>19</sup> 医療ネットワーク岡山 晴れやかネット <https://hareyakanet.jp/>（2018年8月20日アクセス）。

## 【晴れやかネットの運用により期待される主な効果】

### (1) 患者

基幹病院で受けた検査結果や治療方針などが、身近なかかりつけの診療所などで閲覧できることにより、良質で先進的な医療サービスを利便性よく受けることができる。

### (2) 閲覧施設

過去の治療内容を確認することで、病院からの紹介患者に最適な診療ができる。また、病院に紹介した患者の経過を知ることで、退院後の受け入れが容易になり、在宅医療の推進につながる。

### (3) 開示施設

閲覧施設との間で、患者の紹介・逆紹介が促進され、閲覧施設との役割分担により、在院日数の短縮など診療の効率化につながる。

## 5. Aクリニックの分析

本節では、Aクリニックについての分析を行う。5-1 節では後期高齢者の状況変化の調査結果を、5-2 節では要介護者の状況変化の調査結果を、5-3 節では 2025 年頃までに 75 歳を迎える高齢者の状況把握、5-4 節では経営分析結果を述べる。

本調査は、実施に先立ち、研究内容について兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会における事前審査において「非該当 (2018-0014)」の判定を受けた。

### 5-1. 後期高齢者の状況変化

Aクリニックに受診している 75 歳以上の患者 161 名 (2017 年 6 月時点) を対象に、2017 年 6 月から 2018 年 6 月の状況について調査した。なお、要介護認定者については 5-2 節でさらに調査する。

調査対象 161 名 (全体の 34.6%) のうち、男性 47 名 (29.2%)、女性 114 名 (70.8%) であった。

#### 1) 年齢

平均年齢は 82.3 歳で、最高年齢は 96 歳、中央値は 81 歳であった。

## 2) 最終来院日

観察基準の2か月前以降に来院があった場合、すなわち2018年4月以降の来院で通院継続されているものとした。

通院を継続している患者は144名(89.4%)、継続していない患者は17名(10.6%)であった。通院を継続していない患者のうち3名は来院が不定期であった。残り14名の患者の状況変化の内訳は、入院4名、施設入所3名、不明3名、転院2名、死亡2名であった。

## 3) 通院手段

徒歩99名(61.5%)、自転車17名(10.6%)、自動車25名(15.5%)、タクシー9名(5.6%)、訪問診療4名(2.5%)、交通機関利用3名(1.8%)、介護タクシー2名(1.2%)、その他乗り物2名(1.2%)であった(図7)。

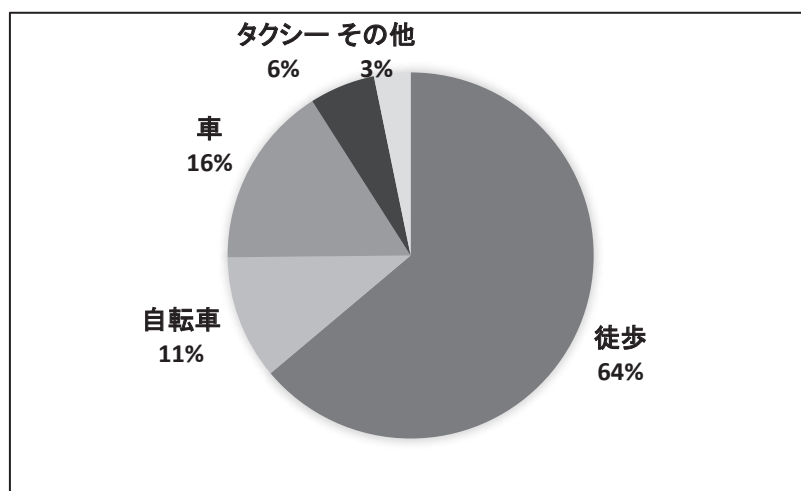


図7：75歳患者の通院手段の内訳（Aクリニック）

## 4) 送迎の有無

本人以外の運転及びタクシー及び介護タクシーによる来院については送迎による来院とした結果、送迎による来院の患者は34名(21.2%)、送迎なしで来院する患者は127名(78.9%)であった。

## 5) 通院介助者（同行者）の有無と続柄

来院時の介助者の有無については、介助者がいる患者は23名(14.3%)、介助者なしの患者は138名(85.7%)であった。

## 6) 住まい

2017年6月時点の住まいの内訳は、自宅144名(89.4%)、家族所有宅3名(1.9%)、マンション等の集合住宅11名(6.8%)、介護施設3名(1.9%)であった。

1年後の2018年6月時点の住まいの内訳は、自宅135名(82.6%)、家族所有宅7名(4.3%)、マンション等の集合住宅11名(6.8%)、施設5名(3.1%)、入院3名(1.9%)、死亡2名(1.2%)であった(図8)。

住まいの変化があった患者は13名(8.1%)であった。

独居や高齢者世帯での生活が困難になり、自宅から家族所有宅への転居及び施設へ入所する傾向がみられた。また、骨折や脳卒中で急性期病院へ入院、回復期リハビリ病院へ転院した後、家族宅へ転居して自宅に戻れなかった人もいた。なお、集合住宅に住む人では転居は見られなかった。

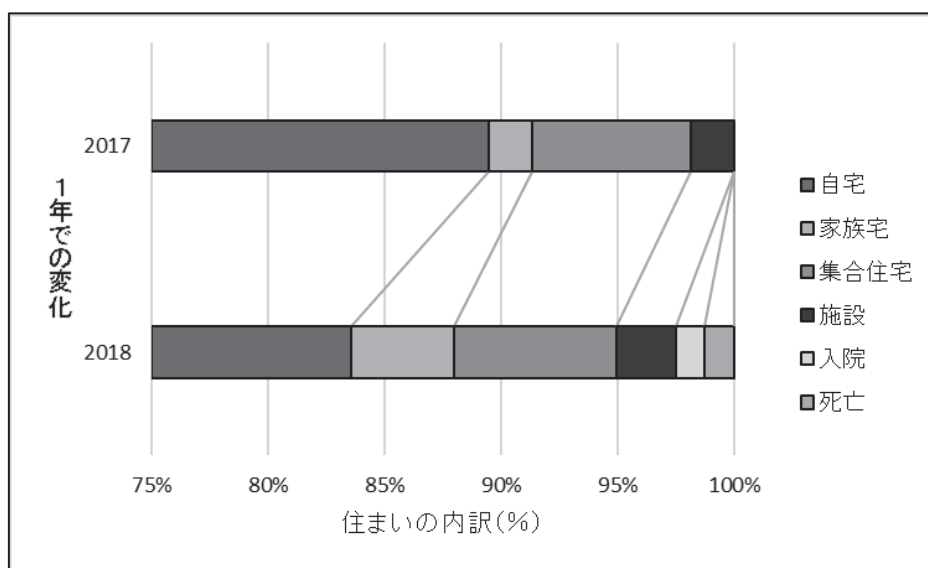


図8：Aクリニックにおける75歳以上の患者の1年間の住まいの変化

## 7) 同居家族の有無

同居家族については、独居78名(48.4%)、配偶者のみ52名(32.3%)、子や孫など高齢者以外との同居28名(17.3%)であり、同居家族がいる患者の合計は80名(50.0%)と半数であった。1年後には施設入所や入院が3名から6名と増えたため、同居家族がいる患者の合計は76名(47.2%)とわずかに減少した(図9)。

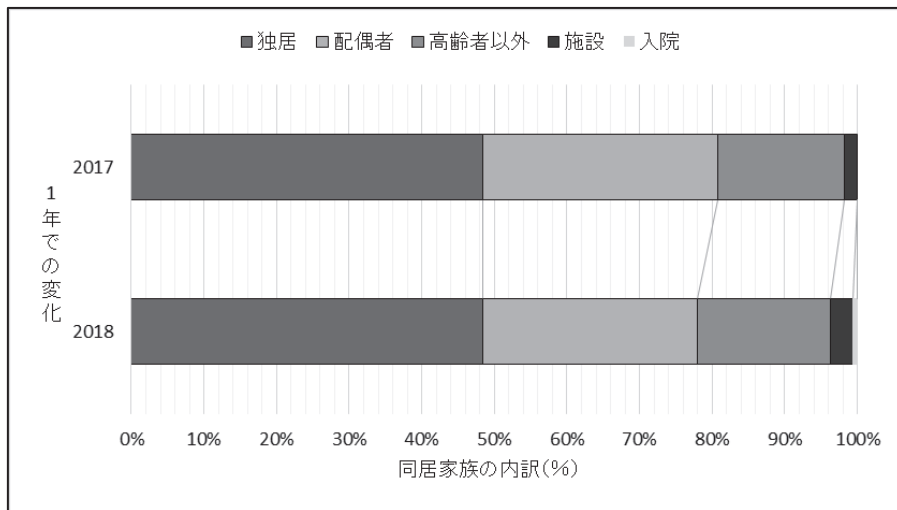


図9：Aクリニックにおける75歳以上の患者の1年間の同居家族の変化

#### 8) 他医療機関への通院状況

100名(62.1%)が他の医療機関に延べ162施設通院しており、一人当たり1.6施設であった。病院、診療所の内訳では病院は延べ113施設(69.9%)、診療所は延べ52施設(30.1%)であり、診療科については一人当たり2診療科であった。一番多い診療科目は病院では循環器科、診療所では整形外科であった。

#### 9) 医療情報共有ネットワーク岡山(晴れやかネット)同意書

医療情報共有ネットワーク岡山(晴れやかネット)による連携医療機関施設数を調査したところ、晴れやかネット同意者は75名で、一人当たり1.1施設で連携があった。

#### 10) 処方薬剤数の変化

処方薬剤数について、2017年6月は自院では161名全員処方があり、一人当たり6.3剤処方されていた。2018年6月は6.8剤処方されており、0.5剤増加していた。1年間で他院から処方されている薬剤は15名で平均3剤であった。

#### 11) 入院歴

10名(6.2%)に入院歴があり、平均1.3回の入院があった。

#### 12) 要介護度

51名が要介護認定を受けていた。詳しくは5-2節で要介護者の状況変化を記す。

## 5-2. 要介護者の状況変化

5-1 節で調査対象とした 75 歳以上の患者 161 名のうち要介護認定（要支援 1～要介護 5）を受けている患者について、さらに要介護度、ADL の 1 年間での変化、認知症薬の処方の有無、介護者の有無と主な介護者の続柄を調査する。また、介護事業者との連携状況を調査する。

### 1) 要介護度

5-1 節で調査対象とした 161 名のうち調査期間 1 年間までに要介護認定を受けていた患者は、調査前からの認定者を含み 51 名（31.7%）であった。平均年齢は 85 歳だった。

要介護度別患者割合を表 2、図 10 に示す。介護度の変化があったのは 8 名であり、平均して 1 レベル軽度になっていた。

表 2：要介護度別患者割合

	自立	要支援		要介護				
		1	2	1	2	3	4	5
2017 年 6 月 (割合)	4 8.3%	14 29.2%	14 29.2%	8 16.7%	6 12.5%	0 0.0%	2 4.2%	0 0.0%
2018 年 6 月 (割合)	2 4.2%	16 33.3%	14 29.2%	8 16.7%	6 12.5%	2 4.2%	0 0.0%	0 0.0%

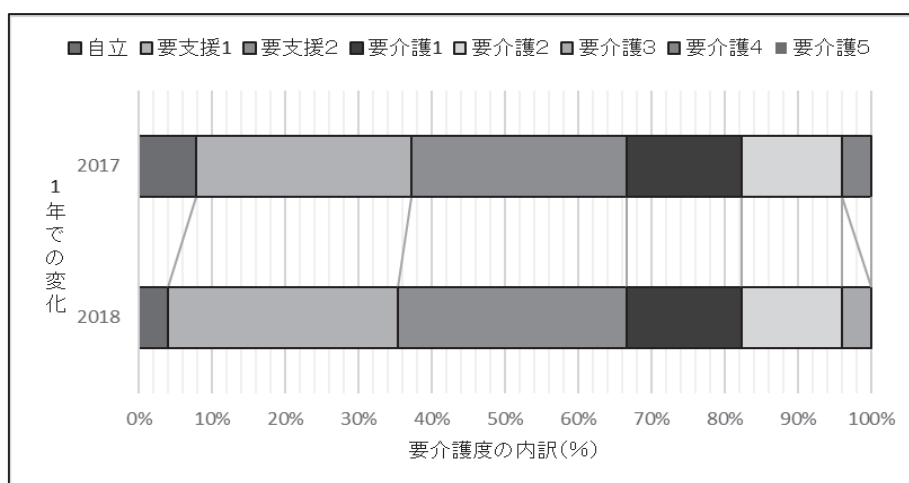


図 10：要介護度別患者割合

## 2) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

内訳を表3、図11に示した。なお、調査人数が少なくなっているのは、自院に転院する前に他院で認定されていたためと、リハビリを他院で受けておりリハビリ医に認定を受けているため詳細なデータを把握できなかったためである。

しかし、寝たきり度が低下していた9名は、平均で要介護度が1レベル上昇していた。臨床的知見からは、自立度は低下しているように見えても要介護度は、従前より低く認定されるケースもあった。

これは、要介護度のランクが低下していることと、実質的な患者の容態との関連性については、具体的な生活上の支援の内容で比較すべきことを示唆している。

表3： 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
2017年6月	2	10	16	1	5	1	2	0	1
2018年6月	1	8	16	3	8	0	1	0	1

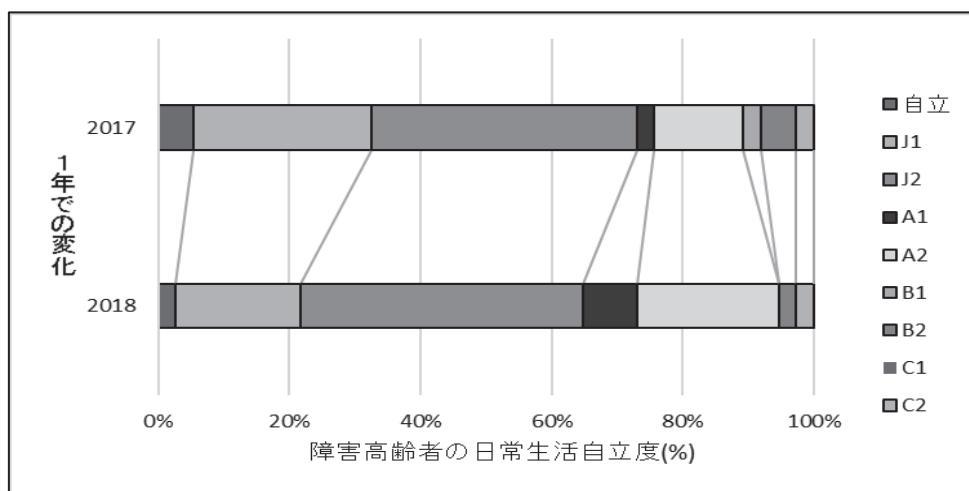


図11： 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

## 3) 認知症高齢者の日常生活自立度

内訳を表4、図12に示した。認知症高齢者の日常生活自立度の変化が示されたのは4名で障害高齢者の場合と同様に、平均して1レベル、要介護度は高く示されていた。



表4：認知症高齢者の日常生活自立度

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
2017年6月	7	22	5	2	0	0	1	0
2018年6月	6	22	5	3	0	0	1	0

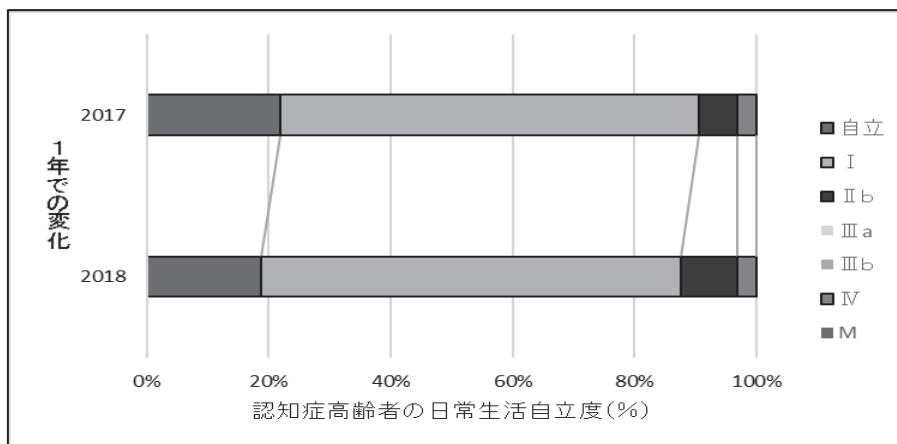


図12：認知症高齢者の日常生活自立度

#### 4) 主介護者の続柄

主介護者がいない人は17名、いる人は31名であった。ただし、施設入居者は事業者を介護者としている。主介護者の続柄の内訳は、配偶者7名、子17名、子以外3名、事業者4名だった。「配偶者」「子」「子以外」の主介護者27名のうち、男性9名(33.3%)、女性18名(67.7%)であり、同居は23名(85.2%)、別居は4名(14.8%)であった。

#### 5) 認知症薬処方の有無

認知症薬処方があったのは11名であった。

#### 6) 介護サービス利用状況

介護サービス利用者は26名で、一人当たり1.4回、サービス利用があった。最も利用の多いサービスは通所リハビリテーションであった。

### 5-3. 2025年頃までに75歳を迎える高齢者の状況把握

方法：対象の人数と割合、介護認定、入院歴等を調査する。Aクリニックに受診している65歳から74歳の患者120名(2017年6月時点)を対象に、介護認定、入院歴等を

2017年6月から2018年6月の状況について調査した。調査対象120名(全体の25.8%)のうち、男性39名(32.5%)、女性81名(67.5%)であった。

通院継続していない人は4名(3.3%)で、75歳以上より、低かった。要介護認定者は3名で、そのうち1名は調査期間中に施設入所に至った。別の1名は認知症であった。1年間に入院した人は10名(8.3%)であり、75歳以上の患者と人数は同じだが割合は2%高くなった。他病院に診療情報提供書が出ている人は87名(72.5%)で75歳以上より多かった。薬剤を処方されている人は109名(91.0%)であった。

以上の結果より65～74歳では医療需要が高く、介護需要はまだ低いことがわかった。

## 5-4. 経営分析

### 5-4-1. SWOT分析

AクリニックについてSWOT分析を行った結果を表5に示す。内部環境の強み(S)と弱み(W)については診療所の立地や機能が影響を及ぼし、外部環境の機会(O)と脅威(T)については診療所の付近や高齢化などの社会情勢が影響を及ぼすことが考えられる。

表5：SWOT分析（Aクリニック）

	S 強み (Strength)	W 弱み (Weakness)
内部環境	駅に近い、歴史がある 高齢者が多い地域にある 前院長からの実績 女性医師がいる 医師の評判がよい 診療範囲が広い 改修して建物が新しい	駐車場が少ない 在院時間が長い 全ての検査はできない 若年層が少ない地域にある
	O 機会 (Opportunity)	T 脅威 (Threat)
外部環境	地域への貢献 高齢者の増加 口コミ 患者の家族の受診 観光客の受診 オンライン診療	人口減少 近隣の医療資源が豊富 近隣への新規開業 スポーツジム,介護予防施設 診療報酬改定,消費税増税

## 5-4-2. 機能性分析

2017年6月および2018年6月の延べ受診患者数を表6に示す。2017年6月の1日あたり平均患者数は、延べ患者数671人を診療日数24日で割ると28.0人、半日を0.5日とすると20.5日で割ることになり32.7人となる。最大で50人であり、安定の目安とされる診療所の1日当たり受診患者数40人<sup>20</sup>を超えたのは3日であった。

1人1日当たり外来収益は表7に示す。患者数は2016年に予約制を導入して下がったことと、2016年の診療報酬改定により一旦下がったが2017年には増加していた。

表6：月別受付患者数（年齢別）（Aクリニック）

	2017年6月	2018年6月
総患者数	671人	654人
65歳以上	421人 (62.7%)	383 (58.6%)
65-74歳	157人 (23.4%)	158 (24.2%)
75歳以上	264人 (39.3%)	225 (34.4%)
新規初診率	3.4%	4.7%

表7：患者1人1日当たり外来収益（Aクリニック）

	点
2015年	1171
2016年	1158
2017年	1220

<sup>20</sup> 小松大介(2017)『診療所の経営』、p.2。

### 5-4-3. 収益性分析

Aクリニックの財務諸表に基づいて、2015年から2017年までの3年間の結果をまとめたもの（表8、図13、図14）である。

表8：Aクリニックの収益性指標分析

収益性指標(%)	2015年	2016年	2017年
医業利益率	17.1	14.3	17.1
EBITDA	21.9	18.9	21.3
人件費率	26.8	23.1	22.4
材料費率	38.6	37.4	38.9
（医薬品費率）	38.2	37.0	37.5
経費率	0.9	1.0	0.8
委託費率	5.3	4.7	4.7
減価償却費率	4.3	4.3	3.7
当期純利益率	12.2	14.9	12.7

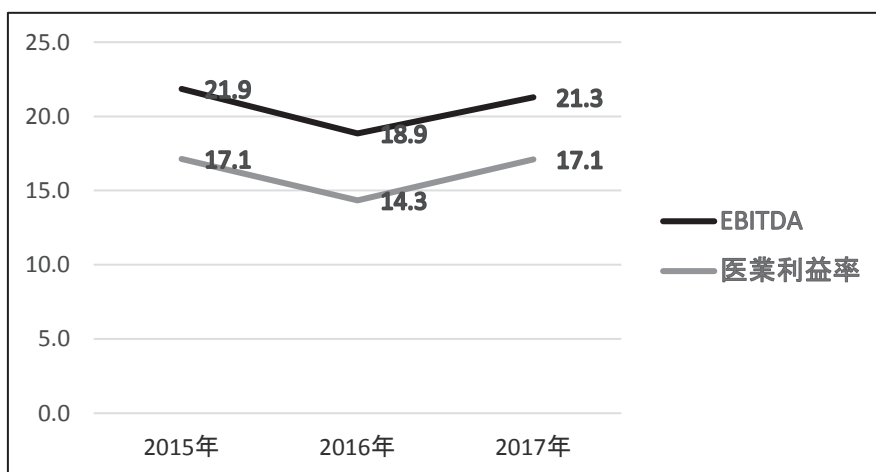


図13：AクリニックのEBITDAと医業利益率（3年分）

Aクリニックの収益性分析について、3年分のEBITDA<sup>21</sup>と医業利益率の差を比較すると、減価償却費については平成28年で償却済の医療機器もあったため減っているが、医業利益率の変動に影響を及ぼしてはいないといえる。28年から29年は収益が増加したので利益率も増加している。病院のEBITDAは10%を超えると経営的に良好と言われているので現在、Aクリニックの経営は良好であるといえる。(図13)

費用については、人件費と材料費を合わせると6割を超えている。材料費の中でも医薬品費は約4割を占めていた(表8、図14)。

医薬品の指標のみ集めて分析すると、医薬品費率にはほぼ変更はなかったが、医薬品回転率については平成28年のみ下がっていた(表9)。これは、診療報酬改定前に医薬品を先に購入していたことが影響していると思われる。

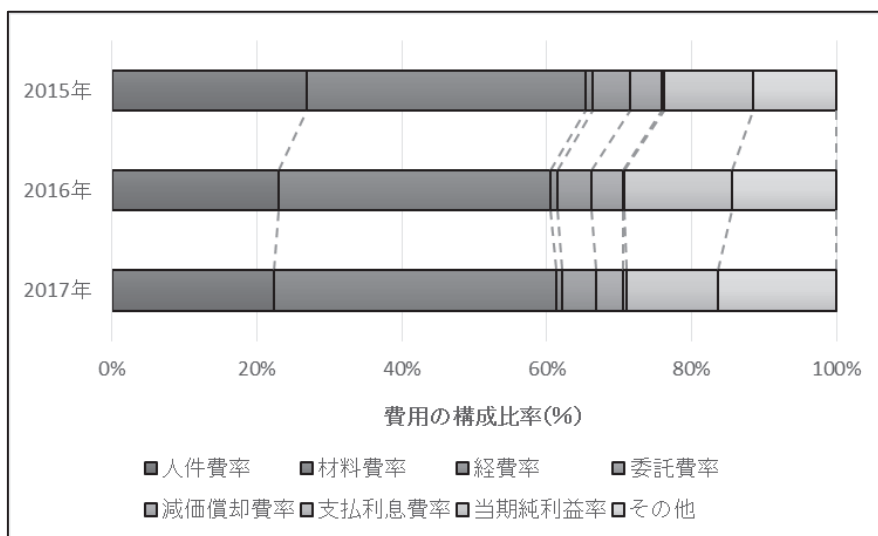


図14 : 各費用の構成比率 (Aクリニック)

表9 : 医薬品購入分析 (Aクリニック)

医薬品指標	2015年	2016年	2017年
医薬品費率 (%)	38.2	37.0	37.5
医薬品回転率	24.6	13.9	28.6
医薬品回転期間(日)	14.9	26.3	12.8

<sup>21</sup> EBITDA : 通常、金額であるが、本研究ではEBITDA率(償却前医業利益率)として示す。

#### 5-4-4. 安定性分析

表 10 は、安定性指標の結果をまとめたものである。

表 10 : Aクリニックの安定性指標

安定性指標	2015年	2016年	2017年
純資産比率	73.6	56.0	70.2
固定長期適合比率	70.9	63.4	39.3
流動比率	134.7	137.3	120.4

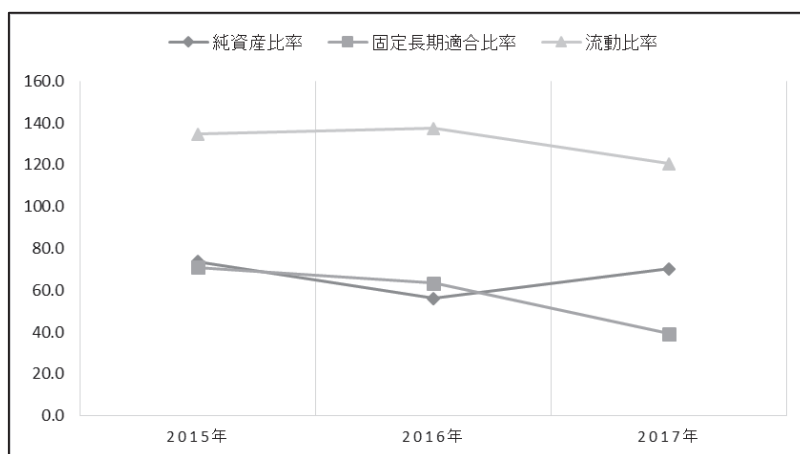


図 15 : Aクリニックの安定性比率の推移

流動比率は短期支払能力を示し、高いほどよく、100%を超えると安定であり、200%以上が望ましいとされる。Aクリニックでは100%を超えており、安定していると言える。固定長期適合比率は長期支払能力を示し、低いほどよく、100%を下回ると安定であるとされる。Aクリニックでは100%を下回っており、固定負債の一部が返済期間を終了したこともあり、さらに下がってきている。

これらの結果から、Aクリニックの財務の安定性は確保されていると言える(表 10、図 15)。

## 6. 考察

今回、1 診療所である A クリニックについて高齢者の状況変化の調査と要介護患者の調査及び経営分析を行った。

### 6-1. A クリニックにおける高齢患者分析

後期高齢者の調査では、独居や高齢者のみの世帯で生活が困難になり、入院や施設入所や家族宅への転居など住まいの変化が通院継続に影響を及ぼすことがわかった。歩行困難による通院困難や市内への転居であれば、定期的な訪問診療<sup>22</sup>や情報通信機器を活用したオンライン診療に切り替えることで診療継続することも可能である。この診療にあたって送迎による人は約 20%、介助者がいる人は約 15% だった。

住まいは、9 割の人が自宅に住み、約 10% の人が変化していた。単身世帯と配偶者との高齢世帯を合わせた高齢者のみの世帯が 3 分の 2 であり、全国平均とほぼ同じであり、高齢者のみの世帯がかなり多いことがわかった。同居家族がいる人は約半数であった。一人で通院できなくなった患者でも家族などの介助者や送迎により通院を継続できていると推測される。

他医療機関への通院状況は 6 割（1 人当たり 1.6 施設）、介護事業所の介護サービス利用者は約半数（1 人当たり 1.4 サービス）であり、連携先の種類は増加している。

次に、要介護者の調査では、主介護者は女性が 3 分の 2 で全国平均と同じであり、同居の割合は 85% と多かった。

要介護度のランクが低くなっていることと、必ずしも日常生活の自立度とには明らかな関係はないことから、当たり前なことではあるが、要介護度だけでなく、患者個々の能力や社会的な自立について詳細な情報を収集する必要があるが、現状では十分でないことがわかった。今後、介護需要の増加も予想されているので、訪問診療へ移行する患者も増え、介護事業所との連携も増加していくだろう。

### 6-2. 多職種連携

このような患者の状況に対して、岡山県の ICT である晴れやかネットでは病院からの一方向だったのが、病院—診療所間の双方向情報共有も開始された。しかし、いまだ同意者数が岡山県の 2% に留まっているのは、病院毎に同意を得ないといけなかったことや、診療所が開示施設になるには新たなシステムの導入が必要であるため同意者が増えていないことが原因と思われる。これが介護事業所との職種間の情報共有のコミュ

<sup>22</sup>訪問診療：通院困難な在宅患者宅に定期的に訪問し、計画的に診療する在宅医療のこと。

ニケーションツールとしても利用され、診療情報提供書などの授受もされるようになれば作業効率も上がり、他の業務に時間がさけるのではないかと考える。

### 6-3. 経営分析

Aクリニックの経営分析をした結果、SWOT分析によると内部環境は医療資源が豊富な地域であることから、安定した経営のためには、診療所の立地や機能の影響が大きく、外部環境として、診療所の周辺と高齢化や政策等社会情勢による影響があることがわかった。

また財務分析結果からは、機能性分析と収益性分析により現在経営は良好であり、安定性分析により安定性は確保されていることが確認できた。費用については材料費のうち最も多くを占める医薬品費をさらにジェネリック薬の採用の増加などで抑え、利益を増やす方法に工夫が必要と考えられた。

人件費については、職員が少人数のため、離職に伴った交代時に引継ぎのため職員を重ねて雇用することから増加する傾向にある。これはAクリニックでは、職員が全員女性であり、長年、勤務している人が複数名いるが、彼らが高齢となり、退職時期に近づいていることも影響している。職員は、2009年の改築時より増員してきたが、職務に慣れる頃に、家族のライフイベント等によって、患者の対応ができなくなってしまい、退職という事例が続き、ここ数年は、職員の入れ替えや、増員をしても職員が定着しないことが課題となっている。

この理由は、クリニックの採用選考基準が不明確であったことであると考えられる。採用選考基準だけでなく、クリニックの経営理念も明確にされておらず、このことも転職者を増やす要因となっていたと考えられる。

これから必要とされるのは、地域医療にモチベーションを持てる人であり、患者と密接に関わることが苦にならない人材である。このため今後の入職面接では、診療所の理念に合致しているかを見極める方法として、簡単なアンケート調査を実施することや、また、採用後の職務満足度を高められるよう OFF-JT としての研修参加を促し、組織コミットメントやモチベーションを高める動機づけ等を実施すべきと考えている。

### 6-4. 訪問診療への展開

患者に対して実施した通院継続の調査からは、75歳以上で約90%、65-74歳では96%が通院の継続がなされているが、通院が困難な状況を見越して、訪問診療の仕組みを整備する必要があると考えられる。



ただし、現時点では、Aクリニックのエリアでは介護施設が豊富なため、住民は介護施設入所を選択する傾向がある。しかも同エリア内には、訪問診療実績数の多い在宅専門診療所があり、軽度者の訪問を新たに開拓するには相当の準備が必要であろう。すでに比較的、軽度の患者からは、月2回の支払いはきびしいと言われ、月に1回行っているという状況もある。このため、Aクリニックでは、現在、近隣の数名のみの訪問診療しかできていない。

以上のような実態を踏まえ、将来的には、むしろ現在は外来受診が可能であるが、重症となった際に訪問できるような仕組みを検討することが重要と考えられる。つまり、重症者が施設入所をする選択が困難となる事態を想定し、自院の外来を利用している患者の在宅生活の維持のために、24時間対応や訪問診療をできる体制を準備しておくことが必要と考える。

例えば、訪問診療をする患者を週に10名と想定して、水曜日の午後に実施するというシステムを実施するためには、1名の新たな常勤看護師と、1名の非常勤医師が必要となる。

これらの人件費をシミュレーションすると500,000円となる。一般在宅診療所で単一建物診療患者1人に月1回行く場合、在宅時医学総合管理料（月1回）2,300点<sup>23</sup>を月20名で算出すると460,000円なので利益は出ないが、月22名以上で500,000円を超えて利益が出る。人数を固定する場合、さらに、医師が訪問診療を実施しない週に訪問看護を20名に実施するというパターンでのシミュレーションをすると、医療機関の在宅患者訪問看護指導料580点<sup>24</sup>で月1回を20名として算定した場合、116,000円が追加され、76,000円の利益が出る。

重症患者に月2回訪問診療に行く場合、在宅時医学総合管理料（月2回以上訪問：重症患者）4600点を20名で算出すると920,000円となり、人件費を引くと収支は月420,000円となる。

軽症患者に月2回訪問診療に行く場合、在宅時医学管理料（月2回以上訪問：重症患者以外）3,700点を20名で算出すると740,000円となり、人件費を引くと240,000円になり、月14名以上の実施で利益が出る。

以上のように患者数が増えない場合でも訪問看護を増やすことで利益は確保できることがわかった。医師や看護師の増員で訪問診療による利益を確保するとともに、地

<sup>23</sup>厚生労働省（2018）「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」平成30年診療報酬改定：在宅時医学総合管理料。

<sup>24</sup>保険医療機関の看護師による週3日目までの在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）580点（平成30年改定診療報酬）。

域の通院が困難となる高齢患者に対して、Aクリニックが貢献できる可能性が示された。

Aクリニックとしては、早急に訪問診療システムを構築し、地域包括ケアシステムに資するクリニックとしての地域でのポジショニングを堅固とすることが求められる。

## 7. 結論

地域包括ケアシステムの概念の「住み慣れた所で最後まで」は高齢者にとって理想的ではあるが、高齢者の状況変化を調査したところ、高齢者のみの世帯がかなり多く、病気や老化が進むと高齢者のみでは「住み慣れた所で最後まで」住めなくなり、圏域外への住まいの転居が少なくないことがわかった。

このことから、Aクリニックは高齢者を支える診療所として、ICTなどを利用した円滑な多職種連携を推進する中で訪問診療システムを構築していく事が求められる。このための費用の算出を行った結果、一定の収益が確保できることもわかった。ただし、この診療を実現するための人材の確保は不可欠である。

こういった職員を確保するためには、職員と良い関係性を築くことが必須となるが、これについても職務の継続ができるような職場環境を職員と共に考え、OFF-JTを利用しながら、高齢化が進みつつある地域において、この地域の高齢患者が「住み慣れた所で最後まで」いられるような診療所の役割を果たすべく、安定した経営を続けていくことが求められる。

## 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特命教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授により丁寧なご指導を賜りましたことを感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコース8期生、介護マネジメントコース4期生の同級生の皆様と共に意見交換をし、多くの刺激と励ましをいただきました。この機会をお借りしまして在学中ご協力ご支援いただいたクリニックの院長はじめ職員の皆様、関係者の方々、家族にも心より感謝を申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 石井孝宜、西田大介(2016)『病院のための経営分析入門 第2版』じほう。
- [2] 岩淵豊(2015)『日本の医療：その仕組みと新たな展開』中央法規出版。
- [3] 太田貞司(2011)『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館。
- [4] 岡山県医師会(2018)『岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会報告書（第3報）（平成30年3月）』。
- [5] 尾形裕也(2011)「日本における在宅医療の現状、課題及び展望」、pp. 357-367。
- [6] 厚生労働省(2017)『平成29年度版 厚生労働白書』。
- [7] 合地明(2018)「晴れやかネット現状と課題」『岡山県医師会報』平成30年3月発行。
- [8] 小松大介(2017a)『医療経営を“最適化”させる36メソッド』医学通信社。
- [9] 小松大介(2017b)『診療所の経営（第2版）』日本医事新報社。
- [10] 堺常雄・高橋淑男(編)(2013)『病院経営のイノベーション』建帛社。
- [11] 隅田好美他(編)(2018)『よくわかる地域包括ケア』ミネルヴァ書房。
- [12] 高橋紘士(編)(2012)『地域包括ケアシステム』オーム社。
- [13] 高橋紘士、武藤正樹(編)(2013)『地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』オーム社。
- [14] 鳥邊晋司、藤江哲也(2017)『財務分析（医療・介護）講義ノート』兵庫県立大学大学院経営研究科。
- [15] 地域包括ケア研究会(2017)『地域包括ケア研究会 報告書 —2040年に向けた挑戦—』。
- [16] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用—』中央法規出版。
- [17] 内閣府(2018)『平成30年版 高齢社会白書』。
- [18] 中村廣隆(2018)「地域在住高齢者が転出に至る要因の研究」『厚生指標』65巻5号、pp. 21-26。
- [19] 二木立(2015)『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- [20] 西村周三(監修)、国立社会保障・人口問題研究所(編)(2013)『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして—』慶應義塾大学出版会。
- [21] 長谷川俊彦(2012)「地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論」高橋紘士(編)『地域包括ケアシステム』オーム社、pp. 2-25。

- [22] 松葉博雄(2008)「経営理念の浸透が顧客と従業員の満足へ及ぼす効果」『経営行動科学』21巻2号、pp.89-103。
- [23] 真野俊樹(2008)『医療経済学で読み解く医療のモンダイ』医学書院。
- [24] 嶺学(2008)『高齢者の住まいとケア』御茶の水書房。
- [25] 宮島俊彦(2017)『社会保障と税の一体改革 ―改革推進の軌跡と要点―』第一法規編集部。
- [26] 宮澤仁(2017)『地図で見る日本の健康・医療・福祉』明石書店。
- [27] 武藤正樹(2015)『医療と介護のクロスロード to2025』医学通信社。
- [28] 武藤正樹(2018)『2025年へのカウントダウンー地域医療構想・地域包括ケアはこうなる!』医学通信社。

## 引用ホームページ

- [1] 岡山県ホームページ  
[http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/549586\\_4403648\\_misc.pdf](http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/549586_4403648_misc.pdf) (2018年8月19日アクセス)。
- [2] 日本医師会 JMAP 地域医療情報システム  
[http://jmap.jp/cities/detail/medical\\_area/3302](http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/3302) (2018年8月9日アクセス)。
- [3] 医療情報連携ネットワーク支援 Navi  
<http://renkei-support.mhlw.go.jp/> (2018年8月20日アクセス)。
- [4] 医療ネットワーク岡山 晴れやかネット  
<https://hareyakanet.jp/> (2018年8月20日アクセス)。
- [5] 鈴木邦彦「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」平成29年12月8日第5回全国在宅医療会議WG、資料1-1 厚生労働省ホームページ  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000187274.pdf/> (2018年8月29日アクセス)。