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 8 巻　第 1 号　2013 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

労働者における大腸がん検診精密検査の受診行動に関連する要因の検討 ・・・ 1

竹口　和江、荒木　登茂子、馬場園　明

中小企業労働者の透過性調整力と健康習慣との関連 ・・・ 11

荒巻　悦子、荒木　登茂子、馬場園　明

計画的レスパイト入院における ALS 患者の医療保険及び
介護保険費用と患者・介護者の QOL 評価 ・・・ 19

菊池　仁志、原田　幸子、荒木　智佳、宮原　美佐、馬場園　明

ケース・スタディ

ケアミックス医療機関におけるチーム医療・介護のアプローチ ・・・ 27

中村　真之、堀　雅之、寺田　竜樹、坂元　真一、板川　幸子、吉永　浩之、
山下　正策、髙田　昌実、窪田　昌行、馬場園　明

学術集会資料

第 3 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 ・・・ 37

第 1 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集 ・・・ 71

第 2 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集 ・・・ 77

第 3 回 病院経営の質向上研究会　プログラム・抄録集 ・・・ 83

定例研究会報告

第 31 回研究会報告　ハーバード大学における医療の質における研修報告　馬場園　明 ・・・ 89

第 32 回研究会報告　米国における病院経営者教育　馬場園　明 ・・・ 90

第 33 回研究会報告　スウエーデンにおける高齢者ケア　馬場園　明 ・・・ 91

第 34 回研究会報告　デンマークにおける高齢者ケア　馬場園　明 ・・・ 92

第 35 回研究会報告　高齢者健康コミュニティの理念と実践　馬場園　明 ・・・ 93

事務局だより　医療福祉経営マーケティング研究会　事務局長　山﨑　哲男 ・・・ 94

お知らせ　第 4 回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会 ・・・ 95

研究会規約　医療福祉経営マーケティング研究会規約 ・・・ 96

投稿論文規定　投稿論文規定（和文・欧文） ・・・ 99

編集後記　医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員　窪田　昌行 ・・・ 100

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8巻　第1号　　2013

巻　頭　言

医療福祉経営マーケティング研究会
理事長　馬場園　明

本年、ＣＣＲＣ研究所の窪田昌行氏と私とで、日本型ＣＣＲＣである「高齢者健康コミュニティ」に関する本を執筆することになった。そのために、「高齢者健康コミュニティ」の理念、原則などを明確に定義する必要性が生じた。ＣＣＲＣとは、「住民が年齢を重ねるごとに変わっていくニーズに応じて、生活支援・健康支援・介護・医療サービスなどを総合的に提供していく施設サービスのシステム」である。高齢者に対し、「可能な限り自立を支援」するために、自立して生活できる段階から支援や介護が必要な段階まで、「同じ場所で生活の活動レベルによって住まいやサービスを替えていく」というアイデアは普遍性があると考えられるが、そのシステムがうまく機能するためには、理念、原則が必要である。

その理念として参考としたのが、エリクソンの発達段階のモデルであった。このモデルでは、高齢者が克服しなければならない課題は「統合」であるとしている。エリクソンは、自分のライフワークや生活を総合的に評価し直すという営みを通して、自分の人生を受け入れて、肯定的に統合しなければならない。統合性を獲得することができれば、心理面の安定が得られ、人間的な円熟や平安の境地が達成される。」としている。高齢者を最期まで支援する支援として、「自分の人生を受け入れて、肯定的に統合できるということを支援する」ことが、「人生の連続性」を尊重することになると考えたのである。そこで、「高齢者健康コミュニティ」の理念は、「高齢者の生活が継続できるようにケアを行い、自分の人生で起こったことを前向きに肯定して統合することを支援する」こととした。「高齢者が自分の人生は良いことも辛いこともあった。さまざまな方にお世話になったが自分も社会に貢献できた。生まれてきて良かったと統合できるように支援する」のである。そして、「本人の意思の尊重」、「残存機能を活用した自立支援」、「生活とケアの連続性の維持」を「高齢者健康コミュニティ」の三大原則とした。

「高齢者健康コミュニテイ」の定義は、「生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅及び高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティ」とした。すなわち、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、介護の機能をもつ高齢者住宅、リハビリテーション施設、介護事業所、地域交流センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどを備えた複合施設を核として、他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅、高齢者の自宅及び病院をネットワークで結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステム」であるとしたのである

さて、本年 5 月から 9 月まで厚生労働者老健局の主催で、「都市部の高齢化対策に関する検討会」が開催された。今後 10 年間で 1,000 万人後期高齢者が増加するが、その多くは都市部での増加であり、なかでも 500 万人は関東地区に集積している。これらの後期高齢者の医療や介護を行うための医療資源や介護資源は不足しており、新たな対応が求められるのが理由であった。そして、都市部の高齢化対策について、高齢者のニーズに応じた方策を検討し、地方の地域活性化の観点もふまえつつ、必要な方策を検討することが趣旨であった。私も委員として参加し、日本型ＣＣＲＣである「高齢者健康コミュニテイ」について紹介する機会を得た。最終報告では、以下のような結論が示された。

都市部は、高齢者は狭い地域に集住していることから、高齢者の「住まい」に、「介護」・「医療」・「生活支援」・「予防」のサービスを適切に提供し、ケア付きコミュニティを実現することで、施設同様の安心感を確保できると考える。つまり、これは、高齢者数の増加に応じた形で介護施設を整備する必要がないことを意味する。都市部においては、以下に述べるように、集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等といった都市部の強みを最大限に活かした地域包括ケアシステムを追求すべきである。なお、地域包括ケアシステムは、サービスのネットワークを作り、様々なサービスが日常生活圏域に適切に提供できるような地域全体の体制・仕組みであり、地域における実践が求められるものである。

これは、日本型ＣＣＲＣである「高齢者健康コミュニテイ」の仕組みと一致するものであった。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　1 - 9,　2013

労働者における大腸がん検診精密検査の受診行動に関連する要因の検討

竹口　和江[1)2)]　荒木登茂子[3)]　馬場園　明[3)]

The study on factors related to compliance for colorectal cancer screening among workers

Kazue TAKEGUCHI　Tomoko ARAKI　Akira BABAZONO

【Abstract】

Objectives: The mortality of colorectal cancer has increased recently. Therefore, colorectal cancer screening is important as a measure of disease detection and progression. However, despite its importance, participation rates are low. Moreover, because the screening is difficult to be conducted efficiently. The purpose of this study was to identify factors related to compliance for colorectal cancer screening attendance among employees in order to develop more effective intervention.

Subjects and Methods: A questionnaire was conducted, which surveyed 322 employees across 194 firms who underwent colorectal cancer screening in a medical facility. Among them, 110 persons (34.2%) responded. From their responses, factors related to compliance for colorectal cancer screening attendance were identified by univariate and multivariate analyses.

Results: Factors related to compliance for colorectal cancer screening participation included a positive attitude towards the screening, low cost, knowledge and beliefs about colorectal cancer, financial support by firms, and smoking habits. Those who feared cancer or those who did not smoke were more likely to undergo screening.

Discussion: Providing adequate information on colorectal cancer and appropriate support related to the duration and cost of screening are necessary to improve compliance for colorectal cancer screening participation among employees.

Key words: occupational health, screening for colorectal cancer, screening participation

【抄録】

1.目的

近年、大腸がんの死亡数は増加しており、職域においても大腸がん検診は、疾病対策として重要な位置を占めている。しかし、精密検査の特異性から受診率が低くスクリーニングとして十分な効果が得られてないと言われている。本研究では、労働者の大腸がん検診精密検査受診に影響を与える要因を明らかにし、受診を促進するための効果的な介入方法を検討することを目的とした。

2.対象と方法

A検診機関で大腸がん検診の精密検査の対象となった、322名194事業所を対象としてアンケート調査を行った。このうち、返信があった110名(34.2%)を対象として、受診の有無と各変数について単変量解析を行った。また、受診の有無を従属変数とし、大腸がん検診精密検査に関連する要因、職場環境に関連する要因、個人に関連する要因を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。

3.結果

受診の有無と関連がみられたのは、検査に対する正のイメージ、(検査に対する物理的負担感)、大腸がんに対するイメージ、大腸がんの知識、職場の経済的な支援、喫煙であった。また、大腸がんに対して恐いというイメージがあるほど精密検査を受診している、たばこを吸わない人ほど精密検査を受診していることが分かった。

4.考察

労働者の大腸がん精密検査の受診率を上げる為には、適切な大腸がんの知識の提供、費用と時間の調整が必要であることが明確になった。職域におけるがん対策では、適切な知識を提供すると共に、事業所が良好な職場の環境づくりをする為の支援が必要であることが示唆された。

キーワード：産業保健、大腸がん精密検査、受診行動

1)　九州大学大学院　医学系学府　医療経営・管理学専攻
〒812-8582　福岡県福岡市東区馬出3-1-1
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, Kyusyu University 3-1-1 Maidashi,Higashi-ku, Fukuokacity,Fukuoka,812-8582 ,Japan

2)　長崎県立大学シーボルト校　看護栄養学部看護学科　地域看護学
Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition University of Nagasaki, Siebold
連絡先：095-813-5509（直通）

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

【はじめに】

我が国では、がんは、昭和56年から死亡原因の第1位となり、平成15年からは、死亡原因の3割を超えている。がんの死亡順位別死亡数・死亡率は、40歳~50歳代では第1位、30歳代では第2位となっている[1)]。また、がん患者の33.6％が20～64歳の生産年齢で罹患しており[1)]、がん対策は、産業保健活動における疾病対策として重要な位置を占めている。なかでも、ライフスタイルの変化に伴い、大腸がんの死亡数は、過去20年間に2.5倍に増加しており、その予防対策は極めて重要である[1)]。

大腸がんの予防対策として挙げられている大腸がん検診（免疫学的便潜血反応検査）は、有効性のあるがん検診として国際的に認められており、大腸がんのスクリーニングとして広く実施されている[5)]。しかし、その一方で、他のがん検診と比較した場合、精密検査受診率が低くスクリーニングとしての十分な効果が得られていないことが、問題視されている[5)]。A機関の平成20年度の精密検査受診率は、乳がん検診精密検査受診率が93.3％、肺がん検診精密検査受診率が75.4％、胃がん検診精密検査受診率が73.4％、大腸がん検診精密検査受診率は51.2％であり、他の精密検査受診率と比較して低い。精密検査受診率を改善する為には、精密検査の受診行動に関連する要因を明らかにする必要があると考えられる。

今までも、大腸がん検診精密検査の受診行動に関連する要因の研究は行われている[2),3),15),16)]。調査結果として、大腸がんに対する情報の周知が有用である[2)]、というものや、心理的負担感、検査の負担困難感や精査に対するネガティブな認識が未受診に関連している[3)]、という結果が報告されている。しかし、調査対象は、地域住民を対象にしたものが多く[2),3)]、労働者に関連するものはほとんどない。今回の研究では、労働者に焦点をおき精密検査の受診行動に関連する要因を明らかにすることにより、受診を促進するための効果的な介入方法を示唆できると考える。

本研究は、A機関が実施した大腸がん検診（免疫学的便潜血反応検査）受診者の中で精密検査が必要となった者を対象に、精密検査の関連要因を大腸がん検診の精密検査に関連するもの、職場に関連するもの、個人に関連するものに分類し関連要因を明らかにし、受診を促進するための効果的な介入方法を示唆することを目的とする。

【対象と方法】

1.実施機関

調査を実施したA機関は、全国労働衛生団体連合会の会員であり福岡県を中心に年間7～8万人に健康診断を行っている。A機関の健康診断受診者は、ほぼ8～9割が労働者であり、大企業から従業員50人未満の小企業まで幅広く健康診断を提供している。健康診断後の事後措置として、大腸がん検診（免疫学的便潜血反応）の陽性者に対し、結果通知の際、紹介状と福岡県医師会の集団検診協議会に登録している医療機関名簿を一緒に送付し、受診を勧奨している。また、検診後、約3カ月たっても紹介状の返信がないものに対し受診者個人に対し、文書を送付し、受診の確認と勧奨を行っている。これに加え、A機関では、健康診断を行っている事業所のうち、約30％の事業所と産業保健サービス契約を結んでおり、その中の一部の事業所では、産業医・保健師が健康診断の事後措置として面談による受診勧奨を行っている。この産業保健サービス契約は、産業医・保健師それぞれが契約を結ぶものであり、職場巡視・産業医面談・健康相談・健康診断の事後措置など契約内容によりさまざまなサービスを提供している。なお、A機関は、大腸がん検診の精密検査を実施しておらず、陽性者はすべて他の医療機関を紹介している。

2.調査方法

調査の対象者は、A機関で大腸がん検診（免疫学的便潜血反応）1日法・2日法を平成23年4月～9月に受診し、結果が陽性に該当した322名、194事業所である。対象者には、結果通知の際、紹介状と福岡県医師会の集団検診協議会に登録している医療機関名簿を送付し受診勧奨を行う。また、約2ヶ月後までに紹介状の返信がないものに対し、受診の確認と勧奨を行う為の文書と一緒にアンケートを送付し、紹介状の返信があったものに対してはアンケートのみを送付した。

再受診勧奨を行う期間については、大腸がん検診マニュアルによって推奨されている約2ヵ月後に設定した[4)]。なお、精密検査の受診の確認は、医療機関からの紹介状の返信があったものと本人より受診が確認できたものとし、平成23年12月末日にて打ち切りとした。

3.調査内容

1）精密検査の受診行動

平成23年12月末日までに、医療機関からの紹介状の返信があったものと本人より受診が確認できたものを精密検査の受診有とし、受診の有無を従属変数とした。変数は、健康支援モデルを考慮し作成した。

2)大腸がん検診の精密検査に関連する変数

①検査への心理的な認識

検査のイメージについて、先行研究[3]を参考とし「検査に対する負のイメージ」として、恐い・痛い・恥ずかしい(3項目)、「検査に対する物理的負担感」として、時間がかかる、費用が高い(2項目)、「検査に対する精神的負担感」として、面倒だ(1項目)を作成した。6項目から、多重回答で尋ねた。

②検査の経験の有無

今までの検査の経験の有無を問い、受診経験のあるものに対しては、先行研究[5]を参考とし、「検査に対する正のイメージ」として楽だった(1項目)、「検査に対する負のイメージ」として、恐い・痛い・恥ずかしい(3項目)、「検査に対する物理的負担感」として、時間がかかる、費用が高い(2項目)、「検査に対する精神的負担感」として、面倒だ(1項目)を作成した。7項目から多重回答で尋ねた。

③大腸がんに対する認識

大腸がんに対するイメージを問い、回答は「非常に恐い」~「まったく恐くない」の6段階評定とした。

④大腸がんの知識

先行研究[2]を参考とし、「大腸がん検診で陽性の場合、精密検査が必要なことを知っていますか」、「大腸がん検診で陽性の場合、約4%の人に大腸がんが見つかっていることを知っていますか」、「痔からの出血と思いこんで大腸がんが見逃されていることを知っていますか」の項目について問い、回答は「よく知っている(6点)」~「まったく知らない(1点)」の6段階評定とした。合計得点の中央値をカットオフ値とし、高群と低群を設定した。

⑤大腸がん予防の為の行動

大腸がんのリスク要因[6]を参考にし、「飲むなら節度のある飲酒をする」、「加工肉(ベーコン、ハム、ソーセージなど)は食べ過ぎないようにする」、「食塩をとり過ぎないようにする」、「野菜不足にならないようにする」、「果物不足にならないようにする」、「熱い飲み物・食べ物は、冷ましてから食べている」、「体を動かすようにしている」、「太りすぎないようにしている」、「やせすぎないようにしている」、「毎年、大腸がん検診を受診している」の10項目の選択肢から多重回答で尋ねた。

⑥大腸がんに罹患する危険性

近親者の大腸がん罹患者の有無を尋ねた。

⑦大腸がん検診(便潜血)の受診行動

「もともと健康診断の項目に入っていたから」、「健康診断の項目として追加した」のどちらかを尋ねた。

⑧大腸がん検診(便潜血)の受診経験

大腸がん検診(便潜血)の受診経験の有無を尋ねた。

3)職場環境に関連する変数

職場環境に関連する変数として、先行研究より[7]職域の精密検査受診行動に関連する要因として②~④を作成した。

①属性

職業、雇用形態、職位、従業員数を尋ねた。

②職場環境

「検査を受けるための休日のとり易さ」を、「とりやすい」「とりにくいが、休日はとれる」「とりにくく、不可能である」「検査の為に休日をとりたいとは思わない」の4項目を用い、「とりにくいが、休日はとれる」「とりにくく、不可能である」を選択したものに対して、その理由を尋ねた。理由として「仕事の負担」として仕事量が多い・仕事の調整ができない(2項目)、「職場におけるサポート」として上司のサポートがない・同僚のサポートがない(2項目)、「職場の雰囲気」として休日を取り難い雰囲気がある・受診の為に会社を休む人がいない(2項目)を作成した。

③職場の支援体制(金銭面)

会社・健康保険組合から料金の補助があるかを尋ねた。

④職場の支援体制(休日)

精密検査の受診時の休日の取扱いについて尋ねた。

⑤医療職の介入

会社に産業医・保健師の有無、いる場合は大腸がん検診及び精密検査について説明を受けたことはあるかどうかを尋ねた。

4)個人に関連する変数

①属性

性別、年齢を尋ねた。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　1 - 9,　2013

表1　精密検査の受診意向との関連要因(N=110)

				Total n(%) or mean(SD)	精密検査受診 有	精密検査受診 無	p
大腸がん検診精密検査に関連する要因	①検査への心理的な要因（イメージ）	検査に対する負のイメージ[a]	有	68(61.8)	46(70.6)	22(32.3)	0.493
		検査に対する物理的負担感[a]	有	67(60.9)	44(65.7)	23(34.3)	0.216
		検査に対する精神的負担感[a]	無	69(62.7)	49(71.0)	20(29.0)	0.763
	②検査の経験の有無（感想）	大腸内視鏡検査の受診	**有**	63(57.3)			
		検査に対する正のイメージ[b]	無	49(77.8)	38(77.6)	11(22.4)	0.047*
		検査に対する負のイメージ[a]	有	32(50.8)	24(75.0)	8(25.0)	0.109
		検査に対する物理的負担感[b]	有	45(71.4)	34(75.6)	11(24.4)	0.016*
		検査に対する精神的負担感[b]	無	45(71.4)	36(80.0)	9(20.0)	0.330
	③大腸がんに対するイメージ[a]	非常に恐い/恐い どちらかといえば恐い/どちらかといえば恐くない	非常に恐い/恐い	63(57.3)	50(79.4)	13(20.6)	0.019*
	④大腸がんの知識[a] （カットオフ値=3項目の合計得点の中央値		高群	60(54.5)	47(78.3)	13(21.7)	0.037*
	⑤大腸がんに罹患する危険性[a]		無	93(84.5)	66(71.0)	27(29.0)	0.604
	⑥大腸がん検診（便潜血）の受診行動[b]		もともと健康診断の項目に入っていいたから	99(90.0)	67(67.7)	32(32.3)	0.228
	⑦大腸がん検診（便潜血）の受診経験[a]		有	79(71.8)	55(69.6)	24(30.4)	0.969
職業環境に関連する要因	①属性	職業	卸売業・小売業	19(17.3)			
		雇用形態[a]	正規雇用	77(70.0)	52(67.5)	25(32.5)	0.462
		職位[a]	管理職以上	34(30.9)	23(67.6)	11(32.4)	0.729
		従業員数[a]	200人未満	53(48.2)	38(71.7)	15(28.3)	0.362
	②職場環境	休日のとりやすさ[a]	とり易い	59(53.6)	42(71.2)	17(28.8)	0.800
		休日のとりやすさ	とりにくいが、休日はとれる/　とりにくく、不可能である	49(44.5)			
		休日をとりにくい理由					
		：仕事の負担[b]	有	35(71.4)	23(65.7)	12(34.3)	0.588
		：職場のサポート[b]	無	48(98.0)	31(64.6)	17(35.4)	0.653
		：職場の雰囲気[a]	無	34(69.4)	22(64.7)	12(35.3)	0.894
	③職場の支援体制（金銭面）	料金の補助[a]	ない/分からない	86(78.2)	56(65.1)	30(34.9)	0.029*
	④職場の支援体制（休日）	精密検査受診時の休日の取扱い[a]	有休/不明	75(68.2)	50(66.7)	25(33.3)	0.071
	⑤医療職の介入	産業医の有無	**有**	36(32.7)			
		産業医[a]	いない/分からない	74(67.3)	52(70.3)	22(29.7)	0.959
		説明の有無（産業医）[b]	無	23(63.9)	16(69.6)	7(30.4)	0.595
		保健師・看護師の有無	有	21(19.1)			
		保健師・看護師[b]	いない/分からない	89(80.9)	61(68.5)	28(31.5)	0.128
		説明の有無（保健師）[b]	無	10(47.6)	8(80.0)	2(20.0)	0.429
個人に関連する要因（背景）	①健康状態[a]		そう思う	92(83.6)	62(67.4)	30(32.6)	0.177
	②治療中の疾患[a]		無	62(56.4)	43(69.4)	19(30.6)	0.867
	③大腸がん予防の為の行動[a]		有	80(72.7)	57(71.3)	23(28.8)	0.640
	④生活習慣	たばこ[a]	吸わない	84(76.4)	64(76.2)	20(23.8)	0.011*
		アルコール[a]	飲まない	68(63.6)	52(76.5)	16(23.5)	0.057
	⑤ＪＨＬＣ[c]			23.7(3.1)			0.173
	⑥属性	性別[a]	男	84(76.4)	58(69.0)	26(31.0)	0.695
		年齢[a]	40歳～	93(84.5)	66(71.0)	27(29.0)	0.604

[a]=χ^2検定　[b]=Fisherの正確率検定　[c]=Mann-Whitney検定

②健康状態

自分自身の健康状態を、健康と思うか、に対し「非常にそう思う」～「まったくそう思わない」の6件法で尋ねた。

③治療中の疾患の有無

治療中の疾患の有無を尋ねた。

④生活習慣

アルコール・たばこについて有無を尋ねた。アルコールについては、「飲む」=「飲酒習慣のある者」と定義し、週に3日以上飲酒し、飲酒量1日あたり1合以上を飲酒すると回答したもの[8]とした。

⑤日本語版Health Locus of Control Scales（JHLC）

日本語版のHealth Locus of Control ScalesのInternal下位尺度（5項目、6件法）を使用した。HLCは、健康や病気に関する原因帰属をその個人の信念体系（帰属傾向）から測定しようとするものである。特に、Internalは、健康や病気に関する要因は自分自身であることを示したものである[8]。

4.分析

精密検査受診群と精密検査未受診群の関連要因を検討するために、各変数の種類に応じて、χ^2検定、Fisherの正確確率検定、Mann-WhitneyのU検定を実施した。また、「大腸がんの知識」と「JHLC」に関しては、内的一貫性Cronbachのα係数を求めた。大腸がん検診精密検査に関連する要因、職場環境に関連する要因、個人に関連する要因それぞれの関連要因については、一括投入法によるロジスティック回帰分析を行った。変数の選択基準は、単変量解析によって10％水準で有意な関連が認められることとした。年齢、性別については、条件に関わらず分析に投入した。変数は、対数オッズ比を確認した上でカテゴリーを変更し、年齢は「39歳以下」~「40歳以上」、大腸がんのイメージは「非常に恐い、恐い」~「どちらかといえば恐い、どちらかといえば恐くない」とした。雇用形態、職位、従業員数については、年齢、性別と相関係数が高く、多重共線性があるため投入しなかった。解析には統計パッケージSPSS 11.0 for Windowsを使用した。

5.倫理的配慮

対象者の個人が特定できないように匿名で集計を行った。精密検査の受診の有無を追跡するために、調査票には整理番号をふり、対象者を識別できるようにした。本研究は、A機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

1）回収状況

A機関で大腸がん検診（免疫学的便潜血反応）1日法・2日法を平成23年4月~9月に受診し、結果が陽性に該当した322名に対し調査を実施し、回答が得られたのは、110名（34.2％）であった。110名中、12月中までに精密検査の受診の確認ができたものは、77名（70.0％）であった。

2）回答者の属性

性別は男性が84名（76.4％）、女性が26名（23.6％）だった。年齢は、30~39歳が17名（15.5％）、40歳以上が93名（84.5％）であった。雇用形態は、73.3％が正規雇用、そのうち、39.5％が管理職以上であった。健康状態は、83.6％の対象者が、健康であると思うと回答している。また、何らかの治療中の疾患があるものは、43.6％であった。（表1）

3）精密検査受診の有無との関連要因

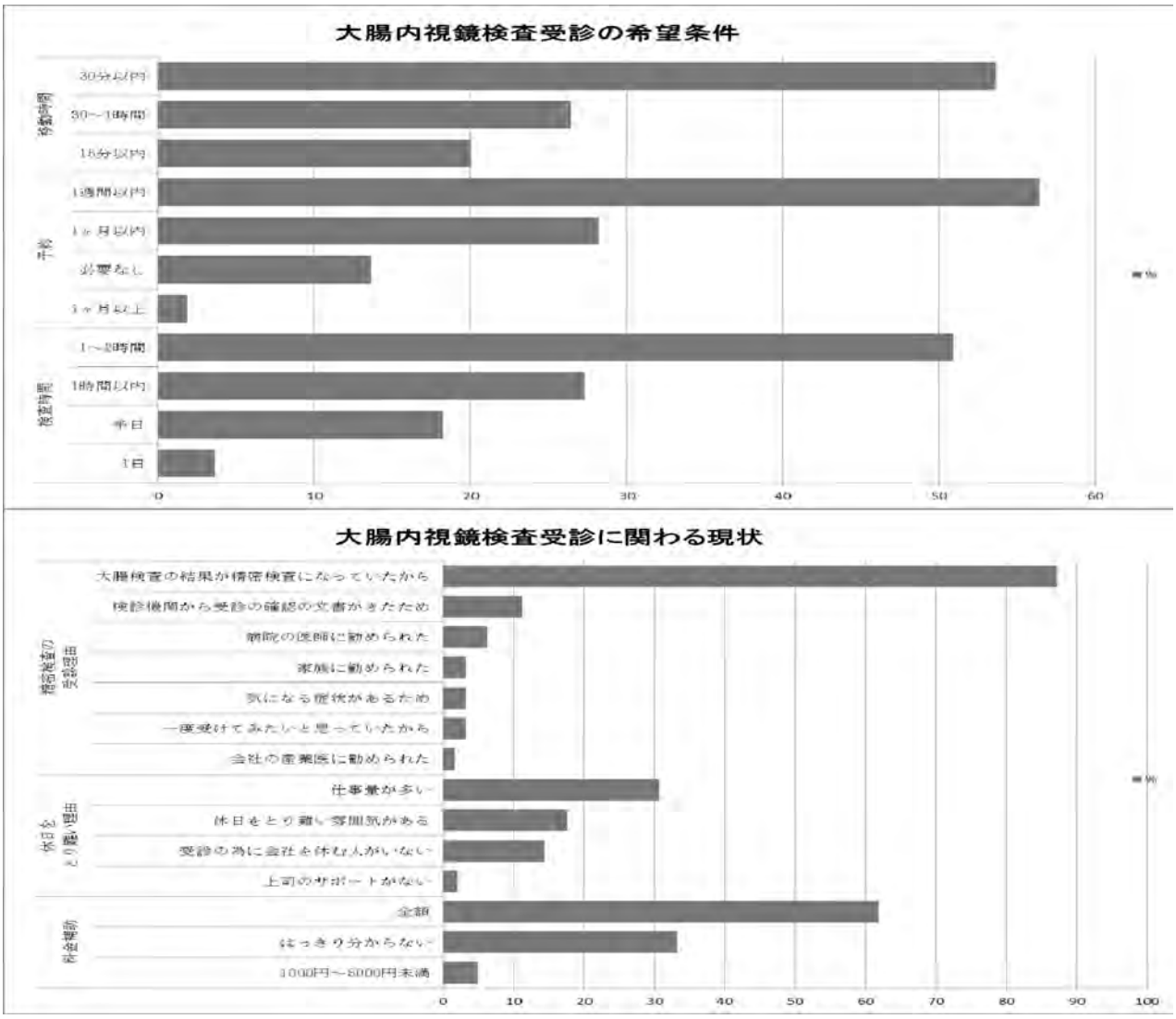
回答が得られた110名中、精密検査の受診の確認ができたものは77名（70.0％）、受診の確認ができなかったものは33名（30.0％）であった。精密検査の受診理由は「大腸検査の結果が精密検査になっていたから」（87.3％）が多かった。次は、「検診機関から受診の確認の文書がきたため」（11.1％）であった。（表3）JHLCの本調査でのInternal下位尺度による平均（標準偏差）は、23.7（±3.1）であった[9]。また、「大腸がんの知識」「JHLC」の内的一貫性Cronbachのα係数は、0.7238、0.8582であった。精密検査の受診の有無を従属変数とする単変量解析の結果を表1に示した。5％未満の有意水準であった変数は、「大腸がんに対するイメージ」（P=0.019）、「大腸がんの知識」（P=0.037）、「検査の経験の感想（検査に対する正のイメージ）」（P=0.047）、「検査の経験の感想（検査に対する物理的負担感）」（P=0.016）、「職場の支援体制（金銭面）－料金の補助」（P=0.008）、「たばこ」（P=0.011）であった。また、精密検査の受診の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。「大腸がん検診精密検査に関連する要因」として、大腸がんのイメージが「恐い」ほど、精密検査を受診している傾向があり、（OR=2.91;95％ CI:1.15, 7.39）であった。また、「個人に関連する要因」として、たばこを吸わない人ほど、精密検査を受診している傾向があり、（OR=3.18;95％CI:1.22, 8.23）であった。「職場環境に関連する要因」はモデルに適合しなかった。（表2）

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　1 - 9,　2013

表2　精密検査の受診意向

	偏回帰係数	有意確率	オッズ比	オッズ比の95.0% 信頼区間
大腸がん検診精密検査の要因				
性別	-0.0982	0.8575	0.91	0.31-2.65
年齢	0.5459	0.1655	1.73	0.80-3.73
大腸がんの知識	0.6987	0.1268	2.01	0.82-4.93
大腸がんのイメージ	1.0698	0.0241	2.91	1.15-7.39
定数	-0.5940	0.2943		
Hosmer and Lemeshow goodness of fit		モデルχ2検定	P=0.927 判別的中率74.3	
個人の要因				
性別	-0.2238	0.6962	0.80	0.26-2.46
年齢	0.4795	0.4169	1.62	0.51-5.14
たばこ	1.1571	0.0171	3.18	1.23-8.23
アルコール	0.8267	0.0849	2.29	0.89-5.85
定数	-0.8265	0.4376		
Hosmer and Lemeshow goodness of fit		モデルχ2検定	P=0.833 判別的中率72.0	

表3　大腸内視鏡検査受診の希望条件と現状



4)大腸内視鏡検査を受ける場合の希望条件

検査にかかる時間は、「1～2時間」(50.9%)が多かった。予約のとり易さは「1週間以内」(56.4%)が多かった。病院までの移動時間は、「30分以内」(53.6%)が多かった。(表3)

【考察】

大腸がん検診の精密検査に関連する変数として、大腸がんの知識との関連が認められた。また、大腸がんに対する認識において、大腸がんに対する恐いというイメージがあるほど精密検査を受診している傾向があり、大腸がんに対する知識や危機感が高いほど精密検査の受診につながっていると考えられる。このことは、先行研究の大腸がんの知識や認知度の欠如が未受診に関連しているという報告[15),16)]と一致していた。検査の経験による「検査に対する物理的負担感」との関連も認められ、労働者の受診を促進する為には、受診に必要な時間の確保あるいは費用負担が少ないことが重要である可能性を示唆している。労働者に関連する労働衛生管理体制の調査においては、労働衛生管理の中で特に重要と考えられる健康診断が実施できない理由として「時間」と「費用」が挙げられており[17),18)]、本研究において、労働者の大腸がん検診精密検査受診行動の特異性が認められたと考えられる。大腸内視鏡検査受診の希望条件(時間)において、約半数の人が移動時間が30分以内、検査時間が1～2時間と短い時間で検査が終了することを希望している。また、大腸内視鏡検査受診に関わる現状として受診者の約60%が料金の全額補助を受けており、受診の為の時間がとり易い環境づくりや料金補助など支援も必要であると考えられる。(表3)個人に関連する変数において、個人の健康感に影響を与えると考えられる因子は、受診行動に影響を及ぼすと言われている[15)]。本研究では「たばこ」との関連は認められたが、その他の因子(大腸がんに罹患する可能性、健康状態、治療中の疾患の有無、JHLC、アルコール)と精密検査の受診とは関連は認められなかった。これは、サンプル数が110名と少ないことや精密検査受診率が70%と高値であり、個人の健康感が高い対象者に偏っていたことが原因と考えられる。

健康行動には、個人、集団、組織のレベルがある[9)]。個人的レベルは最も基本的な部分であり、集団の行動の基本的な単位である為、個人レベルの行動変容は集団、組織にも影響を与えると考えられる[10)]。個人レベルのモデルの一つである健康支援モデルでは、健康の動機がその中心的な焦点であり、健康認識により引き起こされる問題行動の対処に有効とされている[10),11)]。このモデルでは、人が健康によいという行動をとるようになるには、「内的・外的な行動のきっかけ」によって「危機感」を感じること、そして、ある程度の「危機感」を感じた上で、その行動をとることのプラス面とマイナス面をはかりにかけ、「行動のプラス面」が「行動のマイナス面」よりも大きいと感じることが必要であると言われている[12)-14)]。また、これらの要因を支える為に、情緒的サポートや手段的サポートという「社会的支援」(ソーシャルサポート)が必要であると言われている[12),13)]。個人的レベルの健康行動を支え促す為には「社会的支援」が必要であり、産業保健活動においても個人の健康感を高める為の支援や適切な情報提供だけではなく、受診につながる為の職場環境づくりの支援が必要であると考えられる。国は平成23年度から「働く世代への大腸がん検診推進事業」を施行している。この事業は、市町村が、40～60歳の5歳刻みの対象者に大腸がん検診無料クーポン券と検診手帳等の送付を行い、検診受診率の向上を目指したものである[21)]。精密検査受診率の向上にも有効であると考えられるが、特に料金補助に関しては、事業所だけでなく法の整備の検討も必要であろう。パンフレット使用による適切な情報提供は、知識提供だけでなく、個人の健康感も高めると考えられる。子宮頸がん検診および乳がん検診における精密検査受診率の向上に寄与していると言われており[19),20)]、大腸がん検診精密検査受診率の上昇にも有効であろう。また、ソーシャルマーケティングの手法を用いたメッセージ案の作成が子宮がん検診受診率向上に有効であることが示唆されており[22)]、その他のがん検診においても効果が期待される。パンフレットは、マンパワーを考慮すると産業保健活動において有効な情報提供の手段になり得ると考えられる。

【研究の限界】

本研究の限界は、まず、調査対象がA機関で精密検査になった人と限定されておりサンプル数が110名と少ないことである。その為に、事業所別の代表性が低い。次に、調査の対象者の精密検査受診率が70%と高値であり健康に対する意識が高い人に偏っている可能性があると言える。精密検査を受診しなかったものや健康に対する意識が低い人に対しての介入方法については、今後も検討が必要であろう。これらより、本研究では、結果の一般可能性には限界があると言える。

【結論】

大腸がん検診を受診し、結果が陽性に該当した労働者に対し、精密検査受診意向と受診行動に関連する要因を検討した結果、産業保健活動において適切な大腸がんの知識の提供と共に、受診につながる為の職場環境づくりの支援が重要であると考えられた。今後は、情報提供の為の効果的なツールの作成や労働者が受診行動をおこしやすい職場環境づくりが大腸がんの予防の為の課題の一つであると考えられる。

【参考文献・引用文献】

1）国立がん研究センターがん対策情報センター　がん情報サービス
［Online］.［cited 2012 Jan 10］Available from:
URL:http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.htmlがん統計
2）田代敦志、大腸がん検診における精密検査未受診者のQOL、日本診療内科学会誌、2004；Vol.8 No3：43-47.
3）鄭迎芳、齋藤民、高橋都、甲斐一郎、大腸癌検診における精密検査受診の影響要因に関する追跡研究、健康管理事業団研究助成論文集、2010；22：13-20.
4）厚生省老人保健福祉部老人保健課監修、老人保健法による大腸がん検診マニュアル、東京都：日本醫事新報社、2002；40.
5）平成16年 厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン
［Online］.［cited 2012 Jan 10］Available from:
URL:http://canscreen.ncc.go.jp/pdf/guideline/colon_full080319.pdf
6）国立がん研究センターがん対策情報センター　がん情報サービス　日本人のためのがん予防法
［Online］.［cited 2012 Jan 10］Available from:
URL:http:ganjoho.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_bassed.html
7）Kaho Tsuda, Akizumi Tsutsumi and Norito Kawakami, Work-Related Factors Asssociated with Visiting a Doctor for a Mwdical Diagnosis after a Worksite Screening for Diabetes Mellitus in Japanese Male Employees,Journal of Occupational Health, 2004；46：374-381.
8）平成20年 国民健康栄養調査 第2章飲酒に関する状況
［Online］.［cited 2012 Jan 10］Available from:
URL:http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/11/dl/h1109-1i.pdf
9）松井豊編、日本版HLC（主観的健康統制感）尺度、心理測定尺度集Ⅲ心の健康をはかる〈適応・臨床〉、東京都：サイエンス社、2008；84-89.
10）Karen Flanz, Barbara K.Rimer, Frances Marcus Lewis訳、健康行動と健康教育理論,研究,実践、東京都：医学書院、2009；49-144.
11）福田吉治監修、一目でわかるヘルスプロモーション 理論と実践ガイドブック、国立保健医療科学院、2008；8-15.
12）松本千明、健康支援モデル、ソーシャルサポート、医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎生活習慣病を中心に、東京都：医歯薬出版株式会社、2003；1-7、62-63.
13）畑栄一、行動変容のモデル、ヘルス　ビリーフモデル、畑栄一、土井由利子編、行動科学健康づくりのための理論と応用、東京都：南江堂、2003；18-46.
14）津下一代、やらなきゃ！と感じるために、糖尿病予防のための行動変容、東京都：健康・体力づくり事業財団、2010；19-23.
15）McCaffery K, Wardle J, Waller J, Knowledge, attitiudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom, Prev. Med, 2003；36：525-535.
16）McCaffery K, Borril J, Williamson S, Yaylor T,Sutton S, Atkin W, WardlleJ, Declining the offer of flexible sigmoidoscopy screening for bowel cancer, a qualitative investigation of the dicision-making process. Soc. Sci. Med, 2001；53：679-691.
17）黒木直美、宮下奈々、日野義之他、小規模事業場において良好実践を行っている事業者の産業保健ニーズに関する質的調査、産業衛生学雑誌、2009；51：49-59.
18）古海勝彦、村上吉博、舟谷文男、中小企業事業者の産業保健サービスに関する意識調査と今後の産業保健サービスのあり方の検討、産業医学ジャーナル、2004；27：43-50.
19）Yabroff KB, Kerner JF, Mandelblatt JS, Effectiveness of intervention to improve follow-up after abnormal cervical cancer screening, Prev. Med, 2000；31：429-439.
20）Burack RC, Simon MS, Stano M, et al., Follow-up among woman with abnormal mammogram in an HMO:is it complete, timely, and efficient? An J Manag Care, 2000；6：1102-1113.
21）厚生労働省 平成22年度 働く世代への大腸がん検診推進事業
［Online］.［cited 2012 Jan 10］Available from:
URL:http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyou/10jigyou01/dl/youshi/1-11-6.pdf# search='

22)渋谷大助、受診率向上につながるがん検診の在り方や普及啓発の方法の開発等に関わる研究 平成21年度 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業
［Online］.［cited 2013 Feb 9］ Available from:
URL:http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　11 - 17,　2013

中小企業労働者の透過性調整力と健康習慣との関連

荒巻　悦子[1)]　荒木登茂子[2)]　馬場園　明[2)]

Association between permeability control power and healthy behavior in employees of small- and medium-sized enterprises.

Etsuko ARAMAKI　Tomoko ARAKI　Akira BABAZONO

【Abstract】

Purpose: Employees of small- and medium-sized enterprises are expected to control their behavior to maintain their health status, which therefore permits them to easily adapt to ever-changing roles and circumstances. In the transactional analyses, Permeability Control Power (PCP), which is the power to control one's ego status depending on the occasion, is a measure of this flexibility and adaptability. We hypothesized that PCP could also reflect self-care ability and therefore personal health care. Thus the purpose of the study was to clarify the relationship between PCP and healthy behaviors.
Methods: A self-administered questionnaire was conducted among 656 employees (313 male and 343 females) working in small- and medium-sized enterprises. Multivariate analysis was then used to quantify the relationship between PCP and healthy behavior.
Results Employees with high PCP were more likely to have healthier behaviors according to individual needs and circumstances than those with low PCP. In addition, those with high PCP tended to have both greater stress tolerance and stress-coping capacities than those with low PCP. Healthy behaviors related to PCP were number of good lifestyles habits, attention to nutritional balance, exercise, hours of sleep, subjective stress, and ability to cope with stress.
Discussion These findings suggest that PCP influences healthy behavior. Moreover, the results suggest that employees working in small- and medium-sized enterprises could acquire healthier behaviors by enhancing their PCP through individual health support.

Key words: permeability control power, workers in small- and medium-sized enterprises, healthy behavior, self-care ability, individual health support

【抄録】

【目的】
中小企業労働者は、刻々と変化する環境や役割のなかで、自らの行動をコントロールして健康状態を維持することが求められている。交流分析では、透過性調整力(Permeability Control Power：PC)を柔軟性や適応能力の指標としている。透過性調整力は自我状態を切り替える力であるが、自我状態をコントロールすることと自分の行動をコントロールすることとは関係が認められている。したがって、健康管理におけるセルフケア能力と関連している可能性もある。そこで本研究は、PCと労働者の健康習慣との関連を明らかにすることを目的とする。
【方法】
中小企業労働者を対象に自己記入式質問紙調査票による調査を行った。透過性調整力と健康習慣との関連を比較検定および多変量解析にて分析を行った。
【結果】
656人(男性313人、女性343人)のデータを分析した。
透過性調整力は、「健康習慣の実行数」「栄養バランスへの配慮」「運動習慣」「睡眠時間」「主観的ストレス」「ストレス解消」と関連がみられた。
【考察】
透過性調整力は、精神的健康のみならず、健康習慣の実践に影響を及ぼす要因であることが示唆された。中小企業労働者に対し個別健康支援を通じて透過性調整力を向上させることは、心身の健康管理におけるセルフケア能力の向上につながる可能性が示唆された。

キーワード：透過性調整力、中小企業労働者、健康習慣、セルフケア能力、個別健康支援

---

1)　九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
〒812-8582　福岡市東区馬出3丁目1番1号
Department of Health Care Administration and Management, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, 3-1-1 Maidashi Higashiku Fukuoka City, 812-8582, Fukuoka, Japan

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

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　11 - 17,　2013

【はじめに】

医療技術の進歩や高齢化、産業構造の変化にともない、慢性疾患の有病率が高くなってきている[1)]。ライフスタイルと慢性疾患の罹患および精神的健康度との関連については、多くの報告がなされており、健康的なライフスタイルが将来の様々な健康破綻のリスク軽減につながることが報告されている[2)3)4)]。国が主導する健康づくり運動も一次予防を重視したものに主眼が置かれるようになり、個人の健康管理の実践を支援するための社会環境の整備が進められている[5)]。

労働者にとって心身の健康を保持することは、自らのQOL（Quality of life）の維持向上を目指すことのみならず、企業の一員としての責務を果たすための重要な要件である。労働者の健康問題は、労働損失などのかたちで生産性にも影響を及ぼすことが指摘されるなか[6)]、“従業員の健康が企業の生産性を向上させる”とする健康経営という考え方も、広がりつつある[7)8)]。

一方、経済状況の低迷にともない中小企業労働者の健康管理を取り巻く状況は厳しい。特に、従業員が50名未満の事業所においては、労働安全衛生法において遵守しなければならない基準が高くなく、労働衛生に関わる人的、物的な資源が不足しており、事業所規模が小さくなるほど労働衛生水準は低くなる傾向がある[9)10)]。中小企業労働者の健康管理は、健康の保持増進のために提供される資源が充分ではないなかで、その多くが個々に委ねられている。このような状況にある中小企業労働者への健康支援には、労働者自らが心身の健康を阻害する要因に対応し、促進する要因を高めていくといった、セルフケア能力を獲得するための支援が重要となる。

個別健康支援のひとつである保健指導は「対象者と保健指導実施者の1対1の関係のなかで、対象者が自分の健康について考え、自分の健康状態を認識し、健康の保持・増進・改善のために必要な行動目標を対象者自身が決定できるように戦略的に支援するプロセスである」と定義されている[11)]。つまり対人交流によって行われる心理的要因と行動に関わる支援のプロセスと言える。心理学の分野で、自分自身が本来持っている能力や可能性に気づき、その実現や発揮を妨げている要因を取り除き、本来の自分の能力を発揮していくという自律性を促すことを目的としたものに交流分析があり、保健指導と共通した側面がある。

交流分析は、1957年にアメリカの精神科医エリック・バーン（Berne, E.）が創案した自我と行動に関する理論体系である[12)]。日本には1970年代に紹介され、コミュニケーションのあり方を観察可能な自我状態に分類して分析するエゴグラムに加え、5つの自我状態（Critical Parent：CP、Nurturing Parent：NP、Adult：A、Free Child：FC、Adapted Child：AC）を内外の刺激に応じて適切に切り替える「透過性調整力Permeability control pwoer」を取り入れたPCエゴグラムが桂らによって開発された。透過性調整力は、自分の行動をコントロールする柔軟性や適応能力の指標[13)]とされることから、健康管理における重要なセルフケア能力のひとつになるのではないかと考えた。

透過性調整力については心身医学領域を中心に研究が進められ、自我状態との関連やその機能、他の心理尺度との関連、ストレスや自覚的身体症状との関連などが明らかにされている。透過性調整力は、FC, NP, Aと正の相関、ACとは負の相関があり、自己肯定傾向や他者肯定傾向[14)15)]、自己統制感尺度、学習CAMIの統制感因子、能力因子[16)]、アサーション尺度[17)]、ポジティブ感情[18)]などと高い相関がみられる。そのため透過性調整力が高いものは、精神的安定、社会的適応[19)]、ストレス対処能力やストレス耐性[20)]、能力を発揮する力、行動力が高い[14)]ことなどが報告されている。また、行動エゴグラムの活用や自律訓練法、アサーショントレーニングによる透過性調整力向上の実績報告がある[13)21)22)]。しかしメンタルヘルスに関するものが大勢を占め、健康行動との関連を示す研究は殆どみられない。健康行動との関連が明らかになれば、個別健康支援において新たな視点となり得るため意義がある。

そこで、本研究では、透過性調整力と労働者の健康習慣との関連を明らかにして、透過性調整能力が健康管理におけるセルフケア能力を規定する要因になり得るかを検討することにした。

【対象と方法】

調査対象は、平成24年4月～9月に協会管掌生活習慣病予防健診およびそれに順ずる健康診断を受けた55事業所の中小企業労働者である。業種は、建設業、製造業、運輸業、卸売り小売業、飲食業、医療福祉、教育学習支援業、その他のサービス業、公務である。また職種は、専門的技術的職業、管理、事務、販売、サービス、生産工程作業、輸送・機械運転、建設、運搬・清掃・包装などである。保険者が実施する保健指導と研究への参加に同意が得られた事業所に対して自己記入式質問紙調査票を事前に郵送し、保健指導時に回収を行った。なお対象者の健康状態の偏りを小さくするために、有所見者のみを保健指導の対象とする事業所は除外した。配布数964枚で、回収できた717枚（回収率74.4％）のうち欠損データの無い656人分を分析対象とした。

調査内容では、基本属性として年齢、定期的な通院の有無、同居者の有無を調査した。透過性調整力及び健康習慣について、調査内容の詳細は別表に示す（別表）。透過性調整力は、PCエゴグラムの透過性調整力に関する質問項目の10項目において、各項目0～2点を配し、合計点をPCスコアとし標準化によって算出されたＴ得点によって0～11点を「低群」、12～20点を「高群」とした[14)]。

健康習慣についての項目は、森本らの8つの健康習慣[23)24)]（①朝食、②栄養バランスへの配慮、③運動習慣、④飲酒、⑤喫煙、⑥睡

別表：調査項目と測定方法

項目	内容	方法	変数設定
透過性調整力	①仕事はてきぱきと片付ける ②思ったことはすぐに行動に移す ③セルフコントロールが上手いほうである ④過ぎたことにはいつまでもこだわらない ⑤気持ちの切り替えがうまい ⑥その場の状況に合わせた行動が自然に出来る ⑦その場の雰囲気に苦労なく溶け込める ⑧いつまでもクヨクヨしない ⑨その場にふさわしい行動をとることが多い ⑩何かするとき自分で決めて行動する （回答「はい」「？＝△」「いいえ）	①～⑩ それぞれに対し回答を選択	「はい」2点、「？＝△」1点、「いいえ」0点 PCスコア：①～⑩の合計点 「低群」0～11点、「高群」12～20点
Ⅰ．朝食	朝食摂取回数/週	回数記入	あり：5～7日、なし：0～4日
Ⅱ．栄養バランス	①配慮あり②時々③配慮なし	選択	配慮あり：①②、配慮なし：③
Ⅲ．運動	定期的な運動実施回数/週	回数記入	あり：1回以上/週、なし：1回/週未満
Ⅳ．飲酒	飲酒回数/週	回数記入	0～5日/週、6～7日/週
Ⅴ．喫煙	①あり②止めた③なし	選択	あり：①、なし：②③
Ⅵ．睡眠時間	睡眠時間/日	時間記入	6時間以下、7時間以上
Ⅶ．主観的ストレス	ストレスを受けていると思う～思わない	10件法VAS	多い：1～4、少ない：5～10
ストレス解消	できている～できているとは思わない	10件法VAS	できている：1～4、できていない：5～10
Ⅷ．労働時間	労働時間/日	時間記入	9時間以下、10時間以上
8つの健康習慣	Ⅰ～Ⅷを得点化		良好：7～8点、中庸：5～6点、不良：0～4点 多変量解析：Ⅰ～Ⅶ　0～4（0）、5～7(1)

眠時間、⑦主観的ストレス、⑧労働時間）にストレス解消を加えた。

主観的ストレス及びストレス解消については、10件法でVisual Analogue Scaleを用いて回答をもとめた。それぞれの尺度は、50パーセンタイルで2群に分けて分析を行った。

森本らの8つの健康習慣は、各項目の実行度により1点もしくは0点で配点され0～8点の範囲をとる。1点となる健康習慣の実行度とは①運動は週に1回以上実施している②お酒は週に３～５回程度まで③タバコは「やめた」もしくは「吸わない」④睡眠時間は７～８時間⑤栄養のバランスを考えて食べる⑥朝食は毎日食べる⑦労働時間は９時間以下⑧自覚的なストレスが「ふつう」もしくは「少ない」に該当する場合である。また総合的な健康習慣の実践は「良好：7～8点」「中庸：5～6点」「不良：0～4点」と３段階で判定される[23)24)]。

透過性調整力と健康習慣の関係を明らかにするためには、透過性調整力高群と低群別に健康習慣を比較し、オッズ比または相対リスクを算出した。透過性調整力と健康習慣の関連を検討するために、健康習慣を目的変数、透過性調整力を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。なお、健康習慣実行数には「8つの健康習慣」のなかで、個人の采配が難しい労働時間を除き、自己管理が可能な7項目（朝食、栄養バランスへの配慮、運動習慣、飲酒、喫煙、睡眠時間、主観的ストレス）を選択した。交絡因子と考えられる性別及び年齢[25)-27)]、さらに、運動習慣と睡眠時間には先行研究により関連性が指摘されている労働時間[28)29)]を、飲酒、喫煙、ストレス解消には主観的ストレス[30)31)]を解析に投入した。

統計解析にSPSS11.OJ for Windowsを使用し、有意水準は5%未満に設定した。

なお、この研究に関しては、全国健康保険協会A支部の支部長による承諾を得て実施し、調査対象者には書面にて目的を説明し同意を得た。

【結果】

４－１．対象者の概要

対象者656人中、男性313人（47.7%）、女性343人（52.3%）であった。年齢は19歳～73歳。平均年齢は、男性49歳（SD10.18）、女性47歳（SD9.84）であった。PCスコアは、平均12.86（SD4.55）で、高群428人（65.2%）、低群228人（34.8%）であった。PCのChronbach

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　11 - 17,　2013

のα係数は0.831であった。

４－2. 健康習慣と透過性調整力

比較の検定においてPC高群と低群との間に有意差がみられた健康習慣は、「栄養バランスへの配慮」(RR=1.14)「運動習慣」(RR=1.55)「睡眠時間」(RR=1.29)「主観的ストレス」(RR=1.46)「ストレス解消」(RR=2.14)「8つの健康習慣の実行数」(不良をreferenceとして中庸OR=1.57、良好OR=2.68)であった。(表1)

ロジスティック回帰分析の結果、透過性調整力と有意な関連が認められた健康習慣を表2に示す。

健康習慣の実行数は、年齢が高くなるほど、また男性より女性のほうが、健康習慣の実行数が多くなる傾向が示された。年齢と性別を調整しても「健康習慣の実行数」と「透過性調整力」には有意な関連が認められた(OR=1.96,p<0.001)。栄養バランスへの配慮は、年齢が高くなるほど、また男性より女性のほうが、栄養のバランスに配慮する傾向が示された。年齢と性別を調整しても「栄養バランスへの配慮」と「透過性調整力」には有意な関連が認められた(OR=2.32,p<0.001)。運動習慣は、年齢が高くなるほど、女性より男性のほうが、週1回以上の定期的な運動習慣を持っていることが示された。年齢と性別を調整しても「運動習慣」と「透過性調整力」には有意な関連が認められた(OR=1.53,p=0.039)。睡眠時間は、年齢及び労働時間との有意な関連は認められなかったが、女性より男性のほうが、7時間以上の睡眠を確保する傾向が示された。年齢、性別、労働時間を調整しても「睡眠時間」と「透過性調整力」には有意な関連が認められた(OR=1.62,p=0.006)。主観的ストレスは、年齢及び性別との有意な関連は認められなかった。年齢、性別を調整しても「主観的ストレス」と「透過性調整力」には有意な関連が認められた(OR=1.99,p<0.001)。ストレス解消は、年齢及び性別との有意な関連は認められなかったが、主観的ストレスが少ない者は多い者に比べ、ストレス解消ができていると受けとめる傾向が示された。主観的ストレス、年齢、性別を調整しても「ストレス解消」と「透過性調整力」には有意な関

表1. 対象者の背景及び健康習慣と透過性調整力

項目	カテゴリー	PC 低群(n)	PC 高群(n)	P値	OR(RR)*	95%CI
年齢	39歳未満	56	84	0.001	0.37	0.20 － 0.67
	40歳～49歳	87	138	0.001	0.39	0.22 － 0.68
	50歳～59歳	66	128	0.012	0.47	0.26 － 0.85
	60歳以上	19	78		reference	
性別	男	103	210	0.342	1.17	0.85 － 1.61
	女	125	218		reference	
朝食	あり	184	357	0.385	(1.03)	9.58 － 1.12
	なし	44	71			
栄養バランス	配慮あり	180	384	<0.001	(1.14)	1.06 － 1.22
	配慮なし	48	44			
運動	週1回以上	43	125	0.004	(1.55)	1.14 － 2.11
	なし	185	303			
飲酒	0～5日/週	182	320	0.146	(0.94)	0.86 － 1.02
	6～7日/週	46	108			
喫煙	あり	44	103	0.160	(0.94)	0.87 － 1.02
	なし	184	325			
睡眠時間	6時間以下	124	177	0.001	(1.29)	1.09 － 1.51
	7時間以上	104	251			
主観的ストレス	多い	138	181	<0.001	(1.46)	1.22 － 1.75
	少ない	90	247			
労働時間	9時間以下	197	379	0.423	(1.03)	0.96 － 1.09
	10時間以上	31	49			
8つの健康習慣	良好	33	107	<0.001	2.68	1.62 － 4.42
	中庸	124	235	0.022	1.57	1.07 － 2.29
	不良	71	86		reference	
ストレス解消	できている	58	234	<0.001	(2.15)	1.69 － 2.73
	できていない	170	194			

PC:透過性調整力　　OR:Odds Ratio

95%CI:94%confidence Interval　　(RR):Relative Risk：PC高群の好ましい健康習慣実行率／PC低群の好ましい健康習慣実行率

表2. 健康習慣と透過性調整力の関連

	健康習慣実行数 0～4(0)、5～7(1)				栄養バランス 配慮なし(0)、配慮あり(1)				運動習慣 なし(0)、あり(1)				睡眠時間 6時間以下(0)、7時間以上(1)				主観的ストレス 多い(0)、少ない(1)				ストレス解消 できていない(0)、できている(1)			
説明変数	OR	95%CI		P値	OR	95%CI		P値	OR	95%CI		P値	OR	95%CI		P値	OR	95%CI		P値	OR	95%CI		P値
透過性調整力(高)	1.96	1.40 －	2.74	<0.001	2.32	1.46 －	3.68	<0.001	1.53	1.02 －	2.30	0.039	1.62	1.15 －	2.28	0.006	1.99	1.43 －	2.78	<0.001	3.15	2.19 －	4.53	<0.001
年齢(連続数)	1.03	1.02 －	1.05	<0.001	1.03	1.01 －	1.05	0.010	1.04	1.02 －	1.06	<0.001	1.01	0.99 －	1.03	0.276	1.02	1.00 －	1.03	0.066	1.00	0.99 －	1.02	0.632
性別(男)	0.58	0.42 －	0.79	0.001	0.32	0.20 －	0.52	<0.001	2.01	1.38 －	2.94	<0.001	3.28	2.33 －	4.63	<0.001	1.29	0.95 －	1.77	0.108	1.21	0.87 －	1.67	0.265
労働時間(9h以下)									1.69	0.92 －	3.13	0.093	1.66	0.99 －	2.77	0.055								
主観的ストレス(少)																					2.13	1.53 －	2.97	<0.001
Nagelkerke R 2 乗		0.09				0.11				0.10				0.12				0.05				0.147		

※ OR:Odds Ratio

95%CI:95%confidence Interval

連が認められた（OR=3.15,p<0.001）。

「朝食」、「飲酒」、「喫煙」と「透過性調整力」との間には、有意な関連は認められなかった。

【考察】

本研究の目的は、透過性調整力と労働者の健康習慣との関連を明らかにして、透過性調整能力が健康管理におけるセルフケア能力を規定する要因になり得るかを検討することであった。

対象者の透過性調整力は、「健康習慣の実行数」、「栄養バランスへの配慮」、「運動習慣」、「睡眠時間」、「主観的ストレス」、「ストレス解消」と関連することが示された。

透過性調整力が高ければ、状況に応じて柔軟に適切な行動をとることができるため[13]、健康の保持増進に必要な基本的生活習慣を望ましい状態に調整していることが考えられる。透過性調整力と健康習慣との関連を示す報告は殆どみられず、本研究においても健康習慣の実践に関して透過性調整力がどのように生かされているかの詳細は明らかではない。しかし、本研究の結果は、透過性調整能力が健康管理におけるセルフケア能力を規定する要因のひとつになり得る可能性を示した結果であると考える。また、年齢を調整しても、透過性調整力と「健康習慣の実行数」「栄養バランスへの配慮」「運動習慣」には関連が認められ、若年者への介入の有効性を示唆している。

精神的健康と透過性調整力との関連については、これまでも多くの研究で報告されている[13)-15)18)-20)32)]。太湯らの研究では、透過性調整力と精神的健康度の指標とされるGHQ得点（低いほど精神的健康度が高い）との間に負の相関が示されている[32)]。また桂らの研究では、透過性調整力と不安を感じやすい傾向の間には高い負の相関がみられ[14)]透過性調整力が高い者は、ストレス耐性やストレス対処能力が高く、透過性調整力の低い者に比べて良好な精神的健康を維持する傾向が指摘されている。本研究でも、透過性調整力が高いものは、精神的健康度を高く保つことができるという先行研究を支持する結果が得られた。ロジスティック回帰分析の結果では、透過性調整力の高低によりストレスの受け止め方が異なることに加え、主観的ストレスの多少に関わらず、透過性調整力が高ければ、ストレス解消ができていると受け止める傾向が認められた。透過性調整力は、外部刺激に対する認知と行動（自我状態）をコントロールする機能を持つため[14)]ストレッサーの認知に影響を与えていると考えることができる。また、透過性調整力が高いと、ストレス状況下において適切にコーピングを行っているとも考えられる。

森本らは、Breslowの報告や日本人を対象とした研究により、8つの健康習慣の実行度が心身の健康度と関連があることを見出した[4)]。今回の結果では、自我状態を適切に切り替える機能を持つ透過性調整力は、健康習慣の実践や精神的健康状態に関連していた。このことより、透過性調整力は、心身の健康状態を好ましい方向へ促進する役割を持つものと考える。

厚生労働省が進める労働者の健康づくりにTHP（Total Health Promotion Plan）がある[33)]。その指針のなかで、職場における労働者の心身の健康問題に対処するためには、心身両面の総合的な健康の保持増進を図ることと、すべての労働者を健康の保持増進の対象とすることを重要な課題と位置づけて健康管理体制の整備を推奨している[34)]。しかし、中小企業の健康管理体制の整備は充分にすすんでおらず、事業所規模が小さくなるほど低い労働衛生水準であることが報告されている[9)10)]。

今回の結果では、透過性調整力が高い者は、主体的に健康習慣を実践し且つ、ストレス耐性やストレス対処能力をもっている可能性があることを示唆している。中小企業における健康管理体制の整備を強力に推進することは勿論であるが、加えて、限られた条件の中での健康管理を実践していく個人の能力を高めていくことにより、中小企業労働者の心身の健康は実現すると考える。そのようなことから、透過性調整力は、中小企業労働者の現状に即した支援のあり方を検討するうえでも重要な視点になると考える。

本研究の限界として、対象者が事業所規模、業種、職種とも幅広く、全体的な傾向を見るに留まった点があげられる。また健康習慣の評価には既存の尺度を用いたため、健康習慣の実践に関して透過性調整力がどのように生かされているかまでを捉えるには充分とはいえない。さらに、本研究は一時点における調査をもとにしたものであり、透過性調整力と健康習慣の因果関係までを論ずることはできない。

しかし本研究において、透過性調整力が労働者の精神的健康のみならず健康習慣の実践にも関連する要因であることが示唆された。そのことより、透過性調整力の向上が、中小企業労働者の心身の健康の保持増進を促すことにつながる可能性があると考えられる。セルフケアとは、「良い健康状態を維持するために、自ら実施する日常生活上及び健康管理上の行動」と日本看護科学会では定義している。その実践には、常に変化し続ける健康状態や環境を適切に認識し、自分の価値観に照らし合わせて、相応しい行動を選択する能力が不可欠である。そのため、透過性調整力を高めることは、生涯にわたってセルフケアを実践していくための意思決定を助けるものになると考えている。

透過性調整力は、交流分析の理論に立脚しており、支援者と対象者のコミュニケーションのあり方によって変化し得るものである。そのため、個別健康支援の場面で先行研究[13)14)21)22)]の知見を活用し、透過性調整力を向上させる働きかけを行っていくことは、

健康管理におけるセルフケア能力の向上に寄与することが期待できると考える。

労働者にとってライフスタイルと労働環境の関連は大きく、透過性調整力との関連の評価にも労働条件を加味した分析が必要である。また、透過性調整力と健康習慣の関連をみるためには、健康管理における柔軟な取組みやプロセスが反映されるきめ細やかな尺度の検討が必要である。さらに、透過性調整力と健康習慣の因果関係を論じたり、健康状態を評価していくには縦断研究が必要である。

【謝辞】

本研究は、全国健康保険協会福岡支部との共同研究として行った。

【引用文献】

1）厚生統計協会、国民衛生の動向, 厚生の指標, 2010／2011；78-95
2）Bellco NB,Breslow L,Relationship of physical health Status and Health Practices, Preventive Medicine,1972；1：409-421
3）Breslow L,Breslow N,Health Practices and Disability：Some Evidence from Alameda County, Preventive Medicine,1993；22：86-95
4）森本兼曩編:ライフスタイルと健康、健康理論と実証研究, 東京, 医学書院1998
5）厚生労働省：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料
6）和田耕治、森山美緒、奈良井理恵ほか：関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性の影響、産業衛生学雑誌、2007：49：103-9
7）河野敏鑑：健康と経済・経営を関連付ける視点, 富士通総研（FRI）経済研究所No.353 April 2010
8）岡田邦夫、安部孝治：健康経営のすすめ、健康経営研究会、2008
9）厚生労働省：平成23年労働安全衛生特別調査
10）厚生労働省、小規模事業場における健康確保策のあり方に関する検討会報告書, 2011年10月公表
11）森晃爾編：保健指導サービスの評価と改善－個人のスキルアップから組織の質改善まで, 医学書院, 2010；14
12）河野友信、末松弘行、新里里春：心身医学のための心理療法と心身医学的療法、朝倉書店、1990
13）水野正憲：「心の教育」と基本的構え・ストローク・透過性調整力との関連, 交流分析研究, 2007；32(2)：118-123
14）桂戴作、水野正憲、新里里春ほか：PCエゴグラム手引き, 適正科学研究センター, 1997
15）見明佐知代：ストレスに関するポジティブな心理反応と自我状態の研究. 平成10年度琉球大学教育学部教育心理学専修卒業論文, 1998
16）小底秀史・新里里春・岡野一伸子：自我状態の透過性尺度の研究（第一報）―統制感の位置尺度、学習CAMI尺度との関連性. 交流分析研究, 2001；26(1)：74-85
17）金城江利子・新里里春・岡野一伸子：自我状態の透過性尺度の研究（第二報）―アサーションおよび基本構えとの関連性について. 交流分析研究, 2001；26(1)：86-93
18）水野正憲：透過性調整力を加えた行動エゴグラム「S-BE」の信頼性と妥当性に関する研究. 交流分析研究, 1995；20(1)：45-50
19）山本理真子、野口有紀子、村上正人他：自我状態の透過性調整力についての研究、交流分析研究、25、89-94、2000
20）庄子雅保、久村正也、久保千春：自我透過性調整力に関する研究, 心療内科, 2002；6(5)：413-416
21）杉山正美・佐々木雄二：自我状態の透過性調整力に関する研究(2)―その促進技法、及び自己認知との関連による検討―2006；31(2)：113-120
22）乃美亜維子・馬場園明・荒木登茂子：看護職員を対象にしたアサーショントレーニングは透過性調整力を向上させるか, 医療福祉経営マーケティング研究, 2006；1(1)：9-17
23）森本兼曩：ライフスタイルと健康１．身体的健康度と精神的健康度、公衆衛生、51；135-143, 1987
24）森本兼曩：主観的健康とQuality of life.公衆衛生, 51；415-419, 1988
25）厚生労働省：国民健康栄養調査H23年（最終アクセス日2013年5月20日）
26）北林蒔子ら：某地方自治体職員における生活習慣及び栄養素摂取状況、性、年代、職種別比較、医療保健学研究2号、143-166頁、2001
27）厚生労働省：国民栄養調査H13年、http://www.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_8.html（最終アクセス日2013年5月20

日）
28）河野敏鑑：労働拘束時間が運動習慣に与える影響について、富士通総研（FRI）経済研究所No.335 January 2009
29）阿部正浩：労働時間と睡眠時間、平成22年度ワーク・ライフ・バランス社会の実現と生産性の関係に関する研究報告書、経済社会総合研究所、2013
30）加藤正明、高橋　徹、山本和郎ほか　ストレスと喫煙に関する学際的研究. 昭和62年度喫煙科学研究財団研究年報：725−743.
31）白倉克之：ストレス・コーピングと飲酒行動、心身医療、1998：38(5)：301−308
32）太湯好子、兼光洋子、岡崎一伸子ほか：機能的自我状態モデルにおけるPermeability Control Powerと看護適性とメンタルヘルスとの関連、交流分析研究、2001；26(2)、152−157
33）厚生労働省：http://anzeninfo.mhlw.go.jp/yougo/yougo03_1.html（最終アクセス日2013年3月10日）
34）事業場における労働者の健康保持増進のための指針、改定2007年11月30日 健康保持増進のための指針公示第4号

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　19 - 26,　2013

計画的レスパイト入院におけるALS患者の医療保険及び介護保険費用と患者・介護者のQOL評価

菊池　仁志[1)2)]　原田　幸子[2)]　荒木　智佳[2)]　宮原　美佐[2)]　馬場園　明[3)]

The study on costs for health insurance and long-term care insurance and QOL for the patients with ALS and their caregiver associated with the scheduled hospital respite care.

Hitoshi KIKUCHI[1),2)]　Yukiko HARADA[2)]　Tomoka ARAKI[2)]　Misa MIYAHARA[2)]　Akira BABAZONO[3)]

【Abstract】

Purpose: The care of patients with amyotrophic lateral sclerosis（ALS）, an incurable neurological disease, at home is difficult because of their constant need for care and medical treatment. Hospital respite care is therefore considered necessary to alleviate the burden for families. In the present study, we evaluated costs associated with health and long-term care insurance as well as the quality of life（QOL）of patients with ALS and their associated caregivers with and without scheduled hospital respite care.
Method: The subjects comprised three pairs of patients and caregivers under a cycle of one month of home care followed by 14 days of hospital respite care, and three pairs of patients and caregivers under home care alone. Activities of daily living（ADL）were assessed by the Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale, while QOL was evaluated by the Amyotrophic Lateral Sclerosis Assessment Questionnaire（ALSAQ-40）for the patients, and the Zarit Burden interview for the caregivers, as well as the original and SF-36 questionnaires for patients and caregivers, respectively. Costs for health and long-term care insurance were estimated by claim data.
Results: The original questionnaire found that both patients and caregivers with scheduled hospital respite care had a better QOL than those under home care alone. Those with scheduled hospital respite care also had higher scores by ALSAQ-40, Zarit Burden interview and SF-36 than those under home care alone when ADL scores were similar. Health insurance costs were not significantly different between the two groups at approximately ￥700,000 per month.
Discussion: Repetitive scheduled hospital respite care combined with home care is able to improve the quality of life of patients with ALS as well as that of their caregivers. Moreover, health care costs were not significantly different from those only under home care when ADLs of patients were comparable. Thus, these findings suggest that scheduled hospital respite care combined with home care would be socially acceptable for the care of those with ALS.
Key words: ALS, respite hospital care, QOL, caregiver, health insurance fee

【抄録】

目的：ALSは全身の運動ニューロンが障害され四肢麻痺、呼吸不全のため死に至る病である。ALS患者のケアは医療処置も必要であり、極めて介護度が高く、長期在宅療養のためには一時的に短期入院を行うレスパイト入院は欠かせないものと考えられる。しかしながらこれまで、レスパイト入院に関する患者・介護者のQOLと医療・介護費保険費用に関する実態は十分検証されていない。本研究ではALS患者に対する計画的レスパイト入院に関し、ADL、医療・介護保険費用の側面から、患者・介護者のQOLに対する有用性を検証した。
対象と方法：反復的に計画的レスパイト入院を行っているALS患者・介護者3名(計6名)在宅療養のみのALS患者・介護者3例(計6名)を対象とした。計画的レスパイト入院を行っている群に患者、介護者に対する自作の質問表によるアンケート調査を施行。計画的レスパイト入院群および在宅療養のみの群の両群に関して以下の調査を施行した。ALS患者に関して、ALS患者に特異的なQOLスコアであるALSAQ-40を、介護者に対しては、介護者の介護負担を定量化したZarit介護度負担尺度スコアを、患者・介護者に対しては、一般的に用いられている健康関連QOLの測定尺度であるSF-36による調査を実施した。在宅療養期間は約30日間、レスパイト入院期間は約14日間に設定した。4か月間の医療介護保険の総費用を調査した。ALS患者のADLに関しては、疾患特異的なADL尺度であるALSFRS（ALS functional rating scale)を用いて評価した。
結果：レスパイト入院に関する質問紙調査では、患者、介護者ともに計画的レスパイト入院の有用性を感じていた。ALSAQ-40、Zarit介護負担尺度、SF-36スコアのいずれにおいても、計画的レスパイト入院群の方のQOLが高かった。中でも特に、患者本人では、心の健康に関するQOLが、介護者においては、日常役割機能、体の痛み、全身的健康感、活力、心の健康においてのQOLが高いことが示された。さらにALSFRSが15～19点(48点満点)と、ADLが同程度である場合、その傾向が強かった。また、ALSFRSが同程度である場合、健康保険のみの費用は1ヵ月あたり、約70万円程度と同額であり、計画的レスパイト入院を行っている患者・介護者のQOLは高かった。
考察：計画的レスパイト入院は、介護者のQOLのみならず患者本人のQOLの向上を図れる可能性があると考えられる。さらに、同程度のADLの場合、健康保険費用の差の開きはなく、計画的レスパイト入院を行った方がQOLは高くなり、社会的な見地からも望ましいことが示唆された。
キーワード：ALS、レスパイト入院、QOL、健康保険費用

1)　九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻
〒812-8582　福岡県福岡市馬出3丁目1番1号
Department of Health Care Administration and Management、Graduate School of Medical Sciences、 Kyushu University、3-1-1 Maedashi Higashi-ku　Fukuoka City、 812-8582、Japan
2)　医療法人財団華林会　村上華林堂病院
Medical Corporation、 Murakami Karindoh Hospital
3)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management、Graduate School of Medical Sciences、 Kyushu University

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　19 - 26,　2013

【はじめに】

筋萎縮性側索硬化症（Amyotrophic lateral sclerosis、ALS）などの神経難病は、難治性進行性で、全身の運動機能の障害を伴うため、本人・家族の精神的・経済的な負担は極めて大きい。さらに、そのケアに専門的な技術が必要とされるため、一般病院では受け入れ困難である。従来これらの神経難病患者の療養は、国立療養所などで支えられてきたが、その統廃合や療養病床の削減等などの措置により、長期入院が困難となり、多くの患者・家族は行き場を失い、在宅での過酷な療養を強いられている。従って、神経難病患者・家族の救済には在宅療養の支援体制の確立が急務である[1)]。また、在宅療養の支援策として、家族の介護負担軽減、患者の身体評価、リハビリテーション、対症療法などのために一時的に短期入院を行うレスパイト入院は長期在宅療養のためには欠かせないものと考えられる。

医療法人財団華林会　村上華林堂病院は、福岡県福岡市内にある病床数160床の内科・外科・眼科・整形外科・ホスピス・在宅診療科を中心とする総合病院で、平成16年よりALS患者を中心とした神経難病患者を継続的かつ包括的にケアを行う体制を構築してきた[2,3)]。特に、福岡市内に長期療養型の国立病院機構が存在しないため、主に大学病院などの基幹病院からの神経難病患者の受け皿としての役割を担っている。その中で、計画的レスパイト入院を取り入れた、在宅・入院の連携による総合的な支援体制を確立してきた。特に神経難病病棟の医師、看護師、リハビリスタッフ、MSW、臨床心理士、栄養士、薬剤師ならびに、訪問診療医（神経内科専門医・内科医）および在宅難病コーディネーター、ケアマネージャー、訪問看護師を中心とするチーム体制を通して、対症療法、リハビリテーション、心理サポートを中心とした効率的な診療を在宅・入院を通して行っている。

神経難病患者に対するレスパイト入院による家族の介護負担軽減、患者の身体評価、リハビリテーション、対症療法は長期在宅療養のためには欠かせないものと考えられる。しかしながら、本邦では、これまで、ALS患者の介護者の介護負担[4)]やQOL[5)]、患者の日常生活機能[6)]との関連は報告されているが、計画的レスパイト入院が患者、家族に及ぼす影響、さらには医療保険・介護保険にかかる費用に関する報告はない。

村上華林堂病院では、これまでALS患者の終末期医療に関して、終末期ALS患者が、入院のみの場合とレスパイト入院を繰り返しながら在宅療養する場合、在宅療養のみの場合において医療・介護保険費用の実態調査を行ってきた[7,8)]。その結果、終末期5か月間での場合、医療・介護保険費用の合計はいずれも月額80−89万円程度と大きな開きは認められなかった[7,8)]。

本研究では、計画的レスパイト入院を施行しているALS患者、介護者と計画的レスパイト入院未施行のALS患者・家族のQOLと医療・介護保険費用に関する比較検討を行うことを目的とした。

【研究対象及び研究方法】

研究対象

2011年10月より2012年9月までに村上華林堂病院通院中で、発症年齢50歳以上、当院外来もしくは訪問診療施行し、訪問介護ならびに訪問看護、リハビリテーションなどすべてに当院がかかわっており、2012年4月より9月の期間で研究の同意が得られたうえで、会話もしくは文字盤によるコミュニケーションにて調査することができたALS患者、介護者を対象とした。ALS患者に関しては、El Escorial　改訂Airlie House 診断基準[9)]においてclinically definite ALS、clinically probable ALS、clinicallyprobable-laboratorysupportedALSの診断基準を満たす患者で、Mini-Mental State Examination（MMSE）テストにより認知症のないことを確認. 介護者は主たる介護者とした。在宅療養期間は約30日、レスパイト入院期間は全例ほぼ14日間であった。計画的レスパイト入院試行群は、在宅療養中で当院訪問診療試行中、計画的レスパイト入院を最低5回以上施行している患者・介護者3例を選択し、在宅療養のみ（計画的レスパイト入院未施行）の群は、現在、在宅療養中のみの患者で、過去に計画的なレスパイト入院の経験が2回未満の患者・介護者3例とした。

症例の内訳として、年齢、性別、ALS発症よりの罹病期間、臨床症状、レスパイト入院回数、ALSFRSスコア、面たる介護者を示す。

症例1：70才　男性。全経過34ヵ月。臨床症状は、両上肢完全麻痺、下肢筋力正常、嚥下・構音・呼吸障害なし。レスパイト入院回数14回。主に妻による単独介護。

症例2：60才　男性。罹病期間48ヵ月。臨床症状としては両下肢麻痺、嚥下・呼吸障害あり、構音障害なし。胃瘻造設施行。気管切開下人工呼吸器装着。レスパイト入院回数6回。主な介護者は妻、その他大家族による介護体制。

症例3：60才　女性。罹病期間68ヵ月。臨床症状としては四肢完全麻痺、嚥下・呼吸障害あり、発語不能。胃瘻造設施行。気管切開下人工呼吸器装着。レスパイト入院回数14回。夫による単独介護。

症例4：60才　男性。罹病期間48ヵ月。臨床症状としては、両上肢筋力低下、歩行障害なし、嚥下・構音呼吸障害なし。レスパイ

ト入院なし。妻による単独介護。

症例5：71才　男性。罹病期間36ヵ月。臨床症状としては、四肢肢筋力低下、歩行障害なし、嚥下・構音呼吸障害あり。胃瘻造設、NIPPV 2時間/1日。計画的レスパイト入院なし。妻による介護。

症例6：55才　男性。罹病期間28ヵ月。臨床症状は、四肢完全麻痺、嚥下・呼吸障害軽度あり、構音障害なし。胃瘻造設施行。人工呼吸器未装着。レスパイト入院1回の経験があるが、現在はレスパイト入院を行っていない。主に妻による単独介護。

研究方法

計画的レスパイト入院症例（症例1、2、3）ならびに在宅療養のみ（計画的レスパイト入院未施行）の症例（症例4、5、6）に関して、それぞれの患者、主介護者に対する調査を行った。

質問紙表の項目として、対象とした計画的レスパイト入院を行っている3組のALS患者および介護者（計6名）に対しそれぞれ以下の項目に関するアンケート調査を行った。アンケート項目：計画的レスパイト入院により、a. 生活の質は向上した b. 生活の目標ができる c. 精神の健康が保たれる d. 身体の健康が保たれる e. 家族の介護負担は軽くなる f. 家族の経済的負担は軽くなる g. レスパイト入院は計画的に行うのがよいと思う。この7項目に関して、計画的レスパイト入院前後での比較を1. 全く思わない、2. 思わない、3. 少し思う、4. 思う、5. 大変思う、という5段で評価し、それぞれの項目番号で点数化した。

ALS患者の臨床評価尺度には、日本語版改訂ALS functionalrating scale（ALSFRS）[6]を使用した。ALSFRSは、言語、唾液分泌、嚥下、書字、摂食動作、着衣・身の回りの動作、寝床での動作、歩行、階段登り、呼吸機能（呼吸困難・起坐呼吸・呼吸不全）の12項目からなり、得点は0点（まったくできない）から48点（正常）となる。

ALS患者のQOL評価にはALSQ-40日本語版を使用した[10,11]。ALSAQ-40は、1999年Jenkinsonら[12]により開発されたALS患者に特異的なQOL評価スケールで「身体活動」「ADL自立」「摂食」「コミュニケーション」「情動」の5領域40問よりなる。QOLが最良の機能評価を0点、最悪の評価を100点とするものである。

介護者の介護負担の評価にはZarit介護負担尺度がALS研究でも使用されている[13]。今回の研究では、Zarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI）[14]を使用した。J-ZBIは22 項目の質問からなり、満点は88点で介護負担が大きいほど得点が高くなる。

さらにALS患者および介護者に対してそれぞれSF-36によるQOL評価を行った。SF-36は、健康関連QOL（HRQOL：Health Related Quality of Life）を測定するための、科学的で信頼性・妥当性を持つ尺度であり、特定の疾患や症状などに特有な健康状態ではなく、包括的な健康概念を、8つの領域によって測定するように組み立てられている。36項目の質問で包括的な健康度を測定するものである。ALSのQOL評価にもしばし活用されている[15]。

質問紙によるアンケートは、計画的レスパイト入院を行っているALS患者3名に対して施行。ALSAQ-40は、ALS患者6名、Zarit介護負担尺度調査は、6名の介護者に対して、SF-36は、その両群に対して、調査はいずれも、特定の医療ソーシャルワーカーにより調査期間の最終レスパイト入院当日に行った。ALS患者のADLに関しては、ALSFRSにて医師が評価した。

医療・介護保険費用に関しては、すべての医療保険および介護保険費用の請求データを用いて、アンケート調査施行月までの４か月間の入院費、外来医療費（外来調剤費用、在宅総合管理料を含む）、薬剤費、訪問看護療養費などの医療保険に関わる費用および、介福祉用具貸与費、訪問介護費、訪問入浴費、乗車介護費、居宅介護支援費などの介護保険に関わる費用を算出し比較検討した。

なお、本研究は村上華林堂病院の倫理委員会の承認を得て、実施した。

【結果】

1. 計画的レスパイト入院の症例1、2、3と在宅療養のみの症例4、5、6を比較検討した。ALSFRSスコアでは、症例1. 37点、症例2. 19点、症例3. 0点、症例4. 45点、症例5. 18点、症例6. 15点、平均 23.3点、最高 37点、最低0点であった。ALSFRSスコアでは、症例2、5、6のADLに大きな違いは認められなかった。
2. レスパイト入院に関する質問紙調査では、総得点35点のうち、患者平均33.3点、介護者平均32.7点と両群ともに計画的レスパイト入院の評価は高かった。各項目の平均点の差をみると、介護者より患者本人の方が、生活の目標、介護負担軽減、経済的負担軽減を感じている傾向が認められた。
3. ALSAQ-40スコアを用いた患者本人のQOL評価結果では、ALSAQ-40 の総得点をみると、計画的レスパイト入院を行っている群では、326.6点、在宅療養のみの群では290.4点と計画的レスパイト入院群の方がQOLは低かった。各項目の平均値では、身体活動、摂食面などADLに関わる面に関しては、在宅療養群の方がQOLは高いが、コミュニケーション、情動面では、計画的レスパイト入院群の方がQOLは高かった。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　19 - 26,　2013

表1　レスパイト入院に関する質問紙調査

	患者本人				介護者				
	症例1	症例2	症例3	平均	症例1	症例2	症例3	平均	平均値の差
a 生活の質向上	5	5	5	5	5	5	5	5	0
b 生活の目標	5	5	5	5	5	4	5	4.7	0.3
c 精神の健康	5	5	5	5	5	5	5	5	0
d 身体の健康	4	5	5	4.7	5	5	5	5	−0.3
e 介護負担軽減	5	5	5	5	5	4	5	4.7	0.3
f 経済負担軽減	5	5	2	4	4	3	3	3.3	0.7
g 入院の必要性	5	4	5	4.7	5	5	5	5	−0.3
合計	34	34	32	33.3	34	31	33	32.7	0.6

各項目5点満点で、点数が高いほど肯定度が高い

4. Zarit介護負担尺度による介護者の介護負担感の調査では、症例1、4のようにALSFRSの高い症例（ADLの保たれている患者）では、Zarit介護尺度スコアは低く、介護者のQOLは高かった。

表2　ALSAQ-40

	計画的レスパイト				在宅療養のみ				平均値差
	症例1	症例2	症例3	平均	症例4	症例5	症例6	平均	
身体活動	62	100	100	87.3	26	72	100	66.0	21.3
ADL自立	88	78	100	88.7	32	96	100	76.0	12.7
摂食	40	20	100	53.3	20	60	20	33.3	20.0
コミュニケーション	20	43	43	35.2	20	49	49	39.0	−3.8
情動	72	64	50	62.0	80	74	74	76.0	−14.0
ALSAQ40総点	282	305	393	326.6	178	351	343	290.4	−36.2

5. SF-36による患者・介護者のQOL調査では、介護者において計画的レスパイト入院群では、レスパイト入院未施行の群と比較して、すべての項目でQOLが高かった。患者本人に関しては、特に心の健康面で、計画的レスパイト入院群のスコアが高かった。

表3　Zarit 介護負担尺度

	レスパイト入院施行				在宅療養のみ				平均値の差
	症例1	症例2	症例3	平均	症例4	症例5	症例6	平均	
1	0	1.0	3.0	1.3	0	2.0	1.0	1.0	0.3
2	0	3.0	3.0	2.0	0	3.0	1.0	1.3	0.7
3	0	2.0	4.0	2.0	0	4.0	0	1.3	0.7
4	0	1.0	3.0	1.3	0	1.0	1.0	0.7	0.6
5	0	1.0	3.0	1.3	0	1.0	1.0	0.7	0.6
6	0	0	3.0	1.0	0	4.0	0	1.3	−0.3
7	1.0	1.0	2.0	1.3	2.0	3.0	2.0	2.3	−1.0
8	1.0	1.0	2.0	1.3	2.0	1.0	3.0	2	−0.7
9	0	1.0	3.0	1.3	0	4.0	0	1.3	0
10	0	1.0	0	0.3	0	4.0	1.0	1.7	−1.4
11	0	0	1.0	0.3	0	3.0	0	1.0	−0.7
12	0	0	2.0	0.7	0	4.0	1.0	1.7	−1.0
13	0	0	1.0	0.3	0	2.0	0	0.7	−0.4
14	3.0	0	4.0	2.3	1.0	0	3.0	1.3	1.0
15	2.0	2.0	0	1.3	0	2.0	0	0.7	0.6
16	0	1.0	3.0	1.3	0	3.0	0	1.0	0.3
17	0	0	3.0	1.0	0	3.0	1.0	1.3	−0.3
18	0	0	2.0	0.7	0	2.0	0	0.7	0
19	0	0	1.0	0.3	0	1.0	1.0	0.7	−0.4
20	3.0	1.0	1.0	1.7	1.0	0	2.0	1.0	0.7
21	0	0	1.0	0.3	0	0	0	0	0.3
22	2.0	2.0	3.0	2.3	0	3.0	1.0	1.3	1.0
合計	12	18	48	26.0	6	50	19	25	1.0

介護者においては、各項目の平均値はすべて計画的レスパイト入院施行群の方が高く、特に、日常役割機能、体の痛み、全体的健康感、活力、心の健康の項目で20.0ポイント以上の開きがみられていた。

表 4a　SF-36 患者本人

	レスパイト入院施行				在宅療養のみ				平均値の差
	症例1	症例2	症例3	平均	症例4	症例5	症例6	平均	
身体機能	0.0	0.0	0.0	0.0	55.0	0.0	0.0	18.3	−18.3
日常役割機能	50.0	100.0	50.0	66.7	100.0	50.0	100.0	83.3	−16.6
体の痛み	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	32.0	77.3	22.7
全体的健康感	32.0	52.0	57.0	47.0	67.0	45.0	47.0	53.0	−6.0
活力	37.5	68.8	68.8	58.3	31.3	62.5	25.0	39.6	18.7
社会生活機能	75.0	100.0	100.0	91.7	100.0	62.5	100.0	87.5	4.2
日常役割機能（精神）	100.0	100.0	50.0	83.3	100.0	66.7	100.0	88.9	−5.6
心の健康	90.0	100.0	85.0	91.7	60.0	65.0	40.0	55.0	36.7

医療保険・介護保険費用における検討では、医療保険に関しては、入院医療費の内訳は、初診料、入院基本料、薬剤管理指導料、投薬、注射、処置、画像、リハビリテーションが挙げられ、在宅医療費の内訳は在宅総合支援管理料、薬代など、介護保険費用の内訳は、訪問

表 4b　SF-36 介護者

	レスパイト入院施行				在宅療養のみ				平均値の差
	症例1	症例2	症例3	平均	症例4	症例5	症例6	平均	
身体機能	80.0	100.0	95.0	91.7	90.0	35.0	100.0	75.0	16.7
日常役割機能	100.0	100.0	62.5	87.5	100.0	25.0	43.8	56.3	31.2
体の痛み	100.0	100.0	74.0	91.3	100.0	0.0	41.0	47.0	44.3
全体的健康感	67.0	72.0	52.0	63.7	72.0	20.0	20.0	37.3	26.4
活力	68.8	87.5	56.3	70.8	87.5	25.0	18.8	43.8	27.0
社会生活機能	100.0	100.0	25.0	75.0	100.0	25.0	87.5	70.8	4.2
日常役割機能（精神）	100.0	100.0	58.3	86.1	100.0	0.0	100.0	66.7	19.4
心の健康	85.0	80.0	65.0	76.7	100.0	25.0	30.0	51.7	25.0

リハビリ、福祉用具、訪問入浴、居宅管理指導料、居宅支援（ケアプラン）料が主に挙げられた。計画的レスパイト入院群では、医療保険費用月額平均923,818円、介護保険費用184,174円、在宅療養群では、医療保険費用月額平均514,946円、介護保険費用月額平均136,406円といずれも計画的レスパイト入院群の方が高額であった。介護保険費用は、患者・介護の環境により、ばらつきがみられるため、医療保険費用のみを検討したところ、症例1、5、6は同額で、呼吸器をつけている症例2、3が他より月額30万円程度高額であるが、人工呼吸器管理料が、概算すると約30万円（1ヵ月あたりの在宅人工呼吸指導管理料2,800点、人工呼吸加算7, 480点、酸素濃縮装置加算4,000点など。入院中は人工呼吸処置料1日あたり819点。入院を14日と概算する）であり、その分を差し引くと症例1、2、3、5、6は、月額70万円程度となり、大きな差は認められなかった。ADLが保たれて訪問看護、リハビリの必要のない症例4の医療保険費用は、約17万円と低額であった。

表 5　医療保険及び介護保険費用

	計画的レスパイト入院施行				在宅療養のみ			
	症例1	症例2	症例3	平均	症例4	症例5	症例6	平均
入院費	475705	420406	521480	472530	0	0	240220	80073
外来医療費	51741	220471	182161	151457	74580	213411	141010	143000
薬剤費	123430	99371	149390	124064	97461	128600	128830	118297
訪問看護療養費	31125	291550	204625	175767	0	331400	189325	173575
医療保険費合計	682001	1031797	1057656	923818	172041	673411	699385	514946
福祉用具貸与費	5000	36375	47125	29500	0	76800	44000	40267
訪問介護費	229650	0	0	76550	0	0	0	0
訪問入浴費	0	98715	80552	89634	0	0	156584	52195
乗車介護費	1070	0	0	357	0	0	0	0
通所介護費	0	0	0	0	0	0	86252	28751
居宅介護支援費	13910	19260	20865	18012	0	27392	18190	15194
介護保険費合計	249630	154350	148542	184174	0	104192	305026	136406
医療介護保険費合計	931631	1186147	1206198	1107992	172041	777603	1004411	651352

単位はすべて円

6. ADLが同程度である症例間のQOLと医療費に関して、計画的レスパイト入院をした場合とそうでない場合を比較検討した。そこで、ALSFRSスコアが、15～19点と同程度のADLと考えられる計画的レスパイト入院を施している症例2と在宅療養のみである症例5、6とを比較検討した。ALSAQ-40では、総スコアは、症例2. 305点、症例5. 351点、症例6. 343点と計画的レスパイト入院を行っている症例2の方がALSAQ-40スコアは低かった。ADL自立、摂食、コミュニケーション、情動に関しても計画的レスパイト入院をしている症例2で同点数もしくは点数が低かった。身体活動に関しては在宅療養のみの方の点数が低かった。また、Zarit介護負担尺度の総得点は、症例2. 18点、症例5. 50、症例6. 19点といずれも計画的レスパイト入院をしている症例2の方が低く、ADLが同程度の場合、介護者のQOLが高いことが示された。医療保険費用に関しては、人工呼吸器を装着している症例2に関し、人工呼吸器管理料約30万円を差し引くと、症例2、5、6はいずれも月額約70万程度となり、ほぼ同額であった。

表 6a　ADL が同程度の症例比較

	計画的レスパイト	在宅療養のみ		
	症例2（呼吸器）	症例5	症例6	平均
ALSFRS	19	18	15	16.5
ZARIT介護負担尺度	18	50	19	34.5
ALSAQ40総点	305	351	343	347
身体活動	100	72	100	86
ADL自立	78	96	100	98
摂食	20	60	20	40
コミュニケーション	43	49	49	49
情動	64	74	74	74
医療保険費合計（円）	1031797	673411	699385	
介護保険費合計（円）	154350	104192	305026	
医療介護保険費合計（円）	1186147	777603	1004411	

7. SF-36では、計画的レスパイト入院を施行している症例2の方が、患者本人の心の健康のスコアが高かった。さらに、介護者の日常役割機能、体の痛み、全身的健康感、活力、心の健康は、すべて計画的レスパイト入院群の方のスコアが高かった。その他の項目に関しても、患者、介護者とも計画的レスパイト入院群の方のスコアが高いか、同点数であった。

表 6b　ADL が同程度の症例比較（SF-36）

本人	レスパイト入院	在宅療養のみ			平均値差
	症例2	症例5	症例6	平均	
身体機能	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
日常役割機能	100.0	50.0	100.0	75.0	25.0
体の痛み	100.0	100.0	32.0	66.0	34.0
全体的健康感	52.0	45.0	47.0	46.0	6.0
活力	68.8	62.5	25.0	43.8	25.0
社会生活機能	100.0	62.5	100.0	81.3	18.7
日常役割機能	100.0	66.7	100.0	83.4	16.6
心の健康	100.0	65.0	40.0	52.5	47.5

介護者	レスパイト入院	在宅療養のみ			平均値差
	症例2	症例5	症例6	平均	
身体機能	100.0	35.0	100.0	67.5	32.5
日常役割機能	100.0	25.0	43.8	34.4	65.6
体の痛み	100.0	0.0	41.0	20.5	79.5
全体的健康感	72.0	20.0	20.0	20.0	52.0
活力	87.5	25.0	18.8	21.9	65.6
社会生活機能	100.0	25.0	87.5	56.3	43.7
日常役割機能	100.0	0.0	100.0	50.0	50.0
心の健康	80.0	25.0	30.0	27.5	52.5

【考察】

レスパイト入院に関しては、神経難病患者に関わらず、重症小児疾患や緩和ケアの領域においても、その患者・介護者のQOLの向上に関しては多くの報告がなされている[16,17]。ALSに関しても数多くの取り組みは行われ、QOLに関してもこれまで数多くの研究が行われてきたが[18]、計画的レスパイト入院における患者本人・介護者のQOLに関する詳細な分析は報告されていない。

今回の研究では、ALS患者、介護者の計画的レスパイト入院に関し、質問紙票、ALSAQ-40、Zarit介護尺度スコア、SF-36により、詳細な検討を行った。質問紙票の結果では、全体的に計画的レスパイト入院には患者、介護者共に肯定的であった。なかでも経済低負担の軽減に関しては、患者平均4点、介護者平均3.3点と他項目よりスコアは低く、また患者の方が介護者より肯定感が高かった。このことは、病気療養ならびに介護による本人および介護者の収入の減少と療養費用の影響を患者本人が強く感じていることによると考えられる。ALSAQ-40の検討では、ALSFRSでADLが同程度の症例で比較をすると、計画的レスパイトを行っている患者、家族のQOLが高く、特にコミュニケーションと情動面でその傾向は強いと考えられた。SF-36の結果では、全症例間で、計画的レスパイト入院群では、患者本人の心の健康が、得点差36.7点と著しく高く、さらに、介護者においては、日常役割機能、体の痛み、全身的健康感、活力、心の健康において、すべて計画的レスパイト入院群の方のスコアが高かった。ALSFRSスコアにおける同程度のADLでの比較では、さらにその傾向は強くなることが明らかにされた。計画的レスパイト入院は、介護者は、本人以上に全面的にQOLが向上し、患者本人にとっては、特に精神面でのQOLの向上に寄与すると考えられる。中川ら[6]は、SF-36、Zarit介護負担尺度を用い、ALSFRSスコアが14～28点の高得点群では機能障害の進行にともない介護負担が増大し、ALSFRS 高得点群の介護者の方が有意に心の健康面が障害されていることを報告している。すなわち、ALSの進行過程においては、精神状態がより不安定であるためADLが良いにもかかわらず、介護者にかかる精神面でのケアの負担が大きくなることは理解できる。今回の研究では、症例2、5、6はこの高得点群に属し、ALSAQ-40およびSF-36において在宅療養のみでは、本人および介護者の心の健康面のQOLが低下しているものの、計画的レスパイト入院を行うことで、そのQOLが向上することが考えられた。

医療保険、介護保険費用に関しては、Mitsumotoら[19]は、終末期までのALS患者の1人のケアには医療、介護費用合わせて年間約200,000ドル（約1,600−2,000万円）必要とされると報告している。今回の報告でも、医療保険、介護保険合わせて月額60万から120万円ほど要しており、費用的には大きな開きはない。 さらに、van der Steenらは[20]、ALS多職種によるチーム医療を行った場合と一般的な診療を行った場合のヘルスケアコストに相違なく、チーム医療の方がより高いQOLを提供することよりその費用効果を報告しており、今回報告したチーム医療に基づいた計画的レスパイト入院による結果と同様であると考えられる。また、今回の研究で、QOL調査の結果と医療保険費用を合わせて見てみると、ADLが同程度の場合、計画的レスパイト入院を行っている方が患者、介護者のQOLが高く、医療保険費用では変わらないと考えると計画的レスパイト入院は社会的な見地からも有効であると考えられる。

今回の本研究の問題点としては、ALSの在宅療養環境は、介護者の数、経済的背景などが個々人で格差が大きく、同一条件下での介護環境による比較検討が困難であることが挙げられる。特に今回の研究では女性患者1例と性差による影響は十分検討なしえていない。このことは、ALS患者は男女比2：1で男性患者が多く、さらにジェンダーによる問題もある。酒井[21]は、ALSの人工呼吸器装着に関する性差を検討し、人工呼吸器装着率が2003年と2006年でそれぞれ2：1から3：2と男性患者の方がより高いことを報告している。その要因として、在宅療養においては女性が主介護者となり、男性による介護は困難であることが挙げられている。ALS患者は、神経難病の中で最も社会的に問題となるが、その対象人数が極めて少なく、本研究では、統計学的検討がなされていないため、今後はさらなる症例の蓄積と分析が必要である。

本研究により、ALS患者、介護者の療養に関しては、計画的なレスパイト入院を取り入れながら在宅療養を支えていくことが患者の費用を上げずに介護者のQOLを向上させる可能性が示唆された。現在、ALS患者に対する計画的レスパイト入院を施行している施設は極めて限られている。このため、在宅重症難病患者レスパイト入院事業として神奈川県、福岡県や佐賀県など、県の事業として重症ALS患者のレスパイト入院を推進している自治体もあるが、その利用率は未だ少ない状況にある。計画的レスパイト入院は、医療保険費用の負担増を推し進めることなく、患者、介護者のQOLの向上を図りうることから、国や多くの地方自治体が積極的本事業に取り組むことが望ましいと考えられる。

本研究では、計画的にレスパイト入院を行っている在宅療養中のALS患者・介護者は計画的レスパイト入院の有効性に関して肯定的であり、さらにALSAQ-40、Zarit介護負担尺度、SF-36によるQOL調査では、計画的レスパイト入院を行っている患者本人では、心の健康に関するQOL、介護者においては、日常役割機能、体の痛み、全身的健康感、活力、心の健康においてのQOLが高いことが示された。同程度のADLの症例間では、この傾向はさらに顕著になった。また、人工呼吸器管理料を除くと両者の医療保険費用に大きな開きはなく、計画的レスパイト入院は、費用を上げずQOLを向上させることが示唆された。

本研究は、厚生労働省「希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究」班より研究費を助成されています。

【参考文献】

1. 西澤正豊、稲毛啓介.　神経内科の医療・介護　現状と課題. 神経難病の診療と社会資源の配分.　　神経内科　2006；65：539-541.
2. 菊池仁志. ALS患者さんの在宅療養をいかに支えていくか－レスパイト入院を中心とした病院主導による総合的在宅サポート体制の構築－日本ALS協会会報.2010；79：6-7.
3. 菊池仁志. ALSを中心とする在宅神経難病患者の総合支援体制について　日本ALS協会会報.2012；87：7-13.
4. Jenkinson C, FitzpatrickR, Swash M, et al. The ALS　Health Profile Study: quality of life of amyotrophic lateral　sclerosis patients and caregivers in Europe. Journal of Neurology　2000；247：835-840.
5. Gauthier A, Vignoal A, Calvo A, et al. A longitudinal　study on quality of life and depression in ALS patientcaregiver couples. Neurology 2007；68：923-926.
6. 中川悠子、魚住 武則、辻貞俊. 筋萎縮性側索硬化症患者における介護負担とQOL の検討. 臨床神経. 2010；50：412-414
7. 菊池仁志、宮原美佐、北野晃祐、馬場園明. ALS患者のレスパイト入院に関する医療経済分析. 希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援の在り方に関する研究　平成23年度　総括・分担研究報告書.2012；58-60.
8. 菊池仁志. ALS患者のレスパイト入院に関する医療経済分析.難病と在宅ケア.2012；18：22-25.
9. 田代邦雄. WFN（El Escorial）の改訂診断基準. 神経内科. 2001；54：1-6.
10. 大生定義. リハにおけるアウトカム評価尺度　Norris Scale、 ALSFRS-R ALSAQ-40.　Journal of Clinical Rehabilitation. 2006；15：364-371.
11. 山口拓洋、大生定義、斎藤真梨、他. ALS特異的QOL尺度ALSAQ-40日本語版　その妥当性と臨床応用にむけて.脳と神経. 2004；56：483-494
12. Jenkinson C, Levvy G, Fitzpatrick R, et al . The　amyotrophic lateral sclerosis assessment questionnaire（ALSAQ-40）：tests of data quality、score reliability and responserate in a survey of patients. J Neurol Sci. 2000；180：94-100.
13. Lillo P、Mioshi E、Hodges JR. Caregiver burden in amyotrophiclateral sclerosis is more dependent on patients' behavioral changes than physical disability: a comparative study. BMC Neurol.2012；12：156.
14. 荒井由美子、工藤啓. Zarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI)および短縮版（J-ZBI_8）公衆衛生.2004；68：216-219.
15. Van den Berg JP, Kalmijn S, Lindeman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. Neurology.2005；65：1264-1267.
16. Ling J. Respite support for children with a life-limiting condition and their parents:a literature review.Int J Palliat Nurs. 2012；18：129-134.
17. Ingleton C, Payne S, Nolan M, Carey I. Respite in palliative care: a review and discussion of the literature. Palliat Med. 2003；17：567-75.
18. 三原盤. 本当のレスパイト入院を実現するために. 難病と在宅ケア2006；11：7-12.
19. Mitsumoto H, Rabkin JG. Palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis: "prepare for the worst and hope for the　best".JAMA.2007；298：207-216.
20. van der Steen I, van den Berg JP, Buskens E, Lindeman E、van den Berg LH. The costs of amyotrophic lateral sclerosis、according to type of care.Amyotroph Lateral Scler.2009；10：27-34.
21. 酒井美和. ALS患者におけるジェンダーと人工呼吸器の選択について. Core Ethics.2012；8：171-182

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　27 - 36,　2013

ケアミックス医療機関におけるチーム医療・介護のアプローチ

中村　真之[1)]　堀　　雅之[1)]　寺田　竜樹[1)]　坂元　真一[1)]　板川　幸子[1)]　吉永　浩之[1)]
山下　正策[1)]　髙田　昌実[1)]　窪田　昌行[2),3)]　馬場園　明[3),4)]

Team Health Care Approach in A Mixed-Care Hospital

Masayuki NAKAMURA[1)]　Masayuki HORI[1)]　Ryuki TERADA[1)]　Shinichi SAKAMOTO[1)]
Yukiko ITAGAWA[1)]　Hiroyuki YOSHINAGA[1)]　Shousaku YAMASHITA[1)]
Masachika TAKATA[1)]　Masayuki KUBOTA[2),3)]　Akira BABAZONO[3),4)]

1. はじめに

近年、医療の高度化及び診断技術や治療の多様化、複雑化に伴って専門分化が進み、主治医一人だけでは様々な情報を総合して判断することが困難になってきている。このため、医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」を推奨している[1),2)]。

従来の主治医がすべての医療ケアの内容を決定し、看護師、薬剤師、栄養士などの各専門職に指示するシステムから、近年は患者の状態に応じて複数の診療科、多職種にまたがるチーム医療が医療の現場で実践されてきている。またチーム医療がもたらす具体的な効果として①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減などが示されている。

医療法人玉昌会加治木温泉病院は鹿児島県姶良市にある一般病床60床（うち亜急性期病床10床）、回復期リハ病床54床、療養型病床179床、介護療養病床57床をもつ350床のケアミックス医療機関である[3),4)]。当院は近年地域包括ケアシステムの構築を念頭に、回復期リハから在宅までのシームレスなシステム構築に取り組んでいる[5),6)]。しかし、当地域の回復期リハ病棟のベッド数は全国回復期リハ病棟連絡協議会が推奨している人口10万人に対して50床[7)]を大幅に超えており、人口20万人に対して300床もあり、回復期リハの激戦地区である。この激戦区で勝ち残るためにもより特色のある回復期リハを構築することが急務である。

本研究では、当法人で検討、実践を計画している「玉昌会チーム医療・介護」を報告するものである。

2. 玉昌会のチーム医療とは

厚生労働省では、2010年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、同年10月にその下にチーム医療推進方策検討ワーキンググループを設置し、2011年「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例」を取りまとめた。それに基づいて、当法人でも、2012年9月に法人事務局組織にチーム医療推進部を立ち上げ、高田病院、加治木温泉病院と在宅サービス事業部と系列の株式会社JOYにおける法人独自のチーム医療検討会を組織した。その目的は、医師、看護師の慢性的な人員不足と仕事の多様化に伴う離職率の軽減に努め、より専門的であるコメディカルの知識・技量を充分に発揮することと共に慢性期から在宅サービスまでのシームレスな医療・介護・福祉を目指すことである。

現在、両病院の活動は多職種カンファレンス、褥瘡対策、NSTなどのチーム医療は行われている。しかし、アウトカム、プロセス、ストラクチャーの内容を評価して多面的な視点でのチーム医療は行われていない[1)]。そのためチーム医療ガイドライン（厚労省案）を予測して現時点より専門性のある職種（コメディカル）の今までの法人としての取り組みが行われていない内容の充実を図り、病院と共に在宅サービス事業部への取り組みを行う。

3. 玉昌会が目指すチーム医療

1）チーム医療の目的

すべての医療スタッフ（コメディカル・事務職含む）が、専門的な知識・技能を最大限発揮しあうことで最善の治療を行い、亜急性期から在宅までのシームレスな医療・介護・福祉サービスを提供することである。

1）　医療法人玉昌会
Medical Corporation GYOKUSHOUKAI
〒892-0822 鹿児島市泉町2番3号そうしん本店3F 医療法人玉昌会
3F Soushinhonten Bldg. 2-3 Izumi-cho, Kagoshima-shi,
Kagoshima,892-0822 Japan
Medeical Corporation GYOKUSHOUKAI

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

2）チーム医療の対象

「チーム医療・介護推進」の対象は、医療法人玉昌会の高田病院、加治木温泉病院、在宅サービス事業部、および株式会社JOYのグループ全体としている。

3）基本的な考え方

チーム医療を推進する目的は、専門職の積極的な活用、職種間の有機的な連携を図ること等により医療の質的な改善を図ることであり、そのためには、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の3つの視点が重要である[1)]。医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効である。

患者もチーム医療の一員という視点も重要であり、患者に対して最高の医療をするために各職種がどのように協力するかを考える必要がある。また、患者もチームに参加することによって医療者に全てを任せるのではなく、自分の治療の選択等に参加することが必要である。チーム医療を展開する中で、医師が個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」を積極的に活用することも重要な手段であるが、「包括的指示」の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性に注意が必要である。

チームの質を向上させるためには卒前のみならず卒後の教育も重要であり、専門職としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。急性期、回復期、維持期、在宅期において求められるチーム医療のあり方はそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療のあり方を考えるともに、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。

4）チーム医療の効果と評価方法

チーム医療の評価に当たっては、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要である[1),8)]。チーム医療・介護の効果として①疾病の早期発見、②疾病の早期回復、③疾病の重症化防止、④医療従事者の負担軽減、⑤医療現場の活性化、安全性の確保の5つが考えられる。また、評価の視点としては、①医療・介護の質の視点、②患者の視点、③医療・介護スタッフの視点、④経済的視点の4項目があげられる。この4項目の視点別にアウトカム評価、プロセス評価、ストラクチャー評価を行う場合、表のような項目が評価項目になると考えられる（表1参照）。

表1　チーム医療で得られる各分野の視点別の評価項目

医療・介護の質の視点	アウトカム評価	・早期治癒率（在院日数） ・感染症の発生率 ・褥瘡発生率 ・血液学的検査値
	プロセス評価	・経腸栄養実施率 ・口腔衛生処置実施率 ・食事提供回数
	ストラクチャー評価	・専門職種の配置 ・電子カルテ等の導入の有無 ・カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	・早期治癒率（在院日数） ・使用薬剤数及び用量 ・合併症の発生率
	プロセス評価	・専門スタッフによる回診の回数 ・食事摂取回数 ・治療内容の理解
	ストラクチャー評価	・1床あたりの医療従事者数
医療・介護スタッフの視点	アウトカム評価	・1人あたりの担当患者数 ・各専門職の専門性向上
	プロセス評価	・各職種からの相談回数 ・カンファレンス、勉強会の参加回数
	ストラクチャー評価	・専門職の365日24時間対応体制の有無 ・カンファレンス、勉強会の実施 ・治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	・病院収益 ・人員配置の変化
	プロセス評価	・輸液使用金額 ・抗生剤使用金額 ・食事提供金額
	ストラクチャー評価	・DPC導入・後発品使用 ・医師・看護師以外のスタッフの導入

4. ケーススタディ～ 栄養サポートチーム（NST）

1）チーム形成の目的

入院早期から栄養障害やその可能性がある患者を抽出し、栄養障害、摂食嚥下障害のある入院患者に対しては、それぞれの専門領域の立場から改善案を出し、必要な対応を行うことができる。これにより、患者のQOLが改善し、原疾患や合併症の治療が効果的に行うことができるなどにより、入院期間の短縮などが期待できる。

回復期リハビリテーションでは、脳卒中・脊髄損傷・大腿骨骨折等の比較的早期（発症後3ヶ月以内）の患者に対し、家庭復帰・社会復帰を目指したリハビリテーションプログラムを医師・看護師・理学療法士・作業療法士等が共同して段階的に作成・評価し、これに基づくリハビリテーションを集中して行なっている。

今回、口から食事等を摂る行為を生命維持における栄養上の概念だけでなく、人としての生きる喜びを実感する最重要な行為と捉え、その行為をサポートするNSTを今回チーム医療・介護の最優先項目と位置づけ、まず加治木温泉病院の回復期病棟からスタートさせることにしている。

2）NSTとは

Nutrition Support Team（NST）は、病態管理をする医師、患者のそばにいて一番患者様の状態を把握している看護師、必要量や摂取量を評価し食事を調整提供する管理栄養士、薬の副作用・薬効・点滴などの管理をする薬剤師、摂食嚥下機能評価を行う言語聴覚士などの各専門スタッフがそれぞれの知識や技術を出し合い最良の方法で栄養支援するチームのことである[9)]。

NSTの主な活動としては、栄養状態の評価、栄養管理の必要性の判定、適切な栄養療法の提言、栄養管理のチェック、栄養管理上の問題点の抽出ならびに解決策の提言、新しい知識・技術の紹介・啓蒙、在宅医療などの地域医療との連携などがある。

図1　チーム医療・介護（ＮＳＴ）イメージ図

3）関係職種のチームにおける役割

当院のチームの特徴は、十分な言語聴覚士を配置していることと、チームに歯科医師、歯科衛生士が入っていて、看護師や介護福祉士と連携をとり口腔ケアに取り組んでいることである[10)]。チーム医療・介護に関連する職種の役割分担・業務内容・実施方法を示す。

①　医師

主治医は栄養計画を承認する。栄養サポートチームのチームリーダーとして医学的な見地で意見を出し、各コメディカルへ指示を出す。また、嚥下造影検査（VF）を行い、患者の身体状況や摂食・嚥下障害の評価に基づき治療方針を決定する。他の主治医依頼の場合は、主治医への情報提供を行う。

②　看護師

患者の身体状況などについての情報提供ならびに看護業務を通して問題となっている情報提供を行う。日常の口腔衛生処置、摂食・嚥下機能療法に従事する。看護の見地で意見を出し栄養管理計画書に基づいた栄養サポートを実践する。

③　管理栄養士

全入院患者の栄養評価を行い、栄養計画を作成する。看護師などから得た情報をもとに栄養障害の患者のリストアップを行い、患者の入院食の変更や調整。退院時、家族等へ食事指導を行う。

④　薬剤師

入院患者の薬剤情報を把握する。また嚥下機能に合わせた薬剤の剤形の変更、嚥下障害を起こす可能性のある薬剤の情報提供を行う。

⑤　言語聴覚士
主治医と共に摂食嚥下機能の評価を行い嚥下障害患者の嚥下訓練及びその指導を行う。また、安全な食事形態、摂食方法についての情報提供を行う。
⑥　歯科医師・歯科衛生士
患者の口腔内のケア、義歯の調整などを行う。
⑦　臨床検査技師
患者の採血データの管理を行なう。
⑧　介護福祉士
実際に食事介助を行いながら、食事摂取状況や嚥下状況を確認し、主治医や看護師、管理栄養士等に報告している。

4）チームによって得られる効果

チーム医療・介護で得られる効果を、患者、病院、スタッフの視点から以下に示す。
①　患者が得られる効果
・VF 検査結果を専門的視点で評価することで、喫食可能な食形態の判定が期待できる。
・各専門職種が参加することにより、患者に適した食形態、食具、食事姿勢、食事介助を担当医や病棟看護師に伝達でき、患者 QOL の向上に繋がる。
・栄養改善に有効である。
②　病院が得られる効果
・誤嚥性肺炎の合併率が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質が向上する。
・入院頻度が減少し、医療コストが削減できる。
③　スタッフが得られる効果
・各専門職種の介入により、患者の治療への理解や満足度が向上する。
・専門職種ごとの連携でひとりの患者に対して包括的に介入でき、各スタッフの負担軽減が期待できる。

5）当院の回復期リハビリテーション病棟について

当院の回復期リハビリテーション病棟では、脳卒中・脊髄損傷・大腿骨骨折等の比較的早期（発症後3ヶ月以内）の患者に対し、家庭復帰・社会復帰を目指したリハビリテーションプログラムを医師・看護師・理学療法士・作業療法士等が共同して段階的に作成・評価し、これに基づくリハビリテーションを集中して行なっている。

回復期リハビリテーションの病棟の入院患者数は48人で、男性24人（50％）、女性24人（50％）、平均年齢が男性76歳、女性81歳となっており（2013年8月現在）、全国の回復期リハ病棟患者の平均年齢よりも高い（表2）。紹介元は、急性期病院、他の回復期リハ病床、他の病棟が多く、退院先は在宅、他病棟、関連施設である。問題点としては、在宅復帰率の維持、回復期入院対象者の維持、新規入院患者の獲得である。現在回復期リハビリテーション病棟入院料2の基準を取っているが、高齢者や高度の機能障害・多くの合併症を持つ患者が増えており、基準の在宅復帰率（60％以上）を維持するのに苦労している。また、近隣の急性期病院が回復期リハ病棟を新設したことにより、当院の回復期リハ病棟への紹介患者が減り、病床のベッド稼働率が減少していることが問題である。

表2　回復期リハ病棟入院患者の平均年齢の比較

	当院回復期リハ	全国回復期リハ平均
脳血管障害	77.5歳	71.9歳
運動障害（整形外科系）	80.3歳	78.2歳
廃用症候群	83.0歳	79.3歳

当院の平均：H24年4月～H25年3月
全 国 平 均：H23年4月～H24年3月

6）チーム医療介護でのNSTの取り組み

①　現状の把握とNST委員会の活動内容の見直し
チーム医療を推奨する上で、現状のNST委員会には以下の4つの課題があり、検討することになった。
課題①：当院のNSTは依頼対応型であり、NST介入事例が少ない。
原因は、次のようなことが考えられる。NSTの介入基準が不確定であった。アルブミン値3.0以下で栄養状態が悪い患者（褥瘡保有者や著しい体重減少等）などと決まっているが、高齢者が多く対象に挙がってもNSTの対象にしにくい。
課題②：採血回数が少なく、NST介入後の栄養評価などが難かしい。
これは、回復期リハ病棟は採血業務が診療報酬上包括になっているため、採血回数を増やすことが難しい原因と考えられる。当院では今まで3ヶ月～4ヶ月に1回の定期採血時のみのアルブミン値等のデータと、毎月の体重で評価していたが、採血の期間が長すぎて、食事変更をしたあとの栄養改善の評価が適時にできない。

課題③：NST介入後のデータの収集が基本的に栄養科で行っている

原因としては、栄養に関する患者の情報収集・分析は基本的に管理栄養士という考えがあり、NST介入後のデータ収集を管理栄養士のみで行っていたためと思われる。

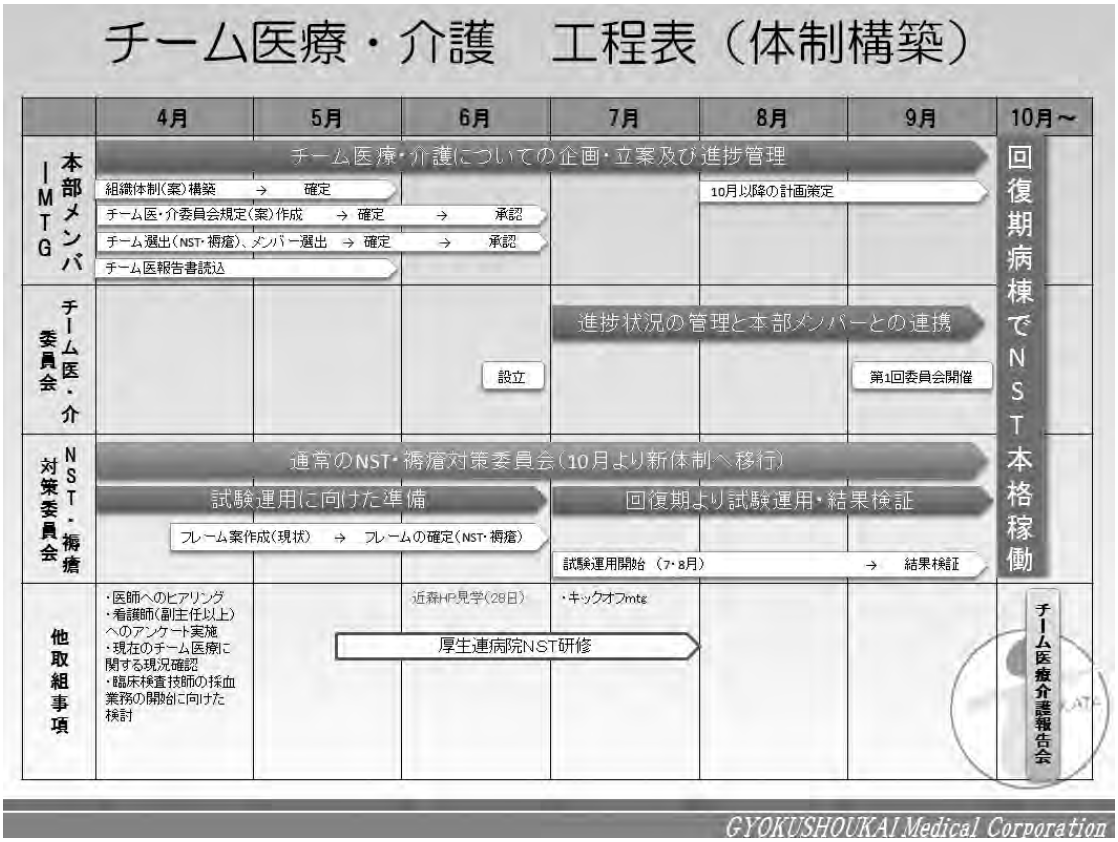
課題④：NSTラウンドの未実施

NST介入事例が少なく、委員会の中でカンファレンス形式を用いて行っていたため、ラウンドが未実施であった

課題を検証した結果、上記に示した4つの課題を最重要課題とし、この課題を解決するために、図2に示す工程表を作成し、平成25年10月からの回復期病棟でのチーム医療・介護で行うNST活動の完全実地に向けて体制づくりに取り組んだ。

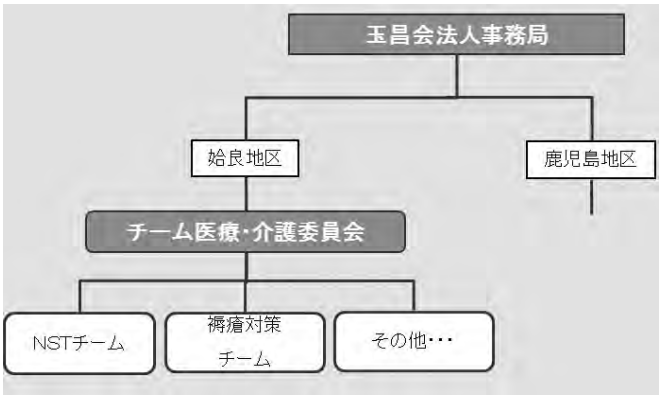
今回、病院のチーム医療・介護でのNSTを構築するために、まず法人事務局でメンバーを招集し、厚生労働省医政局『H23年度チーム医療実証事業報告書』の内容を検証し、当院で構築する方向性を決定した。これは、今後現場で活動していくNSTを全面的(特にスタッフの研修の支援や人員・資材の確保など)サポートしていくためである。

図2　チーム医療・介護　工程表



また、法人事務局と現場との間にチーム医療・介護委員会を設立した(図3参照)。これは法人事務局と現場で実際行われるNSTとの間の情報共有を行う場とし、委員会のメンバーには、現場で実際に係っているスタッフから選定し、事務局と現場のどちらの意見もすぐに反映させる体制を構築した。また、今後他の業務もNST活動と連携させ、チーム医療・介護で活動させるために、NST以外のスタッフもメンバーに追加した。

図3　チーム医療・介護推進組織図



医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　27 - 36,　2013

②　現場スタッフの増員とチーム医療推進のためのスタッフ教育

まず、チーム医療・介護でNSTを構築する上で一番はじめに行ったことは人材の確保である。チーム医療でNSTを行うために、法人事務局として医師2名（日本静脈経腸栄養学会認定教育施設指導医1名、日本静脈経腸栄養学会認定医1名）、管理栄養士2名（NST専門療法士1名）、言語聴覚士（ST）4名を確保した。次にスタッフの教育としては、鹿児島厚生連病院NST認定研修施設研修講座で、4名のスタッフ（管理栄養士1名　薬剤師1名　看護師2名）が、それぞれの職種がNSTでの役割から栄養管理の基礎、手法から病態別栄養管理を学んだ。また社会医療法人近森病院の見学では、5名のスタッフ（管理栄養士1名　薬剤師1名　看護師2名　言語聴覚士1名）がチーム医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減などについて学んだ。

③　NSTの活動ツールの構築

NSTの書式としてまず『NSTスクリーニングシート』図4に示す（書式①）と図5の『NST介入報告書』（書式②）を作成した。NSTスクリーニングシートの項目は、食事摂取量の増減、体重の増減（2kg以上）、消化器症状の持続（嘔吐・下痢など）、アルブミン値3.0g/dl以下、褥瘡の5項目とした。これは従来NSTのスクリーニング時使用される8項目からなるSGA 評価よりも簡易にすることで、看護師のスクリーニングにかかる時間を短縮し、またより基準を簡易にすることで誰でもNSTを理解しやすくすることを目的とした。そして、1項目でも該当したら図6に示す『NST介入希望者リスト』（書式③）に記入し、栄養科へ連絡するようにした。

図4　書式①：NSTスクリーニングシート

図5　書式②：NST介入報告書

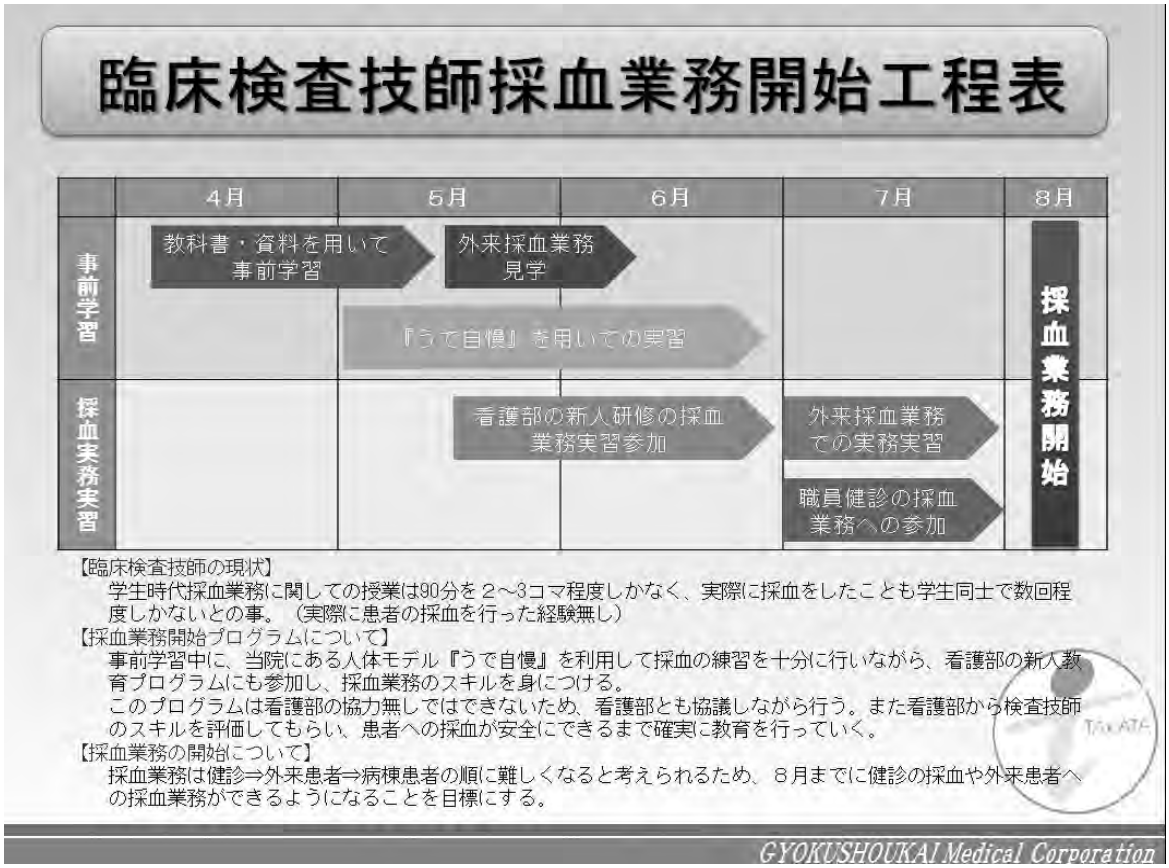
図6　書式③：NST介入希望者リスト

さらに、NSTの介入希望者リストを元に、管理栄養士と看護師で介入の要または不要を判断し、要と判断された場合は、管理栄養士がNST介入報告書を作成することにしている。（図６参照）

④　NST患者の採血について

NST患者の採血データの指標をアルブミン値、尿素窒素、総コレステロール、カリウムの4項目とし、この4項目を2週間に一度採血することとした。また、この採血の回数が増えることで看護師の業務の負担が増えるので、看護師の負担軽減を目的に臨床検査技師による採血を実施するための訓練を開始した。（図7参照）

図7　臨床検査技師採血業務開始工程表

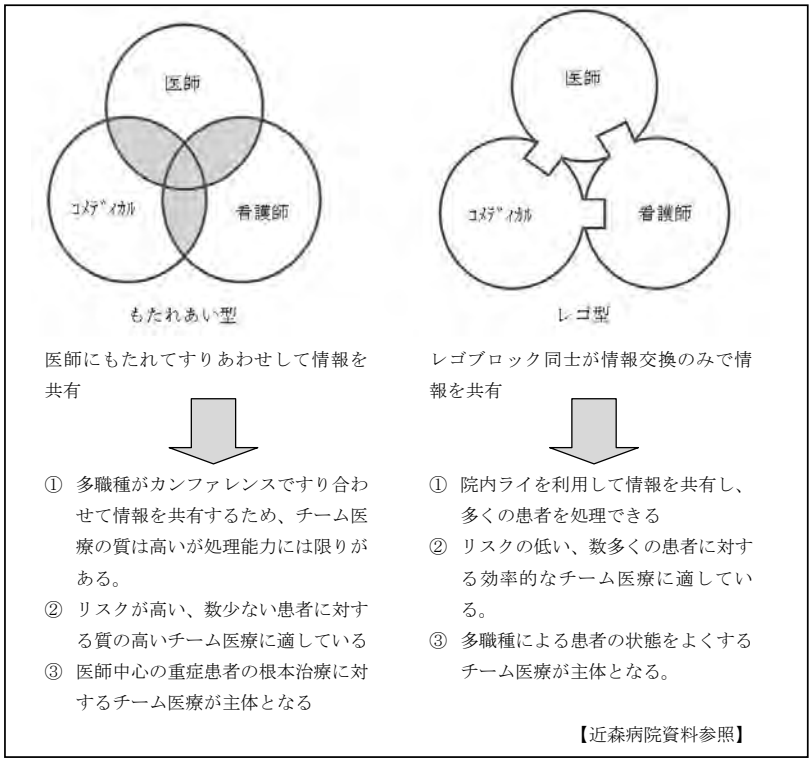


⑤　NSTラウンド・カンファレンスの実施

作成したNST介入報告書をもとに、各職種のNSTメンバーでラウンド・カンファレンスを行い、栄養状態を評価していく。

この時に、すべてのNST対象患者について一様にラウンド・カンファレンスを行っていくのではなく、多くの易しい低栄養患者には少数のコメディカルによる毎週行うラウンド・カンファレンスのみで済ませ（レゴ型チーム医療）、少数の難しい低栄養患者についてのみ、NST医師を含む多職種による月1回のNST委員会を行い、栄養状態の改善に向けての治療方針を検討するようにした（もたれあい型のチーム医療）[11),12)]。（図10参照）

図8　チーム医療の分類

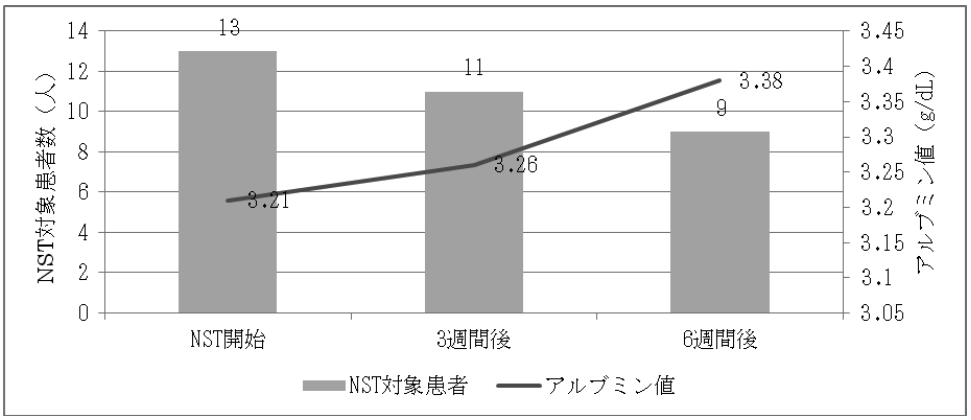


⑥　アウトカムの設定と評価

今回のチーム医療介護の取り組みについての効果を評価するために、アウトカムを設定し、結果を評価した。指標としては、NSTのチーム医療・介護の取り組み期間が短いため、(i) NST対象患者のアルブミン値の変化、(ii)回復期リハ病棟入院患者の摂食機能療法の算定収入の変化、(iii)回復期リハ病棟入院単価の変化の3点とした。

NST開始時の介入患者数は13名であり、その平均アルブミン値は3.21であったが、6週間後には13名の対象者のうち4名は栄養状態が改善してきて、対象者が9名に減った。また、この9名の平均アルブミン値は3.38と上昇してきており、改善傾向にあることがわかった（図9参照）。NST対象患者のアルブミン値が改善してきた背景には、多職種の中でも管理栄養士と言語聴覚士が密の連携を取ることで、特に患者の立場に立った適切な食事が提供できるようになり、患者の食事摂取量が良くなってきた事が挙げられる。

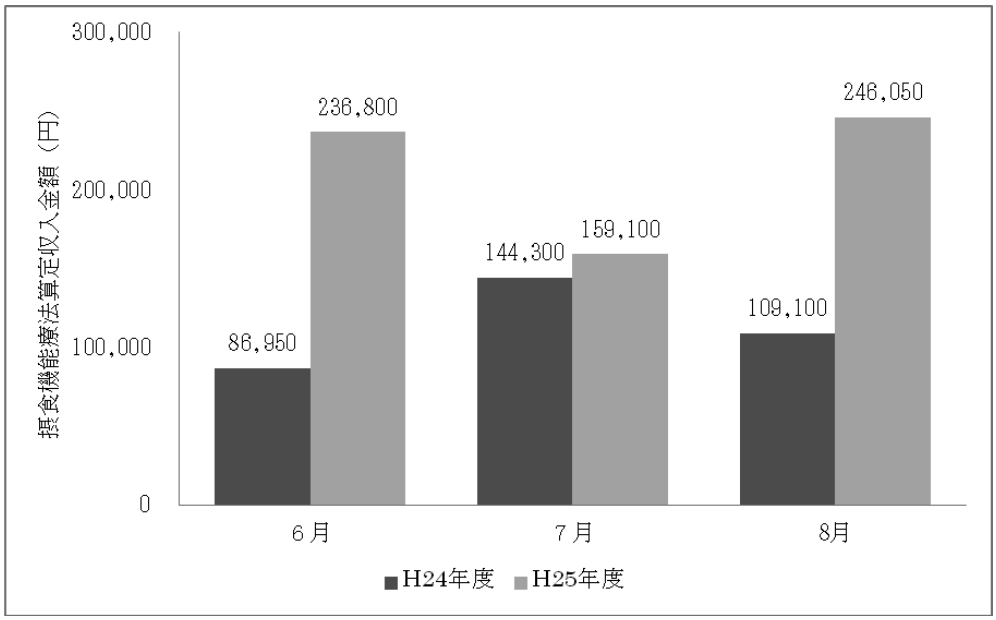
図9　NST対象患者数とアルブミン値平均値の推移



摂食機能療法とは、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行うものである。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定している。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる[13)]。

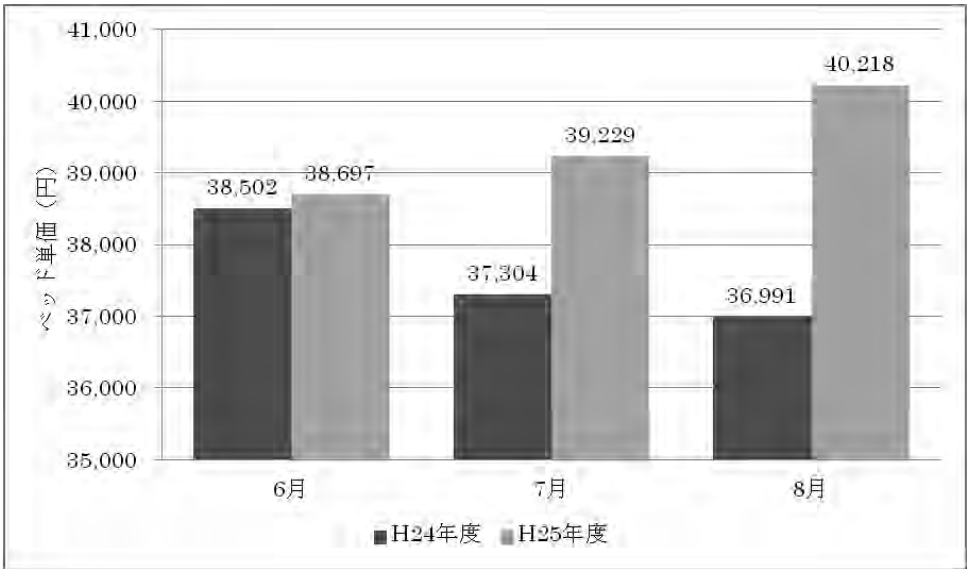
今回、前年度と比較して、3ヶ月とも摂食機能療法の算定は増加していた。この結果は、チーム医療でNSTを行っていく中で、嚥下機能が回復することで患者の栄養状態も回復させることができるという考えの中で、言語聴覚士が前年以上に多くの患者に訓練指導をおこなった結果である。チーム医療でNSTを行っていく中で、言語聴覚士の意識を変えることができた結果でもあると思われる。（図10参照）

図10　回復期リハ病棟における摂食機能療法算定収入の推移



そして、回復期リハ病棟のベッド単価が2013年8月過去最高の40,218円となり、4万円を超す結果となった。（図11参照）これは、回復期リハ病棟の入院患者数が減少する中、言語聴覚士だけでなく、理学療法士、作業療法士などの他のセラピスト達も積極的に訓練を行った結果である。患者の栄養状態をNSTで管理し元気にすることで、患者も訓練に積極的に継続して参加することができた結果であると考えられる。またNSTのメンバーの言語聴覚士の積極的な訓練の取り組みの影響が、他のセラピストへの意識を変えることができた結果であると考えられる。

図11　回復期リハ病棟の入院単価



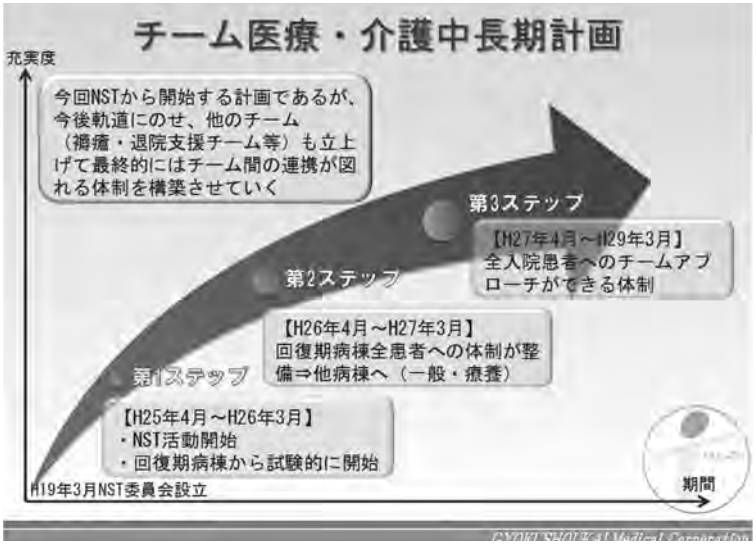
5、おわりに

今回、多職種で多くのカンファレンスや回診ができるようになった背景には、NSTの書式を変更し多職種で書き込むシステムを導入したことで、従来よりもNST資料作成時間が大幅に短縮することができ、カンファレンスも短時間で多くの患者の内容を協議できるようになったことが挙げられる。またこのシステムを導入したことで、他の部署の内容をいち早く閲覧できるようになり、新しい情報を収集しながらそれぞれの専門的な立場からの意見を記載できるようになった。このことは、カンファレンスの内容を事前に把握することができ、またより適切な意見をカンファレンスに反映できるので、カンファレンスの時間を短縮することができ、さらに内容の質もよくなってきたと思われる。

今回のチームには歯科衛生士も入っており、口腔状態のチェックや義歯調整など行っていたが、今回良い結果を示すことができなかった。しかし、看護師やケアーワーカーと連携をとり、口腔衛生の指導などにも積極的に取り組んでおり、今後臨床面においても良い結果が出てくると思われる。

事務局の立場から現場の活動内容を見直しサポートしていくことは、医療スタッフのモチベーションを強化することができ、スタッフの負担軽減、医療・介護の質の向上にも繋がり、臨床面にも運営面にもよい結果をもたらすことができると考えらえる。

図12　チーム医療介護の中期計画



今回、第1ステップとして回復期病棟から試験的にNSTチームの活動を開始させたが、今後はもっと内容を検証していき、第2ステップである回復期病棟の全患者へチームアプローチが整う体制を整備していき、第3ステップの3～4年目の2年間で他病棟を含めた全入院患者へのチームアプローチができる体制を目指していく計画を立てている。（図12参照）

チーム医療介護の取り組みをNSTから開始したが、今後は褥瘡や退院支援チーム等他のチームの計画も行っていく。そして最終的にはそれぞれのチーム間での連携をはかっていくことができる体制を構築し、すべての患者のいろいろな事をチーム医療介護で全スタッフが関わっていく体制を構築して予定である。

参考文献

1）　厚生労働省　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、平成23年6月
2）　厚生労働省　チーム医療の推推進について（チーム医療の推進に関する検討会　報告書）、平成22年3月19日
3）　山下正策・萩原隆二・梅本昭英他、ケーススタディー：高齢者医療ケアの未来　加治木温泉しあわせの杜・高齢者健康コミュニティCCRC構想～医療法人玉昌会　加治木温泉病院～、医療福祉経営マーケティング研究、第４巻第１号　2009
4）　医療法人玉昌会　年報2012　182
5）　地域包括ケア研究会、平成21年度老人保健健康事業による研究報告書・地域包括ケア研究会報告書、2010
6）　山下正策・萩原隆二・吉永浩之他、ケーススタディー：姶良市高齢者自立支援コミュニティ構想～在宅支援複合施設を核とした地域包括ケアシステムの構築～、医療福祉経営マーケティング研究、第5巻第１号　2010
7）　回復期リハビリテーション病棟協会（http://www.rehabili.jp/sourcebook.html）ホームページより抜粋
8）　厚生労働省 チーム医療方策検討ＷＧ、チーム医療検証事業への具体的提案とチーム医療評価の提案、2012
9）　黒部市民病院　ホームページ（http://med-kurobe.jp/bumon/team/nst.html）栄養サポートチーム（NST）の項より抜粋
10）佐藤三千世、看護師が担うＮＳＴの役割－文献的検討を通して－、第63回国立病院総合医学会、平成21年10月23日
11）厚生労働省　第7回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ　議事録、2011年3月2日
12）荒木登茂子、チーム医療～現場における役割分担、コミュニケーション、患者参加型～、第2回ヘルスコミュニケーション研究会、2010年9月
13）社会保険研究所　医科点数表の解釈　平成24年4月版　541

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

平成 24 年度

第 3 回 医療福祉経営マーケティング研究会
学術集会 プログラム

○大会テーマ

「高齢化社会における地域連携」

○日　　程

平成 25 年 3 月 16 日（土）13：00～17：15

○会　　場

九州大学医学部　総合研究棟 105 号室

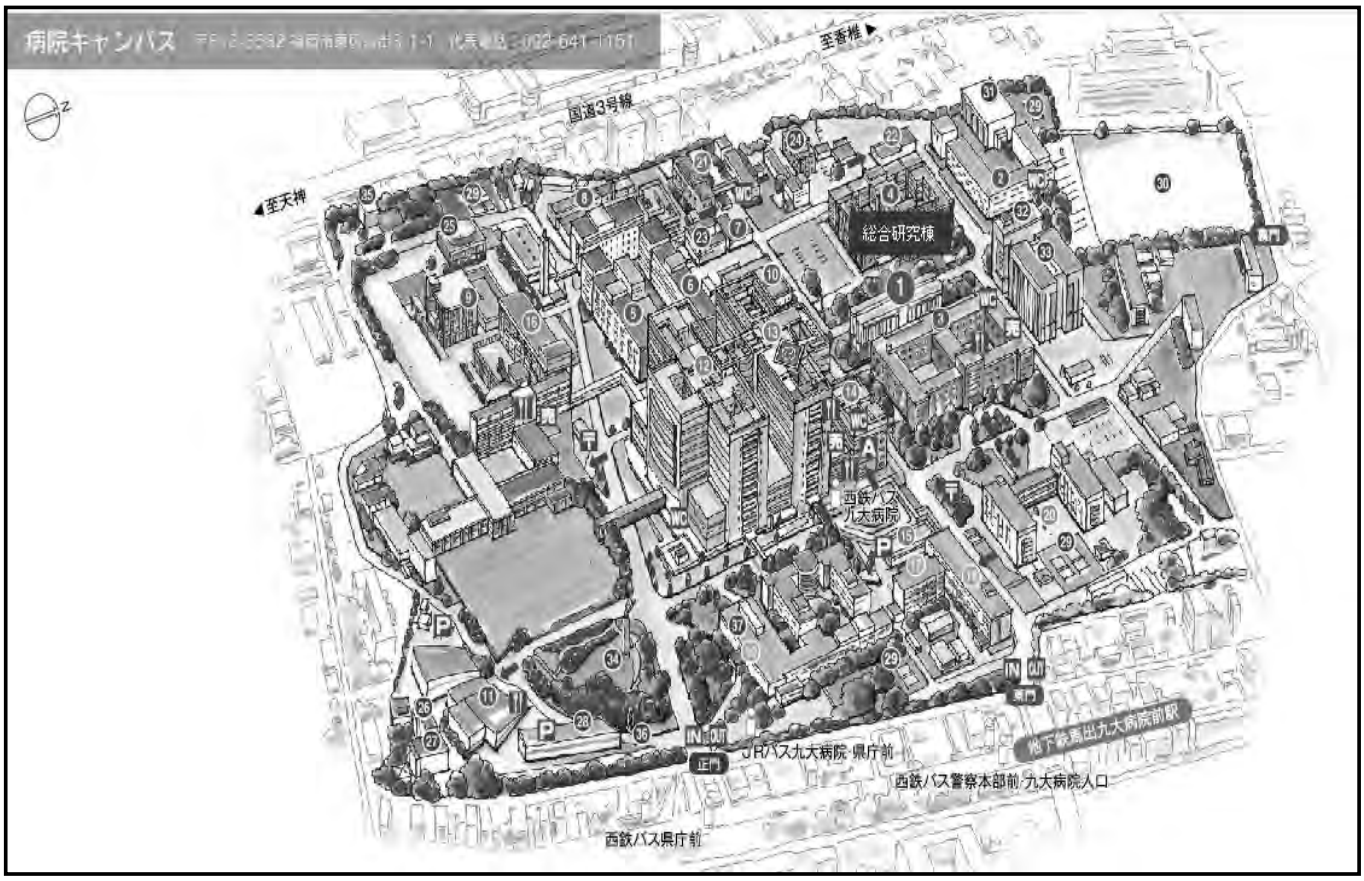
（九州大学病院地区キャンパス内）

○大 会 会 長

馬 場 園 明（九州大学）

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

会場案内



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

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

参加要項

1．受　付

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

2．懇親会

懇親会を 3 月 16 日（土）18:00 より専門職大学院棟 2 階演習室にて開催します。参加を希望されます方は、大会受付でお申し込み下さい。（参加費 3,000 円）各自で会場へ向かっていただいて結構ですが、場所がよくわからない方は学会終了後、事務局スタッフが案内いたしますので受付付近でお待ち下さい。参加者は領収書を示してご入場下さい。多くの皆様の参加をお待ち申しております。

3．昼食等について

昼食は各自ご用意いただくか、お近くの飲食店をご利用下さい。キャンパス内にある病院内のレストランもご利用できます。尚、会場内での飲食は出来ませんので予めご了承ください。

4．喫煙について

会場内およびキャンパス内は禁煙です。

5．会場の係員

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

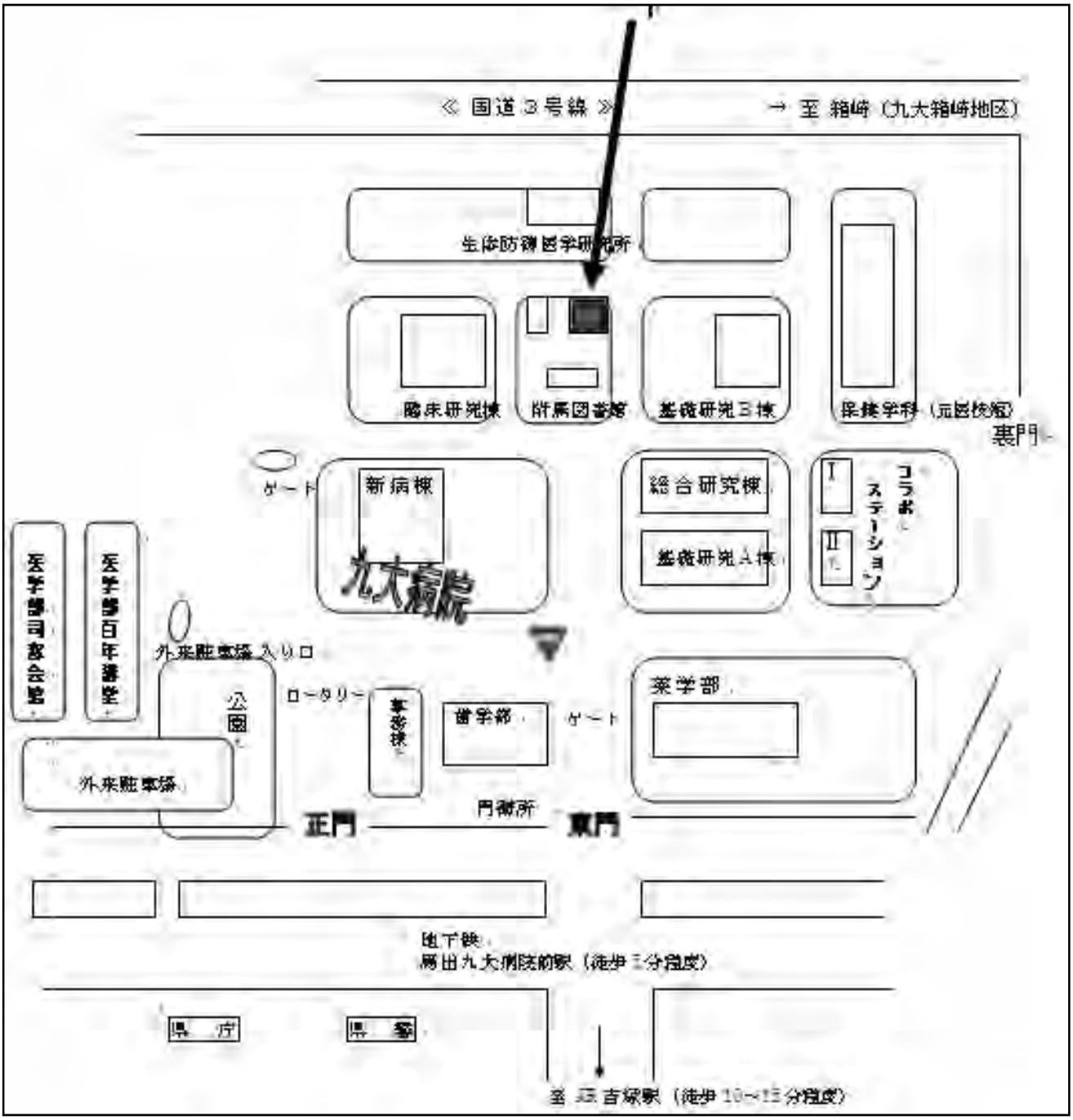
6．その他

駐車場に限りがございます。できるだけ公共交通機関でお越し下さい。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

懇親会のご案内

会　場：医療経営・管理学講座（専門職大学院棟）２階演習室
（**生体防御医学研究所**向かいの２階建ての茶色の建物です）



医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

発表者・座長・参加者へのご案内

発表者へのお願い

●口頭発表

１．発表時間

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

２．機器の使用について

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

座長・司会、討論者・質問者へのお願い

１．座長・司会へのお願い

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

２．討論・質問者へのお願い

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

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

大 会 プ ロ グ ラ ム

▶特別講演　　13：00～13：40

座長：髙田昌実　（医療法人玉昌会）

「自治体病院における経営」

演　者：齋藤　貴生（九州大学）

▶教育講演　　13：40～14：20

座長：窪田昌行（CCRC研究所）

「医療福祉政策と地域連携」

演　者：馬場園明（九州大学）

▶一般口頭発表　　13：30～17：12

▶懇　親　会

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

一般口頭発表Ａ　　14：40～15：32

▶人材支援と経営　　座長：齋藤　貴生（九州大学）

１．患者一人ひとりの視点に立ったチーム医療・介護の推進に向けて（1）

○寺田　竜樹（医療法人玉昌会）
坂元　真一（医療法人玉昌会）
板川　幸子（医療法人玉昌会）
本田　陽子（医療法人玉昌会）
堀　雅之（医療法人玉昌会）
吉永　浩之（医療法人玉昌会）
萩原　隆二（医療法人玉昌会）
山下　正策（医療法人玉昌会）
髙田　昌実（医療法人玉昌会）

２．地域包括ケアシステムにおける人材育成プログラム

○笹原　利孝（株式会社ＪＯＹ）
松島　広典（株式会社ＪＯＹ）
本村　ヨシ子（株式会社ＪＯＹ）
髙田　和美（株式会社ＪＯＹ）
白城　裕（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）

３．地域包括ケアシステムにおける複合型高齢者住宅の事例研究

○渡辺　剛（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
野本　真理子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
安部田　優介（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
金元　千恵子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
窪田　昌行（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
波多　敬子（株式会社プラスネットハイマート桑の実）
加野　資典（医療法人豊資会）
加野　豊子（社会福祉法人豊資会）

４．看護師の職業価値が職務満足に与える影響

○竹田明弘（和歌山大学観光学部）

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

一般口頭発表Ｂ　　15：35～16：16

▶健康支援と経営　　座長：馬場園　明（九州大学）

１．2012-13 倉吉市関金温泉モデル－新湯治・地域振興システム－

○古賀　眞澄（(株)パル　フィットシステム）
木藤　隆親（倉吉市企画振興部観光交流課）
樋口　稔起（関金温泉旅館組合）

２．「観光」「健康」「介護」が連携した国民保養温泉地に向けた取組事例

○木藤　隆親（倉吉市企画振興部観光交流課）
古賀　眞澄（(株)パル　フィットシステム）
樋口　稔起（関金温泉旅館組合）

３．中小企業労働者の透過性調整力と健康実態との関連についての基礎的研究

○荒巻　悦子（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
荒木　登茂子（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）
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8巻　第1号　　37 - 88,　2013

一般口頭発表C　　16：20～17：12

▶医療政策と経営　　座長：竹田　明宏（和歌山）

１．福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究

○劉　寧（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）
西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
前田　俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻）

２．療養病床入院患者の在院日数と死亡率に関する研究

○海江田　真衣（九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻）
前田　俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻）
西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）

３．糖尿病外来患者の診療の地域格差

○岩本　和香子（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
前田　俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）、
西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）

４．計画的レスパイト入院における ALS 患者の健康保険及び介護保険費用と患者・介護者の QOL 評価

○菊池　仁志（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻・医療法人財団華林会　村上華林堂病院）
原田　幸子（医療法人財団華林会　村上華林堂病院）
荒木　智佳（医療法人財団華林会　村上華林堂病院）
宮原　美佐（医療法人財団華林会　村上華林堂病院）
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8巻　第1号　　37 - 88,　2013

特　別　講　演

齋藤　貴生（九州大学）

自治体病院における経営

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

○特別講演

自治体病院における経営

齋藤　貴生（九州大学大学院医学研究院　医療経営･管理学講座）

自治体病院は、地域医療の確保のために地方公共団体が開設するものであり、その使命と役割は、公立病院改革ガイドラインにおいて、「地域において提供されることが必要な医療のうち採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある。」とされている。自治体病院では、一般に医療の質の向上は達成しやすいが、経営の質の向上や経営改革を行うことには多くの困難を伴う。その理由として、自治体病院が地方自治法、地方公務員法など法律の制約下にある行政組織によって直接管理・運営されている地方公営企業のひとつであることや、行政と病院とは元来、組織としての性格が大きく異なっていることなど、自治体病院に特有の問題点があるためと考えられる。

【自治体病院の経営改革のポイント】

自治体病院の経営改革を適切に行うには三つのポイントが重要と思われる。

第１のポイントは、医療機関全般に共通することであるが、医療機関の医療の質とともに経営の質を向上させることである。そのためには、医療機関経営の専門的知識・技術を有する経営・管理者（医師）と事務職員を確保する必要がある。ただ、現状は人材不足であり、我が国における医療経営学の向上、医療機関経営者の教育制度・資格制度の整備等が望まれる。当面は医療機関経営者が、独学で経営学を学び、企業経営の原則を医療機関の経営に導入し、経営の質を向上させていくことが基本となる。

第２のポイントは、自治体病院に固有の経営改革の課題を克服することである。課題としては、①ガバナンス構造の脆弱性、②経営技術の不備、③自主性の抑制（事なかれ主義）がある。その克服策としては、それぞれ、①地方公営企業法全部適用や地方独立行政法人などへの経営形態の変更とその適正な実施によるガバナンス構造の適正化、②戦略経営の導入など病院経営の質の向上による経営技術の不備の是正、 ③行政主導から医療主導の病院への転換による自律性の醸成 が挙げられる。

第３のポイントは、改革の実践方法を事例から学ぶことである。医療機関の経営改革を成功させるには、いかに実践するかを知る必要がある。そのためには、多くの成功事例や失敗事例についての詳細な観察・分析の記録が集積され、経験則が導かれるとともに、それらが学ぶ対象とされねばならない。

【自治体病院の経営改革の２事例】

地方公営企業法一部適用の佐賀県立病院好生館、全部適用の大分県立病院において、「経営の質の向上」および「自治体病院に固有の経営改革の課題の克服」を基本的な命題とし、改革をどのように実践したかを示す。

【いわゆる地域医療崩壊と自治体病院の経営改革】

地域中核病院、とくに地方の非都市部における二次医療圏の医療を守ってきた中型（病床数 200 床以上 500 床未満）の自治体病院において、比較的順調であった医療・経営状況が、平成 15～16 年頃より著しく悪化する事例が頻繁に認められている。

典型例である田川市立病院（３４２床）の経営破綻には、この時期における国の医療制度改革（小泉改革）と新臨床研修制度ならびに田川市立病院固有の要因が関与していた。その再生には、病院事業管理者のリーダーシップの下で、自治体病院固有の課題に対応した経営改革が有効であった。また、調査によると、田川市立病院に類似した非都市部・中型・地域中核病院において経営資源（資金、医師）の減少による経営危機が認められ、これらはこの時期のいわゆる「地域医療の崩壊」に関与していると考えられた。以上から、「経営の質の向上」および「自治体病院に固有な課題の克服」を基本的な命題とする自治体病院の経営改革は、いわゆる「地域医療崩壊」の再生に貢献すると考えられる。

【おわりに】

自治体病院では、医療機関経営の専門的知識・技術を有する経営・管理者（医師）と事務職員を確保し、トップ・マネジメントの下で、医療の質と経営の質の両方の向上を目指し、自治体病院固有の課題に対応した経営改革を行う必要がある。また、このような手法による自治体病院の経営改革は、いわゆる「地域医療崩壊」の再生に貢献すると考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

教　育　講　演

馬場園　明（九州大学）

医療福祉政策と地域連携

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●教育講演

医療福祉政策と地域連携

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）

【日本の高齢化の進行】

日本の高齢化のスピードは先進国のなかで最も速い。1990 年の 65 歳以上人口は 1,489 万人で総人口の 12.０％、75 歳以上人口は 597 万人で総人口の 4.8％であったが、2010 年には 65 歳以上の人口は 2,948 万人、総人口の 23.0％、75 歳以上人口も 1,419 万人、総人口の 11.1％となった。一方、1990 年の出生数は 122 万人、死亡数は 82 万人であったが、2010 年の出生数は 109 万人、死亡数は 114 万人であった。

2012 年 1 月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した出生中位・死亡中位推計によれば、2025 年には 65 歳以上人口は 3,657 万人、総人口の 30.4％となり、75 歳以上人口は 2,179 万人、総人口の 18.1％、出生数は 94 万人、死亡数は 15４万人と推計されている。すなわち、疾病や障害のリスクの高い後期高齢者が急増し、それを支える人口は減少することになる。

【社会保障・税の一体改革】

政府が 2012 年 2 月に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」には、2025 年に「あるべき姿」を実現させるため、医療機関の機能分化を一層進めることが明記されている。現在約 107 万床ある一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期病床に振り分け、高度急性期に医療資源を重点配分する一方で、急性期、慢性期、在宅医療の連携を強化して患者に過不足のない医療を提供する絵姿を示した。高齢者の慢性期に関しては地域包括ケアを中心に対応していくことになっており、医療サービスと介護サービスの峻別が明確になされた。

【2012 年度診療報酬改定】

2012 年度診療報酬の改定では、「機能分化と連携」を図るために、「７対１一般病棟入院基本料の平均在院日数と重症患者受け入れ率の要件を厳格化」「13 対 1、15 対 1 一般病棟においては慢性期入院の機能を評価する項目を新設」「亜急性期入院医療管理科と回復期リハビリテーション病棟入院料の対象患者などを整理」「急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れる療養病棟をさらに手厚く評価」「退院調整に関する加算を新設、拡充」「看取りまでを含めた在宅医療を手厚く評価」することになった。

【2012 年度介護報酬改定】

2012 年度介護報酬改定では、1.2%引き上げると発表され、「施設から在宅へ」という方針に沿って、在宅系サービスに 1.0%分を、施設系サービスには 0.2%分を配分したとしている。この改定で地域密着型サービスとして新設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」(24 時間訪問サービス)と「複合型サービス」には、地域包括ケアシステム(高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、日常生活圏城で医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを一体的に提供する体制)推進のため手厚い報酬が設定された。小規模多機能型居宅介護と訪問護を組み合わせた複合型サービスも高い報酬単価となった。

【地域連携の機能をもつ日本型 CCRC】

日本型 CCRC とは、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、介護の機能をもつ高齢者住宅、リハビリ施設、介護事業所、地域交流センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどを備えた複合施設を核として、他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅及び高齢者の自宅とネットワークを結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステムである」と定義する。

日本型 CCRC を機能させるためには必要不可欠な要件がある。それは、高齢者一人ひとりに責任をとる主介護者の存在である。そして、その主介護者が定期的に高齢者とコミュニケーションをとり、情報を電子データで管理し、その情報を関係者がアクセスできることが必要である。そして、発熱、胸痛、意識障害といった症状、脳卒中、心筋梗塞といった疾病に対応するためのマニュアルとそれらの緊急時に対応するシステムを作っておく必要がある。

将来は、日本のどこでも高齢者の変化していくニーズに対応して、継続的にケアを行っていくことができるようになることを期待したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

一般演題抄録集

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表A

患者一人ひとりの視点に立ったチーム医療・介護の推進に向けて（1）

○寺田竜樹、坂元真一、板川幸子、本田陽子、堀　雅之、吉永浩之、萩原隆二、山下正策、
髙田昌実（医療法人玉昌会）

【はじめに】

近年、医療の高度化及び診断技術や治療の多様化、複雑化に伴って専門分化が進み、主治医一人だけでは様々な情報を総合して判断することが困難になってきている。また、従来の主治医がすべての医療ケアの内容を決定し、看護師、薬剤師、栄養士などの各専門職に指示するシステムから、近年は患者の状態に応じて複数の診療科、多職種にまたがるチーム医療が医療の現場で実践されてきている。本研究では、当法人で検討、実践を計画している「玉昌会チーム医療・介護」を報告するものである。

【対象と目的】

医療法人玉昌会は、厚生労働省が 2010 年 5 月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、2011 年 6 月に「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例」を取りまとめたのを受け、2012 年 9 月に法人事務局組織に「チーム医療・介護推進部」を立ち上げた。「チーム医療・介護推進」の対象は、医療法人玉昌会の高田病院、加治木温泉病院、在宅サービス事業部、および株式会社ＪＯＹのグループ全体とした。チーム医療介護推進部のゴールは、専門性のあるすべての医療スタッフが、知識、技能を発揮しあうことにより、亜急性期から在宅までのシームレスな医療・介護・福祉サービスを提供することである。

【方法】

１．玉昌会チーム医療・介護の定義

チーム医療・介護とは、「医師・歯科医師と看護師、介護士、薬剤師、管理栄養士、セラピスト、放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士、ケアワーカー、ＭＳＷ、ケアマネジャー、医療クラーク、事務などの医療スタッフ（コメディカル･事務職含む）が互いに専門性を尊重し、最大限の能力を引き出し合うことによって最善の治療を行う医療現場の取り組み」と定義した。

主に慢性期を担う玉昌会は亜急性期から回復期、慢性期、在宅までの医療・介護・福祉サービスを各スタッフが高度の専門性をもって発揮することが重要である。また、これから高齢者特有の疾患に加えて認知症、緩和ケアの患者が増加することが見込まれるため、それらに対応できる専門性の高いチーム医療･介護を目指している。

2.　チーム医療・介護推進のための基本的な考え方

当法人のチーム医療･介護は医療的な視点のみならず、患者の社会的・精神的な視点への配慮が求められる。チーム医療・介護を推進していく中で専門職の活用、職種間の有機的な連携を図り、医療・介護の質を改善していくためには、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の３つの視点を基本におくことにした。

3. チーム医療・介護評価の視点と評価方法

評価の視点としては、①医療・介護の質の視点、②患者の視点、③医療・介護スタッフの視点、④経済的視点の 4 項目とした。チーム医療・介護の評価方法については、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容が多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要であり、これらの評価方法について検討していくことにした。

4. チーム医療・介護推進の工程表

現在、高田病院、加治木温泉病院の活動は多職種カンファレンス、褥瘡対策、ＮＳＴなどについてチーム医療・介護推進が行われている。しかし、アウトカム・プロセス・ストラクチャーの内容を評価して多面的な視点でのチーム医療・介護は行われていない。そのため、チーム医療ガイドラインを予測して、専門性のある職種（コメディカル・事務職含む）が、今までのチーム医療推進の取り組み内容の充実を図っていくこととしている。そこで医療法人玉昌会は、チーム医療・介護推進のプロジェクトチームを 2012 年 12 月に編成し、このチームを中心に多職種でのカンファレンスを行い、チーム医療・介護の評価内容・方法の検討を行っていくことにしている。

【今後の課題】

チーム医療・介護の効果は、患者一人ひとりの視点に立った疾病の早期発見、早期回復、重症化防止といった医療および生活の質の向上だけでなく、医療従事者の負担軽減､医療現場の活性化､安全性の確保が期待される。一方、チーム医療・介護推進の課題として、メンバーのコミュニケーション不足､教育不足といった課題があり、チームワークを維持していくためには、医療スタッフの能力向上、情報伝達のシステム作りが挙げられる

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表A

地域包括ケアシステムにおける人材育成プログラム

○笹原利孝、松島広典、本村ヨシ子、髙田和美（株式会社ＪＯＹ）、
白城裕、髙田昌実　（医療法人玉昌会）、窪田昌行（CCRC 研究所）

【目的・背景】

これからの高齢化対策の中心に据えられている地域包括ケアシステムの構築には大きな課題が多く、その中でも重要なひとつが地域包括ケアシステムを支えていく人材の開発、育成である。本研究では、医療法人玉昌会が鹿児島地区で開発した在宅支援複合施設「しあわせの杜ケアレジデンスほりえ」に従事する介護職員の為に構築した人材評価・育成プログラムを提案検証するものである。

【対象と方法】

本研究の対象は、住宅型有料老人ホームしあわせの杜「ほりえ」の介護職員とした。提案するプログラムは二種類のプログラム：①接遇評価プログラム、②介護技術プログラムから構成される。評価の段階では、管理者、人材コンサルタント、および本人が 100%スケールで、それぞれのスキル、知識、行動を評価し、どの段階にあるかを知ることができる。なお、在宅支援複合施設「しあわせの杜ほりえ」は鹿児島市の中心に位置し、6 階建で 1 階が、通所介護、2 階が小規模多機能、3～6 階が住宅型有料老人ホーム（定員 27 名）となっている。

【結果】

１．接遇評価プログラム

(1) 評価内容

次の 10 項目を評価した。すなわち、①その人らしさへの対応、②挨拶、③言葉使い、④責任感、⑤マナー、⑥報告・連絡・相談、⑦身だしなみ、⑧相手の立場に立った態度、⑨やる気（積極性）、⑩法人の理念の理解とした。評価方法は 0-100%スケール評価とし、「0」は全く出来ていない、「100」は 100%できているとした。

(2) 評価者と評価期間

評価者は有料老人ホーム管理者、人材コンサルタント、本人とした。期間は平成 23 年 7 月～8 月であった。

(3) 評価結果

管理者の一番評価が高かったのが挨拶の「下から目線」と「いつも先に挨拶ができる」がともに 79.2%であり、人材コンサルタントは身だしなみが 83.3%、本人は理念を考えての行動（すべてに感謝する）が 81.3%であった。また、三者とも挨拶に評価が高く、その理由として開設当初からも教育の徹底、継続が想定される。評価が一番低かったのは、管理者が「報告・連絡・相談の徹底」65.8%、人材コンサルタントが「責任をもって最後までできる」74.2%、本人は「言葉使いと敬語」が 65.4%であった。

２．介護技術評価プログラム

(1) 評価内容

評価内容は次の 13 項目とした。すなわち、①排泄、②移乗、③服薬管理、④口腔ケア、⑤更衣、⑥記録、⑦オムツ交換、⑧体位交換、⑨リネン交換、⑩食事、⑪入浴解除、⑫巡視、⑬認知症対応であった。

(2) 評価者と評価期間

介護技術の評価者は人材コンサルタントと本人とした。評価期間は平成 23 年 7 月～8 月であった。

(3) 評価結果

評価が高かった項目は、人材コンサルタントでは、「巡視の声かけ」が 79.2%、次が「入浴介助時の脱健・着患」で 77.9%であった。本人では、「服薬管理時の名前確認」が 91.7%、「入浴介助時の脱健・着患」が 89.0%であった。服薬管理の評価が高かった理由は、開設当初、服薬ミスのヒヤリハットが多く、その対策を話し合い、改善した成果であると思われる。評価の低かった項目は、人材コンサルタントでは、「ＡＤＬを把握しての移乗介助」と「嚥下状態を把握しての食事介助」が共に 67.5%であった。本人では、「ＡＤＬを把握しての移乗介助」が 65.0%であった。このことから、教育が必要な介護技術は介護技術の基本である移乗介助、食事介助であることが示唆された。

【考察】

介護スタッフの人手不足は深刻な問題となっており、介護従事者の育成は重要な課題である。本研究では住宅型有料老人ホームで働く介護スタッフに接遇という仕事の姿勢と、知能・技能向上の目標を設定するために、第三者評価と本人評価を行い、フィードバックしていくことにより、介護職のレベルアップを行うとともに、仕事の意義、やりがいを育成するプログラムを検討していく人材育成プログラムを検討提案した。今後は本プログラムと、国が提案してきた“段位制度”とも整合性をはかり、プログラムをさらに実践的、効果的なものに改善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8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表A

地域包括ケアシステムにおける複合型高齢者住宅の事例研究

○渡辺　剛[1)]、野本真理子[1)]、安部田優介[1)]、金元千恵子[1)]、窪田昌行[1)]、波多敬子[1)]、加野資典[2)]、加野豊子[3)]
1）株式会社プラスネットハイマート桑の実、2）医療法人豊資会、3）社会福祉法人豊資会

【目的・背景】

豊資会は福岡県古賀市で医療と介護福祉事業を手がけるグループである。1980 年に有床診療所「加野泌尿器科」として発足し、後に法人化された加野病院を中心として、グループホーム、ケアハウスを拠点に訪問介護、通所介護などを含む居宅介護支援サービス、さらに配食サービスなど地域の介護・福祉サービスを行ってきた。2008 年には在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを併設した自立型の高齢者住宅である高齢者専用賃貸住宅を建設し、2012 年には重介護まで対応する通所介護併設有料老人ホームを開設した。社会保障と税の一体改革で構想されている高齢者住宅を中心とする地域包括システム構築を推進している。

本事例研究では、地域包括ケアシステム構築の拠点となる通所介護併設住宅型有料老人ホームのマネジメントモデルの紹介をし、その中で整理した課題を発表する。

【方法】

本研究では、住宅型有料老人ホーム「ハイマート桑の実」について、「サービスの特色と料金」、「入居状況とその特色」、「ケアプランとサービス提供方法」、「医療・介護の連携体制について」を記述し分析することで、現状とあるべき姿を比較し今後の課題を検討した。

【結果・考察】

１．サービスの特色と料金

ハイマート桑の実は古賀駅から徒歩 5 分の位置にある都市型の住宅型有料老人ホームであり、1 階に通所介護、地域交流センター、2 階に 21 室の居室（1 室は夫婦部屋で 20 室は個室）、3 階に 22 室（全室個室）をもつ通所介護併設高齢者住宅である。

桑の実の三つの特色を挙げる。（１）入居者を医療と介護のニーズが高い、介護１から５の要介護者。次に、（２）桑の実を第二の我が家にするコンセプト。最後の看取りまでできるよう終の棲家としての医療体制のバックアップを医療法人豊資会と密な連携体制がとれるようにした。（３）安価な価格設定。居室広さは 13 ㎡（８畳）とし、利用料金を最小限に抑えた。

基本料金は 10.5 万円（内訳；家賃 3.5 万円、食費 4 万円、管理費 3 万円）としミドルの方が入居し易くなるようにした。なお、共用部分の利用料金として入居一時金 30 万が必要である。

２．入居状況とその特色（平成 24 年 12 月末現在）

ハイマート桑の実では開業時、まず 2 階をオープンし、一月目に 5 名が入居された。12 月末現在では、33 名（2 階：21 名、3 階 12 名）が入居している。男女比は男性が 12 人（36.4%）、女性が 21 人（63.6%）、平均年齢は 84.6 歳であった。平均の要介護度は 2 階が 3.0、3 階が 1.5 で全体平均 2.4 であった。受け入れた入居者はガン末期、脳幹出血、脳出血後の方等医療ニーズの高い方も多い。

３．ケアプランとサービス提供方法

入居者は一人ひとりの介護、医療ニーズが異なるため“その人らしい生活”の継続ができるように、ケアプランを作成している。多くの入居者が同一建物の１階にあるデイサービスを利用し、必要に応じて、訪問診療、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ等を受けることになる。平成 24 年 12 月の介護保険事業の利用状況は、デイサービスが介護保険の 52.3%、訪問介護が 12.3%、訪問看護 7.6%、延べ利用者数はデイサービスが 556 回、ヘルパーが 376 回、訪問看護が 173 回であった。

４．医療・介護の連携体制について

桑の実の入居者の平均年齢は 85 歳でほとんどの方が複数の疾病を持ち、それに伴い多種・多剤の方がほとんどである。桑の実は平成 24 年 6 月に開業してから、施設内で看取りを行った。医療者や介護者が精神的に支えることで家族の方も自宅ではなかなかできない最後の会話ができたこと、安心な医療・看護、および介護のバックアップがあったことに満足され、高齢者のすまいにおける医療のバックアップが不可欠であることが確認できた。これからもハイマート桑の実では在宅医療を担う加野クリニックと入院機能をもつ加野病院との連携をさらに強化することにより、在宅における看取りのニーズに対応していく方針である。

【今後の課題】

今後、高齢者の割合が増加し、医療・介護・年金などの社会保障費が急増していくことは避けられない。そのため、医療・介護・生活支援サービス機能をもつ複合施設と高齢者住宅を整備していく必要がある。地域包括ケアシステムの機能を担っていくハイマート桑の実のような高齢者住宅は、わが国において必要不可欠な存在になると思われる。今後は、24 時間の切れ目のないサービスのシステムの整備、情報共有のためのネットワークの整備、スタッフなどの人材教育、ボランテイア団体の育成などが課題である。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表A

看護師の職業価値が職務満足に与える影響

○竹田明弘（和歌山大学観光学部）

【目的】

職務満足自体は個人の価値、年齢やパーソナリティなど成員特性によって異なる。太田(1999)は、個人の態度や行動に着目し、組織（職場組織）よりも自分の専門とする仕事に強くコミットメントし、仕事を通してキャリアの形成や個人欲求を追求していく個人を「仕事人」、所属組織に強くコミットメントし、組織から得られる誘因（報酬、昇進など）によって欲求を充足していく個人を「組織人」と定義し、両者は組織や職業に対して異なる行動特性を示すとした。また、Erickson and Gratton(2007)は、従業員個人の個性と仕事志向から6つの価値志向を提示し、価値志向ごとに仕事観、さらには従業員が重視するモチベータが異なることを論述した。

さらに、シャインは、人にはそもそも職業に対する自分のあり方の価値が存在し、それをキャリアアンカーと呼んでいる(E.Schein,1993)。彼は、個人が持つ価値を 8 つに分類し(専門・職能別コンピタンス、全般管理コンピタンス、自律・独立、保障・安定、起業家的創造性、奉仕・社会貢献、純粋な挑戦、生活様式)、個人が持つその価値は本質的に変わることはないとした。

そこで、本研究は看護師のキャリアアンカーに着目し、職業価値と職務満足の関係について分析する。

【対象と方法】

2011年2月にA県の県立病院を対象として質問紙調査により実施された。調査は看護部長を通じて全看護師に配布され，記入後速やかに回収した。有効回答数は181(配布240、回収率75.4%)であった。

調査項目は職業価値については、シャイン(1993)のインベントリーを用いた。本インベントリーは上述した8つのコンピタンスのそれぞれに5つの質問項目が対応し、合計40の質問項目で構成される。質問項目は「全然そう思わない」から「いつもそう思う」の6段階で評価される。それぞれのコンピタンスに対応する5つの質問項目の合計値を5で除した数値を下位スコアとして分析に利用した。

なお、職務満足については JIG(Job in General)を、専門職の仕事満足については Morrow(1989)の項目を利用した。職務満足については、JIG で構成される 18 の質問項目を、看護職満足については Morrow(1989)で構成される 15 の質問項目について、因子分析した上で因子を抽出し、それぞれの因子に含まれる項目数で除したものを下位スコアとして分析に利用した。なお、因子分析の方法として、最尤法を用い、それにバリマックス法で回転を加えた。そこで、職務満足については職場での仕事満足(以下：仕事満足)、職場での仕事に対する誇り(以下：誇り)の 2 因子が、看護職満足については 1 つの因子に集約された。

こうして抽出された因子と職業価値の8つのコンピタンスについて相関分析を試みた。

【結果と考察】

相関分析の結果から、保障・安定、生活様式の2つの職業価値と、仕事満足、誇り、看護職満足については相関係数がほぼ0に近い結果となった。また、相関係数が高いものは奉仕・社会貢献、純粋な挑戦の2つの職業価値と、仕事満足、誇り、看護職満足についてはそれぞれの相関係数が0.4の近似値であり中程度の相関を示すことが明らかになった。なお、専門・職能別コンピタンスについては、看護職満足との相関係数が0.40と中程度の相関を示すのに対し、仕事満足、誇りとの相関係数がそれぞれ0.20、0.27と弱い相関であった。

この結果から、入職時に奉仕・社会貢献、純粋な挑戦の職業価値をもつ個人は、その後のキャリアの中で看護という仕事に対して満足を持ちやすいということがわかった。また、最も職務満足と強い関係にあると予想される専門・職能別コンピタンスの職業価値を持つ個人については、看護職満足は0.40と比較的高い相関係数を示したが、職場での満足については低度の相関であった。これには、職場での組織風土が影響しているものと思われる。

最後に、保障・安定、生活様式の職業価値を持つ個人についてである。この2つの職業価値はプライベートをより重視するタイプの人材であり、仕事はプライベートを充実させるための源泉を得るための手段と考えている。職務満足とネガティブな相関を示すことが予想される。しかし、結果として無相関であったという事実は、このような職業価値を持つ人材であったとしても、キャリアを通じて仕事へのコミットが高まっていった人材がいる可能性が示唆される。どのような看護経験をするか、またはどのような組織風土や管理システムの中でキャリアを積むかの重要性がクローズアップされる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表B

2012-13 倉吉市関金温泉モデル－新湯治・地域振興システム－

○古賀眞澄[1)]　木藤隆親[2)]　. 樋口稔起[3)]
（1：(株)パル　フィットシステム、2：倉吉市企画振興部観光交流課、3：関金温泉旅館組合）

【目的】

関金温泉を、観光・健康・介護分野を連携した保養温泉地としてシステム開発し、地元住民及び新たな保養観光客のニーズに沿った「新湯治･プラチナプロジェクト」として確立していく。

【対象と方法】

従来の温泉保養の「ゆったり入浴し骨休め、美味しい料理を食べて英気を養う」だけでは、運動不足で食べ過ぎの生活習慣病予備軍の健康づくりには効果は得られない。そこで、アクアセラピーを元に温泉の浴槽内での運動によって、「関金温泉湯の花体操」と「湯上り体操」をソフト開発し、積極的な健康づくりに取り組む温泉保養地として保健・医療・分野との様々な連携(表１)を模索する。

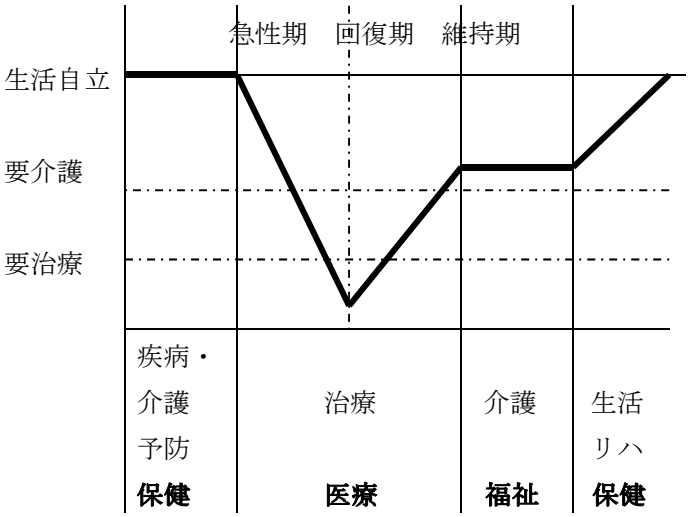
【結果】

関金温泉　健康温泉祭り(平成24年12月1-2日)では、関金温泉の５施設で「湯中運動体験教室を実施し、アクアセラピーとしての関連施設として、市営温水プールでの「足腰シャキッとアクアセラピー教室」を行った。参加者からは、「大変気持ちよかった。又、参加したい。湯中運動を覚えて家庭や温泉浴槽で実施し、運動習慣として続けたい。」等の評価を得た。また、主催側の市職員・温泉関係職員からは、「身近な地域の温泉で腰痛の軽減が出来るとわかった」「自分の健康づくりに温泉を使い、その体験をお客さんに伝えたいと思った」等の感想が得られ、地域資源の関金温泉での湯中運動・湯上り体操の取り組みは、倉吉市の医療費・介護保険料の適正化に寄与する可能性が示唆された。

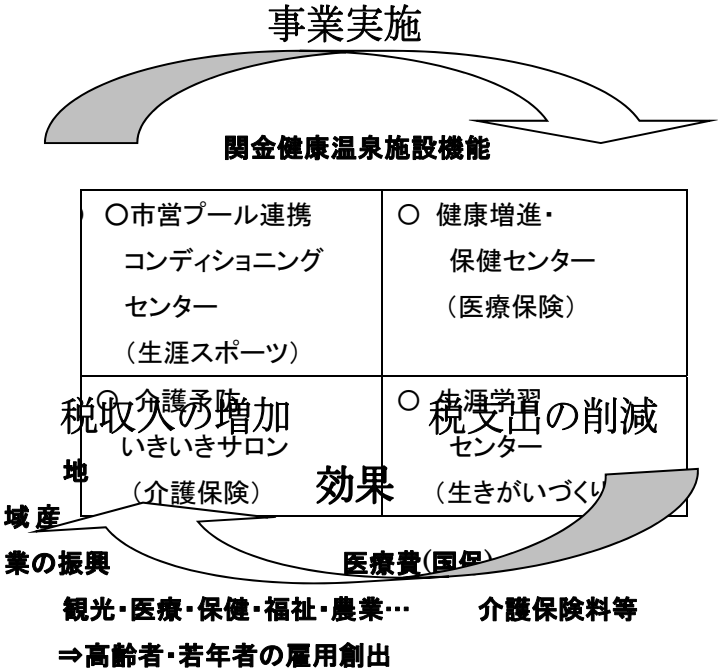
【考察】

平成25年度は「新湯治」に関する湯中運動体験教室、講演、市職員・温泉関係職員合同研修、市民モニター教室の評価・感想等のデータから関金温泉の新湯中運動と食事を組み合わせた「健康パック」の開発に取り組む。そして、観光・保養・介護・医療・地場産業振興のそれぞれを結ぶ(フロー図1)、「新湯治場・プラチナプロジェクト」の実施計画を策定し、具体的な事業の内容、各団体・組織の役割分担を明確にし、「関金新湯治システム」に展開していくものとする。また、温泉保養の効果指標として、今後、関節可動域の拡大や血圧の適正化、痛みやストレスの軽減等により温泉保養地としての効果を検証する。

保健・医療・福祉の役割分担（表 1）



関金健康温泉―倉吉市経営健全化計画（フロー図 1）



医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表B

「観光」「健康」「介護」が連携した国民保養温泉地に向けた取組事例

○木藤隆親[1)]　古賀眞澄[2)]　樋口稔起[3)]
（1：倉吉市企画振興部観光交流課、2：(株)パル　フィットシステム、3：関金温泉旅館組合）

【はじめに】

鳥取県のほぼ中央、中国地方最高峰大山の東山麓に位置する関金温泉は、平安前期頃の発見といわれ、備中往来の宿場町として、また湯治場として栄えた。適温で湧出する単純弱放射能泉の温泉と豊かな自然環境の中にたたずむ関金温泉は、湯の美しさから白金の湯と称され、保養や療養に優れ、昭和 45 年に国民保養温泉地の指定（環境省※当時厚生省）、平成 23 年に日本の名湯百選（特定非営利活動法人健康と温泉フォーラム）の認定を受けている。しかし、宿泊客の減少や後継者不足などの理由により、最盛期 10 軒あった旅館は現在４軒となり、老舗旅館も廃業するなど、温泉地の存続が危ぶまれている。そのような中、国民保養温泉地の選定標準見直しの通知（環境省）があり、関金温泉の現状を踏まえた保養温泉地について再検討する契機となった。地域課題の解決の視点からこれまでの取り組み内容及び成果について報告する。

【関金温泉の地域課題】

関金温泉を利用する主たる施設は、温泉旅館４軒、日帰り入浴施設２軒、介護福祉施設４軒であり、自家源泉の所有又は温泉配当により運営されている。

関金温泉の最も大きな課題は、ある温泉旅館の主人の一言につきる。それは、「うちの旅館には地元の人が誰も紹介してくれんけぇ」というものである。温泉地に住む地域住民が関金温泉を利用していない実態と、関金温泉を誇りに感じていない現実が言葉に込められていた。地元の人が利用しない温泉に観光客が来るはずもない。関金温泉が地元の人から利用され、親しまれる温泉になっていないことが課題である。

【関金温泉プラチナ（白金）プロジェクト】

地元住民の特性やニーズを聞き取り調査したところ、高齢化率の上昇や独居高齢者の増加を背景として、健康へのニーズが高いことがわかった。また、都会へ出た息子・孫が帰省する時に、自宅を利用するのではなく、ホテルや旅館に宿泊する家庭が多いことがわかった。これは、独居高齢者は来客用の布団干しや部屋の掃除ができず、自宅の空き部屋に寝泊りできないことが理由である。また、介護施設の利用者においては、温泉旅館での入浴に高い人気があり、リフレッシュしたいというニーズが高いことがわかった。

このような現状を踏まえ、関金温泉が地元住民に利用され、親しまれるものとなるよう、「観光分野」「健康分野」「介護分野」を連携した「関金温泉プラチナ（白金）プロジェクト」が立ち上がった。観光分野では、３世代が安心して温泉旅館を利用できるよう介護の視点で旅館のサービスやハード設備を見直し、健康分野では、水中運動を応用して温泉でおこなう湯中運動、また、介護分野では、温泉旅館の持つ非日常性（リフレッシュ効果）を介護サービスに取り入れることなどを一体的に取り組み、温泉をとりまく自然環境、食材、歴史文化、地域住民等が各分野をサポートするものである。これまでに、関金温泉旅館組合、介護施設、行政機関（観光分野、福祉保健分野、介護分野、生涯学習分野など）、地元地域づくり団体、温泉利用者等がプロジェクト推進に向けて、取組みを進めながら連携を深めている。先行している取組みが、健康分野の湯中運動である。大分県長湯温泉や熊本県菊池温泉への先進地視察を皮切りに、第１回湯中運動研修会、関金温泉健康温泉まつり、第２回湯中運動研修会を開催し、湯中運動の普及と温泉の健康利用について理解の輪を広げている。

【考察】

「観光分野」「健康分野」「介護分野」がそれぞれの目的を持ちながら、官民協働により共通の取組みを行っていく関金温泉プラチナ（白金）プロジェクトは、先進事例がなく先駆的なものである。また、関金温泉に類似する課題を持つ温泉地は全国各地にあり、温泉地を活性化する全国モデルに成り得ると考えられる。

【むすび】

これまでの取組みで、異なる分野の関係者が温泉を中心として連携した取組みを実践できることがわかった。取組みを検証しながら、関金温泉の国民保養温泉地を目指していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表B

中小企業労働者の透過性調整力と健康実態との関連についての基礎的研究

○荒巻　悦子（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
荒木　登茂子、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】

中小企業労働者は、刻々と変化する環境や役割のなかで、自らの行動をコントロールして健康状態を維持することが求められている。交流分析では、透過性調整力（Permeability Control Power：PC）を柔軟性や適応能力の指標としている。PC は自我状態を切り替える力であるが、自我状態をコントロールすることと自分の行動をコントロールすることとは関係が認められている。したがって、健康管理におけるセルフケア能力と関連している可能性もある。そこで本研究は、PC と労働者の健康に関する指標との関連を明らかにして、労働者の健康管理におけるセルフケア能力の向上に貢献するための基礎資料を得ることを目的とする。

【対象と方法】

中小企業労働者で健康診断を受けた者を対象に、自己記入式質問紙調査票による調査を行った。調査期間は、平成 24 年 6 月から 11 月で、有効回答 656 人（男性 313 人、女性 343 人）を分析対象とした。調査内容は、①PC（標準化されたＴ得点によって 0～11 点を「低群」、12～20 点を「高群」とした）②基本属性（年齢・定期的な受診の有無・家族の有無）、③健康習慣（森本らの８つの健康習慣を参考に、朝食摂取状況、栄養バランスへの配慮、飲酒、喫煙、運動、睡眠時間、主観的ストレス、ストレス解消､労働時間､日頃心がけていることの 10 項目）、④仕事の采配、⑤主観的健康感である。検査データは、BMI、血圧、脂質代謝、糖代謝を分析の対象とした。PC と検査データの２要因の比較には､対応のないｔ検定を、その他の変数について PC 高群と PC 低群の比較にはχ^2乗検定を行った。次に、PC の健康習慣に対する影響を検討するために、それぞれの健康習慣を従属変数、PC を説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

対象者の年齢は 19 歳～73 歳、平均年齢は男性 49 歳（SD10.18）、女性 47 歳（SD9.84）であった。PC の得点は、平均 12.86（SD4.55）、高群 428 人（65.2%）、低群 228 人（34.8%）であった。PC の得点は、年齢と共に漸増する傾向がみられ､特に 60 歳以上において有意に高かった。PC 高群と低群において有意差がみられた健康習慣は､「栄養バランスへの配慮」(p<.001)､「運動」(p<.01)、「睡眠時間」(p<.001)､「主観的ストレス」(p<.001)､「ストレス解消」(p<.001)であった。主観的ストレスごとのストレス解消状況では、主観的ストレスの多少に関わらず、PC 高群は低群に比べてストレス解消ができている（p<.001）ことが示された。また 8 つの健康習慣の実行数から、PC 高群ほど多くの健康行動を実践する傾向があり､自由記載事項でも日頃心がけていることが多く､個々に応じた健康づくりを行う傾向が認められた。ロジスティック回帰分析の結果では、PC が影響を与える健康習慣は、「栄養のバランスへの配慮」(OR=2.25)、「睡眠時間」(OR=1.44)、「主観的ストレス」(OR=1.84)、「健康習慣の実行数」(OR=1.78)であった。

主観的健康感では、“健康”と“不健康”において有意差が認められ(p<.001)、PC 高群ほど主観的健康感が高い傾向が示された。リスクの有無ごとの主観的健康感と PC 高群と低群の比較でも有意差が認められ、PC 高群ほど健康状態を肯定的に捉える傾向が示された。更に、リスクの有無と主観的健康感により分類したうえで PC と健康行動の関連をみた結果、PC 高群ほど多くの健康行動を行う傾向が示された。一方、PC と検査データには関連は認められなかった。

【考察】

PC は、ストレス対処能力としての有用性に加え、健康習慣の実践に影響を及ぼす要因であること示唆された。また PC は、健康状態の認識や、自己評価とも関連する要因であることが示唆され、ＰＣ高群ほど健康状態を適切に認識し、望ましい健康行動をとったうえで、健康状態を肯定的に評価する傾向が示された。

以上より、中小企業労働者に対し個別健康支援を通じて PC を向上させることによって､個人の心身の健康管理におけるセルフケア能力の向上につながる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8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表C

福岡県の認知症入院患者の在院日数に関する研究

○劉寧（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）
西巧、前田俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻）

【目的】

行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）は、急性期認知症患者に見られる徘徊や妄想、攻撃的行動等を指す。認知症入院患者を入院させる最も重要な目的は、BPSD の急性期の対応である（M.Colombo.2007;黒澤尚、2007;釜江、2011）。そのため、短期集中的な入院治療が求められる。しかしながら、現状では認知症患者の入院期間が長いと指摘されている（鮫島健、2010. 山崎学、2011）。

日本では認知症入院患者の在院日数に関する病床、地域及び施設間の比較等に関する研究がほとんど行われていない。

そこで、認知症入院患者を研究対象とし、レセプトデータを使って入院病床の種類別に二次医療圏別の在院日数の実態を明らかにすることを本研究の目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求された2009年4月1日から2010年3月31日までの医科レセプトデータを使用した。主傷病名が「認知症」である入院に関するデータを抽出して、一般病床、精神病床と療養病床の三つの病床に絞ってデータベースを構築した。

分析が三つの手順を踏まえて行った。まず、全体の在院日数の分布を確認する上、一般病床、精神病床と療養病床それぞれの在院日数を調べた。次に、Kruskal-wallis 検定を使い、一般病床、精神病床、療養病床別に、福岡県二次医療圏間の在院日数を比較した。最後に、一般病床の在院日数、精神病床の在院日数、療養病床の在院日数を目的変数とし、入院患者の性別、年齢、二次医療圏を説明変数とし、重回帰分析で解析した。

【結果】

入院患者総数は 1,322 人、入院総件数は 1,380 件であった。患者の平均年齢は 83.4 歳であり、女性が全体の 66.8%を占めた。表 1 に、全病床、一般病床、精神病床と療養病床の在院日数を示した。全病床の在院日数の平均値は 1441.4 日、中央値は 738.0 日であった。全病床の在院日数には大きなばらつきを認めた。

表1　全病床、一般病床、精神病床及び療養病床の在院日数

	最小値	最大値	中央値	25%タイル	75%タイル	平均値	標準偏差
全病床	1.0	19,698.0	738.0	346.0	1,645.0	1,441.4	2,300.7
一般病床	3.0	2,155.0	62.0	25.5	233.0	179.5	318.4
精神病床	2.0	19,698.0	786.0	356.0	1,889.0	1,568.9	2,386.2
療養病床	1.0	19,606.0	814.5	405.5	1,526.8	1,406.0	2,264.7

また、一般病床、療養病床、精神病床の順に在院日数が長くなっており、3 病床の在院日数に有意な差があることが明らかになった。一般病床では、二次医療圏間の在院日数の差は見られなかった。精神病床と療養病床では、二次医療圏間の在院日数に有意な差が認められた。

一般病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、説明率が小さく、モデルが統計的に有意ではなかった。精神病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、R^2は 0.055 で説明率は低かったものの、統計的に有意であった。精神病床の在院日数に対して、性別、飯塚医療圏と北九州医療圏が有意に関連していた。療養病床の在院日数を目的変数とした重回帰分析では、R^2は 0.063 で同様に説明率は低かったものの、統計的に有意であった。療養病床の在院日数に対して、年齢、性別、久留米医療圏、京築医療圏と飯塚医療圏が有意に関連していた。

【考察】

本研究によっては、福岡県の認知症入院患者の在院日数が非常に長いことが明らかとなった。病床の種類別に明らかな格差が存在していた。また、認知症入院患者の在院日数に地域差があることが明らかとなった。

在院日数における地域差の原因を推定するために、福岡県二次医療圏内の人口当たり病床数と介護施設定員数も調べた。その結果、人口当たりの精神病床数、療養病床数と認知症患者の在院日数が単純に相関するものではないことが明らかとなった。しかし、人口当たり介護施設定員数の少ないところでは、認知症入院患者の在院日数が長くなる傾向があることが明らかとなった。 それぞれの地域で、その特性に応じた認知症患者のケアを行う必要があると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表C

療養病床入院患者の在院日数と死亡率に関する研究

○海江田真衣、前田俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営･管理学専攻）
西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）

【目的】

療養病床とは、長期にわたり療養を必要とする患者が入院する病床である。療養病床入院患者の実態については、中医協や日本医師会などによる医療機関へのアンケート調査が複数実施されているだけで、レセプトデータなど実際の診療報酬請求や診療録などに基づいて分析した研究は今のところ見受けられない。療養病床において患者分類によって診療報酬の設定に違いが用いられているが、これには医療資源の必要性に差があるということが前提となる。電子レセプトで得られる患者予後の情報としては在院日数と死亡率があり、患者分類による在院日数や死亡率が明らかになれば、行政による医療計画や医療機関の経営戦略に貢献できる資料となる。

そこで、本研究では療養病床入院患者を対象として、診療報酬区分に基づいた患者分類を用いて在院日数と死亡率を定量的に明らかにし、医療供給における情報を提供することを目的とした。

【対象と方法】

福岡県国民健康保険連合会に電子請求されたレセプトデータから、平成 21 年 4 月 1 日時点で医療療養病床に入院していた患者を抽出し、平成 22 年 3 月 31 日までの 1 年間を観察期間とした。調査期間以前の在院日数を入院日から算定し、レセプト上の総診療日数を加えた合計在院日数の算定を行った。各月に算定された入院基本料を患者の状態や診療内容を表すものとして、入院基本料 A 群から E 群の 5 群に分類した。

対数変換した合計在院日数を目的変数とした分散分析を行い、次に、性別、年齢区分、調査開始月の入院基本料区分を独立変数とした重回帰分析を行った。また、生存変数を合計在院日数、状態変数を死亡有無として、因子を調査開始月の入院基本料区分とした生存分析を行い、次に共変量を性別、年齢区分、調査開始月の入院基本料区分とした比例ハザード分析を行った。

【結果】

分析対象者は 9,426 名（うち､男性 34.1%）であった。年齢区分毎にみると、64 歳以下は 5.6%、前期高齢者は 13.7%、後期高齢者は 80.7%であった。

対象者全体の合計在院日数の平均値は 1,051.48 日（標準偏差:±1,422.87）､中央値は 631.0 日であった。分散分析の結果、入院基本料区分による在院日数の差は有意であった。次に、在院日数に対する各変数の影響度を重回帰分析で検討した結果を表 1 に示した。入院基本料 C 群は基準とした入院基本料 E 群に対し、有意性がみられなかった（p＝0.55）。

表1　重回帰分析の結果

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	有意確率（p）	95% 信頼区間 下限	95% 信頼区間 上限
（定数）	2.62		0.00	2.57	2.66
性別	0.10	0.09	0.00	0.08	0.13
年齢区分	−0.09	−0.09	0.00	−0.11	−0.07
入院基本料D	0.40	0.16	0.00	0.34	0.45
入院基本料C	0.01	0.01	0.55	−0.03	0.06
入院基本料B	0.33	0.28	0.00	0.30	0.36
入院基本料A	0.15	0.12	0.00	0.12	0.19

R2=0.071, ANOVA p<0.001

生存分析を行った結果、入院基本料 A 群がもっとも累積生存率が低く、入院基本料 C 群は累積生存率がもっとも高かった。表 2 に対象患者の状態が死亡に与える影響を定量化するため、比例ハザード分析を行った結果を示した。基準とした 64 歳以下・入院基本料 E 群に比べて､入院基本料 D 群･C 群以外は全て有意(p<0.01)であった。

表2　比例ハザード分析の結果

	回帰係数	有意確率（p）	ハザード比	ハザード比の95%信頼区間 下限	ハザード比の95%信頼区間 上限
性別	−0.39	0.00	0.68	0.61	0.75
64歳以下（参照）		0.00			
前期高齢者	0.81	0.00	2.24	1.50	3.36
後期高齢者	1.63	0.00	5.12	3.53	7.41
入院基本料E（参照）		0.00			
入院基本料D	0.14	0.41	1.15	0.83	1.59
入院基本料C	−0.33	0.09	0.72	0.49	1.05
入院基本料B	0.46	0.00	1.59	1.27	1.98
入院基本料A	1.59	0.00	4.93	3.97	6.12

【考察】

分析の結果、医療区分、ADL 区分を用いた患者分類によって、在院日数や死亡率の差があるということが明らかになった。日常生活自立度が低いほど在院日数が延びる傾向があった。今後は、具体的な診療内容の実態の把握が必要と考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表C

糖尿病外来患者の診療の地域格差

○岩本和香子、前田俊樹（九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻）
西　巧（九州大学大学院医学系学府医学専攻）
馬場園　明（九州大学大学院医学研究院医療経営･管理学講座）

【目的】

糖尿病は循環器疾患のリスクを増加し、神経障害、網膜症、腎症などの合併症を併発することによって、QOL および医療費への大きな影響を及ぼすため、医療費適正化の対策としても、糖尿病の重症化の予防が非常に重要である。福岡県保健医療計画によると、糖尿病の恐れのある者は 40～74 歳の男性の 10.9%、女性の 23.4%、糖尿病有病者は、40～74 歳の男性の 14.6%、女性の 7.3%であり、有病率は高い。また、糖尿病専門医は平成 19 年 5 月 1 日時点では 182 名に過ぎず、地域格差があり、専門医がいない医療圏も存在する。本研究では、福岡県の糖尿病外来患者の診療における地域格差について検証することを目的とした。

【対象と方法】

2009 年 4 月に福岡県国民健康保険団体連合会に電子請求されたレセプトデータから糖尿病に罹患している患者を抽出し、レセプトデータを 2010 年 3 月まで追跡した。次に、死亡率、HbA1c 測定、眼底検査、尿中アルブミンおよび生活習慣病管理、外来受診の頻度を目的変数として、性別、年齢区分、医療圏を独立変数とした χ^2 検定を行った。最後に、HbA1c 測定の頻度、眼底検査、尿中アルブミンおよび生活習慣病管理の実施の有無を目的変数とし、性別、年齢区分、医療圏を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

表 1 に死亡割合を示した。医療圏間に有意差が認められたが、どの医療圏も死亡率は 0.3%以下であった。

表1. 糖尿病外来患者の死亡割合の分布

		死亡		
		生存	死亡	合計
全体		109,581	191	109,772
医療圏	福岡糸島	25,942(99.9%)	35(0.1%)	25,977
	粕屋	5,911(99.7%)	16(0.3%)	5,927
	宗像	4,295(99.9%)	6(0.1%)	4,301
	筑紫	7,515(99.9%)	10(0.1%)	7,525
	朝倉	1,390(99.9%)	1(0.1%)	1,391
	久留米	11,217(99.7%)	32(0.3%)	11,249
	八女筑後	3,801(99.8%)	6(0.2%)	3,807
	有明	7,020(99.8%)	13(0.2%)	7,033
	飯塚	3,835(100%)	0(0%)	3,835
	直方鞍手	3,509(99.8%)	6(0.2%)	3,515
	北九州	27,263(99.8%)	48(0.2%)	27,311
	京築	4,307(99.8%)	9(0.2%)	4,316
	田川	3,576(99.7%)	9(0.3%)	3,585
Pearson χ^2		23.532		
P値		0.024		

表2. 糖尿病外来患者の外来受診頻度の分布

		外来受診頻度		
		不定期	定期	合計
全体		5,911	103,861	109,772
医療圏	福岡糸島	1,481(5.7%)	24,496(94.3%)	25,977
	粕屋	351(5.9%)	5,576(94.1%)	5,927
	宗像	226(5.3%)	4,075(94.7%)	4,301
	筑紫	465(6.2%)	7,060(93.8%)	7,525
	朝倉	75(5.4%)	1,316(94.6%)	1,391
	久留米	630(5.6%)	10,619(94.4%)	11,249
	八女筑後	166(4.4%)	3,641(95.6%)	3,807
	有明	387(5.5%)	6,646(94.5%)	7,033
	飯塚	187(4.9%)	3,648(95.1%)	3,835
	直方鞍手	166(4.7%)	3,349(95.3%)	3,515
	北九州	1,399(5.1%)	25,912(94.9%)	27,311
	京築	206(4.8%)	4,110(95.2%)	4,316
	田川	172(4.8%)	3,413(95.2%)	3,585
Pearson χ^2		41.249		
P値		0.000		

表 2 に外来受診頻度を示した。医療圏間において有意差は認められたが、定期受診している患者の割合はどの医療圏でも約 94%であり、患者は定期的に受診していることが明らかとなった。

図 1 に外来患者の診療の地域格差についてロジスティック回帰分析のオッズ比を示した。HbA1c 測定では朝倉医療圏が 1.40 、眼底検査では福岡糸島医療圏が 1.22、尿中アルブミン測定では京築医療圏が 10.78、生活習慣病管理では京築医療圏が 2.63 で最も高かった。

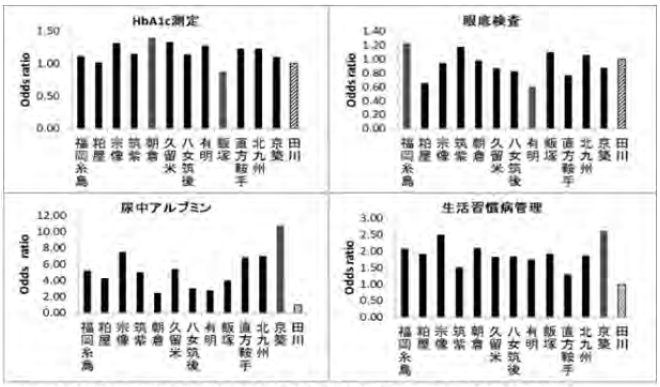


図1. 糖尿病外来患者の診療内容に関するロジスティック回帰分析の結果

【考察】

本研究で、どの医療圏の患者も定期的に外来受診を行っているが、外来の疾病管理において地域格差が存在することが明らかになった。今後は医療圏の人口構成、疾病の重症度、併存症を考慮して、医療圏における疾病管理の状況が、合併症や入院のリスクを抑えることができているかを評価する必要があると考える。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

●一般口頭発表C

計画的レスパイト入院における ALS 患者の健康保険及び介護保険費用と患者・介護者の QOL 評価

菊池仁志[1) 2)]，原田幸子[2)]，荒木智佳[2)]，宮原美佐[2)]，馬場園明[3)]
１）九州大学大学院医学系学府　医療経営・管理学専攻
２）医療法人財団華林会　村上華林堂病院
３）九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座

【目的】

ALS は全身の運動ニューロンが障害され四肢麻痺，呼吸不全のため死に至る病である。ALS 患者のケアは医療処置も必要であり，極めて介護度が高く，長期在宅療養のためには一時的に短期入院を行うレスパイト入院は欠かせないものと考えられる。しかしながらこれまで，レスパイト入院に関する患者・介護者の QOL と医療・介護費保険費用に関する実態は十分検証されていない。本研究では ALS 患者に対する計画的レスパイト入院に関し，ADL，医療・介護保険費用の側面から，患者・介護者の QOL に対する有用性を検証した。

【方法】

反復的に計画的レスパイト入院を行っている ALS 患者・介護者 3 名（計 6 名）在宅療養のみの ALS 患者・介護者　3 例（計 6 名）を対象とした。患者，介護者に対する自作の質問表によるアンケート調査，患者に関して，ALSAQ-40，介護者に対して ZARIT 介護度スコア，患者・介護者に対して SF-36 による調査を施行した。在宅療養期間は約 30 日，レスパイト入院期間は約 14 日。4 か月間の医療介護総費用調査施行。ALSFRS にて ADL 評価を施行した。

【結果】

レスパイト入院に関する質問紙調査では，患者，介護者ともに計画的レスパイト入院の有用性を感じていた。さらに ALSFRS が 15～19 点と同程度である場合，ALSAQ-40，ZARIT 介護負担尺度，SF-36 スコアのいずれにおいても，計画的レスパイト入院群の方の QOL が高かった。さらに ALSFRS が同程度である場合，健康保険のみの費用は約 70 万円程度と同額であり，計画的レスパイト入院を行っている患者・介護者の QOL は高かった。

【考察】

計画的レスパイト入院は，介護者のみならず，患者本人およびにとっても有用であることが示された。特に，患者本人にとっては，コミュニケーション，情動面，心の健康面で QOL の向上を図りえることが示唆された。さらに，介護者にとっては，QOL を全般的に向上させ，特に，日常役割機能，体の痛み，全身的健康感，活力，心の健康においてその傾向は強く，同程度の ADL 症例の比較では，さらに顕著であった．また，今回の研究で，QOL 調査の結果と健康保険費用を合わせて見てみると，ADL が同程度の場合，計画的レスパイト入院を行っている方が患者，介護者の QOL が高く，人工呼吸器加算を除外すると健康保険費用が同等であると考えると計画的レスパイト入院は社会的な見地からも有効であると考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

第１回　病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

「医療機関における戦略経営の理論と実践」

平成 24 年 11 月 17 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

プログラム

開会　　14：00～14：10

発起人挨拶　　田川市病院事業管理者、九州大学大学院医療経営・管理学講座特別教員
齋藤　貴生

世話人挨拶　　九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明

講　演　　14：10～16：20

Ⅰ．戦略経営の理論　　座長：　福岡市立病院機構福岡市民病院院長　竹中　賢治

「医療提供体制の長期ビジョンと医療機関のポジショニング」

演　者：　九州大学大学院医療経営・管理学講座教授　尾形　裕也

Ⅱ．戦略経営の実践　　座長：　九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　馬場園　明

「福岡東医療センターの経営戦略―関係者の思いに耳を傾けて」

演　者：　国立病院機構福岡東医療センター院長　上野　道雄

「自治体病院での戦略経営の実践」

演　者：　田川市病院事業管理者　齋藤　貴生

休　憩　　16：20～16：30

対話形式の討議　　16：30～17：10

司会：　九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　　馬場園　明
地方独立行政法人筑後市立病院理事長・院長　　吉田　正

開会の挨拶

医療法人豊資会理事長　加野　資典

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

医療提供体制の長期ビジョンと医療機関のポジショニング

尾形裕也（九州大学大学院　医療経営・管理学講座）

１．医療経営学序論

「マネジメント」とは、一般的には、営利・非営利を問わず、およそ組織を動かしていくために必要とされるスキルと考えることができる。ドラッカーも論じているように、医療機関のような非営利組織においても、マネジメントは重要な問題である（Peter F. Drucker（1990）, *Managing the Nonprofit Organization:Principles and Practices*, Harper Collins Publishers）。経営学における二大分野として、「組織論」と「戦略論」に分かつのが一般的であるが、両者の関係は、「組織は戦略に従う」とされている（「チャンドラーの命題」）。

２．医療経営戦略論

戦略（Strategy）と戦術（Tactics）は、もともとは、軍事（学）用語であり、それが経営（学）へと援用されたものである。「戦略の失敗は戦術では補えない」という有名な言葉がある。大きな戦略（たとえば、基本的なポジショニング）が誤っている場合、いくら個々の戦術で頑張っても取り返しがつかないということである。このことは医療機関の経営にも当てはまる。また、戦略を構想するに当たっては、常に、Mission-Vision-Strategy を考える必要がある。組織は何らかの Mission を達成するためにあるのであり、Mission を喪失した組織は、長期的に生き残ることができない。明確な Mission に基づき、将来についての生き生きとした Vision を描き、その中で、どういう Strategy を構築するか、という順番である。Mission は決して「お題目」ではない。その組織独自の Mission を規定できないところに、独自の戦略（Strategy）はありえない。たとえば、病院が、急性期（非救急型）の高機能の入院医療を提供することを Mission とした場合には、アクセスの悪い場所への立地という戦略が十分有効な戦略たりうるが、これはあくまでもこの Mission に基づく戦略であることに留意する必要がある。

３．医療提供体制の長期ビジョン

2006 年の医療制度構造改革以降、大きな制度改正はなく、医療（・介護）提供体制の将来像（長期ビジョンないしは 2025 年モデル）が示されてきた。長期ビジョンとしては、自公政権時代の 2008 年に公表された社会保障国民会議最終報告のシミュレーション及び民主党政権下での医療・介護に係る長期推計（2011 年）の２つがあるが、これらの基本的な構造はよく似ており、こうした長期ビジョンは少なくとも政治的にはかなり安定したものであると考えられる。医療機関の長期戦略を構想するに当たっては、十分その内容（選択と集中、機能分化と連携による「地域完結型」医療の追求等）を理解しておく必要がある。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

福岡東医療センターの経営戦略“関係者の思いに耳を傾けて”

福岡東医療センター　上野道雄

【目的】

“関係者の思いに耳を傾けて”地域医療と共生した病院を築き、旧結核療養所のイメージを払拭して、経営基盤の強化を図る。

【達成過程】

地域医師会と「地域医療を考える会」を開催し、行政や看護職、消防署との協議を繰り返し、地域が求める「高齢者向け救急医療体制」と「地域向け情報発信」の実現を図る。

【高齢者の安全な救急医療体制】

複数の疾病を抱え、複数の薬剤の投与を受けている高齢者に安心・安全な救急医療体制を提供するための地域連携パス「粕屋北部在宅医療ネットワーク」、かかりつけ医が患者の希望する救急病院、患者の救急医療への意向【救急時の輸血や手術、人工呼吸器装着の是非等】、患者情報【病名、病歴、薬歴、検査所見、日常生活等】を登録用紙に記載し、患者の了解を得て、粕屋医師会と救急病院に送付します。いざという時、救急病院は必要に応じて短期入院（7 日間）を受け入れ、翌朝、かかりつけ医に病状を伝える。「粕屋北部在宅医療ネットワーク」への登録は徐々に増えて、2000 名を越えた。福岡東医療センターを登録病院に指定した 1702 名の患者にアンケート調査を実施して 65.9%から回答を得た。「粕屋北部在宅医療ネットワーク」への肯定（47%）は否定（4%）を凌駕した。

【病院から地域向けに地域支援情報の発信】

① 病院が地域の求める患者情報を知るため、医師会の看護系ケアーマネージャーを雇用し、病院の看護を見直し、看護日誌と添書、チーム医療報告書（褥瘡、感染症、栄養、がん緩和）を一新した。

② 看護の観察項目と基準（電子カルテ内のマスター）を電子カルテに組み込み、人的負担を軽減させて定型的な添書とチーム医療報告書を出力した。

③ 電子化された添書とチーム医療報告書と電子カルテのマスターを地域の看護職（訪問看護師とかかりつけ医の看護師、周囲の病院看護師、地域の保健師）と定期的な協議を行い、マスターを修正を重ねて地域目線の報告書への熟成を図っている。

④

【結果】

本院への地域社会の評価は一変し、地域支援病院の認可、救命救急センター、１類感染症センターの開設予定に繋がった。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

自治体病院での戦略経営の実践

九州大学大学院医学研究院医療・経営管理学講座、田川市病院事業管理者　齋藤貴生

【自治体病院について】

自治体病院は、地方公共団体が公営企業として運営する病院で、通常は地方公営企業法一部適用であるが、全部適用も可能である。使命・役割は、 高度医療・特殊医療、地域に不足する医療、へき地医療等の提供による地域医療の確保・補完とされ、経営原則は 企業の経済性の保持と公共の福祉の増進であり、運営のための財政措置として不採算医療等に対する一般会計繰出金、国庫補助金がある。

【戦略経営の重要性】

戦略経営とは、基本的には組織を環境に適切にマッチさせておく継続的・反復的なプロセスであるが、経営戦略論には 50 年の歴史がある。日本の企業には戦略がないとの指摘もあり、その傾向が強い自治体病院経営には戦略経営の導入が重要である。

【戦略経営の実践事例：大分県立病院】

大分県病院事業は、県行財政改革により平成 18 年度に全部適用への変更、病院事業管理者の設置が決定され、筆者は病院事業管理者として招聘され 21 年度まで改革を実践した。戦略経営の導入が有効であった事例として紹介する。

１．戦略経営の方法と実践　１）戦略としては、外部環境分析、内部環境分析において対応が遅れていると判定された領域の強化に重点を置き、①高度専門医療（救命救急センター、がんセンター）の提供、②質の高い効率的な医療、③医師臨床研修の充実、職員教育の充実、④医療制度改革等への対応、⑤民間経営手法、特に戦略経営の導入を揚げた。中期事業計画を策定し目標管理を導入した。２）戦略経営の実践：トップ・マネジメント体制（管理者ー病院局ー病院幹部ー病院事務局）の整備、企画部門の設置を行い、戦略事項の実行は、管理者・病院局主導のプロジェクトで行った。業績評価、ＰＤＣＡを年度末に実施した。

２．病院事業の実践と達成状況　１）医療の質の向上：救急医療では県基幹の新型救命救急センターを開設し、がん医療では全国がんセンター協議会に加盟し、院内がん登録を行う地域がん診療連携拠点病院となった。情報化を進め電子カルテを導入した。２）経営の健全化：急性期医療への転換、医療連携の推進により、ＤＰＣ病院、地域医療支援病院の指定を受けた。戦略経営の導入により経営管理体制が向上した。３）収支の改善：２年目に経常収支の黒字化（25 年ぶり）、4 年目に医業収支の黒字化（44 年ぶり）を達成した。４）達成状況のまとめ：4 年間の業績評価により、医療の質の向上、経営の健全化、収支の改善とも概ね達成（4 段階の最高）と判定された。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

第２回

病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

テーマ：慢性期医療の今後のあり方

日　時：平成 25 年 3 月 2 日（土）14：00～17：00
場　所：総合研究棟 105 号室

◆プログラム

挨　拶　14：00～14：10
会長・発起人　齋藤　貴生（田川市病院事業管理者・医療経営・管理学講座特別教員）

理　論　　座長：竹中　賢治（福岡市立病院機構福岡市民病院　院長）

「ＣＣＲＣの概念を応用した日本の高齢者医療」 14：10～14：50

馬場園　明（医療経営・管理学講座　専攻長・教授）

実　践　　座長：上野　道雄（国立病院機構福岡東医療センター院長）

「地域で最後まで看取る仕組みづくりの工夫」　14：50～15：30

加野　資典（社会福祉法人豊資会　理事長）

休　憩　　15：30～15：40

「安心して暮らせる地域包括ケア」　15：40～16：20

大原　昌樹（綾川町国民健康保険陶病院長・香川県介護支援専門員協議会会長）

対話形式の討議　16：20～16：50

司　会：齋藤　貴生（田川市病院事業管理者・医療経営・管理学講座特別教員）
武冨　章（公益社団法人地域医療振興協会飯塚市民病院　病院管理者）
討論者：医療経営の研究者・医療機関経営の実践者・参加者のうち、討論を希望する方

閉会の挨拶　16：50～17：00
加野　資典（医療法人豊資会　理事長）

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

ＣＣＲＣの概念を応用した日本の高齢者医療

馬場園 明（九州大学大学院　医療経営・管理学講座）

【高齢者医療と福祉の歴史】

わが国では1929年に救護法によって養老院が作られ、低所得者を施設に収容して施すという形で老人の福祉政策が始まり、戦後も生活保護法によって同じ方針が引き継がれた。1963年に老人福祉法が制定され、初めて社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする政策へと転換が図られたが、障害をもつ親を福祉施設に預けることは社会的に受け入れられていなかった。

1973年には一定の所得水準以下の70歳以上の高齢者を対象に医療費が無料化された。その後、老人病院が数多く開設された。在宅で療養を継続できない高齢者やその家族にとっては老人病院へ入院させることがシステム化されたといえ、社会的入院が問題になっていった。福祉のインフラの遅れが、社会的入院を生んでいったともいえる。

高齢者の入院が長期化すると廃用症候群が起こってくる。廃用症候群とは、長期の安静臥床など、生活が不活発になること自体によって引き起こされる心身機能の二次的な障害をいう。廃用症候群になると、心身機能低下と不活発な生活、社会参加の制約の三つの間で相互に助長するプロセスが始まり、どんどん進行していく。この悪循環の中で廃用症候群も寝たきり度もどちらも悪化していくことになる。

【高齢者ケアの戦略】

電子レセプトを分析すると高齢者の長期入院が今も多く存在することがわかる。高齢者が病気や障害をもった場合、その生活の支援のすべてを医療が担うのは効率的ではないし、高齢者の生活の質も向上させることもできない。現状を打開していくには、新しい高齢者ケアの戦略が必要である。戦略とは目標とするあるべき姿とその組織の現状とのギャップを埋めるための道筋を示すロジックである。

高齢者ケアの戦略を立てるには、まず、あるべき姿であるミッション、ビジョン、ヴァリューで表現しなければならない。ミッションは、組織が何のために存在するかの理由である。たとえば、「高齢者の安心・安全で、健やかな生活を保証するために、医療・介護サービスを行い、かけがえのない人生に貢献することを喜びとします」といったものである。ビジョンは、組織がもつ長期的な視野を意味する。「高齢者に満足できる生活を送っていただくために、生活支援、健康支援、医療支援、介護支援の質を高めていきます」といったものである。ヴァリューは、組織の決定がなされる優先順位を提供する。例えば、「サービスの提供に関しては、高齢者の尊厳を尊重し、希望を最優先します」といったものである。

【CCRC】

CCRC(Continuing Care Retirement Community) とは、「ケアの継続性」という理念に基づいて、加齢と共に移り変わる高齢者ニーズに応じて、住居、生活サービス、介護、看護、医療サービスなどを総合的に提供していく施設サービスのシステムである。すなわち、住民は自立して生活できる段階から、寝たきりで特別な看護が必要な段階を通して人生の終局まで、同じコミュニティ内で生活できる。

病気や障害が起こった時に、病院に入院したり、施設に入所したりすることで環境が大きく変化するために、トランスファーショックが起こることが知られている。同じ場所で継続したケアを行うCCRCでは、トランスファーショックを防ぐことができる。

【わが国で行えるCCRC】

わが国で、どこの地域でもCCRCを機能させる方法としては、高齢者住宅を中心として生活支援、医療、介護サービスを提供する複合施設を核として、複数の高齢者住宅をネットワークで支援を行う日本型CCRCが現実的な選択肢となると考える。また、日本型CCRCでは地域包括ケアシステムの機能も果たす必要がある。

日本型 CCRC とは、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、複合施設を核として、他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅及び高齢者の自宅とネットワークを結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステムである」と定義する。

日本型CCRCを機能させるためには、高齢者一人ひとりに責任をとる主介護者の存在が不可欠であるである。発熱、胸痛、意識障害といった症状、脳卒中、心筋梗塞といった疾病に対応するためのマニュアルとそれらの緊急時に対応するシステムを作っておく必要もある。情報を電子データで管理し、関係者がアクセスできるようにしていることが望ましい。

【おわりに】

今後ますます高齢者の割合が増加し、社会保障費が急増していくことは避けられず、高齢者ケアの効果的、効率的なシステムが求められている。日本型CCRCは、新しい高齢者ケアのモデルを提供すると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

地域で最後まで看取る仕組みづくりの工夫

医療法人豊資会　理事長
加野クリニック　院長　　加野資典

豊資会グループは本部を福岡県古賀市の地に置き、医療機関と介護施設を宗像から新宮町の範囲で手がけているグループである。入居施設開設当初より、施設での看取りを念頭に置き、医療と介護の連携に力を入れており、従来から加野病院にて関連施設への支援をおこなっていた。２００７年に在宅療養支援診療所の制度ができるとともに診療所を立ち上げ、在宅機能の強化を図っている。現在では在宅機能を担う加野クリニックを中心とした１５キロ圏内に入居施設拠点を６拠点開設している。介護施設運営初期より地域住民のニーズに応えられるようにと開設する事業所種類を多様化したことで、近年、提案されている地域包括ケアシステムに即した日本型CCRC と言えるサービス体系をグループで整えている。

今回の発表では在宅医療の体制を紹介するとともに、診療所の契約状況、看取りの件数と死亡病名の調査および看取りの事例を報告する。

在宅医療体制としては医師は非常勤医師と常勤医師で構成されている。医師の専門分野としては一般内科、泌尿器科、精神科、リハビリテーション医を揃え、内、認知症専門医資格を持った医師も複数名配置している。在宅リハビリテーションを担うセラピストについては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、在宅看護師についても複数名配置し、施設や在宅からの連絡を受けられるよう２４時間オンコール体制をしいている。また、情報共有システムとしては電子カルテ、給食ソフト、介護ソフトとサイボウズ（社内メール）を使い、情報の電子化を行い活用している。オンコール体制では看護師が医師に取り次ぐがその際に、上記のシステムを利用し、即座な情報の確認と指示が可能となっている。関連入居施設に入居する場合は施設の看取りの希望を聞くために、入居時に全員「急変時対応希望書」を取ると共に地域の粕屋北部医療ネットワークの登録を行っている。その上で終末期には、「急変時対応希望書」と「ターミナルケア依頼/承諾書」を取り、医師、看護師などの専門職、家族など関連者にて看取りの方針を確認する。看取りの方針の確認はご本人の状態と状況により複数回実施することもある。

診療所の在宅患者訪問診療契約数は２０１２年１２月末の時点で１７５件、その内在医総・特医総契約数は１６３件、居宅療養管理指導契約数は１６７件であった。全体の契約のうち３分の１が地域の患家である自宅とグループ外施設である。調査期間は２００９年１月から２０１２年１２月末までであるが、この４年間で看取った患者数は６８名、最も多く看取った場所は関連医療機関である加野病院の２６名、医療機関以外（グループ内施設、グループ外施設、自宅）での看取りは２５名であった。医療機関以外でグループ内施設と自宅の数はほぼ同数であった。死亡病名では老衰が最も多く、次いで誤嚥性肺炎、加野病院が泌尿器科に力を入れている為、前立腺がんの患者も多かった。以上より、医師と訪問看護師と施設職員や家族との連携により自宅や施設で看取ることは可能であると結論づけられる。今後の課題としては夜間の看取りが可能ではあるが困難を伴うため、在宅医師と看護師の確保が重要と考えられる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

安心して暮らせる地域包括ケア　住み慣れたまちでその人らしい暮らしを

～綾川町国民健康保険陶病院の取組み～

香川県・綾川町国民健康保険陶（すえ）病院院長　　大原　昌樹

綾川町は 25,000 人、高齢化率 29%、農業を中心とした町である。当院の理念は、地域包括ケアシステムの構築によって地域の発展に努めることである。2004 年（平成 16 年）新築、移転、その際に、国保総合保健施設綾南（健康福祉課保健部門、老人介護支援センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、病児保育室）を併設した。その後、介護老人保健施設あやがわも併設し、地域包括ケアの拠点として整備された。

当院の特徴としては、以下の５点である。①診療機能の充実－外来診療時間：夕方 18 時まで、土曜診療実施。基本的な検査、治療：院内でできるように機器整備を図る。適切に診断し、その人に適した病院･診療所を紹介することも当院の大きな役割。②在宅医療－機能強化型在宅療養支援病院。内科医師 4 名で、訪問診療実施。往診依頼にも対応。訪問患者 70 名前後、年間訪問件数が約 2000 件、在宅看取り年 10 名前後。レスパイト・ケアも行う。在宅復帰支援や情報交換のため、毎週金曜日「地域ケア専門委員会」を開催。学生や専門職の教育も在宅医療の現場で行う。③シームレスケア研究会－2005 年香川シームレスケア研究会を立ち上げた。脳卒中、大腿骨骨折、嚥下・NST の疾患別地域連携パスの作成、運用とともに、在宅、施設にも広げるための「医療・介護地域連携パス」を作成、運用している。④へき地医療支援－へき地診療所に代診医を週 3 回定期派遣している。不定期な代診依頼にも対応している。⑤その他－介護（認知症）予防サポーターを養成に関わる。院内での生活習慣病教室、地域に出かける移動健康教室を行っている。

経営については、平成に入ってからは、施設の老朽化、駐車場不足、医師不足、診療機能が不明確なことから、累積債務 4 億円となった。待ち時間の短縮、診療機能の充実など患者が来やすい環境づくり、給与の見直し、前院長の招聘などさまざまな対策に町の支援を受けて取り組み黒字化した。その後、町長・議会の支援もあり新病院が平成 16 年に建設された。平成 23 年度繰入 3,400 万で約 8,450 万円の黒字であった。

今後の課題・重点をおきたい点は、①医師確保・医師養成、②地域連携、③保健予防活動、④住民との連携、⑤医療機能の充実である。当院の状況を紹介するとともに、小規模病院の課題について述べた。いろいろ困難はあるが、小規模病院の果たす役割は地域住民にとって大きいものであり、今後も努力していきたい。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

第３回　病院経営の質向上研究会

～研究者と実践者の対話による～

「医療機関における戦略経営の理論と実践(2)」

平成 25 年 8 月 24 日（土）14：00～

九州大学医学部キャンパス　総合研究棟１階

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

プログラム

開　会　　14：00～14：10

会長挨拶　　田川市病院事業管理者、九州大学大学院医療経営・管理学講座特別教員（元）
齋藤　貴生

世話人挨拶　　九州大学大学院医療経営・管理学講座専攻長・教授　　馬場園　明

講　演　　14：10～16：20

テーマ：「医療機関における戦略経営の理論と実践(2)」

Ⅰ．戦略経営の理論　　座長：福岡市立病院機構　福岡市民病院院長　竹中　賢治

「医療経営学のフロンティア」

演　者：九州大学大学院医療経営・管理学講座准教授　福田　治久

Ⅱ．戦略経営の実践　　座長：国立病院機構　福岡東医療センター院長　上野　道雄

「モチベージョンを上げるために私がしたこと―地方独立行政法人筑後市立病院の経営改善 ―」

演　者：地方独立行政法人　筑後市立病院理事長・院長　　吉田　正

「急性期病院における経営戦略の理論と実践」

演　者：社会医療法人近森会　近森病院理事長　近森 正幸

休　　憩　　16：20～16：30

対話形式の討議　　16：30～17：10

司会：　九州大学大学院医療経営・管理学講座　専攻長・教授　馬場園　明
田川市病院　事業管理者　齋藤　貴生

開会の挨拶

医療法人豊資会　理事長　加野　資典

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

医療経営学のフロンティア

九州大学　大学院医学研究院　医療経営・管理学講座　医療経営学分野　福田治久

病院経営改革を促進するためのビジョンを検討するために，収支改善のアプローチについて検討した．その結果，(1)医業収益を上げる，または，(2)固定費を下げる，ことが必要になると考えられた．前者は①入院収入を上げる，または，②外来収入を上げる，に分解でき，後者は，③スタッフ数を減らす，または，④給与水準を下げる，に分解できる．200床以上の医療機関においては開設主体を問わず，入院収益が医業収益の７割程度を占めていることから，入院収益の改善が医業収益の改善に大きく寄与する．一方，日本の人口当たり医師数および医師の給与水準は世界的に低水準にあることから，固定費を下げることは現実的ではない．以上から，収支改善には入院収益の増加に着目すべきであると結論付けられる．

入院収益は，「患者１人当たり単価」，「年間入院患者数」，「在院日数」の積で算出されるが，DPC/PDPS 適用病院においては，「患者１人当たり単価」は在院日数の影響を受ける．また，「年間入院患者数」は「病床数×病床利用率×365 日×在院日数」により算出されることから，入院収益は在院日数と病床利用率によって決定される．以上の要素分解により，入院収益の改善は，「在院日数の短縮化」と「病床利用率の増加」の２指標が鍵となる．

そこで，本報告では「在院日数の短縮化」と「病床利用率の増加」の２指標を実現するための戦略として，病床規模の小さい医療機関に対しては『コア・コンピタンスとなる診療科の選択』を掲げた．その第一の理由は，国立病院機構の財務諸表データを用いた分析により，病床規模の小さい医療機関ほど医業収益に占める固定費の比率が高く，複数の診療科を有することは財務上好ましくないことが明らかになったためである．第二の理由は，DPC データを用いた分析により，手術件数が多い医療機関ほど医療技術ならびに医療マネジメント能力が高まる関係が実証的に認められたためである．そのため，限られた医療資源を，コアとなる診療科に特化させることで，当該診療科の強みを一層高める戦略が必要になる．

一方，病床規模の大きい医療機関に対しては『Evidence-based Management の推進』と『コア・コンピタンスとなる組織・文化の醸成』が必要な戦略になると考えられる．例えば，病院感染の発生は在院日数の延長と病床利用率の低下を引き起こす病院経営上の課題であるが，その対応策の導入は必ずしも十分に進んでいない．対応策の導入を科学的に行うことで，病院経営の改善が期待される．また，経営学においては，リソース・ベースド・ビューに基づく戦略立案が注目されており，今日では，有形の経営資源から人材・組織などの無形の経営資源にコア・コンピタンスの核心が移っている．医療界においても近年になってから，組織文化と医療の質の関連性を明らかにする報告がなされている．こうした理論的背景に鑑みて，組織・文化が競争力の源泉となる医療機関を目指すことが，今日の厳しい経営環境において競争優位性を有するための戦略として位置づけられると考えられる．

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

「モチベーションを上げるために私がしたこと―地方独立行政法人筑後市立病院の経営改善―」

地方独立行政法人筑後市立病院
理事長・院長　　吉田　正

平成23年4月1日に地方独立行政法人筑後市立病院として再出発しました。

法人化により人事面や予算など経営面で迅速な対応が出来るようになりました。職員数を必要に応じ増員し、法人化当初のH24年4月正規職員数は204人、総職員数323人が25年4月には正規職員231人、総職員数379人となりました。

病院経営管理にバランストスコアカード（BSC）を導入しました。BSCは事業戦略を①顧客（患者）の視点、②財務の視点、③内部プロセスの視点、④学習と成長の視点の「4つの視点」からバランスよく多面的かつ関連をもってとらえ、病院のビジョンを組織の末端まで浸透させ、その達成、実行を促す経営管理手法です。病院の現状をSWOT分析による病院の内部・外部環境を分析し、ミッション・ビジョンを設定します。ビジョンを実現するための戦略マップを作成し、戦略目標の進捗評価のためスコアカード作成します。BSC導入のための幹部職員を対象に1泊2日の研修会を行い、昨年の運営方針発表会では全ての部署がBSC方式で発表しました。BSCの導入は計画の可視化と運営方針の共有に有効でした。

当院はH22年4月よりDPC対象病院になり医療機関係数増に努めてきました。医療機関係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱより成ります。看護体制の充実や医療安全対策、感染防止対策、病棟薬剤業務実施など多くの加算により、H22年4月は1.09から、H25年5月には1.3014と増加しました。入院治療の最適化のためにDPCの分析をおこない、最適化を図りました。結果入院単価は23年度39,836円から24年度45,519円と大幅に増加し、入院請求額は16.8%増加し、その結果法人化後2年連続の黒字決算となりました。

法人化に伴い職員給与は医業収益の50%とする労使の合意に基づき、給与制度を見直しました。病院の業績応じた賞与の変動制、「わたり」を廃止し、職務職階級の厳格運用をおこないました。ボーナス変動制導入初年度のH24年度は3.95カ月＋5万円のボーナスを支給できました。

業績や職員の成果や能力の客観的かつ具体的な評価を行う人事評価制度を導入し、まずは医師および幹部職員を対象としました。定性評価（行動評価）、定量評価（業績評価）トップ評価からなり、評価方法は多面評価としました。評価結果は役職手当に反映します。また医師の日当直手当を見直し、出来高加算方式としました。宿日直手当加算は救急入院患者数及びその入院率、救急車本乳患者入院数及び入院率ともに導入前より増加しました。健全経営のためにはBSCによる戦略的経営手法の導入は不可欠で、ボーナスの変動制および人事評価の導入は職員のモチベーション向上をもたらしました。モチベーション向上はそれぞれの立場で職員が経営改善に貢献した結果、経営改善が出来ました。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　37 - 88,　2013

急性期病院における経営戦略の理論と実践

社会医療法人近森会 近森病院
院長　近森 正幸

21 世紀を迎え医療の高度化と高齢社会の到来で、毎日多くの患者が入院する急性期病院の業務量は膨大となる。診療報酬も出来高払いから DPC による一日包括払いに変わり、病院の業態も物品販売業から労働集約型医療サービス業に大きく変化している。これにより従来の検査や薬剤といったモノを売るのではなく、形のない付加価値を生みだして提供するようになり、これを報酬に変えるには種々のマネジメントが必要になる。

人の命を支えるためには膨大な業務となるが、医療資源は有限で、限りある資源をいかに有効に使うかが病院経営になる。「選択と集中」で機能を絞り込み労働生産性を上げ、質を上げるか量を増やすことができる。量を抑えて質を上げコア業務に絞り込むか、質を抑えて量を増やし規模、範囲を増やしていくかは、それぞれの病院トップが判断する戦略となる。

機能を絞り込めば絞り込むほど足りない機能が出てくるため、「分業と協業」が必要になる。病院の機能を絞り込み分業と協業は地域医療連携、病棟の機能を絞り込み分業と協業は病棟連携、スタッフの業務を絞り込み分業と協業はチーム医療になり、付加価値を報酬に変える大きなツールになっている。

マネジメントのもっとも難しいチーム医療を例にとると、病院の医療は一見複雑だが、「業務」から見れば単に一連の業務の連なりにしかすぎず、自動車組み立て工場の製造ラインと全く同じで製造業の理論が応用できる。たとえば情報共有の在り方でチーム医療は、多職種が医師にもたれてカンファレンスです り合わせをして情報共有する重なりの大きいタイプのもたれあい型（インテグレイト型）と、レゴブロック同士が情報交換のみで情報共有し、業務の標準化で質を保つ重なりの小さいタイプのレゴ型（モジュラー型）に分類することができる。

チーム医療でアウトカムを出すためには、医療専門職の専門性を上げるためにコア業務に絞り込むことが必要で、それぞれの視点で患者を診て判断し介入する自立、自動が求められる。さらに業務の標準化がなされルーチン業務になっているか、患者の情報を多職種が共有するための電子カルテ、多職種が同じ目的でチーム医療をするために理念や価値観が共有されているかどうかが重要になる。

多職種がそれぞれの視点で患者をみることで全人的な医療となり、医療の質が上がり、それぞれが判断し介入することで労働生産性を高めることができる。このようなチーム医療を実現するためにも医師中心のピラミッド型チーム医療から、多職種によるフラットなチーム医療に病院の組織を転換する必要がある。

エキスパートナースによる心臓血管外科周術期のチーム医療を例にとって、基幹急性期病院の現時点での究極のチーム医療、高度レゴ型チーム医療についても実践例を提示したい。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　89,　2013

【 定例研究会報告 】

平成 24 年 12 月 6 日
医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 31 回研究会報告　ハーバード大学における医療の質における研修報告

2013 年の 8 月 13 日から 8 月 15 日まで、ハーバード大学で開かれた The 11th National Quality Colloquium に参加した。今回はジェファーソン大学 James Pelegano 医師の話を紹介する。

医学は権威主義的な学問であり、医師の自由裁量性が尊ばれてきている。一方、価格的には正確性を担保することはむずかしく、患者も医師の言ったことを信頼する傾向がある。伝統的には医師の診療を管理する方法としては、外科の症例検討会、死亡症例検討会などがあった。医療に対する質問は、この患者の余命はどのくらいとか、このような症例では一般的にどのような診療がなされているかとか、この診療は標準に合致しているのかといったものであった。しかし、標準を定義することはむずかしく、多くの医師がやっていることではない。

2004 年、New Yorker Magazine に、ガワンデ医師が甲状腺の繊維嚢腫の手術に関する米国の 31 の医療機関の成績を発表した。平均余命は 33 年から 47 年に変動していたが、診療は成書に準拠していた。予後が医療機関によって異なっているのは他の疾患でも同様であり、ヘルニアの再発率は 20%から 5%、大腸がんの 10 年生存率は 21%から 63%、AC バイパス死亡率は 5%から 1%とバラつきが大きい。医療費は上昇傾向にあり、有病率の増加もそれに拍車をかけている。病院は利益を求めており、競争も激しくなっているが、それが正しいかどうかは疑問がある。

2000 年、Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA)が施行された。これは、出来高払いで診療報酬を得ている医師に医療の質や効率に貢献すれば診療報酬を上げるものであった。この措置では Medicare の Part A （入院サービス）と Part B（医師によるサービス）の連携が模索された。

医療における安全管理はシックス・シグマを目指すものであるが、方法は、測定、分析、改善、評価である。周産期医療の分野は、多くの診療が比較的限られた患者に行われており、スタッフは常勤でデータが得られやすく比較もしやすい。測定では電子システムによってデータを集め、疾病の状態を明確に定義し、 比較では:Vermont Oxford のような大きなデータベースを用いて比較し、診療ガイドラインを使って改善し、継続的に評価していかなければならない。

Vermont Oxford Network は、医療専門家で作る非営利の組織である。1998 年に構築された 700 を超える NICU の組織からなっており、米国が主要な参加国であるが、カナダ、ヨーロッパ、アジア、アフリカ、中東からも参加がある。出生体重が 1500g 以下のすべての新生児が登録され、すべての病気や状態が定義されている。すべてのデータは、重症度、人種、産科別に調整され、3 ヶ月、1 年、3 年単位で分析されている。この結果は、インターネットを通し Nightingale というソフトウエアで利用できる。

私が勤務していたニューヨーク病院の地域周産期センターは 35 のベッドがあり、100 人以上の出生体重が 1500gm 以下の新生児がいた。1999 年から Vermont Oxford Network に入り、質のコントロールを始めた。2002 年当時、以下のような問題があった。ニューヨーク病院の地域周産期センターの感染症罹患率は、後期細菌感染が 16%、薬剤耐性ブドウ球菌が 13%、日和見感染が 26%と高かった。そこで、Vermont Oxford Network で最も感染率が低い医療機関のガイドラインを用いて介入を行った。すると、2004 年の感染症罹患率は、後期細菌感染が 16%、薬剤耐性ブドウ球菌が 12%、日和見感染が 18%と低下した。外部データや診療ガイドラインがない場合には、内部で比較対照を作り、ガイドラインも作っていく必要がある。1500gm 以下の新生児が 2 週間体重の増加がない場合の栄養方法については、そこでガイドラインがなかった。そこで理想の目標を得るためのガイドラインを作り、実施し、評価を行なった。最終的にガイドラインの評価も行なった。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　90, 2013

【 定例研究会報告 】

平成 25 年 2 月 7 日
医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園明

第 32 回研究会報告　米国における病院経営者教育

アメリカにおける病院経営者教育は、主に医療経営学修士課程で行われる。通常 2 年間で病院の経営幹部に必要な知識を習得することを目標においてカリキュラムが組まれている。学位名は学校により一律ではないが、MHA（Master of Health Administration), MHSA (Master of Health Administration)などが代表的である。

必修科目は、病院経営に関連する財務管理学、医療情報学、医療戦略学、人事管理学などである。専門科目は、医療経済学、医療政策学、組織行動学、医療組織管理学、医療マーケテイング、医療コミュニケーション、医療人事管理学、医療情報学、医療ガーバナンス論、リーダーシップ論、統計学、財政学、医療倫理学などである。また、コースワーク（演習）も課せられ、医療経営管理のさまざまなテーマに関してケース・スタデイを行ったり、論文作成をしている場合が多い。多くの医療経営学修士課程では、講義科目 36 単位、コースワーク（演習）9 単位、合計 45 単位といった形式で卒用認定を行なっている。

医療経営学修士課程を大別すると.ビジネス・スクール系と公衆衛生系(SPH;School of Public Health)がある。ビジネス・スクール系では、MBA (Master of Business Administration)を取得する専門職大学院で医療経営学を専攻することになり、財務・マーケテイングなどビジネス系の科目を勉強することに有利である。一方、公衆衛生学系では、MPH (Master of Public Health)を取得する専門職大学院で医療経営学を専攻することになり、疫学、行動医学、環境学などの科目を受けることができる。また、公衆衛生学系は公的な使命を教育することも特徴的である。現在、米国では医療制度が医療を公的に提供している方向にあり、今後は、公衆衛生学系の医療経営学専攻が発展しそうである。

病院経営フェローシプとは、医療経営学修士課程の新卒業生を対象とした病院経営幹部養成を目的とした卒後教育制度である。大学院で学んだ知識を実践で使えるように実地トレーニングを受ける制度である。この制度によって、ボード会議、運営会議や経営プロジェクトに参加することで、病院 CEO に必要な能力を早期に身に付けることができる。

米国の病院のトップは CEO(Chief Executive Officer)である。CEO は経営戦略、人事、財務、情報管理、訴訟関係の責任をもつ。COO (Chief Operating Officer)は、CE を補佐して経営の責任を担っている。一方、CMO(Chief Medical Officer)は診療部門のトップであり、臨床部門の統括と医師の人事の責任者である。病院にはボード（評議委員会）があり、ボードは病院経営の審査を行い、CEO を決定する権利をもつ。

アメリカでは 20 世紀に入ると、医療の高度化・専門分化がはじまり、収入の確保、診療報酬の設定、医師との契約、医療スタッフのマネジメント、患者さんとの良好な関係をもつことの重要性が認識されはじめた。このようななかで、病院経営のトレーニングを積んでいない医師が CEO を務めることが困難になってきた。

また、アメリカでは、JCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization：医療機関機能評価認証組織）による病院の認証評価が制度化されている。認証評価では、患者に焦点を置いた機能、組織の機能、機能構造について定期的に審査が行われる。認証評価に合格しなければ、診療報酬を得ることもできなくなる制度になっている。さらにアメリカでは、医療の質の評価や患者満足度調査を行うことが義務付けられ、それらが公表される仕組みになっていることも病院経営の専門家が必要になっている理由となっている。

病院経営を行うためには、専門用語や医療関係の法律を理解した上で、医療資源を確保し、適切に分配し、診療の質を高め、従業員満足度や患者満足度を高める仕組みを構築しなければならない。そのために、専門性が必要なことは当然である。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　91，2013

【 定例研究会報告 】

平成 25 年 4 月 3 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長　馬場園　明

第 33 回研究会報告　スウエーデンにおける高齢者ケア

スウエーデンにおいて、老人ホーム及び長期療養病院（ナーシングホームも含む）入所者数がピークであったのは 1970 年代のことであった。障害を持つ高齢者は長期的な治療を行う医療機関や精神医療施設に入院や入所していたが、必ずしも医療のニーズがあったわけではなかった。入院や入所が長期にわたる場合が多いことから、施設にいることによる弊害も生じていた。

老人ホーム及び長期療養病院に代わって 1970 年代から 1980 年代にかけて建設されたのは、サービス・ハウジングであった。サービス・ハウジングとは介護サービスつきで警報装置が完備した集合住宅である。高齢者であれば、身近な自治体であるコミューンとの契約で家賃を払って入居できる。所得に応じて住宅手当が払われるので、低所得者でも入居することができる。自分の使ってきた家具や絵画、置物、家族の写真などの部屋への持ち込みは自由で、食事も自炊するか食堂で食べるかを選択することもできる。また、近親者などが訪問してきた時に泊まることのできる共同のゲストルームも準備された。選択の自由を保障される点では、老人ホーム及び長期療養病院とは大きな差があった。1970 年代から 1980 年代にかけてサービス・ハウジングの普及に伴い、在宅医療と在宅介が拡大していくことになった。

1982 年、スウエーデンでは社会サービス法が新たに施行された。この法律では個人が自治体のサービスを受ける権利が謳れている。この法律の理念として重視されたことは、(1) ホリスティック（総合的）な見方、(2) ノーマライゼーション、(3) 継続性、(4) 弾力性、(5) 地域中心（6）自己決定と選択の自由でしあった。「ホリスティックな見方」とは、「個人の障害や疾病などに限定するのではなく、生活を含めたすべての面を考慮すること」である。「ノーマライゼーション」とは、「障害があっても普通に生活できること」である。「継続性」とは、「同じスタッフによって継続的にケアされること」である。「地域性」とは、「慣れ親しんだ地域でケアを受けられること」である。「弾力性」とは、「個人のニーズにあったケアを行うこと」である。「自己決定と選択の自由」とは、「本人の意思を尊重すること」である。そして、各人が受ける社会サービスの必要性をコミューンが雇用するケース・マネージャーが評価し、これに基づいて提供されることになった。

1992 年、高齢者政策の大きな改革であるエーデル改革が実施された。エーデル改革とは、「高齢者と障害者のための社会的介護と医療について全面的に責任をコミューンに委任し、財源や人材をランスティングからコミューンに移管」したものであった。それまでは、スウエーデンでは、医療はランスティングの担当であり、介護はコミューンの社会的サービスの部門が担当していた。ランスティングの看護助手が個人の在宅医療を行い、コミューンのホーム・ヘルパーが在宅サービスを行っていた。そして、エーデル改革によって、「特別な住居」という概念が社会サービス法に導入された。サービスハウス、老人ホームだけでなく、ランスティングからコミューンに移管されたナーシングホーム、グループホームもこの定義に含まれ、これらの区別がされなくなることになった。これらの高齢者住宅を「特別な住居」と呼んだ理由は、施設ではないということを明確にするためであった。

そして、入居者の介護度に応じて施設を替える制度から入居者が住み続けられる制度になった。その結果、高齢者が広範な介護を必要とする場合であっても、24 時間の在宅介護を受けることなどにより、高齢者が自宅で生活できるようになった。また、コミューンに治療が完了した患者や、長期間、身体の治療のために入院している患者の費用の支払いについての権限が与えられたことで、ランスティングの施設で「社会的入院」を行っていた高齢者の数が激減したために、多くの医療を必要とする入院患者を受け入れることができるようになった。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　92,　2013

【 定例研究会報告 】

平成 25 年 6 月 6 日

医療福祉経営マーケティング研究会理事長馬場園　明

第 34 回研究会報告　デンマークにおける高齢者ケア

デンマークにおいても、1960 年代、1970 年代にはナーシングホームであるプライエムが建設され、65 歳以上高齢者人口の約 7%が入居できるまで整備されていた。しかし、それでも高齢者に対する在宅ケアが不十分であったために、病院や家庭にはプライエムに入所を希望する高齢者があふれ、プライエムでも画一的なサービスと刺激のない生活によって高齢者の生きがいが損なわれていた。

1973 年、新しいケア体系を検討していくために、政府内に「高齢者政策委員会」が結成された。「高齢者政策委員会」の目的は「高コストな施設ケアに主眼を置く福祉体系」を見直すことであった。この委員会において、「継続性の維持（これまでの生活を断絶せず，継続性を持って暮らす)」,「自己決定の尊重（高齢者自身の自己決定を尊重し，周りはこれを支える)」,「自己資源の活用（高齢者が持っている資源に着目して自立を支援する)」からなる「高齢者三原則」が示された。すなわち、高齢者政策の主眼は「高齢者が『自分らしい生活をできるだけ長く続ける』ことができるようにすること」に置かれるべきであることが明確にされ、福祉専門職の価値観についても、「高齢者が自分でできないことを代行する」というのではなく、大切なのは、「高齢者の自己決定を尊重し、残された能力に焦点をあてて社会的なつながりを作り出し、新しい役割を創出する」ことであるとされた。同時に社会的交流の重要性も指摘され、クラブ活動や各種アクティビティなど地域での活動を促進すると同時に、高齢者住宅には、住民同士の交流を深めるような共用空間、共用ルームをつくるという提言がなされた。その結果、①社会的役割と交流の創出、②住まい（居住機能）とケア（ケア機能）の分離という 2 点の政策の方向性が示された。

デンマークでは、1979 年に「高齢者政策委員会」が提唱した「介護対象から生活主体へ、社会的かかわりを」という理念と「高齢者三原則」に沿って施設建設が禁止され、高齢者住宅の建設と 24 時間在宅ケアの整備に力が注がれるようになった。そして、1987 年から「高齢者・障害者住宅法」に準拠して高齢者住宅が建築され始めた。この法律による建築基準は、「高齢者や障害者などの車いす利用者に配慮したバリアフリー仕様である」こと、「歩行障害があっても利用に問題が生じない」こと、「24 時間緊急呼び出しができる」こと、「台所・トイレを備えた独立住宅である」こと、「67m2 以下の広さであること」とであった。高齢者住宅の多くが地域交流センターやリハビリテーションセンター、レストラン、在宅ケアステーションから成る複合施設に隣接しているが、高齢者住宅居住者のみで利用する閉鎖的なものではなく、広く地域の高齢者に開放されているのが特徴である。

1996 年「高齢者・障害者住宅法」が改正され、「高齢者住宅にサービス・エリアを付けて、プライエボーリ（介護型高齢者住宅）を建築してもよい」ことになった。サービス・エリアとは、リハビリ室・フットケア室・職員の詰め所・食堂などの共用施設のことである。プライエボーリは 10 戸ほどの住居をユニットとし、広い共用の居間・食堂を囲むような形で配列され、オープン・キッチンなど居住者が家事に参加しやすい工夫が凝らされている。プライエボーリは、「サービス・エリアが付帯した、24 時間介護付きの高齢者住宅」ともいえる。プライエボーリの居住者は在宅の高齢者と同様に、一人ひとり必要なサービスについてのアセスメントを受け、ケア・プランに基づくサービスによる支援を受けながら、自立した生活を継続することができる。なお、介護サービスはプライエボーリ内部のスタッフから提供され、夜間は外部の在宅チームからサービスを受け、医療サービスは地域の家庭医やリハビリスタッフから必要に応じて提供されるのが一般的である。

デンマークでは、「住まいとケアの分離」理論にのっとって、地域に公営賃貸住宅としての「高齢者住宅」と内部スタッフと外部の在宅チームによる 24 時間在宅ケアが整備できている。このシステムによって、高齢者の変わっていくニーズに対応し、最期まで地域で尊厳をもって自立して暮らせる地域居住（Ageing in place）を実現していると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　93,　2013

【 定例研究会報告 】

平成 25 年 8 月 8 日

医療福祉経営マーケティング研究会　理事長　馬場園　明

第 35 回研究会報告　高齢者健康コミュニティの理念と実践

「高齢者健康コミュニティ」の理念は、「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合すること」を支援することである。すなわち、「高齢者が自分の人生は良いことも辛いこともあった。さまざまな方にお世話になったが自分も社会に貢献できた。生まれてきて良かったと統合すること」を支援するのである。そして、「本人の意思の尊重」、「残存機能を活用した自立支援」、「生活とケアの連続性の維持」を「高齢者健康コミュニティ」の三大原則とする。「高齢者健康コミュニティ」の定義は、「生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅及び高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たすコミュニティ」とする。すなわち、「高齢者が年を経るごとに変わっていくニーズに応じて、継続して同じ場所で自分の意思が尊重された生活ができるように、介護の機能をもつ高齢者住宅、リハビリテーション施設、介護事業所、地域交流センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどを備えた複合施設を核として、他の自立型、支援型、介護型の高齢者住宅、高齢者の自宅及び病院をネットワークで結び、地域包括ケアの機能も果たす一連のシステム」なのである。

このシステムが機能すれば、「高齢者健康コミュニテイィ」では高齢者に新しい安心・安全なライフスタイルや予防サービスを提供でき、生活の質を向上させることができる。また、高齢者が、脳梗塞、心筋梗塞等が発症し、急性期病院に入院した場合でも、「高齢者健康コミュニテイ」で受け入れがスムーズに行えるために、医療資源の効率的な利用につなげることができる。

しかしながら、高齢者にとって質が高くしかも効率的なケアを行っていくために最も重要なのは、スタッフの高齢者を支援する姿勢であると思われる。スタッフが「高齢者が自分の人生を前向きに肯定して統合すること」を支援するために、「高齢者の運動機能、口腔機能、栄養状態を高め、さらには認知・情緒面の改善を通じて、生活機能を高め、生きがいや自己実現の達成に向けた支援」ができるかどうかにかかっている。

さらに、「高齢者健康コミュニテイ」を機能させるためには必要不可欠な要件がある。まず、高齢者一人ひとりに責任をとる主介護者の存在である。その主介護者が高齢者の情報を管理し、定期的にコミュニケーションをとっておかなければならない。次に重要なことは、その情報を「高齢者健康コミュニテイ」のスタッフがアクセスできることである。このシステムがあって初めて、本人の意向にそった継続したケアができる。そして、最後に緊急時に機能するシステムである。発熱、胸痛、意識障害といった症状、脳卒中、心筋梗塞といった疾病に対応するためのマニュアルとそれに対応できる態勢を作っておく必要がある。

わが国では病気や障害をもつ高齢者のケアは主に病院や介護施設で行われてきた。今後ますます高齢者の割合が増加し、医療・介護・年金を中心とした社会保障費が急増していくことは避けられず、今までのように病院や介護施設を中心に高齢者ケアを行うことはできない。「生活支援・健康支援・介護・医療サービスを提供する複合施設と自立型、支援型、介護型高齢者住宅及び高齢者自宅をネットワークで結び、地域包括ケアシステムの機能を満たす高齢者健康コミュニテイ」のアイデアは、高齢者ケアのための効果的、効率的なシステムとなる可能性があると思われる。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　94,　2013

事務局便り

このところ、首相の国会答弁で「デフレマインド」の言葉が連発されている。「広辞苑第四版」には載っていなかったので、グーグルで検索した。マインド;　mind、1　心、意識、精神、2.　好み、意向とあった。

政府の経済財政諮問会議の議員のひとり東京大学のI教授は、アベノミクス政策推進の立場から「デフレマインド」を語っている。「国民は将来への不安からとにかくお金を使わない」「かたくななデフレマインドを壊さなければいけない」と。壊すためには、「希望を見える必要がある」ということである。とりわけ、金融資産を持っている個人、すなわち、上場企業の42%のもつ金融資産としている人々に、希望を与えて、お金を使うようにする必要があるという。三本の矢(金融緩和、財政出動、成長戦略)は、希望の政策だという。でも考えても、考えても、希望は見えるようには思えない。希望も未だ「マインド」である。そこで、「マインド」の近くにあった「マインドコントロール」が目についた。「マインドコントロール」とは、「強制によらず、さも自分の意思で選択したかのように、予め決められた結論へ誘導する技術、またその行為のこと」とあった。

2012年第7巻「事務局だより」で原発安全神話の東北・福島を訪問したことにふれた。「福島原発を修繕して再稼働を」と述べた。これは希望のスローガンになるだろうか。現実は、原発作業員さえも立ち入れない地帯になって、管理放棄地帯、棄民地帯になっていく危険性の方が高いかもしれない。私を含めた国民へ向けた安全神話は、究極の「マインドコントロール」であった。小泉元首相が、フィンランド「オンカロ」の10万年後の最終処分場を見学し語った。「この施設での最大の心配は、「10万年後の人類が何を保管しているか判るだろうか」ということらしい。原発ゼロを」「再稼働は無責任」は、理にかなった希望ある発言である。2014年、再び、岩手、宮城、福島を訪問し、安全神話マインドコントロールから抜け出すアクションを試みたい。

日本外交は、ダブルスタンダードであるとみなされている。東南アジアのASEANに対しては平和共同体づくりを唱えているが、中国、韓国含む北東アジア外交ではそれは言えない。北東アジアはナショナリズムむき出しの地帯であるが、そのような国同士がお互いを理解するには、コントロールされていない「マインド」が大切であると考える。それにしても、中国の年間税収額が150兆円にも達しており、わが国の50兆円弱税収の３倍にもなる。GDPも追い抜かれており、経済的な勢いは全く異なっている。わが国の「積極的ナショナリズム」の思想的な基底に「中国、韓国に対する負い目」というものがあるとしたら、「精神的バランス」が壊れていくことは避けられない。金融緩和、財政出動、成長戦略も健全なマインドで立案されるべきであろう。

第8巻の編集作業終了間近である。一年間の成果物収穫の一部が本誌に盛られることになる。今年は、馬場園教授と窪田主席研究員を中心に、「高齢者健康コミュニティ」研究が大きく前進した年であった。CCRC研究所の活動や「NPO高齢者健康コミュニティ」の設立等もこの研究発展の要因になったことも特筆しなければならない。さらに、この活動を支える財政には、会費、寄付金等の浄財があてられている。監事の吉田公認会計士が、法務、税務、財務にわたって財政監理に努められ、会員のみなさま、本誌読者のみなさま、関係者のみなさまに「健全運営」と「健康な発信」をお届けできていることを御報告できることを嬉しく思う次第である。

2013,10,26（事務局長　山﨑哲男）

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　95,　2013

第４回 医療福祉経営マーケティング研究会 学術集会のお知らせ

大会テーマ：高齢者ケアのマネジメント

1. 会　期：平成 26 年 3 月 1 日（土）　13:00～17:00

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

3. 学術集会プログラム

【1. 特別講演　13:00～13:40】
テーマ：看護組織のマネジメント
演者：竹田明弘（和歌山大学）

【2. 教育講演　13:45～14:25】
テーマ：医療介護のマネジメント
馬場園　明(九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座)

【3. 一般発表　14:35～17:00】

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

4. 学術集会・大会事務局

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

5. 学術集会参加および研究発表申込

1）学術集会参加・研究発表申込締め切り期日：平成 26 年 1 月 15 日（水）必着
4 の学術集会・大会事務局に郵送もしくはファックスしてください。
＊「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、事務局まで郵送あるいは FAX してください。
なお、発表内容の理論的研究・実践的研究の区別および研究ジャンル、発表形態も忘れず、記入してください。

2）発表抄録締めきり期日：平成 26 年 1 月 15 日(水)必着
info@hc-market.net に、下記の抄録原稿書式に合わせて添付ファイルで送ってください。期限厳守で御願いします。

＜抄録原稿書式＞
用　紙：A4 サイズ
頁　数：１頁
余　白：上 20㎜、下 20㎜、左 15㎜、右 15㎜
段　組：2 段組、段間 8㎜
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。
＊参加申込については、同封の「学術集会参加・研究発表申込書」に必要事項を記入し、4 の事務局まで郵送あるいは FAX してください。

医療福祉経営マーケティング研究
第8巻　第1号　　96 - 98,　2013

医療福祉経営マーケティング研究会　規約

第 1 章　　総　　則

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

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

第 3 条　本研究会の事務局を福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号
九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ　706
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内に置く。

第 2 章　　事　　業

第 4 条　本会は、その目的を達成するため次の事業を行う。

(1)　医療福祉経営管理に関する研究業務

(2)　その他医療福祉関連分野における経営全般の研究業務

(3)　医療福祉に関する研究会・セミナーの企画、開催

(4)　研究会機関誌「医療福祉経営マーケティング研究」・研究会ニュース等の発行

(5)　関係諸学会、協会、団体との連絡及び協力活動

(6)　会員相互の親睦、交流の推進

(7)　その他、本会の目的に資する事業の開催

第 3 章　　会　　員

第 5 条　本会は、正会員と賛助会員を置くことができる。

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

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

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

第 7 条　正会員は、次に示す所定の年会費を納入しなければならない。

(1) 正会員　　5,000 円
(但し、九州大学職員は 2,000 円、大学院生は 1,000 円とする)

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

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

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

第 4 章　役　員

第 11 条　本会の事業を運営するため、正会員の中からの役員を選出する。

(1) 理事長　　1 名

(2) 副理事長　　2 名

(3) 理事　　若干名

(4) 事務局長　　1 名

(5) 監事　　1 名

第 12 条 役員の任務は、次のとおりとする。

(1) 理事長は、本会を代表し会務を総括する。

(2) 副理事長は、理事長を助けて会務を分掌し、執行する。

(3) 事務局長は、本会の業務を行う。

(4) 監事は、事務局と理事会の運営を監査する。

第 13 条　理事長の任期は 1 期一年とする。
他の役員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

第 14 条　役員の選出は、次の通りとする。

(1) 理事長、副理事長は、理事の中から互選により決定する。

(2) 理事は、正会員の中から互選により決定する。

第 5 章　会　議

第 15 条　本会の会議は、総会及び理事会とする。

(1) 総会は、毎年 1 回開催し、役員の選出及び本会の運営に関する事項を審議・決定する。

(2) 総会は、理事長が召集し、出席会員をもって構成する。

(3) 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決定する。

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

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

第 6 章　会　計

第 16 条　本会の経費は、会費、寄付金及びその他の収入をもって支出する。

第 17 条　本会の会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。

第 18 条　本会の決算報告及び予算案は、総会において審議決定する。

付　則

(1) 本会則は、総会において出席会員の 3 分の 2 以上を得た決議により変更することができる。

(2) 本会則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

役　員

理　事　長：　馬場園　明　　九州大学大学院医学研究院教授

副 理 事 長：　荒木　登茂子　　九州大学大学院医学研究院教授

　　萩原　明人　　九州大学大学院医学研究院教授

理　　事：　津田　敏秀　　岡山大学大学院環境学研究科教授

事 務 局 長：　山﨑　哲男　　福岡大学大学院法学研究科

主席研究員：　窪田　昌行　　医学博士、ペンシルバニア大学ビジネススクール医学経営管理学コース MBA

監　　事：　吉田　樹夫　　公認会計士

「医療福祉経営マーケティング研究」投稿規定

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

〒812-8582　福岡市東区馬出3丁目1番1号
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
馬場園　明

執筆要領

１、原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先（以上和英両文）、論文の種類、表および図の数、別刷請求部数を書く。なお別刷50部は無料とするが、それ以上の追加については50部ごとに費用が5,000円かかるものとする。
２、和文原稿はワードプロセッサーを用いA4判用紙30字x25行（750字）横書きとする。論文には、英文抄録（400語以内）およびその和訳文をつける。英文抄録は、Purpose, Method, Results, Discussion から構成される構造化アブストラクトとする。
３、英文原稿はA4判用紙にダブルスペースでタイプする。論文には、英文抄録（400語以内）および和文要旨（1、500字以内）をつける。
４、原著、総説の原稿枚数は図表を含めておよそ20枚以内、短報、実践活動報告、ケース・スタディ、資料の原稿枚数は図表を含めておよそ10枚以内とする。
５、図、表は英文原稿に関しては英文とし、和文原稿に関しては和文もしくは英文とし、図の表題は別にA4判用紙にダブルスペースでタイプする。また、本文中に図表が挿入されるべき位置を明確にしておく。
６、引用文献は引用順に番号をつけて最後に一括し、下記の記載例に従うこと。本文中にも、「・・・・報告されている1)。・・・・知られている2,3)。・・・・他の研究を参照した4-5)。」のように文献番号をつける。著者が7名以上の場合は最初の3名を記し、あとは「他」(英文ではet al.)とする。

＜学術雑誌＞　著者名、表題、雑誌名、発行年（西暦）；巻：頁。
1）西垣千春、多田羅浩三、老人の入院医療に関する医療保険の種類別比較分析、日本衛生学雑誌、1988；43：741-748.
2）Mccusker J and Stoddard AM, Effects of an expanding home care program for the terminally ill, Med Care, 1987; 25: 373－384.
＜単行本＞著者名、表題、編者名、書名、発行所在地：発行所、発行年（西暦）；引用頁。
1）馬場園明、疫学、山田裕章編、現代健康学、福岡：九州大学出版会、1998；41-56.
2）Johnsen AR, Siegler M, Winslade WJ, Preferences of Patients, Clinical Ethics, New York: McGraw-Hill, 1992; 37-84.

編集後記

この20年間で日本は世界に類を見ない長寿を誇る国となった。これは、多くの国民が長生きできるようになった結果である。日本が長寿社会を実現できたのには、社会保障制度の充実も大きく貢献したものと思われる。しかし反面、過去の経済対策、社会保障制度維持のために、巨額の借金を積み重ね、現在の日本の公的債務残高はGDPの2倍以上の1000兆円を超え、今度は社会保障制度の持続可能性が大きな問題となってきている。

このような中、政府は、「医療と介護を密に連携し地域包括ケアシステムという地域完結型の医療・介護体制を創り上げていく方針を打ち出している。その新しい社会保障制度を構築するにあたり、重要な課題の一つはそれらを支えるシステムの研究、人材育成の研究、および医療・介護の質を検証する研究活動等である。

本号では、大腸がん検診精密検査と受診行動に関する研究、中小企業労働者の透過性調整力と健康習慣に関する研究、ＡＬＳ患者の計画的レスパイト入院に関する研究、およびチーム医療・介護に関するケーススタディをお届けする。

これらのそれぞれの分野での地道な研究の積み重ねが、持続可能な新しい医療・介護制度、地域包括ケアシステムの構築に貢献できるものと思われる。今後とも、会員の皆様にとって、有益な論文、報告を掲載していきたい。

窪田　昌行

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
副編集委員長：　萩原　明人
編集委員：　荒木　登茂子
　　津田　敏秀
　　窪田　昌行

Editorial Board

Editor-in-Chief:　Akira BABAZONO
Associate Editor:　Akito HAGIHARA
　　Tomoko ARAKI
　　Toshihide TSUDA
　　Masayuki KUBOTA

医療福祉経営マーケティング研究　第８巻　第１号

2013 年 10 月 1 日　発行

発　行　　医療福祉経営マーケティング研究会
代表者　　馬場園　明
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ　706
九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内
TEL:092-651-4565　　FAX:092-651-4565

印刷所　　社会福祉法人 福岡コロニー

ISSN 1881-297X

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

Vol. 8 No.1 1st, October 2013

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

The study on factors related to compliance for colorectal cancer screening among workers ・・・ 1
Kazue TAKEGUCHI, Tomoko ARAKI, Akira BABAZONO

Association between permeability control power and healthy behavior in employees of small- and medium-sized enterprises. ・・・ 11
Etsuko ARAMAKI, Tomoko ARAKI, Akira BABAZONO

The study on costs for health insurance and long-term care insurance and QOL for the patients with ALS and their caregiver associated with the scheduled hospital respite care. ・・・ 19
Hitoshi KIKUCHI, Yukiko HARADA, Tomoka ARAKI, Misa MIYAHARA, Akira BABAZONO

Case Study

Team Health Care Approach in A Mixed-Care Hospital ・・・ 27
Masayuki NAKAMURA, Masayuki HORI, Ryuki TERADA, Shinichi SAKAMOTO, Yukiko ITAGAWA, Hiroyuki YOSHINAGA, Shousaku YAMASHITA, Masachika TAKATA, Masayuki KUBOTA, Akira BABAZONO

Program and Abstract

The program of the 3rd Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing（Fukuoka, Japan, 16, Mar, 2013） ・・・ 37

The program of the 1st Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 71

The program of the 2nd Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 77

The program of the 3rd Meeting for The Society of Healthcare Management Improvement ・・・ 83

Report

Report of the Regular Meeting（31st, 32nd, 33rd, 34th, 35th） ・・・ 89

News

Secretary-general Tetsuo YAMAZAKI ・・・ 94

Information

The 4th Annual Meeting of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 95

The Regulations of the Society

The Regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・ 96

Instructions for Authors

Instructions for Authors（Japanese・English） ・・・ 99

Editor's note

Editor Masayuki KUBOTA ・・・100

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing