ISSN 1881-297X

医療福祉経営マーケティング研究

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

第10巻　第1号　2015年10月1日

巻頭言

医療福祉経営マーケティング研究会　理事長　馬場園　明

原著論文

呼吸器感染症で急性期病院に入院した高齢者の栄養状態が在院日数及び入院医療費に与える影響 ・・・ 1
大久保　浩一、馬場園　明

実践活動報告

急性期病院における地域包括ケアシステム支援体制の構築 ・・・ 7
野々下　みどり、馬場園　明

山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発 ・・・ 13
花田　稔、馬場園　明

訪問看護師のための認知症者を有する家庭への支援マニュアルの作成 ・・・ 25
村田　浩、馬場園　明

ケーススタディ

地方創生と日本版CCRC・姶良JOYタウン構想 ・・・ 37
髙田　和美、窪田　昌行、末吉　保則、笹原　利孝、宮崎　浩二、中村　真之、髙田　昌実、馬場園　明

鹿児島姶良地区ケアミックス病院での地域包括ケア病棟取得に向けての取り組み ・・・ 47
中村　真之、渡辺　純子、東郷　尚子、山元　直子、小川　浩一、坂本　真一、小湊　裕一、佐久間　弘匡、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第5回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会プログラム・一般演題抄録集 ・・・ 59
第6回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集 ・・・ 83
第7回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集 ・・・ 91

定例研究会報告

第42回研究会報告　2014年度診療報酬改定と地域包括ケアシステム　馬場園　明 ・・・ 96
第43回研究会報告　高齢者医療制度の再生に向けて　馬場園　明 ・・・ 97
第44回研究会報告　データヘルス計画と保険者機能　馬場園　明 ・・・ 98
第45回研究会報告　オバマ政権の医療保険改革法にみる法的構造の特徴　山﨑　哲男 ・・・ 99
第46回研究会報告　平成27年介護報酬改定　馬場園　明 ・・・ 100
第47回研究会報告　後期高齢者医療制度の入院医療の課題と対策　安井みどり　馬場園明 ・・・ 101

事務局だより　医療福祉経営マーケティング研究会事務局　安井　みどり ・・・ 102
お知らせ　第6回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会 ・・・ 103
研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約 ・・・ 104
投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文） ・・・ 107
編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員　福田　治久 ・・・ 108

医療福祉経営マーケティング研究
Japanese Journal of Health Care Management and Marketing
医療福祉経営マーケティング研究会

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　2015

巻　頭　言

医療福祉経営マーケティング研究会
理事長　馬場園　明

本年 8 年ぶりに米国の CCRC(Continuing Care Retirement Community)を訪れた。加えて、ARC (Active Retirement Community)も訪問することができた。平成 24 年度のわが国の後期高齢者の医療費は 13 兆 7,047 億円であり、後期高齢者 1 人あたり 919,529 円 であった。この年度の後期高齢者数は 1,490 万であったが、2025 年には後期高齢者は 2,179 万人になると推定されている。このまま後期高齢者の医療費の増加が続けば、わが国の医療保険制度は破綻することが予想されるが、筆者は CCRC の仕組みを高齢者ケアに導入することが解決策になると主張してきた。

CCRC とは、健康支援にニーズを持つ高齢者が移り住み、自立の段階から介護・医療が必要となる時期まで継続的なケアや生活支援サービス等を受けながら、疾病・障害予防活動、生涯学習・社会活動等に参加し、できるだけ長く自立した生活をすることを可能にする共同体のことである。内科医 1 人と正看護師 2 人が専任で診療の責任をもつ CCRC では、米国の平均よりも、居住者が 1/2 から 1/3 のより少ない入院や救急センター受診ですんでおり、病院で死亡する確率も 1/5 以下であることが明らかにされている（Julie P.W. Bynum, Alice Andrews, Sandra Sharp, Dennis McCollough, and John E. Wennberg, Fewer Hospitalizations Result When Primary Care Is Highly Integrated Into A Continuing Care Retirement Community, Health Affairs , 2011;30:5）.

CCRC が医療費に与える要因は多面的である。まず、自立を支える仕組みにある。身体や心の疾病や障害の予防には運動、食事、学習が重要であるが、CCRC ではこれらが配慮されている。運動については、スイミングプール、テニスコート、フィットネスクラブ、卓球場、ビリアードなどが整備されている。食事については、複数のレストランで好みの料理を定額の利用料で毎日楽しむことができるようになっている。学習については、多くの CCRC で大学と連携し、歴史、自然科学、芸術、音楽等のコースを勉強することが可能である。また、ほとんどの CCRC は立派な図書館を持っているが、蔵書は住民の寄付から得られており、運営も住民が行っている。その他、大学同様、スポーツ、音楽、美術、ボランティア、園芸などのサークルがあり、活発に活動されている。その他には、映画上映、美術館の訪問ツアー、コンサート、ウオーキングツアーなどのイベントが提供されている。廃用症候群を避け、自立を続けるためには、毎日楽しく、好きな活動を続けることが必要であることが実感できる。

次に重要であることはクリニックが併設されていることである。米国は、後期高齢者の 30%以上は 4 つ以上の慢性疾患を持っている。CCRC ではかかりつけ医が、継続的で包括的な医療を提供している。また、CCRC 内にクリニックがあることで、病気になってもすぐ医療を受けられる。たとえば、日中に緊急事態が生じた場合、医師は数分でかけつけてくれるし、夜もしくは週末に問題が生じた場合もオンコールで対応してくれるなお、アクセスが良いことのメリットは計り知れない。

最後に、CCRC の支援型住まいと介護型住まいは、リハビリや点滴などを行えるヘルスケアセンターの機能がある複合施設でもあることを挙げたい。支援型住まいには急性期病院に入院した後のリハビリを行う短期のリハビリテーションユニット、介護型住まいには認知症のケアを行うメモリーケアユニットも含まれる。CCRC で心筋梗塞、脳卒中に罹患すると救急車で急性期病院に運ばれるが、数日で CCRC に帰ってくるのが一般的である。CCRC では急性期病院を退院した患者には、専門的看護あるいは理学療法、作業療法、言語療法などのリハビリテーションが提供されるが、費用は高齢者の保険であるメディケアで賄われる。また、CCRC で提供される在宅ケアも、メディケアから支払いを受けている。余命 6 ヶ月以内と診断され、通常の治療を中止してホスピスケアを受ける場合も、メディケアから給付される。ホスピスケアには、苦痛緩和、カウンセリング、理学療法、看護サービス、症状管理などが含まれる。このように CCRC では、メディケアを活用して継続的にケアのマネジメントを行い、“Aging in Place”を実現するシステムとなっている。

わが国では長期入院による廃用症候群、望まない延命医療による QOL の低下、複数薬剤の投与による有害事象が問題となっている。CCRC でなくともコミュニティで自立支援を行い、かかりつけ医が、継続的で包括的な医療を提供することにより費用を削減し、高齢者の QOL を向上させることに貢献することを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　1 - 6,　2015

呼吸器感染症で急性期病院に入院した高齢者の栄養状態が在院日数及び入院医療費に与える影響

大久保浩一[1)]、馬場園　明[2)]

Effect of nutritional status on length of stay and health care costs among elderly patients, hospitalized for respiratory infection in an acute care hospital

Hirokazu OKUBO[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】

The purpose of this study was to quantify the effect of nutritional status on length of stay and health care costs among elderly patients hospitalized for respiratory infection in an acute care hospital.

【Methods】

The subjects were patients aged of 65 years or older, whose diagnosis at admission was pneumonia, bronchitis or aspiration pneumonia, and who were admitted to an acute care hospital between 1 November 2013 and 31 October 2014. The information was obtained from electronic medical records and health insurance claim data. First, the Kruskal–Wallis test was used to clarify the nutritional status, length of stay and health care costs. Second, a multiple regression analysis was used to assess the relationships between serum albumin level, total lymphocyte count, total cholesterol level on admission, sex, age, and location prior to admission with length of stay and health care costs.

【Results】

A serum albumin level less than 3.5 g/dl and total lymphocyte count less than 1600/μl at the time of admission, and age of ≥90 years were related to longer length of stay. A serum albumin level less than 3.5 g/dl was associated with higher health care costs. The total cholesterol level did not affect either length of stay or health care costs.

【Discussion】

Malnutrition affects the length of stay and health care costs among elderly patients hospitalized for respiratory infection. Adequate indicators of nutritional status are necessary.

Key words:elderly patients, malnutrition, CONUT, respiratory infection

【抄録】

【目的】

本研究では、呼吸器感染症で急性期病院に入院した高齢者の栄養状態が在院日数及び入院医療費に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

対象はA急性期病院に2013年11月～2014年10月の間に入院した入院の契機となった傷病名が呼吸器感染症(肺炎・気管支炎・誤嚥性肺炎)の患者とした。情報は電子カルテデータならびにレセプトデータから抽出した。

入院時の栄養指標と在院日数、入院医療費の関係を明らかにするためにKruskal-Wallis検定を行い、次に在院日数、入院医療費を目的変数に、年齢、入院時アルブミン値、リンパ球数、総コレステロール値の有無を説明変数として重回帰分析を行った。

【結果】

入院時の血清アルブミン値が3.5g/dl未満、リンパ球数が1600/μl未満、年齢が90歳以上であると在院日数が長くなり、血清アルブミン値が3.5g/dl未満であると入院医療費が増大することが示された。

総コレステロール値は在院日数と入院医療費の両方に影響を与えなかった。

【考察】

高齢の呼吸器感染症患者において低栄養状態は在院日数・入院医療費に影響を与えるが、スクリーニングの指標については引き続き検討が必要である。

キーワード：高齢者、低栄養状態、CONUT、呼吸器感染症

1)　社会医療法人敬和会大分岡病院救急科　　2)　九州大学大学院医学系研究科医療経営・管理学講座

代表著者連絡先　hirokazu0318@gmail.com

【はじめに】

本邦では高齢化社会の進行に伴い医療費が増大しており、平成25年度の概算では39.3兆円にのぼり、財政に対する大きな負担となっている[1)]。高齢の患者は低栄養状態である傾向があり、低栄養状態が合併症の増加、在院日数の延長を招くという報告がこれまでにも数多くなされており、この問題に適切に介入することが医療費の低減につながると考えられている[2-6)]。欧米においては1970年代ごろから入院患者の栄養障害が問題となっており、従来の医療従事者の栄養療法に関する知識・技術が不十分であることから専従のNST（Nutrition Support Team）が普及してきた経緯がある[7,8)]。本邦においても日本静脈経腸栄養学会が主体となり、NSTの活動が広く全国に普及しているが、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師など多職種の非専従のスタッフがチームを形成し、定期的に集まることで介入を行う手法が一般的である[7,8)]。

大分県に所在するA病院は224床の急性期病院である。高齢者の救急搬送が多く、経営状態の改善のためにも在院日数の短縮が急務である。当院NSTでは低栄養患者のスクリーニング法としてIgnacioらが提唱したCONUT（Controlling Nutritional Status）を用いている。CONUTは血清アルブミン値・血清総コレステロール値・総リンパ球数からスコアを算出し栄養状態を評価する手法で、それぞれ体蛋白の代謝、脂質の代謝、免疫能を反映していると言われている[9)]。他の手法に比べ身体計測や詳細な問診が必須でないことから、非常に簡便に使用できることが利点として挙げられる。

本邦においてCONUTを用いて外科手術後の合併症・在院日数などとの関連を示した報告は数多く見られるものの[10,11)]、内科的疾患に関して、CONUTが適切な指標であるかの検証はなされていない。

本研究では特に高齢者に多く、また入院期間が長期化しやすい呼吸器感染症患者において、入院時の栄養状態評価のどの指標が、在院日数・入院医療費の関連について最も影響を与えるかどうかを検証することを目的とする。

【対象と方法】

対象は当院に2013年11月～2014年10月に入院した入院の契機となった傷病が呼吸器感染症（肺炎・気管支炎・誤嚥性肺炎：ICD－10コード J13、J159、J180、J189、J440、J69）の患者とした。情報は電子カルテデータならびにレセプトデータから抽出した。また入院時の血液検査結果からCONUTの算出に用いられる血清アルブミン値、血清コレステロール値、リンパ球数を抽出した。

図1　CONUT（Control Nutritional Status）

	正常	軽度異常	中等度異常	重度異常
アルブミン	≧3.5	3.00-3.49	2. 50—2. 99	＜2. 5
スコア	0	2	4	6
リンパ球数	≧1600	1200-1599	800—1199	＜800
スコア	0	1	2	3
総コレステロール	≧180	140—179	100—139	＜100
スコア	0	1	2	3
総得点	0—1	2—4	5—8	＞8
栄養状態	正常	軽度異常	中等度異常	重度異常

単変量の統計的解析では、Kruskal-Wallis検定を用い、年齢、性別、入院時の血清アルブミン値、総コレステロール値、リンパ球数、入院元、糖尿病の既往の有無に関して在院日数、入院医療費を比較した。次に在院日数・入院医療費を目的変数に、年齢、血清アルブミン値、リンパ球数、入院前の所在を説明変数として重回帰分析を用いて解析した。説明変数の選択には交絡要因との関係を調整するため、強制投入法によりKruskal-Wallis検定において$P<0.1$を満たす変数を用いた。相関行列表を確認したが「$|r|>0.9$」となるような変数は存在しなかったため、すべての変数を対象とした。なお、在院日数と入院医療費に関しては対数変換を行って解析した。多重共線性の検証はVIFで検証した。

年齢では79歳以下を、性別では男性を、入院時の血清アルブミン値では3.5g/dl以上を、リンパ球数では1600／μl以上を、入院前の所

在では自宅をそれぞれリファレンスとしたダミー変数を用いた。血液検査に関しては入院初日のデータを用い、カットオフ値に関しては、CONUTを参考に血清アルブミン濃度は3.5g/dl、リンパ球数は1600/μlと設定した。解析は全てIBM SPSS ver.22を用いて行った。

【結果】

該当件数は144件であり、男性74件、女性70件で、年代別では79歳以下が32件、80代が66件、90代が46件であった（平均年齢 85.0±7.6歳）。55名がNSTの介入を行っていた。在院日数の平均値は24.8日で中央値は17日であった。入院医療費の平均値は947,364円で、中央値は747,185円であった。

表1　対象患者の年齢、入院時の血液検査、在院日数、入院医療費の分布

		度数	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲
年齢	計	144	84.5	7.6	86.0	80.0 - 91.0
	男性	74	83.2	7.8	84.0	76.0 - 89.3
	女性	70	86.9	6.9	88.0	84.0 - 92.0
血清アルブミン値(g/dl)			2.9	0.5	3.0	2.5 - 3.3
リンパ球数(/μl)			1237.3	800.0	1077.2	683.2 - 1593.0
総コレステロール(mg/dl)			146.8	35.9	143.0	123.0 - 164.0
在院日数			24.8	25.1	17.0	11.0 - 27.0
医療費			947,364	804,796	747,185	500,722 - 1,070,880

表2に在院日数の記述統計とKruskal-Wallis検定を用いて比較した結果を示した。CONUTから導き出した栄養状態と入院時の血清アルブミン値、リンパ球数で有意な差を認めた。有意差は見られなかったが、年齢、入院元の違いでは群間で差がある傾向が見られた。性別、総コレステロール値、救急搬送の有無では有意差は認められなかった。

表2　在院日数に関する記述統計

要因		度数	平均値	標準偏差	中央値	p値
年齢	70代以下	32	18.2	15.0	11.5	0.053
	80代	66	24.0	17.6	19.5	
	90代	46	30.5	36.6	18.0	
性別	男性	74	26.3	29.6	19.0	0.49
	女性	70	23.1	19.4	16.0	
栄養状態	正常	7	13.0	7.0	12.0	0.004
	軽度異常	34	16.6	12.0	11.5	
	中等度異常	75	28.2	28.6	19.0	
	重度異常	28	28.3	27.5	21.5	
アルブミン	3.5以上	22	15.9	11.3	12.0	0.010
(g/dL)	3.5未満	122	26.4	26.6	19.0	
総コレステロール	180以上	22	23.8	20.1	16.5	0.99
(mg/dL)	180未満	122	24.9	26.0	17.0	
リンパ球数	1600以上	35	19.0	13.9	11.0	0.042
(/μL)	1600未満	109	26.6	27.6	18.0	
入院元	自宅	63	22.7	28.1	15.0	0.077
	施設	72	25.7	22.5	18.5	
	病院	9	31.8	24.1	21.0	

表3に入院医療費の記述統計とKruskal-Wallis検定を用いて比較した結果を示した。在院日数と同様に栄養状態、血清アルブミン値、リンパ球数において有意差が認められ、加えて年齢、入院元でも有意差が認められた。総コレステロール値、救急搬送の有無では有意差が認められなかった。

表3　入院医療費に関する記述統計

要因		度数	平均値	標準偏差	中央値	p値
年齢	70代以下	32	732,323	534,858	519,400	
	80代	66	944,801	550,392	847,815	0.037
	90代	46	1,154,464	1,154,755	786,390	
性別	男性	74	1,037,964	965502	793,305	0.85
	女性	70	909,461	580,833	701,680	
栄養状態	正常	7	575,659	263,341	517,360	
	軽度異常	34	681,577	408,573	526,140	0.001
	中等度異常	75	1,072,149	841,071	819,290	
	重度異常	28	1,173,471	1,014,627	902,220	
アルブミン	3.5以上	22	684,449	416,320	524,050	0.007
(g/dL)	3.5未満	122	1,027,982	843,463	805,055	
総コレステロール	180以上	22	874,346	546,561	776,800	0.89
(mg/dL)	180未満	122	993,738	840,029	763,195	
リンパ球数	1600以上	35	746,942	466,141	527,040	0.033
(/μL)	1600未満	109	1,048,887	871,998	804,150	
入院元	自宅	63	885,772	847,453	663,610	
	施設	72	1,009,798	762,008	825,440	0.018
	病院	9	1,329,171	745,928	944,210	

表4に在院日数を目的変数とした重回帰分析の結果を示した。在院日数に関して対数化を行った。

強制投入法による分析を行い、年齢では90歳以上で79歳以下と比べて有意に長く（p=0.03）、血清アルブミン値では3.5g/dl未満と3.5g/dl以上と比べて有意に長く（p=0.03）、リンパ球数では1600未満で有意に長い（p=0.04）ことが認められた。分散分析表の結果は有意であった（p=0.01）がR2＝0.12と適合度は低かった。VIFでの検証では、多重共線性は認められなかった。

表4　在院日数を目的変数とした重回帰分析

要因		偏回帰係数	β標準化係数	p値	VIF
年齢	65歳～79歳	reference			
	80歳代	0.28	0.19	0.080	1.79
	90歳以上	0.38	0.24	0.025	1.78
アルブミン	3.5g/dl以上	reference			
	3.5g/dl未満	0.37	0.19	0.027	1.05
リンパ球数	1600/μL以上	reference			
	1600/μL未満	0.29	0.17	0.036	1.03
入院前の所在	自宅	reference			
	施設	0.06	0.04	0.66	1.18
	医療機関	0.34	0.11	0.186	1.11

R^2＝0.100　ANOVA p=0. 024

表5に入院医療費を目的変数とした重回帰分析の結果を示した。入院医療費も同様に対数化して分析した。

強制投入法による分析を行い、血清アルブミン値では3.5g/dl未満と3.5g/dl以上と比べて有意に多く（p=0.05）、年齢、リンパ球数、入院元の違いでは有意差では認められなかった。分散分析表の結果は有意であった（p=0.05）がR^2＝0.08と適合度は低かった。多重共線性は認められなかった。

表5　入院医療費を目的変数とした重回帰分析

要因		偏回帰係数	β標準化係数	p値	VIF
年齢	65歳～79歳	reference			
	80歳代	0.32	0.20	0.068	1.79
	90歳以上	0.30	0.17	0.115	1.78
アルブミン	3.5g/dl以上	reference			
	3.5g/dl未満	0.37	0.17	0.048	1.11
リンパ球数	1600/μL以上	reference			
	1600/μL未満	0.20	0.11	0.21	1.03
入院前の所在	自宅	reference			
	施設	0.00	0.00	0.99	1.18
	医療機関	0.43	0.13	0.13	1.11

R^2＝0. 088· ANOVA p=0.049

【考察】

本研究では高齢呼吸器感染症患者の基本属性と、栄養指標として入院時血清アルブミン値、リンパ球数、総コレステロール値、入院元、在院日数、入院医療費を比較した。

入院患者の栄養評価が重要であることは論を待たないが、例えば代表的な栄養の指標としての血清アルブミン値は、体液量の変化などの影響を強く受けることから正確には栄養状態を反映しないと言われているなど、単一の検査所見から評価するのは困難である[12)]。よっていくつかの血液検査項目、身体計測の結果を組み合わせた栄養評価の指標が数多く開発されてきたが、全ての病態を欠点無くカバーできるには至っていない。

また多忙な急性期病院においては、煩雑な指標を用いるのに困難を伴うことから、簡便な指標を用いてスクリーニングを行い、後に詳細な評価を行うのがより現実的である。

当院では2013年11月からCONUTを用いたスクリーニングを行っており、結果に基づいてNSTの介入を決定している。知識が十分でない者にもスコアリングが可能であり、低栄養状態を判断しやすいことから栄養療法の普及に一定の効果を上げていると考えられる。しかしこの介入方法に関して十分な評価がなされたことはなかったため、特に在院日数の増加の原因となっている高齢者の呼吸器感染症に着目し、アウトカムを在院日数・入院医療費として解析を行った。

その結果、入院時の血清アルブミン値が3.5g/dl未満、リンパ球数が1600／μl未満、年齢が90歳以上で在院日数が長くなり、血清アルブミン値が3.5g/dl未満であると入院医療費が増大することが示されたが、総コレステロール値は在院日数、入院医療費のどちらにも影響を与えなかった。

総コレステロールは合成の律速酵素であるヒドロキシメチルグルタリル-CoA還元酵素の活性が飢餓状態において低下することから、栄養状態の静的指標に用いられるが[13)]、本研究において在院日数・入院医療費に関して有意な差が認められなかったのは、脂質異常症が背景に存在している患者が一定数存在し、病態が結果に影響を及ぼし、正確に低栄養を反映していなかった可能性が考えられる。またスタチンの抗炎症作用から、感染症の予後を改善する可能性も考えられ[14)]、内服に伴う影響はあるかもしれない。

血清アルブミン値・リンパ球数に関しても、同様に病態や加齢性の変化が影響を与えている可能性も否定できないが、いずれにせよ総コレステロール値が指標に含まれるCONUTを高齢者の呼吸器感染症患者において栄養スクリーニングに用いることは困難が伴う可能性があると考えられた。

血清アルブミン値とリンパ球数のみで評価するスクリーニングの指標として小野寺のPrognostic Nutrition Index（O-PNI）があるが[15-16)]、より病態を反映する指標としてCONUTと比較の上での再検討が必要である。

本研究の限界として単一医療施設において疾患を限定した調査であり、これを他の病態に適用するのは困難であること、服薬内容や入院前のADLを考慮していないことが挙げられる。また患者の重傷度による調整を行なっていないが、本研究では対象疾患が医療・介護関連肺炎に分類されるものが多くを占めることから環境や基礎疾患による病態への影響が多様であり、日本呼吸器学会による医療・介護関連肺炎診療ガイドラインにおいても重傷度による分類ではなく、耐性菌リスクなどによる抗菌薬選択基準としての治療区分が主となっていることを考慮すると[17)]、既存の重傷度評価を適用するのは困難であると考えた。

今後高齢化社会の進行とともに、入院時に低栄養状態である患者が増加することはほぼ確実であり、病態の急性期における低栄養患者の早期発見のための手法に関してさらなる検討が必要である。

【参考文献】

1）厚生労働省：最近の医療費の動向-MEDIAS-　平成26年3月
http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/month/14/03.html
2）金谷節子,低栄養患者の栄養ケアによる医療経済効果-血清アルブミン濃度の入院日数,総医療費のロジスティック回帰モデル研究-.浜松大学紀要,2007
3）J.A.Hernandez, Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients,the PREDyCES Study Nutr Hosp.2012;27(4):1049-1059
4）Banks MD, Graves N, Bauer JD, et al. Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. European journal of clinical nutrition,2013;67(1):42-6
5）Wyers C.E, Reijven P.L.M, Evers S.M.A.A, et al. Cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly subjects after hip fracture. A randomized controlled trial. Osteoporosis int,2013;24:151-162.
6）H.Akinori, Ohura, T.Ohura, Cost-effectiveness of nutritional intervention on healing of pressure ulcers. Clinical nutrition,2012:31:868-874
7）日本静脈経腸栄養学会編:栄養サポートチーム,静脈経腸栄養ガイドライン-第3版-.p133-137.2013.照林社.東京.
8）伊藤彰博,東口髙志：日本におけるNST制度の動向；栄養学雑誌,2006;Vol64 No.4:213-220
9）Ignacio de Ulibarri J, Gonzalez-Madrono A, de Villar NG, et al. CONUT:a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. Nutr Hosp,2005;20(1):38-459)
10）工藤克昌：胃癌手術症例に対するcontrolling nutritional status法による術前栄養評価と術後合併症の評価.日本消化器学会雑誌.2014;47(6):305-312
11）佐藤雅基：高齢者開腹手術後の合併症発生リスクに関するCONUT ScoreとSurgical Apgar Scoreを用いた検討.静脈経腸栄養.2013 VOl.28 No.2
12）中屋豊：栄養評価における血清アルブミン値の考え方 低栄養の指標としてのアルブミン?　臨床栄養.2008;112(4):453－9
13）亀井尚：栄養アセスメント 基礎から臨床へ 生化学 脂質.栄養-評価と指標.2011;28(2):140-2
14）You-Dong Wan, Tong-Wen Sun, Quan-Cheng Kan, et al. Effect of statin therapy on mortality from infection and sepsis: a meta-analysis of randomized and observational studies. Critical Care,2014;18:R71
15）小山諭,吉澤麻由子,萬羽尚子他:Prognostic Nutritional Index（PNI）の臨床応用.栄養-評価と指標2008;Vol.25 No.3:32-36
16）伊藤明彦：PNIの臨床応用-高齢者の栄養管理におけるPNIの臨床的有用性.栄養-評価と指標2008;Vol.25 No.3:50-53
17）日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン作成委員会編：医療・介護関連肺炎診療ガイドライン.p8－11.2012. 日本呼吸器学会.東京.

（2015年２月19日受付、2015年９月26日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　7 - 12,　2015

急性期病院における地域包括ケアシステム支援体制の構築

野々下みどり[1)]、馬場園　明[2)]

Establishment of support functions for a local comprehensive health care system in an acute care hospital

Midori NONOSHITA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】 Creating a management strategy is necessary to establish support functions in a local comprehensive health care system towards 2025. The reason is that few patients will be cured only by acute care hospitals in the future. The purpose of this study was to establish support functions, including, housing, health care, long-term care, prevention, and life support.

【Methods】 At first, the mission of our hospital was revised to implement organizational activities, including functions for local comprehensive health care systems along the established organizational culture. Second, strengths, weaknesses, opportunities, and threats were disclosed. Additionally, the strategy of our hospital was clarified by cross SWOT analysis based on SWOT analysis, leading to action plans.

【Results】 We decided to specify care for stroke patients, especially, those with cerebral infarction. We would like to enforce existing home health care composed of a visiting nursing and rehabilitation care. Additionally, we planned to create a local interchange center focused on housing for the elderly.

【Discussion】 We would like to build housing for the elderly based on the idea of a continuing care retirement community, including local home health care center, rehabilitation facilities, and free spaces. Additionally, we intend to create opportunities for residential interexchange in the district through activities and events. Moreover, we would like to provide information on terminal care, including a system to implement living wills, to avoid unwanted life-prolonging treatment and for individuals to have dignified deaths at home.

Key words: local comprehensive health care system, home health care, life support, living will

【抄録】

【目的】 今後、急性期医療のみで治癒する患者はほとんど存在しないことを考慮すれば、急性期病院においても2025年に向けて地域包括ケアシステムの支援に向けた経営戦略を立てる必要に迫られている。住まい・医療・介護・予防・生活支援の視点から支援構築を行うことを研究目的とした。

【対象と方法】 まず、理念の見直しを行うこととした。根付いている組織風土に沿って、地域包括ケアシステム支援の要素を加えることで、組織的な取り組みが行えるようにした。次にSWOT分析を用い、強み、弱み、機会、脅威を明らかにした。そして、SWOT分析に基づいたクロスSWOT分析を行い、当院の取り組みを明らかにし、今後の具体的計画を策定した。

【結果】 急性期医療に関しては、脳卒中、その中で脳梗塞に特化していくこととした。既存の訪問看護、通所リハビリテーションの在宅医療も強化し、さらに住宅施設を中心とした地域の交流の場を作ることにした。

【考察】 急性期病院で地域包括ケアを支援していくためには、CCRCの考え方を導入して、「住まい」を建築、地域の在宅医療の拠点や、通所リハビリテーション施設、フリースペースを設け、活動やイベントを通して、地域との交流の場を作ることが求められると思われる。また、ここでの事前指示書などの情報提供を通じて本人が望まない延命治療を避け、その人らしい死を自宅で迎えられる体制を構築したい。

キーワード： 地域包括ケアシステム、在宅医療、生活支援、事前指示書

1)　医療法人社団シマダ　嶋田病院　診療支援部
Establishment of Support Functions for Local Comprehensive Healthcare System By an Acute Hospital

2)　九州大学大学院医学系研究科医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate school of Medical Sciences、Kyushu University

代表著者連絡先　nonoshita@shimadahp.jp

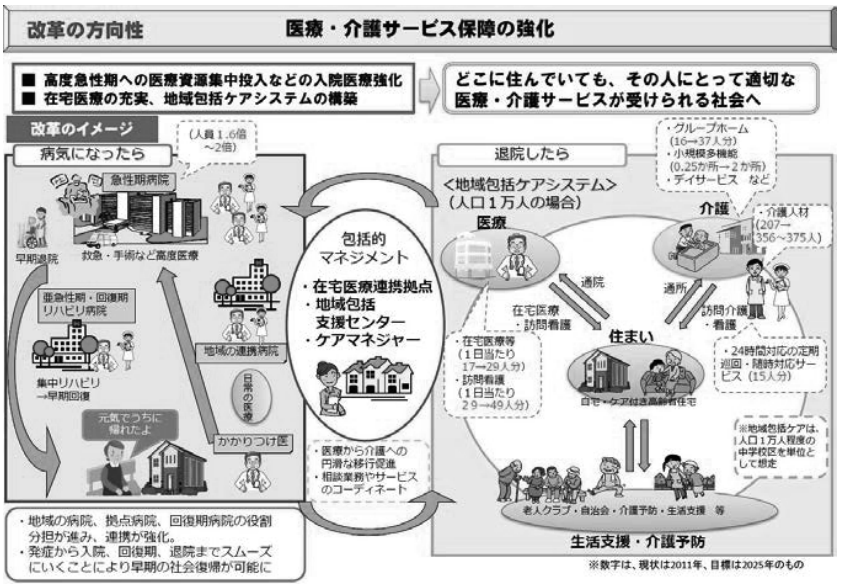
医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　7 - 12,　2015

【はじめに】

我が国は世界有数の長寿国であり、65歳以上の人口は、2012年には3000万人を超えており（国民の4人に1人）、2042年の約3900万人でピークを迎えるといわれている[1)]。今後、75歳以上の人口割合も増加し続けることが予想されており、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、2179万人になると推計されており[1)]、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。それに伴って認知症高齢者も増加し、全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15％、認知症有病者数約439万人と推計されている[2)]。

厚生労働省は、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、図1に示すように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している[3)]。

図1　地域包括ケアシステム



（出典）第 23 回社会保障審議会資料　平成 24 年 1 月 30 日　**社会保障・税一体改革で目指す将来像**地域包括ケアシステム

人口約6万人の福岡県小郡市に所在する唯一の急性期病院である嶋田病院（以下、当院という）においても、今後、急性期医療のみで治癒する患者はほとんど存在しないことを考慮すれば、2025年に向けて地域包括ケアシステム支援体制の構築に向けた経営戦略を立てる必要に迫られている。地域包括ケアシステム５つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）の視点から行うことを研究目的とした。（図2参照）

図2　地域包括ケアシステム5つの要素と「自助・互助・共助・公助」

（出典）第 23 回社会保障審議会資料　平成 24 年 1 月 30 日　**社会保障・税一体改革で目指す将来像**地域包括ケアシステム

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　7 - 12,　2015

【対象と方法】

非営利機関の管理者がなすべきことについてピーター・ドラッカーは、組織の使命と定めたことを個別具体化していくこととし、使命達成に必要な3つの要点として、組織の強みと成果に目を向けること、何を心底信じているのかということ、そして何が機会であり、ニーズであるかということを問うことであるとしている[4)]。そこで地域包括ケアシステム支援体制の構築を組織的に行うために、まず理念の見直しが必要であると考えた。

当院の理念には、「地域住民の方々が安心して暮らしていけるよう」という一節がある[5)]。また、その理念実現に向けた基本方針には、「救急医療」を掲げ24時間、365日、いつでも患者が受診できる体制を作っていくことや、「住民の健康管理」として地域住民の方々に情報を提供し、がん及び生活習慣病の早期発見・早期治療で地域住民の方々の健康管理を支援していくとし、「地域連携」で広域の医療機関と連携をしていくこととしている。「安心して暮らしていける」ためには「医療」中心の提供体制の構築であった理念を基本に、蓄積してきた実績を活用しながら、入院前、退院後も24時間365日地域住民の暮らしを支援していく地域包括ケアシステムの構築と、医療（疾患）の予防に加え、介護予防を理念に加えることである。そして、地域で根付いている組織風土に沿って、地域包括ケアシステム支援の要素を加えることで、組織的な取り組みが行えるようにすることである。

そのためにSWOT分析を用い、外部・内部環境分析から強み弱みを明らかにした。そして、SWOT分析に基づいたクロスSWOT分析を行い、当院の取り組みを明らかにし、今後の具体的計画を策定した。

【結果】

SWOT分析とクロスSWOT分析の結果を図3に示した。SWOT分析の外部環境分析では、機会と脅威の2つの項目から分析を行うが、機会の中では地域包括ケアシステムの重視と、急性期病院としての急性期に特化した疾患への取り組みが挙げられた。我が国の社会保障は、社会保障・税一体改革大綱（平成 24年2月17日閣議決定）に基づき、急性期を始めとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた[6)]。各都道府県が策定する医療計画には、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病に精神疾患が追加され、救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療および小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業並びに在宅医療に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制に関する事項を定めなければならない[7)]。これらのことに加えて、DPCの機能評価係数Ⅱの項目から鑑みても、急性期病院として5疾病5事業と在宅医療に取り組まなければならないことは明らかである。脅威に挙げた医療法改正による病床機能報告の報告項目からも同様である[8)]。

図3　SWOT分析

		外部環境分析	
		（3）機会（Opportunity）	（4）脅威（Threat）
		・地域包括ケアシステムの重視 ・DPC機能評価係数Ⅱの重視 ・成長戦略、骨太の方針 ✓ 外国人労働等 ✓ 先進医療	・医療法改正 ✓ 病床機能届出制度 ✓ 2018年医療計画（あと4年） ・少子高齢化社会 ✓ 2025年（あと11年） ✓ 医療需要と介護需要 ✓ 認知症の増加 ・急性期のふるい落とし（係数）
内部環境分析	（1）強み（Strength）	積極的攻勢	差別化戦略
	・5疾病5事業 ✓ 救急 ➢ ICU →脳梗塞 ✓ DM ・内視鏡 ・下肢静脈瘤 ・外科（胆石、ヘルニア）	・脳梗塞への集中 ✓ 連携パス ✓ チームの構築 ✓ リハビリ ・先進医療 ・「ウリ」のPR	・住宅施設の構築 ✓ 脳梗塞専門 ✓ 糖尿病専門 ✓ 障害を持った高齢者の入居 ✓ 糖尿病食などの提供
	（2）弱み（Weakness）	段階的施策	専守防衛
	・介護との連携 ・地域包括ケア ・行政との関わり	・在宅診療チームの立ち上げ ・認知症教育 ・総合診療専門医 ・マンパワーの不足 ➢ 労働力の確保 ➢ 外国人	・労働力の確保 ✓ 職員の介護支援 ✓ 高齢者、ボランティア

次に、内部環境分析を行った。当院は急性期医療に関しては、5疾病の中の脳卒中、その中で脳梗塞に特化していく方針である。平成25年度もDPC6桁別の患者数は2位であった。当院の「脳梗塞診療」の強みは、神経内科の医師（専門医）によるrt-PA（アルテプラーゼ）静注療法の施行が24時間365日体制で可能であることである。脳の画像を神経内科の医師が常時携帯するiPadへ転送し、ICUスタッフとの連携で脳梗塞のゴールデンタイムでの施行ができている。ICU病棟は、日本集中治療医学会専門医研修施設に認定されており、当院にはさらに約50名のリハビリスタッフや回復期リハビリテーション病棟という資源を有している。

平成25年度DPC6桁010060（脳梗塞）で退院した154名のうち、109名がエダラボンによる治療、14名がrt-PA（アルテプラーゼ）静注療法の施行であった。一般病棟からの退院先は、82名が当院の回復期病棟、それ以外の72名の内、自宅が52名、居宅系の施設が9名、他院の回復期病棟が2名で在宅復帰率は87.5％であった（表1）。

表1　脳梗塞一般病棟からの退院先

当院 回復期	自宅	施設 （居宅）	転院 回復期	死亡	転院 精神	転院 療養	在宅復帰 率	全体
82	52	9	2	2	1	6	87.5%	89.7%

最終的に当院の回復期病棟からの退院患者の退院先は、外来（他院）が72名、次いで外来（自院）が39名と合わせて111名で多くが在宅であった。当院全体での退院患者の退院先も、2,528名のうち1,883名が在宅で在宅復帰率は89.7％であった。当院は、DPC入院期間Ⅱ内での退院割合も84.9％であり、平均在院日数も12.5日であり、診療密度を高めることに成功している。

現在行っている当院での在宅医療・介護サービスは、居宅介護支援、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションである。但し、訪問診療は実績がなく「看取り」まで出来ていないため、弱みとして介護との連携を挙げた。

これらのことから、クロスSWOT分析における積極的攻勢として、当院は現在行っている「救急医療」と「在宅医療」をこれからも強化していくこととした。また、差別化戦略として住宅施設を中心とした地域の交流場を作る具体的プランを構築した。

【考察】

地域包括ケアシステムの中で中核となる地域唯一の急性期病院として、脳梗塞の診療に特化していくこととしたが、さらなる充実のために、「超急性期脳卒中加算」の施設基準取得に向けた薬剤師、臨床検査技師の当直体制の構築を進めている。すなわち、当院では、高齢者の肺炎や心不全などの入院診療も多く受け入れているが、ICU病棟やリハビリスタッフ、回復期リハビリテーション病棟という現在の資源を最大限に生かすためにも、その脳梗塞診療でのポジションを確立していく必要がある。脳梗塞の治療のほとんどが薬物療法であり、短い在院日数ののちに在宅へ帰る患者がほとんどであることからも、退院後の患者にもシームレスなリハビリテーションや生活支援をしていくことが重要であり、当院の特色となると考えられる。

病院全体でも急性期での診療密度を高めることには成功しているが、年々短縮していく在院日数と相反して、再入院率が増加傾向にある。治癒が望めない疾患に関しては、短い入院期間での関わりだけで完結していては、医療機関として役割を十分果たしていないと考えられる。地域包括ケアシステムを構築するためには、その後の継続したケアの支援がやはり重要な課題である。

診療密度を高めるためにDPC入院期間Ⅱ内での退院、平均在院日数の短縮に取り組むことから、早期退院を想定して、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの在宅医療にも着手したが、まだ十分に活用できてはいない。患者への関わりにおいて職員もまだ急性期医療のみの意識であり、退院後の介護サービスまで想定できておらず、実際は当院の退院患者からの利用者が少ない。弱みとして介護との連携を挙げたが、患者が退院後どのような介護サービスを受けたら良いのか、患者が望む生活を送るためにはどうしたら良いのか、そこまで考えることができるよう、これから職員に意識改革をしていかなければならない。

また退院後、通院ができない患者にも在宅で同じようにリハビリテーションが実施できるようにと訪問リハビリテーションを設置したが、地域住民のニーズとしては通所リハビリテーションの方に需要が多い。高齢者のためにも「着替えて出かける」「他人と接する」ことは重要であり、今後は通所リハビリテーションの方の強化や拡大を行っていく。

当院の敷地内（駐車場）に訪問看護ステーションが建設されていたが、先日より本院へ近い場所へ移転した。その跡地に新しい施設の建築を行い、地域包括ケアシステムを考える上での「住まい」という要素をここで実現することを検討している。本人の希望と経済力にかなった住まいを基盤として、生活、予防、介護、医療を支援することが地域包括ケアシステムのアイデアである。この「住まい」にはCCRC（Continuing Care Retirement Community）の考え方を導入する。

CCRCとは「継続したケア」という理念に基づいて、生活支援・健康支援・介護・医療サービスなどを総合的に提供していく施設サービスのシステムであり[9]、CCRCの理念を取り入れた「高齢者の生活が継続できるようにケアを行い、自分の人生で起こったことを前

向きに肯定して統合すること」を支援する「高齢者健康コミュニティ」[9]をこの「住まい」に構築したい。「高齢者健康コミュニティ」は「本人の意思の尊重」「残存機能を活用した自立支援」「生活とケアの連続性の維持」を三大原則とし、「生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅および高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティ」と定義されているが[9]、当院の敷地内に隣接している訪問看護ステーションと連携し、ここを地域の在宅医療の拠点とする。通所リハビリテーション施設も併設させ、本人の意思を尊重した生活を支援していきたい。

この「住まい」は、当院の特徴を生かした脳梗塞後の患者や糖尿病の患者、ICU病棟では呼吸器疾患が多数のため、人工呼吸器装着の患者も入居可能であるような施設にしたい。また別のサービスとして、多様な疾患を持った高齢者が多いため、糖尿病食、減塩食など治療食の宅配サービスも行うことができれば、地域住民を「日」単位という視点での支援ができるのではないだろうか。

また、「住まい」には、フリースペースを設け、地域包括ケアシステムの予防や生活支援を自助・互助を活用して行っていきたい（図2参照）。さらに、ボランティア・住民組織の活動場所としてスペースを提供し、そこでは高齢者によるボランティアや生きがい就労の場所として、また認知症予防としても価値ある場所を作っていく。そこで、①セミナーや教室の開催、②ホームヘルパーの養成など、在宅介護の教室③終活セミナー（エンディングノートや事前指示書作り）④集いの場所としてカフェ、⑤当院からの定期的な健康教室の開催などである。次に具体的な内容について詳述する。

①セミナーや教室の開催では、地域で活動しているボランティアや教室開催の講師などにスペースを提供する。また現役を退いた高齢者を講師に迎え、セミナー等の開催をする。

②ホームヘルパーの養成などでは、生きがいや就労支援を行う。また在宅介護を行う家族の支援のためにも、実演等で訓練できる場所として活用する。そこでの講師は当院の看護補助として勤務しているケアワーカーを想定している。そうすることで、当院の職員のモチベーションアップにも繋がり、新しい活躍の場が提供できるのではないかと考える。

③終活セミナー（エンディングノートや事前指示書作り）については後述するが、住民の意識改革の場所として考える。

④集いの場所としてカフェは、地域との関わりの場所としての提供や、認知症カフェとしての利用を考える。

⑤当院からの定期的な健康教室の開催では、定期的な運動や食事、また疾患についての教室を開催し情報提供を行う場所とする。そこで医療（疾患）や介護予防についての活動を行う。

ここでの企画をさらに「月」「年」単位での視点でも構築する。まず、「月」単位の視点であるが、既存の通所リハビリテーション施設の空き時間や休日を利用したり、また当院の通所リハビリテーションの１つは商業施設の中に入っている施設があるため、その商業施設の中に併設されたホールを利用したり、さらには地域の中の空き家などを利用したりして、1月から２月毎に1度のイベントを実施する。

「年」単位での企画として、市民公開講座、フェアの開催を行い、地域のイベントとして実施していく。この「月」や「年」でのイベントは、日々行うセミナーや教室の勧誘や披露の場、回復期リハビリテーション病棟や通所リハビリテーションでリハビリとして作成した作品の披露の場などとしても有効であると考える。こういったイベントを通して、地域との交流が広がり、ネットワーク作り、顔の見える連携が構築できるのではないかと考える。

現在、公民館での「健康教室」をきっかけに、地域（自治区）と連携を始めている。そこでの健康教室で、院長や講師の医師も「平均寿命と健康寿命について」や「死に方」や「死に場所」について住民に話している。終末について考える運動を、地域に展開していきたいと考える。

急性期病院で地域包括ケアを支援していくためには、CCRCの考え方を導入して、「住まい」を建築、地域の在宅医療の拠点や、通所リハビリテーション施設、フリースペースを設け、活動やイベントを通して、地域との交流の場を作ることが求められると思われるが、実現に向けてこれから職員の意識改革や教育、介護報酬の改定も考慮し予算や運営の計画を急がなければならない。

最後に、急性期医療機関として地域包括ケアシステムへの関わり方として、高齢者に急性期ケアのニーズが生じた場合から新たなシステムを構築したい。わが国では、1973年の老人医療費無料化により、高齢者の社会的入院を増長させ、病院で亡くなるという文化を定着させた。この文化は、本人の承諾を得ない胃瘻造設や延命治療を受けるということと関連していると思われる。国民の死生観・価値観の多様化も進む中で医療のあり方は、医療を受ける側への意識改革も要する。人生の最終段階における医療のあり方について、社会的に合意形成していくことは重要なことである。自分の最期をどうするのか、何を求めるのか、終活を通したエンディングノートからの事前指示書（リビングウィル）など、そういった情報提供にも努めていく。そういう場を作るためにも、前述の起案は有益であると考える。本人が望まない延命治療を避け、その人らしい死を自宅で迎えられる体制を構築したい。

【おわりに】

このようなプランの実現のためには、まず当院の職員の意識改革と連携が必要である。入院している間だけの治療や関わり方から、継続したケアの支援をしていかなければならない。また、本人、施設、ケアマネージャー等との連携構築も重要である。退院先

が自宅以外の場合にも、喀痰吸引や褥瘡、栄養摂取の問題がある。それによって退院先が見つからなかったり、退院しても再び入院となったりするケースも起きている。現在、誤嚥性肺炎の再入院の増加という問題もあり、少しずつ施設へ職員が出向き、ケアの継続について指導などを行っているが、こういった研修や交流もこれからさらに増やしていかなければならない。最終的な目的としては、そもそも誤嚥性肺炎にならないような、減少するような活動を考えている。

また、組織間の連携のためにどのような情報共有をしていくのか、研修会や会議といったところから、記録の統一化、共有等もIT化も含めて検討していかなければならない。

急性期病院における地域包括ケアシステムの構築として、高齢者に急性期ケアのニーズが生じた場合に、急性期ケア、回復期ケアを提供し、また地域に帰るというケアサイクルを可能とする仕組みを構築するための事業展開と、急性期ケアへの係り方について検討した。ICUやHCU、一般病棟の7対1看護体制、リハビリテーションスタッフ、豊富な経験と人材、急性期に特化してきた資源を、地域包括ケアシステムの各部門へ配分していき、この地域の医療体制を変えていくことが時代の要請となってきている。

【参考文献】

1)　国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口（平成24年1月推計）、2012年、
http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf
2.）朝田 隆、「認知症有病率等調査について」都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、社会保障審議会介護保険部会（第45回）平成25年6月6日資料6
3)　厚生労働省、地域包括ケアシステムの実現へ向けて、今後の高齢者人口の見通し、2014年７月25日、http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
4)　Peter.F.Drucker、使命とは何か、上田惇生、田代正美訳、非営利組織の経営、東京:ダイヤモンド社、1991年;5−11
5)　嶋田病院、理念・基本方針、平成27年1月8日、http://www.shimadahp.jp/idea.html
6)　社会保障・税一体改革大綱について、平成24年2月17日 閣議決定
7)　医療計画について、平成24年3月30日厚生労働省医政局長通知
8)　厚生労働省、平成 26 年度 病床機能報告 報告マニュアル、平成26年9月
9)　馬場園 明、窪田 昌行、地域包括ケアを実現する高齢者健康コミュニティ ―いつまでも自分らしく生きる新しい老いのかたち、福岡:九州大学出版会、2014年;4−5

（2015年５月16日受付、2015年９月19日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　13 - 24,　2015

山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発

花田　　稔[1)]、馬場園　明[2)]

Study of the functions of pharmacists in a continuing care retirement community model in a mountainous region

Minoru HANADA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】 The purpose of this study was to develop pharmacists' functions, including home visit services, at a continuing care retirement community model in a mountainous region.

【Methods】 The target population included the residents of Joge-cho town (Fuchu, Hiroshima Prefecture, Japan). First, I described regional characteristics, present health care status, long-term health care services and daily life of the elderly. Second, I conducted SWOT and CROSS-SWOT analyses to evaluate roles and orientations of home visit services by pharmacists as supporters for the elderly with a framework of "structure", "process", and "outcome". For this purpose, I used Donabedian's model, which is famous for its triad. Then, based on this analysis, I developed a sustainable business model for pharmacists to conduct home visit services in Joge-cho town based on a balanced scorecard.

【Results】 I developed the following pharmacists' functions for home visit services at a continuing care retirement community model: 'improvement in the health care environment', 'prevention against disease aggravation', 'reduction in health care costs', 'improvement in quality of life', 'promotion of home visit services', 'improvement of the quality of duties', and 'construction of a continuing care retirement community'. Moreover, I created a strategic plan to establish a financially sustainable pharmacy that specializes in home visit services.

【Discussion】 The developed functions in the study aimed to support patients holistically. Additionally, this model is expected to contribute to the construction of a local comprehensive health care system by planning collaboration among health care facilities or between health care facilities and long-term care facilities. Further study should include agendas of self-realization for the elderly and active participation of local residents.

Key words:continuing care retirement community, pharmacists' functions, home visit services

【抄録】

【目的】山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける、在宅サービスを含めた薬剤師の役割の開発を研究目的とした。

【対象と方法】研究対象地域は上下町（広島県府中市）とした。まず、地域特性、医療・介護の提供状況, 高齢者の日常生活状況を明らかにした。次に、高齢者の支援者としての在宅薬剤師の役割と方向性に関してSWOT分析、CROSS-SWOT分析を行い、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」のフレームワークを用い検討を行った。さらに、Balanced Scorecard のフレームを用い、上下町での薬剤師による本在宅サービスの持続的な事業展開についての検討を加えた。

【結果】地域包括ケアシステムでの在宅薬剤師の役割を、「薬物治療環境の向上」「疾病の重症化予防」「医療費の削減」「生活の質の向上」「在宅サービスの推進」「業務の質の向上」「高齢者健康コミュニティの構築」とすることができた。また、在宅専門薬局を事業的に成り立たせる経営プランも構築した。

【考察】本研究で開発した在宅薬剤師の役割は、高齢者を全人的な視点で支援することにつながり、さらに、医療―医療、医療―介護の連携を図ることで、地域包括ケアシステムの構築に大きな貢献をもたらすことが期待できる。今後、高齢者の自己実現、地域住民の参画という課題が研究されるべきである。

キーワード：高齢者健康コミュニティ、薬剤師の役割、在宅サービス

1)　九州大学大学院　医学系学府　医療経営・管理学専攻
Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyusyu University

2)　九州大学大学院医学系研究科医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyusyu University

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　13 - 24,　2015

【はじめに】

高齢化の進展と健康概念の転換[1]により、わが国では病院完結型から地域完結型である地域包括ケアシステム[2]へと舵が切られた。

これにより病院や施設よりも、高齢者住宅を含む自宅で多くの高齢者を支えることになり、薬物治療に対してハイリスクを抱える高齢者の支援がさらに必要となった[3-9]。これに伴い、患者と在宅サービス担当者からも薬剤師が在宅サービスへ参入することに大きな期待が寄せられている。調剤室での調剤が業務であった時代からすれば、大きな変革である。

地域包括ケアシステムに期待される薬剤師像は、平成6年の診療報酬改定（在宅薬剤管理指導料）、平成9年の基準薬局制度の改定で、すでに示されていたが、平成24年社会保障・税一体改革大綱、平成24年診療報酬改定により後押しされる形で、「かかりつけ薬局」のあるべき姿と伴に、残薬の調整や飲み忘れの対策、薬学的視点による処方薬の評価などの薬剤師による在宅サービスが明確な形で、国民と薬剤師自身に示されることとなった。

しかしながら、薬剤師の在宅サービスが、全国的に広く十分に提供されてはおらず、その活動は不十分との厳しい指摘も上がっている[10-12]。

つまり、在宅で薬物治療を行う患者の多くは、①複数の疾患を抱え合併症を起こしやすい②その回復からの遅延により廃用症候群など日常生活機能の低下を起こりやすい③肺炎など死に至る急性疾患の頻度が高い④多剤服用や生体機能の変化により薬剤の副作用が起こり易い等の状況にある。患者が自宅で暮らすためのセイフティネットである在宅医療が、担当者のそれぞれの専門性との連携により質の高いサービスに導くとする現在、その場に参画できていない状況について、薬剤師はその責任を重く受け止める必要もある。

一方、高齢者の多くは、住みなれた地域で、安心して最期まで暮らすことを希望するものの、人生への目的意識が希薄した状況が顕在化している[13]ことも言われている。人生への目的の有無が、生き方を変えるとも言われ[14]、その目的を再構築することが治療の延長上にある生活の質（QOL）の向上に大きく影響を与えるため、限られた専門知識のみでサービスを提供することへの限界も見えてきている。このような中、医療提供施設内での活動でも伺えるように、薬剤師は、薬学の専門家として活動を有する側面と、医師に伝えきれない患者の代弁者となる側面を併せ持つことから、地域包括ケアシステムの中での薬剤師の在り方を改めて考えることは重要である。

また、前者の側面にあたる褥瘡治療、緩和ケア、NST、そして認知症などの業務への多様化も一部では進んで[15~19]おり、このことは、日常生活につながる他職種との業務の効率化や薬剤師の多面的な視野での活動の発展を見ることができ、これを生活支援につなげることで、他職種の補完的な活動へとなりえる。

しかし、依然として治療を中心とする薬学の専門家としての薬学的管理指導に留まっているため、生活者としての日常生活およびQOLという大きな視点を持って、生活への動機づけや生活への自己実現へと導く生活支援を明確に打ち出して活動を行っている事例は未だ見つからない。これに対して、北欧や欧米では、高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合することで、人生をよりよく生きる習慣が備わっており、本人や配偶者の身体的能力に応じた移り住みの文化とそれを支えるハード・ソフトの仕組みである高齢者健康コミュニティ[20]が構築されている。これにより、在宅サービスの受益者、受給者には、QOLについての認識が高い。そのため、高齢化率が進展するわが国においても、持続可能な社会の構築のため、地域包括ケアシステムとともに、この高齢者健康コミュニティの概念の必要性が認識され、政策検討が行われているところである。

現在、山間部では、人口減少とともに、独居世帯、高齢世帯の割合が増加し、介護者も高齢化するなど、地域社会の脆弱が顕在化しており、在宅サービスでの本人および介護者を支えるキーパーソンの存在が不足している状況にある。そのため、山間部で住み慣れた自宅で最期を迎えることを希望する多くの高齢者に対し、薬剤師の、患者宅への訪問姿勢や業務の多様化などともに、高齢者健康コミュニティの中で、地域包括ケアシステムにおける役割を整理し検討することは意義深い。

そこで、本稿では、山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける、在宅サービスを含めた薬剤師の役割の開発を研究目的とした。

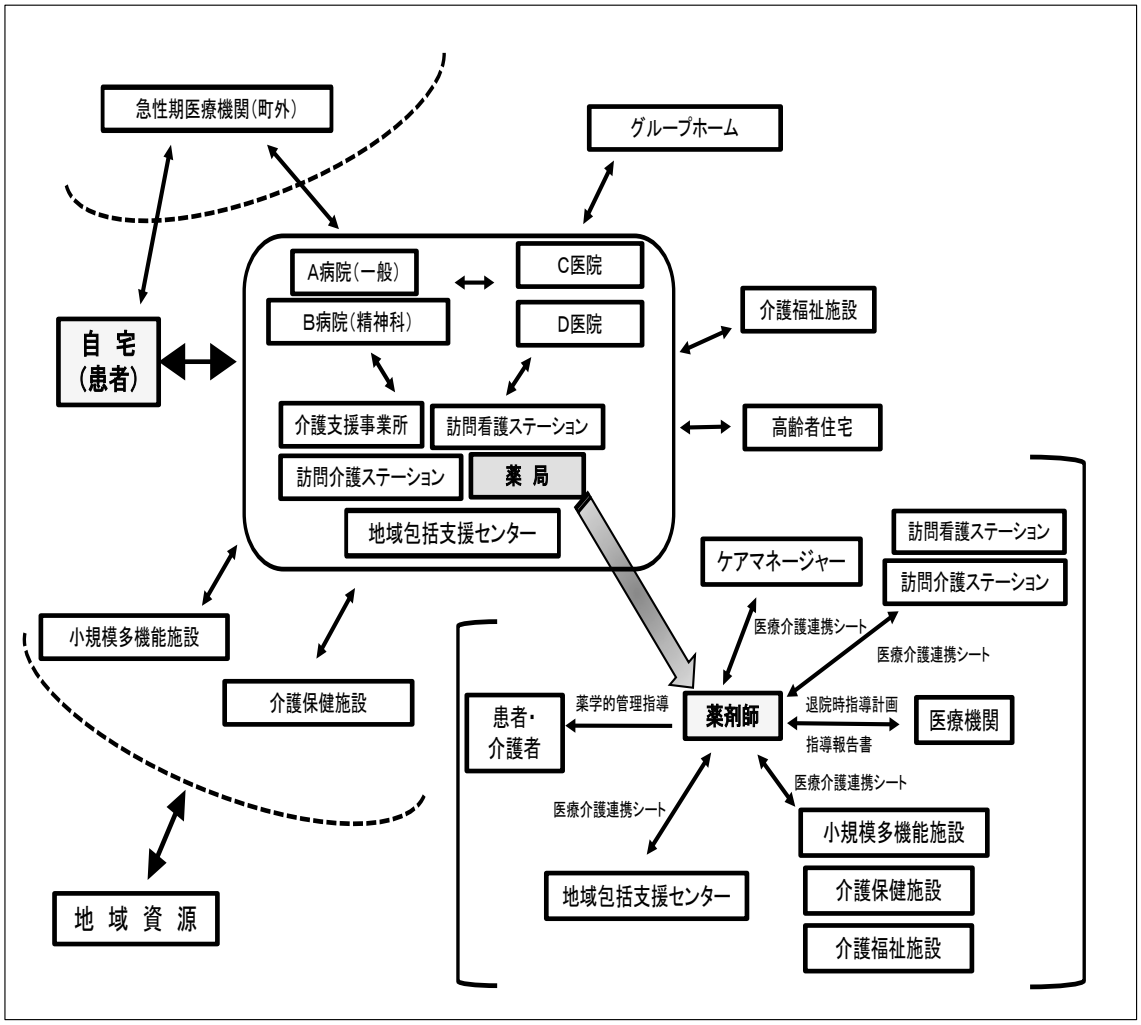
【対象と方法】

研究対象地域は上下町（広島県府中市）とした。まず、地域特性、医療・介護の提供状況, 高齢者の日常生活状況を明らかにした。次に、高齢者の支援者としての在宅薬剤師の役割と方向性に関してSWOT分析、CROSS-SWOT分析を行い、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」のフレームワークを用い検討を行った。さらに、Balanced Scorecard（BSC）のフレームを用い[21]、上下町での薬剤師による在宅サービスの持続的な事業展開についての検討を加えた。

上下町の高齢者健康コミュニティモデルは、馬場園の高齢者健康コミュニティ[20]の「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統

合することを支援し、地域包括ケアシステムの機能を満たす“コミュニティ”」という概念を用い、医療介護の提供側を中核に、自宅や介護施設などの住まいを連携させることで医療介護資源が少ない山間部に応用したものである。（図1）。また、上下町の特性を把握するため人口動態、医療・介護に関する推定値に関しては、2010年の実数を基に、日本の地域別将来推計人口、疾患調査平成23年患者調査上巻（全国）、介護保険事業状況報告、介護療養給付費実態調査、府中市第5期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画を利用した[22~26]。

図1　上下町の高齢者健康コミュニティモデル



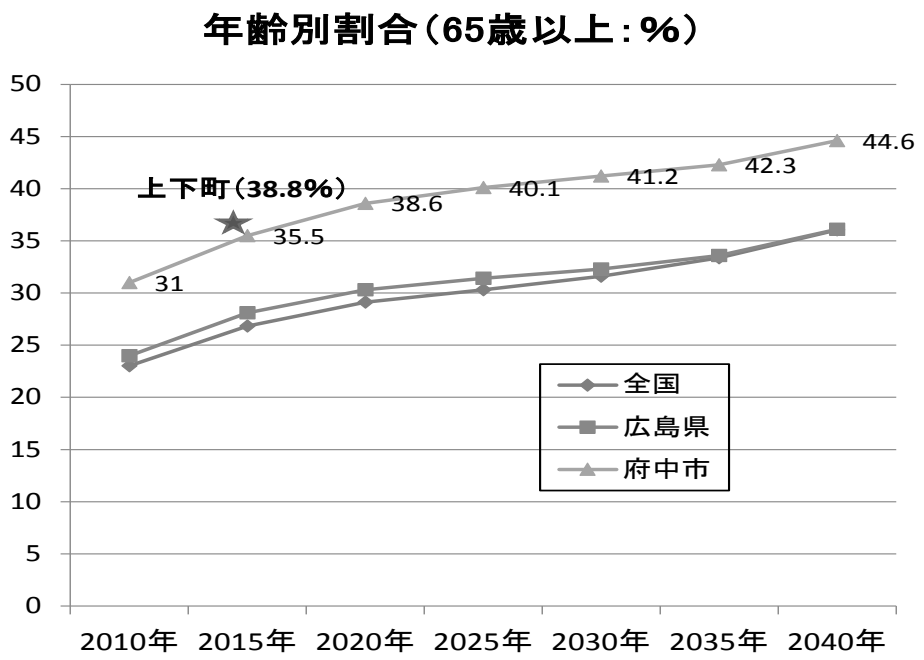
【結果】

1. 上下町の現状分析

1）概要と特徴

上下町は、広島県の東北山間部の平均海抜460mに位置した人口約5千人（高齢化率38.8％）、面積約85㎢の農業を中心とする町である。町の中心部には歴史情緒あふれる街並みが残っており、その街並みを利用した祭りなど地域コミュニティが多様な特色を持っている。2003年4月に上下町は旧府中市に編入合併されたが、日常生活圏は、上下町を含む北部圏域と旧府中市を中心とする南部圏域に設定されている。府中市は、少子高齢化と人口減少の問題にさらされてきている。合併時の旧府中市と旧上下町の人口（高齢化率）は、41,271人（22.4％）と6,426人（33.5％）で6倍以上、高齢化率では10％以上の違いがあった。10年経過した上下町では、2014年2月28日には5,048人（38.8％）となり、日本の高齢化率25.1％[27]より13.7％上まわっている。府中市の高齢化率は、全国と広島県の20年先行し、上下町では30年以上先行している（図2）。また、上下町の75歳以上の高齢者数は、減少傾向にあるがものの、高齢化の進展により独居高齢者・高齢者世帯[28,29]は増加傾向にある。

図2　府中市の人口推移



			2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
府中市	総人口（人）		42,563	40,030	37,551	34,950	32,329	29,738	27,238
	男（人）		20,366	19,156	17,963	16,718	15,474	14,242	13,072
	女（人）		22,197	20,874	19,588	18,232	16,855	15,496	14,166
	割合（%）	0～14歳	12.0	11.0	10.0	9.3	8.7	8.6	8.6
		15～64歳	57.1	53.5	51.4	50.6	50.1	49.1	46.8
		65歳以上	31.0	35.5	38.6	40.1	41.2	42.3	44.6
		75歳以上	16.7	19.0	21.6	25.3	27.6	28.4	28.9
		（90歳以上）	2.0	2.9	4.1	5.2	6.0	7.1	9.0

2010年は、実数。その他は推定値。

2）在宅医療体制（上下町）

上下町の在宅医療は、府中北市民病院（一般病院：60床）1施設と精神科病院（308床）1施設、医院2施設の医療機関が担い、退院支援、日常支援、急変時の対応、看取りが行われている（図3）。とりわけ、府中北市民病院は、かかりつけ医、専門医、一次救急対応、他医療機関への紹介の機能を担っている。二次救急病院まで山道で40分以上かかり、医院の医師の高齢化も進んでいる地域でもある。自宅生活が困難となり、医療介護施設への入所を希望しても困難なことがあり、住み慣れた地域を離れる高齢者も少なくない。薬局は府中北市民病院を中心に半径300m以内に4店舗あるが、在宅訪問管理指導の実績がない。

3）在宅薬剤師の役割と方向性

SWOT分析の結果を示す。強みは、「保険薬局が5店舗あり、在宅への関与に期待できる」「薬局間のつながりがある」「栄養、褥瘡について指導できる」「感染予防について指導できる」「介護予防について支援できる」、弱みは、「在宅へ参画できていない」「在宅への意識が薄い」「町内との繋がりが薄い（住民として）」「医療機関・介護事業所のつながりが弱い」「注射調剤する施設がない」「呼吸、脈拍の収集が苦手だ」「サポート薬局の体制ができていない」であった。一方、機会は、「高齢者世帯（独居高齢者）の増加」「在宅患者数が増加している」「緊急時の見守りが必要な患者がいる」「地域包括ケアシステムの構築の推進」「在宅医療の推進」「施設から在宅への医療政策の方針」「2014診療報酬で在宅が評価された」「入院できる医療機関がある」「病院も在宅医療を行っている」、脅威は、「生産年齢人口の減少」「医療介護職員の不足」「予防支援が自治体の支援事業となる」「介護保険料の値上がり」「在宅での活動を理解されていない」「かかりつけ医の機能が不十分」「介護予防体制が弱い」「介護認定に応じた入所ができない」「認知症になると施設入所となることが多い」「医療介護職員が不足している」「コミュニティが脆弱化している」であった。

図3　上下町の在宅医療体制

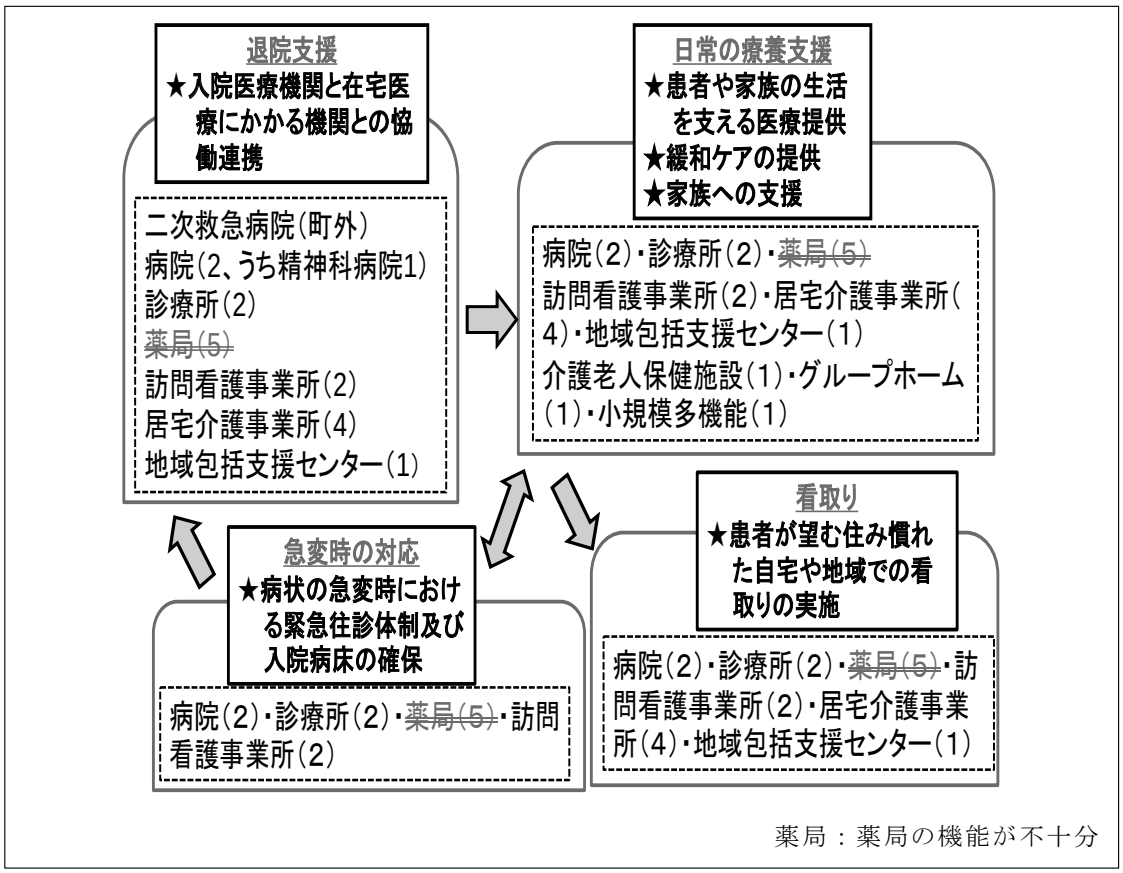


表1にCROSS-SWOT分析の結果を示した。強み×機会の対応としては、「在宅サービスの推進」「薬局間連携の構築」「感染予防への連携」「介護予防システムの構築」、強み×脅威の対応としては、「支援事業への参加」「介護保険料に依存しない事業の構築」「高齢者住宅を基盤とした支援」であった。一方、弱み×機会の対応としては、「薬剤師在宅支援マニュアルの作成」「フィジカルアセスメントの講習会」「薬局間での勉強会の開催」「在宅関係者の交流会」、弱み×脅威の対応としては、「医療機関との連携強化」「介護事業所との連携強化」「地域住民との連携強化」「地域での学習会の開催」「ケアカンファレンスへの参加」であった。

上下町における在宅薬剤師の在宅サービスの役割について、ストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類し、検討した結果、表2の結果となった。ストラクチャーを、「①薬の相談」「②患者のモニタリング」「③疾病・介護予防活動」「④安心への支援活動」「⑤連携の構築」「⑥業務の支援体制」「⑦自立への支援」の7項目とした。

「①薬の相談」のプロセスは、「治療」「症状」「日常生活」の相談、アウトカムは、「薬物治療環境の向上」(安心して薬物を服薬できる環境の獲得)とした。「②患者のモニタリング」のプロセスは、「訪問による病状悪化の早期発見」「防げる入院の予防」「薬の飲み忘れ・飲み間違いの指導」「重複処方の調整・残薬管理」「副作用のモニタリング」、アウトカムは、「疾病の重症化予防」と「医療費の削減」とした。「③疾病・介護予防活動」のプロセスは、「感染予防への連携」「予防活動の動機づけ」「介護予防システムの構築」、アウトカムは、「生活の質の向上」とした。「④安心への支援活動」のプロセスは、「定期訪問による安心感」、「必要な薬をいつでも届けてくれる安心感」、アウトカムは、「生活の質の向上」とした。「⑤連携の構築」のプロセスは、「医療機関との連携強化」「介護事業所との連携強化」「地域住民との連携強化」「地域での学習会の開催」「ケアカンファレンスへの参加」「薬局間連携の構築」、アウトカムは、「在宅サービスの推進」とした。「⑥業務の支援体制」のプロセスは、「薬剤師在宅支援マニュアルの作成」「フィジカルアセスメントの講習会」「薬局間での勉強会の開催」「在宅関係者の交流会」、アウトカムは、「業務の質の向上」とした。「⑦自立への支援」のプロセスは、「支援事業への参加」「介護保険料に依存しない事業の構築」「高齢者住宅を基盤とした支援」、アウトカムは、「高齢者健康コミュニティの構築」とした。

また、これらの在宅薬剤師の役割は、「高齢者になっても住み続けられる高齢者の住まい確保」を除く地域包括ケアシステムの4つの重点課題(「医療との連携強化」「介護サービスの充実強化」「予防の推進」「生活支援サービスの確保や権利擁護」)すべてに対応している(図4)。

在宅薬剤師の活動方針は「生活の中での薬物治療という視点を持ち、薬学的管理指導とともに、生活の基本となる支援への業務の多様化を考慮する」「安心安全な薬物治療環境へと導くため、サービス提供者や介護者と連携し、自宅で生活したいと希望する患者の気持ちにできる限り沿い、時にはその気持ちを動機づける支援を行う」の2点に整理した。

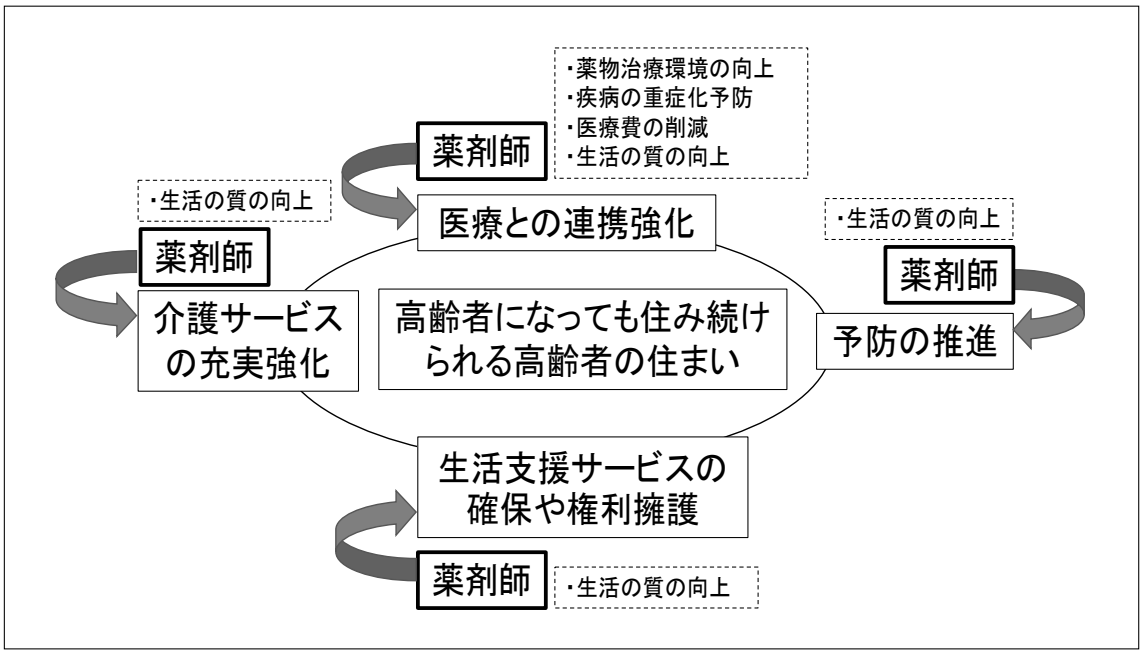
表1　CROSS-SWOT分析

	機会	脅威
強み	・在宅サービスの推進 ・薬局間連携の構築 ・感染予防への連携 ・介護予防システムの構築	・支援事業への参加 ・介護保険料に依存しない事業の構築 ・高齢者住宅を基盤とした支援
弱み	・薬剤師在宅支援マニュアルの作成 ・フィジカルアセスメントの講習会 ・薬局間での勉強会の開催 ・在宅関係者の交流会	・医療機関との連携強化 ・介護事業所との連携強化 ・地域住民との連携強化 ・地域での学習会の開催 ・ケアカンファレンスへの参加

表2　地域包括ケアシステムと薬剤師の役割

	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
内容	①薬の相談	・治療の相談 ・症状の相談 ・日常生活の相談	薬物治療環境の向上
	②患者のモニタリング	・訪問による病状悪化の早期発見 ・防げる入院の予防 ・薬の飲み忘れ・飲み間違いの指導 ・重複処方の調整・残薬管理 ・副作用のモニタリング	疾病の重症化予防 医療費の節減
	③疾病・介護予防活動	・感染予防への連携 ・予防活動の動機づけ ・介護予防システムの構築	生活の質の向上
	④安心への支援活動	・定期訪問による安心感 ・必要な薬をいつでも届けてくれる安心感	生活の質の向上
	⑤連携の構築	・医療機関との連携強化 ・介護事業所との連携強化 ・地域住民との連携強化 ・地域での学習会の開催 ・ケアカンファレンスへの参加 ・薬局間連携の構築	在宅サービスの推進
	⑥業務の支援体制	・薬剤師在宅支援マニュアルの作成 ・フィジカルアセスメントの講習会 ・薬局間での勉強会の開催 ・在宅関係者の交流会	業務の質の向上
	⑦自立への支援	・支援事業への参加 ・介護保険料に依存しない事業の構築 ・高齢者住宅を基盤とした支援	高齢者健康コミュニティの構築

図4　在宅薬剤師の役割と地域包括ケアシステム



2. 在宅薬剤師の事業展開

在宅サービスは、地域包括ケアシステムでの在宅医療制度および在宅介護制度に沿った経営を考慮する必要がある。つまり、それぞれの指導件数が、経営に大きく影響するため、これに対する取り組みを検討することは事業の持続性を持たせるために必要である。なお、在宅訪問収支のモデルにおける薬剤師モデルは、既存の薬局に、在宅専任薬剤師を新たに配置することを想定している。

1）在宅訪問収支のモデル（月単位）

・収入費用のモデル化

(1)薬剤師モデル　月給50万円とする。（薬剤師の平均年収533万円；平成25年度賃金構造基本統計調査参照）

（標準調剤技術料：調剤基本料41点、基準加算②36点、後発品加算①18点、調剤料３剤189点、在宅患者調剤加算15点：2週間処方）

(2)居宅療養管理指導モデル

①同一建物居住者に行う場合

（居宅療養管理指導352単位＋標準調剤技術料299点）

×2（回／月）×患者数（人）＝　1,302点×患者数（人）

②同一建物居住者以外に行う場合

（居宅療養管理指導503単位＋標準調剤技術料299点）

×2（回／月）×患者数（人）＝　1,604点×患者数（人）

1単位：10円と換算する。

・採算規模の算出

居宅管理指導費モデルで、薬剤師モデルの月給を上回るための患者数は、同一建物住居者以外の者である場合、月に32人、高齢者住宅など同一建物居住者である場合、39人に相当する。つまり、1日平均4人の患者となる。また、上下町内には、認知症対応型共同生活介護が18床あるので、これを全て受けることができれば、残りを同一建物住居者以外の者17人を確保すれば、薬剤師モデルの薬剤師を1名増員することができることになる。ここで目標として示す患者数は、上下町の高齢者数や薬局の在宅への取り組み状況から可能な数値である。

2）戦略目標の明確化と事業展開

薬剤師による訪問が患者のQOL向上へ結びつけるためには、経営の安定性と経営戦略が必要である。そのためBSCのフレームを用い、経営の質向上を検討した（表3）。戦略マップでは、定期的な学習と研修から安定した経営という縦の因果関係のシナリオを表現している。また、それぞれの重要業績指標と目標値を、学習と成長の視点では「ケアカンファレンスへの参加回数を月1回以上」「外部研修会への参加回数は年1回以上」「薬剤師満足度評価での満足度は70％」、業務プロセスの視点では「上下地区薬薬連携勉強

会の開催は4か月に1回」「医療機関への挨拶は年2回」「他事業者への挨拶は年2回」「在宅訪問マニュアル改定回数は年1回以上」、顧客の視点では「服薬者としての利用者満足度評価はスコア７以上」「生活者としての利用者満足度評価はスコア5以上」、財務の視点では「居宅療養管理指導者数（同一建物居住者以外の者）は32人」「居宅療養管理指導者数（同一建物居住者者）は39人」とした。薬局を取り巻く環境は、絶えず変化するため、BSCの修正とPDCAサイクルを回すことは必要である。

表3　上下町での事業展開

視点	戦略マップ	重要成功要因（CFS）	重要業績指標（KPI）	目標値
財務	安定した経営	黒字経営	居宅療養管理指導者数 同一建物居住者以外の者 同一建物居住者	 32人 39人
顧客	患者満足度の向上	利用者満足度の向上	利用者満足度評価 服薬者として 生活者として	 7以上 5以上
業務プロセス	切れ目のないサービス 他事業者・医療機関との連携の改善 薬薬連携の構築	在宅訪問マニュアルの改訂 他事業者への挨拶 医療機関への挨拶 上下地区薬薬連携勉強会の開催	マニュアル改定回数 挨拶回数 挨拶回数 上下地区薬薬連携勉強会の開催	年1回以上 年2回 年2回 4ヶ月に1回
学習と成長	薬剤師のモチベーションの向上 定期的な学習と研修	薬剤師満足度の改善 外部研修会への参加 ケアカンファレンスへの参加	薬剤師満足度評価 外部研修会への参加回数 ケアカンファレンスへの参加回数	満足度70% 年1回以上 月1回以上

【考察】

過疎化と高齢化が進む上下町で、可能な限り住み続けたいとする高齢者は少なくない。わが国では、地域包括ケアシステムの構築の名の下、その整備が進められているが、果たしてその地域の高齢者に合ったものになっているのだろうか。全国的に介護サービス事業が進み、訪問や通所のサービスが進む中にあっても、上下町では現在・将来の介護状態を鑑み、施設入所を視野に入れた生活圏域外の事業所を受け入れる高齢者も少なくない。また、町外に居住する子供を頼り、その地域の施設に入所する傾向も見られる。

一方で、地域包括ケアシステムでは、介護施設、高齢者住宅、自宅を住まいとして位置付けているが、上下町の場合、高齢者住宅の建設、そして介護施設の増床、増築の可能性は乏しい状況にあり、自宅を中心とする在宅医療・居宅サービスと介護施設との連携がこの地域で暮らす大きな手段となっている。薬物治療に加えて、さまざまな健康リスクを抱える高齢者を考えると、薬剤師として在宅生活を支え、地域包括ケアシステムの構築に貢献する期待は大きいものであると考えられる。

現在の在宅医療体制は、実質的には訪問診察、訪問介護、訪問看護でなされている状況にある。日本薬剤師会[30]は在宅へ薬剤師が介入することで飲み残しや飲み忘れの残薬が約400億円（全体の90％）節約できることを報告し、在宅での薬の管理ができていないことを理由に、薬剤師による安心・安全な薬物治療環境を支援することの重要性を主張している。しかし、薬剤師の在宅サービスが幅広い展開となっていないこと、在宅での薬物治療を生活の一部としてよりは、治療としての比重をかける傾向がある上、薬剤師固有の役割が明確にされていないこともあり、在宅現場での他職種の違いや必要性が十分理解されていない傾向も存在している。

これに対して本研究では、薬学的管理指導の視点で「薬物治療環境の向上」「疾病の重症化予防」「医療費の削減」、生活者の視点で「生活の質の向上」を整理できたことは、在宅で活動するための薬剤師固有の役割を明確にし、在宅への参画に対し、患者や医療介護職員とともに薬剤師自身においての活動の在り方が明らかとなることで、在宅参画への推進力となることが示唆される。さらに、薬剤師の役割として開発した「生活の質の向上」にある「予防活動の動機づけ」サービス、「定期訪問による安心感」サービスは、在宅での薬剤師の新たな価値を見出だすことができた。

表4　服薬作業と生活作業

生活機能	在宅での生活		支援パターン	支援と動機づけ
	服薬への作業	生活への作業		
運動機能	PTP、分包紙からの薬剤の取り出し	箸でつまむ	運動①	豆はこび
運動機能	薬剤による転倒予防	口まで運ぶ肩、腕空間移動	運動②	いきいき百歳体操・片足立ち
嚥下機能	嚥下・誤嚥性肺炎	咀嚼・飲み込む	嚥下①	かみかみ百歳体操・嚥下体操
認知機能	飲み過ぎ、飲み忘れ	認知機能	認知①	残薬を一緒にセットする
引きこもり	向精神薬の服用量	社会的孤立	孤立①	回想法（コミュニケーション）
生活総合	服薬作業	生活作業	総合①	はり絵の作成

「予防活動の動機づけ」サービスとは、服薬指導と関連がある服薬作業の支援を通じて、日常作業を支援し介護予防につなげるものである（表4）。伊勢崎[31]はADLとQOLの関係の中で食事動作ができる者ほど生活満足度が高いことを示していることから、服薬作業を支援・動機づけることは、食事作業を継続かつ改善につなげ、QOLの向上へと導くことが期待される。つまり、服薬作業の支援が服薬アドヒアランスと介護予防につながるため、生活という連続の中で考えると意義深いサービスである。また、「要介護状態になることをできるだけ防ぐ（遅らせる）こと、すでに要介護状態になっていてもその悪化をできるだけ防ぐ」[32]という介護予防の一助として、介護者にもこれらの支援を行うことは、日常生活への介護予防と動機づけに期待できるサービスである。

「定期訪問による安心感」サービスとは、山間部では人口減少と高齢化によるコミュニティの脆弱化が顕在化し、生活としての基本部分を相談できる相手の不足が社会問題となっていることへのアプローチである。独居高齢者、高齢者世帯が増える中で、歩行がおぼつかなくなったり、食べていなかったり、認知症がでた時に適切に支援し、救急時の対応、入院入所の判断、日常生活での意思決定などを行う時に身近にいて相談にのる、また、適正な相手（業者）を紹介する存在が必要となっている。

これらは、生活の基本部分への支援としての意味合いを持ち、地域包括ケア研究会では『「介護」「医療」「予防」の専門的なサービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備がある』と表現し[33]、辻彼[34]は「在宅医療は、高齢者に対して、医療と介護と心のケアの三つが必要であり、高齢者一人ひとりに三つのケアの調和を図ることが大切である」と指摘しているところでもある。

一方、現在の地域包括ケアシステムは、連携の必要性を重視しながらも、医師を頂点とする指揮命令系であり、カンファレンスはあるものの、その他の職種は、独立した業務を専門的に行っている傾向が強い。よって、本研究での「薬物治療環境の向上」「疾病の重症化予防」「医療費の削減」「生活の質の向上」「在宅サービスの推進」「業務の質の向上」「高齢者健康コミュニティの構築」を持って、地域包括ケアシステムに登場することは、患者を全人的な視点で支援することにつながり、さらに、医療－医療、医療－介護の連携を図ることができ、地域包括ケアシステムの構築に大きな貢献をもたらすことが期待できる。ただ、地域包括ケアシステムの構築に向けて、3点の課題も考えられる。

一つ目に、患者の自己実現への取り組みが挙げられる。

80歳以上の自殺率（10万人あたり）は26％を超え、その理由の91％が健康問題という報告がある[35]。このように、過疎化と人口減少が進む山間部での在宅療養高齢者は健康に対し大きなストレスを抱えている可能性が大いに考えられる。これは、本人のQOL低下とともに、限られる資源から提供されるサービスの非効率を生む危険性につながる。V.E.フランクル[14]が、「ありようがいつ終わるかを見通しのつかない人間は、目的をもって生きることができない。」と述べたように、人生をよりよく生きるためには、高齢者自身が自己実現に向けた取り組みが必要となってくると考えられる。これを馬場園[20]は高齢者健康コミュニティの理念の中

で、高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合することを支援するという言葉を用い、生活への動機づけや生活への自己実現へと導くことがQOL向上につながることと示している。しかし、今のところ、わが国で確立されたものとはなっておらず、サービス提供者への教育をはじめ、多職種で支える体制の構築を検討する必要があると考える。

二つ目に、地域住民の参画への取り組みが挙げられる。

日々の生活の成り立ちは一義的ではないため、“人とのつながり”というアプローチが必要とされる。秋山[36]はコミュニティヘルスという立場で、本人や家族、その周辺を取り巻く人々、専門家ではない人々もケアの担い手として役割に重みを増していることを示している。また、西岡[37]は、地域住民の活動が地域包括ケアの要素となっていることを示すなど地域包括ケアシステムの構築について地域住民の活力をキーワードとした事例が多く見受けられる。このことは、地域資源の発見[33]としてのインフォーマルな活動にあたり、地域や町内会での人との付き合いで、本人および他者の自律という概念を再構築するための源となるアプローチであり、患者が自分を受け入れてくれる空間（機会）と感じる空間をいかにして作るかであることを示している。つまり、医療介護関係者として接するのでは、なし得ない支援である地域で支える仕組みを地域包括ケアシステムに取り入れることは、在宅での生活を維持することにつながるとともに、サービスの質向上と効率化を増幅することになると考える。また、要支援区分の予防支援が平成27年より自治体の支援事業となることからも、より一層NPOなどの活力を通じた地域包括ケアシステムづくりも必要であるとも考える。

三つ目に、薬剤師のパラダイムシフトへの取り組みが挙げられる。

表5　薬剤師のパラダイムシフト

	旧パラダイム	新パラダイム
服薬の目的	治療による服薬	人生を送るための服薬
処方の対応	調剤遂行型	処方立案型
服薬への支援	できないことを支える	できるように支える
薬物治療が目指すところ	薬物治療環境重視	生活環境重視
薬物治療の主体	医師重視	患者中心とするチーム重視
薬剤師の活動範囲	調剤室+ベッドサイド	ベットサイド＋在宅
服薬への動機付け	治療を促す	自律を促す
医師への処方支援	処方薬重視の支援	患者の立場に立った支援

現在の薬剤師には、薬学的管理指導の先にあるQOLを見据えた本役割が見えにくい状況がある。さらに、業務の多様化についての拡張意識が不十分である傾向もある。その背景には、「薬というアイテムを用いて、医師の指示通りに患者が薬を使用できるようにする」「治療を目的とした薬学的管理指導を遂行することを薬剤師のゴールとする」という考え方が根強いためであると示唆する。筆者は、表5を作成する中で、医療モデルから生活モデルへと健康概念が転換した[1]ように、薬剤師も時代に沿った概念である生活環境を重視した新たなパラダイムへと転移する時期が来ているように感じている。そして、その創出が新たな薬剤師としての価値を生んでいくため重要な転換期に来ているとも考えている。

今後、多職種との連携を行うことで、地域包括ケアシステムの中での薬剤師の役割が、さらに明らかになってくると考えられる。そして、それは、地域における在宅医療の「退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取り」というフォローの中に落しこんでいくことになり、それら役割の質を向上させる仕組みの検討も今後は必要となってくると考える。

現在、柏市など多くの市町で地域包括ケアシステムによるまちづくりが行われその参考事例が公開されている[38]。本研究の取り組みが、山間部の類似地域において参考となるモデルの一つとなり、少しでも多くの高齢者の自宅での生活が確保されることを期待するものである。

さらに、本研究により、地域包括ケアシステムの中で、薬剤師が、現在当たり前に行っている業務が、実は、当たり前ではないということを提示できたことは、今後の薬剤師の在宅サービスに一石を投じるものであるとも考える。

【参考文献】

1)　猪飼周平、病院の世紀の理論、有斐閣、2010：212-231
2)　厚生労働省「介護・福祉」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（アセス2014年12月9日）
3)　高見千恵、在宅高齢者の服薬の実態 多剤併用者を対象に、川崎医療福祉学会誌、2000；10(2)：373-379
4)　小山光、草木等之、稲田節子他、高齢患者の多剤併用療法における薬物相互作用の危険性、医療薬学、2003；29(1)：100-106
5)　奥野純子、柳久子、戸村成男、在宅要介護高齢者における薬剤供給と薬剤知識・服薬コンプライアンス、日本老年医学会雑誌、2001；38(5)：644-650
6)　長谷川浩平、栗谷良孝、足立充司他、服薬コンプライアンスのさらなる向上と薬剤管理指導業務、医療薬学、2008；34(8)：800-804
7)　坪井謙之介、寺町ひとみ、葛谷有美他、服薬アドヒアランスに影響を及ぼす患者の意識調査、医療薬学、2012；38(8)：522-533
8)　畑中典子、伊藤貴文、石幡真澄他、在宅患者のアドヒアランスに及ぼす背景因子の解析、薬學雑誌、2009；129(6)：727-734
9)　七海陽子、的場俊哉、恩田光子他、訪問薬剤管理指導を受けている認知症治療薬服用患者の属性および服薬アドヒアランスとの関連要因に関する予備的研究、薬學雑誌、2012；132(3)：387-393
10）薬剤師の将来ビジョン、日本薬剤師会、2013；42-44
11）チーム医療の推進に関する検討会報告書、厚生労働省、2010年3月19日
12）居宅療養管理指導及び訪問薬剤管理指導のあり方に関する調査研究事業、公益社団法人日本薬剤師会、平成25年3月
13）内閣府、平成26年版高齢社会白書、2014、
14）ヴィクトール・Ｅ・フランクル（池田佳代子訳）、夜と霧、みすず書店、2013：118-119
15）恩田光子、在宅ケアにおける薬局・薬剤師機能のあり方に関する研究、日本老年医学会雑誌、2002；39(6)618-625
16）藤原康子、在宅医療の中の褥瘡、薬局、2003；54(4)：65-71
17）名徳倫明、池田賢二、廣谷芳彦、緩和医療および医療用麻薬に関する保険薬局勤務薬剤師の現状および意識に関する調査、医療薬学、2009；35(11)：818-824
18）増田修三、地域密着型のＮＳＴ活動 薬剤師の立場から、静脈経腸栄養、2014；29(5)：17-23
19）北條いつ子、西村清志、唐澤淳子、田村義民、認知症の在宅患者の訪問服薬指導、調剤と情報、2008；14(5)：86-89
20）馬場園明、窪田昌行、地域包括ケアシステムを実現する高齢者健康コミュニティ、九州大学出版、2014：62-73
21）下水流智和、大囿歌織、伊作澄子他、地域包括ケアシステム構築のための住宅支援複合施設の活用、医療福祉経営マーケティング研究、2011；6(1)：45-60
22）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」
http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka　/Municipalities.asp（アセス2014年2月25日）
23）総務省統計局「疾患調査平成23年患者調査上巻（全国）」
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001103073
（アセス2014年12月9日）
24）総務省統計局「介護保険事業状況報告」
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031648（アセス2014年2月25日）
25）厚生労働省、介護療養給付費実態調査（平成13年～平成24年）
26）府中市第5期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画、府中市、平成24年3月
27）内閣府、平成26年度版高齢社会白書、日経印刷株式会社、2014：2-6
28）内閣府、平成26年度版高齢社会白書、日経印刷株式会社、2014：13-14
29）国立社会保障・人口問題研究所、日本の世帯数の将来推計（全国推計）2013（平成25）年1月推計
30）在宅医療（その２）、中医協、平成25年5月29日
31）伊勢崎美和、高野和美、望月優子、高齢患者のQOLとADL（日常生活動作）との関係、山梨医科大学紀要、1999；16：71-75
32）介護予防マニュアル改定委員会「介護予防マニュアル改定版」（平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業）、2012年
33）地域包括ケア研究会、地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点、三菱UFJ＆コンサルティング、平成25年3月

34）辻彼南雄　編集代表佐藤智、高齢者ケアと在宅医療（明日への在宅医療第4巻）、中央法規、2008年：22−23
35）厚生労働省「平成23年（2011）人口動態統計（確定数）の概況」、2012年、
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw /jinkou /kakutei11／（アセス2014年12月9日）
36）秋山美紀、コミュニティヘルスのある社会へ、岩波書店、2013年
37）西岡隆、国立社会保障・人口問題研究所編、地域包括ケアシステム、慶應義塾大学出版会2013：293−310
38）事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成、株式会社日本総合研究所、2014年3月

（2015年２月19日受付、2015年８月２日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

訪問看護師のための認知症者を有する家庭への支援マニュアルの作成

村田　　浩[1)]、馬場園　明[2)]

Development of a manual to aid visiting nurses who support individuals with dementia and their families

Yutaka MURATA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】 It is necessary to develop a support tool for dyads of those with dementia and their families to enable them to continue living together at home. Therefore, adopting the framework of occupational health, we intend to create a manual for the caregiver/care-recipient dyad, to implement an efficient and comprehensive support system led by visiting nurses.

【Methods】 We consider a household as a small establishment, including workers with dementia, while the role of visiting nurse is regarded as that of a safety and health supervisor. Thus, visiting nurses should maintain and develop their business skills and improve the satisfaction of the workers. Using various reported manuals as reference, we developed a support manual in accordance with the framework of occupational health.

【Results】 This manual was based on five management systems of occupational health and was divided into seven chapters: 1) Role of the visiting nurse, 2) General management, 3) Communication, 4) Work environment management, 5) Work management, 6) Health management, and 7) Care of workers' mental health. In Chapter 5, templates of job descriptions and care plans for activities of daily living were prepared. In Chapter 7, behavioral and psychological symptoms of dementia were classified into six types, for which standard methods were explained.

【Discussion】 This manual was created to implement comprehensive support for individuals with dementia and their families. Using this manual enables expansion of support services offered by visiting nurses without substantially changing the conventional systems. Further research, such as intervention studies, is necessary to verify the effectiveness and efficiency of this manual. Additionally, there is a need for developing a training system for visiting nurses.

Key words:dementia, caregivers, visiting nurses, occupational health, support manual

【抄録】

【目的】認知症者が充実した在宅生活を継続するためには、認知症者と介護者双方に対する支援を実施する必要がある。このため、産業保健の枠組みを採用し、訪問看護師を中心とした効率的かつ包括的な支援体制の構築を目的として、認知症者と介護者双方に対する支援マニュアルの開発を行うことにした。

【方法】家庭を零細事業所所とみなし、従業員に認知症者がいると考え、訪問看護師の役割を安全・衛生管理者であると定義した。支援の目的は事業を維持・発展させ、従業員の満足度を向上させることとし、これまでに報告された各種マニュアルを参考にして、産業保健の枠組みに従って支援マニュアルを開発した。

【結果】産業保健の5管理に基づいて支援マニュアルを作成し、構成は7章とした。章立ては、1)訪問看護師の役割、2)統括管理、3)コミュニケーション、4)作業環境管理、5)作業管理、6)健康管理、7)メンタルヘルス対策、とした。第5章の作業管理では、職務分担表とADL（日常生活動作）に対するケアプラン表の雛形を用意した。第7章のメンタルヘルス対策においては、BPSD（認知症の行動・心理状態）を6種類に分類し、標準的な対応方法を示した。

【考察】認知症者とその家族に対する総合的な支援を行うための支援マニュアルを作成した。このマニュアルを使用する利点は、従来のシステムを大きく変更することなくサービスの展開が可能なことにある。今後の課題は、本マニュアルを使用して実際に効果があるかどうか、介入研究を行って検証することである。また、訪問看護師の研修体制を整備する必要もあるだろう。

キーワード：認知症、介護者、訪問看護師、産業保健、支援マニュアル

1)　九州大学大学院　医学系学府　医療経営・管理学専攻
Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyusyu University

2)　九州大学大学院医学系研究科医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyusyu University

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

【はじめに】

わが国は急速に高齢化しており、平成25年10月1日現在の高齢化率は25.1％、75歳以上の総人口に占める割合は12.3％で、世界のどの国もこれまで経験したことのない高齢社会を迎えている[1]（平成26年版高齢社会白書）。このため認知症者数も急増しており、認知症有病率調査[2]（平成21～24年度、厚生労働科学研究、朝田教授）では有病率を15％（12～17）、2010年の認知症者数を約439万人（350万～497万）と推計している。平成22年の「日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数[3]（要介護認定データを基に算出）は280万人であり、平成32年（2020年）には410万人へ増加すると推定されている。（認知症の最大の危険因子は加齢であり、65～69歳での有病率は1.5％、以後5歳ごとに倍増し、85歳では27％に達する。）

厚生労働省は、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとし、平成27年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）[4]を公表している。認知症への取り組みが急務となっているが、認知症者が同じ環境で暮らし続けるための支援サービスはいまだ不十分といえる。限られた財源のなか、現在の資源を活用しつつ効果的かつ効率的なシステムに変えていくことが求められており、在宅で過ごす認知症者のQOL（Quality of Life）を維持・向上させる良質な支援サービスの開発が急務となっている。

認知症者が充実した在宅生活を継続するためには、認知症者と介護者双方に対する訓練プログラムを実施する必要がある。訓練プログラムを行わなければ、認知症者ではADL（日常生活動作）の低下[5),6)]やBPSD（認知症の行動・心理状態）の出現をきたしやすい[7)]と言われている。介護者では、長期間過度のストレスにさらされて健康状態を悪化させやすいという多くの研究報告がある[8)]。Alzheimer's AssociationのReport（2013年）[9)]によれば、介護者の61％は高いストレスを感じており、44％が抑うつ状態にあり、うつ病の罹患率が17％から39％へ上昇するとされている。身体的には、慢性疾患のリスクが上昇し、非介護者に比べて入院しやすくなり、外来受診が46％増え、処方薬が70％以上増える、とされている。したがって、認知症者が充実した在宅生活を継続するためには、認知症者のみならず、介護者に対する訓練プログラムを実施する必要がある。

しかし、日本国内では訓練効果に対する系統的な介入研究は実施されておらず、適切な支援マニュアルも存在しない。これに対しアメリカやヨーロッパでは、系統的な介入研究が多数実施されており、それに対応する支援マニュアルも整備されている。現在は、効果的なプログラムを地域で実施可能かどうか検証する段階にある[10)]。

アメリカにおいて2002-2010年の間に発表された非薬物的介入研究（地域移行のためのRCTが実施されているプロジェクト）を、表１に示す[11-20)]。ワシントン大学を中心にした取り組みはSeattle Protocolsと呼ばれ、STAR-C[14)]、RDAD[15)]以外にも様々な取り組みがなされている。REACHプロジェクト[16)]は６大学の研究を統合することにより発展しており、現在はREACH-OUT[18)]のような地域で実施可能な方法を模索している段階にある。ヨーロッパではHOPE（Smart Home for Elderly People）[21)]、ENABLE（Enabling technologies for persons with dementia）[22)]、CCE（Connected Care for Elderly Persons Suffering from Dementia）[23)]、UP-TECH（UPgrading Quality of Care through the integration of Services and the Use of New TECHnologies）[24)]などのプロジェクトが、地域移行に向けた取り組みを行っている。アメリカのプロジェクトが心理療法や運動療法が主体なのに対し、ヨーロッパではICT（Information and Communication Technologies）を利用したAssistive technologyの開発を進めている点に特徴がある。

これらのプロジェクトの課題は、実施に多くの資源を要するため、研究から実地への移行が難しいことにある。このため、介入回数を減らしたり、既存サービスを活用したりすることで効率化を図ろうとしているが、今のところ大きな進展はみられていない。また、各プロジェクトは看護学、心理学、リハビリテーション、ソーシャルワーク等の分野毎の理論に基づいて発展しており（表１）、基盤となる理論的枠組みがないため、統合することが難しいという弱点も抱えている。認知症者は症状が常に変動し、医療・介護両面からの学際的な包括的支援が必要となるため、それを支える理論的枠組み作りと、日常的に使用可能で包括的な支援が行えるマニュアルの開発が急がれている。

また、各プロジェクトで実際の介入方法も異なっており、標準的な介入方法が定まっていないのが現状である。認知症者への介入としては、Cognitive Training、ADL Training、Physical activity/Exercise、Sensory Enhancement and Relaxation、Support and Psychotherapy、Validation、Environmental Modificationsなどが行われており[25)]、介護者へは、Caregiver Training and Support、Behavior Management Techniques、Stress Management、Problem-Solving、Respite Care、Case Managementなどが行われている[26),27)]。しかし、どの介入方法も単独では明確な効果は立証されておらず[28)]、1）Multi-Component、2）Face to Face の介入、3）Dyad（患者、介護者の組）への介入、が有効であることが明らかとなっている[29-31)]。このため、今後の介入研究ではこの3要素を満たす必要があり、本支援マニュアルもこの点を考慮して作成する必要がある。

多くの資源を要さず、対象者全体に対する包括的な支援を行う体系としては、産業保健があげられる。産業保健は学際的な学問分野であり、本人だけでなく管理者にもアプローチし、事業場全体の安全と健康を守ることを目的としている[32)]。ILO/WHO

合同委員会(1995年)は、労働衛生(産業保健)の定義を1)労働条件に起因する健康危害を予防すること、2)健康に不利な諸条件から雇用中の労働者を保護すること、3)労働者の生理学的および心理学的特徴に適合する職業環境に労働者を配置し、健康を維持すること、4)これを要するに「仕事の人間への適合と、人間の仕事への適応を図ること」、としている[33)]。

つまり、産業保健は従業員と管理者双方にアプローチし、働く人々の能力が十分に発揮できるように職場環境と作業方法を改善し、身体的、精神的および社会的健康が維持・増進するように支援活動を行っている。この際、安全・衛生管理者を中心として職場巡視を行い、問題点を安全・衛生委員会で議論し、評価と改善のPDCAサイクルを回すことで、多くの資源を要さずに効率的な改善を図ることを可能にしている[34)]。

したがって、産業保健の視点から支援マニュアルを作成すれば、多くの資源を要さずに包括的な支援が可能となり、介入方法としてはMulti-Component→産業保健の５管理、Face to Face の介入→職場巡視によるOJT(On the Job Training)、Dyad(患者、介護者の組)への介入→衛生委員会を中心とした活動、という考え方で対応が可能になると考えられる。そして、訪問看護師を安全・衛生管理者と考えれば、訪問看護師を中心とした支援体制を構築し、評価と改善のPDCAサイクルを確立することで、既存の支援サービスを有効かつ効率的なものへと改善することができると思われる。

そこで、産業保健の枠組みを採用し、訪問看護師を中心とした効率的かつ包括的な支援体制の構築を目的として、認知症者と介護者双方に対する支援マニュアルの開発を行うことにした。

【目的と作成方法】

1. 目的

訪問看護師が実際の現場で利用でき、1) 家庭内介護の標準化と質の向上、評価と改善のPDCAサイクルの確立、2) 認知症者と介護者のQOLの向上、3) 訪問看護師の職務満足度の向上、が可能となるような支援マニュアルを作成する。そして、認知症者と介護者双方に対する訓練プログラムを簡便に作成できるツールを提供する。

2. マニュアルの作成方法

理論的枠組みとしては、産業保健の枠組みを採用した。家庭を零細事業所とみなし、従業員に認知症者がいると考え、訪問看護師は産業保健スタッフ(安全・衛生管理者を兼ねる)として従業員への支援を行うこととした。支援の目的は「事業(家庭生活)を維持・発展させ、従業員(家族)の満足度を向上させること」とし、実際の業務は５管理(統括管理、作業環境管理、作業管理、健康管理、衛生教育)に従って行ない、メンタルヘルス対策や事業場外資源との連携なども実施するものとした。

これまでに報告された各種マニュアル[36-43)]を参考にし、産業保健の枠組みに従って[35)]支援マニュアルを作成した。作成したマニュアルが実際の現場で使用可能かどうか、訪問看護師3名に1ヶ月間使用してもらい、マニュアルの構成、使いやすさなどに関して調査を行った。評価項目は、わかりやすさ、正確さ、使いやすさ、探しやすさ、読みやすさの5項目とし、フォーカスグループミーティングの形式で約1時間議論してもらい、議論を要約してグループの意見とした。この意見を基に、改善可能な箇所の修正を行った。

【結果】

1. マニュアルの作成

産業保健の5管理に基づいて支援マニュアルを作成し、構成としては全部で7章とした。衛生教育については、多くの教材が発表されているため、今回のマニュアルでは省略した。

第1章は訪問看護師の役割とし、産業保健の枠組みからみた訪問看護師の役割について記述し、産業保健の5管理(統括管理、作業環境管理、作業管理、健康管理、衛生教育)について簡略に説明を加えた。

第2章は統括管理とし、ケアプランの作成 → プラン実行の支援 → 結果の評価 → ケアプランの修正というPDCAサイクルを継続するための手順を示した。また、月一回の職場巡視の方法、衛生委員会(チーム会議)の開催方法などについても記述した。

第3章はコミュニケーションであり、コミュニケーション障害の特徴について、認知症の重症度別に示した。コミュニケーション戦略としては、1)言語による会話、2)非言語コミュニケーション(ボディーランゲージ)、3)環境の利用、4)コミュニケーションツールの利用、の4項目に分けて説明した。さらに、コミュニケーションの準備と実際におけるコツを列挙し、ライフストーリーとメモリーブックについても記述した[37),44)]。

第4章は作業環境管理とした。認知症者は判断力が低下するので、居心地がよく安全な環境が必要となる。主要な課題は安全の確保、作業負担の軽減、個人的・社交的事項の3つであり、課題毎に確認すべき項目を示した。必要な項目を簡単にチェクできるように、チェックリストを用意した。

表1　アメリカの主要な非薬物的介入研究

プログラム名	内　容	研究機関	枠組み	場所	対象
SCP (Savvy Caregiver Program)[11),12)]	12時間の集団トレーニング（8-14人のグループ）	エモリー大学	看護学	×	家族
NYUCI (New York University Caregiver Intervention[13)]	6回のカウンセリング（4か月）＋支援グループへの参加	ニューヨーク大学	心理学	自宅	家族
STAR-C (Staff training in Assisted Living Residences for home-based caregivers)[14)]	施設職員用の訓練プルグラムを介護者向けに改編	ワシントン大学	心理学	自宅	家族
RDAD (Reducing Disability in Alzheimer's Disease)[15)]	12回のセッション（1セッション1時間）で運動(strength、balance、endurance)＋行動療法	ワシントン大学	心理学	自宅	両者
REACH Ⅰ (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health)[16)] **REACH Ⅱ**[17)] **REACH-OUT（use in the community）**[18)]	Multi-component (Coping with Caregiving、Skills Training or minimal support、Behavior management alone or with stress and coping、Family therapy and computer-telephone integrated system、Automated telephone support から発展） 最大12回の訪問（6か月）と4-6回の電話によるカウンセリング	6大学（バーミンガム、ボストン、フィラデルフィア、メンフィス、マイアミ、パロ・アルト）の共同研究から発展	多軸	自宅	家族
Skills$_2$Care (Environmental Skill-building Program より発展）[19)]	作業療法士による6セッション（1セッション60-90分）の実地訓練＋電話による支援3回	トーマス・ジェファーソン大学	リハビリテーショ	自宅	両者
TCARE (Tailored Caregiver Assessment and Referral)[20)]	ケアマネジャーによる介護者の評価とケアプランの作成・実行	ウィスコンシン大学	ソーシャル・ワーク	×	家族

第5章は作業管理とし、5-1職務分担表の作成と5-2 ADLへの支援の2項に分けた。職務分担表の作成については、作業能力に応じた作業を行うように、家族間の業務分担を見直すための方法を説明した。さらに、衛生委員会(チーム会議)や家族会議でファシリテーター役を務めるための方法についても記述した。ADLへの支援については、作業環境の調整と作業方法の効率化の方法を説明した。作業方法については、1)日課を確立し、一貫した対応をする、2)課題の複雑さを考慮する、3)課題を実行するのに最も適した支援方法を考える、4)キューを効果的に使う、の4つに分けて記述した。

FAST (Functional Assessment Staging)[45)]の重症度別(4の軽度から7の高度まで)にADL(日常生活動作)に対する個別ケアプラ

ンを簡単に作成できるように、雛形となる基本ケアプランを用意した（表2～5）。ケアプラン表はA4の見開きとし、現在の対応方針が一目で分かるようにした。基本項目は介護者の役割、作業環境、作業方法、食事、トイレ、入浴、着替え、余暇活動とした。追加項目は、口腔ケア、整容、料理、睡眠、運転、医療機関への受診などから、適宜選択できるようにした。さらに、食事、トイレ、入浴、着替え、余暇活動、口腔ケア、整容、料理、睡眠、運転、医療機関への受診について具体的なヒント集を作成し、その中から選択して個別プランに追加できるようにした。

第6章は健康管理とし、6-1 認知症者と6-2 家族の2項に分けた。認知症者については、規則正しい生活、適切な食事と運動、服薬管理の方法について説明した。高齢者が陥りやすい便秘、脱水、発熱、慢性疾患の悪化に対する予防法についても説明した。家族については、規則正しい生活、適切な食事と運動、定期健診・がん検診のスケジュール作成、慢性疾患のコントロールの方法について説明した。介護者が陥りやすい疲労、腰痛の予防法についても説明した。

第7章はメンタルヘルス対策とし、7-1 認知症者への対応と7-2 家族への対応の2項に分けた。BPSD（認知症の行動・心理状態）については、認知症者の興味・関心のベクトル（ユングの外向性、内向性[46]）と葛藤に対する対処方法（カレン・ホーナイの攻撃的、依存的、隔離的[47]）の2軸により、過敏型（外向性＋攻撃的）、依存型（外向性＋依存的）、回避型（外向性＋隔離的）、回帰型（内向性＋攻撃的）、巻き込み型（内向性＋依存的）、閉じこもり型（内向性＋隔離的）の6種類に分類し、標準的な対応方法を説明した。定型的な対応法で効果がない場合は、行動分析を行って個別プランを作成する手順を示し、徘徊、妄想、興奮などへの具体的な対処方法についてヒント集を作成した。家族への対応については、認知症に対する家族の偏見を取り除く方法を説明した。さらに、周囲へ助けを求める方法、サポート・グループの利用方法、ストレス管理、リラクゼーション、うつ状態への対処方法などについても記述した。

2. マニュアルの評価・修正

わかりやすさについては、写真やイラストが必要、専門用語の説明集や理論的背景の説明などがあると助かる、できれば動画が欲しい、という意見があった。使いやすさに関しては、基本ケアプラン表は具体的で使いやすいが、個別プランに落とし込むのが難しいので、事例をあげて具体的に例示して欲しいと全員が希望していた。BPSDでは、2軸の判断基準が漠然としているので明確にして欲しいという意見があった。探しやすさについては、見出しをもう少し詳しくして欲しい、索引をつけて欲しいという意見であった。読みやすさでは、具体的な記述が多く、特に読みにくいところはないとのことであった。

以上の意見に基づき、ケアプランの事例を示し、どのように個別プランを作成するのか示すこととした。他の指摘は、今後のマニュアル改訂時に取り入れることとした。

【考察】

産業保健の枠組みを採用し、訪問看護師を中心とした総合的な支援システムを構築できるように、訪問看護師用の支援マニュアルを作成した。本研究により、産業保健という一つの理論的枠組みに沿って、認知症者ばかりでなく、その家族に対する総合的な支援が可能であることが明らかになった。このマニュアルを利用する利点は、従来のシステムを大きく変更することなくサービスの展開が可能なことにある。現在のシステムは、医療・介護・予防と各分野に分断されているが、サービスを展開していく中で各分野を統合できるかもしれない。

産業保健における決定権を持つ責任者は、統括安全衛生管理者である。このモデルの場合、責任者は形式的には訪問看護サービスの依頼人ということになるが、他の家族が実質的な決定権を持っていることも少なくない。チーム会議を開いて職務分担表を作成する際に、最終的な決定権者を設定しておくことがシステムを円滑に動かすキーとなる。また、保険者による費用負担の問題もある。現在の保険制度では、介護者などへのサービス提供に対する報酬は乏しく、必要性もあまり認知されていない。将来的には、報酬面での改善が必要となると考えられる。

本マニュアル作成上の工夫としては、作業管理において職務分担表の作成を導入したことと、ADLへの支援において重症度別の基本ケアプランを作成したことがあげられる。また、BPSD対策において6つのタイプに分類して標準的な対応方法を示したことも特徴と言えるだろう。我が国では、竹内孝仁（国際医療福祉大学教授）が3タイプ（葛藤型・回帰型・遊離型）を提唱しており[43]、介護の現場において広く支持されている。ただし、この分類には1）理論的背景がない、2）分類のための客観的基準がない、3）妥当性の検証がなされていない、という難点がある。今回の分類は3分類を拡張した形になっており、理論的背景は有しているが、分類基準が不明瞭で妥当性も不明という点はまったく改善されていない。今後の課題となるだろう。

作成の留意点としては、できるだけ平易な言葉で具体的な記述を行うように心がけた。また、誰でも簡便に使えるように、チェック表、ケアプラン表など、できるだけ雛形となる書式を準備した。しかし、まだまだ不十分であり、聞き取り調査で明らかになったように、写真やイラストを追加し実際の運用をイメージできるように工夫して、使いやすさや理解しやすさについて改善する必

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

表2　基本ケアプラン表(5中等度　左ページ)

ケアプラン　５中等度　　平成　　年　　月分　　氏名

	実行	評価
1　介護者の役割		
日常生活を自分で行っていると感じられるように支援する。		
自発的な交流は困難であり、周囲との交流を介護者が誘導する。		
失敗しそうな状況をできるだけ作らないようにする。		
2　作業環境	実行	評価
作業に必要な物は、あらかじめ取り出し、一列に並べて置いておく。		
ラベル、色分けなどを利用して、識別しやすくする。		
3　作業方法	実行	評価
作業手順を決め、作業を実行可能な２～３ステップ毎の固まりに分け、簡潔な文章で説明する。		
必要に応じて指示を繰り返す。		
4　食事	実行	評価
食べたいものを、２～３の中から選ばせる。		
食器を見える場所に収納しておく。食前、本人が食卓をきれいにし、自分の分の食器を取り出して並べる（or 介護者と一緒に行う）。		
食後、本人が自分の分の食器を洗い場に持っていく。		
穏やかな雰囲気をつくり、会話を促す。		
5　トイレ	実行	評価
トイレの中の不要品は除いておき、洗剤などの危険物は扱えないようにする。タオル掛けにタオルをかけない（転倒の危険防止）。		
外出前、乗り物に乗る前、就寝前などにトイレへ誘導する。		
太字で読みやすい大きさの「トイレ」という標識を、本人の目の高さに貼る。		
動作をいくつかの固まりに分け、「脱いで」、「座って」、「拭いて」など簡潔に指示する。		

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

表3　基本ケアプラン表(5中等度　右ページ)

ケアプラン　５中等度　　平成　　年　　月分　　氏名

6　入浴	実行	評価
本人が浴室の準備をする。いくつかのステップに分け、一つのステップが終わったら次のステップを指示する。		
入浴時の動作をいくつかの固まりに分け、「頭にシャンプーして」、「上半身を洗って」、「お湯で流して」など簡潔に指示する。		
入浴に必要な用品は、本人の目の届くところに置き、容器にはラベルを貼っておく。		
興味を持ちそうな物（めずらしい入浴剤など）を置いておき、使うように促し、感想を話し合う。		

7　着替え	実行	評価
時節やイベントなどに合っているか、気に入っているかなど、その日に着る服について一緒に話し合う。		
混乱しないように、クローゼットの中は必要最小限に減らしておく。		
着る服を順番に並べる手伝いをする。本人が希望すれば、適宜「下着を着て」、「ズボンをはいて」などと指示する。		
身だしなみを整えたら、自分の姿を鏡に映してチェックするように促し、感想を話し合う。		

8　余暇活動	実行	評価
活動に必要な物が分かるように、見える所に並べて置いておく。		
数個のステップを１ブロックとして活動を分割し、ブロック毎に説明する。必要なら説明を繰り返す。		
周囲から積極的に接触して交流を行う。後で活動について話し合う。		
嗜好にあわせて、外出、新聞、運動、手芸、歌、ゲーム、会話、試食、庭仕事、DIY、生け花、などから試みる。		

9　その他		
○		

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

表4　基本ケアプラン表(6やや高度　左ページ)

ケアプラン　6やや高度　　平成　　年　　月分　　氏名

1　介護者の役割	実行	評価
自分でできることがあると感じられるように支援する。		
少しでもうまくできれば褒め、安心感を与える。		

2　作業環境	実行	評価
必要な物品をその都度手渡す。不必要な物は見えないようにする。		
ラベル、色分けなどを利用して、識別しやすくする。		
必要に応じて、補助器具を利用する。		

3　作業方法	実行	評価
作業手順を決め、作業を１ステップ毎に分け、「手をあげて」、「歯ブラシを持って」など簡潔に説明する。		
言語以外のキューも、必要に応じて利用する。		
実行不能なステップは介助する。		

4　食事	実行	評価
食事の彩り、味、歯ごたえなどに変化を持たせる。		
手でつまめる食事を提供し、自分でつまんで食べるように促す。		
箸やスプーンを手に持たせ、食事の開始を合図する。必要に応じて「〇〇をとって」「口をあけて」「飲み込んで」などと指示する。		
食事の内容を説明し、彩り、味、歯ごたえなどについて感想をきく。		

5　トイレ	実行	評価
トイレの標識の文字が分からないときは、絵を加える。トイレの中の不必品は除き、洗剤などの危険物は扱えないようにする。		
食前、入床前、起床直後など、定期的にトイレに誘導する。排泄パターンを観察し、予測される時刻の直前にもトイレに誘導する。		
動作を１ステップ毎に分け、「ボタンをはずして」、「パンツをおろして」、「座って」、「ペーパーをとって」など簡潔な指示を与える。		
衣服は脱着が容易、洗濯可能でアイロンがけの必要ないものを選ぶ。		

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　25 - 36,　2015

表5　基本ケアプラン表(6やや高度　右ページ)

ケアプラン　6やや高度　　平成　　年　　月分　　氏名

6　入浴	実行	評価
前もって浴室の準備をし、部屋を十分に温めておく。混乱させないように、不必要な物は除いておく。	___	___
動作を１ステップ毎に分け、「石けんをつけて」、「腕をこすって」、「お湯で流して」など簡潔な指示を与える。	___	___
入浴に必要な用品は、本人の目の届くところに置き、容器にはラベルを貼っておく。容器を間違えるときは、色や形を変えてみる。	___	___
音楽を流したり、芳香オイルや気泡剤を利用したりして、楽しい雰囲気をつくる。	___	___

7　着替え	実行	評価
衣服は着やすいものとし、着る服を２～３の中から選ばせる。	___	___
少しの間、布地や素材に手を触れさせて、一緒に感触を楽しむ。	___	___
着る服を順番に並べておく。作業を１スッテプ毎に分け、「上着を持って」、「袖を通して」、「ボタンをはめて」など簡潔に指示する。	___	___
本人が服を着終わったら、身だしなみを整える。	___	___

8　余暇活動	実行	評価
混乱しないように、不必要な物は除いておく。	___	___
どのように活動するのか実際に行ってみせ、１ステップ毎に指示を与える。	___	___
周囲の人が本人の名前を呼んだり手などを触ったりして、交流を維持する。	___	___
嗜好にあわせて、感覚ボックス、アロマ、試食会、マッサージ、運動、音楽、歌、踊り、掃除、テーブル拭き、などから試みる。	___	___

9　その他		
○		
＿＿＿＿＿＿＿＿	___	___
＿＿＿＿＿＿＿＿	___	___

要がある。また、認知症に対する薬物療法との連携についても記述して、かかりつけ医等との連携の重要性を強調すべきだろう。さらに、介護者の能力や特性を評価し、それに応じた支援方法を示すことができれば、マニュアルはさらに効果的なものになるだろう。しかし、介護者の特性に関する研究は少なく、本マニュアルでも介護者に対する個別の配慮はなされていない。介護者の能力を最大限に引き出すため、将来的にはマニュアルに追加すべきだと考えられる。

今後の課題として最も重要な点は、本マニュアルを使用して実際に効果があるかどうか検証することである。予備研究を行ってマニュアルを改訂した上で、介入研究を行って有用性を確かめる必要がある。評価指標を設定し、Delayed Intervention RCT（Randomized Controlled Trial）を行う予定にしているが、当院のみでは対象者の獲得が不十分となるため、多施設合同での研究を予定している。

次に問題となる点は、訪問看護師の研修体制である。マニュアルに沿った対応ができるように、訪問看護師の研修を行う必要がある。現在すでに認定看護師の研修制度があり、認知症の分野も研修が行われているので、その中に取り入れてもらって実施するのが一番効率的と考えられる。認定看護師の数が増えてくれば、BPSDへの対応が困難な事例に対して個別に指導できる体制づくりも可能となるだろう。

最後に、今後ますます増加する単身生活者の問題について検討する。本研究の方法論では介護者がいない場合は対応が難しい。支援できる家族が遠距離にいる場合は、ICT（Information and Communication Technologies）を有効に活用することで、対処が可能かもしれない。しかし、まったく身寄りがいない場合は、家庭を職場とみなすフレームワークは適用できない。地域を職場と考え、地域の事業が維持・発展できるように支援するという新たな理論的枠組みが必要であり、地域の全ての人々を対象とする公衆衛生看護学を融合させることになるだろう。こう考えると、地域包括支援センターの看護師を中核としてチームを作ることが一番効率的と考えられるが、現在のマンパワーでは実施は無理であり、早急な対応を迫られていると思われる。また、現在の成年後見制度においては、財産の保護が主体で身上監護の機能はほとんどないため、成年後見制度の改善も図らなければならないと考えられる。

【参考文献】

1）厚生労働省、平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～、平成26年8月1日公表.
2）都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、平成23年度～平成24年度総合研究報告書、研究代表者 朝田隆、厚生労働省科学研究補助金認知症対策総合研究事業.
3）厚生労働省、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の将来推計、平成24年8月24日公表.
4）厚生労働省、認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）、平成27年1月27日公表.
5）Thies W and Bleiler L, 2013 Alzheimer's disease facts and figures, Alzheimer's & Dementia: the Journal of the Alzheimer's Association, 2013; 9(2): 208-245.
6）Eggermont, L, Swaab D, Hol E and Scherder E, Walking the line: a randomized trial on the effects of a short term walking program on cognition in dementia, J Neuro Neurosurg Psychiatry, 2009; 80: 802-804.
7）Teri L, Logsdon RG, Uomoto J et al., Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 1997; 52B(4): 159-166.
8）Jorge Alves J, Magalhães R, Machado A et al., Non-pharmacological cognitive intervention for aging and dementia: Current perspectives, World J Clin Cases, 2013; 1(8): 233-241.
9）Schulz R and Martine LM, Family caregiving of person with dementia: Prevelence, health effects, and support strategies, Am J Geriatr Psychiatry, 2004; 12(3): 240-249.
10）Alliance for Aging Research, A White Paper -Translating Innovation to Impact Evidence-based intervention to support people with Alzheimer's disease and their caregivers at home and in the community, 2012, 35-36.
11）Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW and Tomatore J, The savvy caregiver program: Developing and testing a transportable dementia family caregiver training program, The Gerontologist, 2003; 43(6): 908-915.
12）Smith S and Bell PA, Examining the effectiveness of the Savvy Caregiver Program among rural Colorado residents, Rural Remote Health, 2005; 5(3): 466-475.
13）Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS et al., A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression,

Am J Geriatr Psychiatry, 2008; 16: 893－904.
14) Teri L, McCurry SM, Logsdon R and Gibbons LE, Training community consultants to Help family members improved dementia care: A randomized controlled trial, The Gerontologist, 2005; 45(6): 802－811.
15) Teri L, Gibbons LE, McCurry SM et al., Exercise plus behavior management in patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial, Journal of the American Medical Association, 2003; 290: 2015－2022.
16) Schulz R, Burgio L, Burns R et al., Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): overview, site-specific outcomes, and future directions, Gerontologist, 2003; 43: 514－520.
17) Belle SH, Burgio L, Burns R et al., Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) Ⅱ Investigators. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial, Ann Intern Med, 2006; 145(10): 727－738.
18) Burgio LD, Collins IB, Schmid B et al., Translating the REACH caregiver intervention for use by area agency on aging personnel: the REACH OUT program, Gerontologist, 2009; 49(1): 103－116.
19) Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP and Winter L, Maintenance of effects of the home environmental skill- building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 2005; 60A (3): 368－374;
20) Montgomery RJV, Kwak J, Kosloski K and Valuch KO, Effects of the TCARE Intervention on caregiving burden and depressive symptoms: Preliminary findings from a randomized controlled study, The Journal of Gerontology; Series B: Psychological Science and Social Science, 2011; 66(5): 640－647.
21) Orpwood R, Adlam T, Evans N and Chadd J, Evaluation of an assisted-living smart home for someone with dementia, Journal of Assistive Technologies, 2008; 2(2): 13－21.
22) Cahill, S, Macijauskiene A, Nygaard J, Faulkner P and Hagen I, Technology and Dementia Care, Technology and Disability, 2007; 12: 55－50.
23) Wherton JP and Monk AF, Technological opportunities for supporting people with dementia who are living at home, International journal of human-Computer studies, 2008; 66(8): 571－586.
24) Chiatti C, Rimland JM, Bonfranceschi F et al., The UP-TECH project, an intervention to support caregivers of Alzheimer's disease patients in Italy: preliminary findings on recruitment and caregiving burden in the baseline population, Aging Ment Health, 2014; 4: 1－9.
25) Padilla R, Effectiveness of intervenitons designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias, the American Journal of Occupational Therapy, 2011; 65(5): 523－531.
26) Acton GJ and Kang J, Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis, Res Nurs Health, 2001; 24: 349－360.
27) Brodaty H, Green A and Koschera A, Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia, J Am Geriatr Soc, 2003; 51: 657－664.
28) Olazarán J, Reisberg B, Clare L et al., Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy, Dement Geriatr Cogn Disord, 2010; 30: 161－178.
29) Brodaty H and Arasaratnam C, Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia, Am J Psychiatry, 2012; 169: 946－953.
30) Van't Leven N, Prick AEJC, Groenewoud JG, Roelofs PDDM, Lange JD and Pot AM, Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review, International Psychogeriatrics, 2013; 25:10: 1581－1603.
31) Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD et al., Effect of multicomponent interventions on caregiving burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up, Psychological Aging, 2003; 18: 361－374.
32) 和田 攻(監修)、森 晃爾(総編集)、産業保健マニュアル改訂６版、東京：南山堂、2013.
33) 高田勗、ILO/WHOの「労働衛生(Occupational Health)」の新しい定義の解説、産業医学ジャーナル)　1999; 22(2): 10－15.
34) 産業医学振興財団、産業医の職務Q&A第十版、東京：産業医学振興財団、2014.
35) 産業医活動推進委員会、産業医の職務－産業医活動のためのガイドライン、東京：産業医学振興財団、2007; 5－16.

36）Pool J, The Pool Activity Level（PAL）Instrument for OCCUPATIONAL PROFILING, London: Jessica Kingsley Publishers, 2012.
37）Bourgeois M, Memory books and other graphic cuing systems - practical communication and memory aids for adults with dementia, Baltimore: Health professions press, 2007; 11－60.
38）Kellett R and Colleagues, Communication and Mealtimes Toolkit - Helping people with dementia to eat, drink & communicate -, Scotland: NHS Dumfries and Galloway, 2012.
39）Groat A and Weems M, Interests & Activities Toolkit for use with people with dementia, Scotland, NHS Dumfries and Galloway, 2009.
40）Rush University Medical Center, The Rush Manual for Caregivers, Chicago: The Rush Alzheimer's Disease Center, 2004.
41）Mary A, Practical Skills Training for Family Caregivers, San Francisco: Family Caregiver Alliance, 2003.
42）数井裕光、杉山博通、板東潮子、武田雅俊（監修）、認知症知って安心!―症状別対応ガイド、東京：メディカルレビュー社、2012.
43）三好 春樹、東田 勉、完全図解 新しい認知症ケア 介護編（介護ライブラリー）、東京：講談社、2012.
44）Bourgeois M, Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia, Journal of Applied Behavior Analysis, 1993; 26: 77－87.
45）Sclan SG and Reisberg B, Functional Assessment Staging（FAST）in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality, International Psychogeriatrics, 1992; 4(3): 55－69.
46）Schultz DP and Schultz SE, Theories of Personality（10th）, Belmont: Wadsworth Publishing, 2012; 87－112.
47）Schultz DP and Schultz SE, Theories of Personality（10th）, Belmont: Wadsworth Publishing, 2012; 139－158.
48）竹内孝仁、認知症のケア―認知症を治す理論と実際（介護科学シリーズ）、東京：年友企画、2005.

（2015年２月20日受付、2015年４月17日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　37 - 46,　2015

地方創生と日本版CCRC･姶良JOYタウン構想

髙田　和美[1)2)]、窪田　昌行[3)4)]、末吉　保則[2)]、笹原　利孝[1)2)]
宮崎　浩二[1)2)]、中村　真之[2)]、髙田　昌実[2)]、馬場園　明[4)5)]

Japanese CCRC Aira JOY Town Vision for Regional Revitalization

Kazumi TAKATA[1)2)]　Masayuki KUBOTA[3)4)]　Yasunori SUEYOSHI[2)]　Toshitaka SASAHARA[1)2)]
Kouji MIYAZAKI[1)2)]　Masayuki NAKAMURA[2)]　Masachika TAKATA[2)]　Akira BABAZONO[4)5)]

【はじめに】

我が国は2008年に人口のピークを迎え、人口減少時代に突入しており、人口は急速に減少することが予測されている[1)]。さらに、最近の統計によれば日本の出生率は9年ぶりに低下し、地方から東京への人口流入も続いている[2)]。その結果、地方では人口減少が進行し、地方の消費回復は大都市圏に比べ遅れているなど、地方経済をめぐる環境は容易ではない状況であり、地方創生への道のりは厳しいものがある[3)]。

政府はその対策として、「人口減少・超高齢化という我が国が直面する大きな課題に対し政府一体となって取り組み、各地域がそれぞれ特徴を活かした自律的で持続的な社会を創生できるように」するために、平成26年9月3日、内閣にまち・ひと・しごと創生本部を設置し、「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」を策定した[4)]。こうした認識に基づき策定される「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」においては、将来にかけて①「人口減少問題の克服」、②「成長力の確保」を図ることを目指し、「地方創生の深化」に取り組んでいくことが基本方針となり、この平成27年6月12日、「ローカル・アベノミクスの実現に向けて～まち・ひと・しごと創生基本方針・検討チーム報告書」が発表された[5)]。

本論では、まず地方創生における日本版CCRCの位置づけ、および背景と現状について説明する。次に、政府の日本版CCRC構想のモデルとなった米国のシニアコミュニティを紹介する。最後にまち・ひと・しごと創生本部の日本版CCRC有識者会議の中で日本版CCRC関連の構想・取組の整理のための参考事例として紹介された「日本版CCRC姶良JOYタウン構想」の取り組みと現状について紹介する[6),7)]。

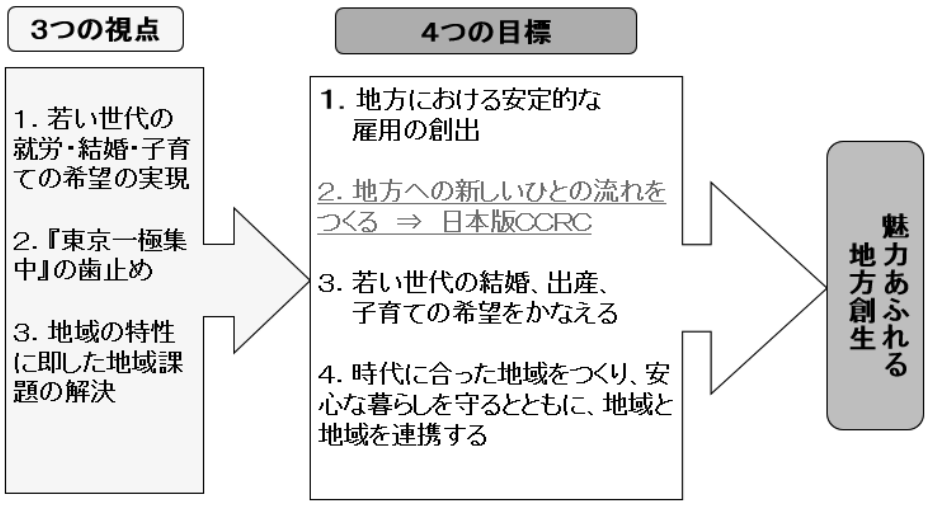
1. 地方創生と日本版CCRC

1-1　生涯活躍のまち～日本版CCRC構想

まち・ひと・しごと地方創生には、図1に示すように、3つの視点と、4つの目標がある。すなわち、地方創生の目標を達成するために、地方それぞれの人口動向、産業実態を踏まえ、それぞれ特色に応じた「地方版総合戦略」を2015年から2019年度にかけて策定することになっており、4つの基本目標がある。その内容は、①地方における安定した雇用を創出する、②地方への新しいひとの流れをつくる、③若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる、④時代に合った地域をつくり、安全な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する、である。この基本目標達成の施策の一つに「『日本版CCRC』の検討、普及」が取り上げられた[3),5)]。ちなみに、政策の中では、CCRC（Continuing Care Retirement Community）について、「米国では高齢者が移り住み、健康時から介護・医療が必要となる時期まで継続的なケアや生活支援サービス等を受けながら生涯学習や社会活動等に参加するような共同体」と言及されている。日本版CCRC構想は、4つの目標の一つ「地方への新しいひとの流れをつくる」を実現する施策の中の一つに取り上げられ、地方創生の重要課題のひとつとして注目をあびてきている。[3)]

1)　株式会社ＪＯＹ
JOY Corporation
〒899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田4714
4714 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan Kajikionsen Hospital
2)　医療法人　玉昌会　法人本部
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
〒892-0822 鹿児島市泉町2番3号そうしん本店ビル4F 医療法人 玉昌会 法人本部
3F Soushinhonten Bldg.2-3 Izumi-cho, Kagoshima-shi, Kagoshima,892-0822 Japan Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
3)　株式会社CCRC研究所
Institute of CCRC Co,Ltd.
4)　医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Management and Marketing
5)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate Scholl of Medical Sciences, Kyushu University

図1　地方創生の3つの視点と4つの目標



さらに、本年６月１日、日本版CCRC構想中間素案が発表され、その中で、日本版CCRC構想が目指すものは、「東京圏をはじめとする高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり」としている[6)]。日本版CCRCと従来の高齢者施設との基本的な違いについて、次の3点が述べられている。第一に、従来の施設は、高齢者が要介護状態になってからの入所・入居が通例であるのに対して、日本版CCRCは、高齢者が健康な自立した段階から入居し、できる限り、健康寿命を長くすることを目指している。第二番目として、従来の施設等では、あくまでもサービスの受け手として「受け身的な存在」であった高齢者が地域の仕事や社会活動、生涯学習に積極的に参加する「主体的な存在」に位置づけられている。第三番目には、地域社会への開放性であり、本構想では、高齢者が地域社会に溶け込み、地元住民や子供・若者などの多世代との交流・共働する「オープン型」を目指している。このように人口減少が進む地方･地域では長年に渡って整備されてきた医療介護サービスが多く存在し、都市圏からの高齢者の移住等により、それらの医療介護資源の活用や雇用の維持が図られる点で、日本版CCRCの意義は大きい。

日本版CCRC構想の基本提言のポイントについて図2に示す7点があげられており、日本版CCRC構想の入居者の具体像として、①東京圏をはじめ大都市の高齢者の地方移住者と地方在住で住み替えを希望する高齢者、②健康自立高齢者、③高齢者に限らず幅広い年齢層、④その他が対象となることを提示している[6)]。できる限り多くの高齢者が利用できる目安として、本構想では、厚生年金の標準的な年金額21.8万円の高齢者夫婦世帯が入居できる費用モデルを基本としつつ、富裕層も想定した多様なバリエーションも可能にすると、提示している。

これらを踏まえて、有識者会議が示す7つのほかにプラス４つのポイントとして、A.地域包括ケアの交流拠点の提供、B.予防医療・健康支援モデルの確立、C.経営の安定性の確保、D.資産も活用した多様な費用モデルの提供が今後の課題になると思われる。(表1参照)我が国では、いままで予防・健康支援を中心とした自立型住まいがほとんど整備されておらず、団塊の世代が後期高齢者となる2025年までにそれらを整備し、高齢者の最終ステージにおける生き方の選択肢を増やす意義は大きいものと考える。

表1　日本版CCRCの7つの基本コンセプト

7つの基本コンセプトとプラス4	
1	東京圏をはじめ大都市の高齢者の地方移住の支援
2	「健康でアクティブな生活」の実現
3	「継続的なケア」の確保
4	地域社会（多世代）との共働
5	IT活用などによる効率的なサービス提供
6	居住者の参画等による透明性の高い事業運営
7	関連制度や「地方創生特区」等による政策支援
プラス4	
A	地域包括ケアの交流拠点の創出
B	予防医療・健康支援モデルの確立
C	経営の安定性の確立
D	資産も活用した多様な費用モデルの提供

表2　日本版CCRCに関連する取組・推進の意向について

推進の意向	地方公共団体数	全体に占める割合
1. 推進したい意向がある	202	11.3%
2. 推進したいという意向はない	199	11.1%
3. 推進したいかどうか今後考える	1387	77.6%
合計	1788	100.0%

内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局が実施した「日本版CCRCに関する意向等調査」の結果を表2に示す。現時点で、地方公共団体の11.3％の202の自治体が、推進したいという意向を示し、地方総合戦略へ75の自治体が日本版CCRCを盛り込む予定とのことである。

現在、日本版CCRCは、大型施設を考えるもの、小規模自治体全体で担う街ごとCCRC、大学との連携を中心に考えるもの、予防・健康を中心とした医療モデル等、様々なモデルが検討されつつあり、それぞれの地域、自治体で地域の資源、特性に合った高齢者の希望を実現するCCRCの実現を目指している。

1-2　11の参考事例とJOYタウン構想

平成27年6月12日に発表された、「ローカル・アベノミクスの実現に向けて～まち・ひと・しごと創生基本方針・検討チーム報告書」の中では、地方経済の実態に言及しており、地域経済活性化、地方創生のために、地方に人材と資金を呼び込むような、生産性の高い、活力のある産業をそれぞれの地域で再形成していくことが緊急の課題となっている[5)]。その中で、若者や働き盛りの人材にとって、地域独自の魅力ある職場を生み出すことによって“ローカル・アベノミクス”（アベノミクス地方戦略）というものを浸透していく方針であり、ローカル・アベノミクスには具体的な3つの基本戦略がある。すなわち、①「稼ぐ力」を引き出す（生産性の高い、活力にあふれた地域経済の構築）、②「地域の総合力」を引き出す（「頑張る地域」へのインセンティブ改革）、③「民の知見」を引き出す（民間の創意工夫・国家戦略特区の最大活用）である。3つの基本戦略のそれぞれの主要施策は「稼ぐ力」については、日本版DMOである。ちなみにDMOとは、Destination Management/ Marketing Organizationの略で「さまざまな地域資源を組み合わせた観光地の一体的なブランドづくり、ウェブ・SNS等を活用した情報発信・プロモーション、効果的なマーケティング、戦略策定について、地域が主体となって行う観光地域づくりの推進主体の創設」となっている。「民の知見」については、「地方創生特区」であり、そして「地域の総合力」では、私どもが取り組んでいる日本版CCRC構想の実現となっている[5)]。

日本版CCRC構想は、いまや地方創生の大きな柱となり、6月に「日本版CCRC構想素案（概要）」が発表された後、内閣府では有識者会議を中心にその骨組み、地方での進め方も議論が深耕し、7月3日の第6回日本版CCRC構想有識者会議では、「日本版CCRC関連の構想・取組を整理するに当たって参考とした事例」が全国から11事例が選ばれた。その11事例を表3に示すが、既に運営が開始されている先進事例が3箇所、地方版総合戦略に盛り込む予定の地方公共団体の構想が8例となっている。その一つに、鹿児島県姶良市（医療法人玉昌会）の私どもが研究を進めてきたJOYタウン構想が取り上げられた[7)]。

2.　米国の２つのシニアコミュニティ

2-1　アクティブシニアコミュニティとCCRC

日本版CCRC構想の日本名称を検討していた有識者会議は8月25日、その名称を「生涯活躍のまち」と定めた[8)]。「生涯活躍のまち」構想の定義は、「東京圏をはじめとする地域の高齢者が、希望に応じ地方や“まちなか”に移り住み、地域住民や多世代と交流しながら、健康でアクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができるような地域づくり」を目指すものであるとした。政策的には地方移住の流れの推進が主要な意義となっているが、当初の基本構想と比較して、新しい定義には、東京圏からだけの移住ではなく、地域の移住が追加されたことは、現実的といえる。また、政府は東京圏の50歳代、60歳代の人々を地方移住してもらおうという方針であるが、これらの人々と医療介護ニーズの高まる75歳以上の高齢者の移住への希望は異なり、それぞれの希望に合った移住の仕組みが必要であると考える。

表3　日本版CCRC関連の構想・取組を整理するに当たって参考とした事例

		地方・事例名	地域特性	事業主体	地域的広がり	住み替え
運営開始事例	1	栃木県那須町（ゆいまーる那須）	田園地域型	株式会社コミュニティネット	エリア型	大都市移住型
	2	千葉県佐倉市（山万株式会社）	まちなか型	山万株式会社	エリア型⇒タウン型	近隣転居型
	3	石川県金沢市（シェア金沢）	田園地域型	社会福祉法人佛子園	エリア型	近隣転居型
地方公共団体の構想事例	1	茨城県笠間市	まちなか型	産・官（学・金）・地域連携	タウン（ネットワーク型）	大都市移住型
	2	新潟県南魚沼市	田園地域型	地方自治体（大学）	エリア型	大都市移住型
	3	山梨県都留市	田園地域型	都留市、大学	タウン（ネットワーク型）	大都市移住型
	4	長野県松本市	まちなか型	松本市	タウン（ネットワーク型）	近距離転居型
	5	静岡県南伊豆町・東京都杉並区	田園地域型	杉並区・南伊豆町	エリア型	大都市移住型
	6	高知県（高知大学）	田園地域型	高知大学	タウン（ネットワーク型）	大都市移住型
	7	福岡県北九州市	まちなか型	北九州市	タウン（ネットワーク型）	近隣転居型
	8	鹿児島県姶良市（医療法人玉昌会）	まちなか型	医療法人玉昌会	エリア型	大都市移住型

（出典）首相官邸まち・ひと・しごと創生本部、日本版CCRC構想有識者会議（第6回）資料から整理

日本が、「生涯活躍のまち構想」のモデルとしている米国には、二種類のシニアコミュニティが存在する[9),10)]。すなわち、55歳以上から移住し、退職後は好きなことをして人生を楽しむ、アクティブ・リタイアメント・コミュニティ（Active Adult Retirement

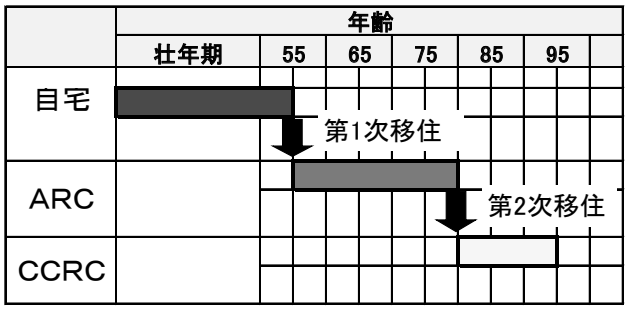
Community）と地方創生で取り上げられたコンティニューイングケア・リタイアメント・コミュニティCCRCである。アクティブ・リタイアメント・コミュニティ（以降ＡＲＣと略す）とCCRCの主な違いを表4に示す。ARCのコンセプトは、退職後好きなことをして人生を楽しむことであるが、CCRCでは、ヘルスケア（医療・介護）サービスの提供が前提とされ、安心・安全な生活がコンセプトとなっている。一般的にARCの対象年齢は55歳から79歳であるが、CCRCは80歳以上である。そして住まいの種類は、ARCが戸建て住宅中心であるのに対し、CCRCは集合住宅中心である。

表4　ARCとCCRCの違い

	ARC	CCRC
コンセプト	退職後を好きなことをやって楽しむ	医療・介護に心配のない環境で豊かに暮らす
対象年齢	55～79歳	80～90歳
住宅種類	戸建て	集合住宅
医療介護サービス	なし	あり

※ARC　Active Adult Reirement Community

図2　米国における二段階の移住



ARCは「55＋コミュニティ」とも呼ばれ、起源は1960年に遡り、不動産会社のデル・ウェブがアリゾナ州の砂漠の真ん中に高齢者だけが住む人為的な町“サンシティ”を開発したことに始まる[11]。サンシティは高齢者が主体となって住む町というコンセプトを代表した呼び名で、55歳以上の高齢者が住むことができ、現在の人口は38,309人である。ARCは戸建ての住宅群に、ゴルフ場、テニス場、ボウリング場、スポーツ公園のほか、病院、協会、図書館、ショッピングセンターなど一つの町としての機能が整えられている。ここではそれらの施設で働く若者に交じって住んでいる高齢者も働いている。近隣にはアリゾナ州立大学があり講義を受講でき、生涯学ぶ環境も整っている。デル・ウェブはこうした高齢者の町を全米各地に8カ所建設した。ARCには、生活支援、医療介護サービスはなく、不動産中心の事業といえる。

表5　米国のARCの多い州（上位10州）

	州名	AARC数	戸数/1AARC中				
			1位	2位	3位	4位	5位
1	フロリダ州	253	56,268	10,005	10,000	9,500	8,508
2	ニュージャージー州	205	10,636	3,169	2,433	2,303	2,255
3	ペンシルバニア州	114	1,720	675	672	646	520
4	カリフォルニア州	110	12,736	6,783	6,678	6,608	4,949
5	アリゾナ州	88	27,492	16,900	13,200	9,802	7,200
6	ノースカロライナ州	56	8,000	5,000	3,400	3,000	2,000
7	バージニア州	55	3,250	1,863	1,800	1,450	1,400
8	イリノイ州	41	5,489	2,097	2,000	1,297	1,113
9	サウスカロライナ州	40	8,200	4,800	4,278	3,400	1,800
10	ニューヨーク州	39	2,600	1,500	1,200	1,000	701

ARCは、現在全米に1,332カ所あり、約80万戸の戸建て住宅がある。表5に全米でARCの多い州を10位まで整理した[12]。ARCが一番多いのはフロリダ州で253カ所、その中でも一番大きい規模のARCは56,268の戸建て住宅がある“The Villages”（1978年から開発）である。二番目がニューヨークに隣接するニュージャージー州で205カ所であり、例えばニューヨークで働くホワイトカラーの定年後の移住先として多くのARCが存在しているのではないかと推測される。3番目に多いのが、CCRCが全米で一番多く整備されているペンシルバニア州でARCが114カ所ある。次にカリフォルニア州が4番目で110カ所、そしてARC発祥のアリゾナ州は5番目

で88カ所が整備されている。ARCのコミュニティの規模は、表2に示すように5万世帯以上の巨大なものから、50世帯程度の小さなものまで多様なARCがあり、平均規模は約600世帯である[12)]。

図2に示すように、米国の高齢者コミュニティへの地方移住は二段階である。第一段階は、主に60歳代で自宅からARCに移り住み、ゴルフ、釣り、山登り、または娯楽、学習を楽しみながら、夫婦で人生を楽しむものである。一方、第二段階目は加齢と共に配偶者の死別、健康状態の悪化などにより、生活支援、介護が必要になった80歳代前後でCCRCに移住する二種類である。米国の二種類の高齢者コミュニティには戸建て住宅、集合住宅など多種多様な自立型住まい（Independent Living ）が整備されている。

一方、我が国は“自立型住まい”という意識、コンセプトがなく、自立型住まいが殆ど整備されていないのが現状である[13)]。そのような中で、東京圏の高齢化の受け皿として、「生涯活躍のまち（日本版CCRC）」構想が推進されており、50歳代、60歳代、80歳代の地方移住が課題となっているが、50歳代の人の地方移住と、80歳代のものとは目的、希望が異なっており、日本版CCRCを開発構築していく中では、米国のCCRCとともにARC（55+コミュニティ）も研究、参考にしていく必要があると考える。

2－2　CCRCの特色

我が国には、夫婦のつれあいに先立たれて毎日の生活が何かと不安・不便になったとか、足腰が悪くなり家の中は段差が多く、転倒・骨折するのが心配とか、もの忘れが多くなり、認知症になるのが不安、といった人々が必要なサービスを受けて、自立支援を受けて生活できる住まいのシステムが殆どない。そのため、病気や障害をもつようになると、住み慣れた地域を離れて、病院や施設で暮らすことになる。

高齢者が病気や障害により、病院や施設に移動し入院・入所することによって、“トランスファーショック”が起こることが知られている。トランスファーショックとは「適応能力が低下した高齢者の環境が大きく変化すると精神的な落ち込みが起こる現象」である[13)]。そのため、活動が低下し、認知症が進行したり、孤独に苛まれて悲しむことになったりする[3)]。

アメリカには、高齢者の自立と尊厳を守り、継続したケアを提供することを重要な運営方針とし、予防・医療・介護サービスを統合した包括的なサービスを提供し、高齢者が自立して、健康に、楽しく、快適に暮らせるCCRC（Continuing Care Retirement Community）という「自立型住まい」を中心とした総合的なサービスを提供するシステムがある[13)]。CCRCを直訳すると、「継続した生活支援・健康支援・医療・介護サービスを提供する高齢者の生活共同体」となる。体力や記憶力が衰えていく高齢者に対し、同じ場所で、最期まで継続したケアが提供できるCCRCは高齢者が環境を変える必要がなくなるので、トランスファーショックを防ぐことができ、日本でも必要なシステムである。

CCRCは、1900年には宗教系のものを中心におよそ、20ヶ所しかなかったそうであるが、1970年代から急速に増え始め、その後アメリカ中に普及し、2007年には、全米に1,861ヶ所、74万5000人が居住していると報告されている。CCRCは、広いキャンパスに住宅や各種サービス施設が点在する郊外型から、市街地のビルの中にある都市型までさまざまな形態がある[14),15)]。

図3に示すように、CCRCには「自立型」、「支援型」、「介護型」の3種理の住まいがある[13)]。そして、3種類の住まいでは、それぞれのニーズに応じて、ハード、ソフトが、尊厳の遵守、自立支援を目標に設計されています。居室の広さは、平均的に「自立型」（1寝室タイプ）が65.1㎡、「自立型」（1ルームタイプ）が41.9㎡　、「支援型」が30.5㎡、「介護型」が、22.3㎡となっている。CCRCの平均規模は「自立型」215室、「支援型」47室、「介護型」77室、計339室となっている[16)]。

CCRCのソフト・サービスについては、図4に示すように老化していくニーズに応じて、認知症予防、医療サービス、生活支援、介護支援などが総合的に提供されている[13)]。すなわち、入居者は、自立して生活できる段階から、特別な看護・介護サービスが必要な段階、そして人生の終末まで同じコミュニティ内で生活できる。

CCRCの入居者は、住まいとサービスの提供を受けるために、入居一時金と月々の利用料を支払う。入居一時金、月々利用料金は、医療・介護サービスの利用方式によって異なる。一般にCCRCでは、居室費用は一時金で支払い、住み慣れた家を売却して、その資金を入居一時金にあてられる。そして、退去後は入居一時金が返還される仕組みが整っており、このためアメリカでは、多くの高齢者がCCRCに入居でき、一時金返還システムはCCRCが普及している大きな理由の一つだと思います。

CCRCに入居する時点の平均年齢については、「自立型」が79歳、「支援型」が85歳、「介護型」が84歳となっている。また、自立型住まいには、79歳から86歳までおよそ7年間生活するのが平均的な姿である。男女比については、「自立型」では女性が70％、男性が30％となっており、「支援型」、「介護型」の男女比は「自立型」に比べて女性が多く、約77％となっている[16)]。

わが国はこれから団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目標に、地域包括ケアシステムの構築を、医療・介護・福祉が一体となって実現していくことを目指している[17)]。一方、その実現のための医療・介護資源、および財政資源は限られており、それらの限られた資源をいかに効果的、効率的に活用していくかが、わが国の大きな課題となってきている。高齢者の老化につれて変化していくニーズに対して、尊厳を守り、最期まで自立支援する様々なサービスを提供する仕組みを持つCCRCモデルは、日本でも高齢者の生活の質、人生の質の向上に大きく貢献するものと思われる。

図3　CCRCの3種類の住まい

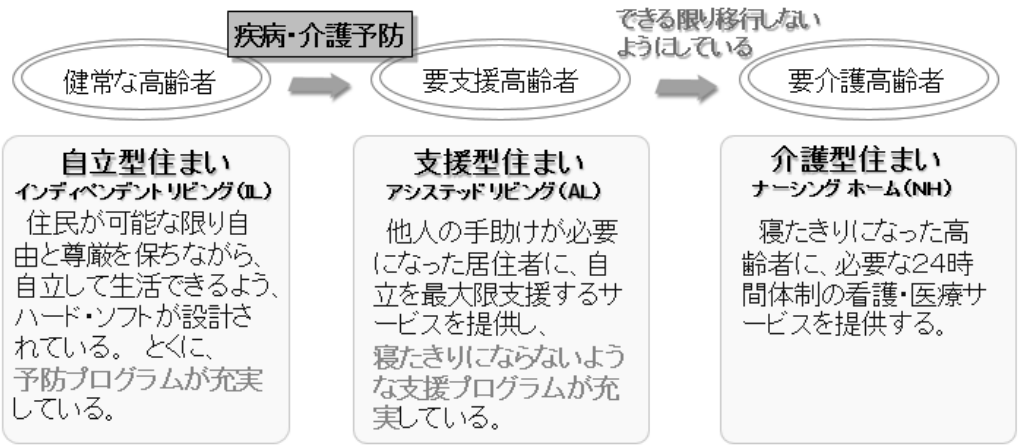
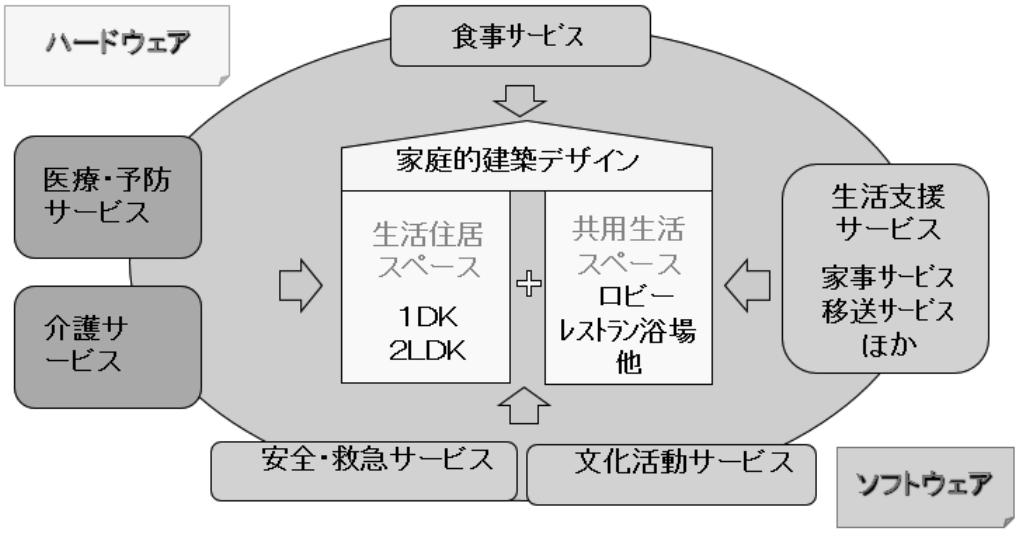


図4　CCRCのハードとソフト

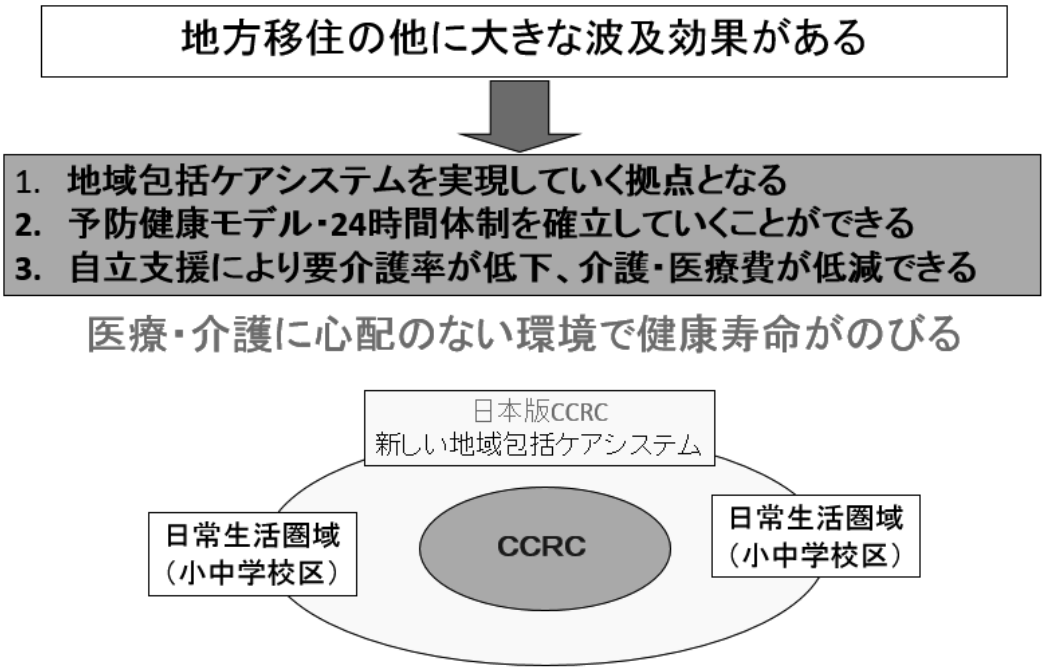


2-3　CCRCの導入効果と日本版CCRCの意義

米国は、日本のように、皆保険医療・介護制度がない中で、人生の最終ステージにおける医療介護（ロングタームケア）、および最終ステージの生き方を自己責任に任せられており、一方、皆保険制度を維持する日本においても、社会保障制度改革が進行する中で、これからは自己責任によって、自分の最終ステージの生き方を自己決定していく必要がある。すなわち、日本は超少子高齢化が加速していく中で、社会保障費の増加を抑制する方向で、医療介護の自己負担の割合は高くなること、また年金の支給も削減されていくことを考えれば、日本においても、自分の健康、最期の生き方はそれぞれが責任を持つ時代に移行していくものと推察される。

そのような中、医療・介護の心配のない環境で、できる限り自立支援できる仕組みを整備し、豊かで楽しい生活をサポートする日本版CCRCの開発は、わが国とって重要な課題である。また、政府は、東京都市圏からの移住を日本版CCRCの第一の目標に掲げているが、日本版CCRCの構築はそれ以上の意義があると考える。すなわち、図5に示すように、日本版CCRCは、厚労省が2025年の構築を目指している「地域包括ケアシステム」の拠点を整備していくことに繋がると考える[17)]。すなわち、日本版CCRCをその拠点にすることにより、なかなか整備が進まない、予防健康プログラムの開発、24時間定期巡回・随時対応型訪問サービス（介護・看護）の構築が可能になる。その結果として、地域の要介護率が低減することが可能になり、介護費用、医療費の適正化が図れることになる。例えば、健康予防プログラムが充実している、埼玉県和光市の要介護認定率は9％強である[18)]。一方、福岡県では、要介護認定率が25％を超えている地域もあり、そこで、日本版CCRCを中心に、健康予防、24時間の在宅介護・看護サービス体制が整備されれば、要介護認定率を低減でき、多くの自立支援が可能になるのではないかと思われる。このように、日本版CCRCと地域包括ケアシステムを両輪で構築していくことで、日本への波及効果は甚大なものがあると考える。

図5　日本版CCRCの意義と波及効果



3. 姶良JOYタウン構想

玉昌会グループの「日本版CCRC姶良JOYタウン構想」は、医療法人が病院の移転（建て替え）と併せた一体的な整備によるCCRCの実現可能性を検討するものであり、姶良市における地域包括ケアシステムを基盤とした「コンパクトシティ姶良」の構築に協力していくことを目的としている。日本版CCRCについて、玉昌会グループは、九州大学の医療福祉経営マーケティング研究会と2008年から共同研究を続けてきた[19),20)]。そして構想の方向性を「高齢者医療ケアの未来～加治木しあわせの杜・高齢者健康コミュニティCCRC構想」というテーマで、医療福祉経営マーケティング研究（第4巻第1号、2009年）で発表した。その中で「CCRCとは継続したヘルスケア（医療、予防、介護）を提供するという福祉哲学に基づいて、住宅と医療と介護に、アメニティサービスを総合的におこない、高齢者の新しいライフスタイルを提供するものであるとしている。すなわちCCRCは、高齢者の自立と健康ニーズに対応することにより、人生の最終ステージをいきいきと、豊かに過ごすことにより、医療コスト、介護コストを最適化するモデルとして実績をあげている。このモデルを介護型療養病床の事業転換に活用していく。」と述べている。それから7年が経過し、地方創生の主要施策としてCCRCが注目され、医療法人玉昌会は、新たな視点を加え、日本版CCRC姶良JOYタウン構想としてビジョン、コンセプトをまとめ直した。その内容が内閣府のまち・ひと・しごと創生本部のホームページの有識者会議資料としてアップされた資料を図6に、イメージおよび敷地計画を図7に示す。

厚生労働省は、本年7月30日に日本人の平均寿命（2014年）を公表し、男性が80.50歳、女性が86.83歳となり、男性の平均寿命が80歳を超えるのは、2013年からで2年目となり、最近では、健康寿命を延ばすことの重要性を強調している[2)]。健康寿命とは、寿命を全うする間、どれだけ健康な期間があるかという年齢であり、寿命から介護（自立した生活ができない）の年数を引いた年である。平成22年の「健康日本21」の資料によると男性の平均寿命が79.55歳であるのに対し、健康寿命は70.42歳、女性は平均寿命86.30歳であるのに対して73.62歳であった。

米国CCRCの理念は、健康寿命を伸ばし、QOLの高い、自立し継続した生活を提供することである。従って、日本版CCRCの目的も「地方移住」だけではなく、移住した高齢者に自立した段階から健康予防、医療と介護の心配のない環境を提供されることにより、一人ひとりの人生の継続性を尊重し、自立支援に最大の関心を払うことにより、健康寿命を延ばし、豊かな人生を送ってもらうことを考えていくことが重要である。

加治木温泉病院は、鹿児島県姶良市に所在する一般病床、回復期リハ病棟、医療療養病床、介護療養病床をもつ350床のケアミックス医療であるが、今年7月に一般病床を地域包括ケア病床に転換し、姶良市の地域包括ケアシステムの構築に寄与していく体制を強化した[21)]。研究を開始した2008年当時の医療の課題は、介護療養病床の廃止に伴う病床の転換であり、医療と介護を一体的に提供し、医療コスト、介護コストを最適化していくモデルを介護療養病床の事業転換に活用していく将来構想を模索してきた。しかし、社会

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　37 - 46,　2015

保障改革が進むなかで、医療･介護政策が「病院完結型」から地域全体で支える「地域完結型」へ移行し、さらに2010年には地域ごとに、医療・介護・予防に加え、継続的に生活支援サービスや住まいも提供される地域包括ケアシステムの構築が提唱され、医療介護のパラダイムシフトが起こった（図8参照）。これらを鑑み、JOYタウン構想は医療･介護に加え、健康予防、多世代交流、そして東京圏からの地方移住を加えた地方創生を基軸に構想を見直す必要があり、計画を日本版CCRC姶良JOYタウン構想として再構築した。

図6　日本版CCRC姶良JOYタウン構想

参考とした構想・取組事例　鹿児島県姶良市（医療法人玉昌会）

鹿児島県姶良市において、病院の移転（建て替え）と併せた一体的な整備によるCCRCの実現可能性を検討。地域包括ケアシステムを基盤とした「コンパクトシティ姶良」の構築に協力する「ＪＯＹタウン構想」。

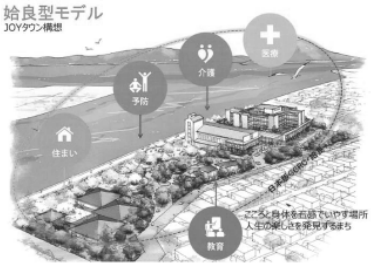
◎地域特性：まちなか型

◎事業主体（コミュニティの特徴）
：医療法人
病院を基盤にしたまちづくり

◎地域的広がり：エリア型
新病院のほか、介護、予防、教育、住まい、交流スペースなどの機能を一体的に整備。一般の方や障害者の方が住めるよう整備も検討。

◎住み替えパターン
：大都市移住型
鹿児島県外に出た人のUターン、地域住民をメインターゲット

姶良型モデル
JOYタウン構想



◎推進主体・住民
・医療法人玉昌会（２病院の運営と在宅サービス事業を実施）
・姶良市は平成22年度に加治木町、姶良町、蒲生町が合併。H27.6現在の人口約76,000人。
・姶良市のコンパクトシティ化の一翼を担う構想。
・地域の中で、多職種・多業種、住民同士が互いに支えながら、住み慣れた地域でその人らしく暮らせる環境を支える仕組み。（地域包括システム）
・鹿児島県外に出た人のＵターン、地域住民をメインターゲット。
・災害時の対応（隣県からの避難者の可能性）も想定した計画、警察・消防以外でいざというときに24時間かけこんできてもらえる拠点としていきたいとの考え。

◎住まい・まちづくり
・厚生年金福祉施設サンピアあいらの跡地（約12,000坪）を利用し、病院を建て替える計画。
・新病院（3,000～4,000坪）のほか、介護、予防、教育、住まい、交流スペースなどの機能を一体的に整備し、一般の方や障害者の方が住めるような整備も検討。
・残っているホテルの活用も。
・鹿児島空港から車で15分、鹿児島市街地まで車で30分。

◎活動
・予防医療や介護以外のアクティビティを今後検討。
・誰でも利用できる図書館やカフェを通じた交流機会の創出など。

◎ケア
・医療エリアでは、慢性期を中心に、急性期から在宅ケアまで持続したケアを実現。
・医療介護支援・地域包括ケアサポートなど総合的な相談室の設置。

（資料）医療法人玉昌会ホームページ、資料等に基づき作成。検討中の内容を含む。※緑枠は内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局における整理。　14

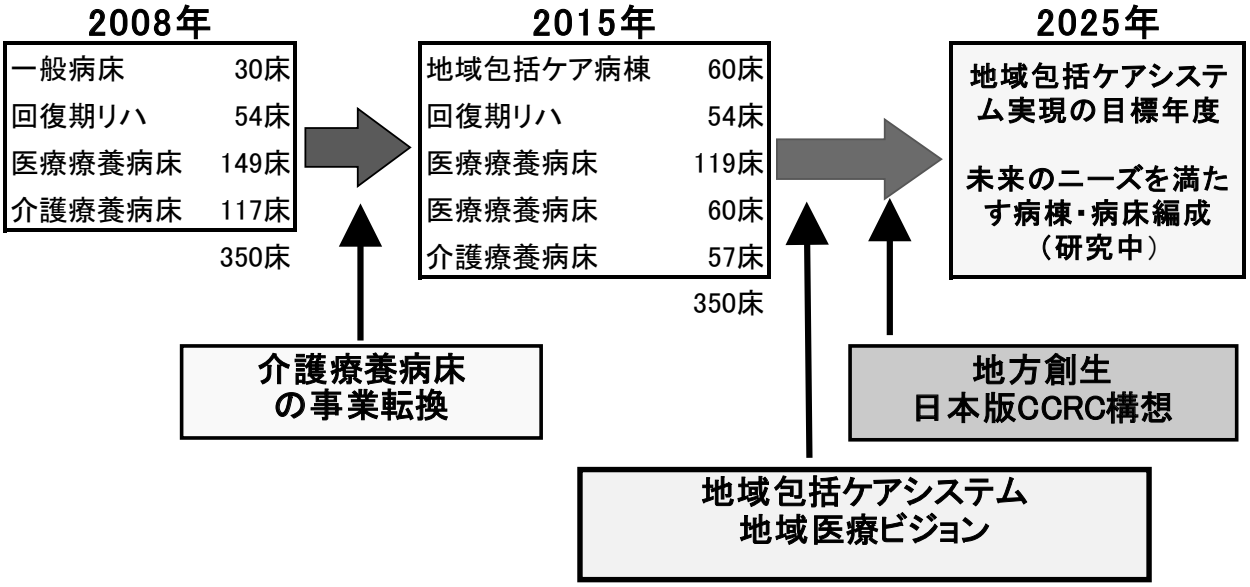
図7　JOYタウンの敷地利用計画

JOYタウンの立地条件は、厚生年金福祉施設サンピアあいらの建物跡地（約12,000坪）を活用するものであり、本構想は、姶良市のコンパクトシティ構築に寄与すると共に、「住まい」、「医療」、「介護」、「健康予防」、「教育」を総合的に提供し、東京圏および地域からの「移住」の受け皿となることを目的とする。多世代の新たな住まい、人生のあり方という観点から、①希望に満ちた暮らしができる環境、②歳を重ねる事にワクワクできる環境、③可能な限り主体的に人生を送れる環境が、活気を生み出し、定住、交流人口の増加へと流れに変化を起こせるのではないか、と考える。元気な人から医療介護が必要な人をも含む全ての人々が、自分の人生を堂々と歩み、その人らしい尊厳を持てる場を提供するなど、JOYタウン構想には、多くの想いと願いが込められている。

もし、JOYタウン内で病気になっても近隣の医療機関が連携し、介護サービスが必要になってもJOYタウン内の介護施設、在宅サービスを活用し、住み慣れた場所で、人生の最期まで生活を継続できるように地域包括ケアシステムの拠点環境を整備していくものである。

さらに、JOYタウン構想の未来へのコンセプトとして、「ヒューマンライフライン」という概念を考えている。ライフラインは、エネルギー、水、交通、情報など生活に必須なインフラ設備を表す言葉であるが、ヒューマンライフラインとは、地域の小児から高齢者の多世代の方々や障害を持つ方々への、医療、予防、介護、福祉、住まい、教育、生きがい、就業の機会を総合的にサポートし、人生を豊かに暮らすための希望、夢までも含むコンセプトとして実現していきたいと考えている。

図8　加治木温泉病院の病棟構成の推移と未来



おわりに～JOYタウン構想の実現に向けて

JOYタウン構想は、加治木温泉病院の新築移転を軸に検討してきたが、思うようなスケジュールで進まなかった原因として、この間、3年に一度の介護報酬改定が2009年から3回、2年に一度の診療報酬改定が2010年から3回あり、さらに2010年には、地域包括ケアシステムの構築が提唱され、政策制度の変化が大きく影響したためである。さらに、2014年から地域医療構想（ビジョン）の中で、病床機能報告制度が始まり、今後10年間で20万床を削減する案と在宅での医療・介護体制30万人目標が提案された[22),23)]。鹿児島県は全国で一番の病床削減数で1万7百床（現状の35％）削減が示された。このような時代と政策の変化の中で、JOYタウン構想の枠組みは方向性が定めにくく、事業収支が組めない現状があったからである。

しかしながら、この度の政府の日本版CCRC構想の後押しもあり、本計画は日本版CCRC姶良JOYタウン構築の実現に向けて動き出す契機となったといえる。9月には、米国現地でのCCRCの視察研修も終え、これからJOYタウンを実現するための6つの要素が整理できたといえる。すなわち、①明確な理念の構築、②住いとしての3種類の住まいの検討、③4つのプログラムの構築、④経営主体の検討、⑤経営システムの構築、⑥経済的負担の軽減策である。この6つの視点を通して、入居対象者のセグメントの分類、対象シニアの絞り込み、およびJOYタウンの優位性を踏まえたマーケティング手法により、3種類の住まいの数、広さ、仕様、料金体系、サービスの内容等について、産学官で検討を重ね、工程表とKPIを決めてJOYタウン構想の実現に向けた取り組みを推進すると共に、前述した人生のライフライン～ヒューマンライフラインの構築、実現にむけて、計画を進めていきたいと考える。

【参考文献】

1)　内閣府、平成27年版　高齢社会白書、2015年
2)　厚生労働省、人口動態月報年数、2015年6月
3)　内閣官房まち・ひと・しごと創生本部、まち・ひと・しごと創生総合戦略(案)、2014年12月
4)　内閣官房まち・ひと・しごと創生本部、まち・ひと・しごと創生長期ビジョン－国民の「認識の共有」と「未来の選択」をめざして
5)　内閣官房まち・ひと・しごと創生本部、まち・ひと・しごと創生基本方針2015－ローカル・アベノミクスの実現に向けて―
6)　日本版CCRC構想有識者会議、日本版CCRC構想(素案)、2015年6月
7)　日本版CCRC構想有識者会議、日本版CCRC関連の構想・取組を整理するに当たって参考にした事例、2015年6月
8)　日本版CCRC構想有識者会議、「生涯活躍のまち」構想(中間報告)、2015年8月
9)　Donald Bernstein,Marshall Ottenfel,Consumer attitudes and perceptions concerning active adult communities: an exploratory study, Journal of Management and Marketing Research, 2011
10)　窪田昌行、年齢に応じて2段階で地方移住する「CCRC」と「ＡＲＣ」ゴールデンライフvol.62、2015年10月
11) Wikipedeia, the free encyclopedia, Sun City Arizona History
12) 55 Places. Com, 55＋ Active Adult Retirement Communities, http://www.55places.com/
13) 馬場園明、窪田昌行、「地域包括ケアを実現する高齢者健康コミュニティ」、九州大学出版会、2014年6月
14) U.S. Government Accountability Office, "Continuing Care Retirement Communities Can Provide Benefits, but Not Without Some Risk,"Report to the Chairman, Special Committee, on Aging. U.S. Senate, 2010
15) Continuing Care Retirement Communities: Risks to Seniors, United States senate Special Committee on Aging, July 2010
16) American Association of Homes and Services for the Aging, American Seniors Housing Association, Continuing Care Retirement Communities 2005 Profile, 2005
17) 地域包括ケア研究会、平成24年度厚生労働省老人保健事業、地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点、2013年3月
18) 和光市、第6期和光市介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画、平成27年1月
19) 山下正策・高田昌実ほか、ケーススタディ：「高齢者医療ケアの未来～加治木しあわせの杜・高齢者健康コミュニティCCRC構想」、医療福祉経営マーケティング研究、第4巻　第1号、2009年
20) 山下正策・萩原隆二ほか、ケーススタディ：「姶良市高齢者自立支援コミュニティ構想－在宅支援複合施設を核とした地域包括ケアシステムの構築」、医療福祉経営マーケティング研究、第5巻　第1号、2010年
21) 中村真之・六反栄子・高田昌実他, ケーススタディ：鹿児島姶良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム, 医療福祉経営マーケティング研究, 第９巻第１号　2014
22) 松田晋哉、医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について、社会保障制度改革推進本部、平成27年6月
23) 厚生労働省、平成26年度　病床機能報告　報告マニュアル、平成26年9月

(2015年10月16日受付、2015年10月29日受稿)

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　47 - 58,　2015

鹿児島姶良地区ケアミックス病院での地域包括ケア病棟取得に向けての取り組み

中村　真之[1)2)]、渡辺　純子[1)2)]、東郷　尚子[1)]、山元　直子[1)]、小川　浩一[2)]、坂元　真一[1)]
小湊　裕一[1)2)]、佐久間　弘匡[1)2)]、髙田　昌実[1)2)]、窪田　昌行[3)4)]、馬場園 明[4)5)]

A strategy to acquire the certificate of the community-based care ward in the mixed-care hospital in Aira City, Kagoshima Prefecture

Masayuki NAKAMURA[1)2)]　Junko WATANABE[1)2)]　Shoko TOGO[1)]　Naoko YAMAMOTO[1)]
Kouichi OGAWA[2)]　Shinichi SAKAMOTO[1)]　Yuichi KOMINATO[1)2)]　Hirotada SAKUMA[1)2)]
Masachika TAKATA[1)2)]　Masayuki KUBOTA[3)4)]　Akira BABAZONO[4)5)]

1　はじめに

加治木温泉病院は鹿児島県姶良市に所在する地域包括ケア病棟，回復期リハ病棟，医療療養病棟，介護療養病棟をもつ350床のケアミックス病院である[1),2)]。また近隣には複数の在宅施設を有し，回復期リハから在宅までのシームレスなケアを整備する地域包括ケアシステムの構築に取り組んで来た[3),4)]。

2014年度診療報酬改定に伴い，姶良・霧島地区の急性期病院での治療後の回復期リハから在宅までのケアを担うために，在宅復帰強化加算病棟取得や回復期リハ病棟入院料1の施設基準を取得した。しかしながら，この診療報酬改定では病床数の削減が目的とされており，他医療機関と同様に入院稼働率を維持することが難しくなっている。とりわけ，一般病棟60床の稼働率低下が著しく，病床再編をしなければ目標稼働率を達成することができないと考えた。そのため，本研究では，病棟のベッドコントロールのあり方を見直し，入退院支援チームとして入院患者確保のために活動したので，その内容について報告する。

2014年度診療報酬改定について

2014年度診療報酬改定では，基本方針の重点課題として，「医療機関の機能分化・強化と連携，在宅医療の充実等」が焦点となり，急性期病棟の絞り込みや地域包括ケア病棟入院料の新設など，病床の機能分化と連携の強化へ向けた施策が数多く盛り込まれた[5)6)7)]。その中でも今回の改定の大きな変化の一つが「在宅復帰率」である。一般病棟7対1入院基本料の施設基準には，自宅等退院患者割合75％以上という高い数字が課せられた。そこでの「自宅等」の定義として，介護老人保健施設に関しては，在宅強化型または在宅復帰・在宅療養支援機能加算届出施設に限定された。また，療養病棟では，在宅復帰機能強化加算届出病棟に限定された。しかも，在宅復帰機能強化加算の施設基準にも，在宅復帰率（50％）が課された。つまり，急性期の7対1病棟から，病棟，施設を経ながら，最終的には「在宅」に収束させるための制度設計になっていることになる（図１参照）[5)]。

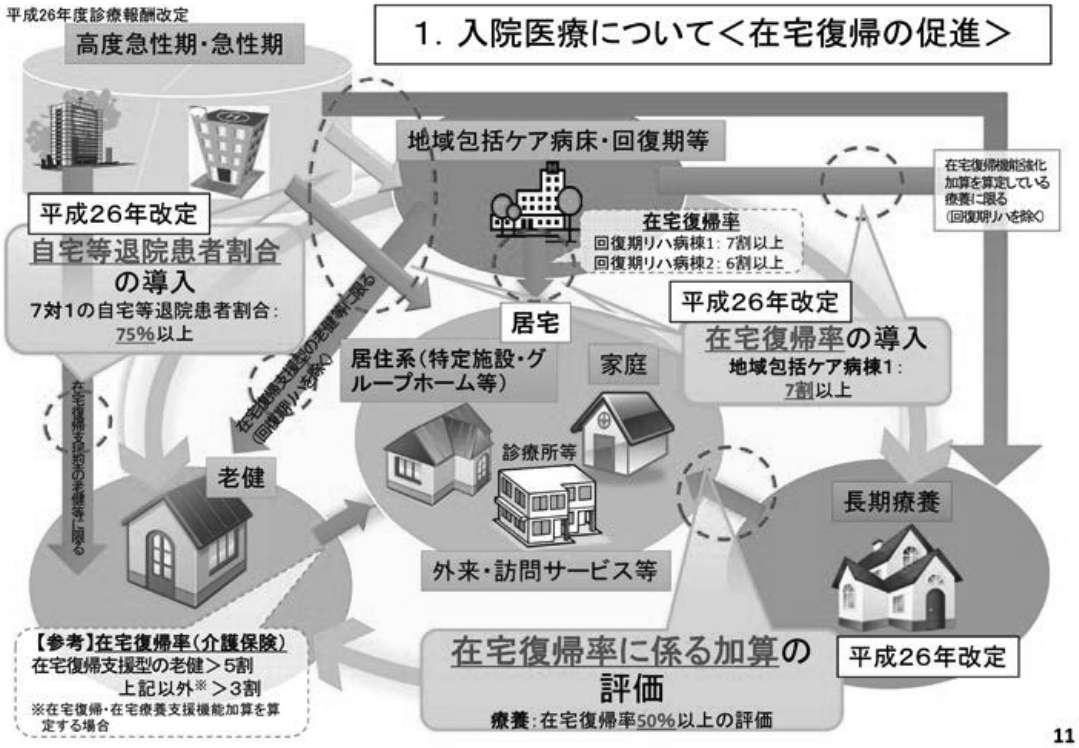
今回の改定のもうひとつの大きな特徴が，急性期後や回復期の機能を担う病床として，地域包括ケア病棟入院料，地域包括ケア入院医療管理料が新設されたことである[6)]。地域包括ケア病棟の施設基準としては，疾患別リハまたはがん患者リハの届出，看護配置13対1以上，専従の常勤理学療法士，常勤作業療法士または常勤言語聴覚士1人以上，および専任の在宅復帰支援担当者1人以上の配置，一般病棟用の重症度，医療・看護必要度A項目1点以上の患者10％以上，「在宅療養支援病院」「在宅療養後方支援病院として年3件以上の在宅患者の受入実績」「二次救急医療施設」「救急告示病院」のいずれか，データ提出加算の届出，リハビリ1日平均2単位以

1)　医療法人　玉昌会　加治木温泉病院
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kajikionsen Hospital
〒899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田4714
4714 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan Kajikionsen Hospital
2)　医療法人　玉昌会　法人本部
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
〒892-0822 鹿児島市泉町2番3号そうしん本店ビル4F 医療法人 玉昌会
3F Soushinhonten Bldg.2-3 Izumi-cho, Kagoshima-shi, Kagoshima,892-0822 Japan Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
3)　株式会社CCRC研究所
Institute of CCRC Co,Ltd.
4)　医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Management and Marketing
5)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate Scholl of Medical Sciences, Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　47 - 58,　2015

上提供などの厳しい条件が課せられた[7]。

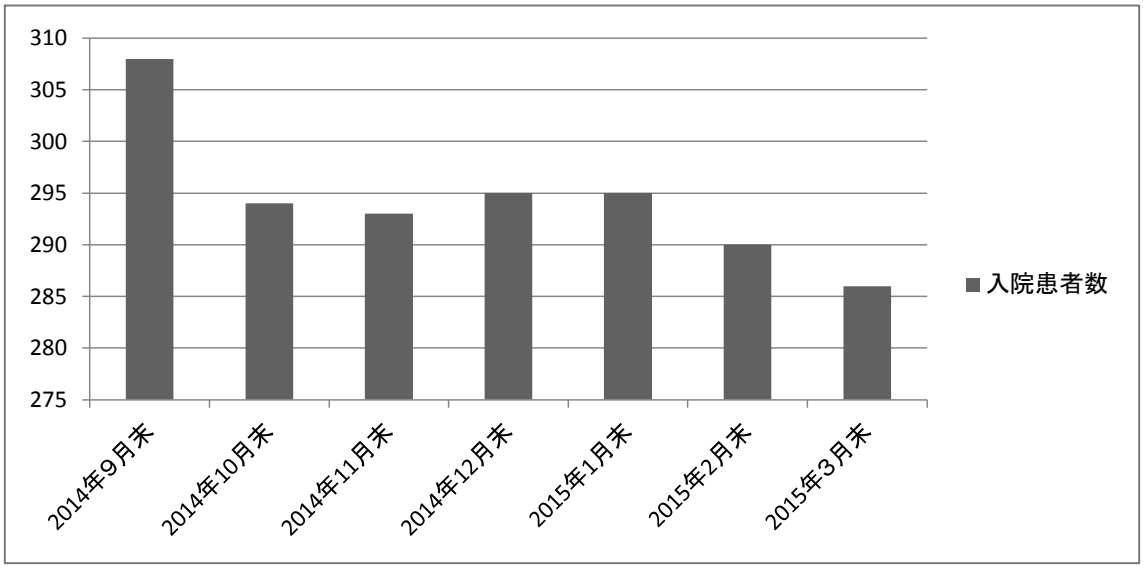
図1　2014年度診療報酬改定概要



2　対策前の現状

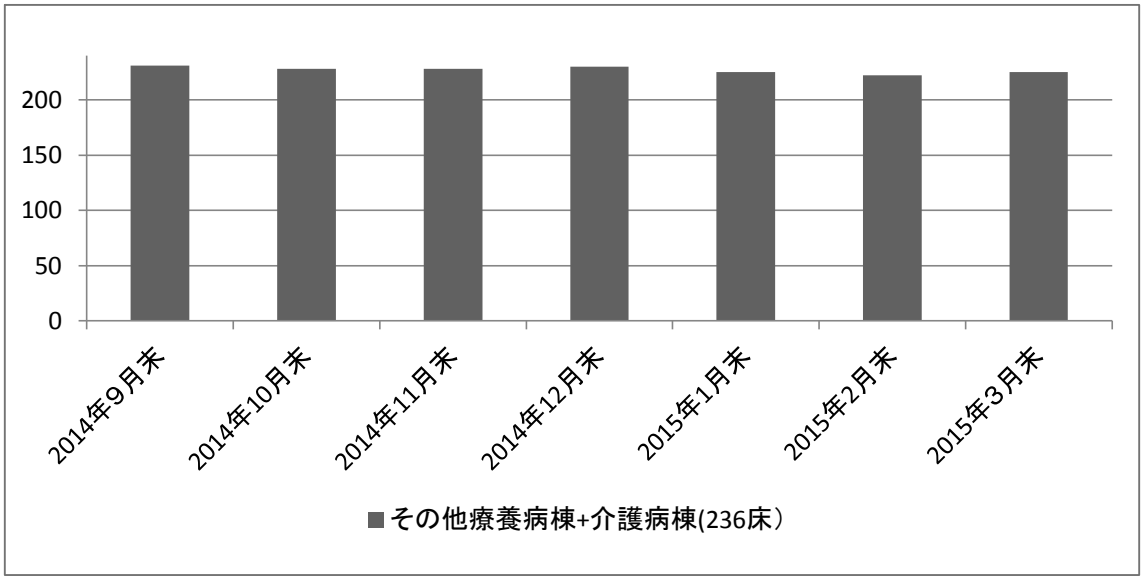
昨年度はチーム医療の取り組みを行い，2つの療養病床を在宅復帰機能強化加算病棟に病床再編成し，急性期病院からの患者の受け入れをスムーズにするために入退院支援チームを立ち上げ，2014年9月までに入院患者目標300床を達成した[8]。しかしながら，その後入院患者数が思うように伸びず，2015年3月末には286床まで減少してしまった。

図2　入院患者数の推移



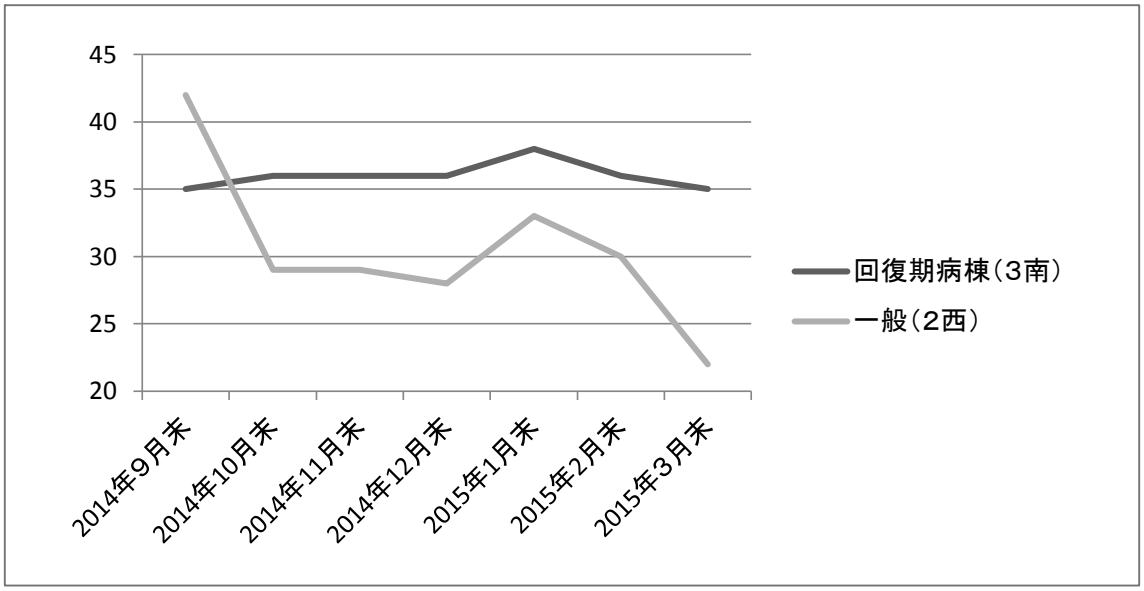
この原因を病床別に検討したが，図3で示すように，当院の療養型病床3病棟と介護療養型病棟を合わせた236床に対しては，94.7%から97.9%と高い稼働率で推移していた。

図3　その他の療養病床+介護病棟の入院患者数の推移



そして，当院で稼働率の低い病棟は一般病棟と回復期リハビリ病棟であったが，特に一般病棟の稼働については，2014年9月末で42床に対して，2015年3月末には22床まで減少していた。

図4　一般病棟と回復期リハ病棟の入院患者数の推移



回復期リハ病棟の入院患者数が増えない原因としては，急性期病院からの回復期リハビリ病棟対象患者の紹介患者数が少ないことが原因となっていた。そこで，当院は2015年1月に姶良・伊佐2次医療圏では最も早く，回復期リハビリ入院料1の施設基準を取得し，近隣の回復期リハビリ病棟との差別化を図る方針をとっている。すなわち，今後急性期病院への訪問などを密に行い，回復期リハビリの質の高さをアピールするなど，紹介患者を増やすための取り組みが進行中である。一方，今までの一般病棟入院患者数が減少している原因としては，急性期病院では在宅復帰率の向上が診療報酬改定で課されているために，急性期病院からの紹

介患者が減ってきていることに加えて，一般病棟の在院日数24日を維持するために，在院日数が短くなり，ベッド稼働率が低下していることであった。

3 対策

今回，この現状を改善するために，これまでの一般病棟を地域包括ケア病棟へ病床再編成することを表1の転換シミュレーションより検討した。一般病棟を地域包括ケア病棟に転換することで，在院日数が24日から60日へと長くすることができ，ベッド稼働率を改善することが可能となることが明らかとなった。

表１　一般病棟から地域包括ケア病棟への転換シミュレーション

	H26. 4	H26. 5	H26. 6	H26. 7	H26. 8	H26. 9	H26. 10	H26. 11	H26. 12	H27. 1	H27. 2	H27. 3
入院数	42	38	31	41	50	60	45	42	50	38	46	49
退院数	15	16	10	10	13	19	22	11	19	14	16	21
転棟数	29	26	23	27	34	27	36	32	32	20	32	37
死亡退院を引いた転棟数（A）	15	10	9	16	22	9	19	14	14	1	12	18
死亡退院	14	16	14	11	12	18	17	18	18	19	20	19
	H27. 4	H27. 5	H27. 6	H27. 7	H27. 8	H27. 9	H27. 10	H27. 11	H27. 12	H28. 1	H28. 2	H28. 3
入院患者数		24	32.4	42.2	60	60	60	54	60	58	42.4	41.2
昨年入院数（80%）		30.4	24.8	32.8	40	48	36	33.6	40	30.4	36.8	39.2
総入院数		54.4	57.2	75	100	108	96	87.6	100	88.4	79.2	80.4
退院数		16	10	10	13	19	22	11	19	14	16	21
総入院数－退院数（B）		38.4	47.2	65	87	89	74	76.6	81	74.4	63.2	59.4
（B）＋（A）		48.4	56.2	81	109	98	93	90.6	95	75.4	75.2	77.4
地域包括ケア病棟入院予想数		32.4	42.2	60	60	60	54	60	58	42.4	41.2	57.4

また，地域包括ケア病棟には，地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1と2の2種類があり，診療報酬の高い入院料1では，在宅復帰率70％をクリアする必要がある。3月末の段階では，直近6ヶ月の在宅復帰率が60.0％であり，今後この在宅復帰率を70％まで上げて，地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1を取得するためには，毎月最低でも50名近い患者を退院させ，しかもそのうち40名程度を在宅に復帰させなければならない。さらに，単月在宅復帰率を80％程度の高い状況で3ヶ月維持しないと70％まで上がらない。そこで今回，5月に地域包括ケア病棟入院料2を取得した後，7月に地域包括ケア病棟入院料1を取得するために，在宅復帰率を改善するためのベッドコントロールを行った。

図5　地域包括ケアを支援する病棟の評価

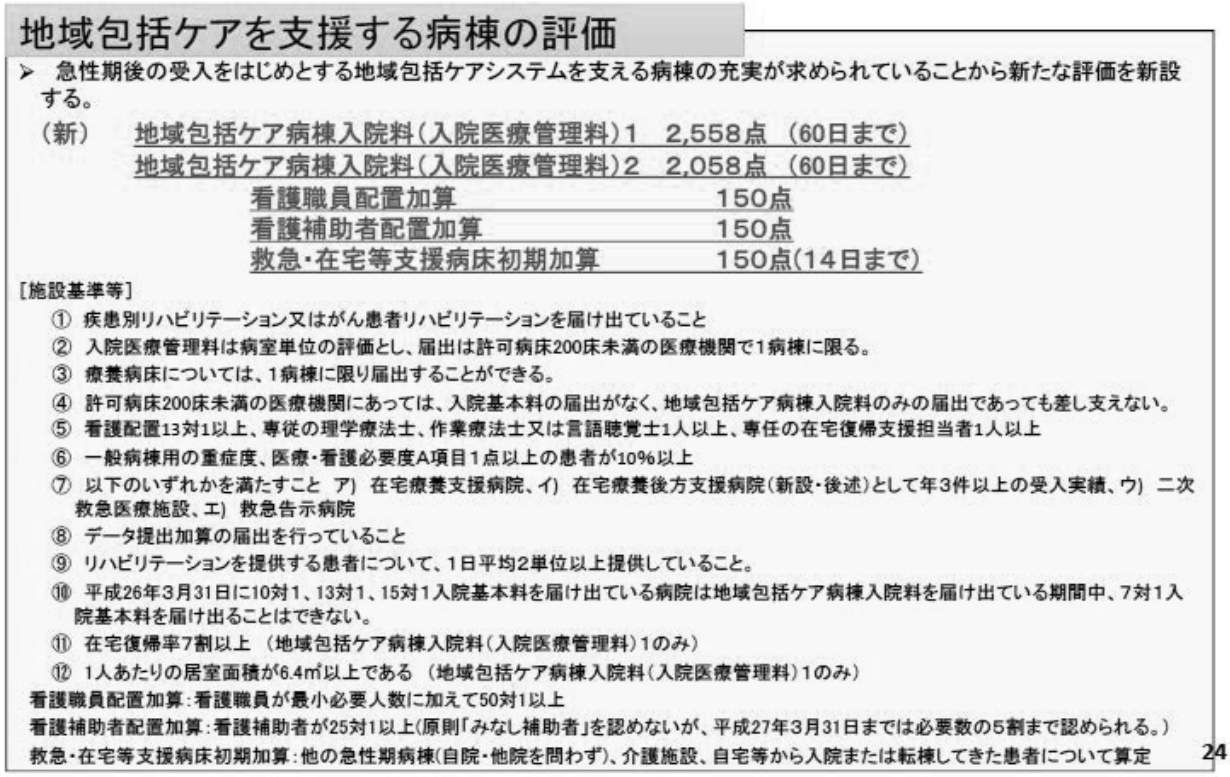


図8　地域包括ケア病棟1の入院患者数の動き

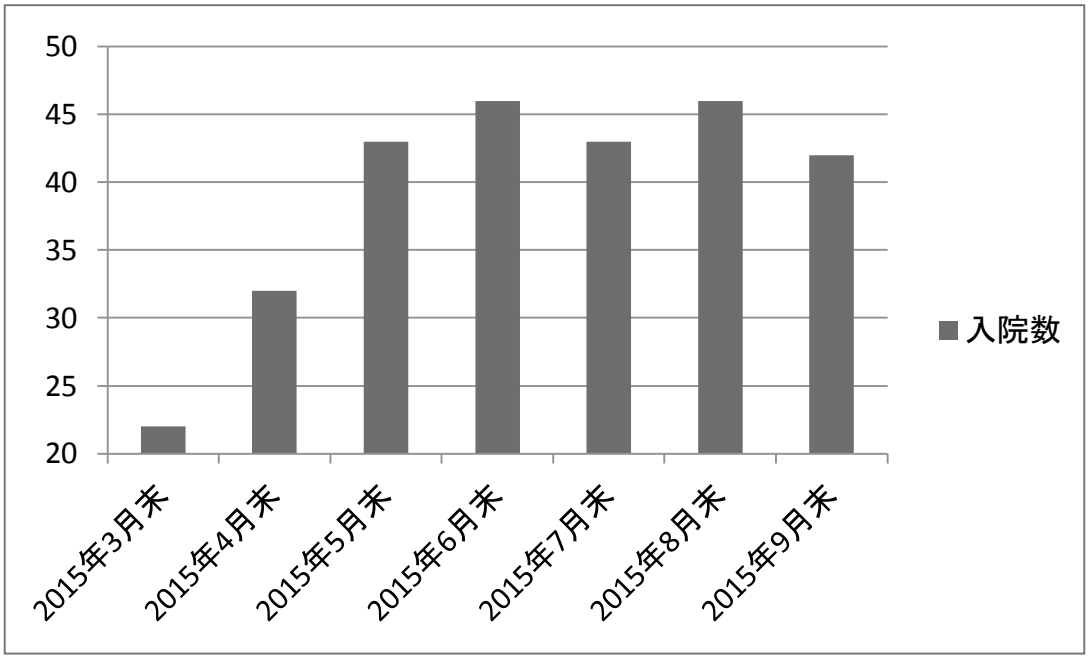


図9　単月在宅復帰率と6ヶ月平均在宅復帰率

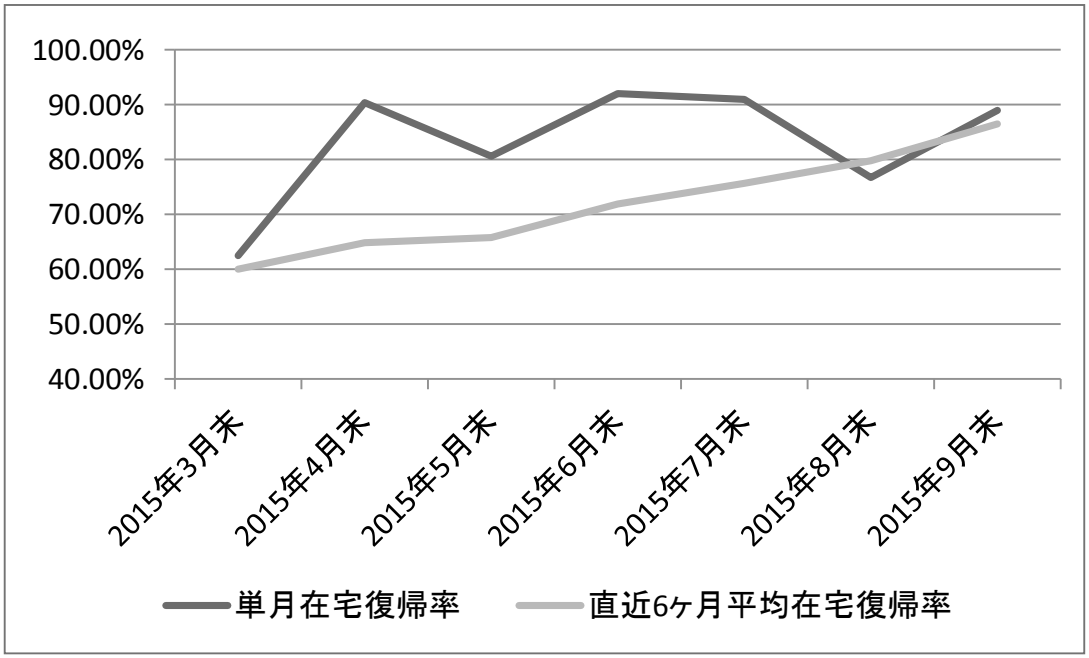
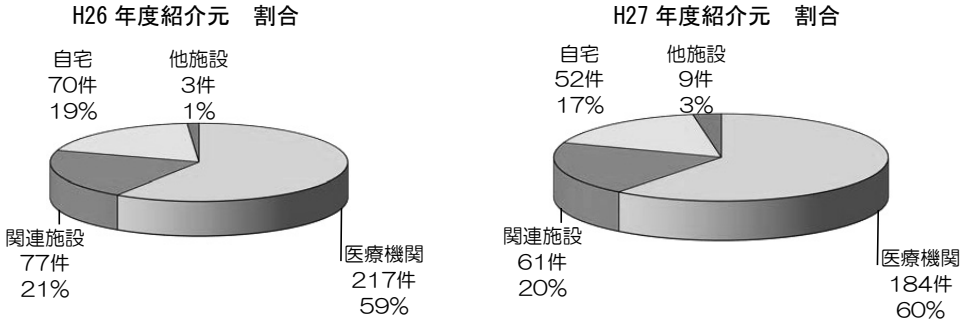


図10　紹介元の割合



平成25年度から平成27年度における4月から9月の入院患者数，退院患者数，入退院患者増数を比べた（表2，表3，表4参照）。

表2　H25年度～H27年度4月～9月の入院患者数の推移

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	計
H25 年度	47	47	42	52	53	35	276
H26 年度	57	59	48	56	74	73	367
H27 年度	58	61	45	56	54	32	306

表3　H25年度～H27年度4月～9月の退院患者数の推移

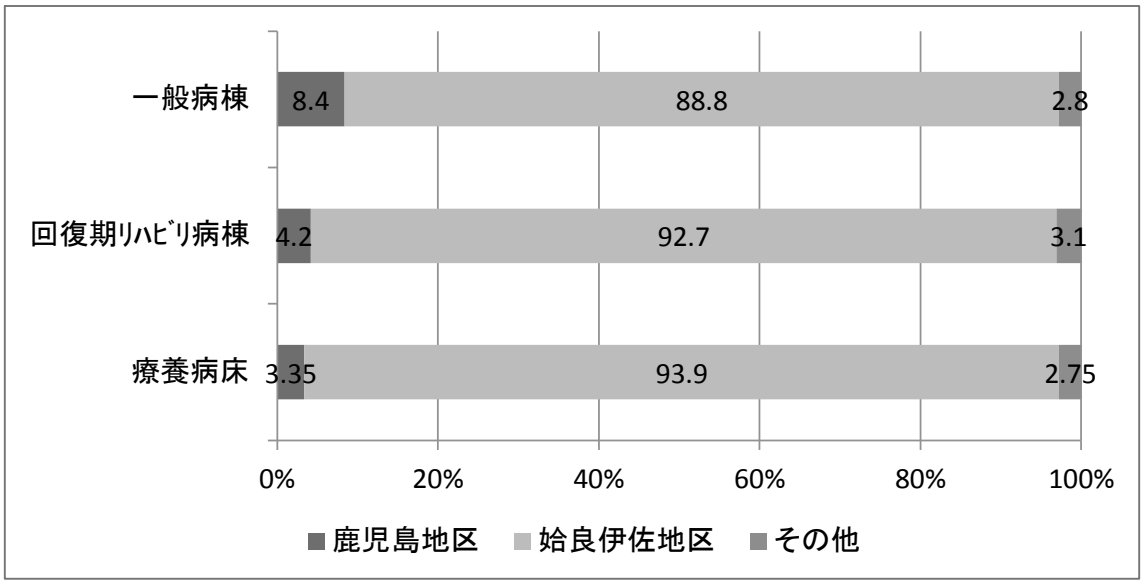
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	計
H25 年度	46	48	36	41	45	47	263
H26 年度	59	60	57	57	63	60	356
H27 年度	58	65	52	54	45	29	303

表4　H25年度～H27年度4月～9月の入退院患者増減数の推移

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	計
H25 年度	+1	−1	+6	+11	+8	−12	+13
H26 年度	−2	−1	−9	−1	+11	+13	+11
H27 年度	0	−4	−7	+2	+9	+3	+3

平成26年度の8月，9月に大幅に入院患者数が増えている理由が，診療報酬改定に伴う急性期病院の在宅復帰率導入前の限定的な動きであったことを考慮すると，平成25年度より平成27年度は確実に入院患者数が増えてきている。しかし，実際に入院患者数が増えてこない原因は，周辺地域での在宅施設増加などの外部環境の変化により，在宅への退院がスムーズになってきたことが考えられる。また，急性期病院での医療看護必要度の維持のために，必要度が低い，または医療区分の低い患者の転院が多くなり，当院での入院在院日数の低下なども考えられる。一方，図11に示すように姶良・伊佐地区における病床機能別医療の自己完結率をみると，一般病棟，回復期リハビリ病棟，療養病棟共に姶良・伊佐の患者の約90％以上が地域の病院へ入院しており，今の姶良・霧島医療圏では，これ以上当院で急激に入院患者を増やすことは難しいと考えられる[9]。

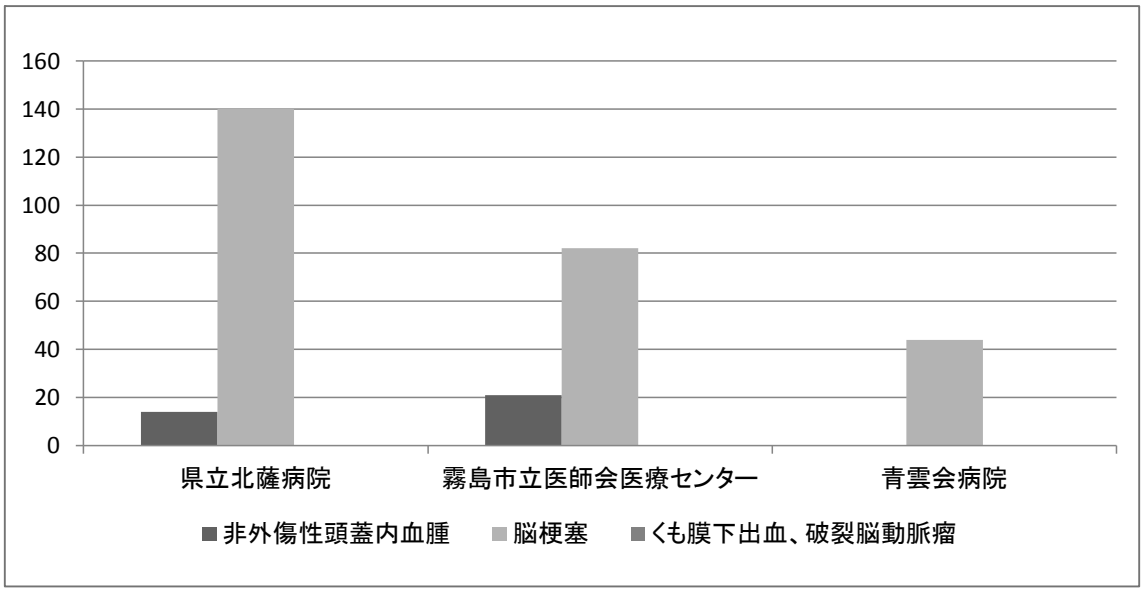
図11　姶良・伊佐地域における医療の自己完結率
（平成24年NDBデータをもとに作成）



7 これからの取り組み

今まで，当院への紹介患者のほとんどは，霧島市立医師会医療センターや青雲会病院など姶良・霧島地区の急性期病院からの紹介であった。しかし，図12で示すように，脳血管患者数は霧島市立医師会医療センターや青雲会病院よりも伊佐地区の県立北薩病院のほうが多いことがわかる。また，伊佐地域は姶良・霧島地区よりも人口減少が続く地域であり，看護や介護に携わるスタッフを確保することが非常に難しい地域であることを想定すると，回復期病床からの療養，在宅の整備が充分でないことが予想される。

図12　姶良・伊佐地域医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
（平成24年NDBデータをもとに作成）



このことを考慮すると，今まで姶良・霧島地区，そして鹿児島地区の急性期病院への訪問活動を重点的に行ってきたが，これからは伊佐地域の急性期病院との連携を図ることが重要であると考える。特に伊佐地区の急性期病院の機能を維持していくためには，その受け皿である回復期リハ病床や療養病床，在宅の機能がなければならない。特に伊佐地域では回復期，療養，在宅の機能が充足していないと仮定すると，当院への需要はかなり高いものと考えらえる。また当院から伊佐地域では距離もかなりあるため，転院時の当院からの送迎サービス等を行えば，当院への入院，特にリハビリへの需要が高まる可能性がある。また退院先を決める家族（子供等）の住んでいる場所を考慮すると，遠方の家族にとっては，交通アクセスが発達している当院のほうが便利であると考えるのではないかと思われる。これらのことより，今後伊佐地域をはじめとして，もっと広い範囲での広報活動を行っていく必要がある。

また，広報活動を行う上で一番大事なことは，当院機能のアピール活動である。当院は，回復期リハビリテーション病棟，地域包括ケア病棟をもつ病院であり，これらのことから，チーム医療推進部では，今回，回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟のパンフレットを作成した（図13，図14参照）。今後は，これらのパンフレットを有効利用して当病院の機能を充分アピールしながら，当院への入院患者を獲得していきたいと考えている。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　47 - 58,　2015

図13　回復期リハビリテーション病棟案内パンフレット

医療法人玉昌会

加治木温泉病院

回復期リハビリテーション病棟
の
ご 案 内

姶良・伊佐二次医療圏内では，“最初に”
回復期リハビリテーション病棟入院料１取得

当院は，２名のリハビリ専門医を有し，十分な看護師，専門のリハビリスタッフ，専門のソーシャルワーカーを配置し，在宅復帰率や重症改善率などの厳しい条件をクリアしており，平成27年１月より姶良・霧島地区で，最初に施設基準１を取得しました。

回復期リハビリテーション病棟入院料には，基準（1,2,3）の３段階が有り，それぞれの基準毎に治療達成目標が設けられています。入院料１は最も高い基準であります。

【回復期リハ病棟の基準】

	入院料１	入院料２	入院料３
重症度，医療看護必要度	10%以上	なし	なし
在宅復帰率	70%以上	60%以上	なし
重症者率	30%以上	20%以上	なし
重症者改善率	（４点以上改善）30%以上	（３点以上改善）30%以上	なし
リハビリ単位数	１日２単位以上 365日実施	１日２単位以上	

当院では患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために，経験３年以上の回復期リハビリ病棟専従の医師１名及び専従の社会福祉士１名を配置しています。

また，平成27年４月より，鹿児島市内の脳外科病院やリハビリ専門病院で勤務していた神経内科専門医が入職したことで，リハビリ医師が３名体制になり特に脳血管疾患の治療やリハビリについてより専門的な医療を提供することができます。

回復期リハビリテーション病棟の実績

１　リハビリ実施単位数，在宅復帰率，重症患者改善率等（調査期間：2014年４月～2014年９月）

(1)患者１人１日あたりのリハビリテーション単位数や在宅復帰率は，全国平均を上回っています。

	当院	全国平均
患者１人１日あたりリハビリテーション単位数	7.41単位	6.1単位
在宅復帰率	77.6%	72.2%

(2)重症の患者も基準より多く受け入れ，質の高いリハビリやケアを提供することにより高い改善率を実現しています。（すなわち重症患者の受け入れ多い割に，在宅復帰率が高くなっています）

	当院	基準
新規入院患者における重症患者の割合	50.8%	30%以上
重症患者改善率（Ｉの基準４点以上改善）	53.8%	30%以上

(3)当院は，全国平均を上回るFIM利得を獲得しています。

	当院	全国平均
入院時平均FIM	70.0点	74.3点
退院時平均FIM	86.8点	90.5点
利　得	16.8点	16.2点

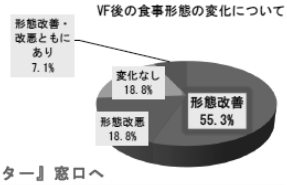
※FIMとは，機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の略で最も信頼性の高いADL（日常生活動作能力）の評価方法です。FIMには18の評価項目があり，それぞれ最高７点，最低１点となっています。総合点は最高126点，最低18点となります。当院は，全国平均を上回るFIM利得を獲得しています。

２　摂食嚥下訓練結果（より良い改善率）

回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者様にVFを行った結果，85名中47名（55.3%）の方に食事形態の改善が認められました。

食事形態が改善したことで，食欲の改善がみられ栄養状態がよくなり，継続したリハビリができるようになったデータもあります。

VF後の食事形態の変化について



※入院のご相談は『地域医療連携センター』窓口へ

【入院相談の連絡先】
加治木温泉病院　地域医療連携センター
TEL 0995-62-0001(代表)　　TEL 0995-62-3056(直通)

当院回復期リハビリテーション病棟の特徴

１　365日のリハビリテーション実施体制
早期回復には，発症してからできるだけ早く，集中的なリハビリテーションを継続して行うことが効果的とされています。看護スタッフ・リハビリスタッフが，土・日・祝日はもちろん，お盆や年末年始も無休で365日リハビリテーションをバックアップします。

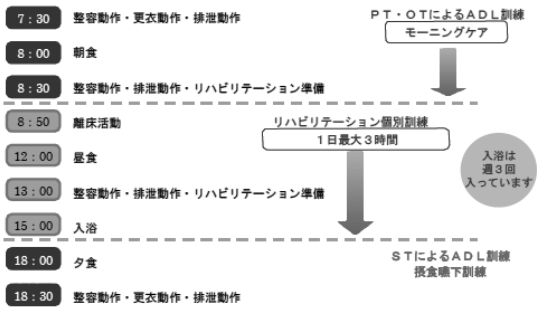
２　70名以上の豊富なリハビリスタッフ
リハビリスタッフが大勢いることで，より多くの情報や意見の交換ができ，より良い技術の提供が行えます。リハビリスタッフの早朝出勤制度もあり，7:30より病棟で日常生活動作（着替え・トイレ・整容等）にも介入しています。

３　１日最大３時間（９単位）のリハビリテーションを実施
リハビリスタッフが一丸となって，患者様一人に対し厚生労働省で認められている最大９単位（１単位20分）のリハビリテーションを毎日実施しています。

４　義肢装具室完備（病院併設は，鹿児島県内で当院のみ）
当院は，義肢装具士が２名常勤しており，義肢装具の製作設備もあり，院内での補装具の作製や修理が独自で可能となっております。義肢装具士が常勤していることで，装具等の製作時間の短縮，調整や修理に迅速に対応出来ています。

５　充実した摂食・嚥下リハビリテーション
当院では，充実した摂食・嚥下リハビリテーション（リハ）の実践を目指し，言語聴覚士（ST）を中心とした多職種連携による支援体制の構築を図っており，摂食・嚥下障害のある患者様へ充実したサービスが提供できるよう取り組んでいます。

一日の流れ〈ある患者さまの例〉



より充実した摂食・嚥下リハビリテーション

当院は，高次脳機能障害患者支援協力病院に指定されており，日本言語聴覚士協会　高次脳機能障害領域認定言語聴覚士が１名在籍し，最善最良の訓練を実施しております。

当院では，特に脳血管障害および神経筋疾患，廃用症候群などさまざまな病態に応じた摂食・嚥下リハを実践しており，早期回復に向けたお手伝いをしています。

嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）を積極的に活用

様々な疾患に応じたリハを実践するにあたり，嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）を積極的に活用し，より精度の高い専門的な摂食嚥下リハを実践しています。

当院における平成25年度のVF総実施件数は233件で，そのうち回復期リハ病棟入院患者様の件数は134件と58%を占め，入院時評価に限らず再評価にも積極的にVFを役立てております。

VF実施場面

歯科との連携による充実した支援体制

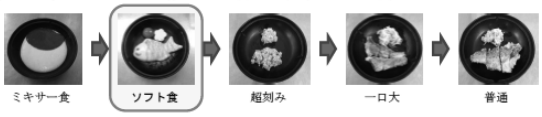
摂食嚥下機能に影響するものとして，歯の状態や義歯の有無・適合などの口腔環境は，大変重要です。当院では院内の歯科への受診や歯科の病棟巡回により，口から食べたい物を安全に食べられるというQOLの向上のみでなく，正しい口腔ケアによる嚥下機能自体の改善や口腔を清潔に保つことによる誤嚥性肺炎の予防が可能となっています。また，嚥下機能を補助する舌接触補助床の作製も行っています。

歯科医師と歯科衛生士による病棟巡回の様子

管理栄養士との協働による充実した支援体制

当院では，チーム医療の一環として，管理栄養士とSTが中心となって新たなNSTのシステムを発足し，NST回診・カンファレンスを積極的に実施しております。また，たとえ重篤な摂食嚥下障害のある患者様であっても「安全な栄養摂取」と「食べる楽しみ」を提供することができないかを模索し，合同ミーティングを重ねた結果，「ソフト食」の開発が実現しました。ソフト食を扱う施設は未だ少なく，また在宅での利用には制限があるといった課題は残されていますが，ソフト食を導入した患者様の食事摂取量は，ソフト食導入前よりも導入後の方が明らかに増加したという良い成果が得られています。

ソフト食の開発に向けた多職種によるミーティング



医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　47 - 58,　2015

図14　地域包括ケア病棟案内パンフレット

医療法人玉昌会

加治木温泉病院

地域包括ケア病棟のご案内

当院では、急性期治療後のリハビリ・在宅復帰に向けた医療や支援を行うため、「地域包括ケア病棟」をオープンいたしました。

地域包括ケア病棟とは

① 急性期病院からの受け入れや、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れを行う病棟です。

本来、急性期病院等で治療を行った後、症状が安定すると、早期に自宅や施設などの在宅へ退院をしていただく事となっています。しかし当院では、在宅での療養に不安があり、もう少し病院での継続治療やリハビリを希望する患者様の為に「地域包括ケア病棟」を準備し、安心して地域へお戻りいただけるよう支援していきます。

心身が回復するよう医師や看護師、病棟専従のリハビリテーションのセラピスト等により、在宅復帰に向けて治療・支援を行っていきます。入院期間は、症状に応じて調整いたしますが、60日を限度としております。地域包括ケア病棟入院終了後も治療やリハビリが必要な患者様についてサポートを行っております。また当院の医療ソーシャルワーカーが患者様の退院支援、退院後のケアについてサポートさせていただきます。

当院の地域包括ケア病棟の特徴

1．主治医とリハビリ専門医の２名体制での診療
2．鹿児島大学病院の専門医によるリハビリ評価や指導
3．365 日のリハビリテーション実施体制
4．地域で最大である 70 名以上の豊富なリハビリスタッフ
5．1 日平均２単位以上のリハビリテーションを実施
6．義肢装具室完備（病院併設は，鹿児島県内で当院のみ）
7．歯科や栄養科との連携による充実した摂食・嚥下リハビリテーション
8．リハビリスタッフと連携して行うチーム医療介護の取り組み

一日の流れ〈ある患者さまの例〉

- 7：30　整容動作・更衣動作・排泄動作
- 8：00　朝食
- 8：30　整容動作・排泄動作・リハビリテーション準備
- 9：00　離床活動　　リハビリテーション個別訓練
- 12：00　昼食
- 13：00　整容動作・排泄動作・リハビリテーション準備
- 15：00　重錘体操（週１～２回）
- 18：00　夕食
- 18：30　整容動作・更衣動作・排泄動作

入浴は週３回入っています

入院費について

地域包括ケア病棟に入院された場合、「地域包括ケア病棟入院料１」を算定いたします。地域包括ケア病棟入院料１には、入院費は定額で、リハビリテーション（摂食機能訓練を除く）・投薬料（抗悪性腫瘍剤、インターフェロン製剤等を除く）・注射料（透析費用を除く）・処置料・検査料・画像診断料等のほとんどの費用が含まれています。

入院に対する留意点

一般的な血液検査・レントゲン検査・投薬治療は可能ですが、急性期病院で行うような高額な医薬品の投与や特殊な検査・手術などには対応できません。

入院時にご本人やご家族にご確認させて頂きますが、病状の変化により主治医が集中的な治療が必要と判断すれば、専門病院へ転院する場合があります。

※入院のご相談は『地域医療連携センター』窓口へ

【入院相談の連絡先】
加治木温泉病院　地域医療連携センター
TEL 0995-62-0001（代表）　TEL 0995-62-3056（直通）

加治木温泉病院　総合リハビリテーションセンター

経過	入院当日	1日～7日	30日	60日	病棟移動をした月	病棟移動の翌月
月日	／	／	／	／	／	／
説明指導	入院治療計画				病棟移動	
Medical Care	リハDr診察（Drより、リハ指示） リハスタッフ（診察立ち合い）	□血圧・脈拍測定			リハ継続の検討による	
リハビリテーション評価		＊入院時初期評価 □中枢性麻痺 □疼痛・炎症の有無 □関節可動域 □筋力 □感覚 □基本動作 □日常生活動作 □高次脳機能 □精神機能 □その他（　　） □入院時FIM		＊最終評価	医療保険法制度上，移動月に関しては，地域包括ケア病棟で13単位 実施済みとみなされます。（注記）	＊再評価 □中枢性麻痺 □疼痛・炎症の有無 □関節可動域 □筋力 □感覚 □基本動作 □日常生活動作 □高次脳機能 □精神機能 □その他（　　） □入院時FIM
		＊毎月FIM確認（カンファレンス用紙に記載）				
リハビリテーション内容	□担当者決定 □車椅子選定	□関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □基本動作訓練 □日常生活動作訓練 □歩行訓練 □精神賦活訓練 □高次脳機能訓練 □言語訓練 □嚥下訓練 □心理面接 （必要に応じて）□応用歩行訓練 □階段昇降訓練 □屋外歩行訓練 □家事動作訓練 □復職訓練			おおよそ3単位／週のリハビリサービスを実施いたします。	
訓練頻度		体調や症状に合わせて，有効なリハビリを実施いたします。 20分のリハビリ=1単位　2～6単位／1日				維持リハビリテーションを13単位／月 実施いたします。（おおよそ3単位／週）
その他のリハ指導		病気や障害についてのご家族・ご本人様向けの勉強会を開催いたします。 介護保険や各種福祉サービスについての勉強会，通所サービスの体験（希望者）を実施いたします。				
	□転帰先の確認	□病棟での自主訓練指導 □家族面談・指導 （必要に応じて）□介護保険申請 □身障手帳申請 □家屋調査 □転帰先の再検討		（必要に応じて）□試験外泊	□家屋改修 □退院後のサービス検討	（必要に応じて） ＊転帰先の再検討

＊状況に応じて内容が変更する事があります。

（注記）　疾患別リハビリテーションの標準的算定日数

	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
起算日	発症・手術・急性増悪	発症・手術・急性増悪	治療・開始日
標準的日数	180日	150日	90日

※これら以外で標準的算定日数を超えた患者については，1ヶ月13単位に限り算定できる。

健康保険法及び高齢者の医療確保に関する法律により、左注記の期間を過ぎた場合、一月に13単位（1単位＝20分）のリハビリテーションの提供が医療保険として認められています。そのため、地域包括ケア病棟から他の病棟に移動した月は、地域包括ケア病棟で、すでに13単位の訓練が実施されている場合、その月の訓練は医療保険では認められません。しかし、リハビリテーションが全くない状態では、心身の機能低下を引き起こすことが危惧されます。そこで、当院では、移動月に限り週3回程度のリハビリテーションをサービス（無料）で実施することとしております。

なお、病棟移動の翌月からは、医療保険での一月13単位のリハビリテーションを実施いたします。

参考文献

1)　医療法人玉昌会　年報2014　182
2)　山下正策・萩原隆二・梅本昭英他，ケーススタディー：高齢者医療ケアの未来　加治木温泉しあわせの杜・高齢者健康コミュニティCCRC構想～医療法人玉昌会　加治木温泉病院～，医療福祉経営マーケティング研究，第4巻第1号　2009
3)　地域包括ケア研究会，平成21年度老人保健健康事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書，2010
4)　山下正策・萩原隆二・吉永浩之他，ケーススタディー：姶良市高齢者自立支援コミュニティ構想～在宅支援複合施設を核とした地域包括ケアシステムの構想～，医療福祉経営マーケティング研究，第5巻第1号　2010
5)　厚生労働省保健局医療課　平成26年度診療報酬改定の概要，2014年4月1日版
6)　日本医師会　都道府県医師会　社会保険担当理事連絡協議会　平成26年度診療報酬改定について〔概要版〕　平成26年3月5日
7)　テルモ，2014年度診療報酬改定のポイント，テルネット，2014年3月号
8)　中村真之・六反栄子・高田昌実他，ケーススタディー：鹿児島姶良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム，医療福祉経営マーケティング研究，第9巻第1号　2014
9)　医学書院　地域医療構想策定ガイドラインをどう読み解くか　病院第8号　2015.8

（2015年８月31日受付、2015年10月17日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

平成 26 年度　第 5 回

医療福祉経営マーケティング研究会
学術集会 プログラム

○大会テーマ

「高齢者健康コミュニティの理念と実践」

〇会　期

平成 27 年 2 月 28 日（土）13：00～17：30

○会　　場

九州大学医学部　総合研究棟 105 号室

（九州大学病院地区キャンパス内）

○大 会 長

馬 場 園 明（九州大学）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

大 会 プ ロ グ ラ ム

▶ **特別講演**　　13：00～13：40

座　長：山﨑　哲男（医療福祉マーケティング研究会）

「日本版 CCRC『高齢者健康コミュニティ』の実現を目指して」

演　者：窪田　昌行（ＣＣＲＣ研究所・NPO 法人高齢者健康コミュニティ）

▶ **教育講演**　　13：40～14：20

座　長：髙田　昌実（医療法人玉昌会）

「地域包括ケア時代の医療介護のマネジメント」

演　者：馬場園　明（九州大学）

▶ **休　憩**　　14：20～14：40

▶ **一般口頭発表**　　14：40～17：15

▶ **懇　親　会**　　18：00～

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ａ　　14：40～15：25

▶　地域包括ケアシステム　座長：西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）

1．急性期病院における地域包括ケアシステムへの支援の構築

○野々下　みどり　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)
馬場園　明　(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

2．山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発

○花田　稔　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)
馬場園　明　(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

3．姶良市における地域包括ケアシステムとこれからの介護予防

○笹原　利孝（株式会社 JOY）
髙田　和美（株式会社 JOY）
徳満　裕介（医療法人玉昌会）
渡辺　純子（医療法人玉昌会）
大迫　尚一（医療法人玉昌会）
内村　尚憲（医療法人玉昌会）
髙田　昌実（医療法人玉昌会）、
窪田　昌行（CCRC 研究所）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ｂ　　15：25～16：25

▶　高齢者ケアとマネジメント　　座長：窪田　昌行（CCRC研究所）

１．南風病院における誤嚥性肺炎入院の将来対応に向けた取り組み

○小原　仁　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻・公益社団法人鹿児島共済会　南風病院)

２．鹿児島姶良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム

○片桐　壮平　（医療法人玉昌会）
中村　真之　（医療法人玉昌会）
六反　栄子　（医療法人玉昌会）
東郷　尚子　（医療法人玉昌会）
山元　直子　（医療法人玉昌会）
本田　陽子　（医療法人玉昌会）
岡元　英昭　（医療法人玉昌会）
末吉　保則　（医療法人玉昌会）
坂元　真一　（医療法人玉昌会）
田中　紀子　（医療法人玉昌会）
板川　幸子　（医療法人玉昌会）
髙田　昌実　（医療法人玉昌会）

３．太宰府市における介護予防・健脳リハビリテーションの提案

○本松　洋一　（医療法人健成会）
鹿子生　寛子（医療法人健成会）
石津　裕章　（医療法人健成会）
岡　政隆　　（医療法人健成会）
鹿子　生健一（医療法人健成会）
窪田　昌行　（CCRC 研究所）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

4．ビジョンボードによる人材育成の取り組み

○上村　さゆり（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
髙田　和美　（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
山下　万紀子（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
森口　敦子　（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
窪田　昌行　（CCRC 研究所）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ｃ　　16：30～17：30

▶　医療と医療費　　座長：馬場園　明（九州大学）

1．福岡県後期高齢者医療費制度の透析患者における医療の地域格差に関する研究

○尾ノ上　美樹夫　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)
馬場園　明　　(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

２．高齢脳梗塞患者における地域連携クリニカルパスが医療資源利用に与える影響の評価

〇西　巧　　(九州大学大学院医学系学府医学専攻)
前田　俊樹　　(九州大学大学院医学系学府医学専攻)
安井　みどり　(九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻)
馬場園　明　　(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

3.福岡県後期高齢者医療制度における入院医療費の地域格差に関する研究

○安井みどり　（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西　　巧　　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田　俊樹　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

4. 日和見感染症が成人Ｔ細胞性白血病の予後と医療資源に与える影響

○前田　俊樹　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
安井　みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西　　巧　　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

●特別講演

日本版 CCRC「高齢者健康コミュニティ」の実現を目指して

窪田　昌行（CCRC 研究所・NPO 法人高齢者健康コミュニティ）

【高齢者ケアのイノベーション】

我が国が直面する人口減少、超高齢化、地方消滅といった問題が進行する中、地域包括ケアシステムを実現し、社会保障制度を持続可能なものにするためには、高齢者ケアのイノベーションが必要になってきている。すなわち、今まで高齢者は寝たきりになってから、あるいは認知症が重度化してから、医療機関や介護施設でケアされてきたが、これからは、心身の障害の発生や悪化を予防する高齢者ケアが求められている。

欧米では主に後期高齢者を対象として、自立した高齢者を支援する自立型住まいが整備され、介護予防の役割を果たしている。日本では「自立型住まい」という概念が未だ生まれていない。しかし、超高齢化が加速していく中で、日本においても自立型住まいを整備していき、介護予防を重視した継続したケアを行うシステムを構築する時機がきたのもといえる。

【米国の CCRC とは】

米国には、100 年以上前から、CCRC（Continuing Care Retirement Community)という継続したケアを提供する理念に基づき、老化と共に変化するニーズに応じて、同じ場所で住み替えていく高齢者住宅システムが発展しており、全米に約 2000 ヶ所、約 80 万人が居住している。CCRC には 3 種類の住まいである自立型、支援型、介護型住まいがあり、それを支える 4 種類のプログラム（自立プログラム、支援プログラム、介護プログラム、認知症対応プログラム）と様々な自立支援サービスが提供されている。CCRC の入居者の年齢について、3 種類の住まいの平均年齢は自立型が 83 歳、支援型が 87 歳、介護型が 87 歳で、CCRC は 80 歳から 90 歳までを過ごすシェルターのような存在といえる。CCRC の住まいの平均規模は自立型が 215 室、支援型が 47 室、介護型が 77 室、合計 339 室が平均で、一つの敷地（キャンパス）の中に開発される。

【日本版 CCRC と高齢者健康コミュニティ】

日米の風土、文化と制度の違い考えた場合、米国と同じものを日本で作ることは困難である。そこで、日本の風土文化、医療・介護保険制度等に合わせ設計したものを日本版 CCRC と定義する。さらに、日本は団塊の世代が 75 歳になる 2025 年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」の構築を目指している。これらを踏まえ、自立型住まいをもつ複合拠点・日本版 CCRC を中心に日常生活圏を医療介護等が一体的に提供されるようにネットワークで結び地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティを日本型 CCRC「高齢者健康コミュニティ」と定義する。高齢者健康コミュニティの理念は「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合すること」を支援することである。そして、高齢者健康コミュニティの三大原則を①本人の意思の尊重、②残存機能を活用した自立支援、③生活とケアの連続性の確保とした。

【事例紹介～高齢者健康コミュニティ和光】

米国 CCRC をモデルとして、埼玉県和光市に複合施設リーシェガーデン和光と自立型住まいのリーシェガーデン和光/南館が開発された。リーシェガーデン和光は 2010 年 2 月にオープンし、高齢者住宅であるサービス付き高齢者向け住宅（以下は「サ高住」と略す）を中心とし、1 階に居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護事業所、調剤薬局をもつ複合施設である。

それから 3 年 2 ヶ月後の 2013 年 4 月に自立型住まいと位置付けるサ高住リーシェガーデン和光/南館をオープンした。リーシェガーデン和光/南館は居室が 71 室あり、居室には、キッチン、風呂、台所があり、台所には電磁調理器があり料理も自分でできる。リーシェガーデン和光とリーシェガーデン和光/南館が統合され「高齢者健康コミュニティ和光」が形成された。

この事例を用いて、日本版 CCRC を開発していく上での現状と課題について説明する。

【おわりに～地域創生長期ビジョンに関連して】

国は人口の東京一極集中に歯止めをかけ、地方への人の流れをつくり、地域特性に応じた課題を解決し、「しごとの創生」、「ひとの創生」を実現するために、「地方創生長期ビジョン」を発表した。その施策の中の「地方へ新しいひとの流れをつくるための地方移住の推進」に「日本版 CCRC の検討、普及」が挙げられた。私共が研究してきた「高齢者健康コミュニティ」を、政府の地域創生によって浸透し、定着させていく上での課題について検討する。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

●教育講演

地域包括ケア時代の医療介護のマネジメント

馬場園　明（九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座）

【第６次医療法改正】

第６次医療法改正では、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うとしている。

また、「病院完結型」から、「地域完結型」の医療に再編するために、医療計画において、①構想区域（二次医療圏など）における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量などに基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制に関する「地域医療構想」（地域医療ビジョン）に関する事項、②地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化および連携の推進に関する事項-などを定めるとしている。

【地域包括ケアシステム】

わが国では、高齢者のケアは「地域包括ケアシステム」を基盤として行われることになったのである。「地域包括ケアシステム」とは、要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく、本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組みのことである。すなわち、「ニーズに応じた住まいが供給され、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されるような地域での体制」を指している。

【医療のパラダイムの転換】

医療の旧パラダイムは「病院完結型」の医療者中心モデルであり、新パラダイムは「地域完結型」の患者中心モデルであるともとれる。「病院完結型」は、感染症が疾病の中心であり、診療がシンプルであり、治癒が望めた時代にはマッチしていたモデルである。しかしながら、地域包括ケアシステム時代では、生活習慣病、変性疾患、精神疾患などの慢性疾患や障害が医療の対象の中心となっており、これらの診療は複雑であり、患者とは継続的な関係性が求められている。もはや、「病院完結型」のパラダイムでは、患者の医療のニーズ・ウォンツを満たすことはできない。医療サービスのパラダイムの転換を認識することが不可欠である。

【戦略マーケティング】

現代のマーケティングでは、戦略を明確にしたマーケティングが主流である。戦略とは、「現在からあるべき姿に向かって、道筋を論理で示したもの」であり、戦略的マーケティングとは、「目標を明確にしてニーズやウォンツを充足するサービスを市場に充足させていくプロセスを論理で示す」ことである。現在、「病院完結型」から「地域完結型」を目指した医療制度改革が進行中である。そのため、医療・看護必要度や自宅復帰率の厳格化がなされ、多くの医療機関が病床稼働率の低下に苦しんでいる。これらに対応するには、戦略的マーケティングの実践が効果的である。

【高齢者健康コミュニティの必要性】

第６次医療法改正により、病床の医療機能がモニタリングされることになったが、急性期病床は過剰であることは明らかであるために、多くの医療機関は地域包括ケアシステムの役割も担う必要ができている。

筆者は、医療機関も高齢者住宅を中心として生活支援サービス、医療サービス、介護サービスを提供する複合施設を核として、複数の高齢者住宅をネットワークで支援する「高齢者健康コミュニティ」に関与することを勧めている。

「高齢者健康コミュニテイ」では高齢者に新しい安心・安全なライフスタイルや予防サービスを提供でき、生活の質を向上させることができる。また、高齢者が、脳梗塞、心筋梗塞等が発症し、急性期病院に入院した場合でも、「高齢者健康コミュニティ」で受け入れがスムーズに行えるために、医療資源の効率的な利用につなげることができる。24 時間の緊急時対応体制を行うには、訪問介護事業所を併設することが必須である。　そして、本人の意思を尊重して、自立を支援し、継続したケアを行っていくには、医療介護連携が重要となる。そのなかでも医療介護連携会議を定期的に開催し、情報を共有していくことが鍵となろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一 般 演 題 抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ａ

急性期病院における地域包括ケアシステムへの支援の構築

○野々下みどり（九州大学大学院医学系学府　医療経営・管理学専攻）
馬場園明　　（九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座）

【目的】

我が国は世界有数の長寿国であり、65 歳以上の人口は、2012 年には 3000 万人を超えており(国民の 4 人に 1 人)、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。それに伴って認知症高齢者も増加し、高齢化への対応が急がれている。この対応として厚生労働省は、地域包括ケアシステムの構築を目指している。今後、急性期医療のみで治癒する患者はほとんど存在しないことを考慮すれば、急性期病院においても 2025 年に向けて地域包括ケアシステムの支援に向けた経営戦略を立てる必要に迫られている。住まい・医療・介護・予防・生活支援の視点から支援構築を行うことを研究目的とした。

【方法】

まず、理念の見直しを行うこととした。根付いている組織風土に沿って、地域包括ケアシステム支援の要素を加えることで、組織的な取り組みが行えるようにした。次に SWOT 分析を用い、強み、弱み、機会、脅威を明らかにした。そして、SWOT 分析に基づいたクロス SWOT 分析を行い、当院の取り組みを明らかにし、今後の具体的計画を策定した。

【結果】

既存の訪問看護、通所リハビリテーション等の在宅医療を強化し、さらに住宅施設を中心とした地域の交流の場を作ることにした。

【考察】

地域包括ケアシステムとは、「要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく、本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組み」のことである。すなわち、「ニーズに応じて住宅が提供されることを基本とした上で生活上の安全・安心・健康を確保することを指している。

当院は、DPC での入院期Ⅱ内退院割合も 85%以上を超え、診療密度を高めることに成功しているが、地域包括ケアシステムを支援していくために、急性期病院での治療が終わった患者へ、継続したケアが提供されるようシステムを構築する必要がある。CCRC の考え方を導入した「住まい」を建築し、ここに「高齢者健康コミュニティ」を構築したい。訪問看護を中心とした地域の在宅医療の拠点、通所リハビリテーション施設、フリースペースを設け、ここでの活動やイベントを通して、地域との交流の場を作る。また、ここでの事前指示書などの情報提供を通じて本人が望まない延命治療を避け、その人らしい死を自宅で迎えられる体制を構築したい。急性期医療へのかかり方、現状の高齢者の急変時の救急搬送のあり方についても、情報提供をしていくことは必要であろう。

このためには、まず当院の職員の意識改革も必要である。入院している間だけの治療や関わり方から、継続したケアの支援をしていかなければならない。また、本人、施設、ケアマネージャー等との連携構築も重要である。現在、誤嚥性肺炎の再入院の増加という問題もあり、少しずつ施設へ職員が出向き、ケアの継続について指導などを行っているが、こういった研修や交流もこれからさらに増やしていかなければならない。さらには、そもそも誤嚥性肺炎にならないような、減少するような活動になるようにと考えている。

連携のためにどのような情報共有をしていくのか、研修会や会議といったところから、記録の統一化、共有等も IT 化も含めて検討していかなければならない。

【まとめ】

急性期ケアの後、また地域に帰ってくるというケアサイクルを繰り返すことを可能とする仕組みをプランニングした。そのためには連携と情報共有が重要である。また、情報提供をし、急性期ケアへのかかり方についても意識改革を促したい。急性期に特化してきた豊富な経験（連携）と　人材、予算の資源を、地域包括ケアシステムの各部門へ分配し、この地域の医療体制を変えていきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ａ

山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発

○花田稔　（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学専攻）

【目的】

高齢化の進展と健康概念の転換により、わが国の医療は病院完結型から地域完結型である地域包括ケアシステムへと舵が切られた。これにより病院や施設よりも、高齢者住宅を含む在宅で多くの高齢者を支えることになる。薬物治療に加えて、さまざまな健康リスクを抱える高齢者の支援がさらに必要となったため、薬剤師の在宅での期待と役割が大きいものとなっている。

しかしながら、自宅での自立した生活を支える在宅医療に対して、薬剤師の活動が不十分であるとの厳しい指摘が上がっている。現在、山間部では、独居世帯、高齢世帯の割合が増加し、介護者も高齢化するなど、地域社会の脆弱化が顕在化しており、在宅療養での本人および介護者を支えるキーパーソンの存在が不足している状況にある。したがって、山間部で住み慣れた自宅で最期を迎えることを希望する多くの高齢者に対し、在宅訪問への姿勢、業務の多様化を検討し、地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割を整理し検討することは意義深い。そこで、山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける、在宅サービスを含めた薬剤師の役割の開発を研究目的とした。

【方法】

研究対象地域は広島県府中市の上下町（人口約5,000 人、高齢化率 39%）とした。まず、高齢者の支援者としての、在宅薬剤師の役割と方向性に関してSWOT 分析、CROSS-SWOT 分析を行い、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」のフレームワークを用い検討を行った。

次に、BSC のフレームワークを用い、上下町での在宅サービスの持続的な事業展開についての検討を加えた。

上下町の高齢者健康コミュニティモデルは、馬場園の高齢者健康コミュニティを山間部に応用し、医療介護の提供側を中核に、それと自宅や介護施設などの住まいを連携するコミュニティとして捉えた。

また、上下町の特性を把握するため、日本の地域別将来推計人口、平成 23 年患者調査上巻（全国）、介護保険事業状況報告、介護療養給付費実態調査、府中市第 5 期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画を利用した。

【結果】

上下町の地域包括ケアシステムでの在宅薬剤師の役割を、「薬物治療環境の向上」「疾病の重症化予防」「医療費の削減」「生活の質の向上」「在宅サービスの推進」「業務の質の向上」「高齢者健康コミュニティの構築」とすることができた（表 1）。これにより、従来の薬学的管理指導を改めて明確にするとともに、生活者としての視点である「生活の質の向上」という新たな価値を開発することができた。また、在宅薬剤師の活動方針を「生活の中での薬物治療という視点を持ち、薬学的管理指導とともに、生活の基本となる支援への業務の多様化を考慮する」「安心安全な薬物治療環境へと導くため、サービス提供者や介護者と連携し、自宅で生活したいと希望する患者の気持ちにできる限り沿い、時にはその気持ちを動機づける支援を行う」の 2 点に整理できた。さらに、上下町における、在宅サービスに向けた薬局の経営プランも構築した。

表１　上下町での在宅薬剤師の役割

	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
内容	薬の相談	・治療の相談 ・症状の相談 ・日常生活の相談	薬物治療環境の向上
	患者のモニタリング	・訪問による病状悪化の早期発見 ・防げる入院の予防 ・薬の飲み忘れ・飲み間違いの指導 ・重複処方の調整・残薬管理 ・副作用のモニタリング	疾病の重症化予防 医療費の節減
	予防活動	・感染予防への連携 ・介護予防システムの構築	生活の質の向上
	予防・支援活動	・予防活動の動機づけ ・定期訪問による安心感 ・必要な薬をいつでも届けてくれる安心感	生活の質の向上
	連携の構築	・医療機関との連携強化 ・介護事業所との連携強化 ・地域住民との連携強化 ・地域での学習会の開催 ・ケアカンファレンスへの参加 ・薬局間連携の構築	在宅サービスの推進
	業務の支援体制	・薬剤師在宅支援マニュアルの作成 ・フィジカルアセスメントの講習会 ・薬局間での勉強会の開催 ・在宅関係者の交流会	業務の質の向上
	自己実現への支援	・支援事業への参加 ・介護保険料に依存しない事業の構築 ・高齢者住宅を基盤とした支援	高齢者健康コミュニティの構築

【考察】

本研究で開発した在宅薬剤師の役割は、高齢者を全人的な視点で支援することを目的としており、更に、医療-医療、医療-介護の調整役も兼ねることが期待でき、地域包括ケアシステムの構築に大きな貢献をもたらすことが期待できる。今後、活動を通じ、開発した役割の質を向上させる仕組みの検討も必要である。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表Ａ

姶良市における地域包括ケアシステムとこれからの介護予防

○笹原利孝　髙田和美（株式会社 JOY）徳満裕介　渡辺純子　大迫尚一　内村尚憲　髙田昌実（医療法人玉昌会）
窪田昌行（CCRC 研究所）馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

地域包括ケアシステムの中で「介護予防」の重要性が謳われているように、住み慣れた場所で暮らし続けるために「予防」の拡充が重要になってきた。これまでの「介護予防」は心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちで、利用者自らの「活動」や「参加」といった自発性の視点が不足していたとの指摘がある。本研究では、株式会社ＪＯＹ、医療法人玉昌会の姶良市における新しい介護予防の取り組みの実際並びに今後の展望について報告するものである。

【対象と方法】

本研究の対象者は姶良市の高齢者であり、効果的、効率的な介護予防プログラムを検討するものである。その方法として、現状の介護予防の問題点を分析し、我が国の地域包括ケアシステムのモデルとなったデンマークの取り組みを分析し、鹿児島県、及び姶良市の介護予防の取り組みである「ふれあい・いきいきサロン」と在宅支援複合施設「おはな」に設けた地域交流センター「お散歩 CoCo」での活動を比較検討し、姶良市における新たな介護予防のあり方を検討する。

【結果】

１．これまでの介護予防の問題点

従来の介護予防の考え方の問題点として、次の 3 点があげられている。まず、介護予防の手法が心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったことである。次に、介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが不十分であったことである。最後に、介護予防の提供者が「活動」や「参加」を重視してこなかったことである。

2. デンマークのインフォーマルケア

わが国の地域包括ケアシステムのモデルとなったのが、デンマークの高齢者ケアである。デンマークではいま居住環境の面でも、ケアの質の面でも施設と住宅の間に差異がなくなっており、我が国で包括ケアシステムを構築していく上で学ぶべき点は多い。一方、介護予防の分野でも学ぶべきこととして、「インフォーマルケア」、「地域での多様なアクティビティ」、「高齢者ボランティア団体」がある。

3. 鹿児島県、姶良市の介護予防の現状と課題

鹿児島県では、高齢者の孤立防止、地域での楽しみや生きがいの創出、健康維持を目的とした介護予防のプログラムとして、「ふれあい・いきいきサロン」の活動が行われている。姶良市でも県の活動を受けて地域活動としての「ふれあい・いきいきサロン」が盛んである。現在は 65 自治会で実施されており、会員登録数は 1,834 名にのぼる。活動内容は健康体操、おしゃべり・茶話会、料理・食事が中心であるが、認知症予防や感染症予防といった学習活動も行っている。そして、テーマを固定化せず、会員が自主的に運営するスタイルが参加率を押し上げている。また、講師を得意分野ごとに会員がになうことも、姶良市の大きな特徴として挙げられる。

4. 玉昌会・JOY グループの取り組み

グループでは、2010 年に住宅型有料老人ホーム「おはな」を中心に多様なニーズに対応できる在宅介護サービスを併設した在宅支援複合施設コミュニティガーデン「しあわせの杜」を姶良市に開設し、ここに地域交流センター「お散歩 CoCo」を設置した。ここでは、入居者、その家族、地域住民に様々な支援プログラムを提供している。そして、「活動」「参加」に視点をおいた様々な介護予防プログラムが「お散歩 CoCo」を中心に行われ、例えば、地域の保育園、子供会、老人会との交流会、バザー等が開催されている。

【考察】

今後の活動としては、ふれあい・いきいきサロンプログラムを受動的に参加するだけではなく、高齢者自身が介護予防、介護の担い手となるような、デンマークの高齢者ボランティア団体のような仕組みづくりを行うことが重要な課題となってきている。その際、自由な参加ができる「お散歩 CoCo」のような柔軟性の高い、民間の地域交流センターの存在の意義は大きく、地域包括ケアシステムが目指す、小学校区のような地域単位毎に整備していく必要があるものと思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表B

南風病院における誤嚥性肺炎入院の将来対応に向けた取り組み

○小原仁[1) 2)]
1）九州大学大学院医学系学府　医療経営・管理学専攻
2）公益社団法人鹿児島共済会　南風病院

【背景】

2025 年のあるべき医療の姿の実現に向け、地域包括ケアの構築が課題となっている。地域包括ケアの構築とは、慢性疾患を抱える高齢者を対象に各地域において医療と介護サービスを効率的に提供できる体制を整備することである。しかし、高齢者の増加はこうした慢性疾患だけを対象とするのではなく、従来からも認識されている大腿骨頸部骨折や誤嚥性肺炎のような高齢者に多い疾患への増加対応も同時に必要となる。

大腿骨頸部骨折などの入院症例は急性期から回復期までの連携を評価する診療体制の構築が進められているが、誤嚥性肺炎については地域で受け入れる施設の特定や連携のあり方は示されていない。地域医療支援病院である当院においても、誤嚥性肺炎入院の受入体制は明確になっておらず、将来対応としての全病院的な態度と具体策を検討しておく必要があった。

【目的】

誤嚥性肺炎入院の「科別患者特性」と急性期病床の有効利用に向けて「誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連」を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

南風病院は鹿児島県鹿児島市に所在のある一般病床 338 床を有する DPC 対象病院である。また鹿児島二次保健医療圏（約 60 万人）を中心に地域の病院や診療所との医療連携を推進する地域医療支援病院としても承認されている。2013 年度の主な診療実績は平均在院日数 13.8 日、病床利用率 75.9%、紹介率 75.5%、逆紹介率 99.8%であった。

解析対象症例は 2012 年 4 月から 2014 年 3 月までに南風病院を退院した誤嚥性肺炎入院症例とした。データベースは誤嚥性肺炎の診断群分類（040081xx99x0xx）に関連する DPC ファイルをもとに構築した。

診療科別の患者特性と選択抗菌薬の確認は、Pearson の$\chi 2$ 検定と Mann-Whitney 検定を適用した。また、誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連については、ロジスティック回帰モデルを用いて推定した。目的変数は誤嚥性肺炎入院における DPC 入院期間Ⅱを超過した退院の有無とし、説明変数は①年齢、②性別、③紹介の有無、③救急車搬送の有無、④誤嚥性肺炎の入院後発症の有無、⑤転帰先区分とした。なお、統計的有意水準は 5%とした。

【結果】

解析対象症例は 140 例であった。誤嚥性肺炎入院の科別患者特性は、平均年齢、紹介患者割合、入院後発症割合に統計的有意差を認めた。また誤嚥性肺炎の入院治療にかかる第一選択の抗菌薬についても診療科別で有意な差を認めた。

長期入院との関連を推定した説明変数のオッズ比（95%信頼区間）は、誤嚥性肺炎の入院後発症の有無 3.6（1.1-12.2）、転帰先区分が在宅に対する転院症例 11.7（3.5-38.5）であった。

【考察】

南風病院における誤嚥性肺炎入院の科別患者特性と長期入院に関連する要因を明らかにした。誤嚥性肺炎入院はある特定の診療科だけではなく、院内の幅広い診療科で診療されていた。また同じ院内であっても診療科によって、誤嚥性肺炎の治療タイミングや第一選択の抗菌薬が異なっており、全病院的な治療の標準化が必要と考えられた。誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連については、誤嚥性肺炎の入院後発症と転帰先が転院となる退院症例が長期入院と有意に関連していた。在院日数の短い急性期病院であっても入院後発症の低減に向けた取り組みと入院早期からの退院調整は急性期病床の有効利用に効果的である可能性が示唆された。

これから増加が見込まれる誤嚥性肺炎入院についても将来を見据えた地域対応が期待された。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表B

鹿児島姶良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム

○片桐壮平　中村真之　六反栄子　東郷尚子　山元直子　本田陽子　岡元英昭
末吉保則　坂元真一　田中紀子　板川幸子　髙田昌実（医療法人玉昌会）

【目的】

加治木温泉病院は鹿児島県姶良市に所在する一般病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、介護保険病棟をもつ 350 床のケアミックス医療機関である。また近隣には複数の在宅施設を有し、回復期リハから在宅までのシームレスなケアを整備する地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

2014 年度診療報酬改定に伴い、姶良・霧島地区の急性期病院での治療後の回復期リハから在宅までのケアを担うために、在宅復帰強化加算病棟取得や地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟入院料 1 を取得する準備を行っている中、入院患者数が伸び悩み、入院稼働率を維持することが難しくなってきた。今回、入院検討会、MSW の活動などを見直し、入退院支援チームとして入院患者確保のために活動した内容について報告する。

【方法】

今回、入院稼働率を改善するために、法人事務局と加治木温泉病院でそれぞれの入退院支援チームを立ち上げ、事務局チームでは目標設定や病棟編成について検討し、病院チームでは現場で行われている入院検討会、ベッドコントロール会議、MSW の活動などを見直し、入院患者確保のための対策を行った。

① 法人事務局での入退院支援チーム立ち上げ活動内容としては、法人の収支状況や法人の方針に従い目標数値や、達成する時期の設定を行った。また加治木温泉病院での病棟編成について決定し、入院時から在宅までの大まかな流れを作成した

②加治木温泉病院での入退院支援チーム立ち上げ月 1 回行っていた入院検討会、ベッドコントロール会議のあり方を見直し、７月からは毎日入院紹介患者の確認を行うようにし、ベッドコントロール会議は短時間で効率よく行うようにした。また、どこの病棟のベッドが空いていて患者を入院や移動できるかすぐに確認し、検討できるよう病棟配置図を作成した。

【結果】

今回、法人事務局でのチームと病院での入退院支援チームがそれぞれの役割を十分に発揮し、一丸となって取り組んだ結果、6 月は入院数 48 人、退院数 56 人、増減数－8 人と大きく入院数が減っていたが、7 月には入院数 56 人、退院数 57 人、増減数－ 1 人となり、8 月には入院数 74 人、退院数 63 人、増減数＋11 人、9 月には入院数 73 人、退院数 60 人、増減数＋13 人と入院数が増え、9 月末には目標の 300 人を達成することができた。

【考察】

目標を達成できた要因としては、まず地域周辺の急性期病院からの患者を受け入れられるように病棟編成を行い、その内容を職員に周知徹底したことが挙げられる。そして、以前より行っていた入院検討会とベッドコントロール会議のあり方を見直し、事務部門、看護総師長等も参加することで、いままで会議の中心であった MSW、病棟師長の意識を改革し、当院へ希望する患者をすべて入院へ繋げられるようになったことが影響していると考えられる。また、入院した患者についても在宅復帰率なども考慮しながら患者、家族の希望にあった入退院ができるように対応できたことも関係していると思われる。

しかしながら、10 月以降の入院患者の減少については、自院や地域ニーズの分析が必要であり、分析をした結果をもとに早急な対応が必要と考えられる。

【結語】

当院がこれから入院数を増やし、経営を健全に行っていくためには、地域のニーズにあった医療が提供し続けられる体制を構築していく必要がある。そしてこれらの体制が構築された時、当院が従来から取り組んでいる地域包括ケアシステムの基幹病院となり、地域に安心と安全を提供できる街づくりに貢献できると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表B

太宰府市における介護予防・健脳リハビリテーションの提案

○本松洋一　鹿子生寛子　石津裕章　岡政隆　鹿子生健一（医療法人健成会）　窪田昌行（CCRC研究所）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

太宰府市の人口は平成26年11月現在71,130名、5年前と比べ約2,000人増加し、高齢化率も24.2%となっている。要介護者は2,347名、要支援者はその約33%にあたる633人となり過去6年間で1.5倍に増えている。このような中、国の方針で要支援者の方で訪問介護、通所介護を利用されている方々は3年以内に介護保険事業から新しい総合事業「介護予防･日常生活支援総合事業」に移行していく必要がある。

医療法人健成会は、整形外科有床診療所を中心に地域の整形外科的ニーズに対応し、デイサービス「ららら」では介護予防に焦点をあてた独自の健脳リハビリテーションを開発してきた。ここでは、新しい総合事業のための介護予防システムを検討するものである。

【対象と方法】

本研究は、太宰府市の高齢者、およびデイサービス「ららら」の利用者を対象とする。検討にあたっては、太宰府の6つに小学校区の地域特性を分析し、介護予防に適した「健脳リハビリテーション」のプログラムを精査し、啓蒙活動を推進してきたロコモ体操の実績もふまえ、太宰府市に適した介護予防のモデル事業を提案検討するものである

【結果】

１．太宰府市内の地域特性

太宰府市は全市を6つの小学校区（太宰府、太宰府東、太宰府南、国分、水城、太宰府西）に分け、その各区が地域包括ケアシステムの基盤となるものと思われる。しかし、6つの校区には、地域特性があり、過去5年間において、太宰府小校区は人口減、太宰府東太宰府南小校区が横ばい、国分、水城、太宰府市西校区は人口が増加している。高齢化率は太宰府南が一番高く28.9%、次いで太宰府東で26.6%である。一番低いのは水城小校区で15.7%である。一方、介護事業所の数が一番多いのが太宰府校区であり、少ない校区はデイサービス「ららら」のある太宰府東校区である。

２．介護予防と健脳リハビリテーション健成会では、残存機能を活用し、達成感、自己肯定感が持てる全人的な生活リハビリテーションとして、“健脳リハビリテーション”の構築に取り組んできた。健脳リハビリテーションは、①創作活動、②運動器リハ系、③メンタルケア系からなり、一人ひとりの嗜好、ニーズあった選択ができる多種多様な介護予防プログラムを作り上げてきた。

３．モデル事業の検討

当事業所が位置する太宰府東小学校区は、高齢者数1,681人、高齢化率が高い地域であるが、介護事業所は一番少ない校区である。一方、介護保険事業において要支援者は切り捨てられるのではないかと不安視される中、要支援者の高齢者の自立した生活を支援する為にも、太宰府市と民間介護事業者の協同のもと新たな介護予防の基盤整備が急務となっている。

健成会は2014年6月にNPO法人健脳リハビリテーションを設立し、現場での介護予防の普及に取り組んできた。例えば、ロコモーティブシンドローム予防啓蒙活動であるロコモ体操体験会を平成25年10月から始め、平成26年11月で第7回を重ねた。またリハビリテーション等出前講座活動も行い、ロコモ体操を、公民館、野外ステージ等で推進した。さらに、コミュニティサロン活動として、障碍児童とその保護者交流会、ダネラ作成教室等を開催した。

そこで、いままで法人が蓄積してきた経験と健脳リハビリテーションプログラムを活かしてモデル事業を検討する。具体的には当事業所のスタッフが週1日要支援者を対象とした予防事業の日を設定実施し、問題点等を抽出する。平日が厳しい場合は日曜を予防の日とし、サロン活動も充実させていく。また、ロコモ体操を用い、事業所のリハビリスタッフを活用し、公民館などで出前リハ講座を行い、課題を整理する。これらの活動を通して、新しい総合事業について行政と議検討していくつもりである。

【今後の課題】

介護予防を考える中で、今までのように身体機能の回復だけを考えるのではなく、様々な活動や社会参加の視点をいれ、自助、互助の支援する方法を促進していくことが重要である。医療法人健成会グループは、健脳リハビリテーションを通して、新たな介護予防システムを検討し、介護予防・日常生活支援総合事業の構

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

築に貢献していきたいと考える。

一般口頭発表B

ビジョンボードによる人材育成の取り組み

○上村さゆり　髙田和美　山下万紀子　森口敦子（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
窪田昌行（CCRC研究所）　馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療・管理学講座）

【背景と目的】

かずみ保育園は、鹿児島市に隣接する人口約76,000人の姶良市に位置し、今年で開設36年目になる。定員は60名で現在76名の子どもが在籍し、22名のスタッフで保育を対応している。

本園は「乳幼児期の体験は一生の宝物、子どもの限りない可能性を大切に」という理念に基づいて、乳幼児の養護と教育に取り組んできており、保育士を含む職員の成長の支援のためにも、職員教育にも力を注いできた。そのような折、2008年度からスタートした新保育所保育指針の中に保育士の自己評価が努力義務として盛り込まれた。当初は、保育の振り返りを兼ねカリキュラムに基づき、毎月、保育士の自己評価を行っていたが、自己評価を行うことを保育士自身が肯定的に捉える状況にはなっていなかった。

そこで、職員が意欲的に、前向きに、しかも楽しく取り組める自己評価を行うために、ビジョンボード活動を2010年度に導入し、実践することになった。今年度で4年目を迎えており、その概要と結果を報告するものである。

【対象と方法】

1．ビジョンボード活動と対象

業務活動において組織の理念に基づいて、一人一人が目標を立て、反省、フィードバックし目標を達成していくPDCAサイクルは重要な考え方である。本園におけるビジョンボード活動は、PDCAサイクルを念頭に置いて、自分の夢や目標を言葉と図や絵などをつかって描き、ビジュアル化したものである。それを携帯し、繰り返し、見て確かめることによって、ビジョンを常に意識することにより実現に向けての意欲が高められ、しかも自ら作った目標が達成できたという満足感を味わえるといった利点がある。2014年度のビジョンボード活動の対象は、本園の職員のうち、保育士全員と栄養士、事務員とした。

2．作成評価プロセス

ビジョンボードは、新年度4月末までに提出し、8月に中間評価を行う。評価を前向きに捉える意味で、中間報告シートを自画自賛シートと名づけ、そのシートを下に9月に中間面談を行い、管理者から助言をもらい、年度末のビジョン達成に向けてさらに行動する。2月に期末評価表に記入し、管理者の意見と比較する。3月末までに面談を行い、翌年度の新しいビジョン作成に役立ててもらい、毎年の成長のサイクルを支援する。

【結果】

1．計画作成

当初から、具体的な例を用いビジョンボードの作成に取り組んだが難しいという声があり、試行錯誤を行い、近年は軌道に乗ってきた。計画作成において、ビジョンボードには書式がなく、自由に楽しく描ける利点がある。しかも絵や図をいれ、ビジュアル化されることにより、計画作成が容易になり、この４年間で、計画の質と作成するスキルも向上してきた。

2．振り返り、フィードバック、成果

１年の中間地点と、期末にビジョンの達成状況について、相談、話し合いの機会があり、保育士の目標達成、業務スキル、人間の成長につなげるフィードバックの仕組みが定着してきた成果は大きい。

現在では、年度中間の面談や日常業務の中でも自分のビジョンを確認、達成度を自ら話す姿もでてきた。導入前は、自己評価が前向きでない反省になりがちだったことが、達成度、結果だけでなく、過程を自他共に認め合い、褒めあう積極的な姿勢に変わり、PDCAのサイクルが確立できた効果も大きい。

2014年度の中間評価ではビジョンボードの実現について5段階評価（よい～努力が必要）で、「よい」が8人で一番多く、「もう少し努力が必要」が5人、「まぁまぁよい」が1人であった。2月に期末のビジョンボード評価、自己・管理者評価を行うが、評価基準を見直し、「優秀・良好・普通・要努力・問題」の新しい5段階評価とし、達成状況の数値化を改善する。このことにより、新しいビジョンボード作成がさらに具体的になるものと考える。

【考察】

自己評価は反省という意味合いになりがちだったが、ビジョンボード活動により、ビジョンが達成度や結果だけでなく、プロセスを評価し自他共に認められるようになる傾向がある。そして、管理者は、職員が改善したこと学びたいテーマ等が具体的にわかり、効果的な研修や体験の場が設定しやすくなったことがメリットである。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表C

福岡県後期高齢者医療制度の透析患者における医療の地域格差に関する研究

○尾ノ上美樹夫　(九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻)
馬場園明　　(九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座)

【目的】

急速な少子高齢化が進む一方、高齢者の医療費は増加し続けている。国民皆保険制度を維持することを目的として「後期高齢者医療制度」が平成20年に発足しているが、福岡県の被保険者当たりの高齢者医療費は、平成14年度から11年連続、全国で最も高く、全国平均の1.27倍であった。なかでも腎不全における医療費は県全体の約6.4%を占めており年々増加傾向にある。透析患者の高齢化や糖尿病合併症により入院比率が高くなり、医療費もそれに伴い増大すると推測される。透析医療費の増大は今後の保険制度の維持可能性に影響を及ぼす可能性があると危惧されており、何らかの対策を講じる必要性があると考える。そのためには、透析患者の入院・外来の定量的な検討を行い、その実態を把握した上で対策を行っていく必要があると考える。

そこで、本研究では、後期高齢者医療制度に加入している透析患者を対象とし、医療における二次医療圏の地域格差について検証することを研究目的とした。

【方法】

福岡県後期高齢者広域連合会に電子請求された2013年4月診療分のレセプトデータの中から人工透析を受けた患者7,061人を抽出対象とし、2014年3月まで追跡した。

まず被保険者当たりの透析患者数、総医療費、入院医療費、外来医療費、入院日数、外来日数を居住医療圏で比較を行った。次に被保険者当たりの入院件数、外来件数を居住医療圏別に推定し、最も低い居住医療圏を基準とし、相対危険度の検定を行ない、Bonferroniの多重比較により検定を行った。さらに１件当たりの入院医療費、入院日数、外来医療費、外来日数を目的変数とし、年齢、性別、居住医療圏を説明変数としたKruskal-Wallis検定で分析を行った。最後に１日当たりの入院医療費、外来医療費を目的変数とし、同様の分析を行った。

【結果】

被保険者当りの透析患者数（千人当りの患者数）が最も高かった医療圏は粕屋（14.8）で、最も低かった医療圏は有明（9.3）であった。最も低い有明を基準としたBonferroniの多重比較では、福岡・糸島（1.341、95%CI=1.198-1.501、$p<0.001$）、粕屋（1.598、95%CI=1.383-1.847、$p<0.001$）、直方・鞍手（1.531、95%CI=1.303-1.798、$p<0.001$）、北九州（1.370、95%CI=1.225-1.531、$p<0.001$）の4医療圏で有意に高い結果であった

被保険者当りの透析患者数が高い医療圏では医療費、診療日数、入院、外来件数においても高い傾向であった。

１件当たりの入院医療費では、年齢（$p<0.001$）、性（$p<0.001$）、医療圏間（$p=0.008$）の全てにおいて、１件当たりの入院日数では、年齢（$p=0.003$）、性（$p<0.001$）、１件当たりの外来医療費では、年齢（$p<0.001$）、医療圏間（$p<0.001$）、１件当たりの外来日数では、年齢（$p<0.001$）において有意な差が認められた。

１日あたりの入院医療費では、年齢（$p<0.001$）、性（$p<0.001$）、1日当たりの外来医療費では、性（$p=0.001$）、医療圏間（$p<0.001$）において有意な差が認められた。

【考察】

医療圏間における被保険者当たりの透析患者数の地域格差が、被保険者当たりの医療費、診療日数、入院、外来件数の格差に影響を与えることが示唆された。被保険者当たりの透析患者数は人口当たりの血液透析機数が影響を与えている可能性がある。また、1件当たりの入院医療費は、入院日数が影響することが示唆された。今後の課題として、透析以外の診療内容、透析療法の違い、合併症の頻度の地域格差について分析することや透析患者数の地域格差の要因の究明も必要であろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表C

高齢脳梗塞患者における地域連携クリニカルパスが医療資源利用に与える影響の評価

○西巧　(九州大学大学院医学系学府医学専攻)
前田俊樹　(九州大学大学院医学系学府医学専攻)
安井みどり　(九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻)
馬場園明　(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【目的】

地域連携クリニカルパスとは、急性期病院から回復期病院、外来等を経て早期に在宅復帰を図るための診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものである。本研究の目的は、高齢者脳梗塞患者を転院後まで追跡し、地域連携クリニカルパスが実際に医療資源の効率的な利用に繋がっているかどうかを明らかにすることである。

【対象と方法】

福岡県後期高齢者広域連合に電子請求された2010年4月から2014年3月診療分のDPCレセプトデータを用いて、2010年4月1日から2014年3月31日の間に脳梗塞(ICD10：I63.x)を主傷病、最資源病名として入院した高齢者18,810名を抽出した。

それらのうち、退院日に他の医療機関に入院している者5,313名を追跡し、最終的に2014年3月までに退院の記載がある3,232名を対象とした。

年齢は85歳未満、85歳以上95歳未満、95歳以上の3つのカテゴリに分類した。意識レベルはJCSを用いて1桁：Mild、2桁：Moderate、3桁：Severeに分類した、緊急入院と救急車使用の有無はそれぞれ分類した。

併存疾患の調整を行うために、初回入院時のICD10コードから脳血管障害を除いた調整チャールソン併存疾患指数(CCI)を計算し、0，1，2，3以上の4つのカテゴリに分類したものを用いた。高血圧、高脂血症については別個調整した。

入院中の治療は、t-PA使用、早期リハ、人工呼吸の有無についてそれぞれ分類した。

患者の属性をカテゴリ変数は頻度と割合を用い、連続変数には中央値と四分位範囲を用いて示した。地域連携クリニカルパス適用の有無でのカテゴリ変数の比較にはχ2乗検定を用い、連続変数の群間の比較はマン・ホイットニーのU検定を用いた。

入院中の在院日数、転院後の在院日数、全体の在院日数、医療費の対数変換値を目的変数、性別、年齢区分、意識レベル、緊急入院の有無、救急搬送の有無、併存疾患、入院中の治療、地域連携クリニカルパス適用の有無を独立変数、居住市町村を操作変数とした操作変数法による解析を行った。なお有意水準はP=0.05とした。

【結果】

対象の年齢中央値は地域連携クリニカルパス適用群84[9]、対照群83[8]であり、男性1,401名(43.3%)、女性1,831名(56.7%)であった。

初回入院時の在院日数は地域連携クリニカルパス適用群で有意に短かった(β=-0.191、p＝0.022)。しかし、転院後の在院日数とは有意な関連は見られず(β=0.078、p＝0.291)、全体の在院日数とも有意な関連は見られなかった(β=0.030、p＝0.692)。また、全体の医療費は地域連携クリニカルパス適用群で有意に高かった(β=0.231、p＝0.002)

【考察】

地域連携クリニカルパス適用群において初回入院時の在院日数が有意に短かった点は、FujinoらのDPC調査データを用いた報告と一致している。しかしながら、転院後、全体の在院日数では関連が見られず、医療費は高い傾向にあった。

これらのことから、地域連携計画管理料を算定している急性期病院だけでなく、転院後の医療機関における診療の標準化を行い、早期に退院することを推進する施策の必要性が示唆された。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表C

福岡県後期高齢者医療制度における入院医療費の地域格差に関する研究

○安井みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西巧　　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田俊樹　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園明　（九州大学医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

福岡県後期高齢者1人あたり医療費は、平成14年から11年連続全国一位であり、その高騰要因は入院医療にあることは先行研究で明らかになっている。また、同時に自治体別の地域格差もあることも報告されている。

そこで、本研究では、入院医療費について病床および医療費要素別で分析し、何が入院医療費の地域格差を生み出しているかを明らかにし、医療費適正化について検討することにした。

【対象と方法】

平成25年4月から平成26年3月の期間内に福岡県後期高齢者医療制度を使った入院のうち、一般病床、DPC病床、療養病床、精神病床における入院（278,526件）を対象とし、医科レセプトデータ及びDPCレセプトデータから抽出した。

次に全市区町村(72)の平成25年3月末の被保険者数(計590,589人)を使い、病床区分別の被保険者1人あたり医療費、被保険者1人あたり入院日数および受診率を算出した。また、その他の医療費要素（1件あたり医療費、1日あたり医療費、1件あたり入院日数）は、診療実日数のレコードを使って算出した。これらを使って、被保険者1人あたり入院医療費の高騰要因を同定するための相関分析を行った。

次に、病床区分別医療費要素毎に地域格差分析を行い、差、比、変動係数を使ってバラツキを評価した。

最後に、病床区分別の医療費を診療行為別に集計し、各病床区分における診療行為の割合を算出した。

【結果】

被保険者１人あたり入院医療費対し、最も強い正の相関を持っていたのは、病床区分別では「療養病床入院の被保険者1人あたり入院日数」で相関係数は0.628であった。

療養病床入院の被保険者1人あたり入院日数の72市区町村地域格差は、最大日数と最小日数の比は7.5倍で、変動係数は0.32であり、地域格差が認められた。

療養病床の入院における診療行為割合は、一般病床やDPC病床に比べ医療的行為(医学管理料、検査料、手術料、麻酔料、放射線治療料、病理診断料、薬剤料、医療材料料)が少なかった。

【結論】

被保険者1人あたり入院医療費の最大の高騰要因は「療養病床の被保険者1人あたり入院日数」であり、当該要因に地域格差が認められた。これは、地域により療養病床数に差があり、この資源の偏りが、療養病床の入院受診率や入院日数に影響を与え、被保険者1人あたり入院医療費の地域格差をもたらしていると考えられる。また、診療行為割合から医学的妥当性に乏しく、社会的入院があることを示唆された。必ずしも入院を必要としない高齢者の受け皿づくりを行うことが、医療費の適正化の喫緊の課題と言える。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　59 - 81，2015

一般口頭発表C

日和見感染症が成人Ｔ細胞性白血病の予後と医療資源に与える影響

○前田俊樹　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
安井みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西巧　　（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園明　（九州大学医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】　成人Ｔ細胞性白血病では細胞性免疫の低下により日和見感染症を多く合併することが知られているが、それら日和見感染症が臨床予後と医療資源に与える影響はほとんどしられていない。本研究では日和見感染症が院内死亡と医療費および在院日数に与える影響を定量化することを目的とした。

【対象と方法】　研究デザインはDPCデータを用いた後ろ向きコホート研究である。成人Ｔ細胞性白血病と診断されかつ骨髄移植が施行されていない患者 3712 名を研究対象とした。日和見感染症の病原体はアスペルギルス、カンジダ、サイトメガロウイルス、単純ヘルペスウイルス、結核、ニューモシスチス肺炎、水痘ウイルス、クリプトコッカス、非定型抗酸菌、糞線虫と定義した。対象患者でそれら感染症に罹患した患者を ICD10 コードを利用して抽出し、院内死亡と医療費および在院日数に与える影響を調査した。目的変数が院内死亡の時はロジスティック回帰分析を、医療費および在院日数が目的変数の時は線形回帰分析を施行し交絡を調整した

【結果】　サイトメガロウイルス 感染患者では有意に院内死亡の増加(adjusted odds ratio (AOR) 2.29 [1.50-3.49] $p < 0.001$),および在院日数の延長(coefficient (B): 0.13 [0.06-0.20] $p < 0.001$) と入院医療費増加 (B: 0.25 [0.17-0.32] $p < 0.001$)を認めた。カンジダ感染症とpneumocystis pneumonia では有意に院内死亡の低下を認めた（カンジダ感染症：AOR 0.72 [0.53-0.98] $p = 0.035$ 、ニューモシスチス肺炎：0.54 [0.41-0.73] $p < 0.001$)。水痘ウイルスは有意に在院日数の延長と関連があった(B: 0.13 [0.06-0.19] $p < 0.001$)。 またアスペルギルス感染症、単純ヘルペスウイルス、水痘ウイルスは医療費の増加と関連していた(アスペルギルス B: 0.16 [0.07-0.24] $p < 0.001$, 単純ヘルペスウイルス 0.12 [0.02-0.23] $p = 0.025$, 水痘ウイルス 0.17 [0.10-0.24] $p < 0.001$).

【考察】　日和見感染症の中ではサイトメガロウイルスが最も予後および医療資源利用に強い関連を示した。サイトメガロウイルス感染症管理が喫緊の課題と考えられた。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　83 - 89,　2015

第６回　病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

「急性期の医療の質と医療・経営改革」

平成 27 年 2 月 21 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　83 - 89,　2015

プログラム

テーマ：「急性期の医療の質と医療・経営改革」

開会　　14：00～14：10

会長挨拶　　田川市病院事業管理者、九州大学大学院医療経営・管理学講座特別教員（元）
齋藤　貴生

講　演　　14：10～16：50

Ⅰ．理論

座長：福岡市立病院機構福岡市民病院理事長・院長　竹中　賢治

「米国における医療の質と医療改革」

演　者：九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明

Ⅱ．実践

座長：地方独立行政法人筑後市立病院理事長・院長　吉田　正

「経営改革で医療の質はどう変化するか」

演　者：田川市病院事業管理者　齋藤　貴生

休　憩　　15：50～16：00

座長：独立行政法人国立病院機構九州医療センター病院長　村中　光

「医療の質の向上とその課題」

演　者：聖路加国際大学情報システムセンター長　嶋田　元

対話形式の討議　　16：50～17：30

司会：九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明
独立行政法人国立病院機構九州医療センター病院長　村中　光

対話参加者

講演者、座長

社会福祉法人豊資会理事長　加野資典

当日出席者

開会の挨拶　　17：30～17：40

社会福祉法人豊資会理事長　加野資典

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　83 - 89,　2015

米国における医療の質と医療改革

馬場園 明（九州大学大学院　医療経営・管理学講座）

【米国の医療の質改革の歴史】

1900 年代初期に、Ernest　Codman はマサチューセッツ州ボストンで診療を行っていた。彼はすべての手術の記録を、ファイルカードに残し、成果の向上についても言及した。これは、“the end result idea（最終結果のアイデア)”と呼ばれた。

1951 年には、アメリカの医学会は合同して、JCAH（Joint Commission on Accreditation　of Hospitals）と呼ばれる独立した病院機能認証評価組織を創設し、JCAH の評議員会は認証評価組織の目的設定を行った。

1965 年、Avedis Donabedian は、医療を構造、プロセス、アウトカムの 3 要素で評価すべきであると提案し、医療の質の指標の方向性が定まっていった。

1994 年からアメリカ厚生福祉局の AHPR（Agency for Health Care Policy and Research:　医療政策・調査局）は、CAHPS　(Consumer Assessment of Health Plan Survey; 利用者の立場からヘルス・プランを評価するための調査）とよばれるプログラムの開発に着手し、1995 年から、マネジドケアを選ぶメディケアの被保険者を対象に、患者満足度調査が開始された。

1999 年、アメリカ厚生福祉局は AHP を AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality:　医療調査・質管理局）に名称を変更した。そして、CAHPS は 2002 年には、政府が運営しているメディケア・メディケイドと、民間医療保険に委託したメディケア・メディケイド、民間医療保険会社の被保険者などを合わせると 1 億 2 百万人の医療保険利用者が調査対象になっている。

1999 年、IOM (Institute of Medicine)から,”To Err is Human”が刊行され、米国では投薬ミスや医師の過労による医療過誤で年間 44,000～98,000 人の入院患者が死亡していると報告した。この本によって、ミスを防ぐという安全対策のパラダイムから、人間はミスをするものとして対策を取らなければならないというパラダイムへの転換が起きた。

【米国の医療の質改善の方法の現状】

米国では、P4P が医療の質を改善するドライバーになりつつある。P4P（Pay for Performance)とは、EBM に基づいて設定された基準や指標で、医療の質を測定し、その結果に基づいて質の高い医療提供に対して経済的インセンティブを与える仕組みである。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。

臨床指標の評価としては、NCQA (National Committee for Quality Assurance; http://www.ncqa.org/) が開発した HEDIS (The Healthcare Effectiveness Data and Information Set) が最も重要であり、90%の民間保険会社が利用している。これは、入院、外来の診療の評価を行うものであり、データの収集、集計、監査、公表する方法も定められている。この結果は診療報酬に反映されている。

【オバマの医療制度改革と医療の質の改善】

オバマ大統領は、2010 年の 3 月 23 日，The Patient Protection　and Affordable Care Act（医療制度改革法）に署名したことにより、米国ではじめて健康保険制度の義務化が決定した。　この医療保険制度の改革の内容を医療の質の観点からみれば、アクセスの改善と医療の価値の改善に分類できる。医療の価値の改善の内容は、支払いの包括化、責任医療組織の設置、成果に応じた支払、比較効果分析の採用、患者中心の医療ホームの普及、医療情報技術の促進、予防医療の重視であった。

【医療の質改革の仕組の構築の方法】

医療の質を組織的に改善する最も有効な方法は、質の改善を医療経営の戦略に含めることである。戦略とは目標とするビジョンとその組織の現状とのギャップを埋めるための道筋を示すロジックである。病院経営の戦略の視点を財務的業績だけでなく、医療の質、患者満足度、従業員の学習と成長といった非財務的業績視点を併用することによって、組織の活動が適正かどうかを判断できるようにすることが重要である。

【おわりに】

医療の質の定義は、「国民に適正な医療を提供すること

の程度」であり、医療の質のニーズや指標は医療を取り巻く背景によって変化せざるをえない.わが国でも医療情報を透明化し、個々の医療機関が医療の質を改善する経済的なインセンテイブを与える政策を進めていくことになろうが、個々の診療行為だけではなく、健康状態の改善についても測定する必要もある。また、今後、複数の疾病や障害を抱えた高齢者が主要な患者になることを考えれば、医療連携、介護連携の質や患者のQOLの評価も重要となっていかざるをえない。個々の医療機関でも医師がリーダーシップを取り、組織的な質の改善を行える仕組みが構築されることを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　83 - 89,　2015

経営改革で医療の質はどう変化するか

福岡県田川市病院事業管理者　齋藤　貴生

医療の質の向上は医療機関にとって基本的な命題であり、その実現には経営の質の向上が不可欠と想定されるが、医療の質の向上と経営の質の向上との関連性についての先行研究は極めて少ない。

一般に、医療の質の評価についての研究は、適切な評価指標が明確にされていないことや多数の病院を対象とした信頼できるデーターが乏しいことなどから、方法論的に制約を受けている。

米国では、医療の質の評価は Donabedian モデルを基本として評価指標が拡大され、病院レベルでの医療の質を評価は、診療、サービス、コストで行われることが多い。

最近、病院レベルでの医療の質の向上には、医療の質と経営の質の両立を目指した戦略経営の重要性が示唆された（新城、2014）。演者も、同様の結果を示唆する事例を経験している。

ここでは、医療の質及び経営の質の評価について概説した後、医療の質の向上と経営の質の向上を基軸とした戦略経営が、医療の質の向上に有効であった事例について述べる。

【事例：中小都市の地域中核公立病院】

目的：経営破たんに陥った田川市立病院（一般病床 342 床、福岡県田川市、地方公営企業法全部適用）において、病院の再生を目指した経営改革によって医療の質がどのように変化するかについて検証した。

方法：平成 22 年度から全部適用に移行し、新設された病院事業管理者の下で経営改革が開始された。病院の再生ならびに医療の質と経営の質の改善を基軸とする経営戦略を導入した中期事業計画が策定され実行された。並行して、目標管理を実施し、中期事業計画ならびに医療の質と経営の質の目標に向けての達成状況を 25 年度まで年度ごとに評価した。

結果：改革は中期事業計画に沿い実行され、病院の再生は目標通りほぼ実現した。それとともに、医療の質と経営の質の改善は、いずれも目標に向けてかなり達成された。この際、医療の質の改善は経営の質の改善よりも遅れて認められた。

結論：医療の質と経営の質の改善を基軸とする戦略経営を導入した経営改革により、経営破たんに陥った田川市立病院は再生を果たすとともに、医療の質の向上を認めた。従って、病院レベルでの医療の質の向上には、医療の質と経営の質の両立を目指した戦略経営の導入が有効と考えられた。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　83 - 89,　2015

医療の質の向上とその課題

聖路加国際大学　情報システムセンター長　嶋田　元

現時点の最新の科学的根拠に基づく医学的知識や技術を個々の患者の特性に応じて批判的な吟味のもとに適用する Evidence-based Medicine の概念は、1990 年代から広く臨床現場に受け入れられてきた。医療の質は様々な個人や団体などにより定義されているが、広く医療提供側・受給側に受け入れられる指標は、科学的根拠があり、医療の結果を改善する可能性が高い内容が求められている。すでにいくつかの領域で日常診療を数値化し計測が行われ、国によっては直接的なインセンティブを持った仕組みも存在する。

聖路加国際病院では 2005 年より医療の質の評価および改善の取り組みを行っており、病院公認の QI 委員会で、病院全体として改善すべき項目と各診療科・部署より 1～2 指標の数値を院内に公開し改善活動を行っている。これらの活動内容を含めて年 1 回 100 前後の質指標の一般公開している。改善の方策には様々あるが、頻度が高く多くの診療科で診療が行われるような Common disease については医学的知識や技術の最新化が有効であり、適切なタイミングによる適切なフィードバックは医療プロセスに有効である。様々な改善の方策があり実践されているが、最終的には診療現場での質改善へのモチベーションが最も重要である。

医療の価値を考えた場合、構造・過程・結果だけでは適切に評価することが困難であることは明白であり、地域性、医療保険制度、対象とする患者群、提供可能な医療レベル、医療安全、感染対策、リソースの配分、患者・職員満足度など実に様々な項目を考慮し、統合的に評価する必要がある。本研究会では当院で行われてきた医療の質の向上についての実践例をいくつか紹介し、その課題と現在取り組んでいる活動内容について報告する。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　91 - 95，2015

第７回　病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

「地域完結型医療のマネジメント
ーその理論と実践」

平成 27 年８月 22 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　91 - 95,　2015

プログラム

テーマ：「地域完結型医療のマネジメントーその理論と実践」

開会　　14：00～14：10

会長挨拶　　田川市病院事業管理者、九州大学大学院医療経営・管理学講座特別教員（元）
齋藤　貴生

講　演　　14：10～16：50

Ⅰ．理論

座長：九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明

「地域医療構想における病床数等推計の枠組みとあるべき医療提供体制の検討に向けたデータの活用」

演　者：国立がん研究センターがん対策情報センター室長　石川　ベンジャミン光一

Ⅱ．実践

座長：地方独立行政法人筑後市立病院理事長・院長　吉田　正

「地域の行政・医師会と一体化した地域医療を目指して」

演　者：国立病院機構福岡東医療センター　院長　上野　道雄

休　憩　　15：50～16：00

座長：福岡市立病院機構福岡市民病院理事長・院長　竹中　賢治

「医療連携から社会連携へ ～超高齢社会、人口減少地域における急性期病院の課題」

演　者：飯塚病院　副院長　岩佐　紀輝

対話形式の討議　　16：50～17：30

司会：九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明
田川市病院事業管理者　齋藤　貴生

対話参加者

講演者、座長
当日出席者

閉会の挨拶　　17：30～17：40

医療法人豊資会理事長　加野　資典

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　91 - 95，2015

地域の行政・医師会と一体化した地域医療を目指して

国立病院機構福岡東医療センター　上野道雄、江崎卓弘、青木久恵

地域に障害を抱えた高齢者が溢れる近未来、我々は何を成すべきか。福岡東医療センターは、地域の声を元に病院と地域の双方向性の情報共有システム（病院向けの地域情報の伝達、地域向けの病院情報の伝達システム）を目指している。

【病院向けの地域情報の伝達システム】高齢者の多くは複数の疾病を抱え、往々にして障害を併せ持ち、複数の薬剤を服用している。また、その病態は往々にして急変し、急性期病院に搬送される。その際、患者や付き添う高齢者が病歴、薬歴を的確に医師に伝えることは難しく、高齢者の救急医療には危険を伴う。そこで、平成 18 年、かかりつけ医が患者情報（高齢者の日常生活、診療内容）を事前に登録病院に伝え、登録病院は電子カルテを用いて正確な患者認証を行い、患者情報を活用して高齢者の救急医療に備える「粕屋在宅医療ネットワーク」を開始した。事後、粕屋医療圏外の複数の急性期病院を加え、患者情報を共有して受け入れ機能を向上させた。平成26年、粕屋在宅医療ネットワークのデータを県医師会のとびうめネットワークに移管して、福岡県下への拡張を目指している。

【地域向けの病院情報の伝達システム】病院には医師と看護師が 24 時間常駐し、多岐にわたる医療職が従事して、地域医療に欠かす事ができず、地域では得ることのできない情報が溢れている。また、看護師は幅広く、平易で万人が理解可能な情報を集めている。ところが、電子カルテは、個々の職種が専用画面に入力し、各々が閲覧する構造で、院内他部門の利活用は難しく、院外での情報活用は更に難しい現状である。情報は利用者が求める情報を、求める形式・手順で供給して初めて活用される。

【地域目線の情報を知る試み】　地域の求める情報を知るため、粕屋医師会と地域の多職種医療連携協議会、地域交流学習会等での地域の多職種の声の聴取、地域のケアマネジャーを地域医療と介護の教師として雇用した。看護情報の収集、看護日誌、看護要約の内容を一新し、転記作業自動化した電子化看護要約を導入した。電子化看護要約を元に、地域医療機関の声を集めて電子化看護要約の熟成を図った。地域医療を構成する複雑で多岐に亘る多職種の役割とニーズを行政や地域包括支援センター、在宅医療・介護連携協議等の場で収集し、電子カルテ改造の設計に繋いでいる。

【求める情報を作る試み】看護・診療・リハビリテーションの基本情報を医療職の要望に従い供給する。次いで、個々の業務を構成する医療職向けの多職種共通入力画面と関連画面作成し、業務に必要な基本情報を供給する。各医療職は共通画面に業務事項を入力して情報を共有して、更なる業務を遂行する。具体的には、薬剤師は看護情報を元に的確な服薬指導を行い、看護師は服薬指導をモニタリングし、更に、薬剤師はモニタリングに従って再指導を行う。院内業務（患者指導、ＩＣ，チーム医療等）用の多職種共通入力共有画面を系統的に整理してサマリーホルダーに格納し、院内外の情報（地域には電子媒体で供給）を伝達する。かかりつけ医は地域の医療職に病院情報を提供して、地域における情報共有を強化する。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　91 - 95,　2015

「医療連携から社会連携へ ～ 超高齢社会、人口減少地域における急性期病院の課題」

飯塚病院　経営管理部　副院長　岩佐紀輝

飯塚病院が位置する「筑豊」と呼ばれる地域は、かつて、日本の石炭の半分以上を出炭し、明治の産業近代化、戦後の復興を支えることを通じて地域としても栄えた。既知のとおり、エネルギー革命により、その地位を石油に奪われると、炭鉱はすべて閉山となり、人口は大きく減少した。仮にそれを「第一波」とするなら、現在進行形の人口減少は「第二波」ということになる。昨年、日本創生会議・人口減少問題検討部会が発表した『全国市区町村別「２０～３９歳女性」の将来推計人口』によると、筑豊地域１５市町村のうち、９市町村が「消滅可能性市町村」とされた（これは、２０歳から３９歳の女性の数、人口再生産力から見た推計である）。

団塊の世代が７５歳以上になり、全世帯の４分の１以上が高齢者のみの世帯となる「２０２５年問題」に関して、政府の社会保障制度改革国民会議が提唱した「地域包括ケア」システムが導入され、政策として推進されている。高齢者の医療は、入院中心の病院完結型から、自宅や介護施設も含めた地域全体で支える仕組みへの転換促進である。「地域医療崩壊」の時代に比較的優遇を受けていた急性期病院も今や例外ではない。「地域包括ケア」の側にこそ「錦の御旗」はあり、救命救急センターを持つ急性期病院といえども、そのシステムの一環としてのみ存続を許されるという時代に変わりつつある。

しかし、「２０２５年問題」はこれだけにとどまらない。都市圏と違い、地方においては先述した人口減少、なかんずく勤労年齢人口の減少は深刻である。病院勤務者を輩出する労働市場の縮小を意味するからである。

病院は地域の公共財である。地域の縮小は病院の経営基盤を揺るがす。政府は「まち・ひと・しごと創生本部」を立ち上げ、地方に地域創生を促す。しかし、昨日まで出来なかったことが、ある日、突然出来るようになるわけはなく、いくつかの例外を除き、多くの地方自治体が模索の真只中にいる。本研究会では、先行して人口減少、超高齢社会に突入した筑豊地域における飯塚病院の「地域包括ケア」と「地域創生」に対する取組みについて述べてみたい。特効薬があるわけではない。あるのは将来を見据えつつ、目の前の課題に真摯に向き合う地道な活動だけである。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　96，2015

【 定例研究会報告 】

平成 26 年 10 月 2 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 42 回研究会報告　2014 年度診療報酬改定と地域包括ケアシステム

「社会保障制度改革国民会議」の報告世では、医療・介護分野の改革では、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ないとしている。そして、「必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要とし、市場の力でもなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を検討しなければならない」としている。また、それを受け、2014 年 10 月１日施行された第６次医療法改正では、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」としている。そして第６次医療法改正では、一般病床の機能分化・連携を推進し、急性期に人的資源を集中化するなどの強化を図るため、「病床機能報告制度」が導入されている。各医療機関は一般病床と療養病床について、その有する病床機能の現状と今後の方向、入院患者に提供している医療の具体的な内容を、病棟単位で都道府県に報告しなければならない。報告を受けた都道府県が地域の医療機関が担っている病床機能の情報を把握・分析するとともに、医療機関による機能分化･連携の自主的な取り組みを促すことを目的としている。2014 年度診療報酬改定は、これらのビジョンを実現化するために行われたのである。

今回の改訂で最大のテーマとなったのが、過剰な 7 対 1 病床の絞り込みである。現在、36 万床ある 7 対 1 病床は過剰であり、必要とされる高度急性期病床 18 万床にするための対策が行われた。その具体策が、(1)重症度、医療･看護必要度基準の厳格化、(2)特定除外制度の廃止（難病などの患者を平均在院日数の算定から除外すること)、(3) 患者の自宅などへの退院割合「75％以上」の要件の導入、(4)短期滞在手術等基本料 3 の算定患者の平均在院日数からの除外であった。入院患者の状態などに関する複数の要件を一気に厳格化し、比較的軽症な患者を多く抱える 7 対 1 病院をふるいにかけることになった。次に、従来の亜急性期入院医療管理科を廃止し、地域包括ケア病棟入院料･入院医療管理科を創設した。地域包括ケア病棟は、急性期後の患者を受け入れだけでなく、在宅患者が急性増悪した際の一時入院施設としての役割を果たすほか、リハビリテーション実施により在宅復帰も担えるようにした。病院機能の改革に関するもう一つの特徴は、全病床に在宅復帰要件が設けられたことであった。これまでは亜急性期と回復期にしか在宅復帰機能を求める仕組みがなかったが、どこに入院しても最後は必ず患者が自宅に戻れる形が整えられた。このほか入院医療では、7 対 1･10 対 1 病棟などに限っていたデータ提出加算の算定対象を全病棟に拡大した。診療データにより、需給バランスを測定して、病床の再編を促進したい厚労省の狙いがあると思われる。

一方、地域では高齢者住宅の供給、定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護・複合型サービスの拡大が進行中である。地域包括ケアシステムの整備は順調に進んでいるとみていい。いずれにせよ、複合施設と高齢者住宅のコンプレックスが、今後の地域包括ケアシステムの核となるであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　97，2015

【 定例研究会報告 】

平成 26 年 12 月 4 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 43 回研究会報告　高齢者医療制度の再生に向けて

現行の高齢者医療制度は後期高齢者医療制度と前期高齢者医療制度の 2 つから成り、 2006 年に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律（高確法)」に基づき 2008 年 4 月から発足したものである。75 歳以上の高齢者に対しては新たな制度を創設し、老人保健制度の仕組みは前期高齢者医療制度として残され、退職者医療制度は廃止されることになったとも捉えることができる。

後期高齢者医療制度は 75 歳以上の者を 1 つの被保険者集団とした独立型の保険制度であり、75 歳に到達するとすべての者がこの制度に移行することになる。後期高齢者医療制度の財源は，後期高齢者の保険料が 10%、現役世代の保険料からの支援金が 40% 、公費が 50%で賄われることになったが、後期高齢者と現役世代の人口構成が変化するため、法律上は、2010 年度以降は 75 歳未満の人口の減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げられ、現役世代からの支援金の割合は引き下げられることになった。当初は保険者支援金については基本的に各保険者の加入者数（前期高齢者を含む）で按分し負担されることになっていたが、市町村国保と協会けんぽの保険者としての脆弱性を考慮して、2010 年度以降は、被用者保険者間の按分方法をそれぞれの所得額に応じた総報酬割を 1/3、加入者割を 2/3 とすることになった。さらに、2015 年度は総報酬割を 1/2、加入者割を 1/2、2016 年度は総報酬割を 2/3、加入者割 1/3、2017 年度は全面報酬割とすることになった。

前期高齢者医療制度では 65 歳に達し、前期高齢者になっても 75 歳に達するまでの間は現在加入している各医療保険者により、 療養の給付や高額療養費等の給付、保健事業を従来どおり受けることができる。この制度は、65 歳以上 75 歳未満の者の加入率に着目し保険者間で財政調整する仕組みである。前期高齢者医療制度は、前期高齢者が国民健康保険に偏在しているため、これを調整することを目的とし、どの保険者も同じ前期高齢者加入率(全国平均)と仮定して、前期高齢者医療給付費を調整する仕組みとなっている。わが国の健康保険制度は、前期高齢者交付金を通じて、被用者健康保険制度から市町村国保へ、後期高齢者交付金を通じて被用者健康保険から後期高齢者医療制度へ所得を分配する仕組みにもなっているのである。

一方、後期高齢者の医療費の多くは、長期入院のために使われている。診療実態がこのような内容になっているのは、1973 年にはじまる 70 歳以上の高齢者を対象に医療費が無料化されたことに起因する。その後、病院が数多く開設され、1985 年に第一次医療法改正が施行され、病床数が規制されるまで、病床数は増加していった。在宅で療養を継続できない高齢者が病院に入院し、そこで看取られることが一般化してしまったのである。したがって、各都道府県の広域連合が、行政と連携して慢性疾患を持った高齢者が医療機関に入院せずに在宅療養を継続できるような医療提供体制の構築や、高齢者アパート等の入居施設といったような介護提供体制を整備していくことが必要であると考えられる。加えて、後期高齢者が望まない延命治療を受けないようなリビング・ウイルを表明できる仕組みの構築する必要もある。

制度的な改革としては、後期高齢者の長期ケアのサービスを一元化し、同一の財政・支払い制度によって統合することも検討されるべきである。そして地域包括ケアが浸透していくことで、長期高齢者の長期入院や望まない延命治療が減少し、後期高齢者の医療費が適正化され、高齢者の QOL も改善されることを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　98，2015

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 2 月 5 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 44 回研究会報告　データヘルス計画と保険者機能

医療保険において、保険者は財源を調達し、被保険者に医療を提供しなければならない。本来は、保険者は最低限の負担で最高の医療を提供するための使命をもっているはずである。しかしながら、現在は医療保険のきまりは国が作っており、保険者はそれに従うだけである。このことが医療の効率化と質の向上を妨げている側面があることが指摘されている。わが国の保険者は医療保険の効率化や質の向上の貢献はしておらず、国のエージェントとしての機能しかない。

しかし、保険者が一方的に被保険者や医療機関に介入を行えば、国民の反発を招く可能性がある。現状では、保険者は被保険者のエージェントとして働いた上で被保険者の信頼を得て、医療機関との協調関係を結ぶべきである。そのためには、現行の制度と規制で行いうる、医療機関情報収集・解析、診療のアウトカム評価、保険加入者の健康管理、受診指導、医療機関と保険者の直接対話（情報交換、患者健康管理）を行っていくことが優先され、データヘルス計画が導入されたと考えられる。

データヘルス計画とは、保険者が保有する被保険者の情報を活用し、PDCA サイクルを通じて、被保険者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる事業である。これは平成 25 年の日本再興戦略や健康・医療戦略にも取り上げられている。P(計画)では、「健康・医療情報を分析し、加入者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する」ことである。D(実施)では、「費用対効果の観点も考慮しつつ、加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組み、生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等の取組み、生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組み」を行う。C(評価)では、「客観的な指標を用いて保健事業の評価」を行う。A(改善)では、「評価結果に基づき事業内容等」を見直すこととしている。

平成 25 年度の地域・職域連携推事業関係者会議において、厚生労働省は保険者による電子レセプトへの保健事業への活用例を紹介している。それらには、「受診が必要であるにも関わらず未受診・受診中断の被保険者に対する受診勧奨」、「慢性疾患の患者に保健指導を行う重症化予防」、「重複・頻回受診者へ適正な受診の指導を行う訪問指導」、「重複服薬者へ適正な服薬の指導を行う訪問指導」などが挙げられている。

データヘルス計画の策定にあたり、全国健康保険協会福岡支部では平成 26 年度から九州大学大学院医学研究院と協力して保健事業に関するデータ分析を実施し、事業主･加入者に対して積極的な情報発信を行うこととなった。今回は、生活習慣病予防健診を受診の有無による医療費及び受診頻度・保健指導の受診によるメタボリック症候群の罹患の有無を比較することにした。

わが国は高齢化が進行し、大きな経済発展は望めない状況になっている。医療資源は限られている状況で、生産性をあげるには、保健事業はすべて経済学的に評価され、優先順位をつける作業を行うことは不可避になりつつある。保健事業を適切に行うには、事業の目的に沿って指標を明確にしなければならない。測定しなければ管理することもできないし、管理することもできなければ改善することもできないからである。指標は事業のプロセスと結果を測定するものを設定することが望ましい。この評価の仕組みを作ることが、PDCA サイクルを通じて、被保険者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる事業の質を向上させる鍵となるであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　99，2015

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 4 月 2 日

医療福祉経営マーケティング研究会事務局長　山﨑哲男

第 45 回研究会報告　オバマ政権の医療保険改革法にみる法的構造の特徴

2010 年 3 月アメリカ・オバマ政権下、連邦議会は医療保険改革法（Patient Protection　and Affordable Care Act)を可決した。アメリカでは日本や欧州のように包括的な公的医療保険が整備されておらず、医療保険の提供は民間保険が役割を担ってきた。そこには常に一定の無保険者が存在する構造になっていることから無保険者は４９９０万人(2010 年)に達し、医療費高騰、国民の健康状態等で深刻な事態に陥っていた。この改革法は、全ての患者を保護し、医療ケアを購入可能なものとするために無保険者の解消することをめざすものであった。(★以上の事実を改革法案の正当性を裏づける「立法事実」という)改革法の支持者は、これを 20 世紀初頭以来、ほぼ一世紀におよぶ悲願を達成した歴史的偉業としたが、世論調査ではむしろ反対が多く、共和党は 2012 年の選挙に勝てば同法廃止の法案を出すと主張し、１３州が違憲訴訟を提起した。ここで最初の疑問に突き当たるのが、1910 年代米国労働立法協会による皆保険運動以来今日まで「国民皆保険」が達成できなかったのはなぜか…という最大のミステリーである。

1937 年から、ルーズベルト、トルーマン、ニクソン、クリントン等の民主党、共和党の各大統領は、医療保険改革法を提起したもののその毎に挫折してきた経緯がある。つまり、この大きな問題は、「民主党と共和党の政治的たたかい」以前の奥深い問題が横たわっているものと考えられないか・・・・というのが本稿の研究の狙いである。1937 年ルーズベルト大統領のニューディール改革に対して連邦裁判所は、経済政策を合憲、医療改革を違憲とした。このケースが 2010 年まで繰り返されてきたのである。オバマ医療保険改革法に対する違憲の主張は、❶　無保険者に補助金が与えられるものの加入を拒否する個人に最低 695 ドルの課徴金が科せられる。これは個人に対する加入強制であり違憲である。(invidual　mandate 条項) ❷メディケアの対象を拡大する。補助金を拡大する。同意しない州に対しては補助金を廃止する。これは連邦議会の憲法上の権限を越えており違憲である。そもそも合衆国憲法にはそんな権限はない・・・というものであった。2012 年 6 月、連邦最高裁判所は、個人加入の強制は合憲、州に対する強制は違憲と判示した。オバマの医療保険改革法は、マサチュセッチュ州知事(共和党)の州立医療改革案を全米に拡大しょうとしたものであった。州憲法内の改革法であれば問題ないが、連邦憲法には福祉権限はなく、連邦制度の制限政体といわれる所以である。建国以来 200 年間、連邦議会の法律制定権限は大きく拡大したものの、今回の判決はそれに限界があることを改めて示したものとなった。連邦憲法と州憲法のしばしばの対立は、南北戦争時(アメリカ連邦国(合衆国)派とアメリカ連合国派）の内戦に遡る。アメリカ人にとって政府とは、❶連邦政府が介入してくることは良くないという根強い疑いがある。肥大化した政府は個人を抑圧するから政府には頼らないという自立の精神哲学。何にため祖国イギリスを追われ大陸に人生をかけてきたのか、何のため独立戦争を戦ったのか。❷無保険者のため政府の支出が増えることは自分らの負担増をもたらすだけ・・・これは、全米各地で語られた声でもあった。そして、社会福祉立法を嫌悪し、自由と自己責任をことさらに追い求める。やすやすとは呑み込めにくい理解するには時間がかかる事柄のように思えてならない。アメリカは、世界で最初の「民主共和制の国」である。フランス等の支援をうけ対英独立戦争を勝ち取り 1776 年独立宣言した。イギリス、フランスの立憲主義、ロックの自然権思想の影響を受け「国民の基本権」の理念は高らかに謳われたものの、ジョージ・ワシントン、トマス・ジェファソン等憲法起草者たちは次第に自然権思想から後退することとなった。長らくアメリカの恥部として黒人差別、貧困と格差が横たわるのは、そうしたことが基底にあるともいわれている。

アメリカ市民の自由権思想は、「層としての利益」「層としての自由」の追求に熱っぽい。これは中産階級市民意識そのものである。ピュリタニズムの継受で個人主義的傾向が強いだけに市民社会は自由競争と自己責任を掟としているが、自由権を享受できない人々を輩出してしまう。そこには、所得再分配思想が根付く余地は希薄で、「社会連帯」は「層としての連帯」に変質することもしばしばである。　リバティかフリーダムか。いずにしても、2010 年医療保険改革法は 100 年来の偉業であり、アメリカ国民の巨大な社会権の創出といえるであろう。この社会権が健全に発展するためにはアメリカ市民社会においての普遍的な哲学の発達が望まれる。それは、自由権は自由権と対立し闘争する。一方が負ければ自己責任である。しかし、社会権は自由権行使の困難な人々の自由権を支える。社会権そのものが自由権を内在している。故に、社会権は自由権を制約しつつ、逆に自由権から制約を受ける。相互に緊張関係であり融合する関係でもある。　元来、英米法、アメリカ法は「哲学」を必要としなかった。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　100，2015

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 6 月 4 日
医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 46 回研究会報告　平成 27 年度介護報酬改訂

2014 年 6 月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（地域医療・介護総合確保推進法）」が国会を通過し、2015 年度介護保険法改正の方向性が決まり、介護保険サービスの報酬・基準についての見直しが行われた。

まず、中重度の要介護者や認知症高齢者となったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、中重度の要介護状態となっても無理なく在宅生活を継続できるよう、24 時間 365 日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした「短時間・1 日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせて提供する包括報酬サービスの機能強化等を図ることになった。次に、リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図ため、リハビリテーションマネジメント加算を設けられた。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組を重点的に評価する。そのために、看取り連携体制加算を新設し、看取り介護加算を増額された。

一方、地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を行うとした。そのために、訪問介護、通所介護、施設介護ともに報酬基準を引き下げられている。加えて、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護 3 以上に限定（既入所者は除く）。低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加された。さらに、一定以上の所得のある利用者（単身の場合で合計所得金額 160 万円以上＝年金収入 280 万円以上）については、自己負担を 1 割から 2 割』に引き上げられ、医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を 37,200 円から 44,400 円に引き上げられた（一般の人は 37,200 万円に据置）。

2015 年度介護報酬改定は、2006 年度改定以来 9 年ぶりのマイナス改定となっている。全体の改定率はマイナス 2.27%。内訳は介護職員処遇改善加算の拡充分でプラス 1.65%、中重度者や認知症への対応など介護サービスの充実分としてプラス 0.56%、その他の報酬の適正化でマイナス 4.48%という厳しい内容である小規模型通所介護の基本報酬は最大 9.8%、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の基本報酬はユニット型で 5.6%、多床室で 5～6%減少することになった。

社会保障財政の逼迫化によって、厳しい介護報酬改定となったのである。今後の高齢化の進行を考慮すれば、単価は下げざるをえない。介護事業所は、介護報酬の収入だけでは薄利多売の戦略を余儀なくされる。介護保険では上乗せ・横出しのサービスが認められているように、私費でのサービスも重ねて提供することが可能である。今後の介護事業所は、いかに私費払いの部分を増やしていくかが課題となろう。また、介護保険では脱施設化の方針も明らかであり、本人の意思の尊重、自立支援、生活・人生の継続性の尊重に重点を置いたサービスが提供されるべきであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　101，2015

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 8 月 6 日
九州大学大学院医学系学府　医療経営・管理学専攻　安井みどり
医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 47 回研究会報告　後期高齢者医療制度の入院医療の課題と対策

後期高齢者の医療費は年々増大し、国家および保険者の財政を圧迫させている。なかでも入院医療費の割合が大きく、またその入院医療費の地域差が大きいことから、高齢者医療の適正化の文脈の中で大きなウェイトを占めている。適正化というと、「医療の削減」と直線的に考えてしまいがちだが、前提は「必要な医療は減らすべきではないが、不適切な入院は減らすべき」ということである。ここでいう『不適切な入院』は、一般的に指摘される医学的必要性が乏しいが、地域環境要因や個人の社会経済要因を理由とした「社会的入院」や「長期入院」といったものである。このような入院にかかる医療費は、介護利用や在宅医療の普及等、すなわち、「地域完結型」への移行によって改善される可能性が高いものである。入院の適正化は病気や障害をもっていても自宅で過ごしたい高齢者への資源を構築する財源を作ることにもなり、高齢者の QOL を高めることにもつながる。しかし、地域完結型への移行は難航しているのが現状である。では、なぜこのような『不適切な高齢者の入院』が発生するのか、そのメカニズムについて、現状を概観し、歴史を振り返り、構造上の問題を探ることを通じて検討を行った。

後期高齢者の入院医療費の割合は後期高齢者の全医療費は約 50%で、福岡県だけでもその入院医療費は年間 3 千 642 億円に上る(平成 25 年度)。また単に額面が大きいだけでなく、全医療費との相関も外来や調剤に比べて強い。医療費要素を用いて各病床の特徴を見てみると、1 件あたり入院日数と 1 日あたり入院医療費を乗じた 1 件あたり入院医療費は一般、療養、精神それぞれ 983,211 円,2,800,696 円 2,861,488 円と療養と精神が圧倒的に高い。療養および精神の 1 日あたり医療費は低いため 1 件あたり入院日数が引き上げているのである。療養および精神病床は 1 日あたり入院医療費が低く、1 件あたり入院日数が長いだけでなく、いわゆる医学的処置（医学管理料や検査料、注射料や手術料など）にかかる費用の割合が小さく、療養および精神それぞれ 14%,17%に過ぎない。平成 26 年度入院医療等の調査(患者票)によると、療養病棟入院基本料を算定されているもののうち、「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のため退院予定がない」ものの占める割合が大きい。

このような医学的な必要性がないにもかかわらず入院する現象が見られるようになったのは、1940 年代後半にさかのぼる。1940 年代後半からは生活保護受給者、1961 年の精神病院建設ラッシュにより精神障害者、1973 年の老人医療費無料化により老人の療養の場となったのである。この現象を解消するべく政府はさまざまな施策を講じてきたが、必ずしも入院医療を必要としない高齢者の入院は継続している。内閣府の調査によると、自立した生活ができなくなった時に、病院に入院したいと考える高齢者はたったの 5.7%に過ぎない。それでも高齢者の入院が継続しているのは、高額療養費制度により入院の自己負担が軽いからであると考えられる。不適切な入院を減らすためには、過剰な病床は削減し、高齢者施設を十分に整え、介護や在宅医療にかかる自己負担を相対的に軽くし、入院医療にかかる自己負担を高くする必要がある。また、本人が望まない延命治療を受けることのないように、リビングウィルなどの普及啓発をすることなども求められるであろう。

事務局だより

医療福祉経営マーケティング研究会　安井みどり

記念すべき第 10 巻の発刊は、皆様のお支えがあってこそ実現できたことあり、事務局から謹んで御礼を申し上げます。

現在、「医療は『病院完結型』から『地域完結型』へ」をテーマに、地域医療ビジョンによる計画的な効率的医療資源配分の試みと地域包括ケアシステムの構築が進められています。これらの取り組みは、医療費適正化という言葉を伴って語られることがあります。それゆえに、財政的側面ばかりが強調されているようにみえてしまい、「必要な医療も削減されてしまうのでは？」とネガティブに考えられてしまう場合があるようです。

ですけれども、これらの取り組みは、「医療の質」を高める取り組みであるとも言えるのです。米国医学研究所(Institution of Medicine)は、医療の質を安全性、有効性、患者中心志向、適時性、効率性、公正性の 6 つの指標に集約しています。

高齢社会白書では、虚弱化後の居住形態について、大半の高齢者の方がご自宅などを希望していると報告されています。「患者中心志向」に鑑みれば、『病院完結型』から『地域完結型』への移行は、医療の質を高めていく営みであることになります。

地域医療ビジョンも同様です。これは各地域の必要病床数をきちんと推計することにより、各地域の需要にあった医療資源を配分するものです。つまり、「公正性」を担保することでもありますし、また救急医療資源配分であれば「適時性」を担保することにもなります。加えて、地域間の医療費の格差を減らすことは、厚生の損失を減らすことでもあり、換言すれば「効率性」を高めることにもなります。

かかりつけ医を持つことは、パラダイムシフトにおいて重要な要素ですが、これも「有効性」と「安全性」を高める取り組みです。たとえば、高齢者は複数の疾患（主に慢性疾患）を持っている方が多く、それゆえに複数の医療機関を受診するケースが少なくありません。しかし、医療に詳しくない方々にとって、「どの医療機関を受診すべきか」ということは判断しにくいことも多く、「有効」でない受診をしている場合もあるかもしれません。加えて、複数の医療機関を受診することにより、類似したお薬、組合せが禁忌なお薬などをもらう可能性も高まります。いわゆる多剤併用や併用禁忌と知られる問題で、この副作用は高齢者の方の「安全」を脅かします。ですから、かかりつけ医を持つことを推進することは「有効性」や「安全性」を高めることになるのです。

すなわち、『病院完結型』から『地域完結型』は、医療の質を高めるために重要な貢献をすると考えられます。

本研究会誌は、このパラダイムシフトの推進に邁進している方々が執筆しており、今後、日本の医療の質を高めていく上で、重要で有益な経験や知恵が詰まったものとなっています。みなさまの「医療の質」を高めるお取り組みに、本研究会誌がその一助を担うと信じております。

よりよい医療環境を整えるためには、本誌のようにお互いの経験を共有し、意見を交わすことで地域完結型を推進すること、つまり「止揚していくこと」の重要であると考えます。本研究会誌は、今後も「止揚の機会」を提供するものとして価値を高めていきたいと思いますので、ぜひ、皆様も積極的に論文をご投稿ください。ご投稿、心より楽しみにしております。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　103, 2015

第六回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会
大会テーマ: 地方創生のための医療・福祉マーケティング

1. 会期　：平成 28 年 3 月 19 日（土）　13：00-17：30
2. 会場　：九州大学医学部　総合研究棟 102 号室（九州大学病院地区キャンパス内）
3. 学術集会プログラム
【1. 特別講演　13:00～13:40】
テーマ：地域中核病院における地域医療構想への対応
演者：齋藤貴生(田川市病院事業管理者)
【2. 教育講演　13:45～14:25】
テーマ：地方創生と日本版 CCRC
馬場園　明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)
【3. 一般発表　14:35～17:30】
【4. 懇親会 】＊演題発表後、懇親会を予定しています。多数のご参加をお待ちしています。
4. 学術集会・大会事務局
〒812-8582　　福岡県福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号　九州大学大学院医学研究院内
医療経営・管理学講座　医療福祉経営マーケティング研究会　大会事務局　立石　祐布子
TEL:　092-642-6960　　FAX: 092-642-6961
E-mail：y-tate@hcam.med.kyushu-u.ac.jp
5. 学術集会参加および研究発表申込
1）研究発表申込締め切り期日：平成 28 年 1 月 31 日（日）必着
研究会ホームページ「申し込みフォーム」にてお申し込みいただくか、「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、事務局まで郵送あるいは FAX してください。
なお、発表内容の理論的研究・実践的研究の区別および研究ジャンル、発表形態も忘れず、記入してください。
2）発表抄録締めきり期日：平成 28 年 1 月 31 日（日）必着
y-tate@hcam.med.kyushu-u.ac.jp に、下記の抄録原稿書式に合わせて添付ファイルで送ってください。期限厳守で御願いします。
＜抄録原稿書式＞
用　紙：A4 サイズ
頁　数：1 頁
余　白：上 20mm、下 20mm、左 15mm、右 15mm
段　組：2 段組、段間 8mm
文字数：24 字 42 行
フォント：タイトル；平成角ゴシック　12、著者・所属・本文；ＭＳ明朝　10
図　表：合わせて 1 つまで
3）学術集会参加費・申込
＊参加費は無料です。(懇親会費 3,000 円)
＊参加申込については、「研究会ホームページ申し込みフォーム」にてお申し込みいただくか、「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、4 の事務局まで郵送あるいは FAX してください。

医療福祉経営マーケティング研究
第10巻　第1号　　104 - 106,　2015

医療福祉経営マーケティング研究会　規約

第 1 章　総　則

第１条　本会は、「医療福祉経営マーケティング研究会」(The Society of Health Care Management and Marketing) と称する。

第２条　本会は、超高齢社会における高齢者の潜在的なニーズ、新しいニーズに対応するために、医療・保健・福祉を連携、統合した、より効果的、効率的なヘルスケアシステムを研究開発、創造し、地域社会に貢献していくことを目的とする。

第３条　本研究会の事務局を福岡市東区馬出３丁目１番１号
九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ　706
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内に置く。

第 2 章　事　業

第４条　本会は、その目的を達成するため次の事業を行う。

(1)　医療福祉経営管理に関する研究業務

(2)　その他医療福祉関連分野における経営全般の研究業務

(3)　医療福祉に関する研究会・セミナーの企画、開催

(4)　研究会機関誌「医療福祉経営マーケティング研究」・研究会ニュース等の発行

(5)　関係諸学会、協会、団体との連絡及び協力活動

(6)　会員相互の親睦、交流の推進

(7)　その他、本会の目的に資する事業の開催

第 3 章　会　員

第５条　本会は、正会員と賛助会員を置くことができる。

(1) 正会員は、医療福祉経営、マーケティング及び、医療福祉政策等に関心を有する者で、理事会の承認を得、所定の会費を納入した個人とする。

(2) 賛助会員は、本会の目的に賛同し理事会で承認された団体または個人とする。

第６条　会員は、本会が発行する研究会機関誌、ニュース等の配付を受け、本会の助言、コンサルティングを受けることができる。

第７条　正会員は、次に示す所定の年会費を納入しなければならない。

(1) 正会員　　5,000 円
（但し、九州大学職員は 2,000 円、大学院生は 1,000 円とする）

第 8 条　賛助会員は、本研究会の趣旨に同意し、運営を支援する団体、個人で一口 5 万円以上（何口でも可）の会費を納入しなければならない。

第 9 条　退会について本人からの申し出があった場合、理事会で審議し、退会を認める。また、会員にして会費の納入を 3 年間怠った者は、退会したものとみなす。

第 10 条　本会の名誉を傷つけたり、または本会の目的に反する行為があった場合、理事会の議決を経てこれを除名することができる。

第 4 章　役　員

第 11 条　本会の事業を運営するため、正会員の中からの役員を選出する。

(1) 理事長　　1 名

(2) 副理事長　　2 名

(3) 理事　　若干名

(4) 事務局長　　1 名

(5) 監事　　1 名

第 12 条 役員の任務は、次のとおりとする。

(1) 理事長は、本会を代表し会務を総括する。

(2) 副理事長は、理事長を助けて会務を分掌し、執行する。

(3) 事務局長は、本会の業務を行う。

(4) 監事は、事務局と理事会の運営を監査する。

第 13 条　理事長の任期は 1 期一年とする。
他の役員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

第 14 条　役員の選出は、次の通りとする。

(1) 理事長、副理事長は、理事の中から互選により決定する。

(2) 理事は、正会員の中から互選により決定する。

第 5 章　会　議

第 15 条　本会の会議は、総会及び理事会とする。

(1) 総会は、毎年 1 回開催し、役員の選出及び本会の運営に関する事項を審議・決定する。

(2) 総会は、理事長が召集し、出席会員をもって構成する。

(3) 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決定する。

(4) 臨時総会は、理事会が必要と認めた場合、もしくは会員の 3 分の 1 以上の要求がある場合に開く。

(5) 理事会は、年 1 回以上開き、本会の事業計画並びにこれに伴う予算計画を含む運営について 協議し、議決する。

第 6 章　会　計

第 16 条　本会の経費は、会費、寄付金及びその他の収入をもって支出する。

第 17 条　本会の会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。

第 18 条　本会の決算報告及び予算案は、総会において審議決定する。

付　則

(1) 本会則は、総会において出席会員の 3 分の 2 以上を得た決議により変更することができる。

(2) 本会則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

役　員

理　事　長：	馬場園　明	九州大学大学院医学研究院教授
副 理 事 長：	福田　治久	九州大学大学院医学研究院准教授
	萩原　明人	九州大学大学院医学研究院教授
理　　事：	津田　敏秀	岡山大学大学院環境学研究科教授
事 務 局 長：	山﨑　哲男	福岡大学大学院法学研究科
主席研究員：	窪田　昌行	医学博士、ペンシルバニア大学ビジネススクール医学経営管理学コース MBA
監　　事：	吉田　樹夫	公認会計士

「医療福祉経営マーケティング研究」投稿規定

１、投稿論文は医療福祉経営に関するもので、他雑誌に未発表のものとする。
２、投稿の種類は原著、総説、短報、実践活動報告、ケース・スタディ、資料などとする。
３、人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言の精神に沿ったものでなくてはならない。
４、論文は「執筆要領」に従い、和文または英文で記し、別紙に英文の抄録ならびに英・和（英文論文では英のみ）それぞれ５語前後のキーワードを付け、それらのコピー２部（図表を含む）をそえて提出する。ケース・スタディ、資料に関しては、抄録は省略できることにする。
５、査読終了後、最終原稿提出時にはフロッピーディスクを添付する。
６、原稿の取捨選択、加除訂正の要求、掲載順序の指定、校正（初校は著者）などは編集委員会が行い、編集委員長の名で著者に連絡する。
７、本誌に掲載された論文等の著作権は医療福祉経営マーケティング研究会に属する。
８、原稿は書留便で封筒の表に「医療福祉経営マーケティング研究」と朱書し、書留便で下記宛に送ること。

〒812-8582　福岡市東区馬出３丁目１番１号
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
馬場園　明

執筆要領

１、原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先（以上和英両文）、論文の種類、表および図の数を書く。
２、和文原稿はワードプロセッサーを用いＡ４判用紙30字×25行(750字)横書きとする。論文には、英文抄録(400語以内)およびその和訳文をつける。英文抄録は、Purpose, Method, Results, Discussion から構成される構造化アブストラクトとする。
３、英文原稿はＡ４判用紙にダブルスペースでタイプする。論文には、英文抄録(400語以内)および和文要旨(1500字以内)をつける。
４、原著、総説の原稿枚数は図表を含めておよそ20枚以内、短報、実践活動報告、ケース・スタディ、資料の原稿枚数は図表を含めておよそ10枚以内とする。
５、図、表は英文原稿に関しては英文とし、和文原稿に関しては和文もしくは英文とし、図の表題は別にＡ４判用紙にダブルスペースでタイプする。また、本文中に図表が挿入されるべき位置を明確にしておく。
６、引用文献は引用順に番号をつけて最後に一括し、下記の記載例に従うこと。本文中にも、「……報告されている１)。……知られている2,3)。……他の研究を参照した4-5)。」のように文献番号をつける。著者が７名以上の場合は最初の３名を記し、あとは「他」(英文では et al.）とする。

〈学術雑誌〉著者名、表題、雑誌名、発行年（西暦）；巻：頁。
１）西垣千春、多田羅浩三、老人の入院医療に関する医療保険の種類別比較分析、日本衛生学雑誌、1988；43：741-748.
２）Mccusker J and Stoddard AM, Effects of an expanding home care program for the terminally ill, Med Care, 1987；25：373-384.
〈単行本〉著者名、表題、編者名、書名、発行所在地：発行所、発行年（西暦）；引用頁。
１）馬場園明、疫学、山田裕章編、現代健康学、福岡：九州大学出版会、1998；41-56.
２）Johnsen AR, Siegler M, Winslade WJ, Preferences of Patients, Clinical Ethics, New York：Mc Graw-Hill, 1992；37-84.

編集後記

以前，大腿骨頚部骨折患者の急性期入院時から回復期退院時までの総医療費を，１病院完結型医療と地域連携型医療との間で比較したことがあります．この研究から得られた知見は，地域連携型医療では，同一地域・同一急性期病院を退院し，患者重症度の違いを調整しても，転院先となる回復期病院によって総医療費が大きく異なることでした．地域連携を促すために地域連携パスというツールが活用されているものの，高齢者医療の標準化には依然として大きな課題が残されていることを示唆しているようです．

医療費の抑制圧力はいよいよ待ったなしの状況に陥っており，高齢者医療の問題解決は今後ますます重要度を増してくるでしょう．単一的な解決方法は存在せず，各地域における既存医療資源と将来的な人口動態的・財政的見通しに鑑みて，住民，医療関係者，行政，大学等が“地域連携”し，最善の道を検討していくことが唯一の解決策であるように思われます．

さて，本号では，「呼吸器感染症で急性期病院に入院した高齢者の栄養状態が在院日数及び入院医療費に与える影響」，「認知症者を有する家庭への支援マニュアル（訪問看護師用）の作成」，「山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発」，「急性期病院における地域包括ケアシステムへの支援の構築」，「鹿児島姶良地区ケアミックス医療機関での地域包括ケア病棟取得に向けての取り組み」，「地方創生と日本版 CCRC・姶良 JOY タウン構想」が掲載されています．
いずれも高齢者に関して可及的速やかに取り組むべき政策的あるいは実務的課題に取り組んだ意欲作です．高齢者医療は高度に複雑に絡み合った問題ではありますが，論文著者と読者の皆さんとのディスカッションを通じて，ひとつずつ解決を目指していきたいものです．読者の皆さんからの積極的な投稿をお願いします．（文責　福田治久）

医療福祉経営マーケティング研究
The Society of Health Care Management and Marketing

編集委員会
編集委員長：馬場園　明
副編集委員長：萩原　明人
編集委員：福田　治久
津田　敏秀
窪田　昌行

Editorial Board
Editor-in-Chief: Akira BABAZONO
Associate Editor: Akihito HAGIHARA
Haruhisa FUKUDA
Toshihide TSUDA
Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第 10 巻　第 1 号

2015 年 10 月 1 日　発行

発　行　医療福祉経営マーケティング研究会
代表者　馬場園　明
〒812-　福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学医学部コラボ・ステーション H　706
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内
TEL:092-651-4565　FAX:092-651-4565

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 10 No.1 1st, October 2015

Preface
Chief Director Akira BABAZONO

Original
Effect of nutritional status on length of stay and health care costs among elderly patients, hospitalized for respiratory infection in an acute care hospital ・・・ 1
Hirokazu OKUBO, Akira BABAZONO

Practical Study
Establishment of support functions for a local comprehensive health care system in an acute care hospital ・・・ 7
Midori NONOSHITA, Akira BABAZONO
Study of the functions of pharmacists in a continuing care retirement community model in a mountainous region ・・・ 13
Minoru HANADA, Akira BABAZONO
Development of a manual to aid visiting nurses who support individuals with dementia and their families ・・・ 25
Yutaka MURATA, Akira BABAZONO

Case Study
Japanese CCRC Aira JOY Town Vision for Regional Revitalization ・・・ 37
Kazumi TAKATA, Masayuki KUBOTA, Yasunori SUEYOSHI, Toshitaka SASAHARA, Kouji MIYAZAKI, Masayuki NAKAMURA, Masachika TAKATA, Akira BABAZONO
A strategy to acquire the certificate of the community based care ward in the mixed care hospital in Aira City, Kagoshima Prefecture ・・・ 47
Masayuki NAKAMURA, Junko WATANABE, Shoko TOGO, Naoko YAMAMOTO, Kouichi OGAWA, Shinichi SAKAMOTO, Yuichi KOMINATO, Hirotada SAKUMA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract
The program of the 5th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing（Fukuoka, Japan, 28, Feb, 2015） ・・・ 59
The program of the 6th Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 83
The program of the 7th Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 91

Report
Report of the Regular Meeting（42nd, 43rd, 44th 45th, 46th, 47th） ・・・ 96

News
Secretary Midori YASUI ・・・ 102

Information
The 6th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 103

The Regulations of the Society
The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 104

Instructions for Authors
Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・ 107

Editor's note
Editor Haruhisa FUKUDA ・・・ 108

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing