

## 1 訪問診療という“商い”

### 1 理想の在宅医療実現のためには

いきなり“商い”という言葉を用いると医療人は嫌悪感を示されるかもしれない。おそらく「商い＝金儲け」を想起してしまい、金儲けを究極の目標と捉えてしまうからだろう。しかし、得られるお金は真っ当な診療をしたからこそその報酬であり、そのお金は理想の在宅医療を実現するための手段にすぎない。

“商い”の経営哲学として、近江商人の「三方よし」が広く知られている。「商売において売り手と買い手が満足するのは当然のこと、社会に貢献できてこそ良い商売と言える」という考え方である。「売り手によし、買い手によし、世間によし」を示す「三方よし」という表現は、近江商人の経営理念を表現するために後世につくられたものであるが、医療人にも適応できるのではないだろうか。つまり、「医療者・介護者によし、患者・家族によし、地域によし」の精神である。

そういう意味で、真っ当な訪問診療の結果として収益を得、その利益を組織の成長に投資して地域によしとなるのである。そこであえて訪問診療を“商い”という側面から考察したい。

まずは、外来診療と訪問診療の“商い”の違いを理解したい。

### 2 将来の患者数と開業数の推移

#### 1) 外来の利用需給のトレンド

1日の外来利用者数は2025年まで増加する。しかし、ピークはそこまでで、以降は、5~9万人/日のペースで減少していく。2050年に入る頃には、ピーク時と比較して1割弱の利用者が減ることになる。1割弱の減少にとどまるのは、総人口の減少以上に、医療機関需要の高い高齢者の大幅増加によるものだ。むしろ、外来診療で深刻なのは競争の激化だろう。診療所医師数は2011年と比較して、2050年には約1.4倍になるのだ。単純に、1日の外来利用者数を診療所医師数で割って、診療所医師1人1日当たりの利用者数とすると、2050年には3割以上の減少となる。つまり、縮小する外来患者のパイをより多くの医師で取り合うのが、将来のイメージである(図1)<sup>1)</sup>。

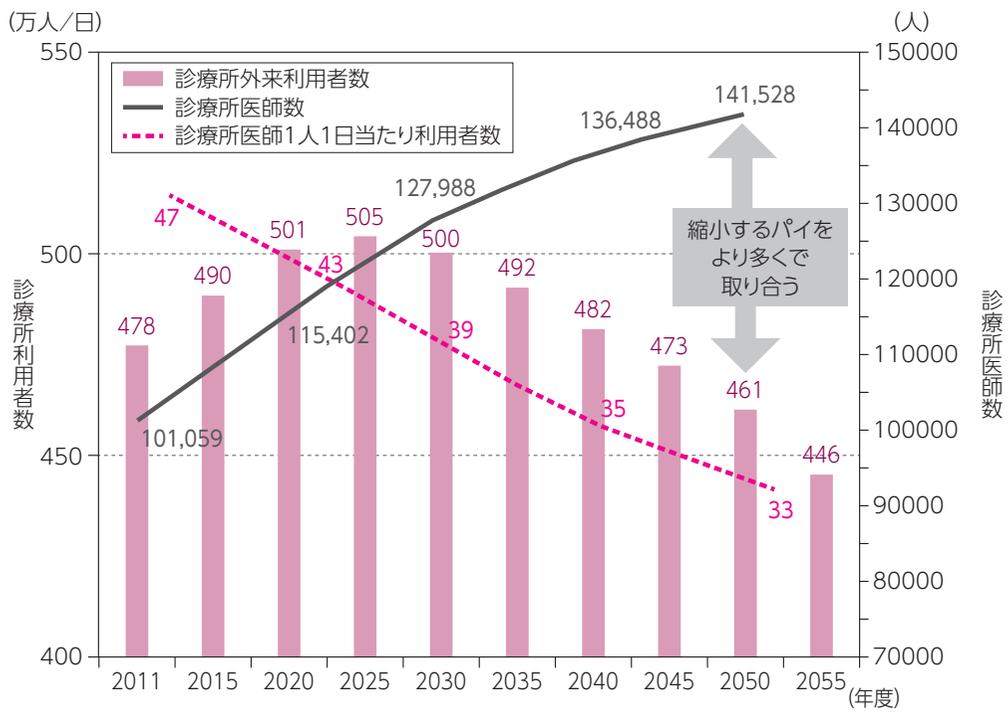


図1 診療所の外来利用者数の将来推計 (文献1をもとに作成)

## 2) 訪問診療の利用需給のトレンド

一方で、訪問診療のニーズは、仮に要介護3以上のサービス受給者を訪問診療の潜在的な対象とするならば、2015年から2060年までで1.9倍の増加が見込まれているので、訪問患者のパイは拡大することが推察される。

それでは、増大する需要に対して、供給する側の在宅療養支援診療所の現状であるが、2010年の12,487件から2014年の14,662件までは順調に増えていた。しかし以降は減少しており、2018年は13,696件で、ピーク時と比べて約1,000件も減ってきている。しかも、全在宅療養支援診療所の47%は看取り実績がない。つまり、本来の訪問診療に求められる要件を満たしている医療機関はいまだに少ないのだ。そのため、看取りまでをきちんと完結できる在宅療養支援診療所は、その活動実績だけで競争力があると考えてよい。将来的には“多死の時代”は必然であるので、看取りを着実にこなせる真っ当な在宅療養支援診療所にとっては需要の心配は不要であろう。

## 3) 収益モデル

収益モデルを単純化すると、外来診療はフローモデルであり、訪問診療はストックモデルと言える。フローモデルとは、季節・天候などにより患者数が増減するモデルである。ストックモデルとは、死亡・入院などの脱落がない限りは、患者数が蓄積していくモデルである。ストックモデルのメリットは、訪問予定を工夫すれば、フローモデルと

# 1 医師リクルーティング

## 1 グループ診療をめざすためのマジックナンバー4

### 1 訪問診療展開の際の心構え

訪問診療を地域で展開するのなら、サービスの継続が前提となる。質を担保したサービスを継続するためにはグループ診療が必要条件だ。なぜなら、在宅療養支援診療所の場合、24時間・365日の対応が前提となるため、院長1人でこなすことは疲弊につながり、継続性はおろか質にも影響を及ぼしかねないからだ。以降に、訪問診療に特化したクリニックを1人の医師で開業し、グループ診療をめざすケースで解説したい。

#### 1) 多くのクリニックにありがちな成長停滞パターン

医師1人で開業する場合を想定して、まずは開業後に陥りがちな成長停滞パターンについて解説する(図1)。

他項にて述べたように(※p249「3 患者・多職種の視点の要諦」)、3者(ケアマネジャー、訪問看護師、病院連携室のソーシャルワーカー)との信頼関係構築が功を奏すると、患者もしいだいに増えてきて忙しくなってくる。早くて開業1年前後で常勤医師を雇用することになるだろう。

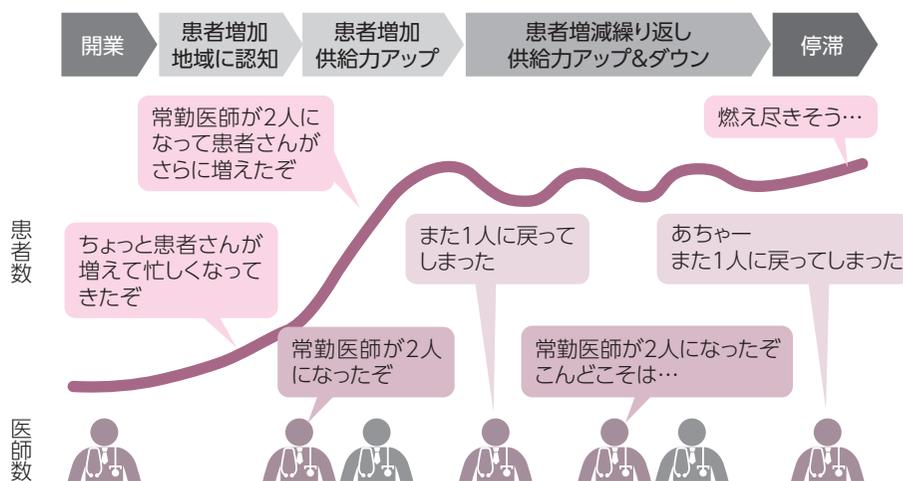


図1 ありがちな成長停滞パターン

常勤医師1人と2人を行ったり来たりしているクリニックが大半である

常勤医師が2人になったことが地域に認知され、患者が順調に増えていく。しかし、また元の1人医師の状態に戻ってしまう。医師の募集→雇用→退職、そしてまた募集……を繰り返す。その不安定さに「先生がコロコロ変わって、あそこ大丈夫？」となり、先ほどの3者も含め、周りが紹介することを躊躇しはじめる。

この供給のアップダウンを繰り返すうちに、成長が停滞ペースに入ってしまう。実はそのようなクリニックは少なくない。

## 2) 患者数増加とは、診療とマネジメントの負担増である

訪問診療に特化したクリニックは、サービスの需要が見込める適切なエリア選定と多職種連携に配慮した診療を続けられれば、外来専門のクリニックと比較して増患の可能性は高い。しかし、患者数が一定数を超える時点(居宅なら60名程度)で院長は負担を感じるようになる。なぜなら、患者数が増えるほど、往診などの緊急対応の頻度が増えるからだ。クリニック同士で輪番にして夜間休日の往診を行っている地域もあるが、汎用性の高い成功事例は非常に少なく、1人で対応せざるをえないクリニックのほうが多い。

患者数が増えるにしたがいサポートするスタッフを補充するので、管理スパンが広がり、マネジメント自体の負担も大きくなっている。つまり、患者数が増えるということは、院長にとっては診療とマネジメントの負担が大きくなることと同義なのだ。

初期には、院長は情熱でこの負担を乗り切ろうとする。しかし、どんなに頑張っても3年が限界だろう。心身ともに疲弊すれば診療が雑になり、地域での評判が落ちる。そこに競合のクリニックが現れれば、先行者としてのアドバンテージはほとんどない。むしろ、落ちた評判は競合を利することとなり、いつの間にか追う立場になっているかもしれない。ようやく自院の後退に気づいて巻き返しを図ろうと考えるのが医師の増員である。この時点で偶然、医師が常勤として入ってきてくれたとする。しかし、その医師が働いてくれるのはせいぜい1年が限界だろう。早ければ3カ月で辞めかねない。

## 3) グループ診療の土壌

せっかく自院に来てくれた医師がすぐに辞めてしまう。それは、外部からの医師が働くための“土壌”が組織に存在していないのが原因だ。開業時からグループ診療の土壌を耕しておく必要があったのだ。

ここで、“土壌”について解説しておく。“土壌”とは、グループ診療を想定した業務設計と組織づくりのことである。“土壌”が耕されていないと、どうなるのだろうか。院長1人で開業すると、業務・組織は1人最適化に向かってしまう。日々の仕事が標準化されず、院長の気まぐれで仕事が進行するようになる。スタッフも、そんな状況に臨機応変に合わせることでスキルと勘違いし、ほとんどの業務フローが暗黙知レベルにとどまってしまうのだ。

院長1人の最適化が常態化したところで、非常勤/常勤を問わず、外部から新しく医師が加わったとする。オリエンテーションも入職者視点になっておらず、マニュアルも

## 2 モノ：すべてのモノは消耗品である

### 2 各論

#### 1 PC

クラウド環境を安価に導入できるようになり、移動先でも院内と遜色ないレベルの事務作業環境を構築することが可能となった。つまり、モバイルオフィスの普及は訪問診療においては大きな追い風と言える。モバイルオフィスの必需品、ノートPCについて考察する。

##### 1) ノートPC

在宅医療の業務の司令塔に相当する。タッチタイピングに慣れていればタブレット端末よりも効率性は高い。なぜなら、タブレットのようにキーボードから指を離して画面にタッチする行為自体、作業の動線の見地からロスなのだ。そのため本項では、ノートPCに限定し、OS (Windows OSとMac OS) と対応するハードウェアの観点から優劣を検証したい。この場合、1日の訪問件数が15件以下 (ほぼすべてが居宅) で、実用上問題ないレベルを想定している。

なお当院は、Windows機はPanasonicの「Let's Note」シリーズ、Apple機は「MacBook」の2機種を使用してきた。

##### 2) アプリケーションのバリエーション

かつては、利用するアプリケーションがどちらのOSに対応しているかが選択基準だった。しかし、クラウド環境が普及してからブラウザからの閲覧・入力が可能となり、アプリケーションでOSが決まることはなくなった。実際、当院で利用しているアプリケーションは、ストレージはDropBoxとEvernote、チャットはChatWork、他職種との情報共有はMedicalCareStation、インターネットFAXはMOVFAXだが、いずれもブラウザ (Google Chrome) 上で操作できるため、OSの違いで選択する必要がなくなっている。

##### 3) その他

###### ① 周辺機器との拡張性

プリンターのような周辺機器も大手メーカーが製造している機種の場合、ドライバはどちらのOSにも対応していることが多く、OSによる周辺機器の拡張性も決定因子とはなりにくい。

## ② バッテリー

1日の訪問件数が15件以下であるなら、午前9時半～午後5時(30分休憩)には終了することがほとんどであり、実働時間7時間程度ならほとんどの機種 of 標準的なバッテリー駆動時間の範囲に収まるため、こちらも決定因子とはなりにくい。なお、Apple「MacBook」シリーズは筐体とバッテリーが一体化しており、ユーザーによるバッテリーの交換はできない。

## ③ 重量

必須の携行品である以上、重量が1kg未満に納まる機種が候補に挙がるのだが、この重量に該当する機種は豊富にあるので、ここでも差がつきにくい。

## ④ 耐衝撃性

Let's Noteシリーズは、もともと耐衝撃性能を差別化ポイントとしているだけあって実績でも優れている。MacBookシリーズの場合、筐体自体の耐衝撃性は劣るので、カバーで保護することが必須となる。衝撃対策のカバーはAmazonで容易に入手可能である。

## ⑤ キーボードの打鍵感

キーボードの打鍵感においては、Let's NoteシリーズとLenovo「ThinkPad」シリーズがタイピングのしやすさに定評がある。MacBookシリーズもキーボードの打鍵感は改善されてきているが、リズムカルなタイピングにおいてはまだ及ばない。

## ⑥ トラックパッド

実は、トラックパッドはノートPC上の作業効率に大きく影響を与えるデバイスである。この場合、Appleに一日の長がある。Windows機でもハードウェアメーカー独自でトラックパッドに工夫を凝らしているが、Apple機の場合、OSとハードウェアを一体で開発しているので、動作のスムーズさと安定性は高い。慣れれば直感的な操作が可能であるし、1つひとつの動作がWindows機と比較して省略できるのは大きい。たとえば、ブラウザ閲覧時のスクロールはポインタをスクロールバーに合わせることなく、2本指をトラックパッド(マウスの代わりに使われるポインティングデバイス)に置くだけで可能となる。当院のように様々なアプリケーションを導入し、切り替えが頻繁に必要な現場なので、重宝している。その結果、院内に戻ってからの作業もトラックパッドだけで事足りるようになった。Windows機の場合、トラックパッドだけでは作業効率が落ちるためマウスを補完的に使用することが多い。

以上から、電子カルテのみというような単一のアプリケーションを使うだけなら、Windows機でもApple機でもどちらを選んでも大差ないと言える。しかし、当院のような外部の専門職との情報共有のために頻繁に様々なアプリケーションを切り替える作業が多い場合は、トラックパッドの利便性が重視される。そのため、OSと最適化したハードウェアを一体で開発しているMacBookシリーズのほうが利用価値は高いこ

# 1 開業前： 知っておいたほうがよい会計知識

## 1 数字の理解はクリニック経営に必須

クリニック経営を黒字化することは、事業継続のために最初を実現すべき目標である。心の中では、きちんとした診療さえしていればお金はあとからついてくるという気持ちが強いはずである。苦手な会計の数字に関しては税理士任せにし、自分は診療に集中したいという気持ちも理解できる。しかし、クリニック成長のための投資の意思決定は院長が行わなくてはならない。そして、意思決定をすれば決して少なくない額のお金が必要となる。つまり、意思決定とお金は必ずリンクしているのだ。

財務指標に関して最低限押さえておきたい項目はそれほど多くはない。本項では、訪問診療のクリニックを経営する上で押さえておきたい会計知識と流れに絞って解説していく。クリニックの成長に必要なお金のことをしっかりと理解した上で、患者さんと家族の満足度を高めることに真摯に向き合えば、お金はついてくることがおわかり頂けるだろう。

## 2 ビジョンとお金の関係

ビジョンとは、達成したい目的を言葉や数字、あるいは映像で具体的に表現したものである。

「どんな構成の在宅患者を、1日何件訪問しているか」

「どんな能力を持つスタッフが何人くらい周りにいて、どんな関係を築いているか」

「自院の診療が地域にどんな影響を与えているのか」

ビジョンがはっきりすると、「それを実現するために、具体的にいくらのお金が必要なのか」「それをいつまでに稼ぐ必要があるのか」、そして「どんな行動を起こす必要があるのか」が見えてくる。たとえば、優秀なスタッフを採用したければ、その人が納得するだけの給料を支払う必要がある。同時に、その人がその給料に見合った利益を生み出すよう、活躍の場も与えなくてはいけない。もし、3年後までに4人常勤医師体制のグループ診療を確立したいのであれば、それまでにインフラ整備(=土壌)、アシスタント育成への投資や、雇用する医師の給与支払いに充てる資金を蓄える必要がある。ま

た、ビジョンに「2週間の休暇を取り、海外の在宅医療を見学する」という目標を掲げたのであれば、2週間院長が不在でもクリニックの業務が滞りなく進むよう、スタッフに任せられる状態をつくるための投資が必要である。

このように、「1年後、3年後、5年後にどうなっていたいか」ということが明確になるほど、それを裏付ける資金プランの重要性が増してくる。ビジョンがあってもお金がなければそれを実現できない。そうかといって、お金のことばかりに追われているとビジョンを忘れてしまう。だからこそ、ビジョンとお金は車の両輪でどちらも不可欠なのだ。

### 3 お金の悩みは4段階ある

院長の多くが抱える「お金に関する困りごと」を一言で表すならば、「クリニックのお金の流れが漠然としている」ことによるストレスと言ってよい。これを分類すると、4つのレベルで表現できる。

#### 1) レベル1：基礎知識を知らない

クリニックとしてのお金の出入りの全体像とメカニズムを知らないで、「どこかに見落とししていることがあるのでは？」と常に恐怖感があるレベルである。

##### ①時期

クリニックの知名度が上がり、患者紹介増加に伴い、増える一方の業務負担を補うために効率化の工夫をせず、増員でしのぐときに陥りやすい。

##### ②対策

まずは後述の、初級編①「お金の流れの6つのstep」の解説(☞p224)を読み、用語と定義に慣れておく。

#### 2) レベル2：自院の収支の現状を知らない

自院の収支の全体像がつかめていないので、黒字であっても赤字であっても、「自院は今、どのくらいのレベルにあるのか」がわからず、常に不安があり、具体策を講じることができない。

##### ①時期

スタッフ数が10名を超え、総務もしくはレセプト担当の事務スタッフに経理をお願いする。院長は外に出て診療に追われる日々。経理担当者は支出に目を光らせて「何にいくら支払っている」というミクロな情報は把握しているが、クリニック全体としてお金がどう動いているのかという経営判断の視点では理解できていない。「もっと経営判断の視点でフィードバックしてもらえないか」と要求する院長に対して、何をどのタイミングで伝えれば良いのか経理担当者にはわからない。最悪の場合、経理担当者は精神的に疲弊して退職に至ってしまう。