

平成 26 年度 第 5 回

**医療福祉経営マーケティング研究会
学術集会 プログラム**

○大会テーマ

「高齢者健康コミュニティの理念と実践」

○会 期

平成 27 年 2 月 28 日 (土) 13 : 00 ~ 17 : 30

○会 場

九州大学医学部 総合研究棟 105 号室

(九州大学病院地区キャンパス内)

○大 会 長

馬 場 園 明 (九州大学)

会場案内



空路	
	福岡空港→(地下鉄空港線)→「中洲川端駅」、貝塚方面へ乗換→(地下鉄箱崎線)→「馬出九大病院前駅」下車 徒歩3分
JR	
	・「JR博多駅」→(地下鉄空港線)→「中洲川端駅」、貝塚方面へ乗換→(地下鉄箱崎線)→「馬出九大病院前駅」下車 徒歩3分
	・「JR博多駅」→「JR吉塚駅」で下車 徒歩10分
西鉄	
	西鉄福岡駅→(地下鉄)→馬出九大病院前駅 徒歩3分

参加要項

1. 受付

受付は、会場の九州大学医学部総合研究棟 1 階にて行います。参加費は無料です。受付で参加証をお渡ししますので、会場内では必ずお付け下さい。

2. 懇親会

懇親会は **2月28日(土) 18:00 から専門職大学院棟 2 階演習室**で開催します。参加を希望される方は、受付でお申し付け下さい。参加費は、3,000 円です。会場が分からない方は、学会終了後、事務局スタッフが案内いたしますので受付付近でお待ち下さい。多くの皆様の参加をお待ちしております。

3. 飲食・喫煙について

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

4. 会場の係員

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

5. その他

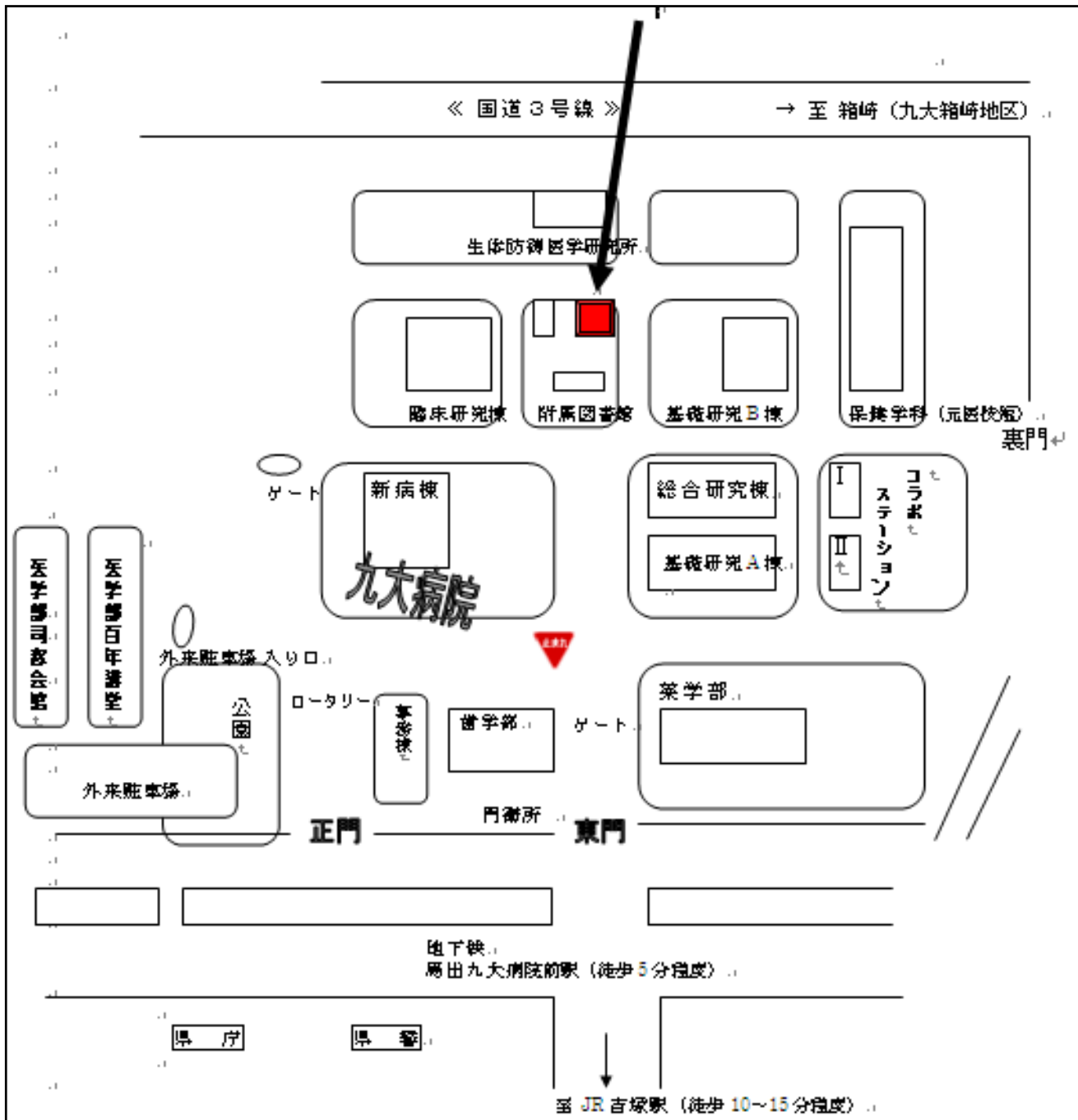
駐車場に限りがございます。できるだけ公共交通機関でお越し下さい。



懇親会のご案内

会 場：医療経営・管理学講座（専門職大学院棟）2階演習室

（生体防御医学研究所向かいの2階建ての茶色の建物2階です）



発表者・座長・参加者へのご案内

発表者へのお願い

●口頭発表

1. 発表時間

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

2. 機器の使用について

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

座長・司会、討論者・質問者へのお願い

1. 座長・司会へのお願い

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

2. 討論・質問者へのお願い

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

大会プログラム

- ▶ 特別講演 13 : 00～13 : 40
座 長 : 山崎 哲男 (医療福祉マーケティング研究会)

「日本版 CCRC『高齢者健康コミュニティ』の実現を目指して」

演 者 : 窪田 昌行 (CCRC研究所)

- ▶ 教育講演 13 : 40～14 : 20
座 長 : 高田 昌実 (医療法人玉昌会)

「地域包括ケア時代の医療介護のマネジメント」

演 者 : 馬場園 明 (九州大学)

- ▶ 休 憩 14 : 20～14 : 40
- ▶ 一般口頭発表 14 : 40～17 : 15
- ▶ 懇 親 会 18 : 00～

▶地域包括ケアシステム 座長：西 巧 (九州大学大学院医学系学府医学専攻)

1. 急性期病院における地域包括ケアシステムへの支援の構築

- 野々下 みどり (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. 山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発

- 花田 稔 (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. 始良市における地域包括ケアシステムとこれからの介護予防

- 笹原利孝、(株式会社 JOY)
- 高田 和美 (株式会社 JOY)
- 徳満 裕介 (医療法人玉昌会)
- 渡辺 純子 (医療法人玉昌会)
- 大迫 尚一 (医療法人玉昌会)
- 内村 尚憲 (医療法人玉昌会)
- 高田 昌実 (医療法人玉昌会)、
- 窪田 昌之 (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)

▶高齢者ケアとマネジメント 座長：窪田 昌行（CCRC研究所）

1. 南風病院における誤嚥性肺炎入院の将来対応に向けた取り組み

○小原 仁（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻・公益社団法人鹿児島共済会 南風病院）

2. 鹿児島始良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム

○片桐 壮平（医療法人玉昌会）

中村 真之（医療法人玉昌会）

六反 栄子（医療法人玉昌会）

東郷 尚子（医療法人玉昌会）

山元 直子（医療法人玉昌会）

本田 陽子（医療法人玉昌会）

岡元 英明（医療法人玉昌会）

末吉 保則（医療法人玉昌会）

坂元 真一（医療法人玉昌会）

田中 紀子（医療法人玉昌会）

板川 幸子（医療法人玉昌会）

松島 広典（医療法人玉昌会）

高田 昌実（医療法人玉昌会）

3. 太宰府市における介護予防・健脳リハビリテーションの提案

○本松 洋一（医療法人健成会）

鹿子生 寛子（医療法人健成会）

石津 裕章（医療法人健成会）

岡 政隆（医療法人健成会）

鹿子 生健一（医療法人健成会）

窪田 昌行（CCRC 研究所）

馬場園 明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

4. ビジョンボードによる人材育成の取り組み

- 上村 さゆり（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
- 高田 和美（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
- 山下 万紀子（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
- 森口 敦子（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）
- 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・管理学講座）

▶医療と医療費 座長：馬場園 明（九州大学）

1. 福岡県後期高齢者医療費制度の透析患者における医療の地域格差に関する研究

- 尾ノ上 美樹夫（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. 高齢脳梗塞患者における地域連携クリニカルパスが医療資源利用に与える影響の評価

- 西 巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
安井 みどり（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. 福岡県後期高齢者医療制度における入院医療費の地域格差に関する研究

- 安井みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西 巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園 明（九州大学医学研究院医療経営・管理学講座）

4. 日和見感染症が成人 T 細胞性白血病の予後と医療資源に与える影響

- 前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
安井みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）
西 巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園 明（九州大学医学研究院医療経営・管理学講座）

●特別講演

日本版 CCRC「高齢者健康コミュニティ」の実現を目指して

窪田 昌行 (NPO 法人高齢者健康コミュニティ)

【高齢者ケアのイノベーション】

我が国が直面する人口減少、超高齢化、地方消滅といった問題が進行する中、地域包括ケアシステムを実現し、社会保障制度を持続可能なものにするためには、高齢者ケアのイノベーションが必要になってきている。すなわち、今まで高齢者は寝たきりになってから、あるいは認知症が重度化してから、医療機関や介護施設でケアされてきたが、これからは、心身の障害の発生や悪化を予防する高齢者ケアが求められている。

欧米では主に後期高齢者を対象として、自立した高齢者を支援する自立型住まいが整備され、介護予防の役割を果たしている。日本では「自立型住まい」という概念が未だ生まれていない。しかし、超高齢化が加速していく中で、日本においても自立型住まいを整備していき、介護予防を重視した継続したケアを行うシステムを構築する時機がきたものといえる。

【米国の CCRC とは】

米国には、100 年以上前から、CCRC (Continuing Care Retirement Community) という継続したケアを提供する理念に基づき、老化と共に変化するニーズに応じて、同じ場所で住み替えていく高齢者住宅システムが発展しており、全米に約 2000 ヶ所、約 80 万人が居住している。CCRC には 3 種類の住まいである自立型、支援型、介護型住まいがあり、それを支える 4 種類のプログラム (自立プログラム、支援プログラム、介護プログラム、認知症対応プログラム) と様々な自立支援サービスが提供されている。CCRC の入居者の年齢について、3 種類の住まいの平均年齢は自立型が 83 歳、支援型が 87 歳、介護型が 87 歳で、CCRC は 80 歳から 90 歳までを過ごすシェルターのような存在といえる。CCRC の住まいの平均規模は自立型が 215 室、支援型が 47 室、介護型が 77 室、合計 339 室が平均で、一つの敷地 (キャンパス) の中に開発される。

【日本版 CCRC「高齢者健康コミュニティ」】

日本の風土、文化、および土地の広さを考えた場合、米国のようにひとつのキャンパスだけで日本版 CCRC を構築していくことは容易ではない。そこで、高齢者住宅を中心として、生活支援サービス、医療サービス、介護サービスを提供する複合施設を核として、複数の高齢者住宅をネットワークで結び、支援していく日本

版 CCRC「高齢者健康コミュニティ」も選択肢となる。

高齢者健康コミュニティの理念は「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合すること」を支援することである。そして、高齢者健康コミュニティの三大原則を①本人の意思の尊重、②残存機能を活用した自立支援、③生活とケアの連続性の確保とした。これらを踏まえて、「高齢者健康コミュニティ」の定義を「(高齢者の変化していくニーズに応じて必要な) 生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅および高齢者の自宅をネットワークで結び、地域包括ケアの機能を満たすコミュニティ」とする。

【事例紹介～高齢者健康コミュニティ和光】

米国 CCRC をモデルとして、埼玉県和光市に複合施設リーシェガーデン和光と自立型住まいのリーシェガーデン和光/南館が開発された。リーシェガーデン和光は 2010 年 2 月にオープンし、高齢者住宅であるサービス付き高齢者向け住宅 (以下は「サ高住」と略す) を中心とし、1 階に居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護事業所、調剤薬局をもつ複合施設である。

それから 3 年 2 ヶ月後の 2013 年 4 月に自立型住まいと位置付けるサ高住リーシェガーデン和光/南館をオープンした。リーシェガーデン和光/南館は居室が 71 室あり、居室には、キッチン、風呂、台所があり、台所には電磁調理器があり料理も自分でできる。リーシェガーデン和光とリーシェガーデン和光/南館が統合され「高齢者健康コミュニティ和光」が形成された。

この事例を用いて、日本版 CCRC を開発していく上での現状と課題について説明する。

【おわりに～地域創生長期ビジョンに関連して】

国は人口の東京一極集中に歯止めをかけ、地方への人の流れをつくり、地域特性に応じた課題を解決し、「しごと創生」、「ひと創生」を実現するために、「地方創生長期ビジョン」を発表した。その施策の中の「地方へ新しいひとの流れをつくるための地方移住の推進」に「日本版 CCRC の検討、普及」が挙げられた。私共が研究してきた「高齢者健康コミュニティ」を、政府の地域創生によって浸透し、定着させていく上での課題について検討する。

地域包括ケア時代の医療介護のマネジメント

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）

【第6次医療法改正】

第6次医療法改正では、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うとしている。

また、「病院完結型」から、「地域完結型」の医療に再編するために、医療計画において、①構想区域（二次医療圏など）における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量などに基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制に関する「地域医療構想」（地域医療ビジョン）に関する事項、②地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化および連携の推進に関する事項-などを定めるとしている。

【地域包括ケアシステム】

わが国では、高齢者のケアは「地域包括ケアシステム」を基盤として行われることになったのである。「地域包括ケアシステム」とは、要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく、本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組みのことである。すなわち、「ニーズに応じた住まいが供給され、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されるような地域での体制」を指している。

【医療のパラダイムの転換】

医療の旧パラダイムは「病院完結型」の医療者中心モデルであり、新パラダイムは「地域完結型」の患者中心モデルであるともとれる。「病院完結型」は、感染症が疾病の中心であり、診療がシンプルであり、治癒が望めた時代にはマッチしていたモデルである。しかしながら、地域包括ケアシステム時代では、生活習慣病、変性疾患、精神疾患などの慢性疾患や障害が医療の対象の中心となっており、これらの診療は複雑であり、患者とは継続的な関係性が求められている。もはや、「病院完結型」のパラダイムでは、患者の医療のニーズ・ウォン

ツを満たすことはできない。医療サービスのパラダイムの転換を認識することが不可欠である。

【戦略マーケティング】

現代のマーケティングでは、戦略を明確にしたマーケティングが主流である。戦略とは、「現在からあるべき姿に向かって、道筋を論理で示したもの」であり、戦略的マーケティングとは、「目標を明確にしてニーズやウォンツを充足するサービスを市場に充足させていくプロセスを論理で示す」ことである。現在、「病院完結型」から「地域完結型」を目指した医療制度改革が進行中である。そのため、医療・看護必要度や自宅復帰率の厳格化がなされ、多くの医療機関が病床稼働率の低下に苦しんでいる。これらに対応するには、戦略的マーケティングの実践が効果的である。

【高齢者健康コミュニティの必要性】

第6次医療法改正により、病床の医療機能がモニタリングされることになったが、急性期病床は過剰であることは明らかであるために、多くの医療機関は地域包括ケアシステムの役割も担う必要ができています。

筆者は、医療機関も高齢者住宅を中心として生活支援サービス、医療サービス、介護サービスを提供する複合施設を核として、複数の高齢者住宅をネットワークで支援する「高齢者健康コミュニティ」に関与することを勧めている。

「高齢者健康コミュニティ」では高齢者に新しい安心・安全なライフスタイルや予防サービスを提供でき、生活の質を向上させることができる。また、高齢者が、脳梗塞、心筋梗塞等が発症し、急性期病院に入院した場合でも、「高齢者健康コミュニティ」で受け入れがスムーズに行えるために、医療資源の効率的な利用につなげることができる。24時間の緊急時対応体制を行うには、訪問介護事業所を併設することが必須である。そして、本人の意思を尊重して、自立を支援し、継続したケアを行っていくには、医療介護連携が重要となる。そのなかでも医療介護連携会議を定期的に開催し、情報を共有していくことが鍵となる。

一般演題抄録集

急性期病院における地域包括ケアシステムへの支援の構築

○野々下 みどり（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】

我が国は世界有数の長寿国であり、65歳以上の人口は、2012年には3000万人を超えており(国民の4人に1人)、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。それに伴って認知症高齢者も増加し、高齢化への対応が急がれている。この対応として厚生労働省は、地域包括ケアシステムの構築を目指している。今後、急性期医療のみで治癒する患者はほとんど存在しないことを考慮すれば、急性期病院においても2025年に向けて地域包括ケアシステムの支援に向けた経営戦略を立てる必要に迫られている。住まい・医療・介護・予防・生活支援の視点から支援構築を行うことを研究目的とした。

【方法】

まず、理念の見直しを行うこととした。根付いている組織風土に沿って、地域包括ケアシステム支援の要素を加えることで、組織的な取り組みが行えるようにした。次にSWOT分析を用い、強み、弱み、機会、脅威を明らかにした。そして、SWOT分析に基づいたクロスSWOT分析を行い、当院の取り組みを明らかにし、今後の具体的計画を策定した。

【結果】

既存の訪問看護、通所リハビリテーション等の在宅医療を強化し、さらに住宅施設を中心とした地域の交流の場を作ることにした。

【考察】

地域包括ケアシステムとは、「要介護者が介護施設に入所して集団的ケアを受けるのではなく、本人の住まいに外部から医療や介護サービスを定期的に提供する仕組み」のことである。すなわち、「ニーズに応じて住宅が提供されることを基本とした上で生活上の安全・安心・健康を確保することを指している。

当院は、DPCでの入院期Ⅱ内退院割合も85%以上を超え、診療密度を高めることに成功しているが、地域包括ケアシステムを支援していくために、急性期病院での治療が終わった患者へ、継続したケアが

提供されるようシステムを構築する必要がある。CCRCの考え方を導入した「住まい」を建築し、ここに「高齢者健康コミュニティ」を構築したい。訪問看護を中心とした地域の在宅医療の拠点、通所リハビリテーション施設、フリースペースを設け、ここでの活動やイベントを通して、地域との交流の場を作る。また、ここでの事前指示書などの情報提供を通じて本人が望まない延命治療を避け、その人らしい死を自宅で迎えられる体制を構築したい。急性期医療へのかかり方、現状の高齢者の急変時の救急搬送のあり方についても、情報提供をしていくことは必要であろう。

このためには、まず当院の職員の意識改革も必要である。入院している間だけの治療や関わり方から、継続したケアの支援をしていかなければならない。また、本人、施設、ケアマネージャー等との連携構築も重要である。現在、誤嚥性肺炎の再入院の増加という問題もあり、少しずつ施設へ職員が出向き、ケアの継続について指導などを行っているが、こういった研修や交流もこれからさらに増やしていかなければならない。さらには、そもそも誤嚥性肺炎にならないような、減少するような活動になるように考えている。

連携のためにどのような情報共有をしていくのか、研修会や会議といったところから、記録の統一化、共有等もIT化も含めて検討していかなければならない。

【まとめ】

急性期ケアの後、また地域に帰ってくるというケアサイクルを繰り返すことを可能とする仕組みをプランニングした。そのためには連携と情報共有が重要である。また、情報提供をし、急性期ケアへのかかり方についても意識改革を促したい。急性期に特化してきた豊富な経験(連携)と人材、予算の資源を、地域包括ケアシステムの各部門へ分配し、この地域の医療体制を変えていきたい。

山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける薬剤師の役割の開発

○花田 稔 (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・管理学専攻)

【目的】

高齢化の進展と健康概念の転換により、わが国の医療は病院完結型から地域完結型である地域包括ケアシステムへと舵が切られた。これにより病院や施設よりも、高齢者住宅を含む在宅で多くの高齢者を支えることになる。薬物治療に加えて、さまざまな健康リスクを抱える高齢者の支援がさらに必要となったため、薬剤師の在宅での期待と役割が大きいものとなっている。

しかしながら、自宅での自立した生活を支える在宅医療に対して、薬剤師の活動が不十分であるとの厳しい指摘が上がっている。現在、山間部では、独居世帯、高齢世帯の割合が増加し、介護者も高齢化するなど、地域社会の脆弱化が顕在化しており、在宅療養での本人および介護者を支えるキーパーソンが存在が不足している状況にある。したがって、山間部で住み慣れた自宅で最期を迎えることを希望する多くの高齢者に対し、在宅訪問への姿勢、業務の多様化を検討し、地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割を整理し検討することは意義深い。そこで、山間部の高齢者健康コミュニティモデルにおける、在宅サービスを含めた薬剤師の役割の開発を研究目的とした。

【方法】

研究対象地域は広島県府中市の上下町（人口約5,000人、高齢化率39%）とした。まず、高齢者の支援者としての、在宅薬剤師の役割と方向性に関してSWOT分析、CROSS-SWOT分析を行い、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」のフレームワークを用い検討を行った。

次に、BSCのフレームワークを用い、上下町での在宅サービスの持続的な事業展開についての検討を加えた。

上下町の高齢者健康コミュニティモデルは、馬場園の高齢者健康コミュニティを山間部に応用し、医療介護の提供側を中核に、それと自宅や介護施設などの住まいを連携するコミュニティとして捉えた。

また、上下町の特性を把握するため、日本の地域別将来推計人口、平成23年患者調査上巻（全国）、介護保険事業状況報告、介護療養給付費実態調査、府中市

第5期高齢者保健福祉総合計画・介護保険事業計画を利用した。

【結果】

上下町の地域包括ケアシステムでの在宅薬剤師の役割を、「薬物治療環境の向上」「疾病の重症化予防」「医療費の削減」「生活の質の向上」「在宅サービスの推進」「業務の質の向上」「高齢者健康コミュニティの構築」とすることができた（表1）。これにより、従来の薬学的管理指導を改めて明確にするとともに、生活者としての視点である「生活の質の向上」という新たな価値を開発することができた。また、在宅薬剤師の活動方針を「生活の中での薬物治療という視点を持ち、薬学的管理指導とともに、生活の基本となる支援への業務の多様化を考慮する」「安心安全な薬物治療環境へと導くため、サービス提供者や介護者と連携し、自宅で生活したいと希望する患者の気持ちにできる限り沿い、時にはその気持ちを動機づける支援を行う」の2点に整理できた。さらに、上下町における、在宅サービスに向けた薬局の経営プランも構築した。

表1 上下町での在宅薬剤師の役割

	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
内容	薬の相談	・治療の相談 ・症状の相談 ・日常生活の相談	薬物治療環境の向上
	患者のモニタリング	・訪問による病状悪化の早期発見 ・防げる入院の予防 ・薬の飲み忘れ・飲み間違いの指導 ・重複処方調整・残薬管理 ・副作用のモニタリング	疾病の重症化予防 医療費の削減
	予防活動	・感染予防への連携 ・介護予防システムの構築	生活の質の向上
	予防・支援活動	・予防活動の動機づけ ・定期訪問による安心感 ・必要な薬をいつでも届けてくれる安心感	生活の質の向上
	連携の構築	・医療機関との連携強化 ・介護事業所との連携強化 ・地域住民との連携強化 ・地域での学習会の開催 ・ケアカンファレンスへの参加 ・薬局間連携の構築	在宅サービスの推進
	業務の支援体制	・薬剤師在宅支援マニュアルの作成 ・フィジカルアセスメントの講習会 ・薬局間での勉強会の開催 ・在宅関係者の交流会	業務の質の向上
	自己実現への支援	・支援事業への参加 ・介護保険料に依存しない事業の構築 ・高齢者住宅を基盤とした支援	高齢者健康コミュニティの構築

【考察】

本研究で開発した在宅薬剤師の役割は、高齢者を全人的な視点で支援することを目的としており、更に、医療-医療、医療-介護の調整役も兼ねることが期待でき、地域包括ケアシステムの構築に大きな貢献をもたらすことが期待できる。今後、活動を通じ、開発した役割の質を向上させる仕組みの検討も必要である。

始良市における地域包括ケアシステムとこれからの介護予防

○笹原 利孝、高田 和美（株式会社 JOY）、
徳満 裕介、渡辺 純子、大迫 尚一、内村 尚憲、高田 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】

地域包括ケアシステムの中で「介護予防」の重要性が謳われているように、住み慣れた場所で暮らし続けるために「予防」の拡充が重要になってきた。これまでの「介護予防」は心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちで、利用者自らの「活動」や「参加」といった自発性の視点が不足していたとの指摘がある。本研究では、株式会社 JOY、医療法人玉昌会の始良市における新しい介護予防の取り組みの実際並びに今後の展望について報告するものである。

【対象と方法】

本研究の対象者は始良市の高齢者であり、効果的、効率的な介護予防プログラムを検討するものである。その方法として、現状の介護予防の問題点を分析し、我が国の地域包括ケアシステムのモデルとなったデンマークの取り組みを分析し、鹿児島県、及び始良市の介護予防の取り組みである「ふれあい・いきいきサロン」と在宅支援複合施設「おはな」に設けた地域交流センター「お散歩 CoCo」での活動を比較検討し、始良市における新たな介護予防のあり方を検討する。

【結果】

1. これまでの介護予防の問題点

従来の介護予防の考え方の問題点として、次の3点があげられている。まず、介護予防の手法が心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったことである。次に、介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが不十分であったことである。最後に、介護予防の提供者が「活動」や「参加」を重視してこなかったことである。

2. デンマークのインフォーマルケア

わが国の地域包括ケアシステムのモデルとなったのが、デンマークの高齢者ケアである。デンマークではいま居住環境の面でも、ケアの質の面でも施設と住宅の間に差異がなくなっており、我が国で包括ケアシステムを構築していく上で学ぶべき点は多い。一方、介護予防の分野でも学ぶべきこととして、「インフォーマルケア」、「地域での多様なアクティビティ」、「高齢者ボランティア団体」がある。

3. 鹿児島県、始良市の介護予防の現状と課題

鹿児島県では、高齢者の孤立防止、地域での楽しみや生きがいの創出、健康維持を目的とした介護予防のプログラムとして、「ふれあい・いきいきサロン」の活動が行われている。始良市でも県の活動を受けて地域活動としての「ふれあい・いきいきサロン」が盛んである。現在は 65 自治会で実施されており、会員登録数は 1,834 名にのぼる。活動内容は健康体操、おしゃべり・茶話会、料理・食事が中心であるが、認知症予防や感染症予防といった学習活動も行っている。そして、テーマを固定化せず、会員が自主的に運営するスタイルが参加率を押し上げている。また、講師を得意分野ごとに会員がこなうことも、始良市の大きな特徴として挙げられる。

4. 玉昌会・JOY グループの取り組み

グループでは、2010 年に住宅型有料老人ホーム「おはな」を中心に多様なニーズに対応できる在宅介護サービスを併設した在宅支援複合施設コミュニティガーデン「しあわせの杜」を始良市に開設し、ここに地域交流センター「お散歩 CoCo」を設置した。ここでは、入居者、その家族、地域住民に様々な支援プログラムを提供している。そして、「活動」「参加」に視点をおいた様々な介護予防プログラムが「お散歩 CoCo」を中心に行われ、例えば、地域の保育園、子供会、老人会との交流会、バザー等が開催されている。

【考察】

今後の活動としては、ふれあい・いきいきサロンプログラムを受動的に参加するだけでなく、高齢者自身が介護予防、介護の担い手となるような、デンマークの高齢者ボランティア団体のような仕組みづくりを行うことが重要な課題となってきている。その際、自由な参加ができる「お散歩 CoCo」のような柔軟性の高い、民間の地域交流センターの存在の意義は大きく、地域包括ケアシステムが目指す、小学校区のような地域単位毎に整備していく必要があるものと思われる。

南風病院における誤嚥性肺炎入院の将来対応に向けた取り組み

○小原 仁^{1) 2)}

- 1) 九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻
- 2) 公益社団法人鹿児島共済会 南風病院

【背景】

2025年のあるべき医療の姿の実現に向け、地域包括ケアの構築が課題となっている。地域包括ケアの構築とは、慢性疾患を抱える高齢者を対象に各地域において医療と介護サービスを効率的に提供できる体制を整備することである。しかし、高齢者の増加はこうした慢性疾患だけを対象とするのではなく、従来からも認識されている大腿骨頸部骨折や誤嚥性肺炎のような高齢者に多い疾患への増加対応も同時に必要となる。

大腿骨頸部骨折などの入院症例は急性期から回復期までの連携を評価する診療体制の構築が進められているが、誤嚥性肺炎については地域で受け入れる施設の特長や連携のあり方は示されていない。地域医療支援病院である当院においても、誤嚥性肺炎入院の受入体制は明確になっておらず、将来対応としての全病的な態度と具体策を検討しておく必要があった。

【目的】

誤嚥性肺炎入院の「科別患者特性」と急性期病床の有効利用に向けて「誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連」を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

南風病院は鹿児島県鹿児島市に所在のある一般病床338床を有するDPC対象病院である。また鹿児島二次保健医療圏（約60万人）を中心に地域の病院や診療所との医療連携を推進する地域医療支援病院としても承認されている。2013年度の主な診療実績は平均在院日数13.8日、病床利用率75.9%、紹介率75.5%、逆紹介率99.8%であった。

解析対象症例は2012年4月から2014年3月までに南風病院を退院した誤嚥性肺炎入院症例とした。データベースは誤嚥性肺炎の診断群分類(040081xx99x0xx)に関連するDPCファイルをもとに構築した。

診療科別の患者特性と選択抗菌薬の確認は、

Pearsonの χ^2 検定とMann-Whitney検定を適用した。また、誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連については、ロジスティック回帰モデルを用いて推定した。目的変数は誤嚥性肺炎入院におけるDPC入院期間Ⅱを超過した退院の有無とし、説明変数は①年齢、②性別、③紹介の有無、④救急車搬送の有無、⑤誤嚥性肺炎の入院後発症の有無、⑥転帰先区分とした。なお、統計的有意水準は5%とした。

【結果】

解析対象症例は140例であった。誤嚥性肺炎入院の科別患者特性は、平均年齢、紹介患者割合、入院後発症割合に統計的有意差を認めた。また誤嚥性肺炎の入院治療にかかる第一選択の抗菌薬についても診療科別で有意な差を認めた。

長期入院との関連を推定した説明変数のオッズ比(95%信頼区間)は、誤嚥性肺炎の入院後発症の有無3.6(1.1-12.2)、転帰先区分が在宅に対する転院症例11.7(3.5-38.5)であった。

【考察】

南風病院における誤嚥性肺炎入院の科別患者特性と長期入院に関連する要因を明らかにした。誤嚥性肺炎入院はある特定の診療科だけではなく、院内の幅広い診療科で診療されていた。また同じ院内であっても診療科によって、誤嚥性肺炎の治療タイミングや第一選択の抗菌薬が異なっており、全病的な治療の標準化が必要と考えられた。誤嚥性肺炎入院と長期入院の関連については、誤嚥性肺炎の入院後発症と転帰先が転院となる退院症例が長期入院と有意に関連していた。在院日数の短い急性期病院であっても入院後発症の低減に向けた取り組みと入院早期からの退院調整は急性期病床の有効利用に効果的である可能性が示唆された。

これから増加が見込まれる誤嚥性肺炎入院についても将来を見据えた地域対応が期待された。

鹿児島始良地区のケアミックス医療機関での入退院支援チーム

○片桐 壮平 中村 真之 六反 栄子 東郷 尚子 山元 直子 本田 陽子 岡元 英明 末吉 保則
坂元 真一 田中 紀子 板川 幸子 松島 広典 高田 昌実 (医療法人玉昌会)

【目的】

加治木温泉病院は鹿児島県始良市に所在する一般病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、介護保険病棟をもつ350床のケアミックス医療機関である。また近隣には複数の在宅施設を有し、回復期リハから在宅までのシームレスなケアを整備する地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。

2014年度診療報酬改定に伴い、始良・霧島地区の急性期病院での治療後の回復期リハから在宅までのケアを担うために、在宅復帰強化加算病棟取得や地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟入院料1を取得する準備を行っている中、入院患者数が伸び悩み、入院稼働率を維持することが難しくなってきた。今回、入院検討会、MSWの活動などを見直し、入退院支援チームとして入院患者確保のために活動した内容について報告する。

【方法】

今回、入院稼働率を改善するために、法人事務局と加治木温泉病院でそれぞれの入退院支援チームを立ち上げ、事務局チームでは目標設定や病棟編成について検討し、病院チームでは現場で行われている入院検討会、ベッドコントロール会議、MSWの活動などを見直し、入院患者確保のための対策を行った。

法人事務局での入退院支援チーム立ち上げに関する活動内容としては、法人の収支状況や法人の方針に従い、病院での入院数の損益分岐点を算出し、達成する時期の設定を行った。また加治木温泉病院での病棟編成について決定し、入院時から在宅までの大まかな流れを作成した

加治木温泉病院での入退院支援チーム立ち上げにおいては、月1回行っていた入院検討会、ベッドコントロール会議のあり方を見直し、7月からは毎日入院紹介患者の確認を行うようにし、ベッドコントロール会議は短時間で効率よく行うようにした。また、どこの病棟のベッドが空いていて患者を入院や移動できるかすぐ

に確認し、検討できるよう病棟配置図を作成した。

【結果】

今回、法人事務局でのチームと病院での入退院支援チームがそれぞれの役割を十分に発揮し、一丸となって取り組んだ結果、6月は入院数48人、退院数56人、増減数-8人と大きく入院数が減っていたが、7月には入院数56人、退院数57人、増減数-1人となり、8月には入院数74人、退院数63人、増減数+11人、9月には入院数73人、退院数60人、増減数+13人と入院数が増え、9月末には目標の300人を達成することができた。

【考察】

目標を達成できた要因としては、まず地域周辺の急性期病院からの患者を受け入れられるように病棟編成を行い、その内容を職員に周知徹底したことが挙げられる。そして、以前より行っていた入院検討会とベッドコントロール会議のあり方を見直し、事務部門、看護総師長等も参加することで、いままで会議の中心であったMSW、病棟師長の意識を改革し、当院へ希望する患者をすべて入院へ繋げられるようになったことが影響していると考えられる。また、入院した患者についても在宅復帰率なども考慮しながら患者、家族の希望にあった入退院ができるように対応できたことも関係していると思われる。

しかしながら、10月以降の入院患者の減少については、自院や地域ニーズの分析が必要であり、分析をした結果をもとに早急な対応が必要と考えられる。

【結語】

当院がこれから入院数を増やし、経営を健全に行っていくためには、地域のニーズにあった医療が提供し続けられる体制を構築していく必要がある。そしてこれらの体制が構築された時、当院が従来から取り組んでいる地域包括ケアシステムの基幹病院となり、地域に安心と安全を提供できる街づくりに貢献できると考える。

太宰府市における介護予防・健脳リハビリテーションの提案

○本松 洋一、鹿子生 寛子、石津裕章、岡 政隆、鹿子生健一（医療法人健成会）、窪田昌行（CCRC研究所）
馬場園 明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

太宰府市の人口は平成26年11月現在71,130名、5年前と比べ約2,000人増加し、高齢化率も24.2%となっている。要介護者は2,347名、要支援者はその約33%にあたる633人となり過去6年間で1.5倍に増えている。このような中、国の方針で要支援者の方で訪問介護、通所介護を利用されている方々は3年以内に介護保険事業から新しい総合事業「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行していく必要がある。

医療法人健成会は、整形外科有床診療所を中心に地域の整形外科的ニーズに対応し、デイサービス「ららら」では介護予防に焦点をあてた独自の健脳リハビリテーションを開発してきた。ここでは、新しい総合事業のための介護予防システムを検討するものである。

【対象と方法】

本研究は、太宰府市の高齢者、およびデイサービス「ららら」の利用者を対象とする。検討にあたっては、太宰府の6つに小学校区の地域特性を分析し、介護予防に適した「健脳リハビリテーション」のプログラムを精査し、啓蒙活動を推進してきたロコモ体操の実績もふまえ、太宰府市に適した介護予防のモデル事業を提案検討するものである。

【結果】

1. 太宰府市内の地域特性

太宰府市は全市を6つの小学校区（太宰府、太宰府東、太宰府南、国分、水城、太宰府西）に分け、その各区が地域包括ケアシステムの基盤となるものと思われる。しかし、6つの校区には、地域特性があり、過去5年間において、太宰府小学校区は人口減、太宰府東、太宰府南小学校区が横ばい、国分、水城、太宰府市西校区は人口が増加している。高齢化率は太宰府南が一番高く28.9%、次いで太宰府東で26.6%である。一番低いのは水城小学校区で15.7%である。一方、介護事業所の数が一番多いのが太宰府校区であり、少ない校区はデイサービス「ららら」のある太宰府東校区である。

2. 介護予防と健脳リハビリテーション健成会では、残存機能を活用し、達成感、自己肯定感が持てる全人的な生活リハビリテーションとして、“健脳リハビリテーシ

ョン”の構築に取り組んできた。健脳リハビリテーションは、①創作活動、②運動器リハ系、③メンタルケア系からなり、一人ひとりの嗜好、ニーズあった選択ができる多種多様な介護予防プログラムを作り上げてきた。

3. モデル事業の検討

当事業所が位置する太宰府東小学校区は、高齢者数1,681人、高齢化率が高い地域であるが、介護事業所は一番少ない校区である。一方、介護保険事業において要支援者は切り捨てられるのではないかと不安視される中、要支援者の高齢者の自立した生活を支援する為にも、太宰府市と民間介護事業者の協同のもと新たな介護予防の基盤整備が急務となっている。

健成会は2014年6月にNPO法人健脳リハビリテーションを設立し、現場での介護予防の普及に取り組んできた。例えば、ロコモティブシンドローム予防啓蒙活動であるロコモ体操体験会を平成25年10月から始め、平成26年11月で第7回を重ねた。またリハビリテーション等出前講座活動も行い、ロコモ体操を、公民館、野外ステージ等で推進した。さらに、コミュニティサロン活動として、障碍児童とその保護者交流会、ダネラ作成教室等を開催した。

そこで、いままで法人が蓄積してきた経験と健脳リハビリテーションプログラムを活かしてモデル事業を検討する。具体的には当事業所のスタッフが週1日要支援者を対象とした予防事業の日を設定実施し、問題点等を抽出する。平日が厳しい場合は日曜を予防の日とし、サロン活動も充実させていく。また、ロコモ体操を用い、事業所のリハビリストッフを活用し、公民館などで出前リハ講座を行い、課題を整理する。これらの活動を通して、新しい総合事業について行政と議検討していくつもりである。

【今後の課題】

介護予防を考える中で、今までのように身体機能の回復だけを考えるのではなく、様々な活動や社会参加の視点をいれ、自助、互助の支援する方法を促進していくことが重要である。医療法人健成会グループは、健脳リハビリテーションを通して、新たな介護予防システムを検討し、介護予防・日常生活支援総合事業の構築に貢献していきたいと考える。

ビジョンボードによる人材育成の取り組み

○上村 さゆり、高田 和美、山下 万紀子、森口 敦子（社会福祉法人幸友会かずみ保育園）、
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・管理学講座）

【背景と目的】

かずみ保育園は、鹿児島市に隣接する人口約76,000人の姶良市に位置し、今年で開設36年目になる。定員は60名で現在76名の子どもが在籍し、22名のスタッフで保育を対応している。

本園は「乳幼児期の体験は一生の宝物、子どもの限りない可能性を大切に」という理念に基づいて、乳幼児の養護と教育に取り組んできており、保育士を含む職員の成長の支援のためにも、職員教育にも力を注いできた。そのような折、2008年度からスタートした新保育所保育指針の中に保育士の自己評価が努力義務として盛り込まれた。当初は、保育の振り返りを兼ねカリキュラムに基づき、毎月、保育士の自己評価を行っていたが、自己評価を行うことを保育士自身が肯定的に捉える状況にはなっていなかった。

そこで、職員が意欲的に、前向きに、しかも楽しく取り組める自己評価を行うために、ビジョンボード活動を2010年度に導入し、実践することになった。今年度で4年目を迎えており、その概要と結果を報告するものである。

【対象と方法】

1. ビジョンボード活動と対象

業務活動において組織の理念に基づいて、一人一人が目標を立て、反省、フィードバックし目標を達成していくPDCAサイクルは重要な考え方である。本園におけるビジョンボード活動は、PDCAサイクルを念頭に置いて、自分の夢や目標を言葉と図や絵などをつかって描き、ビジュアル化したものである。それを携帯し、繰り返し、見て確かめることによって、ビジョンを常に意識することにより実現に向けての意欲が高められ、しかも自ら作った目標が達成できたという満足感を味わえるといった利点がある。2014年度のビジョンボード活動の対象は、本園の職員のうち、保育士全員と栄養士、事務員とした。

2. 作成評価プロセス

ビジョンボードは、新年度4月末までに提出し、8月に中間評価を行う。評価を前向きに捉える意味で、中間報告シートを自画自賛シートと名づけ、そのシートを下に9月に中間面談を行い、管理者から助言をもらい、年度末のビジョン達成に向けてさらに行動する。2月に

期末評価表に記入し、管理者の意見と比較する。3月末までに面談を行い、翌年度の新しいビジョン作成に役立ててもらい、毎年の成長のサイクルを支援する。

【結果】

1. 計画作成

当初から、具体的な例を用いビジョンボードの作成に取り組んだが難しいという声があり、試行錯誤を行い、近年は軌道に乗ってきた。計画作成において、ビジョンボードには書式がなく、自由に楽しく描ける利点がある。しかも絵や図をいれ、ビジュアル化されることにより、計画作成が容易になり、この4年間で、計画の質と作成するスキルも向上してきた。

2. 振り返り、フィードバック、成果

1年の中間地点と、期末にビジョンの達成状況について、相談、話し合いの機会があり、保育士の目標達成、業務スキル、人間の成長につながるフィードバックの仕組みが定着してきた成果は大きい。

現在では、年度中間の面談や日常業務の中でも自分のビジョンを確認、達成度を自ら話す姿もでてきた。導入前は、自己評価が前向きでない反省になりがちだったが、達成度、結果だけでなく、過程を自他共に認め合い、褒めあう積極的な姿勢に変わり、PDCAのサイクルが確立できた効果も大きい。

2014年度の中間評価ではビジョンボードの実現について5段階評価（よい～努力が必要）で、「よい」が8人で一番多く、「もう少し努力が必要」が5人、「まあまあよい」が1人であった。2月に期末のビジョンボード評価、自己・管理者評価を行うが、評価基準を見直し、「優秀・良好・普通・要努力・問題」の新しい5段階評価とし、達成状況の数値化を改善する。このことにより、新しいビジョンボード作成がさらに具体的になるものと考ええる。

【考察】

自己評価は反省という意味合いになりがちだったが、ビジョンボード活動により、ビジョンが達成度や結果だけでなく、プロセスを評価し自他共に認められるようになる傾向がある。そして、管理者は、職員が改善したこと学びたいテーマ等が具体的にわかり、効果的な研修や体験の場が設定しやすくなったことがメリットである。

福岡県後期高齢者医療制度の透析患者における医療の地域格差に関する研究

○尾ノ上 美樹夫 (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】

急速な少子高齢化が進む一方、高齢者の医療費は増加し続けている。国民皆保険制度を維持することを目的として「後期高齢者医療制度」が平成20年に発足しているが、福岡県の被保険者当たりの高齢者医療費は、平成14年度から11年連続、全国で最も高く、全国平均の1.27倍であった。なかでも腎不全における医療費は県全体の約6.4%を占めており年々増加傾向にある。透析患者の高齢化や糖尿病合併症により入院比率が高くなり、医療費もそれに伴い増大すると推測される。透析医療費の増大は今後の保険制度の維持可能性に影響を及ぼす可能性があると考えられる。そのため、透析患者の入院・外来の定量的な検討を行い、その実態を把握した上で、対策を行っていく必要があると考える。

そこで、本研究では、後期高齢者医療制度に加入している透析患者を対象とし、医療における二次医療圏の地域格差について検証することを研究目的とした。

【方法】

福岡県後期高齢者広域連合会に電子請求された2013年4月診療分のレセプトデータの中から人工透析を受けた患者7,061人を抽出対象とし、2014年3月まで追跡した。

まず被保険者当たりの透析患者数、総医療費、入院医療費、外来医療費、入院日数、外来日数を居住医療圏で比較を行った。次に被保険者当たりの入院件数、外来件数を居住医療圏別に推定し、最も低い居住医療圏を基準とし、相対危険度の検定を行ない、Bonferroniの多重比較により検定を行った。さらに1件当たりの入院医療費、入院日数、外来医療費、外来日数を目的変数とし、年齢、性別、居住医療圏を説明変数としたKruskal-Wallis検定で分析を行った。最後に1日当たりの入院医療費、外来医療費を目的変数とし、同様の分析を行った。

【結果】

被保険者当たりの透析患者数(千人当たりの患者数)が最も高かった医療圏は粕屋(14.8)で、最も低かった医療圏は有明(9.3)であった。最も低い有明を基準としたBonferroniの多重比較では、福岡・糸島(1.341、95%CI=1.198-1.501、 $p < 0.001$)、粕屋(1.598、95%CI=1.383-1.847、 $p < 0.001$)、直方・鞍手(1.531、95%CI=1.303-1.798、 $p < 0.001$)、北九州(1.370、95%CI=1.225-1.531、 $p < 0.001$)の4医療圏で有意に高い結果であった。

被保険者当たりの透析患者数が高い医療圏では医療費、診療日数、入院、外来件数においても高い傾向であった。

1件当たりの入院医療費では、年齢($p < 0.001$)、性($p < 0.001$)、医療圏間($p = 0.008$)の全てにおいて、1件当たりの入院日数では、年齢($p = 0.003$)、性($p < 0.001$)、1件当たりの外来医療費では、年齢($p < 0.001$)、医療圏間($p < 0.001$)、1件当たりの外来日数では、年齢($p < 0.001$)において有意な差が認められた。

1日あたりの入院医療費では、年齢($p < 0.001$)、性($p < 0.001$)、1日当たりの外来医療費では、性($p = 0.001$)、医療圏間($p < 0.001$)において有意な差が認められた。

【考察】

医療圏間における被保険者当たりの透析患者数の地域格差が、被保険者当たりの医療費、診療日数、入院、外来件数の格差に影響を与えることが示唆された。被保険者当たりの透析患者数は人口当たりの血液透析機数が影響を与えている可能性がある。また、1件当たりの入院医療費は、入院日数が影響することが示唆された。今後の課題として、透析以外の診療内容、透析療法の違い、合併症の頻度の地域格差について分析することや透析患者数の地域格差の要因の究明も必要であろう。

高齢脳梗塞患者における地域連携クリニカルパスが医療資源利用に与える影響の評価

○西 巧 (九州大学大学院医学系学府医学専攻)

前田 俊樹 (九州大学大学院医学系学府医学専攻)

安井 みどり (九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻)

馬場園 明 (九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【目的】

地域連携クリニカルパスとは、急性期病院から回復期病院、外来等を経て早期に在宅復帰を図るための診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものである。本研究の目的は、高齢者脳梗塞患者を転院後まで追跡し、地域連携クリニカルパスが実際に医療資源の効率的な利用に繋がっているかどうかを明らかにすることである。

【対象と方法】

福岡県後期高齢者広域連合に電子請求された2010年4月から2014年3月診療分のDPCレセプトデータを用いて、2010年4月1日から2014年3月31日の間に脳梗塞(ICD10: I63.x)を主傷病、最資源病名として入院した高齢者18,810名を抽出した。

それらのうち、退院日に他の医療機関に入院している者5,313名を追跡し、最終的に2014年3月までに退院の記載がある3,232名を対象とした。

年齢は85歳未満、85歳以上95歳未満、95歳以上の3つのカテゴリに分類した。意識レベルはJCSを用いて1桁: Mild、2桁: Moderate、3桁: Severeに分類した。緊急入院と救急車使用の有無はそれぞれ分類した。

併存疾患の調整を行うために、初回入院時のICD10コードから脳血管障害を除いた調整チャールソン併存疾患指数(CCI)を計算し、0, 1, 2, 3以上の4つのカテゴリに分類したものをを用いた。高血圧、高脂血症については別個調整した。

入院中の治療は、t-PA使用、早期リハ、人工呼吸の有無についてそれぞれ分類した。

患者の属性をカテゴリ変数は頻度と割合を用い、連続変数には中央値と四分位範囲を用いて示した。地

域連携クリニカルパス適用の有無でのカテゴリ変数の比較には χ^2 乗検定を用い、連続変数の群間の比較はマン・ホイットニーのU検定を用いた。

入院中の在院日数、転院後の在院日数、全体の在院日数、医療費の対数変換値を目的変数、性別、年齢区分、意識レベル、緊急入院の有無、救急搬送の有無、併存疾患、入院中の治療、地域連携クリニカルパス適用の有無を独立変数、居住市町村を操作変数とした操作変数法による解析を行った。なお有意水準は $P=0.05$ とした。

【結果】

対象の年齢中央値は地域連携クリニカルパス適用群84[9]、対照群83[8]であり、男性1,401名(43.3%)、女性1,831名(56.7%)であった。

初回入院時の在院日数は地域連携クリニカルパス適用群で有意に短かった($\beta=-0.191$, $p=0.022$)。しかし、転院後の在院日数とは有意な関連は見られず($\beta=0.078$, $p=0.291$)、全体の在院日数とも有意な関連は見られなかった($\beta=0.030$, $p=0.692$)。また、全体の医療費は地域連携クリニカルパス適用群で有意に高かった($\beta=0.231$, $p=0.002$)

【考察】

地域連携クリニカルパス適用群において初回入院時の在院日数が有意に短かった点は、FujinoらのDPC調査データを用いた報告と一致している。しかしながら、転院後、全体の在院日数では関連が見られず、医療費は高い傾向にあった。

これらのことから、地域連携計画管理料を算定している急性期病院だけでなく、転院後の医療機関における診療の標準化を行い、早期に退院することを推進する施策の必要性が示唆された。

福岡県後期高齢者医療制度における入院医療費の地域格差に関する研究

○安井みどり（九州大学大学院医療経営・管理学専攻）

西 巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）

前田 俊樹（九州大学大学院医学系学府医学専攻）

馬場園 明（九州大学医学研究院医療経営・管理学講座）

【目的】

福岡県後期高齢者1人あたり医療費は、平成14年から11年連続全国一位であり、その高騰要因は入院医療にあることは先行研究で明らかになっている。また、同時に自治体別の地域格差もあることも報告されている。

そこで、本研究では、入院医療費について病床および医療費要素別で分析し、何が入院医療費の地域格差を生み出しているかを明らかにし、医療費適正化について検討することにした。

【対象と方法】

平成25年4月から平成26年3月の期間内に福岡県後期高齢者医療制度を使った入院のうち、一般病床、DPC病床、療養病床、精神病床における入院（278,526件）を対象とし、医科レセプトデータ及びDPCレセプトデータから抽出した。

次に全市区町村(72)の平成25年3月末の被保険者数(計590,589人)を使い、病床区分別の被保険者1人あたり医療費、被保険者1人あたり入院日数および受診率を算出した。また、その他の医療費要素（1件あたり医療費、1日あたり医療費、1件あたり入院日数）は、診療実日数のレコードを使って算出した。これらを使って、被保険者1人あたり入院医療費の高騰要因を同定するための相関分析を行った。

次に、病床区分別医療費要素毎に地域格差分析を行い、差、比、変動係数を使ってバラツキを評価した。

最後に、病床区分別の医療費を診療行為別に集計し、各病床区分における診療行為の割合を算出した。

【結果】

被保険者1人あたり入院医療費対し、最も強い正の相関を持っていたのは、病床区分別では「療養病床入院の被保険者1人あたり入院日数」で相関係数は0.628であった。

療養病床入院の被保険者1人あたり入院日数の72市区町村地域格差は、最大日数と最小日数の比は7.5倍で、変動係数は0.32であり、地域格差が認められた。

療養病床の入院における診療行為割合は、一般病床やDPC病床に比べ医療的行為(医学管理料、検査料、手術料、麻酔料、放射線治療料、病理診断料、薬剤料、医療材料料)が少なかった。

【結論】

被保険者1人あたり入院医療費の最大の高騰要因は「療養病床の被保険者1人あたり入院日数」であり、当該要因に地域格差が認められた。これは、地域により療養病床数に差があり、この資源の偏りが、療養病床の入院受診率や入院日数に影響を与え、被保険者1人あたり入院医療費の地域格差をもたらしていると考えられる。また、診療行為割合から医学的妥当性に乏しく、社会的入院があることを示唆された。必ずしも入院を必要としない高齢者の受け皿づくりを行うことが、医療費の適正化の喫緊の課題と言える。

日和見感染症が成人 T 細胞性白血病の予後と医療資源に与える影響

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

【目的】 成人 T 細胞性白血病では細胞性免疫の低下により日和見感染症を多く合併することが知られているが、それら日和見感染症が臨床予後と医療資源に与える影響はほとんど知られていない。本研究では日和見感染症が院内死亡と医療費および在院日数に与える影響を定量化することを目的とした。

【対象と方法】 研究デザインは DPC データを用いた後ろ向きコホート研究である。成人 T 細胞性白血病と診断されかつ骨髄移植が施行されていない患者 3712 名を研究対象とした。日和見感染症の病原体はアスペルギルス、カンジダ、サイトメガロウイルス、単純ヘルペスウイルス、結核、ニューモシスチス肺炎、水痘ウイルス、クリプトコッカス、非定型抗酸菌、糞線虫と定義した。対象患者でそれら感染症に罹患した患者を ICD10 コードを利用して抽出し、院内死亡と医療費および在院日数に与える影響を調査した。目的変数が院内死亡の時はロジスティック回帰分析を、医療費および在院日数が目的変数の時は線形回帰分析を施行し交絡を調整した

【結果】 サイトメガロウイルス 感染患者では有意に院内死亡の増加 (adjusted odds ratio (AOR) 2.29 [1.50-3.49] $p < 0.001$), および在院日数の延長 (coefficient (B): 0.13 [0.06-0.20] $p < 0.001$) と入院医療費増加 (B: 0.25 [0.17-0.32] $p < 0.001$) を認めた。カンジダ感染症と pneumocystis pneumonia では有意に院内死亡の低下を認めた (カンジダ感染症: AOR 0.72 [0.53-0.98] $p = 0.035$ 、ニューモシスチス肺炎: 0.54 [0.41-0.73] $p < 0.001$)。水痘ウイルスは有意に在院日数の延長と関連があった (B: 0.13 [0.06-0.19] $p < 0.001$)。またアスペルギルス感染症、単純ヘルペスウイルス、水痘ウイルスは医療費の増加と関連していた (アスペルギルス B: 0.16 [0.07-0.24] $p < 0.001$, 単純ヘルペスウイルス 0.12 [0.02-0.23] $p = 0.025$, 水痘ウイルス 0.17 [0.10-0.24] $p < 0.001$)。

【考察】 日和見感染症の中ではサイトメガロウイルスが最も予後および医療資源利用に強い関連を示した。サイトメガロウイルス感染症管理が喫緊の課題と考えられた。