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 15 巻　第 1 号　2020 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

急性期病院における非薬物的せん妄予防に関する試みー心血管術後患者を対象とした横断研究　・・・ 1
梅木　駿太、馬場園　明

「介護医療院いなつき」を中心とした地域包括ケアシステムの構築に向けた検討　・・・ 7
曽我　いずみ、馬場園　明

ケーススタディ

チーム医療～ウイズコロナを見据えて
ーICT を活用した医療・健診・介護・保育分野における新サービス創造への取組み　・・・17
髙田　昌実、窪田　昌行、原口　友子、増山　泰英、有川　瑛人、春田　千幸、平川　智士、
五十峯　かずみ、下薗　康志、大迫　尚仁、山本　陽生、菊池　博之、河原　翔太
中村　真之、馬場園　明

NICU 退院児および医療的ケア児を支えるしくみの構築ー共生型サービス事業の活用ー　・・・31
山本　陽生、下薗　康志、原　有希、原口　友子、髙田　昌実　窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第10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　・・・49
第16回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・63
第17回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集　・・・67

定例研究会報告

第72回研究会報告　日本の介護保険制度の歴史と課題　馬場園　明　・・・71
第73回研究会報告　英国の NHS の歴史と課題　馬場園　明　・・・72
第74回研究会報告　2020 年度診療報酬の改定予定　馬場園　明　・・・73
第75回研究会報告　米国の医療制度の歴史と課題　馬場園　明　・・・74
第76回研究会報告　2020 年度診療報酬改定と新型コロナウィルスの医療経営への影響　馬場園　明・・・75
第77回研究会報告　ドイツの医療制度の歴史と課題　馬場園　明　・・・76

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　山崎　哲男　・・・77

お知らせ　第11回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会　・・・79

研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約　・・・80

投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文）　・・・81

編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員　藤田　貴子　・・・82

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　　2020

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

2020 年，世界を震撼させている新型コロナウイルスは，日本では 1 月 15 日に国内初の症例が確認された．安倍晋三首相は 4 月 7 日，東京，神奈川，埼玉，千葉，大阪，兵庫，福岡など 7 都府県を対象に「緊急事態宣言」を発令した．過去に例のない緊急事態宣言を発令したが，重症急性呼吸器症候群（SARS）と異なり，軽症，無症状の症例が多いことも予防対策を困難にしている．患者数は 6 月以降減少傾向になったものの，7 月に入って再び急増した．この感染症は，高齢者などが感染すれば重症化する可能性が高い．重症者の集中治療室（ICU）治療には２週間以上かかり，ひとたび重症者が増加すれば，医療崩壊の危機にさらされる．

西村康稔経済再生担当相は 7 月 26 日，新規感染者数が再び増加している状況を踏まえて，時差通勤の推進や大人数の会合自粛，各企業へ社員のテレワーク率 70%を目指すよう経済界へ要望する考えを明らかにした．一方，政府首脳は緊急事態宣言の再発令には慎重姿勢を示した．若い世代の感染者が多く，重症者が少ないため，「社会経済活動を全面的に縮小させる状況にはない」とした．こうした判断は，新型コロナ対策の予防効果と経済への影響のバランスをとったものと思われる．

日本病院会，全日本病院協会，日本医療法人協会の 3 団体が 5 月 18 日に公表した「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況緊急調査」は，新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院では，2020 年 4 月の医業利益率はマイナス 11.8%に，病棟を閉鎖せざるを得なかった病院では，同じくマイナス 16.0%にまで落ち込んでいると報告した．また，日本医師会は 5 月 20 日，新型コロナウイルスの感染拡大が医療機関の経営に与えた影響について，2020 年 3 月の診療所の入院外総件数・総日数・総点数はそれぞれ対前年比で 10.9%，10.7%，9.4%減少，初診料算定回数の対前年比は，病院で 20.3%，診療所で 29.0%減少，再診料または外来診療料の算定回数は，病院で 5.5%，診療所で 9.1%減少であったことを報告している．なかでも，小児科の受診が目に見えて急減したことも報告されたが，新型コロナウイルスの予防のための手洗い，マスク着用，三密を避けることなどが，他の感染症を予防したことが一因とされている．なお，わが国においては，自治体の補助により未就学児の医療費の自己負担はほとんどなくなっているが，過剰受診がおこっている傾向も報告されている．医療機関を受診すると新型コロナウイルスに罹患する可能性があったために，「不急不要の受診」が控えられたということも影響したと考えられる．

OECD ヘルスデータによれば，日本の１人当たりの外来受診頻度は年間 12.8 回．これに対して，アメリカは 4.0 回，イギリスは 5.0 回，フランスは 6.3 回と報告されており，日本人が医療機関を受診する頻度は国際的にみても著しく高かったが，「病気になったら病院に行けばいい」という考え方から「病気を自ら防ぐ」という考え方へのパラダイムシフトの契機になる可能性もある．

さらに，グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンが全国約 400 病院の３月と４月の医療データを分析したところ，４月の肺炎による入院は前月比マイナス 78.0%，ウイルス性腸炎による入院はマイナス 73.0%と感染症による入院が大幅減になった．感染症による入院患者の大半は高齢者だが，今までは軽症でも社会的な理由から高齢者が入院していたケースがあった．高齢者が新型コロナに感染すると重症化すると伝わり，高齢者とその家族が必ずしも必要ではない入院を避けたことが感染症の入院減少にも影響しているとみられる．

医療機関では入院稼働率の低下がより財務には響いている．6 月以降は回復傾向にあるものの，高齢者の不要不急の入院は低下していくと思われる．したがって，「入院・入所」から，「地域」への流れは，新型コロナの影響で加速するであろう．医療機関の経営は，今後は，収益ではなく，利益に重きを置くことが求められる．入院では生産性に重きを置き，病床削減を恐れないこと，入院外では遠隔診療の幅を広げていくこと，介護では，感染予防対策をアピールし，遠隔介護を積極的に応用し，包括型地域密着サービスなど安定収入が得られるサービスを拡大していくことなどがヒントになるであろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　 1 - 6 ， 2020

急性期病院における非薬物的せん妄予防に関する試み
－心血管術後患者を対象とした横断研究－

梅木駿太[1) 2)]、馬場園明[3)]

Trial of a nonpharmacological intervention for the prevention of delirium in an acute care hospital：A cross-sectional study involving patients after cardiac surgery

Shunta UMEKI, Akira BABAZONO

【Abstract】
【Purpose】

The purpose of this study was to introduce a system to prevent delirium in an acute care hospital, and measure the effects of this system.

【Method】

Targets for delirium prevention (DP) were patients who were admitted to the intensive care unit of the study hospital after cardiac surgery. In total, 51 patients were classified as the without DP (WDP) group. The DP system was then introduced with 23 patients that formed a DP group. Outcomes were delirium incidence, length of hospital stay, and functional independent measure (FIM) effectiveness. Data were analyzed using chi-square and Mann-Whitney U tests.

【Results】

The incidence of delirium was 29.4% in the WDP group and 21.7% in the DP group. There were no significant differences in outcomes between the two groups in delirium incidence, length of hospital stay, and FIM effectiveness.

【Discussion】

The introduction of the DP system reduced the incidence of delirium from 29.4% to 21.7%. Our finding of no significant differences in our results may be attributable to the small sample size. It will be necessary to conduct further research on the DP system with a larger sample size.

Key words：Prevention of delirium, Nonpharmacological intervention, Acute care

【抄録】
【目的】

急性期病院においてせん妄予防システムを導入し、効果判定を行うこと。

【方法】

せん妄予防の対象として、2018年11月1日～2019年4月30日までにA病院の集中治療室に入院した心血管術後の患者をせん妄予防システム導入前群(n=51)、2019年9月1日～2019年11月31日までをシステム導入後群（n=23）とした。統計解析はカイ二乗検定およびMann-Whitney U検定を行った。退院支援システムは、情報共有に使用したパンフレットの使用感についてアンケート調査を行った。

【結果】

せん妄の発生割合は、せん妄予防システム導入前群では29.4%、システム導入後群では21.7%であった。せん妄予防システムにおける導入前後群の比較では、アウトカムであるせん妄の発生割合、入院日数、FIM effectivenessについては有意な違いを認めなかった。

1）社会医療法人敬和会　大分岡病院創薬センター
Center for Clinical Research, Oita Oka hospital
代表者連絡先：shunta.umeki@gmail.com
2）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
3）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

【考察】

せん妄予防システムを導入することにより、せん妄の発生割合が29.4%から21.7%へと減少した。せん妄予防システムの結果に関して有意差を認めなかった理由として、サンプルサイズが小さかったためである可能性がある。今後、サンプルサイズを大きくして研究を行うことが必要とされる。

キーワード：リハビリテーション、認知症、せん妄予防

【はじめに】

平成28年度国民生活基礎調査によると、要介護状態になる要因として、骨折/関節症・認知症・脳血管疾患・高齢による衰弱（フレイル）が挙げられている[1]。中でも認知症は、2025年には約700万人となることが推定されている[2]。さらに、パーキンソン病/症候群の急激な増加も懸念されている[3]。そのため認知症やパーキンソン病/症候群、フレイルなどの変性疾患の急増は、リハビリテーション（以下、リハ）医療の領域においても重要な課題であり、進行や症状を緩和させるための取り組みが求められる。

特に入院は認知機能の低下や認知症の発症リスクを高めることが報告されている[4)-6)]。その要因として、予定外の急激な環境の変化というストレスに適応できず、身体的・精神的機能の低下が引き起こされ、死亡率も高まる、いわゆるリロケーションショックが考えられる[7]。またその背景となる病態はせん妄であることが考えられる。せん妄は脳酸素飽和度の低下、脳血流の低下、自動調節能の障害、機能連結不全、可逆的な皮質糖代謝低下といった機能的な変化によって、大脳と上前頭回の縮小、脳梁白質の異常といった構造的な変化をきたし、認知機能の低下という現象を引き起こす[8]。さらに入院中のせん妄は、退院後3年以内の死亡率と再入院率を高め、認知機能、生活機能、Quality of life（以下、QOL）を低下させることも報告されている[9]。そのため入院中のせん妄を予防することは、高齢者における認知機能の低下と認知症の発症を予防する上で重要な取り組みであると言える[10]。

しかしその一方で、せん妄予防に関して多くの取り組みが施設毎になされているものの、それらの効果を検証した報告は少ないことが指摘されている[11]。海外においては膨大な研究が実施され、ガイドラインの整備も進んでいる[12]。そのため本邦においても、施設毎におけるせん妄予防の取り組みについて効果を検証し、その成果を積み重ねることが求められている。

本研究の目的は、急性期病院における非薬物的なせん妄予防対策の導入効果を検証することである。

【対象と方法】

研究対象として、A病院の集中治療室に入院された心血管術後の患者を対象とした。また除外基準はデータ欠損者、入院後14日以内の死亡とした。せん妄予防システム導入前群として、2018年11月1日～2019年4月30日までに入院された患者63名のうち、除外基準に該当しなかった51名を組み入れた。せん妄予防システムについては、2019年5月からリハスタッフが構築を開始し、2019年8月1日から正式に導入された。そのため、せん妄予防システム導入後群として、2019年9月1日～2019年11月30日までに入院された患者27名のうち、除外基準に該当しなかった23名を組み入れた（図1）。

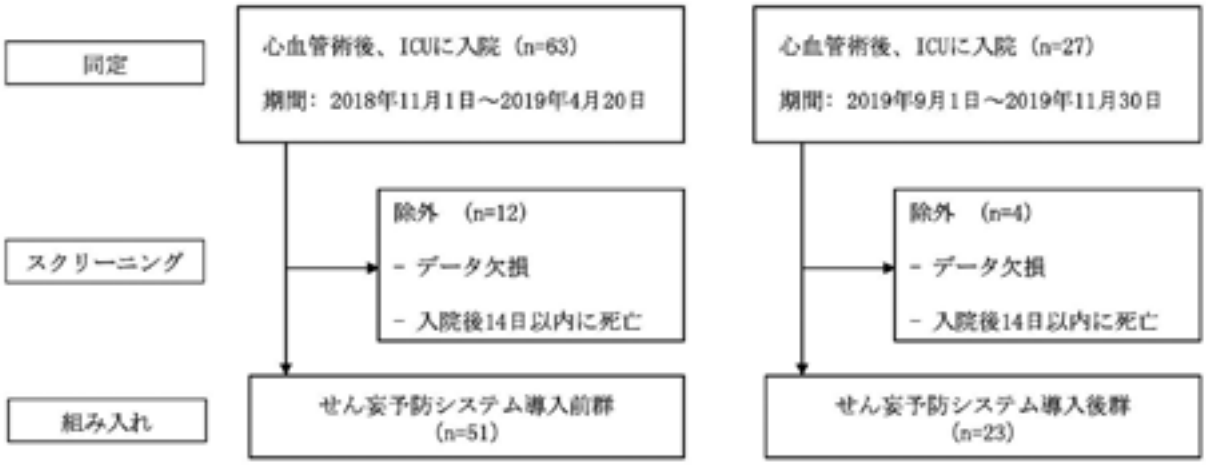


図1：組み入れフロー

せん妄予防システムは、先行研究[12)-14)]を参考に①作業療法士・言語聴覚士により入院時スクリーニングを実施する、②準備因子（70歳以上、認知機能の低下、せん妄の既往、脳卒中や脳外傷といった脳の器質的疾患の既往または原疾患、アルコール依存症の既往）のうち、年齢を除き1つでも当てはまった場合をハイリスク群とする、③ハイリスク群に対して、本人と家族にパンフレットを用いてせん妄を説明する、④家族にカレンダーや時計、見慣れたものを依頼する、⑤照明の調整を看護スタッフに依頼する、⑥リハは少量頻回にて実施する、⑦日中の認知課題（パズル、迷路、日記など）を提供する、非薬物的な内容とした。なおパンフレットについては、岡山大学から公表されているパンフレットを使用した[15]。またリハビリテーションは術後翌日より開始し、負荷量については医師を含めたカンファレンスを実施して決定した。

アウトカムは、せん妄発生割合、入院日数、Functional Independent Measure（FIM）effectiveness[16] とした。アウトカムに影響を与えると思われる要因（交絡要因）である入院時認知FIM、入院時運動FIM、入院時FIM、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、リハ時間についても導入前群と導入後群で比較を行った。せん妄の評価は手術後から集中治療室退室まで毎日行われた。FIMは日常生活動作を18項目にて構成し、それぞれの自立度を7段階にて数値化する評価指標である。完全自立は126点であり、全介助では18点となる。FIMを構成する18項目は、運動項目13項目と認知項目5項目とに分けられる。運動項目は食事、整容、更衣（上衣）、更衣（下衣）、トイレ動作、排尿コントロール、排便コントロール、入浴、移乗(ベッド・椅子・車椅子)、移乗（トイレ）、移乗（浴槽・シャワー）移動、階段である。認知項目は、理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶である。またFIMの改善度について、退院時FIMから入院時FIMを差し引いたFIM利得が使われることが多い。しかしFIM利得は、入院時FIMが中等度の場合で大きくなり、入院時FIMが高いまたは低い場合に小さくなるという特徴を有している。そのため近年、入院時FIMが高い場合を補正することができるFIM effectivenessが用いられている。FIM effectivenessはFIM総得点から入院時FIMを差し引いた値でFIM 利得を除すことにより、改善の可能性に対する度合いを求めることができる[16] 。FIM effectivenessは0～1の間の値をとり、1に近づくほど改善の度合いが大きいことを示す。HDS-Rは認知症のスクリーニングを目的として開発された評価指標である。30点満点とし、20点以下にて認知症が疑われる。評価項目は年齢、日時の見当識、場所の見当識、言葉の記名、計算、逆唱、言葉の遅延再生、物品再生、言語の流暢性にて構成されている。

統計解析はカイ二乗検定およびMann-Whitney U検定を行った。有意水準は5%未満とした。統計解析はEZR[17] を用いて行った。また個人情報の取り扱いは、A病院における個人情報保護規定を遵守し、匿名化を行った上で解析した。

【結果】

表1:せん妄予防システム導入前後における比較

		導入前	導入後	p値
n		51	23	
年齢		76.0 [70.5, 81.5]	70.0 [65.0, 83.0]	0.238
性別 (%)	男	31 (60.8)	16 (69.6)	0.604
	女	20 (39.2)	7 (30.4)	
術式 (%)		弁置換・弁形成 21 (41.2)	弁置換・弁形成 8 (34.8)	0.916
		大動脈瘤切除 18 (35.3)	大動脈瘤切除 8 (34.8)	
		冠動脈バイパス 6 (11.8)	冠動脈バイパス 4 (17.4)	
		その他 6 (11.7)	その他 3 (13.0)	
入院時認知FIM		35.0 [34.0, 35.0]	35.0 [26.5, 35.0]	0.143
入院時運動FIM		73.0 [52.0, 79.0]	30.5 [17.5, 50.5]	<0.001
入院時FIM		108.0 [83.0, 114.0]	64.5 [46.0, 85.5]	<0.001
HDS-R		27.0 [23.0, 28.5]	26.0 [24.0, 28.0]	0.926
リハ時間		84.0 [69.0, 95.0]	73.0 [62.5, 99.5]	0.540
せん妄 (%)	あり	15 (29.4)	5 (21.7)	0.580
	なし	36 (70.6)	18 (78.3)	
FIM effectiveness		0.6 [0.4, 0.8]	0.8 [0.6, 1.0]	0.077
入院日数		20.0 [16.0, 25.0]	19.0 [14.0, 29.0]	0.563

中央値［四分位］, Mann-Whitney U test, $\chi 2$ test
FIM: Function Independence Measure; HDS-R: 長谷川式認知機能検査

表1に対象者の属性と結果について記載した。年齢の中央値は、導入前群が76.0歳、導入後群が70.0歳、男性割合は、導入前群が60.8%、導入後群が69.6%であった。術式の内訳については、両群にて大きな違いは認めなかった。

交絡要因では、入院時運動FIM、入院時FIMが、有意に導入後群が低い傾向にあったが、入院時認知FIM、HDS-R、リハ時間については、有意差を認めなかった。

アウトカムであるせん妄発生割合は導入前群では29.4%、導入後群では21.7%、FIM effectivenessは導入前群が0.6、導入後群が0.8、入院日数は導入前群が20.0日、導入後群が19.0日であった。

【考察】

本研究は急性期病院における非薬物的なせん妄予防の取り組みについて、心血管術後の患者を対象にその効果を検証した。せん妄予防システムの導入前群におけるせん妄の発生割合は29.4%であり、先行研究[18),19)]と比較して、約2倍という高い値を示していた（表1)。しかし導入後群は、発症割合が20%程度であった。導入後群における入院時FIMと入院時運動FIMは、導入前群と比較して下回っている。集中治療室におけるせん妄は、加齢、認知症、全身状態不良例などが危険因子とされる[12)]。そのため、導入後群は導入前群と比較してせん妄を発症するリスクが高いことが予想される。またFIM effectivenessも導入後群にて、有意な違いは認めないものの、改善傾向であった。しかしながら有意差を認めなかったのは、サンプルサイズが小さかったためである可能性がある。非薬物的なせん妄予防の効果に関するメタアナリシスにおいて、非薬物的な介入はせん妄発生3分の2程度に低減させることを報告している[10)]。本研究においては、サンプルサイズの問題によって有意差を認めないものの、同程度の結果を得ることができた。またせん妄の予防は在院日数の短縮にも効果を示すことが報告されているが[12)]、本研究においては在院日数について両群に有意な違いを認めなかった。

せん妄の発生には環境の急激な変化等のストレスが重要な因子とされている。このようなストレスにより扁桃体を中心とする辺縁系が活性化され、不安や混乱といった情動反応を惹起する[20)]。また情動反応は、前頭葉による抑制にてコントロールされている。そのため見慣れた写真やカレンダー、時計、照明の調整により環境変化に伴う不安を軽減できたことが考えられる。さらに認知課題は前頭葉の血流を増加させることが報告されている[21)]。また臥床によって全身の循環動態に対して種々の負の影響があることも報告されている[22)]。以上から、リスクを層別化した後に、ハイリスク群に対して入院という急激な環境の変化による不安を和らげたこと、また認知課題や少量頻回の活動によって、せん妄の発生割合が下がったと考えられる。

本研究には6つの限界がある。1つ目は、せん妄予防システムの検証にて、病前のADLのレベルを両群にて揃えることができていない点である。2つ目として、両群のベースラインを揃えることができていない点である。本研究における導入後群は導入前群と比較して入院時FIMと入院時運動FIMが有意に小さかった。そのためせん妄予防システムの効果が小さく見積もられている可能性がある。3つ目として、せん妄の判断については、看護職とリハ専門職による主観的な判断となっている点である。4つ目として、欠損値を多く認めたため、実施施設の全体像が反映されていない可能性がある点である。5つ目に、本研究においてサンプルサイズが小さい点である。導入前後における発生割合の差を10%と仮定する場合、有意水準0.05、検出力80％の条件において、両群合計の症例数は本研究の3倍のサンプルサイズが必要となる。6つ目に、集中治療室の在室日数が調査できていない点である。集中治療室の在室はせん妄の発生に影響を与える因子と考えられるが、本研究においては検討できていない。

本研究は現在わが国における課題となっている認知症を予防することを目的に、急性期病院におけるせん妄予防の取り組みについて効果の検証を行った。その結果、せん妄予防の取り組みは心血管術後のADL低下が中等度の患者に対して、環境調整と少量頻回の活動により一定の効果を認めることができた。今後はサンプルサイズを大きくし、本システムの効果をさらに検証する必要がある。またせん妄を予防するのみを目的とせず、患者の人生の統合を視野に入れた幅広いサービスへと改善を進めていく必要もあろう。

【参考文献】

1）厚生労働省、平成28年国民生活基礎調査の概況、2017；29.（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf 2019/12/1閲覧）
2）二宮利治、日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究報告書、2015.（file:///C:/Users/NPCUser049/Downloads/201405037A0001.pdf 2019/12/1 閲覧）
3）Dorsey ER and Bloem BR, The Parkinson Pandemic-A Call to Action, JAMA Neurol, 2018； 75： 9-10.
4）Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, et al, Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults, JAMA, 2010 ； 303： 763-770.
5）Wilson RS1, Hebert LE, Scherr PA, et al, Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons, Neurology, 2012； 78： 950-956.
6）Deschodt M, Braes T, Flamaing J, et al, Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation, J Am Geriatr Soc, 2012； 60： 733-739.
7）Ryman FVM, Erisman JC, Darvey LM, et al, Health Effects of the Relocation of Patients With Dementia： A Scoping Review to Inform Medical and Policy Decision-Making, Gerontologist, 2018.
8）Nitchingham A, Kumar V, Shenkin S, et al, A systematic review of neuroimaging in delirium： predictors, correlates and

consequences, Int J Geriatr Psychiatry, 2018； 33： 1458-1478.
9）Crocker E, Beggs T, Hassan A, et al, Long-Term Effects of Postoperative Delirium in Patients Undergoing Cardiac Operation： A Systematic Review, Ann Thorac Surg, 2016； 102： 1391-1399.
10）Kang J, Lee M, Ko H, Effect of nonpharmacological interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit： A systematic review and meta-analysis, J Crit Care, 2018；48：372-384.
11）佐々木吉子、林みよ子、江川幸二、他、術後せん妄ケアガイドライン作成に向けて－ICUおよび外科病棟の入院患者における術後せん妄の発症状況及び看護ケアの実態－，日本クリティカルケア看護学会誌，2014；10；51-62.
12）Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al, Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU, Crit Care Med, 2018； 46： e825-e873.
13）井上真一郎、 せん妄の原因・危険因子、精神科臨床Legato，5，2019；18-23.
14）Rains J and Chee N, The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care, J Intensive Care Soc, 2017； 18： 318-322.
15）岡山大学病院せん妄対策チーム、せん妄の予防と対策について.（https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/common/photo/free/files/11014/141206_senmou.pdf　2019/11/11 access）
16）Koh GC, Chen CH, Petrella R, et al, Rehabilitation impact indices and their independent predictors： a systematic review, BMJ Open, 2013； 3： e003483.
17）Kanda Y, Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant. 2013； 48： 452-8.
18）Sauër AC, Veldhuijzen DS, Ottens TH, Association between delirium and cognitive change after cardiac surgery, Br J Anaesth, 2017； 119： 308-315.
19）Lee A, Mu JL, Joynt GM, Risk prediction models for delirium in the intensive care unit after cardiac surgery： a systematic review and independent external validation, Br J Anaesth，2017； 118： 391-399.
20）Frank DW, Dewitt M, Hudgens-Haney M, et al, Emotion regulation： quantitative meta-analysis of functional activation and deactivation. Neurosci Biobehav Rev, 2014； 45： 202-211.
21）Kober SE, Wood G, Repetition suppression in aging： A near-infrared spectroscopy study on the size-congruity effect, Neuroimage, 2017； 157： 196-208.
22）牧田茂, 超急性期リハビリテーションにおける循環器と退役調節からみた課題, Jpn J Rehabil Med, 2014； 51： 362-366.

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　7 - 16,　2020

「介護医療院いなつき」を中心とした地域包括ケアシステムの構築に向けた検討

曽我　いずみ[1)]、馬場園　明[2)]

Construction of a community-based integrated care system focusing on a “Nursing Care Facility Inatsuki”

Izumi Soga, Akira Babazono

【Abstract】

【Purpose】

Japan faces ongoing population aging. In this context, it is essential to secure housing for the elderly within a community-based integrated care system. In this study, we examined a management strategy for achieving cooperation within a comprehensive community care system using a nursing care institution to provide dwelling with dignity until the final stage of life.

【Methods】

We created a balanced scorecard to visualize the management strategy, focusing on the “Nursing care facility Inatsuki” at Inatsuki Hospital, a regional multifunctional hospital in Japan. As a strategic stance, we set visions and missions, and defined strategic goals from the perspectives of finance, customers, operations, learning, and growth. We also set critical success factors, key performance indicators, and target values. The critical success factors were based on a strengths, weaknesses, opportunities, and threats analysis.

【Results】

Strategic goals were: “Strengthening multi-occupation collaboration,” “Promoting operational efficiency,” “Securing personnel,” “Improving occupant satisfaction,” “Strengthening cooperation with local communities,” “Implementing dignified care,” and “Stable management.” A system to rotate the PDCA was constructed as a method of using the balanced scorecard.

【Discussion】

Building community-based integrated care centered on “Nursing care facility Inatsuki” would enable the elderly to maintain their daily living and respond to their changing medical and nursing needs. It may be possible to contribute to the realization of “aging in place” in the community by sharing the balanced scorecard created across the organization, and continuing to rotate the PDCA cycle to improve the quality of nursing care in the final stage of life.

Key words：Nursing care facility, Community-based integrated care system, A place of living, A place to spend the final stage of life

【抄録】

【目的】

今後高齢化が進行するわが国において、Aging in place を実現するためには、地域包括ケアシステムの中心にある住まいの構築が必須である。本研究では、最期まで尊厳を持って暮らせる住まいを提供できる介護医療院として、地域包括ケアシステムとの連携を実現するためのマネジメント戦略の検討を行った。

【方法】

多機能型病院である社会保険稲築病院を内包した「介護医療院いなつき」を研究対象とし、戦略をバランスト・スコアカードで可視化した。戦略スタンスとしてビジョン、ミッションの設定を行い、ビジョンにそって財務・顧客・業務・学習と成長の各視点から戦略目標を定義し、重要成功要因、重要業績評価指数、目標値を設定した。重要成功要因の設定は、SWOT 分析の結果を基に行った。

1）九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
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】

戦略目標は、「多職種連携強化」、「業務効率化の推進」、「人員の安定確保」、「入所者満足度の向上」、「地域との連携強化」、「尊厳ある看取りの実施」、「安定した経営」とした。作成したバランスト・スコアカードの運用方法として、PDCA を回す仕組みの構築も行った。

【考察】

「介護医療院いなつき」を中心とした地域包括ケアを構築することで、高齢者の生活環境を基本的に維持し、変化していく医療と介護の両ニーズに概ね対応することが可能であると考える。今回作成した BSC を病院スタッフで共有し、PDCA を継続的に回すこと、介護や看取りの質向上に取り組むことによって、地域の Aging in place 実現のために貢献できると思われる。

キーワード：介護医療院、地域包括ケアシステム、住まい、看取りの場

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　7 - 16,　2020

【はじめに】

日本の高齢化は急速に進展している。2019 年における高齢化率は 28.1％となっており、今後も上昇を続け 2036 年には 33.3％になると見込まれている[1)]。そして、65 歳以上の高齢者世帯は全世帯の 47.2％であり、そのうち単独または夫婦のみの世帯は 6 割近くを占める[1)]。このような社会的背景の中、厚生労働省においては、2025 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している[2)]。

医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えること、すなわち Aging in place を実現するためには、地域包括ケアシステムの中心にある住まいの構築が必須である。2008 年に厚生労働省が行った終末期医療に関する調査において、「自宅で療養したい」、または「自宅で療養して必要になれば医療機関を利用したい」と答えた者は約 6 割であった[3)]ことからも分かるように、住まいとは単なる日常生活の場というだけではなく、日常生活の先にある人生の最終段階を過ごす場、看取りの場として機能することが理想である。しかしながら、同調査において、6 割以上の者は「自宅で最期まで療養することは困難である」と回答しており、その理由は、介護者の負担の心配、急変時の不安などであった[3)]。1951 年には自宅での死亡が 8 割以上を占めていたが年々減少し、近年では医療機関での死亡がそれに代わり逆転している。そして、介護施設など医療機関以外の場所での死亡が微増する傾向にある[3)]。

医療機関での死亡が増加した背景の一つとして、1973 年に導入された 70 歳以上の高齢者の医療費無料化制度による病院依存、医療の介護化、また医療必要度の低い要介護高齢者が医療機関で長期的にケアされる、いわゆる社会的入院の増加が挙げられる[4)]。また、社会的入院による弊害は大きく、長期にわたる入院によって高齢者は廃用症候群を引き起こし、医療費も高騰する[4)]。2019 年 6 月における日本慢性期医療協会の定例記者会見では、高度急性期や急性期病院は治療して改善させるために利用すべきであり、看取るためだけの入院はふさわしくないと明言されている[5)]。そして、急性期と終末期の患者が混在する病棟において、終末期患者が過ごす場として適切ではない、患者家族への配慮ができにくい、終末期医療の知識や技術が不足であると感じる、と答えた医師や看護師が多かったとの報告もある[6)]。限られた医療資源の適切な使用の観点はもちろん、看取りの質、高齢者の QOL といった観点においても、適切な場所で過ごし看取りを行うことの重要性が示唆される。

しかしながら、実際に在宅での看取りを行う病院や診療所は全体のおよそ 5.8％であり[3)]、特別養護老人ホームにおいても多くは看取りに積極的に取り組んでいる一方、一部では看取りに際して入所者を医療機関に搬送している状況がある。高齢者の社会的孤立や家族の介護力低下による介護難民、孤独死の増加といった事態に陥らせないためにも、高齢者の受け皿の確保は優先すべき課題であると考える。このような状況の中、医療の必要な要介護者の住まいの機能を確保した上で、充実した看取りが可能な医療機能を内包した新たな施設類型として介護医療院が 2018 年 4 月に創設された[7)]。介護医療院には、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等を対象とするⅠ型と、Ⅰ型よりも比較的容態の安定した者を対象とするⅡ型がある[7)]。そのため、施設基準にも違いがあり、それぞれ介護療養病床相当、老健施設相当以上となっている[7)]。

社会保険稲築病院（以下稲築病院）は、2019 年 6 月に医療療養病床の一部を転換した「介護医療院いなつき」を開設した。Aging in place を実現するためには、地域包括ケアシステムの中心にある住まいの構築が必須である。したがって本研究では、地域のニーズに合った高齢者が尊厳を守って暮らせる住まいを提供できる介護医療院として、「介護医療院いなつき」を中心とした地域包括ケアシステムの構築を実現するための戦略の検討を行うことを目的とした。

【対象と方法】

稲築病院を内包した「介護医療院いなつき」を研究対象とした。「介護医療院いなつき」は、福岡県嘉麻市に所在する 37 床のⅡ型介護医療院である。嘉麻市、飯塚市、桂川町からなる飯塚医療圏に属している。

「介護医療院いなつき」が地域包括ケアシステムとの連携を実現するためのマネジメント戦略を可視化する方法として、バランスト・スコアカード（以下 BSC）を用いた。BSC では、戦略を市場や環境の変化に適合させるための経営のフレームワークと見なし、戦略の指標として顧客や業務プロセス等の視点から設定した非財務的業績を併用することによって、組織活動が適正かどうかを判断できるところが特徴であり、経営を行う上で解決するべき課題と方向性が組織全体で共有されるという点において、有効な手法である[8)]。

まず、戦略スタンスとしてビジョン、ミッションの設定を行った。次に、ビジョンにそって、4 つの視点（財務の視点・顧客の視点・業務の視点・学習と成長の視点）から戦略目標を定義し、重要成功要因（以下 CSF）、重要業績評価指数（以下 KPI）、KPI に対する目標値を設定した。CSF の設定は、外部環境の脅威と機会、内部環境の強みと弱みを明らかにしてその両者を統合した SWOT 分析の結果を基に行った。外部環境分析のフレームワークとして DEPST 分析[8,10)]を使用した。以上を戦略マップとスコアカードで表現し BSC とした。

【結果】

（1）ビジョン・ミッションの設定

「高齢者健康コミュニティ」の三大原則である「本人の意思の尊重」、「残存機能を活用した自立支援」、「生活とケアの連続性の維持」[4,9]をもとに設定した。

①ビジョン

地域密着型多機能病院を内包した介護医療院として、地域の住民に継続的に安心・安全・快適な医療と介護を提供する

②ミッション

Aging in place の実現のために、医療と介護の一体化したサービスを提供し、患者中心の地域包括ケアシステムを支える

（2）SWOT 分析

①外部環境分析

●人口環境

当医療院所在地の嘉麻市における総人口 38,367 人、高齢化率 38.3%、高齢世帯率 33.6%である[12]。地域には看取りが困難な施設が多いことから医療機関での看取りが多く、看取りをする場所や介護力の確保が必要である。また、嘉麻市における介護ニーズについて調査するために、保険者別の「要介護（要支援）認定者数男女計」[13]、「居宅（介護予防）サービスのサービス別受給者数」[13]をもとに、2019 年 2 月の各サービス受給者数をそれぞれの保険者の認定者数からみた割合を算出したものを介護サービス利用率と定義し評価した（表 1）。介護サービス利用率は多くが全国平均より低く、介護ニーズは満たされているとは言えないという結果となった。

●経済環境

嘉麻市における 2017 年度の住民 1 人当たり個人所得対全国比（全国平均 =100）は 51.2[14]。福岡県平均より 41.1%少なく、県内 60 市町村の中で 53 番目である[14]。また、生活保護率は、2018 年 9 月の時点で全国平均が 1.66%に対し、嘉麻市は 6.24%と福岡県で最も高く、嘉麻市と同医療圏の飯塚市においても 4.61%と 3 番目に高い[15]。以上より、嘉麻市を中心にその近隣においても、経済状態はいいとは言えない状況である。

また、介護保険施設でない医療療養病床からの介護医療院への転換申請を拒否している市町村が多発しているとの報告がある[5]。これは第一号被保険者の所得が低く介護保険料を上げることができないからと考えられ、それにより全国的に介護医療院への転換が予想よりも進んでいないと考えられている。

●政治・法律環境

2018 年 4 月の診療報酬改定において、在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等に含め「退院先」として扱われている[7]。これにより、地域において在宅復帰率の算定が必要な病棟を持つ病院は退院先を介護医療院へ変更することが考えられ、地域における高齢者の流れが大幅に変化することが示唆された。また、最初に転換した日から起算して 1 年間に限り、移行定着支援加算が算定可能となっている[7]。

●社会・文化環境

高齢化の進展や医療技術の進歩による疾病構造の変化などにより、医療のパラダイムが「病院完結型」から「地域完結型」へと転換している[9]。同様に、高齢者ケアにおいても「管理モデル」から自分の意思が尊重される「支援モデル」へパラダイムの転換が求められている[4]（表 2）。当モデルではケアの場が「生活の場」であり、住まいの機能を持つ介護医療院は今後求められる高齢者ケアのあり方にマッチしていると考えられる。

●技術環境

未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」において、介護保険サービスの生産性を向上させるために、介護分野でのロボット・センサー・ICT の利用が推進されている[16]。これは、単なる効率重視やケアの画一化ではなく、利用者・家族・介護者自身が介護の価値を感じられるようにすることである[16]と記載されている。補助金による介護ロボットや ICT の導入支援も実施されており、より導入しやすい環境が整いつつある。

表1:介護ニーズ

介護サービス利用率(%)			
	全国平均	飯塚市	嘉麻市
訪問介護	14.7	15.7	12.0
訪問入浴介護	0.9	0.6	0.7
訪問看護	7.8	4.8	6.0
訪問リハビリ	1.7	2.2	0.9
居宅療養管理指導	11.3	12.8	9.5
通所介護	17.0	16.8	11.4
通所リハビリ	8.9	9.6	17.0
短期入所生活介護	4.8	3.7	2.4
短期入所療養介護	0.6	0.2	0.3
福祉用具貸与	32.9	29.6	28.3
特定施設入居者生活介護	3.6	3.1	4.1
介護予防支援・居宅介護支援	49.4	48.6	46.8
要支援・要介護の認定者総数(名)	6,593,779	8,833	2,999

※全国平均より10%以上低い値のセルに色付けした

表2:高齢者ケアのパラダイム転換

モデル	管理モデル	支援モデル
目的	疾病・障害の管理	生活の質・人生の質の向上
ケアの決定者	医師・管理者	本人
場所	医療・福祉施設	生活の場
ケアの優先順位	診断・治療優先	自立するための支援優先
スタッフの役割	指導・管理・お世話	心理的・物理的支援
本人の役割	指示の遵守	自立して生活を楽しむ
食事の優先順位	栄養管理重視	自分でおいしく食べることを重視
財源	医療保険・介護保険	個人資産・医療保険・介護保険

（出典）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、p61

②内部環境分析

「介護医療院いなつき」は、一般病床38床、地域包括ケア病床55床、医療療養病床51床を有するケアミックス型の稲築病院に内包された介護医療院である。職員配置状況（表3）、居室の種類（表4）は以下に示す。日当直の時間帯においても稲築病院からの往診により、当直医師が24時間対応可能である。

表3：職員配置状況

職種	医師	看護師 (含准看護師)	介護福祉士	理学療法士	ケアマネジャー	薬剤師	言語聴覚士	管理栄養士
勤務形態	兼任	専従	専従	専従	専従	兼任	兼任	兼任
人数(名)	1	8	8	1	1	1	1	1

表4：居室の種類

居室の種類	部屋数	個室料金(円/1日)
特別室	1	5,000
個室	16	500
多床室(4人部屋)	20	なし
計	37	

2019年11月1日時点での入所者数は35名であり、1名を除き75歳以上の後期高齢者であった。平均要介護度は3.3であった。（表5：入所者属性）

表5：入所者属性（2019.11.1時点）

		入所者数 (名)	平均年齢 (歳)	要介護度
性別	男性	7	82	3.6
	女性	28	91	3.2
年齢分布	64歳以下	0		
	65-74歳	1		
	75-89歳	15		
	90歳以上	19		
医療管理	胃瘻	7		
	喀痰吸引	7		
	静脈内注射(含点滴)	2		
	経鼻経管栄養	1		
居室の種類	特別室	0		
	個室	15		
	多床室(4人部屋)	20		

2019年6月から10月における当医療院入所者の入所元は、稲築病院からの入所が最多であった（表6）。

同期間において、当医療院退所者の退所先は、死亡によるものが47％であり、日本介護医療院協会が行ったⅡ型介護医療院における死亡退所割合37％[5]を上回っていた。当医療院では看取りの役割が大きいことが示唆された。

表6:入所元と退所先(2019.6～10)

入所元			退所先		
	人数(名)	割合(%)		人数(名)	割合(%)
急性病院	48	77.4	死亡	9	47.3
老人施設	9	14.5	急性病院(状態悪化)	4	21.0
ケアマネジャー紹介	3	4.8	急性病院(円滑交換目的)	4	21.0
在宅介護支援センター	1	1.6	老人施設	2	10.5
前施設より家族希望	1	1.6			
総数	62	100.0		19	100.0

※まるめのため各カテゴリーの割合加算値は100%にならない

③ SWOT 分析

外部環境と内部環境の分析結果を統合した SWOT 分析の結果を表 7 に示す。

表7:SWOT分析

	プラス要因	マイナス要因
内部環境	**Strength（強み）** ・一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟を有する多機能病院の併設 ・急変時の初期対応可能な体制 ・医師や看護師が２４時間対応可能 ・夜間・休日問わず看取り対応可能 ・ＩＣＴ化された記録業務 ・セラピスト、薬剤師等の専門職の配置 ・医療安全や感染対策が整備されている ・介護部門があり、自宅復帰支援可能 ・敷地内にコンビニがある ・特別室・個室・４人部屋から選択可能	**Weakness（弱み）** ・介護福祉士の高齢化 ・職員が医療の意識から脱却できていない ・病棟の一部転換のため、病院との差別化ができていない ・特別室の入所者確保が難しい ・入所者の高齢化に伴う医療ケアの増大 ・介護ロボットの導入が十分ではない（ＡＩカメラ、インカム、尿漏れセンサーなど） ・業務効率化のための支援機器が十分ではない（シャワーベッド、福祉用具など）
外部環境	**Opportunity（機会）** ・高い高齢化率や高齢世帯率による介護ニーズの増加 ・地域施設では看取りが困難 ・地域に包括的な介護施設がない ・国による介護医療院の推進 ・新規介護医療院の総量規制による参入障壁 ・診療報酬上での評価 ・５km圏内に高度急性期医療を担う病院の存在 ・国によるＩＣＴや介護ロボット導入支援 ・筑豊地域で初めての介護医療院である	**Threat（脅威）** ・地域に競合となる介護施設が多い ・介護を担う人材の減少（なり手不足） ・交通の便の悪さ ・知名度の低さ ・高齢者の収入や介護報酬低下の恐れ ・近隣の医療機関による介護医療院開設

（３）バランスト・スコアカード（図1）

BSCを戦略マップとスコアカードで表現した（図1）。CSFはSWOT分析（表7）を基に設定した。KPIに対する目標値については、表8にて2019年6月から11月の平均結果を現状として載せ比較している。(入所者数のみ11月の値である。)

①学習と成長の視点

「職員のモチベーション向上」とした。働く人のモチベーションが向上することにより、介護サービスの質の向上に結び付くと考えられている[17]。

②業務の視点

「多職種連携強化」、「業務効率化の推進」、「人員の安定確保」とした。入所者の自立支援を推進するためには、それぞれの専門職の連携が欠かせない。また連携を強化することで、皆で介護をするという意識づけにもつながる。そして、安定した介護の提供のためにも、働きやすい環境を整え介護人材の定着を図る必要がある。

③顧客の視点

「入所者満足度の向上」、「地域との連携強化」、「尊厳ある看取りの実施」とした。「本人の意思の尊重」、「残存機能を活用した自立支援」、「生活とケアの維持」といった原則を現実のサービスに落とし込み、人生の最期まで尊厳を守った生活を支援するということは、当医療院の目指すべきものである。

④財務の視点

「安定した経営」とした。地域住民に医療と介護を安心して継続的に提供するためには、安定した経営基盤を構築していかなければならない。

表8:現状との比較

業績評価指数(KPI)	目標	現状
入所者数	35名以上	35名
退所から待機入所までの期間	1週間以内	1~2週間
月平均退所者数	20,000円以下	7,631円
入所者満足度	90%	未実施
居宅介護支援事業所ケアマネジャーとの連絡回数	月3回	月2回
地域住民向けの催しで講演会の実施回数	年2回	1回/半年
看取りに関するマニュアル見直し回数	年4回	未実施
カンファレンス実施回数	週2回	週2回
業務マニュアル見直し回数	年6回	2回/半年
部署内離職率	0%	2%
部署内全体会議出席率	80%	80%
部署内研修実施回数	月1回	月1回

視点	戦略マップ	重要成功要因 (CSF)	業績評価指数 (KPI)	目標
財務	安定した経営	入所者数の維持	入所者数	35名以上
		空床期間の短縮	退所から待機入所までの期間	1週間以内
		業務の適正費用	月平均退所者数	20,000円以下
顧客	入所者満足度の向上	入所者満足度向上	入所者満足度	90%
	地域との連携強化	地域のケアマネジャーや医療機関との連携	居宅介護支援事業所ケアマネジャーとの連絡回数	月3回
		地域住民との交流	地域住民向けの催しで講演会の実施回数	年2回
業務	質の高い看取りの実施	看取りに関するマニュアルの構築と定期的な見直し	看取りに関するマニュアル見直し回数	年4回
	他職種連携強化	入所者に関する情報共有	カンファレンス実施回数	週2回
	業務効率化の推進	業務の定期的な見直し	業務マニュアル見直し回数	年6回
	人員の安定確保	職員定着の促進	部署内離職率	0%
学習と成長	職員のモチベーション向上	目標やビジョンの共有	部署内全体会議出席率	80%
		介護に関する知識の向上	部署内研修実施回数	月1回

図1:BSC

（4）BSC の運用方法

図 2 のように既存の会議を利用し、継続して PDCA サイクルを回していく。

図2:PDCAサイクル

リーダー会は定例で月 1 回行われており、参加者は医師・看護師長・看護主任・介護福祉士・ケアマネジャー（いずれも当医療院専従または兼務）である。BSC に関する議題の際は加えて、医事課長、BSC 提案者が参加する。医療院全体会議も定例で月 1 回行われており、参加対象者は当医療院に所属する職員全員である。

【考察】

本研究では、「介護医療院いなつき」を対象に高齢者が尊厳を守って暮らせる住まいを提供できる介護医療院として地域包括ケアシステムの構築を実現するための戦略を、バランスト・スコアカード（BSC）を用いて明らかにした。

BSC によって、解決するべき課題と方向性が可視化された。それによって、職員同士でビジョンや戦略を共有し、コミュニケーションを促進する材料にもなり得る。しかし、このようにプランニングするだけではなく、PDCA サイクルを回しこれらをモニタリングすることが重要である。さらに、必要に応じてカスタマイズを加えていく必要がある。戦略は、立案から実行、評価・検証、修正というマネジメント・サイクルを繰り返して、はじめて目標に到達できるものである[18)]。

人間は年齢を重ねることによって必要となるケアは変化していく。多くの場合、そのケアの場に合わせて高齢者が移動を余儀なくされ、トランスファーショックが起こると言われている[4)]。トランスファーショックとは、適応能力が低下した高齢者の環境が大きく変化すると精神的な落ち込みが起こる現象であり、そのことにより、活動の低下、認知症の進行、孤独感の高まりが起こる可能性が増加すると言われている[4)]。本来ならば、在宅や地域の高齢者住宅、地域密着型施設サービスなどで Aging in place ができることがより望ましいとも考えられるが、家庭背景、経済的な環境、介護資源の不足ために、不可能な高齢者も多いと思われる。その場合、医療機関で社会的入院を続ける高齢者もいるが、費用効果的ではなく、QOL も低下してしまう[4)]。代替案として、要介護度があまり重度とならないように、地域にある介護医療院に入院することは、大きく生活環境を変えることなく変化していくニーズに概ね対応することが可能となると考えられる。

当医療院では看取りの場としての役割を担うことの必要性も示唆される結果となった。今後は、高齢者ケアの支援モデルをもとにした「住まい」を意識したサービスの提供、自宅復帰につなげられるようなケアの提供とともに充実した人生の最期を過ごしてもらえるような体制作りを目指していくことが課題として考えられる。

今回作成した BSC を組織で共有し、PDCA を継続的に回すこと、介護の質や看取りの質向上に取り組むことによって、地域の Aging in place 実現のために貢献できると思われる。

【参考文献】

1）内閣府 , 令和元年版高齢社会白書（全体版）
https：//www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_1_1.html（最終アクセス日：2019.12.17）
2）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/（最終アクセス日：2019.12.17）
3）厚生労働省 , 平成 29 年（2017 年）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概状 , 3. 診療等の状況
https：//www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/（最終アクセス日：2020.5.23）

4）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 , 福岡；九州大学出版会 ,2014 年
5）日本慢性期医療協会、当協会からのメッセージ
http：//jamcf.jp/chairman.html（最終アクセス日：2019.12.17）
6）佐藤康仁 , 有賀悦子 , 大堀洋子 , 他 , 急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点 , 厚生の指標 005；52-3：13-18
7）厚生労働省 , 介護医療院の概要
https：//www.mhlw.go.jp/content/12300000/000337651.pdf（最終アクセス日：2020.1.7）
8）馬場園明 , 介護福祉経営士テキスト実践編Ⅱ介護福祉マーケティングと経営戦略 エリアとニーズのとらえ方 , 東京；日本医療企画 , 2012 年
9）地域連携 入退院と在宅支援 , 日総研出版 ,Vol.7 No.6：38-42
10）地域連携 入退院と在宅支援 , 日総研出版 ,Vol.8 No1：101-105
11）地域連携 入退院と在宅支援 , 日総研出版 ,Vol.8 No5：108-112
12）嘉麻市統計書（平成 31 年 4 月改定版）
http：//www.city.kama.lg.jp/file/temp/9359247.pdf（最終アクセス日：2020.1.14）
13）厚生労働省 , 介護保険事業状況報告月報（暫定版）, 平成 31 年 2 月分
https：//www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1902.html（最終アクセス日：2020.1.7）
14）総務省 , 市町村税課税状況等の調
https：//www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_zeisei/czaisei/czaisei_seido/ichiran09.html（最終アクセス日：2020.1.14）
15）福岡県福祉労働部保護・援護課 , 生活保護速報 , 平成 30 年 9 月
http：//www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/381571_54335701_misc.pdf（最終アクセス日：2020.1.14）
16）厚生労働省 , 介護分野の ICT 化 , 業務効率化の推進について
https：//www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai6/siryou4.pdf（最終アクセス日：2020.1.7）
17）介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン , 厚生労働省老健局 ,2019 年
18）KPMG ヘルスケアジャパン , 医療経営の基本と実務病院経営者のための医療実務と経営技術のスキルアップ , 東京；日経 BP マーケティング , 2006 年

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　17- 30,　2020

チーム医療～ウイズコロナを見据えて
－ ICT を活用した医療・健診・介護・保育分野における新サービス創造への取組み －

高田昌実[1)]、窪田昌行[5) 6)]、原口友子[2)]、増山泰英[2)]、有川瑛人[2)]、春田千幸[2)]、
平川智士[3)]、五十峯かずみ[3)]、下薗康志[3)]、大迫尚仁[4)]、山本陽生[1)]、
菊池博之[1)]、川原翔太[1)]、中村真之[1)]、馬場園　明[6) 7)]

Team healthcare for With Corona Era
-Challenge to create new services for medical care, medical examination, nursing care, and childcare based on ICT-

Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Tomoko HARAGUCHI, Yasuhide MASUYAMA, Eito ARIKAWA, Chisaki HARUTA, Satoshi HIRAKAWA, Kazumi IZUMINE, Yasushi SIMOZONO, Naohito OOSAKO, Yousei YAMAMOTO, Hiroyuki KIKUCHI, Syouta KAWAHARA , Masayuki NAKAMURA, Akira BABAZONO

1. はじめに

玉昌会グループは、医療法人玉昌会で鹿児島市と姶良市にそれぞれ高田病院、加治木温泉病院をもち、周辺にさまざまな介護事業を展開すると共に、社会福祉法人幸友会では保育園事業を、株式会社JOYではフィットネスクラブを中心にウェルネス事業を展開するグループである。2つの病院の移転を中心とした、キラメキテラス計画、JOYタウン計画を通して、法人独自で構築した地域包括ケアシステム、地域共生社会の構築に寄与するヒューマンライフラインというプラットフォームの構築を目指している[1)]。

ヒューマンライフラインとは、「地域の小児から高齢者まで多世代の方々や障がいを持つ方々への医療、予防、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や夢も含むコンセプト」と定義している。すなわち、ライフラインは、「エネルギー、人、交通、情報などの生活に必要なインフラ設備を表現するコンセプト」であるが、このコンセプトを「人々が地域でよりよく生活するために深化拡張させたもの」である。

さらに玉昌会グループは2008年からチーム医療会議を創設し、医療介護福祉に関する研修・研究を続けてきた[2)]。とくに2019年からは、今後重要になってくる自立支援に向けたリハビリテーションにおける専門職であるセラピスト（PT/OT/ST）を中心にチームメンバーを増やし、学習・研究・論文作成を通して、業務に役立つ論理的思考、コミュニケーション能力、およびプレゼンテーション技術の習得に努めてきた。

一方、2019年の12月に中国に発生した新型コロナウイルス感染は、人の移動のグローバル化によって、世界各国の至る所まで急速に拡がった。2020年2月・3月にはイギリス、フランス、イタリア、アメリカの主要都市でロックダウンが施行され、外出・面会が禁止された。そして我が国はロックダウンの処置はとられなかったものの、緊急事態宣言発令へとつながり、移動、外出、面会が禁止される事態に至った[3) 4)]。しかしながら、2010年の12月にあっても、感染拡大は止まる傾向にはない。

この渦中にあって、玉昌会グループは、医療介護分野への新型コロナ感染拡大に対する危機感を持つと共に、新しい生活様

1）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
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
3）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
4）株式会社 JOY
JOY Co.Ltd.
5）株式会社 CCRC 研究所
Institute of CCRC Co.Ltd.
6）医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Mangement and Marketing
7）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

式による医療介護福祉のニーズへの早急な対応が必要であると考え、法人グループにとっても緊急事態と考えた。人との接触が禁止されていく中で、特にICTが事業運営に重要になっていると感じ、対応を検討した[5]。その結果、チーム医療メンバー各自の知識と知恵を結集し、現在の非常事態、および新型コロナウイルス感染拡大が落ち着いた後のウイズコロナを見据えて、4つの分野（医療・健診・介護・保育）で新しい生活様式と需要に応じたICTを活用した新サービスの創出を検討してきた。

本研究では、チーム医療のメンバーが4つの分野でICTを活用した新サービスを創出していく過程とその間のイノベーションとなるアイデアの創出方法およびビジネスモデルの構築方法とプロセスについて報告するものである。

2. チーム医療への取り組み

（1） チーム医療の背景

厚生労働省では、2010年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、同年10月にその下にチーム医療推進方策検討ワーキンググループを設置し、2011年に、「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例」を公表した。それに基づいて、当法人でも、2012年9月に法人事務局組織にチーム医療推進部を立ち上げ、高田病院、加治木温泉病院と在宅サービス事業部と系列の株式会社JOYにおける法人独自のチーム医療検討会を組織した。

現在、高田病院、加治木温泉病院、在宅サービス事業部での活動では多職種カンファレンス、褥瘡対策、NST、ケアプランやリハビリ実施計画書、FIM評価などアウトカム、プロセス、ストラクチャーの内容を評価して多面的な視点でのチーム医療が行うようになり、医師を中心とした各職種の専門性を生かしたチーム医療ができつつある。

（2）チーム医療の目的

医師、看護師の慢性的な人員不足と仕事の多様化に伴う離職率の軽減に努め、より専門的であるコメディカルの知識・技量を充分に発揮することと共に慢性期から在宅サービスまでのシームレスな医療・介護・福祉を目指すことがチーム医療の目的である。

「チーム医療・介護推進」の対象は、医療法人玉昌会の高田病院、加治木温泉病院、在宅サービス事業部、社会福祉法人幸友会、および株式会社JOYのグループ全体としている。これからは、グループ全体の連携を強化し、グループの新しい概念である「治す医療」から「予防・未病も行い、治し支える医療」を実現するために、ICT、IoTを活用した生活支援サービスにチーム医療活動を取り入れていく。

（3） 基本的な考え方

チーム医療を推進する基本的な考え方は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要である。医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効である。

患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療を提供するために各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。チーム医療を展開する中で、医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。

チームの質を向上させるためには卒前のみならず卒後の教育も重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるとともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。

（4） 共同研究事業

医療法人玉昌会は2009年から医療福祉経営マーケティング研究会（理事長：九州大学医学部　馬場園明教授）と新しい医療介護システムについての研究を続けていると共に[6]、2013年からは、チーム医療会議において学習・研究およびケース論文作成を通して、リーダー育成に取り組んできた[7]。特に、2019年からはセラピスト（PT/OT/ST）を中心としたリーダーシップ教育につとめ、ケース論文を作成していく過程において、論理的思考法、マネジメント、マーケティング、イノベーション等の知識とスキルを学ぶ研修プログラムの構築に取り組んできた。昨年は15人のメンバーが、次の3つのテーマの研究に取り組み、①については、2019年度にケース論文として発表した[3]。②、③のテーマについては、現在ケース論文を作成中である。

①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のパートナーシップ－

②NICU退院児および医療的ケア児を支えるしくみの構築－共生型サービス事業の活用－

③子供・子育て世代を支える多世代交流拠点実現にむけての取り組み～JOYタウン構想における地域共生社会を目指して～
これまでのチーム医療での共同研究について、「医療福祉経営マーケティング研究」会誌で発表してきた内容について、表1に示す。

表1:玉昌会グループが取組んできたチーム医療の共同研究

発表	題　目	著者
第８巻 2013年	ケアミックス医療機関におけるチーム医療・介護アプローチ	中村真之 山下正策ほか
第９巻 2014年	鹿児島姶良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム	中村真之 渡辺純子ほか
第10巻 2015年	鹿児島姶良地区ケアミックス病院での地域包括ケア病棟取得に向けての取り組み	中村真之 六反栄子ほか
第11巻 2016年	加治木温泉病院における病床稼働率向上のためのチームアプローチ	中村真之 小湊裕一ほか
第12巻 2017年	加治木温泉病院における退院後の自立した生活を導くシステムの構築について～リハ専門職による自立支援の取り組み	原口友子 中村真之ほか
第13巻 2018年	加治木温泉病院における小児ST外来の開設までの流れと現状と展望～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 原有希ほか
第14巻 2019年	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のパートナーシップ－	平川智士 増山泰英ほか

3. ICTとヘルスケアDX（デジタルトランスフォーメーション）について

（1） ICTとDXの違いについて

デジタルトランスフォーメーション(DX)とは、デジタル(ICT)技術を活かして、組織やビジネスモデル、企業文化などの変革を実現することと定義されている[8]。それは、スウェーデンのウメオ大学、エリック・ストルターマン教授が2004年に提唱した、「デジタル技術が全ての人々の生活をあらゆる面でより良い方向に変化させるというコンセプト」が起源とされる。ICT化とＤＸは何が違うのか。例えば、企業活動を「内」「外」で考えると、ICT化は作業時間や人件費などを抑える「内」の側面が強かったのに対し、ＤＸは「外」を変えることが要となる。一方、DXは利益創出方法というビジネスモデルの変革といえる。

例えば、米のネットフリックスは1997年に、ネットを活用したＤＶＤレンタル会社として創業したが、その後、映像のストリーミング配信会社へと変貌することで急成長した。ＤＸはこのように稼ぎ方（ビジネスのやり方）を変える「外」の側面が強い。ＤＸに関連した動きは2014年頃から始まり、リーマン・ショック後の経済立て直しのため、ドイツがインダストリー4.0（第4次産業革命）という取り組みを本格的に推進し、その中でＤＸが改めて注目された。その後、2010年代に入り、英国のコンサルティング会社ガートナーや国際的なビジネススクールであるスイスのIMDのマイケル・ウェイド教授によって、デジタル化という外部環境の激変にさらされるビジネス業界において、従来の産業からの対内的・対外的な変化を促す意味で使用されるようになってきた[9]。

我が国では、経済産業省が平成30(2018)年に「DX推進ガイドラインVer10」を発表し、DXについて、次のように定義されている。「DXとは、企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用し、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革すると共に、業務そのものや組織、プロセス、企業文化、風土を変革し、競争上の優位性を確立することであり、ICT化が、情報化やデジタル化を通して業務効率化を進めるという概念に対してDXは、ICTを手段として、変革（トランスフォーメーション）を進めるという概念」になる[10]。玉昌会グループがICT化によってDXを確立するための概念図を図1に示す。

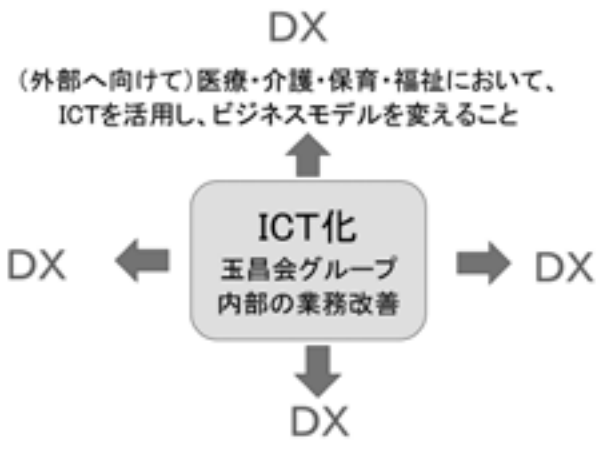


図1:ICT化とＤＸの違いのイメージ図

（2） 遠隔医療からヘルスケアDXへ

日本遠隔医療学会によれば、「遠隔医療」とはICTを利活用した健康増進・医療・介護に資する行為と定義され、遠隔医療の果たすべき役割として、医療従事者（医師・保健師・看護師）、介護関係者（ケアマネジャー・介護福祉士等）、患者等の各関係者間で、ネットワークを介して、必要な情報の伝達・提供・共有を迅速かつ円滑に行えるようにすることで、地域のあまねく隔たりのない医療・介護サービス環境を実現することとなっている。

ヘルスケア（医療介護福祉）DXは、新型コロナウイルス感染拡大に加えて、事業環境の変化が急変・加速していく中で、デジタル技術を利活用した変革を加速・実現していくものとされる。特に、医療介護の分野では、2025年を目標にした地域包括ケアシステムの構築、2040年の実現を目指した地域共生社会の実現を目指しており、ヘルスケアDXの具体的なテーマとしては、武藤正樹氏の提言によれば次の４つのテーマの変革が重要である[11)]。

① オンライン診療

今まで普及してこなかった初診時からのオンライン診療が、この度の新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、時限的・特例的ではあるが導入された。そして実際には2020年5月時点で、東京都内の医療機関数1860ヵ所のうちそれらのほぼ半数に当たる897ヵ所で初診から実施されたと報告されている[11)]。ただし、オンライン診療で新型コロナウイルス感染の診断を行うには患者の動画像と音声だけでは限界があったため、体温、血圧、脈拍、呼吸数や血中酸素飽和度などの患者モニターや、在宅におけるPCR検査とオンライン診療の組み合わせが今後必要になると言われている。すでに診療報酬制度でも、心臓ペースメーカーや睡眠時無呼吸に関してはオンライン・モニタリングが報酬化されており、早急に患者モニタリングを実装したオンライン診療機器の開発と普及が必要である。

② 電子処方箋とPHR

電子処方箋の議論は、わが国でもかれこれ10年以上前から始まっているが、これまでは具体化してこなかった[11)]。しかし、オンライン診療や在宅医療の普及により、電子処方箋のニーズは高まっている。この電子処方箋の実現には、PHR（パーソナルヘルスレコード）の実現を待たねばならない。

PHRとは、「個人の健康診断結果や服薬履歴等の健康等情報を、電子記録として、本人や家族が正確に把握するための仕組みで、それを医療機関に提供するなどして活用する仕組み」のことである。PHRは「オンライン資格確認等システム」に連動した「マイナポータル（情報提供等記録開示システム）」により実施される。これにより、個人が国や市区町村が保有する特定健診情報や医薬品や手術情報などの個人情報を確認できるようになる。

医療機関もこの情報を活用できるようになり、電子処方箋もこの仕組みを活用する。医療機関がオンライン資格確認等システムを通じて薬剤情報と連携して処方箋を電子登録する。調剤薬局はオンライン資格確認等システムにアクセスし、登録された処方箋情報に沿って調剤を行う。これらによって異なる医療機関の薬剤情報が一元化され、重複投与や薬剤相互作用などの検出も可能となる。電子処方箋もこのオンライン資格確認等システムと抱き合わせて22年夏までに実現しようとされている。

③ ICT、ロボット、AIの活用

医療分野以上に介護分野におけるDXといわれる「介護DX」には、取り組みを急ぐべきテーマが多数ある。特に、介護人材が不足する中、人手に頼っていた業務を補完するためのICT、ロボット、AIなどの導入や活用が喫緊の課題である[11)]。

まず、ケアプラン作成に代表される文書作成業務などのICT化が求められる。ICT化に際しては、今後検討が進むケアプランのウェブ入力や電子申請の取り組みと、ケア記録などのICT化をリンクして進めることが必要になる。さらにケア記録の作成業務と報酬請求業務を一気通貫で行える仕組みづくりや、ケア記録の電子文書化・保管化を通じたペーパーレスの推進なども考えられる。

しかし、ここで課題になるのは、事業者によって異なる仕様の介護ソフトウエアを使用している現状である。つまり、従来から事業者ごとに交換規約（プロトコール）や、用語・コード、フォーマットがまちまちで、標準的な仕様を備えた製品の生産・提供が行われるには至っていないことが大きな障壁になっている。業界全体での標準化が実施されなければ、例えば現在進行中のAIケアプランなどが始動しても、大きな効率化にはつながらないと思われる。

こうした動きを加速する上で重要な点は、介護報酬上の評価や行政の取り扱いであり、近年、一部の介護事業所は、ICT化による業務の効率化やロボット導入、さらにAIの活用に積極的に取り組んでいる。しかしながら、介護報酬での評価や人員配置などの規定においては、センサー技術などの限られた部分がようやく反映されてきたに過ぎない。

今回の新型コロナウイルスのパンデミックで改めて注目されているオンライン会議などの手法についても、以前から一般的には普及していたものの、介護報酬制度などでは評価されてこなかった。これらへの対応が課題となっている。

④ 科学的介護

医療の分野ではEBM（エビデンス・バースト・メディスン）は基本的な考え方として普及定着しているが、介護の分野でも、エビデンスの重要性が高まっている。厚労省では。「科学的に裏付けに基づく介護に係る検討会」において介護の科学化に積極的に取り組んでいる。特に介護サービスのデータベースの構築が課題となっている。いわゆる「介護のデータベース」としては次の3分野が存在する[12]。

・介護DB（介護保険総合データベース）
・VISIT（通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業）
・CHASE（介護に関するサービス・状態等を収集するデータベース）

2018年度介護報酬改定では、VISITを後押しするために、VISITへのデータ提出を要件とする「リハビリマネジメント加算（Ⅳ）」が新設された。しかし、VISITやCHASEの普及や活用は予想以上に困難な状況で次期介護報酬改定に向けた議論でも主要な論点になっている。

2020年に全国758ヵ所の事業者を対象にした調査によると、VISITを現時点で「活用していない」と回答した事業所が85.2%にも上った。活用していない理由では、VISITに入力する負担が「大きい/やや大きい」との回答が9割近くを占めた。

一方、今年度に本格稼働したCHASEについても、普及促進策として2021年介護報酬改定による評価やインセンティブが想定されている。このため2019年秋から「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」が実施された。

この調査では、CHASEにも採り入れられているバーセルインデックス（BI）を算定要件としている「ADL維持等加算」の算定状況が対象とされたが、2019年4月サービス提供分の給付実績情報において、算定事業所は、通所介護で578事業所（全体の2.6%）、地域密着型通所介護で57事業所（同0.3%）に過ぎず、届け出ていない理由で最も多かったのは「BIを用いた評価の負担が大きい」（43.3 %） だった。

VISIT、CHASEの活用促進策については、2021年介護報酬改定に向けた議論の中で有効な方策が検討されている。このほか、ハードウエア的な課題としてはこれら3つのデータベース間の連結が重要である[12]。

4. 結果

（1）メンバー編成とテーマ

ICTを活用した新サービスのテーマは、「医療」、「健診」、「介護」、「保育」とした。メンバー構成はそれぞれの希望も考慮し、表2のメンバーとした。なお、全体の統括責任者は理事長とし、調整役として中村真之、川原翔太を指名した。

表2 開発テーマとメンバー構成

テーマ	メンバー
医療	有川瑛人、平川智士、五十峯かずみ
健診	増山泰英、菊池博之
介護	山本陽生、下薗康志
保育	原口友子、大迫尚仁、春田千幸、

（2）研修フローと工程表

新サービスの創造のための計画・意思決定を次の3段階に分けた。すなわち、事業コンセプト構築、ビジネスモデル設計および事業計画書作成、投資の意思決定および事業のテストマーケティングとし、フェイズ①からフェイズ②に進むときに、事業コンセプトに関するプレゼンテーションを行い、理事長を中心とする評価委員会とメンバー相互の評価アンケートの結果から、次の業務に進むかどうかの判定を行うこととした。フェイズ②からフェイズ③へ進む場合も同様の評価・判定を行うこととした。（図 2参照）

開発期間については、新型コロナウイルス感染という緊急事態ということと、マネジメントの父といわれるピーター・ドラッカーの考え方を取り入れた。すなわち、ドラッカーは企業の目的は顧客の創造～新しい顧客が利用するサービス、製品の開発とし、その際、フィードバック分析を行う必要があると言及している[13]。ドラッカーは、フィードバック分析は経験的に9か月で振り返るべきだとしている[14]。これらを踏まえて、この度のチーム医療の新サービス創造の期間は9ヶ月とし、①、②、③段階のフェイズを考え、それぞれの時間を3ヶ月とし、具体的な工程表を図3に示す。

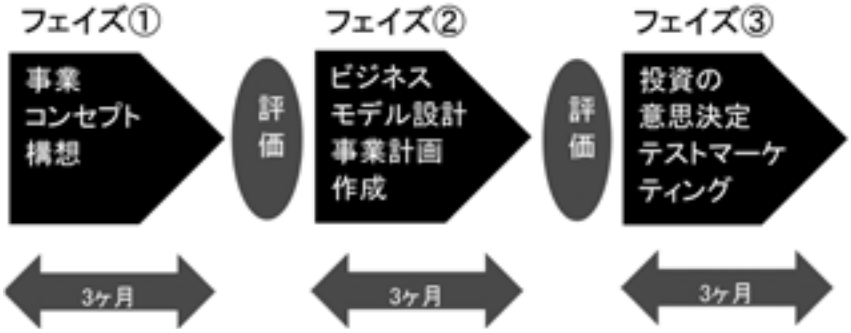


図2: イノベーション創出の３つのフェイズ

4つの事業の進め方	フェイズ①						フェイズ②						フェイズ③					
	事業コンセプト						事業・実行計画						実行PDCA					
	5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月	
理事長プレゼン 評価・判定							◎						◎					
チーム分け	最初						見直し											
市場調査（先進事例）	■	■	■															
事業コンセプト策定				■	■	■	■											
ビジネスモデル設計							■	■	■	■								
事業計画作成										■	■	■						
投資決定 テストマーケティング													■	■	■	■	■	■

図3:工程表（検討期間:2020年5月～2021年1月）

さらに、米国の経営学の権威といわれるジム・コリンズが、ビジョナリーカンパニーの中で指摘しているように、中長期的には、9か月で開発したサービスについては18ヶ月（1.5年）後に見直し、3年間で軌道に乗せ成長を促し、5年後までに飛躍させるというイメージをメンバーに浸透し、開発に臨むこととした[15]。そのイメージ図を図4に示す。

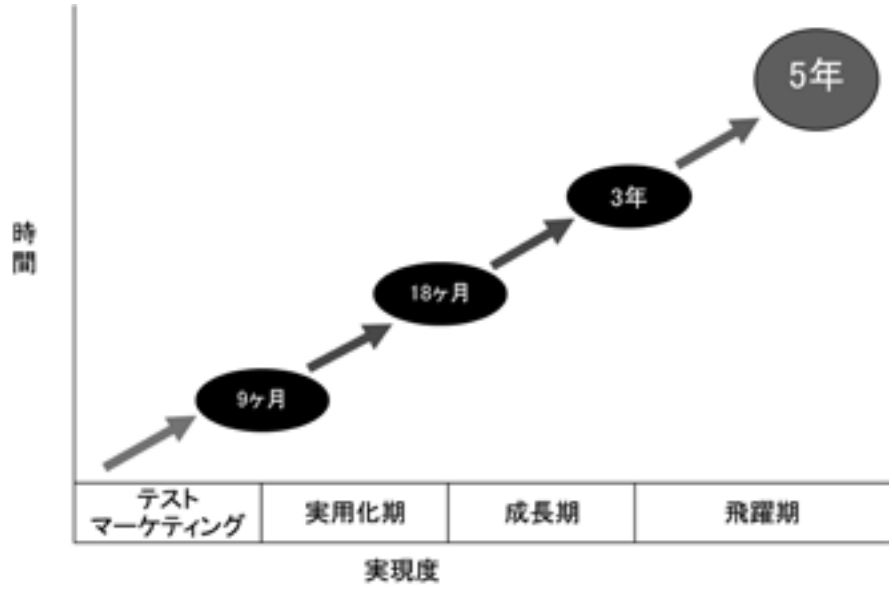


図4:テストマーケティングから飛躍期までの時間軸

（3）新サービス開発に使用する経営理論とフレームワーク

ピーター・ドラッカーは、マネジメントの役割は①組織に特有の使命を果たすこと、②仕事を通じて働く人たちを生かすこと、③社会の問題の解決に貢献すること[13]、とした。これらの内容を踏まえて、今回のチーム医療の使命は、「仕事を通して社会に貢献する。当たり前の行動を継続して行い、職員に働く場所と生き甲斐と目標を共につくり実現していくのが私たちの願いです。」とした。

さらにドラッカーは、「企業は社会の機関（Organ）であり、その目的は社会にある。企業の目的の定義は一つしかない。それは顧客を創造することである。」、「市場を創るのは、神や自然や経済的な力ではなく企業である。企業はすでに欲求が感じられているところへ、その欲求を満足させる手段を提供する。」さらに、「企業の目的は、顧客の創造である。したがって、企業は２つの、そして２つだけの基本的な機能を持つ。それがマーケティングとイノベーションであり、マーケティングとイノベーションだけが成果をもたらす。」と言及している。マーケティングが目指すものは、顧客を理解し、サービスや製品を顧客に合わせ、おのずから売れるようにすることである。イノベーションは新しい満足を生み出すことである、としている。これらを踏まえて、チーム医療では、マーケティングとイノベーションの考え方、理論についてピーター・ドラッカーだけでな

く、マーケティング理論の権威～フィリップ・コトラー、ビジョナリーカンパニー理論のジムコリンズ、および最新のイノベーション理論についても学び、習得していく機会を研修で提供した。特にイノベーションの考え方、創出方法については多方面から検討した[16) .17)]。さらに、市場分析、事業コンセプト構築に有効なフレームワーク（PEST分析、３C分析、４P、ファイブフォース等）についても学習していく機会を月に2回実施した。

（４）４つの事業コンセプト

コンセプト創出にあたっては、マーケットリサーチ（PEST分析）、３C分析（カスタマー・コンペティター・カンパニー）、および先行事例・先進事例調査を行い、情報整理とブレーンストーミング等のアイデア創出を行い、ドラッカーが提唱するイノベーションの7つの機会に注目し、コンセプト創出を検討した。表3に「保育」チームの分析結果例を示す。ちなみに、「“コンセプト”とは新サービス全体を貫く考え方」ということをチームメンバーで共有した。

これらのプロセスを経て、創出したコンセプトを表4に示す。それぞれのコンセプトを理事長を中心とする評価委員会にプレゼンし、6つの視点（①斬新性、②市場性、③成長性、④収益性、⑤取り組み易さ、⑥社会貢献）について、五段階評価（5を非常に優秀とする）を行った。これらを踏まえて総合的に４つのコンセプトを評価し、次の段階のフェイズ２のビジネスモデル構築および事業計画作成に進めるかどうかを判断した。評価委員会の実施した評価結果を表5に示す。事業コンセプトについては、斬新性は医療が一番高く、市場性については健診が一番高かった。成長性については医療が一番高く、収益性については保育が一番高かった。取組み易さは保育が特に高く、社会貢献度も保育が一番高かった。全体の方針として、4つの分野のチームは次のフェイズに進むことになった。

表3:保育分野におけるイノベーションの7つの機会の発見

７つの視点		市場・ニーズより注目すべき出来事は？	法人において事業機会とするためにどうするか？
1	予期せぬこと（成功・失敗）	保育士の入れ替わりがあった	職場風土を変えやすい環境がある
2	産業構造の変化	新型コロナウイルス感染予防対策による外部との交流機会の減少	保護者との連絡を対面からオンラインへ移行する
3	ギャップの存在	手書きで書類作成する方が「心がこもっている」、「スキルがあがる」という考えにより書類業務に時間を要していた	保育業務の ICT 化により、書類業務時間を短縮し子どもとの関わりや保護者サービスに時間を活用する
4	ニーズの存在	コロナ禍により、親子で出かけて楽しむ方法、機会が減少	WellBe Club とネットでつながり自宅で親子で楽しめる運動コンテンツの WEB 配信
5	人口の変化	姶良市の年少人口（０～１４歳）は令和６年まで増加傾向	子育て支援の必要性は継続される
6	認識の変化	ICT 化は難しい。手書きの温かみがよい。⇒スマホ内のアプリでのコミュニケーションが主流となってきた	ICT・IOT システム導入への抵抗感が減り、保護者への情報共有を充実させ、保育士の業務負担軽減にもつながる
7	新しい知識	午睡チェックを IOT で行えるデジタル技術があった（ルクミー他）	

表4:事業コンセプト

４つの分野	コンセプト
医療	“ICT ×ヒト ” の力で現在（いま）と未来の健康をつなぐフィジカル・サポートシステム
健診	改善結果がわかりやすい ICT 化
介護	ICT を活用した「新たな」総合みまもりサービスを提供する
保育	保育の ICT 化を通じ、地域の未来を育む

表5: 4つの分野のフェイズ①(事業コンセプト)の評価結果

4分野	斬新性	市場性	成長性	収益性	取組易さ	社会貢献	平均
医療	4.2	3.9	4.6	3.0	2.5	4.6	3.8
健診	3.4	4.4	4.2	3.5	3.9	4.2	3.9
介護	3.3	4.2	4.1	3.1	3.8	4.4	3.8
保育	3.8	4.2	4.3	3.7	4.7	4.7	4.2

（5）事業計画の検討

事業コンセプト作成のプレゼンテーション後、評価委員会から、4つのチームは高い評価を受けたので、具体的な事業計画書作成の段階フェイズ②へと進んだ。事業計画検討の内容については、次に示すように8つの項目について検討することとした。

1　提案の背景
2　事業コンセプトと事業理念（価値と使命）
3　ビジョン（3年・5年後の事業と未来像）
4　顧客ターゲット
5　事業の特色
6　ビジネスモデルキャンパス
7　投資計画と事業収支計画
8　行動計画

4つのチームは、事業計画を作成し、理事長を中心とする評価委員会に3か月後にプレゼンテーションを行った。なお、4つの事業計画作成時には新規事業のスタートアップに有益なフレームワークといわれるビジネスモデルキャンバスを活用した。ビジネスモデルキャンバスとは、ビジネスモデルを9つの要素（①顧客、②価値提案、③チャンネル、④顧客との関係、⑤収益の流れ、⑥キーリソース、⑦主要活動、⑧キーパートナー、⑨コスト構造）に分類し、それぞれが相互にどのように関わっているのかを図示したものです。ビジネスモデルキャンバスのメリットは、A4用紙1枚で視覚的にビジネスモデルを把握できることが特色である[18]。

また、ビジネスモデルを強制的に9つの要素に分解していくので、今まで見ていなかった観点から自分のプランを考えることもできる。さらに言うと、9つの要素はそれぞれ独立して存在しているのではなく、ビジネスモデルの中で、相互に影響し合って存在している。

基本フレームワークを図5に示す。

図5: ビジネスモデルキャンバスのフレームワーク

表6に4つの分野で創出したサービスについて、ビジネスモデルキャンバスにおける対象顧客、主要活動、提供する価値について示す。また医療、健診、介護、健診の４つの分野において、それぞれ独自性を考慮して作成したビジネスモデルキャンバスを図6～9に示す。

表6: ４つの分野の顧客･主要活動･提供価値

	顧客	主要活動	提供価値
医療	鹿児島市、姶良市、霧島市在住の要支援１・２、及び要介護１の人	・自立支援サービスの提供 ・自立支援の統合管理プラットフォームの構築 ・遠隔指導、訪問指導	新しい自立支援サービス ・自分のペースでできる ・慣れた環境でできる ・日々の成果を可視化できる ・介護保険サービスと併用可
健診	企業 企業の従業員	・オンライン問診による健康診断にかかる時間の短縮 ・PHR、スマホを活用した健診結果の迅速な通知 ・健診結果の相談個別対応	・簡単な問診手続き ・迅速な健診結果の配信 ・健康結果をデータベース化 ・企業は健康経営につながり、総合的な健康経営コンサルティング提が提供できる
介護	症状不安定者 認知症高齢者 独居高齢者 看取り期対象者	・タブレットを活用した見守りサービス ・電子化によるデータの蓄積と業務効率化	・利用者に ICT を活用した見守りサービスを提供し、何かあっても即座に対応できる安心を提供する ・職員に業務効率化と情報共有の高速化を提供
保育	子ども 保護者 保育士	・ICT 化、IOT を用いた効率的で安全な保育環境の提供 ・安心して預けたくなる魅力的な保育園であることをアプリ活用で保護者に発信 ・質の高い保育士の人材育成機会の提供 ・オンラインでの子育て支援企画の提供	・IOT 利用での突然死リスクの軽減 ・保護者サポートに充実 ・園児に体調不良時に加治木温泉病院との連携支援 ・保育システム導入による業務時間の短縮 ・WellBeClub を活用した子育て支援（動画配信等）

図6:医療のビジネスモデルキャンバス

図 7：健診のビジネスモデルキャンバス

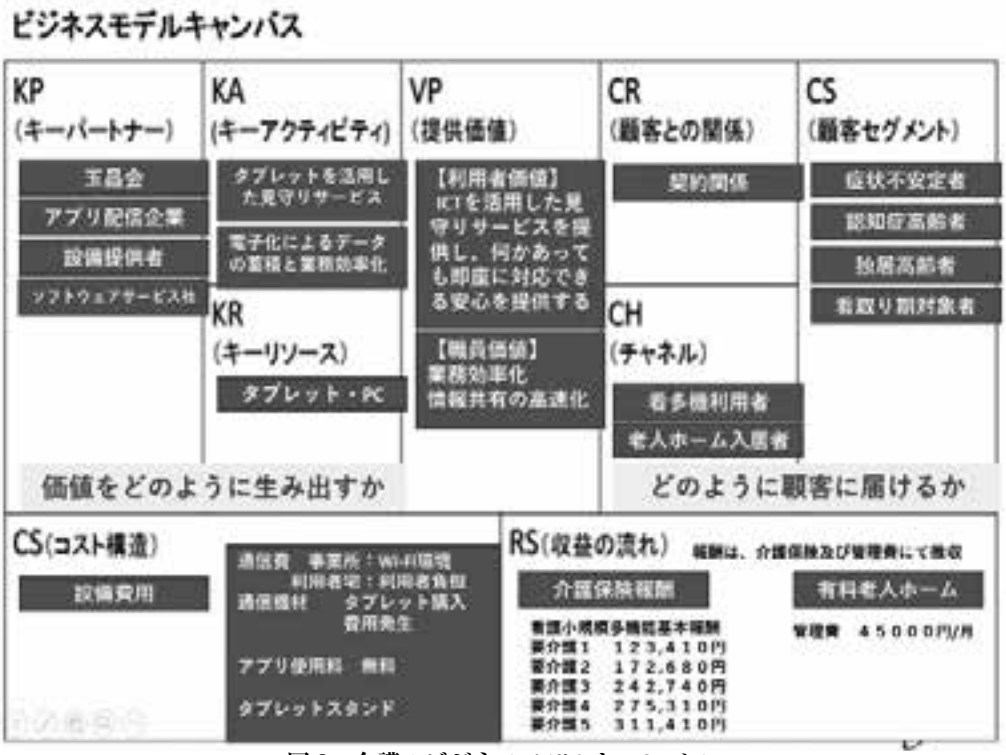


図 8：介護のビジネスモデルキャンバス

図 9：保育のビジネスモデルキャンバス

（6）　事業計画の評価

4つの分野に関する事業計画についても、事業コンセプトと同様な流れでプレゼンテーションを行い、評価し、次に段階のフェイズ③で～テストマーケティング実行へ進めるかどうか判断した。今回も同様に6つの視点（①斬新性、②市場性、③成長性、④収益性、⑤取り組み易さ、⑥社会貢献）について、五段階評価（5を非常に優秀とする）を行った。その結果を表7に示す。斬新性は医療が一番高く、市場性は健診が一番高かった。成長率は医療、健診、介護が4.2と高かった。収益性は健診が一番高かった。取組み易さは保育が一番高く、社会貢献度も保育が一番高かった。

表 7：フェイズ②（4 つの分野）のビジネスモデル＆事業計画の評価結果

4分野	斬新性	市場性	成長性	収益性	取組易さ	社会貢献	平均
医療	4.2	4.1	4.2	3.4	3.1	4.1	3.8
健診	3.2	4.2	4.2	3.5	3.6	4.2	3.8
介護	3.7	3.8	4.2	3.4	4.4	4.2	3.9
保育	3.2	3.7	4.0	3.2	4.7	4.5	3.9

5. 考察

（1）チーム医療による新しいサービスの創出について

新型コロナウイルス感染予防対策において非接触を推進するために、政府がICTを活用したテレワーク等を用いた業務を推奨していったが、公的な部門でも私的な部門でもスムーズに移行することができず、日本のデジタル化が世界的に周回遅れといわれるほど、ICT技術の活用において大きく遅れていることが分かった。わが国でも領域を問わず、デジタル化を進めて効率を上げるとともに、サービスの「非接触化」により感染予防を測らなければならない。

玉昌会グループは新型コロナウイルス感染拡大停止後のウイズコロナの時代に対応するために、チーム医療の研究・研修テーマとして、医療、健診、介護、保育の分野におけるICTデジタル技術を活用した新しいサービスのイノベーション創出に2020年5月から取り組んだ。しかも、期限を区切って、開始から9か月で行うことを計画した。本計画は3つのフェーズに分けられ、コンセプト策定段階、ビジネスモデル＆事業計画作成、およびテストマーケティング＆実行計画とした。事業コンセプトを3か月間で作り上げ、それぞれ事業コンセプト策定の背景・プロセス・価値について、評価委員会にプレゼンテーションし

た。その結果、それぞれの事業コンセプトは評価が高く、次の事業計画作成のフェイズ②に進み、3か月間で4つの分野におけるICTデジタル技術の活用サービスのビジネスモデル＆事業計画を策定した。そして、ビジネスモデル・事業計画を評価委員会にプレゼンテーション行った。評価結果は高く、次のテストマーケティングのフェイズ③にすべて進行した。

計画は現在フェーズ②まで終了したわけであるが、事業の方向性は４つの分野（医療・健診・介護・保育）において、これからの玉昌会グループの成長、社会への貢献の点に関して、新しいビジネスモデルが創出されたと考える。これから、テストマーケティングを行い、実用化を目指していきたい。

（２）イノベーション研修の仕組みと意義

今回の研修は、チーム医療メンバーを４つのグループに分け、ICTデジタル技術を活用した（ICT＋イノベーション＋アクティブ研修）という新しいイノベーション創出の研修システムを構築できたと考える[19]。図10に示すように、本チーム医療研修では、①インプット（情報収集・市場調査）、②思考・協議（ブレーンストーミング）、③アウトプット（プレゼンテーション資料作成と発表）、④評価から実践へ、という4つの段階を通して「事業コンセプト創出」、「ビジネスモデル＆事業計画書作成」についてサイクルを回してきた。そして、それぞれの段階で評価軸を決定し、評価し、次のフェイズに進む判定を行うようにした。フェイズ③では、テストマーケティングを行い、評価検討を行い、本格的な事業展開へと進行していく計画である。ここで確立したチーム医療研修のフレームワークは、このような研修でイノベーションを起こすアイデア、事業創出が可能であるということを学べたと考え、その価値は大きいと思う。さらに、これら一連のチーム医療研修のプロセスで、すべてのメンバーがICTデジタル技術に関する知識の習得とマーケティング及びイノベーションに関する思考技術が向上した意義は大きいと考える。

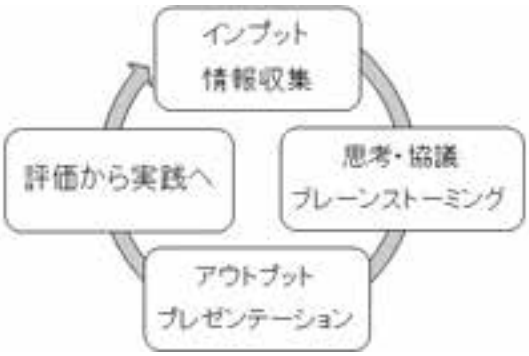


図 10：イノベーション創出の４つのサイクル

6. 終わりに～これからの取組み

玉昌会グループは地域社会と協調し、医療・介護・福祉事業を通して、社会・地球の持続可能な発展（SDGｓ）に貢献する取組みをさらに進めていきたいと考えている。そのビジョンは、ウェルネスを上位概念として、病院事業、健診事業、介護事業、保育事業、ウェルネス関連事業の5つの事業を通して、SDGｓ、地域包括ケアシステムおよび地域共生社会の実現、そして地方創生に寄与していきたいと考える。（図11参照）具体的には、鹿児島市ではキラメキテラスを核として、急性期・慢性期・在宅・健診事業を通して、姶良市では急性期・回復期・在宅・健診・フィットネスジム・ウェルネス事業を通して、子ども、障がい者を含めて多世代に貢献できる包摂的地域社会の実現を目指していきたいと考えている。（図12参照）その際にウイズコロナの時代に重要な資源が人材育成であり、ICTデジタル技術の活用であると考える。特に、デジタル技術については、DX（デジタルトランスフォーメーション）として、5G,、クラウド、AIの活用がこれからますます重要になってくると考える[20]。（図13参照）

このように2020年は新型コロナウイルス感染という100年に一度といわれる国際的なパンデミックがその活用を後押ししている大変革期にあるといわれているような中、本研究は、ICTデジタル技術で医療・健診・介護・保育の分野で業務革新を含めたイノベーションを創出する研修プログラムを確立できた意義は大きい。これからは、ここで検討した事業計画を実行に移し、成果を上げ、地域に貢献していきたいと考える。

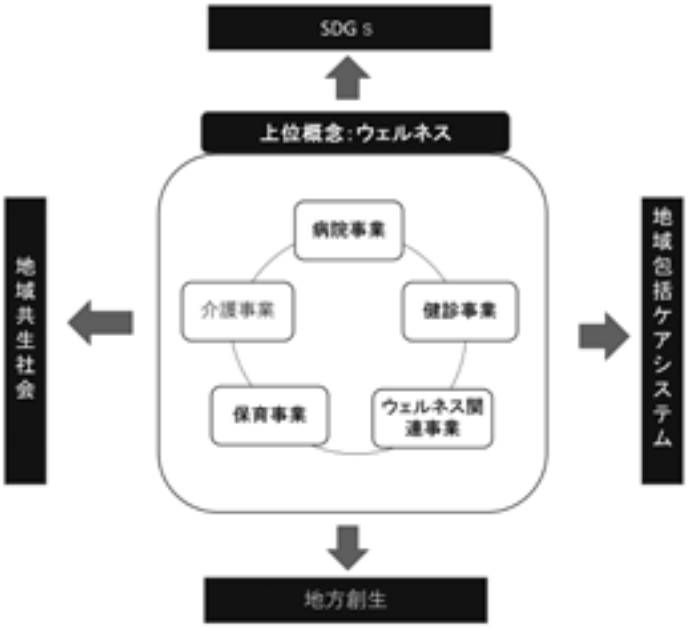


図 11：玉昌会グループのウェルネスを上位概念とした５つの事業

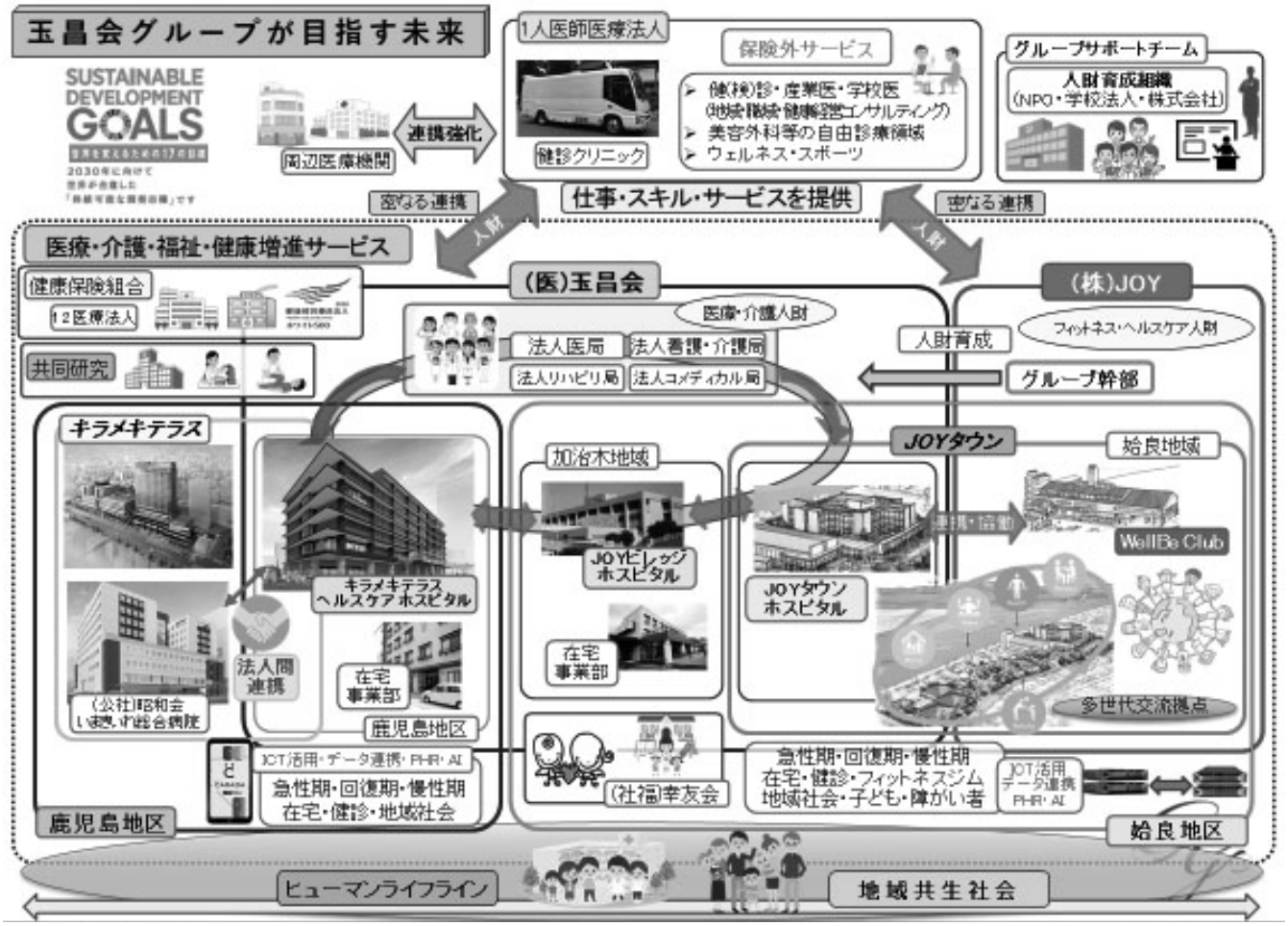


図 12：玉昌会グループが目指す未来

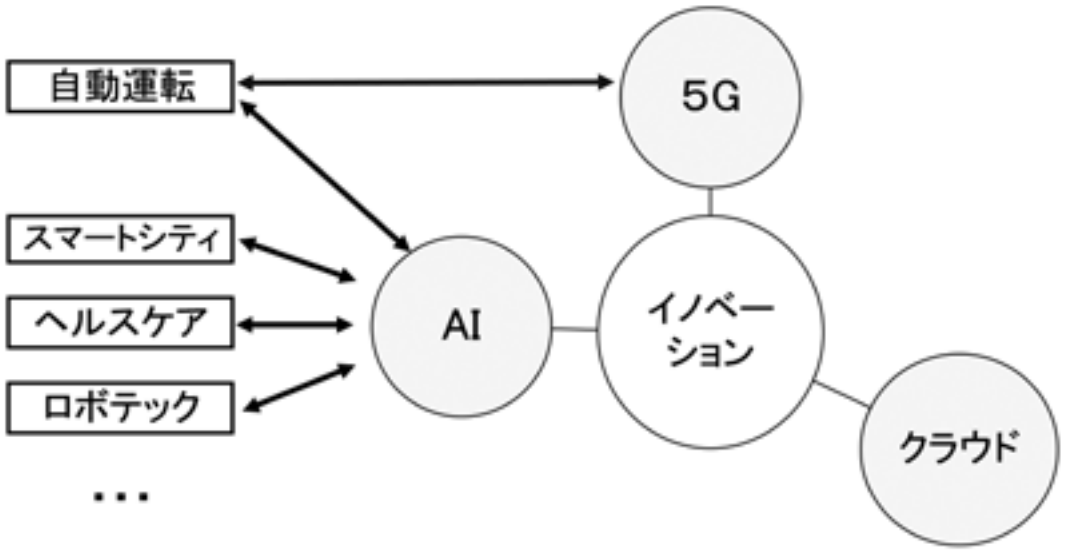


図 13：イノベーションに重要なこれからの３つのデジタル技術

【参考文献】

1） 平川智士･増山泰英他、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のパートナーシップ、医療福祉経営マーケティング研究、第 14 巻第 1 号、2019 年
2） 中村真之・山下正策他、ケアミックス医療機関におけるチーム医療・介護アプローチ、医療福祉経営マーケティング研究、第 8 巻第 1 号、2013 年
3） 岸本喜久雄、コロナ渦後の社会変化と期待されるイノベーション像、新エネルギー・産業技術総合開発機構技術戦略センター、2020 年 6 月
4） 内閣府、統合イノベーション戦略 2020、2020 年 7 月
5） 富山和彦、「コロナショック・サバイバル　日本経済復興計画」、文藝春秋、2020 年 5 月
6） 山下正策・萩原隆二他、高齢者医療ケアの未来　加治木しあわせの杜・高齢者健康コミュニティ CCRC 構想～医療法人玉昌会　加治木温泉病院～、2009 年
7） 医療福祉経営マーケティング研究、第 9 巻～第 13 巻、2014 年～ 2018 年
8） マイケル・ウェイド他、「DX 実行戦略」、日本経済新聞出版社、2019 年 8 月
9） マイケル・ウェイド他、「対デジタル・ディスラプター戦略」、日本経済新聞出版社、2017 年 10 月
10）富山和彦、「コーポレート・トランスフォーメーション　日本の会社をつくり変える」、文藝春秋、2020 年 6 月
11）武藤正樹、「新型コロナで医療が変わる」、日本医学出版、2020 年 9 月
12）社保審 - 第 178 回介護給付費分科会、令和 3 年度介護報酬改定に向けて（自立支援・重度化防止の推進）、2020 年 6 月
13）ピーター・ドラッカー、「マネジメント課題、責任、実践（上）」、ダイヤモンド社、2008 年 12 月
14）ピーター・ドラッカー、「はじめて読むドラッカー【自己実現編】プロフェショナルの条件　いかに成果をあげ、成長するか」、ダイヤモンド社、2000 年 6 月
15）ジム・コリンズ、「ビジョナリーカンパニー②　飛躍の法則」、日経 BP 社、2001 年 12 月
16）ピーター・ドラッカー、「イノベーションと起業家精神」、ダイヤモンド社、1997 年 11 月
17）エリザベス・イーダスハイム、「P・F・ドラッカー　理想企業を求めて」、ダイヤモンド社、2007 年 5 月
18）西田泰典、「事業計画に落とせるビジネスモデルキャンバスの書き方」、クロスメディア・パブリッシング、2020 年 2 月
19）井上　功、「次世代リーダーを育て、新規事業を生み出す　リクルート流　イノベーション研修全技法」、ディスカヴァー・トゥエンティワン、2017 年 8 月
20）山本康正、「次のテクノロジーで世界はどう変わるか」、講談社現代新書、2020 年 1 月

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　31- 41，2020

NICU 退院児および医療的ケア児を支えるしくみの構築
－共生型サービス事業の活用－

山本　陽生[1)]、下薗　康志[2)]、原　有希[3)]、原口　友子[3)]、中村　真之[1)]、
高田　昌実[1)]、窪田　昌行[4),5)]、馬場園　明[5),6)]

Building a mechanism to support NICU discharged children and medical care children　-Utilization of symbiotic service business-

Yousei YAMAMOTO, Yasushi SHIMOZONO, Yuki HARA, Tomoko HARAGUCHI,
Masayuki NAKAMURA, Masachika TAKATA,
Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

周産期医療の発達により、新生児集中治療室（NICU）で命を取りとめ、気管切開や経管栄養などの医療的ケアを受けた状態で退院する医療的ケア児が増えており、2005年に医療的ケア児は9,987人であったのが、直近2018年のデータでは、19,172人へと急増している[1)]。その一方、医療的ケア児の受け入れに対応した保育施設や福祉サービスは著しく不足しているのが現状であり、NICUを退院した後は、医療的ケア児の多くが家族による介護を受けて生活しており、これらを社会全体として支えていく必要性が高くなっている[2)]。

政府がその実現を目指している地域包括ケアシステムの概念は、単に高齢者にとどまらず、障害児/者も含めた様々な支援を必要としている人たち一人ひとりの暮らしと生きがいを地域と共に創っていく社会として、地域共生社会の実現をめざしており、医療的ケア児は地域共生社会の中で人として生活する代表者の一人として捉えられている[3)]。

この実現の対策として、平成30年度の介護保険制度の見直しにおいて、介護保険に「共生型サービス」が創設され、障害福祉制度の現行の基準該当の仕組みについても、報酬において障害支援区分を勘案していない等の課題に対応するため、障害福祉制度に「共生型サービス」を創設した。これにより、介護保険又は障害福祉のいずれかの指定を受けた事業所がもう一方の制度における指定を受けやすくする見直しを行われ、平成30年の介護・障害報酬改定において、「共生型サービス」の創設に伴う基準・報酬についての必要な対応が行われた[4)]。

医療法人玉昌会グループは、独自のコンセプトである“ヒューマンライフライン”の構築を目指して、鹿児島県において地域生活に密着し、医療、福祉、健康増進サービスを提供している[5)]。玉昌会グループは鹿児島市と、姶良市にそれぞれ、医療機関を有しており、2つの都市で、医療機関が拠点となり、在宅サービス、住居型有料老人ホームを併設し、地域における在宅支援複合施設を運営している。

また、近年法人では、ウェルネスをコンセプトに温泉・フィットネス施設・地域住民集いの場となる多目的ホールを兼ね備えたウェルビークラブの取り組みを行っている。さらにウェルネスに加えて、巡回型健康診断を実施し、地域住民の予防・未病に関する事業も展開している。2017年には、姶良市にある加治木温泉病院内で小児リハビリテーション科が開設され2020年5月現在190名以上の幼児・児童に対し療育を提供している[6)]。

一方、玉昌会グループの一つである社会福祉法人幸友会では、保育園を有しており、小児リハビリテーション科言語聴覚士が保育園において、毎月ことばの教室を開催し、園児の発達促進および要支援児の早期発見に努めている。このように玉昌会

1）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
2）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
417 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan
3）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
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

グループでは、地域住民の幼児から高齢者まで幅広い世代と関わりを持ち、地域共生社会を念頭に様々な取り組みを行っている。

本研究の目的は、医療的ケア児の問題を解決するために、玉昌会グループが運営する介護保険既存事業所を活用した共生型サービス事業として、障害児と高齢者双方への事業展開、医療的ケア児を支援する施設運営、障害児や家族支援の方法としてのレスパイト施設運営、及び在宅障害児・者の緊急時の災害時対応施設としての機能の現状と課題を整理し、共生型サービス事業の可能性について研究報告するものである。

2．本研究の背景

（1）地域共生社会の実現

かつて我が国では、地域の相互扶助や家族同士の助け合いなど、地域・家庭・職場において、人々の生活の様々な場面において支え合いの機能が存在した。これまで社会 の様々な変化が生じる過程において、地域や家庭が果たしてきた役割の一部を代替する必要性が高まったことに対応して、社会保障制度は、高齢者、障害者、子供などの対象者ごとに、また、生活に必要な機能ごとに、公的支援制度の整備と公的支援の充実が図られ、人々の暮らしを支えてきた[7]。しかし、我が国では、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。さらに暮らしにおける人と人とのつながりが弱まる中、これを再構築することで、人生における様々な困難に直面した場合でも、誰もが役割を持ち、お互いが配慮し存在を認め合い、時に支え合うことで、孤立せずにその人らしい生活を送ることができるような社会としていくことが求められている。

一方、過疎化と人口減少によって、多くの地域社会で社会経済の担い手の減少を招き、それを背景に、耕作放棄地や、空き家、商店街の空き店舗など、様々な課題が顕在化している。このように地域社会の存続への危機感が生まれる中、人口減少を乗り越えていく上で、社会保障や産業などの領域を超えてつながり、地域社会全体を支えていくことが、これまでにも増して重要となっている。さらに、対象者別・機能別に整備された公的支援についても、昨今、様々な分野の課題が絡み合って複雑化しており、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱え、複合的な支援を必要とするといった状況がみられ、対応が困難なケースが顕在化している。

「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に応じて、制度・分野ごとの縦割りや「支え手」「受け手」という関係を超えて、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つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいを地域と共に創っていく社会を目指すものである[7]。

地域共生社会の実現により、このようなつながりを再構築することによって、人生における様々な困難に直面した場合でも、誰もが役割を持ち、お互いが配慮し存在を認め合い、そして時に支え合うことで、孤立せずにその人らしい生活を送ることができるような社会としていくことが求められている。人口減少、地域経済の衰退、そしてコミュニティ存続への危機感を乗り越えるためには、民間・公共問わず、さまざまなセクターが領域を超えてつながり、地域社会全体を支えていくことが、これまでにも増して重要となってきている。

（2） 鹿児島県の出生割合

日本国内の出生数は、令和元年86万4千人となり、人口動態統計開始以来、初めて90万人を下回っている[8]。さらに出生数が死亡数を下回る人口の自然減も51万2千人を超え、少子化および人口減少が加速している[9]。

国内の少子化が進行する中で、医療法人玉昌会の在る鹿児島県においても、出生数は減少傾向にあるが、特殊出生率（一人の女性が出産可能とされる15歳から49歳までに産む子供の数の平均）は1.70％と、全国平均(1.42％)と比し高い傾向にあり、全国4位となっている。(図１参照）その一方で、平成29年度の低出生体重児（体重2500ｇ未満の出生児）出生割合は、全国9.4％に対して鹿児島県11.5％を示し、出生数の1割を超え全国で最も高い割合となっている。(図２参照)

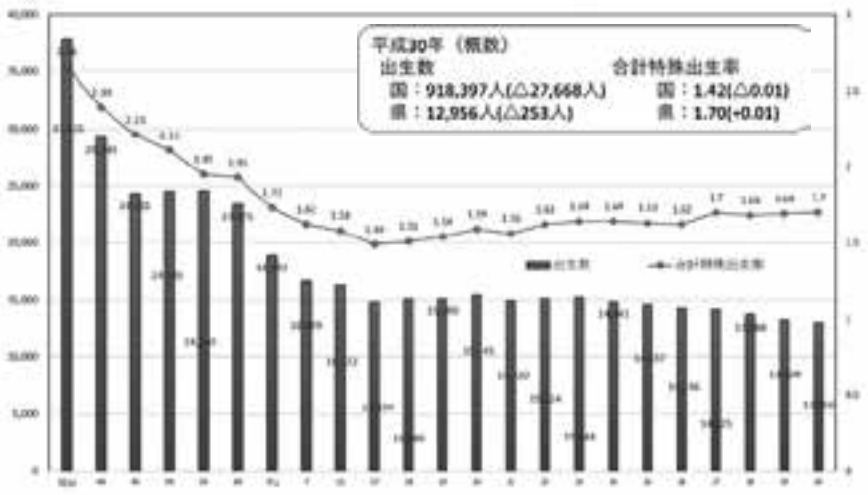


図 1．鹿児島県の出生数と合計特殊出生率

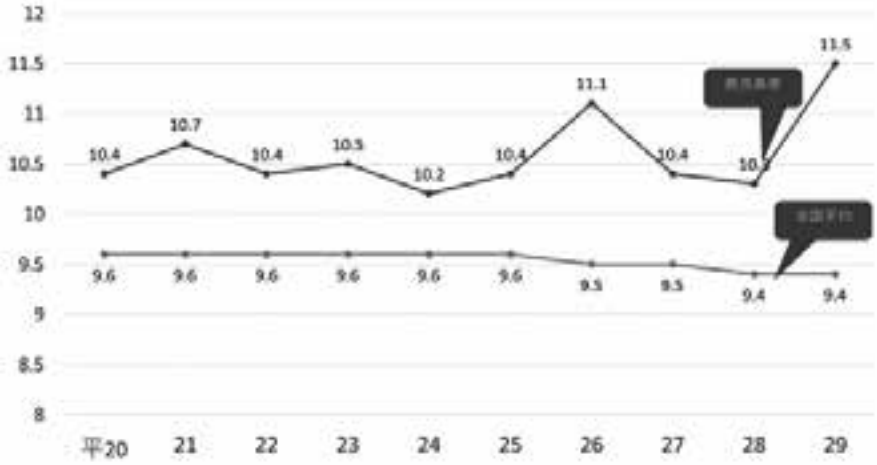


図２：低出生体重児出生割合の年次推移

（３） 新生児医療の現状

近年、我が国の新生児死亡率は、0.9％であり世界平均18.6％に対し大幅に少なく世界で最も死亡率が低くなっている[10]。その反面、医学の進歩を背景として、低出生児を含めた医療的ケア児の増加が取りざたされている。医療的ケア児とは、NICU等に長期入院した後、引き続き人口呼吸器や胃瘻等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児（0から19歳）のことである。少子化が進む中、これら医療的ケア児は年々増加し、平成30年度には全国で19,712人いると推計されている[1]。（図３参照）約2万人と推計される医療的ケア児の中には、歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児まで含まれており、具体的には気管切開部の管理、人口呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻、腸瘻、胃管からの経管栄養、中心静脈栄養、等の医療的ケアを必要としている。

図３：国内における医療的ケア児の推定者数

平成28年、児童福祉法第56条の第62項において、「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない」と公布された。これにより、医療的ケア児が在宅で生活するための連携強化がより図られるようになってきている。

（４） NICU卒業後の一定期間までのフォローアップ外来

我が国における1500ｇ未満の極低出生体重児の発達予後は、脳性麻痺や知的障害が比較的高率に発生し、全体の約50％に神経学的な障害を認めることが報告され、発達障害や精神疾患（注意欠陥・多動性障害や自閉症スペクトラム障害など）の合併リスクが高い事が指摘されており、3歳時の発達評価において27.4%が境界域を示し、8.9%が障害ありと報告されている[11) 12)]。

加えて、極低出生体重児は幼児期に障害が見られなくとも学齢期に低IQを示す児が多いと報告されている[13)]。極低出生体重

児の縦断的研究では、修正18ヵ月時に認知と粗大運動で低得点を示す児は、36ヵ月時の予後が悪く、修正18ヵ月時点で認知と粗大運動の発達遅滞が大きいことが後の発達遅滞リスクとなりえる可能性が示唆されている[14]。

これらをふまえ、極低出生体重児に対するフォローアップ体制整備として1歳6ヶ月、3歳、6歳、9歳時に、定期的にフォローするプロトコールが作成されており[15]、本県においても、総合周産期母子医療センターである鹿児島市立病院および、地域周産期母子医療センターである今給黎総合病院にて、フォローアップ外来が運営されている。

フォローアップ外来においては、医療の継続、発育・発達の評価、育児支援、新生児医療へのフィードバックが行われ、かかりつけ医・看護師・保健師・リハビリテーションスタッフの多職種連携が重要となっている。これに加え、NICU・GCU退院後の在宅生活児と家族に対する、各地域での、日常的な医療的ケアに加え、リハビリテーションスタッフによる専門的早期療育介入が重要であると思われる。

令和元年7月の調査結果では、鹿児島市内の小児への対応可能な訪問看護ステーション全21施設において、看護師によるリハビリテーション実施可能施設（乳児に対し可能15施設、幼児に対し可能18施設）は一定数あるのに対し、リハビリテーションスタッフによる専門的対応（乳児：5施設、幼児：6施設）は、はるかに少ない傾向にある[16]。

3. 地域共生社会における高齢者、障害者、児童福祉の一体化

平成29年介護保険法改正（地域包括ケア強化法）により、まず障害者が65歳になっても、使い慣れた事業所においてサービスを利用しやすくすること、および地域の実情に合わせて、限られた福祉人材の有効活用という観点から、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイについて、高齢者や障害児者が共に利用できる「共生型サービス」が、介護保険、障害福祉それぞれに位置付けられた。

これによって、介護保険と障害福祉いずれか一方の制度指定を受けている事業所が、双方の制度利用者（障害児者・高齢者）に同空間で一体的にサービスを提供できるようになり、現在持ち合わせている人的、環境的な資源を有効に活用しサービスを展開する事が可能となった。

このように、地域共生社会における、高齢者と障害児への同一サービス提供において各種利点があり、高齢者に対しては、子どもの声や存在による覚醒の促し、癒し、高齢者の役割増加、楽しみや喜びの活性化、子育て時代の回想的思考などがあげられる。一方、障害児に対しては、養育者のレスパイト提供、障害児の社会参加、多世代交流機会の提供などがあげられ社会的機能役割を果たす事ができる。さらに、利用者のみならず職員に対する、職業観・生命観の変化、職業意識の高まりや就労意欲の出現などの利点もあり得る。

4. 鹿児島県におけるNICUを有する医療機関について

鹿児島県は、鹿児島市立病院総合周産期母子医療センターを中心に、今給黎総合病院、鹿児島大学病院がNICUを有し3病院で連携し、それぞれの特性を生かした新生児医療が行われている。鹿児島市立病院総合周産期母子医療センターの新生児内科病棟は、NICU 36床、GCU12床、回復室32床の合計80床を有し、公的病院の新生児病棟では国内最大の病床数であり、年間約700人の入院を受け入れ、鹿児島県の早産児および病的新生児の約80%以上を診療している。特に、鹿児島県内において1000ｇ未満で出生した新生児については、殆どの症例の治療を担っている。

今給黎総合病院は、地域の拠点病院として平成21年に鹿児島県地域周産期母子医療センターとして認定され、NICU 9床、GCU 10床を運営し、年間200名の入院がある。主に、早産児のグローイングケアやファミリーケア、退院後のフォローアップとしての役割を担っている。鹿児島大学病院では、先天性心疾患、小児外科疾患、早産児（原則在胎34週以降）、低出生体重児（出生体重1,500g以上）の新生児医療を担っている。図4に３つの病院の役割分担と連携体制イメージを示す。

図 4：鹿児島県の新生児医療の役割分担と連携イメージ

5．小児への訪問看護の現状と課題

（1） 現状と課題

鹿児島県の訪問看護ステーション数は、171事業所（みなし指定及び休止事業所は除く）であり、鹿児島市には75事業所のステーションが稼働している。小児対応訪問看護ステーションは、平成23年度「鹿児島市」に9ステーション、「鹿児島市以外」に9ステーションとなっていたが、平成30年度では、「鹿児島市」に15ステーション、「鹿児島市以外」には39ステーションと小児対応訪問看護ステーションが増えてきているおり、特に鹿児島市以外の訪問看護ステーション伸び率が高い傾向となっていた。

平成30年に167か所の訪問看護ステーションを対象に、小児訪問看護について今後の可能性について、アンケート調査を実施した。その結果、訪問診療の必要性が高まっている中で、平成30年度現在、本県訪問看護ステーション調査対象167軒中、小児の訪問看護実績があるのは54軒と3割程度となっており、平成35年度までに取り組む保健医療計画目標の50％に達していないのが実情である。鹿児島市でみると小児の訪問看護実績がある事業所は15軒であり、残り39軒は鹿児島市外となっており、人口比率からみても不足している。現在、乳幼児に対する訪問診療件数が増加傾向ではあるが、医療的ケア児には長期的な療養が必要となってくる。長期的な療養が必要な児の在宅生活には、医療の提供は勿論のこと、福祉的支援として、レスパイト支援、居宅介護、相談支援事業所、児童発達支援生活介護、特別支援学校、などが欠かせない。

（2） 訪問看護ステーションによる小児の訪問看護の実績

鹿児島県においても、在宅患者の訪問診療料、往診料の算定件数の推移をみると、訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、0歳から19歳までの小児件数は増加傾向にある[17]。平成30年度本県における、訪問看護ステーションによる小児の訪問看護の延べ件数は29,221件、実人数は658名の利用と増加傾向にある。（図5参照）更に、年齢群別にみると小中学生に比し、乳幼児への訪問看護実績数が顕著であり、乳幼児期の在宅ケアの必要性が見てとれる。（図6参照）本県の低出生体重児の出生割合増加に伴いNICU、GCU退院直後の乳児への訪問看護対応が求められている。

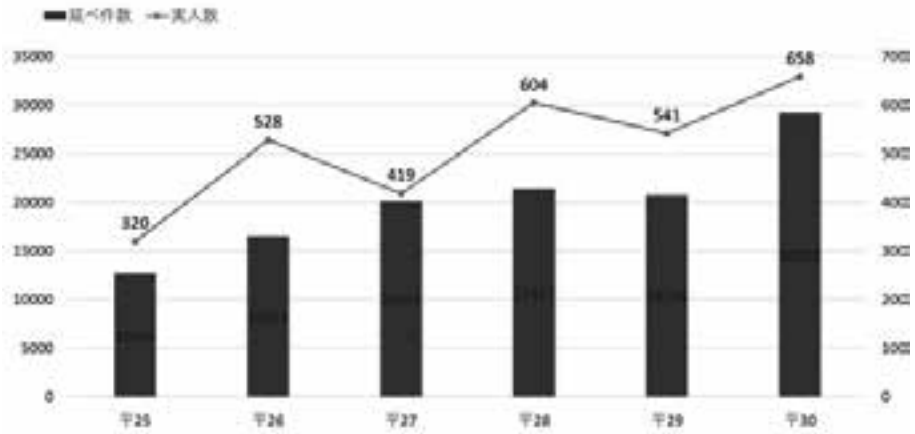


図5：鹿児島県における訪問看護ステーションによる小児の訪問看護件数の推移

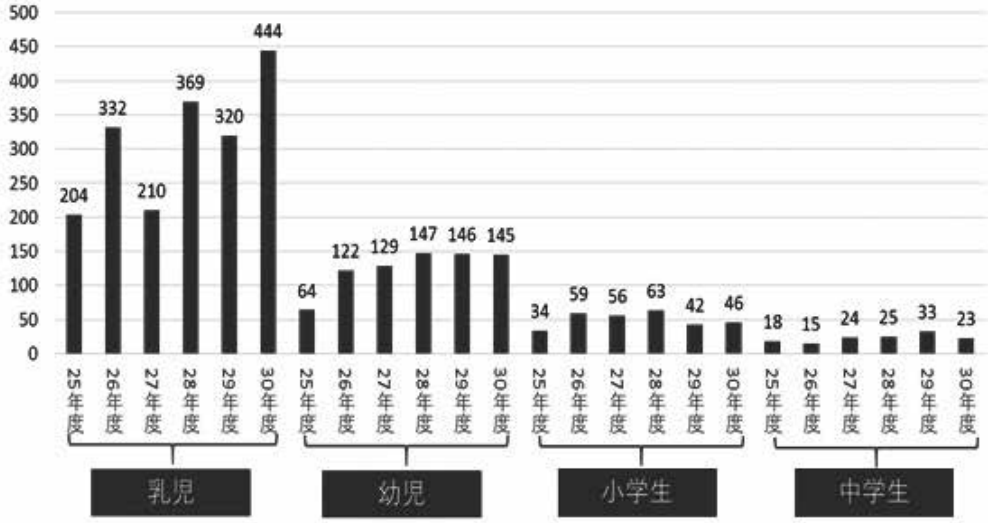


図6：鹿児島県における年代別の訪問看護実績数の推移

（3） 在宅療養児調査結果

平成28年1月鹿児島県が、身体障碍者手帳1，2級、小児慢性特定疾病・難病児のうち重症申請・人工呼吸器装着児1039人を対象に、「児の状況」「医療的ケアの内容」「介護者状況」「医療・福祉・教育利用状況」の実態調査を実施し、回答数601人（在宅で医療的ケアが必要な療養児197人、18歳未満182人、18歳以上13人）であった。

調査結果のうち、図7に家族が行っている医療的ケアの内容を示す。現在、医療的ケア児を持つ家族にとって、必要なサービスとして最も多かったのは、痰吸引で104人（52.8％）、次いで、経管栄養が100人（50.8％）、パルスオキシメーター93人（47.2％）、ネブライザー73人（37.1％）、酸素吸入59人（29.9％）、気管内挿管・気管切開41人（20.8％）、人工呼吸器を必要とする医療的ケア児は37人（18.8％）であった。

図8に近くにあったら利用したいサービスを示す。ショートステイが最も多く47.8％、次に日中一時支援事業42.9％、放課後等デイサービス・児童発達支援と続く。医療的ケアが必要な児のご家族は、日々自宅でのケアを行う中で、「ショートステイ」や「日中一時支援事業」などレスパイト機能のあるサービスのニーズは高まっている。また、表1に家族の意見と要望をまとめたものを示す。図8の結果と同様に、「ショートステイ、レスパイト先がなく、また定員が少ない」と回答している。

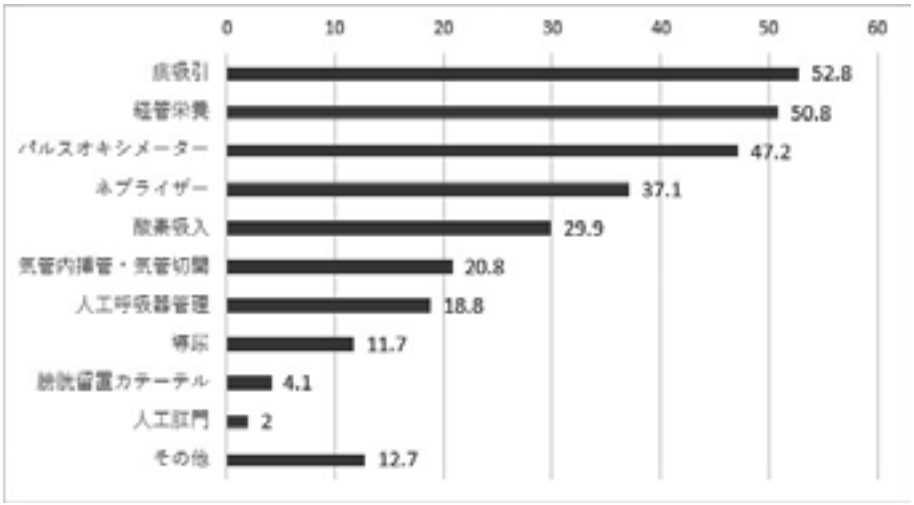


図7:家族が行っている医療的ケアの内容　　単位:%

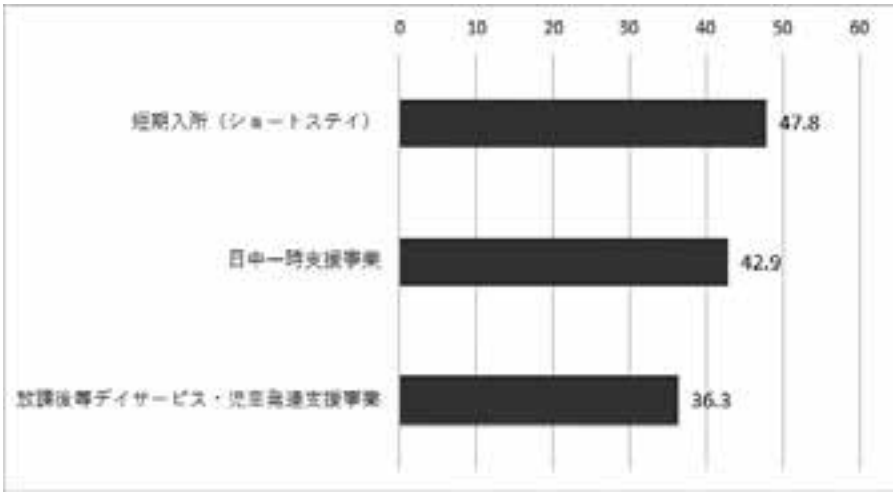


図8:近くにあったら利用したいサービス上位　　単位%

表1:医療的ケア児の家族からの意見・要望

その他の意見	
1	ショートステイやレスパイト先がなく、また定員が少ない。
2	急用時に対応してくれる施設が欲しい。
3	近くに対応してくれる医療機関・施設等がない。
4	受け入れてくれる保育所がない。
5	ショートステイ利用時の送迎サービスなど移動支援が欲しい。途中で痰の吸引等が必要になったり、荷物も多く大変である。
6	入院時に付き添い看護が求められるが家庭事情もあり困難である。
7	介護があるため働けない。
8	役所での障害サービス等の説明が不十分であり、書類手続きも簡単にしてほしい。

6．玉昌会における「共生型サービス」への取り組み

（1）「共生型サービス」について

平成 29 年に厚生労働省は「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、「地域共生社会」とは制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、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超えて『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とし、地域共生社会実現の改革の背景や方向性、改革の骨格、実現に向けた工程が示された[7]。

「共生型サービス」が、平成 30 年度に介護保険制度および障害者総合支援制度の中で導入され、同サービスは、たとえば介護保険制度の「通所介護」の指定変更による特例によって、障害福祉の「生活介護」の利用者が利用可能となるというものである。これまでも「基準該当サービス」として介護保険事業所の指定を受けていれば、市町村の判断により、障害福祉サービスを提供できたが、この制度化によってその移行がスムーズになった。

「共生型サービス」のメリットとしては、まず多様な利用者を受け入れる事ができることであり、次に地域住民の関心が高く、交流が進むということが挙げられている。「共生型サービス」のデメリットは、調査結果によると、まず多種多様な個別ケアの実施に苦労していることであり、次に「共生型サービス」のケアに関する職員向け研修、とくに高齢・障害の各専門的なケアを統合した展開を目的とした研修が少なく、受講機会が得られにくいということが挙げられる[18]。

また「共生型サービス」が「地域共生社会の実現」を目指すプログラムとしてはあまり注目されておらず、しかも普及していない理由について関係部署間の調整課題が指摘されている。このことは高齢と障害の行政部門連携の弱さが指摘されており結果として「共生型サービス」への意向が進まないといった現状が伺える。図 9 に介護保険と障害福祉で利用可能な共生サービスの関係を示す。

図9. 介護保険および障害福祉における共生事業

（2）「看護小規模多機能型居宅介護」

「看護小規模多機能型居宅介護」とは「看多機（かんたき）」と略称され、「通所」「宿泊」「訪問介護」「訪問看護」の 4 つのサービスを一体的に提供する多機能型施設サービスである。医療ニーズの高い利用者が家庭的な環境と地域住民との交流の下で暮らしを継続することをサポートする地域密着型サービスの一類型として位置付けられている。当初は「複合型サービス」という名称であったが、平成 27 年 4 月に「看護小規模多機能型居宅介護」へと名称変更された[19]。

「看護小規模多機能型居宅介護」の大きな特徴は、充実した看護職員の配置構成にあり、訪問看護の提供にあたり、医師の指示書をもとに看護職員が「通い」や「泊まり」の利用時にも医療処置を行える。対応できる医療処置については、これまでの介護職員を主体とする他の事業形態では対応しきれなかった医療ニーズの高い方の受け入れが可能となる。また 24 時間 365 日、顔なじみのスタッフより看護と介護のサービスを受けることができる認知症対応型のサービスも担っている。

日本看護協会は在宅療養を一つの事業所で行える「看護小規模多機能型居宅介護」を推奨しており、そのサービス効果について分析を行っている。「看護小規模多機能型居宅介護」、は医療依存度の高い利用者あるいは状態が不安定な利用者に対応できるサービスであることが実証でき、介護給付費分科会をはじめとして、様々な場でサービスの効果を紹介する等、協会をあげてバックアップしている。

医療法人玉昌会では平成 25 年 4 月に「小規模多機能居宅介護」からの転換で「複合型サービス」として「看護小規模多機能

型居宅介護」をスタートさせた。医療行為が必要な重症の利用者受け入れ、家族の介護負担軽減、退院後の在宅復帰支援を事業所理念とし365日24時間の運営を行っている。当事業所の母体病院である高田病院の隣という立地条件、並びに人員基準以上の看護師を配置していることにより24 時間看護が必要な利用者にも安心して在宅生活ができる環境を整えている。地域密着型サービスの特徴でもある地域との交流イベントも計画的に実施し、各種イベント参加等の外出する機会を設けている。

「看護小規模多機能型居宅介護」では、他の介護サービスでの共生型サービスと比較してつぎのような有意なポイントが多い。まず、常勤看護師が確保されており、医療必要度の高い障害者・児を受け入れることができる。次に、看護小規模多機能の特徴である通、泊まり、訪問を組み合わせて利用することが出来る。三番目に、とくに新生児医療学会で指摘されていた通・泊のニーズに対応することができる、ことである。共生型サービスの強みとして高齢者の意思･発動性の向上が期待でき、障害者･児においては社会生活の場としての教育的関わりが期待できる。図 10 に「看護小規模多機能型居宅介護」のイメージ図を示す。

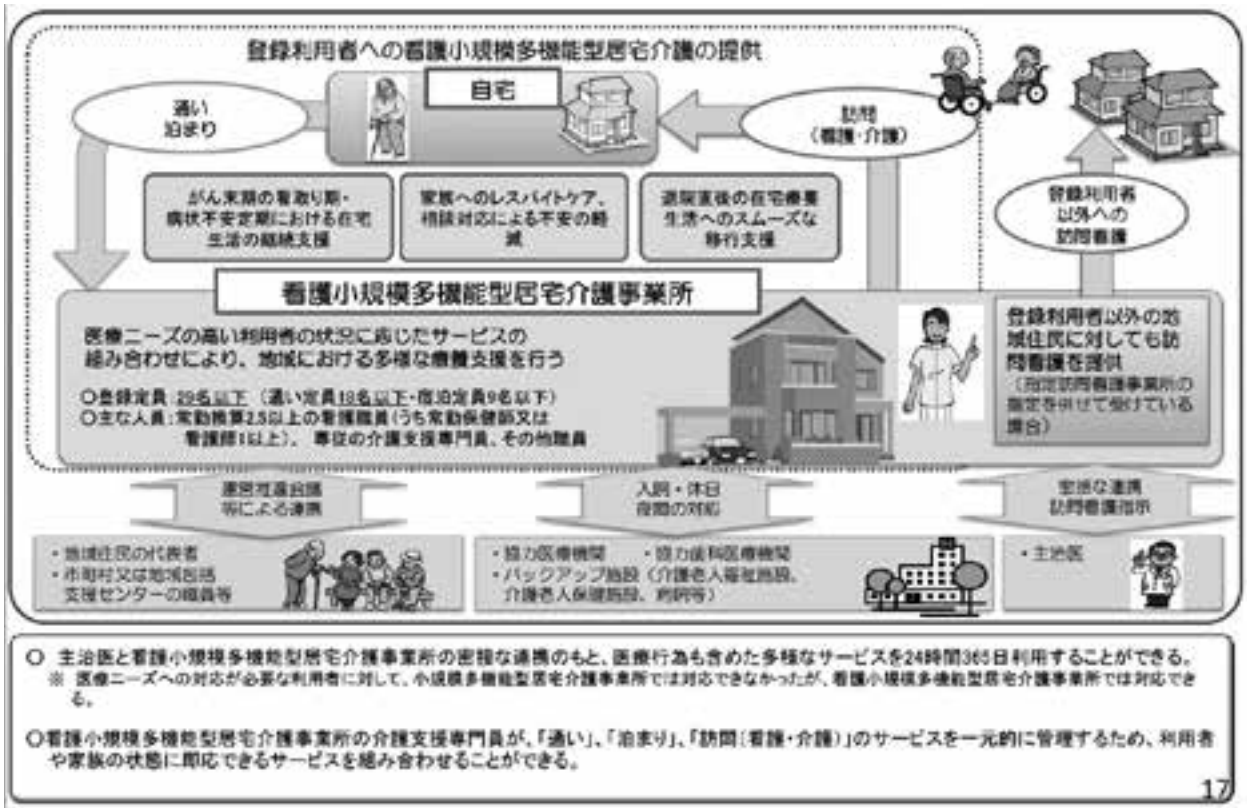


図10.「看護小規模多機能型居宅介護」の概要
出所：社保審　介護給付費分科会　第138回参考資料より

7. 考察

（1）障害児と高齢者双方に対する事業展開の可能性ついて

我が国の出生数が令和元年統計開始以来、初めて90 万人を下回り、さらに出生数が死亡数を下回る人口の自然減も進み、少子化および人口減少が加速している。鹿児島県は、特殊出生率は全国平均と比較して高い傾向にあるが、その一方で、平成 29 年度の低出生体重児（体重 2500ｇ未満の出生児）出生割合は全国で最も高い割合となっている。その背景としては医学の進歩によって、低出生児を含めた障害児は増加していることがある。特に低出生体重児の出生割合増加に伴い NICU、GCU 退院直後の乳児への訪問看護対応が求められていることがあり、小児への訪問看護は小中学生に比し、乳幼児への訪問看護実績数が顕著で乳幼児期の在宅ケアの必要性が高い。

現在、主として在宅ケアを支えるのは訪問看護であり、その役割はとても重要である。鹿児島県では低出生体重児の出生割合増加に伴い NICU、GCU 退院直後の乳児への訪問看護対応が中心となっているが、保健医療計画目標の 50%に達していないのが実情であり、対応できる訪問看護事業所の不足が考えられる。また、レスパイト施設、ショートステイ施設のニーズがアンケート結果から示されているが、宿泊を伴うショートステイ系のサービスの不足が示唆される。

「看護小規模多機能型居宅介護」は、共生型サービスにおいて「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供するサービスに位置付けられ通い、泊まり、訪問に該当する 6 種類の障害福祉サービスの指定を受けることができる。このことから、障害児を対象としたショートスティのニーズに対する受け皿して期待できると考える。しかし、課題として、

高齢者介護を基本としたサービスを行っている事から、障害児に対する経験が乏しいこと、および低出生体重児を含む障害児を対象とした研修が少ないことから、研修機会を確保することが困難であることが挙げられる。

当法人では訪問看護、「看護小規模多機能型居宅介護」を有しており、高齢者介護における医療的なサポートを行っていることから、障害児に対しても訪問看護での支援を行い、その関わりの中でショートステイのニーズに対して、「看護小規模多機能型居宅介護」での宿泊を利用することが出来ると考える。

（2）医療的ケア児を支援する施設運営について

医療的ケア児が在宅で生活するための連携強化がより図られるようになってきている。そのため乳幼児に対する訪問診療件数が増加傾向ではあるが、長期的な療養が必要な児の在宅生活に必要なレスパイト支援、居宅介護、相談支援事業所、児童発達支援生活介護、特別支援学校などは医療的ケア児に対応できるスタッフが不足していることから対応できないケースが増えている。近年では保育所等による障害児の受入れが日本においても進みつつあるが、障害が軽度のものに限られ、保育所でのお預かりは難しいのが現状である。障害福祉サービスにおいても未就学児の障害児を対象とした施設として、療育を目的とした”児童発達支援事業”が挙げられるが医療的ケア児が通所できる児童発達支援事業所は限りなく少なく、登録待ちが存在する。

「看護小規模多機能型居宅介護」では他の介護サービスと比較して看護師配置が手厚いことから医療ニーズの高い利用者を多く受け入れている。特に在宅気管切開患者や気管カニューレを使用している状態のような医療的な管理が必要な利用者に対し、計画的に管理を行っていく特別管理加算を算定している。これらの特色を活かして医療的ケア児に必要なケアを担う事ができ、レスパイトとしての通いの場、泊まりの場としてのニーズに応えることが出来るのではないかと考える。

（3）医療的ケア児の災害時対応事業所としての機能

災害時の避難所等で生活する障害児者とそのご家族への支援に当たっては、障害特性等により特段の配慮が必要になる。実際の避難所でもその障害特性に応じたきめ細かい対応が必要になるため実際には避難が難しいケースが多く存在している。特に重度の身体障害の方や、重度の知的障害と身体障害が重複している重症心身障害のある方は移動するのも困難で避難所に向かう事が出来ない事が予測される。医療的ケアを必要とする障害児はさらにハードルが高く、経管栄養のためのリキッド状の経腸栄養剤等の医薬品等の確保にも特段の配慮を要する。災害時に避難する場については未だ明確な答えが出ていない状況となっているが、共生型サービスで医療的ケア児を受け入れる事は、災害時の福祉避難所として機能することができ、災害が生じた際に少しでも安心できる体制ができる仕組みが構築できると考える。

8. 今後の展望

医療的ケア児の在宅生活を支える体制の構築として、共生型サービスの可能性について検討を行った。共生型サービスの中で、看護師配置の手厚い「看護小規模多機能型居宅介護」であれば、在宅で医療的なケアの必要な障害児者の生活を支えていけるのではないかと考えた。鹿児島県において、訪問看護ステーションの小児対応事業所は年々増加傾向にある一方、ショートステイ等のニーズに応じた施設整備は進んでいない。このため、医療的ケア児と親が安心して生活を続けていくためにも、短時間・短期間に預けられる施設整備は急務であると考えている。共生型サービスは、法律上は、介護保険又は障害福祉のいずれかの居宅サービスの指定を受けている事業所が、もう一方の制度の居宅サービスの指定を受けやすくする「居宅サービスの指定の特例」を設けたものであり、比較的整備を広げていきやすい利点がある。共生型サービスが一般的となれば、一気に整備数が増える可能性を秘めている。

本研究を進めていくにあたり、障害児者や親が安心して預けられる法人とならなければならないと考えている。そのためには情報の共有、顔の見える関係性づくりとして、訪問看護ステーションでの在宅支援と、共生型サービスとして看護小規模多機能型居宅介護短期入所の２つの事業を、合わせて実施していくことが、地域貢献となるのではないかと考える。

課題のひとつとして、職員教育があり、小児看護を経験したことのない職員もおり不安に思う職員もいたが、職員自ら小児看護分野の研修会参加や、医療的ケア児等支援者養成研修を受講するなど一歩ずつではあるが準備を進めている。技術習得については、地域周産期母子医療センターでの現場研修を検討しており、コロナウイルス感染症の状況を注視しながら現場実習時期を判断していきたいと考えている。

当面は、訪問看護ステーションでの小児在宅支援を実施し家族のニーズ等を把握しながら、共生型サービス事業の実施についても、行政や地域住民との連携を進めていきたいと考えている。また、共生型サービスとしての「看護小規模多機能型居宅介護」の目的としては、在宅療養児ご家族のレスパイトであるが、もうひとつの役割として災害時の避難所としても機能していけないか検討している。現時点では、どのように進めていくなどの計画は漠然としており対象者や必要物資など把握できていない事が多くあるが、障害者コーディネーターや行政と協働で進め、何らかの形で地域に貢献できる地域共生拠点となる事を目指していきたい。

【参考文献】

1） 中村知夫、医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像、Organ Biology VOL.27 NO.1, 2020
2） 厚生労働省社会・援護局、医療的ケアが必要な子どもの支援の充実に向けて、令和元年度　医療的ケア児等の地域支援体制構築に係る担当者合同会議、2019 年 10 月
3） 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
4）厚労省障害福祉サービス等報酬改定検討チーム、平成 30 年度障害福祉サービス等改定の基本的な方向性について（案）、平成 29 年 12 月
5） 平川智士･増山泰英他、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のパートナーシップー、医療福祉経営マーケティング研究、第 14 巻第 1 号、2019 年
6） 原口友子・原　有希他、加治木温泉病院における小児 ST 外来の開設までの流れと現状と展望～地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて～、医療福祉経営マーケティング研究、第 13 巻第 1 号、2018 年
7） 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部、「地域共生社会」の実現に向けて、平成 29 年 2 月
8） https：//www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei19/index.html
9） 平成 30 年度厚生労働科学研究田村班報告
10） 新生児死亡率の国際比較 2018（WHO）
11）「令和元年度小児在宅医療推進研修会」資料より．鹿児島県医師会館．2019.12.13.
12） 上谷良行．2005 年出生の極低出生体重児 6 歳時予後全国調査の実態．平成 24 年度厚生労働科学研究「重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究」報告書．2013．80-86
13） 儀間裕貴、黒宮寛之、渡辺はま、ほか．極低出生体重児における 1 歳 6 ヶ月・3 歳時の問診評価と 6 歳時の発達の関連．理学療法学．2019.46（２）．99-98.
14） 三科潤、平松祐司．低出生体重児の長期予後．日産婦会誌．2006．58（１）．27-31.
15） 稲田祐奈、松井三枝、川崎裕香子、ほか．Bayley 発達検査の縦断比較による極低出生体重児の発達特徴．脳と発達．2020．52．16-21.
16） ハイリスク児フォローアップ研究会ホームページ．http：//highrisk-followup.jp/schedule/．（2020 年 5 月 15 日引用）．
17） 鹿児島県ホームページ．小児の在宅医療に対応する医療・福祉施設について訪問看護ステーション小児への対応が可能な訪問看護ステーション一覧（令和元年 7 月調査）https：//www.pref.kagoshima.jp/ae08/kenko-fukushi/kodomo/sodan/documents/51251_20190926093516-1.pdf．（2020 年 5 月 15 日引用）
18） 厚労省、第 142 回社保審－共生型サービス、平成 29 年 7 月
19） 厚労省、第 138 回社保審－介護給費分科会、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（参考資料）、平成 29 年 5 月

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60，2020

２０１９年度 第 10 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

今後の医療政策と医療機関のあり方

〇会　期

2020 年 3 月 14 日（土）14：00～17：20

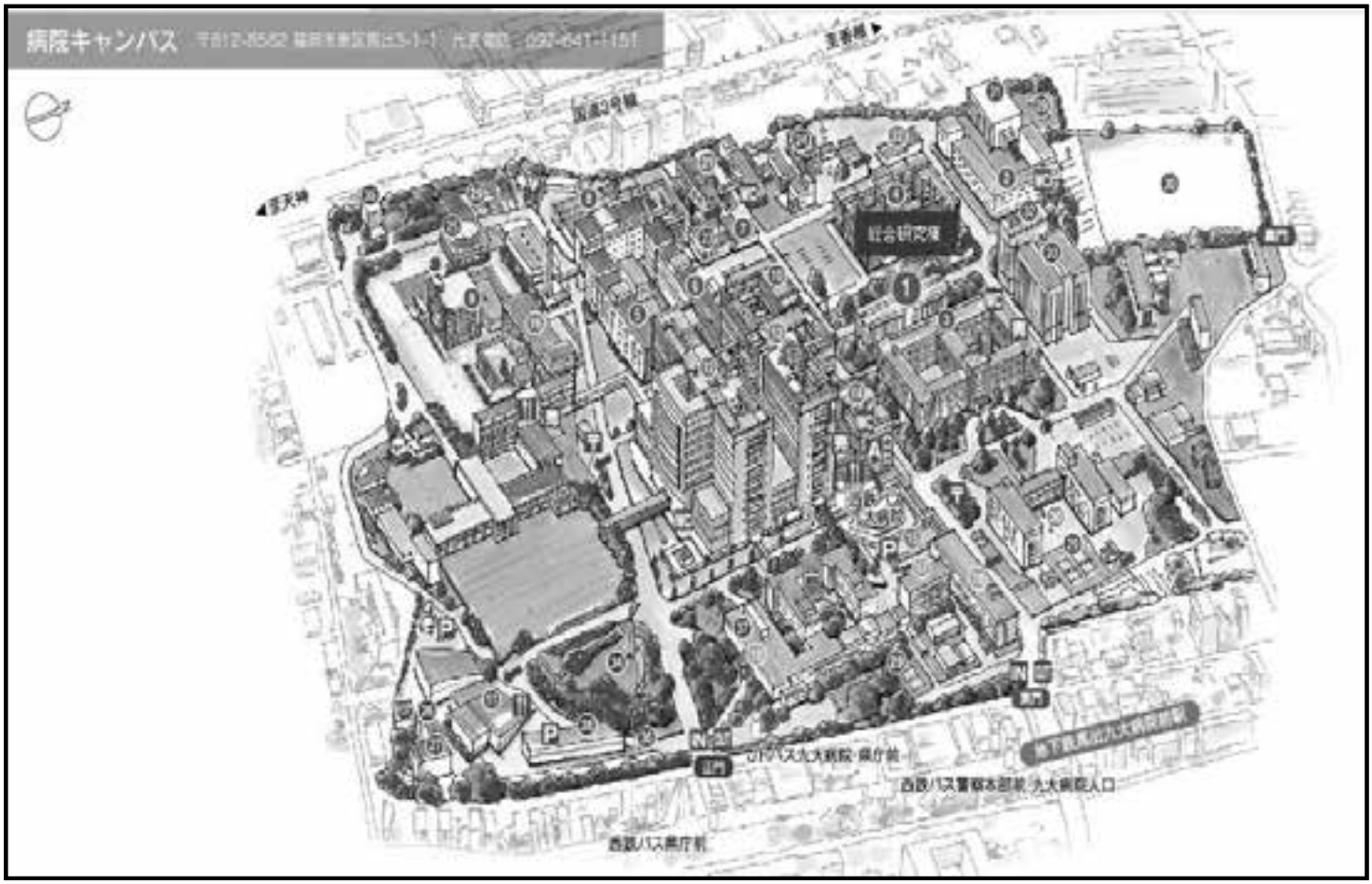
〇会　場

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）

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

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 14（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。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

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15巻　第1号　43- 60,　2020

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

▶ 休　憩　　１５：４０～１５：５０

▶ 一般口頭発表　　１５：５０～１７：２０

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60，2020

●教育講演

医療を取り巻く環境の変化と医療機関の在り方

馬場園　明（九州大学）

【医療を取り巻く環境の変化】

わが国では，医療を取り巻く背景が急速に変化しており，それに対応した医療提供体制に変革することが求められている．感染症，消化器疾患，外傷などによって急性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．しかしながら，地域包括ケアシステム時代では，生活習慣病，癌，アレルギー疾患，メンタルヘル関連疾患，変性疾患，などの慢性疾患や障害が医療の対象の中心となっており，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．

「病院完結型」は，診療がシンプルであり，治癒が望めた時代にはマッチしていたモデルである．一方，今日，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．医療の旧パラダイムは「病院完結型」の医療者中心モデルであり，新パラダイムは「地域完結型」の患者中心モデルであるとも言える．

【地域包括ケア時代の健康や障害の考え方】

「健康の概念」を考える場合，スミスの分類が参考になる．スミスは健康を「疾病モデル」「役割遂行モデル」「適応モデル」「幸福モデル」に分類した．これらのモデルのどれが正しくて，どれが間違いだという問題ではなく，これらのすべてのモデルが，「健康の概念」に関係していると考える必要がある．「健康の概念」に関して，「疾病モデル」だけで十分であれば，「疾病や障害」だけに目を向ければ良いということになり，医療に求められるものは，「診断と治療」だけでよいことになる．しかしながら，現在，医療には，人々の「役割遂行」「社会適応」「よく生きることと自己実現」を支援することも求められていることには，異論はないであろう．そうなると個人に対する医療職だけの対応だけでは不十分であり，多職種や社会との協働も求められている．

このような観点を受けて，WHO の障害に関する分類も改変された．WHO では，障害を ICIDH（国際障害分類）において，心身機能障害，能力障害，社会的不利に分類していた．しかし，何ができないかを分類するのではなく，障害があっても，「何ができるか」といったポジティブな面からの分類が検討されることになり，ICF（国際生活機能分類）が 2001 年 WHO 総会で採択された．

【医療機関が地域の健康を支援する役割】

今後，病院は，患者の疾病や障害に対応するだけでなく，健康の概念の変化や ICF の考え方を理解し，患者が良く生きているためのニーズにも対応していかなければならない．提供される医療に関しても，主治医が決定するのではなく，本人の意思を十分尊重したものでなくてはならない．そして，患者との関係性も，継続的なケアが必要であることを考慮すれば，「受診・入院時だけの関係」ではなく，「継続的な関係」を維持する方法を検討し，患者に起こってくる問題に対しては，「要望への対応」ではなく，「計画的に対応」することが求められる．

特に，重要になってくるのは連携である．複数の機関が協働することを連携と呼ぶ．病院のスタッフは，連携とは，患者の入退院時には地域の医療・介護の専門職チームと情報を共有することだと考えがちであるが，それだけでは不十分である．医療職と介護職を含めた患者に関連するさまざまな職種の支援者が目標を共有して，変化する患者のニーズに対応して，協働するのが連携である．連携を成立させるには，連携についての深い理解が必要となる．連携には，リンケージ，コーディネーション，統合のレベルがあるが，患者が地域で安心して生活するには，現在行われているリンケージやコーディネーションといった調整だけでは不十分であり，統合が必要となる．

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が，　統合を機能させるにはケア提供において目標や価値観の共有を実現する規範的統合が必要である．

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一 般 演 題 抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ａ

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高田病院と今給黎総合病院とのパートナーシップ-

○平川智士　増山泰英　山岡広宣　中村真之　萩原隆二　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】

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、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に迫られている。すなわち、経済面では医療費・介護費・年金の仕組み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。

玉昌会は 2016 年 2 月から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。これによって、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、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”の構築に貢献することができる。

本研究は、高田病院が「キラメキテラス構想」を通して、パートナーとなる急性期病院である今給黎総合病院と連絡通路「アトリウム」で屋内接続される国内初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。

【方法】

当院主催の情報交換会に参加を開始した 2014 年から 2018 年までの今給黎総合病院からの全患者紹介数実績と回復期病棟紹介数実績をその他の近隣急性期病院からの紹介実績とを集計・比較・分析を行った。その上で課題を抽出して今後の課題と展望を述べる。

【結果】

今給黎総合病院からの全紹介数実績は、2014 年は 15 件であり、近隣急性期病院では最下位であったが、その後は年々増加していき、2017 年 65 件、2018 年 50 件と 2 年連続最高位を維持している。一方、近隣急性期病院からの回復期病棟患者紹介実績は 2014 年 1 件、2017 年 3 件、2018 年 8 件と増加傾向ではあるが、2017 年は近隣急性期病院の中で最下位、2018 年は第 3 位、2014 年～2018 年からの総合計でも最下位となっている。なお、高田病院回復期病棟の稼働率も 2017 年 87.2%、2018 年 84.2%、2019 年(10 月現在)81.5%となっている。

【考察】

高田病院の全患者紹介件数実績は順調に推移しているが、回復期病棟患者紹介実績は低迷している。これは、今給黎総合病院には自院の回復期病棟(33 床)を運営していることや現連携体制において近隣リハビリテーション病院(全 155 床回復期)へ自院で賄いきれない回復期対象患者を紹介している要因によるものと分析している。

新築移転を機に、①連絡通路による接続②災害時避難施設機能③医療機能体制の機能分化④高額医療機器の共同利用⑤在宅事業部門及びリハビリテーション部門の後方支援⑥周産期医療の後方支援を計画しており、病院間連携や手厚い支援体制により今給黎総合病院とのパートナーシップを構築し、患者紹介実績を向上させていきたいと考える。リハビリテーション部門の取り組みとして、①がん患者リハビリテーションの強化②心大血管リハビリテーション施設基準の取得③小児リハビリテーションの展開④運動器リハビリテーションの強化⑤外来リハビリテーションの強化⑥AI・ロボットの活用などを計画しており、安心・安全に幅広い患者を受け入れる体制を基に今給黎総合病院とのパートナーシップを図る。今後も当法人が多世代交流施設「キラメキテラス」を拠点に小児から高齢者、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し、地域から必要とされるヒューマンライフラインへの架け橋の第1歩となるようにリハビリテーション室として取り組みたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ａ

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

○小林信三、下村徹郎、下村恭子（医療法人竜門堂）
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】

医療法人竜門堂は、大野病院と二つの診療所を基盤として、2006年頃から高まってきた高齢者住宅のニーズに応じて、様々なタイプの住宅型有料老人ホーム、グループホーム、宅老所を開設し、在宅医療、訪問介護、通所介護、訪問介護等を展開し、医療介護を一体的に提供している。本研究は、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である佐賀県武雄市において、政府が2025年を目標に、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、どのような課題を解決し、実践していけばいいのかを検討していくものである。

【対象と方法】

研究対象は、人口減少、特に働き手が減少する武雄市の山内地区を日常生活圏とする医療介護を必要とする住民とした。そして、住民が安心して、最後まで住み慣れた場所で暮らし続けるために、竜門堂の医療介護資源をどのように配分提供していけばよいかの現状を分析し、武雄市山内地区における地域包括ケアシステムを実現するために必要な機能、サービス、方向性について分析検証した。

【結果】

(1)竜門堂を取り巻く現状分析

地域包括ケアシステムの構築を考えていく中で、日常生活圏域の人口構造、疾病構造、高齢者のケアサイクルの変化、及び団塊の世代の大量死問題等がある。特に武雄市の人口減少については、患者・利用対象者となる75歳以上後期高齢者人口は、2045年まで増加するが、働き手となる20～64歳人口は、2045年には、2015年から35.6%減少し、人手不足が問題である。一方、2040年に向けた地域包括ケアシステムの構築では、それぞれの地域の社会資源を活用して、日常生活圏ごとに設計することが求められている。その際、今後の介護サービスの方向として、「出来高払いによる単品サービス」から「地域密着型包括報酬サービス」に転換していく方針であり、これらに対応していく必要がある。

(2)　地域医療構想と地域包括ケアシステムへの対応

佐賀県では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、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。地域医療構想では、5つの構想地域ごとに必要病床数を定め、新しい体制への転換を考えている。2014年の病床報告と2025年の必要病床数には、急性期と回復期の間に大きな需要ギャップがみられ、慢性期病床については、在宅医療等への移行を見込んであり、必要病床数は現在の半数強と見込まれており、対応を迫られている。

(3)介護医療院への転換

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」が創設された。全国、九州、佐賀県内の介護医療院の開設状況を踏まえて、転換のメリット（在宅復帰率、設備助成金、移行定着加算）を検討し、2019年8月、介護療養病床42床を介護医療院に転換した。

(4)　地域包括ケアシステムの構築に向けた事業再編

竜門堂は、介護保険制度がスタートした2000年に大野病院に併設したデイケアを皮切りに、介護保険制度の変遷、介護療養病床の転換を考慮し、有料老人ホーム、訪問介護、通所介護等の介護保険事業を整備していった。さらに、竜門堂は2012年から厚労省の医療介護保険制度の改正の方向性、及び経営効率を踏まえて、介護保険事業の再編、グループホーム・宅老所の統合について改革を行ってきた。

(5)構築に向けた５つの課題への挑戦

地域包括ケアシステムの実現に向けて、今後の計画としては、地域包括ケア病棟の創設、在宅医療、訪問看護の充実、地域密着型包括報酬サービスである定期巡回随時対応訪問介護サービスの整備の検討について協議を始め、地域包括ケアシステム実現の5つの課題（①医療と介護の連携強化、②24時間体制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）について検討を進めていく方針である。

【考察～終わりに】

医療法人竜門堂は、介護療養病床の廃止等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、高齢者住宅の建築等、およそ20年間にわたって地域住民のニーズに対応してきた。これからさらに変革が進められていく中で、竜門堂は、武雄市山内地区・日常生活圏で生活する地域住民が安心して、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。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ａ

2020年以降を見据え、介護医療院開設を活用した病床ダウンサイジングと病床機能アップの取り組み

○山元　直子　中村　真之　髙田　昌実（医療法人玉昌会）

【目的】

加治木温泉病院は、鹿児島県の中心に位置する姶良市に1978年6月、100床の病院として開設し姶良市の人口の増加と共に増床を繰り返し、1997年に350床となった。2018年10月時点の病床機能は「地域包括ケア病棟（入院料4）60床」「回復期リハビリテーション病棟（入院料1）54床」「医療療養病棟(入院基本料1・在宅復帰機能強化加算)119床」「同（入院基本料2)《経過措置》60床」「介護療養型医療施設（療養型介護療養施設サービス費Ⅰ）57床」であった。介護療養型医療施設は、2024年3月末までの移行期間が設けられ、他機能転換もしくは病床廃止を決定しなければならない状況にあった。そこで、転換シミュレーションを行い、精査の上介護医療院への転換を行った結果を報告する。

【方法】

直近データより内部環境を地域の人口動態より外部環境の分析を行い、介護医療院へ転換した場合と、医療療養Ⅰへ転換した場合のシミュレーションを行った。当院の介護療養型医療施設は療養型介護療養施設サービス費Ⅰ（療養機能強化型A）であり、医療処置（経管栄養・喀痰吸引・インスリン）割合77%、重症認知症割合60%と要件の50%以上の基準を満たしていた。ターミナル期についても常時10%を維持、稼働率も常時95%前後で推移し安定的運営を行っていた。介護医療院は現行の療養型介護療養サービス費の基準を踏襲しており、職員配置も同様であり医療療養への転換と比較すると容易と考えられた。ただし、病棟単価は医療療養Ⅰと比較すると低いため医療療養Ⅰへの転換も検討したが、医療区分2以上の割合にて、2014年時点では療養病棟全体で79.4%であったが、2018年には63.5%まで低下、病棟全体でベッドコントロールに取り組んだとしても医療区分2以上80%以上到達の可能性は低く、紹介患者の動向からみても区分対象者の獲得は困難な状況と判断した。当院が所在する姶良伊佐医療圏の総人口は2025年に向けて6%の減少、一方75歳以上の人口は2025年には16%増加が予測されており、高齢化により医療依存度の高い在宅患者の増加が推測されるが、地域の総高齢者住宅数は1,334床で全国平均を下回っていた。また、県民保険医療意識調査では介護の課題として「急変体制の整備」「介護家族の(経済の含め)負担軽減」が挙げられており、医療系機能を内包した「介護医療院」の需要が高まっていくことが想定されたため、介護医療院への転換を選択した。

【結果】

第1期病床再編計画として12月に介護療養型医療施設57床を介護医療院へ転換した。当院は地域包括ケア病棟もあるが、2018年の診療報酬改定での在宅復帰率の計算式の見直しにより、在宅復帰率の退院先として認められていた「療養病棟（在宅復帰機能強化加算)」への退院が除外され、在宅復帰率70%の基準が満たせず、入院料4となり大きな減収となっていた。介護医療院は在宅復帰先にも指定されており、退院先としての活用により在宅復帰率の向上も期待できると考えた。しかし、基準を維持するには57床では不足することが想定されたため、第2期病床再編計画として翌年8月に23床を追加転換し合計80床とした。追加転換病床は、医療療養病棟（基本料2《経過措置》）を23床と37床の2つの分棟したうちの1つである。これに伴い、地域包括ケア病棟は入院料2へ基準をあげることができ、病院全体の収益の増額に影響した。

【考察】

80床の介護医療院は、現時点で姶良伊佐地域最大規模である。病院の病床数は350床から270床へダウンサイジングしたが、地域包括ケア病棟も介護医療院を在宅復帰先として活用し、入院料の基準を4から2へ引き上げることに成功、さらに地域医療構想にも協力でき、経営的にも安定的な運営を行えており、転換してよい結果が出たと確信している。

【結語】

当グループは法人の基本理念である「いつまでも健やかに・・・― ―私たちの願いです。」をもとに、これからも介護医療院を活用し、地域に密着した医療・介護・福祉サービスの提供を行いながら、地域包括ケアシステムの構築・推進に尽力していきたいと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ａ

社会保険稲築病院に併設した介護医療院を中心とする地域包括ケアシステムとの連携

○　曽我いずみ、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】

今後高齢化が進行するわが国において、Aging in place を実現するためには、地域包括ケアシステムの中心にある住まいの構築が必須である。2018 年 4 月には、医療の必要な要介護者の住まいの機能を持つ新たな施設類型として介護医療院が創設された。本研究では、最期まで高齢者が尊厳を守って暮らせる住まいを提供できる介護医療院として、地域包括ケアシステムとの連携を実現するためのマネジメント戦略の検討を行った。

【対象と方法】

2019 年 6 月に開設した「介護医療院いなつき」を対象とした。「介護医療院いなつき」は、一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟を有する多機能病院である社会保険稲築病院の医療療養病床の一部を転換したものである。

マネジメント戦略を可視化する方法として、バランスト・スコアカード（以下 BSC）を作成した。戦略スタンスとして、ビジョン、ミッションの設定を行い、ビジョンにそって財務・顧客・業務・学習と成長の各視点から戦略目標を定義し、重要成功要因（CSF）、重要業績評価指数（KPI）、目標値を設定した。重要成功要因の設定は、SWOT 分析の結果を基に行った。

【結果】

ビジョンは「介護医療院を併設した地域密着型多機能病院として、地域の住民に継続的に安心･安全･快適な医療と介護を提供する」、ミッションは「Aging in place の実現のために、医療と介護の一体化したサービスを提供し、患者中心の地域包括ケアシステムを支える」とした。

外部環境分析には、フレームワークとして DEPST 分析を用い、「介護医療院いなつき」の所在する嘉麻市、飯塚医療圏の分析を行った。内部環境分析では、2019 年 11 月 1 日時点での入居状況も合わせて評価した。当医療院は、比較的容体が安定した者を対象とするⅡ型を選択している。定員は 37 名であり、特別室、個室、多床室（4 人部屋）の 3 種類の居室を備えている。また、開設して 5 か月間での退所者における理由を調査したところ、47%が死亡退所であった。

戦略目標については、学習と成長の視点では、「職員のモチベーション向上」、業務の視点では、「多職種連携強化」、「業務効率化の推進」、「人員の安定確保」、顧客の視点では、「入所者満足度の向上」、「地域との連携強化」、「尊厳ある看取りの実施」、財務の視点では、「安定した経営」とした。

以上より BSC を作成した。（図 1）

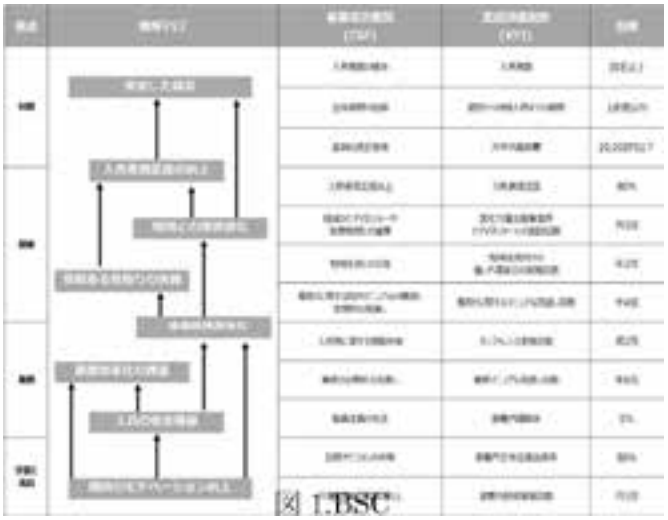


図 1.BSC

BSC の運用については、既存の会議を利用し、PDCA サイクルを継続的に回していくこととした。

【考察】

本研究では、BSC を作成することで、解決するべき課題と方向性が可視化され、看取りの場としての役割を担うことの必要性も病院スタッフが理解できるものとなった。「介護医療院いなつき」を中心とした地域包括ケアを構築することで、高齢者の生活環境を基本的に維持し、変化していく医療と介護の両ニーズに概ね対応することが可能であると考える。今後は、高齢者ケアの支援モデルをもとにした「住まい」を意識したサービスの提供、自宅復帰につなげられるようなケアの提供とともに充実した人生の最期を過ごしてもらえるような体制作りを目指していくことが課題として考えられる。

今回作成した BSC を病院スタッフで共有し、PDCA を継続的に回すこと、介護の質や看取りの質向上に取り組むことによって、地域の Aging in place 実現のために貢献できると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60, 2020

一般口頭発表Ｂ

福岡県後期高齢者医療における非術後集中治療関連死亡率の地域差

吉田真一郎 [1)], 馬場園明 [2)], Aziz Jamal [1)], 李云飞 [1)], 姜鵬 [1)], 塩本喬平 [1)], 金 晟娥 [1)], 藤田貴子 [1)]
1）九州大学大学院医学系学府医学専攻
2）九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【背景・目的】

福岡県後期高齢者医療制度において、二次医療圏別の集中治療受療率には地域差が存在することが示されている。集中治療に関わらず、医療資源の偏在が医療需要を生じさせ、受療率に影響を及ぼしうることも指摘されている中、提供される医療の内容および質の評価も必要であると考える。

本研究では、集中治療を受けた非術後患者の生命予後に地域差が存在するか検討する。また、その要因を分析するため、患者や医療機関の背景から、いずれのレベルに課題があるかを検討する。

【方法】

対象は、平成 28 年 4 月時点の福岡県後期高齢者医療制度被保険者で、同年度内に集中治療室（ICU）入室歴がある患者とした。ただし、術後、75 歳未満、年度内に複数回の ICU 入室、他施設 ICU への転搬送、ICU 入室後 1 日以内死亡、データ不備の症例は除外した。データ収集は、福岡県後期高齢者医療広域連合に請求された入院レセプトデータを用い、年齢、性別、Charlson Comorbidity Index (CCI)に必要な併存疾患の有無、ICU 入室時の診断名、ICU 入室後 180 日時点の生命予後などを特定した。また、収容施設に関する変数として、所在二次医療圏、総病床数、ICU 病床数、算定している特定集中治療室管理料種別、日本集中治療医学会専門医研修施設認定の有無、同学会専門医数などに関するデータを収集した。

これらのデータから、目的変数を ICU 入室後 180 日死亡として単変量・多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、各施設または各二次医療圏における死亡率の文脈効果および構成効果を検討するため、マルチレベルロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

解析対象は 2491 名（女性 1276 名）、平均年齢は 84.1 歳であった。診断名は ICD-10 コードに基づく分類で、循環器系、呼吸器系、感染症、消化器系の順に多かった。CCI の平均値は 1.78 であった。総病床数 400 床以上の施設への入室例は 44.3%、特定集中治療室管理料種別を 2 区分（通常/高額）した場合では高額例が 15.8%であった。
専門医密度を 3 区分（ICU ベッド 1 床あたり専門医数 0/0.25 名未満/0.25 名以上）した場合、専門医不在の施設への入室が 59.2%であった。死亡率を二次医療圏別に比較すると、最大で 5.3 倍の差が認められた（表 1)。

マルチレベル分析では、個人に関する変数を投入したモデル（Model 1）と、施設に関する変数を投入したモデル（Model 2）それぞれにおいて、各二次医療圏および各施設の水準で変動を観察した。Proportional changes in variance (PCV)から、Model 2 でより大きな変動が観察された。

表 1. 単変量解析による 180 日死亡の医療圏別比較

医療圏番号	オッズ比	標準誤差	P>z	95% 信頼区間	
1	1.63	0.26	0.00	1.19	2.24
2	5.31	2.17	0.00	2.38	11.83
3	2.57	0.59	0.00	1.64	4.03
4	1.11	0.21	0.57	0.77	1.62
5	reference				
6	1.53	0.46	0.15	0.85	2.75
7	1.34	0.34	0.24	0.82	2.19
8	1.48	0.23	0.01	1.09	2.01
9	2.06	0.49	0.00	1.30	3.29

【結論】

集中治療を受けた非術後患者の 180 日死亡率には地域差が存在し、その要因は主要な患者背景より施設特性で説明できることが明らかとなった。施設において死亡率に差が認められることは、提供される医療の質に少なからず差があることを示唆するが、本研究は変数選択や区分に検討の余地があり、概観を提示するまでにとどまる。疾病を限定した比較や都道府県間の比較を通して、より明確で必要な施設条件が明らかになると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ｂ

認知症の入院地域完結率の地域差について

山尾玲子（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
石原礼子（保健医療経営大学保健医療経営学部）
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】

わが国の認知症高齢者は増加しており、2025 年には認知症高齢者数は 470 万人のぼると推計されている。2021 年介護保険制度改正の重点事項に、認知症「共生」・「予防」の推進があるが、認知症施策で特に重要なことは、認知症の人を早期に発見し、状態が悪化する前に必要なケアにつなげることであるとされている。本研究は、福岡県の二次医療圏における認知症治療の高齢者受診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、認知症治療を適切に提供し、地域での生活継続を可能にするための観点から、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 29 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、レセプト病名の先頭にくる主傷病が認知症であるものを対象とした。全ての病床の入院を対象とし、分析に際し「疑い」もしくは「後遺症」がついた病名は対象から除外した。患者の属する保険者を患者居住医療圏とした。医療機関医療圏は医療機関が所在する住所より当該医療圏を同定した。居住医療圏内における医療機関医療圏の割合をそれぞれ求め、13 医療圏および 4 医療圏（福岡広域医療圏、久留米広域医療圏、筑豊広域医療圏、北九州広域医療圏）の入院地域完結率を明らかにした。

【結果】

1. 各居住医療圏における受診率

各居住医療圏における病床別の受診率は、表 1 の通りである。

表 1. 各居住医療圏における病床別受診率（人/1,000 人）

	全病床	一般病床	療養病床	精神病床
福岡	14.4	2.3	4.5	5.8
粕屋	16.8	1.5	5.1	4.5
宗像	17.8	0.8	5.0	8.4
筑紫	15.9	3.5	4.6	5.8
朝倉	12.7	1.3	4.8	4.4
久留米	14.7	1.4	5.0	4.0
八女筑後	14.8	1.4	5.4	4.5
有明	18.3	2.8	5.4	4.8
飯塚	21.0	2.4	1.7	12.1
直方	24.4	4.6	6.0	10.8
田川	44.3	1.3	3.2	31.8
北九州	16.7	1.9	5.5	4.5
京築	20.5	1.7	4.5	7.0
総計	14.4	2.3	4.5	5.8

被保険者 1,000 人当たり受診率は、全病床では、最大値は 44.3（田川医療圏）で、最小値は 12.7（朝倉医療圏）であった。一般病床では、最大値は 4.6（直方医療圏）で、最小値は 0.8（宗像医療圏）であった。療養病床では、最大値は 6.0（直方医療圏）で、最小値は 1.7（飯塚医療圏）であった。精神病床では、最大値は 31.8（田川医療圏）で、最小値は 4.0（久留米医療圏）であった。

2. 各居住医療圏における入院地域完結率

13 医療圏の分析において、入院地域完結率が最も高かったのは、全病床では 93.0%（京築医療圏）、一般病床では 100%（八女筑後医療圏）、療養病床では 95.8%（北九州医療圏）、精神病床では 95.8%（田川医療圏）であった。入院地域完結率が最も低かった医療圏は、全病床では 61.1%（宗像医療圏）、一般病床では 46.2%（田川医療圏）、療養病床では 53.8%（粕屋医療圏）、精神病床では 66.1%（飯塚医療圏）であった。

4 医療圏の分析において、全病床、療養病床、精神病床は、全ての医療圏において入院地域完結率が 80%以上であった。一般病床は、久留米広域医療圏の朝倉が 77.8%であった。

【考察】

認知症の受診率と入院地域完結率において、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。認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるような支援体制の構築が必要である。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ｂ

在宅医療の提供が後期高齢者の入院診療に及ぼす影響

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

【背景と目的】

現在、日本国の総人口の28%が高齢者であり、全世界で高齢者比率が最も高い超高齢社会を経験してきている。さらに、2025年以降75歳以上の後期高齢者が約800万人増加する見込みであり、後期高齢者の医療や介護の需要が急増することは必至である。特に後期高齢者に対する医療と介護では、「継続的なケア」と「看取り」が重要である。複数の慢性疾患を持っている後期高齢者を最後までどこで、いかに看取るのかが今後日本社会の最大の課題であると言える。このような背景に踏まえ、政府は2005年に高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで送れるように、地域内で支援することを目的とした「地域包括ケアシステム」導入している。また、地域包括ケアシステムの中で「在宅医療」の役割を大きく評価し、2006年には「在宅療養支援診療所・病院」(以下、在支診) を導入、さらに2012年にはより質の高い在宅医療を提供するため「機能強化型在支診」を導入した。今後地域包括ケアシステムを充実させるためには現在の在宅医療のシステムを検討する必要があると考える。しかし後期高齢者を対象として在宅医療の提供システムに関する研究は少なく、特に新しく導入された在支診の影響を分析した研究は殆ど行われていなかった。従って、本研究では後期高齢者における在宅医療の提供システムが入院医療に及ぼす影響を検証することを目的とし、在宅医療を提供する医療機関を４つの種類に分け、入院診療利用の差を分析した。

【対象と方法】

本研究は、平成26年4月から平成29年3月までの観察的コホート研究である。対象者は福岡県後期高齢者医療広域連合の被保険者の中で、平成26年4月に在宅医療を受けた者かつ介護保険で要介護度3以上の認定を受けた者とした。対象者は在宅医療を提供された医療機関の種類のよって次の4群に分けられた；①有床機能強化型在支診；(A群)、②無床機能強化型在支診 (B群)、③在支診(C群)、④一般医療機関(D群)。また、75歳以下および追跡期間中に死亡および地域移動があった者は除外した。独立変数は医療機関種類および性別、年齢、要介護度、Charlson Comorbidity Index(CCI)であり、従属変数は入院診療日数、外来診療日数、在宅診療日数、入院医療費、外来医療費、在宅医療費である。4群間の医療利用日数と医療費の差は分散分析を用いて検証した。

【結果】

対象者は8,428名で、A群1,007名、B群354名、C群2,947名、D群4,120名であった。全対象者の中で女性は80%であり、平均年齢は85.9歳、平均要介護度は4、そしてCCIは4点であった。群間でみると、比較的にA群の重症度が高い傾向にあった。群別の入院診療日数はA群59.5日、B群77.6日、C群63.4日、D群64.3日であった(P<0.001)。外来診療日数はA群29.6日、B群25.2日、C群27.9日、D群52.1日であった(P<0.001)。在宅診療日数ではA群86.3日、B群67.1日、C群77.9日、D群37.7日であった(P<0.001)。

入院医療費はA群174.0万円、B群231.9万円、C群174.6万円、D群186.6万円であった(P<0.001)。外来医療費はA群20.6万円、B群21.5万円、C群20.1万円、D群33.4万円であった(P<0.001)。在宅医療費はA群174.1万円、B群143.1万円、C群126.8万円、D群47.0万円であった(P<0.001)。

【考察】

今回の研究では在宅医療を利用している後期高齢者を対象に、在宅医療を提供する医療機関によって入院診療の利用に差があるのかを検証した。結果、有床機能強化型在支診で在宅医療を利用している対象者の入院日数が最も低かった。驚くべきことは、無床機能強化型在支診の利用者の入院日数が最も高かったことである。機能強化型在支診は24時間の体制や3人以上の医者の確保など、その条件により比較的高い診療報酬が策定されている。今回の結果では有床機能強化型在支診の場合その機能がよく働いていると言えるが、無床機能強化型在支診の場合従来の在支診や一般診療所よりも入院日数が有意に高かった。2025年以降の地域包括ケアシステムにおける在宅医療が担う役割を考えた在支診制度の見直しが必要であると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60，2020

一般口頭発表Ｂ

人工膝関節置換術後患者に対するセルフマネジメントを取り入れたリハビリテーション介入の効果検証究

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

【はじめに】

本邦における運動器疼痛の 15.4％が慢性疼痛に陥り，運動器慢性疼痛患者は約 2000 万人に達すると推計されている．また，慢性疼痛に陥る可能性がある運動器疾患は切断や変形性膝関節症に対する人工膝関節置換術（Total Knee Arthroplasty；TKA）および変形性股関節症に対する人工股関節置換術が多く報告されている．その中で，TKA 後患者において慢性疼痛に影響を与える要因は身体機能や心理的側面と報告されている．近年，McDonough らは慢性疼痛患者において，疼痛を増強させないように活動の自己管理として対象者に歩数計を装着し，日々の活動量を記録する介入を行ったところ，疼痛や自己効力感および活動量の改善を認めたことを報告している．しかしながら，TKA 後患者において活動の記録表を用いたセルフマネジメントの効果検証は報告されていない．そのため，本研究では TKA 後患者における活動の記録表を用いたリハビリテーション介入が疼痛や機能的要因および心理的要因に与える影響を明らかにすることを目的とした．

【対象】

研究デザインは非ランダム化比較試験を用いた．対象者は 2014 年 5 月から 2018 年 7 月まで変形性膝関節症と診断され TKA を施行した患者 268 名であり，2014 年 5 月から 2016 年 3 月に TKA を施行した入院した患者を対照群（n=136），2016 年 4 月から 2018 年 7 月までに TKA を施行した患者を介入群（n＝132）に分類した．

【方法】

TKA 後患者に対して術後 1 週にセルフマネジメント介入である活動の記録表として活動日記を通常の術後リハビリテーションに併用して導入した．活動日記では歩数（YAMASA 製万歩計 PLEASURE WALKER, PZ-150），痛み（11 段階），コメントを毎日記録する構成とした．また，活動日記に記録した内容に沿ってフィードバックを行い，支援を行った．各測定指標には術前と術後 4 週に疼痛評価として Numerical Rating Scale（NRS）を用い安静時痛と歩行時痛，歩行バランス評価として Timed Up and Go test（TUG），歩行時間評価として 10m 歩行時間，破局的思考評価として Pain Catastrophizing Scale（PCS），痛みの自己効力感評価として Pain Self Efficacy Questionnaire（PSEQ）を測定した．統計学的分析には介入群と対照群，実践前後を 2 要因とする 2 元配置分散分析と多重比較を行った．統計学的有意水準は 5%未満とした．

【結果】

術前と術後 4 週において PCS と PSEQ に交互作用を認めた（$p<0.05$）．また，多重比較において術後 4 週の群間比較を行った結果，PCS（95%CI：3.50－9.25）と PSEQ（95%CI：1.11－7.19）において術後 4 週の群間の有意差が認められた（$p<0.05$）．

【考察】

本研究では TKA 後患者に対する活動日記を併用したリハビリテーション介入が疼痛と機能的要因および心理的要因に与える影響について検討した．介入群と対照群における各測定指標を多重比較により分析した結果，術後 4 週の介入群と対照群において破局的思考と痛みの自己効力感に有意差が認められた．活動の記録表を用いた介入研究として，Harkin らは通常介入に進行度を記録して公開することでより効果的に目標に対する達成度が向上すると報告している．そのため，本研究においても，通常の術後リハビリテーションに活動日記を併用することで歩数と疼痛を自己管理しながら達成感が得られ，破局的思考が軽減し，痛みの自己効力感が向上したと考えられる．これらから，TKA 後患者において活動日記を併用したリハビリテーション介入は破局的思考と痛みの自己効力感の改善に繋がり，慢性疼痛を予防する可能性が示唆された．

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ｃ

在日外国人の自覚的健康度について-就労有無による影響－

劉寧[1]，チメドオチル オドゲレル[2]，居林興輝[2]，藤野善久[2]，松田晋哉[1]
[1]産業医科大学医学部公衆衛生学教室
[2]産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学研究室

在日外国人数が年々増加している.彼らの健康状態を調査することは,健康増進だけではなく,外国人と既存の地域住民が調和する安全安心なコミュニティ作り,マイノリティの健康権が保障される健全な社会保障システムの構築にもつながる.本研究は,在日外国人の健康状態を調べた上で,就労の有無と自覚的健康度(self-rated health)との関連を分析した.就労の有無に関して,留学ビザの所持者を「就労無」,就労ビザの所持者を「就労有」と定義した.結果,本研究対象者の約半数は何らかの健康問題があると報告され,精神的なストレスが多いことがわかった.就労の有無と自覚的健康度に有意な関連は見られなかったが，日本での滞在期間が５年以上の者は「自覚的健康度が悪い」オッズ比が 17.0 であり,有意に高かった（*P*=0.015）.「自覚的精神健康度が悪い」と有意に関連する要因は,「就労無」と「過去１年間外来受診回数が１回以上」であった.日本で過ごす留学生の健康を増進させるためには,日本語学校,大学,留学生団体等の教育関連組織で適切なメンタルヘルスケアが行なわれることが重要と考えられる.

The relationship between poor self-rated health status and employment status

	Univariate			Multivariate		
	Odds Ratio	95% CI	*P*-value	Odds Ratio	95% CI	*P*-value
Employment status(ref.=employee)						
Non-employment	0.5	0.1, 1.8	0.267	1.9	0.2, 13.9	0.547
Sex(ref.=male)						
Female	4.8	1.0, 23.5	0.052	4.2	0.8, 23.5	0.098
Length of stay in Japan(ref.= less than 5 year)						
5 years or more	8.0	2.0, 32.7	**0.004**	17.0	1.7, 167.0	**0.015**
Education (ref.=graduate or professional school)						
2 or 4-year college university	0.4	0.1, 1.5	0.168	0.8	0.1, 4.2	0.771
High school	0.8	0.2, 4.7	0.849	6.1	0.5, 81.2	0.170
Visit hospital (ref.=no visit during past 12 mongths)						
1 time or more	0.2	0.0, 1.5	0.108	0.2	0.0,1.5	0.111

The relationship between poor self-rated health mental status and employment status

	Univariate			Multivariate		
	Odds Ratio	95% CI	*P*-value	Odds Ratio	95% CI	*P*-value
Employment status(ref.=employee)						
Non-employee	5.9	2.4, 15.0	**0.000**	5.6	1.5, 20.8	**0.010**
Sex(ref.=male)						
Female	2.1	0.9, 4.9	0.077	2.7	1.0, 7.2	0.054
Length of stay in Japan(ref.= less than 5 year)						
5 years or more	0.5	0.2, 1.3	0.164	2.1	0.5, 8.3	0.301
Education (ref.=graduate or professional school)						
2 or 4-year college university	1.9	0.8, 5.0	0.171	2.0	0.7, 6.0	0.208
High school	6.7	1.8, 24.6	**0.004**	4.1	1.0, 7.2	0.066
Visit hospital (ref.=no visit during past 12 mongths)						
1 time or more	5.4	2.2, 13.0	**0.000**	3.3	1.2, 9.1	**0.021**

* logistic regression
P<0.050,　95% CI: 95% confidence interval

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ｃ

後期高齢糖尿病患者の健康格差に関する研究

姜　鵬・藤田貴子（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）

【背景と目的】

2016 年の厚生労働省の国民健康・栄養調査において、日本では 1000 万人以上の糖尿病患者がいると推計されている。糖尿病とその関連疾患は、高齢者の ADL と QOL に悪影響を及ぼしている一方で、経口糖尿病治療薬のアドヒアランスが良好であれば、血糖値をコントロールすることが可能であり、大血管疾患入院と院内死亡も減少できることが報告されている。しかし、日本において、所得によるアドヒアランス及び院内死亡への影響といった健康格差に関する研究はまだ十分には行われていない。そこで、本研究の目的は高齢糖尿病患者を対象として、所得による経口糖尿病治療薬（OHA）のアドヒアランス及び院内死亡への影響を明らかにすることにした。

【対象と方法】

データは福岡県後期高齢者医療制度のレセプトデータと加入者マスタを用いた。対象者を 2013 年の 1 年間において、年齢が 75 歳以上の保険資格のある後期高齢者の中で、糖尿病を主傷病とした受診歴があり、かつ糖尿病治療薬を処方されている者とした。なお、2014 年から 2016 年までの 3 年間にインスリンを処方された被保険者を除外した。OHA アドヒアランスの指標については、調査期間中で調剤された日数の割合である PDC(Proportion of days covered)を用い、統計解析は男女別に多重ロジスティック回帰で分析を行なった。院内死亡の発生に及ぼす影響に関しては、男女別に生存分析を行なった。所得は加入者の負担区分によって低中高 3 区分に分類した。交絡は性別、年齢、地域と並存疾患を調整した。なお、並存疾患は、高血圧、高脂血症、CCI によって調整を行った。

【結果】

研究対象者は 58, 349 名であった。うち、男性は 45.9%であった。年齢の中央値は男性 80 歳であり、女性 81 歳であった。所得に関しては女性より、男性の所得が高い傾向があった。

PDC に関しては、男性低所得者に対して中所得者の OR は 1.35 (95% CI: 1.27–1.43)、高所得者の OR は 1.41 (95% CI: 1.30–1.54)であった。女性低所得者に対して中所得者の OR は 1.17 (95% CI: 1.11–1.23)、高所得者の OR は 1.24 (95% CI: 1.13–1.35) であった。

院内死亡に関して、男性 COX 回帰の結果は低所得者に対して中所得者の HR は 0.83 (95% CI: 0.75–0.91) と 0.62 (95% CI: 0.54–0.70)であった。女性はそれぞれ 0.94 (95% CI: 0.87–1.02) と 0.77 (95% CI: 0.65–0.92)であった。

FIG. 3. In-hospital death for males.

FIG. 4. In-hospital death for females.

【結論と考察】

分析の結果、PDC の結果から、後期高齢糖尿病患者において、男女とも所得が高いと、アドヒアランスが良くなる傾向が認められた。また、男女とも所得が高いと、院内死亡リスクも低くなる傾向があった。これらの結果から、男女とも所得が少ないほど、経口糖尿病治療薬のアドヒアランスが悪くなり、院内死亡リスクも増加するという健康格差が認められた。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　43- 60,　2020

一般口頭発表Ｃ

日本の認知症高齢者の所得が入院期間もしくは施設入所期間に与える影響について

村田　典子 [1)]，馬場園　明 [2)]，福田　治久 [2)]
1）九州大学大学院医学系学府医学専攻
2）九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

【背景・目的】

新規で発症した認知症高齢者の所得格差が、入院確率、入院日数及び施設入所率、入所日数にどの程度影響を与えているか、またそれによる入院医療費、介護費への影響を定量的に明らかにする。

【方法】

福岡県後期高齢者医療制度被保険者で2012年4月から2013年3月の間に認知症と診断されておらず、2013年4月から2014年3月の間に新規に認知症と診断された75歳以上の者、12,829人を対象として、後ろ向きコホートデザインを用いた。対象者は所得別に階層化し、所得と入院及び施設入所の確率及び期間、また所得と入院費用と介護費用との関連を評価した。

【結果】

本研究の対象者は全体で12,829人であり、そのうち、低所得者群が5,427人（42.3%）、一般所得者群が6,653人（51.9%）、高所得者群が749人（5.8%）であった。所得区分が医療施設への入院率に及ぼす影響について、低所得者群と高所得者群を比較し、有意差が認められた医療施設は、療養病床(OR:1.80)、精神病床(OR:2.41)だった。一方、すべての介護施設入所率については、低所得者群がすべての介護施設（OR：1.52）で最も入所率が高くなったものの、特別養護老人ホーム（OR:3.38）以外の施設は有意差を認めなかった。所得区分が入院日数、施設入所日数に与える影響については、DPC以外の一般病床、精神病床を除くすべての医療施設において、低所得者群ほど入院日数が長くなった。介護施設では、高所得者群と比較し、低所得者群の入院日数が長い施設は、特定入居者生活介護、地域密着型、介護療養、老人保健施設であった。また、低所得者群と比較し高所得者群の入院日数が長い施設は、特別養護老人ホームであった 。入院医療費および介護費の分析では、入院医療費においては、高所得者群と比較し、低所得者群が有意に高く（OR:1.49,p<0.001）、介護費においても低所得者群が有意に高く(OR:1.18,p=0.002)、最も高額であった。

	Total	低所得者群	一般所得者群	高所得者群
対象者者数	12,829	5,427 (42.3)	6,653 (51.9)	749 (5.8)
性別				
男性(%)	3364 (26.2)	812 (15.0)	2239 (33.7)	313 (41.8)
女性(%)	9465 (73.8)	4615(85.0)	4414 (66.3)	436 (58.2)
年齢				
中央値［標準偏差］	83.5 [5.26]	83.8 [5.44]	83.3 [5.17]	82.9 [4.55]
-80(%)	3273(25.5)	1315(24.2)	1782 (54.4)	176 (5.4)
80-90(%)	7801 (60.8)	3231 (59.5)	4061 (61.0)	509 (68.0)
90-(%)	1755 (13.7)	881 (16.2)	810 (12.2)	64 (8.5)
要介護度				
要支援１(%)	889 (6.9)	372 (6.9)	469 (7.0)	48 (6.4)
要支援２（%)	668 (5.2)	329 (6.1)	309(4.6)	30 (4.0)
要介護１（%)	2487 (19.4)	1117 (20.6)	1235 (18.6)	135 (18.0)
要介護２（%)	1424 (11.1)	632(11.6)	723 (10.9)	69 (9.2)
要介護３(%)	932 (7.3)	446 (8.2)	443(6.7)	43 (5.7)
要介護４(%)	736 (5.7)	357 (6.6)	346(5.2)	33 (4.4)
要介護５(%)	375 (2.9)	208 (3.8)	155(2.3)	12 (1.6)
チャールソン併存疾患指数				
0-2(%)	5846 (45.6)	2622 (48.3)	2900 (43.6)	324 (43.3)
3-4(%)	4556 (35.5)	1878 (34.6)	2423 (36.4)	255 (34.0)
5-(%)	2427(18.9)	927 (17.1)	1330(20.0)	170 (22.7)
入院(%)	5898 (46.0)	2584 (47.6)	2987 (44.9)	327 (43.7)
DPC 対象病床(%)	3494(27.2)	1469 (27.1)	1793 (27.0)	232(31.0)
DPC 対象以外の一般病床(%)	2692(21.0)	1209 (22.3)	1349 (10.5)	134 (17.9)
精神病床(%)	545 (4.2)	251 (2.0)	277 (2.2)	17(0.1)
医療療養病床(%)	1093 (8.5)	529 (9.7)	526 (7.9)	38 (5.1)
有床診療所病床(%)	494 (3.9)	222 (4.1)	250 (3.8)	22 (2.9)
介護施設(%)	3463 (27.0)	1728 (31.8)	1594 (24.0)	141 (18.8)
特別養護老人ホーム(%)	1060 (8.3)	586 (10.8)	455 (6.8)	19 (2.5)
介護老人保健施設(%)	1219 (9.5)	604(11.1)	568 (8.5)	47 (6.3)
介護療養型医療施設(%)	274 (2.1)	136(2.5)	128 (1.9)	10 (1.3)
地域密着型施設(%)	914 (7.1)	457(8.4)	415 (6.2)	42 (5.6)
特定入居者生活介護(%)	532 (4.1)	240(4.4)	246 (3.7)	46 (6.1)

【結論】

所得区分は入院確率、介護施設への入所確率、入院期間及び介護施設入所期間、また入院費用、介護費用に影響を与える。認知症高齢者は、低所得者において社会的入院が生じている可能性がある。

わが国で進められている地域包括ケアシステムとは，「要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく，本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組み」のことであると定義されている。しかしながら、低所得認知症高齢者が地域で生活していくためには、「住まい」を持つことが不可欠である。今後増えていくと予想される低所得認知症高齢者の、”Aging in Place”を可能とするためには、24時間のケア提供が可能な訪問看護ステーションを併設させた高齢者住宅を提供するなどの政策を考えていく必要がある。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　61- 64,　2020

第 16回病院経営の質向上研究会
～研究者と実践者の対話による～

「地域医療構想と地域包括ケアシステム」

令和２年２月 15 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　61- 64,　2020

プログラム

テーマ「地域医療構想と地域包括ケアシステム」

開会の挨拶　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

「データから考える地域医療の今後」（14:10～15:00）

演　者：産業医科大学公衆衛生学講座教授　松田 晋哉

Ⅱ．実践　座長：医療法人財団華林会理事長　菊池　仁志

「飯塚医療圏における地域包括ケアシステムに向けての動き」（15:00～15：50）

演　者：飯塚市立病院管理者　武冨　章

休　憩　15：50～16：00

座長：日本赤十字社福岡赤十字病院院長　寺坂　禮治

「地域の医療構想と包括ケアシステムでの中での公的急性期病院の役割と経営」（16:00～16:50）

演者：地方独立行政法人大牟田市立病院理事長・院長　野口　和典

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　明

田川市病院事業管理者（元）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15巻　第1号　61- 64，2020

「飯塚医療圏における地域包括ケアシステムに向けての動き」

飯塚市立病院管理者　武冨　章

飯塚二次医療圏（飯塚市・嘉麻市・桂川町）では，地域包括ケアシステムの構築にあたり，圏域を5つのブロックに分け，各ブロックに医療・介護連携拠点病院を選定した。拠点病院は，①地域包括ケア病棟を有し，②在宅医療も実施している病院である。各ブロックにおいて，多職種連携の研修会・協議会を開催し，各職能団体の垣根をなくすことをめざしている。2018年からは，民生委員・児童委員も参加してくれるようになり，住民の視点で地域包括ケアを推進する土台となりつつある。病院にとって，研修会の開催は自院の医療内容を広報する手段として最適であり，近隣の医療職・行政職・福祉職との顔の見える関係づくりに大いに役立っている。医療圏の人口は18万人を5つに分けると各ブロック3万～4万人となり，地域包括ケア実践の単位として適切な規模となる。

なお，2019年9月に地域医療構想の再検討が必要とされた424病院の名前が公表された。飯塚医療圏では，当院も含めた4つの公立・公的病院が対象となっている。講演の後半では，この件に関する私見を述べたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　61- 64,　2020

第 16 回病院経営の質向上研究会　抄録
「地域の医療構想と包括ケアシステムの中での公的急性期病院の役割と経営」

地方独立行政法人 大牟田市立病院　院長　野口和典

当院は大牟田市など三市より構成される福岡県有明医療圏に位置し、高齢化率は既に 35%を超え、人口減少率も-5.9%／5 年に達している。2040 年までの医療・介護需要予測では、医療需要は既にピークを過ぎ下降傾向にあり、介護需要も 2030 年頃をピークとして減少すると予想されている。本医療圏の中で医療機関の大半は、かって人口 21 万人を誇った大牟田市に集中しており、明らかに病床過剰地域となっている。大牟田市に限って言うと、全世帯の約 54%に高齢者が生活しており、高齢者の 35%が単身独居で、さらに高齢女性では約 43%が単身独居生活をしている。味方をかえれば、医療へのアクセスには恵まれた街で、元気な高齢女性には住みやすい街とも言える。

こうした中で当院は、「公的医療機関等 2025 プランで、高度急性期と急性期に特化した役割を担い、政策医療として 5 疾病 5 事業を進めていくと表明している。提供する医療の集約化と在院日数の短縮化によって、病床数は 1995 年新築移転時の 400 床から 350 床へ、さらに 2019 年には 320 床へ見直し、職員数の確保、ライフワークバランス充実、診療科の再編、空棟の再活用なども平行して推進しながら、時代と地域のニーズに合わせて変化してきた。地域医療支援病院としては、特に医療・介護・行政等と顔の見える連携を進めており、逆紹介率 90%以上、紹介率 85%以上を保っている。地域包括ケアシステムの中では、周産期医療として高齢妊婦・出産、ハイリスク分娩だけでなく、助産師外来に注力しており、地域行政と連携した母子の継続的包括支援を行い、地域内の出生数と出生率の改善に寄与している。また、認知症高齢者が急増する中で、大牟田市地域認知症ケアコミュニティ推進事業と連携し、認知症コーディネーターや認知症サポーター養成を推進し、急性期病院の難題である「周術期認知症」に対応する仕組みを整えつつある。さらに在宅復帰率の中でも「自宅」への退院患者を確保・増加させるため、地域包括ケアシステムの中心にある「住まい」の視点が重要であると考えている。

急速に変化する医療環境の中で、地方小都市の公立病院が地域医療構想や地域包括ケアシステムに対応し変革し続けるするためには、経営者層だけでなく全職員の理解と協力、そして同じ方向へのベクトル合わせが不可欠である。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　65- 66,　2020

第 17 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～

「病院と地域包括ケア」

令和 2 年 9 月 5 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

(0n line)

プログラム

テーマ：「病院と地域包括ケア」

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：九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　馬場園　明

「病院と地域が協働するための規範的統合」(14:10～15:00)

演　者：医療法人社団悠翔会理事長　佐々木　淳

Ⅱ．実践

座長：村上華林堂病院理事長　菊池　仁志

「高齢化地域の急性期病院が模索する地域包括ケア」(15:00～15:50)

演　者：製鉄記念八幡病院院長　土橋　卓也

休　憩　15：50～16：00

座長：地方独立行政法人大牟田市立病院長　野口和典

「Post COVID-19　これからの地域医療のかたち

地域医療構想と地域包括ケアの将来」(16:00～16:50)

演　者：日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長　寺坂　禮治

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（元）　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15巻　第1号　　67，2020

高齢化地域の急性期病院が模索する地域包括ケア

製鉄記念八幡病院　土橋卓也

社会医療法人製鉄記念八幡病院は 1900（明治 33）年、官営製鐵所附属病院として八幡製鐵所構内の診療を開始したのが始まりで、今年創立 120 周年を迎える。急性期病棟（27 診療科）、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟、合わせて 453 床の許可病床を有し、医師 92 名、看護師 480 名など 819 名の職員で運営している。当院の所在地である北九州市八幡東区は、人口約 6 万 6 千人、高齢化率 36%の高齢化地域であり、高齢者の 37%は独居、29%は高齢夫婦所帯である。当院の入院患者の 53%は八幡東区の住民であり、近隣の急性期病院とも連携、機能分化を図りながら、地域の基幹病院として地域包括ケアのまちづくりに貢献する使命があると考えている。

当院は、地域医療支援病院であり、2019 年の紹介率は 97.6%、逆紹介率は 129.1%である。2001 年に設置した地域医療連携室は、かかりつけ医や連携病院、介護施設と密接な関係を構築しており、地域での登録医は 182 件、202 名に及ぶ。前方連携は比較的スムーズに運営されているが、入院患者の退院調整には難渋することも少なくない。2020 年 6 月の調査では、入院患者の 88.7%は自宅から、7.7%はサ高住/有料老人ホームからの入院であるが、元の住居に戻れるのは、各々78.6%、5.9%と低下する。退院調整が困難であったと MSW が評価した事例は介入症例の 28%であり、必要とする医療処置をはじめ、認知症や精神疾患を含む本人の要因、居住地など家族の要因、経済的要因などが阻害要因と考えられた。入院患者の転院先の 50%を占める 2 か所の連携病院には、当院の整形外科、脳神経内科の医師や認定看護師が訪問したり、連携先のベッドコントール調整会議に当院のベッドコントロール室長や MSW が参加するなど、円滑な連携を図るよう努力している。

当院は使命として「住民の暮らしを支え、健康長寿をめざした地域づくりに貢献します」を掲げており、住民に対する疾病の一次予防、重症化予防の啓発活動にも力を入れている。2015 年から開始した地域の市民センターなどへの出前講座は、2020 年 3 月までに 251 回を数え、約 12000 人の住民に対して疾病予防に関する講演や栄養管理、ロコモ予防などに関する実践講座などを行った。また、中高年の働き盛り世代をターゲットとして企業職員を対象とした講座を開催し、健康寿命延伸のための健康管理について啓発を行っている。さらに若い世代に対するアプローチとしてホームページや Facebook を通じた情報発信を行い、閲覧データを検証しながら啓発の強化に努めている。

新型コロナウイルス感染症の蔓延により、医療提供体制も大きく変化し、医療従事者の身体的、精神的負荷も大きくなっている。良質な医療の提供には、ES 対策も不可欠と考えている。with コロナ時代を地域とともに乗り切るためにどうすべきか、模索する日々を送っている。

医療福祉経営マーケティング研究
第15巻　第1号　　68，2020

Post COVID-19 これからの医療のかたち
―地域医療構想と地域包括ケアの将来―

福岡赤十字病院　名誉院長　寺坂禮治

これからの医療を考えるに当たり、これまでの医療を振り返ることには意義がある。パターナリズムを原則とした日本の医療は、バブルの弾けた 1990 年を境に変貌し、医療の主体が患者側にシフトし、医療費抑制と効率最優先の医療へと強力に舵が切られた。そしてこれらの変化は民意や政治・行政の圧力によるもので、医療側からの自発的な変化は一切なかった。従って今後の日本の医療も、国民の心理や国の方針に基づきかたち作られていくことは必定であり、医療側もこれを読み誤ってはならない。

2014 年 6 月、来たるべき超高齢化社会に耐え得る医療提供体制を確保するため「医療介護総合確保推進法」という歴史的な法律が成立した。その中で地域医療構想と地域包括ケアシステムという新語が登場し、これからの医療のあるべき姿として紹介された。超高齢化社会が現実化する 2025 年までを第一期限とし、それまでの医療需要の将来推計値、各地域の社会構造の変化に関する推計値などが公表され、これをもとに現在、両体制構築のための作業が進行中である。

地域医療構想とは各地域の病院医療を、基本データをもとに、適正な総量（病床数）に調整し、適正な医療機能配分に改変すること。地域包括ケアシステムとは、病院医療を必要としない患者や高齢者は出来るだけ住み慣れた自宅や地域の施設等で過ごし、地域社会の総合力による医療・介護などの包括的なケアを受けられる仕組みである。

以来、時は既に 7 年経過するが、病院から眺めても社会に居ても目に見える変化は殆どない。しかし水面下では想定通り多くの急性期病院の経営不振が表面化し、病院の規模縮小や統廃合は進行中である。結果として発生する地域医療構想領域の余剰病床や余剰人員は地域包括ケア領域に流入しつつあり、また地域における医療は外来診療から訪問診療にシフトしつつある。出歩くことすら不自由である超高齢者が訪問診療や在宅医療を要望するのは自然の流れでもある。

このような経過の中、今、想定外の COVID-19 襲来で物情騒然たる時を迎えている。これまで推進してきた効率最優先の医療には何らかの修正が加えられるであろう。「新しい生活様式」？の扇動が与える社会への影響は、時代を超えて長期化の様相を呈している。これらの国民心理と社会構造の変化が今後の病院医療や地域におけるケアシステムに与える影響についても議論してみたい。

【 定例研究会報告 】

令和元年 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 72 回　日本の介護保険制度の歴史と課題

介護保険は，1961 年の国民皆保険以来 39 年ぶりに創設された新たな社会保険制度であり，①医療保険，②国民年金・厚生年金保険，③労災保険，①雇用保険に次ぐ，「5 つ目の社会保険制度」として位置付けられている．日本の介護制度は 2000 年に始まり，2017 年度には 633 万人が介護認定を受けている．施設での受益者数は 93 万人，居宅サービスは 381 万人，地域密着型は 51 万人である．一方，介護保険の総費用も 2000 年度は 3.6 兆であったが，2016 年度は 10.4 兆円となっている．

介護保険制度が創設される以前は，老人福祉と老人保健という異なる２つの制度の下で高齢者介護サービスが提供されていたことから，利用手続きや利用者負担の面で不均衡があり，総合的なサービス利用ができなくなっていた．さらに，老人福祉制度については，行政がサービスの種類，提供機関を決めるため(いわゆる「措置の決定」)，利用者がサービスを自由に選択できない．また，老人保健制度では，一般病院への介護を主目的とする長期入院(いわゆる「社会的入院」)が存在するなど，医療サービスが非効率的に提供されているということであった．

介護保険制度は，この２つの旧制度を再編成し，国民の共同連帯の理念に基づき，給付と負担の関係が明確な社会保険方式により社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設することで，利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるようにしようとしたものである．また，介護保険制度の創設は，介護を医療保険から切り離すとともに，医療については治療という目的にふさわしい制度として，医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提をつくる，社会保障改革として位置付けられた．

今後，現役世代が急速に減少し，一方で高齢者数は 2040 年頃にピークを迎えることになる．つまり，2025 年は一つの通過点であり，それ以後も，世界のどの国も経験したことのない「超高齢社会」が続くことになる．それまでに，病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立と QOL の追求が可能になるよう，医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが，身近な地域で切れ目なく提供されるような地域包括ケアシステムの構築が求められている．

今後の医療・介護のポイントは，疾病構造の変化と市民のニーズにマッチした医療を行うことである．入院医療のニーズの減少は避けられず，外来や在宅へのシフト，慢性疾患や障害をもつ住民のニーズに対応していくことが求められており，「本人の意思の尊重」，「本人の残存機能を活用した自立支援」，「生活とケアの連続性の維持」といった理念を尊重した医療を構築していくことがヒントとなるであろう．

【 定例研究会報告 】

令和元年 12 月 5 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 73 回　英国のＮＨＳの歴史と課題

イギリスは，国民全員を対象とした社会保障制度を世界で初めて完成させた国である．また，その医療システムであるＮＨＳは，内部市場の導入，地域包括ケアシステムの概念ルーツでもある，コミュニティケアや統合ケア(integrated care)のコンセプトを政策的にいち早く普及させた国でもある．このようにイギリスは，過去から現在にいたるまで，制度，ケアの実践の両方において，世界に先んじて，多様でそれまでにない新しいシステムやイノベーティブなコンセプトを生み出しつづけてきた．

第二次世界大戦後，国営医療保障制度として誕生した NHS は，1990 年代以降の度重なる NHS 改革により，公私ミックスが進むと同時に公私の境界そのものが緩やかなシステムに移行している．供給については，多様な経営主体が参入可能になると同時に NHS 傘下病院の中心が国立から NHS トラスト，フアンデーショントラストに移行する中で，政府から独立性が高まりつつある．一方，支払い能力を問わず無料の包括的な医療を提供するといった NHS の普遍的な特徴を変えようという動きは，これまでに一度も生じていない．医薬品等の自己負担はあるが，医療サービスの自己負担の設定や有料化が検討されたことは一度もない．政権を問わず，基本的な理念が共有されていると考えられるが，2009 年 11 月には，NHS 憲章で明文化されている．　医療費の配分を決める診療報酬の支払いについても，従来の予算を画一的に配分する仕組みから，サービス提供の実績等に応じて診療報酬を支払う仕組みに段階的に変わりつつある．　しかしながら，医療における質の向上と効率性の達成は，大きな課題として認識され，政権交代のたびに NHS の組織・機構の改革は，行われてきた．　医療政策決定過程上の利害調整の主たる焦点は，給付の配分にあり，負担に関するステークホルダー間の利害調整はほとんど行われる必要がないからともいえる．

NHS 制度における政府の役割は，直接供給ではなく，「Enabling Authority（条件整備国家)」として，医療機関やコミッショナーに関係する法律・制度設計が中心である．　実際の医療機関に対する規制・監督は，モニターという機関および質に関しては CQC(Care Quality Commission)という機関が担い，コミッショニングに対する規制・監督は，NHS イングランドが中心的な役割を担っており，公的な管理規制下の「内部市場」(ないしは準市場)における公私ミックスが進んでいる．診療報酬体系については，国がすべてを決定するというのではなく，テクノロジー・アセスメントや医療サービスの EBM を進める NICE が関与することになり，これまで以上に科学的根拠およびガイドライン策定プロセスに関わる国民や患者の声が反映されるようになっている．

個々のサービス提供機関と「疑似保険者」とでも言うべき，地域のコミッショナーとのサービス提供，料金を個別に契約することも可能になっており，多面的に医療の効率化と質の向上が図られていくと思われる．

【 定例研究会報告 】

令和２年２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 74 回　2020 年度診療報酬の改定予定

2019～2021 年度は，75 歳以上の高齢者人口の伸び率が一時的に鈍化するため，この 3 年間は[経済財政運営と改革の基本方針 2019](骨太方針 2019)で「基盤強化期間」と位置づけられており，社会保障費の増加は高齢化による増加分に相当する伸びに収めることとされていた．しかし，厚生労働省の 2020 年度予算の社会保障費は，過去最大の 35 兆 8,608 億円となった．これは，少子化対策として 3 兆 387 億円使われることになったためである．

2018 年度改定を振り返ると，全体改定率はマイナス 1.19 %であった．薬価などを 1.74%引き下げ，診療報酬本体はプラス 0.55 %を確保した．2020 年度は，全体改定率はマイナス 0.46%，診療報酬本体はプラス 0.55%であり，医科プラス 0.53%，　歯科プラス 0.59%，調剤プラス 0.16%，薬価マイナス 0.99%，材料マイナス 0.02%となった．前回改定では，入院医療の報酬体系が抜本的に再編・統合され，入院医療や外来医療においても在宅医療の提供実績を要件とする報酬が新設された．今回の改定ではこれらの報酬体系を大きく変えることなく，細かい要件の見直しがなされるよていである．

現在，急性期病床は約 57 万床あるが，2025 年に必要とされる急性期の推計病床数は約 40 万床の病床の再編統合を進める地域医療構想を実現するためにも，急性期一般入院料１の実績部分の評価指標や基準は厳格化される可能性が高い．急性期入院医療に関する 2020 年度診療報酬改定のポイントとしては，①急性期一般入院料１の要件厳格化，②救急医療管理加算（1 ： 900 点，2: 300 点）への指標や実績要件の追加といった算定要件の見直しがされる可能性が高い．地域包括ケア病棟では，具体的な見直しとして，自院の一般病床から入棟する患者が一定の割合を上回る場合，入院料が引き下げられたり，急性期患者支援病床初期加算（150 点）の算定対象から除外されることなどが想定される．もう一つ考えられるのは，DPC/PDPS（診断群分類別包括評価支払い制度）対象病棟から転棟した場合の入院料に関する算定ルールの見直しである．「ＤＰＣ病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合，引き続き DPC/PDPS を算定する」といった取り扱いに改められる可能性が浮上している．また，疾患別リハビリテーションの実施状況にばらつきがあることが報告されている．厚労省の調査によると，地域包括ケア病棟入院患者の 33%は疾患別リハビリを実施されていなかった．これらの患者の約 8 割は，入棟時に「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のいずれかに一部介助や全介助を要する状態であった．入院料１・３の『地域包括ケアに関する実績』で要件化を検討される可能性がある．さらに，働き方改革では，①入院基本科等での新しい評価，②救急医療体制の評価，③書類業務や研修の負担軽減，④人員の専従要件の緩和，⑤業務移管（タスクシフティング）やチーム医療の評価を中心に，改訂がなされると思われる．

【 定例研究会報告 】

令和２年４月 ２日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 75 回　米国の医療制度の歴史と課題

米国は，先進国では唯一，公的な皆医療保険制度を採用していない国であった．しかしながら，数多くの皆保険導入の試みがなされてきた．まず，1910 年代には労働立法協会による皆保険運動が行われた．世界恐慌の後の 1930 年代にはルーズヴェルト政権のニューディール改革による皆保険制度導入の試みがなされ，1940 年代にはトルーマン政権による皆保険の試みがなされたが，成功しなかった．1965 年代には，ジョンソン大統領によって公的医療保障制度であるメディケアとメディケイドが成立したが，皆保険制度には至らなかった．1970 年代には，ニクソン政権と民主党側かそれぞれ皆保険導入案を提出したが，成立しなかった．1990 年代にはクリントン政権による皆保険の試みがなされたが，不成功に終わった．そして，2009～2010 年にかけて，オバマ政権による皆保険の試みが，ついに成功にいたったのである．

クリントンの案は，事業主に被雇用者への保険を義務づけたり，保険料の上限を設定したりという強制的な側面が，ビジネス界，医療保険協会などの反発を買った．また，この案を施行すれば増税が必要であることが明らかであったことも，国民の合意が得られなかった理由となった．

オバマ政権の医療改革は，既存の（雇用主が提供している）民間保険中心の医療制度に依拠しつつ，無保険者を削減し国民皆保険（に近い状況）を実現しようとするものであり，affordable に象徴されるアクセスの改善と accountable に象徴される価値の改善に集約できる．

2015 年 3 月の時点において 1,410 万人が新たに医療保険に加入し，無保険者率は 13.2%に下がった．特に，マイノリテイの無保険者率の低下が顕著であった．ラテン系アメリカ人の無保険者率は，2012 年第１四半期～2013 年第 3 四半期における基準値の 41.8%から 29.5%に低下した．アフリカ系アメリカ人の無保険者率は同期基準値の 22.4%から 13.2%に下がり，白人アメリカ人の無保険者率 9.0%に近づいた．また，2007 年～2009 年にかけてのリーマンショックからの経済の回復後も医療費の伸びは抑えられている．これはメディケア改革による医療費の削減に加え，オバマケアが質の高い統合医療の促進を目的としている上に，医療提供者への支払インセンティブの改善にも力を入れていることが，大きく影響しているものと思われる．さらに，オバマケアは予防治療を重視した医療保険の導入を行っており，これも長期的に医療費の伸びが抑制されている要因と考えられている．

【 定例研究会報告 】

令和２年６月４日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 76 回　2020 年度診療報酬改定と新型コロナウイルスの医療経営への影響

世界を震撼させている新型コロナウイルスは，日本では１月 15 日に国内初の症例が確認された．新規感染者数は１月以降，増え続け，４月 11 日に 720 人に達したが，それをピークに減少に転じ，６月１日時点で 37 人まで減少しているが，医療の経営を直撃し，外来受診者や入院稼働率を低下させている．

日本病院会，全日本病院協会，日本医療法人協会の３団体が５月 18 日に公表した「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況緊急調査」は，新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院では，2020 年４月の医業利益率はマイナス 11.8%に，病棟を閉鎖せざるを得なかった病院では，同じくマイナス 16.0%にまで落ち込んでいると報告している．

また，全国自治体病院協議会の小熊豊会長と原義人副会長（青梅市病院事業管理者）は５月 28 日に記者会見を行い，陽性患者を受け入れている病院の平均を見ると，今年（2020 年）３月の医業収支は前年同月に比べて 4007 万円，４月の医業収支は同じく 8118 万円も減少．さらに最も厳しい病院に至っては，３月の医業収支が６億 8710 万円，４月は４億 4310 万円も減少したと報告した．

さらに，日本医師会は５月 20 日，新型コロナウイルスの感染拡大が医療機関の経営 に与えた影響について，2020 年 3 月の診療所の入院外総件数・総日数・総点数はそれぞれ対前年比で 10.9%，10.7%，9.4%減少，初診料算定回数の対前年比は，病院で 20.3%，診療所で 29.0%減少，再診料また は外来診療料の算定回数は，病院で 5.5%，診療所で 9.1%減少であったことを報告している．

一方，政府の経済財政諮問会議が５月 29日開かれ，新型コロナウイルスの感染拡大に伴って特例で容認された電話やスマートフォンなどで初診時から行っている医療機関は，全国の１万 4,500 に上ることを報告した．実施率の全国平均は13.2%だったが，山形県での実施率は35%だったが，京都府では5%未満と地域差も認められた．また，オンラインに対応する東京都内の医療機関は 1,860 カ所で，それらのほぼ半数に 当たる 897 カ所が初診から行っていることも分かった．

現在，医療機関では入院稼働率の低下がより財務には響いている．今後徐々には回復しいくものの，高齢者の不要不急の入院は低下していくと思われる．したがって，「入院・入所」から，「地域」への流れは，新型コロナの影響で加速するであろう．医療機関の経営は，今後は，収益ではなく，利益に重きを置くことが求められる．入院では生産性に重きを置き，病床削減を恐れないこと，入院外では遠隔診療の幅を広げていくこと，介護では，感染予防対策をアピールし，遠隔介護を積極的に応用し，包括型地域密着サービスなど安定収入が得られるサービスを拡大していくことなどがヒントになるであろう．

【 定例研究会報告 】

令和２年８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 77 回 ドイツの医療制度の歴史と課題

ドイツの医療保険制度は 130 年の歴史を持っている． 1883 年にプロイセン宰相ビスマルクが医療保険制度を始めた．当時勢力を拡大していた社会主義者に対する攻撃を強め，ヴィルヘルム１世が狙撃されたのを口実に 1878 年に社会主義者鎮圧法を制定する． その一方で災害保険・健康保険・老齢年金などの社会保障制度の制度を整備するなど「飴と鞭」政策を採った．疾病金庫もその当時に作られている．

とはいえ， ドイツの社会保障制度にはルーツがある． ギルルドの存在に代表されるように， さまざまな団体の機能を尊重し維持していくことが社会的な安定につながるという思想が存在し， 自治意識や社会民主主義的な福祉資本主義構造が構築されてきた． そのため， 医療保険制度において中心的な役割を果たす疾病金庫は職業ごとの分類となっていることが， 疾病金庫の収入や支出における不平等が残されてきたのである．

わが国に 1,922 年に導入された健康保険法は， ドイツの疾病保険法を範にとったことは周知の事実であるが， そのために職域間の健康保険の保険料格差や職域と地域における保険料格差が存在しているともいえる．

一方， ドイツは,保険料の平等化を図り， 幅広い関係者の合意を踏まえて， リスク構造調整と保険者選択制を導入した.このような公的医療保険の新たなステージを可能にしたのは， ドイツの公的医療保険がもともと民間医療保険との並立や部分的な疾病金庫間の選択と競争という土壌を有していたことを抜きには考えられない．

しかしながら， ドイツの保険者選択制がもたらした最大の成果は， 保険者としての意識と活動を生み出した． リスク構造調整が目指すものも,保険者間の競争がリスク選択を通じた非生産的で不公正な安い保険料率競争とならず， 保険者がその被保険者に対して効率的で良質な医療サービスを保障することを通じた競争もなされている．

代表的なものが， 疾病金庫は地疾病管理プログラムを行なう義務を課したことであろう.疾病管理プログラム DMP として指定されている疾患は 2009 年２月現在， ２型糖尿病， 乳がん， 冠動脈心疾患，１型糖尿病，喘息，慢性閉塞性肺疾患（COPD）の６疾患である.そして，疾患毎に①根拠に基づく医療，②品質確保，③被保険者の登録と参加，④研修，⑤診療記録（作成），⑦評価を定めている．

わが国の診療報酬制度が， 理念， 目的， 算定の基本ルール， 手続きなどすら法律には一切規定されず， すべてが厚生労働大臣告示のレベルで処理されている.ドイツの DRG 法制や統一報酬評価基準に係る法的統制の内容なども参考にして， 透明性を飛躍的に高め， 民主的統制が働くための工夫を関係者一同，努力すべきであろう．

事務局だより

医療福祉経営マーケティング研究会　山﨑哲男

研究会会誌第 15 巻をお届けいたします。本号も多くの方々のご協力によって発刊できましたこと謹んで御礼申し上げます。

3 月以来、新型コロナ対策のため九州大学キャンパスは原則入構禁止。関係会議等の全てが遠隔オンライン会議と配信に切り替わりました。本会の研究会スタッフ会議は二週に一度、定例研究会は二か月に一度、質向上研究会等が開催されましたものの、全てオンラインで実施しお届けいたしました。やはり、人間の社会生活の営みには、「五感」(視、聴、覚、味、触)の働きが欠かせない。学業も研究も同じです。これまでの様な卒業式もない、入学式もない、クラブ活動もない、コンパもない。「学園生活は止まった」と思わずにはいられません。現役学生たち、教職スタッフの思いはいかばかりか。

※　※　※

さて、新型コロナ。このところ「終息」でなく「抑止」という用語が良く使われています。終息とは、「事が終わって、おさまること」(広辞苑)。4 月末頃は、「暖かくなったら終息するんだー」ともっぱら喧伝されていました。このところ、新型コロナは、今後も長期に続くのではないか　(ほんとうは終息しないのでは?)　今では「抑止」の考えが支配的になっていると考えられます。

2018 年、わが国においては、感染症ベットは全国で 2000 床弱でした。通常はあまり使われてなく、スタッフも一般疾患とのかけもちで脆弱な態勢のままでした。昨今、重症者ベット数の利用率〇〇%と発表されていますが、ベットを増やしても，果たして、専門医、スタッフの数は足りるのか、そこのところの発表は公式にはありません。(感染症患者受け入れの医療現場からは、とっても回らないとの声―東京都医師会会長　尾崎治夫)。医療崩壊の危機は、医療スタッフの圧倒的不足から始まっています。

※　※　※

このところ､「人間社会とウイルスとの関係論」での論文や主張等の所感が以下のように相次いでいる。そこには、ウイルスとの生存競争に打ち負けた「人間社会」の実態の告発がなされてもおり､「新自由主義イデオロギー」という疫病が「人間社会」を脆弱化させ、ウイルスはがそこに侵入したという主張もなされている。

〇『感染症の世界史』の著者(石弘之)は、「環境変化と感染症」「感染症は人間の社会構造を変える」「人間社会の行動様式を変える」「人間とウイルスの関係を断ち切ることはできない」「ウイルスも人間も互いに生存競争」「ウイルスも自然の一員―汝の敵を愛せよ」
と語っている。

〇ノーベル経済学賞、コロンビア大学、ジョセフ・ステグリッツ教授は、「世界一豊かな米国。コロナ禍で露呈したのは、医療現場に人工呼吸器、防護服、マスク、検査薬の必需品が欠如しているという惨めな現実」「米国が右往左往しているのは、政府を弱くし過ぎたから」「すべてを市場原理にゆだね、自己責任を押し付ける。富裕層が強欲な利己主義を発揮した」「新自由主義イデオロギーは惨めな現実をつくりだした」「新自由主義という疫病が世界に蔓延した」(読売 2020.4.26)

○英国・ジョンソン首相は、「コロナウイルスは、社会というものがまさに存在したことを証明した」(新自由主義の居場所はもはや世界のどこにも残されていない)と発言。新自由主義者の〈社会なんて存在しない、自分の面倒は自分で〉を真っ向から否定した。
○ミラノ、アムステルダム、バルセロナ、パリの四都市市長の共同アピール(2020.4.13)は、「2008 年来の新自由主義・緊縮政策の為、危機への社会的な解決が行なわれなかったことが公共サービスを脆弱にし、経済成長を遅らせ社会的な不平等をつくり出した。そのことがウイルスによりあっという間に医療崩壊を引き起こした(「失敗の処方箋に戻ってはならない))」とした。
○日本経団連の新成長戦略(2020 年 11 月)は、「新自由主義が環境問題の深刻化、格差問題の顕在化の影の部分をもたらした」と分析。
○「新型コロナは資本主義のあり方を変える」(日経ビジネス 2020.5.1)
○ハーバード大学経済学者レベッカ・ヘンダーソン教授は、「放置すれば資本主義が危機に」「新型コロナのパンデミツクは、〈希望の兆し〉資本主義を徹底的に考え直すチャンス」「所得の不均衡と自然環境の悪化を招いた自由市場資本主義の崩壊を露呈した」(Business Insider)と語っている。

※　　※　　※

「感染症の歴史」からみれば人間も自然界に対して有害であったかもしれないが、人間による地球環境破壊はこの半世紀でおこったことに過ぎない。互いに関係を断ち切ることはできないので、共存していくしかない。ウイルスは人間が作り出した側面もあるが、そのウイルスに人間社会は蹂躙されている。人間社会をズタズタにした強欲な新自由主義という疫病も、格差社会という「惨めな現実」を生んでしまっている。ウイルスに対して人間は特別に肉体的に優れているわけではないが、人間は、知能・知性と社会性・連帯性を有している。それを進化させる時であろう。ジョンソンに言われるまでもなく、わが国も「社会」が存在する。しかし、今の社会は未来社会のイメージを示してはくれない。

来年は延期された「2020 五輪」の年であるが、開催するも人間の知恵、撤退するも人間の知恵であり、メンツや威信で判断されるべきではないであろう。2020 年は研究会活動に苦労があり、特異に印象づけられた年となった。ウイルスにこだわって「事務局だより」で述べさせていただきました。

第 11 回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会(ZOOM)
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 3 年 3 月 13 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 「ウイズコロナ時代の医療と介護」」

【1. 特別講演 14:00～15:00】

テーマ：コロナによる受診状況への影響(仮)

演者：岡本悦司 （福知山公立大学教授）

【2. 教育講演 15:00～15:40】

テーマ：ウイズコロナ時代の医療と介護のニーズ

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、本会の目的に賛同し理事会で承認された団体または個人とする。

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

第 7 条　正会員は、次に示す所定の年会費を納入しなければならない。

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

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

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

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

第 4 章　　役　　員

第 11 条　本会の事業を運営するため、正会員の中からの役員を選出する。

(1)理事長　　1 名
(2)副理事長　　2 名
(3)理事　　若干名

(4)事務局長　　1名
(5)監事　　1名
第12条役員の任務は、次のとおりとする。
(1)理事長は、本会を代表し会務を総括する。
(2)副理事長は、理事長を助けて会務を分掌し、執行する。
(3)事務局長は、本会の業務を行う。
(4)監事は、事務局と理事会の運営を監査する。
第13条　理事長の任期は1期一年とする。
　　他の役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
第14条　役員の選出は、次の通りとする。
(1)理事長、副理事長は、理事の中から互選により決定する。
(2)理事は、正会員の中から互選により決定する。

第5章　会　議

第15条　本会の会議は、総会及び理事会とする。
(1)総会は、毎年1回開催し、役員の選出及び本会の運営に関する事項を審議・決定する。
(2)総会は、理事長が召集し、出席会員をもって構成する。

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理事長
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	：山﨑　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ブストラクトとする。
3、英文原稿は A4 判用紙にダブルスペースでタイプする。論文には、英文抄録　(400 語以内)および和文要旨(1,500 字以内)をつける。
4、原著、総説の原稿枚数は図表を含めておよそ 20 枚以内、短報、実践活動報告、ケース・スタデイ、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

巻頭言にもありますように、2020 年は新型コロナウイルス感染症の影響のもと、医療に対する国民の行動も大きく変わりました。2020 年 4 月から 7 月の医療費は、対前年同期と比較して 6.9%減少、受診延べ日数においては 13.7%減少したと、厚生労働省は報告しています。この結果から、医療機関の経営は苦しい状況にあることが考えられます。P.F.ドラッカーは、医療機関などの非営利組織が成果を出すためには、ミッションやビジョンを踏まえた戦略を立ててマネジメントを行うことが大切であること、それにもかかわらず、非営利組織は戦略を軽視する傾向があることを述べています。国民の行動や考えが変わってきている今、読者のみなさんの職場においては、経営戦略を見直すことが求められているのではないでしょうか。

さて、本号では、原著論文として、「急性期病院における非薬物的せん妄予防に関する試みー心血管術後患者を対象とした横断研究ー」、「『介護医療院いなつき』を中心とした地域包括ケアシステムの構築に向けた検討」、ケーススタディとして、「チーム医療～ウイズコロナを見据えてーICT を活用した医療・健診・介護・保育分野における新サービス創造への取組みー」、および「NICU 退院児および医療的ケア児を支えるしくみの構築ー共生型サービス事業の活用ー」が掲載されています。いずれも、時代のニーズに即し、将来を見据えた医療介護の在り方として参考になる内容だと思います。読者のみなさんが経営戦略を立てる上で、何かヒントになるものを本誌から得ていただければありがたく思います。

藤田　貴子

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 TSUDA
	Takako　FUJITA
	Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第 15 巻　第 1 号

2020 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. 15 No.1 1st, October 2020

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

Trial of a nonpharmacological intervention for the prevention of delirium in an acute care hospital: A cross-sectional study involving patients after cardiac surgery ・・・ 1
Shunta UMEKI, , Akira BABAZONO

Construction of a community-based integrated care system focusing on a “Nursing Care Facility Inatsuki” ・・・ 7
Izumi Soga, Akira BABAZONO

Case Study

Team healthcare for With Corona Era -Challenge to create new services for medical care, medical examination, nursing care, and childcare based on ICT- ・・・17
Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Tomoko HARAGUTI, Yasuhide MASUYAMA, EICTo ARIKAWA, Chisaki HARUTA ,Satoshi HIRAKAWA, Kazumi IZUMINE,Yasushi SIMOZONO, Yousei YAMAMOTO, NaohICTo OOSAKO, Hiroyuki KIKUCHI, , Syouta KAWAHARA ,Masayuki NAKAMURA, Akira BABAZONO

Building a mechanism to support NICU discharged children and medical care children -Utilization of symbiotic service business- ・・・31
Yousei YAMAMOTO, Yasushi SHIMOZONO, Yuki HARA, Tomoko HAEAGUCHI, Masayuki NAKAMURA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract

The 10st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・49
The 16st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・63
The 17st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・67

Report

Report of the Regular Meeting (72h, 73th, 74th, 75th, 76th, 77th) ・・・71

News

Tetsuo YAMASAKI ・・・77

Information

The 11st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・79

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・80

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・81

Editor's note

Editor Takako FUJITA ・・・82

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing