

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
沖縄	脳卒中	特定健康診査の実施率	P	—	70%以上	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期治療 ・専門的な診療が可能な医療機関への速やかな救急搬送の推進 ・医療機能の分化と役割分担を図り、地域の医療機関の専門性を高める ○回復期・維持期の継続的ケア ・急性期から回復期、維持期に至るリハビリテーションを行う体制の充実 ・地域連携クリティカルパスの導入を推進 ・連携を推進するため、各地区において、医療関係者による圏域連携会議や地域連携室担当者会議を開催
		特定保健指導の実施率	P	—	45%以上	
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	P	—	10%以上減少	
		脳卒中の地域連携クリティカルパス導入圏域数	P	1	5(全圏域)	
	急性心筋梗塞	特定健康診査の実施率	P	—	70%以上	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期治療 ・一般県民等を対象とした救命講習(自動体外式除細動器(AED)、心肺蘇生法)を推進 ・専門的な診療が可能な医療機関への速やかな救急搬送を推進 ・医療機能の分化と役割分担 ○回復期・維持期の継続的ケア ・早期からの心臓リハビリテーションを行う体制を充実 ・地域連携クリティカルパスの導入を推進 ・連携を推進するため、各地区において、医療関係者による圏域連携会議や地域連携室担当者会議を開催
		特定保健指導の実施率	P	—	45%以上	
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	P	—	10%以上減少	
		急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパス導入圏域数	P	2	5(全圏域)	
	糖尿病	特定健康診査の実施率	P	—	70%以上	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病境界域にある者への生活習慣の改善指導を推進 ○糖尿病患者への医療機関の受診勧奨及び治療継続の呼びかけ推進 ○連携を推進するため、各地区において、医療関係者による圏域連携会議や地域連携室担当者会議を開催 ○医療機関における標準的糖尿病治療の普及を図るため、研修会の開催や患者支援用の教材の共有化を推進
		特定保健指導の実施率	P	—	45%以上	
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	P	—	10%以上減少	
		糖尿病の地域連携クリティカルパス導入圏域数	P	0	5(全圏域)	
救急	AED設置台数	S	754台	1,500台	<ul style="list-style-type: none"> ○救急医療に対する普及啓発の強化 ・現場に居合わせた者が救急車到着までの間に救急蘇生法(人工呼吸、心臓マッサージ、AED使用等)を行うことや救急車の適切な利用について県民に啓発 ○病院前救護活動の充実 ・特定行為(気管挿管、薬剤投与)の行える救急救命士の育成など、救急業務の高度化を促進 ・メディカルコントロール体制の充実強化 ○救急搬送体制の充実 ・持続可能なヘリコプター等添乗医師等確保システムを構築 ・救命救急センターに救急医療用ヘリコプターを導入し、離島・へき地における救急医療体制拡充 ・救急医療用ヘリコプター運航調整委員会等を設置し、救急搬送体制の連携強化 ○救急医療体制の充実 ・身近な「かかりつけ医」の普及・定着を図るとともに、初期救急医療体制の拡充を推進 ・二次救急医療機関及び三次救急医療機関の機能強化を推進 	
	救急医療用ヘリコプターによる病院収容時間の短縮	S	例: 粟国島145分	例: 粟国島55分 90分の時間短縮		

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
沖縄	災害	沖縄県災害時医療救護計画及び実施細目マニュアル策定・運用	S	未整備	運用	○沖縄県災害時医療救護実施細目マニュアルの策定 ○DMATチームの活用 ・災害時の医療体制を整備 ○災害時における医療情報の提供
	へき地	ドクターバンク登録医師数	S	15人	100人	○無医地区・無歯科医地区等への巡回診療の実施 ○安定的医師供給システムの確立 ・離島勤務が医師としてのキャリアアップにつながるシステムの確立 ○医師情報の収集及び研修システムの実施 「離島・へき地ドクターバンク等支援事業」による情報発信や収集、相談、研修などを強化し、離島勤務医師の確保
		離島医療支援事業による代診医派遣延べ日数	S	60日	160日	○へき地医療支援機構の運営の充実 ○代診医派遣システムの強化 ○地元市町村の支援体制の構築 町村役場、診療所医師、保健師等が参加する「地域医療連絡会議(仮称)」を設置し、地域ぐるみで離島診療所の支援を行い、地域医療を推進 ○県立病院附属診療所における情報環境の整備
		県立病院附属診療所のISDN回線からブロードバンドへの移行	S	0か所	16か所	ブロードバンドへの移行により、県立病院附属診療所における通信ネットワークを改善 ○離島へき地医療の普及・啓発 「離島医療セミナー事業」により、医学生や研修医等に、将来の離島医療への支援・勤務等の動機づけ
	周産期	周産期死亡率(出産千対)	O	5.0	4.5	○周産期保健医療体制の充実 ・現在の中核的地域周産期医療施設を、地域周産期母子医療センターとして整備促進 ・周産期医療関係者を対象に専門的、基本的知識、技術を習得するための研修を開催 ○妊産婦の健康管理体制の充実
		新生児死亡率(出生千対)	O	0.9	0.9	・妊娠11週以内の妊娠届出や妊婦健康診査の定期的受診、妊娠中の健康管理を十分行う等、早産予防の普及啓発 ・市町村や産科医療機関と連携して妊婦健康診査の公費負担制度や出産育児一時金の受取代理制度の普及啓発に努め、未受診妊婦や飛び込み出産の防止 ○産科医や助産師の人材確保
		低体重児出生率(出生数の割合)	O	11.0	9.6	
	小児	県民への医療機関の機能分担と連携の普及啓発	P	—	広報誌・冊子・インターネットを活用した普及啓発事業の実施	○保護者に対し、小児の急病等における適切な受療行動の啓発 ○県立病院の医師臨床研修事業等を推進し小児科医の確保及び養成
		複数病院・共同利用型体制(民間開業医等の協力)での小児救急医療輪番制への参画	S	1圏域	5(全圏域)	

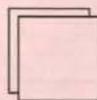
都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
北海道	在宅	在宅医療を実施する医療機関割合(%)	S	35.2%	38.1%	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療を担う医療機関の整備(医療機関、在宅療養支援診療所、歯科、薬局、訪問看護ステーション等の整備) ○地域における連携体制の構築(救急医療を担う医療機関、介護サービス機関等を含めた地域における連携体制を構築) ○在宅ケア体制の充実(専門研修の実施、在宅療養患者相談体制整備、口腔ケア) ○訪問看護の質の向上 ○訪問薬剤管理指導の推進 ○医薬用麻薬の適正使用の推進 ○道民に対する在宅医療の理解の促進
山形	在宅	在宅療養支援診療所数	S	66か所	100か所	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医・歯科医を持つことの県民への周知 ○往診・訪問診療の促進 ○在宅医療に係る職種の連携強化 ○訪問看護師等の資質向上のための研修等実施
		主任介護支援専門員研修受講者数	S	44人	50人	<ul style="list-style-type: none"> ○主治医や介護支援専門員等への研修等の実施 ○地域包括支援センターの機能強化
福島	在宅	在宅支援診療所数	S	148か所	196か所	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療に関する研修の実施 ○在宅医療に関わる関係機関の連携強化 ○薬局の機能の強化
		訪問看護ステーション	S	121か所	128か所	
		保険薬局に占める在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局の割合	S	76.90%	81.00%	
		保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合	S	84.10%	85.90%	
茨城	在宅	在宅療養支援診療所の設置促進	S	122診療所	増加	<ul style="list-style-type: none"> ○保健・医療・福祉の連携 ○在宅医療を担う医療体制の充実 ○専門看護職員の育成
		医療機関と連携し在宅医療に取り組んでいる薬局の割合	P	6%	50%	<ul style="list-style-type: none"> ○医療用麻酔薬取扱い等の体制整備 ○県民への啓発活動の実施
千葉	居宅等における医療	訪問看護ステーション数	S	179か所	206か所	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ診療所の機能強化 ○在宅療養支援診療所の機能強化 ○医療連携室の機能強化 ○病院・診療所等共同カンファレンスの支援 ○地域医療連携バスの作成・普及 ○在宅医療ネットワークシステムの構築 ○患者・家族の看取りに関する希望等の事前確認 ○患者・住民への情報提供 ○訪問診療の充実 ○訪問看護の推進と充実 ○在宅療養を支える専門職の人材育成
		訪問看護ステーション就業者数	S	684人	1006人	
		訪問看護ステーションと医療機関看護師の相互研修実施数	P	なし	年1回以上	
		在宅ホスピス研修実施数	P	なし	年1回以上	

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
東京	在宅	医療保健政策区市町村包括補助事業の実施区市町村数(在宅医療推進に資する事業)	P	5自治体	全区市町村	○医療保健政策区市町村包括補助事業の実施 ○在宅医療ネットワーク推進事業の実施
福井	在宅	在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区	S	—	5地区	○【ふくい在宅あんしんネット】の構築 ・かかりつけ医・それと連携する副かかりつけ医・歯科や皮膚科など専門的な治療を行う専門医によるチームでの在宅医療を構築するためのコーディネーターを設置する。 ・多職種スタッフが円滑に連携をとれるよう県内5地区に協議会を設置 ・在宅に必要な医療技術の向上を目指し、研修を実施する。 ・在宅医療への不安に対応する相談窓口の設置と県民への意識啓発を行う。
山梨	在宅	在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数	P	1圏域	4圏域	○訪問看護推進協議会の開催 ○在宅ホスピス地域連絡会議の開催(モデル事業) ○在宅ホスピス推進のための地域ごとの組織の設備 ○研修会の開催
長野	地域医療	地域医療支援病院の数	S	5病院	10病院	1. 在宅医療 ○在宅患者が安心して療養生活を送ることができるよう、医療・介護・福祉の関係機関等の協力を得ながら、在宅医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション等が連携する医療体制の構築を目指します。 ○脳卒中、急性心筋梗塞の患者で急性期、回復期の医療を終えた患者、がんの緩和ケア等の医療サービスを自宅等の生活の場で受けることを希望する患者に対し、在宅医療への提供ができるよう、地域連携クリティカルパスの導入などに努めます。 ○高齢者、要介護者等に対する口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーション等が適切に行われるよう、かかりつけ歯科医と医療・福祉関係者との連携強化に努めます。 ○在宅における薬剤使用が適切に行われるよう、患者、家族及び関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、薬剤管理体制の整備の促進に努めます。 2. 終末期医療 ○終末期医療及び緩和ケアの充実に向けた医療従事者の育成や医療用麻薬提供に関して必要な体制の整備を促進します。

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
岐阜		人口当たり(10万人)在宅療養支援診療所数	S	7.1	増加	<ul style="list-style-type: none"> ○患者の在宅生活の支援のために、在宅医療を行う医療機関だけでなく救急医療を行う機関や介護等の福祉のサービスを行う機関を含めた地域の連携体制を推進 ○併せて、緩和ケアを含む在宅医療、看取りを行う医療機関、在宅療養支援診療所の増加を促進 ○県民が適切に在宅医療を利用できるよう、在宅医療や介護サービスを実施している医療機関・介護施設等に関する情報提供を推進
静岡	在宅	退院時カンファレンス等に在宅医療を担う医療機関が参加する病院の増加	S	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅療養支援診療所、訪問看護STに従事する人材確保 ○早急なマンパワー確保は困難であるためモデル事業の検討 ○在宅医療に関わる多様な研修等の実施 ○退院時カンファレンス等への地域の在宅医療を担う医師、看護師、ケアマネ等の参加を促進し、関係機関の密接な連携体制の構築 ○入院から在宅までを含んだ地域連携クリティカルパスの導入の検討 ○2次保健医療圏を中心とした地域単位での関係機関による協議 ○医療用麻薬に関する研修の実施、在宅医療への薬局の参加促進
		数値目標：がんの集学的治療を担う医療機関における5大がんの地域連携クリティカルパス導入率 100%(再掲) 数値目標：脳卒中の救急医療を担う医療機関における地域連携クリティカルパス導入率 100%(再掲)	P	0~13%	100%	<ul style="list-style-type: none"> ○「医療機能情報提供制度」「薬局機能情報提供制度」を活用し、在宅医療等に関する情報提供の推進を図る ○患者・家族の在宅医療の選択、在宅医療を担う関係機関等の連携構築等に資する分かりやすい情報の作成、提供を進める
京都	在宅	地域連携バス実施医療圏	P	0~4圏域	全圏域	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の医療機関相互の機能分担と連携強化 ・二次医療圏ごとに設置している「地域保健医療協議会」で地域連携バスの普及など具体的な方策を検討、推進
		地域医療支援病院	S	4病院	8病院	
		地域連携室等窓口設置病院	S	131病院	全病院	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医を支援する病院は、地域連携室の設置、症例検討会の実施、病床や高度医療機器の共同利用、かかりつけ医を対象とした研修を実施
		在宅診療実施医療機関	S	521	800	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療提供体制の充実
		訪問看護ステーションの設置	S	145か所	165か所	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービスを提供する機関を支援 ・訪問看護の研修
		訪問看護実施病院	S	52機関	78機関	
兵庫	在宅	在宅看取り率	P	8%	12%	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医の支援、普及、定着 ○サービス提供体制の充実を図る ○機器の操作方法や医療技術に関する研修を実施 ○在宅医療チームづくりに対する支援を行う
	地域医療	地域医療支援機能を持つ医療機関を各2次医療圏域に原則1か所確保する	S	—	—	<ul style="list-style-type: none"> ○病診連携の促進、入院医療・在宅医療相互の円滑な移行を促進 ○医療機関に関する情報提供を行う ○在宅ターミナルケアチームづくり
	かかりつけ医	かかりつけ医のいる人の割合	S	60.20%	70%	<ul style="list-style-type: none"> ○医療福祉従事者に対する研修の実施 ○県民に対する普及・啓発、情報提供 ○NPOの参画促進 ○国への制度改善提案

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
和歌山	地域医療	地域医療支援病院数	S	4か所	9か所	<ul style="list-style-type: none"> ○地域における保健・医療・福祉の連携について関係機関で協力し整備する ○在宅療養支援診療所や在宅医療実施医療機関の情報提供を計画的に実施 ○医師、薬剤師、看護師等への研修会の実施 ○認知症サポート医の養成やかかりつけ医認知症対応力向上研修の実施 ○地域支援ネットワーク作り関係機関が連携して推進
徳島	地域医療	地域医療支援病院数 (各2次医療圏に1か所以上整備)	S	3病院	7病院	<ul style="list-style-type: none"> ○病院、訪問看護ステーション等の関係機関の連携を促進 ○地域連携クリティカルパスの活用 ○訪問歯科診療の推進 ○関係機関の連携による昼夜を問わない診療、看護、介護体制の推進
香川	在宅	地域医療支援病院数	S	3病院	6病院	<ul style="list-style-type: none"> ○県民が在宅医療の選択を行える環境の整備 ○地域医療支援病院の整備 ○在宅医療に携わる人材の育成 ○薬剤師会と連携して、薬局薬剤師が積極的に薬剤管理業務に取り組むよう支援
福岡	在宅	在宅医療を受ける患者数	P	2,100人/日	30%増	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療に関する情報提供 ○在宅医療の利用者の負担軽減 ○在宅医療の提供に関わる医療機関等の活動促進 ○在宅医療に関する総合的な連携体制の構築 ○在宅緩和ケア・終末期医療の推進 ○訪問看護の推進(STの育成、従事者への研修)
佐賀	在宅	自宅での死亡の割合	P	8.10%	全国平均値	<ul style="list-style-type: none"> ○往診、訪問診療や訪問看護の指示などのほか、在宅各種の治療、療養管理・指導を行う。 ○関係機関が連携して在宅医療を提供する一方、保健・医療・介護の関係者が連携して療養管理から看取りまでを継続して行う体制の構築と普及
熊本	在宅	訪問看護ステーション数	S	107か所	120か所	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療(医科・歯科)、訪問看護に関する普及啓発 ○訪問看護サービスの充実・強化(研修、人材養成) ○在宅医療推進に関するネットワークづくりの推進 ○在宅医療に関する医薬品の提供制度の推進
		訪問看護師の就業者数	S	429人	554人	

都道府	分野	目標	SPO	現状値	目標値	施策
熊本	在宅	往診や訪問診療等を実施する医療機関数	S	582機関	640機関	
		緊急時、24時間対応ができる訪問看護ステーションの割合	S	夜間 22.1% 24時間 94.2%	夜間 30% 24時間 98%	
		麻薬小売業の免許を取得している保険調剤薬局の割合	S	82.9%	100%	
沖縄	在宅	在宅療養支援診療所数(75歳以上人口千人当たり)	S	0.46	0.82	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の退院時における調整機能の強化 ○支援機関のネットワーク化の推進 ○24時間対応できる体制の支援 ○地域住民、保健、医療、福祉関係者の連携支援 ○在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションのサポート体制づくり推進 ○在宅ホスピス研修事業を実施
		訪問看護ステーション数(人口10万人当たり)	S	3.7	4.5	



第3章 在宅療養支援診療所推進のための課題

～財務諸表分析を取り入れたアプローチ～

第3章 在宅療養支援診療所推進のための課題

～財務諸表分析を取り入れたアプローチ～

【はじめに】

「終末期を自宅で迎えたい」「家族と暮らしながら医療を受けたい」という患者側のニーズと、それを提供する医療機関側の体制との間に大きなギャップが生じている。それを緩和するため、平成18年4月に診療報酬上の制度として、在宅療養支援診療所が設けられた。その結果、福岡県においては平成19年3月現在で654施設の在宅療養支援診療所が登録されている。これは施設総数で全国3位、75歳以上人口千人当り施設数で全国4位であり、施設数としては決して少ないわけではない¹⁾。

しかしながら個々の在宅療養支援診療所の間には大きな差があり、登録はしていても在宅療養を行っている患者はゼロという施設も少なくない。この点につき日医総研は、既存の在宅療養支援診療所は在宅医療に積極的に関わっていこうとの考えはあるため、24時間体制や重症患者への対応が課題としている²⁾。また和泉は経営モデルを作成し、外来診療から在宅医療へシフトしていくためには収支面でどのようなインセンティブが必要であるかを把握する必要があるとしている³⁾。

ただこれらの先行研究では在宅療養支援診療所を一体として調査しており、患者数の違いについて個別に原因を調査したものではない。また検討されている経営モデルは一般的なものであり、実際の財務データに基づいた検証は行われていない。

そこで本研究では在宅療養支援診療所を患者数等で2群に区分し、「在宅医療を積極的に行っている施設は何が違うのか」「どのようなノウハウを有しているのか」を調査し、在宅療養支援診療所が推進されるための阻害要因を福岡県在宅療養支援診療所調査票・財務諸表・ヒアリングにより明らかにする。そして阻害要因を解消するための対策案を提案すると共に、医療法改正により閲覧可能となった財務諸表を活用した研究の有用性を検討することを目的とする。

【対象と方法】

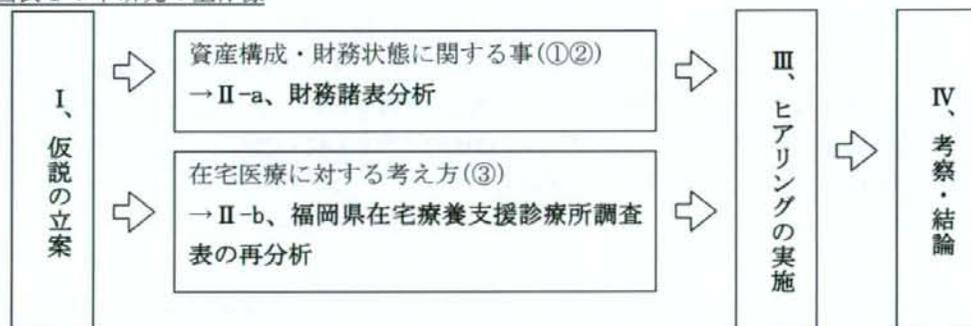
まず調査実施に先立ち在宅療養支援診療所の実態にバラツキがあり全体として促進されない理由として、①外来での収益性が高い施設は在宅に移行するメリットが少ない、②高額の設備投資を行っている施設は減価償却費を補うため設備利用のインセンティ

ブが働き外来に傾注しようとする、③そもそも在宅医療に対する考え方が異なるといった仮説を立てた。

次に仮説を検証するため医療法改正により閲覧可能となった医療法人の財務諸表を福岡県・福岡市・北九州市・久留米市の各情報公開制度に基づき入手して分析するとともに、福岡県在宅療養支援診療所調査（2007年）で回答が得られた493施設のアンケート項目のうち「今後の課題」として選択した回答の再分析を行った。

さらに臨床現場における裏付けを得るために分析結果を踏まえて、協力が得られた福岡市に診療所を構える在宅療養支援診療所4施設に対してヒアリングを実施し考察を加えている。

図表1：本研究の全体像



(1) 福岡県在宅療養支援診療所調査について

福岡県在宅療養支援診療所調査で回答が得られた493施設につき、在宅患者数と延べ診療時間に対する在宅医療に費やした時間の割合とで2群に分け、今後の課題として選択している項目について χ^2 検定を行った。

2群への分類に関して、まず和泉の分析に用いられたモデル診療所（図表2）を前提として外来を減らすことなく在宅医療に関与可能と推定される分岐点を設定し、図表3に示すマトリックスで小分類を行っている。具体的には延べ診療時間に対する在宅医療に費やした時間の割合について20%で区切っているが、その基準は午前と午後の休憩時間2時間を利用して在宅診療を行うと仮定し、午前午後の外来診療各4時間を加えた計10時間で除して算定した。また患者数については24人で区切っているが、その基準は福岡県在宅療養支援診療所調査から得られた1時間当たり平均訪問人数2名に、休憩時間2時間/日・実働4.5日/週・4週/月を乗じた延べ人数を、同じく福岡県在宅療養支援診療所調査から得られた1患者に対する月平均訪問回数である3回で除して算定し

た。

その結果、患者数0人かつ在宅診療時間割合0%をゼロ型、患者数1~24人かつ在宅診療時間割合20%以下を一般型、患者数1~24人かつ在宅診療時間割合20%超を傾注型、患者数25人以上かつ在宅診療時間割合20%以下を効率型、患者数25人以上かつ在宅診療時間割合20%超を積極型とし、残りはエラーとして調査の対象から除外することにした。

そして小分類によって区分されたゼロ型と一般型とを合わせて外来群（325施設）とし、効率型と傾注型と積極型とを合わせて在宅群（89施設）として大分類にグルーピングしている。

図表2：モデル診療所

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~13:00	○	○	休	○	○	○	休
15:00~19:00	○	○	休	○	○	休	休

図表3：在宅療養支援診療所の分類（カッコ内の数値は施設数）

		在宅診療時間/延べ診療時間		
		0%	20%以下 ^{※1}	20%超
患者数	0人	ゼロ型(55)	(1)	(1)
	1~24人 ^{※2}	(12)	一般型(270)	傾注型(22)
	25人以上	(1)	効率型(27)	積極型(40)
記入漏れなど		(64)		

外来群

在宅群

※1：2時間÷（8時間+2時間）=20%

※2：2名×2時間×4.5日×4週÷3回=24人

(2) 財務諸表分析について

調査対象となった414施設のうち、医療法改正で閲覧可能となった医療法人の貸借対照表・損益計算書・財産目録・事業報告書（以下、財務諸表等）を福岡県・福岡市・北九州市・久留米市の各情報公開制度に従って医療法人の財務諸表等を閲覧申請し、その結果を集計し、t検定による分析を行った。

分析項目は、通常一般企業に対して行われる経営財務分析に従い、①収益性分析として総資産医業利益率と医業収益医業利益率を、②効率性分析として有形固定資産回転率と総資産回転率を、③安全性分析として流動比率と長期固定適合比率を、④その他の分析として有形固定資産額・総資産額・限界利益率・損益分岐点売上高・安全余裕率を算定している。

その他の項目を追加した理由は、調査に先立って立てた「外来群では多額の設備投資が固定費として負担になり、投資設備の結果生じる減価償却費以上の医業収益を獲得するため外来に傾注せざるをえないのではないか」との仮説を検証するためである。以下に各分析項目の定義式を示す。

①収益性分析

- ・ 総資産医業利益率＝医業利益÷総資産（％）
- ・ 医業収益医業利益率＝医業利益÷医業収益（％）

②効率性分析

- ・ 有形資産回転率＝医業収益÷有形固定資産（回転）
- ・ 総資産回転率＝医業収益÷総資産（回転）

③安全性分析

- ・ 流動比率＝流動資産÷流動負債（倍）
- ・ 長期固定適合比率＝固定資産÷（固定負債＋純資産）（倍）

④その他の分析

- ・ 限界利益率＝（医業収益－（材料費^{※3}＋委託費^{※4}））÷医業収益（％）

※3：材料費の他に薬剤費・医療材料費及びそれらに類する名称の項目を含む

※4：委託費の他に検査料及びそれに類する名称の項目を含む

- ・ 損益分岐点売上高 = (人件費^{※5} + 減価償却費 + 設備費^{※6}) ÷ 限界利益率
 - ※5：人件費の他に役員報酬・給与手当・賞与・退職費用・法定福利費及びそれらに類する名称の項目を含む
 - ※6：設備費の他に賃借料・リース料・地代家賃及びそれらに類する名称の項目を含む
- ・ 安全余裕率 = (医業収益 - 損益分岐点売上高) ÷ 医業収益 (%)

(3) ヒアリングについて

対象は福岡糸島医療圏に診療所を構える特徴的な施設を選定し、事前にホームページを通じてヒアリングを申し込み、後日電話によって正式にヒアリングの依頼を行った。選定の基準は「患者の増加に対して積極的だと思われる施設（5年後の目標患者数と現在の患者数とのギャップが30名以上の施設）」、「効率的に在宅医療を提供していると思われる施設（現在の患者数が30名以上で患者の居所が自宅以外である割合が90%以上の施設）」、「課題に直面しており何らかの対策が必要であると思われる施設（現在の患者数がゼロ名で5年後の目標患者数が10名以上の施設）」とした。

ヒアリング内容は事前に質問項目を準備したが、幅広い意見を聞くために、質問内容に限らず自由に在宅医療に関する考え方を話してもらった。事前に準備した質問項目は①財務諸表を補う意味で設備投資や収益性など財務情報に関すること、②アンケートが選択式であったため今後の課題についての具体的意見、③在宅医療を行っていくためのノウハウなどである。

【 結果 】

(1) 福岡県在宅療養支援診療所調査表の再分析について

分析は有意水準を5%に設定し χ^2 検定を行った。全体では414施設が評価対象となったが、その内訳は外来群が325施設で在宅群は89施設であった。「医師の確保」について課題と考えている施設の割合は外来群12.3%・在宅群30.3%、「在宅医療に対する病院の認識・理解」について課題と考えている施設の割合は外来群10.2%・在宅群21.3%と共に在宅群が有意に高く、逆に「後方支援ベッドの確保」について課題と考えている施設の割合は外来群30.8%・在宅群19.1%であり外来群が有意に高かった。その他の項目については有意差が生じなかった。

現状の資源で患者増が可能と回答した施設に限定すると245施設が評価対象となり、外来群は191施設で在宅群は54施設であった。「医師の確保」について課題と考えている施設の割合は外来群10.5%・在宅群29.6%、「在宅医療に対する病院の認識・理解」について課題と考えている施設の割合は外来群11.5%・在宅群27.8%であり共に在宅群が有意に高かった。その他の項目については有意差が生じなかった。現状の資源で患者増が可能と回答した施設に限定した分析を行っているのは、診療報酬上のメリットのみを享受するため、在宅医療に対して受動的かつ消極的な意思しか有していない施設の影響を排除するためである。

また外来群と在宅群とで有意差が生じたか否かにかかわらず、外来群と在宅群を合わせて25%以上と高い割合で課題とした項目は、全体では「看護師の確保」が30.8%、「24時間対応の医療機関の確保」が30.0%、「後方支援ベッドの確保」が28.3%、「診療報酬の引き上げ」が30.4%、「患者の経済的負担の引き下げ」が45.4%であった。

現状の資源で患者増が可能と回答した施設に限定すると「看護師の確保」が30.2%、「24時間対応の医療機関の確保」が29.0%、「後方支援ベッドの確保」が29.8%、「診療報酬の引き上げ」が31.4%、「患者の経済的負担の引き下げ」が49.8%であり、どちらの場合も同じ5項目であった。

図表4：福岡県在宅療養支援診療所における今後の課題

	全体(n=414)			現状で患者増が可能(n=245)		
	外来群 (n=325)	在宅群 (n=89)	有意差	外来群 (n=191)	在宅群 (n=54)	有意差
a) 医師の確保	12.3%	30.3%	p=.001	10.5%	29.6%	p=.001
	16.2%			14.7%		
b) 看護師の確保	28.6%	34.8%	N.S.	27.2%	40.7%	N.S.
	30.2%			30.2%		
c) 在宅医療に関する研修機会の確保	6.5%	5.6%	N.S.	8.4%	5.6%	N.S.
	6.3%			7.8%		
d) 24時間対応の連携医療機関の確保	28.9%	33.7%	N.S.	28.8%	29.6%	N.S.
	30.0%			29.0%		
e) 後方支援ベッドの確保	30.8%	19.1%	p=.05	31.9%	22.2%	N.S.
	28.3%			29.8%		
f) 連携訪問看護ステーションの確保	11.7%	14.6%	N.S.	12.6%	18.5%	N.S.
	12.3%			13.9%		
g) 連携保険調剤薬局の確保	1.5%	0.0%	N.S.	1.6%	0.0%	N.S.
	1.2%			1.2%		
h) 在宅医療に対する病院の認識・理解	10.2%	21.3%	p=.01	11.5%	27.8%	p=.01
	12.6%			15.1%		
i) 患者情報の共有(病院)	13.2%	11.2%	N.S.	13.6%	14.8%	N.S.
	12.8%			13.9%		
j) 患者情報の共有(居宅介護サービス)	12.6%	12.4%	N.S.	11.5%	18.5%	N.S.
	12.6%			13.1%		
k) 地域住民への情報提供	19.1%	21.3%	N.S.	24.6%	25.9%	N.S.
	19.6%			24.9%		
l) 患者への「計画書兼同意書」の交付	3.4%	3.4%	N.S.	4.7%	1.9%	N.S.
	3.4%			4.1%		
m) 診療報酬の引き上げ	31.4%	27.0%	N.S.	29.8%	35.2%	N.S.
	30.4%			31.0%		
n) 患者の経済的負担の軽減	44.3%	49.4%	N.S.	49.2%	51.9%	N.S.
	45.4%			49.8%		

(2) 財務諸表分析について

調査対象 414 施設のうち医療法人は 210 施設あり、それらに対し情報公開制度を利用し財務諸表の入手を行ったが、一般で閲覧可能となっているのは平成××年×月以後開始の事業年度分からであり、かつ個人診療所は除外されているので、情報公開制度によっても実際に入手できた財務諸表は 154 施設分であった。また入手できた財務諸表の詳細性や表示科目名についても施設間でバラツキがあり、限界利益率・損益分岐点売上高・安全余裕率については分析不能な施設が相当数生じている。

分析は有意水準を 5% に設定して t 検定を行った。全体では 154 施設が評価対象となり、外来群は 118 施設で在宅群は 36 施設であった。なお限界利益率・損益分岐点売上高・安全余裕率については、上述の理由より対象施設が減少しており、外来群が 48 施設で在宅群は 16 施設のみが分析可能であった。総資産医業利益率は外来群 $2.1 \pm 10.2\%$ ・在宅群 $9.3 \pm 12.5\%$ 、医業収益医業利益率は外来群 $2.5 \pm 8.8\%$ ・在宅群 $6.4 \pm 6.6\%$ (第 16 回医療経済実態調査における一般診療所(その他)の値は全体で $8.7\%^{4)}$ であり近似値と考えられる)、総資産回転率は外来群 1.4 ± 0.8 回転・在宅群 1.7 ± 0.9 回転、限界利益率は外来群 $82.5 \pm 11.8\%$ ・在宅群 $87.6 \pm 4.2\%$ であり、いずれも在宅群において良い結果が見られた。

現状の資源で患者増が可能と回答した施設に限定すると 91 施設が評価対象となり、外来群は 70 施設で在宅群は 21 施設であった。なお限界利益率・損益分岐点売上高・安全余裕率については、外来群が 30 施設で在宅群は 8 施設のみが分析可能であった。総資産医業利益率は外来群 $3.2 \pm 10.1\%$ ・在宅群 $11.7 \pm 12.7\%$ 、医業収益医業利益率は外来群 $2.2 \pm 8.4\%$ ・在宅群 $7.2 \pm 6.6\%$ (第 16 回医療経済実態調査における一般診療所(その他)の値は全体で $8.7\%^{4)}$ 、有形固定資産回転率は外来群 16.7 ± 43.5 回転・在宅群 71.4 ± 115.7 回転、総資産回転率は外来群 1.4 ± 0.7 回転・在宅群 1.8 ± 0.9 回転であり、いずれも在宅群において良い結果が見られた。

以上より全体でも施設を限定した場合でも、収益性分析・効率性分析では在宅群が有意に勝っているものの、安全性分析においては有意な差は生じなかった。

図表 5 : 財務諸表分析

		全体(n=154)			現状で患者増が可能(n=91)		
		外来群 (n=118, *48)	在宅群 (n=36, *12)	有意差	外来群 (n=70, *30)	在宅群 (n=21, *8)	有意差
収益性分析	総資産医業利益率(%)	2.1±10.2	9.3±12.5	P=.005	3.2±10.1	11.7±12.7	P=.005
		3.8±11.2			5.2±11.3		
収益性分析	医業収益医業利益率(%)	2.5±8.8	6.4±6.6	P=.01	2.2±8.4	7.2±6.6	P=.05
		3.4±8.5			3.4±8.3		
効率性分析	有形資産回転率(回転)	17.5±40.3	45.7±93.7	N.S.	16.7±43.5	71.4±115.7	P=.05
		24.1±58.7			29.3±71.2		
効率性分析	総資産回転率(回転)	1.4±0.8	1.7±0.9	P=.05	1.4±0.7	1.8±0.9	P=.05
		1.5±0.9			1.4±0.8		
安全性分析	流動比率(倍)	7.1±12.3	4.6±4.2	N.S.	6.0±12.8	5.0±4.9	N.S.
		6.5±11.0			5.8±11.4		
安全性分析	長期適合固定比率(倍)	0.8±2.3	0.5±0.4	N.S.	0.8±2.7	0.5±0.4	N.S.
		0.8±2.0			0.7±2.4		
その他の分析	有形固定資産(百万円)	88±289	112±215	N.S.	82±164	114±248	N.S.
		94±241			89±185		
	総資産(百万円)	204±382	284±446	N.S.	185±255	291±527	N.S.
		223±399			209±344		
	限界利益率(%)*	82.5±11.8	87.6±4.2	P=.05	82.7±11.6	86.7±4.7	N.S.
		83.5±10.9			83.6±10.7		
損益分岐点売上高(百万円)*	112±76	144±101	N.S.	102±85	162±115	N.S.	
	119±83			114±95			
安全余裕率(%)*	26.5±10.7	28.5±7.0	N.S.	26.3±10.0	27.2±7.5	N.S.	
	26.9±10.3			26.5±9.5			

(3) ヒアリングについて

事前に特徴的な施設として選定したのは15施設であり、そのうちホームページを通じて依頼を行ったのは7施設、最終的にヒアリングを受けてもらえた施設は4施設であった。それら4施設はいずれも在宅群（積極型）に属する施設であり、外来群に属する施設はなかった。また福岡県在宅療養支援診療所調査表において今後の課題として選択したのはA医院が(a)医師の確保・(b)看護師の確保・(h)在宅医療に対する病院の認識理解、B医院が(a)医師の確保・(b)看護師の確保・(h)在宅医療に対する病院の認識理解、C医院が(a)医師の確保・(b)看護師の確保・(n)患者の経済的負担の軽減、D医院が(d)24時間対応の連携医療機関の確保・(j)居宅介護サービスとの患者情報の共有・(n)患者の経済的負担の軽減であった。

ヒアリングでは1施設あたり60分から100分の時間を割いていただき、事前に準備した質問に対する回答のみならず、在宅医療に対する様々な意見を聞くことが出来た。以下にその一部を示す。

①設備投資や収益性など財務情報に関すること

- ・在宅医療は在宅時医学総合管理料が高く設定されているため、安定的な収益を得る手段としては外来よりも優れている。(A医院)
- ・在宅医療を行うための最低限の設備としては、点滴セットと訪問用の車があれば特別な設備投資は不要。(C医院)
- ・在宅医療を行う場合であっても外来診療所を開設する場合と同様に、数千万円単位の初期投資が必要となる。(D医院)

②今後の課題についての具体的意見

- ・医師1名で担当できる在宅患者数は50～100名が限界。そのため患者が増えると医師の確保は必須。(A医院)
- ・訪問看護ステーションとの連携は必須だが、能力や意思疎通の面で雇用したほうが良い場合もある。(B医院)
- ・在宅の診療報酬がこれ以上高くなると、患者負担が高くなり逆に患者離れが生じる恐れがある。現状の収益性なら十分に満足すべき範囲である。(C医院)

③在宅医療を行っていくためのノウハウ

- ・公民館等での講演や写真を使ったフィードバックを行うなど、病院や訪問看護ステ

ーションへの働きかけを積極的に行うことで評価を得る。(B 医院)

- ・ 連携病院は連携室頼りではなく病院長に直接面談して面識を作っておく。そして患者情報は正確かつ確実に伝える事が信頼獲得に繋がる。(C 医院)
- ・ 特別なノウハウはなく、当たり前のことを当たり前に行うだけ。要はやる気とモチベーション次第である。(D 医院)

④その他

- ・ 病院が機能分化して生き残るためには在宅療養支援診療所と連携すべき。その意味で連携不足であるなら医療経営に対する認識が甘い。(A 医院)
- ・ 今後の診療報酬改定を予想すると、外来診療中心での診療所経営は厳しくなっていくだろう。(B 医院)
- ・ 診療報酬設定が異なるため特別養護老人ホーム等が効率的とは限らないが、継続的に患者獲得が可能であるため安定性という意味では有利である。(C 医院)
- ・ 在宅医療まで含めた地域連携パスや連携をサポートする NPO があっても良いのではないか。(D 医院)

【 考察 】

(1) 財務諸表分析・ヒアリングより

財務分析では収益性・効率性で有意な差が生じたのは、在宅時医学総合管理料 4,200 点に代表される技術料に相当する部分が高く評価されているため、外来医療と比較した場合に在宅医療の方が効率的に収益を獲得できるためであると考えられる。この事は限界利益率において在宅群で有意に高かった事からも裏付けることができる。

しかしながら現実には在宅医療を行ったほうが収益性や効率性が高いにもかかわらず、福岡県の在宅療養支援診療所においては患者数がゼロという施設が相当数存在しているのも事実である。そのため外来群の収益性・効率性が在宅群より低かった事から、「在宅医療が進まないのは外来で十分な収益を獲得しているからである」との仮説を立証するには至らなかった。

また資産構成についてみると、流動比率・長期固定適合比率や有形固定資産額において有意な差が生じてなかった。この事は在宅群と外来群において投資規模に差が生じていないことを示すものであるため、「在宅医療が進まないのは高額な医療機器投資による減価償却費を補うため検査等が誘発されるためである」との仮説を立証することにも至らなかった。

ただし今回の分類においては在宅群に属する 36 施設のうち純粋に在宅診療のみで開業している施設は 2 施設に限られ、残りは外来診療から在宅医療に移行した診療所であるため、過去に行った投資の清算が終わっておらず、その影響を受けているため財務諸表分析で本来現れるべき差が生じなかったとも考えられる。さらには総資産における土地・建物の占める割合は大きく、法人所有であるか賃借であるかによる影響が混在している可能性もある。実際に在宅診療のみで開業している 2 施設についてみると、総資産医業利益率は 22.6%と 14.7%と在宅群と比較しても高いが、総資産額については 34 百万円と 344 百万円であり土地・建物の所有か否かによる影響を受けていることがうかがえる。

以上より本研究においては財務状況や資産構成が在宅医療の促進に直接的な影響を与える要因とはいえない事が明らかになった。これはヒアリングの際に出された「純損失は避けたいが利益さえ確保できれば財務状況は特に意識しないのではないか」との意見とも一致している。それに加えて収益性・効率性の影響を受けていないのは、医療機関において収益性・効率性の獲得とそのために必要となる努力との間で費用便益が比較され、結果として収益性・効率性が敬遠されているとも考えられる。この立場に立つと財務諸表分析やヒアリングより収益性・効率性は現状で満足できる水準であるため、努力コストを軽減する事が在宅療養支援診療所を名実共に促進する事につながると考えられる。