ISSN　1881-297X

医療福祉経営マーケティング研究

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

第 18 巻　第 1 号　2023 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

多職種連携が ICU での早期離床・リハビリテーションへ及ぼす影響の検討　・・・ 1

飯盛　大介、馬場園　明

オンライン服薬指導解禁に伴う薬剤師の役割　・・・ 9

春田　一磨、馬場園　明

総説

2007 年公益法人・医療法人制度改革を通じて医療法人の今後のあり方について

「持分払戻請求事件」及び「厚生行政通知」から医療法人の諸課題を考察する。　・・・ 19

山﨑　哲男、片岡　直、馬場園　明

ケーススタディ

訪問リハビリテーションの生産性向上を目指した取り組み

～住み慣れた地域で人生の最期まで、その人らしい生活を提供できる支援体制を目指して～　・・・ 31

大迫　尚仁、五十峯かずみ、平川　智士、井料　健勝、菊池　博之、中村　真之、田島　紘己、

夏越　祥次、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

加治木温泉病院が地域の小児リハビリテーションを支える病院となるまでの 5 年間の課程と現状と展望

－地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて　第 2 報－　・・・ 39

原口　友子、原　有希、野口　千扇、中村　真之、夏越　祥次、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第13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　・・・ 50

第22回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集　・・・ 65

第23回 病院経営の質向上研究会 プログラム・抄録集　・・・ 69

定例研究会報告

第90回研究会報告 介護保険制度改革と今後の方向性　馬場園　明　・・・ 75

第91回研究会報告 今後の地域医療構想の動向　馬場園　明　・・・ 76

第92回研究会報告 フレイルの概念、診療と予防　馬場園　明　・・・ 77

第93回研究会報告 新興感染症の予防と治療　馬場園　明　・・・ 78

事務局だより　医療福祉経営マーケティング研究会事務局　山﨑　哲男　・・・ 79

お知らせ　第14回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会　・・・ 80

研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会　規約　・・・ 81

投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文）　・・・ 83

編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員長　馬場園　明　・・・ 84

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

医療福祉経営マーケティング研究会

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　　2023

巻　頭　言

医療福祉経営マーケティング研究会
理事長　馬場園　明

地域医療構想とは，団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目指して，必要とされる病床数を医療機能ごとに推計した上で，各地域に設置される地域医療構想調整会議を通じて病床数の調整方針を定め，効率的な医療提供体制を目指す一連の取り組みであった．医療機能を「高度急性期，急性期，回復期，慢性期」の４つに区分し，その供給数を調整し，各地域において，患者がその病状に見合った機能の医療サービスを適切に受けられる体制を維持することが，地域医療構想の目的とされていた．しかしながら，目的とされた高度急性期，急性期病床の削減や回復期病床の増床は思うように進まず，医療機能の分化や連携も進んではいない．

厚労省は,23年度からは「外来機能報告制度」,25年からは「かかりつけ医機能報告制度」を開始し，外来から医療機能の分化や連携を進めようとしている.「外来機能報告制度」では，医療資源を重点的に活用する外来が可視化される．それによって，地域の基幹的な病院と連携する病院群がどのように役割分担をしていくかという議論が求められている．そして，「かかりつけ医機能報告制度」においては，医療機関は，その有する機能を都道府県知事に報告するとともに，都道府県知事はその情報を国民・患者に分かりやすく提供することになる．たとえば，入退院時の支援，連携，休日・夜間の対応などの具体的内容が求められる.「かかりつけ医機能」としては，患者さんの継続的な医学管理，日常的によくある疾患への幅広い対応，入退院時の支援，休日・夜間の対応，在宅医療，介護サービス等との連携などが想定されている．「かかりつけ医」は主治医として日常診療を行い，入院や入所が必要な場合は病院と在宅，病院と施設，施設と在宅間などで必要とされる入退院時・入退所時の連携，そして長期的に発生する介護や生活支援も含む包括的なサービスが求められる．そして，緊急対応や在宅看取りまで含めた支援・連携に必要な情報共有を行い，患者さんの意思を尊重した上でのサービスを統合する機能が求められよう．

筆者は日本の医療においてはかかりつけ医機能が不十分であることが大きな問題と考えてきた．かかりつけ医が患者さんのニーズに対応し，医療機関，介護護事業者，行政などを紹介し，緊急対応や多職種連携を行うことが不十分だと考えてきた．この問題を解決するために考えたのが，「統合地域ヘルスケアシステム（ICHS:Integrated Community Healthcare System)」であり、その定義は,「かかりつけ医機能を基盤とし，専門医療，入院医療，在宅医療，介護，行政等のサービスとを統合し，地域包括ケアシステムにおける医療ニーズの機能を満たし,ICT を活用し，住み慣れたコミュニテイで最期まで暮らせること（Aginginplace）を支援する機能」である．すなわち，外来の総合診療部もしくは一般内科で行う「かかりつけ医機能」を基盤とし，地域包括ケア病棟，回復期リハビリ病棟，ホスピス病棟，循環器外来，糖尿病外来及び在宅医療部門を自院で展開するモデルである.ICHSではICTを活用し情報を共有しつつ，緊急対応や多職種連携を行うことが，効率の面でも質の向上の面でも必要不可欠である．

わが国では従来，診療所が「かかりつけ医機能」を果たすべきであるとされてきた．しかし，スタッフの少ない診療所では，「かかりつけ医機能」のなかで担当できる機能を特定し，他の機能は連携で対応していくことが現実的である．一方,200床未満の病院が「かかりつけ医機能」を果たす場合，マンパワーが多い分，在宅の患者さんの緊急対応，看取り，水準の高い訪問看護，入院の必要な患者の後方支援も対応可能である．また,200床以上の病院であっても，系列の診療所に「かかりつけ医機能」を持たせ，必要に応じて病院の専門外来や入院機能を活用することも可能である．さまざまな医療機関がICHS に取り組むことで，今日的な医療問題の解決のために役割を果たすことができると考えられる．

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　　1 - 8,　2023

多職種連携がICUでの早期離床・リハビリテーションへ及ぼす影響の検討

飯盛　大介[1) 2)]、馬場園　明[3)]

Effects of multidisciplinary collaboration on getting out of bed early and rehabilitation in ICU

Daisuke Iimori, Akira Babazono

【Abstract】

【Background and Purpose】

Post-intensive care syndrome（PICS）is a functional disorder that occurs during or after ICU admission, and early bed release and rehabilitation are effective in preventing PICS. University Hospital A initiated the participation of physical therapists in ICU conferences in November 2019. In April 2020, a rehabilitation promotion team of ICU nurses was formed to promote rehabilitation for early bed release. Therefore, a retrospective cohort study was conducted to examine the impact of multidisciplinary collaboration in the ICU on getting out of bed early and on rehabilitation.

【Methods】

Patients who entered the ICU after multidisciplinary conferences on rehabilitation began to be held in the ICU, were considered the intervention group, and those who entered before that time were considered the control group. Propensity score matching method was used to compare the time from the date of ICU admission to the start of rehabilitation and the time to first bed release. The study also compared the number of days in the ICU, duration of ventilator use, time from ICU admission to discharge, Barthel Index（an index used to evaluate activities of daily living）at discharge, and return-to-home rate.

【Results】

A total of 1787 patients were included in the analysis, and 486 were included in the study using propensity score matching. The intervention group showed a reduction in the time from ICU admission to the start of rehabilitation and first bed release（$P<0.001$）, and an increase in the number of bed release training sessions in the ICU（$P<0.001$）. However, there were no significant differences between the intervention and control groups in terms of the number of days in the ICU, duration of ventilator use, time from ICU admission to discharge, Barthel Index score at discharge, or number of patients returning home.

【Conclusions】

The time to start rehabilitation and time to first bed release were reduced through multidisciplinary conferences and the formation of rehabilitation promotion teams. However, there was no effect on the time from ICU admission to discharge or Barthel Index at discharge. This may be because the patients in this study were severely ill, requiring a certain period of time for treatment or because they had to be transferred to a different hospital.

Key words：Early rehabilitation in ICU, Multidisciplinary collaboration, Rehabilitation Promotion Team, Propensity score matching

1）産業医科大学病院　看護部
Department of Nursing, Hospital of the University of Occupational and Environmental Health, Japan

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系学府医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　　1 - 8,　2023

【抄録】

【背景と目的】

集中治療後症候群（Post Intensive Care Syndrome：PICS）とは、ICUに入室中あるいは退室後に生じる機能障害で、PICS予防には早期離床・リハビリテーションが有効であるといった報告がある。私立A大学病院では2019年11月よりICUカンファレンスに理学療法士が参加するようになった。2020年４月にはICU看護師によるリハビリ推進チームを結成し、早期離床に向けたリハビリに取り組んでいる。そこでICUでの多職種連携が早期離床・リハビリテーションにどのような影響を与えたかを後ろ向きコホート研究によって検証した。

【方法】

ICUでリハビリについて多職種カンファレンスが行われるようになった後から入室した患者を介入群、それ以前に入室した患者を対照群とした。傾向スコアマッチング法を用いてICU入室日からリハビリ開始までの期間、初回離床に至るまでの期間について比較検討した。またICU入室日数や人工呼吸器装着期間、ICU入室日から退院日までの期間、退院時のBarthel Index（日常生活動作を評価する指標）、自宅復帰率についても比較検討した。

【結果】

解析対象患者は1787人であり、傾向スコアマッチング法により486人が研究対象となった。介入群ではICU入室からリハビリ開始時期や初回離床までの期間短縮を認め（P<0.001）、ICUでの離床訓練件数の増加を認めた（P<0.001）。しかしICU入室日数や人工呼吸器装着期間、ICU入室から退院までの期間や退院時Barthel Index、自宅復帰件数は介入群と対照群とで有意差を認めなかった。

【考察】

多職種カンファレンスやリハビリ推進チームの結成によりリハビリ開始時期や初回離床までの期間の短縮を認めた。しかしICU入室から退院までの期間や退院時Barthel Indexの影響はなかった。今回の対象が重症例であったため、治療に有する期間が必要だったことや転院を余儀なくされたことが要因にあがるのではないかと考えた。

キーワード： ICU早期リハビリテーション、多職種連携、リハビリ推進チーム、傾向スコアマッチング

【はじめに】

集中治療室とは、呼吸、循環、代謝、その他の重篤な主要臓器の急性機能不全患者に対し、24時間365日の濃密な診療体制のもとに先進医療技術を駆使して集中的に治療を施す場である[1]。過去の集中治療管理では、疾患や外傷により重篤な症状に至った患者自身が運動負荷に耐えられないと考えられ、鎮静薬や筋弛緩薬を使用し深鎮静による安静管理が行われてきた[2]。しかし過剰な鎮静や安静臥床は、筋力低下や関節拘縮などの筋骨格系の障害だけでなく、心肺機能の低下、呼吸器離脱遅延、せん妄・抑うつなどの精神障害や免疫系への悪影響を引き起こすことがわかってきた[3-5]。

集中治療後症候群（Post Intensive Care Syndrome:以下PICS）とは、ICUに入室することによって引き起こす身体障害・認知障害・精神障害のことで、PICSが患者の長期予後に影響を与えることがわかっている。近年では、PICSを予防することが集中治療医学における解決すべき重要課題とされている[6]。ABCDEFGHバンドル（表1）は、2010年に人工呼吸管理患者での管理を包括的に改善するために提唱されたABCDEバンドルに、PICSあるいはPICS-F（Family）を減少させるために「FGH」が加えられた概念で、PICS予防にはABCDEFGHバンドルを遵守することが推奨されている[7]。その中の「E」が早期離床・リハビリテーション（Early mobility and exercise）にあたる。先行研究より早期離床や早期からの積極的な運動介入群では、せん妄期間と人工呼吸器装着期間が短く、退院時のBarthel Index（日常生活動作を評価する指標）や退院時の機能的自立度が有意に改善したことが報告されている[8-11]。

表1　ABCDEFGHバンドル

A	Awaken the patient daily： sedation cessation	毎日の覚醒トライアル
B	Breathing： daily interruptions of mechanical ventilation	毎日の呼吸器離脱トライアル
C	Coordination： daily awakening and daily breathing , Choice of sedation or analgesic exposure	A+Bの毎日の実践 鎮静・鎮痛剤の選択
D	Delirium monitoring and management	せん妄のモニタリングとマネジメント
E	Early mobility and exercise	早期離床・リハビリテーション
F	Family involvement , Follow-up referrals , Functional reconciliation	家族を含めた対応 転院先への紹介状 機能的回復
G	Good handoff communication	良好な申し送り
H	Handout materials on PICS and PICS-F	PICSやPICS-Fの書面情報提供

重症患者の病態管理を目的としたPADISガイドライン[12] でも適切な人員と資源の確保ができればという条件付きで早期リハビリテーションを推奨している。さらに2018年の診療報酬改訂では、条件を満たせば特定集中治療室管理料に早期離床・リハビリテーション加算[13] が算定できるようになり、医療政策においても早期リハビリテーションを推奨していると言える。

私立A大学病院(以下､当院)でのリハビリテーション(以下､リハビリ)は、主治医からリハビリ科へコンサルテーションし、リハビリが処方される。しかし主治医によってはICUでもリハビリが行えることを知らず、リハビリ科へのコンサルテーションが後れることがしばしばあった。そこで2019年11月よりICUでのリハビリを推進するため、ICUカンファレンスに理学療法士やリハビリ科医が参加するようになり、カンファレンスの内容にリハビリについての検討もされることとなった。

また当院では、リハビリを365日実施体制で行っていないため、休日はリハビリが休みとなってしまう。ICUでの早期リハビリテーションを安全かつ効果的に進めるためには多職種によるチームアプローチが必要不可欠であり[11] 、看護師のリハビリに対する意識が向上することで、休日のリハビリ休止を補えるのではないかと考えた。そこで2020年４月にICU看護師によるリハビリ推進チームを結成し、理学療法士との情報交換を行い、早期リハビリ開始や早期離床に貢献できるよう努めている。

現在、ICUでの早期リハビリの効果については多くの研究がされており、人工呼吸器装着期間やICU在室期間、在院日数の短縮が報告されている[8-11] 。しかし、患者の自宅退院には家族の支援や経済力が必要な場合もあり、患者の生活背景まで考慮された傾向スコアマッチングによる比較検討の報告はない。そこで患者背景や重症度を傾向スコアマッチング法で調整し、ICUでの多職種連携によるリハビリテーションが患者にどのような影響を与えたかを比較検討した。

＜用語の定義＞

離床訓練：端坐位や立位、車椅子移乗などの訓練

【方法】

１．研究デザイン

当院ICUでは2019年11月より理学療法士がICUカンファレンスに参加するようになり、リハビリ処方の有無やリハビリ内容について話し合われるようになった。2020年４月には看護師によるリハビリ推進チームを結成し、理学療法士と相談のうえ休日でも看護師によって関節可動域訓練や筋力トレーニング、離床訓練などのリハビリが行えるよう取り組んだ。本研究では、このようなICUでのリハビリ強化による活動の効果を検討するため、診療録をもとにした後ろ向きコホート研究を行った。

２．対象

１）分析対象

理学療法士がICUカンファレンスに参加するようになった2019年11月１日以降にICUへ入室し、2021年８月31日までに退院した患者を介入群とした。対照群は2018年４月１日から2019年10月31日までにICUに入室した患者とした。

なお、ICU入室期間２日以内の短期入室患者やリハビリ処方がされないまま退院した患者は除外した。また離床することなく退院した患者や死亡退院した患者も除外した。小児科および未成年の患者や一度の入院で複数回ICUに入室した患者についても除外した。COVID-19患者は、回復後も後方支援病院側の受け入れが十分に進まないことが問題視された[15] こともあり、在院日数の延長が予測されたので除外した。

２）傾向スコアマッチング

介入群と対照群で傾向スコアマッチング法を用いた比較検討を行った。リハビリ強化の介入群か対照群かを従属変数とするロジスティック回帰分析を行い、傾向スコアを算出した。独立変数には、患者背景と栄養状態、疾患の重症度についての項目を投入した。患者背景として年齢、性別、入院前のADL状態を投入した。入院前のADL状態は「自立」「一部介助」「全介助」の３区分とした。さらに入院を長期化させる要因として高齢であることや独居であること、生活保護等で経済的に難しいこと[15,16] があり、同居家族の有無と医療保険の種類を投入した。医療保険の種類は「被用者保険・国民健康保険」と「後期高齢者医療制度」「なし(公的扶助)」の３区分とした。栄養状態としてBMI、血清アルブミン値、血清クレアチニン値、ヘモグロビン値とし、いずれも術前の外来検査を含めた入院日に最も近い時点でのデータを採用した。患者の重症度は、来院時の意識レベル、ICU入室区分（術後予定入室か緊急入室か)、主病名、手術の有無、人工呼吸器装着の有無、チャールソン併存症指数(Charlson Comorbidity Index：以下CCI)、SOFA score（ICUで用いられる重症度を判定するスコア)、ICU入室期間中の血液浄化療法の有無を投入した。なお、主病名は「悪性新生物」、「心疾患」、「脳卒中」、「呼吸器疾患」、「呼吸器疾患を除く感染症」、「その他」でカテゴライズした。CCIは、医師サマリーと看護データベースより算出し、SOFA ScoreはICU入室期間中で一番高い点数とした。

マッチングは、介入群と対照群から１対ずつ傾向スコアが近接しているペアを抽出する最近傍マッチングとした。caliperの設定は、傾向スコアの標準偏差に0.1を乗じた値とし、非復元抽出を行った。マッチング後の各ペアの共変量のバランスの確認には標準化平均差（standardized mean difference：以下SMD）を用いた。測定された傾向スコアモデルに関する適切性の評価のため、C統計量を用いた。

３．統計解析方法

介入群と対照群のICU入室日からリハビリ開始日までの期間、ICU入室日から初回離床までの期間、ICU看護師とICU専従医で行った初回離床訓練件数について統計解析を行った。またICU入室日数、人工呼吸器装着期間、ICU入室日から退院日までの期間、退院時のBarthel Index、自宅復帰率について統計解析を行った。

連続変数で正規分布に従う場合はt検定、正規分布に従わない場合はMann-Whitney U検定を行った。カテゴリー変数の場合は、カイ二乗検定を行った。すべての統計解析にかかる有意水準を５％とし、統計解析ソフトはR-4.0.3を使用した。

４．倫理的配慮

本研究は、診療録を用いた調査研究であるため、対象者から文書または口頭による同意取得は行わなかった。但し、本研究の意義、目的、方法ならびに対象者が研究参加を拒否する機会を保障することを記したオプトアウト文書を産業医科大学病院看護部のホームページに公開した。なお、本研究は産業医科大学病院倫理審査委員会の承認（受付番号：R3-040）を得て実施した。

【結果】

2018年４月１日以降に入室し、2021年８月31日までに退院した患者は1787人であった。除外基準を満たした患者を外すと622人となり、介入群は302人、対照群は320人であった。傾向スコアでマッチングできた対象者は、介入群243人、対照群243人の計486人となった(図1)。

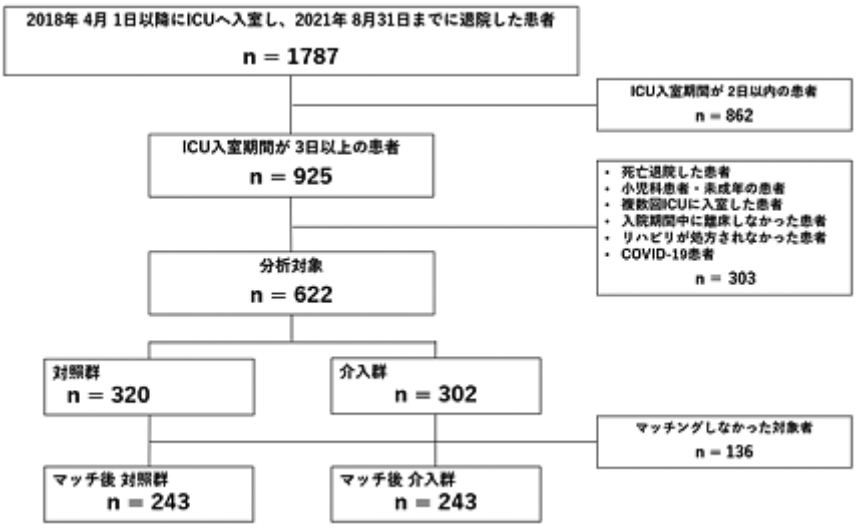


図1　解析対象フロー図

マッチング後、共変量の標準化平均差(SMD：standardized mean difference)が0.1未満であり、バランスがとれていることを確認した(表2)。C統計量は、0.624であった。

介入群と対照群を比較した結果を表3に示した。対照群ではICU入室からリハビリ開始までの期間が平均4.32(±3.76)日であったのに対し、介入群は平均3.09(±2.33)日であり、P<0.001と有意差を認めた。またICU入室後から48時間以内に開始した早期リハビリ件数も対照群では74件(30.5%)に対し、介入群では112件(46.1%)であった(P<0.001)。

ICU入室日から初回離床までの期間は、対照群では7.79(±8.22)日であったのに対し、介入群では平均5.70(±6.87)日であり有意差を認めた(P=0.002)。ICUでの離床訓練件数は、対照群では22件(9.1%)に対し、介入群では105件(43.2%)と増加が認められた

(P<0.001)。ICU看護師とICU専従医のみで行った初回離床訓練は、対照群では2件(0.82%)に対し、介入群では23件(9.47%)であった(P<0.001)。

しかしICU入室日数は、対照群では平均6.45(±5.26)日に対し、介入群では平均5.74(±3.87)日であり、P=0.092と有意差を認めなかった。人工呼吸器を装着した患者は対照群と介入群で191人ずつであり、人工呼吸器装着期間は対照群では平均6.34(±27.2)日に対し、介入群では平均3.28(±7.04)日、P=0.243と有意差を認めなかった。

ICU入室から退院までの期間は、対照群で平均38.1(±27.4)日に対し、介入群では平均36.9(±23.6)日でP＝0.59と有意差はみられなかった。退院時Barthel Indexも対照群は平均69.3(±35.7)、介入群は平均69.8(±37.3)でP＝0.896と有意差を認めなかった。自宅退院件数は対照群が104件(42.8%)、介入群は121件(49.8%)と介入群が増えてはいたがP＝0.146と有意差は認めなかった。

表2　マッチング前後の患者背景

	Unmatched			Matched		
	対照群	介入群	SMD	対照群	介入群	SMD
n	320	302		243	243	
年齢　mean（SD）	67.2（13.6）	67.3（14.9）	0.002	67.2（13.3）	67.1（14.8）	0.003
女性（%）	134（41.9）	128（42.43）	0.01	98（40.3）	99（40.7）	0.008
BMI　mean（SD）	23.3（4.8）	23.3（4.6）	0.006	23.4（5.0）	23.2（4.62）	0.021
緊急入室（%）	191（59.7）	182（60.3）	0.012	144（59.3）	145（59.7）	0.008
手術 有　（%）	217（67.8）	218（72.2）	0.096	171（70.4）	173（71.2）	0.018
CCI　mean（SD）	2.73 (1.64)	3.08 (2.04)	0.186	2.38 (1.65)	2.80 (1.92)	0.016
SOFA　mean（SD） median[IQR]	8.18 (3.48) 8 [6,11]	8.20 (3.42) 8 [6,11]	0.007	8.23 (3.44) 8 [6,11]	8.30 8 [6,11]	0.019
入院時採血data　mean(SD)						
アルブミン値	3.57（0.72）	3.5（0.8）	0.104	3.58（0.72）	3.53（0.80）	0.057
ヘモグロビン値	12.0（2.4）	12.1（2.4）	0.017	12.2（2.38）	12.1（2.40）	0.058
クレアチニン値	1.74（2.37）	1.66（2.04）	0.038	1.50（1.85）	1.59（2.01）	0.047
血液浄化療法　有（%）	45（14.1）	43（14.2）	0.005	28（11.5）	28（11.5）	<0.001
入院前ADL要介助（%）	46（14.4）	31（10.3）	0.125	27（11.1）	28（11.5）	0.013
来院時意識障害あり（%）	86（26.9）	74（24.5）	0.054	65（26.7）	60（24.7）	0.047
同居人　（%）			0.072			0.038
なし（独居）	71（22.2）	63（20.9）		54（22.2）	52（21.4）	
あり	208（65.0）	193（63.9）		156（64.2）	155（63.8）	
75歳以上のみ	41（12.8）	46（15.2）		33（13.6）	36（14.8）	
医療保険　（%）			0.087			0.064
被用者保険・国保	163 (50.9)	159 (53.6)		126 (51.6)	131 (53.9)	
後期高齢者	126 (39.4)	121 (40.1)		95 (39.1)	94 (38.7)	
なし（公的扶助）	31 (9.7)	22 (7.3)		22 (9.1)	18 (7.4)	
病名カテゴリー（%）			0.166			0.094
悪性新生物	50 (15.6)	35 (11.6)		33 (13.6)	31 (12.8)	
心疾患	119 (37.2)	113 (37.4)		92 (37.9)	98 (40.3)	
脳卒中	37 (11.6)	33 (10.9)		29 (11.9)	23 (9.5)	
呼吸器疾患	33 (10.3)	28 (9.3)		22 (9.1)	22 (9.1)	
呼吸器疾患以外の感染症	18 (5.6)	25 (8.3)		16 (6.6)	18 (7.4)	
その他	63 (19.7)	68 (22.5)		51 (21.0)	51 (21.0)	

表3　介入群と対照群を比較した結果

		対照群	介入群	p
n		243	243	
リハビリ開始日まで	mean (SD)	4.32（3.76）	3.09（2.33）	<0.001***
早期リハ※件数（%）		74（30.5）	112（46.1）	<0.001***
初回離床まで	mean (SD)	7.79（8.22）	5.70（6.87）	0.002**
ICUでの離床件数（%）		22（9.1）	105（43.2）	<0.001***
ICU NsとDrのみ初回離床件数（%）		2（0.82）	23（9.47）	<0.001***
ICU入室日数	mean (SD)	6.45 (5.26)	5.74 (3.87)	0.092
人工呼吸器装着期間	mean (SD)	6.34 (27.2)	3.28 (7.04)	0.243
（対照群191、介入群191）	median[IQR]	1.86 [0.71 , 4.66]	1.62 [0.70 , 3.63]	
ICU入室から退院日まで	mean (SD)	38.1 (27.4)	36.9 (23.6)	0.590
退院時Barthel Index	mean (SD)	69.3（35.7）	69.8 (37.3)	0.896
退院時ADL　（%）				0.105
	自立	128 (52.7)	139（57.2）	
	一部介助	61（25.1）	42（17.3）	
	全介助	54（22.2）	62（25.5）	
自宅退院　（%）		104（42.8）	121（49.8）	0.146

※ 早期リハ：ICU入室後48時間以内に開始したリハビリ

介入群で離床した105件を主病名カテゴリー別でみると「心疾患」が56件と最も多く、「その他」が17件、「悪性新生物」が14件、呼吸器疾患が10件、「脳卒中」と「呼吸器疾患以外の感染症」が４件ずつであった（表４）。

ICUスタッフのみで離床訓練を行った23件のうち、「心疾患」が９件と最も多く、「その他」が６件、「悪性新生物」が５件、「呼吸器疾患」が２件、「脳卒中」が１件、「呼吸器疾患以外の感染症」は０件であった。診療科では「心臓血管外科」が９件と最も多く、次いで「呼吸器外科」が５件、「産科」が３件、「循環器内科」が２件であった（表５）。

表4　病名カテゴリー別離床件数

主病名カテゴリー	患者数	離床件数	ICUスタッフのみ離床
悪性新生物	31	14	5
心疾患	98	56	9
脳卒中	23	4	1
呼吸器疾患	22	10	2
呼吸器疾患以外の感染症	18	4	0
その他	51	17	6
計	243	105	23

表5　診療科別離床件数

診療科別	患者数	離床件数	ICUスタッフのみ離床	診療科別	患者数	離床件数	ICUスタッフのみ離床
心臓血管外科	81	52	9	産科	6	5	3
脳神経外科	38	4	1	血液内科	3	2	0
循環器内科	30	10	2	泌尿器科	3	2	0
呼吸器外科	17	11	5	整形外科	2	1	0
消化器外科	15	3	1	歯科・口腔外科	2	1	0
消化器内科	15	3	0	皮膚科	1	1	0
救急科	14	5	1	脳神経内科	1	0	0
膠原病・代謝内科	9	4	1				
呼吸器内科	6	1	0	計	243	105	23

【考察】

本研究では、介入群ではICU入室後のリハビリ開始時期の短縮がみられ、ICU入室から48時間以内にリハビリを開始した件数の増加がみられた。また初回離床までの期間短縮やICUでの初回離床訓練件数が増加していた。しかしICU入室日数や人工呼吸器装着期間、ICU入室から退院までの期間、退院時Barthel Indexには影響を及ぼさなかった。

高橋ら[11] はICUの多職種協働連携の中に専従のセラピストが入ると、安全かつ確実にチーム医療として患者の早期離床が行うことができると述べている。当院では理学療法士がICUカンファレンスに参加するようになり、毎朝、入室患者のリハビリについて話し合うようになった。そこでリハビリに特化した情報の共有や協議を行うことができ、早期リハビリ・離床につながったものと考える。

また理学療法士がICUカンファレンス参加するようになったことや看護師によるリハビリ推進チームを結成したことにより、理学療法士と看護師とのコミュニケーションが取りやすくなった。以前はうまく連携が取れていないことによりセラピストが来ても処置や検査等の時間と重なりリハビリが実施できないことがあった。また職種間のセクショナリズムによりセラピスト以外の職種がリハビリを補助することは少なかった。しかし現在では、理学療法士と看護師でリハビリの時間を調整している。それにより看護師はリハビリの時間に合わせ、処置やケアのスケジューリングや鎮痛・鎮静の評価をしている。離床訓練の際には看護師が必要な職種や人員を集め、チームでリハビリを実施する協力体制ができ、より質の高いリハビリが提供できるようになったと考える。

医療の質的な改善をはかるためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントが重要[17]とされている。また蜂須賀ら[18]は、ICUリハビリテーションにおいて積極的なリハビリテーションを実践するには、日々の多職種連携が重要であると述べている。当院でもICUカンファレンスを通じ、多職種間のコミュニケーションが増えた。そのことで情報の共有や互いの協力体制ができ、リハビリ開始時期や離床までの期間短縮、ICUでの離床件数増加につながったと考える。

さらにICU看護師とICU専従医のみで行った初回離床訓練件数が対照群では２件であったのに対し、介入群では23件と大幅な増加が認められた。これらは主に休日に実施されており、理学療法士によるリハビリが開始する前に離床訓練を行っていることもあった。当院では、セラピストによるリハビリを365日体制で行っていないため、週末に入室した患者のリハビリ開始が遅れる傾向にあった。介入群では推進チームが主体となり、休日リハビリテーションの計画や医師へ離床訓練の提案を行ったことで、休日でも離床訓練の件数が増え、初回離床までの期間の短縮につながったものと考える。また野村ら[19]は、看護師は各職種のスタッフを結びつける要であり、医師とは異なるアプローチで医療チームを調整することができると述べており、ICU看護師によるリハビリ推進チームを結成した効果は大きいと考える。

ICU看護師とICU専従医で行った初回離床訓練23件を診療科別でみると、心臓血管外科が９件と最も多かった。当院では金曜日が心臓血管外科の手術日であり、術後の経過がよければ週末に離床が可能な状態になる。心臓臓血管外科はICUに患者が入室している場合、休日の当直医を主治医が行うことが多く、休日でも離床訓練開始の許可を得やすい状況にあった。そのため離床訓練の開始基準や中止基準を明確にしたアルゴリズムを作成し、あらかじめ主治医にそのアルゴリズムに沿って離床訓練を進めて良いかを確認をしておくことで早期離床が推進されると考えた。

本研究では、ICU入室日数や人工呼吸器装着期間に有意差を認めなかった。またICU入室から退院までの期間や退院時Barthel Indexも有意差を認めなかった。JIPAD（Japanese Intensive care Patient Database）事業のデータ[20]によると2019年度の成人重症患者28,113人のSOFA scoreの中央値６[3-8]、ICU在室日数中央値2.7[1.5-5.1]であったのに対し、本研究対象者のSOFA scoreの中央値は８[6-11]、ICU在室日数中央値５[3-7]とJIPAD事業データより高い値を示した。本研究ではICU入室期間2日以内の短期入室患者やリハビリが処方されなかった患者を除外しており、ICUに入室した患者の中でもより重症度の高い患者を対象としたことが考えられる。重症度が高いと回復やリハビリを有する期間が長くなる。さらに今回研究対象とした486人の半数以上が転院しており、ICU入室日から退院日までの期間短縮や退院時Barthel Indexの改善につながらなかったのではないかと考える。またBarthel Indexでは細かな改善の評価には向いていないため、FIMなどの指標をアウトカム指標として検討できればよかった。

本研究ではICU入室からリハビリ開始までの期間や初回離床までの期間の短縮は認めたが、平均１～２日程度の短縮であった。その程度の短縮ではICU入室日数や人工呼吸器装着期間、ICU入室から退院までの期間、自宅復帰率、退院時Barthel Indexの改善につながらなかったと考える。また本研究では、多職種連携によるリハビリテーションを介入群としたため、ICU入室日数や退院までの期間短縮につながらなかったと考える。早期離床や早期からの積極的な運動によってICU在室期間と在院日数の短縮や人工呼吸器離脱を促進する可能性が報告されており[11]、今後も多職種連携を継続し早期離床・リハビリテーションに取り組んでいく必要がある。

本研究の限界として、本研究では傾向スコアマッチング法を用いた比較検討を行ったが、未知の交絡要因が結果に影響を及ぼしている可能性がある。まずリハビリに関して、どのようなリハビリメニューを１日に何単位実施したかといった質の部分は測定できておらず、ICU退室後の離床時間等についても測定はできていない。平野ら[21]は、ICU在室中は積極的な離床に取り組むが、一般床で臥床傾向となる例、ADLがあがらず施設転院となる例があると述べている。栄養管理についても患者の回復には重要な項目であるが、入院後の栄養管理についての評価もできていない。さらに傾向スコアに重症度の項目を投入し調整したが、医師からの安静度の指示まで調整ができていないため、端坐位以上の活動が禁止されている症例が偏っている可能性がある。

本研究でも退室後のリハビリや療養環境、栄養管理が結果に影響を及ぼしていることが考えられる。

さらに介入群では、新型コロナウイルス感染症流行後であり、期間中に福岡県では３度の緊急事態宣言が発令された。病院に行くことで新型コロナウイルスに罹患するリスクを恐れた受診控えが起きており、2020年４月から６月にかけては全国的に新入院患者数や１日の平均患者数の減少している[22]。同時期は、全国的に平均在院日数の長期化[22]もみられており、当院でも病床稼働率が70％を下回っていた。そのため本来であれば転院が必要な患者であっても病床に余裕があることから当院での治療を継続し在院日数が長期化した可能性も考えられる。

今後はリハビリの開始時期だけでなく、リハビリメニューや実施単位、入院中の栄養管理等を踏まえたうえでの比較が必要である。またリハビリは長期予後の改善が期待されているが、重症患者は転院することが多く、転院先での在院日数や退院時Barthel Indexに影響を与えている可能性もあり、当院退院後のフォローアップも必要である。

【結論】

ICUでの多職種連携によるリハビリテーションにより、ICU入室日からリハビリ開始までの期間や離床までの期間に短縮がみられた。またICUでの初回離床件数の増加がみられ、多職種連携によりリハビリが強化されていることが実証された。

しかしICU在室日数や人工呼吸器装着期間には影響を及ぼさなかった。さらに重症患者は転院することが多く、ICU退室後の在院日数や退院時Barthel Indexにも影響を及ぼさなかった。

【引用文献】

１）今井孝祐. 集中治療医学の定義. 日本集中治療医学会雑誌. 2009 ; 16 : 503-504
２）幸田剣, 田島文博. 急性期から活動性の改善を見すえたICUにおけるリハビリテーション治療. 医学のあゆみ. 2018 ; 264（13）: 1289－1294
３）園田茂. 不動・廃用症候群. 日本リハビリテーション医学会誌. 2015 ; 52 : 265-271
４）三木珠美, 五十嵐愛子. 日本における急性期の鎮静に関する看護研究の動向と課題. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2017 ; 13（3）: 21－28
５）佐藤知香, 梅本安則, 田島文博. 安静臥床が及ぼす全身への影響と離床や運動負荷の効果について. 日本リハビリテーション医学会誌. 2019 ; 56 : 842－847
６）日本集中治療医学会. PICS 集中治療後症候群. https://www.jsicm.org/provider/pics.html（cited 2020－11－04）
７）日本集中治療医学会. ABCDEFGバンドル. https://www.jsicm.org/provider/pics/pics06.html（cited 2020－11－04）
８）William D Schweickert, Mark C Pohlman, Celerina Nigos, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009 ; 373 : 1874－1882
９）Geetha Kayambu, Robert Boots, Jennifer Paratz: Physical therapy for the critically ill in the ICU: asystematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2013 ; 41: 1543－1554
10）Ana CristinaCastro-Avila, Pamela Serón, Eddy Fan, et al: Effect of Early Rehabilitation during Intensive Care Unit Stay on Functional Status: Systematic Review and Meta-Analysis.PLOS ONE.2015;https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0130722（cited 2020－10－10）
11）高橋哲也, 西田修, 宇都宮明美, et al :集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～. 日本集中治療医学会誌. 2017; 24: 255-303
12）John W Devlin, Yoanna Skrobik, Celine Gelinas, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immmobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018; 46（9）: 825－873
13）厚生労働省保険局医療課. 平成30年度診療報酬改定の概要 医科Ⅰ.2018; https://www.mhlw.go.jp/file/06-seisakujouhou12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf（cited 2021-11-04）
14）新型コロナ回復患者の転院促進に向け、自治体で「後方病院」リスト作成し、急性期病院等と連携強化を-厚労省. Gem Med. 2021-3-23. https://gemmed.ghc-j.com/?p=39302（Cited 2021-12-6）
15）厚生労働省社会・援護局保護課: 生活保護制度について. 厚生労働省. 2018; https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201802data/m201802_ref3.pdf（Cited 2021-12-6）
16）藤村史穂子, 上林美保子, 蘇武彩加: 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処. 2015
17）チーム医療推進方策検討ワーキンググループ. チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. 2011; https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf 7-att/2r9852000001ehgo.pdf（cited 2021-11-04）
18）蜂須賀明子, 二宮正樹, 佐伯覚. ICU-AWの予防とリハビリテーション治療. 臨床神経生理学. 2020 ; 48(3) : 146-151
19）野村智久, 杉田学. 集中治療におけるチーム医療. 救急医学. 2012 ; 368(6) : 672-675
20）JIPADワーキンググループ. 最新レポート(2019年度版). 日本集中治療医学会. https://www.jipad.org/report.（cited 2021-11-21）
21）平野健大, 桂田功一, 樋口謙次. リハビリテーションを施行した患者のICUでの活動は退院時ADLに影響を与えるか. 日本集中治療医学会雑誌. 2020 ; 27Suppl : 515
22）地域医療構想に関するワーキンググループ. 新型コロナウイルス感染症対応の状況等. 2020 ; https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000691238.pdf（cited 2021-11-21）

（受付2023年4月30日、受稿2023年5月24日）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　 9 - 18,　2023

オンライン服薬指導解禁に伴う薬剤師の役割

春田　一磨[1)]、馬場園　明[2)]

Role of Pharmacists with Lifting of the Ban on Online Medication Guidance

Kazuma HARUTA [1)] , Akira BABAZONO [2)]

【Abstract】

【Background and Objectives】

This study aimed to develop a business model based on pharmacy operations that are expected to be transformed by the digital transformation of healthcare, including online medication guidance, and to make recommendations on the future role of pharmacists.

【Method】

Patient groups appropriate for online medication guidance were selected based on disease structure in Japan and previous studies. Awareness Interest Desire Memory Action（AIDMA）was used to examine how pharmacists should respond to patients' decision-making processes. Moreover, I created a Balanced Scorecard for small pharmacies and a future business model for online medication guidance with sustainable patient loyalty.

【Results】

The target age group for online medication guidance included those who are in their 20s to 50s and accustomed to using digital tools. The diseases targeted for this service are hypertension and diabetes owing to their high patient volume and expected benefits. To increase awareness, the service should be added to existing platforms such as online prescription acceptance and electronic medication notebooks. Advertising on websites and flyers could also be helpful. It is crucial to accurately understand a pharmacy's internal and external environments based on the business model and profit ratios to improve pharmacists' patient-centered care.

【Discussion】

Online medication guidance has the potential to change the profit structure of pharmacies with declining profit ratios. When combined with approaches such as medication follow-up, electronic prescriptions, and refill prescriptions, it can contribute more toward patient loyalty and, by extension, be a useful means of stabilizing pharmacy management. Pharmacies are expected to consider how they should be in line with the times by using marketing methods such as the Balanced Scorecard to accurately grasp the internal environment, including the pharmacist's profession, and the external environment, which defines patients' needs and the direction of policies.

Keywords: online medication guidance, family pharmacies, business model

1）九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
代表著者連絡先：kazumaharuta@gmail.com
Department of Health Care Administration and Management
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

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

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　 9 - 18,　2023

【抄録】

【目的】

オンライン服薬指導をはじめとした医療のデジタルトランスフォーメーションにより、変革が想定される薬局業務を基にビジネスモデルを作成し、今後の薬局薬剤師のあり方について提言することを目的とした。

【方法】

オンライン服薬指導の対象として相応しい患者層を我が国の疾病構造と先行研究から選定し、AIDMA（Awareness Interest Desire Memory Action）を用いて、患者の意思決定プロセスに応じた薬剤師の対応策を検討した。そして、患者ロイヤリティの高いオンライン服薬指導を持続可能なものとするため、小規模薬局を想定したバランスト・スコア・カードを作成し、経営的観点から、将来に向けた薬局のビジネスモデルを作成した。

【結果】

オンライン服薬指導の対象として、年齢層はデジタルツールに慣れている20～50歳代、疾患は患者数が多く、服薬指導の効果が期待できる高血圧と糖尿病が相応しい。オンライン服薬指導の認知度が低い現状においては、これら患者ターゲットを明確にし、ホームページやチラシといった広告に加え、処方箋ネット受付や電子お薬手帳を含めた現存のサービスに付加して周知する必要がある。また、ビジネスモデルを基に薬局の内部環境と外部環境を数値で的確に捉えることが求められ、推算された利益率から、薬剤師の対物業務の効率化と、対人業務の充実化に向けた各種取り組みが求められる。

【考察】

オンライン服薬指導は利益率が減少傾向にある薬局の収益構造を転換する潜在的ニーズを秘めており、服薬フォローアップや電子処方箋、リフィル処方箋等の取り組みと組み合わせることでより患者ロイヤリティに寄与することができ、ひいては薬局経営を安定化させる有用な手段であると考えられた。薬局は薬剤師の職能をはじめとした内部環境と、患者ニーズや施策の方向性を定める外部環境を的確に把握するために、バランスト・スコア・カード等のマーケティング手段を用いることで、時代に即した薬局のあり方を検討することが期待される。

キーワード：オンライン服薬指導、かかりつけ薬局、ビジネスモデル

【はじめに】

一般的に、企業は生き残りをかけ統廃合など様々な経営刷新を繰り返し、業界とともに成熟していく。一方、薬局業界は政策誘導的な医薬分業の規制に守られていたため、中小規模の薬局であっても統廃合をせず生き残ることができた背景がある。実際、大学病院やクリニックの門前に薬局を構え、処方箋さえ応需できればビジネスモデルが成り立っていた[1)]。そのため、現在の薬局業界の傾向として、中小規模の薬局が薬局数の大半を占めている。

しかしながら、高齢化に伴う医療費適正化への対策が、我が国喫緊の課題となるにつれ、薬局の主な収入源となる調剤報酬点数が徐々に減らされ[3)]、薬局経営にとって厳しい状況が訪れている。さらに、2019年12月に中国の武漢市で第一例が報告された新型コロナウイルス感染症が我が国においても蔓延し、薬局経営にも大打撃を与えた。この結果、患者の医療機関への受診控えが相次ぎ、2021年の保険薬局の倒産は過去最多を記録した[4)]。

我が国では、こうした新型コロナウイルスの脅威に対抗すべく、感染するリスクを極力軽減する有効な手段として、医療機関においても ICT（Information and Communication Technology）などのデジタル利用の動きを一層奨励し始めた。現在のところ、薬局のデジタル化で最も動きが大きい業務の一つは、オンライン服薬指導である。オンライン服薬指導は、いわゆる改正薬機法により2020年９月から全国的に解禁となった[5)]。この解禁により、携帯電話やタブレットなどのモバイル端末を用いて、服薬指導から薬歴承認まで、薬歴に関係する一連の業務を効率的に完結することができ、そのシステムが定着していくものと思われる。厚生労働省通知[6)]にもあるとおり、薬剤師がどこにいても患者の相談に応じることができる体制の整備は着々と進んでいる。そして、患者中心の医療を実現する上で、今後の薬局には、オンライン服薬指導をその一手段として取り入れ、受診控えにより離れた患者を再度取り込むだけでなく、潜在的な新規患者を発掘する体制を整えることが求められる。しかしながら、薬局はオンライン服薬指導に対する患者の受療行動とその満足度を確認する手法を持ち合わせていない。従って、オンライン服薬指導を収益の軸としたかかりつけ薬局のビジネスモデルの報告や事例を基に、そのビジネスモデルの確立は薬局マネジメントにおいて急務である。

そこで、本研究では、我が国の疾病構造の変化やデジタルトランスフォーメーション[7)]等の潮流を踏まえ、薬局におけるオンライン服薬指導普及のための課題と解決策を検討し、変革が想定される薬局業務をもとにビジネスモデルを作成し、今後の薬剤師のあり方を考察することを目的とした。

【方法】

1. 対象患者の選定と AIDMA の適用

最初に、ビジネスモデルを作成するにあたり、オンライン服薬指導の対象として相応しい患者層（以下、対象患者）を我が国の疾病構造と先行研究から選定した。次に、アメリカの経済学者 Samuel Rolnand Hallが1920年代に提唱した、消費行動プロセスの仮説である AIDMA（アイドマ）の法則[8]（Awareness Interest Desire Memory Action、以下、AIDMA）を用いて、対象患者のオンライン服薬指導までの行動プロセスを整理した。AIDMA によると、人々は何らかの意思決定を起こすまでに、５つの段階を経る。この５つの段階とは、「１. 注意が向く（Attention）」「２. 興味が湧く（Interest）」「３. 欲しくなる（Desire）」「４. 記憶する（Memory）」「５. 行動する（Action）」である。本研究では、対象患者の行動プロセスをこの５つの段階に当てはめ、大きくその段階を「無関心な患者から見込みのある患者、初回患者」と「初回患者から既存患者、固定患者」の２段階に分類した上で、外来と在宅それぞれにおける薬剤師の対応策を検討した。

2. ビジネスモデルの作成

1. に関連して、患者ロイヤリティの高いオンライン服薬指導を持続可能なものとするため、対象患者を選定し、薬剤師３名、事務２名で内科、循環器系のクリニックを門前に構える福岡市の保険薬局（以下、A 薬局）（表 1）を想定したビジネスモデルを作成した（対面での営業時間は 9 ～ 19 時で、電話対応は 24 時間）。

表 1　ビジネスモデルの対象薬局

●薬局概要（A薬局）

所在地	福岡県福岡市
処方せん応需医療機関の主な診療科	内科、循環器内科
スタッフ人数	薬剤師3人、事務2人
処方せん枚数	平均80枚/日
在宅患者訪問薬剤管理指導	調剤報酬請求件数：1件/月
居宅療養管理指導	介護報酬請求件数：2件/月
OTC薬/サプリメントの取扱い	第1～3類医薬品、その他サプリメント、介護用品等
営業時間	平日：9時～19時、夜間休日：電話相談対応
ICTの対応状況	電子処方箋、オンライン資格確認ともに2023/1/26より運用予定

ビジネスモデルを作成するにあたっては、はじめに、A 薬局が将来どうなりたいか、どうあるべきかといった視点を基にビジョンを提示した。その上で、ビジョンをいかに実現していくかといったシナリオを可視化するために、内部環境及び外部環境の分析を SWOT 分析[9]で行った。さらに、CROSS-SWOT 分析を用いて、A 薬局の「強み」と「機会」を掛け合わせて「A 薬局の強みで取り組める新たな機会の創出（積極的攻勢）」、「強み」と「脅威」を掛け合わせて「脅威を回避した事業機会の創出（差別化戦略）」、A 薬局の「弱み」と「機会」を掛け合わせて「弱みを強みへ転換する（弱点克服・転換）」、「弱み」と「脅威」を掛け合わせて「最悪の事態を招かないような対策（業務改善）」の 4 パターンの経営課題を導き出した。

SWOT 分析を行った後は、バランスト・スコア・カード（以下、BSC）[10]を使用した。本研究では、BSC 作成の手前、戦略マップを作成し、A 薬局の到達目標をより明確化するように努めた。具体的には、SWOT 分析で導き出された A 薬局の経営上のそれぞれの課題が「学習と成長」、「業務プロセス」、「顧客」、「財務」のいずれに該当するかを判断し、同類の項目をまとめて「島」を作り、タイトルをつけ、それぞれの視点に配置された個々の「島」を因果連鎖させた。BSC 作成にあっては、戦略マップ上のそれぞれの経営課題に対して、「重要成功要因」、「成果尺度」、「目標値」、「アクションプラン」を記入し完成させた。

【結果】

1 - 1.　オンライン服薬指導の対象患者の選定については、以下の①～④（①オンラインサービスの志向年齢層であること、②患者数の多い安定した慢性疾患を持つこと、③服薬指導による恩恵を受けられる疾患を持つこと、④ライフスタイル、安全、ベネフィット及び安心の多面的観点からオンライン服薬指導が優先されるべき患者であること）の 4 つの条件を満たす患者を想定した。

①オンラインサービスの志向年齢層については、昨今のスマートフォンの爆発的普及により、対象世代は拡大しつつある。総務省の情報通信白書[11]によると、インターネット利用者の割合は、13 ～59 歳の各年齢層で 9 割を上回ると試算されており、この世代がターゲットに相応しいと考えられる。また、デロイトトーマツグループの調査[12]によれば、時間的制約が伴いやすい20～50歳代のオンライン服薬指導の利用意向が顕著に高いことが明らかになっている。したがって、これら調査を基に、20～50歳代の世代がオンライン服薬指導との相性が良いと考える。

②患者数の多い安定した慢性疾患については、我が国の疾病構造が、かつての感染症から生活習慣病や老化に伴う疾患中心に転換している事実に加えて[13]、労働人口の約 3 人に 1 人が何らかの疾病（特に生活習慣病）を抱えながら働いており、高血圧及び糖尿病が圧倒的多数であることも踏まえて[14]、労働人口を占める世代の高血圧と糖尿病をオンライン服薬指導の対象とすることが相応しいと考えた。

③服薬指導による恩恵を受けられる疾患については、岡田らの報告(2016)[15]から、事前に教育プログラムを学んだ薬局薬剤師が、資料などを活用して患者に対し1回3分程度の説明や声がけをしたところ、6か月後には対照群と比較してHbA1cが0.4%低下したとの結果が導き出されている。また、Collins C(2011), Santschi V(2014)[16,17]らも同様に、糖尿病及び高血圧患者に対する薬剤師の介入効果を調査している。これら調査は、オンライン服薬指導が実施されたものではない。しかしながら、薬剤師が薬剤提供後にも継続的に患者をフォローすることで、一定の患者アウトカム向上のエビデンスが創出されたことは、オンライン服薬指導と高血圧、糖尿病患者との親和性が高い証左なのではないかと考える。

④消費者行動とマーケティング戦略の論文[18]を参考に、②と③で選定した高血圧及び糖尿病患者のオンライン服薬指導の需要を多面的に細分化した。具体的には、患者のニーズをライフスタイル軸（時間消費・通所回避）、安全軸（繰り返す通所による感染症罹患や転倒などの回避）、ベネフィット軸（血糖、血圧の情報共有による内服管理）、安心軸（薬剤師にオンラインで質問が容易に可能）、経済軸（リフィル、オンライン服薬指導による費用削減）に分けた。たとえ同年代で同様の疾患を抱える患者であっても、個別具体的な背景を正確に把握するために、まず上記の各軸を5段階評価することが望ましい。その上で、合計点数の大きい患者への介入から優先的に見極めていくべきである。図1に、20～50歳代で高血圧あるいは糖尿病の疾患を持つ患者を、各軸で5段階評価しレーダーチャートにした例を示す。

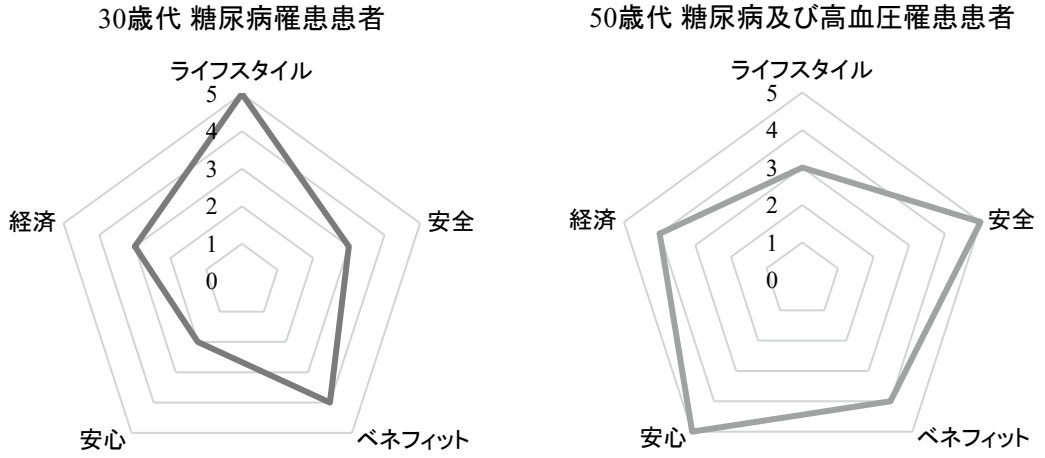


図1　オンライン服薬指導の需要を細分化し点数評価した患者例

以上①～④より、本研究では、対象患者を「20 ～ 50歳代の高血圧あるいは糖尿病の疾患を持ち、オンライン服薬指導へのニーズの高い患者」と定義した。

1 - 2．図2は、オンライン服薬指導に対する対象患者の意思決定プロセスをAIDMAに基づいて整理したものである。このうち、対象患者がオンライン服薬指導に対して、「無関心な患者から見込みのある患者、初回患者」となる過程において、A薬局の薬剤師がすべき対応を外来と在宅に分けて整理した。この過程において、薬剤師はオンライン服薬指導の存在とサービス内容を対象患者に知ってもらうよう努めることが優先される。厚生労働省の受療行動調査[19]にもあるように、外来と在宅双方において、ふだん医療機関にかかる時の情報の入手先として、「家族・知人・友人の口コミ」と「医療機関が発信するインターネットの情報」が大多数を占めることから、SNSやホームページ等のインターネットを媒体とした発信が有効と思われる。一方で、薬局独自のホームページ等を持たない場合、自薬局がオンライン服薬指導を行っていることの告知は薬局内でのチラシ配布やポスター掲示が主な周知方法になると考えられる。

	A Attention 注意が向く	I Interest 興味が湧く	D Desire 欲しくなる	M Memory 記憶する	A Action 行動する
患者	無関心な患者	見込みのある患者	初回患者	既存患者	固定患者
状態の変化	知らない ↓ 知っている	知っている ↓ 気になる	気になる ↓ 欲しい	忘れている ↓ 思い出す	利用していない ↓ 利用した
薬剤師の役割	オンライン服薬指導のサービスを認知させる	患者のニーズを喚起させる	患者のウォンツを満たす	オンライン服薬指導のサービスを思い出させる	オンライン服薬指導を利用するきっかけを作る
アプローチ	患者への露出回数を高める	ニーズに関連する情報を提供する	患者の声やサービスの詳しい情報を提供	患者に忘れられる前に念押し	患者が行動に移せる環境づくり

図2　オンライン服薬指導における患者のAIDMAモデル

一方で「初回患者から既存患者、固定患者」となる過程については、対象患者のロイヤルカスタマー化に向け、対面服薬指導と同等な指導をオンライン服薬指導に求めることが困難であることを前提とし、オンライン服薬指導特有の付加価値を対象患者に提供することが薬剤師には求められる。また、患者居宅において、オンライン服薬指導をすることは、患者家族をも服薬指導に巻き込むことができ、服薬コンプライアンス向上の一助となる上に、薬剤師側も家族から新しい情報が得られる可能性がある。在宅においては、変わりやすい患者病態を踏まえ、オンライン対応の可否をトリアージし、適切に対面とオンラインをセットで組み合わせることで、オンライン服薬指導への患者満足度が上がることが期待される。

2． 最初に、結果１－１を踏まえ、ビジネスモデル作成の起点となるＡ薬局のビジョンを「高血圧・糖尿病患者の治療に貢献し、患者や患者家族、そして他職種にも信頼される薬剤師・薬局」と設定した。続いて、表２にSWOT 分析の結果を示した。このSWOT分析の結果から、上記のビジョンを実現するためのBSCを作成した。

表2　SWOT分析

		内部環境	
財務の視点 顧客の視点 業務プロセスの視点 学習と成長の視点		S:強み S1:電子処方箋やマイナ資格確認等の準備完了 S2:OTC、健康食品等の処方箋医薬品授受以外を目的とした患者多い S3:在宅患者対応可能 S4:高血圧・糖尿病に特化したサービスを提供できる S5:調剤事務の意識が高い	W:弱み W1:待ち時間が長いケースがある W2:夜間休日対応時、患者データが手元になく、対応に苦慮するケースがある W3:個人による意識の差（新規事業、薬剤経済への関心）
外部環境	O:機会 O1:オンライン服薬指導、電子処方箋、リフィル処方箋の解禁 O2:慢性疾患の患者が中心 O3:在宅介護の推奨	S×O（強み×機会） 【O1×S1】近隣処方医と共同で薬局の新サービスを紹介 【O1,O2×S4】慢性疾患患者（糖尿病、高血圧）フォローアップの充実、治療効果の実感 【O1×S2】健康サポート機能の充実 【O1,O3×S1,S3】オンラインを利用し、在宅患者の取り込みと他職種との情報共有 【O1×S1,S5】適正な人員配置、薬剤師・事務の効率的な分業	W×O（弱み×機会） 【O1×W1】先確認で疑義問合ロスなし 【O2×W3】慢性疾患に対応したスキル目標の数値化 【O1×W3】オンライン服薬指導等の服薬フォローアップによる好事例の社内共有
	T:脅威 T1:競合他社(Amazon等)のオンライン医療参入 T2:地域の保険薬局との連携が不十分 T3:患者の受診抑制 T4:調剤報酬のマイナス改定	S×T（強み×脅威） 【T1×S1】迅速かつ安心な薬剤配送 【T1,T3×S1,S4】対面とオンラインを使い分け、服薬指導の質の向上を図る 【T2×S3】地域医療の会合へ積極参加	W×T（弱み×脅威） 【T1,T2×W2】薬剤師単位ではなく、地域単位での24時間対応 【T4×W3】現行の調剤報酬の理解及び算定 【T1×W3】早期戦力化プログラムを実施する

次に、SWOT 分析の結果を反映したＡ薬局の戦略マップを図３に示した。後の BSC の重要成功要因の項目にあたる文言が、戦略マップ上の各島の項目にあたる。財務の視点における重要成功要因は、「収益性の向上」、「コストの適正化」、「収益の増加」を挙げた。顧客の視点においては、「健康サポート機能」、「患者アウトカム」、「患者利便性の向上」とまとめた。業務プロセスの視点においては、「地域医療連携」、「効率的な労務管理」、「IT の積極的有効活用」、「服薬指導強化」と設定した。学習と成長の視点においては、「人材の育成」、「自己啓発」と考えた。そして、これら中心に据えられている「IT の積極的有効活用」のオンライン服薬指導に関する戦略を軸に、縦と横に位置する島同士の因果が連なる戦略マップが完成し、最終的に、先に述べた最上部に位置するビジョンがゴールラインとなった。

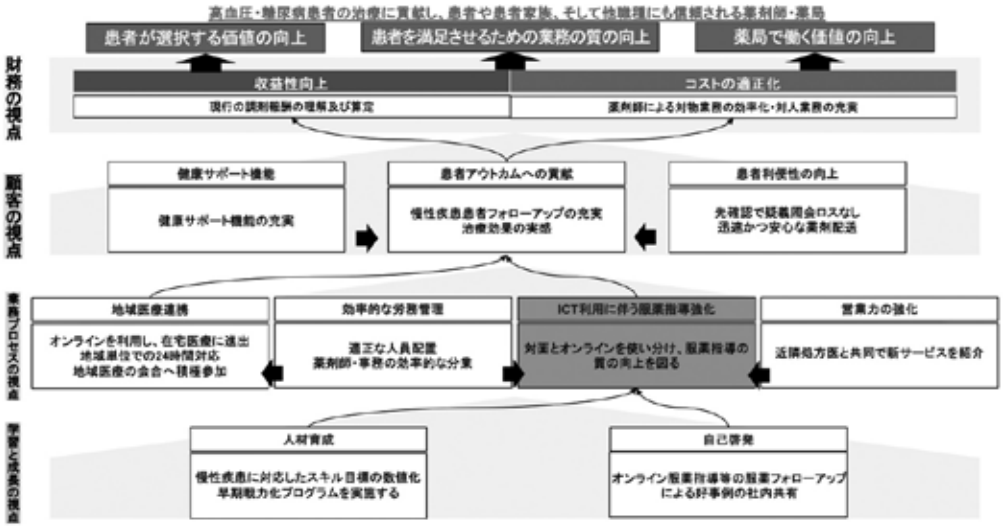


図3　戦略マップ

最後に、A 薬局の BSC は表３に示したとおりである。戦略マップで位置付けた重要成功要因それぞれに成果尺度を設け、成果尺度に対応する目標値、アクションプランを記載した。各視点の成果尺度に含まれる調剤報酬算定件数の目標値は、中医協により実施された令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和３年度調査）[20]を参考に A 薬局の算定件数との乖離も踏まえて設定した。また、財務の視点における「営業利益」及び「人件費」は、１ヶ月の処方箋応需枚数を1,500枚と仮定した上で、厚生労働省による内科系門前薬局の処方箋１枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合のデータ[21]を参考に、以下の条件と計算式を基に算出した、A 薬局の「営業利益」と「人件費」を用いた。A 薬局の「営業利益」及び「人件費」は、

条　件：家賃月20万円、その他経費月40万円、管理薬剤師月給60万円、一般薬剤師月給45万円、医療事務月給25万円
計算式：法的福利費：月給の15%、人件費＝月給× 1.15
薬価差益は 15%、粗利益＝技術料＋薬剤料× 0.15
総経費＝人件費＋家賃＋その他経費
営業利益＝粗利益－総経費

より、売上高 1,321万円、人件費230万円、粗利益549万円、総経費290万円、営業利益259万円となった。

表3　BSC（Balanced Score Card）

	戦略目標	重要成功要因	成果尺度	目標値	アクションプランの一例
財務	収益性の向上	収益性の向上	営業利益(万円/月)	260万円前後/月（A薬局;230万円）	BSCの作成
		コストの適正化	人件費(万円/月)	230万円前後/月（A薬局;180万円）	業務フローの見直し、簡略化（オンライン、電子化、一部外部委託）
		調剤報酬算定	対人業務にリンクした調剤報酬の算定	個別に設定	調剤報酬の知識共有と環境整備
顧客	患者が選択する価値の向上	健康サポート機能	一般用医薬品売り上げ(万円/月)	4～5万円/月　（A薬局;2～3万円）	薬剤師の積極的なOTCへの関与
		患者アウトカム	HbA1c,血圧	個別に設定	自己血糖、自宅血圧測定データの共有
		患者利便性の向上	平均待ち時間(分/件) 配送時間(時間)	5分前後/1件 24時間以内	業務フローの見直し、簡略化
業務プロセス	患者を満足させるための業務の質の向上	地域医療連携	在宅患者数（オンライン含む）	60件/年　（A薬局;24件）	多剤併用・残薬過多の患者ピックアップし、在宅へ誘導、患者家族の悩みヒアリング
		効率的な労務管理	薬剤師1人当たりの処方箋枚数(日)	40枚前後/日　（A薬局;30枚前後）	専門性の低い調剤業務については事務にタスクシフト
		ICT利用に伴う服薬指導強化	オンライン服薬指導件数 フォローアップ件数(件/月)	1件/月　（A薬局;0件） 2件/月　（A薬局;11件）	オンライン服薬指導への誘導、電話によるフォローアップ
学習と成長	薬局で働く価値の向上	人材の育成	社内研修実施 （地域薬剤師研修、病院派遣など）	個別に設定	薬薬連携を図るため、その地域に在籍する病院薬剤師と薬局薬剤師の合同研修会実施
		自己啓発	研修認定薬剤師取得,症例発表,論文投稿	個別に設定	自己啓発のバックアップ、データの提供、大学との連携

また、今後参入が想定されるAmazon等の配送網を使用したオンライン薬局が、収益にあたえる影響をシミュレーションした。同サービスの普及に伴い、A 薬局の既存患者が 10%減少すると仮定すると、売上高は132万円減の1,189万円、粗利益は55万円減の494 万円、営業利益は45万円減の204万円となり、利益率は19.6%から17.2%に減少した。患者減少を想定し営業利益を確保するためには、経費削減には限界があり、診療報酬で重視されている管理料や指導料等、薬剤師の技術面が求められる報酬を確実に算定することが重要である。従って、戦略マップの中の財務の視点における収益性向上に重点を置いたアクションプランの作成が求められる。

さらに、BSC のアクションプランについては、地域あるいは経営者と現場の薬剤師間で共有できるよう常に心がける必要がある。そのため、本研究では、患者満足を、九州大学ユーザーズサイエンス機構のフレームワーク「利便性・簡便性、安心・安全、心地・感動」[22]を用いた上で、予防から投薬、服薬後･介護までの医療の流れに沿って、アクションプランを整理した（図4）。実際に図４を運用するにあたっては、Plan（計画）:オンライン服薬指導の目標や指標を BSC の４つの視点に沿って設定し、アクションプランを整理する。Do（実行）：オンライン服薬指導のサービスを提供し、指標に基づいてデータを収集する。Check（評価）：収集したデータを分析し、目標との差異や問題点を特定する。Act（改善）：問題点に対して改善策を立案し、BSC をアップデートする。以上を踏まえ、PDCA サイクルを回すことが求められる。加えて、この PDCA サイクルを円滑に進めていくための経営者、現場薬剤師の意識付けとして、イギリスのナッジ設計部門である Behavior Insight、Team が発案した

EAST のフレームワーク[23]を用いることにした。Easy（簡単・簡潔）：QR コードやリンクを用いて、オンライン服薬指導の予約や参加方法を患者にとって簡便なものにする。また、指導時間の効率化で薬剤師の負担も軽減する。Attractive（魅力的・印象的）：薬剤師が患者に対して、健康状態維持や副作用の認知などのオンライン服薬指導のメリットを強調する。Social（社会的）：オンライン服薬指導の割合を公表し、薬局間で情報共有する。また、多職種連携のツールの一つとして活用し、シームレスな24 時間対応を実現する。Timely（タイミング）：医療のデジタルトランスフォーメーションが進む中、患者のオンライン服薬指導への参加が適切なタイミングであることを薬剤師が示す。

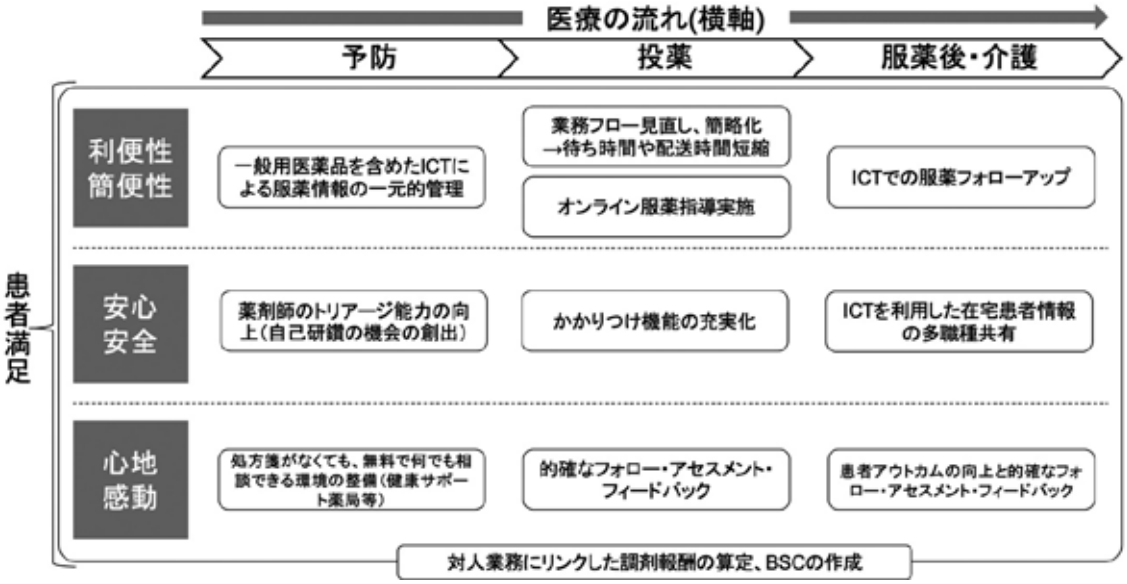


図4　BSCのアクションプランを整理した図

【考察】

本研究では、オンライン服薬指導の対象患者を先行データより選定し、AIDMA による行動経済学的アプローチを試み、オンライン服薬指導における対象患者の各行動変容期に対して、薬剤師がするべき対応策を考えた。その上で、薬剤師３名、調剤事務２名の個人薬局が高血圧、糖尿病患者を対象としたオンライン服薬指導をする場合のビジネスモデルを作成し、その経営戦略のあり方を検討した。

現状、オンライン服薬指導の認知度[12]は高いとは言い難く、AIDMA の結果からオンライン服薬指導そのものを周知することがスタートラインと考えられた。患者のオンライン医療への入り口は2023年１月より本格的に運用が開始される電子処方箋[24]や、オンライン資格確認[25]、オンライン診療[26]等、選択肢が広がりつつある。これらの施策により、オンライン服薬指導そのものの認知度が後押しされる可能性はある。しかしながら、受診回数が少ない患者や、かかりつけ薬局を持たない患者に対して、オンライン服薬指導の対応可能な薬局を把握してもらうだけでなく、いかに自薬局のオンライン服薬指導を真っ先に想起してもらうかが、今後の課題として挙げられる。そのためには、アプリ等を駆使し、近隣薬局のオンライン服薬指導の対応可否を瞬時に検索でき、そのまま指導の予約に進むことができるようなシステムも手立ての一つとして考えられる。

一方、ビジネスモデルの作成においては、薬局の売上の構成を患者単価×患者数に分解した上で、患者単価に焦点を当てた。患者単価は厳密には調剤技術料や薬学管理料等によって決まるが、このうち対物業務に対する報酬に関わる調剤技術料は調剤報酬改定の度に減算傾向にある[3]。従って、薬局の利益を増やすためには、薬剤師が対人業務に集中できる環境を整え、患者単価を上げるよう努め、人件費等のコストを抑えることが肝要である。BSC における財務の観点から、本研究の対象薬局における利益率を試算したところ、19.6％となった。厚生労働省の医療経済実態調査（令和３年実施）[27]によると、保険調剤を行っている薬局の１店舗あたりの利益率は、大病院の門前薬局が 5.5%、クリニック敷地内薬局は 11.5% であった。この結果、本研究の対象薬局における利益率は、厚生労働省が試算した薬局の平均利益率と比較して高い数値と言える。

参考として、新型コロナウイルス感染症が拡大する2020年以前の医療経済実態調査のデータ[28,29,30]を基に、対象薬局の利益率を時系列で推算すると、22.1%（平成27年）→ 20.2%（平成29年）→ 19.2%（令和元年）であり、感染症拡大に関係なく、年数を経るごとに減益傾向にあると示唆された。こうした薬局の減益傾向に対して、BSC の項目で言えば、地域医療連携や服薬指導強化に該当する対人業務に関わる調剤報酬の算定、オンライン服薬指導による新規患者の獲得、対物に関わる業務を一部外

部委託し、効率的な労務管理を担える薬剤師を雇用あるいは育成すること等の試みが、薬局の減益回避ひいては増益を維持していく上で、不可欠な要素となる未来はそう遠くないと考える。

以上のことからも、実際に作成したBSCのアクションプランを実行するには、現場の薬剤師単位あるいは地域で行動計画を具体的に動ける形にまで作り込むことが重要である。特に、調剤報酬改定の知識については全ての戦略目標に関わるものの、現場の薬剤師が算定要件を正しく理解できていない、あるいは算定要件を満たしているにも関わらず算定していないといった報告[31]がなされている。そのため、第一に行動計画を報酬改定要件の情報収集や習得と設定し、リソースを強力に投入していくべきである。また、患者１人あたりにかけるオンライン服薬指導の時間目標や、１人の薬剤師が携わるべきオンライン服薬指導の件数目標を個別に設定し、薬剤師個人の経営に貢献する意欲を高めることも有用と思われる。地域医療連携の観点からは、薬剤師がトリアージし受診が必要と判断した患者をオンライン診療に誘導した場合、現行の紹介状に類似した提供書を患者と医療機関間で授受してもらうことで、オンライン医療を通じて地域医療のネットワークがより強固になる。さらに、このことが仮に将来的な調剤報酬の算定要件ともなれば、収益の上積みも期待できる。これら取り組みの結果、改善すべき事項の可視化に繋がり、PDCAを回して目標を達成し、ひいてはオンライン服薬指導を薬局業務の１つとして軌道に乗せることができれば、デジタル化に伴い変革が想定される薬局業務に柔軟に対応できると考える。

本研究の限界として、比較的利益率の高い内科系門前薬局をモデルに経営利益を試算していることが挙げられるが、上記同様の推算を小児科や整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科、産婦人科で行ったところ、営業利益が内科と比較して約20～160万円低くなることが推算された。これら非内科系門前薬局では、より一層対物業務の効率化ならび対人業務の充実化が求められると思われる。また、外部環境の変化の一つである、EC（Electronic Commerce）サイト最大手であるAmazonの薬局市場参入により[32,33]、薬局のICT及びDX対応は急務である。オンライン服薬指導の課題の一つに、配送に関する懸念事項がかねてより挙げられていたが、厚生労働省通知[34]にもあるように、麻薬の配送や宅配ロッカーへの配送等、規制緩和に向けた議論が進んでおり、オンライン服薬指導普及の一助になると期待される。そこで、Amazon等の配送網を使用したオンライン薬局普及に伴う財務への影響を結果２.で示したが、この結果は既存患者の10％が当該オンライン薬局に流れることを仮定しているため、やや想定するケースとしては大袈裟かもしれない。しかしながら、結果1-1.①で触れたオンラインサービスの志向層が、将来的に我が国の年齢層のボリュームゾーンになることを鑑みると、合理的な試算結果と考える。

本研究では、オンライン服薬指導のメリット・デメリットを踏まえ、高血圧あるいは糖尿病の患者を主たるターゲットとしたサービスを仮定し、かかりつけ薬局のビジネスモデルを作成した。実際、本研究の取り組みと同様に、厚生労働省も「患者のための薬局ビジョン」[35]を実現させる施策の一つとして、本研究のBSCにおける成果尺度にあたる、KPI（Key Performance Indicators）を設定し、達成状況を定量的に把握している[36]。「地域で顔の見える薬剤師」、「薬剤師や薬局はこんなに社会に役立つようになった」と認識してもらうために、薬剤師が厚生労働省のKPIをはじめ、本研究で設定した指標を可視化するなど、実践したことをデータにして対外的に売り込み、社会全体の行動変容を促す取り組みが期待される。同時に、こうした意識をそれぞれの薬剤師が共有するための手段としても、本研究の手法は有用であると考える。

【参考文献】

１）厚生労働省、「薬局・薬剤師のあり方、医薬分業のあり方（その２）」、平成30年11月、
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000382711.pdf（cited:2023-01-24）
２）MACアドバイザリー株式会社、「薬局業界の最新動向」、
https://www.mac-advisory.jp/trend/statusquo/（cited:2023-01-24）
３）厚生労働省、「令和４年度調剤報酬改定の概要（調剤）」、令和４年３月、
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911825.pdf（cited:2023-01-24）
４）日本経済新聞、「薬局倒産が21年度に最多、負債額が倍増　淘汰加速」、令和４年６月、
https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUC11BEV0R10C22A5000000/?unlock=1（cited:2023-01-24）
５）厚生労働省、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行について（オンライン服薬指導関係）」、令和２年３月、https://www.mhlw.go.jp/content/000650601.pdf（cited:2023-01-24）
６）厚生労働省、「オンライン服薬指導の実施要領について」、令和４年９月、
https://www.mhlw.go.jp/content/000995230.pdf（cited:2023-01-24）
７）総務省、情報通信白書「デジタルトランスフォーメーション」、令和３年、
https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd112210.html（cited:2023-01-24）
８）Hall. S.R., The Advertising Handbook. CA: General Books, 1986.

９）Hill, T. and Westbook, R., SWOT Analysis: Its Time for a Product Recall, Long Range Planning, 30-1 , 1997; 46-92.
10）Kaplan, R-Norton, D.: The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. Harvard Business Reviews,（January-February）, 1992; 21-79.
11）総務省、情報通信白書「ICT サービスの利用動向」、令和３年、https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd242120.html（cited:2023-01-24）
12）デロイトトーマツ、「デロイト トーマツ調査、オンライン診療・オンライン服薬指導 利用率は伸び悩むも、経験者の76%は再度利用意向｜ Deloitte Japan」、令和３年８月、
https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/about-deloitte/articles/news-releases/nr20210816.html（cited:2023-01-24）
13）厚生労働省、「令和３年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況」、令和３年、
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf（cited:2023-01-24）
14）厚生労働省、「令和元年度国民生活基礎調査」、令和元年、
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/04.pdf（cited:2023-01-24）
15）Hiroshi Okada et al. Effects of Lifestyle Intervention Performed by Community Pharmacists on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: The Community Pharmacists Assist（Compass）Project, a Pragmatic Cluster Randomized Trial. Pharmacology & Pharmacy, 2016 ; 7（3）: 124-132.
16）Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes: Diabetes Res Clin Pract, 2011; 92（2）: 145-52.
17）Improving Blood Pressure Control Through Pharmacist Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, J Am Heart Assoc, 2014 ; 3（2）.
18）和田充夫、「超高関与消費者行動とその対応戦略 : BMW から宝塚歌劇まで」、平成25年、
https://core.ac.uk/download/pdf/143635981.pdf（cited:2023-01-24）
19）厚生労働省、「受療行動調査」、令和２年、
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/20/dl/kekka-gaiyo.pdf（cited:2023-01-24）
20）厚生労働省、「令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和３年度調査）の報告案について」、令和３年、
https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000860750.pdf（cited:2023-01-24）
21）厚生労働省、「処方箋１枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合」、令和３年、
https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/21/dl/gaiyo_data.pdf（cited:2023-01-24）
22）馬場園明、医療環境プロジエクト、九州大学ユーザーサイエンス機構、平成16年度～平成20年度最終報告書、2009; 56-61.
23）大竹文雄、行動経済学の使い方、岩波新書、2019.
24）厚生労働省、「電子処方箋管理サービスの運用について」、令和４年 10 月、
https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/001006251.pdf（cited:2023-01-24）
25）厚生労働省、「オンライン資格確認の導入について」、令和４年、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html（cited:2023-01-24）
26）厚生労働省、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」、令和４年１月、
https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf（cited:2023-01-24）
27）中央社会保険医療協議会、「第23回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」、令和３年、
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/23_houkoku_iryoukikan.pdf（cited:2023-01-24）
28）中央社会保険医療協議会、「第22回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」、令和元年、
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/22_houkoku_iryoukikan.pdf（cited:2023-01-24）
29）中央社会保険医療協議会、「第 21 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」、平成29年、
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/21_houkoku_iryoukikan.pdf（cited:2023-01-24）
30）中央社会保険医療協議会、「第 20 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」、平成27年、
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/20_houkoku_iryoukikan.pdf（cited:2023-01-24）
31）Keiko Naganuma et al. Survey of Community Pharmacists' Attitudes toward Pharmacies and the Roles of Family Pharmacists. Jpn J Drug Inform, 2020;21（4）: 159-171（cited:2023-01-24）
32）日本経済新聞、「Amazon、処方薬ネット販売に参入　中小薬局と患者仲介」、令和４年９月、
https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUA179IU0X10C22A8000000/c
33）厚生労働省、「調剤された薬剤の薬局からの配送等について」、令和４年３月、

https://www.mhlw.go.jp/content/000998582.pdf（cited:2023-01-24）
34）NHS Innovation Accelerator（NIA）、「NHS Innovation Accelerator: 2023 Intake Call for Applications」、
https://s38114.pcdn.co/wp-content/uploads/Call-for-Applications-2023-Intake-FINAL-01.09.22.pdf（cited:2023-01-24）
35）厚生労働省、「患者のための薬局ビジョン　概要」、2015年、
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/gaiyou_8.pdf（cited:2023-01-24）
36）厚生労働省、「薬剤師・薬局に関する KPI について」、平成27年12月、
https://www.mhlw.go.jp/stf/_06735.html（cited:2023-01-24）

（受付2023年 1 月 29 日、受稿2023年 5 月 24 日）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　19- 29,　2023

総説

2007年公益法人・医療法人制度改革を通じて医療法人の今後のあり方について「持分払戻請求事件」及び「厚生行政通知」から医療法人の諸課題を考察する。

山﨑哲男[1),2)]　片岡　直[3)]　馬場園　明[1),4)]

Review

The future of medical corporations through the 2007 public interest corporation/ medical corporation system reform Examining the various issues faced by medical corporations based on the “equity refund request cases” and “administrative notices” from competent authorities

Tetsuo YAMASAKI　Naoshi KATAOKA　Akira BABAZONO

【はじめに】

医療法人制度は、1950年（昭和25年）医療法の一部改正によって創設された。それから半世紀、医療法人制度の改革が、公益法人制度改革（民法法人）の一環として進められた。2006年（平成18年）6月に国会で成立した「医療制度改革関連法」は、2007年（平成19年）６月に成立したが、関連法の中でも医療提供体制を構築する「改正医療法」は、2006年（平成18年）６月21日に公布され2007年（平成19年）４月１日より施行された。

医療法は、わが国の医療提供体制の基本となるべき法律である。法の構造や内容をみると、医療機関に関する「規制法」としての性格から、「医療提供法」及び「医療サービス法」の性格を帯びてきた。改定の中で注目すべきものは、「医療法人制度改革」である。これは、政府の「公益法人制度の抜本改革」として民法一部改正（民法法人改革）との整合性を図りつつ、2005年（平成17年）７月22日、厚生労働省の「医業経営の非営利性等に関する検討会」による、「医療提供体制の担い手の中心となる医療法人の姿について」の報告書が法改正の指針となった。

その内容は、①非営利性の徹底 ②公益性の確立 ③効率性の向上 ④透明性の確保 ⑤安定した医業経営の実現の五つの柱となっている。その結果、「非営利性を徹底した医療法人」と「公益性の高い医療サービスを担う医療法人」の二種の類型となった。既存の「出資持分のある社団医療法人」については当分の間、現状のまま継続できる経過措置が設けられた。（医療法附則第十条の二・新医療法人への円滑な移行）

こうした医療法人制度改革の背景は、2004年（平成16年）11月19日の「公益法人制度改革に関する有識者会議最終報告」が示した「わが国の社会経済において、公益法人制度が明治29年民法制定以来、100余年にわたり抜本的な見直しは行われていず、そのため、時代に対応した社会のニーズへの対応が困難になりつつある。そのため民間非営利部門が今後の社会において従前以上の役割を果たすことが期待され、21世紀に相応しい仕組みに再構築する必要があると」いう問題意識にあったと云われている。

これを受けて2005年（平成17年）６月「公益法人制度の抜本改革に関する基本方針」を閣議決定したという経緯である。その上で、この方向性に沿って民間非営利部門としての医療法人の将来像についての検討が開始されることになった。このことは総じてわが国の社会システムの変革という医療提供体制の大きな改革になっていくことは大いに想定されたものであった。

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

2）新事業創出促進法 10 条九州 48 号病院管理学教育研究会
New Business Creation Promotion Act Article 10 Kyushu No. 48, The Society of Hospital Management Education

3）福岡大学名誉教授
Professor Emeritus of Fukuoka University

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

1、「規制改革・民間開放推進会議」からの医療法人制度改革の要求

他方、民間資本からの医療提供体制への「株式会社参入」要求がある。特に「出資持分のある医療法人」を営利法人と決めつけ、株式会社参入要求の口実にされたことは、当該医療法人としては大変な圧力となり反発が起きたことは当然の成り行きでもあった。この背景には、国際的な市場開放の圧力として、「規制緩和」「混合診療 の解禁」「医療市場開放」「公的保険医療の縮小」等が対日要求（平成７年から始まった〈米国政府から日本政府への年次改革要望書〉）[1] として突きつけられたことも政治的背景にある。

2、全体の問題の所在はどこにあるのか

問題点の第一は、医療法人のあり方・改革が単純に「地域の医療提供体制を担うために医療法人の医業経営の活性化を通じて患者や地域社会が求める医療ニーズに応えるもの」（平成17年７月22日医療制度改革の考え方〈報告〉）にとどまらず、問題点の第二は、医療制度改革の課題を激しい国際市場競争の渦中の問題として生々しく捉える必要があることを示している。したがって、「将来の医療法人の姿」というイメ ージは、強い医療法人とそうでない医療法人の競争、高機能病院とそうでない病院、公的保険外収入を充分に確保できる病院、公的保険収入以外の外部資金の導入で経営基盤を確立できる病院等、大と小、強と弱の対立構造の上に成る「医療法人の姿」というものを推認せざるをえない。医療法人改革はこうした問題を包含したものであること、むしろ「対立と競争」と「自然淘汰・人為の淘汰」が表面化するであろうと危惧しその怖れさえ抱くものである。

その上での問題点は、イ）今後の医療提供体制のあり方において、医療法人に何を求めたら、より健全な社会システムとして地域社会 のニーズに応えたことになるのか。ロ）医療法人の近代化の過度の進め方如何によっては多くの私的医療機関・医療法人の弱体につながらないのか。ハ）療養病床の多くを抱えた医療法人のあり方は 「将来の効率的な社会経済システム」からみてどうなるのか。こうした問題点を合わせて検証されてこそ 「医療法人問題」を検討する意味があるのではないかと考える。以下、そのための課題を整理する。

3、課題は何か

第一点は、当該法人がこれまで抱えてきた諸問題を「出資持分のある社団医療法人」における退会社員の持分払戻請求事件」の裁判例に着目し「出資持分の意味するもの」、当該法人に対する出資者の「出資持分請求」の正当性とその根拠、逆に医療法人側の対抗要件（抗弁事由）の根拠について明らかにすることである。

第二点は、医療法人制度の生成背景と厚生行政を検証し、制度創設の趣旨から「出資持分のある医療法人」の存立の理由を明確にすることである。

第三点は、わが国の「医療提供体制の構築と確立」に大きな役割を果たし、現在、今後ともその役割を担っていく医療法人の運営と組織のあり方である。

第四点は、医療法人制度の経緯と医療法人の性格(中間法人性、非営利性、非公益性)を考察し、わが国の医療供給体制の「大きな一翼」を担ってきた医療法人の今後の発展方向を見定めることである。

「大きな一翼」というのは、現在、わが国の病院施設総数(2021年8,025)に占める医療法人の割合は対施設数で69.2%(5,681施設)、対病床数で55.8%(837,103床)を占め、その次に多いのが、公的医療機関の対施設数で14.6%、対病床数で20.5%となっている。(資料「2021年12月分「病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部)[2]

明白なのは、「医療法人の近代化」は、わが国の医療の生成過程の事情を踏まえつつ柔軟にかつ自発的意思を尊重しておこなわないと地域医療体制が弱体化すると危惧するからである。さらに、平成23年までの医療費抑制策「療養病床の削減・介護施設への転換」の問題は、病院存続の「戦略的問題」として迫って来ているからである。

医療法人のあり方の改善へむけて〈自発的な対応〉と〈柔軟な移行〉にすすめば、今後のわが国の「医療提供体制」の中心的存在として引き続き役割を果たすであろうと推認できる。その為には、「持分の定めのある医療法人」における「持分払戻請求事件」の裁判例に着目して教訓を導き、「あるべき姿」を当該医療法人が自ら示さなければならない時に来ているのではないか。

一「持分払戻請求事件」裁判から、医療法人の発足時の背景と今日的問題。

1、「事件」の事実概要と裁判所の判示。

平成６年３月24日 東京地裁八王子支判判例集未登載（別冊ジュリストNo.183 医事法判例百選 p22)[3]

本件は、「平成６年(ネ)第19295号会員持分払戻請求事件」である。事実の概要は、〈Y〉(控訴人）は、昭和34年に設立され

た精神科等を専門とする病院を経営する社団たる医療法人である。〈X〉（原告・被控訴人）は昭和45年、50万円を出資して〈Y〉に入会し昭和61年退会した。〈Y〉の定款８条には「退会した会員は、払込済出資額に応じて払い戻しを請求することができる」との規定があり、〈X〉はこの規定にもとづき、〈Y〉の総資産額に、そのときの出資総額に占めるXの出資額の割合を乗じた額として5億6000万余円の支払いをもとめた。〈Y〉は、（１）設立以来の会員訴外〈A〉の死亡に際して出資金と同額の金銭を払い戻した例もあることから、定款８条の「払込出資額に応じて」は、払込み出資額そのものと理解されてきた。（２）仮に自己出資額の割合で求める方式としても〈X〉は設立から11年後に出資したものであり、その価値は設立時の出資とは同じでない、などと主張し争った。

本件の争点は、①持分払戻請求権が、医療法54条の剰余金配当の禁止に抵触するか否か。②持分払戻請求権が認められる場合には、その額をどのように算定するかにあった。裁判要旨は、「社団たる医療法人の設立後に出資して入会した社員の退会に伴う出資持分の払戻額は、当該出資時における法人の資産総額に当該社員の払込済出資額を加えた額に対する当該出資額の割合を退会時における法人の資産総額に乗じて算定すべきである」であった。

（２）原審（東京地裁八王子支判平成６年３月24日）[3] は、「〈Y〉の定款8条の規定は、退会した会員持分払い戻しの請求権、すなわち社団財産の分割を請求する権利を認めた趣旨であると解するのが相当である」「退会する会員が有する権利の度合いである持分割合は払込済出資額に比例するものであるから、払込済出資額中に占める割合として計算される」と判示した。〈Y〉の財産の価額については、「医療事業が存続することを前提とし、なるべく有利にこれを一括譲渡する価額を下回るものではないというべきである」として〈Y〉に対して5億4000万余円の支払いを命じた。

〈Y〉はこれを不服として控訴した。

2、東京高裁平成７年６月14日判決（控訴審）。※原判決は失当とし変更する。

（高民集第48巻２号165頁[4]、及び別冊ジュリストNo.183医事法判例百選　22頁有斐閣）[5]

１）医療法は、医療事業の経営主体に対して法人格を取得する途を拓き、これによって資金の調達の方途を講じて医療事業の経営の安定を図るとともに、医療法人が営利企業化することを防止して、社会的信用を確保するために各種の法的規制を加えた。その一つとしての医療法第54条は、「剰余金の配当はしてはならない」と規定している。一方、出資した会員が法人資産に持分を有する財産の帰属は、「医療法は専ら医療法 人の定款等において自律的に定めるところに委ねている」のであって、医療法56条は「医療法人解散時の残余財産の帰属乃至処分について」明らかにしている。その上で、「医療法人は、 損益計算上の利益金が生じた場合には、施設の整備充実、医療従事者の処遇、改善などに充てるほか、積立金として留保しなければならない」のであって、これを利益金として会員に分配し実質的に利益金の分配（配当）とみなされる行為をしてはならないのである。

２）定款８条において「持分」の定めを明記しているほか、同35条では「本会が解散した場合の残余財産は総会の採択を経て払込出資額に応じて分配するものとする」としている。会員への財産権（出資持分）を保障していることは明らかである。したがって、定款８条の定めを限定的に解釈して、脱退会員の払込済出資額そのもの、又は残余財産の価額中出資金に相当する部分の払い戻しを意味するに過ぎないと解することはできない。

３）設立後に出資した会員の持分割合は、当該出資時における〈Y〉の資産総額に当該会員の払込出資額を加えた額に対する当該出資額の割り合いによるものと解するのが相当である。

４）当該医療法人は依然として事業を継続することになるのであるから、この場合の客観的な価額の算定は清算価額によるものでなく、当該法人の事業の継続を前提として、当該資産を特定の事業のため一括して譲渡する場合の譲渡価額（営業価額）を標準とすべきものと解するのが相当である。

５）判示された算定方法は次のとおりであった。

被控訴人（当該会員）は、昭和45年５月26日に50万円出資し昭和63年３月31日に退会した。退会時の被控訴人の払込出資額の合計は456万3094円であった。控訴人（被告）の昭和45年５月26日当時の資産総額は、変動価格の著しい土地建物については当時の時価によるものとし、その他の資産負債額については昭和45年３月31日現在の貸借対照表上の近似値として採用するのが相当であり、鑑定結果によれば控訴人の資産総額と被控訴人の出資額を含めて４億3126万7005円であることが認められる。したがって、「被控訴人の出資持分割合は、４億3126万7,005分の50万0000」とするのが相当であるとした。

払い戻しの計算の基礎となる昭和63年３月31日現在の控訴人の資産評価額は、土地建物は昭和63年３月31日当時の時価によることとし、その余の資産負債は昭和63年３月31日現在の貸借対照表上のそれを採用する鑑定人の鑑定結果によれば、土地建物の当事の時価が54億0344万7000円、その余の資産５億5880万0632円、負債の額が８億4935万9320円であ

る。そのほか控訴人は、被控訴人に対して退職慰労金債務3,800万円を負担していた。その結果、控訴人の資産の評価額は50億7488万8312円であったことになる。(54億0344万7000円+５億5880万0632円-８億4935万9320円-3800万0000円)=50億7488万8312円である。したがって、払戻額は50億0344万7000円に出資持分割合431267005分の500000を乗じた額588万3696円の払戻金を支払う義務がある。

これと一部結論を異にする原判決はその限度で失当であって、本件控訴はその限度で理由があるから原判決を主文のとおり変更する。

3、研究者はどうみたか

1）国京則幸の見解　静岡大学教授 （別冊ジュリスト№183 医事法判例百選P23　有斐閣 ）[6]

本件の争点は、①剰余金配当の禁止(法54条)に抵触するかどうか ②持分払戻請求権が認められる場合、その額の算定をどうするかであった。結局、判断のポイントは医療法人の性格をどのように理解し、そのこととの関連で剰余金配当禁止の意味をどのように理解するかという点にある。本判決の「医療法では専ら定款において自立的に定めるところに委ねている」として、これまでと同様に持分払い戻しの請求権は認められるものとしている。ただし、按分割合の計算方法は、原審と控訴審の判断が分かれている。この点は判旨のとおり本件の示す出資時の総資産額に払込出資額を加えた額に対する当該出資額による持分という計算方法は妥当と考えられる。

4、論点は何か

1）「出資持分のある医療法人」における退会会員の「持分払戻」請求は正当性があるのか。請求を受けた医療法人側としてこれへの対抗要件（抗弁事由）に合理性はあるのか。

2）医療法人の性格をどのように解釈するか。 医療法人の定款と医療法54条、55条56条との関係の解釈から見て、持分払戻と剰余金配当の禁止条項との関係及び財産評価の仕方と払い 戻し計算方法の相違はなにか。

3）「出資持分のある医療法人」の発足の背景は、医療法及び医療法人制度創設時の時代背景に起因する。これを前提に医療法人の中間法人的性格をどう理解するか。

4）「医業経営の安定と永続性の確保をはかる」という「医療法人制度創設の目的」からみて「出資持分のある医療法人」は、「医療提供体制の合理的改善・近代化」にとって障害とならないか。

5）「出資持分のある医療法人」は果たして営利法人と同類か。「基金拠出型医療法人」（平成19年４月１日公布）の趣旨を可としても、現行の「出資持分のある医療法人」を漸次に移行を期すとする「経過措置適応型法人」という位置づけは、医療供給体制の伝統的な基盤を危うくしないのか。それとも強化につながるか。

二 「出資持分請求」の正当性と医療法人の対抗要件 （抗弁事由）について

①医療法人発足経緯とその積極的意義、及び主務官庁の育成指導の問題点について

②「出資持分のある医療法人」の発足経緯について

③戦後わが国の医療供給体制構築過程における「私人による医療事業としての医療法人設立」の役割について。

1　持分請求の正当性について

出資持分とは、社団である法人の構成員（その他、合名、合資、有限会社の社員、協同組合の組合員、特殊法人の出資者等）の持ち分であり、対象となる財産は法人の財産である。社員がその資格において法人に対して持つ権利義務の総体（いわゆる社員権=議決権）の共益権、残余財産分配請求権等の自益権をいう。持分は、譲渡、相続、また差し押さえを受ける性格を持っている。法人の解散、社員の退会の場合にはじめて具体的権利義務となる。原則として出資の額の割合に応じて定まる。これらは法人の定款の自主的定めに委ねられている。持分請求の正当性は、この自主的に定めた定款によるものであると解釈できる。当然、社員の議決権は、出資に関係なく一人一議決権（特段の定めのある場合を除いて）によって正当性は保障されるものである。

（医療法第48条の４「社員は、各一個の議決権を有する」）及び、医療法人制度の運用について（昭和63年12月21日健政発750通知、別添医療法人運営管理指導要綱、平成19年３月30日医政発0330通知、医療法人の定款及び寄付行為別添１、[2] [8]

今後、当該医療法人が医業の継続を続行する限りにおいては、 その他の出資会員の持分は有効であることには変わりない。当該医療法人が法人形態を変更する旨の「定款変更」をおこなうことも、医療供給体制や医療法人制度の要請するところに従って変更することはあっても、当該法人が退会会員（出資持分者）の自発的な持分の放棄等は別として、（退会せずしても

出資持分の定めを廃止・破棄することも可能であるが）法的根拠なくしてこの「出資持分」は消滅するものでないことはあきらかである。

2　医療法人の対抗要件（抗弁事由）は医業の継続にある。

医療法人は、法人設立時の自己資金調達義務条項（施行規則第30条、医療法人の資産）により出資会員を募り土地・金銭を調達し、「持ち分の定め有り」とした定款を主務官庁に届出し認可を受けこれを登記する。（法第46条・法人の成立）。これは、定款が法的に第三者への対抗要件を備えた法的性格を持っていることを意味し、併せて医療法人としては定款を遵守する義務が伴うことは明らかである。しかも、この出資持分に対するどれほどの認識が医療法人にあったか、東京高裁平成７年６月14日判決「会員持分払戻請求事件」における控訴人の「持分」に対する認識は甚だ大変不明朗なものである。剰余金配当の禁止（医療法54条）と混同していたのではないかという疑いさえ抱かざるを得ない。こうした認識に起因して医療法人の「出資持分」が、時として「係争事件」にまで発展してきた要因をつくったものといえる。他に医療法人創設の理念にそぐわない状況、コンプライアンスに反する状況を招いていることも本旨とはいえないであろう。

このことは、後に述べるが主務官庁の医療法人育成指導（厚生省 昭和32年通知）にも「不明朗な認識と通達」と「傍観者的態度」によって改善すべき問題点を長引かせたのではないかと考える。

今後、医療法人において「医業の継続の意思」が明確であれば、「退会会員の持分請求」と法人資産の算定、その価額、計算方法については医療の継続を前提としたものでなければならないし、「公共の福祉」という観点で調整し比較衡量されなければならないだろう。

東京高裁平成７年６月14日判決[4] は、「当該医療法人は依然として事業を継続することになるのであるから、この場合の客観的な価額の算定は、いわゆる清算価額でなく当該医療法人の事業の継続を前提として、当該資産を特定の事業のために一括して譲渡する場合の譲渡価額（営業価額）を標準とすべきものと解するのが相当である」と判決し持分払戻請求権を認めたのである。他の裁判例においても、東京地判昭53年４月17日（行集29巻４号538頁）、東京高判昭54年４月17日（行集30巻４号762頁）、東京地判平成15年11月18日（金判1191号46頁）等々において相続税の算定に関わるものとしての持分払戻請求も含めて、いずれも払戻請求権を認めている。

3　医療法人の発足時の主務官庁の「育成」指導について

1）昭和25年厚生事務次官通知の意味するもの―今日における積極的評価―

医療法人の発足経緯と主務官庁の育成指導について若干述べたい。このことは「請求事件」が医療法人のあり方に問題を投げかけてきたばかりでなく、近年「出資持分のある医療法人」を営利法人と見る暴論が一部の論者から主張されるからである。また、医療法人の多数を会員とする財団法人日本医療法人協会も「出資持分のある医療法人」の評価を専ら低くみている状況がある。

昭和23年の医療法施行に続き、昭和25年に医療法の一部改正により医療法人制度が創設されたが、その時の医療法人制度の趣旨は、「私人による病院経営の経済的困難を、医療事業の経営体に対し、法人格の取得の途を拓き、資金集積の方途を容易に講ぜしめること等により、医業の永続性の確保と非営利性を損なうことがないようにするため（法39条、40条、40条の２）」とした。さらに、「医療法人制度の運用について」は、医療事業の特殊性に鑑み、種々の問題が予想され、又これが運用の適否は、わが国の医療事業の発展に影響するところも少なからぬものと認められるので、本法の運営に当たっては、特に左記事項に留意の上、初期目的の達成に遺憾なきを期せられたく、命によって通知する」としている。昭和25年８月２日厚生省発医98事務次官通知「医療法の一部を改正する法律の施行に関する件」[9]（改正昭和44年厚生省発医51）は、今日でも歴史的に評価できるものとして捉えることができる。さらに、当該通知は「医療法人は病院または一定規模以上の診療所の経営を主たる目的とするものでなければならないが、それ以外に積極的な公益性は要求されず、この点で民法上の公益法人とは区別され又その営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たること否定されており、この点で商法上の会社と区別されること」又「将来医療事業をおこなう公益法人を設立することを妨げるものではない」「従来株式会社等商法上の会社組織により医療事業をおこなっていた者については、できるだけ医療法人による組織変更せしめると共に、今後会社組織による病院経営は認めない方針を採り本制度を活用せられたいこと」等であった。

本稿は、先に述べた「今日でも歴史的な評価として捉えることができる」としたのは、この通知が私人による病院経営の法人形態には、商法上の会社組織による経営をのぞけば、一定の要件の下で、民法35条の公益法人や医療法による医療法人の選択の自由が提示されていること、さらに、医療法人設立に当たって「積極的な公益性を要求しない」としたことである。ここで、「積極的な公益性」を医療法人制度の要件として要求したとしたらどのような結果になっていたのか。私人による病院経営

は発展の芽を削がれたに違いないと容易に想定できる。これまでの大方の理解は「公益性は認められていない」という消極的な捉え方が医療界でも通説であったし、逆説的にはその通りであろう。

2）通知の積極的な評価の理由

本稿における「通知の積極的な評価」の理由は、昭和25年当時、わが国の社会システムの未構築の状況下にあり、国民健康保険への未加入者4,000余万人も残されていたさ中（皆保険はその10年後のことである）のことでもあった。わが国の伝統的開業医制度の下で私人である開業医の活力に依拠せずしてわが国の医療供給（提供）体制の構築は不可能であったことを考慮すれば、厚生事務次官通知の「積極的な公益性を医療法人には要求しない」という通知は、現実的、且つ客観性のあるものとして「今日でも歴史的な評価として捉える」としたのである。この「通知」は、その後に起きる厚生行政の「あいまいな通知（32年通知）」を変更・是正する指針ともなり、且つ商法上の会社組織による経営参入に対する反証の根拠となり、その後の「医療法人改革」の指針にもなったからである。

（注・医療供給体制の整備は、昭和25年から６年後の昭和31年の厚生白書「第二章・国民の保健状態・医療制度の状態」を参照）[10]

（平成17年2月22日医業経営の非営利性等に関する検討会報告「医療法人制度改革の考え方」「医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿」「医療法人制度をめぐる考え方の整理・営利を目的としない法人の考え方について」参照）[11]

3）昭和25年から35年までの当時の社会と医療の事情

この事務次官通知が出た1950年（昭和25年）の背景は、「社会保障制度に関する勧告」がだされ、日本の人口は8320万人程度であり、そのうち被保険者は健康保険600万人（被扶養者1,200万人）国民健康保険2240万人、船員保険約12万人（被扶養者20万人）であった。実に4000万人は無保険状態であった。また、医療供給体制については、医師は約 76,400人（社会保険療養担当者は54,000人）、病院総数は4,200（うち一般病院は2,900）病床総数は276,000床（一般病床184,000床）一般診療所 44,000であった。

脆弱な医療の実態から病院の永続性を確保するため「医療事業をおこなっていた者については、できるだけ医療法人による組織変更せしめると共に、今後会社組織による病院経営は認めない方針を採り本制度を活用せられたいこと」等の指針を規定したものであった。

この「昭和25年通知」は、その後に起きる厚生行政のぶれによる「あいまいな通知」を正し、是正する指針ともなり、商法上の会社組織による経営参入に対する反論の根拠にもなり、新たに今日の「医療法人制度改革」の指針にもなったものである。

（厚生省医務局編「医制百年史」ぎょうせい1976年）（講座・社会保障法第4巻 第3章70頁、以下日本社会保障法学会編）[12]

4）昭和36年国民皆保険以後

無保険者は1,100万人に減少。 病院総数6,294（一般5000）、病床数72万床（うち一般33万床）一般診療所60,000と飛躍した。こうして1950年から1961年まで10年間、医療法人病院、個人病院数、個人診療所が飛躍したのは私人による経営主体の設置として「出資持分のある医療法人」が大きな役割を果たしたものと云える。この当時の事情として、①医療法人設立には自己資金保有20%のハードルの高い要件が課せられていた。②当時は、まだ国民皆保険体制には程遠く、健康保険に未加入者を多く抱え、医療機関の維持する経済的基盤は構築されていなかったこと。③診療所を中心とする開業医が圧倒的多数をしめ、自由診療と療養費払い制度でお金のある人しか中々受療できなかったこと。（※地方や過疎地では治療費の支払いを現金以外の物で支払うような事情があった）④こうした、国内の社会的背景を抱えて、医療法も医療法人制度もどちらかと言うと個人の資産家、篤志家に依拠して医療施設の再建と構築を図ってきた。医師・医師会も公的病院の拡大よりも民間医療機関の拡大を望んでいたこともあり、「医療提供体制」の構築には「私的個人的出資・土地の提供・建物の賃貸し」に頼る以外にはなかったのである。⑤したがって今日の発展は、医療法人が私人による経営主体の設置というわが国特有の「自由開業制」の伝統が基盤となって戦後の発展の礎になったものと云える。

5）日本的特徴の発展の基礎として―個人開業医から国民健康保険法下の開業保険医へ―

昭和21年ベバリッジ報告の影響で「社会保障制度要綱案」がつくられ、アメリカ社会保障制度調査団による「ワンデル勧告」が出発の要因となった。さらに日本国憲法第25条を社会保障の理念・理論的基礎（由来法）とし、1950年10月、社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」が出された。[13] これが、戦後日本の社会保障制度の軌道を設定したものとなった。国内的・国際的背景では、第二次世界大戦後の世界の諸国の憲法が、21世紀型憲法としての特徴、「社会法」を採用したところに由来するものである。

しかしながら、社会保障としての医療保障制度を保持する保険財源等では困難を極め、昭和36年の国民皆保険・国民皆年金の発足でようやく大枠で制度が軌道に乗ったかのようであったが、その制度は荒っぽい枠組みだけのもので保険制度間の格差が現出し、当時、政府は全国に100か所の病院建設の計画を私的・民間に頼らざるをえなかったのである。この時、一躍躍り出たのが医師個人が経営する私的、個人立の無床診療所・有床診療所であった。病院は、明治大正から息づいた企業病院（炭鉱病院、製鉄病院、造船病院、キリスト教病院、恩賜病院等）であり、国の病院は、旧陸軍、旧海軍の払下げで出発（国病・国療）することになった。全国津々浦々には、私的な無床診療所から有床診療所へ、そして小規模の個人病院へと発展する形態をとってきた。このような病院事業における日本の民間医療機関の発展過程における「私的同族的経営」は日本的特徴として積極的に評価されるべきものと考える。

令和元年現在、病院総数8,300施設の中、医療法人（社団・財団）5,700施設あり、この内「出資持分のある医療法人」は99%を占めている。移行政策だけで出資・持分をなくすことは不可能に等しい。（※一部では自然淘汰策を議論する向きもある）

4 いつから始まったのか、「請求事件」。「厚生省昭和32年通知」の問題点。

昭和32年12月７日 厚生省健康政策局総務計画指導課長総第43号の通知「医療法人に対する出資物件の返還について」[14] によれば、「医療法人の定款中に〈退社した会員は、その出資額に応じて払い戻しを請求することができる〉と規定されている場合に、提供された現物（土地及び建物）は、病院経営上欠くべからざるものである。現金の代わりに出資した土地見積価格である金額をもつて返還することをもつて足りると解するが如何か」の【問】に対して、当時、厚生省の回答は、「退社社員に対する持分の払戻は、退社当時当該医療法人が有する財産の総額を基準として、当該社員の出資額に応ずる金銭でなしても差し支えないものと解する」ということであった。今日の裁判例から見れば実に単調すぎ、広い解釈を誘因する結果を招く恐れがある通知である。これでは、「平成６年東京地裁判決」と同様な解釈になりかねない。「平成７年東京高裁判決」とは大きく遊離している。医療法人のその時のおかれた状況を考慮せず短刀直入なる通知であると云える。実は、この昭和32年通知後から「持分請求」が全国的に起こり始めたと日本医療法人協会は語っている。昭和32年通知の問題点である。

三　医療法人の新たな難問「株式会社の参入」と「非営利性・公益性維持」のはざまで

１、昭和32年厚生省通知の問題点

最初に、医療法人の非営利性と営利法人の営利性の相違について、平成17年７月22日の厚生労働省「医業経営の非営利性等に関する検討会報告書」によって整理しておく必要がある。あわせて、平成16年12月公表の「規制改革・民間開放推進会議第一次答申」[15] に対して批判を述べたい。

平成17年７月22日の厚生労働省「医業経営の非営利性等に関する検討会報告書」は、「営利を目的としない」法人の考え方について以下のようにまとめた。「営利を目的としない」という考え方として、社団形態の非営利法人における社員の権利義務は、①出資義務をおわない。②利益分配しない。③残余財産分配請求権を有しない。④持分を有しないとして営利法人と区別している。

「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」[16] または、大審院判例（大判昭元12.27民集5、906）[17] では、「営利法人の定義」として「営利を目的とする社団法人なれば必ずしも年々利益配当をなすことを要せず。（略）解散の際、社員に分配すべき残余財産を増殖するに妨げなき契約なるにおいては営利法人たる会社の本質と相容れざるものと謂うべからず」と判示している。こうした法人形態は、営利法人と違いがないとした。現行の医療法も大審院判例に沿って、法54条、法56条によって医療法人が「営利を目的としない」ことは法律上も担保されているところである。

一方で、昭和32年12月総第43号厚生省医務局総務課長通知は「土地の現物出資という事案について、土地の価額を現金に換算して払い戻すことを退社社員に対して「退社時」の法人の資産総額を基準にして払い戻す」というものであった。このことは配当禁止に抵触するのではないかという疑念が生じてくる。先の「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」[16] に示す「営利を目的にしない」の考え方からいっても相当性がない。したがって「32年通知」を廃止し、このような疑念が起こらないよう今後対応すべきである。見直す際には、「長年の経緯の蓄積という実情」を踏まえた上でおこなうべきである。

再度であるが医療法人の定款作成には行政指導が一貫して絡まって今日まで続いてきた。重要なのは「報告書」も述べているように、「長年の経緯の蓄積という実情」があるということである。この点を直視しての新たな行政指導が必要になるものと云える。そのためには、民間非営利部門としての医療法人の新たなルールを法令上の措置としておこなうべきである。

２、医療法人の実情から出発して

医療法人制度の発足時から「出資持分のある医療法人（社団）」は、行政の示すモデル定款に準拠して定款を作成し認可をうけ登記した。それは個人病院の自発的なものでもあるが、厚生行政の整備目標にそって精力的に進められてきたものである。

そのモデル定款では「剰余金の配当は禁止」されているが、途中退社及び解散時に医療法人財産を持分の割合に応じて分配することは禁止していない。

(注)定款モデル―昭和25年8月9日 医発521医務局長通知、昭和61年6月26日健政局発410健政局長通知 [18]

この「会員持分払戻請求権」問題が、医業経営の安定と永続性の確保を図るとする医療法人制度創設の目的を危くしており種々の問題を生じ裁判沙汰にも発展してきている。さらに、昨今この「持分有り医療法人」を営利法人と同類とみなして、「公益性」の尺度を設定して下位への分類、分別を図ることや、「営利法人参入」の正当化に使われるなどの両方から難問に直面している。現状に即した医療法人制度改革は不可欠の問題である。

こうしたことから「出資持分のある医療法人における会員持分払戻請求事件」の裁判例の教訓は、今後の大量の医療法人の移行促進の具体的対策の立案に資することになるだろう。「会員持分払戻請求事件」の判例は、医療法人のあり方その可否等に触れるものではなく、「出資額の払戻請求権と価額算定方法」の争いであるが、こうした事例又は類似した事柄は、かなり年月を経た医療法人、しかも同族性の強い経営体ではよく散見され、一種の「お家騒動」「親族同士の争い」に発展するケースであった。

3　倫理観を疑う「規制改革・民間解放推進会議」の法人論―これに対する厚生労働省の反論。

政府は医療制度改革を断行し、「医療費削減・抑制策」の喫緊の課題として、病床削減、在院日数短縮、病院淘汰が進められている最中に、かたや、総合規制改革会議の答申した側から「株式会社参入・株式会社病院論」問題を投げかけられた医療法人側又は厚生行政担当者の受けた衝撃は、医療における基本的理念の180度転換を迫るものである。

一方では、医療法人制度60余年を経ての制度の歪みへの警鐘でもあった。これらは、「規制改革・民間開放推進会議」の主張に対する「厚生労働省の考え方」による反論としてその対立点と相違が浮き彫りとなった。「推進会議」の論拠は全体として根拠が希薄で主張の理由さえ意味不明である。極めつけは「株式会社の医療法人への出資には、出資額に応じた議決権個数（投票は出資額に応じて増すこと）」さえ要求していることである。

これに対して厚生労働省は「法人の性格が公益的なものから有力社員の私益的なものになる危険性がある」[19] と反論した。さらに、「社会福祉法人への施設整備補助の全面廃止」の主張に対して、厚生労働省は「現状で、施設整備補助を廃止したとすると、大規模広域型施設が必要以上につくられ、在宅要介護者が大型施設へ誘導促進される恐れがある。これは介護サービスの質の向上、介護財政の面から見て問題が大きい」と反論している。

以上の厚生労働省の反論から分かるのは、「規制改革・民間開放推進会議」の主張は「営利性原理一辺倒」であり、「公益的より私益優先」の主張である。これではまともな議論が成りたつはずがない。「内閣総理大臣の諮問機関」としては実にお粗末といわなければならない。

ついに、平成19年４月１日より公益性の高い「社会医療法人」が医療法一部改正により、平成19年４月に導入されるに至った。必然的に「出資持分のある医療法人」に対する移行策の立場から「持分制のあり方」「理事会の組織運営」「社員の役割」「同族要件」等々の指摘がはいり、同年より新設医療法人「基金拠出型法人」が創設され、既存の「出資持分のある医療法人」には強制移行とはせず、「経過措置型法人」への過度的なものとして扱うこととなった。医療提供体制の中心となる新しい医療法人の姿とはどんなイメージのものとなるのか、営利法人の参入の防止になるのか、医療の営利化の防止になるのか内閣総理大臣と対立してまで押し通した厚生行政の思惑はどこにあったのか。（※当時、首相官邸対厚生労働省の対立はその他の施策でも激しかった）。今後の経緯に注目したいものである。

四　この半世紀、医療法人の果たしてきた役割の原点に戻って

1　医療法人の経営と運営の近代化と新たな「医療法人の姿」とは。

わが国の医療事情・医療費構造を再確認する。令和２年の日本の医療費は約42兆円である。平成29年から横這い若しくは自然増の増加傾向である。先進国との国際比較（国民医療費／国内総生産GDP）では先進国中18位の最下位である。「医療費抑制」では世界で一番効果をあげていることになる。くせ者は「抑制」という用語である。医療費全体の増加を抑制するとしながら、「国負担の抑制」は必然として「国民負担・地方自治体の負担」の増加という図式になるのである。

総医療費42兆円の財源は、国の一般会計予算(税金)から11兆円、 地方が５兆４千億円、保険料負担が21兆２千億円（事業主負担９兆１千億円、被保険者負担12兆１千億円)、及び患者窓口負担５兆円となる。つまり、国が25%、地方自治体が12%、事業主負担が21%、被保険者の保険料負担28%、患者窓口負担11%である。(厚生労働省統 計情報部 令和２年国民医療費・医療経済実態調査）[20]

今後、医療費はどう増えるのか。厚生労働省は2025年は52兆円の医療費となると推計している。ここに、政府が医療費抑制策として、療養病床の削減、医師を減らす、入院日数を減らす、公的医療の範囲の縮小、患者負担増等々の削減目標を打ち出

し、その最大のターゲットになったのが実は医療法人なのである。 医療法人は、わが国の医療提供体制の中での規模的役割も大きいし、入院日数も長く、療養病床のほとんどを保有している。一方では、医療費抑制策の最大のターゲットにもなり易いということである。

医療法人は、病床数1,500,057の55.8%(837,103)、総施設数の63.9%(5,683)占めている。公的医療機関は、総病床数の22%、施設数の15%を占めている。国は総病床数の９%、施設数の４%を占めている。学校法人等公益法人が総病床数の13%、施設数の９%を占めている。削減・転換対象の療養病床を有する病院は、4187施設。病床数346、000床で医療法人がその殆んどを占めている。令和３年10月１日現在（厚生労働省大臣官房統計情報部）[21]

この「出資持分のある医療法人」が、今日の医療法人制度の改変とともに、国の医療費抑制策の両面から難題を抱えることになる。「医療法人の近代化」に対応していればすむという状況でないことは明らかである。制度発足時からの病院、その後の病院においても、法人設立への対応能力を持ち合わせていなかった多くの個人病院は、行政の示すモデル定款の丸写し又は準拠して認可を受け登記してきたものであり、長い間、特段の行政チェックもなく推移してきた経緯があった。（※病院の増改築、病床変更、定期監査では法人要件に関する検査は一般にないが、 医療法人資格で本来的新規事業に乗り出す場合、例えば、看護学校設立、研究所設立、老人保健施設設置、理事長交代のときには法人調書提出でチェックがかかる)。

2　動き出すか、今後の「医療法人の姿」にむかって

医療法人改革は、公益性の高い順に法人を類型化することになるが、中間法人といわれながらも「持分有り」を営利法人と同類とみなし「株式会社病院の参入」を正当化する一部の論者には同意できない。医療法人当事者は、新たな展開へ向かって進みだしたように見受けられる。やや古い統計であるが、平成19年度時点での状況を推し量ることのできるほどの調査がある。平成16年９月から11月にかけて日本医療法人協会が実施した会員アンケート[22] よれば、1410法人を対象としアンケート回収率12.9%の182法人の有効回答によれば次のようであった。

表１　出資持分をどのようにとらえているか。　下段数字は構成割合%　　出典[21]

区分	賛同する	賛同しない	どちらとも いえない	無回答
①出資持分があるからこそ病院の質を向上させる意欲がわいてくる	52 28.6	42 23.1	75 41.2	13 7.1
②出資持分を解消すると病院経営の権利が奪われるおそれがある。	43 23.6	55 30.2	69 34.6	15 14.8
③出資持分を解消したいが先祖代々の病院なので放棄しづらい。	23 12.6	69 37.9	63 34.6	27 14.8
④病院経営上、出資持分を解消してより公益性の高い法人形態に移行したい。	104 57.1	20 11.1	33 18.1	25 13.7
⑤すでに出資持分を解消した。	77 42.3	27 14.8	26 14.3	52 28.6

表２ 出資持分にともなう問題はいかに解消すべきか　下段数字は構成割合%　出典[21]

区分	必要	必要ない	どちらとも いえない	無回答
①出資限度額法人の普及	107 58.8	22 12.1	40 22.0	13 7.1
②特定医療法人･特別医療法人の要件緩和	138 75.8	12 6.6	25 13.7	7 3.8
③その他(問題解消のための施策)	46 25.3	10 5.5	24 13.2	102 56.0

表１、表２で、出資持分に対する捉え方は、「長年の経過の蓄積」という実情による考え方が色濃く反映している。①「公益性の高い法人形態に移行したい」57.1%、「すでに出資持分を解消した」42.3%。「出資額限度法人の普及」58.8%と前向きな捉え方が目立っている。これは、出資持分が銀行の融資担保に入っていることなどの制約を除けば、近年、病院事業への投資が銀行融資に大きく依拠していることから、持分出資の有用性が相対的に低下してきていることを意味し、病院事業の多角的展開を行ううえで公益性の高い事業への志向を重視する認識に変化してきたものと解することもできる。しかし、「近年公益性の高い法人」と「そこまで求められていない法人」の二重（極）構造に区分され、補助金等にも格差が設けられている中で「公益性の高い方向へ志向」も果たして本音で語られるのか予断を許さないところである。

②「出資持分が病院事業への意欲向上を図っている」28.6%の回答は３分の１弱である。「経営権を護る」が23.6%と４分の

１弱であるが、これこそが民間医療機関の成長と持続のエネルギーでもあったし、経営者の「経営への責任感、倫理観」の源泉でもあったことは否定できない。

③当然、有床診療所、個人病院から発展した医療法人であるだけにその事情は千差万別であろう。医療法人改革による「医療法人の将来像」は、いかに医療サービスの内容（例えば救急救命医療の実施、患者の人権等）を向上させるかにかかってくるだろう。

おわりに

昭和23年をわが国における「本格的な近代病院」の創設に始まりと考えられる。（※理念的、理論的基礎としての日本国憲法25条の発動、社会法の整備、医療・公衆衛生関連法規が1948年から一斉に成立した。西欧諸国の福祉国家の思想が取りいれられたことを背景として「社会保障・医療保障の法的構造と体系」が整備された）

昭和36年国民皆保険をへて今日、わが国の保健・医療の国際的評価は、平成18年のWHOによる評価では健康達成度総合評価で第一位であった。GDP対の医療費割合の評価第18位にもかかわらずである。日本医療分析をおこなったことで定評のある池上直己とJCキャンベル[23]は、「国民皆保険、医療費の抑制という大きな政策目標を実現しており、基本的には平等な医療体制が国際的にみて低い医療費の水準で達成されている」と指摘している。

昭和25年から半世紀以上にわたってわが国の医療提供体制の中核的役割を果たしてきた医療法人とりわけ「出資持分のある医療法人」は、コンプライアンスの遵守、患者の人権の尊重、法人組織をより合理性のある組織体に改革することは国民の保健・医療・福祉のニーズに応えていくためには避けられない課題である。すでに、療養病床の転換・削減が実行されている今日、疾病別患者の動態の分析、病棟・病床の機能化、多角化戦略の観点から現状を分析し、再度将来像を描き見ることが必要であることを強調したい。

その際「医療法人が長年の経過の蓄積という実情を踏まえた上で」（平成19年７月22日報告書）移行することが重視される。願わくば、政府の医療費「抑制」政策が社会保障としての医療保障の理念を堅持し損なわないように、医療難民（自己負担難民）を作り出すことがないよう望むところである。

翻って、イギリスのサッチャー政権下(1979−1990)での「医療の疲弊」、「医療の質の低下」がブレア政権になっても回復せず、ようやく医療費GDP比で日本を抜いて先進国中17位まで上昇してきたものの、いったん落ち込んだもの、破局したものはなかなかもとに戻らない困難さ、医療が醸し出した「医療文化・哲学」の荒廃があったことを想起し、わが国の政策が「医療の疲弊」「患者の人権軽視」を作り出さないこと、「伝統的な医療文化・哲学」を壊さないことを願うところである。

本稿は医療法人の新規医療法人への「移行手続き等々の実務」については研究対象から除外した。

注）「病院株式会社論者」は、特別に選別された病院として「公的保険上の優位的地位」「経済特区的権益」の獲得を要求しているのであり、公的保険制度から離脱して独自の民間市場で医療等の事業を行うことではないらしい。

注）現存する「株式会社病院」は、明治期・大正期から戦後炭鉱、鉱山を中心に炭鉱会社付属病院、造船会社、製鉄会社の病院として設立され現在も運営されている。しかし、これらの病院は、主務官庁より健康保険医療制度の下で「保険医指定」「療養取扱保険医療機関指定」の二重指定を受けている。全国で約46の企業病院と推定される。これをもって今後の「株式会社病院」の根拠にはならないことは行政通知でも明らかである。（昭和25年8月2日 厚生省医発 98号 事務次官通知第一の4）

参考文献・資料出典

１）「米国政府から日本政府への年次改革要望書」　2007年米国大使館ホームページ。
その他、関連する文献として以下のものを挙げる。
日野秀逸東北大学経済学教授著「市場の中の医療改革」　新日本出版社
元ハーバード大学医学部助教授 李啓充著「米国医療の実態から日本の医療改革を考える」
岡部陽二著「病院経営への株式会社参入の是非を問う」広島国際大学
２）2021年12月分「病院報告」厚生労働大臣官房統計情報部。
３）別冊ジュリスト№183｝　2006年9月、医事法判例百選　22頁、有斐閣
４）高民集第48巻2号165頁
「別冊ジュリスト№183」2006年9月、医事法判例百選　22頁、有斐閣。
５）「別冊ジュリスト№183」2006年9月、医事法判例百選　23頁　有斐閣。
６）「別冊ジュリスト№183」2006年9月、医事法判例百選　22頁、有斐閣。
７）削除

８）平成28年版「医療六法」949頁 977頁　978頁　982頁　中央法規。
９）平成28年版「医療六法」351頁　中央法規。
10)「医療福祉行政論」、312頁-334頁　2004年、メジカルフレンド社東京、
その他、関連する文献として以下のものをあげる。
井伊雅子著「医療と社会Vol.18 №1」〈日本の医療保険制度の歩みと今日的課題〉、2008 医療科学研究所。
姉崎正平著「病院の機能分化」 厚生省病院管理研究所
西岡幸泰著「現代日本医療政策論」 労働旬報社
吉原謙治・和田勝編著「日本医療保険制度史」1999、東洋経済新報社
11）平成17年２月22日、「医業経営の非営利性等に関する検討会報告書」検討会事務局資料（公表）。
12）厚生省医務局編「医制80年史」　1976年　ぎようせい。
「講座・社会保障法第4巻　第三章　70頁　日本社会保障法学会編　2003年　法律文化社。
「医療福祉行政論」、14-15頁　2004年、　メジカルフレンド社東京、
13）岩村正彦、菊池馨実、嵩さやか編著「目で見る社会保障法第四版」２－４頁　2007、有斐閣
ベヴァリッジ報告書和訳・山田雄三監訳、1975、至誠堂。
14）平成28年版「医療六法」 1127頁、〈昭和32年12月７日総43回答〉　中央法規。
15）議事録及び答申書（公表）
16）2004年１月23日、第四回公益法人制度改革に関する有識者会議議事録。行政改革推進事務局資料（公表）。
17)「大審院判例集」民集5、906頁
18）平成28年版「医療六法」942頁　別添４〈定款モデル〉 中央法規。
19）規制改革・民間開放推進会議議事録　事務局資料（公表）。
20）厚生労働省ホームページ。
21）厚生労働省ホームページ。
22)「2005年」２月２日　№793 Japan Medicine　〈日本医療法人協会実施の会員アンケート〉
23）池上直己、JCキャンベル著「日本の医療-統制とバランス感覚」 116頁　1996　中公新書。

（受付2023年10月４日、受稿2023年　10月18日）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　31 - 37,　2023

訪問リハビリテーションの生産性向上を目指した取り組み
～住み慣れた地域で人生の最期まで、その人らしい生活を提供できる支援体制を目指して～

大迫尚仁[1)]、五十峯かずみ[1)]、平川智士[1)]、井料健勝[2)]、菊池博之[3)]、中村真之[3)]、田島紘己[3)]、
夏越祥次[3)]、髙田昌実[3)]、窪田昌行[4),5)]、馬場園明[5),6)]

Initiatives aimed at improving productivity in home-visit rehabilitation
-Aiming to create a support system that allows people to live their own lives in a familiar area until the end of their lives-

Naohito OSAKO, Kazumi IZUMINE, Satoshi HIRAKAWA, Kensho IRYO, Hiroyuki KIKUCHI,
Masayuki NAKAMURA, Hiroki TAJIMA, Shoji NATSUGOE, Masachika TAKATA,
Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

1. はじめに

わが国では、医療の高度化、保健・衛生・福祉の充実等により平均寿命が延伸した一方で、出生数は減少し、少子高齢化が進展している。団塊の世代が75歳以上となる2025年には、世界に例のない超高齢社会を迎え、今後も高齢化が進展すると推計されている[1) 2)]。少子化は、総人口減少とともに生産年齢人口の減少も引き起こしているため、国の経済や財政などに与える影響が懸念されている[2)]。また、世帯の家族構成や地域社会との関係も変化し、自助・互助・公助・共助を一体的に取り組める支援体制の構築が急務である。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・連携の取り組みが進められており、医療と介護の連携がますます重要になってきている[3)]。

このような社会背景のもと、リハビリテーションも同様に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が急性期医療から地域生活支援に至るすべてのステージで、適時・適切かつシームレスにリハビリテーション医療が提供されることが必須である。特に住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けることができるように支援するためには、介護保険領域でのリハビリテーションサービス（地域リハビリテーション）が重要となる[4)]。

我々、玉昌会グループはウェルネスを上位概念とし、鹿児島市・姶良市を拠点とした医療・介護・健診・子育て・ウェルネスのサービスを展開している。我が国が目指す地域包括ケアシステム・地域共生社会の実現を目指し、ヒューマンライフラインの構築に協力し、全世代のヘルスケアに対応した多様な生活支援サービスを提供していくことを目指している。また、鹿児島地区では玉昌会グループ・南国殖産・昭和会の３つの事業体による多機能型総合施設「キラメキテラス」計画が進展し、2021年2月にキラメキテラスヘルスケアホスピタルが開院、2023年５月には全面開業となり、「鹿児島への30年後の贈り物」をコンセプトとした鹿児島の地方創生の新たな一歩を踏み出した。特に急性期医療を担ういまきいれ総合病院とは渡り廊下で繋がり、地域医療構想による病床機能分化・連携を意識した構造となっており、他医療法人同士が切れ目ない医療・介護を提供する全国に類を見ない提供体制を構築している。

玉昌会グループでは2018年よりチーム医療実践会議を創設し、医療介護福祉に関する研究を重ねてきた。昨年度は玉昌会グループの医療圏域である鹿児島市・姶良市の両地区で九州一のリハビリテーションを目指した取り組みと、医療・介護・健診・保育にICT・デジタルトランスフォーメーション（以下、DX）を組み合わせた取り組みを展開した。今年度はそれらのさらなる探索（イノベーション）と、既存事業である訪問リハビリテーションと小児リハビリテーションの深化をテーマに取り

1）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
〒890-0051 鹿児島県鹿児島市高麗町 43-30
43-30 korai-cho,Kagoshima-shi,Kagoshima, 890-0051 Japan
2）医療法人玉昌会　在宅サービス事業部
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Home Care Service Division
3）医療法人玉昌会　法人事務局
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI Secretariat
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

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　31 - 37,　2023

組みを開始した。本稿はキラメキテラスヘルスケアホスピタルでの訪問リハビリテーションの現状と今年度の取り組みについて報告する。

Ⅱ　方法

我が国における訪問リハビリテーションの現状と、当院訪問リハビリテーションの現状を整理し課題を抽出することで、今年度の取り組みについて検討・立案を行う。取り組み前後での訪問リハビリテーションの延べ利用者数と、１日平均利用者数を比較することで効果検証を行う。

Ⅲ　結果

（1）訪問リハビリテーションの現状

我が国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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よう、住まい・医療・介護・生活支援・介護予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している。医療は病床の機能分化や在宅医療を推進するとともに、介護との連携を強化し「病院完結型」から「地域完結型」を目指している[5]。

訪問リハビリテーションとは、「居宅要介護者について、その者の居宅において、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」と定義され[6]、対象者の在宅生活を支えることで「地域完結型」の医療サービスに寄与する重要な役割を担っている。訪問リハビリテーションを提供する事業所数は年々増加傾向で、令和４年は5,214事業所と10年前と比較し約2,000事業所の増加がみられている（図１）[6]。また、都道府県別にみると高齢者人口10万人あたりの事業所数は、徳島県の38.4事業所につぎ鹿児島県は２番目に多い32.1事業所であり、他県と比較した場合、競合する他事業所の多い地域となっている（図２）[6]。要介護認定者数の増加に伴い、訪問リハビリテーションの受給者数の増加もみられ、特に要支援1・要支援2は平成19年と比較しそれぞれ7.2倍・6.3倍と急速な需要拡大をみせている（図3）[6]。一方、令和３年度の介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳をみると、訪問リハビリテーションは全体の0.5％とであり、介護保険給付全体でみると十分なサービスが提供できているとは言い難い（図４）[6]。社会保障審議会介護保険部会でも、地域における高齢者リハビリテーションの推進の重要性が述べられていることから、これからさらに、需要拡大が望まれているとともに質の向上が期待される[7] [8]。

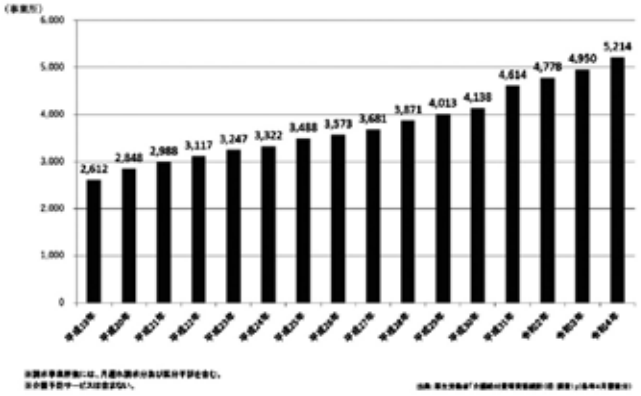


図１　訪問リハビリテーションの事業所数

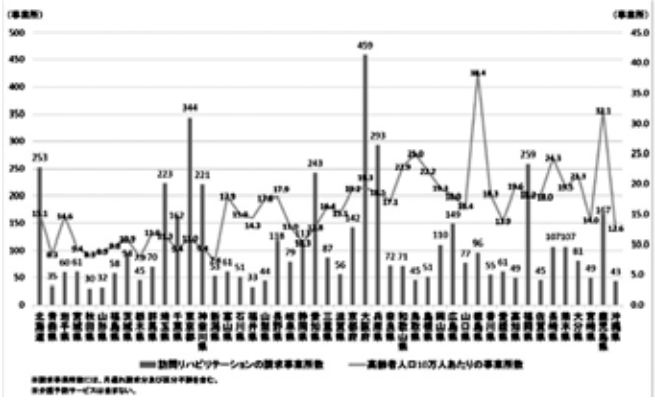


図２　都道府県別　事業所数

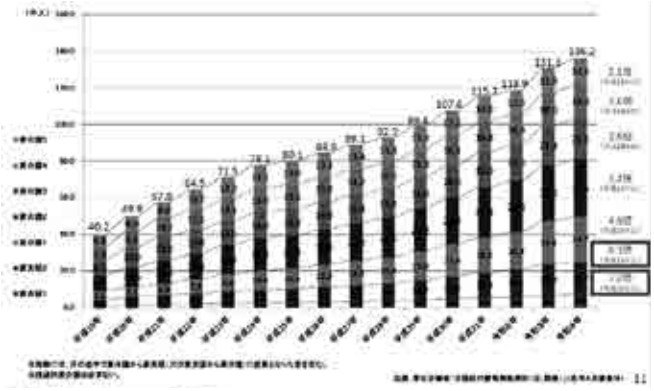


図３　訪問リハビリテーションの受給者数

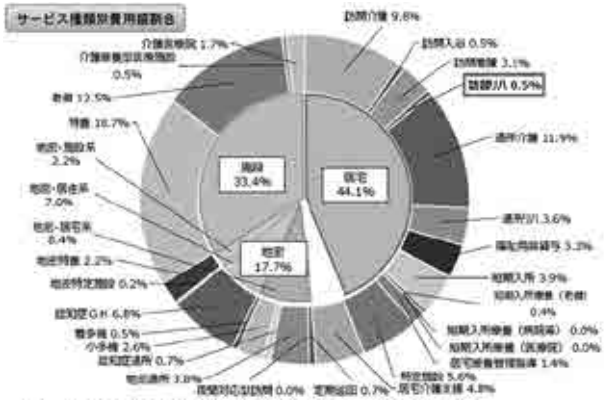


図４　介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳（令和３年度）割合

（２）当院の現状と今年度の取り組み

当院は４つの病棟機能（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、地域一般病棟、療養病棟　計198床）と外来機能、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、トータルウェルネスセンター（巡回健診、院内健診、人間ドック）を有している。平成19年の旧高田病院の時代から、訪問リハビリテーションを開始し、延べ約46,000名の利用者へサービス提供を行ってきた。訪問リハビリテーションのスタッフ数は、現在、常勤理学療法士２名、兼務作業療法士１名、兼務言語聴覚士１名の計４名（常勤換算３名）を配置している。また、当院の特徴として、リハビリテーション室に２名の義肢装具士を非常勤で配置しており、訪問リハビリテーション利用者に対しても必要に応じて義肢装具の作成・補修等の対応を行っている。提供範囲は鹿児島市とし、車で30分圏内を目安としている。2022年９月の延べ利用者数は174名、１日平均は約8.7名、2022年度の平均介護度は2.78、各介護度の割合は表１の通りである(表１)。要介護1が26.1％と最も多いのに対し、要支援１・要支援２の利用者への提供は０％と2.2％にとどまっている。医療報酬による在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は０名である。

表１　当院の訪問リハビリテーションの現状

スタッフ数	常勤理学療法士: ２名　兼務作業療法士: １名　兼務言語聴覚士: １名　計４名 （常勤換算３名）　義肢装具士：２名(非常勤)
訪問エリア	鹿児島市、車で 30 分圏内
利用者数(2022 年 9 月)	延べ 174 名/月　１日平均 8.7 名
介護度内訳(2022 年度)	平均介護度：2.78 要支援１：0%、要支援２：2.2%、要介護１：26.1%、要介護２：21.7% 要介護３：15.2%、要介護４：17.4%、要介護５：17.4%

訪問リハビリテーションの業務は主に「サービス提供時（契約時）」「サービス提供時（契約後）」「会議対応時」の３つに分類され（図5)[9]、これらの業務を利用者本人・家族・医師・ケアマネジャー・その他サービス提供事業所と連携しながら対応を行っている。訪問リハビリテーションの業務では常に移動が生じ生産性は移動時間に依存するため、いかに移動時間を最小限としサービス提供に転換できるかが鍵となる。2020年のCOVID-19の感染拡大以降、我が国でもICT・DXが急速に進展し日常となる中、介護領域においても業務改善を目的としたICT・DXの活用が徐々に浸透してきている。また、我々の携わる医療・介護は対人サービスが主となることから、対象となる方々に対する「サービスの質の向上」を常に意識して取り組む必要がある[10]。

以上のことを踏まえ、2023年度、当院訪問リハビリテーションでは①ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）との連携、②記録業務の効率化、③利用者満足度の向上の３つの視点からサービスの質の向上および生産性の向上に取り組んできた。

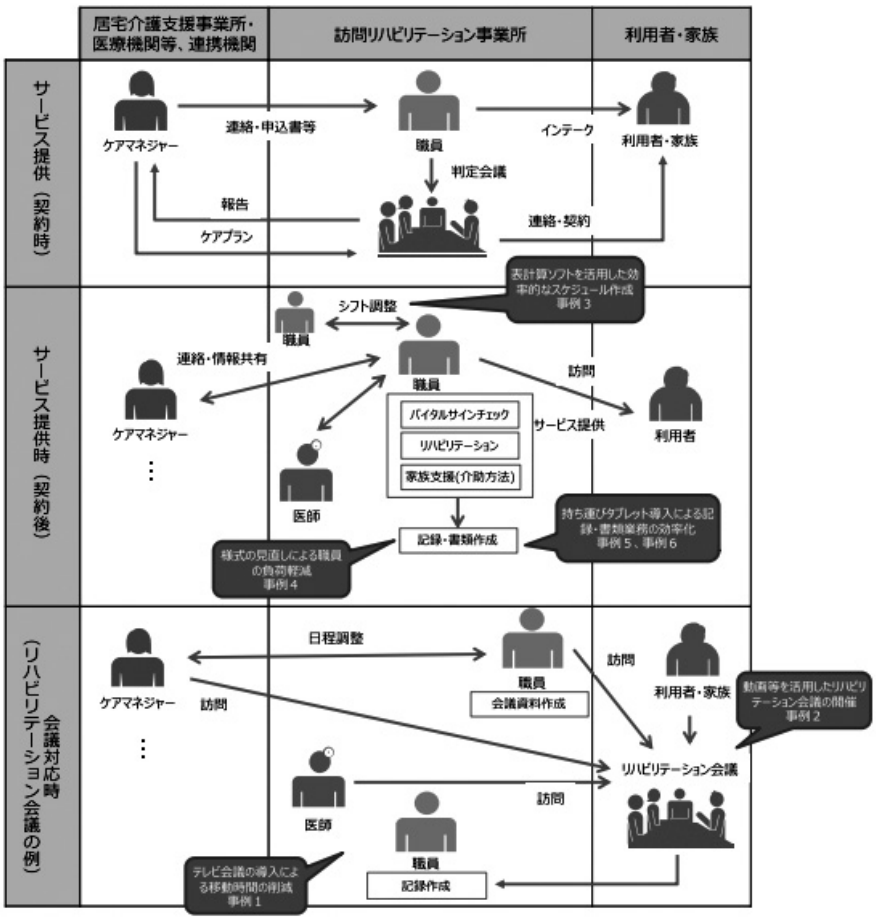


図５　訪問リハビリテーション事業所における業務フロー
※吹き出し内の事例番号はガイドライン内の事例番号を示す

①ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）との連携

訪問リハビリテーションを提供するためには、「サービス提供(契約時)」時にケアマネジャー（居宅介護支援事業所）からサービス提供に向けた相談を受けた上で、利用者や他サービスとの日程調整がすべて整うことで初めて開始することができ、この過程の中で、空き状況や利用者所在地の関係、他サービスとの調整で契約に至らないケースも少なくない。また、この状況をケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の視点から考えると、受け入れ先を探すという“手間”が生じケアプランの作成に苦慮せざるをえない実情も推察される。そこで我々は、当院ホームページ上へGoogleカレンダーを埋め込み、随時空き状況を公開するよう取り組みを行った。Googleカレンダーには、空き状況に合わせて “○”または“×”を時間帯に応じて表記し、備考欄には提供可能な療法やエリア等を記載することでケアマネジャー（居宅介護支援事業所）側の調整の“手間”の効率化や訪問リハビリテーション提供時の移動の効率化も図れるようにした（図7）。

図７　当院訪問リハビリテーション　ホームページ

②記録業務の効率化

当法人では2021年から、電子カルテシステムをソフトウェア・サービス社へ変更し、1患者1IDの取り組みを行った。１患者1IDとは、法人内のすべての電子カルテシステムが玉昌会クラウドサーバーで繋がっており、どの病院、どの施設でも患者・利用者・健診受診者のデータを一元管理することが可能となっている（図8）[11]。訪問リハビリテーションも同一のサーバーへカルテ情報等を管理している一方、カルテ入力の際に帰院後に入力をしなければならず、移動効率の悪さや残業時間の増加にも繋がっていた。そこで、外出先でも玉昌会クラウドサーバーへ接続できるよう、VPNモバイルルーターを導入し訪問先での空き時間を活用できるよう取り組みを行った。また、ソフトウェア・サービス社の電子カルテシステムはモバイル端末(iPhone)との接続が可能で、院内では患者情報の確認やカルテ入力、介助方法やポジショニング等の画像・動画撮影時にすでに導入を行った。訪問リハビリテーションにも転用可能で、利用者宅で手元のメモ帳などに手書きをしていたものを、直接カルテへ入力することが可能となっている。

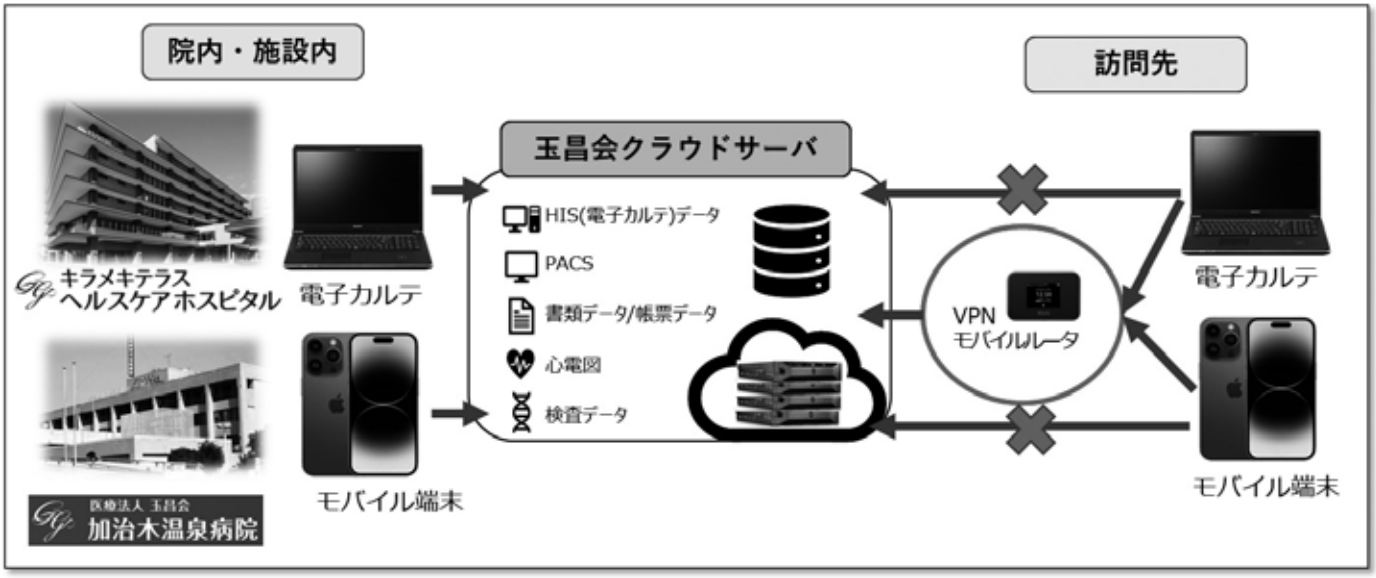


図8：VPNモバイルルーター概略図

③利用者満足度の向上

当院では各部署で定期的な満足度調査を実施しているが、今年度訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションで主介護者の介護負担感に着目した調査を行った。介護負担感とは「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的健康、社会生活および経済状態に関して感じる苦悩の程度」[12]と定義されており、身体機能や精神機能の低下した高齢者の家族介護者は高度なストレスを経験し、幸福感の低下や負担感の増大、うつ状態を招くといった精神状態を悪化させる要因となりうるとの報告がある[13]。今回は、日本版Zarit介護負担尺度（以下、J-ZBI）を用いた調査を行い、結果をもとに家族会開催に向けた取り組みも合わせて検討した。なお、J-ZBIは介護者の心身の健康状態、経済的負担、社会生活上の制約、被介護者との関係に関する計22項目の質問から構成され、それぞれの質問に対しては、0：思わない、1：たまに思う、2：時々思う、3：よく思う、4：いつも思う、の５段階で評価し、負担が最大の時の得点は88点で、介護負担が全くないときの得点は０点となる。

（３）各取り組みの進捗状況（2023年９月末時点）

2023年９月末時点での３つの取り組みの進捗状況は以下の通りである。

ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）との連携は、2023年６月に当院ホームページへGoogleカレンダーの埋め込み作業が完了し、居宅介護支援事業所へ周知を行った。Googleカレンダー内の更新は、訪問リハビリテーションスタッフが状況に合わせて適時更新を行っている。

記録業務の効率に関して、2023年９月よりVPNモバイルルーターの導入を行い、外出先でのノートパソコン・モバイル端末(iPhone)を使用した入力を開始した。外出先での記録業務の効率化により、記録業務の時間削減に繋がった先行事例[14]もあることから、当院でも一定の効果が期待される。今後、導入前後での訪問件数と残業時間数の変化に関して調査を行い、VPNモバイルルーター導入の効果検証を行う。また、カルテ入力に限らず、モバイル端末(iPhone)の撮影機能を活かして、歩行・ADL評価やポジショニング・介助方法の画像・動画撮影を行い、本人、ご家族や関連事業所への情報共有が展開できないか検証を行う。

利用者満足度の向上に関して、当院訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション利用者の主介護者を対象に、J-ZBIを用いた介護負担感に関する調査を計35名実施した。今回の調査から、主介護者が抑うつ症状を呈するとされるカットオフ値を34％が上回っており、介護そのものから生じる負担感と合わせて、利用者の認知機能面・介護歴・介護者の心理状態など心理的負担感の影響が考慮すべき事象であることが分かった[15]。それらの結果をもとに、主介護者の心理的サポートやご家族同士の交流を目的とした家族会を2023年10月に企画している。

2023年度は前年と比較し延べ利用者数は増加傾向であり、９月の前年同月比で延べ利用者数は＋57名、１日平均利用者数は＋2.85名となっている。また、①ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）との連携の取り組みを開始した2023年６月では、前月比で延べ利用者数は＋41名、１日平均利用者数は＋0.95名と増加がみられた。

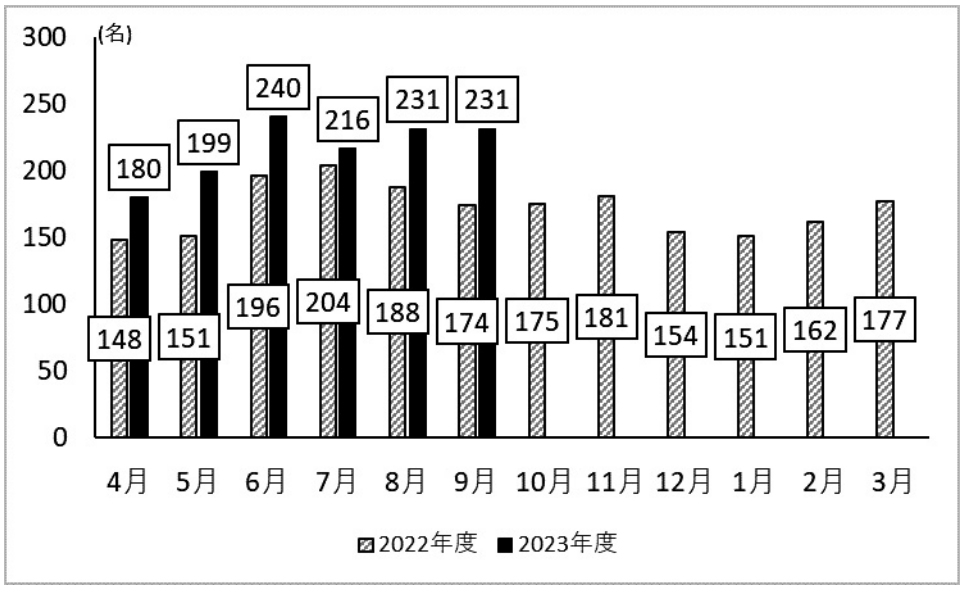


図9:訪問リハビリテーション延べ利用者数推移

Ⅳ　考察

訪問リハビリテーションの生産性向上を目指して、３つの取り組みを立案し2023年９月末時点で一部取り組みを開始した。また、即時効果として前月比・前年比ともに延べ利用者数、1日平均利用者数の増加がみられており、今後の蓄積効果が期待できる成果が得られた。

「経済財政運営と改革の基本方針2020」の中に、「感染症の下、介護・障害福祉分野の人で不足に対応するとともに、対面以外の手段をできる限り活用する観点から、生産性向上に重点的に取り組む。ケアプランへのAI活用を推進するとともに、介護ロボット等の導入について、効果検証によるエビデンスを踏まえ、次期介護報酬改定で人員配置の見直しも含め後押しすることを検討する。介護予防サービス等におけるリモート活用、文書の簡素化・標準化・ICT化の取組を加速させる。医療・介護分野のデータのデジタル化と国際標準化を着実に推進する。」[16] とあり、国の取組としても今後より一層の生産性向上及びICT化が進められることが明言されている。2021年度にはVISITとCHASEを統合した科学的介護情報システム(LIFE)の運用が開始し、介護サービス全体の質の向上を見据え、ICT・DXを活用した科学的介護を推進する取り組みも行われており[17]、介護ニーズの急増・多様化する中で生産性向上や介護業界における人材不足解消への活用にもICT・DXの活用が期待されている。

リハビリテーション医療において、急性期～回復期や地域包括ケア病棟への入院など病院内でのリハビリテーションは質・量ともに担保されているが、在宅生活では関与量が少なく機能改善や維持に必要な量が確保しづらい実情がある。一方、入院期間中の疾患別リハビリテーション料には算定期限があり、より継続的なリハビリテーションを提供するためには、退院後の地域リハビリテーションが重要な役割であり、訪問リハビリテーションはその一役を担っている。これらの診療報酬下での課題を解決するためには、生産性の向上に合わせて実際にリハビリテーションを提供するスタッフの資質向上や、利用者に携わる医師・ケアマネジャー・関連事業所とのチームアプローチが重要となる。

2022年に日本訪問リハビリテーション協会で行われた訪問リハビリテーションに従事するリハビリテーション専門職に対するアンケート調査では、居宅外でのリハビリテーションの提供に関して97％が「必要である。」と回答し、その７割以上が「公共交通機関利用の練習」、「電動車いす等モビリティー利用の練習」といった移動の練習が目的として挙げられていた[18]。移動の先にある、「友人に会いに行く」「職場に行く」「お花見に行く」など、生活課題だけにとらわれず、その先の活動に目を向けて支援を行っている実態が伺え、携わるスタッフは生活モデルへ視点を変え、個人だけでなく環境にも働きかけることで、その人らしい生活の再建や質の向上を行う必要とされている[19]。そのため、利用者のおかれている現状を多角的な視点で整理し、多職種と連携を図りながらICFの「活動」と「参加」に焦点を当てたマネジメントが行える視点を養いたい[20]。

さらに、地域包括ケアシステムの考え方の深化によって、近年は高齢者のみならず０歳の乳児から生涯にわたって地域でいかに支援していくかが問われるようになってきた。地域包括ケアシステムの対象が多様化すると同時に、地域に出向きリハビリテーションを提供する訪問リハビリテーションのあり方も変化がみられている。当院では介護保険下でのリハビリテーションの提供に留まっているが、同じ鹿児島地区の訪問看護ステーションである「まむ鹿児島」と連携を図り、介護保険や医療保険制度下でのリハビリテーション提供体制を整え、多様なニーズに対応できる体制づくりを継続して検討していきたい。

V　結語

我々は、チーム医療実践会議を通して、九州一のリハビリテーションを目指すべく長きにわたり検証を重ねてきた。“九州一”という大きなテーマに対して皆で様々な議論を重ねてきたが、参加メンバーの普遍的な思いは患者・利用者・地域住民に対する尊厳を持った対象者主体の思いである。医療・介護現場は他の対人サービスと異なり、その人の人生を大きく左右する業種であり、個人の存在や価値を尊重し、人間らしさを保ちつつ自分らしい生き方が実現できるよう、思いに寄り添った関わりが非常に重要である。今後も我々玉昌会グループは探索(イノベーション)と深化を追求し、九州一のリハビリテーション実現に向けて取り組みを継続するが、すべての根底には関わるすべての人に対する“幸せ(Well-being)を願う思い”があることを忘れずこれからも邁進していきたい。

参考・引用文献

１）内閣府,令和5年版高齢社会白書（全体版),2023;2-6,
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html（2023年９月閲覧）.
２）公益社団法人日本看護協会,2025年に向けた看護の挑戦　いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護
看護の将来ビジョン,2015;4-5, https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf（2023年9月閲覧）.
３）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,日本看護協会出版会,2022;34-37.
４）栗原正紀,今こそ鍵となる包摂社会を目指す地域リハビリテーションの展開,総合リハビリテーション, 2023;vol.32No.54:47.
５）第95回社会保障審議会医療部会,地域医療構想について,2022;3-4,
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001094020.pdf（2023年９月閲覧）.
６）社会保障審議会 介護給付費分科会,訪問リハビリテーション,2023;4-16,
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123920.pdf（2023年９月閲覧）.
７）社会保障審議会介護保険部会,介護保険制度の見直しに関する意見,2022;9,
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29930.html（2023年９月閲覧）.
８）社会保障審議会 介護給付費分科会,訪問リハビリテーション,2023;32,
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123920.pdf（2023年９月閲覧）.
９）厚生労働省,介護サービス事業（医療系サービス分）における生産性向上に資するガイドライン,2018;49,
https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html（2023年９月閲覧）.
10）谷澤由香理 川邊万希子,訪問業務におけるICT活用推進に向けて,訪問リハビリテーション,2020;第10巻・第4号
（通巻58号）,264-273.
11）菊池博之,医療・介護システム統合による「1患者1ID」の実現,日本医療マネジメント学会 第20回九州・山口連合大会,2022.
12）Zarit SH,Reever KE,Bach-Peterson J,Relatives of the impaired elderly;Correlates of feelings of burden.
The Gerontologist,1994;20:649-655.
13）牧迫飛雄馬,阿部勉,大沼剛 他,家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介護負担感および心理状態へ及ぼす効果
―層化無作為割り付けによる比較対象試験―,老年社会科学,2009;31（１）:12-20.
14）厚生労働省,介護サービス事業（医療系サービス分）における生産性向上に資するガイドライン,2018;58-59,
https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html（2023年９月閲覧）.
15）丸山元大,当院における在宅サービス利用者のご家族への介護負担軽減に向けた現状把握と展望,第10回日本地域理学療法学会学術大会,2023.
16）内閣府, 経済財政運営と改革の基本方針2020,2020;32,
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2020/decision0717.html（2023年9月閲覧）.
17）厚生労働省 老健局 老人保健課,科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）による科学的介護の推進について,2021,
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html（2023年9月閲覧）.
18）竹中佐江子,これからの時代の訪問リハビリテーション-「身体機能回復モデル」から「幸せ-Well-being-支援モデル」の時代へ,総合リハビリテーション,2023;Vol.51 No.9:915-922.
19）三崎賢治,訪問リハビリテーション,総合リハビリテーション,2022;Vol.31 No.6:527-531.
20）才藤栄一 向野雅彦,ICFの可能性と活用法,リハビリテーション医学,2022;59(８):764-774.

（受付2023年10月2日、受稿2023年10月18日）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　39- 49,　2023

加治木温泉病院が地域の小児リハビリテーションを支える病院となるまでの５年間の課程と現状と展望
－地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて　第２報－

原口友子[1)]、原有希[1)]、野口千扇[1)]、中村真之[2)]、夏越祥次[1) 2)]、髙田昌実[2)]、
窪田昌行[3) 4)]、馬場園明[4) 5)]

Five-year process, current situation, and prospects until Kajiki Onsen Hospital becomes a hospital that supports pediatric rehabilitation in the community.
-Making a system for child-rearing assistance in local region 2nd report-

Tomoko HARAGUCHI,Yuki HARA,Tiou NOGUCHI,Masayuki NAKAMURA ,Shoji NATSUGOE,
Masachika TAKATA,Masayuki KUBOTA,Akira BABAZONO

1. はじめに

厚生労働省が2015年９月に取りまとめた「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現一新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン一」では、「全世代・全対象型の地域包括支援体制」が提唱されている[1)]。高齢者に限らず、障害者や児童ほか地域に暮らす住民全てが、その状況に合った形の支援が受けられる体制をつくろうというものである。

われわれ玉昌会グループは鹿児島市と隣接する姶良市においてウェルネスや子育て支援、介護、健診、医療の５つのサービスを総合的に提供している。そして、我が国が目指す地域包括ケアシステム・地域共生社会の実現を目指し、ヒューマンライフラインの構築に協力し、全世代のヘルスケアに対応した多様な生活支援サービスを提供していくことを目指している。令和３年版の厚生労働白書[2)]によれば、わが国には、身体障害児・者436万人、知的障害児・者109.4万人が存在しており、そのうち18歳未満の障害児・者は、身体障害児・者が7.2万人、知的障害児・者が22.5万人であることが報告されている。

姶良市に位置する加治木温泉病院は県内でも屈指の大規模なリハビリテーション部門を有し、入院・外来の診療活動に加え、地域リハビリテーション広域支援センターとして、鹿児島県姶良・伊佐高齢者保健福祉圏域24万人の医療・介護・介護予防に係るリハビリテーション活動を行ってきた。これまで、リハビリテーションサービスを提供してきた対象者は主に、地域の青壮年者、高齢者であり、リハビリテーションを必要とするすべての領域に対してサービスを提供できているわけではなかった。リハビリテーションは外傷や脳血管障害等の疾病により人生半ばで身体機能やコミュニケ―ション機能等に障害を負った人々だけでなく、生まれながらにして身体に重度の障害を持つ肢体不自由児や自閉症スペクトラムや注意欠陥多動障害等の発達障害を持つ小児にも必要である。

2016年まで加治木温泉病院ではこのような小児の領域におけるリハビリテーションは、外来で小児の高次脳機能障害や構音障害など、ごく一部を除いて実施してこなかった。リハビリテーション部門を有しているが小児リハビリテ―ション（以下、小児リハ）を実施していない病院は当院だけではなく、県内のほとんどのリハビリテ―ション病院の対象は後天的な障害を呈した成人患者であった。

そのため姶良市の医療機関で、小児を対象とするリハビリテーションを実施している施設は、重度の肢体不自由児の一部の外来リハビリテーション（以下、外来リハ）を提供している病院が１ヵ所、小児外来リハを閉鎖に向け縮小を進めている病院が１ヵ所、少人数の対象者への外来リハを提供している病院の３ヵ所のみであり、小児リハの需要に対し十分な対応はできていないと推測された。このような、地域の小児リハが不足し適切な支援を十分に受けられない子どもと保護者が多い現状を改善するため、さらに地域共生社会の実現に寄与し、地域のニーズに沿った医療を担うという当院の基本方針の下、2017年６月

1）医療法人　玉昌会　加治木温泉病院
Medical Corporation GYOKUSHOUKAIKazikionsen Hospital
〒891-5241 鹿児島県姶良市加治木町木田 4714
kaziki-cho,kida,aira-shi,Kagoshima,891-5241 Japan
2）医療法人　玉昌会　法人事務局
Medical Corporation GYOKUSHOUKAISecretariat
3）株式会社 CCRC 研究所
Instituteof CCRC Co.Ltd.
4）医療福祉経営マーケティング研究会
The Society of Health Care Mangement 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 Mangement,
Graduate School of Medical Science, Kyushu

に当院で小児リハの一つである小児言語聴覚療法外来（以下、小児ST外来と略す）を開始した。小児ST外来の開始までの経緯に関しては、2018年の医療福祉経営マーケティング研究会機関誌3）にて報告している。

本稿は、2017年の小児ST外来開始から2022年までの経過と2023年現在、地域の小児リハの中心的役割を担う病院、地域の行政・関連機関と連携し地域の子どもの発達支援に取り組んでいる状況および今後の展望について報告するものである。

２．方法

当院が2017年６月に小児ST外来を開始しその後、取り組みを始めた小児理学療法（以下、小児PT）、小児作業療法（以下、小児OT）、心理療法を含む、現在の小児リハ外来の2023年３月までの実績データを収集分析し、併せて本事業の収益性についての検証を行う。その結果を鹿児島県および姶良地区の児童の発達支援の現状と照らし合わせ、課題の抽出および今後、我々が取り組むべき方向性を検討する。

３．結果

（１）小児リハ外来の開設から2023年3月までの経緯と初診患者数の推移

小児STを開始した2017年度から2022年度の５年間に、当院に発達について評価やリハビリテーションの相談があり、小児リハ科の初診に至った患者数の推移を図1に示す。

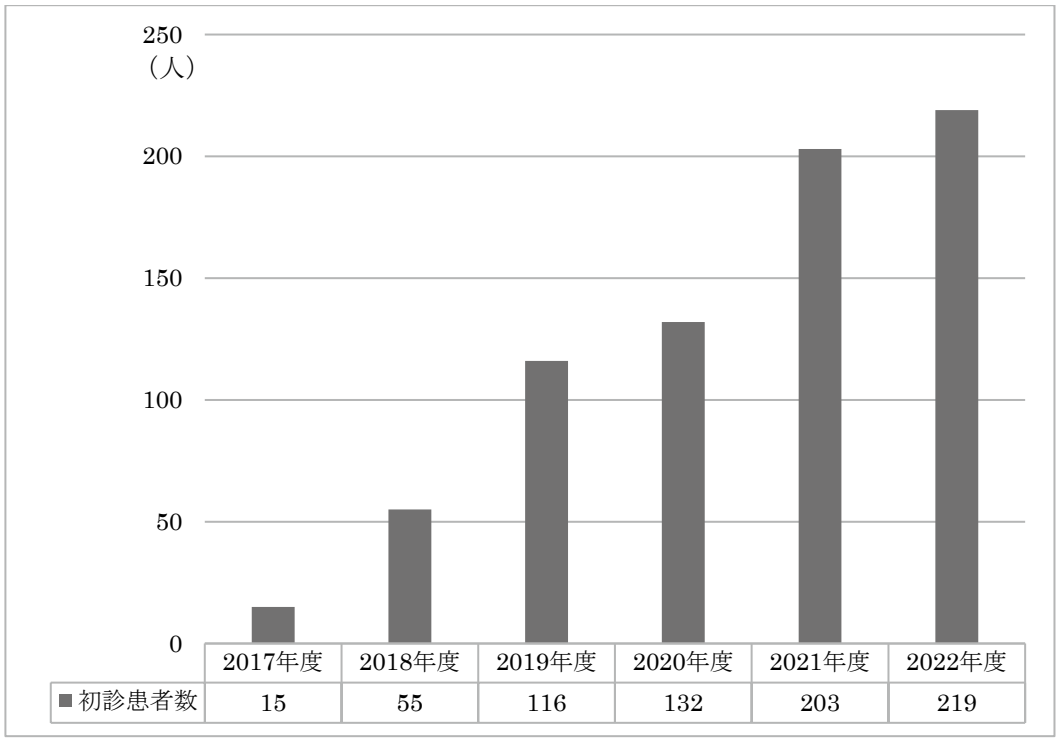


図1　小児リハ科初診患者数の推移

小児ST開始年度の2017年度は15人の初診およびSTを実施した。この期間は小児科医師の勤務はなく、外部に小児STを開始したことを広報していなかった。また、相談の内容は主に構音障害を主訴とする言語聴覚療法を希望する患者がほとんどであり、小児STを担当する２人のSTが言語聴覚療法を実施していた。構音障害を主訴として来院する小児の中には、注意欠陥多動性障害や自閉症スペクトラムを合併している小児が６割存在し[3] 小児STだけでなく小児OTやPTの必要性が認められた。そこで表1に示すとおり2018年３月にはPT、OT、STの小児リハチームを編成し外部施設での研修を経て、2018年11月には小児PT、OT、STを開始した。また、2018年４月からは発達障害の診療に経験豊富な小児科医師の２日/月での勤務が開始となった。そのことにより言語発達だけでなく発達障害全般の相談に対応することが可能となった。そこで、姶良市の健康増進課、基幹相談支援センター、子ども相談支援センター、姶良市児童発達支援センターに挨拶に出向き、小児リハを開始したことを報告し連携を依頼した。また、当院が鹿児島県より指定を受けて地域で展開している地域ハビリテーション支援活動の一環として主催している公開講座や連携会議の際に、地域住民およびリハビリテーション関連職種に対しての周知を行ってきた。

そして、2019年には初診者数が前年度の55人から２倍の116人に伸び、2019年４月からは、姶良市および隣市である霧島市の発達支援・母子健康相談会等の行政が主催している発達支援事業について市と当院が委託契約を結びPT・OT・STの派遣を開始した。2020年４月には非常勤医師1人の勤務を２日/月から３日/日に増やした。さらに、2020年度後半には小児リハの相談から初診までの待機期間が３ヵ月を超えていたため、発達障害の診療が可能な小児科医師を求人し2021年5月から４日/月の勤務が開始された。

当初は、初診までの待機期間は２ヵ月未満に減少するという予測を立てていたが、図1の2021年度の初診患者数が倍増していないことから分かるように、初診の回転を２倍まで向上させるに至らなかった。原因は患者が増加したことにより、評価結果や今後の方針についての保護者への説明を行う再診の回数が増加したことと、2018年から勤務している小児科医師の高齢化の影響、一部の初診を担っていたリハビリテーション科の非常勤医師の業務負担対策のため、小児診療の担当を中止した影響ことが影響したと考えられた。

2022年度は初診患者数は219人と前年に比べ微増したが、2023年度現在の初診までの待機期間は４ヵ月となり期間がさらに延長している状況である。このような待機期間が長すぎる問題を解決するため、発達障害を診療できる医師の求人に努めているが小児科医の獲得は難しい状況である。そこで、初診待機期間の短縮の解決策として、訪問看護ステーション（以下、訪看）からのリハビリテーションの提供の準備を計画し、小児担当PTの配置や訪看担当看護師の発達障害への理解のため当院での見学研修を実施し、準備を行った。その後、2023年２月に対象者と契約を結び、2023年３月から訪看看護からのリハビリテーション提供を開始した。

表1　加治木温泉病院における小児ST開始から5月現在までの経過

年月	経過
2017 年　6 月	加治木温泉病院での小児 ST 外来開始（対象者 3 人で開始） (2020 年度までは 1 日/週・非常勤リハ医師にリハ指示を依頼)
2018 年　3 月	PT、OT、ST にて小児リハチームを編成
2018 年　5 月	外来小児リハ（PT、OT、ST）開始準備としての社会福祉法人向陽会での研修について当法人内で許可
2018 年　4 月	小児リハ科開設（非常勤小児科医師 1 人が 2 日/月の勤務開始）
2018 年　7 月	やまびこ医療福祉センターでの研修開始
2018 年 10 月	小児 OT、臨床心理士分野を開始（小児リハ外来を開始）
2018 年 11 月	小児 PT 開始（小児リハ外来を開始）
2019 年　4 月	姶良市担当課、姶良市発達支援センター、療育施設に小児リハ開始の挨拶回り 霧島市・姶良市の発達支援・母子健康相談会等に委託契約を結び PT・OT・ST の派遣を開始 常勤小児科医師勤務（短期間で退職）
2020 年　4 月	非常勤小児科医師 1 人が 3 日/月の勤務へ増加 臨床心理士が保険外心理カウンセリング開始（小児・保護者向け） 姶良市教育支援委員会へ委員派遣（OT） 姶良市特別支援連携協議会へ委員派遣（ST）
2021 年　4 月	姶良市自立支援協議会・子ども部会へ部会員派遣（ST）
2021 年　5 月	非常勤小児科医師増員 1 人（計　非常勤小児科医師 2 人、7 日/月の勤務）
2022 年 10 月	法人の訪問看護ステーションから発達障害児へのリハビリテーション提供の準備を開始（小児担当 PT の移動・訪問看護担当看護師の小児リハ研修など）
2023 年　3 月	法人の訪問看護ステーションから発達障害児への PT の派遣を開始

（２）当院小児リハ科への紹介元の変化

当院小児リヘ科への紹介元の変化について、小児ST外来を開始した2017年６月から、約1年後の2018年７月までの紹介元割合を図２、５年後の2022年度１年間の紹介元割合を図３に示す。図2の小児ST開始から約1年間（以下、小児ST開始１年）の紹介元は、隣市である霧島市の相談機関からの紹介が64％を占め、当院を利用した小児の幼稚園・保育園や療育先での母親の口コミが12％、姶良市内で小児リハを開設していたがスタッフ不足による規模縮小による紹介が８％となっていた。一方、図３に示した2022年度の紹介元は、姶良市の療育機関が21％と最も多く、次いで姶良市相談機関18％、霧島市相談機関18％とこの３カ所で６割弱を占めた。また、口コミが、開始1年目と同程度の13％を占めている。そして、開始時には見られなかった姶良市内の学校と幼稚園・保育園（以下、幼保）が合計すると17％を占めた。

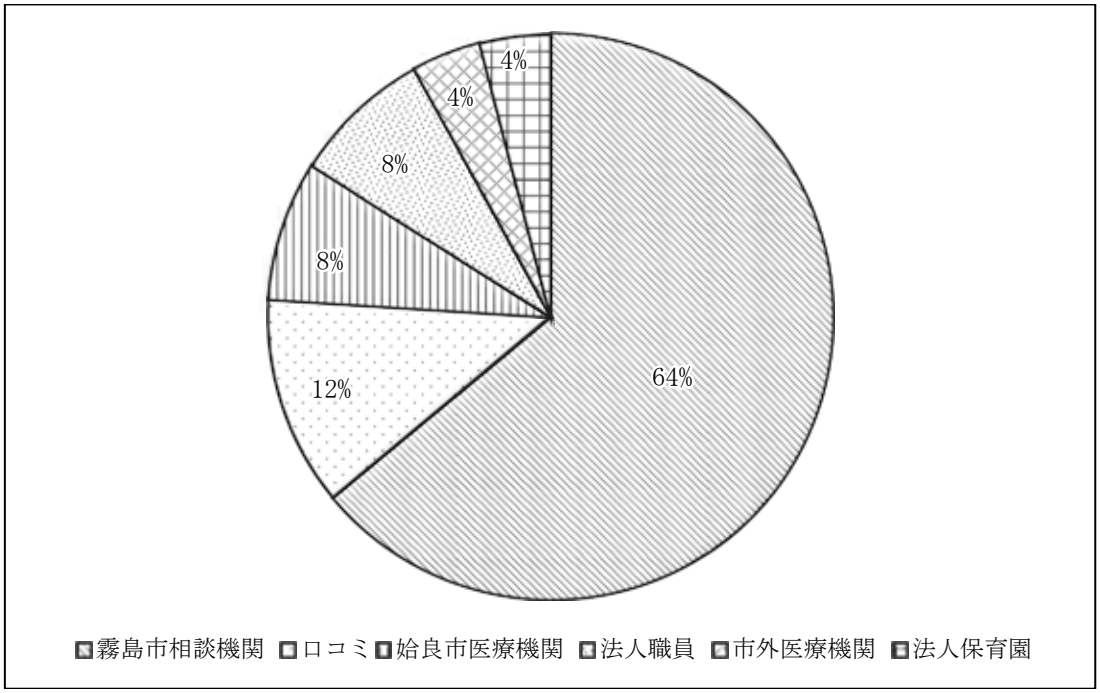


図2　患者の紹介元割合（小児ST外来を開始後約1年間：2017年6月～2018年7月）

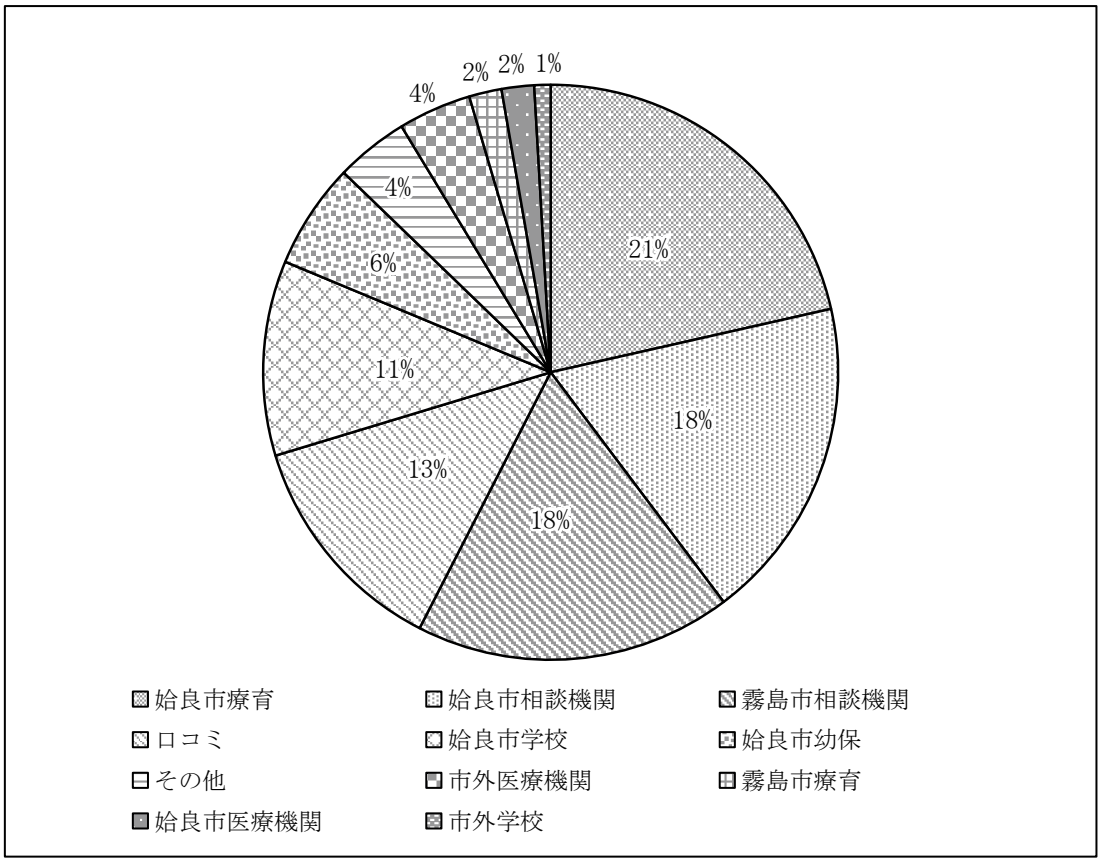
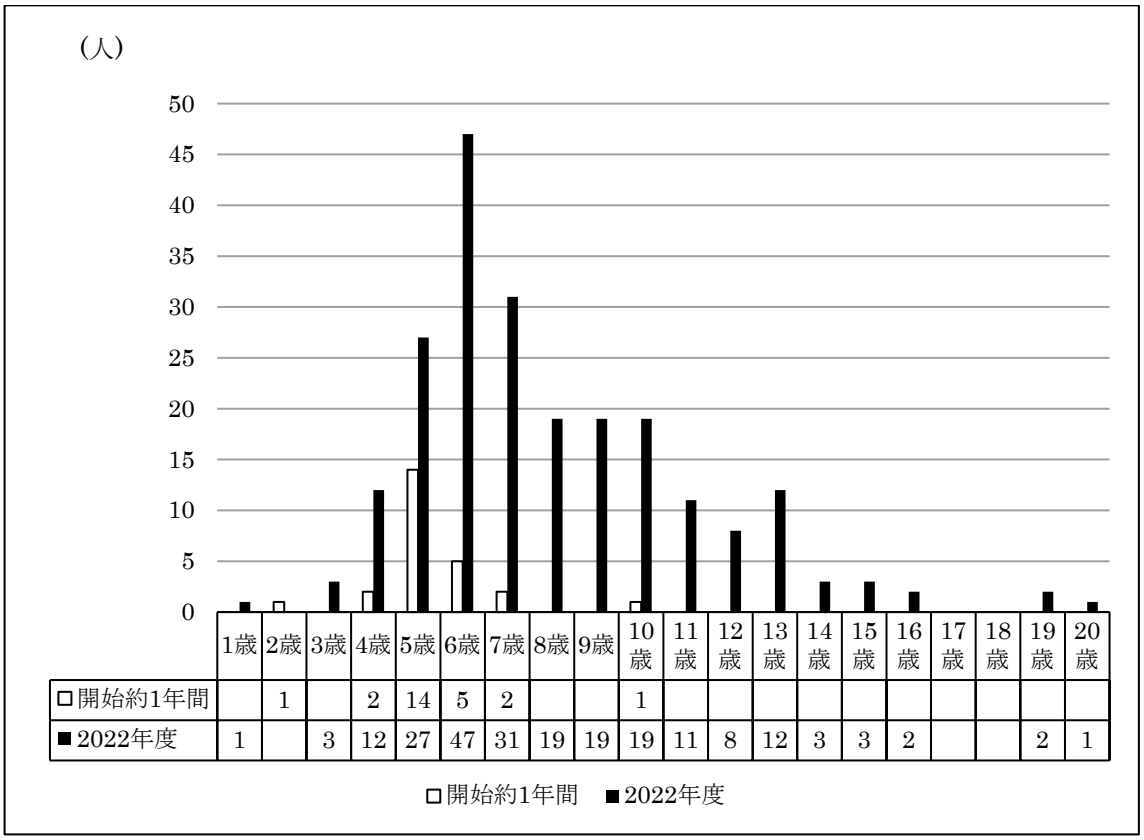


図3　患者の紹介元割合（2022年度）

（３）年齢別の対象児数の変化

当院の小児リハ科を受診した対象児の受診時の年齢別対象児数について、小児ST開始１年分と2022年度分を図４に示す。

なお、開始１年間の利用者数合計は25人、2022年度の利用者数合計は203名であった。



	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳
□開始約1年間		1		2	14	5	2			1										
■2022年度	1		3	12	27	47	31	19	19	19	11	8	12	3	3	2			2	1

図4　年齢別対象児数（小児ST開始1年と2022年度の比較）

小児ST開始1年間は、５歳児が14人、6歳児が５人であり、この期間は小児STの提供のため小学校就学前の言語障害の受診が19/25人（76%）を占めた。2022年度は、小学校就学直前の6歳児の受診が最も多く47/203人（23%）、次いで小学１年の７歳児が31/203人（15.3%）、そして5歳児が24/203人（13.3%）で全体の約5割を占めた。しかし、開始1年目と異なり小学校就学後の８歳から12歳も10人前後の受診があった。また、13歳から15歳の中学校就学後の受診も計22人あった。さらに19歳、20歳の大学生の受診もあり、５年間に当院の小児リハ科の受診者の年齢層の幅が広がっている。

（4）小児リハの収益性

2022年度の小児リハ提供による収益および人件費、経費を表２に示す。この期間の対象延べ患者数は3,363人であった。収益は、PT、OT、STが提供する疾患別リハビリテーション料およびリハビリテーション総合計画評価料である。疾患別リハビリテーション料としては、脳血管リハビリテーションの245点/１単位（2,450円）、一部、運動器リハビリテーション185点/１単位（1,850円）リハビリテーション総合計画評価料は305点/月（3,050円）で計算している。人件費は、当法人の人事課の計算により2,350円/時間、また、経費は当法人経理課の報告から25％で計算した。その結果、2022年度の小児リハ事業収益は26,891,300円、人件費は7,800,101円、経費は6,722,825円、経常利益は1236万8374円で、経常利益率は46％ときわめて高い結果となった。

表2　2022年度の小児リハの収益･人件費･経費･営業利益

	1年間(円)	比率(%)	1ヵ月 (円)
事業収益	26,891,300	100.0	2,240,941
人件費	7,800,101	29.0	650,008
経費	6,722,825	25.0	560,235
医業利益	12,368,374	46.0	1,030,697
事業外収益	0	0.0	0
事業外費用	0	0.0	0
経常利益	12,368,374	46.0	1,030,697
対象延べ患者数(人)	3,363	—	280.3

（5）鹿児島県および姶良市の発達支援を取り巻く状況

鹿児島県の公立小学校の地区別児童数[4] を表３に示す。

表3　鹿児島県の公立小学校の地区別児童数

	鹿児島	南薩	北薩	姶良・伊佐	大隅	熊毛	大島	市部計	郡部計
S50	53,678	18,096	21,644	17,522	28,749	7,581	18,460	87,056	68,674
S55	59,527	16,281	20,404	18,148	25,313	6,236	16,480	93,433	68,956
S60	60,402	15,597	20,665	19,562	24,741	5,517	15,344	94,701	67,145
H2	55,322	14,607	19,517	18,837	23,573	4,743	14,308	87,494	63,413
H7	49,962	12,638	17,761	17,771	21,332	4,127	12,108	78,689	57,010
H12	39,360	10,402	15,223	16,270	17,993	3,455	9,631	66,377	48,687
H17	39,360	7,798	13,360	15,099	15,294	3,009	8,394	68,112	34,312
H22	37,151	7,201	12,149	14,160	13,246	2,742	7,405	82,877	11,177
H27	36,851	6,465	11,195	13,402	12,697	2,444	6,616	79,527	10,143
R2	37,143	5,918	10,443	13,682	12,632	2,244	6,374	78,883	9,553
R3	36,512	5,810	10,357	13,695	12,541	2,212	6,232	78,008	9,351
R4	36,269	5,727	10,168	13,643	12,295	2,157	6,159	77,222	9,196
指数	67.6	31.6	47	77.9	42.8	28.5	33.4	88.7	11.7

姶良・伊佐地区の児童数は昭和60年を境に減少しているが減少割合は他の地区に比較し比較的緩やかである。また、令和４年（2022年）３月に発行された姶良市教育振興基本計画第２次前期計画（令和４年～令和８年）[5] によると、姶良市の児童生徒の推移見込みは、図５に示す通り、令和4年まで増加し、その後わずかずつ減少すると予測されており、姶良・伊佐地区の中でも減少がさらに遅い地域であることがわかる。

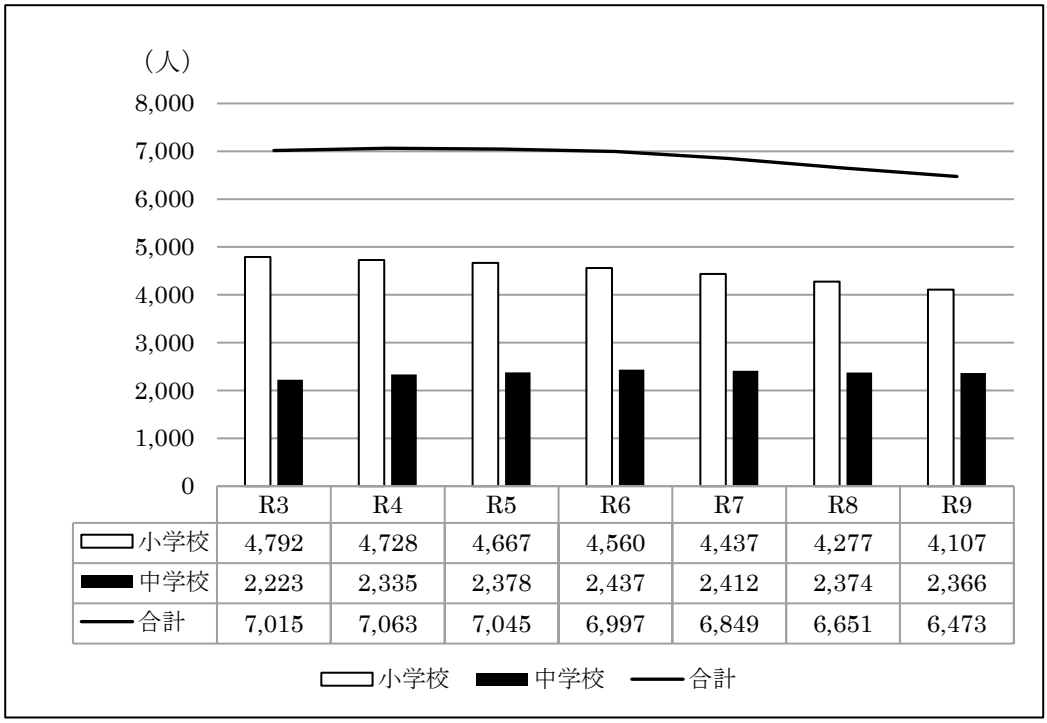


図5　姶良市児童生徒の推移見込み

一方、発達に何かしらの課題を抱え、特別な配慮が必要な子どもに関しては、鹿児島県第6期障害福祉計画[4]によると、鹿児島県における発達障害が疑われる子どもの数については表４に示す通り、本県及び文部科学省が実施した実態調査結果に基づき、令和２年度の保育所・幼稚園・認定こども園、小・中学校、高校等に在籍する園児・児童・生徒数から算出すると、約１万３千人と推計され、全ての在籍者数に占める割合は、保育園、幼稚園、認定こども園において4.9％、小学校で7.7％、中学校で4.0％と推定されている[6]。また、表５に示す通り、公立小学校の特別支援学級は国と同様に、鹿児島県においても平成２年以降増加の一途をたどり特別支援級を利用している児童数は平成２年に公立小学校に在籍する全児童数の0.6％から令和４年には7.1％へと増加し続けている[4]。

表4　令和２年度の保育所･幼稚園･認定こども園, 小･中学校, 高校等に在籍する園児･児童･生徒数および推測される発達障害児の数

区分	在籍者数（人）	発達障害が疑われる子どもの割合（%）	発達障害児の数［推計］（人）	割合の根拠
保育所	26,009	4.9	1,274	県障害福祉課による平成21年度実態調査結果
幼稚園	9,570		469	
認定こども園	21,169		1,037	
小計	56,748		2,780	
小学校	89,707	7.7	6,907	文部科学省による平成24年度実態調査結果
中学校	44,906	4	1,796	
高校	42,787	2.2	941	文部科学省による平成21年度分析・推計結果
計	234,148		12,424（約1万3千人）	

表5　公立小学校の特別支援学級の推移

区分	本県（公立）						全国（公立）					
	設置学校数		学級数		児童数		設置学校数		学級数		児童数	
S50	211	34.0%	266	4.6%	1669	1.0%	8783	36.0%	13236	4.2%	83667	0.8%
S55	213	34.9%	254	4.5%	1195	0.7%	9961	40.3%	14295	4.1%	76030	0.6%
S60	217	35.7%	251	4.4%	1208	0.7%	10553	42.6%	15048	4.5%	69118	0.6%
H2	190	31.3%	216	3.8%	858	0.6%	10249	41.7%	14350	4.6%	49678	0.5%
H7	171	28.2%	177	3.3%	543	0.4%	10545	43.4%	15086	5.2%	43570	0.5%
H12	2045	33.7%	132	4.7%	590	0.5%	12004	50.6%	17969	6.7%	49238	0.7%
H17	224	37.0%	286	6.0%	778	0.8%	13995	61.2%	23666	8.7%	67402	1.0%
H22	264	44.6%	396	8.5%	1185	1.3%	15492	71.3%	30329	11.1%	100741	1.5%
H27	308	57.2%	585	12.8%	2126	2.4%	16045	79.0%	37287	13.9%	139244	2.2%
R2	391	77.7%	1131	23.1%	5063	5.7%	16453	85.6%	48815	18.1%	216512	3.5%
R3	397	80.4%	1219	24.9%	5673	6.5%	16416	86.3%	50876	18.9%	231878	3.8%
R4	399	81.1%	1307	26.3%	6104	7.1%	16413	87.1%	53234	19.7%	250107	4.1%

全国の不登校児童生徒数の推移を図６に示す。なお、「不登校」には、「病気」、「経済的理由」、「新型コロナウィルス感染の回避」は含まれていない。不登校の要因は何か一つの要因のみが原因ではなく様々な要因が相互的に影響し不登校にいたると考えられるが、令和４年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果[7] によると、不登校の要因として14の項目が挙げられている。そのうち、発達特性の問題に起因する可能性が推測されるものとして、学業の不振、いじめを除く友人関係をめぐる問題、入学・転編入学・進級時の不適応、親子のかかわり方、生活リズムの乱れ・あそび・非行がある。一人一人の子どもの発達特性を早期に発見し適切な医療や教育を受けられないままに就学した場合、さまざまな発達の問題のために、二次的な学習の遅れやいじめ、不登校、閉じこもり、等にいたる子どもたちが存在することが危惧され、解決されるべき問題である。

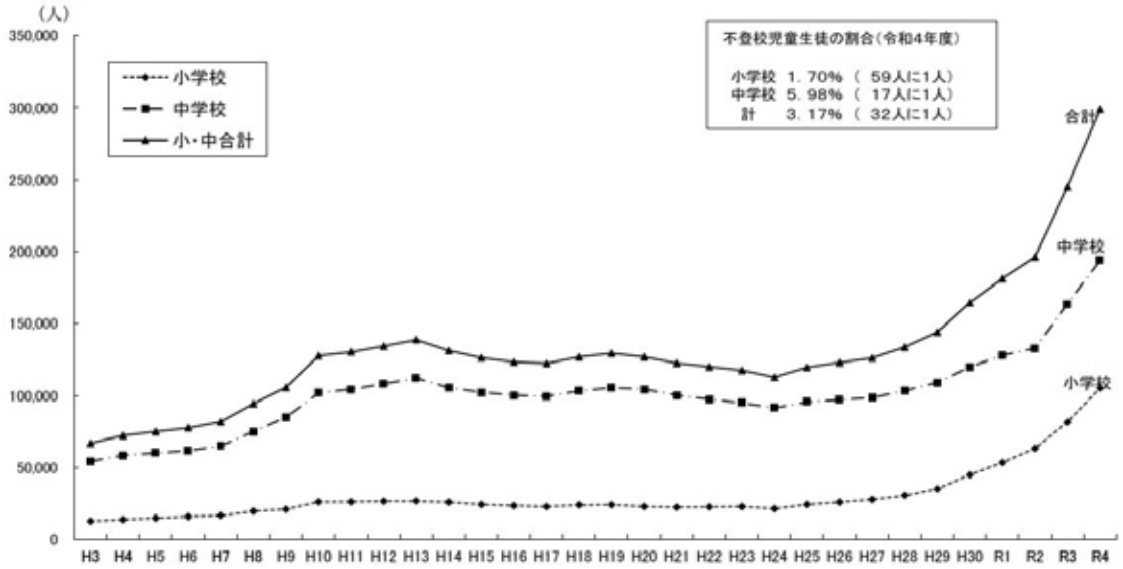


図6　不登校児童生徒数の推移（全国）

4．考察

（1）初診患者数の推移から見える当院の小児リハ外来の課題と対策

小児ST外来を開始した2017年度に15人であった初診患者数は５年後の2022年度には219人と増加した。患者の増加と共に当院への受診の相談から初診までの待機期間は、2020年度末には３カ月弱となった。非常勤医師２人体制となり７日/月の勤務体制となっている2023年10月現在、初診までの待機期間はさらに伸長し４ヵ月を超える状態となっている。様々な発達特性のために生きづらさや学習の困難さを感じながら生活している子どもや保護者にとって、解決すべき喫緊の課題である。この問題の解決策としては、発達障害の診療が可能な医師の獲得であるが前述した通り早急の解決は困難な状態である。病院におけるリハビリテーションは医師の指示なしには実施できない。そのため、小児のかかりつけ医の指示により開始できる訪看からの小児リハの提供を開始した。2023年10月時点では２件の契約に留まっている。この要因の一つとしては訪看に配置しているリハビリテーションスタッフのうち小児リハを兼務できるスタッフがPTのみであり、成人の対応が多く小児に割ける枠が小児の利用者の希望に合わないという問題がある。

（2）紹介元割合から見える地域での信頼関係の構築

2017年６月から2018年７月までの当院の小児ST外来についての我々の報告[3] において、当院小児ST対象児の64％が霧島市在住であり、その他の36％は姶良市在住であった。しかし、この36％の対象児の紹介元は、姶良市内の病院からの紹介者や口コミとなっており、姶良市の健診関連機関からの紹介は皆無という状態であった。しかし、2022年度には、姶良市相談機関の紹介は、最も多い姶良市療育の21％に次ぐ18％を占め、小児ST開始時１年では64％と最も多くを占めていた霧島市相談機関と同程度の紹介割合となった。要因としては、まず１点目として、当院が小児科医、臨床心理士、小児リハスタッフによる全般的な発達障害の相談、リハビリテーション体制が整ったことを地域の行政および療育に周知したことだと考えられる。また、紹介元として姶良市、霧島市の相談機関に次いで口コミが13％を占めていることから推測される要因は、信頼できる医師の診断とST、OT、臨床心理士による評価結果やリハビリテーション場面から把握された、一人一人、異なる発達特性に対するオーダーメイドの合理的配慮や適切な対応方法についての報告書を作成し、保護者をはじめ、幼保や学校、療育施設、市の相談機関へ渡していることと考えられる。さらに、2020年には姶良市教育委員会が主催する教育支援委員会（特別支援学校や特別支援級への進級・通級を検討する会議）、姶良市特別支援連携協議会（特別支援教育に係る医療、幼保、小中学校、療育施設、行政担当課の連携会議）、及び姶良市の自立支援協議会へ当院のOTやSTが委員として参加しており、地域における各関係機関との信頼関係を築きつつあることだと考えられる。

（3）年齢別の対象児数の変化から見える当院の発達支援における役割の変化

小児ST開始約１年は、小学校就学前後の受診が多くを占め、８歳以降の対象児はほとんどいなかった。しかし、５年後の2022年時には、初診時の最も多い年齢は小学校就学直前の６歳であるが、小学校就学後、12歳まで対象児は10人前後あり、中学就学時の13歳で12人と若干増加している。さらにその後、少数ではあるが14歳から20歳までの対象児・者も含まれるようになった。

小学校就学前の対象者が多い理由としては、各市で就学相談会が開催され、小学校入学時に普通級が適しているのか、特別支援学校、または特別支援学級在籍、あるいは特別支援学級への通級が適しているかなどについて市教育委員会により判断される。この相談会では、子どもと保護者の面談を行い、保護者の希望や持参した知能検査などの結果から小学校入学時の学級が決定される。そのため、小学校就学前の６歳時が最も多くなっていると推測される。さらに、初診までの待機期間の伸長や受診者の増加から６歳時での相談では就学相談会に間に合わないため１年前からの相談を各相談機関、療育機関等に依頼しているので、５歳時の受診も多くなっていると考えられる。この就学相談会は、小学校だけでなく中学校の就学時にも適用されるため13歳で再度対象児が増えていると考えられる。また、中学校へ進学した際に不登校や学校への行き渋りの状態となる子どもの相談も認められる。小学校の１年生から６年生までの６年間でも受診患者が認められる要因としては、入学時には普通級との保護者の希望や教育委員会の判断により、特別な合理的配慮や支援がない状態で過ごす中で学習の困難さや学校での集団生活のしづらさが認められるようになることや、特別支援級に在籍、通級していたとしても子供の成長に伴い発達特性に起因する問題が顕在化してくる場合も少なくないためだと推測される。

（4）当院の小児リハの収益性と今後の事業計画の是非について

当院の小児リハの事業収益に占める経常利益比率は46％であった。小児リハの多くを占める診断名である発達障害や構音障害は、疾患別リハビリテーションのうち最も診療報酬の高い脳血管リハビリテーションの対象となるため、他のリハ

ビリテーションと人件費や経費が同じであれば、入院および外来のリハビリテーションの中では最も収益率がよいと推測される。また、リハビリテーションのその他の提供形態として訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションがある。その収益率は、令和２年度介護事業経営実態調査結果[7] によると訪問リハビリテーションの収益率が最も高い規模で４％、通所リハビリテーションの収益率が最も高い規模で4.4％である。さらに、現在、当院の小児リハに通院している小児のリハの一人当たりの頻度は、スタッフの人員数が不足していることに起因し、本来必要と考えられる回数の半数程度しか提供できていない現状である。このように需要が供給量を大きく上回っており、小児リハ担当者を増加させることでさらに収益の増加が見込める。これらのことから、小児STおよび小児リハの提供は、収益性の側面からも小児リハに係る事業を継続していくことに問題はないと考えられた。

（５）鹿児島県および姶良市の発達支援を取り巻く状況と今後の取り組むべき課題

鹿児島県の各地区の公立小学校の児童数は平成２年以降すべての地区で減少し続けている。その中で、姶良・伊佐地区の減少は比較的緩やかである。さらに姶良市の児童生徒数見込みの推移は、他の地区と異なり令和４年まで増加を続け令和５年以降徐々に減少している。一方、発達に何かしらの課題を抱え、特別は配慮が必要だと考えられる発達障害が疑われる児童生徒数に関しては、令和２年度の保育所・幼稚園・認定こども園，小・中学校，高校等に在籍する園児・児童・生徒数から算出すると，約１万３千人と推計されている。また、特別支援学級は国と同様に鹿児島県においても平成４年以降増加の一途をたどり特別支援級を利用している児童数は平成２年に公立小学校に在籍する全児童数の0.6％から令和４年には7.1％へと増加し続けている。

特別支援教育については、令和３年版障害者白書[1] において、「障害のある子供については、その能力や可能性を最大限に伸ばし、自立や社会参加に必要な力を培うため、一人一人の教育的ニーズに応じ、多様な学びの場において適切な指導を行うとともに、必要な支援を行う必要がある。」とされ、特別支援学級については「特別な教育課程や少人数の学級編制の下、特別な配慮により作成された教科書、専門的な知識・経験のある教職員、障害に配慮した施設・設備等を活用して指導が行われている。」と述べられている。また、特別支援教育は、発達障害だけでなく、通常の学級に在籍する障害のある児童生徒に対しても、合理的配慮の提供を行いながら、必要な支援を行う必要があるとしている。このように特別支援学級に在籍・通級をするか否かに関わらず、一人一人の子どもの発達の特性合わせた支援や指導が求められている。しかし、現実には、発達障害の有無やその症状や適切な支援方法などについて、幼少時に関わる、保育士や幼稚園教諭、学校の教員そして保護者が十分に理解しているわけではない。また、特別支援教育に携わる教員の経験や知識には格差があることも事実である。このような状況の中では、発達障害についての知識や経験をもつ医師や臨床心理士、ST、OT、PTが在籍する医療機関において、評価とリハビリテーションにより得られた、一人一人の子どもの特性に合わせた支援方法を保護者や本人、子どもに関わる保育、教育者に伝えることは、一人一人の子どもの能力や可能性を最大限に伸ばし、自立や社会参加に必要な力を培い、生き生きと生活することを支えることは極めて重要な役割だと考える。

５．おわりに-今後の展望-

（１）地域の小児科医、小児精神科医との連携

今回、2018年に医療福祉経営マーケティング研究で報告した当院での小児ST外来開始当初の報告[3] から2022年で５年経過し、今回改めて、５年間の実績データを収集分析し、併せて本事業の収益性についての検証を行った。

発達支援に係る取り組みについて当院と地域の関連機関との信頼関係が構築されると共に、子どもと保護者の抱える問題の対象範囲が広がることで、初診患者がますます増加し、待機時間の伸長の問題が深刻化してきている。この問題の解決のために、当院での小児科医の雇用に引き続き努めることに加え、近隣の小児科医との連携を進め、かかりつけ小児科から発達障害・構音障害等についての診断名のある紹介状を持参してもらうことにより、発達障害専門の小児科の受診を３、４ヵ月待つことなく、リハビリテーション科や内科などの医師によるリハビリテーション指示により評価を開始することが可能となる仕組みを構築する必要がある。また、小児リハ科の対象児の増加に伴い、精神科領域の薬剤投与を要する小児も増加している。当院の小児科医は非常勤であるため、処方後の急な体調変化や有害事象に対応することが困難である。そのために精神科領域の薬剤の処方を依頼できる近隣の病院との連携が必要となっていたが、昨年度より市内の国立病院機構の小児科医師と連携する仕組みが構築できた。

（２）地域の子どもを取り巻く重層的な課題への取り組みを含む発達支援センターの構想

５年前に早期の開設を目標とした、小児OT、PTの開設を果たし、そのことにより小児リハ対象者は急増した。また、

子どもや保護者の自費の心理カウンセリングも開始し、発達障害だけでなく不登校や虐待をはじめとするより多様な課題を抱える相談に対応することが可能となってきている。しかし、発達の課題が当院小児リハ科受診時の主訴であっても、貧困や虐待、保護者自身の様々な問題などの当院のみでは解決できない多様な課題が明らかになる場合がまれなケースではなくなってきている。このような場合に行政との細やかな連携が必要になるが、このような重層的な課題解決のための行政の仕組み自体が今のところ十分に機能している状態ではないため、問題の解決に難渋し、無力感を感じる結果となる場合もある。今後、行政機関の重層的問題解決のための組織的取り組みの進展を待つ必要があるが、当院においても、発達支援の必要性に加え重層的課題を抱える子どもやその家族の課題解決のために必要な、医療やリハビリテーション、関係機関との連携などを提供できるような、総合的な発達支援センターのような役割を担える機関となることを目指したい。この目標は、玉昌会グループのビジョンである、地域共生社会の実現のための一つのコンセプトである、地域の小児から高齢者、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」[9] を実現に寄与する事業となると考える。

【引用文献】

1）[on line]厚生労働省「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現一新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン一」https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf
（アクセス2018.9.30）

2）[on line]令和３年版障害者白書第３章障害のある人に対する理解を深めるための基盤づくり
https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r03hakusho/zenbun/index-pdf.html（アクセス2023.10.９）

3）ケーススタディ：加治木温泉病院における小児ST外来の開設までの流れと現状と展望
–地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて–、医療福祉介経営マーケティング研究第13巻第１号、2018

4）[on line]鹿児島県教育行政基礎資料（学校基本統計等）令和４年度教育行政基礎資料《学校基本統計等》
（令和４年５月１日現在）（令和５年３月発行）
https://www.pref.kagoshima.jp/ba01/kyoiku/joho_tokei/kyouikugyousei/kyouikugyouseikisosiryou.html
（アクセス2023.10.15）

5）[on line]姶良市教育振興基本計画第2次前期計画（令和４年～令和８年）
https://www.city.aira.lg.jp/kyokanri/kurashi/kyoiku/keikaku/kyoikushinko.html
（アクセス2023.10.９）

6）[on line]鹿児島県第6期障害福祉計画https://www.pref.kagoshima.jp/ae07/shougaifukushikeikaku.html
（アクセス2023.10.14）

7）[on line]児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査・令和４年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果についてhttps://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm
（アクセス2023.10.14）

8）[on line]令和２年度介護事業経営実態調査結果の概要https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai20/index.html
（アクセス2023.10.14）

9）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

（受付2023年10月17日、受稿2023年10月18日）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

第 13 回医療福祉経営マーケティング研究会
年次学術集会

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

大会長　馬場園　明（九州大学）

日時：令和５年３月１８日（土）１４：００～１７：３０
開催方：オンライン（ZOOM）

抄 録 集

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

学会プログラム

第 13 回医療福祉経営マーケティング研究会
年次学術集会

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
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)

地域医療構想と地域包括ケアシステム

演 者 松田晋也（産業医科大学公衆衛生学教室 教授）

教育講演　（15:00～16:00）　座長：窪田　昌行（NPO 法人高齢者健康コミュニティ）

2025 年の医療・介護に向けて-統合地域ヘルスケアシステム-

演 者 馬場園 明　（九州大学）

▶ 休 憩

▶ 一般口頭発表　１６：１０～１７：３０

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

●特別講演

地域医療構想と地域包括ケアシステム

松田 晋哉（産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室）

【地域包括ケア】
地域包括ケアとは、住民が日常生活圏域（おおよそ３０分で移動できる圏域）で、医療、介護、予防、生活そして住まいに関する基本的なサービスを受けられる仕組みと定義されている。しかし、この概念が提唱されてから20年の月日が経つが、まだその具体的な形は一般的なものとしてはできていない。地域包括ケアシステムの議論を、当初からリードしてきた筒井は、介護保険や予防的サービスを計画する自治体が積極的に関与し、規範的統合を実現することが必要であるとしている 1)。たしかに高齢化の進む日本においては、介護保険制度が地域包括的の枠組みを規定する主要なものであり、それを計画する介護保険事業計画は重要なツールであると言える。しかし、介護は他方で医療の支援を必要とする。このことは今回のCovid-19の流行で明確になった。この医療に関して、市町村は、それをコントロールする強い権限を持たない。
【地域医療構想のめざしたもの】
地域医療構想の本質は、データに基づいて、各地域の現在および将来の傷病構造を予想し、それに適切に対応するための医療提供体制を整備していくことである。我が国はイギリスやフランスのように国が強い権限を持って、医療提供体制の内容を変革することはできない。また、アメリカのように市場原理に基づいて、医療提供体制を変革していくこともできない。民間医療機関の多いわが国は、透明化されたデータに基づいて、各医療機関が自らの判断で、将来の医療機能を選択する仕組みを採用した。
演者はそのためのデータ環境の整備を行い、また、その活用方法について、種々の情報提供を行ってきた2),3)。その中で、特に急性期以後の医療介護サービス提供体制を如何に整備していくかが、高齢化の進むわが国においては、喫緊の課題であることを強調してきた。しかしながら、地域医療構想の議論は、主に高度急性期や急性期の病床数をどうするかに集中しがちである。データが十分に活用されていないのである。
【地域包括ケアを如何に実現するのか】
　わが国で地域包括ケアシステムを具体化する端緒になるのは、おそらく病院を中心とした複合体だろう。実際に、いくつかの先進的な組織が、主に地方で複合体の形で地域包括ケアを具体化しつつある。今後、この動きが高齢者数が激増する都市部にも広がっていくことで、わが国の地域包括ケアシステムは急速にその形成が進むと演者は予想している。これを整合的に行っていくことが地域医療構想調整会議では必要になるだろう。

【参考文献】
1)筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略（2014)、中央法規出版.
2)松田晋哉：地域医療構想のデータをどう活用するか（2020)，医学書院.
3)松田晋哉：ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来（2021），勁草書房.

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74，2023

●特別講演

2025年の医療・介護に向けて―統合地域ヘルスケアシステム―

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）

【2025 年問題とは】

わが国では，2014 年の通常国会で，「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，地域医療構想と地域包括ケアシステムによって，「病院完結型」から「地域完結型」の医療への転換を図ってきた．これらは,2025 年問題に対応するためであった．2025 年は，団塊の世代が全員，「後期高齢者」になる年である．高齢者はこの年，65～ 74 歳が 1497 万人(12%)，75 歳以上が 2180 万人(18%)となり，人口の 30%を占めるようになる．その結果，認知症の患者が 730 万人，その前段階の MCI の方は 630 万人，フレイル高齢者は 700 万人になると推定されている．一方，この年の死亡者数は 150 万人を超えると推定されている．これらは，起こってしまった未来なので，これらに対応していかなければならない．

【進まない地域完結型の医療】

現在，地域完結型の医療は構築されているかというと，満足できる状況からは程遠い．　診療所，急性期病院，回復期病院などの医療の質は担保されておらず，介護施設化した病院を加えて何とかやりくりしている状況である．あるべき医療としては，診療所や中小規模病院の主治医機能を充実させ，専門医療や急性期病院の紹介・逆紹介の質の向上，在宅医療での緊急対応・専門医療・看取りを含む機能の充実，地域包括ケア病棟の後方支援の機能強化，回復期リハビリ病棟の在院日数の短縮化，訪問看護の深化，介護事業所との連携強化，在宅高齢者に自立支援を行うことなどが求められる．

【統合地域ヘルスケアシステム(ICHS)とは】

地域完結型の医療を提供するモデルとして，「統合地域ヘルスケアシステム」を提案したい．この定義は，「かかりつけ医機能を中心に，専門医療，入院医療，在宅医療，訪問看護・介護まで，地域包括ケアシステムの機能を満たす医療ニーズの機能を満たし，ICT を活用し，住み慣れたコミュニテイで最期まで暮らせる(Aging in place)を支援する仕組みである」とする．これらを実現できれば，超高齢化社会において患者さんのニーズに応じたシームレスな地域完結型の医療が提供できるようになる．

今後，多くの医療機関で 7：1 の急性期病床をすべて維持することは難しくなる．そこで，7：1 の急性期病床の一部を地域包括ケア病床に転床し，200 床以上の病床を持つ病院は在宅療養後方支援病院，それ未満の病院は在宅療養支援病院を届け出るなどの方法も選択肢となってこよう．そして，在宅療養で病状が悪化した患者などを入院で受け入れつつ，在宅医療を提供する．また，関連する医療機関に診療所がある場合は，在宅療養支援診療所を届け出ることが有利である．在宅医療を行うには訪問看護ステーションの活用が必須であり，悪性腫瘍，循環器疾患，呼吸器疾患，難病，認知症などの看護や看取りもできることが期待される．

また地域でケアされている，患者さんのニーズに対応して，他の医療機関に紹介することも必要となることも増えていくと思われる．入院患者の在宅復帰を進める上で，主治医が在宅医療を手がけていれば患者は安心して在宅移行しやすくなる．一方，病状が悪化した場合にいつでも入院できる後方支援の病院があるのはとても心強い．

さらに，住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の後方支援体制として，定期巡回随時対応型訪問介護看護，小規模多機能型居宅介護，看護小規模多機能型居宅介護など必要とされる機能を見極め，地域医療の担い手として介護サービスへの関わり方を考えていく必要がある．

「病院完結型」から「地域完結型」への医療のパラダイムの転換は避けられない．したがって，急性期病院であっても，リハビリの機能を持ち，医療連携，介護連携，在宅医療，訪問看護までの仕組みを構築していくことが重要となっていくと考えられる．そこで，統合地域ヘルスケアシステムは，重要な役割を果たすと考えられる．

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

▶一般口頭発表Ａ

◆リハビリと栄養支援　16:10-16:40

座長 寺坂 禮治（福岡日本赤十字病院名誉院長）

1. 九州ーのリハビリテーションを目指して
～玉昌会姶良地区～

〇米山　　拓（医療法人　玉昌会）
原口　友子（医療法人　玉昌会）
増山　泰英（医療法人　玉昌会）
有川　瑛人（医療法人　玉昌会）
春田　千幸（医療法人　玉昌会）
川原　翔太（医療法人　玉昌会）
中村　真之（医療法人　玉昌会）
夏越　祥次（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. 満足度九州ーのリハビリテーションの実現を目指して
ー玉昌会グループ　鹿児島地区での取り組みー

〇大迫　尚仁（医療法人玉昌会）
平川　智士（医療法人玉昌会）
五十峯　かずみ（医療法人玉昌会）
村田　美奈（医療法人玉昌会）
福留　大輔（医療法人玉昌会）
下薗　康志（医療法人玉昌会）
菊池　博之（医療法人玉昌会）
中村　真之（医療法人玉昌会）
田島　紘己（医療法人玉昌会）
夏越　祥次（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）

3. 地域包括ケアにおける栄養支援

〇角　多賀子（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

▶一般口頭発表 B

◆ICTの活用 16:40-17:00

座長:窪田　昌行（NPO 法人高齢者健康コミュニティ）

1. オンライン服薬指導解禁に伴う薬剤師の役割

○ 春田　一磨（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

2. 医療法人が運営する保育施設におけるICTを活用した働き方改革の取り組み

○ 春田　千幸（医療法人　玉昌会）
原口　友子（医療法人　玉昌会）
大迫　尚仁（医療法人　玉昌会）
山元　奈穂子（医療法人　玉昌会）
松谷　裕子（医療法人　玉昌会）
亀澤　里佳子（医療法人　玉昌会）
吉元　裕子（医療法人　玉昌会）
上脇　友美（医療法人　玉昌会）
中村　真之（医療法人　玉昌会）
田島　紘己（医療法人　玉昌会）
夏越　祥次（医療法人　玉昌会）
髙田　昌実（医療法人　玉昌会）
窪田　昌行（CCRC研究所）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

▶一般口頭発表 C

◆医療・介護政策　17:00-17:30

座長:馬場園　明（九州大学）

1. 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（社会医療法人天神会）
末次　　輝（社会医療法人天神会）
窪田　昌行（NPO法人高齢者健康コミュニティ）、
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. がん治療と仕事の両立支援に関する研究

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

3. 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（神戸医療未来大学 人間社会学部 経営福祉ビジネス学科）
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）
山尾　玲子（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）
吉田真一郎（九州大学大学院医学系学府 医学専攻）

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ａ

九州一のリハビリテーションを目指して～玉昌会姶良地区～

○米山拓　原口友子　増山泰英　有川瑛人　春田千幸　川原翔太　中村真之　夏越祥次　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】

玉昌会グループではリハビリテーション（以下リハと略す）専門職が医療保険サービスの枠を越え、地域共生社会の構築への貢献という目標を掲げ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。玉昌会のチーム医療実践会議において我々は「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事を目的に新たなプロジェクトを考案し第 12 回本学術集会において「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－」を報告した。今回はプロジェクトの実践を行ったので経過と現状を報告する。

【方法】

第 1 報のプロジェクトメンバーの相互評価において斬新性、市場性、収益性で低い評価を受けたことを報告した。今回、当プロジェクトの「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」において成果と目標の設定を行った。さらに事業計画を立案し、月 1 回の進捗報告を行うことで確実な進捗管理を実行した。

【結果】

1.「シェアード・デシジョン・メイキング（SDM）モデルの実践」

SDM は近年推奨されている“医療の意思決定モデル”であり、リハの目標設定をセラピストと患者の両者が相手の話に共感し理解しながら設定していく手法である。SDM の実践のため「ADOC アプリ」を導入し、運用チーム編成を行い回復期病棟患者、がんリハ患者を中心に、ADOC を用いてセラピストと患者の目標設定のすり合わせを行う事とした。

2.「SSI Newtons モバイルの活用」

玉昌会では 2021 年 10 月より 1 患者 1 ID の実現を目指し電子カルテの変更を行い、同時に i- phone 端末でカルテの操作が可能な「SSI Newtonsモバイル」を導入した。端末機能であるグループトークを利用し動画・画像・コメントなどを多職種で連携し、シームレスかつタイムリーな共有を目指す事とした。

3.「患者経験価値の導入」

玉昌会で使用されている患者満足度調を分析し、リハの可視化と患者のニーズを把握した。そして入院から退院までに患者が経験した事実と患者の経験の視点に立った設問である患者経験価値を基にリハの内容に特化し「リハ版患者経験価値調査票」を新たに作成、回復期病棟の入院患者を対象に調査を行った。

4.「ライフ Life システムの構築」

入院時から関わる事が出来る在宅支援チームが必要と考えオランダのビュートゾルフを参考に Life システムを考案した。顧客が本当にやりたい事を叶えるためのチームを結成し、Life カンファレンスから対象者を選出しテストケースとして 2 名の介入を行った。

【考察】

満足感へつなげるための 4 つの項目において工程表に則り実践を行う事で計画的に遂行する事ができた。SDM やリハ版患者経験価値調査票の導入でセラピストの意識の変化があったと考える。また、Life の介入によって派生した取り組みを収益性の向上につなげられる可能性の検討も開始している。課題点として実践する事で浮上してきた各セクションの問題点の改善や修正を行うこと、玉昌会グループ内での Life の認知度の向上があげられ、内外に向けた広報なども含め検討していく必要があると考える。成果と目標の達成度に関しても検証する必要があり、Life の収益性に関しては不明瞭な面も多く、今後 Life システムの構築・運用を行っていく中で収益化の構築も目指すことも不可欠である。そしてプロジェクトを実践し、改善を繰り返す事で九州一のリハの実現に繋がると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ａ

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

○大迫尚仁、平川智士、五十峯かずみ、村田美奈、福留大輔、下薗康志、菊池博之、中村真之、田島紘己、夏越祥次、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】
超高齢社会や限られた医療財源を背景に、地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携が進められており、医療と介護の連携が重要とされている。その中でリハビリテーションは、人生の各ステージに合わせたシームレスで質の高いサービスを提供する責務があり、益々重要な役割となる。
我々玉昌会グループは、2021 年度より「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」をコンセプトに、鹿児島地区・姶良地区で検討・実践を重ねてきた。本研究は、2022 年度の鹿児島地区での取り組みに関して、進捗状況を交え報告する。

【方法】
2021 年度に作成した PEST 分析・SWOT 分析を見直し、「満足度九州一」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）から目指すべき目標と成果を設定した。また、工程表をもとに達成度をチーム医療実践会議で共有し、適時、進捗状況に応じて修正を行った。

【結果】
各分析を見直すにあたり、“国民1人あたりのGDP”や“GDP に占める医療費割合”が比較可能なドイツの現状と比較を行った結果、入院期間が 20 日程度と日本より短い傾向であり、入院期間中の過ごし方や病気・健康に対する意識に違いがあることが分かった。2021 年度考案した Full Time Sustainable リハビリテーション プログラム(以下、FS リハプログラム)を推進するため、2022 年度はドイツの事例を参考に以下の４つの取り組みに再考した。

①リハビリテーション満足度調査
患者経験価値(PX)を組み合わせた 24 項目の内容で構成し、2022 年 10 月より運用開始した。回収率向上を目的に Google フォームを使用し実施した。
②法人認定資格
患者様の日中活動量向上を目指し、病棟スタッフ(看護師、介護士等)を対象とした資格制度を検討している。2023 年 4 月より開始予定で、YouTube の限定公開機能を使用したオンライン型のシステム構築を目指している。
③在宅サービス事業部との連携
昨年、当法人では新電子カルテシステムを導入し、在宅サービス事業部とシステムが統合され、画像・動画の共有が可能となった。また、TV 見守りシステム(Ami)の運用試験や、ST 部門では FaceTime・咽頭マイクを活用した嚥下スクリーニングを一部開始し、再入院ゼロを目指した連携を行っている。
④促通反復療法(以下、川平法)
治療者が促通操作を行うことで、大脳から末梢神経の神経回路を再建・強化する治療法である。2022 年 4 月より第一人者である川平和美医師が入職され、川平法を提供することが可能となった。また、エビデンス蓄積のため、学会発表も行った。

【考察】
ドイツとは国の政策や国民性の違いはあるが、入院期間中の過ごし方により在院日数の適正化を図れる可能性が示唆され、入院期間中の活動量向上を目指した FS リハプログラムの重要性を再認識した。昨今のコロナ禍により、多様な ICT・AI 技術が日常になる中、当法人でも DX を推進しており、FS リハプログラムとの融合による新たな価値の創造が期待される。1 人 1 人に寄り添い、社会に貢献できるサービス構築に向けて、今後も取り組みを継続して参りたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ａ

地域包括ケアにおける栄養支援

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

【背景と目的】
在宅サービス利用の高齢者で低栄養（BMI 20 未満）の者は約４割を占めていると報告されており、栄養支援が必要とされる中で、地域に根差した栄養ケアが十分ではない現状がある。そこで、地域の在宅の高齢者一人一人を対象とした栄養支援に役立てるために、「栄養ケア・ステーション」の開設方法と訪問栄養食事指導の手順の作成を行うことを目的として研究を行った。

【方法】
対象は、筆者が勤務する病院からおおむね 30 分以内の日常生活圏内に住み、訪問栄養食事指導の加算要件を満たす高齢者とし、「栄養ケア・ステーション」の開設方法と訪問栄養食事指導の手順の作成を提示した。指導の手順では、理念、ビジョン、ミッションを定め、支援方法としてはホームベース型健康支援を用いた。さらに、「低栄養」「摂食嚥下障害」の症例研究を提示した。

【結果】
「栄養ケア・ステーション」の開設申請方法と、居宅療養管理指導並びに在宅患者訪問栄養の手順を作成した。栄養支援の理念は、高齢者自身の生き方や価値観を尊重することとし、ビジョン：「最期まで口から食べる喜びと尊厳ある豊かな人生を目指して」、ミッション：「高齢者のこころを理解した共感的で安心安全な栄養支援を行います」とした。
「ホームベース型健康支援」を用いた支援方法では、「周囲からの支援」を重視した。症例研究では、高齢者の栄養支援で必要な典型的な症例として、「低栄養」と「摂食嚥下障害」を取り上げた。
1 例目は、認知症と摂食不良により「低栄養」となっていた症例であった。「自分のペースで、自分で食べたい」との思いを尊重し、食事の量を減らしたワンプレート皿、せかさない対応、楽観的に見守るなどを行った。本人は「自分のペースで、自分で食べる」ことができるようになり、穏やかな笑顔で嬉しそうな様子で全量摂取と変化し、家族やスタッフと喜びを分かち合った）。1 か月後、BMI18.4、体重減少率 1 か月で 0%、食事摂取率 10 割となり、低栄養のリスクは中リスクから低リスクへと改善した。
２例目は、「摂食嚥下障害」の症例であり、脳梗塞と仮性球麻痺による重度嚥下障害が認められていた。「形がある食事を食べて、体重を元に戻したい」との本人の思いを可能な限り尊重し、部分的に特殊加工された市販品を提供した。この市販品は「酵素均質浸透法」により、繊維を分解しているため舌やスプーンで簡単にくずせるという特徴がある。介入終了時は、食事摂取量 10 割、必要エネルギー量 1397kcal　たんぱく質量 40.4g に対し、摂取エネルギー量1480kcal　たんぱく質量43.4gとなり、体重は、6 か月前の入院時より約 4.0kg 増加した。また食事摂取時間は 30 分程度を維持し、誤嚥を示す炎症所見の上昇は見られなかった。

【考察】
本研究では「ホームベース型健康支援」を用いることにより高齢者のこころを理解した、共感的な栄養支援を行うことで高齢者の栄養ケアのみならず、本人・介護者の精神的苦痛をも改善することができた可能性もある。人間にとって重要な欲求でもあり喜びでもある「食べる」ということを、今後も「本人の選択と自立」を尊重した関わりにより、住み慣れた地域で、安心して自分らしい生活を送るために、支援の一助をしていきたいと考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ｂ

オンライン服薬指導解禁に伴う薬剤師の役割

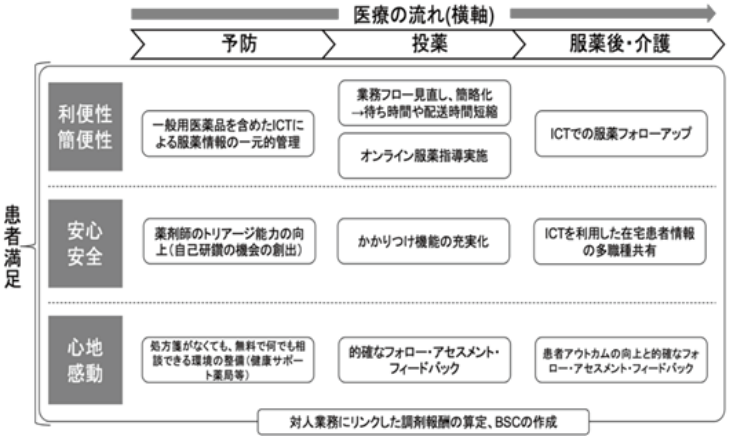
○ 春田　一磨（九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座）

【目的】
オンライン服薬指導をはじめとした医療のデジタルトランスフォーメーションにより、変革が想定される薬局業務を基にビジネスモデルを作成し、今後の薬局薬剤師のあり方について提言することを目的とした。

【方法】
オンライン服薬指導の対象として相応しい患者層を我が国の疾病構造と先行研究から選定し、AIDMA（Awareness Interest Desire Memory Action）を用いて、患者の意思決定プロセスに応じた薬剤師の対応策を検討した。そして、患者ロイヤリティの高いオンライン服薬指導を持続可能なものとするため、小規模薬局を想定したバランスト・スコア・カードを作成し、経営的観点から、将来に向けた薬局のビジネスモデルを作成した。

【結果】
オンライン服薬指導の対象として、年齢層はデジタルツールに慣れている20～60歳代、疾患は患者数が多く、服薬指導の効果が期待できる高血圧と糖尿病が相応しい。オンライン服薬指導の認知度が低い現状においては、これら患者ターゲットを明確にし、ホームページやチラシといった広告に加え、処方箋ネット受付や電子お薬手帳を含めた現存のサービスに付加して周知する必要がある。また、ビジネスモデルを基に薬局の内部環境と外部環境を数値で的確に捉えられることが求められ、推算された利益率から、薬局の対物業務の効率化と、対人業務の充実化に向けた各種取り組みが求められる。なお、バランスト・スコア・カードのアクションプランについては、患者満足を3つの観点で分類し、予防から投薬、服薬後・介護までの医療の流れに沿って整理した（図1）。

図1　バランスト・スコア・カードのアクションプラン



【考察】
オンライン服薬指導は利益率が減少傾向にある薬局の収益構造を転換するニーズを秘めており、服薬フォローアップや電子処方箋、リフィル処方箋等の取り組みと組み合わせることでより患者ロイヤリティに寄与することができ、ひいては薬局経営を安定化させる有用な手段であると考えられた。薬局は薬剤師の職能をはじめとした内部環境と、患者ニーズや施策の方向性を定める外部環境を的確に把握するために、バランスト・スコア・カード等のマーケティング手段を用いることで、時代に即した薬局のあり方を検討することが期待される。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ｂ

医療法人が運営する保育施設における ICT を活用した働き方改革の取り組み

〇春田千幸、原口友子、大迫尚仁、山元奈穂子、松谷裕子、亀澤里佳子、吉元裕子
上脇友美、中村真之、田島紘己、夏越祥次、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、地域包括ケアシステム構築による安心安全な街づくりへの貢献を目指し、鹿児島県の鹿児島市・姶良市を中心に医療・介護・保育事業を展開している。保育事業に関しては、姶良地区で託児所「チェリシュキッズルーム加治木」と「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、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、近年の全国的な保育現場では、利用率上昇の一方で、保育士は慢性的な人手不足・業務の多忙により働き方改革が求められており、法人保育施設でも同様の課題が挙げられていた。本研究は、それらの課題を解決し、保育士の働き方改革を実現するため、各保育施設に合った 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。

【方法】

託児所・保育園の業務課題に合った保育システムを導入した。託児所・保育園に勤務する保育士に対し、ICT 導入前後で保育業務について聞き取り調査を実施し、前後の変化を比較した。加えて、託児所を利用していた 17 名の保護者に対し、導入に対する意識調査を導入後にアンケートを実施し、分析を行った。

【結果】

今回、託児所で負担となっている業務は、①連絡帳・園からのお知らせ（個別連絡・配布物）、②登降園管理、③シフト管理、④午睡チェックが挙がった。保育園では、①写真販売、②午睡チェックが挙がった。それに対して、保育士の操作性・費用対効果を調査し、ユニファ社　保育システム導入した。託児所、保育園共に保育システムを導入した業務全体で作業時間・負担の軽減がみられた。導入による具体的な変化を以下に示す。

①保育士視点での業務の変化

託児所では、保育アプリを活用し、連絡事項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。連絡帳にかかる作業時間も短縮がみられた。加えて、アプリ上での書類の配信が可能になり、書類の印刷・配布作業の負担軽減や書類の渡し忘れの減少に繋がった。

保育園では、保育士が担っていた写真配布・集金等の写真販売業務全般がアプリ上へ写真をアップロードすることで完結するようになり、作業時間が短縮した。負担が軽減したことで写真販売回数を増やすことができ、これまでなかった販売収益も導入後３か月間で約 71,800 円が得られた。

②保育の質の変化

託児所を利用する保護者へ実施したアンケートにおいて、保育システム導入への満足度は満足が９割以上であった。満足度の高い内容として、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とが挙げられた。

午睡チェックでは、託児所・保育園共に保育士の見守りに加えて、機器が音で危険を知らせることで安全性が高まり、保育士・保護者の安心感に繋がった。

【考察】

今回、保育施設の ICT 化を行ったことで業務時間・負担が軽減し、生じた時間は子どもを見守る・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。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。以上のことから ICT 化は両者の関係を深め、保育の質を向上させたと考えられる。安全面の視点からは、午睡チェックについて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。

今後の課題としては、今回 ICT を導入していない業務の ICT 化である。特に保育園では業務負担の大きい帳票・書類業務の運用が定まっておらず、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、方法の検討が必要である。

【結語】

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。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ｃ

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、末次　輝（社会医療法人天神会）窪田昌行（NPO 法人高齢者健康コミュニティ）、
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】

わが国は人生百年時代と呼ばれる中、長寿社会を支える社会保障費は有限であるため、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、介護保険が 2000 年に創設されて当初は、要介護者への施設ケアが高齢者ケアの中心であり、介護施設を中心に整備されてきた。このため、自立を支援する健康型高齢者住宅はほとんど整備されてこなかった。このため、介護施設となった有料老人ホーム、サ高住の入居者の半分程度は自立できるにもかかわらず、自立支援が行われないために、要介護度が悪化することも生じている。本研究の目的は、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（以下「矢取」と略す）の運営の現状、課題と対応、これからの取組について報告するものである。

【方法】

研究対象は「矢取」のハード、サービス、および入居者とした。方法は、健康型高齢者住宅の参考モデルとなる米国 CCRC と「矢取」を比較検討・現状分析を行い、地域包括ケアシステムの構築に必要な健康型高齢者住宅および日本型 CCRC を核とした地域包括ケアシステム実現の課題を整理し対応策をまとめた。

【結果】

1　概要と入居状況

「矢取」は久留米市郊外にある矢取クリニック（デイケア併設）に隣接して建てられた住宅型有料老人ホームで、RC3 階建て、30 室の個室がある。居室面積は 19.2～31.2 ㎡で、トイレ、キッチンがあり、浴室がある居室が 14 室ある。月額利用料は 124,240 円からで、入居時敷金は 15 万円である。「矢取」と他の有料老人ホームの相違点は、食事と排泄について自立した方が入居し、健康寿命延伸を目的とした健康型有料老人ホームであることである。

入居者は 2022 年 9 月 30 日現在 26 名で、要介護度は、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 名で皆さん自立した共同生活をしている。男女比は 3:7 で、年齢は 80 歳以上が全体の 85％である。

2　サービス提供・職員体制と事業収支

生活支援体制としては十分な栄養管理が行われた食事を毎日三食提供し、見守り、相談等さまざまなお手伝いを専門職員が行っている。安全対策としては、職員が 24 時間常駐し、各室に設置された緊急通報システムにより、入居者への緊急対応も行っている。医療体制としては、隣接したクリニックを必要な時に受診でき、併設したデイケアセンターでは介護予防が行われている。もし、要介護度が重度になって「矢取」で暮せなくなった場合は、古賀病院グループの介護施設が紹介される。余暇・生きがい提供体制としては、入居者は自由に余暇活動を行っており、友人との会話、散歩、体操・運動、音楽、野球観戦、買物等の日常の活動を楽しんでいる。また 2022 年 7 月に「生きがい・趣味活動調査」を行い、入居者の希望を叶え、生きがいを促進するプログラムを現在検討している。

「矢取」の入居者は自立して生活しているので、職員体制は、生活支援のための専門職員 2 名とパート職員 2 名（常勤換算 2.2 名）で対応している。なお、午後 5 時半から翌朝 8 時半まではグループの職員が交代で宿当直を行っている。このように、少人数で効率的な運営を行っているため、「矢取」の時間当り付加価値は 4066 円（グループの目標は 2500 円以上）となっており、収益性が高い事業となっている。

【考察】

米国の CCRC を基に、古賀病院グループが目指す日本型 CCRC の構築に向けて、わが国の環境にマッチした健康型有料老人ホームの課題抽出を図り、支援方針や体制を検討した。住まい・生活支援・予防・医療・介護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するシステムの構築を図り、入居者ができるだけ長く自立した生活ができるような取組みを計画している。今後は健康型有料老人ホーム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。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ｃ

がん治療と仕事の両立支援に関する研究

○ 池之　和宏（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】
がん医療の進展により、がんとの共生が大きな社会課題として掲げられている。特に労働世代におけるがん治療と仕事の両立支援（※以下、両立支援）において、医療提供側だけでなく企業側でも積極的な取り組みが望まれている。しかしながら、徐々に取組む企業も増えてきているが、まだ就労継続や復職へ繋がるプログラムとしては不十分である。そこで本研究の目的を、両立支援の課題を明らかにし、患者の就業意識と外来がん治療による心身の状況の情報を、本人、主治医、産業医、企業の人事担当者が共有しながら、両立支援サポートができる支援プログラムを策定することとした。

【方法】
両立支援に関する先行研究、関連文献、専属産業医、腫瘍専門医からのヒアリングを基に、がん医療提供側、企業、患者（労働者）、産業医側、先進的に取組む国内企業の事例、欧米の就労支援に分けて、課題抽出、分析、整理して、A 社における両立支援プログラムの目的を明確にし、内容を策定した。

【結果】
両立支援プログラムの目的を「療養中のがん患者の作業能力の低下抑制や作業能力を維持することでできるだけ早い復職サポートを図る」とした。
がんに罹患した際に、確実に相談窓口へアクセスしてもらうために、以下①～③の組み合わせでがんに罹患した社員が相談窓口へもれなくアクセスできる体制を整備することにした。
①社員向けポータルでの情報公開
②社員向けセミナーの定期開催
③両立支援の取組を管理職がしっかり理解し、部下へ啓発することを管理職研修の必須項目とした。
診断時から療養期間中も定期的に「就業意識」と「がん治療による心身の状況」を同時に主治医や産業医と共有するブリッジシート(以下Ｂシート)を活用し、その人にあった両立支援モデル構築の支援プログラムを策定した。Ｂシートは、２枚１セットで形成した。患者本人が、産業医のサポートを受けながら、診断時やその時々の就業状況、心身状況を主に選択式で記入し、それを主治医へ提供するシートと、主治医から患者を通じて、確定診断情報や今後の治療、留意すべき就業上の措置に対するアドバイスなどの情報が、産業医、人事担当者へ返信されるシートが対になっている。そのため、本人からの情報が主治医に届き、主治医からの情報が本人を通じて産業医、人事担当者へ届いて初めて運用されたと考えられる。なお、診断時と療養期間が 6 ケ月までとそれ以降で、シートの記載内容を若干変えており、さらに、プログラムの評価指標を作り、定期的に改善していく仕組みも提案した。

【考察】
がん治療の進歩に伴い、治療後の生存率も向上しており、がんとともに生きる共生の時代になった。そのため、労働世代ががんに罹患した際に所属企業には両立支援プログラムが必須であり、かつ能動的に主治医側へ働きかけることが肝要であると言える。就業環境や就業意欲とともにがん治療に伴う心身の状況を同時に含めた両立支援プログラムはこれまでになく、現在のがん治療に合わせた、その人なりの両立支援に繋がると思われる。その一方、今後もがん治療は進展していくため、運用しながらも両立支援プログラムの向上を図ることは必須であり、そのために PDCA サイクルで継続的に改善・強化する必要がある。ただ、今回の両立支援プログラムは、あくまで A 社独自のものであるため、他社や多業種において有用なプログラムであるとは言えない。現在両立支援に取り組んでいる国内企業は少しずつ増えてきている。お互いに公開する場をうまく活用しながら更に両立支援プログラムを発展させることが社会実装の進展につながると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

一般口頭発表Ｃ

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(神戸医療未来大学 人間社会学部 経営福祉ビジネス学科)
馬場　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)
山尾 玲子(九州大学大学院医学系学府医学専攻)
吉田 真一郎（九州大学大学院医学系学府医学専攻）

【背景】
2015年度の介護保険制度改正により、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、2015年8月より従来の1割から2割へ、さらに2018年度8月には2割負担者のうち特に所得の高い層の自己負担が 3 割へ引き上げられた。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、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のうち、1割から2割への引き上げについて、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1割から2割に上がった群を2割引き上げ群、1割のままの群を1割群に分類し、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 time-series 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、施設サービス別）、医療費（入院、入院外、在宅）である。介護サービスについて、地域密着型サービスのうち、訪問、通所を居宅サービスに、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護および介護老人福祉施設入居者生活介護を施設サービスに分類し集計した。各指標は分母を母集団全体として算出した。

【結果】
対象者187,915名のうち男性の割合は26.2%で、全体の 9.7%が 2 割引き上げ群に該当していた。2 割引き上げ群と 1 割群では、男性の割合が有意に異なっていた（73.3% vs 21.1%, $p<0.001$）
観察期間中の介護給付費の全体は、2割引き上げ群121,009±102,577円、1割群143,222±117,374円で 1 割群の方が有意に高かった（$p<0.001$）。同様に介護施設サービスにおいても 1 割群の方が有意に高値であったが、介護居宅サービス、総医療費、入院医療費、入院外医療費、在宅医療費ともに2割引き上げ群の方が高値であった。2割引き上げ群の介入前後の比較では、介護居宅サービスにおいて介入直後の利用が減少し、介入前に比べて介入後の利用が 1 ヶ月あたり 9.4 円（$p<0.01$、CI:3.0-15.8）有意に増加していた。医療サービスでは、在宅医療費において、介入後両群ともに 1 ヶ月あたりの利用が有意に増加しており、2割引き上げ群の方が1割群に比べて有意に2.5円($p<0.05$、CI:0.6-4.5円）増加していた。

【結論】
自己負担割合の改定により 2 割への引き上げがあった群において介護居宅サービスの利用が一時的に減少し、在宅医療の利用増加が認められたことより、介護自己負担増加による介護利用抑制と在宅医療利用へのシフトの可能性が示唆された。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

第22回　病院経営の質向上研究会

日　時：令和5年2月18日（土）14：00～17：30

開催方式：オンライン（ZOOM）

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院名誉院長　寺坂　禮治

■講演Ⅰ（実践）14：10～15：00　座長：飯塚市立病院管理者　武冨　章

「地域包括ケアの変遷と今：地域の中での病院のありかた」

演者：医療法人財団華林会理事長　菊池　仁志

■講演Ⅱ（理論）15：00～15：50　座長：JCHO九州病院院院長　内山　明彦

「地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割」

演者：日本赤十字社福岡赤十字病院院長　中房　祐司

（休憩：15：50～16：00）

■講演Ⅲ（実践）16：00～16：50　座長：北九州医療センター院長　中野 徹

「高齢化地域におけるシームレスな地域連携の構築」

演者：社会医療法人製鉄記念八幡病院理事長　土橋　卓也

■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

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

地域包括ケアの変遷と今：地域の中での病院のありかた（理論と実践）

医療法人財団華林会　理事長　菊池仁志

「団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年を目途に、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よう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。」

これは厚生労働省が提言する地域包括ケアの理念であります。残念ながら、この３年間は今まで経験したことのない新型コロナウイルス感染症によるパンデミックにより、世の中が止まってしまい、地域包括ケアに対する取り組みもややなおざりにされていた感があります。しかしながら、高齢者人口そのものは増加し続けており、地域包括ケアの構築は必要であることに変わりありません。地域包括ケアとは、病院だけではなく、地域全体で医療・介護を推進していく体制構築であり、そこでは在宅医療を中心とした多職種連携による総合的視点体制が望まれます。この体制というのは、高齢者ばかりを支援するものではなく、認知症、神経難病、終末期医療、医療的ケア児、精神疾患の方など様々な分野で活用すべきであると考えられます。さらに地域包括ケアには、街づくりは欠かせません。そのような状況では、医療・介護のみならず行政、不動産業界などとの協力も必要になってきます。これからの地域包括ケアは街づくりの視点も取り入れながらより総合的なケア体制が望まれます。　また、地域医療構想により病院機能分化が進む中、地域医療構想と地域包括ケアは両輪として急性期医療と慢性期医療の連携を通して病院から在宅という流れを円滑に推し進めていくことが大切であります。さらに最近問題になっている医師の働き方改革をも考慮しながら、患者のみならず医療者に対するケアも重要になっています。そして時代の流れとして医療のデジタルトランスフォーメーションも積極的に取り入れてかなければなりません。

本講演では、地域包括ケアの変遷と各種疾患による地域包括ケアの概説を行うとともに私どもの実践している都市型と地方型の病院における実際の地域包括ケアの実践を紹介しながら、皆様で地域包括ケアについて考える一助になれば幸いです。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割

福岡赤十字病院院長　中房祐司

〈当院の概要〉

福岡赤十字病院は病床数 511 床（一般 509 床、感染症 2 床）、職員数 1124 人（医師 185 名、看護師 576 名、その他）、標榜診療科 36 科の急性期病院です。現在、外科、泌尿器科、産婦人科でのロボット支援手術等を用いたがん治療、不整脈に対するカテーテルアブレーション等、脳・心疾患におけるカテーテル治療、消化器内視鏡治療、腎不全・移植医療などを行っています。また、当院は福岡市南区ですが、中央区、博多区との境目に位置し、公的な急性期病院が近接するところに立地しています。

〈これからの日本医療と地域包括ケアシステム〉

日本の人口は 2008 年の 1 億 2808 万人をピークに減少局面に入っています。2065 年には 9000 万人を割り、高齢化率（65 歳以上の割合）は 2020 年時点で 28.6%であるが 2065 年には 38.4%になると推定されています。今後、少子・高齢化が進み、医療・介護需要が増加するにも関わらず、その担い手が不足していくと予測されます。

このため、国は高齢者が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よう、住まい・医療・介護・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めています。大都市と町村部では高齢化の進展状況に大きな地域差が生じており、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

〈福岡市の場合〉

福岡市の場合、全人口はまだ増加傾向にあり、2035 年頃にピークを迎える見込みです。高齢化率は全国に比べて 10 年ほど遅れて進行していますが、2040 年には 30%を超え、今後 20 年以上にわたり、医療・介護需要が増加し続けることになります。

〈地域包括ケアステムにおける急性期病院の役割〉

地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割を当院のような高度急性期を中心に担当する病院の立場で考えてみました。地域で主に求められているのは、高度医療と救急医療の提供だと考えられます。

〈高度医療〉

高度医療を提供するにあたり、高齢者やその家族にとって入院時の十分な準備や説明は極めて重要と思われます。入院治療を行うにあたって、常用薬のチェック、栄養状態の把握、口腔ケアなど多職種医療者からの支援、入退院支援、患者サポートセンター

〈救急医療〉

南区あんしん救急医療連携　ブロック支援病院

〈コロナ診療〉

福岡地区での役割分担

〈在宅医療〉

訪問看護ステーション　特定行為

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

第 22 回病院経営の質向上研究会
テーマ：病院が地域包括ケアシステムに果たす役割

2022 年 2 月 18 日

高齢化地域におけるシームレスな地域連携の構築

社会医療法人　製鉄記念八幡病院　理事長　土橋卓也

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。高度急性期、急性期、回復期、緩和ケア、合わせて453床の許可病床で、医師92名、看護師424名を含む766名の職員を有している。

政令都市でもっとも高齢化率が高い北九州市の中でも、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、2022年の人口は、約64000人（高齢化率36.3%）である。2040年には人口約49000人（高齢化率42.6%）と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、病床数を削減した上で、脳卒中、心筋梗塞、心不全など高齢者を中心とした救急医療を提供し、後方連携に円滑に移行できる体制構築が重要と考えている。一方、当院は「まちづくりアクションへの参加」も重要な役割と考えており、がん、認知症、生活習慣病などの発症・重症化予防、健康寿命の延伸を目的とした地域住民への働きかけも行っている。

高齢化地域の地域包括ケアシステムにおける当院の役割として、急性期医療の提供にとどまらず、入院中の医療情報を提供する連携ネットワークの構築が重要と考えている。北九州で運用されている「とびうめ＠きたきゅう」には38,000名を超える登録があり、2022年に当院救急外来を受診した患者のうち登録者は494名で入院率は72%であった。また、マイナンバーカード利用による情報取得も有用と考えられるが、2022年12月の外来初診患者を対象とした調査では、マイナンバーカードを保険証付きで取得している者は30.6%にとどまり、取得予定なしと回答した者が27.5%であった。情報共有可能な対象者や情報内容に制約がある現状を考えると、より多くの対象者に必要な医療情報を提供するネットワークの構築が重要と言える。当院では、画像検査予約、画像検査結果、読影レポート、処方歴・注射歴、検査結果、退院サマリ等の情報を共有できる地域医療連携システム「さらくらネット」を2021年10月に稼働させた。現在、総登録者数は3,532名で、当院への全紹介患者数の70パーセンタイルを提供するカテゴリーAの医療機関（71施設）のうち、19施設（26.8%）に導入され、紹介患者の29.2%が情報共有可能となっている。脳卒中、心不全、骨折で入院した患者の調査では、退院後の後方連携病院、施設、かかりつけ医で医療情報が共有可能な患者は約4割となっており、今後さらなる拡大により、多くの患者にシームレスな医療が提供され、疾病の再発・合併症予防、予後改善に寄与することを期待している。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

第23 回　病院経営の質向上研究会

日 時：令和 5 年 9 月 30 日（土）14 ：00 ～17 ：30

テーマ：**病院経営の改善対策**

開催方式：オンライン（ZOOM）

開会の挨拶　会長：日本赤十字社福岡赤十字病院院名誉院長 寺坂 禮治

講演Ⅰ（理論）14 ：10 ～15 ：10

座長：純真学園大学副学長 森田 茂樹先生

「病院経営に求められるリーダーシップ
－医療の付加価値戦略とは－」

演者：藤田医科大学特命教授 小松本 悟 先生

講演Ⅱ（実践）15 ：10 ～15 ：40

座長：社会医療法人製鉄記念八幡病院理事長 土橋 卓也先生

「北九州市立医療センター独法後の経営」

演者：北九州市立医療センター院長 中野 徹先生

（休憩：15 ：40 ～15 ：50 ）

講演Ⅲ（実践）15 ：50 ～16 ：20

座長：日本赤十字社福岡赤十字病院院長 中房 祐司先生

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

「COVID -19 による病院経営への影響
経営が厳しい病院への対応と併せて」

演者：社会福祉法人恩賜財団済生会唐津病院 院長 園田 孝志先生

講演Ⅳ（実践）16 ：20 ～16 ：50

座長：遠賀中間医師会おかがき病院 地域医療総合支援センター長 桑野 博行先生

「飯塚病院のTotal Quality Management（TQM）」

演者：飯塚病院院長 増本 陽秀先生

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 医療法人財団華林会 理事長 菊池 仁志

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

病院経営に求められるリーダーシップ
―医療の付加価値戦略とは―

藤田医科大学　特命教授
足利赤十字病院　名誉院長　小松本　悟

我々病院幹部は日々経営改善に取り組まなければならない。医療を取り巻く環境は厳しく、社会的ニードの制約として診療報酬の切り下げなどがあり、一方では、患者のニードは高くなり地域における自院の立ち位置を正しく把握し、地域に得らばれる病院でなくてはならなくなった。更に、2025 年へのロードマップにおいて「時代に選ばれる病院」でなくてはならない。

病院経営に於いて、DPC はインプットは問われず、アウトカム評価が求められる様になった。アウトカム評価には、経済的なもの、臨床的、機能的、そして患者満足度などが含まれている。これらの評価は DPC における機能評価係数Ⅱに反映されるようになっている。また種々の経営指標に於いて、付加価値の増大を第一目標として戦略を策定しなくてはならない。そしてアウトカム/コストの値が最も高い値(ゴール)を明らかにし、高い価値を提供できる医療機関となり、公益性の高い医療を提供し、真の多職種連携を実践できる病院を展望しなくてはならない。

病院は医師をはじめとした多職種による労働集約型企業体である。病院幹部は病院のビジョンとゴールを明らかにし、現実とのギャップを埋めるストーリーとシナリオを職員全員に提示しなくてはならない。病院幹部はベストストーリーテラーでなくてはならない。そうすることによって職員一人一人が経営に関する意識を持つようになるのである。

病院幹部は、病院全体を俯瞰した経営哲学、経営手法により、職員全員が共同体としての意識を持ち、病院経営への参画意識を生み続けることが重要である。この様な病院への帰属意識とその病院固有の文化を醸成することが、病院幹部に求められるリーダーシップ・ガバナンスなのではないだろうか。

アウトカム評価の見える化と数字化が今後病院経営に求められようになってきたことより、今後は「病院経営は数学する」時代になり、量の経営から質の経営へ転換すべきではないだろうか。まさに病院経営は実学としての学問ではないだろうか。また、本講ではリーダーシップ 3.0 に関連して「権限の委譲」についても述べてみたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

北九州市立医療センター独法後の経営改革

北九州市立医療センター院長　中野徹

当院は企救郡立小倉医学校兼病院として設立され明治 33 年小倉市制施行により小倉市立病院、昭和 38 年北九州市発足により北九州市立小倉病院さらに病院新築により平成 3 年北九州市立医療センターと改称、平成 31 年４月１日地方独立行政法人北九州市立病院機構北九州市立医療センターとして独法化しました。病床数；522 床 13 病棟　一般 416 床、HCU6 床、MFICU6 床、NICU9 床、GCU18 床、緩和 20 床、感染 16 床、40 診療科の急性期病院です。患者数（令和４年度）入院　377 人/日　延べ 133,763 人　外来 1,021 人/日　延べ 248,041 人手術件数　3,67４件で患者さん半数以上が悪性疾患です。救急車受け入れ件数　2,143 件　紹介割合 91.9%　逆紹介割合 47‰。職員数は令和５年４月現在 1,070 人　医師 151 人（常勤 129 人）、看護師 609 人　医療技術職 161 人　事務職 149 人の陣容で独法化後事務職のプロパー化が 50%進んでいます。

担うべき医療三つの柱としては、がん診療（地域がん診療連携拠点病院）、周産期母子医療（総合周産期母子センター）、生活習慣病（高度専門内科）、政策医療として北九州唯一の第 2 種感染症指定医療機関です。

市立病院時代の障壁は①トップが医師でなく北九州市病院局長、事務職含め 3 年で移動し継続した経営改革ができない。②必要なスタッフが確保できない（定数枠制度）。③意識改革の文化が醸成されにくい。④病院マネジメント専門職がいない為 診療報酬改定など医療制度改革への対応が遅い⑤医療機器投資が十分にできないなど。

独法後経営改革として①意識改革、働きやすい環境づくり②医業収益の増加③徹底的コスト削減④患者サービス向上⑤優秀な人材獲得・育成などを掲げ各項目で目標設定と取り組みを開始。改革の成果としては①入院・外来診療単価増、看護必要度上昇、在院日数減②医業収益増（独法前より 19.6%、29 億円）③新規施設基準取得（急性期充実体制加算等）④査定率減（独法前 0.80%から 0.31%へ）⑤クリニカルパス適応率（29.5%から 46.1%へ）⑥紹介率（87.2%から 96.0%）⑦新入院数増（862 人/月から 1044 人月）⑧救急車件数増（1380/年から 2143/年）⑨TMSC 介入件数増（独法１年目 169 件から 2883 件）⑩入退院支援加算増（独法前 3,458 から 45,447 単位;千円）⑪リハビリテーション料増（独法前 149,805 から 293,577 千円）⑫予算枠医療機器価格交渉値引き額増（独法後２年目 11,977 から 55,147 千円）⑬全国共同購入効果額（独法３年目 27,384 から 52,167 千円）などです。

現在の課題として①サイバー対策費用ベンチマーク②抗腫瘍用薬など高額医薬品ベンチマーク③働き方改革に向け出退勤システム適正化に取り組んでいます。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

COVID-19 による病院経営への影響―経営が厳しい病院への対応と併せて

済生会唐津病院院長　園田孝志

COVID-19 は 4 年目に入り、オミクロン株等が主体となり、初期と比べ感染性は増加したが病原性は低下したことから、5 月 8 日以降感染症法上の 5 類感染症に位置づけられた。様々な特例的措置は解除され、病床確保料もほぼ半減のうえ 9 月末で原則終了となった。それでも病院は COVID-19 へ対応することが依然求められる。10 月以降が病院経営の正念場である。一方地域医療構想は進み、来春より医師の働き方改革が始動する。さらに人口減少が進み、利用者ばかりか働き手も減少するなかで賃金の上昇圧力は大きい。また物価・金利が上昇するなど病院経営にとっては問題山積の状況である。

済生会病院は、4-7 月の期間で、81 病院中 61 病院（75.3%）が赤字である。令和 3・4 年度より赤字病院が増え、赤字額も多い。80 病院中 44 病院（55%）が赤字であった COVID-19 前の令和元年度と比較しても、赤字病院は増えた。原因の一つが患者の受診抑制が続いていることである。外来患者数は▲5.4%（元年度比、以下同じ）入院患者数は▲10.7%である。外来・入院とも単価増加で収益は何とか 2%増となっている。もう一つの原因は、費用の増加である。全体として 6.4%増で収益増加分を上回る。なかでも光熱水費が 29.7%増と突出する。

済生会は社会福祉法人として「施薬救療」を根本とし、社会の最終ラインを守ることを理念に挙げている。現在①生活困窮者の支援②地域医療への貢献③医療と福祉の総合的サービスを掲げている。事業全体の 9 割を病院が占めており、その健全な経営がなければ理念の実現はできない。経営の悪化した病院は収支状況・自己資本比率・借入負担状況を勘案して経営指導施設等に指定している。最近は経営が悪化した病院が固定化される傾向にあり、その立て直しは容易ではない。対応としては、職員全体で現状を認識し危機意識を共有したうえで、「入るを量りて、出ずるを制する」即ち集患・増収を図り、コストを削減し生産性を向上させる必要がある。病院のタイプとしてはケアミックス型の中小病院特に急性期４～6＋地ケア・回リハの病院が苦戦している。経営が改善している病院では、地域の事情に応じた細かい対応が行われている。病床の数や機能を変更することも必要であり、また給与体系や賞与まで手を付ける覚悟も必要である。病院収入の大部分は診療報酬である。次回の診療報酬改定では、光熱水費や材料費等の高騰と賃金上昇圧力に対応できるように、基本診療料特に入院基本料の増額を期待している。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　50 - 74,　2023

「飯塚病院の Total Quality Management (TQM)」

飯塚病院院長　増本陽秀

飯塚病院は、福岡県の筑豊地域において高度急性期・急性期医療を提供する総合病院である。1918 年の開院以来、開設の精神「郡民のために良医を招き、治療投薬の万全を図らんとする」に則り、医療による社会貢献と理念に謳う「まごころ医療」を実践する努力を続けてきた。

近年、超高齢社会、人口減少、パンデミックなど、医療を取り巻く環境が厳しさを増す中で、健全経営の基盤のもとに質の高い医療を提供し、地域医療における使命を果たすため、当院は 2016 年度より中長期計画の策定に取り組んだ。まず、“2025 年度ビジョン”を「Patient First を追求し、選ばれる高度急性期・急性期病院」と定め、ビジョン実現のために注力すべき「七つの視点」を置き、視点ごとのビジョンと目標値を設定した。2018 年度以降、Total Quality Management (TQM)を推進強化しつつ職員一丸となって中長期計画を実行し、この取り組みは病院初の 2022 年度「デミング賞」受賞につながった。

飯塚病院の特徴的な取り組みとして、セル看護提供方式の開発導入、情報システムの開発と活用、改善活動の推進、医療事故防止対策の強化などに触れ、近年の経営実績とともに当院 TQM の現状を紹介したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　75 - 78，2023

【 定例研究会報告 】

令和 4 年 10 月 2 日

第 90 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

介護保険制度改革と今後の方向性

2000 年度にスタートした介護保険制度は，「3 年を 1 期」とする介護保険事業計画（市町村）・介護保険事業支援計画（都道府県）に沿ってサービス提供体制整備や保険料設定などが行われている．少なくなる一方の支え手（サービス提供者，費用負担者）で，増大する一方の高齢者（サービス利用者，受益者）を支えなければならず，サービス提供者をどう確保するか，保険財政の安定をどう確保するかが大きな問題となる．

2012 年度からは介護職員処遇改善加算が，2019 年度からは特定処遇改善加算がスタートしており，今年（2022 年）10 月からは新たな介護職員等ベースアップ等支援加算も創設される．「処遇改善を介護報酬の中で行うべきか」という大きなテーマも残っており，「介護従事者の離職防止に最も効果的なのは『やりがい』であるとの意見もある．『やりがい』を感じられる介護とは何であるかも正面から議論すべきである．「財政の安定化」についてであるが，「介護保険は自分たちの居住地のサービス提供量・保険料を自分たちで決められる優れた仕組み」であると考えられてきたが，制度発足から 20 年以上が経過し，少子高齢化や過疎化が進行しているなかで,介護費が高騰してくる中では「財政を安定化させるために，広域の保険者とすべき」との要請が出ている．2018 年国保改革で行われた 2 重保険者制度が参考になるであろう．

科学的介護の構築に向けた LIFE は，従前の VISIT（リハビリに関するデータベース）と CHASE（栄養や介入に関するデータベース）とを統合運用するデータベースの名称である．「介護施設・事業所がリハビリや栄養・介入などのデータを提出（登録）する」「各事業所・施設のデータが蓄積され，集計・解析が行われる」「各施設・事業所にデータ解析結果がフィードバックされる」ことで，介護保険事業所・施設全体のケア・サービスの質が向上していくことが期待されている．データ登録を行っている事業者の声を拾うと，LIFE データ入力を通じて利用者の状態・課題を把握しやすくなった，アセスメントの方法・頻度が統一された，ADL・行動・心理症状・意欲などの項目について精緻なアセスメントが行えるようになったことが確認された．一方，データ登録を行わない事業者の声に耳を傾けると，「データ入力をする職員の負担が大きい」ことが最大のデータ登録阻害要因である．

増大する介護費の財源をどこに求めるかは重要課題である．社会保険料のような現役労働者の負担に依存するのでは，少子高齢化の進むわが国では限界がある．資産を含むより賦課ベースが広い税に財源を求めることは，世代に共通な資源を求めることになり，一定の合理性が認められるであろう．

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　75 - 78，2023

令和 4 年 12 月 1 日

第 91 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

今後の地域医療構想の動向

2020 年 3 月から新型コロナウイルス感染症の流行が本格的に始まり，同年 4 月には政府が緊急事態宣言を発令したことによって，地域医療構想に関する公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証のスケジュールは凍結の状態となった．また,感染症対策，その患者の収容先として公立・公的医療機関は必須であり，ダウンサイジングや統廃合を考える場合，感染症対策の視点も必要とされた.

今後進行する少子化により「少なくなる一方の医療従事者」で，高齢化により「増大を続ける医療ニーズ」にどう対応していけばよいかという課題には，「効率的な医療提供体制」が極めて重要となる．「医療機関が散在し，医療従事者が分散配置されたままでは，働き方改革は十分に進められない．1 人 1 人の医療従事者の負担軽減を行うために，医療従事者・医療機関の集約化が必須」となってくる．このため厚労省は従前より，「地域医療構想の実現」「医師偏在の解消」「医師働き方改革」はセットで進めなければならない（いわゆる三位一体改革）と強調している．逆に，地域医療構想の実現が進まなければ，「医師働き方改革」も「医師偏在」も進まないと考えられる.

入院・外来・在宅別の医療ニーズの変化を見ると，入院について，大都市部を中心に 2035 年・40 年度以降にピークが来るが，北海道や東北，中国・四国ではすでにピークアウトしている地域もある．外来について，東京など一部を除き，ほとんどの地域ではすでにピークアウトしている．在宅について，ほとんどの地域では 2040 年以降にピークが来る―予想される.

消化器がんでは，65 歳以上人口が増加していく 2 次医療圏では，入院患者そのものは増加するが，手術等が必要な患者の増加割合はそれほど多くない．65 歳以上人口が減少していく 2 次医療機関では，入院患者が減少するとともに，それ以上に手術等が必要な患者が減少していく．一方，脳梗塞では「65 歳以上人口が増加していく 2 次医療圏では，入院患者そのものは増加するが，手術等が必要な患者の増加割合はそれほど多くないとされている．なお，大腿骨骨折では，入院患者と手術が必要な患者が一定程度，増加していくと予想される.

今後は医療の対象者として，手術や薬で完治できる患者は少なくなっていく．それに応じて，高度急性期・急性期は集約化が求められる．したがって，急性期病院であっても，リハビリの機能を持ち，医療連携，介護連携，在宅医療，訪問看護までの仕組みを構築していくことが重要となっていくと考えられる.

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　75 - 78，2023

令和５年 ２月２日

第 92 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

フレイルの概念, 診療と予防

人は歳をとるとともに，体力や気力が低下する．このような状態を，わが国では「虚弱」と表現していたが，日本老年医学会が，英語で「虚弱」を表す「フレイル」を用いることに決定した．「フレイル」とは，ささいなストレスがきっかけになり，介護に至る危険が高い状態であり，すでに生活機能の障害により，自立生活を送れない状態ではない．一般的な「寿命（生物学的寿命)」に対して，自立した生活ができなくなるまでの期間を「健康寿命」と言うが，フレイルを予防することが，健康寿命を延長することにつながる.フレイルの概念の変遷を簡単に言えば，1980 年代には要介護のリスクのある状態を示していたが，2000 年代に入り，筋力低下や低栄養がある要介護に陥りやすい状態であるが可逆的な状態を指すようになっている.

2012 年に，訪問調査に協力した 65 歳以上の高齢者 2,206 名のデータを解析した結果，8.7%の人がフレイルに該当していた．なお，プレフレイルは 40.8%，健常は 50.5%であった．また，女性，高齢，社会経済的状態が低い，健康状態が悪いほど，フレイル割合は高い傾向があった．地域ブロック別では，概ね，西日本で高く，東日本で低い「西高東低」の傾向がみられた.

2025 年は，団塊の世代が全員，この「後期高齢者」になる．その時点では，65～ 69 歳が約 700 万人，70～ 74 歳が約 800 万人，75～ 79 歳が約 850 万人，80 歳以上が約 1.350 万人．75 歳以上は約 500 万人増えて，2,200 万人近くとなり，高齢者のうちの約 60%を占める．フレイル高齢者は先の調査では，後期高齢者の約 3 割ぐらいと推定されていて，2015 年には約 550 万人であったのが，2025 年には約 700 万人になると予想されている.

フレイル診療ガイド 2018 年度版ではフレイルの発症・進行予防に対する運動介入は，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ため推奨されている．また,フレイルの発症・進行を予防するための運動プログラムとしては，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などを組み合わせる多因子運動プログラムが推奨されている．　一方,運動に関しては,日本人高齢女性を対象とした横断研究では，1 日あたりのたんぱく質摂取量が約 70g 以上であるとフレイルのリスクが低くなることが報告されている．肉や魚はたんぱく質が豊富な食品であり，たんぱく質の摂取量が多いほどフレイルのリスクが低下することが報告されている．野菜や果物についても，これらを多く摂取するほどフレイルのリスクを抑制することが報告されている．　フレイル状態は放っておくと要介護になりやすいが，早期発見と適切な治療，悪化防止を行うと，自立に戻すことができる.

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　75 - 78,　2023

令和５年 ４月６日

第 93 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

新興感染症の予防と治療

新興感染症は、米国医学研究所が提唱した“Emerging Infectious Diseases” の和訳で、以下のような特徴を持つ感染症として定義されている。かつて知られていなかった、この 20 年間に新しく認識された感染症で、局地的あるいは国際的に公衆衛生上問題となる感染症である。

一方、再興感染症は、米国医学研究所が提唱した “Re-emerging Infectious Diseases”の和訳であり、世界保健機関により以下のような感染症として定義されている。既知の感染症で、すでに公衆衛生上問題とならない程度にまで患者数が減少していた感染症のうち、再び流行し始め患者数が増加した感染症である。

感染症予防法によると新型インフルエンザは１類～5 類に属さない「新型インフルエンザ等感染症」の一つとして取り扱われる。新型インフルエンザの発生が危惧され致死率が高くなると予想される鳥インフルエンザは、インフルエンザ A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る場合は２類感染症、血清亜型が H5N1 以外の場合は４類感染症に分類される。ちなみに、新型インフルエンザとトリインフルエンザを除いたインフルエンザ全般は５類感染症に分類される。

新型コロナウイルスとは、コロナウイルス科オルトコロナウイルス亜科に属するウイルスのうち、医学上、公衆衛生上重要なものについて名付けられる暫定的名称である。コロナウイルスは人類に対する風土病と考えられており、風邪（普通感冒）様症状を引き起こすが、しばしば肺炎を伴う重篤な感染症として流行する。2002 年 SARS コロナウイルス、2012 年 MERS コロナウイルス（MERS-CoV)、SARS コロナウイルス２（SARS-CoV-2）- 2019 年新型コロナウイルスが代表的である。

国内で承認されている新型コロナウイルスに特有に使われる主な治療薬は、アメリカの製薬大手「メルク」が開発した「ラゲブリオ」と、アメリカの製薬大手「ファイザー」が開発した「パキロビッドパック」の２種類である。「ラゲブリオ」、一般名「モルヌピラビル」は、ウイルスが細胞に侵入した後、ウイルスの設計図となる「RNA」をコピーする際に必要な酵素の働きを抑え、増殖を防ぐ。投与の対象となるのは、18 歳以上の軽症から中等症１の患者のうち、高齢者や肥満、糖尿病などの重症化リスクがある人で、発症から５日以内に１日２回、５日間服用するとしている。重症化リスクがある患者の入院や死亡のリスクをおよそ 30％低下させる効果があるとされている。

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 18 年目となりました。研究会会誌第 18 巻をお届けいたします。原著論文:2 編、総説:1 編、ケーススタディ:2 編の掲載となりました。

さて、本会の定例研究会は今年 10 月開催分で 94 回目を数えます。病院経営の質向上研究会も 24 回目を迎えることができました。。医療福祉経営マーケティング研究会・学術集会も、令和 6 年 3 月 2 日の開催で第 14 回を迎えます。

令和 6 年 3 月で、本会理事長の馬場園明教授が九州大学を定年退任となり少々事情が変わってきます。本会の所在地も変更になるでしょう。詳細は何も決まっていませんので機会を見つけてお知らせすることになるでしょう。

数年前からのコロナ禍以来､研究会行事はオンライン式でみなさまとはZoom でつながっていました。いかがでしたでしょうか。やはり、生の声、参加者一同を見渡しながらディスカッションできるのが一番良いのではないでしょうか。勉強会の持つ俯瞰性(全体を観る)がどんどん恋しくなってきました。

過日、あるセミナーに参加しました。演者のお一人が､「これ以上社会保障を皆さんが求めるならば、消費税は今のままで良いと思いますか。それとも消費税をアップしたらよいですか」「どのくらいですか」と参加者に問いました。「この問い」､「問題の立て方」に違和感を覚えました。なぜなら、消費税は法の施行以来､「社会保障財源」にストレートに来なかったからです(財務省統計)。「消費税 31 年間の総決算」(2019 年財務大臣答弁)をみれば一目瞭然です。「消費税をやみくもに上げれば国の全体税収は逆に減収に転じる」という不可逆変化性があることを俯瞰性の観点からみることが必要なのではないでしょうか。

つづいて、お知らせしたいことがあります。1984 年厚生省病院管理研究所の医療管理部長、1990 年日本医科大学教授、1997 年日本病院管理学会理事長、2004 年日本医科大学名誉教授。日本医療機能評価機構理事。2022 年卒後臨床研修評価機構理事長等々の要職を務められ、九州大学に医療経営管理学講座の誘致にご尽力されたおひとりの岩崎榮(いわさきさかい)先生が 10 月 13 日に亡くなられました。享年 90 歳。その日の朝、自宅で一時意識不明。救急車が駆け付けたものの､「今からセミナーの座長の仕事がある」といって乗車を拒否され、セミナー座長を務めてふたたびその場で意識不明になり、病院に搬送されたものの帰らずの人となりました。関係者が曰くごとく､「まさにサムライの死」でありました。筆者も、1989 年(平元)に先生の導きで病院管理研究所の研究科に在籍し、薫陶を受けました。広く関係者ともども慎んでお悔やみ申し上げる次第です。

令和 6 年度からは、新しいかたちで本研究会は進んでいくことと思いますが、皆様には引き続き、暖かいご支援ご協力お願い申し上げます。

医療福祉経営マーケティング研究
第18巻　第1号　　80，2023

第 14 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：地域包括ケアシステムの課題と実践

1．会期 ：令和 6 年 3 月 2 日(土)

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 「地域包括ケアシステムの課題と実践」　　」

【1．特別講演 14:00～15:00】

テーマ：後期高齢者の介護保険サービスにおける自己負担増による利用行動への影響

演者：石原礼子（大阪経済大学）

【2．教育講演 15:00～15:40】

テーマ：地域包括ケアシステムの課題の解決に向けて

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
第18巻　第1号　　81，2023

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

(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、他雑誌に未発表のものとする。
２、投稿の種類は原著、総説、短報、実践活動報告、ケーススタディ、資料などとする。
３、人を対象とする研究報告はヘルシンキ宣言の精神に沿ったものでなくてはならない。
４、論文は「執筆要領」に従い、和文または英文で記し、別紙に英文の抄録ならびに英・和(英文論文では英のみ)それぞれ 5 語前後のキーワードを付け、それらのコピー2 部(図表を含む)をそえて提出する。ケーススタデイ、資料に関しては、抄録は省略できることにする。
５、査読終了後、最終原稿提出時はメールでファイルを添付する。
原稿の取捨選択、加除訂正の要求、掲載順序の指定、校正(初校は著者)などは編集委員会が行い、編集委員長の名で著者に連絡する。
６、本誌に掲載された論文等の著作権は医療福祉経営マーケティング研究会に属する。
原稿はメールで下記宛に送ること。

babazono@hcam.med.kyushu-u.ac.jp
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
馬場園　明

執筆要領

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

編集後記

本年 5 月に新型コロナ感染症は感染症法の第 2 類相当となり、感染防御に関する規制は緩和された。しかしながら、基礎疾患のある患者さんの重症化リスクは高く、医療機関の負担は小さくはない。一方、新型コロナ感染症に関する補助金の期限は本年 9 月までとなっており、多くの医療機関は収入減となることが予想されている。加えて、ロシア・ウクライナ紛争に端をなすインフレは医療機関をも直撃し、コストを上昇させている。さらに、過疎傾向にある医療機関は人口減にともなう患者減に悩んでおり、根本的な対策が求められている。筆者は、この対策として「かかりつけ医機能」の重視を提言している。診療所のみならず、中小病院も「かかりつけ医機能」を充実させ、適切な紹介、急性期後の後方支援、訪問診療、介護連携を行えば潜在的なニーズを満たすことができ、経営も改善していくと思われる。

本号では、原著論文として、「多職種連携が ICU での早期離床・リハビリテーションへ及ぼす影響の検討」、「オンライン服薬指導解禁に伴う薬剤師の役割」、総説として「2007 年公益法人・医療法人制度改革を通じて医療法人の今後のあり方について　『持分払戻請求事件』及び主務官庁の『行政通知』から医療法人の諸課題を考察する」、ケーススタディとして、「訪問リハビリテーションの生産性向上を目指した取り組み～住み慣れた地域で人生の最期まで、その人らしい生活を提供できる支援体制を目指して～」、「加治木温泉病院が地域の小児リハビリテーションを支える病院となるまでの 5 年間の課程と現状と展望－地域における子育てを支援する仕組み作りに向けて　第 2 報－」が掲載されている。いずれも、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換にマッチした論文である。今日的なニーズに対応すべく、医療マーケティングの参考になるのではないかと思われる。

馬場園明

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

編集委員会

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

Editorial Board

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

医療福祉経営マーケティング研究　第 18 巻　第 1 号

2023 年 10 月 1 日　発行

発　行　　医療福祉経営マーケティング研究会
代 表 者　　馬場園　明
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学医学部
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内
TEL:092-642-6960　　FAX:092-642-6961

印 刷 所　　株式会社　三ッ葉

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 18 No.1 1st, October 2023

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

Effects of multidisciplinary collaboration on getting out of bed early and rehabilitation in ICU ・・・ 1
Daisuke IIMORI, Akira BABAZONO

Role of pharmacists with lifting of the ban on online medication guidance ・・・ 9
Kazuma HARUTA、Akira Babazono

Review

The future of medical corporations through the 2007 public interest corporation/medical corporation system reform
Examining the various issues faced by medical corporations based on the "equity refund request cases" and "administrative notices" from competent authorities ・・・ 19
Tetsuo YAMASAKI, Naoshi KATAOKA, Akira BABAZONO

Case Study

Initiatives aimed at improving productivity in home-visit rehabilitation
-Aiming to create a support system that allows people to live their own lives in a familiar area until the end of their lives- ・・・ 31
Naohito OSAKO, Kazumi IZUMINE, Satoshi HIRAKAWA, Kensho IRYO, Hiroyuki KIKUCHI, Masayuki NAKAMURA, Hiroki TAJIMA, Shoji NATSUGOE, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Five-year process, current situation, and prospects until Kajiki Onsen Hospital becomes a hospital that supports pediatric rehabilitation in the community.
-Making a system for child-rearing assistance in local region 2nd report– ・・・ 39
Tomoko HARAGUCHI, Yuki HARA, Tiou NOGUCHI, Masayuki NAKAMURA, Shoji NATSUGOE, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract

The 13st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 50
The 22st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・ 65
The 23st Meeting of the Society of Health Care Management Improvement ・・・ 69

Report

Report of the Regular Meeting (90h, 91h, 92th, 93h) ・・・ 75

News

Tetsuo YAMASAKI ・・・ 79

Information

The 14st Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 80

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 81

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・ 83

Editor's note ・・・ 84

Editor Akira BABAZONO