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6巻 第1号 2011年10月1日

巻頭言

医療福祉経営マーケティング研究会 理事長 馬場園 明

原著論文

急性脳卒中患者におけるリハビリテーションの実施と医療費に関する研究 ・・・ 1
石村 晃一、西 巧、猿渡 倫治、馬場園 明

医療保障の法的構造 ・・・ 9
山﨑 哲男、片岡 直、桑原 一彰、馬場園 明

ケーススタディ

地域コミュニティに根ざした介護療養病床の転換戦略 ・・・ 27
～医療法人竜門堂 大野病院～
下村 徹郎、下村 恭子、宮口 雅樹、窪田 昌行、馬場園 明

地域包括ケアシステム構築のための在宅支援複合施設の活用 ・・・ 45
下水流 智和、大囿 歌織、伊作 澄子、渡辺 純子、本田 陽子、
本村 ヨシ子、吉田 政子、丸尾 兼司、岡本 宗房、高田 和美、
大徳 和久、山下 正策、高田 昌実、窪田 昌行、馬場園 明

学術集会資料

第1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 ・・・ 61
参加要項 ・・・ 64
大会プログラム ・・・ 67
一般演題抄録集 ・・・ 81

定例研究会報告

第17回研究会報告 米国医療の歴史と制度 馬場園 明 ・・・ 94
第18回研究会報告 米国の病院と経営管理 馬場園 明 ・・・ 95
第19回研究会報告 米国の在宅ケア 馬場園 明 ・・・ 96
第20回研究会報告 米国の疾病管理 馬場園 明 ・・・ 97
第21回研究会報告 ドイツの医療改革 馬場園 明 ・・・ 98
第22回研究会報告 フランスの医療改革 馬場園 明 ・・・ 99
第23回研究会報告 医療福祉経営のためのリーダーシップ論 窪田 昌行 ・・・100

事務局だより ・・・101
お知らせ 第2回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会 ・・・103
研究会規約 医療福祉経営マーケティング研究会規約 ・・・104
投稿論文規定 投稿論文規定（和文・欧文） ・・・107
編集後記 医療福祉経営マーケティング研究会 編集委員 荒木 登茂子 ・・・108

医療福祉経営マーケティング研究

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

医療福祉経営マーケティング研究会

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　2011

巻 頭 言

医療福祉経営マーケティング研究会
理事長　馬場園　明

本年の夏、米国政府の債務不履行に関する問題が話題となり、14 兆ドル以上の債務を抱えることが国際的に知れわたることになった。クリントン政権下では米国政府の財政は黒字であったが、ブッシュ政権下で富裕層の減税を行い歳入が少なくなったこととイラクとアフガンとの戦争で歳出が膨らんでしまったのがそもそもの原因である。その後、リーマンショックの対策のために巨額の支出を行い、2009 年度は 1 兆 4130 億ドル、2010 年度は 1 兆 5560 億ドルの赤字、2010 年度も同等の赤字が見込まれ、財政が逼迫してしまったのである。これは不景気になれば財政を出動し、金利を緩和すれば何とかなるという政策は通用しない時代となっていることを示している。そのため、オバマ大統領は富裕層の増税を提案しているが、共和党は歳出削減を唱えている。その削減のターゲットとなっているのが高齢者のための医療保険であるメディケアである。

メディケアは、65 歳以上の者、社会保障給付の受給資格を有する障害者、慢性腎不全患者に受給資格を与えている。主な部分はパート A とパート B からなり、パート A は入院サービス、高度介護療養施設、在宅訪問診療、ホスピスケアなどの費用をカバーしている。主な財源は社会保障税である。一方、パート B は、医師の診察、検査、外来手術などの外来サービスなどを含んでいる。主な財源は、保険料と一般税である。米国は 2008 年現在、医療費に 2.3 兆ドル、GDP の 16.4%を使っている。米国の高齢者（65 歳以上人口）割合は 13%に過ぎず、日本の 23%よりも少ないが、メディケアによる支出は 5,990 億ドルにも上る。メディケアの加入者は 4,500 万人であるので、1 人当たり 1.33 万ドルかかっていることになる。2010 年からベビーブームの世代が、メディケアの受給者になっており、今まで積み立ててきたメディケアの信託基金は 2019 年には枯渇するであろうと予測されている。

メディケアの主な支払いの対象は急性期医療であるが、高齢者の疾患を急性期医療だけで完治させるのはむずかしいので、急性期医療に偏った支出をすれば効率が悪くなるのは当然である。プライマリケアや慢性期医療を重視していく方が、高齢者の医療にはマッチしているであろうし、費用もかからないであろう。加えて、米国は介護サービスに関しては公的にはカバーされないのが原則となっているが、今後の経済的な予想や高齢化を考えると介護保険も導入することも選択肢のひとつにしてもいいと思われる。高齢者の医療サービスは介護サービスと代替材的な側面があり、そのような分野では介護サービスの方がコストは安く、高齢者の QOL も向上させることができるからである。

日本では 2000 年に介護保険制度が導入された。高齢者介護を社会化することが制度化の目的であったが、コストがかかり、QOL の向上にもつながらない不適切な高齢者の病院や施設への入院や入所を防いでいくことも重要な使命であった。2011 年現在、わが国では 65 歳以上の高齢者の約 17%が介護保険の受給資格を認定され、500 万人の人が利用している。導入後、施設サービスの受益者は 83%増加したが、在宅、通所サービスを受給する高齢者は 203%も増加し、約 140 万人がホームヘルパーによる訪問介護を受け、約 190 万人が通所サービスを利用している。日本の公的介護保険制度では、専門家の助言を得た上で消費者が、在宅、通所、施設サービスを選択できることが特徴である。また、現金給付を認めなかったことも専門的な介護を受けられる人が増加し、家族介護者の労働参加率も上昇することにつながった。一方、問題もある。2000 年に 55 万人であった介護労働者が 2008 年には 128 万人まで増えたが、給与など労働条件が相対的に恵まれておらず、介護労働市場は慢性的な人手不足になっている。また、地域によっては介護事業者が少なく、十分な介護サービスを受けられない高齢者も存在する。さらに、コストがかかる 24 時間サービスを提供する事業者も不足している。そして、医療と介護の連携が悪く、高齢者の QOL に悪影響を及ぼしていくことも指摘されており、改善が望まれている。

日本の高齢者割合は 1990 年には 12%であったが、2010 年には 23%となり、2050 年には 40%になると推計されている。世界に先駆けて超高齢社会となった日本は、高齢者に対するケアの質を上げるとともに効率化をすすめていく知恵や技術を蓄積し、その経験を海外にも発信していくことも求められていくであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　1 - 7,　2011

急性脳卒中患者におけるリハビリテーションの実施と医療費に関する研究

石村　晃一[1)]　西　巧[1)]　猿渡　倫治[1)]　馬場園　明[2)]

The study on the relationship between rehabilitation services and healthcare resource use among patients with acute stroke

Kouichi ISHIMURA[1)]　Takumi NISHI[1)]　Tomoharu SARUWATARI[1)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

Purpose: The purpose of this study is to quantify the relationship between rehabilitation services and healthcare resource use among patients with acute stroke by electronic medical claim data.

Method: We analyzed the electronic medical claim data on patients with acute stroke, belonging to National Health Insurance Organization, who were admitted to hospitals on April 2009. Their claims had been followed until March 2010 to disclose the relationship between rehabilitation services and healthcare resource use among patients with acute stroke

Results: Implementation of rehabilitation plan and rehabilitation activities increased healthcare costs. They might not result in efficient healthcare services for healthcare.

Discussion: Implementation of rehabilitation plan and rehabilitation activities did not decrease the number of inpatient days. It could be because there are enough resources to care patients with disabilities out of healthcare facilities. Both facilities and care system for patients with disabilities should be created to meet needs for them.

Key words: Electronic medical claim data, acute stroke,
clinical process　Relationship of the health care team

【抄録】

1．目的

本研究は、電子レセプトを活用して急性期脳卒中患者のリハビリテーションの実施と医療費との関連を定量的に明らかにすることを目的とした。

2．対象と方法

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された平成21年４月に急性期脳卒中で入院していた患者を同定し、診療内容を平成22年３月まで追跡し、総医療費に与える要因を明らかにした。

3．結果

総医療費は、再入院に最も影響を受けていた。リハビリテーション計画の策定やリハビリテーションの実施は医療費を増加させる結果となっていた。リハビリテーションの計画や実施だけでは、入院日数や総医療費を減少できないことが示唆された。

4．考察

リハビリテーションの計画策定やリハビリテーションの実施は、患者の入院日数の短縮には繋がっていなかった。機能障害を持った患者の必要性に応じた医療連携体制が構築されることが望まれる。

キーワード：レセプトデータ、急性脳卒中、リハビリテーション、医療連携体制

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
〒812-8582　福岡市東区馬出3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961
3-1-1　Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka city, Fukuoka, 812-8582, Japan

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
〒812-8582　福岡市東区馬出3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961
3-1-1　Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka city, Fukuoka, 812-8582, Japan

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　1 - 7,　2011

【はじめに】

今日、高齢化の進展や生活習慣病の増加などにより、疾病構造は慢性化しており、高度な医療が求められる一方で、長期的なフォローアップも必要になってきている。継続的な診療を行う上で、単独の医療機関のみで完結することは困難となってきており、医療機関の機能分化・連携が重要な課題となっている。国の新医療計画に基づき、福岡県においても平成20年度を初年度として平成24年度までの５ヶ年計画が策定されている。その中で、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の４疾病並びに救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療の５事業に関して医療連携体制の構築が重点目標とされている。

本研究では、全国で死因の第３位であり、「寝たきり」になる原因の第１位とされ、また要介護認定の原因においても高い位置を占めている脳卒中に着目した。2009年度の厚生労働省の人口動態統計の年間推計によれば、全国で年間約12万人が脳血管疾患によって死亡しており、これは我が国においても福岡県においても年間死亡者の約10%程度を占めている[1)2)]。また、脳卒中は後遺症のために長期入院を余儀なくされる可能性も高く、前期高齢者で48.1%、後期高齢者では21.1%[3)]が要介護認定の原因と報告されている。さらに脳血管障害の費用分析によると、これに関する医療コストは国民総医療費の約４～５％（平成20年度の国民医療費34.8兆円のうち約１兆６千億円）にも上っている[4)]。

近年では、介護状態を防ぐために、障害発症後からの早期リハビリテーションの必要性と有効性が論じられ[5)]、現場でも実行されるようになってきた。更に、急性期－回復期－維持期の連携が重要視され、福岡県保健医療計画でも、連携体制の強化を基本に作成されているが[6)]、現状を正確に測定し、あるべき姿を設計する基盤となる診療の実態に関するデータを適切に把握しなければ、地域医療連携体制の構築・評価は困難であると考える。

一方、2011年までに原則として義務化されるレセプトのオンライン請求に伴い、電子化されたレセプトデータの活用の医療計画への応用が期待されている。レセプトデータには患者の性別等の資格情報、傷病情報等の様々な情報が含まれており、摘要情報には診療行為の情報を含んでいる。これらを繋ぎ合わせることにより、各患者の診療プロセスの状況を明らかにすることが可能であると考えられる。

そこで、本研究では、レセプトデータの活用によって、急性期脳卒中患者のハビリテーションの実態を明らかにし、リハビリテーションと医療費の関連を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

１．研究対象

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された医科レセプトデータのうち、平成21年４月に、脳卒中（主傷病のICD10コードがI60からI69）を主傷病として一般病床に入院し、診断群分類定義表で対応のある手術、もしくはt-PA、エダラボンの投与が行われ、退院した患者108名（男性51名、女性57名）を対象とした。

２．研究方法

対象者の平成21年４月から平成22年３月までの１年間の脳卒中に関するレセプトを抽出し、摘要情報、傷病情報を加え、データベースを構築した。対象者の診療内容と診療日数、総医療費との関連について検討した。患者の基本情報として性別、年齢区分（65歳未満、前期高齢者、後期高齢者）を用いた。転棟・再入院の分類として４月に入院していた医療機関の中での病棟の転棟（転棟無し、転棟有り）、再入院の有無を用いた。

診療内容については、脳卒中治療において予後に大きな影響を与えるリハビリテーションの実施状況について、入院、外来における脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ～Ⅲの算定の有無で分類した。他のリハビリテーション及び、医療連携に関わる状況については、リハビリテーション総合計画実施評価料、退院時リハビリテーション指導料、診療情報提供料の算定の有無で分類した。

次に、入院リハビリテーションの実施（無し、有り）、外来リハビリテーションの実施（無し、有り）、リハビリテーション総合計画実施評価料算定、診療情報提供料算定、退院時リハビリテーション指導料算定、転棟、再入院の有無の一元配置分散分析を用いて平均値の比較を行ない、全体、入院、外来それぞれの診療日数、医療費、１日当り医療費との関連を明らかにした。

最後に、診療日数、医療費、１日当たり医療費を目的変数とし、性別、年齢区分、入院リハビリテーションの実施の有無、外来リハビリテーションの実施の有無、リハビリテーション総合計画実施評価料の算定の有無、退院時リハビリテーション指導料の算定の有無、診療情報提供料の算定の有無、転棟の有無、再入院の有無を説明変数として重回帰分析を行い、診療内容が診療

日数、総医療費に与える影響を定量的に明らかにした。なお、モデルの適合度の指標として調整済みR^2、関連の指標としてβを用い、有意水準はp=0.05とした。

3．倫理面の配慮

氏名は福岡県国民健康保険団体連合会において削除され、匿名化されており、データの取扱には十分に配慮した。

【結果】

1．対象者の分布と記述統計

対象者は、年齢79.4±11.7（平均値±標準偏差）で前期高齢者19名（17.6%）後期高齢者76名（70.3%）と高齢者の占める割合が高かった。性比は男性51名、女性57名であった。入院リハビリテーションは74.1%で実施されていた（無し：28名、有り：80名）が、外来リハビリテーション13.0%しか実施されていなかった（無し：94名、有り：14名）。リハビリテーション総合計画実施評価（無し：77名、有り：31名）、退院時リハビリテーション指導（無し：95名、有り：13名）、診療情報提供（無し：63名、有り：45名）と実施されていない割合が高かった。転棟（無し：94名、有り：14名）、再入院（無し：68名、有り：40名）であった。

診療日数は後期高齢者が長く、平均総医療費も後期高齢者が高かった。入院においては、入院リハビリテーション非実施群の入院診療日数の36.5日に対し、入院リハビリテーション実施群で76.9日と入院診療日数が長く、総医療費も1,195,932円に対し2,584,465円と高かった。外来では、外来リハビリテーション非実施群の外来診療日数は9.1日であり、外来リハビリテーション実施群の外来診療日数は41.3日が長かった。総医療費では2,128,078円に対し2,871,714円と大きな差は見られなかった。

リハビリテーション総合計画実施評価料非算定群に比べ、リハビリテーション総合計画実施評価料算定群は診療日数（47.4日：113.8日）が長く、総医療費（1,626,293円：3,710,283円）も高かった。また、退院時リハビリテーション指導料非算定群に比べ、退院時リハビリテーション指導料算定群は入院診療日数（68.4日：51.8日）が短く、総医療費（2,274,329円：1,860,157円）も低かった。

診療情報提供料算定の有無では大きな差は見られなかったが、わずかに診療情報提供料算定群の入院診療日数（61.5日：73.3日）が長く、総医療費（2,156,355円：2,319,843円）も高かった。

転棟、再入院の有無で見ると、非転棟群に比べ、転棟群は入院診療日数（54.1日：149.2日）が長く、総医療費（1,909,026円：4,342,492円）も高かった。また、再入院については、非再入院群に比べ、再入院群は入院診療日数（41.3日：109.1日）が長く、総医療費（1,507,598円：3,443,166円）も高かった。

2．一元配置分散分析の結果

総医療費を目的変数とした一元配置分散分析では、年齢区分（F=3.8、p=0.026）や入院リハビリテーション実施（F=11.0、p=0.001）、リハビリテーション総合計画実施評価料算定（F=30.9、p<0.001）、転棟（F=21.7、p<0.001）、再入院（F=30.3、p<0.001）で有意差が認められた。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　1 - 7,　2011

表１.総医療費に関する一元配置分散分析の結果

		総医療費			
		N	平均値(標準偏差)	F値	p
全体		108	2,224,474.9 (1,992,552.8)	-	-
性別	男性	51	2,205,375.9 (1,964,802.7)	0.0	0.925
	女性	57	2,241,563.4 (2,034,351.3)		
年齢区分	65歳未満	13	1,589,259.5 (1,374,675.2)	3.8	0.026
	前期高齢者	19	1,336,220.8 (1,226,238.6)		
	後期高齢者	76	2,555,193.6 (2,149,502.1)		
入院リハビリテーション実施	無し	28	1,195,932.2 (1,181,023.0)	11.0	0.001
	有り	80	2,584,464.8 (2,096,319.5)		
外来リハビリテーション実施	無し	94	2,128,077.5 (1,890,606.3)	1.7	0.194
	有り	14	2,871,714.1 (2,566,974.8)		
リハビリテーション総合計画実施評価	無し	77	1,626,292.6 (1,510,831.5)	30.9	<0.001
	有り	31	3,710,282.5 (2,275,605.1)		
退院時リハビリテーション指導	無し	95	2,274,328.9 (2,049,356.5)	0.5	0.485
	有り	13	1,860,156.9 (1,529,431.3)		
診療情報提供	無し	63	2,156,355.1 (1,943,995.7)	0.2	0.676
	有り	45	2,319,842.5 (2,076,992.5)		
転棟	無し	94	1,909,025.5 (1,757,675.8)	21.7	<0.001
	有り	14	4,342,492.1 (2,241,982.5)		
再入院	無し	68	1,507,598.0 (1,527,451.4)	30.3	<0.001
	有り	40	3,443,165.5 (2,113,121.2)		

入院診療日数を目的変数とした一元配置分散分析では、年齢区分 (F=6.8、p=0.002) や入院リハビリテーション実施状況 (F=6.5、p=0.012)、リハビリテーション総合計画実施評価料算定 (F=21.2、p<0.001)、転棟 (F=24.6、p<0.001)、再入院 (F=26.1、p<0.001) で有意差が認められた。入院医療費を目的変数とした一元配置分散分析では、年齢区分 (F=4.8、p=0.010) や入院リハビリテーション実施状況 (F=10.6、p=0.002)、リハビリテーション総合計画実施評価料算定 (F=27.3、p<0.001)、転棟 (F=23.6、p<0.001)、再入院 (F=33.8、p<0.001) で有意差が認められた。１日当たり入院医療費を目的変数とした一元配置分散分析では、年齢区分 (F=6.3、p=0.003)、入院リハビリテーション実施状況 (F=4.7、p=0.032) で有意差が認められた。

表２.入院診療日数、医療費、１日当たり入院医療費に関する一元配置分散分析の結果

		入院診療日数				入院医療費			一日当り入院医療費		
		N	平均値(標準偏差)	F値	p	平均値(標準偏差)	F値	p	平均値(標準偏差)	F値	p
全体		108	66.4 (74.0)	-	-	2,099,657.5 (1,986,897.8)	-	-	50,462.5 (110,044.8)	-	-
性別	男性	51	58.7 (65.4)	1.1	0.308	2,038,239.8 (1,912,425.6)	0.1	0.763	65,328.8 (159,172.5)	1.8	0.185
	女性	57	73.3 (80.9)			2,154,610.3 (2,066,646.5)			37,161.1 (11,653.2)		
年齢区分	65歳未満	13	26.9 (24.7)	6.8	0.002	1,504,866.5 (1,393,716.4)	4.8	0.010	147,159.8 (308,511.6)	6.3	0.003
	前期高齢者	19	28.6 (22.4)			1,051,439.8 (717,886.3)			41,155.1 (10,785.7)		
	後期高齢者	76	82.6 (81.8)			2,463,452.6 (2,173,448.6)			36,249.0 (13,141.8)		
入院リハビリテーション実施	無し	28	36.5 (66.3)	6.5	0.012	1,092,944.4 (1,195,701.7)	10.6	0.002	88,701.4 (213,358.1)	4.7	0.032
	有り	80	76.9 (74.1)			2,452,007.2 (2,091,270.1)			37,078.8 (12,011.5)		
外来リハビリテーション実施	無し	94	65.3 (71.5)	0.2	0.697	2,049,594.9 (1,912,730.7)	0.5	0.5	51,839.0 (117,934.0)	0.1	0.738
	有り	14	73.6 (92.0)			2,435,792.7 (2,486,102.0)			41,219.9 (8,308.1)		
リハビリテーション総合計画実施評価	無し	77	47.4 (62.9)	21.2	<0.001	1,531,791.9 (1,518,941.7)	27.3	<0.001	57,250.0 (129,822.7)	1.0	0.315
	有り	31	113.8 (79.0)			3,510,162.5 (2,313,432.6)			33,603.1 (9,122.3)		
退院時リハビリテーション指導	無し	95	68.4 (76.8)	0.6	0.449	2,151,549.1 (2,043,023.6)	0.5	0.466	52,589.7 (117,222.6)	0.3	0.589
	有り	13	51.8 (48.4)			1,720,450.0 (1,525,739.5)			34,917.0 (6,561.9)		
診療情報提供	無し	63	61.5 (71.8)	0.7	0.416	1,996,951.9 (1,930,700.0)	0.4	0.528	57,316.1 (140,442.1)	0.6	0.446
	有り	45	73.3 (77.2)			2,243,445.4 (2,076,406.2)			40,867.3 (38,660.7)		
転棟	無し	94	54.1 (65.3)	24.6	<0.001	1,774,144.6 (1,735,121.1)	23.6	<0.001	53,621.9 (117,687.0)	0.6	0.442
	有り	14	149.2 (77.9)			4,285,244.3 (2,246,115.7)			29,248.9 (5,850.1)		
再入院	無し	68	41.3 (56.7)	26.1	<0.001	1,353,534.7 (1,460,242.2)	33.8	<0.001	42,742.4 (31,321.5)	0.9	0.344
	有り	40	109.1 (80.9)			3,368,066.5 (2,132,387.9)			63,586.5 (176,800.8)		

外来診療日数を目的変数とした一元配置分散分析では、外来リハビリテーション実施状況（F = 38.7、p <0.001）で有意差が認められた。外来医療費を目的変数とした一元配置分散分析では、外来リハビリテーション実施状況（F=13.2、p <0.001）で有意差が認められた。1日当たり外来医療費を目的変数とした一元配置分散分析では、いずれの変数においても有意差は認められなかった。

表3.外来診療日数、外来医療費に関する一元配置分散分析の結果

		外来診療日数				外来医療費			一日当り外来医療費		
		N	平均値(標準偏差)	F値	p	平均値(標準偏差)	F値	p	平均値(標準偏差)	F値	p
全体		108	13.3 (21.0)	-	-	124,817.3 (362,528.9)	-	-	7,910.7 (7,915.7)	-	-
性別	男性	51	13.8 (24.9)	0.1	0.793	167,136.1 (512,909.2)	1.3	0.253	9,224.5 (8,814.7)	2.7	0.103
	女性	57	12.8 (17.0)			86,953.2 (114,631.4)			6,735.2 (6,882.6)		
年齢区分	65歳未満	13	12.0 (13.7)	1.7	0.193	84,393.1 (92,424.6)	2.3	0.105	7,482.0 (8,673.4)	0.6	0.564
	前期高齢者	19	21.2 (38.6)			284,781.1 (827,967.2)			9,685.7 (10,648.9)		
	後期高齢者	76	11.5 (14.9)			91,741.1 (117,194.9)			7,540.3 (7,012.3)		
入院リハビリテーション実施	無し	28	12.5 (18.4)	0.0	0.829	102,987.9 (131,568.3)	0.1	0.713	9,536.5 (9,436.4)	1.6	0.208
	有り	80	13.5 (21.9)			132,457.6 (414,565.8)			7,341.6 (7,291.7)		
外来リハビリテーション実施	無し	94	9.1 (12.0)	38.7	<0.001	78,482.7 (106,374.8)	13.2	<0.001	7,921.6 (8,209.4)	0.0	0.971
	有り	14	41.3 (40.3)			435,921.4 (938,638.5)			7,837.6 (5,796.5)		
リハビリテーション総合計画実施評価	無し	77	13.3 (16.2)	0.0	0.987	94,500.7 (107,777.3)	1.9	0.172	7,792.8 (7,412.7)	0.1	0.809
	有り	31	13.2 (30.1)			200,120.0 (656,590.7)			8,203.6 (9,173.8)		
退院時リハビリテーション指導	無し	95	12.9 (21.8)	0.2	0.63	122,779.8 (384,071.5)	0.0	0.875	7,621.7 (7,838.8)	1.1	0.307
	有り	13	15.9 (14.0)			139,706.9 (126,953.1)			10,022.5 (8,478.5)		
診療情報提供	無し	63	16.1 (25.5)	2.7	0.101	159,403.2 (467,198.5)	1.4	0.243	8,348.6 (8,716.8)	0.5	0.499
	有り	45	9.4 (11.4)			76,397.1 (89,039.1)			7,297.7 (6,682.0)		
転棟	無し	94	14.5 (22.1)	2.4	0.127	134,880.9 (386,474.4)	0.6	0.457	7,821.4 (7,525.4)	0.1	0.763
	有り	14	5.3 (6.9)			57,247.9 (87,072.1)			8,510.3 (10,495.5)		
再入院	無し	68	15.3 (24.0)	1.8	0.188	154,063.4 (448,423.5)	1.2	0.276	8,950.7 (8,758.5)	3.2	0.075
	有り	40	9.8 (14.2)			75,099.0 (105,376.6)			6,142.7 (5,918.7)		

3．重回帰分析の結果

表4.重回帰分析の結果

	目的変数													
	総医療費		入院診療日数		入院医療費		一日当り入院医療費		外来診療日数		外来医療費		一日当り外来医療費	
独立変数	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
性別 (1:男性，2:女性)	-0.079	0.304	0.002	0.978	-0.063	0.413	-0.105	0.290	-0.007	0.934	-0.093	0.330	-0.151	0.155
前期高齢者ダミー	0.044	0.668	0.083	0.442	-0.001	0.996	-0.374	0.005	0.206	0.074	0.244	0.055	0.064	0.646
後期高齢者ダミー	0.059	0.590	0.164	0.156	0.035	0.746	-0.506	<0.001	0.146	0.235	0.131	0.331	0.082	0.583
入院リハビリテーション (0:無し，1:有り)	0.144	0.075	0.111	0.191	0.157	0.051	-0.210	0.044	-0.066	0.462	-0.070	0.481	-0.187	0.090
外来リハビリテーション (0:無し，1:有り)	0.103	0.168	0.028	0.725	0.037	0.618	-0.053	0.578	0.551	<0.001	0.365	<0.001	0.019	0.853
リハビリテーション総合計画実施評価料 (0:無し，1:有り)	0.285	0.004	0.144	0.157	0.214	0.027	0.003	0.978	0.257	0.018	0.392	0.001	0.086	0.513
退院時リハビリテーション指導料 (0:無し，1:有り)	-0.010	0.894	0.000	0.995	0.002	0.978	0.046	0.638	-0.036	0.674	-0.067	0.476	0.091	0.387
診療情報提供料 (0:無し，1:有り)	0.081	0.276	0.135	0.087	0.103	0.165	-0.083	0.388	-0.137	0.102	-0.118	0.202	-0.050	0.627
転棟 (0:無し，1:有り)	0.213	0.026	0.339	0.001	0.278	0.004	-0.013	0.915	-0.373	0.001	-0.354	0.003	0.004	0.975
再入院 (0:無し，1:有り)	0.472	<0.001	0.402	<0.001	0.487	<0.001	0.196	0.062	-0.120	0.188	-0.075	0.453	-0.139	0.214
調整済みR^2	0.462		0.403		0.470		0.114		0.328		0.182		0.000	

総医療費を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.462）では、リハビリテーション総合計画実施評価料算定（β =0.285、p=0.004）、転棟（β =0.213、p=0.026）、再入院（β =0.472、p<0.001）で有意な関連が見られた。

入院診療日数を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.403）では、転棟（β =0.339、p = 0.001）再入院（β =0.402、p<0.001）で有意な関連が見られた。入院医療費を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.470）では、リハビリテーション総合計画実施評価料算定（β =0.214、p=0.027）、転棟（β =0.278、p<0.004）、再入院（β =0.487、p<0.001）で有意な関連が見られた。1日当たり入院医療費を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.114）では、前期高齢者（β =-0.374、p=0.005）、後期高齢者（β =-0.506、p<0.001）、入院リハビリテーション実施（β =-0.210、p=0.044）で有意な関連が見られた。

外来診療日数を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.328）では、外来リハビリテーション実施（β =0.551、p <0.001）、リハビリテーション総合計画実施評価料算定（β =0.257、p =0.018）、転棟（β =-0.373、p=0.001）で有意な関連が見られた。

外来医療費を目的変数としたモデル（調整済みR^2=0.182）では、外来リハビリテーション実施（β =0.365、p<0.001）、リハビリテーション総合計画実施評価料算定（β =0.392、p =0.001）、転棟（β =-0.354、p=0.003）で有意な関連が見られた。1日当たり外来医療費を目的変数としたモデルでは、有意な関連は認められず、モデルも有意ではなかった。

【考察】

後期高齢者では、診療日数が長く、入院診療日数の長期化が医療費を高くする要因となっている反面、１日当たり医療費は後期高齢者が低く、低密度医療によって、高齢者の治療が長期化している可能性が考えられる。

リハビリテーションは高い割合で実施されていたが、リハビリテーション実施群は診療日数が長く、医療費も高くなっていた。これは重症度と関連している可能性もあるが、現在の算定基準により原則180日間の算定が認められているため、入院が長期化する傾向にあると考えられる。

リハビリテーション総合計画実施評価料の算定割合は低かったが、算定されている患者の診療日数は長く、総医療費も高い傾向にあった。これはリハビリテーション総合計画実施評価料の算定基準に、脳血管疾患等リハビリテーションⅠを算定できることが条件になっていることが関連していると考えられる。また、重回帰分析では総医療費と有意な正の関連を示しており、リハビリテーション関連の入院料や加算を取るためには、人員基準・施設基準などの算定基準を満たさなければならず、医療機関側の収支的な動機づけが働き、入院の長期化をもたらし、医療費の増大に繋がった可能性があると考えられる。

一方、退院時リハビリテーション指導料を加算されている13名については、退院後の再入院が無く、外来診療との連携で診療日数は67.7日と相対的に短く、医療費も1,860,157円と相対的に低かった。しかしながら、対象者において算定されている割合は低く、急性期と回復期・維持期との連携が取れていない可能性が考えられる。

また、後期高齢者では最初に入院した医療機関への再入院や他医療機関への再入院が多かった。これは、後期高齢者に重点を置いた地域医療連携体制を構築しなければならない可能性を示唆している。また、本研究では重症度や社会的要因については考慮しなかったが、脳卒中患者の退院先に影響する因子としては、能力障害の重症度と介護者など社会的要因を挙げる報告も多く[7)-9)]、これらの要因が影響した可能性も考えられる。

本研究では、脳卒中で入院した患者のリハビリテーションの実施や計画の立案と診療日数と総医療費の関連を明らかになった。リハビリテーションの実施や計画がある患者の方が診療日数や総医療費が高かった。また、１日当たり医療費が低いことから低密度の入院が長期化していることが高医療費の原因であることが明らかになった。

近年、脳卒中の急性期治療の普及や高齢化に伴う地域での継続的ケアニーズの需要が高まっているなどの理由によって、地域における脳卒中医療とは広域化と地域密着型の両面が求められており、そのために、地域医療連携体制を構築することが重要視されてきている[10) 11)]。入院日数を短縮し、患者のQOLを高めるためには、初期治療や早期リハビリテーションを充実させ、早期の回復を図るとともに、患者の重症度や患者家族の事情を踏まえた治療計画やリハビリテーション総合計画を立て、介護支援を含めた情報提供が必要である。急性期－回復期－維時期の診療プロセスにおいて、逆に入院日数を長期化させているという現状を改善する為には、在宅で効率的にケアが出来るシステムの構築を急がねばならないと考える。今後、病院間の連携、病院と診療所との連携に加え、医療機関と介護・福祉施設との連携が更に重要となるであろう。このためには、高齢者の住居のあり方を含めた詳細な地域連携体制の構築や評価を目的とした研究を行っていく必要があると考える。

本研究の限界として、対象が単一の都道府県、国民健康保険加入者に限られ、電子請求されたレセプトデータを対象としているために国民健康保険加入者の全員を網羅できていないことと、患者の重症度を把握する情報の不足、日単位の診療実施時期の特定が不可能である点が挙げられる。また本研究では介護施設、福祉施設への入所は追跡できなかったが、高齢者の割合が高いことから、介護・福祉施設へ入所事例が多いと考えられる。今後は、医科レセプトと介護レセプトを連結する分析が期待される。

【参考文献】

1)　厚生労働省　大臣官房統計情報部　人口動態・保健統計課、人口動態調査平成21年人口動態統計の年間推計
(URL) http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei09/index.html（最終アクセス日：2011年1月21日）
2)　福岡県　保健医療介護部 医療指導課、福岡県保健医療計画
(URL) http://www.pref.fukuoka.lg.jp/b02/hoken-iryo-keikaku.html（最終アクセス日：2011年1月21日）
3)　第7回社会保障審議会介護保険部会　資料
(URL) http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1222-4.html
4)　厚生労働省　大臣官房統計情報部　人口動態・保健統計課、平成20年度国民医療費の概況
(URL) http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08/index.html（最終アクセス日：2011年1月21日）
5)　二木　立、上田　敏、脳卒中の早期リハビリテーション―これからの考え方と進め方、東京都：医学書院、1987.
6)　脳卒中合同ガイドライン委員会、脳卒中治療ガイドライン2009；2-3.
7)　道免和久、リハビリテーションに役立つ予後予測―脳卒中における予後予測、臨床リハ、1998；7：347-356.
8)　二木　立、脳卒中のリハビリテーション―現状と問題点、日本リハビリテーション医学会編、リハビリテーション白書第二版、東京都：医歯薬出版、1994；240-264.
9)　高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件―Classification and regression tree (CART) による解析―、リハビリテーション医学、2002；39：396-402.
10)　橋本洋一郎、渡辺進、脳卒中診療システム、医学のあゆみ、
2005；212：643-651.
11)　北川寛直、水間正澄、山下愛茜他、急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査―地域完結型と病院完結型との比較―、リハビリテーション医学、2007；44：237-241.

（2011年4月4日受付、2011年7月22日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　9 - 25,　2011

医療保障の法的構造

山﨑　哲男[1)]　片岡　直[2)]　桑原　一彰[3)]　馬場園　明[3)]

The legal structure of medical insurance

Tetsuo YAMAZAKI[1)]　Naoshi KATAOKA[2)]　Kazuaki KUWABARA[3)]　Akira BABAZONO[3)]

【Abstract】

Purpose: The purpose of this study was to clarify the legal structure of medical insurance through two precedents: "The legal relations of outstanding copayments in insurance-based medical institutions" and "Who are the involved parties in a medical insurance contract?

Methods: We discussed the principle of opposition between a "private contract" and "medical insurance" (as two axes) from the standpoints and under the theories of the Constitution, civil law, and social security law, and examined influences and effects exerted by the principle in the medical insurance system.

Results: In Japan, since the enforcement of the Civil Code, the legal relationship between a physician and patient has been characterized by the private medical care contract. In today's public medical insurance system, the legal relationship between an insurance-based medical facility and insured person can be considered to support the theory of the private medical care (practice) contract. Interested parties in public medical insurance contracts include three legal subjects: an insured, insurance-based medical institution, and insurer. Therefore, the medical care system in Japan viewed in terms of legal relations is a mixture of private and public contracts, which should rather be recognized as the "concept of a medical contract". In the process of copayment at an insurance-based medical institution, no rule or obligation regarding payment, receipt, or calculation methods will arise between an insured and the medical institution, or the right to forcible collection of accounts receivable by the medical institution, and the final decision on the amount of payment will be made by the insurer.

Discussion: In terms of the legal structure, the level of financial loss that has no legal grounds shall be ultimately zero under legal theory. Therefore, the health insurance law, whereby accounts receivable will be reported as a loss incurred by a medical institution, is considered to have a defect in legal terms. Medical insurance is based on the principle of a bipolar legal structure: "private contract" and "public insurance" as a contract in accordance with Public Law. As these two opposing principles interact (while conflicting) with each other, and become integrated and more inclusive, the aspect of the legal norm in medical insurance develops.

Keywords: medical care contract, concept of medical contract, theory of private contract, theory of public contract, defect in legal terms

1)　医療福祉経営マーケティング研究会
2)　福岡大学法学部
3)　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6巻　第1号　　9 - 25,　2011

1，はじめに

医療事故訴訟における医師の権利義務、患者の権利義務を導く法的根拠として、民法の「契約論」が挙げられる。この場合当事者の対等平等、特に患者の主体性の尊重が重要な原則となる。社会保障・医療保障制度としての公的医療保険制度においては、多数の医療関係当事者が関与する。それら当事者の原則的な「法律関係論」については諸説ある。診療契約は、医師と患者の権利義務関係を導く民法上の法的根拠である。しかし多数の当事者が関与する現在の公的医療保険制度の特性から見た場合、医師と患者の関係は私的な診療契約にとどまらず当事者相互の私法上、公法上の契約等が複合する「医療契約論」として捉えて、その法律関係を検証することが必要と考える。

「医療契約論」を画一的に捉えることは、あり方、方向性、当事者の責任と役割を曖昧にすることにつながると考えられる。「契約論」が当事者間の対等平等を原則とするならば、「対等足りえない当事者」に対する医療の提供は如何なる方法で行うのか、それとも行うべきでないのか明確にしなければ「契約論」の限界を露呈することになる。こうした問題を解決するためには法律論はどのように構成されるべきなのかが問われることになる。

本稿では、保険診療契約当事者の法的関係および一部負担金の支払いをめぐる最終責任は誰かという二つの事例を学説と裁判例を通して、医師と患者の法的関係・法的構造を検証しょうとするものである。さらに近時の「社会保障法の理論」をめぐる議論内容を再確認し、憲法、民法、社会保障法のもつ位置と法理から、「診療契約論」と「医療契約論」の二つの基軸の対抗原理を明らかにし、その原理の緊張関係がどのように統一し発展していくかを検証することにする。これは医療保障の法的構造の解明と新たな法的構成を試みる上で欠かせないものと考える。そして社会保障法学の視点からどのような指導原理の下で「法律関係」が構築されるか、実定法上の解釈と新たな立法の可能性について検討する。

2，医療保障の法的構造を解明する事例の検証

第一の事例は、「保険診療契約の当事者は誰か」という争点をめぐる判例である。東京地裁昭和47年１月25日判決（昭和44年（ワ）第2217号）[1]は、「保険診療契約の当事者は誰か」が争点となった最初の判決であり、後の裁判例をリードしてきたものである。

（事実の概要）　訴外Ａ（患者）は、昭和43年９月６日、開業医であるＹ（被告）に対して痔の疾患治療を依頼し、Ｙは承諾した。ＹはＡに対して手術を施したところ、Ａは手術終了後心機能不全による急性水腫の症状を生じ救急車で東京女子医大第二病院に搬送され処置を受けたものの、同日午後同病院で死亡した。Ａの遺族Ｘら（原告）は、Ａ・Ｙ間には診療契約が締結されており、Ｙには、(1) Ａが麻酔ショックを起こさない体質であるかどうかにつき問診を行うなど適切な確認・調査をしなかったこと、(2) Ａが呼吸困難と血圧下降に陥った後、適切な処置をとらなかったこと、(3) Ａを他の病院に搬送させて更に病状を悪化させた、などの点で診療契約上の過失があるとしてＹに損害賠償を請求した。

これに対して、Ｙは、(1) Ａは国民健康保険法上の被保険者であり、Ｙは同法上の療養取扱機関（現保険医療機関）であるから、本件診療契約の相手方は保険者たる荒川区である、(2) ＹはＡに対して医師としての業務上必要とされる注意義務は果たした、と抗弁した。

（判旨）「国民健康保険法上の被保険者は、自己の意思で療養取扱機関（現保険医療機関）を選択できること、被保険者は療養取扱機関に一部負担金支払いの義務を負うこと、療養取扱機関は、他の都道府県区域内の被保険者に対しても療養の義務を負うこと」の法意と、「保険診療から自由診療への切り替えが行われ得ること等を考え合わせると、保険診療において保険者と療養取扱機関との間にどのような公法上の権利義務関係が生ずるかとはかかわりなく、患者と療養取扱機関との間には診療に関する合意によって直接診療契約が締結される。この契約は診療を目的とする準委任契約と解される」。しかしＹの過失の有無については、「医師として果たすべき注意義務を尽くしており無過失である」と判示した。

（論点）　多数の判例では「医療行為においては、医療機関と患者の間には診療についての合意が存在する。この合意は一種の契約（民法第656条の準委任）であると捉える事ができる」（東京地判昭58.10.20）[2]と判示し、被保険者・保険医療機関当事者説を採用している。

これに対して、医療を現実に担う医師側からは、公的医療保険においては(1)療養の給付（現物給付）の方式がとられていること、(2)保険医療機関が自由に診療内容を決定できないこと等を理由に、保険医療機関は保険者の被用者ないし履行補助者たる地位にあり、診療契約は保険者と被保険者との間に成立しており、債務不履行責任は保険者が負うべきであるとして、保険者・被保険者当事者説を主張している[3]。また、他の裁判例では、「保険診療は（略）保険者を要約者、医師等を諾約者、被保険者を受益者とする第三者のためにする契約と解される」（大阪地判昭60.6.28）[4]と判示し、保険者・保険医療機関当事者説を採用している。こ

れを支持する見解も多い。後藤勝喜は、「診療契約は被保険者と保険医療機関との間に成立すると解される」とし「保険制度は私法上の契約関係に医療費支払システムが組み込まれたものであり、保険者と保険医療機関との間の公法上の権利義務関係と、被保険者と保険医療機関との間の私法上の契約関係とは切り離して理解する」と主張している[5)]。

本稿では「医療保障の法的構造」を解明する立場から、「公的医療保険制度には、被保険者・保険医療機関・保険者および行政庁等の多数の当事者が登場する特性と機能をもっていること。これらは、私的契約と公法上の契約と行政行為による複合した構成になっていることに着目し、これを「医療契約」という概念で捉えることが有用であると考え「診療契約」とは法的性格上区別して検討していくこととする。

第二の事例は、保険医療機関における一部負担金未収金の法的解決にかかわる諸問題に関するものである。平成17年５月、四病院団体協議会は「加盟病院5570病院での未収金総額は累積約853億円になる」ことを発表した。また厚生労働省の調査では独立行政法人「国立病院機構」が運営する全国146病院において、未収金累積は平成19年１月末で46億3985万円に上ることが明らかになった[6)]。未収金が増大している背景には一部負担金の増加、被保険者の経済状況の悪化、患者のモラル低下などがあると分析している。

一部負担金制度の法的根拠は、健康保険法（以下「健保法」と略する。国民健康保険法は以下「国保法」と略する）上、以下のようになっている。すなわち被保険者に対する「療養の給付」は保険者が給付するものであるが（健保法63条１項）、これを厚生労働大臣から指定を受けた保険医療機関に委ねる。保険医療機関は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（以下「療養担当規則」と略する）等にそって療養の給付を担当し（健保法63条３項、同65条１項、同70条）、そして被保険者は一部負担金を「支払わなければならない」（健保法74条１項）とする義務を負い、保険医療機関は一部負担金の「支払を受けるべきもの」（健保法74条２項、療養担当規則５条１項）とする公法上の契約の義務を負い、保険者は療養の給付を受けたものが一部負担金を支払わないときは保険医療機関の請求に基づき徴収金の例により処分することができる（健保法74条２項）と規定されている。

厚生労働省は、2007年に「医療機関における未収金問題に関する検討会」を設置した。検討会において医療提供者側は「一部負担金の未収金は最終的には誰が負担するのか」という法的な責任論を提起し、善意の管理者の注意義務を果たしても、尚一部負担金を徴収できなかった場合の保険者の責務について法的解釈の明確化を迫った。行政側は「実定法上の解釈は最終的には医療機関の未収金になる」とし従来の立場を崩さなかった。

医療提供側の解釈では、本来「療養の給付」は、保険者が被保険者へ給付すべき責務（健保法63条１項）を負っているのであり、指定を受けた保険医療機関は療養の給付を担当する者にすぎず、対価としての報酬の支払いの最終的債務は保険者が負うべきものであるとしている。さらに、現行の一部負担金制度の下では保険者が保険医療機関に対して診療報酬の支払義務があるという法律関係は、本来であれば保険医療機関に対して全額現金で支払われるべき診療報酬の一部（例えば３割分）を現金に代わり債権という形、つまり「代物弁済」（民法482条）として受け取るということになる。ところが一部負担金が未収金になれば保険者から保険医療機関に譲渡された債権（一部負担金）には現金に等しい価値がなくなったことを意味し「代物弁済」は無効となる。そこで３割分についても改めて現金で支払って欲しいと保険者に要求することが可能であるというのが論点である[7)]。

一方、行政解釈では、被保険者も保険医療機関も公法上の契約として健保法74条１項により被保険者は窓口一部負担金の支払義務を負い、健保法74条２項によって、保険医療機関は一部負担金の支払いを受ける義務と善良な管理者と同一の注意をもって支払いを受ける努力をする義務を負ったことになる（債権債務の発生）。この健保法74条１項の規定をもって、「最終的な責任は保険医療機関にある」という解釈を結論としている[8)]。この行政解釈のいう「一部負担金の収受が被保険者と保険医療機関の私法上の債権債務関係である」（昭和56、２、25保発第10号）という論理によって展開すれば、法75条の２　第１項「一部負担金の額の特例」による額の変更が行われるのは保険者の有する法的権限であるにも関わらず、被保険者と保険医療機関との間においても額の変更が可能であるという解釈が生じないかという疑問が呈される。現実には被保険者と保険医療機関との間においては、一部負担金の額の決定・変更を行うことはできず、また未収金についても保険医療機関による被保険者に対する「徴収権の行使」は許されていないのである。厚生労働省による「医療機関における未収金問題に関する検討会」は、被保険者、保険者、保険医療機関の三面の法律関係は何かという議論が展開されたが法的解釈についての検討は先送りとなった。

若干明らかになったことは、私的診療契約と公法上の契約としての公的医療保障には、「診療行為に関する契約（現物給付）」と「診療報酬支払契約」が必ずしも一体化していない法的関係が存在することである。つまり被保険者と保険医療機関の私法上の診療契約には、「診療報酬支払契約」は含まれておらず、それは専ら保険者と保険医療機関との間の公法上の契約によって行われることである。さらに、イ）保険者と被保険者との間には一部負担金を保険医療機関に支払う義務、ロ）保険者と保険医療機関との間には、一部負担金を被保険者から徴収する義務の両方を被保険者と保険医療機関との間の私法上の契約に転化できるのかという根本的な疑問に突き当たるのである。ここでも私法上の契約としての診療契約（準委任契約）と公法上の契約（附合契約）としての公的医療保険制度に内在する夫々の法的性格を明確に区別する事の必要性は避けられないものと云える。結果的には不良債権化した一部負担金の支払い責任について、健康保険法の条文上は極めて曖昧なままである。このことをどのように法的評価するかということになる。

以上、二つの事例を通して明らかになった問題点と課題から、社会保険から社会保障への発展過程と、私的契約論の変遷および公的保障論との相関関係を検証することによって「医療保障の法的構造」の考察を試みたい。

3，診療契約の始まり　―わが国の伝統的な「診療契約論」―

1）明治期以降の私的診療契約論と現在

わが国の民法は、1804年のフランス民法およびドイツ民法第一草案等と同一の基調にたつ個人主義・自由主義思想をその根本原理とし、1896年に公布（1898年施行）された。その内容には封建的・前市民的原理を有していたものの理論的にも形式的にも個人の権利本位に出来ている。そうした19世紀的個人主義的法理が反省され、20世紀型憲法の下で社会法原理が導入されるのは新憲法理念によるものであった。さらに1947年（昭和22年）には民法が改正され、公共の福祉の原則、信義誠実の原則、権利濫用禁止等が導入された。そして、社会法原理を担保とするため一般法である民法に優先する特別法などが施行されるのである[9)]。

今日、医療保険制度における「私法上の診療契約」の法理は、日本民法典の基本原則を根拠とし、現行民法においても原則として何ら変わっていない。明治期から今日まで、民法を法的根拠とした「私的診療契約論」の法律論は現在においても有効なものである。会田俊一の『医法』(1926) から、伝統的な診療契約の法的要件について視ることにする[10)]。

○契約の当事者の確定

「医師ガ普通患者ヲ診察スル場合ニハ、(略) 契約ノ当事者ハ医師ト患者ナリ」

○契約の法的性質

「単ニ診察又ハ直接ノ診療ヲ契約スル場合ハ準委任契約ト云フベシ、(略)」

○診療契約の申込

「診療契約ノ申込ハ民法ノ意思表示ノ一般原則ニ依ルベキモノナリ」

○契約の成立（申込）

「契約ノ申込ハ民法ノ意思表示ノ一般原則ニ依ルベキモノナリ」「申込ハ明示タルト黙示タルト、口頭、書面、電報、電話ニ依ルトヲ問ワス、代理人ノ申込ムモ可ナリ」

○契約の成立（医師の承諾）

「対話者間ニアリテハ承諾ガ相手ニ知レタル時ヨリ効力ヲ生ス」「隔地者間ニアリテハ承諾ノ通知ヲ発シタル時ニ契約成立ス」

○契約の効力

「医師ハ、一旦診療契約ヲ締結スレバ、診療ヲ開始セザルベカラズ、若シ診療ヲ開始セザル時ハ、之ヨリ生ズル損害ヲ賠償セザルベカラズ」(略)

このような私的な診療契約論は、今日では医師と患者の関係を支配・服従と捉える古い医療観から脱して、公的医療保険制度のもとでは、新しい医療観・倫理観に支えられた診療契約論へと発展・継承されてきているのである。さらに国民の権利擁護の観点から患者の権利（私権）確立のための契約概念の発展と、憲法上の自己決定権の確立と保障の観点、そしてドイツ法やアメリカ法との比較研究の成果として新しい診療契約論は、わが国の判例に定着していくのである[11)]。

最近では、医学界においても患者（patient）をクライエント（client）として捉える立場が増えているが、これは患者を診療契約の主体として考える傾向の表れである。今後、私法における契約概念の進化は、診療契約に基づく医療の水準の確保、患者に対する説明の義務等を法的規範として包含していくものと云える。次に、公的医療保険制度における公法上の契約の発展について検討したい。

2）公法上の契約の発展　―労働者保険から社会保険そして社会保障へ―

資本主義の本源的蓄積時代において公的医療保険制度は、1922年の労働者保護立法としての健康保険法だけであり限定された範囲の制度として一般化されておらず、診療契約の当事者は「医料金を支払える階層」に限られており普遍主義の理念からはほど遠くにあった。

民法の近代市民法原理は、 世界史的な社会・経済の発展および1946年の新憲法制定と戦後社会事情の変化のなかで修正を余儀なくされ、現代市民法の法理[12)]と進展していくのである。そして1961年の国民皆保険制度創設後から生存権原理を中心的内容とし、患者を法的主体とする人権概念が拡大する下で契約理論の法構成も重層化していくことになる。そして、このような社会事情の変化に対して、社会保障制度としての公的医療保険制度における医療給付をめぐる契約は、多数の当事者が関与する状況にあり、民法による「私的契約論」の法的構成では対処できないことは明らかであった。

視点を大正期にもどして、労働者保険から社会保険への発展過程をみるならば、1922年公布の健康保険法はわが国で初めての

社会保険立法であり、工場法の適用をうける工場を強制適用事業とし給付対象者は労働者個人に限られるなど、労働者保護立法の性格を強く持ったものであった。この制度の下では保険者（政府、健康保険組合）は、医師と直接契約を行うことができ、保険者が保険医を定める規定であった[13]。また政府と医師会との間で、医療提供の方法として団体自由選択主義を内容とした包括的請負契約が締結されていた。

1938年、農村・地域住民を対象とする国民健康保険法が制定された。この法律は戦時下の労働力確保と健民強兵政策のための立法という色彩を強くもっていた。当初は任意設立・任意加入方式をとったため社会保険としての機能は不完全であった。この法律による医療保険では、地方長官の許可により医師と保険者の直接契約が可能であり、転医については保険者の承認を必要とする規定もあった。入院、処置、手術その他の治療を受ける場合にも承認が必要であった。

1942年の改正健康保険法（健康保険法と職員健康保険法の統合）によって、政府と医師会との契約による診療報酬の団体請負方式は廃止され、直接厚生大臣から医師個人に診療報酬を支払うようになった。そして戦後、1948年の国民健康保険法改正において、市町村が自ら行う公営事業へ原則強制加入としたのは、国保財政の再建と公共的性格の重視が主な理由であった。1951年の地方税法改正は、国保保険料の収納率を向上させるために徴収方法を税同様の扱いとし国保税と名を改めたもので[14]、これらを通じて1961年の国民皆保険体制への準備がすすめられていくのである。

社会保険は、一定の限定された範囲を対象に一定の給付を行い、被保険者等の経済生活の安定を図ることを目的とする制度である。その準備資金となる保険料（労働者、事業主、国などが所定の負担をする）と保険事故に対する反対給付がつり合っていること、つまり収支相当の原則が必要なことから、保険の適用が拡大されると全体として保険原理の維持は困難になってくるという必然的限界というものが存在している。社会保障は、原則として全国民を対象に医療、年金、雇用、労災等を総合的に制度化し、その財源は国の一般歳出と被保険者による保険料によるものとなっている。現行制度は保険制度と公的保障の両者を合わせた運用の制度となっているが、保険原理に対して社会的性格としての公的保障の方が優越性をもつものとして求められてきたのが公法上の契約の発展過程と云えるだろう。労働者保険から社会保険へ、そして社会保障制度へ発展してきた軌跡こそ現行社会保障制度を考える上で重要な観点であると考える。こうして、労働者保険から社会保険そして社会保障にいたる公法上の契約の発展の中で、医療保険制度においても保険者と医師会、保険者と医師との直接契約が結ばれた理由は、保険者と医師・医療機関を当事者とする民法537条の「第三者のためにする契約」を拠り所としていたものであった。

今日においても、わが国の開業保険医が、自らを「診療担当者」「諾約者」「履行者」と称しているのは、国（政府）と医師との相互の関係が長い歴史のなかで培われた強い観念と見ることができる。少数説であっても「第三者のためにする契約説」を打ち消す理由は見当たらない。三藤邦彦は、「健康保険法沿革の探求は比較法的考察が必要」とし「被保険者、保険者、保険医療機関の三者間の法的構成についての契約の性質は明らかにされていない」また「現行法は保険者中心の構成をとっている」[15]として被保険者主体の法的構造への改革を主張している。植木哲は、伝統的な診療契約論においては①医師のパターナリズムの下で機能していた、②民法上の診療契約であっても医療の主体は医師であった、③医師の説明義務、患者の同意、患者の自己決定権の観念は希薄であった、④患者を医療の主体と見る契約の観念は（医師も患者も含めて）極めて未熟であった、と指摘している[16]。

国民主権でなかった旧憲法下においても、民法契約論は患者を外形的な法主体とみるなど近代社会の法として進歩的役割を果たしていたものと評価することができるが、近代法と現代法の特徴の違いから区別した評価は欠かせない。とりわけ新憲法下で出現した社会法原理の存在を、私法としての民法との相互関係で統一的に捉える事が重要であると考える。社会法は現代資本主義社会の法といえる。市民法の諸原理に対して、生存権の理念をもって修正を迫るものであり、20世紀憲法は生存権の保障と所有権の絶対に対する制限（公共の福祉）を基本的な内容としている。個人の「契約の自由」は、直接国家による生存権の保障、公共性という観念に服し、社会的・経済的弱者を保護する施策からも規制を受けることになる。

「契約論」は人間を完成された法主体者・当事者と見るのに対し、公的保障論は社会の中の具体的な「人間」として捉えるところに違いがあると云える。しかし何れもその法意は、根源的には個人の自立の確保が目的である[17]。したがって公法上の契約論、公的保障の発展、社会法原理の展開は、私的契約論と切り離したところで法的に完成するものではなく、相互の対抗的原理の緊張関係の中から統一したものへと発展することに法的評価が与えられるものと考える。

「権利としての社会保障」[18]は、憲法25条をめぐる一連の生存権裁判（代表的なのは朝日訴訟：最大判昭42.5.24）[19]を通じて確立されたが、1980年代以降、法学以外の学問分野から「権利主義的社会保障論」に対する批判[20]が起こった、人間の自立という側面から「私的契約論」を強調する学説および[21]、一方が他方を否定する潮流など、最近の市場原理主義傾向とも相まって統一された発展の法則を探求する姿勢が後退していないかと危惧されるところである。また現在の社会保障制度の中にも「社会的排除」[22]になりかねない改変があることも指摘しなければならない。

社会保障制度に起きる諸矛盾と課題は、憲法の理念の下で民法の一般原則と社会保障法の交鎖する中に矛盾点を見出し法的規範性の新たな発展を促す必要があるものと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　9 - 25,　2011

4，公的医療保険制度における診療関係の法的概念（図１）

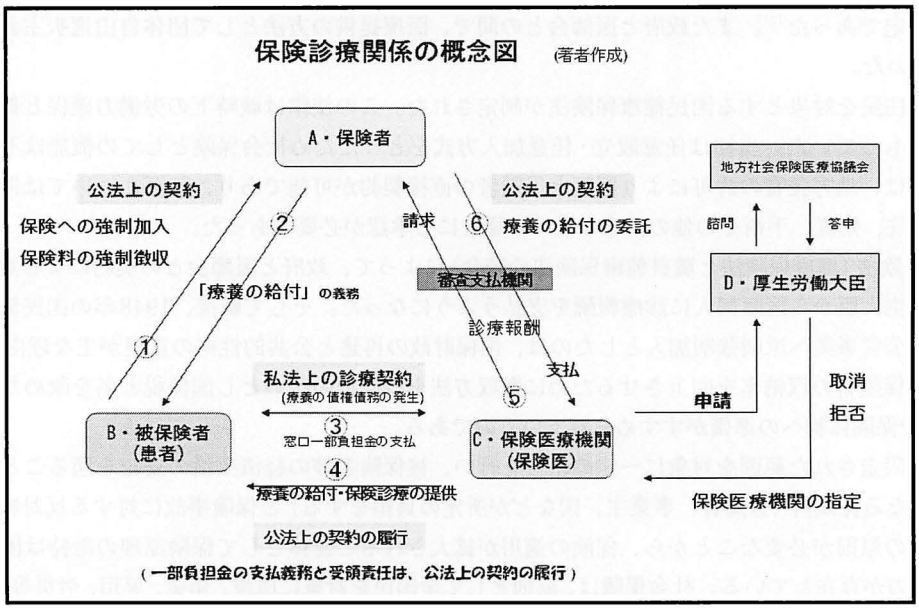


図１

１）診療契約の締結による権利義務関係の発生

(1)信頼関係

診療契約は、その成立以前に医師と患者の間の特別な信頼関係の存在が前提となる（医療法１条の２　第１項）。その内容は患者に関する医師の秘密保持の義務（刑法134条）、患者への医療情報提供と適切な療養上の説明および療養方法等の指導（医療法１条の４　第２項、医師法23条）、患者の自己決定権とフリー・アクセス等の尊重である。また、医療提供者側には医療水準の確保の法的責任（最二小判平4.6.8）[23]と応招義務（医師法19条）等が前提要件となるが、これは民法の契約成立の要件ではない。

このように、医療の担い手と医療を受ける者が対等平等な当事者として診療契約の成立を期すためには、医療の専門性という観点から医師および医療機関には一方の当事者として診療能力の具体的内容が求められる。

これらは医療の特性と公共性、医療提供における法律関係の特質に起因するものである。したがって信頼関係は手段債務として契約が終了するまで一貫して要求されている。つまり契約成立の前提であり、同時に存続させる条件の前提でもある。医療の専門家と患者の間では、情報の非対称性は避けられず、その為、信頼関係の具体性を求めるものとして、医療の担い手側はインフォームド・コンセント法理の他、医療法１条の４の医療提供側の責務等が挙げられる。ところで、樋口範雄は、米国では医師と患者の中核には信頼があり、医師の患者に対する忠実義務が存在し、さらに、米国医師会では1847年以来、専門家としての医師の職業倫理規定を設け、医師の行為基準を高く設定しており、契約的な見方とは著しく異なっていて、医師は患者の権利の擁護者という規定となっていると述べている。したがって、わが国の契約論から信義則は出てきても、患者の利益を第一に考える忠実義務が導き出せるか疑問である、とした見解を述べている[24]。

わが国では、1992年に医療法の一部改正する法律によって、第１条の２、１項の医療提供の理念として信頼関係が導入された。この信頼関係は、単に契約概念を構成する法的要素のみならず、医療提供のあり方にまで影響を与える新しい概念として理解することが重要であると考える。

(2)当事者の要件

診療契約の成立にいたる法律行為の要件は、①当事者の確立（権利能力を有する当事者）、②目的の存在、③意思表示の存在、の三点が民法の一般原則である。まず当事者が確定にされなくてはならない。これが法の実益である。患者側の当事者要件としては、①患者本人（この場合、意思無能力者や未成年者には法定代理人の同意が必要とされている）、②患者の家族（近親者、配偶者）、③第三者、の場合がある。

診療契約は通常患者側の申込に医療機関側が承諾するという形態で成立する（神戸地裁龍野支判昭42.1.2）[25]。その方式は自由であるが（不要式契約）、一般的には口頭、電話の申込、申込票等によるものである。被保険者証の提出も必要である（健保法施行規則53条、国保法36条１項）が、これは民法上の契約成立の要件ではない。訴訟になれば医療機関側にとって保険医療機関の指定を

受けているか否かは当事者要件として重要である。(「指定」については、第４章２節２)「保険者と保険医療機関の関係」で述べる)

(3)契約の成立

患者側の申込があれば、医療提供側の承諾の意思表示で合意が生まれ、契約が成立することになる。承諾の方法は特に定められていない。医師法では、医師の応招義務として、「正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(医師法19条１項、歯科医師法19条１項) と規定されている。また医療機関側は患者から被保険者証の提示を受けることによって公的医療保険としての療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならないが (療養担当規則３条―受給資格の確認、健保法施行規則53条―被保険者証の提出、国保法36条３項―被保険者証の提出)、これは民法上の契約成立の要件ではない。ただし医事訴訟になれば債務関係の具体性を立証するものとして重要な要件となる。

診療契約は民法の「契約自由の原則」に基づいているものであるから、明治期の民法典制定から現在に至るまで基本的な法的構成は、前出の「伝統的な私的契約論」と契約要件は同じものである。しかし契約概念の発展とともに、医師の「説明の義務」は努力義務であるものの、これを怠れば訴訟上では違法性を阻却する事由にはならないと解されている。これは昭和22年に民法が改正され人権概念、社会権の発展とともに「医療の主体は患者である」という法主体概念が支配的になったこと、および「医師の説明の義務と患者の同意」を法理とするインフォームド・コンセントに基づいたアメリカ合衆国における訴訟判例がわが国のインフォームド・コンセント法理の形成に大きな影響を及ぼしてしていることに起因している。

最高裁昭和56年６月19日第二小法廷判決は、「医師は、医療行為を行うにあたって患者の承諾を得ねばならず、その前提として承諾に必要な説明がなければならない」と判示した。これがわが国の裁判における最初のインフォームド・コンセント法理の採択となった (最二小判昭56.6.19)[26]。インフォームド・コンセントとは、医療を提供するに当たり十分な説明をおこなった後の患者の承諾を指すのが通説である[27]。インフォームド・コンセントに基づかない医療行為は、民事上の責任と刑事上の責任を発生させる。民事上の責任では医療行為において過失がある場合と過失がない場合があるが、判例では過失がなく身体的な損害が発生しなかった場合であっても「十分なインフォームド・コンセントに基づかずに医療行為を行うこと」は「人格権を侵害したもので、これによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う」として損害賠償責任が発生する (最三小判平12.2.29)[28] としている。

このように、診療契約の締結による権利義務関係の発生にあたっては、民法の一般原則である契約要件にとどまらず医療の特性に起因するものとして信頼関係に基づき「医師の説明義務と患者の同意」が診療契約成立の法的構成の大きな要件となることを理解しておく必要がある。

２) 診療契約の法的性質と類型

診療契約の法的性質については、雇用、請負、準委任、無名契約等の諸説がある。わが国の民法典は、13種類の契約を典型契約と定めているが、診療契約はいずれの種類に入るかという論争がある。以下この点について述べる。

(1) 準委任契約説

本契約説は、診療行為の特質と診療についての合意の存在に着目し、民法656条を根拠とし法律行為以外の事務の処理を委託するということ、すなわち一種の委任契約と捉える説である。医師の診療債務の結果を重視する結果債務と、診療のプロセスを重視する手段債務のいずれかという論争があったが、判例では診療債務は「診療行為の完成を意味するものであって診療行為の成果までも含むものではない」(東京地判昭46.4.14)[29] とし手段債務が採用されている。今日の多数説は準委任契約説に立っているものの、この説に対して請負契約が成立する場合もあるのではないかという疑問も提起されている。

(2)雇用契約説

本契約説は、患者を雇用者、医師を被用者とする雇用契約であるという説である。明治期から大正期においては「単ニ診療又ハ直接ノ治療ヲ契約スル場合ハ準委任契約ト云フベシ但シ治療ノ完成ヲ請負ウ場合ハ請負契約ニシテ抱医者ノ如キ場合ハ雇用契約ナリ」[30] と類型されていた。これはわが国の民法典制定時の事情 (主としてドイツ民法の影響) を反映しているものという説がある。今日この契約説は支持されていないが学説として存在する。

(3)請負契約説

請負契約は、診療債務を結果債務と捉える立場である。本質的には医師の診療義務をどう見るかということになるが、医師の債務不履行を結果から捉えることになる。しかし医学の水準、医療の限界や患者の個体差を無視するものとして医学界では少数説になっている。例外的なものとして、歯科補綴 (義歯作成)、美容整形 (二重瞼、隆鼻) 等が挙げられる。判例では、新生児死亡

損害賠償請求事件にみられ「出産の場合の診療契約と一般の診療契約を比較し、一見、請負契約と目される余地もある」と予備的に判示したものの「特約されたものでない限りにおいては準委任契約であると解するのが相当である」(東京地判昭46.4.14) とした[31]。こうしたことから準委任契約と請負契約の混合契約を有力説とする見解も現れた。

(4)混合契約説

いくつかの典型契約を混合した契約であるという見解である。少数ながら支持する論者は存在している。

(5)非典型契約説 (無名契約説)

典型契約に属さない契約を非典型契約と呼ぶが、診療契約を独自の契約として捉える見解であり、この説をとる判例 (札幌地判昭53.4.18、大阪地判昭57.3.4) [32][33] がある。準委任という概念が医師の債務不履行を追求する場合、有効か否かについて疑問が出されている。[34] 今日多数の論者が本説をとっているが、結果的には準委任契約に近い内容となっていると云われている。

以上、診療契約の類型論争は今後とも続いていくものと考えられる。

村山淳子は、「伝統的な類型論争に対し、(略) 医療契約の独自性・多様性を重視し、むしろ、固有の内容それ自体の研究に目を向ける必要性を説く論者が増えてきた」とし「いずれにせよ、この理論自体未熟であり、まずは個々の専門家責任の検討を待たねばならない段階にあると云えよう」[35] と述べている。多数説の準委任契約や被保険者・保険医療機関当事者説および私法上の契約論等についても検討の余地は残されているものと考える。

健康保険制度が未整備であった時代において、「第三者のためにする契約」(民法第537条１項) は、当時として国民の中に契約観念の希薄さや、医療の主体は医師 (医師のパターナリズム) という観念が色濃くあったとしても、今日に至るまで被保険者を主体とした原則的な契約形態を維持してきたことは明らかである。

３) 公的医療保険制度における診療契約当事者説の類型

医療機関が組織体の場合の診療契約は、その開設者と締結され当事者となる。管理者 (院長) および被用された医師はその履行補助者であると位置づけている (名古屋地判平15.11.26) [36]。公的医療保険制度の場合、当事者として保険者、被保険者、保険医療機関および行政庁が登場する。健康保険法において療養の給付は、原則として現物給付方式を採用 (健保法63条) し、保険医療機関はこの「療養の給付」の提供を担当している (健保法70条１項)。この制度のもとで医療提供側の当事者は保険者か、それとも保険医療機関かが争われた。以下、主な当事者説について述べたい。

(1)保険者・被保険者当事者説

この説は、保険者と被保険者との間において公法上の契約を締結した場合、保険医療機関は保険者の被用者ないし履行補助者であるとする見解である。その根拠は①療養の給付方式が採られていること (健保法63条１項、国保法36条１項)、②療養担当規則による診療内容の制限があること (健保法72条、国保法40条１項)、③厚生労働大臣や都道府県知事による診療内容に対する指導・監督等があって保険医療機関が自由に診療内容を決定することができないこと (健保法73条１項、国保法41条１項) 等である。

医療過誤訴訟において、医療行為を行う医師自身が「医療の当事者は保険者と被保険者である」(東京地判昭47.1.25) [37] と抗弁するのは、診療に従事する医師として患者との間に交わす診療契約と、保険者・被保険者・保険医療機関の三者を基本とする健康保険制度上の法律関係とを混同したものとして厳しく退けられるであろう。そうした混同について本稿は支持するものではない。しかし本説が法律論として否定されたわけではなく、複合的な法律論の中で少なからず法的評価を得る位置を有していることは確かである。

(2)被保険者・保険医療機関当事者説

この説をとる判決として、「保険診療において保険者と療養取扱機関 (現・保険医療機関) との間にどのような公法上の権利義務関係が生ずるかとはかかわりなく、保険診療の被保険者である患者と保険医療機関との間には、診療に関する合意によって直接診療契約が締結されると見る」(東京地判昭47.1.25) [38] とするものがある。

その根拠は、①被保険者は自己の意思で自由に保険医療機関を選択できること (健保法63条３項、国保法36条３項)、②被保険者は保険医療機関に直接一部負担金の支払い義務を負うこと (健康保険法74条１項、国民健康保険法42条１項)、③保険診療から自由診療への切り替えが行われうること、④診療内容は被保険者の症状に照らした医師の専門家としての判断と被保険者の意思とによって確定されるべきこと等である。さらに同判決は「被保険者が保険者と何らかの公法上の法律関係に立つことと相容れないものではない」として本説を採用している。今日では他の判例、学説等も本説を支持し、医療過誤訴訟の原告も支持するな

ど多数説になっている。その理由として医師と患者の直接契約は、医師と患者の権利義務関係を導き出し、債務不履行、不法行為を判断する上で合理的かつ訴訟技術上において有効であると判断しているものと考えられる。

(3)第三者のためにする契約説　―三面契約関係説―

民法537条１項を根拠とした契約説である。「保険診療は（略）保険者を要約者、医師等を諾約者、被保険者（患者）を受益者とする〈第三者のためにする契約〉によるものと解される」とした判決（大阪地判昭60.6.28）[39]がある。第三者である患者の権利は、諾約者に対して契約の利益を享受する意思表示をするまで発生しないという原則である。この契約は要約者と諾約者との間の契約の効果の一部を第三者つまり被保険者に帰属させるというものである。

この「第三者のためにする契約説」は広く支持を得るに至らなかったが、これを支持する見解は根強く存在している。

(4)医療契約概念モデル　―三面の法律関係の構築―

これまで三つの「当事者説」を述べたが、主たる問題は被保険者、保険者、保険医療機関の三者の法律構成にある（図１）。「この領域は法と実体が乖離していて実情に即した実体的解明が必要」との指摘がある[40]。下級審判決と学説の多数は「医療行為においては保険医療機関と被保険者との間に診療についての合意が存在しこれを準委任契約と捉える事ができる」とし「被保険者・保険医療機関当事者説」が通説となっている。

本稿では、患者に対する医療行為には、「患者と医師の直接契約」という私的契約が成立するものと解し「被保険者・保険医療機関当事者説」を支持するものである。その理由は、医師は高度の専門性と裁量権を有するとの見地から、医療安全遂行の義務としての自己の医療水準の確保、医療情報提供の義務等の「手段債務」を負っており、さらに診療行為上に発生する問題については、医師と患者の間に直接の債権債務関係が生ずるもの解することは高い合理性を持つものと解されるからである。また、医療過誤訴訟における患者側の権利を導き出す法的根拠として、医療提供側の債務不履行や不法行為を導き出す法的根拠として本説が有効かつ合理的であることが認められる。さらに、医師と患者はその同意によっては保険診療から自由診療に切り替えられることも可能だからである。しかし給付契約関係と、診療報酬、一部負担金等の支払契約システムを同一の法律行為として混同してはならないものと指摘しておきたい。その理由は、被保険者と保険医療機関との間で報酬および一部負担金の支払契約を締結する法的根拠は皆無であるからである。そして保険者・保険医療機関当事者説や、第三者のためにする契約説[41]が少数説として退けられる理由は、いまだ解明されていないものと云える。

現行法は、保険者中心に構成されている。被保険者は保険者の保険団体構成員であり、保険者は、自己の構成員である被保険者に「療養の給付」の義務を負い、保険医療機関は「療養の給付」提供の担当者と位置づけられている。企業に対する社会政策立法、労働者保護立法の歴史的な沿革を見れば、こうした関係の下に進められてきたことは明白である。三藤邦彦は、「健康保険法は、医療に関する社会保障法であるべきであり、医療の担い手と医療を受ける者との関係を中心とすべきであり、保険者は支払担当者とすべきである」と主張している[42]。

結論として「被保険者・保険医療機関当事者説」および「準委任契約」が多数説・唯一のものとして、今後普遍化していくことができるかは疑問である。むしろ「三方まるごと当事者説」「三面関係説」「双方向当事者説」等（図１）[43]を包摂して「医療契約概念モデル」を創造し、それをベースとした立法整備が進められることこそ必要なものと考える。

５，医療制度における公法上の法的課題　　―市民法から社会法へ―

「社会保障と契約」をめぐる諸問題は従来から存在していた。そのあり方を巡っては、アプローチの方法をめぐって公法学者と私法学者、民法学者と社会保障法学者との間で見解を異にし、「権利主義論批判」[44]も展開されてきた。ここでは改めて公法上の法律関係を主として整理することにしたい。

保険者、被保険者、保険医療機関および行政庁は、健康保険制度における公法上の関係と位置を法により定められている。また裁判例は「健康保険制度を利用した場合の医療関係は、そのすべてが公法関係に吸収されてしまうものでなく、（略）私法上の診療関係が成立する余地がないと断ずべきでない」（東京高判昭52.3.28）[45]として、公法上と私法上の関係がたえず交叉して現れてくる制度の特質を指摘している。

１）公的医療保険制度への強制加入の合憲性

1940年代において皆保険構想が打ち出された理由は、当時、戦争遂行のための最も重要な国策として健兵健民方策を遂行することにあった。その目的のために1942年には国民健康保険法改正により国民健康保険組合の強制設立・強制加入が始まり、政府

に強い権限を与えた統制色のつよい保険制度が施行された。そして戦後、新憲法の理念の下で、社会保障関係諸法による総合的制度が序々に整備されていくのである。

1954年の佐賀地裁判決は、「従来の任意加入制では憲法25条の精神に沿えない」とし「強制加入の原則は国民健康保険の公共性を高めると共に逆選択を防止し危険分散を行わんとする技術考慮に基づくもの」(佐賀地判昭29.3.13、上告審：最大判昭33.2.12)[46)47)]と判示している。保険料の徴収も財産権に対する「公共の福祉」による制約に服するものと認めたものであった。換言すれば「強制加入・強制徴収」の合憲性・正当性は、憲法25条に法的根拠を有し規範化したもの云える。

1956年の社会保障制度審議会は「国民の医療の機会不均等は寒心に堪えない」と医療保険制度に関する勧告をおこなった。この頃「医療保険に加入していない国民は、被用者で四百五十万人を含め全国民では三千万人近くもおり、総人口九千万人の三分の一に達すると推計され、そのうち一千万人近くの低所得者は、いちど病気に罹ると生活保護に転落する以外に途がなかった」[48)]と指摘されている。つまり、国民の三分の一にあたる三千万人は医療保険未加入者として診療契約の当事者能力に欠ける程遠い存在であったことが伺われる。

1958年の新国民健康保険法の制定につづき、1961年に施行された国民皆保険制度は、憲法25条第１項・第２項（生存権と国の社会的使命）を規範的基礎として創設された。そして憲法25条の理念を実現するために、国民に対しては各種医療保険法による医療保険制度への全面的な強制加入および強制的な保険料の徴収が公法上の契約として実定法上に規定されることになった。

２）公法上の契約関係

(1)被保険者と保険者と行政庁の関係

医療保険には、被保険者資格と帰属先について、職業・職種を基準にして判断する職域保険と、居住地域等を基準に判断する地域保険および2008年４月から施行された後期高齢者医療制度がある。国民はこれらの医療保険のどれか一つに必ず加入しなればならない。これが国民皆保険制度下の医療保険制度たる特徴のひとつである。(図2)

図２　医療保険制度の体系

制　度	被保険者	保険者
健康保険/全国健康保険協会管掌	健康保険組合の設立されていない適用事業所の被用者	全国健康保険協会
健康保険/組合管掌	健康保険組合が設立されている適用事業所の被用者	健康保険組合
船員保険	船員として船舶所有者に使用されている者	政府
共済組合保険	国家公務員、地方公務員、私学教職員	共済組合(国、地方、私学)
国民健康保険	被用者保険の加入者以外の者 市町村・特別区に住所を有する者 (農業従事者、自営者、小規模事業所の被用者等)	市町村・特別区
	国民健康保険組合の組合員とその世帯員	国民健康保険組合
退職者医療	被用者保険に一定期間加入していた退職者で、老齢年金を受けていない65歳未満等の人	市町村・特別区
後期高齢者医療制度	75歳以上の者、65-75未満で認定を受けた者	後期高齢者医療広域連合

（本沢己代子　新田秀樹編著『TOPIC社会保障法』第３版 8頁 不磨書房2009 を参考に筆者が編集した）

医療保険への強制加入の合憲性、合理性については、専ら「逆選択防止」が説明されているが、憲法25条２項の「国の社会的使命」を規範的基礎とした捉え方が強く求められるものと考える。その上で公法上の契約がひたすら附合契約であることから、合憲性はあっても正当性如何を常に監視されなければならないことになる。公法上の契約の正当性をめぐって議論の対象に、①保険への未加入者の増大、②保険料の増額、③窓口一部負担等が挙げられる。

社会保障法・制度の法主体として、国（政府）と国民があり、公法上の関係と捉えるからには、国民がひたすら附合せざるを得ない（承諾せざるを得ない）ところの強制保険加入の「正当性」をどのように見るか議論が展開されなければならない。財源の有無によって制度の改変が繰り返されるたびに社会保障法理念との緊張関係が生まれ、合憲性が脅かされる政策変更については、現代市民社会の規律と形成に負の影響を与えるものとなる。国民皆保険制度下においても各保険者団体の統合が半世紀以上たっても進まず、各制度間の保険財政の格差は広がる一方である。その上、国民健康保険、市町村国保には、退職者および低所得者が集中する傾向が顕著となり保険リスクも増大する結果となっている。ここに至っては、被保険者と保険者の法的関係を制度間の格差を放置したままで、一律にくくって法的評価することはできない事態に直面していると云える。国保財政の悪化、国保料の

増大、国保制度への未加入者、保険料滞納者の増加等々で、果して国保被保険者にとって強制加入に値する制度であるのかと問われているところである。

全体として、被保険者と保険者と行政庁の間は、安定した権利義務関係というより、本来あってはならない緊張関係や対抗原理の要素が潜在し、かつ拡大していると指摘しなければならない。

(2)保険者と保険医療機関と行政庁との関係

①保険医療機関の指定の法的性質

保険医療機関の指定（健保法63条３項）は、医療機関の申請に基づき厚生労働大臣が指定を行うと、保険医療機関は療養担当規則等の規定に従って療養の給付を担当しなければならず（健保法70条、国保法40条）、保険者は療養の給付の提供に対して診療報酬を支払わなければならない（健保法76条、国保45条）としている。このような法律関係について行政解釈は「公法上の双務契約」と位置づけてきた（平成６年９月30日老健発280号、保険発131号）[49]。しかし保険医療機関は、厚生労働大臣の指定という行政処分を受けて初めて保険診療を担当しうる契約主体としての当事者能力を有することになり医師個人も保険医として登録に至るのである。厚生労働大臣が保険医療機関の指定を行う理由として①全国の保険者との間で一斉に契約関係が生じる効率性が求められる、②契約内容はすでに法律で定められている、③健康保険事業は国が指導監督すべき性質のものであること等とされている。

指定の法的性質について、「保険者に代わって療養の給付を医療機関に委託することを目的とする公法上の準委任契約である」として行政解釈と同様に指定は契約であり、指定取消は行政処分と捉え、保険者と保険医療機関との間には「公法上の双務的付従的契約」が成立するとしている（大阪地判昭56.3.23）[50]。これに対して西村健一郎は、「指定は契約の締結であり、指定の取消は行政処分であるというのは、入口と出口の説明（略）が一致せず、いかにも不自然という批判がある」とし「当事者間の合意すべき事項は、法律で規定されているのであり、契約という意味はほとんどない」[51]と指摘している。阿部泰隆は、「指定は、私人の権利義務関係を一方的・権力的に創設するから行政処分に当たる」[52]としている。西田和弘は、「現行法には、部分指定という条項もあることから、指定を契約とする構成には無理があり、契約の締結という効果をもたらす行政処分ととらえる考え方が妥当」[53]と指摘している。

保険者と保険医療機関と行政庁の法律関係の背景について、田村和之は、「1957年の改正以前の健康保険法43条の３では、当該医師の同意を得て都道府県知事が保険医の指定を行う旨が定められていたため、この指定は行政処分と解されていた。1957年改正では、指定については『健康保険法の解釈と運用』（第11版）において公法上の契約と説明されている」また「契約となれば、診療報酬請求権の発生事実と立証責任は、保険医療機関が負うことになる」と述べていることは重要な指摘である[54]。吉原健二は、1957年の健康保険法改正を振り返って、「指定医療機関制度は、保険医療を担当する医師個人だけでなく診療報酬の請求、支払を受ける医療機関にも責任権限があるという理由から、医師の保険医指定だけでなく医療機関に対しても指定し、診療報酬の不正、不当な請求の場合、医師個人の指定の取消、保険医療機関そのものの取消ができることを狙いとした」また「指定も取消も拒否も行政処分であったことは、皆保険の達成を目前にした行政手法から見ても疑いないものと推察できる」[55]、と論じている。
近年、学説において、指定は「行政処分」（行政行為）であり、指定の効果として保険者と保険医療機関との間で公法上の契約関係が形成されるという見解（指定を既に受けていること自体が、契約の当事者資格を有する前提条件である）が有力説である。

本稿の見解は、「保険医療機関の指定」と云う行政処分が行われたのちに、健康保険法上の契約の締結という効果をもたらすものと解するものである。しかも「保険医療機関の指定」を受けたからと言って、健康保険法上の契約締結の効果が全てにわたって無条件に発生するわけではない。医療法に基づく厚生労働大臣や都道府県知事による別途の承認要件を必要とする特定機能病院や地域医療支援病院さらに厚生労働大臣が定める基準および診療報酬点数表等別途承認要件が多岐にわたっている。被保険者と保険医療機関との間の私法上の診療契約に至るまでには、保険医療機関はその当事者能力を具備するための具体的準備が欠かせないのである。このように指定や承認は一方的にかつ権力的に設定されるものとして「行政処分」と捉えることが妥当なものと云える。

②一部負担金における公法上の権利義務関係

健康保険制度の仕組の上では、保険者が被保険者に給付を行う義務（健保法63条１項）を有するが、保険者自ら医療サービスを提供する能力を持たないため、指定された保険医療機関および診療に従事する保険医との間に公法上の契約として療養の給付等を内容とする診療委託契約（療養担当規則第１条）を行うことになっている。保険医療機関は患者に療養の給付の提供を担当し、一部負担金を受領し残りを保険者に請求するのを基本としている。（実際には、保険者は、その支払を審査支払機関に委託しているので、保険医療機関は、審査支払機関に請求することになる）。

一部負担金の額の算定は、健保法76条１項、２項の規定により算定した額（診療報酬点数表）に、同74条各号の定める割合を乗じた方法で得た額である。そして、健康保険法は、療養の給付を受ける者に対して、一部負担金を「支払わなければならない」（健保法74条１項）とし、保険医療機関には、一部負担金を「受けるべきものとし」（健保法74条２項）という公法上の義務を課してい

るのである。保険医療機関も、療養の給付を受ける者も、公法上の契約を誠実に履行することによって法益は得られ完結することになる。この点は、第一章、第一の事例の「論点」においても指摘している。

(3)健保法74条１項の解釈論と実定法上の「法の欠缺」

一部負担金の法的性質は、基本的には健康保険法の規定により被保険者（給付をうける者）と保険者（給付を行う者）との間の債権債務の法律関係である。その上で保険者と保険医療機関との間の公法上の契約により、保険者から保険医療機関へ債権が譲渡され、被保険者の支払いの義務と保険医療機関の支払を受ける義務が発生するものと解する。行政解釈では、同じく健保法74条１項を根拠として被保険者と保険医療機関との間の一部負担金の収受が、最終的には私法上の権利義務関係であるかのように解釈されている（昭和52、２、25保発第10号）[8]。もし仮にそうであるならば、保険医療機関には強制徴収権が発生するはずであるが法的には許されていないのである。保険料の徴収権は、保険者または厚生労働大臣（健保法5条、国保法76条１項）が有するものであり、保険者による一部負担金の未払金に対する徴収権の法的根拠は、健保法74条2項および国保法42条２項、「徴収金の例によりこれを処分することができる」によるものである。論点は、支払を受けることに努めたにもかかわらず（善良の管理者の注意義務・民法400条）一部負担金が未払いになった不良債権を最終的には誰の責任と負担にするかということである。

被保険者と保険医療機関との間で、一部負担金の収受の約束および金額の算定について何らかの私的契約が発生した形跡はない。被保険者と保険医療機関の直接の法的関係には、一部負担金が私的契約の内容であるという根拠は見いだせないのである。しかし「診療に関する私法関係」が直ちに「対価を受ける権利という債権」までも「私法契約関係」と解するには、健保法63条１項（保険者の療養の給付の義務）、同法65条１項（保険医療機関の指定）、同法70条１項（保険医療機関の療養の給付担当の責務）、同法72条１項（保険医の診療の義務）、同法73条（厚生労働大臣の指導）、同法74条１項（一部負担金支払い義務）、同法74条２項（一部負担金の支払を受ける義務）等の各条項と著しく法的整合性を欠くことになる。例えば法70条１項の規定および療養担当規則第１条によれば、保険医医療機関の療養の給付の担当範囲は、診察から治療、看護にいたる全般の範囲（妥当適切なもの）であり、一部負担金に相当する療養の給付も含まれているものである。一部負担金の割合に相当する療養の給付の範囲は、私法上の契約として提供されるものでないことは所与のことである。

本稿が、私法的効果の発生を目的とする医師と患者との間の「診療契約」と、被保険者・保険者・保険医療機関等の三面関係による公法上の効果の発生を目的する「医療契約概念」とを区別する所以はここにある。

前出でも指摘したように健保法63条による保険者の責任と位置および健保法74条１項・２項による被保険者の義務ならびに保険医療機関の義務が明白にもかかわらず、一部負担金未払いの最終的責任は保険医療機関が負うべきであるという行政解釈は、被保険者と保険者との権利義務関係を曖昧にしているか、もしくは行政庁の不作為というほかない。（尚、理論上では、患者は保険医療機関に対して、過払分の不当利得返還請求をすることができる）

結論は、①健康保険法74条１項・２項の解釈は、保険者と被保険者との権利義務関係、および保険者と保険医療機関との権利義務関係を規定しているのみであるから法律関係は完結しているもので、それ以上の解釈を求めることはできない。それは「法の欠缺（けんけつ）」つまり、法が存在しない、法が欠けているということである。

②保険医療機関は、健康保険法63条、同70条の規定により、療養の給付等を療養担当規則に沿って10割の療養の給付（現物給付）を患者に対して提供したのち、報酬の請求先として例えば７割を保険者へ、３割を患者に振り向けたというだけのことである。

③保険医療機関には、未払金を強制徴収する法的権利は許されていない。保険医療機関として民事訴訟法という手段はあるが、先取得権の順位が国税、地方税および生活権（費）に次ぐものとなっていて、現実には支払いを受けることは不可能である。保険医療機関は、最終的な債権者にはなりえないのである。従って①、②、③を論拠として一部負担金支払いの法的責任主体は保険者に帰するものと考えるべきである。保険者と保険医療機関との間で「一部負担金の支払いを受けるべし」とする公法上の契約が成立するものの不良債権になった未払金は保険医療機関に対する保険者の債務不履行という結論となる。

３）健康保険法における公法上の契約の正当性

(1)公法上の目的

公法上の効果の発生を目的とする契約を学説上「公法上の契約」というのが定説である[56]。健康保険法における公法上の契約の正当性は、憲法25条に由来し、同12条の「公共の福祉」に服するものとされている。

手嶋孝は、「公法上では契約締結の自由は妥当性を欠き、契約の可能な領域は限定される」「包括的承認を迫る附合契約の増大について、逆作用の結果をもたらしかねないことに注意を払わなければならない」と論じている。その為、第一に、法治主義の観点から、法律に違反した内容の契約を結んではならないこと、第二に、行政事件訴訟法第４条による当事者訴訟・取消訴訟の形式で争うケースがあること、例えば、国家公務員共済組合法49条（給付を受ける権利の保護）、生活保護法64条・65条・66条（不服

申立て)、国民年金法101条(不服申立て)、健康保険法83条(処分に対する弁明の機会の付与)、労災保険法38条(不服申立て)など、給付行政関係の領域で多く見られること、第三に、法治主義を実質的に担保するため、行政事前手続、行政事後手続(行政救済制度)[57]があると述べている。

ここでは、公法上の効果の発生を目的とした公法上の契約であっても、その目的と手段に、合憲性があっても、常に正当性を保持しているものとは限らないことを警告し、常に法的な救済手段で担保されておくという法治主義の観点の必要を指摘しているのである。

(2)公法上における附合契約の増大と正当性

附合契約とは、契約当事者の一方があらかじめ決定した条項に他方が事実上従って締結しなければならない契約であり、包括的承認を附合することである(附従契約とも云う)[58]。最近は、行政においても権力的方法よりも非権力的方法の方が容易であるとして行政契約を多く用いる傾向にある。ここでも当事者間の合意のあり方・対等性が問題となり、新たな「公契約法・条例」の概念づくりが議論されている。

今日、私人が私的企業と締結する運送、保険、電気・ガスの供給、雇用の契約等が私的な附合契約の代表的な例である。経済社会においては公法、私法を問わず附合契約の増大はおびただしく、財・サービスの交換取引の現象は拡大し、公定料金の契約、消費者契約等々に見られるところである。①当事者、②目的、③意思表示等を契約の要件とし、対等平等を一般原則として合意される私法的な契約理念・法的性質は附合契約には当てはまらない。では、その正統性をいかに担保するかということになる。前出の手嶋は、①法治主義の観点であること、②私法による取消訴訟が可能であること、③法治主義の実質的保障としての救済手続があること等、政府が介入して、あらかじめ契約内容についてコントロールしておくという方法によって法益は保たれ、これ等によって国民(消費者)も安心して契約に附従することができるとしている。しかし、果して政府の関与なるものが、常に正当性を保持するものになっているかについては、度々疑問が呈されることも事実である。

国民皆保険制度による公的医療保険への強制加入は、諸々の保険制度の一本化には繋がらなかった。市町村国保、国保組合、組合管掌、政府管掌(現協会健保)、共済組合等においては、安定度、危険分散度では、それぞれに大きな違いがあり、創設当初から「制度間の不均衡なメカニズム」を有していたと云われている。今後の課題である保険制度の統合の方向の視界は不透明であり、これら複数の制度の保険者間の連帯性、相互性には、今のところ期待できない。また市場経済の不均等な発展は、経済的格差を生み、契約の当事者足りえない人(持たない者)の排出を当然の帰結としており、保険財政の不均衡は「弱者排除のメカニズム」が働き出すという保険原理上避けがたい宿命がある、と指摘されている[59]。

近年は保険者自らリスクを避けるため、加入者を結果的に逆選択するという派生的現象が顕著になってきたというのが、近時の医療保険制度改革における捻じれた問題点と考える。一方、国保行政は平成12年より、国保の保険料滞納者への徹底した制裁を地方自治体に要求し、1年以上の滞納者に対して正規の被保険者証から被保険者資格証明書に置き換えることを法律(国保法9条第3項、第6項、国保法施行規則7条22項)で義務化した。他方では、従来の国保行政を手直しして、保険料を「払えるのに払わないと証明できた場合以外は慎重な対応を行うこと」(2008年10月通達、2009年9月事務連絡)と通知している。また、失業で国保制度への加入となった者に対し、自治体条例で「国保料減免」の通達を発出している(従来、政府は自治体独自の減免策を禁止してきた)。さらに低所得者の受診抑制を改善するため、国保法43条、44条の規定による「窓口一部負担金の減免制度」の積極的推進を求める通達を2009年7月発出したことなどの修正が見られる。しかし、本質的には「保険事故の多い集団」と「保険事故の少ない集団」の分離現象が、自己責任論を背景として進行していることが主たる問題と考える。

阿部彩の「日本における社会的排除」問題―「貧困の連鎖、格差の連鎖」[60]は、わが国の現状をみる研究としては大変注目されている。ここには、連鎖は親から子へという次世代への連鎖(格差の継承)を生み、低所得者・生活困窮者のみならず、一定の階層集団が広く形成されつつあると論じている。また、三浦展は、わが国で「下流社会」という新たな階層集団が出現しつつあると指摘している[61]。この日本社会に進行する現実は、日本国民がお互いに、対等平等の当事者として互いに向き合うことができるのかという深刻な問題を投げかけているものである。

社会保障制度を維持するために、公的医療保険制度みずから被保険者のあれこれを逆選択するような保険原理的施策をとることは、手段として「有効かつ合理的方法」であっても反面からみれば皮肉な事実である。しかし、憲法25条を規範的基礎とした国家の制度としても、また現代資本主義社会のルールの倫理性からいっても社会的に許容されることではない。これは、「格差は、経済活力を向上させる源である」という市場原理主義の命題とも共通することを指摘せざるを得ない。すなわち、これ等は必然的に「保障論から契約論へ、そして自己責任へ」と反作用する要因になるものと危惧される。公法上の契約の正当性が問われるところである。

附合契約には、実際には法令等による細かい付従的条項を数多く含み、当事者の自由な契約を許さないことを考えれば、公法上の契約関係と言っても理論的にも、実際的にも無理がある。ここにも正当性をめぐる議論のつきない原因がある。故に純粋な

当事者間の自由な契約関係は形骸化し、契約の当事者とりわけ社会的・経済的弱者は、契約の平等性・主体性（機会均等の平等）から遠ざけられるという契約論の限界（私法においても）をますます露呈してくるのである。

行政機関（国、地方公共団体）では、行政目的を遂行するためのツールとして行政契約が多く用いられる傾向にあり、行政処分（行為）と比較して権力的な手法よりも非権力的な手法の方が市民の合意を得られやすく行政目的の達成の円滑化が計り易いとしている。近時、行政法学者の間において、行政事後手続（行政救済制度）が重視されるのは、法治主義を実質的に担保し結果責任を追及することが、国民の権利利益の保障のため必要なことと論じられている[62]。こうした議論は、「契約社会」の法的不安定性を反映しているものと考えられる。

(3)健康保険法上の公法上の契約

保険医療機関という指定がなされ、その後に交わす健康保険法上の契約内容として、例えば療養担当規則に関する裁判において、「形式上は公権力による行政命令であるが、実質は右契約当事者間の契約条件の定めにほかならず」（東京地判昭58.12.16）[63]と判示している。しかし、医師の裁量権を排除していないことから、「契約」の体裁は保ちつつ、事実上の「承諾せざるを得ない」という見方以上のものは出てこない。

まず、療養担当規則に基づく契約の効果として、保険医等には全面的な義務が課せられている。それは①最善の医療を実施する義務、②問診義務、③転院・転送義務、④説明義務、⑤安全管理配慮義務、院内感染対策義務、⑥死因説明・解明義務、⑦診療録記載、保管、開示義務、⑧個人情報保護義務、⑨証明文書公付義務、⑩窓口一部負担金の受領義務等があり、今後公序良俗等を根拠にして新たな義務は増えることも予想される。「医師の応招の義務（医師法19条・歯科医師法19条）」は、明治期の民法、刑法制定からの沿革があり、民法の例外的規定として人命に関し人道上、公益上を法理とし刑法および医師法施行規則（明治39年）等で規定され今日に至っている。次に、保険者と被保険者との間の契約として、ア）被保険者の資格と地位、イ）被保険者への保険の給付、ウ）保険者の地位、エ）被保険者の利益を代表する保険者の役割、オ）保険者の報酬支弁者としての機能、カ）一部負担金、等が規定さている。その他の公法上の契約によって権利義務関係が発生するものとして、ア）保険者と保険医療機関との割引契約の締結（健保法76条３項）、イ）保険者と保険医療機関との特定健診・特定保健指導の契約の締結（集合契約方式）、がある。さらに、行政処分（行政行為）については、ア）保険医療機関の指定（公法上の契約説もある）、イ）保険医療機関指定の取消、ウ）医療法に基づく病院開設中止勧告の行政処分性等が挙げられる。

このように健康保険法は、創設以来、保険者および給付行政を中心とした法律構成を特徴としていることに起因して、公法上の契約による諸々の附従せざるを得ない義務は多岐にわたっている。それでも、国民皆保険制度としての公的医療保険制度を維持していくためには、「最終的には中心的な法主体者である被保険者の利益に帰すもの」とした正当性が確保されていなければならない。実質性を担保するものとしての行政救済制度であるが、そうした事後救済というよりも、被保険者を中心とした健康保険法の立法論的考察の議論が何よりも先行されなければならない[64]。

おわりに

社会保障法と制度は、資本主義社会が生み出した歴史上の所産である。[65]資本主義社会の成立によって、資本の利潤の法則を保障する法の体系としての資本の法[66]と市民の人権を保障する法の体系としての市民の法[67]が登場する。この二つの法体系は、一方で共存の関係にあり、他方では対立の関係にあるという矛盾した原理を内在している。

わが国の民法典は、歴史の変革期に対して個人主義的自由主義法理を修正し、新しい法秩序を形成することによって私法の一般法として市民社会の基本法としての生命力を発揮した[68]ものの、普遍的規範性を維持するには限界があった。高藤昭は、自己責任原理としての契約論の進歩性として、①自己選択という権利性、②法的主体性、③人権保障概念等を挙げ、また限界性として、①経済的弱者に対して外形的主体性に留まっていること、②貧困状態に対処できないこと、③家族扶養形態の崩壊に対処できないこと、④地域共同性、連帯性の崩壊に対処できないこと等[69]を挙げている。自己責任論は、それ独自の意味としては成り立つカテゴリーである。しかし、自己責任原理と社会保障原理のもつ対抗原理が、敵対的原理に転化する危険性は否定できない。したがって、相互の法的関係性と対抗原理性を現実に組み合わせないと、医療保障制度の機能と運用のメカニズムは構築できない。この二つの対抗軸は、事物はたえず運動し、変化し、発展しているという見方、つまり「対立しつつ統一しながら新しい段階に到達するという弁証法的な発展の法則」[70]が成りたっている。

社会保障制度の将来像を模索する上で、本稿の基本的見地は、①個人を社会連帯組織が包摂する、②国家が救済する義務を果た

す、③人間的連帯性（具体的、実質的に主体性を認める）、④市民社会の育成等を基本として、その上で、自己責任で補うことができない部分を社会保障原理が補うという相互性、対抗関係から包摂思想を基礎とした親和性が尊重されなければならないと考える。こうした見地から、医療保障の法的関係を画一的に「契約論」として論ずることは現代市民社会の発展にとって有益でない。

岩村正彦は、「保険診療にかかる診療契約の考察には、公的医療保険との関係を視野に入れることが必要である」また「契約は困窮している弱い立場にある受給者に対する締結の押し付けになる」[71]と指摘している。

植木哲は、①医療責任の立法化、②医療水準の法規範性の確保、③医師の職業規範法的な観点、④医療契約概念は私的性格とともに社会的性格を有していること、等を統合しなければ医療保障としては十分な制度には発展していかないと主張している[72]。

阿部和光は、日本型社会保険制度は多くの欠陥を残しており、それが時の経過と社会経済の変動に伴い顕在化しているとして、あらためて社会保障の法主体については、①社会保険は被保険者にとって強制加入に値する制度であること、②被保険者資格で差別的に扱われないこと、③保険給付により要保障ニーズがカバーされ生活維持が可能な水準であること等人的な適用範囲を定める意義を主張している。その上、多岐にわたる保険制度間の格差は、社会構成員相互の連帯意識を弱める方向に機能する。また、社会保険制度は、保険原理によって社会的排除を合理化する装置となり社会保障機能を低下させることになると指摘している[73]。

こうした私法・社会保障法関係研究者の指摘は、これからの医療保障制度の発展を模索する上での諸課題について提起しているものである。

契約論が、ひたすら自己責任論に埋没せず、それ自身がもつ長い進化の歴史と進歩性をつねに切磋琢磨するならば、複合的な法律関係の中での役割は大変重いものと云える。なぜなら、私的契約論は、個人を平等なものと予定し契約当事者の合意を尊重して対等に扱うのが原則であり、近代国家、近代市民社会の法としての基本原理である個人主義的自由主義思想は進歩的な役割を果たしたからである。

民法による契約論の人間観は、法的主体（当事者）を資格者、権利能力者、行為能力者とみることによって人間を外形上の主体としてとらえている。その方が契約の法律効果を得やすいという作用が働いている。しかし、そこには具体的人間性の有様は浮かんでこない。民法契約論の人間観で果たして契約の「動機づけ」と「自立」を促すことが可能であろうか。「契約は弱者に対して締結の押し付けにならないか」の危惧について前出・岩村も指摘するところである。民法契約論の果たした「歴史的進歩性」は、現代市民社会においてどのように進化すればよいかという課題にも直面する。契約論は、自ずと社会保障法の「社会連帯・人格概念」と対抗するという矛盾性を持ちつつ、均衡化することによって相互性を求め合う親和性（力）を生みだし「公的保障論」と相俟って対立しつつ統一しながら新たな段階へ発展[74]することを通じて法的規範性の新たな概念へと進化していくことが期待される。

その理由は、人間社会において、人々は個人主義的自由主義思想の歴史を背負ってきている。一方、何らかの集団（家族も）を形成しないと生存できないという認識によって、連帯した市民社会を形成してきている。これらの両面から見るならば、社会保障法と社会保険制度においても、「個人を尊重し、法主体とした契約行為」と「相互性を中心とした社会連帯」の相乗関係にこそ、現代における社会発展の法則性を最も包含しているものと考える。医療保障の法的構造は、「契約論」と「公的保障論」との二大構造で構成され、現行制度においてもこの法的構成を基本として概ね組織化されているものと云える。

現行の健康保険法は、立法の背景と歴史からいっても保険者中心の法律である。医療の主体であるべき被保険者は時として周辺の存在となることもあり、権利義務関係は安定していない。私法上の契約論の歴史的役割と進歩性を評価するとともに「契約法理」を「公的保障法理」に包摂させること、つまり民法の契約法理の限界に特別法が介入して新たな「複合的な法律関係」をつくることは、立法技術上可能であると考える。「複合的法律関係論」という法的構造の観点から、新たな立法化と実定法の発展ができたとき、「医療契約概念モデル」は医療保障の法的規範性の更なる発展に寄与できるものと云える。

本稿は、現行の公的医療保険制度に法的構造として内在する契約法理と公的保障法理の対抗原理から、弁証法的な統一的発展の可能性および必要性について論述した。しかし新たな立法論および実定法の解釈の発展については「法の欠缺（けんけつ）」の指摘と「複合的法律関係論」に基づく新たな「医療契約概念モデル」の提案にとどまり具体的な立法化の提案はできなかった。引き続きの研究課題としたい。

【文献 判例】

1)　東京地判昭和47年1月25日、[損害賠償請求事件]、判タ277号185頁
2)　東京地判昭和58年10月20日、判時1127号119頁
3)　社会保障判例百選NO191、東京、有斐閣、2008：40-41
4)　大阪地判昭和60年6月28日、判タ565号170頁

5)　後藤勝喜、保険診療契約の当事者解説、社会保障判例百選NO191、東京、有斐閣、2008；40-41
6)　四病院団体協議会/治療費未払問題検討委員会、診療における患者自己負担金の未収金に関する調査結果報告書、2006.8
7)　厚生労働省保険局 国民健康保険課、医療機関の未収金問題に関する検討会報告書、2008.7
8)　厚生省保険局、保発10号、庁保険発第２号「健康保険法の一部を改正する法律等の施行に係る事務取扱」1981.2.25
9)　石川利夫、民法総則、東京、評論社1981；21-24
10)　会田俊一、医法、日本医政会、東京、1926；21-24
11)　植木哲、医療の法律学、東京、有斐閣、2007.7；186-189
12)　星野英一、民法のすすめ、東京、岩波新書2004；101-102
　　石川利夫、民法総則、東京、評論社1981；22
13)　井伊雅子、日本の医療保険制度の歩みとその今日的課題、南部鶴彦、医療と社会Vol18、東京、(財) 医療科学研究所 2008；206-207
14)　吉原健二・和田勝、日本医療保険制度史、東京、東洋経済新聞社　2000；164-167
15)　三藤邦彦、医事法制と医療事故、東京、信山社2007；280-282
16)　植木哲、医療の法律学(第３判)、東京、有斐閣2007；185
17)　菊池馨実、社会保障とその特質、加藤智章・菊池馨実、倉田聡他、社会保障法(第３版)、東京、有斐閣アルマ2007；6-7
18)　17)に同上
19)　最大判昭和42年５月24日、[朝日訴訟]、判時481号９頁
20)　17)に同上
21)　17)に同上
22)　阿部彩、現代日本の社会的排除の現状、福原宏幸、社会的排除/包摂と社会政策、東京、法律文化社2008；129
23)　最二小判平成４年６月８日、[未熟児網膜症事件]、判時1450号70頁
24)　樋口範雄、医療と法を考える、東京、有斐閣2007；21-24
25)　神戸地裁龍野支判昭和42年１月２日、[ザラピエス注射ショック事件]、判時481号119頁
　　控訴審：大阪高判昭和47年11月29日　判時697号55頁
26)　最二小判昭和56年６月19日、[頭蓋骨陥没骨折開頭手術損害賠償請求事件]、判タ447号78頁
　　東京地判平成4年８月31日、[東大脳動脈奇形事件]、判時1463号102頁
　　最三小判平成14年９月24日、判時1803号28頁
27)　日本医師会、生命倫理懇談会、説明と同意についての報告書、1990
　　日本医師会、医師の職業倫理指針、2006
　　厚生労働省、診療情報の提供等に関する指針、2003
28)　最三小判平成12年２月29日、[輸血拒否　エホバの証人事件]、判時1710号97頁
29)　東京地判昭和46年４月14日、[新生児死亡事件]、下級民集22巻３・４号372頁
30)　会田俊一、医法、東京、日本医政会1926；107
31)　29)に同上
32)　札幌地判昭和53年４月18日、判時916号61頁
33)　大阪地判昭和57年３月４日、判タ466号160頁
34)　鈴木俊光、新生児死亡事件、医療過誤判例百選、東京、有斐閣1996；78-79
35)　村山淳子、医療契約論その実態的解明、西南学院大学法学論集 Vol38 №２、福岡、西南学院大学学術研究所2005；66
36)　名古屋地判平成15年11月26日、判タ1157号217頁
37)　東京地判昭和47年１月25日、[損害賠償請求事件]、判タ277号185頁
38)　37)に同上
39)　大阪地判昭和60年６月28日、判タ565号170頁
40)　村山淳子、医療契約論その実態的解明、西南学院大学法学論集 Vol38 №２、福岡、西南学院大学学術研究所2005；66
41)　児玉寛、537条の規範構造について、西村重雄・児玉寛、日本民法典と西欧法伝統、福岡、九州大学出版会2000；473-504
42)　三藤邦彦、医事法制と医療事故、東京、信山社、2003；282
43)　厚生労働省、医療機関の未払金に関する検討会会議録、保険局国民健康保険課、2007
44)　菊池馨実、社会保障とその特質、加藤智章・菊池馨実、倉田聡他、社会保障法(第3版)、東京、有斐閣アルマ2007；40
45)　東京高判昭和52年３月28日、判タ355号308-309頁

46)　佐賀地判昭和29年３月13日、行集５巻３号640頁
47)　上告審：最大判昭和33年２月12日、判時140号６頁
48)　吉原健二・和田勝、日本医療保険制度史、東京、東洋経済新報社2000；162
49)　平成６年９月30日厚生労働省　老健発280号、保発131号
50)　大阪地判昭和56年３月23日、判時998号11頁
51)　西村健一郎、社会保障法、東京、有斐閣、2006；202-203
52)　阿部泰隆、判令解説、判例時報1725号　東京、判例時報社、2000；5
53)　西田和弘、医療保障　阿部和光・石橋敏郎、市民社会と社会保障（新版）、東京、嵯峨野書院2007；80
54)　田村和之、保険医療機関の指定の法的性格、社会保障判例百選NO191、東京、有斐閣2008；51
厚生労働省、健康保険法の解釈と運用（第11版）、厚生労働省保険局、2003；482
55)　吉原健二・和田勝、日本医療保険制度史、東京、東洋経済新報社、2000；173-174
56)　手島孝、中川義朗、基本行政法学（第三版）、東京、法律文化社2005；153
57)　56）に同上
58)　竹内昭夫、松尾浩也他、　新法律学辞典（第三版）、東京、有斐閣1993；1221
59)　訓覇法子、貧困縮小のための日本とスウェーデンの戦略－普遍主義対個別主義の社会政策－、日本福祉大学評論誌Vol.58
愛知、日本福祉大学2008；29-35
60)　阿部彩、近年の我が国における社会的排除の現状、福原宏幸、社会的排除／包摂と社会政策、第５章及び「補論／日本の経済格差と貧困、東京、法律文化社2008；129-152：243-262
61)　三浦展、下流社会－新たな階層集団の出現－、東京、光文社新書2008；249
62)　手島孝、中川義朗、基本行政法学（第三版）、東京、法律文化社2005；152
63)　東京地判昭和58年12月16日、判時1126号56頁
64)　三藤邦彦、医事法制と医療事故、東京、信山社、2003；282
65)　阿部和弘・石橋敏郎、市民社会と社会保障法、東京、嵯峨野書院2007；18-28
66)　渡辺洋三、法とは何か（新版）、東京、岩波新書2003；72-75
67)　66）に同上
68)　星野英一、民法のすすめ、東京、岩波新書、2004、77-81
69)　高藤昭、社会保障原理の後退の過程と現状及び課題、大原社会問題研究所雑誌№523　東京、法政大学大原社会問題研究所、2002；22
70)　森末伸行、法哲学、東京、中央大学出版会1995；100-103
ルネ・セロー、高橋充昭、ヘーゲル哲学、東京、白水社、2001；21-22
71)　岩村正彦、社会保障と契約の諸問題、季刊社会保障研究Vol45（184）、東京、国立社会保障・人口問題研究所2009；7
12：注11、及び13：注19
72)　植木哲、医療の法律学（第３）、東京、有斐閣2007；185-187、343-344
73)　阿部和光、社会保険改革と新しい法理の展開、河野正輝・良永弥太郎・石田道彦他、社会保険改革の法理と将来像、東京、法律文化社、2010；32-42、
74)　栗原隆、生きてゆく力としての弁証法、東京、日本放送出版協会、2004；35-37

（2011年８月11日受付、2011年９月30日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　27 - 44,　2011

ケーススタディ：地域コミュニティに根ざした介護療養病床の転換戦略
～医療法人竜門堂　大野病院～

下村　徹郎[1)]　下村　恭子[1)]　宮口　雅樹[1)]
窪田　昌行[2),3)]　馬場園　明[3),4)]

はじめに

わが国は、少子高齢化が進行する中で、医療介護を必要とする高齢者、特に後期高齢者が急増していく。とりわけ、戦後の経済を牽引してきた1947年から1949年生まれのいわゆる団塊の世代の多くの就業者が退職の時期を迎え、来年2012年から高齢者の仲間入りを始める[1)]。さらに、2025年にはこの団塊の世代が後期高齢者になり、医療、介護の支援を必要とする高齢者が現在の2倍近くになると予想される[2)]。一方、医療介護を支える社会保障制度は、国の財政問題を抱えて現状のままでは、医療・介護保険制度を維持することが困難な状況にある[3)]。

高齢者医療介護に関わる社会保障費の増大に歯止めをかける形で、国は病院を機能別に区分し、急性期、回復期、慢性期、在宅医療とシームレスな効果的、効率的な仕組みを検討してきた[4),5)]。このような中、厚労省は2005年12月に療養病床を再編する方針を表明し、療養病床の現状が療養病床の入院患者の医療ニーズが低いこと、および日本の平均在院日数が国際的に見て極めて長く、特に療養病床がその重要な要因の一つである[6)]、という理由で介護療養病床を廃止する方針をうち出した。その期限を当初2012年3月とした[7),8)]。しかしながら、介護療養病床の受け皿が十分整備されていない等の理由により、その廃止期限が2018年3月までに6年間延期された。

しかし、国の医療制度の方向性は急性期から回復期、そして在宅医療という切れ目のない医療の流れで疾病管理を行い、医療と介護を峻別し、連携していく方針は変わらない。一方、介護の分野の方向性は、昨年4月に2025年を目指した医療・介護・福祉の新たな視点と目標を地域包括ケアに関する「報告書」として発表されている[9)]。これらの動きを踏まえ、さらに三つの視点：①施設から在宅へ、②医療から予防・リハビリへ、③公的財源から私的財源といった方向性を検討しながら、これから日本に望まれる高齢者医療ケアについて検討していく必要がある[10),11)]。

医療法人竜門堂は、江戸末期に現在の佐賀県武雄市山内地区で医療に取り組み始め、実地医家として代々継承してきた。現在は地域の慢性期医療を担う大野病院を中心に二つの診療所、様々な高齢者福祉事業に取り組み、地域の医療、介護の中核となっている。だが、大野病院は現在医療療養病床111床、介護療養病床82床の病床をもっており、このうち介護療養病床は廃止していかなければならない。

本事例研究では、地方都市に位置する典型的な療養病床をもつ大野病院が、2018年の介護療養病床廃止までに、また、地域包括ケアの目標年度2025年までに武雄、有田地域の高齢者に資する次世代の高齢者医療ケア、地域包括ケアのあり方をどのように構築していけばいいのか検討するものである。

1)　医療法人竜門堂
2)　株式会社ＣＣＲＣ研究所
3)　医療福祉経営マーケティング研究会
4)　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6巻　第1号　　27 - 44,　2011

1．医療法人竜門堂の現状と課題

(1) 沿革

医療法人竜門堂大野病院のある山内町は佐賀県の西部に位置する人口約1万人の小さな地域であったが、平成18年に武雄市と合併し、武雄市の一部となった。北部は伊万里市、西部に有田町と隣接している。周囲を標高200～600mの山々に囲まれ、これらの山々から流れる小川は山内町の豊かな緑を育む源となり、のどかな田園風景の拡がる恵まれた自然環境の中に各施設はある。

当法人の歴史を振り返れば、江戸時代末期、黒髪山のふもとで初代毛利龍渓氏が医療に実地医家として取り組んでから現在に至るまで、代々継承してきた。四代目毛利晃元が、三間坂に毛利医院を開院した昭和32年、医療法人竜門堂を設立した。表1に医療法人竜門堂をつくりあげてきた先代の医師たちの略歴を示す。その後、昭和55年にはのどかな田園風景の中、老人病院としての大野病院を開設した。そして、女性の社会進出著しい時代背景の中、老人医療・介護を請け負う病院として、開院当初よりいち早く介護士のいる老人病院をスタートさせ、その後も時代のニーズに応えるべく歩んできた。表2に竜門堂の沿革を示す。

現在、当院のような療養型病床をもつ慢性期病院は制度改革の真っ直中にあって、入院中心の医療から在宅中心の医療・介護へと重心を移す準備期間にある。当院もこれにもれず、数年後の当医療法人の理想の形を描き、将来ビジョンを検討している。一方、外来部門は毛利医院・竜門堂医院を軸にして、地域のかかりつけ医として内科・小児科・整形外科診療に携わり、同時に介護が必要になった方への予防および介護サービスも充実させ、患者あるいはその家族の選択肢をできるだけ拡げられるよう整備につとめてきた。

表1　医療法人竜門堂の創業期の医師

医療法人竜門堂の医師たち（初代～四代目）
○初代　毛利龍渓　武雄の神社の神主の子としてうまれたが、神主になることを嫌がり、武雄の志田家（医業）へ医学の勉強に入り、その志田家の長女と結婚、大野村に開業した。その後、志田家の医業を継ぎ、武雄の鍋島家の侍医となり、籠で往信するなどしていたといわれる。龍渓の長男（弘一）、次男（拓助）、三男（愛助）はともに医師になり、愛助が毛利家の後継者となる。（明治 26 年死去、64 歳）
○二代目　毛利愛助　愛助氏は貧しい大野村での医療活動において、医療費はとらなかった。この時代には、馬に乗って往診に行ったと伝わっている。
○三代目　毛利源三　愛助氏の長女ツヤに田栗家より、源三氏が養子となり、毛利家にいる。大正3年、小学校の廃校舎を移して、現大野病院の地に毛利病院として開院。この頃往診は人力車であった。
○四代目　毛利晃元　源三の次男として生まれ、毛利病院の後継者となる。昭和 32 年、毛利病院を三間坂に移転し開業した。

表2　医療法人竜門堂の沿革

年月	医療法人の沿革内容
昭和 23年 4月	毛利診療所開院（山内町三間坂地区／10床）
32年 1月	医療法人竜門堂設立
同上	毛利病院改築（診療所より病院へ／48床）
55年 5月	大野病院開院（山内町大野地区／52床）
57年 12月	大野病院増築（52床→108床）
60年 5月	大野病院増築（108床→145床）
平成 4年 3月	大野病院特例許可老人病院認可
6年 4月	大野病院療養型病床群認可
6年 7月	大野病院増築（145床→193床）
同上	毛利医院開院（毛利病院より無床診療所へ）
10年 3月	竜門堂医院開院（山内町大野地区／無床診療所）
11年 8月	居宅介護支援事業運営開始（大野病院併設）
12年 4月	公的介護保険スタートに伴い法人の介護保険事業本格開始
同上	大野病院介護療養型医療施設認可（193床中111床）

（2）竜門堂を取り巻く外部環境の変化

1）人口構造の変化

大野病院がある武雄市大野は、佐賀県武雄市と長崎県有田町の中間にあたり、病院、介護サービスを利用する患者、利用者は、武雄市、有田町から概ね同数である。武雄市は、2010年から地域包括ケアが整備目標とする2025年の間に、人口は6,937人減少すると推定されているが、高齢者は2,047人増加し、このうち前期高齢者が917人、後期高齢者が1,130人増加すると推定されている。一方、要介護者は2010年の2,401人から2025年の3,012人に、611人の増加となると推定されている[12)]。

なお、佐賀県全体では、人口が849,980人から、774,915人へ75,065人減少するが、高齢者は41,381人増加すると推定されている。このうち、前期高齢者が13,055人、後期高齢者が28,326人増加すると推定されている。また、要介護者は、38,100人から50,852人へ、12,752人増加すると推定されている。参考に、佐賀市、および法人が運営する介護事業の利用者、入居者が多い有田町についての人口構造データも表3に示す。

表3　人口、高齢者、要介護者

項目	年	佐賀県	佐賀市	武雄市	有田町
人口　A	2010	849,980	237,776	50,083	20,814
	2025	774,915	220,750	43,146	17,616
	増減	−75,065	−17,026	−6,937	−3,198
高齢者	2010	208,350	54,637	12,784	5,695
	2025	249,731	65,467	14,831	6,537
	増減	41,381	10,830	2,047	842
高齢化率	2010	25%	23%	26%	27%
	2025	32%	30%	34%	37%
前期高齢者	2010	95,096	25,950	5,594	2,652
	2025	108,151	28,004	6,511	2,780
	増減	13,055	2,054	917	128
後期高齢者	2010	113,254	28,687	7,190	3,043
	2025	141,580	37,463	8,320	3,757
	増減	28,326	8,776	1,130	714
要介護高齢者　B	2010	38,100	9,549	2,401	1,029
	2025	50,852	13,347	3,012	1,352
	増減	12,752	3,798	611	323
要介護増加率	B/A	1.6%	1.7%	1.4%	1.8%

2）医療・介護政策の変化

日本は、1961年に国民皆保険制度が施行され、医療資源については、量的拡大の時代、医療費急増の時代を経て、医療費抑制の時代を迎えている[5)]。現在のわが国の医療提供体制を他先進諸国と比較した場合、一番目立つのは、平均在院日数の長さである。この理由として考えられるのは、人口あたりの病床数が多く、医療におけるマンパワーの不足と急性期の入院と慢性期の入院の混在にあるといわれている[6)]。すなわち、諸外国と比べて、病床あたりの看護師、医師、その他の医療が少なく、集中的な医療体制が整備できないため、入院期間が長くなっており、医療の高度化、専門分化が十分にできていないと考えられる。また、急速な高齢化に伴い、慢性期病床が増えてきている一方、退院先となる家庭での介護力の低下により、家族、社会的な理由で病院に在院し続けなければならない、いわゆる社会的入院が大きな問題となってきた。

療養病床は、長期入院が必要な慢性疾患の高齢者を受け入れる施設で、医療保険が適応される医療型（2010年7月現在で26万床）と、介護保険が適応される介護型（同8万6千床）がある。なお、厚労省は2012年度から介護型療養病床の新設を認めない考えで、今後も老人保健施設など他の介護施設へ転換を促す方針である。一方、2000年にスタートした介護保険は、要介護者は増加、介護費用の増加に伴い、介護の中心を施設から、在宅へシフトしていく方向にある。それは、地域包括ケア構想が2010年発表され、24時間の訪問サービスのモデル事業化を2012年から開始していくことからも裏づけられる。

(3)医療法人竜門堂の推移

医療法人竜門堂の中心となる大野病院は、昭和55年に山内町、大野に52床でスタートした。その後、地域の医療へのニーズに応えるかたちで、昭和60年145床に増床した。大野病院の中心は老人医療にあったので、平成4年第2次医療法改正により、新設された療養病床制度を取り入れ、145床を特例許可老人病棟とした。なお、特例許可病棟は、第2次医療法改正の療養型病床群の制度化を受けて出来た病棟で、「特例として医師、看護師の配置基準を緩和し、介護職員（無資格者）を患者数に対して必要数、配置することにより、都道府県知事が許可した病棟」である。

また、平成6年に山内町三間坂駅前にあった毛利病院は、病床48床を大野病院に移転し、小児科、内科の無床診療所として、再スタートし、在宅医療への体制も整えていった。一方、大野病院の外来患者数が徐々に増えてくると共に、外来部門の充実をはかるために、大野病院に近接して平成10年竜門堂医院を開院した。その際、高齢者にとって、一番必要とされる整形外科、内科を標榜することにした。

その後大野病院の病床構成は、介護保険が開始された平成12年に、特例許可病棟193床を介護療養病床111床、医療介護療養病床82床へと転換した。表4に毛利病院から大野病院への病床数の推移と竜門堂医院の開設年表を示す。

表4　竜門堂における病床数の推移

	毛利病院	大野病院	竜門堂医院
昭和23年	毛利診療所(10床)		
昭和32年	毛利病院へ(48床)		
昭和55年		大野病院開設(52床)	
昭和60年		大野病院増床(145床)	
平成4年		特例許可老人病棟	
平成6年	毛利無床診療所へ	大野病院増床(193床)	
	※48床は大野病院へ移転		
平成10年			竜門堂医院開院
平成12年		介護保険開始	
		医療療病床(82床)	
		介護療養病床(111床)	

さらに、平成12年に医療療養病床82床、介護療養病床111床とした療養病床は、表5のように、医療療養病床が、49床と33床の病棟構成、介護療養病床が55床、56床の病棟構成になっていた。また平成18年には、療養病床の見直しについて、医療保険と介護保険の役割分担の明確化を図るという指針が発表され、この方針に基づき、入院患者の適正な分類をしてきた。見直し作業の中で、平成18年から21年にかけては、医療の必要性が低く、要介護度の高い、本来介護保険で対応すべき入院患者が111床よりも多くいることがわかり、その入院患者の介護ニーズに応じて、表5に示すように病床構成を転換していった。

また、介護保険制度開始とともに、法人では、高齢者の医療ニーズ、介護ニーズ等により、適切な場所に配置できるように、グループホーム、住宅型有料老人ホームを開設し、病院からの退院を促進していった。そのため、平成22年に入院患者を見直したとき、医療ニーズの高い方が多く、医療療養病床82床、介護療養病床111床と、元の姿に戻すかたちとなった。

表5　大野病院の医療、介護療養病床の病床構成の推移

	医療			介護				合計
病棟名	1	2	計	2	3	5	計	
H12年(2000)4月	49	33	82	―	55	56	111	193
H18年(2006)10月	49	17	66	16	55	56	127	193
H20年(2008)6月	49	0	49	33	55	56	144	193
H21年(2009)11月	53	0	53	33	55	52	140	193
H22年(2010)6月	49	33	82	0	55	56	111	193

(4)大野病院の療養病床の現状と課題

1)性別、年齢、の特徴

医療療養病床は、全体の58.2%が女性、41.8%が男性であった。一方、介護療養病床は全体の74.8%が女性であり、平均年齢は、医療療養は、82.3歳(男性79.2歳、女性84.5歳)で、介護療養は、84.3歳(男性79.6歳、女性85.9歳)で、ほぼ同じであった。介護療養病床で女性が多い理由は、女性が長生きすることが多いために介護ニーズのある女性の比率が高くなっていると思われる。なお、療養病床の入院患者データは平成23年6月30日現在のものである。

年齢別の入院状況は、医療は64歳以下が全体の7.6%、介護が2.7%、前期高齢者は医療が3.8%、介護が9.9%、後期高齢者は、医療が88.6%、介護が87.4%で、医療に65歳未満の入院者が多いことを除けば、ほとんど同じ割合であった。この調査結果から、医療、介護療養病床とも、9割近くが後期高齢者で平均年齢は80歳を越えていることがわかる

表6　医療療養病床の特徴

年齢	医療療養計			グループ	
	男	女	計	人数	%
64歳以下	5	1	6	6	7.6%
65～70歳	0	0	0	3	3.8%
65～74歳	0	3	3		
75～79歳	9	4	13	70	88.6%
80～84歳	10	16	26		
85～89歳	3	8	11		
90～94歳	5	12	17		
95～99歳	1	1	2		
100歳以上	0	1	1		
計	33	46	79	79	100.0%
	41.8%	58.2%	100.0%	－	－
平均年齢	79.2	84.5	82.3	－	－

表7　介護療養病床の特徴

年齢	介護療養計			グループ	
	男	女	計	人数	%
64歳以下	1	2	3	3	2.7%
65～70歳	3	2	5	11	9.9%
65～74歳	4	2	6		
75～79歳	7	10	17	97	87.4%
80～84歳	4	17	21		
85～89歳	6	22	28		
90～94歳	2	13	15		
95～99歳	1	14	15		
100歳以上	0	1	1		
計	28	83	111	111	100.0%
	25.2%	74.8%	100.0%	－	－
平均年齢	79.6	85.9	84.3	－	－

2)医療と介護のニーズ

医療療養病床は、医療区分1が、1人(1.3%)、医療区分2が49人(62.0%)、医療区分3が29人(36.7%)であった。平成22年の看護体制20:1の医療療養病床の入院患者の医療区分の割合の平均値は、医療区分1, 2, 3がそれぞれ12.8%、54.2%、33.0%となっており、大野病院は、平均より、医療区分2,3の患者が多い傾向にあった。(表8参照)

介護療養病床の入院患者の要介護度を表9に示すが、要介護2が1名、要介護3が8名おり、ほとんどが要介護4,5で、それぞれ34名(30.6%)、68名(61.3%)あり、要介護4,5の入院患者が全体の91.9%あった。(表9参照) WAMの平成22年度12月の介護療養病床の利用実績によれば、要介護1の入院患者が全体の1.2%、要介護2が2.9%、要介護3が8.5%、要介護4が28.3%、要介護5が59.1%であった。大野病院の療養病床患者は、全国平均より若干重度な患者であるといえる。

表8　医療療養病床の医療区分

	医療療養計		
	男	女	計
医療区分1	0	1	1
医療区分2	21	28	49
医療区分3	12	17	29
計	33	46	79
	医療療養計		
	男	女	計
医療区分1	0.0%	1.3%	1.3%
医療区分2	26.6%	35.4%	62.0%
医療区分3	15.2%	21.5%	36.7%
計	41.8%	58.2%	100.0%

表9　介護療養病床の要介護度

	介護療養計		
	男	女	計
要介護度1	0	0	0
要介護度2	0	1	1
要介護度3	3	5	8
要介護度4	7	27	34
要介護度5	18	50	68
計	28	83	111
	介護療養計		
	男	女	計
要介護度1	0.0%	0.0%	0.0%
要介護度2	0.0%	0.9%	0.9%
要介護度3	2.7%	4.5%	7.2%
要介護度4	6.3%	24.3%	30.6%
要介護度5	16.2%	45.0%	61.3%
計	25.2%	74.8%	100.0%

表10,11に医療療養病床、介護療養病床入院患者の疾患の調査結果（複数回答）を示す。この結果、医療療養病床の入院患者の疾患で多い順に①脳血管疾患（58.2%）、②心臓疾患（38.0%）、③整形外科疾患（36.7%）であった。介護療養病床は、①脳血管疾患（67.6%）、②認知症(52.5%)、③高血圧（30.6%）であった。医療、介護療養病床とも、脳血管疾患の患者が多いことが明らかとなった。また、認知症の患者が医療療養に24名（全体の30.4%）、介護療養に58名（52.3%）も認められた。介護療養病床の半分以上が認知症を持ち、これらへの対応が入院患者やのQOLを向上することになる。

表10 医療療養病床の入院患者の疾病

入院患者　79

入院患者の疾患	医療療養計			医療療養計		
	男	女	計	男	女	計
脳血管疾患	19	27	46	24.1%	34.2%	58.2%
心臓疾患	15	15	30	19.0%	19.0%	38.0%
悪性腫瘍	4	2	6	5.1%	2.5%	7.6%
高血圧	7	17	24	8.9%	21.5%	30.4%
糖尿病	5	5	10	6.3%	6.3%	12.7%
整形外科疾患	9	20	29	11.4%	25.3%	36.7%
慢性呼吸器疾患	10	10	20	12.7%	12.7%	25.3%
急性呼吸器疾患	2	3	5	2.5%	3.8%	6.3%
腎不全	1	1	2	1.3%	1.3%	2.5%
尿路感染症	2	3	5	2.5%	3.8%	6.3%
認知症	9	15	24	11.4%	19.0%	30.4%
その他	22	24	46	27.8%	30.4%	58.2%
計	105	142	247	–	–	–

表11　介護療養病床の入院患者の疾病

入院患者　111

入院患者の疾患	介護療養計			介護療養計		
	男	女	計	男	女	計
脳血管疾患	23	52	75	20.7%	46.8%	67.6%
心臓疾患	9	23	32	8.1%	20.7%	28.8%
悪性腫瘍	0	2	2	0.0%	1.8%	1.8%
高血圧	11	23	34	9.9%	20.7%	30.6%
糖尿病	3	22	25	2.7%	19.8%	22.5%
整形外科疾患	4	25	29	3.6%	22.5%	26.1%
慢性呼吸器疾患	2	3	5	1.8%	2.7%	4.5%
急性呼吸器疾患	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
腎不全	1	4	5	0.9%	3.6%	4.5%
尿路感染症	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
認知症	12	46	58	10.8%	41.4%	52.3%
その他	2	7	9	1.8%	6.3%	8.1%
計	67	207	274	–	–	–

3）在院日数

医療療養病床、介護療養病床の在院日数を表12、13に示す。医療療養病全体の在院日数、782日（男性707日、女性836日）、介護療養病床は646日（男性624日、女性653日）で、医療療養の方が在院日数は136日長く、また医療、介護とも女性の方が在院日数は長い傾向があった。医療療養病床の在院日数は、150日以下が25名（31.6%）、151～365日が8名（10.1%）、366～5年以下が36名（45.6%）、5年超が10名（12.7%）であった。介護療養病床の在院日数は、150日以下が31名（27.9%）、151～365日が22名（19.8%）、366～5年以下が51名（45.9%）、5年超が7名（6.3%）であった。

厚生労働省の慢性期患者の長期療養の目標とする平均在院日数は、現在150日程度としているが、地域包括ケアの目標年度2025年には10%削減し、135日程度を目指している。この調査結果から考えると、厚生労働省の目標と現状との間に大きな差異があるものと推測され、これから2025年に向け、受け皿としての高齢者住宅と在宅医療体制の検討が必要になっている。

表12　医療療養病床の在院日数

在院日数	医療療養計			比率	
	男	女	計	人数	%
30日以下	3	3	6	25	31.6%
31～60	4	6	10		
61～90	1	0	1		
91～150	3	5	8		
151～365	4	4	8	8	10.1%
366～730	8	8	16	36	45.6%
731～1095	3	7	10		
1096～1460	2	6	8		
1461～1825	0	2	2		
1826日以上	5	5	10	10	12.7%
計	33	46	79	79	100.0%
最長	3,059	5,656	―		
平均在院日数	707	836	782		

表13　介護療養病床の在院日数

在院日数	介護療養計			比率	
	男	女	計	人数	%
30日以下	2	5	7	31	27.9%
31～60	1	3	4		
61～90	2	3	5		
91～150	2	13	15		
151～365	7	15	22	22	19.8%
366～730	6	17	23	51	45.9%
731～1095	1	9	10		
1096～1460	3	10	13		
1461～1825	3	2	5		
1826日以上	1	6	7	7	6.3%
計	28	83	111	111	100.0%
最長	1,908	3,245	―		
平均在院日数	624	653	646		

4）自己負担

医療療養病床、介護療養病床の自己負担の分布を表14、15に示す。医療療養の患者の自己負担が、5万円未満が24名(30.4%)、5万～8万円未満が29名 (36.7%)、8万～10万円未満が26名 (32.9%)、10万円以上の患者はいないことがわかる。一方、介護療養は、5万円未満が5名 (4.5%)、5万～8万円未満が32名 (28.8%)、8万～10万円未満が40名 (36.0%)、10万円以上が34名 (30.6%) であった。

この結果から、医療療養病床よりも、介護療養病床の自己負担が大きいことがわかる。これは、制度上の問題が起因しており、介護療養病床の食事の自己負担金額の経済的条件による軽減措置が少ないことによる。介護療養病床はいずれ、廃止されていくわけであるが、自己負担が8万円以上の入院患者の割合が66.6%であり、この程度の金額があれば、高齢者住宅と外部サービス、在宅医療で対応していける可能性が高いといえる。

表14　医療療養病床の自己負担

自己負担	医療療養計			個々%	グループ別
	男	女	計		
1万未満	0	2	2	2.5%	
1～2万未満	3	4	7	8.9%	
2～3万未満	3	5	8	10.1%	24
3～4万未満	1	2	3	3.8%	30.4%
4～5万未満	2	2	4	5.1%	
5～6万未満	7	7	14	17.7%	
6～7万未満	2	6	8	10.1%	29
7～8万未満	2	5	7	8.9%	36.7%
8～9万未満	13	11	24	30.4%	26
9～10万未満	0	2	2	2.5%	32.9%
10～11万未満	0	0	0	0.0%	0
11万以上	0	0	0	0.0%	0.0%
計	33	46	79	100.0%	100.0%

表15　介護療養病床の自己負担

自己負担	介護療養計			個々%	グループ別
	男	女	計		
1万未満	0	1	1	0.9%	
1～2万未満	1	1	2	1.8%	
2～3万未満	0	1	1	0.9%	5
3～4万未満	0	0	0	0.0%	4.5%
4～5万未満	0	1	1	0.9%	
5～6万未満	1	9	10	9.0%	
6～7万未満	1	9	10	9.0%	32
7～8万未満	2	10	12	10.8%	28.8%
8～9万未満	2	10	12	10.8%	40
9～10万未満	6	22	28	25.2%	36.0%
10～11万未満	15	18	33	29.7%	34
11万以上	0	1	1	0.9%	30.6%
計	28	83	111	100.0%	100.0%

5）介護療養病床転換の現状と問題点

介護療養病床では介護の状態が重く、介護と医療の両方が必要な患者が多く、一方、認知症と身体の病気を併せ持つ患者も多い。主要な転換先として、2008年、「介護療養型老人保健施設 (新型老健)」が創設され、施設基準を決めるに当たっては、「従来型の老人保健施設の利用者よりも重度だが、入院治療の必要はない人が入所する」ことが想定された。このため、新型老健では医師の配置数を減らし、土日や夜間はいなくてもよいとし、配置を義務づける看護・介護職員の数も減らすと同時に、実際のスタッフを減らさなければ経営が成り立たないほど、介護報酬も引き下げられた。

新型老健入所者の調査結果によれば、利用者の退所後の行き先は53%が医療機関となっていた。また「退所後の行き先は100%が医療機関」という施設も複数あった。これは、新型老健入所者が必要とするレベルの医療や介護が提供されず、施設を出て、再入院せざるをえない高齢者が多くいることを示している。このため、多くの医療現場では、医療体制の不十分さを考慮し、新型老健への転換、その他退院先の受け皿の整備が進行しなかった。このため、大野病院にとって、現行の111床の介護療養病床をいつ、どのように転換していくかが大きな課題となっている。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　27 - 44,　2011

(5) 介護保険事業の展開

平成12年に介護保険制度がスタートし、最初に取り組んだものが大野病院に併設した通所リハビリテーション（デイケアセンター「げんき」）であった。しかし、地域のニーズがリハビリ機能だけでなく、家族の休養、レスパイト機能の充実が必要と考えたので、通所介護（デイサービス）へと転換していった。平成14年、15年には、認知症への対応が必要となり、当法人でも、2ユニット18名のグループホーム「あったか荘」、1ユニット9名のグループホーム「ことぶき荘」を開設した。また、デイサービスの要望、ニーズが高くなり、大野病院内の施設では対応できなくなり、平成15年デイサービス「げんき」を単独施設として運営を開始した。

平成18年頃から、高齢者の住まい、及び高齢者住宅のニーズが高くなり、平成18年に宅老所「はるかぜ」、平成19年、住宅型有料老人ホーム「すずかぜ」（定員26名）、平成21年、認知症デイサービス併設の住宅型有料老人ホーム「爽風館」を開業した。表16に介護保険事業の歴史を示す。図1、2に医療法人竜門堂の現在の医療・介護事業の位置図と組織図を示す。

表16　医療法人竜門堂の介護保険事業の歴史

年月	介護保険事業の発展
平成12年 4月	公的介護保険スタートに伴い法人の介護保険事業本格開始
同上	デイケア「げんき」運営開始、（大野病院併設通所リハ施設／定員30名）
12年 8月	デイケア「げんき」（通所リハ）をデイサービス（通所介護）へ変更
14年 3月	グループホーム「あったか荘」開所（山内町三間坂地区／2ユニット18名）
15年 10月	グループホーム「ことぶき荘」開所（山内町大野地区／1ユニット9名）
15年 10月	デイサービス「げんき」。単独事業所として運営開始（山内町大野地区／定員70名）
17年 10月	ショートステイ事業運営開始　（大野病院併設／定床8床）
17年 12月	居宅介護支援事業所移転　（大野病院より「げんき」に併設へ）
18年 3月	宅老所「はるかぜ」運営開始
19年 6月	有料老人ホーム「すずかぜ」開所（山内町大野地区／有料定員26名）
21年 4月	有料老人ホーム「爽風館」・デイサービス開所（山内町三間坂地区／有料定員53名）
23年 3月	デイサービス「はるかぜ」開所（定員30名）

図1　医療・介護保険事業の位置図

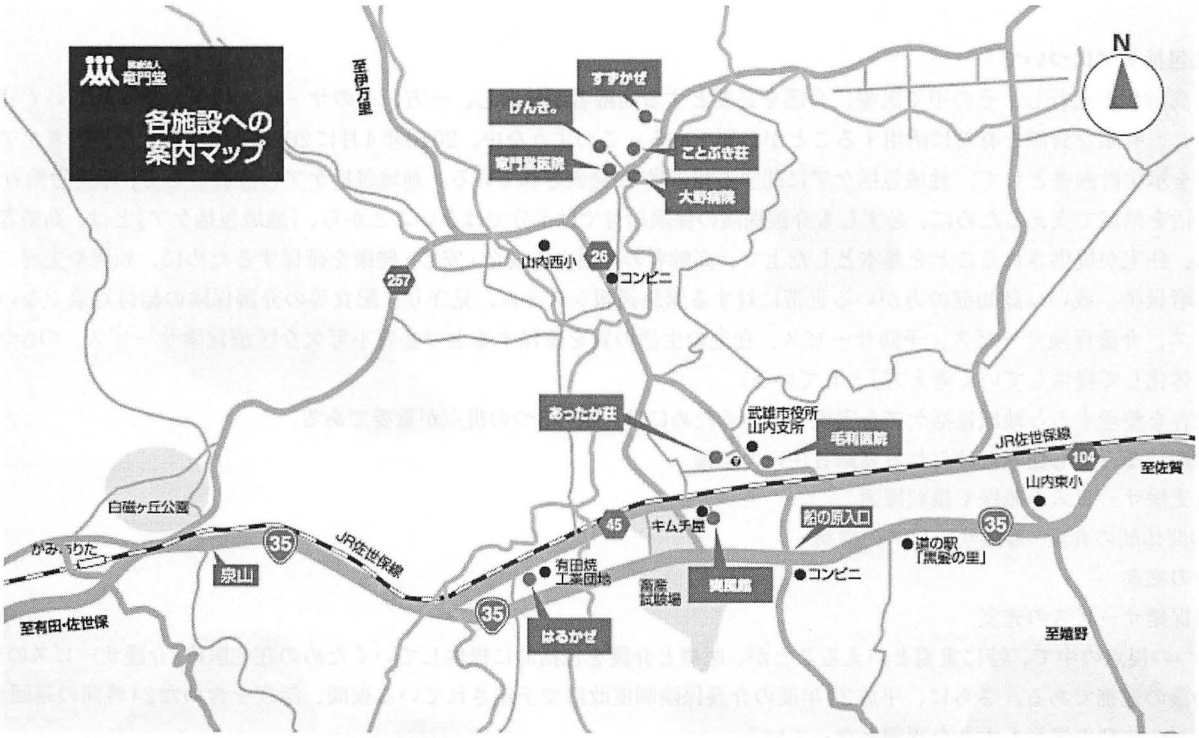


図２　竜門堂の医療・介護事業の組織図

2．地域包括ケアへの取り組み

（1）地域包括ケアについて

急速に高齢化が進行し、その中で医療、介護を必要とする高齢者が急増し、一方、そのサービス体制を整備していく経済的基盤が停滞し、有限な資源を有効に活用することが必要である。このような中、2010年4月に2025年を目指した高齢者ケアのあり方の道筋を示す計画書として、“地域包括ケアに関する報告書”が発表されている。地域包括ケアの意義として、厚生労働省は、「高齢者の生活を地域で支えるために、必ずしも介護保険の保険給付では十分ではないことから、『地域包括ケア』とは、高齢者のニーズに応じ、住宅が提供されることを基本とした上で、高齢者の生活上の安全・安心・健康を確保するために、独居や夫婦二人暮らしの高齢者世帯、或いは認知症の方がいる世帯に対する緊急通報システム、見守り、配食等の介護保険の給付対象でない生活支援サービス、介護保険サービス、予防サービス、在宅の生活の質を確保する上で必要不可欠な医療保険サービス、の5つのサービスを一体化して提供していく考え方」としている。

この内容を整理すると地域包括ケアを実現していくためには、次の5つの視点が重要である。

① 高齢期になっても住み続けられる高齢者住いの整備
② 生活支援サービスの確保や権利擁護
③ 24時間体制の介護・看護サービスの構築
④ 予防の推進
⑤ 医療保健サービスの充実

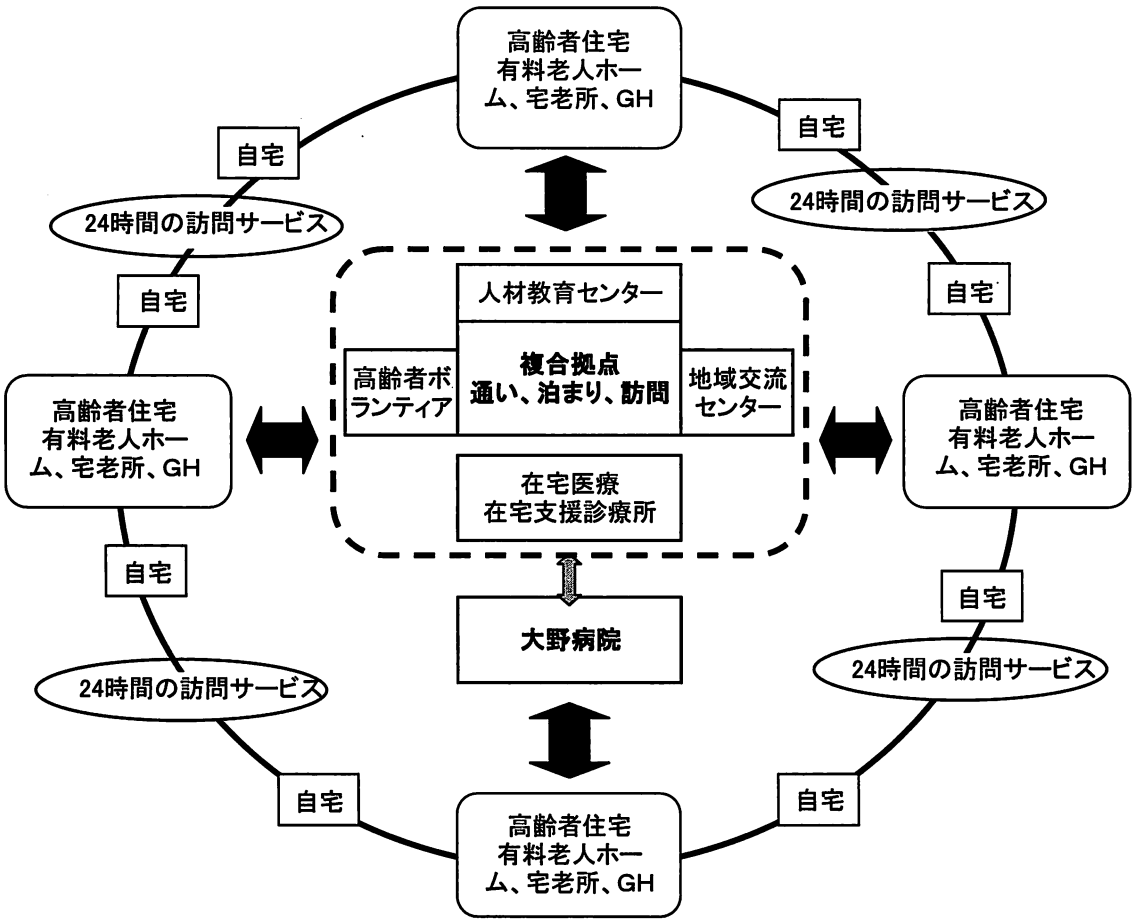
この5つの視点の中で、特に重要といえることが、医療と介護を包括的に提供していくための在宅医療・介護サービスの充実と、医療と介護の連携である。さらに、平成24年度の介護保険制度改訂で予定されている夜間、深夜を含めた24時間の巡回型介護・看護サービス体制の構築も大きな課題となっている。

（2）地域包括ケア整備していくために必要な7つの要素

これらの5つの視点を踏まえて、地域包括ケアを実現していくためには、図3に示す7つの構築が重要であると考える。すなわち①さまざまなニーズに対応する高齢者住宅、②在宅サービスを提供する複合拠点（通い・訪問・泊り）、③24時間短期巡回型訪問介護・看護、④予防・生きがい拠点の拠点、⑤高齢者互助ネットワーク、⑥在宅医療の提供、⑦人材教育システム　である。

さらに、この7つの要素を構築、活用していく中で、次の3つの課題が構築の鍵となると思われる。まず、新しい地域包括ケアの必要性について国民全体で認識していく必要がある。すなわち、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、効率よく提供していくには、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からである。次に、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。同時に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。最後に、システムを支えていくのは人であり、高齢者ケアで働く人材の待遇等を改善していくことが重要である。すなわち、高齢者ケアに働く人の知識、スキルを高め、人材の質を向上すると共に、給与水準も向上していく必要がある。

図3　7つの要素を組み込んだ地域包括ケア構想



(3)竜門堂の地域包括ケアへの取り組み

医療法人竜門堂は、退院後、在宅で暮らすことが困難な高齢者を支援していくために、高齢者住宅とその入居者を支える介護サービス、在宅医療サービスの連携システムを構築してきた。高齢者住宅としては、有料老人ホーム「すずかぜ」、「爽風館」を平成19年、21年に開業し、これらに併設、近接した通所介護、訪問介護事業所と在宅支援診療所、病院を連携させ、運営してきた。次に、住宅型有料老人ホーム、「すずかぜ」、「爽風館」の概要を説明する。

1)概要

①「すずかぜ」

- 施設類型:住宅型有料老人ホーム
- 指定年月:平成19年6月
- 定　　員:26名
- 居 室 数:26室(全室個室)
- 利用料金:入居費　A個室　42,600円　B個室　39,600円
  食費41,400円(1日当たり1,380円)

②「爽風館」

- 施設類型:住宅型有料老人ホーム
- 指定年月:平成21年4月
- 定　　員:53名
- 居 室 数:53室(全室個室)
  ・個室Aタイプ　45室
  ・個室Bタイプ　8室(居室内トイレ付)
- 利用料金:入居費36,600円(トイレ付個室38,600円)
  ・食費41,400円(1日当たり1,380円)
  ・管理費　5,000円

2)入居者特性

① 「すずかぜ」

「すずかぜ」の入居状況は平成23年6月30日現在のものである。定員26名に対し、25名が入居している。男女比の特徴と要介護度の分布を図表17、18に示す。これより、「すずかぜ」には65歳未満の方が2名入居し、25名中、男性が8名、女性が17名で女性が全体の68.0%であった。平均年齢は83.9歳(男性79.8歳、女性85.7歳)となっており、75歳以上の後期高齢者がほとんどで、80歳以上が20名入居していた。介護ニーズについては、自立が1名、要支援1,2の方が3名、要介護の入居者が21名であり、平均要介護度は2.3となっており、重度な介護が必要な要介護4,5が2名となっていた。

この結果から、「すずかぜ」の入居者のほとんどが75歳以上の高齢者であり、男性が3分の1いることがわかった。また、介護を必要とする入居者が多く、外部サービスとの連携が不可欠といえる。

図表17 「すずかぜ」の入居者特性

【すずかぜ】	男性	女性	計
64以下	2	0	2
65～70	0	1	1
70～74	0	0	0
75～79	1	1	2
80～84	1	6	7
85～89	3	4	7
90～94	1	4	5
95～99	0	1	1
100以上	0	0	0
計	8	17	25
平均年齢	79.8	85.9	83.9
男女比率	32.0%	68.0%	100.0%

図表18 「すずかぜ」の入居者の要介護度

【すずかぜ】	男性	女性	計
自立	1	0	
要支援1	0	1	1
要支援2	1	1	2
要介護1	2	4	6
要介護2	2	3	5
要介護3	1	7	8
要介護4	1	1	2
要介護5	0	0	0
計	8	17	25
平均介護度	2.1	2.3	2.3

※平均介護度は、要介護者の平均で、要支援者は含まず。

② 「爽風館」

「爽風館」は平成23年6月末現在、入居状況は定員53名に対し、52名が入居していた。男女比と要介護度の分布を表19、20に示した。これより、65歳未満の方が1名入居し、51名中、男性が20名、女性が32名で女性が全体の61.5%であった。平均年齢は85.4歳（男性83.2歳、女性86.8歳）となっており、75歳以上の後期高齢者がほとんどであり、80歳以上が44名入居していた。介護ニーズについては、要支援1,2の方が3名、要介護の入居者の平均要介護度は2.6となっており、重度な介護が必要な要介護4,5が14名となっており、「すずかぜ」に比べて、重度な介護を必要とする方が多く入居していた。

「爽風館」の入居者も「すずかぜ」同様、75歳以上の後期高齢者が男女ともほとんどである。また「すずかぜ」同様、およそ3分の1の入居者が男性であり、男性の高齢者住宅入居のニーズが高まってきているといえる。また、爽風館は「すずかぜ」より、平均介護度は0.3高く、要介護3以上の重度な介護が必要な高齢者が24人おり、外部サービスの緊密な活用が不可欠といえる。

表19 「爽風館」の入居者特性

【爽風館】	男性	女性	計
64以下	0	1	1
65～70	1	0	1
70～74	1	0	1
75～79	4	1	5
80～84	5	10	15
85～89	4	9	13
90～94	4	7	11
95～99	1	3	4
100以上	0	1	1
計	20	32	52
平均年齢	83.2	86.8	85.4
男女比率	38.5%	61.5%	100.0%

表20 「爽風館」の入居者の要介護度

【爽風館】	男性	女性	計
要支援1	1	0	1
要支援2	1	1	2
要介護1	5	8	13
要介護2	4	8	12
要介護3	3	7	10
要介護4	5	5	10
要介護5	1	3	4
計	20	32	52
平均介護度	2.5	2.6	2.6

※平均介護度は、要介護者の平均で、要支援者は含まず

3）入退去の状況

「すずかぜ」、「爽風館」の2010年の入退去状況を表21、22に示し、退去理由を表23、24に示す。昨年、「すずかぜ」は定員26名に対し25名が退去し、26名が新しく入居していた。「爽風館」は定員53名に対し、32名が退去し、33名が新しく入居していた。退去先を見てみると大野病院ほかの病院への転出が一番多く、「すずかぜ」の場合が48.0%、爽風館の場合が46.9%であった。また、家族が受け入れ可能になった場合、もしくは経済的な理由で有料老人ホームに入居継続できず、自宅は転出するケースも多かった。通常の住宅型有料老人ホームは、「ついの棲家」となっているケースが多いが[13]、「すずかぜ」、「爽風館」の場合は、グループホーム、宅老所、病院等、適切な場所を検討するショートステイ的な機能ももつといえる。

表21 「すずかぜ」の入退去状況

すずかぜ（定員：26名）

	2010年												
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
入居者	25	26	26	25	26	26	26	25	26	26	26	22	－
当月退去	3	1	0	5	1	1	3	3	1	2	0	5	25
当月入居	7	2	0	4	2	1	3	2	2	2	0	1	26

表22 「爽風館」の入退去状況

爽風館(定員:53名)

爽風館	2010年												
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
入居者	53	52	52	51	53	52	51	53	53	53	52	49	-
当月退去	0	2	1	3	1	3	6	4	2	2	4	4	32
当月入居	5	1	1	2	3	2	5	6	2	2	3	1	33

表23 「すずかぜ」の退去理由

すずかぜ・退去先	人数	比率
病院	12	48.0%
家族受け入れ自宅へ	5	20.0%
特養へ	4	16.0%
経済的理由で自宅	2	8.0%
自宅生活希望	1	4.0%
死亡	1	4.0%
計	25	100.0%

表24 「爽風館」の退去理由

爽風館・退去先	人数	比率
病院	15	46.9%
他施設へ	5	15.6%
経済的理由で自宅	5	15.6%
認知症進行のため他施設へ	3	9.4%
自宅生活希望	3	9.4%
特養へ	1	3.1%
計	32	100.0%

.4)サービス提供状況と生産性にの向上について

「すずかぜ」、「爽風館」は住宅型有料老人ホームであり、医療、介護サービスは外部から提供される。そして入居者1人ひとりのニーズに合わせ、ケアプランが作成される。なお、入居後、必要な医療、介護サービスの変化により、ケアプランは修正させる。図4に「すずかぜ」、「爽風館」の入居者が主に利用しているサービスの流れ図を示す。

図4　医療・介護サービスの提供の流れ図

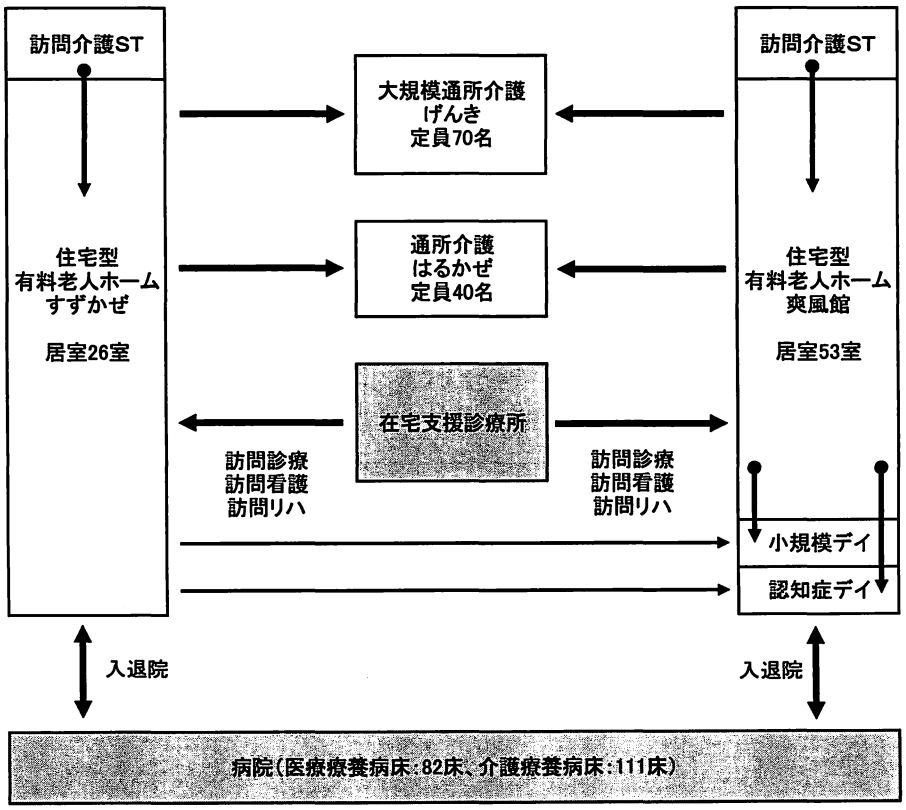


表25に「すずかぜ」、「爽風館」の入居者の介護保険サービス利用状況をしめす。一般に、介護保険事業、介護サービス事業は他の産業に対していわゆる生産性が低いといわれる。経営学的に、事業の生産性を高める事業経済性の考え方には、次の3つの考え方ある。

①規模の経済性

事業の規模の大きさによって低コスト、高い生産性を実現する。

②学習曲線（エクスペリエンス・カーブ）

累積経験量を増やし、コストダウンを図るという経験曲線の考え方である。

③範囲の経済性

外部サービスを利用する住宅型有料老人ホームでは、サービスを効果的、効率的に提供するために、集団処遇が可能な通所介護サービスの利用を考えることが適切である。「すずかぜ」では、全体の43.7%、「爽風館」で69.1%の入居者が通所介護サービスを利用していた。また、マンツーマンで対応する訪問介護サービスを利用する割合が、「すずかぜ」で55.0%、爽風館で23.5%であった。

また、大規模のデイサービス「げんき」を運営し、経営効率の高さは確認しており、有料老人ホームについては、当初、「すずかぜ」を26室で運営開始したが、「すずかぜ」の経験を活かし、爽風館は53室を計画し、1年で満室になった。さらに、竜門堂では、食事に関しては外注であり、当初は病院のみに食事サービスを提供していたが、施設にも食事を提供するようになり、事業が医療だけから介護施設に拡張し、範囲の経済性も発揮できるようになった。一方、スタッフの学習曲線という点からは、介護事業の職員は、常勤を中心にして、職員の定着率を図るとともに、熟練度を高めることにも注力し、経営の効率を高め、生産性の向上に努めている。

表25　「すずかぜ」、「爽風館」の入居者のサービス利用状況

	げんきデイ	爽風館デイ	認知デイ	はるかぜデイ	短期入所	訪問リハ	訪問看護	訪介介護すずかぜ	訪介介護爽風館	合計
すずかぜ	82,064	0	54,867	69,174	0	4,665	1,372	259,512	0	471,654
	17.4%	0.0%	11.6%	14.7%	0.0%	1.0%	0.3%	55.0%	0.0%	100.0%
	43.7%									

	げんきデイ	爽風館デイ	認知デイ	はるかぜデイ	短期入所	訪問リハ	訪問看護	訪介介護すずかぜ	訪介介護爽風館	合計
爽風館	120,796	363,206	239,613	17,096	0	67,577	11,943	0	252,309	1,072,540
	11.3%	33.9%	22.3%	1.6%	0.0%	6.3%	1.1%	0.0%	23.5%	100.0%
	69.1%									

3．医療法人竜門堂の将来ビジョン

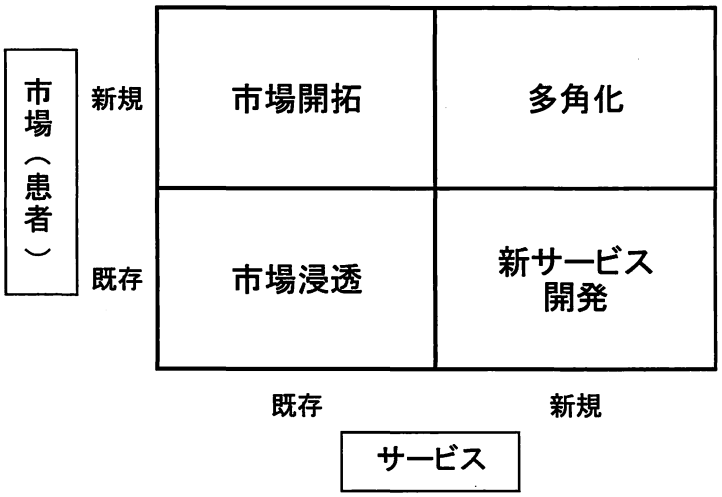
(1) ビジョン、戦略の方向性

医療法人竜門堂の今後、将来への方向性としては、大きく次の二つが考えられる。すなわち、現在までの医療の強みを活かした医療中心の戦略と、高齢者医療の経験、技術を活かし、地域住民の医療、介護のさまざまなニーズに対応していく多角化戦略である。

多角化戦略は、アンゾフによってその定義が導入され、「アンゾフの成長マトリックス」として、経営学では重要な考え方のひとつである[14]。アンゾフは組織が成長していく方向性として、図5に示す4つの方向を考えた。この成長マトリックスを医療機関に当てはめて考えてみると、縦軸に市場・患者、横軸に医療サービスを設定し、それぞれ既存、新規のものに分け、2×2で表される「成長マトリックス」によって、医療機関が成長していける機会は次の4つの方向：①市場浸透、②市場開拓、③新サービス開発、④多角化　になる。「市場浸透」とは、現在の患者を中心とする顧客に対して、さらに医療サービスの利用を増やすことになる。いわば、現在の患者に、医療のあらゆる相談、技術を提供し、多く利用してもらうようにするヘビーユーザー化戦略である。「市場開拓」は、新しい地域（市場）に自院の医療サービス、技術を広報、展開し、いままでの診療圏意外の地域から、患者、利用者を確保していく戦略である。「新サービス開発」とは、現在の患者、利用者、および潜在顧客に対し、新しい医療サービスを開発し、既存の地域に提案し、患者、利用者を増やしていく方法である。最後に「多角化」戦略とは、新しい地域の新規の潜在的な患者や利用者に新しいサービスを提供していく方法である。

高齢者ケアにおいては、高齢者の割合は増加することから、従来型の施設での医療や介護のニーズは今後も見込むことが可能であり、「市場開拓」や「市場浸透」の余地はある。しかしながら、既存の施設ケアの規模やサービス内容だけではニーズを満たすことはできず、新規に地域での高齢者ケアに向けて、「新サービス開発」や「多角化」も進めなければならない。

図5　アンゾフの成長マトリックス



（2）竜門堂の将来戦略

医療法人竜門堂にとっては、いずれ、介護療養病床は他の施設に転換していかなければならない。現在111床の介護型療養病床をもつ大野病院にとって、転換の期限は延長されたとはいえ、廃止の方向は変わらず、今後6年間でいかに転換していくかが、大きな課題となっている。

大野病院は、高齢者のシームレスのないケアを目指していくことになるが、介護療養病床の転換の方法を検討しなければならない。すなわち、1　医療療養病床への転換、2　老人保健施設への転換、3　居住系サービスへの転換の選択である。また、転換の方針とともに、3つの選択肢の方向性の中で、最終的に病院として、病床数に関するスケールの課題もある。

現段階では、病床における医療ニーズを考慮し、医療型療養病床を100床に縮小し、残りの93床は有料老人ホームへ転換していく方向を検討している。さらに、様々な介護、生活支援ニーズに対応する、さらに複数の有料老人ホームをつくり、在宅支援診療所と大野病院でバックアップしていくことを構想している。すなわち、地域包括ケアの実現のためには、居住系住まいである有料老人ホームを増やし、効率のよい巡回サービスをしていくことが求められる。地域包括ケア、介護事業との連携、地域包括ケアを視野にいれた7つの要素に対する竜門堂の戦略に関連して、2025年に向けたビジョンと現在について、図表26に示した。

表26　地域包括ケアを視野に入れた竜門堂のビジョン

	2025年に向けたビジョン	現在
（1）様々なニーズに応える高齢者住宅	・療養病床の転換として、高齢者住宅（有料老人ホーム等）を地域包括ケアの拠点としてさらに整備していく。 ・自立可能な高齢者を支援するための高齢者住宅や生活支援サービスなどを整備し、それらをネットワーク化していく。	・認知症対応のグループホーム（2箇所整備） ・住宅型有料老人ホーム（2箇所） ・低料金仕様の宅老所（2箇所）
（2）複合拠点の整備	・高齢者住宅に、居宅支援、訪問介護・看護、通所介護に予防・生きがいセンター、高齢者ボランティア活動の拠点がある複合拠点を、地域包括ケアの中心として、病院に隣接し整備していく。	・住宅型有料老人ホームに訪問介護STと通所介護、認知症通所介護併設 ・大型デイサービスに居宅介護支援事業併設

(3)24時間訪問サービス	・24時間巡回型訪問サービスを整備していく方向である。その際、高齢者住宅を整備し、サービスの提供者側とネットワークで結び、コミュニケーションを円滑にする。	・検討課題となっている。
(4)予防・生きがい拠点の整備	・介護保険事業から要支援の方々が外され、市町村事業としていくことが検討されており、それらの動向をみながら、対応していく。	・対応できていない。
(5)高齢者ネットワーク(ボランティア組織の構築)	・地域にもっと開かれた施設を目指しているので、ボランティアとの関係を強くしていき、高齢者の見守り、買い物支援等を提供できるネットワークを構築していく。	・対応できていない。
(6)在宅医療の推進	・有料老人ホームや高齢者住宅(宅老所など)を整備し、それらに在宅医療を提供していくともに、訪問看護を整備し、近隣の戸建て住宅の1人暮らし高齢者にも在宅医療を提供していけるようにする。	・グループホーム、有料老人ホーム、宅老所に計画診療に基づく在宅医療を提供している。また、わずかだが、在宅の訪問診療も行なっている。
(7)人材教育	・介護保険事業を任せてきた管理者が定年となっていく中で、世代交代が円滑にいくように、次世代を担うリーダーシッププログラム等にも取り組んでいきたい。	・法人内の教育委員会が年次ごとに方針を決め、教育システムをつくっている。 ・人材教育の3つプログラムを用意している:①内部の研修、②外部の研修に参加し、内部で発表し、フィードバックしていく。 ・外部から講師を派遣してもらい、研修を行なう。

4. 今後の課題

今年2011年3月11日に発生した東日本大震災の影響は、地震による被害と、原発事故による被害を踏まえると戦後最大の災害規模となっており、政府よる大規模な財政出動が予定されている。一方、国際経済に目を向ければ、これまで世界をリードしてきた米国も巨大な債務に苦しみ、欧州各国も財政問題と苦闘している。今後ますます高齢者の割合が増加し、医療介護・年金を中心とした社会保障費が急増していくことはすべての先進国で共通の課題であり、医療介護の効果的、効率的なシステムが求められている。

わが国の高齢者医療においては、病院の社会入院を解決する必要があり、そのための適切な住まいやサービスを供給する対策を考えなければならない。これらを踏まえて2025年を目標とした地域包括ケアのコンセプトが提言されているが、これに基づいたモデルが求められている。

地域包括ケアのモデルはデンマークの地域ケア[15),16)]、米国のコミュニティケア[17)]であるとされている。しかしながら、欧米と日本は価値観やライフスタイルに相違点が認められる。このため、日本に適したシステムを創り上げていく中で、単に形を真似るだけでは実際的な地域包括ケアの仕組みづくりは難しいと考える。重要なことは、欧米が先駆けて取り組んできた福祉哲学や高齢ケアの経験や技術を学び、それらを日本の風土にマッチするように改善して導入することであると思われる。特に、デンマークが創り上げてきた①24時間体制の在宅訪問サービス、②さまざまなニーズに対応する高齢者住宅、③高齢者の見守り・支援ネットワークの整備が、日本の地域包括ケアでも大きな課題になっている。

医療法人竜門堂は、高齢者医療ケアに特化して様々なニーズに応えていく高齢者の住まいを中心として、地域のニーズに応えてきた。これからは、これらの医療・介護資源を生かして、地域包括ケアのモデルとなるような、武雄・有田高齢者健康コミュニティを創造していきたいと考える。

参考文献

1）　平成23年度版高齢社会白書、内閣府
2）　東京大学高齢社会総合研究機構、「2030年超高齢未来」、東京、東洋経済新報社、2010
3）　松山幸弘、「医療改革と経済成長」、東京、日本医療企画、2010
4）　「医療・介護に関する長期推計（主にサービス提供体制改革に係わる改革について）」第10回社会保障改革に関する集中検討会議、厚生労働省、2011年6月
5）　川渕孝一、「第五次医療法改正のポイントと対応戦略60」、東京、日本医療企画、2009
6）　印南一路、「社会的入院」の研究、東京、東洋経済新報社、2009
7）　厚生労働省、療養病床に関する説明会資料、2006年4月13日
8）　厚生労働省、療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置の説明、2008年3月
9）　地域包括ケア研究会、平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書、2010年3月
10）馬場園明、高齢社会での医療機関の多角化戦略、新医療、34,5,26-29,2007
11）窪田昌行他、病医院の事業多角化戦略モデルプラン集、東京、綜合ユニコム、2007
12）国立社会保障・人口問題研究所、「日本の将来推計人口」2006
13）梶原健伯・窪田昌行他、介護療養病床の転換モデルとしての有床診療所における住宅型有料老人ホームの研究～医療法人梶原内科医院～、医療福祉経営マーケティング研究、第3巻第1号、2008、31-43
14）H. イゴール・アンゾフ、戦略経営の実践原理―21世紀企業の経営バイブル、東京、ダイヤモンド社、1994
15）松岡洋子、デンマークの高齢者福祉と地域居住、東京、新評論、2005
16）朝野賢司他、デンマークのユーザー・デモクラシー～福祉・環境・まちづくりからみる地方分権社会～、東京、新評論、2005
17）窪田昌行他、新シニア住宅開発実務資料集、東京、綜合ユニコム、2007

（2011年7月14日受付、2011年9月15日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　45 - 60,　2011

ケーススタディ：地域包括ケアシステム構築のための在宅支援複合施設の活用

下水流　智和[1)]　大囿　歌織[1)]　伊作　澄子[1)]　渡辺　純子[1)]　本田　陽子[1)]　本村　ヨシ子[2)]
吉田　政子[2)]　丸尾　兼司[2)]　岡本　宗房[2)]　高田　和美[2)]　大徳　和久[1)]　山下　正策[1)]　高田　昌実[1)]
窪田　昌行[3),4)]　馬場園　明[4),5)]

はじめに

世界的に類をみない速度で高齢化が進行していくなか、政府は1989年のゴールドプランをはじめとして、特別養護老人ホームなどの高齢者福祉施設を多額の補助金を助成し整備してきた。また2000年には高齢者福祉の核となる介護保険制度が導入されたが、高齢化の進行によって増大するニーズに、高齢者福祉インフラ整備もサービスも対応できているとはいえないのが現状である[1),2),3)]。一方、国の財政は逼迫しており、今までのように施設整備に多くの補助金をあてることが困難になっている。これからは、施設だけではなく、高齢者の自由や生活の質を保ちながら、様々なサービスを在宅ベースで提供していく必要がある[4)]。そして、有限な医療介護資源を活用し、効果的・効率的な仕組みを創り上げていく必要がある。

医療法人玉昌会は、このような視点に立ち、高齢者ケアの質の向上と効率化を目指して、加治木温泉病院を中心として在宅サービスをベースとした医療・介護サービスシステムの切れ目のない構築方法について研究を行ってきた[5)]。その結果として高齢者住宅を中心として、通い、泊り、訪問ができる複合施設を構想し、“在宅支援複合施設”というコンセプトを導入してきた。

一方、厚生労働省は日本の高齢者ケアのあるべき姿と方向性として「地域包括ケア研究会報告書」を2010年4月に公表した[4)]。この政府の方向は、玉昌会が研究してきた方向とほとんど一致したものであったが、高齢者サービスを効率的に効果的に提供していくためには、システムづくりだけでなくシステムを動かしていく人材開発、教育が不可欠である。そこで本事例研究では、地域包括ケアを目指す複合拠点として、2010年５月にオープンした「しあわせの杜・ケアレジデンスおはな」の住宅型有料老人ホーム、在宅サービスの実際的な運営方法、マーケティング、マネジメントについて調査研究し、地域包括ケアの構築における現状、課題等を検証するものである。

1)　医療法人玉昌会
2)　株式会社ＪＯＹ
3)　株式会社ＣＣＲＣ研究所
4)　医療福祉経営マーケティング研究会
5)　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6巻　第1号　　45 - 60,　2011

1．地域包括ケアシステムと在宅支援複合施設

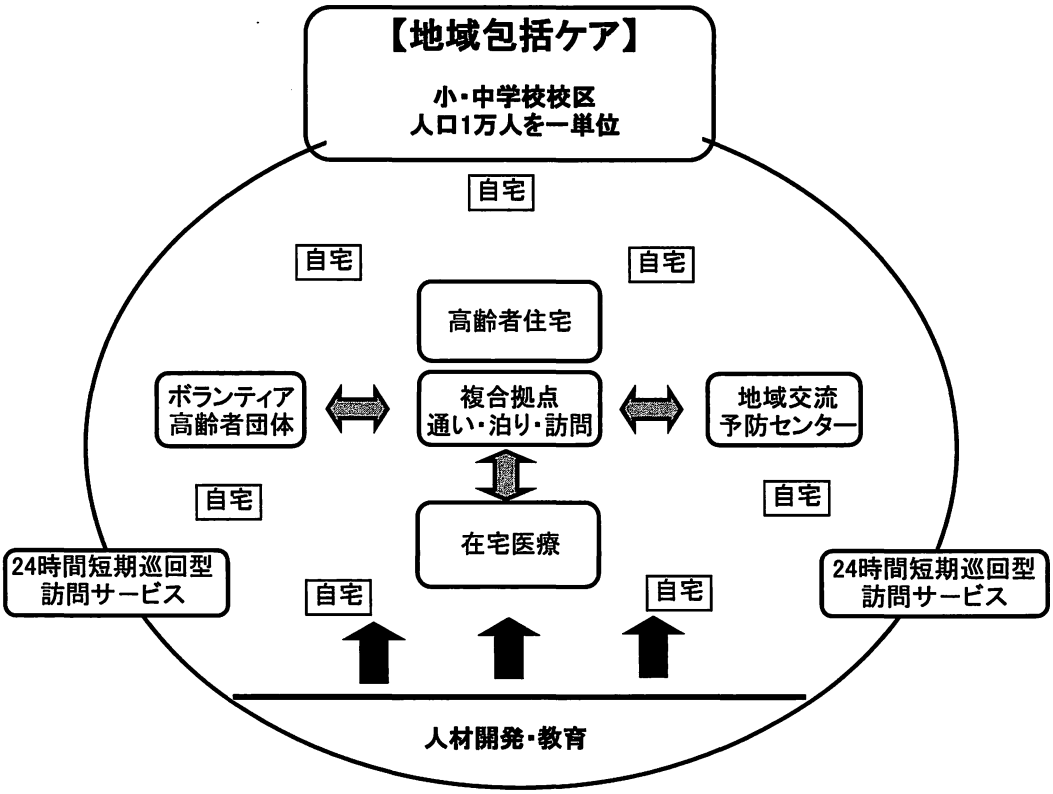
(1) 地域包括ケアシステム

わが国では医療、介護を必要とする高齢者が急増する一方、そのサービス体制を整備するための財源が不足するようになっており、有限な資源を有効に活用することが必要となってきている。地域包括ケアシステムの定義は、「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（日常生活圏域）で適切に提供されるような地域での体制」としている[4)]。

この背景には、特別養護老人ホームなどの施設は、身体介護、医療ケア、食事及び生活支援等がパッケージで確保されている安心感がある一方、在宅ではこうした24時間の安心が十分確保されていない現状があるからである。もし、施設と同様なサービスを地域のなかで提供できる基盤整備ができれば、在宅や高齢者住宅に住む高齢者にも提供可能となる。また、サービス提供範囲としては、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を日常生活の場で適切に提供できるように「おおむね30分以内」の圏域とされ、具体的には今年度から、「小・中学校校区」と改訂されている。

また2011年度の厚労省の地域包括ケアの５つの重点課題として、①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④生活支援サービスの確保や権利擁護、⑤高齢期になっても住み続けられる高齢者住宅の整備が提案された。これらの課題を解決し、地域包括ケアのモデルとなったデンマークのようなシステムを構築していくには、図１に示す次の７つの要素：①様々なニーズに対応する高齢者住宅、②通い、訪問、泊まりができる複合事業拠点、③24時間の訪問看護・介護サービス、④在宅医療、⑤地域交流・予防センターの整備と、「報告書」でいう互助活動を支援していく⑥高齢者ボランティア団体の組織化、⑦人材教育　が不可欠であり、検討していく必要があると考える[5),6)]。

図１　地域包括ケアの７つの要素

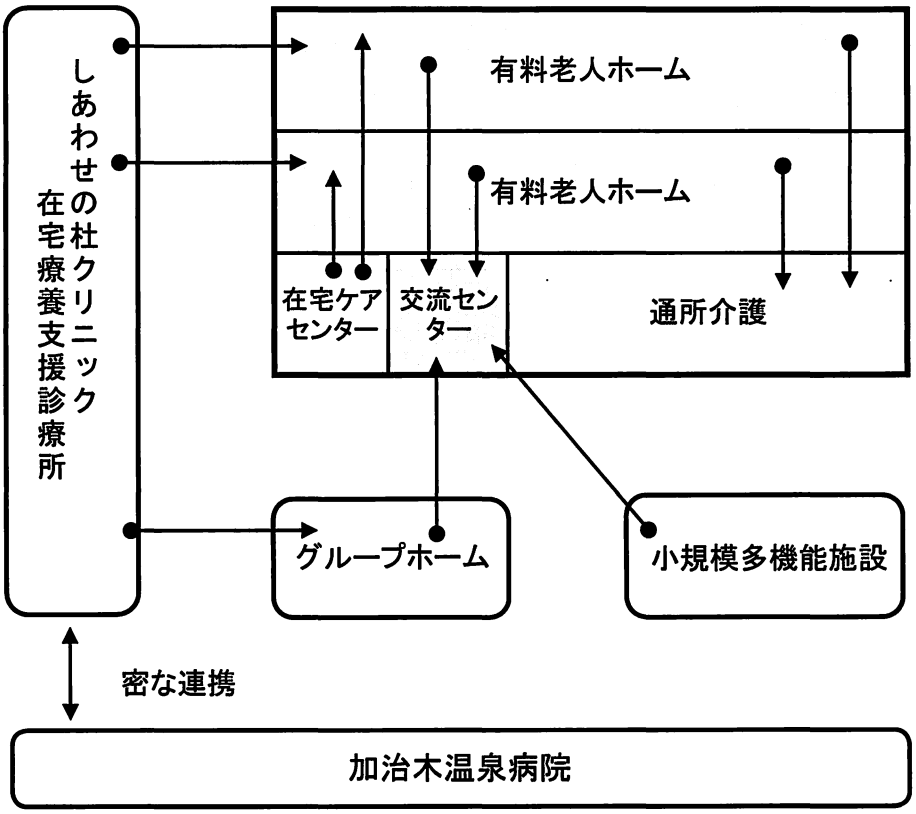


(2)在宅支援複合施設

在宅支援複合施設とは、地域包括ケアを実現するための複合拠点として「高齢者の多様なニーズに対応していくために、高齢者住宅を核として通い、泊まり、訪問を総合的におこなう施設である。小規模多機能施設との違いは、高齢者住宅を核としたスケールメリットと、運営の柔軟性にある。住宅型有料老人ホームでは、自宅同様に介護が必要になった場合、外部の訪問介護等の在宅サービスを利用しながら、ホームでの生活を継続することになる。住宅型は介護付と異なり、利用する介護サービス提供先に不満があれば、サービス事業者を変更できる。また、介護度、必要度に応じ、介護サービスを決められるので自由度が高い。

在宅支援複合施設が、サービスを効果的、効率的に提供し、QOLを向上していくためには、各部門が協力し、マンパワーを柔軟に共用し、次に３つの方法：①目標管理の徹底、②部署間の綿密なコミュニケーション、③部署間の人材共用による連携強化を実行していく必要がある。それを具体化した在宅支援複合施設である「しあわせの杜」の事業モデルを図２に示す。「おはな」の居室一つひとつが高齢者の自宅であり、そこに、それぞれに必要な生活支援、介護、看護サービスを提供していく。在宅ケアセンターが１階にあるので、入居者が必要な時に、必要な支援サービスを提供できる。将来、訪問サービス体制が整えば、近場の個人宅への効率的なサービスを提供し、そのサービス範囲を地域(小・中学校校区)に拡大していくことができる。

図２　しあわせの杜の事業モデル



医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　45 - 60,　2011

2．住宅型有料老人ホームを核とした在宅支援複合施設の現状

(1)事業構造

玉昌会における外部サービスの活用を中心とした住宅型有料老人ホームの事業フロー、医療・介護サービス事業者との連携についての流れを図3に示す。なお、有料老人ホーム事業としての収入は、家賃、食費、管理費の個人負担のみの金額である。しかし、有料老人ホームの関連法人が外部サービスとして介護サービス、在宅医療サービスを提供することにより、介護報酬、診療報酬が加わる。そうなれば、事業にスケールメリットが生まれ、効率的な経営ができるようになる。従って、高齢者住宅事業を医療法人が行う優位性は高い。

住宅型有料老人ホーム事業の収入について整理すると、次の三種類の介護サービスに関する収入と、在宅医療の診療報酬になる。

① 個人負担として食費、管理費、家賃の収入がある。
② 訪問介護、通所介護などの介護保険事業を、在宅時の介護報酬限度額内で、それぞれの介護度に応じたサービスを組み合わせた収入になる。表1に在宅の上限と、特別養護老人ホーム、特定施設の介護報酬についての比較を示す。
③ ホームでのサービスが介護報酬の上限で収まらない入居者があり、その際は、ホームで決めた出来形払いの介護サービスを組み込むこととなる。
④ 「おはな」のような高齢者住宅の入居者は、自分ひとりでは外来受診できず、計画的な訪問診療を受けることになり、それぞれの医療ニーズにより、診療報酬を得ることになる。

図3　住宅型有料老人ホームの事業構造

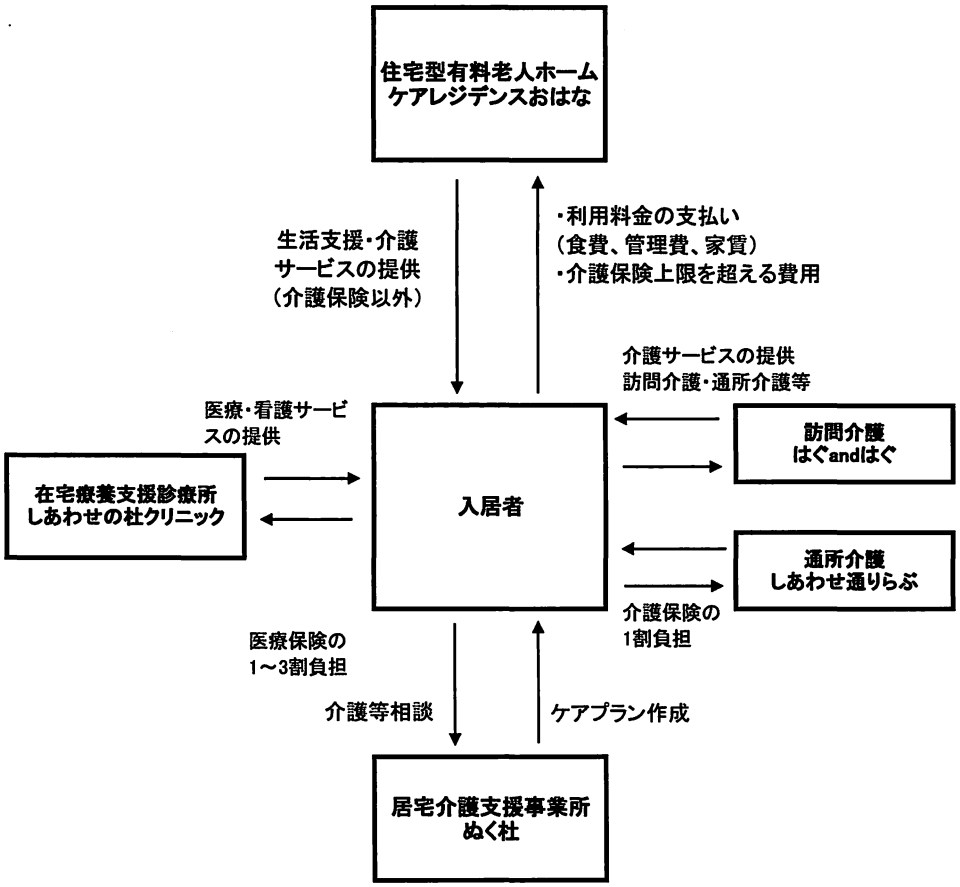


表1　要介護別・サービス別の介護報酬

（単位：円）

	特養	特定	在宅		在宅80%		（参考）
			利用上限	在宅80%	特養との差	特定との差	小規模
要介護1	200,700	171,300	165,800	132,640	−68,060	−38,660	114,300
要介護2	222,000	192,300	194,800	155,840	−66,160	−36,460	163,250
要介護3	243,000	213,300	267,500	214,000	−29,000	700	232,860
要介護4	264,300	234,000	306,000	244,800	−19,500	10,800	255,970
要介護5	282,300	255,300	358,300	286,640	4,340	31,340	281,200
平均	242,460	213,240	258,480	219,708	−22,752	6,468	209,516
平均(3以上)	263,200	234,200	310,600	248,480	−14,720	14,280	256,677

（2）ケアプラン作成の流れ

1）第1ステップ：ケアプランから始まる

入居者のニーズに合ったケアプランを作成することが重要であり、作成するケアマネージャーは、玉昌会のケアマネージャーが策定することを基本とした。その理由は、入居者の必要な介護サービスは時々刻々と変化するが、その変化に外部のケアマネージャーでは柔軟に対応することがむずかしいからである。

2）第2ステップ：通所介護の最大活用

通所介護スペースは、入居者のいわば、リビング、ダイニング空間というイメージで活用する。重度の要介護者も、できる限り通所介護を活用していただく。その理由としては、居室から、通所スペースへ移動すること自体が生活に変化と生きがいを与え、生活リハビリにも役立つと思われるからである。その意味では、多様なニーズに応える通所介護のプログラムの充実が重要である。一方、効率性の視点からは、1対1の訪問介護サービスだけでは、有料老人ホームで利用できる介護保険サービスには限界がある。このため、一人の職員で複数を介護・支援できる通所介護を活用していく。なお、通所介護を利用できない入居者は、その方のニーズに応じて訪問介護を中心としたケアプランを作成する。

3）第3ステップ：訪問介護と安心パックの活用

訪問介護職員は、ケアプランにそってサービスを提供し、介護記録に、訪問時入居者から署名、または捺印をもらう。一方、入居者の訪問介護、通所介護の時間以外のサービスは、管理費に含まれるサービスと、含まれないサービスがある。表2に、介護サービスの一覧表を示す。管理費に含まれないサービスは、表2に示されるように、すべてに単価が決められている。しかし、入居者の経費負担を軽減するために、負担金額が2万円を超えた場合は、「安心パック」という包括サービスを導入する。すなわち、介護保険の上限を超えた場合、必要なサービスをいくら利用しても上限2万円とするプランを提案している。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　45 - 60,　2011

表２　介護サービス等の一覧表

※のサービスは、パック料金設定あり →「安心パック」 月額20,000円		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備　　考
介護サービス								
基準	食事介助※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介護が必要な場合は、外部サービスを利用。不足する部分は1回525円で実施。
基準	排泄介助・おむつ交換※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介護が必要な場合は、外部サービスを利用。不足する部分は1回210円で実施。
基準	おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担。
基準	入浴（一般浴）介助 ・ 清拭※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介護が必要な場合は、外部サービスを利用。不足する部分は1回525円で実施。
基準	特浴介助※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介護が必要な場合は、外部サービスを利用。不足する部分は1回1,050円で実施。
基準	身辺介助（移動 ・ 着替え等）※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介護が必要な場合は、外部サービスを利用。不足する部分は1回210円で実施。
基準	機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	専門的なリハビリが必要な場合は、外部サービスを利用。
基準	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	協力医療機関への通院介助は、管理費にて実施。
地域毎 鹿児島	通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	半径5km圏内に限る（30分未満：525円、30分～1時間未満：1,050円、それ以上は30分毎に525円加算で実施）。半径5km圏外は実施しない。
地域毎 姶良	通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	姶良市内に限る（30分未満：525円、30分～1時間未満：1,050円、それ以上は30分毎に525円加算で実施）。姶良市外は実施しない。
生活サービス								
基準	居室清掃※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費で週1回定期清掃実施。それ以上は外部サービス利用又は1回525円で実施。
基準	リネン交換※	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費で週1回リネン交換実施（月4回まで無料）。それ以上は外部サービス利用又は1回105円で実施。
基準	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	施設内にコインランドリー設置のほか、希望者には1ヶ月3,675円で実施。
基準	居室配膳 ・ 下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費にて実施。
基準	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には予算等相談の上、実施。
基準	おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	食費に込みで実施。
基準	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担。
地域毎 鹿児島	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	半径5km圏内に限る （1回　525円で実施）
地域毎 姶良	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	姶良市内に限る（1回　525円で実施）。その他ショップによる御用聞きサービスも利用可。
地域毎 鹿児島	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	半径5km圏外は実施しない
地域毎 姶良	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	姶良市外は実施しない。
基準	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には1回525円で実施。
基準	金銭 ・ 貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	原則は入居者管理とする。
基準	その他の生活支援サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には、525円（30分未満）1,050円（30分から1時間）それ以上は30分毎に525円で実施。
健康管理サービス								
基準	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には、協力医療機関にて実費負担で実施（健診、歯科健診、人間ドック）
基準	健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費にて、協力医療機関の医師が対応。
基準	生活指導 ・ 栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には相談の上、必要な場合にはサービス等を紹介。
基準	服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実施しない。（外部サービスにて対応）
基準	生活リズムの記録（排便 ・ 睡眠等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実施しない。（外部サービスにて対応）
入退院時 ・ 入院中のサービス								
基準	移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費にて実施。
基準	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費にて実施。
基準	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	管理費にて実施。
基準	入院中の洗濯物交換 ・ 買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には実費で対応。
基準	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	希望者には実費で対応。

（３）入居者の介護サービス利用状況

「おはな」の入居者に対して提供される介護保険サービスの利用状況を表３に示す。このデータは、開業から１年目である2011年４月末日時点のものである。なお、入居者は40名満室であったが、この中の１人は、４月上旬に病院へ入院し、２人はご夫妻で、奥様が腰痛のため、要支援のご主人が介護の担い手となり、デイサービスをほとんど使用しなかった。従って、表３の結果は、この３人を除く37名の入居者の介護サービス利用状況であった。なお表中の比率１は、利用限度額に対する比率で、比率２は、入居者が利用した介護単位の合計に対する比率である。

この結果から、「おはな」の入居者は平均的に在宅時利用限度額の81.3%を使い、有料老人ホームで生活していた。一方、利用したサービスは利用単位合計に対して、通所介護を80.7%、訪問介護が10.7%。訪問リハが5.2%、福祉用具が2.6%であった。在宅支援複合施設として、効果的・効率的なサービスを提供していくために、通所介護を最大限利用していくという介護戦略に合致した結果となっている。

表３　入居者の介護保険サービスの利用状況

		介護単位	比率1	比率2
利用限度単位合計		805,880	100.0%	－
利用単位合計		654,853	81.3%	100.0%
内容	通所介護	528,350	65.6%	80.7%
内容	訪問介護	70,298	8.7%	10.7%
内容	訪問リハ	34,210	4.2%	5.2%
内容	福祉用具	17,025	2.1%	2.6%

3．住宅型有料老人ホーム「おはな」におけるマーケティングの実際

(1)医療福祉経営のためのマーケティング

マーケティングにはさまざまな定義があるが、社会的定義と経営学定義に大別することができる。社会的定義としては、マーケティング研究の一人者フィリップ・コトラーは、「マーケティングとは社会活動のプロセスである。その中で個人やグループは価値ある製品やサービスを作り出し、提供し、他社と自由に交換することによって、必要なものや欲するものを手に入れる」と述べている[7)]。一方、経営的定義としては、従来はマーケティングを「製品(有料老人ホーム)を売るために技術」ととらえることが多かったが、マーケティングで最も経営的に重要なことは売ることではない。このことについて、経営戦略の専門家ピーター・ドラッカーは「もちろん常に、何かを売る必要性はあるだろう。しかし、マーケティングの目的は、セリングを不要にすることなのである。マーケティングの目的は、顧客について十分に理解し、顧客に合った製品やサービスが自然に売れるようにすることである。理想を言えば、マーケティングは製品なりサービスを買おうと思う顧客を創造するものであるべきだ。あとは顧客が製品やサービスを手に入れられるようにしておきさえすればいい。」と述べている[8)]。例えば、ソニーがウォークマンを考案したとき、任天堂が優れたテレビゲームを開発したとき、トヨタがレクサスを発表したとき、最近ではアップルがiPod、iPhone、iPadを発表したとき、この4社には注文が殺到した。念入りに下調べをしたマーケティングに基づいて「正しい」製品を開発したためである[7)]。

玉昌会では、在宅支援複合施設を開発するにあたり研究会を発足し、このようなマーケティング理論を踏まえて、在宅支援複合施設「しあわせの杜・ケアレジデンスおはな」(住宅型有料老人ホーム)を設計し、2010年5月にオープンした。施設概要と月額利用料金を表4、5に示す。ドラッカーがいうように、販売は不要といっても、「おはな」のコンセプトと施設内容を、「入居したい」と思う潜在的な高齢者に伝える必要がある。そのためにはコミュニケーションチャンネルを使い、「おはな」の良さを高齢者に伝えなければならない。表6に5種類のコミュニケーションチャンネルを示す[7)]。

表4　施設概要

名称	しあわせの杜・ケアレジデンス「おはな」 (「おはな」はハワイ語で"家族"を意味する。)
施設類型	住宅型有料老人ホーム
事業主体	医療法人玉昌会
定員	40名
居室数	38室　(2人部屋2室)
建築延床面積	1550.67㎡
スタッフ体制	施設長:1名、生活相談員:1名(施設長が兼務)、事務員:1名 介護サービス:業務委託 調理員:業務委託
併設施設	居宅介護支援事業、訪問介護、訪問看護、通所介護、地域交流センター
ビス事業所	株式会社JOY
提携医療機関	しあわせの杜クリニック、加治木温泉病院

表5　「おはな」の月額利用料金

居室タイプ	Aタイプ	Bタイプ
居室数	36	2
居室広さ(㎡)	18.29～19.26	33.03
家賃(円)	40,000	80,000
食費(円)	40,000	80,000
光熱水費(円)	15,000	30,000
管理費(円)	25,000	50,000
計(円)	120,000	240,000
備考	―	2人の場合

表6　マーケティングのコミュニケーションチャンネル

	特徴	例
1.広告	・公共性 ・普及性 ・表現の多様性	・テレビ広告 ・新聞広告 ・看板 ・WEBのバナー
2.販売促進	・コミュニケーション ・刺激性 ・勧誘	・クーポン ・コンテスト ・プレミアム
3.パブリック・リレーション（パブリシティ）	・高い信頼性 ・購買者の警戒心を解く ・演出	・新聞記事 ・特集記事
4.人的販売	・購買者の選考・確信行動に最も効果的	・対面 ・親交 ・反応を見える
5.ダイレクトマーケティング	・非公共性 ・カスタマイズ ・即時性 ・双方向性	・ダイレクトメール ・テレマーケティング ・インターネットマーケティング

（2）有料老人ホームのマーケティング目標とアクション計画

マーケティング戦略の重要コンセプトは、安心できる医療介護サポートと快適な住まいとした。表6のコミュニケーションツールの中で人的販売とダイレクトマーケティングを地域とのコミュニケーション活動の中心にした。まず、近隣の居宅支援事業所、病院のMSWを訪問し、情報提供を行った。また姶良市、鹿児島市、霧島市、薩摩川内市の要介護高齢者を対象としてチラシ等によるダイレクトマーケティングを行なった。さらに、鹿児島県内370の居宅介護支援事業所、および病医院のMSW等を対象として、FAXメールを送付した。

1）当初目標の設定とプロセス

当初の目標は、開設後3ヶ月で40名満室（入居ベース）とした。目標達成の営業戦略として潜在顧客に対しては、①説明会開催、②新聞折込チラシ、③施設紹介本への掲載、④見学対応を行った。また、姶良市、鹿児島市、霧島市の居宅支援事業所、病院のMSWに対して、内覧会の案内FAX、計画的な訪問営業を繰り返した。これらの営業タスクチームはメンバー5名で担当した。

2）第2回目目標の設定とプロセス

7月半ばを過ぎた時点で、当初目標を3ヶ月で達成することが、困難であると判断され、検討した。玉昌会にとっては、有料老人ホームの経営は初めてであり、関連スタッフが成功体験を重ねていくことが重要であると考えたので、当初目標を修正した。第2回目の目標は、現状を踏まえ、申込ベースで4ヵ月後に40名満室とする新たな目標とした。

同時に新たな営業戦略をブレーンストーミングを行ない検討し、潜在顧客に対して次のようなマーケティング活動を行った。すなわち、①地域のイベントでのチラシ配り、②JR中央駅でのチラシ配り、③病院、関連施設での朝礼等での入居呼び掛け、④盆の帰省時期の折込チラシ、⑤結婚披露イベント（新聞でのパブリケーションを目的として、他でも例のないスタッフの子供の披露宴を地域交流センターで行なった）、⑥ポスター、チラシ掲示（行政窓口、ホームセンター）、⑦ホームページ開設を行なっ

た。さらに、居宅支援事業所のケアマネージャー、メディカルソーシャルワーカー(MSW)に対しては、訪問営業を計画的に行ない、情報提供に徹底した。さらに、毎週月曜日にチームメンバーによる営業会議を行い、前週の結果をフィードバックし計画をチェックした。

3)マーケティング結果

有料老人ホーム「おはな」は2010年5月10日に運営が開始され、5月からの入居者、契約者、申込者の数の推移を表7に示す。5月末で15名の入居があった。この結果、開業3ヶ月目の7月末日には、入居者20名であった。そして、4か月後の9月末には、入居者は29名であったが、この時点で入居申込者が14名あり、入居と申込者が43名となり、再設定した第2回目の目標を4カ月弱で達成した。

表7　有料老人ホーム「おはな」の入居申込の推移

	2010年								2011年			
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
入居者累計	15	16	20	24	29	35	37	37	37	39	40	40
入居者単月増分	15	1	6	5	5	6	3	1	0	2	1	0
退居者数	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0
申込数	3	3	6	12	14	6	6	7	12	10	8	8
入居者＋申込者	18	19	26	36	43	41	43	45	49	49	48	48
有望顧客(Aリスト)	3	3	6	12	15	6	6	8	12	10	8	8

4)目標達成時の入居者と申込者43名の特性

住宅型有料老人ホーム「おはな」に、2010年9月末時点で入居および申し込まれた方々の特性を以下に示す。これらの特性結果は、今後同じ機能をもつ在宅支援複合施設を計画するときに、参考になると考える。

① 性別年齢および要介護度

性別、年齢に関する情報を表8に示す。男女比率は、男性が34.9%、女性が65.1%であった。年齢は43名中42名が後期高齢者で、しかも80歳以上がほとんどである。平均年齢は男性85.4歳、女性85.2歳であった。この結果から、「おはな」のように医療・介護ニーズを満足する高齢者住宅の希望者は後期高齢者でしかも80歳以上といえる。また、男性の年齢が高く、男女比はおよそ3分の1が男性となっている。

対象者の要介護度を表9に示す。要支援1、2がそれぞれ2名(4.7%)、要介護1が22名(51.2%)と一番多い。また、要介護2が4名(9.3%)、要介護3が6名(14.0%)、要介護4が2名(4.7%)、要介護5が4名(9.3%)であった。平均の要介護度は1.9で、要介護度から見れば、入居者の要介護度はあまり高くないといえる[9)]。

表8　入居・申込者の男女比と年齢

年齢階層	男性	女性	計
65歳～69歳	0	0	0
70～74	0	1	1
75～79	0	2	2
80～84	7	8	15
85～90	6	13	19
90～94	2	3	5
95～99	0	1	1
計	15	28	43
比率	34.9%	65.1%	100.0%
平均年齢	85.4	85.2	85.3

表9　入居・申込者の要介護度

要介護度	人数	比率
要支援1	2	4.7%
要支援2	2	4.7%
要介護1	22	51.2%
要介護2	4	9.3%
要介護3	6	14.0%
要介護4	2	4.7%
要介護5	4	9.3%
申請中	1	2.3%
計	43	100.0%

② 入居・申込の情報ルート

入居情報のルートについて表10に示す。この結果から、一番の情報ルートは加治木温泉病院で14名（32.6%）、２番目がチラシと他の居宅支援事業所からの情報の９名（20.9%）であった。その次に、縁故、家族、高田病院の順序であった。この結果から加治木温泉病院の影響力は大きいことがわかった。しかし、チラシの効果、訪問による営業に起因した他の居宅支援事業所からの照会、成約も多く、これらのマーケティングチャンネルの効果も大きいことがわかった。

表10　入居・申込の情報ルート

情報ルート	人数	比率
加治木温泉病院	14	32.6%
チラシ	9	20.9%
他の居宅支援事業所	9	20.9%
縁故	4	9.3%
家族	3	7.0%
高田病院	2	4.7%
紹介本	1	2.3%
その他	1	2.3%
計	43	100.0%

③ 入居・申込理由と「おはな」を選んだ理由

入居、申込の理由と「おはな」を選んだ理由を表11、12に示す。入居の理由としては、在宅での生活困難が18名（41.9%）、介護困難が14名（32.6%）、将来への不安が９名（20.9%）であった。今後、高齢者のひとり暮らしが増加していく中で、在宅での生活、介護が困難な方はさらに増加するものと思われ、「おはな」のような高齢者住宅のニーズはさらに高まるものと思われる。

また、「おはな」を選択した理由としては、雰囲気が一番高く12名（27.9%）で、次に医療安全体制と玉昌会が経営しているという安心感がそれぞれ８名（18.6%）、サービス内容を見て選択した方が７名（16.3%）であった。この結果から、単に医療安全体制、サービスが整備されているだけでなく、住み場所としての雰囲気が重要であることがわかった。

表11　入居・申込理由

理由	人数	比率
在宅生活困難	18	41.9%
介護困難	14	32.6%
将来への不安	9	20.9%
その他	2	4.7%
計	43	100.0%

表12「おはな」を選んだ理由

理由	人数	比率
雰囲気	12	27.9%
医療安全体制	8	18.6%
玉昌会同系列	8	18.6%
サービス内容	7	16.3%
その他	8	18.6%
計	43	100.0%

4．大型デイサービスのマーケティング

通所介護事業所「しあわせ通りらぶ」は、住宅型有料老人ホーム「おはな」と同時に１階に開設された。当通所介護事業所の利用者は、併設した住宅型有料老人ホームと外部からの利用者で、利用者の目標を定員50名とした。特に外部からの利用者確保が重要課題で、一日の利用50名は最終目標であり、当面のマーケティングの目標として、開業から１年、外部利用者の営業開始から半年後の2011年４月の目標を、「外部利用の登録者数を10名以上確保する」こととした。

① SWOT分析による戦略の立案と目標の設定

有料老人ホーム「おはな」では、運営が落ち着いた11月から外部からの利用者を募集した。どのようなマーケティングが有効かを検討するためにSWOT分析を用いて、強み（S）、弱み（W）、機会（O）、脅威（T）を整理し、マーケティング戦略を立案した[10]。図４にそのときのSWOT分析の結果を示す。

この結果から、強みであるスタッフの接遇、リハビリ、アクティビティのプログラムを強化していくとともに、弱さであった外部への広報活動を強化することになった。その方法としては、有望利用者と関連の深い地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネージャーに当該通所の特色を周知してもらうために、週間のイベント、利用者の喜びの声を入れた「週間ニューズレター～しあわせだより」を作成し、ケアマネ、MSWに配布することを第一のマーケティング戦略とした。また、利用者の多くの喜びの声を編集した「案内チラシ」をポスティングした。さらに、月に1回は、外部の方も参加できるイベントを開催することにした。

図4　デイサービス「しあわせ通りらぶ」のSWOT分析

S(強み)	W(弱さ)
・設備、環境が良い(広々としてきれい) ・スタッフの接遇教育がある ・スタッフが優しい ・礼儀正しい ・パワーリハがある ・リラクゼーションが受けられる ・居宅支援事業所が施設内にある ・医療との連携がとれ、安心 ・機械浴、リフト浴がある為、重介護度へ対応できる ・行事が盛大 ・地域交流センターでの出会いが楽しい ・会社理念(利用者を大切に思う心、仲間を思いやる心) ・喜び事例がよい	・パワーリハを充実させたいが時間がとれない ・中浴がないので温泉気分を味わえない ・デイルームが広く、見守りができず、死角が多い ・車椅子対応のトイレが狭い ・送迎車が軽自動車で不安 ・男性スタッフがいない ・OTが不在 ・キッチンが狭い ・食事に問題がある
O(機会)	**T(脅威)**
・公民館や自治会への訪問 ・習い事教室の紹介 ・デイ行事へのお誘い ・地域連携への声かけ ・地域交流センターを活性化させる ・PTAへの呼びかけ ・民生委員との交流 ・老人会との交流 ・介護予防教室へ参加し、パンフレットを配る ・自治会清掃の参加 ・居宅支援事業所ケアマネとのミーティング	・質の高いサービスを提供するﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争 ・介護職の評価の高いﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争 ・家族会を大切にするﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争 ・医療との連携が出来ているﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争 ・自由ｸﾗﾌﾞ的ｻﾛﾝ形式のﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽの出現 ・食事を楽しめるﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争 ・NPO法人のﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽとの競争

② マーケティング実践の推移と成果

通所介護事業所「しあわせ通りらぶ」が、外部からの利用者を受け入れるようになったのは、2010年11月からであったが、平成22年12月末で利用回数合計、697回、そのうち外部からは25回、外部の登録者は2名であった。2011年が始まり、1月末で利用回数合計は717回、うち外部の登録者は5名であった。少しずつマーケティングの効果が発揮され、利用回数は増加してきた。しかし、目標期限(2011年4月)まであと3ヶ月となり、マーケティング活動を見直した。

その結果、最大の問題点は、地域の方々が当デイサービスの存在を未だ知らないことであることがわかった。例えば、当通所周りの地元住民は、加治木温泉病院の名前は知っていても、その事業法人である玉昌会の名前は知らない人が多いことも判明した。というのは、デイサービス「しあわせ通りらぶ」を紹介するに当たって、チラシ等で玉昌会の関連事業者ということを強調していたからであった。そこで、その対策についてブレーンストーミングを行ない、新たなマーケティングのアイデアとして、①地域住民へのダイレクトマーケティングとしてチラシポスティング、②地域老人会・民生委員へのアプローチ、③居宅介護支援事業所ケアマネージャーへの定期的な訪問営業等の対策があがった。その際、チラシ等では、当通所が加治木温泉病院の関連施設であることを強調した。また、要介護者をもつ家族へのアプローチとして、介護相談・勉強会等を併設の地域交流センターで行った。

これらのマーケティング活動の成果を表13に示す。この結果から、外部登録者数は、少しずつ増え、目標の2011年4月時点で目標の10人を超え、11人を登録することができた。

表13　デイサービス「しあわせ通りらぶ」の利用実績

	2010年								2011年			
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
稼働日	17	26	27	26	26	26	26	27	25	24	27	26
利用回数	89	274	358	402	451	571	652	722	717	726	882	839
(内訳)内部利用者	89	274	358	402	451	571	639	697	687	697	828	766
外部利用者	0	0	0	0	0	0	13	25	30	29	54	73
外部登録者数	0	0	0	0	0	0	2	4	5	5	7	11
1日当たり利用者	5.2	10.5	13.3	15.5	17.3	22.0	25.1	26.7	28.7	30.3	32.7	32.3

5.「おはな」におけるマネジメントの実際

住宅型有料老人ホームにおけるサービス提供方法で重要なものが、内部における介護サービスの提供方法である。住宅型有料老人ホームは２章の事業構造で説明したように、その財源の考えかたによって３つの仕事がある。すなわち、①有料老人ホームの管理費によるサービス、②介護保険を活用した介護サービス、③管理費、介護保険で不足する場合の出来高払いによるサービス、である。これらのサービスの中で訪問介護について玉昌会から業務委託されたのが、株式会社JOYの訪問介護事業所「はぐ&はぐ」である。

「はぐ&はぐ」にとっては、このような複雑なマネジメントの中で、職員それぞれの能力を最大限引き出し、組織の目標と個人の目標をバランスさせていくことが重要であると考えた。それぞれの目標達成、課題解決の最適なツールとして、バランスト・スコアカード（BSC）の手法があり、最近の研究によれば、BSCは、多くの医療・介護事業者で導入し、成果を出している例も多い[10),11),12)]。

(1)バランスト・スコアカードによるマネジメント

介護サービス事業における重要な三要素が、①顧客の感動、②職員の満足、③健全な経営であり、最近の研究により、質の高いサービスは職員が満足しなければ達成できないという報告がある[13)]。このために、「はぐ&はぐ」では、組織の経営理念、行動方針を職員に浸透させ、具現化することが重要であるので、目標設定、評価、管理までを改善していく経営ツールとして、バランスト・スコアカード（BSC）を用いてマネジメントに介入した。図５に財務、顧客、業務プロセス、学習と成長の４つの視点に基づいたBSCによる戦略マップモデルを示す。

図５　「はぐ&はぐ」の戦略マップモデル

4つの視点	目標	CSF 重要管理項目	KPI 重要業績指標
財務	・健全な経営	・利用状況	・訪問回数
	・適切な利益の確保	・人件費	・人件費対収入比率
顧客	・質の高い介護サービスの提供	・利用者の満足度	・満足度アンケート調査：満足度2.0
業務プロセス	・サービスの向上	・スタッフの接遇意識	・スタッフの意識調査：評価1.5
	・報絡報の徹底	・ミーティングの確認	
学習と成長	・理念の浸透	・接遇と理念の研修計画	・接遇研修会回数
	・接遇と技術の向上	・介護技術研修	・介護技術研修会回数

(2)BSCによるマネジメント結果

介護職員一人ひとりの力、技術を正しく評価し、フィードバックしていくことで成果を上げ、個人も成長し、同時に組織の目標も達成していく。業務プロセスの評価重要管理項目として、介護職員の接遇意識について、表14に示す6項目(①入居者本位の対応、②正面に向き合う挨拶、③理念と接遇、④依頼された支援の遂行、⑤部屋の出入りの声かけ、一礼、⑥相手を考えた言葉遣い)について自己評価を行った。評価点は(-3;全く出来ている　-2;出来ていない　-1;あまり出来ていない　1;ある程度出来ている　2;出来ている　3;大変よく出来ている)である。評価結果の全体の平均は、0.7であった。

表14　介護職員の接遇評価結果

質問内容		評価点						合計評価		
		-3	-2	-1	1	2	3	データ数	累計	平均点
1	入居者本位の対応			1	9			10	8	0.8
2	正面に向き合う挨拶		1	3	7	1		12	4	0.3
3	理念や接遇	1	0	2	7	1		11	4	0.4
4	依頼された支援の遂行	1			8	2		11	9	0.8
5	部屋の出入りの声かけ・一礼		1		6	5		12	14	1.2
6	相手を考えた言葉使い			2	9	1		12	9	0.8
	計							68	48	0.7

次に、介護職員の力を客観的に評価する方法として、入居者の満足度調査をアンケート方式で平成23年1月に行った。満足度項目は表15に示す8項目(①安らぎと安心、②職員の丁重な接遇、③入居者の都合をよく聞く、④自立支援を考えているか、⑤職員の言葉遣い、⑥入居者の話を良く聞く、⑦職員の知識と専門性、⑧全体としての訪問介護への満足度)であった。評価点は、2)と同じ-3～3の6段階である。全体の平均値は1.9と満足しているという結果であった。

表15　入居者の満足度調査結果

質問内容		満足度						合計評価		
		-3	-2	-1	1	2	3	データ数	累計	平均点
1	安らぎと安心を感じる			2	9	14	6	31	53	1.7
2	職員は丁重に接しているか				9	16	7	32	62	1.9
3	入居者の都合をよく聞くか			1	6	17	6	30	57	1.9
4	自立支援を考えているか			1	8	17	4	30	53	1.8
5	職員の言葉使い				4	20	8	32	68	2.1
6	入居者の話や意見を良く聞く				6	17	6	29	58	2.0
7	職員の介護の知識や専門性				7	16	7	30	60	2.0
8	全体的に訪問介護に満足か				6	18	6	30	60	2.0
	計	0	0	4	55	135	50	244	471	1.9

これらの結果から、業務プロセス改善のための自己評価は、平均が0.7と低かったが、入居者のサービスの評価は平均1.9と高かった。このことは、自己評価システムを導入することで、スタッフのサービス提供に関する意識づけができ、そのことが、実際はスタッフが考える以上の入居者へのサービスが高まり、BSCのマネジメント手法がサービスの質の向上、介護職員の生産性の向上に役に立った可能性があると考える。

おわりに

政府は、2025年を目標に自宅でも施設と同じように、安心してケアが受けられる地域包括ケアのシステムを構築することを目標とし、来年度から、24時間巡回型訪問サービスが開始される予定である。24時間巡回型サービスが、モデルとしたデンマークのように日本でも機能していくには、日本の文化と国民性に合った独自のシステムに改善していく必要がある。

地域包括ケアが発表される以前から、医療法人玉昌会は、欧米のコミュニティケアについて研究してきた[5)]。その結果、地域包括ケアを実現していくには、主に３つの課題を解決していく必要があると考えるに至った。第１に、24時間サービスを効率的・効果的に機能していくためには、「おはな」のような高齢者住宅を核として、訪問・通所サービスを複合的に提供していける拠点を作りあげることが重要である。このことは玉昌会が医療福祉経営マーケティング研究会と研究してきた米国の高齢者健康コミュニティ（CCRC：Continuing Care Retirement Community）の開発手法と同じ考え方になる[14)]。地域包括ケアの一つのモデルである「ネットワーク型日本版CCRC」の開発手順を図６に示す。このモデルでは、まず、高齢者住宅を核とした医療・介護サービスの複合拠点～在宅支援複合施設を作り、次に在宅支援複合施設を中心に地域住民が自由に訪問できるような交流拠点をつくり、高齢者のネットワーク（互助組織）を構築していく。そして、高齢者の経済力やADLに応じたニーズに合わせた様々な種類の住宅を作り、それらを軸に24時間巡回型訪問サービスを機能させていくモデルである。

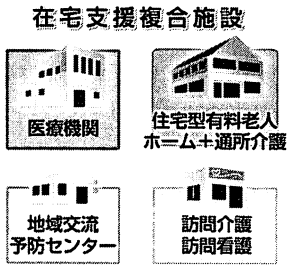
第２に重要なことは、在宅医療・看護サービスと介護サービスが一体となって、24時間の訪問サービス体制をつくることである。深夜のサービスにおいては、介護サービスではなく、必要最低限の在宅医療・看護サービスを提供していくことを検討していく必要がある。これは深夜の体制と昼間の体制が同じでは、マンパワーがいくらあっても不足するからである[6),15)]。

最後に、地域包括ケアが機能していくための重要な課題は、このシステムを動かしていくリーダーシップを発揮していく人材をいかに開発していくかである。一般に生産性が低いと言われる介護職員の動機づけ、人材教育が課題である。本研究の複合施設において、一人の職員が訪問介護または通所介護の仕事と有料老人ホームの仕事を複数行うことにより、相対的に同じ仕事を低コストで提供できることになる。また、ここで紹介したマーケティング、マネジメントは他の産業では教育され、効果をあげている手法であり、介護の分野でも導入、教育を推進していく必要があると考える。すなわち、介護分野で働く人材が、介護技術とともに、マネジメント、マーケティングの知識を持つことにより、介護の仕事に対するプロ意識を高めると共に、生産性を向上していけるものと考える。

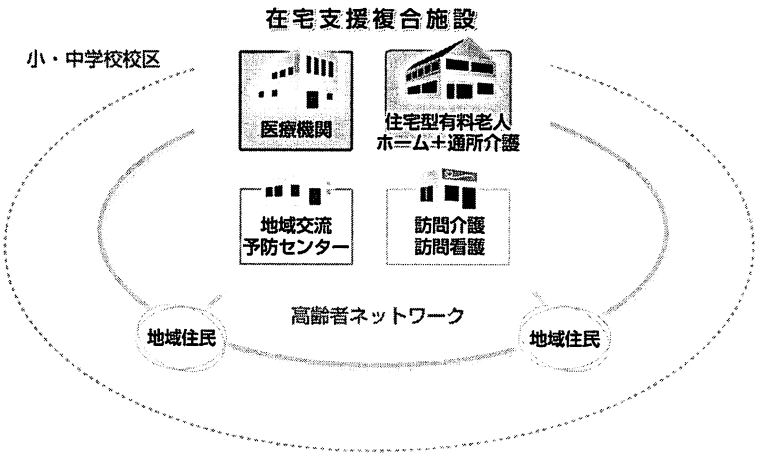
医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　45 - 60,　2011

図6　ネットワーク型日本版CCRC

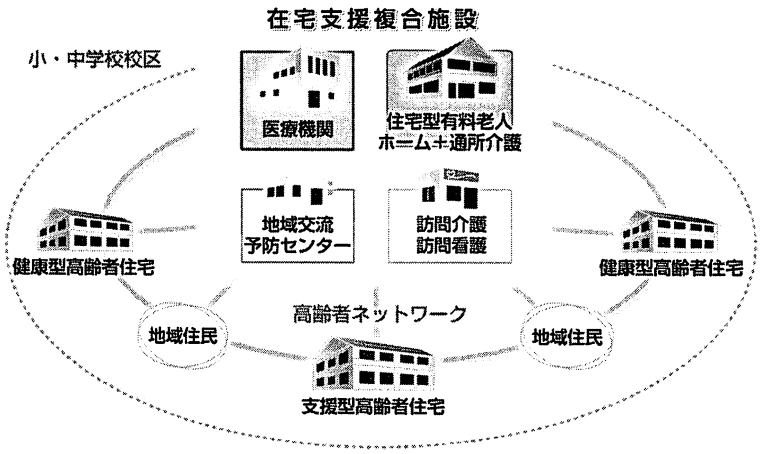
【第１ステップ】
高齢者住宅を核とした医療・介護サービスの複合拠点～在宅支援複合施設をつくる



【第２ステップ】
在宅支援複合施設を中心に地域住民が地域交流センターを自由に訪問できるようにし、高齢者のネットワークをつくる



【第３ステップ】
高齢者のニーズに合わせた３種類の住宅を作っていき、それらを軸に24 時間巡回型訪問サービスを機能させていく



参考文献

1)　高齢者介護研究会、2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、2003年６月
2)　印南一路、「社会的入院」の研究、東京、東洋経済新報社、2009
3)　東京大学高齢社会総合研究機構、「2030年超高齢未来」、東京、東洋経済新報社、2010
4)　地域包括ケア研究会、平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書、2010年３月
5)　山下正策・窪田昌行他、姶良市高齢者自立支援コミュニティ構想～在宅支援複合施設を核とした地域包括システムの構築～、医療福祉経営マーケティング研究、第５巻第１号、2010、37-57
6)　松岡洋子、デンマークの高齢者福祉と地域居住、東京、新評論、2005
7)　フィリップ・コトラー、「コトラーのマーケティング・マネジメント・ミレニアム版」、東京、ピアソン・エデュケーション、2001年
8)　ピーター・ドラッカー、「マネジネント：課題、責任、実践」、東京、ダイヤモンド社、1974年
9)　梶原健伯・窪田昌行他、介護療養病床の転換モデルとしての有床診療所における住宅型有料老人ホームの研究～医療法人梶原内科医院～、医療福祉経営マーケティング研究、第３巻第１号、2008、31-43
10)　今岡節子、馬場園明、訪問看護ステーションの経営・管理改善モデルの構築と評価、医療福祉経営マーケティング研究、第４巻第１号、2009、１-９
11)　日本医療バランスト・スコアカード研究学会、「医療バランスト・スコアカード研究VOL2.1」、日本医学出版、東京、2006年
12)　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、東京、2005年
13)　DIAMONDハーバード・ビジネス・レビュー編集部、いかに「サービス」を収益化するか、東京、ダイヤモンド社、2005
14)　窪田昌行他、新シニア住宅開発実務資料集、東京、綜合ユニコム、2007
15)　朝野賢司・生田京子他、デンマークのユーザー・デモクラシー～福祉・環境・まちづくりからみる地方分権社会～、東京、新評論、2005年

(2011年５月31日受付、2011年９月20日受稿)

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

平成２２年度

第１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

「高齢者ケアのパラダイムの転換をめざして：

－管理から支援へ－」

■日　　程

平成 23 年 3 月 26 日（土）13:00 ～ 17:00

■会　　場

九州大学医学部　総合研究棟 102 号室

（九州大学病院地区キャンパス内）

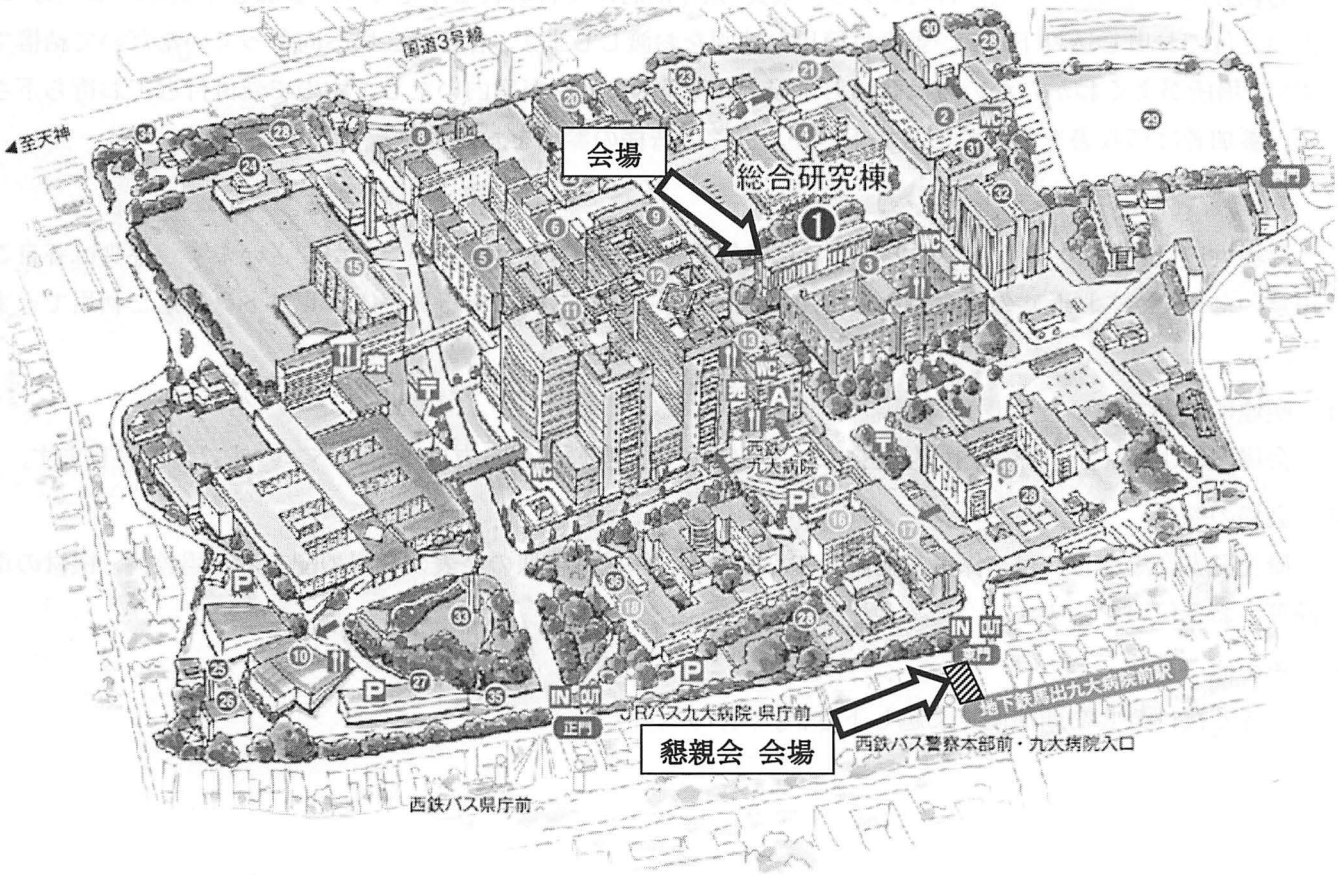
■大 会 会 長

馬 場 園 明（九州大学）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

会場のご案内

九州大学医学部 総合研究棟１０２号室
（九州大学病院地区内：東区馬出 3-1-1）



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

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

参加要項

1．受　付

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

2．懇親会

懇親会が 3 月 26 日（土）17:15 から、東長 県庁前店にて行われる予定です。参加を希望されます方は、大会受付でお申し込み下さい。当日は簡単な地図をお渡しします。各自で会場へ向かっていただいて結構ですが、場所がよくわからない方は講演終了後、事務局スタッフが案内いたしますので受付付近でお待ち下さい。参加者は領収書を示してご入場下さい。多くの皆様の参加をお待ち申しております。

3．昼　食

会場近辺（徒歩 10 分くらいのところ）には飲食できるレストランがいくつかございます。昼食は各自ご用意いただくか、お近くの飲食店をご利用下さい。キャンパス内にある病院内のレストランもご利用できます。

4．喫煙について

会場内およびキャンパス内は禁煙になっております。喫煙される方はキャンパスの外でお願いします。

5．会場の係員

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

6．その他

できるだけ公共交通機関でお越し下さい。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

発表者・座長・参加者へのご案内

発表者へのお願い

●口頭発表

1．発表時間

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

2．機器の使用について

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

座長・司会、討論者・質問者へのお願い

1．座長・司会へのお願い

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

2．討論・質問者へのお願い

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

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

大会プログラム

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

３月２６日（土）

会　長　講　演　　（１３：００～１３：４５）

座長：加野　資典（医療法人豊資会）

「今後の高齢者ケアのあり方と医療福祉政策の動向」

馬場園　明（九州大学）

特　別　講　演　　（１３：５０～１４：２０）

座長：山﨑　哲男（医療福祉経営マーケティング研究会）

「欧米先進国に学ぶ地域包括ケアシステムの未来」

窪田　昌行　（ＣＣＲＣ研究所）

一般口頭発表　　（１４：３０～１７：００）

懇　親　会　　（１７：１５～１９：１５）　会場：東長県庁前店

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

一般口頭発表Ａ

３月２６日（１４：３０～１５：２０）

●医療福祉経営　　座長：齋藤　貴生（九州大学）

１．看護師の動機づけ要因の変化のパターンとその影響要因
　　○竹田　明弘（和歌山大学）
　　松田　良子（大阪学院大学）

２．在宅歯科医療におけるサービスストラテジー
　　○松永　純（新上橋さくら歯科）
　　斉藤　貞之（北九州市立大学大学院）

３．住宅型有料老人ホームにおけるマーケティング戦略・管理手法についての実践報告
　　○下水流　智和（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　大囿　歌織（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　伊作　澄子（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　内村　尚憲（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　渡辺　純子（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　本田　陽子（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　吉永　浩之（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　山下　正策（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　高田　昌実（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
　　岡本　宗房（株式会社ＪＯＹ）
　　丸尾　兼司（株式会社ＪＯＹ）
　　高田　和美（株式会社ＪＯＹ）

４．住宅型有料老人ホームにおける訪問介護サービスの経営・管理モデルの構築について
　　○本村　ヨシ子（株式会社ＪＯＹ 訪問介護事業所はぐａｎｄはぐ）
　　岡本　宗房（株式会社ＪＯＹ 訪問介護事業所はぐａｎｄはぐ）
　　高田　和美（株式会社ＪＯＹ 訪問介護事業所はぐａｎｄはぐ）
　　窪田　昌行（ＣＣＲＣ研究所）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

一般口頭発表Ｂ

３月２６日（１５：２５～１５：５０）

●高齢者とケア　　座長：竹田　明弘（和歌山大学）

１．豊資会における看取り事例

○波多　敬子（医療法人豊資会）
加野　資典（医療法人豊資会）
加野　豊子（医療法人豊資会）
白水　松代（医療法人豊資会）

２．大規模通所介護サービスの営業・管理モデルの構築に関する実践報告

○吉田　政子（株式会社ＪＯＹ　通所介護事業所しあわせ通りらぶ）
飯山　陽子（株式会社ＪＯＹ　通所介護事業所しあわせ通りらぶ）
丸尾　兼司（株式会社ＪＯＹ　通所介護事業所しあわせ通りらぶ）
高田　和美（株式会社ＪＯＹ　通所介護事業所しあわせ通りらぶ）
窪田　昌行（ＣＣＲＣ研究所）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

一般口頭発表C

3月26日（15：55～17：00）

●医療政策と経営　　座長：馬場園　明（九州大学）

1．うきは市食育プロジェクトに於ける医療費適正化効果について
　　○古賀　眞澄（株式会社パルフィットシステム）

2．医療機関における「一部負担金未収金」についての法的問題
　　○山崎　哲男（医療福祉経営マーケティング研究会）
　　片岡　直（福岡大学）
　　桑原　一彰（九州大学大学院医学研究院）

3．福岡県の透析医療における地域格差の検証
　　○猿渡　倫治（九州大学大学院医学系学府）
　　西　巧（九州大学大学院医学系学府）
　　石村　晃一（九州大学大学院医学系学府）
　　馬場園　明（九州大学大学院医学研究院）

4．レセプトデータを活用した平均在院日数・再入院率の測定による医療費適正化計画への示唆
　　○西　巧（九州大学大学院医学系学府）
　　猿渡　倫治（九州大学大学院医学系学府）
　　馬場園　明（九州大学大学院医学研究院）

5．地域中核公立病院における医療・経営状況の急激な悪化の要因
　　○齋藤　貴生（九州大学大学院医学研究院）
　　森田　竜治（田川市立病院）
　　山本　正樹（田川市立病院）
　　馬場園　明（九州大学大学院医学研究院）
　　前田　俊樹（九州大学大学院医学研究院）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

会　長　講　演

３月２６日（土）

１３：００～１３：４５

座長：加 野　資 典（医療法人豊資会）

馬場園　　明（九州大学）

「今後の高齢者ケアのあり方と医療福祉政策の動向」

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

「今後の高齢者ケアのあり方と医療福祉政策の動向」

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）

【医療福祉政策の方向】

厚生労働省は2005年10月に「医療制度構造改革試案」を発表し、今後の改革の方向性を明らかにした。そこでは、生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮を目指すことが謳われている。政権は変化したが、この方向性に変更はみられない。

政府が2010年4月に公表した「地域包括ケア研究会報告書」（以下、「報告書」と略す）では、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」を目指している。しかし、「報告書」は大枠の方向性を示しただけで、具体的な内容は述べられておらず、実用化していくには、いくつかの課題がある。その課題は、①複合事業拠点、②24時間短期巡回型訪問介護・看護、③高齢者住宅、④予防デイセンター、⑤ボランティア高齢者団体、⑥在宅医療、⑦人材教育である。これらのことについて、米国のCCRCのケアから学んでみたい。

【CCRCとは】

CCRC(Continuing Care Retirement Community)とは、「継続した健康支援・ケア」を提供するという福祉哲学に基づいて、高齢者が老化するにつれて変わっていくニーズに応じて、可能な限り生きがいをもって、自立した生活ができるように、住宅、生活支援、健康支援、介護、看護、医療サービスなどの様々なサービスを一つの「キャンパス（敷地内）」で総合的に提供していくシステムである。

外来医療、リハビリのための短期入院、ナーシングケア、ホームケア、ホスピスケアを行っており、コミュニティ内で十分なケアができている。このコミュニティ内では経管栄養はしないようにしている。脳卒中後の患者は、時間さえかければ、食べさせることが可能である。高齢者は多くの病気をもっているが、コミュニティでは医療アプローチではなくライフアプローチであるために、検査や薬は少ない。

わが国でも、高齢者住宅に在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを併設すれば、高齢者健康コミュニティが開発できる。この高齢者健康コミュニティで、高齢者の自由と選択が尊重されるマネジメントを行うことができれば、公正に効率よく資源を配分することによって、社会への貢献は計りしれないものがあると考える。

【ホームベース型支援】

ところで、高齢者が老化するにつれて変わっていくニーズに応じて、可能な限り生きがいをもって、自立した生活ができるようにするためにはどうしたらいいのだろうか。筆者はその方法として、ホームベース型支援を提案している。

ホームベース型支援とは、「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づけを尊重し、目標達成型で行動変容を目指してもらい、支援者は本人ができることをできるように支援する」ものである。ホームベース型健康支援のポイントは、「成功体験」である。自分がどうなりたいか（内発的動機づけ）、何だったらできそうか（自己効力感）について考えてもらって、目標を設定し、それを達成し、「成功体験」を積み重ねていくのがこのモデルの構造である。「成功体験」に導くホームベース型支援の3要素は、「前向きの態度」「自己効力感」「周囲からの支援」である。「前向きの態度」は、行動変容に積極的になることである。「自己効力感」は、行動をうまくやれる自信である。「周囲からの支援」は、「周囲からの支援」は、「ある人を取り巻く、重要な他者からのさまざまな形の援助」であり、「情動的支援」と「手段的支援」に分類できる。

【おわりに】

高齢者の健康を支援することは、病気を避け、意義のある生活をし、人生で何かを果たすための本人と支援者との共同作業である。その人の生きるシナリオや価値観抜きに支援をすることはむずかしい。高齢者自身が、納得した上で、選択、自己決定してケアされるというパラダイムを構築する必要があると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

特　別　講　演

３月２６日（土）

１３：５０～１４：２０

座長：山 﨑　哲 男（医療福祉経営マーケティング研究会）

窪 田　昌 行（ＣＣＲＣ研究所）

「欧米先進国に学ぶ地域包括ケアシステムの未来」

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

「欧米先進国に学ぶ地域包括ケアシステムの未来」

窪 田 昌 行　（ＣＣＲＣ研究所）

【高齢者ケアの２つのパラダイムシフト】

わが国では欧米福祉先進国の高齢者福祉のあり方が研究され、高齢化が問題となってきた1980年代からパラダイムシフトと呼ぶべき二つの大きな施策が実施された。すなわち、ゴールドプランと介護保険制度の創設である。

①ゴールドプランの創設

政府は1989年「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）」という施策をスタートさせている。これは、90年度から99年度までの10年間で介護施設やマンパワーなど高齢者福祉の基盤を整備するために、それぞれの整備目標を掲げたものである。10年間で総事業費約6兆円を投じて、主に特別養護老人ホームを24万人分、ホームヘルパーを10万人分等に増やす内容の計画であった。その後、新ゴールドプランへと継続され、日本における高齢者ケアの第1のパラダイムシフトとなった。

②介護保険制度の創設

ゴールドプランの後、2000年にスタートした介護保険制度の歴史的な意義は大きい。介護保険制度の創設は、増え続ける介護に対してサービスを提供する財源を確保したことと、介護が個人だけの問題ではなく、社会全体で解決していくことであるという方向性を明らかにしたという意味で、高齢者ケアの第2のパラダイムシフトと呼べる。

【地域包括ケア研究会報告書のモデル】

いまわが国は、高齢化の加速、財政の視点から第3のパラダイムシフトが必要になってきている。このような中、厚労省は、日本の高齢者ケアのあるべき姿と方向性として「地域包括ケア研究会報告書」を、昨年2010年4月に公表した。それは管理型から支援型のケアへのシフトであり、厚労省がこれから進める地域包括ケアは、支援型のケアである。

厚労省が地域包括ケアを検討する際に参考にしたものが、CCRC と同じ機能をもつ米国在宅包括ケアシステムPACE（ペイス）「Program of All-inclusive Care for the Elderly（高齢者のための包括的ケア・プログラム）」と、施設ケアから在宅ケアへ転換して行ったデンマークの高齢者ケアシステムである。ここでは、デンマークの地域包括ケアについて、日本の報告書と比較対照しながら紹介する。デンマークには、日本が2025年に描くビジョンの先に起こったモデルがあると思われる。

【先に起こった未来：デンマークの地域包括ケア】

デンマークでも1970年代、日本の特養に当たるプライエムは大規模化し、その数は急激に増えていった。一方で、施設を増設してもまだ足らず、病院や自宅には施設に入れない高齢者があふれていた。コペンハーゲンの病院では、入院患者のうち、39%が社会的理由による入院だった。在宅や病院にはプライエムへの入居を待つ高齢者があふれていたが、施設を増設することは財政的に不可能であった。しかも、財政負担の多いプライエムはミニ病院化していた。このような中、施設に代わる別のケア体系が求められてきた。

1979年、新しいケア体系を検討していくために、政府内に“高齢者政策委員会”が結成された。この委員会の目的は「高コストな施設ケアに主眼を置く福祉体系」を見直し、「高齢者が置かれた社会的状況を把握して、改善策を提言する」ことであった。委員会は1980年から1982年にかけて検討が重ねられ、その結果、①社会的役割と交流の創出、②住まい（居住機能）とケア（ケア機能）の分離という2点の政策の方向性が示され、高齢者住宅、複合拠点を核とした、地域ごとの包括システムが構築されていった。その際、1988年にプライエム（日本の特養）建設を中止し、施策が高齢者住宅と24時間訪問サービスの充実に移行した。

これから日本の文化に即したケアシステムを構築していくに当たっては、5つの課題（①新しい包括ケアの必要性の国民的認識、②24時間巡回型訪問サービスの構築、③在宅医療サービスの充実、④ボランティア組織の体制づくり、⑤人材開発・育成）があり、今後のこれらへの取組み方が重要である。

【おわりに】

地域包括ケアシステムは、特に、高齢者ケアの見本とされるデンマークの地域包括ケアと共通点が多く、日本の未来のシステムとして参考モデルになるものと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

一般演題抄録集

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

看護師の動機づけ要因の変化のパターンとその影響要因

○ 竹田明弘（和歌山大学観光学部）
松田良子（大阪学院大学企業情報学部）

【目的】

看護師を動機づける要因は何か。そして、それがキャリアの中で、また環境との相互作用のなかで、どのように形成され、変化していくかに着目する。

行動科学の創始者のひとりであるスキナーは“動機と目的は強化の結果でしかない”とした(Skinner, 1974)。つまり、動機づけの施策のありようで、人の価値をコントロールできるという。また、自己決定理論を提唱するデシらも、報酬の付与が、内発的動機をどのように変化させるかに関する社会心理的な実験を行った(Deci and Flaste, 1995)。これら、一連の動機づけ理論は、組織管理施策が、個人の職業価値や動機づけ要因に影響を与えることを示唆している。

一方、シャインは、キャリア論の立場から、個人の職業価値について言及している(E. Schein, 1993)。彼によると、人にはそもそも職業に対する自分のあり方の価値が存在するという。彼は、それをキャリアアンカーと呼んでいる。そして、キャリアアンカーは本質的に、変わることはないとした。動機づけ理論とキャリア論の間に、職業価値の不変性に関して一部異なる見解がみられる。

それでは、看護師においては、どちらがより支持されるのだろうか。また、支持されるとしたら、それはどのような状況下で変化するのだろうか（年齢、職業年数、パーソナリティ、組織特性など)。本研究では、このような問題関心に基づく仮説探索型の研究である。

【対象と方法】

A 県の県立病院に勤務する看護師 6 人、B 県の市立病院に勤務する看護師 5 人の 11 名を対象に半構造化インタビューによる事例調査を行った。調査期間は平成 22 年 3 月、8 月である。看護師の年齢構成は 20 代 2 人、30 代 4 人、40 代 3 人、50 代 2 人である。うち、7 名が新卒で職業についた看護師であり、残り 4 名は看護師とは異なる職業で数年間勤務した後に看護師についた転職看護師である。性別は全員女性であった。

インタビューは、1．なぜ看護師という職業を目指したか　2．入職後初期と現在の動機づけ要因　3．現在に至るまで看護師としてのどのようなキャリアを経たか　の 3 項目を中心に行った。

【結果】

そもそも看護師をめざした理由として、11 名中 2 名のみが、看護という仕事の持つ意義への共感であった。残りの 9 名は生活の安定のため、近くに学校があったなどの内発的要因以外が動機の源泉であった。次いで、入職後の初期では 11 名中 6 名が報酬、評価、勤務体系など内発的要因以外の理由であった。また、現在は 11 名中 7 名の看護師が、内発的要因が動機づけの重要な要因になっていた。

職業選択時と比較して、看護という仕事から派生する内発的な要因を動機づけの源泉として認識する看護師が増えていっているのがわかる。看護という仕事が持つ魅力ではなく、生活基盤の安定など外発的な動機をもとに入職した看護師についても、そのキャリアの中で動機づけの源泉が変化したものもいた。

【考察】

このように、個人の動機づけ要因は常に安定するのではなく、時間の経過、個人を取り巻く諸条件に影響を受けて変化するのがわかる。

動機づけの源泉が変化した契機は何かについては、キャリア初期に個人の有能感を成長させる職場環境であったかどうか、自律性を尊重する組織風土の下で働けたか、患者とコミュニケーションが取りやすい環境であったかが重要な要因として抽出された。つまり、自己決定を促進する環境下で労働することが、仕事への動機を維持するだけでなく、外発的動機をもつ看護師の動機さえ変えていくことがわかる。

入職時に、どのような職場、管理スタイルで働くのかが、個人の将来にわたる動機に強く影響を与えていくのかもしれない。動機は、個人の認知方式や価値のみに依存するのでなく、組織環境とパーソナリティの関数と考えることができる。

しかし、社会人としての価値観が、ある程度形成されてきた 30 歳を過ぎて転職した看護師においては、動機づけの源泉は大きく変わらなかった。社会人としての価値観が形成されていない段階であるほど、組織管理のあり方が看護師の動機づけ形成により重要な影響を与えることがわかる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

在宅歯科医療におけるサービスストラテジー

○ 松永純（新上橋さくら歯科）
斉藤貞之（北九州市立大学大学院）

【目的】

歯科医療全体、さらには在宅歯科医療の現状分析を通して、筆者が属するＳ歯科の新たな在宅歯科医療を中心としたビジネスモデルを構築することを課題とした。これを実現しうるビジネスモデルの策定にニッチで、戦略的に大きな意義があるものと考えた。

【方法】

まず現状分析を行うなかで、サプライサイドの従来型以上に潜在需要があることを導いた。その上で、デマンドサイドからの在宅歯科医療の戦略的意義に展開した。

【結果、考察】

在宅歯科医療を中心としたＳ歯科の成長戦略を展開するうえで極めて重要となるのは、医療をサービス業としてとらえることである。

医療の求心性を求めがちな医療従事者のパラダイム・シフト、すなわち、外来から在宅へ、傷病から障害へ、キュアからケアへ、病院から在宅へと展開した上で、在宅歯科医療のドメインを「食事・食生活、ひいては生きる力を支援する生活の医療による生活支援」と定義した。

さらに、在宅歯科診療が医療の求心性と遠心性により生じた「医療の空洞化」を埋める役目のFamily Dentistとして進めていくことが大切であるとした。

これが、歯科診療所経営の上で合理的かどうかの検証を実際にBlue Ocean Strategyのフレームワークにあてはめたところ、経営戦略が成立するものと結論した。

さらに、組織のマネジメントにおける能率化と効率化として、規模の経済性と範囲の経済性の両方を追求が求められることを明らかにし、保健・医療・福祉複合体に意義を見出した。

そのためにも、チーム医療の実現が必要であり、戦略的提携が現在の医療の質を向上させ、効果性や効率性を高めるものと考えた。そのうえで、Ｓ歯科にあっても、訪問介護や訪問介護への進出を図ることで保健・医療・福祉複合体を形成することが規模の経済性にも範囲の経済性にもかなうことであると導いた。

2010年の厚生労働省「新成長戦略」では、2020年には、医療で59兆円、介護で19兆円の市場規模、新規雇用が201万人としている。超高齢社会にあって、将来は現在、市場規模が2.5兆円で国民総医療費の10%を切っている歯科領域にもビッグ・マーケットが横たわっているものと考えてやまない。

【結語】

1、在宅歯科医療のドメインを「食事・食生活、ひいては生きる力を支援する生活の医療による生活支援」と定義し、医療の求心性と遠心性により生じた「医療の空洞化」を埋める役目のFamily Dentistとして進めていくことが大切であるとした。

2、組織のマネジメントにおける能率化と効率化として、規模の経済性と範囲の経済性の両方を追求が求められることを明らかにし、保健・医療・福祉複合体に意義を見出した。戦略的提携が現在の医療の質を向上させ、効果性や効率性を高めるものと考えた。そのうえで、Ｓ歯科にあっても、訪問介護や訪問介護への進出を図ることで保健・医療・福祉複合体を形成することが規模の経済性にも範囲の経済性にもかなうことであると導いた。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

住宅型有料老人ホームにおけるマーケティング戦略・管理手法についての実践報告

○ 下水流智和、大囿歌織、伊作澄子、内村尚憲、渡辺純子、本田陽子、
吉永浩之、山下正策、高田昌実（医療法人玉昌会　在宅サービス事業部）
岡本宗房、丸尾兼司、高田和美（株式会社ＪＯＹ）

【目的】

当法人は高齢者ケアの質の向上を目指して、加治木温泉病院と地域コミュニティとを結ぶ切れ目のない医療・介護サービスの提供方法を2008年6月から検討してきた。その結果、高齢者住宅を中心として、通い、泊まり、訪問ができる複合施設を建築し、サービスを提供することになった。これを“在宅支援複合施設”というコンセプトとし、2010年5月に在宅支援複合施設「しあわせの杜・ケアレジデンスおはな」（住宅型有料老人ホーム）をオープンした（38室、定員40名、2人部屋が2室）。高齢者住宅の経営が安定するためには、入居を促進し、できる限り早く満室にすることが必要である。本研究の目的は、開業前後の効果的なマーケティング戦略とは何かを、現場でＰＤＣＡサイクルを回しながら行なってきたので、その内容、プロセス、結果を評価、検証するものである。

【対象と方法】

本研究は、「しあわせの杜・ケアレジデンスおはな」に入居を考えている潜在的な高齢者、またはその家族、親族等を対象に、マーケティングを行った。また、地域の要支援、要介護について有益な情報をもっている、姶良市、鹿児島市、霧島市、薩摩川内市の要介護高齢者、鹿児島県内370の居宅介護支援事業所、および病医院のＭＳＷ等を対象として、マーケティング活動を展開した。

マーケティング戦略は、安心できる医療サポートと快適な住まい環境を主要コンセプトとし、チラシ等による潜在顧客へのダイレクトマーケティングと、潜在顧客と関係の深い居宅支援事業所のケアマネージャー、病院のMSW等への情報提供、訪問営業を中心に考えた。

【結果】

1）マーケティングの目標と取組み

① 目標1

当初の目標は、開設後3ヶ月で40名満室（入居ベース）とした。目標達成の営業戦略として潜在顧客に対しては、①説明会開催、②新聞折込チラシ、③施設紹介本への掲載、④見学対応を行った。また、姶良市、鹿児島市、霧島市の居宅支援事業所、病院のMSWに対して、①内覧会の案内FAX、計画的な訪問営業を繰り返した。これらの営業チームメンバーは5名で担当した。

② 目標2

7月半ばを過ぎた時点で、当初目標を3ヶ月で達成することが、困難であると判断し、理事長に相談し、目標を修正した。目標2は、現状を踏まえ、創意工夫、努力すれば達成できる、4ヵ月後の申込ベースで40名満室とした。新たな営業戦略をチームメンバーで、ブレーンストーミングを行ない、潜在顧客に対して、①地域のイベントでのチラシ配り、②ＪＲ中央駅でのチラシ配り、③朝礼等での入居呼び掛け、④盆の帰省時期の折込チラシ、⑤結婚披露イベント（新聞でのパブリケーションを目的として、他でも例のないスタッフの子供の披露宴を地域交流センターで行なった）、⑤ポスター、チラシ掲示（行政窓口、ホームセンター）、⑥ホームページ開設を行なった。さらに、居宅、MSWに対しては、訪問営業を計画的に行ない、情報提供に徹底した。また、毎週月曜日にチームメンバーによる営業会議を行い、前週の結果をフィードバックし計画をチェックした。

2）マーケティングの成果

有料老人ホームは2010年5月10日に運営が開始され、5月からの入居者、契約者、申込者の数の推移、および、その時に行なった営業の主要な取組を図表-1に示す。この結果、開業3ヶ月目の8月10日には、入居者20名であった。4か月後の9月10日には、入居者は26名であり、男性が10名、女性が16名であったが、この時点で入居申込者が他に17名あり、4カ月弱で満室となった。

【考察】

これからの高齢者ケアのあり方として、昨年5月地域包括ケア研究会報告書が公表され、高齢者住宅と在宅サービスの重要性が強調されているが、経営的には高齢者住宅を一日も早く満室にする必要がある。

昨年12月末現在の入居者数は37名であり、1名が入院している。男性が14名、女性が24名となっている。なお現在空室が2室あるが、この部屋は、加治木温泉病院の回復期病棟から2名が退院する予定であり、そのために空けてある。このため、実質的には満室であり、さらに、入居申込書提出者が8名いる。

これからの多様化する高齢者のニーズに柔軟に対応していくための効果的、効率的な新しい高齢者ケアの提供システムとして、「おはな」のような在宅支援複合施設が地域で果たす役割は大きいと考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

住宅型有料老人ホームにおける訪問介護サービスの経営・管理モデルの構築について

○ 本村ヨシ子、岡本宗房、高田和美（株式会社ＪＯＹ 訪問介護ステーションはぐ and はぐ）
窪田昌行（ＣＣＲＣ研究所）

【目的】

わが国の高齢者福祉の核となる介護保険制度が 2000 年に導入されてきたが、急速な高齢化の進行に高齢者福祉インフラ整備がついていけず、しかも高齢者のケアはニーズに対応しているとはいえない。これからは、施設ではなく、高齢者の自由や生活の質を在宅ベースで提供していく必要がある。本研究の目的は、これから在宅の拠点となる住宅型有料老人ホームを支える外部サービスとしての訪問介護事業の経営・管理モデルを構築し、そのモデルの妥当性を検証するものである。

【対象と方法】

平成 22 年 5 月 10 日に、医療法人玉昌会によって、姶良市加治木町に開設された、住宅型有料老人ホーム「しあわせの杜ケアレジデンスおはな」の入居者に外部サービスを提供する訪問介護事業所である株式会社ＪＯＹ「はぐ&はぐ」の職員と有料老人ホームの利用者を対象とした。

厚労省は昨年 5 月に公表した「地域包括ケアシステム報告書」で、「ニーズに応じた住宅を基本として医療や介護サービス、および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」を目指して、高齢者住宅と 24 時間訪問サービスを構築し、在宅や高齢者住宅でも施設と同等なサービスが提供できることを目指している。

また、介護サービス事業における重要な三要素が、①顧客の感動、②職員の満足、③健全な経営であるが、最近の研究により、質の高いサービスは職員が満足しなければ達成できないという報告がある。このため、本事業では、組織のミッション、行動方針を職員に浸透させ、具現化することが重要であるので、目標設定、評価、管理までを改善していく経営ツールとして、バランスト・スコアカード（ＢＳＣ）を用いて経営に介入した。

【結果】

1)　BSC による戦略マップモデル

図表 1 に 4 つの視点に基づいた経営管理モデルを示す。

2) 職員意識づけ調査

業務プロセスの重要管理項目として、スタッフの接遇意識について、6 項目（①入居者本位の対応、②正面に向き合う挨拶、③理念と接遇、④依頼された支援の遂行、⑤部屋の出入りの声かけ、一礼、⑥相手を考えた言葉遣い）について自己評価を行った。評価点は（-3；全く出来ていない、-2；出来ていない、-1；あまり出来ていない、1；ある程度出来ている、2；出来ている、3；大変よく出来ている）である。目標は 1.5 であったが、評価結果の全体平均は、0.7 であった。

3) 入居者の満足度調査

平成 23 年 1 月、入居者の満足度調査をアンケート方式で行った。満足度項目は 8 項目（①安らぎと安心、②職員の丁重な接遇、③入居者の都合をよく聞く、④自立支援を考えているか、⑤職員の言葉遣い、⑥入居者の話を良く聞く、⑦職員の知識と専門性、⑧全体としての訪問介護への満足度）であった。評価点は、2) と同じ−3〜3 の 6 段階である。目標は 2.0 であったが、満足度の全体平均値は 1.9 という結果であった。

【考察】

本研究では、住宅型有料老人ホームにおける訪問介護事業の経営・管理ツールとして、バランスト・スコアカードを用いて介入する経営管理モデルを構築した。4 つの視点におけるそれぞれの重要管理指標は、スタッフのやる気を支援し、満足度を評価することにより、正のスパイラル効果が発揮でき、BSC は職員全体の前向きな企業文化づくり、顧客満足度の向上に確実に役立つことを示すことができたと考える。

図表1　はぐ&はぐ　BSC(バランストスコアカード)による目標管理

4つの視点	目標	CSF 重要管理項目	KPI 重要業績指標
財務	・健全な経営	・利用状況	・訪問回数
	・適切な利益の確保	・人件費	・人件費対収入比率
顧客	・質の高い介護サービスの提供	・利用者の満足度	・満足度アンケート調査
業務プロセス	・サービスの向上	・スタッフの接遇意識	・スタッフの意識調査
	・報絡報の徹底	・ミーティングの確認	・
学習と成長	・理念の浸透	・接遇と理念の研修計画	・接遇研修会回数
	・接遇と技術の向上	・介護技術研修	・介護技術研修会回数

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

豊資会における看取り事例

○ 波多敬子、加野資典、加野豊子、白水松代（医療法人 豊資会）

1. 豊資会グループについて

豊資会は福岡県古賀市にて医療と介護福祉事業を手がけるグループであり、医療法人豊資会、社会福祉法人豊資会、有限会社プラス、株式会社プラスネットの4法人で構成されている。31年前に「加野泌尿器科」として発足し、後に法人化された加野病院（泌尿器科専門。人工透析と通所リハビリを併設）を中心として、デイサービス、ケアプランサービス、ヘルパーステーション、小規模多機能型居宅介護などの居宅サービスとグループホーム、軽費老人ホーム（特定施設入所者生活介護）、ショートステイ、高齢者専用賃貸住宅などの施設サービス、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションなどの在宅医療、さらに配食サービスなど地域の介護・福祉を支えるサービスをしている。

本報告では豊資会が取り組んでいる地域での看取りの事例を紹介する。在宅医療体制と使用システムおよび看取り件数を報告する。

2. 調査方法

カルテから在宅と施設における看取り患者数と死亡原因疾患を拾い上げた。調査期間は2009年4月から2011年3月10日である。

3. 結果

3-1 在宅医療の体制

表1にやまびこ診療所の医師数を示す。

表1　やまびこ診療所医師数

常勤	院長	泌尿器科　認知症専門医	5/週
非常勤	1	一般内科	1/週
	2	一般内科	1/週
	3	循環器内科	1/週
	4	泌尿器科　内科	1/週
	5	内科　リハビリテーション医	1/週
	6	精神科　認知症専門医	1/月

やまびこ診療所は豊資会の理事長でもある院長を中心として、非常勤医師6名で構成されている。地域への訪問診療とグループ内施設への月2回の訪問診療を基準として行っている。診療所には各種診療科の医師がおり、認知症からリハビリテーションのニーズにも応えられるようにしている。また、やまびこ診療所には訪問リハビリテーション（作業療法士3名、言語聴覚士1名）と訪問看護ステーション（常勤4名、非常勤2名　一部診療所と兼務）を併設している。

3-2 緊急時の体制

患者の緊急時の対応はオンコール体制をとっている。まず、ケアスタッフもしくは家族から連絡を受けたやまびこ診療所の看護師が医師に報告をすべき事例かを判断する。医師の指示を仰ぐ場合は医師に連絡をし、訪問看護をすべきか、入院なのか等の判断と指示を仰ぐ。連絡を受ける医師は常勤である院長が担当をしているが、院長のほかに二人のオンコール担当医師を病院と連携をして置いている。また、iPhoneやiPadを用いて情報共有を行っている。

3-3 施設での見取りの事例

表2に施設での看取りの事例を示す。

表2　豊資会における看取りの事例

(a)　看取り件数とその内訳

年	看取り場所	総件数	男性	女性	備考
2009.4～2009.12	自宅	3	1	2	高齢者住宅1
	ケアハウス	1	0	1	
	グループホーム	0	0	0	
	病院	4	4	0	加野HP3　ネットワーク1
	合計	8	5	3	
2010.1～2010.12	自宅	2	1	1	
	ケアハウス	0	0	0	
	グループホーム	2	0	2	
	病院	12	10	2	加野HP9　ネットワーク2
	合計	16	11	5	
2011.1～2011.3.10	自宅	1	1	0	
	ケアハウス	1	0	1	
	グループホーム	0	0	0	
	病院	5	3	2	加野HP2　ネットワーク2
	合計	7	4	3	
2009.4～2011.3.10	自宅	6	3	3	高齢者住宅1
	ケアハウス	2	0	2	
	グループホーム	2	0	2	
	病院	21	17	4	加野HP14　ネットワーク5
	総合計	31	20	11	

(b)　施設や自宅での看取り患者の死亡原因疾患

看取り場所	死亡原因疾患	合計
施設	心筋梗塞	1
	摂食障害	3
自宅	腎不全	1
	大腸がん	2
	膀胱がん	1
	摂食障害	1
	胃がん	1
総合計		10

やまびこ診療所の在支診契約患者は101名であり、看取った数は1年11か月の間に31件あった。やまびこ診療所では癌のターミナルを看取る例も多い。結果として、診療所と訪問看護や施設の看護師が連携することにより自宅や施設で看取ることは可能である。

5. 今後の課題

在宅での看取りのための体制作りが必要と考える。そのためには在宅を支える医師の確保と訪問看護師の確保が需要である。また、社会的に問題となっている「独居高齢者」の看取りについては、主介護者の確保できない場合は施設もしくは集合住宅への入居が今のところ現実的である。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

大規模通所介護サービスの営業・管理モデルの構築に関する実践報告

○ 吉田政子、飯山亜弓、丸尾兼司、高田和美（株式会社ＪＯＹ デイサービスしあわせ通りらぶ）
窪田昌行（ＣＣＲＣ研究所）

【目的】

高齢者が出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本として高齢者の尊厳と個別性を尊重して、その生活を支援することを目指して介護保険事業が2000年に開始された。その中で、社会的孤立感の解消、レスパイトケア、身体機能や生活機能の維持向上訓練を複合的に提供する通所介護事業の重要性が高まってきているが、介護事業の生産性の低さも指摘されている。本研究では、住宅型有料老人ホームに併設されたスケールメリットを活用した大規模な通所介護事業のマーケティング戦略、生産性向上計画について、その内容、プロセス、結果を評価、報告するものである。

【対象と方法】

株式会社JOYでは、「あなたに会えて良かった・・・と喜んでいただけることが私たちの喜びです。」を経営理念として、職員一人ひとりの気づきと学びによる成長を運営の基本としている。通所介護事業所「しあわせ通りらぶ」は、医療法人玉昌会が加治木に2010年5月に開設した住宅型有料老人ホーム「しあわせの杜ケアレジデンスおはな」の1階に開設されたものである。当該通所介護事業所の利用者は、併設した住宅型有料老人ホームと外部からの利用者で、利用者の目標を定員50名とした。本研究の対象は、これら通所介護を利用する有料老人ホーム内と外部の利用者及びサービスを提供する職員とした。目標を達成するために、経営管理ツールとして、SWOT分析、ブレーンストーミング、PDCAを導入したマーケティング戦略を立案、実践した。

【結果】

（1）SWOT分析によるマーケティング戦略の立案

当該通所は、併設する住宅型有料老人ホームの入居者が利用すると共に、外部から利用者を集めることにより、経営の安定、生産性を高めるモデルである。通所事業は、有料老人ホームの開業と同時の平成22年5月10日から運営を開始した。開業時の有料の入居者は15名であった。入居者は10月で35名となり、11月から外部からの利用者を募集したが、なかなか思うように集まらなかった。そこで、どのようなマーケティング活動をすればよいか、SWOT分析を行い、マーケティング戦略を立案した。その結果、強みであるスタッフの接遇、リハビリ、アクティビティのプログラムを強化していくとともに、弱さであった外部への広報活動を強化することになった。その方法としては、有望利用者と関連の深い地域包括や居宅事業所のケアマネージャーに当該通所の特色を周知してもらうために、週間のイベント、利用者の喜びの声を入れた「週間ニューズレター～しあわせだより」を作成し、ケアマネ、MSWに配布した。また、利用者の多くの喜びの声を編集した「案内チラシ」をポスティングした。さらに、月に1回は、外部の方も参加できるイベントを開催することにした。

（2）スタッフの業務達成度確認チェック表

通所のサービスの質を向上していくために、JOYでは、職場で働く職員が満足し、成長していくことで、質の高いサービスを提供していけるという「サービス・プロフィットチェーン」の経営管理モデルに従い、職員のモチベーションを高める工夫を行なうとともに、毎週の評価システム「業務達成度制度」を導入した。

業務達成度の管理項目とは①経営理念の徹底、②スキルアップ　③毎日の学び　について（-3；全く出来ていない　-2；出来ていない　-1；あまり出来ていない1；ある程度出来ている　2；出来ている　3；大変よく出来ている）で自己評価し、次の仕事に活かしていく。この結果、一人ひとりのやる気と成長を促せたと考える。また、管理者とスタッフのコミュニケーションツールとしても有効であった。

（3）マーケティング実践の利用状況の推移及び結果

スタッフ間で毎週火曜日にマーケティング会議を行い、営業の成果を検討してきた。その結果、平成22年12月末で利用回数合計、673回、そのうち外部からは25回であった。今年1月末で、利用回数合計は720回、うち外部からは30回であった。少しずつマーケティングの効果が発揮され、一日の利用人数は増加し、1月の平均利用人数は28人であった。最終の利用者50名の達成日は3月末としている。1月末時点での最大の問題点は、地域の方々が当該通所の存在を知らないことであり、その対策を毎週の会議でBSを行って検討している。具体的なアクションとしては、地域住民へのダイレクトマーケティングとしてチラシポスティング、地域老人会・民生委員へのアプローチ、居宅介護支援事業所ケアマネージャーへの定期的な訪問営業等の対策を実施している。また、要介護者をもつ家族へのアプローチとして、介護相談・勉強会等を併設の地域交流センターで行うよう準備している。

【考察】

本研究では、住宅型有料老人ホームに併設する大規模の通所介護事業において、職員が一体となって、有料ホーム内の利用者を満足させることと、外部から利用者を集めるマーケティング活動を行なってきた。その中で、スタッフ1人ひとりがマーケティングの経営手法を習得し、それぞれが目標をもって活動し、評価することで、会社が経営方針とする一人ひとりの職場での学習と成長を具現化できた。結果、スタッフが目標を達成していく動機づけと利用者の満足度を向上できたものと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

うきは市食育プロジェクトに於ける医療費適正化効果について

○ 古賀眞澄（株式会社パル フィットシステム）

【目的】

食育プロジェクト介入前の平成17年度の医療費と介入後の平成21年度の医療費を比較することにより、医療費適正化を目的とした事業成果を検証し、今後の保健事業への更なる展開の一助とする。

【対象と方法】

対象者は、介入群として食育吉井地区群（以下、吉井群）39名、食育小塩地区群（以下、小塩群）42名、ヘルスアップ群14名、その対照として健診受診群107名である。これらの医療費の指標（医療費、診療実日数、レセプト件数）について、4群の比較を行った。なお、外来医療費には調剤費を含めた。性構成に$\chi 2$検定を、年齢および医療費の指標の比較にはt検定、また4群間の比較には分散分析を用いた。有意水準は0.05とした。さらに、PDMにより外来医療費（調剤費含まず）の傷病別内訳を算出し、介入効果（ER）を求めた。

【結果】

入院医療費における介入効果は、吉井群ではそれぞれ43.7、小塩群では108.4であった。外来医療費における介入効果は、吉井群ではそれぞれ1.27、小塩群では1.07、ヘルスアップ群では0.89であり、17年度に対する21年度の健診受診群の医療費の増加割合に対して、ヘルスアップ群の医療費の増加割合が小さかった。入院と外来をあわせた医療費における介入効果は、吉井群ではそれぞれ1.64、小塩群では1.92、ヘルスアップ群では1.98であった。

「糖尿病」にかかった医療費では、17年度、21年度それぞれ、吉井群では2,739円、1,923円、小塩群では2,269円、6,592円、ヘルスアップ群では23,555円、13,859円、健診受診群では2,034円、4,525円であった。介入効果は吉井群では0.32、小塩群では1.31、ヘルスアップ群では0.26であり、17年度に対する21年度の健診受診群の医療費の増加割合に対して、吉井群とヘルスアップ群の医療費の増加割合が小さかった。

「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」にかかった医療費では、17年度、21年度それぞれ、吉井群では138円、4,392円、小塩群では4,579円、8,034円、ヘルスアップ群では20,075円、15,864円、健診受診群では2,388円、7,824円であった。介入効果は吉井群では9.74、小塩群では0.54、ヘルスアップ群では0.24であり、健診受診群の医療費の増加割合に対して小塩群とヘルスアップ群の医療費の増加割合が小さかった。

「高血圧性疾患」にかかった医療費では、17年度、21年度それぞれ、吉井群では9,260円、4,595円、小塩群では23,550円、19,806円、ヘルスアップ群では16,253円、14,845円、健診受診群では6,491円、5,507円であった。介入効果は吉井群では0.58、小塩群では0.99、ヘルスアップ群では1.08であり、健診受診群の医療費の増加割合に対して、吉井群と小塩群の医療費の増加割合が小さかった。

「筋骨格系疾患」にかかった医療費では、17年度、21年度それぞれ、吉井群では3,323円、5,065円、小塩群では3,708円、2,057円、ヘルスアップ群では6,546円、4,882円、健診受診群では2,399円、4,515円であった。介入効果は吉井群では0.81、小塩群では0.29、ヘルスアップ群では0.40であり、健診受診群の医療費の増加割合に比べて、いずれの群の医療費の増加割合も小さかった。

【考察】

吉井群において入院医療費、診療実日数およびレセプト件数が有意差は認められなかったが減少傾向であった。介入3群の中で、介入前の17年度では最も高い値をとっていたが、介入後の21年度には最も低い値となっており、外来指標が増加傾向を示していることからも、入院が必要となる重症な患者が減少し、外来での診療を受ける患者が増加したものと考えられる。健診受診群の入院診療実日数とレセプト件数において有意な減少が認められた。　傷病別医療費による介入効果をみると、すべての傷病で介入群の医療費の増加割合が小さい、すわなち、介入群の方が介入後の医療費の増加率が小さかったということを示し、介入の効果が認められた可能性が示唆される。

医療費全体でみたときにはヘルスアップ群の外来医療費でしか介入効果が認められなかったが、糖尿病や高血圧性疾患といった生活習慣に関する傷病にかかる医療費において介入効果が認められたということは、今回の介入プログラムにより効果が得られたものと考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

医療機関における「一部負担金未収金」についての法的問題

○ 山﨑哲男（医療福祉経営マーケティング研究会）
片岡 直（福岡大学法学部）
桑原一彰、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】

公的医療保険制度においては、民法上の権利義務関係と健康保険法等の公法上の権利義務関係の複合的な法律関係が存在する。前者を、狭義の「診療契約論」、後者を広義の「医療契約論」と区別した。

健康保険制度の「一部負担金」の法的性格は、「未収金処理に当たっては、債権債務の法的関係を定める上で重要なポイントとなる。

健康保険法では「一部負担金」は、医療機関の徴収責務とされ、「未収金」は医療機関が最終負担者となっている。実定法解釈として、保険者と被保険者との間の一部負担金支払いの権利義務関係は極めて曖昧になっている。このことは、契約論と保障論の対立的議論、契約当事者は誰かの学説、見解が諸々展開される要因になっている。本来、法律構成においては、未収金による医療機関の損失及び被保険者の一部負担金過払いによる損失は、「最終的にはゼロにするものでなければならない」、のが法理である。

本研究は、健康保険法等が最終的には、「医療機関の損失という法的仕組みをとっていること自体がいいのか」という法的問題を検証することにある。

【背景】

1、医療機関四団体による「未収金実態」の調査と発表及び厚生労働省の調査結果。
2、厚生労働省の「検討会」における会議録。
3、現下の「貧困の連鎖」と「社会的排除」が進行しているとの実体的研究(阿倍彩 2009)。

【方法】

1、一部負担金を巡る歴史的推移と実定法解釈の変遷の検証。(窓口一部負担金制度への変更の理由、公金の意味するもの)
2、健康保険法創設の法意と学説、判例による検証。
3、国民皆保険制度による強制保険の合憲性と正当性から見た検証。(逆選択の防止と憲法２５条)
4、国会会議録からの検証、厚生労働省の「検討会」における会議録からの検証

【結果】

1、健康保険法の歴史的推移からみて、一部負担金制度の導入の目的が、保険財政調整と受診抑制であることが確認できた。
2、医療保障制度と実定法の矛盾―「療養の給付の原則」等の公法上の契約と私法上の契約法の矛盾がある。
3、実定法の解釈に私的契約法と保障法の対抗的原理の存在が確認できる。これらの原理が発展的に統一化されていない。
4、「診療契約」と「医療契約」の概念の区別の必要性と法的(制度的)構造の違いを明確にする必要性が確認できる。

【考察】

1、健康保険法における公法上の契約内容が私法上の契約に混入している。医療機関の損失、被保険者の過払いによる損失は、最終的には公法上の契約内容として解決しなければならない。健康保険法に「法の欠欽(けんけつ)」を指摘することができる。
2、保険医療機関と被保険者との間に、保険診療内容に関する私的契約が成立する(診療契約)が、医療契約における公法上の契約とは矛盾しない。
3、契約法と保障法の対抗原理は、対立しつつ統一しながら発展し包摂するものと考える。

【結論】

1、現下では、被保険者を被告とした民事訴訟法、少額訴訟では解決の道はない。健康保険法の法意から入院保証金、受診拒否は法の理念に反する。
2、善良な管理者と同一の注意義務(民 400、644、852、869 条等)による保険者への請求手続きを緩和することによって未収金問題の改善が拡大する。
3、保険者と被保険者との法律関係の再構築が必要保険者による被保険者に対する公法上の保護責任義務の明文化が必要である(保険者機能の整備)。
4、「一部負担金の額の特例(健法 75 条の２、国法 44 条、介護法 50 条 60 条)」に定める「徴収金の例による処分」又は労働者災害補償保険法 31 条 3 項の「負担金の徴収の控除」を例とした、新たな立法措置の整備が必要と考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

福岡県の透析医療における地域格差の検証

○ 猿渡倫治（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻、社会保険久留米第一病院臨床工学部）
西 巧、石村晃一（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】

日本の透析医療において、対人口当たりの透析患者数、透析導入数、生存率が都道府県によって異なることはすでに知られた事実であり、その要因についてはさまざまな意見が交わされてきた。日本透析医学会では透析医療が保険適用となった翌年の 1986 年から全国の透析施設を対象とした統計調査を年に一回行っており、その結果を踏まえた都道府県間の透析医療における地域格差に関する報告は散見される。しかしながら、医療圏間での地域格差の検証はほとんど行われていないのが現状である。

そこで透析患者を対象として、全死亡率、悪性新生物、脳血管障害、心筋梗塞、糖尿病に限定した死亡率、入院した患者の割合および入院診療に関する地域格差について検証し、その実態を明らかにすることを本研究の目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された平成 21 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 5,215 人を抽出し対象とした。その後、対象の 1 年間の資格情報、摘要情報、傷病情報を加えたデータベースを構築した。さらに死亡の有無、入院レセプトの有無を目的変数、年齢区分、性別、居住医療圏を独立変数とした$\chi 2$ 検定を行った。同様に、悪性新生物、脳血管障害、心筋梗塞(狭心症も含む)、糖尿病の罹患者毎に層別し、死亡の有無を目的変数、年齢区分、性別、居住医療圏を独立変数とした$\chi 2$ 検定を行った。次に、入院診療日数、入院医療費、1 日入院医療費を目的変数、二次医療圏を因子とした一元配置分散分析を行った。最後に、死亡の有無、入院レセプトの有無を目的変数、年齢区分、性別、居住医療圏を独立変数としたロジスティック回帰分析および悪性新生物、脳血管障害、心筋梗塞、糖尿病の罹患者毎に層別し、死亡の有無を目的変数、年齢区分、性別、居住医療圏を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。関連の指標としてはオッズ比、モデルの適合度の指標は、Nagelkerke's R2 を用いた。なお、有意水準はα=0.05 とした。

【結果】

対象患者の分布において、全死亡率は居住医療圏($\chi 2$=52.953、p<0.001)で有意差を認め、疾患に限定した死亡率は脳血管障害($\chi 2$=24.736、p=0.025)、糖尿病($\chi 2$=45.688、p<0.001)、入院した患者の割合($\chi 2$=179.793、p<0.001)においても医療圏間で有意差を認めた。ロジスティック回帰分析の結果において、全死亡率は基準とした福岡・糸島医療圏に比べ久留米(OR=0.629 、95%CI=0.405-0.978)、飯塚(OR=0.045、95%CI=0.006-0.328)と低く、疾患に限定した死亡率は基準とした福岡・糸島医療圏に比し悪性新生物で京築(OR=3.742、95%CI=1.097-12.762)が高く、脳血管障害は筑紫(OR=3.991、95%CI=1.094-14.559)と高く、糖尿病では久留米(OR=0.665、95%CI=0.269-1.646)、飯塚(OR=0.073、95%CI=0.010-0.542)が基準に比べ低く、北九州(OR=1.648、95%CI=1.088-2.498)は高い結果を示した。入院診療における一元配置分散分析の結果は、入院診療日数(F=2.98、p<0.001)、入院医療費(F=3.06、p<0.001)、一日入院医療費(F=2.96、p<0.001)すべての変数において医療圏間でばらつきを認めた。

【考察】

本研究で、全死亡率、悪性新生物、脳血管障害、心筋梗塞、糖尿病に限定した死亡率に地域格差が認められた。また、入院診療について地域格差が大きいことが明らかになり、人口当たりの病床数ならびに医師数の偏在が透析患者の入院医療費に影響を与えていることが示唆された。このことは、透析患者に対する医療資源が有効に使われていないことを示唆している。今後の更なる検証として入院に関する診療内容を明らかにすることが重要であると考えられる。また、2011 年までのレセプトオンライン請求の義務化に伴い、これまで及ばなかった領域への評価が進むことで今後の医療の推計、設計が進むことが望まれる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

レセプトデータを活用した平均在院日数・再入院率の測定による医療費適正化計画への示唆

○ 西 巧、猿渡倫治(九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻)
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

【背景と目的】

高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条第 1 項及び同法第 9 条第 1 項に基づき、平成 20 年度から国及び都道府県は、医療費適正化計画を策定している。福岡県は、平成 18 年に 42.9 日であった平均在院日数を、平成 24 年には 34.7 日にするという目標を定めた。しかし、この目標は入退院数から算定した平均在院日数であり、長期入院患者の調査期間以前の在院日数が考慮されにくく、長期入院の影響が反映されず、同一疾患のために退院・再入院を繰り返す患者を複数回の入退院とみなすことによって、不適切な評価がなされている可能性がある。このため、効果的な医療費適正化を達成するための指標として用いるには適当でないと考えられる。一方、高齢者の医療の確保に関する法律第 16 条に基づき、2011 年度までに原則としてレセプトのオンライン請求が義務化され、医療費適正化計画の作成・実施・評価を目的に保険者及び広域連合から提出された全レセプトデータからナショナル・データベースが設置される予定である。これにより、レセプトデータを活用した指標の開発が今後可能となる。レセプトデータを用いて、医療機関の属性を切り口とした平均在院日数を測定し、医療費適正化計画の評価を行うことは有益であると考えられるが、前述の通り、指標の妥当性については疑問が残る。

そこで、レセプトデータを活用し、平均在院日数以外に、再入院率、調査期間以前の入院期間を加えた修正平均在院日数の指標の測定を行い、医療費適正化計画に貢献することを本研究の目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された平成 21 年 4 月から平成 22 年 3 月診療分のレセプトデータのうち入院に関するものを抽出した。その後、病院報告の平均在院日数と再入院率、修正平均在院日数を病床別、二次医療圏別、経営主体別に測定した。

【結果】

修正平均在院日数は、病院報告の平均在院日数の 5～10 倍程度であり、修正平均在院日数のばらつきは、平均在院日数と同様の傾向が見られた。しかし、病床間、二次医療圏間のばらつきの程度は異なっていた。再入院率は、二次医療圏別では、福岡・糸島保健医療圏、久留米保健医療圏、北九州保健医療圏で高かった。国立病院、官公立病院、大学病院においては、精神病床と療養病床以外の区分で再入院率が高く、一般病床(DPC 対象病院)では最も高かった。

【考察】

病院報告の平均在院日数では、長期入院の実態を把握できないことが明らかになった。医療費適正化計画の重要な目標である長期入院の是正のための指標としては、修正平均在院日数がより妥当な指標であると考える。また、DPC 対象病院の一般病床では、再入院率が高い傾向にあった。これは重症度が高いために再入院が必要であった症例が存在する可能性や、在院日数が短いほど 1 日当たりの診療報酬が高い為である可能性、化学療法や放射線療法を実施するための再入院である可能性も考えられる。

本研究において、二次医療圏、経営主体毎に、平均在院日数以外に再入院率と修正平均在院日数を測定することは有用であることを明らかにすることができた。より効果的に医療費適正化を実施するためには、病院報告の平均在院日数に加えて、修正在院日数や再入院率を評価の指標として用いる必要があるだろう。修正在院日数は入院期間の実態を反映するため、医療費適正化計画の重要な指標となる可能性がある。加えて、再入院率を測定し、再入院の要因についても評価を行う必要があるだろう。今後は、病床別に平均在院日数、再入院率、修正平均在院日数を測定し、二次医療圏・経営主体別に対策を取り、再入院率にも考慮した上で、医療費適正化計画の作成・実施・評価を行っていく必要があるだろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　61 - 93,　2011

地域中核公立病院における医療・経営状況の急激な悪化の要因

○ 齋藤貴生（九州大学大学院医学研究院医療・経営管理学講座、田川市病院事業管理者）
森田竜治、山本正樹（田川市立病院総務課）
馬場園明、前田俊樹（九州大学大学院医学研究院医療・経営管理学講座）
19 同規模類似公立病院

【目的】

地域中核病院、とくに地方の非都市部における二次医療圏の医療を守ってきた中型（病床数200床以上500床未満）の公立病院において、比較的順調であった医療・経営状況が平成15～6年頃より著しく悪化する事例が頻繁に認められている。そこで、その典型例である田川市立病院について医療・経営状況、病院基盤及び病院新築の影響等を調査し、医療・経営状況の急激な悪化の要因を検討した。

【対象と方法】

対象は、田川医療圏（人口14万人、うち田川市5万人）で急性期医療を提供してきた田川市立病院（昭和24年開設、342床）で、平成16年度以降に急激に医療・経営状況が悪化した。対照の同規模類似公立病院は、全国999公立病院から一定の条件（一般病床300～350床、急性期医療実施、市町人口2万～17万、県庁所在地より平均42ｋｍ）で26病院を選択し、アンケート調査で回答の得られた19病院である。

田川市立病院では、平成6年～21年度における1）患者数、医業収支、繰入金、経常収支等の医療及び経営状況、2）医師数、医療機器、資金（繰入金）、経営改革等の病院基盤、3）病院新築の資金（建設費、償還金、繰入金）および交通網への影響を調査した。対照の同規模類似病院では、15～20年度における上記の医療及び経営状況、病院基盤、病院新築にともなう資金への影響について調査した。

【結果】

1　医療・経営状況

田川市立病院では、20年度の患者数、医業収益が15年度に比してそれぞれ75.2%、73.3%となり、医業収支比率は15年度92.9%から20年度89.0%、修正医業収支比率は92.2%から87.2%になった。繰入金は15年度745百万円から20年度564百万円へと75.7%に減少し、経常収支比率は15年度92.3%から20年度88.7%に減少した。経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率はともに15年度から20年度まで赤字であったが、その程度が5年間で急激に悪化した。不良債務は、病院新築（11年度）後の12年度から15年度に発生し、経営努力で一時解消したものの20年度以降再び発生し、22年度には資金不足比率が10%を超え経営健全化基準に達すると推定された。

19同規模病院平均では、20年度の患者数、医業収益が15年度に比してそれぞれ81.5%、94.6%となり、医業収支比率は15年度94.9%から20年度89.2%、修正医業収支比率は93.5%から87.2%になった。繰入金は15年度655百万円から20年度801百万円へと122.4%に増加し、経常収支比率は15年度95.8%から20年度92.5%に減少した。経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率の平均はともに15年度から20年度まで赤字であったが、その程度が田川市立病院とほぼ同様に5年間で急激に悪化した。20年度は、4病院のみが経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率ともに黒字であり、残りの15病院は経常収支比率、医業収支比率、修正医業収支比率のすべてが赤字であった。不良債務のある病院は、15年度2病院から20年度6病院に増加し、うち2病院は資金不足比率が経営健全化基準の10%を超えていた。

2　医療・経営悪化の要因

①病院建築に伴う償還金：建築費は、田川市立病院139億円（583千円/㎡）、11同規模病院平均（6年～18年に建築施行）116億円と田川市立病院が高額であり、償還金（15～20年度平均）はそれぞれ254百万円、188百万円と田川市立病院が35.1%、年間6,600万円過大であった。②病院建築分を除く繰入金（15～20年度平均：田川市立病院237百万円、19同規模病院平均414百万円と田川市立病院が42.8%、年間177百万円過小であった。③移転及び交通網不備の患者数への影響：1 日外来患者数は、移転前の6年度911人から21年度578人と63.4%に減少、地域別では田川市49.3%、田川郡84.6%に減少した。④医療機器購入費（15～20年度平均）：田川市立病院43百万円、19同規模病院平均155百万円と田川市立病院が年間112百万円過小であった。⑤医師数の推移（15～20年度平均）：医師数は、田川市立病院46人から31人へと15人減少、19同規模病院平均40人から38人へと2人減少であり、田川市立病院の減少が最大であった。

【結論】

田川市立病院における医療・経営の悪化の要因として、①過大な病院建築費に伴う過大な償還金、②過小な繰入金（病院建築分を除く）、③市中心地から辺鄙な地域への移転及び交通網の不備による患者数の減少、④購入費抑制による医療機器の老朽化、⑤新医師臨床研修制度等に伴う医師数の減少が関与していた。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　94，2011

【 定例研究会報告 】

平成22年8月6日
馬場園　明

第17回研究会報告　米国医療の歴史と制度

1800年代中期から、カトリック系移民が増えたことと、米国の産業が東部から西部、南部に広がったことで、さまざまな組織が病院の設立を手がけるようになった。米国東部には、すでに寄付者（おもにはプロテスタントたち）によって設立されたボランタリー病院が存在していたが、カトリック系移民は中部に宗教系の病院を設立した。西部と南部には、新しい商業都市が形成され、寄付金に頼らない独立採算の営利病院（Proprietary Hospital）が生まれた。1800年代後半から営利病院が市場に広がり、医師や大学医学部とも協力して特に急性期の患者を中心に受け入れ、裕福な患者からは治療費を取り、貧困患者は学用患者として無料で受け入れていた。現在でもマサチューセッツ総合病院はハーバード大学医学部と提携し、大学病院としての役割を果たしている。自治体病院は、自治体からの資金援助を得て、幅広い患者治療を担っていた。宗教系の病院は、規模からするとボランタリー病院・自治体病院との中間で営利病院よりは大きかったが、寄付金が少なかったので病院の運営資金は労働者や中流階級の患者からの治療費を充てていた。1800年代後半までの米国の病院は、一部のボランタリー病院を除いて医師によって一般の患者の治療を施すところというより、看護スタッフによる貧しい人への慈善と看護を施すところであった。そのために医師は病院に頼ることなく自分の診療所あるいは往診で患者治療にあたっていたために、米国の医師は開業医としての役割を果たしていた。1900年代以降には、徐々に病院の医療レベルが向上し、医学技術が発展したことにより開業医は、自分の診療所で補いきれない検査や手術設備を病院に求めるようになっていった。

米国の医療保険制度は、公的医療保険と民間医療保険とによって成り立っている。公的医療保険は、人口の約34%に相当する1億人が利用している。公的医療保険は、大きく分けて6種類ある。そのうち一般の米国人が条件を満たせば加入できる公的医療保険として「メディケア（Medicare)」、「メディケイド(Medicaid)」と「州子ども医療保険（State Children’s Health Insurance Program: SCHIP)」がある。軍人には、現役軍人とその家族を対象にした「トリケア（Tricare)」と退役軍人個人のための「VAヘルスケア」の種類がある。そして、米国ンインデイアンとアラスカ先住民のためには「連邦医療プログラム」がある。トリケア、VAヘルスケア、連邦医療プログラムの場合は、連邦政府の医療機関で医療サービスを受けなければならないが、トリケアの場合は、一般の医療施設を利用できるプログラムもある。公的医療保険に加入していない米国人は、個人や企業を通して民間医療保険を利用していることになっているが、15%の無保険者がいると推定されている。

2009年、バラク・オバマは医療制度改革を掲げて大統領戦を戦い、勝利した。オバマ大統領は医療改革の目標を3点に絞った。第1に、医療保険に加入している人々により多くの医療保障と安定性を提供すること、第2に、無保険者に医療保険を提供すること、そして、第3に、医療費の伸びを経済成長に合わせて抑制することとした。オバマ大統領のThe Patient Protection and Affordable Care for American Actは、2009年12月上院を、2010年3月下院を通過した。これによって、米国の医療は大きく変化することになった。この法律は4つの対策により、医療のアクセスを良くし、最低限の給付を保障し、医療費をコントロールするという組み立てになっている。第1に雇用主に被雇用者に保険をかけることを義務付け、かけなければ税金を払わなければならない。第2に、貧困者にはMedicaid給付の所得制限を緩和し、保険の購入に政府が補助を行う。第3に、病歴による保険料の格差をなくし、持病を抱える人も保険に加入しやすくする。第4に、保険会社は政府が定めた基本的な医療サービスを強制給付しなければならない。これらの対策により、医療が必要な人は最低限の医療サービスを受けることができるようになることになると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　95, 2011

【 定例研究会報告 】

平成22年10月1日
馬場園　明

第18回研究会報告　米国の病院と経営管理

米国の病院は、連邦政府、州政府、地方自治体、民間組織などによって運営されている。連邦政府は、おもに軍関係、先住民の人々を対象とした病院を、州政府は、おもに伝染病や精神疾患を対象とした病院を運営している。一般のアメリカ人が通う病院は、主にコミュニティー病院（Community Hospital）と呼ばれる「地方自治体病院」と「非営利病院」、「営利病院」からなる。病院はあくまでも検査、手術、入院をする施設になっている。それゆえ、患者は、病院から独立している開業医やグループ・プラクティスの医師のオフィスで診察を受け、必要があれば医師の指示により、その医師が契約している病院に行くシステムになっている。開業医やグループ・プラクティスの経営者たちは、独立採算でオフィスの経営をしているので、患者の医療費の支払い能力に敏感である。そのために患者は、医師のオフィスに予約を入れる際に保険の有無を確認され、適切な医療保険を持たない場合は、診察の前に前金を要求されることなどを医師のオフィスのスタッフから説明を受けることが多い。したがって、無保険者が医師にかかることは困難である。

米国の病院組織に関連する利害関係者（患者、病院スタッフ、地域社会、株主）が病院経営の意志決定と経営の監督すなわちガバナンスをつかさどり、ボードの意志を汲んだ最高経営責任者（CEO: Chief Executive Officer）を中心とするマネジメント・チームが病院を運営している。ボードは、選任するCEOの業績評価や業績に対する報酬を決める。ボードの経営方針を理解して病院運営ができる有能なCEOを選ぶことは重要である。CEOは、ボードの意向に添って病院の運営が遂行できるよう計画を立て、病院組織を統率する能力が要求されている。通常CEOの契約は2年間である。CEOは、組織の存在意義や目標を明確化する。ミッションーステートメント（Mission Statement:社是）には、地域、サービス、資金の三つの要素を含めるべきとされている。病院の地域市場の状況分析によって競合病院の状態、市場動向（トレンド）や地域のニーズを把握したうえで、長期計画や病院から要望される年間予算を検討・承認する。経営のツールとしてBSC(Balanced Scored Card)を使用している医療機関が多い。因果関係や数値目標を明確にしているために、期待通りいかなかった場合の対策に便利である。典型的な分野は、1. Quality and Safety, 2. Patient Satisfaction 3. Employee Satisfaction, 4. Finance , 5. Growthである。5のGrowthの指標は、入院数、転院数、手術件数である。

診療や経営・管理の履行状況は、病院の各部署からの報告や委託している外部組織からのレポートなどを参考に規則を守って運営されているか（Compliance Activities）を確認・検討される。代表的な外部組織として公認会計士がいる監査事務所やJCAHO（Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization:医療機関機能評価認定組織）がある。外部の会計監査は、発覚している問題（潜在的な問題も含めて）をマネジメント・レターとして、直接ボードに報告する。

1994年からアメリカ厚生省のAHPR（Agency for Healthcare Policy and Research:医療に関する政策と調査をする局）は、CAHPC(Consumer Assessment of Health Plan Survey)という消費者（利用者）の立場からヘルス・プランを評価するための調査）とよばれるプログラムの開発に着手し、1995年から、マネジド・ケアを選ぶメディケアの被保険者を対象に調査が開始された。1999年、アメリカ厚生省はAHPRをAHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality:医療調査と質局）に名称を変更した。そして、CAHPCの調査対象者、政府が運営しているメディケア・メディケイド、民間医療保険に委託したメディケア・メディケイド、民間医療保険会社の被保険者など1億2百万人にも及ぶ。米国は医療の経営・管理の創意工夫においては、わが国よりはるかに進んでおり、また学ぶことのできることが多い。わが国でも医療の質をモニターし、委員会などでPDCAサイクルを回して改善していくシステムの構築が必要であろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　96，2011

【 定例研究会報告 】

平成22年12月3日
馬場園　明

第19回研究会報告　米国の在宅ケア

米国の在宅ケアは、訪問看護、訪問リハビリテーションといった医学的ケアから食事等の介助、家事援助、給食サービスなど、地域によって多様なサービスが存在している。1966年に医師の治療、病院内での治療、在宅ケアについて、連邦政府が65歳以上の高齢者に対して医療保険を提供する「メディケア」が始まった。翌年の1967年のメディケア認定在宅施設は1753施設であったが、1985年には約3倍の5983施設まで増えた。当時は支払い制度が出来高払いであったことと、1982年に営利組織もメディケア認定の在宅施設として認められるようになったことが施設の増加に拍車をかけた。メディケアの在宅医療でカバーされないサービスは、私的長期療養型医療保険を使うか、全額自己負担である。私的長期療養型医療保険は民間医療保険であり、雇い主の会社が定年退職した社員に提供する場合が多い。ナーシングホーム、老人ホーム、デイケア、老人専用住居施設、家事援助が含まれることが多い。メディケアでは、糖尿病、アルツハイマー型痴呆など慢性疾患の在宅ケアはカバーされていない。私的長期療養型医療保険は民間保険なので、すべての高齢者が加入しているわけではなく、多くの高齢者たちは在宅医療に関してはメディケアに頼っていることになる。

米国の平均入院日数は、1980年代から減少し続け、その代わりに自宅で看護を受けるようになった。メディケアの入院患者が在宅看護を受ける割合は、DRG導入前後の1981年から1985年では9.1パーセントから17.9パーセントにまで増加した。心臓バイパス手術では患者の約30パーセントが、病院を退院後、在宅ケアを受けている。病院はDRGによって支払いを受けるので、入院日数が1日でも延びると利益は出なくなるからである。心臓バイパス手術を受けた患者は10日ほどの入院後、自宅療養となる。そこで、退院後2週間にわたって「在宅看護専門看護師」が患者宅を訪問して、患者の手術後の予後治療と患者教育を行なう。米国では、手術の内容など高度な説明を医師が行ない、それ以外の患者教育については、看護師、薬剤師、栄養士がチームとなって患者や家族に説明することが多い。在宅看護の成功の鍵は、患者白身の「治療への参加」と「自己管理」にあるとされている。訪問看護の最終ゴールが決められ、患者は、リハビリテーションの方法、生活習慣（入浴の仕方）など事細かに在宅専門看護師から指導を受ける。在宅看護開始時と終了時にはアセスメントも実施される。たとえば、「運動機能の上昇」や「ペイン・マネジメントの効果として、鎮痛剤の服薬量の減少」などがアウトカムの指標となる。

PACE（ペイス）は「Program of All-inclusive Care for the Elderly（高齢者のための包括的ケア・プログラム）」の略称で、慢性疾患や心身の障害があって継続的な治療・療養を必要とするために在宅でのケアが困難で、施設や長期療養型医療機関への入所・入院が必要であると州政府によって認定された高齢者に対し、在宅で療養生活を続けることを可能にさせるマネジド・ケアである。PACEの施設（デイケア・センターなど）には、常駐のプライマリ・ケア医が診断・治療にあたる総合外来クリニックに加えて、循環器内科、眼科、整形外科など、高齢者が日常的に必要とする専門医のクリニック、ならびに歯科医師のクリニック、薬剤師が常駐する薬局があり、管理栄養士による食事指導、PT・OTによるリハビリも行われる。PACE の典型的な加入者が80 歳以上で，平均7.9の慢性疾患を持ち，3以上のADL 障害を持っているが、PACE によるサービスにより要介護老人のケア費用は38%も削減できるといわれる。米国でも疾病を持つ高齢者で実際に自宅やホスピスで亡くなる者は20%にすぎないといわれるが、PACE 加入者は45%が在宅で亡くなっている。ただし、米国ではマネジド・ケアやデイケアを好まない高齢者も存在する。しかしながら、少子高齢化を迎えるわが国では、PACEは一つのモデルとなりうるであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　97，2011

【 定例研究会報告 】

平成23年2月4日
馬場園　明

第20回研究会報告　米国の疾病管理

マネジド・ケアの浸透率が年々上昇している米国では、包括支払い制度のなかで経済的リスクが、「雇用者」「被保険者」「保険運用機関」「医者」の4者に反映されるために、疾病予防および慢性疾患の管理が求められている。米国の疾病管理（DM: Disease Management)の背景には肥満問題がある。肥満は、糖尿病、動脈硬化症、高血圧症、骨関節炎などの原因になっている。肥満の有病率は18パーセントであり、若年層へと広がりつつある。慢性疾患のコントロールがされないと、心臓バイパス手術や透析などが必要となることもあり、結果的に医療費の増加につながってしまう。疾病の悪化が予防できれば、医療費は削減できる可能性がある。基本的に、メディケアとメディケイド以外の医療保険は民間で成り立っている米国では、リスクの高い保険加入者を抱えても、市場の競争が激しいので保険料の大幅な引き上げは容易ではない。市場の原理から、疾病管理を怠ると合併症や重症度が増す患者の管理が重要となり、結果的にDMの認識度が上昇したのである。

DMプログラムは，アセスメント→階層化→介入→効果測定（評価）の一連の流れから構成される。主治医や加入している保険からプログラムへの参加の助言を受けた患者は，それぞれDMプログラムのウエブページなどにアクセスし，会員登録し，スタートする。DMプログラムのコアになる部分で，リスク特性や行動特性を特定し，それに応じた介入プログラムを選択するために行なわれる。健康信念モデル（Health Belief Model）や自己効力感尺度，変化のステージモデルは頻繁に用いられているようである。多くのDM会社は，どのようなアセスメントモデルや理論根拠に基づくのかを利用者に説明し，自分たちのプログラムの優位性を主張している。

しかしながら、医療市場では、DMプログラムは依然として製薬会社が作り出し、看護職が主役であるイメージが強い。そのため、医師の協力が得られにくい。また、営利組織が新たにDMに投資するには、株主を説得するための経済的資料が必須であるが、DMプログラムの経済的成果は短期間で得ることが難しい。そのために、DMの成果を裏付けるデータが不足しているために、マネジドケアの保険会社や雇用主に採用されにくいのが現状である。

米国の慢性期の疾病管理モデルとして、Chronic Care Modelがある。医療と公衆衛生の連携モデルであり、医療提供制度、診療の決断の支援、EHR(Electric Health Record; 電子カルテ)、本人による疾病管理からなっている。内容はそれぞれ、本人の環境でアクセスできる医療機関を紹介、根拠に基づいたガイドラインにそった医療の提供、EHRによる情報の提供、行動変容の支援である。The Patient Protection and Affordable Care for American Actでは、プライマリ・ケアを重視ACOs (Accountable Care Organizations)をその核としている。CMS（Centers for Medicare and Medicaid Services）は、ACOsを定義し、プライマリ・ケアを支援しようとしている。 ACOsは複数の医師からなる組織であり、特定の患者の医療の質と費用を管理するものである。ACOsは、病院、診療所、ナーシングホームなどの機関が連携し，ていなければならない。Medical Homeは診療所におけるACOsであり、accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity, accountability といった伝統的なプライマリ・ケアの機能にEHR, e-mail, informed decision makingなどの現代のツールを用いて、一人ひとりの患者に責任をもって診療している。慢性疾患が重要な今日、予防から、慢性病の治療、急性期病院への紹介、病院からのフォローアップといったことに責任をもつことは重要である。Medical Homeでは、診療の他、食事、運動指導、保険加入の相談まで行っている。

米国での疾病管理は、製薬会社や保険会社の主導で始まったが、医師の支援が得られず、大きな広がりがなかった。一方、プライマリ・ケア機能としてのMedical Homeが、疾病管理に責任を持つ主体として重要視されている。The Patient Protection and Affordable Care for American Actの後押しもあり、今後、発展していくであろう。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　98，2011

【 定例研究会報告 】

平成23年4月1日
馬場園　明

第21回研究会報告　ドイツの医療改革

ドイツの社会保障政策は典型的な欧州大陸型とされる。カトリック社会主義の流れを引き継いだ理念に基づいた運営がなされてきた。経済システムは市場を重視した福祉国家となっていて、米国のような市場を重視する制度と手厚い福祉と税の大きな負担による平等主義的な北欧諸国と中間的な制度とも見られている。

ドイツの医療保険システムは、連邦保健省が管轄する連邦保険庁の監督下にあり、その下で疾病金庫等の各保険者の自治的な運営が維持される制度となっている。医療費が増大している中で、医療の質を維持しながらも効率化を進め、患者の自己負担により過剰な診療を抑制することによって、持続的な医療制度を模索しているのは、他の先進諸国の医療制度の改革と共通している。

ドイツでは国民の約9割が加入している疾病金庫が保険者として機能し、疾病金庫間に競争原理が導入されてコスト面の効率向上が図られている。医療供給の面では医師及び医療施設が、入院と外来に機能的に分化している。また1994年に他の先進国に先駆けて介護保険を導入し、その制度的見直しが2008年に実施された。

ドイツではセルフガバナンスの枠内で行う「ニーズ・プランニング」という制度がある。国が大綱を決める以外は、疾病金庫、医師、病院が契約を結び合うことによって計画を作成する方式で、それぞれの計画について州政府・疾病金庫団体・医師会などが適宜会議体を組織して決定を行っている。

ドイツ国内には52社ほど民間医療保険会社があり、公的医療保険に加入していない人向けに代替型医療保険（完全保険）を提供している。また、公的医療保険加入者に対しても、公的医療保険では対象とされない追加部分についての医療保険の提供も行っている。この医療保険には、高度医療や新薬などの薬剤補助、眼鏡、歯科治療補助などかある。民間医療保険では、患者がまず医療費を全額支払い、後日被保険者の要求に応じて保険会社から被保険者に保険料が支払われる「償還払い」を原則としている。

日本は医療制度も医師教育制度もドイツを模倣してきており、共通点は多い。ドイツでも、保険料は本人と雇用主が折半してきたが、最近は税からの補填が大きくなっている。疾病金庫も国によって規制されてきており、日本と同様、自律的な組織というよりも国の代理機関となりつつある。民間保険は公的医療保険の代替えであり、加入できる対象者は公的に定められている。ドイツの医療費は相対的に高いが、総枠予算性、参照価格制度などでコントロールされつつある。医療の質の改善は、医療機能評価、臨床指標の設定と情報の公開などで浸透してきている。介護保険は日本に先駆けて実施しているが、重症者の給付を重視し、現金給付も行っているのが特徴である。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　99，2011

【 定例研究会報告 】

平成 23 年 6 月 3 日
馬場園　明

第 22 回研究会報告　フランスの医療改革

フランスでは、公的医療保険は、老齢、家族、労働災害とともに社会保障法典における社会保障(securite sociale)と位置付けられている。保健医療支出の多くは、社会保障法典における狭義の公的医療保険によりカバーされるが、アルツハイマー病、介護、その他の支援は高齢者保険の対象である。低所得者等については福祉制度からの支払いも行なわれる。社会保障は、毎年の社会保障財政法の目標に沿って運営することが、社会保障財政に関する制度法により定められている。

職域を基本とする医療保険金庫が公的医療保険を運用している。被用者を主な対象とし約 8 割の国民が加入している一般制度は、全国被用者医療保険金庫(CNAMT)が管理運営を行なっている。自営業者の疾病金庫は CANAM であり、農民の疾病金庫としては MSA である。なお、医師団体との協約締結権限等は 2004 年改革で発足した医療保険全国連合(UNCAM)に引き継がれ、医療保険の償還対象となる医療行為の一覧表や開業医の診療報酬の決定に関与している(病院の診療報酬は引き続き国が決定)。医療保険全国連合の発足は、保険者を介した国による管理・運営の強化と労使の役割の後退と理解されている。保険料を徴収し、各運用機関に振り分けるのが、社会保障中央機構(ACOSS)の役割である。医療保険料率は被用者が収入の 0.75%、使用者 12.8%(2009 年)となっており、被用者の料率は 1990 年代前半の 6.8%から大幅に引き下げられている。保険料収入のシェア(2008 年：49%)は低下してきており、一般社会税(2008 年：37%)、その他の税(2008 年：10%)への代替化が進んでいる。

フランスの公的医療保険は、歴史的な経緯もあり、相対的に給付範囲が比較的広い代わりに患者の自己負担が多いという特徴があることから、共済組合や民間保険会社の提供する補足的保険が普及している。補足的保険を提供する共済組合は、公的医療保険との契約により、基礎保険部分も含めて医療機関に診療報酬を一括払いする事務も請け負っている。通院時負担金（1ユーロ）のカバーや、かかりつけ医を経由しなかった場合に病院や専門医に支払った付加料金部分のカバーは禁止されている。

医師の専門科目に関しては、それぞれの分野の人数が決まっており、試験の結果で選抜がなされ、専門科目への偏在が起こらないように対策がとられている。開業医、勤務医には、一般医と専門医がいるが、開業医に専門医が多いのが特徴である。開業看護師も認められており、医療過疎の地域では貴重な人的な資源となっている。

医療費のコントロールは、医療保険支出国家目標、警告委員会の設置、ゲートキーパー制度・自己負担の導入を取り入れている。質の管理は、情報化、高等保険当局の創設、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。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　100，2011

【 定例研究会報告 】

平成23年8月5日
窪田　昌行

第23回研究会報告　医療福祉経営のためのリーダーシップ論

高齢者事業についてさまざまな法人、組織の新規事業の立ち上げを支援してきた中で、成功する組織、そうでない組織の違いを見てきたとき、リーダーが重要であることを感じている。経営の神様といわれる松下幸之助著の“指導者の条件”で、「組織のメンバーひとり一人が平凡であっても、その力やエネルギーを最大限に発揮させ、一定の方向に結集させる人に当を得れば、組織は発展していく。反対にメンバー一人ひとりの能力がいかにすぐれていても、良き指導者にめぐまれなければ、組織は混乱し、衰退していく。組織運営の成否はつまるところ、指導者によるところが大きい。」とある。

古典的なリーダーシップ研究として、主に特性アプローチ、行動アプローチ、変革型アプローチがある。特性アプローチでは、偉大なリーダーは偉大なリーダーになるべき特性を持っているという前提がある。このアプローチによって、適切なリーダーの選考を可能にしようという試みがなされた。行動アプローチでは、有効なリーダーとそうでないリーダーを区別する行動を区別化することによって、どのような行動が有効なリーダーを作り上げるのかを発見しようとした。行動アプローチ研究の実績では、例えばミシガン研究、オハイオ研究、三隅二不二のＰＭ理論などが有名である。変革型アプローチは、スタッフに強い情動を起こさせることによって、「リーダーと同一である」という感情を起こさせるものである。命令するのではなく、教えることによって、スタッフの意思を変化させ、組織全体をよみがえらせ、変革することを目指すものであるが、ジョン・コッターの理論はまさに変革型である。コッターの研究による3つのリーダーシップの要素は、①針路を決定する（ビジョンの形成）、②社員の心を一つにする、③社員を動機づけるから成り立っている。例えば、日産自動車のカルロス・ゴーンによる変革、復活がまさに、コッターの手順にそったものといえる。すなわち、ゴーンはまず、日産のビジョン「日産リバイバルプラン」を1999年に発表し、日産の職員の心を一つにするために、スピーチ、メール等を駆使して、社員一同に日産のビジョンを示し、現場で、職員を動機づけた。これは、変革型リーダーシップを発揮し、成果を上げた例である。

次の課題は、日本の優れたリーダー達はどのようにして経営哲学を培ってきたかをテーマとしたい。例えば、松下幸之助、東芝の石坂泰三、京セラの稲盛和夫、ソフトバンクの孫正義等について調査研究した結果、経営学を学び、現場でスタッフの動機付けを行ってきた以外に、論語等の古典からも影響を受けているということがわかった。この点についてはさらに研究を重ね、次回発表したいと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　101，2011

事務局便り

本年３月 11 日に発生した東日本大震災が日本の政治、経済、環境に及ぼす影響は計り知れないものがあり、大震災で亡くなられた方々のご冥福を祈るとともに、被災された方々に心からお見舞い申し上げます。被災された方々には多くの高齢者が含まれており、医療や介護のニーズに対応できていないことが報道されている。系統的、継続的な医療や介護の支援が必要とされているが、当研究会が提案している高齢者支援モデルも活用されることを願っている。

本研究誌は 2006 年に創刊され、今回で第 6 巻発刊となったが、この間、日本の政治、経済は激動のなかにある。2006 年、小泉政権から安倍政権へと移ったが、翌年、自民党が参院選で歴史的な惨敗を喫したことにより、安倍首相は１年あまりで突然退陣した。その後、福田、麻生政権と移り、2009 年の衆院選では、民主党が圧勝し、新しい民主･鳩山政権が誕生した。国民の“新生日本”への期待は大きなものがあったが、民主党のマニュフェスト実行力の無さが露見し、2010 年の参院選では大敗し、民主党政権も鳩山から管政権へかわり、大震災から半年後の９月には野田政権となり、現状に至っている。

経済は 2008 年、投資銀行リーマンブラザーズ破綻による米国発金融危機による景気後退で株価は低迷し、円は高騰し、日本経済が停滞したまま、長いデフレのトンネルから脱しきれない状況である。さらに最近の米国の財政問題、ギリシャの財政危機に端を発するユーロの急落、ユーロ経済の先行き不明なことがあり、日本だけでなく、世界的に経済の先行きが見えない状況にある。

わが国は急速な高齢化が進行しており、医療介護を必要とする高齢者が 22％を超え、有限な医療・介護の資源を最適化していく新たなシステムが求められている。政治や経済がどのような状態にあろうとも、これらの問題を避けて通ることはできない。間違いないことは、新たな財源を確保しつつ、医療・介護資源を適切に配置しなければならないことである。2010 年に、政府は日本の高齢者ケアのあるべき姿と方向性として「地域包括ケア」を発表した。

本研究会はこれらに対応するかたちで、取り組みを行っている。まず「高齢者ケアのパラダイムシフトの転換をめざして－管理から支援へ－」というテーマで第一回学術集会を３月 26 日に行った。ここでは２つの講演と、11 の研究が発表され、その後の懇親会では、現場で同じような問題を抱える方々の間で貴重な意見交換がなされ、有意義なものになったと思われる。第２回目は､来年３月３日､｢地域包括ケアの構築をめざして｣のテーマで開催する予定である。また､定例の研究会では､海外の事例、米国、ドイツ、フランスの医療制度、経営管理等が取り上げられ、活発な議論がなされた。そして、今回の研究会誌作成でも、高齢者の支援を行っている多くの方々が係わり、ご協力いただいた。

来年、平成 24 年度は診療報酬、介護報酬のダブル改定の時期となるが、大震災復旧に巨額の財源を拠出しなければならないこと、景気低迷による税収不足等、資金が限られていくなかで、医療・介護の分野では、さらに効果的・効率的な経営に向けての新たな改革、および改善が求められている。それらを実現していくには、医療･介護経営にたずさわる人材の開発、育成が重要な課題となっている。本研究会の役割の一つが、リーダーシップを発揮していく人材の教育であることを踏まえつつ、今後さらに研究研鑽を重ね、社会の新しいニーズに対応する地域包括ケアシステムの研究開発を行い、地域社会に貢献していきたいと考えている。

（主席研究員　窪田昌行）

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　103，2011

第２回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会のお知らせ

大会テーマ：地域包括ケアの構築をめざして

1. 会　期：平成24年3月3日（土）　13:00～17:00

2. 会　場：九州大学　医学部　総合研究棟102号室　（九州大学病院地区キャンパス内）
福岡市東区馬出3丁目1番1号

3. 学術集会プログラム

【1. 特別講演　13:00～13:40】
テーマ：高齢者の心と介護
荒木　登茂子(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【2. 教育講演　13:45～14:25】
テーマ：新たな在宅医療の構築に向けて
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　14:35～17:00】

【4. 懇親会 】＊演題発表後、懇親会を予定しています。多数のご参加をお待ちしています。

4. 学術集会・大会事務局

〒812-8582　福岡県福岡市東区馬出3丁目1番1号　九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ706
医療福祉経営マーケティング研究会 事務局
TEL & FAX: 092-651-4565（直通） E-mail： info@hc-market.net

5. 学術集会参加および研究発表申込

1) 学術集会参加・研究発表申込締め切り期日：平成24年1月31日（火）必着
4の学術集会・大会事務局に郵送もしくはファックスしてください。
＊「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24年1月31日(火)必着
info@hc-market.net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、

3) 学術集会参加費・申込
＊参加費は無料です。
＊参加申込については、同封の「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、4の事務局まで郵送あるいはFAXしてください。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　104 - 106,　2011

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
九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ　706
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、マーケティング及び、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。

医療福祉経営マーケティング研究
第6巻　第1号　　104 - 106,　2011

(3) 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決定する。

(4) 臨時総会は、理事会が必要と認めた場合、もしくは会員の3分の1以上の要求がある場合に開く。

(5) 理事会は、年1回以上開き、本会の事業計画並びにこれに伴う予算計画を含む運営について 協議し、議決する。

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：	荒木　登茂子	九州大学大学院医学研究院教授
	萩原　明人	九州大学大学院医学研究院教授
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	福岡大学大学院法学研究科
主席研究員：	窪田　昌行	医学博士、ペンシルバニア大学ビジネススクール医学経営管理学コース MBA
監　　事：	吉田　樹夫	公認会計士

「医療福祉経営マーケティング研究」投稿規定

1、投稿論文は医療福祉経営に関するもので、他雑誌に未発表のものとする。
2、投稿の種類は原著、総説、短報、実践活動報告、ケース・スタディ、資料などとする。
3、人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言の精神に沿ったものでなくてはならない。
4、論文は「執筆要領」に従い、和文または英文で記し、別紙に英文の抄録ならびに英・和（英文論文では英のみ）それぞれ5語前後のキーワードを付け、それらのコピー2部（図表を含む）をそえて提出する。ケース・スタディ、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、最終原稿提出時にはフロッピーディスクを添付する。
6、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。
7、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。
8、原稿は書留便で封筒の表に「医療福祉経営マーケティング研究」と朱書し、書留便で下記宛に送ること。

〒812-8582　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
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。なお別刷50部は無料とするが、それ以上の追加については50部ごとに費用が5,000円かかるものとする。
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・スタディ、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。

＜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 home care program for the terminally ill, Med Care, 1987; 25: 373－384.
＜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, Winslade WJ, Preferences of Patients, Clinical Ethics, New York: McGraw-Hill, 1992; 37-84.

編集後記

ここに一人の高齢者がいる。彼は脳梗塞後、左半身の麻痺と嚥下障害が認められた。誤嚥性肺炎を何度か起こし救急車で病院に運ばれた。幸い一命をとりとめたが、今後「胃瘻」にするかどうか、病院でリハビリをどこまでするか、退院後の行き先は？　彼の状態に応じた地域密着型サービスがあるのか？　家庭でのケアが難しい場合入所先はあるのか？　医療やケアにかかわる経済的な問題が生じた場合どうするのか？　等様々な問題が現実の事として迫ってくる。高齢者や家族のQOLの維持と医療費の問題は時に相容れない。

厚生労働省の資料によると、国民総医療費は、2025年には約50兆円になる見通しであると推計されている。この国民医療費増加の一要因として、高齢者医療費の増加が挙げられている。国立社会保障・人口問題研究所の推計資料では、高齢者比率は2005年には20.2%、2015年には26.9%、2025年には30.5%にのぼる。医療の進歩と相まって高齢者の医療費が増加の一途をたどり、その抑制が社会全体の大きな課題となっている。

医療費の抑制は喫緊の課題ではあるが、高齢者と家族のQOLを守ることもまた重要である。姥捨て山ではなく、ケアする方もされる方もある程度健康で安心できる生活を現実的に確保するためには、医療と福祉と経営が三位一体となり、ケースバイケースで三者のバランスをとっていくことが必要だと考えられる。その具体的な姿を模索する試みを、医療福祉経営マーケティングが担うことを期待する。

本号は、急性脳卒中患者におけるリハビリテーションの実施と医療費に関する研究、医療保障の法的構造に関する論文、地域包括システムに関するケーススタディを掲載している。基礎的報告から、医療の現場や地域に根差した研究や報告であり幅が広い。高齢化社会に向けて、今後も医療・福祉・経営の多面的な視点で多くの方に情報を発信していってもらいたい。

荒木　登茂子

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

編集委員会		**Editorial Board**	
編集委員長：	馬場園　明	Editor-in-Chief:	Akira BABAZONO
副編集委員長：	萩原　明人	Associate Editor:	Akito HAGIHARA
編集委員：	荒木　登茂子		Tomoko ARAKI
	津田　敏秀		Toshihide TSUDA
	窪田　昌行		Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第6巻　第1号

2011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 九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ　706
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:092-651-4565　　FAX:092-651-4565

印刷所　　社会福祉法人 福岡コロニー

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 6 No.1 1st, October 2011

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

The study on the relationship between rehabilitation services and healthcare resource use among patients with acute stroke ・・・1

Kouichi ISHIMURA, Takumi NISHI, Tomoharu SARUWATARI, Akira BABAZONO

The legal structure of medical insurance ・・・9

Tetsuo YAMAZAKI, Naoshi KATAOKA, Kazuaki KUWABARA, Akira BABAZONO

Case Study

The diversion strategy of long-term care hospital rooted in local community - Oono Hospital, Medical Corporation of Ryumondo - ・・・27

Tetsurou SHIMOMURA, Kyoko SHIMOMURA, Masaki MIYAGUCHI, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

The application of the composite senior support facilities for the non-institutionalized elderly to construct local comprehensive health care system ・・・45

Tomokazu SIMODURU, Kaori OZONO, Sumiko IZAKU, Junko WATANABE, Youko HONDA, Yoshiko MOTOMURA, Masako YOSHIDA, Kenji MARUO, Munefusa OKAMOTO, Kazumi TAKATA, Kazuhisa DAITOKU, Shousaku YAMASHITA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract ・・・61

The Program of the 1st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing (Fukuoka,Japan,26,Mar,2011)

Report ・・・94

Report of the Regular Meeting (17th, 18th, 19th, 20th, 21st, 22nd, 23rd)

News ・・・101

Information ・・・103

The 2nd Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing

The Regulations of the Society ・・・104

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing

Instructions for Authors ・・・107

Instructions for Authors (Japanese・English)

Editor's note ・・・108

Editor Tomoko ARAKI

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing