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 12 巻　第 1 号　2017 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

精神科救急医療の効果に関する研究　・・・ 1
豊田　史郎、馬場園　明

九州がんセンターにおける訪問看護ステーションの医療モデルの構築　・・・ 7
竹山　由子、馬場園　明

ケーススタディ

加治木温泉病院における退院後の自立した生活を導くシステムの構築について
～リハ専門職による自立支援の取り組み～　・・・ 19
原口　友子、中村　真之、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

地域包括ケアシステムに資する有床診療所の役割を踏まえた日本型 CCRC の研究
～医療法人健成会鹿子生整形外科医院の事例研究～　・・・ 31
窪田　昌行、鹿子生　健一、橋口　啓子、本松　洋一、岡　政隆、
鹿子生　寛子、古賀大一郎、馬場園　明

学術集会資料

第 7 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　・・・ 39
第 10 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 61
第 11 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 67

定例研究会報告

第 54 回研究会報告　日本の医療法人制度の法体系　山﨑　哲男　・・・ 74
第 55 回研究会報告　ドイツの医療制度　馬場園　明　・・・ 75
第 56 回研究会報告　フランスの医療制度　馬場園　明　・・・ 76
第 57 回研究会報告　わが国におけるジェネリック薬の進行　馬場園　明　・・・ 77
第 58 回研究会報告　後期高齢者医療制度の問題と対策　馬場園　明　・・・ 78
第 59 回研究会報告　生涯活躍のまち（日本版 CCRC）の課題と対策　窪田　昌行　・・・ 79

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　・・・ 80

お知らせ　第 8 回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会　・・・ 81

研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約　・・・ 82

投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文）　・・・ 85

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　・・・ 86

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12巻　第1号　　2017

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

この研究会は、1973 年に老人医療費無料化を導入して以来、病気や障害をもつ高齢者は長期間医療機関に入院し、医療機関で亡くなっている現状を改善していこうという目的をもって誕生した。高齢者ケアの改善の指標は、社会的コストを下げることと、高齢者の QOL を高めることであった。現在、政府主導で、地域で高齢者の包括的なケアを行うハード、ソフト、人材を整備し、「地域包括ケアシステム」を構築する政策が進められている。「地域包括ケアシステム」は、「地域包括ケア研究会」によって、2010 年定義され、行政職員、医療・介護関係者に広く知られることになった。理念は、2012 年 2 月に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」、2013 年 8 月に発表された「社会保障制度改革国民会議」の報告書でも明快に示されている。そして、診療報酬改定でも介護報酬改定でも評価がなされてきた。しかしながら、高齢者ケアの改革の基盤となるべく、「地域包括ケアシステム」の構築は、現実の世界では一向に進んでいない。そこで、その理由と対策について検討してみたい。

「地域包括ケアシステム」の構築が進んでいない理由として、まず、第一に挙げられるのは、「国民の無理解」である。「社会保障制度改革国民会議」の報告書では、「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の観点から、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行い、地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要があるとされている。この意味は、今まで医療機関が担っていた介護の役割は地域で介護セクターに担ってもらい、医療機関には医療に特化していただくということであるが、これが理解されていないのである。第二に挙げられるのは、自治体において、「医療の見直しと介護の見直しは一体となって行わなければならない」という認識の欠如である。「地域包括ケアシステム」を機能させるには、地域で高齢者ケアを行うためのハードとソフトが必要であり、サービス提供者間で連携し、入院の必要性を減少させていくということが理解されていないのである。第三に挙げられるのは、医療と介護では自己負担の違いがあり、介護がふさわしいケースであっても、自己負担が安いという理由で医療が選択されることが多いことである。70 歳以上の高齢者では、所得が低ければ、医療では自己負担は月 1 万 5 千円で済む。しかしながら、介護施設や高齢者住宅では、自己負担は 10 数万にはなるからである。第四に挙げられるのは介護報酬が低すぎることである。そのために、介護労働者の賃金を下げざるを得ないし、そうなると人手不足となり、優秀な人材は集まらないことになる。たとえば、看護職は介護の分野においても極めて重要な役割を果たしているが、医療機関の賃金が高いために、介護の分野では人材不足となっている。

対策であるが、第一の問題に関しては、国民に少子高齢化による社会保障費の逼迫と家族のケア力の低下を理解してもらい、地域で高齢者ケアの基盤を作る必要性を理解していただくことである。第二の問題については、自治体職員には、地域の高齢者ケアの基盤である「地域包括ケアシステム」を構築するためには、適切なハードとソフトが必要であることを理解してもらうことである。すなわち、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、介護の機能をもつ高齢者住宅、リハビリテーション施設、介護事業所、地域交流センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどを、IT を活用したネットワークで結び情報を共有する」仕組みの必要性があることを認識してもらえば、インフラが整備されていく方向になると思われる。第三の問題は、医療ではなく、地域包括ケアの枠組みで、セーフティネットを作ることで解消できると思われる。そのためには、低所得者への財源を用意する必要がある。医療に関しては、年間当たりの入院日数の上限を設けることで社会的入院を制限することが可能となる。第四の問題は介護財源の拡大を図ることで問題をクリアーできる。介護保険の財源の半分を占める保険料において第 1 号保険者と第 2 号保険者が人数の割合で負担を行っている。第 2 号保険者の負担は、総報酬割である。介護資源が増えないのは、比較的低所得である第 1 号保険者の保険料を増やせないからである。保険料を支払う単位を都道府県にし、第 1 号保険者も第 2 号保険者も保険料を総報酬割にし、保険料の上限を撤廃すれば、市町村の介護資源の偏りはなくなり、財源を大きくすることが可能となると思われる。

今後、地域包括ケアシステムを普及させていくためには、問題と対策を、政府、自治体、医療・介護職、国民で共有する必要がある。今後も粘り強く情報を発信していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　1 - 5,　2017

精神科救急医療の効果に関する研究

豊田　史郎[1)]、馬場園　明[2)]

A study on the effect of psychiatry emergency medical care

Shiro TOYOTA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】

The purpose of the study was to demonstrate that psychiatric emergency wards play a central role in emergency psychiatric health care and consume fewer health care resources, compared with other psychiatric wards.

【Methods】

The subjects were insured people belonging to the Fukuoka Branch of the National Health Insurance Association. The study period was fiscal year 2010 to fiscal year 2014. Among 1,179 people hospitalized with schizophrenia, 26 patients in psychiatric emergency wards or other psychiatric wards were selected, matched by the confounding factors of gender, age, and severity, to compare health care resource consumption between the groups.

【Results】

There were no differences in either inpatient or total health care expenditure between the groups. However, patients in the psychiatric emergency ward group were hospitalized for significantly fewer days than were patients in the other type of ward. This suggested that psychiatric emergency wards could reduce the number of days patients spend hospitalized.

【Discussion】

A system providing psychiatric health care services at any time—24 hours a day, 365 days a year—is essential to enable community-dwelling patients with mental disorders to sustain their social lives and avoid new long-term hospitalization. A psychiatric emergency ward implements emergency health care, leading to reintegration into society rather than initiating a long-term hospitalization.

Key words: psychiatric emergency, schizophrenia, hospitalization, length of stay

【抄録】

【目的】

本研究では、精神科救急医療の中心的役割を担う精神科救急入院料病棟が、他の精神病棟と比較し、より少ない医療資源投入量で医療を提供できていることを明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

対象者は全国健康保険協会福岡支部の被保険者とし、調査期間は2010年度～2014年度の5か年とした。統合失調症で入院治療を行った1,179件のうち、精神科救急入院料病棟で入院治療した群とそれ以外の精神病棟で入院治療した群で、交絡要因である性別、年齢、重症度をコントロールできた26例についてマッチングを行い比較検討した。

【結果】

入院医療費および総医療費は2群間に差はないが、入院日数は精神科救急入院料病棟で入院治療した群の方が統計学的に有意に短い結果となった。すなわち、同等の医療資源投入量で患者の入院日数を短縮化できる可能性が示唆された。

【考察】

地域で生活する精神疾患患者が社会生活を継続でき、新たな長期入院を回避するには、24時間365日いつでも利用可能な精神科医療サービスを提供できる体制が必要である。精神科救急入院料病棟を持つ精神科病院はその機能を有しており、そこですみやかに治療を開始することによって早期社会復帰が可能となる。

キーワード：精神科救急、統合失調症、入院日数

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
代表著者連絡先：soulpower1972@gmail.com

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12巻　第1号　　1 - 5,　2017

【はじめに】

我が国の精神保健行政は「事件と法改正」の構図を繰り返しながら今日に至っている。歴史を遡れば1900年に精神病者監護法の制定から始まり、私宅監置の時代を経て、1950年に精神衛生法の制定により精神病床の増床が加速していくことになった。1964年のライシャワー事件によって治安維持に重点が置かれた法改正がなされ、いわゆる病院収容時代になった。1984年の宇都宮病院事件によって、入院患者の人権擁護と精神障害者の社会復帰の促進を目的とした精神保健法が1987年に制定された。1995年には精神保健法の目的に、精神障害者の自立と社会参加の促進のための援助が加えられ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（通称：精神保健福祉法）が制定され[1)2)]、同年には精神科救急医療システム整備事業が立ち上げられ、翌年には精神科急性期治療病棟入院料が新設、2002年には一般病床と同等の医師密度の高い「精神科救急入院料」が新設された。医療法の精神科特例による貧弱な人的資源とそれに伴った低い診療報酬が設定されてきた精神科医療であるが、この精神科救急入院料は、一般病床と同等の医師配置、看護配置10対1、精神保健福祉士の配置などが高い施設基準の要件がある。これは入院医療の質向上ならびに精神科救急医療の重要性が高まり評価されたともいえる[3)]。

そのような中、2004年、精神保健医療福祉の改革ビジョン[図1)]（以下、改革ビジョン）[4)]が提示され、諸外国から立ち後れた我が国の精神保健医療福祉体系は「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本理念として精神科医療は転換期を迎えた。この重点施策の中には、24時間対応できる精神科救急医療体制の整備が盛り込まれた。精神科医療も他の医療と同様に、早期治療と早期社会復帰を目的とした精神科救急医療体制の構築が期待され、新たな入院患者を長期化させないことが求められている[5)6)7)8)]。精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（2009年）においては「現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべきである」[5)]と明記され、改革ビジョンの遂行により平均在院日数は短縮し、それに伴い精神病床数は減少傾向にある。しかし、他のOECD加盟諸国と比較すれば、平均在院日数はOECD平均36日に対して298日、精神病床数はOECD平均10万人当たり0.7床に対し2.6床と突出して多く[9)]、改革ビジョンで掲げられた目標値には未だ達成していない。

本研究では、改革ビジョンの中の重点施策である精神科救急医療の中心的役割を担う精神科救急入院料病棟は、他の精神病棟と比較し、より少ない医療資源投入量で医療を提供できていることを明らかにすることを目的とした。

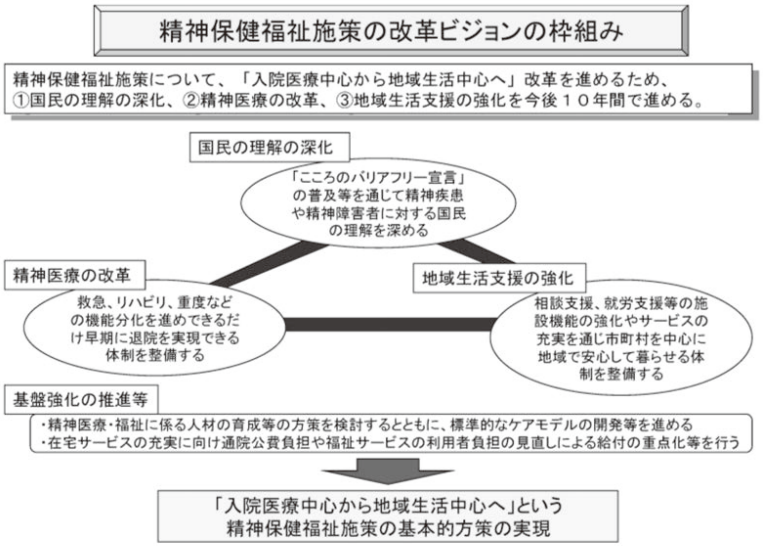

図1　精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

【対象と方法】

全国健康保険協会福岡支部の電子レセプトデータから、以下のデータを抽出した。2010年4月1日から2015年3月31日の5か年を追跡期間とし、福岡県下の精神科救急入院料を算定する6病院に入院したことのある患者の入院および外来データとした。対象疾患は改革ビジョンの目標値を達成するには、認知症と統合失調症の入院期間を短縮する方策をさらに検討する必要性[10)]を言われていることより、統合失調症および統合失調症型及び妄想性障害を主傷病とし、ICD-10コードの‘F20’,‘F21’,‘F22’,‘F23’,‘F24’,‘F25’とした。精神科の入院形態は精神保健福祉法により、自発入院として任意入院と、非自発入院としては措置入院、緊急措置入院、応急入院、医療保護入院の5種類が規定されている。重症度はこの5種類の入院形態を用い、非自発入院である措置入院（緊急措置入院）、応急入院および医療保護入院には、診療報酬の入院料加算および特掲診療料より、それぞれ精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算および医療保護入院等診療料から同定した。なお、2010年4月1日以前より入院している患者、2014年4月1日以降に入院した患者および追跡期間中の死亡もしくは被保険者の資格喪失者は除外した。

上記6病院のうち2病院は、追跡期間中に精神科救急入院料を算定開始したため、精神科救急入院料を算定開始前後で、医療資源投入量の差をみる。併せて、精神科救急入院料病棟で入院治療した群（以下、救急病棟群）とその他の病棟で入院治療した群（以下、非救急病棟群）の医療資源投入量の差をみる。非救急病棟群には、精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の4種の病棟への入院があった。非救急病棟群は、入院前1年間に精神科救急入院料病棟に入院していないことを条件とした。

交絡因子は性別、年齢、重症度とし、救急病棟群と非救急病棟群の2群間で1対1のマッチングしコントロールを行った。アウトカムは、入院日数、入院医療費ならびに当該入院から1年間の外来医療費および再入院を含む総医療費とし、ウィルコクソンの符号付順位検定を行った。

統計解析には、Stata/IC 14.2 for windows（Stata Corp LP）を使用した。

【結果】

抽出したデータは1,179件であった。1,179件のうち、救急病棟群は662件、非救急病棟群は517件であった。再入院を除くと、救急病棟群は455名、非救急病棟群は327名であった。記述統計を表1に示した。入院形態においては、措置入院と応急入院は2群共にそれぞれ1件と少なかった。入院日数においては、非救急病棟群の方が平均値と標準偏差が大きい傾向があった。入院医療費においては、救急病棟群の方が平均値は高い傾向があり、標準偏差は非救急病棟群が大きい傾向であった。

次に2群で交絡因子をコントロールできた26例を表2に示した。このマッチングした2群において、アウトカム指標とした入院日数、入院医療費および総医療費をウィルコクソンの符号付順位検定した結果を表3に示した。入院日数は救急病棟群40.9日、非救急病棟群107.2日であり、救急病棟群において統計学的に有意に短いと示した（p=0.002）。一方、入院医療費では救急病棟群1,463,117円、非救急病棟群1,663,156円と救急病棟群が低値であったが統計学的に有意差は認められなかった（p=0.989）。同様に、総医療費についても救急病棟群1,639,244円、非救急病棟群2,136,667円と救急病棟群が低値であったが統計学的に有意差は認められなかった（p=0.315）。

表1　記述統計量

項目	救急病棟群 (n=455)	非救急病棟群 (n=327)	P値
性別			
男性	180	160	
女性	275	167	<0.001
入院時年齢(歳)			
平均値	35.7	39.5	<0.001
標準偏差	13.7	14.5	
中央値	33	38	
最小値	12	13	
最大値	74	74	
入院形態			
措置入院	1	1	
応急入院	1	1	
医療保護入院	59	28	
任意入院	603	509	
入院日数(日)			
平均値	54.4	69.8	<0.001
標準偏差	29.6	77.2	
中央値	55	58	
最小値	2	1	
最大値	255	892	
入院医療費(円)			
平均値	1,890,533.5	1,301,021.6	<0.001
標準偏差	953,234.9	1,287,579.0	
中央値	1,945,197	1,051,800	
最小値	73,400	15,400	
最大値	4,088,748	13,285,134	

表2　マッチング

	救急病棟群									非救急病棟群								
ペア	id	年齢	性別	入院形態	入院病棟※	医療機関名	入院日数	入院医療費	総医療費	id	年齢	性別	入院形態	入院病棟※	医療機関名	入院日数	入院医療費	総医療費
1	A	26	男	医療保護	救急	B病院	7	264,410	270,690	a	26	男	医療保護	急性期	A病院	266	3,464,060	3,668,240
2	B	43	男	医療保護	救急	F病院	21	805,890	807,580	b	43	男	医療保護	急性期	A病院	21	464,710	464,710
3	C	23	男	医療保護	救急	E病院	15	567,650	589,990	c	22	男	医療保護	急性期	A病院	61	1,173,880	1,546,320
4	D	24	女	医療保護	救急	B病院	33	1,230,960	1,636,700	d	24	女	医療保護	急性期	A病院	6	133,150	143,000
5	E	41	女	医療保護	救急	C病院	21	810,900	821,150	e	44	女	医療保護	急性期	A病院	28	640,400	3,639,690
6	F	43	女	医療保護	救急	B病院	24	712,280	1,259,670	f	43	女	医療保護	急性期	A病院	7	167,540	178,240
7	G	16	男	医療保護	救急	C病院	6	229,990	229,990	g	20	男	医療保護	精神一般	A病院	294	4,036,360	4,057,180
8	H	70	男	任意	救急	F病院	61	2,224,314	2,224,314	h	72	男	任意	精神一般	G病院	44	830,200	830,200
9	I	70	女	任意	救急	F病院	89	3,176,310	3,234,040	i	72	女	任意	精神一般	H病院	81	1,382,204	1,593,324
10	J	61	男	任意	救急	E病院	15	565,240	565,240	j	63	男	任意	精神一般	I病院	109	2,068,560	2,251,960
11	K	59	男	任意	救急	E病院	92	3,268,190	3,651,260	k	58	男	任意	精神一般	J病院	123	1,783,866	1,783,866
12	L	40	女	任意	救急	D病院	92	3,350,020	3,677,930	l	41	女	任意	精神療養	K病院	241	3,600,190	4,420,620
13	M	40	女	任意	救急	C病院	28	1,220,290	1,459,130	m	40	女	任意	精神一般	L病院	44	769,480	2,014,480
14	N	35	男	任意	救急	B病院	54	1,890,480	2,125,490	n	36	男	任意	精神一般	M病院	39	637,050	637,050
15	O	33	男	任意	救急	B病院	63	2,190,560	2,287,140	o	35	男	任意	精神一般	I病院	67	1,079,330	2,596,320
16	P	26	男	任意	救急	F病院	85	2,884,660	3,198,420	p	26	男	任意	精神一般	H病院	211	3,161,790	3,324,450
17	Q	26	男	任意	救急	F病院	54	1,992,760	2,121,170	q	27	男	任意	精神一般	N病院	78	1,282,820	1,543,910
18	R	21	男	任意	救急	D病院	41	1,555,730	1,768,040	r	21	男	任意	急性期	O病院	103	1,967,030	1,969,520
19	S	14	女	任意	救急	B病院	40	1,207,780	1,263,460	s	16	女	任意	急性期	I病院	33	679,510	1,573,950
20	T	50	男	任意	救急	F病院	49	1,826,782	2,030,612	t	52	男	任意	精神一般	A病院	201	2,880,910	2,880,910
21	U	26	女	任意	救急	F病院	7	262,490	529,060	u	27	女	任意	精神療養	D病院	100	1,671,030	2,084,970
22	V	34	女	任意	救急	C病院	45	1,657,580	1,672,610	v	32	女	任意	精神一般	P病院	28	369,820	638,800
23	W	31	男	任意	救急	C病院	7	206,590	387,600	w	30	男	任意	精神療養	A病院	248	3,408,930	3,423,680
24	X	43	女	任意	救急	B病院	24	712,280	1,259,670	x	43	女	任意	精神療養	P病院	79	1,005,610	2,528,520
25	Y	48	男	任意	救急	C病院	21	805,520	862,540	y	47	男	任意	精神一般	A病院	183	3,020,570	4,179,920
26	Z	39	男	任意	救急	D病院	70	2,421,380	2,686,860	z	39	男	任意	精神療養	Q病院	93	1,563,050	1,592,690

※ 救急:精神科救急入院料，急性期:精神科急性期治療病棟入院料，精神一般:精神病棟入院基本料，精神療養:精神療養病棟入院料

表3　アウトカム指標における救急病棟群と非難救急病棟群の比較

アウトカム指標	救急病棟群	非救急病棟群	P値
入院日数	40.9	107.2	0.002
入院医療費	1,463,117	1,663,156	0.989
総医療費	1,639,244	2,136,667	0.315

【考察】

我が国では、精神科治療が必要とする患者は政策的に入院させてきた歴史がある。改革ビジョン以降、精神科医療の政策は、精神病床の機能分化、長期入院患者の地域移行、精神病床削減をキーワードとして、医療法改正、精神保健福祉法改正、診療報酬改定により誘導されてきている。その中で精神科救急医療体制の整備のために2002年に新設された精神科救急入院料は、24時間365日いつでも受診可能であること、新たな長期入院患者を防ぐことを任務としている。

本研究では、精神科救急入院料病棟で入院治療した患者は、その他の病棟で入院治療した患者より医療資源投入量は同額でも入院日数が短いことが明らかになった。精神科救急入院料病棟で入院治療した患者は、その他の病棟に入院していた患者よりも重症であると考えられるため、地域で生活する精神障害者が入院治療を必要とした際に、精神科救急入院料病棟において早期に治療を行うことによって、早期に地域での生活に戻ることができ、精神障害者は継続的に社会生活を続けられることを示唆している。

欧米では1990年代より、DUP（Duration of Untreated Psychosis：精神病未治療期間）の研究が行われている。Loebelらは、統合失調症の発症から治療に至るまでの期間（DUP）が短いほど、予後が良好であることを示唆している[11]。我が国でも山澤らによって海外の先行研究と同様の結果を示し、DUPは平均13.7ヶ月[12]とされている。また、統合失調症はうつ病と同様に自殺の危険性が高い疾患であることが知られているが、最も自殺のリスクが高い時期とDUPが重なり、早期介入システムの構築が不幸な事態を防ぐとも言われている[13]。一方、高橋らは病院に入院しているよりも地域で生活を営む方が生活の満足度が高いことを示唆しており[14]、退院後の生活環境の整備が改革ビジョンを進めていく上で医療体制の整備と同様に重要であり、患者の視点からみても容易に理解できる。

精神科救急入院料は一般病床と同様の医師配置16対1および看護配置10対1と厚い人員配置であり、病棟の人員配置が厚いほど患者アウトカムに効果的であることを示唆していることなどが根拠になっていると考えられる[15]。医療の質の指標であるプロセスの部分をみると、精神科になじみが薄いと言われてきたクリニカルパスであるが、2014年の診療報酬改定において統合失調症と気分障害に「院内標準診療計画加算」が新設された。クリニカルパスを導入することで平均在院日数は有意に短縮され、再入院率も下がる傾向[16]にあり、クリニカルパスの有用性が示されたことを考慮すれば、精神科救急医療を担う医療機関をはじめ多くの精神科病院に導入されることを期待したい。

本研究の限界について述べたい。精神科救急入院料の施設基準には、①当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること、②医療圏における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていることとある。本研究で使用した全国健康保険協会福岡支部のデータでは、本来、精神科救急医療が優先的に受け入れるべき重症度の高い措置入院、応急入院の件数は極端に少なかった。また、1対1マッチングのサンプルサイズが小さいことがあげられる。今後は重症度の高い患者を含んだ、さらに大きなサンプルサイズにて検証することが必要であろう。

本研究で明らかとなった同等の医療資源投入量で入院日数の短縮化が可能である精神科救急入院料病棟は、我が国の精神科病院の機能が治療・福祉・保安施設複合体と言われた時代から、エビデンスに基づいた医療に変革していくには効果的な制度であると考えられる[17]。とはいえ、全国には精神科救急入院料を取得している精神科病院は130施設（2015年10月現在）[18]であり、存在しない自治体もあることから地域間格差はもちろん、民間病院が多くを占める精神科病院においては、経営面を重視するばかりに医療機関格差があることも否めない。加えて、身体的合併症のない救急患者が精神科医のいない非精神科の救急病院へ集中している問題[19]もあり、精神科救急対応可能な精神科病院は相応の対応をすべきであろう。24時間365日、いつでも受診可能な精神科救急医療体制は、精神障害者が地域生活を継続的に続けられる医療サービスの中心的役割を担うことは言うまでもないが、それには精神科救急医療の標準化ならびに質の向上が図られることを期待したい。そして、医療を必要とする患者のアクセスに問題が起こらない対策が求められる。

【参考文献】

1）　瀬戸山淳、本山貢、今村浩司他、精神保健福祉士からみた現代精神医療史 －ライシャワー事件前後の動向を中心に－、和歌山大学教育学部紀要、2013;63:67-72.
2）　吉富製薬株式会社、精神科医療情報総合サイト e-らぽ～る、[http://www.e-rapport.jp/]（最終検索日：2016年12月31日）
3）　平田豊明、杉山直也、精神科救急医療ガイドライン2015年版、千葉：日本精神科救急学会、2015.
4）　厚生労働省、精神保健医療福祉の改革ビジョン、2004年9月、[http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html]（最終検索日：2016年12月5日）
5）　厚生労働省、精神保健医療福祉の更なる改革に向けて、2009年9月24日、[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html]（最終検索日：2016年12月5日）

6）厚生労働省、精神科医療の機能分化と質向上等に関する検討会〈今後の方向性に関する意見の整理〉、2012年6月29日、[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j.html]（最終検索日：2016年12月5日）
7）厚生労働省、平成26年厚生労働省告示第65号、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針、2014年、[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf]（最終検索日：2016年12月5日）
8）厚生労働省、第1回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料３ 精神保健医療福祉の現状について、2016年1月7日、[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108754_11.pdf]（最終検索日：2016年12月5日）
9）OECD Reviews of Health Care Quality: Japan RISING STANDARDS Assessment and recommendations,5 November 2014;23-28.
10）白石弘巳、平成19年度厚生労働省科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）「精神科新規入院患者の動態に関するアンケート調査」報告書、2010年、[http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/new_admission_survey.pdf]（最終検索日：2016年12月5日）
11）Antony D. Loebel, Jeffrey A. Lieberman, Jose M.J. Alvir, et al. Duration of Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: The American Journal of Psychiatry,1992;149.9:1183-1188.
12）RYOKO YAMAZAWA, MASAFUMI MIZUNO, TAKAHIRO NEMOTO, et al. Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia: Psychiatry and Clinical Neurosciences,2004;58:76-81.
13）藤井千代、山口大樹、水野雅文、未治療統合失調症者の自殺、日本社会精神医学会雑誌、2010;19:70-76.
14）高橋聡美、濃沼信夫、伊藤道哉他、統合失調症患者のQOLに関する研究－入院群と地域滞在群のQOLの比較－、日本医療・病院管理学会誌、2010;47.1:17-25.
15）安川文朗、看護師配置は患者アウトカムにどう影響するのか--電子カルテ記録を用いた資源配置とアウトカムとの関係に関する基礎的検討、医療と社会、2008;18,3:343-360.
16）厚生労働省、中央社会保険医療協議会総会（第261回）議事次第 個別事項（その2：精神医療）、2013年11月、26.
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000031076.pdf]（最終検索日：2017年1月2日）
17）平田豊明、精神科急性期治療の臨床経済学試論（1-3）、病院、1990;49:54-60,160-169,257-267.
18）日本精神科救急学会、[http://www.jaep.jp/index.html]（最終検索日：2016年1月3日）
19）伊藤重彦、井上征雄、木戸川秀夫他、福岡県における精神科ソフト救急患者の搬送・受入れの現状，および関係機関の負担要員に関する検討、日本臨床救急医学会雑誌、2014;17,4:515-521.

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　7 - 17,　2017

九州がんセンターにおける訪問看護ステーションの医療モデルの構築

竹山　由子[1)]、馬場園　明[2)]

Health care model for a visiting nursing service at Kyushu Cancer Center

Yuko TAKEYAMA[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

【Purpose】

Terminal cancer patients tend to have difficulties staying at home because of the need for medical procedures and the treatment of side effects. To care for cancer patients in the terminal stage at home, it is necessary to understand their physical, psychological, and social problems and to support the patients' decision making about the continuation, interruption, and termination of treatment. Therefore, to support home health care for patients who have been treated at the Kyushu Cancer Center, we set up a visiting nursing station and constructed a health care model for this system.

【Method】

First, we investigated the reasons for difficulties in returning home among patients at Kyushu Cancer Center. Second, we clarified the vision of the visiting nursing service. Third, we constructed the "preparatory nursing system," which is to be operated as a department of the hospital for wellness management in 3 years. The outline of the plan was designed from the perspectives of finance, customer orientation, learning and growth, and work and process.

【Results】

To provide services smoothly, the following staff members are required, at minimum: one administrator of concurrent appointment, three nurses, and one part-time clerk. The break-even point can be reached with 280 monthly visits. We identify as target patients those requiring end-of-life interventions or many medical procedures by health insurance. As a general rule, we ask local support clinics to intervene to provide medical care through visits to patients' homes. In cases where we have difficulty caring for the patient, we actively cooperate with other visiting nursing stations. We will also consider a system to support cancer patients through their communities. We will demonstrate, to all hospital staff members, the purpose of setting up a visiting nursing station. As a framework, we will construct a nurse education program and hospital collaboration system. We will hold briefing sessions on setting up visiting nursing stations for local communities.

【Discussion】

In terms of "living at home," visiting nurses would be able to promote the transition to home by providing care for patients, families, and hospital staff members at early stages. Currently, there are no hospitals specialized in cancer that practice visiting nursing. Constructing a comprehensive care system for cancer patients is effective in supporting their autonomous daily lives and their self-determination.

Key words: Cancer patient, visiting care station establishment, area inclusion care system

【抄録】

【目的】

がん患者は終末期になるにつれ、治療の副作用や医療処置を抱えての生活を余儀なくされ、住み慣れた自宅での生活が困難になりがちである。最期までがん患者の在宅での生活を支援するには、患者の身体的・心理的・社会的側面に包含している問題を把握し、治療の継続や中断、終了のタイミングを図りながら、患者の意思決定支援を行う人材が必要である。そこで、九州がんセンターで診療を受けた患者の在宅での生活支援を目的とし、訪問看護ステーションを設置し、医療モデルを構築することを研究目的とした。

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12巻　第1号　　7 - 17,　2017

【方法】
九州がんセンターで在宅移行が進まない要因を分析し、訪問看護ステーション設置のビジョンを明確にした。そして、九州がんセンターの一部署として運営する「みなし訪問看護ステーション」からスタートし、1年間を準備期間とし、3年間での運営を軌道に乗せるために、4つの視点(財務、顧客、学習と成長、業務とプロセス)に沿って、訪問看護ステーションの枠組みを設計した。
【結果】
訪問看護ステーションのスタッフは、併任の管理者1名・看護師3名・非常勤事務1名が最低必要であった。月の訪問回数の損益分岐点は280件となった。対象となる患者は、医療保険での介入となる終末期や医療処置の多い患者とする。地域の在宅支援診療所に介入を依頼し、当院だけでは介入が困難な場合や状況が落ち着いてきた場合は、他の訪問看護ステーションとも積極的に連携を図り、がん患者を支えていく枠組みを地域全体で構築していくこととする。院内全体で取り組むための準備や看護師の教育プログラムの作成、記録などのシステムの整備、そして地域への説明会も計画した。
【考察】
早い段階から在宅の視点で患者家族や病院のスタッフと関わることで、今まで困難であったがん患者の在宅移行は推進できる。自施設に訪問看護ステーションを有しているがん専門病院は全国にはなく、住み慣れた場所で、尊厳を持って、活き活きと生活できるよう、そして自己決定が可能な環境を整えるサポートを行うことは、がん患者の地域包括ケアシステムを構築していく上で有効であると考える。

キーワード：がん患者、訪問看護ステーション設置、地域包括ケアシステム

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　7 - 17,　2017

【はじめに】

我が国では昭和56年にがんは死因順位第1位となった以降、全死亡者に占める割合は増え続けており、平成26年は28.7％となっている。すなわち、およそ3.5人に１人ががんで死亡していることになる[1)]。一方、がん医療の進歩は目覚ましく、2007年の全がんの5年相対生存率は62.1％[2)]と上昇しており、糖尿病や高血圧と同様、がんは慢性疾患とみなされるようになった[3)]。すなわち、社会では、がんは即、死というイメージから、完治はできなくても長く生き続けられるというイメージに変わりつつある。

そこで、現在、がん患者が医療機関ではなく、住み慣れた地域の中で、医療を続けながら生活していくためのシステムを構築していく必要性が生じてきている。第2期がん対策推進基本計画の中間評価のなかには、「高齢化が進んでいる我が国の現状を鑑みて、がん患者が住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるよう、がん診療連携拠点病院との連携を確保しつつ、在宅医療・介護体制の整備等を進めることは喫緊の課題である」とされている[4)]。その方針において、平成28年度の診療報酬改定では、「地域包括ケアシステム」の推進がキーワードとなり、在宅医療や訪問看護が評価されている[5)]。平成29年6月には第3期のがん対策推進基本計画がスタートするが、他の先進国の医療政策と同様、在宅医療・介護体制の方針が加速していくことになると思われるが、いまだ、我が国のがん患者の終末期における在宅移行は進んでいるとはいえない[6)]。

厚生労働省が平成20年に実施した終末期の療養場所に関する希望場所において、「自宅で療養して、必要になれば医療期間や緩和ケア病棟に入院したい」、もしくは「自宅で最後まで療養したい」、と回答した人が6割を超えていた。一方、同じく6割の国民が、「最後まで自宅での療養は困難」と考えていることも調査結果によって明らかになった[7)]。平成26年3月終末期医療に関する意識調査検討会がまとめた「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」の中で、さまざまな状況において希望する診療方針ということで提示された人生の最終段階の①末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合、②末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合、どこで過ごしながら医療を受けたいかについて、一般国民は①のケースにおいては71.7％が居宅、②は37.4％が居宅で過ごしたいと回答している。医師においては①は87.7％、②は57.5％が居宅、看護師においては①は92.0％、②は66.6％が居宅、施設介護職員では①は85.7％、②は58.6％が居宅で過ごしたいと回答している[8)]。この結果をみると、一般国民は少しでも身体面に支障が出てくれば自宅での生活が困難であると思う傾向にある。一方、医療者や介護職員になると、自宅でも病院と同じように生活できることを知っていることで、半数以上は居宅で過ごすことを希望しているのではないかと考えられる。

がん患者の場合、在宅移行が進まない理由として、家族への負担・介護力不足の他に、病院と同じような医療処置が受けられない不安、緊急時にすぐ入院ができないのではないかという不安などもあげられる[9)]。2004年～2005年の人口千対就業看護師数（訪問看護師・地域看護師）と在宅死亡率を欧州3カ国と比較した場合、スウェーデンでは10.6人（4.2人）在宅死亡率51％、オランダ14.2人（2.7人）31％、フランス7.7人（1.2人）24.2％、日本9人（0.4人）13.4％であり、わが国の在宅死亡率の低さは訪問看護師や地域看護師の少なさが影響しているとも考えられる[10)]。なぜなら、在宅での生活を支えるために訪問看護師が医療に果たす役割は非常に重要であるからである。その後日本でも、訪問看護の利用者数は、2005年311.5（千人）から2015年には556.1（千人）と医療保険・介護保険での利用ともに増加している[11)]。しかし、自宅での死亡者数の割合は、2005年12.2％から2015年12.7％と横ばい状態であり[12)]、訪問看護ステーション利用の増加が、在宅看取りに直結しているとは言えない。終末期になれば、在宅での医療処置などが増えることが予想されるため、がん患者の在宅看取りはより困難であると考えられるが、可能な限り在宅で過ごすことができるためには、診療を提供する病院の診療内容を熟知し、医療者とも連携を図りやすい自施設の訪問看護が有用ではないかと考える。

九州がんセンターは九州で唯一のがん専門病院で、最新のがん診療拠点であるとともに、進行がんをもった患者の最後の診療拠点ともなっている。最近は、診療が多岐に渡るようになってきたため、抗がん剤投与目的で入院してきた患者のこれが最後の治療なのか、これから治験を勧めるのか、など看護師にとっても今後の見通しがわかりにくくなっている面もある。患者は現病状に応じた治療方法がなくなって初めて、これからの人生のことを考える傾向にあり、終末期の診療に関して納得して選択できているようには思えない。また、看護必要度7対1の導入以降、若い看護師や他施設からの看護師の割合が増加する傾向にあり、「患者の意思決定支援」という看護の理念の共有を継続することも課題となってきている。それは在院日数の短縮や診療の外来への移行、診療の多様化、高齢者患者の増加などにより、「がん診療を安全に行うこと」が最優先であり、在宅に目を向けた支援が後回しになっているためでもある。更に、患者の少しでも長く生きたいという希望により、高価であっても抗がん剤の継続を選択することが多く、症状緩和の目的からも亡くなる直前まで抗腫瘍薬を投与されている傾向がみられている。

このような事情もあり、地域の在宅医や訪問看護師からは、「九州がんセンターは在宅移行が遅い。もっといい時期に在宅に返してほしい。」という意見を寄せられることがある。しかし、一人ひとり行われている診療や背景が異なるなか、在院日数が15日を切る環境で、BSC（ベストサポーティブケア）に適切なタイミングで移行させることは困難である状況もある。

九州がんセンターは、平成28年度、訪問看護ステーション設置に関するワーキングチームが立ちあげた。九州がんセンターに訪問看護ステーションが設置されれば、院内の訪問看護師が、在宅の視点で診療の初期段階から介入し、早期からがん患者の生活の

サポートを行うことが可能となり、患者にとって、住み慣れた場所で生活するという選択肢が増える。がん診療の進化は著しく、今新薬として注目を集めているのがオプジーボなどの免疫チェックポイント阻害薬である。これらは、今までの薬剤の副作用とは違った糖尿病や神経難病、急性胃腸炎、心不全など重篤な副作用も予測され、がん患者の全身状態の観察と生活支援が今まで以上に重要になってくる。また、診療を行う患者の生活をサポートしながら、今後起こり得ることに備えていくための支援（自宅の改修、サポート体制の構築、患者や家族の心構えなど）も同時に行っていくことで、がん患者が最後まで尊厳を持って、自己決定を行いながら生きていくことが可能なのではないかと考える。

がん患者の在宅移行への道筋はまだ十分に整っていない。診療を行う病院に訪問看護ステーションを設置することで、がん患者が医療機関での入院治療を終え、在宅ケアに移行してから終末期までの支援モデルを構築することを目的に、この研究に取り組んだ。

【方法】

訪問看護ステーションの経営マネジメントツールとしてバランスト・スコアカードは、課題の共有や戦略の可視化など、コミュニケーションツールとして実績が認められている[13)]。そこで、九州がんセンターに訪問看護ステーションを設立するための枠組みを、バランスト・スコアカードを用いて設計することにした。

バランスト・スコアカードでは、設計にいたっての背景の分析や理念に基づいた設計がなされなければならない。そのために、まず、在宅移行が進まない要因の分析を行った。次に理念として、ミッション、ビジョン、ヴァリューを検討した。ビジョンにおいては、九州がんセンターが、がん患者の地域包括ケアを推進するために、在宅での自律した生活をサポートする役割を担っていることを示すことは重要であると考えた。また、がん専門病院に訪問看護ステーションを設置するのは全国でも初めての試みであり、がん診療に熟知した診療施設の訪問看護師が、診療の初期段階から患者・家族や医療従事者に介入していくためのシステムの構築が、重要な戦略であると考えた。財務、顧客、教育と成長の視点、業務プロセスを基準に、ビジョンや戦略を達成するための鍵となる重要成功要因と目標達成度を計測するための業績評価指標を作成した。九州がんセンターの職員が訪問看護を実施するのは初めてであるため、1年かけて研修や実習をしっかりと行うこと、試験的運用期間中に経験した事例から学んだことをマニュアルに落とし込むこと、連携システムの構築など、訪問看護ステーションの素地を作ることを中心に考えた。また、新しい事業を開始するということで、看護師が自分たちで運営していくという自律心を育てることや院内外のスタッフとの意識の共有を図ることも重要なファクターとして考えた。

そして、PDCAサイクルを回していくためのバランスト・スコアカードの管理スケジュールを作成した。

【結果】

1. 九州がんセンターにおいて在宅移行が進まない要因の分析

患者、家族、医療者、社会資源の4つの要因に分けて分析した。患者の要因としては、医療に対する過度な期待や診療を継続することを望む価値観、今後起こりうる身体的な変化の予測が困難であること、在宅酸素や持続点滴など医療処置が多くなること、家族へ負担をかけたくないという思い、意思決定をするための支援がないことなどが挙げられる。家族の要因としては、介護力がないこと、最期まで診療を継続したい意思、がんの進行に伴う身体の変化に関する不安、急変時の対応の不安などがある。医療者の問題としては、緩和目的で最期まで抗がん剤を投与する必要性、在院日数の短縮・入院医療から外来医療への移行による患者とのコミュニケーションの不足、バッドニュースを伝える精神的な負担感、在宅医療に関する知識不足などがある。社会資源の要因としては、がんの終末期に対応できる在宅医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーの不足がある。40歳以下は介護保険が利用できない、がん患者が過ごせる介護施設が少ない、などが要因として挙げられる。

2. 九州がんセンターに訪問看護ステーションを設置するための理念

ミッションは「がん患者がいかなる時期においても自宅で生活できるための医療モデルを構築する」、ビジョンは「訪問看護ステーションを設置することで、がん患者が人生の最期まで住み慣れた場所で自己決定を行いながら活き活きと生活することを支援することができる」、バリューは「九州がんセンターの職員が、がん患者の地域包括ケアの推進のために役割を果たすことができる」とした。

3. 訪問看護ステーションの設計(表1)

九州がんセンターの一部門として運営する「みなし訪問看護ステーション」から開始し、1年間を準備期間とし、3年間で運営を軌道に乗せるために、4つの視点(財務、顧客、学習と成長、業務とプロセス)に沿って、訪問看護ステーションの枠組みを設計した。

1)財務の視点

(1)提供する訪問看護の内容

安全にがん診療を継続するために、異常の早期発見や副作用への対応、セルフケア能力を高める、ADLの維持や向上、症状緩和、意思決定支援、患者家族の心理的なサポート、グリーフケアなどとする。

(2)訪問看護の対象となる患者

九州がんセンターで診療を受けており、九州がんセンターから30分圏内の居住者であり、原則として医療保険での介入とした。その中で、急変する可能性が高い、医療処置が多い、家族を含め不安が強い、九州がんセンターでの診療を強く希望している、終末期である、外出や外泊時の対応が必要である、独居や高齢のために安否確認が必要である、緩和ケア施設へつなぐまでの対応が必要である、バックベッドが九州がんセンターである患者などを対象とすることにした。

(3)訪問看護ステーションの体制

人員に関しては、準備から運営開始時期には、併任の管理者1名・看護師3名・非常勤事務1名の配置とし、3年目に看護師5名と理学療法士の定員を目指すことにした。

(4)収支の考え方[14)]

〈前提〉

・訪問単価　5,800円／1件(在宅患者訪問看護指導料のみ)
・職員数4名(訪問看護師(30～35歳)3名、非常勤事務員1名)
・平均人件費57万円(看護師1人42万円、非常勤事務15万円)
・必要経費14万円(車リース2台4万円、その他10万円)

① 延べ月間訪問件数240件(１人１日4件とした場合、80件(月)×3人)とした場合、損益は▽198,000となる。
② 延べ月間訪問件数270件(１人１日4.5件とした場合、80件(月)×3人)とした場合、損益は▽24,000となる。
③ 延べ月間訪問件数280件(１人１日4.7件とした場合、80件(月)×3人)とした場合、損益は34,000となる。
④ 延べ月間訪問件数300件(１人１日5件とした場合、80件(月)×3人)とした場合、損益は150,000となる。
⑤ 延べ月間訪問件数360件(１人１日6件とした場合、80件(月)×3人)とした場合、損益は498,000となる。

よって、訪問件数の損益分岐点を280件とした。

2)顧客の視点

(1)患者への支援

がんの診療期から終末期まで住み慣れた自宅で、自立して活き活きと、あらゆることを自己決定しながら生活ができるよう支援する。

(2)家族への支援

がん患者のあらゆる時期をサポートしなければならない家族に対し、病状や副作用への対応、緊急時の対応、心理的な不安や家族の日常生活の支援、遺族となった時のサポートも行う。

(3)院内スタッフへの支援

煩雑で多忙な医療現場で、患者の在宅の状況を視野に入れた医療の提供が困難になっている現状の中で、外来から入院を通して、支援が必要な患者のスクリーニングや生活環境の把握、安全な医療処置の提供と病状把握などを行うことができるようにする。

(4)地域の医療機関への支援

原則としては、医療に関しては地域の在宅支援診療所に介入を依頼する。また、当院の訪問看護ステーションだけでは介入が困難な場合や状況が落ち着いてきた場合は、他の訪問看護ステーションとも積極的に連携を図り、がん患者を支えていく枠組みを地域全体で構築していくことにする。

3)教育と成長の視点(表2)

(1)訪問看護師の教育

マニュアルを作成していく過程の中で、訪問看護師に求められる役割や倫理などについて議論し一人ひとりのものとして落とし込んでいく。地域の訪問看護ステーションの協力を得て実習を行い、学びを共有し、必要なことはマニュアルに入れ込む。地域の訪問看護師や在宅医に講師を依頼する。シミュレーションを繰り返しながら、訪問看護師としての知識や技術の習得に努める。そして、訪問看護ステーションの経営に関しても理解を深め、自分たちで運営するという自律した看護師の育成を目指す。

(2)院内スタッフへの教育

実際に訪問したケースを通してカンファレンスを行い、訪問看護に関する学びを共有していく。それを積み重ねることで、在宅への理解を深め、依頼するタイミングや患者・家族への説明につなげる。

(3)訪問看護ステーションとしての成長

患者･家族､院内外の医療者､組織からの信頼を得るために､訪問看護ステーションとしても一人ひとりのスタッフにおいても、目標管理をしっかりと行っていく。管理診療会議や訪問看護ステーションの運営委員会などにおいても、データに基づいた現状と今後の方向性を示すことができるよう、データの構築にも力を入れる。3年間で経営が軌道に乗れば、地域の中での活動や独立した訪問看護ステーションへの移行など、次への目標に向けて活動を行っていく。

4)業務の視点

(1)訪問看護ステーション設置に向けた説明会の実施

がん患者の診療病院から在宅移行への道筋はまだできておらず、患者が安全にがん診療を継続でき、終末期になっても住み慣れた場所でケアに関する自己決定を行いながら生活できるよう支援するために、九州がんセンターの中に訪問看護ステーションを設置するという目的の理解を得るために、院内の全スタッフと、地域の在宅支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に向けて説明会を実施する。

(2)3カ年計画の立案(表3)

1年目は、マニュアルづくりや記録や連携に関するシステムづくり、看護師の実習や事例検討などを中心に行い、後半から外泊時などの訪問を実施する。2年目は、実際に訪問看護を行ったことを活かしてのシステムやマニュアルの改訂を行う。3年目は訪問看護の評価(利用者数、内容、収支状況、患者家族・職員・地域の医療者の満足度、地域の中での貢献度など)を行い、更なる訪問看護のあり方を検討する。

(3)体制づくり

①院内の連携システム

病棟の退院支援のコアナースや退院調整部門との連携や役割分担を行う。そして、主治医や外来・病棟看護師、退院調整部門からの依頼や介入のシステムを構築する。また、記録のフォーマット(依頼記録・アセスメントシート・実施記録)を作成し電子カルテと連動できるように医療情報部と協力しながら進めていく。訪問看護ステーションとしてのデータ管理の内容やシステムを構築する。医師や看護師だけではなく、理学療法士や言語聴覚療養士、薬剤師や治験コーディネーター、歯科医師や歯科衛生士、臨床工学士、栄養士や臨床心理士、緩和ケアチームやリンパ浮腫セラピストなど院内の多職種とも協働して介入できるようにカンファレンスやシステム作りを行う。

②院外との連携システム

院内の訪問看護ステーションが介入する場合は、原則として地域の在宅支援診療所に介入を依頼する。その際は、訪問看護師が院内外のマネジメントを行い、退院前カンファレンスなどを実施して、スムーズな介入を行う。

地域の訪問看護ステーションに介入を依頼する場合は、院内訪問看護ステーションのマンパワー不足や困難事例、症状が落ち着き長期の療養が見込める場合などである。この場合も、地域の在宅支援診療所に介入を依頼し、自施設の訪問看護師が在宅の視点で地域の訪問看護ステーションと連携を図っていく。事例に応じて、協同で介入することも視野に入れる。

(4)がん患者の地域包括ケアシステムの構築

地域の中の在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種で、ケースカンファレンスや勉強会を積み重ね、将来的にはがん患者の在宅移行や生活支援に関する手引書を作成する。地域の中のがん患者のマネジメントができるように連携を図っていく。

5)管理スケジュール(表4)

PDCA サイクルを回していくための管理スケジュールの作成を行った。1年目は試行を繰り返しながら、マニュアルやシステムの作りこみを行う。2年目から本格的な訪問看護の運営を開始する。病院幹部に管理担当者としてのチェック機能の役割を課し、2年目後半から本格的に評価を行っていく。3年目には計画の修正を行い、次のアクションへとつなげる。

【考察】

がん患者の在宅移行を推進するためには、診療の早い段階から在宅の視点で患者家族や病院のスタッフにかかわることが有効であると考え、がん専門病院である九州がんセンターに訪問看護ステーションを設置し医療モデルを構築することを本研究の目的とした。

九州で唯一のがん専門病院である九州がんセンターに訪問看護ステーションを設置する試みは、一からシステムを創り上げていく必要性から、院内外の医療者とのディスカッションを重ね、お互いの考えを理解しあいながら、がん患者の地域包括ケアを推進していくための資源の構築という側面もある。実際に経験した事例から訪問看護導入のタイミングや連携のシステムなど地域で共通した方法論を導き出すことができればとても意義のあることだと考える。地域包括ケアシステムは、今後増加していく認知症高齢者の生活を支えていくことを中心に想定されたシステムであり、終末期にあるがん患者を地域の中で支えていく体制は別途検討する必要がある、といわれている[15)]。患者本人も最後まで自立して食事、排泄、入浴などを行うための創意工夫を行っていく必要がある。地域の中での九州がんセンターの役割として、がん診療の進歩への貢献と同時に、その地域の中心となってがん患者の在宅でのサポート体制を創り上げていくことも求められているのだと思う。

がん患者は、特に終末期になるにつれ、がんの進行に伴い様々な身体的な症状や医療処置を余儀なくされるため、在宅移行には困難が伴うようになる。診療が多岐・多様に渡る中で、提供する看護に求められるニーズも高くなる。末期がん患者の訪問看護の利用は増加傾向にあるものの、全利用者に占める割合は少なく受け入れを躊躇してしまう場合もある[16)]。終末期のがん患者を抱えると、頻回の訪問が必要になったりするが、在宅で過ごす期間が短く、業務のバランスが図りにくいという在宅医の意見も耳にするところである。「医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に向けた調査研究事業」の報告の中には、介護支援専門員の訪問看護導入時の課題として、「主治医との連携が困難」、「利用者の医療ニーズがうまく把握できない」、などをあげている[17)]。自施設の訪問看護師が診療のことを把握したうえで介護支援専門員と連携を行う場合、診療医との橋渡しを行い、病状や医療処置、生活支援などに関することを訪問看護師が補足説明すれば、このような困難は解消されると思われる。

他施設の訪問看護師と連携して行う看護に関しては、連携の経験が増すごとにお互いの考えを理解しやすくなり、共同作業はスムーズになっていくと考えられる。「末期がん患者の在宅移行準備期において訪問看護師が行う支援のあり方」の中で、羽場は末期がん療養者の在宅移行準備期(訪問看護ステーションが末期がん患者の退院に際して訪問看護導入を前提に末期がん療養者の紹介を受けた時点から、その療養者が退院するまでの期間)の支援において、訪問看護師―病院看護師間の「連携」を発展させる「やりとり」の重要性を述べている[16)]。十分な在宅移行準備期間の確保が困難な中で、訪問看護師―病院看護師間の「やりとり」を積み重ねる姿勢を両者が持って互いに働きかけることが重要である、ということである。「やりとり」の質を高めるための双方の努力は、どのような連携を試みる場合にも必要なことである。しかし、その非常に困難な「やりとり」の時期を自施設の訪問看護師が介入することで、院内と院外の医療者の認識や連携のタイミングなど微妙なずれを払拭し、よりシームレスに、より安全に、そして患者家族がより安心して在宅に移行できるものと考える。

九州がんセンターに設置した訪問看護ステーションの評価は、「患者家族、院内外のスタッフの満足度、そして健全経営が可能かどうか」、ということで評価していく必要がある。九州がんセンターの一部門としてのみなし訪問看護ステーションから開始し、3年間で軌道に乗せることを目標に取り組む予定であるが、患者家族や地域の信頼を得ることができれば、次のステップである独立した訪問看護ステーションを目指すことも可能である。ただ、訪問できる範囲が九州がんセンターから30分圏内の居住者であると限定されているため、それ以外の患者や当院に通院していないがん患者に関しては、今回の取り組みの成果を踏まえた上で次に検討しなければならない課題である。

表1　戦略マップ

	戦略マップ	重要成功要因	重要業績指標	目標値
財務	・安定した経営 ・利用者数の安定確保 ・訪問看護ステーション運営委員会でのアピール ・アピールできるデータ管理	・利益 ・費用対効果 ・データのとり方	・経常利益率 ・訪問件数 ・訪問内容 ・算定内容のチェック ・緊急入院の件数と内容の評価 ・夜間対応数	・3年間での黒字経営 ・損益分岐点280件 ・毎月の訪問看護ステーション運営会議での収支状況などの報告
顧客	⇧ ・在宅日数の延長 ・職員の満足・モチベーション向上 ・患者家族の安心 ・切れ目のないサービスの提供 ・信頼のある訪問看護の提供 ・院内での信頼度・価値の向上	⇧ ・院内からの依頼件数の増加 ・患者からの依頼件数増加 ・患者・家族の満足度の向上 ・職員満足度の向上 ・院外医療スタッフ満足度の向上	⇧ ・利用者数 ・連携医療機関数 ・依頼する医師の数 ・顧客満足度 （患者・院内職員・院外医療福祉職） ・連携のしやすさ ・地域包括ケア構築のための会議 ・配属希望者の増加	⇧ ・3年間で患者・家族、職員、院外医療スタッフの満足度が8割。 ・地域での連携に関する会議の2か月に1回の開催
学習と成長	⇧ ・質の高い訪問看護師の育成 ・地域へのがん患者の訪問看護スキルの提供 ・職員の定着 ・自律した訪問看護ステーションへの成長	⇧ 研修 ・外部講師招聘 ・症例検討会 ・訪問看護ステーション実習 ・院内向け研修会（シミュレーションも含めて） ・在宅医との研修 ・訪問看護師としての知識・技術の向上 ・ターミナルケアの習熟 ・コミュニケーション技術 ・急変事の対応 ・職員の定着 ・訪問看護師としての自信と向上意欲 ・経営意識	⇧ ・職場内のコミュニケーション ・労働環境 ・職員の訪問看護ステーション運営に関する意識 ・病院側との運営に関するディスカッション ・業績評価 ・院外との勉強会の協同	⇧ ・業績評価 （スタッフの自己評価A） ・院外との勉強会の開催 （がんの医療・看護） 3か月に1回 ・離職率0（家庭の事情などは省く）
業務プロセス	⇧ ・体制づくり ・院内スタッフのビジョンの共有 ・患者家族への必要性の説明 ・院外医療スタッフの訪問看護ステーション設立の趣旨の理解 ・サービスの拡大 ・連携の拡大・強化	⇧ ・基準・手順・マニュアル作成 ・院内連携フローチャート ・院外連携フローチャート 記録物の作成 ・処置伝票の作成 ・IT整備 ・院内外とのカンファレンスの実施（事例に関して） ・訪問看護ステーション設立や今後の方向性の提言	⇧ ・マニュアル作成数 ・カンファレンス実施数 ・システムの評価 （記録・依頼・情報の共有などに関する職員の満足度調査）	⇧ ・2年目からは、1年に1回システムを検討し改善できる。 ・1年に1回のマニュアルの改訂 ・3年間で訪問看護師5人体制の実現 ・3年目に理学療法士の訪問を開始できる

表2　教育の実際

	電子カルテシステム	システム作り	学習	外部講師	実習	演習ロールプレイ	試験的運用
4月	記録物	基準作成	・訪問看護とは ・法的位置づけ				
5月	電子カルテ作りこみ	手順作成	・診療報酬				
6月	処置伝票	マニュアル（医療処置・衛生材料など）	・訪問看護師の倫理観 ・在宅での医療処置	○			
7月	データ管理	夜間体制フローチャート	・訪問看護師の基本姿勢 ・在宅での基本的な看護技術	○			
8月		インシデント・アクシデント報告	・リスクマネジメント ・終末期のケア	○			
9月		緊急時フローチャート	・感染対策 ・緊急時の対応	○			
10月		院内依頼フローチャート	・地域特性・社会資源 ・多職種連携	○	○	○	
11月		外来依頼フローチャート	・家族支援 ・認知症患者の対応	○	○	○	○
12月		患者・家族への説明資料	・個人情報保護 ・コミュニケーション技術	○	○	○	○
1月		院外への情報提供書	・地域のネットワーク ・災害時の対応	○		○	○
2月		緊急入院時フローチャート	・在宅でのリハビリ ・リンパ浮腫マッサージ	○		○	○
3月		搬送時フローチャート	・薬剤管理 ・在宅での口腔ケア	○		○	○

表3　訪問看護ステーション3カ年計画

	管理者	看護師	非常勤事務	業務内容
1年目	併任	3人（副看護師長1名・看護師2名） ・夜間呼び出し可能 ・病棟経験が10年以上 （複数診療科経験が望ましい） ・職務態度が良好で、新規事業に対して取り組んでいく能力がある人	1人 ・データ管理が得意な人 ・医療の現場にいた人が望ましい	・体制づくり ・教育 ・試験的運用 ＊実施したケースに関しては、院内外の多職種で振り返りを行い、必要なことはマニュアルに盛り込む。
2年目	併任	上記3人（試験的運用状況をみて1人追加）	1人	・運用開始 ・教育 ・体制の整備 ・マニュアルなどの改訂 ・カンファレンス ・新配属者オリエンテーション
3年目		５人 ＊理学療法士も配置の予定で検討する。	常勤事務への検討	・業務評価 （利用者数、内容、収支状況、患者家族・職員・地域の医療者の満足度、地域の中での貢献度） ・今後の事業展開の検討（拡大か維持継続か）

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　7 - 17,　2017

表4　バランスト・スコアカードの管理スケジュール

				H29 年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
PLAN	BSC の作成	スコアカードの作成、見直し ・戦略、ビジョン、ミッション ・スコアカード構造体（視点、戦略目標 ・CSF、KPI、先行指標など）の定義 ・アクションプランの策定 ・アクションプランの実施 （電子カルテ 看護基準・手順 学習 実習 試験的運用）	訪問看護ステーション部門													
				H30 年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
DO	施策の実施	・訪問看護の実施 ・マニュアルやシステムの改善 ・院内外のカンファレンスの実施	訪問看護ステーション部門													
CHECK	結果とその評価	スコアカードの評価 ・結果の収集と分析 ・KPI 達成状況のモニタリング ・項目間因果関係検証 ・戦略、アクションプラン等見直しなど	病院幹部 訪問看護ステーション管理者 医事課													
				H31 年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
ACTION	BSC の修正	スコアカードの修正 ・戦略、戦略マップの修正	病院幹部 訪問看護ステーション管理者 医事課													

【参考文献】

1）　厚生労働省、平成27年人口動態統計月報年計（概数）の概況第6表P.32
2）　最新がん統計：[国立がん研究センターがん登録・統計]がん情報サービス
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
3）　厚生労働省、慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会検討概要　2009.8
4）　厚生労働省がん対策推進基本計画中間評価報告書「がん対策推進基本計画中間評価の概要」P.4　2015.6.19
5）　たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル第4版　2016年度診療報酬改定完全対応　　永井康徳　日経ヘルスケア
6）　がん患者の在宅緩和医療に関する研究―在宅移行および在宅療養期間の関連要因―
東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻　荒木夕宇子
7）　平成19年度終末期医療に関する調査結果の概要
8）　厚生労働省　終末期医療に関する意識調査等検討会報告書　平成26年3月終末期医療に関する意識調査等検討会　P.15 ～ P.16
9）　がん患者への終末期在宅ケアに関して訪問看護師が感じている問題点と必要だと思う問題解決への取り組みの実態調査　東京大学大学院医学系研究科　健康科学・看護学専攻　緩和ケア看護学分野　大園康文
10）がん診療UP TO DATE　Ⅷ章　緩和療法　ホスピス・緩和ケア病棟、在宅緩和ケアとの連携　松本禎久
11）第1回　全国在宅医療会議　参考資料2　訪問看護ステーションの利用者について　P.10　平成28年7月6日
12）厚生統計要覧（平成28年度）第2章人口動態　第１-25表　死亡数・構成割合,死亡場所×年次別
13）訪問看護ステーション経営に関する一考察　バランスト・スコアカード作成ワークから見えてきたこと　日本大学大学院商学研究科　博士課程経営学専攻　松田栄子
14）医療経営　メールマガジン　26.8.4号　訪問看護の損益分岐点
15）今後増加していくがん患者を地域で支えていくための体制構築の方向性
～OPTIM　studyの成果を踏まえて～
国立がん研究センターがん対策情報センター　加藤雅志
16）在宅医療助成事業2009年度在宅医療助成一般公募（前期）完了報告書　末期がん患者の在宅移行準備期において訪問看護師が行う支援のあり方　―病院看護師との連携に着目して―
千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程　羽場香織
17）平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業　医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業報告書要約版（平成24年3月）　一般社団法人日本介護専門員協会
18）進行・再発治療期のがん患者・家族に対する訪問看護師の看護実践上の困難と学習ニーズ 大阪府立大学地域保健学域看護学類　徳岡良恵
19）訪問看護ステーションの経営・管理改善モデルの構築とその評価
今岡節子・馬場園明
20）持続可能な地域ケアモデル　Jos de Blok（Buurtzorg Nederland Buurtdiensten
代表、地域看護師）2013年10月　　日本語版作成　堀田聡子
21）地域包括ケアとまちづくり　　労働政策研究・研修機構　研究員　堀田聡子
22）奈良県訪問看護支援事業　訪問看護支援事業部会
奈良県訪問看護ステーション協議会　平成25年5月25日報告
23）在宅療養時期の違いによる訪問看護実践の特徴　―オハマシステムを用いた訪問看護記録の分析―　　酒井昌子　聖路加看護学雑誌　Vol.6 No.1 June　2002
24）訪問看護について　中医協総-1　23.11.11
25）24時間訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書平成23年3 月
26）すべてExcelでできる！経営力・診断力を高めるDPCデータ活用術
伏見清秀監修 日経ヘルスケア
27）診療情報による医療評価　DPCデータから見る医療の質
松田晋也・伏見清秀　　東京大学出版会
28）訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル第3版　日本看護協会出版会
29）看護の事業所開設ガイドQ＆A　　日本看護協会出版会

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　19 - 29,　2017

加治木温泉病院における退院後の自立した生活を導くシステムの構築について
―リハ専門職による自立支援の取り組み―

原口　友子[1)2)]、中村　真之[1)2)]、髙田　昌実[1)2)]、窪田　昌行[3)4)]、馬場園　明[4)5)]

Constructing a system to lead an independent life for those discharged from Kajikionsen Hospital
-A strategy to support discharged patients for an independent life by rehabilitation professionals-

Tomoko HARAGUCHI[1)2)], Masayuki NAKAMURA[1)2)], Masachika TAKATA[1)2)], Masayuki KUBOTA[3)4)], Akira BABAZONO[4)5)]

1. はじめに

医療法人玉昌会は、鹿児島県内に2つの病院を所有し、またそれぞれの病院の近隣に、住宅型有料老人ホームを中心とした「通い」、「泊まり」、「訪問」ができる在宅支援複合施設を備えている[1)]。鹿児島市に位置する高田病院は、地域包括ケア病棟、回復期病棟、医療療養病棟を持つ179床のケアミックス病院として地域の慢性期医療を担う病院である。一方、加治木温泉病院は、鹿児島市のベッドタウンとして現在も人口が増加中である姶良市に位置しており、地域包括ケア病棟、回復期病棟、医療療養病棟、介護療養病棟を持つ350床のケアミックス病院である。

加治木温泉病院の1ヵ月の退院数は約70名程度である。その内、自宅への退院者はその50％前後である。さらに介護保険被保険者は自宅退院者の半数であるが、当法人の通所リハビリテーションや通所介護、訪問リハビリテーション、退院後の訪問看護等の介護保険サービスの利用は自宅退院者の半数を超えない現状である。当法人は退院後も住み慣れた地域でできるだけ長く、自分らしく生活するための社会資源を医療から介護へ継続的且つ一体的に提供することを目標としているが、介護事業所との連携が十分でないことが問題点の一つであると考える。

退院後、要介護状態または非該当であっても活動性が低下している状態の患者が自宅へ退院した場合、介護保険によるリハビリテーションを含むサービス、あるいは、医療保険による外来リハビリテ―ション、訪問リハビリテーションを利用しないことにより、次の2点の問題が発生しやすい。1点目は生活環境の急激な変化である。院内ではバリアフリーで段差もない見守りが行き届いた療養環境であり、移動範囲も広い院内や比較的平坦な病院敷地で歩行訓練、移動訓練をしている。しかし退院後は、退院前に家屋改修をする場合もあるものの、階段や玄関の上がり框等の段差、手すりの位置、浴室やトイレの使いにくさ、玄関の外にある坂道などのため、安全性の問題や生活範囲の狭小化が起こりやすい環境で生活を送ることになる。2点目は退院後の急激な運動量の減少である。地域包括ケア病棟や回復期病棟で患者は数単位から9単位（1単位＝20分）のリハビリテーションをほぼ毎日受けられる環境で過ごしている。しかし、退院すると突然、毎日の十分なリハビリテーションはゼロ時間となり、入院前は自由に家から出て買い物や、地域活動、趣味活動等を行えていたが、退院後その活動範囲や交友範囲は狭まり、明らかに活動性が落ちた状態で生活が始まることである。さらに、1週間の筋の不使用で10～15％の割合で筋力低下が起こるといわれており[2)]、活動性の低い状態で自宅での生活が続くと転倒や寝たきりなどの身体的な廃用のみでなく知力の低下も進むことが懸念される。全国リハビリテーション施設協会は、退院後できるだけ早く（1ヵ月以内）外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションを開始することが患者の日常生活動作（以下、ADL）を向上させることを報告している[3)]。また、厚生労働省社会保障審議会介護保険分科会の報告によると退院後14日以内にリハビリテーションを開始したグループでは、14日以上のグループに比べ、より大きな機能回復が見られていたとのことである[4)]。

これらの問題を解決する一つの試みとして、当院では2017年7月から、当院から自宅へ退院した患者に対し、退院後2週間を目安

1)　医療法人　玉昌会　加治木温泉病院
Medical Corporation　GYOKUSHOUKAI Kajikionnsen Hospital
〒899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田4714
417 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan
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
4F Soushinhonten Bldg.2-3 Izumi-cho, Kagoshima-shi,Kagoshima,892-0822 Japan
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 Mangement 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 Mangement,Graduate School of Medical Science,Kyushu University

に理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST）のリハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）が自宅を訪問し、ADLや家事や余暇活動・外出など手段的日常動作（以下、IADL）の評価を行い、その問題点や患者・家族の生活上の困難について助言・指導を行う取り組みを開始した。また自宅訪問で得られた情報を担当ケアマネジャーおよびかかりつけ医へ報告し今後のケアプランや診療へつなげられるようにしている。我々は退院後も患者・家族を支えることを目的として、当院とケアマネジャーそしてかかりつけ医をつなぐ地域包括ケアシステムの一つのシステムとなるように、この取り組みを「退院後自立支援サービス」（以下、自立支援サービス）と名付け開始した。

本研究は、この「退院後自立支援サービス」について、その活動の基盤となる背景と活動方法、活動の現状と課題について報告するものである。

2. 本研究の背景

(1)医療・介護制度に影響を及ぼす人口構造の変化

日本における65歳以上の人口は、内閣府が発表した平成29年版高齢社会白書によると表1に示す通り、現在3000万人を超えており国民の約４人に１人を占めている。さらに総人口が減少する中、2025年、2055年も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている[4)]。このため、厚生労働省においては、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活支援の目的の下、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい生活を人生の最期まで続けられる仕組みである地域包括ケアシステムの構築を推進している。

表1　日本の高齢者人口の割合の推移

	2010 年	2015 年	2025 年	2055 年
65 歳以上高齢者人口 （割合）	2925 万人 （23.0%）	3395 万人 （26.8%）	3667 万人 （30.0%）	3626 万人 （39.4%）
75 歳以上高齢者人口 （割合）	1407 万人 （11.0%）	1646 万人 （13.0%）	2179 万人 （18.1%）	2401 万人 （26.1%）
生産年齢人口 15 歳～64 歳 （割合）	8103 万人 （63.3%）	7629 万人 （60.0%）	7170 万人 （58.5%）	5028 万人 （51.6%）
総人口	12806 万人	12709 万人	12254 万人	9744 万人

(2)地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムは図1のような概念図で説明され、その「5つの構成要素」は、「医療」、「介護」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」からなり、相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えるものとしている[6)]。その中でも医療・介護・予防の役割として、個々の抱える課題に合わせて「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が専門職によって有機的に連携し一体的に提供され、また、ケアマネジメントに基づき必要に応じて生活支援と一体的に提供される必要があるとされている[7)]。

厚生労働省の平成27年介護保険事業状況報告によると、75歳以上の後期高齢者の24%が要介護認定者であり[8)]、今後さらに医療・介護を要する高齢者が急増することが予想される。一方、生産年齢人口は2015年～2025年の10年で6%減少すると推計されている。国は医療・介護の専門職、とくに介護職の増加のための施策を進めているが、生産人口の絶対数が減少する中、現実的には厳しい状況である。今後増加する高齢者に十分な医療・介護を提供するためには、医療・介護の提供方法を効率化し、国が示している地域包括ケアシステムの姿にあるように、住民を中心として医療、介護等の社会資源の垣根を超え連携を深める必要がある。

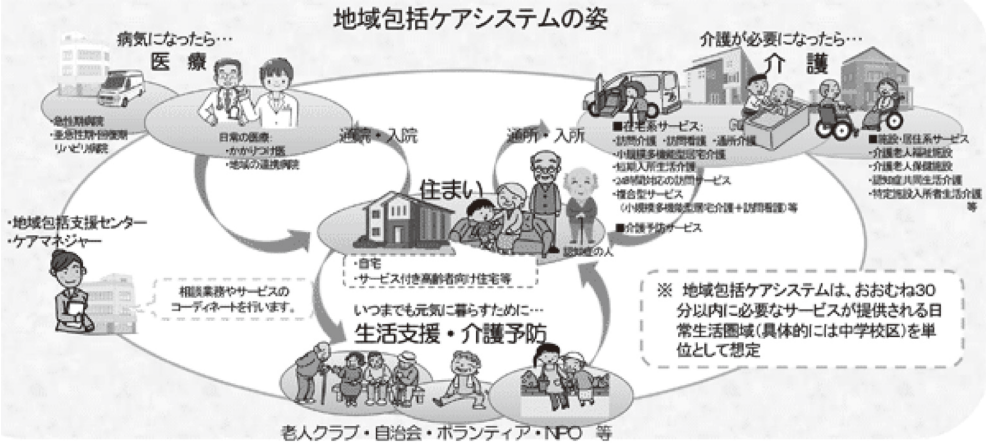

図1　地域包括化システムの概念図

（厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/より引用）

75歳以上の人口は、表2の通り、都市部では急速に増加し、もともと65歳以上人口の多い地方では緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた地域ケア提供体制を構築する必要がある。そのためには保険者である市町村の地域マネジメント力の強化が重要となる。また、利用者の特性やその者が置かれた状況に応じて必要なサービスや支援が適切に提供されることを保証する「ケアマネジメント」の機能強化も重要課題の一つとなる[9]。このケアマネジメントの機能強化は行政のみで行えるものではなく、医療・介護・福祉の知識・経験を有する専門職の関わりも必要である。

表2　県別の75歳以上人口の変化

			75歳以上の割合・上位				75歳以上の割合・下位	
	鹿児島県	全国	埼玉県	神奈川県	東京	～	島根県	山形県
2010年 ()は割合	25.4万人 (8.2%)	1419.4万人 (11.1%)	58.9万人 (8.2%)	79.4万人 (8.8%)	123.4万人 (9.4%)		25.4万人 (16.6%)	18.1万人 (15.5%)
2025年 ()は割合 <>は倍率	29.5万人 (19.4%) <1.16倍>	2178.6万人 (18.1%) <1.53倍>	117.7万人 (16.8%) <2.00倍>	148.5万人 (16.5%) <1.87倍>	197.7万人 (15.0%) <1.60倍>		13.7万人 (22.1%) <1.15倍>	20.7万人 (20.6%) <1.15倍>

(3)地域リハビリテーション広域支援センター

地域リハビリテーション広域支援センター（以下、地域リハ広域支援センター）は地域リハビリテ―ション支援体制整備推進事業（以下、推進事業）で全国的に整備された。この推進事業は介護保険制度の円滑な始動と安定した運営を目的に計画され、1999年に厚生労働省のモデル事業として始まった。地域リハ広域支援センターは，地域におけるリハビリテーションの中核となる機関として，おおむね高齢者保健福祉圏域ごとに1ヵ所指定することとなっている。鹿児島県では図2に示す通り、8圏域、14センターが県の指定を受け活動している。県から指定されている活動内容は、①地域リハビリテーション実施機関への支援（地域住民の相談への対応に係る支援、福祉用具，住宅改修等の相談への対応に係る支援、住民の相談や，病院・介護施設等からの相談に対する支援）、②地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者に対する援助・研修（リハビリテーション実施機関の従事者に対する技術支援、リハビリテーション従事者に対する研修会、地域のリハビリテーション関係の病院や介護施設，市町村などのリハビリテーション関係従事者に対する援助や研修会の開催、地域住民を対象とした講演会などの実施）、③地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる連絡協議会の設置・運営となっている。

各センターではそれぞれ、地域の要望や事情に合わせた活動を行っている。全国的には、先に述べたモデル事業が終了した後、地域リハ広域支援センターは減少してきていたが、現在、地域包括ケアシステム構築がさらに推進される中、地域リハ広域支援センターの役割の重要性が指摘されてきている[10]。それに加え、日本医師会から都道府県・郡市医師会員に向け「地域リハビリテ―ション支援体制にかかりつけ医として積極的にかかわっていくことが重要」と発信されており[11]再注目されつつある。

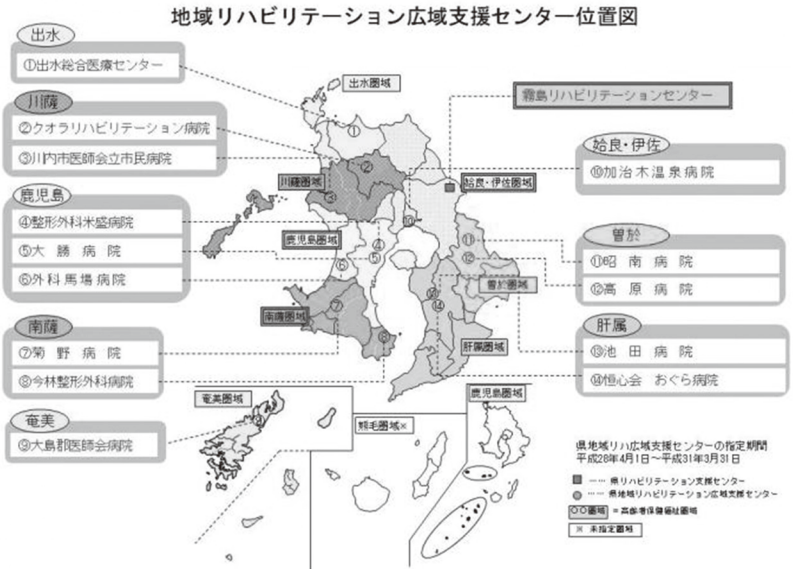

図2. 鹿児島県における地域リハビリテーション広域支援センター位置図
（鹿児島県ホームページ https://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/riha/tiikirihakouikisien.htmlより引用）

(4)加治木温泉病院の地域リハ広域支援センターとしてのこれまでの活動

当院は平成14年4月1日に姶良・伊佐高齢者保健福祉圏域の地域リハ広域支援センターとして指定を受けた。以来、姶良・伊佐地域の地域リハ広域支援センターとして本圏域での地域リハビリテ―ションを推進する活動を継続している。昨年度の活動内容と派遣スタッフ数を表3に示す。活動内容の主なものは、近隣市町での総合事業における住民主体の通いの場で使用することを目的としたオリジナル体操の作成と普及活動を含む住民対象の講演会や介護予防教室への講師派遣、地域個別ケア会議へのスタッフの派遣である。当総合リハビリテーションセンターには計80名の常勤PT・OT・STが所属しており、この人的資源を活かし、2016年度は、医師1名を含む総勢、延べ144名のリハ専門職を本圏域に派遣した。

表3　地域リハビリテーション広域支援センターの活動内容と派遣スタッフ延べ人数

事業内容	2014 年度（延べ人数）	2015 年度（延べ人数）	2016 年度（延べ人数）
地域住民対象の講演会・介護予防	1	38	60
地域個別ケア会議	0	42	60
行政主催催事へのスタッフ派遣協力	4	10	9
通所型介護予防事業	0	0	12
リハビリ従事者への技術支援（研修）	0	5	3
訪問型介護予防事業	0	6	0
合　　計	5	101	144

これらの活動を通じ、近隣の市町の包括支援センターや圏域の保健所、支援を行った事業所と少しずつ顔の見える繋がりができつつある。しかし、一方で地域包括ケアシステム構築において重要課題とされている市町村の地域マネジメント力の強化や、ケアマネジメントの機能を強化するための仕組みの構築には至っていない現状がある。

3. 退院時自立支援サービスの目的

(1)ケアミックス病院の強みを生かした役割

当院の総合リハビリテーションセンターでは、院内の回復期病棟、地域包括ケア病棟、医療療養病棟、介護療養病棟、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいてリハビリテーションを提供している。様々な原因疾患、合併症を持つ患者に対し、回復期から生活期に渡るリハビリテーションを提供できるリハ専門職が所属している。しかし、先に述べたように毎日の豊富なリハビリテーションにより回復し、自宅に帰れたとしても、活動が制限される生活環境で、運動量の少ない生活を続けることで

容易に心身の廃用が進行していく。この問題を予防するためには退院直後からの適切なケアマネジメントが重要となるが、現時点では、患者・家族を支えるべき病院、ケアマネジャー、かかりつけ医の連携は十分ではなく、退院後しばらくすると再入院、最悪の場合緊急入院に至ることも稀ではない。このような問題を解決する一つの試みとして、当院のリハ専門職が患者の自宅を訪問し、入院中のリハビリテーション・指導のみでなく退院後の患者のその人らしい生活を支える医療・介護を患者とつなぐ仕組み作りを目的に本事業を開始した。

(2)地域リハ広域支援センターとしてのケアマネジメント支援

先に述べた通り、利用者の特性や置かれた状況に応じて必要なサービスや支援が適切に提供されることを保証するケアマネジメントの機能強化は地域包括ケアシステムの構築における重要な課題である。ケアマネジメントとは、①保健・医療・福祉の専門家や機関が、相互に協力し合い、総合的な福祉サービスを施すこと、②介護保険制度下で、個々の多様な要求に対応し、各種サービスを調整して適切で効果的なケアを提供すること（大辞林より）である。この場合、中心的役割を果たす者が、介護保険法に位置づけられたケアマネジャーである。社会保障審議会介護保険部会の参考資料[12]によるとケアマネジメントの流れでは、「ケアプラン原案作成」の前の「アセスメント」には次の4つの作業が含まれている。すなわち①利用者の置かれている状況の把握、②生活上の支障・要望などに関する情報を収集、③心身機能の低下の背景・要因を分析、④解決すべき生活課題（ニーズ）と可能性の把握、である。

ケアプラン作成の根拠となるアセスメントの一つの機会として、退院前に、入院中の医療スタッフとケアマネジャー、家族が参加する退院時カンファレンスがある。しかし、その会議の情報がその後の家庭生活に十分に活かされているとは言えない現状がある。その原因として、次のような問題が考えられる。当院のスタッフ側の問題点としては、自宅における活動や社会参加、家族の介護能力、退院後の活動性等まで予測した訓練や指導が退院までに不十分であること、またケアマネジャーへ伝わる言葉で説明できないという点である。また、どのようなケアプランの下、自宅での福祉用具の導入や環境整備、介護サービスが準備されるかは、患者本人・家族のニーズに拠るところが大きい。そのプランが適切且つ十分であるかは、ケアマネジャーの患者についての医療情報や運動機能、ADL、IADLについての情報の把握や福祉用具についての幅広い知識、適切なリハビリテーションの知識等に拠るところが大きいと考えられる。

しかし、これらの知識をケアマネジャー全員が習得するにはかなりの時間や努力が必要である。この問題を解決する一つの方法として、医療スタッフとの連携を十分に図るための医療・介護の知識、特にリハビリテーションに関する知識を習得するための機会が必要であると考えられる。これらの現状を踏まえ、地域リハ広域支援センターの活動の「リハ技術支援」の一環として「退院時自立支援サービス」を行うことは、地域包括支援センターをはじめ、居宅介護支援事業所のケアマネジャーやかかりつけ医に対するリハビリテ―ション技術支援として、さらに、住民に対するリハビリに関する相談対応・支援につながると考えられる。また、退院後の生活をリハ専門職が評価・指導した内容を院内のスタッフへ伝達することで病院スタッフ側の問題解決にもつながると推測される。

4. 本研究の予測される効果

患者・家族にとっては、入院時の情報を持ったリハ専門職が生活の場である自宅を訪問し評価することで、退院後の能力の変化から現在の生活における問題点が明確になり、問題が深刻化する前に専門的な指導やアドバイスを受けることができる。また、リハ専門職から必要な介護サービスやリハビリテーションサービスをケアマネジャーやかかりつけ医に報告することで、廃用が進行する前、あるいは自宅での生活困難が顕著になり介護者の介護疲れが出る前に適切なケアマネジメントが実施され、再入院や介護疲れの予防ができると推測される。地域包括支援センター、ケアマネジャー、かかりつけ医、患者との連携においては、リハ専門職が発見した問題点をケアマネジャーに報告することで、担当者会議のみでなく当院のリハ専門職と地域のケアマネジャーとの顔の見える連携が進むと予測される。特にかかりつけ医へサービスの報告をすることで、かかりつけ医へリハビリテーションの考え方が伝わり、地域のリハビリテ―ションが必要な患者の掘り起しにもつながることが期待される。さらにこの情報を地域包括支援センターと共有することで既存の介護サービスや地域課題の洗い出しにつながるのではないかと考える。

この事業を通し、地域包括ケアシステムにおける“住み慣れた地域でその人らしく生活する”ということを理解し、入院中の基本動作を中心とした機能回復訓練やADL訓練が患者の生活や社会参加にどのようにつながるのか、また機能回復訓練やADL訓練だけでは不十分であること、そしてケアマネジャーとの連携の重要性について、当院のリハ専門職、看護師、ソーシャルワーカー（以下、MSW）、主治医が理解することにつながると考えられる。

これらのことを通じ、当法人としては、住民やケアマネジャー、地域包括支援センター、かかりつけ医、さらに保険者である市町に信頼される病院となること、さらに法人全体のブランディングにつながることが期待される。また、将来的に当法人の訪問リハビリテーション・訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション等、各種サービスへの理解が進み、当グループのサービスが継続的かつ一体的に提供できるシステムが構築できると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　19 - 29,　2017

5. 方法

この自立支援サービスは、当院から自宅へ退院後、患者自宅にリハ専門職が訪問し、無料でADLやIADL、自宅で生活してみて困っている動作などについて評価し指導、相談対応を行うものである。実際の流れは次の通りである。

① 担当リハ専門職や訪問リハビリテーションスタッフ(以下訪問リハスタッフ)、または担当看護師が、対象者について自立支援サービス担当者に相談する。(訪リハスタッフが本サービスの管理、実施を行う)

② 本サービス担当者は、患者の主治医、担当看護師、担当リハスタッフと情報共有を行う。

③ 本サービス担当者が、主治医に自立支援サービス・依頼書へのサインの依頼、患者本人または家族への説明、承諾書へのサインを貰う。

④ 担当ケアマネジャーには、退院前の退院時カンファレンスで本サービスの説明を行い今後の連携のための準備を行う。退院時カンファレンス当日または後日、患者本人・家族と訪問日程の調整を行う。

⑤ 予定日に自宅を訪問し、ADLやIADLの評価を行うとともに、福祉用具の使用や自主訓練の方法の指導、環境整備に関する提案他を行う。尚、評価表は、訪問リハビリテーションで使用される社会復帰支援加算の評価表を一部変更して用いている(表4参照)。

⑥ 本サービス実施者は評価・指導についての報告書を作成し、かかりつけ医と担当ケアマネジャーに報告書を送付または手渡す。併せて入院中の主治医、病棟、リハスタッフへ報告する。

表4　退院時自立支援サービス評価表

退院時自立支援サービス報告書

ID: 1　　訪問日:　　作成日:　　主治医:

氏名:　　様　性別:　　生年月日:　　年齢:　　歳　介護度:　　指示医:

○FIM (機能的自立度評価法)

		評価項目	評価内容	点数(退院時)	使用用具、実行場所杖・装具、介助内容等	点数(今回)
運動項目	セルフケア	食事	咀嚼、嚥下を含めた食事動作			
		整容	口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔など			
		清拭	風呂、シャワーなどで首から下(背中以外)を洗う			
		更衣・上半身	腰より上の更衣および義肢装具の装着			
		更衣・下半身	腰より下の更衣および義肢装具の装着			
		トイレ動作	衣服の着脱、排泄後の清潔、生理用具の使用			
	排泄コントロール	排尿管理	排尿の管理、器具や薬剤の使用を含む			
		排便管理	排便の管理、器具や薬剤の使用を含む			
	移乗	ベッド・椅子・車いす	それぞれの間の移乗、起立動作を含む			
		トイレ	便器へ(から)の移乗			
		浴槽・シャワー	浴槽、シャワー室へ(から)の移乗			
	移動	歩行・車いす	屋内での歩行・車いす移動			
		階段	12~14段の階段昇降			
認知項目	コミュニケーション	理解	聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解			
		表出	言語的または非言語的表現			
	社会的認知	社会的交流	他利用者、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応			
		問題解決	日常生活上での問題解決、判断能力			
		記憶	日常生活に必要な情報の記憶			
			合計点		合計点	

完全自立(最高)126点
全介助(最低)　18点

	基本動作評価					
起居動作	寝返り		自立	見守り	一部介助	行わず
	起き上がり		自立	見守り	一部介助	行わず
	座位		自立	見守り	一部介助	行わず
	立ち上がり	端座位~	自立	見守り	一部介助	行わず
		床~	自立	見守り	一部介助	行わず
	立位		自立	見守り	一部介助	行わず

歩行					
	室内	自立	見守り	一部介助	行わず
	屋外	自立	見守り	一部介助	行わず
	使用用具				

	アセスメント項目	現状	備考	【評価の内容の記載方法】
IADL	食事の用意			※IADL評価点 0:していない 1:まれに 2:時々 3:週3回
	食事の片付け			
	洗濯			
	掃除や整頓			
	力仕事			
	買物			
	外出			
	屋外歩行			
	趣味			
	交通手段の利用			
	旅行			
	庭仕事			0:していない 1:時々 2:定期的 3植替等
	家や車の手入れ			0:していない 1:[illegible] 2:ペンキ塗等 3:修理・整備
	読書			0: していない 1:まれに 2:月一回程 3:月二回程
	仕事			0:していない 1:[illegible] 2:[illegible] 3:[illegible]
	IADL合計			

■環境因子(※課題ありの場合■)	備考
家族・介護者	
福祉用具等	
住環境	
自宅周辺	
地域の社会資源	
交通機関	
サービス	
その他	

6. 研究結果

7月に本事業を開始し9月までに13名についてリハ担当者より相談があった。その内、本サービスの同意を得た対象者は10名、その中で訪問を実施できた9症例について、表5に年齢、性別、介護度、主病名、病棟名入院期間を示す。対象者の平均年齢は75.7歳(28歳~95歳)、介護保険については、要介護被保険者6名、その他は非該当や申請をしていない者であった。入院病棟が回復期病棟と地域包括ケア病棟の違いがあるが平均入院期間は120.2日であった。

表5　対象者10名の基本情報

症例	年齢（歳）	性別	介護度	主病名	病棟	入院期間
A	65	女	要支援２	再発性脳梗塞 末期腎不全	回復期	203 日
B	84	男	要介護３	慢性硬膜下血腫術後 パーキンソン病	回復期	179 日
C	84	男	要介護１	再発性脳梗塞 変形性膝関節症	回復期	179 日
D	28	男	なし	下位胸髄損傷	地域包括ケア	57 日
E	89	女	非該当	多発性脳梗塞 腰痛症	回復期	180 日
F	81	女	なし	左橋梗塞	地域包括ケア	34 日
G	95	女	要介護２	第５腰椎圧迫骨折 アルツハイマー型認知症	回復期	89 日
H	79	男	要介護２	腰椎多発圧迫骨折 慢性腎不全	回復期	103 日
I	76	男	要介護４	脳梗塞後遺症 うっ血性心不全	地域包括ケア	58 日

訪問評価時の退院時からの変化点に関しては表6に、退院時FIM、調査時FIM、FIM得点の変化、向上した項目について示す。FIMとは、Functional Independence Measure（機能的自立度評価法）であり、最も臨床で使用されているADLの評価法である。FIMは主に介護量の測定を目的として18項目（項目は表4を参照）について、完全自立7点～全介助1点までの7段階で評価する。すべての項目が完全自立の場合は126点、すべての項目が全介助の場合は18点となる。

表6　対象者のFIM得点の変化と訪問時の内容とその後の変化

症例	退院時 FIM（点）	調査時 FIM（点）	FIM 得点の変化	向上した項目
A	124	122	低下	－
B	85	76	低下	－
C	78	85	向上	整容、清拭、更衣、トイレ動作、シャワー、歩行
D	118	118	維持	－
E	121	122	向上	トイレ動作
F	110	118	向上	整容、清拭、トイレ動作、トイレ移乗、シャワー、階段
G	79	75	低下	－
H	109	116	向上	清拭、シャワー、歩行、階段
I	54	69	向上	整容、清拭、トイレ動作、トイレ移乗、排泄コントロール、移乗、歩行

(1) FIM得点の変化について

FIM得点は、5例で向上、1例が維持、3例で低下していた。向上した5症例のうち、すべての症例でトイレ動作の向上が見られた。また、元々移動が完全自立であった症例Eを除いた4症例で歩行と階段の移動の向上が認められた。これらの要因は、病院と比べると、居室からトイレへの移動距離が短いことやトイレの狭さ、自室や廊下の狭さ、使い慣れた洗面所などであると考えられる。また、これらハード面の要因に加え、家族の適度な支援や介助により退院後できる動作が増えたと推測される。しかし、そのような患者においても、転倒につながりかねない手すりの設置不足や段差のある部屋の入口の問題があり、指導を要した。また、転倒した際、自分で立ち上がるための訓練が不十分でその場での指導やデイサービスでのポイントを絞った訓練が必要な症例があった。

低下した3例では、すべての症例で介護者の過介助が認められた。症例Bは退院直後より、同居の妻だけでなく近隣在住の娘も介護に当たり、ケアマネが予定していた福祉用具を導入せず、その過介助が介護負担につながっていた。症例Bは退院1ヵ月余りで当院へレスパイト入院となった。 症例Gは、入院中に歩行器の使用方法についてリハ専門職から十分に指導を受けていなかったにもかかわらず、ケアプランにより歩行器がレンタルされた。しかしその歩行器は家族の転倒への不安のために使用されることはなく、運動量も低下しつつある状態であった。症例Bと同じ帰結を辿る危険性が危惧されたが、自立支援サービス報告書にて、ケアマネジャーとかかりつけ医へ、利用中のデイサービスでの歩行、立ち上がりにポイントを置いたADL訓練の必要性を伝え、機能低下を防ぐよう依頼した。

(2) ケアマネジメント支援とケアマネジャー、かかりつけ医との連携について

症例ごとのケアマネジメント支援の内容を表7に示す。本サービスで、実際自宅を訪問し、ADLやIADLの評価を実施することで、退院時には予測できなかった問題点の発見が可能にあった。FIM得点が比較的高い症例でも運動量の低下による身体的廃用の進行が危惧される症例や、床からの立ち上がりに家族の不安があるために、入院中可能であった歩行を自宅で実施していない症例には、通所介護で立ち上がり方法の獲得のための訓練をすることを助言した。このように訪問したすべての症例について福祉用具や通所・訪問サービスへの助言を報告書の形で担当ケアマネジャーに行った。

表7　症例ごとのケアマネジメント支援の内容

症例	ケアマネジメントへの支援	
	福祉用具についての提案	通所・訪問サービスについての助言
A	－	・リハビリの早期開始、運転再開の訓練
B	－	・生活で困る動作に絞ったリハビリ
C	・椅子の高さについて	・立ち上がり訓練の実施の必要性
D	・入浴時の福祉用具、・スポーツ車椅子、導尿用カテーテルについて	・訪問リハビリテーションの紹介
E	・外出時のシルバーカーについて	－
F	・手すりの設置場所について	・介護保険の申請、総合事業の説明
G	・スロープ、手すりの必要性	・歩行、床からの立ち上がり訓練
H	・手すりの位置について	・運動量不足について
I	－	・その場で床からの立ち上がり指導 ・デイサービスでの問題行動に対して

症例Aは、退院後、当院の外来透析に週3回通っていたが、退院後のリハビリに関しては疲労感を心配し、しばらくリハビリはしないとのことであった。しかし、退院2週間後の自立支援サービスを受け、本人が運動不足であることに気付くことになった。本人の希望により翌日には訪問リハビリテーションを受けたいとの申し出があり、すぐに担当者会議が開かれ1週間足らずで当院の訪問リハビリテーションが開始されることになった。症例Bがレスパイト入院になって間もなく、担当ケアマネジャーの事業所から、新規の訪問リハビリテーション利用依頼があった。これまでこの事業所からの訪問リハビリテーションの依頼はなかったが、新規事業所の開拓につながった。症例Cは、退院後当院の外来リハビリテ―ションを利用中であるが、維持期リハビリテ―ションのため回数の制限がある。また、冬に現在行っていない浴槽の利用の練習や自動車運転等の自宅での訓練に向け、訪問リハビリテーションが検討されている。その他、リハ担当者から本サービス利用があったが訪問実施にはいたらなかった症例については、その担当ケアマネジャーに本サービスの説明書を送付後、それまで連携のなかったその事業所から別の訪問リハビリテーション利用の相談があり、当院の訪問リハビリテーションが開始された。

7. 考察

この活動は、今年7月末に開始したばかりのサービスであるが、現在のところ当院から自宅へ退院するすべての患者に対してこのサービスを実施するには至っていない。開始から2カ月余りの間に、担当リハスタッフや看護師が、退院後の生活に不安があると判断した症例9名の自宅を、訪問リハビリテーションスタッフが訪問し、表6のような評価と指導・報告を行い、訪問予定者は現在も増加中である。

(1)訪問時FIM得点から本サービス内容の改善につなげる視点

本サービスを開始する前には、退院時に比べるとFIM得点が低下する症例が多いことを予測していたが、評価の結果、得点が向上している症例の方が多かった。これは、住み慣れた自宅で暮らすことは、入院環境での暮らしより、患者にとって生活しやすい環境であるということの現れかもしれない。院内の医師、看護師、リハ専門職等、院内で入院中の患者の様子しか知らないスタッフは、このような自宅での暮らし易さを知る機会がほとんどない。本サービスの実施の際、訪問リハビリテーションスタッフのみでなく入院中の担当看護師も同行することで、入院中の看護やケアを在宅復帰に向けたより具体的な取り組みにしていけることも期待される。

一方、得点が低下した症例は低下しない症例に比べると、介護方法や介護量、家族の障害に対する理解や導入する福祉用具の活用に問題があった。このような症例に対しては、入院中に的確な予後予測や家屋調査、家族を巻き込んだADL訓練が必要であるが、様々な要因により退院前にこのような指導が十分行えない場合も少なくない。そのような場合は2週間より早めにこのサービスを実施し、家族やケアマネジャーに十分指導することが必要であり、その活動が再入院を防ぎ、できるだけ長く住み慣れた場所で生活することにつながると考える。また、本稿のはじめにで述べたように14日以内に訪問リハビリテーションを開始することが機能回復につながることから、本サービスの提供時期を退院後1週間程度に変更することも検討したい。

FIM得点が向上した症例においても、今後安全に自宅での生活を継続することや、趣味や外出を楽しむために、リハ専門職から見て必要な環境調整やリハビリテーションを含む適切なサービスの提案が可能であった。これらを本人、家族、そしてケアマネジャーが十分理解し対応することで、障害があっても生きがいを持って生活することにつながると考えられる。

(2)ケアマネジャー、かかりつけ医との連携から医療・介護サービスの継続的・一体的提供につながる視点

加治木温泉病院の月平均退院数は表8の通り、70名前後で推移している。その内、自宅への退院者は35名前後である。要介護被保険者は自宅退院者の約30％から60％であるが、当法人の通所リハビリテーションや通所介護、訪問リハビリテーション、退院後の訪問看護等の介護保険サービスの利用数は2から8名でその割合は多い時で15％～40％である。本サービスを開始してから2ヵ月余りの間に結果で述べた通り、新規の当院訪問リハビリテーション利用者が3名増加した。このサービスを通じ、医療から介護への一体的なサービスの提供を目標の一つに挙げていたが、本サービスの直接的な効果として当院の訪問リハビリテーション利用者の増加につながったと考えられる。

表8　平成2017年度の当院の月平均入院数・全・自宅退院数とその割合、要介護被保険者数と当法人介護保険サービスの利用者数とその割合

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
入院数/日（人）	325	325	321	326	332	330
退院数/月（人）	73	72	73	72	68	72
自宅退院数/月（人）	34	34	31	39	33	34
自宅退院数割合	46.58%	47.22%	42.47%	54.17%	48.53%	47.22%
要介護被保険者数（人）	20	22	17	13	15	15
要介護被保険者数/退院数割合	58.82%	64.71%	54.84%	33.33%	45.45%	44.12%
法人介護保険サービス利用者数（人）	8	4	5	2	5	3
法人介護保険サービス利用者/要介護被保険者割合	40.00%	18.18%	29.41%	15.38%	33.33%	20.00%

(3)当院のスタッフ教育について

本サービスが、患者・家族と医療・介護をつなぐシステムの一つとなるためには、本サービスを実施するスタッフの能力が大きく影響することが分かった。本サービスを実施する際は、自宅に訪問し基本動作やADL、IADを評価するだけでなく、症例本人や介護者、ケアマネジャーに対する助言・指導を行う必要があり、それらに必要な能力は、運動機能や認知機能等の基本的なリハビリテーションの知識・技術のみでなく、訪問・通所サービス、福祉用具貸出などの介護サービスや地域の社会資源についての広い知識を有していること、及びそれらをわかりやすく伝える能力であると考えられる。今後この事業を継続していくためには、リハビリテーション技術・知識の向上だけでなく医療・介護・地域連携を促進できる人材育成が重要な課題となると考えられる。

8. おわりに

我々は、回復期から生活期にわたる医療を支える慢性期病院として、また24万人の高齢者保健福祉圏域を支える地域リハ広域支援センターとして、地域包括ケアシステムにおける医療・介護・住民をつなぐ仕組みの構築を目指し、今回報告した「退院後自立支援サービス」を開始した。開始2ヵ月余りではあるが、この活動に対する患者・家族、地域のケアマネジャーの様々な反応や変化が感じられる。

今年度、当法人玉昌会は2040年に向けて次の4点を課題として取り組んでいく方針を明確にした。すなわち、①「尊厳」と「自立支援」を守るための「予防」の考え方、②中重度者を地域で支えるための仕組みの構築・整理、③ サービス事業者の生産性向上、④介護保険行政に限定せず、地域を支える多様な関係者の参加や連携の推進に基づく地域マネジメントのあり方の整理である。これらの課題に対応するための一つの方法としても今回報告した本事業をさらに検討、発展させていく意義は大きいと考える。この事業は無償での提供であるが、先に述べた2040年に向けての課題④の一つのかたちを模索するものであると考えている。

今後、当法人は、鹿児島地区、姶良地区の2つの病院の新築移転をそれぞれ3、4年後に控えている。移転後は、鹿児島市、姶良市において、地域包括ケアシステムに必要不可欠な医療・介護施設としてどのようなサービスを提供できるか、またそのシステムを行政に提案していくことができるかについて多職種におけるチーム医療[13]にて検討し、現在活動を推進中である。

2つの病院が移転する土地は公共施設の跡地活用であり、鹿児島市・姶良市のコンパクトシティ構想に寄与すべく、ハード面の整備として敷地内で「住まい」、「医療」、「介護」、「予防(健康教育)」を提供できる施設・設備を備えている。また、ソフト面を構築するためのコンセプトとして、地域の小児から高齢者、健康な人も、障害や病気を持つ人もこの地域で医療、介護、福祉、教育、生きがい、就業の機会、人生を豊かにするための希望・夢を総合的にサポートする「ヒューマンライフライン」[14]の実現を目指している。

加治木温泉病院として、入院・外来・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・通所介護においてまた、地域リハビリテーションを通じ、地域に必要とされる支援を継続していきたい。

【引用文献】

1) 山下正策・萩原隆二・大徳和久他、ケーススタディ：姶良市高齢者自立支援コミュニティ構想～在宅支援複合施設を核とした地域包括ケアシステムの構築～、医療福祉経営マーケティング研究第5巻第1号、2010
2) 中村隆一、齋藤宏、長崎浩：基礎運動学第6版、医歯薬出版、2008年、pp82
3) 日本リハビリテーション病院・施設協会：調査結果概要報告「回復期から生活期までのリハビリテーション効果に関する実態調査」、2017
4) 厚生労働省第140回社会保障審議会介護給付費分科会資料[online]http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000167226.pdf(アクセス2017.10.29)
5) 内閣府平成29年度版高齢社会白書[online]http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_1_1.html(アクセス2017.9.1)
6) 厚生労働省老健局持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書(概要版)[online] http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryou1.pdf
7) 川越雅弘：地域ケアシステムにおけるリハビリテーション．総合リハビリテーションvol.42: 609-625、2014
8) 厚生労働省平成27年度介護保険事業状況報告[online] http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/index.html(アクセス2017.9.1)
9) 川越雅弘：地域包括ケアシステム構築に向けた施策動向とケア提供上の諸課題生活福祉研究、通巻90号、July、2015[on line] 2015http://www.myilw.co.jp/publication/myilw/pdf/myilw_no90_feature_1.pdf
10) 浜村明徳：2016年版地域リハビリテーションの定義、推進課題、活動指針について、日本リハビリテーション病院・施設協議会No.159:11-21、2017

11）栗原正紀：地域包括ケアまっしぐら、日本リハビリテーション病院・施設協議会No.161:3-4、2017
12）第57回厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料[online]http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000122362.pdf（アクセス2017.10.10）
13）中村真之、佐久間弘匡、小湊裕一他、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、医療福祉経営マーケティング研究第11巻第1号、2016
14）髙田和美、窪田昌行、末吉保則他、ケーススタディ：地方創生と日本版CCRC・姶良JOYタウン構想、医療福祉経営マーケティング研究第10巻第1号、2015

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　　31 - 38,　2017

地域包括ケアシステムに資する有床診療所の役割を踏まえた日本型CCRCの研究
～医療法人健成会鹿子生整形外科医院の事例研究～

窪田　昌行[1)-5)]、鹿子生健一[1)]、橋口　啓子[1)]、本松　洋一[1)]、岡　　政隆[1)]、鹿子生寛子[1)2)]、
古賀大一郎[1)5)6)]、馬場園　明[5)6)]

The study on contribution of healthcare clinic with beds as Japanese typed CCRC to local comprehensive health care system
- The case study of Medical Corporation of Kenseikai, Kako Orthopedic Clinic with Beds

Masayuki KUBOTA[1)-5)], Kenichi KAKO[1)], Keiko HARAGUCHI[1)], Youichi MOTOMATSU[1)],
Masataka OKA[1)], Nobuko KAKO[1)2)], Daiichro KOGA[1)5)6)], Akira BABAZONO[5)6)]

1.はじめに

我が国では超少子・超高齢化社会が進行しており、高齢者人口とそれを支える就業人口のアンバランスと、国債の発行に頼って借金を積み重ねてきた政府の財政上の問題から、将来にわたって、今までと同じ医療介護サービスは継続できない状況が予測されている[1),2)]。そのような中、政府は団塊の世代が75歳以上後期高齢者となる2025年を目途に、住民が安心でき、効果的・効率的にサービスを提供できる地域包括ケアシステムの実現を目指している[3)]。今からあとわずか8年の間に、高齢者が住み慣れた場所で、最期まで安心して、その人らしい暮らしをしていけるシステムを構築しようとしているが、未だ、そのビジネスモデルとなるものが構築されていないのが現状である[4)]。

私どもは、1995年から米国のCCRC（Continuing Care Retirement Community）を研究しており、高齢者に合ったケアの形として、CCRCの理念や方法論を我が国に導入することを提案してきた。CCRCの理念、仕組みは地域包括ケアシステムの考え方に一致する点が多い[5)]。そこで、地域包括ケアシステムを実現していくために、米国CCRCの利点を取り入れ、日本型CCRCとして、地域包括ケアシステムの一つのビジネスモデルを構築しようとしていくことが有効であると考える。その際のモデルとして、地域に密着して医療サービスを提供してきた有床診療所の役割を踏まえた地域包括ケアシステムを検討している。

本研究は、福岡県太宰府市五条にある有床診療所～医療法人健成会鹿子生整形外科医院が、これからは医療サービスだけではなく、医療と介護を一体的に提供しなければならないということを踏まえて、有床診療所を核とし、米国のCCRCの利点を取り入れた地域包括ケアシステムの実現に向けての具体的な取組みについて報告するものである[6)]。

2.日本型CCRCとは～米国のCCRCが日本創生のモデルとなるか

米国のCCRCの定義は、「年齢と共に変化するニーズに応じて、住宅、食事、ヘルスケア（予防・医療・介護）、社会活動を提供し、同じ場所で最期まで安心して暮らせる総合施設であり、しかもCCRCの土地・建物は入居住民達の財産である。」とされている。さらに、CCRCの中では、心理的、身体的変化に応じて何らかの支援が必要になっても対応できる、適切な3種類の住宅とそれぞれのニーズに対応するサービスが備えられており、ニーズの変化により自立型住宅から支援型住宅、介護型住宅に移行できるようになっている。なお、3種類の住宅である自立型住宅、支援型住宅、介護型住宅の概要は次のとおりである[5)]。

①自立型住宅

入居者が可能な限り自由と尊厳を保ちながら、自立して生活できるように、建物ハード、サービスソフトが設計できている。特に予防プログラムが充実している。

②支援型住宅

他人の手助けが必要になっても居住者の自立を最大限支援するサービスを提供し、居住者が寝たきりにならないような支援プ

1)　医療法人健成会鹿子生整形外科医院
Medical Corporation KENSEIKAI Kako Orthopedic Clinic with Beds
〒818-0125 福岡県太宰府市五条3-4-14
3-4-14 Gojyo, Dazaifu city, Fukuoka 818-0125
2)　NPO法人健脳リハビリテーション
Nonprofit Corporation of Kenno rehabilitation
3)　NPO法人高齢者健康コミュニティ
Nonprofit Corporation of Japanese typed CCRC
4)　株式会社CCRC研究所
Institute of CCRC Co.Ltd.
5)　医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Mangement and Marketing
6)　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 Mangement, Graduate School of Medical Science,Kyushu University

ログラムが充実している。

③介護型住宅

移動、食事、排泄、入浴等において、全介助が必要で、ほとんど寝たきりになった高齢者に必要な24時間の医療看護、介護サービスを提供する。

また、米国CCRCが多くの高齢者に人気がある主な特色として次の3つがある。

①基本理念

CCRCは継続したケアの提供という基本理念に基づいて、自立支援と尊厳を守ることを第一とし、健康寿命を延ばす予防活動が充実しており、もし、認知症や専門的な介護、リハビリテーションが必要になっても同じ敷地内で必要なサービスが提供できるように保障されている。

②経営の安定

CCRCの開発運営については、経営事業者と開発建設者、運営事業者が分かれている。CCRCの開発はシニアハウジングデベロッパーという民間企業が行い、経営事業者は、住民を代表とする評議員から構成される非営利団体（NPO）法人が行い、CCRCは入居者の財産（資産）となっている。運営については、もし運営会社の適否があれば、NPO法人は自由に運営会社を変えることもでき、CCRCの経営は安定している。2006年のリーマンショックでも、全米のCCRCの経営は安定していた。

③合理的な入居費用

入居費用は、住居の利用権を購入する一次金と月々の管理料金からなり、一時金は100％返還するものから50％返還するものまで、多様な入居費用のCCRCがあり、高齢者は、自分の条件に合った入居費用のCCRCを選択することができる。私がCCRCについて多くを学んだボルチモア州にあるエリクソンCCRCの一つ、チャールズタウンは、私が米国にいた1982年当時、居室面積45㎡、入居一時金1000万円、月の利用料金10万円で、自立型住宅を退去する際、一時金の1000万円は全額返還されるとのことであり、そのシステムに素晴らしさに関心をもったのが、CCRC研究のきっかけとなった。

CCRCの平均規模は、自立型住居215室、支援型住宅47室、介護型住宅77室、合計339室である。入居者の男女比は、約70％が女性で、30％が男性である。入居者の平均年齢は、自立型が83歳、支援型が87歳、介護型が87歳である。また、入居年数は自立型が5.3年、支援型が1.9年、介護型が1.1年となっている[7]。

我が国は、2025年を目指して、高齢者が安心して最期まで、住み慣れた場所で、その人らしく暮らせる地域包括ケアシステムの実現をめざしている。地域包括ケアシステムについては、次章で説明するが、我々は、今までの研究を踏まえ、高齢者の自立支援と最期まで尊厳を遵守する我が国の文化と制度に適した日本型CCRCを、地域包括ケアシステムの特色に米国CCRCのメリットを包有するかたちで提案してきた。

その定義は、「生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅及び高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティである。」とした。

3.地域包括ケアシステムの現状と課題

(1)地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムのアイデアが生まれたのは、2005年頃であるが、わが国の少子高齢化の加速、経済状況の変化等により、その内容が進化していると思われる。当初、地域包括ケアとは、「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）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されていた。しかしながら現在は「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム（おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位とする）」と定義されている。

このように地域包括ケアシステムの定義は進化してきており、特に、医療と介護が一体的に提供されることが必要不可欠であると位置づけられてきた。

(2)地域包括ケアシステムの現状と課題

厚労省は、図2に示す[8]ように、地域包括ケアシステムの中心となるサービスは、在宅医療、定期巡回随時対応訪問介護看護、小規模多機能サービスであるとしているが、これらのサービスが未だ地方自治体ごとの日常生活圏域となる地域で構築されていないのが最大の課題である。表3に、主要な介護事業の事業数について、福岡県、九州、関東圏について整理した。福岡県では、訪問介護事業所が1,597ヶ所、訪問看護事業所数が463ヶ所、通所介護事業2,123ヶ所、通所リハ事業427ヶ所あるのに対して、小規模多機能事業所は275ヶ所、定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所は24ヶ所しかない。表3は、2014年のデータであるが、2017年11月

のWAMのデータと2014年のデータを比較すると、小規模多機能型居宅介護事業が272ヶ所と3ヶ所減少し、定期巡回事業は39ヶ所と15ヶ所に増加している。地域包括ケアシステムの構成単位である日常生活圏を人口1万人程度とすれば、福岡県にはそれぞれおよそ500ヶ所必要であるということになるが、抜本的に整備が遅れていると思われる。特に24時間体制の定期巡回随時対応訪問介護看護サービスの整備が大きな課題である。このような状況は、福岡県だけでなく、九州、関東圏も同じ状況である。（表3参照）

このような現状を踏まえ、政府は、いままで、地域包括ケアシステムの実現の目標年度を団塊の世代が75歳以上・後期高齢者となる2025年としていたが、団塊の世代が、実際的に医療介護が問題となるには、団塊の世代が90歳となる2040年と提案され、地域包括ケア研究会は2040年への挑戦として、達成年度、内容を修正した[4)]。

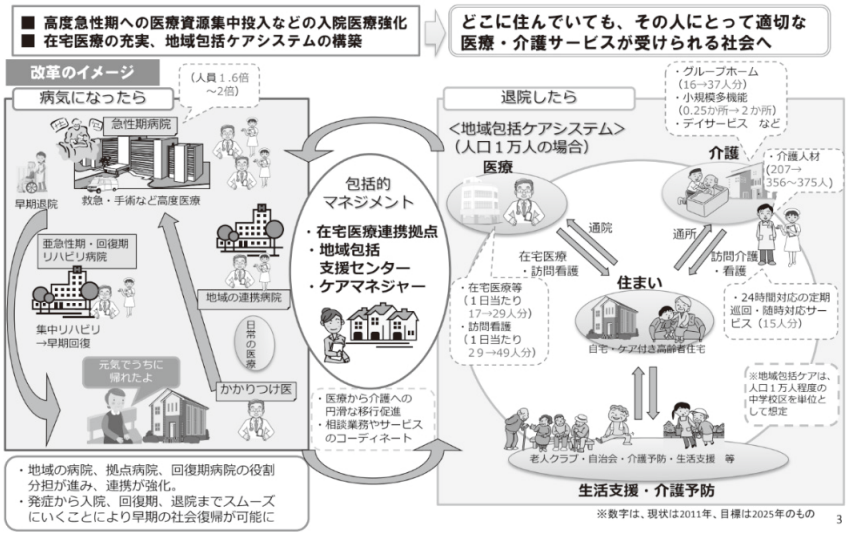

図2　地域包括システムの医療介護の一体的サービス提供のイメージ図

出典：http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001x6y3-att/2r9852000001x72u.pdfより引用

表3　定期巡回随時対応型訪問介護・介護と訪問看護事業所整備の現状（都道府県別）

都道府県	人口	高齢者数	高齢化	事業所数					
	千人	千人	%	巡回	小規模	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ
【九州7県】									
福　岡　県	5,091	1,278	25.1%	24	275	1597	463	2123	427
佐　賀　県	835	225	26.9%	2	52	197	68	520	96
長　崎　県	1,386	401	28.9%	10	125	400	108	615	183
熊　本　県	1,794	505	28.1%	9	148	635	199	818	215
大　分　県	1,171	347	29.6%	4	48	505	121	510	139
宮　崎　県	1,114	319	28.6%	3	55	423	104	615	117
鹿児島県	1,668	477	28.6%	13	121	443	185	707	255
【関東圏】									
埼　玉　県	7,239	1,737	24.0%	25	107	1241	334	1873	249
千　葉　県	6,197	1,570	25.3%	26	112	1352	320	1767	241
東　京　都	13,390	3,012	22.5%	67	179	2998	903	3266	313
神奈川県	9,096	2,116	23.3%	65	286	1911	602	2336	258

	人口	高齢者数	高齢化	事業所数（高齢者1万人当り）					
	千人	千人	%	定期巡回	小規模	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ
福　岡　県	5,091	1,278	25.1%	0.19	2.15	12.5	3.6	16.6	3.3
佐　賀　県	835	225	26.9%	0.09	2.31	8.8	3.0	23.1	4.3
長　崎　県	1,386	401	28.9%	0.25	3.12	10.0	2.7	15.3	4.6
熊　本　県	1,794	505	28.1%	0.18	2.93	12.6	3.9	16.2	4.3
大　分　県	1,171	347	29.6%	0.12	1.38	14.6	3.5	14.7	4.0
宮　崎　県	1,114	319	28.6%	0.09	1.72	13.3	3.3	19.3	3.7
鹿児島県	1,668	477	28.6%	0.27	2.54	9.3	3.9	14.8	5.3
（九州平均）				0.17	2.31	11.6	3.4	17.2	4.2
埼　玉　県	7,239	1,737	24.0%	0.14	0.62	7.1	1.9	10.8	1.4
千　葉　県	6,197	1,570	25.3%	0.17	0.71	8.6	2.0	11.3	1.5
東　京　都	13,390	3,012	22.5%	0.22	0.59	10.0	3.0	10.8	1.0
神奈川県	9,096	2,116	23.3%	0.31	1.35	9.0	2.8	11.0	1.2
（関東圏平均）				0.21	0.82	8.7	2.5	11.0	1.3

出典）Wamネットサービスから、独自に調査集計。

4. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割

(1)有床診療所の現状と課題

有床診療所とは19床以下の病床をもち、外来機能の他に入院機能を持つ医療施設である。診療科は内科、外科、整形外科、産婦人科、眼科などさまざまである。ちなみに全国のお産の約半分は産科の有床診療所が行っている。

これまで有床診療所は、地域に密着したサービスとして、次のような5つの機能を提供してきた。すなわち、①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能、②専門医療を担い、病院の役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能等である。このように有床診療所は地域住民を支える重要な機能を担う貴重な地域資源である。

しかし、近年、有床診療所の施設数は急速に減少している。今からおよそ30年前の1985年に有床診療所は26,126施設あったが、2017年時点では7,342ヶ所に減少し、1985年から当時の有床診療所の数の約28％になっている。その主な原因は、有床診療所を無床にする施設や休床施設が増えていることであり、それは、看護職員の雇用の困難、患者層の変化、医師の勤務負担が最大の理由であり、夜勤を伴う看護職員の確保が厳しい状況にあるからである。

このような現状にも関わらず、有床診療所は地域に密着した病床をもつ医療施設として、超高齢化社会を乗り切るために、地域包括ケアシステムの中で効果的・効率的に医療・介護サービスを提供していく上で、重要な位置づけにあると思われる。一方、このような有床診療所の減少は、特に医療ニーズの高い要介護者やその家族にとって、緊急時の入院やレスパイトケアを始めとする身近な医療・介護の受け皿の減少を意味する。従って、今後、地域包括ケアシステムの体制を構築・強化していく上で、さらにその役割をさらに研究していく必要がある。

(2)地域包括ケアシステムにおける有床診療所の具体的な役割について

「平成28年度老人保健健康増進等事業、地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究事業・報告書」[9]によれば、地域住民が、住みなれた場所で最期まで安心して暮らしていける地域包括ケアシステムを実現していくにおいて、地域の患者や要介護者とその家族にとって、地域に有床診療所があることのメリットについて、次の点が指摘されている。すなわち、①在宅療養中のレスパイトとして、身近な医師のもとで入院できること（66.7％）、②在宅療養中の緊急時に、身近な医師のもとで入院できること（59.2％）、③終末期から看取りまで地域で生活しながら医療が受けられること（55.8％）、④利用者の生活や健康状態をよく知る医師に気軽に相談や診療をしてもらえること（55.8％）、⑤病院からの早期退院時に、地域の身近なところで入院して療養できること（53.8％）という意見が多かった。

さらに、本報告書の中で、要介護度が高く医療ニーズの高い利用者のために、身近な医療資源として有床診療所に行ってほしいサービスとして、「訪問診療」が71.6％と最も高く、次いで「訪問看護」が58.4％、「入院」が52.8％、「短期入所療養介護」が47.2％、「外来」が22.4％、「訪問リハビリテーション」が24.3％、「定期巡回訪問介護看護」が22.8％であった。特に、訪問診療、訪問介護へのニーズが高いことがわかる。

以上のような地域住民の希望、ニーズを踏まえて、地域包括ケアシステムの中で有床診療所に強化してほしい機能、役割は次のようなものであった。

①緊急時に往診や入院ができ継続的な在宅医療を支える機能（82.1％）
②終末期まで地域の中で医療を提供し看取る機能（61.1％）
③病院からの早期退院患者を入院させ、安心して在宅医療につなげる機能（57.0％）
④在宅療養に必要な医療・介護を包括的に提供できる機能（42.4％）
⑤必要な専門医療を地域で提供する機能（32.8％）

すなわち、有床診療所には、在宅医療から看取りまで一貫して地域住民を支える医療・介護を一体的に提供する包括的な機能が求められているといえる。

5.医療法人健成会鹿子生整形外科医院の取組み～有床診療所の役割に資する日本型CCRCを実現するために

(1)医療法人健成会の沿革

医療法人健成会、鹿子生整形外科医院は、1985年（昭和60年）、福岡県太宰府市に有床診療所（19床）として開業し、地域の整形外科的なニーズに対応してきた。1996年（平成8年）にはデイケア事業を開始し、2000年（平成12年）からはデイケア事業を介護保険事業である通所リハビリテーション事業に移管し、地域の高齢者の転倒、骨折予防、治療、入院、入院後のリハビリテーションなどの継続支援を含む多様な地域住民のニーズに一貫して対応してきた。一方、通所リハビリテーションを利用する高齢者のニーズの多様化、増大化により、有床診療所の3階のみでは対応できなくなった。そこで、有床診療所の3階は短期の通所リハビリテーショ

ンにし、県所有の土地を購入し、今迄の健脳リハビリテーションのプログラムを維持しつつ、入浴機能、レスパイト機能を加えた大規模通所介護「ららら」を2012年（平成24年）8月に開業した。

地域における高齢者の医療・介護のニーズが多様化しているが、厚労省の調査によれば、有床診療所の病床数は、平成5年から平成28年までで、約60％減少している。このように減少している現状を鑑みて、有床診療所の経営モデルを見直すことが必要になってきている[10]。厚労省が有床診療所の経営実態を調査したところ、有床診療所が地域で果たしている役割については、「専門医療」が51％、「緊急時対応」が46％、「在宅・介護施設への受け渡し」が37％になっていた。すなわち、眼科や耳鼻咽喉科など主に専門医療を提供する有床診療所は「専門医療モデル」と捉えられ、入院収入における手術料の割合が高く、平均在院日数が比較的に短い。また、内科、外科など主に地域医療を担う有床診療所は、「地域包括ケアモデル」に整理でき、入院収入における入院料などの占める割合が高く、平均在院日数が比較的長い等の傾向がある。一方、整形外科は地域医療と専門医療双方の機能をもつと位置づけられている。（表4参照）

厚労省が提案する2つのモデルの中で、鹿子生整形外科医院は手術件数が減少していること、医療と介護にニーズを併せ持つ高齢者が入院、外来患者の特徴であること等を考えれば、専門医療の提供だけではなく、医療・介護を一体的に提供する併用モデルの「地域包括ケアモデル」も構築していく必要がある。

表4　有床診療所のこれからの2つのモデル

		主に地域医療を担う有床診療所 **⇒地域包括ケアモデル** **（医療・介護併用モデル）**	主に専門医療を担う有床診療所 **⇒専門医療モデル**
モデルの位置づけ		医療と介護の提供	専門的な医療サービスを 効率的に提供
モデルの分析	入院患者の年齢	相対的に高い	相対的に若い患者 （ADLが自立している患者が多い）
	入院患者の特徴	医療と介護のニーズを併せもつ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者
	在院日数	相対的に長い	短期滞在（高回転率）
	総点数における 各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
	主な入院診療報酬	入院料等の割合が相対的に高い	手術料
	病床稼働率	稼働率は高い	必ずしも高くない
	典型的案診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科
		整形外科	

厚労省は、地域包括ケアシステム構築の柱として、在宅医療・看護、24時間定期巡回随時訪問介護看護、および小規模多機能施設を想定しているが、小規模多機能施設は定員が限定され、スケールメリットが活用できないこと、また利用時にケアマネジャーを変えること、および他のサービスを利用できない等の問題がある。そこで、有床診療所は、ショートステイ機能、緊急時入院機能と介護保険事業の通所事業、訪問事業と組み合わせることにより、多様な医療・介護ニーズに対応できると考える。さらに、医療法人健成会では、介護保険ができる以前から、楽しみながら介護予防ができる「健脳リハビリテーション」というコンセプトで様々な介護予防プログラムを構築、実践してきた。健脳リハビリテーションとは、運動器機能回復訓練ではなく、高齢者一人ひとりの人生・生活背景を把握し、残存能力を活用しながら、達成感や自己肯定感が得られる全人的なリハビリである。また、健脳リハビリテーションは身心両面の健康につながる“身心安楽”を理念として、①運動器リハ、②食養生、③メンタルケア、④創作活動の4つの柱からできている。

(3) 地域包括ケアシステムに資する医療法人健成会の取組み

地域包括ケアシステムの構築していく上では、予防をはじめ、要介護者の在宅支援を24時間で支える仕組みが重要である。太宰府市においても未だ、このための担い手が不足していることが問題である。有床診療所は、在宅医療や介護施設において患者や高齢者の病状の急変の際、速やかに医療を提供し、入院機能も併せ持ち、地域に根ざした後方病床として機能を果たしてきた。そのために、有床診療所が医療や介護の連携により、地域包括ケアシステムの拠点を果たしていく仕組みを構築していく意義は大きい。

太宰府市の人口は2014年11月時点で71,130名あり、人口は増加している。高齢化率は、24.2％となっているが、要介護者は2,347名と5年前の約1.5倍である。また、太宰府市は全市を6つの小学校区に分け、その各区が政府のいう日常生活圏域に当たり、地域包

括ケアシステムの基盤になるものと思われる。しかし、6つの校区には地域特性があり、過去5年間において、太宰府小学校は人口減、太宰府東、太宰府南小校区は横ばい、国分、水城、太宰府市西校区は人口が増加している。高齢化率は太宰府南が一番高く28.9%、次いで太宰府東小校区が26.6%である。一番低いのが水城小校区で15.7%と高齢化の一番多い校区と10%以上の差がある。一方、介護事業所数が一番多いのが太宰府校区で、最も少ないのが、鹿子生整形外科医院のある太宰府東校区である。

医療法人健成会では、対象区域を太宰府東小学校区とする五条地区とし、有床診療所の機能以外に、地域包括ケアシステムに必要な8つの機能について検討し、実現していく方向である。8つの機能とは、①在宅医療機能、②泊まり（ショートステイ）機能、③通い機能、④訪問機能、⑤予防機能、⑥生活支援機能、⑦住まい機能、⑧人材育成機能である。8つの機能についての連関性を図4に、現状と方向性について表5に示す。

具体的に医療法人健成会は、現在鹿子生整形外科医院において、外来、入院機能を有し、通所リハビリテーション、通所介護事業を展開しているが、太宰府五条地区の地域包括ケアシステムを実現していくための将来ビジョンとしては、図2に示すように、現在の機能に、有床診療所内で、ショートステイ機能を付加し、在宅医療も実施していきたいと考えている。さらに訪問事業としては、訪問リハビリテーション、訪問介護、および定期巡回随時対応型訪問介護看護事業を計画している。また、以前実施していた居宅介護支援事業も再開する計画である。さらに、日本型CCRCの拠点となる有料老人ホームを核とした複合施設の建築も考えている。また、医療法人が培ってきた健脳リハビリテーションについては、総合事業、ボランティア活動を中心とした互助組織の構築に取り組んでいく計画である。

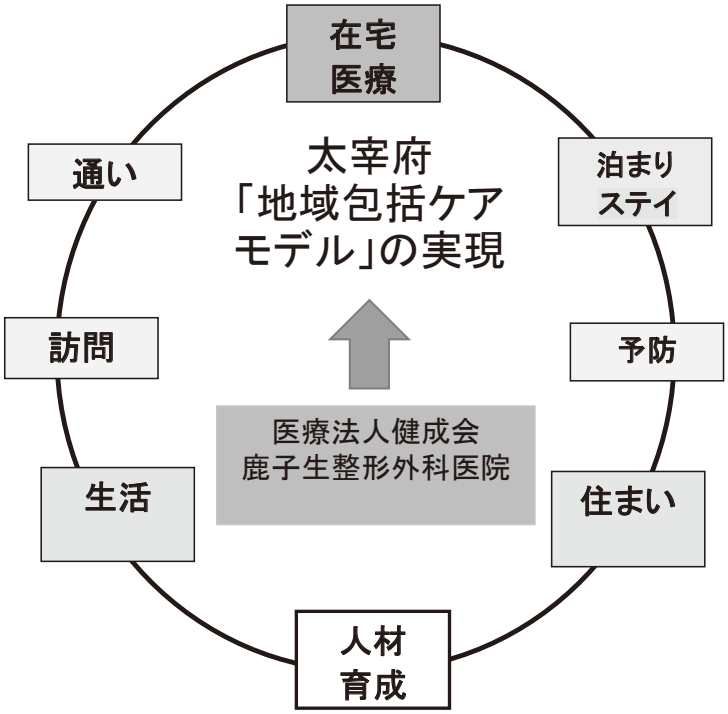

図4　鹿子生整形外科医院の「地域包括ケアモデル」の整備機能

表5　鹿子生整形外科医院のもつ機能の現状と方向性

機能	現状と方向性
医療	在宅医療は鹿子生整形外科医院を中心に、他の診療所と連携し、急性期病院等とネットワークを構築する
泊まり	鹿子生整形外科医院のショートステイ機能、入院機能を活用
通い	大規模デイサービスららを平成24年に開設、通所リハビリは、有床診療所の3階にある
訪問	訪問看護は自前で行い、訪問介護は地元事業者とネットワークし、24時間巡回訪問介護・看護サービスを実現する
予防	健脳リハビリテーションの総合事業への活用
生活支援	ボランティア互助組織の構築、地域のサービスと連携
住まい	空家の活用等、日常生活圏域のサ高住等と連携
教育	地域のニーズに応じて医療・介護の連携をはかる「地域包括ケア・コーディネータ」を教育するプラットホームをつくる

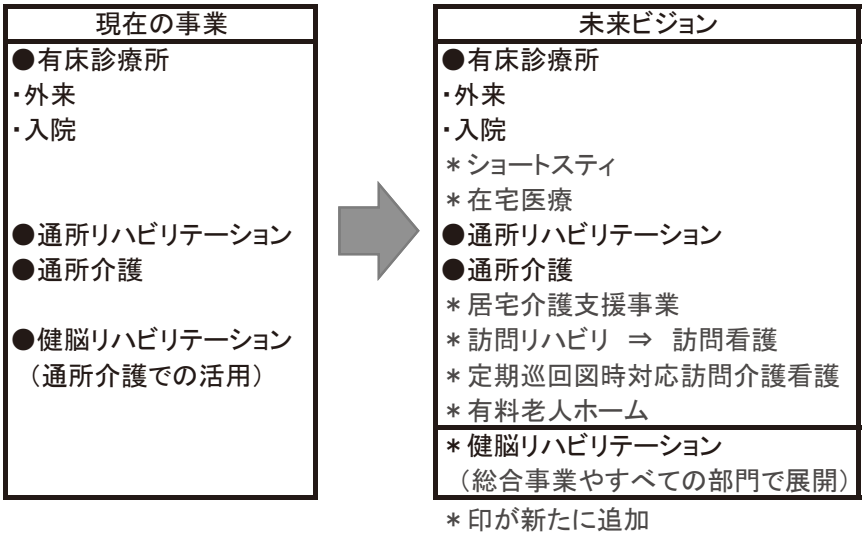

図4　鹿子生整形外科医院の事業ビジョン

(4)有床診療所を中心とする日本型CCRCの実現へのロードマップ

私共が定義する、日本型CCRCとは、「生活支援、健康支援、介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅及び、高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティである」である。これまでの研究により、このような日本型CCRCを実現する課題は、明確になり、次3点となった。①理念の構築、②適切な入居費用のハードの開発、③介護が必要になったときへの適応である。

医療法人健成会では、2017年の10月から、地域のニーズ調査等から判明した有床診療所の空室を活用した、介護事業の短期入所療養事業（ショートステイ）を開始した[11]。また同じ10月にみなし指定の訪問リハビリテーション事業も開始した。そして、12月から、居宅介護支援事業を再開する予定である。今後の計画としては、2018年に介護保険事業として訪問看護事業を実施し、在宅医療と連携していく方針である。

訪問看護・リハビリテーション事業が軌道に乗った時点で、図5に示すように定期巡回随時対応型訪問介護看護事業に取り組んで、五条地区の高齢者に対して、24時間体制の医療・介護サービスを提供し、住み慣れた場所で、最期まで安心して暮らすことができる地域包括ケアシステムの実現に貢献していきたいと考えている。また、24時間体制を構築していく中では、五条地区の高齢者で、自宅では生活を続けることが困難な方、または集合住宅での生活を希望する高齢者に対して、2020年くらいを目途に、地域包括ケアシステムの拠点となる有料老人ホームを中心とした複合施設の建築を考えていきたい。

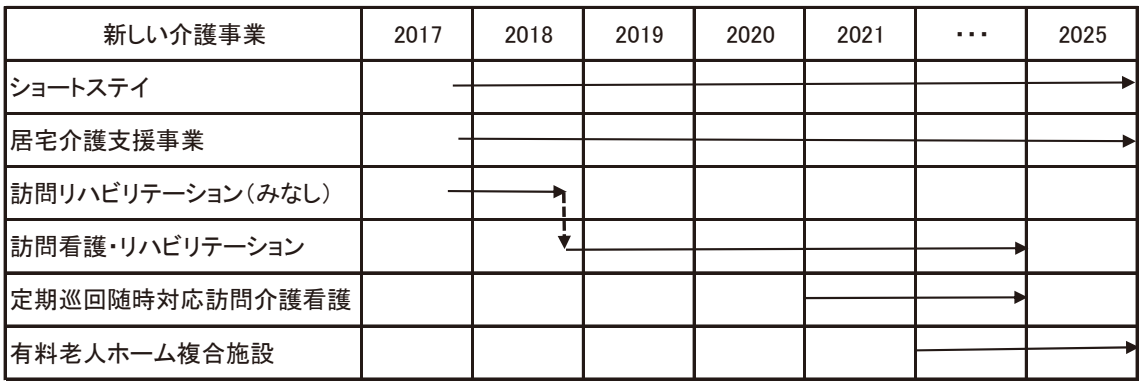

図5　日本型CCRC～新しい介護事業のロードマップ工程表

6. おわりに

我が国の超少子・超高齢化が加速する中で、医療介護、予防福祉サービスを将来どのようなシステムとして提供し、維持していけばいいのかが大きな課題となっている。将来のシステムはサービスの内容と量、および資金財源（ファイナンス）確保の課題を両刃の剣として、バランスを考えていかなければならない。また、高齢者の医療・介護・年金といった社会保障費用を20歳から64歳までの就業者が支えているが、現在高齢者1人を就業人口2.0人で支えているが、今後、いままでと同じような条件であれば、支える人と支えられる人がおよそ1対1となっていく社会に向かっていく。このため、新しい概念による在宅を中心とした医療介護サービスを一体的に提供する体制を確立していく必要がある。

また、我が国は、既に世界一の借金国となり、国民総生産（GDP）の2.4倍以上の国の借金を抱えている。2015年に経済破たんが問題となったギリシャの借金はGDPの1.8倍程度であるので、ギリシャ以上である[12)]。さらに、我が国の毎年の国の予算は、半分近くを国債（借金）に依存しており、このまま国の借金をいつまで続けることができるのか、大きな問題である。

従って、我が国の社会保障制度を維持していくためには、国民が住み慣れた自宅で、最期まで、安心して暮らせるように、安価で、効果的なサービスを実現する可能性の高い、地域包括ケアシステムの実現に真剣に取り組んでいくことは急務となっている。そのためには、日常生活圏というコミュニティを形成し、自助および支え合う仕組み（互助）を作り上げていくことが緊急の課題となってきたと考える。その際、地域に密着して入院機能も持ちながら、地域の医療ニーズに柔軟に対応してきた有床診療所が多様な機能をもつ複合施設を備え、有床診療所がもつショートステイ機能、および通所、訪問機能を発揮して、医療介護を一体的に提供していく地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいく意義は大きい。

【参考文献】

1）　内閣府、平成29年版高齢社会白書、日経印刷株式会社、2017年7月
2）　国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口（平成29年推計）、2017年12月
3）　地域包括シス研究会、平成24年度厚生労働省老人保健事業、地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点、2013年3月
4）　地域包括ケア研究会、地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業、2040年に向けた挑戦（本編）三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2017年3月
5）　馬場園明、窪田昌行、「地域包括ケアを実現する高齢者健康コミュニティ」、九州大学出版会、2014年6月
6）　第55回社会保障審議会医療部会、有床診療所の現状と課題、2017年11月
7）　American Association of Homes and Service for the Aging, American Seniors Housing Association, Continuing Care Retirement Communities 2005 Profile, 2005
8）　第23回社会保障審議会資料、社会保障・税一体改革を目指す将来像地域包括ケアシステム、2012年1月
9）　平成28年度　老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業、地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究事業報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、2017年3月
10）厚労省、中央社会保険医療協議総会（第371回）資料、平成29年11月17日
11）有床診療所等における短期入所療養介護等のサービス強化に向けた調査研究事業報告書、株式会社ニッセイ基礎研究所、2009年3月
12）財務省、債務残高の国際比較（対GDG比）、2016年

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

平成28年度　第7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

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

○会　期

平成２９年３月２５日（土）14：00～17：20

○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12巻　第1号　39 - 60,　2017

大会プログラム

特別講演（(14:00～14:40)）　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システム

演　者　松田　晋哉　（産業医科大学）

教育講演（14:45～15:25）　座長:山崎　哲男（医療福祉マーケティング研究会）

地域完結型ケアの理論と実践

演　者　馬場園　明　（九州大学）

▶ 休　憩　１５：２５～１５：４０

▶ 一般口頭発表　１５：４０～１７：２０

▶ 懇　親　会　１８：００～

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

▶一般口頭発表Ａ　15:40～16:20

在宅ケア・リハビリに関する研究

座長：齋藤　貴生（田川市立病院）

１．介護施設における看取りと終末期ケア

○河村　康司　(田川市立病院)
熊谷　喜代子　(田川市立病院)
永井　千晶　(田川市立病院)
曽我部　香　(田川市立病院)

２．九州がんセンターにおける訪問看護ステーションの医療モデルの構築

○竹山　由子　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)

３．健脳リハビリテーションの現状と課題

○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）

４．生涯活躍のまち（日本版ＣＣＲＣ）構想の課題とビジネスモデルの提案

○窪田　昌行　（CCRC 研究所）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

▶一般口頭発表Ｂ　１６：２０～１６：５０

入院に関する研究　座長：窪田　昌行（CCRC研究所）

１．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　(医療法人玉昌会)
佐久間　弘匡(医療法人玉昌会)
小湊　裕一　(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)
宮崎　浩二　(医療法人玉昌会)
髙田 昌実　（医療法人玉昌会）

２．レセプトデータを用いた認知症関連医療圏移動分析

○姜　鵬　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
藤田　貴子　（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）

３．虚血性心疾患における保険者別入院医療行動に関する研究

○藤田　貴子　（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 医学専攻）
原野　由美　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
姜　鵬　（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12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｃ　　１６：５０～１７：２０

評価に関する研究　　座長：馬場園　明（九州大学）

1．福岡県の後期高齢者における医師による在宅看取りに関する医療政策の評価

○坂西　洋　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)
藤田　貴子　（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
姜　鵬　（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）

2．がん登録の予後調査を機会とした個別選択的な情報コミュニケーション ～がん登録データの情報活用に関する取り組み～

〇小原　仁　(南風病院医療情報部)
増田　由佳　(南風病院臨床研究支援室)
水谷　駿介　(南風病院臨床研究支援室)
吉谷　美樹　(南風病院臨床研究支援室)
小森園　康二　(南風病院肝臓内科)

3．アトルバスタチンの先発品と後発品の臨床的アウトカムに関する検討

○原野　由美　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
姜　鵬　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
藤田　貴子　（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）

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

●特別講演

地域医療構想と地域包括ケアシステム

松田　晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学教室）

現在、各都道府県は地域医療構想の策定作業に取り組んでおり、年度末にはすべて出そろうことになる。病床機能報告制度では一般病床・療養病床を持つ病院・有床診療所が各施設の持つ機能について高度急性期、急性期、回復期、慢性期の４つから選択し、病棟ごとに都道府県に報告することとなった。また、この報告とは別に各施設からレセプト情報をもとに４つの機能のそれぞれに対応した医療行為の実施量が集計される。

ただし各施設から報告される機能別病床数はあくまで各施設の「想い」であり、それが地域のニーズに合っているとは限らない。そこで厚生労働省からはDPCやNDB（National Database）の情報をもとに、各圏域の機能別病床数の参酌標準が提示されている。この情報と別途地域医療の現状について分析するために各都道府県に配布されている資料集（データブック）と病床機能報告の結果を踏まえながら、各都道府県及び各構想圏域で機能別病床数の配分や連携の方法など、医療提供体制のあり方を検討することが求められる。これが地域医療構想の本質である。

地域医療構想はあくまで医療計画の一部であり、そしてその策定は地域包括ケア体制の枠組みの中で考えられなければならない。各地域のデータ活用力が問われることになる。特にデータブックに収載されている情報を如何に活用するかが重要となる。特に急性期以後の医療の意義を再認識することが地域包括ケア体制の確立の鍵となる。

厳しい財政状況の中、医療関係者も効率的かつ適正な医療サービス提供体制の構築に努力する必要がある。そして、その努力をデータという形で国民に広く周知することが求められている。社会保障制度改革国民会議における永井良三委員の以下の意見は重要である。「日本は市場原理でもなく、国の力がそれほど強いわけではないですから、データに基づく制御ということが必要になると思います。ところが、その肝心のデータがほとんどない。・・・その制御機構がないまま日本の医療が作られているというところに一番の問題があるのではないかと思います。・・・そうした制御機構をどうつくるかという視点からの議論を是非していただきたいと思います。」

今後の医療政策のポイントはまさにデータに基づく管理である。今後、どのような改革を行うにしても関係者それぞれで痛みを分かち合うものにならざるを得ない。そのためには、地域医療構想調整会議を意見集約の場として上手に活用し、そしてその検討結果を地域医療計画・介護保険事業計画を策定していく仕組みづくりが重要になる。医療関係者の積極的な関与が求められている。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

●教育講演

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）

【地域包括ケアシステム】

地域包括ケアシステムとは、「要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく、本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組み」のことである。すなわち、「ニーズに応じて住宅が提供されることを基本とした上で生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されるような地域での体制」を指している。

【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・シティとしての機能も求められているのである。これはわれわれが提案している「高齢者健康コミュニテイ」と関連している。

【高齢者健康コミュニティの理念と機能】

「高齢者健康コミュニティ」の理念は、「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合すること」を支援することである。すなわち、「高齢者が自分の人生は良いことも辛いこともあった。さまざまな方にお世話になったが自分も社会に貢献できた。生まれてきて良かったと統合すること」を支援することである。

「高齢者健康コミュニティ」とは、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、介護の機能をもつ高齢者住宅、リハビリテーション施設、介護事業所、地域交流センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどを備えた複合施設を核として、他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅、高齢者の自宅及び病院をネットワークで結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステム」なのである。

【小規模多機能型居宅介護施設】

小規模多機能型居宅介護施設は、宿泊機能に加え、通いによるデイサービス機能、在宅高齢者への訪問介護サービス機能の３つの機能を併せ持つ。宿泊については１室４．５畳（７．４㎡）程度の個室となる。有料老人ホーム等が自宅扱いとなるのと異なり、泊まり扱いということになる。地域の高齢者最大２９名までを登録し、最大９名までの宿泊と１５名までの通いの定員で設置可能である。国は小規模多機能型居宅介護施設を推進しており、では小学校区あるいは中学校区毎に１施設設置することを計画している。小規模多機能居宅介護施設は、高齢者の状態に応じて異なるサービスを継続的に提供でき、同じ職員が担当するため、高齢者のトランスファーショックが起きにくいメリットがあると考える。また、リハビリの場としての機能を果たすことも可能である。単に、小規模多機能居宅介護施設だけを運営するのではなく、複合施設の一つとして機能させることで、日本版 CCRC の発展させる核となる可能性をもっていると考えている。

【おわりに】

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。そのためには、病院の主治医の努力だけでは時間的にも能力的にも困難であり、「チーム医療」や「連携」が求められているのである。そして、医療介護の効果的、効率的なシステムが求められている。在宅支援複合拠点を中心とした医療・介護・生活支援サービスからなる高齢者ケアが、求められている。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 39 - 60,　2017

一 般 演 題 抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ａ

介護施設における看取りと終末期ケア

河村　康司、熊谷　喜代子、永井　千晶、曽我部　香（田川市立病院）

[はじめに]今後、介護施設が看取りの場として大切な役割を担っていく必要があるがこれまでのところ田川地域の介護施設での看取りや終末期ケアに関する実態調査がなされていない。本研究の目的は田川地域の介護施設における看取りと終末期ケアに関する質問紙調査を行い当院が何をなすべきかを考察することである。

[方法]平成28年1月下旬田川地域の介護施設137施設の施設管理者宛に質問紙表を送付した。質問内容は平成27年1月1日より12月31日までの1年間の施設内での看取りの有無、看取りの人数、常勤医師数、嘱託医師数、日勤看護師数、夜勤看護師数、看取りや終末期ケアに取り組む意志の有無、看取りや終末期ケアに関する研修の有無、入居時の終末期に受けたいケアと医療や看取りについての話し合いの有無、緊急時対応での困難感の有無、点滴の可否、医療用麻薬の使用の可否である。施設で看取りを行う際の不安についての質問も行った。質問紙表が回収できた65施設（回収率47.4%）のデータを解析した。施設内の看取りの有無で2群に分類し常勤医師、嘱託医師、日勤看護師、夜勤看護師、施設内で点滴が出来る、施設内で医療用麻薬を使用できる、施設内で夜間も医療用麻薬を使用できる、看取りや終末期ケアに積極的に取り組む意志、看取りや終末期ケアに関する研修、入居時の看取りと終末期ケアについての話し合い、看取りや終末期ケアの緊急時対応での困難感について、それぞれの因子の有無で$\chi 2$検定を行った。解析結果は$P<0.05$で統計学的に有意と判断した。本研究は当院倫理委員会の承認を得て行った。また申告すべき利益相反はない。

[結果]①常勤医師がいる、日勤看護師がいる、施設内で点滴が出来ること、看取り、終末期ケアへ積極的に取り組む意志があることが施設内で看取りがあることと統計学的に有意に関連していた。②多くの介護施設では今後看取りを行いたいので準備態勢を取りたいと考えている。③介護施設職員は終末期ケアについての知識や経験は少ないが勉強会に参加する意欲は強かった。

[考察]田川地区の介護施設は看取り、終末期ケアへ積極的に取り組む意志はあるが経験、知識に乏しく不安をもっている。看取り、終末期ケアに関する勉強会に参加する意欲は強いので今後当院が介護施設職員対象に看取り、終末期ケアに関する勉強会を開催しようと考えている。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 39 - 60,　2017

一般口頭発表Ａ

九州がんセンターにおける訪問看護ステーションの医療モデルの構築

（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻　竹山由子）

【目的】

終末期になったがん患者を最期まで在宅での生活を支援するには、患者の身体的・心理的・社会的側面に包含している問題を把握し、治療の継続や中断、終了のタイミングを図りながら、患者の意思決定支援を行う人材が必要である。そこで、九州がんセンターで診療を受けた患者の在宅での生活支援を目的とし、訪問看護ステーションを設置し、医療モデルを構築することを研究目的とした。

【方法】

バランスト・スコアカードで訪問看護ステーションの枠組みを設計した。１．九州がんセンターで在宅移行が進まない要因の分析、２．理念の検討、3．4つの視点（財務、顧客、学習と成長、業務とプロセス）を基準に、ビジョンや戦略を達成するための鍵となる重要成功要因と目標達成度を計測するための行政評価指標を作成、4．バランスト・スコアカードの管理スケジュールを立案した。

【結果】

１．九州がんセンターにおいて在宅移行が進まない要因を、患者・家族・医療者・社会的な問題に分けて分析した。

２．理念の検討と戦略マップを作成した。業務プロセスの視点でスケジューリングを行い、学習と成長の視点で研修、マニュアルの作成、評価を行い、顧客満足度の視点で利用者数、訪問件数の増加を達成し、財務の視点で収益をあげ、3年間で経常黒字を達成することとした。

３．業務の視点

①ステーションの体制は、病院の一部門である「みなし訪問看護ステーション」より開始し、地域の在宅支援診療所と連携を図ることとした。②訪問看護の内容は、がん治療による異常の早期発見や副作用への対応、症状緩和や医療処置への対応、セルフケア向上の支援、意思決定支援、ターミナルケアなどとした。

４．教育と成長の視点

電子カルテや連携システムなどの構築、看護基準・マニュアルの作成、外部講師による講義、院外訪問看護ステーションへの実習、演習やロールプレイ・事例検討を内容とした。

５．　顧客の視点

患者、家族、院内スタッフ、地域の医療スタッフの立場から、それぞれ検討委した。

６．　財務の視点

看護師3名と非常勤事務1名で考えた場合、月の訪問回数の損益分岐点は280件となった。

７．バランスト・スコアカードの管理スケジュールは、3年間で経常黒字を目指すため、2年目後半からチェック機能を働かせ、3年目にはアクションプランの修正を行っていくことにした。

【考察】

がん患者の在宅移行に関しては、院内外のスタッフが困難を感じている中、患者の意思を尊重し、住み慣れた自宅で自立支援をしつつ、本人の望む医療を継続していくためには、患者の自律支援とケアの継続が重要である。シームレスなケアを提供するためには、急性期医療を提供する医療機関でも、在宅移行のシステムを作り上げる必要性がある。治療の開始時期から、在宅の視点をもって関わる訪問看護師が有機的に機能すると考える。患者本人が、最期まで自立して食事、排泄、入浴を行うための創意工夫が求められる。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 39 - 60,　2017

一般口頭発表Ａ

健脳リハビリテーションの現状と課題

○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】

厚労省は、厚生白書 2016 版の中で、40～59 歳の男女の84％が将来の高齢期の独り暮らしを不安に感じているという調査結果を紹介し、その対策として高齢者を地域全体で支える重要性を訴えている。医療法人健成会は、地域の整形外科ニーズに対応するために、鹿子生整形外科医院を昭和60 年に太宰府市五条に開業し、以来地域に必要なニーズに対応しデイケア、デイサービスを開設してきた。その中で高齢者の自立支援、生きがいに焦点をあてた、独自の予防システムである健脳リハビリテーションを創り上げてきた。一方、政府が構築を目指している地域包括ケアシステムにおいても、公助、共助のほかに自助、互助の予防の視点が強調されてきた。本研究は予防活動に重点を置いた、手足を動かし、脳を活性化し、”ぴんぴんきらり”の人生を具現化するための健康リハビリテーションの理念と具体的なプログラム、活動について報告するものである。

【対象と方法】

本研究の対象者は、デイサービス「ららら」、民間生活支援事業所「はなれ」、太宰府市および近隣都市の高齢者とする。本研究は、今まで培ってきた健脳リハビリテーションのプログラムを 4 つの枠組みで整理し、様々なニーズに応じた介護予防として利用しやすいプログラムとなるように改善・体系化してきた。

【結果】

1. 健脳リハビリテーションの定義と４つの枠組み

健脳リハビリテーションとは、運動器機能回復訓練だけではなく、高齢者ひとり一人の人生・生活背景を把握し、残存能力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リハビリである。なお、健脳リハビリテーションは、身心両面の健康につながる“身心安楽”を理念として、①健脳レク体操、②食養生、③メンタルケア、そして④創作活動の４つの柱でできている。健脳レク体操では、ロコモ体操、体力測定、脳トレ体操を中心とした各種体操、音楽に合わせたリズム体操やダンス等のプログラムを提供する。食養生では、クッキング・栄養教室や保存食づくり、さらに、ららら敷地内にあるこじか農園でつくった様々な野菜を自分達で食べる楽しみを提供する。メンタルケアについては、音楽療法、カラオケ、美容、朗読、アロマ・マッサージや季節行事やスポーツ大会のイベント等で構成され、また専門家による生演奏のらららコンサート等の生きがいを創出する活動はメンタルケアに大きな効果を発揮する。

2. 独自性の高い創作活動

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、脳の活性化を図るためのプログラムである。創作活動は、大きく二つに分かれ、個人の嗜好や希望に応じた個人アートワークと、全員参加型の集団アートワークである。個人アートワークのプログラムとしては、アイロンビーズ、ティシュアート、モザイコ、モザイク、ステンシル、刺し子（運針）、ダネラ等多様なものが用意されており、利用者はその中から、好きなものを自由に選択できる。一方集団アートワークの創作活動は、何らかのリハビリの要素がはいった作業を組合せ、全ての人が参加できる集団アートワークであり、高さ 2.5m、幅 5mの壁面構成を作成する。この壁面構成には、延べ 100 名以上の利用者が協働で参加する。その過程では、例えばねじったり、折り畳んだりした新聞紙や包装紙などの身近な材料を使用する。そして、それらを貼り付けたり、絵を描いたりして、菜の花や朧月夜、太宰府政庁跡や大海原などを完成させ、季節感豊かなアートに仕上げることにより、協働作業の喜びを共有する。高齢者の集中力は 15 分程度しか持たないといわれるが、長い時間集中されることもあり、90 歳の手習いでも若々しい感性が感じられる。

【これからの課題】

我が国は 2025 年を目標に地域包括ケアシステムの構築を目指しており、自助・互助の精神に基づいた介護予防活動が望まれている。医療法人健成会は太宰府市の東小学校校区の中心に位置し、この地区は高齢化が進んでいる。健成会では、この地区での地域包括ケアシステムの構築を考えており、その際、健脳リハビリテーションの活動はさらに重要になってくると考える。今後の課題としては、健脳リハビリテーションを教える人材の育成と公民館等の教える場所を増やす課題がある。人材については、元気な高齢者の育成を考えている。場所については、空き家等も利用した仕組みづくりを計画しており、健脳リハビリテーションが地域社会に貢献できるよう、創意工夫していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ａ

生涯活躍のまち（日本版 CCRC）構想の課題とビジネスモデルの提案

○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】

米国には記憶力や身体機能が衰えていく高齢者に対し、自立支援をしながら、同じ場所で最期まで継続したケアを提供できる CCRC(Continuing Care Retirement Community) という高齢者の「自立型住まい」を中心とした総合的な施設が普及している。一方、我が国では、地方の人口減少に歯止めをかける地方創生の施策の一つとして CCRC をもとにした「生涯活躍のまち（日本版 CCRC）構想」が推奨され、全国で多くの自治体がその実現に取り組んでいる。しかしながら、いまだモデルとなるような事例が生まれていない。本研究では、日本版 CCRC を実現するための課題と実現に向けたビジネスモデルを検討するものである。

【対象と方法】

研究対象は、米国の CCRC と内閣府のまち・ひと・しごと創生本部のもとで日本版 CCRC 構想を策定する自治体とする。方法は、米国の CCRC とまち・ひと・しごと創生本部の提案する日本版 CCRC 構想を比較検証し、日本版 CCRC を実現していくための問題点を整理し、実現するための具体的な解決策を提案する。

【結果】

（１）生涯活躍のまち（日本版 CCRC）構想と CCRC

地方創生の観点から取り組まれている日本版 CCRC は、中高年の希望に応じて地方、コンパクトシテイと呼ばれている地方の中心都市の駅に近い「まちなか」に移り住み、地域の住民（多世代）と交流しながら、健康でアクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができる地域づくりを目指すとあり、いわば面的整備を中心にした新しいまちづくりといえる。現在、全国の地方自治体 1797 のうち、263 の自治体が、基本構想、事業化に取り組んでいる。一方、米国の CCRC は、住宅、食事、ヘルスケアそして社会活動を残りの人生全体の中で加齢と共に変化していく高齢者のニーズにテイラーメイドで応えていく総合施設、資産と定義されており、日本版の面的なまちづくりとは異なる。

（２）地域包括ケアシステムと CCRC

厚労省は高齢者が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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括システムの実現を目指している。一方、米国の CCRC は自立型住宅を中心に同じ場所で最期まで暮らせえるエイジングインプレイスを具現化している。この両者には共通点が多く、CCRC は 100 年以上の歴史を持ち、現在およそ 200 カ所、80 万人程度が生活している実績があり、多くのノウハウが蓄積されており、地域包括システムの核として、日本版 CCRC を構築していく意義は大きいと考える。

（３）日本版 CCRC を実現するための６つの課題

我が国で日本版 CCRC を実現していくための課題として、次の 6 つの課題があるといえる。すなわち、①理念の構築、②適切な入居費用のハード、ソフトの開発、③要介護になったときの対応、④開発方法、経営方法の構築、⑤日米の意識と文化の違いへの対応、⑥時代に合わせた規則の制度改革、である。これらの課題の中でも特に入居費用と、自立型住いの方が要介護になったときへの対応の問題が大きな障害となっていると考える。そのため、次項でのべるビジネスモデスを通して問題点について具体的に説明する。

（４）日本版 CCRC のビジネスモデルについて

自立型住宅（居室面積 30 ㎡）を 18 室、介護型住宅（居室面積 13 ㎡）を 18 室のモデルを検討している。例えば自立型住宅の建築開発費用が 1200 万円であった場合、賃貸にした場合家賃は約 10 万円となる。入居期間が 10 年の場合、家賃の支払が 1 年間に 120 万、10 年間で 1200 万円が必要である。もし米国のように、1200 万円を権利金として認められれば、10 年後の退去時に 1200 万円が相続者に返還され、大変格安な仕組みとなる。また、入居者が要介護になった場合、介護型住宅を特定施設として認可してもらえれば、24 時間の介護、支援が柔軟にできるが、ケアプランを作成し、様々なサービスを受ける形では、24 時間の見守り支援体制ができない。このように、日本版 CCRC を構築していく上では、費用の問題と、24 時間の介護への対応に関する改革が必要である。

【考察】

我が国でも、高齢者は最期まで自立した生活ができることを望んでいる。収容型の医療機関や施設ではその願いの実現は困難である。認知症があっても身体の麻痺があっても、残存機能を生かして自立を支えるハードとソフトが求められているのである。高齢者の変化していくニーズに対応して、その人らしく生きるための支援に対応できる日本版 CCRC の実現が望まれている。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｂ

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 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（医療法人玉昌会）

【目的】

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。すなわち，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。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。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。

【方法】

病床機能を見直し，急性期病院での治療後の回復期リハビリから在宅までのケアを担うために，一般病棟を地域包括ケア病棟へ転換し，回復期リハビリ病棟，医療療養病棟，介護療養病棟の基準を上げ，病院全体の機能強化を行ってきた。今回再構築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。

【結果】

2015 年 10 月から配置している専従の渉外担当者が姶良・霧島地区の医療機関の営業を行い，2 周目が終わった頃の 2016 年 2 月より稼働病床が増え始め，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。またその後，稼働率が少し減少することがあったが，また 2017 年 1 月頃より稼働率が上昇し，320 床を維持できるようになってきた。また，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 月の稼働率は 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%まで上がり，その後も高い稼働率を維持することができた。

【考察】

今回，このような結果が得られた理由として，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。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。

【結語】

当院がこれからも高い入院稼働を維持し，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。それによって，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。これからも現在取り組んでいる病院の新築移転を含むコンパクトシティー構想『ＪＯＹタウン』プロジェクトに向けて地域に貢献する病院づくりを行っ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12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｂ

レセプトデータを用いた認知症関連医療圏移動分析

姜鵬[1)]　藤田貴子[2)]　原野由美[1)]　馬場園明[3)]

1）九州大学大学院医学系学府医学専攻　2）九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻 3）九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【目的】

福岡県では、平成９年から現在の 13 の二次医療圏が設定されてきた。しかしながら、精神科医療では県では医療圏は１医療圏とされており、これは現実的ではない。一方ではでは精神科医療以外では、13 の医療圏が設定されている。そこで、本研究は福岡県後期高齢者医療制度のレセプトデータを使い、認知症による入院の現状を分析することによって、現在の二次医療圏設定に関して検証することを目的とした。

【方法】

研究は福岡県後期高齢者医療制度のレセプトデータを対象とした。調査期間は 2014 年４月１日から 2015 年３月 31 日とした。対象者は期間内に認知症（ICD10 コード：F051、F00、F01、F02、F03、G30）による入院のあるものとし、疑い・後遺症によるものを除外し、入院ごとに集計してから完結率、移動率と交流率を計算した。入院履歴は病棟区分によって一般・精神と療養に分けた。指標の算式を以下のように定義した。

$$完結率＝\frac{県内受診者数}{居住医療圏における患者数}$$

$$流入率＝\frac{圏内に流入患者数}{居住医療圏における患者数}$$

$$流出率＝\frac{圏外へ流出患者数}{居住医療圏における患者数}$$

純移動率＝流入率−流出率

総移動率＝流入率＋流出率

交流率は二つの地域に居住・入院医療圏の間にある患者移動の相対的力を代表して、医療圏集約の指標とした。

【結果】

対象者 9727 人のうち、男性は 3179 名で(32.7%)、女性は 6548 名がいた。年齢は 65 歳から 106 歳で、85 から 94 歳の対象者が多かった(48.4%)。受診は県内 9497 名で、県外 230 名がいた。入院について、一般病床は 1075 名で、精神病床は名 3039 で、療養病床は 2344 名がいた。完結率・移動率のうち、完結率が高かったのは京築医療圏で、一番低かったのは宗像医療圏だった。総移動率について、一番高かったのは粕屋医療圏で、最も低かったのは北九州だった。交流率を以下のように示した。うち、交流率が２以上は宗像・粕屋（4.77）、朝倉・久留米（2.92）と飯塚・田川（2.90）であった。1.5 以上は朝倉・筑紫（1.53）、久留米・八女（1.51）と直方・飯塚（1.88）であった。完結率の低い医療圏に集約される必要がある。交流率が 1.5 以上を基準とすると、７医療圏に集約されるのが適切であった。集約された完結率は以下のようになった。

居住圏域	完結率	流入率	流出率	純移動率	総移動率
福岡・糸島	84.89%	11.70%	15.11%	-3.42%	26.81%
粕屋	74.00%	50.70%	26.00%	24.71%	76.70%
宗像	61.16%	15.59%	38.84%	-23.25%	54.43%
筑紫	69.73%	23.88%	30.27%	-6.39%	54.15%
朝倉	62.42%	16.22%	37.58%	-21.37%	53.80%
久留米	82.00%	12.30%	18.00%	-5.70%	30.30%
八女・筑後	85.95%	18.43%	14.05%	4.38%	32.48%
有明	83.21%	6.11%	16.79%	-10.69%	22.90%
飯塚	61.55%	13.33%	38.45%	-25.11%	51.78%
直方・鞍手	70.78%	33.05%	29.22%	3.83%	62.27%
田川	92.33%	26.16%	7.67%	18.49%	33.83%
北九州	92.14%	2.97%	7.86%	-4.89%	10.83%
京築	92.50%	5.89%	7.50%	-1.60%	13.39%

		医療機関医療圏												
		福岡	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女	有明	飯塚	直方	田川	北九州	京築
居住医療圏	福岡	−	1.27	0.19	0.69	0.09	0.01	0.06	0.01	0.03	0.04	0.02	0.01	0.00
	粕屋	0.94	−	0.52	0.92	0.00	0.03	0.09	0.00	0.00	0.19	0.00	0.01	0.00
	宗像	0.04	4.77	−	0.06	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.23	0.00	0.18	0.00
	筑紫	1.10	0.18	0.00	−	0.51	0.40	0.07	0.04	0.00	0.05	0.04	0.01	0.00
	朝倉	0.07	0.00	0.00	1.53	−	2.92	0.26	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.00
	久留米	0.04	0.02	0.00	0.19	1.22	−	1.51	0.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	八女	0.04	0.06	0.00	0.09	0.00	0.50	−	1.10	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00
	有明	0.02	0.03	0.14	0.00	0.00	0.63	0.50	−	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
	飯塚	0.07	0.43	0.00	0.04	0.00	0.05	0.00	0.00	−	1.21	2.90	0.03	0.03
	直方	0.02	0.50	0.56	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	1.88	−	0.91	0.29	0.05
	田川	0.02	0.00	0.05	0.00	0.12	0.00	0.00	0.03	0.63	0.67	−	0.02	0.23
	北九州	0.01	0.07	0.25	0.03	0.00	0.01	0.00	0.00	0.03	0.71	0.18	−	0.15
	京築	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13	0.05	0.30	0.10	−

		圏域面積 (km²)	圏域人口 (人)	完結率			
				全体	一般病床	精神病床	療養病床
居住医療圏	福岡	559.08	1,616,662	84.9%	93.4%	88.7%	86.3%
	粕屋	612.7	866,651	80.0%	76.5%	86.5%	70.1%
	宗像						
	筑紫						
	朝倉	1395.76	676,907	87.9%	92.2%	89.5%	83.5%
	久留米						
	八女						
	有明	263.81	225,253	83.2%	88.0%	89.2%	0.0%
	飯塚	984.58	420,498	93.8%	96.4%	97.2%	79.3%
	直方						
	田川						
	北九州	601.32	1,100,070	92.1%	91.7%	86.9%	93.6%
	京築	569.15	186,472	92.5%	84.6%	83.1%	95.0%

【考察】

この研究では 13 の二次医療圏を前提として、結果として７医療圏に集約することができた。再設定に関して、福岡県にがん診療に関して行われた先行研究の結果と違って、本研究では粕屋と宗像が同じ医療圏に集約され、筑紫医療圏は久留米医療圏に集約された。この結果から、疾病により適切な医療圏は異なる可能性がある。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｂ

虚血性心疾患における保険者別入院医療行動に関する研究

藤田貴子[1)]　安井みどり[2)]　原野由美[2)]　姜鵬[2)]　馬場園明[3)]

1) 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻 2) 九州大学大学院医学系学府医学専攻 3) 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【目的】

二次医療圏では入院医療提供体制の確保を図ることとされているが、福岡県においては平成９年に、十分な医療提供体制が整備されている根拠は示されていないにもかかわらず、現在の二次医療圏が決定されている。地域医療構想においては、ナショナルデータベース（ＮＤＢ）のレセプトデータ及びＤＰＣデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、将来の医療需要について二次医療圏を基本として推計することとされている。患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値で分析し需要を推計することとされているが、被用者保険については、患者住所地が明らかでないとして情報が含まれておらず、疾病別のニーズについても検討がなされていない。

また、先行研究において医療圏の検討は行われているものの、単一の保険者データやＮＤＢを利用したものである。

本研究では、福岡県の国民健康保険加入者のレセプトデータから、緊急性の高い虚血性心疾患に焦点を当て、二次医療圏における入院受療行動の現状を診療行為別に可視化し、被用者保険のデータを利用した先行研究と比較して医療圏の設定について検証する。

【方法】

平成26年度の福岡県国民健康保険加入者のレセプトデータを対象とし、虚血性心疾患について、福岡県の13の二次医療圏別患者居住圏域と医療圏域を基に、二次医療圏完結率、移動率、交流率を算出した。レセプト内の診療行為コード、区分番号を利用し、経皮的冠動脈形成術、冠動脈・大動脈バイパス移植術のあるものを抽出し、疑い、後遺症によるものは除外した。

また、虚血性心疾患による入院全体における交流率が高い医療圏を集約させ、新たな医療圏の設定について検証し、先行研究がされている全国健康保険協会福岡支部の結果との比較を行った。

なお、レセプトデータは、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。

【結果】

対象者は 5,958 人、男性 4,390 人、女性 1,568 人で男性が多かった。年代別にみると、60 代、70 代、50 代の順に多かった。虚血性心疾患による入院は 7,601 件で、経皮的冠動脈形成術による入院は 2,909 件、冠動脈・大動脈バイパス移植術による入院は 172 件であった。

虚血性心疾患においては、各医療圏内に入院医療機関があるものの、医療圏や診療行為により完結率が 0～100％と差が大きく、集約化の必要性が認められた。

交流率が 1.50 以上の医療圏を集約した場合、５医療圏を構築でき、完結率が 0％～100％となった。2.00 以上の医療圏を集約した場合、8 医療圏を構築でき、完結率が 0～98.5％となった。冠動脈・大動脈バイパス移植術においては、入院可能な医療機関がない医療圏がみられた。

なお、全国健康保険協会福岡支部のレセプトデータを使用した虚血性心疾患に関する先行研究では４医療圏への集約が提言されている。

【考察】

虚血性心疾患について、福岡県の二次医療圏内では医療が完結できていないことが本研究においても明らかになった。また、全国健康保険協会福岡支部のレセプトデータを使用した虚血性心疾患に関する先行研究と同様の方法を用いて医療圏の検証を行ったが、新たに作成した医療圏の一部は先行研究と一致したものの、新たな医療圏の設定に関しては異なった結果となった。先行研究の結果も併せて考慮すると、現在の二次医療圏で入院医療が完結していないことは明らかであり、集約が可能であること、保険者により受診行動に差がみられることが明らかとなった。

これらのことから、医療圏の見直しを行う際は、単一の保険者データやＮＤＢだけを利用するのではなく、総合的に検討する必要性があると思われる。

キーワード：二次医療圏、虚血性心疾患、保険者

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｃ

福岡県の後期高齢者における医師による在宅看取りに関する医療政策の評価

○坂西 洋[1)]，藤田 貴子[1)]，姜 鵬[2)]，馬場園 明[3)]
[1)]九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻 [2)]九州大学大学院医学系学府医学専攻 [3)]九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【目的】

福岡県の後期高齢者における医師による在宅看取りの実態把握および在宅療養支援診療所（以下、在支診）等による夜間・緊急時の対応に医療政策が与えた影響を明らかにする。

【対象と方法】

調査期間は2010年4月1日から2015年3月31日までの５カ年とした。対象は福岡県後期高齢者医療制度の被保険者とし、75 歳以上かつ調査期間内に死亡した者を適格基準とした。また、2015年3月31日時点において生存していること、あるいは65 歳以上 75 歳未満の障害認定者である者を除外基準とした。使用データは、福岡県後期高齢者医療広域連合に請求された医科レセプトを用いた。はじめに、調査期間内に死亡した75歳以上の被保険者のうち、在宅死に係る加算（看取り加算、死亡診断加算_往診料、死亡診断加算_訪問診療料）を算定されている被保険者を「医師による在宅看取り」、医師による在宅看取り患者数を全死亡者数で割った値を「医師による在宅看取り率」と定義し、それぞれの加算種別を同定した。次に、当該被保険者のID毎に死亡前３カ月間の夜間・緊急時往診料を抽出し、年度別・加算別・施設別のデータベースを構築した。データ解析については、はじめに、福岡県における後期高齢者総死亡数および医師による在宅看取り数の経年的変化を明らかにするために、当該被保険者を年度別・性別に集計し記述した。次に、当該被保険者を居住地別に集計し、72市区町村別医師による在宅看取り率の経年的変化および年度毎の上位・下位５自治体を記述した。さらに、在宅医療提供施設の機能評価の指標として、当該被保険者の死亡前３カ月間の夜間・緊急時往診回数およびそれらの割合を年度別・施設別・加算別に集計し記述した。最後に、それらの被保険者あたり回数を算出し、年度毎の中央値および四分位範囲を求め、診療報酬改定が行われた 2012 年度から 2014 年度間における当該加算算定回数の増加に統計学的な有意差があるかについて、Kruskal-Wallis 検定を用い有意水準 5%で解析を行った。

【結果】

調査期間内に死亡した後期高齢者は 176,131 名であった。医師による在宅看取り数は2010年度から2014年度にかけて増加傾向（881名、895名、1,999名、2,198名、2,509名）を認め、女性の占める割合が平均66%と総死亡の 54%と比べ高い傾向にあった。また、医師による在宅看取り数に準じて、同在宅看取り率も2010年度から2014年度にかけて増加傾向（2.6%、2.6%、5.6%、6.1%、6.8%）を認めた。市区町村別の同在宅看取り率には 0%から 22%までの開きがあり、地域差を認めた。2014 年度に同在宅看取り率が最も高かったのは大木町の 22.3%、次いで築上町 14.2%、久留米市 13.4%、広川町 13.4%、八女市 13.2%であった。最も低かったのは大任町の 0%、次いで新宮町 0.7%、篠栗町 1.6%、川崎町 1.8%、宮若市 2.2%であった。施設別・加算別の夜間緊急時・往診回数においては、在支診以外の一般診療所の占める割合が、死亡診断加算では約 55%と高く、全加算総計においても約 30%を占めた。また、被保険者あたり夜間・緊急時往診回数については、診療報酬改定が行われた 2012 年度から 2014 年度間における顕著な増加はみられず、統計学的に有意な差は認められなかった。

【考察】

市区町村別の医師による在宅看取り率に地域差を認め、今後はこれらの実態を踏まえ地域の実情に応じた医療計画を策定する必要性が示唆された。医師による在宅看取り患者に対する夜間・緊急時の対応においては、在支診以外の一般診療所の占める割合が高かった。また、2012 年度から 2014 年度間における在支診等による実施回数に顕著な増加も認めなかったことから、在宅医療推進に向けた医療政策がうまく機能していないことが示唆された。今後の課題として、ターミナルケアや訪問看護の実施状況ならびに医師による在宅看取り患者の疾病構造等も踏まえたより詳細な実態把握が求められる。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｃ

がん登録の予後調査を機会とした個別選択的な情報コミュニケーション
～がん登録データの情報活用に関する取り組み～

○小原　仁[(1)]、増田由佳[2)]、水谷駿介[2)]、吉武美樹[2)]、小森園康二[3)]

[1)]南風病院医療情報部、[2)]南風病院臨床研究支援室、[3)]南風病院肝臓内科

【はじめに】

我々はがん登録実務者の経験や能力に依存しないケースファインディングとして、がん登録候補を確率的に判別する予測モデルを開発した。この判別能は、感度0.917、特異度0.970、登録候補患者の除外割合92.3%と高い判別精度の成績を得ることができ、がん登録候補の抽出に係る作業の大幅な効率化を実現した。

一方で、がん患者に提供した診療の事後評価や将来に向けた臨床研究など、医療の質への貢献には十分な時間を割けておらず、またがん登録データの情報活用や自院の診療機能を地域へ伝えるといった情報発信についても手をつけることができずにいた。

そこで、事務作業の効率化で確保できた時間をもとに、がん登録の予後調査を機会とした医療の質への貢献とがん登録の情報活用に関する企画展開を行ったので、その試みと評価を報告する。

【対象と方法】

予後調査の対象は2006年から2014年の院内がん登録データから当院で初回治療した肝がん症例を対象とした。そのうち、最終観察日から365日を経過した症例について予後調査を実施した。予後調査は連携施設への郵送調査と患者本人または家族への電話調査の二段階とした。

郵送調査は一次発送施設から別施設へ再紹介された二次施設まで追跡を行うこととした。次に郵送調査において予後不明な症例は医師による電話調査を行った。その際に受診の必要性があると医師が判断したものについては、かかりつけ医などへの受診勧奨を行うことにした。なお、調査後における予後判明割合の目標は95%以上とした。

予後調査実施後における情報のフィードバックについては、最終の予後判明割合、病期別の患者属性、累積生存率、観察期間中央値などの要約情報のほか、予後調査の対象症例を含む臨床研究の成果、参加可能な臨床研究／治験に関する情報など、地域で当該施設が担うべき役割を示唆する診療情報を提供した。

【結果】

当院で初回治療された肝がんの登録は585例であった。このうち予後の判明していない初回治療症例は72例、予後判明割合は87.5%であった。

対象症例に関連する連携施設へ行った郵送調査は一次郵送施設43施設、一次郵送施設から再紹介された二次施設7施設に追跡を行った。郵送調査の回収率は84.5%、予後判明症例は36例であった。郵送調査においても予後の判明しなかった残りの36例について、医師による電話調査を実施した結果、新たに25例の予後が判明し、そのなかでかかりつけ医をもたない長期未受診者4名に対し受診勧奨を行うことができた。

予後調査後における予後判明割合は調査前87.5%、郵送調査後93.5%、電話調査後98.1%に改善し、観察期間の中央値は調査前781日から調査後1044日となった。

また、予後調査後における情報のフィードバックについては、肝がん登録を行った症例に関係する紹介施設209施設を対象に個別選択的に情報還元を行った。

【考察】

予後調査を機会とした連携施設からの応答率は高い反応であった。これは画一的な広報誌の発送やアンケート調査では困難な情報コミュニケーションの機会になると考えられた。自院から紹介した患者の予後情報や関連する診療情報は、特別な意味合いをもつ情報として共有される可能性がある。こうした具体的な症例を通した情報発信はマス・マーケティングでは補うことのできない個別選択的な情報共有を期待できた。

今回のがん登録データを用いた企画展開を通して、臨床現場の関心と重なる企画提案はお互いの信頼関係を深める機会となったとともに、かかりつけ医を持たない長期未受診患者への受診勧奨にもつながったことから、患者、連携施設、自院といった地域医療を構成する関係者の価値増大に貢献できる機会となった。

今後も医療の質や経営の質の価値増大に貢献できるような情報の利活用を企画展開していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　39 - 60,　2017

一般口頭発表Ｃ

アトルバスタチンの先発品と後発品の臨床的アウトカムに関する検討

○原野由美、姜鵬、藤田貴子（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）

【はじめに】

我が国において先発品から後発品への変更を促す働きかけが精力的に行われているが、欧米諸国ほど切り替えが進んでいないのが実情である。その一因として先発品と後発品の臨床的なアウトカムに関する比較研究が進んでいないことが挙げられる。今回、我々は代表的なHMG-CoA阻害薬であるアトルバスタチンの先発品と後発品のLDLコレステロール(LDL-C)値、肝機能酵素(GOT,GPT)の値と、主要な血管イベントである虚血性心疾患、脳梗塞の新規発症率を比較検討した。

【方法】

研究は、全国保険協会福岡支部の被保険者の健診データと保険請求データを用いて行った。研究デザインは後ろ向きコホート研究とした。先発品、後発品ごとのLDL-C値、肝機能酵素の差の解析では、対象者は、健診受診月、前月、前々月に計56日以上の調剤が確認された被保険者とし、年齢、性別、併存症（冠動脈疾患、脳梗塞、高血圧症、糖尿病、閉塞性動脈硬化症、甲状腺機能低下症、肥満、糸球体濾過量低下）を考慮してPropensity scoreを用いて比較を行った。虚血性心疾患、脳梗塞の新規発症率の解析は、平成25年4月1日から平成27年3月31日までを追跡期間とし、生存分析を行った。対象者はイベントもしくは追跡終了までの期間の80%以上の日数分の調剤の確認されている被保険者とした。なお、双方の解析において、先発品と後発品の切り替えを行った症例は除外した。

【結果】

LDL-C値の比較に関しては、対象者は5,856人であり、後発品使用者の割合は2,957名(50.5%)であった。先発品使用者のLDL-C値の平均値は108.0mg/dl、後発品使用者では108.1mg/dlであり、Propensity scoreを用いた解析においても、平均処置効果(ATE)は0.68(95%信頼区間(CI), -0.752-2.12; p=0.350)と有意差は認めなかった。GOT(ATE=0.298; 95%CI,-0.457-1.05;p=0.439), GPT(ATE=0.517;95%CI, -0.626-1.65; p=0.375)においても同様に有意差を認めなかった。虚血性心疾患に関する解析の対象者は2,108名であり、後発品使用者の割合は、1,248名(59.2%)であった。新規に虚血性心疾患を発症した対象者は128名(6.07%)であり、そのうち67例(52.3%)が後発品使用者であった。コックスハザードモデルで、年齢、性別、併存症を考慮して分析したが、有意差は認めなかった(ハザード比(HR), 0.758; p=0.124; 95%CI,0.532-1.07)。脳梗塞に関する解析でも同様に有意差を認めなかった(対象者:2,542名,後発品使用者数:1,501名(59.1%),イベント数:59例(2.32%),脳梗塞新規発症者における後発品使用数40名(67.8%), HR=1.53, p=0.126, 95%CI:0.885-2.68)。

【考察】

本研究において、アトルバスタチンの後発品の使用が、先発品と比較して、LDL-C値や肝機能酵素の上昇、虚血性心疾患、脳梗塞の新規発症の増加に寄与するという知見は認めなかった。脂質異常症は代表的な慢性疾患の一つであり、患者数が多く、後発品への切り替えによる薬剤費の節減効果は極めて大きいと考える。このような慢性疾患の先発品と後発品の比較に関するエビデンスを積み重ね、臨床の場に反映させていくことは、わが国の医療費の増加抑制に対して重要な意味を持つと考える

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 61 - 65,　2017

第１０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～

「地域医療構想と病院のデサイジング」

平成２９年２月１８日（土）

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　61 - 65,　2017

プログラム

テーマ：「地域医療構想と病院のデサイジング」

開会・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

「地域医療構想：病院のデサイジングにどう対応すべきか」

座　長：九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明
演　者：東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授　藤森　研司

Ⅱ．実　践

「地域医療構想を見据えた７：１急性期病棟から地域包括ケア病棟への変更」

座　長：田川市病院事業管理者　齋藤　貴生
演　者：地方独立行政法人筑後市立病院理事長・院長　吉田　正

＊＊＊＊＊休　憩：*15：50～16：00*　＊＊＊＊＊

「慢性期病院から高齢者住宅・在宅医療への展開：地域医療格差も踏まえて」

座　長：国立病院機構福岡東医療センター　院長　上野　道雄
演　者：医療法人財団華林会村上華林堂病院理事長　菊池　仁志

対話形式の討議　　16：50～17：30

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

対話参加者：講演者・座長・当日出席者

閉会の挨拶　　17：30～17：40

医療法人豊資会理事長　加野　資典

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 61 - 65,　2017

「地域医療構想を見据えた７対１急性期病棟から地域包括ケア病棟への変更」

地方独立行政法人　筑後市立病院　院長　吉田　正

□地域のニーズ予測

当院は福岡県南部に位置する筑後市（人口４万９千人）にある地方独立行政法人の病院であり、八女筑後医療圏に属している。

当医療圏は 2025 年時点で急性期病床が過剰となり高度急性期と回復期が不足すると推定されている。また、筑後市には回復期病床を持つ病院がないという特徴もあった。

□当院を取り巻く環境

患者から「すぐに退院させられる」という意見が病院や市に寄せられており、急性期機能の病院としての役割と患者の意識とのギャップを埋められずにいた。一方で、2014 年度診療報酬改定による７対１要件の厳格化により、医療・看護必要度は 15～17%と推定されたものの、同年８月から予定している ICU 稼働開始を考えると改定後の安定した基準のクリアは厳しいと判断した。

□検討と実行

病棟機能の変更に伴う収入を「病院全体で入院患者延日数は増えない」厳しい試算と、「地域包括ケア病棟分が入院患者延日数増となる」緩い試算を行なうと共に、その他課題を含めて院内検討を重ね、2014 年 10 月の地域包括ケア病棟化を決断した。

実行に際して「各種指標の見える化と共有」、「ベッドコントロール機能強化」に注力した。前者では、複数のシステムに分散している多職種で共有すべき情報を在院患者リストとして一覧化したこと、後者では、病床管理委員会の立ち上げなどが代表例としてあげられる。

□地域包括ケア病棟化後の結果と検証

病床利用率は平均在院日数の短縮につれて低下し変更直前には 65%を割る月もあったが、変更後には 85%超まで改善し収益的にも上半期の落ち込みをカバーする結果となった。

一方で、病院としての大きな変更に対して PDCA の観点から１年後のレビューを行なった結果、各種の在宅復帰機能強化型施設との連携強化といった退院先の課題のほか、他院の急性期や老人保健施設等からの受け入れやサブアキュート機能強化の必要性も判明した。

□まとめ

病床機能の検討には地域医療構想を見据え、公開データ等をもとに地域ニーズに合わせた対応が重要であり、実行に際しては綿密なシミュレーションに加え、推進するための活発な多職種チーム活動が必要である。また、PDCA サイクルを用いて、病院の基本理念・基本方針を追及し続けていくことが大切である。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　61 - 65,　2017

慢性期病院から高齢者住宅・在宅医療への展開：地域医療格差も踏まえて

医療法人財団華林会　村上華林堂病院　理事長　菊池仁志

昨今の医療の世界では団塊の世代が後期高齢者に達する 2025 年に向かって、地域包括ケアの名のもとに在宅医療を中心とした地域支援体制の構築が急がれている。

村上華林堂病院は、大分県中津市の奥平藩御典医、村上医家の理念を継承した村上記念病院の分院として 1982 年に地域のプライマリケアを担う病院として設立された。

2002 年には、福岡市でも先行してホスピス・緩和ケア病棟を立ち上げ、終末期医療に取り組み、2006 年には、神経難病診療を始めると共にその在宅医療の必要性より、よく 2007 年に在宅診療部を立ち上げ、本格的に在宅支援体制を充実させていった。2015 年には、在宅に代わる長期療養の場としてサービス付き高齢者住宅（サ高住）を開設し、地域の在宅支援病院としての役割を担ってきた。特にサ高住は病院に隣接した位置にある事より、医療度の極めて高い患者療養の場となり、一病棟としての機能を担いながら積極的に終末期ケアも行っている。サ高住はその医療ニーズの高さから、需要は極めて高く、開設 1 年後からほぼ満床の状態を維持し、病院経営に大きく貢献できている。さらに、地域公民館や商業施設での健康指導はもとより、昨年より病院周辺の 2 つの包括支援センターのエリアを中心に医療介護ネットワーク（4，7 ネット）を立ち上げ、定期研修会などを通して医療・介護連携の充実を図っている。神経難病や緩和ケアの在宅医療を行う上においては、長期在宅支援のための医療・介護ネットワークは必須であり、10 年前からのこれらの取り組みは、自然の流れとして現在の地域包括ケアという概念と合致するものとなっている。さらに、2013 年より、本院である村上記念病院においても、これまで中心としていた透析医療に加え、神経難病診療を開始し、医療連携室の充実を行っている。

村上華林堂病院、村上記念病院ともに急性期病院の受け皿として、慢性疾患患者を終末期に至るまで看るという立場は同じであるが、都会と地方の医療格差は顕著であり、在宅医療や地域包括ケアの在り方も大きく異なる現状がある。本講演では、村上華林堂病院のこれまでの試みを中心としながら、地域医療格差の現状も伝えることで、諸先生方が慢性期病院から高齢者住宅・在宅医療への展開を考える一助にしていただければ幸いです。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 67 - 73,　2017

第１１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～

「情報システムと地域医療ネットワーク」

平成 29 年 8 月 19 日（土）14：00～

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　67 - 73,　2017

プログラム

テーマ：「情報システムと地域医療ネットワーク」

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

「情報システムを利用した地域医療連携の構築と評価」

演　者：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座 医療情報学 准教授 松本　武浩

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

「人がその人らしく暮らすには〜電子カルテの改造を中核とした地域医療ネットワーク〜」

演者：国立病院機構福岡東医療センター名誉院長　上野　道雄

休　憩　15：50〜16：00

座長：飯塚市立病院管理者兼病院長　武冨　章

「モバイル・デバイスを活用した生涯カルテの構築」

演　者：社会医療法人高橋病院理事長・病院長　全日本病院会常任理事　高橋　肇

対話形式の討議　16：50〜17：30

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

対話参加者

講演者、座長

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12巻　第1号　67 - 73,　2017

質の高い地域完結型医療のために必要な地域医療ネットワーク
～長崎県@あじさいネットの 13 年間の取組みと経営効果～

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座　医療情報学
准教授　松本　武浩

医療費高騰対策として政府は、病院完結型から地域完結型医療への移行、入院診療への包括請求(DPC)の導入、在院日数短縮と地域医療構想による病床数削減誘導等を進めてきた。その結果、この 20 年で着実に在院日数は短縮し病床数は減少し、今もなおその傾向は持続している。このため医療機関の破綻や閉院も増えつつあり、今や、有効な経営戦略が必須となった。一方、電子カルテと高速ネットワークの普及により生まれた地域医療ネットワークは、地域完結型医療の普及によりその重要性が増し、すでに全国 300 か所以上の地域で構築され利用されている。本発表では、13 年に及ぶ運用期間に年々規模と運用地域を拡大し、その運用実績から最も成功したモデルと言われている長崎県のあじさいネットの機能を通じて、地域医療における価値と病院経営に対する位置づけを述べる。

あじさいネットは 2004 年に NHO 長崎医療センターの電子カルテをリモートデスクトップ機能により 30 か所の診療所で共有し診療利用したのが起源である。その後、長崎市を始め長崎県全域の 33 拠点病院の全電子カルテ情報(医師記録、看護記録を含む)を 350 の医療機関で共有する広域ネットワークへと発展した。共有している患者カルテ数は 68,000 人分で、月 1,000 人ペースで追加されている。一方、わが国の医療システムの特徴は国民皆保険とフリーアクセス制である。このフリーアクセス制は医療提供の機会均等性に優れているが、その結果、自身のカルテ情報が数多くの医療機関に分散保存され、新たな医療機関の受診時には利用できない。これに対し GP 制度を採用している英国や北欧の診療所では、生まれてから一生分のカルテが保存され日々の診療に有効活用されている。また、何らかの症状があり医療機関を受診した際の診断上、病歴は極めて重要であり、過去の病歴や検査結果が利用できれば短時間に正確な病歴把握と検査結果比較による迅速な診断が可能となるが、これを GP やあじさいネットでは実現しているのである。自院で診断あるいは治療ができないケースは、拠点病院に紹介される。これもカルテ情報の分散を助長するが、あじさいネット利用者は、紹介後の正確な診断・治療過程をモニタリングし最新の診断方法や治療を学習している。多くが DPC を導入している急性期病院の病院経営において、紹介患者の安定確保は生命線である。このため前方連携としての FAX 初診予約、病院機能や専門医紹介等の広報、紹介医訪問など、多くの急性期病院が努力しているが、地域医療情報ネットワーク導入も紹介の強力なインセンティブとなのである。またあじさいネットでは、カルテ情報の共有機能以外にも、病院間カンファランスや遠隔診療に発展しつつある TV 会議システムや逆紹介後の専門診療支援のための地域ネットワーク型パスを導入している。これらは地域完結型医療時代の治療中途での転院、退院に対し紹介先での適切な医療の実施、紹介元からの診療内容確認、非専門医師に対する専門診療の支援等に効果的と思われる。以上により、質の高い地域完結型医療に、地域医療ネットワーク導入は必須であり、病院経営上も有効と考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　67 - 73,　2017

電子カルテを中核とした地域医療ネットワーク

東医療センター　上野道雄

電子カルテを中核とした地域医療ネットワークを、下記の看護情報、統合患者情報を除き、基本部分を構築し、部門の意向を聴取して実用画面を作成している。

１．目的

１）電子カルテを中核とした地域医療ネットワークで、地域が必要とする病院患者情報を、必要な時に判りやすい形式で提供する

２）電子カルテを中核とした地域医療ネットワークで、病院と地域が空間的、時間的制約を克服して、忌憚のない協議を行い、情報共有を実現させる（電子化多職種協議）。

２．電子カルテを中核とした地域医療ネットワークの機能

１）電子化多職種協議

① 電子化多職種協議

・ 多職種の記載画面を関係医療職に一斉送信し、医療職は手がすいた時間に意見や疑問を電子化協議画面に記載する。一定時間ごとに一斉送信を繰り返し、記載（会話）を繰り返して、関係者で疑問を解消する過程で情報共有する。

・ 院内外の医療職は手の空いた時間に、パソコンに集積された多職種の情報を閲覧し、自分の所信を入力する。時間的、空間的制約が克服される。電子化多職種協議の過程で地域内の医療・介護の連携も図られる。

② 地域発多職種協議

・ かかりつけ医の紹介状やケアマネージャーの情報提供書の入院に関する目的事項や紹介理由を課題として、病院の多職種が参加した院内外の協議の過程で病院と地域の齟齬を解消する。

・ 退院が近づくと、地域のかかりつけ医や後方病院では、安心な在宅医療、安寧な転院生活を送るための疑問や確認等を課題として、院内外で協議を行い、在宅環境を反映した病院情報を完成させる。

③ 病院発多職種協議

・ チーム医療（褥瘡、ＮＳＴ、ＩＣＴ、がん緩和、口腔ケア）での疑問や問題点、週ごとの回診事項を地域に発信して、院内外で協議を行う。

・ 看護を看護計画で整理すると、退院後の問題点や継続的な解決に向けた依頼等が浮上する。この問題点や依頼事項を課題として、院内外で協議を行う。

２）判りやすい患者情報

① 看護情報

・ 看護診断の構造、用語を修正し、eXchart 化して、看護基本情報（看護要約）、多職種情報、チーム医療と一体化させる。看護情報の重複入力を解消して人的負担の軽減と

内容向上を図る。

② リハビリテーション情報

・ リハビリテーション内容の可視化；17 の領域（寝返り、起き上がり、座位、起立、立位保持、移乗、移動、階段昇降、食事、トイレ、整容、更衣、入浴、書字、家事、交通機関利用、コミニュケーション）に分け、各々、障害の程度、対処、問題点を誰にでも判りやく表現するマスターを完成させた。

・ リハビリテーションマスターを用いた時系列で、リハビリテーションの推移が一目で判るようになった。

③ 栄養管理情報

・ 栄養指導マスター中

・ 栄養指導記録、患者背景、栄養指導に関する姿勢、療養環境等のデータの地域向け公開準備中

④ 薬剤情報

・ 服薬指導に必要な看護基本情報を自動展開した服薬指導結果を配信。

⑤ 統合ＩＣ情報

・ インフォームドコンセントの説明事項をＩＣ初期画面に記載する。

・ 院内全職員が患者さんの思いを聴取した際は日常記録画面に記載し、同記録画面のＩＣボタンを押すと、ＩＣ関連の情報として、ＩＣ初期画面とともに集積される。事後、院内外の関係者が閲覧する。

⑥ 統合日常患者情報

・ 退院後、安心・安全な在宅環境を継続するには、入院中の看護、リハ、栄養情報の提供が必要である。提供は難しく、また、個々に提供されていた。看護・リハ・栄養は、同一の事項を違った観点から観察、対応することも多く、相提携して出力することが相応しいと思われる。看護系マスターが完成後にとりかかる予定である。

3）外部出力文書

① 介護保険主治医意見書、手術時ワークシート他

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　67 - 73,　2017

地域包括ケアシステム時代における情報ネットワークのあり方
～医療・介護・生活支援一体型システムの構築～

社会医療法人高橋病院　理事長　高橋　肇

「治す医療」から「治し支える医療」が主体となる超高齢社会では、慢性疾患を抱える本人の人生、生活をいかに支援していくかが問われており、その人が今後どのようになるかを想像できる形で次の受け手へ情報を届けていくことが医療機関・介護施設に求められている。こういったことを考えなければ連携は途絶え、連携ネットワークシステムも単なる患者受け渡しツールに終わってしまう危険性がある。

役割分担、機能分化の時代、言い換えれば、地域全体で安心と安全を提供する時代であり、地域はそのためのチームと言える。地域がチームとなって初めて生活支援も含めた地域包括ケアシステムが成り立つものと考えている。

当院は、平成 19 年 3 月、全国に先駆けて“ID－Link”の試験稼働を約 1 年間市立函館病院と当院間で行った。平成 29 年 7 月末時点で 36 都道府県、6,539 施設にて活用されている。他の病院の電子カルテがいつでも目の前にあることは非常に画期的なことであり、院外からの情報を上手に使いこなす時代、地域を超えて患者情報が把握可能な時代となってきたと言えるのではないだろうか。

一方、地域がチームとなるためには、特に医療と介護間に横たわる視点の違い、双方の求める情報の相違をよく理解することが必要である。「情報」は、物事を渡すだけではなく、聞き手にその意味を伝えなければならないとされている。現場が苦労して集めた情報（データ）をどう知識、知恵として次に渡していくかが医療・介護連携に求められている。

当法人は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、生活者の視点も取り入れた医療・介護・生活支援一体型システムの開発に携わってきた。現市販ソフトは、在宅高齢者と関わる多職種間でモバイル端末・ICT 機器を用いて、日常生活活動の共有を行うことにより生活不活発病を迅速に発見し、適切なケア・リハビリの導入へ結びつける WEB アプリケーションソフト（SS-MIX 対応）である。

今回、このソフトの紹介も含め、今後求められる ICT と情報連携のあり方について論じてみたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 74,　2017

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 10 月 6 日

第 54 回 定例研究会報告　日本の医療法人制度の法体系

医療福祉経営マーケティング研究会事務局長　山﨑哲男

本来的に考えると，「病院と医院は医師たる個人が開設者となり、同時に管理者(院長)になる」ことである。一般的にこれを「個人立病院」と呼称し仕分けしている。実際には「個人立病院」は大変少なくなっている。しかし、この基本的見方は現在においても変わらない普遍的なものである。

医療法人制度が創設(特別法としての医療法 1950ACT)されて以降，開設者が医療法人になる傾向は急速化した。現在では、営利法人(企業)を除いて、広く非営利法人(例外として一部に会社立病院がある)が病院事業に開設者として参入している。しかし、病院管理学の学問領域においては、この開設者主体、特に医療法人について言及することは、これまでほゞ皆無であったと云えよう。

近年，国の政策論の領域として「株式会社の病院事業参入論争」が起き、医療法人のあり方について論議が交わされたものの、「病院管理領域」の課題としての理解はされていない。わが国の法人の法制度(民法典 1896 年 ACT)を理解するためには、自然人の他に営利法人も、非営利法人も市民社会の一員として社会を構成しているということが、近代市民社会論(civil society、societe civil、gemeinschaft)の共通認識である。

高度経済成長が終焉し、現代の市民社会が「格差と貧困」の難題を抱えることになった状況下で、法人を「社会経済システム」として新たな役割を果たさせるために再構築の必要に迫られていた。その、改革の筆頭に挙げられたのが「公益法人のあり方に関する諸問題」であった。真に公益のためになっているのか、公益公共とは国・政府への貢献でなく市民社会への貢献の事ではないか、という議論。営利法人においても社会貢献が求められるという議論が 1980 年代から続けられてきた。

この議論をリードしたモデルが、NPO 法人(non profit)とイギリスの新チャリティ法(2006ACT)である。同時に、本来、戦後の医療改革によって設立された医療法上の病院たるものは、「近代病院・ノンプロフイット病院」であったことも再認識された。このようにして、明治期のわが国の民法典発布(1896)以来、100 年ぶりにわが国の公益法人制度の改革(2006)は、非営利法人体系として公益法人を筆頭に、一般法人、医療法人に至るまで一元的に法体系化されることになった。改革にあたっては、既存の公益法人における社会的事件の発生に鑑み、大きくメスが入れられることになり、高い公益性が求められることになった。(2006 年 ACT)。

本研究発表は、1)そもそも法人制度の存在は何か。法人本質論争（ギールケ VS サヴィニィー)、ドイツ民法第一草案の継受。2）100 年ぶりの改革の背景と新法人法体系、3)英国新チャリティ法の公益概念モデルの継受、4)公益法人制度改革からの要請を受けた新医療法人の創設と社会経済システムの構築、5)法人のガバナンス等について問題提起した。

その上で、医療法人改革のキーワードは、①非営利性の徹底、②公益性の改革、③効率性の向上、④透明性の確保、⑤安定性の確保、であった。医療法人の性格をめぐる論点として、イ)非営利性の法的根拠、ロ)医療法人の性格と目的、ハ)株式会社の本質と医療法人の本質の違い、等について明らかにした。

今後、一般法人制度及び医療法人制度に対する対応は、医療・保険・衛星に関係する人々、医療機関に勤務する医療人にとって、そして、病院開設形態の関係、厚生行政施策との関係から、関心と認識を深めることは大切なことと考える。さらに、「現代市民社会論のあり方」へと考察が発展することを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　75，2017

【 定例研究会報告 】

平成 28 年 12 月 8 日

第 55 回 定例研究会報告　ドイツの医療制度

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

ドイツの社会保障政策は典型的な欧州大陸型とされる。カトリック社会主義の流れを引き継いだ理念に基づいた運営がなされ、医療保険制度において中心的な役割を果たす疾病金庫は職業ごとの分類となってきた。ドイツの医療保険システムは、連邦保健省が管轄する連邦保険庁の監督下にあり、その下で疾病金庫等の各保険者の自治的な運営が維持される制度となっている。医療費が増大している中で、医療の質を維持しながらも効率化を進め、患者の自己負担により過剰な診療を抑制することによって、持続的な医療制度を模索しているのは、他の先進諸国の医療制度の改革と共通している。ドイツでは国民の約 9 割が加入している公的保険制度が医療保険の基本をなしている。疾病金庫が保険者として機能し、疾病金庫間に競争原理が導入されてコスト面の効率向上が図られている。医療供給の面では医師及び医療施設が、入院と外来に機能的に分化している。また 1994 年に他の先進国に先駆けて介護保険を導入し、その制度的見直しが 2015 年に実施された。

ドイツの公的医療保険は組合型の保険者により運営、競争を行う方式であり、この保険者のことを疾病金庫と呼ぶ。疾病金庫には、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、農業疾病金庫、海員疾病金庫、労働者･職員代替疾病金庫があり、全国で 202 箇所(2009 年 3 月時点）である。疾病金庫数の内訳は、地区疾病金庫が 15、職業別の疾病金庫が 50、労働者･職員代替疾病金庫が 5、企業疾病金庫 132 である. 企業疾病金庫は比較的規模が小さく、今後他の疾病金庫に吸収されていくと予想されている.疾病金庫は財政的・組織的に独立した法人であり、創設当時に、職員や労働者を対象とする既存の共済組合を医療保険者として再編成したことに始まる組織である。被保険者は、1996 年以降、疾病金庫を自由に選ぶことができるようになった。

ドイツの医療保険制度の下では、疾病金庫制度と代替的な民間医療保険制度とが並存している。ドイツの医療保険は、被用者については保険加入義務上限額(2013 年で年収 5 万 2, 200 ユーロ）を超える高所得者以外はすべて公的医療保険への強制加入とされており、さらに農業者や芸術家など一定範囲の自営業者や年金受給者などについても法律上公的医療保険への加入が義務づけられている。このため、これらについては民間医療保険の代替的保険への加入の余地はなく、それ以外の強制加入から除外されている者たちを対象に代替的な完全保険を提供している。

日本は医療制度も医師教育制度もドイツを模倣してきており、共通点は多い。公的医療保険の中心は疾病金庫であり、保険料は本人と雇用主が折半してきたが、最近は税からの補填が大きくなっている。疾病金庫も国によって規制されてきており、日本と同様、自律的な組織というよりも国の代理機関となりつつある。また、リスク調整が行われており、保険料の格差は存在しない点、質を担保した上での家庭医制度の導入や疾病管理の義務化はわが国の医療制度改革においても参考になる。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　76，2017

【 定例研究会報告 】

平成 29 年 2 月 2 日

第 56 回 定例研究会報告　フランスの医療制度

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

フランスの医療保険の歴史は、企業の福利厚生の一環として社会保険が導入された第二帝政(1852～1870年)の時代に遡る。1930 年、社会保険法により被雇用者の社会保険加入が義務付けられ、更に第二次世界体制後、制度の一般化という形で適用の拡大が図られてきた。

フランスの医療保険制度は、職域を基本とする医療保険金庫(民間被用者等、自営業者、農業者、国鉄など)が中心である。医療保険料率は被用者が収入の 0.75%、使用者 12.8%(2009 年)となっており、被用者の料率は 1990 年代前半の 6.8%から大幅に引き下げられている。保険料収入のシェアは低下しており、税金へのシフトが進んでいる。無職者、低所得者等については、国庫の支出により一般制度(被用者保険金庫)が受け入れることで、国民皆保険を実現している。公的保険では医療費の 3/4 しかカバーされないので、自己負担のリスクをヘッジするために共済型の私的保険が発達している。

医師の専門科目に関しては、それぞれの分野の人数が決まっており、試験の結果で選抜がなされ、専門科目への偏在が起こらないように対策がとられている。開業医、勤務医には、一般医と専門医がいるが、開業医に専門医が多いのが特徴である。開業看護師も認められており、医療過疎の地域では貴重な人的な資源となっている。

医療費のコントロールは、医療保険支出国家目標、警告委員会の設置、ゲートキーパー制度・自己負担の導入を取り入れている。質の管理は、情報化、高等保険当局の創設、ガバナンス機能の強化などを制度化しており、これは他の先進諸国と同様である。

高齢者ケアは公的扶助(福祉)の枠内で高齢者自助手当が、一般社会税(CSG)を含む税財源により、全国自律連帯金庫(CNSA)を通じて支払われる枠組みで行われている。介護サービスも税金の枠組みで在宅介護と施設介護が提供される。要介護認定は、在宅サービスの場合、まず医師とソーシャル･ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話合いにより援助プランを作成しつつ、申請者の介護ニーズを把握する。そして、4 段階からなる要介護状態区分の認定について、県の専門医を含む社会医療チームからの報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査･提案し、県議会議長が決定する。施設サービスの場合、介護ニーズの把握は、医師の責任において施設によって行われる。在宅サービスの場合はサービス経費から利用者負担額を差し引いたものとなり、給付の対象となるサービス経費の月額上限(2014 年)は、最重度の要介護度 1 が 1,312.67 ユーロ、要介護度 2 が 1,125.14 ユーロ、要介護度 3 が 843。86 ユーロ、要介護度 4 が 562。57 ユーロとなっている。

施設サービスの場合は、サービス経費は要介護度ごとに設定されており、また利用者負担額は所得や要介護度によらない定額部分と所得及び要介護度に応じた定額によって構成される。施設サービスについては、医療経費及び宿泊滞在経費を除いた介護経費のみが給付の対象となる。要介護の給付額は、在宅・施設の双方のサービスにおいて、わが国に比べてかなり低いと思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　77, 2017

【 定例研究会報告 】

平成 29 年 4 月 6 日

第 57 回 定例研究会報告　わが国におけるジェネリック薬の進行

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

福岡県後期高齢者広域連合・県内市町村国民健康保険の平成 27 年度及び全国健康保険協会福岡支部の平成 26 年度の医科・DPC・調剤レセプトデータを用いて、入院（DPC レセプト・医科レセプト）、外来(院内処方)、調剤別に後発医薬品普及率及び削減効果額を明らかにした。

数量ベースの普及率は、入院（DPC）では、内服薬は 69.1%、注射薬は 81.2%、外用薬は 51.0%、全体では 66.7%であった。入院（DPC 以外）では、内服薬は 58.0%、注射薬は 74.1%、外用薬は 43.4%、全体では 56.4%であった。外来（院内処方）では、内服薬は 47.4%、注射薬は 30.8%、外用薬は 27.4%、全体では 43.7%であった。後期高齢者医療制度の調剤では、内服薬は 50.0%、外用薬は 28.3%、全体では 46.5%であった。なお、全体では、後期高齢者医療制度では 47.5%であった。

金額ベースの普及率は、入院（DPC）では、内服薬は 44.4%、注射薬は 58.3%、外用薬は 41.1%、全体では 54.6%であった。入院（DPC 以外）では、内服薬は 38.7%、注射薬は 51.3%、外用薬は 36.2%、全体では 46.1%であった。外来（院内処方）では、内服薬は 34.8%、注射薬は 19.4%、外用薬は 22.2%、全体では 28.5%であった。調剤では、内服薬は 33.3%、外用薬は 20.0%、全体では 31.3%であった。なお、全体では、国民健康保険では 37.1%、後期高齢者医療制度では 34.7%であった。

入院（DPC）の最大削減額では、内服薬は 200,244,481 円、注射薬は 378,477,612 円、外用薬は 45,470,456 円、全体では 624,192,549 円であった。入院（DPC 以外）の最大削減額では、内服薬は 634,192,655 円、注射薬は 707,061,551 円、外用薬は 131,850,957 円、全体では 1,473,105,163 円であった。外来の最大削減額では、内服薬は 2,689,913,216 円、注射薬は 1,547,604,309 円、外用薬は 787,829,734 円、全体では 5,025,347,258 円であった。調剤の最大削減額では、内服薬は 11,701,646,953 円、外用薬は 2,832,365,646 円、全体では 14,534,012,600 円であった。全体では、後期高齢者医療制度は 21,656,657,570 であった。

普及率は、注射薬、内服薬、外用薬の順に高くなっていた。診療別では、入院（DPC）では、入院（DPC 以外）、調剤、外来（院内処方）の順であった。これは、入院（DPC）の診療報酬が包括払いになっていることと、調剤に関しては薬価差益に関するインセンティブが働きにくいためであると思われる。削減額においても注射薬、内服薬、外用薬の順に高くなっていた。診療別では、入院（DPC 以外）、入院（DPC）、調剤、外来（院内処方）の順であった。入院（DPC 以外）の削減額が高かったのは、（DPC）の診療報酬が包括払いになっているためと考えられる。

後発医薬品の普及の目的は医療費削減である。したがって、削減額の高い医薬品に的を絞って対策をとるべきである。それらの医薬品についての対策を地域協議会事業会などで話し合っていくことが重要な対策となるであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　 78,　2017

【 定例研究会報告 】

平成 29 年 6 月 1 日

第 58 回 定例研究会報告　後期高齢者医療制度の問題と対策

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

後期高齢者医療制度は 75 歳以上の者を１つの被保険者集団とした独立型の保険制度であり、75 歳に到達するとすべての者がこの制度に移行することになる。後期高齢者医療制度の財源は，後期高齢者の保険料が 10%、現役世代の保険料からの支援金が 40%，公費が 50%で賄われることになったが、後期高齢者と現役世代の人口構成が変化するため、法律上は、2010 年度以降は 75 歳未満の人口の減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げられ、現役世代からの支援金の割合は引き下げられることになった。

当初は、各保険者支援金は基本的に各保険者の加入者数（前期高齢者を含む）で按分し負担されることになっていた。しかしながら、国民健康保険と協会けんぽの保険者としての脆弱性を考慮して、2010 年度以降は、被用者保険者間の按分方法をそれぞれの所得額に応じた総報酬割を 3 分の 1、加入者割を 3 分の 2 とすることになった。その後、2015 年度から、それぞれ 2 分の 1、2016 年度から総報酬割を 3 分の 2、加入者割を 3 分の 1、2017 年度から全面総報酬割にすることに改正された。

後期高齢者の入院受診率が高く、入院日数が長いのは、1973 年にはじまる 70 歳以上の高齢者を対象に医療費が無料化されたことに起因する。その後、病院が数多く開設され、1985 年に第一次医療法改正が施行され、病床数が規制されるまで、病床数は増加していった。在宅で療養を継続できない高齢者が病院に入院し、そこで看取られることが一般化してしまったからである。多くの後期高齢者が入院している理由は、他の介護施設や高齢者住宅に入院するよりも自己負担が軽いことも影響していると考えられる。後期高齢者の高額療養費は 1 月当たり、入院と外来を合わせて一般が 44,400 円、低所得者 II が 24,600 円、低所得者 I では 15,000 円に過ぎない。

したがって、各都道府県の広域連合が、行政と連携して慢性疾患を持った高齢者が医療機関に入院せずに在宅療養を継続できるような医療提供体制の構築や、高齢者アパート等の入居施設といったような介護提供体制を整備していき、「地域包括ケアシステム」を一刻も早く構築することが必要であると考えられる。

とりわけ今後、急増していく後期高齢者が現状のまま医療を受療し続ければ、後期高齢者の医療費の総額が高騰し続ける。保険者でもない後期高齢者の医療費のために被用者健康保険の保険料が高騰すれば、被用者健康保険の持続可能性は危うくなる。それを防ぐためには、後期高齢者の医療費に対して、公費の負担の割合を増加させる必要があると考える。また、後期高齢者の医療費は医療ばかりでなく介護のためにも使われていることは事実である。医療、介護の分野で分かれている長期ケアのサービスを一元化し、同一の財政・支払い制度によって統合することが検討されることも必要であろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　79, 2017

【 定例研究会報告 】

平成 29 年 8 月 3 日

第 59 回 定例研究会報告　生涯活躍のまち（日本版 CCRC）の課題と対策

NPO 法人高齢者健康コミュニティ・ＣＣＲＣ研究所 代表 窪田昌行

私たちは、新しい高齢者のニーズに合った医療・介護・予防システムとして、1995 年から、米国の CCRC（Continuing Care Retirement Community）の理念、仕組みを研究し、高齢者の自立支援と最期まで尊厳を遵守する日本の文化と制度に適したシステムとして、「日本型 CCRC～高齢者健康コミュニティ」を提案してきた。

米国の CCRC とは、年齢と共に変化するニーズに応じて住まい、食事、ヘルスケア（医療・介護・予防）、社会活動を一体的に提供し、同じ場所で最期まで暮らせる総合施設であり、しかも CCRC は入居者の資産として守られる。CCRC では、入居者が自立型住宅から身体的・心理的なニーズの変化に対応できる、適切なハード・ソフトが備わっている支援型・介護型住宅に移行できる、と定義されている。CCRC は入居者の自立と尊厳を守るという基本理念と入居者が経営に参画することによる経営の安定性、および入居一時金の 100％返還等、住民の立場に立った入居費用システムのために、全米に約 2000 ヶ所存在し、およそ 70 万人の高齢者が生活している。

我が国は少子高齢化、人口減少が加速し、特に地方経済が衰退していく中で、地方都市の活性化のために、平成２６年地方創生の総合戦略を策定した。そして総合戦略の中に、「日本版 CCRC の検討・推進」が、地方移住を推進するための施策と一つとして策定された。日本版 CCRC 構想は政治家、官僚にとって可視化しやすい施策としてクローズアップされ、一方日本版 CCRC 構想という名称は国民に分かりにくいという意見から、施策名称を「生涯活躍のまち構想」と変更した。

「生涯活躍のまち構想」の定義は、「地方創生の観点から、中高年齢者が希望に応じて地方や“まちなか”に移り住み、地方の住民（多世代）が交流しながら、健康でアクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができる地域づくり」と定義された。そして全国の 236 の自治体が、推進の意向を示し取り組んでいったが、思うように構想が進まない現状があった。

「生涯活躍のまち」構想が進まない理由として、①当初、東京圏からの高齢者の移住が強調され、地方自治体と住民にとっては、東京圏からの高齢者、要介護者の移住が自治体の社会保障財政を圧迫するために、受け入れ難い施策と考えられたこと、②自治体にとって、今までのまち作りの施策の域を超えることが難しく、計画が総花的で具体的に進めにくいこと、③新しい高齢者住宅づくりの資金調達、建築を行う民間事業者の選定が、自治体の公正性から難しかったこと等があげられる。

そこで私たちは、政府の生涯活躍のまち構想と米国の CCRC について、基本理念、コンセプト、対象者、特色等について比較検討し、実現のための課題を整理した。そして現在私たちが取り組んでいる有床診療所を核とした日本型 CCRC を実現するモデル事業について紹介した。そのモデル事業では地域包括ケアシステムに米国 CCRC の長所を融合し、実現の課題となる①理念の構築、②適切な入居費用とハードの開発、③Aging in Place を可能にする仕組み、等について検討し、新しい日本型 CCRC の実現を目指している。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　80，2017

事務局だより

医療福祉経営マーケティング研究会　山﨑哲男

・平成 29 年 4 月 1 日より、医療福祉経営マーケティング研究会の所在地は、コラボレーションⅡ706 号から医学研究院医療経営・管理学講座内の馬場園研究室付けとなりました。これまで、10 年余の間、研究会誌も 12 巻を刊行し、定例研究会は 60 回の開催を数えます。毎年 3 月開催の学術集会も平成 30 年 3 月開催で 8 回目を迎えます。
・医学系学府医療経営・管理学専攻の皆さま方々、OB の方々におかれましては、これらの諸活動に参画いただき、発展に貢献していただいたことに心から感謝いたします。
　事務局からも謹んで御礼を申し上げます。

・医学研究院医学研究院医療経営・管理学講座内・医学系学府医療経営・管理学専攻も基礎研究 B 棟に移転がなされました。それまで、医療経営・管理学専攻はコンパクトな建物で医療経営・管理学を学ぶ息吹が肌で感じられ、教官や院生との接触も結構ありましたが、移転先の建物は大きくあまりにも静かすぎて声も足音も聞こえてきません。
・ある私立大学の図書館が新築移転されました。大きな施設で高機能、システム化され極めてしずかな環境であります。新築前は雑多な環境のなかでも使い易さがありました。しかし、あまりにも静かで整理整頓されすぎて学生たちの息づかいもかき消されてしまいます。一人孤独の世界の中での勉強は、少々刺激が少なすぎます。天邪鬼でしょうか。
　「白河の清き流れに住みかねて、もとの濁りの田沼恋しき」

・本研究会の定例研究会は、本年度は二か月に一度開催し計 6 回の開催となりました。今期も「病院経営の質の向上」「高齢者健康コミュニティ」「地域包括ケアシステム」「日本型 CCRC」等を中心テーマとして研究を続けてきました。一方、政府が主導してきた「日本版 CCRC」の行方は大変怪しくなってきています。本研究会のスタッフによる「先行研究」の成果に水をぶっかけられたような気がしてなりません。

・研究会スタッフも、一名は郷里にもどり、新たに若いスタッフが一名加わり、高齢者健康コミュニティづくりの実践に参加しています。また、日ごろ共同研究、連携相手の「NPO 法人高齢者健康コミュニティ」及び「株 CCRC 研究所」は、有床診療所を核とした地域包括ケアシステムのモデルとして大宰府・筑紫野地域での訪問リハビリテーション活動を展開することになりました。　今後の発展が期待されます。
・本誌は、今後とも「止揚の機会」を提供するものとして価値を高めていきたいと思います。ぜひ、論文等をご投稿ください。また、研究発表への参加、心より楽しみにしております。(2017.10.1)

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　81，2017

第八回 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:「医療と介護の連携の構築」

1．会期 ：平成 30 年 3 月 24 日（土） 14：00-17：30

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 14:00～15:00】

テーマ：病院・診療所・在宅医療と介護との連携を支援する IT ネットの構築に向けて」

演者：松本　武浩 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科先進予防医学講座医療情報学)

【2．教育講演 15:00～15:40】

テーマ：日本型 CCRC の今後のあり方

演者：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 15:50～17:30】

【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12巻　第1号　 82 - 84,　2017

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、マークティング及び、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、本会の目的に賛同じ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。

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。

医療福祉経営マーケティング研究
第12巻　第1号　82 - 84,　2017

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	：山崎　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ウォートンスクール 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・スタデイ、資料に関しては、抄録は省略できることにする。
５、査読終了後、最終原稿提出時はメールでファイルを添付する。
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。
６、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。
原稿はメールで下記宛に送ること。

babazono@hcam.med.kyushu-u.ac.jp
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、別刷請求部数を書く。
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プストラクトとする。
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・スタデイ、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。
7、文献は以下のように記載する。
<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 hOne care prOgram fOr the terminally i11, Med Care, 1987;25: 373-384.
く単行本>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, wlnslade WJ, Preferences Of Patients, Clinical Ethics, New York: McCraw-Hi11, 1992;37-84.

編集後記

九州大学病院も獲得している臨床研究中核病院という制度を始め、臨床研究の推進の動きが盛んになっている。臨床医だけでは臨床研究が進まないことにも、ずいぶん前から着目されてきていた。上記の制度では、生物統計学者や数理統計学者の配置が進んでいる。しかし、生物統計学者には、人のデータを扱う際の疾病の指標である「有病割合 prevalence」、「リスク risk」、「罹患率 incidence」という 3 つの疾病の指標を区別できず、アウトカム outcome だけで疾病の指標を乗り切ろうとされる方がおられることにも気づきだした。これでは、病棟の中の治験や RCT の形式を取る臨床研究しか扱えない。また、「臨床研究だから医師がやらなければダメなんだ」と、臨床研究中核病院のポストを、ほとんど臨床医局講座の人事で回そうとしている病院もある。医学的根拠が何で、医学的根拠がどのような科学知識や理論の上に築かれているのかということが理解されていないのである。

医学的根拠は、今日、疫学理論に基づいた系統的な臨床研究、疫学研究の結果に基づいている。臨床各科の各種診療ガイドラインもまた、これらの結果に基づいている。今日の患者・人間の系統的な臨床研究の起源は、数学者・統計学者ラプラスの影響を受けて、ヨーロッパで 2500 年の歴史を持つ寫血療法の高熱性疾患に対する有効性を数え上げ法で否定したルイに遡ることが出来る。以来、120 年ほどかけて、ヨーロッパで医学的根拠に関する論争が繰り広げられた。そして、20 世紀の後半に発達した疫学理論に裏付けられ、臨床研究・疫学研究を医学的根拠として重視することが、世界の保健医療現場で定着し、その上での 1992 年の EBM（科学的根拠に基づいた医学）の登場である。日本の医療従事者が、医学的根拠を提供するこの科学概念の進歩を共有するできる日はまだまだ遠い、従って本誌の地道な研究活動が続けられる必要がある。本年の年頭、メディカルトリビューン誌の巻頭を飾ったのは「EBM の終焉」を主張する大学医学部の内科教授の特集であった。

津田　秀秀

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

編集委員会

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

Editorial Board

Editor-in-Chief:　Akira BABAZONO
Associate Editor:　Akito HAGIHARA
Haruhisa FUKUDA
Toshihide TSUDA
Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第 12 巻　第 1 号

2017 年 10 月 1 日　発行

発　行　　医療福祉経営マーケティング研究会
代表者　　馬場園　明
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学医学部
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内
TEL:092-642-6960　　FAX:092-642-6961

印刷所　　社会福祉法人 福岡コロニー

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 12 No.1 1st, October 2017

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

A study on the effect of psychiatry emergency medical care ・・・ 1
Shiro TOYOTA, Akira BABAZONO

Health care model for a visiting nursing service at Kyushu Cancer Center ・・・ 7
Yuko TAKEYAMA, Akira BABAZONO

Case Study

Constructing a system to lead an independent life for those discharged from Kazikionsen Hospital - A strategy to support discharged patients for an independent life by rehabilitation professionals - ・・・ 19
Tomoko HARAGUCHI, Masayuki NAKAMURA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

The study on contribution of healthcare clinic with beds as Japanese typed CCRC to local comprehensive healthcare system -The case study of Medical Corporation of Kenseikai, Kako Orthopedic Clinic with beds - ・・・ 31
Masayuki KUBOTA, Kenichi KAKO, Keiko HARAGUCHI, Youichi MOTOMATSU, Masataka OKA, Nobuko KAKO, Daiichro KOGA, Akira BABAZONO

Academic Meeting Materials

Program and Abstracts of The 7th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 39

Program and Abstraots of The 10th Regular Meeting of the Society of Hospital Administration Improvement ・・・ 61

Program and Abstracts of The 11th Regular Meeting of the Society of Hospital Administration Improvement ・・・ 67

Regular Research Meeting Reports from the Society of Health Care Management and Marketing (54th, 55th, 56th, 57th, 58th, 59th) ・・・ 74

News

Tetsuo YAMASAKI ・・・ 80

Information

The 8th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 81

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 82

Instructions for Authors

Instructions for Authors (Japanese・English) ・・・ 85

Editor's note

Editor Toshihide TSUDA ・・・ 86

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing