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 14 巻　第 1 号　2019 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

市町村における認知症対策の戦略について　・・・ 1
亟々　美香、馬場園　明

財務とパフォーマンスの視点による大分県の社会医療法人と自治体病院との比較　・・・ 9
森友　秀明

訪問リハビリテーションの仕組みである KAKO システムの開発と検証　・・・ 20
古賀　大一郎、馬場園　明

ケーススタディ

ヒューマンライフラインへの架け橋
ー多世代交流施設構想における慢性期病院と急性期病院とのパートナーシップー　・・・ 30
平川　智士、増山　泰英、山岡　広宣、原口　友子、中村　真之、萩原　隆二、
髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

地域包括ケアシステムの実現に向けて ～医療法人竜門堂の取り組み～　・・・ 45
下村　徹郎、下村　恭子、小林　信三、下平　珠子、窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第9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　・・・ 63
第14回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 83
第15回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・ 85

定例研究会報告

第66回研究会報告　近年の医療・介護制度改革について　馬場園　明　・・・ 87
第67回研究会報告　地域包括ケアシステムの現状と将来　馬場園　明　・・・ 88
第68回研究会報告　日本の社会保障制度と課題　馬場園　明　・・・ 89
第69回研究会報告　日本の医療保険制度の歴史と課題　馬場園　明　・・・ 90
第70回研究会報告　日本の年金制度の歴史と課題　馬場園　明　・・・ 91
第71回研究会報告　地域包括ケアシステムにおける人材育成　窪田　昌行　・・・ 92

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　・・・ 93

お知らせ　第10回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会　・・・ 94

研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約　・・・ 95

投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文）　・・・ 97

編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員長　馬場園　明　・・・ 98

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14巻　第1号　　2019

巻　頭　言

医療福祉経営マーケティング研究会
理事長　馬場園　明

本年 9 月 26 日に開催された厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」の下部組織「地域医療構想に関するワーキンググループ」において， 全国 424 の公立病院・公的病院等について，「公立・公的病院等でなければ果たせない機能を果たしているのか」という点について再検証を求め，必要に応じて機能分化やダウンサイジングなどを含めた再編･統合の検討を求める方針が固まったとの報道がなされた．これらの医療機関は，(1)「がん， 心疾患， 脳卒中， 救急， 小児， 周産期」医療などの診療実績が特に少ない，(2) 類似の機能を持つ病院が近接していることから抽出したとされている．すでに、2015 年 6 月 15 日には、「医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査委員会第 1 次報告」では，現在，19.1 万床ある高度急性期病床，58.1 万床ある急性期病床を 2025 年までに， それぞれ， 13.0 万床，40.1 万床に削減する方針が出されたが，その後，全国の各医療圏で定期的に開かれた地域医療構想調整会議において， 病床削減に関して，具体的な取り組みが進まなかったことから，このような発表がなされたものと思われる．

我が国では，入院を要するような疾病である心筋梗塞や脳卒中の罹患率は減少してきており，悪性腫瘍などの治療は外来化学療法や外来放射線療法など外来で治療されるようになっている． そのため，入院医療のニーズは減少してきている． 病床数が過剰なままであると， 病床が医療ニーズの高くない高齢者の介護の受け皿となる傾向にあり， 貴重な社会保障費が効率的に使われないことを憂慮しての判断であるからと思われる．一方， これらの発表に対して， 住民や医療機関側からは反対の意見が出ている．住民にとっては， 近くの医療機関が統廃合されるは不安であろうし，また，医療機関側からすれば，投資した医療施設や機器などに対する負債が返せない可能性や職員を解雇しなければならない事態となる．

わが国では，老人医療費無償化をきっかけに高齢者の社会的入院が広がり，入院の介護施設化により，老人医療費が大幅に増える弊害が起こっている．老人医療費無償化が始まった 1973 年度には 4,289 億円だった老人医療費が 1999 年度には 11 兆 8,040 億円，2016 年の 70 歳以上医療費は，20 兆 1,395 億円にまで膨らんでいる．また，2016 年度の 1 人当たりの医療費は 70 歳未満の被保険者が 20 万 8703 円，被扶養者が 16 万 2257 円であるのに対して，70 歳以上は 58 万 2567 円，75 歳以上を対象とした後期高齢者医療制度の被保険者は 93 万 2611 円に上昇する．

高齢者 1 人当たり医療費が高いのは，病気や障害をもった 1 人暮らしの高齢者の受け皿が地域にないことが影響していると考えられており，厚生労働省は， 2025 年を目指して，地域医療構想で病床数を適正化するとともに，「病院完結型医療モデル」から「地域完結型医療モデル」への転換を目指してきた．「地域完結型医療モデル」は， 高齢者が能力に応じた日常生活をおくることを可能にし，社会的入院にみられるような過剰な医療を排除することが可能になるからである．また， 我々は， 生活支援サービス，予防サービス， 医療サービス，介護サービスを提供する複合施設を核にして複数の高齢者住宅をネットワークで支援する「日本型CCRC」を構築することを提案してきた． 平成30年度の地域包括ケア研究会報告書では，「小規模多機能型居宅介護」，「看護小規模多機能型居宅介護」，「定期巡回･随時対応型訪問介護看護」を，一体的な提供体制を支える中核的サービス形態であるとしている．「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は， 24 時間安心して， 連絡訪問が受けられるサービスであり， 本人や家族の不安に対応できる．「小規模多機能型居宅介護」は，住み慣れた環境で最期まで受けられるようにするサービスであり，「看護小規模多機能型居宅介護」は，がんや難病など医療ニーズの高い高齢者が自宅で療養を続ける助けになる．これらの地域密着・統合型サービスは， 月当たりの包括型の介護報酬を介護提供者に対して支払うことで，要介護者に継続的なケアを提供することを可能とするものである．

社会保障制度を維持，発展させていくためにも，高齢者の自立を支援していくという理念のもと，質が高く， コストがかからない高齢者ケアの仕組みを構築していかなくてはならないが，「日本型 CCRC」のモデルに， 地域密着・統合型サービスを組み込んでいくことも， 重要な選択肢になりうると考えている．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　1 - 8 ,　2019

市町村における認知症対策の戦略について

亟々　美香[1)]、馬場園　明[2)]

The strategy of dementia measures in municipalities

Mika JOJO [1)]　Akira BABAZONO [2)]

【Abstract】

【Purpose】

In Japan, the aging rate is rising rapidly and the number of elderly people with dementia is increasing. The measures for dementia are indispensable. In Japanese long-term care insurance services, the care manager is responsible for integrating resources related to community-based integrated care system. We examined these strategies, aiming to construct community-based integrated care system, focus on the management of care manager conducted by municipalities,

【Method】

We created a balanced scorecard on the strategy for municipalities to construct community-based integrated care system for dementia. We created strategy map based on "Learning and Growth", "Process", "Customer" and "Financial". Based on care for the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（BPSD）in "Process", we created “Dementia care path” used by care manager.

【Results】

We set the vision as "To construct a community-based integrated care system for dementia" and the mission as "To achieve Aging in place even with dementia（place of dementia's life not to be hospitalized）". Based on the strategy map, we organized systematically based on the cause-effect relationship of the measures and set “Critical Success Factors” and “Key Performance Indicators” with the score card. The dementia care path can compensate for variations in the quality of care manager and make it possible to visualize a pathway that can realize Aging in place without an ad hoc decision.

【Discussion】

Towards the constructing of community-based integrated care system, by organizing traffic control and visualizing strategies based on the causal relationship of each measure, what emphasis is given to municipal officials and stakeholders to achieve the same purpose , Sharing how to carry out can be shared and lead to achievement of "normative integration".

Key words : Dementia, Community-based integrated care system, BPSD, Dementia care path

【抄録】

【目的】

我が国では、高齢化率が急速に上昇しており、それに伴い、認知症高齢者数が増大するなか認知症の対策は必要不可欠となっている。介護保険制度においては、介護支援専門員が地域包括ケアシステムに関する各資源を統合していく役割を担っている。そこで市町村が行う介護支援専門員に対するマネジメントに着目し、地域包括ケアシステムの構築を目指すための戦略の検討を行った。

【方法】

市町村が認知症における地域包括ケアシステムの構築を達成するための戦略について、バランスト・スコアカードを作成した。「学習と成長の視点」「プロセスの視点」「顧客の視点」「財務の視点」をもとに、戦略マップの作成と重要成功要因と重要業績指標を設定した。「プロセスの視点」において、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の対応をもとに、介護支援専門員が使用する認知症ケアパスを作成した。

1)　九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
代表著者連絡先：mika.jojo@gmail.com
Department of Health Care Administration and Management
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

2)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management,
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

【結果】

ビジョンを「認知症における地域包括ケアシステムの構築」と設定し、ミッションを「認知症があってもAging in placeを実現する（認知症の生活の場所を入院としない）」と設定した。戦略マップをもとに、施策の因果関係に基づき体系的に整理し、戦略目標で重要成功要因と重要業績指標を設定した。認知症ケアパスは、介護支援専門員の質のバラつきが補正でき、ビジョンに沿った対応をすることで場当たり的な対応とならないようにすることでAging in placeを実現できるような道筋が可視化できるようになった。

【考察】

地域包括ケアシステムの構築に向けて、施策ごとの因果関係に基づいて体系的に交通整理し戦略を可視化することで、市町村職員をはじめステークホルダーとも同一目的の達成のために、何を重要視し、どのように実行していくかということを共有でき「規範的統合」への達成につながる。

キーワード : 認知症、地域包括ケアシステム、ＢＰＳＤ、認知症ケアパス

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　1 - 8 ，2019

【はじめに】

わが国の政策においては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を目指している[1)2)]。地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムである[3)4)]。介護保険法第5条第3項においても、地域包括ケアシステムの構築が国及び地方公共団体の責務として明記されている[5)]。ただ、地域包括ケアシステムの各資源（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をそれぞれ充実させるのではなく、資源を一体的に提供できる統合型ケア（Integrated care）が重要となる。また、高齢化の状況や社会資源の状況は、地域格差があるため、地域に適したシステム（Community based）の構築が必要となる[6)]。

地域包括ケアシステムの構築が必要となった背景には、人口構造や社会情勢の変化がある。高齢化率の上昇や高齢者の高齢化により要介護状態となる高齢者が増え、医療や介護サービス等の財源となる社会保障費のひっ迫、また独居世帯の増加により家族ケアが期待できないといった課題がでており、団塊の世代が75歳以上となる2025年にもっともこのような問題が露呈してくることが予測されている。そのため、地域包括ケアシステムの構築を目指し、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で生活できる体制づくりが求められている。

さらに高齢化率の上昇とともに認知症高齢者数が増大するため認知症対策が必要不可欠となっている。我が国における認知症の人の数は2012（平成24）年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態で軽度認知障害（MCI: Mild Cognitive Impairment）と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群とも言われている。2025年（平成37年）には認知症の人は約700万人となり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人へと上昇する見込みとなっている[7)]。

認知症高齢者数が増大することが予測されている中で、現在の認知症高齢者への対応は「場当たり的」であり、終末期までの継続的なケアができていない現状がある。在宅での対応が危機的になると、精神科病院等へ入院させていることも多い。「福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究」によると、精神病床では、平均で1,568日、中央値で786日となっている[8)]。認知症での入院治療の目的はBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の急性期の対応であり、BPSDへの治療に要する期間は約1か月が妥当とされている[9)]。1,568日は4年以上であり、病院が治療ではなく、生活や介護の場所となっていることを示唆している。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること（Aging in place）は、脳梗塞後の麻痺などの身体的な要介護状態の高齢者だけでなく認知症高齢者にも実現することが求められており、認知症においても地域包括ケアシステムの構築を目指すことが重要である[10)]。

認知症における地域包括ケアシステムの構築を実現するための、我が国の具体的な取り組みとして、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）がある。「認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続ける」ために必要としていることに的確に応えていくことを旨とし7つの柱に沿って、施策を総合的に推進している[7)]。また、国は各自治体へ新オレンジプランに沿った認知症対策事業の計画策定と実施を求めているため、自治体での認知症対策としては、新オレンジプランを踏襲したものがほとんどである。取り組みの方向性やそれに合わせた事業、予算を列挙した計画となっているところが多く、具体的な戦略は明確にはなっていない。

そこで、本研究においては、市町村が認知症における地域包括ケアシステムの構築を目指すための戦略の検討を行った。市町村が増大する認知症高齢者に対応していくには、いかに介護支援専門員が、個別のケースにおいてAging in placeを実現させていくかが重要となる。そのため本研究では、市町村が介護支援専門員に対するマネジメントをしていくことに着目し、認知症に対する地域包括ケアシステムの構築の戦略を明確にした。

【対象】

自治体の規模を市町村と設定した。地域包括ケアシステムの構築や推進は、介護保険制度の保険者である市町村が主要なプレーヤーである。保険者機能の評価も求められていることから市町村に設定した。

【方法】

(1) バランスト・スコアカードの作成

市町村が認知症における地域包括ケアシステムの構築を達成するためのマネジメント戦略について、バランスト・スコアカードを作成した。バランスト・スコアカードとは、複数の評価指標を矛盾なく整合させ、戦略の共有化を図る経営システムであり、1992年にハーバード・ビジネススクールのロバート・キャプランとコンサルタントのD・P・ノートンが提唱した手法である[11)]。事業を多面的に評価し各部署の取組を戦略の方向にそろえることができる。「学習と成長の視点」「プロセスの視点」「顧客の視点」「財務の視点」をもとに、戦略マップと戦略目標の作成を行った。戦略目標において、重要成功要因と重要業績指標を設定した。

(2) ビジョン

「認知症における地域包括ケアシステムの構築」と設定した。

(3) ミッション

「認知症があってもAging in placeを実現する（認知症の生活の場所を入院としない）」と設定した。

【結果】

(1) 戦略マップ（図1）、戦略目標（表1）

「学習と成長の視点」「プロセスの視点」「顧客の視点」「財務の視点」の4つの視点に基づき、戦略マップを作成し、財務の視点に向かった戦略の因果関係を整理した。また戦略目標では重要成功要因、重要業績指標を設定した。

(2) 学習と成長の視点

介護支援専門員に対する定期的な学習と地域ケア会議の実施とした。定期的な学習では、認知症の医学的な講義やケーススタディによる教育が必要である。特に介護支援専門員の保有資格は介護福祉士と社会福祉士が約7割と非医療職が多く[12]、病態やBPSDの対応についての知識が必要であるため、認知症疾患診療ガイドラインなどをもとにした教育が求められる。地域ケア会議は、実施が市町村の取り組みである資源の開発につながる。地域ケア会議とは、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である。個別課題の解決を図るとともに、個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域に共通した課題を明確化する。市町村が地域マネジメントを行い、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる[13]。地域ケア会議の具体的な方法としては介護支援専門員が計画したケアプランをもとに、自治体職員や地域包括支援センター職員、医療関係者、介護事業者、民生委員等が参加し、個別課題解決の方法を検討することで専門員のケアマネジメントの実践力を高めていく。

(3) プロセスの視点

介護支援専門員の標準化とBPSDの予防、BPSD出現時の的確な対応とした。BPSDは、認知機能障害を基盤に、身体的要因や環境要因、心理的要因などの影響を受けて、焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と、不安、うつ、幻覚、妄想をはじめとする心理症状がある[14]。そのためBPSDは、独居生活を困難にする要因となったり、介護者への負担につながるため、BPSDの出現を予防したり早期の対応をすることが、Aging in placeの実現につながる。BPSDの予防とBPSD出現時は、介護支援専門員が中心となって対応し、特に医療と介護の統合型ケアが重要とされる。介護支援専門員が場当たり的な対応とならないよう、介護支援専門員が使用する認知症ケアパスを開発した。また、我が国の介護保険制度では、介護支援専門員が様々な介護サービスや様々な事業者を組み合わせてケアを提供するため、認知症高齢者にとっては、人や場所の混乱が起こりやすい。サービス提供者においては、関係者間で統一された情報やそれをもとにしたケアの方向性がタイムリーに共有しにくく、事業者ごとに場当たり的な対応となりやすい。そのため、関係者間がタイムリーに情報を共有し統一されたケアが提供されるよう、市町村の取り組みで情報共有システムの構築とした。また、認知症高齢者に関わる人やケアの場所の混乱を最小限にし、パーソンセンタードケアを実現しやすくするために、柔軟なサービス提供ができる小規模多機能型居宅介護の整備も市町村の取り組みとした。BPSDの出現時の市町村の取り組みとして、認知症初期集中支援チームとした。認知症初期集中支援チームとは、専門医をはじめ複数の専門職が、BPSDが顕著で対応に苦慮している高齢者を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う[15]。

(4) 顧客の視点

顧客の視点はAging in placeの実現とした。介護支援専門員は、介護者の負担を軽減すること、またBPSDの治療のために入院したとしても、治療が終われば、再度、住み慣れた場所で生活ができるよう支援の再構築を行う。また、市町村の取り組みとしては、市民へのBPSDの病態や対応方法について啓発を行うことで、非薬物療法のケアを試みず、安易に精神科病院での入院治療の導入とならないよう啓発を行う。

(5) 財務の視点

財務の視点では、持続可能な社会保障制度の実現とした。高齢化率の上昇や認知症高齢者の増加により今後、医療費や介護費はさらに上昇することが予測されている。持続性のある行政施策を行っていくためには、医療費や介護費の増加抑制が重要である。

(6) 認知症ケアパス（表2）

介護支援専門員の標準化において、介護支援専門員が使用する認知症ケアパスを開発した。認知症の経過ごとに介護支援専門員が各資源をどのように調整していくかを明確にした。認知症の経過は、認知症の発症、介護サービスの導入、BPSD出現時、基礎疾患の悪化とした。資源は地域包括ケアシステムの構成要素[16] [17]である医療、看護、介護、リハビリ、保健・福祉、本人の選択・心構え、家族の心構えとした。

【考察】

本研究では、市町村が認知症における地域包括ケアシステムを構築するための具体的な戦略についてバランスト・スコアカードを用いて、明らかにした。特に介護支援専門員に対するマネジメントとして、介護支援専門員が使用する認知症ケアパスの開発を行った。認知症ケアパスの効果をクリニカルパスの要素[18]をもとに考察した（表3）。介護支援専門員のビジョンやミッションを明らかにし、介護支援専門員が対応する内容を可視化することで、目標に向かった道筋を示し、場当たり的な対応を回避できる。また介護支援専門員の経験や質のバラつきを補正し、関係者や様々な資源に対して、何をどのように連携したらよいかが明らかにできる。また、認知症の経過で分類をしているため、家族へ認知症の経過の予測を伝えることで、家族の心構えにつながり負担の軽減につながる。

このように市町村が民間事業所の介護支援専門員をマネジメントすることの必要性は、介護保険制度の制度設計の問題にある。介護保険制度では、受け持ちの利用者が介護保険サービスを利用することで、介護支援専門員に対して報酬が支払われる。そのため、Aging in placeの実現に対するインセンティブにはなっていない。現在、医療との連携などに加算等を用いることで医療と介護の統合型ケアができるように誘導している部分もあるが、介護保険サービスに限らない資源も活用してAging in placeを実現することに対してのインセンティブがない[19]。そのため、介護報酬によるインセンティブだけでなく、市町村が介護支援専門員をマネジメントすることで、地域包括ケアシステムの構築へ誘導していくことが必要である。また、介護支援専門員は他の介護保険サービスとは違い、利用者の自己負担がなく、公的な費用で報酬が支払われている。介護支援専門員は、公的な職業の要素が大きいととらえ、市町村のマネジメントが必要と考える。

平成12年に介護保険制度が始まり、介護支援専門員が創設されたが、現在、介護支援専門員の役割が大きく変化している。介護保険制度が始まったころは、介護が必要となった主な原因として脳梗塞などの脳血管疾患が多くを占めていた。そのため、介護支援専門員は、脳梗塞の後遺症による麻痺がある高齢者に対して、生活上の困りごとを解決する介護サービスの情報提供の役割が大きかった。しかし現在は、介護が必要となった主な原因で一番多くを占めるのは、認知症である[20]。認知症では麻痺のように症状が固定しているわけではなく、認知症による周辺症状が変動し、対応するケアにおいては、医療と介護の統合型ケアが必要不可欠となる。また、独居高齢者が増加していることから、家族の介護負担の軽減という視点から、認知症があっても住み慣れた場所で生活できるように環境を整えることが介護支援専門員の役割と変化している。

市町村が認知症における地域包括ケアシステムを構築をするための戦略を検討したが、地域包括ケアシステムは地域格差があるため、地域に適したシステム（Community based）の構築が必要である。本研究の戦略を各市町村の課題や独自の社会資源などを盛り込み、重要業績指標の具体的な数値目標や必要な予算を設定し、担当部署を決め、ローカライズしていくことが必要である。ローカライズしていく際に重要なことは、市町村が策定する総合計画と整合性をもたせることである。総合計画は、市町村のめざす将来像や将来の目標を設定するため、認知症対策の目指すビジョンとずれがあると整合性がとれず実現不可能な戦略となる。また市町村が3年ごとに策定する介護保険事業計画と連動させることで実行可能な戦略となる。ただ、どの市町村においても共通して重要なことはBPSDの対応である。

本研究では地域包括ケアシステムの構築の戦略をバランスト・スコアカードという経営の分野で活用されている手法を用いた。市町村などの行政においてNPM（New Public Management）に基づく考え方が取り入れられるようになっている。NPMは、民間企業における経営理念、手法、成功事例を公共部門に適用し、そのマネジメント能力を高め、効率化・活性化を図ることである。これまでの縦割り行政の問題や社会情勢の変化から根本的な政策、施策の形成方法を転換し、社会情勢や地域に適したサービスの展開を模索する必要性があるとされている[21]。認知症対策においては、施策の方向性や事業名が列挙されているが、目標を達成するための具体的な戦略は組み立てられていない。例えば福岡県北九州市の「北九州市いきいき長寿プラン（介護保険事業計画及び老人福祉計画）」[22]では、「基本的な施策」「施策」「主な施策」という項目が列挙されているが、一つ一つの施策がどのように地域包括ケアシステムの構築に連動し、誰がビジョンに向かい責任をもってマネジメントしていくのかなどの具体的な戦略はない。そのため、施策を実行する職員は、何を目標に、どこに向かって、何を実現していくのかが曖昧となる。戦略をバランスト・スコアカードで可視化し、施策ごとの因果関係に基づいて体系的に交通整理することで、市町村職員をはじめ、ステークホルダーとも同一目的の達成のために、何を重要視し、どのように実行していくかということを共有できる。これは「規範的統合」を達成することである。

【参考文献】

１）厚生労働省、社会保障制度改革国民会議 報告書（概要）
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000018341.pdf
（最終アクセス日：2019年1月9日）

２）厚生労働省、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199196.pdf
（最終アクセス日：2019年1月9日）

３）厚生労働省、地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf
（最終アクセス日：2019年1月7日）
４）三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング、地域包括ケア研究会－2040年に向けた挑戦－（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）、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf
（最終アクセス日：2018年11月26日）
５）介護保険法 （ 平成9年12月17日法律第123号）第5条第3項
http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=409AC0000000123_20180401_429AC0000000052&openerCode=1
（平成29年4月1日時点）
６）筒井孝子、地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略－integrated careの理論とその応用、東京：中央法規出版、2014；16-34.
７）厚生労働省、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf
（最終アクセス日：2018年11月26日）
８）劉寧、前田俊樹、西巧、馬場園明、福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究、日本医療・病院管理学会誌、2014；51（1）：33-39.
９）厚生労働省、第18回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（財団法人浅香山病院認知症疾患医療センター　釜江和恵先生提出資料）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001h2q4-att/2r9852000001h2uy.pdf
（最終アクセス日：2018年11月26日）
10）粟田主一、認知症の人の暮らしを支える「生活支援」とはなにか、老年精神医学雑誌、2015；26（5）：487-492.
11）INPMバランス・スコアカード研究会、石原俊彦、自治体バランス・スコアカード、東京：東洋経済新報社、2004年；12-32
12）厚生労働省、介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000154609.pdf
（最終アクセス日：2019年5月25日）
13）厚生労働省、地域ケア会議について
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf
（最終アクセス日：2018年12月12日）
14）日本神経学会、認知症疾患診療ガイドライン2017、東京：医学書院、2017；23-24
15）厚生労働省、認知症初期集中支援チーム
https://www.mhlw.go.jp/content/000366595.pdf
（最終アクセス日：2018年12月12日）
16）厚生労働省、地域包括ケアについて
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/link1-5.pdf
（最終アクセス日：2019年1月7日）
17）田中滋、地域包括ケアサクセスガイド―地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える、大阪：メディカ出版、2014；8-11.
18）副島秀久、須古人博信、飛野幸子、医療記録が変わる! 決定版クリニカルパス、済生会熊本病院パスプロジェクト、東京：医学書院、2004；3-5.
19）池上直己、日本の医療と介護―歴史と構造、そして改革の方向性、東京：日本経済新聞出版社、2017；119-128.
20）厚生労働省、国民生活基礎調査（平成28年）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf
（最終アクセス日：2018年12月13日）
21）刈谷剛、中川善典、那須清吾、政策・施策の立案に関する方法論と行政経営システムの構築、社会技術研究論文集、2008；5:68-77.
22）北九州市いきいき長寿プラン（介護保険事業計画及び老人福祉計画）
http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000804223.pdf

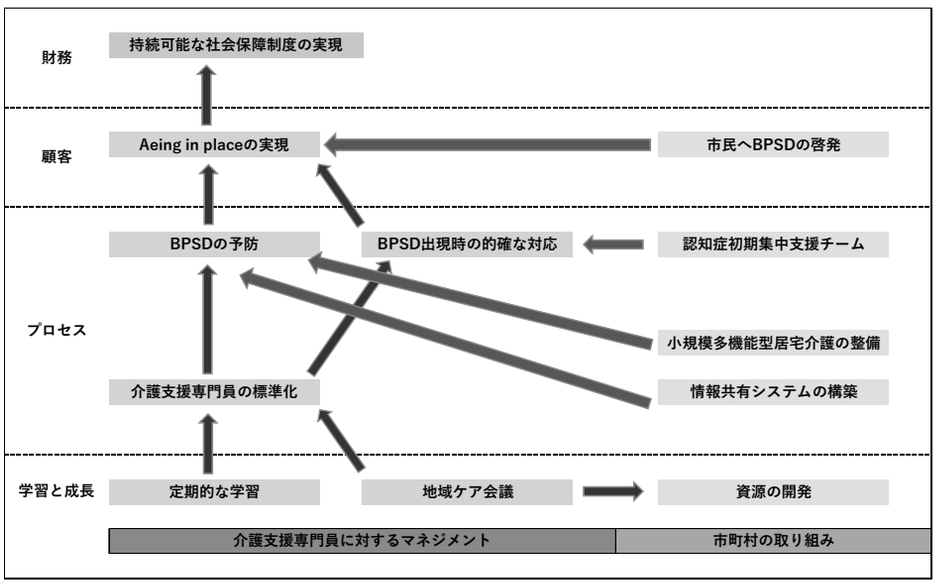


図 1：戦略マップ

表1：戦略目標

視点	戦略マップ	重要成功要因	重要業績指標
学習と成長	地域ケア会議	介護支援専門員の個別課題解決	・地域ケア会議開催数
		ネットワーク構築	
		多様な社会資源の創出	
	介護支援専門員の定期的な学習	BPSDについての医学的な知識を習得する学習	・介護支援専門員の研修開催数
		認知症ケアパスの使用方法についての学習	
プロセス	BPSD出現時の的確な対応	認知症初期集中支援チーム	・認知症初期集中支援チーム数 ・認知症初期集中支援チーム対応件数
		医療と介護の統合型ケア	
	BPSDの予防	情報共有システムの構築	・情報共有システムの有無（ICTの活用、共通の書式） ・小規模多機能型居宅介護の設置数 ・介護保険外のサービス（買い物支援、送迎支援、認知症カフェ等）
		小規模多機能型居宅介護の整備	
		多様な社会資源の活用	
		パーソンセンタードケア	
	介護支援専門員の標準化	認知症ケアパスの使用	・認知症ケアパスの使用割合
顧客	Aging in placeの実現	介護者の負担軽減	・認知症カフェの設置数 ・認知症サポーターの人数 ・入院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・精神科病院の平均在院日数
		市民に対するBPSDの啓発	
		退院後の支援の再構築	
財務	持続可能な社会保障制度の実現	医療費の増加抑制	・一人当たり医療費 ・一人当たり介護費
		介護費の増加抑制	

表2：認知症ケアパス

ビジョン	BPSDを予防し、認知症があってもAging in placeを実現する			
ミッション	資源を統合する			
経過	認知症発症	介護サービスの導入	BPSD出現時	基礎疾患の悪化
	医学的な認知機能の評価がなく、中核症状や周辺症状がみられる場合	医療・介護サービスが開始される場合	BPSDが出現した場合	心不全・肺炎・骨折・脳梗塞等により急性期病院での治療が必要な場合
達成目標	認知機能の評価を行い、状態に合わせたケアの方法を導きだす	スケジュール化を確立してBPSDの出現や重症化を予防する （時間や場所の混乱をふせぐ）	早期対応により入院治療を回避、最小限にする	トランスファーショックを最低限におさえる 退院後の生活の立て直し
CMの判断ポイント	○本人・家族の受診による評価 ○認知症初期集中支援チームによる評価	○サービス利用の契約行為を行う人がいなければ、成年後見制度を整える ○スケジュール化の確率が難しければ、小規模多機能型居宅介護への移行を行う	○医師、看護師と緊急性、BPSDの治療をどこで行うかを判断する 医療機関 / 老人保健施設 / 在宅	○医療機関への情報共有 ○ACPに沿った支援を構築する
医療	□ 認知症/他疾患の鑑別診断 □ 緊急性の判断 □ 薬物療法の判断 □ かかりつけ医への情報提供	□ 訪問看護の指示書	□ 緊急性の判断 □ 薬物療法の判断	□ 基礎疾患の治療
看護		□ 医師へ自宅での様子を報告をする □ 家族へBPSDについて説明をする □ 服薬管理・薬物療法の観察	□ BPSDの評価（NPI） □ 身体機能の評価 □ 薬物療法の観察 □ 入院時：情報提供 □ 退院時：カンファレンス	□ 入院時：情報提供 □ 退院時：カンファレンス
介護		□ 生理的欲求（食・服薬・清潔） □ 安全欲求（徘徊、異食等の予防） □ 社会的欲求 / 所属と愛の欲求 □ 承認欲求		
リハビリ		□ 身体機能の評価 □ 本人ができる生活作業の評価 □ 回想法 □ 認知症スケールの評価	□ 身体機能の評価	
保健・福祉	□ 認知症初期集中支援チーム	□ 成年後見制度の活用		
本人の選択心構え		□ 金銭管理や身上監護を依頼する人 □ ACP(Advance Care Planning) □ 生活の場所の希望		
家族の心構え	□ 認知機能の評価を把握する	□ 必要な費用の支払い方法 □ 医師へ自宅での様子を報告 □ ACP(Advance Care Planning)		

表3：認知症ケアパスの効果

クリニカルパスの要素	介護支援専門員がパスを活用する意義
医療工程管理	目標に向かった道筋を示すことで、場当たり的な対応を回避できる
医療の標準化	介護支援専門員の経験や質のバラつきを補正できる
チーム医療	資源や関係者へ何をどのように連携したらよいかがみえる
医療の効率化	認知症高齢者が増えるなか限りある資源で対応していくことができる
リスクマネジメント	BPSD のリスク評価ができる
インフォームドコンセント	家族へ予測を伝えることで、家族の負担軽減につながる

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　9 - 19,　2019

財務とパフォーマンスの視点による大分県の社会医療法人と自治体病院との比較

森友秀明[1)]

Comparison between social medical corporations and municipal hospitals in Oita prefecture from the viewpoint of financial affairs and performance

Hideaki MORITOMO [1)]

【Abstract】

【Purpose】

The purpose of the study is to compare social medical corporations and municipal hospitals in Oita prefecture from the viewpoint of financial affairs and performance and to quantitatively evaluate the contribution the community healthcare contribution and the sustainability as continuing healthcare organizations of social medical corporations which are expected to replace municipal hospitals.

【Method】

The subjects were social medical corporations and municipal hospitals in Oita prefecture. The analyzed data were medical agency accounting and clinical function reports in Oita prefecture, the municipal hospitals management index of the Ministry of internal affairs and communications, and DPC of the Ministry of Health, Labor and Welfare. Financial numerical values, such as financial statements, the profitability index, the safety index, and the functional index were compared to verify the management gaps.

【Result & Discussion】

It was disclosed that municipal hospitals have fallen into the state of a chronic deficit in Oita prefecture. Although it was the contents of loss making operation, it was in a situation which has added up a large amount of deficit every term on medical profession profits basis, and is covered by profits outside an enterprise, such as a subsidy. Although the big management gaps about the index of safety was not seen, about the index of profitability, the social medical corporation's sales medical profession profit ratio were high, and the big management gaps was observed. As for the emergency acceptance number which is an index of functionality, the big differences in social medical corporations and municipal hospitals were not observed.

Discussion：About the index of profitability, the social medical corporations who are private sectors are maintaining the good ratio more generally than municipal hospitals. About the index of safety, since municipal hospitals have got the subsidy etc., safety is maintained except for some hospitals, but considering an autonomous financial condition, self-reliance is required.

The differences in emergency acceptance number between the social medical corporations and municipal hospitals are lost. It is possible that stable social medical corporations large- scale-sized becomes specified administrator of municipal hospitals in the future, or that the form that social medical corporations and municipal hospitals enter under the influence of a community medicine cooperation promotion corporation is born.

Keywords : social medical corporations, municipal hospitals, financial indicators, ratio of current profits to assets, management gaps

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

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　 9 - 19,　2019

【抄録】

【目的】

大分県内の社会医療法人と自治体病院を財務とパフォーマンスの視点から比較し、自治体病院の代替を期待されている社会医療法人の地域医療貢献度、継続事業体としての存続可能性を定量的に測定し、評価を行うことである。

【方法】

対象は、大分県内の社会医療法人と自治体病院とし、データは、大分県の医療機関決算届、大分県の病床機能報告、総務省の自治体病院経営指標、厚生労働省の DPC を使用した。財務諸表等の財務数値、収益性指標、安全性指標、機能性指標の比較し経営格差を検証した。

【結果】

大分県内の自治体病院についても、慢性的な赤字の状態に陥っていることが本研究により確認できた。赤字経営の内容であるが、本業の医業利益ベースで毎期多額の赤字を計上しており、補助金等の事業外収益によりカバーされているような状況であった。安全性の指標については、大きな経営格差はみられなかったが、収益性の指標については、社会医療法人の売上高医業利益率が高く、大きな経営格差がみられた。機能性の指標である救急受入件数については社会医療法人と自治体病院に大きな差はみられなかった。

【考察】

収益性の指標については、民間である社会医療法人の方が自治体病院よりも全般的に良好な比率を維持している。安全性の指標については、自治体病院は補助金等を得ているため、一部の病院を除き安全性を維持しているが、自治体の経営状況を考えると自助努力は必要である。社会医療法人の救急受入件数は自治体病院と大差がなくなっている。将来的には、経営的にも安定している大規模化した社会医療法人が自治体病院の指定管理者になること、あるいは地域医療連携推進法人の傘下に社会医療法人と自治体病院が入るような形態が生まれてくることが考えられる。

キーワード：社会医療法人、自治体病院、財務指標、売上高経常利益率、経営格差

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　9 - 19,　2019

【背景】

社会医療法人とは、平成18年の第五次医療法改正で制定された医療法人であり、税法上は公益法人等になり、剰余金配当・残余財産の分配が不可能であるが、本来事業は非課税と優遇されている[1)]。また、自治体病院（公立病院）の民営化・指定管理者の公募の際に、一般の医療法人よりも有利な取り扱いを受けることができ、自治体病院の遊休病床についても優先的に割り当てられるなどメリットを享受できることになっている[2)]。

社会医療法人の設立の経緯であるが、従来、地方自治体の運営する医療機関が、公的医療機関として地域における救急医療などの公益性の高い医療を担ってきていたが、公営企業としての非効率性から慢性的な赤字を抱え込み、地方財政の逼迫によって医療機関自体の閉鎖に追い込まれる例が多くなってきていることを背景に、経営の透明性を高めた医療法人に対して、公益性の高い医療を安定・継続的に提供してもらうための施策として、社会医療法人が制度化されたのである[1)]。公益性の高い医療とは、通常提供される医療と比較して継続的なサービス提供が困難であるが、地域社会に必須の医療であり、救急医療、へき地医療、災害医療などがこれに該当する[1)]。

社会医療法人は平成20年4月1日以降に都道府県の認定が始まり、平成30年3月30日現在291法人が正式認可を受けている[3)]。都道府県別で見ると北海道（39法人）が最多で、以下、大阪（38法人）、東京（15法人）の順となっている。富山・福井・静岡の3県には社会医療法人に認定された医療法人が存在しない。九州では福岡・鹿児島（14法人）、大分（10法人）、長崎（7法人）、熊本（6法人）、宮崎・沖縄（4法人）、佐賀（2法人）の順となっている[3)]。

このような社会医療法人制度ができ十数年経った中、大分県においては、西部・豊肥医療圏は過疎化が進んでいるが、外来需要は既に減少し、2020年以降は、高度急性期・急性期に相当する入院患者も減少していく見通しである。また豊肥・南部医療圏は、中部医療圏に対して入院患者の流出が20％を超えることから、3つの二次医療圏の連携を検討[4)]する必要もある。

大分県が策定している地域医療構想において、2014年に10,216床あった急性期病床を2025年までに必要病床数である4,908床まで減らさねばならない等、医療提供体制の構築に向けた議論が進んでいる。本研究は、その議論の最優先課題である医療費適正化を図るための病床削減計画の策定に有益な判断材料を提供するものである。

先行研究については自治体病院経営の問題点や改革などに関する研究[5)]や社会医療法人内における地域連携の取り組みや在宅サービスの展開といった事例の発表等[6) 7) 8)]は見受けられるが、自治体病院と同様に救急医療・へき地医療などの公益性の高い地域医療に貢献することが期待され、創設された社会医療法人との経営比較に関する研究は存在しない。

そこで、大分県内の社会医療法人と自治体病院を財務とパフォーマンスの視点から比較を行い、大分県内の社会医療法人が、社会医療法人制度創設の趣旨に合致した法人となったのかを分析・検証するとともに、慢性的な赤字に陥っていることが少なくない自治体病院とその代替を期待されている社会医療法人の地域医療貢献度、継続事業体としての存続可能性を定量的に測定し、評価を行うことを本研究の目的とした。

【対象と方法】

対象は、大分県内の社会医療法人と自治体病院とした。データは、大分県の医療機関決算届（平成27年3月期から平成29年3月期までの3期分、10機関×3期分＝30データを使用）、大分県の病床機能報告、総務省の自治体病院経営指標（平成27年3月期から平成29年3月期までの3期分、5機関×3期分＝15データを使用）、厚生労働省のDPC（Diagnosis Procedure Combination）データである救急医療係数、機能評価係数Ⅱを使用した。財務データを3期分としたのは金融機関が融資判断として財務分析する際に3期分のデータを利用することに鑑み、同様に3期分のデータを利用することとした。3期分のデータをみると利益が安定的に計上されているのか、又は一時的な赤字なのか、連続赤字なのか等が把握できるためである。

また、医療業界においては診療報酬・介護報酬改定の影響を大きく受けるため、財務分析にあたり5年も前のデータを利用することは現在の財務状況を表さないことも考えられることから直近3期分とした。

分析評価を行う際に評価指標とする財務指標としては、（1）収益性指標：売上高事業（医業）利益率、売上高経常利益率、売上高修正経常利益率、事業収支比率、経常収支比率、修正経常収支比率[9)]、総資産利益率、総資産回転率（回転期間）、（2）安全性指標：流動比率、自己資本比率、売上高借入金比率、事業未収金回転期間（3）機能性指標：平均在院日数、病床利用率、救急受入件数、機能評価係数Ⅱを使用した。そして、財務諸表等の分析財務数値、収益性指標、安全性指標、機能性指標の比較を行い、経営格差を検証した。統計解析では、売上高医業利益率、自己資本比率、救急受入件数を指標として、t-検定を行った。なお、t-検定を行うにあたり、2標本間で分散のF検定を行い、等分散が仮定できた場合にはスチューデントのｔ検定を、仮定できなかった場合はウエルチのｔ検定を行った。有意水準は、0.05に設定した。

【結果】

１、社会医療法人と自治体病院の事業利益・経常利益について

自治体病院の多くが慢性的な赤字経営に陥っていると言われている[10)]が、大分県内の自治体病院についても、同様の状態に

陥っていることを本研究により確認することができた。社会医療法人と自治体病院の事業利益を比較してみると、社会医療法人は、10機関3期分の30データのうち7データが赤字計上となっていた（表1）。一方、自治体病院は、5機関3期分の15データのうち、13データが赤字計上となっていた（表2）。赤字計上の割合を比較すると社会医療法人23.3％に対し、自治体病院は86.6％と極めて高くなっていた。経常利益をみると、社会医療法人は30データのうち2データのみが赤字であり（表1）、自治体病院は15データのうち6データが赤字であった（表2）。経常利益では、自治体病院の赤字計上の割合は40.0％に改善していた。

２、収益性の指標について

⑴ 事業収支比率

事業収支比率は、社会医療法人平均が 103.0％であった。30 データのうち 24 データが事業収支比率 100％を上回っていた。一方、自治体病院平均は 93.6％、100％を上回っているデータは 15 データ中 9 データであった。

⑵ 経常収支比率・修正経常収支比率

経常収支比率は、社会医療法人 30 データのうち 28 データが、自治体病院では 15 データのうち 9 データが 100％を上回っていた。自治体病院については修正経常収支比率をみると、15 データ全てが 100％を下回っているという状況であった。

⑶ 売上高医業利益率・売上高経常利益率・売上高修正経常利益率

売上高医業利益率については、社会医療法人平均 3.7％、自治体病院平均 -7.1％であり、社会医療法人の方が利益率は高かった。売上高医業利益率を標本とし 3 期分データ平均を使用した t- 検定を実施した結果、有意差（Ｐ＝ 0.001）が認められた。

売上高経常利益率は、社会医療法人平均 3.2％、自治体病院平均 -0.19％、自治体病院の売上高修正経常利益率平均は -10.29％となっていた。

⑷ 総資産利益率・総資産回転率

総資産利益率は社会医療法人平均 1.1％、自治体病院平均 -4.07％、総資産回転率（使用総資本回転期間）は、社会医療法人平均 0.87 回、自治体病院平均 0.58 回となっていた。

３、安全性の指標について

⑴ 流動比率

流動比率については、社会医療法人平均284.3％、30データのうち8データが100％を下回っていた。自治体病院平均368.6％で、15データのうち100％を下回っているデータはなかった。

⑵ 自己資本比率

自己資本比率については、社会医療法人平均38.7％、自治体病院平均26.7％、社会医療法人の方が自己資本比率は高かった。自己資本比率がマイナスになっていたのは社会医療法人では恵愛会大分中村病院の3データのみ、自治体病院では、国東市民病院の3データのみであった。自治体病院の中で、国東市民病院だけがマイナスに転じており、債務超過の状態に陥っていた。自己資本比率を標本とし、3期分データを使用した t -検定を実施したが、有意差（Ｐ＝0.086）は認められなかった。

⑶ 売上高借入金比率

売上高借入金比率については、社会医療法人平均58.1％、90％を超えているデータが30データのうち6データ、最も高い機関では113.5％と年間売上高を超える借入金残高となっていた。一方、低い機関では0％と無借金会社も存在するというばらつきが大きくなっている状況が認められた。自治体病院の売上高借入金比率は平均が74.5％、90％を超えているデータが15データのうち6データ存在していた。低い機関で38.2％、高い機関で139.7％と、こちらもばらつきが大きい状況であった。

⑷ 事業未収回転期間

事業未収金回転期間については、社会医療法人平均1.87ヶ月（1.7～2.0ヶ月）、自治体病院平均2.23ヶ月（2.0～2.8ヶ月）と自治体病院の方が0.36ヶ月も長かった。社会医療法人で2か月を超えているデータは30データのうち2データのみ、自治体病院についてはすべてのデータが2ヶ月以上であった。杵築市立山香病院が3データ平均2.7ヶ月と突出して長かった。直近の決算期では2.79ヶ月とさらに長くなっていた。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　9 - 19,　2019

表1：大分県内の社会医療法人の財務諸表3期分及び財務指標

H28/3期は6ヶ月決算

	大分市　大分三愛ﾒﾃﾞｨｶﾙｾﾝﾀｰ 社会医療法人三愛会			大分市　天心堂へつぎ病院 社会医療財団天心堂			大分市　大分中村病院 社会医療法人恵愛会			大分市　岡病院 社会医療法人敬和会			佐伯市　佐伯中央病院 社会医療法人小寺会		
	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/9	H29/3	H28/3	H27/3
本来業務事業収益	4,767,777	4,465,468	4,240,972	4,284,257	4,412,953	4,222,713	4,445,348	4,567,225	4,712,907	8,278,470	3,959,940	7,671,028	3,330,515	3,266,778	3,150,945
本来業務事業費用	4,417,085	4,122,576	3,987,186	4,188,012	4,253,159	4,096,038	4,394,550	4,577,166	4,535,323	8,407,084	3,845,204	7,723,051	3,007,573	3,005,921	2,969,217
本来業務事業損益	350,692	342,892	253,786	96,245	159,794	126,675	50,798	-9,941	177,584	-128,614	114,736	-52,023	322,942	260,857	181,728
附帯業務事業収益	163,083	137,862	139,432	401,798	356,748	307,256	0	0	0	604,594	285,638	550,570	263,606	192,815	206,142
附帯業務事業費用	123,102	105,438	96,827	491,367	442,325	308,632	0	0	0	619,354	283,144	556,892	309,517	262,333	197,248
附帯業務事業損益	39,981	32,424	42,605	-89,569	-85,577	-1,376	0	0	0	-14,760	2,494	-6,322	-45,911	-69,518	8,894
収益業務事業収益	39,394	36,130	50,947	25,144	22,712	3,894	34,150	30,900	19,450	0	0	0	0	0	0
収益業務事業費用	110,027	102,664	106,468	10,292	10,552	35,964	44,823	44,165	45,874	0	0	0	0	0	0
収益業務事業損益	-70,633	-66,534	-55,521	14,852	12,160	-32,070	-10,673	-13,265	-26,424	0	0	0	0	0	0
事業収益	4,970,254	4,639,460	4,431,351	4,711,199	4,792,413	4,533,863	4,479,498	4,598,125	4,732,357	8,883,064	4,245,578	8,221,598	3,594,121	3,459,593	3,357,087
事業費用	4,650,214	4,330,678	4,190,481	4,689,671	4,706,036	4,440,634	4,439,373	4,621,331	4,581,197	9,026,438	4,128,348	8,279,943	3,317,090	3,268,254	3,166,465
事業利益	320,040	308,782	240,870	21,528	86,377	93,229	40,125	-23,206	151,160	-143,374	117,230	-58,345	277,031	191,339	190,622
事業外収益	72,513	71,295	69,784	58,899	64,280	34,894	54,988	61,113	58,879	219,826	46,316	84,070	28,508	29,995	29,943
事業外費用	55,758	57,478	69,160	37,833	50,856	39,534	76,616	77,989	84,680	29,101	8,533	14,499	23,543	17,012	8,329
経常利益	336,795	322,599	241,494	42,594	99,801	88,589	18,497	-40,082	125,359	47,351	155,013	11,226	281,996	204,322	212,236
特別利益	340	35,747	8,000	0	7,283	3,168	20,461	6,085	9,916	465,982	0	0	2	87,521	8,000
特別損失	106,467	178,683	11,224	0	7,333	49,007	35,884	34,047	14,840	765,097	0	0	586	87,890	8,311
当期利益	230,597	179,592	236,276	42,473	93,530	42,629	2,933	-68,231	120,244	-251,872	154,978	11,155	281,341	203,882	209,911
流動資産	1,322,039	1,319,483	1,260,388	1,273,580	1,304,453	1,115,302	963,869	925,443	994,376	3,613,551	2,319,776	2,155,611	1,092,423	979,937	753,863
固定資産	5,918,531	4,965,500	4,866,986	4,511,915	4,558,356	4,591,367	3,532,043	3,625,070	3,678,949	3,579,922	4,347,759	2,172,909	3,891,977	4,047,080	3,878,038
流動負債	870,475	637,396	314,545	600,552	637,038	1,916,648	2,408,143	2,446,790	2,411,786	1,443,961	2,861,934	637,097	292,614	276,573	275,339
固定負債	3,266,659	2,774,747	3,119,582	3,905,750	3,989,053	2,646,834	2,221,079	2,239,966	2,329,552	3,167,781	970,499	1,011,299	350,000	690,000	500,000
純資産	3,103,436	2,872,840	2,693,247	1,279,193	1,236,718	1,143,187	-133,310	-136,243	-68,013	2,581,731	2,835,102	2,680,123	4,341,786	4,060,444	3,856,562
総資産	7,240,570	6,284,983	6,127,374	5,785,495	5,862,809	5,706,669	4,495,912	4,550,513	4,673,325	7,193,473	6,667,535	4,328,520	4,984,400	5,027,017	4,631,901
流動比率	151.88%	207.01%	400.70%	212.07%	204.77%	58.19%	40.03%	37.82%	41.23%	250.25%	81.06%	338.35%	373.33%	354.31%	273.79%
固定長期適合率	92.91%	87.92%	83.73%	87.02%	87.23%	121.14%	169.18%	172.32%	162.67%	62.26%	114.25%	58.86%	82.95%	85.19%	89.02%
自己資本比率	42.86%	45.71%	43.95%	22.11%	21.09%	20.03%	-2.97%	-2.99%	-1.46%	35.89%	42.52%	61.92%	87.11%	80.77%	83.26%
売上高借入金比率	68.37%	61.16%	64.96%	65.41%	65.87%	67.77%	96.02%	93.95%	92.02%	38.91%	40.74%	15.81%	9.74%	19.94%	14.89%
事業未収回転期間(月)	1.89	1.94	1.81	1.86	1.87	1.86	2.02	1.97	1.88	2.01	1.91	1.91	1.79	1.81	1.75
売上高本来事業利益率	7.36%	7.68%	5.98%	2.25%	3.62%	3.00%	1.14%	-0.22%	3.77%	-1.55%	2.90%	-0.68%	9.70%	7.99%	5.77%
売上高経常利益率	6.78%	6.95%	5.45%	0.90%	2.08%	1.95%	0.41%	-0.87%	2.65%	0.53%	3.65%	0.14%	7.85%	5.91%	6.32%
売上高当期利益率	4.64%	3.87%	5.33%	0.90%	1.95%	0.94%	0.07%	-1.48%	2.54%	-2.84%	3.65%	0.14%	7.83%	5.89%	6.25%
事業収支比率	106.88%	107.13%	105.75%	100.46%	101.84%	102.10%	100.90%	99.50%	103.30%	98.41%	102.84%	99.30%	108.35%	105.85%	106.02%
経常収支比率	107.16%	107.35%	105.67%	100.90%	102.10%	101.98%	100.41%	99.15%	102.69%	100.52%	103.75%	100.14%	108.44%	106.22%	106.69%
医業収支比率	107.94%	108.32%	106.37%	102.30%	103.76%	103.09%	101.16%	99.78%	103.92%	98.47%	102.98%	99.33%	110.74%	108.66%	106.12%
総資産利益率	3.18%	2.86%	3.86%	0.73%	1.60%	0.75%	0.07%	-1.50%	2.57%	-3.50%	4.65%	0.26%	5.64%	4.06%	4.53%
総資産回転率(回)	0.69	0.74	0.72	0.81	0.82	0.79	1.00	1.01	1.01	1.23	1.27	1.90	0.72	0.69	0.72

（出典：大分県医療機関決算届のデータに基づき筆者が作成したもの）

表1（続き）：大分県内の社会医療法人の財務諸表3期分及び財務指標

単位（千円）

	竹田市　大久保病院 社会医療法人社団大久保病院			大分市　佐賀関病院 社会医療法人関愛会			中津市　川嶌整形外科病院 社会医療法人玄真堂			豊後大野市　帰巌会みえ病院 社会医療法人帰巌会			佐伯市　長門記念病院 社会医療法人長門莫記念会		
	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3
本来業務事業収益	1,944,029	1,927,355	1,972,129	2,793,733	2,613,556	2,461,985	2,831,347	2,801,826	2,831,638	2,458,585	2,401,077	2,365,149	4,909,268	4,955,965	5,010,510
本来業務事業費用	1,947,251	1,903,902	1,883,298	2,891,157	2,587,259	2,425,203	2,789,798	2,708,059	2,712,283	2,329,683	2,287,363	2,220,055	4,789,442	4,489,163	4,532,286
本来業務事業損益	-3,222	23,453	88,831	-97,424	26,297	36,782	41,549	93,767	119,355	128,902	113,714	145,094	119,826	466,802	478,224
附帯業務事業収益	192,025	201,245	200,546	401,919	370,900	300,021	184,043	173,211	120,192	434,572	398,038	125,895	237,843	195,392	178,442
附帯業務事業費用	225,139	223,955	225,840	387,230	398,187	333,731	178,112	182,837	152,154	410,615	403,690	122,802	279,322	239,563	219,283
附帯業務事業損益	-33,114	-22,710	-25,294	14,689	-27,287	-33,710	5,931	-9,626	-31,962	23,957	-5,652	3,093	-41,479	-44,171	-40,841
収益業務事業収益	0	0	0	8,159	6,998	8,850	0	0	0	22,293	12,726	0	0	0	0
収益業務事業費用	0	0	0	10,800	10,359	13,037	0	0	0	25,491	14,640	0	0	0	0
収益業務事業損益	0	0	0	-2,641	-3,361	-4,187	0	0	0	-3,198	-1,914	0	0	0	0
事業収益	2,136,054	2,128,600	2,172,675	3,203,811	2,991,454	2,770,856	3,015,390	2,975,037	2,951,830	2,915,450	2,811,841	2,491,044	5,147,111	5,151,357	5,188,952
事業費用	2,172,390	2,127,857	2,109,138	3,289,187	2,995,805	2,771,971	2,967,910	2,890,896	2,864,437	2,765,789	2,705,693	2,342,857	5,068,764	4,728,726	4,751,569
事業利益	-36,336	743	63,537	-85,376	-4,351	-1,115	47,480	84,141	87,393	149,661	106,148	148,187	78,347	422,631	437,383
受取利息	192	205	202	220	235	253	43	379	73	22	89	89	26	152	116
その他の事業外収益	100,345	48,429	35188	38,278	31,857	43,924	10,968	13,234	35,569	38,974	31,115	21,187	163,761	72,337	69,272
事業外収益	100,537	48,634	35,390	38,498	32,092	44,177	11,011	13,613	35,642	38,996	31,204	21,276	163,787	72,489	69,388
支払利息	34,706	33,355	32,818	16,212	15,506	15,703	0	0	0	18,239	19,580	25,560	19,402	18,068	13,460
その他の事業外費用	13,448	1,546	121	6,057	3,962	3,790	335	363	336	765	0	4,713	108,944	103,781	112,151
事業外費用	48,154	34,901	32,939	22,269	19,468	19,493	335	363	336	19,004	19,580	30,273	128,346	121,849	125,611
経常利益	16,047	14,476	65,988	-69,147	8,273	23,569	58,156	97,391	122,699	169,653	117,772	139,190	113,788	373,271	381,160
特別利益	0	170	451	19	13,858	22,695	0	0	0	0	19,260	13,171	8,023	14,956	7,600
特別損失	0	40,059	17908	12,975	12,099	32,513	2,637	28,626	543,818	12,699	1,323	84,684	746,191	31,711	1,838
法人税等	171	171	171	0	0	0	141	141	141	6,428	560	71	141	7,237	57,649
当期利益	15,876	-25,584	48,360	-82,103	10,032	13,751	55,378	68,624	-421,260	150,526	135,149	67,606	-624,521	349,279	329,273
流動資産	580,291	552,230	551,330	1,171,716	1,228,021	1,182,840	1,053,508	968,236	992,617	1,351,116	1,244,449	1,094,260	1,750,814	1,621,835	1,584,293
固定資産	1,787,386	1,652,969	1,577,512	2,077,186	1,903,911	1,918,913	3,243,479	3,215,010	3,146,307	2,301,326	2,397,755	2,569,563	7,738,019	6,850,933	5,168,992
流動負債	752,908	790,443	747,052	358,439	370,022	344,374	153,974	132,091	163,842	391,845	349,514	340,662	525,936	335,212	377,264
固定負債	1,286,905	1,102,767	1,044,217	2,178,829	1,968,173	1,973,674	394,131	357,651	350,202	2,518,308	2,700,925	2,866,544	5,159,621	3,709,760	2,297,504
純資産	327,864	311,989	337,573	711,634	793,737	783,705	3,748,881	3,693,503	3,624,879	742,289	591,765	456,616	3,803,276	4,427,796	4,078,517
総資産	2,367,677	2,205,199	2,128,842	3,248,902	3,131,932	3,101,753	4,296,987	4,183,246	4,138,924	3,652,442	3,642,204	3,663,823	9,488,833	8,472,768	6,753,285
流動比率	77.07%	69.86%	73.80%	326.89%	331.88%	343.48%	684.21%	733.01%	605.84%	344.81%	356.05%	321.22%	332.89%	483.82%	419.94%
固定長期適合率	110.69%	116.84%	114.16%	71.86%	68.93%	69.59%	78.29%	79.36%	79.15%	70.58%	72.82%	77.32%	86.33%	84.19%	81.07%
自己資本比率	13.85%	14.15%	15.86%	21.90%	25.34%	25.27%	87.24%	88.29%	87.58%	20.32%	16.25%	12.46%	40.08%	52.26%	60.39%
売上高借入金比率	88.00%	79.81%	74.90%	60.44%	56.71%	62.18%	0.00%	0.00%	0.00%	84.80%	93.42%	113.49%	97.26%	72.02%	44.28%
事業未収回転期間（月）	1.97	2.00	1.99	2.00	1.97	1.87	1.85	1.71	1.73	1.96	1.80	1.79	1.77	1.72	1.78
売上高本来事業利益率	-0.17%	1.22%	4.50%	-3.49%	1.01%	1.49%	1.47%	3.35%	4.22%	5.24%	4.74%	6.13%	2.44%	9.42%	9.54%
売上高経常利益率	0.75%	0.68%	3.04%	-2.16%	0.28%	0.85%	1.93%	3.27%	4.16%	5.82%	4.19%	5.59%	2.21%	7.25%	7.35%
売上高当期利益率	0.74%	-1.20%	2.23%	-2.56%	0.34%	0.50%	1.84%	2.31%	-14.27%	5.16%	4.81%	2.71%	-12.13%	6.78%	6.35%
事業収支比率	98.33%	100.03%	103.01%	97.40%	99.85%	99.96%	101.60%	102.91%	103.05%	105.41%	103.92%	106.33%	101.55%	108.94%	109.21%
経常収支比率	100.72%	100.67%	103.08%	97.91%	100.27%	100.84%	101.96%	103.37%	104.28%	106.09%	104.32%	105.87%	102.19%	107.70%	107.82%
医業収支比率	99.83%	101.23%	104.72%	96.63%	101.02%	101.52%	101.49%	103.46%	104.40%	105.53%	104.97%	106.54%	102.50%	110.40%	110.55%
総資産利益率	0.67%	-1.16%	2.27%	-2.53%	0.32%	0.44%	1.29%	1.64%	-10.18%	4.12%	3.71%	1.85%	-6.58%	4.12%	4.88%
総資産回転率（回）	0.90	0.97	1.02	0.99	0.96	0.89	0.70	0.71	0.71	0.80	0.77	0.68	0.54	0.61	0.77

（出典：大分県医療機関決算届のデータに基づき筆者が作成したもの）

表2:大分県内の自治体病院の財務諸表3期分及び財務指標

単位(千円)

	大分市 大分県立病院			中津市 中津市民病院			杵築市 山香病院			豊後大野市 豊後大野市民病院			国東市 国東市民病院		
	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3	H29/3	H28/3	H27/3
入院収益	10,222,086	9,776,987	9,507,840	4,612,368	4,177,201	4,209,782	1,462,643	1,459,296	1,251,664	2,060,711	2,041,365	1,970,184	2,187,979	2,156,047	2,154,884
外来収益	4,321,397	4,003,435	3,559,423	1,657,168	1,565,274	1,412,679	412,767	408,161	395,242	861,527	886,568	847,052	665,025	659,603	692,027
他会計負担金収益	80,930	77,565	77,933	49,870	49,870	49,870	41,094	41,063	41,385	39,688	47,405	70,912	75,082	74,960	74,899
その他医業収益	166,447	159,679	149,431	152,294	152,554	158,587	89,578	79,938	79,970	121,634	125,566	116,503	138,152	135,520	131,396
医業収益	14,790,860	14,017,666	13,294,627	6,471,700	5,944,899	5,830,918	2,006,082	1,988,458	1,768,261	3,083,560	3,100,904	3,004,651	3,066,238	3,026,130	3,053,206
医業費用	14,542,061	14,033,350	13,643,933	6,508,728	6,093,422	5,760,559	2,133,084	2,123,922	1,987,946	3,607,711	3,528,343	3,357,610	3,503,104	3,372,635	3,343,104
事業利益(医業利益)	248,799	-15,684	-349,306	-37,028	-148,523	70,359	-127,002	-135,464	-219,685	-524,151	-427,439	-352,959	-436,866	-346,505	-289,898
国・都道府県補助金	78,720	87,029	93,354	14,516	17,348	19,187	2,565	3,507	2,381	2,458	21,177	37,789	11,335	9,643	8,807
他会計補助・負担金	464,078	646,460	658,715	203,286	211,896	195,319	144,083	137,000	132,948	199,333	188,629	187,347	233,467	208,157	204,375
長期前受金戻入	283,933	301,311	324,695	166,864	174,336	168,115	47,448	32,308	29,438	135,596	138,853	121,455	41,748	43,081	44,799
資本費繰入収益	189,500	201,875	236,000							103,609	0	0	169,638	157,656	142,707
その他医業外収益	191,707	210,323	208,654	29,242	29,638	28,866	474,787	474,729	443,050	59,872	53,017	53,530	74,567	66,304	57,911
医業外収益	1,207,938	1,446,998	1,521,418	413,908	433,218	411,487	668,883	647,544	607,817	500,868	401,676	400,121	530,755	484,841	458,599
支払利息	131,619	154,844	184,216	44,301	46,737	48,174	11,381	12,063	12,791	43,035	45,068	46,802	62,568	67,824	71,872
その他医業外費用	661,057	540,821	515,062	229,469	201,847	184,201	493,509	498,857	512,795	112,210	123,324	112,813	76,812	71,811	79,875
医業外費用	792,676	695,665	699,278	273,770	248,584	232,375	504,890	510,920	525,586	155,245	168,392	159,615	139,380	139,635	151,747
経常利益	664,061	735,649	472,834	103,110	36,111	249,471	36,991	1,160	-137,454	-178,528	-194,155	-112,453	-45,491	-1,299	16,954
特別利益	17,688	133,589	288,068	0	17,992	35,026	71	76	1,851	7,727	2,710	17,790	85,386	93,336	0
特別損失	639	55,379	3,935,354	86,434	47,681	146,692	772	3,222	696,922	99	36	94,801	0	4,612	1,491,437
当期利益	681,110	813,859	-3,174,452	16,676	6,422	137,805	36,290	-1,986	-832,525	-170,900	-191,481	-189,464	39,895	87,425	-1,474,483
修正経常利益	-352,170	-501,026	-839,930	-281,556	-367,469	-133,150	-157,105	-171,655	-302,221	-619,524	-542,814	-459,044	-501,679	-419,836	-383,734
流動資産	7,820,473	6,903,871	6,458,141	4,783,580	4,657,072	4,283,673	1,245,484	1,164,642	1,129,597	1,844,905	1,900,391	1,925,770	965,081	1,062,151	1,155,870
固定資産	10,116,256	8,924,336	9,168,324	6,614,086	6,956,548	7,564,595	2,288,086	2,258,854	2,321,495	3,617,318	3,954,048	3,776,107	5,819,328	6,048,099	6,242,718
流動負債	3,812,653	2,656,471	2,652,027	803,229	827,178	834,539	293,759	293,744	248,573	498,371	412,973	421,371	527,878	564,562	534,096
固定負債	10,903,788	10,632,558	11,249,119	3,647,890	3,857,575	4,092,276	1,885,538	1,869,086	1,939,868	3,737,892	4,044,856	3,802,739	6,372,598	6,701,650	7,107,879
純資産	3,220,288	2,539,178	1,725,319	6,946,547	6,928,867	6,921,453	1,354,273	1,260,666	1,262,651	1,225,960	1,396,610	1,477,767	-116,067	-155,962	-243,387
総資産	17,936,729	15,828,207	15,626,465	11,397,666	11,613,620	11,848,268	3,533,570	3,423,496	3,451,092	5,462,223	5,854,439	5,701,877	6,784,409	7,110,250	7,398,588
流動比率	205.12%	259.89%	243.52%	595.54%	563.01%	513.30%	423.98%	396.48%	454.43%	370.19%	460.17%	457.02%	182.82%	188.14%	216.42%
固定長期適合率	71.62%	67.75%	70.66%	62.43%	64.49%	68.68%	70.62%	72.17%	72.49%	72.87%	72.67%	71.51%	93.01%	92.40%	90.94%
自己資本比率	17.95%	16.04%	11.04%	60.95%	59.66%	58.42%	38.33%	36.82%	36.59%	22.44%	23.86%	25.92%	-1.71%	-2.19%	-3.29%
売上高借入金比率	38.15%	40.02%	48.86%	42.03%	47.43%	52.80%	51.80%	52.07%	59.10%	92.75%	96.88%	99.72%	122.81%	132.88%	139.73%
事業未収金回転期間(月)	2.16	2.27	2.13	2.00	2.13	2.01	2.79	2.62	2.75	2.12	2.26	2.10	2.07	2.09	2.00
売上高事業利益率	1.68%	-0.11%	-2.63%	-0.57%	-2.50%	1.21%	-6.33%	-6.81%	-12.42%	-17.00%	-13.78%	-11.75%	-14.25%	-11.45%	-9.49%
売上高経常利益率	4.49%	5.25%	3.56%	1.59%	0.61%	4.28%	1.84%	0.06%	-7.77%	-5.79%	-6.26%	-3.74%	-1.48%	-0.04%	0.56%
売上高修正経常利益率	-2.38%	-3.57%	-6.32%	-4.35%	-6.18%	-2.28%	-7.83%	-8.63%	-17.09%	-20.09%	-17.51%	-15.28%	-16.36%	-13.87%	-12.57%
売上高当期利益率	4.60%	5.81%	-23.88%	0.26%	0.11%	2.36%	1.81%	-0.10%	-47.08%	-5.54%	-6.18%	-6.31%	1.30%	2.89%	-48.29%
事業収支比率	101.71%	99.89%	97.44%	99.43%	97.56%	101.22%	94.05%	93.62%	88.95%	85.47%	87.89%	89.49%	87.53%	89.73%	91.33%
経常収支比率	104.33%	104.99%	103.30%	101.52%	100.57%	104.16%	101.40%	100.04%	94.53%	95.26%	94.75%	96.80%	98.75%	99.96%	100.49%
医業収支比率	101.71%	99.89%	97.44%	99.43%	97.56%	101.22%	94.05%	93.62%	88.95%	85.47%	87.89%	89.49%	87.53%	89.73%	91.33%
修正経常収支比率	97.70%	96.60%	94.14%	95.85%	94.21%	97.78%	94.04%	93.49%	87.98%	83.54%	85.32%	86.95%	86.23%	88.05%	89.02%
総資産利益率	3.80%	5.14%	-20.31%	0.15%	0.06%	1.16%	1.03%	-0.06%	-24.12%	-3.13%	-3.27%	-3.32%	0.59%	1.23%	-19.93%
総資産回転率(回)	0.82	0.89	0.85	0.57	0.51	0.49	0.57	0.58	0.51	0.56	0.53	0.53	0.45	0.43	0.41
補助金等対経常利益比率	153%	168%	278%	373%	1118%	153%	525%	14898%	-120%	-247%	-180%	-308%	-1003%	-32220%	2363%

（出典：総務省　自治体病院経営指標より筆者が作成したもの）

4、機能性の指標について

平均在院日数は、社会医療法人平均で16.4日、自治体病院平均は16.7日、病床利用率は社会医療法人平均86.5％、自治体病院平均86.2％と遜色はない。救急受入件数は、社会医療法人平均874件、自治体病院平均1,151件とまだ開きはあるものの、社会医療法人と自治体病院に大差はない。また、救急受入件数を標本としてｔ-検定を実施したところ、有意差（Ｐ＝0.315）は認められなかった。

機能評価係数Ⅱでは、社会医療法人平均0.0759、自治体病院平均0.1193であり、0.0434の差があり、自治体病院の機能評価係数Ⅱ平均が社会医療法人のそれの1.57倍であった。

表3：大分県内の社会医療法人と自治体病院の機能指数　　平成28年7月1日時点

	社会医療法人							
法人名	三愛会	敬和会	恵愛会	天心堂	大久保	玄真堂	帰巌会	関愛会
病院名	三愛ＭＣ	岡病院	大分中村	天心堂	大久保病院	川嶌整形	みえ病院	佐賀関病院
病床数	179	224	260	188	136	93	70	90
うち、高度急性期・急性期病床数	118	224	210	124	58	93	51	38
一般病床機能	7対1	7対1	7対1	7対1	10対1	7対1	7対1	10対1
平均在院日数（急性期）	11.74	12.60	15.08	16.97	24.63	11.82	15.60	18.30
病床利用率（急性期）	95.37%	81.83%	82.90%	62.20%	91.28%	92.50%	91.90%	86.1%
救急受入件数	1,854	1,987	1,905	558	237	518	567	214
救急医療係数	0.01654	0.00847	―	0.01311	―	0.00653	0.02261	0.00071
機能評価係数Ⅱ	0.0896	0.0760	―	0.0706	―	0.0603	0.0954	0.0635

	社会医療法人		自治体病院				
法人名	小寺会	長門記念会	中津市民病院	山香病院	国東市民病院	豊後大野市民病	大分県立病院
病院名	佐伯中央	長門記念	中津市民病院	山香病院	国東市民病院	豊後大野市民病	大分県立病院
病床数	149	250	250	138	208	199	566
うち、高度急性期・急性期病床数	74	150	250	120	107	126	566
一般病床機能	7対1	7対1	7対1	10対1	10対1	10対1	7対1
平均在院日数（急性期）	18.84	18.24	10.11	27.98	14.09	20.06	11.10
病床利用率（急性期）	85.98%	94.77%	87.16%	94.81%	85.72%	86.81%	76.26%
救急受入件数	389	509	2,090	381	196	683	2,403
救急医療係数	―	―	0.00859	―	―	―	0.00682
機能評価係数Ⅱ	―	―	0.1152	―	―	―	0.1235

上記データのうち、救急医療係数と機能評価係数ⅡがＤＰＣデータ
（出典：大分県病床機能報告、厚生労働省ＤＰＣデータに基づき筆者が作成）

【考察】

１、収益性について

自治体病院の赤字経営の内容であるが、本業の医業利益ベースで毎期多額の赤字を計上しており、補助金等の事業外収益によりカバーされているような状況である。豊後大野市民病院と国東市民病院については、年間の医業収益とほぼ同額またはそれ以上の借入金を抱えており、且つ医業利益が5期連続赤字であり、民間企業ならば資金調達できず、非常に厳しい経営状況にあると思われる。

社会医療法人の中にも、大分中村病院のように国の再生機構からの支援を受けている法人もあるが、全般的に相応の利益率を確保しているといえる。大分市の三愛会、佐伯市の小寺会、豊後大野市の帰巌会が機能評価係数Ⅱや平均在院日数、病床利用率、医業利益率など良好な数値・比率を計上しており、経営管理体制が構築されていると考えられる。

自治体病院のうち補助金に最も依存していない大分県立病院でさえ、経常利益に対する補助金比率は153％（Ｈ29/3期）もあり、最も依存しているのは国東市民病院の▲1,003％である。補助金等の医業外収益を除けば自治体病院のすべてが赤字に転落するという実態が明らかとなり、財政依存体質からの脱却を図るべく、経営管理体制の強化が必要である。

同様に、自治体病院の修正経常収支率をみると、支出が収入を上回っており、本業での採算が取れていないことを意味している。民間病院では危機的状況であり、自治体病院は財政支援があるからと甘んじるのではなく、自助努力をしていく必要がある。

そのための一つの施策として、自治体病院の総資産回転率（使用総資本回転期間）が低いことに鑑み、肥大化した資産を圧縮するなり、大規模な資産が必要であるならばその資産に見合う収益を上げるべく患者を獲得するなど努力し、使用している資本、資産を回転させる必要があろう。

2、安全性について

安全性の指標である流動比率については、社会医療法人も自治体病院も良好な比率であり、短期支払能力は十分に確保されている。しかしながら、自治体病院については、前述した国や県からの補助金収入が入ってこなければ、100%以上の流動比率を維持できないことになる。営業外収入に頼らず、100%以上の比率を維持していくことが重要である。

事業未収金回転期間であるが、一般的に考えると、国保・社保は窓口で即現金として回収されるものを除くと、月末締めの翌々月20日に入金となることから、回収が滞っている債権がなければ、事業未収金の回転期間は2ヶ月以内となることが一般的であると考えられており、社会医療法人の回転期間は適正である。一方、自治体病院は回転期間が長期化している傾向にあり、社会医療法人のように医事課・経理課が連携して未収金の管理体制を構築する必要があると考える。

医療機関は高額な設備投資が必要であることを鑑みると、社会医療法人の売上高借入金比率平均は良好であると考えられる。一方、自治体病院のそれはやや悪化傾向にあると言える。90%を超えるデータが社会医療法人、自治体病院ともに2機関3期分の6データずつあったが、90%を超えるということは、月間売上高のおよそ11ヶ月分の借入金を抱えているということであり、危険な経営状態にあると言える。設備投資などについては緻密な資金繰り表の作成など慎重な判断に基づく資金調達が必要である。

自己資本比率については、社会医療法人の中で恵愛会だけがマイナスとなっており、業績悪化により現在再生支援機構から支援を受けている状況である。自治体病院が赤字経営でありながら、自己資本比率がマイナスに転じていないのは、毎期、国や県からの補助金収入によって足りないキャッシュがカバーされて、内部留保を確保できているからである。唯一、債務超過の国東市民病院は市からの支援状況も厳しくなっていると考えられる。病院経営をスムーズに行っていくには自己資本比率は常に高めていかなければならない。

３、機能性の指標について

機能評価係数Ⅱを見てみると、自治体病院の方が圧倒的に高い。これは、自治体病院は診療科が多いためカバー率係数が高いこと、また、がん・脳卒中・心筋梗塞などの拠点病院となっていること、小児医療に対応していること等から体制評価係数、定量評価係数（小児）を合算した地域医療係数が高いことによるものである。社会医療法人が救急医療係数や複雑性係数などでポイントをあげても、機能評価係数Ⅱ全体では、自治体病院には及ばない係数の設定になっているためであると思われる。

４、統計解析について

売上高医業利益率については、財務諸表を見ても明らかであったが、社会医療法人と自治体病院で有意差が認められた。社会医療法人の方が利益率が高かったが、これは民間病院として利益を出さなければ新規設備投資や人材確保もできないことから当然の結果であると考えられる。

自己資本比率については、有意差は認められなかった。これは自治体病院が補助金などの事業外収益により黒字計上できているからである。自治体病院の自己資本の形成、すなわち内部留保は自ら獲得した利益の蓄積ではないということができる。救急受入件数については、有意差は認められなかった。つまり、社会医療法人の設立目的である自治体病院の代替財としての役割を果たしているといえる。

５、研究の限界

本研究を解釈するにあたり、以下の4点について留意する必要がある。まず第一に、大分県内の社会医療法人と自治体病院を比較したものであり、範囲を県全体としている。大分市の社会医療法人と中津市の自治体病院を比較・評価することについては問題がある。本来は市町村単位である一次医療圏、またはニ次医療圏の単位でその医療圏に存在する社会医療法人と自治体病院同士について比較・評価しなければならない。第二に、自治体病院と社会医療法人を比較するにあたり、診療領域の違い、患者背景の違い、取り扱い疾病と重症度の違いなども分析した上で比較すべきである。例えば、社会医療法人の救急受入件数が自治体病院と差がなくなっているが、救急受入の疾病内容・重症度までは比較できていない。第三に、社会医療法人は平成30年度の決算から公認会計士または監査法人の監査が義務化されていることから、平成27年度から前倒しで適正な会計処理に取り組んでいる法人とそうでない法人があり、退職給付引当金、賞与引当金など会計処理にばらつきがある。また、財務

諸表作成にあたっては、経費や資産計上するにあたりグレーゾーンも存在するため、経営者や会計責任者の考え方次第で各法人間にばらつきが出てくる。第四に、財務諸表や財務指標での比較は社会医療法人10機関、自治体病院5機関で比較することができるが、機能評価係数Ⅱなどの指標はDPC対象病院となることから、社会医療法人では10機関から5機関、自治体病院では5機関から2機関に減少するため、比較・評価するにあたり十分ではないと思われる。最後になるが、同一機関の3期分のデータの独立性を仮定することはできないが、サンプルが少ないため、層別分析は行わなかった。

しかしながら、本研究は、前述した留意点や限界点を有するものの、県内の社会医療法人と自治体病院の経常収支比率、経常利益率などにおいて圧倒的な差異を確認することができ、十分に評価できるものである。また、会計処理についてもばらつきがあると思われるが、3期分のデータを使用していることから、会計監査等による単年度の損益の大幅変動を希釈することもできており価値のある研究であると考える。

【結論】

大分県内の自治体病院については、本業の事業利益ベースでは、すべての自治体病院が赤字経営になっていることを確認することができた。自治体病院も地域住民にとって必要性があるからこそつくられたものであり、地域の歴史や誇りに直結するものである[11]。自治体病院住民医療の歴史を振り返ってみると、行政組織である自治体病院が「住民にいかに平等に医療を提供するか」「住民にとって負担の少ない費用で医療を提供するか」という二つの命題を実現するために知恵を絞ってきたかがわかる[11]。「費用」は住民にとって負担の少ない費用で医療を受けられることに加え、医療保険の運営コストを安くすることも含まれる。実際、今日においても自治体病院の割合が高い地域は国保医療費の支出が低い傾向がある[11][12]。

地域包括ケアシステムの考え方というのは、自治体病院などを中心として行ってきた医療だけでは地域のニーズを満たせなくなり、地域を基盤におき、医療ばかりでなく、生活・予防・介護・福祉支援サービスを一体として行っておこうというものである。しかしながら、自治体病院は急性期医療に重点を置いてきており、地域包括ケアシステムで重視されている在宅医療、訪問看護、介護サービスには、あまり経験がない。そう考えると、公的医療を担い、法人税が軽減され、経営的にも安定している大規模化した社会医療法人が自治体病院の指定管理者になること、あるいは地域医療連携推進法人を設立し[13]その傘下に社会医療法人と自治体病院が入るような形が生まれてくること等が理想的であると考える。地域医療連携推進法人は，複数の病院（医療法人等）を統括し、一体的な経営を行うことにより、経営効率の向上を図るとともに、地域医療・地域包括ケアの充実を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢とすることにより，地方創生につなげるというものである。経営管理本部に財務や人事のスペシャリストを置き、その傘下に社会医療法人の病院、自治体病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、包括支援センター、居宅介護支援事業所などが入る形態の持ち株会社型は機能を発揮するのではないかと考える。さらには、社会医療法人の病院の７対１急性期病床・病棟を地域包括ケア病床・病棟に切り替えていくことで、機能分化も進んでいくものであると考える。

歴史的に住民が「当事者」として医療にかかわる流れが存在し、自治体病院はその舞台となることが多かった。これまで「住民医療」を実践してきた自治体病院と民間の経営ノウハウを有する社会医療法人が一体化することで、お互いの足りない部分を補い、地域医療に貢献しつつ永続的事業体として地域住民とともに存続していけるのではないだろうか。歴史のある自治体病院が今後も存続していけることを祈念して、本論考を締めくくるものとする。

【参考文献】

1）厚生労働省ホームページ、医業経営の非営利性等に関する検討会（2005 年 4 月 22 日）、
「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～」PDF、2005 年 7 月
https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/kentoukai/9kai/8.pdf
2）厚生労働省ホームページ、「平成 19 年度厚生労働省医政局委託 医療機関における資金調達のための調査報告書」PDF、2008 年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/dl/houkokusho2.pdf
3）厚生労働省ホームページ、社会医療法人の認定状況について（平成 30 年 10 月 1 日現在）
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000375790.pdf、2018 年 10 月
4）経済産業省ホームページ、「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会～医療需要の将来推計と提供体制～（福岡県 - 出典リスト）」PDF、2015 年 3 月
http://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/sansei/chiiki_iryo/pdf/report01_05_00.pdf
5）齋藤貴生、自治体病院の経営改革―原則と実践―、福岡：九州大学出版、2012

6）関悠希（福祉医療機構　経営サポートセンターリサーチグループリサーチチーム）、事例と財務から読み解く地域に根差した中小病院の経営（第 8 回）社会医療法人抱生会丸の内病院　病院の強みを生かした在宅サービスの展開（解説）、病院（0385-2377）77 巻 3 号、2018；246-250
7）関悠希（福祉医療機構　経営サポートセンターリサーチグループリサーチチーム）、事例と財務から読み解く　地域に根差した中小病院の経営（第 8 回）社会医療法人緑壮会金田病院　人口減少地域における共存のための病院連携（解説）、病院（0385-2377）77 巻 5 号、2018；425-430
8）牧野詩織他社会医療法人財団白十字会白十字病院クリニカルパス委員会、進化するクリニカルパス教育～マンネリズム回避の「あの手･この手」作戦～多職種参加型のワークショップ開催の取り組み（会議録）、日本クリニカルパス学会誌（2187-6592）20 巻 3 号、2018；316
9）肥川一元、同じ政令指定都市に所在する自治体病院と国立病院の経営比較、福岡：九州大学大学院医療経営管理学専攻課程 16 期生研究成果物、2018；5-9
10）厚生労働省、平成 28 年度病院経営管理指標調査　図表Ⅱ-4　病院種別・開設者種別黒字病院（医業損益）より、自治体病院黒字 7.9％　回答数 265 病院
11）伊関友伸、自治体病院の歴史～住民医療の歩みとこれから～、東京：三輪書店、2014；3-4.
12）伊関友伸、自治体病院の歴史～住民医療の歩みとこれから～、東京：三輪書店、2014；598-602.
13）厚生労働省、地域医療連携推進法人制度について、23-31、2019
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　20- 29,　2019

訪問リハビリテーションの仕組みであるKAKOシステムの開発と検証

古賀　大一郎[1)]、馬場園　明[2)]

Development and verification of KAKO system of visiting rehabilitation

Daiichiro Koga [1)] , Akira BABAZONO [2)]

【Abstract】

【Purpose】

The guideline or evidence of visit rehabilitation has not been established. The purpose of the study is to develop and evaluate the KAKO system as structure of visit rehabilitation for realizing Aging in Place which is the purpose of community-based integrated care system.

【Method】

For system development, we searched for "visit rehabilitation" by Google scholar's Japanese database and gathered literature on the problems of visiting rehabilitation program. We made hypotheses of necessary viewpoints and procedures for achieving results, and verified it by turning the SPDCA cycle. Practice of verification Data collection location is Orthopedic Clinic, Medical Corporation Kenseikai, Dazaifu City, Fukuoka Prefecture. The target was 29 visiting rehabers, and we evaluated retrospectively using FIM as an indicator.

【Result】

First, all processes were visualized after standardization of all evaluation, intervention, and outcome. Regarding intervention, we put mental and cognitive support, medical support, training support, environment /instrumental support, and cooperative support in 5 categories. Five classifications were divided into 15 items, and also it was subdivided to the focus of 76 according to individual needs Wilcoxon's rank test was used for effect judgment. The average of the initial FIM was 81.3 ± 4.4, and the mean of FIM after 3 months was 95.17 ± 3.8, meaningful difference was observed (p value = 0.0001), suggested to be a system leading to improvement of ADL.

【Discussion】

In a KAKO system, goal setting and having motivated, offered action support, given explanation of illness and state, oneself been convinced, and tackled rehabilitation may become a system which leads to the improvement in ADL at every user besides physical action training currently performed by the present visiting rehabilitation or environmental management.

Keywords : visiting rehabilitation, visiting rehabilitation system development, standardization

【抄録】

【目的】

訪問リハビリテーションのガイドラインやエビデンスは確立していない。そこで、地域包括ケアシステムの目的であるAging in Placeを実現するための、訪問リハビリテーションの仕組みとしてのKAKOシステムの開発と評価を行った。

【方法】

システム開発には、Google scholarの日本語データベースで、「訪問リハビリテーション」で検索し、訪問リハビリテーションのプログラムの問題点に関する文献を収集した。成果をあげるための必要な視点、手順の仮説を立て、SPDCAサイクルを回して検証した。検証の実践データ集積場所は、福岡県太宰府市にある医療法人健成会鹿子生整形外科医院である。対象は訪問リハ利用者29名であり、FIMを指標として、後ろ向きに評価を行った。

1)　九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
代表著者連絡先：soulpower1972@gmail.com
Department of Health Care Administration and Management
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

2)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management,
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

【結果】

まず、評価、介入、アウトカムのすべての標準化したうえで、すべての工程を可視化した。介入に関しては、5分類に纏り、精神・認知的支援、医療的支援、訓練的支援、環境・道具的支援、連携的支援とした。5分類を15項目に分け、さらに76の焦点まで細分化したものを個別のニーズに合わせてテーラーメイドするようにした。効果判定には、Wilcoxonの符号検定付順位検定を用いた。初回FIMの平均は81.3±4.4であり、３ヶ月後FIMの平均は95.17±3.8となり有意差が認められ（p値＝0.0001）、ADLの改善につながることが示唆された。

【考察】

KAKOシステムは、現在の訪問リハで行われている身体機能訓練や環境調整以外にも、利用者一人ひとりに目標設定や動機付け、行動支援、疾病と状態の説明を行い、本人が納得してリハに取り組むことにより、ADL向上につながるシステムになる可能性がある。

キーワード：訪問リハ、訪問リハのシステム開発、標準化

【はじめに】

我が国では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、住まいを中心とした医療・介護・福祉の一体的な支援により、Aging in placeを実現するための地域包括ケアシステムが推進されている[1-3]。リハビリテーション（以下、リハ）の求められる役割としては、地域にて、急性期、回復期、生活期に沿ったシームレスなリハの提供体制の構築である[2-4]。急性期や回復期は病院を中心に行い、生活期においても、介護保険にて訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）と通所リハビリテーション（以下、通所リハ）を活用することが求められている[2-4]。しかしながら、訪問リハは居宅において個人に特化したものであり、通所リハは病院・老人保健施設や在宅から通って来る集団に対して、心身機能の回復や生活機能の改善を図ることを目的としているが、適応の対象や役割がはっきりしていないという問題が指摘されている[2,3,5]。

介護保険におけるリハの課題として、身体機能の改善だけを目指すのでなく、「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかけ、日常生活活動（以下、ADL）を高め、家庭や地域・社会の役割を果たすことによって、一人ひとりの生きがいや自己実現を支援して、QOLの向上を目指すことが重要であるとされている[2,3,5]。そして、これからは個別のニーズに対応できる仕組みづくりや増え続ける認知症に対する有効なプログラムの開発等が求められている[2,5]。

このような課題を解決する手段として、生活拠点である在宅の場で、個別のニーズに対応することができる訪問リハは非常に有効であり、Aging in Placeの実現に重要な役割を果たす可能性があると考える。しかし、調査結果からは、通所リハの利用が13%であるのに対して、訪問リハの利用は１%未満であり、そのほとんど利用がされていないことが明らかとなっている[6]。その理由として、先行研究では、ガイドラインやエビデンスが確立しておらず、未だに訪問リハにて有効な方法を明確に示すことができていないことが挙げられている[1,7]。

本研究の目的は、Aging in Placeを実現するために、到達可能な最高水準の訪問リハビリテーションを社会に届ける仕組みをつくることである。そのために、利用者一人ひとりのADLとQOLを向上させるための新しい仕組みとして、KAKOシステムの開発と検証を行うことである。

【方法と対象】

１．システムの開発方法

KAKOシステムを開発するにあたり、訪問リハにおける先行研究や論文、参考書を調査し、現状の課題を整理した。Google scholarの日本語データベースで、「訪問リハビリテーション」で検索し、訪問リハビリテーションのプログラムの問題点に関する文献を収集した。[2,5,7,8,9,10,11] 問題点としては、利用者の意識が自立に向いていないこと、訪問リハの実施内容のばらつきが大きくガイドラインやエビデンスが確立していないこと等が挙げられている。[2,5,7,8,9,10,11] それらの課題を改善するためには、何が必要な視点で、また、どのような手順で提供していくことが成果につながるのかについて、仮説を立て、SPDCAサイクルを回して検証した。

２．システムの評価方法

測定方法は、利用者のアウトカムの改善指標として、Functional Independence Measure（以下、FIM）[7]、Min Mental State Examination（以下、MMSE）[7] とした。その理由として、理学療法診療ガイドラインにてADLの評価指標としては、FIMもしくはBarthel Index（以下、BI）[7] が使用されるが、FIMは「しているADL」を、BIは「できるADL」を評価するという違いがある。今回は、より実際の生活自立度の変化を測定するためにFIMを採用した。認知機能の評価としてはMMSEもしくは長谷川式簡易知能スケール（以下、HDS―R）が使用される[7]。MMSEもHDS―Rも精神・認知に関する評価方法であり、診断後の進行度、重症度、治療効果の判定に用いられるものである。違いは、HDS―Rは認知機能の項目だけであるのに対して、MMSEは高次脳機能障害の評価もある。訪問リハにおいては、脳卒中患者も対象としているためにMMSEを採用した。

実践データ集積場所は、福岡県太宰府市にある医療法人健成会鹿子生整形外科医院（有床診療所）である。対象者は、訪問リハビリテーション事業を開始した2017年10月から2019年の12月までに新規依頼にて訪問リハビリを利用し、データ収集が可能であった全員であり、後ろ向きに評価を行った。ただし、ADLの著しい低下が起こると予測される進行性神経疾患、悪性腫瘍を基本疾患として有するものは除外した。初回の評価と３ヶ月後の評価との比較には、Wilcoxonの符号付順位和検定を用いた。統計学的有意水準は５%未満として解析した。なお、統計学的解析には、JMP Pro13を用いた。

【結果】

１．ＫＡＫＯシステムの開発

まず、評価、介入、アウトカムのすべての工程をアセスメントシートによって可視化した。（表１参照）。そして、評価・介入・アウトカムを

標準化した。評価に関しては、国際生活機能分類（以下、ICF）を採用した。理由としては、ICFによる評価は健康状態、さらに生活機能として身体機能・構造、活動、参加、そして、これらに影響を及ぼす背景因子である個人因子・環境因子の視点を取り入れ、生活を把握するための相互作用を重視した評価方法であるからである[7]。次に、介入に関しては、5つの分類に纏り、精神・認知的支援、医療的支援、訓練的支援、環境・道具的支援、連携的支援とした。5分類を15項目に分け、さらに76の焦点まで細分化した。介入検討項目には、改善の必要十分条件を満たすための項目を随時追加していった。実施項目では、必要性と優先順位をつけることで、個別に対応できるテーラーメイドとなり、短期間で効果につながるシステムの構築を目指した。（表2参照）

精神・認知的支援については、（1）動機付け、（2）行動変容、（3）スケジューリングとした。動機付けは自分史ノートを作成してこれまでの背景を振り返り、これからの生活目標を設定するために使用する（表3参照）。利用者の人生をストーリーに落とし込むことで、セラピストも利用者をより深く理解することが出来ることから、コミュニケーションが促通されて、早期に信頼関係が築ける。行動変容に関しては、無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期とそれぞれのステージに沿った支援を継続して行うことである[12]（表４参照）。スケジューリングに関しては、自分でできる運動内容・時間を決定する、入浴日を決定する、内服時間にタイマーを設定してならす等の生活リズムをつくるための支援を行う。

医療的支援については、（4）疾病と状態の説明、（5）水分や栄養に関する提案、（6）医師・薬剤師への報告とした。疾病と状態の説明に関しては、疾病と予後について説明を行い、ガイドラインをもとに治療方法の説明や提案を行っていく。また、臨床データと理学所見をもとに、現在の身体状況の説明を行い安心してもらうことに努める。水分や栄養に関する提案に関しては、体重をもとに１日に必要な水分摂取量を説明し、脱水を予防する。食事についても、食事内容を確認して、必要性があれば食事指導を行い、貧血や低栄養を改善していく。医師・薬剤師への報告に関しては、症状の悪化・急変等があれば連絡し、内服による症状の変化と副作用の影響についてもモニタリングを行う。

訓練的支援については、(7）動作訓練（8）身体機能・認知機能訓練（9）自主訓練とした。動作訓練に関しては、基本動作、ADL動作、手段的日常生活動作（以下、IADL）を組み合わせて行う。基本動作は、寝返り、起き上がり、立ち上がり、床起立、移乗、歩行に対して、痛み、筋力低下、麻痺の程度に応じた動作訓練を行う。ADL動作は食事、トイレ、入浴、更衣、口腔ケア、整容の動作の再獲得を図る。IADL動作はさらに発展した動作であり利用者のニーズに応じて、料理、洗濯、掃除、外出の支援を行う。機能訓練に関しては、動作を遂行するにあたり、障害となる機能に絞って行う。姿勢、関節可動域、筋力、持久力、呼吸機能、平衡機能、麻痺、疼痛等へのアプローチである。自主訓練に関しては、獲得すべき動作や機能に即し、一人でも安全にできることを条件に指導した。例えば、排尿、摂食・嚥下、呼吸、転倒予防等に対しての体操である。

道具・環境的支援については、(10）装具適応性の判断、(11）補助具の提案、(12）住環境のコーディネートとした。装具適応性の判断に関しては、医師、義肢装具士とともに、利用者の用途、部位、種類を検討する。例えば、骨折に関しては、姿勢、骨折の時期、程度、場所、骨密度検査から利用者に合った装具を検討していく。脳梗塞による片麻痺の方では、5年前に作成した装具が現在の身体機能にあっておらず、新しい装具に変更したことで歩けるようになった方もいた。現在の身体状況に対して、適切な装具を処方してもらうことにより動作の改善がみられる。補助具の提案に関しては、杖、車椅子、手すり、ベッド、浴槽台、シャワーチェアー、滑り止めマット等を利用者の身体状況や動作能力に応じて提案する。とくに、杖においては、種類、高さを適切に選択することで歩行能力に大きな差が生じる。住環境のコーディネートに関しては、生活がより快適になるように、生活環境の安全性の評価を行い、動線を確保し、補助具の設置場所を助言し、住宅改修における提案まで行う。生活環境を変えることは利用者にとって精神的負担や転倒リスクもあるために、なるべく最小限の変更にて生活の改善を図るための提案を行う。

連携的支援については、(13）キーパーソンへの情報収集と療養指導、(14）ケアマネージャーへの報告、(15）他職種との情報共有とした。キーパーソンへの情報収集と療養指導に関しては、利用者の生活リズム、ADL遂行状況、食事や水分摂取量等をキーパーソンから聴取する。また、介助量を測定し、介助者に対して必要な援助の範囲を説明し、介助者に負担の少ない介助方法の指導を行うことで、支援者の介護負担を減らすことができると考える。ケアマネージャーへの報告に関しては、設定したリハ目標と計画を伝達し、適宜、計画の経過と達成度を報告する。状態の変化があった場合は他職種に対して、アナウンスしてもらうように働きかける。また、利用者へは、具体的な地域行事への参加も促してもらうようにする。他職種との情報共有に関しては、臨床検査と理学検査の評価による医学的情報やリハの目標とそこに至るまでのスケジュール等を伝達する。さらには、こちらからも他職種が評価する利用者像を聴取し、目標を達成するための情報共有を継続して行っていくことである。

２．ＫＡＫＯシステムの評価

初期評価が可能であった症例は 41 症例で、男性が 13 名、女性 29 名であった。平均年齢は 81.3 歳± 8.8 歳であった。内訳は 50

歳代が１名、60 歳代が３名、70 歳代が９名、80 歳代が 23 名、90 歳代が５名であった（表５参照）。要介護区分は、要支援１が４名、要支援２が 11 名、要介護１が８名、要介護２が 10 名、要介護３が４名、要介護４が４名、要介護５が０名であった。主傷病名は、整形外科疾患が 24 名、脳血管疾患が６名、廃用症候群が４名、難病が５名、進行性難病が１名、悪性腫瘍が１名であった。41 例のうち、進行性の難病、悪性腫瘍、入院、介入３ヶ月未満の症例を除外し、再評価が可能であった 29 症例を分析対象とした（表６参照）。

初回 FIM の平均は 81.3 ± 4.4 であり、３ヶ月後 FIM の平均は 95.2 ± 3.8 となり有意差があった。（p 値= 0.0001）初回 MMSE の平均は 24.2 ± 0.96 であり、３ヶ月後 MMSE は 24.4 ± 1.1 となり有意差はみられなかった。（p 値= 0.15）（表７参照）ADL においては、介入した利用者全員に対して向上がみられ、MMSE においては、維持となった。

【考察と課題】

本研究の目的は、Aging in Placeを実現するために、到達可能な最高水準の訪問リハビリテーションを社会に届ける仕組みをつくることである。そのためには、利用者の生きがいや自己実現を探求し、活動拠点となる自宅や自宅周囲で活動支援を行い、ADLとQOLを向上させるための新しい仕組みとして、KAKOシステムの開発と検証を行った。

開発において、まず、意識したことは、背景の異なる一人ひとりに対してADLの改善等に対する成果をあげることである。考慮したことは、対象者の改善を図るために医療と介護の両面から総合的な視点を持ち、改善に必要な充分条件を選定することであり、それは専門分化しすぎないことである[13]。

これまでの訪問リハと大きく違った点は、利用者の背景を踏まえて、目的や動機付けを重視し、明確な目標を設定し、利用者の行動変容を支援して自己効力感をたかめながら、それを実行し、効果と達成度を測定するSPDCAサイクルを実施したことである[12、14]。それに加えて、現在の訪問リハで中心的に実施されてきた運動や環境調整のみでなく、精神・認知的支援、医療的支援、訓練的支援、道具・環境的支援、連携的支援の５つの分類を定義して組み合わせたことである。それにより、それぞれの欲求、健康状態、心身機能、活動、環境を相互的に把握した評価に対して、5つの分類から総合的に介入したことである。

方法としては、評価・介入・アウトカムの一連のプロセスを標準化した。ただし、このシステムとは、全ての工程を均一化するのではなく、一人ひとりの利用者に対して、介入検討項目から実施項目をセラピスト自身が選定し、利用者一人ひとりのニーズに優先順位をつけるテーラーメイドのリハシステムである。「考えなくてよいシステム」ではなく、あくまでも「考えて使いこなすシステム」であることから、セラピストの力量も発揮でき、職人的志向が強い専門職には受け入れやすいのではないかと考えた。また、介入検討項目から、それぞれに介入必要性を判断し、優先順位をつけ、リハプログラムを実施し、継続的に測定を行うことで、セラピスト間で結果に対するアセスメントをフィードバックすることができるため、常に現場で研鑽のための教育ツールとしても利用ができると考える。（表2参照）

そして、リハプログラムを全て可視化した。利用者に対して、セラピスト間でも、関わる他職種に対しても、リハの目標、内容、効果を共有してもらうためにアセスメントシートを作成した。アセスメントシートにてリハプログラムを可視化したことにより、目標や実施内容を理解してもらうことができるため、利用者を全体で支援する仕組みとしても効果的であったと考える（表１参照）。

訪問リハに介入した利用者全員に対してFIMの改善がみられた。これは、身体機能訓練や環境調整以外にも、利用者一人ひとりに目標設定や動機付け、行動支援を行い、疾病と状態の説明を行い、本人が納得してリハに取り組んだことが大きいと考える。さらに、他職種との情報共有によって周囲の支援をうまく活用できたことが、自立度の改善と介助者の介護負担の軽減につながったと考える。実施内容を全国の訪問リハ事業所と比較したところ、全国平均では機能訓練が中心であるのに対して、KAKOシステムはADL訓練が中心であったことから、介入方法が目標、評価に沿った内容となっていることがアウトカムの成果につながっていると考えられる[11]（図１参照）。

このシステムの課題としては、認知症に有効なプログラムは確立できていないことである。MMSEにおいては、全体の平均としては１点の改善がみられるが、対象者の中には低下しているケースもあり、結果として維持にとどまっている。自立支援のためには、ADLの他にも、認知機能の向上が可能になれば、さらに多くの利用者にとって有効なシステムになると考える。

研究の課題としては、新しく開発したシステムで１施設のみの導入であるために、対象者が29名であり、性、年齢、疾患、重症度、介入時期、他サービス介入の調整等の交絡因子を揃えることが難しく、よりエビデンスが高いランダム化された研究にするためには、症例データの集積が必要であることである。

モニタリング方法としては、これからKAKOシステムをクラウドソフトとして作成することで、全国の100施設への導入を図り、データの集積とシステムの改良に取り組むことを計画している。我が国は、Aging in Placeの実現のために、疾病があっても本人の意志を尊重し自立支援を行い、生活の連続性が維持できることにより、地域包括ケアシステムを構築することを目指

しているが、その有効な一つの手段となりえる訪問リハの仕組みをつくることにより、社会に貢献できる意義は大きいと考える[13]。

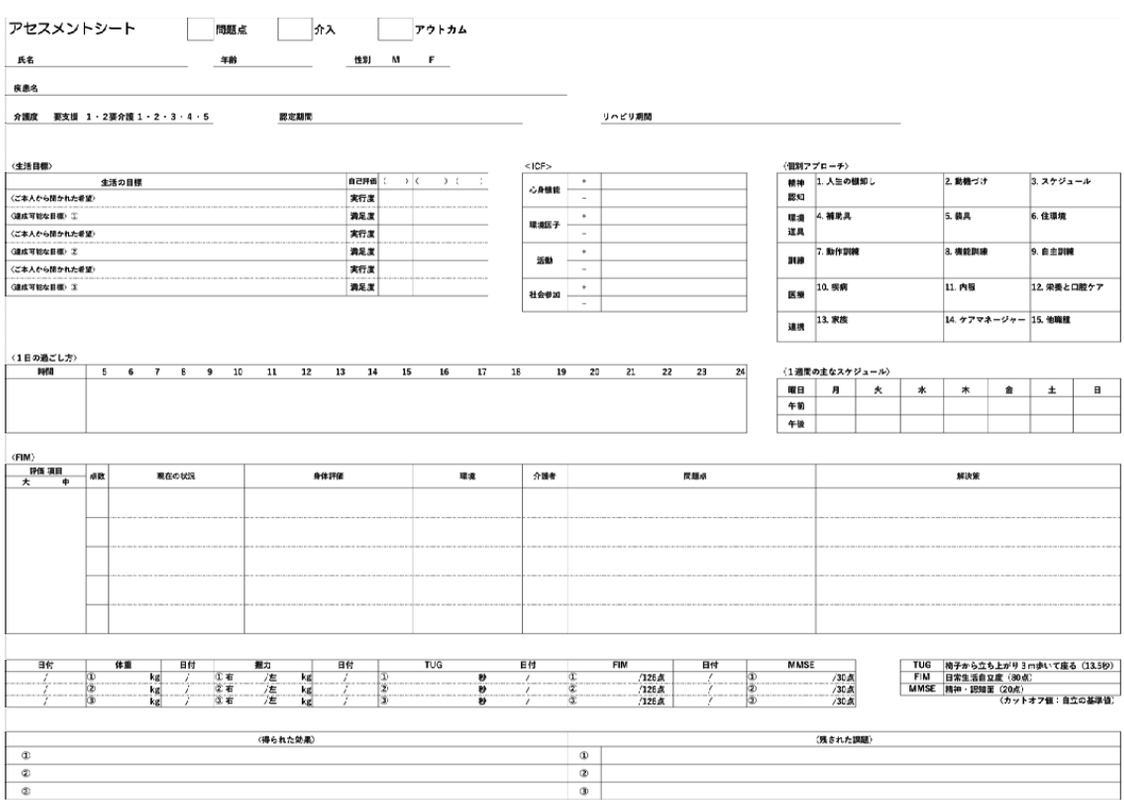
【倫理的配慮、説明と同意】

「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施する。研究の実施にあたっては、医療法人健成会鹿子生整形外科医院の倫理委員会の承認を得ている。研究実施に係る資料・情報を取扱う際は，研究対象者の秘密保護に十分配慮する。研究の結果を公表する際は，研究対象者を特定できる情報を含まないようにする。また，研究の目的以外に，研究で得られた研究対象者の資料・情報を使用しない。同意取得方法は文書を用いて説明・同意を取得する。

【参考文献】

1）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 , 福岡、2014.
2）厚生労働省、高齢者の地域における新たなリハビリテーションのあり方検討会報告書 ,2015.
3）公益社団法人日本リハビリテーション医学会 , 通所・訪問リハビリテーションに求められる機能 ,2017
4）厚生労働省、高齢者の自立支援に資する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の活用 ,2017
5）一般社団法人 , 日本訪問リハビリテーション協会、通所・訪問リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業 ,2016
6）厚生労働省 , 訪問リハビリテーション , 社保審介護給付費分科会 ,2017
7）日本理学療法士協会、地域理学療法理学療法診療ガイドライン、理学療法診療ガイドライン 2011；415-417
8）真鍋ら , リハセラピストが認識する訪問リハビリテーションの現状と課題（足立区における認識調査から）帝京科学大学紀要 , 2015；33-39
9）公益社団法人 , 日本理学療法士協会 , 訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問供実態に関する調査研究事業調査報告書 ,2016
10）株式会社三菱総合研究所 , 介護保健におけるリハビリテーションの充実状況等に関する調査研 ,2014
11）日本訪問リハビリテーション協会 , 訪問リハビリテーション実践テキスト , 株式会社青海社、2016;6-41
12）馬場園　明 , 脱メタボリックシンドロームのための健康支援 , 中央法規株式会社、2008;23-36
13）エリザベス・ハース・イーダスハイム , 上田惇生 ,P・F ドラッガー , ダイヤモンド社、2016
14）馬場園　明 , 介護経営道場、地域介護経営、介護ビジョン第 1- 第 5 回 ,2018

表 1.　アセスメントシート



アセスメントシート　問題点　介入　アウトカム

氏名　年齢　性別　M　F

疾患名

介護度　要支援 1・2要介護 1・2・3・4・5　認定期間　リハビリ期間

〈生活目標〉

生活の目標	自己評価	( ) ( ) ( )
〈ご本人から聞かれた希望〉	実行度	
〈達成可能な目標〉①	満足度	
〈ご本人から聞かれた希望〉	実行度	
〈達成可能な目標〉②	満足度	
〈ご本人から聞かれた希望〉	実行度	
〈達成可能な目標〉③	満足度	

<ICF>

心身機能	+	
	−	
環境因子	+	
	−	
活動	+	
	−	
社会参加	+	
	−	

〈個別アプローチ〉

精神認知	1. 人当の様知し	2. 動機づけ	3. スケジュール
環境道具	4. 補助具	5. 装具	6. 住環境
訓練	7. 動作訓練	8. 機能訓練	9. 自主訓練
医療	10. 疾病	11. 内服	12. 栄養と口腔ケア
連携	13. 家族	14. ケアマネージャー	15. 他職種

〈1日の過ごし方〉

時間	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

〈1週間の主なスケジュール〉

曜日	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

〈FIM〉

評価 項目 大	中	点数	現在の状況	身体評価	環境	介護者	問題点	解決策

日付	体重	日付	握力	日付	TUG	日付	FIM	日付	MMSE
/	① kg	/	① 右 /左 kg	/	① 秒	/	① /126点	/	① /30点
/	② kg	/	② 右 /左 kg	/	② 秒	/	② /126点	/	② /30点
/	③ kg	/	③ 右 /左 kg	/	③ 秒	/	③ /126点	/	③ /30点

TUG	椅子から立ち上がり 3 m歩いて座る（13.5秒）
FIM	日常生活自立度（90点）
MMSE	精神・認知度（20点）

（カットオフ値：自立の基準値）

〈得られた効果〉	〈残された課題〉
①	①
②	②
③	③

表 2.　KAKO システム

KAKOシステム					
介入検討項目			実施項目		
分類	項目	小項目	必要性	優先順位	重要度
精神・認知的支援	(1)動機付け	これまでの自分史を作成する。			
		生活目標を設定する。			
	(2)行動変容	無関心期には行動変容の必要性についての情報提供を行う。			
		関心期には行動変容への自信付与を行う。			
		準備期には計画支援を行う。			
		実行期には実行支援を行う。			
		維持期には継続支援を行う。			
	(3)スケジューリング	生活リズムを援助するための支援を行う。			
		自分で行う運動の内容・時間の決定する。			
		入浴日を決定する。			
		内服の仕分けをカレンダーを使って一緒に行う。			
医療的支援	(4)疾病と状態の説明	疾病と予後について説明する。			
		ガイドラインをもとに疾病の治療方法を説明する。			
		臨床データと理学的所見をもとに現在の状態について説明する。			
		現在の治療方法について説明する。			
	(5)医師や薬剤師への報告	内服できているか確認する。			
		症状の改善・悪化について確認する。			
		副作用の影響について確認する。			
	(6)水分や栄養に関する提案	1日に必要な水分摂取量を計算し説明する。			
		食事内容を確認し、必要な摂取項目を説明する。			
		食事以外の別形態での栄養摂取方法を説明する。			
訓練的支援	(7)動作訓練	痛み、筋力低下、麻痺に対して寝返り動作を練習する。			
		痛み、筋力低下、麻痺に対して起き上がり動作を練習する。			
		痛み、筋力低下、麻痺に対して立ち上がり動作を練習する。			
		痛み、筋力低下、麻痺に対して床起立動作を練習する。			
		痛み、筋力低下、麻痺に対して移乗動作を練習する。			
		痛み、筋力低下、麻痺に対して歩行動作を練習する。			
		食事動作を練習する。			
		トイレ動作を練習する。			
		入浴動作を練習する。			
		更衣動作を練習する。			
		整容動作を練習する。			
		料理を練習する。			
		洗濯動作を練習する。			
		掃除動作を練習する。			
		買い物に行くための練習をする。			
	(8)機能訓練	姿勢を改善するための訓練を行う。			
		関節可動域を拡大するための訓練を行う。			
		筋力を向上するための訓練を行う。			
		バランスを向上するための訓練を行う。			
		呼吸機能を向上するための訓練を行う。			
		持久力を向上するための訓練を行う。			
		疼痛を緩和するためのマッサージ・手技を行う。			
		麻痺を促通するための訓練を行う。			
	(9)自主訓練	排尿体操を指導する。			
		嚥下体操を指導する。			
		呼吸体操を指導する			
		転倒予防体操を指導する			
		一人で安全にできる動作訓練を指導する。			
		一人で安全にできる機能訓練を指導する。			
道具・環境的支援	(10)装具適応性の判断	利用者に沿った用途の装具の提案を行う。			
		利用者に沿った部位の装具の提案を行う。			
		利用者に沿った種類の装具の提案を行う。			
	(11)補助具の提案	杖を提案する			
		車椅子を提案する。			
		手すりを提案する。			
		段差解放のためのスロープを提案する。			
		ベッドとマットレスを提案する			
		浴槽台もしくはシャワーチェアーを提案する。			
		滑り止めマットを提案する。			
	(12)住環境コーディネート	生活環境の安全性を評価し、助言する。			
		住宅改修について指導する。			
		動線を評価し、助言する。			
		補助具の設置場所を助言する。			
連携的支援	(13)キーパーソンへの情報収集と療養指導	家族の介護負担の把握			
		食事、トイレ、入浴、更衣の状況を把握する。			
		援助が必要な範囲を説明する。			
		介助者に負担の少ない介助方法を指導する。			
	(14)ケアマネージャーへの報告	リハ目標を設定し計画を提案する。			
		計画の経過と達成度を報告する。			
		療養状況を報告する。			
		利用者の情報を他職種にアナウンスしてもらうように働きかける。			
	(15)他職種との情報共有	医学的検査やADLに関する情報を入手する。			
		医学的検査やADLに関する情報を説明する。			
		リハプログラムを説明する。			
		ADLの改善・低下を報告する。			

表３　自分史ノート

自分史ノート　氏名　　年齢　　性別

年代														
年齢	0歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
時期	誕生	小学校	中学校	高校・就職	大学・就職	結婚	出産							
思い出														
生活														
既往歴														

表４　行動変容支援シート

行動変容支援シート　氏名　性別　M　F　年齢

目標	初期評価	中間評価	最終評価
①			
②			
③			

動機づけ時期	状態	対応	目標	アプローチ
無関心期	興味がない	行動変容の必要性についての情報提供を行う。		
関心期	興味があるがやっていない	行動変容への自信付与を行う。		
準備期	１回/W実行している	計画支援を行う。		
実行期	3回/W実行している	実行支援を行う。最大の賞賛を送る。 無理をしていないかの確認をする。		
維持期	目標達成し定期的に実行	継続支援を行う。最大の賞賛を送る。 新たな目標を設定する。		

表５．対象者の属性

階級	度数	相対度数	累積相対度数
50歳以上60歳未満	1	0.03	0.03
60歳以上70歳未満	1	0.03	0.07
70歳以上80歳未満	6	0.21	0.28
80歳以上90歳未満	15	0.52	0.79
90歳以上100歳未満	6	0.21	1.00
	29	1	

表６．対象者の特徴とリハ前後の FIM と MMSE の結果

	疾病	性別	年齢	介入前FIM	介入後FIM	点数差	介入前MMSE	介入後MMSE	点数差
1	廃用症候群	M	86	109		-109	26	26	0
2	運動器不安定症	F	91	82	107	25	23	24	1
3	パーキンソン病、左股人工関節置換術	F	76	94	105	11	25	28	3
4	左大腿骨顆上骨折	F	82	82	102	20	20	22	2
5	右大腿骨転子部骨折術後	F	80	75	89	14	19	23	4
6	第1・2腰椎圧迫骨折	F	97	42	86	44	23	23	0
7	常染色体白質ジストロフィー	F	74	103	115	12	28	30	2
8	第2腰椎破裂骨折	F	80	84	87	3	22	22	0
9	第12胸椎圧迫骨折、廃用症候群	M	80	67	99	32	30	29	-1
10	脳梗塞後遺症左片麻痺	M	73	85	98	13	26	26	0
11	腰部脊柱管狭窄症	M	83	114	117	3	30	30	0
12	第１腰椎破裂骨折	F	87	93	97	4	28	28	0
13	左変形性股関節症	F	81	92	105	13	26	26	0
14	RA、右変形性膝関節症	F	86	50	69	19	14	19	5
15	脳梗塞後遺症、左片麻痺	M	53	96	105	9	30	30	0
16	両変形性膝関節症	F	69	46	66	20	24	22	-2
17	脊髄小脳変性症	M	72	70	76	6	28	26	-2
18	脳梗塞後遺症右片麻痺	M	80	98	106	8	27	28	1
19	外傷性くも膜下出血、レビー小体認知症	M	95	95	116	21	28	24	-4
20	突発性心室頻拍、持続性心房細動、脳梗塞	M	83	48	75	27	19	19	0
21	腰部脊柱管狭窄症	M	78	60	79	19	20	25	5
22	左大腿骨近位端骨折	M	86	96	112	16	21	25	4
23	RA,両変形性膝関節症	F	82	116	121	5	29	29	0
24	パーキンソン病、認知症、第４肋骨骨折	F	84	27	33	6	7	16	9
25	第4腰椎圧迫骨折、正常圧水頭症	F	82	90	99	9	25	26	1
26	右股関節人工関節置換術後	F	90	101	108	7	28	28	0
27	廃用症候群	F	93	107	110	3	25	29	4
28	頚椎症性脊髄症術後	F	91	48	59	11	22	20	-2
29	頚髄損傷術後・ペースメーカー術後	F	78	89	100	11	30	30	0

表７　JMP による統計解析結果

	初期評価	３ヶ月後	p値
FIM	81.3±4.4	95.2±3.8	0.0001
MMSE	24.2±0.96	24.4±1.1	0.15

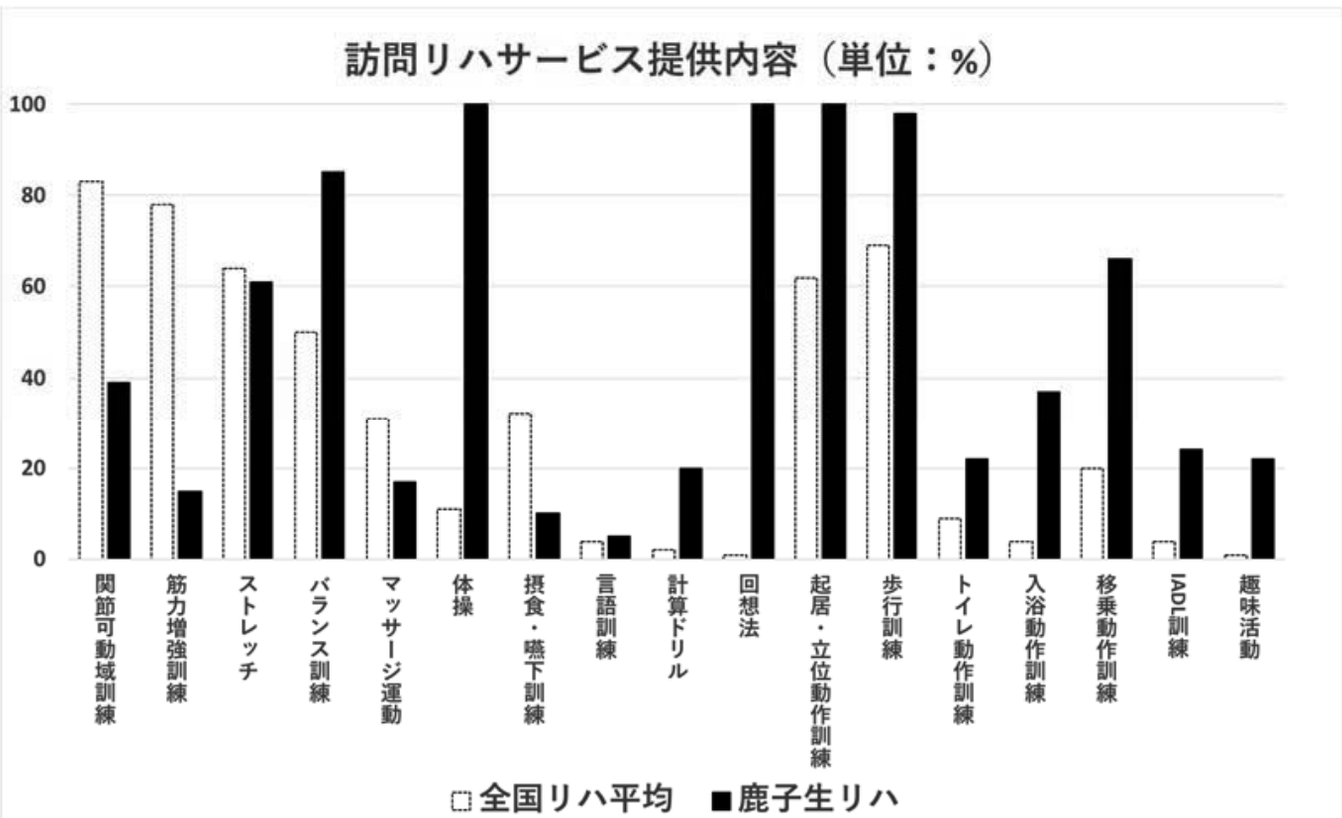


図１　全国の訪問リハ事業所と KAKO システムの訓練内容の比較

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　30- 44,　2019

ヒューマンライフラインへの架け橋
－多世代交流施設構想における
慢性期病院と急性期病院とのパートナーシップ－

平川智士[1)]、増山泰英[2)]、山岡広宣[2)]、原口友子[2) 3)]、中村真之[2) 3)]、萩原隆二[1)]
髙田昌実[2) 3)]、窪田昌行[4) 5)]、馬場園明[5) 6)]

Bridge to human lifeline
- Another corporation in the multi-generation exchange facility concept
Partnership between chronic and acute hospitals -

Satoshi HIRAKAWA, Yasuhide MASUYAMA, Hironobu YAMAOKA,
Tomoko HARAGUTI, Masayuki NAKAMURA, Ryuji HAGIHARA,
Masachika TAKATA,Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

我が国は世界でも類を見ない超高齢化と少子化の進行による人口構造の変化の結果、医療介護業界を取り巻く環境は政治・経済・社会・技術面において大きな転換点に差し掛かっている。政治面では社会保障制度改革の必要性・超高齢化と少子化への対応、経済面では医療費・介護費・年金の抜本的改革の必要性、社会面では多世代交流・ノーマライゼーション・地域共生社会の創出、技術面ではAI・ロボット・ICT等の活用の視点が求められている。

医療法人玉昌会は、鹿児島県の鹿児島市と姶良市に２つの病院を所有し、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)]。

鹿児島市の中心部に位置する高田病院は、回復期病棟、地域包括ケア病棟、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中心に担う病院である。一方、加治木温泉病院は、鹿児島県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、回復期病棟、地域包括ケア病棟、医療療養病棟、介護医療院を持つ350床のケアミックス病院である。玉昌会グループはこの他に保育園を有する社会福祉法人幸友会及び、日本版CCRC構想の下、ウェルネス事業を展開している株式会社JOYを有している[2)]。さらに、JOYが一昨年オープンしたウェルビークラブには温泉施設、フィットネス施設に加え、住民も利用できる多目的ホールが設置され多世代交流、健康増進・介護予防等を行っている。

医療法人玉昌会が60周年を迎えた記念事業として、老朽化した高田病院の新築移転を数年前から検討中であったが、2016年2月から、鹿児島市交通局跡地活用に採用された多世代交流複合施設『キラメキテラス』構想に参画し、新高田病院を移転建築する運びとなった。この構想を完遂することで国の求める「コンパクトシティ推進」、「地方創生」、「社会保障費の抑制」及び「地域包括ケアシステム構築」、「地域共生社会実現」への貢献を目指したいと考えている。さらに、2040年の多元的社会においてソーシャルインクルージョン（社会的包摂）という新たな考え方[3)]が求められる中、地域のニーズに沿った医療・介護を担うという基本方針のもと“ヒューマンライフライン”の構築を進めている[4)]。

本構想で重要なポイントとなるのは回復期・慢性期病棟を有する新高田病院が別法人である急性期病院の今給黎総合病院と連絡通路「アトリウム」で屋内接続されることである。これは国内で初めての試みであり、「法人間の信頼関係に基づいた緩

1)　医療法人　玉昌会　高田病院
Medical Corporation　GYOKUSHOUKAI Takata Hospital
〒892-0824 鹿児島市堀江町 5-1
5-1 Horie -cho, Kagoshima-shi, Kagoshima, 892-0824 Japan
2)　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
3)　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
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

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　30- 44,　2019

やかなパートナーシップ」を基盤として回復期・慢性期病院である当院が急性期病院の今給黎総合病院と連携することで、地域包括ケアシステム構築の要となる医療・介護・福祉のプラットホームを構築し、地域に貢献する意義は大きいと考える。

本研究は、高田病院が「キラメキテラス構想」を通して、国内初である別法人の急性期病院と回復期・慢性期病院の病院間連携やリハビリテーション部門の連携を中心に現在までの取り組みや今後計画していることについて報告するものである。

2．本研究の背景

（1）少子超高齢化社会と人口減少社会

我が国は1970 年前後には総人口が１億人を突破、2017年時点でも1億2,671 万人もの人口を抱えているものの、2005年からは死亡数が出生数を上回り、既に人口減少が始まり、2050 年にはわが国の人口は1億人を下回ることが予想される[5]。（図1参照）

一方、出生数は1950年頃第1次ベビーブーム期に270万人（出生率4.3％）、第２次ベビーブームに210万人（出生率2.07％）と多数の出生数を誇る時期もあったが、2018年には91万人（出生率1.42％）と落ち込んでいる。このように出生数の低下による影響もあり、2017年時点の高齢化率（65歳以上の対総人口比）は27.7％となっており、人口減少局面に入り、急速に少子高齢化が進行している。鹿児島県においても同様の傾向であり、2010年以降減少に転じ、2040年には8万人以上減少すると予測される。一方、鹿児島市の人口は、2013年をピークに人口減少局面へ移行した可能性が高くなっているといわれている[6]。

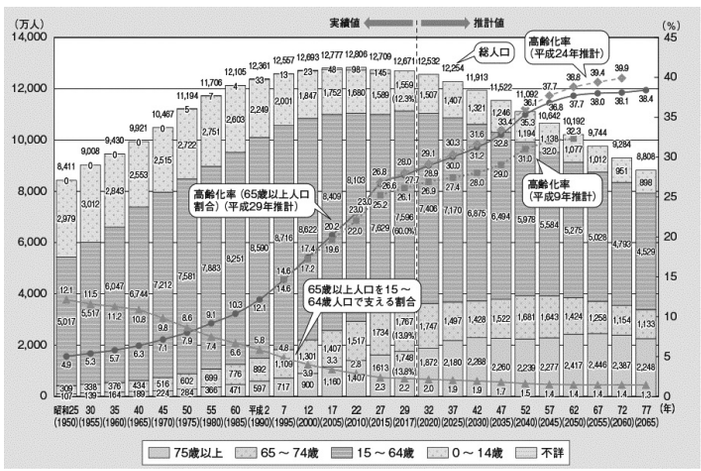


図 1．人口と高齢化率の年次推移　内閣府「平成 30 年高齢者白書」より

（2）社会保障制度について

医療給付費は2012年度の約35兆円から2025年度は約54兆円に達し、介護給付費は約8兆円から約20兆円に達する見込みである。年金は給付総額約54兆円から約60兆円を上回る。社会保障給付費全体では2012年度約110兆円に達し、2025年度は約150兆円へ増加する見込みとなっている[7]（図2参照）。このように少子高齢化の急速な進行による影響が社会保障費全体を直撃している。

団塊世代が後期高齢者となる2025年を念頭に、今後の社会保障の在り方を考える際には、人口の高齢化や支え手の減少に対応した持続可能なものとすることが重要であり、給付と負担の在り方に加え、就業対策による担い手の拡大、関連する施策なども視野に入れて、一体的且つ抜本的な見直しが検討されている。

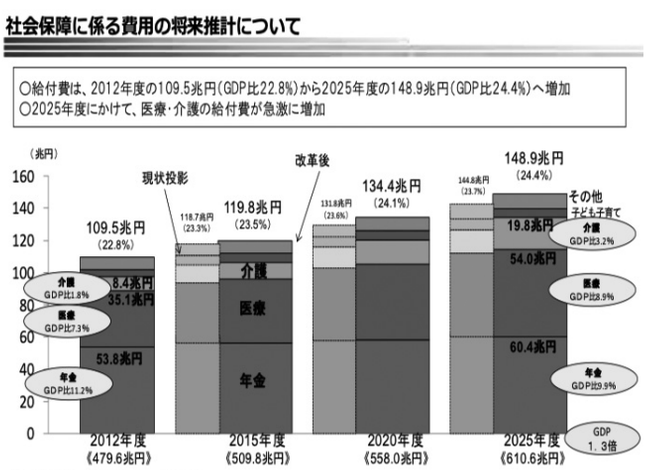


図 2．社会保障費年次推移　経済産業省「超高齢化社会への対応」より

（3）地域医療構想

地域医療構想は、将来人口推計をもとに地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する仕組みである[8]。

医療機能は「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の4つに分けられ、「高度急性期機能」は急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能であり、「急性期機能」とは急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能である。「回復期機能」は急性期を経過した患者への復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能であり、脳血管や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能である。「慢性期機能」は長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能である[9]。

厚生労働省の病床機能報告制度資料を参考にした2025年度の医療機能毎の必要病床数の予測量より、今後10年間で20万床の病

床削減案が提出され、鹿児島県は全国一の病床削減数で１万700床（表1参照）が示唆された[10]。鹿児島構想区域では2025年度の病床必要数を総計8,884床（表2参照）としている。内訳は高度急性期982床、急性期2,778床、回復期2,880床、慢性期2,244床となっており[11]、今後より一層、効率的な医療提供体制の確立が求められている。

表 1.　鹿児島県必要病床数予測量と増減数

単位：床	2013 年	2025 年	増減数	増減率
鹿児島県	30, 600	19, 900	10, 700	35%

表 2.　鹿児島構想区域の病床機能報告結果と必要病床数

単位：床	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2016 年	1, 372	5, 430	1, 585	3, 408	11, 795
2025 年	982	2, 778	2, 880	2, 244	8, 884

（4）コンパクトシティ構想

我が国の今後のまちづくりは、人口の急激な減少と高齢化を背景として、高齢者や子育て世代が安心できる健康で快適な生活環境を実現することや、財政面及び経済面において持続可能な都市運営を可能とする事が求められている。このような背景のもと医療・福祉施設や商業施設、住居等がまとまって立地することで、高齢者を始めとする住民がこれからの生活利便施設等に公共交通でアクセスできるなど、福祉や交通なども含めた都市計画の構造を見直し、「コンパクトシティ・プラス・ネットワーク」の考えでまちづくりを進めていくことが重要とされた[12]。

鹿児島市では社人研が2060年の推計人口41.7万人との予測がある中、魅力ある地方創生を行い地域の活力を引き出すことで将来人口を51.5万人になるように「鹿児島市総合計画」や「かごしま都市マスタープラン」が策定[13]され、都市計画の整備、開発及び保全の方針や集約都市構造の考え方を示した。その中で鹿児島市は中心市街地に該当し、大規模集客施設等をはじめとする広域を対象とした病院・スーパー・薬局・銀行・福祉施設などの生活利便施設の集約を促進することを打ち出している（図3参照）。

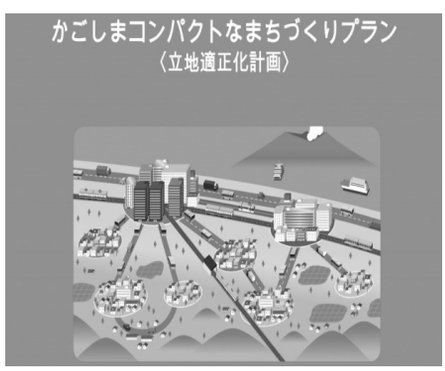


図 3. コンパクトシティ構想
「かごしまコンパクトなまちづくりプラン」より

（5）地域包括ケアシステムと地域共生社会

「地域包括ケアシステム」は、2005年の介護保険法改正で打ち出された概念であり、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人生を最後まで続けることができるように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことである。地域包括ケアシステムを構成する５つの要素について、①医療と介護の連携②介護サービスの充実（24時間体制）③介護予防の推進④多様な生活支援サービスの確保と権利擁護⑤高齢者住宅の整備の5つの課題が提起されている[14]（図4参照）。

鹿児島市の第７期介護保険事業計画における地域包括ケアの推進の項でも①高齢者を地域全体で支えるための体制整備②在宅医療・介護の連携推進③地域包括支援センターの機能強化④地域づくりの支援などが挙げられ、地域包括ケアシステムの確立が求められている[15]。介護保険事業計画にある鹿児島市の市民総数及び現在の当院の生活圏域である上町圏域と移転後の日常生活圏域である中央町圏域の高齢者人口及び高齢化率等のデータ（表3参照）を参考に計画を検討する必要がある。

図 4. 地域包括ケアシステム５つの構成要素
地域包括ケア研究会報告書より

表 3.　鹿児島市の総人口及び各圏域の高齢化率

	世帯数	総数	男	女
総数	296, 936	603, 203	280, 633	322, 570
圏域	総人口	高齢者人口	高齢化率	
上町圏域	29, 979	8, 389	28%	
中央圏域	35, 867	7, 966	22. 2%	

一方、厚生労働省は2014年9月「地方における多世代交流・多機能型支援の推進」を発表し、地域の絆の中で高齢者をはじめ全ての人々が心豊かに生活できるよう、小さな拠点における縦割り制度を排除した「多世代交流・多機能型」の生活サービス支援を提唱した。さらに、2016年6月には「地域共生社会」の実現というコンセプトを掲げ、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を越えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会の実現を目指すことを推進した[16]。

そして、2019年3月には「ソーシャルインクルージョン(社会的包摂)」という新たな概念を発表。それぞれ異なる地域生活上の課題や問題を抱えた人々が、一つの地域の中で排除されることなく多様な人々を包み込んでいく過程、それが2040年の多元的な社会に向かっていく際の基本的なアプローチとなると提唱している[17]。

我が国は、かつて地域の相互扶助や家族同士の助け合いなど、地域・家族・職場といった人々の生活のさまざまな場面において支え合いの機能が存在していた。しかし、高齢化や人口減少が進み、地域・家庭・職場という人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まってきている。更に、人口減少の波は、多くの地域社会で社会経済の担い手の減少を招き、地域社会の存続への危機感が生まれている。また、対象者別・機能別に整備されてきた公的支援についても、複合的支援を必要とするといった状況がみられ、対応困難なケースが浮きぼりになってきている。このような中、従来通りの縦割りのサービスでは複合的なすべての課題へ対応することは困難となっていること、また一億総活躍社会づくりが進められる中、高齢者でも障害があっても、子どももすべての住民が自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできることが、これからの我が国に求められている社会と考えられる。

「地域共生社会」とは、このような社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」、「受け手」という関係を越えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしや生きがいを地域とともに創っていく社会を目指すものである[18]。

「地域共生社会」は言い換えると社会全体で実現させるビジョンを示すもので、「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」実現のための「仕組み」であり、その仕組みの中で、「多元的な社会」を「包摂」していく過程の先には「あらゆる人々が地域で共に生きる社会の実現」＝「地域共生社会」があると整理されている。[19]

（6）IT革命・AI・ロボット・ICTの活用について

IT革命により1990年代後半以降、急速に発展したコンピューターやインターネットなどのデータ通信回線などの普及で、瞬時に双方向での大量情報交換が可能となった。

未来投資戦略2017－Society5.0の実現に向けた改革－では技術革新を活用し、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた新しい健康・医療・介護システムの構築を施策として、①データ活用基盤の構築、②保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化、③遠隔医療・AI等のICTやゲノム情報等を活用した医療、④自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の質・生産性の向上、⑤ロボット・センサー等の技術を活用した介護の質・生産性の向上を目指すとしている[20]。

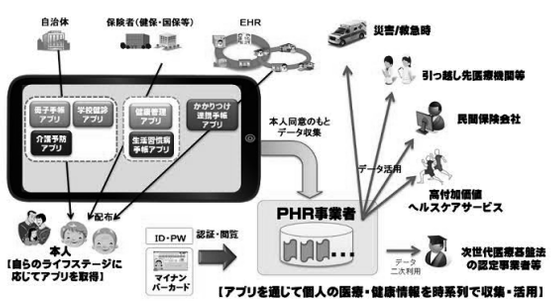


図5. 地域連携ネットワーク（EHR）と医療データ（PHR）
総務省 「情報通信白書」より

具体的には健康・医療・介護のデータを有機的に連結させたICTインフラを整備することで地域連携ネットワークの構築（EHR）「全国保健医療情報ネットワーク」や個人の生涯にわたる医療等データの利活用（PHR）により、医療・介護連携を強化・標準化を行い（図5参照）、８K等高精細映像技術やAIを医療応用した、診断支援システム構築、遠隔医療の実現を推進していくことである[21]。

このようにITだけでなく医療・介護分野においてAIやロボット、ICT技術などのテクノロジーの進歩の波は押し寄せ、前述した少子高齢化による生産人口の減少や社会保障財源問題などの社会背景の影響も加わり、先端医療や地域医療の場においても積極的に活用する事が求められている。

3．多世代交流複合施設「キラメキテラス」構想

（1）キラメキテラス構想のコンセプト

計画地は、鹿児島中央駅より南東へ約1.3kmに位置する鹿児島市交通局跡地で「鹿児島都市計画都市計画区域の整備、開発及び保全の方針」において沿道サービスゾーンに位置付けられている。また「鹿児島市集約型都市構造に向けた土地利用ガイドプラン」においてコンパクトなまちづくりを実現するために生活利便施設等の集約を図るとともに、将来にわたり良好な市街地環境の形成及び保持を図ることを目標として、一般商業ゾーンに位置づけられているが地域の生活拠点として生活利便に資する沿道型の商業・サービス施設の立地誘導が求められている。このようなまちづくりの実現に向け、多世代交流複合施設の開発が計画された。構想の名称は「キラメキテラス」とされ、開発のコンセプトは「30年後の鹿児島に向けた贈り物」であり、少子高齢化社会における多世代間交流を目的　に、それぞれの年代に向けた施設を1つにパッケージ化することで自然に交流できる場を設けることである[22]（図6参照）。敷地内にはヘルスケアゾーンに回復期・慢性期病院である新高田病院と急性期病院である今給黎総合病院が建設される。観光・産業ゾーンには、ホテル、スポーツ施設、薬局、コンビニエンスストアやスーパーマーケットといった生活の為の利便性の高い施設や雇用拡大を企図した大手通信キャリアコールセンターが建設され、住居ゾーンには分譲マンションが建設される予定である。各施設は歩行者専用デッキテラスで繋がる事で、誰でも安心して利用できる便利シティとなることが期待されている[23]。そして、環境に配慮した多機能なサービスセンターや使いやすい駐車場並びに災害にも強い「クリーンエネルギーセンター」を街のインフラとして同時に整備することで、地域にマッチした安心安全で効率的な街づくりを目指している[24]。

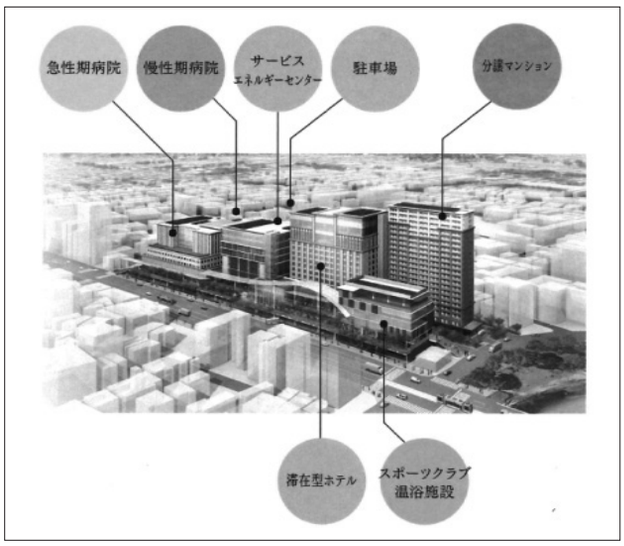


図6．キラメキテラス構想イメージ図
医療法人玉昌会内部資料より

（2）ヒューマンライフライン

ライフラインとは、エネルギー、水、交通、情報などの生活に必須なインフラ設備を表す言葉であるが[25]、“ヒューマンライフライン”とは、地域の小児から高齢者の多世代の方々や障がいを持つ方々への医療、予防、介護、福祉、住まい、教育、生きがい、就業の機会を総合的にサポートし、人生を豊かに暮らすための希望、夢も含むコンセプトである[26]。図７にヒューマンライフラインの構成する要素を示すが、地域包括ケアシステムや地域共生社会を包含するコンセプトといえる（図8参照）。

玉昌会グループは『キラメキテラス』という街づくりへの参画を通して、地域コミュニティの希薄化や独居の高齢者の増加を「社会保険」「民間事業」「ボランティア」といった制度の垣根を越えて、「人が人を支える仕組み」をひとつにつなぐワンストップ窓口をつくり、分かりやすく親しみやすい生活の“ヒューマンライフライン”というプラットホームの実現を目指している。

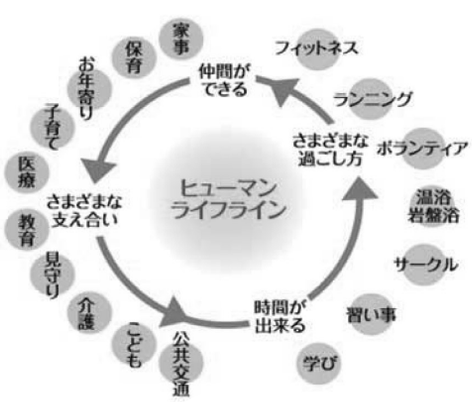


図7．生活と健幸をささえあう
ヒューマンライフライン
医療法人玉昌会　内部資料より

内容	地域包括ケア	地域共生社会	ヒューマン ライフライン
予防	○	○	○
医療	○	○	○
介護	○	○	○
福祉	○	○	○
住まい	○	○	○
教育	○	○	○
就業		○	○
生きがい			○
希望			○
夢			○

図8．地域包括ケアシステム･地域共生社会と
ヒューマンライフラインの関係
医療法人玉昌会　内部資料より

（３）新病院の特徴

①新高田病院コンセプト

医療法人玉昌会は、2040年の多元的な社会で求められる「ソーシャルインクルージョン（社会的包摂）」を考慮して、新高田病院の完成を2020年10月に目指している（図9参照）。新病院のコンセプトは『100日を通して、やさしく包まれる病院』を掲げており、「再入院を極力させない為の入院治療」を方針とした新しい概念をもとに、入院治療から在宅・医療・介護サービスまでシームレスに提供できる回復期・慢性期機能病院として、入院中の患者に早期に自立した社会生活に戻って頂く為の治療期間（50～100日程度）を有効、また有意義にそして快適に過ごして頂くことを目標に、チーム医療・介護による新病院の総合的医療・介護サービス機能の向上を目指している。

図9. 新病院イメージ図
医療法人玉昌会　HPより

②キラメキテラスサービス棟における各施設との接続効果

回遊性のあるテラス空間は、スーパー・コンビニ・ホテル・スポーツクラブ・温浴施設・薬局などの施設と連絡しており、当院に入院している患者及び家族の方々にとっての急な買い物やお見舞い帰りでの買い物、遠方からのお見舞いでのホテル宿泊等が可能となる（図10参照）。また、テラス空間を活用して患者が歩行訓練などのリハビリテーションやスーパーでの買い物訓練、そして市電の電停前の立地を生かした公共交通機関を使用したAPDL（Activities Parallel to Daily Living：生活関連動作）訓練などの様々な新たなリハビリテーション治療を提供することが可能となると考えている。

図10. サービス棟イメージ図
医療法人玉昌会 内部資料より

さらに、近年の情報通信技術の発展や交通手段の発達による移動の容易化、市場の開放等により、アジア圏を中心に長寿大国・栄養バランスや食の安全・高度な医療体制・充実した健康診断を誇る日本の医療機関においてメディカルツーリズムやメディカルインバウンドの需要が増えている。当法人は以前より健診事業を手掛けており、この構想における急性期病院・慢性期病院・ホテル・スポーツクラブ・温浴施設の各施設の接続効果が加わることで将来的には海外富裕層向けの健康診断事業も視野に入れている[27]。

４. 今給黎総合病院との連携の役割－急性期病院と慢性期病院の一体的運営－

（１）今給黎総合病院との連携体制の現状

今給黎総合病院との連携は以前から地域連携室を中心に開始しており、当院主催の「地域連携ネットワークス情報交換会（以下、情報交換会）」において親交を深めている。情報交換会は2009年に、当院が回復期リハビリテーション病棟を開設するに当たり、近隣地域の急性期病院へ開設を周知することを目的に開始されたものである。スタートした2009年は年1回の開催であったが、face to faceでの親交を深める為、翌年から年2回開催するようになり、今年で10年目第20回を迎えることになる。

今給黎総合病院は2014年から参加するようになり、15件であった紹介数は、年々増加していき、2017年からは連携病院中、最多の65件、2018年も最多の50件であった。なお、表4、図11に今給黎総合病院を含め、紹介数の多いA,B,C病院からの紹介数の経緯を示す。

表4. 近隣急性期病院患者紹介数実績

病院名	2014	2015	2016	2017	2018	合計
今給黎総合病院	15	33	40	65	50	203
A	60	48	49	38	41	236
B	56	60	35	32	34	217
C	22	24	23	17	17	142
合計	153	165	147	152	142	759

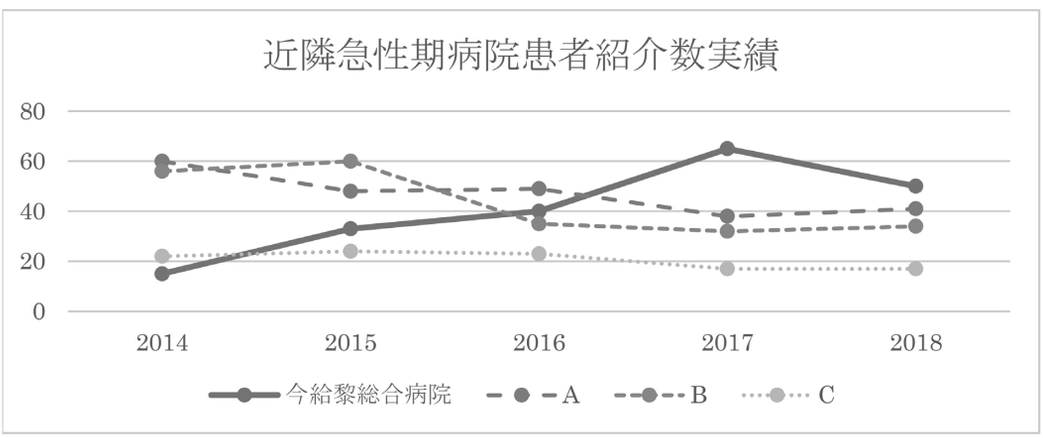


図11. 近隣急性期病院患者紹介数実績績

（2）回復期病棟対象患者の紹介実績

当院の回復期病棟への患者紹介数実績を表5に示す。これによれば、今給黎総合病院からの紹介は総数的にみても少ない状況であり、むしろA・B・C、その他の急性期病院からの紹介実績の方が多い傾向であった。この結果は、現時点において今給黎総合病院は自院回復期病棟（33床）や連携体制である近隣のリハビリテーションD病院（全155床回復期）へ、自院で賄いきれない回復期患者の大多数を紹介しているためと考えられる。しかし、最近、新病院完成へ近づくにつれて紹介件数が増えている傾向も出てきており、今年度に入ってからはさらにその傾向が顕著となっている（表5、図12参照）。なお現在、回復期へ紹介数が最も多いのはA病院からであり、特徴としては透析患者の受け入れが多い傾向である。これは、当院は透析病院でもあるので「透析患者でもリハビリテーションが出来る病院」との認識が周囲の急性期病院に周知されている結果と考え、当院回復期病棟のアピールポイントの一つと言える。

表5. 回復期患者紹介数実績

病院名	2014	2015	2016	2017	2018	合計
今給黎総合病院	1	6	6	3	8	24
A	23	20	14	7	16	80
B	10	10	6	5	1	32
C	8	15	15	11	9	58
合計	42	51	41	26	34	194

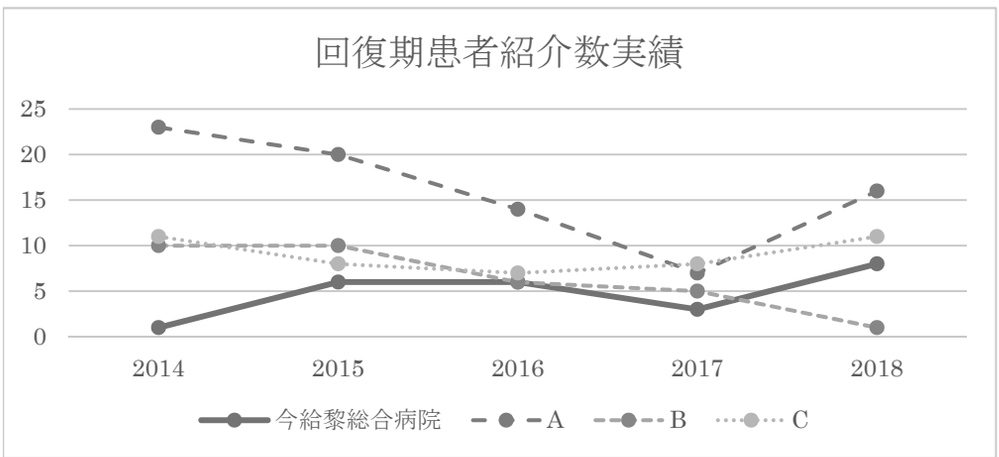


図12. 近隣急性期病院患者紹介数実績

（3）パートナーシップ確立の意義

我が国の目指す地域共生社会・地域包括ケアシステムへの貢献への第一歩として、世代を超えて、住民がいきいきと生涯かがやく街として急性期病院と慢性期病院の2病院がある複合型施設という特色を活かし、「予防・健康増進」、「入院日数短縮」、「在宅支援」まで、地域と連携してシームレスな取組が可能となる。具体的には、次の点においてパートナーシップを確立する意義は大きいと考える。

①連絡通路アトリウムによる接続

国内初の試みである別法人の急性期病院と慢性期病院が図13に示すように、2階部分を連絡通路アトリウムで連結することで、雨や風、降灰の影響を無くし、また移動距離を最小限にすることで入退院の際の移動や移送における患者や家族の利便性の向上、身体的・金銭的な負担軽減が図れることになる。この点、両病院にとっては患者や家族から鹿児島市内にある数ある医療機関の中から選択してもらえる医療機関となる大きなポイントであると考える。また、急性期病院から慢性期病院へ、そして在宅医療へ効率的な医療が提供されることにより、医療費の抑制にもつながることで国の求める医療機関の先進的な取組みにおいて両病院が評価される対象になると考える。

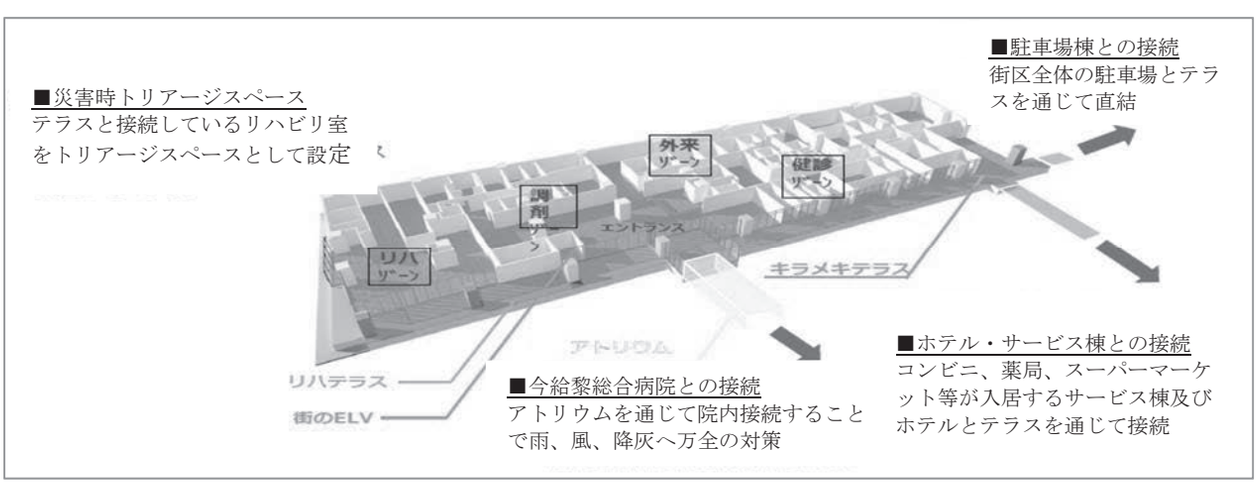


図13.　連絡通路アトリウムイメージ図　医療法人玉昌会内部資料より

②災害時避難施設機能

近年、大規模な自然災害が多発している中で、交通局跡地利用にあたって、鹿児島市も被災時拠点としての役割を期待しており、キラメキテラスを設計する当初から災害対策はコンセプトの一つとしていた。今後、鹿児島県内で対策が必要な災害として想定されているのは、主に桜島の噴火と南海トラフ地震であり、南海トラフ地震は宮崎県沿岸に約30mの津波が来

ることが予測されている[28]。そして鹿児島県には大隅半島と薩摩半島に挟まった錦江湾に入ると、鹿児島市内には3.6mの津波が来ると予測されている。そこで、キラメキテラス内の建物を結ぶ空中回廊（テラス）を5mの津波にも対応出来るように地上高6mにし、災害時の避難所にもなるように設計した（図14参照）。そして、テラスと接続している新高田病院のリハビリテーション室をトリアージスペースとして設定し、医療ガスアウトレット設備（酸素・吸引）を設置することとした。救命救急センターであり、DMAT（災害派遣医療チーム）のある今給黎総合病院とアトリウム通路で連結することでトリアージにより軽症者と判断された方を救護する受け皿となる機能や救護所や避難所となり、被災者の健康管理を実施して、感染症のまん延防止や衛生面のケア、当院に配置している臨床心理士によるメンタルヘルスケアを適切に行う機能を担うことを想定している。

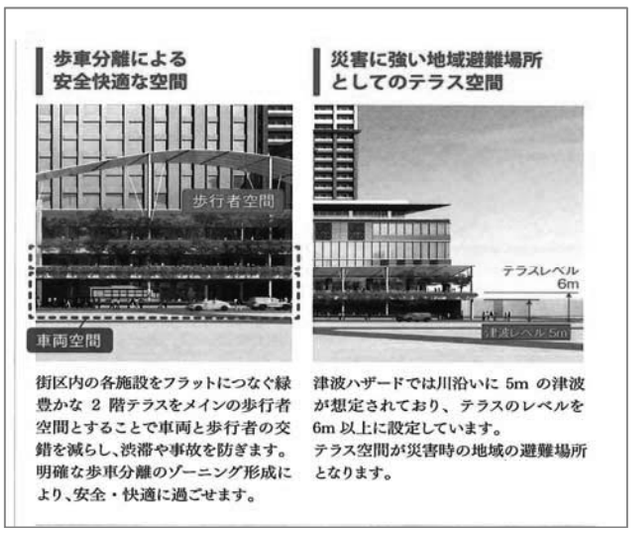


図 14.　避難設備テラスイメージ図
医療法人玉昌会 内部資料より

近年、厚生労働省が災害拠点病院のBCP協定を義務化するなど災害対策に向け動き出している。当法人では2012年度にBCP（事業継続計画）、2017年度にBCM（事業継続マネジメント）を策定し、2014年6月22日より、サンダーバード（災害福祉広域支援ネットワーク）鹿児島支部として活動を行ってきた。「安心安全な街づくり」に寄与する為、積極的に地域との連携を高め、万が一の災害時に対応できる環境を常日頃より整えている。BCM策定後に日本政策投資銀行の評価システムによる防災及び事業継続対策に対する評価を行う為に「BCM格付」を取得した。さらに日本政策投資銀行の「健康経営格付」「環境格付」も取得し、BCM格付と合わせて日本政策投資銀行の3つの格付を取得したのは、医療機関として全国初の試みであり、さらに日本医療機能評価機構の認定も受けた病院として、医療機能の高度化・環境配慮・防災および事業継続対策に優れた病院の取り組みを評価するとして「DBJビジョナリーホスピタル」の称号を受けている。この点、地域の災害拠点病院としての機能を備えることで両病院にとっては地域住民から信頼感・安心感を得られると考える。

③医療機能体制の機能分化

急性期病院と在宅医療介護サービスまで提供する慢性期病院の2病院が隣接する複合開発という特色を活かし、地域と連携して、予防・健康増進から入院日数短縮そして、在宅支援まで切れ目なく取り組むことを目指している。

高田病院の母体である医療法人玉昌会は全世代に対応した健康・医療・介護・福祉の総合生活支援サービスを提供するグループを目指し、2018年4月に鹿児島県内で巡回型健康診断事業にて25年間の運営実績がある健診専門クリニックを傘下に収め、巡回型健康診断事業所を開設した。年間で約130社、12,000人の健診を行い、これまでの玉昌会の高田病院、加治木温泉病院での健診を併せると約16,000名の健診を請け負うことになる。そして2021年のキラメキテラスへの移転後は、隣接する今給黎総合病院との連携による健診・人間ドッグの受診者の更なる拡大を目指す。この健診事業ではキラメキテラス構想に先駆けて今年度から連携を図る為、今給黎総合病院の職員健診をスタートしている。

今後の具体的な取組みには、未病・予防・健康増進の取り組みである健診については特定健診・企業健診を含む一次健診は高田病院が行い、脳ドッグ等のオプション検診や二次検診については今給黎総合病院で行うことを考えている。検査画像や検査データの共有化についてもICTを使い連携できるシステムを構築することを計画している。

将来的にはこのような健診事業の取り組みを活かしてメディカルツーリズムやメディカルインバウンドの需要に向けて、両病院の特徴を生かした海外富裕層向けの健診事業も視野に入れている。この点、脳ドッグ等のオプション健診や二次健診は今給黎総合病院において対応するので、検査代などの診療報酬算定において収益増化や医療機器の稼働率向上のメリットが今給黎総合病院に見込める。

また、現在、今給黎総合病院の在院日数は15日前後で、2020年には10日前後を目指すとしており、入院患者数も1.5倍程度増加する事が予想され、増加する退院患者を回復期・慢性期病棟で受入れることや早期在宅復帰を達成させる為、介護事業の強みを活かして全面的にサポートを行い、入院日数減少に対する退院患者をスピーディ且つ円滑に受け入れることで今給黎総合病院にとって在院日数削減や負担軽減に繋がると考える。

④高額医療機器の共同利用

当初、当法人は地域医療連携推進法人による病床再編や医師の共同研修、医薬品の共同購入等を検討していた。しかし、

既に鹿児島市で構成された地域医療連携推進法人は業務提携を結び高額医療機器の共同利用や薬剤の共同購入を開始したが、お互いの意見の不一致により申請を取り下げて業務提携を解消している[29]。この前例がある為、我々は「法人間の信頼関係に基づいた緩やかなパートナーシップ」を選択し、可能な高額医療機器の購入は特に初期救急医療が必要な今給黎総合病院で設置してもらい、高田病院は共同利用することを決めている。高額医療機器の共同利用により、高田病院は新築移転時の設備投資を軽減することができ、設備投資時に伴う減価償却費、ランニングコスト、人件費の負担を減らすことができる。また共同利用でおこなった検査は、今給黎総合病院にて診療報酬算定を行うので、今給黎総病院にとって高度医療機器（MRI,CT等）の稼働率を高め、収益の増加が見込まれると推測する。

⑤在宅事業部門及び在宅リハビリテーション部門における後方支援

当法人では在宅事業部門として、現在の高田病院に隣接する有料老人ホーム「ケアレジデンスほりえ」、看護小規模多機能型居宅介護「星の街」、通所介護「風の街」、ヘルパーステーション「甲東」、訪問看護ステーション「まむ鹿児島」、居宅介護支援事業所「甲東」等のサービス事業展開を行っている。また、病院内での在宅リハビリテーション部門として、介護保険事業の通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションがある。

一方、今給黎総合病院では、介護保険事業としては「訪問看護ステーション」とクリニックに併設されている「居宅介護支援事業所」だけである。このように、今給黎総合病院では在宅事業部門や在宅リハビリテーションなど退院後の後方支援体制が未整備であることにで新高田病院及び在宅事業部の各サービスの退院後の受け皿として果たす役割は大きいと考える。この点、介護保険事業が未整備である今給黎総合病院にとっても当院との連携体制における一貫した在宅復帰支援が可能となる事で入院患者や家族からの信頼感の向上に寄与できる。

⑥地域周産期母子医療センターとしての後方支援

今給黎総合病院は鹿児島市内における早産児のNICU、GCU、ファミリーケアや退院後の外来医療でのフォローの役割分担を担っている。退院後の在宅医療において訪問看護を利用する患者が増加しており、特にリハビリテーションにおいての体制が不足している現状がある。当院としては既に運営している訪問看護ステーションからリハビリテーションスタッフを介入させることで地域周産期母子医療センターの後方支援としての役割を担うことができる。このような支援を行うことによって患者や家族の需要に応え、今給黎総合病院とのパートナーシップをより一層、深めることに寄与する事が出来る。今給黎総合病院にとってもフォロー体制の手厚い支援が可能となり、地域周産期母子医療センターとしての評判も高まると考える。

5．今後の課題と取り組み

次に今給黎総合病院とパートナーシップを確立する上で、課題となる問題点及び今後の取り組みを述べていく。

（1）地域医療連携ネットワークの構築

地域包括ケアシステムでは日常生活圏域において、①医療と介護の連携、②介護サービスの充実（24時間体制）、③介護予防の推進、④多様な生活支援サービスの確保と権利擁護、⑤高齢者住宅の整備の5つの課題が提起されており、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人生を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ことが求められている[30]。

これらの課題において、当法人では医療を回復期・慢性期病院で、介護を看護小規模多機能型居宅介護施設・通所リハビリテーション・通所介護・訪問看護等の各種在宅サービスで、予防を予防介護事業、生活支援を居宅介護支援事業所や訪問介護、住まいについては有料老人ホーム事業を展開している。さらに地域包括ケアシステムを包含した生きがい・就業の機会・人生を豊かに暮らすための希望・夢までも総合的にサポートするコンセプトであるヒューマンライフラインを構築する為、人が人を支える仕組みをつなぐワンストップ窓口としてキラメキテラス構想に着手し、今後は少子高齢化社会における多世代間交流を可能とするプラットホームの実現を目指している。

今給黎総合病院との連携を図る上でEHR等のICTを活用する事で、具体的に期待される効果を見ていくと、両院どちらかで受診歴がある方が受診歴の無い方の病院を受診しても、職種に関係なく既往歴、治療歴、処方薬、検査データ、画像、リハビリテーション内容などの情報へのアクセスが可能となり、顧客情報である患者データを共有することが出来ることになる。そうすることで患者の状態に合った質の高い医療を提供することや二重検査や過剰投薬が避けられ、患者の身体的・経済的負担も軽減される。また、急性期医療から回復期医療、在宅医療・介護への円滑な移行が期待できる。

今後、当院では医療情報の規格の標準化や医療機関の電子的診療情報を他のシステムと情報交換・共有できるようなシステム、また、タブレット端末等ITを活用した在宅医療・介護のタイムリーな情報共有などの医療情報連携ネットワーク体制構築

が求められ、今給黎総合病院との連携体制を確立する為、統一したシステム体制構築を計画していく必要がある。

（２）リハビリテーション部門の強化

今後、今給黎総合病院とパートナーシップを深めるにあたり、様々な疾患の患者を受け入れる体制を整えるために、リハビリテーション部門の強化が必要となる。

①がん患者リハビリテーション

今給黎総合病院は地域がん診療連携拠点病院として高度ながん医療を提供しており、平成30年度退院患者主傷病名分類のデータをみると、圧倒的に新生物の実績が多い。

この点、がん患者リハビリテーションの施設基準を取得している当院の果たす役割は大きいと考える。現在、当院にはがん患者リハビリテーション研修終了チームが1組あるが、当初、予定していた程、実績が上がっていない状況である。新築移転後の連携体制確立後は受入数が増加することが見込まれるので、移転後の受入体制を拡充させるために今からがん患者リハビリテーションへの介入を増やし、実績を上げることでチーム増加を計画的に進められるように取り組んでいる。

②心臓リハビリテーション

今給黎総合病院の院長は心臓カテーテルを専門としていおり、今後の連携体制の強化を図る上で当院が心臓リハビリテーションの施設基準を取得する意義は大きいと考える。

現在、心臓リハビリテーション施設基準取得に向けて、経験を有するリハビリテーションスタッフを養成するための研修施設が決定しており、派遣するスタッフを2名選考し、準備を進めている状況である。

また、新病院の計画では施設基準で求められている専有面積が30㎡以上あるので、新築移転時の必要物品購入の際に心臓リハビリテーション施設基準で必要とされている物品の購入を計画的に進め、新築移転に合わせて施設基準取得に向けて取り組んでいる。

③小児リハビリテーション

外傷や脳血管障害等の疾病により人生半ばで身体機能やコミュニケ―ション機能等に障害を負った人々だけでなく、生まれながらにして身体に重度の障害を持つ肢体不自由児や自閉症スペクトラムや注意欠陥多動性障害等の発達障害を持つ小児にもリハビリテーションが必要である。

平成29年版の障害者白書によれば、わが国には、身体障害者392万2千人、 知的障害者74万１千人が存在しており、この内18歳未満の障害者は、身体障害者が7.3万人（1.9％）、知的障害者が11.7万人（28.0％）であることが報告されている[31]。しかし、鹿児島県内のほとんどのリハビリテ―ション病院の対象はこれまで後天的な障害を呈した成人患者であり、高田病院でも小児に対するリハビリテーションは実施していない。地域のニーズに沿った医療を担うという当法人の基本方針の下、2017年6月から同法人の加治木温泉病院で小児リハビリテ―ションの一つである小児言語聴覚療法外来（以下、小児ST外来と略す）を開始した。その結果、2019年10月には145名までになり、外来リハビリの約30％を18歳未満の患者（小児リハビリ）で占める割合となった。

今後の展望として、新高田病院で小児リハビリを展開することにより鹿児島市中心部の小児リハビリの需要に応えることは地域の様々な世代に対して「ヒューマンライフライン」の実現に向けて大きな一歩となる。

また、小児科・新生児内科（NICUを含む）を持つ今給黎総合病院は地域周産期母子医療センターとして県の指定を受けており、小児医療の更なる充実を図っている。今後、新築移転する際、今給黎総合病院を後方支援する予定であるので、小児リハビリを実施できるよう準備を進める必要がある。小児リハビリを確立することで今給黎総合病院との連携体制が更に強固となるように取り組んで行くことが期待される。

④運動器リハビリテーション

連携先の今給黎総合病院のリハビリテーションは主に整形疾患を中心としており、中でも脊椎疾患が35%、大腿骨頸部骨折が15%を占めている。それぞれ、入院日からリハビリテーション開始まで平均1.40日、1.33日と早期リハビリテーションに努めている。現在、当院では2名の非常勤整形外科医師が勤務しているが、脊椎疾患への理解や術後リハビリテーションプロトコールなどの知識不足があり、受入体制が十分ではない。この点の対策として、当院スタッフのスキルアップを図るため、当院非常勤医師による勉強会や今給黎総合病院との合同勉強会の開催を計画する必要がある。

⑤外来リハビリテーション

当院の外来リハビリテーションは、基本的に回復期病棟及び地域包括ケア病棟を退院後に主治医の判断で必要な方へ外来リハビリテーションが処方されているが処方件数は少ない。さらに、2019年4月以降は入院以外の患者への脳血管疾患等、廃用症候群及び運動器疾患のリハビリテーションについては、標準的算定日数を超える分は基本的に算定できないことになり[32]、外来リハビリテーションの実績自体は入院患者に対するリハビリテーションの実績と比較するとごく僅かである。そこ

で今給黎総合病院のDPCの退院先データをみると[33]、「他院への通院」の項目が36％もあり、他急性期病院（13～18％）よりも高い傾向にあるので隣接する新高田病院での通院受け入れを増やし、外来リハビリテーションへ繋げる働きかけが出来る可能性がある。

しかし、外来リハビリテーションの受け皿となるには、前述した新規に立上げを予定している心臓リハビリテーションや小児リハビリテーションにおける外来診察医の確保の課題がある。また、リハビリテーションスタッフの専門領域の教育・研修により外来機能の更なる充実が求められる。

一方、標準算定日数を超える保険適応内での算定が出来ない外来患者に対しては、介護保険適応の通所リハビリテーションを勧めるだけでなく、保険適応外でのリハビリテーション（自費リハビリテーション）を提案していく予定である。

この点、既に標準算定日数を超える月13単位以内の入院患者への自費リハビリテーションを開始しており、限られた回数でのリハビリテーションで困っていた患者や家族に対して、手厚い支援を行っており、今後外来患者へ拡大して対応する計画である。

⑥回復期リハビリテーション

当院の回復期病棟は全30床であるが、稼働率が70～90％台（平均87％）で不安定に推移している。（表6参照）現在、地域連携室が中心となり回復期病棟の患者紹介元を探しているが、今期に入り特に入院患者の確保が難しい状況である。一方、新病院への移転計画が進む中、今給黎総合病院からの紹介数が徐々に増えている現状は前述した通りである。

将来、当院の回復期病棟を50床程度へ増床する計画がある中、紹介件数を更に増加させるためにも連絡通路アトリウムで接続する効果を最大限に生かすことや総合病院である今給黎総合病院から退院される様々な疾病を発症されている患者を確実に受け入れられるよう回復期専従医師・回復期病棟・リハビリテーション室の体制を整えていく必要がある。

表 6.　回復期病棟稼働率

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	平均
2017	97	86.6	77	85.6	87.6	82.9	80.1	77.1	89.5	91.9	96.8	94	87.2
2018	88.7	83.3	85.3	81.4	85.5	75.3	82.6	85	88.2	75.7	87.3	92.6	84.2
2019	95.9	83.7	80.2	81.4	80.6	66.4	82.2						81.5

⑦リハビリテーションにおけるロボット活用

リハビリテーション医療において、ロボット技術が機能回復の手段として取り入れられており、ロボット技術活用の機能回復効果が実証され、今後は入院期間の短縮や早期の社会復帰への期待も担っている。介護保険分野では利用者への直接支援だけでなく、支える側を支援するロボットの要求も高まりを見せている。AI では電子カルテ上のデータを利用してリハビリテーション AI 機能をカンファレンス等に活用することでリハビリテーションの質を向上し、患者の早期機能回復を支援することなども想定している。

今給黎総合病院ではロボット支援手術にも対応可能な手術室を設置予定であり、当院でもリハビリテーション室を中心に対話支援システム「comuoon®（コミューン）」を使用して難聴高齢者に対してのリハビリテーションへ実用している。今後さらにロボットや AI 技技術が医療・介護・リハビリテーション分野にける活用が見込まれている。

（3）リハビリテーションスタッフの連携体制

隣接する今給黎総合病院と連絡通路で接続される事により、お互いの患者が容易に両病院間で入退院が円滑になることや高額医療機器を共同利用することになることで、従来の入院経過報告書（サマリー）等での紙ベースだけでの連携体制では対応不十分となることが考えられる。新築移転後、患者受入を行うに当たり、紙ベースより詳細な情報を得る為には、今給黎総合病院で開催されるカンファレンスへ参加することや入院前訪問をすることで密な情報共有が可能となる。

しかし、これまで両病院のリハビリテーションスタッフ同士が会う機会はなく、相手方の責任者と面識がない状況であったが、2019年7月に開催された鹿児島整形外科地域連携研究会において両病院のリハビリテーション部の主任同士で懇談することができた。また、2019年9月に行われた当院主催の情報交換会において、今給黎総合病院の副理事長に初めて面会することが出来きた際に、両院のリハビリテーション室のスタッフ同士が交流することの承諾を得た。その後、地域連携室のスタッフを通してリハビリテーション室療法士長を紹介してもらい、2019年10月に役職者同士で懇親会を開催し、今後の連携体制を模索した。

具体的には、両病院の法人の許可が得られれば、リハビリテーション室同士の取り組みとして、入退院時での情報共有、退

院前カンファレンスへの参加、合同勉強会の開催による技術指導等へ協力して取り組んでいくことでリハビリテーション室スタッフとの連携体制を構築する計画である。

（4）近隣急性期病院との連携体制

当法人は、キラメキテラス構想へ参画することにより今給黎総合病院との連携を一層強化し、紹介件数を順調に増加させてきた。一方、前述した紹介数実績（図5参照）でもわかるように、A,B,C病院からの紹介件数合計は今給黎総合病院からの紹介件数合計と比較すると、むしろ紹介数が多い状況である。

また、今給黎総合病院からの紹介が増加傾向を示す反面、B・C病院からの紹介数は減少に転じている。この点、「高田病院・今給黎総合病院・A病院連合連携体制」が認知されたことや「B病院・C病院・D病院」の連合連携体制が構築されていることによる影響があると考えられる。キラメキテラス構想の公表以降、今給黎総合病院との連携体制がクローズアップされる結果となっているが、過去の紹介実績データを分析し、それ以外の近隣地域の急性期病院との連携体制強化も同時進行で実施することが重要であると考え、当院主催の情報交換会を基盤とし、それ以外での連携模索が必要であると考える。

6．おわりに―今後の展望―

厚生労働省は今後、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた超少子高齢化、人口減少社会という新たな局面に対応した「医療福祉サービスの改革」「健康寿命の延伸」「多様な就労・社会参加」など新たな政策課題を提起し、多元的社会において更なる多様性が求められる中、誰もがより長く元気に活躍できる社会の創造を目指すことを明言している[34]。その背景には社会保障の持続可能性の確保の課題があり、玉昌会グループは『キラメキテラス』という街づくりへの参画を通して、鹿児島市中心部で重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい人生を最後まで続けることができるための「地域包括ケアシステム」を確立し、多世代が支え合う社会の仕組み“ヒューマンライフライン”の構築を進める方針である。

現在、玉昌会グループは、「医療」では新高田病院・加治木温泉病院において入院・外来診療を行い、「予防」では健診事業において予防医療事業・通所リハビリテーションにおいて予防介護事業、「介護・福祉」では通所介護・看護小規模多機能型施設・訪問看護・訪問介護・有料老人ホーム・居宅支援事業所・訪問リハビリ・通所リハビリテーション事業、「住まい」では有料老人ホーム、「教育」では社会福祉法人幸友会において保育園事業を行っている。さらに姶良地区では日本版CCRC構想の下、ウェルネス事業を展開している株式会社JOYを有しており、昨年オープンしたウェルビークラブには温浴施設、フィットネス施設、カフェスペースに加え、地域の住民も利用できる多目的ホールも設置されている。ウェルビークラブではジム、ヨガ、スパ、ガーデンなど様々なプログラムを軸とした健康寿命延伸を目的に取り組んでおり、オープン2周年イベントのウェルネスマルシェを通して、地域の住民はもちろん障がい者や障がい児、その家族の遊び場・学び場・語り場を提供することで「生きがい」創出への取り組みもしている。

今後、「JOYタウン構想」ではJOYタウンとウェルビークラブの更なる融合を図り、タウン内に新病院の他、介護、予防、教育、住まい、交流スペースなど一体的に整備を進め、一般の方や障がい者の方が住めるようにすることや地域の高齢者や障がい者を対象とした有償ボランティアを募り、タウン内で就労の機会を設けるワークシェアリングスポットとしての機能を備えるように、他のプロジェクトチームが同時進行で計画達成を目指し、取り組んでいる。

今回、新高田病院は国内初の取り組みである別法人の急性期病院と回復期・慢性期病院が連絡通路で接続する新築移転事業により、緩やかなパートナーシップを確立することで患者や家族のストレスフリーの入退院支援や、地域と連携して「予防・健康増進」、「入院日数短縮」、「在宅復帰」までシームレスな取り組みをすることで国の目指す地域包括ケアシステム・地域共生社会の確立へ向けて貢献したいと考えている。

今後、今給黎総合病院からの紹介患者を安心して受け入れられるように連携体制の強化を図ることで、多世代交流施設だけでなく、既存の介護サービス事業や法人全体の様々な領域の専門性の強みを活かすことで玉昌会グループが地域の小児から高齢者、健康な人も、障がいや病気を持つ人もこの地域で医療・介護・福祉・教育・就業の機会・生きがい・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への架け橋”の第1歩となるように取り組んで行きたい。

【参考文献】

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ー構想～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～、医療福祉介護経営マーケティング研究第５巻第１号、2010
2）[on line]株式会社JOYホームページhttps://www.joycompany.co.jp/（アクセス2019.8）
3）老人保健健康増進等事業地域包括ケア研究会：2040年多元的社会における地域包括ケアシステム.8,2019.3
4）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、医療福祉介護経営マー

ケティング研究第 10 巻第 1 号、2015
5）[on line] 内閣府「平成 30 年版高齢社会白書」第 1 章高齢化の状況
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html（アクセス 2019.8）
6）[on line] 鹿児島市まち・ひと・しごと創生　人口ビジョン総合戦略
https://www.city.kagoshima.lg.jp/kikakuzaisei/kikaku/sousei/documents/seihonban_assyuku.pdf（アクセス 2019.8）
7）[on line] 経済産業省「千年カルテプロジェクトシンポジウム 2018：超高齢化社会への対応 - 社会保障制度改革の視点」
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/2017healthcare_presentation.pdf 2018.6
（アクセス 2019.9）
8）[on line] 厚生労働省「地域医療構想について」
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000094397.pdf
9）[on line] 厚生労働省「平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」第 14 回地域医療構想における W.G 資料 2-2
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000213026.pdf2018.6（アクセス 2019.9）
10）[on line] 日本経済新聞「病床数を最大 20 万削減　25 年政府目標、30 万人を自宅に」2015/6/15 付（アクセス 2019.8）
https://www.nikkei.com/article/DGXLASFS15H75_V10C15A6EE8000/
11）[on line] 鹿児島県地域医療構想概要版
https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/kenko-iryo/gaiyo/documents/55137_20161109132608-1.pdf
（アクセス 2019.8）
12）[on line] 国土交通省「コンパクトシティ・プラス・ネットワークの推進について」
https://www.mlit.go.jp/common/001170865.pdf
13）[on line] 鹿児島県「かごしまコンパクトなまちづくりプラン（立地適正化計画）」
https://www.city.kagoshima.lg.jp/kensetu/toshikeikaku/toshikeikaku/machizukuri/toshikekaku/rittitekiseika/documents/1syou.pdf（アクセス 2019.8）
14）[on line] 厚生労働省「地域包括ケアシステムの５つの構成要素と自助・互助・共助・公助」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
15）[on line] 鹿児島市「第 7 期鹿児島市高齢者保健福祉・介護保険事業計画」
http://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/chouju/ikigaishien/kenko/fukushi/chiiki/hoken/documents/000-honpen.pdf
（アクセス 2019.8）
16）[on line] 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171017.pdf
（アクセス 2019.8）
17）[on line] ＜地域包括ケア研究会＞ 2040 年：多元的社会における 地域包括ケアシステム ―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf（アクセス 2019.9）
18）[on line] 厚生労働省「地域共生社会の実現に向けて」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html（アクセス 2019.8）
19）[on line] 地域包括ケア研究会報告書「2040 年に向けた挑戦」
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf
20）[on line] 未来投資戦略 2017 － Society5.0 の実現に向けた改革－
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/0609/shiryo_07.pdf（アクセス 2019.8）
21）[on line] 総務省「医療・介護・健康× ICT の推進について」
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jisedai_kiban/iryoujyoho_wg/dai1/siryou3.pdf
22）[on line]Net IB News「多世代交流複合施設キラメキテラス計画始動」
https://www.data-max.co.jp/article/2960
23）[on line] 東経 LIVING「キラメキテラス」
http://tokei-living.jp/201703kiramekiterrace.html
24）[on line]「キラメキテラス高田病院新築工事」コンセプト資料
http://tokei-living.jp/201703kiramekiterrace.html

25）[on line]「ライフライン」という言葉　著：仙波光明
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&ved=2ahUKEwi8v_bHvpjmAhXUc94KHYrWBSQ4ChAWMAF6BAgCEAI&url=http%3A%2F%2Frepo.lib.tokushimau.ac.jp%2Ffiles%2Fpublic%2F3%2F33301%2F20170929140434248203%2FLID201202012002.pdf&usg=AOvVaw0ouvXgpdLA27BHjdJsGElo
26）中村真之、髙田昌実、窪田昌行他、ケーススタディ：地域包括ケアシステムを基盤とした地域共生社会をつくるための医療を中核とした未来都市モデル構想
27）[on line] 笠原夏美他、日本における医療ツーリズムの発展可能性
http://toyomumasaki.w3.kanazawa-u.ac.jp/spapers/WorldEconomyH26.pdf
28）[on line] 南海トラフの巨大地震による津波高・震度分布等
http://www.bousai.go.jp/jishin/nankai/taisaku/pdf/1_1.pdf（アクセス 2019.9）
29）[on line] 地域医療連携推進法人　相次ぐ“断念”政省令に不満の声も
https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=57355（アクセス 2019.8）
30）[on line] 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
31）[on line] 厚生労働省平成 29 年版障害者白書
https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h29hakusho/zenbun/pdf/ref2.pdf
32）[on line] 保険診療の理解のために
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/dl/shidou_kansa_01.pdf（アクセス 2019.9）
33）[on line] 今給黎総合病院ホームページより平成 29 年度　病院情報の公表
http://imakiire.jp/about/hospitalindex/byouinshihyoH29.html（アクセス 2019.9）
34）[on line] ＜地域包括ケア研究会＞2040 年：多元的社会における 地域包括ケアシステム ―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf（アクセス 2019.9）

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　45- 61，2019

地域包括ケアシステムの実現に向けて
～医療法人竜門堂の取り組み～

下村徹郎[1)]、下村恭子[1)]、小林信三[1)]、下平珠子[1)]
窪田昌行[2),3)]、馬場園明[3),4)]

BToward the realization of a comprehensive community care system
- Efforts of medical corporation Ryumondo –

Tetsurou SHIMOMURA，Kyoko SHIMOMURA，Shinzabu KOBAYASHI,
Tamako SHIMOHIRA，Masayuki KUBOTA，Akira BABAZONO

はじめに

少子高齢化が加速している我が国において、団塊の世代と呼ばれるおよそ700万人の方々が後期高齢者となる2025年へ向けて、社会保障制度の見直しが進められている。こうした中、医療と介護の提供体制も、従来の基本コンセプトを変えて、大きく変革がなされなければならないと言われている[1)]。この変革を一言でいえば、病院完結型から地域完結型への転換である。特に医療介護一括法に盛り込まれた地域医療構想に沿った病床数の適正化を行い、地域包括ケアシステムの実現に向けて地域資源、特性を活かして、インフラを整備し、機能させていくことが、地方自治体に求められている[2)]。

地域包括ケアシステムは、2006年の診療・介護報酬の同時改定のときに導入された概念であるが、その後の少子高齢化の進行と我が国の経済力低迷等と相まって、地域包括ケアシステムのあり方を調整せざるをえない状況である[3),4)]。そのため、政府は「地域共生社会」の実現を掲げ、地域包括ケア研究会もそれを受け、2017年に新しい視点「2040年への挑戦」において、2040年への課題を深化させている[5)]。（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html）

さらに、地域包括ケア研究会は、2019年には「多元的な社会における地域包括ケアシステム」「ソーシャルインクルージョン（社会的包摂）」という概念を提唱し、人口減少の程度が大きく異なる地域間で、それぞれの地域でそれぞれの社会資源に適したシステムを構築していくことを提唱している[6)]。

地域医療介護に取り組んできた医療法人竜門堂の歴史を振り返れば、江戸時代末期、黒髪川のふもとで、初代毛利龍渓氏が医療に取り組んでから、現在に至るまで、地域の医療の担い手として、代々継承してきた。現在の基礎となったのは、山内町三間坂地区に昭和23年に10床の毛利診療所を開設したことに始まる。そして昭和32年に医療法人を設立し、その後、昭和55年に大野病院を開設した[7)]。その後、医療行政の変革と地域のニーズに応えるかたちで、病棟編成を改編し、本年8月には、介護医療院をスタートさせた。一方外来部門は、毛利医院、竜門堂医院を軸として、地域のプライマリ・ケアの担い手として、外来診療、在宅医療に携わり、並行して、さまざまな介護保険事業をスタート運営してきた。医療法人竜門堂のある佐賀県山内町は、佐賀県西部に位置する人口約1万人の町であったが、2006年に武雄市と合併したが、その後も人口減少、労働力不足が大きな課題となってきている。

本研究は、佐賀県武雄市に位置し、今後、深刻な人口減少、超少子高齢化社会を迎える、我が国でも典型的な地方都市において、住民が、安心して住み続けることができる地域包括ケアシステムを実現していくために、どんな課題を解決していけばいいのかを検討していくものである。

1)　医療法人　竜門堂
Medical Corporation RYUMONDOU
〒849-2303 佐賀県武雄市山内町三間坂甲 14017-5
14017-5,Mimasakakou,Yamauchi-cho,Takeo-shi,Saga,849-2303 Japan
2)　株式会社 CCRC 研究所
Institute of CCRC Co.Ltd.
3)　医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Mangement and Marketing
4)　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

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　45- 61,　2019

1．地域包括ケアシステムの現状と課題

（1）背　景

①人口構造の変化

佐賀県の現在の人口は815,164人（令和元年（2019））である。佐賀県全体および県内の自治体の人口の変化を表1に示す[8),9)]。佐賀県では、2015年の人口832,832人から2045年の663,781人へ、169,051人（20.3％）の人口減少が予測される。佐賀県の20の自治体のうち、鳥栖市だけが、2015年の72,902人から、2045年の74,538人へと人口が増加するが、他の自治体はすべて人口が減少していく。人口減少率の40％以上の大きな自治体は、白石町、多久市、大良町、玄海町である。（表1参照）

医療法人竜門堂のある武雄市は、人口が48,901人（2015年）から37,065人（2045年）へと11,836人（24.5％）減少していく。なお、武雄市の年齢層別人口減少を4層に分けた図を、2015年、2025年、2045年を表2、図1に示す。これらのデータから次の点が考察できる。

すなわち、武雄市の人口は減少するが、医療法人竜門堂の患者・利用者となる75歳以上の後期高齢者人口は、2015年の7,591人から、2045年の8,879人へと1,288人（16.2%）増加する。一方、働き手となる20歳～64歳人口は、2015年の25,621人から、2045年の16,494人へ、9,127人（35.6％）減少する。なお、65歳～74歳の前期高齢者は、2015年、2025年、2045年とそれぞれ6,478人、6,832人、5,610人と増減変化していく。

表１　佐賀県および市町の人口減推計

		人口		人口増減	増減率
		2045年推計	2015年		
	佐賀県	663,781	832832	−169,051	−20.3%
1	佐賀市	209,719	236,372	−26,653	−11.3%
2	唐津市	89,868	122,785	−32,917	−26.8%
3	鳥栖市	74,538	72,902	1,636	2.2%
4	伊万里市	40,270	55,238	−14,968	−27.1%
5	武雄市	37,065	49,062	−11,997	−24.5%
6	小城市	35,377	44,259	−8,882	−20.1%
7	神埼市	24,230	31,842	−7,612	−23.9%
8	鹿島市	21,155	29,684	−8,529	−28.7%
9	みやき町	18,155	25,278	−7,123	−28.2%
10	嬉野市	17,715	27,336	−9,621	−35.2%
11	吉野ヶ里町	14,560	16,411	−1,851	−11.3%
12	白石町	14,299	23,941	−9,642	−40.3%
13	有田町	13,936	20,148	−6,212	−30.8%
14	基山町	13,855	17,501	−3,646	−20.8%
15	多久市	10,803	19,749	−8,946	−45.3%
16	江北町	8,823	9,583	−760	−7.9%
17	上峰町	8,654	9,283	−629	−6.8%
18	太良町	3,898	8,779	−4,881	−55.6%
19	大町町	3,663	6,777	−3,114	−45.9%
20	玄海町	3,198	5,902	−2,704	−45.8%

表２　武雄市、有田町の人口構造の変化

地域	年齢区分 年齢区分	2015年 2015人口	2025年 2025人口	2045年 2045人口	2015～2025 人口増減
武雄	0−19	9,211	7,910	6,082	−1,301
	20−64	25,621	21,948	16,494	−3,673
	65−74	6,478	6,832	5,610	354
	75 以上	7,591	8,630	8,879	1,039
	計	48,901	45,320	37,065	−3,581
	年齢区分	2015人口	2025人口	2045人口	
有田	0−19	3,668	3,052	2,194	−616
	20−64	10126	5924	5924	−4,202
	65−74	2,964	2,826	2,100	−138
	75 以上	3,383	3,987	3,718	604
	計	20,141	15,789	13,936	−4,352

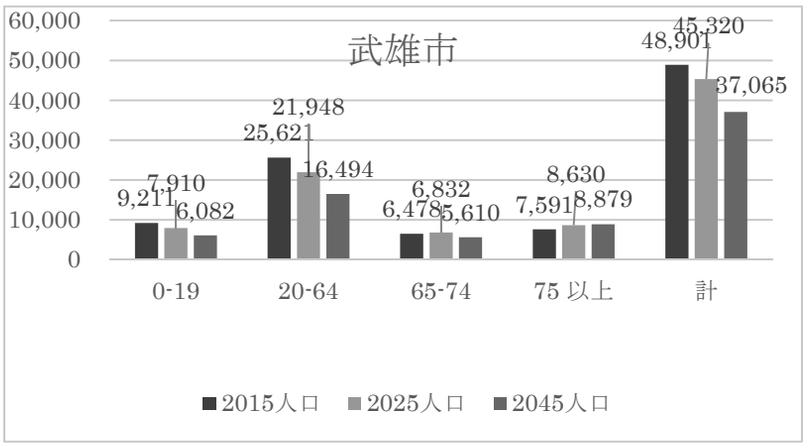
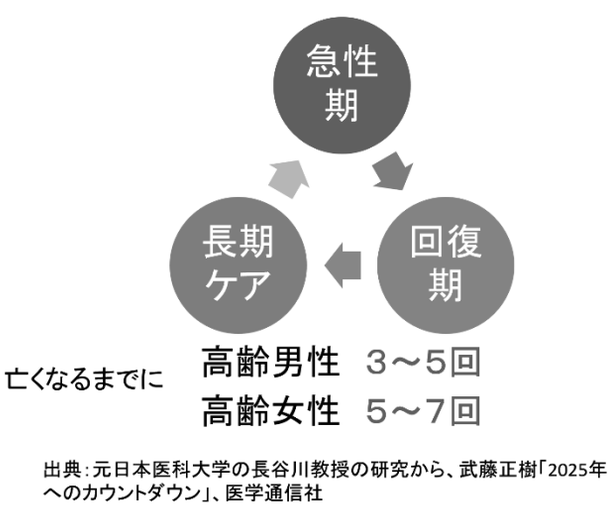


図１　武雄市人口の年代層別人口の推計

②高齢者のケアサイクルの変化

最近の高齢者は、その疾病の発生後の対応の中で、急性期ケアから回復期ケア、そして長期ケアという循環的な「ケアサイクル」をたどることが特徴づけられてきた。そして、研究結果によれば[2]、高齢男性は死亡するまで3～5回、高齢女性は5～7回のケアサイクルを繰り返すとしている。（図2参照）このような状況は、65歳以下人口が多かった状況とは異なってきた。すなわち、いままで65歳以下の世代では、疾病も単一疾患で、急性期ケア単独か、せいぜい急性期ケア→回復期ケアのみで、医療と介護のケアサイクルが連続的に何回も発生する状況は考えられなかった。しかし、これからの超高齢化社会では、こうした医療と介護が交互に発生するケアサイクルが日常的になると思われる。

現在、医療サービスは原則として医療保険から、介護サービスは介護保険から給付され、それぞれサービス提供体制や内容、専門人材は保険の仕組みで異なっている。しかし、サービスの受け手である患者、利用者はあくまでも1人であり、そのニーズに応じて医療と介護サービスをケアサイクルにそって、切れ目なくシームレスに提供することがさらに重要になってきた。こうした医療と介護を包括的、一体的に提供するために地域包括ケアシステムの構築は不可欠となっている。(図3参照)



出典：元日本医科大学の長谷川教授の研究から、武藤正樹「2025年へのカウントダウン」、医学通信社

図２　高齢者のケアサイクル図

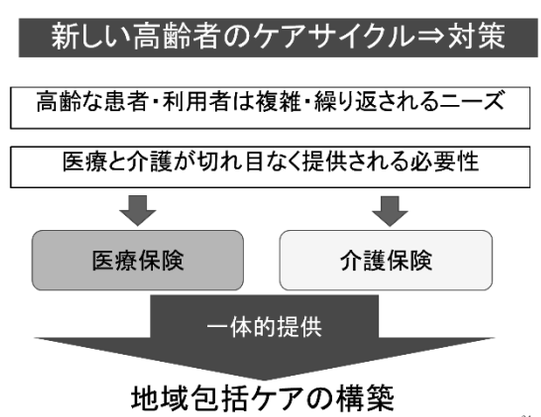


図３　地域包括ケアと医療介護の一体的提供

③団塊世代の大量死時代への対応

平成30（2018）年の年間死亡者数は、およそ137万人であり、その8割近くが病院で亡くなっている。これから団塊の世代が2030年ころから大量死時代を迎えるといわれ、年間165万人に達すると推計されている。今後、病院は病床削減が進み、およそ47万の死に場所が不足することが予想されている[2]。佐賀県においても、死亡者数について、2010年から2015年に4.9万人だったものが、2040年から2045年の間にピークを迎え5.7万人となり、8千人程度死亡者が増えることが推計されている[8]。

このような死に場所の確保対策の一つが、在宅で看取りを行うシステムの確立である。すなわち、団塊世代の看取りを地

域全体で支えるということが、地域包括ケアシステム構築のもう一つの役割である。なお、在宅での看取りシステムの構築は、団塊の世代のためではなく、本来の看取りが自立支援と尊厳の遵守という視点から最善の仕組みといえる。こうした在宅ケアシステムの構築は、次の世代にも受け継がれ、我が国のすぐれた社会基盤になっていくことが予測されている。そして、さらに、これから中国、台湾、韓国といった東南アジアで起きる高齢化に対応するための先進的な社会インフラとなる可能性がある。

（2）地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのコンセプトが生まれたのは、2005年の医療・介護保険制度の改定の際で、その後の介護保険制度の制度改正の推移を表3に示す。そして、2011年の介護保険制度改正において、地域包括ケアの推進として24時間対応の定期巡回・随時対応サービスと複合サービスが創設された。また、介護予防・日常生活支援総合事業が創設され、地域包括ケアシステムの実現に向けて本格的に始動したといえる。

地域包括ケアシステムの定義としては、当初「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」であったが、現在は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム（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[3),10)]。（図4参照）

表３　介護保険制度改正の経緯

第1期（平成12年度～）：平成12年（2000年）介護保険法施行
第2期（平成15年度～）：平成17年改正（2005年）施行は翌年 ・介護予防の重視 ・施設給付の見直し（食費・居住費を保険給付の対象外に、所得の低い方への補足給付） ・地域密着サービスの創設など
第3期（平成18年度～）：平成20年改正（2008年）施行は翌年 ・介護サービス事業者の業務管理体制の整備
第4期（平成21年度～）：平成23年改正（2011年）施行は翌年 ・地域包括ケアの推進（24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合サービスの創設 ・介護予防・日常生活支援総合事業の創設
第5期（平成24年度～）：平成26年改正（2014年）施行は翌年 ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等） ・予防給付（訪問介護・通所介護を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ・低所得の第一号被保険者の保険料の軽減割合の拡大
第6期（平成27年度～）：平成29年改正（2017年）施行は翌年 ・介護医療院の創設（日常的な医学管理と看取り等の機能と生活施設としての機能） ・市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ・介護保険制度と障害福祉制度に新たな共生型サービスの位置づけ ・特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し（2割⇒3割）
第7期（平成30年度～）：令和1年改正（2020年）施行は翌年

出典：平成２８年３月　地域包括ケア研究会報告書より

図４　地域包括ケアシステムのイメージ図

（3）2040 年に向けた地域包括ケアシステムの変化

地域包括ケアシステムの概念は、前述のとおり2005年に導入されたが、人口のボリュームゾーンである約800万人の団塊の世代（1947～1949年生まれで、現在70歳から72歳の方々）が当初65歳以上に到達する2015年を最初の目標年に設定し、住民の地域生活を支える仕組みとして地域包括ケアシステムの基本となるコンセプトを提示してきた。その後、地域包括ケア研究会は、団塊の世代の全員が75歳を超える2025年に向けて、要介護者の増加を見据え、地域生活を継続するための医療・介護連携に基づくサービス提供体制や、地域づくりの基本的な枠組みを提案した。

今後、要介護者の増加は当然のこととして、さらに2020年時点で、約620万人の85歳以上高齢者が、2040年には1,000万人をこえ、単身者も含め、それぞれの地域で生活を送ることになる[5]。これは、単に医療・介護サービスの需要が増えることを意味するだけでなく、介護は必要でなくても、生活のちょっとした困りごとを抱える高齢者がこれまでにない規模で増加することを意味している。

そのような2040年の社会では、要介護者の多くが、高齢期に入る前に介護保険の誕生を目の当たりにし、介護予防の重要性を知り、65歳まで、あるいはそれ以上に就労継続することが当たり前の時代を経験しているいわゆる「人生100年時代」を迎え、現在の中高年齢者は、自らの人生の最終段階まで生活を十分に検討し、選択する時間を与えられているといえる。そうした準備を経て2040年を迎えたときに、高齢者や要介護者のイメージはこれまでの時代とは異なったものとなる。さらに、私たちが2040年に目撃するのは、高齢者・要介護者の平均的な改善ではなく、むしろ平均的な高齢者ではとらえきれない多様な時代が予想される。実際すべての高齢者が75歳まで働き、地域の介護予防体操教室に通い、地域の助け合い活動に積極的に取り組めるほど心身状態が良好なわけではない。健康的な生活を送っていても、怪我や病気で心身状態が悪化することは誰でもあり、地域内の付き合いを好まない人、自宅に閉じこもる人、あるいは安定的な職業人生を定年まで送ることが難しい人など多様であると推測される。高齢者にとっての「年齢」のもつ意味も一元的ではなく、「90歳でも健康維持に励み、元気に社会参加する人」もいれば、「65歳でも慢性疾患のために家にひきこもりがちな生活をせざるをえない人」もいる社会が今まで以上に鮮明になり、年齢のもつイメージが意味をもたなくなり、従って平均的な高齢者像に基づく施策が意味を持たない時代になっていくことが予想される。

そうした多様な多元的な社会の到来が予想されるなか、地域において生活上、異なった問題や課題を抱えた人々を、社会的に排除されることなく、住民全てを包み込んでいく仕組を構築することが求められている。この機能を「社会的包摂」と呼び、社会が分断されないように、お互いの違いを認め合いながら、すべての住民を包摂するかが重要になる。「多元的な社会」を「包摂」していく過程の先には、「あらゆる人々が『地域で共に生きる社会の実現』」=「地域共生社会」ということがいえる[6]。

このように、新たに2040年の実現を目指した多元的な社会における地域包括ケアシステムの構築は、現在の社会の延長として2040年の社会をイメージするのではなく、それぞれの地域の人口構造の変化、社会資源に応じて、それぞれの地域でイメージしていることが求められている。これを前提として、2040年に向けたこれからの地域包括ケアシステムの構築の基本として、次の3点が提案されている[6]。

1．これまでの医療・介護の仕組みは、全国共通のサービスと仕組みであったが、今後は医療・介護・生活支援等のニーズの増大と人口減少の中で、何よりも社会が多元化していく中で、いかにして個人または地域のそれぞれの実情にあったケアとサービスを各地域でデザインしていくかが、大きな課題となる。
2．国においては、介護サービスのデザインの出来高払いによる単品サービスから「包括報酬型」在宅サービス（小規模多機能型生活介護、定期巡回随時対応訪問介護看護、複合サービス等）に転換していく流れをさらに推し進めるべきである。
3．こうした地域づくりを推進していくためには、行政・保険者が介護保険の制度運営を円滑に進めるための制度運用の業務から、地域デザインを住民関係者とともに進めるためのプラットフォームづくりに業務の重点を移していく必要がある。

このように少子高齢化の進行と我が国の経済力低下等と相まって、地域包括ケアシステムの枠組みを変化せざるを得ない状況になっている。地域包括ケアシステムを実現していくためには、地域の資源（人、モノ、情報）をコーディネートするリーダーの育成が不可欠である。リーダーたちは、常に変化していく環境条件に対応していかなければならない。そのためには、変化に対応する知識、理論、実践的技術、および心構え（マインド）を継続的に学んでいく必要があると考える。

2．地域医療構想の現状と課題

（1）佐賀県の地域医療構想

今後の医療・介護の枠組みを決定する医療・介護総合推進法が2014年6月に成立し、その中で、「地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保」を目的として、病床機能報告制度、地域医療構想の策定が始まった[11]。具体的には、地域医療構想は、団塊の世代（1947～1949年生まれ、2019年時点で72～74歳）が全員高齢者となる2025年を念頭において、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに医療需要と必要病床数を推計し、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示すものである[12]。

佐賀県では、2015年7月に佐賀県総合計画を策定し、「人を大切に、世界に誇れる佐賀づくり」を基本理念に掲げ、政策を推進している[13]。そこでは、2025年を見据え、「人を大切に」「佐賀を支える」を基本理念として病院完結型の医療から地域完結型の医療、キュアからケアの視点を持ち、将来にわたり効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築に取り組むとしている。

①構想区域と医療提供体制の現状

地域医療構想では、構想区域ごとに必要病床数を定め、この構想区域は、現行の二次医療圏、老人保健福祉圏域と同じであり、表4に示すとおりである。医療法人竜門堂は、「南部」構想区域に属する。

表 4　地域医療構想の構想区域と市町名

構想区域	構成市町
中部	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、吉野ヶ里町
東部	鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町
北部	唐津市、玄海町
西部	伊万里市、有田町
南部	武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町

②構想区域の患者の受療動向

入院患者の受療動向は構想区域ごとに特徴がある。東部は、福岡県（主に久留米市）との間で、東部の急性期患者が久留米に入院し、福岡県の慢性期患者が東部に入院している相互補完関係がみられる。西部は、南部への一定の流出、長崎県（主に佐世保県北）からの一定の流入がみられる。

大野病院のある南部は、中部、北部と同じように、区域内の住民が区域内の医療機関に入院している割合（域内完結率）が高く、圏域としての完結がみられる。患者の受療動向は、基幹病院の配置や交通アクセスなどに左右されるが、今後ともこの受療動向は大きく変わらないと想定されている。

表 5　佐賀県内の患者流出入の状況（2013 年度）

			医療機関所在地											
			佐賀県					他都道府県						
			中部	東部	北部	西部	南部	福岡・糸島	筑紫	久留米	有明	北九州	佐世保・県北	県央
患者住所地	佐賀県	中部	6,319	132	20	0	129	47	0	147	16	10	0	0
		東部	105	1,796	0	0	0	34	33	409	11	0	0	0
		北部	84	11	2,619	0	22	72	0	0	0	0	0	0
		西部	49	0	46	1,405	204	15	0	0	0	0	57	12
		南部	286	23	0	40	3,358	17	0	11	0	0	0	47
	他都道府県	東京	11	0	0	0	0							
		福岡・糸島	27	47	35	0	0							
		筑紫	13	124	0	0	0							
		朝倉	0	31	0	0	0							
		久留米	100	634	0	0	0							
		八女・筑紫	13	34	0	0	0							
		有明	45	20	0	0	0							
		北九州	19	0	0	0	0							
		佐世保県北	19	0	36	146	35							
		県央	10	0	0	0	83							

			医療機関所在地											
			佐賀県					他都道府県						
			中部	東部	北部	西部	南部	福岡・糸島	筑紫	久留米	有明	北九州	佐世保・県北	県央
患者住所地	佐賀県	中部	92.6	1.9	0.3	0.0	1.9	0.7	0.0	2.2	0.2	0.1	0.0	0.0
		東部	4.4	75.2	0.0	0.0	0.0	1.4	1.4	17.1	0.5	0.0	0.0	0.0
		北部	3.0	0.4	93.3	0.0	0.8	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		西部	2.8	0.0	2.6	78.6	11.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.7
		南部	7.5	0.6	0.0	1.1	88.8	0.5	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	1.2

③医療需要と必要病床数

医療需要を病床機能別に推計した結果、2025年には、入院患者と在宅医療等患者の総数は、2013年から15.8％増加し、21,343人となると推計されている。機能別には、回復期の入院患者は構想区域ごとの人口構成や伸びの違い等から伸び率に違いはあるものの、全ての構想地域で伸びが見込まれている。一方、在宅医療等で対応できる入院患者が増加すると見込んでいることから、慢性期の入院患者は、全ての構想区域で30％前後減少すると見込んでいる。

2014年の病床機能報告と2025年の必要病床数を表6に示す。2025年の必要病床数を2014年の病床機能報告と比較すると、2025年の必要病床数に対して、急性期病床が過剰（約3,000床）となる一方、回復期病床が不足（約2,000床）する等、全ての構想区域において、急性期と回復期の間に大きな需要ギャップがみられる。また、慢性期病床については、在宅医療等への移行を見込んでいることから、必要病床数は、現在の半数強と見込まれている。

表6　佐賀県の必要病床数（2025）と病床機能報告（2014）

医療圏	医療機能	2014 平成26年 病床機能報告	2025 平成37年 必要病床数	増減
佐賀県全体	高度急性期	674	697	23
	急性期	5,752	2,638	−3,114
	回復期	1,213	3,099	1,886
	慢性期	4,731	2,644	−2,087
	合計	12,370	9,078	−3,292
中部	高度急性期	187	372	185
	急性期	2,730	1,168	−1,562
	回復期	437	1,430	993
	慢性期	1,532	855	−677
	合計	4,886	3,825	−1,061
東部	高度急性期	0	31	31
	急性期	557	286	−271
	回復期	173	472	299
	慢性期	1,025	559	−466
	合計	1,755	1,348	−407
北部	高度急性期	15	101	86
	急性期	784	378	−406
	回復期	238	269	31
	慢性期	683	437	−246
	合計	1,720	1,185	−535
西部	高度急性期	6	32	26
	急性期	546	171	−375
	回復期	158	244	86
	慢性期	514	272	−242
	合計	1,224	719	−505
南部	高度急性期	466	161	−305
	急性期	1,135	635	−500
	回復期	207	684	477
	慢性期	977	521	−456
	合計	2,785	2,001	−784

④慢性期と在宅医療の医療需要

在宅医療等というと、「自宅での医療」を連想しがちであるが、佐賀県の考える在宅医療等とは、「自宅」に限らず、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設など、「現在の病院・診療所以外の場所において、提供される医療」とする。2025年の在宅医療需要は、全国一律により、現在の療養病床の入院患者のうち、医療区分1の患者数の70％の退院と、療養病床の入院受療率の地域差解消を解消することから、県全体では、約3,500人増加すると見込まれる。

医療の必要度が必ずしも高くない患者については、在宅医療等で対応することは、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築の観点からは必要である。しかし、医療・介護難民を作ることは許されないので、限られた医療資源を活かしながら、住民が安心して医療が受けられるように、医療・介護の連携、高齢者の住まいの確保など在宅医療の整備に先行させることが重要である。これらに対応するため、「療養病床の在り方等に関する検討会」の議論の結果、「住まい」の機能を強化した新しい施設体系である、介護医療院が創設されることになった[14]。（図5参照）

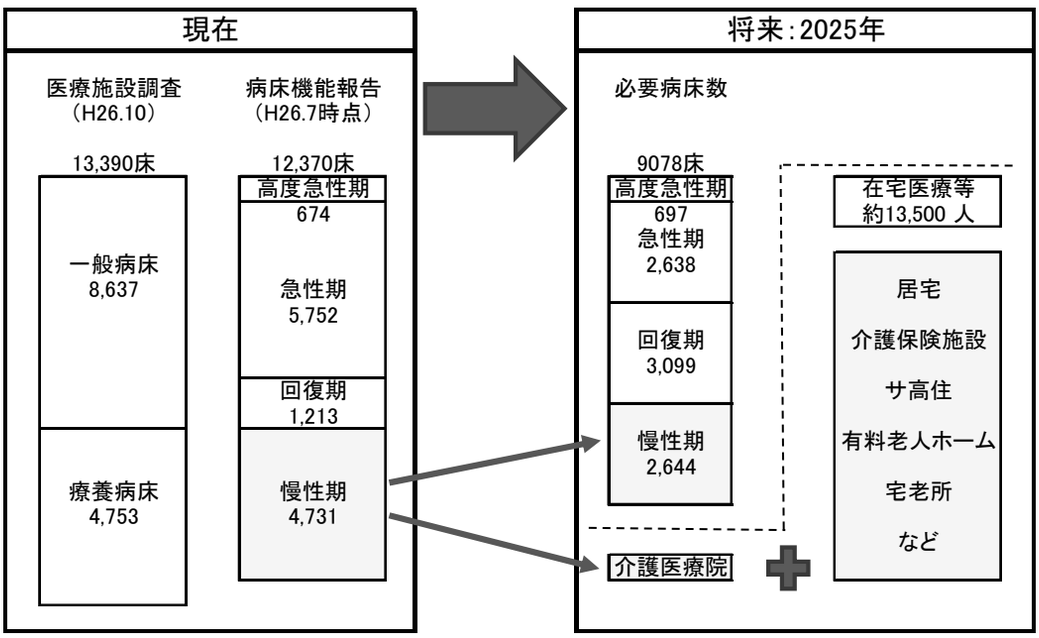


図 5　病床機能の現在と 2025 年の目標

（2）介護医療院の創設と転換

①介護医療院の目的

社会保障制度の健全な運営を目指して、地域医療構想の中で、病院、病床の削減の施策が打ち出される中、高齢化の進行、特に団塊の世代の高齢化と相まって、我が国は、多死社会を迎えることが予想される、2030年ごろから団塊の世代約700万人の大量死時代が始まるといわれている[2]。現行の介護療養病床、医療療養病床の問題として、

1．平均在院日数が長い、特に介護療養病床は長く、約1年半の平均在院日数となっている。

2．療養病床の入院患者像は、要介護度や年齢が高い患者が多く、特養・老健よりも医療必要度が高いものが入院している。

これら2つの問題点を解決していくために、療養病床の機能として次の点が評価された。

1．長期に療養生活を送るにふさわしいプライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる、「住まい」機能の強化が必要である。

2．経管栄養や吸痰吸引等日常生活上必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制が必要である。

こうした「死に場所」の定まらない問題点の救済策として、また、住まい機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設として、2018年の介護保険法改正により、「介護医療院」という新たな施設が創設された。介護医療院は、こうした長期的な医療と介護の両方の機能を併せ持つ高齢者の受け皿として創設され、住まいの機能と、看取りまで行う長期療養施設を目的とした[14]。

②介護医療院の設備基準

介護医療院は、施設基準により、機能強化型介護療養病床に相当する「I 型」と、介護療養型老人保健施設（転換型老健施設）相当以上の「Ⅱ型」の 2 通りに類型化される。人員配置は、Ⅰ型が入所者 48 人に医師 1 人で、24 時間の医学的管理や看取りに備えて当直医が必要となっている。これに対してⅡ型は、入所者 100 人に医師 1 人で、容態が比較的安定している入所者の日常的医学管理とオンコール看取りで対応する[15]。

一方、介護医療院の基本報酬を見ると、I 型介護医療院のサービス費は、同等の機能を持つ介護療養病床より 1 日 25 単位引き上げられた。ただし、生活施設としての質の向上を図るため、1 人当たりの床面積は、従来の 6.4㎡以上から、原則として老健施設並の 8.0㎡以上としなくてはならず、基準に満たない場合には 1 日 25 単位の減算対象になる。（表 7 参照）

表７　介護医療院の施設基準

	介護医療院	
	Ⅰ型	Ⅱ型
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠	介護保険法	
（法律）	※生活施設としての機能重視を明確化	
	※医療は提供するため、医療法の医療提供施設になっている。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症の認知症高齢者等 （療養機能強化型A・B相当）	左記に比べて容体は比較的安定した者
施設基準	【介護療養病用相当】	【老健施設相当以上】
医師	48 対1（3人以上）	100対1（1人以上）
看護職員	6対1	6対1
介護職員	5対1～4対1	6対1～4対1
介護支援専門員	100対1（1名以上）	100対1（1名以上）
面積	8.0㎡以上（転換の場合、大規模改修まで、6.4㎡以上で可） ※多床室の場合でも、家具やパーティション等による間仕切りの設置など、 プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討	
低所得者への配慮	補足給付の対象	

③介護医療院の開設状況

介護医療院は、現在廃止が決まっている介護療養型医療施設（2024年3月末まで移行期間）、および医療療養病床、転換型老人保健施設からの転換が可能である。2019年9月末時点で、248施設に介護医療院が設置されており、入居定員数は、16,061床となった[16]。転換元の内訳は、病院における介護療養病床から150施設、介護療養型老人保健施設から60施設が転換し、医療療養病床からは、73施設が転換した。また、有床診療所からの転換も17施設がある。また、県別に見れば、転換の施設数が最も多いのが、富山県と福岡県の17施設であり、病床数では、最も多いのが、福岡県の1447床で、二番目に多いのが富山県の1090床である[16]。医療法人竜門堂が所在する佐賀県では、5施設、204床が転換している。表9に九州各県の介護医療院への転換状況を示す。

介護医療院は病院の中の介護施設であり、療養病床との最も大きな違いは、診療報酬上「自宅等」に含まれることである。一方、医療療養病床と異なるのは、医療保険から介護保険へと変わるため、要介護認定が必要になることである。

なお、介護医療院の入居者は長期入居が想定されているが、利用者の状況に合わせてリハビリテーションを提供するなどして、在宅復帰を目指すことも可能である。また、環境としての介護医療院は療養病床とは異なり、個室、4人室があり、4人室には家具調の仕切りが設置されており、プライバシーへの配慮がなされている。このように、介護医療院は生活の場であることを重視し、入居者の尊厳を保障しなくてはならない。生活施設として楽しみのある生活や家庭的な温かい空間が求められている。

表８　介護医療院の開設状況
（介護医療院の療養施設数）

介護医療院の施設数		平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点	平成31年 3/31時点	令和元年 6/30時点	令和元年 9/30時点
Ⅰ型介護医療院の施設数		35	68	92	146	166
Ⅱ型介護医療院の施設数		26	43	55	75	80
Ⅰ型及びⅡ型混合の施設数		2	2	3	2	2
介護医療院の合計施設数		63	113	150	223	248
転換元の施設数（複数施設が統合し転換する場合があり、上記施設数とは必ずしも合計数が一致しない						
	介護療養病床（病院）	32	66	91	140	157
	介護療養病床（診療所）	1	4	6	8	12
	介護療養病床（精神病床）	0	0	0	1	1
	介護療養型老人保健施設	20	27	31	56	60
	医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	12	21	26	43	51
	医療療養病床（平成30年度改定後の経過措置が適応されている病床）	5	9	15	20	22
	医療療養病床（診療所）	2	3	4	6	7
	介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	0	1	1	1	1
	その他のベッド	0	0	0	0	0
	新設	0	1	1	2	3

（介護医療院の療養床数）

介護医療院の病床数	平成30年 9/30時点	平成30年 12/31時点	平成31年 3/31時点	令和元年 6/30時点	令和元年 9/30時点
Ⅰ型の療養床数	2,524	4,672	6,858	10,346	11,495
Ⅱ型の療養床数	2,059	2,742	3,170	4,098	4,566
介護医療院の合計施設数	4,583	7,414	10,028	14,444	16,061
転換元の施設数					
介護療養病床（病院）	2,549	4,551	6,491	9,594	10,605
介護療養病床（診療所）	10	70	111	133	155
介護療養病床（精神病床）	0	0	0	60	60
介護療養型老人保健施設	1,382	1,722	1,833	2,215	2,581
医療療養病床（平成30年度改定後の診療報酬の療養病棟入院料1又は2を算定している病床）	383	638	832	1,433	1,612
医療療養病床（平成30年度改定後の経過措置が適応されている病床）	235	401	723	953	989
医療療養病床（診療所）	24	28	34	49	52
介護療養型医療施設・医療療養病床以外の病床	0	3	3	3	3
その他のベッド	0	0	0	0	0
新設	0	1	1	4	4

表９　九州各県の介護医療院への転換状況

県名	転換数	2018年 9月末	2018年 12月末	2019年 3月末	2019年 6月末
福岡県	施設数	1	4	8	14
	療養病床	58	414	931	1216
佐賀県	施設数	2	2	3	4
	療養病床	74	74	102	162
長崎県	施設数	3	3	3	3
	療養病床	231	231	231	231
熊本県	施設数	0	4	6	11
	療養病床	0	162	215	544
大分県	施設数	2	4	4	4
	療養病床	104	211	211	211
宮崎県	施設数	0	0	0	0
	療養病床	0	0	0	0
鹿児島県	施設数	2	5	7	7
	療養病床	88	209	245	287
沖縄県	施設数	1	1	1	2
	療養病床	100	100	100	121

④介護医療院への転換のメリット

介護報酬改定による移行のための支援策は大きい。設備の助成金の他に、移行定着支援加算は、全入所者に対して、1日93単位を算定できる。もし、50床転換し、満床となれば、これだけで年間約1700万円の増収となる。この加算は、転換の届出から1年間限定で、2021年度末までしか算定できない。また1年分を算定するのは、2020年4月1日までの転換が必要であり、これから駆け込みの転換も予想される。

さらに介護医療院は、急性期病床などほとんどすべての病床からの退院先、在宅復帰先となるメリットは大きい。在宅復帰率を算出する場合、従来の介護療養病床や医療療養病床への転院とは相違し、介護医療院への転院は在宅復帰の実績となる。これから介護医慮院は転院先の候補としての位置づけは高まっていく可能性は高い。しかしながら、介護療養病床以外の病床が介護医療院に転換した場合、介護医療院は介護保険からの報酬提供となり介護保険財政を圧迫することになるが、医療・介護の社会保障費全体のバランスから考えていく必要があると思われる。

３．大野病院における病棟編成の戦略的取り組み

介護保険がスタートした平成12年度の大野病院の病棟編成は、医療療養病床82床、介護療養病床111床であった。平成18年に療養病床の見直しについて、医療保険と介護保険の役割分担の明確化を図るという指針が発表され、この方針に基づき、入院患者の適正な分類を行った。その結果、平成18年から21年にかけて、医療の必要性、介護ニーズを基に、医療・介護療養病床数を精査したところ、介護保険で対応すべき入院患者が111床よりも多いことが分かり、入院患者の医療ニーズに応じて、病棟構成を図6に示すように転換していった[7]。

一方、医療法人竜門堂は、介護保険制度の開始とともに、高齢者の介護ニーズ、本人および家族の希望により、退院後の患者がそれぞれのニーズに応じて、適切な場所に移行、生活できるように、認知症グループホーム、住宅型有料老人ホームを開設し、病院から施設への退院を促進していった。そのような中、平成22年に入院患者の見直しを行ったとき、医療ニーズの高

い患者が多く、そのため、医療療養病床82床、介護療養病床111床と、10年前の病棟構成に戻すかたちとなった。その後、医療ニーズの高い方が増加し、平成30年には、医療療養病床148床、介護療養病床42床と変換していった。

また、介護療養病床は、2017年度末（2018年3月）に廃止される方針が打ち出され、その受け皿として、「介護医療院」という新しい体系が提案されたので、介護医療院への転換を検討し、転換についての施設基準、助成金等を県と交渉し、最終的に2019年8月に介護療養病床42床を介護医療院に転換し、稼働を開始した。

大野病院の介護療養病床を介護医療院に転換する場合、1人当りの病床面積は6.4㎡の転換型とし、プライバシーを配慮し、療養環境を高めるために、家具を整備し、間仕切りとした。間仕切りとなる家具は、写真1,2に示すように、日中と夜間の生活状況を踏まえ、伸縮型の間仕切り家具を作成、設置した。

年代	医療療養病床	介護療養病床	総病床数
平成12年(2000)4月	82	111	193
平成18年(2006)10月	66	127	193
平成20年(2008)6月	49	144	193
平成21年(2009)11月	53	140	193
平成22年(2010)6月	82	111	193
平成30年(2018)4月	148	42	190
	⬇	⇩	
年代	医療療養病床	介護医療院	総病床数
令和1年(2019)8月	148	42	190

図６　大野病院の病棟編成の推移

写真１　介護医療院居室の伸縮型間仕切り設置状況

写真２　間仕切りを伸ばした状況

４．いままでの地域包括ケアシステムへの取り組み

医療法人竜門堂は、介護保険制度がスタートした平成12（2000）年に大野病院に併設した通所リハビリテーション（デイケアセンター「げんき」）を皮切りに、介護保険制度の変遷、要介護者の医療介護ニーズに応じて、必要な介護保険事業を整備してきた。平成23年までに整備された事業について図7の左図に示す。

その後、厚労省は、地域包括ケアシステムは、医療介護、予防を一体的に、提供する地域包括ケアシステムの構築を実現する過程で、医療法人竜門堂のある佐賀県の杵藤地区広域市町村圏組合の介護保険事業計画に従い[17]、竜門堂は、地域包括ケアシステムの実現を目指して、介護事業を変化していった。

とくに2012年に、厚生労働省は地域包括ケアの実現を目指して、介護保険制度の大きな改革を行った。主な内容は、①医療と介護の連携の強化　②介護人材の確保とサービスの質の向上　③高齢者の住まいの整備等　④認知症予防の推進、であっ

た。医療法人竜門堂は、これらの改正の方向性と地域ニーズの変化、および経営効率の改善を踏まえて、高齢者の住まいを充実させていくと共に、さらに介護保険事業を再編していった。この7年間で改善していった主な内容は次のとおりである。なお、2011年から2019年にかけて変化していった医療・介護事業の内容を図7に整理した。破線で囲んだ事業が改革していった事業である。

①住宅型有料老人ホーム「ありた」の創設

高齢者住宅への地域のニーズは高く、平成25年4月に、佐賀県有田町に低価格の住宅型有料老人ホーム「ありた」を創設した。「ありた」では、入居者が低価格で利用できるように、2人部屋を整備した。整備にあたっては、佐賀県に相談し、利用者の希望に応えるかたちで、個室面積13.65㎡の有料老人ホームに2人の入居者が可能となった。

②通所介護事業「ふれんど」の開始

住宅型有料老人ホームに併設して、定員70名の通所介護事業所「ふれんど」を開設した。

③訪問介護事業「すまいる」の開始

「ありた」への介護サービス提供のために、訪問介護事業所「すまいる」を開設した。

④グループホームの集中化

認知症の高齢者に対応する、グループホーム運営において、1ユニット9名の「ことぶき荘」は閉鎖し、グループホームは2ユニットの「あったか荘」の運営に集中した。「ことぶき荘」閉鎖時の入居者は、宅老所「はるかぜ3号館」で対応した。

⑤宅老所の統廃合

小規模な宅老所「はるかぜ1号館」、「はるかぜ2号館」を運営していたが、介護報酬が削減されていく中で、夜勤の体制等の人件費の増大が問題となり、20名の定員の宅老所「はるかぜ3号館」を開設し、「はるかぜ1号館」、「はるかぜ2号館」は閉鎖した。

⑥訪問看護事業の独立

従来、訪問看護事業は在宅支援診療所のみなし指定として行っていたが、有料老人ホーム、グループホーム、宅老所で医療ニーズの高い訪問看護利用の入居者が増加してきたこと、また介護報酬が訪問看護事業所とした方が高いために、2018年6月に、訪問看護師を増やし、独立の事業所とした。この独立は、将来の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業も視野にいれて、事業形式の転換を図ったものである。

⑦介護医療院の創設

介護療養病床42床を2019年8月に介護医療院に転換した。

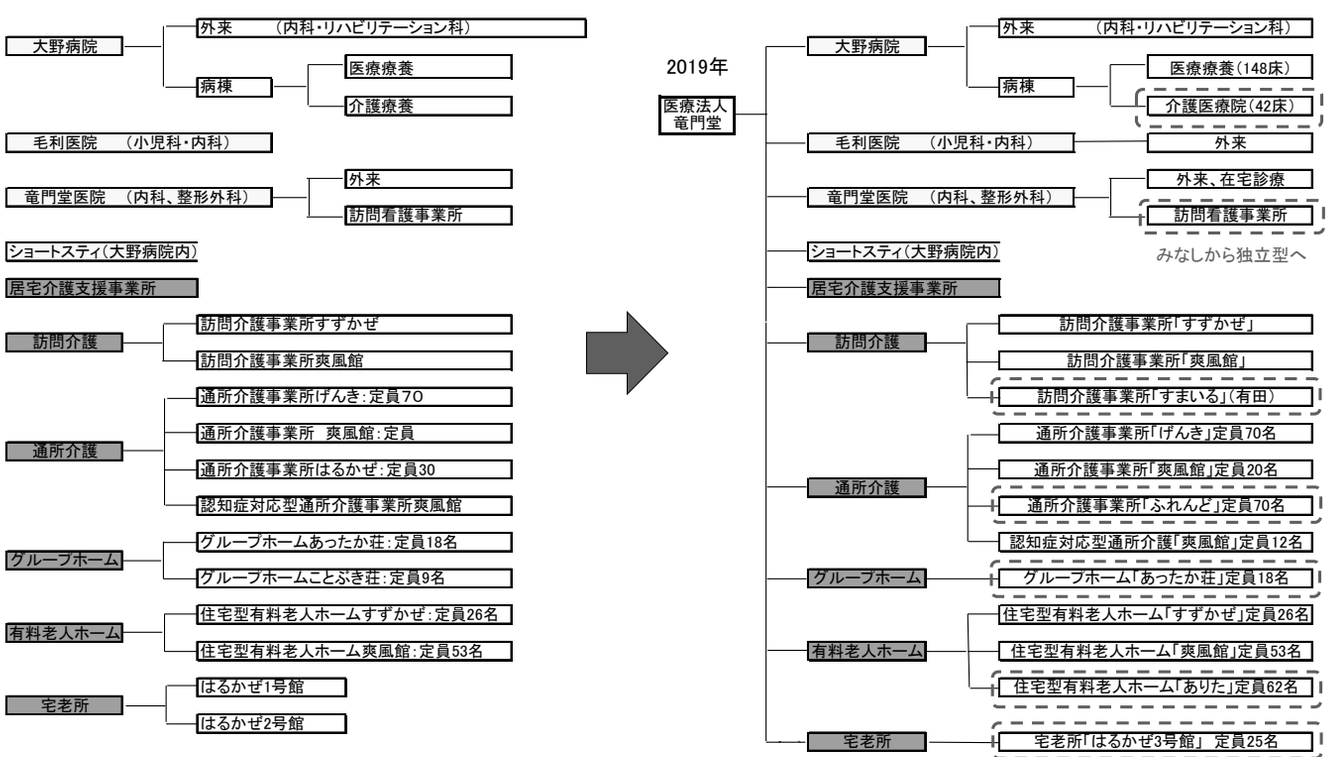


図7　地域包括ケアシステムの構築に向けた事業の再編（2011年⇒2019年）

5．2025年に向けた竜門堂の将来ビジョン

佐賀県は、2025年の医療需要に応じた医療提供体制の改革に向けて、「人を大切に」「佐賀を支える」という基本理念のもとに、これから目指す姿として、効率的かつ質の高い医療体制と地域包括ケアシステムの構築を挙げており、厚生労働省の資料をもとに、佐賀県が目指す入院医療から、在宅医療、および介護・予防の関連と流れを整理したものを、図8に示す13）。今後、佐賀県は、次の3つの施策分野を強化していく方針である。すなわち、①病床の機能分化・連携の推進、②地域包括ケアシステムの構築、③医療従事者の確保・養成、である。

医療法人竜門堂は、いままで入院医療の慢性期病院、在宅医療、住まい、在宅介護サービスに取り組んできたが、今後、地域包括ケアシステムにおける日常生活圏の人口構造の変化に対応し、このような県の方針を受けて、竜門堂が位置する武雄市・山内地区における地域包括ケアシステムの実現を目指していきたいと考えている。すなわち、近隣地域の医療機関、介護事業所とも連携し、山内地区の住民が安心して、最後まで尊厳を遵守され、自立支援を促す地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいく方針である。そのためには、地域の後期高齢者の増加と働き手である20～64歳人口の減少を踏まえ、具体的には、次の３つの課題に取り組んでいく方針である。

（1）地域医療構想に基づく病床の機能分化に対する戦略

地域住民が安心して医療を受けられ、自立支援に臨んでいくためには、急性期医療から在宅への架け橋となる地域包括ケア病棟を大野病院に整備していく必要があると考える。なお、地域包括ケア病棟の主要な機能は、①急性期からの受けいれ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の患者の受け入れである。（図9参照）

具体的には、大野病院の第2病棟33床を地域包括ケア病棟に移行し、地域包括ケア病棟を核に、医療療養病床、介護医療院、有料老人ホーム、グループホーム、宅老所へと、適切な場所へ高齢者を移し、最善の自立支援を行い、尊厳を守り、看取りまで行う体制を作り上げていきたいと考える。

なおもし、働き手が減少した場合、劣後順位の中で、まずショートスティは医療療養病床を活用した短期入所療養看護に変更し、その後は、働き手の減少に応じて、入院施設と在宅サービスのバランスを検討していきたいと考える。

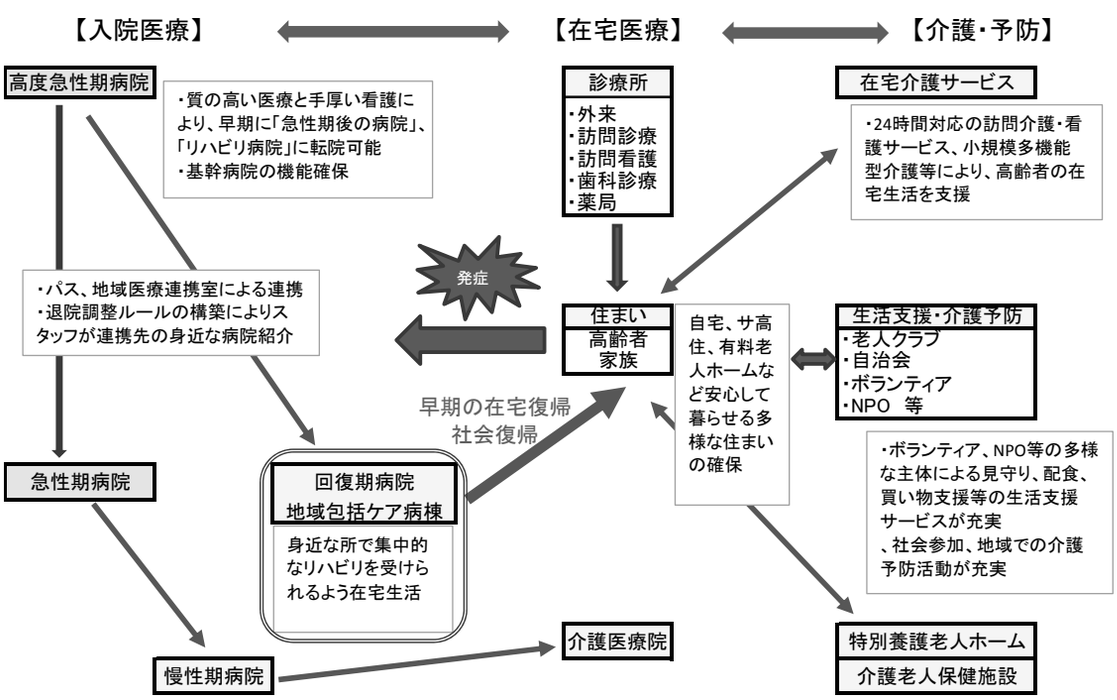


図８　佐賀県の地域包括ケアシステム構築のイメージ図

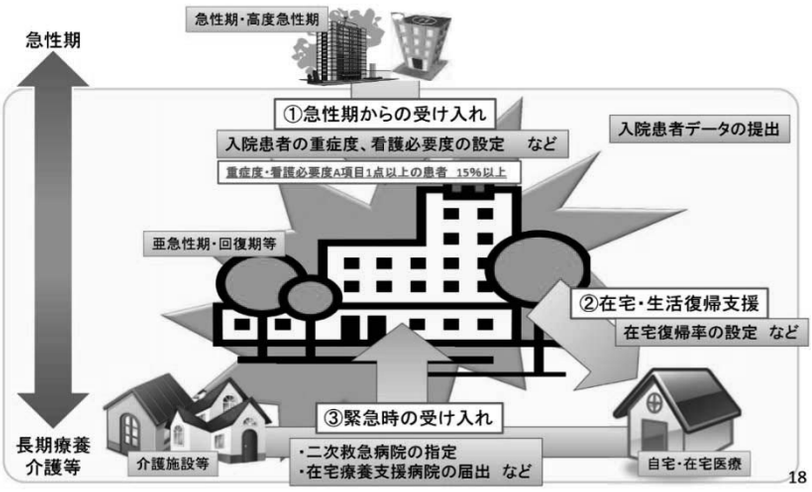


図 9　地域包括ケア病棟の 3 つの役割イメージ図
出典 https://www5.cao.go.jp/keizaishimon/kaigi/special/reform/wg1/291128/sankou1-3.pdf

（2）地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み

現在は、在宅支援複合拠点を中心として、在宅医療、介護サービス、さまざまな高齢者住宅を整備している。これからは、回復期および在宅医療機能を強化し、病院と在宅支援診療所との一体的な運営を強化していきたいと考える。そのために、地域包括ケア病棟を活用していくことが重要であると考える。また、医療と介護サービスの連携を強化していくために、訪問看護サービスの機能を強化し、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について、検討していきたいと考えている。医療法人竜門堂が、2025年に向けて実現をめざす山内地区の地域包括ケアシステムのイメージを図10に示す。

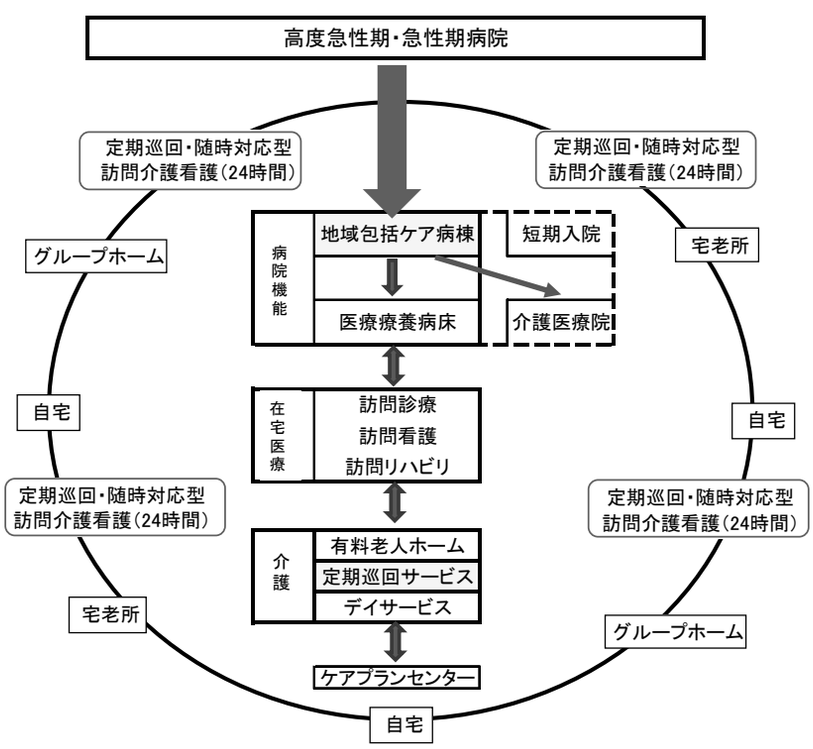


図 10　2025 年の医療と介護の一体的なサービス提供体制のイメージ図

なお、地域包括ケアシステムの構築に向けての5つの課題（①医療と介護の連携強化、②介護サービスの充実、③予防の推進、④生活支援サービスの確保、⑤高齢者住宅の整備）について、医療法人竜門堂が2025年までに取り組む課題を表10に整理した。

表 10　地域包括ケアシステムの５つの課題への取組

項目	対応策
医療と介護の連携強化	法人グループ内で、毎月入退院患者について、院長、師長をいれ（２０人程度)、フェイス・トー・フェイスの会議を行っている。これからは、ＩＣＴの活用も次の課題である。
介護サービスの充実	今後の施策として、「包括報酬型」サービスの検討については、定期巡回随時対応訪問介護看護を検討し、24 時間体制の介護サービスを充実させていくと共に、3 つの有料老人ホームと宅老所の効率的な夜の見守り体制について、検討を進めていく。
予防の推進	転倒予防、認知症予防に、法人内の介護事業所と連携を強化し、介護予防プログラムを検討していく。行政とも協力して、総合事業等に協力していきたいと考えている。
生活支援サービス確保	配食サービス、外出サービス、病院受診サービス等のニーズが増加すると想定されるので､外部の企業と連携すると共に､外出サービスについては､ボランティアの活用も検討していく。
高齢者住宅の整備	高齢者の住まいとして、現在の３つの有料老人ホーム、グループホーム、および宅老所を活用している。これからは、高齢者住宅の整備よりも、今後ニーズが増えていく自宅への訪問診療を進めていく方針である。

（３）働き方改革への対応

医療法人竜門堂の医療介護サービス圏域である武雄市は図4に示したように、2015年から2045年にかけて、医療・介護の対象となる後期高齢者人口は、2015年に比べ、2040年には、1033名（13.6％）が増加していくと推計されている。一方、働き手となる20歳から64歳の労働人口は、14.3%（3673人）減少するとされている。このような人口構造の変化の中、働き手の確保が重要な課題であり、その対策として次の4つが考えられる。

１、専門職のサービスの効率を高め、生産性を向上させる

２、高齢者の活用：特に65～74歳の元気な前期高齢者の活用

３、ICT、AI、ロボット技術活用

４、外国人労働者の活用

現在、経済産業省主導で、働き方改革が推進されている。これは、人口減少の中で、我が国の経済力を維持するために、いままでの働き方を見直し、新たな働き手を増やし、出生率を上昇させ、労働生産性を高めていく政策である。(図11参照)

これらの対策でまず取り組んでいくことが、従業員の生産性を高めていくことであると考える。仕事を生産的にするためには、マネジメントの父と呼ばれるP.F.ドラッカー氏によれば、４つのものが必要である、といわれている[18)]。すなわち、①必要な作業と道具を分析すること、②作業プロセスを見直し、再編成すること、③仕事のプロセスの中に、方向づけ、基準についての管理手段を組みこむこと。④必要な道具（ICTツールも含め）を導入すること、である。

医療法人竜門堂では現在16の在宅医療・介護事業について、毎月1回ケアネット会議を開催し、医師、看護部長、16の事業所の管理者が集まって会議を行い、前月の実績を確認、検討している。その際、前月、前々月、および前年同月の実績を比較し、変化について、原因を検討している。さらに、運営効率（生産性）を高めていく必要があり、その方法の一つとして、事業所ごとの収入、人件費、コストを明確化すると共に、目標による管理システムを構築していくこと必要であると考

えている。

具体的には、竜門堂グループは、高齢者住宅（３つの有料老人ホームと宅老所）を軸として、在宅医療・介護サービスを編成しており、高齢者住宅の入居者に訪問介護、看護、リハビリテーション、通所介護、訪問診療を提供し、収益を確保している。この事業モデルのコスト構造で一番の課題は、夜勤の人件費の効率化であり、現在それぞれの高齢者住宅で、夜勤人員体制を構築し、対応しているが、この仕組みは非効率な体制であると考える。厚労省は2040年に向けた地域包括ケアシステムの方向性の中で、介護サービスを出来高払いによる単品サービスから「包括報酬型」在宅サービスに転換していく流れを推し進めていこうとしている。そのひとつである定期巡回随時対応訪問介護看護を夜勤体制の効率化に活用すれば、高齢者住宅の夜勤体制が改善できるのではないかと考え、定期巡回サービスを活用した高齢者住宅の夜勤の見守りの仕組みの構築について検討していきたいと考えている。

さらにこれからは、医療介護予防の新しい仕組み作りが重要になってきており、その際、先進国の元気な高齢者の住宅システムである米国のCCRC[19]、デンマークの地域居住（エイジング・イン・プレイス）住宅システム[20]を研究し、高齢者ができるだけ元気でいれる仕組みをつくりあげていきたいと考える。このために、佐賀県特有の宅老所を発展したシステムづくりは、全国に先駆けた元気な高齢者を対象として高齢者住宅モデルをつくる上げることに繋がるのではないかと考える。2番目には、新たな労働力として、65歳以上の方々の活用である。現在法人内には、65歳以上の就業者が約40人、（全体の約12％）であり、最高年齢の方が、79歳である。これからは、再教育と健康支援で可能な限り、現役で業務を遂行して頂くように支援していくことが重要である。その際、メンタルサポーター、産業医との連携のものとで、高齢者の就業支援を強化していきたいと考える。3番目に、業務プロセスの改善、コミュニケーションの改善のために、ICT技術を活用していきたいと考えている。どのような分野で活用していけるかいついては、法人内でプロジェクトチームをつくり、具体的に検討を進めていきたいと考える。最後の方法として、アジア諸国からの労働力の活用が考えられ、この点については、外国人労働者の受入機関である事業協同組合、日本語専門学校等と情報交換を開始したところである。

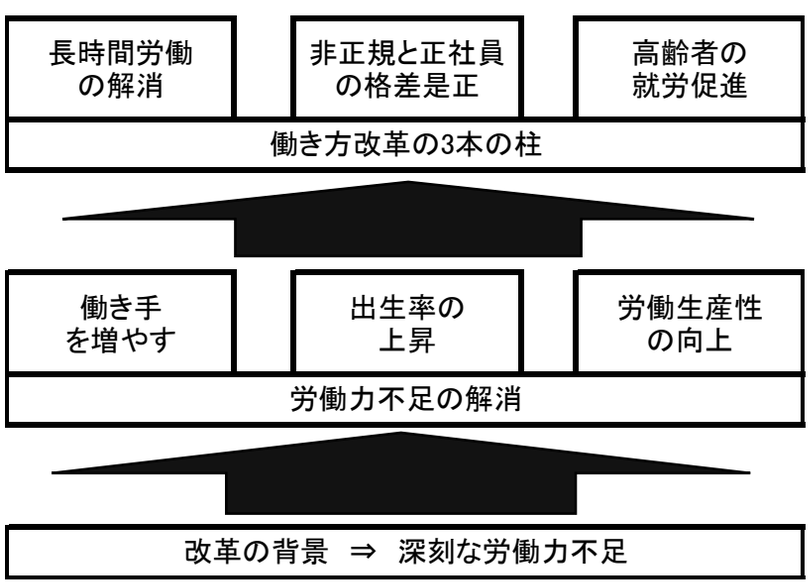


図 11　働き方改革の背景と改革の 3 本の柱

おわりに

我が国の医療介護年金の社会保障制度は、団塊の世代の年齢の推移にそって、改革されてきたといえる。いままで、団塊の世代が75歳以上後期高齢者になる2025年に向けて地域包括ケアシステムの実現に向けて取り組んできたが、地域包括ケアシステムが発案された2006年から13年の間で、高齢者の健康状況、疾病構造が、人口構造の変化および、グローバル化を含む経済構造の変化によって大きく変化してきた。変革の最大の要因は、働き方改革で提示されているように、人口減少に伴う働き手の急減と労働生産性の向上へのアプローチであると考える。

医療法人竜門堂は、介護保険制度が導入された2000年から、介護療養病床の廃止等の厚生労働省の医療介護政策の変革にそって病床編成の再構築、在宅医療の展開、高齢者住宅の建築、それに伴った必要な介護事業の展開に関しておよそ20年間にわたって事業展開を行ってきた。これからさらに変革が進められていく中で、医療法人竜門堂は、武雄市山内地区・日常生活圏で生活する地域内の住民が安心して、最後まで自立支援と尊厳が保たれた生活ができるような地域包括ケアシステムのモデルを実現し、地域社会に貢献していきたいと考えている。

参考文献

1）内閣府、令和元年版高齢社会白書、2019 年 7 月
2）武藤正樹、2005 年へのカウントダウン、医学通信社、2016 年 8 月
3）厚生労働省､未来投資会議 構造改革徹底推進会合「健康･医療･介護」会合第 3 回､地域包括ケアシステムの構築について、2017 年 12 月
4）地域包括ケア研究会、地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書、2014 年 3 月
5）地域包括ケア研究会、地域包括ケア研究会　報告書－ 2040 年に向けた挑戦－、2017 年 3 月
6）地域包括ケア研究会、2040 年：多元的社会における地域包括ケアシステム－「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会－、2019 年 3 月
7）下村徹郎、下村恭子他、地域コミュニティに根ざした介護療養病床の転換戦略～医療法人竜門堂 大野病院～、2011 年 10 月
8）佐賀県、佐賀県における人口の将来推計（佐賀県人口ビジョン）、平成 27 年 6 月
9）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
10）高橋紘士《編》、地域包括ケアシステム、オーム社、平成 24 年 3 月
11）木下栄作、厚生労働省医政局地域医療計画課、地域医療構想について、平成 27 年 8 月
12）厚生労働省、地域医療構想の進捗確認　資料 1-1,1-2、令和元年 5 月
13）佐賀県、佐賀県地域医療構想、平成 28 年 3 月
14）厚生労働省老健局老人保険課、地域包括ケアにおける介護医療院の役割、平成 31 年 2 月
15）厚生労働省老健局老人保険課、介護医療院の施設基準、移行支援策等、平成 31 年 2 月
16）厚生労働省老健局老人保険課、介護医療院の開設状況について、令和元年 11 月
17）杵藤地区広域市町村圏組合、第 7 期介護保険事業計画、平成 30 年 3 月
18）P.F. ドラッカー、【エッセンシャル版】マネジメント 基本と原則、ダイヤモンド社、2001 年 12 月
19）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
20）松岡洋子、エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅：日本とデンマークの実証的比較研究、新評論、2011 年 7 月

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

平成 30 年度 第 9 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

〇大会テーマ

医療機関と在宅ケアの連携の構築に向けて

〇会　期

平成 31 年 3 月 16 日（土）14：00～17：20

〇会　場

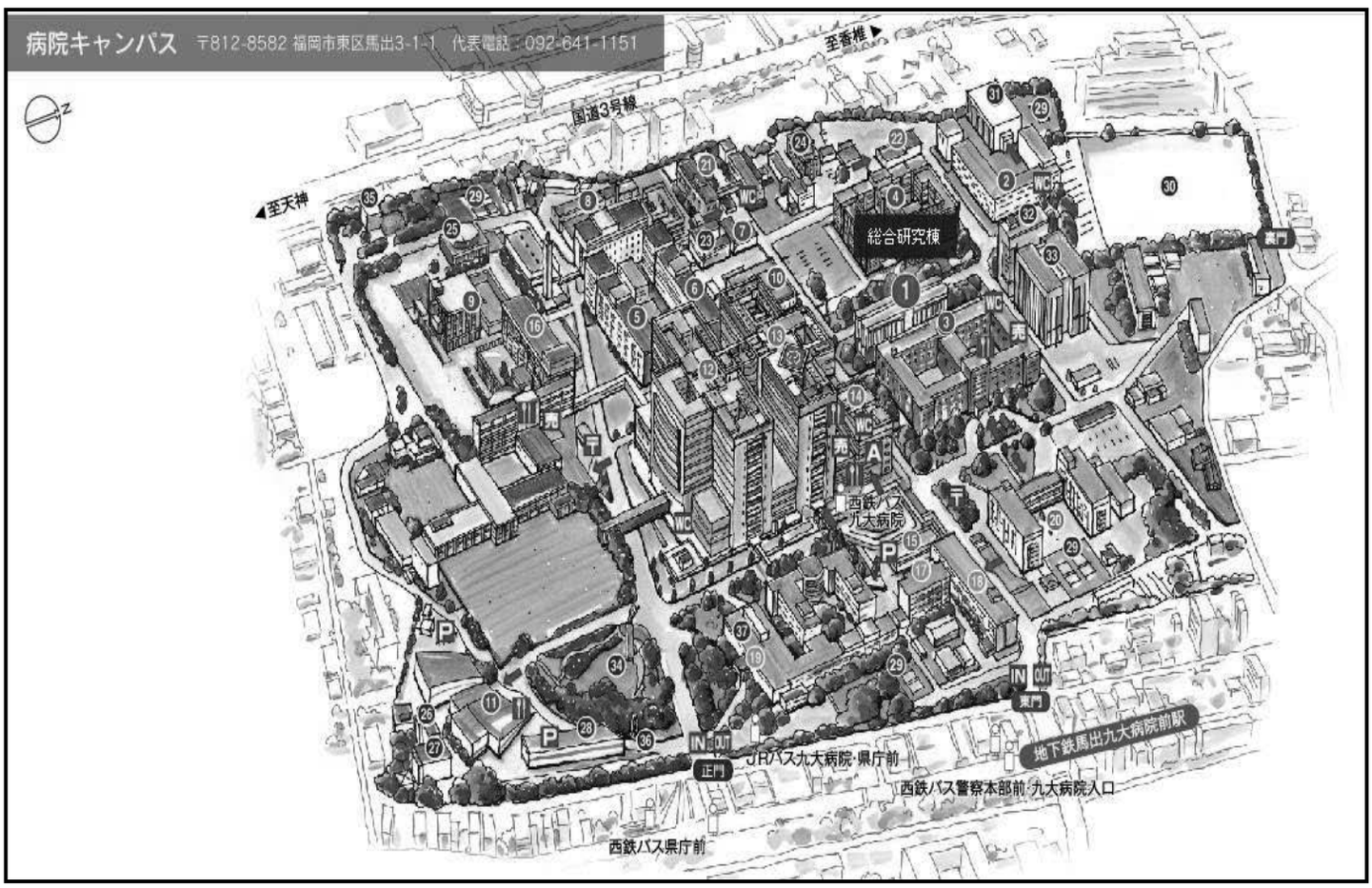
九州大学医学部　総合研究棟 105 号室
（九州大学病院地区キャンパス内）

〇大会長

馬 場 園 明（九州大学）

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

会場案内



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
Ｊ　Ｒ	・「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

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

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１階にて行います。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
懇親会は**3 月 16（土）18:00 から総合研究棟 105 号室横のサイエンスカフェ**で開催します。参加を希望される方は、受付でお申し付け下さい。参加費は、3,000 円です。
多くの皆様の参加をお待ち申しております。

３．飲食・喫煙について
会場内での飲食は出来ませんので予めご了承ください。尚、会場内およびキャンパス内は禁煙です。

４．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。

５．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。

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 10 分です（発表 7 分、質疑・討論 3 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 13:00~13:30 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。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

特別講演　（14：00～14:50）　座長：窪田　昌行（CCRC 研究所）

訪問看護の課題と実践

演　者　　竹山　由子　　九州がんセンター訪問看護ステーション

教育講演　（14:50～15：40）　座長：山﨑 哲男（医療福祉経営マーケティング研究会）

医療機関と在宅ケアの連携

演　者　馬場園　明　　（九州大学）

▶　休　憩　　１５：４０～１５：５０

▶　一般口頭発表　　１５：５０～１７：２０

▶　懇　親　会　　１８：００～２０：００

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

●特別講演

訪問看護の課題と実践

竹山　由子（九州がんセンター訪問看護ステーション）

【九州がんセンターに訪問看護ステーションを設立した背景】

2025 年が目前となり、2035 年の多死社会の到来に備える必要が生じてきた。死亡数の将来推計をみてみると、最も年間死亡数が多いとされる 2040 年は 2015 年と比べ、36 万人/年が増加するといわれている。政府は、2015 年の時点で病院ベッド（病床）数を最大 20 万床削減し、30 万人を自宅や介護施設での治療に切り替える方針を打ち出した。2005 年に 82.4%だった病院死が 2016 年には 75.8%に減ってきており、医療者も少しずつ在宅に舵を切り出したかと思えるが、在宅死が増加傾向にあるわけではなく、施設死が 2005 年 2.8％から 2016 年は 9.2%と増えてきている状況である。平成 30 年版高齢社会白書では、介護を受けたい場所は「自宅」が男性 4 割・女性 3 割、最期を迎えたい場所は「自宅」が半数を超えているが、自宅で生活をし続けることには課題も多い。

九州がんセンターでは、2018 年 7 月にがん患者を対象とした訪問看護ステーションを開設した。この理由としては、がん患者の終末期の ADL は、亡くなる 1 か月前までは 20％の患者が障害なく生活できており、在宅での支援により終末期のＱＯＬが改善できる可能性があるからである。また、分子標的薬・免疫チェックポイント阻害薬などの薬物療法の進歩によって、高齢者のがん治療の選択肢が増えてきており、副作用への対応など体調面の管理が必要になってきたこと、ストマや HPN（在宅中心静脈栄養）など医療処置の手技の確立までの支援が必要であることなど、訪問看護ががん患者の生活を支えていく上で有効であると考えられるからである。

【訪問看護を開始して見えてきた課題】

訪問看護を開始して、重要な課題も見えてきた。まず費用の問題がある。例えば、3 割負担の人でストマ管理のために週 2 回訪問するとした場合、ステーションによっても違いはあるが、月に 28,000 円程かかってしまう。自分で働いておらず、夫や親の扶養になっている患者は、訪問看護の導入を躊躇することも多い。

次に、自己免疫膵炎などがん以外で定期的にフォローしている患者もいるが、高齢者 2 人暮らしであったり、老々介護であったりと、緊急事の対応の選択肢が限られ、体調が急激に悪化した場合、救急搬送されて、本人の意思に関係なく、病院に入院し延命治療などが行われ、自宅に帰れなくなることも予測される。

そして、終末期の患者にとって最重要課題は、望む場所での療養が実現できない現実があるということである。本人が住み慣れた自宅で最期を迎えたいと思っても、独居であったり、老々介護であったり、認知症を患ったりしている場合、医療者も家族も慢性期医療機関への入院を優先しがちである。訪問看護が導入されたとしても、それだけでは点のサービスであり、これを線にしていかなければ、在宅での 24 時間をカバーすることはできず、不安は解消されない。また、在宅にいることはできても、様々な症状や体力・筋力の低下などから、適切な支援がなければ、ソファなどで座って過ごさざるをえない事が多く、生活を楽しむまでの余裕がないのが現実である。

【今後の展望】

がん患者を地域の中で支えていくためには、地域包括支援センター、訪問看護ステーションや在宅支援診療所、緩和ケア施設、居宅介護支援事業所、介護施設などの公的な機関だけではなく、民生委員や隣近所の住民などの地域での支援も統合した仕組みづくりに取り組む必要がある。地域住民を巻き込んだ「地域で支えあうための研修会」などを開催していくことも、Aging in place への実現の可能性を高めると考えられる。

また、健康から生活環境に至る様々な問題について、情報共有して、問題解決に貢献できるコーデイネーターの存在は欠かせない。訪問看護師も、それらの役割を担っていく必要がある。

さらに、地域の中のサービスを、点から線にかえていく必要がある。高齢者介護研究会報告書の中にもあるように、在宅に 365 日・24 時間の安心を届けることができる新しい在宅サービスの仕組みが必要である。随時対応 24 時間訪問介護・看護、看護小規模多機能型居宅介護事業所など、その地域に応じた地域密着型サービスを提供していく必要がある。そして、住み慣れた場所で生き生きと生活できるためには、在宅での継続したリハビリを保障し、生活を楽しめるようなインフォーマルなネットワークの構築も不可欠である。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

●教育講演

医療機関と在宅ケアの連携

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）

【高齢化の進行と求められるケア】

わが国では、高齢化が進行したこともあり、急性期病院に入院して、治癒して退院できる患者は少なくなってきている。退院しても、疾病が慢性化し、後遺障害や合併症を併発する恐れがある状態で生活している患者が多数である。あるいは、認知機能障害や高齢による衰弱が徐々に進行している患者も多い。したがって、多くの患者が必要とするサービスは、短期的な介入に特徴づけられる医療サービスではなく、医療・介護・生活支援も含んだ複合的・継続的なサービスである。そのため、医療・介護従事者には、患者の意思を尊重した上で、必要なサービスを提供することが求められる。

近年、医療サービスを提供するにあたって価値が置かれてきたのが、本人の尊厳と生活の質であり、「病院完結型」から、「地域完結型」へのケアが優先される理由になってきており、それを実現するためには支援者間での連携が必要不可欠となっている。

【在宅医療に関係する組織と職種】

在宅医療に関係する組織は、訪問診療を行う病院や診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護施設などがある。関係する職種は、医療職、ケアマネジャー、介護福祉士、ヘルパーなどの介護・福祉職員、医療機器業者、行政の職員などがある。これら、多機関・多職種の協働は、医療機関などがそれぞれ役割分担と専門化を進め、お互いに連携してその機能を生かすことにより、患者が地域で切れ目のない適切な医療を受けられることを可能としている。これを地域医療連携（地域医療・介護連携）と呼んでおり、地域包括ケアシステムの基盤となっているが、これらの連携を機能させるためには、連携のマネジメントも必要である。

【連携のあり方】

連携を垂直的連携と水平的連携に分類する方法がある。垂直的連携とは病院と地域に存在する機関（診療所や居宅介護支援事業所・介護事業所など）との連携である。近年の診療報酬で力を入れられている入退院支援はこれを補強するものが多い。一方、後者は地域における医療機関間の連携や医療介護連携であり、地域包括ケアシステムにおいて常に求められる連携ともいえる。連携もリンケージ、コーディネーション、統合に分類される。リンケージとは、ある機関と別の機関との一時的な情報の交換である。コーディネーションとは、組織と組織による定期的な情報共有の在り方である。そして、統合とは、医療・介護・予防・生活支援・福祉の部門が一体となったサービスを行うことである。統合も、規範的統合、組織的統合、機能的統合、臨床的統合、システム統合に分類されるが、患者中心のケアを行うには、規範的統合が重視される必要がある。規範的統合とは、ホリスティック、ノーマライゼーション、継続性、地域性、弾力性、本人の意思の尊重といった原則で、一貫したケアがなされることを言う。

【在宅医療に求められるもの】

患者にとっては、在宅医療は住み慣れた場所で自分らしく暮らせるために必要なものである。そして、それを可能にするためには、その人ができるだけ自立した状態で、生活を営むうえで支障になっているものは何かという視点で観察し、アセスメントに結びつける力が在宅医療のスタッフには求められる。

訪問看護師は、ケアマネジャーと常に情報を共有し、連絡を取り合って、患者や家族が必要としているケアや支援を素早く提供することが大切である。加えて、ケアマネジャーに医療面で助言をしたり教育したりすることも必要となろう。また、地域で療養する患者・家族にとって心配なのは、症状が急に悪くなったときの対応である。そこで、病状の変化があれば24時間いつでも相談ができ、必要に応じて訪問できる体制があることが求められる。そのような場合は、訪問看護師が重要な役割を果たすことになる。

なお、終末期をどう過ごしたいか、最期をどう迎えたいかという患者の気持ちを確認しなければ本人の希望をかなえることもできない。在宅ケア開始後、早い時期から患者と話し合う時間を持ち、在宅のスタッフで共有していくことが求められる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

▶一般口頭発表Ａ　　１５：５０～１６：２０

病院経営　座長：窪田　昌行（CCRC研究所）

１．財務とパフォーマンスの視点による大分県の社会医療法人と自治体病院との比較－

○森友　秀明（九州大学大学院医学系学府・社会医療法人三愛会）
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．診療科別原価計算を用いた病院経営の分析

○古谷　享康（田川市立病院　病院局）
國武　優美（田川市立病院　病院局）
茅野　壽司（田川市立病院　病院局）
齋藤　貴生（田川市病院事業管理者）

３．加治木温泉病院における小児 ST 外来の開設までの過程と現状と展望
－地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて-

○原口　友子（医療法人玉昌会）
原　有希　（医療法人玉昌会）
吉元　史織（医療法人玉昌会）
田中　優衣（医療法人玉昌会）
中村　真之（医療法人玉昌会）
髙田　昌実（医療法人玉昌会）
窪田　昌行（CCRC 研究所）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

▶一般口頭発表Ｂ　　１６：２０～１６：５０

医療・健康政策　　座長：馬場園　明（九州大学）

１．　地域ケアに貢献する調剤薬局のビジネスモデル-2040 年に向けて-

〇中山　久美子（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）

２．　訪問リハビリテーションの仕組みである KAKO システムの開発と検証

〇古賀　大一郎（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）
窪田　昌行　（CCRC 研究所）

３．市町村における認知症対策の戦略について

〇亟々　美香　（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14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｃ　　１６：５０～１７：２０

地域完結型医療　　座長：齋藤　貴生（田川市病院事業管理者）

1．アジアの医療国際化とアジアの少子高齢化への日本の貢献
～アジアの医療ツーリズムと地域包括ケアシステムのアジアへの展開～

○窪田　昌行（CCRC 研究所・医療法人健成会）
髙田　昌実（医療法人玉昌会）
髙田　和美（医療法人玉昌会）
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．福岡県後期高齢者医療制度における集中治療受療率の地域差

〇吉田　真一郎　(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)
馬場園　明　　（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

3.　職場背景からみた労働者の喫煙率について

○藤田　貴子（九州大学大学院医学系学府 医学専攻・九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野）
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14巻　第1号　63- 82,　2019

一 般 演 題 抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ａ

財務とパフォーマンスの視点による大分県の社会医療法人と自治体病院との比較

○森友秀明（九州大学大学院医学系学府・社会医療法人三愛会）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

地域医療構想で、急性期病床の適正化が謳われているとともに、地域包括ケアの充実が急がれている。また、人口構造や疾病構造が変化し、高齢者の慢性疾患や変性疾患のニーズが増加しているため、社会医療法人と自治体病院も連携して地域医療に貢献する必要がある。そこで、大分県内の社会医療法人と自治体病院を財務とパフォーマンスの視点から比較し、地域医療の最適化に向けて定量的に測定し、評価を行うこととした。

【対象と方法】

対象は、大分県内の社会医療法人と自治体病院とした。データは、大分県の医療機関決算届（平成27年3月期から平成29年3月期までの3期分、10機関×3期分＝30データを使用）、大分県の病床機能報告、総務省の自治体病院経営指標（平成27年3月期から平成29年3月期までの3期分、5機関×3期分＝15データを使用）、厚生労働省のDPCを使用した。評価指標とする財務指標としては、(1）収益性指標：売上高事業（医業）利益率、売上高経常利益率、売上高修正経常利益率、事業収支比率、修正経常収支比率、総資産利益率、総資産回転率（回転期間）、(2）安全性指標：流動比率、自己資本比率、売上高借入金比率（3）機能性指標：平均在院日数、病床利用率、救急受入件数、機能評価係数Ⅱを使用した。そして、財務諸表等の分析財務数値、収益性指標、安全性指標、機能性指標の比較を行い、経営格差を検証した。

【結果】

社会医療法人と自治体病院の事業利益を比較してみると、社会医療法人は、10機関3期分の30データのうち7データが赤字計上となっていた。一方、自治体病院は、5機関3期分の15データのうち、13データが赤字計上となっていた。赤字計上の割合を比較すると社会医療法人23.3%に対し、自治体病院は86.6%と極めて高い比率になっていた。収益性の指標についてであるが、事業収支比率は、社会医療法人平均が103.0%であった。30データのうち24データ、すなわち社会医療法人の8割が事業収支比率100%を上回っていた。一方、自治体病院平均は93.6%、100%を上回っているデータは15データ中9データあり、6割であった。自治体病院の修正経常収支率をみると、15データ全てが100%を下回っているという状況であった。売上高経常利益率は、社会医療法人平均3.2%、自治体病院平均-0.19%、自治体病院の売上高修正経常利益率平均は-10.29%となっていた。大分県内の自治体病院についても、慢性的な赤字の状態に陥っていることが本研究により確認できた。赤字経営の内容であるが、本業の医業利益ベースで毎期多額の赤字を計上しており、補助金等の事業外収益によりカバーされているような状況であった。安全性の指標についてであるが、流動比率については、社会医療法人平均284.3%、30データのうち8データが100%を下回っていた。自治体病院平均368.6%で、15データのうち100%を下回っているデータはなかった。自己資本比率については、社会医療法人平均38.7%、自治体病院平均26.7%、自己資本比率がマイナスになっていたのは社会医療法人1機関3データのみ、自治体病院1機関3データのみであった。売上高借入金比率については、社会医療法人平均58.1%、90%を超えているデータが30データのうち6データ、自治体病院平均74.5%、90%を超えているデータが15データのうち6データ存在していた。安全性の指標については、大きな経営格差はみられなかったが、収益性の指標については、社会医療法人の売上高医業利益率が高く、大きな経営格差がみられた。機能性の指標である救急受入件数については社会医療法人と自治体病院に大きな差はみられなかった。

【考察】

収益性の指標については、社会医療法人の方が自治体病院よりも全般的に良好な比率を維持している。安全性の指標については、自治体病院は補助金等を得ているため、安全性を維持しているが、自治体の経営状況を考えると自助努力は必要である。社会医療法人の救急受入に関しては自治体病院の代替機能を果たしていると言える。将来的には、地域医療連携推進法人の傘下に社会医療法人や自治体病院が入り、自治体病院が急性期、社会医療法人の病院が地域包括ケア等へ機能分化し、加えて稼働率の低い自治体病院の急性期病床も削減していくような医療提供体制を統合していく展開も考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ａ

「診療科別原価計算を用いた病院経営の分析」

○古谷　享康、國武　優美、茅野　壽司（田川市立病院　病院局）、齋藤　貴生（田川市病院事業管理者）

【目的】
病院管理上、原価計算は経営状況を把握する上で貴重な手段となっている。今回、原価計算を用いて病院全体での経常収支において、各診療科の経常収支がどのように関わっているのかを検討した。
【方法】
診療科別原価計算を行うにあたり、原価計算システム「メディカル・コード」（メディカル・データ・ビジョン社製）を使用し算定した。分析対象期間は、平成29年度（平成29年4月～平成30年3月）、平成28年度（平成28年4月～平成29年3月）のデータを使用した。対象診療科は25診療科（平成29年度）、24診療科（平成28年度）とした。
原価計算の算定方法
１　収益
本原価計算では、ＤＰＣにおける診療科別収益の比率により医業収益（決算額）を各診療科へ配賦した。医業外収益（決算額）は診療科が把握可能な収益は直接診療科へ配賦し、診療科全体に係る収益については収益比率、患者数等により各診療科へ配賦した。
２　費用
　決算額の医業費用、医業外費用を各種費目別に適当な配賦基準により各診療科へ配賦した。
　配賦方法
病院全体の費用を各種費目別に、一次と二次の2段階で配賦を行い、各診療科へ振り分けた。一次配賦では、診療科と部署の特定ができるものは直課、それ以外は、診療科と部署へ16種類の配賦基準により配賦した。二次配賦では、部署から診療科へ30種類の配賦基準により配賦した。
配賦基準
ＤＰＣデータにおける各診療科の手技料、材料金額、手術件数、収益額、患者数の比率等で配賦した。
【結果】
　病院全体の決算額について、28年度では経常収益は6,096,158千円、経常費用は5,878,606千円、経常収支は217,552千円であった。29年度では経常収益は5,919,938千円、経常費用は5,860,358千円、経常収支は59,579千円であった。28年度、29年度ともに経常収支は黒字であり、29年度の経常収支はやや減少した。原価計算を用いて診療科別の経常収支を求めると、28年度では経常収支が黒字の診療科は6診療科（循環器、消化器、腎臓、緩和ケア、外科、整形）であった。29年度では経常収支が黒字の診療科は5診療科（腎臓、緩和ケア、糖尿病内分泌、外科、整形）であった。28年度を基準とした場合、赤字から黒字になった診療科は糖尿病内分泌内科であり、黒字から赤字になった診療科は循環器内科、消化器内科であった。これらの3診療科について、28年度を基準にした増減率は、糖尿病内分泌内科では収益は4.2%、費用は△1.3%と収益は増加、費用は減少していた。また、循環器内科では収益は△22.2%、費用は△3.9%、消化器内科では収益は△9.4%、費用は△3.9%と収益、費用ともに減少していた。
黒字に転化した糖尿病内分泌内科では入院患者数、診療単価の増加などにより収益が増加していた。費用の減少は、給与費の減少が影響していた。
　赤字に転化した循環器内科では医師の減少にともなう新入院患者数の減少により収益が減少した。病院全体の新入院患者数では28年度は448人（月平均）、29年度は445人（月平均）であったが、循環器内科では、28年度は97人（月平均）、29年度は85人（月平均）であり、月あたり約12人の患者数が減少していた。費用の減少は患者数の減少にともない減少していた。
また、消化器内科では平均在院日数の短縮、延べ入院患者数の減少により、収益が減少した。病院全体の平均在院日数では28年度は13.9日、29年度は13.8日であったが、消化器内科の平均在院日数では28年度は14.4日、29年度は11.6日であり、2.8日短縮していた。これにより、延べ入院患者数では28年度は784人（月平均）、29年度は653人（月平均）であり、月あたり約131人減少していた。費用では材料費、委託費などで減少していた。
循環器内科、消化器内科では、29年度は28年度に対して費用は減少しているが、収益の減少幅の方が大きかったため、両者の経常収支は29年度マイナスとなっていた。
【結論】
　28年度の経常収支を基準とした場合、2診療科で悪化、1診療科で改善がみられ、原価計算を用いたことにより、収支の動向について、診療科別に検討することができた。
診療科別に収益、費用の把握が可能な原価計算は診療科を把握する上で、重要な方法になると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ａ

加治木温泉病院における小児ST外来の開設までの過程と現状と展望
－地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて－

○原口友子　原有希　吉元史織　田中優衣　中村真之　髙田昌実（医療法人玉昌会）
窪田昌行（CCRC研究所）、馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【はじめに】
リハビリテーションは、外傷や脳血管障害等の疾病により人生半ばで身体機能やコミュニケ―ション機能等に障害を負った人々だけでなく、生まれながらにして身体に重度の障害を持つ肢体不自由児や自閉症スペクトラムや注意欠陥多動性障害等の発達障害を持つ小児にも必要である。しかし、鹿児島県内のほとんどのリハビリテ―ション病院の対象はこれまで後天的な障害を呈した成人患者であり、加治木温泉病院でも小児に対するリハビリテーションは、外来のごく一部でしか実施していなかった。このように地域の小児リハビリテ―ションが不足しており、適切な支援を十分に受けられない子どもが多い現状を改善する必要がある。そこで、地域共生社会の実現に寄与し、地域のニーズに沿った医療を担うという当院の基本方針の下、当院で小児リハビリテ―ションの一つである小児言語聴覚療法外来（以下、小児ST外来と略す）を開始することになった。
本研究はこの小児ST外来の開始から、理学療法、作業療法を含む、現在の小児リハビリテ―ション外来（以下、小児リハ外来と略す）の準備までの経緯と現状、今後の方向性について報告するものである。
【方法】
小児ST外来の準備を開始した2016年6月から、2018年7月現在までの経緯をまとめ、小児ST外来を開始した2017年6月から2018年7月までに当院の小児ST外来を受診した対象者の人数、紹介元、年齢、受診時の主訴と評価後の症状の差異について集計・分析を行った。
【結果】
　2017年6月開始時の利用者である小児は3名であったが、2018年7月末現在、訓練継続中の小児20名、経過観察中の小児5名になった。なお、経過観察の5名については、言語面が改善したという理由の他、母親の出産に伴う産休育休により通院休止となっている小児2名が含まれていた。紹介元で最も多いのは霧島市子ども発達支援センターからの紹介であり、64％を占めていた。対象児の年齢で最も多いのは5歳で14名、続いて6歳で5名であり、就学前後の時期に訓練を開始する小児が多かった。主訴は、「ことばがはっきりしない」、「サ行がタ行になる」などの構音障害が14名と最も多かった。しかし、主訴以外の症状の合併や診断結果があった症例が10名あり、全体の4割にも上っていた。
【考察】
訓練が必要であっても、保護者の生活背景の問題から訓練が受けられない小児も存在した。このような問題の解決のために通院以外のサービスの提供方法を考えていく必要がある。現在当院への紹介元は霧島市のこども発達サポートセンターからが多くを占めており、姶良市内の発達上の問題をかかえる小児に対する専門的な訓練や支援の提供はごくわずかであり極端に不足していた。これらのニーズを満たしていくことが、喫緊の課題であることがわかった。主訴以外の症状の合併や診断結果は、発達障害の発見にもつながっていた。発達障害を早期発見し、治療・支援することができれば、二次障害の予防にもつながる。保育機関、健診を行う行政、発達障害の専門的な評価・支援ができる医療機関等に関わる者が十分な連携をとることが大変重要となる。
　当院の小児リハ部門は既存のリハビリテーション部門に加え、姶良・伊佐二次医療圏における新病院の新たな強みになると考える。また、新築移転に先立ちスタートした小児リハ外来において得たアイディアや必要なハード面などを、設計段階から活かしていきたいと考えている。今後も、法人全体の様々な領域の専門性を強みとし、地域に必要とされる事業を展開していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｂ

地域ケアに貢献する調剤薬局のビジネスモデル - 2040年に向けて -

○　中山久美子（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）

【背景と目的】
我が国では、医療・介護需要が増加する2025年に向けて、さらに少子高齢化問題と人口減少問題が深刻化する2040年に向けて、地域包括ケアシステムの仕組み作りが進められている。
医薬分業元年である1974年から現在まで、薬局を立地上の特性から見ると、様々な医療機関からの処方箋を応需する薬局がある一方で、門前薬局が存在することもわかる。厚生労働省の「患者のための薬局ビジョン」にもあるように、これからは地域に根ざし、きめ細やかなサービスが展開できる薬局が求められている。したがって、これからの地域医療に貢献できる薬剤師・薬局は、どう変化しなければならないのか、今後の調剤薬局のあるべき姿を模索する必要がある。
当然、調剤薬局は利益も上げていかなければならない。医薬分業の推進により処方箋受取率（医薬分業率）が、平成27年度には70.0%に至っている。コンビニエンスストアが約5万店舗であるが、それを上回る数がある薬局は、今後淘汰されていくことも予想される。大手調剤薬局チェーンは経営効率を求めるため、一日あたりの処方箋枚数が最低80枚以上ある規模の中堅チェーンは、大手への集約化が進むと予測されている。一方、今後ますます在宅などのきめ細やかな医療が求められる中で、地域に根ざした個人オーナーの薬局も経営を成り立たせるための検討も必要である。
【方法】
薬剤師2名、調剤事務1名の個人オーナー薬局を対象として、慢性疾患（高血圧・高脂血症・糖尿病・認知症）の高齢者をターゲットとして、在宅医療を中心としたビジネスモデルを構築した。
【結果】
地域包括ケアシステムにおける薬局の在り方を、「住宅地型薬局」としました。まず、薬局のビジョン、ミッション、ヴァリュー、ゴールを作成した。
薬局のビジネスモデルを①M&Aによる個人薬局の買収から初店舗を構える、②処方箋アプリによるＩＴの活用、③地域包括ケアマネジメントによる処方箋の獲得、④財務管理とした。
【考察】
本研究では、薬剤師2名、調剤事務1名の個人薬局が、慢性疾患の高齢者を対象として、在宅医療を中心としたビジネスモデルを作成し、新しく1店舗目を出店する際に、どのように戦略を立てて展開していけばよいかを検討した。
この結果から、③財務管理に示した事業計画をもとに経営していくが、初年度はほぼ利益がないに等しく、2年目よりだんだん利益が出てくることが期待できた。
このビジネスモデルでは、①の処方箋アプリを用いた効率の良い運営を行い、それによって捻出された時間を訪問在宅医療に当て、②の地域包括ケアマネジメントによる処方箋の獲得で事業を拡大していくことがキーポイントとなる。よって、ケアマネージャーや訪問看護ステーション、訪問介護事業者と密な連携を取っていくことが重要になってくる。
これらは、バランスト・スコアカードのフレームを用いて、5年間の事業計画をモニタリングしていく必要がある。また、その見直しをSWOT分析によって行っていく予定である。
本研究では、薬局経営のビジネスモデルを重視した調査研究を行ったが、地域包括ケアシステムの中で薬局を運営していくには、医療―医療、医療―介護と、その薬局の周辺における訪問看護、介護ステーションや多職種（ケアマネジャー、栄養士、理学療法士)、地域包括支援センターとの連携が求められる。かかりつけ薬局としての機能とビジョン・ミッションを十分に知ってもらい、相互の情報交換をスムーズに行える関係性が構築できることが期待される。本研究ではそのツールの開発にいたっていないため、今後はコミュニケーションツールの開発が必要と考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｂ

訪問リハビリテーションの仕組みであるKAKOシステムの開発と検証

○ 古賀　大一郎（九州大学大学院医学系学府　医療経営・管理学専攻）　窪田　昌行（CCRC研究所）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

【目的】
我が国は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年にむけて、住まいを中心とした医療・介護・福祉を一体的に提供する地域包括ケアシステムを推進している。しかし、住まいで行われる訪問リハビリテーションにおいては、有効な方法が示されておらず、ガイドラインやエビデンスは確立していない。
そこで、地域包括ケアシステムの目的であるAging in Placeを実現するための、訪問リハビリテーションの仕組みとしてのKAKOシステムの開発と検証を行った。
【方法】
システム開発には、Google scholarの日本語データベースで、「訪問リハビリテーション」で検索し、訪問リハビリテーションのプログラムの問題点に関する文献を収集した。成果をあげるための必要な視点、手順の仮説を立て、SPDCAサイクルを回して検証した。
検証の実践データ集積場所は、福岡県太宰府市にある医療法人健成会鹿子生整形外科医院である。対象は訪問リハ利用者29名であり、FIMを指標として、後ろ向きに評価を行った。
【結果】
KAKOシステムの開発については、評価、介入、アウトカムをすべて標準化した。さらに、すべての工程を可視化した。評価に関しては、生活機能を心身機能・構造、活動、参加との相互作用で捉えているICF理論を用いた。
介入に関しては、ICF理論の評価に沿って5分類に纏り、精神・認知的支援、医療的支援、訓練的支援、環境・道具的支援、連携的支援とした。この5分類を15項目に分け、さらに76の焦点まで細分化したものを個別のニーズに合わせてテーラーメイドするようにした。
システムの検証に関しては、効果判定にWilcoxonの符号付順位検定を用いた。初回FIMの平均は81.3±4.4であり、3ヶ月後FIMの平均は95.2±3.8となり有意差が認められ（p値＝0.0001)、ADLの改善につながることが示唆された。FIMは１点あたり1.6分の介護時間と換算でき、これによれば、１日の介護時間が22分間軽減されることになる。
【考察】
これまでの訪問リハと大きく違った点は、まず、評価・介入・アウトカムを一連のプロセスに沿って標準化したことである。
次に、現在の訪問リハビリテーションにて中心的に実施されてきた運動や環境調整のみでなく、５つの分類を定義して組み合わせたことにとり、テーラーメイドシステムとした。これにより、セラピストは、評価・介入において、漏れがなく、成果を上げることに集中できるようになった。利用者は、明確な目標設定を行い、疾病と状態の説明や行動支援を受け、納得してリハビリテーションに取り組む
ことにつながった。
最後に、リハプログラムを全て可視化した。利用者、セラピスト間、関わる他職種に対しても、情報統合が可能になり、利用者を全体で支援する仕組みとしても効果的であったと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｂ

市町村における認知症対策の戦略について

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

【目的】

わが国は団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を目指している。地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムである。また、わが国における認知症の人の数は2025年には約700万人となり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人へと上昇する見込みとなっている。認知症高齢者数が増大するなか認知症の対策は必要不可欠となっている。現在の認知症高齢者への対応は「場当たり的」であり、終末期までの継続的なケアができていない現状がある。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること（Aging in place）は、認知症高齢者にも実現することが求められており、認知症における地域包括ケアシステムの構築が求められている。介護保険制度においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）が地域包括ケアシステムに関する各資源を統合していく役割を担っている。そこで市町村が行う介護支援専門員に対するマネジメントに着目し、認知症における地域包括ケアシステムの構築を目指すための戦略について検討を行った。

【方法】

市町村が認知症における地域包括ケアシステムの構築を達成するための戦略について、バランスト・スコアカードを作成した。「学習と成長の視点」「プロセスの視点」「顧客の視点」「財務の視点」をもとに、戦略マップとスコアカードの作成を行った。「プロセスの視点」において、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の対応をもとに、介護支援専門員が使用する認知症ケアパスを作成した。

【結果】

ビジョンを「認知症における地域包括ケアシステムの構築」と設定し、ミッションを「認知症があってもAging in placeを実現する（認知症の生活の場所を入院としない)」と設定した。戦略マップをもとに、施策の因果関係に基づき体系的に整理し、スコアカードで重要成功要因と重要業績指標を設定した。介護支援専門員が使用する認知症ケアパスは、認知症の経過ごとに介護支援専門員が各資源をどのように調整していくかを明確にした。介護支援専門員が提供するケアを、ビジョンに沿った対応をすることで標準化することによって、Aging in placeを実現するための戦略の過程が可視化できるようになった。

【考察】

本研究では、市町村が認知症における地域包括ケアシステムを構築するための具体的な戦略について明らかにした。バランスト・スコアカードを活用したことで、地域包括ケアシステムの構築に向けて、施策ごとの因果関係に基づき体系的に過程を整理し、戦略を可視化できるようになった。そのため、市町村職員のみならず、他のステークホルダーとも利用者のゴールを明確にしつつ、支援の在り方を共有することが、「規範的統合」への達成につながると思われる。当然のことながら、地域には利用できる資源や経済的な背景も地域差が存在するために、地域に適したシステム（Community based）の構築が必要である。本研究の戦略を各市町村の課題や独自の利用可能な資源などを盛り込み、重要業績指標の具体的な数値目標や必要な予算を設定し、担当部署を決め、ローカライズしていくことが求められる。また、本研究では市町村が民間事業者である介護支援専門員をマネジメントすることについて焦点を当てた。現在の介護保険制度では、受け持ちの利用者が介護保険サービスを利用することで、介護支援専門員に対して報酬が支払われるため、Aging in placeの実現に動機づけるインセンティブは与えられていない。介護報酬に結果に応じた支払いを導入することは困難であると考えられるので、市町村が介護支援専門員をマネジメントすることで、地域包括ケアシステムの構築へ誘導していくことが求められる。また、介護支援専門員は他の介護保険サービスとは違い、利用者の自己負担が免除されていることも、市町村のマネジメントが必要である理由になっていると考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｃ

アジアの医療国際化とアジアの少子高齢化への日本の貢献
～アジアの医療ツーリズムと地域包括ケアシステムのアジアへの展開～

○窪田昌行(CCRC研究所) 髙田昌実　髙田和美（医療法人玉昌会）
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】

アジアの中で、我が国の少子高齢化の現状は突出している。2018年の我が国の高齢率は27.8%であるが、アジア近隣諸国では、高齢化の一番進んだ韓国でも14.7％である。しかし、アジア主要国の高齢化は加速し、今後深刻な問題となっていくことが予想されている。一方、経済の視点からみれば、我が国は人口構成の逆ピラミッド化が進行し、社会保障制度を支える人口と享受する人口が1対1となり、年金制度のみならず、医療保険制度、介護保険制度が現状のままでは、維持できないと推測される。このため、現在のままであれば、経済力の指標である日本のGDPは伸び悩み、アジア諸国で経済をリードしてきた日本が衰退していくことが懸念される。

その対策として、未だ少子高齢化が進行していないアジア諸国に目を向けて、人材、技術、システムの交易・交流を図ることにより、経済力を維持することが想定できる。特に医療技術、医療介護システムに関して、我が国はアジア諸国でも進行しており、医療の国際化を発展させていくと共に、医療介護の人材をアジアから求めていくことは、我が国の発展につながると考える。本研究の目的は、日本の医療機関とアジア諸国との連携、及び共同事業の可能性について提案するものである。

【方法】

研究方法として、まず我が国とアジア主要国の高齢化の現状と課題を比較分析し、次に医療ツーリズムとアジアでの現状、我が国の取り組み、課題を分析した。次に2017年11月にタイ国の医療ツーリズム、高齢化対策視察の経験を基に、これから我が国と同じ少子高齢化を迎えていくアジア主要諸国が、日本がゴールドプラン、介護保険制度の施行、そして2025年の実現を目指す地域包括ケアシステムから学ぶ点を整理した。最後に米国のCCRCを参考にした、地域包括ケアシステムの機能を満たす日本型CCRCのアジア諸国での活用の可能性と課題について整理・考察した。

【結果】

(1)　我が国とアジア主要諸国の少子高齢化の課題

高齢化を比較する際、高齢化の比率と速度がある。国連では、高齢化率が７％から14％になった年数を高齢化の速度と定義しており、我が国は1970年に7%に、1994年に14%となり、24年である。今まで世界で一番高齢化の早いのは我が国であったが、韓国が18年と日本を超え、今後シンガポールが19年、中国が23年と、早い速度で高齢化が進行し、高齢化率については、韓国とシンガポールが2030年代に25％に、中国が2040年になる。その際、高齢化対策が大きな問題となることが予想される。

(2)　アジアの医療の国際化と医療ツーリズム

アジア諸国の中でも、シンガポール、タイ、韓国等は医療を外貨獲得、内需拡大の目的とする医療ツーリズムに早くから取り組んできた。医療ツーリズムの目的は、最先端の医療技術、より良い品質の医療、待機時間の解消等があり、現段階ではタイ、シンガポールが進んでおり、我が国は後れをとっている。例えば、医療ツーリズムのための世界にトップ10の中に、アジアから6病院があげられ、タイが2病院、シンガポール、韓国が1病院あげられ、我が国はその中にない。

(3)　地域包括ケアの機能を満たす日本型CCRCの活用

米国CCRCは、加齢と共に変化するニーズに応じて、「住宅、食事、予防・医療・介護、社会活動」を総合的に提供し、同じ場所で最期まで暮らせる総合施設である。筆者らは、米国のCCRCの仕組みを研究し、我が国の文化と制度に適合し、地域包括ケアの機能を満たす日本型CCRCの研究に取り組んできた。このモデルは、これから20年～30年間で、わが国と同じレベルの少子高齢化状態になると予測されるアジア諸国に対して、有効な高齢化への解決策を提供していくものと考える。

【考察】

我が国は、アジアの一員として、他のアジア諸国と、経済的、文化的、社会的共通点も多く、我が国が他のアジア諸国から学ぶ点と、逆に他のアジアの国々が日本から学ぶ点の双方がある。

特に、我が国の医療機関がアジアから学ぶ点は医療ツーリズム等の仕組み作りがある。一方、アジア諸国が日本から学ぶ点は、10年後、20年後の高齢化に対する処方箋として高齢者ケアについて医療と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ついてである。

その際、我が国が1989年のゴールドプランからおよそ30年間培ってきたノウハウを活かした地域包括ケアシステムの機能を満たす日本型CCRCは多くのアジア諸国のこれからの有効な高齢化対策になるものと考える。これらのノウハウを積んできた我が国の医療機関が、アジア諸国での医療と介護を一体的に提供するためのハードとソフトの構築、人材育成および人材交流に貢献することを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表C

福岡県後期高齢者医療制度における集中治療受療率の地域差

○吉田真一郎（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

地域医療構想の医療需要推計は、各地域における年齢階級別人口推計および年齢階級別受療率といった指標を用いて算出される。しかし、受療率の地域差は明らかになっておらず、集中治療医学領域において同様の研究は存在しない。本研究は、福岡県の二次医療圏における集中治療の高齢者受療率および医療圏完結率の地域差を明らかにすることが目的である。さらに、集中治療の観点から、現状の二次医療圏設定と考慮すべき医療圏集約の妥当性を検討した。

【方法】

平成 28 年度における福岡県後期高齢者医療の保険者医科レセプトデータを用いて、各二次医療圏における ICU 入室件数を調査した。それぞれの記録から患者居住医療圏および入室病院医療圏を特定し、各居住医療圏における受療率および医療圏完結率を算出した。同様に、入室前に行われた処置から術後群と非術後症例群に分けて、受療率と完結率を算出した。

【結果】

表 1. 各居住医療圏における受療率　（人/1,000 人）

	全症例	術後	非術後
福岡糸島	11.7	6.2	5.5
粕屋	12.3	7.5	4.8
宗像	17.3	8.0	9.3
筑紫	18.5	10.0	8.5
朝倉	6.9	4.1	2.8
久留米	12.1	7.4	4.6
八女	7.7	5.7	2.0
有明	4.2	3.0	1.2
飯塚	6.1	3.0	3.1
直方	9.0	4.6	4.4
田川	5.0	3.1	1.9
北九州	16.7	9.1	7.6
京築	16.1	9.6	6.5
計	12.6	7.0	5.6

全入室における被保険者 1,000 人当たり受療率の最大値は 18.5（筑紫医療圏）で、最小値は 4.2（有明医療圏）であった。術後および非術後症例では、被保険者 1,000 人当たり受療率はそれぞれ 3.0～10.0 および 1.2～9.3 の範囲であった。

表 2. 各居住医療圏完結率　（全症例）

	現状	医療圏集約	集約医療圏
福岡糸島	0.90	0.98	福岡
粕屋	0.25	0.99	
宗像	0.63	0.94	
筑紫	0.71	0.96	
朝倉	0.00	0.64	久留米
久留米	0.94	0.96	
八女	0.32	0.96	
有明	0.00	0.93	
飯塚	0.80	0.80	筑豊
直方	0.00	0.38	
田川	0.00	0.57	
北九州	0.98	0.98	北九州
京築	0.64	0.97	
計	0.47	0.85	

完結率は、虚血性心疾患やがん医療において示されている 4 医療圏への集約によって、ほとんどの集約医療圏で 90%を超えたが、集中治療においては 50%以下にとどまる医療圏もあり、それらは居住医療圏内に ICU を有する施設を持たない二次医療圏であった。

【考察】

本研究で、集中治療における受療率は現在の二次医療圏における地域差が存在することが明らかとなった。さらに、4 医療圏集約による完結率の改善は、虚血性心疾患やがん医療とは異なっていた。これらの知見は、集中治療における資源偏在と同時に Supplier induced demand を招いている可能性も示唆している。集中治療の適切な医療分配には、病院規模、診療専門性、隣接医療圏の資源量といった点を含めた特別な配慮が必要であると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　63- 82,　2019

一般口頭発表Ｃ

職場背景からみた労働者の喫煙率について

○藤田貴子1)2)、馬場園明3)、原野由美2)、姜鵬2)
1)九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野、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】

喫煙は公衆衛生分野における主な課題である。我が国における喫煙率は下がってきてはいるものの、高所得国の中でも高く、また、39.6％が職場で受動喫煙の機会があったと答えている。健康日本21（第２次）では、受動喫煙における数値目標を掲げているが、職場環境においては受動喫煙のない職場の実現とし、具体的な数値は掲げていない。また、健康増進の方針の一つとして、健康格差の縮小を掲げている。個人の喫煙と学歴や収入、雇用形態などの社会経済的要因との関連については報告されているが、職場環境の観点からは、禁煙対策が進んでいない職種での喫煙状況を評価し、対策を取る必要がある。

以上の背景から、本研究では、喫煙と職場背景との関連を明らかにすることを目的とする。

【対象と方法】

全国健康保険協会福岡支部被保険者のうち、2015年度に健診を受けたものを対象とし、喫煙状況について未回答の者、年齢の回答をしなかった者については除外した。対象者の喫煙率について、性別、年齢、標準報酬月額、職種別（18区分）に把握した。多重ロジスティック回帰分析を行い、喫煙を目的変数としてオッズ比を算出し、信頼区間は95％とした。

【結果】

本研究の対象者は、385,945人で、喫煙率は36.3％であった。職種別の喫煙率では、運輸業・郵便業が51.1％で半数を超えており、次いで鉱業・採石業・砂利採取業、建設業の順に高く、公務、教育・学習支援業、医療・福祉の順で低かった。

次に、ロジスティック回帰分析を行った。基準は、最も喫煙率が低かった属性を用い、女性、40歳未満、所得区分150千円未満、職種は公務とした。職種については、多変量でみたときに教育・学習支援業が公務に対して有意に低かったものの、それ以外全てでオッズ比は有意に高く、特に運輸業、郵便業で単変量、多変量共に最も高く、それぞれ、オッズ比5.51(95%CI 5.20-5.85)、2.69(95%CI 2.53-2.86)であった。

所得区分ごとに同様の分析を行ったところ、鉱業・採石業・砂利採取業、建設業、生活関連サービス業、運輸業・郵便業は全ての所得区分において有意にオッズ比が高かった。また、所得区分が低い方が業態による喫煙率に有意差がみとめられたが、特に女性において顕著であった。

【考察】

本研究で明らかになったことは三つある。一つ目に、本研究の対象である中小企業雇用者の喫煙率は我が国の喫煙率よりも高いことである。二つ目に、他の属性を考慮したとしても、職種による健康格差は有意であることである。特に、受動喫煙防止対策が法に定められている職場環境にある公務や教育・学習支援業、医療・福祉などの職種は低かった。一方で、運輸業、建設業などの喫煙率は高く、これらの産業で働く人は喫煙しやすく受動喫煙の曝露も受けやすいことが考えられ、職種による健康格差が認められた。三つ目に、女性は所得が低い方が職種による喫煙率に有意差が見られ、職種による健康格差が顕著であり性差が認められたことである。

禁煙や職場での受動喫煙防止対策を図ることやたばこ税を増税することで、社会経済的な状況が低い集団の喫煙率を下げることがわかっている。今後は、事業主への啓発をまず行い、職場環境の視点を含め、禁煙対策・受動喫煙防止対策を喫煙率が高い業態を中心に発展させていくことが求められる。

本研究の限界として、調査対象には、大企業や自営業、無職の人は含まれておらず、職種や役職について考慮していないこと、教育歴については、我が国の保険者の持つデータには学歴が含まれていないことから考慮していないこと、職場で行われている禁煙対策についての情報は、報告義務がないため分析に含めていないことが挙げられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　83- 84,　2019

第１４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～

「医療マーケテイングの基本」

平成 31 年 2 月 9 日（土）14：00～

九州大学病院キャンパス　総合研究棟１

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　83- 84,　2019

プログラム

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：地方独立行政法人福岡市立病院機構理事長　竹中　賢治

「医療マーケテイングと地域包括ケアシステム」

演　者：九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　馬場園　明

座長：地方独立行政法人筑後市立病院理事長・院長　吉田　正

「大規模経営管理データを用いた医療収益の関連要素」

演　者：九州大学大学院医療経営・管理学講座准教授　福田　治久

（　休　憩　　15：50～16：00　）

Ⅱ．実践

座長：飯塚市立病院管理者　武冨　章

「医療マーケテイングの応用と実践」

演　者：医療法人財団　華林会理事長　菊池 仁志

対話形式の討議　16：50～17：30

司会　九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　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14巻　第1号　85- 86,　2019

第 15 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～

「医療変革時におけるガバナンス」

令和元年８月 24 日（土）14：00～

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　85- 86,　2019

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

プログラム

テーマ：「医療変革時におけるガバナンス」

開会　14：00～14：10

会長挨拶　田川市病院事業管理者（元）　齋藤　貴生

講　演　14：10～16：50

Ⅰ．理　論

座長：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

「変革時におけるコーポレート・ガバナンス」（14:10～15:00）

演　者：新潟国際情報大学経営情報学部 経営学科 教授　内田　亨

Ⅱ．実　践

座長：日本赤十字社福岡赤十字病院 院長　寺坂　禮冶

「変革時におけるホスピタル・ガバナンス」　（15:00～15:50）

演　者：熊本県済生会 支部長　副島　秀久

休　憩　（15：50～16：00）

座長：飯塚市立病院 管理者　武冨　章

「病院再生におけるガバナンス」　（16:00～16:50）

演　者：田川市病院事業管理者（元）　齋藤　貴生

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　教授　馬場園
日本赤十字社福岡赤十字病院 院長　寺坂　禮冶

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14巻　第1号　　87，2019

【 定例研究会報告 】

平成 30 年 10 月 4 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 66 回 近年の医療・介護制度改革について

現在の医療制度改革に最も大きな影響を与えているのは，2005 年 12 月に自民党と公明党による政府・与党医療改革協議会において，「医療制度改革大綱」である．これによって，新たな高齢者医療制度の創設，特定健診・特定保健制度の創設，医療費適正化計画の実施，医療計画の見直し，健康保険制度の統合が図られた．

新たな高齢者医療制度は後期高齢者医療制度と前期高齢者医療制度の 2 つから成り，2006 年に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）」に基づき 2008 年４月から発足している．特定健診・特定保健制度は，生活習慣病の責任を保険者に求め，健診・保健指導の受診率，メタボリックシンドロムの有病率に目標設定と改善努力を課すものであった．医療費適正化計画は，都道府県に特定健診・保健指導の目標と平均在院日数を管理させるものであった．医療計画の見直しでは，医療計画への記載項目に，4 疾病（がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病）・5 事業（救急医療，災害医療，へき地医療，小児医療，周産期医療）ごとの整備目標と医療連携体制，在宅医療確保のための整備目標などが追加された．なお，その後，4 疾病には精神疾患が追加された．健康保険制度の統合では，政府管掌保険と国民健康保険の都道府県別の統合が検討された．しかし，政府管掌保険は全国健康保険協会（協会けんぽ）となり，全都道府県に支部が置かれ，市町村国保は都道府県別に財政が統合されるにとどまった．

次いで大きな影響を与えたのは，社会保障制度改革国民会議の提言である．その報告書は，「社会保障制度改革の全体像」「少子化対策分野の改革」「医療・介護分野の改革」「年金分野の改革」からなっていた．「給付は高齢者世代中心，負担は現役世代中心」という従来の発想を転換して，「給付も負担も全世代で」と報告書は指摘している．すなわち，負担については「年齢別」から「負担能力別」に切り替わることになった．「医療・介護分野の改革」では，必要とされる医療の内容は，「病院完結型」から，地域全体で治し，支える「地域完結型」に変わらざるを得ない．そして，必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには，医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り，国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要とし，市場の力でもなく，データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を検討しなければならないとしている．これらを受けて，「病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定」「地域包括ケアシステムの整備」が進行しているのである．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　88，2019

【 定例研究会報告 】

平成 30 年 12 月 6 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 67 回 地域包括ケアシステムの現状と将来

地域包括ケアシステムの構築を推進する具体的な手法の一つである地域マネジメント を行うにあたり， 最も重要な点は， 「どのような地域社会を作りたいか」という理念と， その進捗を評価できる具体的な「目標と指標」の設定である． 地域包括ケアシステムは， 地域住民が「出来る限り住み慣れた地域での生活を継続」 する姿の実現を目指すが， その達成を評価する検証可能な客観的なアウトカム指標が 設定されている例は少ない． 数量的に達成状況の把握が難しい指標， たとえば「安心して生活できる地域づくり」のように達成の有無の検証が困難な理念ではなく， 例えば「認知症の周辺症状が生じても， 在宅生活の継続に不安を感じない地域づくり」のように， 数量的に評価しうる具体的な目標 13 を設定し， これを関係者間で共有する工夫が大切である． また， 最終的な目標のための指標だけでなく， 目標を達成するため に必要となる個別のアウトプットに関する指標（アウトプット指標）の設定も重要と なる．

現行の介護保険事業（支援）計画は， 各種サービスの利用量の見込みの推計が 中心となっているが，現在別立てとされている介護給付費適正化計画も含め， 自治体 における地域包括ケアシステムの構築に向けた各種取組や， 都道府県における保険者支援の取組についても記載し， これらの取組の達成目標も具体的に設定し進捗管理を 行う内容に拡充すべきである．

介護保険制度の施行当初， 通所介護や訪問介護等の広域型サービスや介護保険施設の 指定権限は，都道府県に限定されていたが， 政令市・中核市については権限移譲が進められた． また， 地域密着型サービスについては保険者が指定権限を持つようになり， また広域型サービスについても， 地域密着型サービスの確保・普及を目的とした保険者と都道府県間の協議制が導入されるなど， 制度上は， 保険者が主体性を発揮しやすい環境が整いつつある． 一方で， 定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスを確保するための都道府県協議制や公募制といった仕組みも活用しつつ， 地域に必要であるが整備されていないサービスの誘致を保険者として推進していかなくてはならない． しかしな がら， 実態としては， 保険者による積極的な管理や計画的な整備が行われている例は 限られている．

医療に関するノウハウの蓄積が少ない自治体では， 医療介護連携にあっ ては， 都道府県や保健所の役割がより重視されるべきであり， 複数の市町村の連携に よる体制づくりを基本としつつ， 都道府県や保健所が技術的にもバックアップすることが不可欠である． 二次医療圏を対象とする地域マネジメントを通じた， 地域医療ビジョンと連動した在宅療養支援体制の構築， 先進的な取組に係る情報共有化， 市町村の分析等からの， 地域包括ケアシステムの構築に向けた改善案の提案なども考えられるだろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　89，2019

【 定例研究会報告 】

平成 31 年 2 月 7 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 68 回 日本の社会保障制度と課題

社会保障という仕組みには，大きくいうと，イギリスの救貧法から現代の公的扶助にいたる流れと，ドイツに始まった社会保険の流れがある． 日本もこれらの制度や思想の影響を受けながらその時々の社会の課題に対応して固有の仕組みを発展させてきた．そして，戦後の敗戦からの復興，高度経済成長期の拡充期から，オイルショック後の財政再建期，本格的な少子高齢化時代の制度の再編成期に取り組んでいる．

1950 年，社会保障制度審議会は「社会保障制度に関する勧告」を発表した． いわゆる「五十年勧告」として知られているもので，ベヴァリッジ報告をひな形として，戦後先進国で進んでいた社会保障（social security）を，日本においても構築すべく，その理念と概要について述べたものである．その定義によれば，社会保障制度とは，疾病，負傷，分娩，廃疾，死亡，老齢，失業，多子，その他困窮の原因に対し，保険的方法または直接の公の負担において経済的保障の途を講じ，生活困窮に陥った者に対しては国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに，公衆衛生および社会福祉の向上を図り，もって，すべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう． また，50 年勧告では，社会保障制度が，①社会保険（医療保険，年金保険，失業保険，労災保険），②国家扶助（公的扶助），③公衆衛生および医療，④社会福祉の４部門に分類された．

2012 年 2 月に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され，関連法案が国会に提出された．法案は，国会においても檄しい意見対立と調整過程を経て，一部修正のうえ，可決・成立した．社公保障の安定的財源を確保するために消費税率の引上げが決まり，2014 年４月から 8%へ．さらに 15 年 10 月からは 10%への引上げか決まった．他方で，この増税に関連する年金関連の法律改正や，子ども・子育て関連３法などの法律も成立したが， 予定通りの消費税引上げはおこなえなかった．

したがって，国の一般会計は長い間にわたって歳出に必要な税収等が確保できず，不足分を公債金収入，つまりは借金で賄ってきたため，国の公債残高は，2017 年度末で実に 865 兆円と，今の年間の税収の 15 年分にも相当する額に達する見込みで，財政は危機的な状況にある． 他方で，国の一般歳出の半分以上を占めるのが社会保障のための費用であり，今後の少子高齢化や社会経済の変化に対応してその支出は今後とも確実に増加しており，財源対策，支出の効率化が求められている．

社会保障は再分配制度である． 少子高齢化，経済の低成長と財政悪化，就業構造の変化，国際化などの日本社会の急激な変化の中で，誰から誰に，何について再分配するかが問われている．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　90，2019

【 定例研究会報告 】

平成 31 年 4 月 4 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 69 回 日本の医療保険制度の歴史と課題

わが国は国民皆保険制度をとっているが，雇用主に被雇用者と被扶養者を被用者保険に加入することを義務づけ，それ以外の者を国民皆保険制度に加入することを義務づけるのが特徴である．それに加えて，2008 年度から，75 歳以上の独立した後期高齢者医療制度が設立された．65 歳から 74 歳まではそれぞれの保険に加入しながら，前期高齢者医療制度に属し，医療費の負担に関しては財源調整が行われている．

わが国の医療保障政策は，1961（昭和 36）年に国民皆保険を確立してから，医療の平等消費を強く志向する制度展開を繰り返してきた．国保の給付率向上，高額療養費制度の導入，老人医療費無償化から財政調整を軸とした老人保健制度の構築を通じて，わが国の医療保障制度は，すべての国民に対し，基本的に大きく異ならない内容の医療を保障し，その費用を被保険者全体で応分に負担するという仕組みに発展していった．これは，被保険者以外の者が費消する医療費を被用者保険にも負担させようとした老人保健法制定時の政策判断に拠るところが非常に大きいといえる．保険者が被保険者以外の者の医療費を分担するという仕組みが導入されたことは，複数制度の組み合わせにすぎなかった医療保険制度を統一的に把握するという考え方がひとつの国民合意になったことを意味する．結果的に，この制度の導入は，システムの安定化をもたらし，その副産物として高齢者介護を普遍的に保障する介護保険制度を生み出した．

その一方で，保険者の責任範囲が不明確になるとともにその独自の存在意義が軽視され，システム全体が硬直化ないしは非効率化したという欠点も見逃せず，1990 年代以降の制度改革論の中心は，システムの効率化に集中していった．たとえば，規制緩和という視点からさまざまな改革提案が提起されてきており，　病院経営の株式会社参入は社会医療法人制度の導入に，混合診療の全面解禁は保険外併用旅養費の導入に代えることで，根本的な変更は回避された．

2018 年以降は，市町村国保は都道府県単位のひとつの保険者にすることになり，国保の都道府県単位への一元化がなされた．また，都道府県が納付金を算定する際には，市町村の所得水準を反映するようにもなった．これは，市町村を横断して能力に応じた負担を行うことであるので，所得面におけるリスク調整を意味することになった．この方法は，　市町村国保を超えて保険者間での財源調整に使われてくる可能性がある．

わが国の医療保障政策の将来は，今後も市場主義的な医療制度改革論に対して，どこまで医療の平等消費を軸とした制度の基本を維持できるかという点にあり，この観点から制度の動向を注目していく必要があろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　91, 2019

【 定例研究会報告 】

令和元年６月 ６日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 70 回 日本の年金制度の歴史と課題

わが国の公的年金制度は，全国民を対象とした国民年金（１階部分）と，勤め人などを対象とした被用者年金（2 階部分）から成り立ち，「2 本立て」ならぬ「2 階建て」の仕組みといわれる．国内に住む 20 歳以上 60 歳未満の人は，国民年金への加入が義務付けられ，定額の保険料(2018 年度は月 1 万 6,340 円）を支払う．65 歳になると年金(2018 年度は月約 6 万 5,000 円）が給付される．これは，生活の基礎になる年金ということから，「基礎年金」と呼ばれる．国民年金だけに加入する「第１号被保険者」，会社員など被用者年金にも加入する「第２号被保険者」，そして被用者に扶養された配偶者（主に専業主婦）の「第３号被保険者」に分かれている．そして，老齢，障害および死亡を保険事故として，一定の要件を満たす場合に，保険料の拠出に応じた年金給付を行っている．

なお，厚生年金の保険料は国民年金のように定額ではなく，給料に比例して納め，年金給付もその人の給料に応じて納めた保険料に比例する．保険料は 2018 年現在，賃金の 18.3％で，これを労使折半(会社が半分，本人が半分)で納める．

厚生労働省の統計によれば，公的年金制度の加入者は 6,733 万人，年金受給権者は増加傾向の 4,077 万人弱であり，年金支給総額は約 50 兆円台に達している（平成 29 年度末）．また，厚生労働省国民生活基礎調査によれば，65 歳以上の高齢者世帯の平均所得に占める公的年金・恩給の割合は，ここ 10 年近く約 70％で推移しており，公的年金の存在が高齢者の生活に不可欠のものとなっている．老齢という保険事故は，一定の年齢になることを意味し，客観的に予測可能であるとともに同じ世代の多くの人々が時を同じくして遭遇する点で，障害，死亡あるいは疾病などの保険事故と大きく異なる．

国民年金法の制定による皆年金体制の実現は，高度経済成長に後押しされて，老後を中心とする所得保障制度として定着することに成功した．しかし，少子高齢化の進行や社会経済構造の変革などにより，公的年金制度は絶えず制度の見直しを迫られている．現在，公的年金制度の財政方式は賦課方式の色彩を強めており，給付と負担の公平をいかに調整するかが世代を超えた問題となりつつある．財政基盤の安定化が求められるゆえんである．また，介護保険制度による保険料財源として老齢等年金給付の組み込み，確定給付企業年金法や確定拠出年金法が成立するなど，所得保障の総合化ないし多様化に向けた動きも進行している．

さらに，　近年では年金支給開始年齢の引上げが話題となっている．持続可能で安心できる制度の構築のためにも，制度全体の情報ばかりでなく個人に着目した積極的な情報提供や，透明性のある制度運営が求められる．

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　92，2019

【 定例研究会報告 】

令和元年８月 １日
NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事長　　窪田昌行

第 71 回　地域包括ケアシステムにおける人材育成

地域包括ケアシステムは、2006 年の診療・介護報酬の同時改定のときに導入されたが、その後の少子高齢化の進行と我が国の経済力低下等と相まって、地域包括ケアシステムの枠組みを変化せざるを得ない状況になっている。そのため、厚労省に委託された地域包括ケア研究会は、2017 年に新しい視点「2040 年への挑戦」、「地域共生社会」という概念を発表し、さらに、2040 年への課題を深化させ、2019 年に「多元的な社会における地域包括ケアシステム」「ソーシャルインクルージョン（社会的包摂）」という概念を提唱し、人口減少の程度が大きく異なる地域間で、それぞれの地域でそれぞれの社会資源に適したシステムを構築していくことが求められている。さらに、2040 年に向けたこれからの地域包括ケアシステムの構築の方向性として次の 2 点が提唱されている。

1．国においては、介護サービスのデザインの出来高払いによる単品サービスから「包括報酬型」在宅サービス（小規模多機能型生活介護、定期巡回随時対応訪問介護看護、複合サービス等）に転換していく流れをさらに推し進めるべきである。

2．こうした地域づくりを推進していくためには、行政・保険者が介護保険の制度運営を円滑に進めるための制度運用の業務から、地域デザインを住民関係者とともに進めるためのプラットフォームづくりに業務の重点を移していく必要がある。

地域包括ケアシステムを実現していくためには、地域の資源（人、モノ、情報）をコーディネートするリーダーの育成が不可欠である。リーダーたちは、常に変化していく環境条件に対応していかなければならない。そのためには、変化に対応する知識、スキル、心構え（マインド）を継続的に学んでいく必要がある。

地域包括ケアシステムのリーダー育成の教育プログラムとして、2 つのプログラムが必要である。「地域包括ケアシステム」を学ぶプログラムと、実現のための「地域デザイン・マネジメント」習得のプログラムである。リーダーは、「現状の延長線上に将来像を設定しないビジョンやイメージを構想する力」、「コーディネーション力」、「コミュニケ―ション力」等に加え、マネジメントに関する知識、スキルを習得していく必要がある。さらに地域をまとめていく中で、論理的な思考法によるロジカルコミュニケ―ションと困難や障害を跳ね返す適応力・回復力（レジリエンス）を習得していく必要がある。具体的にそれらを学ぶ方法として、個人指導、グループ学習、ケースメソッドによる論文作成法があり、それらについて紹介する。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　93，2019

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

研究会会誌第 14 巻をお届けします。14 年間絶やすことなく発刊できましたことうれしく存じます。これも、皆さまのお支えがあってこそ実現できたものであり、事務局からも謹んで御礼申し上げます。

さて、今年は令和元年。平成のときと比べ「元号」について話題が咲きました。明治、大正、昭和、平成の元号。その由来が、中国西安の碑林公園博物館の石碑にありました。今回は万葉集からとった「令」と「和」。なぜ、令和一年といわず令和元年というのか。面白いですね。

時事問題で一言、二言申し上げます。10 月からは消費税 10%になりました。今回ばかりは「社会保障費のために使うんだ」「財政再建だ」ということは殆んど聞きませんでした。そうです。いまのところ「財政再建」や「社会保障」に回すとは云っていません。「穴埋め」「補てん」です。スタートしたとたん、次は 15%、先々は 20%のなげやりの声。

今回は絶対注目すべきところがあります。「財務省〈一般会計税収の推移〉2019」からの情報提供です。

第一に、国の税収は、1990 年 60 余兆円(国家予算不足分 30 兆円は借金)、2018 年 60 余兆円(国家予算不足分 40 兆円は借金)。30 年間なぜ増えないの。このナゾナゾを解きましょう。2019 年 10 月の財務省発の統計では、この 30 年間消費税収入は 397 兆円。法人税減収 298 兆円。個人所得・住民税 275 兆円の減収。この穴埋めでした。

第二に、個人所得税 1990 年 26 兆円。2018 年 19.9 兆円。2020 年さらに減少の予測。法人税は、1990 年 18.4 兆円。2018 年 12.3 兆円。2020 年さらに減少の予測。消費税は、1990 年 4,6 兆円。2018 年 17.7 兆円。2020 年は 20 兆円を超します。

つまり、消費税収入が国家の歳入のトップにおどり出て、反比例して個人所得税、法人税が目減りしていく逆転現象が起こることが確実だそうです。さすが、財界の一部からは「こんなことになるなんて」「信じられない」「法人も個人も最高税率の引上げ・見直しを」との声。

第三に、結論として、社会保障・医療・年金等々の財源を語るとき、目の移しどころを「国の歳入歳出構造」(国家予算)の組み替えに着目することが大切ではないかと考えます。

やや、口説くなりました。医療の現場と医療の経済及び医療の行政、日本経済の行方と結びつけて考えてみました。

本研究会誌は、今後ともみなさまの「止揚の機会」をご提供していくため、価値あるものへと高めていきたいと存じます。2020 年第 15 巻目指してご投稿、心より楽しみにしております。

医療福祉経営マーケティング研究
第14巻　第1号　　94, 2019

第 10 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: 「医療機関と在宅ケアの連携の構築に向けて」

1. 会期 ：令和 2 年 3 月 14 日（土） 14：00~

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　大会テーマ「今後の医療政策と医療機関のあり方」

【1. 特別講演 14:00～15:00】

テーマ：地域医療構想と今後の医療機関の集約化

演者：石川ベンジャミン光一 （国際医療福祉大学）

【2. 教育講演 15:00～15:40】

テーマ：医療を取り巻く環境の変化と医療機関のあり方

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14巻　第1号　95- 96,　2019

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。

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
副 理 事 長	：齋藤　貴生	NPO法人高齢者健康コミュニティ会長
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	NPO法人高齢者健康コミュニティ理事
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

2018年度の介護報酬改定で制度化された介護医療院は、2019年9月末時点の入居定員数は16,061床にも達している。転換元の内訳は、病院における介護療養病床から10,501病床、医療療養病床から2,601病床、介護療養型老人保健施設から2,581病床からが大多数であった。介護医療院の開設は介護療養病床の廃止とセットで施行されたわけであるが、これは医療介護総合確保推進法による「医療から介護へ」の流れに沿っており、「医療療養病床」も、今後、この影響を受けてくる可能性があると思われる。

本号では、原著論文として、「市町村における認知症対策の戦略について」、「財務とパフォーマンスの視点による大分県の社会医療法人と自治体病院との比較」、「訪問リハビリテーションの仕組みである KAKO システムの開発と検証」、ケーススタディとして、「ヒューマンライフラインへの架け橋－多世代交流施設構想における慢性期病院と急性期病院とのパートナーシップ－」、および「地域包括ケアシステムの実現に向けて～医療法人竜門堂の取り組み～」、が掲載されています。いずれも、医療・介護の転換期にマッチした論文であり、社会のニーズに対応すべく、戦略経営の参考にして頂ければ、ありがたいと思います。

馬場園明

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
編集委員：　福田　治久
津田　敏秀
藤田　貴子
窪田　昌行

Editorial Board
Editor-in-Chief:　Akira BABAZONO
Editor:　Haruhisa FUKUDA
Toshihide TSUD
Takako　FUJITA
Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第14巻　第1号

2019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　株式会社　三ッ葉

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 14 No.1 1st, October 2019

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

The strategy of dementia measures in municipalities ・・・ 1

Mika JOJO, Akira BABAZONO

Comparison between social medical corporations and municipal hospitals in Oita prefecture from the viewpoint of financial affairs and performance ・・・ 9

Hideaki Moritomo

Development and verification of KAKO system of visiting rehabilitation ・・・ 20

Daiichiro Koga, Akira BABAZONO

Case Study

Bridge to human lifeline - Another corporation in the multi-generation exchange facility concept Partnership between chronic and acute hospitals - ・・・ 30

Satoshi HIRAKAWA, Yasuhide MASUYAMA, Hironobu YAMAOKA,Tomoko HARAGUTI, Masayuki NAKAMURA, Ryuji HAGIHARA,Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Toward the realization of a comprehensive community care system - Efforts of medical corporation Ryumondo – ・・・ 45

Tetsurou SHIMOMURA, Kyoko SHIMOMURA, Shinzabu KOBAYASHI, Tamako SHIMOHIRA, Masayuki KUBOTA,Akira BABAZONO

Report

Report of the Regular Meeting (66h, 67th, 68th, 69th, 70th, 71th) ・・・ 87

News

Tetsuo YAMASAKI ・・・ 93

Information

The 10st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 94

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 95

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・ 97

Editor's note

Editor Akira BABAZONO ・・・ 98

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing