医療福祉経営マーケティング研究

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

第17巻 第1号 2022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 | |
| 一般病床を主体とする病院の経営再編に関する研究〜粕屋医療圏南西部における地域医療分析〜 | •••1 |
| 猪野 嘉一、馬場園 明 | |
| 通所リハビリテーションでのホームベース型健康支援介入における フレイル予防の効果 | •••11 |
| ハーランド 泰代、馬場園 明 集中治療後症候群 (PICS) への効果的介入についての検討 | |
| 乗甲宿療後延候群(PICS)への効果的介入についての検討 中元 めぐみ、吉田 真一郎、原田 久美子、馬場園 明 | •••21 |
| | 21 |
| ケーススタディ 患者満足度・九州一のリハビリテーションの実践に向けた戦略と新たなサービスの展開 | |
| | 20 |
| ~玉昌会グループの取り組み~ | • • • 29 |
| 増山 泰英、福留 大輔、原口 友子、平川 智士、有川 瑛人、春田 千幸、米山 拓 | |
| 五十峯 かずみ、下薗 康志、大迫 尚仁、村田 美奈、菊池 博之、川原 翔太 | |
| 中村 真之、田島 紘己、夏越 祥次、髙田 昌実、窪田 昌行、馬場園 明 | |
| 「健康型有料老人ホームこがケアアベニュー矢取」による日本型 CCRC の構築 ~古賀病院グループの挑戦~ | 40 |
| 武田 侑希、末次 輝、久木田 務、窪田 昌行、馬場園 明 | • • • 43 |
| 保育現場における ICT 化の推進~保育の ICT 化を通じ、地域の未来を育む玉昌会グループの取組~ | • • • 59 |
| 春田 千幸、原口 友子、大迫 尚仁、山元 奈穂子、松谷 裕子、亀澤 里佳子、吉元 裕 | |
| 上脇 友美、中村 真之、田島 紘己、夏越 祥次、髙田 昌実、窪田 昌行、馬場園 明 | • |
| 学術集会資料 | |
| 第12回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会プログラム・一般演題抄録集 | ••• 71 |
| 第20回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集 第21回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集 | • • • 85 |
| 定例研究会報告 | • • • 91 |
| 第84回研究会報告 地域包括ケアシステムの今後の方向性-介護保険から包括的な社会保障へ 馬場園 明 | • • • 95 |
| 第85回研究会報告 医療制度の現状と改革の方向性 馬場園 明 | • • • 96 |
| 第86回研究会報告 診療報酬改定予想 馬場園 明 第87回研究会報告 新型コロナが医療・介護に与えた影響と今後の対策 馬場園 明 | • • • 97 |
| 第8回研究会報告 働き方改革の流れと今後の方向性 馬場園 明 | • • • 99 |
| 第89回研究会報告 健康型高齢者住宅・日本型 CCRC の創り方~ ハード・ソフト・収支 窪田 昌行 | • • • 100 |
| 事務局だより 医療福祉経営マーケティング研究会事務局 山崎 哲男 | • • • 101 |
| お知らせ 第13回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会 | • • • 102 |
| | 102 |

投稿論文規定 投稿論文規定 (和文・欧文)

研究会規約

編集後記

医療福祉経営マーケティング研究会規約

医療福祉経営マーケティング研究会 編集委員 津田 敏秀

• • • 103

· · · 105

• • • 106

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

2019年12月に初めて中国で発生を確認された新型コロナウイルスは、その後またたくまに世界中に広まった。日本でも2020年1月15日に国内初の症例が確認され、全国の1日あたりの新規陽性者の報告数が720人を記録した2020年4月11日をピークとする第1波、8月7日に1605人を記録した第2波が起こった。2021年に入ると、感染のヤマがひときわ大きくなり、1月8日には全国で7、956人まで急増する第3波、3月下旬からは第4波が襲来、5月8日に全国で7、234人の感染者が報告された。東京オリンピック前の7月に入ると第5波が発生し、8月20日には全国で2万5995人と当時の過去最多を記録した。これは変異株であるデルタ株によるものであった。

そして2022年の年明け早々、これまでにないレベルでの急激な感染拡大を伴った第6波が始まった。これは変異株オミクロン株によるもので、2月3日には全国で初めて10万人を突破、東京都では2月2日に初めて2万人を超え、それぞれ過去最多を更新した。6月になると感染状況はやや収束傾向を見せたものの、7月に再び爆発的な感染が始まり、7月23日に全国で20万人を突破すると、8月19日には26万943人の感染が確認され、過去最多の感染者数を更新した。オミクロン株は弱毒とはいえ、感染者が多い分、重症者や死者も多く、また、医療関係者にも感染者も濃厚接触者も多く、多くの医療機関は対応に苦慮している状態が続いている。

それにしても、日本の病床数は世界一多いはずなのに、なぜ病床が逼迫するなどという事態になるのだろうかという疑問が生じる.新型コロナの流行は明確に日本の医療供給体制の不備をあぶりだしたとも言える.確かに人口千対で見た日本の病院病床数13.05は、先進国中でも群を抜いて多い(OECD Health Statistics2019). たとえば、ドイツは8.00、フランスは5.98、イタリアは3.18、アメリカは2.77、イギリスは2.54、カナダは2.52に過ぎない.アメリカ、イギリス、カナダと比較すると日本の病床数は5倍も多いということになる.

2019年の日本の病院病床は総数で153万床弱ということになるが、その内訳をみると多くの国民は驚くかもしれない.精神病床326,666,感染症病床1,888,結核病床4,370,療養病床308,444,一般病床887,847である.精神病床と療養病床が合計で63.5万床もあるが、これらの病床はコロナ患者の直接の受け入れ先には不向きである.一方、受け入れ先となりうるのは一般病床と感染症病床のみであるが、併せれば89万床弱もある.しかしながら、一般病床とはいっても医療資源投入量の低い「高齢者介護施設的な病床」がかなりの部分を占めており、「コロナ禍」のようなときには「患者を受け入れられない」ということになる.

これらの原因は、1973年に老人医療無償化が導入され、自宅で生活できなくなった高齢者の社会的入院が広がり、医療現場では患者の回復を促す積極的な治療よりも密度の低い医療の割合が相対的に高まっていったからである。その結果、新型コロナの患者に対応できる病床数が少なく、それらの病床でも1病床あたりの医師数、看護師数が少ないうえに、呼吸管理や感染対策の必要な新型コロナ患者を受け入れることにより、医療機関の人手が足りなくなってしまった。しかも、一方では、がん、心臓病、脳卒中など生命にかかわる重篤な疾患も診療しなければならず、スタッフが疲弊し、病床が逼迫し、「医療崩壊」が起こるのは当然である。

今後も新興感染症による医療崩壊を防ぐためには、専門的な感染症管理、呼吸管理ができる医療機関への中等・重症患者の集中化を図る必要がある.分散している専門医や ICU 病床を集中し、専門医療機関の重点化を図れば、救急車で運ばれてくる重症患者を受け入れる確率を高めることができる. そして、急性期病院は選択と集中を進め、「高齢者介護施設的な病床」は、医療介護院や地域の複合施設等の転換が求められよう.

一般病床を主体とする病院の経営再編に関する研究 〜粕屋医療圏南西部における地域医療分析〜

猪野 嘉一1)、馬場園 明2)

A study on the reconstruction of the hospital management with general beds as the main body

~ Analysis of regional medical care in the southwestern part of Kasuya Medical District ~

Yoshikazu INO, Akira BABAZONO

(Abstract)

[Background and Purpose]

In Japan, the establishment of community-based integrated care system is being promoted, and each medical institution needs to determine its own position and the role it should play based on regional medical analysis. Therefore, we examined, through this study, the medical care delivery system that a hospital should aim for, and strategies for building a comprehensive community care system in the future.

[Methods]

We selected hospitals that primarily have general hospital beds as our research subject to conduct strategic marketing. We set our strategic stance based on the trends in healthcare policy to implement a cross-SWOT analysis based on the results of the internal and external environments. We developed a marketing mix for the role of the target hospital, to meet the needs of the community, and to complete a balanced scorecard.

[Results]

The vision of target hospital is to realize "community-based medicine" by taking on acute functions (orthopedics and endoscopic treatment), post-acute and sub-acute functions, and strengthening cooperation with local medical institutions, nursing homes, and home care. Based on this vision, we defined a chief factor for success, key performance index, and target values, and thereby led a strategy map.

[Conclusions]

Target hospital's strategies to realize community-based integrated care system include, in short-term, strengthening rehabilitation and attracting patients from acute care hospitals, and in medium-term, training staff for home nursing and home rehabilitation, collaborating with home care support clinics, and dealing with cancer patients. In the long-term, the business needs to be managed through the PDCA cycle, and an organizational culture should be formed for encouraging staff to communicate and co-operate beyond departments, as well as to adopt problem solving methodologies that align with that of the hospital, and therefore, assume multiple roles as a care mix hospital.

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

【抄録】

【背景と目的】

我が国では、地域包括ケアシステムの構築が推進されており、各医療機関は、地域医療分析をもとに自院の立ち位置と果たすべき役割を見極める必要がある。本研究では、社会保険A病院が目指すべき医療提供体制、および今後の地域包括ケア体制構築に向けた戦略を検討した。

【対象と方法】

一般病床を主体とする病院を研究対象とし、戦略的マーケティングを行った。医療政策の動向を踏まえて戦略スタンスを設定し、内部環境・外部環境の結果からクロスSWOT分析による統合分析を実施した。地域ニーズに対して対象病院が担う役割に対してマーケティングミクスの構築を行い、バランストスコアカードを策定した。

【結果】

対象とした病院のビジョンは、『急性期機能(整形外科・内視鏡治療)、ポストアキュート機能・サブアキュート機能を担い、地域医療機関、介護施設、在宅医療との連携を強化することで「地域完結型医療」を実現していく』ことである。このビジョンに基づき学習と成長、業務プロセス、顧客、財務の4つの視点から重要成功要因、重要業績指標、目標値を定め、戦略マップを作成した。

【考察】

地域包括ケアシステムの実現に向けたA病院の戦略として、短期的には、リハビリテーションの強化と急性期医療機関からの集患を行い、中期的には、訪問看護・訪問リハビリテーションのスタッフ育成、在宅療養支援診療所との連携、がん患者への対応を行う。長期的には、ケアミックス病院としてのさまざまな役割を果たす。長期的なビジョンを実現していくためには、PDCAサイクルを回しながら業務管理する必要があり、部門間のコミュニケーションと連携を活発化し、同じ方向に向かって課題を解決していく組織文化を形成していくことが重要と考える。

キーワード:経営戦略、地域包括ケアシステム、戦略的マーケティング、Balanced score card (BSC)

【はじめに】

2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議」」の報告書では、従来の青壮年期の疾患に対応する救命・延命、治癒・社会復帰を前提とする「病院完結型」から、病気と共存しながらQOL(Quality of life:生活の質)を維持しつつ、地域で生活するという「地域完結型」への変換が目指された。「病院・施設から地域・在宅へ」という観点から、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行い、地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要があるとされ、医療提供体制の今後のあり方が明確に記された。各都道府県は医療機関からの病床機能報告を踏まえ、病床機能の整理、統合等の適正化を進める「地域医療構想」を策定し、2次医療圏ごとに必要な機能別病床数に近づける取り組みをすることが求められている。これを端的に言い換えると、地域の急性期病床が供給過多と判断された場合、あるいは診療実績が他の病院より劣っているとされた場合、病床機能の変更や削減を迫られ、現在のポジションを維持できなくなる可能性があることを意味している。

しかしながら、医療供給体制の将来のあり方は地域ごとに異なるため、国が何らかの範を示して、これに従えば、サービス供給モデルができるという性質のものでもなく、地域医療のあり様、あるいは病院経営等をどのように考えていくべきかといった戦略は、ほとんど示されていない状況といえる²。そのため、各医療機関は、将来の医療需要変化を見据えた地域医療分析をもとに自院の立ち位置と果たすべき役割を見極めながら、地域の特殊性に沿った戦略を検討し、地域で求められている機能を提供できるような体制を構築しなければ、長期にわたって安定的な経営を行うことができないと予想される。

7対1一般病床を厳格化する政策の影響により経営悪化に陥った病院をモデルに戦略策定および病床再編を検討した報告³⁾ では、7対1病床のダウンサイジングと地域包括ケア病棟への転換を行うことで最も大きな増収効果があり、診療圏の医療ニーズを分析した上で、医療を取り巻く様々な外部環境の変化に柔軟に対応しながら意思決定することが重要であるとされている。経営環境が悪化している中で、その存続のために経営変革が必要となる中小規模民間病院に対して、その変革ロジックの構築や経営戦略の立案・実行における重要要因を抽出した報告⁴⁾ では、内部志向における組織的アプローチとして、病院における最大のリソースである人材を最大限活用すること、外部志向における戦略的アプローチとして、患者や周辺医療機関に対するマーケティングの重要性、さらに外部志向における組織的アプローチとして、地域包括ケア構想に対応するために、他病院および診療所、あるいは企業との連携の重要性が高まっていくことが述べられている。

医療施設の経営改善に関する調査研究⁵⁾では、経営悪化の構造的要因の一つに、地域の医療需要にマッチしない投資による 低収益性が挙げられ、経営改善の観点から医療施設連携を進める仕組みの例が紹介されている。

以上のように、いずれも病院経営と地域医療分析の重要性、地域の様々な機関との連携の重要性が報告されており、これら

を踏まえた戦略を個別に検討し、今後の地域包括ケアシステムに貢献していくことができなければ、経営の安定化を図ることが難しい時代が到来している。

そこで、本研究は、A病院が目指すべき医療提供体制、および今後の地域包括ケア体制構築に向けて必要とされる役割を明確化するために戦略的マーケティングを行い、地域の医療機関・介護施設との連携関係を構築するための戦略を策定することを目的とした。

【対象と方法】

研究の対象は、福岡県粕屋医療圏南西部に位置するA病院とした。A病院は整形外科・内科を主要とする12の診療科、125床(うち一般病棟90床、地域包括ケア病棟35床)、従業員数170名(うち医師14名、看護師91名、理学療法士9名、作業療法士1名)を擁している。令和元年度実績は、1日平均入院患者数87名、1日平均外来患者数165名、一般病床平均病床稼働率67.1%、一般病床平均在院日数15.3日で、年間の経常利益は赤字であった。

方法は、馬場園による戦略的マーケティング®を行った。戦略的マーケティングとは、ニーズやウォンツを充足する製品やサービスで市場を充足させていくプロセスを論理で示すことである。まず、戦略スタンスとして、医療・介護の政策を基に、ビジョン、ミッション、バリューの設定を行った。ビジョンは組織が持つ長期的な展望、ミッションは組織の存在理由、バリューは組織の決定がなされる際の優先順位を意味する。

次に市場機会分析として、外部環境分析、内部環境分析、統合分析を行った。統合分析は、SWOT分析を行い、組織が有している内部環境から強みと弱みを、組織が置かれている外部環境から機会と脅威を明らかにした。SWOT分析を基にクロスSWOT分析を行い、積極的攻勢、段階的施策、差別化戦略、専守防衛を明らかにした。

三番目に市場の選択として、セグメンテーション、ターゲッティング、ポジショニングを行い、地域ニーズに対してA病院がどのような役割を担っていくべきかを明らかにした。

四番目にマーケティングミクスの構築を行った。マーケティングミクスとは、マーケティング目標を達成するために、製品・サービス(product)戦略、価格(price)戦略、流通(place)戦略、プロモーション(promotion)戦略の4Pを組み合わせる方法である。

最後に、A病院と地域の医療機関および介護施設との連携強化、病床稼働率向上による経営基盤の安定化を目指すための戦略シナリオを可視化する方法として、バランストスコアカード(以下BSC)でを策定した。BSCでは、財務、顧客、業務プロセス、学習と成長の視点を繋げる縦の因果関係を戦略マップと呼び、それぞれの視点の戦略を重要成功要因(CFS:Chief Factor for Success)、重要業績指標(KPI:Key Performance Index)、目標値といった横の目的手段関係によって表現する。BSCは、経営を行う上で解決するべき課題と方向性が組織全体で共有されるという点において、有効な手段である。

【結果】

(1) 戦略スタンスの立案

福岡県地域包括医療構想⁸⁾、厚生労働省老健局老人保健課の在宅医療・介護連携推進事業の手引き⁹⁾を基に、ビジョン・ミッションを以下のように設定した。

①ビジョン (組織が持つ長期的な展望)

急性期機能(整形外科・内視鏡治療)、リハビリテーションを中心としたポストアキュート機能・サブアキュート機能を担い、地域医療機関、介護施設、在宅医療との連携を強化することで「地域完結型医療」を実現していく。

②ミッション (組織の存在理由)

地域包括ケアシステムの実現に向け、高度急性期病院と在宅医療とのハブ機能としての役割を果たす。また、新たなニーズに柔軟に対応していくために、安定した経営基盤を確立する。

③バリュー (組織の決定がなされる際の優先順位)

地域医療機関、介護施設、在宅からの柔軟な受け入れ態勢を確立することで、地域住民の安心感を高める。患者個々に適したリハビリテーションおよび退院支援を提供し、早期に住み慣れた地域に戻れるよう支援する。

(2) 市場機会分析

①外部環境分析

粕屋医療圏は、福岡・糸島医療圏の東に隣接し、面積は206km²、2015年の人口は283,544人である。総人口のピークは2025年ごろに迎え、人口減少のスピードは全国の区域と比較して緩やかであるが、65歳以上人口は増加を続け、2045年には

1.4倍の87,851人となり、65歳以上の人口割合が31.2%に達する見込みである¹⁰。

粕屋医療圏の2011 年から2025 年にかけての入院患者数の増減率は37%(全国平均27%)で、全国平均よりも高い伸び率で、2040年まで伸び続ける¹¹⁾。傷病別では、肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が51%~55%程度増加すると見込まれている¹¹⁾。

粕屋医療圏における入院医療の自己完結率は、一般病床53.7%、回復期リハビリテーション病床62.2%、療養病床68.6%である®。福岡・糸島医療圏への入院医療の流出は、一般病床39.7%、回復期リハビリテーション病床35.2%、療養病床25.2%®であり、A病院の所在地である粕屋医療圏南西部からは福岡市内へと患者が流出する傾向にある。A病院の5km圏内の病床数を調査したところ、一般病床は8病院3,351床、回復期リハビリテーション病床は7病院377床、地域包括ケア病床は11病院490床で回復期リハビリテーション病床が最も少なかった。

在宅医療においては、2018年度の福岡県における在宅医療(訪問診療)調査¹²によると、10万人あたりの1か月間の訪問診療件数が356件(福岡県全体647件)であり県内で最も少なく、2012年から2018年度の訪問診療の自己完結率は61.1%(福岡県全体96.1%)であり県内で最も低く、在宅医療が脆弱な地域といえる。

表1 直近3年間の診断群別入院患者数

| | | 2018 | 2019 | 2020 | 総計 | (割合) |
|----|-------------|------|------|------|------|-------|
| 01 | 神経系 | 8 | 5 | 10 | 23 | 0.5% |
| 02 | 眼科系 | 64 | 89 | 89 | 242 | 5.7% |
| 03 | 耳鼻咽喉科系 | 7 | | 5 | 12 | 0.3% |
| 04 | 呼吸器系 | 103 | 119 | 68 | 290 | 6.8% |
| 05 | 循環器系 | 17 | 16 | 10 | 43 | 1.0% |
| 06 | 消化器系(消化管) | 296 | 332 | 287 | 915 | 21.6% |
| 06 | 消化器系(肝胆膵) | 243 | 162 | 121 | 526 | 12.4% |
| 07 | 筋骨格系 | 145 | 193 | 139 | 477 | 11.3% |
| 08 | 皮膚・皮下組織 | 21 | 20 | 33 | 74 | 1.7% |
| 09 | 乳房 | 3 | 6 | 8 | 17 | 0.4% |
| 10 | 内分泌・栄養・代謝 | 94 | 76 | 54 | 224 | 5.3% |
| 11 | 腎・尿路系 | 95 | 82 | 62 | 239 | 5.6% |
| 12 | 女性生殖器系 | | | 1 | 1 | 0.0% |
| 13 | 血液・造血器・免疫臓器 | 109 | 95 | 103 | 307 | 7.2% |
| 14 | 新生児疾患、先天性奇形 | | | | | 0.0% |
| 15 | 小児疾患 | | | | | 0.0% |
| 16 | 外傷・熱傷・中毒 | 170 | 229 | 271 | 670 | 15.8% |
| 17 | 精神疾患 | 1 | 7 | 6 | 14 | 0.3% |
| 18 | その他 | 73 | 63 | 28 | 164 | 3.9% |
| | 総計 | 1449 | 1494 | 1295 | 4238 | |

②内部環境分析

直近1年間の入院患者延べ数は、内科49%、整形外科41%、外科7%であった。医師数は、内科8名、整形外科2名、外科2名で診療科によって負担度が著しく異なっていた。直近3年間における診断群別の入院患者数を表1に示す。なお、消化器系は患者数が多かったため、消化管疾患と肝胆膵疾患に細分類した。最も患者数が多かったのは消化管疾患21.6%、次いで外

傷15.8%、肝胆膵疾患12.4%、筋骨格系疾患 11.3%の順であった。消化管疾患の内訳は、 消化管ボリープ46.4%、胃腸炎17.3%、大腸が んの化学療法10.6%、胃がんの化学療法6.6% であった。外傷の内訳は、骨折61.2%、肩腱 板断裂11.5%、筋・腱・靭帯損傷7.6%であっ た。肝胆膵疾患の内訳は、肝胆膵がんの化学 療法69.6%、炎症性疾患20.2%であった。筋 骨格系疾患の内訳は、下肢の変形性関節症 28.7%、上肢の変形性関管狭窄症13.4%、末梢 神経障害11.9%であった。

入院期間別の患者数割合(図1)は、5日以内の短期入院が約半数を占め、病床稼働率低下の一因となっていた。今後、現在よりも中長期的な入院加療を要する患者への医療提供体制を整え、外部医療機関から受け入れてい

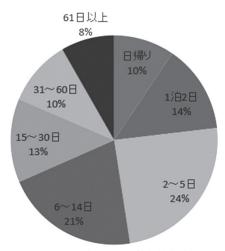


図1 入院期間別の患者数割合

く必要がある。

入院患者数と平均在院日数から診断群別のベッドシェア率を算出したところ、外傷31.7%、筋骨格系14.8%、消化管疾患10.1%、呼吸器系7.8%、肝胆膵疾患6.9%であった(表2)。

表2 診断群別のベッドシェア率

| | V 10 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 | • • |
|----|--|---------|
| | | ベッドシェア率 |
| 16 | 外傷・熱傷・中毒 | 31.7% |
| 07 | 筋骨格系 | 14.8% |
| 06 | 消化器系(消化管) | 10.1% |
| 04 | 呼吸器系 | 7.8% |
| 06 | 消化器系(肝胆膵) | 6.9% |
| 10 | 内分泌・栄養・代謝 | 6.8% |
| 11 | 腎・尿路系 | 5.3% |
| 13 | 血液・造血器・免疫臓器 | 5.2% |
| 05 | 循環器系 | 1.7% |
| 02 | 眼科系 | 1.6% |
| 08 | 皮膚・皮下組織 | 1.6% |
| 01 | 神経系 | 0.9% |
| 17 | 精神疾患 | 0.6% |
| 09 | 乳房 | 0.6% |
| 03 | 耳鼻咽喉科系 | 0.1% |
| 12 | 女性生殖器系 | 0.0% |
| 14 | 新生児疾患、先天性奇形 | 0.0% |
| 15 | 小児疾患 | 0.0% |
| 18 | その他 | 4.2% |
| 合計 | - | 100% |
| | | |

③統合分析

外部環境分析、内部環境分析で得られた結果からSWOT分析を行った(図2)。

| | プラス要因 | マイナス要因 | |
|------|--|---|--|
| 内部環境 | ○整形外科は急性期~回復期の医療を担い、多くの疾患に対応している ○内視鏡治療専門医を中心とした消化管疾患の治療 ○化学療法を中心とした(慢性期の)がん診療 ○内科はポストアキュート、サブアキュート機能を担っている ○透析センターを所有 | ○一般病棟の入院診療単価が低い ○外科の入院・外来・手術件数が極端に少ない ○透析センターの稼働が1クールのみ | |
| | 強み Strengt | n 弱장 Weakness | |
| | 機会 Opportun | ty 警戒 Threat | |
| 外部環境 | ○2040年まで高齢者人口が増加し、入院・外来医療需要が 増え続ける ○肺炎、脳血管疾患、骨折などのリハビリテーションを要 する疾患が増加する ○回復期リハビリテーション病棟の需要が望める | ○現役世代の比率が減少し職員を確保しづらい ○病床数は全国平均を上回っているが、医師数は全国平 を下回っている ○福岡市内の高度急性期病院に患者が流出している ○福岡市内からの入院相談が少ない ○限局した診療所からしか紹介が来ていない ○在宅医療の体制が脆弱 | |

図2 SWOT 分析

続いてSWOT分析を基に、粕屋医療圏の地域包括ケアシステムにおける病院の立ち位置を明確化し、医療・介護連携を充実 させていくという観点からクロスSWOT分析を行い、戦略を立案した(図3)。

【基本方針】

粕屋医療圏の地域包括ケアシス テムにおける病院の立ち位置を 明確化し、医療・介護連携を充 実させていく

院・外来医療需要が増え続ける

の肺炎、脳血管疾患、骨折などのリハ

ビリテーションを要する疾患が増加

する ○2040年まで高齢者人口が増加し、入

会 する ○回復期リハビリテーション病棟の需 要が望める

○訪問看護・訪問リハビリを提供して いる事業所が少ない

- ○現役世代の比率が減少し職員を確 保しづらい 〇病床数は全国平均を上回っている
- が、医師数は全国平均を下回って いる ○福岡市内の高度急性期病院に患者
- が流出している ○福岡市内からの入院相談が少ない ○限局した診療所からしか紹介が来
- ○在宅医療の体制が脆弱

威

○整形外科は急性期~回復期の医療を担い、多くの疾 患に対応している

- ○内視鏡治療専門医を中心とした消化管疾患の治療
- ○化学療法を中心とした(慢性期の)がん診療 ○内科はポストアキュート、サブアキュート機能を 担っている
- ○透析センターを所有

積極的攻勢

強み

- ○粕屋医療圏で需要が増加する高齢者医療、特に整 形疾患における急性期治療および回復期のリハビ リテーション
- ○整形外科医を増員(医局への働きかけ)
- ○回復期リハビリテーション病棟への病床転換
- ○内視鏡治療、化学療法などの内科的対応
- ○肺炎、脳血管疾患のポストアキュート、 キュートの医療(透析患者の対応も可能)

差別化戦略

- ○福岡市内の急性期病院に流出した脳卒中・骨折・ 廃用症候群の患者を受け入れ、質の高いリハビリ テーション、退院支援を行う
- ○各クリニックとの連携を強化し、在宅医療のバッ クベッド機能としての役割を果たす
- ○訪問看護・訪問リハの実施を通じて在宅医、介護 サービス事業所との緊密な連携を図り、質の高い 在宅生活の継続を図る

図3 クロスSWOT分析

○病床稼働率の低下(一般67.1%、地域包括ケア76.8%)

- ○短期滞在の入院が約半数を占める ○一般病棟の入院診療単価が低い
- ○外科の入院・外来・手術件数が極端に少ない ○透析センターの稼働が1クールのみ
- 弱み
 - ○近隣医療機関との連携体制が弱い ○救急搬送への対応能力が低い
 - ○脳血管疾患、循環器系疾患の受入実績が少ない
 - ○在宅サービスの事業所がない

段階的施策

- ○チーム医療の質の向上
 - ・リハニーズに対応できるセラピスト数の確保
 - ・嚥下機能低下に対する摂食・嚥下リハビリテーション
 - ・リハマインドの醸成(教育、研修体制の確立)
 - ・臨床指標のモニタリンク
- ○地域連携機能の強化(前方連携・後方連携)
- ○訪問看護・訪問リハ事業所の開設 →在宅医療への展開 -ズを踏まえた病床構成および包括型報酬制
 - サービスの提供に向けた検討

専守防衛

- ○外科の閉診
- ○7対1病床の削減
- ○夜間における救急患者の受入体制

「積極的攻勢(強み×機会)」は、今後の高齢者の増加により需要がさらに増加する整形外科疾患の受け入れ拡大である。 急性期と地域包括ケア病棟での限定した治療だけでなく、回復期リハビリテーション病棟へと病床転換することで、外部医療 機関からの整形外科疾患の受け入れを強化していく。リハビリテーションを強化することで回復期機能として肺炎や脳卒中な どのリハビリテーションにも対応することができ、福岡市の急性期へと流出した患者の受け皿となることができる。また、在 宅医療のバックベッド機能としてサブアキュートの病状に対応し、在宅医療体制が脆弱な粕屋医療圏のかかりつけ医を支える ことも必要である。

「段階的施策(弱み×機会)」は、これまで希薄だった外部医療機関との連携は言うまでもない。その上で、今後強化して いくリハビリテーションを柱として、運動器疾患だけでなく、脳血管疾患、呼吸器疾患、その他廃用症候群などリハビリテー ションを必要とする幅広い疾患に対応しチーム医療の質を向上させていくこと、在宅医や介護サービス事業所との緊密な連携 を図りながら退院支援できるように訪問看護、訪問リハビリテーションを提供していくことである。

「差別化戦略(強み×脅威)」は、積極的攻勢、段階的施策でも述べたように質の高いリハビリテーションと退院支援を提 供すること、各クリニックのバックベッド機能を果たすために連携すること、訪問看護・訪問リハビリテーションを通じて質 の高い在宅生活の継続を図ることである。

「専守防衛(弱み×脅威) | は、すでに入院患者が減少している外科を閉診すること、稼働病床数に対して過剰な体制であ る7対1看護体制を10対1看護体制へと変更することなどによって、医療資源を集約することである。

(3) 市場の選択(セグメンテーション、ターゲッティング、ポジショニング)

従来のA病院は、急性期機能を担う病院として運営していたが、近隣の急性期病院が充実しており、病床稼働率が低下して いた。また、地域の急性期病院や在宅医療との連携が乏しく、整形外科疾患と消化管の内視鏡治療に対する自己完結型の医療 となっていた。今後の急性期機能としては、ニーズがある前述の2点(整形外科疾患、消化管疾患の内視鏡治療)のみに集中 し、余剰であった病床を転換し、医療資源を有効に活用していく必要がある。

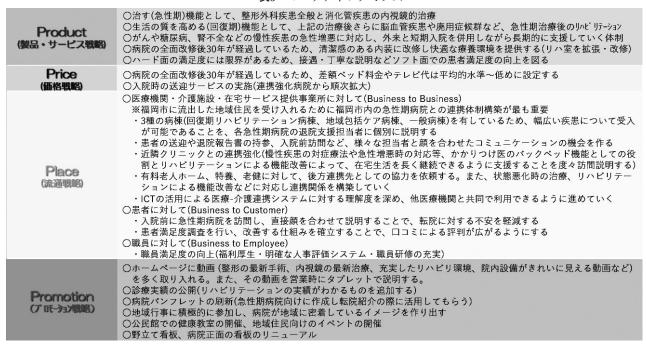
今後対応していくべきニーズとして、クロスSWOT分析の積極的攻勢・差別化戦略で抽出した「回復期のリハビリテーショ ン機能およびポストアキュート機能」、「幅広い疾患に対応するリハビリテーション機能」を強化していく必要があり、「脆 弱な在宅医療体制を支えるためのサブアキュート機能」、「訪問看護・訪問リハビリテーション」を提供していくことも必要

である。このように急性期の医療機関と在宅生活を支える診療所・介護サービス事業所とを繋ぐハブ機能としての役割を果たすことで、粕屋医療圏における地域包括ケアシステムに貢献し、地域完結型の医療を実現していく必要がある。

(4) マーケティングミクス

急性期の医療機関との連携、リハビリテーションの質の向上、在宅医療との連携を強化するという目標を達成する手段として、4Pのカテゴリーから戦略を検討した(表3)。

表3 マーケティングミクス



(5) BSCの策定

マーケティングミクスで検討した戦略を含めて戦略マップを作成し、それぞれの視点の戦略について重要成功要因 (CFS)、重要業績指標(KPI)、目標値を以下のように策定した(図4)。

| ビジョン | | | 斗・内視鏡治療)、ポストアキュート 強化することで「地域完結型医療」 | | 地域医療機関、介護施設、 | | | | |
|------|--------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 戦略 | | 他医療機関・介護施 | 他医療機関・介護施設との連携強化と病床稼働率向上により、地域に支持される病院として高付加価値経営を目指す | | | | | | |
| 視点 | | 戦略マップ | 重要成功要因 (CFS) | 重要業績指標 (KPI) | 目標値 | | | | |
| | | 経営基盤の安定 、院患者数の増加 | ー 黒字化 { 病床稼働率の上昇 新規入院患者の増加 | 経常利益率 病床稼働率 新規入院患者数 | 2% 一般85%・回復95%・地包95% 一般100名・回復15名・地包20名 | | | | |
| | | ・書満足度の向上 連携医療機関からの信頼獲得 | { 患者さまからのご意見への対応 患者満足度調査の実施 { 紹介患者数の増加 かかりつけ医からの緊急入院依頼への対応 退院報告書の持参または郵送 入院キャンセル率の減少 入院時送迎の実施 | 思者さまの声シートの提出枚数 患者アンケートの実施 紹介患者数 緊急入院空入件数 退院報告書提出割合 入院キャンセル率 送迎実施回数 | 月30枚 年1回 月40件 月2件 100% 5%未満 主要連携先から漸増 | | | | |
| | 業務プロセス | 、退院業務の効率化 紹介患者の速やかな受け入れ 紹介患者の不安軽減 年宅医療との連携体制構築 ルピリテションの質の向上 人財の拡充 地域連携室の強化 患者情報共有の効率化 | 平均在院日数の適正化 紹介患者の早期受け入れ 一入院前訪問説明の実施 急性期からの転院時の報告 訪問看護・訪問リハビリの開始 ・ リ内専門医(外部)の回診導入 ・ セラピストの増員 | 平均在院日数 紹介〜入院までの待期期間 入院前訪問説明実施件数 転院報告件数 実利用者数 リハ回診の実施 PT・OT・STの人数 MSWの人数 パイタルリンク(TEIJIN)による情報共有件数 | ー般15.0日・地包25.0日・回復76.0日 平均1週間以内 50% 全例 15人 月2回 セラピスト合計25名体制 MSW4名体制 経営基整の安定化後に導入 5例に導入 | | | | |
| | 子習と成事 | 裁員満足度の向上 音理職の能力向上 裁能に応じた研修会の参加 事業計画の組織浸透 を遇レベルの向上 | 一 人材育成の制度化(評価システムの策定) 一 会議の活性化 一 研修会参加 一 職員との方向性の一致 一 職員の接遇への理解 | 職員個人個人の目標達成率 運営会議・営業会議の実施 外部研修の参加と共有 情報共有の会の実施 接遇研修の実施 | 80%以上 月2回 年1回 年2回 年1回 | | | | |

図4 BSCの策定

【考察】

本研究では、A病院を対象に戦略的マーケティングを行い、地域包括ケアシステムの構築を実現するための戦略を、バランスト・スコアカード (BSC) を用いて明らかにした。

BSCを実効性のあるものにするために、BSCの内容を短期目標(1年)、中期目標($1\sim3$ 年)、長期目標(3年 ~10 年)に分けて計画し、その過程を組織全体で共有できるようにした。

短期目標としては、「安定した経営基盤を確立するための病床稼働率の改善」である。そのための方法として、「一般病床90 床のうち44床を回復期リハビリテーション病棟に変換」し、さらに「リハビリテーションの強化によるブランディング」を図ること、「急性期医療機関との連携強化」を掲げた。まずは最短で着手可能であり、かつ将来を見据えた自院の立ち位置を周囲に明確に示すことで、実績を積み上げることができる内容で設定した。病床稼働率の低い一般病床は、福岡市に流出した急性期の患者の受け皿として、また、今後も需要が望める回復期リハビリテーションとして有効活用していくことが可能と考える。「リハビリテーションの強化によるブランディング」として、セラピストの増員がなければ始まらない。1患者あたりのリハビリテーション供給量を倍以上に増やすために、10名だった人員体制を25名体制まで増員する。増員に伴い手狭となるリハビリテーション室を拡張・改修工事することで、リハビリテーションの充実した病院であることを印象付ける必要がある。さらには嚥下リハを含めて高齢者に幅広く対応できるように質と量を充実させていく必要がある。セラピストを15名増員することにより、収益は約1.4億円増、人件費は約6,000万円増、リハ室の改修費を差し引いても増益となる見込みである。「急性期病院との連携」は、フットワークを軽くして、担当者の顔と名前を広めていくことが重要である。そのために、紹介患者への転院前の訪問説明や転院日の送迎、退院報告書の作成などにより、各病院を訪問する「機会」を多く作っていく。各病院の退院支援担当者と何度も顔を合わせ、少しずつ信頼関係を深めることで、各病院の時節ごとのニーズを引出しやすくなると考える。

中期目標は、「退院後の患者がその人らしい在宅生活を継続できるように支援していくこと」であり、訪問看護師および訪問セラピストの育成が重要と考える。訪問スタッフが在宅医・ケアマネジャーと連携することで、在宅生活中に入院が必要となった際の対応や家族が介護負担を感じた時のレスパイト、身体機能低下時のリハビリテーション、終末期のケアなどを病院に繋ぐことができると考える。その連携の一手段として、ITを使用した連携ツールの導入が挙げられ、かかりつけ医やケアマネジャーとのタイムリーな情報共有によって、効率的な連携を図ることができると考える。A病院で対応できずに他の救急医療機関に入院となった場合には、急性期治療が終了次第、速やかに患者を引き受け、再び在宅医の元へ戻す役割を果たしていく。また、A病院では従来からがんの化学療法を行っており、入退院を繰り返しながら生活するがん患者を多く支えてきた実績がある。がんは死に至る病から慢性疾患へと変化してきており、今後も患者数が増加し、がん患者の高齢化が進んでいく見込みである。そのため、がん患者における併存疾患などの急性増悪や対症療法のニーズが高まると考えられ、在宅医の連携がますます重要になってくるものと考える。

最後に長期目標は、「在宅医療の脆弱な粕屋医療圏に在宅医療を提供し、ケアミックス病院としてのさまざまな役割を果たす病院となること」である。大夛賀ら 13 は、「在宅等の住み慣れた地域で患者や高齢者の生活を支えるために、自助、互助だけでなく、共助としての医療や介護サービスを含んだシステムとして構築するというものであることから、integrated careに加えて、地域を基盤とするというcommunity based careをも含むものとして位置づけられるもの」とし、integrated careのフレームワークを使って、日本の各地域の特性に合致したサービス提供モデルや機能を創発する必要性があることを述べている。英国では、退院直後の一時的な状態へ介入する際のサービス調整については、リエイブルメントサービスなど集中投入型のリハビリ投下を含めたケアマネジメントの在り方が実践されている 14 。日本では、2018年度診療報酬改定において、入院前から患者の入院生活、さらに退院後の生活を見据えた支援を行う「入院時支援加算」が新設され、外来から入院、退院、在宅まで一貫して患者のマネジメントを行うPFM(Patient Flow Management)が、評価されることになった。

高齢化の進展に伴い、医療サービスと同時に介護サービスを提供することが必要となってきており、一定の医療処置が終わった高齢患者を地域へと退院させ、退院後の自立支援を目指した各種サービスの適切な調整が必要とされている。これには患者一人ひとりを看ていくことが重要であり、患者が地域に戻ることや地域で暮らすことができるようにマネジメントすることは、患者にとっても病院職員にとっても喜びとなる。この喜びは顧客ロイヤリティを高め、病院経営の安定化、さらには地域包括ケアシステムの質向上につながるものと考えられる。

以上のようにA病院のビジョンとその実現に向けた戦略を立案したが、戦略は立案するだけでは実務に適用されるわけではなく、実際の診療に落とし込むためのPDCAサイクルによる運用が必要である。戦略マップにまとめた重要成功要因、重要業績指標、目標の達成に向け、全体の進捗管理を経営企画室で行い、各担当者は個人のPDCAサイクルを回しながら業務管理することが求められる。従来のA病院は、急性期の医療を提供し続けるという漠然としたビジョンで、具体的方針が提示されていない状態であった。そのため、職員の意識が急性期医療に固執してしまい、地域ニーズとのミスマッチを解消するようなア

クションをとることができていなかった。構築したBSCを実行していくにあたり、まずは病院の幹部および管理職に対して新たなビジョンへの理解を深め、職員一人ひとりに浸透させていくことが大きな壁となるであろう。医療機能を変容させていくことに対する職員の意識改革ができなければ、個人のPDCAサイクルを回すことにはつながらないと考える。

今回の戦略では、地域完結型医療を実現するための連携を深めることに重点を置いており、各病院とのつながりを深めて新たなニーズを見出していかなければならない。今後、地域で求められるニーズについては変化していくものと考えられ、毎週行われる運営会議や毎月行われる執行部会で報告し、病院の幹部で検討する必要がある。この会議体を通して、理解度と達成状況・成果を確認し次のアクションへと動機付けていく必要がある。また、病院全体で半期に一度レビューし、戦略マップを地域特性に合致したものに見直ししていくことが求められるであろう。これらのPDCAサイクルを通じて、部門間のコミュニケーションと連携を活発化し、病院のビジョンへの理解度を高め、同じ方向に向かって課題を解決していく組織文化を形成していくことが重要と考える。

【引用文献】

- 1) 社会保障制度改革国民会議報告書~確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋~. 東京:首相官邸;2013-5-22. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf(2020年9月閲覧)
- 2) 筒井孝子. これからの地域医療における地域医療構想 (ビジョン) と地域包括ケアシステムのあり方. 厚生の指標. 2016-8. 第63巻第8 号. p1-8.
- 3) 森田正美. 中規模地域医療支援病院の経営戦略-SWOT 分析と病床再編シミュレーションによる検討-. 商大ビジネスレビュー第7巻第2号. 2017-9. p191-218
- 4) 谷祐児. (01) 中小規模医療法人病院経営改善における重要要因 全国対象病院アンケート調査からの考察 . 経営学論 集第88 集. 2017-8-31-2017-9-2. pF1-1-F1-8
- 5) 株式会社川原経営総合センター. 平成29 年度 医療施設経営安定化推進事業 医療施設の経営改善に関する調査研究報告 書. 平成29年度厚生労働省医政局委託 - 医療施設経営安定化推進事業 - . 平成30年3月. p4-6
- 6) 馬場園明. 介護福祉マーケティングと経営戦略 介護福祉経営士テキスト実践編Ⅱ初版, 東京:日本医療企画;2012. p22-62
- 7) 馬場園明. 介護福祉マーケティングと経営戦略 介護福祉経営士テキスト実践編Ⅱ初版, 東京:日本医療企画;2012. p140-146
- 8) 福岡県地域医療構想(福岡県保健医療計画別冊)資料編. 福岡:福岡県;2017-3-6. https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/28643.pdf (2020年8月閲覧)
- 9) 在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3. 東京:厚生労働省老健局老人保健課;2020年9月. https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/00066660.pdf (2021年7月閲覧)
- 10) 地域医療情報システム. 東京:日本医師会. https://jmap.jp/(2020年9月閲覧)
- 11) 高橋泰, 江口成美. No.323地域の医療提供体制の現状と将来-都道府県別・二次医療圏別データ集- (2014年度版) 40. 福岡県, 東京:日本医師会総合政策研究機構: 2014-8-6. https://www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/40.pdf (2020年11月閲覧)
- 12) 令和元年度 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査 結果概要. 福岡:福岡県;2020年. https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/565214_60641928_misc.pdf(2020年9月閲覧)
- 13) 大夛賀政昭, 筒井孝子. 日本における医療介護連携の課題と展望—integrated careの理論をもとに—. 保健医療科学Vol.65 No.2. 2016. p.127-135
- 14) 株式会社日本能率協会総合研究所. ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告書. 平成26年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 2015-3. p83

(2022年2月3日受付. 2022年6月21日受稿)

通所リハビリテーションでのホームベース型健康支援介入における フレイル予防の効果

ハーランド 泰代¹⁾²⁾ 、馬場園 明³⁾

Efforts to prevent frailty through patient-motivated health promotion intervention in adult day-care rehabilitation patients

Yasuyo Harland, Akira Babazono

[Abstract]

[Background and Objectives]

The number of people certified as requiring nursing care in Japan is increasing rapidly each year, and frailty is a major reason for transition to a state requiring nursing care. Exercise and nutritional interventions are recommended to prevent frailty, but it is difficult to sustain these interventions. Therefore, behavioral change based on intrinsic motivation is the key to long-term maintenance and improvement of health. In this study, we examined the prevention of frailty and changes in physical and mental conditions using a patient-motivated health promotion program.

[Methods]

The subjects were people requiring care at home who used outpatient rehabilitation (hereinafter referred to as outpatient rehabilitation). A delayed intervention design study was conducted by dividing 48 people, who gave consent for the study, into a control group (26 people) who received the usual intervention, and an intervention group (22 people) who received home-based health support in addition to the usual intervention. Physical measurements, frailty evaluation, motor function evaluation, nutritional evaluation, and self-efficacy evaluation were performed before and after the intervention. Statistical methods included a before-and-after comparison of the intervention group and a two-group comparison, with a significance rejection level of 5%.

[Results]

There were 18 people in the intervention group and 21 in the control group. Self-efficacy score was 49.5 ± 6.2 points in the intervention group and 45.5 ± 5.4 points in the control group. Before and after the intervention group, 3 subjects showed a change from frailty to pre-frailty and improved leg muscle strength.

(Conclusions)

There was no significant difference found in each index after implementing home-based health support for day rehabilitation users. However, home-based health support intervention improved self-efficacy and changed frailty. It was suggested that it might have a positive effect on feeling and prevention of frailty. In the future, it will be necessary to increase the number of cases and examine a system that allows home-based health support to be applied to patients undergoing day rehabilitation and home-visit rehabilitation.

Keywords: Patient-centered health support intervention, Frailty prevention, Self-efficacy

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

¹⁾ 公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院 Fukuoka Medical Association Chidoribashi Hospital

²⁾ 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻 Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

【抄録】

【背景と目的】

我が国の要介護度別認定者数は年々増加しており、要介護状態へ移行する大きな原因としてフレイルがある。フレイル予防のため運動・栄養に関する介入が推奨されているが、継続することは容易ではない。長期的な維持・改善には、本人の内発的動機付けに基づいた行動変容が鍵となる。自らの生活の場という安心安定した環境の中で、本人自身の内発的動機付けを尊重し、支援者は本人ができることをできるように支援し、目標達成型で行動変容を行うホームベース型健康支援がある。今回、ホームベース型健康支援を用い、フレイル予防および心身状況の変化について検討した。

【方法】

対象は、通所リハビリテーション(以下、通所リハ)Cを利用する在宅要介護者 170 名(長時間通所リハ 70 名、短時間通所リハ 100 名)のうち、研究への同意を得た 48 名に対して、通常介入を行う対照群(26 名)と、通常介入に追加しホームベース型健康支援介入を行う介入群(22 名)の 2 群に分け、delayed intervention design(遅延介入研究)を行った。初回評価の 3 ヶ月後から、介入群はホームベース型健康支援を実施し、対照群は通常介入を行った。介入前後で身体測定、フレイル評価、運動機能評価、栄養評価、自己効力感を評価し、効果判定を行った。統計処理として、Wilcoxon 順位和検定、Fisher 正確確率検定を用い、対象者基本属性比較を行った。Welchの t 検定、Wilcoxon 順位和検定にて介入群、対照群の 2 群比較を行い、有意棄却水準は 5 %とした。

【結果】

介入期間中に 9 名の脱落があり(入院 6 名,終了 3 名),最終的には介入群 18 名,対照群 21 名であった。ホームベース型健康支援介入により,自己効力感は介入群 49.5 ± 6.2 点,対照群 45.5 ± 5.4 点,フレイル指標である J-CHS では,3 名の対象者がフレイルからプレフレイルへの変化が見られたが、介入群,対照群のアウトカムに対しては,有意な差は認められなかった。

【考察】

通所リハ利用者に対して、ホームベース型健康支援を実施することにより、各指標の有意な差は見られなかった。しかし、ホームベース型健康支援介入による、自己効力感とフレイルの変化(一部フレイルからプレフレイルへ移行した症例)が見られた。一般的にフレイル予防は、要介護状態を予防するため取り組まれる。しかし要介護状態においてもホームベース型健康支援の介入方法である、前向きな態度、自己効力感、周囲からの支援により、自己効力感やフレイルの予防に良い影響を及ぼすことができる可能性が示唆された。今後は、症例数を増やし、ホームベース型健康支援が通所リハや訪問リハビリを受けている患者にも応用できる仕組みを検討していく必要がある。

キーワード:ホームベース型健康支援、フレイル予防、自己効力感

【はじめに】

我が国の要介護度別認定者数は年々増加している。要介護状態を引き起こす要因は、加齢に加えてフレイルや認知・精神機能の低下、身体機能低下、社会活動の欠如、少残歯数、腎機能低下など多岐に渡る¹¹. 要介護状態を引き起こす要因の一つであるフレイルとは、Frailty を指し「加齢に伴う能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」で、筋力低下により動作の俊敏性が失われ転倒をきたすような身体、認知機能障害、精神・心理的問題、社会的問題などを含む概念である²¹. 介入方法は、運動、栄養・口腔、社会参加があり、運動は、歩行、筋力、身体運動機能、日常生活活動度を改善し、フレイルの進行を予防し得るとされ、運動プログラムは、レジスタンス運動、バランストレーニング、機能的トレーニング等を組み合わせた多因子運動プログラムが推奨されている³¹. 栄養状態はフレイルと関連があり、栄養教育、栄養補助食による単独介入の効果は弱いが、運動療法と栄養補助製品との併用療法は効果が高いことが示されている³¹. フレイル高齢者の割合は、地域高齢者の約 10%前後と推定され、加齢とともに増加し、慢性疾患で外来通院中の高齢者や施設入所者におけるフレイルの割合は、地域在住高齢者の割合よりも高い³¹. 高齢期の低栄養は、高齢者の健康に直結する重要な病態で、低栄養の問題は要介護状態の手前の時期から既に始まっており、フレイルを考えながら早期に評価・介入する重要性が必要である⁴¹が、要介護状態のフレイル悪化予防に対する報告は少ない.

通所リハビリテーション(以下,通所リハ)とは、居宅要介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションである。鳥羽®によると、通所リハ利用者もフレイルの対象が多く、介入の必要性が示されている。加齢による筋肉量減少及び筋力低下であるサルコペニア有病率は、対象の通所リハ利用者全体の

51.6%で、特に女性の有病率が高く、多くの女性が握力、歩行速度、骨格筋指数低下の報告があるっ。通所リハ利用者の多くは、 独居で複合疾患を抱えており、 慢性期疾患により,本人および周囲の疾病管理や生活状況をマネジメントする力が必要となる. 一般的に, 医学的管理, 心身・生活活動の維持向上を図る目的で健康支援が行われるが, その多くは健康管理モデル®であり, 疾病の早期発見・管理を目的とした健康管理が中心である。行動変容の鍵は本人の遵守であり、失敗し自信喪失に繋がる恐れ がある。一方、健康支援モデル⁸は、内発的動機づけにより生活や人生の質(以下、QOL)を目的に介入する方法であり、健康 管理モデルと比べて、本人のライフスタイルを尊重し、自分をコントロールすることで自己効力感が高まり、新たな目標を目指 す動機づけとなり、行動変容に繋がると考える、健康支援モデルをベースにして、健康行動理論である計画的行動理論を応用 とした支援方法として、ホームベース型健康支援がある8.ホームベース型健康支援とは、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づけを尊重し、支援者は本人ができることをできるように支援し、目標達成型で 行動変容を行い,新しいライフスタイル(ホームベース)を目指すものである®. その支援内容には,①前向きの態度(ステー ジモデル,健康信念モデル),②自己効力感(2原理3原則,微分行動修正法),③周囲からの支援(エンパワメント)がある. ①前向きの態度:ステージモデルは、行動変容に繋げるための心の準備状態を把握するために用い、無関心期・関心期・準備期・ 実行期・維持期の5つに分類され,各時期に合わせて介入する.健康信念モデルは,健康行動に繋がるために行動変容への有益 性と障害を認識するもので、痛みや病気、時間がかかるなどの障害よりも病気を減らし健康な状態に近づく有益性が上回り、本 人が健康に良いとされる行動をとる可能性を高めるものである。②自己効力感:2原理3原則では,2原理は行動変容における 方針を示し, a. 自分で自分を禁止, 抑制することをできるだけしないこと, b. 自分に心地が良いことを一つでも開始するがある. 3原則は健康に関する行動変容の方針を示し、a. たとえ健康に良くても嫌いなことはできるだけ行わない、b. たとえ健康に悪く ても好きでたまらないことはやめず,とりあえず現状を認める,c.健康に良くてしかも自分が実行できて心地よくなることを一 つでもよいから始める、である、微分行動修正法は、その人の生活活動の最小単位となるような行動で健康に寄与すると考え られる行動を修正することで、ほかの行動に波及的に効果が及ぼすとされる考え方である。③周囲からの支援にはエンパワメ ントがあり、本人が目標を達成するために、自立的に行動する力を付与するための支援である。 ホームベース型健康支援の研究 は、福岡県宇美町住民と肥満傾向の大学生を対象とした研究が報告されている。しかし、要介護状態の高齢者に関するフレイ ル予防の研究は報告されていない. 通所リハは,総合的に利用者の心身状態,社会背景を把握し,利用者の目標や行動変容に繋 げることで、フレイル悪化を予防できるのではないかと考えた、そこで今回,通所リハ利用者に対してホームベース型健康支 援介入を行うことにより, フレイル予防および心身状況の変化について検討した.

【方法】

1. 研究デザイン

研究デザインは、delayed intervention design(遅延介入研究)を用いた。delayed intervention design とは、2群の介入期間を遅らせて行う研究方法である。通常介入を行う対照群(以下、対照群)と通常介入に追加し、ホームベース型健康支援介入を行う介入群(以下、介入群)の2群を無作為に割り付けた。ランダム化の手段は、対象者を番号管理し、対象者の内容がわからない状態にし、2群に分類した。初めに、両群のベースラインを測定し、3ヶ月後に第1クールとして、対照群は通常のリハビリテーションを行う通常介入、介入群は通常介入に追加しホームベース型健康支援介入を行う介入を行った。その後、3ヶ月間の休止期間を設けた後、第2クールとして、対照群と介入群を交代し、上記の介入を3ヶ月間行った。今回の報告は、第1クールまでの結果である。

2. 対象者 (選択・除外基準) (図1)

1) 対象者

対象者は、福岡県の通所リハビリを利用する在宅要介護者である。調査開始時の2021年5月1日時点で通所リハCに登録している利用者のうち、研究への同意を得た43名(男性20名、女性23名、平均年齢76.6 ± 9.5歳)を対象とした。

2) 選択・除外基準

選択基準は、要介護認定を受け、通所リハビリCに所属中の地域在住者とした。除外基準は、1)障害高齢者の日常生活自立度ランクB,C(寝たきり)の者、2)認知症高齢者の日常生活自立度ランク皿以下の者、3)研究の同意が得られない者(身体機能評価で痛みや気分不良等により実施困難な者、質問項目への回答が得られない場合)、4)体調不良や測定が困難な者とした。

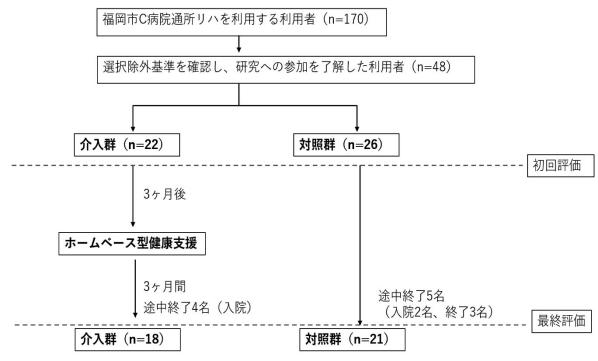


図1 対象者のアルゴリズム

3. インフォームドコンセントと個人情報のポリシー・倫理審査

対象者および家族に対して、事前に研究の趣旨と目的を書面かつ口頭にて説明し、書面により同意を得た。研究の参加は自由意志であること、調査に協力しないことや途中で中止した場合であっても、対象者より研究参加や同意撤回の申し出があった際は途中で中止できること、不利益を生じることがないことを説明した。得られたデータは厳重に管理し、個人情報が特定できないように匿名化した。また本研究は、千鳥橋病院臨床研究倫理審査委員会で承認を得て実施した(承認番号:CH-2021-3)。

4. 介入方法

1) 介入方法

①介入者に1週間の食事・運動内容を記載してもらい、普段の介入者の状況を把握した.②食事・運動に関する質問から各ステージモデルを確認した.運動に関しては、「運動を続けていきたいですか?」の質問から、健康のために続けたい(維持・実行期)、これから徐々にやろうと思う(準備期)、しないといけないと思っている(関心期)、全く運動をしたくない(無関心期)の中から一つを選択した。食事に関しては、「バランスの良い食事を心がけていますか?」の質問から、バランスの良い食事を心がけている(維持・実行期)、時々気をつけている(準備期)、わかってはいるができていない(関心期)、全く食事に関心がない(無関心期)の中から一つを選択した。③介入群は、初回評価の3ヶ月後からホームベース型健康支援を行い、対照群は通常介入を行った。長時間通所リハ利用者(以下、長時間利用者)に対しては、被介入者は リハビリテーション技術者(理学療法士(以下、PT)・作業療法士(以下、OT))、看護職員、介護職員が関わり、短時間通所リハ利用者(以下、短時間利用者)は主に担当の PT・OT が関わった。担当ケアマネージャー、家族等に連絡し、当事業所以外の介入が必要な場合(自宅での取り組みで、買い物や声かけ、一緒に運動など、何かしらの手伝いが必要な場合)は、介入支援をお願いした。

2) 目標設定と取り組みの選定(図2、図3、図4、図5)

参加者の目標を聴取し、運動と食事の取り組みを選定した。運動は、フレイル、5 回立ち座りテスト(Sit to Stand-5、以下、SS-5)、椅子からの起立や方向転換の要素を含んだ Time up and go test(以下、TUG)から「フレイル進行予防」および「フレイル悪化予防」に関する運動項目を選定し、栄養は体格指数である Body Mass Index(以下、BMI)、簡易栄養状態評価表(Mini Nutritional Assessment、以下、NMA)、エネルギー摂取量、たんぱく質摂取必要量から「フレイル予防食」および「フレイル食」に関する食事項目から各取り組みを選択した。目標ややりたいこと、取り組むことを選定し、具体的な方法(運動は場所・時間・頻度・負荷量、食事はいつ・何を・どのように・周囲にお願いすること)を決定した。また運動・食事に関するステージモデルの質問を行い、各ステージ特性や介入方法にて介入した。介入期間は3ヶ月実施し、通所リハ利用日または週毎に実施状況を確認し、月毎に実施状況、取り組み選定の再評価、感想などを共有した。

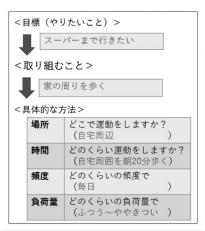


図2 目標・取り組み・具体的方法

1. 健康のために続けたい⇒維持・実行期 2. これから徐々にやろうと思う⇒準備期

Q:運動を続けていきたいですか?

<運動に関する質問>

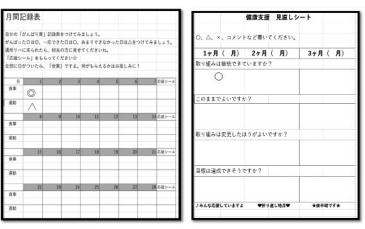
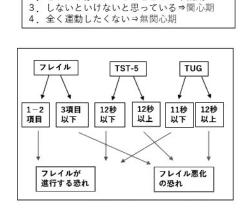


図3 実施状況、再評価



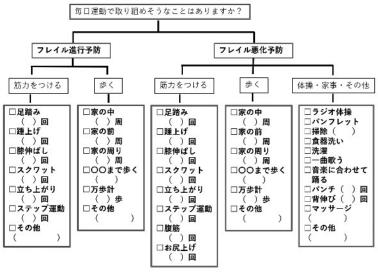


図4 運動のステージモデル・取り組み選定

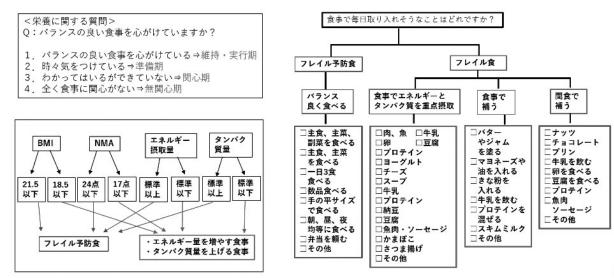


図5 食事のステージモデル・取り組み選定

5. 測定項目と測定タイミング

1) 介入方法

(1) 身体測定

各対象者の身長および体重は,立位で行い,測定時は時間,場所,服装,排尿後,体重測定機器など介入前後に合わせた状態で測定した. BMI は,日本肥満学会の基準に準じて,BMI = 体重 [kg]/身長 [m]²で計算し,低体重 18.5 以下,標準体重 18.5 以上 25 未満,肥満 25 以上,高度肥満 35 以上とした.

(2) フレイル評価

フレイル尺度は、Friedらが身体的要因を中心に開発されてardiovascular Health Study(CHS)尺度に準じて、国内の大規模コホート研究で適応された基準の改定版(2020年改訂日本版 CHS 基準(J-CHS 基準))11)を用いた。内訳は、①体重減少(6ヶ月で2kg以上の(意図しない)体重減少),②筋力低下(握力:男性<28kg,女性<18kg),③疲労感((ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする),④歩行速度(通常歩行速度<1.0m/秒),⑤身体活動(①軽い運動・体操をしていますか?②定期的な運動・スポーツをしていますか?上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答)の5項目で構成され,3項目以上に該当すればフレイル,1~2項目の該当でプレフレイルと判定した。

(3)身体機能

a. 5回立ち座りテスト (SS-5) 12)~13)

5回立ち座りテストで、下肢筋力を測定する。 肘置きのある椅子に座り、背中を離した状態から、できるだけ早く5回立ち座りをするように伝え、開始の合図から5回立ち座りを終了するまでの時間を測定した。 開始は殿部が椅子から離れる地点とし、体幹および両膝が最大限に伸びる姿勢まで立ち上がり、終了は殿部が椅子に接地するまでを一回とした。 支持物がなく動作が可能な者は、標準の両手を胸の前に置き立ち座り動作を行うが、困難な場合は両膝の上に手を置く変法または肘置きを支持する方法を用いた。 その際は検査方法を統一するように実施した。

b. Time up and go test $(TUG)^{14)}$

移動能力を把握するための最も簡便で有効な検査法の一つとされている。安定した椅子に背もたれを付けた状態で座り、 合図とともに椅子から起立し、3 m先のコーンを往復し椅子に着席するまでの時間を測定した。測定の開始は背中が椅子から離れた時、終了は殿部が椅子についた時間までを測定した。歩行補助具の使用などがある場合は記載し、前後で統一した。

(4) 栄養状態

a. 簡易栄養状態評価表¹⁵⁾

栄養状態を把握するために、簡易栄養状態評価表(MNA)を用いた。 MNA は、口頭による質問と計測によりスクリーニングとアセスメントを測定した。最大 30 ポイントで、20 \sim 30 ポイントは栄養状態良好、17 \sim 23.5 ポイントは低栄養の恐れあり、17 ポイント未満の場合は低栄養とした。

b. たんぱく質摂取量^{16)~17)}

たんぱく質摂取必要量(g) = 体重(kg) × 1.0 で求め,「日本人の食事摂取基準」のたんぱく質の目標量より,身体活動レベル(一日中ほぼ座っている状態を I(低い),座位が多いが立ち仕事,家事,買い物などを行う状態を II(普通),移動や立ち仕事,スポーツなど活発な運動習慣がある状態を II(高い)レベル)別に分類し,各自の基準を確認した.

c. エネルギー摂取量^{16)~17)}

エネルギー摂取量は、「日本人の食事摂取基準」から必要なエネルギー摂取量を体重と身体活動レベルで求めた。身体活動量は一日中ほぼ座っている状態を I(低い)、座位が多いが立ち仕事、家事、買い物などを行う状態を II(普通)、移動や立ち仕事、スポーツなど活発な運動習慣がある状態を II(高い)レベルとし、エネルギー必要量(kcal) = 体重(kg)×体重あたりの推定エネルギー必要量を算出した。

(5) 自己効力感

自己効力感は、横川らの健康管理に対するセルフエフィカシー尺度¹⁸を用い、運動・身体活動および日常生活における食事、運動、精神的安定、保健行動の 4 領域 15 項目の健康行動全般に関する質問を行った。判定は、非常に自信がある 4 点、まあ自信がある 3 点、あまり自信がない 2 点、全く自信がない 1 点とし、60 点満点とした.

2) 測定タイミング

介入期間の前後に,効果判定を行うためのアウトカムを評価した.

6. 統計解析

統計処理として、1)対象者基本属性比較:介入群と対照群の参加者のベースライン比較のため、間隔・比較尺度には Wilcoxon 順位和検定を用い、名義・順序尺度には Fisher の正確確率検定を行った。2)介入後2群比較:間隔・比較尺度には Welch の t 検定、順序尺度には Wilcoxon 順位和検定を行い、有意棄却水準は5%とした.

【結果】

研究参加に同意した 48 名のうち,介入群 22 名,対照群 26 名が対象であった。途中,入院により途中終了となった 6 名と利用中止となった 3 名の計 9 名を非該当者とし,介入群 18 名,対照群 21 名が最終継続となった (図1). 介入開始前における各群の対象者特性では,2 群間の年齢,性別,家族構成,要介護認定,疾患,利用時間,利用頻度,FIM,体重,BMI,エネルギー摂取量,たんぱく質摂取量,J-CHS,SS-5,TUG,MNA,自己効力感において,有意な差は認められなかった (表 1). また,介入群および対照群のアウトカム比較においても,有意な差は認められなかった (表 2).

表1 介入前における各群の対象者特性

| | 介入群(n=18) | 対照群(n=21) | p値 | | | |
|------------------|--------------------|-------------------|------|--|--|--|
| 基本特性 | | | | | | |
| 年齢 (歳) | 75.1 ± 8.5 | 75.5 ± 8.9 | 0.42 | | | |
| 性別(男/女、名) | 11/7 | 8 /13 | 0.20 | | | |
| 家族構成(独居/同居) | 11/7 | 10/11 | 0.52 | | | |
| 要介護認定(支援/介護) | 10/8 | 8/13 | 0.34 | | | |
| 疾患別(脳/筋・骨格/他) | 10/7/1 | 9/10/2 | 0.68 | | | |
| 利用時間(長/短) | 8/10 | 8/13 | 0.75 | | | |
| 利用頻度(週1/週2以上) | 6/12 | 7/14 | 0.63 | | | |
| 身体状態 | | | | | | |
| 体重 (kg) | 59.1 ± 2.6 | 62.3 ± 2.3 | 0.38 | | | |
| BMI | 23.8 ± 1.2 | 24.8 ± 1.0 | 0.87 | | | |
| FIM (点) | 109.1 ± 14.6 | 106.2 ± 12.4 | 0.84 | | | |
| J-CHS (人) | 7/11/0 | 10/10/1 | 0.74 | | | |
| (フレイル/プレフレイル/非該当 |) | | | | | |
| 身体機能 | | | | | | |
| SS-5 (秒) | 15.1 ± 0.6 | 16.1 ± 1.4 | 0.25 | | | |
| TUG(秒) | 19.0 ± 2.9 | 18.9 ± 2.7 | 0.43 | | | |
| 栄養状態 | | | | | | |
| エネルギー摂取量 (kcal) | 2057.7 ± 133.1 | 2047.7 ± 92.3 | 0.39 | | | |
| たんぱく質摂取量 (g) | 59.1 ± 2.6 | 62.3 ± 2.3 | 0.87 | | | |
| MNA (点) | 24.6 ± 0.9 | 28.3 ± 0.8 | 0.76 | | | |
| 自己効力感 | | | | | | |
| セルフエフェカシー尺度 | 45.3 ± 1.4 | 47.9 ± 3.5 | 0.21 | | | |
| (横川ら)(点) | | | | | | |

数値は平均値±標準偏差、または人数を記載

間隔・比較尺度:Wilcoxon順位和検定、名義・順位尺度:Fisherの正確確率検定

表2 介入群および対照群のアウトカム比較

| | 介入群 | 対象群 | p値 |
|-------------------|--------------------|--------------------|------|
| フレイル | | | |
| J-CHS | 4/14/0 | 9/11/1 | 0.74 |
| (フレイル/プレフレイル/非該当) | | | |
| 身体機能 | | | |
| SS-5(秒) | 14.5 ± 3.0 | 17.1 ± 7.9 | 0.17 |
| TUG(秒) | 18.1 ± 8.5 | 17.6 ± 10.9 | 0.87 |
| 栄養 | | | |
| BMI | 23.9 ± 5.3 | 24.8 ± 5.0 | 0.49 |
| エネルギー摂取量(Kcal) | 1949.4 ± 670.7 | 1919.8 ± 598.8 | 0.88 |
| たんぱく質接種量(g) | 60.1 ± 11.4 | 62.0 ± 11.0 | 0.41 |
| MNA(点) | 24.2 ± 2.2 | 23.3 ± 3.2 | 0.51 |
| 自己効力感 | | | |
| セルフエフィカシー尺度(点) | 49.5 ± 6.2 | 45.5 ± 5.4 | 0.09 |

数値は平均値±標準偏差、または人数を記載

比較尺度:Welchのt検定、順位尺度:Wilcoxon順位和検定使用

1) フレイル

介入群のベースラインはフレイル 7名,プレフレイル 11名であったが,介入後はフレイル 4名,プレフレイル 14名と 3名がフレイルからプレフレイルへの変化が見られた. 対照群のベースラインはフレイル 10名,プレフレイル 10名,非該当者が 1名であった. 対照群の最終評価では,フレイル 9名,プレフレイル 11名,非該当者 1名と前後で差は見られなかった. また最終時の介入群および対照群のフレイル比較では,p=0.74と有意な差は認められなかった. 非該当へ改善した症例は見られなかった. た.

2) 身体機能

SS-5 は, 介入群 14.5 ± 3.0 秒, 対照群 17.1 ± 7.9 秒で両群の差は認められなかった (p = 0.17). TUG は, 介入群 18.1 ± 8.5 秒, 対照群 17.6 ± 10.9 秒であり、有意な差は認められなかった (p = 0.87).

3) 栄養状態

BMI は、介入群のベースライン 23.9 ± 5.3、介入群 24.8 ± 5.0 と有意な差は認められなかった (p=0.49). エネルギー摂取量は、介入群 1949.4 ± 670.7 kcal、対照群 1919.8 ± 598.8 kcal であった (p=0.88). たんぱく質摂取量は、介入群 60.1 ± 11.4g、対照群 62.0 ± 11.0g であった (p=0.41). MNA は、介入群 24.2 ± 2.2 点、対照群は 23.3 ± 3.2 点であった (p=0.51).

4) 自己効力感

横川らのセルフエフィカシー尺度評価では、介入群 49.5 ± 6.2 点、対照群 45.5 ± 5.4 点であった (p = 0.09).

考察

本研究は、通常のリハビリ介入とホームベース型健康支援介入を比較し、フレイル予防の効果を検証した。その結果、各評価項目において、ホームベース型健康支援介入による有意な差は認められなかった。しかし、介入群の前後比較では、自己効力感とフレイルへの影響が認められた。ホームベース型健康支援の研究では、住民による介入で、収縮期血圧、拡張期血圧、中性脂肪(脂質異常症)、ヘモグロビン A1c、体重、BMI、CHQ30(精神健康調査表)の低下、HDLコレステロールの有意な増加があったと報告されている⁹。また BMI 25 以上の大学生に関する研究では、体重、BMI、体脂肪率、収縮期血圧、拡張期血圧にて有意な低下が見られたとの報告がある¹⁰、両者ともに、食事制限や運動を強制するのではなく、自分で選択し行動目標とし、その実行や継続を支援することが有効であったと報告している。

今回, 自身で決定した運動・食事の取り組みを, 毎日3ヶ月間継続することは容易ではなかったが, 全利用者は前向きに取

り組まれた。運動の負荷量や頻度が強度でなくても,生活に取り入れた容易な内容を選択することで,継続に繋がり,心身への影響が得られると考える。介入群による自己効力感の変化は,ホームベース型健康支援の3要素である「前向きな行動変容のステージや健康行動に合わせた支援」,「安心安定した環境や周囲からの支援」,「行動を上手くやれる自信」を行うことで,影響があったと考える。周りからの支援や本人の行動変容に合わせて,生活に即した無理のない介入を行うこと,また自分自身でコントロールすることにより,自信に繋がったと推測される。行動変容を促すには,まず,何らかの行動を実行してもらうことが重要であり,そこからプログラムに積極的な前向きな態度が育つとされている 10 0。また,行動療法において,セルフモニタリングは現状の把握や治療効果の評価に用いられ,行動が改善することがあることが知られている 10 1。取り組みを実施し,毎週1~2回,担当者から記載した内容や状況をフィードバックやアドバイスをもらい,取り組みを継続したことが影響を受けていると考える。

また、フレイルからプレフレイルへ移行した数名の症例が認められた、今回の対象者は、通所リハ利用者で、全ての対象者が 要介護認定を受けている.一般的に75歳を超えると「高齢による衰弱」の割合が徐々に増加し,90歳以上では約半数が衰弱で あるとされている19. そのため、慢性疾患を持ち高齢期の状態で、フレイルが改善することは容易ではないと予測される. 一 般的に,フレイル予防は要介護状態を予防するために取り組まれるが,要介護状態に移行してもフレイル悪化を予防すること ができる症例がいることが分かった. フレイルからプレフレイルへ変化した症例を認めたが, 非該当への移行は認められなかっ た、これは、一旦プレフレイル以下の状態になれば、その状態から前段階に回復することは容易でないことが伺える、フレイ ル予防の運動に関する研究は多く報告されているが、運動プログラムは、レジスタンス運動、バランストレーニング、機能的ト レーニング等を組み合わせた多因子運動プログラムが推奨されている³.しかし,特に併存疾患や慢性期患者においては,その 運動や栄養療法の継続が問題となりやすい. プレフレイル高齢者に対して,1年間週4回以上のウォーキングや筋力トレーニ ングを実施しフレイル予防効果を検証した研究では、慢性疾患を持ったものや心身機能が低く、うつ傾向にあるものは運動プロ グラムの受け入れや継続が悪かったとの報告がある200。松本210は、フレイル高齢者は心疾患や痛みを抱えており、身体機能の問 題から運動習慣を身につけさせることは容易ではないと述べている. フレイルと運動自己効力感(運動 Self-efficacy:以下,運 動SE)の関連を調査した研究では、フレイル高齢者は運動を開始し、継続することの困難さが生じているとの報告もある. Oka²²²によると、運動を始めるためには運動に対する行動変容段階を上位へ上げることが重要で、そのためには運動 SE を高め ることが必要であると述べている。また平均年齢79歳の高齢者253名に対して身体活動に関る因子を調査した研究においても、 運動 SE や運動に対する前向きな期待感が高いことが、身体活動を高める要因と報告されている²³⁾. そのため、フレイル予防に は運動習慣とともに運動 SE を高める心理的,教育的なサポートが重要であると述べられている²¹⁾、今回、身体能力の改善に繋 がらなかった要因として、取り組みの継続に主軸があり、負荷量の設定が不十分であったことが考えられる。

フレイルの要因や,主要な構成要素であるサルコペニアとたんぱく質摂取量に関する報告は多数存在するが,フレイルをターゲットとした研究は決して多く はない⁴). 横断研究では,摂取エネルギーで調整しても,たんぱく質摂取量はフレイルと関連しており²⁴),日本人高齢女性を対象とした研究では,たんぱく質摂取量が低いことがフレイルとの関連性を認めている²⁵). 高齢期では,筋肉量の減少や機能低下が起こるが,その一要因として加齢による同化抵抗性が起こり,骨格筋形成の同化抑制反応が若年期と比較して減弱化することが挙げられる²⁵). 本研究の対象者は,高齢者で複合的に疾患を有している.また,生活期特有のストレスやイベントなど,食欲の低下や活動性の低下に繋がることも考えられる.高齢期の食事では,たんぱく質摂取量を不足させないよう,十分量摂取することが重要である²⁷). 今回,栄養状態に関して,有意な差は認められなかった背景には,個々により高たんぱく質摂取量改善への介入が不十分であった可能性が考えられる.

今回,ホームベース型健康支援を行い,フレイル予防の効果を検証した.ホームベース型健康支援を用いた,要介護認定高齢者やフレイルに関する研究は本研究が初めてであり,また介入研究であることから,有益な研究であると考えた.結果,各評価項目において有意な差は認められなかったが、フレイル悪化予防の観点から検証することができた.

研究限界として、2点挙げられる。1点目は、サンプルサイズの少なさである。サンプルサイズが小さく、統計的な結果に繋がらなかったと考える。本研究では、初回評価から3ヶ月間経過後に、3ヶ月間の介入期間があり、最低6ヶ月以上の期間が必要であった。介入期間は3ヶ月間と短時間であるが、対象は要介護認定高齢者であり、途中で入退院や再発等により、継続困難な症例も見られた。2点目は、研究デザインや統計解析の問題である。データ収集で、両群の分類は無作為に割り付けたが、研究に直接携わった者が行ったため、バイアスがかかっていたことが考えられる。また、上記と重なるが、サンプルサイズが少なく適切な統計解析が行えていない可能性がある。

よって、今後は症例数を増やし、効果を検証していく必要があると考える.

参考文献

- 1) 介護予防ガイド 平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健増進等事業)「介護予防の取り組みによる社会保障費抑制効果の検証および科学的根拠と経験を融合させた介護予防ガイドの作成」. 荒井秀典. 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター: 2019. https://www.ncgg.go.jp/ri/topics/documents/cgss1.pdf(cited 2022-9-15).
- 2) フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. 一般社団法人日本老年医学会: 2014-5. https://jpn-geriat soc.or.jp/proposal/index.html. (cited 2021-10-31).
- 3) フレイル診療ガイド. 社団法人日本サルコペニア・フレイル学会: http://jssf.umin.jp/clinical_guide.html. (cited 2021-12-10).
- 4) 葛谷雅文. フレイルに対する栄養介入. 日本転倒予防学会誌. 2017; Vol.3. No.3: 17-20.
- 5) 通所リハビリテーション. 第 141 回社保審 介護給付費分科会. 参考資料 4 H29.6.21. 厚生労働省: (cited 2022-7-28).
- 6) 鳥羽研二. フレイルの概念と予防. Japan Journal of Rehabilitation Medicine. 2015; 51-54.
- 7) 沢谷洋平. 他. 通所リハビリテーション利用者におけるサルコペニアの有病率とその特徴. 理学療法科学. 2019; 34(1):111-114.
- 8) 馬場園明. 脱・メタボリックシンドロームのための健康支援. 東京. 中央法規; 2008. p.23-26
- 9) Babazono, A. et al.: Patient-Motivated Prevention of Lifestyle-Related Disease in Japan: A Randomized, Controlled Clinical Trial, Disease Management & Health Outcomes, 15, 119-126, 2007.
- 10) 松園美貴. 他.: 肥満学生を対象とした生活習慣の行動変容支援プログラム「ウエルカムホームベース型健康支援プログラム」. 厚生の指標. 第54 巻. 第10. 2007年.
- 11) サルコペニア診療ガイドライン. アジアサルコペニアワーキンググループ (AWGS) .日本内科学会雑誌. 109 巻 10 号; 2020: https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/109/10/109_2162/_pdf. (cited 2021-11-7) .
- 12) 坂本裕太. 他:5 回立ち上がりテストにおける Quality of Life 低下のカットオフ値:介護予防事業参加者を対象とした横断研究による検証.日本ヘルスサポート学会.2019:4巻:25-32.
- 13) 結果の出せるトレーニングマニュアル指導者向け実践ガイド(第3版). 公益社団法人大分県理学療法士協会: 2020-08-17. https://opta.or.jp/publics/index/41/. (cited 2021-11-12).
- 14) Timed Up & Go Test の測定について. 日本理学療法学会連合: http://jspt.japanpt.or.jp/esas/pdf/e-sas-s-tug.pdf. (cited 2021-12-10).
- 15) 簡易栄養状態評価表 (MNA: Mini Nutritional Assessment). Nestle Health Science; 2019-10. https://www.nestlehealthscience.jp/sites/default/files/2019-10/mna_japanese.pdf. (cited 2021-10-31).
- 16) 日本人の食事摂取基準 (2020 年版) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書. 厚生労働省: 2020-10. https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf. (cited 2021-10-31).
- 17) 健康長寿教室テキスト第2版. 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター: 2020. https://www.ncgg.go.jp/ri/news/documents/chojutext_2020.pdf. (cited 2021-9-15).
- 18) 横川吉晴. 他. 地域高齢者の健康管理に対するセルフエフェカシー尺度の作成. 日本公衆衛生学会誌. 2005; 第 46 巻. 第 2 号: 103-112.
- 19) 酒井義人. 骨量・筋量減少と虚弱. MEDICAL REHABILITATION. 2014; 170: 33-39.
- 20) Serra-Prat M. Sist X. et al. Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomized controlled trial. Age Ageing. 2017; 46: 401-407.
- 21) 松本浩実. 他. 地域高齢者におけるフレイルの進行度と運動及び運動自己効力感の関連性について- 横断的観察研究による実態調査-. 理学療法学. 2019; 46 巻.6 号: 429-436.
- 22) Oka K. Stages of change for exercise behavior and self-efficacy for exercise among middle-ages adults. Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2003; 50: 208-215.
- 23) Suh SR. Kim YM. Factors associated with physical activity of women aged over 75 in South Korea. J Exerc Rehabil. 2018; 14: 387-394.
- 24) Bartali B, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 61 (6): 589-593, 2006.
- 25) Kobayashi S, et al. High protein intake is associated with low prevalence of frailty among old Japanese women: a multicenter cross-sectional study. Nutr J. 12:164, 2013.
- 26) Abe T. Thiebaud RS. Et al. Prevalence of site-specific thigh sarcopenia in Japanese men and women. Age (Dordr) . 2014; 36: 417-426.
- 27) 本川 佳子. フレイル・サルコペニアを予防する 高齢者の食と栄養. 日本老年医学会雑誌 .2021;58 巻 4 号.

集中治療後症候群 (PICS) への効果的介入についての検討

中元めぐみ1) 吉田真一郎11,23 原田久美子11 馬場園明31

Effective intervention for post-intensive care syndrome (PICS)

Megumi Nakamoto, Shinichiro Yoshida, Kumiko Harada, Akira Babazono

(Background and aim)

In the aging society, it must be important that aged patients hospitalized in acute care hospital as well as their families realize a gratifying quality of life. Although PICS is a serious problem, it is not clear which kind of interventions are effective for preventing PICS. In this study, we evaluated the presence of delirium in ICU patients using appropriate tools and investigated the effectiveness of ABCDEF bundle intervention for preventing PICS.

[Method]

One hundred fifty-four eligible patients admitted to ICU of Kyushu Medical Center from April 2020 to September 2000 were divided into two groups; the intervention group cared with ABCDEF bundle (n=84) and the control group without the bundle intervention (n=70). The primary end point was incidence of delirium. Delirium was also evaluated as hypoactive delirium, active delirium, and mixed delirium.

Statistical analyses were performed as follows; χ^2 test for incidence of delirium, Wilcoxon/Kruskal-Wallis test for multiple parameters, and logistic regression analysis for clarifying factors influenced the development of delirium. The objective variable is the presence or absence of delirium, factors that affect the occurrence of delirium, such as the presence or absence of intervention, age, and drugs with a high risk of delirium, were used as independent variables.

[Result]

The incidence of delirium was significantly low in the intervention group compared with the control group (28.6% vs. 45.2%, P=0.004). In details, hypoactive delirium was most common in both groups (90% and 57.9% in the intervention group and the control group, respectively, P=0.002). Factors that might affect the development of delirium were not different between groups. The logistic regression analysis revealed that the bundle intervention (P=0.03) and the use of neuropsychiatric agents influenced the development of delirium. (P=0.01)

[Discussion]

The intervention with ABCDEF bundle significantly reduced the incidence of delirium in ICU patients, and the bundle intervention and the use of neuropsychiatric agents were extracted as factors influencing the outcome. By collecting information about patients' needs and wishes, the ABCDEF bundle can establish common goals in "treatment goal" and "patient needs and wishes." In order to improve the quality of life of ICU patients and their families after intensive treatment, it is necessary to consider what is the ideal medical care and nursing. Therefore, not only vital prognosis but also cognitive function should be followed long-term in aged patients who received the intensive treatment.

Keywords: PICS, ABCDEF bundle, delirium prevention

¹⁾ 独立行政法人 国立病院機構 九州医療センター National Hospital Organization Kyushu Medical Center 〒 810-8563 福岡市中央区地行浜1丁目8番地1号 FAX 092-847-8802

²⁾ 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻 Department of Health Care Administration and Management Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

³⁾ 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 Department of Health Care Administration and Management,Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

和文抄録

【背景と目的】

急性期病院のICUに入室した患者に対して、ICU患者およびその家族に質の高い生活を提供できるかが、高齢化社会を迎えるにあたり課題であると考えられる。適切なツールを使用してせん妄評価を行い、PICSの予防のためにABCDEFバンドルを導入し、その介入効果について評価をした。

【方法】

九州医療センターの ICU に 2020 年 4 月から 9 月までに入室した患者で ABCDEF バンドル実施の介入を始めた患者を介入群 (n=84) と、対照としてバンドル介入開始前 (n=70) の患者を非介入群とし比較した。統計的解析では、せん妄の発生をアウトカムとして各項目の介入群と対照群の分布の検定では χ^2 検定を、ICU 入室・早期リハビリ介入日数、人工呼吸器日数の検定では、Wilcoxon/Kruskal-Wallis の検定(順位和)を用いた。また、せん妄を低活動型せん妄、活動型せん妄、混合型せん妄別に評価した。せん妄発生に影響した要因を定量的に明らかにするために、せん妄発生の有無を目的変数、介入の有無、年齢やせん妄リスクの高い薬剤などせん妄発生に要因を及ぼす因子を独立変数とし、ロジスティク回帰分析を行った。

【結果】

せん妄の発生割合(P=0.004)は、非介入群 45.2%、介入群 28.6%で有意差がみられ、低活動せん妄が非介入(57.9%)・介入群 (90%)で最も多く、せん妄の種類(P=0.002)でも有意差があった。せん妄発生に影響を及ぼすと思われる因子の両群比較は、有意差はなかった。せん妄発生に影響するロジスティク回帰分析の結果は、バンドル介入(P=0.03)と精神神経用剤(P=0.01)のみが関係しており、その他の因子は選択されなかった。

【考察】

ABCDEF バンドルを導入した介入効果は、ICU におけるせん妄発生を減少させ、バンドル介入と精神神経用剤のみがせん妄に影響を及ぼすことが明確となったが、全てのバンドルにおいての介入の効果は得られなかった。ABCDEF バンドルは患者のニードや望みの情報収集を行い、「治療の目標」と「患者のニード・望み」の共通目標を設定する。ICU に入室した患者の治療後の生活の QOL 向上させるために、ICU の医療・看護の質の向上に寄与し今後も貢献していくことが求められる。そのために、ICU に入室した患者の長期的な生存状況や認知症機能について研究することが期待される

キーワード: PICS、ABCDEFバンドル、せん妄予防

【背景と目的】

1. 研究の背景

2030年には、わが国の65歳以上人口は総人口の約32%を占めると推測される¹⁾。人口の高齢化と医療技術の進歩により高齢者の手術や内科的治療の適応が拡大し、集中治療を必要とする高齢者も年々増加している。2012年 Society of Critical Care Medicine (SCCM) は集中治療後症候群 (post – intensive care syndrome; PICS) という概念を提唱した²⁾。

PICS とは、ICU 在室中あるいは ICU 退室後、さらには退院後に生じる身体機能・認知機能・精神の障害で、ICU 患者の長期予後のみならず患者家族の精神にも影響を及ぼす 3 。PICS の予防には、せん妄予防・早期リ八ビリテーション・家族への介入、フォローアップを組み込んだ ABCDE バンドルを ICU 入室時から退院後まで実施することが重要である。このうち、認知機能障害は ICU 退出患者の $30\sim80\%$ で発症するといわれ、ICU 入室中のせん妄の出現は、長期の認知機能、ADL と関連しているといわれている 4 。

九州医療センターでは、ICU に入室した患者に対して、CAM – ICU を用いてせん妄評価を行っている。Harvey らは、せん妄予防のために介入が必要な患者については、①早期リハビリテーション、②退院支援計画、③早期の精神的介入、④ ICU ダイアリー、⑤癒しの環境提供、⑥患者の身体機能・認知機能・意識状態の経時的記録を推奨している。さらに、予防策として、ABCDE バンドルが推奨されている 5 。

ABCDE バンドルとは、PICS を予防するために ABCDE バンドルで行う概念で 2010 年頃より提唱され始めた $^{\circ}$ 。ABCDE バンドルは、ICU 患者の予後悪化因子として ICU-AD(ICU-acquired Delirium:ICU 後天性せん妄) $_{77}$ と ICU-AW(ICU-acquired Weakness:ICU 神経筋障害)に注目し、人工呼吸や鎮静のデメリットと併せて医原性リスクとして捉えている。そして、人工呼吸、鎮静、ICU-AD、ICU-AW は負のサイクルを形成して増悪しやすく、その結果として患者の生命予後と長期的 QOL を悪化させる。ICU - AD は重症病態に伴って発症する急性の脳障害の一症状と考えられ 87 ICU - AW は急性発症の筋力低下で、重症病態以外に明らかな原因を指摘できないものをいう。人工呼吸管理期間が7日以上の患者では約60%がICU - AW を発症するという報告がある 97 。これらの ICU-AD、ICU-AW などの医原性リスク低減策を組み合わせた包括的患者管理指針が

ABCDE バンドルである。

ICU 患者におけるせん妄・ICU - acquired weakness を予防するためのバンドル A: 気道管理(Airway management)、B: 呼吸トライアル(Breathing trials)、C: ケアの調整とコミュニケーション(Coordination of care and Communication)、D: せん妄評価(Delirium assessment)、E: 早期運動療法(Earlymobility)から成り立つ。その後、さらに PICS を減少させるためならびに、PICS - Family(PICSF)を予防するために「FGH」が加えられ、F: Family involvement(家族を含めた対応)、G: Good handoff communication(良好な申し送り伝達)、H: Handout materials on PICS and PICS - F (PICS や PICS - F についての書而での情報提供)で ABCDEFGH バンドルとなった¹⁰。

2014 年の Balas らの before - after study では、ABCDE バンドルを導入したことで ベッドから離れてリハビリテーション が施行された割合が増加し(48% vs66%,p=0.002)、人工呼吸器不要期間が増加し(15 日 vs18 日,p=0.04)、ICU - AD の発生が減少した(62. 3% vs48.7%,p=0.02)と報告されている 11 。PICS の予防の取り組みには各専門職を生かしながら多面的に実施し、入院中から退院後も継続されなければならない。そのためには、スタッフの教育、治療手段の確立、医療資源、社会資源の確保していくことが必要である。集中治療は救命を第一の目的とするのは当然であるが、救命率の向上が得られた現在では、いかに助けるだけではなく重症患者の長期予後を見据え、いかに PICS の予防をし、ICU 患者およびその家族に質の高い生活を提供できるか、高齢化社会を迎えるにあたり課題であると考えられる。

九州医療センターでは、2020年7月より患者に看護ケアを行い、ABCDEFバンドルを実践している。これらによる ABCDEFバンドルの実践により介入効果を検証はされていない。適切なPICSの予防の介入効果について評価を行う。加えて、介入開始後、せん妄発生が減少したかを、診療記録をレビューして検証することである。

【方法】

1) 対象

研究の対象は、令和2年度の診療報酬改定以降、九州医療センターのICUに2020年4月1日~2020年9月30日までに入室した164人のうち154人の症例を対象とした。だたし、除外基準は、ICUに24時間以上入室しなかった患者、認知症と診断された患者10名は除外した。ABCDEバンドル実施の介入を始めた2020年7月以降の患者を介入群、対照としてバンドル介入開始前の患者を非介入群とした。研究内容は倫理委員会で承認を受け、研究内容はオプトアウトした。

2)調查方法

(1) バンドルの学習会の実施

救命病棟・ICU 病棟の看護師にバンドルの内容について知識の統一を図る目的で 2020 年 7 月に 5 回の学習会とせん妄アセスメント評価の方法について説明を行った。家族ケアの評価は、山勢らにより重症・救急領域のクリティカルケアにおける家族ケアのためのニードとアセスメントについて比較的簡便にできる(Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency Care Settings: 以下 CNS-FACE II)を使用している。

CNS-FACE II は、ニードの 6 つのカテゴリー(社会的 / 情緒的 / 安楽・安寧 / 情報 / 接近 / 保証)とコーピングの 2 つのカテゴリー(情動的 / 問題志向的)で構成されている¹²⁾。CNS-FACE II は、患者がクリティカルケアを受けている状態のとき、その家族の心理的側面を量的に測定するものである。行動評定は、特別なインタビューや家族自身に記述を求めるものではない。カンファレンスにおいて、家族ケアが必要な患者において活用している。ICU ダイアリーは、記載方法を統一した。

(2)調査項目

せん妄発生因子は、Lipowski(1ggo)の3要因の分類を基本に据えながら¹³⁾、ケアを実践する際に重要なアセスメントを参考に評価し、診療記録から正確に把握可能な以下の因子を設定した。① 患者背景因子(年齢・性別・入院時の喫煙習慣および飲酒習慣)② 病態に関わる因子(脳器質的障害、認知症、せん妄を起こしやすい薬剤、手術の内容、人工呼吸器の使用日数)当院のせん妄を起こしやすい薬剤の分類に従って、抗精神薬、催眠鎮静剤、抗てんかん薬、抗コリン剤、副腎ホルモン剤、抗パーキンソン剤、麻薬の920の薬剤を使用した薬剤を分類した。せん妄ハイリスク薬の定義は、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」の"特に慎重な投与を要する薬物のリスト"¹⁴⁾において主な副作用・理由としてせん妄が挙げられている薬効分類の薬剤、及び一般的にせん妄の発症リスクが高いとされている薬剤に対して調査を行った。手術内容は、5時間以上の侵襲のあるもの、カテーテル、開心術、手術なしに分類した。③安静度に関わる因子(早期リハビリ日数)これらの各因子と、せん妄の発生率および発生時期、せん妄発生による影響について診療記録をもとに調査した。

ICU 入室中の患者に、CAM-ICU を用いて、Richmond Agitation-Sedation Scale (以下 RASS) を用いた鎮静評価とせん妄 評価を組み合わせて、せん妄および不穏の有無とせん妄の種類を評価した。CAM-ICU は、ICU 入室中の患者を対象として開発されたせん妄スクリーニングツールである。CAM-ICU は、主に一般病棟でのコミュニケーション能力の保たれた患者に対

して使用されている CAM(Confusion Assessment Method) 「5 をベースに ICU 患者向けに改良したツールであり、人工呼吸器 装着の有無に関わらず使用可能であることが特徴である。また、RASS をベース評価としているため鎮静評価も可能であり、 両者を組み合わせることで、せん妄の運動性亜型分類(活発型・不活発型・混合型)も区別できる $^{16)}$ - 17 。 CAM-ICU で陽性 の場合、せん妄ありとし、RASS が + 1 \sim + 4 を活動型せん妄、RASS が - 1 \sim - 3 を低活動型せん妄、1日のうちに活動型せん妄と低活動型せん妄を反復発症するものを混合型せん妄とした 18 。

(3) 分析方法

アウトカムは、せん妄発生とし、プライマリーエンドポイント(primary endpoint)は、入室日数、人工呼吸管理日数、早期リハビリ日数、侵襲別手術内容、SAT(Spontaneous Awaking Trial:自発覚醒トライアル)・SBT(Spontaneous Breathing Trial:人工呼吸器離脱トライアル)率、せん妄のリスクが高い薬剤とした。セカンダリーエンドポイント(secondary endpoint)は、退院後の転帰とした。

統計的解析では、各項目の介入群と対照群の分布の検定では χ^2 検定を、ICU 入室・早期リハビリ介入日数、人工呼吸器日数の検定では、Wilcoxon/Kruskal-Wallis の検定(順位和)を用いた。また、せん妄発生に影響した要因を定量的に明らかにするために、せん妄発生の有無を目的変数、介入の有無、年齢やせん妄リスクの高い薬剤などせん妄発生に要因を及ぼす因子を独立変数とし、ロジスティク回帰分析を行った。なお、介入については、介入前 = 0、介入後 = 1 のダミー変数を用いた。有意水準は 5%とした。統計解析には、JMP® 15 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) を使用した。

【結果】

対象患者のうち介入群は84人、非介入群は70人であった。ICU 入室患者の属性を表 1 に示す。患者背景因子では、年齢は非介入群で67.17 ± 14.76 歳、65 歳以上60.7%、介入群で66.15 ± 16.41 歳 65 歳以上61.43% とほぼ同程度であった。性別では、介入群の方が非介入群に比べてやや男性の割合が低く、入院時の喫煙有無(P=0.02)では介入群の方が高い割合を示し飲酒の有無(P=0.03)も含めて患者背景因子においては両群で有意な差があった。転帰に関しては、有意差はなかったが、死亡に関して介入群は7.1%と非介入群 11.91%と比較して減少していた。術式の侵襲別に関しては、両群に違いは認めなかった。

1. ICU 入室患者に関する属性(表1)

| | ſ | ↑入前 (n = 84) | | 介入後(n | = 70) | |
|---------|--------|----------------|-----|--------|---------------|-------|
| | number | | | number | p value | |
| 年齢 (SD) | 全体 | 67.17 (±14.76) |) | 66.15 | (±16.41) | 0.24 |
| | 65歳未満 | 51.90 (±11.53) |) | 48.50 | (± 16.19) | 0.87 |
| | 65歳以上 | 75.20 (±8.69) | | 73.71 | (± 9.13) | 0.95 |
| 年齢割合 | 65歳未満 | 33 (39.29 |) % | 27 | (38.57) % | |
| | 65歳以上 | 51 (60.71 |) % | 43 | (61.43) % | |
| 性別 | 男性 | 57 (67.90 |) % | 43 | (61.40) % | 0.20 |
| | 女性 | 27 (32.10 |) % | 27 | (38.60) % | |
| 飲酒 | 有 | 34 (40.50 |) % | 22 | (31.40) % | 0.03* |
| | 無 | 43 (51.20 |) % | 42 | (60.00) % | |
| | 不明 | 7 (8.30 |) % | 6 | (8.60) % | |
| 喫煙 | 有 | 17 (20.24 |) % | 17 | (24.29) % | 0.02* |
| | 無 | 33 (39.29 |) % | 35 | (50.00) % | |
| | 過去有 | 28 (33.33 |) % | 16 | (22.86) % | |
| 転帰 | 当院 | 39.29 | % | | 37.10 % | 0.19 |
| | 他院 | 19.04 | % | | 12.90 % | |
| | 死亡 | 11.91 | % | | 7.10 % | |
| | 転院 | 27.38 | % | | 28.60 % | |
| | 入院中 | 2.38 | % | | 14.30 % | |
| 侵襲別手術 | 開心術 | 26.20 | % | | 28.57 % | 0.33 |
| (%) | 侵襲 | 28.60 | % | | 27.14 % | |
| | 非侵襲 | 8.30 | % | | 4.29 % | |
| | カテーテル | 21.40 | % | | 21.43 % | |
| | なし | 15.50 | % | | 18.57 % | |

P値: χ 2検定

せん妄発生に影響を及ぼすと思われる因子の両群比較を表 2 に示す。アウトカムのせん妄の発生割合(P=0.004)は、非介入群 45.2%、介入群 28.6%で有意差がみられ、低活動せん妄が非介入(57.9%)・介入群(90%)で最も多く、せん妄の種類(P=0.002)では有意差があった。病態に関わる因子として、表 3 (図 1)に示す。ICU 入室日数 (P=0.32) は、介入群のほうが 4.34 日と長かった。人工呼吸器の日数(P=0.21)では、介入群は 3.88 日で非介入群に比べるとやや装着日数が長くなっていたが、 $SAT \cdot SBT$ 率でもいずれも有意差はなかった。安静度に関わる因子は、早期リハビリ日数(P=0.60)では、介入群は 0.72 日で日数には大きな変わりはなく有意差はなかった。せん妄発生に影響するロジスティク回帰分析の結果は、表 4 に結果を示す。せん妄を起こしやすい薬剤の分類では、催眠鎮静剤と精神神経用を変数とした。せん妄の有無には、バンドル介入(オッズ比 0.35.95%信頼区間 0.16-0.73, P=0.03)と精神神経用剤(オッズ比 2.43.95%信頼区間 1.18-4.98, P=0.01)のみが関係しており、その他の因子は選択されなかった。

2. 介入前後における比較 (表 2)

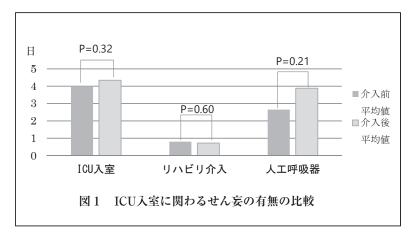
| | 介入前 | 介入前 (n = 84) | | | 介入後(n = 70) | | | |
|-----------|------|--------------|---------|---|-------------|---------|---|---------|
| | numb | er | | | number | | | p value |
| せん妄 (%) な | L | 46 | (54.80) | % | 50 | (71.40) | % | 0.004* |
| あ | IJ | 38 | (45.20) | % | 20 | (28.60) | % | |
| せん妄種類 低 | 活動 | 22 | (57.90) | % | 18 | (90) | % | 0.002* |
| (%) 活 | 動 | 15 | (39.50) | % | 2 | (10) | % | |
| 混 | 合 | 1 | (2.60) | % | 0 | 0 | % | |
| SAT率(%)実 | 施あり | 77 | 91.67 | % | 60 | 85.71 | % | 0.30 |
| 実 | 施なし | 7 | 8.33 | % | 10 | 14.29 | % | |
| SBT率(%)実 | 施あり | 79 | 94.00 | % | 64 | 91.43 | % | 0.53 |
| 実 | 施なし | 5 | 5.96 | % | 4 | 8.57 | % | |

P値: χ2検定

3. ICU入室に関わるせん妄の有無の比較(表 3・図1)

| | | 介入前(n | =84) | | 介入後(r | =70) | | |
|---------|----|--------|--------|-----|-------|--------|-----|---------|
| | | 平均値(SI |)) | 中央値 | 平均値(S | D) | 中央値 | p value |
| ICU入室日数 | 全体 | 3.96 | (3.08) | 3 | 4.34 | (3.48) | 3 | 0.32 |
| | なし | 2.84 | (1.60) | 2 | 3.44 | (2.20) | 3 | |
| | あり | 5.31 | (3.84) | 3 | 6.60 | (4.89) | 4 | |
| リハビリ介入 | 全体 | 0.80 | (1.36) | 0 | 0.72 | (1.20) | 0 | 0.60 |
| 日数 | なし | 0.40 | (0.93) | 0 | 0.40 | (0.85) | 2 | |
| | あり | 1.10 | (1.55) | 0 | 1.80 | (1.85) | 0 | |
| 人工呼吸器 | 全体 | 2.65 | (2.02) | 2 | 3.88 | (3.61) | 2 | 0.21 |
| 日数 | なし | 2.05 | (1.22) | 2 | 2.96 | (3.04) | 2 | |
| | あり | 3.12 | (2.38) | 2 | 6.20 | (4.02) | 6 | |

P値: Wilcoxon/Kruskal-Wallisの検定



4. せん妄発生に影響するロジスティク回帰分析の結果(表 4)

| | | Odds ratio | (95% CI) | p-value |
|---------|--------|------------|-------------|---------|
| 性別 | (男性) | 1.35 | (0.42-0.65) | 0.42 |
| 後期年齢の有無 | (後期年齢) | 1.43 | (0.62-3.28) | 0.49 |
| 喫煙の有無 | | 2.23 | (0.79–6.30) | 0.13 |
| 飲酒の有無 | | 0.88 | (0.40-1.95) | 0.76 |
| 精神神経用剤 | | 2.43 | (1.18-4.98) | 0.01* |
| 催眠鎮静剤 | | 0.70 | (0.26–1.87) | 0.47 |
| バンドル介入 | | 0.35 | (0.16-0.73) | 0.03* |

【考察】

本研究では、ICUに入室した患者に、ABCDEFの適切なバンドルを実施しPICSの予防の介入効果について検討を行った。せん妄発生に影響を及ぼすと思われる因子の両群比較アウトカムのせん妄の発生割合は、非介入群45.2%、介入群28.6%で有意差(P=0.004)がみられ、低活動せん妄が非介入(57.9%)・介入群(90%)で最も多く、せん妄の種類では有意差(P=0.002)があった。多変量解析においても、せん妄の有無には、バンドル介入と精神神経用剤のみが関係しており、その他の因子は選択されなかった。転帰に関しては、有意差はなかったが、死亡に関して介入群は7.1%と非介入群11.91%と比較して減少していた。

先行研究でも、ABCDEFバンドル(「F」Family engagement,家族関与に焦点を置いた項目を含む)が、より大規模な多施設におけるbefore-afterコホート研究で、同じように CAM-ICUを用いてせん妄を評価したところ、調整解析によってバンドル遵守率の向上と死亡率低下、ICUにおける昏睡・せん妄フリー日数の増加と有意に関連していたことが示されていた 19 。 ICUでは高齢者は、低活動せん妄が多く、ICUの90%以上が低活動せん妄であったと報告 20 されICUせん妄の特徴であることは研究結果からも同様の結果が認められた。ICUせん妄管理は、ICU-ADとICU-AWの対策と患者の疾患・病態管理が同時に行われる必要がある。ICU-AWは敗血症患者の人工呼吸器ウィニングを遷延し、リハビリテーションを妨げ、重症度や死亡率を上昇させる 21 リスクファクターの除去と低減が求められる。今回の早期リハビリに関しては、有意差はなかったが、早期リハビリをチームで行い、離床を促すことにより、身体機能やADLの改善につながる。早期離床における看護師の役割は、患者の活動と休息のバランス・サイクル・リズムを見出すと共に、それが尊重されるよう医療チームの調整を図ることが必要である。

2013年1月、米国集中治療医学会よりICU成人患者の痛み・不穏・せん妄管理のための診療ガイドライン(Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit:以下、PADガイドライン)が出版された 220 。PADガイドラインは、痛み(Pain)、不穏(Agitation)、せん妄(Delirium)の3要素に関する54の推奨項目からなるICU成人患者管理ガイドラインで、鎮痛薬・鎮静薬の使用法から痛み・不穏・せん妄の管理方法へ、つまり、薬剤管理から病態管理のガイドラインへとコンセプトが変わっている。Pageらは、ICUせん妄はドーパミン作動性経路とコリン作動性経路の不均衡の結果である 220 と述べており、自律神経系(交感神経系、副交感神経系)ケアの重要性を指摘している。スクリーニングによってせん妄と診断されれば、直ちに対応が必要である。せん妄患者にはしばしば、向精神薬が用いられる。メジャートランキライザーは、定型、非定型の抗精神病薬とも言われ、マイナートランキライザーは、抗不安薬である。メジャーとマイナーは中枢神経に対する作用の強さが違い、メジャートランキライザーは中枢神経への作用が強く、統合失調症の幻覚や妄想を抑えることができる。せん妄治療には、従来よりメジャートランキライザーであるセレネースがしばしば用いられてきているが、重症患者に発生するせん妄に対する有効性には確たるエビデンスは存在せず 20 、診療保険上も許可されていない。せん妄発生に影響するロジスティク回帰分析の多変量解析の結果では、せん妄発生に影響を及ぼす有意な因子として選択されたのは精神神経用剤、バンドル介入であった。精神神経用剤は、ベンゾジアゼピン系であり、PADの2013年ガイドラインは、短期的アウトカム(例えば、人工呼吸期間やICU入室期間)の改善を目的に、浅い鎮静深度を目標とする、または毎日鎮静を中断すること 200 、そしてベンゾジアゼピン系鎮静薬を最小限にすること 200 を推奨した。

本研究では症例数も少ないことから、各々の因子の影響がある可能性も否定はできない。このように、急性期に使用できるせん妄治療薬は現在のところ存在しないため、治療法がない以上は予防が最優先であると考えられる。PADガイドラインはABCDEバンドルの鎮痛・鎮静・せん妄管理の要素を補完する関係にあり、双方に薬理学的介入と非薬理学的介入が存在する

②7)。このことは、クリティカルケアにおける非薬理学的介入とそれを担う看護師の役割の重要性を示している。

せん妄発生に影響すると言われる睡眠障害に関しては、記録をもとにした研究であったために睡眠状態の客観的判断ができなかったことから検討項目からは除外している。せん妄予防策は、環境調整によって患者のストレスをいかに取り除くか、言い換えれば、療養環境をいかに日常生活に近づけることができるかということである。

Jackson らは、クリティカルケアにおける患者のニードを、マズローのニード階層理論を応用 (Jackson ニード理論) した。 $^{23)}$ $^{-29)}$ 。患者個人だけでなく、患者のサポートシステムの全体にもケアが必要である。一親等の親族では70%に不安の症状を認め、35%に抑うつ症状が認められており、特に配偶者は精神的に不安定で、多くは急性ストレス障害・PTSDの症状が認められている $^{30)}$ 。家族が面会時に、患者の情報を提供することで信頼関係を築くことにつながる。患者のニードに基づいたABCDEバンドルの実践は、①患者のニードを目標に設定すること、②ニードを満たす過程にABCDEバンドルの看護ケアを組み込むことが必要である $^{31)}$ 。 そのため、ABCDE+Fバンドルは患者のニードや望みの情報収集を行い、「治療の目標」と「患者のニード・望み」の共通目標を設定する。そうすることで、患者のニードに基づいたケアとなり、「尊重の欲求」を満たすことにつながる。家族ケア・ICUダイアリー等については実践のみで客観的な評価指標による分析が行えていないため効果については検証できなかった。

本研究の限界として4つある。1つは、研究期間が短くサンプル数が少なく、ICU-AD、ICU-AWを含めた長期的な予後を見据えた介入について調査できなかったことである。調査期間が短いためさらなる調査の継続が必要である。2つめは、睡眠状況や環境を含めた非薬理学的な多角的介入の影響による検証を行っていないこと、3つめは、スケールなどを用いた患者の痛み客観的評価を行えていないこと、4つめは、バンドル導入前の時期にスタッフに教育を行ったため、「介入前」のデータに影響している可能性があることである。研究を行うことで、ICUに入室した患者の治療後の生活のQOL向上させるために、ICUの医療・看護の質の向上に寄与し今後も貢献していくことが求められる。そのために、ICUに入室した患者の長期的な生存状況や認知症機能について研究することが期待される。

【参考文献】

- 1) 井上茂亮.超高齢患者に対する集中治療とPICS (集中治療後症候群).ICUとCCUVOL42 (4) 2018.p215.
- 2) Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term Outcomes after discharge from intensive care unit: Re-Port from a stakeholders'Conference. Crit MEd, 2012: 40 (2): 502-509,
- 3) 井上茂亮, 超高齢患者に対する集中治療とPICS (集中治療後症候群) ,ICUとCCUVOL42 (4) 2018.p215.
- 4) 井上茂亮, 超高齢患者に対する集中治療とPICS (集中治療後症候群), ICUとCCUVOL42 (4) 2018.p215.
- 5) Harvey, MA. et al. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now and Later. Crit Care Med. 44 (2) ,2016;381-385.
- 6) 井上茂亮, 超高齢患者に対する集中治療とPICS (集中治療後症候群), ICUとCCUVOL42 (4) 2018.p218.
- 7) Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. Chest. 2010;138 (5):1224-33.
- 8) Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J et al: Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care, Intensive Care Med 2009;35: 1276-1280.
- 9) Schefold JC, Bierbrauer J, Weber-Carstens S: In-tensive care unit-acquired weakness (ICUAW) and muscle wasting in critically ill patients with severe sepsis and septic shock. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2010;147-157.
- 10) Davidson JE. Harvey MA, Bemis-Dougherty A, et al: 1mplcInentatioll of the pain, agitation, alld deliriuln clinical practice gLLidelines alid promoting Patient Inobility to prevent post-intensive care syn dronrle. Crit Care Med 2013;41: 136-145.
- 11) Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, et al: Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordinateon, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle. Crit Care Med 2014; 42: 1024-1036.
- 12) 山勢博彰,山 勢善江他.完 成版CNS-FACEの信頼性と妥当性の検証 日本救急看護学会雑誌 4(2): 2003; 29-38.
- 13)粟生田友子(2006):重症度判定,診断,鑑別に用いるアセスメントツール,EBナーシングメ6(4),42-50. Foreman MD,et al(1993):Adverse events in the hospitalized elderly patients,Clin Nurs Res,2(3),360-370.
- 14) 日本老年医学会: 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン メジカルビュー社, 2015
- 15) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new

- method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113 (12):941-8.
- 16) Gusmao-Flores D, Salluh JI, Chalhub RA, Quarantini LC. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) and Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Crit Care. 2012;16 (4):R115.
- 17) Shi Q, Warren L, Saposnik G, Macdermid JC. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:1359-1370.
- 18) Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166 (10):1338-1344.
- 19) Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW: Improving hospital survival and reducing brain dysfunction at seven California community hospitals: Implementing PAD guidelines via the ABCDEF bundle in 6,064 patients. Crit Care Med 2017; 45:171-178.
- 20) Girard TD, Kress Jp, Fuchs BD, et al: Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in tensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): arandomised controlled trial, Lancet 2008;371: 126-134.
- 21) Vasilevskis, EE. et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness--crossing the quality chasm. Chest.138 (5), 2010, 1224-33.
- 22) Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit.; American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2013;41 (1):263-306.
- 23) V Page,E W Ely.Delirium in Critical Care (Core Critical Care) ,Cambridge niversity Press,NewYork,USA.
- 24) For Medical Professionals -ABCDEFs of Prevention and Safety Family Engagement. http://www.icudelirium.org/family. html (2015年1月閲覧)
- 25) Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, et al: Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. N Engl J Med 2000; 342: 1471-1477
- 26) Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al; SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared With Midazolam) Study Group: Dexmedetomidine vsmidazolam for sedation of critically ill patients: Arandomized trial. JAMA 2009;301:489-499
- 27) Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. Intensive Care Med 2001; 27:1892-1900.
- 28) Jackson, JC. et al. Improving patient care through the prism of psychology: application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. J Crit Care. 29 (3), 2014;438-44.
- 29) 宮崎俊一郎,古賀雄二. せん妄を予防するためのアセスメントのコツとケア. 重症集中ケア. 12 (3), 2013;57-63.
- 30) Jackson, JC. et al. Improving patients care thought the prism of psychology: application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. J Crit Care. 29 (3), 2014;438-44.
- 31) Barr, J. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, agitation, and deli

(2022年9月5日受付. 2022年10月24日受稿)

患者満足度・九州一のリハビリテーションの実践に向けた戦略と新たなサービスの展開 ~玉昌会グループの取り組み~

増山泰英¹⁾、福留大輔²⁾、原口友子¹⁾、平川智士²⁾、有川瑛人¹⁾、春田千幸¹⁾、米山拓¹⁾ 五十峯かずみ²⁾、下薗康志²⁾、大迫尚仁²⁾、村田美奈²⁾、菊池博之³⁾、川原翔太³⁾ 中村真之³⁾、田島紘己³⁾、夏越祥次³⁾、高田昌実³⁾、窪田昌行^{4),5)}、馬場園明^{5),6)}

Development of strategies and new services aimed at patient satisfaction and the best rehabilitation in Kyushu -Efforts of the Gyokushokai Group-

Yasuhide MASUYAMA, Daisuke FUKUDOME, Tomoko HARAGUCHI, Satoshi HIRAKAWA, Eito ARIKAWA, Chisaki HARUTA, Taku YONEYAMA, Kazumi IZUMINE, Yasushi SIMOZONO, Naohito OOSAKO, Mina MURATA, Hiroyuki KIKUCHI, Syouta KAWAHARA, Masayuki NAKAMURA, Hiroki TAJIMA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

我が国では超高齢化と少子化の進行により、政策的には、社会保障制度改革の必要性・超高齢化と少子化への対応に迫られている中、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制として、地域包括ケアシステムの構築が進められている¹⁾。そして、医療においては、限られた医療資源の中で、急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の取組が進められており、医療と介護の連携がますます重要になってきている²⁾。一方、経済面では医療費・介護費・年金の仕組みの抜本的改革の必要性が、社会面では多世代交流・ノーマライゼーション・地域共生社会の創出が、そして技術面ではAI・ロボット・ICT等の活用の視点が求められている。

このような中、リハビリテーションにおいては、要介護(支援)者が必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制の構築が求められている³。

玉昌会グループは鹿児島市と姶良市にそれぞれ2つの病院、15の在宅サービス事業を展開し、さらに健診事業のほか、保育園事業や、ウェルネス事業を運営している。また、リハビリテーション専門職がグループ全体に150名以上所属し、医療保険サービスの枠を越えた地域活動を幅広く展開し、地域包括ケアシステムの構築を目指している。リハビリテーションの役割として、政策的には、地域における急性期、回復期、慢性期、生活期に沿ったシームレスなリハビリテーション提供体制の構築が求められている。したがって、回復期リハビリテーションにおける現状を分析し、時代の変化のニーズに対応するリハビリテーションプログラムを開発する意義は大きい。

2008年から玉昌会グループは、チーム医療会議を創設し、医療介護福祉に関する研究を続けてきた。昨年度(2021年度)は、法人の強みを生かした「九州一の回復期リハビリテーション」を目指してというテーマで、2つの病院の分析を行い、全国の回復期リハ病棟の先進事例を研究することで、九州一の回復期リハ機能の目指すべき姿を研究してきた4。

今年度は、回復期リハビリテーション機能だけではなく、急性期から、回復期、慢性期、生活期に沿ったシームレスな九州 一のリハビリテーションを目指す方向へ、視点を広げると共に、成果を目指すために、成果と目標を明確にし、さらに実践の

1) 医療法人 玉昌会 加治木温泉病院

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kajikionnsen Hospital

〒 899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田 4714

- 4174 Kida, Kajiki-cho, Aira-shi, Kagoshima, 899-5241 Japan
- 2) 医療法人 玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kiramekiterasu Healthcare Hospital

3) 医療法人 玉昌会

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Takata Hospital

- 4) 株式会社 CCRC 研究所
- Institute of CCRC Co.Ltd.
- 5) 医療福祉経営マーケティング研究会

The Society of Health Care Mangement and Marketing

6) 九州大学大学院医学研究院医療経営·管理学講座

Department of Health Care Administration and Mangement,Graduate School of Medical Science,Kyushu University ための工程表を作成し、実践してきた。

本研究は、鹿児島市において2021年に旧高田病院を新築移転し新規開業したキラメキテラスヘルスケアホスピタルと姶良市にある加治木温泉病院において、リハビリテーション資源を含め、それぞれの地域の医療・介護資本を活かして、「患者満足度・九州一のリハビリテーション目指し、社会に貢献する」というコンセプトを実現するために、何を分析し、どんな戦略目標を立案し、実践していけばよいかチーム医療実践会議の中で研究・実践したので報告する。

Ⅱ 方法

新たに、急性期から、回復期、慢性期、生活期の在宅までのリハビリテーション機能を分析、検討するために、昨年度行った2つの病院の環境分析(PEST分析)および、病院の強み、弱み、機会、脅威をリハビリテーションの全領域に視点を広げ、見直すと共に、国内の先進事例を再調査し、「キラメキテラスホスピタル」では、海外のリハビリテーション事例としてドイツの平均的なリハビリテーション、加治木温泉病院では、オランダの平均的な在宅リハビリテーションを比較検討した。

これらの分析結果から、2つの病院がそれぞれの強さを生かして、「九州一」を目指すリハビリテーション機能の内容、および5つの視点(マーケティング、イノベーション、生産性、社会性、収益性)から目指すべき成果、目標を設定した。その後、5つの目標を実践達成するために、工程表を作成し、月次ごとに目標達成度をチェックし、PDCAを繰り返してきた。本研究は、4月から9月までの上半期の実績をまとめた。

Ⅲ 結果

1. キラメキテラスヘルスケアホスピタル

(1) PEST分析とSWOT分析

昨年度実施したPEST分析、SWOT分析を見直し、ブルーオーシャン分析により、「満足度九州一のリハビリテーション」を目的とした取り組みを立案した。Donabedian(1980)によると、満足度は医療の質の「結果」と述べていることから、我々は患者の主観的な視点と医学的(客観的)な視点の2側面を指標とすることにした 5 。患者視点で考えた場合はアンケート形式の患者満足度調査が該当する。満足度調査を実施することで、患者の視点からリハビリテーションの質を評価することができる。医学的視点ではリハビリテーション評価に加え、画像・動画を活用した評価を実施することで、達成度の見える化を実現する。昨年度は、九州一の回復期リハビリテーションと限定したテーマであったが 6 、今年度は、リハビリテーションを回復期から在宅まで含む、九州一のリハビリテーションを目指してと、リハビリテーションの範囲が大きくなったので、目標を再考した結果を表 1 に示す。

「九州ーとは何か」を再考した時に、ブルーオーシャン戦略を基に満足度の九州一を目指した。そして、満足度に着目した取り組みを整理した結果、FS(Full Time Sustainable)リハプログラムを確立する患者満足度戦略の4つの柱を立案し、表1に示す①~④の目標になった。なおFSリハプログラムとは、最大限のリハビリテーション提供で持続可能な生活、つまり退院後も含めた生活をサポートするものであり、リハビリ効果を最大限に発揮する為に、セラピストによる個別リハ以外での運動量の確保を目的とした取り組みである。更に川平和美医師の当病院への入職が決まり、新しい目標として促通反復療法も取り入れた 6 。

| XI MIXCOMM | | | | |
|---------------------|--------------------|--|--|--|
| 昨年度 | 今年度 | | | |
| 九州一の回復期リハビリテーション | 九州一のリハビリテーション | | | |
| (目標) | (目標) | | | |
| ■リハビリ提供システム | FSリハプログラムを確立する患者満足 | | | |
| ■教育指導システム | 度戦略の4つの柱を立案 | | | |
| ■DX提供体制 / 動画提供システム・ | ①リハビリテーション満足度調査 | | | |
| ホームページ | ②院内認定資格 | | | |
| ■連携体制/鹿児島大学病院、 | ③在宅サービス事業部との連携 | | | |
| いまきいれ総合病院他 | ④促通反復療法 (川平法) | | | |

表 1 昨年度との比較表

(2) ドイツの回復期リハビリテーションの研究

ドイツと日本は、国民一人あたりのGDPやGDPにしめる医療費の割合が同程度である。そこで、リハビリ入院期間、リハビリ以外の時間・過ごし方、患者への教育、リハビリに対する態度について比較した⁷。リハビリ入院期間の比較では、ドイツ

が20日程度とかなり短い期間で退院している。短時間での退院を可能にしている理由の一つにリハビリ時間以外の過ごし方に違いがあることが分かる。ドイツでは、個別のリハビリを行っている以外の時間は、患者が自主的にトレーニングを行っている。また、それ以外では「健康増進」や患者自身の「病気への理解」を目的に行う「健康教室」が利用されている。これらの授業を担当するのは、医師・リハビリ療法士・看護師・薬剤師・栄養士など多岐にわたり、患者への病気への理解を深め、早期回復や再発予防に役立っている。FSリハプログラムを確立するには、ドイツのように患者が主体的にリハビリに取り組めるように、リハビリ以外での時間の過ごし方について検討する必要があると考えた。日本とドイツの比較表をまとめた内容を表2に示す。

| | 日本 | ドイツ |
|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| リハビリ入院期間 | 67.5日 脳血管 83.3日 運動器 54.9日 | 20日程度 |
| リハビリ以外の時間 | 床上やデイルームで過ごす | 自主トレのためリハビリ室に |
| 過ごし方 | (リハビリ以外で過ごす) | (積極的にリハビリをして過ごす) |
| 患者様への教育 | ない~ 乏しい | 退院後の生活・リハビリや再発予防 に関する必修講義がある |
| リハビリに対する態度 | 受動的 | 自主的 |

表 2 日本とドイツの比較表

(3) 患者満足度九州一のリハビリテーション戦略の4つの柱

ドイツのように患者が主体的にリハビリに取り組めるようにするためには、FSリハプログラムを実現することが必要であり、その実現によって患者満足度九州一のリハビリテーションを目指すこととした。その内容について具体的に示す。なお、FSリハプログラムの確立を目指すべく、4つの柱として①リハビリテーション満足度調査 ②院内認定資格 ③在宅サービス事業部との連携 ④促通反復療法を立案した。

①リハビリテーション満足度調査

満足度については、現在、退院時に満足度調査として12項目の質問票に回答を頂いているが、リハビリテーションに関する項目が限られており、質問項目・評価基準の再構築が必要である。このため、退院患者が、退院後でも回答できるようにICTの活用も検討する必要性がある。そこで患者満足度を計る指標として、玉昌会オリジナルのリハビリテーション満足度調査を作成する。

②院内認定資格

リハビリテーションマインドや知識・技術を通して、患者に寄りそう看護・介護を行うことで、早期の在宅復帰・再入院させないサービスを提供できる人材を育成する。FSリハプログラムを提供するために、セラピスト・看護師・介護士が共同で病棟スタッフを教育・指導していく教育システム「院内認定資格」の構築を行っていく。

③在宅サービス事業部との連携(指導・環境整備)

在宅サービス事業部では、根拠に基づくケアを実現し再入院させないサービスを検討した。今年度、新電子カルテを導入し 医療から在宅サービスまで1つのシステムへ統合され、切れ目のない情報網が構築された。システムを活用し、リハビリテー ション室と在宅サービス事業部が連携を図ることで、退院後の活動量を維持していくことが目標である。

④促通反復療法(川平法)

促通反復療法(川平法)とは、治療者が促通操作(川平法)して、患者に意図した運動(随意運動)を実現・反復して貰い、その反復で大脳から脊髄までの神経回路を再建・強化する治療法になる。川平法は、鹿児島大学名誉教授である川平和美先生が考案された運動麻痺を回復させる治療法であり、各種ガイドラインでその有効性が報告されている。2022年4月より川平和美医師が医療法人玉昌会に入職し、今後の取り組みを検討した。

(4) 成果と目標

計画の成果と目標を設定するにあたり、マネジメントの父と言われるピーター・ドラッカーの提案する5つの質問、①われわれの目的は何か②われわれの顧客は誰か③顧客にとっての価値は何か④われわれの成果は何か⑤われわれの計画は何か、を参考にして成果、目標を考えた。また、ドラッカーは「目標を定める分野は8つある」と提唱しているが、その中から、経営

資源の目標は除いて、マーケティング、イノベーション、生産性、社会的責任、収益性について、期待される成果と目標をま とめた内容を以下に示す。(表3参照)

①マーケティング

ドラッカーのマーケティングとは広報ではなく、顧客のニーズを満たすことである。目標として、満足度調査・FSリハプログラム・在宅サービス事業部との連携を法人のホームページやSNSを活用し広報を行う。成果として、鹿児島県外からの入院相談を受ける機会の向上である。

②イノベーション

ドラッカーのイノベーションとは連携ではなく、顧客のニーズを満たすこととしている。目標として、玉昌会オリジナルのリハビリテーション満足度調査の実施、FSリハプログラムの確立、在宅サービス事業部とのICTを活用した連携を行う。成果として、満足度九州一リハビリテーションの可視化、リハビリ実績指数、在宅サービス事業部利用者の再入院数を減少させる。

③生産性

ドラッカーの生産性とは、コスト当たりの成果である。目標として、入院期間中の活動量・運動量増加、職員の技術力向上による在院日数を短縮させる。成果として、医療費の抑制、玉昌会グループの集客力向上、インシデント・アクシデントの重症度を低下させる。

④社会的責任

目標として、医療資源の有効活用による入院患者の自立支援、退院後に社会参加する。成果として、地域コミュニティへ参加することで患者のウェルネスの実現し、住み慣れた環境で継続した生活を行う。

⑤収益性

目標として、促通反復療法(川平法)のスタッフへの浸透・対外的なブランド化、FSリハプログラムを確立させる。成果として、入院比率向上による診療報酬増収、リハビリテーション実績指数、リハビリテーション初期加算、早期加算による算定数を上げる。

表 3 キラメキテラスヘルスケアホスピタルが目指す成果と目標

| 2022 年度 | 目標 (組織の直接コントロール内にあるもの) | 成果 (組織の直接コントロール外にあるもの) |
|---------|--|--|
| マーケティング | 満足度調査・FS リハプログラム・ 在宅サービス事業部との連携を 法人 HP・SNS を活用し広報を行う。 | ・鹿児島県外(特に九州圏域)からの 入院相談を受ける。(3 件/月) |
| イノベーション | ①玉昌会オリジナルのリハビリテーション満足度調査の実施 ②FS リハプログラムの確立 ・院内認定資格の開始 ・促通反復療法(川平法)の充実 ③在宅サービス事業部との ICT を活用した連携 | ①満足度九州一リハビリテーション の可視化 ②リハビリテーション実績指数※1 40以上 (FIM 利得向上、在院日数の短縮) ③在宅サービス事業部利用者の 再入院数減少(誤嚥性肺炎、転倒による外傷。レスパイト入院除く。) |
| 生産性 | ①入院期間中の活動量・運動量増加 ②在院日数の短縮 ③職員の技術力向上 | ①医療費の抑制 ②玉昌会グループの集客力向上 ③インシデント・アクシデントの重症度低下 |

| 社会的責任 | ①入院患者の自立支援②退院後の社会参加③医療資源の有効活用 | ①地域コミュニティへ参加することで、患者 のウェルネスの実現 ②住み慣れた環境で継続した生活の実施 |
|-------|--|---|
| 収益性 | ①促通反復療法(川平法)のスタッフへの 浸透・対外的なブランド化 ②FS リハプログラムの確立 ・院内認定資格 ・促通反復療法の充実 | ①運動器リハビリテーション(185点)→ 脳血管リハビリテーション(245点) 入院比率向上による診療報酬増収 ②リハビリテーション実績指数 40以上 ≒回復期リハビリテーション病棟入院料 I の維持*1 ③リハビリテーション初期加算*2(45点)・ 早期加算*3(30点)の算定数増加 ④在宅サービス事業部の永続的な利用 |

- ※1 リハビリテーション実績指数:リハビリテーション提供により、対象者の状態がどの程度改善したかを示す数値。 回復期リハビリテーション入院料1→[40以上]
- ※2 リハビリテーション初期加算:発症日(起算日)から14日を限度として1単位について45点を加算できる。
- ※3 リハビリテーション早期加算:発症日(起算日)から30日を限度として1単位について30点を加算できる。

(4) 実践工程表と進捗

キラメキテラスヘルスケアホスピタルの実践工程表(ガントチャート)を図1に示す。さらに、2022年9月末日時点における 目標の達成度について報告する。

①リハビリテーション満足度調査

満足度調査を作成する上で、主観的な評価尺度に加え、患者経験価値(PX)を組み合わせた計24項目からなる独自のアンケートの作成を検討した。患者経験価値とは、患者が病院で実際に経験したことを客観的に問うものである。従前の患者満足度調査のように「満足したか、しなかったか」といった主観を問うものではないため、改善すべき点を明確にし、改善行動につなげやすいのが特長です。対象者は当院を退院される患者とし、目的として満足度九州一のリハビリテーションの達成度を計る。回収率向上のため、紙ベースとGoogleフォームを使用し、スマートフォンでも回答できるよう作成した。現在、満足度調査テストマーケティングを開始している。

②院内認定資格

院内認定資格に関しては、ワーキンググループとして、キラメキテラスヘルスケアホスピタルのPT 2 名OT 1 名ST 1 名NS 2 名CW 1 名、および加治木温泉病院のPT 1 名OT 1 名ST 1 名NS 1 名CW 1 名、監修として医師1名の構成で発足した。取得までの流れとして、対象者を回復期リハビリテーション病棟に携わるスタッフ(NS、CW、PT、OT、ST)として、上半期コース、下半期コースに分けて受講、試験、合格通知とした。現在、座学動画内容の検討を行っている。

③在宅サービス事業部との連携

動画提供連携システムを検討し、動画提供システム連携を運用している。セラピスト・義肢装具士の定期巡回内容を検討し、定期巡回試験運用を行っている。言語聴覚士、義肢装具士がケアレジデンスほりえをはじめ鹿児島地区在宅事業部に直接訪問して、在宅スタッフとの連携を図った。現在、TV見守りシステム試験、三者通話システムの運用を開始している®。

④促通反復療法(川平法)

入職からの取り組みとして、ホームページ掲載、研修内容計画を検討した。川平和美医師の回診(火・金)、ランチセミナー(上肢編・下肢編)、実技研修を受けながら、促通療法を本格運用している。また、中国とのオンライン指導も行った。現在、促通反復療法に対して7名の入院相談を受けた。その内1名が当院へ入院し、川平医師の指導を受けながら、セラピストがリハビリを実施している。

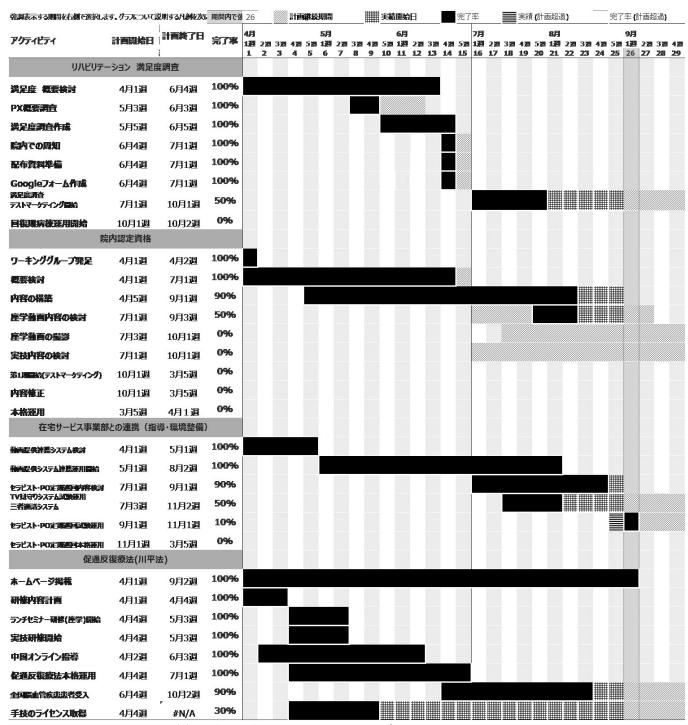


図 1 キラメキテラスヘルスケアホスピタル ガントチャート

2. 加治木温泉病院

(1) 九州No.1リハビリテーションの定義

加治木温泉病院の"九州No.1のリハビリテーションを目指して"という目標到達について検討するの中で、何をもって"九州No.1"となるのかという点が難しい部分であった。チーム医療メンバーの協議の中で、まず患者=顧客と考え、『顧客はリハビリテーションに何を求めているのか?』という部分を検討することとした。その際、先進的なリハビリテーションに取り組む病院のベンチマーク分析を行い、さらに、"九州No.1"の要素を抽出する目的で、PEST分析、SWOT分析を活用して、加治木温泉病院の内部環境と外部環境の分析や強み・弱みの分析を行った。

①ベンチマーク分析

リハビリテーションを積極的に取り組む全国の先進的な病院を調査分析し、ベンチマークとして調査・比較することを進めた。ベンチマークとなる病院にはそれぞれFIM改善度、リハ提供量、在宅復帰率等の"定量的変数"や設備、サービスの質、リハスキル等の"定性的変数"などの強みがあるが、達成感、充実感、安心感等の"主観的変数"の部分が満たされ示されていないことが分かった。この"主観的変数"を満たす為には、「満足度の向上」が課題になってくる考えた。(図2参照)

②PEST分析(加治木温泉病院の内部環境と 外部環境を分析)

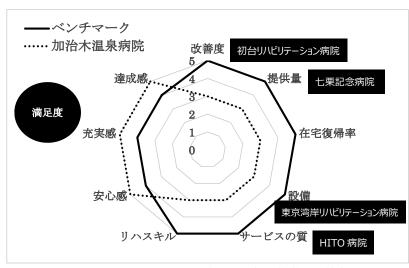


図2 ベンチマークとなる病院の評価の特徴の比較表

加治木温泉病院のリハビリテーション"九州No.1"を目指していく中で、加治木温泉病院内の環境と外部環境を理解しておく必要がある。そのためのフレームワークとしてPEST分析を用いた⁹。PESTとは、政治的(Politics)、経済的(Economy)、社会的(Society)、技術的(Technology)の頭文字をとったもので、外的環境の変動要因が加治木温泉病院にどのような影響を与えるかを体系的に把握することができる。表4に加治木温泉病院のPEST分析を示す。政治的要因として、地域医療構想、国や政府が進める先進医療や地域包括ケアシステム構築を含む連携、コロナ禍のより進んだ遠隔診療がある。経済的要因として、医療費・介護保険料等の社会保障費の拡大がある。社会的要因では、介護認定率が県平均、鹿児島市に比べて当院がある姶良市は低く、高齢化率は高いことがあげられた。技術的な要因では、ICTの導入や遠隔医療につながるウェアラブルデバイスやロボットリハビリテーションがあげられた。

| | 表4 | PEST分析 | (加治木温泉病院) |
|--|----|--------|-----------|
|--|----|--------|-----------|

| 政治的要因 | Politics | 地域医療構想 |
|------------|----------|-----------------------------------|
| | | エビデンスのある先進医療を国が推進 |
| | | 遠隔医療の診療報酬化 |
| | | 在院日数短縮と 在宅サービスへのリハの連携強化 |
| | | 地域包括ケアシステムの構築と健康寿命の延伸 |
| 経済的要因 | Economy | 回復期の年間医療費が入院医療費 5%と増加 |
| | | 国民医療費の増大 |
| | | 介護保険料の増加 |
| 社会的要因 | Society | 介護認定率:県19.5%、鹿児島市20.5%、姶良市15.9% |
| | | (要介護後の急激な低下+) |
| | | 国の高齢化率:2020年29% 2025年30% 2030年31% |
| | | 保険外リハの増加 |
| 技術的要因 | | 病院業務への ICT・IOT の導入 |
| Technology | | 遠隔医療が一般的になってきた |
| | | 電気治療、ロボットリハビリテーションの深化 |
| | | PHR の活用 |
| | | 生活場面でのオンライン活用の拡大 |
| | | (テレビ電話や授業、会議、趣味の教室等) |

③ SWOT分析

加治木温泉病院のSWOT分析の結果を表5に示す。加治木温泉病院の強みは、多様な専門性を持つスタッフ、新電子カルテ、関連施設にある多様な在宅施設、リハ付加機能の更新がある。弱みは回復期に特化した認定保持者不足、退院支援が不

十分、データ活用の不足がある。機会は、病院の移転予定、他の病院と比べ大学との連携のしやすさ、iPhone端末の活用がある。脅威は、全国的にも回復期リハ病棟病床が多い地区、紹介入院中心であることである。

表5 SWOT分析 加治木温泉病院

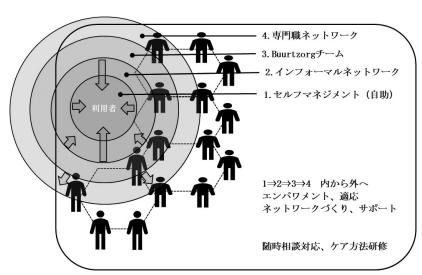
| 強み(内部的要因) | 弱み(内部要因) |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| ◇多様な専門性を持つスタッフ | ◇回復期に特化した認定保持者不足 |
| (義肢装具士3名・セラマネ、他) | _(看護部含)_ |
| ◇新電子カルテ | <u>◇退院支援が不十分</u> (54 床に MSW1 名) |
| ◇関連施設にある多様な在宅施設 | ◇データ活用の不足 |
| ◇病院機能評価 <u>リハ付加機能(3 回更新)</u> | |
| 機会(外部環境) | 脅威 (外部環境) |
| ◇病院の移転予定 | ◇全国的にも回復期リハ病棟病床が |
| (新規の顧客獲得の機会拡大) | 多い地区 |
| ◇他の病院と比べ 大学との連携のしやすさ | ◇紹介入院中心 (安定しない紹介数) |
| ◇リハ業務に iPhone 端末の活用 | |
| セラピスト1人1台の iPhone ⇒国内有数 | |

(2) オランダの在宅ケア組織『Buurtzorg』の研究

国際的に訪問看護の分野において、患者満足度に高い評価のあるオランダのBuurtzorgを検討した 10 , 11 , 12 。Buurtzorgの創設者は、オランダ出身であり、自身も看護師であるヨス・デ・ブロックCEOが、1営業所からスタートさせた事業である。看護師が中心となる地域医療マネジメントで利用者の願いを地域で受け止める仕組みを構築した。具体的には、患者を中心として、患者の自己管理からチームケアそして、その患者を取り巻く環境を踏まえたアプローチをしていくことを想定したビジョンである「玉ねぎモデル」(図3参照)の導入やICTを活用し、情報共有・蓄積などを通じたナレッジマネジメント、さらに1チーム最大12名で編成され、チームの自律性を重んじるフラットな組織づくりなどが特徴になっている。(表6参照)なお、「玉ねぎモデル」とは、患者を中心として、患者の自己管理からチームでのケアそして、その患者を取り巻く環境を踏まえたアプローチをしていくことを想定したビジョンである。

一方、バックグラウンド業務を本部が一括で担うことで現場の看護師それぞれに自律的なリーダーシップの発揮を促す。こうした仕組みが支持され、設立11年目で約900チーム、9000人以上の看護師を擁し、オランダを代表する訪問看護の組織になっている。

さらにBuurtzorgの特徴は満足度の高さにある。従業員満足度は、全業種を超えてオランダでNO.1になっている。また従業員だけでなく、利用者満足度が非常に高いのもビュートゾルフの特徴で2009年のある研究機関の調査では、他の307の在宅ケア組織と比較して、利用者がビュートゾルフに高い評価を与えていることが明らかにされた。



BUURTZORGの玉ねぎモデル

図3 BUURTZORGの玉ねぎモデル

表6 BUURTZORGの概要

| | Buurtzorg の概要 |
|------|--------------------------|
| 対象者 | 高齢者、障碍者(身体・精神)、子供、妊婦 |
| スタッフ | 看護師が中心、介護士、リハスタッフ |
| 内容 | 利用者の目標とする生活支援 |
| 料金 | 1時間 57 ユーロ(約¥7, 400) |
| 共有 | iPad、iPhone を用いたタイムリーな共有 |

(3) 患者満足感につながる4つの戦略

ベンチマーク分析とSWOT分析、およびBuurtzorgのケースを分析検討し、チーム内で、患者満足感につながる「満足度の向上」を図るためには、確かなニーズを見出し、そのニーズに応えることが必要と考え、患者満足感につながる4つの戦略を考えた。

①シェアードデシジョンメイキング (SDM) モデルの実践

近年、推奨される"医療の意思決定モデル"になっている医療の意思決定モデルの主流は「インフォームド・コンセント」であるが「SDMモデル」では、双方がそれぞれの希望、内容を説明、十分な同意を得た上で協同にて意思決定を行うものである。(表7参照)リハビリテーションの目標設定に両者がアクティブに共同で決める"SDMスタイル"への転換を考慮する^{13 ,14}。

| | インフォームド・コンセント | シェアードデシジョンメイキング |
|-----------|---------------|-----------------|
| セラピストの役割 | × Passive | O Active |
| クライエントの役割 | O Active | O Active |
| 情報のやりとり | セラピスト ⇒ 患者 | 患者 & セラピスト |
| 意思決定 | 同意 | 同意 |
| 最終決定権 | 患者 | 患者 & セラピスト |

表7 インフォームド・コンセントとシェアードデシジョンメイキングの違い

SDMモデルに沿ったリハビリテーションの目標設定の支援ツールとして、ADOCがある。ADOCはiPadアプリで意思決定支援ソフトであり、iPadに映写されるイラストを見ながら、一緒に目標を設定することや設定した目標を関わる全ての人で共有できるものことが特徴になっている。よくあるリハビリテーションの目標に基本動作に関わる内容が多いが、基本動作だけではない、その人が大切にしていることを目標に設定しやすくなっている

②SSI Newtonsモバイルトーク機能の活用

SSI(ソフトウェアサービス社)が提供する電子カルテシステムに、NewtonsモバイルというICTソリューションがある。この技術にはグループトーク機能を実装されており、患者に関わる医師、看護師、リハスタッフなどのユーザーを交えて、自由にグループ設定可能で、画像、動画、コメントなど、あらゆるデータを共有できるので、情報共有に時間と場所を選ばず、1患者1IDとシームレスかつタイムリーな共有が実現する。

③患者経験価値(PX)の視点

年1回実施してきた患者満足度調査結果の分析を行う。2019年度の調査結果(未記入除く)では「満足」・「やや満足」の回答割合が100%で肯定的なコメントが多いが「リハビリ職員と接していないからわからない」、「リハビリ職員と会ったことがない」、「リハビリの日程がわからない」、「どのようなリハビリを行っているかわからない」などのネガティブコメントが一部の家族よりあった。このことより、「リハビリを可視化」することがニーズを満たすことにつながると考えた。そこで、従来実施してきた患者満足度調査に付け加えて、"患者経験価値"の導入を検討する。患者満足度と患者経験価値の違いは、患者満足度(PS:Patient Satisfaction)は「経験」と「結果」の差であり、一方、患者経験価値(PX:Patient

"患者経験価値"の視点に基づく展開として、プロセスのリスト化(設問式)を行っていく。そして、「リハビリの達成度 について説明があったのか」、「退院後の生活について説明があったのか」、「今後の目標を共有する時間があったのか」

Experience)は、「プロセス」において、いつ、どこで、どのような経験をしたか、否かを見ていくものである^{15,16,17}。

などの設問を設定して、質問のあった内容に100%応えるリハビリサービスを提供することで高い満足度が得られると考える。

④ライフLifeシステムの構築

我々は真のベンチマークは、Buurtzorgの組織モデルとし、「顧客の本当にやりたいことを叶える」チームを結成して、"満足度No.1"のリハビリテーションにつなげていく -ライフLife-の構築し、満足度No1を目指す。表8にライフLifeの概要を示す。

表8 ライフLifeの概要

| | ライフ Life の概要 |
|------|--------------------------|
| 対象者 | 高齢者、障害者(身体・精神) |
| スタッフ | リハスタッフと看護師 |
| 内容 | 在宅生活を想定した一貫した支援 |
| 料金 | 診療報酬内・外 |
| 共有 | iPhone、iPad を用いたタイムリーな共有 |

ライフLifeの特徴として、チームライフLife実働部隊が、①顧客が"やってみたいこと"の抽出、②"達成には何が必要か"を提案、③達成プランのコンシェルジュの役割、を行い、一方でチームライフLifeバックアップメンバーは"やってみたい"を実現させるために必要な報酬プランを作成していく。

すなわち、実働部隊はバックアップメンバーと緊密に連携することで、"患者のやってみたいこと"の実現に専念出来る。このように、入院時に関わる回復期リハ病棟リハビリチームと退院後に関わる訪問リハビリチームとの間にチームLifeを配置してシームレスに関わることで、クライアントの「本当にやりたいことを叶える」の達成を目指していきたい。その結果、"顧客がやりたいことを叶える"ために、PT・OT・STがそれぞれ専門的なリハを介護保険や自費リハにおいて、必要な要素の組み合わせ・無理のない最適プランの提案を行っていくことができる。

(4)成果と目標

マーケティング、イノベーション、生産性、社会的責任、収益性について、それぞれの成果と目標を表9に示す¹⁸⁾。まず、マーケティングの目標として、「Life」のサービスを入院患者10名以上に提供するとした。成果としては、二次医療圏以外から、「Life」を目的とした顧客1件以上サービスにつなげる。次のイノベーションの目標は、「動画×ADOC×モバイル」を新サービス「Life」をして形にする。成果として、新サービス「Life」で、既存のリハを越える満足につなげる。また、生産性の目標として、SSIトーク機能を用いた情報共有のネットワーク体制を構築する。成果として、新たな共有ネットワークの構築によって、施設間での共有時間が大きく短縮する。さらに、社会的責任の目標は、脳卒中患者、運動器疾患患者、がん患者、高齢者などの多様なニーズに応えるプランを作成する。成果として、新サービス「Life」を姶良市包括支援センターが認識する。最後に、収益性の目標として、診療時間内でサービスが完結する仕組みを構築する。成果として、入院稼働率、外来件数が増加することとした。

表9 目標と成果

| | 成果 | 目標 |
|---------|------------------------|----------------------|
| マーケティング | 二次医療圏以外から,「Life」を目的とした | 「Life」のサービスを入院患者 |
| | 顧客1件以上サービスにつなげる | 10名以上に提供する |
| イノベーション | 新サービス「Life」で,既存のリハを越え | 「動画×ADOC×モバイル」を |
| | る満足につなげる | 新サービス「Life」として形にする |
| | (何で測るか?) | |
| 生産性 | 新たな共有ネットワークの構築によって, | SSIトーク機能を用いた情報共有の |
| | 施設間での共有時間が大きく短縮する | ネットワーク体制を構築する |
| 社会的責任 | 新サービス「Life」を姶良市 | 脳卒中患者,運動器疾患患者, |
| | 包括支援センターが認識する | がん患者,高齢者などの多様なニーズに応え |
| | | るプランを作成する |
| 収益性 | 入院稼働率,外来件数が | 診療時間内でサービスが |
| | 増加する | 完結する仕組みを構築する |

(5) 実践工程表と進捗

①SDMモデル (ADOCの活用)

SDMモデル(ADOCの活用)の工程表を図4に示す。2022年9月末段階での進捗とこれからの取組について整理すると、まず3台のiPadへのアプリダウンロードは終了した。SDMモデルでは、患者の希望する生活を明確にするために加治木温泉病院に入院時にリハ担当者にてADOC実施していく事を想定している。すでに、臨床現場で実際にADOCの実施を計画・管理していくADOCチーム編成してADOCが実施できる患者には実施していく取り組みを行っている。

導入準備としては、ADOCチームを中心にテストケース実施して、リハスタッフ向けにADOCについて説明会を実施してマニュアル作成完了し、導入後の運用見直しについては実際に導入してからの運用・マニュアルの見直しも完了した。現在は、定期的なADOCを実施していく声掛けをADOCチームからリハ担当者へ行い定期的なADOCを実施されデータが集まっているところである。今後、ADOCの活用は工程表に沿って、順調に進めることが出来ているので、今後はADOC導入の効果検証が必要と考える。

| | | 2 | 022. 6 | 1 | 2 | 022. 7 | 月 | 2 | 022. 8 | 3 | 2 | 022. 9) | F) | 20 | 22. 10 | 月 |
|---------------|-----|-----|--------|---|---|--------|---|---|--------|---|---|---------|----|----|--------|---|
| 実施事項 | 担当 | 上 | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 |
| アプリ購入・DR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①経費伺い作成提出 | 増山 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②担当課と調整 | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| チーム編成 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①チームメンバー選任 | 原口 | 5月済 | | | | | | | | | | | | | | |
| ②メンバーへの説明 | 原口 | 5月済 | | | | | | | | | | | | | | |
| 導入準備 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①テストケースピックアップ | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②テスト実施 | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③マニュアル (案) 作成 | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④説明会 (リハ内) | チーム | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤一部実施スタート | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 導入後の運用見直し | チーム | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①マニュアル完成 | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②完全スタート | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 導入による成果の検証 | 原口 | | | | | | | | | | | | | | | |

図4 SDMモデル(ADOCの活用)工程表

②SSI Newtonsモバイルの活用

SSI Newtonsモバイルの活用の工程表を図5に示す。SSIトーク機能は、モバイル・PC共に開始になっている。トーク機能内のグループ分けするための患者情報登録も完了している。

PDF・動画対応に関してはトーク機能で使用できるようになったので、現在、マニュアル作成に取り組んでいるが、動画対応はメーカーの対応待ちになっている。リハスタッフ内で説明会を展開した後、10月中旬のテストケース開始を目指することになっている。そして、医師、看護師、ソーシャルワーカー、関連施設へ説明会を展開し、テストケース開始する取り組みは動画まで実装されてから展開していくことになっている。

| | | 2022. 6月 | | | 2 | 2022. 7月 | | | 2022. 8月 | | | 2022. 9月 | | | 2022. 10月 | | |
|----------------|-----|----------|---|---|---|----------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|-----------|---|--|
| 実施事項 | 担当 | 上 | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | |
| SSIトーク開始(モバイル) | SSI | 2月済 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SSIトーク開始 (PC) | SSI | 5月済 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者情報登録 | 有川 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PDF·動画対応 (SSI) | 菊池 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| マニュアル作成 | 有川 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明会(リハ内) | 有川 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明会(Dr·Ns·SW) | 有川 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明会 (関連施設) | 有川 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| テストケース開始 | チーム | | | | | | | | | | | | | | | | |

図5 SSI Newtonsモバイルの活用 工程表

③患者経験価値(PX:Patient Experience)

PXに関しては「設問リストアップ・集約・調整」が終わり、「テストケース」を退院直前の患者へアンケートを実施す

る。アンケートの実施後に、解析・修正を行い、修正後、テストケースを2回に分け行い、患者が入院してから退院するまでの間に2回に分け、アンケートを実施する。図6に実践工程表を示す。

現在、2次解析・修正とマニュアル作成に取り組んでいる。修正のポイントは疾患別によって入院日数や内容に違いがあるため、ADOCの評価タイミングと合わせながらアンケートを取る時期を決めていく予定である。今後はPXだけでは患者満足度をはかることができないため「加治木版リハPX」は、リハスタッフの知識・スキルの質を向上させる教育・育成を主な目的として構築する予定である。また、運用状況を見て「キラメキ版PX」とすり合わせを行い、共通事項の調整や両院の違いを反映させた「玉昌会版リハPX」として仕上げることができればと考えており、玉昌会の患者満足度調査と併用していく検討をしている。

| | | 2 | 022. 6 | 月 | 2 | 022. 7 | 1 | 2 | 022. 8 | 月 | 2 | 2022. 9月 | | | 2022. 10月 | | |
|----------------------|----|---|--------|---|---|--------|---|---|--------|---|---|----------|---|---|-----------|---|--|
| 実施事項 | 担当 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | |
| ①設問リストアップ・集約 | | | | | | | | Ĭ | | | | | | | | | |
| ②小テストケース(回復期5名程度) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③解析・修正 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④修正後テストケース (回復期5名程度) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤2次解析・修正 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥回復期導入 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| マニュアル作成(内容修正込み) | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| キラメキとのPXすり合わせ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過チェック | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| 集計・見直し | | | | | | | | | | | | | | | | | |

図6 患者経験価値(PX) 工程表

④ライフLifeシステム

ライフLifeシステムはADOC・動画・PXの取り組みを始動後にLife本格始動になっていく考えている。Life導入準備として、チームメンバー選任をチーム医療の加治木チームのメンバーから選出し、運営方法検討・プラン作成:チーム医療実践会議で検討されていた内容を進めていく予定である。図7に実践工程表を示す。

また、Lifeの周知のための説明会をリハスタッフ・院内スタッフ向けに開催済みであり、今後は、在宅スタッフ(居宅支援事業所 ぬく杜)へはLifeテストケースまで盛り込んだ内容で周知していく予定である。

なお、Lifeテストケースとしては、当院の通所リハ利用者を対象としている。Life運用方法の修正のために、ADOCリストから抽出する作業をLifeチームメンバーで2週間に1回のペースで実施している。Lifeカンファは11月に実施予定になっている。今後、令和5年度には完全運用を目標にして取り組んでいる。それまでは、テストケース・運用方法の修正が数回繰り返されることが予想される。

| | | 2 | 2022. 6 | 月 | 2 | 2022. 7 | 月 | 2 | 022. 8 | 月 | 2 | 022. 9 | 月 | 20 | 022. 10 | 月 |
|--------------------|------|------|-----------|-----------------------|------|---------|-----|------|--------|------|------|--------|------|------|---------|---|
| 実施事項 | 担当 | 上 | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | 上 | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 | Ŀ | 中 | 下 |
| Life導入準備 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①チームメンバー選任 | 加治木T | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②運用方法検討 | 加治木T | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③プラン (案) 作成 | 加治木T | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lifeの周知 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①説明会 (リハ内) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②説明会 (院内) | | チーム | · 医療会議 | で検討し | た九州- | -の回復其 | 月への | | | | | | | | | |
| ③説明会(在宅ケアマネ) | | 取り組織 | みを院内 | 在宅へ | 周知 | | | | | | | | | | | |
| Lifeテストケース | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①実施 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②課題の検証 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Life運用方法の修正 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①ADOCリストから抽出 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②ADOCの内容からLifeカンファ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完全運用開始 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①回復期 | | | | | | | | 完全運用 | 用に関し | ては、当 | 初の予定 | 通りR5 | 年、HP | 他で外部 | へ発信 | |
| ②その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |

図7 ライフLifeシステム 工程表

IV 考察

1 キラメキテラスヘルスケアホスピタル

昨年度は、「ケーススタディ、チーム医療・九州一の回復期リハビリテーションを目指して~玉昌会グループの取り組み~」を報告した。今回は、前回の報告を参考に、リハビリテーションの対象を「回復期」から、「全体」へ拡大し、成果を出してくことに焦点を置いた。

今後の取り組みとして、「リハビリテーション満足度調査」では、「満足度調査テストマーケティング」で明らかになった 問題について修正を重ね、まず、回復期病棟で運用を開始する。その後、病院全体での運用を行っていく。

院内認定資格では、インターネット上で学習が出来るようにするために、動画の撮影を開始していく。また、実際に実技をした方が良い内容については、今後検討していく。その後、テストマーケティングを行い、内容の修正を行いながら本格的に開始していく。在宅サービス事業部との連携では、セラピスト・義肢装具士の定期巡回、TV見守りシステム、三者通話システムについて試験的に行っているので、本格的に開始していく。促通反復療法では、勉強会や実技指導の実施を重ね、手技のライセンス取得を考えている。後々は、スタッフの派遣事業も検討していく。

九州一のリハビリテーションを目指すには、越えるべき課題が山積しているが、一人ひとりが患者・顧客を思い寄り添うことで、独自の新たなサービスを創出でき、九州唯一のグループになると考える。また、当院が所在している荒田校区・中洲校区と連携し、玉昌会グループが提唱している「ヒューマンライフライン」の実現に向けた取り組みとなるよう、今後も取り組みを継続して参りたい。

2 加治木温泉病院

加治木温泉病院が『九州No.1のリハビリテーション』を目指す過程で、チームで検討し取り組んだ内容について考察する。まず、「九州No.1であることは、何をもって示すのか」を明らかにする目的でベンチマーク分析を実施した。その結果、加治木温泉病院はアウトカム指標・豊富な人材・第3者評価による認定等、有名リハビリテーション病院と大きな違いはないことで明らかになった。安心感・充実感・達成感に関連して得られると考えた顧客満足感についても、どこの病院もうまく示せていないことが分かった。

顧客満足度を明らかにする仕組みを構築するには、PEST分析やSWOT分析の結果から、ICTの活用やさらに強固な法人内連携が課題になっていることもあり、ICTを活用することも求められる。加えて、回復期入棟からリハビリテーションを提供して在宅復帰するところで完結している『病院完結型』のリハビリテーションから、回復期入棟時から、患者本人が在宅復帰後やりやいことを叶える『地域完結型』のリハビリテーションを意識して提供できる体制への転換も必要とされる。

そこで、オランダのBuurtzorgの組織モデルを参考に、入院中から在宅サービスまで関わることを目的とした『Lifeライフ』チームを設置し、構想を練ることになった。また、患者がリハビリで経験したことを確認するために、「患者経験価値PX」を実施することで、提供するリハビリテーションにフィードバックをかけることになった。これによって、セラピストによって提供されるリハビリテーションの質の担保や人材育成にも貢献できると考えている。『Lifeライフ』は、ADOCを活用してSDMモデルを推奨し、SSI Newtonsモバイルを活用することでICT活用、動画やPXで患者満足度向上へとつなげていく事が、玉昌会グループが提供するリハビリテーションのブランディングにもつながると考える。

V 結語~今後の展開

玉昌会グループは、鹿児島地区の「キラメキテラスヘルスケアホスピタル」が、「いまきれ総合病院」との連携体制をさらに強固なものにしていき、患者や家族に不安を感じさせない入退院支援や、地域と連携して「予防・健康増進」、「入院日数短縮」、「在宅復帰」まで一貫した取り組んでいくことを使命としている「り。そのためにも、FSプログラムや院内資格制度のシステム構築や在宅部門との連携のみならず、今後の急性期病棟の在院日数短縮に対応して、早期リハビリテーションが提供できる知識・技術の向上が求められる。さらに、現在、加治木温泉病院で展開している小児リハを、今後、鹿児島地区でも展開していくことで、「いまきいれ総合病院」の周産期医療センターを経由した医療的ケア児に対してのフォローが出来る体制を準備していく事が望まれる。

始良地区の加治木温泉病院は、「JOYタウン構想」で「JOYタウンホスピタル」と「JOYヴィレッジホスピタル」という2つの病院に分割して移転することが計画されている。そこでは、2つの病院、2つの介護医療院、在宅部門に分化し、それぞれに入院リハ・介護医療院独自のリハ・在宅リハ・地域リハ・小児リハに関わっていく事が構想されている。また、「JOYタウン」には、「WellBeClub」もあることから、健康な人から病気を持つ人、小児、障害者、高齢者に至る全ての人々に関われることが"ヒューマンライフライン"の実現に貢献できると考える。

参考文献

- 1) 地域包括ケア研究会、2040年: 多元社会における地域包括ケアシステム 「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会、 2019年3月
- 2) 尾形裕也、この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題 2025年のヘルスケアシステム、2022年7月
- 3) 厚生労働省老人局老人保健課、介護保険事業(支援) 計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供 体制の構築に関する手引き、令和2年8月
- 4) 原口友子、平川智士、増山康英他:チーム医療・九州一の回復期リハビリテーションを目指して~玉昌会グループの取り 組み~、医療福祉経営マーケティング研究 第16巻 第1号、2021
- 5) Donabedian, Avedis (1980), Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1, The Definition of Qualityand Approaches to its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press (東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』 NPO 法人健康医療評価研究機構, 2007 年)
- 6) 川平和美:決定版|家庭でできる脳卒中片マヒのリハビリ やさしい図解「川平法」、小学館、2012年
- 7) 教えて! 回復期リハ 番外編1 | リハビリ | コメディカル向けhttps://www.funmedtokyo.jp/rehabilitation/reha_saide1
- 8) 在宅高齢者専用テレビ電話システムami (アミ) https://www.happybell.jp
- 9) 永田豊志、知的生産力が劇的に高まる最強フレームワーク100、ソフトバンククリエイティブ、2008年12月
- 10) インターネット:桐田理恵 他:正解のわからない時代の意思決定とは。チーム全員がリーダーシップを発揮する組織「ビュートゾルフ」 https://drive.media/posts/26685
- 11) インターネット: 看護roo! © QUICK CO.LTD.: ナース・従業員の満足度トップ! 脅威の在宅ケア組織「ビュートゾルフ」とは? https://www.kango-roo.com/work/1441/
- 12) インターネット: Hatena Blog 佐々木康治blog: ビュートゾルフジャパンの実態・玉ねぎモデルとは https://koji-sasaki.hatenablog.com/entry/2018/04/07/235232
- 13) 石川ひろの、Shared Decision Makingの可能性と課題―がん医療における患者・医療者の新たなコミュニケーション―、 医療と社会 Vol.30 No.1 2020
- 14) インターネット、QLife、インフォームドコンセントの進化版!? シェアード・ディシジョン・メイキングを学ぶ https://www.qlife.jp/square/healthcare/story65938.html
- 15) インターネット、一般社団法人日本ペイシェント・エクスペリエンス研究会、『PXとは?』、 https://www.pxi.or.jp/
- 16) (C) 2016日本医療企画、『PXとは何か』、最新医療経営PHASE3 2016年5月号
- 17) 曽我香織、『最新PX事情 患者満足から「患者経験価値」へ』国内編、最新医療経営PHASE3 2017年11月号
- 18) 山下淳一郎、ドラッカー5つの質問 成功を収める企業とそうでない企業はどこが違うのか、あさ出版、2017年12月
- 19) 平川智士、増山泰英、原口友子他:ヒューマンライフラインへの架け橋-多世代交流施設構想における慢性期病院と急性期病院とのパートナーシップ、医療福祉経営マーケティング研究第14号第1号、2019年10月

「健康型有料老人ホームこがケアアベニュー矢取」による日本型 CCRC の構築 ~ 古賀病院グループの挑戦~

武田侑希1) 末次 輝1) 久木田 務2),3) 窪田昌行3),4) 馬場園 明4),5)

Constructing a Japanese-style CCRC through Koga Care Avenue Yatori, a housing for the elderly with health-oriented services
-Challenge of Koga Hospital Group-

Yuuki TAKEDA, Akira SUETSUGU, Tsutomu KUKITA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

人生百年時代といわれる我が国において、長寿社会をサポートする社会保障費は有限であり、介護・認知症予防を徹底し、健康寿命を延伸することがますます重要になってきた $^{1)}$ 。一方、我が国は、介護保険制度が2000年に創設されて以来、要介護者への施設ケアが高齢者施策の中心となり、介護施設を中心に数多く整備されてきた。自立を支援するために設計されたサービス付き高齢者住宅もほとんどすべてが介護施設となっており、今まで、健康寿命を延伸する健康型高齢者住宅がほとんど整備されてこなかったことが大きな問題である $^{2)(3)(4)}$ 。

さらに、健康型高齢者住宅が整備されてこなかったために、介護施設となった有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅の入居者の半分程度は、自立できるのに介護施設で暮らすことにより、要介護度が悪化することも生じており、健康に対する住まいとサービスについて、二重の大きな問題を抱えて $3^{50.60}$ 。

アメリカのCCRCは高齢者に対し、「継続したケア」の提供を理念に、自立して生活できる段階から支援や介護が必要な段階まで「生活の活動レベルに応じて住まいを替えていく」システムによって、生涯、同じコミュニティ内で生活できるというビジョンであり、普遍性があると考える^{ロ.カ}。いまこそ、我が国はCCRCの理念、方法論、システムを我が国の文化・風土・制度に合わせた日本型CCRCを構築していくことが、重要になってきていると考える。

さらに、わが国の未来の社会保障制度を支える高齢者ケアのビジョンといえる地域包括ケアシステムの実現は、2025年から2040年に達成年度が変更された⁸。これから10年後、20年後、そして50年の未来を見据えて、全国民が医療介護の不安のない環境の中で、最期まで安心して暮すことができる地域包括ケアシステムを、地域地域の特性を活かして作り上げていく必要がある。そのためにも高齢者の健康寿命を延伸する日本型CCRCの創造はきわめて重要な課題である。

本研究は、社会医療法人天神会が運営してきた健康型有料老人ホーム~こがケアアベニュー矢取の運営の現状、課題と対応、および古賀病院グループの目指す日本型CCRC構築の取組について報告するものである。

2. 健康型高齢者住宅の必要性

① 独り暮らし高齢者の増加と問題点

65歳以上の一人暮らしの高齢者は、男女ともに増加傾向にあり、1980年(昭和55年)には、男性が約19万人、女性が約69万人、合わせて約88万人であった。65歳以上人口に占める割合は男性4.3%、女性11.2%であった。しかしながら、一人暮らし高齢者数の数は、2020年(令和2年)には、男性が約243万人、女性が約459万人、合わせて702万人とこの40年間で、1人暮らし高齢者数は、約8倍に増加している。ちなみに2020年時、一人暮らしの65歳以上人口に占める割合は男性15.5%、女性22.4%であった」。

1) 社会医療法人 天神会
Social Medical Corporation TENJINKAI
〒 830-8577 福岡県久留米天神町 120
120 Tenjin -cho, Kurume-shi, Fukuoka, 830-8577 Japan
2) ファンクションズ functions
3) NPO 法人高齢者健康コミュニティ
NPO corporation of Continuing Care Retirement Community

4) 医療福祉経営マーケティング研究会 The Society of Health Care Management and Marketing 5) 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Science, Kyushu University 一人暮らしの高齢者数は、地域包括ケアシステムの実現目標年度とする2040年には、合計約896万人に増加する推計されており、一人暮らしの高齢者の健康と生活を支える仕組みづくりが待ったなしといえる。(図1参照)

例えば、一人暮らしの高齢者の問題として、健康に関する不安や生活の不安、住まいに関する不安等がある。内閣府が2015年に実施した「一人暮らしの高齢者に関する意識調査結果」によれば、日常生活の不安の上位10の内容は、表に示すとおりである。この結果から、一人暮らし高齢者の不安は、「健康」、「病気」、「介護」、「収入」、「住まい」であり、それらについて相談する頼れる人がいないことが大きな不安であり、これらへの対策が重要である⁹。

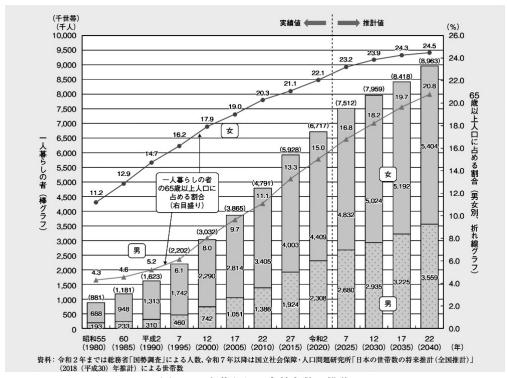


図1 一人暮らしの高齢者数の推移

| | 内容 | 回答数 | 分類 |
|----|--------------------|-------|-------|
| 1 | 健康や病気のこと | 58.9% | 相談•支援 |
| 2 | 介護が必要になること | 42.6% | 相談•支援 |
| 3 | 自然災害(地震・洪水など) | 29.1% | 住まい |
| 4 | 生活のための収入のこと | 18.2% | 財産 |
| 5 | 頼れる人がいなくなること | 13.6% | 相談•支援 |
| 6 | 社会の仕組が大きく変わること | 12.6% | 相談•支援 |
| 7 | だまされたり、犯罪に巻き込まれること | 10.3% | 相談•支援 |
| 8 | 財産や先祖・自分のお墓の管理、相続 | 8.0% | 相談•支援 |
| 9 | 住まいに関すること | 7.6% | 住まい |
| 10 | 子や孫などの将来 | 6.6% | 相談•支援 |

表1 一人暮らしの高齢者の不安

② 住まいの問題点

一人暮らしの高齢者の増加に伴い、高齢者の事故も増加しており、独立行政法人国民生活センターの調査によれば、高齢者の事故の77%は家の中で起こっているというデータがある。現役時代の家は、高齢者にとって必ずしも安全な環境とはいえず、高齢者自身もある程度意識している³⁾。

高齢者の住まいに対する不安や不満について、NPO法人「老いの工学研究所」のアンケート調査結果によれば、「現在の住まいついて、不満や不安はありますか」という質問に対して、「ある」、「ややある」と答えた人の割合は男性が32.3%、女性が49.1%であった。「老いの工学研究所」によれば、年代別にアンケートにおける住まいに対する不満や不安が「ある」、「ややある」人の割合と、日本全体における要介護・要支援の認定を受けている人の割合を合わせてみると、要介護・要支援の状態にない自立した高齢者の40~50%が住まいに満足していない状態が分かった3。

なお、住まいの不満、不安の内容は表2に示す通りであった。この中で、「管理が大変(広過ぎる・老朽化)」が59.6%、「段差・階段がある」が36.9%、「地震・災害が心配」が24.1%であり、住まいの問題点の上位には、維持管理、仕様、災害対

策の住宅そのものの問題が上がった。リフォームで対応すればよいという意見もあるが、「広過ぎる」状況は対応困難である。また、「坂道が多い」、「病院が遠い」、「買い物が不便」といった立地に関する不満はリフォームでは対応できない。 一方、急な階段や多くの段差、寒さ、防犯、防災対策をすべて満足することは、老朽化を含め、リフォームだけで対応することは極めて難しいといえる³。

これらのことを考慮すれば、危険性のある自宅を離れて、高齢期に相応しい環境(高齢者住宅)に住み替えるという選択肢が必要であるが、そのような健康型高齢者住宅は、欧米のように未だほとんど整備されていない。

| | 不満の内容 | 割合 |
|----|-------------------|-------|
| 1 | 管理がたいへん(広過ぎる、老朽化) | 59.6% |
| 2 | 段差・階段がある(室内) | 36.9% |
| 3 | 地震・災害が心配 | 24.1% |
| 4 | 寒い(日照、密閉性がない) | 13.5% |
| 5 | 坂道が多い(周辺) | 5.0% |
| 6 | 病院が遠い | 4.3% |
| 7 | 買物が不便 | 4.3% |
| 8 | 狭い | 3.5% |
| 9 | 防犯面が不安 | 2.8% |
| 10 | 駅が遠い | 2.8% |

表2 住まいの不満と不安

③ 介護施設の課題

我が国では、健康型高齢者住宅が発展して来なかったために、自立できる方が介護施設に入居している。図2に厚労省のデータを示す⁵⁾。健康寿命の定義はいくつかあるが、厚労省の内部研究会で定義したものに、「要介護1以下は、『健康』」とある¹⁰⁾。私共法人でサービスを受ける「要介護1」の方は、食事、排泄、移動等では自立した方が多く、厚労省の内部研究会が指摘するように、地方の自治体で健康寿命を検討する場合、「要介護1以下は、『健康』」であるという基準が実際的ではないかと考える。

この基準に基づけば、図2から、介護付き有料老人ホームで48%、住宅型有料老人ホームで33%、サービス付き高齢者住宅で48%の入居者が、自立する可能性が高いのに、介護施設に入居していることになる^{5) 5)}。自立した高齢者、および何らかの支援を受ければ、自立した生活ができる高齢者が重度な介護を必要とする入居者と混在していることは、自立した高齢者、重度な介護を必要とする高齢者に対して同じようなサービスが提供され、非効率で、適切なサービスが提供されていないことになる。

すなわち介護施設では介護サービスは重度な要介護者に焦点が当てられ、スタッフもおよそ3対1の割合で配置されており、 自立した高齢者には、過剰な人員配置となっているといえる。自立できる入居者が健康型高齢者住宅に移行し人材を再配置で きれば、介護人材不足の解消につながるのではないかと推察する。

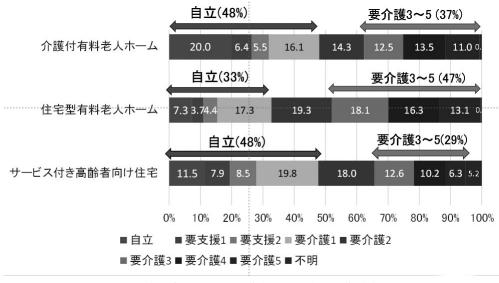


図2 有料老人ホーム、サ高住の入居者の要介護度

④ 欧米先進国における健康型高齢者住宅の歴史と意義

欧米では、早めに健康型高齢者住宅に住み替え、「高齢者が集まって住む」ことは珍しいことではない。すなわち、欧米では、高齢期の身体状況に合った家で暮すことによって、危険を回避するとともに、万一の医療や介護サービスが受けやすくなり、孤独を感じずに楽しく暮らせる。そんな健康型高齢者住宅での暮らし方が広く知られていて、前向きな決断がしやすいのだと考える^{3,11}。

また、我が国では欧米のような健康型高齢者住宅と介護施設を混同している人が多く、健康型高齢者住宅への住み替えについて、本人は自立が難しくなってから入る介護施設と混同しているので、入居は時期早々と考える。何故かといえば、健康を支援する健康型高齢者住宅が日本ではほとんど整備されていないから、欧米の健康型型高齢者住宅での暮らしぶりがほとんど理解できないからである。それは、我が国が高齢者のニーズとは関係なく、介護施設だけを、この30年間作り続けてきた結果ではないかと考える^{11) 1,22}。

特に、高齢者ケアの先進国といわれる北欧では、現在は健康型高齢者住宅の整備が進んでいるが、最初からそのような整備 状況ではなく、最初は我が国と同じようように、介護施設の整備から発展していった経緯がある。図3に北欧のスウェーデンの 健康型高齢者施設の整備の歴史を示す。スウェーデンでは1947年に老人ホーム(我が国の特別養護老人ホーム)が成立し、そ の後、1970年代に反施設主義の運動が起こり、高齢者の自立を促す健康型高齢者住宅(サービスハウス)が生まれ、サービス ハウスは、集合住宅ではあり、各部屋は、自分の住まいという位置づけになり、社会政策の最終目標を「生涯自分の住宅で暮 らすこと」とし、多様な高齢者住宅と支援サービスの時代に入っていった歴史がある¹³⁾。

北欧をはじめ、イギリス等のヨーロッパ諸国、およびアメリカでも、介護施設の他に健康型高齢者住宅が整備されていき、表3に示すように、国際的な統計では、高齢者人口のおよそ3~5%が介護施設で、およそ5%の健康型高齢者住宅が整備されてきた。一方、わが国は介護施設が高齢者人口の6%、健康型高齢者住宅はほとんど整備されていない現状である 11,14 。

幸福感が世界トップとして知られるデンマークでは 140,150,160、1988年にプライエムという「老人介護施設」

(我が国の特別養護老人ホームに相当)の新設が禁止され、自分の意思で暮らせるプライエボリと呼ぶ「高齢者住宅」の建設が進められるようになった。また、健康型高齢者住宅の整備は、新設だけでなく、介護施設であるプライエムを改修し、整備してきた。図4に1987年からの介護施設(プライエム)と健康型高齢者住宅の廃棄、整備の状況を示す「17)

表3 自立型高齢者住宅と介護施設の整備状況の国際比較

| 国名 | 自立支援型住まい | 介護施設 | 合計 |
|--------|----------|------|-------|
| デンマーク | 6.0% | 3.0% | 9.0% |
| スウェーデン | 5.6% | 3.0% | 8.6% |
| イギリス | 5.0% | 3.0% | 8.0% |
| アメリカ | 5.0% | 5.0% | 10.0% |
| 日本 | 0.4% | 6.0% | 6.4% |

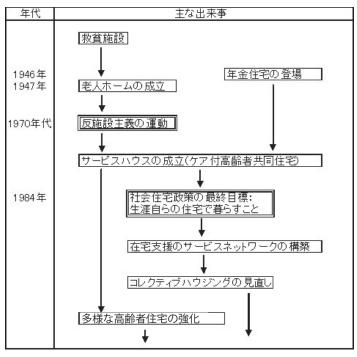


図3 北欧の高齢者施設・高齢者住宅の歴史

1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている

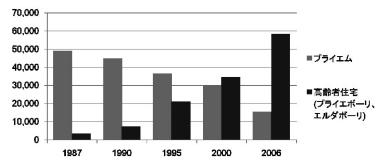


図4 デンマークで介護施設(プライエム)が高齢者住宅変わる推移

また、欧米では、1970年代、高齢期を「サードエイジ」と呼称することが広がった。これは、高齢期を第3ステージと意味づけるもので、日本語の「老後」、「余生」のようなおまけといったニュアンスはない³。

65歳から高齢期だとすれば、現代ではそこからの人生が男性で20年、女性で25年くらいある。その期間を人生の新しいステージと捉え、現役時代とは心の持ちようや価値基準、そして、登るべき山を切り替える。高齢者がそうやって自分らしく老いを楽しみ、堂々と凛々しく振舞えば、自信をもって歳をとっていくことが出来るのではないかと考える。

⑤健康寿命を延伸する3要素

健康寿命を延伸するには、「食事」、「運動」、「睡眠」、「体調管理」、「生活リズム」に「趣味・生きがい活動」、「社会参加・交流」といった健康習慣が大切であるが、一人暮らしの高齢者には、今まで述べたように、「安全な住まい」と「見守り・支え合う環境」が必要である。(図5参照)これらを満足するのが、欧米で発達してきた健康型高齢者住宅であり、特に、米国のCCRCは100年以上前から親しまれており、健康型高齢者住宅を中心とする住まい(ハード)とソフト(サービス)は我が国の高齢者ケアのモデルとなると考えられる³。CCRCについては次項で詳述する。

健康習慣 安全な住まい 支え合う環境 • 食事 睡眠 家の中、周囲で ・サポートがある、 健康寿命 の転倒などのリス •体調管理 •運動 手伝ってくれる 延伸 •交流 生活リズム クが少ない。 人がいる。 気づいてくれる ・温度管理(ヒート (見守り、緊急対応) ショックのリスクが 少ない) ・周りに幸せそうな ・地震、集中豪雨な 人たちが暮らしてい どの災害に強い。防 る。 犯面の安心。

図5 健康寿命を延伸する3要素

3 米国のCCRC

わが国では、高齢者を対象とした「健康型高齢者住宅」がほとんど整備されていないので、ご夫婦の連れ合いに先立たれ、一人暮らしになって、毎日の生活が不安、不便とか、足腰が悪くなり家の中は段差が多く転倒・骨折するのが心配とか、物忘れが多くなり認知症になるのが不安、といった方々が、生活支援等必要なサービスを受けて、出来る限り自立して生活できる住宅システムがない。そのため、病気や障がいを持つようになると、住み慣れた地域を離れて、病院や介護施設に移り暮すことになる。そうなると、自分の生活・ケア・人生の連続性が絶たれてしまうことになるので、例えばうつ病や認知症になるリスクが高くなる。一方、米国には、高齢者の自立と尊厳を守ることを重要な運営理念とし、自立した段階から人生の最期まで、必要に応じた住まいとサービスを包括的に提供するシステムであるCCRCという仕組みがある^{2) 140 150}。

(1) CCRCとは

米国のCCRCは、"Continuing Care Retirement Community"の英語の頭文字をとったもので、直訳すれば「継続したケアを行う高齢者共同体」となる。CCRCは一世紀以上の歴史をもち、1900年には宗教系のCCRCを中心におよそ20ヶ所であったが、1970年代から増加し、2007年には、全米で1861ヵ所、約75万s人がCCRCに居住していると報告されている^{2) 20) 21)}。

CCRCは広い敷地に住宅や各種施設が点在する郊外型から市街地のビルに施設がある都市型、および地方型と様々な形態があるが、図6に示すように、「自立型」、「支援型」、「介護型」の3種類の住まいがあり、高齢者である住民が老化と共に、変化するニーズに応じて、生活支援・予防・医療・介護サービスを統合した包括的なサービスを提供しているのが特徴である。

自立した高齢者のための「自立型」住まいはマンション形式が主流であり、サイズはワンルーム、多寝室付き居室等、多様なサイズをそろえており、高齢者はできる限り自立して、自由と尊厳を保たれた環境で生活できる。生活支援サービスには社交や趣味、文化的行事への参加の機会も数多く用意されている。障がいなどによって生活する上で何らかの支援が必要になると、「支援型」住まいに移り、残存能力を活用するためのリハビリテーション等を行い、できるだけ自立した生活ができるような支援型サービスを受けることができる。もし、脳梗塞等の疾病の後遺症が重度で、24時間体制の看護・介護が必要になった時は、「介護型」住まいに移行し、医療・介護サービスを提供される介護型住まいで、安心して最期まで暮らすことができる。

CCRCへ入居する時点の平均年齢は、「自立型」が79歳、「支援型」が85歳、「介護型」が84歳となっている。「自立型」では、平均的には、79歳から86歳までの約7年間暮らすことになる。男女比はおよそ女性70%、男性30%である²²⁾。

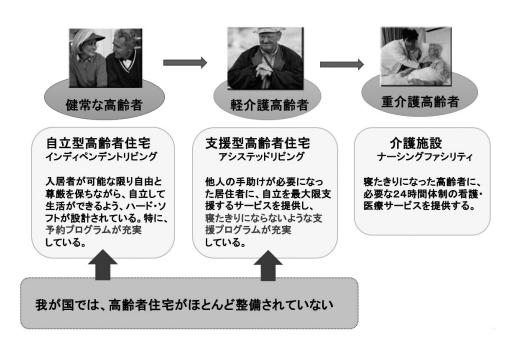


図6:CCRCの3種類の住まい

(2) 米国でCCRCが注目される理由

米国のCCRCは19世紀から存在していたが、1970年から増加していった。その背景としては、高齢者の担い手であった女性の社会進出、高齢者の長期ケア施設(我が国の介護施設)で働く介護士、看護師の不足、医療費の高騰などがあった。すなわち、高齢者の環境が急速に変化していく中で、最期まで安心して生活できることを可能にする選択肢の一つになったのがCCRCであった¹⁶。

CCRCは高齢者が自立した段階から、何らの支援・介護が必要になっても、「支援型」、「介護型」住まいが同じ敷地内にあり、住み慣れたコミュニティから離れることがないので、適応能力が低下した高齢者が生活の場所を変えた場合、不活発、不活動になり、うつ状態や認知症が進行する「トランスファーショック」を避け、継続した生活支援、予防、重度化防止、医療、介護サービスを受けることができるという長所をもっている点も注目された理由である。

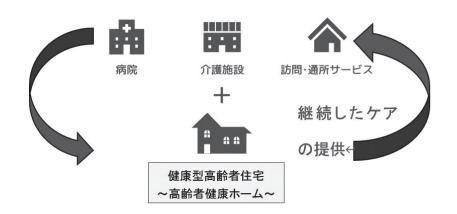
4 日本型CCRC

高齢者に対し、米国のCCRCのように「継続したケア」を行うために、自立した段階から支援や介護が必要な段階まで「生活の活動レベルによって住まいを替えていく」システムによって、生涯、同じコミュニティ内で生活できるというビジョンは、普遍性があると考える 20,140 。米国のCCRCの仕組をふまえ、日本型CCRCの理念は、「高齢者が自らの人生を価値があったと受け入れられる(統合)ように支援すること」とし、三大原則を①本人の意思の尊重、②残存機能を活用した自立支援、③生活とケアの連続性維持、とした。

一方、わが国では土地のコストと広さを考えると、CCRCの機能をひとつの敷地で提供していくことは容易ではない。そこで、今まで整備されてきた病院、診療所、および複合サービスをもつ介護施設に、健康型高齢者住宅を追加し、生活支援サービス、予防サービス、医療サービスに生きがい活動、社会参加活動の様々なサービスを提供する仕組みを作り、一人暮らしが不安・不便になった高齢者の予防を行い、健康寿命を延伸する仕組みとなる日本型CCRCは実際的であり、これからの高齢者ケアの有効な選択肢となると考える。この日本型CCRCモデルであれば、「地域包括ケアシステム」の要件である、①高齢期になっても住み続けられる高齢者住宅の整備、②見守り・配食・買い物などの多様な生活支援サービスの確保、③予防の推進、④医療との連携強化、⑤介護サービスの充実を満たす仕組みづくりが可能となる。。

具体的な構築の方法としては、今の地域コミュニティの中にある医療機関、介護施設の中に、健康寿命を延ばす「健康型高齢者住宅~高齢者健康ホーム」を加え、「緊密なネットワークを構築した日本型CCRC」を構築していく。(図7参照)

病院・介護施設とネットワークし、 安心安全な高齢者の生活環境を創る



- ① 医療法人がもつ既存資本(病院、介護移設、介護サービス)の中に、健康高齢者の住まいを作り、医療介護サービスの他に、予防、生活支援、生きがい支援サービスを作り上げ、それらを一体的・継続的に運営する仕組みを構築する↔
- ② その仕組みを日常生活圏の中で、他の医療機関、介護施設とも連携し展開し、地域に合った 地域包括ケアシステムを作り上げる。

図7 日本型CCRCの創り方

なお、健康型高齢者住宅は、わが国の有料老人ホーム、国土交通省省が提案している、サービス付き高齢者住宅(以降は「サ高住」と略す)の制度活用で問題ないが、米国のCCRCを参考に健康型住まいのハードを考える場合、居室にキッチン、お風呂、洗面・トイレが整備される必要があり、居室面積が標準的に25㎡以上となるサ高住が住まいの枠組みとしてはより適切と考える。しかも、国土交通省が管轄するサ高住の建設には、補助金があることと、土地建物の固定資産税が5ヶ年にわかり、優遇されることはメリットがあり、これからの整備に有効である。

5 こがケアアベニュー矢取の現状と課題

5-1 健康型有料老人ホームこがケアアベニュー矢取の概要

古賀病院グループは、表4に示すとおり、現在5つの有料老人ホームを運営しているが、こがケアアベニュー矢取は唯一、健康型有料老人ホームとして、2012年から運営している。

こがケアアベニュー矢取のいくつかの特徴を以下に説明する。

- ① 専門の職員が、入居者の見守り、相談などを対応する。
- ② 毎日の生活に必要な栄養管理がされた食事を朝、昼、夕に提供する。
- ③ 運動不足解消のために、毎日午後3時から介護予防リハビリタイムがある。
- ④ リハビリサービスが必要な場合は、隣接したデイケアで専門家の理学療法士等が対応する。(利用できるのは介護保険認定の要支援以上の方)
- ⑤ 受診が必要な場合は、敷地内にある「矢取クリニック」でいつでも、必要な時に受診できる。
- ⑥ 職員が24時間常駐し、とくに夜間は安心のために、天神会グループの専門職が宿直し、入居者から夜間コールがあれば対応できるので夜間も安心できる。
- ① 入居者のコールがあれば、専門職員が居室を訪問し、その状態をみて、緊急の場合は新古賀病院のナースセンターと 連絡し、病院搬送等のサービスを提供する。
- ⑧ 居室にお風呂がある部屋(14室)とない部屋(16室)がある。お風呂がない部屋の入居者は、各階にある共同浴室を利用している。
- ⑨ もし、一人で入浴ができなくなった場合は、介護サービスを利用し、出来るだけ「こがケアアベニュー矢取」で生活できるように支援する。
- (II) 介護度が重度になった場合は、古賀病院グループが運営する介護施設を紹介することになっている。

入居費用は高額な一時金は必要なく、利用料金は月々、126,000円からである。料金には、家賃、食費(3食分)、管理費が含まれている。なお、敷金が15万円は、退去時に居室復旧費用を引いて、返金される。

こがケアアベニュー こがケアアベニュー こがケアアベニュー こがケアアベニュー こがケアアベニュー 項目 矢取 宮ノ陣 野伏間 大石町 縄手 所在地 久留米市御井町2406-5 久留米市宮ノ陣4-30-10 久留米市野伏間1-9-6 久留米市大石町23-5 久留米市白山町210-1 施設類型 健康型型有料老人ホーム 住宅型有料老人ホーム 2007年7月31日 開設日 2012年10月31日 2013年4月11日 2015年7月1日 2012年2月8日 構造·規模 鉄筋コンクリート造3階建 鉄筋コンクリート造4階建 鉄筋コンクリート造3階建 鉄骨造り2階建 鉄筋コンクリート造4階建 居室数 30室 172室(内、新棟95棟) 31室 50室(全室個室) 65室 居室タイプ 19.5**∼**31.3m² 18.0~28.78m² 13~28㎡ 18.0m² 12.3~24.85㎡ 食堂・談話室・浴室・洗濯室 食堂・談話室・浴室・洗濯室 食堂・談話室・浴室・洗濯室 共有施設 食堂・談話室・浴室・洗濯室 食堂・談話室・浴室・洗濯室 支払い方式 月払い方式 月払い方式 月払い方式 月払い方式 月払い方式 入居時要件 自立·要支援·要介護 要介護 自立・要支援・要介護 要介護 要介護 月額利用料 104,700-132,700円 104,380円 124,240-154,240円 141,260-194,900円 123,650円 家賃 45,000-75,000円 40,000-82,000円 40,000-68,000円 40,000円 43,200円 管理費 37,000円 29,360円 5,000円 20,000円 28,000円 サービス料 1,100円 16,500円 5,500円 0 0 水道光熱費 8,800円 11,000円 0 0 5,500円 食費 35,640円 52,800円 43,200円 38,880円 48,3600円 リネン代 5,500円 2,200円 0 0 0 ベッド代 0 0 介護保険のレンタル 0 1,650円 敷金/15万円 入居時費用 敷金/家賃の5か月分 敷金/家賃の5か月分 敷金/家賃の5か月分 0円 事業•運営主体 社会医療法人天神会

表4: 古賀病院グループの有料老人一覧表

5-2 入居者の状況

矢取の入居条件として、①食事が自分でできる、②トイレに自分で行けることとし、自立して生活できる60歳以上の方とした。なお、生活の基本動作のうち、入浴については、自室の風呂か、共用風呂で、介護保険サービスを利用して入浴できる方の入居は、上記2つの条件を満たせば入居できる。

矢取の入居者の状況(2022年9月30日現在)を表5に示す。自立4名、要支援1が5名、要支援2が7名、要介護1が6名、要介護2が3名、要介護3が1名、合計26名の方が入居し、共同生活を行っている。要介護2以上が4名いるが、条件を満たして生活している。男女比は30%対70%であり、年齢的には80歳以上が84.6%となっている。これらのデータから、健康型有料ホームの入居

者像としては、女性が多く、年齢は80歳以上といえる。図8に、現在と1年前の矢取入居者の自立・要介護度別人数を示す。昨年7月31日時点でも、要介護2が一人、要介護3の二人が、条件を満たして生活していた。

表5:矢取の入居者の男女別・年齢別・要介護別の一覧表

 こがケアアベニュー矢取

 入居者データ
 定員
 30

2022年9月30日現在

| 平均年齢 | 86.6 | 歳 | | | | | | | | |
|----------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|------|-----|--------|
| | 男女 | 大比 | 自立 | 要え | 5援 | | 要介護 | | 年齢別 | |
| 年齢 | 男 | 女 | 自立 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 合計 | 比率 |
| ~64歳 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0% |
| 65~69 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0% |
| 70~74 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7.7% |
| 75 ~ 79 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7.7% |
| 80~84 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 11.5% |
| 85~89 | 4 | 5 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 | 30.8% |
| 90歳~ | 1 | 9 | 0 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 11 | 42.3% |
| 計 | 8 | 18 | 4 | 5 | 7 | 6 | 3 | 1 | 26 | 100.0% |
| 比率 | 30.8% | 69.2% | 15.4% | 19.2% | 26.9% | 23.1% | 11.5% | 3.8% | | |
| | 男女 | 比率 | 要介護度比率 | | | | | | | |

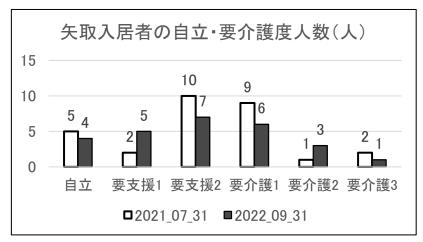


図8:矢取の自立、要支援、要介護度別の入居者数

5-3 サービス内容

① 居室サービス

ほとんどのご入居者が自立して生活できる方ばかりである。 気兼ねのいらない独立した居室には、キッチンと洗面、トイレが 全室設置してあるので、プライベートが保たれている。なお居室に風呂が設備された部屋が14室ある。

② 生活支援サービス

入居者の見守り、相談、様々なお手伝いを専門の職員が手伝う。 栄養管理を十分行ったお食事を朝、昼、夕に提供する。

③ 安全サービス

職員が24時間常駐し、外部からの侵入を防ぐロックシステムと 各居室に設置された緊急通報システムによって、ご入 居者の状況に対応できるサービス体制を整備している。

④ 夜間緊急対応サービス

午後5時半から、翌朝8時半まで、天神会グループの職員が交代で宿当直を行っており、緊急時に対応に備えたサービス体制を取っている。入居者からの夜間の緊急のナースコールは、月に1回あるかないかで殆どない。年に数回体調不良の訴えがあった場合、宿当直者は、ナースコールのあった入居者の部屋に駆け付け、入居者の状況、バイタル(体温、脈拍、血圧)を測り、緊急提携先の新古賀病院の救急外来の看護師へ入居者の状況を連絡し、緊急の受診が必要であれば、救急車を手配し、救急隊員に救急シート(患者情報)を渡して新古賀病院へ救急搬送し、処置を行ってい

る。2021年は1月から12月までで8回、2022年は9月迄で9回(この内2回は昼間、夜間が7回)救急搬送があった。表6に 具体的な内容を示す。2022年は「転倒」が4件、「めまい」が2件、2021年は、「手足のしびれ」が3件、「嘔吐」が2 件、救急搬送となった。

⑤ 運動・健康増進サービス

介護認定を受けた方は、隣接した通所リハビリテーション、または通所サービスを利用されている方もいる。矢取内での介護予防サービスとして、毎日午後3時から1階のラウンジに集まってもらい、動画を使い、健康体操を行っている。

⑥ 予防・健康管理サービスとの連携

健康管理については、訪問看護を利用している入居者も4名あり、その他は相談があった場合、隣接の矢取クリニックを紹介している。

(7) 医療サービスとの連携

日常の体調不良等の医療サービスについては、入居者それぞれの、かかりつけ医が対応し、救急医療時は新古賀病院 と連携し対応している

⑧ 余暇サービス

入居者は、様々な余暇活動を行っている。 また、近くの山々への登山など、スローライフを楽しめる住環境である。表7に入居者が現在楽しんでいる余暇サービスについて調査したので、利用の高い順に示す。

⑨ 介護が必要になった場合の対応

健康型住まいである矢取では、食事および排泄に関して自立している間は利用できるので、要介護認定を受けた入居者も、可能な限り必要な訪問介護、通所介護等を利用し自立して生活している。しかし、もし食事・排泄の自立が困難になった場合は、古賀病院グループの介護施設をはじめ、希望の介護施設に移行していただくことになる。

⑩ バリアフリー環境

段差の解消や手すりの設置など、高齢者の方が安心して 暮らしやすいよう配慮されている住宅である。

① お手頃な利用料金

家賃は居室面積が19.5㎡で風呂無しが45,000円で、通常の賃貸住宅とほぼ変わらない家賃となっている。全体の費用は前述の通り、家賃、食費、管理費込みで126,000円から選択できる。

自立支援サービス内容を、表8に整理した。

表6:救急搬送の状況

救急搬送履歴(2022年1月~9月)

| | 搬送事由 | 搬送先 | 夜間 | 日中 |
|---|------------|-------|----|----|
| 1 | めまい、起き上がれず | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 2 | めまい、転倒 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 3 | 転倒、頭部外傷 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 4 | 腰部痛 | 新古賀病院 | 0 | - |
| 5 | 転倒 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 6 | コロナウイルス | 新古賀病院 | _ | 0 |
| 7 | 意識消失 | 新古賀病院 | _ | 0 |
| 8 | 転倒 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 9 | 胸部症状 | 新古賀病院 | 0 | _ |

救急搬送履歴(2021年1月~12月)

| | 搬送事由 | 搬送先 | 夜間 | 日中 |
|---|-----------------|-------|----|----|
| | | ᄁᄊᄉᆖᄼ | 汉间 | нΤ |
| 1 | 入浴時の事故 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 2 | 右手のしびれ | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 3 | 嘔吐、左足のしびれ、手のふるえ | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 4 | 呼吸が苦しい | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 5 | 下肢の脱力 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 6 | 頸が重い、動けない | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 7 | 嘔吐 | 新古賀病院 | 0 | _ |
| 8 | 膝から下のしびれ | 新古賀病院 | 0 | _ |

表7:現在している活動

| 友人とのおしゃべり | 15 名 |
|------------|------|
| 散歩 | 14 名 |
| 家族・親戚との団らん | 12 名 |
| 体操・運動 | 11 名 |
| 音楽を聴く・楽器演奏 | 11 名 |
| 野球・相撲等観戦 | 11 名 |
| 買い物 | 9名 |

| 自立支援サービス内容 | 対応 | 内容 |
|-----------------------|---------------------------------|--|
| 運営マネジメント | 事業本体のマネージャー | 定期的な会議で問題解決、管理 |
| 生活支援サービス | サ高住「矢取」の職員2人が対応 | 見守り、相談をはじめ、食事、全般の 生活支援サービス |
| 夜間セキュリティ・緊急対応 | 宿直あり、病院と直結 | 3ヵ月に1回程度で、ほとんどない |
| 運動・健康増進 | 隣接の通所リハビリのPT | PT(副施設長)が様々方法、機会利 用 |
| 交流・生きがい、趣味活動、 社会活動 | 外部の講師、文化サークル(書 道、生け花、ヨガ等)の活用 | 入居者の希望アンケートを定期的に 行う |
| 予防·健康管理 | 訪問看護サービス 隣接のクリニック | 健康管理について、訪問看護サービスを受けると共に、健康不安の相談 は隣接の矢取クリニックが対応 |
| 医療サービス | (かかりつけ医) | 隣接の矢取クリニック等、自由選択 |
| | (救急)新古賀病院 | 救急医療の提供および入院の必要 |

表8:矢取で提供される自立支援サービス

5-4 職員のサービス提供体制

介護サービス

矢取では、入浴の介助以外の介護サービスは受けない自立した高齢者が自立して生活しているので、生活支援のために、2人の職員が勤務しており、日曜日は、パート職員で対応している。表9に職員の勤務体制を示す。

グループの介護施設で対応

な疾病への対応

万一必要になった場合

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | ± | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 常勤A | 0 | 有 | 0 | 公 | 0 | 0 | 公 | 0 | 0 | 有 | 公 | 0 | 0 | 公 | 公 | 0 | 0 | 公 | 0 | 0 | 公 | 公 | 0 | 0 | 公 | 0 | 0 | 公 |
| 常勤B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 公 | 公 | 有 | 0 | 0 | 0 | 有 | 公 | 公 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 公 | 公 | 0 | 0 | 有 | 0 | 0 | 公 | 公 |
| 非常勤 | | _ | _ | _ | _ | | 0 | _ | _ | | _ | _ | _ | 0 | | _ | _ | _ | | | 0 | _ | _ | _ | - | _ | | 0 |
| 宿直 | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ | Δ |

表9:職員の勤務体制例

勤務時間 常勤·非常勤:8:30~17:30 宿直:17:30~翌朝8:30

5-5 「矢取」の4つの視点からの課題と対応

健康型有料老人ホーム「こがケアアベニュー矢取」のこれからの課題を可視化するために、医療介護の経営評価に活用される、バランスト・スコアカードの4つの視点に基づいて取り組んだ課題と対応について、表10に整理した。

「こがケアアベニュー矢取」の魅力を向上させるためには、まず顧客の視点に立って、現在のサービスを見直すために、 2022年7月にアンケート調査を行った。調査結果については、次項で述べたい。

財務の視点では、社会医療法人天神会では、事業の黒字化を検証する指標として、京セラ株式会社の稲盛和夫氏がアメーバ経営の中で提案している「時間当り付加価値」を用いて財務の視点から管理している²³。なお、時間当り付加価値とは、収入と経費の差額を算出し、その差額を事業所の総労働時間で割った金額である。時間当り付加価値は、事業ごとの設備投資金額の相違により異なるが、古賀病院グループの介護事業では、平均2,500円の時間当り付加価値を目標としている。こがケアアベニュー矢取の2022年度4月から9月の半期の平均の時間当り付加価値は4,066円となっており、収益性の高い事業となっている。

業務プロセスの視点では入居者の募集が課題であり、人材(学習と成長)の視点では、継続的な職員の教育研修が課題である。それぞれの対応は表10に示す通りである。

| 表10:こがケアアベニュー | - 矢取のこれからの課題 |
|---------------|--------------|
| _ | · |

| 4つの視点 | 課題 | 対応 |
|-------------------|---------------------------|--|
| 顧客の視点 | ・入居者のニーズの把握・満足度調査 | ・入居者向けアンケート調査の実施 ・状態に合わせた介護サービス及び入居施設の提案 ・日中、夜間の医療連携 |
| 財務の視点 | ・健全経営 ・時間当り付加価値の向上 | ・職員配置及び業務の見直し・入居状況の可視化・収支の管理(時間当り付加価値) |
| 業務プロセスの 視点 | ・入居者の募集 ・満室 | ・介護支援専門員へのリーフレットの配布 ・法人内施設との連携 ・施設内イベント開催、サロン活動の促進 |
| 人材 (学習と成長) の視点 | ・健康型有料老人ホームの教育 ・定期的な研修 | ・職員向け内部研修の実施・外部研修への参加 |

5-6 現在の取組

(1) 生きがい・趣味活動のニーズ調査

入居者向けて、2022年7月に生きがい、趣味活動等についてニーズ調査を行った。そして、満足、不満足な点について、利用者の声を聞いた。

これからしてみたい、興味ある活動について、調査した結果を表 11 に示す。今後、スタッフ一同、一つずつ、皆さんのやりたいことをサポートしていきたいと考えている。

表11:これからしてみたい活動

| 旅行・温泉 | 10名 |
|------------|-----|
| 俳句 | 7名 |
| 生涯学習·歴史 | 7名 |
| 読書 | 7名 |
| お茶・お花 | 6名 |
| 映画·観劇·演奏会 | 6名 |
| 編み物 | 6名 |
| 音楽を聴く・楽器演奏 | 6名 |

なお、「矢取」ホーム入居者にお住まいの感想(満足している事・改善してほしい事)も調査したので以下にご紹介する。 ① 満足している事

行動制限がなく、自立した生活が自由であり、そのことが心身機能を維持できていると思われる。日頃の医療、および緊急 医療が必要になった時の対応が、医療機関が運営しているので、安心という意見も多い。以下に実際の満足点を示す。

(90代 女性)

- ○部屋が広くゆったりとしており、窮屈な感じはありません。
- ○午後からの体操もあり満足しています。

(90代 女性)

- ○入居して約10年皆さんと仲良く暮らせることに満足しております。
- ○入居していることで、体調面で安心して過ごすことができています。

(70代 女性)

- ○シャトル便が出ていることで助かることがあります
- ○コロナワクチンの接種などの手続き等を速やかに行ってもらいとても助かっています。
- ○急病の時に助かりました。すぐに新古賀病院へ入院でき、手術を行うことができとてもたすかりました。

(80代 男性)

- ○大画面 TV の導入や定期的なストレッチ体操の開催、移動販売の開始など環境が少しずつよくなっておりうれしく感じている。
- ○食と住が安定し、クリニックやリハビリ施設、薬局なども併設されていることで安心して過ごすことができている。

(80代 男性)

○困ったときに、すぐにスタッフが対応していただけるので満足しています。

(70代 男性)

- ○行動制限等がなく自由に外出なども行えることは満足しています。
- ○運動不足になりがちですので、毎日のリハビリ体操はとても満足しております。今後もぜひ続けてほしいです。

② 改善してほしい事

食事の改善の要望が多く、今後、ご希望の意向を満足できるように職員で改善策を検討している。緊急時の対応等、再度協議して、入居者に連絡、共有できるようにしたい。以下に指摘のあった改善点を示す。

(80代 男性)

- ●入居者間でキャリアが異なるため、入居者間で親睦を深めることができる機会がほしい
- ●送迎等の対応も検討してほしい。

(70代 男性)

- ●食事について、味が薄い、甘い、うま味が少ない。もう少し工夫がほしい。おかずの品数は減らしてもいいと思うことがある。
- ●防災について、非常ベルが聞こえていない人が多くいます。火災の際の入居者への連絡方法や避難誘導方法など工夫が必要になってくると考えます。
- ●入居者と施設責任者等の懇談会などの開催を増やしてほしい。

(90代 男性)

●食事の味が薄い為あと少しだけでも改善していただきたいと思います。

(80代 女性)

●食事の件でもう少し、生野菜などが欲しいと思うことがあります。また、たまには魚の刺身なども食べたいと思うこともあります。(今現在は自分でも買うことができていますが)

(90代 女性)

- ●食事がもう少しおいしければうれしいです。
- ●やきそば、お好み焼き、ちゃんぽんなどもう少し増やしてほしい。

(2) 入居促進活動

① ダイレクトメールの発送

健康型有料老人ホームとしてのこがケアアベニュー矢取を多くの方に知っていただきたいと考え、ダイレクトメールを作成し、2022年8月のお盆前に、地域包括支援センターへ送付した。久留米市には、11の地域包括支援センターがあり、特に一人暮らしの高齢者で食事等生活支援が必要になった高齢者の相談があるかと考えたからである。しかし、反応は数件で、しかも、自立できる方というよりも、介護が必要な方の問い合わせであり、その原因を調査し、対策をとっていく計画である。

② 新しいリーフレットの作成

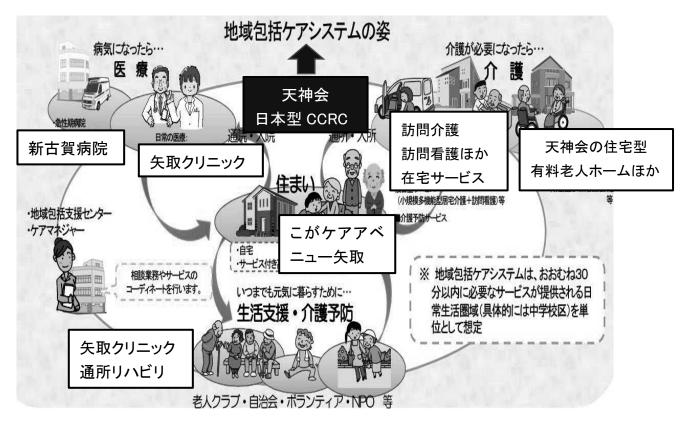
今までのこがケアアベニュー矢取のリーフレットは、介護施設を思わせるものであったので、健康型有料老人ホームとしてのリーフレットに刷新した。訴求点は、「日常生活がそのまま健康につながる~自立支援型住まい」とし、これから印刷し、高齢者の集まる場所に置かせていただき、啓蒙を図る計画である。

③ 健康型有料老人ホームのニーズ調査と啓蒙活動

これから、地域の高齢者の相談相手である、ケアマネジャーを対象としたセミナー、および、老人会、民生委員、および一般の高齢者と家族を対象としたセミナーを年末年始で計画している。

6. 天神会・日本型 CCRC の構築に向けて

地域包括ケアシステムを構築するために、高齢者の予防を中心に考える健康型有料老人ホーム「こがケアアベニュー矢取」が地域コミュニティにあることで、高齢者の住まい方の選択肢を広げ、人生の最終ステージを統合し、今までの人生を受け入れ、高齢者が自ら今後の生き方を選択し、出来る限り自立し、健康寿命を延伸する、日本型CCRCの仕組ができる。日本型CCRCは地域包括ケアシステムの機能を満たしており、矢取のある、「高良内、上津、青峰」の日常圏域の地域包括ケアシステムの実現に寄与していきたいと考える。(図 9 参照)



https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf

図9: 古賀病院グループが目指す日本型CCRC

7. これからの高齢者ケア~「介護 2.0」へのパラダイムシフト

長寿が無条件に祝福される時代があった。しかし今、歳を重ね長生きすることは、介護の問題、認知症の問題等がクローズアップされ、「長寿」が一概に喜ばしいとは言い難い風潮になっている。

アメリカの心理学者のエリック・エリクソンは彼の著書「アイデンティティとライフサイクル」の中で、「人生における最後の老年期の段階は統合と自己肯定の時期であり、今までずっと悩まされてきたことがここで答えを見つけるだろう」と言及している^{2) 24)}。年を重ねること、加齢は不幸の原因ではないと言っている。しかし、そのためには地域の中で高齢者を受け入れながらサポートする環境がないと高齢者は幸せになれないことも示唆している。

介護されることになる高齢者にしてもお互いの尊重と助け合いが必要である。このような背景の下、老人を収容するような管理モデルから、脱皮していく必要がある。そして、高齢者の意思が尊重され、住んでいる地域から支えられる生活支援モデルが主流になっていく必要がある。例えば、疾病または障がいが起こった後から始めた挽回策では対応が難しくなっているので、積極的に健康予防(認知症予防・フレイル予防)を行い、高齢者生活・人生の質を高める人生サポートシステムに転換していく事が重要である。すなわち、高齢者が「管理」される立場から、「自立」する立場へ、ケアの選択の主体が「家族」から「本人」へと移行するこれからの介護のあり方として「介護 2.0」を提唱している。いままでの高齢者ケアとこれからの高齢者ケア「介護 2.0」のコンセプトの違いを表 12 に示す。このコンセプトを日本型 CCRC のバックボーンにしたい。

| 表12: | 「介護 | 2.0」のコ | ンセプ | ト比較 |
|-------|------------|----------|-------|-------|
| 27.14 | / I 1732 | 2.U_V/ - | ~ _ / | 1 144 |

| | いままでの高齢者ケア | これからの高齢者ケア 「介護 2.0」 | | |
|---------|----------------------|------------------------|--|--|
| モデル | 管理モデル 「管理」される立場から | 自立モデル 「自立」する立場へ | | |
| 目的 | 介護・障がいの管理 | 生活の質・人生の質の向上 | | |
| ケアの決定者 | 家族 | 本人 | | |
| 場所 | 介護施設 | 高齢者健康ホーム・自宅 | | |
| ケアの優先順位 | 介護優先 | 自立支援優先 | | |
| スタッフの役割 | 管理・お世話 | 生活支援・予防支援 | | |
| 本人の役割 | 指示の遵守 | 自立して生活・人生を楽しむ | | |

8. 終わりに~今後の取組

わが国の環境にマッチした健康型有料老人ホームとして、改めて課題抽出を図り、施設としての支援方針や体制を検討した。 住まい、予防、医療、介護予防、生活支援など地域包括ケアシステムの構築に必要な要素を一体的に提供できる当施設の特徴 を更に活性化していくことで自立した方がより住みやすい環境を提供できるような取り組みを計画している。

医療・介護面において、高齢者の不安要素でもある「体調」や「介護」に対して、相談体制の新たな構築を図り安心できるサポート体制づくりを行っていきたいと考える。

また、自立した生活を継続するためにも必要な「介護予防」「認知症予防」を目的とした入居者主体での、施設内サロン活動の実施、イベントの開催、地域活動への参加など施設内外の活動にも視野を向けながら、地域に根差していくことも大切であると考える。

健康型有料老人ホームの今後の可能性拡大を図り、高齢者のニーズを随時捉え、時代の変化に合わせつつ、柔軟な支援体制 の構築を行っていきたいと考えている。

参考文献

- 1. 令和4年版高齢社会白書、内閣府、令和4年7月
- 2. 馬場園明、窪田昌行、「地域包括ケアを実現する高齢者健康コミュニティ | 、九州大学出版会、2014年6月
- 3. 川口雅裕、年寄りは集まって住め~幸福長寿の新・方程式~、幻冬舎、2021年8月
- 4. 安心・快適高齢者施設ガイド 2022、日本経済新聞出版、2022 年 2 月
- 5. 厚生労働省老健局高齢者支援課・振興課 山口義敬、「介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて - 住まいとサービスの関係性-
- 6. 平成25年度老人保健健康増進等事業、「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」
- 7. 山下正策・萩原隆二ほか、ケース・スタディ: 「高齢者医療ケアの未来、加治木しあわせの杜・高齢者健康コミュニティ CCRC 構想」、医療福祉経営マーケティング研究、第4巻第1号、2009年
- 8. 地域包括ケア研究会、2040 年: 多元的社会における地域包括ケアシステム 「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会、 2019 年 3 月
- 9. 内閣府、「一人暮らしの高齢者に関する意識調査」〈概要版〉、2015年
- 10. 厚生労働省内「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」、健康寿命のあり方に関する 有識者研究会 報告書、2019年3月
- 11. 社保審 介護給付費分科会、第76回、「高齢者の住まい」、2011年
- 12. 社保審 介護給付費分科会、第176回、「介護分野をめぐる状況について」、2020年

- 13. 園田真理子、世界の高齢者住宅-日本、アメリカ、ヨーロッパ、日本建築センター出版部、1993年
- 14. 松岡洋子、デンマークの高齢者福祉と地域居住、新評論、2005年
- 15. 松岡洋子、エイジング・イン・プレイス(地位居住)と高齢者住宅、新評論、2011年
- 16. 朝野賢司ほか、デンマークのユーザー・デモクラシー、新評論、2005年
- 17. 厚労省老健局「高齢者の住まいと地域包括ケアの連携推進について」
- 18. 馬場園明・窪田昌行ほか、ケース・スタディ:「地域包括ケアシステムの機能を満たす日本型 CCRC の概念とモデル」、医療福祉経営マーケティング研究、第7巻第1号、2012年
- 19. 馬場園明、超高齢社会に対応した医療機関を中核とする CCRC の展開、病院第77巻 第4号、2018年
- 20. Anne R. Somers, Nancy L. Spears; The Continuing Care Retirement Community, Springer Publishing Company, 1992
- 21. U.S. Government Accountability Office, Continuing Care Retirement Communities Can Provide Benefits, but Not Without Some Risk Report, 2010
- 22. American Association of Homes and Services for the Aging, American Seniors Housing Association, Continuing Care retirement Communities 2005 Profile, 2006
- 23. 稲盛和夫 OFFICIALSITE、時間当り付加価値の意味 https://www.kyocera.co.jp/inamori/amoeba/change/change02.html
- 24. エリック・エリクソン、アイデンティティとライフサイクル、1959

保育現場における ICT 化の推進 ~保育の ICT 化を通じ、地域の未来を育む玉昌会グループの取組~

春田千幸¹⁾、原口友子¹⁾、大迫尚仁²⁾、山元奈穂子³⁾、松谷裕子³⁾、亀澤里佳子³⁾、吉元裕子³⁾、上脇友美⁴⁾、中村真之⁵⁾、田島紘己⁵⁾、夏越祥次¹⁾、高田昌実⁵⁾、窪田昌行^{6) 7)}、馬場園明^{7) 8)}

Promotion of ICT in childcare
- Efforts of the GYOKUSHOUKAI Group to nurture the future of the region through the use of ICT in childcare -

Chisaki HARUTA, Tomoko HARAGUCHI, Naohito OOSAKO,Naoko YAMAMOTO, Yuko MATUYA, Rikako KAMEZAWA,Yuko Yosimoto,Tomomi KAMIWAKI,Masayuki NAKAMURA, Hiroki TAZIMA,Shoji NATSUGOE,Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA,Akira BABAZONO

I はじめに

女性の社会進出が進み、就業率は2013年には67.7%であったのに対し、2020年には77.7%と上昇し、2025年には82%を目指すとされている $^{1)}$ 。それに伴い保育利用率(利用児童数/就学前児童数)は年々上昇しており、 $1\cdot 2$ 歳児の利用率は平成30年4月1日の保育利用率は47.0%となっている。また、待機児童は $1\cdot 2$ 歳児に多く、全体の74.2%を占めており、今後も $1\cdot 2$ 歳児の受け皿拡大を中心に取り組みを進めていくとされている 3 。

一方、保育の担い手である保育士の有効求人倍率の推移をみると、令和4年1月の保育士の有効求人倍率は2.92倍となっている。これは全職種平均の1.27倍と比べると、高い水準で推移しており、保育の担い手不足は深刻である⁴⁾⁵⁾。加えて、保育士が作成する書類の多さや内容面での重複、介護や医療と比べてICT化の進展が遅れがちであることなどが指摘されている。子育て世代の社会進出を支援するためにも、保育士の働き方改革の一環として保育環境を整備し、保育の担い手不足を回避することが喫緊の課題となっている⁶⁾。

玉昌会グループは、地域包括ケアシステム構築による安心安全な街づくりを目指し、鹿児島県の鹿児島市・姶良市を中心に回復期・慢性期医療や複数の介護サービス事業、保育事業を展開している。保育事業に関しては、姶良地区においては、法人職員が活用する定員40名の託児所「チェリシュキッズルーム加治木」と地域の方も活用する定員60名の「社会福祉法人幸友会かずみ保育園」を運営しており、待機児童が生じているこの地域において70、子育て世帯が働きやすい環境づくりの一部を担っている。

一方、先に述べた保育現場の社会的背景の保育士の多忙さ、担い手不足は両保育施設でも課題となっており、課題解決のためには保育現場の要となっている保育士にあった働き方改革が必要である。また保育士の業務負担が軽減することは、保育の質、子どもの安全管理、および保護者の信頼性・安心感向上へも欠かせないと考えられた。

1) 医療法人 玉昌会 加治木温泉病院 診療部 総合リハビリテーションセンター

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kajikionnsen Hospital Clinical Department Comprehensive Rehabilitation Center 〒 899-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田 4714

4714 Kida, Kajiki-cho, Aira-Shi, Kagoshima, 899-5241 Japan

2) 医療法人 玉昌会 キラメキテラス ヘルスケアホスピタル 診療部 リハビリテーション室

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kiramekiterasu Healthcare Hospital Department Comprehensive Rehabilitation Division

3) 医療法人 玉昌会 加治木温泉病院 総務課 院内保育·学童係 Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Kajikionnsen Hospital General Coordination Division Nursing · Juvenile Unit

4) 社会福祉法人幸友会 かずみ保育園

Social Welfare Corporation KOUYUUKAI Kazumi Nursery School

5) 医療法人 玉昌会

Medical Corporation GYOKUSHOUKAI

6) 株式会社 CCRC 研究所

Institute of CCRC Co.Ltd.

7) 医療福祉経営マーケティング研究会

The Society of Health Care Management and Marketing

8) 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Science, Kyushu University 本研究は、保育士の働き方改革のため、託児所・保育園に合ったICTサービスを検討し、導入・実践したプロセス、成果について報告するものである。

Ⅱ 方法

外部環境の分析を基に、託児所に勤務する保育士7名、保育園に勤務する保育士11名から保育業務の現状の聞き取り調査を行い、抱えている課題について分析した。その後、それぞれの課題に合ったICTシステムの導入を検討、実践した。

託児所では導入前2020年8月と導入後2021年7月、保育園では導入前2020年8月と導入後2021年3月に保育業務について聞き取り調査を実施し、保育の変化を比較した。加えて、託児所を利用していた17名の保護者に対して導入に対する意識調査を、導入後2021年7月にGoogleフォームのアンケートにて実施した。

なお、本研究は、当院の倫理審査委員会で承認された研究であり、対象者に口頭で説明し、同意を得た。(倫理審査承認番号:562)

Ⅲ 社会的背景~ PEST 分析

はじめに、保育を取り巻く外部環境を分析するためにPEST分析を行った。以下、図1にPEST分析に挙げられた内容を示す。政治的要因としては、保育士の業務負担軽減のため、保育所等へのICT導入支援が進められている 8 。経済的要因としては保育所等におけるICT推進事業等を一例として保育園への補助金対象枠の拡大もみられる。一方、保育士の賃金の低さも挙げられ、担い手不足の一因となっていることが考えられた 9 。社会的要因としては、少子高齢化による子どもの数の減少、労働人口の減少が挙げられる。女性の労働人口の増加と共に共働き世帯が増加し、保育施設の利用率は増加しており、保育士の慢性的な人員不足が続いている 9 。技術的な要因としては、インターネットが普及し、親世代20・30代の約99%、祖父母世代60代の90%が利用している 10 。またスマートフォン保有率も増加しており、親世代の20~30代はスマートフォンを約92%が保有している。このことはICTやアプリを導入する上で大きな利点となると考えられた。

Politics(政治的要因)

・保育士の業務負担軽減のため、保育所等へのICT導入支援

Economy(経済的要因)

- ・保育園等への補助金対象枠の拡大 (保育所等における ICT 推進事業等)
- ・保育士の賃金の低さ (保育士平均 358 万、全職種平均 497 万)

Society(社会的要因)

- ・子どもの数の減少、労働人口の減少
- ・女性の労働人口が増加し、共働き世代も増加 (保育施設利用率の増加)
- ・保育士の慢性的な人手不足がある

Technology(技術的要因)

- ・インターネットの普及(親世代 20・30 代 約 99%、祖父母世代 60 代 90%が利用)
- ・スマートフォン保有率増加 (親世代の 20~30 代の約 92%が保有)

図1 PEST分析

W 保育現場の見える化~ビジネスモデルキャンパス

ビジネスモデルキャンパスを使用して、当法人における保育現場の見える化を図ったものを表1に記載した。ビジネスモデルキャンパスは、①顧客、②価値提案、③チャンネル、④顧客との関係、⑤収益の流れ、⑥キーリソース、⑦主要活動、⑧キーパートナー、⑨コスト分析の枠組みで構成されている。

顧客は子ども・保護者・保育士を挙げ、法人の役割としては、子ども・保護者に対して、保育現場での子どもの様子が伝わりやすくなり、質の高い保育を受けられる環境を整えることと考えた。保育士の視点では、子どもとの関わりを大切に出来る職場であること、保育士自身が成長できる環境であることを挙げた。

この取り組みにおける価値の提案としては、保育システムの導入による保育士の業務時間の軽減、突然死のリスク軽減によ

る子どもの安全管理の向上、保護者へのオンラインを活用した新しいサービスの提供を挙げた。さらに、提案した価値の実現のために必要と考えられるチャネルとして、保育アプリやWEBサイトの活用を挙げた。チャネルとなる保育アプリを活用し、保育士と保護者のコミュニケーションが円滑な環境を作り、子ども1人1人に合った保育サービスを提供出来る保育所を目指す。

顧客との関係としては、安心して預けられる保育サービスの提供により子ども・保護者との信頼関係を築くことで、周囲へ紹介したくなる保育所へと繋がると考えられる。そのような魅力的な保育所になることは保育士にとっても働きやすい、働きたい職場となると考えた。そのためのキーリソースとして、ICT化のための管理システム、システムを活用できるスタッフの育成も重要である。

上記で提案した価値を顧客へ届けるため、実際に行っていく主要活動として、ICTを活用した効率的で安全な保育環境の提供、また高い保育の質を確保するために保育士の育成機会の提供を挙げた。

主要活動の実現には、キーパートナーとして保育所、保育システム運営会社(株)ユニファ、病院やスポーツジム(WellBe Club)を含めた法人全体での取り組みが必要と考えられた。

最後に、収益やコストに関しては、現在かかっている費用、保育システム導入にかかる費用の算出、活用できる補助金を検 討した。

| 表1 ビジネスモデルキャンパス | | | | |
|---|---|-------|--|--|
| ⑧キーパートナー | ⑦主要活動 | ②価値提案 | ④顧客との関係 | ①顧客 |
| ・かずみ保育園 ・チェリッシュキップルーム ・加島 Be Club ・法人本管理室 ・チーム ・(株) ユニファ | ・ICT化、IOTを用いた効率 的ではないのではないのではないのではないのではないのではないのでではないのでであるとではないではないではないではないではないではないではないでは、まれば、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは | * | い時間を優しい先生と過ごせる場の提供 ・アプリで簡単にいつでもコミュニケーションがとれる(保育士―親) | ・安心して預けたい、子どもの様子を知りたい保護者・保育士 【JOB】 ・ 質の高い保育 を受けられ、保育士と保護者の情報交換が即時・頻回で安心出来る・ 業務を効率的 に行い、子ども |
| (9)コス | 9コスト構造 | | | |
| ・システム利用料 ・システム導入時のスタッフ教育 ・保護者へアプリ導入のお知らせの手間 ・保護者へアプリ導入のお知らせの手間 ・現在使用しているメール配信機能の経費(9,900/月)の削減 くかずみ保育園、チェリッシュキッズルーム加治木> ・クラスだよりのカラーコピー費用の削減、 ・帳票作成、午睡チェック表の作成、監査用書類作成にかかる業務時間(人件費)の削減 | | | | |

樹1 ビジネスモデルキャンパス

V 結果

1. チェリシュキッズルーム加治木

(1) 現状と課題

今回、当託児所で負担となっている業務に関して、保育士から聞き取りを行い、問題点を各業務で分析した内容を表2に示す。課題で挙がった業務は、大きく分けて①連絡帳・園からのお知らせ(個別連絡・配布物)、②登校園管理、③シフト管理、④午睡チェックであった。各業務の課題点としては、連絡帳では、保育士が手書きで日々の様子や連絡事項を記載しており、記載に時間を要していたことや保護者への伝達が遅くなることが課題であった。個別連絡では、電話で対応していたため保護者にすぐに繋がらず、何度も連絡が必要な場合があった。園からのお知らせに関しては、印刷物を手渡しするため、印刷作業や各保護者へ渡し忘れがないか確認が必要となっていた。

登校園管理は、朝夕の忙しい時間帯と重なって必要な業務で負担となっていた。子どもを預かる際の記録を一部手書きで

行っており、書類を保管する業務も発生していた。

シフト管理では、保護者のシフトが決定した後に勤務を決めるため、保育士の勤務調整期間が短くなっていた。さらに、勤 務表作成作業では一部手書きで作成後に、パソコン上で入力作業が必要であり、時間を要していた。

午睡チェックでは、午睡を行う乳幼児が10名前後と多く、1人の乳幼児に対応すると他の乳幼児に目が届かない時間があることが挙がった。加えて、午睡時間以外にもお昼寝対応をとることがあり、その際も普段の業務と別に人員を割く必要があった。保育士の心理面でも、乳幼児突然死症候群等のリスクがあり、気の抜けない心理的負担の大きい業務であることが分かった。

表 2 託児所 業務課題

① 連絡帳、園からのお知らせ(個別連絡・配布物)

- ・保育士が手書きで日々の様子や連絡事項を記載し、伝達までに時間を要する。
- ・個別連絡は電話で対応するが電話が繋がるまでに時間を要することがある。
- ・配布物は書類で手渡しするため、印刷作業や各保護者へ配布確認が必要である。

② 登降園管理

- •朝の一定時間に集中して登降園確認作業が必要である。
- ・子どもを預かる際に手書きで記録を残しており、作業の手間がかかり、書類の保管も大変 である。

③ シフト管理

- ・保護者のシフトが決定した後に勤務を決めるため、保育士の勤務調整期間が短い。
- ・手書き作業後に入力作業が必要となっており、時間を要する。

④ 午睡チェック

- ・0歳児が10名前後と多く、他乳幼児への対応時など目が届かない時があり不安がある。
- ・午睡の時間以外にもお昼寝をする子どもがおり、その際に人員を割く必要がある。
- ・姿勢を確認し記録を行う必要がある。
- ・乳幼児突然死症候群等のリスクがあり、保育士の心理的負担・責任が大きい。

(2) 導入したICTサービス

課題に挙がった業務改善のため、複数の保育システムを比較し、特に当託児所のニーズに合致した2社(コドモン社・ユニファ社)の導入を検討した。さらに2社の保育システムを試用し、実際に操作性を比較した上で保育士が使いやすいと判断したユニファ社を導入の候補に挙げた。ユニファ社では、月に138時間の業務時間軽減に繋がった事例が報告されており、軽減した業務時間は保育士が子どもや保護者、他スタッフと関わる時間や保育士自身が学ぶための時間へ活用されていた。

併せて、保育業務にICTを導入することによる費用対効果を計算するため、保育システム導入によって短縮が見込まれる保育士の業務時間を賃金換算で予測を行った。また今回の保育システム導入によって期待される費用対効果について、鹿児島県のデータと比較した結果を表3に示す。鹿児島県の保育士の平均月収を労働時間1時間あたりで換算するコストは1177.5円となった。一方、ユニファ社の月額料金を業務削減時間例で挙げられていた138時間で割った1時間あたりで換算するコストは239.1円となり、業務をシステムで代替することでコストが抑えられることが分かった。

上記の比較したことで、保育士の業務時間軽減、費用面でも有益であることが示されたため、ユニファ社のキッズリーアプリ(連絡帳・全体への一斉お知らせ機能)、シフト管理、登降園管理、ルクミー午睡チェックを2021年3月より導入した。各導入システムが補う業務内容について以下の表4にまとめた。

表3 鹿児島県における保育士賃金と保育システム導入の費用対効果

| | 年収 | 月収 | 労働時間 | 月収(月額料金)/ |
|-----------|-------------|-----------|----------|-------------|
| | (年間料金) | (月額料金) | (削減時間)/月 | 労働時間(削減時間) |
| 保育士(平均月収) | | | | |
| 鹿児島 | 2,985,000 円 | 199,000 円 | 169 時間 | 1177.5 円/時間 |
| 全国 | 3,267,000 円 | 223,000 円 | 169 時間 | 1319.5 円/時間 |
| 保育システム | | | | |
| コドモン社 | 396,000 円 | 33,000 円 | 約 139 時間 | 237.4 円/時間 |
| ユニファ社 | 396,000 円 | 33,000 円 | 約 138 時間 | 239.1 円/時間 |

表 4 導入したシステムと業務内容

| 導入システム | 業務内容 |
|----------------------|---|
| 保育アプリ キッズリーアプリ | 連絡帳、園からのお知らせ(個別連絡・配布物)(図3参照) 連絡帳の内容、個別に電話や口頭で伝えていた内容をアプリ上で記録・ 発信し、保護者との情報共有を素早く、簡便に行う。 |
| 登降園システム | 登降園管理 園児の登降園記録を各保護者の携帯電話から登録することが出来る。 |
| シフト管理システム | シフト管理 必要人員、保育士の経験年数等を配慮し、シフトを自動で作成する。 |
| 午睡チェック機器 ルクミーセンサー | 午睡チェック (図4参照) 0 歳児や障害を抱える乳幼児が午睡時に、うつぶせ寝や呼吸の乱れ等の 危険を検知した際にアラートで知らせる、体動データ記録も自動的に記 録される。 |



図3 保育アプリ(キッズリーアプリ) 出所:ユニファ株式会社ホームページ



図4 午睡チェック機器ルクミーセンサー 出所:ユニファ株式会社ホームページ

(3) 導入後の変化

① 保育士視点での業務の変化

保育アプリでは、連絡帳への記載内容や個別に連絡が必要なことを保護者へタイムリーに伝えることが出来るようになった。入力作業時間も短縮し、ペーパーレス化による書類の渡し忘れの予防や職員の書類準備の業務負担軽減に繋がった。

登降園管理では、保育士の記録作業が軽減された。加えてコロナ禍の状況では、スマートフォンから非接触で申請出来、また一度に複数の人が申請できるので玄関に人が混雑することもなく、感染対策に役立った。今後の課題としては保護者の携帯によってはシステムに対応していないものがあり、その際は個別に対応が必要なことが挙がった。

シフト管理に関しては、法人全体へ協力を依頼し、保護者の勤務が早めに提出されるように体制を整えることが出来た。 合わせてシフト管理システム導入と勤務表用のExcelシートを作成したことで数日かかっていた作業が1日程度に時間短縮出来た。

午睡チェックでは、乳幼児の体位を記録する書類作成が自動で行われるようになり、作成作業が軽減した。

② 保育の質の変化

保育アプリを導入した結果、連絡帳に文章だけでなく、写真も合わせて添付できるようになり、子どもの様子が保護者に伝わりやすくなった。これまでは保育士から保護者への情報発信が主であったが、保護者から保育士へ発信も増え、子どもの自宅での様子を知ることに繋がった。

午睡チェックでは、うつぶせ寝に加えて、乳幼児の呼吸が確認されないとき等の目では気付かないリスクに対しても、音が鳴り知らせるようになり、安全性が高まり、保育士の安心感に繋がった。

③ 業務時間・費用視点での変化

上記の業務上の変化により軽減した業務時間を人件費にて換算し、導入による効果を検証した。表5に業務の削減時間に対する人件費月額料金を記載する。連絡帳では1人当たり5分程度要していたものが2分程度に短縮した。月の利用総数が619名程度であり、短縮時間を人件費に換算すると約36,397円となった。園からのお知らせでは、月6回程度行っていた書類の印刷作業や配布作業が1回あたり20分程度削減に繋がり、人件費換算で約2,354円と計算された。シフト管理に関しても、大幅な時間短縮が出来、月に16時間程度の時間短縮が出来、人件費換算で18,832円の削減に繋がった。月で合計すると約49時間、人件費で約57,583円の削減に繋がった。

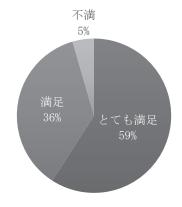
| 業務内容 | 削減時間(月単位) | 削減時間に対する人件費月額料金 |
|----------|-----------------|-----------------|
| 連絡帳 | 約31時間 (3分×619名) | 約 36,397 円 |
| 園からのお知らせ | 約2時間(20分×6回) | 約 2,354 円 |
| シフト管理 | 約 16 時間 | 約 18,832 円 |
| 合計 | 約 49 時間 | 約 57,583 円 |

表5 業務の削減時間に対する人件費月額料金

3) 保護者満足度調査

① アプリの導入に関して

導入後に行った保護者へのアンケート結果の分析を行った。アプリ導入による連絡帳への満足度では、図5に示すように、とても満足が59.1%、満足36.4%、合わせて95.5%であった。具体的な満足の内容としては、図6に示すように「写真により園の様子がわかりやすい」、「ノートよりも書き込みがしやすい」、「送る時間が自由である」ことが上位に挙がった。一方で、不満が4.5%あり、「ノート等の記念に残るものがほしい」、「手書きが好ましい」等の意見が上位となった。これらの要望に対し、アプリ上の連絡帳を印刷して冊子のようにみることが出来るサービスの紹介やお誕生日や行事等のタイミングでは書面で記念に残るものをお渡しする等の対応を行った。



■とても満足 ■満足 ■どちらでもない ■不満 ■とても不満

図5 アプリによる連絡帳の満足度

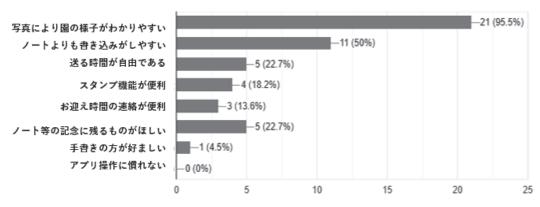


図6 アプリによる連絡帳への満足・不満への具体的な内容

② 園からのお知らせに関して

園からのお知らせに関しては図7に示すように、とても満足が40.9%、満足が54.5%、合わせて95.4%で不満が4.6%であった。満足な点としては、図8に示すように、「いつでも連絡内容を確認できるようになった」、「お知らせ用のファイルのやりとりが不要になった」、「紙の保管が不要になった」ことが挙げられた。不満な点としては、「読みづらさがある」、「紙面上で保管したい」との要望が挙がった。これに対して、データにする際の文字量の調整や書類によっては書面で渡していくことを検討している。

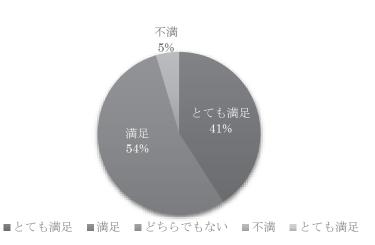


図7 園からのお知らせ

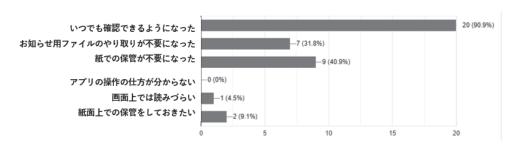
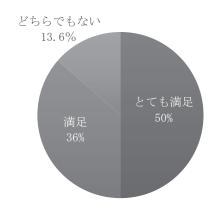


図8 園からのお知らせへの満足・不満への具体的な内容

③ 午睡チェックに関して、

午睡チェックに関しては、とても安心が50%、安心が36.4%、計86.4%を占めている。どちらでもないとの回答が13.6%となった。この結果としては、午睡チェックの対象とならない保護者もおり、その方がどちらでもないとの回答の傾向があったのではないかと考えられた。以下にアンケート結果を図9で示す。



■とても満足 ■満足 ■どちらでもない ■不満 ■とても満足

図9 ルクミー午睡チェックの満足度

2. かずみ保育園

(1) 現状と課題

かずみ保育園についても負担となっている業務に関して、保育士から聞き取りを行い、問題点を各業務で分析を行った。その結果を表6に示す。課題としてあがった業務は、大きく分けて、①写真販売、②午睡チェック、③帳票・書類業務、連絡帳についてであった。

各業務の課題点としては、写真販売では子どもの写真撮影、販売写真の選別、保護者への注文案内、写真注文、保護者への写真のお渡しまでの作業を保育士が全てを担っていた。そのため、作業負担の大きいことから販売回数は年に4回程度となっていた。

午睡チェックでは、乳幼児の姿勢を確認し、記録を手書きで行っていた。加えて、午睡は子どもの突然死のリスクもあり、 見落としが許されないので、保育士にとって心理的負担が大きい作業であることは託児所と同様であった。

帳票・書類業務では、園児の記録や保育計画等の作成にいくつかの書類で、重複して記録を残しているものがあった。連絡 帳では保育士が日々の様子や連絡事項を手書きで記載しており、作業に時間を要していた。また書面上での連絡であるため、 保護者への伝達はお迎えの時間になり、園内の感染情報等の迅速に伝えたい情報もタイミングが遅くなることが課題であった。

表 6 託児所 業務課題

写真販売

・保育士が写真を撮影・印刷し、振り分け作業に時間と手間を要していた。

② 午睡チェック

・姿勢を確認し、手書きで記録を行う必要がある。乳幼児突然死症候群のリスクがあり、保育士の心理的負担・責任も大きい。

③ 帳票·書類業務、連絡帳

- ・園児の記録や保育計画等のいくつかの書類で重複して記録が必要なものがある。
- ・日々の様子や連絡事項を手書きで記載するため、作業に時間を要する。
- ・保護者へ迅速に伝えたい情報を伝達するまでに時間を要する

(2) 導入したICTサービス

課題に挙がった業務改善のため、託児所と同様に複数の保育システムを比較し、必要な機能が揃っており、実際に試用し、操作性がよいと判断したユニファ社を導入した。

導入した機能は特に導入の必要性が高かったルクミーフォトアプリ(写真販売)、午睡チェックについて、それぞれ2020年 10月と11月に導入した。なお各導入システムが補う業務内容について以下の表7にまとめた。帳票・書類業務、連絡帳については、業務内容の見直しを行い、システム導入を再検討することとなった。

| 丰 7 | 消え | 1 + | -3/7 | テル | レ撃 | 務内容 |
|-----|-----|---------|------|-----|----|-----|
| ₹ 1 | ᄺᆇᄉ | 1 - 7.3 | ・ンノ | 、ナム | と業 | 溶り谷 |

| 導入システム | 業務内容 |
|----------------------|---|
| ルクミーフォト アプリ | 写真販売 保育士は撮影した写真をアプリ上に登録する。保護者への販売、印刷 、集金はアプリ内で完結する仕組みとなっている。 プロのカメラマンによる写真撮影も依頼することが出来る。 |
| 午睡チェック機器 ルクミーセンサー | 午睡チェック 0 歳児や障害を抱える乳幼児が午睡時に、うつぶせ寝や呼吸の乱れ等 の危険を検知した際にアラートで知らせる、体動データ記録も自動的 に記録される。 |

① 保育士視点での業務面の変化

写真販売に関しては、作業負担が大幅に減少した。保護者の購入手続きや写真の送付作業が不要となり、必要な作業は販売したい写真をルクミーフォトアプリ上にアップロードするだけとなった。また、これまでは写真販売に関する作業全般を保育士が担っていたが、アプリ上にデータを移行する作業は事務作業員が代わって行うことが出来るようになり、保育士の業務負担を他スタッフと調整することも可能となった。

午睡チェックでは、体動記録も自動的に記載されることで、手書きで記録をする手間がなく、子どもにより集中して見守ることが可能となっている。また託児所と同様に危険な際にアラームが鳴ることで安全性が高まり、保育士の心理的な負担が軽減された。

② 保育の質の変化

写真販売では、業務負担の軽減から写真販売機会が増加した。購入者の変化として、これまでは保育園で直接販売していたため両親が中心であったが、今回よりアプリ上での販売となったことで祖父母もアプリから写真を見て、購入が出来るようになった。さらにコロナ禍となり、保護者の関わりがコロナ禍以前よりも制限されることが増えたが、行事ごとの園児の様子を伝える機会が増え、またその思い出を手元に残すことにも繋がった。

③ 費用視点での変化

これまで写真販売は写真の現像費用のみを保護者より集金していたが、今回のアプリの導入により、写真1枚当たり20円の利益を加えての販売へ変更した。そのため、約3カ月間で販売枚数は3590枚となり、実際の収益として、約71,800円(3590枚×20円)が得られた。

④ 今後の課題

今回、帳票・書類業務に関しては、保育システム導入前に新しい方法を取り入れたばかりであったこともあり、今回は導入を見送っている。帳票・書類業務は保育園の中でも負担が多い業務となっており、今後も業務状況の経過を追って、必要な際はICT導入も検討が必要である。連絡帳に関しては、手書きの温かさを大切にする考え方も残っており、システムを活用する利便性と手書きの温かさを状況によって使い分ける必要があると考えられた。

VI 考察

1 チェリシュキッズルーム

今回、当法人の託児所の業務負担を分析し、負担となっている業務を補うためのICTを活用した保育システムの導入を検討し、試行した。その結果、保育士、子どもと保護者の双方へ良い結果が得られたので、保育士視点、保護者視点に分けて考察する。

まず保育士視点では、保育士全体での連絡帳や個別連絡、シフト管理等の業務時間が約49時間削減された。保育士が業務にかかる時間を削減することは、1つ目に保育者が冷静に自分の保育を振り返る時間を作ること、2つ目に気持ちを切り替え、集中して業務に取り組むことで効率を上げ、時間を短縮することに役立つとされている(杉山・萩野,2022) ¹¹。

今回ICT化を行ったことで業務負担・業務時間が軽減し、そのために生まれた時間は子どもとの関わりや他の業務への活用に繋がっている。具体的には業務時間の削減によって、子どもを見守る・声掛けする時間や保護者と情報共有を図る時間に活用出来るようになった。加えて、これまでの連絡帳や電話でのやり取りと比較して、保育アプリはお互いの都合のより良い時間で連絡を取り合うことが出来、保護者とのより多い情報共有も行うことが出来るようになった。保護者との情報共有が円滑に進むことで、それぞれの子どもに適した保育をより提供しやすくなったことも良い効果として挙げられる。

一方、保護者視点では、託児所との連絡がアプリ上となり、言葉だけでは伝わりづらかった子どもの成長や保育状況が写真 等でより伝わりやすくなった。またアプリで簡単にいつでも返信できることから保護者から託児所への返答や家庭での様子も 報告しやすい環境をもたらしたと考えられる。

保育のICT化を進めることについて、保育士等の専門業務の中で乳幼児の適切な発達理解に基づいた保育援助と保護者支援があり、中でも保護者との子育てにおける協働が挙げられる。そのため保育士等は、園における子どもの発達を専門的に評価し、応じた支援指導を行うのが専門的役割であり、その経過を保護者に適切に伝えると共に、適時に情報共有を図り家庭養育との良好な連携の実現が求められている(小泉,2019) 120 。そのサポートを実現するために ICT化は必要不可欠な状況になっている。これらのことからも保育士の働き方改革で保育士が子どもと関わる機会が増加したこと、保護者との連絡を簡便に取りやすくなったことは、両者の関係を深め、保育の質が向上されると考えられる。

安全面の視点からは、午睡チェックは保育士の心理的負担が軽減したと共に、保護者の安心感も示されており、保育現場の安全性向上の役割を担っていると考えられる。安心して子どもを預けられる環境は、子育て世代の社会進出のために必要不可欠である。子どもをしっかり見守りその子に合った対応がなされている保育環境について、安全性の向上を図っていることは保護者の安心へのニーズと一致する。以上のことから保育業務のICT化は保育士の「働き方改革」と「質の高い保育と子育てサポート」を実現する重要な要因であることが示唆される。

2 かずみ保育園

かずみ保育園においても、ICTを導入し、保育士、子どもと保護者の双方へ良い結果が得られたが、一部課題も残った。それらについて、保育士視点、子ども・保護者視点に分けて考察する。

保育士の視点では、負担の大きかった写真販売業務が軽減したことで子どもとの関わりや他業務に時間を活用することができるようになった。保護者へ保育園での様子を届けるために写真販売回数を増やしたいとの意向も以前からあり、今後販売回数の増加を検討していきたい。午睡チェックに関しては、託児所と同様に書類を記載する手間が減ったと共に、一番の効果としては、観察できる時間が増え、安全性の向上が高まった。

保護者の視点では、写真購入がアプリ上で可能となったことで、自宅でゆっくり写真を見て選ぶことが出来るようになった。しかも、集金がアプリ上で完結することも利便性が高まったと考えられる。午睡チェックに関しても全体へのアンケートは行うことが出来ていないが、保育士からの聞き取りでは導入にあたって、前向きな意見が聞かれていることが報告されている。

今後の課題としては、業務負担の大きい帳票・書類業務の運用が定まっていないことである。現状は保育園の書式に合わせた書式をパソコン上で記入しているが、これらの業務では保育士の経験とスキルの差によって作成の速度や質に差が出る。今後、若い世代の保育士の育成も含めて方法の検討を続けていく必要がある。加えて、保育現場には手書きや手作り等、保育士の手仕事を大切にしてきた文化がある。この文化は子どもや保護者へ思いが伝わりやすい側面がある一方で、保育士の業務量を増加させる一面もある。今後は、これまでの手書きや手作りでの手仕事も大切にしながら、ICTで代用出来る部分との見極めを行っていきたい。

Ⅷ 結語 ~今後の展望~

本研究では、法人で働く子育で中のスタッフが安心して働くことの出来る環境作りの一環として、法人内託児所チェリシュキッズルームおよびグループ内のかずみ保育園のICT化を検討、導入することで保育士の働き方改革を目的に取り組んできた。今後も女性の社会進出が進み、共働きの世帯が増えていくと考えられている」。保育士が働きやすい環境を作ることは、地域を支える親世代を支える上でも重要であり、地域で働く人を支えることは地域の社会サービスの向上へ繋がっていくことが期待出来る。今後も保育を取り巻く環境変化に応じて、ICTも活用しながら保育現場の働き方改革を進め、地域の子育てを支える役割を果たしていきたい。

玉昌会はその他の子育て分野において、地域に根差した取り組みを少しずつ進めている。玉昌会グループの子育て支援のこれからについてグランドデザインを図10に示す。子育て支援としては、かずみ保育園にリハビリスタッフを派遣し、発達の遅れを早期に発見・支援へ繋げるための取り組みを行っている。また、法人の運営するスポーツジムWellbeClubからトレーナーを派遣し、発達に合わせた運動方法の紹介にも取り組んでいる。併せて、今後、法人以外の施設へも支援を拡大する体制作りを目指している。加えて、姶良市には親子で遊ぶことの出来る場所、特に障害を抱える子どもが遊ぶことの出来る場所が限られているため、そのような親子も楽しめる環境を作っていきたいと考えている。

さらに、玉昌会グループの医療介護の総合力を生かした事業として、発達の問題のために早期支援が必要な子どもたちの支援に取り組んでいる。その1つに小児リハビリテーションがあり、姶良市の加治木温泉病院では、自閉症スペクトラム、注意 欠陥多動性障害、学習障害、発達性協調運動障害等の特性を抱える子どもへ言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、臨床心理士、義肢装具士等の多職種で支援を行っている。現在、鹿児島市での小児リハビリテーションの展開へ向けても準備を進めている。また、医療的ケアが必要な子どもへの支援としては、姶良地区の訪問看護ステーションまむからのリハビリテーションスタッフの派遣を行っている。今後さらに鹿児島地区の看護小規模多機能型居宅介護 麗からのリハビリテーション支援も目指している。

なお、加治木温泉病院において5年前に開始した外来での小児リハビリテ―ションは現在、地域の行政や幼稚園・保育園、小中学校との連携を深めつつある。具体的には、委託契約による母子健康相談、発達相談会、行政主催の療育等へのリハビリテーションスタッフの派遣や地域の発達障害を含めて障害のある幼児・児童生徒や不登校児の対策を検討する行政が主催する複数の会議にスタッフを派遣している。これらのひとつ1つの取り組みを繋ぎ合わせることで地域に暮らす様々な子育て世帯を支援し、すべての年代の方が暮らしやすい街づくりを進め、玉昌会グループが目指す地域の子どもから高齢者、健康な人も、障害や病気を持つ人もこの地域で医療、介護、福祉、教育、生きがい、就業の機会、人生を豊かにするための希望・夢を総合的にサポートする「ヒューマンライフライン」の実現⁽³⁾を果たしていきたいと考える。

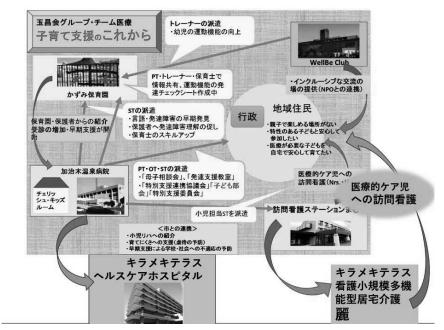
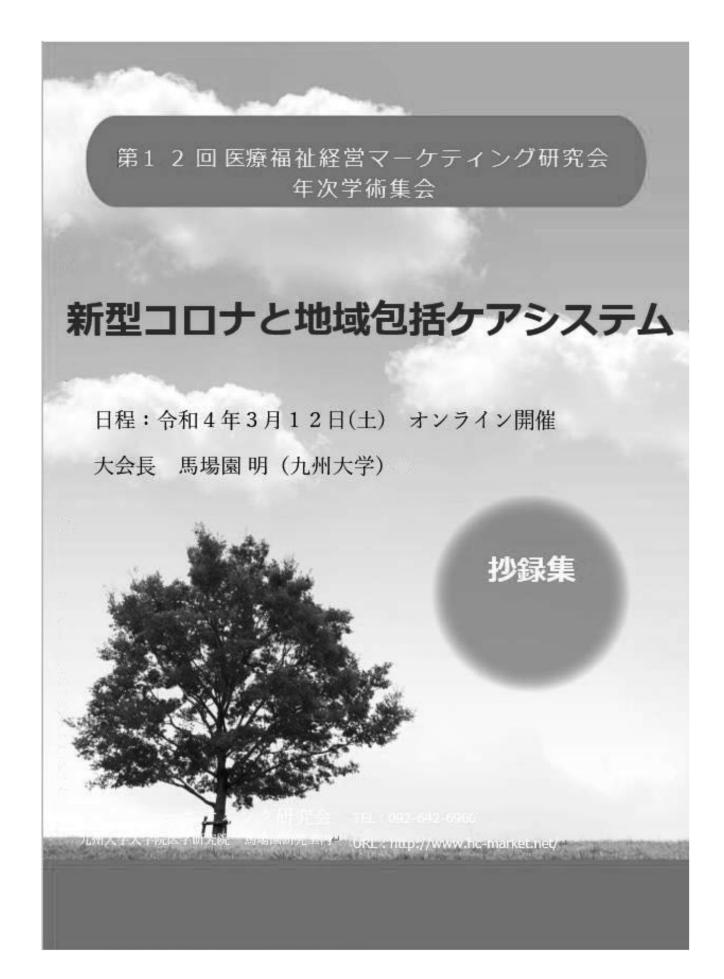


図10 子育て支援のグランドデザイン(玉昌会グループ)

参考文献

- 1) 労働人口の増減内訳総務省統計局「労働力調査平成30年」
- 2) 厚生労働省 令和2年「保育所等関連状況取りまとめ」
- 3) 厚生労働省 平成30年「保育所等関連状況取りまとめ」
- 4) 厚生労働省 令和4年「保育所等関連状況取りまとめ」
- 5) 一般職業紹介状況(職業安定業務統計) (厚生労働省)
- 6) 厚生労働省 令和元年度「保育士の業務の負担軽減に関する調査研究」
- 7) 鹿児島県 令和元年 教育・保育の状況,
- 8) 厚生労働省子ども家庭局保育課 令和3年保育関係予算概算要求の概要
- 9) 厚生労働省 平成28年賃金構造基本統計調査
- 10) 総務省 令和3年版地方財政白書
- 11) 杉山 喜美恵,萩野 道世: 働きやすい職場作りの取組と保育の質の向上 ICT・ノンコンタクトタイムの導入 東海学院大学短期大学部紀要48.2022年
- 12) 小泉 裕子:保育現場における ICT化の有効性について スマートデバイスを活用した保育園における導入効果 鎌倉女子大学紀要,Vol.26:1-14, 2019年1月
- 13) 髙田和美、窪田昌行、末吉保則他、ケーススタディ:地方創生と日本版CCRC・姶良JOYタウン構想、 医療福祉介経営マーケティング研究第10巻第1号、2015



〈発表者・座長・参加者へのご案内〉

口頭発表へのご案内

1. 発表時間

発表時間は 10 分です(発表 7 分、質疑・討論 3 分)。指定の時間内に発表、質疑、討論を行っていただきます。やむを得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. 座長・司会・討論者・質問者へのお願い

(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努めて下さい。

(討論・質問者へのお願い)

挙手の後、座長の合図を待ち、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ください。

〈学会プログラム〉

特別講演 (14:00~15:00)

座長: 寺坂 禮治 (福岡日本赤十字病院名誉院長)

「感染症の疫学と新型コロナウイルス感染症」

演者: 津田 敏秀 (岡山大学大学院環境学研究科教授)

教育講演(15:00~15:40)

座長: 齋藤 貴生 (NPO法人高齢者健康コミュニティ理事長)

「地域包括ケアシステムにおける医療の役割」

演者: 馬場園 明 (九州大学大学院医学研究院教授)

〈休憩〉

一般口頭発表 (15:50~16:50)

●特別講演

感染症の疫学と新型コロナウイルス感染症

津田 敏秀 (岡山大学大学院 環境生命科学研究科)

【感染症の疫学と「通常の」疫学の違い】

公衆衛生学は、人間社会の様々な場面において健康を保ち疾病対策を立てる役割を担っている。産業保健、学校保健、地域保健、母子保健という生活場面で組立てる以外に、周囲から受ける環境影響で公衆衛生を考える分類もある。これが環境保健であり、方法論は環境疫学と社会疫学に分けられ、前者の環境疫学が環境曝露の性質が物理学的影響、化学的影響、生物学的影響と分けられる。社会疫学は心理的影響、社会経済的影響、文化的影響と分類されている。このうち生物学的影響は生物が人間に与える影響であり、微生物では細菌やウイルスの曝露と増殖により健康への影響がある。これらは食品保健や感染対策として取り扱われる。

疫学方法論から見ると、通常の疫学とは違い、感染症の疫学は、感染による感染力(感染性)の出現と、感染による感染力(感染性)の出現と、感染による感染症発症との2重構造で考える(2×2表が2つ分)。そして以下のような特徴を有する(Giesecke 2017).

- ①患者もまたリスク要因
 - 非感染症疫学では患者はリスク要因ではない
- ②免疫を持っている対象者もいる
- ③患者として認識されない患者も原因となり得る
 - 不顕性感染や診断に至らない感染例
- ④時に緊急性を要する
- ⑤予防方法には(通常)良い科学的基盤がある

Giesecke J: Modern infectious disease epidemiology. 3rd ed. CRC Press, 2017.

【感染性(基本再生産数)と毒性(致死率)について】

感染性(基本再生産数)と毒性(病原性:致死率)を中心に、潜伏期間 (Latent period, Incubation period)、集団免疫、PCR 検査が中心となった各種検査、患者致死率・感染致死率などについて説明する。

【マスクと社会的距離】

その予防法があまりにも身近で簡便なこともあり、 しばしば過小評価されがちな、ユニバーサル・マスクや Social Distance だが、COVID-19 を含む過去のコロナ ウイルス感染症のメタ分析によりエビデンスが示され ている(Chu 2020)。他にも、バスや飛行機でのアウトブレイク報告があり、家族内感染や学校内感染の事例を学ぶことの医療やインフラ整備には欠かせないだろう。Chu DK. et al. Lancet 2020: 395: 1973–87.

【マス・ギャザリング】

「一定期間、限定された地域において、同一目的で集 合した多人数の集団」をマス・ギャザリング(巨大集団) と呼ぶ。様々な事故による死亡や感染症・食中毒症等の 疾患の発生源になるため、公衆衛生上の大きな関心事 であり、目的を明確にした多方面の責任者による入念 な計画準備が必要とされる。宗教的巨大集団として有 名なイスラム教の巡礼行事であるハッジは約 200 万人 がメッカに集結するが、それをはるかに上回るクンブ・ メーラは約1億人が集結する。2021年にクンブ・メー ラで COVID-19 の巨大クラスターが生じた。マス・ギ ャザリングは、宗教行事以外にもスポーツイベントで も生じ、FIFA ワールドカップは最大規模のイベントと して知られ、2021年は東京オリンピックの開催を巡っ て問題になったことは記憶に新しい。他のマス・ギャザ リングとしては、祭りや集会、コンサートやモーター・ ラリーなどがある。日本国内でも祭りや花火大会を中 心にマス・ギャザリングは数多い。近年、進歩が著しい 旅行医学 Travel Medicine の一分野でもあるマス・ギャ ザリングを巡る話題も COVID-19 と関連して紹介する。 マス・ギャザリングではないにしろ、クルーズ船のよう に狭い空間を共有することによってクラスターを発生 させる状態も旅行医学の対象である。

【ワクチンとワクチン有効性】

 $VE = (Iu - Iv) \div Iu \times 100\%$

: Iu は非接種の Iv は接種者の発生率 ワクチンとワクチンの有効性、ワクチン接種後の有害 事象報告の問題点について紹介し問題点を指摘する。

【結論】

COVID-19 のパンデミック後の社会構造の変化が必要であるならば、公衆衛生もまた再構築が必要であり、それは根拠に基づいて実行されるべきだろう。

●教育講演

地域包括ケアシステムにおける医療の役割

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)

【わが国の問題】

わが国の医療・介護制度の改革は、まず、有識者会 議で方向性が決められ、その後、医療法等が改正され、 診療報酬や介護報酬で、方針が具体化され、現場に資 源が投下され、仕組みが構築される. 現在の医療・介 護制度に大きな影響を与えている有識者会議は社会保 障制度改革国民会議であり、2013年度に報告がなされ た. それを受け、2014年の通常国会では、「地域にお ける医療及び介護の総合的な確保を推進するための関 係法律の整備等に関する法律」が成立し、改革がなさ れている.

改革のターゲットであるが、まず、単位人口当たりの 病床数が非常に多いことである.次に、入院施設の医師、看護師が少なく、平均在院日数が長いことである. そして、ニーズと供給のミスマッチである.わが国の 医療供給体制は、受診すれば治癒されるという前提でできあがっていたが、現在、生活習慣病、メンタルへルスの疾患、高齢者の変性疾患が重要になってきている.このような疾患では、継続した関係性の構築、他の医療機関や介護事業所との連携、チーム医療の構築、ITの活用、地域でのリハビリの受け皿などが求められる.このためには、地域包括ケアシステムの構築を図り、「病院完結型」から「地域完結型」の医療への転換を実現する必要がある.

【新型コロナ時代のニーズへの対応】

医療機関が、地域包括ケア時代の医療・介護のニーズに対応するためには、次の8点が大きな課題になると思われる。まずは、それぞれの医療機関が医療のレベルと地域の対象を明確にすることである。医療のレベルとは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、外来、在宅医療、訪問看護、終末期である。そして、地域とは、日常生活圏、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏、広域のことである。第2に、急性期一般病棟の対応する疾患、対象となる患者の地域、必要な病床数を決定することである。これは過去の入院患者のDPC データを活用することによって、推計可能である。第3に、回復期である地域包括ケア病棟の対応する疾

患, 対象となる患者の地域, 必要な病床数を決定する ことである. 第4に、慢性期医療を行うかどうかであ る. 今後、日本の急性期医療のニーズは減少していく. 障害や疾患をもった増え、 看取りの場も必要であるか らである. 第5に、外来患者をどのように維持してい くかである. 医師会などと連携して、紹介患者を増や していく必要がある. 第6に、在宅・訪問看護をどの 程度の規模で行うかの決定である. これらは、急性期 一般病棟や地域包括ケア病棟を確保しつつ、入院連携、 退院後連携を行い、医療の質を担保することにもつな がる. 第7に、住まいを中心とした医療・介護・予防・ 生活サービスを行うシステムを構築するために自治体, 地域包括ケア支援センター, 医師会, 介護セクターと 連携していく必要もある. 最後に本人の意思に沿った 医療を行うことが重要である. 終末期のケアの場所, 延命治療の行為別の希望、緩和医療についてもどのよ うなケアを優先させて欲しいかは重要な問題である.

【地域包括ケア時代に MN の概念を活用】

米国ではMedical Neighborhood (以降 MN) という システムがあるが、これは地域包括ケアシステム時代 における医療提供の参考になる. MHは、Patient Centered Medical Home (以降 PCMH) が、他のヘルス ケア機関やスタッフと連携して行う機能であり、効果 的に統合・コーディネートすることの重要性を強調し た概念である. なお、PCMHとは、医療にチームで取り 組み, (1) 患者中心 (2) 包括性 (3) 利用のしやす さ, (4) 質と安全の保障, (5)他の機関との連携を特 徴とした、プライマリ・ケアを提供する医療機関であ る. MN の医療連携を改善する活動では、「スタッフ、 仕事の過程の改善」「優れた連携機関への紹介」「患者 および家族の協働と教育」が、系統的に行われてい る. わが国では、後期高齢者の割合が増加し、社会保 障費が増加していくことは避けられず, 医療の効果 的, 効率的なシステムが求められている. そのポイン トは、疾病構造の変化と市民のニーズにマッチした医 療を行うことであり、MNの概念を地域包括ケア時代の 医療ニーズに活用できると思われる

一般口頭発表 A

〈病院経営〉 座長: 寺坂 禮治 (福岡日本赤十字病院名誉院長)

- 1. 満足度九州一のリハビリテーションを目指して ~玉昌会グループ 鹿児島地区での取り組み~
- 〇 福留 大輔(医療法人玉昌会)

平川 智士(医療法人玉昌会)

鎌田 克也(医療法人玉昌会)

五十峯 かずみ(医療法人玉昌会)

大迫 尚仁(医療法人玉昌会)

村田 美奈(医療法人玉昌会)

山本 陽生(医療法人玉昌会)

下薗 康志(医療法人玉昌会)

中村 真之(医療法人玉昌会)

髙田 昌実(医療法人玉昌会)

窪田 昌行(CCRC 研究所)

馬場園 明(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

- 2. 九州一回復期リハビリテーションの実践に向けた戦略と新たなサービス展開 ~加治木温泉病院の取り組み~
- 〇 増山 泰英(医療法人玉昌会)

原口 友子(医療法人玉昌会)

有川 瑛人(医療法人玉昌会)

米山 拓(医療法人玉昌会)

春田 千幸(医療法人玉昌会)

川原 翔太(医療法人玉昌会)

中村 真之(医療法人玉昌会)

髙田 昌実(医療法人玉昌会)

窪田 昌行(CCRC 研究所)

馬場園 明(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

一般口頭発表 B

〈地域包括ケア〉座長: 齋藤 貴生 (NPO法人高齢者健康コミュニティ理事長)

- 1. 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業の実際~古賀病院グループの取り組み~
- 〇 末次 輝 (医療法人天神会) 阿津坂 明美(医療法人天神会) 鳥越 美絵(医療法人天神会) 執行 和恵(医療法人天神会) 結城 千賀(医療法人天神会) 窪田 昌行(CCRC 研究所) 馬場園 明(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)
- 2. 通所リハビリテーションにおけるホームベース型健康支援介入によるフレイル予防効果
- ハーランド 康代(九州大学大学医学系学府) 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)

〈政 策〉 座長: 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)

- 1. 地域と企業の経営をサポートするトータルウェルネスセンターの取組 医療法人玉昌会グループの健康増進事業
- 〇 田島 紘己(医療法人玉昌会)

髙田 和美(医療法人玉昌会)

髙田 昌実(医療法人玉昌会)

窪田 昌行(CCRC 研究所)

馬場園 明(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

- 2. ICT を活用したケアミックス病院を中心とする Medical Neighborhood の構築
- 大森 崇史(九州大学大学医学系学府) 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. 介護保険の自己負担割合の変化が介護保険および医療保険サービスの需要に与える影響
- 石原 礼子(保健医療経営大学院保健医療経営学部) 馬場園 明(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座) 劉 寧 (産業医科大学公衆衛生学教室)

一般口頭発表 A

満足度九州一のリハビリテーションを目指して ~玉昌会グループ 鹿児島地区での取り組み~

○福留大輔、平川智士、鎌田克也、五十峯かずみ、大迫尚仁、村田美奈、山本陽生、菊地博之、 下薗康志、中村真之、髙田昌実(医療法人玉昌会)、

窪田昌行 (CCRC 研究所)、馬場園明 (九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

【研究の背景と目的】

我が国は超高齢化と少子化の進行により、政策的には、社会保障制度改革の必要性・超高齢化と少子化への対応に迫られている。すなわち、経済面では医療費・介護費・年金の仕組みの抜本的改革の必要性、社会面では多世代交流・ノーマライゼーション・地域共生社会の創出、技術面ではAI・ロボット・ICT等の活用の視点が求められている。本研究は、2021年に旧高田病院を新築移転し、キラメキテラスへルスケアホスピタルにおいて、「リハビリテーションを通して九州一を目指し、社会に貢献する」をコンセプトとした新たな取り組みを立案したので報告する。

【方法】

マーケットリサーチ (PEST 分析) を行うにあたって、 その内容を検討した。次に全国の先進的事例を調査し、 ベンチマークとなる病院を検討し分析を行った。 更に SWOT 分析およびブルーオーシャン分析から目指すべき 方向性とアクションプランを検討した。

【結果】

ブルーオーシャン分析により、「満足度九州一のリハビリテーション」を目的とした取り組みを立案した。満足度については、現在、退院時に満足度調査として12項目の質問票に回答を頂いているが、リハビリテーションに関する項目が限られており、質問項目・評価基準の再構築が必要である。このため、退院患者が、退院後でも回答できるようにICTの活用も検討する必要性がある。医学的視点ではリハビリ評価に加え、画像・動画を活用した評価を実施することで、達成度の見える化

を実現する。

九州一の回復期リハから在宅リハを実現すべく、3つの柱を立案した。

① FS (Full Time Sustainable) リハプログラム FS リハプログラムとは、最大限のリハビリテーション提供で持続可能な生活、つまり退院後も含めた生活をサポートするものであり、リハビリ効果を最大限に発揮する為に、セラピストによる個別リハ以外での運動量の確保を目的とした取り組みである。

② 活動・参加に着目した取り組み

ドイツの事例をもとに、主体的(意欲的)に取り組んで頂けるリハビリテーションとして、活動・参加に着目した取り組みを検討した。

③ 在宅サービス事業部との連携

在宅サービス事業部では、根拠に基づくケアを実現 し再入院させないサービスを検討した。今年度、新電子 カルテを導入し医療〜在宅サービスまで1つのシステ ムへ統合され、切れ目のない情報網が構築された。シス テムを活用し、リハビリテーション室と在宅サービス 事業部が連携を図ることで、退院後の活動量を維持し ていくことが目標である。

【考察】

今後の取り組みとして、FS リハプログラムでは、す べてのスタッフが患者様の早期離床・活動量増加の視 点を持ち、適切な技術を習得するための教育システム 「院内資格制度(仮)」の創設を目指し、ワーキンググル ープを立ち上げた。活動・参加に着目した取り組みでは、 地域交流センターを活用した入院患者・家族向けのカ ルチャースクール(ストレッチプログラム、ヨガ、フラ 等)、院外活動プログラムとして、2023年に全面開業す るキラメキテラスのサービス棟を活用した屋外歩行訓 練や買い物訓練など、充実した環境を活かした取り組 みを検討している。カルチャースクールでは、当グルー プのWellBeClubに協力を頂き、新たなサービスの創出 も視野に検討を重ねる予定である。在宅サービス事業 部との連携では、再入院の原因で高い比率である誤嚥 性肺炎に対して、超聴診器(AMI 株式会社)を活用した遠 隔嚥下評価の検証を実施し、将来的には外部事業所へ のコンサルティング事業へ展開できるよう検討を重ね る。九州一のリハビリテーションを目指すには、越える べき課題が山積しているが、1人1人が患者・顧客を思 い寄り添うことで、独自の新たなサービスを創出でき、 九州唯一のグループになると考える。

一般口頭発表 A

九州一回復期リハビリテーションの実践に向けた戦略と新たなサービス展開 -加治木温泉病院の取り組み-

○増山泰英 原口友子 有川瑛人 米山拓 春田千幸 川原翔太 中村真之 髙田昌実(医療法人 玉昌会)窪田昌行(CCRC 研究所)、馬場園明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【研究の背景と目的】

玉昌会グループは鹿児島市と姶良市にそれぞれ 2 つの病院、15の在宅サービス事業を展開し、さら に健診事業のほか、保育園事業や、ウェルネス事業 を運営している。また、リハビリテーション(以下 リハと略す)専門職がグループ全体に150名以上所 属し、医療保険サービスの枠を越えた地域活動を幅 広く展開し、地域包括ケアシステムの構築を目指し ている。リハの役割として、政策的には、地域にお ける急性期、回復期、慢性期、生活期に沿ったシー ムレスなリハ提供体制の構築が求められている。し たがって、回復期リハにおいて現状を分析し、時代 の変化に応じたニーズに対応するリハプログラム を開発する意義は大きい。我々は、「九州一のリハ を目指して社会に貢献する」をメインコンセプトと して、患者, 高齢者の満足度の視点に立った継続的 かつ一体的なリハ体制を構築することを目的に、加 治木温泉病院の回復期リハの現状を分析し、ICT を 取り入れた新たなプロジェクトを考案したので報 告する。

【方法】

新たなリハ提供体制の創出のために、まずマーケットリサーチ (PEST 分析)を行い、次に「九州一」を測る尺度の検討、ベンチマークなる病院を調査し、比較検討を行った。さらに海外の先進事例としてオランダのビュートゾルフを調査検討した。それらの情報を整理し、ブレインストーミング等のアイディア創出を行い、新たなサービスの創出を検討した。【結果】

- 1. 患者満足感につながる戦略
- ① 患者満足度調査結果の分析

過去の患者満足度調査においてネガティブなコメントがあり、それらに対して、『リハビリ提供状況を可視化』していくことで、ニーズを満たしていくことにした。

② 患者経験価値の視点 患者満足度は一般的に「期待」と「結果」の感情 の差による視点(例えば、満足~不満足の5段階)から行うが、今回は実際のリハのプロセスにおいて「行った」、「少し行った」、「行わなかった」(3段階評価)という事実・患者の経験の視点の立った設問に質問票を変えることでリハサービスの満足度を新しく評価することとした。

③ シェアード・デシジョン・メイキング (SDM) モ デル

近年、推奨されている"医療の意思決定モデル"で、目標設定を両者が相手の話に共感し理解しながら設定していく取り組みを採用する。

2. ビュートゾルフの研究

オランダの在宅ケア組織として誕生し、「顧客の自立支援」を使命としている。また、ビュートゾルフに着目した点の1つとして満足度の高さにあり、利用者満足度:全国 No.1、従業員満足度:全産業中トップであることが報告されている。またスタッフ間の情報共有に ICT 技術を当初から活用していた。

3. 新しいプログラムーライフ Life-

これらの戦略をベースに入院時から関わることが出来る在宅支援チームが必要と考えた。ビュートゾルフの仕組み×ICT ソリューションを活用して"満足度 No.1"のリハという新しいリハサービス『ライフ Life』を考案した。

【考察】

新しいリハサービスの評価は、斬新性、市場性、成長性、収益性、患者の視点、在宅への継続性、DXの活用、社会貢献の8項目ついて行ったが、「収益性」の評価が低く、「患者の視点」が高い結果であった。これは収益の部分を医療保険・介護保険・自費リハの中で最適な組み合わせを収益へつなげていく考えであり、その収益の組み合わせに課題を感じたためであると考えられえる。これから具体的に事業収支をシミュレーションし、収益性を可視化していきたい。

一般口頭発表B

定期巡回随時対応型訪問介護看護事業の実際~古賀病院グループの取組み-

○ 末次 輝、阿津坂明美、鳥越美絵、執行和恵、結城千賀(社会医療法人天神会) 窪田昌行(CCRC 研究所)、馬場園明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【はじめに】

地域包括ケアシステム実現の主要課題として、医療介護の連携、24時間の在宅サービスの充実があり、その推進のために、「定期巡回随時対応型訪問介護看護」(以下「定期巡回」と略す)が地域密着型サービスとして2012年に創設された。定期巡回事業の役割は、重度者を始めとした要介護者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に医療と介護との連携が不足しているとの問題があり、日中・夜間を通して24時間体制で訪問介護と訪問看護の両方を、定期巡回と利用者からのコールにより随時対応することである。

古賀病院グループは、福岡県久留米市と小郡市で 医療・介護サービスを総合的に提供しているが、高 齢者の変化する介護・看護ニーズに対し、適切なサ ービスを提供するために開発された定期巡回事業の 重要性をいち早く認識し、まず住宅型有料老人ホー ムを久留米市の中で拠点として作り、定期巡回事業 を始め、さまざまな介護サービスを提供してきた。

本研究は、地域包括ケアシステムの実現のために 重要な定期巡回事業について、定期巡回事業を創設 時の手順と注意点、及びいかにして利用者のニーズ に対応し、経営を安定させていけば良いかを明らか にすることである。

【方法】

古賀病院グループの医療、介護への取り組みの中で、本研究の対象となる定期巡回事業の現状、課題、対策を明らかにするために、グループが運営する 4ヵ所の定期巡回事業所の調査分析を行った。その際、バランスト・スコアカードの 4 つの視点(①財務の視点、②顧客の視点、③業務プロセスの視点、④学びと成長の視点)を活用した。特に財務の視点では、経営の安定化を評価する指標として、京セラの稲盛和夫氏がアメーバ経営の中で提案している「時間当り付加価値」を用いた。時間当り付加価値とは収入と経費の差額を算出し、その差額を事業所の職員の総労働時時間で割った数字である。

【結果】

4か所の定期巡回事業について、対象利用者、地域性、開設の経緯、および経営手法を軸に検討すると、3タイプの定期巡回事業:①有料老人ホーム複合型「定期巡回」事業、②有料老人ホーム事業再生型「定期巡回」事業、③一般居宅対応型「定期巡回」事業に分類できることが判明した。

本研究には、3 タイプの中で有料老人ホーム、サ高 住の事業再生の手法として有効と考える②の有料老 人ホーム事業再生型「定期巡回」事業がある。事業 再生型「定期巡回」事業所の一つは、事業経営が困 難になり継承した有料老人ホーム「こがケアアベニュー大石町」(定員 50 室)と「こがケアアベニュー縄手」(定員 65 室)に創設した定期巡回「こがケアラウド大石町」である。もう一つは事業継承が困難になった医療機関の病室を改修した有料老人ホーム「こがケアアベニュー野伏間」(定員 31 室)について定期巡回「こがラウンドケア野伏間」を導入したものである。

「財務の視点」から見ると、定期巡回の介護報酬は要介護度による月額包括報酬になることで、収益が安定し、その結果、定期巡回「こがケアラウド大石町」の時間当り付加価値は3282円で損益分岐点を大きく超え、同「こがラウンドケア野伏間」も2186円と損益分岐点も超えることができた。

「顧客の視点」からは、両方とも24時間コールに、 夜中でも柔軟に対応し、どのような要望にも随時訪問を行っている。また要介護度が高くなってサービスの利用頻度が増えても、定額制なので、利用者は自己負担額を気にすることなく安心して利用できる。 一方、デイサービスの利用時間が減少する方への対策として、加算を取らず、回数を確保できた。

「業務プロセス」の視点からは、スタッフ数を増 員せず、食事介助が必要な利用者の時間を適切に配 分することで提供時間枠を確保し、生産性を高めた。

「学びと成長の視点」からは、当初定期巡回の仕組みについて、スタッフに事業開始前の研修で教育を徹底した。また開始後も月1回の研修を行い、全スタッフが統一したサービスを提供できるように協議し対応した。

【考察】

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

特に、事業が頓挫する大きな原因の一つとして、 定期巡回事業の収入が支出を下回り、大きな赤字を 継続することがあげられる。その対策として、事業 開始時点から管理者が経営を管理するために経営収 支の指標を設定する必要があるが、時間当り付加価 値という経営指標が、管理者と現場スタッフが共有 しやすい指標であった。

今後は、有料老人ホームの中で出来ているサービスを地域に還元していき、地域包括ケアシステムの 実現に貢献していきたいと考える。

一般口頭発表B

通所リハビリテーションにおけるホームベース型健康支援介入によるフレイル予防の効果

○ ハーランド泰代(九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻)馬場園明 (九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座)

【目的】

我国の要介護度別認定者数は年々増加しており、要介護状態へ移行する大きな原因としてフレイルがある。そこで今回、ホームベース型健康支援を使用し、フレイル予防および心身状況の変化について検討した。

【方法】

対象は、通所リハビリ A を利用する在宅要介護者 170 名(長時間通所リハ 70 名, 短時間通所リ

ハ 100 名) のうち、研究への同意を得た 48 名 に対して,通常介入を行う対照群(26名)と, 通常介入に追加しホームベース型健康支援介入 を行う介入群 (22 名) の 2 群に分け、非無作 為化比較試験を行った。各群ともに,基本情報, フレイル評価 (J-CHS), 運動機能評価 (5 回 立ち座り検査, TUG), 栄養評価(体重, BMI, MNA、エネルギー摂取量、たんぱく質), 自己 効力感(横川らの健康管理に対するセルフエフ ェカシー尺度)の検査を行い、ベースライン (介入前), 介入後に測定し, 効果判定を行う ためのアウトカムを評価した。介入群は初回評 価の 3 ヶ月後からホームベース型健康支援を行 い,対照群は通常介入を実施した。介入群の前後 比較には Wilcoxon 符号付順位和検定, 介入群 お よび対照群の比較にはWelch の t 検定を用 いた。

【結果】

介入期間中に 9 名の脱落があり (入院 9 名,終了 3 名) , プログラム修了者は介入群 18 名, 対照 群 21 名であった。ホームベース型健康支援介入により,自己効力感 (P < 0.001) で有意な差があり,介入前後での改善が見られた。 またフレイル指標である J-CHS では,3 名の対象者がフレイルからプレフレイルへの改善が見られた。筋力検査の指標である 5 回立ち座り検査では,介入群ベースライン 15.1 ± 0.6 秒,介入後

 14.5 ± 3.0 秒と改善が見られた (P=1.15)。 しかし介入群、 対照群のアウトカムに対しては、 それぞれ有意な差は認められなかった。

【考察】

ホームベース型健康支援を通所リハ利用者に 実施し、自己効力感の改善が明らかになり、ま た介入前後の下肢筋力改善傾向もみられたこと から、フレイル予防の一助になることが示唆さ れた。一般的にフレイル予防は、要介護状態を 予防するため取り組まれるが、要介護状態にお いてもホームベース型健康支援の介入方法であ る、前向きな態度、自己効力感、周囲からの支援 により、心身状態に変化が見られ、フレイルを 予防できる可能性があったと考える。今後は、 症例数を増やし、ホームベース型健康支援が通 所リハや訪問リハビリを受けている患者にも 用できる仕組みを検討していく必要がある。

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

○田島紘己、髙田和美、髙田昌実(医療法人玉昌会)、 窪田昌行(CCRC 研究所)、馬場園明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【はじめに】

医療法人玉昌会は、鹿児島県内で回復期・慢性期 医療や複数の介護サービス事業を展開している法人 である。創業 63 年を迎え、昨年新たにキラメキテラ スヘルスケアホスピタルを開院した。これまで以上 に地域に貢献すべく、法人内の健診部門再編成や健 康増進事業の方向性検討・定義を行なった。2018 年 に健診クリニックが法人傘下に加わり、病院内の健 診部門と健診クリニックとがそれぞれ独立して運営 されてきた。健診データ集約、人的・物的効率化を 目的に健診事業を統合し、キラメキテラスヘルスケ アホスピタル内に健康増進事業を展開するトータル ウェルネスセンターを 2021 年 6 月新たに開設した。

【方法】

玉昌会の健診事業について、事業の経緯と実績の評価を行い、事業統合の是非を検討した。次に、新たな健康増進事業のコンセプトを創造し、ミッション・ビジョンを策定した。最後に、健診を含む新たな健康増進事業の方向性を決め、同時に健診事業の強みを中心に SWOT 分析を行ない、今後のアクションプランを作成した。

【結果】

トータルウェルネスセンターのミッションは、『自 分らしく輝き、すべての人がつながる明日へ』とし、 ビジョンは『集うすべての人がいつまでも健やかに 暮らし、生涯現役、生涯活躍することをサポートし ます。カラダ/ココロ/コミュニティ・・・あらゆるシ ーンが前向きに彩られ、安心に包まれる貴方を一緒 に見つけます。』とした。SWOT 分析では、巡回健診 事業の規模が小さい弱みがある一方、独立した健診 部門で、健康維持増進に関して多職種のチームで対 応できることや、PHR アプリを無料配布や、低価格 で利便性が高いサービス提供などの強みも併せ持つ ことがわかった。また、アクションプランとして今 年度は、巡回健診・院内健診/人間ドック・産業医活 動という既存事業により注力する方針とした。トー タルウェルネスセンター全体で、年間 1000 万の増 収を目標とした。4月から12月までの3四半期時点 で、549 万円の増収であった。内訳は、巡回健診で 763万円の減収、院内健診・人間ドックでは1316万 の増収、新規産業医契約は2企業だった。

【考察】

当法人を含む玉昌会グループでは、医療を中核に予防未病・健康増進・運動・リラックス・学び・社会参加など総合的に提供し"ウェルネス"な生き方を実現するまち作りプロジェクトとし、『JOY タウン』を計画してきた。構想の中核である病院移転に先立ち、フィットネスジム・スパ・カフェ施設等の複合施設WellBe Club をオープンし、利用者を中心にウェルネスに関する様々なプログラムを発信してきた。

さらに、当グループでは"トータルウェルネス"という新しい概念を創案した。"トータルウェルネス"は、一般的なウェルネスの概念(身体の健康、精神の健康、社会の健康)に加え、個人が持つ"生きがい・夢・希望・自分らしさ"を含めた新しい概念である。これは、国が提唱する地域包括ケアシステム構築や地域共生社会を充実させていくために重要であると考える。具体的にはトータルウェルネスセンターで、既存事業に加え、地域の高齢者などが健康を基盤とし、生きがいや自分らしさを持っていただけるように、グループ内の多職種が関与した個人向け総合健康サービスの提供を目指している。第一弾として、WellBe Club オープン 4 周年記念イベントの一環で、会員向けに多職種が連携し参加した『ココカラ診断』を開催した。

一方、事業統合した健診クリニックは、法人傘下に加わり3年連続で事業収支が赤字であった。トータルウェルネスセンター収支改善のために、3つの既存事業の事業拡大目標をそれぞれ5~50%程度とした。目標達成のため、新規で健診や産業医契約を結ぶ企業獲得に加え、商工会議所主催の集団健診を受託し、約300名の方に健康診断・インフルエンザ予防接種を行った。また、来年度からは共済組合の人間ドック受託機関にも認定されるなど、新たな連携にも取り組んでいる。

【結語】

玉昌会の健診事業の方向性や経営改善計画を検討 作成した。新たに"トータルウェルネス"の概念を提唱し、60年以上地域を支えてきた玉昌会がさらに 地域社会に貢献していきたい。

ICT を活用したケアミックス病院を中心とする Medical Neighborhood の構築

○大森 崇史(九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻) 馬場園明(九州大学大学院医療経営・管理学講座)

【背景と目的】

わが国では医療提供は病院完結型から地域完結型へのパラダイム・シフトの転換期を迎えているが、地域包括ケアシステムは医療との連携の脆弱さや情報共有の断片化などの課題がある。それを解決するために情報通信技術(ICT)の活用が期待されている。米国ではPatient Centered Medical Homeを中心とした福祉施設、訪問サービス、急性期病院、行政などで構成される Medical Neighborhood の構築により効率的な医療・福祉提供モデルを構築している。

【方法】

日本の地域包括ケアシステムや医療提供体制の実情にあわせた日本版における Medical Neighborhood の構築について検討した。Medical Neighborhood に関する白書を参考に、①業務過程の改善②情報共有③臨床医間の紹介とケアの連携④地域の医療資源の活用⑤患者および家族の協同と教育の観点から構築における障壁を考え、解決に必要な Information and Communication Technology; ICT についてまとめた。検討にあたり、地域包括ケアシステムの目標である「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことを満たせるかどうかと、地域包括ケアシステムの構成要素との連携を考慮した。

【結果】

①業務過程の改善

ケア調整部門における ICT 活用、業務改善のための ICT ツール導入が検討できる。 具体的には RPA を用いた自動化や音声入力デバイス、ビデオ通話システム、専門職をつなぐ SNS、患者教育・説明用動画などがある。

②情報の共有

情報には大きく分けて 1. レセプト情報, 2. 電子カルテの情報, 3. Personal health record の情報がある。2022 年の診療報酬改定で電子的保健医療情報活用加算が新設され、オンライン資格確認システムを通じて、患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することが評価されるようになった。電子カルテ情報に関して、

医療情報共有基盤を活用し、地域料情報連携ネットワークが構築されている地域がある。代表的なものに長崎県の「あじさいネット」がある。病院や診療所の記載や画像データが自動的にアップロードされ、患者の同意のもと加入医療機関内で確認することができる。

③臨床医間の紹介とケアの連携

専門家の紹介には無駄や非効率な点が多いことが 指摘されている。そのため、Medical Neighborhood 間で診療情報提供に必要な情報や書式のルールを定 めることが推奨される。紹介は手紙だけでなく地医 療情報連携ネットワークの活用や、地域の医療介護 機関をつなぐプライベート SNS を利用することがで きる。

④地域の医療資源の活用

Medical Neighborhood 構築における重要な連携先として「診療所」「調剤薬局」「介護事業所」「地域包括ケアセンター」「自治体」「住まい」がある。地域医療情報連携ネットワークはこれらの機関との情報共有や連携においても役に立つ。

⑤患者および家族の協同と教育

MN が高度に機能するためには、患者と家族のシステムへの関与も重要である。地域包括ケアシステムの目標である「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」を達成するためにアドバンス・ケア・プランニング (ACP) や緩和ケアなどに関する意思決定支援を実現するためにはエンド・オブ・ライフケアの情報提供・教育ができる体制や仕組みが求められる。教育用動画コンテンツの作成やチャットボットの活用、メールや相談フォームの設置などの点で ICT を活用できる。

【考察】

ICT を実装することだけでなく、地域の情報共有に関する課題についてステークホルダーと共有し、ICT の運用ルールやインセンティブ設計、PDCA サイクルを用いた改善、効果測定のための仕組みづくり、診療報酬や基金などの財源確保などの施策が必要である。

介護保険の自己負担割合の変化が 介護保険および医療保険サービスの需要に与える影響

○石原礼子(保健医療経営大学保健医療経営学部) 馬場園明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座) 劉寧 (産業医科大学 公衆衛生学教室)

【背景】

2015年度の介護保険制度改正において、団塊の世 代全員が 75 歳以上となる 2025 年以降も持続可能な 制度とするために、2015年8月より65歳以上の被 保険者について、一定以上の所得がある利用者の自 己負担割合が、従来の1割から2割に引き上げられ た。自己負担割合の引き上げは実質のサービス価格 の値上げを意味し、サービス需要に影響を与える可 能性が大きい。高齢者の多くが医療と介護の両方の サービスを利用しており、今後地域包括ケアシステ ムを推進していくうえで、切れ目のない医療・介護 サービスの提供について、自己負担の影響を両サー ビス合わせて評価することは、医療・介護政策の改 善に還元できると考えられる。本研究では、介護保 険における自己負担割合の改定が利用者の介護保険 および医療保険サービスの需要に与える影響を明ら かにすることを目的とする。

【方法】

福岡県介護保険広域連合および後期高齢者医療の被保険者の介護、医科レセプトデータを収集した。2015年8月の改定を基準に、2014年8月から2015年7月までを介入前、2015年8月から2016年7月までを介入後として、介入前の12ヶ月間に介護保険を利用した65歳以上の者を対象とした。対象者のうち、2015年8月の改定で自己負担割合が10%から20%に上がった群を介入群、10%のままの群を対照群に分類し、2群間の介入前後の介護保険および医療保険サービスの利用動向をinterrupted timeseries analysis (ITSA)を用いて比較した。アウトカムは、一月あたり平均介護給付費(居宅、施設、地域密着型のサービス別)、医療費(入院、入院外、在宅)および診療実日数(入院、入院外、在宅)および診療実日数(入院、入院外、在宅)である。各指標は分母を母集団全体として算出した。

【結果】

対象者 191,785名のうち男性は51,013名(26.6%)、介入群は18,643名(9.7%)、対照群は173,142名(90.3%)であり、介入群の男性の割合が有意に高かった。

観察期間中の介護給付費は、介入群 120,522±102,539円、対照群 142,928±117,267円で対照群の方が有意に高かった。サービス別では、居宅サービスのみ介入群 68,110±83,995円、対照群 58,705±79,632円で介入群が有意に高値であった。一方、総医療費(51,472±82,365円)、入院外(24,931±47,670円)、入院医療費(52,699±84,366円)ともに介入群の方が高値であった。

介入群の介入前後の比較では、総介護給付費において介入後の増加は鈍化していたが、対照群との差は認められなかった。介入群では居宅サービスは介入後に利用が減少、地域密着型サービスは介入後に利用が増加していたが、いずれも対照群との差は認められなかった。医療サービスでは、総、入院、入院外、在宅の費用において、介入群では介入後に有意に低下し、特に入院外では医療費 1460 円の減少(p<0.05、 $CI:-2737\sim-182$ 円)と日数 0.20 日の減少(p<0.05、 $CI:-0.38\sim-0.02$)、さらに入院日数 0.05 日の増加(p<0.05、CI:0.001-0.095)と在宅日数 0.23 日の減少(p<0.05、 $CI:-0.44\sim-0.02$)といった介入効果が認められた。

【結論】

自己負担割合の改定により介護給付費の増加鈍化に群間差は認められなかったが、介入群では入院が増加し、入院外、在宅医療が減少していたことより、介護自己負担の増加による介護利用抑制と医療利用へのシフトあるいは抑制の可能性が示唆された。

第20回病院経営の質向上研究会

~研究者と実践者の対話による~

「新型コロナ後の地域医療構想」



令和4年2月5日(土)14:00~

オンライン開催



テーマ: 「新型コロナ後の地域医療構想」

開会の挨拶 14:00~14:10 会長挨拶:田川市病院事業管理者(元) 齋藤 貴生

講 演 14:10~16:50

I. 理論

座長:九州大学大学院医療経営・管理学講座教授 馬場園 明

「福岡県における新型コロナウイルス感染症の発生状況とその対応について」(14:10~15:00)

演 者:福岡県保健医療介護部医監 佐野 正

Ⅱ. 実践

座長:国立病院機構九州医療センター院長 森田 茂樹

「ポストコロナを見据えた診療体制の構築と地域包括ケアシステムでの役割」 $(15:00\sim15:50)$

演者:製鉄記念八幡病院理事長 土橋 卓也

休憩 15:50~16:00

座長:福岡市立病院院長 桑野 博行

「地域医療構想への新型コロナウイルス感染症の影響」(16:00~16:50)

演 者:地方独立行政法人大牟田市立病院院長 野口 和典

対話形式の討議 16:50~17:30

司会:九州大学大学院医療経営・管理学講座教授 馬場園 明

田川市病院事業管理者(元) 齋藤 貴生

対話参加者 講演者、座長、当日出席者

会長の交代挨拶 17:30~17:40

閉会の挨拶 17:40~17:50

福岡県における新型コロナウイルス感染症の発生状況とその対応について

福岡県保健医療介護部 医監 佐野 正

本県ではこれまで5回の大きな流行を経験しており、現在6回目の流行を迎えています。 入院医療では、コロナ病床として、112病院(計1558床)で入院受け入れを行っていただいています。また本県は、宿泊療養を強化し、現在11施設(2234室)を確保し、24時間体制で医師、看護師に常駐してもらっています。その他にも検査体制、自宅療養者への対応など、方策は多岐に渡っていますが、一方で流行のたびにその規模は大きくなり、順次対応を強化してきているところです。現時点でも6回目の流行の真っただ中であります。今回は、本県における新型コロナウイルス発生状況及びその医療体制についてご報告します。

第 20 回病院経営の質向上研究会 〜研究者と実践者の対話による〜

2022年2月5日

ポストコロナを見据えた診療体制の構築と地域包括ケアシステムでの役割 製鉄記念八幡病院 土橋卓也

社会医療法人製鉄記念八幡病院は、1900(明治33)年に官営製鐵所附属病院として開設され、2020年に創立120周年を迎えた。27診療科で高度急性期、急性期、回復期、緩和ケア病床、合わせて453床の許可病床を有し、医師93名、看護師448名を含む802名の職員を有している。

新型コロナウイルス(COVID-19)感染症対応に関しては、2020年10月、フェーズ1の区分で疑い患者受け入れ(3床)を確保する協力医療機関の指定を受けた後、同年12月、フェーズ2への引き上げに伴って確定患者(10床)を受け入れる重点医療機関に指定された。以後、2021年5月から9月までのフェーズ5(19床+ICU3床)を最大受け入れ期間として対応にあたった。2019年1-12月の1年間をCOVID-19発生前の基準年とすると2021年1-12月の1年間で入院患者は約12%減少したが、COVID-19診療により診療単価が増加したため、入院収入は微増となった。同様に外来患者数も約10%減少したが、外来化学療法の増加に伴う診療単価の増加により収入を維持することが出来た。しかし、COVID-19の流行に伴い、患者の受診抑制のみならず、疾患構造に変化を認めた。特に呼吸器感染症の減少が顕著で肺炎等(DPC040080)の入院収入は、約50%減少した。COVID-19収束後も感染症対策が継続され、呼吸器感染症が以前のように発生しなければ、大きな収益減となることが予想される。

当院が位置する八幡東区は、人口減少と高齢化が進んでおり、2020年の人口約65000人(高齢化率38.3%)から2040年には約49000人(同42.6%)と約25%のさらなる人口減が予測されている。このような状況を踏まえ、中長期計画では、急性期病床を削減した上で、脳卒中、心筋梗塞、心不全、腎不全など高齢者を中心とした救急医療を提供し、在宅医療を含む後方連携に円滑に移行できる体制を構築することが重要と考えている。一方、当院は「健康長寿を目指した地域づくり」を使命に掲げており、がん、認知症、生活習慣病などの発症・重症化予防を目的とした地域住民や職域に対する働きかけも重視している。急性期医療の提供にとどまらず、地域包括ケアシステムにおけるネットワークの核としての役割を担うことを目指している。

第20回 病院経営の質向上研究会 テーマ「新型コロナ後の地域医療構想」

演題「²⁰²⁵ 地域医療構想への新型コロナ・ウイルス感染症の影響」 地方独立行政法人 大牟田市立病院 院長・理事長 野口和典

2年前の2020年2月の第16回本研究会で、「地域医療構想の中での公的急性期病院の役割と経営」を講演させていただいた。急性期に特化した当院は、全職員がBSC手法で一体となって、地域の医療需要の変化と高齢化社会に対応しながら、病棟・病床の機能を再編してダウンサイジングし、空棟フロアを周術期の認知症ケアと急性期リハビリに活用するという主旨であった。しかし、ほぼ同時期に発生した新型コロナウイルス感染症は、現在まで波状増幅を繰り返しながら未だに収まる気配すら見えない。この新型コロナウイルス感染症は、少なからず我々の医療構想に基づく計画遂行にも影響しており、現時点でアフターコロナの地域医療構想や病院経営状況を考察するのは困難である。また、今回の新型コロナウイルス感染症では、極めて短期間に診断法、治療薬、ワクチンなどの対応医学の進歩が目覚ましく、1 波から 5 波までの 2 年足らずの間に、病院に要求される医療レベルも刻々と変化し、同時に地域の医療機関の役割や病床機能にも対応が求められるようになってきている。さらに、このウイルスは、変異を繰り返すために未知の部分が多く、医療スタッフは常に感染リスクに伴う精神的、身体的不安が負担となっている。同時に、非密接、非密集、寡黙な職場環境の中では、コミュニケーションを必要とするチーム医療や新人教育に影響が出てくるものと推測される。

そこで、1) コロナ前に計画した当院の医療構想の実行において、新型コロナウイルス感染症がどう影響したか? 何が良かったのか? 何をしてはいけなかったのか? そして、どういう工夫が必要なのか? を反省を含めて振り返りたい。次に、2) 感染拡大の1波から5波までの入院患者の様相変化と、必要とした医療内容の変化を振り返り、当院が果たすべき役割を模索したい。最後に、3)「経営の質」には病院の財務状況だけでなく、そこで働く職員の満足度・組織としての活性度が大きく影響する。当院は、組織風土調査として組織活性化度、すなわち職員満足度調査を数年おきに行っている、今回、コロナ前の2018年6月とコロナ最中の2021年8月に行った組織風土調査結果を用いて、職員の意欲と満足度の面から、組織の如何なる部門に、どのような変化と問題が潜んでいるかを検討した。

これらの点から、アフターコロナの地域医療構想を少しでも見通せれば幸いである。

第 21 回 _____

病院経営の質向上研究会 医療提供体制の変革と働き方改革



令和 4 年 9 月 10 日(土)14:00~17;30 WEB 開催(ZOOM) 参加費無料

病院経営の質向上研究会事務局

九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 馬場園研究室内

〈プログラム〉

- 開会の挨拶 会長:日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長 寺坂 禮治
- 講演 I (理論)14:10~15:00

座長: 日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長 寺坂 禮治 「今後の医療政策の方向性と働き方改革への対応」

演者: 九州大学大学院医学研究院 教授 馬場園 明

■ 講演 II (実践) 15:00~15:50 座長:国家公務員共済組合連合会浜の町病院・病院長 一宮 仁 「マッチングが進める医療の効率化と働き方改革」

演者: 国立病院機構九州医療センター 病院長 森田 茂樹

(休憩: 15:50~16:00)

■ 講演 Ⅲ (実践) 16:00~16:50 座長:社会福法人恩賜財団 済生会唐津病院 院長 園田 孝志 「働き方改革への公的病院としての取り組み」

演者: 地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院 院長 桑野 博行

- 対話形式の討議 16:50~17:30 司会 日本赤十字社福岡赤十字病院名誉院長 寺坂 禮治 九州大学大学院医学研究院 教授 馬場園 明 対話参加者:講演者・座長・当日出席者
- 閉会の挨拶

今後の医療政策と医師の働き方改革

馬場園 明(九州大学大学院 医療経営・管理学講座)

【今後の医療政策における医師の働き方改革の位置づけ】

「働き方改革実行計画」(平成 29 年 3 月 28 日働き方改革実現会議決定)において、2017 年 8 月より「医師の働き方改革に関する検討会」を開催し、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について、2018 年 2 月 27 日に、「中間的な論点整理」及び医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が取りまとめられた。そして、2024 年 4 月に規制を適用することが明記された。どの医療機関もこの期限に間に合うように対策を行っていると考えられるが、この対策に関しては今後の医療ニーズと医療政策をも考慮して対応していくことも求められている。

現在の医療制度改革に大きな影響を与えている有識者会議は、2013 年度に報告がされた「社会保障制度改革国民会議」であり、医療・介護分野の改革では、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ないとされた。そして これを受けた「医療介護総合確保推進法」で定められた病床機能報告制度と地域医療構想は機能せず、高度急性期、急性期病床の削減は進んでいない。一方、わが国の年齢階層別の入院受療率も在院日数も低下傾向にあり、医療機関は収益を確保するのが年々困難になっている状況が続いている。さらに「第 8 次医療計画に関する検討会」は、「地域医療構想および医師確保計画」「外来機能報告」「在宅医療および医療・介護連携」の 3 つのワーキング・グループ(WG)を立ち上げて各テーマについて検討し、それらを踏まえた上で 2022 年末の取りまとめを目指して議論が進められている。医師の働き方改革もこれらを考慮したものでなければならない。

【医師の働き方改革における課題】

医師の働き方改革では、36協定によっても超えられない時間外労働の時間数の上限として(A)水準(年 960 時間)を設け、次に、 地域医療への影響を緩和するために、(A)水準を超える労働が法律上認められる労働時間、(B)水準(1860 時間)を暫定的に設け、 これを上回らないようにすることが求められる。すなわち、医師1人当たりの業務を減らすことによって、残業も減らしていく必要 がある. 方法としては、医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移 管や共同化(タスクシフティング・シェアリング), ICT 等の技術を活用した効率化や勤務環境改善)が検討されている. まずは, 平日中・夜間休日の外来業務、当直の分担、オンコール体制、委員会、会議の見直しをすることで、直接的に医師の勤務時間を 滅らすことが優先される. 看護師や医師事務作業補助者へのタスク・シフティングでは、 シフトされる側の研修や教育なども必要 である.また,タスク・シェアリングは,二つに分類でき,同じ職種同士で業務を共有(例:夜間・休日は主治医でなく当直医対応を 徹底)することと異なる職種同士で業務を共有化(例:患者への診療や医薬品の説明)することがある. 前者は、当直時における 主治医への連絡を、当直医が対応して翌日申し送りをするとか、1 人の患者に 2 人の主治医をつけることで、片方の医師が不在 でも意思決定ができるようにするといった方法や、1 人の医師が、外来、病棟管理、手術・検査をまんべんなくやるのではなく、専 門性や特質に合わせて分担することなどが想定されている.後者は医師が診療の説明を他の職種とシェアしたり、看護師が食事 の世話をリハビリテーションの一環として作業療法士とシェアしたり、服薬業務を服薬指導の一環として薬剤師とシェアすることな どが考えられる、また、看護師にタスク・シフティングするためには、看護師の仕事も看護補助者にタスク・シフティングすることも 検討されなければならない.それを行うには.看護補助者がタスクを完遂でき.しかも定着する必要があり.看護補助者への研 修と環境づくりが求められる.

【二一ズにマッチした戦略を】

「医師の働き方改革」は、医療現場で働く医師たちの労働環境の是正を行っていくものである。しかし広い視野でみると、ニーズにマッチした医療に転換するチャンスになりうる。多くの医療機関で求められるのは、医師が多く必要とされる高度急性期、急性期の病床をより多く維持することに固執するのではなく、回復期病棟、外来、地域での診療への拡大も考慮することであろう。今後、ほとんどの医療機関は、急性期のみならず、回復期や地域包括ケアのニーズに対応すべく、チーム医療で患者の生活や支援を支えていく機能をもつものになることが求められる。そのためには、自らの医療機関のスタッフのみならず、複数の機関で共同してケアを行っていく連携が必要とされている。そして、男性・女性にかかわらず、優秀な医療スタッフをしっかりと育成し、モチベーションの高い状態で、長く第一線の医療現場で活躍してもらえるような環境をつくっていくことも、「医師の働き方改革」のゴールとして見据えていく必要があろう。これらの改革の達成には病院長のリーダーシップが必要不可欠である。

第21回 病院経営の質向上研究会 医療提供体制の変革と働き方改革「抄録」

「働き方改革への公的病院としての取り組み」

地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院 院長 桑野 博行

現在の喫緊の重要課題の一つである**「医師の働き方改革」**における私共の取り組みについて発表いたします。

本講演では先ず、1. 福岡市民病院の1)概要、と2) COVID-19 の取り組み、およびそれに対する3)「福岡市病院事業運営審議会 感染症部会」からの評価・提言をご報告いたします。

次に今般の 2. COVID-19 対応から働き方改革を考えるとして、今般の COVID-19 に対する私共のささやかな経験をとおして働き方改革に関連して考えたこと、そして大切に思ったことを、以下ようなの内容にまとめて、お示しさせていただきます。すなわち、

- 1. 病院が一体となって患者、職員、医療をまもるという姿勢
- 2. 必要とあらば外部からの応援をいただきながらも診療科の 垣根を超えた協力体制の構築
- 3. 朝夕のミーティング等での双方向的情報共有と決断
- 4. 組織として、各部門としてのリアルタイムでの勤務上限設定
- 5. 自発的協力への感謝

などです。

さらに、本題である、3. **働く方改革における公的病院の取り組み**として、1) 時間外縮減、2) **業務と自己研鑽、3) 日当直、**および 4) タスク・シフト/シェアに関して、それぞれの項目について私共の取り組みをご紹介して、皆様のご教示とご批判を仰ぎたいと存じます。先ず、実践または、推進してゆく項目として、

- 1. 時間外労働規制のもとでの水準の設定による勤務時間の管理
- 2. 宿日直許可取得
- 3. 全ての医師への周知・徹底の工夫
- 4. タスク・シフト/シェアの実践と具体的な医師業務軽減への方策
- 5. 恒常的運用体制の確立

などがあり、

また、今後克服すべき「医師の働き方改革」による負の側面として、

- 1. 国民そして患者ひとりひとりへの理解の推進
- 2. 患者との十分なコミュニケーションの維持
- 3. 研究力低下の抑止
- 4. 地域医療・救急医療への影響の低減
- 5. 地域偏在・診療科偏在への対策
- 6. 医師の収入減

などが考えられ、

さらに「医師の働き方改革」の機会での前向きな取り組みとして、

- 1.「タスク・シフト/シェア推進」による、あらゆる職種の個々人のキャリアアップ
- 2.「勤務と研鑽の区別」における自発的研鑽環境の整備と研究推進
- 3.「突出した医師個人の負担の解消」をも目指した、医師間・多職種間の「チーム医療」の更なる推進
- 4. 「医師の専門性を越えた協力体制」による、個々人の医療知識・経験の幅を広げる、ことなどを模索致しております。

以上、全体のまとめとして、

「医師の働き方」を「働かせない改革」にとどめることなく、個々人の働きの質と働き以外の質を 高め、結果的に個人がより成長し、組織がより充実し、そして社会がさらに発展することをめざし たい、と考えております。

【 定例研究会報告 】

令和3年10月7日

第84回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会理事長

馬場園明

地域包括ケアシステムの今後の方向性-介護保険から包括的な社会保障へ-

「地域包括ケア」は、厚労省老健局長の私的研究会、「高齢者介護研究会」報告書「2015 年の高齢者介護」の中で、「地域包括ケアシステムの確立」と記されたのが嚆矢である。これが2003 年 6 月であった。そこで謳われた「地域包括ケア」とは、「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」である。

もともと,「地域包括ケアシステム」のモデルとなったのは,「医療型」のみつぎ方式であると言われる. 広島県御調町(現尾道市)で1970年代に,町立みつぎ総合病院を軸にして町役場の福祉や保健行政を集中させるとともに,専門職の医師や看護師,保健師の地域訪問を稼働させる運動が展開された.

一方,「地域包括ケアシステム」は,「政府主導の介護型」として始まった.「医療型」で「地域包括ケアシステム」を行うには,コストがかかりすぎると判断されたからである.とわいえ,ヘルスケアの地域資源を横断的に活用しようという発想は同じであった.

これまで、わが国の地域包括ケアの方向性は、「地域包括ケア研究会報告書」で示されてきた。そして、第6回の報告書(2016年度事業、2017年3月公表)では、安倍政権が2016年6月に「ニッポン1億総活躍プラン」を閣議決定して「地域共生社会」の実現を掲げ、7月には厚労省が「地域共生社会実現本部」を立ち上げた影響を受けている。従来の縦割り行政を改め、年齢や高齢・障害・貧困などの分野を問わずに誰でもが「共生」を目指し、全体を見通しながら取り組むべきだとされた。そこで「我が事、丸ごと」がスローガンとして打ち出された。

そして、登場したのが共生型サービスであった。「共生型サービス」とは、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護等について、高齢者や障害児・者が共に利用できるよう 2017 年 5 月 26 日に成立した制度である。障害福祉サービスの指定を受けている事業所が介護保険の「共生型サービス」の指定を受けたい場合には、障害福祉サービスの設備基準及び人員基準を満たしていれば介護保険の事業者指定を受けることができるようになったのである。

高齢者を対象としていた地域包括ケアシステムを,全世代を対象とする地域共生社会に発展させることは, 社会保障制度の財源を拡大させ,スケールメリットによる効率化, 質の改善にも繋がる可能性があると思われる.

令和3年12月3日

第85回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会理事長馬場園明

医療制度の現状と改革の方向性

わが国の病床数は老人医療費無料化以降,過剰になっている。しかしながら,病床削減を目的とした地域医療構想の導入によっても、病床数の削減は,あまり進んでいない. 現状を維持するだけでは,社会的入院,望まない延命治療,長期入院による「廃用症候群」などは解決できない. 「病院完結型」から「地域完結型」への医療のパラダイムの転換が,医療も「治癒を目指す」方針から,「病気や障害との共存」いう方針の転換だけでは不十分である. 問題は,「地域に受け皿が増えない」からである.

これは、日本の障害者が精神病院や障害者医療施設に長期に入院しており、ノーマライゼーションが遅れていることと同様の構造である.わが国では、医療費の保険料の拠出が比較的簡単なので、他の社会保障が担うべきことを医療が担ってきたのである.その意味では、医療改革は社会保障制度の改革として考慮すべきである.すなわち、病院への入院や介護施設への入所ではなく、訪問看護が併設した住宅に、所得に応じた自己負担で入居できる社会保障サービスを導入すべきであろう.

2017(平成29)年2月7日には、地域共生社会の実現に向けて、厚生労働省は「我が事. 丸ごと」地域共生社会実現本部を設置した. 地域共生社会に向けた改革の骨格は、地域課題の解決力の強化、地域丸ごとのつながりの強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、福祉人材の機能強化・最大活用の4つであり、具体的な取り組みを実施していくこととなっている. 共生型サービスは、地域を基盤とする包括的支援の強化の中で具体的な取り組みとしてとりあげられている. なおそこでは高齢者・障害者・子どもが自立した生活を送れるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を丸ごと支える包括的な支援体制を構築し、切れ目ない支援を実現すること、また制度の縦割りを超えて柔軟に必要な支援を確保できることが容易になるよう、事業・報酬体系を見直すこと、そして保健分野について、その支援体制を強化するとともに、福祉行政との連携を緊密化することをあげている.

今後、社会保障の目的は、「救貧・防貧」中心ではではなく、「自由・自立」を保障することも重視されていくであろう。それを可能にするために、医療・介護・年金・雇用といった社会保険の財源は、地域共生社会を機能させるためにも使われることを提言したい。

令和4年2月4日

第86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会理事長

馬場園明

診療報酬改定予想

政府の(経済財政運営と改革の基本方針 2021 (骨太の方針 2021)」では、「基盤強化期間」と位置付けた 2019~2021 年度と同様、2022~2024 年度も歳出改革の努力を継続することを明示、社会保障関係費の増加は高難化による増加分に収めることを目指す方針を盛り込んである。また財務省の「財政健全化に向けた建議」でも、「医療提供体制の改革を進める必要性」を強調した。来年度(2022 年度)の診療報酬改定については、診療報酬本体についてプラス 0.43%の引き上げを、薬価についてはマイナス1.35%、材料についてはマイナス0.02%の引き下げを行う(いわゆるネット改定率はマイナス0.94%となる)ようである。

2020 年度までの診療報酬改定では、2025 年の地域医療構想の実現に向け、急性期一般入院料1の要件厳格化などにより看護配置7対1病床から地域包括ケア病床などへの移行促進が図られてきた. そのポイントとなりそうなのが、(1)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(以下、看護必要度)のA項目、(2)特定集中治療室管理科の看護必要度のB項目、(3)急性期入院医療の新たな評価、(4)救急医療管理加算の基準の定量化・明確化、(5)短期滞在手術等基本科の見直しと追加、(6)地域医療係数の体制評価指数の見直しなどである.

2020 年度の改定では、入院料 1 の施設基準であるけに管理栄養士の専任常勤配置が盛り込まれた. 今や、リハビリの効果を上げるには栄養管理が不可欠との考え方が広まりつつある。回復期リハビリ病棟のある施設は実際、入院料を問わず管理栄養士を複数配置している。そこで今回は全区分に、管理栄養士の配置義務が盛り込まれそうである。働き方改革の流れを受け、入院料 1を含めて「専任常勤」になるとみられる。

昨年5月に成立した改正医療法により、「外来機能報告制度」が2022年度から施行される. それに合わせて2022年度改定では、かかりっけ医機能の強化や外来の機能分化を促す見直しが進みそうである. 外来機能報告制度とは、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」を定め、地域における医療機関の外来機能を明確にすることで患者の流れを円滑にすることを目的としたもの. 外来患者の待ち時間短縮や勤務医の外来業務の負担軽減、医師の働き方改革等につがることが期待されている.

今回の診療報酬の改訂でも「病院完結型」から「地域完結型」への推進と、急性期病床の選択と集中の方針が堅持された. 今後は、医師の働き方改革への対策もあり、医師から他の職種へのタスクシフト、タスクシェアリングが進み、外来機能報告制度の導入により、入院のみならず外来も含めた機能連携へのインセンティブを考慮した診療報酬改定の方向性が明確にされたと考えられる.

令和4年4月7日

第87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会理事長

馬場園明

新型コロナが医療・介護に与えた影響と今後の対策

世界を震撼させている新型コロナウイルスは、日本では20年1月15日に国内初の症例が確認された以降、3月末頃から感染者数は右肩あがりで急増した。安倍晋三首相は20年4月7日、東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡など7都府県を対象に「緊急事態宣言」を発令した。

そして、新型コロナウイルス感染症の感染者数が7月に入って再び急増した. とりわけ、東京、大阪、兵庫、福岡の大都市圏で増加傾向が顕著になっており、東京都の新規感染者数は7月23日に過去最多の366人になった. 西村康稔経済再生担当相は2020年7月26日、新規感染者数が再び増加している状況を踏まえて、時差通勤の推進や大人数の会合自粛、各企業へ社員のテレワーク率70%を目指すよう経済界へ要望した.

さらに、11月の初めからの第3波に移行し、20、30歳台に加え、40歳以上の感染者も増え、重症者が増加した。新型コロナウイルスの感染者数は2021年7月に入って4週連続で増加し、感染拡大の第5波が到来した。新規感染者を年齢別にみると、20代と30代が中心となっていった。2022年になると、新型コロナウイルスの変異株、オミクロン株による感染例が急増していった。

感染症対策では、全ての事業者に感染対策委員会の設置が求められ、施設サービスで3カ月おき、居宅サービスで6カ月おきに定期的に開催し、感染症が流行する時期には随時開催しなければならなくなった。さらに感染症対策指針を策定するほか、感染症予防に関する研修や訓練(シミュレーション)の実施を施設サービスで年2回以上、居宅サービスで年1回以上求められる.

ウイルスが感染拡大するプロセスには、①病原体の感染力や病毒性②加齢や基礎疾患などによるウイルス宿主の感受性③飛沫、接触、空気の感染経路④それらの相互作用が感染拡大のスピードを左右する。これらのなかで公衆衛生学的に対応できるのは、ワクチン接種による免疫の強化と感染経路対策のみである。かつてはインフルエンザなどの感染症が流行しても医療機関内でマスクを着用せず、待合室に密集し、感染拡大を助長するのが常態化していた。しかし、コロナ発生以降、5 類感染症の発生は急減している。

今後、新型コロナは風土病化し、周期的に感染者の急増と減衰を繰り返すと予想とされている。それではどうしたらよいのか。まず、高齢者と基礎疾患のある人、そして医療・介護従事者にワクチン接種を義務付けるのが適切であろう。そして、新型コロナのみならず、インフルエンザなどの感染症が増える傾向にあれば、「手洗い」「マスク着用」「三密回避」の感染予防策を徹底していくことを期待したい.

令和4年6月2日

第88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会理事長馬場園明

働き方改革の流れと今後の方向性

「働き方改革実行計画」(平成 29 年 3 月 28 日働き方改革実現会議決定)において、2017 年 8 月より「医師の働き方改革に関する検討会」を開催し、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について、2018 年 2 月 27 日に、「中間的な論点整理」及び医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」が取りまとめられ、2024 年 4 月に規制を適用することが明記された。 医師の働き方改革では、36 協定によっても超えられない時間外労働の時間数の上限として(A)水準(年 960 時間)を設け、次に、地域医療への影響を緩和するために、(A)水準を超える労働が法律上認められる労働時間、(B)水準(1860 時間)を暫定的に設け、これを上回らないようにすることが求められている。

対策としては、平日中・夜間休日の外来業務、当直の分担、オンコール体制、委員会、会議の見直しをすることで、直接的に医師の勤務時間を減らすことが優先される。看護師や医師事務作業補助者へのタスク・シフティングでは、シフトされる側の研修や教育なども必要である。また、タスク・シェアリングは、二つに分類でき、同じ職種同士で業務を共有(例:夜間・休日は主治医でなく当直医対応を徹底)することと異なる職種同士で業務を共有化(例:患者への診療や医薬品の説明)することがある。前者は、当直時における主治医への連絡を、当直医が対応して翌日申し送りをするとか、1人の患者に2人の主治医をつけることで、片方の医師が不在でも意思決定ができるようにするといった方法である。後者は1人の医師が、外来、病棟管理、手術・検査をまんべんなくやるのではなく、専門性や得意な分野に合わせて分担することなどが想定されている。あるいは医師が診療の説明を他の職種とシェアしたり、看護師だけが食事の世話をするのではなく、リハビリテーションの一環として作業療法士とシェアしたり、服薬業務を服薬指導の一環として薬剤師とシェアすることなどが考えられる。なお、看護師にタスク・シフティングするためには、看護師の仕事も看護補助者にタスク・シフティングするためには、看護師の仕事も看護補助者にタスク・シフティングするとも検討されなければならない。それを行うには、看護補助者がタスクを完遂でき、しかも定着する必要があり、看護補助者への研修と環境づくりが求められる。

「医師の働き方改革」は、医師たちの労働環境の是正を行っていくものであるが、 社会のニーズにマッチした医療に転換するチャンスになりうる. そして、 男性・女性にかかわらず、 優秀な医療スタッフをしっかりと育成し、 モチベーションの高い状態で、 長く第一線の医療現場で活躍してもらえるような環境をつくっていく必要があろう. これらの改革の達成には病院長のリーダーシップが必要不可欠である.

令和4年8月4日

第89医療福祉経営マーケティング研究会

株式会社 CCRC 研究所 窪田昌行

健康型高齢者住宅・日本型 CCRC の創り方

高齢者が集まって住むことで幸福感が高まる~健康型高齢者住宅・日本型CCRCの創り方~ 適正価格のハード・ソフトの設計から事業収支まで事例紹介

少子高齢化が加速する中、我が国において、長寿社会をサポートする社会保障費は有限であり、介護・認知症予防を徹底し、健康寿命を延伸することがますます重要になってきた。一方、我が国は、介護保険制度が 2000 年に創設されて以来、要介護者への施設ケアが高齢者施策の中心となり、介護施設を中心に数多く整備されてきた。自立を支援するために設計されたサービス付き高齢者住宅もほとんどすべてが介護施設となっており、今まで、健康寿命を延伸する健康型高齢者住宅がほとんど整備されてこなかったことが大きな問題である。さらに、健康型高齢者住宅が整備されてこなかったために、介護施設となった有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅の入居者の半分程度は、自立できるのに介護施設で暮らすことにより、要介護度が悪化することも生じており、健康に対する住まいとサービスについて、二重の大きな問題を抱えてる。

アメリカの CCRC は高齢者に対し、「継続したケア」の提供を理念に、自立して生活できる段階から支援や介護が必要な段階まで「生活の活動レベルに応じて住まいを替えていく」システムによって、生涯、同じコミュニティ内で生活できるというビジョンは、普遍性があると考える。いまこそ、我が国は CCRC の理念、方法論、システムを我が国の文化・風土・制度に合わせた日本型 CCRC を構築していくことが、重要になってきていると考える。

さらに、わが国の未来の社会保障制度を支える高齢者ケアのビジョンといえる地域包括ケアシステムの実現は、2025 年から 2040 年に達成年度が変更された。これから 10 年後、20 年後、そして 50 年の未来を見据えて、全国民が医療介護の不安のない環境の中で、最期まで安心して暮すことができる地域包括ケアシステムを、地域地域の特性を活かして作り上げていく必要がある。そのためにも高齢者の健康寿命を延伸する日本型 CCRC の創造はきわめて重要な課題である。

今回の研究会では、健康型高齢者住宅の必要な6つの理由:①高齢者が集まって暮らす価値、②サービス付き高齢者向け住宅の現状と課題、③老人ホームに暮らす高齢者が幸せに見えない背景、④健康寿命、平均寿命、そして幸福寿命、⑤欧米の健康型高齢者住宅の歴史、⑥地域包括ケアシステムの現状と課題について説明した。そして、これからの高齢者ケアのあり方として、日本型 CCRC の具体的な創り方を提案すると共に、事例として、福岡県久留米市を拠点とする古賀病院グループの健康型有料老人ホーム「こがケアアベニュー矢取」を紹介し、建築のハード、運営のソフト、事業収支について報告した。その後で参加者からの質疑、意見を受け、双方で意見交換することで、健康型高齢者住宅の重要性、およびこれからの日本型 CCRC の創り方についてのさらなる課題について討議した。

事務局だより

医療福祉経営マーケティング研究会 山﨑哲男

本研究会も17年目です。研究会誌第17巻をお届けいたします。原著論文、症例報告、ケーススタディ等々お寄せいただきましたこと改めて感謝申し上げます。

ようやく、九州大学キャンパスの原則入構禁止も解かれ、研究会のスタッフ会議も意気揚々とした気持ちで開催しています。ただ、定例研究会、研究総会等々はオンラインで続けてきました。この間、オンラインでご参加いただけました皆々様方に厚く御礼申し上げます。

さて、コロナ禍のこの二年。もてる時間を大幅に増やし自身の《「雑学の世界」》をひろげ、図書館通いでさまざまな題材を取り入れてみました。たとえば、「プラトン、アリストテレス」「DNAと弥生人のルーツ」「知らなかった近現代史」「真相二二六事件」「儒教、仏教、神道、キリスト教」「ヘーゲル、カント、マルクス」「現代アメリカ経済」「マックス・ウエーバー」「中国儒教イデア社会主義」「ハーバード大学派社会主義論」「禅とは何か」など手当たりしだいに。ときには「医学、医療・福祉」から離れて己の《「雑学の世界」》をつくってみると意外な発見に出会うものでワクワクします。前号「事務局だより」の末尾で「*新成長戦略」「新しい資本主義」なるものが跋扈(ばっこ)し始めた。果たして、「救世主」か、それとも「妖怪」か、と述べました。質問がありました。「○新成長戦略」の「○」はなんですかと。

これは、日本資本主義の家元である財界「経団連」の新方針(2020年11月17日公表。経団連タイムズNo.3476)です。 政府に出したものです。「〇」の意味はピリオドをいったん打ちますよ。その上で、「新しく成長戦略」をすすめていきますよ・・という意味だそうです。ピリオドを打つ理由があったのでしょうか。それは、《資本主義が、「地球環境の破壊」「格差と貧困」が深刻化し、資本主義の限界が明らかになった」ことから(これまでの資本主義に)ピリオドを打つのだ》ということのようです(経団連公表文)。これを受けて、岸田政権は、バイデン大統領の施政方針演説(2021年4月29日)とはかなり論点の異なる「新しい資本主義」を打ち出しました。いったい、これは何でしょう。一般的に理解されている「資本主義論 Das Kapital」とはどこか違うようです。

9月30日、厚生労働省は、「医療介護総合確保促進会議」を開き、五つの論点を示して議論が開始されました。(週刊病院新聞第2721号)①人口動態の変化からの医療介護提供体制の確保の論点、②地域完結型の態勢の構築の論点、③サービス提供人材の確保の論点、④デジタル化、データヘルスの推進の論点、⑤地域共生社会づくりの論点です。これに対して専門委員から第一回目の意見が集約され、法律一部改正案として国会議決の上、令和6年4月1日に公布の予定だそうです。各委員の意見はかって現行方針の審議の際に出されたものとさして変わらないものだったと業界紙で酷評されています。毎回同じ、似たような意見、そして堂々めぐりのようで少々ウンザリ。あらかじめ狭隘な枠組での「切ったり、貼ったり、減らしたり、増やしたり」そして、行き着くところは「財源論」と「提供体制のスリム化」のくり返し。だから、どっちに行こうか、どっちにしょうかの「論点」の設定になるのでしょう。「新たな論点の枠組」の設定が必要と考えます。

医療を取り巻く課題は高度化・複雑化し、ときには迷路に見える場合もあります。医療介護の総合的確保の方策を論ずるならば、国全体が抱える諸問題との関係性を抜きにしては「方策の基軸」が打ち出せないのではないかと考えます。つまり、GDPの半分以上は個人消費(OECD 日本だけが伸びない)、国内産業の停滞、製造業の空洞化、輸出依存型経済大国の破たん、対米・対中との貿易赤字、各国賃金の推移(OECD 日本だけが伸びない)、年金の目減り、円安日本売り、消費者物価、金融投機、かたや防衛軍事費の増大等々。大変くやしいと思いませんか。知らぬ間に「日本の自国窮乏化」です。

いまや、安定的な国内供給力をもつ国内内需産業の再建と育成がカギとなると云われています。これらのわが国の置かれた状況と国家予算の組み方との関係で「大枠」が決まってまいります(清水渡、杉本恒如)。こうした関係性から「論点の構築」「基軸の設定」が望ましいのではないか。「事務局だより」も「枠組み」を越えて、考えてみました。

第 13 回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会(ZOOM) 大会テーマ: 「地域医療構想と地域包括ケアシステム-目前に迫った 2025 年」

1. 会期 : 令和 5 年 3 月 18日

2. 会場: それぞれの自宅

3. 学術集会プログラム 大会テーマ 「地域医療構想と地域包括ケアシステム-目前に迫った 2025 年」

【1. 特別講演 14:00~15:00】

テーマ: 2025年における地域医療構想と地域包括ケアシステム(仮)

演者:未定

【2. 教育講演 15:00~15:40】

テーマ: 2025 年に向けた医療・介護改革

演者:馬場園 明 (九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【3. 一般発表 15:50~17:30】

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号 九州大学大学院医学研究院内 医療経営・管理学講座 医療福祉 経営マーケティング研究会 大会事務局 立石 祐布子 TEL: 092-642-6960 FAX: 092-642-6961

E-mail: y-tate@hcam.med.kyushu-u.ac.jp

- 5. 学術集会参加および研究発表申込
- 5. 学術集会参加および研究発表申込
- 1) 研究発表申込締め切り期日:令和5年1月31日(火)必着研究会ホームページ「申し込みフォーム」にてお申し込みいただくか、「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、事務局まで郵送あるいはFAXしてください。なお、発表内容の理論的研究・実践的研究の区別および研究ジャンル、発表形態も忘れず、記入してください。
- 2) 発表抄録締めきり期日:令和5年1月31日(火)必着 y-tate@hcam.med.kyushu-u.ac.jp に、下記の抄録原稿書式に合わせて添付ファイルで送ってくだ さい。期限厳守で御願いします。

<抄録原稿書式>

用 紙:A4 サイズ

頁 数:1 頁

余 白: 上 20mm、下 20mm、左 15mm、右 15mm

段 組:2 段組、段間 8mm

文字数:24 字 42 行

フォント:タイトル;平成角ゴシック 12、著者・所属・本文; MS明朝 10

図表:合わせて1つまで

3) 学術集会参加費・申込

*参加費は無料です。(懇親会費 3,000 円)

*参加申込については、「研究会ホームページ申し込みフォーム」にてお申し込みいただくか、「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、4 の事務局まで郵送あるいは FAX して ください。

医療福祉経営マーケティング研究会 規約

第 1章 総 則

第1条 本会は、「医療福祉経営マーケティング研究会」(The SOciety of Health Care Management and Marketing)と称する。

第2条 本会は、超高齢社会における高齢者の潜在的なニーズ、新しいニーズに対応するために、医療・保健・福祉を連携、統合した、より効果的、効率的なヘルスケアシステムを研究開発、創造し、地域社会に貢献していくことを目的とする。

第3条 本研究会の事務局を福岡市東区馬出3丁目1番1号 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授馬場園明研究室内に置く。

第2章 事 業

第4条 本会は、その目的を達成するため次の事業を行う。

- (1) 医療福祉経営管理に関する研究業務
- (2) その他医療福祉関連分野における経営全般の研究業務
- (3) 医療福祉に関する研究会・セミナーの企画、開催
- (4) 研究会機関誌「医療福祉経営マーケティング研究」・研究会ニュース等の発行
- (5) 関係諸学会、協会、団体との連絡及び協力活動
- (6) 会員相互の親睦、交流の推進
- (7) その他、本会の目的に資する事業の開催

第 3 章 会 員

第5条 本会は、正会員と賛助会員を置くことができる。

1)正会員は、医療福祉経営、マークティング及び、医療福祉政策等に関心を有する者で、理事会の承認を得、所定の会費を納入した個人とする。

(2) 賛助会員は、本会の目的に賛同じ理事会で承認された団体または個人とする。

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

第7条 正会員は、次に示す所定の年会費を納入しなければならない。

(1)正会員 5,000 円

(但し 九州大学職員は2,000円. 大学院生は1,000円とする)

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

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

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

第4章 役 員

第11条 本会の事業を運営するため、正会員の中からの役員を選出する。

(1) 理事長 1名

(2)副理事長 2名

(3)理事 若干名

医療福祉経営マーケティング研究 第17巻 第1号 104, 2022

(4)事務局長 1名

(5)監事 1名

第12条役員の任務は、次のとおりとする。

- (1)理事長は、本会を代表し会務を総括する。
- (2)副理事長は、理事長を助けて会務を分掌し、執行する。
- (3)事務局長は、本会の業務を行う。
- (4)監事は、事務局と理事会の運営を監査する。
- 第13条 理事長の任期は1期一年とする。

他の役員の任期は2年とし、再任を妨げない。

- 第14条 役員の選出は、次の通りとする。
- (1)理事長、副理事長は、理事の中から互選により決定する。
- (2)理事は、正会員の中から互選により決定する。

第5章 会 議

第15条 本会の会議は、総会及び理事会とする。

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

第6章 会 計

第16条 本会の経費は、会費、寄付金及びその他の収入をもって支出する。

第17条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第18条 本会の決算報告及び予算案は、総会において審議決定する。

付 則

- (1)本会則は、総会において出席会員の3分の2以上を得た決議により変更することができる。
- (2)本会則は、平成18年4月1日から施行する。

役 員

理 事 長 :馬場園 明 九州大学大学院医学研究院教授

副 理 事 長:福田 治久 九州大学大学院医学研究院准教授

副 理 事 長:齋藤 貴生 NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事長

理 事 : 津田 敏秀 岡山大学大学院環境学研究科教授

事 務 局 長:山﨑 哲男 NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事

主席 研究員: 窪田 昌行 医学博士、MBA

NPO 法人高齢者健康コミュニティ理事、事務局長

監事: 吉田 樹夫 公認会計士

「医療福祉経営マーケティング研究」投稿規定

- 1、投稿論文は医療福祉経営に関するもので、他雑誌に末発表のものとする。
- 2、投稿の種類は原著、総説、短報、実践活動報告、ケース・スタディ、資料などとする。
- 3、人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言の精神に沿ったものでなくてはならない。
- 4、論文は「執筆要領」に従い、和文または英文で記し、別紙に英文の抄録ならびに英・和(英文論文では英のみ)それ ぞれ 5 語前後のキーワードを付け、それらのコピー2 部(図表を含む)をそえて提出する。ケース・スタデイ、資料に関しては、抄録は省略できることにする。
- 5、査読終了後、最終原稿提出時はメールでファイルを添付する。

原稿の取捨選択、加除訂正の要求、掲載順序の指定、校正(初校は著者)などは編集委員会が行い、編集委員長の名で著者に連絡する。

6、本誌に掲載された論文等の著作権は医療福祉経営マーケティング研究会に属する。 原稿はメールで下記宛に送ること。

babazono@hcam.med.kyushu-u.ac.jp

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

馬場園 明

執筆要領

- 1、原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先 (以上和英両文)、論文の種類、表および図の数、別刷請求部数を書く。
- 2、和文原稿はワードプロセッサーを用い A4 判用紙 30 字 x25 行 (750 字)横書きとする。論文には、英文抄録 (400 語以内)およびその和訳文をつける。英文抄録は、Purpose, Method, Results, Discussion から構成される構造化アプストラクトとする。
- 3、英文原稿は A4 判用紙にダブルスペースでタイプする。論文には、英文抄録 (400 語以内)および和文要旨(1,500 字 以内)をつける。
- 4、原著、総説の原稿枚数は図表を含めておよそ 20 枚以内、短報、実践活動報告、ケース・スタデイ、資料の原稿枚数は図表を含めておよそ 10 枚以内とする。
- 5、図、表は英文原稿に関しては英文とし、和文原稿に関しては和文もしくは英文とし、図の表題は別に A4 判用紙にダブルスペースでタイプする。また、本文中に図表が挿入されるべき位置を明確にしておく。
- 6、引用文献は引用順に番号をつけて最後に一括し、下記の記載例に従うこと。本文中にも、「・・・・報告されている $^{1)}$ 。・・・・知られている $^{2,3)}$ 。・・・・他の研究を参照した $^{4\cdot5)}$ 。」のように文献番号をつける。著者が 7 名以上の場合は最初の 3 名を記し、あとは「他」(英文では et al.)とする。
- 7、文献は以下のように記載する。
- <学術雑誌>著者名、表題、雑誌名、発行年(西曆);卷:頁。
- 1)西垣千春、多田羅浩三、老人の入院医療に関する医療保険の種類別比較分析、日本衛生学雑誌、1988:43:741-748.
- 2)Mccusker J and StOddard AM, Effects of an expanding hOne care prOgram fOr the terminally i11, Med Care, 1987;25: 373-384.
- く単行本>著者名、表題、編者名、書名、発行所在地:発行所、発行年(西暦);引用頁。
- 1)馬場園明、疫学、山田裕章編、現代健康学、福岡:九州大学出版会、1998,41-56.
- 2) Johnsen AR, Siegler M, wlnslade WJ, Preferences Of Patients, Clinical Ethics, New York: McCraw-Hi11, 1992;37-84.

編集後記

医学の問題に限らず、世の中のあらゆる出来事は、視る・聴く・触る・匂う・味わうの五感により、私たちはその情報を直接的に入手する。従って、五感では感じ取れない因果関係を、私たちはあまり意識しない。しかし、そうは言っても、「因果関係」という言葉を知らない人はほとんどいない。むしろ、私たちは日常的に因果関係に振り回されている。クスリの効果とか環境汚染による発がん影響という研究レベルの話から、普段の人間関係に至るまで。そこには、必ず、事実の認識と因果関係の推論とが組み合わされている。疫学では前者を記していくのが記述疫学で、特に病気の存在を時間的・空間的・属性的に記していく。そして、後者を記していくのが分析疫学で、特に記述疫学で得られた病気(因果関係の結果の方)の原因との因果関係が定量的に明らかにされてゆく。仮説に基づく観察が基本でも、一般に「科学研究」と言われる行為は、後者の因果関係の分析が主たる仕事である。

今回の『医療福祉経営マーケティング研究会』の第17号には、3編の原著論文が掲載されている。いずれも、記述と推論による結果が記されている。18世紀の半ばにスコットランドの哲学者、ディビッド・ヒュームは、私たち人間が因果関係と言っている内容は、決して客観的合意には至らない概念に過ぎないと指摘した(ヒュームの因果律の問題)。これが、因果関係を明らかにする今日の科学研究の出発点になっている。因果関係を定量的に明らかにする科学研究の出発点が対象の観察とその記述である。そして観察と記述は、観察対象1例目(ケース)から始まる。しかし、この1例目だけでは客観的合意に至らない。本誌をはじめ、数々の学術雑誌の構成を考えても、ヒュームの指摘から、近代統計学の発展、そして人における記述と因果推論をおこなう疫学とEBM(科学的根拠に基づいた医学)への発展、そして現代因果関係論に至る人類の歩みが想起できる。この長い歩みも意識して、本号もお読みいただければ幸いである。

津田 敏秀

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 | E-1:4:-1 D1 |
|-------|-----------------|
| 編集安目完 | Editorial Board |

編集委員長: 馬場園 明 Editor-in-Chief: Akira BABAZONO 編集委員: 福田 治久 Editor: Haruhisa FUKUDA

津田 敏秀Toshihide TSUD藤田 貴子Takako FUJITA窪田 昌行Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究 第17巻 第1号

2022年10月1日 発行

発 行 医療福祉経営マーケティング研究会

代表者 馬場園 明

〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学医学部

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授 馬場園明 研究室内

TEL:092-642-6960 FAX:092-642-6961

印刷所 株式会社 三ッ葉

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 17 No.1 1st, October 2022

| Preface | |
|--|-------------------|
| Chief Director Akira BABAZONO | |
| Original | |
| A study on the reconstruction of the hospital management with general beds as the main body ~Analysis of regional medical care in the southwestern part of Kasuya Medical District ~Yoshikazu INO , Akira BABAZONO | y •••1 |
| Efforts to prevent frailty through patient-motivated health promotion intervention | in |
| day-care rehabilitation Yasuyo Harland , Akira Babazono | •••11 |
| Effective intervention for post-intensive care syndrome (PICS) Megumi Nakamoto, Shinichiro Yoshida, Kumiko Harada, Akira Babazono | •••21 |
| Case Study | |
| Development of strategies and new services aimed at patient satisfaction and the best rehabi in Kyushu \sim Efforts of the Gyokushokai Group \sim | litation •••29 |
| Yasuhide MASUYAMA, Daisuke FUKUDOME, Tomoko HARAGUCHI, Satoshi HIRAKAWA, Eito AR Chisaki HARUTA, Taku YONEYAMA, Kazumi IZUMINE, Yasushi SIMOZONO, Naohito OOSAKO Mina MURATA, Hiroyuki KIKUCHI, Syouta KAWAHARA, Masayuki NAKAMURA, Hiroki TAJIMA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO |), |
| Constructing a Japanese-style CCRC through Koga Care Avenue Yatori, a housing for the el | derly |
| with health-oriented services - Challenge of Koga Hospital Group- | • • • 43 |
| Yuuki TAKEDA, Akira SUETSUGU, Tsutomu KUKITA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO | |
| Promotion of ICT in childcare \sim Efforts of the GYOKUSHOUKAI Group to nurture the future of the region through the use of ICT in childcare \sim | re • • • 59 |
| Chisaki HARUTA, Tomoko HARAGUCHI,Naohito OOSAKO, Naoko YAMAMOTO, Yuko MATUYA, Rikako KAMEZAWA, Yuko Yosimoto, Tomomi KAMIWAKI, Masayuki NAKAMURA Hiroki TAZIMA,Shoji NATSUGOE, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO | •• |
| Program and Abstract | |
| The 12st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing | • • • 71 |
| The 20st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement | • • • 85 |
| The 21st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement | •••91 |
| Report Report of the Regular Meeting (84h, 85h, 86th, 87th, 88th, 89th) | • • • 95 |
| News Tetsuo YAMASAKI | • • • 100 |
| Information | |
| The 13st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing | ••• 101 |
| The Regulations of the Society The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing | • • • 102 |
| Instructions for Authors | |
| Instructions for Authors (Japanese • English) | ••• 105 |
| Editor's note Editor Toshihide TSUDA | •••106 |