

Focus
1

患者の希望の実現を重視し
「選ばれる診療所」をつくる

医療法人ゆづの森理事長 永井康徳

多職種による食支援やQOLの高い看取り、さらにはへき地医療支援など、全国の在宅医療関係者がその取り組みを注目している、医療法人ゆづの森たんぼクリニック。そのかじ取りを行ってきた永井康徳理事長に、今後の在宅医療の方向性、地域から支持されるために必要な取り組みなどについて聞きました。

選ばれるために不可欠な
退院困難事例の受け入れ

——最初に今後の在宅医療のニーズについてどのように考えていますか。

永井 厚生労働省の試算などにもあるとおり、85歳以上の高齢者人口は増え、当然在宅医療の需要自体は今後も増えていきます。ただし、市場は大きく変化していく可能性が有ります。訪問診療を行う診療所はもちろん、在宅療養支援病院も増えていますし、診療報酬単価は下がっていくでしょうから、競争は激しくなっていくと思います。実際私が開業した2000年当時、松山市内に訪問診療中心の診療所は皆

無でしたが、現在は10以上に増えています。

そうなる、地域の病院や患者さんから選ばれるための差別化要素が必要であり、その重要なポイントの1つは、病院における退院困難事例(図表)への対応だと考えています。

かかりつけ医が在宅で受け入れることができない患者さんどう診ていくか。もはや24時間365日対応は前提条件であり、訪問診療中心の診療所としては、「入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である」などの退院困難事例を受け入れられるかどうかを問われる時代に突入していると言えます。

診療所経営の観点から結論めいた

ことを言うと、退院困難事例を受け入れられる体制や患者さんのQOL

を追求する体制を整え、その情報をきちんと発信して認知されることが重要です。

王道かもしれませんが、今後選ばれる在宅医療機関となるためには、「ここで最期まで診てもらおう」「重症者でもあそこ任せれば安心だ」と言われるようになるための取り組みを積み上げていくことだと考えています。

病床を持つことで
患者・家族の負担を軽減

——その一環として、16年には16床の有床診療所(以下、有床診)に転換されました。病床を持つことは、

退院困難事例への対応や看取りなどにつながりますか。

永井 結論から言うと、病床があることが、他の訪問診療中心の診療所との差別化につながっています。その1つは「看取り」機能の強化です。私は看取りの質を高めるためには次の8つが必要になると考えています。

1. 不安を取り除く
2. 信頼関係をつくる
3. 死に向き合う
4. とことん楽にする
5. 医療を最小限にする
6. 亡くなる最期まで食べる
7. 患者のやりたいことを支援する
8. 一緒に悩み、納得できる意思決定の過程を踏む



図表 入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

	急性期 一般入院料 1(n=336)	急性期 一般入院料 2~3(n=46)	急性期 一般入院料 4~6(n=170)	地域包括ケア森林入 院料：入院医療管理 料 (n=52)	回復期リハビリ テーション病棟入 院料 (n=54)
①悪性腫瘍、認知症又は呼吸器肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
②緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨退院後に医療処置(褥瘡等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩入院治療を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪入院治療を行っても長期的な低栄養状態となる見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬児童等の家族から、介護や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

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」

従前、当院では約85%の患者さんを居宅で看取っていました。残り15%については介護力や本人および家族の不安などが、原因となり病院で最期を迎えていました。この数字自体について当初、「仕方ないかな」と捉えていたのですが、ある患者さんとの出会いで一変しました。50代の末期がんの女性でした。家族にも障害があったため、在宅での療養は、本人や家族はもちろん私たちにも不安感がありました。それでも行政とも連携して何とか在宅療養を支援した結果、病状は安定し、

自宅で穏やかな生活を送ることができていました。しかし、いよいよ看取りが近づいた時、家族だけでは支え切れないだろうと考えて、こちらから緩和ケア病棟への入院を勧めました。そうしたところ、家族からは入院を拒まれ、「入院すると新しい人間関係をつくる必要があり、それは私たちにとても非常に大変なことなのです」と言われました。この言葉に、ハッとさせられました。

入院した場合、当然、患者さんや家族はその病院の医師や看護師など新しい人間関係を築かなければなりません。その心身の苦勞は相当なものだと気づいたのです。私たちが病床を持つていけば、そうした問題は生じません。患者さんと家族の不安を解消しよう。これが有床診を開設することにした根本的な目的です。

トランジット機能で重症患者の紹介が増える

「看取り」機能の強化のほかに、どのような差別化要因がありますか。

永井 現在、当院の病床は「看取り」機能のほかに、「トランジット」「レスパイト」「食支援」「医療型短期入

所」という5つの機能を發揮してくれています。順を追って簡単に説明します。

まずトランジット機能とは、簡単に言うと、患者さんが急性期病院から在宅への移行前に一時入院し、在宅復帰準備を行う受け皿としての機能です。病院での急性期医療を終えても、そのまま在宅に戻ることに対して不安を持つ患者さんや家族、さらには医師も少なくありません。「こんな重症な患者さんを自宅で診るのは無理だろう」と。

そこで一旦、有床診に転院してもらい、そこで私たちが在宅復帰に向けた支援を行うことで、不安を解消しながら在宅に戻っていくというスキームです。

このトランジット機能を整備したことで、在宅医療の現場経験のない急性期病院の医師であっても安心して患者さんを送ってくれるようになりました。結果的に診療報酬単価の比較的高い重症な患者さんが多く紹介されるようになったほか、24時間医療者がいる「病床がある」という安心感からその他の患者さんの紹介件数も増えました。経営的にも貢献してくれています。

次にレスパイト機能ですが、在宅

医療の継続性を確保していくうえで、患者さん、特に重症な患者さんを支えている家族への配慮も欠かせません。家族のリフレッシュを目的としたレスパイト機能を發揮できるのも有床診ならではの強みと言えます。

また、重症な患者さんの生活を支えていくためには、地域の医療介護従事者などによる多職種連携が不可欠であり、その究極の形が食支援機能だと思っています。

「最期まで食べたい」と県外から移住する患者もいる

なぜ、食支援が重要なポイントになるのでしょうか。

永井 在宅患者さんは近い将来、口から食べられなくなるという問題に直面します。最期まで点滴を含めた医療を続けるのか、医療を最小限にして食べたいものを食べることを優先するのか。ACPの観点からも食べられなくなったらどうするのかを早い段階で考えることは重要です。

食支援に関しては具体的な活動として、介護食士の資格を持つ調理師と管理栄養士、言語聴覚士が連携し、患者さんにとって最適な嚥下調整食を提供しています。また「たんぼクツ

クラブ」という研究室を設け、日々患者さんが食べやすい調理の仕方についての研究も行っていきます。

なお、今年の「第11回嚥下食メニユーコンテスト」決勝審査会（一般社団法人日本医療福祉センターラルキッチン協会、嚥下食ドットコム主催）において、私たちが提供した「和牛の寒天ステーキとフォアグラ風ムースの五感で楽しむロツシーニスタイル」が最優秀グランプリに選ばれました。コンテストでは料理の技術や味はもちろん、普段からどのような姿勢で嚥下調整食の調理に携わっているかも審査対象となります。つまり、最優秀グランプリはスタッフ全員が認められたということであり、非常にうれしかったです。

この食支援機能の充実は評判を呼び、全国から問い合わせがあります。最期まで好きなものを食べたいと、松山市外はもちろん、愛媛県外からも移り住んでくる方もいます。他の在宅医療機関との差別化の大きなポイントの1つになっていると言えます。

障害短期入所によって マイナスをカバーする

——現状、素晴らしい嚥下調整食に対する診療報酬上の評価はない

と思いますが、採算はとれているのですか。

永井 もちろん、嚥下食に関しては法人からの持ち出しです。しかし、そんなに多額のお金がかかるものではないし、それで患者さん本人に喜んでもらえ、当法人のブランドイングにもなり、医療の質を向上させることでスタッフのモチベーションの向上にもつながっているので費用対効果は高いと思います。

理想は診療報酬で認めてもらうことですが、重症患者さんの受け入れや看取りに関しても当初は特別な点数はありませんでした。2024年改定でも管理栄養士は往診の基準で配置が努力義務とされました。その取り組みが必要だと判断されれば、制度に反映されるでしょうから、学会等での情報発信は続けていきたいと思っています。

直接的な収益というと、小児から若年者を対象に人工呼吸器管理や吸引、経管栄養等の医療的ケアを必要とする方へのデイサービスや宿泊サービスを提供する「障害短期入所」の方が大きいです。この報酬は医療保険ではなく福祉制度からの報酬なので、比較的、手厚い報酬があり、経営改善に大きく寄与してくれています。

す。また、厚生労働省も有床診を再評価する流れがあります。ただ、それでもまだ有床診単体で考えるとマイナスであり、ようやく「トントンに近づきつつある」というのが実情です。

患者数を増やすことで 24年度改定でもプラスに

——2024年度診療報酬改定の影響はどうですか。

永井 6月は落ちましたが、7月以降は前年度比プラスとなつていきます。患者1人当たり単価は落ちたものの、患者数が大幅に増えたからです。

24年度改定は2月に答申、6月施行だったため、幸いなことにある程度準備期間がありました。答申が出た段階でこのままだとマイナスになることがわかったので、4月から認知活動や渉外活動を強化したのです。その活動が実を結び、これまで月30人程度であった紹介患者さんの数が月約50人まで増えました。クリニック経営の王道はやはり「患者数の増加」です。診療報酬について言うと、改定後に自分たちの方向性を変えるのではなく、診療報酬に左右されずに、患者や地域に必要なこ

とを先駆けて行っていくことが大切です

——患者数が増えると現場の負担が大きくなります。どのような対策をされていますか。

永井 以前から現場の負担になりすぎない余裕を持った体制を敷いてきました。当院には現在10人の常勤医に対して、患者数は600人。単純計算にはなりますが、1人当たり60人でそれほど多くありません。私としては収益を追うのではなく、全体として黒字になればいいと考えています。そのため、マンパワーの裏付けなしに患者数を増やすことはせず、必要に応じてすぐに往診できるような余裕をもった対応ができる体制を目指しています。

地域貢献や働きやすい環境など 医師を集める工夫

——医療者、とりわけ医師の採用は地方の診療所では大きな課題となっています。どのような工夫をしていますか。

永井 大きく3つのポイントがあると考えています
1つ目は患者さんや地域のためになる活動をして、取り組み内容等をきちんと発信することです。



永井康徳

医療法人ゆの森理事長

ながい やすのり ● 1966年生まれ。愛媛大学医学部を卒業後の96年、今の愛媛県西予市にあった国保俵津診療所所長に就任。2000年、在宅医療専門診療所「たんぼぼクリニック」を松山市に開設した。「たんぼぼクリニック」や国保俵津診療所を引き継いだ僻地診療所「たんぼぼ俵津診療所」の運営を手がける。

その取り組みの方向性はさまざまですが、「この診療所で診てもらいたいからと、患者さんや家族が引越してくる」レベルのものが重要です。当院では、これまで必要なインフラを整備し、医療を最小限に抑えて食支援を含めた自然な最期を迎えられる取り組みを進めてきました。その内容については本を出したり、講演したり、YouTubeで動画配信したりしています。その結果、「ここで働きたい」とモチベーションの高い医師がきてくれています。

働くこと疲弊することが目に見えているからです。

複数体制で業務をシニアできる疲弊しないシステムの構築が必要であり、たとえば24時間体制を敷くのであれば、医師は4人程度必要になるでしょう。

3つ目は教育研修機能です。当院は毎年30人程度の研修医を受け入れているほか、在宅医療認定専門医を目指す医師のための在宅医療研修プログラムも整備しています。

また当院では在宅クリニックの開業支援も行っており、現在、12人の医師が全国へ巣立っています。開業支援を行うことで若いやる気のある医師が集まる仕組みになっています。

——診療所経営の方向性としては永井先生のように1つの診療所の規模を大きくすること、分院展開していく方法もあります。分院展開を選択する開業医が多いなか、あえてその道を選ばないのはなぜですか。

永井 医療サービスの質を担保するのが難しくなるからです。患者数300人が分院展開の分水嶺になると思いますが、規模の拡大が目的ではないので現状、分院展開は考えていません。

へき地医療を支えるには 経営的にも在宅医療が重要

——最後にへき地における在宅医療についてお聞きします。松山市から100km離れた西予市の俵津地区で、へき地診療所を立て直す「俵津プロジェクト」を続けていきますか。

永井 西予市明浜町俵津は人口1000人程度で、高齢化率は約50%という、日本の高齢化を先取りしている地域です。「このままだと診療所がなくなるので、何とかしてほしい」という地域住民からの働きかけがあり、2012年からたんぼぼ俵津診療所の運営を行っています。

現在は本院の医師が曜日ごとに交代で勤務しています。へき地において、1人で24時間365日診るのは心身の負担が大きいため、カリスマ的な医師にしかできません。そこで複数医師による交代勤務制にしたのです。

先ほどの分院の話にもありますが、複数医師による交代勤務の場合、診療方針を含めた情報共有が課題になります。電子カルテやグルー

プウェアなどのツールに加え、毎朝30分程度、本院とオンラインでつないでミーティングを行うことで情報共有や価値観の統一を図っています。

同院は我々がはいる前は国保俵津診療所として運営されていましたが、年間300万円もの赤字を出していました。しかし我々がかかわることで黒字経営に転換させることができました。その背景には在宅医療があります。外来よりも診療報酬が高いことに加え、24時間365日往診対応できる体制を構築した結果、町外に流れていた患者さんも戻ってきたのです。

ただ、人口減少の流れを受けて経営的に厳しくなっているのも事実であり、診療範囲を広げることで採算を確保しているという状況です。

——最後に今後の戦略や取り組みを教えてください。

永井 私が現在最も関心をもっているのは、私たちの後に続く人たちが育てることです。当院で研修あるいは働いたことがある人たちが他の地域にも広がり、それぞれの場所でも在宅医療という花を咲かせてほしい。それこそスタンポポの種が広く飛んで、たくさんの花を咲かせるようになります。