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 11 巻　第 1 号　2016 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

大学病院における戦略的経営管理フレームワークの構築　・・・ 1
廣田　りょう、馬場園　明

わが国の市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた評価システムの開発
－福岡県春日市をケースとして－　・・・ 17
村田　典子、馬場園　明

福岡県後期高齢者医療制度の透析患者における医療費の地域差の検討　・・・ 25
尾ノ上　美樹夫、前田　俊樹、西　巧、安井　みどり、馬場園　明

ケーススタディ

加治木温泉病院における病床稼働率向上のためのチームアプローチ　・・・ 31
中村　真之、佐久間　弘匡、小湊　裕一、　渡辺　純子、
東郷　尚子、宮崎　浩二、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第 6 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　・・・ 43
第 8 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 67
第 9 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 75

定例研究会報告

第 48 回研究会報告　日本版 CCRC のリーダーシップ　窪田　昌行　・・・ 81
第 49 回研究会報告　後期高齢者医療制度の薬剤処方の課題と対策　・・・ 82
馬場園　明、安井　みどり
第 50 回研究会報告　アメリカの医療制度　馬場園　明　・・・ 83
第 51 回研究会報告　イギリスの医療制度　馬場園　明　・・・ 84
第 52 回研究会報告　平成 28 年介護報酬改定　馬場園　明　・・・ 85
第 53 回研究会報告　日本版 CCRC における訪問看護ステーションの役割　窪田　昌行・・・ 86

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　・・・ 87
お知らせ　第 7 回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会　・・・ 89
研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約　・・・ 90
投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文）　・・・ 93
編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員　津田敏秀　・・・ 94

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11巻　第1号　　2016

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

わが国では、「医療完結型」から「地域完結型」への医療のパラダイムの転換が進行中である。急性期の病気では急性期病床で治療し、回復期病床でリハビリを受けた後は、地域で継続的に生活できるような仕組みを構築することを目指している。その軸になるのが、「地域医療構想」と「地域包括ケアシステムの構築」である。

「地域医療構想」とは、医療計画において当該構想区域における将来の必要病床数、高度急性期、急性期、回復期、慢性期病床数を定めるものである。2013 年の医療施設調査では、病床数は 134.7 万床、一般病床 100.6 万床、療養病床 34.1 万床であった。一方、2015 年 6 月 15 日、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」から 2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果も示されている。それによると、必要病床数は 115 ～ 119 万床、高度急性期は 13 万床、急性期は 40.1 万床、回復期 37.5 万床、慢性期 24.2 万～28.5 床とされた。加えて介護系施設、高齢者住宅等が 29.7～33.7 万床となっている。一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、2025 年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多いとされている。なお、「地域包括ケアシステム」とは、「生活上の安全・安心・健康を確保するために、 医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。

2016 年度の診療報酬改定では、病床機能の再編や地域包括ケアシステム構築の推進のため、様々な改定が打ち出された。急性期入院に対しては、7 対 1 病床が過剰であるとの認識から、7 対 1 一般病棟入院基本料の施設基準の一つである「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われた。すなわち、前回改定以上に評価項目が厳格化され、看護必要度の基準は、25%以上また、地域包括ケアシステムの構築を目指した退院支援が手厚く評価された。患者や家族と退院後について話し合い、退院支援計画を作成し、チームでカンファレンスを行うことなどが評価された。また、必要に応じてケアマネジャーと連携して情報提供をすれば介護支援連携指導料を、退院直後の重症患者の患家を訪問すれば退院後訪問指導料を算定できることになっている。

さらに、外来医療の目玉となったのは、「認知症地域包括診療料」と「小児かかりつけ診療料」が新設されたことである。これは 2014 年に新設された「地域包括診療料」とともに実地医家の総合診療医の役割を強化する狙いがある。また、そのほか、在宅専門診療所などが新設された。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を構築することが求められている。患者が紹介状なしで大病院を受診した際、定額の負担を求める制度が導入された。これにより、大病院から診療所・中小病院への外来移行が促進すると見られる。なお、薬剤の種類を減少させることを目的とした「薬剤総合評価調整管理料」も新設されたのも特徴的である。高齢者の疾病や障害のほとんどは、投薬によって治癒は望むことはできないし、高齢者に多種類の投薬をするのは副作用のリスクを高めるからである。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。今後求められる医療経営・管理を検討していくには、このような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。

わが国の医療機関は、これまで高齢者の高額療養費の自己負担が低く抑えられてきたために、一般病床を持つ医療機関も慢性期医療を行っている場合が多い。一方、がんの化学療法、放射線療法、脳卒中救急、脳卒中の手術などは地域によっては不足している。なお、ＰＣＩ（経皮的冠動脈形成術）などは過剰に行われている地域もあるようである。診療の過剰使用、過少使用、誤用を明らかにし、是正していかなければならない。医療は保険と税金など公的な資源で賄われている。透明性と説明責任を担保しているためには、レセプト・ＤＰＣデータをモニタリングして医療の需給バランスを明らかにしていくことが、医療資源を公正に効率よく分配していくことの鍵になると思われる。また、レセプト・ＤＰＣデータをモニタリングして、医療の質を改善していくシステムの構築を行うことが必要である。すなわち、診療のアクセス、プロセスと結果がデータベース化され、それが医療計画の設計や医療の質の改善に活用される時代を迎えるであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　1 - 15,　2016

大学病院における戦略的経営管理フレームワークの構築

廣田りょう[1)]、馬場園　明[2)]

Construction of a strategic management framework in a university hospital

Ryo HIROTA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】

This study's purpose was to propose a method of implementing a management strategy from a hospital chief financial officer's standpoint. The study was conducted in a university hospital setting, where advanced medical treatment, medical education, and medical research are provided simultaneously. This approach corresponds to the paradigm shift from hospital-centered to community-centered health care seen in the national health policy.

【Method】

First, a SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) analysis was conducted with an eye toward the mission and vision, approaching the construction of the business management framework based on the balanced scorecard concept. Second, using the strategy map and the scorecard, the scenario for strategy theme was decided. Finally, using DPC data, they were verified by critical success factor and key performance indicator analysis with a strategic target.

【Results】

The SWOT analysis showed that the health care paradigm shift poses a threat to the university hospital. Providing efficient and high-quality, advanced medical care and using indicators such as length of stay for monitoring may lead to improved financial outcomes.

【Discussion】

This study demonstrates that the method of scoring on indicators, such as the proper management of receipts and payments, and evaluating them to drop into the spot is a top-down strategy. The framework would be more appropriate if it took the particular context into account. Continuous time series comparison of indicators by each institution and nationally scaled comparisons with benchmarks would further improve the proposed method. The university hospital management strategy corresponding to the health care paradigm shift should not only seek to achieve the selection and concentration of acute health care; the hospital leadership should also take action to achieve community-centered health care in the future.

Key words:Health Care Paradigm Shift, University Hospital, Management Strategy, Balanced Scorecard

【抄録】

【目的】

医師の教育、医学の研究と同時に高度医療の提供を担う大学病院の経営における財務担当理事としての立場から、「病院完結型」から「地域完結型」へのわが国の医療政策のパラダイムシフトに対応するための経営戦略を現場に落としこむ方法論を経営管理フレームワークとして提案することを、本研究の目的とした。

【対象と方法】

経営管理フレームワーク構築の方法としてバランスト･スコアカードの概念を用いて、現状のミッション、ビジョンに向かい、SWOT分析を行った。さらに、戦略テーマ達成のためのシナリオを、戦略マップとスコアカードによって策定し、DPCデータを中心としたデータ分析によって戦略目標に対する重要成功要因（CSF）と重要成果指標(KPI)の実効性を検証した。なお、収益力の強化のためには、平均在院日数の短縮と同時に適正病床数に基づく病床稼働率の向上が重要な課題であり、競合病院の存在が大きい二次医療圏における戦略判断は、疾患別などより細かいレベルでの検討が競争力の強化につながることを前提とした。

【結果】

SWOT分析の結果、地域の中核病院として高度な医療を提供してきた大学病院であっても、医療のパラダイムシフトにより脅威にさらされていることが明らかとなった。また、スコアカードにて設定するKPI のうちDPCデータの機能評価係数Ⅱ、複雑性係数、効率性係数は、戦略テーマの達成のため特に重要な指標であることが示された。さらに大学病院においても効率的かつ質の高い高度医療を提供し、在院日数などでモニタリングすることで、財務的な指標も改善することが明らかとなった。

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, Kyushu 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, Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　1 - 15,　2016

【考察】

本研究の特徴は、トップダウンによる戦略を現場に落とし込み、また管理指標のベンチマークとの比較を時系列で定量的に行い、さらに戦略を総合的に判断するために、収入支出の適正管理などの要素をスコアリングして評価する手法を試みたことにある。またこのフレームワークは、病院全体の経営レベルから個別医療の運営レベルにおいてまで、現場における提案を取り入れる事によってよりさらに有効になると考える。さらに、この研究結果を改善していくためには、継続的な長期にわたる医療機関における時系列比較と全国レベルでのベンチマーク比較が必要となると思われる。そして、医療のパラダイムシフトにおける大学病院の経営戦略は、急性期病院としての選択と集中を進めつつ、地域完結型医療の完成へ向けてリーダーシップを発揮することを最終的な戦略目標とすべきであることが本研究の今後のアプローチとして示唆された。

キーワード：医療のパラダイムシフト、大学病院、経営戦略、バランスト･スコアカード

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　1 - 15,　2016

【はじめに】

わが国における人口減少と高齢社会の進行に対応して、医療政策は従来の「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へのパラダイムシフトの時代にあり、体制としては病院・診療所による医療に加えて在宅医療、訪問看護や介護施設まで含めた医療介護体制を目指している[1,2)]。

政策には二つの柱がある。一つ目の柱は病院機能分化の推進である[3,4)]。医療政策としては、急性期病床を削減する一方、回復期病床は増加させる方向であり、その具体化として、地域医療構想を策定し都道府県レベルに医療体制の再編が委ねられている。二つ目の柱は、機能分化と合わせ、介護の役割を明確にしてそれらを統合することにある。到達すべきビジョンとしては、地域包括ケアシステムや日本版CCRCなどが構想されている[5,6)]。

これら医療のパラダイムシフトに呼応して、医療主体には様々な対応が迫られている。特に私立の大学病院は、特定機能病院として高度な医療を担い、医師の教育、医学の研究を担う大学病院であると同時に、学校法人による経営という民間病院の性質も持っている。高度な医療や医学教育･研究には人的･物的にわたる財務上の大きな投資が多方面に必要であるが、学校法人には一定の公的な補助金が見込まれるものの、民間企業としてまず経営の安定が求められ、限られた財源の配分には優先順位の見極めが重要となる。これら複合的な大学病院の使命を統合し、それを戦略的に果たすためには、トップダウンによる経営管理体勢の構築が求められている。なぜならば、複合的な使命を直接担う教師、医師、看護師、技師等、多職種の教職員には多元的な価値観があり、統一的な方向性が定まらない場合や、経営的な費用対効果の判断が軽視される蓋然性もある。使命にも優先順位付けして大学病院としての方向性を統合するためには、トップダウンの考え方が極めて重要であると考える。以上の状況を背景として、医師の教育や医学の研究と同時に高度医療の提供を担う大学病院において、病院経営における財務担当理事としての立場から、経営戦略を現場に落としこむ方法論を経営管理フレームワークとして提案し経営戦略の方向性を示すことを本研究の目的とした。

【対象と方法】

1. 対象

研究の対象は学校法人久留米大学医学部附属病院（久留米大学病院）とする。久留米大学病院の前身である九州医学専門学校附属病院は、昭和3年（1928年）に150床をもって開院した後、近年では平成5年に特定機能病院、6年高度救命救急センター、14年地域がん診療拠点病院、16年に病院機能評価認定施設の承認を受けている。

平成27年7月現在、23診療科、1025床（うち一般972床、精神53床）、医師556名、看護師1,084名、技術職等職員579名を擁している。平成26年度実績で、1日平均入院患者数835名、一般病床平均在院日数15.8日、病床利用率81.8％であり、1日平均外来患者数は1,830名である。

学校法人の消費収支計算書における久留米大学病院の平成26年度収支実績では、医療収入29,656百万円、うち入院収入22,024百万円、外来収入7,631百万円である。医療経費は11,106百万円で、医療収入に対する割合は37.4％である。平成21年度からの医療収入の推移を見ると入院収入は19,906百万円（21年度）から22,027百万円（24年度）と増加した後、横ばいである。要因としては、平均入院単価は56,911円（21年度）から72,252円（26年度）と増加しているものの、延べ入院患者数が350千人（21年度）から305千人（26年度）と減少を続けていることが挙げられる。外来収入は6,077百万円（21年度）から7,632百万円（26年度）と増加している。その要因は入院収入と同様に、平均外来単価が13,150円（21年度）から17,091円（26年度）と増加していることにあるが、延べ外来患者数は462千人（21年度）から447千人（26年度）と減少している。医療収入に対する医療経費の割合は、従来平均33％台で推移していたが、近年36.8％（25年度）、37.4％（26年度）と増加傾向にあることから、経費率改善の対応を迫られている。

経営に関する協議は、医療経営に関する決定機関である学校法人理事会と、医療運営に関する病院執行部との協議機関である大学病院経営企画委員会を中心としている。この委員会においては様々な重要事項が協議されているものの、さらに環境変化を見据えた将来展望への経営方針に係る経営管理フレームワークの構築も必要と言える。

2. 方法

⑴　バランスト･スコアカード（BSC）概念

この研究では経営管理フレームワーク構築の方法として戦略的経営管理手法の一つであるバランスト･スコアカード（BSC）の概念を用いた。戦略テーマとしては、病院機能分化の推進という医療のパラダイムシフトに係る政策への対応として、大学病院における急性期医療の選択と集中及び急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献を経営戦略に方向付けることを主題としている。

この主題のもとで大学病院の使命を果たしていく過程には、医療の質を高める病院運営と、医療の効率性を高める病院経営が重

要な両輪である。近年、国の財政は社会保障費の増大を抑えるべく診療報酬の改定には慎重な姿勢で臨み[7]、また、国債発行が増えていく中、その社会保障費の直接の財源とすべく消費税の引き上げも図られており、この両者は、大学病院の経営に特に大きな圧力となっている。診療報酬の改定については、いわゆる小泉改革による2002年度改定から本体部分のマイナス改定があり、その後政権交代による変動はあったものの、年金とともに医療に関しては大きな財政課題となっている。そのような中での、2014年の消費税増税は診療報酬の改定による補填はあったものの、控除対象外消費税の大きな影響を受ける大学病院をはじめとする規模の大きな病院には財務上の大きな経営リスクとなっている。教育、研究とともにある大学病院の医療において、医療従事者による医療の質の向上が使命ではあるが、それを支える医療の効率性向上、財務の安定はその重要な礎となる。それゆえ、まずは財務の視点を切り口とした経営管理フレームワークによる研究を試みた。

あらゆる組織はあるべき姿としてのミッションを持つべきであり、久留米大学病院も、地域と共に歩む患者中心の医療、高度で安全なチーム医療と優れた医療人の育成などを掲げている。さらに近い将来のあるべき姿をビジョンとして掲げている。そこでBSCの概念に従い、そのミッション、ビジョンと現状を見据えて、経営戦略の方向性を明らかにするためクロスSWOT分析を用い、組織が有している内部環境（強みと弱み）と組織が置かれている外部環境（機会と脅威）、さらには取りうる戦略の可能性を把握した。ビジョンを実現するためには、その達成と実現に貢献し促進する要素（強み･機会）と、逆にその達成と実現を制御し阻害する要素（弱み･脅威）を特定することが必要である。そして、それらの要素は、ミッション達成に携わる人的資源、施設設備など有形またはブランド力など無形の物的資源、それらの調達に必要な財務的資源などの組織自身が内部に有する内部環境に属する要素と、国の政策や行政、国や地域の経済情勢や人口動態といった社会状況など組織の外部をとりまく外部環境に属する要素に分析できる。

次に、大学病院における急性期医療の選択と集中及び急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献という戦略テーマ達成のためのシナリオを、医療の効率性向上を念頭に戦略マップとスコアカードによって構築し、データの分析により戦略目標に対する重要成功要因CSF（Critical Success Factor）と重要成果指標KPI（Key Performance Indicator）の実効性を検証した。分析の対象とするデータは、財務会計システムからの財務データと、厚生労働省のDPC導入の影響評価に関する調査で集計されるDPCデータである。なお、入院患者の診療報酬であるDPC包括評価において、施設に対する診療報酬算定のインセンティブともなる医療機関別係数には、医療機関群別の診療機能評価を示す基礎係数や入院基本料加算による看護体制などを示す機能評価係数Ⅰ、さらに効率改善へのインセンティブともなる機能評価係数Ⅱがある。特に今後、DPC診療報酬では重視される方向にある機能評価係数Ⅱの分析を行った。機能評価係数Ⅱの意義としては、それを構成する特に3つの指数に着目できる。まず効率性指数は在院日数短縮努力の表れであり、医療の質の向上に関連する指数である。また複雑性指数は高度な医療を実施する基盤と実績の表れであり、医療施設の機能分担に関連する指数である。そして地域医療指数は地域医療への貢献度に関連する指標である。戦略テーマのうち大学病院における急性期医療の選択と集中から、まずは福岡県内大学病院、DPCⅠ群4病院について機能評価係数Ⅱとそれに影響の大きい複雑性係数と効率性係数の時系列相互比較をするために、平成24及び26年度のそれぞれの係数をDPCⅠ群80病院中の順位パーセンタイル値に変換し、その数値を要素とした散布図による分析を行った。なお、以下論文中のデータ分析にあたっては『DPCデータ活用術』（伏見清秀監修、今井志乃ぶ執筆、日経ヘルスケア編著、2014）から、集計･分析の手法を参考とした。

⑵　バランスト･スコアカード（BSC）策定

クロスSWOT分析の結果により、久留米大学病院の有する内部環境における強みとしては、地域の中核病院として高度な医療を提供してきた実績と評判があり、DPCデータ疾患別･手術別集計からの手術実績などに表れている[8]。これは大学病院として、人的には医師、看護師、技師など医療従事者が充実していること、物的には医療施設設備の整備を進めていること[9]、学校法人経営の病院として財務的安定も図られていることが影響していると考えられる[10]。弱みとしては、病院サービスの対象者である受診患者数の減少や、患者の疾病構造の変化などによる医療経費率の上昇が挙げられる。また久留米大学病院をとりまく外部環境として、国の政策である医療のパラダイムシフトと医療提供体制の改革は、久留米大学病院の分院である医療センターをして地域包括ケアシステムにおける医療機関への転換の機会であり、病院本院をして急性期医療の役割が不明確な場合は脅威である。また、地域の住民や診療所からの要求が高い大学病院への期待は大きな機会としなければならない一方、地域における競合病院のシェアの拡大は、地域における医療のゼロサム競争を前提とするならば、対抗すべき大きな脅威である。

戦略マップ（図1）の整理により、戦略テーマ達成のため、医療の質と経営の質、両者の向上を見据えて、財務、顧客、業務プロセス、学習･成長の四つの視点から戦略目標を設定した。本研究で重点を置く財務の視点からは、収益力の強化及び競争力の強化である。顧客即ち利害関係者の視点としては、患者の入退院に係る安心確保と医療職の医療における満足度向上である。また、業務プロセスの視点からは、医業費用の適正化による収益率の改善があり、学習と成長の視点からは病床再編のためや地域包括ケアシステム運用のための医療現場の見直しが戦略目標となる。

戦略テーマ	大学病院における急性期医療の選択と集中
	急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献
財務の視点	収益力の強化
	競争力の強化
顧客の視点	患者の入退院に係る安心確保
	医療職の医療における満足
業務プロセスの視点	収益率の改善
学習と成長の視点	病床再編のための医療現場の見直し
	地域包括ケアのための医療現場の見直し

図1　戦略マップ

スコアカードの策定(図2)により、急性期医療の選択と集中及び急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献を前提として、戦略マップのうち財務の視点に重点を置き、まずは収益力の強化という一つ目の戦略目標達成のためのCSFをDPC包括評価の向上とした。そのKPIとしては、大学病院自身の急性期医療機能を示している係数ともいえる機能評価係数Ⅱとした。

個別には、高度な医療の実施をCSFとして、そのKPIとしては複雑性係数、急性期医療診療密度、救急入院を指標とした。複雑性係数は機能評価係数Ⅱの重要な構成要素であり、多くの医療資源を必要としている診療を評価するものであり、がん診療など高度な医療について大学病院が果たすべき役割の実施度合も示している。また急性期医療診療密度は、急性期機能の実施度合を測るも

視点	戦略目標	重要成功要因(CSF)	重要成果指標(KPI)
財務	収益力の強化	DPC包括評価の向上	*機能評価係数Ⅱ
		高度な医療の実施	*複雑性係数
			*急性期医療診療密度
			*救急入院
		手術件数の増加	*症例別手術シェア
		平均在院日数の標準化	*効率性係数
			*平均在院日数
		入院患者数の獲得	病床利用率
		病床の効率的利用	紹介率
		新入院患者の増加	救急入院受入件数
		外来収入の向上	外来新患率
		回転良く逆紹介または適切な入院	治癒率
	競争力の強化	経営戦略としての診療機能強化	*二次医療圏内患者数シェア
			*二次医療圏患者流出入
顧客	患者の入退院に係る安心確保	適切な入院体勢	
		紹介患者の増加	紹介率
		救急車受入の増加	救急入院
		適切な退院体勢	
		逆紹介患者の増加	逆紹介率
		平均在院日数の標準化	平均在院日数
	医療職の医療における満足	満足度向上	満足度調査の指数
業務プロセス	収益率の改善	医療材料･薬剤を中心とする変動費管理	*DPC限界利益額･DPC限界利益率
		人件費を中心とする固定費管理	適正病床数･適正人員
		適切な設備投資による減価償却費管理	固定長期適合率
学習と成長	病床再編のための医療現場の見直し	経営分析体制の充実	診療情報管理士
	地域包括ケアのための医療現場の見直し	医療相談体制の充実	医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ

図2　スコアカード

図1・図2の総括

戦略目標	成功要因	成果指標
収益力の強化	DPC包括評価の向上 高度な医療の実施 効率的な医療の実施	機能評価係数Ⅱ 複雑性係数 効率性係数、平均在院日数
収益率の改善	変動費の適正管理	限界利益率
適切な競争力	診療機能の選別と強化	患者数･2次医療圏シェア

のであり、施設ごとの化学療法、放射線療法、救急搬送、全身麻酔の実施割合を分析できる。そして、手術件数の増加をCSFとし、DPC6桁区分による疾病分類別手術の実績とシェアをKPIとした。

さらに、平均在院日数の短縮化と標準化をCSFとし、効率性係数と平均在院日数をKPIとした。効率性係数は機能評価係数Ⅱのもう一つの重要な構成要素で、医療の効率性を表し、平均在院日数とあわせ診療の短期化を評価するものでもある。

二つ目の戦略目標は業務プロセスの視点からであるが、実質的には財務の視点からなる医業費用の適正化による収益率の改善とし、戦略目標達成のCSFは医療材料費・薬剤費を中心とする変動費管理とする。KPIとしては、まずMDC別の患者数とDPC収入を収入面での指標とし、さらにDPC収入から医療材料費・薬剤費などの変動費を控除したものを限界利益(粗利益)、そして収入に対する限界利益(粗利益)の比率である限界利益率(粗利益率)をもって変動費管理の基礎的な指標とする。

三つ目の戦略目標である急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献という戦略テーマを達成するためには、できるだけ質の高い医療を提供し、できるだけ早く退院させることでの競争力の強化を図る必要がある。そこで、地域から求められる診療機能の強化をCSFとして、分析指標としてのKPIを二次医療圏内の診療患者数･シェア散布図とした。これは久留米医療圏内の主要な4病院ごとに内部環境としての診療力であるMDC別診療患者数と外部環境としての競争力である患者数シェアを要素とした散布図によるSWOT分析を行い、まずは地域におけるゼロサム競争即ちシェアの奪い合い競争を前提とした場合の、久留米大学において医療資源を集中すべきMDC分野の検討指標とする。さらに久留米医療圏を越えて、二次医療圏別の患者数流出入状況をKPIとした。これは福岡県内の13の二次医療圏間のMDC別患者流出入を分析することで、急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献のための競争力の強化を考える指標とする。なお、現状の医療圏は行政区分などを基本とするものであり、道路や交通機関など交通網の充実度合による時間距離などを新たな分析エリアとすることも考えられるが、現状でのデータの取得の容易さを優先した。

【結果】

1. 急性期医療の選択と集中に係る収益力強化に関する分析

⑴　機能評価係数Ⅱによる病院機能の評価(表1)

全国Ⅰ群80病院中の順位パーセンタイル値を経年比較(平成24年度から26年度)すると、久留米大学病院は37.5％点から25.0％点へと上位クラスへ向上している。以下、福岡県内のⅠ群病院は九大病院33.8％点、産業医大病院43.8％点、福大病院53.8％点と3病院とも中位クラスにおいて向上している[8,9]。この評価にあたって能評価係数Ⅱは診療報酬改定年度にあわせて公表されており、その評価基準は変化するので係数の絶対値では評価しづらい。そこで、各年度の係数の絶対値をそれぞれ全国Ⅰ群80病院中の順位パーセンタイル値に変換して経年比較することとした。

表1　機能評価係数Ⅱ経年比較

医療機関名	機能評価係数Ⅱ合計*	2014年		機能評価係数Ⅱ合計*	2012年	
		順位/80	上位%		順位/80	上位%
久留米大学病院	0.0491	20	25.0%	0.0209	30	37.5%
九州大学病院	0.0464	27	33.8%	0.0208	33	41.3%
産業医科大学病院	0.0446	35	43.8%	0.0205	37	46.3%
福岡大学病院	0.0435	43	53.8%	0.019	50	62.5%

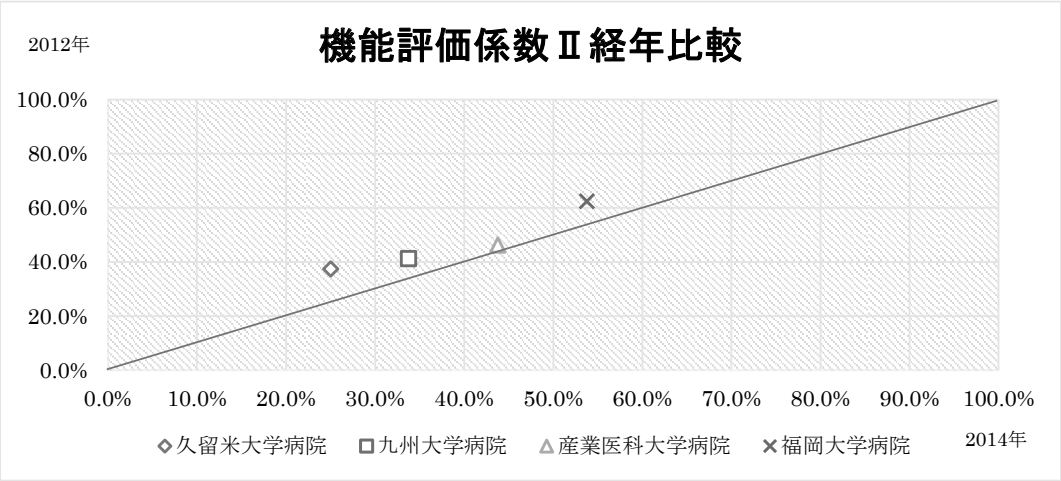
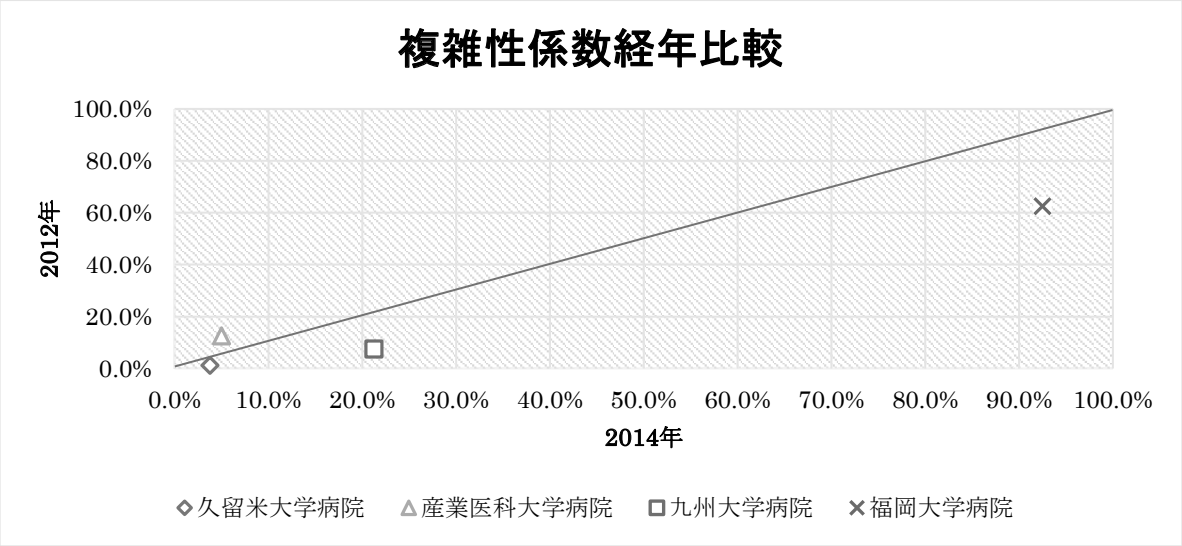


表2　複雑性係数経年比較

医療機関名	複雑性係数	2014年度		複雑性係数	2012年度	
		順位/80	上位%		順位/80	上位%
久留米大学病院	0.01324	3	3.8%	0.00721	1	1.3%
産業医科大学病院	0.01281	4	5.0%	0.00603	10	12.5%
九州大学病院	0.01022	17	21.3%	0.00657	6	7.5%
福岡大学病院	0.00146	74	92.5%	0.00307	50	62.5%

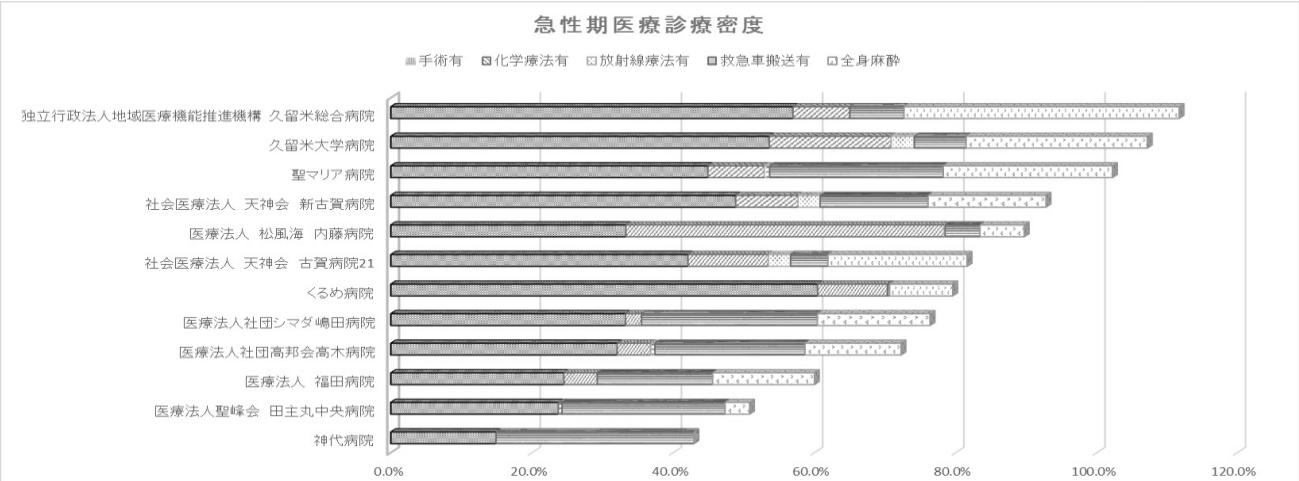


⑵　複雑性係数(表2)と急性期医療診療密度(表3)

複雑性係数について、久留米大学病院は1.3%点から3.8%点と順位は落としているものの極めて上位にある。平成26年度で産業医大病院5.0%点、九大病院21.3%点といずれも上位にあり、福大病院は92.5%点と下位レベルである[11,12)]。

急性期医療診療密度について、久留米医療圏内においては久留米大学とともに聖マリア病院も高い実施割合にある[13)]。なお、最も高い割合にある久留米総合病院は、乳がん診療に傾注するなどの特徴を有している。

表3　急性期医療診療密度



	神代病院	医療法人聖峰会 田主丸中央病院	医療法人 福田病院	医療法人社団高邦会高木病院	医療法人社団シマダ嶋田病院	くるめ病院	社会医療法人天神会 古賀病院21	医療法人 松風海 内藤病院	社会医療法人天神会 新古賀病院	聖マリア病院	久留米大学病院	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院
手術有	14.9%	23.7%	24.5%	32.1%	33.2%	60.5%	42.1%	33.3%	48.9%	44.9%	53.6%	57.0%
化学療法有	0.0%	0.5%	4.7%	4.8%	2.3%	9.9%	11.4%	45.1%	8.8%	8.0%	17.3%	8.1%
放射線療法有	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	3.1%	0.1%	3.1%	0.8%	3.3%	0.0%
救急車搬送有	28.0%	23.1%	16.3%	21.3%	24.9%	0.3%	5.3%	4.9%	15.3%	24.6%	7.3%	7.7%
全身麻酔	0.0%	3.5%	14.4%	13.6%	16.0%	8.9%	19.7%	6.3%	16.7%	24.0%	25.9%	39.1%

⑶　救急入院

久留米医療圏内DPC病院12施設において総入院･救急入院患者数を比較してみたところ、聖マリア病院において総入院･救急入院がそれぞれ5,491件･1,622件にて圏内1位であるのに対して、2位の久留米大学病院は5,223件･428件と救急入院は1位の四分の一程度である[13)]。診療内容に濃淡はあるものの、救急入院の増加は結果的に新入院患者増加の契機となる。

⑷　疾病分類別手術シェア

久留米大学病院において症例数の多い消化器系疾患のうち肝･肝内胆管の悪性腫瘍については、久留米医療圏内DPC病院12施設にて手術件数合計556件、久留米大学病院は257件、シェア46.2%である[10)]。シェアとしては高いものの、圏内において大きく優位にあるとまでは言えない。

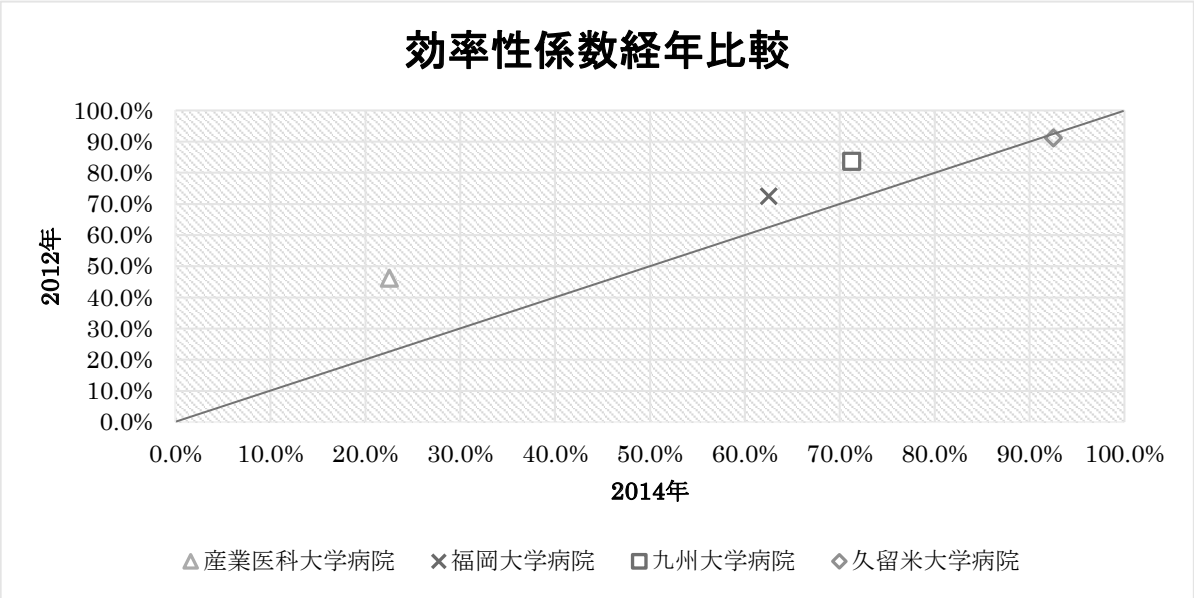
⑸　効率性係数(表4)とMDC別平均在院日数(表5)

効率性係数は平成26年度で久留米大学病院は92.5%点と極めて下位レベルにある。複雑性係数が上位にある九大病院も、効率性係数は71.3%点と低いレベルにあり両指数は負の相関関係にあるようにも見えるが、産業医大病院のように複雑性係数5.0%点、効率性係数22.5%点と両指数とも上位レベルにある。なお福大病院はそれぞれ92.5%点、62.5%点と両係数とも低い状況である[11,12)]。

効率性係数は患者構成に関し調整されているものの、まずはDPCコード2桁区分によるMDC別(主要診断群別)に、福岡県内500病床以上施設の15病院について平均在院日数を比較した。久留米大学病院においてはMDC別18分類のうち9分類が下位3位以内、即ち平均在院日数が長期3位以内となった。その9分類を症例数が多い順番に列挙すると、消化器系17.2日、循環器系15.9日、眼科系12.3日、耳鼻咽喉科系14.6日、筋骨格系20.9日、血液免疫臓器28.6日、内分泌代謝21.5日、皮膚15.2日、精神29.3日となる[13)]。

表4　効率性係数経年比較

医療機関名	効率性係数	2014年		効率性係数	2012年	
		順位/80	上位%		順位/80	上位%
産業医科大学病院	0.00858	18	22.5%	0.00381	37	46.3%
福岡大学病院	0.00660	50	62.5%	0.00307	58	72.5%
九州大学病院	0.00613	57	71.3%	0.00250	67	83.8%
久留米大学病院	0.00417	74	92.5%	0.00202	73	91.3%



医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　1 - 15,　2016

表5　MDC別平均在院日数

MDC05

施設名	コード付都道府県	病床総数	件数	医療機関別在院日数の平均
財団法人平成紫川会　小倉記念病院	40福岡	658	8,112	9.10
独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター	40福岡	525	757	10.04
独立行政法人地域医療機能推進機構　九州病院	40福岡	575	1,408	11.16
福岡大学病院	40福岡	915	1,633	11.55
独立行政法人国立病院機構　九州医療センター	40福岡	702	1,613	12.32
産業医科大学病院	40福岡	678	807	13.20
福岡赤十字病院	40福岡	509	1,097	13.47
医療法人　徳洲会　福岡徳洲会病院	40福岡	600	2,168	13.47
聖マリア病院	40福岡	1105	993	13.76
九州大学病院	40福岡	1261	1,530	14.31
飯塚病院	40福岡	1058	1,812	14.77
医療法人社団高邦会高木病院	40福岡	506	510	15.92
久留米大学病院	40福岡	1094	1,418	15.93
北九州市立医療センター	40福岡	585	349	16.22
健和会　大手町病院	40福岡	527	462	16.42
加重平均			24,669	12.03

MDC06

施設名	コード付都道府県	病床総数	件数	医療機関別在院日数の平均
財団法人平成紫川会　小倉記念病院	40福岡	658	2,576	11.19
独立行政法人地域医療機能推進機構　九州病院	40福岡	575	2,651	11.64
医療法人　徳洲会　福岡徳洲会病院	40福岡	600	2,189	11.93
産業医科大学病院	40福岡	678	2,025	12.44
医療法人社団高邦会高木病院	40福岡	506	893	12.52
独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター	40福岡	525	1,951	12.61
聖マリア病院	40福岡	1105	2,232	13.10
健和会　大手町病院	40福岡	527	901	13.18
飯塚病院	40福岡	1058	3,931	13.20
独立行政法人国立病院機構　九州医療センター	40福岡	702	2,857	13.53
福岡赤十字病院	40福岡	509	2,208	13.81
九州大学病院	40福岡	1261	4,108	15.48
福岡大学病院	40福岡	915	3,047	15.80
北九州市立医療センター	40福岡	585	2,025	15.86
久留米大学病院	40福岡	1094	2,339	17.27
加重平均			35,933	13.72

MDC07

施設名	コード付都道府県	病床総数	件数	医療機関別在院日数の平均
産業医科大学病院	40福岡	678	1,344	14.55
北九州市立医療センター	40福岡	585	637	15.52
福岡大学病院	40福岡	915	1,412	16.16
飯塚病院	40福岡	1058	645	16.70
医療法人社団高邦会高木病院	40福岡	506	134	18.12
健和会　大手町病院	40福岡	527	217	18.15
福岡赤十字病院	40福岡	509	359	18.41
独立行政法人地域医療機能推進機構　九州病院	40福岡	575	586	18.66
九州大学病院	40福岡	1261	1,728	18.76
独立行政法人国立病院機構　九州医療センター	40福岡	702	1,323	19.23
独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター	40福岡	525	238	19.47
財団法人平成紫川会　小倉記念病院	40福岡	658	137	20.45
医療法人　徳洲会　福岡徳洲会病院	40福岡	600	210	20.49
久留米大学病院	40福岡	1094	818	20.94
聖マリア病院	40福岡	1105	322	21.76
加重平均			10,110	17.87

MDC08

施設名	コード付都道府県	病床総数	件数	医療機関別在院日数の平均
独立行政法人国立病院機構　福岡東医療センター	40福岡	525	284	5.24
独立行政法人国立病院機構　九州医療センター	40福岡	702	178	11.31
北九州市立医療センター	40福岡	585	100	11.41
福岡赤十字病院	40福岡	509	151	11.48
福岡大学病院	40福岡	915	485	11.85
九州大学病院	40福岡	1261	327	11.87
産業医科大学病院	40福岡	678	354	12.32
財団法人平成紫川会　小倉記念病院	40福岡	658	75	12.41
医療法人社団高邦会高木病院	40福岡	506	85	12.42
聖マリア病院	40福岡	1105	318	12.64
医療法人　徳洲会　福岡徳洲会病院	40福岡	600	175	13.55
飯塚病院	40福岡	1058	170	13.74
健和会　大手町病院	40福岡	527	110	15.21
久留米大学病院	40福岡	1094	314	15.22
独立行政法人地域医療機能推進機構　九州病院	40福岡	575	82	15.49
加重平均			3,208	12.10

2. 医業費用の適正化による収益率改善のための分析（表6）

⑴　久留米大学病院MDC別患者数及びDPC収入

平成25年度、久留米大学病院においてMDC別患者数で上位5位は、消化器系疾患2,339人、周産期疾患2,006人、循環器系疾患1,418人、呼吸器系疾患1,262人、腎尿路系疾患1,185人と続く。消化器、循環器、呼吸器疾患というような差別化戦略にある位置づけの疾患が上位を占めている。

またDPC収入でも、循環器系疾患3,280百万円、消化器系疾患2,820百万円、血液免疫臓器疾患1,810百万円、神経系疾患1,600百万円、呼吸器系疾患1,450百万円と、患者数に従った結果を見せるが、神経系疾患のように患者平均単価が大きい疾患も上位にある。

⑵　久留米大学病院MDC別DPC粗利益及び粗利益率

粗利益（限界利益）の上位5疾患は消化器系疾患2,300百万円、循環器系疾患1,780百万円、周産期疾患1,190百万円、神経系疾患1,170百万円、呼吸器系疾患1,080百万円であり、患者数、DPC収入との相関が見られる。

しかしながら粗利益率（限界利益率）を見てみると様相を転じる。粗利益率の上位5疾患では、最も高い新生児疾患で91.3％と収入の9割以上を粗利益（限界利益）としており、以下、眼科、周産期、精神疾患、腎尿路系疾患が続く。患者数が多く、DPC収入も多額である消化器系疾患、呼吸器系疾患でもそれぞれ81.6％、74.5％と中位にあるが、循環器系疾患では54.3％とMDC別18分類による疾患のうち最も低い値である。

表6　平成25年度診療患者数・DPC収入額・粗利益額・粗利益率

限界利益 順位

MDCｺｰﾄﾞ・名称		診療患者数	DPC収入(百万円)	限界利益(百万円)	限界利益率
6	消化器	2,339	2,820	2,300	81.6%
5	循環器	1,418	3,280	1,780	54.3%
12	女性生殖器	2,006	1,360	1,190	87.5%
1	神経系	848	1,600	1,170	73.1%
4	呼吸器	1,262	1,450	1,080	74.5%
13	血液・免疫	481	1,810	1,070	59.1%
11	腎・尿路系	1,185	1,220	1,020	83.6%
7	筋骨格系	818	1,200	941	78.4%
14	新生児	573	869	793	91.3%
3	耳鼻咽喉科	998	940	784	83.4%
2	眼科	1,003	698	628	90.0%
16	外傷熱傷	469	790	621	78.6%
10	内分泌	477	734	472	64.3%
18	その他	213	765	450	58.8%
17	精神	17	255	216	84.7%
8	皮膚	314	239	198	82.8%
9	乳房	224	183	153	83.6%
15	小児疾患	72	52	37	71.2%
	不明		10	9	90.0%
	合計	14,717	20,275	14,912	73.5%

限界利益率 順位

MDCｺｰﾄﾞ・名称		診療患者数	DPC収入(百万円)	限界利益(百万円)	限界利益率
14	新生児	573	869	793	91.3%
2	眼科	1,003	698	628	90.0%
12	女性生殖器	2,006	1,360	1,190	87.5%
17	精神	17	255	216	84.7%
11	腎・尿路系	1,185	1,220	1,020	83.6%
9	乳房	224	183	153	83.6%
3	耳鼻咽喉科	998	940	784	83.4%
8	皮膚	314	239	198	82.8%
6	消化器	2,339	2,820	2,300	81.6%
16	外傷熱傷	469	790	621	78.6%
7	筋骨格系	818	1,200	941	78.4%
4	呼吸器	1,262	1,450	1,080	74.5%
1	神経系	848	1,600	1,170	73.1%
15	小児疾患	72	52	37	71.2%
10	内分泌	477	734	472	64.3%
13	血液・免疫	481	1,810	1,070	59.1%
18	その他	213	765	450	58.8%
5	循環器	1,418	3,280	1,780	54.3%
	不明		10	9	90.0%
	合計	14,717	20,275	14,912	73.5%

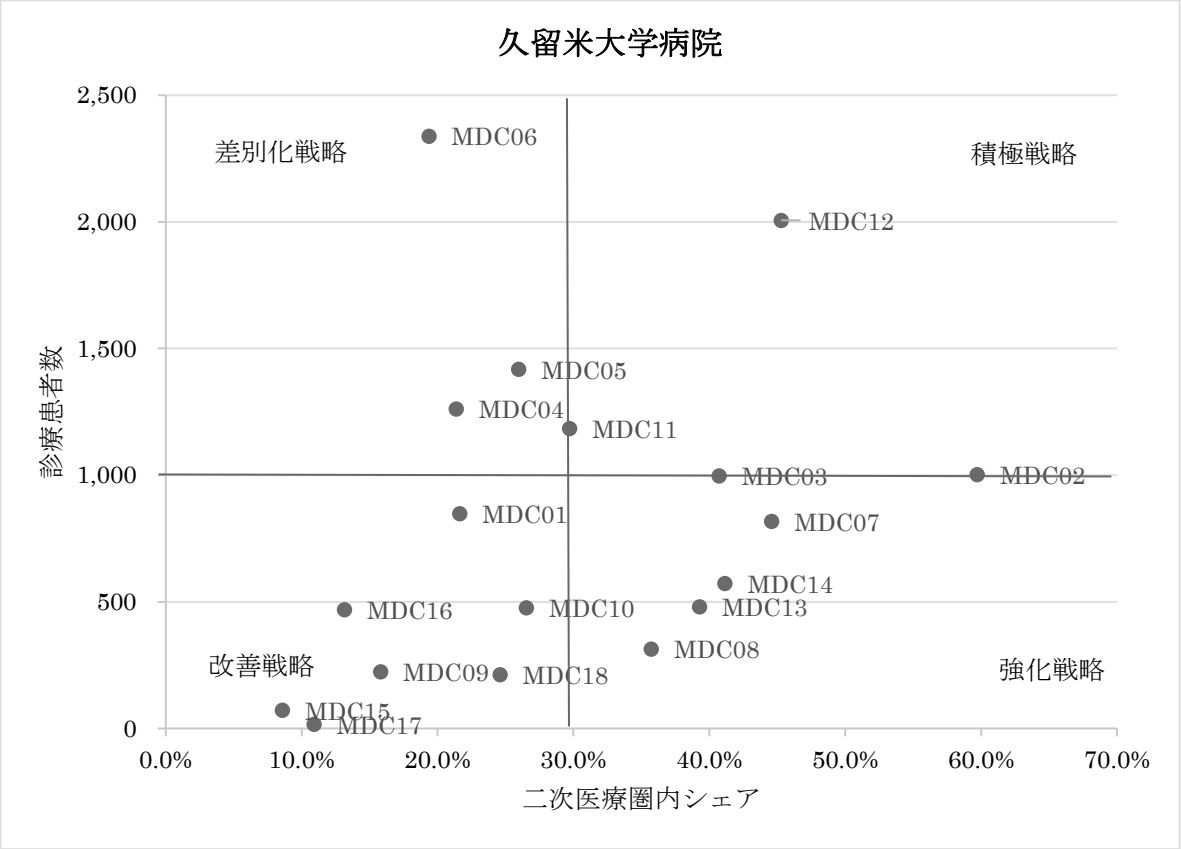
*積極戦略、差別化戦略

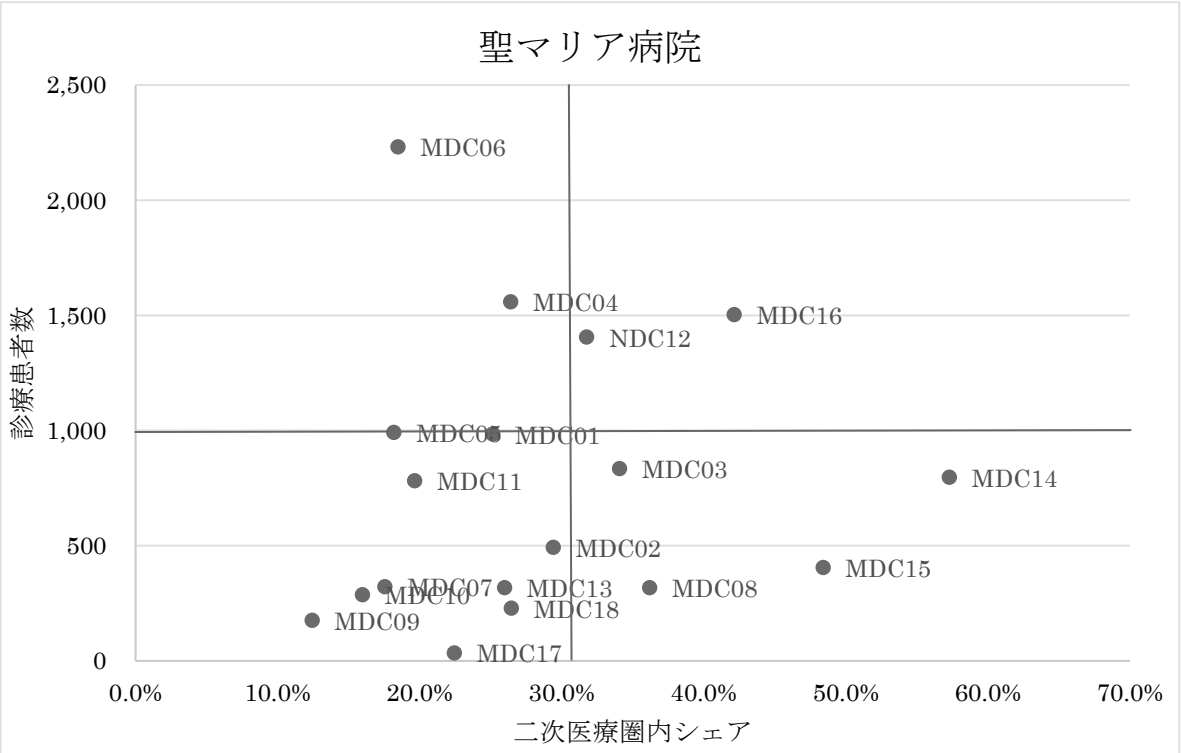
3. 急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献に係る競争力の強化に関する分析

(1)　久留米医療圏内主要施設別MDC別診療患者数とシェア(表7)

久留米大学病院においては、まず、周産期疾患、腎・尿路系疾患、眼科系疾患、耳鼻咽喉科系疾患については患者数が多く、高いシェアを占めている[13)]。これらの分野においては、診療基盤の拡充、さらなるシェアの伸長を図る積極戦略にて取り組む分野となる。次に、消化器系疾患、循環器系疾患、呼吸器系疾患については多くの患者数があるものの、シェア争いは厳しい状況である。これらの分野では、久留米大学病院自らの競争力強化のためには、さらなる高度な医療の実施など特色を強める差別化戦略にて取り組む分野となる。また、筋骨格系疾患、新生児疾患、造血器・免疫臓器系疾患、皮膚疾患については患者の絶対数は多くないものの、圏内シェアは低くない。診療基盤の拡充を図ることで競争力即ち高度な医療を適時に十分に提供する能力を強化する戦略にて取り組む分野となる。最後に、神経系疾患、内分泌系疾患、外傷・熱傷、乳房疾患、精神疾患、小児疾患については患者数が相対的に少なく、圏内シェアも低い。診療基盤の見直しや競争環境の見直しなど、改善戦略にて取り組む分野となる。

表7 久留米医療圏主要施設別MDC別診療患者数と患者シェア





⑵　福岡県内二次医療圏別のMDC別患者数流出入（表8）

福岡･糸島、北九州、久留米、飯塚の各医療圏は基本的に流入医療圏であり、久留米医療圏に対する、主な流出医療圏は筑紫、朝倉、八女･筑後、有明の各医療圏である。

久留米医療圏において流入患者数及び流入率の高いMDCは以下のとおりである。流入率に注目すれば、新生児疾患は775人（流入患者数）･225％（流入率）と最も高く、流出医療圏も近隣の医療圏のみに止まらない。次に乳房疾患686人･194％、周産期疾患2,111人･191％、血液免疫臓器疾患572人･186％と、これらの疾患は医療圏としての競争力を有していると分析できる[13)]。

流入患者数に注目すれば、消化器系疾患3,658人･143％、循環器系疾患1,957人･156％、呼吸器系疾患1,708人･141％となるが、この3疾患については全ての医療圏において診療患者数は多数である。

表8　福岡圏内二次医療圏別のMDC別患者流出入

二次医療圏	当該医療圏における MDC014発生患者数	当該医療圏における MDC014診療患者数	当該医療圏における診療患者数−発生患者数	当該医療圏における診療患者数/発生患者数
福岡・糸島	2,173	3,082	909	142%
粕屋	439	26	−413	6%
宗像	184	16	−168	9%
筑紫	582	389	−193	67%
朝倉	74	3	−71	4%
久留米	618	1,393	775	225%
八女・筑後	183	92	−91	50%
有明	200	98	−102	49%
飯塚	216	254	38	118%
直方・鞍手	132	7	−125	5%
田川	230	140	−90	61%
北九州	1,354	1,883	529	139%
京築	225	1	−224	0%

【考察】

1. 経営管理の仕組について

本研究により構築した経営管理フレームワークは、トップダウンによる段階的な管理手法であることに特徴がある。構築に至る過程としては、特に財務的な管理の視点から、まずは戦略レベル即ち病院経営レベルでの管理指標を措定し、いくつかの管理指標から演繹的に戦術レベル、現場レベル段階の具体的な打ち手に関する管理指標を展開していく手法とした。これは、大学病院において財務の視点からの病院運営または病院経営に関して、これまでトップからボトムのレベルに至るまでの十分な協議検討の経験がないため、一定の指針を示す必要があったからである。

戦略レベルでの管理指標を、時系列やベンチマーク比較で結果が明確な定量的なものとしたことが二つ目の特徴である。機能評価係数ⅡはDPC包括評価の向上、財務内容の向上に直接関係する。そして、急性期医療の選択と集中を戦略テーマとすることで、複雑性係数が重要な指標となり、それを高める急性期医療診療密度に着目し、その構成要素の一つである手術件数が具体的な診療目標となる。また、効率性係数は病院運営における患者満足の向上や病院経営の効率化に関係する。効率性係数を高めるのは平均在院日数の短縮である。さらに戦略テーマをより端的に判断していく指標としては、病院の診療力ともいうべき診療患者数と、競争力ともいうべき患者数シェアの二つの要素によるMDC別SWOT分析結果がある。加えて、医療圏ごとの患者流出入の状況を指標とすることで、二次医療圏内でのゼロサム競争を越えるための検討事項になる。

管理手法に係る三つ目の特徴として、MDC別での戦略テーマを総合的に判断するため、いくつかの要素をスコアリングする手法（戦略スコアリング）を試みた（表9）。MDC別SWOT分析を基礎に、医療需給状況による市場性指標、DPC収入・限界利益による収益性指標、平均在院日数による効率性指標を点数化して検討の素材とすることで、戦略検討に多面性を持たせる契機となると考える。今回の結果を観察すると、スコアリングの高い周産期疾患は積極戦略の筆頭ではあるものの、積極戦略を取るMDCよりもむしろ差別化戦略を取るMDCに対して、医療資源の配分や体制整備を図ることが競争力の強化につながるという評価もできる。また、このスコアリングは簡易で限定的な項目によるものであり、さらにスコアリング指標となる項目の追加、項目ごとの点数の重

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　1 - 15,　2016

み付けや相関考慮などが必要である。

表9　戦略の総合判断のための戦略スコアリング

合計ｽｺｱﾘﾝｸﾞ順(平成25年度)		MDC別競争戦略		市場性指標		収益性指標			効率性指標		
MDCｺｰﾄﾞ	MDC名称	久留米大学病院	聖マリア病院	診療/発生	患者数(人)	DPC収入(百万円)	限界利益(百万円)	限界利益率	ALOS(日)	順位/15施設	合計ｽｺｱ
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	積極	積極	191%	2,006	1,360	1,190	87.5%	9.8	7	94
14	新生児疾患、先天性奇形	強化	強化	225%	573	869	793	91.3%	16.7	9	78
01	神経系疾患	改善	差別化	162%	848	1,600	1,170	73.1%	17.5	4	77
04	呼吸器系疾患	差別化	差別化	141%	1,262	1,450	1,080	74.5%	14.5	5	70
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	差別化	差別化	143%	2,339	2,820	2,300	81.6%	17.2	15	70
05	循環器系疾患	差別化	差別化	156%	1,418	3,280	1,780	54.3%	15.9	13	69
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	積極	改善	151%	1,185	1,220	1,020	83.6%	16.7	12	69
02	眼科系疾患	積極	強化	168%	1,003	698	628	90.0%	12.3	12	67
03	耳鼻咽喉科系疾患	積極	強化	164%	998	940	784	83.4%	14.7	14	62
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	強化	改善	188%	481	1,810	1,070	59.1%	28.7	15	56
09	乳房の疾患	改善	改善	194%	224	183	153	83.6%	11.6	8	53
07	筋骨格系疾患	強化	改善	136%	818	1,200	941	78.4%	20.9	14	46
17	精神疾患	改善	改善	149%	17	255	216	84.7%	29.3	10	43
16	外傷・熱傷・中毒	改善	積極	117%	469	790	621	78.6%	18.3	11	42
08	皮膚・皮下組織の疾患	強化	強化	159%	314	239	198	82.8%	15.2	14	38
18	その他	改善	改善	154%	213	765	450	58.8%	24.3	12	34
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	改善	改善	150%	477	734	472	64.3%	21.6	15	32
15	小児疾患	改善	強化	143%	72	52	37	71.2%	9.3	11	26
				合計→	14,717	20,265	14,903	73.5%			

2. 経営戦略の方向性について

収益力の強化について、機能評価係数Ⅱは、全国の医療機関Ⅰ群病院中でも相対順位で第1四分位と上位レベルにある。上位にある要因は、複雑性係数が全国で1、2位というトップレベルにあることが際立っている。急性期医療診療密度は100％を超えており、今後も急性期病院である大学病院として、これを高めなければならない。手術、化学療法、放射線療法については注力を続け、特に悪性腫瘍について強みのある久留米大学病院として、肝･肝内胆管のほか、現状でも肺、子宮、頭頸部の悪性腫瘍については症例数で国内上位にあることから、今後の拡充が戦略的に重要である。一方、効率性係数については、低いレベルを継続している。その要因として、平均在院日数がMDC別でも大部分が長い傾向であることにある。クリニカルパスの標準化などによる平均在院日数の短縮化が最重要課題であると同時に、病床稼働率の向上を目指すことが財務の視点から重要である。

次に戦略スコアリングからは、多面的な判定から集中を図るべきいくつかのMDCが考えられる。今回スコアの高いものを観察すると、周産期疾患はSWOT分析でも積極戦略であり、さらに注力すべきであるが、呼吸器系、消化器系、循環器系各疾患という差別化戦略をとるMDCに対し医療資源の配分や体制の整備を図ることが競争力強化の効果がより大きいという評価もできる。また、新生児、神経系疾患にも着目すべきである。

さらに久留米医療圏における急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献に係る競争力について考察する。分析結果により積極戦略を指向する周産期、耳鼻咽喉科系疾患については、地域の基幹病院である聖マリア病院も患者数、シェアが相応にあることから、追加して疾病分類別による両病院の対比による戦略検討が必要となる。消化器系、循環器系、呼吸器系各疾患については聖マリア病院、新古賀病院とも同様の差別化戦略を指向する位置にあり、特に循環器系疾患について新古賀病院のシェアは高いことから診療基盤をはじめ総合的に大学病院の医療を強化する必要がある。強化戦略、改善戦略を指向する疾患については、聖マリア病院なども同様のポジションにあり、いかに早くこれらの疾患を積極戦略ポジションに引き上げるかが、競争力の強化につながる。

さらに戦略スコアリングからは、多面的な判定から集中を図るべきいくつかのMDCが考えられる。今回スコアの高いものを観察すると、周産期疾患はSWOT分析でも積極戦略であり、さらに注力すべきであるが、呼吸器系、消化器系、循環器系各疾患という差別化戦略をとるMDCに対し医療資源の配分や体制の整備を図ることが競争力強化の効果がより大きいという評価もできる。また、新生児、神経系疾患にも着目すべきである。

ここで、あらためて本研究の背景となった医療のパラダイムシフトに照らして経営戦略の方向性を考察する。本研究では、政策としての病院機能分化の推進に対応して、久留米大学病院が急性期医療の選択と集中と急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献いう戦略テーマを達成していく過程で、機能評価係数Ⅱ、特に複雑性係数と効率性係数が向上し結果的に収益力が強化されるということが確認された。複雑性係数についての結果は、大学病院という急性期病院としての役割を十分に果たしている現われである。しかし、効率性係数についての結果は個別の疾病が急性期病院として治療の対象とするに適切か否か、また在院日数の標準化がなされているか否かという課題などについて今後の検証が必要である。いずれにしても収益力の強化については基本的には久留米大学病院が単独の努力で対応していく課題であることが確認された。

しかしながら、急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献については、本研究での分析結果では大学病院単独の努力による経営戦略の方向性が示唆されるに止まり、ここに本研究の限界がある。政策としての地域医療構想が地域での病床再編を求めていることに照らすと、大学病院単独の努力に止まらず競争を越えた地域医療連携が必要であり、従来の紹介･逆紹介などのいわゆる病院間の連携や病院と診療所の連携を越えた踏み込んだ地域医療連携における経営戦略の方向性が必要である。この方向性を探るためには地域の主要病院の個別戦略ポジションについて時系列比較などが必要とされる。

3. 今後必要なアプローチ

今回構築した経営管理フレームワークは戦略レベル即ち病院全体の経営レベルのものであり、今後、戦術レベル、現場レベル即ち個別医療の運営レベルでの具体的打ち手の提案が重要となる。その際はBSCにおけるSWOT分析からスコアカードの策定に至るまでの実務的なボトムアップによる試行の繰り返しにより、大学病院の運営管理フレームワークが構築されることとなり、今回の経営管理フレームワークにそれを重ねることにより、医療従事者に納得してもらった上での支持を高めることが課題である。

例えば、平均在院日数の短縮について検討する際議論される病床稼働率についてであるが、そもそも病床稼働率の前提には適正な病床数がある。適正な病床数を計るためには病棟や診療科という枠組みを越え病院全体での病床管理が必要であり、そのためには例えば疾病分類別の症例数と平均在院日数から必要病床数を検証するなどの必要がある。また、医業費用の適正化のためにはDPCにより包括される投薬、注射、処置などの医療資源について疾病分類別の検証が必要であり、在院日数にも影響する入院前検査の実施や、心臓カテーテル治療の医療材料管理など実務的な検証が重要な課題である。

今回用いた経営管理フレームワークについてはDPC病院であればデータ分析比較なども同様にできることから応用可能であると考える。むしろ教育･研究の比率が低い医療機関においては、個別医療機関としての選択と集中の戦略が取りやすくなる。そして、診療科の特化が強い医療機関についても、戦略目標を絞ったアプローチを行えば、今回のデータ分析手法が応用可能であると思われる。さらに、この研究を一般化するためには継続的な時系列比較と全国レベルでのベンチマーク比較まで展開する必要がある。特に複雑性係数と効率性係数の相関を全国レベルで検証することによって判明する優良な病院とのベンチマーク比較は重要である。これは、手術、化学療法、放射線療法に関しても同様である。なお救急入院については疾病分類別の分析などにより受入体制が適切かの検証が必要である。体制面では、複雑性係数向上のためには医師の確保が課題である。また久留米大学病院が医育機関として、相対的に医師が多い福岡、北九州、久留米の各医療圏に優秀な医師を送り出していくという使命を果たすことで、最終的には病院経営の基礎を拡大することにもなると思われる。

最後に、医療政策の転換に沿った大学病院の戦略的経営に今後必要なアプローチを考察する。本研究では、戦略テーマの設定とデータ分析という方法により、まずは病院機能分化への対応として急性期病院である大学病院自らが単独で目指すべき方向性を明らかにした。しかし、機能分化は地域医療連携を構築するための一段階であり、次の段階は地域の急性期病院の機能分担であり、さらに回復期、慢性期を分担する病院や診療所を地域医療に組み込み、そして介護施設まで含めた医療介護体制こそが地域完結型医療の求める最終形である。大学病院としては自らの急性期病院としての役割を果たしたうえで、競争を越えて急性期病院との連携により役割を分担し、さらに進んで地域の全ての病院･診療所を束ねるリーダーの責務もあると考える。これには大きな労力と長い時間が必要であるが、行政や医師会などとともに、何よりも医療介護の対象者である地域住民の行動と意見を十分把握して、進みつつある人口減少･高齢化社会における効率的で良質の地域完結型医療の実現を目指すのが大学病院の最終的な経営戦略であり、今後の重要なアプローチであることが本研究により示唆された。

【参考文献】

1)　内閣官房、社会保障改革に関する集中検討会議（第7回）
　　厚生労働省、医療介護に関する資料（資料1-1）（23.5.19）
2)　政府パンフレット、社会保障と税の一体改革
　　全世代型の社会保障制度へ②医療･介護（27年4月）

3)　厚生労働省医政局長、医療計画について（24.3.30）
4)　地域医療構想策定ガイドライン（案）
地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（27年3月）
5)　厚生労働省、地域包括ケアシステム、地域包括ケア研究会報告書（25年3月）
6)　日本版CCRC構想有識者会議（第1回）
日本版CCRC構想を巡る状況（27.2.25）
7)　財務省、平成28年度予算政府案:社会保障関係予算（27.12.25）
8)　日経実力病院調査（2015.6.19）、病院の実力（読売新聞、28.2.18）
9)　久留米大学病院診療科のご案内（病院医療連携センター、27.8.13）
10）久留米大学ホームページ：久留米大学の概要>財務状況
11）厚生労働省、平成24年度第1回診療報酬調査専門組織・DPC　評価分科会　機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）（24.4.25）
12）厚生労働省、平成26年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC　評価分科会　平成26年診療報酬改定の概要について（26.4.18）
13）厚生労働省、平成26年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC　評価分科会DPC導入の影響評価に関する調査（参考資料）（26.9.5）

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　17 - 24,　2016

わが国の市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた評価システムの開発
-福岡県春日市をケースとして-

村田　典子[1)]、馬場園　明[2)]

The Development of an Assessment System to Construct a Community-based Integrated Care System for Municipalities in Japan
– The Case for Kasuga City in Fukuoka –

Fumiko MURATA[1)] Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】

To construct a community-based integrated care system in Japan, it is necessary for municipalities to develop assessment systems to analyze data and clarify issues. Therefore, our objective was to develop an assessment tool using the balanced score card (BSC) approach to create logical and consistent measures.

【Method】

Following the BSC framework, we developed an assessment tool by establishing a vision to illustrate the flow according to the strategy map, with causal relationships between strategic objectives. These objectives were in the categories of "learning and growth," "business process," "customer," and "financial." This framework was applied in Kasuga city in Fukuoka Prefecture to examine whether the approach is useful in designing policy.

【Results】

Using a strategy map, an assessment system was created to attain aging in place while improving the satisfaction of residents and care providers. Based on this strategy map, we identified critical success factors and performance indicators. We also specified context-specific advantages and disadvantages for achieving logical and comprehensive policies by adapting them to local conditions in Kasuga city.

【Discussion】

This assessment system for municipalities was created to identify current issues and to shape adequate policies for creating a community-based integrated care system. The advantages of the system are that it enables policy makers to clarify the causal relationships between the strategic targets using the strategy map and helps them to make logical, complete, and unduplicated project plans, following the BSC approach. Further research is necessary to expand the system for monitoring implemented policies in the future.

Key words: community-based integrated care, assessment system, aging in place, case management

【抄録】

【目的】

地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村の課題を分析し、必要な施策が明らかになる支援ツールが必要である。このため、バランススコアカードを活用して、論理的で整合性のある施策を立案するための支援ツールを開発することを研究目的とした。

【方法】

ビジョンに基づき、４つの視点（財務、顧客、業務プロセス、学習と成長）から戦略目標を設定し、各々の戦略目標の因果関係に基づきビジョンを達成する流れを戦略マップで図示し、バランススコアカードを用いた評価システムを開発した。本システムを春日市に適用し、政策立案に利用可能か検討した。

【結果】

Ageing in paceが実現され、住民･サービス提供者の満足度が向上できる戦略マップを作成し、これに基づいて、重要成功要因、業績評価指標を設定した。本システムを春日市にあてはめたところ、長所と短所が明確となり、必要とされる施策も論理的に構築できると思われた。

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, Kyushu 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, Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　17 - 24,　2016

【考察】

市町村の現状を把握して課題を抽出し、地域包括ケアシステムを構築する施策が容易に立案できる支援ツールを作成した。本システムの利点は、政策立案者にとって、戦略マップを用いることで戦略目標間の因果関係が明確にすることができること、バランススコアカードの利用により、論理的かつもれ、重複がない施策、事業計画が立てやすいことである。今後は、実施している施策をモニタリングできるように、本ツールを拡張していく必要があるだろう。

キーワード：地域包括ケアシステム、バランススコアカード、評価システム、Aging in Place、Case-management

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　17 - 24,　2016

【はじめに】

我が国では急速に高齢化が進展しており、65歳以上の高齢者数は2025年には3,657万人、2047年には3,878万人とピークを迎える予測である[1)]。また、認知症自立度Ⅱ以上の高齢者は、2010年に280万人、2025年には470万人となり65歳以上高齢者人口の12.8％を占めると推計されている[2)]。

厚生労働省は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現する」としている[3)]。地域包括ケアでは、医療を「病院完結型」から「地域完結型」へ転換し、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されることを目標としている[3)]。また、高齢化の進展状況に地域格差があることを踏まえ、地域における自立性や主体性に基づき、その地域に適した社会資源を整備し、地域包括ケアシステムを構築することが喫緊の課題となっている[3)]。

欧米ではすでに1990年代後半から、高齢化の進展に対応するため、効率的な医療体制の構築および医療と介護の連携を推進するための様々な政策を実施しており、医療分野における統合を行ってシステム化を図り、その上で介護・福祉領域との統合を目指している[4)]。これらの政策は、統合型のケア（Integrated care）という概念に基づいて行われており、WHOは統合型のケアを「診断・治療・ケア・リハビリ・健康増進等などに関するサービスの投入・提供・管理・組織化をまとめて一括にするコンセプト」と定義している[5)6)7)]。

Leinchsering K.は、ヨーロッパ9か国（イギリス、オランダ、フランス、ドイツ、イタリア、オーストリア、デンマーク、フィンランド、ギリシャ）における統合型のケアの取り組みを分析し、主要な実施プロセスとして、①Case-management（ケアマネジメント）、②中間ケア、③多職種チームによるニーズアセスメント、④利用者中心サービス（介護保険/パーソナルバジェット）、⑤共同作業、⑥予防的な取り組み、⑦統合的な住居（ケア付き住宅等）、⑧家族ケアの統合（レスパイトケアの観点）、⑨独立したカウンセリング、⑩ケアのコーディネーション会議、⑪質の管理/質の保証の11項目を抽出している。しかし、各項目の実施状況は国により様々であり、標準的な政策モデルは構築されていないのが現状である[8)]。

イギリス、オーストラリアでは、統合型のケアを推進するための国家的なフレームワークが作成されており、国と地方における取り組むべき課題とロードマップが設定されている[9)10)11)12)13)14)]。しかし、実施すべき政策の記述はやや抽象的であり、具体的な政策に落とし込むには専門的な知識を要するものとなっている。

一方、わが国では地域包括ケアシステム構築のための国家的なフレームワークは作成されておらず、市町村が主体となって独自に政策を立案する必要がある。「保険者機能評価指標（暫定版）」が作成されているが、これは各保険者の課題を明確にすることが目的であり、政策立案に利用するには不向きである[15)]。なお、ここでの保険者機能とは、地域包括ケアシステムの構築にあたって必要とされる、戦略策定、及びその達成のための工程管理を行う機能と定義している。

このため本研究では、経営管理フレームワーク構築の方法として用いられるバランススコアカードを活用して、論理的かつ整合性のとれた政策を容易に立案するための支援ツールを開発した。標準的な戦略マップ、重要成功要因、業績評価指標を設定することで、統合型のケアに関する知識が乏しい市町村職員でも、効果的なアクションプランの作成が可能となるように工夫した。さらに、地域特性を評価できる指標を設定し、地域課題を抽出して独自の政策を展開できるように配慮した。さらに、著者は福岡県春日市高齢課に所属し地域包括ケアシステムを推進する立場にあるため、本支援システムを春日市の現状にあてはめ、政策立案に利用可能かどうか検討した。

【作成方法】

1. 作成方法

市町村が、地域の課題を分析し、論理的かつ整合性のとれた地域包括ケアシステムを構築するための支援ツールを開発した。モデルとなるバランススコアカードを作成し、専門的な知識がなくても効果的な政策立案ができるように工夫した。

2. 支援システムの作成

⑴　ビジョンの設定

厚生労働省の地域包括ケアシステムのビジョン「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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制」をバランススコアカードのビジョンとした[16)]。

⑵　**バランススコアカードの作成**

4つの視点(財務の視点・顧客の視点・業務プロセス・学習と成長)が互いに影響し、ビジョンを達成する流れを、戦略マップで図示した。それに基づいて、バランススコアカードを作成した。

3. 本支援システムの利用可能性の検討

春日市のデータを当てはめ、政策立案に利用可能か検討した。

【結果】

1. 戦略目標の設定と戦略マップの作成

「財務の視点」では介護費と医療費の増加抑制とし、「顧客の視点」では住民・サービス提供者の満足度の向上とした。「プロセスの視点」では、サービス利用の公平性、統合型のケア(サービス提供関係者間の情報共有及び意識共有、多職種でのCase-managementの実施)、生活支援サービス・介護予防事業の充実、住まいのサービスの充実を戦略目標とした。「学習と成長の視点」では、住民への研修(自己管理のための教育、Case-management)とサービス提供者への研修(統合型のケア、Case-management)を設定した。

次に戦略マップを作製し、各々の戦略目標間の因果関係を示した(図1)。サービス利用の公平性を確保した上で、包括的なサービス提供体制の構築を目標とし、目標を実現するために住民・サービス提供者に対する研修(Case-management、自己管理のための教育[17])を行うこととした。この取り組みにより、緊急入院が減少し、在宅生活を継続できる人数が増加してAgeing in placeが実現され、住民・サービス提供者の満足度が向上するとした。

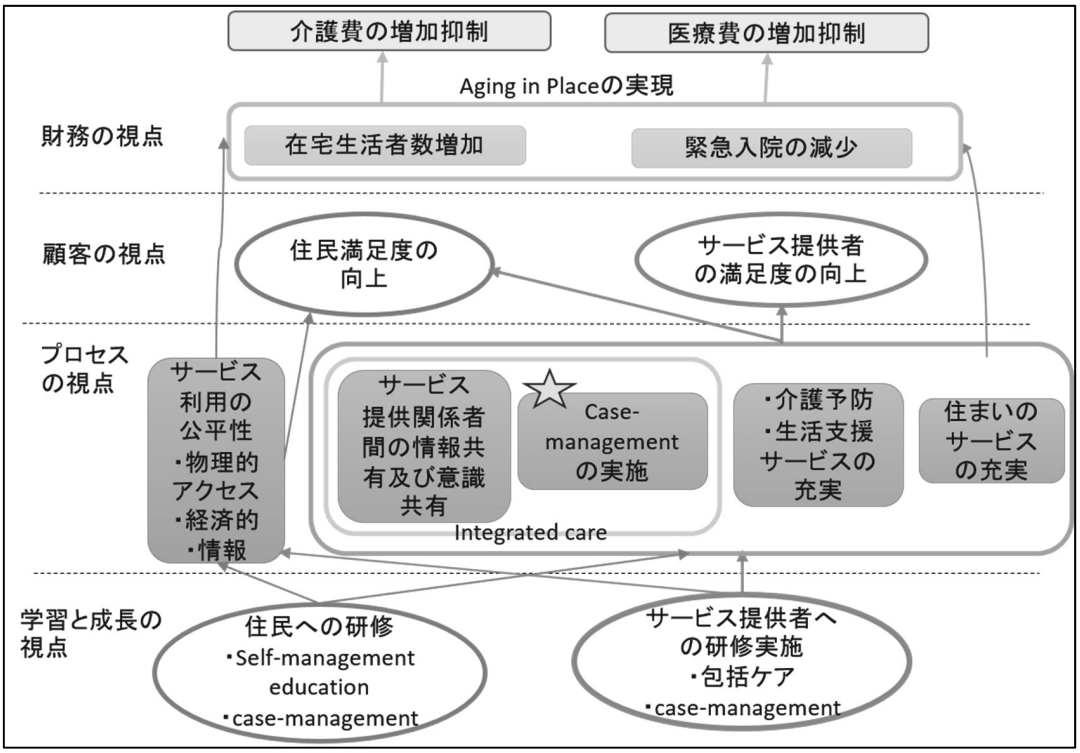


図1　戦略マップ

2. 重要成功要因、業績評価指標の設定

4つの視点それぞれの戦略目標に対し、重要成功要因、業績評価指標を設定した。(表2)

「財務の視点」では、医療費・介護費の増加抑制を目標とし、国民健康保険・後期高齢者一人あたりの医療費、介護給付費を反映する介護保険料、市町村全体の介護費の支出額を示す介護保険特別会計費を指標とした。

「顧客の視点」では、目標を住民の満足度向上とサービス提供者の満足度の向上と設定した。住民の満足度は、社会全体の満足度と医療・介護・予防・住まい・生活支援の各々のサービスの満足度を指標とした。また、サービス提供者の満足度は、各々の領域に従事するサービス提供者の満足度、医療、介護領域においては、サービス提供者の離職率を指標とした。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　17 - 24,　2016

表2-1　バランススコアカード(プロセスの視点)

視点	戦略目標	重要成功要因	領域	業務評価指標	春日市の現状
プロセスの視点	サービスの物理的アクセス可能性の向上、公平性の維持	地域ごとの社会資源の充足	医療	定期巡回型訪問看護介護の事業所の偏在	春日市内1か所
			介護	Case managementを行う介護職種の偏在	・地域包括支援センター2か所 ・居宅介護支援事業所　19か所
			生活支援	介護・医療制度でできないサービスの偏在	市1事業(生活支援事業) 社会福祉協議会1事業(おたすけサービス) 民間サービス
			介護予防	自主運営に基づいた介護予防教室の偏在	市内4か所
			住まい	経済的に困窮している場合や身元保証がない場合でも入居できる施設の有無	–
	サービスの情報アクセス可能性の維持	地域ごとの社会資源の周知	医療	市町村の医療情報の周知率	
			介護	市町村の地域包括支援センターの周知率	
			生活支援	市町村の生活支援サービスの周知率	
			介護予防	市町村の介護予防事業の周知率	
			住まい	市町村の住まいの情報の周知	
	①サービス提供関係者間の情報共有及び意識共有	サービスごとの規範的統合を行う仕組みの構築	Structure	Case managementを行うための保健・医療・福祉等の連携のための情報交換会等の開催	市主催：年1回 筑紫医師会主催：年数回
			Process	Case managementを行うための保健・医療・福祉等の連携のための情報交換会等の参加者数	
			Outcome	保健・医療・福祉等のCase-managementへの参加率	
		住民の情報を共有するシステムの構築	Structure	ICTを活用した住民の情報を共有するシステムの有無	なし
			Process	住民の情報を共有するシステムの利用者数	0人
			Outcome	居宅サービス利用者でシステム利用している人の割合	H24　1,936人 H25　2,170人
	②多職種でのCase-managementの実施	地域包括ケアシステムのマネジメント機能の構築	Structure	地域包括ケアシステムのマネジメント機能の明確化 ①保険者主導型②医療機関主導型③介護主導型	
			Process	整備すべきケア提供システムの明確化 ①認知症②介護予防③在宅復帰④セルフケア⑤生活支援サービスの充実⑥慢性疾患⑦その他	
			Outcome	Processに基づいた政策立案	
		多職種によるCase-managementを実施するシステムの構築	Structure	多職種でのCase-managementの実施体制 ①認知症初期集中チームの設置数 ②生活支援サービスをコーディネートする実施体制の有無 ③退院時支援体制の有無(退院時支援ケアパスの作成等)	①0チーム ②なし ③なし
			Process	Case-managementを行う人材もしくはチームの設置の有無 ①認知症地域支援推進員の設置 ②生活支援コーディネーターの設置 ③Case-managementを実施するチームもしくは人材の設置	①平成28年度設置予定 ②2人(地域包括支援センター) ③なし
			Outcome	多職種でのCase-managementの実施数 ①認知症初期集中チームの関与者数 ②生活支援コーディネートした人数 ③退院時支援体制による在宅復帰者数	①45人 (H26認知症地域支援推進員報告件数) ②0人 ③0人

表2-2　バランススコアカード（プロセスの視点）

視点	戦略目標	重要成功要因	領域	業務評価指標	春日市の現状
プロセスの視点	③生活支援サービス・介護予防事業の充実	生活支援サービス・介護予防事業のサービスの構築	Structure	地域特性に応じた介護予防教室（①二次予防②一次予防）の開催数	（H25） ①2教室　95回 ②教育事業16回 地区での実施　83回
				保険外の生活支援サービス数	福祉サービス：2事業 生活支援事業・配食サービス事業 社会福祉協議会：おたすけサービス 社会福祉協議会：法人後見・あんしんサービス
			Process	地域特性に応じた介護予防教室（①二次予防②一次予防）の参加者数	①H25　実人数48人　延人数919人 ②H25　教育事業　344人 地区での実施　2,273人
				保険外の生活支援サービスの利用者数	市：生活支援事業 H26：173人（延べ） 配食サービス事業 H25：247人（64,624食） 社会福祉脅威回：おたすけサービス H26：160人（延べ） 社会福祉協議会：法人後見　2名 福祉あんしんサービス 現契約者数：28人
			Outcome	要介護認定率	15.60%
				新規認定者数	H24　191人 H25　260人
				居宅サービス利用者数	H24　1,936人 H25　2,170人
	④住まいのサービスの充実	住まいの確保に関する事業の構築	Structure	地域密着型の施設数 ①認知症対応型居宅生活介護の整備量 ②地域密着型特定施	①6か所 ②0か所
				経済的に困窮している場合や身元保証がない場合の入居施設等の整備量	
			Process	居住系（①認知症対応型共同生活介護②特定施設入居者生活介護）の利用者数	①H24利用人数　55人 H25利用人数　64人 ②H24 利用人数　55人 H25利用人数　171人
				施設（介護老人福祉・保健・療養型医療施設）利用者数	H24　472人（①174人②167人③131人） H25　467人（①184人②167人③116人）
			Outcome	重度要介護者の在宅支援率（要介護4以上のうち、自宅で生活している者の割合）	要介護4　211人 要介護5　108人 在宅支援率34.5%
				施設利用者に対する要介護4，5の割合	H24　65.3%（308人） H25　65.5%（306人）

「プロセスの視点」では、行政に必要なサービス利用の公平性を確保するため、アクセス可能性を維持することを目標とした。アクセス可能性は、社会権規約委員会の一般的意見第14における到達可能な最高水準の健康に対する権利（規約12条1項）の健康に対する権利の本質的な要素の一つとされており、（ⅰ）非差別（ⅱ）物理的利用可能性（ⅲ）経済的利用可能性（ⅳ）情報アクセス可能性という4つの互いに重なり合う側面をもつとされている[18)19)]。「非差別」、「経済的利用可能性」は、現サービスにおいてほぼ充足されていると考えた。そのため、住民が物理的利用可能性、情報アクセス可能性を保障されているかどうかを戦略目標とし、地域での社会資源の充足とその周知を重要成功要因とした。

さらに、Case-managementの実施体制を構築するために、①サービス提供関係者間の情報共有及び意識共有、②多職種でのCase-managementの実施、③生活支援サービス・介護予防事業の充実、④住まいのサービスの充実の4つを目標とした。そして、上記の目標に対し、重要成功要因を定め、さらにサービスの質を評価するストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つの視点で指標を設定した。

サービス提供関係者間の情報共有及び意識共有では、サービスごとの規範的統合を行う仕組みの構築すること、住民の情報を共有するシステムの構築することを重要成功要因とした。サービスごとの規範的統合とは、厚生労働省総合事業ガイドラインにおいて「市町村が進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針を定め、同一目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されることを表すものとして、「規範的統合」という表現がある（価値観、文化、視点の共有）」と定義されている[16)]。この定義に則り、ケア提供システムの対象者に応じて、対象疾患を有している患者を早期に発見し、Case-managementを実施するための概念を共有する情報交換会等を開催し、考え方を共有することで多職種がCase-managementに参加する参加率を上昇させることとした。

また、住民の情報を共有するシステムの構築については、住民-提供者間、提供者間で医療、介護などの情報を共有することを指標とした[20)]。

多職種でのCase-managementの実施については、地域包括ケアシステムのマネジメント機能の構築、多職種によるCase-managementを実施するシステムの構築を重要成功要因とした。

地域包括ケアシステムのマネジメント機能の明確化では、①保険者主導型、②医療機関主導型、③介護主導型のいずれで地域包括システムをマネジメントするのかを明確にし、認知症、介護予防、在宅復帰、セルフケアなど、どのケア提供システムを整備す

るかを決め、ケア提供システムに基づいた政策を立案することとした[21]。

さらに、実際にCase-managementを実施するため、厚生労働省がCase-managementの仕組みとして導入している1)認知症初期集中チームの設置、2)生活支援サービスによる生活支援コーディネーターの設置、3)退院時支援体制の構築することを成功要因とし、それぞれの仕組みでCase-managementを実施し、Case-managementの介入を受けた人が増加していくことを指標とした。

生活支援サービス・介護予防サービスの充実は、地域特性に応じたサービスが構築され、質の高いサービスが提供でき、要介護認定率、新規認定者数が増加しないことを指標とした。住まいの確保に関する事業の充実は、地域密着型サービス、経済的に困窮している場合や身元保証がない場合の入居施設等の整備をすることで、重度要介護者の在宅支援率が向上することを指標とした。

「学習と成長の視点」では、住民のセルフマネジメントとサービス提供者に対する研修を実施することとし、住民がセルフケアについて知識を得ること、Case-managementの仕組みを反映した政策についての理解を得ることを指標とした。また、より質の高いサービスを提供できるよう、医療、介護のサービス提供者に対してCase-managementに関する研修を実施することも指標とした。

3. 本支援システムの利用可能性

春日市のデータを当てはめて、課題を分析した。その結果、春日市の長所は、要介護認定率が低く、定期巡回随時対応型訪問介護看護を整備している点と考えられた。春日市の要介護認定率は、平成25年度では、15.60％となっており、福岡県全体の要介護認定率19.2％より低い[22]。これは、春日市の高齢化率が平成25年度で17.4％に対し、福岡県内全体の高齢化率が23.2％であり、他市町村より高齢化が進んでいないことが要介護認定率に影響を与えていると考えられる[22]。一方、介護予防教室・生活支援サービスが充実していないことや、第6期介護保険料が大幅に上がったことは短所と考えられる[22]。さらに、誰が地域包括ケアシステムをマネジメントし、どのようなサービスを作るかが明確になっておらず、Case-managementを中心とした統合型のケアの実施体制も整っていないことが明確となった。

このことから、アクションプランとしては①介護予防教室・生活支援サービスを充実させていくこと、②保険料の上昇速度を遅くすること、③統合型のケアの実施するための人材を育成すること、④統合型のケアの実施体制を整備することが必要と考えられた。

本支援システムを用いることで、市町村の長所と短所が明確となり、必要とされる施策も論理的に構築できると考えられた。

【考察】

本研究では、市町村が現状を把握して課題を抽出し、地域包括ケアシステムを構築するための施策が容易に立案できる支援システムを作成した。本研究での成果は2点ある。

1点目は、戦略マップを作成することによって、戦略目標どうしの因果関係が明瞭になったことである。因果関係のエビデンスが明らかなものとしては、Case-managementを実施し、医療・社会サービスの統合を行うことで、患者のQOLが向上し、緊急な病院・施設の利用が減少することがある[22][23]。また、自己管理のための教育を行うことで、ある一定の慢性疾患に罹患している人の健康Outcomeを改善できることも明らかになっている[24]。このため、Case-managementを実施し、包括的な医療・介護サービスの提供、介護予防、生活支援サービスと住居の充実、住民に対する自己管理のための教育により、サービスの質の向上と顧客の満足度の向上ができるとした。因果関係を分かりやすく図示することで、住民及びサービス提供者が戦略目標を理解、共有しやすくなり、政策作成の話し合いが容易になると考えられる。

2点目は、バランススコアカードの利用により、論理的かつもれ、重複がない施策、事業計画が立てやすいことである。指標を一覧表にし、市町村の現状を把握して課題を抽出しやすいように工夫した。実際、春日市の現状をあてはめると、市の長所、短所が客観的に把握でき、必要な施策を包括的に構築するのに役立つと思われた。

課題としては、戦略マップの戦略目標間の因果関係についてエビデンスが不十分なことがあげられる。Case-managementの取り組みを実施することで実際に費用抑制ができるか十分な検証がなされておらず、サービス提供者や住民にCase-managementの研修を実施が必要であると思われるが、どのような研修が有効であるかも明らかになっていない。新たなエビデンスが報告され次第、戦略マップを修正する必要がある。

また、実際にCase-managementを導入するとなれば、医療機関との連携は欠かすことができない。しかし、現時点で在宅医療を実施している医療機関は非常に少なく、病院での医療を地域への医療に移行し、個人に応じた包括的なケア提供体制を作ることは困難である。そのため、Case-managementを実施するために、県、医師会など関係機関の理解を得る必要があると思われる。

さらに、設定した業績評価指標の中に、情報を入手できないものがある点があげられる。これには(1)多くの市町村で把握可能だが現状で未把握の指標、(2)市町村が把握不能な指標があり[25]、(1)の指標は、市町村で指標の現状値を把握する流れや仕組みを作ることが可能である。一方、(2)の指標については、市町村のみで把握する流れやしくみを作ることは困難であるため、市町村と県、病院などの関係機関が指標を共有し、双方の現状値を把握できる流れや仕組みを構築する必要がある。

本支援システムは課題抽出と施策立案の支援を目的に作成したものであるが、施策の進捗状況を管理するのにも利用可能と思

われる。地域包括ケアシステムを実際に進めていくためには、実施している施策をモニタリングできるフレームワークも必要であり、今後は本システムを発展・展開していくことが求められる。

【参考文献】

1）　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）」
2）　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
3）　第46回社会保障審議会介護保険部会資料.平成25年8月28日公表
4）　Banks.P, Policy Framework for Integrated Care for Older Pepole. London:King' s Fund. London. 2004; Avirable at www. kingsfund.org.uk
5）　Grone.O and Garcia-Barbero.M,Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues,World Health Organization, Copenhagen,2002
6）　Dennis L.Konder and Cor Spreeuwenberg, Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper, International Journal of Integrated Care, 2002
7）　堀田聰子.オランダのケア提供体制とケアの従事者をめぐる方策-我が国の地域包括ケア提供体制の充実に向けて-.JILPT Discussion Paper Series,2012
8）　Leinchsering K.（2004）. Developing integrated health andsocial care services for older persons in Europe. International Journal of Integrated Care, Vol.4, e01-e15.
9）　Department of Health, The Adult Social Care Outcomes Framework 2015/16,2014
10）Department of Health, The NHS Outcomes Framework 2015/2016,2014
11）Department of Health, Improving outcomes and supporting transparency Part 1A: A public health outcomes framework for England, 2013-2016,2013
12）Agency for Clinical Innovation, Partnerships: A Framework for Integrating Care for Older People with Complex Health Needs,2014, Agency for Clinical Innovation;2014
13）Welsh Government,A Framework for Delivering Integrated Health and Social Care For Older People with Complex Needs, Lysodreath Cymru Welsh Governmate,2014; Avairable at www.cymru.gov.uk
14）Margaret MacAdam, Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systemati Review, Canadian Policy Research Networks Inc, 2008
15）平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書.2014.
16）厚生労働省 .介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン.平成27年6月5日付老発0605第5号
17）Community-Interest Company, Expert Patients Programme Community Interest Company. SELF CARE REDUCES COSTS AND IMPROVES HEALTH-THE EVIDENCE,2010; Avairrable at www.expertpatients.co.uke
18）申 惠丰.「『経済的.社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見(4)」, 青山法学論集,2002;43:47-73
19）山崎　康仕.石村　久美子.別所　隆弘.「翻訳:国際連合「達成可能な最高水準の健康に対する権利」,神戸大学大学院国際文化学研究科紀要,2012;38:81-113
20）Mackinsey' s Health system and service practice, What does it take to make integrated care work?,2011
21）医研シンポジウム2014講演録.医療と社会,2014;24:381-392
22）春日市.春日市高齢者福祉計画2015・第6期介護保険事業計画.平成27年3月公表
23）Francesso Landi, Granziano Onder, and Andrea Russo et al., A new morel of integrated home care for the elderly: impact on hospital use, Journal of Clinical Epidemiology, 2001;54:968-970
24）ANDREAS E.STUCK,HARRIET U. ARONOW, ANDREA STEINER et al, A Trial of Annual in-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community, The New England Journal of Medicine,1995;333:1184-1189
25）Thomas Bondenheimer, Kate Loring, Halsted Holman et al, Patient self-management of chronic disease in primary care, JAMA,2002;288(19): 2469-2475.
26）全国国民健康保険診療施設協議会,過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業等　地域包括ケアシステム推進の取組状況の把握・評価のために.2015
27）春日市.春日市高齢者福祉計画2015・第6期介護保険事業計画、平成27年3月公表

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　25 - 30,　2016

福岡県後期高齢者医療制度の透析患者における医療費の地域差の検討

尾ノ上美樹夫[1)]、前田　俊樹[2)]、西　　巧[3)]、
安井みどり[2)]、　馬場園　明[4)]

Evaluation of regional differences in health care costs for patients undergoing hemodialysis within the Fukuoka Prefecture Wide-Area Association of Latter-Stage Elderly Healthcare

Mikio ONOUE[1)]　Toshiki MAEDA[2)]　Takumi NISHI[3)]
Midori YASUI[2)]　Akira BABAZONO[4)]

【Abstract】

【Purpose】

The purpose of this study was to evaluate regional differences by secondary health care area in the indicators of health care costs for patients undergoing hemodialysis within the Fukuoka Prefecture Wide-Area Association of Latter-Stage Elderly Healthcare. The indicators were the number of dialysis patients per insured person, inpatient and outpatient health care costs per patient, inpatient and outpatient rates, the number of days per case spent as an outpatient and inpatient, and inpatient and outpatient health care costs per patient-day.

【Method】

In April 2013, we selected 7,061 patients undergoing hemodialysis from the Fukuoka Prefecture Wide-Area Association of Latter-Stage Elderly Healthcare data, and we followed these patients until March 2014. First, we used the chi-square test for the proportion of the sample made up by women and those aged 75 years or older. We also conducted an ANOVA to evaluate regional differences in the indicators of health care costs. Second, we employed multiple regression analyses to quantify the effects of the proportion aged 75 years or older, inpatient and outpatient rates, health care costs per patient-day, and the number of days per case. We also tested for sex differences in the quantified factors on inpatient and outpatient health care costs per patient.

【Results】

The multiple regression analyses revealed that outpatient health care costs per patient were significantly related to the number of days per case and to health care costs per patient-day, whereas inpatient health care costs per patient were significantly related to the number of days per case and health care cost per patient-day. The number of days per case spent as an outpatient or inpatient was the most influential factor for both outpatient and inpatient health care costs per patient.

【Discussion】

There were large regional differences in outpatient and inpatient rates. In addition, inpatient rates were significantly related to inpatient health care costs per patient. The inpatient and outpatient rates mainly depended on the proportion of dialysis patients among the insured people residing in the health care area. This, in turn, may be influenced by the number of the hemodialysis devices available per insured person or by the accessibility of these devices. Future work should evaluate the method of hemodialysis, as well as treatments other than hemodialysis, and examine the factors influencing regional differences in the proportion of dialysis patients among the insured population.

Key words: health care costs, late elderly healthcare system, hemodialysis patient, regional difference, secondary health care area

【抄録】

【目的】

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、医療費の指標における2次医療圏の地域差を明らかにすることを目的とした。指標としては被保険者あたりの透析患者数、透析患者の外来・入院医療費，透析外来・入院受診割合、1件あたり外来日数と入院日数、1日あたり外来医療費と入院医療費とした。

1)　医療法人財団はまゆう会　新王子病院
〒806-0057 福岡県北九州市八幡西区鉄王2丁目20-1
2)　九州大学大学院医学系学府医学専攻
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University
3)　福岡県保健環境研究所
Fukuoka Institute of Health and Environmental Sciences
4)　九州大学大学院医学系研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　25 - 30,　2016

【対象と方法】
福岡県後期高齢者医療広域連合に電子請求された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、性差および75歳以上割合をχ2検定、医療費の指標については一元配置分散分析を用いて地域差を検討した。そして、外来および入院の透析患者の医療費を従属変数とし、透析外来・入院受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費、性差、75歳以上割合を独立変数とした重回帰分析を用いてどの要因が医療費に寄与しているかを検討した。
【結果】
重回帰分析の結果、外来医療費と1件あたり日数、1日あたり医療費、入院では、透析患者である被保険者についての医療費と受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費は有意な関連を認めた。外来、入院共に最も医療費と有意な関連があったのは1件あたり日数であった。
【考察】
受診割合は外来入院共に最も強く地域差に関連し、また入院医療費に有意な影響をおよぼしていた。透析患者における外来・入院受診割合は、主にその医療圏内に居住する透析患者割合に依存していた。被保険者あたりの透析患者数は人口あたりの血液透析装置数や通院など利便性の問題が影響を与えている可能性がある。今後の課題として、透析以外の診療内容、透析療法の違いについて分析することや透析患者数の地域差の要因の検討も必要であろう。

キーワード：後期高齢者医療制度、透析患者、透析外来・入院受診割合、地域差、2次医療圏

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　25 - 30,　2016

【はじめに】

急速な少子高齢化が進み、高齢者の医療費が上昇するなか、国民皆保険制度を維持することを目的とした「後期高齢者医療制度」が2008年に発足し7年が経過したが、「後期高齢者医療制度」の持続可能性については多くの問題が残されている[1)]。後期高齢者1人あたりの医療費は91.8万円であり、未就学児１人あたりの医療費20.7万円、被保険者・国保加入者１人あたりの医療費20.5万円の4.5倍と社会保障財政に大きな負担となっている[2)]。福岡県の被保険者あたりの後期高齢者医療費は、全国で平成14年度から11年連続で最も高く、平成24年度における1人あたりの総医療費は117.1万円で全国平均の約1.3倍であり、地域差も大きいことが報告されている[3)]。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[3)]。

近年、血液透析の治療技術が向上し、慢性腎不全患者の生命維持が長期にわたるようになり、透析患者の高齢化が急速に進んでいる[4)]。また、透析導入に至る主な原因としては、高齢化に加えて糖尿病性腎症がある。糖尿病では、虚血性心疾患や脳卒中といった様々な合併症や血管障害を引き起こす危険性が高い。そのため、合併症の管理は必要不可欠なものであり重症化を予防するための専門の診療科での精査や入院や受診は増加傾向にある。透析に関連する医療費に関していえば、透析関連医療費の正確な統計はとられていないが、日本透析医学会ならびに日本透析医会の調査をもとに、2009年末の透析患者数290,675人に1人あたりの透析医療費（推定約500万円）を乗じると、年間1.3兆円を超える医療費が維持透析に費やされると推定されると報告されている[5)]。

一方、先行研究によれば、人口あたりの透析患者数には大きな地域差がある[6)]。医療の質や効率の問題を明らかにするためには、地域差を明らかにすることが有効である[7)]。透析患者を対象とした地域差についての先行研究として、猿渡らは透析患者の悪性新生物、脳血管障害、心筋梗塞、糖尿病に限定した死亡率や入院診療について地域差の存在を明らかにした[8)]。細谷らは腎不全患者について北海道、千葉、福岡の3道県での医療費の地域差を検証し、入院医療費における地域差、医療機関格差を報告[9)]している。しかしながら、外来と入院別に医療費の地域差を明らかにした研究は見当たらない。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、被保険者あたりの透析患者数、外来医療費、入院医療費、透析外来・入院受診割合、1件あたり外来日数と入院日数、1日あたり外来医療費と入院医療費に関して2次医療圏の地域差について検証することを目的とした。

【対象と方法】

福岡県後期高齢者医療広域連合に電子請求された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人を抽出し対象とした。その後、対象の2014年3月までの1年間の資格情報、摘要情報、傷病情報を加えたデータベースを構築し、そして外来および入院毎に各医療圏の透析患者である被保険者についての医療費、透析外来・入院受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費、性差および75歳以上割合を検討した。なお、透析患者である被保険者についての医療費の算出は透析患者の医療費を福岡県後期高齢者医療制度に加入している被保険者数で除した。透析外来・入院受診割合の算出は受診件数を福岡県後期高齢者医療制度に加入している被保険者数で除して1,000倍した。件数に関して、月をまたいだ入院は2013年4月1日または新規入院から、退院または2014年3月31日までのデータを連結し1件の入院として受診割合を計算した。一方、外来においては外来レセプト1枚を1件の外来として受診割合を計算した。1件あたり日数に関しては、外来は1月あたりの日数、入院は1件あたりの入院日数とした。

まず、性差と75歳以上割合に関してはカイ二乗検定、その他は一元配置分散分析を用いて検討した。次に、外来および入院の被保険者1人あたり医療費を従属変数とし、透析外来・入院受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費、性差、75歳以上割合を独立変数とした重回帰分析を用いてどの要因が医療費に寄与しているかを検討した。重回帰分析を行うにあたってVIF（分散拡大係数）≧10で多重共線性ありとし、多重共線性がないことを確認した。また透析患者である被保険者についての医療費、透析外来・入院受診割合、1件あたり日数および1日あたり医療費は分布に偏りがあったため、すべて対数変換を行った上で重回帰分析を行った。モデルの適合性は調整済みR2で評価した。

なお、九州大学は福岡県後期高齢者医療広域連合と医療費適正化のための共同研究を行っている。レセプトデータは、福岡県後期高齢者医療広域連合においてデータベースを作成する際匿名化し、データベースは講座内の外部と接続できないパソコンで管理した。本研究は九州大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得た。

使用した統計ソフトはPASW 18（SPSS Inc., Chicago, IL.USA）を使用した。検定は両側検定で有意水準は$p<0.05$とした。

【結果】

表1に2次医療圏別の外来および入院の透析患者である被保険者についての医療費、性差、75歳以上割合、被保険者1,000人あたり透析外来・入院受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費の結果を示した。

1人あたり外来医療費において最も高かったのは直方医療圏57,164.5円で、最も低かった有明医療圏35,944.0円の1.6倍、金額に

して21,220.4円の開きがあった。外来受診割合も直方医療圏が145.1と最も高く、有明医療圏が91.5と最も低かった。1件あたり日数はどの医療圏もおおよそ13日前後であった。1日あたり医療費が最も高いのは八女医療圏で30,401.8円、最も低いのは京築医療圏26,832.4円で約1.1倍、金額にして3,569.4円の違いがあった。女性の割合は京築医療圏が48.7%と最も高かった。75歳以上割合では宗像医療圏が57.9%と最も高かった。

入院医療費に関して最も高かったのは粕屋医療圏の32,056.5円で、最も低かった八女医療圏15,070.2円の2.1倍、金額にして16,986.3円の開きがあった。受診割合も粕屋医療圏で18.1と最も高く八女医療圏で10.5と最も低かった。1件あたり件数は外来と異なりばらついており朝倉医療圏が52.0日と最も長く直方医療圏が33日と最も短かった。1日あたり医療費で最も高いのは宗像医療圏の43,194.2円で最も低い八女医療圏と比較して約1.2倍、7,846.6の開きがあった。女性は京築医療圏で48.9%と最も高かった。75歳以上割合では宗像医療圏が65.9%と最も高かった。

外来医療費では、受診割合および1日あたり医療費において2次医療圏間で統計的に有意な差を認め、一方，入院医療費では、患者1人あたり医療費および受診割合において統計的に有意な差を認めた。

表1　対象の分布とχ^2検定および一元配置分散分析の結果

居住医療圏	被保険者数	透析患者数	透析患者割合（人/千人）	一人あたり医療費	p	受診割合（件数/千人）	p	1件あたり日数	p	1日あたり医療費	p	女性	p[a]	75歳以上	p[a]
外来															
福岡	137,268	1,704	12.4	49153.9		121.1		13.9		29236.2		38.8		52.2	
粕屋	24,475	362	14.8	56540.0		142.7		13.8		28683.1		37.6		48.9	
宗像	18,978	197	10.4	41310.8		103.0		13.7		29350.0		36.5		57.9	
筑紫	37,943	435	11.5	43633.1		110.6		13.7		28808.1		42.1		49.2	
朝倉	13,597	149	11.0	39740.4		102.8		13.5		28624.8		38.3		51.7	
久留米	57,624	659	11.4	45139.5		112.2		13.6		29484.1		38.7		54.2	
八女	21,084	201	9.5	38731.9	0.058	93.7	<0.001	13.6	0.956	30401.8	<0.001	40.8	0.488	52.7	0.210
有明	39,330	364	9.3	35944.0		91.5		13.5		29052.8		42.3		54.4	
飯塚	26,787	295	11.0	42729.0		107.0		13.6		29461.6		42.4		53.9	
直方	17,295	245	14.2	57164.5		145.1		13.5		29096.2		43.3		53.1	
田川	19,999	233	11.7	46492.1		117.7		14.1		28014.3		41.2		47.2	
北九州	149,802	1,899	12.7	48543.1		123.7		13.9		28268.2		44.1		55.1	
京築	26,407	318	12.0	44697.6		121.2		13.7		26832.4		48.7		52.2	
入院															
福岡	137,268	1,704	12.4	24538.9		13.6		46.4		38761.8		39.4		57.4	
粕屋	24,475	362	14.8	32056.5		18.1		48.3		36678.2		35.7		56.6	
宗像	18,978	197	10.4	18827.2		13.1		33.4		43194.2		35.8		65.9	
筑紫	37,943	435	11.5	23403.9		12.3		49.6		38302.8		40.8		57.3	
朝倉	13,597	149	11.0	22267.6		11.9		52.0		35916.2		38.7		57.0	
久留米	57,624	659	11.4	21914.7		14.6		41.0		36537.7		39.2		57.5	
八女	21,084	201	9.5	15070.2	0.020	10.5	<0.001	40.7	0.127	35347.6	0.365	39.1	0.101	60.9	0.603
有明	39,330	364	9.3	16763.6		10.8		41.2		37612.6		40.3		59.7	
飯塚	26,787	295	11.0	23348.5		13.3		47.6		37023.4		42.5		61.3	
直方	17,295	245	14.2	21247.4		16.6		33.0		38771.2		46.5		54.2	
田川	19,999	233	11.7	17865.1		11.2		42.0		38013.0		41.8		50.4	
北九州	149,802	1,899	12.7	24492.6		15.5		41.5		38185.0		44.6		58.9	
京築	26,407	318	12.0	21515.5		13.0		45.6		36255.6		48.9		60.4	

[a] by Pearson's chi square and other by ANOVA

表2に単回帰および重回帰分析の結果を示した。外来では、透析患者である被保険者についての医療費と1件あたり日数、1日あたり医療費は有意な関連を認め、入院では透析患者である被保険者についての医療費と受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費は有意な関連を認めた。なお、性差および年齢は有意な関連は認めなかった。外来において最も医療費と有意な関連があったのは1件あたり日数（β =0.849）、次いで1日あたり医療費（β =0.362）となった。入院において最も医療費と有意な関連があったのは1件あたり日数（β =1.101）であった。次いで1日あたり医療費（β =0.509）、受診割合（β =0.018）となった。

表2　単回帰および重回帰分析の結果

	単回帰				重回帰				
	β	95%CI Lower	95%CI Upper	p	β	95%CI Lower	95%CI Upper	p	VIF
外来									
Log受診割合	−0.016	−0.217	0.087	0.402	−0.011	−0.148	0.056	0.380	1.001
Log1件あたり日数	0.67	1.511	1.642	<0.001	0.849	1.930	2.067	<0.001	1.327
Log1日あたり医療費	−0.057	−0.253	−0.053	0.003	0.362	0.892	1.047	<0.001	1.33
男女区分	−0.017	−0.02	0.008	0.371	−0.004	−0.011	0.008	0.761	1.002
年齢75歳以上	−0.039	−0.029	−0.001	0.039	−0.014	−0.015	0.004	0.285	1.005
R^2		−				0.816			
入院									
Log受診割合	0.009	−0.207	0.398	0.537	0.018	0.050	0.310	0.007	1.000
Log1件あたり日数	0.804	0.776	0.811	<0.001	1.101	1.071	1.102	<0.001	1.535
Log1日あたり医療費	−0.139	−0.342	−0.222	<0.001	0.509	1.001	1.066	<0.001	1.542
男女区分	0.064	0.04	0.109	<0.001	0.004	−0.010	0.020	0.548	1.017
年齢75歳以上	0.087	0.067	0.136	<0.001	0.01	−0.004	0.027	0.140	1.038
R^2		−				0.646			

【考察】

本研究では福岡県後期高齢者医療制度の被保険者の透析患者を対象とし、2次医療圏における医療費の地域差を明らかにした。透析患者である被保険者についての透析医療費に関して、受診割合、1件あたり日数、1日あたり医療費のどれが最も大きく寄与しているかを検討した。その結果、受診割合は外来入院共に最も強く地域差に関連しており、入院医療費に有意な影響をおよぼしていることが明らかとなった。

透析患者における外来および入院受診割合は、主にその医療圏内に居住する透析患者割合に依存すると考えられる。透析療法は患者1人につき、月平均13回行われていると報告されている[10]。しかし、久留米においては透析患者の割合が低いにもかかわらず入院受診割合は高い傾向があり、患者側の要因としては透析患者の健康状態や合併症の状況など、環境要因としては医療機関へのアクセスなど、供給側の要因としては医療機関や病床数が人口に対して多いことが関係していると考えられる[11)12]。

透析患者割合の地域差は、各医療圏の人口あたりの血液透析装置数や通院など利便性に関係していることが示唆されている[13)-15]。また、透析患者の死亡率や透析導入の基準なども要因の一つである可能性があり[13]、これらの因果関係については慎重に検証する必要があると考える。財団法人ヒューマンサイエンス財団の報告によると、高齢化、糖尿病や高血圧患者の増加が透析患者の増加要因として報告されている[16]。生活習慣病の対策として、厚生労働省は「健康日本21（第2次）」を定め[17]、各市町村でも様々な取り組みが行われているが、これらの取り組みによる効果も透析患者割合の地域差を生じさせている可能性もあるため、今後はこうした点の分析が必要であると考える。

入院受診割合や1件あたり入院日数は、独居、通院困難、施設などへの入居待ちなど高齢者特有の背景に影響されることが指摘されている[8)15]。また、透析以外の受診に関しても医療費助成があるため、過剰受診が存在しうることも否定はできない[18]。一方、透析医療は部分的に包括化されており、過小医療により合併症などが引き起こされ、入院日数の長期化、入院医療費の高額化の要因である可能性も指摘されている[8) 15]。また、出来高払いで診療報酬を得る場合とDPCで診療費報酬を得る場合の違いもある。今後は、これらの要因がどの程度、外来・入院医療費の地域差に影響するかの分析も必要であると考える。

本研究の強みは、福岡県の65歳以上の透析患者は福岡県後期高齢者医療制度の対象となるため、透析患者をほぼ完全に網羅している点である。本研究の限界としては、対象が福岡県に限定されていること、透析医療以外の疾病に関しての診療や重症度に関する情報を用いていない点が挙げられる。

【謝辞】

この研究は、医療費適正化の目的で福岡県後期高齢者医療広域連合の協力を得た。

【参考文献】

1)　泉眞樹子. 高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯 ―財政調整を中心に―. レファレンス 2010；2：55-79.
2)　厚生労働省ホームページ. 医療保険に関する基礎資料～平成 24年度の医療費等の状況（http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/kiso24.pdf）2015.1.8.

3)　福岡県後期高齢者医療広域連合ホームページ. 福岡県の後期高齢者医療費の状況(平成26年9月策定) (http://www.fukuoka-kouki.jp/img/medical_expenses_h25_5.pdf)2015.1.15.
4)　(社)日本透析医学会統計調査委員会. わが国の慢性透析療法の現況2013年12月31日現在. 年末患者の年齢と性別；14.
5)　小松康宏.透析は医療経済を破壊するのか?. 臨床透析 2011；27：33-40.
6)　Usami T, Koyama K, Takeuchi O, et al. Regional variations in the incidence of end-stage renal failure in Japan. Jama 2000；284：2622-2624.
7)　Welch HG, Sharp SM, Gottlieb DJ, Skinner JS, Wennberg JE. Geographic variation in diagnos is frequency and risk of death among Medicare beneficiaries. JAMA 2011；305：1113-8.
8)　猿渡倫治、西巧、馬場園明. 福岡県の透析医療における地域格差の検証. 医療福祉経営マーケティング研究会 2012；7：9-16.
9)　細谷圭、林行成、今野広紀他. 医療格差と診療行為の標準化　腎不全レセプトデータを用いた比較分析. 医療と社会 2002；12：121-137.
10) 日本透析医会ホームページ. 安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル(平成10年改訂) (http://www.touseki-ikai.or.jp/htm/07_manual/doc/man.pdf)2015.1.18.
11) 日医研ホームページ. 地域の医療提供体制現状と将来－都道府県別・二次医療圏データ集(2013年版) (http://www.jmari.med.or.jp/download/wp293_data/40.pdf) 2015.1.18.
12) 日本医師会ホームページ. 地域医療情報システム(福岡県) (http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/4001)2015.1.18.
13) 尾形　聡、西慎一、椿原美治他. 慢性透析患者の地域格差の要因. 日本透析医学会雑誌 2011；44：681-688.
14) 金内雅夫、土肥和紘. 高齢維持透析患者の社会的入院. 奈医誌 1996；47：243-247.
15) 太田圭洋、山﨑親雄. 診療報酬から捉える要介護透析患者に対する在宅医療のあり方臨床透析 2013；29：263-274.
16) 財団法人ヒューマンサイエンス財団ホームページ. 2012年度将来動向報告書「慢性腎臓病の将来の動向」(http://www.jhsf.or.jp/paper/report/report_201202.pdf)2015.1.18.
17) 厚生労働省.「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(厚生労働省告示第四百三十号)」
18) 泉眞樹子. 医療費における自己負担と医療アクセス -保険給付と高額療養費、難病対策その他の公費医療-. レファレンス 2010；9：91-116.

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　31 - 41,　2016

加治木温泉病院における病床稼働率向上のためのチームアプローチ

中村　真之[1)2)]、佐久間　弘匡[1)2)]、小湊　裕一[1)2)]、渡辺　純子[1)2)]、
東郷　尚子[1)]、宮崎　浩二[1)]、髙田　昌実[1)2)]、窪田　昌行[3)4)]、馬場園　明[4)5)]

A team strategy of Improving Bed Occupancy Rate in Kajikionsen Hospital

Masayuki NAKAMURA[1)2)] Hirotada SAKUMA[1)2)] Yuichi KOMINATO[1)2)]
Junko WATANABE[1)2)] Shoko TOGO[1)] Kozi MIYAZAKI[1)] Masachika TAKATA[1)2)]
Masayuki KUBOTA[3)4)] Akira BABAZONO[4)5)]

1. はじめに

いま我が国は世界に類を見ない少子超高齢社会へ移行していく中で、医療・介護の分野では、パラダイムシフトが起きている。急速な高齢化の進展に伴い、医療のニーズは疾病構造の変化により変化してきた。例えば、平均寿命が60歳代の時代は、主に壮年期の患者を対象とする医療は救命、延命、治療、社会復帰を求める「病院完結型」の医療が中心であった。いまや平均寿命が80歳以上の社会では、医療は病気と共存しながら、生活の質の維持・向上を目指す「地域完結型」医療へのパラダイムシフトが起こっている[1)]。すなわち、医療・介護制度は、従来の疾病や傷害の治癒・回復を目的とする「医療モデル」から、生活の質に焦点をあて、疾病や障がいがあっても、地域の住まいで自立してその人らしく暮らすことを支える「生活モデル」へ大きくシフトしている。この流れは、慢性期疾病が中心となる超高齢社会の中では、療養の場を医療機関から暮らしの場へ移行しようとするものである。

一方、医療のパラダイムシフトが先行する米国では、保健福祉省（CMS）の長官を務めたヴァ-ビックが、医療の質が改善できない理由として医療従事者の医療のあり方が変化しつつあるということを認識できていないことが関係していると示唆している[2)]。すなわち、パラダイムシフトが起こっているのに、医療従事者がそれに気づいていないのである。特に、いままでの医療の対応が、患者受診による対応であったが、これからの医療は疾病構造が慢性期医療に移行してきたことにより、患者との人生における継続的な関係を構築していくことが重要であるとしている。表1にドナルド・バーウィックが提唱するパラダイムシフトを示す[2)]。

表1　医療のパラダイムの転換（Berwick）

	旧パラダイム	新パラダイム
医療の対応	患者受診による対応	継続的な関係の構築
主体	医師が医療を管理	患者が疾患ｺﾝﾄﾛｰﾙの主役
優先順位	医師の自由裁量の尊重	患者ﾆｰｽﾞの価値や尊重
診療の指針	研修と経験	根拠に基づいた診療
診療の内容	ﾌﾟﾗｰﾊﾞｼｰ優先	透明性の尊重
専門的な連携	困難	必要不可欠
情報の役割	記録・保存	公開・共有
ニーズへの対応	要望への対応	計画的な対応
安全	個人的な義務	組織の責任
コスト	横断的な個人的な対応	継続的で組織的な対応

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
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
〒892-0822 鹿児島市泉町2番3号そうしん本店4F 医療法人玉昌会
4F 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 School of Medical Sciences, Kyushu University

このような中、鹿児島県姶良市に所在する加治木温泉病院は、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として地域に貢献している[3),4)]。また近隣には複数の在宅施設を有しており、これまで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きた[5),6)]。

2014年度には、「病床機能報告制度」がスタートし、今後の病床機能別医療需要に見合った体制整備を図るために「地域医療構想」の策定も協議されている[7),8)]。病院はこれらの動向を見据えて、自院が将来的にあるべき姿をしっかりと検討し、進むべき道を選択して行かなければならない。そういった環境のなか、加治木温泉病院が地域で他の急性期病院や医療施設と連携して医療を行っていくためには、病院機能をどうするか、そして病床稼働率を上げるためにはどのようにすればよいか、理事長をはじめとする本部経営陣や病院現場スタッフと協議しながら進めてきた[9)]。

本研究では、医療においてパラダイムシフトが進行していく中で、それを認識しつつ、病院の直面の課題である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。

2. 当院の病床再編

まず、近隣の7対1入院基本料を算定する急性期病院からの紹介患者の受け入れをスムーズにするために、医療療養病床2病棟（117床）を、在宅復帰機能を持つ強化型へ変更した。さらに回復期リハビリ病棟は、当院のある姶良伊佐二次医療圏では過剰となっており、他の回復期リハビリ病棟との差別化を図るため、回復期リハビリ病棟入院料1の体制強化加算を取得した。介護療養病床もより重度の患者へサービスを提供し、看取りの機能をもつ療養機能強化型Aを取得した。当時稼働が低かった一般病棟については、地域包括ケア病棟1へ転換した。これらの基準を取得するためには、在宅復帰率などの条件をクリアする必要があった。条件クリアを目指すため、毎日の病床の稼働状況を確認できるようにチームスタッフ全員で確認できる表をエクセルで作成、細かい退院調整などを行った。強化型を取得した医療療養病床の2病棟を活用することで、地域包括ケア病棟での高い在宅復帰率を維持することにした[10),11)]。

その結果、地域包括ケア病棟では一般病棟のときよりも病床稼働率が上がり、最終的には病院の収入増につながった。しかし、この結果を出すまでには、さまざまな問題に直面した。一番の問題は医師や看護師をはじめとする現場スタッフの、地域包括ケア病棟などの病床機能への理解不足であった。特に地域包括ケア病棟については、14年度診療報酬改定時にできた新しい病棟であり、在宅・生活支援を行うためのリハビリや教育を行うための病棟であることを理解してもらうために、何度も説明会や勉強会を行った。また、地域の医療機関や施設などにも自分たちで作成した病床機能のパンフレットを渡して説明するなどの広報活動を行った。

3. 地域医療連携センターの役割と課題

現在、地域医療連携センターでは、医療ソーシャルワーカー（MSW）6名、退院調整看護師1名、事務3名、渉外担当者1名、計10名が在籍している。

地域医療連携センターの役割として、患者を中心に考え、患者がより良い医療を円滑に安心して受けられるよう、近隣の医療機関の先生方と当院医師とのパイプ役として業務を行っている。 主な業務内容は病院・開業医の先生方から患者の入院依頼があった場合の入院調整や、地域医療機関との連絡調整、患者・家族の相談窓口、広報活動等を行っている。近年では、MSWの退職等による職員の入れ代り等が続き、特に広報活動については、患者の紹介がある医療機関や施設への訪問しかできていなかった。

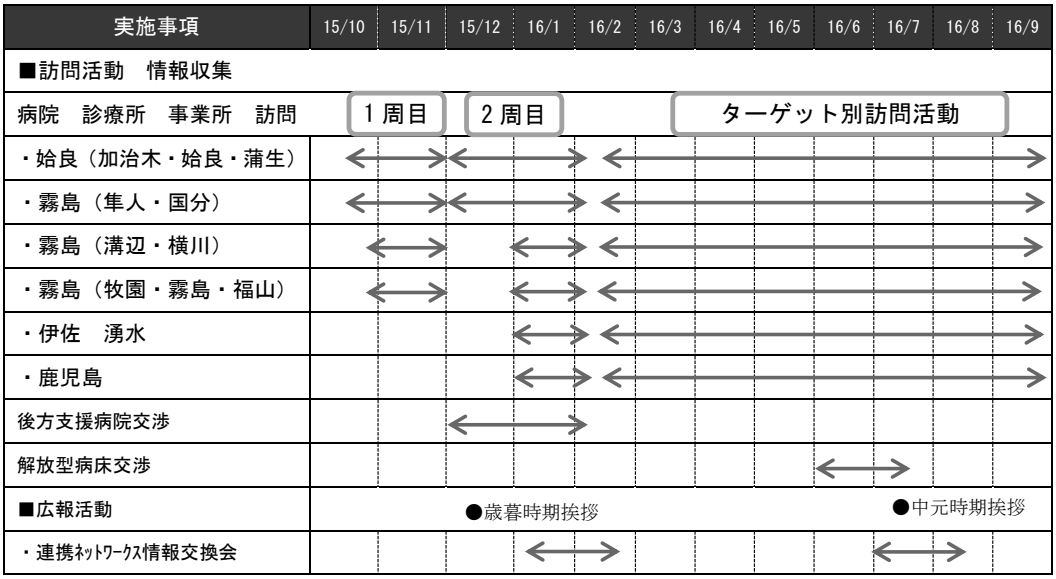
4. 対策

今回再編した病棟のそれぞれの稼働を上げるために、2015年10月に地域医療連携センター内に専門の渉外担当者を配置し、再編した病棟機能を外部の医療機関へ広報し認知してもらうことを重要課題とし取り組んだ。また、院内スタッフにも病棟機能について十分に説明し理解してもらえるようスタッフ教育を行った。

専従の渉外担当者はこれまでの訪問活動に加え、毎日姶良市、霧島市、鹿児島市の医療機関、介護施設、居宅介護支援事業所等を訪問する（図1参照）こととし、これまで約1,200件、月100件の訪問を実施した。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　　31 - 41,　2016

図1　渉外担当者の活動計画



訪問活動後、早い時期に地域の各施設の情報を収集・把握しておく必要があると考え、まず、10月の訪問活動開始から1ヶ月は毎日の訪問件数の目標を10件以上に設定し姶良・伊佐2次医療圏内の病院、診療所、居宅介護支援事業所を訪問した。訪問活動は①入院紹介件数の増加の為の活動、②将来の紹介先を増やす（間口を広げる）活動、③担当者とのリレーションの構築・強化する活動であることを意識して訪問した。次に、上記施設に加えて、法人年報の郵送先として登録されている特養・老健・グループホーム・小規模多機能ホーム等の在宅施設を全て訪問し、情報活動を行うと伴に年報やパンフレットを手渡した。最終的に2016年1月までに姶良・伊佐2次医療圏内にある大半の施設を2回、全ての施設を少なくとも1回は訪問を行った。

さらに地域の施設の状況を把握することができた後で、2周目以降のルーティンとして訪問先をターゲット別に分類して訪問活動を行った。初めの2回の訪問活動の結果をもとに、5つの訪問目的別に施設を分類し、訪問目的を明確にして活動を行った。なお訪問目的別分類は、次に示す内容である（表2参照）。

表2　訪問目的別分類

	分類	先数	訪問活動内容	
A	急性期病院連携先	4+α	情報収集・動向確認	≪定期的な訪問・リレーション強化≫ 当院受入状況の広報 担当者とのリレーション強化
B	その他連携先	10		≪定期的な訪問・リレーション強化≫ 当院受入体制の広報 先方状況に合わせたアプローチ
C	連携診療所	19		≪院長へのアプローチ≫ 当院病棟機能の説明 （受入体制認知） 後方支援病院提携先の交渉
D	紹介なし先	85 ＋鹿児島市内病院		≪新規紹介先開拓≫ 当院病棟機能の説明（当院の認知） A～C より広域での訪問活動
E	居宅支援事業所など	72 （居宅のみ）		≪ケアマネ・施設管理者への発信≫ 相互広報・情報提供体制（リレーション構築） 近隣病院などの情報収集

A：急性期病院連携先

当院への紹介件数が年間を通じて一定数が確保できており、以前より連携体制が確立されている連携先であり、紹介件数が年間50件以上の急性期病院の2病院と、紹介件数がコンスタントに年間10件前後ある近隣急性期病院及び鹿児島市内の急性期中核病院とした。

これらの病院の担当者は、普段の連携業務を通じて当院の病院機能について十分に把握している為、当院へ紹介するケース・パターンがある程度決まっていると思われる。通常は患者状態確認などMSWの業務の中で情報交換することが多く、その際に病院ごとの対応状況の情報収集ができる場合が多い。逆に広報活動のみの訪問での時間をとるのは難しいことが多い。広報、情報収集の活動が過度にならないよう、通常の患者紹介・受入の業務とのバランスをみて行動することにした。

B：その他連携先

通常連携している急性期病院以外で年間数件程度紹介がある病院とした。A群の病院までとはいかないが、たまに紹介がある病院で平時は積極的に紹介がくることはない。自院のベッド稼働により、紹介頻度が大きく変わることが多い。A群の中核急性期病院からの紹介によりベッド稼働を維持している先も多いので、B群のベッド稼働状況が当院の紹介数の増減にダイレクトに影響する。当院とほぼ同様の病棟機能を持つ先も多く、当院運営上参考となる情報を最も収集できる先でもあるが、担当者によっては情報交換が容易でない場合もある。

C：連携診療所

当院と比較的連携体制のある、地域の診療所で、紹介実績は毎年1~2件以上ある先を想定した。在宅療養後方支援病院、開放型病床登録医として提携し、さらなる連携強化を図るべき診療所を含めた。ケースごとに当院、あるいは他院かを医師（院長）や退院調整担当の看護師長などが総合的に判断していると思われるが、一方で医師同士のつながりや従来からの付き合いで、ある程度紹介先が決まっている先が多い。入院相談の絶対数が少ない為、頻繁に折衝するよりは当院機能や状況を説明し、院長らに当院の存在を意識づけ、いざ入院が必要となるケースで当院への紹介をもらうパターンが有効と考えた。在宅療養後方支援病院の既存提携先へは、届出患者の依頼を行い、入院見込患者の数を増やすパターンが有効と考えた。よって緊急時受入可能であるメリットが大きい診療所（在宅時医学総合管理料を算定している診療所、在宅医療に疲弊している高齢医師の診療所など）に対しては、在宅療養後方支援病院の新規契約先としてアプローチすることとした。

D：紹介なし先

過去紹介実績がない、もしくはあっても数年に1件の病院、診療所とした。基本的には近隣の中核病院へ紹介するパターンだが、「家族が加治木方面」などの理由で当院へ紹介ができる場合が想定できる。メリット/デメリットで考えた場合なら、距離的デメリットよりも当院入院によるメリットが上回れば紹介となるパターンと思われるので、当院機能の認知が重要な層であると考えた。当院以外で他院へ転院させる患者数がある程度決まっているところだが、当院の認知ができれば、訪問直後に紹介につながるアクションがある可能性が高い先である。よって、訪問活動の効果が他の層よりも高いと考えた。担当者とのリレーションが図れれば、地域ごとの特性や同地区他院の状況など情報収集が容易となる。

E：居宅介護支援事業所・施設系在宅事業所

直接紹介となるわけではないが、在宅療養の方の入院先の選択に居宅のケアマネジャーによる判断が大きく影響する。ケアマネジャーや施設担当者へのアプローチにより、かかりつけ医の診療所からの紹介を促すことを意識した活動が必要な先である。受け持っている患者やその家族を通して病院の良し悪しやイメージを最も収集できるのが相談員であり、評判・口コミの効果が最も高いと思われ、退院支援先としての在宅事業所情報収集と当院の広報を相互補完的に行える。情報収集についても、在宅の職員は地域の情報を持っている方が多いことから、情報収集先としての訪問効果は大きい。また、継続して行っている当院が主催する姶良地区地域連携ネットワークスで、院長自らが医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等について説明を行った。そして在宅療養後方支援病院として、8件の診療所と新規契約を結び、2016年9月には開放型病院の基準を取得し、地域の22医療機関24名の医師に登録医の申請をしていただき、姶良市、霧島市内の「かかりつけ医」との連携を強化してきた。

5. 結果

2015年10月より配置した専従の渉外担当者が姶良・霧島地区の医療機関を回りはじめ、2周目が終わった頃の2016年2月より入院稼働が増え始め、2016年5月には300床に達し、2016年9月には目標である320床を達成することができた（図2、表3参照）。

図2　2015年10月～2016年9月の月別入院患者数

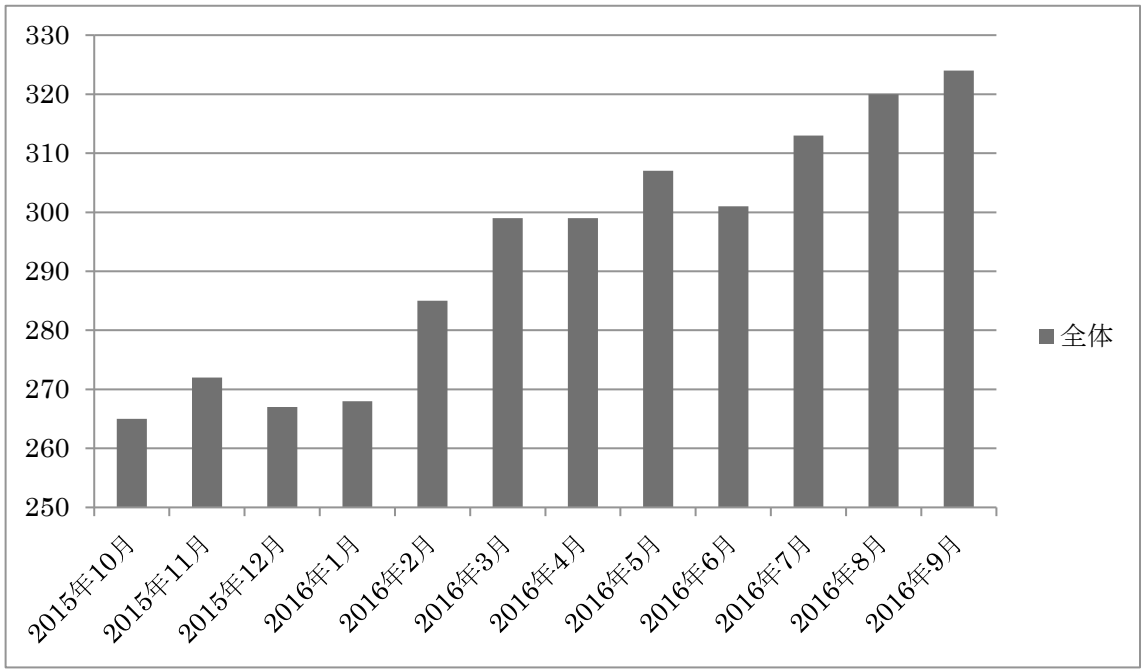
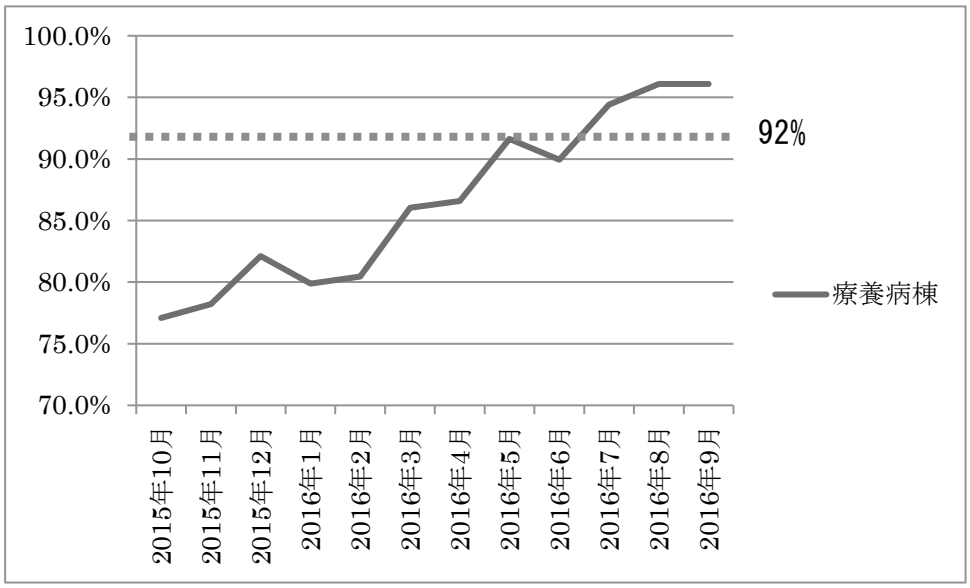


表3　2015年10月～2016年9月の病棟別入院患者数の推移

	15/10	15/11	15/12	16/1	16/2	16/3	16/4	16/5	16/6	16/7	16/8	16/9
地域包括ケア	45	54	43	50	53	54	51	54	56	58	57	49
回復期リハ	36	33	29	30	38	43	38	38	35	39	36	44
医療療養１①	46	48	47	47	52	53	51	56	54	58	58	58
医療療養１②	49	47	54	47	49	50	53	52	53	54	55	59
医療療養２	43	45	46	49	43	51	51	56	54	57	59	58
介護療養	46	46	46	45	52	51	54	54	52	51	55	54
合計	265	273	265	268	287	302	298	310	304	317	320	322

なお、病棟ごとの入院患者数増加の様子をみると特に当院の入院窓口の病棟である、地域包括ケア病棟がまず上昇し、その後医療療養1で在宅復帰強化型を取得している2病棟、そして、長期療養入院が可能な医療療養2、介護療養病棟の入院数が増加してきた。特に、療養病棟である3病棟の2015年10月の稼働は77.1％と厚生労働省が提示している療養病床の稼働率92％を大きく下回っていたが、2016年7月には94.4％まであがり、9月には96.1％まで上昇した（図3参照）。

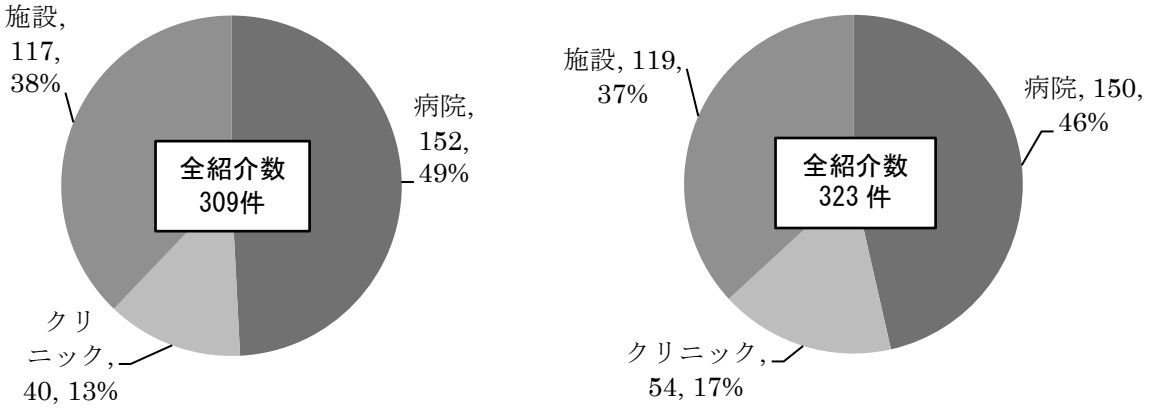
図3　2015年10月～2016年9月の療養病床稼働率



6. 考察

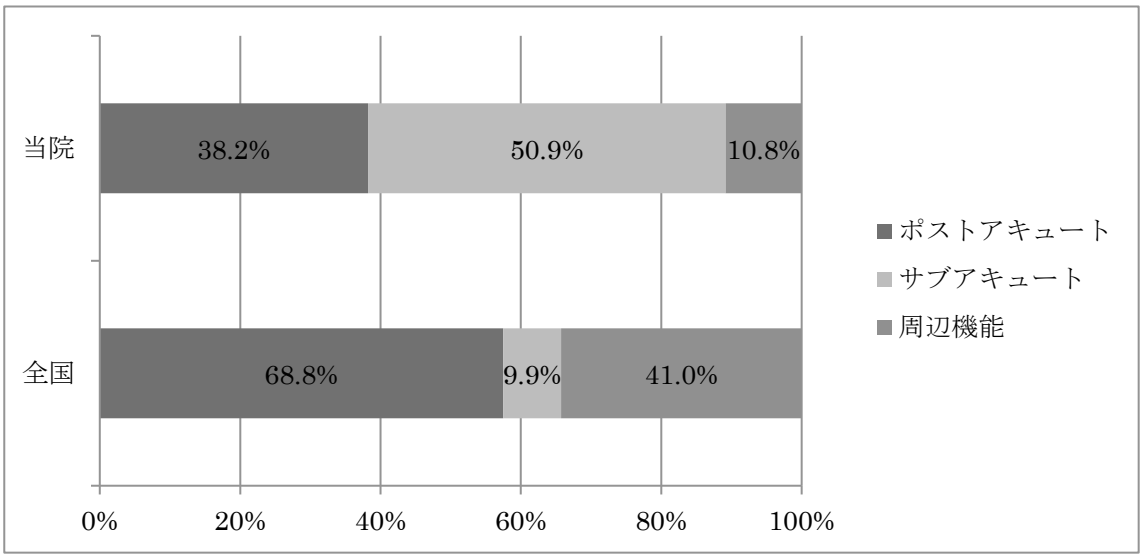
今回、このような結果が得られた理由としては、渉外担当者の配置ならびに営業活動と地域医療連携センターの病棟管理がうまく機能したことが考えられる。特に、専門の渉外担当者を配置し、営業活動を行うことで、診療所からの紹介患者数が増えたことが上げられる。2015年と2016年の4月から9月までの同時期の当院の入院患者数の紹介元の件数を比較すると、病院・施設からの紹介件数は269件とまったく同じ件数だったが、診療所からの件数が14件と増えた分だけ増加に繋がっていた（図4参照）。

図4　2015年度、2016年度4月～9月の入院患者の紹介元件数



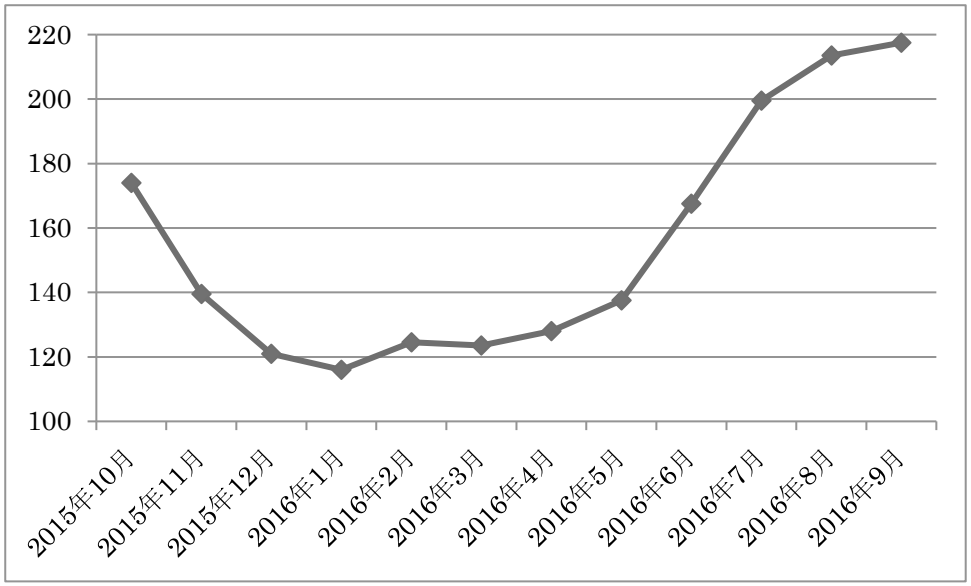
また、全国と当院での地域包括ケア病棟の受け入れ機能別割合を比較してみると、全国の地域包括ケア病棟では、急性期病院の7:1病棟、10:1病棟からの受け入れ機能であるポストアキュートが68.8%と多く、診療所や在宅、自宅からの受け入れ機能であるサブアキュートが9.9%と少ないのに対し、当院ではポストアキュートが38.2%、サブアキュートが50.9%であり、渉外担当者の営業活動により、当院の地域包括ケア病棟が地域のクリニックや在宅からの後方支援病院としての機能を認知され、紹介に繋がっていると考えられる（図5参照）。

図5　全国平均と当院での地域包括ケア病棟の受け入れ機能別の割合の比較



療養病棟の平均在院日数の変化を見てみると、2015年10月時点での3ヶ月の平均在院日数は174日であり、その後急激に2016年1月まで116日と下がってしまうが、その後徐々に在院日数を延ばし、2016年9月には218日になっていた（図6参照）。

図6　2015年10月～2016年9月の療養病棟平均在院日数



この2016年1月まで116日と下がってしまった要因は、平均在院日数の計算式による影響も大きいと考えられる。平均在院日数とは、病院全体で平均して1人1人の患者さんが何日間入院しているかを示す数字であり、計算方法は下式に示すように、分子に①当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延日数を、分母に②当該病棟における当該3ヶ月間の新入棟患者数と近3ヶ月間の新退棟患者数を合わせた数を2で割った数を充て計算することで求められる[12)]。

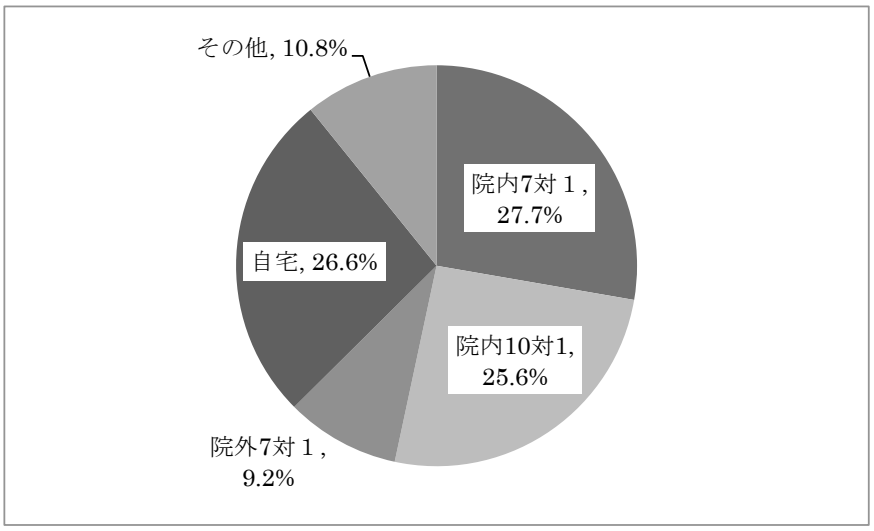
$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{① 直近３ヶ月間の在院患者延日数}}{\text{② （当該３ヶ月間の新入棟患者数＋新退棟患者数）÷２}}$$

2015年10月から地域包括ケア病棟に入院していた患者のうち、さらに長期入院が必要な患者は在院日数60日で療養病棟へ転棟する必要があり、特に入院患者数が少ない10月から2月にかけては、分母の数が多くなり、その結果、平均在院日数が低下してしまったと考えられる。

7. 今後の課題

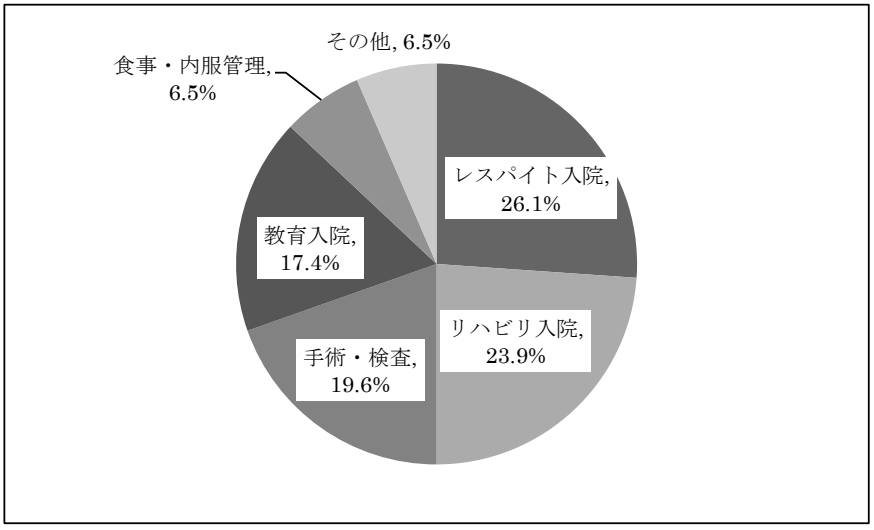
2016年度の診療報酬改定では、7対1入院基本料に対する「重症度・医療・看護必要度」等の厳格化により、新基準を満たすことができない病院にとっては、非常に厳しいものになっている[13)]。改定の背景にある医療機能の分化・強化以前に、病院経営の存続に対する危機感、警戒感が強まっている病院もある。急性期病院の中では厳格化される7対1入院基本料の新基準を満たしておらず、新規入院患者の確保強化等にも限界がある場合、一部を地域包括ケア病棟や回復期リハビリ病棟へ機能転換するところも出てきている。全国の地域包括ケア病棟への入院紹介元の割合を見てみると、地域包括ケア病棟への入院患者の5割が7対1,10対1の急性期病棟から院内の地域包括ケア病棟へ転棟している（図7参照）。これから、急性期病院の一般病床が地域包括ケア病棟へ移行促進した場合、当院の地域包括ケア病棟とどのように差別化し、今まで通りの紹介を確保できるのか、という問題が考えられる。

図7　全国の地域包括病棟への入院紹介元の割合



これからも地域包括ケア病棟の病棟稼働を維持していくためには、地域の診療所や在宅との連携を密にし、当院の強みである亜急性期ケア機能を強化する取り組みを継続していく必要がある。そして、当院は消化器病専門医、消化器内視鏡専門医、肝臓専門医、神経内科専門医、泌尿器科専門医、耳鼻咽喉科専門医等、リハビリや透析以外にも多くの専門医を有している。よって、紹介があった患者をより専門的にフォローしていくことができることも当院の強みであると考える。更には、この多くの専門医が在籍していることを活かし、外来機能を充実させ、胃瘻、ポリペクトミー（内視鏡的大腸ポリープ切除術）、前立腺生検等の手術・検査、糖尿病などに対する教育入院、リハビリ入院、レスパイト入院等、地域包括ケア病棟の周辺機能を充実させ、入院患者を自ら獲得していく取り組みの強化も必要であると考える（図8参照）。

図8　当院の地域包括ケア病棟への周辺機能の入院目的別の割合



また、受け入れた患者を自宅等の在宅へ退院させる取り組みも強化していかなくてはならない。特に当院へ入院されている患者の多くは高齢のため、自宅へ退院しても独居で不安があるなどで、直接自宅に戻ることが困難な状況にある。

表4に示すように、38.2%の方が当院から在宅へ、23.7%が施設に退院しているが、ここでいう在宅とは自宅のほか、居住系介護施設等が含まれており、実際に直接自宅へ戻ることができる患者は少ない。患者の住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応えるためには、在宅サービスを利用しながら生活を行う必要がある。特に自宅へ退院した後は、外来リハビリだけでなく、訪問リハビリや通所リハビリ、居宅支援サービス事業所、訪問看護等の当法人内の関連部署との綿密な情報提供を行い、在宅生活への支援がより適切かつスムーズに提供されるよう努める必要がある。

表4　H28年度4月～7月の退院先別・病棟別退院患者数

退院先	病棟名		4月	5月	6月	7月	計	平均	比率
在宅	2階西	地域包括ケア	11	3	10	7	31	7.8	
	3階南	回復期	6	7	5	5	23	5.8	
	3階西	医療療養、加算	3	1	2	1	7	1.8	
	2階東	医療療養	3	2	2	3	10	2.5	
	2階南	医療療養	0	3	3	2	8	2.0	
	3階東	介護療養	0	0	0	0	0	0.0	
	計		23	16	22	18	79	19.8	38.2%
施設	2階西	地域包括ケア	4	5	2	5	16	4.0	
	3階南	回復期	3	1	6	1	11	2.8	
	3階西	医療療養、加算	2	0	4	2	8	2.0	
	2階東	医療療養	0	0	1	0	1	0.3	
	2階南	医療療養	2	3	2	2	9	2.3	
	3階東	介護療養	2	0	2	0	4	1.0	
	計		13	9	17	10	49	12.3	23.7%
病院	2階西	地域包括ケア	0	1	2	2	5	1.3	
	3階南	回復期	3	2	1	1	7	1.8	
	3階西	医療療養、加算	2	2	1	1	6	1.5	
	2階東	医療療養	2	1	1	1	5	1.3	
	2階南	医療療養	0	1	0	0	1	0.3	
	3階東	介護療養	0	1	0	0	1	0.3	
	計		7	8	5	5	25	6.3	12.1%
死亡	2階西	地域包括ケア	3	3	2	5	13	3.3	
	3階南	回復期	1	0	0	0	1	0.3	
	3階西	医療療養、加算	4	2	1	2	9	2.3	
	2階東	医療療養	1	3	2	1	7	1.8	
	2階南	医療療養	4	9	4	2	19	4.8	
	3階東	介護療養	0	0	2	3	5	1.3	
	計		13	17	11	13	54	13.5	26.1%
合計（退院患者数）			56	50	55	46	207	51.8	100.0%

8. これからの取り組み

冒頭でパラダイムの転換について述べたが、まさにこれからの医療・介護を支えていく上で私たちが対応していかなければいけないことであり、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護をより良いものにしていく必要がある。入院から在宅療養への移行支援については、在宅療養支援チームが主導して在宅療養への移行準備ができる体制が必要である。特に当法人には有料老人ホームや小規模多機能施設、訪問看護ステーション等多くの在宅サービスを有している。これからの医療・介護の安定経営には、入院患者の在宅支援にむけての切れ目ないサービスの提供が重要であり、特に在宅へ戻られる患者や家族の不安を取り除くサービスの1つとして、当法人グループのサービスを利用した試験外泊等を実施する仕組みを構築することも必要と思われる。そのため、在宅療養移行を進めていく上では、多職種が協働して行うことが必要であり、看護職員・MSWが中心となり、主治医、リハビリ、ケアマネジャー等の様々な職種も関与して、在宅療養移行チーム作りを行っていく必要がある。

かねてから政府は、医療費削減のため、診療報酬の中で「退院調整加算」を設けて患者の退院を促してきたが、2016年4月の診療報酬改定により「退院調整加算」が「退院支援加算」に変更され、大きく見直されている。この見直しの中には、「退院支援・地域連携の専門看護師・社会福祉士を2病棟に1名以上配置する」という追加要件があり、これを満たすことで診療報酬が加算され、退院調整看護師のニーズも、さらに高まって行くと考えられる。

当院では、入院時からの患者・家族との関わり、在宅療養連携指導などを通してのケアマネジャーとの情報交換、地域医療連携

センターや病棟担当者などとのカンファレンスや随時の相談などを通して業務を行っているが、退院支援を念頭に置いた専属の退院調整看護師を各病棟に配置し、一丸となって在宅療養移行に取り組んでいくことも必要である。

そして、在宅移行後は、各種介護保険サービスを活用して療養を続けることが考えられるので、地域の居宅ケアマネジャーや介護サービス事業所関係者とも顔の見える関係を構築しておくことが必要となる。そのため、地域で患者の情報が共有できる仕組みを構築することが必要であり、当院でも入院時、退院時には、連携シートを作成し、実際に活用している。退院支援の実施体制としては、病院の実情や患者個々の実情、それを取り巻く地域環境によっていろいろな考えがあるが、院内の職員が、一丸となって在宅療養移行に対する意識を持つこと、連携する地域の介護サービス資源を効率的に活用できるよう、地域を巻き込んで、お互いに顔の見える関係を構築することなどが重要な要素であり、退院後の地域での生活を見据えた院内多職種協働から退院後の地域での生活を支える地域内多職種協働を構築していくことが、当法人として取り組んでいる地域包括ケアシステムの構築につながると考える。

さらに、前述のように将来の病院機能を考慮しながら病床転換や病棟機能強化を行ってきたが、2016年1月、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」において2018年3月末で設置期限を迎える介護療養病床と25対1医療療養病床の移行先となり得る新たなサービス類型案が了承された。新たなサービス類型は、①医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある人が入所する「医療内包型施設:案1-1」、②医療の必要性は多様だが容体は比較的安定した人が入所する「医療内包型施設:案1-2」、③医療の必要性は多様だが容体が比較的安定した人が入所、医療は併設する医療機関から提供する「医療外付型施設:案2」の3類型が提示された（図9参照）[14]。

その後、当法人が抱えている介護療養病床や医療療養病床を今後どのような方向へ転換していくかは、さらなる協議と具体策が必要である。そしてこの問題については、チーム医療推進部としても経営陣と現場スタッフの架け橋となり、スムーズな転換並びに病院のさらなる機能強化、経営改善につながるよう取り組んでいきたいと考えている。

図9　療養病床のあり方に関する検討会資料

【参考文献】

1)　山田謙次、日本における医療提供体制のパラダイムシフト、知的資産創造　2016年3月号
2)　Donald M. Berwick, A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm', Health Affairs 21, no.3 (2002):80-90
3)　医療法人玉昌会　年報2014　182
4)　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
5)　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

6)　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
7)　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
8)　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
9)　中村真之:病院経営の課題解決はデータに基づく現場と経営のマネジメントが不可欠、月刊医療経営士　2016.10
10）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
11）中村真之・渡辺純子・高田昌実他、ケーススタディー：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、医療福祉経営マーケティング研究、第10巻第1号　2015
12）社会保険研究所　医科点数表の解釈　平成28年4月版
13）厚生労働省保健局医療課　平成28年度診療報酬改定の概要、2016年3月4日版
14）厚生労働省保険局医療介護連携政策課 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～ 参考資料1 2016年1月28日版

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

平成 27 年度　第 6 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

「地方創生のための医療・福祉マーケティング」

○会　　期

平成 28 年 3 月 19 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11巻　第1号　43 - 65，2016

大 会 プ ロ グ ラ ム

▶ 特 別 講 演　　13：00～13：40

座　長：髙田　昌実（医療法人玉昌会）

「地域医療構想と地域包括ケア：どう対応すべきか」

演　者：齋藤　貴生（田川市立病院）

▶ 教 育 講 演　　13：40～14：20

座　長：窪田　昌行（CCRC研究所）

「地方創生と日本版ＣＣＲＣ」

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11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ａ　14：40〜15：25

▶病院経営とマネジメント　座長：齋藤　貴生（田川市立病院）

１．大学病院における戦略的経営管理フレームワークの構築

〇廣田りょう　（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）

２．二次医療圏内におけるＤＰＣ病院の多寡と医療圏を超えた入院患者の集約に関する可能性

〇小原　　仁　（南風病院医療情報部・九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）

３．鹿児島県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

〇宮崎　浩二　（医療法人玉昌会）
中村　真之　（医療法人玉昌会）
渡辺　純子　（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）
坂元　真一　（医療法人玉昌会）
小澤　裕一　（医療法人玉昌会）
佐久間弘匡　（医療法人玉昌会）
髙田　昌実　（医療法人玉昌会）

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｂ　15：25～16：25

▶高齢者政策　座長：馬場園　明（九州大学）

1．健脳リハビリテーションの構築と介護予防・日常生活支援総合事業

○鹿子生寛子　（医療法人健成会)
石津　裕章　（医療法人健成会）
上原　直美　（医療法人健成会）
本松　洋一　（医療法人健成会）
井上　知子　（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）

2．地方創生と日本版 CCRC 姶良 JOY タウン構想

○小川　浩一　（医療法人玉昌会）
末吉　保則　（医療法人玉昌会）
笹原　利孝　（医療法人玉昌会）
中村　真之　（医療法人玉昌会）
高田　和美　（医療法人玉昌会）
高田　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）

3．後期高齢者における大腿骨頸部骨折医療連携計画策定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）
原野　由美　（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．知症高齢者の長期入院に個人の経済背景が与える影響

○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）
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）
原野　由美　（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11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表C　16：30～17：30

▶医療の評価と推計　座長：西　巧（九州大学）

1．高齢者へのトリアゾラム投与は有害事象を増加させるか?

○前田　俊樹　（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．高齢糖尿病患者の投薬と膵炎の関連性における検討

○原野　由美　（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．急性期病院におけるICU病床数の推計

○劉　　寧　（システム環境研究所）

4．わが国の市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた評価システムの開発
－福岡県春日市をケースとして－

○村田　典子　（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11巻　第1号　43 - 65，2016

●特別講演

地域医療構想と地域包括ケア：どう対応すべきか

齋藤　貴生（全国病院事業管理者協議会副会長・田川市病院事業管理者）

【医療・介護提供体制の改革】

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、社会保障制度改革が進められているが、医療・介護の分野では、地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築が具体化しつつある。

地域医療構想の構築では、「報告制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や地域の将来的なニーズの客観的なデータに基づく見通しを踏まえ、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療構想を策定する」とされている。これを踏まえ、今後、増えすぎた急性期病床の大幅な削減とその受け皿としての回復期病床及び地域包括ケア病床の設置、ならびに療養（慢性期）病床の削減が求められることになる。

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた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・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、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できるような地域での体制」とされている（地域包括ケア研究会報告書）。地域包括ケアシステムの構築には、居宅等で提供される訪問診療等の医療と介護の連携が不可欠であり、そして、在宅医療では医師に加えて歯科医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリ職種、ケアマネージャーやヘルパーなどの介護関係職種などの連携が必要となる。また、今回の改正介護保険法で、在宅医療と介護の連携が市町村の地域支援事業の中で位置づけられ、市町村の担当部署により、「在宅・介護推進協議会」が設置され、具体的な取り組みが進められている。

【医療機関の立場と対応】

医療・介護提供体制改革への対応は、医療機関の立場によって異なる。一般に、都会に立地する大規模基幹病院は、引き続き急性期の高度・専門医療を提供するため、急性期病床のいくらかの削減は避けられないが、地域包括ケアシステム構築の影響はあまり受けないものと思われる。これに対し、地方の中小都市に立地する地域中核病院は、いずれにもかかわりを持つことになるであろう。また、かかりつけ医としての役割を担う診療所は、在宅医療をはじめ地域包括ケアシステム構築に深く関わることになる。

【どう対応すべきか】

ここでは、地方の中小都市に立地する公立の地域中核病院である田川市立病院の対応について述べる。田川市立病院は、昭和26年市立病院となり、一般病床342床、7：1看護、感染症指定病院である。平成 20~21 年度に経営破綻をきたし、26 年度に再生を果たした。田川医療圏は、福岡県 13 医療圏のひとつで、人口13万人、死亡率第1位、他医療圏への患者流出率33%で、医療環境が県内で最も厳しい。

1．地域医療構想への対応

外部環境・内部環境の調査による自医療圏並びに自院における提供医療の方向性に基づき、公立病院としての立場に立ち、医療機能別病床数の調整に対応する。なお、今後行われる2025年医療機能別必要病床数の調整に際しては、医療資源の地域偏在を是正する立場から、現状の追認（医療機関所在地ベース）に基づく病床の調整ではなく、患者の状態像（患者住所地ベース）に基づく病床の調整を求めていく方針である。

2．地域包括ケアシステム構築への対応

地域に必要な高度・専門医療及び急性期医療をこれまで通り提供する方針であるが、田川医療圏には地域包括ケア病床を開設した医療機関がないため、平成28年4月から同病床を開設する予定である。また、田川医療圏では在宅医療が普及してないことから、副院長をトップとする在宅医療体制を整備し、在宅での看取りも積極的に実施している。田川市が設置した「田川市地域支え合い体制づくり会」の包括部会（在宅・介護推進協議会に相当）に参加し、医療と介護の連携を進める予定である。

【新公立病院改革ガイドライン】

総務省は、医療機関の再編・ネットワーク化を求めている。田川地域における医療の完結化を目指し、平成25年に「田川地域医療機関ネットワーク化協議会」を立ち上げ、公的医療機関及び医師会が一体となり、医療機関の連携強化、ＩＣＴ化による患者情報の共有、医療機関の再編・統合に取り組んでいる。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

●教育講演

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）

【地方創生】

地方創生とは、「人口急減・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、各地域がそれぞれの特徴を活かした自律的で持続的な社会を創生できることを可能にする試み」のことである。内閣府の「まち・ひと・しごと創生本部」が中心となる政策を司ることになっている。

【日本版 CCRC】

地方創生の具体策として、日本版 CCRC 構想がある。日本版 CCRC 構想は、「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」を目指すものである。①高齢者の希望の実現、②地方へのひとの流れの推進、③東京圏の高齢化問題への対応、の３つの点があげられている。さらに、東京圏からの移住にとどまらず、地方の高齢者についても、効果的・効率的な医療介護サービスの確保等の観点から、集住化や「まちなか居住」の推進が謳われている。わが国では高齢者の医療・介護のコスト増の削減が求められる。日本版 CCRC には、医療・介護を集中化するコンパクト・シテイとしての機能も求められているのである。

【日本版 CCRC の意義】

CCRC の理念は自立支援である。高齢者ができるだけ長く自立して生活することを支援することによって、医療・介護費を節約することもできる。また、CCRC 内で医療・リハビリが提供できるために、入院期間を短縮でき、廃用症候群の発生を予防することもできる。さらに、医療をマネジメントできるので、望まない延命治療を受けさせられるリスクもない。したがって、地域で個別にケアする日本版 CCRC では、寝たきりになる比率、認知症になる比率、病院での死亡率を低減でき、結果として、わが国の医療費・介護費の抑制に貢献することができる。

【日本版 CCRC の構築】

中学校区別に CCRC の３種類の住まい（自立型住い、支援型住い、介護型住い）と在宅医療・介護、通所サービス、地域包括支援センターをもつ複合施設を構築する。ここでは、生活支援・健康支援・介護・医療サービスが一体的に提供され、自立型、支援型、介護型高齢者住宅、および高齢者の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ことができる。そして、地域包括システムの交流･交信の拠点として機能させる。また、CCRC の中心に多世代交流センターを設置し、喫茶･食事サービス等の仕事･手伝い、および CCRC 内の要介護者の話し相手などのボランティア活動ができるようにコーディネイトする。さらに、出来る限り多くの高齢者が利用できるように、経済的負担を軽減する手法、安定透明性の高い経営手法についても米国の CCRC を参考に構築する。

【雇用のシーズ】

地域創生における日本版 CCRC では、雇用を生み出す仕組みを作ることが要求されている。医療・介護の必要に関係する雇用のみならず、移住してきた人の雇用や波及効果も検討する必要がある。移住する人で、就労意欲のある人に対しては経営・就労支援が可能である。最も可能性のある事業としては、九州を活性化している中国などアジアからの観光客を誘致していくビジネスである。九州へのパックツアーは、有名観光地に集中化しているが、これに対する不満も囁かれている。それぞれの地域でユニークなツアーを開発することで、大きな需要を生む可能性がある。また、医療資源を活かした医療ツーリズムの展開も考えるべきであろう。健康診断のみならず、悪性腫瘍に対す腹腔鏡手術や化学療法は、アジアでの優れた医療を求めるニーズを取り込める可能性がある。そして、九州で就労の可能性のある分野としては農業がある。農業人口が減少するなか、野菜、果物、花などは利益が期待できる分野である。農業には定年がないために、働き続けることで健康の維持にもつながる。とりわけ、農家の出身で子どもの頃、農業を手伝っていた人にはマッチしやすいと思われる。農地や農業器具の提供などの支援が求められる。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 43 - 65，2016

一 般 演 題 抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ａ

大学病院における戦略的経営管理フレームワークの構築

○廣田りょう（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】

わが国における人口減少と高齢化社会の進行を背景に、医療は「病院完結型」から「地域完結型」へとパラダイムシフトの時代にあり、病院機能分化の推進及び医療と介護の統合が政策とされている。これに呼応した大学病院における経営管理フレームワークと、経営戦略の方向性を提起することを本研究の目的とした。

【方法】

本研究は福岡県内久留米医療圏所在のＡ大学病院を対象とするケーススタディである。フレームワークにおける戦略テーマとして、「大学病院における急性期医療の選択と集中及び急性期病院としての地域包括ケアシステムへの貢献」とした。戦略目標のひとつを急性期医療の選択と集中の結果によりもたらされる収益力の強化とし、成果指標としてDPCデータの機能評価係数Ⅱなどとした。また、一方では地域包括ケアシステムへの貢献に沿った適切な競争力の強化を目標として、成果指標を患者数･二次医療圏シェアとした。

【結果】

表１において病院の医療機能を示す機能評価係数Ⅱに関して、診療報酬が改定された二年度の係数絶対値を、全国DPCⅠ群80病院中の順位パーセンタイル値に変換して比較した。

この結果から、当院は高度な医療の実施状況を示す複雑性係数は極めて上位にあることが示された。しかし在院日数などを要素とする効率性係数は下位にあり、医療の効率性に課題があることも示された。当院は急性期病院として高度な医療の提供という使命は果たしているものの、在院日数という点では短期化、標準化が不十分であることが示された。

また表２において、Ａ大学病院と同じ医療圏内にあり競合するＢ病院について、患者数･二次医療圏シェアによってMDC別の競争力を比較した。

この結果から、積極的にシェア拡大に取り組む（積極戦略）分野や量的な診療能力を強化する（強化戦略）分野についてはAB両者それぞれ異なるMDCを示しているが、シェアが拮抗し医療高度化などの差別化を進める（差別化戦略）分野や内外環境の検討により改善が必要な（改善戦略）分野についてはMDCに類似があり、人口減少･高齢化社会におけるゼロサム競争では、病院個別の戦略による部分最適は地域の全体最適につながり難く、結果的に地域包括ケアシステムにおける急性期病院の貢献に限界があることが示された。

【考察】

病院機能分化の推進に対応して、急性期病院としての選択と集中を進めるためには、Ａ大学病院の課題は効率性にあり、平均在院日数の標準化、短縮化重要であることが明らかになった。また医療と介護の統合に対応して、急性期病院として地域包括ケアシステムへの貢献を進めるためには、ゼロサム競争を越えた地域医療連携を図り、新しいネットワーク作りに大学病院としての使命を果たすことが重要であると考える。

最後に、大学病院における急性期医療の選択と集中による機能分化は、第一の段階であり、次に急性期病院の機能分担や機能集約、さらには回復期病院や診療所、介護施設まで含めた医療･介護体制こそが、地域完結型医療とともに目指す体制であると考える。地域において、Ａ大学病院は自らの急性期病院としての使命と同時に、将来の医療･介護体制構築への使命を果たすことが経営戦略の方向性であると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ａ

二次医療圏内におけるDPC病院の多寡と医療圏を超えた入院患者の集約に関する可能性

○小原　仁（南風病院医療情報部・九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）

【背景と目的】

急性期機能を担うDPC病院においても、将来の医療需要と地域の医療提供体制を見据えた自院の役割を考えていかなければいけない。これは地域における医療と介護の総合的な確保を目的とした地域医療構想の策定にかかる病床機能報告にも関連している。

現在、厚生労働省で議論されている「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」では、構想の策定区域を二次医療圏ごととし、構想区域の実態を踏まえた医療構想を策定することになっている。その判断材料となる2025年の医療需要については、区域内の人口動態をもとにした推計が用いられているが、将来の需要変動は医療提供に係る供給環境によっても、大きく変わりうることが予想される。

そこで本研究では、類似機能を有する他施設の存在や医療提供施設数の多寡が、入院需要の変動とどのような関連が認められるかを定量的に明らかにし、自院の医療圏と医療機能を検討する将来対応に追加的な知見を与えることを目的とした。

【方法】

解析用データベースは、DPC導入の影響評価に係る調査の公開情報をもとに構築した。入院需要の変動は2012年度と2014年度の入院患者数の差とし、解析対象は年度比較の可能なDPC対象施設から入院患者数の変動が著しい上位2.5%と下位2.5%の施設を除外した1404施設とした。医療提供施設数の多寡は、二次医療圏内における施設総数の中央値で二分し、施設数が相対的に多い二次医療圏と少ない二次医療圏に層別した。施設機能については、大学病院本院等（DPCⅠ群）またはこれに準じる病院群（DPCⅡ群）とそれ以外の病院群（DPCⅢ群）でDPC病院群を二値化した。入院患者数の変動に関連する要因の推定は重回帰モデルを用い、説明変数にはDPC病院種別、ベースラインの入院患者数、手術入院数、救急入院数などの変数を用いて層別に解析した。また二次医療圏内における医療提供施設数の多寡と施設類型による関連は、この交互作用項を加えた重回帰モデルを構築して検討した。

【結果】

入院患者数の変動に関する平均値は少施設医療圏153.2件、多施設医療圏249.1件と施設総数が相対的に多い二次医療圏施設の入院患者変動が上回っていた。入院患者の変動に関連する要因の層別解析では、少施設医療圏は手術入院数、救急入院数、化学療法入院数の増加が強く関連しており、DPC病院Ⅰ群およびⅡ群の施設類型は負の回帰係数を示していた。一方の多施設医療圏においても手術入院数、救急入院数、化学療法入院数の増加と強い関連を認めたが、DPC病院Ⅰ群およびⅡ群の施設類型は正の回帰係数を示していた。なお、両重回帰モデルの調整済決定係数はそれぞれ0.7064、0.7672であり、多重共線性を判断する指標であるVIF（Variance Inflation Factor）の平均値は1.30、1.47であった。また、医療施設数の多寡と施設類型の関連をみた重回帰モデルの交互作用項は有意であり、入院患者の変動は医療施設の多寡と施設類型によって異なることが確認された。

【考察】

本研究で明らかとなった点は次の２点である。第１に、DPC公開情報から入院患者の変動に関連する要因を定量的に明らかにした。第２に、二次医療圏内における医療施設数の多寡とDPC病院の施設類型によって、入院患者の変動が異なることを明らかにした。

入院患者の変動は手術入院数の増減がもっとも大きく関連していた。手術患者の地域需要と手術提供体制の強化は、入院患者の増加を示唆した。また類似機能を有する医療施設が多い二次医療圏と入院患者数の増加に関連を認め、このような医療圏のDPC病院Ⅰ群およびⅡ群施設は特に強い関連を認めた。これは医療提供体制の充実する医療圏、または競争的な市場原理が働いている医療圏に入院患者が医療圏を超えて、集約している可能性を示唆した。地域医療構想における自院の役割については、当該施設における二次医療圏内の医療需要だけなく、近隣二次医療圏の医療需要と医療提供体制までを包含した将来対応が必要になると考えられた。なお、包含する医療圏の範囲や患者アクセス・満足度等に関する検討については、今後更なる研究が必要である。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ａ

鹿児島県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

○宮崎浩二　中村 真之　渡辺 純子　東郷 尚子　山元 直子　坂元 真一
小湊 裕一　佐久間 弘匡　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床60床、回復期リハ病棟54床を持つ350床のケアミックス病院であった。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きた。一方、国においても、「病院完結型」から「地域完結型」への医療を転換中である。その方針は 2014 年度診療報酬改定に直接的に影響している。そこで、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、医療療養病棟での在宅復帰強化加算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、今回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、在宅復帰率の基準が厳しく設定されたために、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、今回、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。

【方法】

一般病棟を地域包括ケア病棟へ病床再編成することを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可能となり、ベッド稼働率を改善することができると考えた。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、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。

⑴ベッドコントロール管理表作成

地域包括ケア病棟のベッドコントロールを行うために、管理表を作成した。その管理表には、毎日の退院数で直近６ヶ月の在宅復帰率がわかるように計算式を入れ、毎日数字を確認できるようにした。

⑵在宅復帰率を考慮した入退院の調整

地域包括ケア病棟での在宅復帰率を改善するためには、在院日数60日で自宅や施設などの在宅へ退院していただくことが必要である。そこで、療養型病床で在宅復帰強化加算を取得している２病棟を使い、在宅復帰強化加算病棟へ転床転棟させることで、地域包括ケア病棟での高い在宅復帰率を維持することにした。

【結果】

地域包括ケア病棟のベッド稼働は３月末では 22床であったが６月末には46床と増え、７月からも40床以上を推移して維持できるようになった。また、地域包括ケア病棟入院料１取得に必要な直近６ヶ月平均在宅復帰率であるが、３月末の時点では 60%であった復帰率を、６月末には71.9%と上昇させ、７月からは、地域包括ケア病棟入院料１を取得することができた。その後も高い在宅復帰率を維持できるようになった。

【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、毎日の退院数で直近６ヶ月の在宅復帰率がわかるようにし、細かい調整ができたことが良い結果に繋がったと考えられる。しかしながら、現在病院全体のベッド稼働率が低下しており、今後の対策が急務であると考えられる。

【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、国の政策と地域のニーズにマッチし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、この体制が構築された時、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11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｂ

健脳リハビリテーションの構築と介護予防・日常生活支援総合事業

○鹿子生寛子、石津裕章、上原直美、本松洋一、井上知子、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】

我が国は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年を目途に、住み慣れた地域で出来るだけ自立して生活できるように医療・介護・予防・住まい・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に向けて様々な取り組みを行っている。

とくに健康でアクティブに活動できる健康寿命を延ばしていく必要があり、そのための有効な介護予防プログラムの構築が重要である。医療法人健成会は、地域の整形外科ニーズの応えると共に、平成８年からデイケア事業、平成 12 年からは通所リハビリテーション事業に取り組み、平成 24 年には大規模通所介護事業に取り組んで、高齢者の自立支援、レスパイト機能に対応してきた。この過程で、高齢者が、それぞれの ADL、趣向により、楽しみながら機能訓練ができる「健脳リハビリテーション」を提案してきた。

今回の発表では、平成 29 年から国が推進する、介護予防・日常生活支援事業の有効な予防・支援プログラムとなる健脳リハビリテーションおよび創作活動について紹介する。

【対象と方法】

本研究の対象者は、通所介護事業所「ららら」と民間生活支援事業所「はなれ」の利用者とする。ここでは、平成８年のデイケア時代から今までに健脳リハビリテーションとして提案・提供してきたプログラムを整理した。また、健脳リハビリテーションの支援プログラムとして、「ホームベース型健康支援モデル」を活用するものである。

【結果】

1. 健脳リハビリテーションの定義と枠組み

健脳リハビリテーションとは、整形外科的な運動・機能訓練だけでなく、高齢者一人ひとりの人生・生活の背景を傾聴により考慮し、残存機能を活用しながら、達成感や自己肯定感が得られる全人的な生活リハビリテーションと定義する。その目的は、運動機能、感覚機能、そして脳機能の低下の予防、障害の維持回復である。

またプログラムの意図は、「興味・意欲・探求」といった我々が本来もっている前向きな心を独自のアプローチで引き出し、具現化することである。健脳リハビリテーションの各種プログラムは４つの枠組み、①創作活動、②運動器、リハ系、③メンタルケア系、④食養生に分類され、今回は、その中の創作活動について紹介する。

2. 創作活動プログラムの構成の内容

創作活動とは、作業療法的な何らかのリハ動作により、残存機能を探りながら、手指の巧緻回復だけでなく、脳の活性化を図るプログラムである。創作活動には、独自の壁面構成を主とする集団アートワークと各人の残存能力や嗜好を重視した個人アートワークがある。創作プログラムは、①導入～ADL 把握編、②基礎編、③発展編の３つの構成し、①の導入編では一人ひとりの ADL、残存能力を把握し、導入プログラム案を作成する。具体的なプログラムは、アイロンビーズ、ティシュアート、ペーパークラフトとした。②の基礎編ではモザイコ、ステンシル、刺し子（運針）、ロコモ体操、壁面構成パーツとした。③の発展編では壁面構成全体像、モザイク、ダネラ、デンマーク式織物とした。

3. ホームベース型健康支援モデルの活用

本健康支援モデルは、まず本人の話を傾聴し、本人にどうなりたいのか、どうしたいのかという実現可能な目標を設定し、どうしたらできそうなのか、という内発的動機づけを尊重し、本人が選択できるようにフィードバックすることが支援の特徴である。

ホームベース型健康支援モデルは、導入プログラムで高齢者の ADL を把握支援すると共に、多様なプログラムの中から、本人がやる気がでるプログラムを組み合わせることにより、内発的動機づけを高めていくものである。高齢者が選択したプログラムについては、目標の達成度を測ると共に、次の目標の設定等には、教育を受けた健脳インストラクターが、利用者と話し合い、成功体験をつくっていくことになる。

なお、ホームベース型健康支援の３つの要素は、「前向きな態度」、「自己効力感」、「周囲からの支援」としている。

【考察】

平成 29 年度から、介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、高齢者ができるだけ健康で、アクティブに生活する支援の強化が求められてくる。健脳リハビリテーションのこれからの課題としては、利用者ひとり一人の効果を測定し、適切なプログラムを選択していく、評価方法の確立が求められている。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｂ

地方創生と日本版CCRC 姶良JOYタウン構想

○小川浩一　末吉保則　笹原利孝　中村真之　高田和美　高田昌実（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】

玉昌会グループは、姶良市において加治木温泉病院を中心に多様な介護サービスを運営し、JOYタウン構想を踏まえて地域包括ケアシステムの構築に取組んでいる。一方、政府は、わが国の人口減少、東京圏の団塊の世代の介護問題等を解決するために、まち・ひと・しごと創生本部を設け、地方創生のための様々な施策を作った。その中で、地方移住の有力な対策として日本版CCRCが取り上げられ、その参考事例として姶良JOYタウン構想が選ばれた。ここでは、政府の施策とCCRC、JOYタウン構想の現状と課題について紹介する。

【対象と方法】

研究対象地域は、鹿児島県姶良市とする。加治木温泉病院は2008年から病院の移転新築を軸に高齢者ケアのあり方を検討し、その中で米国のCCRCを研究し、姶良にあるサンピア姶良跡地にJOYタウン構想を計画してきた。一方、計画の過程で、医療・介護制度を取り巻く環境が大きく変わってきた。本研究では、2009年に発表したJOYタウン構想について、変化する政策等の外部環境と内部環境の変化について整理分析し、国が目指す地方創生の目的に合致するJOYタウンを再構築する。

【結果】

⑴　地方創生と生涯活躍のまち（日本版CCRC）構想

まち・ひと・しごと地方創生政策には、４つの目標があり、主要な目標として地方への新しいひとの流れをつくるための施策をつくり、その一つとして「日本版CCRC」の検討、普及が取り上げられた。政策の中で、CCRC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に参加するような共同体」と言及されている。

⑵　姶良JOYタウン構想

JOYタウンの立地条件は、厚生年金福祉施設サンピア姶良の建物跡地（約12,000坪）を活用するものであり、姶良市のコンパクトシティ構想に寄与するために、病院を移転新築し、既存のホテルも再活用して、「住まい」、「介護」、「健康予防」、「教育」、「多世代交流」のハード、ソフトを総合的に整備提供する計画である。また災害時対応の拠点としての機能を持たせる。交通は鹿児島空港から15分、鹿児島市街まで車で30分の好立地にあり、東京圏および地域からの「移住」の受け皿となることにも有利である。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、また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。地方創生を基軸に構想を見直し、日本版CCRC姶良JOYタウン構想として再構築した。

⑶　未来へのコンセプト～ヒューマンライフライン

ライフラインとは、エネルギー、水、交通、情報などの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、私どもが提案する新たなコンセプトで「地域の小児から、高齢者の多世代の方々や障がいをもつ方々への医療・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、夢までを含むコンセプト」であり、JOYタウン構想を中心に実現していきたいと考えている。

【考察】

政府政策となった日本版 CCRC 構想の影響もあり、本計画は日本版CCRC構想として姶良JOYタウンの実現に向けて動き出す契機になった。2015年９月に米国現地での視察研修も終え、新年度は国の施策をさらに深耕し、入居対象者、移住対象者の分析、JOYタウンのもつ優位性を踏まえたマーケティングにより、ハード、ソフトの内容について産学官での検討を進め、工程表とPDCAサイクルによる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、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。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｂ

後期高齢者における大腿骨頸部骨折医療連携計画策定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）
原野　由美（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）

【背景】

地域医療連携体制の評価は地域医療構想策定のため、とりわけ重要な課題であり、レセプトデータ等の医療情報を保健医療行政に活用することは必要不可欠な手段となりつつある。

【目的】

そこで、本研究では、レセプトデータを用いて、大腿骨頸部骨折術後の高齢者における地域連携診療計画策定が治療全体の医療資源利用に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2010年度から2015年度診療分の福岡県後期高齢者医療広域連合レセプトデータから、大腿骨頸部骨折を主傷病・最資源傷病としてDPC病棟に入院し、２ヶ月以内に回復期病棟に移動した75歳以上の患者を抽出し、対象とした。

全体の医療費及び診療日数を目的変数、居住市町村を操作変数とし、性、年齢区分、高血圧、高脂血症、CCI、地域医療連携診療計画策定（以下、連携）、転棟、DPC 入院、手術の種類を説明変数とした重回帰分析を行った。

【結果】

連携群1,271名、非連携群1,213名、転棟群1,098名の3,582名が抽出された。

診療日数を目的変数としたモデルでは、それぞれの標準化回帰係数は全体；連携：-0.008（P=0.926）、転棟：0.069（P=0.264）、急性期；連携：-0.075（P=0.238）、転棟：0.593（P<0.001）、回復期；連携：0.034（P=0.668）、転棟：-0.261（P<0.001）であった。また、医療費を目的変数としたモデルでは、それぞれの標準化回帰係数は全体；連携：0.064（P=0.458）、転棟：-0.048（P=0.436）、急性期；連携：-0.01（P=0.887）、転棟：0.369（P<0.001）、回復期；連携：0.088（P=0.250）、転棟：-0.329：（P<0.001）であった。

【考察】

連携群で在院日数短縮、医療費削減効果は明らかでない一方、転棟群では急性期診療日数が有意に長く、回復期の診療日数は有意に短い傾向にあった。地域医療連携による医療の効率化を図るためには、診療標準化・在院日数短縮をさらに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11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｂ

認知症高齢者の長期入院に個人の経済背景が与える影響

○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）
原野　由美（九州大学大学院 医療経営・管理学専攻）
馬場園　明（九州大学医学研究院 医療経営・管理学講座）

【目的】

急増する認知症者に対する施策の迅速な介入の必要性が高まっている。財政面のみならず本人の自立を支援するためにも長期入院のケアを地域へのケアにパラダイムシフトさせる重要性は高い。地域へのケアへの移行の阻害要因として個人の経済的動機があると考えられるが、我が国における知見は乏しい。そこで、認知症高齢者の長期入院に対し、個人の自己負担などの経済背景が及ぼす影響を定量的に明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

調査期間は平成25年度とし、福岡県後期高齢者医療制度の被保険者とした。365日以上の入院を長期入院として定義し、１次レベルを個人、２次レベルを市町村としたマルチレベル-ロジスティック回帰分析を用いて長期入院に対する経済背景の影響を評価した。また、各種病床密度および高齢者施設密度変数も地域レベル変数として投入し地域差への影響を評価した。なお、性・年齢・チャールソン併存疾患指数による調整を行った。

【結果】

最終的な調査対象者は646,445名であった。対象者の内、長期入院者は0.30%（1,965名）で、彼らの総入院日数は全認知症入院の59.21%を占めていた。マルチレベル-ロジスティック回帰の結果では、高所得者をコントロールとした低所得者のオッズ比が3.73（$p<0.001$）、中所得者のオッズ比は2.20（$p<0.001$）で、地域レベル変数はいずれも有意ではなかった。

ヌルモデルを実行したところ、認知症を主傷病とする長期入院には地域差が認められた。また、ヌルモデルに対し個人変数のみを投入したモデルのProportional changes in varianceは8%であった一方、地域レベル変数のみを投入したモデルは11%であり、個人変数よりも地域変数が地域差をより強く説明することがわかった。なお、全変数を投入したモデルでも説明できない地域差が残存していた。

【考察】

認知症の長期入院の発生と低所得であることとの間に強い関連があることが示唆された。健康格差の文脈から低所得であることによる健康状態が影響しているとも考えることはできるが、低所得であるほど高額療養費などによって「入院優遇」な保険体系であることが影響していると推測する。

また、病床密度や高齢者施設密度は個人の長期入院に対する直接的な関連こそ認められなかったが、地域差を説明する要因であった。退院したくても受け皿がない地域があるのだろう。

加えて、全変数投入した後も地域差が残っていたことから、地域における認知症への住民の理解や介護力などの地域でのケアに関する要因が影響していると考えられる。

【限界】

生活保護世帯が含まれておらず過少評価のおそれがある。また、患者重症度の調整が十分でなく、過大評価の恐れもある。

【政策的含意】

新オレンジプランにおける、受け皿などハード面の整備や普及啓発などのソフト面の整備は地域差解消の文脈において重要である。しかし、それ以上に個人の経済背景の影響が大きいことから入院に係る費用と在宅や高齢者住宅等に係る費用のバランスを見直す必要があるだろう。地域移行を推進するために長期入院に係る自己負担を引き上げるか、在宅や高齢者住宅での居住に補助を行うなどの経済的動機付けが重要だろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｃ

高齢者へのトリアゾラム投与は有害事象を増加させるか?

○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）

【はじめに】

高齢者の多くは不眠症を有していることが報告されている。不眠症に対しては様々な薬剤が使用されているが、特に日本において多く使用されている眠剤としてトリアゾラムが挙げられる。トリアゾラムはその作用発現の早さが好まれる一方で、高齢者に対しては反跳性不眠や逆行性健忘、転倒、運動障害など様々な有害事象が報告されてきたが、様々な併存疾患を有した高齢者で厳密に交絡要因を調整してリスクを定量化するといった研究はあまりされていなかった。本研究はレセプト情報を利用してトリアゾラムを常用する高齢者において肺炎、外傷および褥瘡の頻度が上昇するかを定量化することを目的とした。

【対象と方法】

研究のデザインは2010年４月から2013年３月までの４年間のレセプトデータを用いた後ろ向きコホート研究である。対象は福岡県の後期高齢者医療制度に加入した被保険者とした。2011年の１年間で180日以上トリアゾラムを服用している群をトリアゾラム群、眠剤を全く使用していない群を非トリアゾラム群とし、2010年の変数を用いてプロペンシティースコアを用いた１：１マッチを行った。なおプロペンシティースコアは年齢、性別、居住地域、主傷病、副傷病、手術、投薬、その他の臨床状況を用いて算出した。その後2012年、2013年の２年間追跡を行い、肺炎、外傷、褥瘡の発生をアウトカムとした。最後に条件付きロジスティック回帰分析を行い共変量の調整を行った。

【結果】

トリアゾラム群、非トリアゾラム群の患者はそれぞれ13015、411610名であった。プロペンシティースコアを用いた割付けではトリアゾラム、非トリアゾラム群それぞれ13015名が割り付けられた。C統計量は0.749であった。最終的に条件付きロジスティック回帰分析によって得られたオッズ比はそれぞれ肺炎：1.41［1.31-1.52］$p < 0.001$、外傷：1.30［1.23-1.36］$p < 0.001$、褥瘡1.29［1.14-1.45］$p < 0.001$であった。

【考察】

高齢者におけるトリアゾラムの常用は肺炎、外傷、褥瘡のリスクを有意に増加させた。高齢者に対しては安易に眠剤を投与するのではなく、生活習慣の指導などの非薬物的なアプローチを行う方が好ましいと考えられる。また投薬を行うにしてもリスク増加させることを認識した上で投与の決定をすべきであることが示唆された。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｃ

高齢糖尿病患者の投薬と膵炎の関連性における検討

○原野　由美（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（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）

【はじめに】

日本の成人糖尿病人口は 700 万を超え、日本で最も有病率の高い疾患の一つとなっている。高齢社会を反映して、糖尿病人口の高齢化も進んでおり、血管病変や腎障害などの合併症の進行を阻止しつつ、治療による有害事象を少なく抑えることは、高齢の糖尿病患者を治療する上での大きな課題である。

DPP-4（Dipeptidyl Peptidase-4）阻害薬は、インクレチンを介した血糖降下作用を示し、従来使用の多かったスルホニルウレア（SU）よりも低血糖リスクが少ないといわれており、高齢者に対する使用が増加している。この DPP-4 阻害薬が膵炎を誘発する可能性があるという報告がなされ、その関連性を検討する研究が行われているが、関連性に関しては否定的な論文も多い。今回、我々は、福岡県の後期高齢者の請求データを用いて、DPP-4 阻害薬と他の血糖降下薬に関して膵炎のリスクの比較検討を行った。

【対象と方法】

2013 年４月から 2014 年３月までの福岡県の後期高齢者の請求データを用いて分析を行った。対象者は、メトホルミン、SU、DPP-4 阻害薬で加療をうけている 75 歳以上の糖尿病患者とした。メトホルミンで治療を受けている糖尿病患者をコントロールとして、SU 単剤、DPP-4 阻害薬単剤で治療をうけている群、さらに、上記３剤の中の２種類の併用歴のある群の膵炎の発症率をコックスハザードモデルで比較を行った。

【結果】

メトホルミン、DPP-4 阻害薬、SU の３剤のうち、単剤もしくは併用で加療を受けている 75 歳以上の糖尿病患者は、43,913 名であった。平均年齢は 80 歳であり、85 歳以上は、9176 名（21%）であった。このうち、158 名（0.37%）が入院を要する膵炎を発症していた。

メトホルミン単剤で治療を受けている患者群と比較して、DPP-4 阻害薬単剤（hazard ratio［HR］，1.66；95% confidence interval［95% CI］，0.81-3.41；P=0.17）、または SU 単剤（HR, 1.46；95% CI, 0.78-2.74；P=0.24）で治療を受けている患者群の膵炎の発症率に有意差を認めなかった。同様に、メトホルミンと DPP-4 阻害薬（HR, 1.52；95% CI, 0.66-3.49；P=0.33）、またはメトホルミンと SU （HR, 1.16；95% CI, 0.53-2.52；P=0.37）の併用で治療を行われた患者群においても、膵炎の発症率に有意差を認めなかった。これに対して、DPP-4 阻害薬と SU の併用歴のある患者群において、膵炎の発症率は上昇しており、有意差を認めた。（95%CI, 1.10-3.57；P=0.022）

【考察】

今回、DPP-4 阻害薬と SU の併用群において、膵炎の発症率が有意に上昇するという結果が得られた。これは SU が膵炎のリスクを上昇させる可能性を指摘した研究も存在するため、DPP-4 阻害薬と併用されることによって膵炎発症のリスクが上昇した可能性がある。一方、本研究の結果は、DPP-4 阻害薬のみでは、膵炎を誘発するリスクを有意に上昇させないという、昨今の多くの先行研究と一致していた。

現在、多くの糖尿病患者が、複数の薬剤で加療を受けており、その相互作用による有害事象も増加している可能性があると考える。中でも膵炎は、重篤な疾患で、高齢者で特に致死率の高い疾患であるため、その発症と薬物相互作用との関連は、早急に検討を行うべき課題であると考える。さらに、75 歳未満での因果関係の検証や DPP-4 阻害薬と SU の併用群の膵炎の発症率の増加要因、抑制要因などについても検討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11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｃ

急性期病院における ICU 病床数の推計

○劉　寧（株式会社システム環境研究所）

【背景】

地域医療ビジョンに関する施策に見られるように、医療情報を活用した医療提供体制改革を推進している中、病床数の適正化が極めて重要になっている。しかしながら、病院の床数の設定には問題がないとはいえず、とりわけ、病院の収益につながりやすい ICU に関しては過剰に設置する傾向が見られており、適切な ICU 病床数の予測が必要であると考えられる。

【目的】

本分析の目的は、急性期病院を対象として、入院患者が受けられていた医療行為から、ICU 入室の可能性が高い患者数を予測し、ICU 病床数の推計を試みることである。

【対象と方法】

６つの DPC 参加病院の DPC データ（2013 年４月～2014 年３月までの１年間分）を使用した。ICU 入室の有無を目的変数、入院患者が入院期間中に受けられていた各医療行為の金額（出来高算定）を説明変数として Decision tree（以下、意思決定ツリー）モデルを用いて分析した。入院期間中に受けられていた各医療行為の金額は EF ファイルの中のレセプト電算処理システム用コードにより計算される。また、使用したレセプト電算処理システム用コードは、「13」、「14」、「15」、「16」と「17」から始まるコードである。

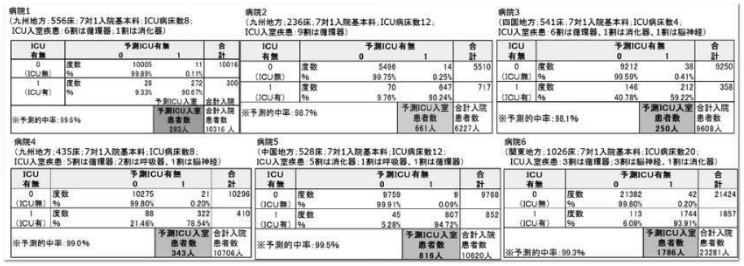
意思決定ツリーモデルは、ICU 入室患者がよく受けられる医療行為のルールを発見する上で、ICU 入室有無の予測値を計算し、ICU 入室の可能性が高い患者数を予測できる。次に、ICU 入室可能性の高い予測患者数にその病院の ICU 在室日数（対数変換後）の平均値（指数関数変換）を掛け合わせ、ICU 在室延日数を計算し、最低限必要な ICU 病床数を推計した。

【結果】

① ICU 入室患者がよく受けられる医療行為のルールについて

６つの病院の ICU に入室する疾病群の割合は異なる前提の下で、３つの病院の ICU において、人工呼吸（５時間超）が共通のルールとなっていた。２つの病院の ICU において、中心静脈圧（５回以上）、持続緩徐式血液濾過、術中術後自己血回収術及び麻酔管理料１（閉鎖循環式全身麻酔）が共通のルールとなっていた。

② ICU 入室の可能性が高い患者数の予測結果について



病院1
（九州地方；556床；7対1入院基本料；ICU病床数8；ICU入室疾患：6割は循環器；1割は消化器）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	10005	11	10016
	%	99.89%	0.11%	
1（ICU有）	度数	28	272	300
	%	9.33%	90.67%	

※予測的中率：99.6%　予測ICU入室患者数 283人　合計入院患者数 10316人

病院2
（九州地方；236床；7対1入院基本料；ICU病床数12；ICU入室疾患：9割は循環器）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	5496	14	5510
	%	99.75%	0.25%	
1（ICU有）	度数	70	647	717
	%	9.76%	90.24%	

※予測的中率：98.7%　予測ICU入室患者数 661人　合計入院患者数 6227人

病院3
（四国地方；541床；7対1入院基本料；ICU病床数4；ICU入室疾患：6割は循環器、1割は消化器、1割は脳神経）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	9212	38	9250
	%	99.59%	0.41%	
1（ICU有）	度数	146	212	358
	%	40.78%	59.22%	

※予測的中率：98.1%　予測ICU入室患者数 250人　合計入院患者数 9608人

病院4
（九州地方；435床；7対1入院基本料；ICU病床数8；ICU入室疾患：5割は循環器；2割は呼吸器、1割は脳神経）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	10275	21	10296
	%	99.80%	0.20%	
1（ICU有）	度数	88	322	410
	%	21.46%	78.54%	

※予測的中率：99.0%　予測ICU入室患者数 343人　合計入院患者数 10706人

病院5
（中国地方；528床；7対1入院基本料；ICU病床数12；ICU入室疾患：5割は消化器；1割は呼吸器、1割は循環器）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	9759	9	9768
	%	99.91%	0.09%	
1（ICU有）	度数	45	807	852
	%	5.28%	94.72%	

※予測的中率：99.5%　予測ICU入室患者数 816人　合計入院患者数 10620人

病院6
（関東地方；1026床；7対1入院基本料；ICU病床数20；ICU入室疾患：3割は循環器；3割は脳神経、1割は消化器）

ICU有無		予測ICU有無 0	予測ICU有無 1	合計
0（ICU無）	度数	21382	42	21424
	%	99.80%	0.20%	
1（ICU有）	度数	113	1744	1857
	%	6.08%	93.91%	

※予測的中率：99.3%　予測ICU入室患者数 1786人　合計入院患者数 23281人

③ 最低限必要な ICU 病床数の推計結果について

病院１の ICU 延日数：283 人×2.94 日＝832.02
　推計 ICU 病床数：832.02÷365＝2.3
病院２の ICU 延日数：661 人×2.66 日＝1758.26
　推計 ICU 病床数：1758.26÷365＝4.8
病院３の ICU 延日数：250 人×2.35 日＝587.5
　推計 ICU 病床数：587.5÷365＝1.6
病院４の ICU 延日数：343 人×2.08 日＝713.44
　推計 ICU 病床数：713.44÷365＝2.0
病院５の ICU 延日数：816 人×1.25 日＝1020
　推計 ICU 病床数：1020÷365＝2.8
病院６の ICU 延日数：1786 人×1.69 日＝3018.34
　推計 ICU 病床数：3018.　34÷365＝8.3

【考察】

意思決定ツリーモデルを用いて予測した ICU 入室の可能性が高い患者は、実際 ICU 入室患者の６割～９割と一致していることが分かった。即ち、ICU 入室の可能性が高い患者の殆どは一定のルールに従って医療行為を受けていることを示している。また、この医療行為のルールは病院の医療方針の現状も反映している。従って、現在の医療方針が変わらない前提の下で、意思決定ツリーモデルで予測した患者数から推計した病床数はこの病院の最低限に必要な ICU 病床数となる可能性が高いことを示唆している。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　43 - 65，2016

一般口頭発表Ｃ

わが国の市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた評価システムの開発
－福岡県春日市をケースとして－

○村田　典子（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】

地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村の課題を分析し、必要な施策が明らかになる評価システムが必要である。バランススコアカードは、ビジョンと戦略を明確にし、バランスのとれた業績評価を行うことができる経営管理フレームワークである。よって、論理的で整合性のある施策を立案するために、バランススコアカードを用いた評価システムを開発することにした。

【方法】

バランススコアカードは、ビジョンを設定し、４つの視点（財務、顧客、業務プロセス、学習と成長）から戦略目標を決め、各々の戦略目標の因果関係に基づきビジョンを達成する流れを図示する戦略マップを作成する仕組みである。筆頭著者は福岡県春日市健康福祉部高齢課に所属しており、地域包括ケアシステムを推進する立場にあるため、福岡県春日市を対象として、評価システムを適応したケースを作成し、政策立案に利用可能か検討した。

【結果】

ビジョンは、厚生労働省による地域包括ケアシステムのビジョンである「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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制」とした。４つの視点から戦略目標を立て、各々の戦略目標の因果関係を戦略マップで図示した。サービス利用の公平性を確保した上で、包括的なサービス提供体制の構築を目標とし、これを実現するために住民・サービス提供者に対する研修を行うことにした。この取り組みは、緊急入院が減少し在宅生活が増加して Aging in place が実現され、住民・サービス提供者の満足度が向上することを目的とした。

戦略マップに基づいて、４つの視点それぞれの戦略目標、重要成功要因、業績評価指標を設定した。「財務の視点」では、医療費の減少、介護費の減少を評価できる指標を設定した。「顧客の視点」では、目標を住民の満足度向上とサービス提供者の満足度の向上とした。「プロセスの視点」では、サービス利用の公平性を確保するため、物理的なアクセス可能性、情報のアクセス可能性を維持することを目標とした。さらに、Case-management の実施体制を構築するために①地域包括ケアシステムのマネジメント機能の明確化、②サービスごとの規範的統合、③生活支援サービス・介護予防事業の充実、④住まいの確保に関する事業の充実、⑤住民の情報を共有するシステムの利用促進、⑥多職種での Case-management の実施、の６つの重要成功要因を設定した。それぞれの重要成功要因について、質を評価するストラクチャー、プロセス、アウトカムの視点で指標を設定した。「学習と成長の視点」では、住民の Self-management 、Case-management の理解を高めるための研修を実施する、またサービス提供者に対し Case-management の研修を実施することを目標とした。

本システムを春日市に適応し、現状の長所と短所を特定し、必要とされる施策も論理的に構築した。

【考察】

市町村の現状を把握して課題を抽出し、地域包括ケアシステムを構築する施策を論理的に立案できる評価システムを作成した。

利点は、戦略マップを用いることで戦略目標間の因果関係が明確にすることができること、及び、バランススコアカードにより、論理的かつもれ、だぶりのない施策、事業計画が立てやすいことである。

課題としては、戦略マップの戦略目標どうしの因果関係のエビデンスが不十分であること、設定した業績評価指標の中に、情報を入手できないものがあることがあげられる。

本評価システムは課題抽出と施策立案の支援を目的に作成したものであるが、地域包括ケアシステムを実際に進めていくためには、実施している施策をモニタリングできるフレームワークも必要であり、今後は本システムを拡張していく必要があるだろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 67 - 74，2016

第８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～

「地域包括ケア時代の医療マーケテイング」

平成２８年２月２０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11巻　第1号　67 - 74，2016

プログラム

テーマ：「地域包括ケア時代の医療マーケテイング」

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

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

「地域包括ケア時代の医療マーケティング」

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

「日本版 CCRC 高齢者健康コミュニティによる地域包括ケアシステム」

演　者：NPO 法人高齢者健康コミュニティ・CCRC 研究所代表　窪田　昌行

休　憩　15：50～16：00

座長：国立病院機構福岡東医療センター　院長　上野　道雄

「地域包括ケア時代の病院における医療介護連携・地域連携」

演　者：ＪＡ長野厚生連佐久総合病院診療部長　北澤　彰浩

対話形式の討議　16：50～17：30

司会　田川市病院事業管理者　齋藤　貴生
国立病院機構福岡東医療センター　院長　上野　道雄

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11巻　第1号　67 - 74，2016

地域包括ケア時代の医療マーケティング

馬場園 明（九州大学大学院 医療経営・管理学講座）

【地域包括ケア時代の医療マーケティング】

マーケティングの目的は、「個人やグループが必要とし、欲求するものを満たす価値のある製品・サービスを創造し、提供すること」であり、目的を達成するためには、「それを可能にするための活動を組織的に行う」ことが不可欠である。

「社会保障制度改革国民会議」の報告書では、医療提供体制の今後のあり方が明確に記されている。「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。また具体的な医療体制に関しては、「必要な時に必要な医療にアクセスできるという意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須としている。すなわち、「地域包括ケアシステム」を念頭においた医療供給体制の再構築が求められているのである。

「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。すなわち医療においては、「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」を構築するためのマーケティングが求められている。

【パラダイムの転換】

米国の CMS の長官を務めた Berwick は、医療の質が改善できない理由として、医療従事者が医療のあり方が変化しつつあることを認識できていないことが関係していると示唆している。疾病構造の変化に伴い、医療のニーズ・ウォンツが転換しているのは、先進国共通の現象であり、これはわが国の医療のあり方にもヒントを与えてくれる。

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、患者の意思、価値観、自立を尊重し、継続的で組織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。医療マーケティングを検討していくには、パラダイムの転換を認識することが不可欠である。

【高齢者健康コミュニテイ】

「地域包括ケアシステム」を構築するためには、在宅療養支援診療所、訪問介護ステーション、介護事業所、高齢者住宅といったハードとそれらを運用するソフト、それらを担う人材が必要である。何よりも大事なのは、理念を明確にして、それを「地域包括ケアシステム」の活動に落としこむことである。

筆者は「地域包括ケアシステム」の具体例として、「高齢者健康コミュニテイ」をモデルとして提案している。その理念は、「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」を支援することとしている。そして、「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「高齢者健康コミュニテイ」の三大原則としている。加えて、高齢者の具体的なニーズに対応していくことが必要である。

【CCRC での医療環境】

米国の CCRC では、医療ケアが常勤医師、専門セラピスト、専門看護師、精神ケアセラピストが連携して

提供される。これらの専門家集団は、高齢者ケアに専念してきており、公的医療制度（メディケア）から支払いを受けている。入居者は居住空間で、プライバシーが尊重され、迅速にケアをうけられる。アクセスの問題がなく、急病になってもスタッフが支援するために、早期発見、早期治療につながっており、入院期間も短くてすんでいる。

【地域包括ケアの構築に向けて】

地域包括ケアシステムを包括した「高齢者健康コミュニティ」を構築していくうえで、現状では次の６点が大きな課題になると思われる。第１に、施設ケア中心の方針から在宅ケア中心の方針へ高齢者ケアのパラダイムを転換していかなければならないことを、国民全体で認識する必要がある。第２の課題は、自立を支援できる高齢者住宅を構築していかなければならない。第３の課題は、夜間、深夜を含めた24時間の巡回型訪問介護・看護サービス体制の構築である。第４に、医療と介護を包括的に提供していくためには、在宅医療と介護の連携が課題である。第５に、自助、互助の支援の構築である。このためには自立している高齢者が助け合える場所をつくることが必要であり、自由に活用できる地域交流センターのような場所を増やしていくべきである。第６に、高齢者介護を担う人材の待遇の改善である。介護の仕事の生産性や質を向上させるためには、不可欠であると考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　67 - 74，2016

日本版CCRC高齢者健康コミュニティによる地域包括ケアシステム

窪田　昌行（NPO法人高齢者健康コミュニティ・CCRC研究所）

【はじめに】

我が国の人口はすでに人口減少の時代に突入しており、これから、このまま何も対策を行わなければ、2050年には一億人を割り込み、2100年には5,000万を割り込む水準まで人口が減少する。さらに、東京圏への人口一極集中は若者を中心とする働き手の地方からの流出を招いている。2015年の東京圏(東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県）への人口流入は、約11.9万人となっている。人口減少、東京圏への一極集中、地方経済・医療介護資源の衰退を解決するために、現在の人の流れを変え、安心安全な地域包括ケアとも連携するために、日本版CCRCが注目された。本発表では、まず米国のCCRCの現状と課題を整理する。次に、政府が取り組んでいる地方創生における日本版CCRCの内容について説明する。最後に、日本版CCRCによる地域包括ケアシステムの構築の手順、課題等について言及するものである。

【米国のCCRCとは】

米国には退職後高齢者がいきいきと安全、安心して過ごす２つの高齢者コミュニティがある。一つはアクティブコミュニティ（以下ALCと略す）で60代を中心に160万人が生活している。もう一つが、CCRCである。ARCは、退職後好きなことをして楽しむコミュニティで対象は55歳から79歳程度で戸建て住宅が殆どのコミュニティで、ALCでは医療介護サービスの提供はしないが、外部からサービスを受けることはできる。ALCで生活し、ご夫婦の片方が要介護になったり、亡くなった場合、または一人で生活が苦痛になった場合、医療・介護の心配のない環境で、人生の最終ステージを豊かに暮らすCCRCに移住する。CCRCの住まいは殆どが集合住宅で、同じ場所で、同じスタッフに見守られながら、介護や医療が必要になっても、最期まで過ごすことができる。

【地方創生と日本版CCRCについて】

地方創生とは、人口急減・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、各地域がそれぞれの特徴を活かした自律的で持続的な社会を創生できることを可能にする試みであり、地方創生は日本創生であり、日本の戦後70年のあらゆる仕組みを再設計することであるといえる。その中で日本版CCRCは注目され、日本名を「生涯活躍のまち構想」と変更して全国のおよそ200の自治体が本構想に取り組んでいる。「生涯活躍のまち」構想とは、わかりやすく言えば、自分のまちを見つめ直し、人々が移り住んでくる”魅力的な”まちをつくることである。そのために米国のCCRCを参考に、地域の特色をいかしそれぞれのまちで”日本版 CCRC”を構築していくことが本構想の意義といえる。その際、我が国が2025年に実現をめざす”地域包括ケアシステム”と連携し、高齢者のそれぞれの人生のライフステージに応じた暮らし方を提案することによって、健康で可能な限り自立して、前向きに生活したい高齢者の希望を実現する。

【日本版CCRCによる地域包括ケアシステム】

地域包括ケアシステムとは、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に、「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」を構築するものである。特に医療・介護の連携が必要である。ここでは、具体的な例として、医療法人玉昌会の加治木温泉病院を核とした日本版CCRC姶良JOYタウン構想と、医療法人竜門堂の住宅型有料老人ホームおよび宅老所を核とした武雄版CCRC地域包括ケアシステムの構築の現状と課題について紹介する。

【おわりに】

日本版CCRCによる地域包括ケアシステムを実現していくためには、利用者の視点からできる限り最期まで健康で自立して暮らすことができる自立型住いについて、地域に応じた様々なものをつくり、医療介護の心配のない環境の中で、最期までいきいきと安心安全に生活できる仕組みをつくる必要がある。一方、事業者の視点からは、経営理念、３種類の住まい、４種類のプログラム、経営の中立性、安定性、および入居者の経済的負担を軽減する６つの要素を総合的に作り上げていく必要がある。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　67 - 74，2016

「新たな地域医療を目指して～動き出した佐久病院再構築～」

北澤　彰浩（佐久総合病院診療部長）

超高齢社会真っ只中の日本、そしてますますその超高齢化が過疎地・僻地のみならず大都会にまで拡がってくるこれからの日本における医療を考えたときに「地域包括ケアシステム」の考え方は絶対に必要なもので避けては通れないものだと考えます。

高度急性期医療から在宅医療までが途切れることなくつながる必要があることは誰もが納得していることと思います。しかし、どうすればそのようなシステムや体制を構築することができるのでしょう。残念ながら、日本のどの地域にもそのシステム・体制を作り上げているところはまだないのではないでしょうか？

当然ですが当院を含めた長野県佐久地域もまだできていません。

確かに当院は昭和の戦後直後から病院としては珍しく地域に出ていく活動を病院の柱の一つとして行ってきたため昭和の時代には地域医療のメッカの一つとして一部の医療関係者の間では称されたこともあったようですが、だからといって平成の特にこのような超高齢社会の現在において上手くいっているとは言えません。しかし、当院としては昭和の時代からの経験の蓄積がありますのでその経験を活かして、昨年（平成26年）３月１日からの新しい病院体制のもとその課題に取り組んでおります。そして、人口構成からは日本の 30 年先を先取りしていると言われる佐久地域でこのシステム・体制を構築できれば今後の大都会でのシステム・体制構築のヒントになるのではとも考えております。

当日は病院再構築によって３つの病院と１つの診療所のチームとなった佐久総合病院の機能分担と地域での活動を紹介させていただき、これからの「地域包括ケア」を実現可能なものにするためにどのような取り組みをしているかを紹介させていただきます。

そして、特に在宅医療に関してはこれからも在宅看取りの問題が大きいと思われますが、佐久医師会の佐久市内では IT ツールを利用した休日在宅看取り当番制を 2015 年 10 月から開始しておりますのでその取り組みを、南佐久郡においては金曜日にテレビ会議システムを利用した診療所間の週末の情報交換を行っておりますのでその取り組みを併せてご紹介させていただきたいと思います。

みなさんと一緒に率直で有意義な意見交換を行うことが出来ればと考えております。

宜しくお願いいたします。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 75 - 80,　2016

第９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～

「変革期のガバナンス：急性期・慢性期医療の統合」

平成２８年８月２０日（土）14：00～

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 75 - 80,　2016

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

プログラム

テーマ：「変革期のガバナンス：急性期・慢性期医療の統合」

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

「地域包括ケアシステにおける急性期・慢性期を統合した高齢者ケア」

演　者：兵庫県立大経営研究科経営専門職専攻教授　筒井　孝子

Ⅱ．実践

座長：地方独立行政法人筑後市立病院理事長　吉田　正

「地方都市における一急性期病院の取り組み　院長職 16 年の経験から」

演　者：大分赤十字病院名誉院長　若杉　健三

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

「急性期病院経営におけるガバナンスーマネジメントからリーデイングへ」

演　者：済生会福岡総合病院　病院長　岡留　健一郎

対話形式の討議　16：50～17：30

司会　田川市病院事業管理者　齋藤　貴生
済生会福岡総合病院　病院長　岡留　健一郎

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11巻　第1号　75 - 80，2016

地域包括ケアシステムにおける急性期・慢性期を統合した高齢者ケアのあり方

筒井　孝子（兵庫県立大学経営研究科）

わが国では、地域における「医療や介護サービスの供給提供体制の統合（integrated care）」を目指した地域包括ケアシステムの構築が推進されている。ただし、このシステムは「すべての住民が在宅等の住み慣れた地域で終生、生活を継続できるコミュニティを基盤とした支援の仕組み（community-based care）」という、いわゆる自助・互助だけでなく、共助という概念を用いての説明がなされることも多い。

このことは、わが国の地域包括ケアシステムが、先進国で 1990 年代から進められてきた integrated care に加えて、地域を基盤とするという community-based care をも含むものとして位置づけられている [1]ことを示している。

前者の integrated care は、「患者サービスに生じる断続化への対処や、より協調的かつ継続的なケアの提供を可能にすることが目指されるが、多くの場合、これは慢性的疾患を患う高齢者に向けたものとなる」[2]から考えると、患者のケアにおいて協調性と継続性を実現するためには水平型あるいは垂直型のケアの統合が必須となる。

ここでいう水平型のケアの統合の実現にあたっては、ヘルスケア分野における組織、ネットワーク、グループの間での競争や協働に焦点が当てられる。つまり、医療・介護・福祉分野では在宅医療に係わる患者の診療と、その患者の居住地域の医療・介護・福祉の専門職によって形成されるネットワークとの結合が想定される。

また、垂直型のケアの統合とは、ヘルスケア分野の様々な段階におけるサプライチェーンやケアパスと呼ばれるネットワークやグループの統合のありかたのひとつであるが、例えば、病院と地域サービスを結びつけるといった例がありうる。

これまでの国内外の integrated care に係わる取組みは、垂直型あるいは、水平型のいずれかを選択するという傾向があった [2) 3)]。しかし今日、その地域に則したサービスを開発が進んだこともあり、垂直型・水平型のケアの統合を分離して進めるという方法よりは、むしろネットワークを介し、より相応しいサービスを受けることができる方法を選択したほうがよい [2)]といった言及もされつつある。これは、急性期・慢性期を統合した高齢者ケアのあり方は多様であるが、地域包括ケアシステムの構築に際しても、地域特性に応じた統合形態をすすめることによって、患者の視点にそったより相応しいサービスを提供できる新たな体制が生み出すことができることを示唆している。

平成 28 年度診療報酬改定では退院支援が強化され、在宅での療養生活はより一般化していくだろう。患者が医療サービスやこれに伴う多様なケアを受けつつ、地域で QOL を維持しながら、在宅生活送るためには、地域における急性期・慢性期の治療およびケアに係わる統合的なサービス提供体制が整備されねばならない。そして、community-based care の視点からは、このシステムの円滑な運営に際して、市町村との協働が一層求められることになる。

本講では、医療介護を巡る政策動向を概括した上で、国際的な研究動向を紹介し、今後の統合的なサービス提供体制のあり方について展望したい。

文献

1) 筒井孝子. なぜ地域包括ケアシステムか. こころの科学 2011;161:41-48.

2) Goodwin N. Diagnostic delays and referral management schemes: how “integrated” primary care might damage your health. International Journal of Integrated Care. 2008;8(e78).

3) Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS? London: Nuffield Trust; 2010.

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　75 - 80，2016

地方都市における一急性期病院の取り組み
－院長職 16 年の経験から－

若杉　健三（大分赤十字病院　名誉院長）

16 年間の大分赤十字病院の院長生活で病院運営、管理上幾つかの気づき（教訓）を得たので、これを基盤として変革期にある当院の近未来像を描いてみた。

地方都市におけるとしたのは「行政との関係が濃い」、「医師会のパワーが強い」そして「医師不足」という特徴があるという意味です。

1、昭和 50 年代に救命救急センターの設置依頼が行政からあがった時、当時の院長は乗り気で医局会にはかったところ「そんな事やってられないよ」という反応で断念し、医師会立病院が指定され今日に至ってる。「院長職というのは民意を聞くこと以上に将来を見据えてのトップダウンのリーダーシップが必要である」との教訓（1）です。

2、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、地域医療支援病院、7：1 看護師配置、DPC 対象病院等々の施設認定は「制度開始早期の取り組みが効率的」というのが教訓（2）です。

3、職員の当院への意識は、医師は大学医局と当院の二重管理のため志望動機が「医局人事のため」が多く、当院への帰属意識に乏しい面があるが、職員の 6 割をしめる看護師にあっては「赤十字」への思いが非常につよい、これが教訓の（3）です。

4、急性期医療への特化を方針とし、地域医療支援病院、DPC 対応病院など当時「急性期病院の 5 つ星」というのがあり、これを綴り返し会議等で説明し、すべて確保できた。わかりやすい到達目標を設定することは職員への周知徹底に効果的というのが教訓 (4) です。

さて、いくつかの部署別の取り組みを見てみると5,6 医事紛争関連では訴訟提起が過去に遡ることも少なくないので①カルテの記載が minimum requirement を充たすこと、診療経過に問題があるケースはリアルタイムに事例検討を行い記録しておくこと（教訓 5）こと、顧問弁護士に加え法律の専門家を雇用することが医療者の負担を軽減し、紛争の早期解決に有用である（教訓 6）

7、医師は専門領域の診療なら労をいとわないので、チーム医療の推進で診療に専念できる体制を構築することが病院運営上必須の要件です（教訓 7）

8、院長はミッションやビジョンを唱えつづけること。そのうち全職員のものとなる、これが教訓の (8) です。

近未来の病院機能について

2025 年問題、地域包括ケアシステム、地域医療ビジョン索定（病床機能報告制度）における当院の構想は地域の期待が急性期、総合、入院であることや臨床指標の状況を踏まえ、急性期医療のみの選択が妥当と考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　75 - 80，2016

急性期病院経営におけるガバナンス
－マネジメントからリーディングへ－

岡留　健一郎（済生会福岡総合病院 院長）

いま、医療・介護提供体制は大きな変革の時を迎え、医療界では、2025 年を見据えた地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想など多くの重要な課題が控えている。我々急性期病院としては、地域包括ケアシステムの first step としていかに機能を活用していくかを考えていくことが重要である。一方、非営利産業としての病院の維持・継続ならびに発展のためには、どのようにして病院の活性化を計っていくかが必須である。病院医療の根幹をなすチーム医療の効率的な実践のためには、医師を始め、看護部や各部門のメディカルスタッフならびに事務部門の高いモチベーションが必要とされる。チーム医療の中心を担うのは医師であり、医師のモチベーションのあり方で病院の将来が大きく左右されると言っても過言ではない。非営利組織としての病院におけるマネジメントの果たす役割が重要であることは言うまでもないが、私の考えでは、病院活性化のためには、中間管理職、即ち医師部門であると各科主任部長や部長、看護部門では病棟看護課長、メディカルスタッフ部門では、各部門の部長クラスの動きが重要な鍵を握っていると確信している。

院長に就任した頃より、これら中間管理職の諸君の経営管理意識のブレイクスル―を果たしたいと考え、まず最初に 2005 年医師主任部長/部長クラスの人事考課システムである「パフォーマンスレビュー」を考案し、多面評価法による病院貢献度評価方式を導入、医師諸君のモチベーション強化を図った。本評価法では、医師の周りで働くメディカルスタッフ 60-80 名が評価者となり、客観性を担保するための事前の指導講習会を開き、公平・公正な評価となるよう努めている。評価項目は三部よりなり、①部長としてのマネジメント実践や医師としての基本行動および病院組織人としての基本行動よりなる行動力評価（アクションレビュー）、②紹介率や手術数など数値としてあらわれる実績評価（アウトカムレビュー）③院内プロジェクトなどの進捗状況を評価する目標達成評価（アチーブメントレビュー）である。このうち最も重視しているのは、病院への貢献度評価ともいえる行動力評価である。この評価結果をレーダーチャート化（可視化）し、本人へフィードバックし、年度初めの私との面接時の検討基礎資料として用い、医師諸君のモチベーションの向上を図っている。

病院活性化のために、病院のトップには、マネジメント（管理）よりリーディング（舵取り）が求められてきているのではないだろうか。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　81，2016

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 10 月 1 日
CCRC 研究所 代表 窪田昌行

第 48 回 定例研究会報告　日本版 CCRC のリーダーシップ

私共が提唱してきた日本版 CCRC が、平成 26 年 12 月、政府のまち・ひと・しごと創生・総合戦略において、「日本版 CCRC の検討、普及」という施策として取り上げられた。これは、日本版 CCRC が地方の人口減少、雇用、経済対策、及び東京圏の高齢化対策の有効な方法と位置づけられ、我が国の高齢者ケアにおける新たなリーダーシップをとっていく可能性が想定される。

CCRC とは、Continuing Care Retirement Community の略で、日本語訳を高齢者健康コミュニティとしたが、政府はまちづくりという視点で、生涯活躍のまちと名づけた。CCRC とは、高齢者が自立して生活できる段階から、支援や介護が必要となる段階、看取りの時まで、同じ場所でニーズの変化に応じて、必要な住環境、医療・介護・予防・生活支援・生きがいサービスを継続的提供し、人生の継続性を守る共同生活体であり、全米でおよそ 2 千カ所、約 75 万人が生活している。

米国で CCRC が注目される理由は、米国の医療保険（メディケア）や私的高齢者保険は急性期医療に中心が置かれ、高齢者の長期ケアについて保険でカバーできない中、老後の資産や収入でカバーできる範囲で、終身の住宅、生活コストや医療介護コストをカバーしてくれる選択肢として成長してきた。特に、高齢者が可能なかぎり自立して自由に生活できる仕組みを提供し、もし認知症や専門的な介護が必要になっても同じ敷地内で必要なサービスが受けられるように保障されている基本理念がすぐれている。また一時金の返還システム等、入居費用、利用料金の選択肢が多く、合理的な点が高齢者の人気をよんでいる。

米国の CCRC を構成する要素は次の 6 つに集約される。すなわち、①「継続した人生・ケア」を提供する理念、②3 種類の住まい：自立型、支援型、介護型住まい、③4 種類のサービス（自立・支援・介護・認知症プログラム）、④4 種類の契約形式、⑤経営・開発・分離による経営の中立性・安定性、⑥多様な利用料金体制（入居一時金、月の利用料金）である。

政府は日本版 CCRC の推進にあたり、日本版 CCRC 構想有識者会議を作り、その資料の中の日本版 CCRC 関連の構想・取組を整理するための 11 の参考事例を平成 27 年 7 月に公表した。その中に、私共が 2009 年から共同研究してきた医療法人玉昌会の JOY タイン構想が取り上げられた。JOY タウン構想は鹿児島県姶良市において、病院の移転（建て替え）と併せて一体的な整備による CCRC の実現可能性を検討するもので、地域包括ケアシステムを基盤とした姶良市の「コンパクトシティ」の構築に協力するものである。現在 JOY タウン構想は、地域医療構想を踏まえた病院移転計画、および鹿児島市との連携も含め、基本計画、事業計画を検討中である。

いま、多くの自治体が、日本版 CCRC 構想に取組んでいるが、重要なことは高齢者の生活やケアを継続して提供しようという理念であって、それをハード、ソフトに落としこむ経営管理が必要である。また、具体的な自立支援、医療、介護についての議論も必要で、自立支援や予防を行い、要介護度を改善し、望まない延命治療を避けることによって、医療・介護費用をひき下げるという視点も重要である。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 82，2016

【 定例研究会報告 】

平成 27 年 12 月 3 日
医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明
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

第４９回 定例研究会報告　後期高齢者医療制度の薬剤処方の課題と対策

睡眠薬は転倒・骨折をはじめとする多種多様な副作用のリスクが高く、高齢者に対してはとりわけ投薬は慎重であるべきと各種ガイドライン等において指摘されている。そこで、福岡県後期高齢者医療広域連合に請求された医科及び調剤レセプトを対象として、睡眠薬のレセプトの解析を行った。なお、医科レセプトについて入院レセプトは含めず入院外レセプトのみを用いた。調査期間は、平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月診療分とした。睡眠薬の分離は、超短時間型としては、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系、メラトニン受容体作動系とした。また、ベンゾジアゼピン系は、超短時間型以外に、短時間型、中時間型、長時間型に分類した。

睡眠薬を入院外で処方された事のある者は、154,117 名であった。男性は 50,611 名、女性は 103,506 名であった。被保険者数 における割合では、男性が 23.2%、女性が 27.7%と女性の方が睡眠薬を服薬する傾向にあった。なかでも転倒骨折のリスクが高いベンゾジアゼピン系超短時間作用型睡眠薬(トリアゾラム)の服薬者は 20,278 名で、そのうち 6 か月以上の長期服用している者は 13,992 名であった。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬も副作用の報告が次第に蓄積され、ベンゾジアゼピン系と同様、漫然とした長期投与は控えるべきされているが、いずれの系統の睡眠薬においても 12 か月毎月処方されている者の割合は少なくなかった。特に超短時間作用型ベンゾジアゼピン系は海外において使用するとしても 4 週間程度といわれていることに鑑みれば、是正すべき長期処方が多いと言える。

睡眠薬について 380 日分以上年間に処方されたことのある者は 12.6%に上り、とりわけベンゾジアゼピン系でその傾向が強かった。年間処方日数に関しては、同じ作用時間型の同系統の睡眠薬でも 1,000 日分を超える処方も認められた。本人の健康上の安全の観点からも、無駄な医療費を適正化する観点から何かしらの取組が求められる。

多量処方の実態は、一つの医療機関で常を逸した日数分の睡眠薬を投与することは考えにくく、複数の医療機関から処方されている可能性もが高い。かかりつけ医およびかかりつけ薬局の定着を急ぐ必要がある。なお、医療機関努力だけに頼るのは限界があると言える。したがって、被保険者の受療動向を把握できる保険者が、適正使用のための普及啓発や生活習慣の改善など積極的な介入により過剰な睡眠薬の処方を削減することに努める必要性もある。今後は多量処方されている者がどのような受療行動をしているのか（たとえば複数医療機関単一薬局、複数医療機関複数薬局、単一医療機関複数薬局、単一医療機関単一薬局）を明らかにすることが求められる。また、複数種の睡眠薬を服用しているものについて、どのような組み合わせで服用しているか、医学的に妥当なのかについても検討されていくべきであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　83，2016

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 2 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 50 回 定例研究会報告　アメリカの医療制度

米国にはすべての国民を対象とする公的医療保険がなく、民間医療保険が最も大きなシェアをもっている。 国民の約 6 割は雇用先が提供する民間医療保険に加入しており、雇用主提供医療保険が中心的な役割を果たしている。 一般的に提供されている公的医療保険には、65 歳以上の高齢者と 65 歳未満の身体障害者、末期腎臓疾患患者を給付対象とするメディケア(Medicare)と、低所得者をカバーするメディケイド(Medicaid)があり、加入者はそれぞれ 4,890 万人（人口比 15.7%)、5,090 万人（同 16.4%)(いずれも 2012 年）である。他にも個人で民間の医療保険を購入する個人購入医療保険（同 9。8%、2012 年）や、軍人向け公的医療保険（トライケア）（同 4.4%、2012 年）があるが、医療保険がない無保険者も人口比で 15.4% （2012 年）存在している。

米国の医療費は 2001 年から 2010 年までの 10 年間の平均で 1,200 億ドル/年（年率約 6%）ずつ上昇しており、2011 年には 2 兆 7,007 億ドルに達し、対 GDP 比でも 17. 9%を占めるに至っている。 米国の医療費高騰の原因の大半は、医療技術の進歩を迅速に保険制度に取り入れていく仕組みになっていることに起因している。また、米国では医療に対しても市場メカニズムの果たす役割が大きいことから、技術開発へのインセンティブが働きやすくなっている。 そのため需要が供給を上回り、市場価値が高いと価格は一気に高騰することもある。 さらに、米国は訴訟社会と言われているが、年間の医療訴訟件数は日本の 10 倍以上である。 医療過誤による賠償金額が極端に高額となるケースがあるため、訴訟によるリスク回避を意識して、様々な治療前検査が行われることも、医療費高騰に影響を及ぼしている。

2010 年 3 月、米国の医療保険制度改革法となる患者保護及び医療費負担適正化法(Patient Protection and Affordable Care Act of 2010)、オバマケアが制定された。 共和党や国民の中には、医療保険加入の義務付けは個人の自由を侵害するとの反対意見もあったものの、オバマ大統領は購入可能な(affordable)価格である医療サービスを全国民に提供することを公約に掲げており、国内政策における功績を残したと言える。オバマ政権の医療改革は，既存の（雇用主が提供している）民間保険中心の医療制度に依拠しつつ、無保険者を削減し国民皆保険（に近い状況）を実現しようとするものであり、affordable に象徴されるアクセスの改善と accountable 象徴される価値の改善に集約できる。

オバマケアは無保険者の医療保険への加入を促すと同時に、医療費を抑制し、医療の質を向上させることを目的に、米国における民間及び公的医療保険に影響を及ぼす歴史的な医療保険制度改革であった。日米の医療制度は異なっているとはいえ、雇用主に医療保険を被雇用者と被扶養者に提供することを義務付け、それ以外の者を医療保険に加入することを義務付けたことで、皆保険制度の方法は同じとも言える。今後、質を担保するとともに費用をコントロールし、高齢者により適切な医療・介護を提供するために、両国共に模索が続くであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　84，2016

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 4 月 7 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 51 回 定例研究会報告　イギリスの医療制度

英国の医療制度は「国民保健サービス」(NHS: National Health Service）と呼ばれ、1948 年に創設された。NHS 以前の医療は、被雇用者など限られた人々にのみ提供される贅沢財として捉えられることが多かったが、費用の大部分を国の一般財源から賄うことによって、全国民を対象に、原則無料で、ほぼすべての医療サービスが公平に提供されることを基本理念とし、国営の NHS が整えられた。まず地域の「家庭医」(general practitioner、以下ＧＰ）が軽症・軽傷の診療を行っている。かつての NHS は、政府の保健省が予算を立て、それを地方保健監督局に分配した。地方保健監督局は、その予算を家庭医に人頭割で分配し、病院には業績ベースで予算をつけていた。 NHS での診療は、地元の診療所のかかりつけ医(GP: General Practitioner)の診察を受け、専門的な治療が必要な場合にはじめて専門病院で診察を受けることができる。そのようなシステムが、硬直化した医療を生み、医療を受けるために長期間待たされるという問題を生んだ。

ブレアの医療改革では、NHS のサービスとして達成すべき水準が明確にされた。ナショナル・ターゲット（National Target）は、NHS が全国レベルで達成すべきマクロ目標であり、待機時間を最大 1 ヵ月短縮、2008 年までに急性期ベッドを 5%削減といったものであった。ナショナル・スタンダード（National Standard）は個々の医療現場で実現すべきサービス水準の目標を設定するものであり、安全、効率性、ガバナンス（組織統治)、患者本位、アクセス、ケア環境、衛生といったカテゴリーごとに設定するものであった。たとえば、「患者の安全に関連する全ての活動に関し、院内に継続的・体系的な点検を行なう組織を設置する」といったものであった。そして、国家サービス標準（NSF: National Service Framework）は、主な疾病・ケアの分野ごと（精神医療、がん、心臓病、高齢者介護等）に、サービスの手順（プロトコル）と水準を設定し、プライマリケア、専門病院、地域病院の役割分担も示すものであった。そして、全国 24 地域ごとの実施状況はケア・クオリテイ委員会によって報告された。

ブレア政権が行った改革は画期的なものであり、良い結果をもたらしたと言われている。まず、待機時間が減少した。2000 年で 105 万人いた入院待機患者は 2008 年には半分の 54 万人程度に減少した。心臓病やがんの治療成績が向上し、がんの死亡率は人口 10 万人当たり 2000 年には 129 人だったが 2006 年には 116 人、心臓疾患の死亡率は人口 10 万人当たり 2000 年の 108 人から 2006 年は 92 人となった)。そして、NHS に対して満足であると回答する国民は 40%を切っていたが、2009 年度には 60%を超えたのである。すなわち、“Rebuilding the NHS （医療制度の再建)”を掲げたブレア政権の NHS 改革では、国が医療の質に責任を持つ体制を整えたのである。医療の透明性を高め、診療ガバナンスを強化した患者重視の NHS 改革は、国民にも好意的に受け止められ、ブレア政権下で医療満足度は上昇基調に転じたのはわが国の医療政策にも大きな教訓を与えてくれると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　85，2016

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 6 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 52 回 定例研究会報告　平成 28 年度診療報酬改定

2016 度の診療報酬改定の最大のねらいは、「病院完結型」から「地域完結型」へのパラダイムの転換を政策誘導しようというものであった。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。医療経営・管理を検討していくには、このような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。

2016 年度診療報酬改定は全体でマイナス 1.03%となったものの、診療報酬本体は 0.49%引き上げられた。病床機能の再編や地域包括ケアシステム構築の推進のため、様々な改定が打ち出された。急性期入院の目玉は、7 対 1 一般病棟入院基本料の施設基準の一つである「重症度、医療・看護必要度」の見直しであった。前回改定以上に評価項目が厳格化され、看護必要度の基準は、25%以上（ただし、産科、小児科患者は測定対象から除外）となった。今回の診療報酬改定では、各種病棟で算定できる退院支援加算が新設された。退院支援 1 と退院支援 2、退院支援 3 があるが、退院支援 1 と退院支援 2 は一般病棟と療養病棟を対象としており、退院支援 3 は NICU を対象としている。退院支援加算の要件を満たしつつ、ケアマネージャーと連携して情報を提供すれば、介護支援連携指導料を、退院後の重症患者の患家を訪問すれば退院後訪問指導料を算定できるようになった。

慢性期入院では、医療必要度の高い患者の入院をより促す内容が多く盛り込まれる。その一つが医療区分の評価項目の見直し。これまで医療区分 2・3 に分類されていた「酸素療法」や「頻回の血糖検査」「うつ症状」といった項目の基準が厳格化された。今までも療養病床入院基本料 1 には「医療区分 2・3 が 80%以上」の施設条件があった。今回、療養病床入院基本料 2 においても初めて「医療区分 2 または 3 の患者が 50%以上」という要件を新設された。また、今後は筋ジストロフィーや多発性硬化症などの難病患者、透析、気管切開・気管内挿管のケアなどを行う患者などを全患者の 50%以上受け入れることが求められることになった。

2016 年度外来医療の目玉となったのは、「認知症地域包括診療料」と「小児かかりつけ診療料」が新設されたことである。認知症や小児の主治医機能を強化する狙いがある。また、患者が紹介状なしで大病院を受診した際、定額の負担を求める制度が導入された。これにより、大病院から診療所・中小病院への外来移行が促進すると見られる。そのほか、薬剤の多剤併用を是正した場合に算定できる診療報酬、在宅専門診療所のなどが新設された。地域完結型医療は、かかりつけ医がプライマリ・ケアや在宅医療を行いながら、必要に応じ、急性期病院を紹介し、リハビリを行う回復期病院や介護事業者とも「連携」しなければならない。医療のパラダイムを理解した上での診療報酬の対応が必要であろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　86，2016

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 8 月 4 日(木)
NPO 法人高齢者健康コミュニティ・ＣＣＲＣ研究所 代表 窪田昌行

第 53 回 定例研究会報告　日本版 CCRC における訪問看護ステーションの役割

我が国は 2025 年に、団塊の世代と呼ばれる 1947 年から 49 年までの 3 年間に生まれた世代の約 800 万人が 75 歳以上の後期高齢者となり、大きな転換期を迎える。そのとき要介護者、認知症高齢者が急増していくことが想定される。それまでに、少子超高齢者社会に対応した新しい社会保障制度を実現する必要があり、医療、介護、年金の分野の本格的な改革が不可欠となってきている。特に医療、介護の分野では、高度急性期から在宅医療、介護までの一連の切れ目のないサービスを提供するために、効率的かつ質の高い医療・介護を提供する地域包括ケアシステムを 2025 年までに構築していかなければならない。

地域包括ケアシステムの定義は「医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組み作り」としており、CCRC のコンセプトは地域包括ケアシステムと通じるところが多く、日本版 CCRC が地域包括ケアシステムの中心となり機能するものと提唱してきた。なお、CCRC とは、Continuing Care Retirement Community の略で、私共は高齢者健康コミュニティと呼んでいる。一方、政府はまち・ひと・しごと総合戦略の中で、CCRC をモデルに、生涯活躍のまち（日本版 CCRC）構想を施策に取り上げ、地方の人口減少、経済活性化等の地方再生対策の一つとし、全国の地方自治体 200 以上が、日本版 CCRC の構想、実現に取組んでいる。しかし、日米には文化・風土・制度の差があり、我が国に即した日本版 CCRC を構築していくには、6 つの課題がある。すなわち、①CCRC の理念をもつこと、②理念を実現するための 3 種類の住まいと 4 種類のプログラムを構築すること、③介護が必要になった場合の介護提供体制を構築すること、④開発方法、経営方法を確立すること。⑤日米の生活習慣と文化の違いを知り、対応すること、⑥規則と制度を時代に合わせ改革することである。

米国の CCRC では、まず自立した高齢者が住むための自立型住まいが建築され、支援や介護が必要となってきたとき、支援・介護サービスを提供する支援型住まい、介護型住まいを自由に増築し、24 時間対応の介護・看護サービスを構築できる。もし、介護が必要になった場合のサービスの提供については、米国の CCRC では、ターミナル時の介護以外（食事、排泄、入浴等）は自己負担であり、ニーズに応じて適切に対応できる。

一方、我が国の場合、高齢者住宅、例えばサ高住を自立型住まいとして建築し、もし入居者に介護が必要になった場合、我が国の介護保険サービスでは、24 時間の安心したサービスの提供が困難である。すなわち、通常の訪問介護、看護だけでは、24 時間の包括サービス体制を提供することができない。

これらを解決するのが、地域包括ケアシステムの中の北欧、デンマーク、オランダをモデルとした 24 時間対応定期巡回随時訪問介護・看護巡回サービスであると考える。しかし、この 24 時間巡回サービスは、市町村の許認可が必要で、自由に事業開始できない。そこで同じ機能を果たすために、訪問看護と訪問介護の一体的なサービス提供が考えられる。さらに、ターミナル時は、訪問看護は在宅医療と訪問介護のインターフェイスとしての重要な役割を果たす。この意味で、日本版 CCRC を実現していくためには訪問看護を核として、訪問介護、在宅医療が連携して、看取りまで対応していく 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを視野においた整備が必要である。今回の定例研究会では、訪問看護の役割、介護報酬の仕組み、地域包括ケアシステムでの位置づけ、さらに効率化については、デンマーク、オランダの先進事例を基に訪問看護のあり方について検証した。

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　87 - 88,　2016

事務局便り

世の中の移り変わりが激しく、十年も経つと、もう昔のこととなってしまうたとえに「十年一昔」という言葉があります。医療福祉マーケティング研究会は、2006 年（平成 18 年）に創立して以来 11 年目を迎え、この間で我が国の高齢者ケアにパラダイムシフトを起こす二つの施策が生まれました。地域包括ケアシステムの構築と、生涯活躍のまち（日本版 CCRC）構想です。これらの課題は当研究会が、先駆けて研究してきた内容であります。

いま医療機関に入院する多くは高齢者であり、慢性疾患をもっていますが、一定の診療が終わって退院した後は、在宅で医療サービスと介護サービスを統合したケアを提供していく事が求められます。地域包括ケアシステムは、その実現のための資源となるものです。さらに地域包括ケアシステムは、国家戦略として、住宅政策も含め、「地域での医療介護」を推進していくものです。このために、医療と介護の両面から地域の課題を解決することを目指して、2012（平成 24）年度施行の介護保険法改正で、地域包括ケアシステムの構築を推進するために、介護保険法 5 条において、政府、地方自治体の責務として、その推進を図る趣旨の条文が加わり法的な根拠が与えられました。同時に、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の導入など様々な施策が実施され、医療制度においても、地域包括ケアシステムの構成要素となる在宅医療の推進が図られています。しかし、地域包括ケアシステムが示す内容は、人口一万人程度のコミュニティを基盤として、包括した統合ケアの提供体制の変革に焦点をおいたものであり、その当事者は市町村でありますが、その推進が停滞しているのが現状です。例えば、前述の定期巡回・随時対応訪問介護看護等のサービスは、介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で生活できるようにするためのサービスであり、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担うサービスと位置づけられています。福岡県では 500 事業所程度が必要であると推定できますが、現在 24 事業所しかなく整備が大きく遅れています。

一方、政府は、地方の人口急減・超高齢化という大きな課題に対し、自立的で持続的な社会を創生することを目指して「まち・ひと・しごと創生本部」を設立し、2014 年 12 月に「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を策定し、その中で、①「東京一極集中」の是正、②若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現、③地域の特性に即した地域課題の解決、という 3 つの基本的視点から 4 つの基本目標を設定し、その一つである「地方への新しいひとの流れをつくる」という目標に対して、具体的な施策として、日本版 CCRC 構想が取り上げらました。 日本版 CCRC 構想の実現に向けて、有識者会議が発足し、その名称が「生涯活躍のまち（日本版 CCRC）」構想と変わり、2015 年 12 月 11 日の最終報告で、7 つの基本コンセプトを示されました。その後、基本コンセプトは、本年 3 月 11 日に立ち上げられた生涯活躍のまち形成支援チームにより、「継続的なケア」の確保、「地域包括ケアシステム」との連携が強調された内容となってきました。

CCRC の定義は、「高齢者が健康時から移り住み、医療・介護が必要となる段階まで継続的なケアや生活支援サービスを受けながら、趣味活動、社会活動、生涯学習等に参加し、

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、地域包括ケアシステムの定義は、「医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組」です。これらのふたつは通じるところが多く、私共は日本版 CCRC が地域包括ケアシステムの中心となり機能するものと提唱しています。

これからさらに少子高齢化が加速します。社会保障財政の視点から考えれば、高齢者世代一人をおよそ生産年齢世代一人が支える時代を迎える中で、可能限り住み慣れた自宅で最後まで、暮らすことが出来ることと、できるだけ自立した生活を支援する日本版 CCRC の実現が望まれています。日本版 CCRC が各地で生まれ、地域包括ケアシステムが機能していけば、老後に安心して生活できるシステムを構築することになり、希望の持てる社会、日本を目指していけることになります。そのために、日本版 CCRC を核とした地域包括ケアシステムの構築づくりに衆知を集め、さらに研究を進めていきたいと考えます。本誌の読者、参加者の皆様には、更なるご指導ご鞭撻のほどお願い致します。

（医療福祉経営マーケティング研究会　主席研究員　窪田昌行）

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　89，2016

第七回 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: 病院完結型から地域完結型への高齢者ケアの転換を目指して

1. 会期　：平成 29 年 3 月 25 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：地域医療構想と地域包括ケアシステム
演者：松田 晋哉(産業医科大学　医学部　公衆衛生学教室)
【2. 教育講演　13:45～14:25】
テーマ：地域完結型ケアの理論と実践
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 29 年 1 月 31 日（火）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 29 年 1 月 31 日（火）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11巻　第1号　90 - 92,　2016

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、最終原稿提出は編集委員長へのメールに添付する。
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x25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（1、500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: McGraw-Hill, 1992; 37-84.

医療福祉経営マーケティング研究
第11巻　第1号　 94，2016

編集後記

津田　敏秀

科学的根拠に基づいた医学・医療（Evidence Based Medicine：EBM）という言葉が使われ出してから、もう25年が経とうとしている。元々、臨床疫学・臨床研究として患者を対象としたり、公衆衛生研究・産業衛生・環境保健・学校保健・医療経済学として地域社会の住民、労働者、学童や生徒を対象としたりして、時にコスト比較も盛り込んで、それまで研究されていた。それがEBMという言葉と共に、飛躍的な研究成果が上がってきている。

現代社会において、なぜ私たちが科学的根拠を必要とするのだろうか？それは、噂話、思い込み、多数者の大合唱、陰口、群集心理、政策決定者の近くにいる者たちの振り回し、等を避け、冷静に議論するために科学的根拠が必要だからである。当然、医学の世界でも、権威者（自称・他称の「専門家」）が「こうだ！」ということが根拠となっていた時代から、「これらの文献を踏まえて、〇〇の研究目的で」(introduction)、「この人々・患者を観察対象として、この分析方法で」(Subjects & Method)、「このような定量的推定値が導かれ」(Result)、「この推定値から、こういう演繹が出来、このような結論と提言が導かれる」(discussion) という根拠で議論が交わされるように急速に変化している。国際社会では・・・。

しかし、人を対象とした研究が著しく遅れ、人を対象とした自然科学方法論である疫学理論が大学医学部でさえほとんど知られていないために、日本ではこのような国際社会の動きから完全に取り残されてしまっている。19世紀の末、生理学や細菌学などの実験医学がヨーロッパで全盛期だったときに医学を輸入した日本の医学部では、「実験こそ科学である」という信仰から抜けきれず、基礎科学方法論自体の発達と広がりがその後起こり、IT技術の発達により理論上の演算がどんどん現実に可能になっていることすら共通認識になっていない。

観察対象が人の場合、実験室には、自然科学において最も基本となるその観察対象がいないのである（観察者である研究者を除いては）。この滑稽さに日本の大学医学部（人を科学的に研究するはずの教育研究機関）が気づかない限り、今の状態は当分続くであろう。

本号でも、大学病院の経営管理、市町村の地域包括ケア、患者の医療費、病床稼働率など、実験室では決して提供出来ない研究論文が掲載されている。今後も日本の医療現実を明らかにし、低経済成長下の社会において質を保ちながら効率よく医療が提供される方法を探り、日本社会や日本人が抱える問題を解決する方法の科学的根拠を提供するために、本研究会誌の使命は非常に大きいと考えている。

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 11 No.1 1st, October 2016

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

Construction of a strategic management framework in a university hospital ・・・ 1
Ryo HIROTA, Akira BABAZONO

The Development of an Assessment System to Construct a Community-based Integrated Care System for Municipalities in Japan: The Case of Kasuga City in Fukuoka Prefecture ・・・ 17
Fumiko MURATA, Akira BABAZONO

Evaluation of regional differences in health care costs for patients undergoing hemodialysis within the Fukuoka Prefecture Wide-Area Association of Latter-Stage Elderly Healthcare ・・・ 25
Mikio ONOUE, Toshiki MAEDA, Takumi NISHI, Midori YASUI, Akira BABAZONO

Case Study

A team strategy of Improving Bed Occupancy Rate in Kajikionsen Hospital ・・・ 31
Masayuki NAKAMURA, Hirotada SAKUMA, Yuichi KOMINATO, Junko WATANABE, Shoko TOGO, Kozi MIYAZAKI, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract

The program of the 6th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing（Fukuoka, Japan, 19, Mar, 2016） ・・・ 43

The program of the 8th Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 67

The program of the 9th Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 75

Report

Report of the Regular Meeting（48th, 49th, 50th 51st, 52nd, 53rd） ・・・ 81

News

Masayuki KUBOTA ・・・ 87

Information

The 7th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 89

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 90

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・ 93

Editor's note

Editor Toshihide TSUDA ・・・ 94

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing