

平成 24 年度

第 3 回 医療福祉経営マーケティング研究会
学術集会 プログラム

○大会テーマ

「高齢化社会における地域連携」

○日 程

平成 25 年 3 月 16 日（土） 13 : 00～17 : 30

○会 場

九州大学医学部 総合研究棟 105 号室

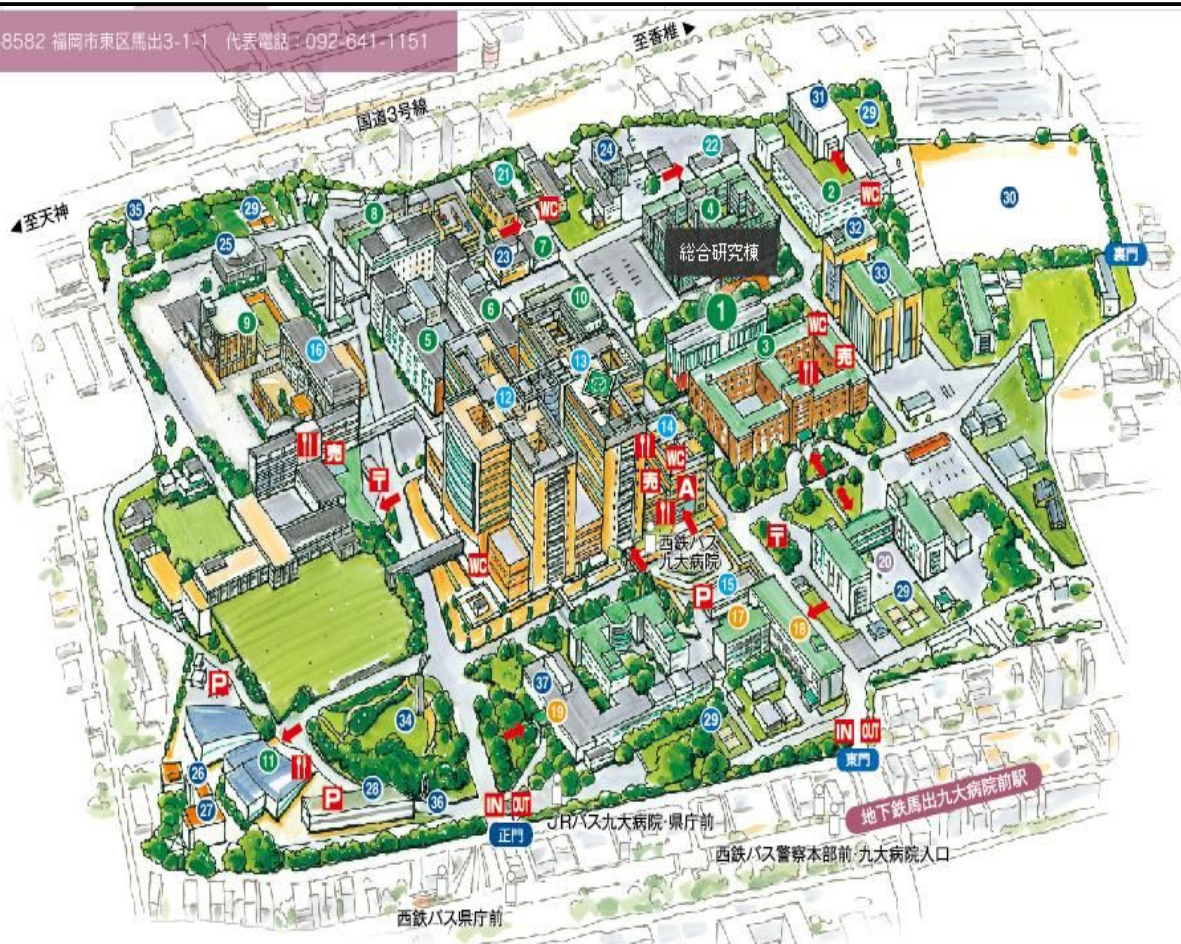
(九州大学病院地区キャンパス内)

○大会会長

馬 場 園 明 (九州大学)

会場案内

病院キャンパス 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 代表電話：092-641-1151



空路

福岡空港→(地下鉄空港線)→「中洲川端駅」、貝塚方面へ乗換→(地下鉄箱崎線)→「馬出九大病院前駅」下車 徒歩3分

JR

・「JR博多駅」→(地下鉄空港線)→「中洲川端駅」、貝塚方面へ乗換→(地下鉄箱崎線)→「馬出九大病院前駅」下車
徒歩3分

・「JR博多駅」→「JR吉塚駅」で下車 徒歩10分

西鉄

西鉄福岡駅→(地下鉄)→馬出九大病院前駅 徒歩3分

参加要項

1. 受付

受付は、会場の九州大学医学部総合研究棟にて行います。参加費は無料です。受付で参加証をお渡ししますので、会場内では必ずお付け下さい。

2. 懇親会

懇親会を3月16日（土）18:00より専門職大学院棟2階演習室にて開催します。参加を希望されます方は、大会受付でお申し込み下さい。（参加費 3,000 円）各自で会場へ向かっていただいても結構ですが、場所がよくわからない方は学会終了後、事務局スタッフが案内いたしますので受付付近でお待ち下さい。参加者は領収書を示してご入場下さい。多くの皆様の参加をお待ちしております。

3. 昼食等について

昼食は各自ご用意いただくか、お近くの飲食店をご利用下さい。キャンパス内にある病院内のレストランもご利用できます。尚、会場内での飲食は出来ませんので予めご了承ください。

4. 喫煙について

会場内およびキャンパス内は禁煙です。

5. 会場の係員

研究発表会場などには、係員を配置しております。係員は皆様の発表の資料の配布や会場整備、機材の準備等のお手伝いをします。

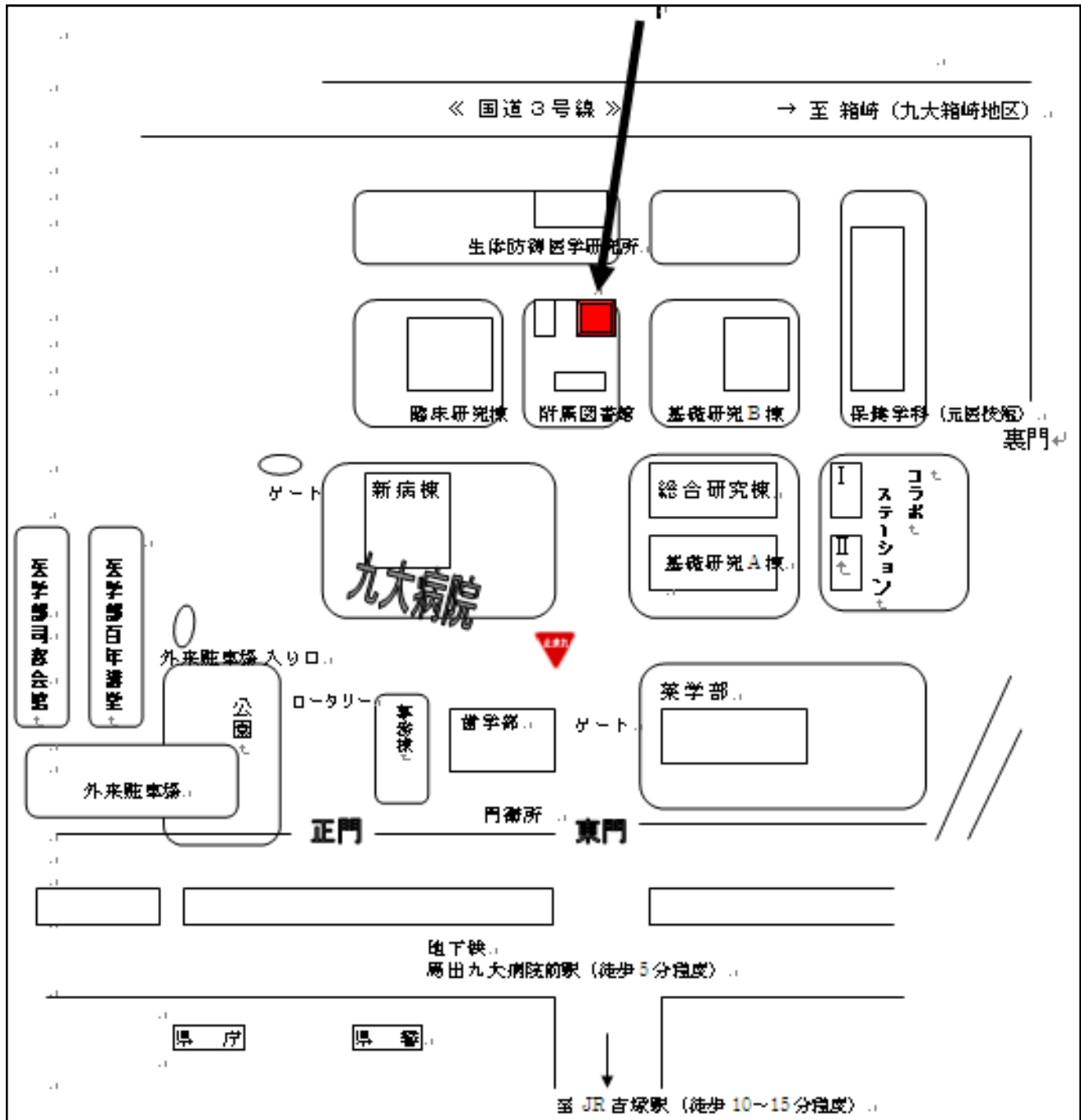
6. その他

駐車場に限りがございます。できるだけ公共交通機関でお越し下さい。



懇親会のご案内

会場：医療経営・管理学講座（専門職大学院棟）2階演習室
（生体防御医学研究所向かいの2階建ての茶色の建物です）



発表者・座長・参加者へのご案内

発表者へのお願い

●口頭発表

1. 発表時間

発表時間は13分です（発表9分、質疑・討論4分）。指定の時間内に発表、質疑・討論を行っていただきます。なお、時間経過の合図は、終了2分前：ベル1回、発表終了：ベル2回で行います。次演者は、前演者の発表開始とともに、次演者席にお着き下さい。やむをえない理由により発表取り消し、その他発表に関して変更がある場合には、事務局まで必ずご連絡ください。

2. 機器の使用について

使用機器は、PCプロジェクタのみとします。発表は、Microsoft Office Power Point（Windows）の形式とします。発表に用いるPCは、大会本部で準備します。発表に使用される電子ファイルは、Windows対応のUSBフラッシュメモリに入れて12:30～13:00の間に受付へお持ちください。

座長・司会、討論者・質問者へのお願い

1. 座長・司会へのお願い

当該時間以内に適宜役割内容をご配慮いただき、研究発表の深まりにつとめて下さい。

2. 討論・質問者へのお願い

挙手の後、座長の合図を待って所属、氏名を告げた後、参加者によくわかるように発言して下さい。

大会プログラム

▶特別講演 13:00~13:40

座長：高田昌実（医療法人玉昌会）

「自治体病院における経営」

演者：齋藤 貴生（九州大学）

▶教育講演 13:40~14:20

座長：窪田昌行（CCRC研究所）

「医療福祉政策と地域連携」

演者：馬場園明（九州大学）

▶一般口頭発表 14:30~17:30

▶懇親会 18:00~

▶人材支援と経営

座長：齋藤 貴生（九州大学）

1. 患者一人ひとりの視点に立ったチーム医療・介護の推進に向けて（1）

- 寺田 竜樹（医療法人玉昌会）
- 坂元 真一（医療法人玉昌会）
- 板川 幸子（医療法人玉昌会）
- 本田 陽子（医療法人玉昌会）
- 堀 雅之（医療法人玉昌会）
- 吉永 浩之（医療法人玉昌会）
- 萩原 隆二（医療法人玉昌会）
- 山下 正策、（医療法人玉昌会）
- 高田 昌実（医療法人玉昌会）

2. 地域包括ケアシステムにおける人材育成プログラム

- 笹原 利孝（株式会社JOY）
- 松島 広典（株式会社JOY）
- 本村 ヨシ子（株式会社JOY）
- 高田 和美（株式会社JOY）、
- 白城 裕（医療法人玉昌会）
- 高田 昌実（医療法人玉昌会）
- 窪田 昌行（CCRC 研究所）

3. 地域包括ケアシステムにおける複合型高齢者住宅の事例研究

- 渡辺 剛（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 野本 真理子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 安部田 優介（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 金元 千恵子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 窪田 昌行（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 波多 敬子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
- 加野 資典（医療法人豊資会）
- 加野 豊子（社会福祉法人豊資会）

4. 看護師の職業価値が職務満足に与える影響

- 竹田明弘（和歌山大学観光学部）

一般口頭発表B

15 : 40 ~ 16 : 22

▶健康支援と経営

座長：馬場園 明（九州大学）

1 . 2012-13 倉吉市関金温泉モデルー新湯治・地域振興システムー

- 古賀 眞澄（株パル フィットシステム）
- 木藤 隆親（倉吉市企画振興部観光交流課）
- 樋口 稔起（関金温泉旅館組合）

2 . 「観光」「健康」「介護」が連携した国民保養温泉地に向けた取組事例

- 木藤 隆親（倉吉市企画振興部観光交流課）
- 古賀 眞澄（株パル フィットシステム）
- 樋口 稔起（関金温泉旅館組合）
- 芦田 倍芳（関金温泉旅館組合）

3 . 中小企業労働者の透過性調整力と健康実態との関連についての基礎的研究

- 荒巻 悦子（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
- 荒木 登茂子（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（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

▶医療政策と経営

座長：竹田 明宏（和歌山）

1. 福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究

- 劉 寧（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）
- 西 巧（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
- 前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）

2. 療養病床入院患者の在院日数と死亡率に関する研究

- 海江田 真衣（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
- 前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
- 西 巧（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
- 馬場園 明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

3. 糖尿病外来患者の診療の地域格差

- 岩本 和香子（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
- 前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
- 西 巧（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
- 馬場園 明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

4. 計画的レスパイト入院における ALS 患者の健康保険及び介護保険費用と患者・介護者の QOL 評価

- 菊池 仁志（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻・医療法人財団華林会 村上華林堂病院）
- 原田 幸子（医療法人財団華林会 村上華林堂病院）
- 荒木 智佳（医療法人財団華林会 村上華林堂病院）
- 宮原 美佐（医療法人財団華林会 村上華林堂病院）
- 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）

○特別講演

自治体病院における経営

齋藤 貴生（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

自治体病院は、地域医療の確保のために地方公共団体が開設するものであり、その使命と役割は、公立病院改革ガイドラインにおいて、「地域において提供されることが必要な医療のうち採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。」とされている。自治体病院では、一般に医療の質の向上は達成しやすいが、経営の質の向上や経営改革を行うことには多くの困難を伴う。その理由として、自治体病院が地方自治法、地方公務員法など法律の制約下にある行政組織によって直接管理・運営されている地方公営企業のひとつであることや、行政と病院とは元来、組織としての性格が大きく異なっていることなど、自治体病院に特有の問題点があるためと考えられる。

【自治体病院の経営改革のポイント】

自治体病院の経営改革を適切に行うには三つのポイントが重要と思われる。

第1のポイントは、医療機関全般に共通することであるが、医療機関の医療の質とともに経営の質を向上させることである。そのためには、医療機関経営の専門的知識・技術を有する経営・管理者（医師）と事務職員を確保する必要がある。ただ、現状は人材不足であり、我が国における医療経営学の向上、医療機関経営者の教育制度・資格制度の整備等が望まれる。当面は医療機関経営者が、独学で経営学を学び、企業経営の原則を医療機関の経営に導入し、経営の質を向上させていくことが基本となる。

第2のポイントは、自治体病院に固有の経営改革の課題を克服することである。課題としては、①ガバナンス構造の脆弱性、②経営技術の不備、③自主性の抑制（事なかれ主義）がある。その克服策としては、それぞれ、①地方公営企業法全部適用や地方独立行政法人などへの経営形態の変更とその適正な実施によるガバナンス構造の適正化、②戦略経営の導入など病院経営の質の向上による経営技術の不備の是正、③行政主導から医療主導の病院への転換による自律性の醸成が挙げられる。

第3のポイントは、改革の実践方法を事例から学ぶことである。医療機関の経営改革を成功させるには、いかに実

践するかを知る必要がある。そのためには、多くの成功事例や失敗事例についての詳細な観察・分析の記録が集積され、経験則が導かれるとともに、それらが学ぶ対象とされねばならない。

【自治体病院の経営改革の2事例】

地方公営企業法一部適用の佐賀県立病院好生館、全部適用の大分県立病院において、「経営の質の向上」および「自治体病院に固有の経営改革の課題の克服」を基本的な命題とし、改革をどのように実践したかを示す。

【いわゆる地域医療崩壊と自治体病院の経営改革】

地域中核病院、とくに地方の非都市部における二次医療圏の医療を守ってきた中型（病床数200床以上500床未満）の自治体病院において、比較的順調であった医療・経営状況が、平成15～16年頃より著しく悪化する事例が頻繁に認められている。

典型例である田川市立病院（342床）の経営破綻には、この時期における国の医療制度改革（小泉改革）と新臨床研修制度ならびに田川市立病院固有の要因が関与していた。その再生には、病院事業管理者のリーダーシップの下で、自治体病院固有の課題に対応した経営改革が有効であった。また、調査によると、田川市立病院に類似した非都市部・中型・地域中核病院において経営資源（資金、医師）の減少による経営危機が認められ、これらはこの時期のいわゆる「地域医療の崩壊」に関与していると考えられた。以上から、「経営の質の向上」および「自治体病院に固有な課題の克服」を基本的な命題とする自治体病院の経営改革は、いわゆる「地域医療崩壊」の再生に貢献すると考えられる。

【おわりに】

自治体病院では、医療機関経営の専門的知識・技術を有する経営・管理者（医師）と事務職員を確保し、トップ・マネジメントの下で、医療の質と経営の質の両方の向上を目指し、自治体病院固有の課題に対応した経営改革を行う必要がある。また、このような手法による自治体病院の経営改革は、いわゆる「地域医療崩壊」の再生に貢献すると考えられる。

医療福祉政策と地域連携

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)

【日本の高齢化の進行】

日本の高齢化のスピードは先進国のなかで最も速い。1990年の65歳以上人口は1,489万人で総人口の12.0%、75歳以上人口は597万人で総人口の4.8%であったが、2010年には65歳以上の人口は2,948万人、総人口の23.0%、75歳以上人口も1,419万人、総人口の11.1%となった。一方、1990年の出生数は122万人、死亡数は82万人であったが、2010年の出生数は109万人、死亡数は114万人であった。

2012年1月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した出生中位・死亡中位推計によれば、2025年には65歳以上人口は3,657万人、総人口の30.4%となり、75歳以上人口は2,179万人、総人口の18.1%、出生数は94万人、死亡数は154万人と推計されている。すなわち、疾病や障害のリスクの高い後期高齢者が急増し、それを支える人口は減少することになる。

【社会保障・税の一体改革】

政府が2012年2月に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」には、2025年に「あるべき姿」を実現させるため、医療機関の機能分化を一層進めることが明記されている。現在約107万床ある一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期病床に振り分け、高度急性期に医療資源を重点配分する一方で、急性期、慢性期、在宅医療の連携を強化して患者に過不足のない医療を提供する絵姿を示した。高齢者の慢性期に関しては地域包括ケアを中心に対応していくことになっており、医療サービスと介護サービスの峻別が明確になされた。

【2012年度診療報酬改定】

2012年度診療報酬の改定では、「機能分化と連携」を図るために、「7対1一般病棟入院基本料の平均在院日数と重症患者受け入れ率の要件を厳格化」「13対1、15対1一般病棟においては慢性期入院の機能を評価する項目を新設」「亜急性期入院医療管理科と回復期リハビリテーション病棟入院料の対象患者などを整理」「急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れる療養病棟をさらに手厚く評価」「退院調整に関する加算を新設、拡充」「看

取りまでを含めた在宅医療を手厚く評価」することになった。

【2012年度介護報酬改定】

2012年度介護報酬改定では、1.2%引き上げると発表され、「施設から在宅へ」という方針に沿って、在宅系サービスに1.0%分を、施設系サービスには0.2%分を配分したとしている。この改定で地域密着型サービスとして新設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」(24時間訪問サービス)と「複合型サービス」には、地域包括ケアシステム(高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、日常生活圏域で医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを一体的に提供する体制)推進のため手厚い報酬が設定された。小規模多機能型居宅介護と訪問介護を組み合わせた複合型サービスも高い報酬単価となった。

【地域連携の機能をもつ日本型 CCRC】

日本型 CCRC 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及び高齢者の自宅とネットワークを結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステムである」と定義する。

日本型 CCRC を機能させるためには必要不可欠な要件がある。それは、高齢者一人ひとりに責任をとる主介護者の存在である。そして、その主介護者が定期的に高齢者とコミュニケーションをとり、情報を電子データで管理し、その情報を関係者がアクセスできることが必要である。そして、発熱、胸痛、意識障害といった症状、脳卒中、心筋梗塞といった疾病に対応するためのマニュアルとそれらの緊急時に対応するシステムを作っておく必要がある。

将来は、日本のどこでも高齢者の変化していくニーズに対応して、継続的にケアを行っていくことができるようになることを期待したい。

●一般口頭発表A

患者一人ひとりの視点に立ったチーム医療・介護の推進に向けて（1）

○ 寺田竜樹、坂元真一、板川幸子、本田陽子、堀 雅之、吉永浩之、萩原隆二、山下正策、
高田昌実（医療法人玉昌会）

【はじめに】

近年、医療の高度化及び診断技術や治療の多様化、複雑化に伴って専門分化が進み、主治医一人だけでは様々な情報を総合して判断することが困難になってきている。また、従来の主治医がすべての医療ケアの内容を決定し、看護師、薬剤師、栄養士などの各専門職に指示するシステムから、近年は患者の状態に応じて複数の診療科、多職種にまたがるチーム医療が医療の現場で実践されてきている。本研究では、当法人で検討、実践を計画している「玉昌会チーム医療・介護」を報告するものである。

【対象と目的】

医療法人玉昌会は、厚生労働省が2010年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、2011年6月に「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例」を取りまとめたのを受け、2012年9月に法人事務局組織に「チーム医療・介護推進部」を立ち上げた。「チーム医療・介護推進」の対象は、医療法人玉昌会の高田病院、加治木温泉病院、在宅サービス事業部、および株式会社JOYのグループ全体とした。チーム医療介護推進部のゴールは、専門性のあるすべての医療スタッフが、知識、技能を發揮しあうことにより、亜急性期から在宅までのシームレスな医療・介護・福祉サービスを提供することである。

【方法】

1. 玉昌会チーム医療・介護の定義

チーム医療・介護とは、「医師・歯科医師と看護師、介護士、薬剤師、管理栄養士、セラピスト、放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士、ケアワーカー、MSW、ケアマネジャー、医療クラーク、事務などの医療スタッフ（コメディカル・事務職含む）が互いに専門性を尊重し、最大限の能力を引き出し合うことによって最善の治療を行う医療現場の取り組み」と定義した。

主に慢性期を担う玉昌会は亜急性期から回復期、慢性期、在宅までの医療・介護・福祉サービスを各スタッフが高度の専門性をもって發揮することが重要である。また、これから高齢者特有の疾患に加えて認知症、緩和ケアの患者が増加することが見込まれるため、それらに対応できる専門性の高いチーム医療・介護を目指している。

2. チーム医療・介護推進のための基本的な考え方

当法人のチーム医療・介護は医療的な視点のみならず、患者の社会的・精神的な視点への配慮が求められる。チーム医療・介護を推進していく中で専門職の活用、職種間の有機的な連携を図り、医療・介護の質を改善していくためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点を基本におくことにした。

3. チーム医療・介護評価の視点と評価方法

評価の視点としては、①医療・介護の質の視点、②患者の視点、③医療・介護スタッフの視点、④経済的視点の4項目とした。チーム医療・介護の評価方法については、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容が多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要であり、これらの評価方法について検討していくことにした。

4. チーム医療・介護推進の工程表

現在、高田病院、加治木温泉病院の活動は多職種カンファレンス、褥瘡対策、NSTなどについてチーム医療・介護推進が行われている。しかし、アウトカム・プロセス・ストラクチャーの内容を評価して多面的な視点でのチーム医療・介護は行われていない。そのため、チーム医療ガイドラインを予測して、専門性のある職種（コメディカル・事務職含む）が、今までのチーム医療推進の取り組み内容の充実を図っていくこととしている。そこで医療法人玉昌会は、チーム医療・介護推進のプロジェクトチームを2012年12月に編成し、このチームを中心に多職種でのカンファレンスを行い、チーム医療・介護の評価内容・方法の検討を行っていくことにしている。

【今後の課題】

チーム医療・介護の効果は、患者一人ひとりの視点に立った疾病の早期発見、早期回復、重症化防止といった医療および生活の質の向上だけでなく、医療従事者の負担軽減、医療現場の活性化、安全性の確保が期待される。一方、チーム医療・介護推進の課題として、メンバーのコミュニケーション不足、教育不足といった課題があり、チームワークを維持していくためには、医療スタッフの能力向上、情報伝達のシステム作りが挙げられる。

地域包括ケアシステムにおける人材育成プログラム

○笹原利孝、松島広典、本村ヨシ子、高田和美（株式会社J O Y）、
白城裕、高田昌実（医療法人玉昌会）、窪田昌行（CCRC 研究所）

【目的・背景】

これからの高齢化対策の中心に据えられている地域包括ケアシステムの構築には大きな課題が多く、その中でも重要なひとつが地域包括ケアシステムを支えていく人材の開発、育成である。本研究では、医療法人玉昌会が鹿児島地区で開発した在宅支援複合施設「しあわせの杜ケアレジデンスほりえ」に従事する介護職員の為に構築した人材評価・育成プログラムを提案検証するものである。

【対象と方法】

本研究の対象は、住宅型有料老人ホームしあわせの杜「ほりえ」の介護職員とした。提案するプログラムは二種類のプログラム：①接遇評価プログラム、②介護技術プログラムから構成される。評価の段階では、管理者、人材コンサルタント、および本人が100%スケールで、それぞれのスキル、知識、行動を評価し、どの段階にあるかを知ることができる。なお、在宅支援複合施設「しあわせの杜ほりえ」は鹿児島市の中心に位置し、6階建て1階が、通所介護、2階が小規模多機能、3～6階が住宅型有料老人ホーム（定員27名）となっている。

【結果】

1. 接遇評価プログラム

(1) 評価内容

次の10項目を評価した。すなわち、①その人らしさへの対応、②挨拶、③言葉使い、④責任感、⑤マナー、⑥報告・連絡・相談、⑦身だしなみ、⑧相手の立場に立った態度、⑨やる気（積極性）、⑩法人の理念の理解とした。評価方法は0-100%スケール評価とし、「0」は全く出来ていない、「100」は100%できているとした。

(2) 評価者と評価期間

評価者は有料老人ホーム管理者、人材コンサルタント、本人とした。期間は平成23年7月～8月であった。

(3) 評価結果

管理者の一番評価が高かったのが挨拶の「下から目線」と「いつも先に挨拶ができる」がともに79.2%であり、人材コンサルタントは身だしなみが83.3%、本人は理念を考えての行動（すべてに感謝する）が81.3%であった。また、三者とも挨拶に評価が高く、その理由として開設当初からも教育の徹底、継続が想定される。評価が一番低かったのは、管理者が「報告・連絡・相談の徹底」65.8%、

人材コンサルタントが「責任をもって最後までできる」74.2%、本人は「言葉使いと敬語」が65.4%であった。

2. 介護技術評価プログラム

(1) 評価内容

評価内容は次の13項目とした。すなわち、①排泄、②移乗、③服薬管理、④口腔ケア、⑤更衣、⑥記録、⑦オムツ交換、⑧体位交換、⑨リネン交換、⑩食事、⑪入浴解除、⑫巡視、⑬認知症対応であった。

(2) 評価者と評価期間

介護技術の評価者は人材コンサルタントと本人とした。評価期間は平成23年7月～8月であった。

(3) 評価結果

評価が高かった項目は、人材コンサルタントでは、「巡視の声かけ」が79.2%、次が「入浴介助時の脱健・着患」で77.9%であった。本人では、「服薬管理時の名前確認」が91.7%、「入浴介助時の脱健・着患」が89.0%であった。服薬管理の評価が高かった理由は、開設当初、服薬ミスのヒヤリハットが多く、その対策を話し合い、改善した成果であると思われる。評価の低かった項目は、人材コンサルタントでは、「ADLを把握しての移乗介助」と「嚥下状態を把握しての食事介助」が共に67.5%であった。本人では、「ADLを把握しての移乗介助」が65.0%であった。このことから、教育が必要な介護技術は介護技術の基本である移乗介助、食事介助であることが示唆された。

【考察】

介護スタッフの人手不足は深刻な問題となっており、介護従事者の育成は重要な課題である。本研究では住宅型有料老人ホームで働く介護スタッフに接遇という仕事の姿勢と、知能・技能向上の目標を設定するために、第三者評価と本人評価を行い、フィードバックしていくことにより、介護職のレベルアップを行うとともに、仕事の意義、やりがい育成するプログラムを検討していく人材育成プログラムを検討提案した。今後は本プログラムと、国が提案してきた“段位制度”とも整合性をはかり、プログラムをさらに実践的、効果的なものに改善していきたいと考える。

●一般口頭発表A

地域包括ケアシステムにおける複合型高齢者住宅の事例研究

○ 渡辺 剛¹⁾、野本真理子¹⁾、安部田優介¹⁾、金元千恵子¹⁾、窪田昌行¹⁾、波多敬子¹⁾、加野資典²⁾、加野豊子³⁾

1) 株式会社プラスネットハイマート桑の実、2) 医療法人豊資会、3) 社会福祉法人豊資会

【目的・背景】

豊資会は福岡県古賀市で医療と介護福祉事業を手がけるグループである。1980年に有床診療所「加野泌尿器科」として発足し、後に法人化された加野病院を中心として、グループホーム、ケアハウスを拠点に訪問介護、通所介護などを含む居宅介護支援サービス、さらに配食サービスなど地域の介護・福祉サービスを行ってきた。2008年には在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを併設した自立型の高齢者住宅である高齢者専用賃貸住宅を建設し、2012年には重介護まで対応する通所介護併設有料老人ホームを開設した。社会保障と税の一体改革で構想されている高齢者住宅を中心とする地域包括システム構築を推進している。

本事例研究では、地域包括ケアシステム構築の拠点となる通所介護併設住宅型有料老人ホームのマネジメントモデルの紹介をし、その中で整理した課題を発表する。

【方法】

本研究では、住宅型有料老人ホーム「ハイマート桑の実」について、「サービスの特色と料金」、「入居状況とその特色」、「ケアプランとサービス提供方法」、「医療・介護の連携体制について」を記述し分析することで、現状とあるべき姿を比較し今後の課題を検討した。

【結果・考察】

1. サービスの特色と料金

ハイマート桑の実は古賀駅から徒歩5分の位置にある都市型の住宅型有料老人ホームであり、1階に通所介護、地域交流センター、2階に21室の居室（1室は夫婦部屋で20室は個室）、3階に22室（全室個室）をもつ通所介護併設高齢者住宅である。

桑の実の三つの特色を挙げる。(1)入居者を医療と介護のニーズが高い、介護1から5の要介護者。次に、(2)桑の実を第二の我が家にするコンセプト。最後の看取りまでできるよう終の棲家としての医療体制のバックアップを医療法人豊資会と密な連携体制がとれるようにした。(3)安価な価格設定。居室広さは13㎡（8畳）とし、利用料金を最小限に抑えた。

基本料金は10.5万円（内訳；家賃3.5万円、食費4万円、管理費3万円）としミドルの方が入居し易くなるようにした。なお、共用部分の利用料金として入居一時金30万が必要である。

2. 入居状況とその特色（平成24年12月末現在）

ハイマート桑の実では開業時、まず2階をオープンし、一月目に5名が入居された。12月末現在では、33名（2階：21名、3階12名）が入居している。男女比は男性が12人（36.4%）、女性が21人（63.6%）、平均年齢は84.6歳であった。平均の要介護度は2階が3.0、3階が1.5で全体平均2.4であった。受け入れた入居者はガン末期、脳幹出血、脳出血後の方等医療ニーズの高い方も多い。

3. ケアプランとサービス提供方法

入居者は一人ひとりの介護、医療ニーズが異なるため“その人らしい生活”の継続ができるように、ケアプランを作成している。多くの入居者が同一建物の1階にあるデイサービスを利用し、必要に応じて、訪問診療、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ等を受けることになる。平成24年12月の介護保険事業の利用状況は、デイサービスが介護保険の52.3%、訪問介護が12.3%、訪問看護7.6%、延べ利用者数はデイサービスが556回、ヘルパーが376回、訪問看護が173回であった。

4. 医療・介護の連携体制について

桑の実の入居者の平均年齢は85歳でほとんどの方が複数の疾病を持ち、それに伴い多種・多剤の方がほとんどである。桑の実は平成24年6月に開業してから、施設内で看取りを行った。医療者や介護者が精神的に支えることで家族の方も自宅ではなかなかできない最後の会話ができたこと、安心な医療・看護、および介護のバックアップがあったことに満足され、高齢者のすまいにおける医療のバックアップが不可欠であることが確認できた。これからもハイマート桑の実では在宅医療を担う加野クリニックと入院機能をもつ加野病院との連携をさらに強化することにより、在宅における看取りのニーズに対応していく方針である。

【今後の課題】

今後、高齢者の割合が増加し、医療・介護・年金などの社会保障費が急増していくことは避けられない。そのため、医療・介護・生活支援サービス機能をもつ複合施設と高齢者住宅を整備していく必要がある。地域包括ケアシステムの機能を担っていくハイマート桑の実のような高齢者住宅は、わが国において必要不可欠な存在になると思われる。今後は、24時間の切れ目のないサービスのシステムの整備、情報共有のためのネットワークの整備、スタッフなどの人材教育、ボランティア団体の育成などが課題である。

●一般口頭発表A

看護師の職業価値が職務満足に与える影響

○ 竹田明弘 (和歌山大学観光学部)

【目的】

職務満足自体は個人の価値、年齢やパーソナリティなど成員特性によって異なる。太田(1999)は、個人の態度や行動に着目し、組織(職場組織)よりも自分の専門とする仕事に強くコミットメントし、仕事を通してキャリアの形成や個人欲求を追求していく個人を「仕事人」、所属組織に強くコミットメントし、組織から得られる誘因(報酬、昇進など)によって欲求を充足していく個人を「組織人」と定義し、両者は組織や職業に対して異なる行動特性を示すとした。また、Erickson and Gratton(2007)は、従業員個人の個性と仕事志向から6つの価値志向を提示し、価値志向ごとに仕事観、さらには従業員が重視するモチベータが異なることを論述した。

さらに、シャインは、人にはそもそも職業に対する自分のあり方の価値が存在し、それをキャリアアンカーと呼んでいる(E. Schein, 1993)。彼は、個人が持つ価値を8つに分類し(専門・職能別コンピタンス、全般管理コンピタンス、自律・独立、保障・安定、起業家的創造性、奉仕・社会貢献、純粋な挑戦、生活様式)、個人が持つその価値は本質的に変わることはないとした。

そこで、本研究は看護師のキャリアアンカーに着目し、職業価値と職務満足の関係について分析する。

【対象と方法】

2011年2月にA県の県立病院を対象として質問紙調査により実施された。調査は看護部長を通じて全看護師に配布され、記入後速やかに回収した。有効回答数は181(配布240、回収率75.4%)であった。

調査項目は職業価値については、シャイン(1993)のインベントリーを用いた。本インベントリーは上述した8つのコンピタンスのそれぞれに5つの質問項目が対応し、合計40の質問項目で構成される。質問項目は「全然そう思わない」から「いつもそう思う」の6段階で評価される。それぞれのコンピタンスに対応する5つの質問項目の合計値を5で除した数値を下位スコアとして分析に利用した。

なお、職務満足についてはJIG(Job in General)を、専門職の仕事満足についてはMorrow(1989)の項目を利用した。職務満足については、JIGで構成される18の質問項目を、看護職満足についてはMorrow(1989)で構成される15の質問項目について、因子分析した上で因子を抽出し、それぞれの因子に含まれる項目数で除したものを下位スコアとして分析に利用した。なお、因子分析の方法として、最尤法を用い、それにバリマックス法で回転を加えた。そこで、職務満足については職場での仕事満足(以下：仕事

満足)、職場での仕事に対する誇り(以下：誇り)の2因子が、看護職満足については1つの因子に集約された。

こうして抽出された因子と職業価値の8つのコンピタンスについて相関分析を試みた。

【結果と考察】

相関分析の結果から、保障・安定、生活様式の2つの職業価値と、仕事満足、誇り、看護職満足については相関係数がほぼ0に近い結果となった。また、相関係数が高いものは奉仕・社会貢献、純粋な挑戦の2つの職業価値と、仕事満足、誇り、看護職満足についてはそれぞれの相関係数が0.4の近似値であり中程度の相関を示すことが明らかになった。なお、専門・職能別コンピタンスについては、看護職満足との相関係数が0.40と中程度の相関を示すのに対し、仕事満足、誇りとの相関係数がそれぞれ0.20、0.27と弱い相関であった。

この結果から、入職時に奉仕・社会貢献、純粋な挑戦の職業価値をもつ個人は、その後のキャリアの中で看護という仕事に対して満足を持ちやすいということがわかった。また、最も職務満足と強い関係にあると予想される専門・職能別コンピタンスの職業価値を持つ個人については、看護職満足は0.40と比較的高い相関係数を示したが、職場での満足については低度の相関であった。これには、職場での組織風土が影響しているものと思われる。

最後に、保障・安定、生活様式の職業価値を持つ個人についてである。この2つの職業価値はプライベートをより重視するタイプの人材であり、仕事はプライベートを充実させるための源泉を得るための手段と考えている。職務満足とネガティブな相関を示すことが予想される。しかし、結果として無相関であったという事実は、このような職業価値を持つ人材であったとしても、キャリアを通じて仕事へのコミットが高まっていった人材がいる可能性が示唆される。どのような看護経験をするか、またはどのような組織風土や管理システムの中でキャリアを積むかの重要性がクローズアップされる。

●一般口頭発表B

2012-13 倉吉市関金温泉モデル—新湯治・地域振興システム—

古賀眞澄¹⁾ 木藤隆親²⁾ 樋口稔起³⁾

(1：(株)パル フィットシステム、2：倉吉市企画振興部観光交流課、3：関金温泉旅館組合)

【目的】

関金温泉を、観光・健康・介護分野を連携した保養温泉地としてシステム開発し、地元住民及び新たな保養観光客のニーズに沿った「新湯治・プラチナプロジェクト」として確立していく。

【対象と方法】

従来の温泉保養の「ゆったり入浴し骨休め、美味しい料理を食べて英気を養う」だけでは、運動不足で食べ過ぎの生活習慣病予備軍の健康づくりには効果は得られない。そこで、アクアセラピーを元に温泉の浴槽内での運動によって、「関金温泉湯の花体操」と「湯上り体操」をソフト開発し、積極的な健康づくりに取り組む温泉保養地として保健・医療・分野との様々な連携(表1)を模索する。

【結果】

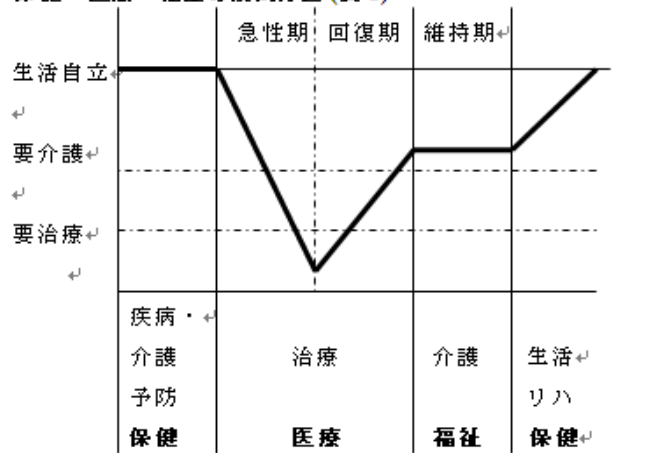
関金温泉 健康温泉祭り(平成24年12月1-2日)では、関金温泉の5施設で「湯中運動体験教室を実施し、アクアセラピーとしての関連施設として、市営温水プールでの「足腰シャキッとアクアセラピー教室」を行った。参加者からは、「大変気持ちよかった。又、参加したい。湯中運動を覚えて家庭や温泉浴槽で実施し、運動習慣として続けたい。」等の評価を得た。また、主催側の市職員・温泉関係職員からは、「身近な地域の温泉で腰痛の軽減が出来るとうわかった」「自分の健康づくりに温泉を使い、その体験をお客さんに伝えたいと思った」等の感想が得られ、地域資源の関金温泉での湯中運動・湯上り体操の取り組みは、倉吉市の医療費・介護保険料の適正化に寄与する可能性が示唆された。

【考察】

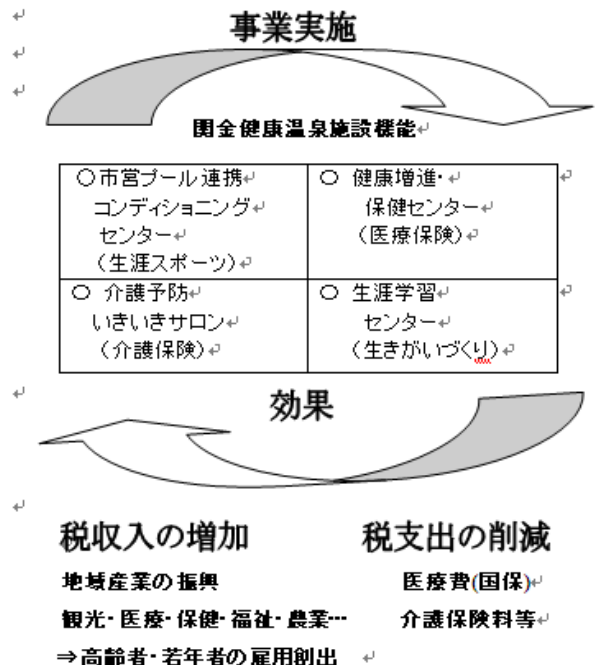
平成25年度は「新湯治」に関する湯中運動体験教室、講演、市職員・温泉関係職員合同研修、市民モニター教

室の評価・感想等のデータから関金温泉の新湯中運動と食事を組み合わせた「健康パック」の開発に取り組む。そして、観光・保養・介護・医療・地場産業振興のそれぞれを結ぶ(フロー図1)、「新湯治場・プラチナプロジェクト」の実実施計画を策定し、具体的な事業の内容、各団体・組織の役割分担を明確にし、「関金新湯治システム」に展開していくものとする。また、温泉保養の効果指標として、今後、関節可動域の拡大や血圧の適正化、痛みやストレスの軽減等により温泉保養地としての効果を検証する。

保健・医療・福祉の役割分担(表1)



関金健康温泉—倉吉市経営健全化計画(フロー図1)



「観光」「健康」「介護」が連携した国民保養温泉地に向けた取組事例

木藤隆親¹⁾ 古賀眞澄²⁾ 樋口稔起³⁾

(1：倉吉市企画振興部観光交流課、2：(株)パル フィットシステム、3：関金温泉旅館組合)

【はじめに】

鳥取県のほぼ中央、中国地方最高峰大山の東山麓に位置する関金温泉は、平安前期頃の発見といわれ、備中往来の宿場町として、また湯治場として栄えた。適温で湧出する単純弱放射能泉の温泉と豊かな自然環境の中にたたずむ関金温泉は、湯の美しさから白金の湯と称され、保養や療養に優れ、昭和45年に国民保養温泉地の指定(環境省※当時厚生省)、平成23年に日本の名湯百選(特定非営利活動法人健康と温泉フォーラム)の認定を受けている。しかし、宿泊客の減少や後継者不足などの理由により、最盛期10軒あった旅館は現在4軒となり、老舗旅館も廃業するなど、温泉地の存続が危ぶまれている。そのような中、国民保養温泉地の選定標準見直しの通知(環境省)があり、関金温泉の現状を踏まえた保養温泉地について再検討する契機となった。地域課題の解決の視点からこれまでの取り組み内容及び成果について報告する。

【関金温泉の地域課題】

関金温泉を利用する主たる施設は、温泉旅館4軒、日帰り入浴施設2軒、介護福祉施設4軒であり、自家源泉の所有又は温泉配当により運営されている。

関金温泉の最も大きな課題は、ある温泉旅館の主人の一言につきる。それは、「うちの旅館には地元の人が誰も紹介してくれんげえ」というものである。温泉地に住む地域住民が関金温泉を利用していない実態と、関金温泉を誇りに感じていない現実が言葉に込められていた。地元の人が利用しない温泉に観光客が来るはずもない。関金温泉が地元の人から利用され、親しまれる温泉になっていないことが課題である。

【関金温泉プラチナ(白金)プロジェクト】

地元住民の特性やニーズを聞き取り調査したところ、高齢化率の上昇や独居高齢者の増加を背景として、健康へのニーズが高いことがわかった。また、都会へ出た息子・孫が帰省する時に、自宅を利用するのではなく、ホテルや旅館に宿泊する家庭が多いことがわかった。これは、独居高齢者は来客用の布団干しや部屋の掃除ができ

ず、自宅の空き部屋に寝泊りできないことが理由である。また、介護施設の利用者においては、温泉旅館での入浴に高い人気があり、リフレッシュしたいというニーズが高いことがわかった。

このような現状を踏まえ、関金温泉が地元住民に利用され、親しまれるものとなるよう、「観光分野」「健康分野」「介護分野」を連携した「関金温泉プラチナ(白金)プロジェクト」が立ち上がった。観光分野では、3世代が安心して温泉旅館を利用できるよう介護の視点で旅館のサービスやハード設備を見直し、健康分野では、水中運動を応用して温泉でおこなう湯中運動、また、介護分野では、温泉旅館の持つ非日常性(リフレッシュ効果)を介護サービスに取り入れることなどを一体的に取り組み、温泉をとりまく自然環境、食材、歴史文化、地域住民等が各分野をサポートするものである。これまでに、関金温泉旅館組合、介護施設、行政機関(観光分野、福祉保健分野、介護分野、生涯学習分野など)、地元地域づくり団体、温泉利用者等がプロジェクト推進に向けて、取組みを進めながら連携を深めている。先行している取組みが、健康分野の湯中運動である。大分県長湯温泉や熊本県菊池温泉への先進地視察を皮切りに、第1回湯中運動研修会、関金温泉健康温泉まつり、第2回湯中運動研修会を開催し、湯中運動の普及と温泉の健康利用について理解の輪を広げている。

【考察】

「観光分野」「健康分野」「介護分野」がそれぞれの目的を持ちながら、官民協働により共通の取組みを行っていく関金温泉プラチナ(白金)プロジェクトは、先進事例がなく先駆的なものである。また、関金温泉に類似する課題を持つ温泉地は全国各地にあり、温泉地を活性化する全国モデルに成り得ると考えられる。

【むすび】

これまでの取組みで、異なる分野の関係者が温泉を中心として連携した取組みを実践できることがわかった。取組みを検証しながら、関金温泉の国民保養温泉地を目指していきたい。

●一般口頭発表B

中小企業労働者の透過性調整力と健康実態との関連についての基礎的研究

○ 荒巻 悦子（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）

荒木 登茂子、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】

中小企業労働者は、刻々と変化する環境や役割のなかで、自らの行動をコントロールして健康状態を維持することが求められている。交流分析では、透過性調整力（Permeability Control Power:PC）を柔軟性や適応能力の指標としている。PCは自我状態を切り替える力であるが、自我状態をコントロールすることと自分の行動をコントロールすることとは関係が認められている。したがって、健康管理におけるセルフケア能力と関連している可能性もある。そこで本研究は、PCと労働者の健康に関する指標との関連を明らかにして、労働者の健康管理におけるセルフケア能力の向上に貢献するための基礎資料を得ることを目的とする。

【対象と方法】

中小企業労働者で健康診断を受けた者を対象に、自己記入式質問紙調査票による調査を行った。調査期間は、平成24年6月から11月で、有効回答656人（男性313人、女性343人）を分析対象とした。調査内容は、①PC（標準化されたT得点によって0～11点を「低群」、12～20点を「高群」とした）②基本属性（年齢・定期的な受診の有無・家族の有無）、③健康習慣（森本らの8つの健康習慣を参考に、朝食摂取状況、栄養バランスへの配慮、飲酒、喫煙、運動、睡眠時間、主観的ストレス、ストレス解消、労働時間、日頃心がけていることの10項目）、④仕事の采配、⑤主観的健康感である。検査データは、BMI、血圧、脂質代謝、糖代謝を分析の対象とした。PCと検査データの2要因の比較には、対応のないt検定を、その他の変数についてPC高群とPC低群の比較には χ^2 乗検定を行った。次に、PCの健康習慣に対する影響を検討するために、それぞれの健康習慣を従属変数、PCを説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

対象者の年齢は19歳～73歳、平均年齢は男性49歳（SD10.18）、女性47歳（SD9.84）であった。PCの得点は、平均12.86（SD4.55）、高群428人（65.2%）、低群228人（34.8%）であった。PCの得点は、年齢と共に漸

増する傾向がみられ、特に60歳以上において有意に高かった。PC高群と低群において有意差がみられた健康習慣は、「栄養バランスへの配慮」（ $p<.001$ ）、「運動」（ $p<.01$ ）、「睡眠時間」（ $p<.001$ ）、「主観的ストレス」（ $p<.001$ ）、「ストレス解消」（ $p<.001$ ）であった。主観的ストレスごとのストレス解消状況では、主観的ストレスの多少に関わらず、PC高群は低群に比べてストレス解消ができていた（ $p<.001$ ）ことが示された。また8つの健康習慣の実行数から、PC高群ほど多くの健康行動を実践する傾向があり、自由記載事項でも日頃心がけていることが多く、個々に応じた健康づくりを行う傾向が認められた。ロジスティック回帰分析の結果では、PCが影響を与える健康習慣は、「栄養のバランスへの配慮」（OR=2.25）、「睡眠時間」（OR=1.44）、「主観的ストレス」（OR=1.84）、「健康習慣の実行数」（OR=1.78）であった。

主観的健康感では、“健康”と“不健康”において有意差が認められ（ $p<.001$ ）、PC高群ほど主観的健康感が高い傾向が示された。リスクの有無ごとの主観的健康感とPC高群と低群の比較でも有意差が認められ、PC高群ほど健康状態を肯定的に捉える傾向が示された。更に、リスクの有無と主観的健康感により分類したうえでPCと健康行動の関連をみた結果、PC高群ほど多くの健康行動を行う傾向が示された。一方、PCと検査データには関連は認められなかった。

【考察】

PCは、ストレス対処能力としての有用性に加え、健康習慣の実践に影響を及ぼす要因であること示唆された。またPCは、健康状態の認識や、自己評価とも関連する要因であることが示唆され、PC高群ほど健康状態を適切に認識し、望ましい健康行動をとったうえで、健康状態を肯定的に評価する傾向が示された。

以上より、中小企業労働者に対し個別健康支援を通じてPCを向上させることによって、個人の心身の健康管理におけるセルフケア能力の向上につながる可能性が示唆された。

●一般口頭発表C

福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究

- 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）
- 劉寧（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
- 西巧、前田俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）

【目的】

行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）は、急性期認知症患者に見られる徘徊や妄想、攻撃的行動等を指す。認知症入院患者を入院させる最も重要な目的は、BPSDの急性期の対応である（M. Colombo, 2007; 黒澤尚, 2007; 釜江, 2011）。そのため、短期集中的な入院治療が求められる。しかしながら、現状では認知症患者の入院期間が長いと指摘されている（鮫島健, 2010. 山崎学, 2011）。

日本では認知症入院患者の在院日数に関する病床、地域及び施設間の比較等に関する研究がほとんど行われていない。

そこで、認知症入院患者を研究対象とし、レセプトデータを使って入院病床の種類別に二次医療圏別の在院日数の実態を明らかにすることを本研究の目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された2009年4月1日から2010年3月31日までの医科レセプトデータを使用した。主傷病名が「認知症」である入院に関するデータを抽出して、一般病床、精神病床と療養病床の三つの病床に絞ってデータベースを構築した。

分析が三つの手順を踏まえて行った。まず、全体の在院日数の分布を確認する上、一般病床、精神病床と療養病床それぞれの在院日数を調べた。次に、Kruskal-wallis検定を使い、一般病床、精神病床、療養病床別に、福岡県二次医療圏間の在院日数を比較した。最後に、一般病床の在院日数、精神病床の在院日数、療養病床の在院日数を目的変数とし、入院患者の性別、年齢、二次医療圏を説明変数とし、重回帰分析で解析した。

【結果】

入院患者総数は1,322人、入院総件数は1,380件であった。患者の平均年齢は83.4歳であり、女性が全体の66.8%を占めた。表1に、全病床、一般病床、精神病床と療養病床の在院日数を示した。全病床の在院日数の平均値は1441.4日、中央値は738.0日であった。全病床の在院日数には大きなばらつきを認めた。

	最小値	最大値	中央値	25%タイル	75%タイル	平均値	標準偏差
全病床	1.0	19,698.0	738.0	346.0	1,645.0	1,441.4	2,300.7
一般病床	3.0	2,155.0	62.0	25.5	233.0	179.5	318.4
精神病床	2.0	19,698.0	786.0	356.0	1,889.0	1,568.9	2,386.2
療養病床	1.0	19,606.0	814.5	405.5	1,526.8	1,406.0	2,264.7

また、一般病床、療養病床、精神病床の順に在院日数が長くなっており、3病床の在院日数に有意な差があることが明らかになった。一般病床では、二次医療圏間の在院日数の差は見られなかった。精神病床と療養病床では、二次医療圏間の在院日数に有意な差が認められた。

一般病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、説明率が小さく、モデルが統計的に有意ではなかった。精神病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、 R^2 は0.055で説明率は低かったものの、統計的に有意であった。精神病床の在院日数に対して、性別、飯塚医療圏と北九州医療圏が有意に関連していた。療養病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、 R^2 は0.063で同様に説明率は低かったものの、統計的に有意であった。療養病床の在院日数に対して、年齢、性別、久留米医療圏、京築医療圏と飯塚医療圏が有意に関連していた。

【考察】

本研究によつては、福岡県の認知症入院患者の在院日数が非常に長いことが明らかとなった。病床の種類別に明らか格差が存在していた。また、認知症入院患者の在院日数に地域差があることが明らかとなった。

在院日数における地域差の原因を推定するために、福岡県二次医療圏内の人口当たり病床数と介護施設定員数も調べた。その結果、人口当たりの精神病床数、療養病床数と認知症患者の在院日数が単純に相関するものではないことが明らかとなった。しかし、人口当たり介護施設定員数の少ないところでは、認知症入院患者の在院日数が長くなる傾向があることが明らかとなった。それぞれの地域で、その特性に応じた認知症患者のケアを行う必要があると思われる。

●一般口頭発表C

療養病床入院患者の在院日数と死亡率に関する研究

○ 海江田真衣、前田俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）

○ 西巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）

○ 馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

療養病床とは、長期にわたり療養を必要とする患者が入院する病床である。療養病床入院患者の実態については、中医協や日本医師会などによる医療機関へのアンケート調査が複数実施されているだけで、レセプトデータなど実際の診療報酬請求や診療録などに基いて分析した研究は今のところ見受けられない。療養病床において患者分類によって診療報酬の設定に違いが用いられているが、これには医療資源の必要性に差があるということが前提となる。電子レセプトで得られる患者予後の情報としては在院日数と死亡率があり、患者分類による在院日数や死亡率が明らかになれば、行政による医療計画や医療機関の経営戦略に貢献できる資料となる。

そこで、本研究では療養病床入院患者を対象として、診療報酬区分に基づいた患者分類を用いて在院日数と死亡率を定量的に明らかにし、医療供給における情報を提供することを目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険連合会に電子請求されたレセプトデータから、平成21年4月1日時点で医療療養病床に入院していた患者を抽出し、平成22年3月31日までの1年間を観察期間とした。調査期間以前の在院日数を入院日から算定し、レセプト上の総診療日数を加えた合計在院日数の算定を行った。各月に算定された入院基本料を患者の状態や診療内容を表すものとして、入院基本料A群からE群の5群に分類した。

対数変換した合計在院日数を目的変数とした分散分析を行い、次に、性別、年齢区分、調査開始月の入院基本料区分を独立変数とした重回帰分析を行った。また、生存変数を合計在院日数、状態変数を死亡有無として、因子を調査開始月の入院基本料区分とした生存分析を行い、次に共変量を性別、年齢区分、調査開始月の入院基本料区分とした比例ハザード分析を行った。

【結果】

分析対象者は9,426名（うち、男性34.1%）であった。年齢区分毎にみると、64歳以下は5.6%、前期高齢者は13.7%、後期高齢者は80.7%であった。

対象者全体の合計在院日数の平均値は1,051.48日（標準偏差：±1,422.87）、中央値は631.0日であった。分散分析の結果、入院基本

料区分による在院日数の差は有意であった。次に、在院日数に対する各変数の影響度を重回帰分析で検討した結果を表1に示した。入院基本料C群は基準とした入院基本料E群に対し、有意性がみられなかった（ $p=0.55$ ）。

表1 重回帰分析の結果

	偏回帰係数	標準 偏回帰係数	有意確率 (p)	95%信頼区間	
				下限	上限
(定数)	2.62		0.00	2.57	2.66
性別	0.10	0.09	0.00	0.08	0.13
年齢区分	-0.09	-0.09	0.00	-0.11	-0.07
入院基本料D	0.40	0.16	0.00	0.34	0.45
入院基本料C	0.01	0.01	0.55	-0.03	0.06
入院基本料B	0.33	0.28	0.00	0.30	0.36
入院基本料A	0.15	0.12	0.00	0.12	0.19

R²=0.071, ANOVA $p<0.001$

生存分析を行った結果、入院基本料A群がもっとも累積生存率が低く、入院基本料C群は累積生存率がもっとも高かった。表2に対象患者の状態が死亡に与える影響を定量化するため、比例ハザード分析を行った結果を示した。基準とした64歳以下・入院基本料E群に比べて、入院基本料D群・C群以外は全て有意（ $p<0.01$ ）であった。

表2 比例ハザード分析の結果

	回帰係数	有意確率 (p)	ハザード比	ハザード比の 95%信頼区間	
				下限	上限
性別	-0.39	0.00	0.68	0.61	0.75
64歳以下(参照)		0.00			
前期高齢者	0.81	0.00	2.24	1.50	3.36
後期高齢者	1.63	0.00	5.12	3.53	7.41
入院基本料E(参照)		0.00			
入院基本料D	0.14	0.41	1.15	0.83	1.59
入院基本料C	-0.33	0.09	0.72	0.49	1.05
入院基本料B	0.46	0.00	1.59	1.27	1.98
入院基本料A	1.59	0.00	4.93	3.97	6.12

【考察】

分析の結果、医療区分、ADL区分を用いた患者分類によって、在院日数や死亡率の差があるということが明らかになった。日常生活自立度が低いほど在院日数が延びる傾向があった。今後は、具体的な診療内容の実態の把握が必要と考える。

●一般口頭発表C

糖尿病外来患者の診療の地域格差

○岩本和香子（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）、
西 巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

糖尿病は循環器疾患のリスクを増加し、神経障害、網膜症、腎症などの合併症を併発することによって、QOLおよび医療費への大きな影響を及ぼすため、医療費適正化の対策としても、糖尿病の重症化の予防が非常に重要である。福岡県保健医療計画によると、糖尿病の恐れのある者は40～74歳の男性の10.9%、女性の23.4%、糖尿病有病者は、40～74歳の男性の14.6%、女性の7.3%であり、有病率は高い。また、糖尿病専門医は平成19年5月1日時点では182名に過ぎず、地域格差があり、専門医がいない医療圏も存在する。本研究では、福岡県の糖尿病外来患者の診療における地域格差について検証することを目的とした。

【対象と方法】

2009年4月に福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求されたレセプトデータから糖尿病に罹患している患者を抽出し、レセプトデータを2010年3月まで追跡した。次に、死亡率、HbA1c測定、眼底検査、尿中アルブミンおよび生活習慣病管理、外来受診の頻度を目的変数として、性別、年齢区分、医療圏を独立変数とした χ^2 検定を行った。最後に、HbA1c測定の頻度、眼底検査、尿中アルブミンおよび生活習慣病管理の実施の有無を目的変数とし、性別、年齢区分、医療圏を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

表1に死亡割合を示した。医療圏間に有意差が認められたが、どの医療圏も死亡率は0.3%以下であった。

表2に外来受診頻度を示した。医療圏間において有意差は認められたが、定期受診している患者の割合はどの医療圏でも約94%であり、患者は定期的に受診していることが明らかとなった。

表1. 糖尿病外来患者の死亡割合の分布

医療圏	死亡			合計
	生存	死亡	割合	
全体	109,581	191	0.1%	109,772
福岡系島	25,942	35	0.1%	25,977
粕屋	5,911	16	0.3%	5,927
宗像	4,295	6	0.1%	4,301
筑紫	7,515	10	0.1%	7,525
朝倉	1,390	1	0.1%	1,391
久留米	11,217	32	0.3%	11,249
八女筑後	3,801	6	0.2%	3,807
有明	7,020	13	0.2%	7,033
飯塚	3,835	0	0%	3,835
直方鞍手	3,509	6	0.2%	3,515
北九州	27,263	48	0.2%	27,311
京築	4,307	9	0.2%	4,316
田川	3,576	9	0.3%	3,585
Pearson χ^2	23.532			
P値	0.024			

表2. 糖尿病外来患者の外来受診頻度の分布

医療圏	外来受診頻度		
	不定期	定期	合計
全体	5,911	103,861	109,772
福岡系島	1,481(5.7%)	24,496(94.3%)	25,977
粕屋	351(5.9%)	5,576(94.1%)	5,927
宗像	226(5.3%)	4,075(94.7%)	4,301
筑紫	465(6.2%)	7,060(93.8%)	7,525
朝倉	75(5.4%)	1,316(94.6%)	1,391
久留米	630(5.6%)	10,619(94.4%)	11,249
八女筑後	166(4.4%)	3,641(95.6%)	3,807
有明	387(5.5%)	6,646(94.5%)	7,033
飯塚	187(4.9%)	3,648(95.1%)	3,835
直方鞍手	166(4.7%)	3,349(95.3%)	3,515
北九州	1,399(5.1%)	25,912(94.9%)	27,311
京築	206(4.8%)	4,110(95.2%)	4,316
田川	172(4.8%)	3,413(95.2%)	3,585
Pearson χ^2	41.249		
P値	0.000		

図1に外来患者の診療の地域格差についてロジスティック回帰分析の結果を示した。HbA1c測定では朝倉医療圏が1.40、眼底検査では福岡系島医療圏が1.22、尿中アルブミン測定では京築医療圏が10.78、生活習慣病管理では京築医療圏が2.63で最も高かった。

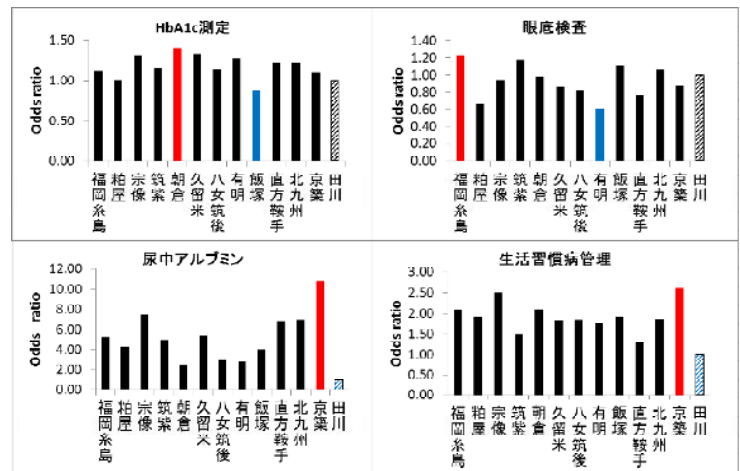


図1. 糖尿病外来患者の診療内容に関するロジスティック回帰分析の結果

【考察】

本研究で、どの医療圏の患者も定期的に外来受診を行っているが、外来の疾病管理において地域格差が存在することが明らかになった。今後は医療圏の人口構成、疾病の重症度、併存症を考慮して、医療圏における疾病管理の状況が、合併症や入院のリスクを抑える

ことができているかを評価する必要があると考える。

計画的レスパイト入院における ALS 患者の健康保険及び介護保険費用と患者・介護者の QOL 評価

菊池仁志^{1) 2)}, 原田幸子²⁾, 荒木智佳²⁾, 宮原美佐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) 医療法人財団華林会 村上華林堂病院

3) 九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座

【目的】

ALS は全身の運動ニューロンが障害され四肢麻痺、呼吸不全のため死に至る病である。ALS 患者のケアは医療処置も必要であり、極めて介護度が高く、長期在宅療養のためには一時的に短期入院を行うレスパイト入院は欠かせないものと考えられる。しかしながらこれまで、レスパイト入院に関する患者・介護者の QOL と医療・介護費保険費用に関する実態は十分検証されていない。本研究では ALS 患者に対する計画的レスパイト入院に関し、ADL、医療・介護保険費用の側面から、患者・介護者の QOL に対する有用性を検証した。

【方法】

反復的に計画的レスパイト入院を行っている ALS 患者・介護者 3 名 (計 6 名) 在宅療養のみの ALS 患者・介護者 3 例 (計 6 名) を対象とした。患者、介護者に対する自作の質問表によるアンケート調査、患者に関して、ALSAQ-40、介護者に対して ZARIT 介護度スコア、患者・介護者に対して SF-36 による調査を施行した。在宅療養期間は約 30 日、レスパイト入院期間は約 14 日。4 か月間の医療介護総費用調査施行。ALSFRS にて ADL 評価を施行した。

【結果】

レスパイト入院に関する質問紙調査では、患者、介護者ともに計画的レスパイト入院の有用性を感じていた。さらに ALSFRS が 15~19 点と同程度である場合、

ALSAQ-40、ZARIT 介護負担尺度、SF-36 スコアのいずれにおいても、計画的レスパイト入院群の方の QOL が高かった。さらに ALSFRS が同程度である場合、健康保険のみの費用は約 70 万円程度と同額であり、計画的レスパイト入院を行っている患者・介護者の QOL は高かった。

【考察】

計画的レスパイト入院は、介護者のみならず、患者本人およびにとっても有用であることが示された。特に、患者本人にとっては、コミュニケーション、情動面、心の健康面で QOL の向上を図りえることが示唆された。さらに、介護者にとっては、QOL を全般的に向上させ、特に、日常役割機能、体の痛み、全身的健康感、活力、心の健康においてその傾向は強く、同程度の ADL 症例の比較では、さらに顕著であった。また、今回の研究で、QOL 調査の結果と健康保険費用を合わせて見てみると、ADL が同程度の場合、計画的レスパイト入院を行っている方が患者、介護者の QOL が高く、人工呼吸器加算を除外すると健康保険費用が同等であると考えれば計画的レスパイト入院は社会的な見地からも有効であると考えられる。