

4

The Journal of  
**JAHMC**  
Japan Association of Healthservice Management Consultants

[月刊] ジャーマック

2011 April  
Vol.22 No.4

INTERVIEW

**国立保健医療科学院が難病治験を考える**

国内・海外の同時並行で推進することが必要

林 謙治

REPORT

**関西発◎診療所が「支える」在宅医療**

患者負担や連携の難しさを乗り越えて

富井 淑夫

寄稿 CONTRIBUTION

**安住は許されない**

介護施設を取り巻く経営環境

松村 眞吾

誌上研修 CONTINUING EDUCATION

**「サービス付き高齢者向け住宅」にみる法整備と課題**

網谷 敏数

DATA

**役に立って「張り合い」も広がる介護支援ボランティア制度**

布施 泰男



日本医業経営コンサルタント協会

<http://www.jahmc.or.jp>



C O N T E N T S

- 1 東北地方太平洋沖地震への対応  
 松田 朗
- 2 東北地方太平洋沖地震から学ぶ  
 医療・介護の防災対策を
- 3 INTERVIEW  
**国立保健医療科学院が難病治験を考える**  
 国内・海外の同時並行で推進することが必要  
 林 謙治
- 8 REPORT  
**関西発◎診療所が「支える」在宅医療**  
 患者負担や連携の難しさを乗り越えて  
 富井 淑夫
- 14 寄稿 CONTRIBUTION  
**安住は許されない**  
 介護施設を取り巻く経営環境  
 松村 真吾
- 18 誌上研修 CONTINUING EDUCATION  
**「サービス付き高齢者向け住宅」にみる  
 法整備と課題**  
 網谷 敏数
- 22 協会情報
- 24 DATA  
**役に立って「張り合い」も  
 広がる介護支援ボランティア制度**  
 布施 泰男
- 27 WATCH  
 ・前年度最後の地域交流会・医業経営セミナー  
 ・同時改定と介護計画へ向けて  
 BOOKS  
 ・「病院」がトヨタを超える日  
 ・医療改革と経済成長
- 32 HEALTHCARE RECORDS



表紙写真:トビ (撮影 久慈 祐司)  
 馬のような体形だが、ウシ科で顔と肩の灰色に特徴がある。群れで生活しているが、他の種の草食動物と群れを形成することもある。草から水分を補給でき、長い期間でも水なしで生きていくことができる。  
 英名「Topi」体長約120~170cm

JAHMC(月刊)ジャーマック4月号  
 平成23(2011)年4月号 第22巻第4号

定価500円(本体476円)  
 平成23(2011)年4月1日発行

本誌に掲載される論文・意見等は、(社)日本医業経営コンサルタント協会の公式見解と異なる場合があります。  
 (社)日本医業経営コンサルタント協会会員の本文掲載料は、会費の中に含まれます。

編集・発行 社団法人日本医業経営コンサルタント協会  
 〒103-0004 東京都中央区東日本橋1-1-7  
 野村不動産東日本ビル3階  
 TEL. 03-5822-6996

(本誌掲載の写真、記事等の無断転載を禁じます)

編集長	編集専門委員
盛 宮喜	小野 洋子 岡田 愛
	立川 幸治 田中 一夫
	布施 泰男



## 関西発 ● 診療所が「支える」在宅医療 患者負担や連携の難しさを乗り越えて

医療ジャーナリスト・NPO法人「公的病院を良くする会」理事 富井 淑夫 とみい よしお

24時間体制の往診・訪問診療を提供する在宅医療の窓口として、「在宅療養支援診療所（以下、支援診療所）」は、2006年の第五次医療法改正で大きな期待を持って創設された。

昨年度で届出数は1万2,000件を超え、支援診療所の量的整備は順調に進んできたかに見える。しかし現実には訪問診療に加えて、緩和ケア・看取りまで積極的に行っている施設は少なく、患者の医療費負担の高さや、医療連携の難しさ等、解決すべき課題も顕在化しつつある。当レポートでは熱意を持って在宅医療に取り組む4つの事例から、「かかりつけ医」が円滑に在宅医療を進めていく方策を探る。

### 拙速な量的整備が先行し 追いつかない「質の充足」

厚生労働省によると、昨年7月1日現在の在宅療養支援診療所届出数は1万2,487件と全診療所数の12%を超え、2006年に支援診療所が制度化されてから、順調に増加傾向で推移してきた（図表1）。ちなみに08年に制度化され、10年改定で200床未満に要件緩和された在宅療養支援病院の届出も、09年7月の11件から1年後には331件と激増した。

ところが支援診療所の内実をみると、10年の1年間で訪問診療を1件も行っていない診療所が1,826施設（約15%）にも及び、「在宅看取り数1名以上」の診療所は5,833施設に過ぎず、在宅で1人の患者も看取っていない診療所が多数派を占めた。

これらの数字から、政策的に量的整備が拙速に進められた結果、在宅医療の「質の充足」がまだまだ追い付いてこない実態が垣間見えてくる。支援

診療所の届出条件として、仮に「年間看取り件数10件」という要件が設定されただけで、届出件数が激減するのは言うまでもなく明らかだ。「看取り件数」は必ずしも「在宅医療の質」を決定するものではないが、これ以外の指標がない限り、近い将来「看取り件数」が実績評価の一つの要素として検討され、何らかの形で制度設計に織り込まれていくことも十分にあり得るだろう。

### 在宅移行に消極的な 病院主治医

在宅医療を考察する場合、在宅医の視点、病院主治医の視点、患者（消費者）側の視点、医業経営コンサルタントの視点等、視点を変えると様々に異なる実相が見えてくる。

経済誘導に加えて、高額な設備投資を要しないことから、「在宅医療に特化した診療所は収益性が高く、一般内科は外来から在宅医療を主体とした開業形態にシフトすべき」と

の見方をする開業コンサルタントが多い。しかし診療報酬による点数誘導が未来永劫続く保証はどこにもないし、単眼的に“在宅医療は儲かる”との一つの見方に収斂されると、現場で抱える様々な課題は見えにくくなる。

図表2、3は日医総研が09年1月に発表した「在宅療養支援診療所調査」からの抜粋。全国の支援診療所届出5,276施設にアンケート調査を行って、1,808施設から回答（有効回答率34.3%）を得たもの。24時間体制が求められる支援診療所で、在宅担当医師が1人体制の施設は72.4%を占めた。提供上の課題で一番多かった回答は、「医療費の患者負担が高い」。診療報酬での在宅医療への点数誘導とは裏腹に、在宅医療の現場では患者の医療費負担の重さを苦慮している現実が浮かび上がってくる。

次項で紹介する4診療所以外にも数多くの在宅医に話を聞いたが、「在宅医療は評価され過ぎ。患者のために診療報酬はもう少し低くてもよい」とのホンネの意見も出た。65歳以下の非高齢者世代、特に

●図表1 在宅療養支援診療所の届出数

年度	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
	9,434	10,477	11,450	11,955	12,487

出所：厚生労働省保険局医療課調べ（2010年7月1日時点）



50歳以下の働き頭が突然がん  
に罹患すると、仕事からのリ  
タイアを余儀なくされる上に、  
在宅終末期医療は頻度の高い  
訪問診療・看護を要すること  
が多く、本人3割の医療費負  
担が重くのしかかってくる。  
高額療養費制度による還付が  
あるとはいえ、一旦支払うお  
金がないため患者本人・家族  
の側に、受診抑制が働くとの  
指摘も多い。

運営課題(図表3)の上位  
の回答はある程度、予想しう  
るものだが、「入院患者が円滑  
に在宅移行できるような病院  
の取り組み」(37.1%)と、「地  
域の医師の在宅医療に対する  
理解の向上」(34.1%)の2点  
が挙げられている。この2つ  
は言い換えると、がん診療拠  
点病院等、地域中核病院の医  
師が“かかりつけ医”の支え  
る在宅医療への理解に乏しく、  
“上から目線”の大病院中心主  
義から脱却できていないこと  
を示しているともいえる。

実際に患者が在宅医療を希  
望しても、高機能病院の主治  
医が“かかりつけ医”への在  
宅移行に積極的ではなく、紹  
介状を送らないまま退院後余  
命1週間、または2~3日  
での“看取り”という、在宅医  
・患者双方にとって不本意な「最  
期」を迎えることも少なく  
ないようだ。

こうした困難な課題を数多  
く抱える中、関西圏の各地域  
で強い情熱を持って在宅医療  
に取り組む4つの支援診療所  
(無床)を紹介したい。

### (医) 松尾クリニック

#### 在宅医療の草分けとして25年

大阪府八尾市で、85年の開

業時から在宅医療を積極的に  
展開してきた(医)松尾クリ  
ニックは、関西での在宅医療  
の草分け的存在である。その頃、  
在宅医療を本格的に実施する  
診療所は関西でも数えるほどで、  
「在宅」への診療報酬上の評価  
がほとんどなかったため、採  
算度外視でのスタートであった。

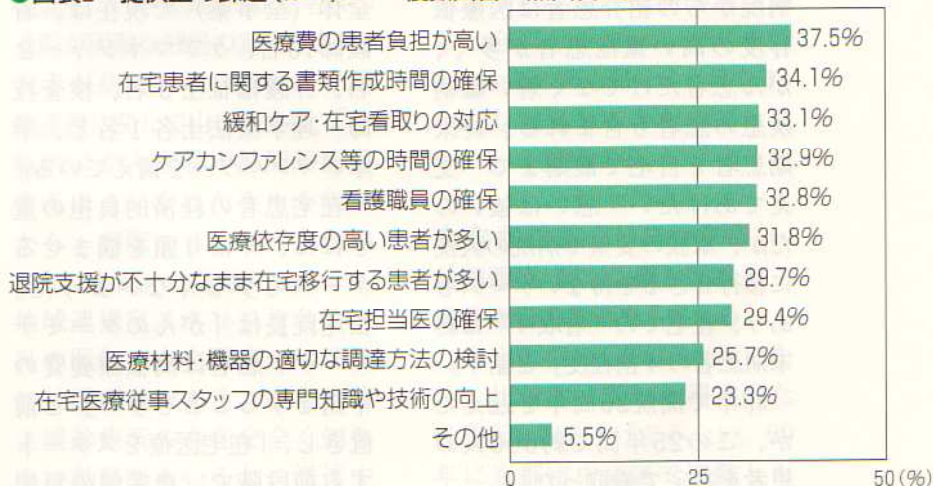
開業前に八尾徳洲会総合病  
院地域医療部で往診を担当し  
ていたことから“地の利”が  
あり、当初から4~5名の在  
宅患者でスタート。00年の介  
護保険制度導入以降、在宅医  
療を希望する患者が急激に増

加した。

現在は約80名の在宅患者へ  
の定期的な訪問診療を実施し  
ているが、ターミナル・ケア  
の患者は全体の約半数。在宅  
医療には松尾美由起院長が専  
任で対応するほか、非常勤医  
師2名が参加する。松尾院長  
は午前中の外来を終了してから、  
午後から在宅医療に集中する。

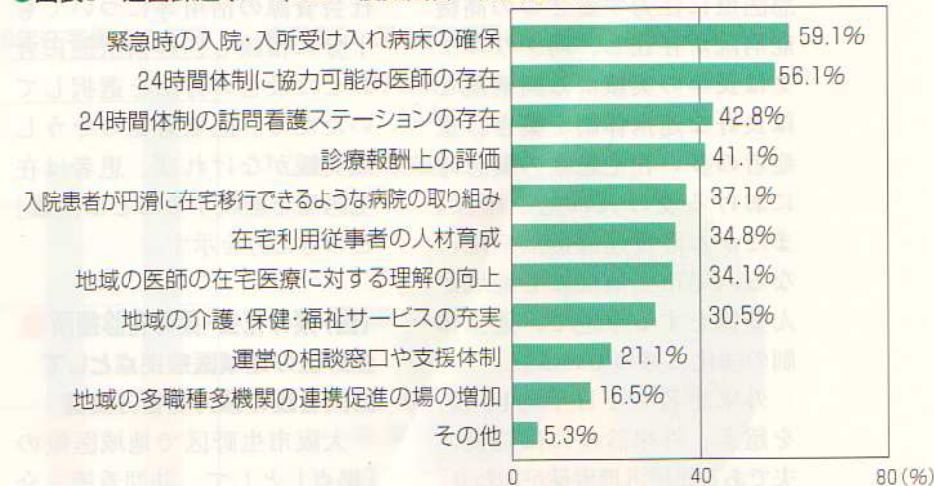
エリアは原則、八尾市を中  
心に大阪市の平野区、布施町  
や柏原市等、緊急時にも車で20  
分以内に駆けつけられる地域  
だが、例外的に患者・家族の  
要望で遠方に行く場合もある。

●図表2 提供上の課題(n=1,558 複数回答 無回答を除く)



出所:日医総研ワーキングペーパー「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」(在宅療養支援診療所調査)より一部抜粋(2009年1月27日・野村真美、出口真弓)

●図表3 運営課題(n=1,576 複数回答 無回答を除く)



出所:日医総研ワーキングペーパー「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」(在宅療養支援診療所調査)より一部抜粋(2009年1月27日・野村真美、出口真弓)





在宅医療の草分けの松尾美由起院長

松尾院長は「25年間休まずに24時間体制の在宅医療を継続し、地域住民や連携先の病院からも認知されてきて、在宅患者は年々、増加傾向にある。病院からの紹介患者は医療依存度の高い重症患者が多く、がん患者だけでなく若い難病疾患の患者も含まれる。終末期患者を自宅で最期まで“支えてあげたい”思いは強いのだが、家族の要望で病院の入院に移せざるを得ないケースもあり、在宅での“看取り”は終末期患者の4割程度」と話す。

昨年で開院25周年を迎えたが、この25年間で約600人の患者を在宅で看取った。

近隣には八尾徳洲会総合病院、医真会八尾総合病院という救急医療に注力する2つの高機能病院が存在し、同クリニックは長年の実績から両病院とは良好な連携体制を築き、重症者の多い在宅患者の緊急時における受け入れ先を確保。またがん診療連携拠点病院になる八尾市立病院にも地域がん登録をする予定で、連携体制の強化に努めている。

外来患者も1日平均100名を超え、外来診療には院長の夫である松尾汎理事長が加わり、前出2名の非常勤医師とともに

に医師4名体制で対応する。外来患者から在宅医療に移行するケースは、在宅患者の約1割程度で必ずしも高くはなく、病院や訪問看護ステーション等からの紹介が圧倒的多数を占める。夜間の当直医は基本的に、松尾院長一人に対応する。

00年に訪問看護ステーション「来夢」を立ち上げ、その後ケアプランセンターや通所リハビリテーションも開設し、介護との連携で「在宅」を進める体制を整えた。24時間体制の訪問看護ステーションとの連携で、松尾院長の負担は以前よりは軽減された。法人全体（全事業）で現在は、看護師13名、ケアマネジャー2名、介護福祉士3名、検査技師・理学療法士各1名と、手厚いマンパワーを備えている。

在宅患者の経済的負担の重さには、やはり頭を悩ませるケースも少なくないようだ。松尾院長は「がんのターミナル・ケア患者は高額療養費の申請をすることも多い」と前置きし、「在宅医療をスタートする前段階で、患者側の負担をできる限り少なくすむように、事務職員も同行して財政面や社会資源の活用等についても十分に相談し、経済状態に合わせた最善の方法を選択していただく。医療者側のそうした支援がなければ、患者は在宅医療を継続することは困難」との考え方を示す。

## ●(医)菜の花会・菜の花診療所 生野区の地域医療拠点として 訪問看護の強力な後方支援

大阪市生野区で地域医療の「拠点」として、訪問看護・介護と連携して在宅医療を積極

的に展開するのは、(医)菜の花会・菜の花診療所。92年の開院当初から“出かける医療”を念頭に置いた医療活動を展開してきた。

03年に就任した山寺慎一院長は、96年に名古屋大学医学部を卒業後、掛川市立総合病院でスーパーローテート研修の後、同院に内科医として勤務。その後、国立病院東京医療センターの総合診療科で、「間口の広い」医療を経験した。総合内科を専門とし、在宅医療を担う若い世代のドクターの一人と言えよう。

山寺院長は毎日、午前中の外来の後、午後2時頃から訪問診療に注力する。在宅医療は山寺院長が専任で、学会等で不在の場合は非常勤医師に夜間対応をお願いすることもあるが、そうしたケースはそれほど多くはない。

医師一人体制で在宅医療の積極展開が可能なのは、手厚い陣容の訪問看護師による万全のバックアップ体制が備わっているからだ。常勤4名・非常勤3名の熟練した訪問看護師が、山寺院長とのスムーズな連携により、24時間体制で迅速に対応する。

また、診療所と隣接した有限会社菜の花がケアプランセンターやヘルパーステーションを運営し、訪問診療・看護・介護が三位一体で在宅患者・高齢者にサービスを提供するのが“強み”だ。外部の訪問看護ステーションと連携するのも一つの考え方だが、自前で訪問看護を提供することで、在宅医療の「質の担保」が可能になる。

山寺院長は「訪問看護との



緊密な連携体制がなければ、病院から移行する重症患者の在宅支援は困難だと思う。在宅患者に異常があった時でも、看護師が先手を打って状態を把握し、正確な患者情報が直に伝えられる。合同カンファレンスや看護師のアセスメント・観察記録を見るだけでも、精度の高い情報が得られるし、医師の負担はかなり軽減される」と強調する。

半径2km以内のエリアをカバーし、在宅患者は常時70名以上。訪問診療の頻度は患者の状態によって異なるが、月120件前後、訪問看護は500件を超える。

その訪問看護や介護事業を統括するのは、スーパーバイザー兼看護師長の岡崎和佳子師長。開設当初からのメンバーだ。

岡崎師長は「診療所が在宅医療を進めていくには、看護師に責任を与えて主体的に関与できる体制を整えることが肝要。当診療所の場合は、週2回、院長、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等、全事業のスタッフが一同に会って、カンファレンスを実施する」と話す。病院等でみら

れるような職種間のヒエラルキーは一切廃して、院長、看護師、ホームヘルパーらが同じテーブルに着き、同じ目線で活発な議論を行う組織風土が培われている。

同診療所の昨年1年間のデータ(図表4)では、在宅での看取りが15件、病院で亡くなれた方が13件と、ほぼ拮抗した数字。在宅患者の内訳(図表5)もがん患者だけでなく、神経難病、脳卒中、認知症など偏りが無い。外来患者が加齢や病気の発症で移行するケースが多く、在宅患者の約半数を占めるといふ。

ただ、終末期がん患者や、通院が困難な独居の重症患者は、大半が病院からの紹介だ。医療連携に関して山寺院長は、「積極的にがん患者の訪問診療をするようになった5~6年前から、病院からの紹介が増加傾向にある。ただ病院によって、地域連携室スタッフや各診療科の医師の在宅医療への理解には温度差がある。在宅療養支援診療所の存在を全く知らない勤務医もいるし、浸透するにはまだまだ時間がかかるだろう」と苦勞を語る。一方、



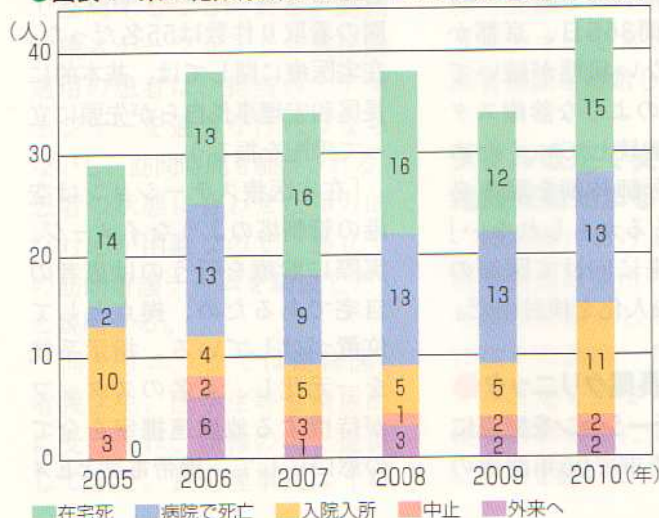
「出かける医療」に力を注ぐ山寺慎一院長・岡崎和佳子看護師長

岡崎師長は訪問看護・介護現場から「08年診療報酬改定の経済誘導を契機に、病院側の意識も、ずいぶん変化してきたようだ。現実には病院側から、ケアマネジャーや訪問看護師らと合同カンファレンスを持ちたいとの声も聞くようになり、かなり前進してきたのではないかと指摘する。

### たなか往診クリニック ● 訪問看護・調剤薬局と連携 重症患者の生活を「支える」

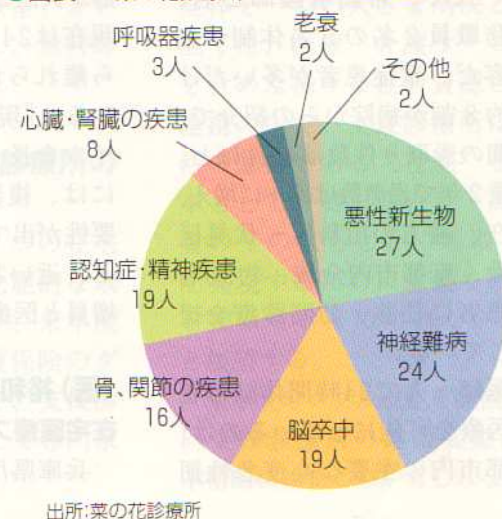
在宅医療の「老舗」だけでなく、比較的、新しく開業した診療所も取り上げてみたい。09年に京都市中京区で開院した「たなか往診クリニック」は、在宅医療に専門特化した診療所。

●図表4 菜の花診療所の2005~2010年在宅患者の転帰



※継続の方が2008年82人、2009年87人、2010年77人います。  
出所:菜の花診療所

●図表5 菜の花診療所の2010年在宅患者疾患別内訳



出所:菜の花診療所





訪問診療では白衣を着用せず私服で対応する方針の田中誠院長

田中誠院長は「当クリニックのミッションはシンプル。たとえ重症な方や医療処置の多い方であっても、本人・家族が『自宅に帰りたい』と要望されればお引き受けし、在宅での療養生活を実現しサポートしていくこと。がんの終末期や神経難病、脳卒中や心不全・呼吸不全、認知症や老化により全身が衰えている患者さんたちは、病気や障害があっても自宅で家族と共に生活できるよう“支える”ことが大切です。在宅医療はまさに生活を“支える”医療」と強調する。

JR・地下鉄二条駅からほど近い、オフィスビルの一室を拠点とし、事務所は患者・家族との相談や事務・連絡業務に利用される。医師は田中院長一人で、常勤看護師2名、事務職員2名の5名体制が全陣容だ。重症患者が多いだけに約8割が病院からの紹介で、年間の看取り件数は40件ほど。開業2年で患者数は徐々に増え、現在、遠方の山科区・伏見区を除く京都市内全域、約90名の患者に往診・訪問診療を提供している。

医師一人で24時間体制の在宅医療を可能にしているのは、京都市内の主要な高度急性期

病院および市内28カ所の訪問看護ステーションとの緊密な連携だ。特に看護ステーションとの連携は重要で、田中院長は「仮に1事業所で4名の訪問看護師が勤務しているとすれば、“在宅”のプロである100名を超える看護師との“協働”が可能になる。何か問題が起こった場合は直ちに電話連絡が入るし、往診から帰るとFAXが届き、在宅患者の状況がリアルタイムにわかるので、早急に手が打てる。当クリニックが広域に在宅医療を展開する上で、ステーションとの連携は大きな力となっている」と話す。

もう一つ見逃せないのは、京都市内15カ所の調剤薬局との協力関係だ。

「最近のがん患者の疼痛管理や静脈栄養管理にも精通した薬局が増え、服薬困難な在宅患者への訪問服薬指導・管理や注射薬の調合・配達も行ってくれるので、非常に助かっている。訪問薬剤管理指導料の算定が可能になり、薬局から積極的に服薬指導の情報が送られてくるので、在宅患者の管理には薬局薬剤師との連携は欠かせない」(田中院長)。

田中院長は夜間や休日の往診が負担というほどではないが、現在は24時間365日、京都から離れられない状態が続いている。「現在のような診療スタイルを長く継続していくためには、複数医師体制を取る必要性が出てくるかもしれない」と、近い将来に向けて医師の増員と医療法人化を検討中だ。

**(医) 裕和会長尾クリニック●在宅医療ステーションを拠点に**  
兵庫県尼崎市で95年開業の

(医) 裕和会長尾クリニックは、常勤5名、非常勤7名の医師12名による複数医師体制でチームを組み、年中無休の外来診療と24時間365日体制の在宅医療を実現している。

外来は1日平均250名の患者を診るが、基本的に医師の完全週休2日制を前提に毎日、3・4診体制の外来と在宅医療(24時間3部体制)でシフトを組む。

たとえば6名の医師ならば午前中4名が外来で、2名が在宅医療を担当、午後からは6名全員が在宅医療に回るといった具合だ。要するに担当医の明確な役割分担は行わず、ほとんどの医師が外来診療と在宅医療を兼務し、全員が顔を合わせるのは医局会の時くらい。年中無休のサービス業のような勤務体制を取っている。

同クリニックは在宅医療の拠点として、「在宅医療ステーション」を併設。2カ所の訪問看護ステーション、ケアプランセンターを運営する。ケアマネジャー、看護師、コメディカル、MSW、事務職やドライバー等も含めると、在宅医療に関わるスタッフは総勢50名を超える。定期的に訪問診療を提供する患者は常時250名ほど、昨年1年間の看取り件数は55名だった。在宅医療に関しては、基本的に長尾和宏理事長自らが先頭に立って采配を振るう。

「在宅医療ステーションは空港の管制塔のようなイメージ。実際に診療を行うのは患者の自宅であるため、拠点として位置づけしている。指示系統を一元化し、4名のスタッフが待機する地域連携室を全ての窓口にして、携帯電話とEメ





「在宅医療や老人医療を担う若い医師や医療従事者の教育的機能を果たすべき」と長尾和宏理事長

ールで24時間、在宅患者の情報を一括管理している」と長尾理事長は話す。

エリアで分けた2ヵ所の訪問看護ステーションには合計13名の看護師が勤務しているが、この他に「特殊部隊」と呼ぶ医療保険適用患者専門の訪問看護チーム（4名）が存在し、主に医療依存度の高い在宅患者を担当する。

長尾理事長は「2つの訪問看護ステーションには病状が比較的、安定した患者が多いが、特殊部隊は極めて難易度の高い患者に対応する」と前置きし、「末期がんや疼痛コントロールが必要な患者には特殊部隊の出番で、毎日、数回訪問する場合もあるし、看護師が数名で訪問することもある。訪問看護ステーションで介護保険適用の患者は、担当のケアマネジャーを通さなければならないし、訪問時間も制限される。患者の状態に合わせた弾力的な対応が困難なので、別立ての訪問看護チームを編成した」と説明する。

同クリニックでは研修医、看護学生、医学生等も積極的に受け入れ、研修の場を提供してきた。長尾理事長は「わ

が国では将来に向けて、在宅医療や老人医療を担う若い医師や医療従事者の育成が急務の課題。在宅療養支援診療所も医療と教育をセットで行うべきで、教育的機能を果たすことを支援診療所の要件とすべき」と提言する。このように長尾理事長は様々なメディアや自らのブログを通じて、医療制度について積極的に発言してきた。

同クリニック周辺は低所得者層の多い地域で、やはり医療費の患者負担の高さは深刻な問題だ。特に65歳以下のがん患者は在宅医療の終末期になると、経済的な問題から患者や家族が受診を拒否するケースも少なくないという。長尾理事長は「65歳以上の場合には1割負担で済むが、64歳未満だと3割負担になるので、毎日訪問すると月10万円以上かかるケースもある。たとえば20～64歳の末期がん患者の在宅医療費のみ、高齢者と同じ1割負担にするような制度改正が可能になれば、壮年期の在宅医療は格段に進めやすくなるはず」と問題提起する。

長尾理事長は昨年からクリニックの敷地内の一角に「医療・介護よろず相談室」というコーナーを常設し、無料の匿名相談を開始した。

### ダブル改定で支援診療所の地殻変動始まる

都市部における4つの在宅療養支援診療所の先駆的な取り組みを紹介したが、来年度に控えた医療・介護保険のダブル改定を踏まえて、支援診療所の将来像に関して専門家にも話を聞いた。



「ダブル改定以降、在宅療養支援診療所の役割がより明確になっていく」と地域計画医療研究所長・美留町利朗先生

保健・医療・福祉に関する行政計画の策定支援を数多く手がけてきた（株）地域計画医療研究所所長・美留町利朗氏は、「05年の介護保険制度改正で地域包括ケアの考え方が浮上し、本年度中に都道府県、市町村単位で第四期介護保険事業計画による基盤整備が行われ、ダブル改定では医療と介護の“連携”がより鮮明になっていく。従来は強い熱意を持った先生方が“赤ひげ”的なマインドで在宅医療を支えてきたが、これからは地域の包括的な支援体制の中で、支援診療所の果たす役割が明確になっていくはず」と指摘する。

さらに、美留町氏は「地域全体を一つの大きな病院と見立てた、医療・介護サービスを含めた様々な社会資源との連携の中で、支援診療所は生活の基盤である“在宅”を基本として、終末期患者・高齢者のその人らしい“看取り”を実現するために重要な役割を担っていくのではないかと展望する。

来年度のダブル改定を契機に、同支援診療所の地殻変動が、本格的に始まるのかもしれない。