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16巻 第1号 2021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

地域包括ケアシステムを中核としたまちづくり～山口県萩市で地域包括ケアシステムの構築を図る～ ・・・1
田中 達士、馬場園 明

症例報告

看護小規模多機能型居宅介護事業所における
ホームベース型健康支援プログラムの開発と有効性の予備的検討 ・・・13
松下 尚史、馬場園 明

ケーススタディ

地域包括ケアシステムを実現させるための定期巡回随時対応型訪問介護看護事業の実際
～古賀病院グループの取組み～ ・・・23
末次 輝、阿津坂明美、鳥越美絵、執行和恵、結城千賀、窪田昌行、馬場園 明
地域と企業の健康をサポートするトータルウェルネスセンターの取組み
玉昌会グループの健康増進事業～自分らしく輝き、すべての人がつながる明日へ～ ・・・45
田島紘己、髙田和美、髙田昌実、窪田昌行、馬場園 明
チーム医療・九州一の回復期リハビリテーションを目指して～玉昌会グループの取組み～ ・・・57
原口友子、平川智士、増山泰英、有川瑛人、春田千幸、鎌田克也、五十峯かずみ、下薗康志、大迫尚仁、
山本陽生、菊池博之、川原翔太、中村真之、田島紘己、髙田昌実、窪田昌行 、馬場園明

学術集会資料

第11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 ・・・75
第18回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集 ・・・93
第19回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集 ・・・99

定例研究会報告

第78回研究会報告 いかにして地域包括システムを実現するか～日本型CCRCの理論と実践 窪田昌行 ・・・104
第79回研究会報告 フランスの医療制度の歴史と課題 馬場園 明 ・・・105
第80回研究会報告 介護報酬改定の方針と経営への影響 馬場園 明 ・・・106
第81回研究会報告 社会保障制度改革の方向性 馬場園 明 ・・・107
第82回研究会報告 年金制度の現状と改革の方向性 馬場園 明 ・・・108
第83回研究会報告 日本型CCRCの新たな展開とリーダーシップ～医療介護マネジメントスクールの提案 窪田 昌行 ・・・109

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 山﨑 哲男 ・・・110

お知らせ 第12回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会 ・・・111

研究会規約 医療福祉経営マーケティング研究会規約 ・・・113

投稿論文規定 投稿論文規定（和文・欧文） ・・・115

編集後記 医療福祉経営マーケティング研究会 編集委員 福田 治久 ・・・116

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　　2021

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

「地域包括ケア研究会」が、「地域共生社会」の実現に言及したのは、第6回の報告書（17年3月公表）が初めてであった。安倍政権が2016年6月に「ニッポン1億総活躍プラン」を閣議決定して「地域共生社会」の実現を掲げ,7月には厚労省が「地域共生社会実現本部」を立ち上げた影響を受けている．従来の縦割り行政を改め，年齢や高齢・障害・貧困などの分野を問わずに誰でもが「共生」を目指し、全体を見通しながら取り組むべきだとされる．そこで「我が事，丸ごと」がスローガンとして打ち出された．

人びとの暮らしや地域のあり方が多様化している中，地域に生きる一人ひとりが尊重され，多様な経路で社会とつながり参画することで，その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現を目指す．地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると，「地域共生社会」とは，今後，日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり，高齢者分野 を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめてある．

2040年には，人口減少・少子高齢化がさらに進展し，単身世帯が4割，就職氷河期世代の高齢化等の状況にも直面．地縁・血縁による助け合い機能が低下する中，従来のタテワリの制度では複合化・複雑化した生活課題への対応が困難となる．このため，①丸ごと相談（断らない相談）の実現，②地域共生に資する取組の促進，③高齢者も障害者も利用できるサービスの推進について検討がなされている．

そして、2017年5月26日に、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において，「訪問介護，通所介護，短期入所生活介護等について，高齢者と障害児・者とが共に利用できるよう成立した制度」である「共生型サービス」が設立された．そのため、すでに、高齢者と障害児・者とが同じ場でデイ・サービスを受けていることが見られるようになっている。

これらは、2019（令和元）年9月から開催している全世代型社会保障検討会議では，人生100年時代の到来を見据えながら，お年寄りだけではなく，子どもたち，子育て世代，さらには現役世代まで広く安心を支えていくため，年金，労働，医療，介護など，社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討していることと，同じ文脈である．

高齢者を対象としていた地域包括ケアシステムを、全世代を対象とする地域共生社会に発展させることは、社会保障制度の財源を拡大させ，スケールメリットによる効率化，質の改善にも繋がると思われる．地域包括ケアシステムは，医療や介護が必要なシステムであるが，生活支援システムである．したがって，高齢者ばかりか、障害を抱えた人，失業者，子育てに支援が必要な人，社会的に排除された人を含めたすべての支援の必要な人をバラバラなサービスや現金給付ではなく，地域包括ケアシステムという形で支援する方が．効率性も質も担保できると考えたのであろう．

地域共生社会で強調されているのは相談機能と多職種連携である．これらは，社会福祉事務所より地域包括支援センターが進んでおり，統合のメリットもありうるだろう．地域共生社会の機能として，生涯にわたって，「学びの場」「居場所」「役割」をもつことの仕組みを構築し，どうすれば，社会的包摂が可能になるのかが検討されなければならないであろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　1 - 12,　2021

地域包括ケアシステムを中核としたまちづくり
～山口県萩市で地域包括ケアシステムの構築を図る～

田中　達士[1) 2)]、馬場園　明[3)]

City planning focused on the integrated community care system
~ Implementing the integrated community care system in Hagi city, Yamaguchi prefecture ~

Tatsuhito TANAKA [1) 2)],　Akira BABAZONO [3)]

【Abstract】

【Background and Purpose】

Hagi City, Yamaguchi Prefecture is undergoing population aging and depopulation. Residents of Hagi City tend to be hospitalized in other areas because healthcare and long-term care resources are insufficient in this area. In this study, we examined elements that are necessary to provide appropriate medical care and long-term care in areas undergoing these demographic changes so that they can become attractive areas where residents can live with peace of mind. The purpose was to analyze local resources, clarify community development issues centered on a comprehensive community care system, and propose projects for the realization of integrated care.

【Methods】

Healthcare and long-term care professionals and area residents must cooperate to integrate the five elements of housing, medical care, nursing care, living support, and prevention to create an integrated community care system. The current situation in Hagi City was investigated using SWOT analysis to identify prominent healthcare and long-term care issues. Furthermore, countermeasure projects were proposed based on cross SWOT analysis.

【Results】

SWOT and cross SWOT analysis were used to identify and propose five projects for the region. ① Build an information sharing system connecting the five elements. ② Provide multifunctional long-term care in small group homes within the community. ③ Implement a local resident-led cafeteria project to support older adults in the area and improve their nutrition. ④ Convert a long-term care facility into homes with increased levels of care aid. ⑤ Integrate small-scale long-term care facilities in the area to strengthen their management and improve the quality of long-term care.

【Conclusions】

To provide services to all local residents in a timely and appropriate manner, a network should be established to connect various professionals related to the integrated community care system. When information, healthcare, long-term care, the community, and housing are unified and shared, regional disparities can be corrected through the work of all involved professionals. In this way, it becomes possible to take care of local residents through a network of connected regional professionals. By undertaking suitable projects to realize integrated care, residents can maintain their quality of life, and older adults can remain in the community throughout their lifespan.

Key words：Integrated community care system, Information sharing system, Integrated care

1）株式会社山口フィナンシャルグループ
Yamaguchi Financial Group, Inc.
Email：tatanak1980@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

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　1 - 12,　2021

【抄録】

【目的】

山口県萩市は高齢化・過疎化が進み、医療介護資源は十分ではないために、住民の受療状況は完結率が低く、他医療圏へ流出している傾向がある。本研究では、高齢化・過疎化が進んでいく地域においても、適切な医療や介護が提供され、住民が安心して生活できる魅力あるまちになるためには、何が必要かを検討した。地域資源を分析し、地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題を明らかにし、統合ケア実現に向けた対策事業を提案することを目的とした。

【方法】

地域包括ケアシステムの実現には、医療・介護職など多職種と地域の人々が連携し、「住まい」、「医療」、「介護」、「生活支援、予防」の4つの要素が有機的に統合されることが必要である。そのため、SWOT分析により現状や課題を分析し、対応すべき要因を特定した。さらにCross SWOT分析により、対策となる事業を提案した。

【結果】

SWOT分析、Cross SWOT分析を通じて地域における必要な事業として、以下の5つを実施することとした。①地域包括ケアシステムの4つの要素が分断されているため有機的に結合させるために情報共有システムの構築を図る。②療養病床が社会的入院の温床となっているため地域の受け皿として小規模多機能介護施設を提供する。③地域の高齢者の見守りや栄養管理を行うために住民による地域食堂事業を実施する。④既存療養病床を介護医療院に転換させ看取りの支援を行う。⑤地域内の小規模な介護事業所を統合し、規模の経済性による経営基盤の強化と介護の質の向上を図る。

【考察】

全地域住民にサービスが適時適切に提供されるため、地域包括ケアシステムに関係する多職種ネットワークを導入・活用することで医療、介護、地域、自宅における情報が統一・共有され、各職種の責任により地域間格差が是正され、地域内の多職種ネットワークにより地域住民を見守ることが可能となる。このための適切な事業を行っていくことで、地域住民がQOLを維持でき、最終的に人生の最期を地域で看取っていく仕組みが地域に組み込まれ、統合ケアが実現できると考えられる。

キーワード：地域包括ケアシステム、多職種ネットワーク、統合ケア

【はじめに】

我が国の総人口（2020年9月15日時点推計）は総務省によると前年に比べ29万人減少している一方で、65歳以上の高齢者人口は3,617万人（対前年推計比+30万人増加）と過去最多、高齢化率は28.7％（同0.3ポイント上昇）となっており過去最高を記録している。総人口に占める高齢者人口の割合は1950年の4.9％以降一貫して上昇が続き、1985年に10％、2005年には20％を超え、2020年には30％弱にまで上昇をしている。高齢化率は今後も上昇をすることが見込まれており、第2次ベビーブーム期に生まれた世代が65歳以上となる2040年には35.3％になると推計されている[1)]。高齢化の進行と同時に少子化により「一人の若者が一人の高齢者を支える」社会の到来により、医療保険や年金保険、介護保険などの社会保障制度を脆弱にしてしまうことが懸念されている。

山口県の総人口は1985年の160万人をピークに減少傾向にあり、2020年11月1日時点では134万人にまで減少している。0～14歳、15～64歳の人口が減少する一方で、65歳以上の人口の割合が増加している[2)]。山口県は全国に比べ約10年早く高齢化が進行しているといわれており、高齢化率（2020年10月1日時点）は34.3%[3)]と全国第3位となっている。保健医療圏別の人口構成では県の山陽側、主に周南、山口・防府等の地域においては高齢化の進行スピードは遅いが[4)]、山陰側に位置している萩の高齢化率は43.4％[5)]の状況にあり、我が国の高齢化率を大幅に上回り、地域の大きな課題となっている。

萩市は山口県の日本海側に位置し山地が海岸近くまで迫り平野部が少なく、有人離島も含めて広範囲に過疎化が進行している地域である。人口は45,694人（2020年10月末時点）で、内訳は0～14歳が3,970人、15～64歳が21,899人、65歳以上が19,825人となっており、高齢化率は高く、死亡率（人口千対）は17.5％となっている。一方で出生率（人口千対）は5.2％と死亡率が出生率を大きく上回り、過疎化が進行している[4) 5)]。医療提供体制（2018年時点）については、病院が7施設、診療所が54施設[6)]、病床機能報告結果によると、急性期302床、回復期57床、慢性期522床となっており、高度急性期病床はなく、回復期の病床が極端に少ない状況にある[7)]。萩医療圏における地域医療構想の必要病床数は高度急性期24床、急性期178床、回復期181床、慢性期232床となっており、急性期、慢性期病床は過剰な状況である[8)]。萩医療圏の医師数は人口10万人あたり、172人と他医療圏に比べて少ない[9)]。医師数は相対的に少なく、人口比では山口県下において最も少なくなっている[4)]。医療機関への受療動向においては萩医療圏の完結率は75.3％[4)]と低く、他医療圏に流出していると考えられることから萩医療圏で生活する住民は住み慣れた地域で人生の最期まで安心して過ごすことができないのではないかという疑問を抱いた。多くの専門職種が豊富にいる

地域であればマンパワーに任せて高齢者を支えていくことができるが、国内の市町村数の約半数近くが過疎地域であり、多くの地域で一定の生活水準や地域社会の基礎的条件の維持が困難になるなど深刻な問題を抱えている状況下では容易ではない。そのような地域で高齢者を支えていくためには、既存の限られた医療介護資源を有効に活用し、効率的な資源配分を可能とするためにInformation and Communication Technology（ICT）ツールの導入が有効な手段となる。

本研究では高齢化・過疎化が進んでいく地域において適切な医療や介護が提供され、住民が安心して生活できる魅力あるまちを作っていくためには何が必要なのか、現状の地域資源を分析し、地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題を明らかにした。そして、住民の半数近い高齢者が主役になり、人生の最後まで人間らしく楽しく生活できる基盤の構築と地域活力を高める成長モデルの検討をすることにした。「病院完結型医療」から、「地域完結型医療」への転換はすべての自治体に求められている。SWOT分析、Cross SWOT分析を通じて、事業に繋げる展開とすることによって、「病院完結型医療」から、「地域完結型医療」への転換を行うモデルを提供する。

【方法】

Ⅰ．地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題

萩医療圏の大部分を占める萩市について地理的条件、人口及び介護サービス提供事業所の展開状況を踏まえ、萩市健康福祉計画と同様に①「市街地」、②「離島」、③「中山間地域」の3つに区分（図1）し、①「市街地」を萩地域、②「離島」を見島、相島、大島地域、③「中山間地域」を阿武、川上、田万川、むつみ、須佐、旭、福栄地域とした。各地域の高齢化率は市街地で39.9％、離島で50.0％、中山間地域で54.2％と高く[5]、地域間格差が顕著となっている。萩市の推計によると今後、要支援・要介護認定者は確実に増加することが見込まれており[10]、地域包括ケアシステムを構築していくためにはこの地域間格差と地域の医療介護資源を考慮して検討していくことが課題となると考えた。

地域包括ケアシステムとは「高齢者を支えるサービスを地域で一体的に提供するシステム」のことをいい、地域に住む高齢者がその地域で自分らしい生活を最期まで持続していくために、医療や介護、さらには住まいや生活支援を提供する必要がある。実現には、医療関係者のみならず、介護職など多職種、地域の人々が連携し、「住まい」、「医療」、「介護」、「生活支援、予防」の4つの要素が有機的に統合されることが必要であるため、各地域を4つの要素から分析し、現状や課題をSWOT分析により整理することとした。

SWOT分析における内部環境については地域包括ケアシステムを構築していくなかで萩市における強み・弱みを、外部環境については全国的な動向等を踏まえ、萩市における機会と脅威について整理した。そして、地域包括ケアシステムの4つの構成要素から個々の課題を集約し、分断化されている原因を特定し、さらにCross SWOT分析により、機会を活かして弱みを克服する（改善戦略）、弱みと脅威による影響を排除する（防御戦略）、強みを活かして脅威による影響を最小限にする（差別化戦略）を主な方針として、全市レベルの戦略策定へと発展させた。

Ⅱ．地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題の対策としての事業

地域包括ケアシステムを構築していくためには、介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住民の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることが必要である。しかしながら、各々の提供システムは分断され、有機的な連携が見られない。そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要とされている[11]。地域包括ケアシステムの構成要素の観点から地域を分析することにより、分断化されている原因の特定を行い、統合化に向け、医療、介護などの連携を促すツールを活用し、医療介護多職種連携ネットワークを作り、高齢者を地域で支えることができる体制を構築する。次に必要なこととして社会的入院をなくすことである。「病院」から「地域」へという地域包括ケアシステムの概念としても掲げられていることからも、社会的入院を解消せずして地域包括ケアシステムが構築されたとは言い難いことから社会的入院の解消を図る。最後に、地域に戻った高齢者が安心して生活でき、Quality of Life（QOL）維持・向上を図られるようなサービスを提供するという4つの戦略を策定、実行し、地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりを実現していく。

【結果】

Ⅰ．地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題

（1）萩市の「人口分布」について

萩市の全面積は698.8㎢、全人口は45,694人、全世帯数は23,122世帯、高齢化率は43.4％となっている。全世帯の74.8％、全人口の77.5％が市街地に集中しているが、高齢者のうち、市街地に住む者の割合は68.9％、同じく要介護者のうち市街地に住む者

の割合は65.5％となっており、介護を必要とする高齢者は市街地以外の離島や中山間地域に住んでいる割合が高いと推測することができる。また、中山間地域の面積は広く、高齢者や要介護者が居住する住居間の移動距離には時間を要することが課題となっている。

市内の高齢者数は2020年以降徐々に減少しており現在は19,825人、2025年には19,487人と若干減少する見込みで、高齢化の進行に伴い死亡者数は増加していくことが想定され、今後は看取りの対応が課題となる。なお、要支援・要介護認定者数は3,976人であるが、2025年には4,513人と増加していくことが想定されており、医療介護マーケットの需要は相応にあると推測することができる。

表1　萩市概要

区分	日常生活圏域名	面積（㎢）	世帯数（世帯）	人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率（%）	要介護・要支援認定者数（人）	高齢者の地域分布（%）	要介護・要支援者の地域分布（%）	認定率（%・対高齢者数）
市街地	萩	125.2	17,287	34,202	13,656	39.9%	2,603	68.9%	65.5%	19.1%
離島	見　島	7.8	434	705	403	57.2%	85	2.0%	2.1%	21.1%
	大　島	3.0	273	640	258	40.3%	45	1.3%	1.1%	17.4%
	相　島	2.4	67	140	81	57.9%	10	0.4%	0.3%	12.3%
中山間地域	川　上	93.2	420	782	418	53.5%	104	2.1%	2.6%	24.9%
	田万川	78.1	1,216	2,447	1,290	52.7%	286	6.5%	7.2%	22.2%
	むつみ	69.7	683	1,332	756	56.8%	171	3.8%	4.3%	22.6%
	須　佐	87.2	1,248	2,353	1,240	52.7%	262	6.3%	6.6%	21.1%
	旭	134.0	714	1,493	818	54.8%	196	4.1%	4.9%	24.0%
	福　栄	98.3	780	1,600	905	56.6%	214	4.6%	5.4%	23.6%
計		698.8	23,122	45,694	19,825	43.4%	3,976	100.0%	100.0%	20.1%

世帯数、人口、高齢者数、高齢化率は2020年10月末時点での萩市公表値。
要介護・要支援認定者数、認定率は2017年9月末日住民基本台帳数値〈出典：萩市健康増進計画〉

（2）「住まい」の現状について

萩市は独居高齢者が増加している。2017年では3,362人と人口の6.8％が独居高齢者となっている[10]。年をとっても住み慣れた地域での生活を希望されることが多く、萩市内の全世帯のうち25.2％は過疎化が著しい中山間地域や離島にある[5]。

また、萩医療圏の総高齢者施設・住宅定員数は908人（うち介護保険施設定員が724床、高齢者住宅等定員が184床）、75歳以上千人あたり79床に対し全国は105床となっている[9]。高齢者住宅等の供給面では萩市の中心部でサービス付き住宅や公営住宅を活用したシルバーハウジングが供給されているものの、現状では不足しており全国水準を下回る状況である。介護保険施設の供給面においては介護療養病床数が75歳以上千人あたり11.6床に対し、全国は3.2床と全国比で高い水準にあるものの、介護療養病床を除く介護保険施設の供給は全国水準を下回っている状況にある[9]。

2018年の萩市における自宅死の割合は9.4％に対して全国平均は13.7％、老人ホーム死の割合は萩市が11.1％に対して全国平均は8.0％[12]となっている。自宅で最期を迎える割合は低く、大半が病院等の医療機関で最期を迎えている状況である。

（3）「医療」の現状について

既存医療機関の多くは萩の市街地に位置している。2018年時点の医療資源についてみると人口10万人あたりの病院数は萩医療圏内が13.2施設に対し、山口県は10.3施設[9]となっており、病院数は多い。萩医療圏内にある7病院のうち4病院が救急指定病院になっているが大半は公立の萩市民病院が急性期患者を受け入れている。その他3病院は小・中規模のため専門的な診療科が不足または分散しており、人材確保、医療機器整備など人的・物的経営資源の充実を図ることが難しく、急性期から慢性期、在宅医療に繋ぐ回復期機能が不足している。現在、萩市民病院は民間の都志見病院と統合、建て替えを検討しており、今後は萩医療圏内の中核病院として周辺病院との連携強化が地域の課題となっている。また、萩医療圏北部の中山間地域では圏域内にある病院までの移動に60分以上を要する。さらに、萩医療圏内には三次救急医療機関がなく、近隣の山口、宇部医療圏が三次救急を担っており、救急車への同乗など医師や看護師の負担が大きくなっている。

診療所も病院同様に人口が集中する市街地に多い。人口の少ない離島・中山間地域にも診療所があり、かかりつけ医となり得る可能性のある診療所が少なくとも1施設はあり（図2）、地域住民は最低限の医療サービスを享受することが可能となっている。ただし、萩医療圏内に5施設ある在宅療養支援診療所は全施設が市街地に集中しており在宅療養支援診療所が萩市内全域を

カバーする負担は大きい。なお、在宅療養支援病院は存在しない。訪問看護ステーションは3施設[6]と在宅支援施設は全国平均レベルを下回っている状況にある。

病床数は990床あり、内訳は一般病床が370床、療養病床が428床、精神病床は192床となっている。療養病床数は山口県内でも多く、療養病床における在院日数は275.6日（全国164.6日）と長く、利用率96.6%（同89.4%）も高い[4]。なお、介護医療院は2施設あり、いずれも療養病床の一部を転換しており94床を整備している。萩医療圏の医療従事者についてみると、医師は91人で人口10万人あたり人員数は172人に対し山口県は245人、薬剤師は96人で人口10万人あたり人員数は181人に対し山口県は240人といずれも少ない[9]。

表2　萩市内の医療機関数[6]

種類	市街地	離島		中山間地域						計
	萩	見島	大島	川上	田万川	むつみ	須佐	旭	福栄	
病院	7									7
診療所	27	2	1	1	1	1	3	2	1	39
計	34	2	1	1	1	1	3	2	1	46
うち在宅支援病院										0
うち在宅支援診療所	5									5
訪問看護ステーション	3									3

出典：日本医師会　地域情報システムより抜粋し、加工

表3　萩医療圏と全国･山口県との医療機関数比較[9]

二次医療圏	病院		診療所		在宅療養支援診療所		在宅療養支援病院		訪問看護ステーション	
	施設数	人口10万当り	施設数	人口10万当り	在宅療養支援診療所	75歳以上1,000人当り	在宅療養支援病院	75歳以上1,000人当り	訪問看護ステーション	75歳以上1,000人当り
全国	8,412	6.6	101,471	80	14,224	0.9	1,886	0.1	10,994	0.7
山口県	145	10.3	1,260	90	150	0.7	15	0.1	155	0.7
萩	7	13.2	54	102	4	0.3	0	0	5	0.4

出典:日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別･二次医療圏別データ集 - (2018 年度版)

表4　医療介護事業者と病床数の比較[9]

2018年度	萩医療圏		山口県		全国	
	数	人口10万人当たり	数	人口10万人当たり	数	人口10万人当たり
医師数	91	172	3,436	245	304,759	240
看護師数	655	1,235	18,356	1,307	1,145,134	901
総療法士数	44	82	2,202	157	139,385	110
薬剤師数	96	181	3,372	240	301,323	237
介護職員数	928	80	20,742	91	1,507,968	92
うち在宅介護職員数	52	4.5	2,339	10.6	221,659	13.6
一般病床数	331	624	11,316	806	890,865	701
療養病床数	522	984	9,367	667	325,228	256
精神病床数	197	372	597	421	331,700	261

出典:日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別･二次医療圏別データ集 - (2018 年度版)

（4）「介護」の現状について

地域内の介護施設の中で医療機関が運営している場合は様々な介護施設を保有しており、患者の状態に応じて柔軟にケアできる体制が構築されている。

各地域に介護施設が設置(図3)されており、特に通所介護サービスは萩市内の全地域でサービスが提供されている。ただし、75歳以上千人あたり介護施設数は萩医療圏で9.27施設に対し山口県は12.16施設となっており、萩医療圏の介護施設数は少ない

[6]。介護施設の利用状況は年々増加傾向にあり萩市の計画を概ね上回っている[10]。

介護サービスを提供する介護職員（常勤換算人数）は萩医療圏で685.40人であり、75歳以上千人あたり人員数は59.35人に対し、山口県は70人となっている[6]。また、訪問介護員数は常勤68名、非常勤49名[10]と広い地域を限られた人員によりサービスが提供されている状況にある。

表5　萩市内の介護施設数[13]

種類	市街地	離島			中山間地域						計	定員
	萩	見島	大島	相島	川上	田万川	むつみ	須佐	旭	福栄		
介護予防支援	2										2	
介護療養型医療施設	2										2	94
介護老人福祉施設	2				2		1	2	1	1	9	530
介護老人保健施設	2										2	90
居宅介護支援	11					1	1	3	1	1	18	
小規模多機能型居宅支援	2					1				1	4	99
短期入所生活支援	2				1		1	2	1	1	8	102
短期入所療養支援	4										4	
通所介護	14	1	1	1	1	2	1	3	2	1	27	721
特定施設入居者生活支援	2										2	100
認知症対応型共同施設	2					1		1		2	6	72
訪問介護・看護・リハ	12							1		1	14	

出典：山口県介護保険総合情報ガイドより集計し、加工

表6　萩医療圏と全国・山口県との介護施設定員数比較[9]

二次医療圏	総高齢者施設・住宅定員数		介護保険施設		高齢者住宅		老人保健施設（老健）	
	定員数	75歳以上1,000人当り	病床数	75歳以上1,000人当り	定員数	75歳以上1,000人当り	定員数	75歳以上1,000人当り
全国	1,695,162	104	1,001,413	61	693,749	43	366,589	22
山口県	21,978	97	14,177	62	7,801	34	4,794	21
萩	914	79	730	63	184	16	90	8
二次医療圏	特別養護老人ホーム（特養）		有料老人ホーム		軽費ホーム		グループホーム	
	定員数	75歳以上1,000人当り	定員数	75歳以上1,000人当り	定員数	75歳以上1,000人当り	定員数	75歳以上1,000人当り
全国	575,180	35	237,141	14.5	23,297	1.4	201,436	12.3
山口県	7,352	32	1,247	5.5	660	2.9	2,562	11.3
萩	500	43	0	0	50	4.3	90	7.8

出典：日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状 －都道府県別・二次医療圏別データ集 －（2018 年度版）

（5）「生活支援、予防」の現状について

地域面積の広い中山間地域についてはサービス提供対象となる高齢者の住まいが点在している。既存の介護施設では介護人材の不足、サービス提供効率の低下による採算性悪化等の理由により地域全域をカバーすることが困難なことから地域住民主体の通所型サービス（サロン）または訪問型サービス（生活支援）が提供され、中山間地域に住む高齢者の生活支援が行われている。ただし、地域住民による互助を補完するための医療や介護施設との連携はほとんど行われていない。

表7　萩市内の生活支援サービス数[10]

種類	市街地	離島		中山間地域					
	萩	見島	大島	川上	田万川	むつみ	須佐	旭	福栄
通所型サービス（サロン）				1	2	1	2	2	2
訪問型サービス（生活支援）					1	1	2	2	
計	0	0	0	1	3	2	4	4	2

出典：萩市健康保険計画

（6）SWOT分析

5つの要素から分析した結果はSWOT分析（図5）を活用して整理した。

表8　SWOT分析

	強み	弱み
内部環境	・定年退職した高齢者が多い ・地域がランティアによる支援（メンターの存在） ・山間僻地にも最低限の施設は整備されている ・療養病床が多い ・現状の介護施設に対するニーズはあり	・医療、介護人材の高齢化、労働力不足 ・将来的な医療、介護需要はニーズ減少、大規模投資が困難 ・在宅医療を担う開業医の減少 ・小規模事業者が多く、収益が不安定 ・訪問看護・介護体制の不足 ・高齢者住宅の不足 ・自宅死の割合が低い一方で病院等での死亡割合が高い ・高度急性期医療を担う病院がない ・域内の急性期病院が小規模で専門的な役割の分散 ・急性期から慢性期、在宅医療に繋ぐ回復期機能が著しく不足 ・高齢化、過疎化、離島、山間僻地などの地域特性があり、在宅医療の提供体制と社会的入院解消の受け皿が不足 ・医療・介護・行政等を繋ぐ情報共有システムが未構築
	機会	**脅威**
外部環境	・新型コロナの影響でオンライン診療が増加している ・リモートワークの必要性が高まっている ・操作性が容易なスマホやタブレット等の充実 ・急性期病院と療養・慢性期病院との連携可能性 ・医師会における地域包括ケアシステム構築の必要性認識 ・死亡者数は増加傾向にある	・全国的な人口減少や慢性的な労働力不足 ・地域を超えた労働力獲得競争の激化 ・介護報酬の削減による収入減少 ・人材確保のための人件費増加、事業採算悪化 ・一人暮らしの高齢者が増加傾向 ・空き家の増加 ・高齢者の低栄養によるフレイル・サルコペニアの増加 ・独居による地域とのつながり低下 ・社会的入院によるQOL低下

（7）Cross SWOT分析

SWOT分析からCross SWOT分析を行い、事業展開を検討した。

表9　Cross SWOT分析

	S （強み）	W （弱み）
O （機会）	**積極的戦略** ・療養病床の活用 ・療養病床の介護医療院への転換による看取りの支援 ・高齢者ケアに対するICTによる質の向上	**改善戦略** ・ICTを利用した情報共有システム ・ICTを利用した高齢者の見守りシステム ・ボランティアの活動や研修の場としての空き家の活用
T （脅威）	**差別化戦略** ・低栄養の予防や地域のつながりを深める地域食堂の開設 ・人材不足に対応するICTを活用した効率化 ・高齢者の受け入れ場としての空き家の活用	**防御戦略** ・空き家などを活用した小規模多機能居宅介護施設の運営による社会的入院の解消 ・ICTを活用した在宅医療の推進 ・小規模な介護事業所の統合

Ⅱ．地域包括ケアシステムを中核としたまちづくりにおける課題の対策としての事業

分析から地域包括ケアシステムが分断されている原因として、①医療、介護や生活支援等の個々のサービスが個別に提供されていること、②社会的入院の存在、③安心して地域で過ごせる見守りなどの仕組みが十分でないこと、が分断の大きな要因と捉え、Cross SWOT分析からその対策として4つの戦略（改善戦略、防御戦略、差別化戦略、積極的戦略）を展開することとする。

（1）改善戦略

まず、地域包括ケアシステムの4つの要素である「住まい」、「医療」、「介護」、「生活支援、予防」を有機的に統合するための情報共有システムの構築を図ることである。これにより、医療、介護事業者や住民ボランティアなどのサービス提供主体の違いによる連携不足を解消し、断片的なサービスの提供から包括的なサービスの提供が可能になる。地域包括ケアシステムの構築には医療技術の革新、専門性の増大により責務も分化しており、個々の患者の完全なケアの受給のためには、サービス間のコーディネーションが必要といわれている[11]。情報共有システムとして電子@連絡帳サービスというICTの導入を行

う。この電子@連絡帳サービスは地域の医療や介護福祉に携わる専門職が患者の情報を簡単に共有でき、地域の医療連携と地域包括ケアを統合的に実現できる多職種連携プラットフォームで名古屋大学医学部付属病院 先端医療開発部 先端医療・臨床研究センターと㈱インターネットイニシアティブが共同研究でサービス化し提供しているシステムである。地域の専門職が要介護認定、在宅医療の開始、服薬指導の共有など、情報連携のタイミングに応じて患者を登録し、連携を開始できるシステムで、患者の住環境や家族情報、服薬情報など患者のケアに不可欠な基本情報を登録できるほか、患者の症状を的確に伝えるために写真や動画ファイルの添付も可能である[16]。

当該システムは既にいくつかの自治体で導入が進んでおり、特に愛知県においてはほぼすべての自治体が導入し、かつ医療圏ごとの連携を進めており医療介護福祉職連携による地域包括ケアシステムの実現に寄与している。愛知県医師会が2015年から2017年の3年間このシステムを利用して実施した在宅医療サポートセンター事業の報告では効果をストラクチャー指標（在宅医療提供医療機関数、在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、在宅医療に参加している医師数、連携型在宅療養支援診療所グループ数）、プロセス指標（緊急往診数、在宅がん緩和ケア提供数、退院時（前）共同カンファレンス開催数、サービス担当者会議への医師の参加数、連携型在宅療養支援診療所グループ数、死亡直前まで在宅医療を提供後1週間以内の病院死亡数、在宅医療・介護連携ICTの投稿記事数等）、アウトカム指標（在宅死亡者数、在宅看取り数、独居在宅看取り数、自宅看取り率、地域看取り率）から検証した。在宅医療に参加しているストラクチャー指標である医師数や連携型在宅療養支援診療所グループ数は微増に留まったのに対し、プロセス指標である救急往診数は2.4倍、在宅がん緩和ケア提供数は1.9倍、小児在宅医療提供数は2.1倍、退院時（前）共同カンファレンス開催数は1.7倍、サービス担当者会議への主治医としての出席回数は2倍となっており、量的増加ではなく質的増加が図れたという結果がでている。また、愛知県は2016年から看取り率が全国平均より高い伸びを示しており、アウトカム指標では在宅医療を提供している提供数のうち看取り数は1.7倍、そのうち検死に至らず看取った割合は83％から90％に増加している。さらに独居者の看取り率は32％から57％へ増加しており、当該システムは看取り以外にも見守り機能も備えていることが実証されている[17]。

なお、当該システムの導入によって看取り率は改善することが想定されるが、地域包括ケアシステムの構築を考える上では、在宅で最期を迎えることのできる看取りの仕組みを作ることも重要な課題の一つである。現状、死亡時における病院死の割合が高い理由として、終末期の呼吸困難、発熱、鈍痛時に自宅や介護施設から緊急搬送され、延命治療が施され最終的に人生の最期を病院で迎えているからであると推測される。自分らしく生きたい、人生の最終段階を自宅で迎えたいと要望する高齢者は増加している。高齢者の意思を尊重することは高齢者のQOLを高め、同時に在宅医療・介護の質を高めることになる。高齢者はAdvance Care Planning（ACP）によりあらかじめ自分の人生の最終段階における考えや心づもりを家族やかかりつけ医と十分に話し合っておくことが必要である。さらに、かかりつけ医や訪問看護、介護職による連携、かかりつけ医が対応できない場合には他の在宅療養支援診療所へ依頼することなど、あらかじめ関係する職種間で十分な協議が行われ、それぞれの高齢者の意向に沿った対応方法を電子@連絡帳サービスに記録・共有し、事前に備えることが必要となる。当該システム導入にかかる費用は毎月20万円程度であり、行政の一般財源からの支出で賄えるのではないかと考えている。

（2）防御戦略

二つ目の事業として社会的入院を解消し、地域の受け皿として空き家などを活用した小規模多機能居宅介護施設の運営である。療養病床を介護施設のベッドとして代用している可能性が高く、介護施設需給バランスから推測しても小規模多機能居宅介護施設への入居ニーズは高いと判断する。「通い」、「訪問」、「宿泊」の組み合わせで生活に合わせた柔軟なサービスを提供することが可能で病院から在宅へスムーズに誘導でき、社会的入院の解消に寄与すると考える。建設費用は1億5千万円前後必要とするも、行政からの補助金を約半額見込むと、稼働率を80％程度とした場合でも20年以内には建設費用の回収は可能と試算しており、投資の経済性は認められる。

三つ目の事業は地域内の小規模な介護事業所を統合することである。全国的に小規模な介護事業所の経営は厳しい状況にある。深刻な人手不足を背景に人件費が増加しており経営を圧迫する要因となっていることから、経営の効率化を図ることが求められる。小規模の事業所を統合集約することによって規模の経済が働き、単位当たりコストを削減することが可能となり事業収支の改善を図ることができる。さらには人材の効率的配置が可能となることで、地域住民へのサービス品質の向上を図ることができる。

（3）差別化戦略

四つ目の事業は地域食堂事業の実施による地域における高齢者の見守りや栄養管理の実施である。

近年、独居高齢者の増加や高齢者夫婦世帯の増加により孤独死、孤立死が増加しており、見守りや声かけの必要性は高まっている。また、高齢者は加齢に伴い、身体、精神的機能が低下し、環境適応能力が減退していくと同時に、歯の欠損や咀嚼、嚥下機能の低下、消化酵素活性化の低下による食事摂取量の減少、消化・吸収能力の低下、孤食などの要因により低栄養に陥

りやすい。低栄養になると、エネルギー・タンパク質欠乏症、骨粗しょう症、サルコペニアなどを発症しやすくフレイルのリスクを高めることから適切な栄養管理が求められている。1日3食規則正しく、楽しみながら食べることのほか、フレイル予防や介入にはたんぱく質などの有効な栄養素を十分摂取するという事が重要であると報告されている[18]。

地域食堂の主ターゲットは地域内の高齢者、主に独居高齢者で、地域の空き家とボランティアを活用した地域食堂にて栄養バランスを考慮した日替わりメニュー、誰かと楽しく食事をする場を提供する。効果として、①高齢者が日々通える居場所を作ることができ、地域住民が集い、様々な世代のつながりを構築することが可能なこと、②食堂に通うことで適度な運動を維持することができ、栄養バランスの取れた食事によりフレイルやサルコペニアの抑制が図られること、③地域の高齢者が主体的に活動できること、④独居高齢者の見守り機能としての役割を持つことができることなどが考えられる。

（4）積極的戦略

五つ目の事業は既存療養病床を介護医療院に転換させ看取りの支援を行うことである。既に2つの病院が既存の療養病床の一部を介護医療院へ転換している。しかし、療養病床数は依然として過剰な状況であることから、今後も介護医療院への転換を図っていくことは選択肢の一つとなる。また、高齢化の進行により死亡者数の増加が見込まれることを踏まえて、自宅療養が困難な高齢者を長期的に受け入れ医学的管理・介護を行い、最終的に看取りを行なうことによって地域で看取っていく体制の構築に寄与することができる。

図1　電子@連絡帳サービスイメージ[16]

【考察】

（1）「住まい」について

独居高齢者や高齢夫婦の世帯などでは病気や寝たきりになった時の不安感の解消や医療介護サービスの訪問支援が必要不可欠となっており、連携ネットワークの構築により、今まで以上に地域や自宅で生活しながら多職種連携による効果的医療や介護サービスの提供を受けることができるようになる。しかしながら、高齢者住宅や療養病床を除く介護保険施設は不足している状況がしばらく続くと推測されるため、地域における高齢者の受け皿は今後も需要を勘案しつつ、増やしていくことを検討していく必要がある。連携の強化や受け皿が増加すれば、安心して人生の最期を自宅で迎える高齢者の数も増加していくものと考える。

（2）「医療提供」について

在宅療養支援診療所数は少なく、各地域の診療所が通常の診療に加えて訪問診療を行うには医療従事者の負担も大きい。また、訪問看護ステーション数も少なく、限られた人員で看護を必要としている高齢者へ対応するためには効率的な運営が必要

となっていると同時に医療機関や介護サービス提供者との連携の必要性も高いと推測できることから連携ネットワークの構築は効果が高いと考えられる。

介護保険施設は少なく、療養病床が多いことから社会的入院の温床となっていることが推測できる。この主な原因は①自宅で介護ができないこと、②介護施設よりも医療機関に入院する方が経済的・精神的に負担が少ないこと、③中山間地域の自宅に戻ってしまうと、容態悪化時に即時対応が困難などの理由が背景にある。入院が長期化すると運動機能が低下し、フレイルやサルコペニアに繋がることが問題視されている。療養病床から在宅へ移行させる受け皿として小規模多機能居宅介護施設を活用し、徐々に在宅療養へ誘導していくことが可能と考える。

急性期病院における高齢者肺炎の治療は大幅な Activities of Daily Living（ADL）低下と QOL低下を招くという報告[14] や入院を契機として ADLが低下するため従来の生活に戻ることが難しいという報告[15] がある。寝たきりによる運動機能の低下を防ぐため、早期退院を促し、在宅での適度な運動を行う機会の提供や、在宅療養のための環境整備を図ることが必要となる。また、急性期病院である萩市民病院と回復、療養期を担う病院間の連携やそれらの病院と住まい・地域との連携も必要となってくることから連携ネットワークなどの活用で対応していくことが求められる。

（3）「介護」について

介護施設数は少ない一方で、介護需給状況から住民の介護施設に対する需要はあること、医療機関の療養病床（75歳以上千人あたり病床数）が山口県の千人あたり病床数が約300床程度多くなっていることを踏まえると、療養病床が介護施設のベッド不足分を補い、社会的入院の温床となっているのではないかと推測される。社会的入院を解消するための受け皿としての介護施設が必要となっていると考えることができる。

介護サービスを提供する介護職員（常勤換算人数）は山口県水準と比較して少ない一方で、カバーすべきエリアは広く、訪問介護員の負担を解消することが課題として考えられる。連携ネットワークを活用して、訪問先の介護記録をスマホやタブレットで記録し、多職種で情報を共有するなど効率的な運用を構築していくことが課題となる。

（4）「生活支援、予防」について

地域の住民による生活支援や予防は地域住民の活動支援や地域の見守りとして機能している。更に有益なものとするには、地域内の見守りが必要な高齢者の日頃の状況をかかりつけ医や訪問看護等のサービス提供者へ情報提供ができる仕組みを整備し、緊急時にICTを活用した見守りサービスを完備することで、頻繁に診療所や病院に通えない山間部の高齢者が安心して生活できるようになるのではないかと考える。

（5）統合ケアについて

萩市を俯瞰すると市街地には病院、診療所や介護施設などの医療・介護系施設が充実しているほか、訪問看護や居宅介護などの在宅支援サービスも充実している。一方で離島・中山間地域にはわずかな在宅支援サービスと地域住民の互助による生活支援が提供されている状況に留まっている。サービスの提供状況に大きな差があるものの、地域住民の多くは医療や介護サービスに乏しいが住み慣れた離島・中山間地域での生活を望みその地域に留まる傾向が強い。住民にとって必要な時に必要なサービスが適時適切に提供されるためのツールとなる多職種ネットワークを導入・活用することで医療、介護、地域、自宅における情報が統一・共有され、各職種の責任により地域間格差が是正され、地域内の多職種ネットワークにより地域住民を見守ることが可能となる。多職種での見守り体制が構築されると、治療が必要な際には医療機関が受診・入院させ、退院後は再び住み慣れた地域の自宅や介護施設で安心して療養を行えるように医療、介護職や地域住民が連携した効果的な訪問看護・介護、生活支援サービスを提供し、地域でQOLを維持させ、最終的には人生の最期を地域で看取っていく仕組みが地域に組み込まれ、統合ケアが実現される。

地域の将来的な事業環境分析によると人口は減少し高齢化はますます進行していくことにより医療需要の減少は続く。介護需要も2030年以降に減少していくことが予測されている[6] ため、マーケットとしての魅力は低下し、今後は医療・介護人材の大量確保は困難であり、現状の人材による連携を強化し、効率的にサービスを提供することが求められる。高齢者が住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせるためには、現状の医療介護資源を有効活用し、「住まい」、「医療」、「介護」、「生活支援・予防」をシームレスにつなぐ仕組みを構築し、①医療・介護サービス提供者の負担を軽減し、②地域の多職種間の連携を強化し、③地域住民へ医療・介護サービスを効果的に提供するとともに、④在宅におけるQOL向上を支援することが必要だと考える。多職種連携システムの導入による業務の効率化を図ることはできるが、医療介護人材の確保には課題が残る。過疎化の進行や高齢化による慢性的な労働力不足を解決する手段として先進国の中でも早くからcommunity based care（地域を基盤としたケア）とintegrated care（統合型のケア）という2つの独立したコンセプトをケアのなかで統合させて取り組んでいるオランダ[19] の人材育成制度は参考になると考える。我が国においては、看護師資格と介護士資格が別資格になっており、地域包括ケアシステムの連携において分断の大きな要因ともなっているが、オランダでは一体となっており、医療、看護、介護の

連携がとりやすい。従来は1人の対象者に2人（訪問看護師、訪問介護士）が訪問する必要があるのに対し、同一資格にし、看護、介護の専門的な知識を体系的に学んだ人材を育成することで、1人の対象者に1人の包括的なケアが提供できる人材による対応が可能となり、慢性的な人材不足解消につながるはずである。さらには在宅ケアサービスの質の向上も図られると考える。

【結論】

「病院から地域へ」というスローガンのもと、医療者が従来型の「病院完結型」医療を提供するという考え方から、患者がQOLの維持・向上を図りながら住み慣れた地域で生活でき、生活の場において医療や介護サービスが提供され、それを地域全体で支える「地域完結型」に変わっていく必要がある。求められるのは全国で一律の医療が提供されることではなく、それぞれの地域の実状に合った独自の医療・介護福祉の仕組みが構築されることである。また、病気を治癒させることより、病気と共存していくこと、健康状態を維持していくことに主眼が置かれるようになりつつあり、医療者だけではなく、介護や福祉など多くの専門職種が連携してサポートする体制を整備し、統合ケアを実現させていくことが欠かせない。

体制整備の手段としてICTの導入が有効ではあるが、導入をするだけでは根本の解決にはならず、地域全体で共通の課題を認識し、専門職種、地域住民同士が有機的につながり、そのネットワークを強固なものにしていくことが最も重要なことになる。これまで、国や自治体は多額の資金を投入し、地域医療情報連携ネットワークシステムの構築を促進してきた。各医療圏でシステムが導入されたもの、運用実績で成果が出ている状況とは言い難い。システム利用が低調な理由の大半は病院と病院、病院と診療所を結ぶ医療職連携に留まっていることが大きいと考える。高齢者の意識が人生の最期は住み慣れた自宅や地域で過ごしたいというものに変化してきている中では医療と介護など専門多職種の連携がなければ地域での必要性は低い。

地域内で医療や介護、多職種の連携ネットワークが強くなり、自宅や介護施設などで適時適切な医療や介護サービスが提供されれば、急性期後の高齢者は病院に留まることなく、安心して自宅など地域へ戻ることが可能となる。その受け皿として小規模多機能居宅介護施設を提供することとしたが、小規模多機能居宅介護施設を1施設運営するだけでは完全に社会的入院を解消することは困難だと考える。今後の高齢者の動向やニーズを確認しながら、必要に応じて療養病床の介護医療院への転換、介護施設の増床などが必要であると考える。その際に、将来的に介護需要が衰退していくことが明らかとなっていることを踏まえ、既存の建物を改修するなどして極力大規模な投資を回避していくことも選択肢として考えていく必要がある。また、不足する介護人員を確保するためには医療介護などの多職種連携ネットワークを早期に充実させ、多職種間の連携を効率的にし、介護に携わる職種の負担軽減や働き方改革を進めること、地域の元気な高齢者の活用も視野に入れる必要があると考える。

地域食堂の運営は高齢者を主な対象とするが、地域に密着した事業として進めていくことが重要だと考える。高齢者は日々の安否確認をしてもらえ、栄養管理も可能かつ、通うことでフレイルやサルコペニアの抑制につながり、QOL維持というメリットを享受することができる。地域食堂の運営は地域の元気な高齢者を中心に運営をしていくことを考えたい。地域の雇用を創出することができるほか、食堂で働くことでQOLを維持・向上させることも可能となる。世代の近い店員がいることで地域の高齢者は来店しやすくなるほか、地域の子育て世代にとっても人生の先輩へ様々な相談ができるスペースとして機能させやすく、地域共生社会にもつながっていくと考える。

【引用文献】

1）総務省統計局. 統計トピックスNo.126　統計からみた我が国の高齢者. 2020-09-15.
https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf. （cited 2020-12-02）
2）山口県統計分析課.人口移動統計調査.2020年11月1日現在.2020-11-25.
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a12500/jinko/jinko.html. （cited 2020-12-02）
3）山口県長寿社会課. 令和元年（令和元年10月1日時点）推計人口による高齢化率.2020-09-07.
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/press/202009/046969.html. （cited 2020-12-02）
4）山口県医療政策課. 山口県保健医療計画. 2018-03-30.
5）萩市企画政策課. 萩市の人口.　2020年10月末現在.2020-11-26.
https://www.city.hagi.lg.jp/soshiki/12/1085.html. （cited 2020-12-02）
6）日本医師会. 地域医療情報システム
http://jmap.jp/cities/detail/pref/35. （cited 2020-12-02）
7）山口県医療政策課. 萩保健医療圏（萩市、阿武町）における医療機能ごとの病床の状況.2019-07-10

https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/byousyou_houkoku/byousyou2018/byosyou_2018_hag.html.
（cited 2020-12-02）
８）山口県医療政策課. 第7次山口県保健医療計画（改訂のポイント）. 2017-10-05.
９）日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 -（2018 年度版） .2019-05-13
https://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_668.html. （cited 2019-11-13）
10）萩市福祉政策課. 萩市健康福祉計画. 2018-05-09.
11）筒井孝子. 地域包括ケアシステムの基本的考え方.2013-07-29.
12）厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集.2020-2-28
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html. （cited 2020-12-18）
13）山口県介護保険総合情報ガイド
https://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/jigyosho/. （cited 2019-11-13）
14）白石卓也. 中山間地域の高齢者におけるフレイルと救急搬送後の転帰の関連性.
KMJ THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 2015,65:39-44.
15）東京都衛生局. 高齢者が寝たきり状態になる要因調査報告書-平成 8年度.1997.
16）㈱インターネットイニシアティブ. IIJ電子@連絡帳サービス
https://www.iij.ad.jp/biz/e-note/. （cited 2020-12-04）
17）野田正治. 地域包括ケア推進に向けた行政への期待.2019
18）葛谷雅文. フレイルに対する栄養介入. 日本転倒予防学会誌2017.Vol.3 No.3: 46（4）：279-2
19）堀田聰子. ケア従事者確保に向けた諸課題－オランダの経験から－.　季刊・社会保障研究Vol.47　No.4.382-400

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　13 - 22,　2021

看護小規模多機能型居宅介護事業所における ホームベース型健康支援プログラムの開発と有効性の予備的検討

○松下　尚史[1)]（九州大学大学院医学府　医療経営・管理学専攻）
馬場園　明[2)]（九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座）

Case Report　Developing the homebased health support program at multi-functional nursing facility

Naohumi MATSUSHITA [1) 2)]，Akira BABAZONO [3)]

Ⅰ　緒言

平成 24 年に制度化された看護小規模多機能型居宅介護サービス（以下, 看多機）は地域包括ケアを実現するための基盤的サービスとして設計されている．医療・介護等の制度をまたぐサービスを提供できることに加えて住民参加・多職種連携等の場として機能しており地域でのケア統合の場として役割を担うことも期待されている．利用者は家に近い環境で，顔なじみの職員から，「通い」,「泊まり」,「訪問看護」,「訪問介護」の４つのサービスを一体的に受けられ，高度な医療が必要な人にもかかりつけ医と一緒に対応できる．人生の最期まで，住み慣れた自宅等で暮らせるように支える施設とされている[44]．利用者や家族の状況が変わった場合もサービスを臨機応変に組み合わせることができ，かかりつけ医の往診も受けることができる．急な泊まりや夜間の訪問看護・介護に対応できるためサービスを受ける側のニーズに沿った制度ともいえる．

一方，看多機ではこれらの利便性の故に，医療と介護の夫々異なったニーズを持った利用者に，サービス提供者である施設職員が，ケアと治療の目標を共有して，高齢者の自己管理の支援，介護者へのアドバイスをおこない，かかりつけ医へ療養状況を提供し，またかかりつけ医からの疾病情報を共有しつつ，ケアプランをモニタリングして身体的・精神的な能力を管理できるようなヘルスケアを統合的に提供することは困難になるという問題点もある．

WHO は高齢者の健康に関して内在的能力と機能的能力いう２つの概念を提唱している[54]．前者は個人の身体的，及び精神的能力をあわせたものであり，後者は個人の内在的能力と生活環境の組み合わせとその相互作用と定義されている．そして，統合ケアアプローチのガイドラインでは高齢者の内在的能力の管理の必要性を推奨している．ケア統合の手法のひとつに，エンパワメント，自己効力感，行動変容の改善に資するとされるセルフマネジメントがある[1]．介入には運動，食事，教育を組み合わせたワークショップ形式のアプローチが採られているが[58]，要介護高齢者の内在的能力はかなり低下しているため実施には障害が多い．このような場合，内在的能力を補完することで機能的能力を最大限引き出すことが課題であり[53]，要介護高齢者がセルフマネジメント行動をとることができるよう支援を提供する手法の確立が望まれる．しかしながら，慢性疾患を持つ要介護高齢者のセルフマネジメントに関する研究は少なく，いずれも介護保険利用のない糖尿病・透析患者を対象としており，介入研究はわずかであった[46,47]．

ところで，高齢者の目標を適切に設定することで，前向きな態度，自己効力感，周囲からの支援を多職種で組み立てることができると考えられる手法としてホームベース型健康支援プログラムがある．これは「自らの生活の場（HOME）という安心安定した環境の中で，本人自身の内発的動機付けを尊重し，支援者は本人ができることを支援し，目標達成型で行動変容を行い，新しいライフスタイル（ホームベース）を目指す」ものでありセルフマネジメントを実現できる可能性が高い[29]．

本研究の目的は，多職種者連携によるホームベース型健康支援プログラムを開発し看多機に適用することにより，在宅療養中の要介護高齢者におけるセルフマネジメント行動の改善を行うことができるか有効性を予備的に検討することである．

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

Ⅱ　方法

1　対象者

熊本市南区にある看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下，看多機）に 2020 年 7 月 1 日登録されていた 23 名中，本研究に同意が得られた 18 名である．利用者や家族から本研究への同意を得られても，看取りの利用者，運動を実施するうえで障害となる身体機能障害がある者，重度の認知機能障害，精神疾患の診断がある者は対象から除外した．　本研究の流れと対象者の推移を図 1 に示した．

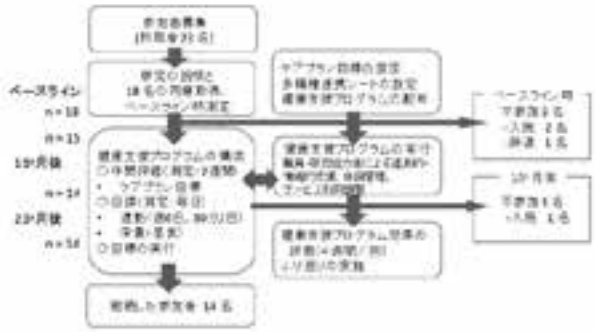

図1　本研究の流れと対象者の推移

2　プログラムの開発及び実施方法

本研究は，本研究は前向きの比較対照のない観察研究である．対象者の基本属性は性別ごとに年齢，認知症自立度，要介護度，現在罹っている疾病についてケア記録から情報収集した．セルフマネジメント行動の評価には基準参照型の目標達成尺度を使用した[13]．健康状態として低栄養リスクの評価，健康状態は体組成を評価するため体重，体脂肪率，骨格筋量を測定した．

（1）プログラムの構成

本プログラムは「ホームベース型健康支援」を応用した看多機利用者を対象とする個別支援プログラムである．構成は，第 1 ステップのケアマネジメント業務の中で看多機に勤める多職種が業務を共有して遂行できる仕組みを開発した．第 2 ステップの看多機に先行研究[29,42,43]にならいホームベース型健康支援プログラムを構築した．第 3 ステップでは，これらをセルフマネジメント支援として包括し看多機サービスに取り入れた（図 2）．

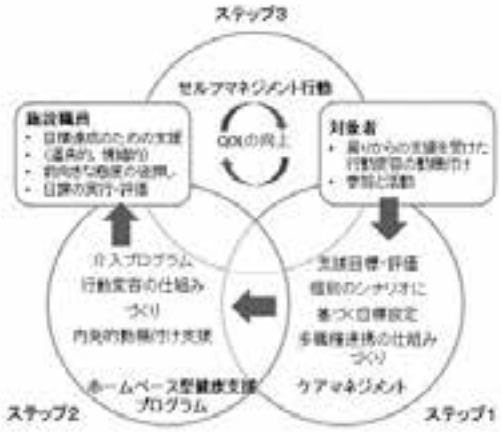

図 2　ホームベース型健康支援プログラムの構成

「多職種連携シート」の開発

第 1 ステップでは，対象者の支援課題を把握し，ケアプラン目標を設定する目的で，看多機における日課表作成のための仕組みを開発した．「多職種連携シート」を用いることで個別のケアプラン目標設定や具体的な支援活動の選択といった個別シナリオ作成支援を行った．運用は，①ケアマネジャーが利用者ニードを把握して看多機職員に伝達し効果的な担当者会議行うため多職連携シートをチェックする，②個別リハビリプログラムを作成する，③利用日毎の個人日課表に訪問看護，訪問介護，リハビリプログラム，食事（形態を含む）等を反映し，④契約書を出力，⑤ケアプランを定期的に見直すことができるようにするよう流れを設計した．目標設定は参加者の健康状態に配慮して SMART 指標をフレームワークとして用いた[2]．看多機は利用者にとって日常生活の場になっているため個々人特有の日課表を有している．サービスの柔軟さのためにニーズは自宅，施設と横断的になり広範にわたるため，課題領域をリスト化した．開発の中でリハビリ，栄養管理を中心にケアを計画しサービスとして実施できるようにした．特に，リハビリは，座る・立つ・歩く・階段を上がり降りするなど，姿勢保持や移動機能に関わる基本的な日常生活活動に必要な筋肉を対象としてプログラムを構築できるようにした．見やすさを工夫したイラスト付きの資料として配布できるようにした．

「ホームベース型健康支援」の構築

第 2 ステップでは，「ホームベース型健康支援」の考え方に基づき，行動変容への「前向きな態度」，行動変容に対する「自己効力感」，行動変容に向けての「周囲からの支援」を支援の 3 つの要素として，ステージ別に対象者の内発的動機付けに基づくケアプラン目標の達成や個別支援のシナリオを動かすための仕組みづくりを行った．この段階では「ホームベース型健康支援」を施設プログラムとして構築した．構築にあたってプログラムを定義し，多職種者とケアプラン目標，実施体制，実行と評価の流れを共有した．

「セルフマネジメント支援」に基づく包括化

第３ステップでは，第１ステップと第２ステップで整えたプログラムをセルフマネジメント支援[24]として看多機サービスの中に包括した．運動・食事・ソーシャルサポートを組み合わせたアプローチ[8]で健康的なライフスタイルを提案する「セルフマネジメント支援 説明書」をまとめ施設と共有した．多職種者は日課の提供にあたって「アドバイス･指導」,「理解･共感」,「激励･応援」,「共同実施」,「賞賛・評価」，参加者に対するアクションを取ることができるように行動を習慣づけた（表1）．施設で実施したプログラム結果は４週間ごとにまとめ施設多職種者とご家族にフィードバックするように計画した．

表１　運動サポートと参加者に対するアクション

運動のサポート　チェック表※

「アドバイス・指導」,「理解・共感」,「激励・応援」,「共同実施」,「賞賛・評価」
□ 多職種者や周りの人が，運動について，アドバイスや指導をしてくれる．
□ 一緒に運動をする仲間がいる．
□ 運動に誘ってくれる仲間がいる．
□ 家族や仲間は運動／食事に関して自分のことを理解してくれる．
□ 運動が好きな家族や仲間がいる．
□ 家族や仲間は運動をすることをすすめたり，ほめてくれる．

参加者に対するアクション※

□ プログラム実施後，参加者に「ありがとう」の声掛けを行う．
□ 1週間に1度，プログラムの参加について賞賛を送る．
□ すべての参加者は看多機サービスを利用することで社会的な交流を増やすことができる．
□ 運動の継続と目標達成を阻害する要因を共有し克服できるよう支援方針を立てる．
□ 運動・食事の機会を通じて，各多職種者が参加者に愛着と敬意を持ち質的・量的なかかわりを確保できるようにする．

（２）実施方法

熊本市南区にある看護小規模多機能型居宅介護事業所で，日中帯，運動と食事を中心に開発したプログラムを実施した．運動の強度は2.0 ～ 3.5METs 程度，15 分× 2 回，1 日 30 分プログラムし週 6 日，10 週間継続した．食事は毎日昼食時に提供した．ケアプラン目標に関して看護師が 4 名で利用者を受け持ち 2 週間に 1 回評価を行った．運動プログラムに関して外部に協力を依頼した．臨床，教育，そして研究経験の豊富な理学療法士 3 名が交代で実施し評価も行った．栄養プログラムに関して 1 か月ごとに連携する医療機関の管理栄養士が会議もしくは電話相談で利用者に合わせて調整した．食事は毎回，昼食を施設で調理し介護福祉士が提供し管理栄養士が示した基準に従って摂取量を評価した．健康状態として体重，体脂肪率，骨格筋指数を理学療法士が 2 週間ごとに運動前に測定した．多職種者は「生き方（ライフスタイル）の支援」と参加者は設定された目標達成に向けてよい関係を築くことを共通の目標とした．介入対象者に共通の介入を行うために統合ケア支援システムのマニュアルを作成した．このマニュアルの中で「自己効力感」に重点を置いたアプローチを取り入れるため多職種者に対して従来の視点（「情報」,「記録」中心のケア）と「セルフマネジメント支援」の視点（「目標設定」,「動機付け」,「前向きな態度を育むこと」,「能動性な参加」）を比較して示すことで能動的な行動変容に重点を置いた支援に対する考え方を示した[4]．なお，介入期間中は他のレクリエーションや社会交流への参加はなかった．ホームベース型健康支援プログラムの参加については強制したり義務付けたりせず，中断することも個人の自由とした．実施期間は 2020 年 7 月 1 日から 2020 年 11 月 30 日までである．

３　セルフマネジメント行動の評価方法

評価は目標の達成状況（ケアプラン．個別支援シナリオで設定した日課），運動時の感情，食事の摂取状況に関して行った．加えて健康状態を測定した．セルフマネジメント行動は 1 か月後，2 ヵ月後の 2 時点で評価した．健康状態はベースライン時から 3 時点で評価した．

（１）アドヒアランス

高齢者では機能状態の低下がプログラムの参加率と関係していることが示されている[8]．一方，運動プログラムの遵守が高い高齢者は前向きな態度といった心理状態の高さが関係していることが示されている[6]．アドヒアランスの評価は運動プログラムへの出席率と継続性を測定した．出席率は試験期間中，運動プログラムに出席した回数を通所回数で割った値を用いた．継続性は 1 セッション 15 分× 2 回，1 日 30 分の運動プログラムに出席した時間を 1 か月間ずつ集計した値を用いた．

（２）目標の評価

「多職種連携シート」で設定したケアプラン目標は 2 週間に 1 回評価した．運動は毎日評価した．評価にあたり，精神保健分野とかコミュニティへの介入による効果を測定するため設計された基準参照型のアプローチを採用した[13]．ケアの場で，本人・家族・支援者間の共同作業に適したツールとなっており，支援結果とか行動の状況を間接的に測定することができるとされている．評価範囲は 0 点を基準として－ 2 ～ 2 点の 5 段階評価となっている．

（３）ステージ評価

行動支援モデルの 1 つである「計画的行動理論」を応用した[3,9]．「行動の変容段階」を計量的に測定するため「ステージ別支援の方針[55]」を目標に対する「能動的な参加」を評価するために用いた．無関心期を「参加し，運動する気持ちはない」，準備期を「運動に参加する気はあるが主体的に動くに至っていない」，関心期を「運動に参加し，自分の体調や体力に合わせて動

くことができる」，行動期を「運動に主体的に参加し，自分の目標を意識して主体的に動いている」，維持期を「運動に主体的に参加し，目標を意識した活動を継続している」という５つのステージを置いた．

（４）運動時感情[38]

運動に伴って肯定的感情が増強すると言われている．また，身体活動に対する感情反応が将来の身体活動を動機づけることが示されている．加えて知見はまちまちであるが自己肯定感との関連も議論されている[12]．感情尺度として，単項目の Feeling Scale を用い[10]，「とても悪い（－ 5)」から「とてもよい（＋ 5)」までの得点幅（11 件法）から，参加者の感情に当てはまる数字を選択してもらった．多面的な感情尺度には WASEDA[38]を用い，FS の評価経た後，「A. 燃えあがった」「B. 夢中になった」「C. わくわくした」「D. 安らいだ」「E. 落ち着いた」「F. うろたえた」「G. 沈んだ」「H. いやがった」の８項目からあてはまる感情を選択してもらい評価した．WASEDA の評価は A~D を「高揚感」，E を「落ち着き感」，F~H を「拒否感」の３群とした．

（５）食事の評価

食事は昼食時，主食と副食の食形態と摂取状況を評価した．評価にあたり日々の摂取割合に食形態の配点を掛けた点数を評価に使用した．摂取割合は残食の量を低栄養リスクの評価基準に照らして測定した．食形態に関して主食は普通食（4 点），二度炊き（3 点），全粥（2 点），ミキサー食（1 点）と配点した．副食は普通食（5 点），一口大（4 点），きざみ（3 点），極きざみ（2 点），ミキサー（1 点）と配点した[21]．

（６）栄養評価

低栄養リスク評価スケール（Nutrition Screening Initiative：NSI）は，高齢者を対象とした自記式調査票であり，1991 年に米国で高齢者の栄養状態を簡易にスクリーニングするためのツールとして開発され，妥当性および信頼妥当性および信頼性が検証されている[45]．NSI は食事の量，内容，摂食状況，服薬状況，体調など 10 項目について「はい」，「いいえ」で回答してもらうもので，各項目の配点には重み付けがなされている．得点範囲は０～ 21 点であり，低栄養リスクのチェックリストとして用いられる．

（７）体重・体脂肪率・骨格筋指数

高齢者では筋肉量の低下と脂肪量の増加が健康状態を悪化させる原因となっており体脂肪量・骨格筋指数が確認されるようになっている[57]．骨格筋指数は加齢に伴う筋力の減少の指標となっている．健康状態の自己管理プログラムの効果を評価するために[33]，体重・体脂肪率・骨格筋指数を生体電気インピーダンス法（InBody S10;InBody Japan, Tokyo, Japan）を用いて２週間ごとに測定し平均値を算出した．

４　統計解析

結果は記述統計を用いた．２標本に対する比較には Wilcoxon 順位和検定を用い，カテゴリ変数には Fisher の正確性検定を用いた．次に，試験１ヵ月後と試験２ヵ月後のデータを比較した．結果の時点間の比較では Wilcoxon 順位和検定を用い対応のある２標本に対する結果の比較を行った．各群の評価の測定時点における群間の変化量の比較には対応のある独立２標本の t 検定を用いた．パラメトリック変数は平均値と SD を用い，ノンパラメトリック変数では IQR を用いた．分析は統計ソフト R（4.0.2）を用いた．有意水準は 5% 未満とした．

５　倫理的配慮

参加者には，依頼書を用いて目的，内容，取得データ，個人情報の保護，秘密保持，結果の公表の仕方，参加の任意性，協力を拒否しても不利益は生じないこと等を説明し，文書で同意を得た．なお医療法人社団陣内会の倫理委員会で承認を得た（令和２年６月 22 日承認，2020 - 6 - ①）．

Ⅲ　結果

１　対象の属性とアドヒアランス

表２にベースライン時における対象者の属性を示した．ベースライン時から２か月の間に４名（12%；入院３名，辞退１名）の対象者が除外された．１か月後評価までに 14 名が継続し，そのまま２ヵ月後評価まで継続した．最終的には分析対象者は 14 名（女性 10 名，男性４名，年齢 84.4 ± 5.7 歳）となった．

属性に有意な違いはみられなかったが，性別は高齢の女性が多く（66%），男性と比べて自立（要介護度軽度者，50%；認知症自立度，41%）している傾向があった．アドヒアランスに関して介入１か月後の参加割合の中央値は 80%であった．２ヵ月後は 90%であったが，参加割合の乖離は 10%から 30%と高くなっていた．

低栄養リスク，体組成（体重，体脂肪率，骨格筋指数）に関して経時的な推移を追跡した（表 4）．指標の変化を検討したところ，

ベースライン時と比べ, 介入 1 か月後に体重は 1.5 ± 2.3kg 増加した(p = 0.03)．試験 2 か月後に体脂肪率は 2.1 ± 2.9% 高くなった(p = 0.02)．体重, 骨格筋指数は 1% 有意水準で変化した(体重は増加, 骨格筋指数は低下)．低栄養リスクはいずれの時点も 6.1 点であった．NSI では 6 点以上で栄養不良の危険であると判定される．

2　全体的なセルフマネジメント行動の評価

セルフマネジメント行動に関して 2 時点間の単純な比較において有意水準 5% で差がみられた項目はケアプラン目標と食事（副食）であった．ケアプラン目標の達成度は 1 か月後に 0.1 低くなっていた（s.d. = 0.2, p = 0.04）．タンパク質，脂質を含む副食の評価は 0.2 増えていた (s.d. = 0.5, p = 0.03)．その他, 日課, 運動時の感情, 主食（炭水化物）の評価は有意な差は見られなかった（表 5 左）．

3　アドヒアランスの違いによるセルフマネジメント行動の比較

運動プログラムを全期間にわたり終了した 14 名に関して参加割合が 8 割未満の参加者（n=6）と 8 割以上の参加者（n=8）に分かれた．基本属性はいずれの項目でも有意差は認められなかったが，認知症自立度の構成に関して前者は自立 16%，軽度者 50%，中重度者 33% であり，後者は自立 37%，軽度者 0%，中重度者 62% であった．要介護度はいずれも軽度者，中重度者は半数ずつ占めていた．

ベースライン時，体脂肪率（11.3 ± 5.2%，p=0.04），低栄養リスク（2.7 ± 1.3 点，p=0.05）に有意差が認められた（表 3）．

セルフマネジメント行動に関する評価はいずれの項目でも 8 割以上継続して運動に参加している高齢者で高い値であった．最終的に，目標に対する行動ステージ（0.9 ± 0.4 点，p=0.03），日課に対する行動ステージ（1.7 ± 0.6 点，p=0.02），アドヒアランス（参加割合，70 ± 10%，p<0.001；継続時間，19.0 ± 3.4 分，p<0.001）に関して 5% 水準で有意に差が認められた．運動時の感情も 1% 水準であったが正方向の感情変化が認められた（表 5 右）．

Ⅳ　考察

高齢者が適切に日々の目標を設定でき、それを達成できることは生活の質・人生の質向上に重要と考えられる．熊本市南区にある看多機の利用者を対象に，多職種者連携によるホームベース型健康支援プログラムを開発し看多機に適用することにより，在宅療養中の要介護高齢者におけるセルフマネジメント行動の改善を行うことができるか有効性を予備的に検討した．アウトカムとしてアドヒアランス，ケアプラン目標，行動ステージ，運動に対する参加と活動，食行動を評価し，健康状態の観察を行った．研究終了までに 14 名の参加者がプログラムを 10 週間継続できた．参加割合の乖離は 10%から 30%と高くなっていた．参加者の違いを検討した結果，運動プログラムの継続時間が 8 割以上の参加者とそれ以外の参加者では低栄養リスク，及び体脂肪率に有意差があることが観察された．セルフマネジメント行動に関して，全体的に対象者自身が設定した目標の達成度は低下傾向にあることが認められた．

運動への参加は年齢の上昇は影響せず[20]，身体機能の制限とか低下が関係していることが示されている[15,16]．アドヒアランスにおける参加者間の違いを考慮に入れて健康支援プログラムの結果を比較検討したところ，運動プログラムの参加割合が 8 割以上の高齢者では相対的にケアプラン目標に対する行動ステージ，日課に対する行動ステージ，及び運動時の感情の評価が高いという結果が認められた．

より低栄養リスクが低く，筋肉量，及び体脂肪量のバランスが取れている参加者では相対的に内在的能力が維持されていたと考えられる．看多機サービスを利用することで多職種介入によりホームベース型健康支援プログラムに高く関与した結果，機能的能力が補完され，セルフマネジメント行動をとることができる可能性が高まったと考えられる．

一方，より低栄養リスクが高く体成分バランスに偏りが認められる高齢者では，対象者自身が設定した目標の達成度は下がっていったことから多くの対象者で短期的なセルフマネジメント能力の習得は困難だったと考えられる．この理由としては，フレイルの状態にあることが，セルフマネジメント能力の習得を困難にしている可能性が高いと考えられる．筋肉量の減少に体脂肪率の増加を伴う身体変化は高齢者の体組成の究極的な特徴を示していると言われており，体内で軽微な炎症反応を持続させ，動脈硬化を促進し，各種臓器の機能を障害する可能性があることが指摘されている[49]．サルコペニアは筋肉量，筋力，身体機能の 3 要素から評価される[41]．全身の機能低下はサルコペニアと低栄養の悪循環により進行することが指摘されている[5]．虚弱はストレスに抗う力が低下し健康障害に対する脆弱性が高まっている状態であり，こうした状態にある高齢者は，体調を崩したり精神的なストレスを経験したりすると容易に心身の機能を崩し状態が悪化する危険性が高くなる[24]．「ふらつき」とか「転倒」のリスクが高いため相対的に長い時間，運動を継続できにくい状態にあったと考えられる．低栄養リスクが高いことから，活力低下，筋力低下，及び身体機能低下が誘導され，健康状態の脆弱性が高まっていたたことも考えられる[59]．したがって，フ

レイル状態が目標達成に向かう行動を妨げる結果につながった可能性もあったと考えられる．

本プログラムを構築し実施することで，最終的に「新しいライフスタイルの獲得」に積極的に参加する利用者と「新しいライフスタイルの獲得」を支援するために学習する職員が相互に生産的な関係を築きケアの向上を導くことを目指した[26, 53]．多職種が協同し参加者の内在的能力と機能的能力の維持に向けて関与した．より包括的なアセスメントの下，シナリオのアウトカムの分析結果に基づき PDCA サイクルを回すことで効果を改善できる介入に取り組む必要がある．要介護高齢者の低下した内在的能力を高めるため，グループダミックスで動機付けを行うなどの工夫をすることも必要であるかもしれない．

本研究の限界としては，第一に，プログラムの有効性を示すには，ランダム化比較試験を行う必要があるが看多機は熊本市内でも 8 施設と数が少ないうえ，現場でそのような研究をすることは困難であった．第二に，1 施設における介入試験であり研究参加者の数も実際は制約（利用者の体力，小規模性，単独施設）があった．第三に，虚弱高齢者が対象であるためアセスメントを複数用いるとか時間を要する測定は困難が伴い，情報バイアスが入りやすい問題があった．第四に，プログラムの運用は職員の勤務シフトが頻繁に入ってくるので慣れるのに時間を要し，支援に関してバイアスが入った可能性がある．

看多機において多職種連携によるホームベース型健康支援プログラムの介入は要介護高齢者のセルフマネジメント行動を促すために有効であることが示唆された．今後は，アウトカムに基づき PDCA サイクルを回し，動機付けの工夫と多職種連携の改善を続け，優れたプログラムを開発していきたい．

表 2　看多機利用者の属性

変数		男性 (N = 6)	女性 (N = 12)	p value	全体 (N = 18)
性別, n(%)a					
	女性				12 (66.7)
	男性				6 (33.3)
年齢b		79.5 (73.0, 83.7)	83.5 (80.2, 88.2)	0.35	83.0 (76.5, 87.2)
要介護度, n(%)a					
	軽度 1-2	2 (13.3)	6 (50.0)	0.04	8 (44.4)
	中重度 3-5	4 (66.7)	6 (50.0)		10 (55.6)
認知症自立度, n(%)a				0.45	
	自立	2 (33.3)	5 (41.7)		
	軽度 II	0 (0.0)	3 (25.0)		
	中重度 III-C	4 (66.7)	4 (33.3)		
慢性疾患の数b		3.50 (3.0, 4.0)	3.50 (3.0, 4.2)	0.88	3.50 (3.0, 4.0)

Note:　*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.
a.フィッシャー正確性検定；b.対応のないWilcoxon順位和検定.
b.中位値 (IQR)

表 3　体重，体脂肪率，骨格筋指数の差

ベースライン時

変数		連続性, 平均(標準偏差) 8割未満 (N = 6)	8割以上 (N = 8)	p value		Total (N = 14)
体重	kg	51.6 (6.5)	45.0 (7.7)	0.10		47.9 (7.3)
体脂肪率	%	40.6 (7.6)	29.3 (10.6)	0.04	**	34.5 (10.7)
骨格筋量	kg	28.4 (3.1)	29.4 (5.1)	0.37		28.9 (4.2)
低栄養リスク	0-21	7.5 (3.1)	4.7 (1.7)	0.05	*	5.9 (2.7)

Note:　*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01.
体脂肪率，骨格筋量の測定は禁忌のため8割以上の参加者で1名欠損
検定は対応のない2標本のt検定.
低栄養リスクはNutrition Screening Initiative（NSI）による評価.

表４　体重，体脂肪率，骨格筋指数：ベースライン時，１か月後，２ヵ月後

変数		介入群, 平均(標準偏差) ベースライン時（T0）(N = 15)	1か月後（T1）(N = 14)	2ヵ月後（T2）(N = 14)	群間の変化量, 平均(標準偏差) T0-T1	T0-T2	p value T0-T1		T0-T2	
体重	kg	47.9 (7.3)	49.3 (6.4)	49.0 (6.2)	1.5 (2.3)	1.2 (2.2)	0.03	**	0.07	*
体脂肪率	%	34.5 (10.7)	35.3 (9.7)	36.6 (8.6)	0.7 (2.3)	2.1 (2.9)	0.26		0.02	**
骨格筋指数	kg/㎡	5.0 (0.8)	4.9 (0.9)	4.8 (0.8)	-0.1 (0.3)	-0.2 (0.3)	0.42		0.06	*
栄養状態NSI score	0-21	6.3 (3.0)	6.1 (2.8)	6.1 (3.3)	0.3 (1.1)	0.2 (1.2)	0.81		0.87	

Note:　*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01
各時点の比較は対応のある2標本のt検定を行った。
NSI: Nutrition Screening Initiative.

表５　介入１か月後，２ヵ月後の結果：全体の変化（左）および参加者間の比較（右）

変数		1か月後（T1）(N = 14)	2ヵ月後（T2）(N = 14)	T1-T2 a	p value T1-T2	
ケアプラン評価a						
目標	0-5	3.6 (1.2)	3.4 (1.2)	-0.1 (0.2)	0.04	**
ステージ	0-5	2.4 (0.8)	2.2 (0.8)	-0.2 (0.5)	0.14	
目標a						
目標	0-5	3.1 (0.9)	2.9 (1.0)	-0.2 (0.5)	0.10	
ステージ	0-5	2.8 (1.0)	2.5 (1.4)	-0.3 (1.1)	0.33	
運動時感情b						
感情FS	0-10	5.2 (4.0, 6.2)	6.2 (5.8, 7.4)	0.4 (2.3)	0.17	
高揚感	0-5	3.0 (0.0, 4.7)	0.0 (0.0, 4.5)	-0.7 (2.4)	0.34	
落ち着き	0-5	4.0 (3.8, 4.1)	3.5 (0.7, 3.8)	-0.3 (1.8)	0.34	
疲労感	0-5	0.0 (0.0, 0.7)	0.0 (0.0, 0.0)	-0.7 (1.4)	0.13	
食事b						
主食	0-5	4.3 (2.2, 4.7)	4.1 (2.2, 4.8)	0.1 (0.2)	0.58	
副食	0-5	4.0 (2.4, 4.8)	4.1 (2.7, 4.8)	0.2 (0.5)	0.03	**
アドヒアランスb						
参加割合	0-1	0.8 (0.5, 0.8)	0.9 (0.4, 1.0)	-0.0 (0.2)	0.42	
参加時間	0-30	19.9 (10.2, 26.7)	19.9 (10.4, 28.2)	0.3 (5.0)	0.95	

Note:　*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01. FS, Feeling Scale.
a. 平均(標準偏差); b. 中央値 (IQR)
a. 各時点の比較は対応のある2標本のt検定を行った。
b. wilcoxon順位符号検定を行った。

変数		参加者間の差, 平均(標準偏差) T1	T2	p value T1		T2	
ケアプラン評価a							
目標	0-5	-1.0 (0.8)	-0.4 (0.7)	0.13		0.51	
ステージ	0-5	-1.0 (0.4)	-0.5 (0.4)	0.02	**	0.03	**
目標a							
目標	0-5	-0.5 (0.5)	-1.0 (0.5)	0.36		0.08	*
ステージ	0-5	-1.8 (0.4)	-1.7 (0.4)	0.04	**	0.02	**
運動時感情b							
感情FS	0-10	-2.0 (0.6)	-4.1 (1.4)	0.06	*	0.06	*
高揚感	0-5	-2.7 (0.8)	-1.7 (1.2)	0.02	**	0.13	
落ち着き	0-5	-0.1 (1.0)	-1.0 (1.0)	0.33		0.77	
疲労感	0-5	-0.8 (0.7)	0 (0)	0.43		1.00	
食事b							
主食	0-5	-1.5 (0.7)	-1.2 (0.8)	0.04	**	0.30	
副食	0-5	-2.7 (0.9)	-1.1 (0.9)	0.01	**	0.51	
アドヒアランスb							
参加割合	0-1	-0.5 (0.1)	-0.7 (0.1)	0.00	***	0.00	***
参加時間	0-30	-17.1 (2.7)	-19.0 (3.4)	0.00	***	0.00	***

Note:　*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01. FS, Feeling Scale.
a. 平均(標準偏差); b. 中央値 (IQR)
a. 各時点の比較は対応のある2標本のt検定を行った。
b. wilcoxon順位符号検定を行った。
対応のない2標本のt検定を群間の変化量の検定に対して用いた(p value)。
変化量の計算は（19分未満参加者の平均値）－（19分以上参加者の平均値）。
変化量の負の値は19分未満参加者の結果に対して19分以上参加者の結果の方が大きいことを表している。

参考文献

１．Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patientself-management of chronic disease in primary care. Jama-Journal of theAmerican MedicalAssociation.288（19）:2469-2475, 2002.
２．Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clinical rehabilitation. 2009;23（4）:352-61.
３．Burbank PM, Padula CA, Nigg CR. Changing health behaviors of older adults. Journal of Gerontological Nursing. 2000;26（3）:26-33.
４．De Silva D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. 2011. The Health Foundation, 2011. Health Foundation, London.
５．Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56（3）:M146-M57.
６．Jette AM, Rooks D, Lachman M, et al. Home-based resistance training: predictors of participation and adherence. The Gerontologist. 1998;38（4）:412-21.
７．Kerse N, Hayman KJ, Moyes SA, et al. Home-based activity program for older people with depressive symptoms: DeLLITE–a randomized controlled trial. The Annals of Family Medicine. 2010;8（3）:214-23.
８．Lachman ME, Agrigoroaei S. Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. PloS one. 2010;5（10）:e13297.
９．Norman P, Conner M. The theory of planned behavior and exercise: Evidence for the mediating and moderating roles of planning on intention-behavior relationships. Journal of Sport and Exercise Psychology. 2005;27（4）:488-504.
10..　Rejeski WJ. Perceived exertion: an active or passive process? Journal of Sport and Exercise Psychology. 1985;7（4）:371-8.

11. Rhodes RE, Kates A. Can the affective response to exercise predict future motives and physical activity behavior? A systematic review of published evidence. Annals of Behavioral medicine. 2015;49（5）:715-31.
12. Roberts GC, 中島 宣 . モチベーション理論の新展開 : スポーツ科学からのアプローチ : 創成社 ; 2004. xvi, 446p p.
13. Sherow SM. Adult and family literacy adaptations of goal attainment scaling. Adult Basic Education. 2000;10（1）:30.
14. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. Chronic illness. 2011;7（1）:60-86.
15. Dishman RK, Sallis JF. Determinants and interventions for physical activity and exercise. 1994.
16. Dishman RK, Sallis JF, Orenstein DR. The determinants of physical activity and exercise. Public health reports. 1985;100（2）:158.
17. Greenfield EA, Marks NF. Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2004;59（5）:S258-S64.
18. Hong J, Seltzer MM. The psychological consequences of multiple roles: The nonnormative case. Journal of Health and Social Behavior. 1995:386-98.
19. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. Translational Psychiatry. 2019;9（1）:1-18.
20. Wolinsky FD, Stump TE, Clark DO. Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. The Gerontologist. 1995;35（4）:451-62.
21. 上岡裕美子 , 斉藤秀之 , 大橋ゆかり , 飯島節 . 脳卒中者への理学療法におけるチェックリスト式患者参加型目標設定法および Goal Attainment Scaling の臨床有用性の検討 --3 事例について . 茨城県立医療大学紀要 . 2010;15:97-108.
22. 上星浩子 , 岡美智代 , 高橋さつき , 恩幣宏美 , 原元子 , 村瀬智恵美 , et al. 慢性腎臓病教育における EASE プログラムの効果 . 日本看護科学会誌 . 2012;32（1）:21-29.
23. 世界保健機関 . ひと中心のヘルスケア こころとからだ , ひとと体制の調和 . 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207708/9789290613169_jpn.pdf （cited:2021-01-18）
24. 佐竹昭介 , 荒井秀典 . フレイルの概念（特集 フレイルという視点からみた高齢者の精神科医療）. 老年精神医学雑誌 . 2016;27（5）:489-96.
25. 筒井孝子 . 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 : integrated care の理論とその応用 : 中央法規 ; 2014.
26. 宮田靖志 . 地域医療学序論 I（概念）. 日本内科学会雑誌 . 2014;103（2）:466-74.
27. 小笠美春 . 慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメント尺度の現状と課題 . 日本看護研究学会雑誌 . 2018:85-97.
28. 岡浩一朗 . 運動行動の変容段階尺度の信頼性および妥当性 -- 中年者を対象にした検討 . 健康支援 . 2003;5（1）:15-22.
29. 松園美貴 , 戸田美紀子 , 中山博子 . 肥満学生を対象とした生活習慣の行動変容支援プログラム「ウエルカムホームベース型健康支援プログラム」. 厚生の指標 . 2007;54（10）:31-37.
30. 松繁卓哉 . セルフケア / セルフマネジメントの支援をめぐる今日的課題 . 日本保健医療行動科学会雑誌 . 2017;32（2）:15-19.
31. 板倉正弥 , 岡浩一朗 , 武田典子 , 古一眞未 , 酒井健介 , 中村好男 . 運動ソーシャルサポートおよびウォーキング環境認知と身体活動・運動の促進との関係 . 体力科学 . 2005;54（3）:219-227.
32. 森山美知子 . データヘルス計画 : ポピュレーション・ヘルス・マネジメントの展開 . 日本遠隔医療学会雑誌 . 2015;11（1）:25-29.
33. 森山美知子 , 中野真寿美 , 古井祐司 , 中谷隆 . セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討 . 日本看護科学会誌 . 2008;28（4）:17-26.
34. 池上直己 . 日本の医療と介護 : 歴史と構造 , そして改革の方向性 : 日本経済新聞出版社 ; 2017.
35. 白澤政和 . < 退職記念論文 > 体験的「ケア論」―在宅でのターミナルケアと認知症ケアを巡って―. 老年学雑誌 . 2020;10:1-26.
36. 筒井孝子 . 地域包括ケアシステムの深化 : integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント : 中央法規出版 ; 2019.
37. 荒井弘和 , 松本裕史 , 竹中晃二 . Waseda Affect Scale of Exercise and Durable Activity（WASEDA）における構成概念妥当性および因子妥当性の検討 . 体育測定評価研究 2004;4:7-11.
38. 荒井弘和 , 竹中晃二 . 一過性運動に伴う感情 : セルフ・エフィカシーとの関連および感情間の関連性 . 体育学研究 . 2010;55（1）:111-123.
39. 荒井弘和 , 竹中晃二 , 岡浩一朗 . 一過性運動に用いる感情尺度 . 健康心理学研究 . 2003;16（1）:1-10.
40. 荒井秀典 . フレイルの意義 . 日老医誌 . 2014;51（6）:497-501.

41. 葛谷雅文 . サルコペニアの診断・病態・治療 . 日老医誌 . 2015;52:343-349.
42. 馬場園明 . 脱・メタボリックシンドロームのための健康支援 : ホームベース型健康支援 : 中央法規出版 ; 2008.
43. 馬場園明 , 八尋玄徳 , 石原礼子 . ホームベース型健康支援の理念と実践 . 教育と医学 . 2004;615:15-26.
44. 馬場園明 , 超高齢社会に対応した医療機関を中核とする CCRC の展開 . 病院 . 2018;7（4）:289-293.
45. 高橋龍太郎 , 地域在住要介護高齢者の低栄養リスクに関連する要因について . 日本老年医学会雑誌 .2006;43（3）:375-382.
46. 田村幸子 , 佐藤幸子 , 今井恵美子，透析患者の水分・塩分摂取に関わる自己管理支援に行動変容プログラム「ステップ・バイ・ステップ法」を用いた効果の検証研究 . 日本透析医会雑誌 .2013;28（2）: 326-330.
47. 吉田龍太郎 , 柴崎泰延 , 蜜山加奈 , 水分管理困難な透析患者に対する行動変容プログラムによる介入 . 大阪透析研究会会誌 .2007;25（2）:165-168.
48. 健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会 : 健康日本 21（21 世紀における国民健康づくり運動について）報告書. 東京 : 健康・体力づくり事業財団 ;2000.
49. 神﨑恒一 , 高齢者の慢性疾患に伴う低栄養・サルコペニアの評価に関する研究 . 平成 23 年度　長寿医療研究開発費　総括研究報告書 . 2011. https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/23/22xx-1.pdf（cited:2021-02-05）
50. 日本看護協会 . 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/shokibo/index.html（cited:2021-02-05）
51. 世界保健機関 . 健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書，2005. https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/news/SDH_20130819（cited:2021-02-05）
52. 世界保健機関 . 高齢化と健康に関するワールド・レポート，2015. https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/news/World-Report_20151001（cited:2021-02-05）
53. 世界保健機関 . ICOPE の統合ケア（ICOPE），2017. https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_jp.pdf（cited:2021-02-05）
54. 世界保健機関 . 高齢者のための包括的ケア，2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9784819202589-jpn.pdf（cited:2021-02-05）
55. 北海道保健福祉部 . 高齢者体力向上トレーニングマニュアル．2004. https://www.harp.lg.jp/opendata/dataset/420.html （cited:2021-02-05）
56. 社会保障審議会．介護給付費分科会 第 141 回 . 通所リハビリテーション（参考資料）: 厚生労働省 . 2017-06-21. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-
57. 第 2 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会資料（参考資料 2）: 厚生労働省．2017.10.26. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000180929_4.pdf （cited:2021-02-05）
58. 特定非営利活動法人，日本慢性疾患セルフマネジメント協会 HP https://www.j-cdsm.org/info/ （cited:2021-02-05）
59. 日本人の食事摂取基準（2015 年版）策定検討会報告書，厚生労働省，2014 年 3 月，https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000114399.pdf （cited:2021-02-05）

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　23 - 44,　2021

地域包括ケアシステムを実現させるための定期巡回随時対応型訪問介護看護事業の実際 ～古賀病院グループの取組み～

末次　輝[1)]、阿津坂明美[1)]、鳥越美絵[1)]、執行和恵[1)]、結城千賀[1)]
窪田昌行[2),3)]、馬場園　明[3),4)]

Actual practice of regular and occasional on-site home-visit long-term and nursing care to realize the integrated community care system - Efforts of Koga Hospital Group -

Akira SUETSUGU, Akemi ATSUSAKA, Mie TORIGOE, Kazue SHIGYOU, Chika YUUKI,
Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

我が国では高齢化が加速する中で、その対策として介護保険制度が 2000 年に開始され、これまで訪問介護、通所介護等様々な介護サービスが次々と創設された[1)]。一方、2006 年改正介護保険により「地域包括ケアシステム」の構築を目指す方針が示された。地域包括ケアシステムの目標は、高齢者に介護が必要になっても、住み慣れた地域で最期まで生活が継続できるように医療、介護、予防、生活支援、住宅を一体的に提供することであり、サービスを提供する地域は「日常生活圏」と呼ばれ中学校区もしくは小学校区を基本とされてきた。そして地域包括ケアシステムの実現の主要課題として、医療介護の連携、24 時間の在宅サービスの充実があり、その推進のために、「定期巡回随時対応型訪問介護看護」（以下は「定期巡回」と略す）が地域密着型サービスとして 2012 年に創設された[2)]。

定期巡回事業の役割は、これまで訪問介護などの介護サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護者の在宅生活を 24 時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に医療と介護との連携が不足しているとの問題があり、日中・夜間を通して 24 時間体制で訪問介護と訪問看護の両方を、定期巡回と利用者からのコールにより随時対応するためである[3),4)]。

このように定期巡回事業は 24 時間 365 日訪問介護と訪問看護を一体的に提供する介護サービスとして生まれたが、介護保険サービスの市場原理、自由競争の中で、人材確保、利用者数の確保・変動、複雑なニーズをもつ重介護利用者への夜間サービスの難しさ、および運営、経営の難しさがあり、創設から 9 年が経過するが事業者数はほとんど増えていない状況である[5)]。日常生活圏に相当する公立中学校区は 2021 年現在全国に 9,231 ヵ所あるが、定期巡回事業所は全国で 1,020 ヵ所しかなく、平均で中学校区に 0.11 ヵ所しか整備されていない状況である。ちなみに訪問介護事業所は 34,825 ヶ所整備されている。

古賀病院グループは、福岡県久留米市と小郡市で医療・介護サービスを総合的に提供しているが、高齢者の変化する介護・看護ニーズに対し、適切なサービスを提供するために開発された定期巡回事業の重要性をいち早く認識し、2014 年、久留米市でも早い段階から、定期巡回事業に取り組んできた。本研究の目的は、地域包括ケアシステムの実現のために、極めて重要な定期巡回事業について、 古賀病院グループが取り組んできた 4 つの定期巡回事業の事業開始からの経緯、問題点、対応結果を整理分析し、いかにして定期巡回事業を創設していけば良いか、いかにして利用者のニーズに対応し、経営を安定させていけば良いかを明らかにすることである。

1）社会医療法人　天神会
Social Medical Corporation　TENJINKAI
〒 830-8577 福岡県久留米天神町 120
120 Tenjin -cho, Kurume-shi, Fukuoka, 830-8577 Japan
2）NPO 法人高齢者健康コミュニティ
NPO corporation of Continuing Care Retirement community
3）医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Management and Marketing
4）九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Science, Kyushu University

2. 方法

古賀病院グループの医療、介護への取り組みの中で、本研究の対象となる定期巡回事業の現状、課題、対策を明らかにするために、グループが運営する４つの定期巡回事業所の調査分析を行った。また、久留米市における地域包括ケアシステムにおいて、定期巡回事業の位置づけを明らかにするために、本定期巡回事業の第８期介護保険事業計画との整合性、役割を整理した。次に定期巡回事業の具体的な内容、報酬、特色をまとめた。

定期巡回事業の結果の整理に当たっては、４つの定期巡回事業について、対象利用者、地域性、開設の経緯、および経営手法を軸に３タイプの定期巡回事業：①有料老人ホーム複合型「定期巡回」事業　、②有料老人ホーム事業再生型「定期巡回」事業、③一般居宅対応型「定期巡回」事業に分類し、現状および課題と解決までの取組みについて整理した。その際、バランスト・スコアカードの４つの視点（①顧客の視点、②財務の視点、③業務プロセスの視点、④人材（学びと成長）の視点）を活用した。最後に古賀病院グループが地域包括ケアシステムを実現するための今後の展望について総括した。

3. 古賀病院グループについて

3－1　医療への取組み

古賀病院グループは、1946 年 4 月、初代院長古賀一雄が内科医院を創設して医療サービスが開始された。その後、有床診療所になり、1957 年に古賀病院として発足した。それから人工透析病床を増設し、1992 年に医療法人天神会を設立し、1995 年時点で病床 350 床、人工透析 84 床となった。1997 年、新古賀病院を開設（204 床）し、同時に古賀病院は全面改修を行い 150 床とした。その後、21 世紀の医療を担い、がん治療に特化する目的の古賀病院 21 を 2003 年に開設した。同時に古賀病院は古賀クリニックと改称し、さらに古賀クリニックは 2008 年新古賀クリニックと改称し、健診事業に重点を置いたクリニックとなった[6)]。

また、2021 年 4 月、小郡市の医療法人豊泉会･丸山病院グループと合併し、同年 4 月新古賀リハビリテーション病院みらい（145 床）を設立し、丸山病院グループの医療機関を継承した。表 1 に古賀病院グループの医療に関しての沿革を示す。

3－2　介護への取組み

古賀病院グループの在宅介護関連事業への取り組みは、介護保険制度が開始する前、1992 年に訪問看護ステーションわかくさの設立から始まる。その後、法人が介護事業に本格的に取り組み始めたのは、2013 年、住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー宮ノ陣を開設してからである。その後、2015 年に、介護老人保健施設こが 21 を開設した。また、社会福祉法人若草会を創設し 2017 年 4 月に特別養護老人ホームわかくさを開設した。2015 年に住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー野伏間を、2017 年に住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー大石町を開設した。なお、こがケアアベニュー宮ノ陣は 2019 年に新棟増設し 172 室となった。2019 年 1 月に住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー矢取を開設し、同年 6 月に住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー縄手を開設した。このように住宅型有料老人ホームを連続して開設したのは、これらの有料老人ホームが経営困難や継承困難となり、M&A した結果であった。また、2019 年には、看護小規模多機能居宅介護「ナーシング KURUMU」を設立した。古賀病院グループでは有料老人ホームの開設に付随して､必要な在宅介護サービスを開設してきた。一方､2021 年 4 月には小郡市の丸山病院グループと合併し、介護事業を継承し運営している。表 2 に主な介護事業開設の沿革を示す。表 3 に現在の古賀病院グループの介護関連事業の一覧を示す。

表１　医療に関しての沿革

1992年6月　医療法人天神会設立
2012年4月　福岡県知事が天神会を「社会医療法人」に認可

1946年4月　久留米市通外町に初代院長古賀一雄内科医院を創設
1954年11月　同市天神町106番地に移転。(19床有床診療所)
1957年10月 古賀病院として発足
1964年3月　105床に増床、中央検査室開設
1976年4月　人工透析(10床)開始
1984年11月　325床に増床、人工透析65床となる。RC造地上8階地下2階の新館完成既設建物内部前面改修
1992年4月　医療法人天神会設立
1995年4月　古賀病院の病床350床(一般)、人工透析84床
1997年8月　新古賀病院開設204床、古賀病院は全面改修を行い150床とする
2002年9月　古賀病院21開設204床、古賀病院は古賀クリニックと解消
2021年4月　医療法人豊泉会丸山病院グループと統合合併
2021年4月　新古賀リハビリテーション病院みらい設立(145床)

新古賀病院	古賀病院21	新古賀クリニック
1997年　新古賀病院開設(204床)	2002年　古賀病院21開設	2008年　新古賀クリニックと改称
1998年　ガンマナイフセンター開始	2003年　PET診断センター開設	
2004年　ガンマナイフモデル導入	2008年　DPC対象病院となる	2010年　人間ドック健康施設評価
2009年　病院機能評価Ver5.0更新	2010年　病院機能評価Ver6.0更新	2011年　糖尿病センター開設
2010年　地域医療支援病院承認	2010年　泌尿器科開設	2015年　人間ドック健康施設更新
2014年　病院機能評価3rdG:Ver10	2012年　緩和ケア病棟開設	
2015年　新棟「東館」増設	2021年　217床	
2016年　感染症病床8床稼働		
2021年　242床		

表２　介護事業開設の沿革

1992年6月　訪問看護ステーションわかくさ設立
2013年4月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー宮ノ陣開設
2015年3月　介護老人保健施設こが21開設
2015年7月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー野伏間開設
2017年3月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー大石町開設
2017年4月　社会福祉法人若草会を設立、特別養護老人ホームわかくさ開設
2019年1月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー矢取設立
2019年5月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー宮ノ陣に新棟増設
2019年6月　住宅型有料老人ホームこがケアアベニュー縄手設立
2019年8月　看護小規模多機能居宅介護「ナーシングKURUMU」設立
2021年4月　小郡市の丸山病院グループと統合合併、介護事業を継承

表3　古賀病院グループの介護施設と介護サービス

介護施設と介護サービス	
【介護医療院】 みらい介護医療院 【老人保健施設】 介護老人保健施設こが 21 介護老人保健施設弥生園 【短期入所生活介護】 介護老人保健施設こが 21 ショートステイ弥生の里 【特別養護老人ホーム】 地域密着型特別養護老人ホームわかくさ 地域密着型特別養護老人ホーム弥生の里	【住宅型有料老人ホーム】 こがケアアベニュー宮ノ陣 こがケアアベニュー矢取 こがケアアベニュー野伏間 こがケアアベニュー大石町 こがケアアベニュー縄手 【グループホーム】 こがグループホーム野伏間
【訪問介護】 ケアセンターたんぽぽ こがヘルパーステーション野伏間 こがヘルパーステーション大石町 まどかホームヘルプサービス 【訪問看護】 訪問看護ステーションわかくさ まどか訪問看護ステーション 【訪問リハビリ】 新古賀リハビリテーション病院みらい訪問リハビリテーション 弥生園訪問リハビリテーション 野伏間クリニック訪問リハビリテーション 【定期巡回随時対応型訪問介護看護】 ラウンドケアサービスこが こがラウンドケア野伏間 こがラウンドケア大石町 小郡包括ケアステーション	【通所介護】 デイサービスアルカディア こがデイサービス野伏間 こがデイサービス大石町 こがデイサービス縄手 弥生の里ディサービスセンター 【通所リハビリテーション】 介護老人保健施設こが 21 通所リハビリテーション 矢取クリニック通所リハビリテーション 野伏間クリニック通所リハビリテーション 弥生園通所リハビリテーション 【看護小規模多機能施設】 ナーシング KURUMU 【居宅介護支援】 天神ケアプランサービス こがケアプラン野伏間 ケアプランセンターまどか 【居宅療養管理指導】 まどかファミリークリニック

4. 古賀病院グループの地域包括ケアシステムへの取組み

4−1　地域包括ケアシステムについて

我が国は高齢化率が上昇していく中で、1989年に高齢者介護のインフラを整備するためにゴールドプランを策定し実行してきた。この時に初めて高齢者の介護の担い手であるホームヘルパーが生まれた。その後、高齢者介護を社会全体で支え財源を確保するために2000年に介護保険制度を創設し、時代のニーズ応じて必要な対策を進めてきた。一方、将来の高齢者ケアのあり方を検討する地域包括ケア研究会を創設し、2006年に団塊の世代の全員が75歳を超える2025年に向けて、要介護者の増加を見据えて、地域生活を継続するための医療・介護連携に基づくサービス提供体制として地域包括ケアシステムの実現を目指してきた[2]（図1参照）。

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本にした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏）で適切に提供できるような地域での体制」と定義し、「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区、もしくは小学校区を基本とするとしている[7]。地域包括ケアシステムを実現していく課題として①医療と介護との連携強化、②24時間介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物な多様な生活支援サービスの確保、⑤高齢期になっても住み続けられるバリアフリーの高齢者住宅の整備が必要とされている[8]。

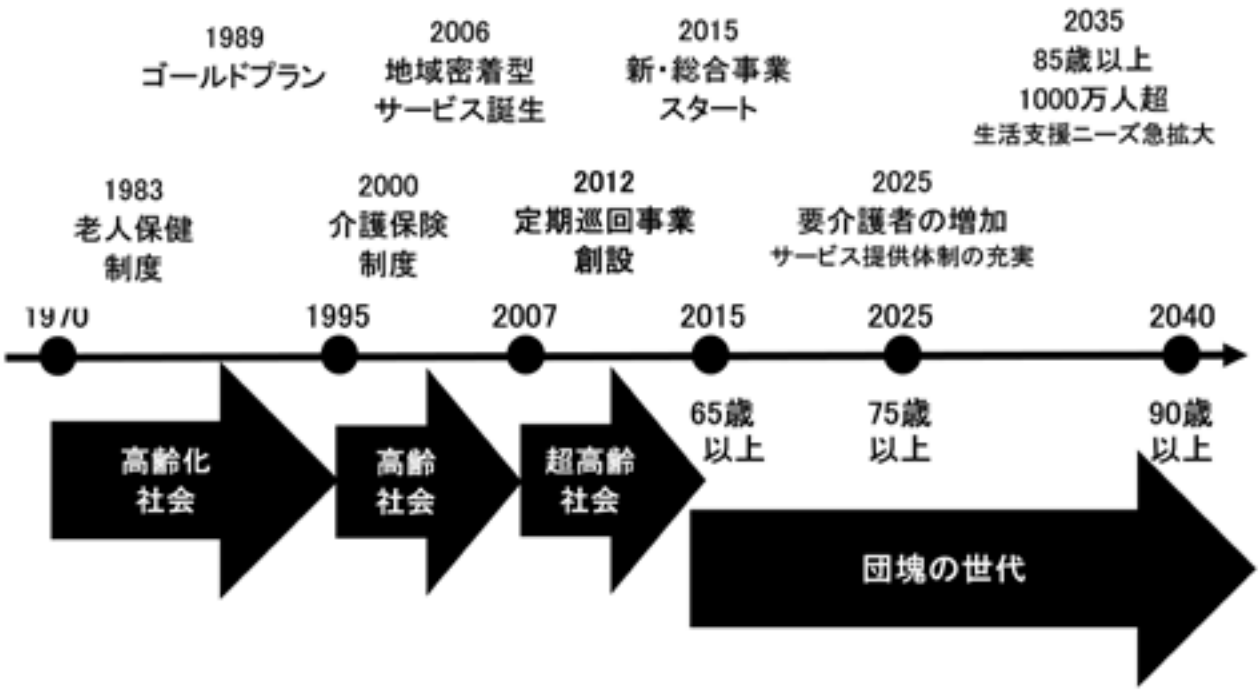

図１　我が国の高齢化と国の施策の歴史

4−2 地域包括ケアシステムの実現のための「包括報酬型」在宅サービス

地域での生活を継続するためには、「生活全体を支える地域の仕組み」として介護や医療だけでなく、住い、生活支援が、社会保険制度に限定されず、様々な資源と組み合わせて一体的に医療介護サービスが提供される必要がある。そこで、介護保険制度では、そうした一体的なケアを実現するための中核的・基盤的サービスとして「包括報酬型」在宅サービスが開発されてきた[2)]。「包括報酬型」在宅サービスとして、2006年に「小規模多機能型居宅介護」が2012年に「複合型サービス」、及び「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設された。それぞれの実態としての利用者像は、おおむね小規模多機能型居宅介護では認知症の人、看護小規模多機能型居宅介護では医療ニーズの高い利用者、定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、単身生活者の利用が多いといった特徴がみられる。

しかしながら、サービス利用者の心身状態は、特に後期高齢者は変化を伴うものが一般的であり、事業者は常に一定の状態像の利用者だけを支えているわけではなく、むしろ、心身状態の変化に応じて対応しながら、可能な限り、住み慣れた自宅で人生の最期まで支えていくのが一般的である。このように、「包括報酬型」在宅サービスは、いままでにない柔軟な対応ができ、多様な心身状態に対応できるサービス群として地域包括ケアシステムの実現を目指すための重要なサービスといえる。地域包括ケア研究会では、2019年の提言のおわりに、「国においては、介護サービスのデザインを出来高払いによる単品サービスから『包括報酬型』在宅サービスに転換していく流れをさらに推し進めるべきである。」と提言している。

4−3 久留米市第8期介護保険事業計画との整合性

（1）久留米市の介護保険事業計画における定期巡回事業

古賀病院グループが拠点とする久留米市は、九州の北部、福岡県南西部に位置し、九州の中心都市である福岡市から約40キロメートルの距離にある。市域は東西32.27キロメートル、南北15.99キロメートルと東西に長い形状を示し、行政面積は229.96平方キロメートルの県南部の中核都市で、九州自動車道と大分・長崎自動車道のクロスポイントにも近く、国道3号ほか5つの国道が通っていて、交通の要衝となっている。久留米市の人口は2020年10月時点で、304,730人、男性144,697人　女性160,033人、高齢者人口83,088人（前期高齢者41,778人、後期高齢者41,310人）、高齢化率は、27.3％である。要介護者の認定者数は、16,116人（65歳以上が15,855人、40～64歳が261人）となっている[9)]。

久留米市の第8期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画は、2021年3月に作成され、基本理念は住み慣れた地域で支え合い、自分らしく安心していきいきと暮らし続けられるまち久留米を目指すものとし、地域包括ケアシステムの推進とともに、地域共生社会の実現をめざしている。

久留米市においては、令和2年の高齢者数が83,088人、高齢化率27.3％であるが、20年後の令和22年には、高齢者数が、

97433、高齢化率33.1%となり、人口の3分の1が高齢者となると推計されている。さらに、医療介護の対象者が多い75歳以上の後期高齢者の増加率は高く、2020年の41,310人から、20年後には54,853人に増加すると推計され、医療介護ニーズが増加すると予測される。久留米市では、表4に示すように、11の日常圏域があり、定期巡回事業は11ヶ所整備されてきたが、5か所の圏域では未だ整備されておらず、久留米市は「今後も地域バランスを考慮し、適正な整備を行っていく」と述べている[9]。

表 4　久留米市内の地域密着型サービス事業者指定状況（2020 年 11 月 1 日現在）

圏域	小学校区	地域密着型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型通所介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	看護小規模多機能型居宅介護	グループホーム	地域密着型特別養護老人ホーム
A	西国分・東国分	3	6	1			5	1
B	荘島・日吉・篠山・南薫・長門石	5	5	1	3		3	1
C	南・津福	5	1	1	1	1	4	1
D	京町・鳥飼・金丸	1	3	1	2	2	3	1
E	御井・合川	3	3	1			7	
F	上津・高良内・青峰	7	2	1		2	3	3
G	小森野・宮ノ陣・北野・弓削・大城・金島		5	2	2	3	6	3
H	船越・水分・御刈・川会・竹野・木縄・田主丸	3	2	1		1	2	
I	城島・下田・青木・江上・浮島・大木・三潴・西牟田	5	4	4	1		13	4
J	荒木・安武・大善寺	6	4	1	2	2	4	2
K	山川・山本・草野・善導寺・大橋	1	4	1		1	2	3
計		39	39	15	11	12	52	19

（2）古賀病院グループの医療介護事業と久留米市の日常生活圏との位置づけ

表5にそれぞれの圏域別人口の推移を示し、図2に久留米市の11の日常圏域位置図を、図3に久留米市内の古賀病院グループの主要な病院と有料老人ホーム等の配置を示す。

これらによれば、古賀病院グループは急性期病院の新古賀病院と健診事業の新古賀クリニックを中心に4つの圏域（C、D、E、G）の日常生活圏に、有料老人ホーム、定期巡回事業、介護サービス事業所が位置し、この圏域内で行政と話し合いながら、他法人の事業所とも連携をとり、地域包括ケアシステムを実現に向けて寄与していきたいと考えている。

表5　日常生活圏域および圏域別人口の推移
囲み部分はグループ医療介護事業のある圏域

圏域名	区分	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年
A 圏域	総人口	29,384	29,602	29,547
	高齢者人口	6,425	6,681	6,811
	高齢化率	21.9%	22.6%	23.1%
B 圏域	総人口	35,671	35,821	35,185
	高齢者人口	7,894	8,116	8,375
	高齢化率	22.1%	22.7%	23.1%
C 圏域	総人口	29,781	29,589	29,310
	高齢者人口	7,048	7,138	7,279
	高齢化率	23.7%	24.1%	24.8%
D 圏域	総人口	28,462	28,824	28,955
	高齢者人口	6,605	6,817	6,993
	高齢化率	23.2%	23.7%	24.2%
E 圏域	総人口	23,681	23,867	24,076
	高齢者人口	4,993	5,141	5,224
	高齢化率	21.1%	21.5%	21.7%
F 圏域	総人口	29,258	29,181	29,002
	高齢者人口	7,759	7,883	8,088
	高齢化率	26.4%	27.0%	27.9%
G 圏域	総人口	32,201	32,239	32,213
	高齢者人口	7,891	8,145	8,328
	高齢化率	24.5%	25.3%	25.9%
H 圏域	総人口	19,581	19,657	19,471
	高齢者人口	5,976	6,028	6,126
	高齢化率	30.1%	30.7%	31.5%
I 圏域	総人口	29,416	29,361	29,296
	高齢者人口	8,161	8,388	8,556
	高齢化率	27.7%	28.6%	29.2%
J 圏域	総人口	27,228	27,325	27,126
	高齢者人口	7,190	7,450	7,601
	高齢化率	26.4%	27.3%	28.0%
K 圏域	総人口	21,313	21,350	21,199
	高齢者人口	6,115	6,260	6,354
	高齢化率	28.7%	29.3%	30.0%
全圏域	総人口	306,276	306,796	306,419
	高齢者人口	76,066	78,047	79,735
	高齢化率	24.8%	25.4%	26.0%

圏域	小学校区								担当包括
A	西国分	東国分							中央第３
B	荘島	日吉	篠山	南薫	長門石				中央
㊓	南	津福							南第２
㊔	京町	鳥飼	金丸						中央第２
㊕	御井	合川							北第２
F	上津	高良内	青峰						南
㊖	小森野	宮ノ陣	北野	弓削	大城	金島			北
H	船越	水分	柴刈	川会	竹野	水縄	田主丸		東第２
I	城島	下田	青木	江上	浮島	犬塚	三潴	西牟田	西
J	荒木	安武	大善寺						西第２
K	山川	山本	草野	吉導寺	大橋				東

図2　久留米市の日常圏域

図3　古賀病院グループと有料老人ホームの日常圏域の関係

5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業

5−1　定期巡回事業の設立の経緯と内容

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業」とは、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う、重要なサービスとして位置づけられ、日中、夜間を通じて訪問介護と訪問看護の両方を一体的に提供する地域密着型介護保険サービスである。定期巡回事業が創設された経緯には、訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題があった。このため、①日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能で、②訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能で、③定期的な訪問だけでなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能な定期巡回事業が2012年4月に創設された。

なお、訪問看護については、連携型と一体型の2つのタイプがあり、その相違を表6に示す。連携型の事業所は、定期巡回事業所と「契約」を結ぶ必要があり、連携型と一体型には表7に示すようにそれぞれメリット、デメリットがある[10]。また、定期巡回事業には表8に示すように定期巡回サービス、随時対応サービス、随時訪問サービス、訪問看護サービスの4つの基本サービスがある。

表6　定期巡回事業における訪問看護の2つのタイプ

訪問看護	連携型	訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する
	一体型	1 つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する

表7　連携型と一体型のメリットとデメリット

看護体制	メリット	デメリット
連携型	・複数の事業所が連携を取るため、地域全体の情報共有が期待できる。 ・地域の医師や病院の事など、医療情報を把握しやすい。 ・事業開始時の人員要因が少ない。	・訪問介護と訪問看護が同じ場所でないため、密な連携、情報交換が取りにくく、一体的なサービスが難しい場合がある。 ・夜間対応、随時対応の訪問看護が必要な場合、訪問頻度が多い場合対応してくれる訪問看護がすぐに見つけにくい。
一体型	・訪問介護、訪問看護が同じ場所で提供されるため、密な連携がしやすく、一体的にサービスを提供できる。 ・介護職員の医療的ケアについて、看護師から知識を得られ、介護職が医療的な目線をもって訪問できる。	・地域密着型サービスのため、事業所と同じ住民でないと利用できない。 ・開始時の人員が多く、人件費が高くなる。

表8　定期巡回事業の4つの基本サービス

サービス名	サービス内容
定期巡回サービス	訪問介護員が定期的に利用者宅を訪問し、介護サービス（入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等）を提供する
随時対応サービス	オペレーターが利用者のコールに対応し、的確に判断する
随時訪問サービス	オペレーターの指示により、訪問感補員等が通報のあった利用者宅に駆けつけ、対応する
看護サービス	全ての利用者に対して看護サービスを提供する

5−2　人員基準と介護報酬

定期巡回事業に必要となる人員は、訪問介護員、看護職員、オペレーター、計画作成責任者、管理者である。オペレーターは、利用者または、家族からの相談や通報の内容に応じて随時訪問等に対応する役割を担っている。表9に必要な人員・設備基準を示す[11]。また、表10に定期巡回事業の基本的な介護報酬単位を示す[12]。

表9　定期巡回・随時対応訪問介護看護の人員基準

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士 実務者研修修了者 初任者研修修了者 旧介護職員基礎研修 旧訪問介護員１級 旧訪問介護員２級	・交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上 ・オペレーターと兼務可能
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		・常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員１以上確保するための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。 ・オペレーターと兼務可能
看護職員 （訪問看護サービスを行う職員）		保健師、看護師、准看護師、ＰＴ、ＯＴ、ＳＴ	・保健師、看護師、准看護師あわせて 2.5 以上、かつ１名以上は常勤の保健師又は看護師（併設訪問看護事業所と合算可能） ・オペレーターと兼務可能 ・常時オンコール体制を確保
オペレーター （随時対応サービスを行う職員）		看護師、介護福祉士等の内、常勤の者１人以上＋１年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者	・サービス提供時間帯を通じて１以上確保される必要数 ・１名以上は常勤の看護師、介護福祉士等 ・利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等（特養・老健等の職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
計画作成責任者		看護師、介護福祉士等のうち、１人以上	事業所・定期巡回・随時対応型訪問介護看護従事者であって看護師、介護福祉士等のうち１名以上
管理者			・常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者との兼務を認める。）

※連携する訪問看護事業所は緊急時訪問看護加算の要件を満たす必要があります。
※平成30年よりオペレーターに係る基準が緩和されました。

表10　定期巡回事業の介護報酬単位

	支給限度額	サービス介護報酬 看護連携型	サービス介護報酬 看護一体型	総合マネジメント体制強化加算
要介護1	16,765	5,697	8,312	1,000
要介護2	19,705	10,168	12,985	1,000
要介護3	27,048	16,883	19,821	1,000
要介護4	30,938	21,357	24,434	1,000
要介護5	36,217	25,829	29,601	1,000

＋

【加算】
初期加算、処遇化善加算
サービス提供強化加算

（減算）
通所利用減算、同一建物減算

通所利用時の1日当りの減算

	介護利用	介護・看護利用
要介護1	▲62単位	▲91単位
要介護2	▲111単位	▲141単位
要介護3	▲184単位	▲216単位
要介護4	▲233単位	▲266単位
要介護5	▲281単位	▲322単位

5−3　定期巡回事業のサービス提供状況[13)]

（1）対象利用者像

平成30年「全国の介護給付費等実態統計」によると、介護度別に見る利用者の内訳は、要介護1が26.4%、要介護2が25.8%、要介護3が18.3%、要介護4が17.4%、要介護5が12.0%で、要介護1・2の利用者が52.2%、要介護3以上が47.8%とほぼ同率であった。高齢者の利用目的は、一日数回の介護や服薬管理等であり、表11に主な利用者のニーズを示す。

表11　利用者のニーズ

定期巡回事業の利用者のニーズ
・水分補給や声掛けが 1 日に数回必要な場合 ・一人暮らしの認知症高齢者で、1 日数回の服薬管理等の訪問が必要な場合 ・一人で食事をすることが難しく介助が必要な場合 ・寝たきり状態の方で、寝返りの介助など 1 日に何回も介助が必要な場合 ・訪問介護を利用する頻度が多く、介護保険の支給限度額を超えてしまう場合 ・退院後の自宅見守りを手厚くしたい場合 ・家族の介護負担の軽減を図るために利用する場合

（2）経営状況

定期巡回事業について、厚生労働省の令和元年度介護事業経営概況調査結果を図4に収支差率（利益率）分布を図5に示す[14)]。令和元年度の調査結果では平均の利益率は8.5%と他の介護事業に比べて高かったが、図5に示すように、利益率にばらつきが大きく、事業者間で経営管理の差が大きいことがわかる。その主な理由としては、有料老人ホーム等の集合住宅を中心にサービスを提供する場合は早期に利用者を確保しやすいが、地域に居住する在宅高齢者を中心にサービスを提供する場合は、利用者の確保が困難なまま事業が推移し、または軽度な要介護高齢者にサービスを提供し、収入の確保が十分でなく、赤字が拡大継続することが考えられる。

14　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

			平成29年度実態調査		令和元年度概況調査				（参考）平成28年度概況調査	
			平成28年度決算		平成29年度決算		平成30年度決算		平成27年度決算	
			千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	3,377		3,865		4,242		3,273	
2		(2)保険外の利用料	22		32		33		35	
3		(3)補助金収入	2		4		2		7	
4		(4)介護報酬査定減	-3		-2		-3		-6	
5	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	2,774	81.6%	3,165	81.1%	3,382	79.1%	2,721	82.1%
6		(2)減価償却費	35	1.0%	55	1.4%	52	1.2%	39	1.2%
7		(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-15		-17		-14		-11	
8		(4)その他	333	9.8%	365	9.4%	397	9.3%	301	9.1%
9		うち委託費	61	1.8%	47	1.2%	49	1.1%	28	0.8%
10	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	2		5		1		6	
11	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	10		12		12		4	
12	Ⅴ　特別損失	(1)本部費繰入	99		79		75		33	
13	収入　①＝Ⅰ＋Ⅲ		3,401		3,904		4,276		3,315	
14	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ		3,236		3,659		3,904		3,088	
15	差引　③＝①−②		164	4.8%	244	6.3%	372	8.7%	227	6.8%
16	法人税等		5	0.1%	12	0.3%	9	0.2%	10	0.3%
17	法人税等差引　④＝③−法人税等		160	4.7%	232	6.0%	363	8.5%	217	6.5%
18	有効回答数		192		215		215		78	

※　比率は収入に対する割合である。
※　各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
※　各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

19	実利用者数		20.9人		27.3人		18.9人	
20	延べ訪問回数		2,079.6回		2,692.5回		2,300.9回	
21	常勤換算職員数(常勤率)		10.1人	73.6%	10.9人	77.5%	8.9人	72.1%
22	看護・介護職員常勤換算数(常勤率)		9.1人	71.2%	10.1人	76.5%	8.1人	70.5%
	常勤換算1人当たり給与費							
23	常勤	看護師	416,812円		417,140円		437,136円	
24	常勤	准看護師	336,875円		355,225円		416,227円	
25	常勤	介護福祉士	333,184円		331,820円		344,829円	
26	常勤	介護職員	317,200円		319,921円		328,924円	
27	非常勤	看護師	354,645円		339,243円		354,834円	
28	非常勤	准看護師	294,414円		322,757円		474,830円	
29	非常勤	介護福祉士	331,305円		276,307円		340,591円	
30	非常勤	介護職員	321,172円		254,056円		336,314円	

図 4　定期巡回事業者の経営調査結果

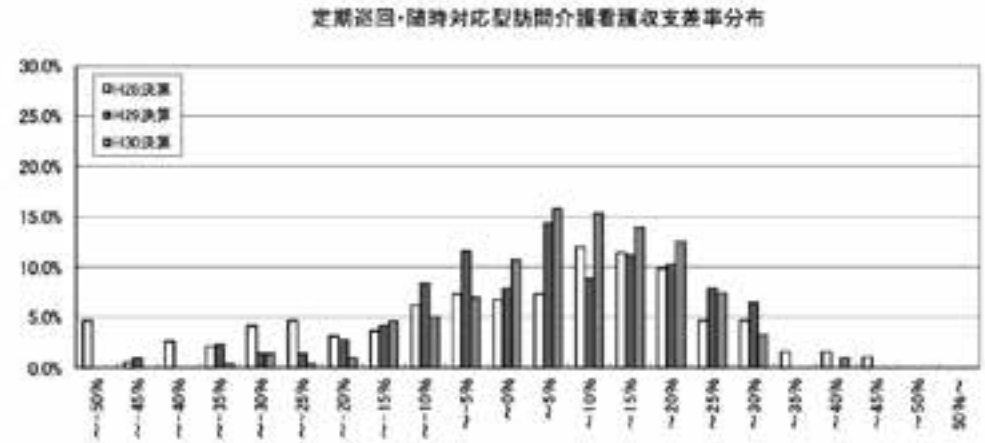

図５　定期巡回事業者の収支差率（利益率）分布

6. 結果

6−1　定期巡回事業における3タイプの事業への取組み

古賀病院グループは現在、久留米市、小郡市で4つの定期巡回事業に取り組んでいる。久留米市でラウンドケアサービスこが、こがラウンドケア大石町、こがラウンドケア野伏間の3事業所があり、小郡市では小郡包括ケアステーションである。古賀病院グループとしての定期巡回事業の創設の方法は、まず有料老人ホームを開設し、その後で定期巡回事業を開始する手順であった。

古賀病院グループでは、現在5つの有料老人ホームを運営しており、表12にそれぞれの概要を示す。この中で、グループが独自で開発した有料老人ホームはこがケアアベニュー宮ノ陣だけで、残りの4つの有料老人ホームは経営困難または事業継承困難となり、古賀病院グループが経営継承したものである。それらの有料老人ホームについて、定期巡回事業を活用し事業再生を行ってきた。

４つの定期巡回事業について、地域のニーズ、法人の介護事業運営の状況等を踏まえると次の3タイプに分類できる。

①　有料老人ホーム複合型「定期巡回」事業
②　有料老人ホーム事業再生型「定期巡回」事業
③　一般居宅対応型「定期巡回」事業

有料老人ホーム複合型「定期巡回」事業は、有料老人ホーム「こがケアアベニュー宮ノ陣」で実施され、有料老人ホーム事業再生型「定期巡回」事業は、有料老人ホーム「こがケアアベニュー大石町」、「こがケアアベニュー縄手」、「こがケアアベニュー野伏間」で実施されている。なお一般居宅対応型「定期巡回」事業は2021年に合併された丸山病院グループで実施されていた事業を継承したものである。

以下に、それぞれの特徴と利用者の状況を説明する。

項目	こがケアアベニュー宮ノ陣	こがケアアベニュー大石町	こがケアアベニュー縄手	こがケアアベニュー野伏間	こがケアアベニュー矢取
所在地	久留米市宮ノ陣4-30-10	久留米市大石町23-5	久留米市白山町210-1	久留米市野伏間1-9-6	久留米市御井町2406-5
施設類型	住宅型有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム
開設日	2013年4月11日	2012年2月8日	2007年7月31日	2015年7月1日	2012年10月31日
構造・規模	鉄筋コンクリート造4階建	鉄骨造り2階建	鉄筋コンクリート造4階建	鉄筋コンクリート造3階建	鉄筋コンクリート造3階建
居室数	172室（内、新棟95棟）	50室（全室個室）	65室	31室	30室
居室タイプ	18.0～28.78㎡	18.0㎡	12.3～24.85㎡	13～28㎡	19.5～31.3㎡
共有施設	食堂・談話室・浴室・洗濯室	食堂・談話室・浴室・洗濯室	食堂・談話室・浴室・洗濯室	食堂・談話室・浴室・洗濯室	食堂・談話室・浴室・洗濯室
支払い方式	月払い方式	月払い方式	月払い方式	月払い方式	月払い方式
入居時要件	自立・要支援・要介護	要介護	要介護	要介護	自立・要支援・要介護
月額利用料	141,260−183,260円	100,880円	116,200円	100,000−128,000円	121,000円
家賃	40,000−62,000円	40,000円	43,200円	40,000−68,000円	45,000円
管理費	29,360円	22,000円	28,000円	5,000円	37,000円
サービス料	15,000円	—	—	5,000円	1,000円
水道光熱費	8,000円	—	—	10,000円	5,000円
食費	48,900円	38,880円	45,000円	40,000円	33,000円
入居時費用	敷金/20～41万円	敷金/20万円	敷金/20万円	敷金/20～34万円	敷金/12～15万円
事業・運営主体	社会医療法人天神会				

（1）有料老人ホーム複合型「定期巡回」事業

入居者のニーズに応じて、「定期巡回」事業と単独の訪問介護、訪問看護とを組み合わせているラウンドケアサービスこがは、有料老人ホームこがケアアベニュー宮ノ陣（定員172名）の入居者を中心に定期巡回サービスを提供しており、こがケアアベニュー宮ノ陣の2021年7月末現在、入居者163名の中で53名の方へ、定期巡回サービスを提供している。

こがケアアベニュー宮ノ陣の入居者の男女別、年齢別、要介護度別の入居者の状況は、表13を示す。2021年7月末現在、自立した方が29名、要支援１が13名、要支援２が13名、要介護１が39名、要介護2が36名、要介護3が17名、要介護4が11名、要介護5が5名となっている。この中で、定期巡回サービスを利用している利用者は、要介護以上の方で、53名である。要介護度の内訳は、要介護１が16名、要介護2が18名、要介護3が11名、要介護4が7名、要介護5が1名となっている（表14参照）。要介護3以上の利用者は全体の35.9％と全国平均に比べ少ない状況であった。

ラウンドケアサービスこがの訪問看護は連携式としており、定期巡回事業に従事する職員は、訪問介護員（常勤12名、非常勤2名）、オペレーターは10名、常勤換算で常勤12名、非常勤0.8名、計12.8名体制で運営している。兼務状況は表15に示す通りである[13]。

表 13　ラウンドケアサービスこが利用者データ

こがケアアベニュー宮ノ陣　定員　172　　2021年7月31日現在

	男女比		自立	要支援		要介護						
年齢	男	女	自立	1	2	1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
65～69	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1.2%
70～74	3	6	4	0	0	1	2	2	0	0	9	5.5%
75～79	2	7	4	0	0	3	1	1	0	0	9	5.5%
80～84	5	21	8	2	1	8	2	2	3	0	26	16.0%
85～89	15	30	7	4	6	13	5	6	2	2	45	27.6%
90歳～	10	62	5	7	6	13	26	6	6	3	72	44.2%
計	35	128	29	13	13	39	36	17	11	5	163	100.0%
	21.5%	78.5%	17.8%	8.0%	8.0%	23.9%	22.1%	10.4%	6.7%	3.1%		
	男女比率		自立・介護度別比率									

表 14　ラウンドケアサービスこがの利用者

ラウンドケアサービスこが利用者データ　　2021年7月31日現在

			要介護						
年齢	男	女	1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
65～69	0	1	1	0	0	0	0	1	1.9%
70～74	0	2	1	0	1	0	0	2	3.8%
75～79	0	1	0	1	0	0	0	1	1.9%
80～84	0	11	5	1	3	2	0	11	20.8%
85～89	4	7	5	1	3	2	0	11	20.8%
90歳～	3	24	4	15	4	3	1	27	50.9%
計	7	46	16	18	11	7	1	53	100.0%
	13.2%	86.8%	30.2%	34.0%	20.8%	13.2%	1.9%		
	男女比		要介護比率						

表 15　人員体制

ラウンドケアサービスこが職員データ　　2021年7月31日現在

職種	勤務	人数	備考
訪問介護員	常勤	12	兼務
	非常勤	2	
オペレーター数	常勤	10	兼務
	非常勤	0	
常勤換算介護職従業員数	常勤	12	
	非常勤	0.8	
	計	12.8	

（2）有料老人ホーム事業再生型「定期巡回」事業

① こがラウンドケア大石町

こがラウンドケア大石町は、有料老人ホーム「こがケアアベニュー大石町」（定員50名）の事業再生のために採用された定期巡回事業である。その後、順調に事業継続中で、2021年7月末現在、入居者46名の中で、45名の入居者の方へ、定期巡回サービスを提供している。さらに、2019年に古賀病院グループに仲間入りした「こがケアアベニュー縄手」（定員65名）の運営についても、定期巡回サービスを導入し、事業再生を果たしてきた。

「こがケアアベニュー大石町」の入居者の状況を表16に示す。要介護１が10名、要介護2が4名、要介護3が12名、要介護4が12名、要介護5が8名となっている。「こがケアアベニュー縄手」の入居者の状況を表17に示す。要支援１が3名、要支援2

が3名、要介護１が22名、要介護2が16名、要介護3が11名、要介護4が7名、要介護5が1名である。

こがラウンドケア大石町は、2つの有料老人ホームにサービスを提供しており、一体的かつ効率的に運営しており、96名の利用者にサービスを提供している。要介護状態の内訳は要介護１が29名、要介護2が17名、要介護3が22名、要介護4が19名、要介護5が9名となっている（表18参照）。要介護3以上の利用者は全体の52.1％と全国平均より多い。

サービス人員体制は、訪問看護は連携式としており、定期巡回事業に従事する職員は、訪問介護員（常勤22名、非常勤5名）、オペレーターは9名、常勤換算で常勤22名、非常勤2.5名、計24.5名体制で運営している。兼務状況は表19に示す通りである。

表 16　こがケアアベニュー大石町の入居者データ

こがケアアベニュー大石町　　2021年7月31日現在

入居者データ　定員　50

	男女比		要介護						年齢別
年齢	男	女	1	2	3	4	5	合計	比率
～64歳	1	1	0	0	1	0	1	2	4.3%
65～69	1	0	0	0	1	0	0	1	2.2%
70～74	1	1	2	0	0	0	0	2	4.3%
75～79	4	4	5	0	2	1	1	9	19.6%
80～84	2	5	1	2	0	3	0	6	13.0%
85～89	1	8	0	1	5	3	2	11	23.9%
90歳～	4	13	2	1	3	5	4	15	32.6%
計	14	32	10	4	12	12	8	46	100.0%
比率	30.4%	69.6%	21.7%	8.7%	26.1%	26.1%	17.4%		
	男女比率		要介護度別比率						

表 17　こがケアアベニュー縄手の入居者データ

こがケアアベニュー縄手　　2021年7月31日現在

入居者データ　定員　65

	男女比		要支援		要介護						年齢別比
年齢	男	女	1	2	1	2	3	4	5	合計	
～64歳	3	0	0	0	1	1	1	0	0	3	4.8%
65～69	2	1	0	1	1	1	0	0	0	3	4.8%
70～74	6	5	2	1	2	3	2	1	0	11	17.5%
75～79	0	6	0	0	2	1	1	2	0	6	9.5%
80～84	6	10	1	0	6	3	3	2	1	16	25.4%
85～89	2	8	0	0	6	2	2	0	0	10	15.9%
90歳～	2	12	0	1	4	5	2	2	0	14	22.2%
計	21	42	3	3	22	16	11	7	1	63	100.0%
	33.3%	66.7%	4.8%	4.8%	34.9%	25.4%	17.5%	11.1%	1.6%		
	男女比率		要介護度別比率								

表 18　こがラウンドケア大石町の利用者データ

こがラウンドケア大石町　　2021年7月31日現在

利用者データ

年齢	男	女	要介護 1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	3	1	1	0	2	0	1	4	4.2%
65～69	2	1	1	1	1	0	0	3	3.1%
70～74	5	5	4	3	2	1	0	10	10.4%
75～79	3	10	6	1	3	3	1	14	14.6%
80～84	6	14	7	3	3	5	1	19	19.8%
85～89	2	17	5	4	7	3	2	21	21.9%
90歳～	5	22	5	5	4	7	4	25	26.0%
計	26	70	29	17	22	19	9	96	100.0%
	27.1%	72.9%	30.2%	17.7%	22.9%	19.8%	9.4%		
	男女比		要介護比率						

表 19　人員体制（こがラウンドケア大石町）

こがラウンドケア大石町　　2021年7月31日現在

職員データ

職種	勤務	人数	備考
訪問介護員	常勤	22	兼務
	非常勤	5	
オペレーター数	常勤	9	兼務
	非常勤	0	
常勤換算介護職従業員数	常勤	22	
	非常勤	2.5	
	計	24.5	

② こがラウンドケア野伏間

こがラウンドケア野伏間も、有料老人ホームこがケアアベニュー野伏間（定員31名）の事業再生のために採用開設された定期巡回事業である。事業再生前の有料老人ホームこがケアアベニュー野伏間は有床診療所であり、改修したものであった。隣接した病院は、30床の病床を新古賀病院に移行し、病院は透析クリニックとして事業を再開した。そのため、有料老人ホームこがケアアベニュー野伏間には、透析を利用する高齢者が入居し、透析される高齢者の生活支援、介護ニーズに応える形で、事業再生がなされた。

その後、事業は順調に推移し、2021 年 7 月末現在、入居者 33 名の中で、27 名の入居者の方へ、また外部の方に 2 名、定期巡回サービスを提供している。こがケアアベニュー野伏間の入居者の状況は、表 20 に示すとおりである。入居者は要支援 1 が 2 名、要支援 2 が 1 名、要介護 1 が 10 名、要介護 2 が 5 名、要介護 3 が 5 名、要介護 4 が 7 名、要介護 5 が 3 名、計 33 名となっている。

この中で、定期巡回事業を利用している利用者は、要介護以上の方で、2021 年 7 月末現在、27名である。要介護度の内訳は、要介護 1 が 5 名、要介護 2 が 7 名、要介護 3 が 5 名、要介護 4 が 7 名、要介護 5 が 3 名となっている（表 21 参照）。要介護 3 以上の利用者は全体の 55.5％と全国平均より多い。

こがラウンドケア野伏間も、訪問看護は連携式としており、定期巡回事業に従事する職員は、訪問介護員は兼務で（常勤 8 名、非常勤 2 名）、オペレーターも兼務で（常勤 7 名、非常勤 2 名）、常勤換算で常勤 8 名、非常勤 2 名、計10名体制で運営している。兼務状況は表 22 に示す通りである。

表 20　こがラウンドケア野伏間の利用者データ

こがケアアベニュー野伏間　　2021年7月31日現在

入居者データ　定員 38

年齢	男女比 男	女	要支援 1	2	要介護 1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	1	0			0	0	1	0	0	1	3.0%
65～69	2	0			0	1	0	1	0	2	6.1%
70～74	1	1			0	0	0	1	1	2	6.1%
75～79	1	1	1		0	0	0	1	0	2	6.1%
80～84	2	5			1	1	2	1	2	7	21.2%
85～89	4	8		1	6	3	0	2	0	12	36.4%
90歳～	2	5	1		3	0	2	1	0	7	21.2%
計	13	20	2	1	10	5	5	7	3	33	100.0%
比率	39.4%	60.6%	6.1%	3.0%	30.3%	15.2%	15.2%	21.2%	9.1%		
	男女比率		要介護度別比率								

表 21　こがラウンドケア野伏間の利用者データ

こがラウンドケア野伏間　　2021年7月31日現在

利用者データ

年齢	男	女	要介護 1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	1	0	0	0	1	0	0	1	3.7%
65～69	2	0	0	1	0	1	0	2	7.4%
70～74	1	1	0	0	0	1	1	2	7.4%
75～79	2	0	0	1	0	1	0	2	7.4%
80～84	2	6	1	2	2	1	2	8	29.6%
85～89	3	4	2	3	0	2	0	7	25.9%
90歳～	1	4	2	0	2	1	0	5	18.5%
計	12	15	5	7	5	7	3	27	100.0%
	44.4%	55.6%	18.5%	25.9%	18.5%	25.9%	11.1%		
	男女比		要介護比率						

表 22　人員体制（こがラウンドケア大石町）

こがラウンドケア野伏間　　2021年7月31日現在

職員データ

職種	勤務	人数	備考
訪問介護員	常勤	8	兼務
	非常勤	2	兼務
オペレーター数	常勤	7	兼務
	非常勤	2	兼務
常勤換算介護職従業員数	常勤	8	
	非常勤	2	
	計	10	

（3）一般居宅対応型「定期巡回」事業

小郡包括ケアステーションは、小郡市の地域密着型事業として運営してきたが、2021 年 4 月から、古賀病院グループへ仲間入りし運営を継続している。小郡包括ケアステーションは、久留米市の他の３つの定期巡回事業と異なり、訪問看護一体型事業として運営し、一般居宅対応型として外部居宅の高齢者にサービスを提供している。

2021年7月末現在の利用者は18名である。要介護度の内訳は、要介護１が6名、要介護2が6名、要介護3が3名、要介護4が1名、要介護５が２名となっている（表 23 参照）。要介護３以上の利用者は 33.4％と全国平均より少ない。

小郡包括ケアステーションは、訪問看護は一体式としており、定期巡回事業に従事する職員は、訪問介護員は常勤６名、訪問看護職員は６名で、オペレーターは11名の常勤職員で兼務している。兼務状況は表24に示す通りである。

表 23　小郡包括ケアステーションの利用者データ

小郡包括ケアステーション　　2021年7月31日現在

利用者データ

年齢	男	女	要介護 1	2	3	4	5	合計	年齢別比率
～64歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
65～69	0	1	0	0	0	0	1	1	5.6%
70～74	0	1	0	0	0	0	1	1	5.6%
75～79	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
80～84	1	2	1	1	1	0	0	3	16.7%
85～89	2	5	5	1	1	0	0	7	38.9%
90歳～	2	4	0	4	1	1	0	6	33.3%
計	5	13	6	6	3	1	2	18	100.0%
	27.8%	72.2%	33.3%	33.3%	16.7%	5.6%	11.1%		
	男女比		要介護比率						

表 24 人員体制（小郡包括ケアステーション）

小郡包括ケアステーション　　2021年7月31日現在

職員データ

職種	勤務	人数	備考
訪問介護員	常勤	6	兼務
	非常勤	0	
オペレーター数	常勤	11	兼務
	非常勤	0	
看護職員	常勤	6	兼務
	非常勤	0	
常勤換算介護職従業員数	常勤	6	
	非常勤	0	
	計	6	
常勤換算看護職従業員数	常勤	6	
	非常勤	0	
	計	6	

6.2　サービスの提供状況

久留米市で運営している３つの事業所について、2021 年 7 月の利用者の要介護度の状況、要介護度別の一日の平均訪問時間と訪問回数、および１回の平均訪問時間を表 25 に示す。要介護３以上の割合は、こがラウンドケア野伏間が一番高く、55.5％であり、一番低いのが、ラウンドケアサービスこがで 35.9％であった。一日の平均訪問時間、訪問回数は要介護度が高くなるほど、多くなる傾向にあった。また、一回の平均訪問も要介護度が高くなるほど長くなる傾向にあった。全体の平均値は、一日の訪問時間が 34.5 分、一日の訪問回数が 5.9 回、１回の平均訪問時間は 5.5 分であり、定期巡回事業の特徴を生かして、短時間のサービスを頻回に提供し、利用者のニーズに応えているのではないかと考える。

表 25　一日当り平均訪問時間・回数と 1 回当りの訪問時間

事業所	項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均
ラウンドケアサービスこが 要介護3以上35.9%	利用者割合	30.2%	34.0%	20.8%	13.2%	1.9%	—
	平均訪問時間(分)/日	12.9	20.5	33.3	16.2	46.2	25.8
	平均訪問回数/回	3.6	4.8	5.7	4.6	6.2	5.0
	平均訪問時間(分)/回	3.6	4.3	5.8	3.5	7.5	4.9
こがラウンドケア大石町 要介護3以上52.1%	利用者割合	30.2%	17.7%	22.9%	19.8%	9.4%	—
	平均訪問時間(分)/日	15.0	19.6	27.5	33.9	53.7	29.9
	平均訪問回数/回	4.0	4.8	5.9	6.8	7.8	5.9
	平均訪問時間(分)/回	3.8	4.1	4.7	5.0	6.9	4.9
こがラウンドケア野伏間 要介護3以上55.5%	利用者割合	18.5%	25.9%	18.5%	25.9%	11.1%	—
	平均訪問時間(分)/日	32.4	36.9	38.9	58.1	72.8	47.8
	平均訪問回数/回	5.9	5.0	6.3	8.2	9.5	7.0
	平均訪問時間(分)/回	5.5	7.4	6.2	7.1	7.7	6.8
平均	平均訪問時間(分)/日	20.1	25.7	33.2	36.1	57.6	34.5
	平均訪問回数/回	4.5	4.9	6.0	6.5	7.8	5.9
	平均訪問時間(分)/回	4.3	5.2	5.6	5.2	7.3	5.5

6.3　4 つの視点からの課題と対応・結果

3 タイプの定期巡回事業について、医療介護の経営評価のフレームワークとして用いられるバランスト・スコアカードの 4 つの視点を基に課題と取り組んだ対応・結果を整理した[15]。なお、財務の視点では、事業の黒字化を検証する指標として、京セラ株式会社の稲盛和夫氏がアメーバ経営の中で提案している「時間当り付加価値」を用いた[16),17)]。時間当り付加価値とは収入と経費の差額を算出し、その差額を事業所の職員の総労働時時間で割った数字である。時間当り付加価値は、設備投資金額の相違により、事業別に損益分岐点は異なるが、古賀病院グループの介護事業では、平均 2,500 円以上の時間当り付加価値を目標としている。

3 タイプの定期巡回事業について 4 つの視点の課題、対応・結果を表 26 ～表 28 に示す。

表 26　複合型定期巡回事業～ラウンドケアサービスこが

4 つの視点	課題	対応・結果
顧客の視点	①利用者のニーズに合った適切な介護サービスの提供	利用者の中で、例えば、認知症の方とか、一日に数回の訪問介護（見守り等）が､必要な方に適した訪問サービスを提供できた。
	②自己負担の軽減	定期巡回のサービスを受けていない入居者は体調不良などで支援が必要になった時に、自己負担でのサービスを受けることになり、支払いが増額していた。そのため定期巡回のサービスを提案し、支援を受けられることで利用者、家族の負担軽減へと繋がった。
	③デイサービスの利用回数の減少	デイサービスの利用時間を少なくして回数を増やした。
財務の視点	①健全経営のために、黒字化	身体介助が頻回になった利用者家族へケアマネージャーから区分変更の説明をしてもらい、家族から同意を得て区分変更をかけることができ、介護度が上がることで適正な介護報酬を得られることに繋がった。
	②時間当り付加価値の向上	財務の指標となる､「時間当り付加価値」は2,859円で、損益分岐点を超えている。

業務プロセスの視点	①業務の把握とサービスの適正化	当初、定期巡回のサービス提供スケジュールを紙ベースで行っていたが、ケアプランと連動した定期巡回管理ソフトの導入により、職員が定期巡回サービスを行う時間と、訪問介護を行う時間の可視化ができた。
	②訪問看護との情報共有	LINE WORKS を活用することで訪問看護と利用者の情報共有し、利用者の状態を把握することができている。
人材(学びと成長)の視点	①定期巡回事業の理解	月に 1 回の勉強会を行い、知識の共有を行った。また、新卒職員へスタッフの同行訪問を行い、OJT を行った。
	②介護内容の統一と勉強会の開催	こまめなカンファレンスや事務連絡と生活支援記録の事務連絡を活用して介護内容の統一を行った。

表 27　事業再生型定期巡回事業～こがラウンドケア大石町とこがラウンドケア野伏間

4 つの視点	課題	対応・結果
顧客の視点	①自己負担増加の不安	要介護度が高くなってサービスの利用頻度が増えても定額制なので一定額以上に上がることはないため、安心してご利用できる旨を説明し理解を得られた。
	②急変時の対応や頻繁な要求への対応	24 時間コールに対応するため、たとえ夜中であっても急変時をはじめ必要であれば、どのような要望にも随時訪問し、対応を行っている。
	③デイサービスの利用回数の減少	デイサービスの加算をとらず、回数を増やした。
財務の視点	①安定した黒字経営への転換	要介護度により月額包括報酬であり要介護度が高いほど収益が見込まれるため、要介護度が高い方を進んで受け入れる（利用していただく）よう促進してきた。また医療的ケアが必要な方には訪問看護の利用も併せて話を勧めていた。
	②時間当り付加価値の向上	大石町は時間当り付加価値が 3,282 円で、損益分岐点を超えている。野伏間は、時間当り付加価値が 2,186 円で、損益分岐点はギリギリにある。
業務プロセスの視点	①食事介助が多く時間枠が取れず、割当スタッフの人員不足	今いる人員で増員せずに、サービスが組めるように食事介助が必要な利用者の食事の提供開始時間をずらし、時間枠を確保した。
人材(学びと成長)の視点	①定期的な研修	月に 1 回の研修開催担当をスタッフ（正社員）で順番に回し、研修会を自分たちで開催することで必然と事前に勉強するようになった。
	②支援方法の統一化	毎月のカンファレンスで、全スタッフが統一したサービスを提供出来るように支援内容を話し合った。

表 28　一般居宅型定期巡回事業～小郡包括ケアステーション

４つの視点	課題	対応・結果
顧客の視点	①家族の介護負担軽減	訪問介護のような２時間ルールがないため、定期訪問時間以外の臨時訪問で、排泄状況などに応じることが出来ている。小まめなオムツ交換を実現することで、皮膚トラブルが改善した。
	②独居利用者の災害時支援	災害時のルールを決めて、大雨や台風時に家族と連絡がつかない場合にも、安否確認及び停電の有無、医療機器のトラブルの有無などチェック項目に従い、対応した。訪問できなくても電話での安否確認を行い、すべての利用者の安否確認表を作成した。
	③利用者への精神的支援	ヘルパー訪問時に不安が強い時は看護師へ報告、また緊急コールがあれば、その近くを巡回しているスタッフへ連絡し、臨時訪問を行った。コールを押せば誰かが来る、という安心感を提供できた。
財務の視点	収入増	終末期の利用者は介護度が高いことが多く、一人当たりの利用料金が増えた（介護度に応じた包括料金のため）。終末期の利用者は利用期間が短く、すぐに次の新規利用者を獲得したことで、初期加算、マネジメント加算などが算定できた。時間当付加価値については2,736 円で損益分岐点を超えている。
業務プロセスの視点	①情報共有の遅れを改善	介護ソフト「スマケア」を使用してリアルタイムでの情報共有が出来た。スマケア内で時系列に利用者の経過を把握することができた。
	②訪問ルートの区域分け	市内を学校区に分け移動の最短ルートを確定したことで移動時間の短縮が出来た。
人材(学びと成長)の視点	①医療度が高い利用者へのケア	持ち回りでの勉強会実施、全専門職での事例検討会を開催した。
	②一体型ならではの連携強化	終末期の利用者の医療面について、介護・看護間での知識と技術の伝達研修結果、介護士の質向上に繋がった。「2020 年福岡県看護学会」で定期巡回サービスの課題について発表した。
	③地域密着型として市行政との連携	市行政、民生委員、地域の医師参加の医療推進会議を開催した。

7．考察

古賀病院グループでは、3 タイプの定期巡回事業を創設し、サービス的にも経営的にも軌道に乗せてきた。この経営手法の要点はまず拠点となる有料老人ホームを開設し、それに付随して定期巡回事業を導入、経営の拠点が出来たうえで、日常圏域の高齢者の居宅へサービスを提供していく手法にある。その方法は有用であり、これから定期巡回事業に取り組んでいく法人のモデルになるのではないかと考える。

また、事業がとん挫する大きな原因の一つとして、定期巡回事業の収入と支出のバランスが取れず、大きな赤字を継続することがあげられる。その対策として、事業開始時点から管理者が経営をバランスするために経営収支の指標をマネジメントし、

その指標を職員全員で共有し、創意工夫していくことが重要であると考えられる。その際、古賀病院グループで採用された、時間当り付加価値という経営指標は、管理者と現場スタッフが共有しやすい指標であると考える。例えば、古賀病院グループの介護事業では、時間当り付加価値の目標を2,500円以上としており、現場スタッフはその指標を共有し、2,500円に達していなければ、収入が不足しているのか、経費が高いのか、労働時間が長いのかを検討した。その結果、何を改善していけば良いかが見える化でき、PDCAを回して目標を達成し、定期巡回事業を軌道に乗せることができた。

一方、地域包括ケアシステムを実現していくために必要な5つの課題があるが、定期巡回事業との関連を踏まえて、これまでの取組みと今後の展望について考察する[8)]。

（1）24時間介護サービスの充実強化

定期巡回事業を始める前は、訪問介護しかなかった状況下で、久留米市の広範囲のエリアをカバーしていたが、このような状況では職員が不足し、24時間体制で対応していくことは、不可能な状況であった。そこで、古賀病院グループでは、久留米市内に住宅型有料老人ホームをつくり、24時間の対応をしていこうと考え、2013年最初に開設したのが、こがケアアベニュー宮ノ陣であった。そして、この拠点に介護サービスを付随すること、特に訪問介護事業と定期巡回事業を組み合わせることで、介護度が重い高齢者でも有料老人ホームで生活が継続できる取り組みを行ってきた。その結果、経営的にも、サービスの質の点でも、うまく回りだすようになり、満足できるようになってきた。それから、住宅型有料老人ホームが増えると共に、そこでも定期巡回サービスを開始し、短い動線で24時間の対応が迅速に行えるようになったのがこれまでの取組みであった。

なお、小郡包括ケアステーションは、2021年に古賀病院グループが合併により事業を継承した定期巡回事業所であり、小郡包括ケアステーションは、その他の3つの定期巡回事業と異なり、外部の一般居宅に24時間定期巡回サービスを提供している。顧客の視点においては、家族の介護負担軽減、独居利用者の非常時支援、利用者の精神的支援に対応している。

今までの古賀病院グループの定期巡回事業は有料老人ホームに特化した形で、定期巡回事業を運用しているが、今後は老人ホームが立地している中学校区にお住いの高齢者へお互い無理のない形で介護サービスの提供が出来ていけたら良いと考えている。そのためには事業者側としては適正な運営ができるように人の配置を行わなければならず、在宅側としては介護士が24時間いつでも訪問するということを歓迎する方は必ずしも多くはないので、その仕組みと意義を説明し、家族の同意協力、本人の理解を得られた上で、地域の24時間定期巡回の強化を行っていきたいと考える。その際、小郡包括ステーションが実践してきた一般居宅への定期巡回のノウハウを相互の職員が知識、スキルを共有するために学びあい、地域の高齢者が安心安全に生活を継続できる仕組みづくりを行っていきたいと考えている。

（2）医療と介護との連携強化

定期巡回事業を推進していく上で、医療と介護の連携は大きな課題である。今までは医療と介護の職員の知識の差、経験の差があり、病院・医療側で言うことと介護士が理解することに差があった。その解決のために、訪問看護事業の看護師が医療と介護の間に入ることでこの状況が緩和され、訪問看護師を中心に定期巡回の介護職員に今の状態を教えてもらうことで、サービスがスムーズに提供されるようになった意義は大きい。今後はさらに医療と介護の連携を強化していくために勉強会、情報交換会の場を増やしていきたい。

（3）予防の推進

地域包括ケアシステムの実現のために疾病・介護予防についても強化していきたいと考える。古賀病院グループでは、新古賀クリニックに健診センターをもち、広い層の方々へ疾病・介護予防の推進は行っているが、高齢者については限定的で、久留米市の包括センター11ヵ所を5つの圏域に分け、市が主体となって実施してきた元気脳教室の2つの圏域を古賀病院グループが担当し、そこにリハビリ職員、介護職員を派遣し、身体的介護予防、リハビリ、脳トレを行ってきた。今までは、久留米市の取り組みに協力してきたが、コロナ渦の影響で元気脳教室は中断した状況であり、今後は行政と共に考え、介護予防について協力していきたいと考える。医療に関係する予防は健診センターが順調に伸びているが、その理由としては男女別の受診フロアに分け、検査や診察を実施することで人気を呼んでいる。現在、保健指導、ロコモ健診、栄養指導、運動指導、禁煙指導、特定保健指導を行っているが、今後はフレイル予防、生活習慣病予防に重点的に取り組んでいき、フォローしていきたいと考える。

（4）見守り、配食、買い物など多様な生活支援サービスの確保

こがケアアベニュー宮ノ陣には地域にオープンなカフェがあり、運営は不登校児のためのフリースクールを運営するNPO法人未来学舎が行っている。その卒業生の子供たちが運営に関わっており、彼らが、入居者に対してお使いサービスを提供している、例えば、買い物代行や電池交換等の生活サポートサービスを行う取組みを行っている。他の施設においては、移動販売などが入っているが、現時点では、古賀病院グループが主体的に運営は行っていない。

生活支援サービスの対象は困っている有料老人ホームの入居者だけでなく、地域の方々のニーズも高まっており、これらの

サービスを広めていくには様々な人の関りが必要である。現段階では、私共が主体となって実施していく事は難しいので、例えば地域のスーパーとかパン屋さんとか、いろいろな業種の方々と意見交換しながら、できることから行っていきたいと考える。そのため、こがケアアベニュー宮ノ陣のカフェで行っている不登校の子供たちの社会勉強として、また社会参加の場として、生活支援サービスができないか、NPO 法人の代表と話し合いを進めている。

（5）高齢期になっても住み続けられるバリアフリーの高齢者住宅の整備

古賀病院グループは、現在 5 つの住宅型有料老人ホームを運営しており、全体の居室数は 348 室となっている。これらを運営することで、独居の高齢者へ継続して生活できる高齢者住宅を提供してきた。入居している高齢者は、久留米市を離れて関東で就職した子供たちに勧められたケースや、逆に久留米市で就職し、呼び寄せた高齢者とかで、親子が適度の距離を保ちながら生活が継続できる仕組みになっていると考える。少子高齢化で高齢者の数が、2040 年まで少しずつ増加していき、その中で 75 歳以上の高齢者は、2021 年から 2040 年におよそ 25%増加していくと予想されている。一方、生産者人口は大きく減少していくので、高齢者住宅の需要はまだ高いと思う。特に、自立した高齢者で一人暮らしが難しくなった方が安心して豊かに暮らせる自立型高齢者住宅の整備についても検討してきたいと考える。表 29 に久留米市の自立、要支援、要介護度別の高齢者数を示すが、健康寿命の延伸する対象の自立、および要支援の高齢者は全体の 85.7%にあたる 71,225 人あり、これらの方々への適正な施設は久留米市でもほとんど整備されていない。このように、古賀病院グループは今まで培ってきた介護と高齢者住宅運営のノウハウを磨き、医療との連携を充実し、多くの高齢者が豊かに生活を継続していけるようにサポートしていきたいと考える。

表 29　久留米市における自立、要支援、要介護度別の高齢者数（2020 年）

人口	304,730				
65歳以上	83,088	高齢化率	27.3%		
要介護度	人数		比率		高齢者ニーズへの対応
自立	67,233	67,233	80.9%	85.7%	⇒ 自立、要支援の高齢者71,225人への健康寿命の延伸
要支援1	2,087	3,992	4.8%		
要支援2	1,905				
要介護1	3,605	6,586	7.9%	7.9%	⇒ 重度化しないように
要介護2	2,981				
要介護3	2,237	5,277	6.4%	6.4%	⇒ 安心・安全な介護を提供
要介護4	1,790				
要介護5	1,250				
65歳以上認定者		15,855	19.1%		

8. 結語

地域包括ケアシステムを実現するために、今までは古賀病院グループとして、住宅型有料老人ホームを久留米市の中で拠点として作ってきた。そして定期巡回事業を始め、さまざまな介護サービスを提供してきた。今後については、有料老人ホームの中で出来ているサービスを地域に還元していきたい。なお、ここで言う地域とは、有料老人ホームのある日常生活圏で、いま古賀病院グループの有料老人ホームがある日常生活圏は 4 圏域あり、この中で地域包括ケアシステムの実現に貢献していきたいと考える。

また、病院の入院期間は今後さらに短縮されていくことが予測され、早期退院後、例えばショートステイに入ってもらいリハビリテーションをしながら、次の行き場所をさがすとか、もしくは家庭との連携体制がとれている退院患者については、医療情報等がわかっているので、看護多機能小規模施設を利用してもらい、そこから在宅復帰に繋げていきたいと考える。その際、医療と介護の連携を習得した定期巡回事業を組み合わせて、在宅での継続した生活を支援していきたい。しかしながら、地域の高齢者が自宅で生活することが困難になった場合には、有料老人ホームを紹介し、医療と介護の切れ目のないように関わっていきたいと考える。

参考文献

1）社保審―介護給付費第 176 回分科会、介護分野をめぐる状況について、2020 年 3 月
2）地域包括ケア研究会、2040 年：多元的社会における地域包括ケアシステム－「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会、2019 年 3 月
3）厚生労働省、社保審－介護給付費分科会第 138 回（H29.5.12）定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び 夜間対応型訪問介護（参考資料）
4）株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の経営モデル の調査研究事業 報告書、平成 30 年（2018 年）3 月
5）渡辺裕美、全国の定期巡回図時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の普及状況、ライフデザイン研究 13、2017 年
6）古賀病院グループ、60 年の歩み
7）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
8）馬場園明、窪田昌行他、地域包括ケアシステムの機能を満たす日本型 CCRC の概念とモデル、医療福祉経営マーケティング研究第 7 巻　第 1 号、2012 年 10 月
9）久留米市、第 8 期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画、2021 年
10）株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所、定期巡回・随時対応サービスの事業経営のポイント、平成 30 年 3 月
11）ホームネット株式会社、定期巡回随時対応型訪問介護看護について、2021 年
12）医療通信社、介護報酬早見表（2021 年 10 月 6 日 4 月版）、2021 年 5 月
13）LIFULL HOME'S/ ライフルホームズ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の特徴と選び方
https://kaigo.homes.co.jp/manual/homecare/zaitaku_service/teikijunkai/
14）厚労省老健局老人保健課、令和元年度介護事業経営概況調査結果、2020 年 1 月
15）馬場園明、介護福祉マーケティングと経営戦略、日本医療企画、2012 年 8 月
16）稲盛和夫 OFFICISALSITE、時間当り付加価値の意味
https://www.kyocera.co.jp/inamori/amoeba/change/change02.html
17）馬場博監修、現場リーダーのための介護経営のしくみ改訂版、日本医療企画、2014 年

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　45 - 56,　2021

地域と企業の健康をサポートするトータルウェルネスセンターの取組み
玉昌会グループの健康増進事業
～自分らしく輝き、すべての人がつながる明日へ～

田島紘己[1)]、髙田和美[2)]、髙田昌実[1)]、窪田昌行[3),4)]、馬場園　明[4),5)]

Efforts of TOTAL WELLNESS CENTER that supports the health of local communities and businesses
Health promotion business of GYOKUSHOUKAI Group
-To tomorrow when all people are brightened like themselves and connected each other-

Hiroki Tajima, Kazumi TAKATA , Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

厚生労働省は、2000年から2012年を対象期間に、”健康日本21”の9分野59項目に及ぶ健康課題に関する目標設定を行なった。更に、2013年から2022年を計画期間として、健康日本21（第二次）がスタートした。

健康日本21（第二次）の基本的な方向は

①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、

②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、

③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、

④健康を支え、守るための社会環境の整備、

⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、

の5つが示された[1)]。

健康寿命の延伸には、生活習慣病予防の改善が影響するが、その中でも、行動変容が困難な無関心層へのアプローチが重要な課題として挙げられている。

2018年6月に閣議決定された“経済財政運営と改革の基本方針2018”でも、『日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めて予防・健康づくりを社会全体で推進する』、『事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する』と記載され、関係省庁は連携し、無関心層が意識しなくても自然に健康になるような、社会全体で個人の健康を支え、環境やまちづくりに努めていくことが必要であるとされている[2)]。このアプローチの一つに、健康経営の取組みが挙げられる。

健康経営は、日本再興戦略、未来投資戦略に位置付けされ『国民の健康寿命の延伸』に関する取組みに含まれている。これは、従業員の健康保持・増進の取り組みが、将来的に収益性を高める投資であるという考え方の下、従業員の健康管理を経営的な視点から考えて、戦略的に取り組むことである。経済産業省では、健康経営に関わる各種顕彰制度として、2014年から健康経営銘柄の選定を行い、2016年度から健康経営優良法人認定制度を創設した。優良な健康経営に取り組む法人を可視化することで、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから“従業員の健康管理を経営的な視点で捉え、戦略的に取り組んでいる企業”として社会的に評価を受けることができる環境を整備している。この健康経営優良法人として認定された法人の中で上位法人には、更に、大規模法人部門では“ホワイト500”、中小規模法人部門では“ブライト500”の冠が付加され、各業界のリーディングカンパニーが経営戦略の一つとして健康経営に積極的に取り組んでいる。

医療法人玉昌会は、鹿児島県内でリハビリテーション・血液維持透析を中心とした回復期・慢性期医療や、複数の介護サー

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）株式会社 JOY
JOY Co.Ltd.
3）株式会社 CCRC 研究所
Institute of CCRC Co.Ltd.
4）医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Management and Marketing
5）九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Science, Kyushu University

ビス事業を展開している法人で、『いつまでも健やかに・・・・私たちの願いです。』を基本理念に掲げ、鹿児島市を含む鹿児島保健医療圏と、鹿児島市に隣接する姶良市を含む姶良・伊佐保健医療圏で前述の医療介護サービスを提供し、創業63年を迎えた[3]。

この法人の基本理念は、患者・利用者のみならず、職員・職員の家族、さらに関わるすべての人に向けた思いとなっている。さらに、法人スタッフが長期的に健康で健やかに働ける環境を提供するために、全職員に対し年2回の健康診断実施や、サークル活動への補助など以前から福利厚生を充実させてきた。

近年、先に示した通り従業員の健康を企業の生産性など経営的視点から捉える「健康経営」として、戦略的に取り組む企業が増えており[4]、医療法人玉昌会でも健康経営に関して積極的に取組み、その成果として、経済産業省と日本健康会議が共同で選定する「健康経営優良法人　大規模法人部門（ホワイト500）」に3年連続で認定されている。なお、2021年3月に発表された健康経営優良法人でホワイト500に認定された鹿児島県内企業は、4社のみと狭き門となっている。加えて、医療法人玉昌会では、発達障害などの児童に対する小児リハビリテーション提供[5]や、リハビリセラピストによる地域高齢者に向けたリハビリテーション教室や、グループ関連企業が運営するスポーツクラブのトレーナーによる保育園での運動教室など、世代を超えて多様な健康支援サービスを提供している。

2021年現在、鹿児島県の人口は158万人だが、2040年の推計人口は128万人で、これからの20年間で40万人の人口減少が予測されている。一方、過去を振り返ると、1955年が最も多く、人口は204.4万人であり、2015年に164.8万人と、戦後から平成の時代までの60年間で40万人の人口が減少した[6]。2020年以降の未来においては、人口減少が加速度的に進むことがすでに想定されている。更に、2030年には、鹿児島県の生産年齢人口割合が全国で46位（50.8%）と推計され、2040年に向けて全国でも先立って労働人口減少が見込まれている[7]。このような状況で、医療法人玉昌会では地域に対し医療介護サービスを中心とした健康支援サービスを展開し、法人内でも職員の健康維持増進に関して積極的に取り組んできた。

本研究では、人口減少、特に生産年齢人口減少が全国に先立って進む鹿児島県で、医療法人玉昌会が地域に対し果たすべき役割を検討する中で、法人内の健診部門の再編成や健康増進事業の方向性検討・定義を行なった。

2．方法

本研究では、最初に医療法人玉昌会の健診事業について、これまでの事業の経緯と実績、顧客分析を行い、現状の課題についても整理した。2番目に、事業再編案の検討を行い、旧玉昌会鰺坂クリニックの統合の是非について検討し、事業の戦略計画を策定した。なお、戦略計画では、初めに事業成功の可否を左右するといわれる新しい健診事業のミッション、ビジョンを策定したが、ミッション、ビジョンの策定に当たっては、これまで玉昌会グループが行ってきた健康関連のウェルネス事業を振り返り、コンセプトを整理した。３番目は、健診を含む健康増進事業の未来像の方向づけを行い、同時に玉昌会グループの健診事業について、強みを中心にSWOT分析を行った。最後に、新しい計画を評価していくために、バランスト・スコアカードの4つの視点を整理し、1年間のアクションプランを作成した。なお、本研究の対象は玉昌会グループ全体とした。

3．結果

3－1　健診事業の現状と課題

（1）事業の経緯

医療法人玉昌会は、巡回型健康診断（以下巡回健診）事業の鰺坂クリニックをM&A（合併買収）し、2018年4月より法人傘下に加え事業を継続し運営している。旧鰺坂クリニックは、巡回健診事業に加え、産業医活動等を行う診療クリニックであった。玉昌会傘下に加わった後も、以前から行っていた事業を継続し、玉昌会鰺坂クリニックとして、スタッフが健診に使用する機材を持ち企業事業所を訪問し、各種検査を実施し、鹿児島県内全土だけでなく県外企業に対しても巡回健診を行っている。業務体制は巡回健診に行く健診実務スタッフと事務スタッフに大別されている。巡回健診受託顧客企業は、2018年以降、新規に獲得した健診受託先は少なく、契約解除の受託先もある。一方、健診単価は旧鰺坂クリニックから引き継いでおり、県内他医療機関と比較すると安価に設定されている。又、クリニックは自院で胃部検査設備を有しておらず、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診実施機関の設備基準を満たしていない。この生活習慣病予防健診は、全国健康保険協会（協会けんぽ）被保険者に実施する健診で、生活習慣病に加え、がん検診を兼ねた健診であり、健診単価上昇に寄与し、健診医療機関の収益改善に大きな影響がある。このような状況であるが、医療法人玉昌会では旧鰺坂クリニックが従来実施していた巡回健診・産業医活動を拡充し、法人で運営する加治木温泉病院、キラメキテラスヘルスケアホスピタルでも実施している健診に関してのデータも含めて、すべてのデータを玉昌会鰺坂クリニックに集約することを計画している。さらに、玉昌会鰺坂クリニックは、玉昌会グループの外部窓口としての役割をもち、巡回で対応する企業健診に加え、従業員の日々の健康管理や健

康経営の視点など企業を包括的にサポートする体制構築を目指している。

一方、法人傘下に加わった2018年からの3年間で巡回健診のべ受診者数は増加し、収益も増収となっているが、事業拡大を狙い医師・看護師のスタッフの増員が大きな要因となり、3期連続で営業収益がマイナスとなった。

（2）巡回事業の顧客分析

旧鰺坂クリニックの主要事業の巡回健診事業は、2019年度の顧客企業数は176社で、のべ健診実施件数は11,413件であった。企業ごとの健診件数が多かったものは、最多が1,372件、次いで883件、472 件、454件、406件の健診対応を行なった。図１に顧客分析のパレート図を示す。顧客総数176社中、上位36社、全体の20％の企業が全体の健診件数の78％（約80%）を占めていた。すなわち、20:80のパレートの法則に従っていたことが判明し、戦略計画策定にあたり、上位20％の企業に注目して、方向づけを行うべきことがわかった[8]。

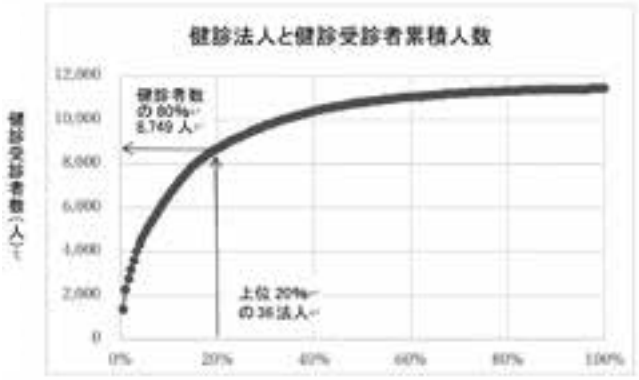

図１　巡回健診事業の顧客分析パレート図

（3）これまでの実績

玉昌会鰺坂クリニックとして活動した2018～2020年度までの健診実績数を表１に示す。旧高田病院の院内健診では年間2,000人前後の院内健診・人間ドックを実施し、玉昌会鰺坂クリニックでは巡回健診として10,000人を超える健診を行ってきた。高田病院は、2021年1月31日で閉院し、2月1日からは鹿児島市高麗町旧交通局跡地に開業した複合施設キラメキテラス内に移転し、キラメキテラスヘルスケアホスピタルに名称を変更し新たに開院した。院内健診・人間ドックなどの事業は、継続し行っている。

表１　健診部門過去３年間の実績

		2018年	2019年	2020年
院内健診 人間ドック	人間ドック	273人	262人	223人
	協会けんぽ	242人	310人	296人
	一般健診	1433人	1534人	1464人
	総数	1948人	2106人	1983人
巡回健診	件数	10998人	13013人	12640人

3－2　事業統合の検討

（1）統合のメリットの増強に向けて

医療法人玉昌会では玉昌会鰺坂クリニックだけでなく、運営する二つの病院でも健診を実施しており、スタッフや機器をより有効に活用できないかを以前から検討してきた。

現在、法人内で電子カルテシステムの刷新を計画し、玉昌会鰺坂クリニックに健診データを集約する方向性に関しても再検討を行なった。その結果、これまで玉昌会鰺坂クリニックで行ってきた巡回健診（企業および学童健診など）、産業医派遣、インフルエンザワクチン予防接種などの業務はすべてキラメキテラスヘルスケアホスピタルに集約できることが分かった。また、新電子カルテシステムでは、施設を超えて健診データを集約することが比較的容易にできることが判明した。加えて、スタッフの効率的な働き方など総合的に勘案し、玉昌会鰺坂クリニックを廃止し、キラメキテラスヘルスケアホスピタルに事業集約することが最も理にかなっていると判断した。

玉昌会鰺坂クリニックを廃止し、キラメキテラスヘルスケアホスピタルに事業統合で得られるメリットは、巡回健診でも生活習慣病予防健診が可能になる事である。従来、キラメキテラスヘルスケアホスピタルは生活習慣病予防健診（協会けんぽ）実施機関であり、巡回健診においても対応が可能になる。これにより、生活習慣病予防健診の実施件数が増加し医療法人玉昌会は増収となり、健診費用の約6割を協会けんぽから補助を受けることができるため、健診を委託する企業では健診に関する経費削減につながる。また、巡回健診を受けられなかった脱漏の企業従業員は、基本的には2つの病院に受診することにより、スムーズな形で院内での健診対応が可能となる。一方、玉昌会鰺坂クリニックを廃止した際のデメリットとしては、健診事業の方向性の転換に伴う混乱や、健診や産業医受託先企業への周知の必要性などが挙げられたが、いずれも事業集約で得られるメリットを超える懸念ではないと判断した。

（2）事業統合の方針

玉昌会鰺坂クリニックの経営改善を含めた健康増進事業の変革を目的に、大局的な視点から事業を見直した。玉昌会鰺坂クリニックは2021年5月末で廃止し、同年6月からキラメキテラスヘルスケアホスピタル内に、トータルウェルネスセンターを新たに設立し、図2に示す通り、旧玉昌会鰺坂クリニックの巡回健診事業・産業医事業と、キラメキテラスヘルスケアホスピタルの院内健診及び人間ドック事業を統合した。

さらに、現在行っている既存事業に加え、健康増進に関わる新規事業の創出を目指す方向とした。具体的には、企業従業員だけでなく地域の住民もターゲットとし、看護師・リハビリセラピストのような医療従事者による健康教室など、運動・栄養・社会活動など多面的に健康増進に関わり、事業拡大することを選択した。事業統合後、このような健康増進活動はキラメキテラスヘルスケアホスピタルの名称で行い、複合施設”キラメキテラス”から新しいコンセプトを発信していく方針とした。

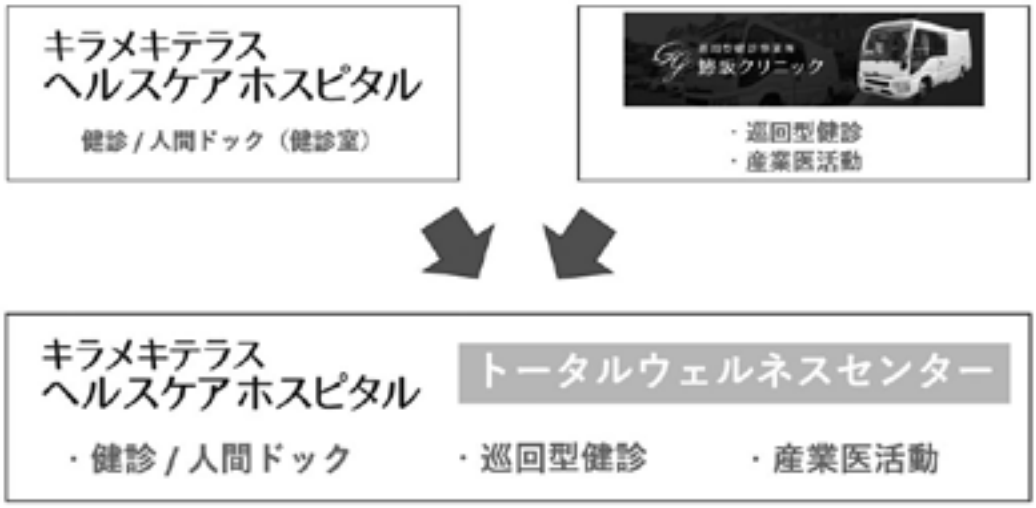

図 2　健康増進事業の統合イメージ

3-3 健診事業の戦略計画策定

（1）ミッション・ビジョンの検討

トータルウェルネスセンターのミッション・ビジョンの基盤となるものは、ウェルネスの実現である。ウェルネスは1961年、アメリカ人医師　Dr Dunnによって提唱された概念である。琉球大学の荒川によると、「身体の健康、精神の健康、環境の健康、社会的健康を基盤にして、豊かな人生をデザインしていく、自己実現」とウェルネスは定義されている[9) 10)]。

『ウェルネス』は、玉昌会グループが医療・介護・健診・子育て支援事業を展開するうえで、上位概念として位置づけているものである。

①JOYタウン構想～ウェルネスの原点である株式会社JOYの取組み

医療法人玉昌会では2015年に、地方創生に寄与するまちづくり計画として、日本版CCRC構想”JOYタウン構想”を計画した[11)]。

”JOYタウン構想“は、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」に基づき開催された日本版CCRC構想有識者会議の中で、「生涯活躍のまち」構想参考資料として取り上げられており、内閣官房・内閣府総合サイト地方創生のホームページ上から閲覧することができる[12)]。この「生涯活躍のまち」は、2016年度版厚生労働白書の中でも、「生涯活躍のまち」～日本版CCRC～として取り上げられており、地域の特性や実情に合わせた魅力あるまちづくりが期待されている[13)]。”JOYタウン構想“は、玉昌会グループが提案する日本版CCRC構想で、トータルヘルスケアの提供を通じて、ウェルネスな生き方の実現を目指す新しいまちづくり計画である。計画の骨子は、現在姶良市で運営している加治木温泉病院を分割移転させ、医療だけでなく予防・健康増進・運動・リラックス・学び・社会参加などを総合的に提供し、”ウェルネス“な生き方を実現するまちづくりプロジェクトである。この”JOYタウン構想“は、姶良市が目指す20年後のまちの将来像であるコンパクトシティ姶良の構築に協力するものである。加治木温泉病院の分割移転計画に先立ち、移転計画予定地に株式会社JOYがWellBe Clubを先行オープンさせ、ウェルネスを発信している。

株式会社JOYは、『Make Your JOY　あなたに会えてよかった・・・と喜んでいただけることが私たちの喜びです。私たちは、そんな出会いの場とサービスを提供することを最も大切な使命とこころえています。』を理念に掲げる玉昌会グループの関連会社である。具体的には、フィットネスジム・ヨガ・カフェ・スパ施設からなる複合フィットネスクラブWellBe Club、カルチャースクールPrischool COCO、病院売店・清掃部門などを運営している。“WellBe Club”では、【『私らしく、ここから』、ここから始まるWellness Life】をモットーに、ウェルネスを発信している。この言葉には、“人生の各ステージの人々が、自らの意思で選択できる喜び、明日に希望がもてる幸せ、健やかに歳を重ねることの豊かさ“など多くの願いと想いが込められている。株式会社JOYが発信するウェルネスを、グループで展開している事業との関係性を図示したものが、図3である。

図３　ウェルネスと玉昌会グループ事業との関係性

②ミッション・ビジョンの策定

玉昌会グループの理念を踏まえ、さらに、これまで株式会社JOYが取り組んできたウェルネス事業の方向性や玉昌会グループが行っている健康経営などを考慮して、トータルウェルネスセンターのミッションを検討した。

株式会社JOYが個人に向けて発信してきたウェルネスをさらに大きく捉え、社会に向けた新たなウェルネスとして提唱・発信する部署としてトータルウェルネスセンターを開設した。新設したトータルウェルネスセンターは、玉昌会グループが目指す社会のあり方を、健診や健康増進事業を通じて発信する部署であり、未来に向けた希望や願いを込めて、ミッションは「自分らしく輝き、すべての人がつながる明日へ」とした。さらに、未来の姿となるビジョンは、「集うすべての人が、いつまでも健やかに暮らし、生涯現役、生涯活躍することをサポートします。カラダ/ココロ/コミュニティ・・・・あらゆるシーンが前向きに彩られ、安心に包まれる貴方を一緒にみつけます。」とした（図4）。

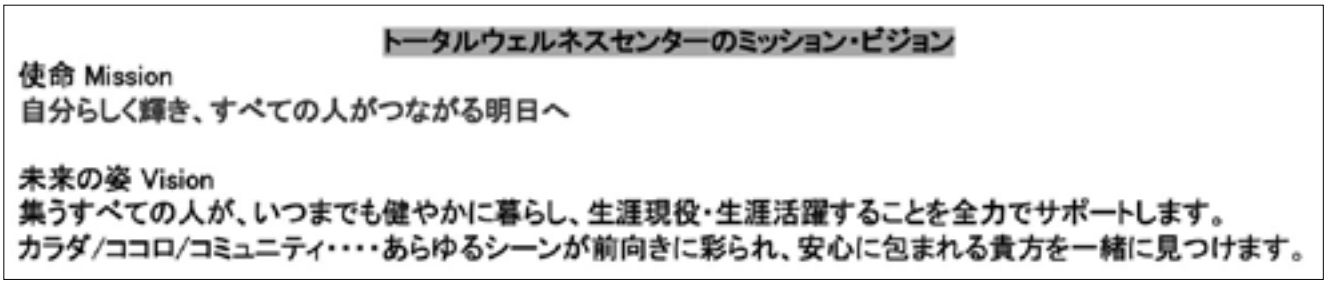

図4　トータルウェルネスセンターのミッション・ビジョン

玉昌会グループでは、トータルウェルネスの定義として、「身体的・精神的な健康を基盤として、予防、医療、生活支援サービス（介護）、仕事（就業）、学習（教育）、家庭（住まい）などの生活シーンにおいて自分らしく輝き、生きがいをもって生活できる社会」と定義した。そして、トータルウェルネスセンターは、あらゆる生活シーンでそれぞれの「自分らしさ」をサポートする役割をもつ。

③玉昌会グループのコンセプトと国の施策との整合性

玉昌会グループが提唱してきた「ヒューマンライフライン」、および、政府が提唱してきた「地域包括ケアシステム」、「地域共生社会」との関連性については、表2に整理し、[3) 11)]。トータルウェルネスは地域包括ケアシステムや、地域共生社会を包含し、自分ごとから家族・家庭まで、或いは学校・職場・地域などの小さなコミュニティまでをカバーする概念とした。さらに、トータルウェルネスが広く浸透し、コミュニティ同士がつながることで、最終的には自治体や市町村レベルでのつながりまで浸透、拡大し、すべての人が支え合えるネットワークが「ヒューマンライフライン」とした。中村はヒューマンライフラインを”地域包括ケアシステムを含む多くの世代が支え合う仕組み”とし、三つ役割を提唱している[14)]。①ヒューマンライフラインによる生活サポートメニュー、②ヒューマンライフラインによる地域コミュニティ（つながり）の再生、③プラットホームによる生活サポート産業の活性化を挙げている。

ヒューマンライフラインが機能し、これらの役割を果たすためには、社会を構成する人それぞれが、自分のトータルウェルネスを追求するところから始まる。つまりそれは、株式会社JOYがWellBe Clubから発信してきた、『自分らしく、ここから』に通じるものであると考える。

表2　トータルウェルネスとの対比

内容	地域包括ケアシステム	地域共生社会	トータルウェルネス	ヒューマンライフライン
対象世代	高齢者	全世代	全世代	全世代
対象地域	日常生活圏	日常生活圏	コミュニティ	市町村全域
予防	○	○	○	○
医療	○	○	○	○
介護 生活支援	○	○	○	○
Well－being	○	○	○	○
福祉	○	○	○	○
住い	○	○	○	○
教育	○	○	○	○
就業機会		○	○	○
生きがい			○	○
希望			○	○
夢			○	○
自分らしさ			○	○

このトータルウェルネスの「自分らしさ」を発揮するためのコンセプトを花びらにたとえ、トータルウェルネス事業のイメージ図として“8枚の花びら”図を創案した（図5参照）。図6は個人のコミュニティのような小さなトータルウェルネスが構築された後、それらが繋がり、大きなコミュニティを形成し、さらにはヒューマンライフラインへ繋がる社会のあり方をイメージ図で示したものである。

すなわち、トータルウェルネスセンターでは現在行っている健診・産業医活動などの未病予防分野や、医療介護サービスを通して、まずは地域や企業の方々に対し、様々な健康サービスを広げていく。その上で、集うすべての人が“自分らしく輝く”ために、学習・生きがいなどの面に関してもグループ関連企業等を通じて提供していく。最終的には、生活する人すべてが、それぞれのステージでいつまでも健やかに暮らせ社会を創ることを目指すこととした。

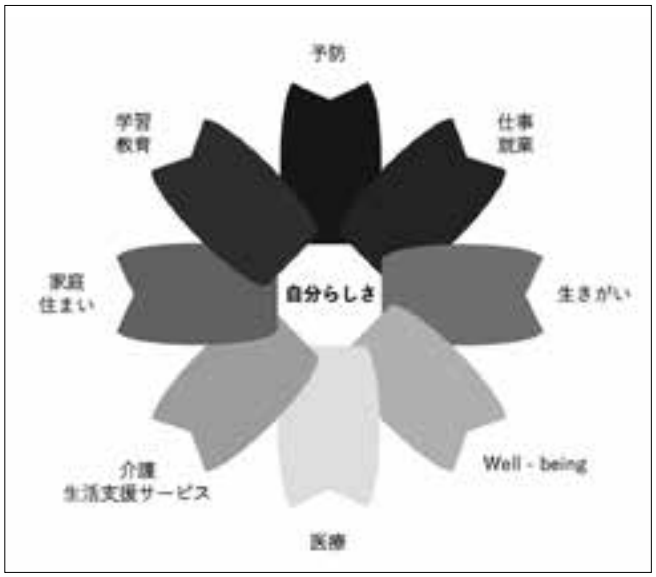

図5　トータルウェルネスのイメージ“8枚の花びら”

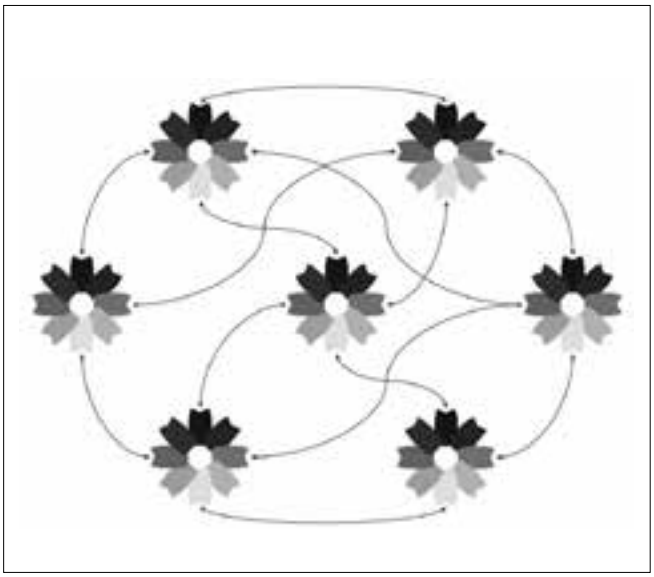

図6　トータルウェルネスとヒューマンライフラインの関係

（2）事業再生の方向づけ

健診事業統合で、これまでの独立した巡回健診を中心とする健診クリニックではなく、病院の一部門となり、人的・物的資源などを効率的に活用できるようになった。具体的には、以前から在籍している看護師に加え、リハビリセラピストや栄養士なども含めて、健康教室開催など病院スタッフ間同士で十分に連携できる体制を構築し、巡回健診事業や他の健康増進に関しても、“キラメキテラス”ブランドを活用し、積極的に外部に発信・アピールしていく方針である。

これらを踏まえ、事業再生にあたり、既存の事業を再検討した。現在展開している①巡回型健診事業、②人間ドッグ・健診事業、③産業医派遣事業だけでは、これ以上の成長はできないと考え、新たに④番目の事業を検討し、病院スタッフ間同士の連携が容易になることから、「個人向け総合健康サービス事業」を創造していく方針とした（図7参照）。

④番目の事業の、“個人向け総合健康サービス事業”を検討した理由は、トータルウェルネスセンターが社会に向けた新たなウェルネスを提唱・発信し、“個人向けの総合健康サービス”を拡充することで、家庭・地域・企業などコミュニティへのサービス提供も可能になる。と想定できるからである。この“個人向け総合健康サービス事業”は、他の現行サービス提供事業者では極めて困難であり、看護師・リハビリセラピスト・管理栄養士・介護福祉士などの多様な人材活用ができる、医療介護サービスを展開する医療法人だからこそ提供できるサービスである。

また、“個人向け総合健康サービス事業”では、既存の健診受託企業の従業員向けサービスに留まらず、従業員の家族も含め近隣高齢者もメインターゲットとして、総合的な生活支援健診・健康相談会などを展開していく予定である。その先の事業として、自費リハビリ、栄養教室など専門医療スタッフが個人をターゲットにした総合健康サービスを拡充していく計画がある。個人向けのサービスが展開できれば、これをパッケージとして、健診受託企業向けに展開することは十分可能である。年間のべ10,000人の企業健診を受託しており、将来的には、企業に対しパッケージ化した個人向けサービスを展開することを目指す。

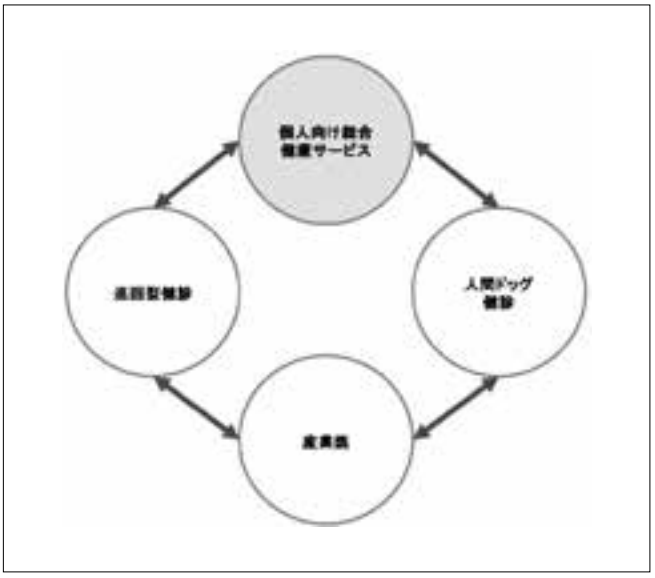

図7　トータルウェルネスセンターの事業

（3）SWOT分析

トータルウェルネスセンターの事業の方向性が定まり、現状を把握し、今後の具体的な事業計画を作成するためにSWOT分析を行なった。SWOT分析は、マーケティング戦略の立案と実行の中で用いられるフレームワークの一つである。事業の強み（Strength）、事業の弱み（Weakness）、市場機会（Opportunity）、脅威（Threat）の4項目に分類し、分析を行った。SWOT分析で挙げられた項目を表3に記載した。

トータルウェルネスセンターが持つ強みとしては、医療法人が持つ独立した健康増進部門であり、院内の他職種スタッフと連携し、チームで未病予防に対応することが可能である。健診受診者には無料でPHR（Personal Health Recorder）アプリを配布し、このPHRアプリを利用し、健診結果を時系列でご自身のスマートフォンで閲覧することが可能である。また、巡回健診の対応に小回りが利き、利用者の利便性向上に寄与できる。さらに、これまで玉昌会鰺坂クリニックの弱みだった、生活習慣病予防健診の実施は、キラメキテラスヘルスケアホスピタルでも巡回健診含め実施可能で、トータルウェルネスセンターの強

みになった。一方、弱みは、スタッフや機材を含め小規模であることや、メンタルヘルス領域への対応が手薄であることなどが挙げられる。

機会としては、健康経営など従業員の健康増進に積極的に取り組む企業が増えていることや、健診後のfollow upや産業医面談など、オンライン診療を有効に利用した対応が期待されている分野である。脅威としては、大手の巡回健診事業所と比較し、規模が数倍～数十倍の差があり、さらに近隣の医療機関がすでに健診や産業医として介入している例が多いことが挙げられる。

表3　トータルウェルネスセンターのSWOT分析

	強み　S	弱み　W
内部環境	✔ 法人内にある独立した巡回健診部門 ✔ チームで未病予防に関して対応が可能 ✔ 健診・産業医事業に特化 ✔ 利用者はCARADAアプリ（PHR）を無料で利用可能 ✔ 健診費用が安価で、企業の健診経費削減に寄与 ✔ 高い利便性 ✔ 医師・放射線技師・看護師など他職種が在籍 ✔ 巡回健診として広域の事業所に対応可能 ✔ 他健診機関では対応しない事業所にも対応可能 ✔ 胸部レントゲン車を保有 ✔ 生活習慣病予防健診が実施可能 ✔ 院内と人的交流が容易	✔ 小規模の巡回健診事業所 ✔ 健診単価が安価で、事業黒字化に多くの件数が必要 ✔ 1名の在籍医師 ✔ メンタルヘルス領域への対応が手薄 ✔ 常勤スタッフが多く、人件費増大 ✔ 胃部レントゲン車は未保有 ✔ 不十分な生活習慣病予防健診の対応 ✔ 不十分な健診結果に対するfollow upが不十分 ✔ 受託企業が市中心部から離れていること ✔ 受託企業の多くに小規模事業所が含まれていること ✔ 健診・産業医以外の事業が未展開 ✔ 新規受託企業の開拓が不十分
	機会　O	**脅威　T**
外部環境	✔ 健康経営など健康増進に関する企業の取り組みが増加 ✔ 健診後のfollow upなどオンライン診療で対応が可能 ✔ 企業に産業医派遣が可能 ✔ 産業医選任が必要な従業員50名以上の事業所は県内で約1,800存在	✔ 他健診機関3社と比較した数倍～数十倍の規模差 ✔ 近隣診療所や病院が、健診・産業医として委託されていること

（4）事業再生のバランスト・スコアカード

バランスト・スコアカード（Balanced Scorecard：以下BSC）は、ロバート・S・キャプラン、デビッド・P・ノートンによって1992年にアメリカで発表された概念で、事業実績を財務指標だけでなく、非財務指標を含めバランスよく総合的に評価する業績評価のフレームワークの一つである[15) 16)]。BSCを活用することで、経営戦略の着実な実行を支援するコミュニーケーションツールとなる。そこで、トータルウェルネスセンターの業務に関してBSCを作成した（表4参照）。トータルウェルネスセンターの業務を、①財務の視点、②顧客の視点、③業務プロセスの視点、④人材と変革の視点に分類し、それぞれに戦略目標・重要度成功要因・重要業績評価指標KPI・目標値を設定した。

事業経営は、安定した経営を行い、事業収益を黒字化することが最大の目標である。そのために、KPIとして売上高を定め、昨年度と比較し事業全体で1,000万円の増収を目標値として設定した。内訳は、巡回健診で350万、院内健診・人間ドックで150万、産業医活動で500万の増収を見込んでいる。健全な経営を行う上で、健診利用者の安定確保が重要である。利用者増加に繋げるためにも、顧客満足度の向上は必須で健診利用者の安定確保のために、のべ健診者数をKPIに設定し、巡回・院内健診・産業医受託先の年間新規獲得件数をそれぞれ500件・100件・10件と定めた。具体的には、巡回健診は、単価を一件あたり6,600円と仮定すると、前年比5%増として新規受診者数を500件獲得する。院内で行う健診・人間ドックに関しては、単価はバラつきがあるが最低10,000円と仮定し、前年比5%増の新規受診者数100件獲得。産業医事業として、県内約1,800箇所ある産業医選任が必要な従業員50名以上の事業所のうち0.5%にあたる10件の新規受託先獲得をそれぞれKPIに設定し、年間1,000万円の増収を目標とした。

また、顧客満足度向上のため、業務プロセスの見直しが不可欠で、情報共有化・業務効率化などのために業務マニュアルを作成し、それを活用することで事業全体へのクレーム件数ゼロにすることを目標とした。この目標の達成には、職員のスキル・モチベーションアップも非常に重要である。スキルアップとしては、医師会・看護協会等が主催するセミナー・勉強会等の外部研修への参加や、多職種で対応する地域への健康増進活動への参加などを想定している。モチベーションアップとして、法人・病院の理念や方向性を理解していただき、やりがいを持って働ける職場環境を整備していくこととした。そのため、定期的に職員満足度調査を行い、勤続意欲・組織制度・社会性などの各項目を数値化し客観的に評価していくこととした。

表4　トータルウェルネスセンターのバランスト･スコアカード

視点	戦略目標	重要成功要因（CFS）	重要業績評価指標（KPI）	目標値
財務	安定した経営	事業収益の黒字化	売上高 営業利益率	現状と比較し 1,000万増収
顧客	利用者数の安定確保 顧客満足度の向上	新規受託先の開拓 利用者満足度の向上 職員への理念・行動指針の浸透 部門の枠を超えた連携構築	のべ健診者数 産業医受託数 顧客満足度評価	新規獲得件数 巡回健診　500件 産業医　10社 院内健診　100件
業務プロセス	情報の共有化 業務効率化 営業プロセスの作成	業務マニュアルの作成	業務マニュアルの活用	クレーム件数ゼロ
		営業活動体制の構築	営業活動実施社数	50社アポイントメント取り
人材と変革	職員のモチベーション向上 定期的な学習と研修	職員満足度の改善	職員満足度評価	職員アンケート満足度向上
		外部研修などへの参加	特定保健指導本格導入	保健師・管理栄養士の 全職員が保健指導参加
		健康増進チームへの参加	地域等への派遣	年2回の地域イベント開催

（5）事業計画

①アクションプラン

トータルウェルネスセンターの事業は、既存の3つの事業に加え、新たなサービスとして個人向け総合健康サービスを検討した。事業拡大を考えると、この新規事業展開が非常に重要であるが、まずは既存の3事業について、具体的なスケジュールを検討し、「三方良し」の健全な経営を目指す。

具体的には、巡回健診/院内健診、人間ドック、産業医に関して営業活動を実施し、新規受託先獲得を目指す。これまでは、健診分野に関して積極的な営業活動は実施してこなかった。新規受託先獲得に向け、①営業先企業リストアップ、②企業へのアポイントメント取り、③企業へのプレゼンテーションの実施、④新規受託先獲得と４段階のフェーズを設け、それぞれに数値目標を設定した。最終的に獲得した新規受託先企業数は、BSCの目標値として設定した。詳細は表5に記載した。

表5　トータルウェルネスセンターのアクションプラン

		2021/8-9月	10-11月	12-1月	2-3月
		リストアップ	アポイント取り	プレゼン	新規受託件数
巡回健診	検討先	協会けんぽ受診勧奨業務リスト キラメキHP取引先企業 商工会周辺対応企業			
	目標件数	30-50社	20-30社	10-15社	巡回健診 のべ500件
	担当者	キラメキ・事務局	キラメキ・営業部隊	キラメキ	
院内健診 人間ドック	検討先	人間ドック実施施設登録			
	目標件数	10保険者	6保険者	4保険者	院内健診/人間ドック のべ100件
	担当者	キラメキ・事務局	キラメキ・営業部隊	キラメキ	
産業医	検討先	既存健診事業所（30名以上） 商工会関連			
	目標件数	30社	20社	10-15社	産業医 10社
	担当者	TWC・事務局	TWC・営業部隊	TWC	

キラメキテラスヘルスケアホスピタル：キラメキHP

トータルウェルネスセンター：TWC

②　個人向け健康サービスの試み

新規事業の個人向け健康サービスに向けて、第一弾は健康イベントを計画中である。このイベントは玉昌会グループウェルネスイベント“ココカラ健診”と命名し、体力測定、筋肉量・脂肪量などの体成分分析、認知機能評価、骨密度測定、栄養士による栄養教室、看護師による健康相談会をセットにした地域住民向けの健康イベントで、本年11月上旬に開催を予定している（表6参照）。

まずは地域住民向けの無料健康イベントとして開催するが、これがパッケージ化できれば、健診や産業医介入企業に対しても提供できると考えている。

表6　健康イベント　“ココカラ診断”（2021年11月開催予定）

ココカラ診断　2021/11上旬実施予定
体力測定(握力・上体起こし・長座体前屈・椅子から立ち上がりテスト・閉眼片脚立位)
体成分分析(Inbody使用)
認知機能評価(アプリ使用)
骨密度測定
栄養士による栄養教室
看護師による健康相談会

4．考察

医療法人玉昌会は、1957年に高田医院（有床診療所）を開設したことに始まり、1998年にヘルパーステーション甲東を開設し、医療に加え介護事業サービスの提供を開始した。2021年現在、医療法人玉昌会は創業63年を迎えたが、法人基本理念に掲げている”いつまでも健やかに”を具現化するために、医療介護を含めた生活支援サービスを提供してきた。この間、厚生労働省が目指す医療の方向性は、『治す医療』から『治し、支える医療』へと変化し、法整備も併せた医療介護の一体化改革が推進され、医療介護業界を取り巻く社会も変化してきた。

医療法人玉昌会でも、旧鰺坂クリニックを法人傘下に加え、未病予防の分野へさらに注力してきた。これまでWellBe Clubから個人に向けて発信してきたウェルネスを、社会に向けた新たなウェルネスの概念を発信する拠点として、キラメキテラスヘルスケアホスピタル内にトータルウェルネスセンターを設立した。キラメキテラスヘルスケアホスピタルがある、複合施設“キラメキテラス”は、医療法人玉昌会に加え、南国殖産株式会社、公益社団法人昭和会がコンソーシアムを形成し、『30年後の鹿児島への贈り物』をコンセプトに進めるまちづくり構想として誕生した“まち”である。トータルウェルネスセンターが目指す方向性、未来の社会のあり方を実現していく先に、玉昌会グループが提唱してきたヒューマンライフラインの構築に繋がっていく。

本研究の対象である玉昌会鰺坂クリニックは、2018年以降3期連続で営業収益がマイナスであり、今回の健診部門再編成を再出発と位置づけ、営業収益の黒字化を目標として掲げた。そのため、まずトータルウェルネスセンターのミッション・ビジョンを定め、方向性を明確にした。

SWOT分析を用いて、トータルウェルネスセンターの内部環境としての強み・弱みを把握し、外部環境としての機会や脅威を考え、トータルウェルネスセンターが置かれている状況に関して客観的に評価した。巡回健診事業としての規模は小さいという弱みがある一方、医療機関が持つ巡回健診部門であり、健康維持増進に関してチームで対応できることや、PHRアプリを無料で配布していること、低価格で利便性が高いサービスを提供できるなどの強みも併せ持つことがわかった。一方、外部環境としては、健康経営の普及など企業での健康維持増進活動が盛り上がってきているという社会の追い風が挙げられる。BSCでは、安定した経営などの戦略目標を立て、それぞれに数値化した目標を設定した。事業を継続する上で、トータルウェルネスセンターの利用者を安定的に確保し、事業収益を黒字化することが必要である。

そのために、新規受託先獲得に向けた営業活動に関してアクションプランを作成した。最終的な目標としては、昨年度比で1,000万円の増収を掲げた。同時に顧客満足度の向上や、業務の効率化・情報共有化などの業務プロセスの改善や、外部研修への参加などスタッフ自身のスキルアップ・モチベーションアップも同時に必要である。これは、新規健診受託・新規産業医受託に向け、法人理念や行動指針の共有を図り、徹底したサービスを提供することで顧客満足度上昇につなげていく、さらに業務効率化などの業務プロセスの改善や外部研修への参加など、職員の満足度上昇にもつながることで、さらに良い循環が生まれると考える。また、新規顧客獲得に向けた営業体制の構築や、業務効率化を目的とした情報の共有化や業務マニュアル策定などに関しても体制構築を目指している。

5．結語

医療法人玉昌会では、法人内での健診事業体制編成と共に、キラメキテラスヘルスケアホスピタル内に新設したトータルウェルネスセンターに関して事業の方向性や経営改善計画を検討した。さらに、2040年・2060年を見据え、医療法人玉昌会が社会に対し果たす役割を明確にすることができた。更にこの役割を果たすことで、トータルウェルネスな社会の構築、ひいてはヒューマンライフラインの浸透につながり、60年以上にわたり地域の健康を支えてきた玉昌会グループがさらに社会に貢献できると考える。

参考文献

1）厚生労働省　国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針
2）内閣府　経済財政運営と改革の基本方針2018
3）平川智士、増山泰英、山岡広宜他：ケーススタディ、ヒューマンライフラインへの架け橋－多世代交流施設構想における慢性期病院と急性期病院とのパートナーシップ－、医療福祉経営マーケティング研究　第14巻第1号、2019
4）経済産業省 ヘルスケア産業課、健康経営の推進について、2020年9月
5）原口友子、原有希、吉元史織他：加治木温泉病院における小児リハ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
6）鹿児島県　平成27年国勢調査結果（人口等基本集計結果：国勢調査における県人口の推移）
7）国立社会保障・人口問題研究所　日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）
8）リチャード・コッチ：人生を変える80対20の法則、TBSブリタニカ、1998年
9）荒川雅志：ウェルネスツーリズムーサードプレイスの旅、NPO法人日本スパ振興協会、2017年
10）木村靖夫：21世紀の健康学－ウェルネス・ライフのすすめ－、東洋書店、1999年
11）高田和美、高田昌実、窪田昌行他：地方創生と日本版CCRC・姶良JOYタウン構想、医療福祉経営マーケティング研究
第10巻第1号、2015
12）日本版CCRC構想有識者会議　『生涯活躍のまち』構想　参考資料
13）厚生労働省　厚生労働白書（平成28年版）
14）中村真之：地域包括ケアシステムを基盤とした地域共生社会をつくるための医療機能を中核とした未来都市モデル構想、理論と実践　No.34 P36-42、2019
15）高橋淑郎：医療経営のバランスト・スコアカード、生産性出版、2004年
16）馬場園明：介護福祉マーケティングと経営戦略、日本医療企画、2012年

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　57 - 74,　2021

チーム医療・九州一の回復期リハビリテーションを目指して
～玉昌会グループの取組み～

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

Aiming for team medical care and Kyushu's best convalescent rehabilitation
- Efforts of the GYOKUSHOUKAI Group -

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

1. はじめに

介護保険制度の創設から２１年が経過し、わが国における高齢化が加速する中で、医療、介護、予防、住い及び自立した日常生活の支援が包括的に提供される体制として、地域包括ケアシステムの構築が進められてきた[1),2)]。また、医療では、有限な医療資源の中で、急性期から回復期、慢性期、在宅医療や介護までの切れ目のない医療提供体制を構築するために、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の取組みが進められており、医療と介護の連携がますます重要になってきている[3),4)]。このような中、注目されているのがリハビリテーションであり、高齢者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションを利用できるように、医療保険で実施する急性期・回復期・慢性期のリハビリテーションから介護保険で実施する在宅における生活期リハビリテーションへ切れ目のないサービスを構築していくことが求められている[5)]。

玉昌会グループは、医療法人として鹿児島市と姶良市にそれぞれ病院があり、回復期病棟と地域包括ケア病棟、医療療養病棟のケアミックス病院キラメキテラスヘルスケアホスピタル（179床、2021.8末時現在）と回復期病棟と地域包括ケア病棟、地域一般病棟、医療療養病棟、および介護医療院を持つケアミックス病院の加治木温泉病院（350床）をもつ。それぞれ周辺に様々な介護事業を展開すると共に、社会福祉法人幸友会で保育園事業を行い、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し、我が国が目指している地域包括ケアシステム、地域共生社会の構築に寄与すると共に、独自のヒューマンライフラインの構築をめざすグループである[6)]。

医療法人玉昌会が有する２つの病院と介護事業所では、様々なニーズに応じたリハビリテーションを提供している。その中で、医療機関と在宅の接点の要といえる、回復期リハビリテーションについて現状を分析し、時代の変化に応じたニーズに対応するリハビリテーションを開発する意義は大きい。いま、リハビリテーションに求められる役割は、地域において、急性期、回復期、慢性期、生活期に沿ったシームレスなリハビリテーション提供体制の構築である。急性期や回復期は病院を中心として行い、生活期においては、介護保険での通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションが行われているが、患者、高齢者の視点に立った継続的、一体的なリハビリテーションが実施されているとは言い難い状況である。

玉昌会グループでは、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究を続けてきた[7)]。今年度、リハビリ

1）医療法人　玉昌会　加治木温泉病院
Medical Corporation　GYOKUSHOUKAI Kajikionnsen Hospital
〒899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田 4714
4174 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan
2）医療法人　玉昌会　キラメキテラスヘルスケアホスピタル
Medical Corporation　GYOKUSHOUKAI Kiramekiterasu Healthcare Hospital
3）医療法人　玉昌会
Medical Corporation　GYOKUSHOUKAI Takata Hospital
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

テーションをテーマとした理由は、前述のとおり近年高齢者ケアの中で、リハビリテーションの効果、重要性が高まっているからである。また、その際の研究のモチベーションを高めるために、法人の理事長から「リハビリテーションを通して『九州一』の回復期リハビリテーションを目指し、社会に貢献する」というコンセプトを提示された。本研究の目的は、２つの病院の回復期リハビリテーションの現状を把握し、国内の先進的な医療機関の回復期リハビリテーションを調査研究することで、『九州一』のリハビリテーションとは何かを見える化し、法人の強みを生かした回復期リハビリテーションのあり方を明らかにすることである。

2. 方法

チーム医療会議メンバーは、昨年度と同じようにセラピスト（PT/OT/ST）を中心に選出され、表1に示すとおり、二つの病院および在宅事業部、法人本部から6人ずつ選出された。これらのメンバーで、今年度のチーム医療のテーマである「社会に貢献する『九州一』のリハビリテーション」を目指す特性要因を探し出していく。まず、回復期リハビリテーションを取り巻く外的条件について、PEST分析を活用し[8),9)]、チームメンバーそれぞれが考察し、その内容について協議した。

次に全国で先進的な回復期リハビリテーションに取り組んでいるといわれる医療機関をWebサイト、文献等で調査し、表2に示す35病院をリストアップした。そしてこれら35の病院の具体的な内容調査について、メンバー12人に割りあて、最終的に31の病院のデータおよび特性が整理できた。これらの31の病院の回復期リハビリテーションの特性を俯瞰し、どの病院が法人の二つの病院のベンチ―マークとなるかを検討し、選択した結果、8つの病院が選出され、評価の高かった順番を表３に示す。これら8つの病院をベンチマークとし2つの病院のあるべき理想像としてのビジョンを策定した。次に２つの病院の内部の強み、弱み、外部環境の機会と脅威をSWOT分析としてまとめ、あるべき理想像と強さを総合的に判断した。最後にそれぞれの病院の強みを生かした九州一の回復期リハビリテーションを目指す際の戦略的思考方法として、ブルーオーシャン戦略のERRCグリッドと戦略キャンバスを用いた[10),11)]。以上の調査手順の流れを図1に示す。

表１　チーム編成（スタート時）

キラメキテラスヘルスケアホスピタル	加治木温泉病院
平川智士（PT） 五十峯かずみ（PT） 鎌田克也（PT） 山本陽生（PT） 下薗康志（PT） 菊池博之（事務職）	原口友子（ST） 増山泰英（PT） 有川瑛人（ST） 川原翔太（放射線技師） 春田千幸（OT） 大迫尚仁（PT）

表2　調査対象の回復期リハビリテーションを持つ病院

番号	都道府県	病院
1	北海道	札幌渓仁会リハビリテーション病院
2	岩手県	いわてリハビリテーションセンター
3	茨城県	筑波記念病院
4	埼玉県	霞ヶ関南病院
5	千葉県	船橋市立リハビリテーション病院
6		東京湾岸リハビリテーション病院
7		八千代リハビリテーション病院
8	東京都	初台リハビリテーション病院
9	石川県	やわたメディカルセンター
10		恵寿総合病院
11		城北病院
12	山梨県	山梨リハビリテーション病院
13	静岡県	浜松市リハビリテーション病院
14		リハビリテーション中伊豆温泉病院
15	愛知県	鵜飼リハビリテーション病院
16		藤田保健衛生大学病院

17	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
18	京都府	京都大原記念病院
19	大阪府	森ノ宮病院
20		千里リハビリテーション病院
21	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院
22	鳥取県	錦海リハビリテーション病院
23	広島県	西広島リハビリテーション病院
24	山口県	周南リハビリテーション病院
25	愛媛県	HITO病院
26	高知県	近森リハビリテーション病院
27	福岡県	小倉リハビリテーション病院
28		福岡みらい病院
29		福岡桜十字病院
30	長崎県	長崎リハビリテーション病院
31	熊本県	熊本機能病院
32		熊本リハビリテーション病院
33	大分県	湯布院病院
34	沖縄県	大浜第一病院
35		沖縄リハビリテーション病院

表3　2つの病院のベンチマークとした先進的な病院

番号	都道府県	病院
1	三重県	藤田医科大学　七栗記念病院
2	東京都	初台リハビリテーション病院
3	千葉県	東京湾岸リハビリテーション病院
4	愛知県	鵜飼リハビリテーション病院
5	愛媛県	HITO病院
6	石川県	やわたメディカルセンター
7	石川県	恵寿総合病院
8	熊本県	熊本リハビリテーション病院

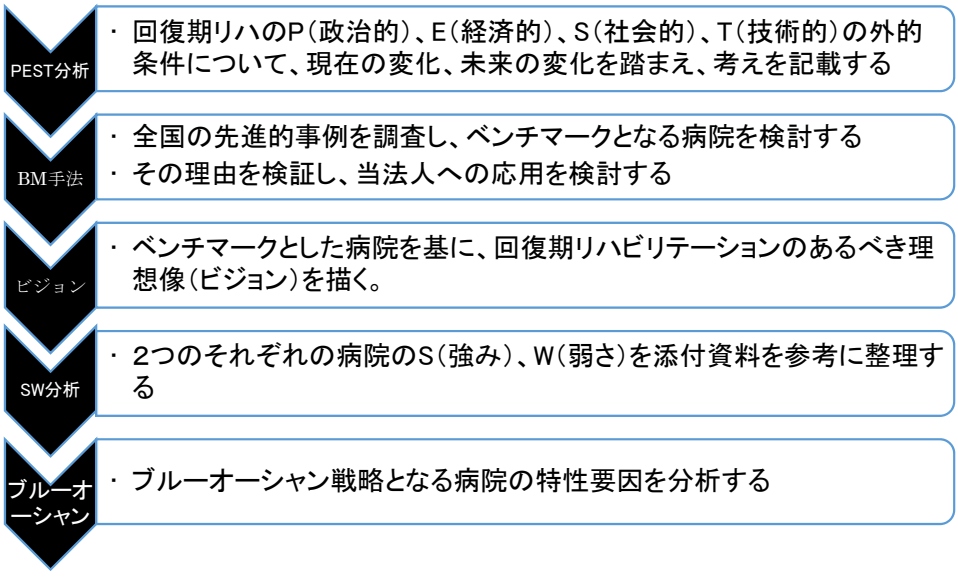

図1　調査分析の手順

3. ブルーオーシャン戦略

ブルーオーシャン戦略とは、独自の新市場（ブルーオーシャン）を切り拓き、競争自体を無意味なものにする戦略である[10),11)]。既存の市場で競合同士が、過当競争を繰り広げる血の海（レッドオーシャン）に対して、競争の存在しない戦略を「ブルーオーシャン戦略」と呼んでいる。表4にレッドオーシャン戦略とブルーオーシャン戦略の違いを示す。

表4　レッドオーシャン戦略とブルーオーシャン戦略

	レッドオーシャン戦略	ブルーオーシャン戦略
戦略イメージ	競争で赤い血で染まっている	競争のない穏やかな海
対象市場	競合他社があふれる既存の市場	競争のない新しい市場、まだ存在していない市場
市場のとらえ方	市場は固定的⇒奪い合い	市場は可変的⇒新市場の創造
収益を得る方法	競合他社を打ち負かすことで既存の需要を勝ち取る	顧客に新しい価値を提供することで、新しい需要を掘り起こす
価値基準	他社と同じ価値基準	独自の価値基準
価値とコストの考え方	価値とコストの間にトレードオフの関係が生まれる	提供する価値を高めながら、コストを下げることが可能（＝バリューイノベーション）
採用する戦略	差別化または低コスト化	差別化と低コスト化の両立

（1）ブルーオーシャン戦略の基本的概念

ブルーオーシャン戦略では、「コストを引き下げると同時に顧客にとっての価値を向上させる」バリューイノベーションを考える。コスト低下と価値向上という一見矛盾とも思えるこの２つを同時に実現することがポイントで、ブルーオーシャン戦略の土台といえる概念である。バリューイノベーションのイメージを図2に示す。コスト低減と価値向上をいかに同時に行うかがポイントである。同業各社の戦略を分析すると、一般的には同じポイントに力をいれることが多くある。そうすれば、競争はますます激しくなっていく。そこであえて同業他社が力をいれている要素に力をいれずに（その分、余計なコストを抑えられる）、他社が重要視していないポイントに力をいれる（価値を向上させる）ことによって競争を避ける。これがバリューイノベーションのコンセプトである。

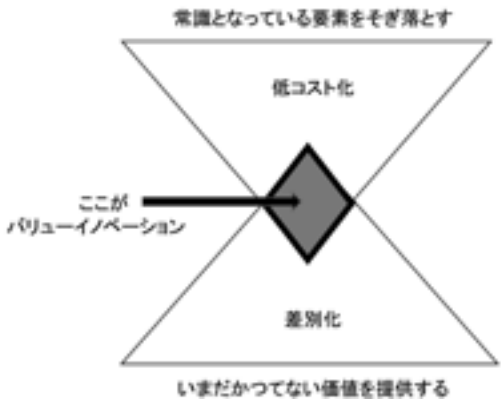

図2　バリューイノベーションのイメージ図

（2）　ERRCグリッドと戦略キャンバス

ブルーオーシャン戦略ではバリューイノベーションを検討・実現するために、４つのアクションというツールを使う。これは、その頭文字をとってERRCグリッドと呼ばれている。すなわち、具体的には次の4つの問いからなる。

1．Eliminate（取り除く）：業界常識として製品やサービスに備わっている要素のうち、**取り除くべき**ものは何か

2．Reduce（減らす）：業界標準と比べて思いきり**減らすべき**要素は何か

3．Raise（増やす）:業界標準と比べて大胆に**増やすべき**要素は何か

4．Create（付け加える）：業界でこれまで提供されていない、今後付け加える要素は何か

ここで重要なことは、低コスト化だけでも、差別化だけでも不十分ということで、両方を一緒に実現した商品をサービスにしなければ新しい市場は開拓できないことである。図3に、我が国で整備が遅れている自立型高齢者住宅の場合のERRCグリッドの例を示す。

Eliminate　取り除く	Raise 増やす
・夜勤宿直体制 ・入居一時金	・介護予防プログラム ・趣味文化プログラム
Reduce　減らす	Create 付け加える
・利用料金 ・居室面積	・医療機関の経営 ・円滑な介護施設への移行

〈低コスト化〉　　〈新しい価値創造＝差別化〉

図3　自立型高齢者住宅のERRCグリッドの例

ERRCグリッド分析をもとに新しい価値を提供すると共に低コスト化できる要因を分析するに当り、現行の特性要因との差別化を図るために、ブルーオーシャン戦略のフレームワーク「戦略キャンパス」を活用した。参考例として、自立型高齢者住宅について高級有料老人ホームと低価格の高齢者健康ホームの戦略キャンバスを図4に示す。

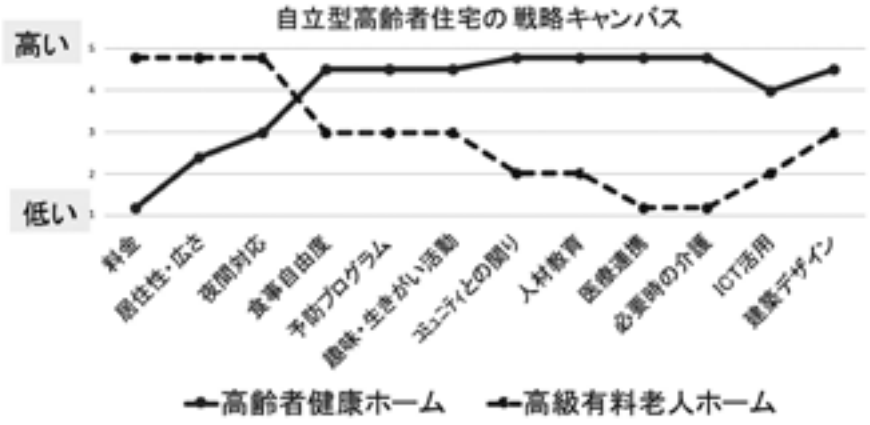

図4　自立型高齢者住宅の戦略キャンバス

4. 結果

（1）　キラメキテラスヘルスケアホスピタル

①　PEST分析：回復期リハビリテーションの外的条件の整理

新しいコンセプトの戦略を構想していく中で、法人内の環境と外部環境を常に考えておく必要がある。そのために内部環境・外部環境を分析するためのフレームワークとしてPEST分析を用いた。PESTとは、マクロな変動要因である政治（Politics）、経済（Economics）、社会（Society）、技術（Technology）の頭文字をとったもので、外的環境の変動要因が法人の医療・介護事業にどのような影響を与えるかを体系的に把握することができる。表5にキラメキテラスヘルスケアホスピタルのPEST分析を示す[8]。

政治的要因として、診療報酬、介護報酬改定があり、2024年のダブル改定では大きな変革が予測されている。経済的要因としては、医療費や介護費用等社会保障費の増大、患者負担の増大等がある。社会的要因としては、超高齢化、少子化、人口減少がある。2021年9月に発表された直近のデータによれば、高齢者数が3640万人、高齢化率29.1％で、国際的には2位のイタリアの高齢化率が23.6％と比較して我が国は6％程度高く、国際的にも我が国の高齢化はずば抜けて高いことがわかる。技術的には、DX（デジタルトランスフォーメーション）が注目され、医療、介護の分野でも生産性を高めることが提唱され、ICT技術の活用は大きな課題となってきている。

表5　PEST分析（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

PEST	内容
P　政治的	■社会保障制度維持による増税（消費税 10%） ■ 2022 年診療報酬制度改定（2025 年問題・2040 年問題） ■ 2021 年介護報酬制度改定（口腔･栄養･機能訓練･活動･参加） ■ 2024 年の診療報酬・介護報酬のダブル改定
E　経済的	■医療保険や介護保険等の社会保障費の増大・負担増 ■経済成長率２%前後で推移し、長期経済停滞 ■グローバル化 ■緩和的な金融政策
S　社会的	■少子高齢化社会の加速化 ■若年労働人口の減少による医療スタッフ不足 ■地方人口減少 ■地域包括ケアシステムの推進 ■地域共生社会の推進 ■新型コロナウィルス流行 ■環境破壊の進展 ■ SDG ｓへの関心増加 ■ライフスタイルの変化 ■リモートワークの浸透
T　技術的	■ DX ～ IT・ICT・AI 技術の進歩 ■5G ■リハビリテーションロボット機器の技術進歩 ■無人運転技術

②　ベンチマーク分析

どのような回復期リハビリテーションを目指し、いままでにない戦略を立て、九州一を目指していくのか、その方向づけを行うにあたり、全国で注目されベンチマークとなる回復期リハビリテーション病棟をもつ病院をWebサイト、学術研究を中心に調査した。前述のとおり表2に示す35の病院をベンチマークとしそれらについて、チームメンバーで分担して調査分析し、整理表を作成した。その結果、キラメキテラスヘルスケアホスピタルが「九州一」を目指していく上で、特に参考になる病院を抽出した。参考にした4つの病院の主な特色を表6に示す。

表6　ベンチマークとなる病院（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

	ベンチマークとなる病院名	所在地	主な特色
1	七栗記念病院	三重県	・FIT プログラム（Full-time integrated treatment）提供 ・週 7 日最大限の訓練時間確保 ・Triangle-pairs 制（必ず主担当が休みであっても副担当が担当することで提供するリハビリを統一） ・訓練時間外での病棟訓練で運動量確保
2	鵜飼リハビリテーション病院	愛知県	・院内資格制度 ・教育制度
3	HITO 病院	愛媛県	・iPhone の業務用 SNS を用いて、グループ内施設で介助方法を動画で共有し、視覚的に誰が見ても同一の関わりができるような取組 ・リハビリ取組み動画公開
4	福岡桜十字病院	福岡県	・病院ホームページにおけるリハビリ部門の訴求力が秀逸、リハビリ部門情報へのアクセスが円滑

③　あるべき理想像～ビジョンの検討

次にキラメキテラスホスピタルの将来の理想像と、現在の強み・弱みが整理した。すなわち回復期リハビリテーションのあるべき理想像と現在の「強み・弱み」を比較検討すれば、「九州一の回復期リハビリテーション」を目指すための課題が、見えてくると考えたからである。

このような思考技術は、実行計画を立案するに当たって、「バックキャステング」という経営手法を参考にしたものである[2),12)]。「バックキャステング」とは、ある未来の理想像という目標を設定し、そこから現在すべきことを考える方法である。未来の理想像と現在の強み、弱みが整理できれば、理想像とのギャップを把握でき、そのギャップを解決していく方法を考えていく中で、今後何を優先して行うべきかを考え、実行計画を策定することができる。「バックキャステング」のイメージを図5に示す。

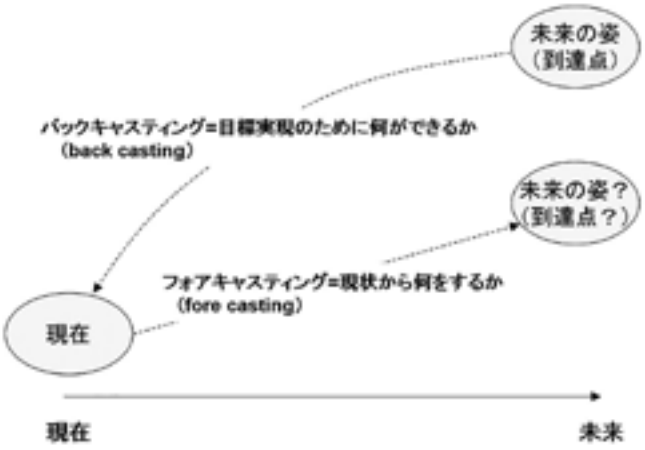

図5　バックキャスティングのイメージ図

先進的な取組みを行う全国の回復期リハビリテーションの調査結果から、その内容についてチームメンバーでブレーンストーミングを繰り返し、キラメキテラスヘルスケアホスピタルが目指す理想像を検討した。その結果、①人材育成、②技術の向上、③機器の導入・活用、④先端リハ、⑤病床規模、⑥入院実績、⑦疾病構造、⑧クリニカルパス、⑨QOLの向上、⑩顧客満足度の向上、⑪カンファレンスの改善の11点についてまとめた内容を表7に示す。

表7　キラメキテラスホスピタルが目指す理想像

項目	回復期リハビリテーションのあるべき理想像
人材：セラピスト、専門医等	■リハビリテーション専門医の充実 ■セラピストの充実・質向上 ■健康運動指導士などの人材配置 ■回復期病棟へ理解のある看護師・介護福祉士の配置 ■回復期セラピストマネージャー配置 ■回復期リハビリテーション看護師配置
技術：リハ実施単、FIM 重症度改善改善率	■ FIM 利得の向上 ■実施単位数８単位以上
機器の導入・活用	■最先端機器の導入、歩行アシスト機器は最優先
先端リハ	■最先端機器ではなく、システマティックな取り組みで対応
病床規模	■鹿児島市内は１０００床程度あり、現在の計画規模（51 床）でも十二分。
入院実績：在院日数、在宅復帰率	■自宅退院の割合が少なく、施設退院の割合が多いが、重度患者や家庭環境に問題のある患者層が多く、在宅復帰扱いになる施設へなんとか復帰させて在宅復帰率を維持。いまきいれ総合病院との連携による整形疾患患者の増加委に伴う在宅復帰率は向上見込。
疾病構造	■リハビリ収益としては脳血管疾患が多いほど良いが、重度患者が多いとアウトカムを満たすのが困難。現状、いまきいれ総合病院の整形疾患の患者が増え、1 単位当たりの点数は減少傾向であるが、稼働に伴い収入的には増収。当院は元々、重度の脳血管疾患患者や透析患者の紹介が多く FIM が向上しにくい患者層をもつ。整形疾患の受け入れを増やしてアウトカムを維持できる体制を整えられるのが理想。
クリニカルパス 入退院計画	■脳血管・整形疾患ともにクリニカルパスに準じて対応 ■患者様の状態に合わせた早期退院
QOL の向上	■ 1 人 1 人の個別性に合わせた QOL の向上
顧客満足度の向上	■満足度調査の電子化 ■余暇時間も含めた満足度の向上
カンファレンス改善	■ペーパレス化⇒大画面を使用して多職種で情報共有

④　SWOT分析

キラメキテラスヘルスケアホスピタルのSWOT分析の結果を表8に示す。強みとしての内部要因は、セラピストの充実配置、義肢装具士の院内配置、先端リハビリ機器（CoCoroe）の導入、新病院になっての病棟完結型リハビリスペース（ゼロ病棟動線）、透析の入院患者が多いこと、鹿児島大学病院との連携、連絡通路で接続されている高度急性期病院のいまきいれ総合病院との連携、さらに今年10月に導入を予定している新電子カルテシステムの活用があげられた。一方、内部環境の弱みとしては、回復期認定看護師の不在、看護師・ケアワーカーの教育体制と病棟訓練協力体制の不十分さ、セラピストによるリハビリ時間外の離床システム、栄養・口腔機能向上体制の不十分さ、およびICTの活用について、動画活用および情報提供体制、データ収集と活用、ホームページ訴求力の不足があげられた。

表8　SWOT分析（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

	S強み	W弱み
内部環境	➢ 鹿児島大学病院と連携（リハ科教授回診/研究/学会発表） ➢ 先端リハビリ機器導入(CoCoroe) ➢ いまきいれ総合病院と連携 ➢ セラピスト充実配置 ➢ 病棟完結型リハビリスペース・リハテラス・屋上テラス ➢ 義肢装具士院内配置 ➢ 新電子カルテシステム導入 ➢ 透析患者入院が多い	➢ 回復期認定看護師不在(理解不足) ➢ Ns・Cw教育体制不十分 ➢ 病棟訓練協力システム不十分 ➢ リハビリ時間外離床システム不十分 ➢ ホームページ訴求力不足 ➢ 栄養・口腔機能向上体制不十分 ➢ 動画情報提供体制不十分 ➢ データ収集と活用不十分
	O機会	T脅威
外部環境	➢ 急性期病院の在院日数短縮 ➢ 高度急性期病院と連絡通路接続 ➢ コロナ禍オンラインシステム浸透 ➢ 運動量増加機器加算新設 ➢ 地域包括ケアシステムと健康寿命延伸への推進	➢ 回復期病棟乱立(市内1000床) ➢ いまきいれ総合病院回復期50床新設 ➢ コロナ禍家族面会・指導環境崩壊

⑤　ブルーオーシャン戦略～ERRCグリッドと戦略キャンバス

マネジメントの父、ピーター・ドラッカー博士は経営戦略策定において「強みを生かす」ことの重要性を指摘している[13)]。キラメキテラスホスピタルの強みを生かし、あるべき理想像を検討し、優先順位を検討していく上で、ERRCグリッドを作成した（表9参照）。この結果、「取り除くもの」として、臥床時間、プラットフォーム上訓練、「減らすもの」として、リハビリ提供までの移動時間/待ち時間、書類業務時間、過剰といわれる介助量、「増やすもの」として、リハビリ提供量、リハ職種以外のリハビリ提供量、自主訓練時間、患者との接触時間、患者の楽しむ時間、そして、「付け加えるもの」として、リハビリ効果動画提供、教育部門の設立と院内資格制度、義肢装具手帳の作成　とした。

表9　ERRCグリッド（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

ERRCグリット	
取り除く(E)	付け加える(R)
➢ 臥床時間 ➢ プラットホーム上訓練	➢ リハビリ効果動画提供 ➢ 教育部門設立,院内資格制度 ➢ 義肢装具士装具手帳作成
減らす(R)	増やす(C)
➢ リハビリ提供までの移動時間/待ち時間 ➢ 書類業務時間 ➢ 介助量(過介助)	➢ リハビリ提供量 ➢ リハ職種以外との活動量 ➢ 自主訓練時間 ➢ 患者様への接触時間 ➢ 患者様の楽しみ時間

ERRCグリッド分析を基に、戦略的に強化していく特性要因を現在のものと比較して、重要な特性要因を検討し戦略キャンパスを作成した（図6参照）。この結果、増やしていく要因として、患者満足度、リハビリ提供量、看護師等によるリハビリの提供、自主訓練時間、院内ライセンス制度、関連施設とのシームレス化をあげられた。一方、減らす要因として、書類業務時間、臥床時間・ベッド上訓練となった。

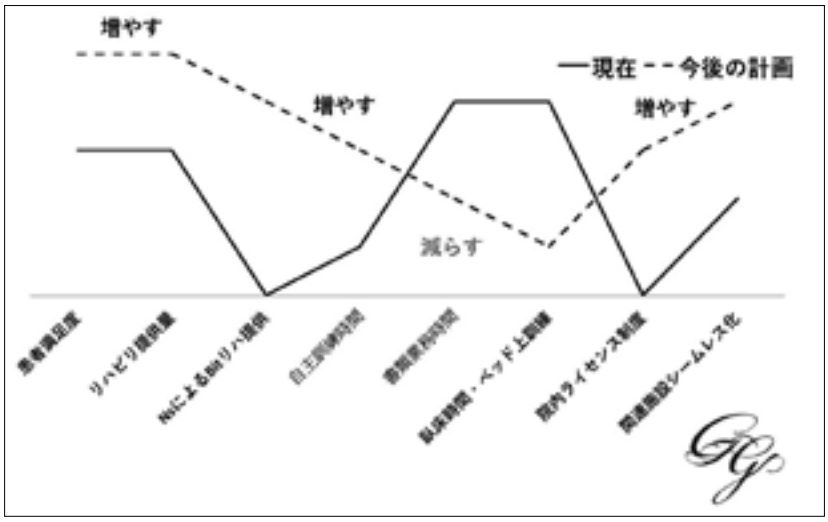

図6　戦略キャンバス（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

⑥　キラメキテラスヘルスケアホスピタルの九州一を目指す特性要因と実行計画

これまでのSWOT分析およびERRCグリッド分析、戦略キャンバスから、主要な検討課題として次の3点が明らかになった。すなわち、①リハビリ提供量の最大化・入院中の活動量の最大化、②動画提供でリハビリテーション効果の見える化（スマートデバイス、データ蓄積等）、③生産性の向上のためにリハビリ最大化による診療報酬増加、患者満足度向上による病床稼働率の増加である。（表参照）これら３つの課題は、患者の「早く自宅へ帰りたい」、「もっとリハビリが出来たらいいのに」、「自宅での介助が不安」、「セラピストにとってやり方が違う」、「今のリハビリ進捗状況を知りたい」等の患者の要望に応え、患者満足度を最大限向上することにつながる。そのために、リハビリ提供量の九州一を目指す仕組みとして「フルタイム・サステナブルリハプログラム」（仮称）という最大限のリハビリテーションシステムを構築し、持続可能な生活サポートを目指すプログラムを提供していく方針を立てた。そのイメージを図7に示す。

図7　フルタイム･サステナブルリハプログラムのイメージ図

最期に、このテーマを達成していくために、これからの挑戦していくべき４つの課題をまとめた。

1　リハビリ提供システム

セラピストによる専門リハビリ以外に看護師・ケアワーカー等による生活リハビリ・活動を組み合わせて、いかにして24時間リハビリプログラムが提供できるかの体制を構築する。また、先端リハビリの機器提供時間量を増加すると共に、余暇時間の楽しみ方を検討していく。さらに退院後、自分でリハビリに取り組めるよう自主訓練プログラムも退院後をふまえ提供していく。

2　教育指導システム

リハビリテーションを体系的に提供し、看護師、ケアワーカーの教育を充実していくために、院内資格制度を含めた教育システムの構築と、教育部門を設立していく

3　DXシステム

新しい電子カルテシステムの導入と共に、とくに動画体制を検討していく。具体的にはリハビリ効果の動画提供、先端リハの動画等リアルタイムの動画を提供し、これらをクラウドに保存しオンデマンドで見られるようにする。蓄積されたデータベースを活用してAI解析にも活用していきたい。

4　連携システム

連絡通路でつながっている急性期病院のいまきいれ総合病院との連携を強化すると共に、心大血管リハ、装具外来開設等について、鹿児島大学病院との連携を強化していく。さらに、他の急性期病院、在宅事業部との連携も強化していく。その際、新しい電子カルテシステム、デジタル技術をフルに活用していきたい。また、市内全域に義肢装具管理体制システムも確立していきたい。表10に実行計画工程表を示す。

表10　実行計画(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

検討課題	1年以内	3年以内	3年以上
■リハビリ提供システム	➢ リハ提供システム検討 ➢ 先端リハビリ機器提供量増加 ➢ リハ時間以外活動検討	➢ Bitリハビリ提供体制構築 ➢ 自主訓練システム構築 ➢ 余暇時間楽しみ提供	➢ システムモデルスタンダード化、ブランド化
■教育指導システム	➢ Key Man Ns,Cw配置 ➢ セラマネ増員配置 ➢ 回復期病棟勉強会開催 ➢ 院内資格システム検討 ➢ 教育システム検討	➢ 回復期認定看護師配置 ➢ 院内資格システム確立 ➢ 教育部門設立	➢ PT,OT協会長輩出 ➢ 保健師育成学校と連携
■DX体制構築 動画提供システム ホームページ	➢ 新電カルシステム移行 ➢ 動画提供体制検討 ➢ ホームページ見直し ➢ キャッチコピー考案	➢ リハ効果動画提供 ➢ 先端リハ動画,音声データ蓄積 ➢ データ解析部門設立 ➢ 情報発信体制構築	➢ リアルタイムリハビリ動画提供 ➢ 蓄積データベースAI解析活用
■連携体制	➢ 鹿児島大学病院と連携深化(心リハ装具外来開設等) ➢ いまきいれ総合病院と連携深化 ➢ 他急性期病院と連携強化 ➢ 在宅事業部と連携深化	➢ 心リハ指導士取得 ➢ 循環器Dr招聘 ➢ いまきれ総合病院リハ室と連携(自動車運転再開支援,装具作成依頼動画提供) ➢ 義肢装具士連携体制 ➢ 他急性期病院へシステム浸透 ➢ 院内循環システム構築	➢ 電カルシステム連携 ➢ オンラインカンファレンス開催 ➢ 市内全域装具管理体制システム確立(装具手帳) ➢ 心リハ施設基準取得 ➢ 広域支援センター化

（2）加治木温泉病院

①　PEST分析

加治木温泉病院のPEST分析を表11に示す。政治的な要因として、コロナウィルス感染拡大を受けて遠隔医療の推進、地域包括ケアシステムの構築と健康寿命の延伸があげられている。経済的には、医療・介護・年金も含めて社会保障費の拡大への対応があり、社会的な要因として、加治木温泉病院のある姶良市の要介護認定率が15.9％と県内、国と比較しても低いことがあげあれた。技術的な要因としては、ICTの導入・活用、とくにロボットによりリハビリテーションがあげられた。

表11　PEST分析（加治木温泉病院）

②　ベンチマーク分析

加治木温泉病院が九州一を目指す中で、調査した全国の病院から参考となる病院が7つリストアップされ、7つの病院の特色を表12にまとめた。この中で恵寿総合病院は、玉昌会グループが、いまリプレイス進行中のSSI電子カルテが導入されており、そのシステムでは1患者1IDを実現しており参考になった。余暇時間をフル活用した七栗記念病院、教育担当者が院内全体の教育を管理するシステムを構築している初台リハビリテーション病院は、教育システムの構築で参考になった。

表12　加治木温泉病院がベンチマークとした病院の主な特色

	ベンチマークとなる病院名	所在地	主な特色
1	七栗記念病院	三重県	余暇時間（5 時間）の有効活用（FIT リハ） Triangle-pair（3 人 1 組）の最小単位チーム構成
2	初台リハビリテーション病院	東京都	リハビリテーションのブランディング（知名度） 教育担当者が院内全体の教育を管理 美味しい食事・各階備え付けのパントリー最後の仕上げをして食事を提供する
3	東京湾岸リハビリテーション病院	東京都	再診のエビデンスに基づくリハを推進 独自のリハビリテーションデータベースを構築 研究実績（HP、学会発表（国内外）、論文を公表）
4	鵜飼リハビリテーション病院	愛知県	独自の院内資格制度（ユニフォームに分かりやす表示）
5	HITO 病院	愛媛県	電カルシステムとデバイス活用、排尿自立支援に IOT 利用
6	恵寿総合病院	石川県	今後リプレイス予定の SSI 電子カルテが導入されており、1 患者 1ID を実現している

③　あるべき理想像～ビジョンの検討

加治木温泉病院の回復期リハビリテーションのあるべき理想像として、①人材の育成と活用、②ICT技術の活用、③先端リハビリテーション、④在宅連携、⑤QOLの向上、⑥患者満足度の向上、⑦HP他広報の7点について具体的に策定した。その結果を表13に示す。

表13　加治木温泉病院のあるべき理想像

項目	主な特色
人材の育成と活用	回復期の役割を理解している人材 チーム担当制の導入 専門性が高いスキルを持ったスタッフ在籍
ICT の活用	業務効率が上がる電子カルテシステム IoT によるバイタルチェック・排泄支援 連携室の ICT 化により連携強化（QR コード･Google フォーム利用）
先端リハビリテーション	ウェアラブルデバイスを日常的に活用したリハ 動画利用システムで成果の『見える化』・患者動機づけ・満足度向上
在宅連携	入院時からのケアマネ連携 入院中からのサービス情報提供、退院前の通所リハ・訪問リハの指示 ICT（オンライン・動画）を利用した在宅部門との連携 （施設も患者も安心して退院できる）
QOL の向上	病棟生活全体がリハビリに繋がる体制 （セラピストによる介入＋病棟スタッフとの協働） リハ９単位以外の時間を楽しく有効に過ごす （動画利用の自主訓練・院内デイ）
顧客満足度の向上	退院時の満足度調査を改善に活かしている 満足度の高い料理提供（パントリー設置、美味しい嚥下食） 患者・家族にとって信頼できるリハビリテーションが提供される環境 （設備、ケア、リハ計画や進捗を動画で説明など）
HP 他、広報	SNS 活用（プラットフォームを HP だけでなく） 業界への最も手早い PR　⇒研究実績（学会発表、論文）

④　SWOT分析

加治木温泉病院のSWOT分析の結果を表14に示す。加治木温泉病院の強みとして、内部要因は、多様な専門性を持つスタッフ、回復期に特化した高いスキル、豊富な人材育成リソース、病院機能評価リハ付加機能取得（3回更新）、関連に在宅施設がある事がリストアップされ、内部環境の弱みとしては、回復期に特化した認定資格保持者の不足、不十分な退院支援、回復期病棟のIT化の遅れ、重症患者に対応できるスタッフ不足に整理できた。さらに、外部環境の機会としては、地域に少ない透析患者向けリハ病院、JOYタウン構想による病院の移転計画であり、外部環境の脅威としては、地域に多い回復期リハ病棟病床であり、今後の地域医療構想における規制等の懸念に整理できた。

表14　SWOT分析（加治木温泉病院）

強み（内部要因）	弱み（内部要因）
◆ **多様な専門性を持つスタッフ**（義肢装具士3名・がんリハ・腎臓リハ・摂食嚥下認定・高次脳認定、他） ◆ **回復期に特化したスキルアップ**（セラピストマネジャー取得、等） ◆ **豊富な人材育成リソース**（修士課程修了者3名、鹿児島大学の教授 非常勤） ◆ 病院機能評価**リハ付加機能取得（3回更新）** ◆ 関連施設にある多様な在宅施設	◆ **回復期に特化した認定保持者不足（看護部含）** ◆ **退院支援が不十分**（54床にMSW1名） ◆ **不十分な動画による患者・家族説明** ◆ 確立出来ていない回復期病棟IT化に関する情報収集体制 ◆ 重症患者の多さに対して病棟スタッフ不足
機会（外部環境）	**脅威（外部環境）**
◆ 地域における**透析患者向けリハ**病院が少なさ ◆ 病院の移転予定（新規の顧客獲得の機会拡大） ◆ 他の病院と比べ**大学との連携のしやすさ** ◆ リハ業務にiPhone端末の活用(**セラピスト1人に1台のiPhone**)→国内有数	◆ 全国的にも回復期リハ病棟病床が多い地区 ◆ 紹介入院中心（安定しない紹介数）

⑤　ブルーオーシャン戦略～ERRCグリッドと戦略キャンバス

ブルーオーシャン戦略を検討していく上で、加治木温泉病院のERRCグリッドを作成した。（表15参照）。この結果、「取り除くもの」はなかった。「減らすもの」として、①カンファレンス、②回診、③マット上リハビリとした。「増やすもの」として、①スタッフの動画共有、②患者・家族との動画共有があり、「付け加えるもの」として、①院内ライセンス制度（eラーニング式）、②関連施設とのシームレス化（動画共有）を行う方針が策定された。

ERRCグリッドを基本にして、加治木温泉病院が目指す九州一の回復期リハビリテーションにおいて、戦略的に強化していく特性要因を現在の状況と比較して戦略キャンバスを作成した（図8参照）。この中で、増加していく特性として、患者満足度、スタッフ間動画共有、患者・家族動画共有、院内ライセンス制度、関連施設とのシームレス化を選択し、減らす特性要因として、読み合わせ中心のカンファレンス、回診、マット訓練とする方針を策定した。図8に加治木温泉病院の戦略キャンバスを示す。

表15　ERRCグリッド（加治木温泉病院）

取り除く　Eliminate	増やす　Raise
◆ **なし** （最高水準の医療を提供する上で、取り除くべきと考えられるものはない）	◆ **スタッフ間の動画共有** ◆ **患者・家族との動画共有**
減らす　Reduce	**付け加える　Create**
◆ **カンファレンス（見直し）** ・他職種報告のスタイルを捨てる ・ニーズに焦点を絞る ◆ **回診（見直し）** ・単なる報告会になってないか？ ・目的・意義を再考 ◆ **マット上リハビリ（見直し）**	◆ **院内ライセンス制度（e-ラーニング式）** ◆ **関連施設とのシームレス化（動画共有）**

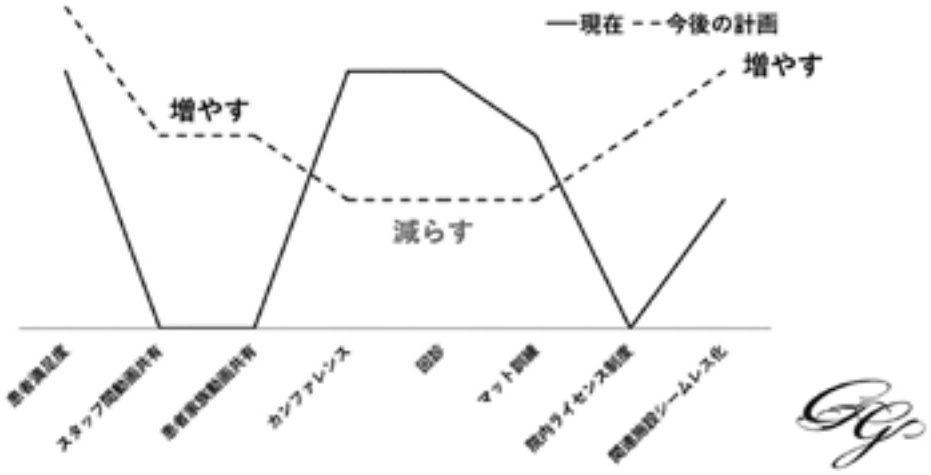

図8　加治木温泉病院の戦略キャンバス

⑥加治木温泉病院の九州一を目指す特性要因と実行計画

これらの分析結果を総合的に検討し、九州一の戦略方針として、「動画ベースの思考へ転換」というコンセプトが生まれた。具体的には、目標の共有・達成度、リハビリの成果、スタッフ教育（院内ライセンス制度）、退院先とのシームレス化のために動画撮影・共有・配信にリソースを強力に投入することである。そうすれば、入院中から退院までを動画で追跡し、退院しても一人ひとりの患者が加治木温泉病院と生涯つながる顧客となることになる。万一再入院や自宅で自主訓練プログラムの再教育が実現できることになる。

以上のような一連の検討プロセスを経て、加治木温泉病院が九州一を目指す主要課題として①患者満足度向上のための成果の「見える化」、②動画共有により24時間を生活再建に利用、③地域の医療・介護施設との連携のICT化、の３つにまとめられた。その実行計画を表16に示す。

表16　実行計画（加治木温泉病院）

取組むべき課題	時間軸			経営資源軸		
	半年以内	1年以内	2年目	人	モノ	資金
患者満足度向上（動画で「見える化」）	動画撮影のルール作成（内容・時期・説明）	動画活用の試験的運用・ルールの見直し	説明力の標準化	説明が出来る人材教育	撮影機器（デバイス）の固定機器	固定機器購入費
動画共有により24時間を生活再建に利用	共有方法を決める	運用開始	継続	リハ・看/介護スタッフ	撮影デバイス・モニター	新電カルシステム利用
地域の医療・介護施設との連携のICT化	動画・情報の共有方法を決める	法人内の連携方法の協議	法人外の医療・介護施設との協議	電カルシステムを理解したスタッフ	撮影デバイス・モニター、	新電カルシステム利用

5．考察

それぞれの病院チームで九州一の回復期リハビリテーションを目指す提案内容をまとめ、理事長、理事、担当部長およびチーム医療メンバーにプレゼンテーションを行い、内容について評価した。評価内容項目として、斬新性、市場性、成長性、収益性、患者の視点、在宅への連続性、DXの活用、社会貢献の8項目とし、「非常に良い」を5点とした五段階評価を行った。

メンバー全員の評価結果を表17、18に示す。

キラメキテラスヘルスケアホスピタルの計画については、成長性の評価（平均）が4.0と一番高く、次がDXの活用で3.9、3番目が斬新性で3.8であった。一方、評価（平均）が低かったのが、患者の視点が3.0、在宅への連続性が3.2であった。全体の平均（平均）は3.6であった。キラメキテラスホスピタルについての具体的な評価コメントとして、「病院が新しくなり、電子カルテも新しくなる事で、これから患者へ提供できるサービスが格段に上がることを期待できる内容であった。九州一のリハビリテーションを目指す上で、SWOT分析やERRCグリッドの手法を用いて課題が明確になった。その中で、リハビリテーションの「九州一」となるために、リハビリ提供量と入院中の活動量を最大化し、生産性と効率化を図るフルタイム・サステナブルリハ：FSリハプログラムを構築し、最大限のリハビリテーション提供で持続可能な生活をサポートするコンセプトはよく考えられていた。」、「セラピスト側が患者を考えた時にすごく良い関わり方である。「九州一」を目指す視点としては自称と口コミがあると考えるが、両面から「九州一」と言えるものを目指すにはどうかと考える。最終的なゴールが「社会生活」だと考えると、在宅などにもつなげやすいのではと考える。教育、院内資格、ホームページ等の広告方法刷新など、必ず対応が必要な課題を上げていた。」、「24時間のリハビリについて具体的に検討していく必要がある。さらに九州一を目指していく上で、リハビリの具体的な目標を明確にしていくと良い。」という意見があった。

一方、加治木温泉病院の計画については、成長性、患者の視点、DXの活用が3.9と一番評価が高かった。評価が低かったのが、斬新性が3.0、市場性が3.3であった。全体の平均（平均）は3.6であった。２つの病院の8つの項目の評価（平均）の比較表を図9に示す。加治木温泉病院については、「全体的に患者の事を一番に考えた質の高いプレゼンだったと思う。患者満足度向上のための成果の“見える化”を具体化するために動画撮影、共有、配信をしっかり継続できる体制を構築してほしい。特にERRCグリッドの減らす（Reduce）のところであげられていたカンファレンス、回診について見直しが必要になっていたが、これはリハビリ部門だけでなく、病院全体の業務改善につながるので、ぜひ取り組んでほしい。」、「現状を打破する。打破したいという意思を感じた。カンファとか既存のやり方に対してより患者思いのプレゼンだと感じた。また動画共有だけではちょっと弱いので“生活復帰”をゴールとして、患者目線で他の特徴を見つけられたら、なお“九州一”に近づくと思う。キラメキHPスタッフが、より具体的な案を提案しており。お互いが組み合わせて、“概念＋具体策”を作り、最終ゴールである“退院後生活”にどう繋げるか、その中で入院中の24時間をいかに濃くするか、法人内段位制度など“総力戦”を目指すことが重要である」、「安定したサービスが提案されているが、DXをより具体的に考えてほしい」という意見があった。

今回の研究では、科学的介護が提唱されリハビリテーションが重要視されてきた中で、玉昌会グループのもつリハビリテーション機能に注目し、2つの病院のもつ回復期リハビリテーションを中心に現状、課題、これからの計画を、「九州一の回復期リハビリテーションを目指す」というテーマで、全国の回復期リハビリテーションの調査から目指すべき理想像を描き、自院の強み、弱みを分析し、現状と理想像との差異（ギャップ）をうめていく試みは、有効な手法であったと考える。今後は、セラピストだけでなく、医師、看護師、介護職等全体を巻き込んで、２つの病院の新しい未来像（ビジョン）を構築していきたいと考える。

表17　計画についての評価（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

	斬新性	市場性	成長性	収益性	患者の視点	在宅連続性	DXの活用	社会貢献	平均
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2.0
2	4	3	4	3	4	3	4	3	3.5
3	4	4	4	4	3	3	4	4	3.8
4	4	4	4	3	3	3	4	3	3.5
5	4	4	5	5	3	5	4	3	4.1
6	3	4	5	3	2	4	5	5	3.9
7	3	4	3	4	3	3	3	4	3.4
8	4	3	4	3	3	3	3	4	3.4
9	4	4	4	4	4	3	3	4	3.8
10	4	4	4	5	3	4	5	4	4.1
11	5	4	5	4	4	4	5	5	4.5
12	4	3	4	4	3	3	4	3	3.5
13	3	4	4	4	4	4	4	3	3.8
14	4	4	4	3	2	2	4	3	3.3
15	4	4	4	3	1.5	1.5	4	3	3.1
16	4	4	4	3	3	3	4	3	3.5
平均	3.8	3.7	4.0	3.6	3.0	3.2	3.9	3.5	3.6

表18　計画についての評価（加治木温泉病院）

	斬新性	市場性	成長性	収益性	患者の視点	在宅連続性	DXの活用	社会貢献	平均
1	3	4	4	3	4	4	4	4	3.8
2	3	3	4	3	4	4	4	3	3.5
3	3	4	4	3	4	4	4	4	3.8
4	3	3	4	4	3	4	4	4	3.6
5	3	3	5	4	5	4	5	4	4.1
6	3	4	4	3	3	4	5	5	3.9
7	3	4	3	4	3	4	3	4	3.5
8	3	2	4	2	4	3	3	4	3.1
9	3	3	4	3	4	4	3	4	3.5
10	4	3	4	5	4	4	4	4	4.0
11	4	4	5	4	5	4	4	4	4.3
12	3	4	4	4	5	4	4	4	4.0
13	2	3	3	3	4	3	4	3	3.1
14	2	2	3	2	4	4	4	3	3.0
15	3	3	4	4	3	2	3	3	3.1
16	3	3	4	4	4	4	4	3	3.6
平均	3.0	3.3	3.9	3.4	3.9	3.8	3.9	3.8	3.6

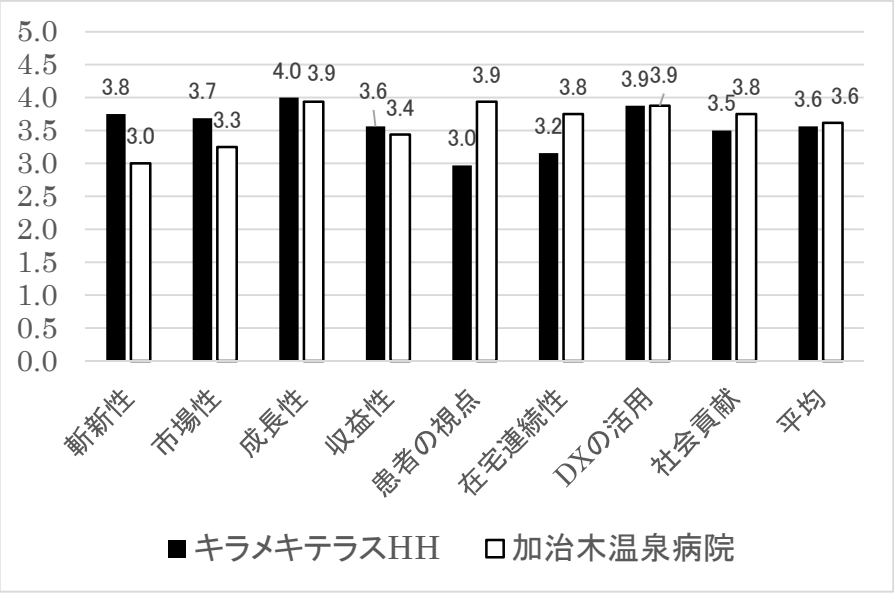

図9　2つの病院の評価比較図

6．結語～今後の展望

我が国は今後もさらに高齢化が進行し、新たな地域包括ケアシステムの整備目標とされている2040年には、高齢化率が35％を超えていくと推計されている[2)]。その時までに、これまで構築してきた地域の医療介護資源を有効かつ効率的に活用し、生産性を高めていくことはまさにわが国の重要課題となっている。その中で、介護予防の促進、重度化予防を充実していくことで健康寿命を延伸していくことが、増大する医療介護需要に対応していく有効な戦略的思考かと考える。そのとき、急性期病院に入院した患者を回復期リハビリテーション病院で受け、適切、効果的なリハビリテーションを行い、一日も早く在宅へ復帰される仕組みの充実はたいへん重要である。

本研究では、玉昌会グループがもつ2つの病院の地域性と特色、および今まで培ってきた知識と技術を棚卸し、「九州一の回復期リハビリテーション」を目指す実行計画づくりをチーム医療の体制で実施してきた。今後はデジタル技術をさらに活用していく必要があり、AI、Ｉｏｔ等新しいデジタル技術を組み合わせて医療介護のＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）を進めていきたいと考える。

さらに、今後の展望としては、回復期リハビリテーションでADLが改善された患者をいかに在宅での生活に復帰させ、ADLを維持し自立した生活が継続して送れるようにするために在宅でのリハビリテーションとも連携、関連付けて研究し、地域包括ケアシステム、地域共生社会、さらには、玉昌会グループが独自で構築したヒューマンライフラインの実現に注力し[6]、地域社会へ貢献していきたいと考える。

参考文献

1）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
2）地域包括ケア研究会、2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム－「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会、2019年3月
3）木下栄作、厚生労働省医政局地域医療計画課、地域医療構想について、平成27年8月
4）武藤正樹、2005年へのカウントダウン、医学通信社、2016年8月
5）厚生労働省老健局老人保健課、介護保険事業（支援）計画における 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引、令和2年8月
6）平川智士、増山泰英、原口友子他：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と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号第1号、2019年10月
7）髙田昌実、窪田昌行、原口友子他：チーム医療～ウィ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－、医療福祉経営マーケティング研究第15号第1号、2020年10月
8）永田豊志、知的生産力が劇的に高まる最強フレームワーク100、ソフトバンククリエイティブ、2008年12月
9）グルービス、嶋田毅、図解　基本フレームワーク50、ダイヤモンド社、2015年11月
10）W・チャン・キム、レネ・モボルニュ、新版ブルーオーシャン戦略、ダイヤモンド社、2015年9月
11）馬場園明、介護福祉マーケティングと経営戦略、日本医療企画、2012年8月
12）石田秀輝、古川柳蔵、「バックキャスト思考」で行こう！持続可能なビジネスと暮らしを創る技術、ワニブックス、2020年11月
13）P.F.ドラッカー、【エッセンシャル版】マネジメント－基本と原則、ダイヤモンド社、2001年12月

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

令和２年度

第 11 回　医療福祉経営マーケティング研究会学術集会

抄 録 集

ウイズコロナ時代の医療と介護

▼日時：2021 年 3 月 13 日（土） 14：00～

▼会場：オンライン開催（ZOOM）

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

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。次演者は、前演者の発表開始前までには ZOOM ミーティングに参加してください。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 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、ご自身でご準備ください。発表に使用される電子ファイルは、事前に事務局にお送りください

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16巻　第1号　75 - 91，2021

特別講演　（14：00～15:00）　座長：齋藤　貴生（田川市病院事業管理者（元）

コロナ緊急事態宣言の医業収入への影響

演　者　　岡本　悦司　　福知山公立大学

教育講演　（15:00~16:00）　座長：山﨑　哲男（医療福祉経営マーケティング研究会）

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

▶　休　憩　　１６：００～１６：１０

▶　一般口頭発表　　１６：１０～１７：２０

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

●特別講演

コロナ緊急事態宣言の医業収入への影響

岡本　悦司（福知山公立大学地域経営学部医療福祉経営学科）

【新型コロナ流行に対する緊急事態宣言】

2020 年に入って出現した新型コロナはまたたく間に世界を席巻し，わが国でも 3 月 13 日特別措置法が制定された。同法に基づいて初の緊急事態宣言が 4 月 7 日に 7 都府県に発令され，16 日には全国に拡大された。幸い流行の第一波は収束し，5 月 14〜21 日にかけて順次解除された。

緊急事態宣言下では，外出自粛が要請されたが，医療機関への通院等は自粛対象ではなかった。それでも受診自粛により医療機関も減収等の影響を被った。しかしながら，医療機関の種類や規模によって，影響に違っていたのか，あるいは違いはなかったか，のか？は医療関係者にとっても興味深い疑問であろう。

医療機関は診療報酬をレセプトによって暦月単位で請求しており，その件数，日数そして金額は「医療費の動向調査」という統計調査として月単位で公表される。新型コロナはその後再発し，緊急事態宣言も再度発令されたが，2020 年 4〜5 月とその前後の医療費データが公表されたので，第一回緊急事態宣言とその前後の医業収入の増減を分析した。

【医療費の動向調査】

「医療費の動向調査」は厚生労働省保険局調査課が，支払基金や国保連からの報告を集計して公表するもので，わが国の医療費の動向を最も迅速に把握できる情報源である。本稿執筆時点では 2020 年 9 月診療分まで公表されているので分析対象とした。

この調査の特徴は，実数値ではなく全て対前年同月比の伸び率(%)でのみ提供されている点である。元となる数値がわからないため，たとえば「4 月は 3%増，5 月は 2 %減」と記載されていても，それは 4 月は前年の 4 月に比べて 3%増，という意味であって，3 月から 4 月にかけて 3%増えたわけではない。そこで，分析手法としては，5 月なら 5 月の医療費を 2014,15,16,17,18,19 そして 20 年の変動をみるしかなかった。また，これはテクニカルな問題であるが，e-stat という政府統計サイトは Excel か csv 形式で提供されるのが通常であるのに，医療費の動向調査は「データベース(DB)」形式でしか提供されていない点である。

【分析手法】

本分析では，医療機関一施設当たりの額を「休日補正」した医療費の伸び率を分析対象とした。分析次元としては，病院では経営主体別並びに病床規模別，診療所や薬局では主たる診療科ごとに行った。対象期間は 2014 年 4 月〜2020 年 9 月の暦月診療分である。この間の暦月別の医療費の増減をヒートマップで表示した。これにより前年同月比で医療費の増えた月は赤く，低下した月は青く表示される。

【分析結果】

病院の経営主体別では，大学病院，公的病院では緊急事態宣言前後で医業収入は減少せずむしろ前年同月比で増加していた。とりわけ個人立病院は，緊急事態宣言前後で医療費は急増していた。病床規模による影響はあまりなく，50〜200 床の中規模病院ではほとんど影響はなかった。ただ，50 床未満の小規模病院と 300 床以上の大規模病院では緊急事態宣言後の 5 月に減少がみられた。

診療所は，緊急事態宣言の影響は診療科によって大きく異なっていた。最も打撃を被ったのは小児科で次いで耳鼻科であり，とくに小児科は 5 月では医業収入がほぼ半減していた。内科，外科，整形も減少したが，その程度は軽微であった。逆に緊急事態宣言で大きく医業収入を増やした「勝ち組」が歯科診療所と保険薬局であった。歯科診療所の施設当たり収入は 2014→20 年にかけて年々着実に減少してきたにもかかわらず緊急事態宣言の 4〜5 月だけは前年より大きく収入を伸ばし，宣言が解除されると元の低落傾向に戻った。保険薬局でも似た傾向がみられた。

【結論】

緊急事態宣言の 2 か月間の「異常」な医療費の動きを，経営主体，病床規模そして診療科別に分析した結果，影響が一律ではないことが明らかとなった。これら違いの原因を精査することが次なる課題といえる。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

●教育講演

ウイズコロナ時代の医療と介護のニーズ

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）

【新型コロナウイルスの感染拡大】

現在，世界を震撼させている新型コロナウイルスは，日本では 20 年 1 月 15 日に国内初の症例が確認された．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.安倍晋三首相は 20 年 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，患者数は 6 月以降減少傾向になったものの，7 月から 8 月にかけて第 2 波が起こった．さらに，11 月の初めからの第 3 波に移行し，20，30 歳台に加え，40 歳以上の感染者も増え，重症者が増加した．政府は 1 月 8 日から東京都と神奈川，埼玉，千葉の 4 都県について緊急事態宣言を発令，14 日に栃木，愛知，岐阜，大阪，兵庫，京都，福岡などを加えて計 11 都府県に拡大した．

【新型コロナ患者時代の入院での対応】

新型コロナによる医療崩壊を防ぐ対策について考えてみよう．まず，中等症・重症化の患者を救うためには，中等症・重症化患者を受け入れる病院の集中化を図るしかないと思われる．専門的な感染症管理や呼吸管理ができる多くのスタッフが必要であるからである．そのような病院では，欧米の急性期病床なみのスタッフを用意し，高い給与も必要であろう．また，これらの病院で新型コロナに感染した中等症・重症化患者医療スタッフを養成していくべきであろう．さらに，軽症者，無症状者も，高齢者や基礎疾患のある患者には，入院の手当が必要である．病状の急変に対応せざるをえないからである．それらの患者を受け入れる際も，空いた病床を新型コロナの患者を受け入れる病院が増えるように，十分利益が出るような診療報酬を保証することを提案したい．

【新型コロナ患者時代の外来での対応】

今後は，軽度な感染症やアレルギー性疾患で受診していた患者は，病院や診療所への通院を控えて処方箋なしで購入できるOTC医薬品を使用したり，子供に発熱があっても自宅で様子をみたりするケースが増えるかもしれない．こうした軽症の陰に重症の疾病が隠れている可能性もないではないが，患者に積極的な医療機関の受診を促すほどではなく，患者の判断に任せられる．そうした中で注目されているのが，オンライン診療である．オンライン診療は，パソコンやスマートフォンを使って非対面の診療を受けられるようにするものである．今回，新型コロナの感染拡大で医師や看護師と接触せず，診療を受けたいというニーズが高まっている．オンライン診療のニーズが少ないと思われていた都市部で新しいニーズが生まれたのである．そして，オンライン診療は，調剤薬局の在り方にも影響を与える可能性がある．薬さえ入手できれば，調剤薬局には行きたくないと考えている人は少なくない．インターネットや電話，FAX による処方箋の提出や薬剤の宅配という便利さを好む人は調剤薬局に新しい機能を求めるだろうし，ドラッグストア併設の調剤薬局で買い物のついでに薬剤を取りに行くといったこともさらに増え，かかりつけ薬局の増加にもつながるであろう.IT システムのもと，かかりつけ医がネットワーク化され，患者情報が一元化されれば，患者側のメリットも大きい．さらに，在宅医療にオンライン診療を統合する可能性も期待できる．例えば，看護師が患者の自宅にパソコンやスマートフォンを持参し，医師のオンライン診療を手伝うようになれば，患者を 24 時間，モニターできるようになり，自宅が病室に近い状況になることもある．在宅医療にオンライン診療を統合することで，在宅医療の質と効率が飛躍的に高くなる可能性が高い．

【新型コロナ時代の医療・介護経営への対応】

さて，新型コロナに関しては医療でも介護でも，来てくれる患者・顧客が減少するということによって経営は悪化する．しかし，新型コロナは，医療には不可逆的に患者数を減少させていく可能性がある．その対策としては，オンライン診療や在宅医療を行っていくことが求められる．一方，介護の方は需要が高くなるために，今後，需要が減少していく可能性は低い．感染対策をきちんと行っていくこととサービスの質と効率を改善することが，経営改善につながるであろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

▶一般口頭発表Ａ　　１６：１０～１６：４０

医療政策　座長：馬場園　明（九州大学）

１．認知症高齢者の長期入院の医療費に影響を与える要因に関する研究

○李　雲飛　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
Aziz　Jamal（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
藤田 貴子　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
劉 寧　（産業医科大学医学部）
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）

２．How do lifestyle and physical health affect health care consumption?

○Aziz　Jamal（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
藤田 貴子　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
李　雲飛　（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
馬場園 明　（九州大学大学院医学研究院　医療経営･管理学講座）

３．韓国と日本の地域中心医療の比較と考察 - 医療計画･地域社会統合ケア･在宅医療を中心に

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

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

▶一般口頭発表Ｂ　　１６：４０～１７：００

医療経営　　座長：齋藤　貴生

１．　ICT 等活用による介護老人保健施設の業務改善に関する研究

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

２．　看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるホームベース型健康支援プログラムの開発と有効性の予備的検討

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

３．　スーパー救急の導入による平均在院日数への影響

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

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表Ｃ　　１７：００～１７：２０

チーム医療

座長：窪田　昌行（CCRC研究所）

1．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-

○松田　隆志　（医療法人玉昌会）
原口　友子　（医療法人玉昌会）
平川　智士　（医療法人玉昌会）
山本　陽生　（医療法人玉昌会）
増山　泰英　（医療法人玉昌会）
有川　瑛人　（医療法人玉昌会）
春田　千幸　（医療法人玉昌会）
五十峯かずみ（医療法人玉昌会）
下園　康志　（医療法人玉昌会）
大迫　尚仁　（医療法人玉昌会）
菊池　博之　（医療法人玉昌会）
川原　翔太　（医療法人玉昌会）
中村　真之　（医療法人玉昌会）
髙田　昌実　（医療法人玉昌会）、
窪田　昌行　（CCRC 研究所）
馬場園　明　（九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座）

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

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般演題抄録集

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91,　2021

一般口頭発表A

認知症高齢者の長期入院の医療費に影響を与える要因に関する研究

○　李雲飛、Aziz Jamal、藤田貴子（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
劉寧（産業医科大学医学部）　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】

認知症高齢者の入院医療費は国民医療費の約2.4%を占めることと推測され、医療保険制度の持続可能性を脅かす要因の一つとなっている。認知症高齢者の入院医療費の増加は高齢者の増加に伴う入院患者数の増加だけではなく、入院期間の長期化にも起因すると考えられる。したがって、認知症高齢者の在院日数の削減は喫緊の課題である。

現在、政府は長期入院を削減するため、病院完結型から地域完結型への医療･介護の連携を通した転換を推進している。基本的方針は、地域包括ケアシステムの充実により入院を削減するものである。そこで、本研究では、保険者のレセプトデータを使用し、認知症高齢者の長期入院の医療費の地域差を検討し、医療費に影響を与える要因について検証を行うことを目的とした。

【対象と方法】

平成 29 年度の福岡県後期高齢者医療広域連合の請求データを用いた。対象者は、認知症を主傷病とする長期入院のある高齢者とした。なお、90 日以上の入院を長期入院として定義した。1 次レベルを個人で、2 次レベルを二次医療圏としたマルチレベル回帰分析を用い、医療費に影響を与える要因を評価した。説明変数は、性別、年齢、所得負担区分、Charlson Comorbidity Index (CCI) スコア、要介護区分とした。自己負担区分は、後期高齢者医療制度により、低負担、中負担、高負担に区分した。要介護区分は、要支援、要介護 1−2、要介護 3−5 となしの 4 区分とした。

【結果】

対象者は 23,271 人で、男性が 7,830 人、女性が 15,44 人であり、女性が多かった。平均年齢は 86.2 歳であり、年代別では、85−95 歳の人数が多かった。低負担、中負担、高負担の患者は 12,117 人、9,056 人、2,098 人であった。要介護認定を受けていないのは 10,117 人で、要支援、要介護 1−2、要介護 3−5 の人数は 540 人、4,083 人、8,517 人であった。1 人当たり 1 年間の平均在院日数は 330 日であり、年間の平均医療費用は 513.4 万円であった。要介護認定を受けている高齢者の在院日数及び医療費は、要介護認定を受けていない高齢者より少なくなる傾向が認められた。

性別、年齢、負担区分、CCI スコア、要支援レベルによる平均医療費でマルチレベル回帰分析を行ったが、地域格差は認められなかった。個人レベルに関しては、男性より、女性の医療費用(β 113,340.3, 95% CI 48,831.6−177,848.9, P=0.001) が有意に高かった。年齢が増加するにつれ、医療費が減少する傾向があった (75−84 歳：β -360,336, 95%CI -504,274.1− -216,399.3, P<0.001; 85−94 歳：β -684,897.8, 95%CI -830,395.9− -539,399.7, P<0.001; ≥95 歳：β -1,117,227.0, 95%CI -1,291,544.0− -942,910.5, P<0.001)。また、要介護認定を受けている患者の医療費が少なくなる傾向があった (要支援: β -1,533,610, 95% CI -1725,956− -1,341,265, P<0.001、要介護 1−2: β -1,400,938, -1,482,722− -1,319,154, P<0.001, 要介護 3−5: β -1,183,407, -1,248,948− -1,117,866, P<0.001)。

【考察】

本研究の結果、福岡県における認知症高齢者の長期入院の医療費の地域差は認められなかった。要介護認定を受けた認知症高齢者の医療費は、要介護認定を受けていない高齢者より、少なくなる傾向があった。要介護認定を受けた認知症高齢者は、医療保険よりも介護保険によるサービスを受けているためにこのような結果がでたと考えられる。今後は、介護保険の請求データを含めた解析が必要であると考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表A

How do lifestyle and physical health affect health care consumption?

Aziz Jamal, Akira Babazono, Yunfei Li, Takako Fujita

Department of Health Care Management & Administration, Graduate School of Medical Science, Kyushu University

【Introduction】

An unhealthy lifestyle is often associated with negative health outcomes. Several studies have suggested that individuals with poor health consume more health care resources than healthy ones. While the above relationship has been frequently tested, most statistical analyses rely on conventional multivariate methods, which might not provide sufficient estimation.

Advanced statistical techniques such as Structural Equation Modeling (SEM) allows the analysis of complex relationships between and among studied variables. Although the technique is widely used among social scientists, its application in health and epidemiological studies is limited because health data is often not normally distributed. The timely release of Stata's statistical module—Generalized Structural Equation Modeling (GSEM)—may overcome this limitation, as it allows model construction from data with various types and distributions. Therefore, this study uses path analysis—one of the several integrated analytic techniques within GSEM—to examine the applicability of this statistical module in analyzing the relationship between lifestyle, physical health, and health care consumption.

【Study Population and Methods】

We analyzed medical examination and claims data provided by the Japan Health Insurance Association of Fukuoka Branch. Individuals aged ≥ 35 years who had undergone medical examination during the fiscal year 2015 were included. Medical examination data on physical activity/inactivity (PIA), smoking habit (SMK), alcohol consumption (ALC), sleep sufficiency (SDP), body mass index (BMI), age, and a history of cerebrovascular disease, stroke, and renal disease (CHR), were extracted. Charlson's comorbidity index (CCI) scores were calculated based on the claims records data. Similar records, namely hospital length of stay (LOS) and the number of outpatient visits (OV) within the last 12 months, were used to capture information regarding health care consumption.

To run the analysis, we designed our model with LS (lifestyle) as a latent variable, which is composed of PIA, SMK, ALC, and SDP coefficient estimates. LS was measured based on BMI, CHR, and CCI. We then estimated the path coefficient of these variables with two measured outcomes: OV and LOS.

【Results】

Based on 211,080 records, a great number of the individuals included in the study were males (63.6%, n = 134,253), with a median age of 50 years old (M = 50.4 SD = 9.64).

Our path analysis shows that, controlling for age, PIA, SMK, and ALC proved to be important measures for LS, which correlates significantly with three indicator variables: BMI, CHR, and CCI, as well as with the outcome variables: OV and LOS. BMI correlated perfectly with OV, but such a significant association was not seen in the path relationship between BMI and LOS. CHR and CCI also significantly correlated with OV and LOS, with varying directions and effect sizes. **Figure 1** shows the result of our path analysis.

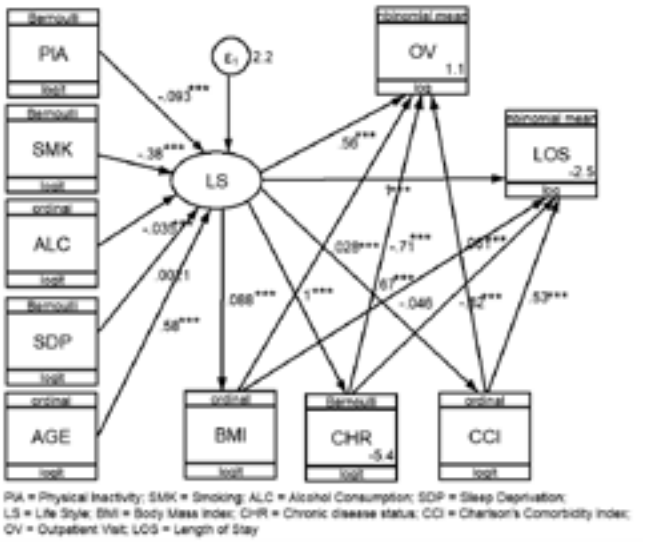

Figure 1: Path analysis results using Generalized Structural Equation Modelling (GSEM)

【Discussion】

The findings empirically prove the relationship between lifestyle, physical health, and health care consumption. Path analysis using GSEM allows flexibility in analyzing often non-normally distributed health care data. Despite its convenience, the current Stata's GSEM module has limited options when examining the fitness of developed models using commonly used indices in conventional SEM postestimation analysis. For example, R^2, Root Mean Squared Error Approximation (RMSEA), and Comparative Fit Index (CFI), are currently not available for this method.

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表A

韓国と日本の地域中心医療の比較と考察 - 医療計画·地域社会統合ケア·在宅医療を中心に

○　金娚孝　（九州大学大学院医学系学府医療経営·管理学専攻）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営·管理学講座）

【目的】

韓国は比較的短い期間で、国家健康保険体系を構築し、長期療養制度を導入するなど、国民の健康水準改善のため制度を整えてきた。しかし、現在、韓国社会は少子化の固定化と世界でも例を見ない急速な高齢化の進行とそれ伴う疾病構造の変化によって、社会保障制度の持続可能性が深刻に懸念される状況にある。また、最近コロナ状況の長期化の懸念により、未来の不確実性もさらに増している。社会保障制度が直面する問題に対応するために、韓国政府では 2018 年から「地域社会統合ケア」の実施など様々な政策を展開してきている。そこで、韓国に先立って、超高齢社会に進入し、地域包括ケア政策を推進しており、在宅医療においても体系的に診療報酬体系を整備してきた日本の経験を吟味し、韓国の地域社会統合ケア政策の推進に参考になる点について検討することを研究目的とする。

【対象と方法】

韓国の地域社会統合ケア政策の推進に当たってのトピックを、「医療機能分化及び病床規制を含む医療計画」「地域社会統合ケア政策」「在宅医療政策」に分類し、問題点を整理し、それに関する日本の政策から何が学べるかを検討し、考察した。

【結果】

日本は 1973 年の高齢者医療費無料化以降、社会的入院などの非効率な医療支出が問題となり、1985 年の第 1 次医療法改正により病床規制を開始し、医療計画を導入することになった。その後、継続的にその内容を改正してきており、2014 年には地域医療構想を通じて地域別適正病床数を提示し、医療資源の調整、効率的医療体制の確保を進めてきており、地域包括ケア政策を通じて、「病院完結型」から「地域完結型」への医療の転換を図っている。この改革は現在進行中であり、政策効果を評価することは簡単ではないが、平均在院日数の減少傾向は明らかであり、一定の効果が出ているものと思われる。 韓国の場合、「保健医療法」第 15 条に保健医療発展計画を 5 年ごとに樹立するよう、「医療法」第 60 条では、病床基本施策を策定することとされているが、ともに策定されていない状況である。現在、保健福祉部では地域社会統合ケア、療養病院の報酬体制の整備などの政策を推進しているが、国の医療政策全般を含む医療計画がないということは問題である。医療政策審議委員会は、効果的な保健医療計画を迅速に策定すべきである。病床計画については、疾病構造の変化などを考慮し、重症病床などの必修病床とそれ以外の療養病床などを分けて、地域ごとの病床管理が必要である。

日本は 2014 年「医療介護総合確保推進法」が制定され、医療·介護など様々な分野で関連政策を推進していて、平均在院日数の減少傾向、後期高齢者の一人当たりの医療費及び介護給付費の増加率の鈍化傾向などを鑑みると、「病院完結型」から「医療完結型」の医療に変化してきていると思われる。韓国の「地域社会統合ケア」が着実に定着していくためには、提供されるサービス及び提供者の多様化のみならず、高齢者向け住宅政策とも連携し、高齢者向けサービスと住居が結びついた形へと発展することが必要である。このためには、保健福祉部、国土交通部、韓国土地住宅公社、健康保険公団、地方自治体が有機的に連携できるよう法令整備、関連予算などが確保されることが求められる。　　日本では、「在宅医療」に関しては、1988 年に訪問診療料、1994 年に在宅時医学管理料が創設されて以来、退院支援、日常の療養支援、看取りに至るまで在宅医療システムを構築してきた。韓国でも、「在宅医療」の活性化のためには、診療報酬による整備が不可欠である。そして、医療機能の分化を図るためには、単なる在宅医療の報酬体系に限らず、医療機関別に看護師数の配置基準だけでなく、平均在院日数及び在宅復帰率など様々な指標を導入する必要がある。また、24 時間の定期巡回・随時対応サービスのような包括型報酬型居宅サービスなど、一体的に提供されるサービスを拡充や一定の行為に対して医師業務を委譲する「看護師特定行為」の導入も、在宅ケアを推進していくには必要であろう。

【考察】

韓国の地域社会統合ケア政策の推進のためには、病院、施設、在宅等のサービスが個々人のニーズに基づいて医療と介護が有機的に結びついた形となるべきである。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表 B

ICT 等活用による介護老人保健施設の業務改善に関する研究

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

【背景・目的】

社会医療法人暁星会介護老人保健施設並木の里がある宮崎県西都市三財地区は、少子高齢化が進み、2025 年を目前に控え、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている農村地域である。また、介護ニーズに対応できる介護人材の確保が全国的な問題となっている中、当施設も量的、質的な介護の担い手の充足が求められている。一方、国や県では ICT の活用・推進による介護業務の効率化と科学的介護の推進を通じ、少ない人員で質の高い介護を実施すべく、様々な施策が講じられつつあり、令和 3 年度の介護報酬改定に向けても、ICT 等の活用について積極的な議論が進められてきた。このような状況下、本研究は ICT 等の活用を通じた業務の質の向上と効率化の可能性等の検証を通じて、地域包括ケアシステムの中核施設たる当施設の機能強化充実を図ることを目的に行った。

【方法】

介護分野における ICT の質および効率の観点から、当施設の現状および課題を抽出した。これを踏まえバランスト・スコアカードを作成し、当施設における ICT を活用した経営戦略を策定した。また新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、ビジネスチャットを活用した組織内ネットワークを構築し、その実践を通じてその効果を検証した。

【結果】

当施設の ICT に関する状況において、質的にも効率的にも多くの課題があることが明らかとなった。ICT 化を進めることでそれらが改善し得ることが展望でき、そのための戦略が構築された。また新型コロナウイルスの感染拡大の対策として、実践的研究として進めてきたビジネスチャットの理解と活用が進んだ。

【考察】

ICT 等の活用を通じた業務の質の向上と効率化が、地域包括ケアシステムの拠点化、また社会医療法人化に向けて今後の事業展開に寄与するものと期待され、さらなる実践と検証を重ねながらその実現を目指したいと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表 B

看護小規模多機能型居宅介護事業所における ホームベース型健康支援プログラムの開発と有効性の予備的検討

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

【目的】

看護小規模多機能型居宅介護サービスは地域包括ケアを実現するための基盤的サービスとして制度設計されており地域におけるケア統合の場として役割を担うことが期待されている．ケア統合の手法にはエンパワメント，自己効力感，行動変容の改善に資するとされるセルフマネジメントがある．しかしながら，慢性疾患を持つ高齢者のセルフマネジメントに関する研究は少なく介入研究はわずかであった．ところで，ホームベース型健康支援プログラムは高齢者の目標を適切に設定することで，前向きな態度，自己効力感，周囲からの支援を多職種で組み立てることができるものでありセルフマネジメントを実現できる可能性が高い．

そこで，看多機で行える多職種者連携によるホームベース型健康支援プログラムを開発し有効性を予備的に検討することとした．

【対象と方法】

対象者の支援課題を把握し，ケアプラン目標を設定するため多職種連携の仕組みを開発した．ホームベース型健康支援プログラムは運動，栄養，ソーシャルサポートを組み合わせた複合型介入として構築しケアプランを評価できるようにした．

熊本市南区にある看多機に 2020 年 7 月 1 日登録されていた 23 名中，本研究に同意が得られた 17 名を対象者とした．ベースライン時，介入 1 か月後，介入 2 ヵ月後をフォローアップし評価を行った．

基本属性は性，年齢，認知症自立度，要介護度，主な疾病とした．セルフマネジメント行動の評価は，目標達成，行動ステージ，運動時感情，食形態と摂食量，アドヒアランスとした．健康状態として低栄養リスク，体重，体脂肪率，骨格筋量を測定した．結果の時点間比較は Wilcoxon 順位和検定を用いた．群間の変化量の比較には対応のある 2 標本 t 検定を用いた．

【結果】

プログラムを全て終えた対象者は 14 名(女性 10 名，男性 4 名，年齢 84.4±5.7 歳)であった．女性が 66%で，男性と比べて自立（要介護度軽度者，50%；認知症自立度，41%）している傾向があった．

介入前後の単純比較において有意水準 5%で差が認められた項目はケアプラン目標と食事(副食)であった．ケアプラン目標の達成度は 1 か月後に低下した（0.1 ± 0.2 点, $p = 0.04$）．タンパク質，脂質を含む副食の摂取は増加した（0.2±0.5 点, $p = 0.03$）．その他項目の評価に有意差は認められなかった．ベースライン時と比べ 1 か月後に体重は増加した(1.5±2.3kg ，$p = 0.03$)．2 か月後に体脂肪率は高くなった(2.1±2.9%, $p = 0.02$)．

表 1 に参加割合が 8 割未満の参加者（n=6）と 8 割以上の参加者（n=8）との比較を示した．最終的に目標に対する行動ステージ（0.9±0.4 点，p=0.03），日課に対する行動ステージ（1.7±0.6 点，p=0.02），アドヒアランス（参加割合，70±10%，$p<0.001$；継続時間，19.0±3.4 分，$p<0.001$）に関して 5%水準で有意に差が認められた．体脂肪率 (11.3±5.2%, p=0.04)，低栄養リスクに有意差が認められた（2.7±1.3 点，p=0.05）．

【考察】

より栄養状態がよく，体型のバランスが取れるようになった高齢者も観察できたが，全体的にはセルフマネジメントは低下傾向であった．より虚弱状態にありセルフマネジメントの習得が困難な高齢者への働きかけが課題である．今後は，アウトカムに基づき PDCA サイクルを回し，動機付けの工夫と多職種連携の改善を続け，優れたプログラムを開発していきたい．

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表 C

スーパー救急の導入による平均在院日数への影響

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

【目的】

日本の精神病床の平均在院日数は、厚生労働省の病院報告によると 2019 年は約 265.8 日間である。OECD Health Data2012 によると、日本を除く先進諸国の多くが約 2 週間から 20 日間であるため、日本の精神病床の平均在院日数は突出して長いことが分かる。しかし、1999 年の日本の精神病床の平均在院日数は約 390 日間であったため、20 年間で約 124 日間も短縮している。

2002 年に新設されたスーパー救急病棟（精神科救急入院料病棟）は、平均在院日数の短縮に大きく貢献してきた。病棟専従医師が入院患者 16 人に 1 人以上、看護師が入院患者 10 人に常時 1 人以上配属すること、60%以上の患者が 3 ヶ月以内に退院すること等が施設条件となる。本研究では、このスーパー救急の導入による平均在院日数の影響を定量的に表し、スーパー救急を推進することを目的とした。

【対象と方法】

本研究では、厚生労働省の病院報告、精神保健福祉資料（630 調査)、スーパー救急が積極的に導入されている K 病院の平均在院日数と在院期間を比較検討することで、分析を行った。

病院報告のデータは、2007 年から 2019 年分を全国と福岡県、福岡市について抽出した。精神保健福祉資料（630 調査）のデータは、2017 年から 2019 年調査を全国と福岡県について抽出した。K 病院のデータは、レセプトコンピュータにおけるデータ（2017 年から 2019 年）と平均在院日数表（2007 年から 2019 年)、提出した精神保健福祉資料（630 調査）を利用して各データを比較した。今回の研究では、スーパー救急病棟について 2009 年に導入した病棟を A 病棟、2010 年に導入した病棟を B 病棟とした。

【結果】

各平均在院日数について、表 1 に 2007 年から 2013 年、表 2 に 2014 年から 2019 年を示した。A 病棟の平均在院日数について 2008 年は 72.4 日間であったが、スーパー救急を導入した 2009 年は 55.7 日間と約 17 日間も短縮された。B 病棟の平均在院日数では 2009 年は 125.2 日間であったが、スーパー救急を導入した 2010 年は 85.7 日間と約 40 日間も短縮された。さらに、2011 年は 60.0 日間となり、2009 年の 125.2 日間と比較すると約半数となった。また、2014 年から 2019 年の平均在院日数は、K 病院全体、A 病棟、B 病棟の全てにおいて 3 ヶ月間を切る日数となった。

表1：病院報告による平均在院日数とK病院の平均在院日数（2007年から2013年）

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
全国	317.9	312.9	**307.4**	**301.0**	**298.1**	291.9	284.7
K病院全体	210.7	198.0	**137.3**	**111.3**	**102.5**	100.2	85.9
A病棟	95.2	72.4	**55.7**	**51.6**	**55.0**	60.3	63.0
B病棟	218.8	191.3	**125.2**	**85.7**	**60.0**	66.9	69.5
福岡県	360.4	353.2	**349.1**	**334.8**	**332.4**	330.3	317.5
福岡市	296.3	282.7	**269.0**	**267.0**	**263.0**	264.7	253.8
K病院と全国の差	-107.2	-114.9	**-170.1**	**-189.7**	**-195.6**	-191.7	-198.8
K病院と福岡県の差	-149.7	-155.2	**-211.8**	**-223.5**	**-229.9**	-230.1	-231.6
K病院と福岡市の差	-85.6	-84.7	**-131.7**	**-155.7**	**-160.5**	-164.5	-167.9

表2：病院報告による平均在院日数とK病院の平均在院日数（2014年から2019年）

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
全国	281.2	274.7	269.9	267.7	265.8	265.8
K病院全体	89.1	86.7	86.2	85.9	84.2	87.4
A病棟	69.4	75.3	81.3	71.4	60.0	67.1
B病棟	80.9	79.0	71.4	71.8	64.6	65.7
福岡県	312.7	305.3	296.4	289.7	287.5	286.0
福岡市	249.6	255.7	250.2	241.4	235.0	232.0
K病院と全国の差	-192.1	-188.0	-183.7	-181.8	-181.6	-178.4
K病院と福岡県の差	-223.6	-218.6	-210.2	-203.8	-203.3	-198.6
K病院と福岡市の差	-160.5	-169.0	-164.0	-155.5	-150.8	-144.6

表 3 に K 病院スーパー救急病棟と福岡件の精神病床の在院期間を示した。K 病院スーパー救急病棟では、2017 年から 2019 年の全てにおいて 1 ヶ月未満、1 ヶ月以上 3 ヶ月未満の在院期間の割合が福岡件の精神病床より高かった。また、福岡県の精神病床では、6 ヶ月以上の全ての在院期間の割合が K 病院スーパー救急病棟より高かった。

表3：K病院スーパー救急病棟と福岡県の精神病床の在院期間

		総数	1ヶ月未満	1ヶ月～3ヶ月未満	3ヶ月～6ヶ月未満	6ヶ月～1年未満	1年～5年未満	5年～10年未満	10年～20年未満	20年～
2019年	K病院スーパー救急病棟	115	49	49	13	3	1	0	0	0
			42.6%	42.6%	11.3%	2.6%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	福岡県の精神病床	16,729	1,497	2,021	1,283	1,644	5,298	2,207	1,568	1,211
			8.9%	12.1%	7.7%	9.8%	31.7%	13.2%	9.4%	7.2%
2018年	K病院スーパー救急病棟	121	54	57	9	1	0	0	0	0
			44.6%	47.1%	7.4%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	福岡県の精神病床	18,558	1,685	1,305	1,934	2,113	5,688	2,640	1,785	1,408
			9.1%	7.0%	10.4%	11.4%	30.6%	14.2%	9.6%	7.6%
2017年	K病院スーパー救急病棟	138	61	65	7	4	1	0	0	0
			44.2%	47.1%	5.1%	2.9%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	福岡県の精神病床	18,545	1,726	1,316	1,878	2,110	5,595	2,612	1,858	1,450
			9.3%	7.1%	10.1%	11.4%	30.2%	14.1%	10.0%	7.8%

【考察】

スーパー救急の導入により K 病院の平均在院日数が短縮されたことが分かった。K 病院のみならず他の病院でもスーパー救急が導入されることで、精神病床の平均在院日数と病床数が適正化され、日本の精神病患者の QOL が向上していくことを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表 C

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-

○松田隆志、原口友子、平川智士、山本陽生、増山泰英、有川瑛人、春田千幸、五十峯かずみ、
下園康志、大迫尚仁、菊池博之、川原翔太、中村真之、髙田昌実（医療法人玉昌会）、
窪田昌行（CCRC 研究所）、馬場園明(九州大学大学院医学研究院、医療経営・管理学講座)

【目的】

玉昌会グループは、鹿児島市と姶良市にそれぞれ回復期から慢性期医療を担う病院を持ち、14 の在宅サービス事業を展開し、さらに企業健診や産業医活動を行う健診専門クリニックの他、保育園事業や、ウェルネス事業を運営している。

今回の新型コロナウィルスの感染拡大に伴い、新しい生活様式に対応したサービスの提供には、ICT の活用が必要と考えた。そこで、チーム医療メンバーで 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た。

今回、4 つの分野から出てきたそれぞれの事業コンセプトについて評価を行い、それぞれの事業に取り組む重要性について検証したので報告する。

【方法】

グループを 4 つの分野に分け、それぞれの新サービスを創出することとした。コンセプトの創出には、マーケットリサーチ（PEST 分析）、3C 分析、および先行事例・先進事例調査を用いて、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、コンセプト創出を検討した。それを 3 つのフェイズ(ビジネスモデル設計、事業計画作成、テストマーケティング)に分け、それぞれの検討期間を 3 ヵ月とした。

次のフェイズに進む前に評価委員会で 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、5 段階評価を行った。

【結果】

各事業のテーマは、医療が「ICT を活用した遠隔リハビリテーション」、健診が「健診事業における ICT 活用での業務効率化と、未病・予防の実現に向けた取り組み」、介護が「ICT を活用したみまもりサービスの検討」、保育が「ICT 化による問題解決と地域貢献への展開」となった。

評価委員会で実施した評価の結果、フェイズ①の事業コンセプトの評価において、医療は斬新性、成長性、健診は市場性、保育が収益性、取り組み易さ、社会貢献で最高評価となり、総合的に保育が高評価となった。

続いてフェイズ②の事業・実行計画の評価においては、医療は斬新性、成長性、健診は市場性、収益性、保育は取り組み易さ、社会貢献で最高評価となった。全体的に今回の評価では、収益性が低く、社会貢献が高い傾向にあった。

【考察】

4 つの分野における 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の取り組みに、期限を区切って各フェイズでプロセス・価値について評価を行ったことで、短期間でより活用しやすい新サービスを考えることができたと考えられる。

評価では全体的に収益性が低く、社会貢献が高い傾向にあったが、これは ICT を活用して新たなサービスを提供することよりも、業務改善ならびに現サービスの質の向上を目的とする取組みのための ICT 活用だったためであると考えられる。

【結語】

新型コロナウィルス感染という未曾有の状況に際し、新しい事業を創出するために、代表的なマーケットリサーチ（PEST 分析）、3C 分析、および先行事例・先進事例調査を用いて検討を行い、革新的なサービスを考えることができた。

これからも現場のニーズをキャッチして業務改善並びに新規事業を生み出すために、今回学んだ手法も取り入れながら検討することで、職員に前向きに仕事に取り組む動機付けを行い、成果を上げ地域に貢献できる事業(サービス)を創出できると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　75 - 91，2021

一般口頭発表 C

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

【はじめに】

周産期医療の発達により、新生児集中治療（NICU）で命を取りとめ、医療が継続的に必要な状態で退院する医療的ケア児が増えている。一方、医療的ケア児の受け入れに対応した保育・福祉サービスは著しく不足している。その問題に対応するために、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、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検討することを、研究目的とした。

【本研究の背景】

「地域共生社会」とは地域住民や地域の多様な主体が参画し、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。新生児医療の現状は医学の進歩を背景とした医療的ケア児が増加しており、地域社会全体で支えていく「地域共生社会」の実現が重要となってきている。

【小児への訪問看護の現状と課題】

平成 30 年度、鹿児島県が実施したアンケート調査では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。また、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。その内訳を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る。平成 28 年 1 月鹿児島県による在宅療養児調査結果では医療的ケア児を持つ家族にとって、ニーズの高い医療行為として痰吸引 52.8%、経管栄養 50.8%、パルスオキシメーター47.2%、ネブライザー37.1%、酸素吸入 29.9%、気管内挿管・気管切開 20.8%、人工呼吸器 18.8%であった。一方、利用したいサービスはショートステイ 47.8%、日中一時支援事業 42.9%であった。

【玉昌会における「共生型サービス」への取り組み】

当法人では地域共生社会の実現に力を入れており その一つとして平成 25 年 4 月に、「看護小規模多機能型居宅介護」を開設し、「通所」「宿泊」「訪問介護」「訪問看護」のサービスを一体的に提供しており、現在 2 か所の事業運営を行っている。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、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。

【考察】

障害児と高齢者双方に対する事業展開の可能性ついては「看護小規模多機能型居宅介護」は共生型サービス展開により「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ことができることから、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。医療的ケア児を支援する施設運営については、「看護小規模多機能型居宅介護」での共生型サービスを活用することで、その特徴である充足した看護師配置により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。また、災害時、避難所等で生活する障害児者支援に当たっては、障害特性等により特段の配慮が必要になるが実際には避難が難しいケースが多い。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ると考える。一方、障害児のケアに熟練したスタッフが少なく、研修機会を設けていく必要がある。

【今後の展望】

共生型サービス事業の実施については、行政や地域住民との連携を深化させ、医療的ケア児を受け入れられる地域共生拠点となる事を目指していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　93 - 97,　2021

第１８回病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

「医療機関と介護」

令和３年２月１３日（土）14：00～

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　93 - 97,　2021

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：「医療機関と介護」

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　14：10～17：10

Ⅰ．理論

座長：日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長　寺坂　禮冶

「今後の地域包括ケアシステムのあり方」(14:10～15:30)

演者：九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　馬場園　明

Ⅱ．実践

座長：済生会唐津病院院長　園田　孝志

「当院における介護部の役割」(15:30～16:２0)

演者：社会保険稲築病院院長　定村　伸吾

座長：村上華林堂病院理事長　菊池　仁志

「医療機関にとっての介護保険事業と地域包括ケア～日欧米の比較をふまえて」(16:20～17:10)

演　者：NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事長　窪田　昌行

対話形式の討議　17：10～17：30

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　豊典

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　93 - 97,　2021

今後の地域包括ケアシステムのあり方

馬場園 明（九州大学大学院　医療経営・管理学講座）

【地域包括ケアシステム研究会】

わが国の地域包括ケアシステムに関する定義と方向性は，老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業による，「地域包括ケアシステム研究会」の報告書によって明らかにされてきている．

第 1 回地域包括ケア研究会報告書（2007 年度事業, 2008 年 3 月公表）では，地域包括ケアシステムの定義，概念が示され,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．第 2 回報告書（2009 年度事業, 2010 年 3 月公表）では, 1982 年にデンマークで提唱された高齢者ケアの 3 原則，「本人の選択」，「住み慣れた地域や住宅での生活の継続」，「自己（残存)能力の活用」であるとされ，日本の 3 原則とすると記されている．第 3 回報告書（2012 年度事業, 2013 年 3 月公表）では，地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ，植木鉢，土と捉え，専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えている．第 4 回目の報告書（2013 年度事業, 2014 年 3 月発表)になると，「施設から在宅へ」「在宅重視」というのは介護保険の基本理念だったが，「施設も住まい」とする方針に切り替わっている．第 5 回目の報告書（2015 年度事業, 2016 年 3 月公表）では，「介護予防」が，専門職が担う「葉」から地域住民が主役となる「土」に移された．その通りに政策は動き，要支援者向けの介護予防事業は介護保険の本体から切り離し，自治体が担う「総合事業」へと移行が着々と進める予定となった．第 6 回の報告書（2016 年度事業, 2017 年 3 月公表)では,重度者対応策として，事業者間のつながりを強めていく必要があり，現在の「連携」から「統合」に向かうべきだと提言している．同時に，サービス提供者の人員配置もサービスごとから，広く地域単位で考えることを提案している．第 7 回の報告書（2018 年度事業, 2019 年 3 月公表)では，2040 年　多元的社会における地域包括ケアシステムー「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会ーというタイトルであった.地域，個人のニーズに合った地域デザイン，介護サービスは「出来高払い」⇒「包括報酬型」への転換，住まいの多様化と在宅医療体制の構築がテーマとなった．

【地域包括ケアシステムにおける課題】

地域包括ケアシステムを構築していくうえで，現状では次の 8 点が大きな課題になると思われる．第 1 に，2025 年を視野においた地域包括ケアシステムを創り上げていく上で，多様化していく高齢者のニーズに対し，必要なサービスを適切に提供していくには，施設ケア中心の方針から在宅ケア中心の方針へ高齢者ケアのパラダイムを転換していかなければならない．まずこのことを国民全体で認識し、理念を作っていかなければならない．第 2 に，高齢者ができるだけ長く自立して生活するためのすまいを中心とした複合施設などの支援の仕組みが必要である．第 3 に，自立を支えるスタッフへの教育も必要である．第 4 に，要介護者一人ひとりに責任をとる在宅主治医と主介護者の存在が必要である．第 5 に，医療機関との統合の仕組みが必要である．第 6 に，「24 時間訪問介護・看護システム」である．これは，高齢者が入院や入所をせずに地域で最期まで暮らすために必須となる仕組みである．第 7 に，医療，介護，行政，本人・家族で情報を共有するシステムである．最後が，自助，互助の支援のための体制づくりである．このためには高齢者の居場所をつくることが必要であり，自由に活用できる地域交流センターのような場所が増える必要がある．また元気な高齢者が支援を必要とする高齢者を相互で助け合うためのボランティア制度の普及についても研究していく必要がある．

【地域包括ケアシステムの構築に向けて】

今後は医療の対象者として，手術や薬で完治できる患者は少なくなっていく．複数の疾病や障害を抱えた高齢者が地域包括ケアシステムを通じて，急性期・回復期ケアを受けるサイクルを繰り返すニーズが生じる．「病院完結型」から「地域完結型」への医療のパラダイムの転換は避けられない．したがって，患者の QOL を尊重した在宅医療，訪問介護，医療連携，介護連携の質が重要となっていくと考えられる．地域共生社会の医療のポイントは，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．

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　93 - 97,　2021

第 18 回病院経営の質向上研究会

テーマ「医療機関と介護」

タイトル「当院における介護部の役割」

社会保険稲築病院　院長　定村伸吾

抄録
超高齢化社会において医療と介護の不断の連携は必須であり、それゆえに介護保険制度が創設され、地域包括ケアシステムの構築が叫ばれている。日本における介護問題については、2025 年からの後期高齢者の急増、生産年齢人口の減少から、すでに差し迫ったものとなっている。
かつては社会制度としての高齢者医療は、成長期の日本においてはある程度成功していた。特に高齢者医療費の無償化や老人病院の社会的入院が可能であった時代においては、高齢者医療は病院経営を支えていたと言っても過言ではない。
しかしながら介護に関しては、永く家庭や家族、特に女性にその役割を担わせてきたため制度設計が遅れた。加えて社会構造の変化や人口減少のよる経済力、国力の低下により、制度としての医療・介護も変化せざるを得なくなり、特に介護については公的介護の導入による担い手の確保を図ってきた。とはいえ介護に関してはまだまだ自助、共助に頼る部分が多く、公助においては財政的な問題や世代間格差の問題から十分な期待はできない状況である。
従って、より効率的な介護を提供するため、いろいろな選択肢を準備しておく必要がある。病院経営者もかなり以前からそのことに気づいており、多くの病院グループが傘下に介護施設を持ち、医療と介護を連結して利用できる仕組みを構築している。当院は、超高齢化、過疎化地域にある病院として、早い時期から在宅における介護サービスを展開してきた。しかし家族構造の変化が速く、独居老人の増加、家族介護力の低下により、地域における施設入所のニーズが高まっていた。加えて療養病床の役割が終わりつつある中で、地域の他の病院に先んじて、病床の一部を介護医療院へ転換を行った。これにより病院内での介護、生活の場を提供するとともに、病床利用率の向上と病院経営の安定化を図ることができた。同時に固定化していた在宅介護部門を活性化し、潤滑な運営を試みた。当院の取り組みについて、病院における介護部門の役割として紹介する。

略歴
1987 年 S62 年　九州大学医学部卒
同年、九州大学第 3 内科（現、病態制御内科）入局
血液研究室所属
1993 年 H5 年　国立小倉病院（現、小倉医療センター）勤務
1996 年 H8 年　定村内科医院　勤務　（老人保健施設併設）
2000 年 H12 年　社会保険稲築病院
2001 年 H13 年　麻生飯塚病院血液内科
2005 年 H17 年　医療法人日章会　南かごしま日高病院院長（医療および介護療養病床から回復期リハビリ病床へ転換）
2009 年 H21 年　社会保険稲築病院副院長
2017 年 H29 年　同院長

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　93 - 97,　2021

医療機関にとっての介護保険事業と地域包括ケア～日米欧の比較をふまえて

窪田昌行（NPO 法人高齢者健康コミュニティ）

【医療機関にとっての介護保険事業】

医療機関といっても急性期病院から亜急性期、慢性期病院、診療所があり、それぞれの立場、地域で、介護保険事業を検討し、高齢者が住み慣れた場所で最期まで安心して生活するために医療と介護が一体となって支えていく地域包括ケアシステムの構築が求められているが、未だ地域包括ケアシステムのモデルとなる仕組みづくりは殆ど出来ていない状況である。高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、介護保険制度が 2000 年に創設された。それから 20 年、高齢者を支える様々な介護サービスが創出され、現在 27 種類の介護サービスが存在する。一部の高度急性期病院を除けば、殆どの医療機関は社会的な責任と経営的な視点から介護サービスに本格的に取り組んでいかざるをえないと言われている。以前は医療サービスのみを提供していた医療機関が介護サービスを提供するようになった理由は、患者の高齢化により、介護サービスも一体的に提供していかなければ、地域の中での責任が果たせなくなったことと、介護サービスまで提供しなければ、患者が確保できないという経営的なものがある。一方、医療機関にとって介護サービスはわかりにくく、利益を確保しにくいといわれるが、それは 27 種類の介護サービスに対する知識・研究不足と職員との対話と教育不足に起因するのではないかと考える。

【介護保険事業のマネジメント】

医療機関にとって介護サービスのマネジメントは医療サービスとは異質といった意見もあるが、経営の基本は医療サービスも介護サービスも同じであり、マネジメントの父といわれる P・ドラッカーによれば、マネジメントには３つの分野：①事業のマネジメント、②管理者（マネージャー）のマネジメント、③人と仕事のマネジメントがあり、ここで一番大切なことは、事業のミッションと目的を明確にし、目標を設定し、目標達成のために、PDCA を繰り返し、創意工夫していくことである。このマネジメントの原則が医療介護業界では未だ徹底されていないことが、介護サービスがうまくいかない理由の一つとなっていると思われる。さらに、問題になるのが、利益の確保である。ドラッカーは、利益は目標ではなく、経営の前提条件であるといっている。医療機関で介護サービスのマネジメントがうまくいかず、途中でやめたりするケースも多く、その理由は、事業継続のための利益が確保できていないことが挙げられる。医療機関にとって介護サービスはベンチャー事業とも捉えることができる。成功しているベンチャー事業では、中長期的な成長ではなく、まず利益の確保を優先し、そのために何をすればいいのか、リーダーが中心となって、短期間に黒字化するマネジメントと創意工夫が行われている。

【地域包括ケアの実現に向けて～日米欧の比較】

地域包括ケアシステムのモデルはデンマークのコミュニティケアにあるといわれ、デンマークでは地域の中で、24 時間体制の在宅サービスが効果的・効率的に提供されている。詳細は講演で説明するが、デンマークの実績から学ぶことは、施設を中心としたケアの仕組みから、在宅サービスと高齢者住宅を中心とした仕組みづくりへ大転換していった経緯とマネジメントである。例えば、我が国の特別養護老人ホームにあたるプライエムの新設建設を 1988 年に中止し、しかも、プライエムを共同住宅といえるプライエンボリに改修転換していった仕組みづくりと 24 時間体制の在宅サービスのマネジメントは学ぶ価値は大きい。

一方、アメリカはシステムづくりの国といわれ、高齢者サービスは体系的に 4 種類に分かれている。すなわち①在宅サービス、②通所型デイサービス、③居住型サービス（ナーシングホーム）④居住型サービス（AL,IL,CCRC）であり、病院は居住型施設・コミュニティを併設したものもあり、この点については我が国の医療機関が学ぶ点は多い。米国では居住型施設として、24 時間の医療介護を提供するナーシングホームの他に高齢者の変化するニーズに応じて、できるだけ自立して生活できるように、食事、運動・介護予防プログラム、生きがい活動、社会参加活動を提供するインデペンデントリビング（IL)、アシステッドリビング（AL)、CCRC という高齢者住宅が創造されている。その意義と特徴については講演でお話したい。これからも我が国の高齢化は進行し、世界に例のない超高齢化社会に向かっていく中、欧米の優れたシステムとマネジメントを学び直すと共に、特に IL、AL、CCRC について研究し、我が国の文化と制度に合わせた新しい高齢者住宅を創造していくことは地域包括ケアシステム実現の上で重要であると考える。また、コロナ渦の中、変化していく経営環境に対応していくためのマネジメントの知識、スキル、事例を研究、学び合う意義は大きいと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　　99，2021

第１９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～

「新型コロナウイルス感染症による病院経営への影響と対策」

令和３年９月 11 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：「新型コロナウイルス感染症による病院経営への影響と対策」

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

座長：九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　馬場園　明

「コロナ感染症と福岡県及び福岡県医師会」（14:10～15:00）

演　者：福岡県新型コロナ調整本部部長・県医師会参与　上野　道雄

座長：日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長　寺坂　禮治

「重症 COVID-19 患者管理と救急医療」（15:00～15:50）

演　者：福岡大学医学部救急救命センター診療部長・教授　石倉　宏恭

休　憩　15：50～17：00

座長：製鉄記念八幡病院理事長・病院長　土橋 卓也

「新型コロナが明らかにしたある急性期病院の経営の質」（16:00～16:50）

演　者：福岡県済生会八幡総合病院院長　北村　昌之

対話形式の討議　17：00～17：30

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16巻　第1号　　101，2021

福岡県のコロナ対応

上野道雄

１．はじめに

福岡県はコロナ患者 712 名の第 1 波、3764 名の第 2 波、10343 名の第 3 波、15120 名の第 4 波、そして 1 日当たり 1253 名に及ぶ第 5 波を受けている。大変な脅威に対して、県民に安全な医療を提供する努力を傾けている。

２．『本人と周囲のため隔離医療を提供する』

令和 2 年、武漢でのコロナ感染症とダイヤモンドプリンセス号の話がマスコミに溢れた。我々は初めて 2 類感染症の波を被るが、埃を被った 2 種感染症病床 66 床では対処できない。とりあえず、現場指揮官の感染症指定医療機関の院長と一堂に会して、当方の方針と現場の疑問と不安を共有するため、会議を開催した。院長の不安や疑問は多岐にわたり、熱い議論を経て、『本人と周囲のため隔離医療を提供する』の指針に共感を得た。

当方からの病院拡張の要請に、病院長は郷土愛で答えた。病院病床は 66 床から、短期間で 218 床（4 月 12 日）、そして 6 月末には 490 床に達した。事後も病床拡張の努力を重ね、1400 床を越えた。『本人と周囲のため隔離医療を提供する』は病院病床だけでは困難と、ホテル宿泊病床を構築した。コロナ感染症では突然呼吸不全を発症する可能性があり、各室に酸素飽和度計を備え、医師を 24 時間常駐させて準医療施設として機能させた。

感染拡大の度に、保健所業務が滞り、自宅待機者が増大した。酸素飽和度を用いずに行うトリアージ、陽性患者を公用車で搬送する業務の負荷は現実的でなかった。福岡県医師会では保健所業務を緩和する提案を行ったが、保健所との合意には至らなかった。そして、第 3 波では自宅待機者が 3551 人（50.4%）に達し、『本人と周囲のため隔離医療を提供する』は崩れた。

３．『県民に安全な医療を提供する』

『全ての隔離』から『病状に応じた医療の提供』に方針を転換し、正確なトリアージと病状に応じた医療提供体制が求められた。第 4 波では、酸素吸入が必要な中等症Ⅱの患者（酸素飽和度 93%以下）は病院病床の 500 床ほどを占めた。更に、酸素飽和度 91-93%の患者、約 1000 名が宿泊病床に溢れた。在院日数 14 日とすると、500 床に相当した。

そこで、病院病床は原則的として中等症Ⅱの患者を担い、軽症患者は宿泊病床に案内する。更に、かかりつけ医が酸素飽和度を保健所に伝え、保健所のトリアージ精度を向上させる。また、感染拡大時、酸素投与ステーションの準備を試みた。他府県の酸素ボンベによる一時的な待機ステーションではなく、酸素配管と酸素タンクを備えた空床病床で継続的な酸素吸入を多数の患者（30-40 人）を提供する。そして、1253 名を越え、連日 1000 人越えの第 5 波が始まった。

幸い、福岡の医療提供体制は十分に耐えた。宿泊病床の稼働率が向上して機能的に 500 床増床した。高齢者の患者がワクチン接種で減少した。患者の在院日数が 11 日と 30%ほど減少した。かかりつけ医が酸素飽和度を保健所に伝えトリアージ改善させた。

2021.9.11　第 19 回病院経営の質向上研究会

『重症 COVID-19 患者管理とこれからの救急医療』

福岡大学医学部　救命救急医学講座
（福岡大学病院 ECMO センター）
石倉　宏恭

2019 年 12 月に中国湖北省武漢市で発生した新型コロナウイルスが原因の肺炎(COVID-19)は瞬く間に世界に広がり、2020 年 1 月 15 日に初めて日本でも感染者が確認された。その当時は COVID-19 に対する根本治療は確立されておらず、呼吸症状が悪化し、人工呼吸管理を以ってしても体内に十分な酸素供給が出来ない最重症の呼吸不全患者が発生した。このような症例に対して体外式膜型人工肺装置（ECMO）装着による患者管理が死亡回避の最後の砦として注目された。この時期、福岡大学病院救命救急センターではいち早く最重症 COVID-19 患者に対して ECMO 導入を含めた集中治療を開始した。また、呼吸不全に特化した ECMO センターを 2020 年 7 月に九州で初めて開設し、ECMO センター長として最重症 COVID-19 呼吸不全の救命を目指して ECMO による患者管理に積極的に取り組んだ。

呼吸不全に特化した ECMO センターをいち早く立ち上げることが出来た背景は、2009 年に流行した H1N1 新型インフルエンザに遡る。当時の日本には ECMO センターが無く、新型インフルエンザによる重症呼吸不全患者の救命率は欧米に比べて約半分(欧米が約 70%、日本が 36%)であった。この理由は日本には呼吸器 ECMO に習熟した施設が無く、ECMO を稼働させたとしても十分な効果を発揮できないからと考え、これを解消するためには海外の ECMO センターでの研修が必須であると結論した。その後、2011 年、2012 年、2015 年、2017 年の４度に渡り、自身を含めた医療スタッフ（医師４名、臨床工学技士２名）をスウェーデンのカロリンスカ大学 ECMO センター（欧州で最も多くの呼吸不全患者に対して ECMO を導入している施設）へ派遣し、ECMO の修練を継続的に行った。以来、年間数例ではあるが、救命救急センターにおいて重症呼吸不全患者に ECMO を導入し､技術と知識を磨いてきた｡2020 年初頭から COVID-19 の波は福岡県にも押し寄せた。感染者のうち約 5%が重症化し、ECMO 管理が必要な患者も多く発生した。福岡大学病院救命救急センターはこれまでに培ってきた ECMO の技術を活かし、福岡県全域から最重症 COVID-19 患者を積極的に受け入れて治療に当たった。その甲斐あって ECMO 管理を必要とする重症患者を収容する中心施設となり、2021 年 7 月に九州で始めて ECMO センターを開設した。開設当初は、ICU４床でスタートし、多職種から成る約 50 名の人員を配置した。その後約 1 年半が経過して、現在は同時に６名の患者に ECMO を導入して管理が出来る ICU に拡張し、日本でも有数のハイボリュームセンターとなった。加えて、福岡県をはじめ、九州全県で ECMO 研修会を開催し、ECMO の普及に積極的に取り組んでいる。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　　103，2021

新型コロナが明らかにしたある急性期病院の経営の質

福岡県済生会八幡総合病院　北村　昌之

【はじめに】2019 年末中国が湖北省武漢市で「原因不明の」肺炎の集団感染が確認されたと世界保健機関（WHO）への報告に始まった新型コロナウイルス感染症、あれから約 1 年半が経過した。北九州市では第一号が 2020 年 3 月 1 日に発生した。当院は当初より人工透析中の患者の重症患者と中等症以下の新型コロナウイルス感染症患者の入院治療を行う協力病院として、その準備を始めた。

【受け入れ準備】休床中の救急病棟に 4 床のコロナ専用病床を作った。同時に新型コロナウイルスに関する最新の情報を収集した。インターネット環境が整った現代、以前に比し容易に重要な情報にアクセスできた。また、比較的早い段階から、厚労省が新型コロナウイルス感染症診療の手引きをホームページ上に公開し、しかも適宜改定され、診療する上で非常に有用な根拠資料となった。その上で、看護職員を募り教育並びに見学を開始した。初期には風評被害もあり、メンタルサポートも重要であった。感染の拡大とともに、専用病床を 10 床、12 床、24 床と増床していった。看護職員確保のために、一つの病棟を適宜閉鎖することも必要であった。

【成績】2021 年 8 月までに 185 例の COVID-19 患者の入院治療を行った。年齢は 17 歳～95 歳で平均 65.9±19.1 歳であった。男女比は 1.17 であった。合併症としては、高血圧 46.4%、糖尿病 22.4%、脳血管障害 17.6%、虚血性心臓病 11.2%、BMI は 23.0±4.7 であった。死亡は 7 名で死亡率は 3.7%であった。死因の大多数は急性呼吸不全であり、明らかな血栓症による死亡はなかった。透析患者は 9 例で、そのうち 4 例（44.4%）と高い死亡率であった。

【県の病床確保】当初感染症指定病院以外で積極的な治療参加の病院は少なく、福岡県の担当者は専用病床確保に極めて難渋していた。1 年近く経過し、感染者の増加とともに、協力病院も増加してきた。

【コロナが明らかにした問題点】① 高齢者の増加で医療需要は増加しているが、本当の医療需要は予想以上に減少している、② 病院経営資源（ヒト、モノ、カネ）にあまりにも余力がない、③ 行き過ぎた効率化を迫られた経営のために、パンデミックに対して柔軟に対応できない、④昨今の世相からか、医療者の医療に対する職業倫理が希薄になっている、⑤ 感染症は克服された疾患ではない、⑥危機に対応する社会的システムが脆弱である、などである。

無駄をなくしたバランスの良い患者中心の医療に心がけるとともに、今回のパンデミックで明らかになった問題点を、一つ一つ解決する努力が重要である。

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　　104，2021

【定例研究会報告】

令和２年 10 月 １日

ＮＰＯ法人高齢者健康コミュニティ　事務局長　窪田昌行

第 78 回　いかにして地域包括システムを実現するか～日本型 CCRC の理論と実践

我が国では超少子・超高齢化社会が進行しており、高齢者人口とそれを支える就業人口のアンバランスと、一方で国債の発行に頼って 借金を積み重ねてきた政府の財政上の問題から将来にわたって、今までと同じ医療介護サービスは継続できない状況が予測されている。

そのような中、政府は団塊の世代が 75 歳以上後期高齢者となる 2025 年を目途に、住民が安心でき、効果的・効率的にサー ビスを提供できる地域包括ケアシステムの実現を目指している。今からあとわずか 5 年の間に、高齢者が住み慣れた場所で最期まで安心して、その人らしい暮らしをしていけるシステムを構築しようとしているが、未だ、そのビジネスモデルとなるものが構築されていないのが現状である。

私どもは、1995 年から米国の CCRC（Continuing Care Retirement Community）を研究しており、高齢者に合ったケアの形として、 CCRC の理念や方法論を我が国に導入することを提案してきた。CCRC の理念、仕組みは地域包括ケアシステムの考え方に一致する点が多いからである。そのため、地域包括ケアシステムを実現していくために、米国 CCRC の利点を取り入れ、日本型 CCRC として、地域包括ケアシステムの一つのビジネスモデルを構築しようとしていくことが有効であると考える。

本研究会では、地域包括ケアシステムの現状について、5 つの課題：① 医療と介護の連携、② 24 時間の在宅サービスの充実、③ 予防の充実、④ 生活支援サービスの充実、⑤ 住み続けられる高齢者住宅の整備について、現状を分析し、対応策を検討した。。

その際、これらの問題を解決するために、米国の CCRC の利点を我が国の風土・文化・制度にいかに応用できるのか、米国の 4 つの CCRC（大学を改修して実現した大規模なエリクソン CCRC、ダートマス大学と連携したケンドール CCRC、地方型のフォークウェイ CCRC,および創業 1912 年のホワイトストーン CCRC）について紹介し検討した。

そして、我が国の日本型 CCRC の 2 つの取組み（リーシェガーデン和光の取組み、医療法人竜門堂の取組み）について紹介し、日本型 CCRC を活用し、地域包括ケアシステムに実現するための我が国の 4 つ主要課題：①　24 時間訪問サービスの充実徹底、②　包括報酬型在宅サービスの拡充、③　自立型高齢者共同住宅および健康維持サービスの開発、④　地方公共団体と医療法人・社会福祉法人・民間との役割分担の明確化、について説明した。その上で日本型 CCRC を活用した地域包括ケアシステムをいかにして実現していけばいいのか、その解決の方向性と日本型ＣＣＲＣの可能性について総括した。

【 定例研究会報告 】

令和 2 年 12 月 3 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 79 回　フランスの医療制度の歴史と課題

フランスの医療保険制度は，職域を基本とする医療保険金庫(民間被用者等，自営業者，農業者，国鉄など)が中心であり，国家の統制下にある．フランスの医療費適正化の方針を国家レベル，保険者レベル，医療機関レベル，被保険者レベルから検討してみる．

国家レベルの医療費適正化の方針としては，医療保険支出国家目標，警告委員会の設置によって，総枠予算性が徹底できている．また，地方医療庁を創設し，保健医療政策を地域に定着させ，保健医療システムと地域レベルでの国と医療保険との協力を簡素化させ，医療保険システムの有効性を改善する試みがなされている．

保険者レベルの医療費適正化の方針としては，職域を基本とする公的な医療保険金庫(民間被用者等，自営業者，農業者，国鉄など)であり，私的保険は公的な保険の自己負担に対応するものだけであり，英国やフランスのように代替保険を認めていない．

医療機関レベルの医療費適正化の方針に関しては，公的病院には，急性期について 1 入院ごとの包括払い方式(P2A:いわゆる DRG/PPS)による診療報酬の支払いが行なわれるほか，キヤピタルコスト等を賄うための予算の配分が行なわれている．予算の配分は地域医療計画に基づいて社会保障金庫が実施している.開業医に対する診療報酬は，医療保険金庫と医師の組合との間で締結される協約料金に基づき支払われている．

被保険者に対しては，主治医制度の導入により，ゲート・キーピングを行なっている．償還払い，自己負担によるモラルハザードの防止を図っている．

さらに，質の管理として，情報化，高等保険局の創設，ガバナンス機能の強化などを制度化しており，これは他の先進諸国と同様であるが，在宅入院制度や保健ネットワーク制度による医療提供システムによる適正化策は，フランスに特有なものである．

増大する医療費の財源をどこに求めるかは，日仏両国を通じて重要課題である．フランスにおいて，付加価値税（TVA）ではなく一般社会拠出金（CSG）が選択されたのは，付加価値税が高い水準であったこと，そうかといって所得税は賦課ベースが狭いことなどが理由であった．この点では，社会保障財源を消費税に求めようとするわが国とは，状況を異にする．

それでは．フランスの医療制度で日本が取り入れることができることにどのようなことがあろうか．まず．医療保険支出国家目標値を作り．ステークホルダー間で効率化に向けて協力することである．そして．供給サイドでは．在宅入院制度や保健ネットワーク化を地域包括ケアシステムに取り入れていくことだと思う．それが．垂直統合や水平統合を大幅に改善するヒントになると思われる．

【 定例研究会報告 】

令和３年２月 ４日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 80 回　介護報酬改定の方針と経営への影響

厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会は 2020 年 12 月 23 日，2021 年度介護報酬改定の審議報告を取りまとめた．12 月 17 日に決まった 2021 年度の改定率は+ 0.70%．2018 年度改定の+ 0.54%を上回る改定となり，2021 年１月中にも，単位数や要件など変更の詳細が示される見通しである．改定率のうち 0.05％は，新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対応するための特例的な評価であり，2021 年９月までの時限的な措置とした．

今回の改定は小幅であるのは事実であるが，多くの介護サービスで加算の算定要件が見直され，計画書などの様式も変更された．運営基準では感染対策が義務付けられ，無資格の職員には「認知症介護基礎研修」の受講が必須となった．今改定においても，介護事業者の実務・運営面に大きな影響を受けざるをえない．

介護報酬改定では，「財政中立」の原則が貫かれている．新設の上位区分の報酬が既存の区分よりアップする場合，既存の区分の報酬を引き下げ，上位区分に上乗せする手法を用いるのが原則である．また，基本報酬は日常的な経費の積み上げで決められているため，人員配置要件の緩和は人件費相当分の引き下げを意味する．認知症高齢者グループホームでは，ケアマネジャーを各ユニットに配置する必要があったが，事業所に１人でいいことに改定されたということは，ケアマネジャーの人件費分の報酬単位が引き下げられることを意味する．

「介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みの推進」は，次期改定の目玉といえるテーマであり，高齢者の栄養･口腔・認知症などの状態のデータである「CHASE」，リハビリテーションの評価データの「VISIT」の活用を促す「CHASE･VISIT 情報の収集･活用とＰＤＣＡサイクルの推進」は，多くのサービスに影響する項目となった．施設サービス，通所サービス，居住系サービス，多機能系サービスについては，ＣＨＡＳＥの収集項目の各領域（ＡＤＬ〔日常生活動作〕，栄養，口腔・嚥下，認知症）について，全ての利用者のデータを CHASE に提出してフィードバックを受け，それを活用してケアの向上を図るという PDCA サイクルの推進に取り組む場合の加算を新設し，CHASE の収集項目の各領域に関連する加算などにおいても，同様の取り組みを評価することになった．

新型コロナが流行すると医療でも介護でも，患者・顧客が減少するということによって経営は悪化する．新型コロナは，医療には不可逆的に患者数を減少させていく可能性がある．その対策としては，オンライン診療や在宅医療を行っていくことが求められる．一方，介護の方は高齢化の進行により需要が減少していく可能性は低いが，新型コロナが流行によってスタッフが集まらないことが起こっている．感染対策と労働条件をどう改善していくかが，経営改善の中心課題となるであろう．

【 定例研究会報告 】

令和３年４月 １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 81 回 社会保障制度改革の方向性

わが国の現在の社会保障も時代のニーズから乖離してきており，新たな転換を求められる時代がきているのである．すなわち，「救貧・防貧」中心ではではなく，「自由・自立権」に基づいた社会保障が求められる．特に，「社会的排除」は，「貧困」を中核としながらも，公的扶助に限らず，社会保障制度全般，さらには教育・雇用・住宅・地域活動・社会参加などの幅広い領域にかかわる概念であり，「健康格差」などを含めて重要な課題となっている．そこで，「高齢者や貧困者の生存を目的とした現金やサービスを受け取る」社会保障から，「国民全体に対する自由と自立を可能にする」社会保障への転換が必要であると思う．とりわけ，国民全体に対して，「住宅」「雇用」「教育」における適切な補助と応分の負担をしてもらう「社会保障」を提案したい．

まず，「住宅」である．現在，コロナ禍による失業問題が話題になっている．第二次世界大戦後，日本の自殺率は失業率ときれいに比例している．失業すれば，生きるための衣食住に直接的に影響し，特に家賃を払えないと，追い込まれる人が多い傾向にある．

加えて，高齢者の「住宅」対策も重要であると思う．今後は，ひとり暮らしの高齢者は確実に増えていく．年金が減少すれば，住居を借りるのはむずかしくなる．また，病気や障害をもてば，高齢者の一人暮らしは厳しい．ヨーロッパのように，国民のだれでも希望すれば「住宅」，あるいは「ケア付き住宅」に応分の負担で入居できるようにできれば，地域包括ケアは提供しやすくなり，入院や入所への依存度も軽くなり，社会保障の質と効率は確実に改善する．

次に，地域共生社会の機能として，生涯にわたって，障害児，障害者の「雇用」「教育」の支援の仕組みを構築することを提案したい．障害児，障害者は，日本で社会的に排除されてきた．どうすれば，ノーマライゼーションと呼ばれる社会的統合が可能になるのかが検討されなければならない．

加えて，「雇用」においては，必要な仕事ではあるが，負担の割に報酬が低すぎるために人手不足が起こっている業種がある． 介護，保育，農業などの被雇用者にも「社会手当」を提供することも選択となる．

最後に，「適切な教育の保障」を目的として，未就学から，高等教育まで，「社会手当」で補助をする．親の所得の多寡で，行ける大学と行けない大学が生じるのは公正ではない．ただ，公正を担保するには，高等教育における「社会手当」の支給には，何らかの資格試験も必要であろう．

今後の社会保障制度のあり方は，「平等」「自由」「公正」の概念を整理しながら，「生存権」「自由・自立権」を尊重した「良い社会」を構築する方向に向かっていくことが期待される．

【定例研究会報告】

令和３年６月 ３日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　　馬場園明

第 82 回 年金制度の現状と改革の方向性

わが国において老齢，障害および死亡に対する所得保障の中核をなすのは，加入を強制される国民年金などの公的年金制度である．しかし，自助努力としての個人年金やいわゆる企業年金なども所得保障制度の一つに分類すべきものである．また，退職金制度や高齢者等に対する税制上の優遇措置も，所得保障にとって一定の機能を果たしている．

わが国の公的年金制度は，職種を問わず 20 歳以上の者すべてが，いずれかの社会保険に加入する方式を採用している．そこでは基本的に老齢，障害および死亡を保険事故として，一定の要件を満たす場合に，保険料の拠出に応じた年金給付を行っている．

2004 年の法改正では，2000 年の法改正で設定した水準を基にして，一定の考え方で金額の引上げ，引下げを行っていくこととした．引上げ，引下げの方法は可処分所得スライド，物価スライド，マクロ経済スライドの３つである．

可処分所得スライドとは，現役世帯の手取り年収，つまり実際に使うことのできる額（可処分所得）の伸びと同じ率で年金水準を引き上げる方法である．年金額の計算にあたって，過去の報酬に手取り賃金の伸び率を掛けて再評価するが，これによって可処分所得スライドが行われていることになる．新しく年金を受け始めるときは，この可処分所得スライドが行われる．

物価スライドとは，年金の額を物価の変化に合わせることである．ただし，物価スライドでは，生活水準は維持できても，現役世帯の手取り年収が物価より上がっていけば，現役世帯との生活水準の差は開いていく．しかし，老後は，一般的には年齢が上がるにつれて消費は減るので，物価スライドでいいという考え方である．

マクロ経済スライドとは， 保険料を納める被保険者が減少して保険料収入の総額が減る分と平均寿命の延びによって増える年金支給額を考慮して，毎年度の年金額を算定することである．

2019 （令和元）年 9 月から開催している全世代型社会保障検討会議では，60 歳から 70 歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について，その上限を 75 歳に引き上げ，現在 65 歳からとなっている年金支給開始年齢の引上げは行わないことになった．また， 60～64 歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金制度(低在老)について，現行の 28 万円から 65 歳以上の制度と同じ 47 万円の基準に合わせることになった．

世帯を単位に年金の給付水準を定める給付のあり方を世帯単位といい，保険料を負担した受給権者だけを対象とする給付のあり方を個人単位というが現在のころ， 世帯単位で保険料の支払いも， 支給も行われている． 年金には， 第三号保険者の問題もあり， 今後， 独身者が増えていくとなると個人単位となるのが望ましいと考えられる．

医療福祉経営マーケティング研究
第16巻　第1号　　109，2021

【定例研究会報告】

令和３年８月 ５日

ＮＰＯ法人高齢者健康コミュニティ　事務局長　窪田昌行

第 83 回　日本型 CCRC の新たな構築について
およびリーダー育成のための医療介護マネジメントスクールの提案

超高齢化が進行する中、我が国ではほとんど整備されていない高齢者の健康寿命を延伸し、豊かに暮らすための自立型高齢者住宅システムについて提案した。その際、アメリカのＣＣＲＣを参考に、我が国の風土・文化・制度に合った日本型ＣＣＲＣを構築する方法について説明した。アメリカのＣＣＲＣとは、Continuing Care Retirement Community の頭文字をとったもので、直訳すると、継続したケアを高齢者の提供するコミュニティ（総合施設）となる。ＣＣＲＣは、「継続したケアの提供」という理念に基づき、高齢者が老化するにつれて変化するニーズに応じて、住居、生活支援サービス、医療介護サービスを提供する総合施設である。ＣＣＲＣには、3 タイプの集合住宅があり、自立型、支援型、介護型と高齢者のニーズに応じたハード、ソフトが用意され、自立した段階から、寝たきりになった場合には特別な介護・看護が提供され、人生の終局まで同じ場所（コミュニティ）で生活できる。

我が国では 2000 年に介護保険制度が開始されてから 21 年間、要介護の高齢者約 460 万人に対しての介護施設は整備されてきた。一方、自立した元気な高齢者が約 3100 万人いるわけであるが、これらの高齢者に対する自立型高齢者住宅はほとんど整備されていない。これまで開発されてこなかった主な理由として、自立型高齢者住宅の認識がなく、適正な価格、サービスを提供する商品が生まれていないことが原因かと考える。そこで、私たちが考えたのは、既存の病院、介護施設、介護サービスをもつ医療法人が、自立型高齢者住宅「高齢者健康ホーム」を創設し、既存施設とネットワークで結び、ＣＣＲＣの理念と方法論を活用し「日本型ＣＣＲＣ」を構築する方法である。アメリカのＣＣＲＣでは、寝たきりになる比率が米国平均の約 3 分の１に、医療費は米国平均の 4 分の 3 に低減しているというデータがある。このように、高齢者健康ホームを創設された場合、我が国でも健康寿命を延伸し、医療介護費を低減する可能性を持っている。定例研究会では、アメリカのＣＣＲＣの事例を紹介し、我が国への適応方法について具体的に説明した。

また、地域包括ケアシステムの実現、および日本型 CCRC を構築していくためには人財育成（リーダー育成）が大きな課題である。リーダーには、行政をはじめ、さまざまな組織と連絡調整するコミュニケーション能力、リーダーシップ能力が必要になってくる。そこで、NPO 法人では人財育成のためのプラットフォームとして、「医療介護マネジメントスクール」を 2022 年度からスタートしていく計画である。そこでは様々な知識、スキルを学び、多様な経験を共有することができ、本研究会では医療介護マネジメントスクールの主旨、具体的なプログラム内容についても紹介した。

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

本研究会も16年目に突入しました。恒例の研究会誌第16巻をお届け致します。コロナ禍、九州大学キャンパス内への原則入構禁止の中で、研究会スタッフ会議、定例研究会の開催、研究総会等々もオンラインで休むことなく続けることができました。これも関係各位の大きな支えによるものです。改めて感謝する次第です。さて、本稿では、「With コロナ時代」を迎えるにあたって、再び「コロナと人間社会の共生」にこだわって取り上げてみました。

前巻でも紹介しましたが、英国・ジョンソン首相は、「(コロナ禍) 人間の共同社会の存在価値の尊さ」を実感したと発言。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「新自由主義、緊縮政策によって公共サービスが脆弱になっていた(矢先のパンデミック)-失敗の処方箋に戻ってはならない」。 また、ハーバード大学経済学者レベッカ・ヘンダーソン教授は、(パンデミックで)「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」と語りました。新型コロナ・パンデミックは、資本主義のあり方をも変える・・・ということでしょうか。

そして、世界の注目を浴びたのが、2021年4月29日の米国バイデン大統領の施政方針演説です。バイデン大統領は、「米国社会と経済の深刻な危機に直面しその苦悩」を赤裸々に語りました。「所得と富の不平等が極端に拡大、生産性の鈍化、海外依存の経済等々、このままでは中国から追い抜かれる現実感」について述べています。米国(欧州も)の人々が「自由市場資本主義への盲信・盲動、経済成長が人々に繁栄をもたらし、諸問題を解決してくれる」という確信への揺らぎ。そして、前回も、今回もアメリカ大統領選挙においては「いきすぎた経済成長への反感」が顕著になりました。さらに、「地球自身が生き残りを求めて叫びを上げている」、「地球温暖化を抑える力は無いのではないか」という脱力感など。大統領の施政方針演説は、これらを全て認めてしまったと云えましょう。同時に、「必ずアメリカは戻ってくる」と展望を語り、勝ち組、負け組の「階級格差社会」と富裕層と大企業に対して厳しい注文を突きつけたということでしょう。

The cry for survival comes from the planet itself.　(地球自身が生き残りを求めて叫びを上げている.)

Trickle-down economics has never worked and it's time to grow the economy from the bottom and the middle out appliance.(トリクルダウン経済は決して機能しなかった。今こそ、ボトルアップ、ミドルアウトで経済を成長させる時だ。)

55 of the nations' biggest corporations paid zero in Federal income tax.(リポートアメリカの巨大55社は、2020年連邦法人所得税を支払わなかった。)

650 billionaires in America saw their net worth increase the 1 trillion dollars.(10億ドルの長者650人は、一兆ドルも資産を増やした。)※米国シンクタンク「税制・経済政策研究所」2021年4月リポート

I think you should be allele to become a billionaire and a millionaire but pay your fair share.(あなたは大富豪になることもできるが、公平に税金を払わなくてはならない。)

資本主義は、人類社会の発展に進歩的役割を果たしてきました。しかし、そこに「市場経済優先の新自由主義」が持ち込まれ、「勝ち負けの階級格差社会(K字成長社会)」と「地球環境破壊」をもたらし「ルールある経済社会」をズタズタにした。これは、コロナパンデミック以前から起こっていたことで、資本主義の危機として叫ばれていた。新自由主義市場が足枷なく自由闊歩に放任されたことによって、「地球自然から人間社会への恩恵」を裏切って「地球自然そのものを食物(しょくもつ)」としてしまったかもしれません。自然節理と神への冒涜とも言えます。コロナウイルスの猛威も、ここら辺にその本質があるのかもしれません。残念なことに、バイデン大統領の演説全文の中から、紹介した部分を削除して報道したわが国のメディアがありました。

わが国の政界、経済界は、バイデン大統領の演説に冷ややかでした。そして、「○新成長戦略」「新しい資本主義」なるものが跋扈しはじめました。はたして、「救世主」か、それとも「妖怪」か。

第 12 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 4 年 3 月

2. 会場 ：それぞれの自宅

3. 学術集会プログラム　大会テーマ 「新型コロナと地域医療構想」

【1. 特別講演 14:00～15:00】

テーマ：地域医療構想の課題(仮)

演者：未定

【2. 教育講演 15:00～15:40】

テーマ：新型コロナが地域医療構想に与える影響(仮)

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】

〒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、MBA、株式会社 CCRC 研究所 代表取締役 NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事、事務局長
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

新型コロナウイルス感染症の流行は行政関係者や医療関係者に対して，これまでの医療・介護・保健のあり方を一変させる出来事となりました．これまで当たり前に過ごしてきた便利な生活様式からの変更を余儀なくされ，不自由な日々を過ごされている方も多いと存じます．一方，新しい社会構築に向けて多様な対応策が考案・実装されている人類の営みの力強さには敬服するばかりです．旧来型の悪しき慣習が残っているならば感染症流行を機会に刷新できる良い機会とも捉えることができるでしょう．読者の方々には，新たな医療・介護・保健のあり方を創り上げていくことを期待します．

さて，本号では，「地域包括ケアシステムを中核としたまちづくり～山口県萩市で地域包括ケアシステムの構築を図る～」，「看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるホームベース型健康支援プログラムの開発と有効性の予備的検討」，「地域包括ケアシステムを実現させるための定期巡回随時対応型訪問介護看護事業の実際～古賀病院グループの取組み～」，「地域と企業の健康をサポートするトータルウェルネスセンターの取組み　玉昌会グループの健康増進事業～自分らしく輝き、すべての人がつながる明日へ～」，「チーム医療・九州一の回復期リハビリテーションを目指して～玉昌会グループの取組み～」が掲載されています．いずれも今日的な課題に対して実践的な解決を志向したものとなっています．医療を取り巻く課題は高度化・複雑化しておりますが，本号掲載論文が，利害関係者が切磋琢磨して解決に向けて切り拓いていくための道筋となれば幸いです．（文責　福田治久）

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

編集委員会

編集委員長：	馬場園　明
編集委員：	福田　治久
	津田　敏秀
	藤田　貴子
	窪田　昌行

Editorial Board

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

医療福祉経営マーケティング研究　第 16 巻　第 1 号

2021 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. 16 No.1 1st, October 2021

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

City planning focused on the integrated community care system - Implementing the integrated community care system in Hagi city, Yamaguchi prefecture - ・・・ ・・・1

Tatsuhito TANAKA, Akira BABAZONO

Case Report

Developing the homebased health support program at multi-functional nursing facility ・・ ・・・13

Na ohumi MATUSHITA, Akira BABAZONO

Case Study

Actual practice of regular and occasional on-site home-visit long-term and nursing care to realize the integrated community care system - Efforts of Koga Hospital Group - ・・・ ・・・23

Akira SUETSUGU, Akemi ATSUSAKA, Mie TORIGOE, Kazue SHIGYOU, Chika YUUKI, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Efforts of TOTAL WELLNESS CWNTER that supports the health of local communities and businesses Health promotion business of GYOKUSHOUKAI Group -To tomorrow when all people are brightened like themselves and connected each other- ・・・45

Hiroki Tajima, Kazumi TAKATA , Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Aiming for team medical care and Kyushu's best convalescent rehabilitation - Efforts of the GYOKUSHOUKAI Group - ・・・57

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

Program and Abstract

The 11st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・75

The 18st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・93

The 19st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・99

Report

Report of the Regular Meeting (78h, 79h, 80th, 81th, 82th, 83th) ・・・104

News

Tetsuo YAMASAKI ・・・110

Information

The 12st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・111

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・113

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・115

Editor's note

Editor Haruhisa FUKUDA ・・・116