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２巻　第１号　2007 年９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

新人看護職員が抱える主観的ストレスおよび早期離職行動に与える職業性ストレスの影響　・・・ 1
重田　尊子、荒木　登茂子、馬場園　明

新人看護師の透過性調整力と職業性ストレスとの関連について　・・・13
西牟田　理恵

ケーススタディ

次世代ヘルスケアシステムの研究：リハビリテーションを核とした急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、切れ目の無い医療・介護サービス体制の構築を目指して
－ 特定医療法人　順和　長尾病院・その１ －　・・・27
服部　直和、服部　文忠、眞﨑　弘太、窪田　昌行、山﨑　哲男、馬場園　明

資料

病医院の事業多角化戦略・モデルプラン考　・・・41
窪田　昌行、坂口　暢史、馬場園　明

事務局便り

医療福祉経営マーケティング研究会　事務局長　山﨑　哲男　・・・57

研究会規約

医療福祉経営マーケティング研究会規約　・・・59

投稿論文規定

投稿論文規定（和文・欧文）　・・・63

編集後記

医療福祉経営マーケティング研究会　編集委員　荒木　登茂子　・・・64

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2巻　第1号　　2007

巻　頭　言

医療福祉経営マーケテイング研究会
理事長　馬場園　明

地域の医療機関で絶対的な医師不足が生じ、「長時間労働といった過酷な勤務条件」に加えて、「高い安全性を求める世論」に耐えかねて、臨床医が次々と病院を去っていき、地域で必要な救急医療、小児科医療、産婦人科医療などが行えない状況が起こっている。この状態は「医療崩壊」とも呼ばれている。これは、新医師臨床研修制度の導入をきっかけに、大学の診療科によっては入局する医師が大幅に減少し、地域の医療機関から医師を引き上げたことにより起こったとの説もあるが、原因は構造的である。

医療崩壊は、老人医療費無料化以降できあがった医療供給体制が、近年の医療政策によって引き起こされた医療の需要の変化とマンパワーの供給の変化に対応できていないために起こったのである。日本の国民１人あたり医療費は、米国の半額以下であり、カナダ、ドイツ、フランス、イギリスよりも低い。また、医師数も看護師数も少ない。一方、一般病床数は圧倒的に多く、病床利用率も高い。入院患者の絶対数が多く、平均在院日数も長いからである。1990 年代は、一般病床の平均在院日数は 30 日を超えており、日本の医療機関の医療スタッフの少ない問題は、入院患者に高齢者が多く、在院日数が長かったため、あまり、顕在化しなかったともいえる。

しかし、近年、厚生労働省の政策により、平均在院日数が短くなり、リスク管理や診療録の管理などにもコストがかかっている。加えて、少子高齢化の影響のため、小児科や産婦人科の患者が減少し、医療機関にとっては採算が合わなくなっている。そのこともあって、小児科や産婦人科を志す医師が減少している。その結果、当直の中心となる若手医師が絶対的に不足し、労働条件が悪化し、ますます志願者が少なくなっているのである。それを考慮すれば、一般病床の機能分化を行い、急性期病院の効率化を行うことは必要であると思われる。また、小児科や産婦人科をはじめ、救命救急、麻酔科、外科など労働条件に恵まれない診療科を目指す研修医が不足する一方、労働条件の良い診療科目は人気があるのも問題である。さらに、新規に開業する医師も増加し続けている。医師の絶対数ばかりでなく、医師の診療科の偏り、地域の偏り、病院・診療所の偏りといった分布の問題の解決が優先されるべきである。加えて、医師の 3 割が女性医師になろうとしているが、医師の労働条件が悪すぎて、仕事と家庭を両立できない女医の問題も真剣に考えるべきである。

しかしながら、老人医療費無料化によって歪んでしまった日本の医療供給体制を是正していくことも重視すべきである。必ずしも医療ニーズの高くない高齢者が医療機関に長期間入院していることで人手不足が起こっていることは事実である。高齢者のケアでも、医療以外で対応できるものは医療以外で対応すべきである。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、高齢者の生活の質を向上させることもできないからである。

高齢者は急速に増加しており、医療や介護の必要な高齢者も増加している。今や、高齢者において発生する疾病の数や必要とされる介護のニーズを定量的に把握して、公正に効率よく資源を配分していく知恵と技術が求められている。高齢者コミュニテイなどを建設し、疾病に懸った場合、まずは在宅療養支援診療所で対応し、他の医療機関と連携していくシステムは、今後、公正に効率よく資源を配分することに貢献できるのではないかと考えられる。医療福祉経営マーケテイング研究会で設計した新しい高齢者への医療・福祉サービスのシステムが実用化され、社会で生かされ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2巻　第1号　　1 - 12,　2007

新人看護職員が抱える主観的ストレスおよび早期離職行動に与える職業性ストレスの影響

重田尊子[1)]　荒木登茂子[2)]　馬場園明[2)]

The relationship between job stressors and subjective stress or maladjustment among novice nurses

Takako SHIGETA[1)]　Tomoko ARAKI [2)]　Akira BABAZONO[2)]

【Abstract】

Purpose: This study is to clarify the relationship between job stressors and subjective stress or maladjustment among novice university hospital nurses.

Method: Of all 93 novice nurses who were employed in 2004, 85 were consented to participate in the study.　We carried out a study using a self-reported questionnaire (The Brief Job Stress Questionnaire) in May and in October. We analyzed the data of 78 female nurses who satisfactory responded to it.

Result: Psychological stress was significantly reduced in October, compared with in May. Young age, low job control, poor human relationship at work and low social support from supervisor and colleagues were significantly related to psychological stress in May, while low job suitability and high job burden were significantly related to physical stress in October by multiple regression analyses. Low job suitability was related to maladjustment in May and October by them.

Discussion: Our study suggests that the characteristic of their subjective stress among the novice nurses in May are different from that in October. It also indicates that low job suitability was a possible risk factor of maladjustment. However, the relevance of job-related stressors to maladjustment should been evaluated with a large sample size.

Keywords: The Brief Job Stress Questionnaire, novice nurse, job stress, subjective stress, maladjustment

1)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学専攻
Department of Health Care Administration and Management,
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University,
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961
3-1-1　Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka city, Fukuoka, 812-8582, Japan

2)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
Department of Health Care Administration and Management,
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University,
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961
3-1-1　Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka city, Fukuoka, 812-8582, Japan

【はじめに】

医療技術の進歩や患者の高齢化、在宅医療の提供、医療安全の確保など、近年、看護職員に求められる職務内容は複雑多岐に亘り、その密度や負担は高い。多忙な業務に加えて患者との緊密な相互作用、患者家族、同僚や上司、他医療従事者などとの関わりが時に好ましくない緊張要因となり、結果として身体的、精神的な疲労を与える[1,2]。

看護職における精神健康の問題は1970年代以降より登場し、特に「燃え尽き症候群（バーンアウト）」の問題を中心として取り組まれてきた。燃えつき症候群の定義は多様だが、Maslashは「長時間にわたり人を援助する過程で心的エネルギーをたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群で、卑下・仕事嫌悪・思いやりの喪失」としている[3]。この「燃え尽き症候群」に陥り易い対象に、医療職や教育職が挙げられている。特に新人職員において、就職前に抱いた理想や期待が現実とかけ離れていることへのショック体験（リアリティショック）から「燃え尽き症候群」に陥る傾向が強いことが指摘されている[4-6]。

しかし看護職員が抱える精神健康の問題が全て「燃え尽き症候群」で説明できないという理由から、最近では、看護職員の精神健康度の理解をより深めるために、労働ストレスの視点から看護職員の精神的健康の状態を把握しようとする動きも見られる[7]。職業性ストレスとは「仕事の心理社会的な特徴によって引き起こされる、身体的および精神的な反応」[8]である。職業性ストレスが個人や職場に及ぼす影響に、第一に労働者の健康被害がある。具体的には心血管疾患やうつ病を代表とする様々な疾患の危険因子のひとつに挙げられている。また、喫煙、飲酒など疾病の危険因子を増大させ、欠勤や離転職といった社会行動面にも影響を与えることも報告されている[9-11]。第二、第三の影響として、労働者の健康被害や休退職に伴う労働コストの損失、医療費の増加や心身の疲弊により労働生産性を低下する可能性も示唆されている[12,13]。従って、労働者を管理する立場から、職務に起因する労働者のストレス問題に対し、評価・対策を講じていくことは重要である。

一方、新人看護職員に関する問題点に、就業間もない時期における離職がある[14]。厚生労働省「第六次看護職員需給見直しに関する検討会（2005）」によると少子化の進展により新人看護職員の大幅な増加を期待することが困難であるにもかかわらず、新卒看護職員の早期離職が増加していることが指摘されている[15]。2003年に日本看護協会が実施した調査報告によると「入職後１年以内に離職する新卒看護職員が増加傾向にある」と回答した病院が全国で約1200病院（200床以上）のうち、約２割に及ぶとされる。多くの新卒看護職員は臨床現場で求められる看護能力や専門的知識の不足や医療事故への不安に起因する悩みを抱えており、離職を考える者も少なくない。そして新卒看護職員の早期離職の理由として「精神的健康上の理由」や「職場の不適応」が上位に挙げられていることが明らかになっている[16]。就職して間もない看護職員が健康障害により早期に職場を離れていくことは、離職者本人の健康問題だけでなく、医療機関にとっても人材教育や組織管理の点で望ましいことではない。

以上より、新人看護職員が早期に体験する職業性ストレスおよび職場不適応に影響する要因を明らかにすることは、病院組織において効果的な精神的支援体制を構築する一助となるのではないかと考えた。調査対象となったA病院は、新年度に入職した看護職員を対象に、就職１ヵ月後にあたる５月、６ヵ月後にあたる10月に職場内ストレスに関する調査を実施している。本研究では、この調査より得られたデータを用いて（１）就職１ヶ月後および就職６ヶ月後の職場性ストレスの変化の検討、（２）新人看護職員の主観的ストレス反応に好ましくない影響を与えるストレス要因の抽出、（３）新人看護職員の早期離職行動と職業性ストレスの関連性について検討した。なお用語の定義として、就職して１年以内の看護職員を「新人看護職員」と定義し、就職して１年以内に退職（産休などによる一時辞職を除く）あるいは配属部署変更を行うことを「早期離職行動」と定義した。最終的に研究によって得られる結果は、今後の新人看護師に対するストレスマネジメント研修の活用資料として繋げていく予定である。

【対象と方法】

1. 対象者

2004 年 4 月、大学病院であるＡ病院に入職した新人看護職員 93 名を対象に自記式質問紙調査を実施した。調査時期は就職から 1 ヶ月後の 5 月、6 ヶ月後の 10 月の計 2 回である。調査票の配布および回収は同病院内で行われた新人職員を対象とするストレスマネジメント研修の中で行った。調査用紙の記入にあたり、被験者には、その目的を説明した上で実施した。調査用紙には調査に対する同意書を添付し、同意が得られた対象者を分析対象とした。

対象者 93 名のうち、5 月は 87 名、10 月は 91 名の回答を得た。このうち 5 月および 10 月の両時期に回答した者は 85 名（回収率 91.4%）であった。このうち、白紙回答をした者 3 名および職場内支援度の項目に回答漏れがあった者 1 名、および男性 3 名の計 7 名を除いた 78 名を解析対象者とした。早期離職行動数について調査した結果、対象者 93 名のうち、中途辞職をした者が 2 名、年度末辞職をした者が 1 名、産休による一時辞職が 1 名で、計 4 名の看護職員が入職後 1 年以内に辞職していた。そして年度内に配属部署の転科を希望し、実際に配属移転をした者は 3 名で、このうち 1 名は辞職していた。よって早期離職行動数は 5 名(93 名中、5.4%)となった。また、分析対象者 78 名のうち 4 名であった。質問紙から得られるデータ及び早期離職行動数のデータの扱いにおいて氏名が特定できないようにする等、倫理的配慮に十分留意した。

2. 評価項目

本研究では職場における主観的ストレス反応及びストレス要因の評価として、職業性ストレス簡易調査票を使用した。職業性ストレス簡易調査票は、旧労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」によって開発されたもので、仕事上におけるストレス要因、主観的ストレス反応、ソーシャルサポートを測ることができる。

質問項目は、仕事のストレス要因、主観的ストレス反応、修飾要因の計５７項目で構成される。ストレス要因に関する尺度は、仕事の負担度（7 項目）、コントロール度（3 項目）、対人関係（3 項目）、仕事の適合性（2 項目）からなる。主観的ストレス反応の尺度は心理的ストレス反応（18 項目）、身体的ストレス反応（11 項目）であり、修飾要因の尺度は職場内支援度（9 項目）、仕事と家庭に関する満足度（2 項目）となっている。なお、この調査票は作成時期において各尺度の構成項目の内的整合性が高く、信頼性が比較的良好であることが示されている [7]。

採点方法は、ストレス要因、主観的ストレス反応、職場内支援度の各項目について「職業性ストレス簡易調査票マニュアル」[7] に基づき簡易判定法を採用した。なお、個人的要因の評価の為、調査票と共に性別と年齢の自記式のアンケート調査も実施した。早期離職行動数および経験年数に関するデータはＡ病院看護部から得た。

3. 解析方法

入職 1 ヶ月後および入職 6 ヶ月後のストレス要因、主観的ストレス反応、修飾要因の変化を検討した。対象データを基に 5 月および 10 月時点における８項目の指標（仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応、職場内支援度）の平均値を求め、paired t-test を用い、各項目に対する二時点における平均値の差を比較した。

ストレス要因および修飾要因の有無による主観的ストレス反応の違いを検討した。まず仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、職場内支援度について「職業性ストレス簡易調査票マニュアル」で指定された cut-off point に基づき、対象者を「問題あり群」「問題なし群」に振り分けた。Cut-off point は、仕事の負担度（5/6）、コントロール度（1/2）、対人関係（1/2）、仕事の適合性（1/2）、職場内支援度（4/5）となっている。これら 5 つの項目は cut-off point を越える項目が多くなるほど、主観的ストレス反応の発現リスクが高まるとされる [7]。「問題あり群」「問題なし群」について心理的ストレス反応、身体的ストレス反応の平均値をそれぞれ求め、unpaired t-test を用いて二群間比較をした。

従属変数に心理的ストレス反応もしくは身体的ストレス反応、独立変数に年齢、仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、職場内支援度を強制投入し重回帰分析を行った。重回帰分析を行うにあたり、多重共線性の問題に配慮して独立変数間の Pearson の相関係数を求めた。

早期離職行動と職業性ストレスの関連を検討した。ストレス要因、修飾要因、主観的ストレス反応について、２）と同

様に規定の cut-off point を用いて、対象者を「問題あり群」「問題なし群」に振り分けた。ストレス要因、修飾要因の cut-off point は２）と同様である。主観的ストレス反応の cut-off point は心理的ストレス反応（14/15)、身体的ストレス反応（5/6）である。それぞれの群に含まれる早期離職者数とその比率を求めた。そして Fisher の直接法による $\chi 2$ 検定を行い、相対危険度を求めた。早期離職行動に該当する対象者を 1、そうでないものを 0 とするダミー変数を設定した。

ストレス要因、修飾要因、主観的ストレス反応の各変数同士の影響を除いた上で早期離職行動に対する各変数の関連を検討するために、早期離職行動を従属変数、年齢を共変量とし、１項目ずつ因子に投入する方法にて多項ロジスティック回帰分析を行った。解析に伴い早期離職行動に対する各項目のオッズ比を求めた。なお解析にあたり仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、職場内支援度、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応について「問題あり＝1」「問題なし＝0」とするダミー変数を２)、４）の cut-off point を用いて、新たに設けた。

統計解析に SPSS12.0J for Windows を使用した。有意水準は 0.05 に設定した。

【結果】

1. 対象者の構成

対象者 78 名の平均年齢は 23.88 歳、標準偏差は 3.57 歳であった。対象者 78 名のうち早期離職行動に該当するのは 4 名（対象者の 5.13%）であった。調査時期の翌年に経験年数に関するデータを収集したところ、対象者のうち 74 名について経験年数のデータが寄せられた。残り 4 名はすでに退職しており、経験年数に関するデータを得ることができなかった。74 名の経験年数の平均値は 1.58 年、標準偏差は 3.10 年、Ａ病院に就職する以前に 2 年以上の看護師経験を有するものは 21 名（26.92%）であった。対象者の年齢と経験年数の相関係数は $r=0.85 (p<0.01)$ であった。

2. 対象者の職業性ストレス状態の比較

5 月および 10 月時点の全対象者のストレス要因、主観的ストレス反応、修飾要因の平均得点を Table1 に示した。検定の結果、全ての項目において得点の低下傾向が見られたものの、統計学的に有意な低下をした項目は心理的ストレス反応のみであった。($t(77)=2.44, p<0.05$)

Table1　Values of job-stressors and subjective stress at May and October (N=78)

	May mean (S.D.)	October mean (S.D.)
Job burden	6.32(1.41)	6.22(1.34)
Job control	2.27(0.80)	2.10(0.92)
Human relationship	0.99(1.09)	0.97(0.99)
Job suitability	0.67(0.82)	0.64(0.79)
Social support	3.06(1.72)	2.74(1.95)
Psychological stress*	8.91(5.08)	7.54(4.37)
Physical stress	2.82(2.70)	2.63(2.41)

*: $p<0.05$

3. ストレス要因および修飾要因の有無による主観的ストレス反応の状態

ストレス要因と修飾要因の有無による主観的ストレス反応の値を Table2 に示した。

Ｉ）5 月

対象者を各項目につき cut-off point で群分けした結果、仕事の負担度の「問題あり群」に該当したのは 71 名(91.03%)、コントロール感は「問題あり群」65 名（83.33%)、対人関係は「問題あり群」21 名（26.92%)、仕事の適合性は「問題あり群」17 名（21.79%)、職場内支援度「問題あり群」19 名（24.36%）であった。

コントロール感の「問題あり群」は「問題なし群」に比べて心理的ストレス反応が 3.40point （$t(76)=2.26, p<0.05$)、身体的ストレス反応が 2.09point（$t(27.22)=3.66, p<0.001$）と有意に高値であった。対人関係の「問題あり群」は「問

題なし群」に比べて心理的ストレス反応が 5.21point 有意に高値であった。(t(50.83)=5.25,p<0.001) 身体的ストレス反応については統計学的な有意差はなかった。職場内支援度が「問題あり群」は「問題なし群」と比べて、心理的ストレス反応 4.99point 有意に高値であった。(t(76)=4.08,p<0.001) 仕事の負担度および仕事の適合性については、「問題あり群」と「問題なし群」の間において主観的ストレス反応の有意な変化はなかった。

Ⅱ）10 月

対象者を各項目につき cut-off point で群分けした結果、仕事の負担度の「問題あり群」は 62 名（79.49%）、コントロール感の「問題あり群」57 名（73.08%）、対人関係は「問題あり群」21 名（26.92%）、仕事の適合性は「問題あり群」15 名（19.23%）、職場内支援度「問題あり群」19 名（24.36%）であった。

仕事の負担度およびコントロール感の「問題あり群」と「問題なし群」の間において主観的ストレス反応の有意な変化は見られなかった。対人関係が「問題あり群」は「問題なし群」に比べて心理的ストレス反応が 2.26point 有意に（t(76)=2.07,p<0.05）高値であった。身体的ストレス反応については統計学的な有意差はなかった。仕事の適合性の「問題あり群」は「問題なし群」と比べて、心理的ストレス反応が 4.53point 有意に高値であった。(t(76)=3.94,p<0.001) 身体的ストレス反応の場合は統計学的な有意差は見られなかった。職場内支援度の「問題あり群」は「問題なし群」に対して、身体的ストレス反応が 1.54point 有意に高値であった。(t(76)=2.49,p<0.05)

Table2　Values of subjective stress by having job stress factor at May and October (N=78)

May		With problem mean (S.D.)	Without problem mean (S.D.)
Psychological stress			
	Job burden	8.99(5.01)	8.14(6.02)
	Job control*	9.48(4.71)	6.08(6.09)
	Human relationship***	12.71(3.44)	7.51(4.89)
	Job suitability	10.76(4.45)	8.39(5.16)
	Social support ***	12.68(4.47)	7.69(4.68)
Physical stress			
	Job burden	2.86(2.73)	2.43(2.50)
	Job control**	3.17(2.74)	1.08(1.66)
	Human relationship	3.24(2.66)	2.67(2.72)
	Job suitability	3.71(3.20)	2.57(2.52)
	Social support	3.63(2.97)	2.56(2.58)

October		With problem mean (S.D.)	Without problem mean (S.D.)
Psychological stress			
	Job burden	7.61(4.21)	7.25(5.09)
	Job control	7.77(4.18)	6.90(4.89)
	Human relationship*	9.19(3.74)	6.93(4.46)
	Job suitability***	11.20(3.39)	6.67(4.14)
	Social support	9.11(4.15)	7.03(4.35)
Physical stress			
	Job burden	2.42(2.19)	3.44(3.10)
	Job control	2.88(2.38)	1.95(2.42)
	Human relationship	3.10(2.21)	2.46(2.48)
	Job suitability	3.40(2.47)	2.44(2.38)
	Social support	3.79(2.04)	2.25(2.42)

***:p<0.001,**:p<0.01,*:p<0.05

4. 重回帰分析の結果

5 月時および 10 月時のデータは、共に説明変数間において強い相関関係はなく、モデルにおいて多重共線性は見られないことが確認された。

従属変数に主観的ストレス反応、独立変数に年齢、仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、職場内支援度を投入した重回帰分析の結果を Table3 に示した。

5 月データを用いた分析結果では、心理的ストレス反応に年齢（p<0.05)、コントロール感（p<0.05)、対人関係（p<0.05)、職場内支援度（p<0.01）が有意に関連している可能性が示唆された。このうち最も強い関連を示す可能性がある変数は職場内支援度であった。従属変数に身体的ストレス反応を投入した分析の場合、従属変数に対する各説明変数のモデルは成立せず、身体的ストレス反応に有意に関連する説明変数は見られなかった。

10 月データを用いた分析では、仕事適合度（p<0.01）が心理的ストレス反応に有意に関連している可能性が示唆された。従属変数に身体的ストレスを投入した分析は、仕事の負担度が身体的ストレス反応に有意に関連している可能性（p<0.05）が示唆された。

Table3　Job-stressors relating to subjective stress　(N=78)

May		partical regression coefficient	S.D.	standardized partical regression coefficient	t-value	p-value
Psychological stress	Age	-0.33	0.14	-0.24	-2.32	*
	Job burden	0.23	0.34	0.06	0.67	n.s.
	Job control	1.50	0.59	0.24	2.54	*
	Human relationship	1.16	0.50	0.25	2.33	*
R=0.67(R2=0.44)	Job suitability	1.37	0.73	0.22	1.88	n.s.
F-value=9.36***	Social support	1.05	0.29	0.36	3.63	**
Physical stress	Age	-0.06	0.10	-0.08	-0.59	n.s.
	Job burden	-0.07	0.23	-0.04	-0.30	n.s.
	Job control	0.77	0.40	0.23	1.92	n.s.
	Human relationship	0.11	0.34	0.04	0.32	n.s.
R=0.32(R2=0.10)	Job suitability	0.18	0.49	0.05	0.35	n.s.
F-value=1.31	Social support	0.27	0.20	0.17	1.38	n.s.

October		partical regression coefficient	S.D.	standardized partical regression coefficient	t-value	p-value
Psychological stress	Age	-0.04	0.15	-0.04	-0.29	n.s.
	Job burden	-0.08	0.35	-0.03	-0.23	n.s.
	Job control	0.43	0.53	0.09	0.81	n.s.
	Human relationship	1.14	0.59	0.26	1.94	n.s.
R=0.47(R2=0.22)	Job suitability	2.12	0.66	0.38	3.21	**
F-value=3.38**	Social support	-0.17	0.36	-0.08	-0.48	n.s.
Physical stress	Age	-0.01	0.09	-0.01	-0.07	n.s.
	Job burden	-0.49	0.20	-0.27	-2.44	*
	Job control	0.57	0.31	0.22	1.86	n.s.
	Human relationship	0.23	0.34	0.09	0.67	n.s.
R=0.40(R2=0.16)	Job suitability	0.17	0.38	0.06	0.45	n.s.
F-value=2.18	Social support	0.10	0.21	0.08	0.49	n.s.

***:p<0.001,**:p<0.01,*:p<0.05 n.s.;not significant

5. 早期離職行動に対する職業性ストレス要因の関連性の検討

要因の有無による早期離職者の比率および相対危険度を Table4 に示した。5 月データの場合、仕事の適合性が「問題あり群」に早期離職数が含まれる割合は１７名中４名（23.52%）だった。χ2 検定の結果、p 値は 0.002 であり、仕事の適合性と早期離職の間には強い関連性が示唆された。しかしながら、仕事適合性の相対危険度は、早期離職行動の該当者が「問題あり群」にしか発生しなかったため、計算できなかった。その他の要因との有意な関連は見られなかった。

10 月データの分析でも、早期離職に関係性が見られる項目は、仕事の適合性（p<0.05）のみであった。仕事の適合性が「要因あり群」に早期離職者が含まれる割合は 15 名中 3 名（20.00%）であった。相対危険度は仕事の適合性が 15.50（95% CI：1.48～161.89）であった。

Table4　The distribution of maladjustment by problematic job stressor　(N=78)

	With problem stressor	Without problem stressor	relative risk (95% CI)
May			
Job burden			
maladjustment	3(4.2%)	1(14.3%)	0.27(0.02～2.95)
total	71(100%)	7(100%)	
Job control			
maladjustment	3(4.6%)	1(7.7%)	0.58(0.06～6.06)
total	65(100%)	13(100%)	
Human relationship			
maladjustment	3(14.3%)	1(1.6%)	9.33(0.91～95.42)
total	21(100%)	57(100%)	
Job suitability**			
maladjustment	4(23.5%)	0(0%)	∞
total	17(100%)	61(100%)	
Social support			
maladjustment	2(10.5%)	2(3.4%)	3.35(0.44～25.62)
total	19(100%)	59(100%)	
Psychological stress			
maladjustment	2(16.7%)	2(3.0%)	1.90(0.18～20.06)
total	12(100%)	66(100%)	
Physical stress			
maladjustment	3(23.0%)	1(1.5%)	5.73(0.73～45.02)
total	13(100%)	65(100%)	

	With problem stressor	Without problem stressor	relative risk (95% CI)
October			
Job burden			
maladjustment	2(3.2%)	2(12.5%)	0.23(0.30～1.80)
total	62(100%)	16(100%)	
Job control			
maladjustment	3(5.3%)	1(4.8%)	1.11(0.11～11.31)
total	57(100%)	21(100%)	
Human relationship			
maladjustment	1(4.8%)	3(5.3%)	0.90(0.09～9.16)
total	21(100%)	57(100%)	
Job suitability**			
maladjustment	3(20%)	1(1.6%)	15.50(1.48～161.89)
total	15(100%)	63(100%)	
Social support			
maladjustment	2(10.5%)	2(3.4%)	3.35(0.44～25.62)
total	19(100%)	59(100%)	
Psychological stress			
maladjustment	1(16.7%)	3(4.2%)	4.60(0.40～52.69)
total	6(100%)	72(100%)	
Physical stress			
maladjustment	0(0%)	4(5.9%)	0.87(0.79～0.95)
total	10(100%)	68(100%)	

**;χ^2-test $p<0.01$,*;χ^2-test $p<0.05$. n.s.;not significant

6. 多項ロジスティック回帰分析の結果

早期離職に対する各要因のオッズ比を Table5 に示した。5 月データの解析の結果、仕事の適合性のオッズ比は、早期離職行動の該当者が「要因あり群」にしか発生しなかったために計算できなかった。しかしながら、p 値は 0.00 であり、仕事の適合性との間には強い関連性が示唆された。

10 月データによる分析結果においても、早期離職に仕事適合度（$p<0.05$）が関連している可能性が示された。早期離職行動に対する仕事適合度のオッズ比は 18.67(95% CI：1.46～238.10)であった。

Table5　Job stress factors relating to maladjustment (adjusted by age)　(N=78)

		regression coefficient	S.D.	p-value	Odds ratio (95% CI)
May					
	Job burden	-1.35	1.27	n.s.	0.26(0.02～3.14)
	Job control	-0.62	1.22	n.s.	0.54(0.05～5.91)
	Human relationship	1.98	1.24	n.s.	7.21(0.64～81.84)
	Job suitability	22.35	0.00	***	∞
	Social support	1.19	1.06	n.s.	3.30(0.41～26.49)
	Psychological stress	0.76	1.23	n.s.	2.14(0.19～23.86)
	Physical stress	1.75	1.08	n.s.	5.77(0.69～48.22)
October					
	Job burden	-1.41	1.07	n.s.	0.24(0.03～1.97)
	Job control	0.28	1.20	n.s.	1.33(0.13～14.03)
	Human relationship	0.01	1.21	n.s.	1.01(0.09～10.8)
	Job suitability	2.93	1.30	*	18.67(1.46～238.10)
	Social support	0.76	1.16	n.s.	2.14(0.22～20.75)
	Psychological stress	2.01	1.34	n.s.	7.45(0.54～102.61)
	Physical stress	-18.65	0.00	***	0.00

***: $p<0.001$,*: $p<0.05$. n.s.;not significant

【考察】

1. 就職１ヶ月後および就職６ヶ月後のストレス要因、主観的ストレス反応、修飾要因の変化

就職６ヶ月後において、全対象者の心理的ストレス反応に改善が見られた。統計学的な有意差は示されなかったものの、他の項目についても得点の減少傾向が見られた。先行研究では、新人看護職員がリアリティショックに陥りやすい危機的な時期[17-19]として、入職時から３～６ヶ月の時期が示されている。よって本研究でも10月時にストレス状態に好ましくない変化が示されるのではないかと考えていたが、異なる結果を得た。新人看護職員の認識として、就職当初の時期は本人の業務が常に患者の生死に直結するという実感や、医療事故に対する不安を抱えながら、毎日の業務に追われ、気が休まらない状況にある。そして就職から６ヶ月が経つ頃には５月時と比べると、周囲の状況を落ち着いて見ることができるようになり、気持ちにも落ち着きやゆとりが生じるようになる[20,21]。つまり、職場や業務に対する慣れや落ち着きが精神的な安定感につながり、職業性ストレスに対する本人評価の改善に関わっているのではないかと推測される。

2. 主観的ストレス反応に関連する要因

各要因において「問題あり群」は「問題なし群」に比べて主観的ストレス反応が高値であった。つまり職業性ストレス簡易調査票で説明される、ストレス要因および修飾要因について問題を抱えることは、主観的ストレス反応に好ましくない影響を与えていることを示唆している。

重回帰分析の結果によると就職１ヶ月後および就職６ヶ月後における主観的ストレスに関連する要因がそれぞれ異なることが明らかになった。就職１ヶ月後において心理的ストレス反応と関連が見られる要因は、年齢、コントロール感、対人関係、職場内支援度であった。就職６ヶ月後において心理的ストレス反応に関連する要因は、仕事適合度であり、身体的ストレス反応に関連する要因は仕事の負担度であった。このことより、就職１ヶ月後と就職６ヶ月後とで主観的ストレス反応の特徴が異なる可能性が示唆される。

年齢の標準化偏回帰係数は-0.24であり、若年者であるほど心理的ストレス反応を強く評価する傾向のあることが示された。本研究の対象者はＡ病院では「新人」であっても、すでに他職場にて２年以上の看護師の経験を積んでいる者が21%近く存在している。さらに、対象者の年齢に対する経験年数の相関係数を算出したところ $r=0.85$ ($p<0.001$) と強い相関を示していた。従って、教育課程を卒業したての看護職員は、過去に看護師の経験に積んでいる者と比べて職場や業務に対する不安や緊張、抑うつ感を強く評価しており、その傾向は就職１ヶ月後に示されていた可能性が考えられる。

仕事の負担度が「問題あり群」に該当する者が5月時は91.03%、10月時は79.49%と両時期において対象者の大半を占めていた。仕事の負担度における下位尺度は「非常にたくさんの仕事をしなければならない」「時間内に仕事が処理しきれない」「一生懸命働かなければならない」「かなり注意を集中する必要がある」「高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ」「からだを大変よく使う仕事だ」である。どの質問項目も看護業務の特徴に該当していると考えられ、看護職員の多くが自身の業務が量、質とともにハードであることを自覚していることが推測された。就職6ヶ月後において身体的ストレス反応との関連が示されている。10月はプリセプターによる指導が終了する時期とほぼ同時期であり、新人1人に任せられる役割や責任が以前より重くなることが仕事の負担度と関わりがあるのではないかと考えられるが、身体的ストレスのみに影響した理由は不明である。

コントロール感の「問題あり群」の該当者は5月時83.33%、10月時73.08%で、仕事の負担度と同様にコントロール感について問題を抱えている職員が多いことが確認された。重回帰分析の結果によると、5月時の心理的ストレス反応にコントロール感が関連している。就職1ヶ月後の時期は現場の技術や知識に追いつくことや、看護業務の忙しさに慣れることで手一杯であるため、仕事に対する裁量にまで行き届かない状況が推測される。

対人関係の下位尺度は「部署内で意見の食い違いがある」「自分の部署は他の部署とうまが合わない」「職場の雰囲気は友好的である」であり、職場内支援度とは、職場の上司や同僚に対して気軽に話が出来るかどうか、個人的な相談を聞いてくれるかどうか、上司や同僚を頼りにしているか、を知る尺度である。つまり上司や同僚に気軽に相談ができるか否かを問う職場内支援度に対し、対人関係とは良好な人間関係を形成している職場と認識しているか否かを問う項目である。仕事の負担度やコントロール度の場合と比較すると職場の対人関係や職場内支援度に困難さを感じている職員の割合は少ない。しかし他者との関係は人の生活の中で最もストレスフルな場面といわれており、看護の現場においても人間関係における困難さが精神的不調感に関わることが明らかにされている[22-25]。重回帰分析によると、就職1ヶ月時において対人関係、職場内支援度が共に心理的ストレス反応に影響しているが、職場内支援度による作用が対人関係より比較的大きい。つまり上司や同僚に相談できる環境に置かれていないことが、職場の対人関係に難しさを感じることよりも精神的な疲労に繋がりやすいことを示唆している。就職1ヶ月時のみに職場内支援度による関連が見られる背景として、就職1ヵ月後は新しい職場環境にまだ馴染めていない時期であり、新人看護職員が職場で上司や同僚と気軽に話をすることや、個人的な相談ができる程の関係がまだ形成できていないことが推測される。しかし本研究の場合、対象者は日ごろ仕事に従事している部署がそれぞれ異なること、そして部署によって新人看護職員が配属される人数が異なることから自身の所属部署によって職場の人間関係に対する見方に差異が生じている可能性を否定できない。

仕事の適合性の下位尺度は「今の仕事の内容は自分に合っている」「働きがいのある仕事だ」の2項目で構成される。仕事の適合性に対し否定的な回答を寄せた対象者は就職1ヵ月時で21.79%、就職6ヶ月後で19.23%であった。要因の有無により心理的ストレス反応に有意な変化が生じたのは就職6ヶ月後であった。重回帰分析の結果によると同時期に仕事の適合性が心理的ストレスに最も大きい作用を示していた。就職6ヶ月後における精神的疲弊が自身の仕事に対する適性や遣り甲斐への自己評価の低さに関わっていることを示唆している。Katz の個人の組織への適応理論によると、新しい職務に就任して6ヶ月～3年後の時期は「刷新(innovation)」の時期であるとされる。「刷新」の時期は仕事における達成感の獲得に関心が寄せられ、職務の内容や自分の能力を発揮できるかどうかに敏感になると言われる[26]。本研究における就職6ヶ月後の時期をこの「刷新」の時期に当てはめると、就職6ヶ月後は新人看護職員が職場組織内における個人の適性や働き甲斐について関心を持ち始める時期と考えることができる。そして仕事に対する能力や適性に対し疑問や悩みを抱くことが、心理的ストレスの発現に関わると推測できる。しかし仕事の適合性の評価は、看護職に向いていないといった「職務不適応」、働く組織が自分に合わないといった「職場不適応」、自分の意欲や満足が満たされない、自己実現ができないといった「自己不適応」の3つの不適応と関連しており[27]、本調査の評価のみの判断では、どの不適応によるものかが不明である。従って適合性について悩む看護職員に実際に対応する場合、仕事に向いていない、働き甲斐がないと評価する本人の理由に配慮する必要がある。

以上、主観的ストレス反応に対するストレス要因の関連とその背景について考察した。しかし、主観的ストレス反応はストレス要因のみによって起こるものではなく、前段階として負荷されるストレス要因を脅威であるか否かと判断する本人の認知が存在した上で発生する[28,29]。従って好ましくないストレス要因そのものを改善と共に、ストレス要因を脅威

と感じさせない為の事前対処行動の獲得にも焦点を当てたストレスマネジメントを講じることが求められる。

3. 早期離職行動に関連する要因

早期離職行動の全該当者４名が就職１ヶ月時において仕事適合性の「問題あり群」に属しており、その５ヵ月後においても４名のうち３名が引き続き仕事適合性の「問題あり群」に属していた。つまり早期離職行動の該当者は、就職１ヶ月の時点で自身の仕事適合性に対して否定的な評価をしており、その後の過程は不明であるものの、５ヵ月後にも否定的な評価をしていたことになる。また$\chi 2$検定および多項ロジスティック回帰分析の結果によると、就職１ヶ月時、就職６ヶ月時の両時期において仕事適合性の低さが早期離職行動のリスクを高めていることが確認された。また早期離職行動に対する主観的ストレス反応との関連性は示唆されなかった。これは主観的ストレス反応の悪化ではなく、仕事適合性の低さが早期離職行動の発現に関わっていることを示唆している。主観的ストレス反応の軽減は職場不適応の防止策として捉えられているが、本研究の結果より、主観的ストレス反応の存在よりも仕事適合性がさらにリスクを高める要因であることを明らかになった。従って職場不適応の対策の一つとして、仕事適合性の改善をも考慮した介入を考えていく必要があると思われる。

しかし本研究において早期離職行動の該当者が両調査時期において仕事適合性を否定的に評価していた背景を推測する場合、該当者の数が極めて少ないことから個人的要因による影響を払拭することはできない。さらに今回は離職者と配置転換希望者を同等に扱って分析を進めている。離職および配置転換の希望は共に職場に対して何らかの不適応が生じたという点では共通であるが、配置転換の希望を願い出る行為を職場に対する不適応に前向きに対処した結果と捉えた場合、離職者と配置転換希望者の間には、不適応に対する対処行動に差異がある可能性がある。一方、看護職は「仕事のやり甲斐、働き甲斐」に対する否定的な考えを医師より 2 倍以上有するといわれ [30]、就職時点からすでに「自分は看護師に向いていない」と考えている看護職員が調査対象者の６割を占める [31] とも言われる。つまり仕事適合性に対する自己評価の低さは看護師の特徴と推測することもできるため、仕事適合性に対して否定的な評価をする者が全員、早期離職行動のリスクを有するとは考え難い。以上の点から、早期離職行動に対する関連要因の検討は議論の余地があり、今回の研究結果を踏まえた上で更なる検討を行いたい。

4. 今後に向けた提言、課題

研究結果として、新人看護職員が抱える主観的ストレス反応の特徴が就職１ヶ月時、就職６ヶ月時において異なることが示唆された。従って、今後のストレスマネジメント研修において、各時期の主観的ストレス反応の特徴に合った効率的な介入方法を組み立てていくことが出来るのではないかと思われる。まず就職１ヶ月時は主に上司や同僚によるソーシャルサポートが主観的ストレス反応に影響していることから、職場内において良好な対人関係を構築することを目標としたプログラム研修が望ましいと思われる。加えて、この時期は新卒の看護職員は、過去に看護師の職務経験がある看護職員と比べて主観的ストレス反応が強く表れる可能性がある。従って、新卒の看護職員に対し、特に留意して支援していく必要がある。そして就職６ヶ月時は仕事の適性や働き甲斐が主観的ストレス反応に影響し、また自身の適性や能力に関心を寄せる時期でもある。従って仕事に対する適性、将来像などについて客観的に自己分析を行うことや、周囲の評価を聞く機会を設けるといった介入を行うことが望ましいと思われる。

今回の研究では、新人看護職員の早期離職に着目した。しかし看護職員にとって退職に踏み切るかこのまま仕事を続けていくかの大きな分岐点になるのは、就職後 3～5 年目の時期と言われる [32]。就職後 3～5 年目の看護職員は仕事にも慣れてきており、周囲のサポートがなくても自分なりに仕事がこなせるようになる。看護師として独り立ちし、後輩の指導者としての役割も期待される立場である彼らが職場を離れることは、新人の頃から彼らを育ててきた医療機関側にとって大きい痛手である [32]。そして、この時期に離職していく人が絶えないとすれば、現場に残る同期の看護職員に向けられる負担や責任はさらに重くなる。従って、この時期に該当する看護職員に対しても、新たな対象として職場で抱える悩みやストレスに関する調査を行い、明らかにされる問題点について対策を検討する必要があると思われる。

5. 研究の限界について

職業性ストレス簡易調査票はでは勤務形態、家庭生活におけるストレス状態、パーソナリティ等の要因について考慮されていないために、今回の結果で導き出された主観的ストレス反応および早期離職行動の関連要因は数々の職場ストレッ

サー[33,34] の中でも限られた要因の中から抽出されたものである。

また本研究は、対象の追跡期間が５ヶ月と短く、対象者数も十分ではない。従って、主観的ストレス要因と早期離職との因果関係を証明するには至っておらず、要因との関連の背景を推測することのみに留まるものとなった。

【引用文献】

1)　Claus, Karen E Bailey, June T.ナースとストレス.東京:医学書院,1985;32.
2)　Bratt MM, Broome M, Kelber S, et al. Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. Am J Crit Care 2000; 9 (5):307-17.
3)　宗像恒次,高橋徹,稲岡文昭ほか.土居健郎 監修.燃えつき症候群―医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス,東京:金剛出版,1988;24
4)　Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA. Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. Rev Lat Am Enfermagem 2005; 13 (2):255-61.
5)　Belcastro PA, Gold RS.Teacher stress and burnout: implications for school health personnel. J Sch Health 1983; 53(7):404-7.
6)　宗像恒次,高橋徹,稲岡文昭ほか.土居健郎 監修.燃えつき症候群―医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス,東京:金剛出版,1988;132.
7)　影山隆之,錦戸典子,小林敏生ほか.公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連,大分看護科学研究 2003;4:1-10.
8)　加藤正明.労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書 2003;117-164.
9)　荒記俊一,川上憲人.職場ストレスの健康管理：総説,産業医学 1993;35:83-97.
10) Ragland DR, Greiner BA, Yen IH, et al. Occupational stress factors and alcohol-related behavior in urban transit operators. Alcohol Clin Exp Res 2000; 24 (7):1011-9.
11) Hurwitz EL. Do asthma and physical inactivity influence the associations of personal and job stressors with perceived stress and depression? Findings from the 1998-1999 California Work and Health Survey. Ann Epidemiol 2003; 13(5):358-68.
12) Manning MR, Jackson CN, Fusilier MR. Occupational stress and health care use. J Occup Health Psychol 1996; 1(1):100-9.
13) Burton WN, Chen CY, Conti DJ, et al. The association of health risks with on-the-job productivity. J Occup Environ Med 2005; 47(8):769-77.
14) 平成 15 年度厚生労働省「第 1 回　新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」議事録 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/txt/s9025-1.txt]
15) 平成17年度厚生労働省「第六次看護職員需給見直しに関する検討会」報告書 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1208-2b.html]
16) 日本看護協会「2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査」結果（速報） [http://www.nurse.or.jp/koho/h16/press20050224_03.pdf]
17) 糸嶺一郎,鈴木英子,叶谷由佳ほか.リアリティショックに関する研究（その１）～文献検討から～.日本看護研究学会雑誌 2004;27 (3) :196.
18) 近藤美月.新人看護師のリアリティショックに関する縦断的研究　リアリティショックに陥る時期と要因の関連性について.　日本看護学会論文集33回看護管理 2003:257-259.
19) 岩崎佳子,木村美枝子,目黒信子ほか.新人看護師がつらかったとき受けた支援　1 年後の面接を通して.日本看護学

会論文集 33 回看護管理 2003:108-110.
20) 平成 15 年度厚生労働省「第 3 回　新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」議事録 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/txt/s1224-2.txt]
21) 白尾久美子,水谷聖子,小林尚司 ほか.新人看護師（士）の発達過程と看護実践の構成要素に関する研究,科学研究費補助金データベース 2001;研究課題番号 13877416.　[http://seika.nii.ac.jp/]
22) 朝倉隆司.職業性ストレスの疫学.加藤正明.産業精神保健ハンドブック.東京：中山書店.1998；334.
23) Yang MS, Pan SM, et al. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2004; 58(6):636-41.
24) Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. Int J Nurs Stud 2004; 41(1):85-97.
25) Sundin L, Hochwalder J, Bildt C, et al. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; [Epub ahead of print]
26) 平井さよ子.第 4 章 キャリア開発の考え方.看護職のキャリア開発―変革期のヒューマンリソースマネジメント.東京:日本看護協会出版会.2002:52.
27) 外島裕.人事測定の方法.田中堅一郎.産業・組織心理学エッセンシャルズ.京都：ナカニシヤ出版,2004:63.
28) Gal R, Lazarus RS.The role of activity in anticipating and confronting stressful situations. J Human Stress 1975; 1(4):4-20.
29) 児玉昌久.ストレスマネジメント　―その概念と Orientation―.ヒューマンサイエンス 1988;1:82-88.
30) 宗像恒次,高橋徹,稲岡文昭ほか.土居健郎 監修.燃えつき症候群―医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス.東京:金剛出版,1988;85-86.
31) 鈴木安名.新卒看護師の職業性ストレス簡易調査票の分析―早期離職を防ぐには―.病体生理 2005；39:31-39.
32) 川口貞親.７章 職場領域におけるストレスマネジメント(2)－看護師への取り組みを中心に―.坂野雄二 編.学校、職場、地域におけるストレスマネジメント実践マニュアル,京都:北大路書房,2004;120.
33) Taylor B, Barling J. Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. Int J Ment Health Nurs 2004 Jun; 13(2):117-25.
34) Escriba-Aguir V, Bernabe-Munoz Y, Job stress perceived by hospital medical staff. Gac Sanit 2002; 16(6):487-96.

（平成 18 年 12 月 21 日受付,平成 19 年 1 月 13 日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　13 - 25,　2007

新人看護師の透過性調整力と職業性ストレスとの関連について

西牟田 理恵[1)]

Association between the permeability control power and job stress among novice nurses

Rie NISHIMUTA [1)]

【Abstract】

Purpose: The person with strong permeability control power (PC) can appropriately switch the state of the ego in the transactional analysis according to the situation.　Because the person with strong PC is able to maintain personal relations properly, he or she does not fall easily into the stress. The purpose of the study is to clarify the association between the PC and an occupation stress and the association between the PC and changes in ego state after employments for novice nurses.

Method: The subjects were 98 novice nurses who were employed for a certain university hospital in 2004 fiscal year. In this study, the PC and ego state were evaluated using the PC ego-gram. Job stress factors were measured using the Brief Job Stress Questionnaire. As the Questionnaires were executed three times, 48 of subjects who answered all of them were selected as subjects for analyses. Obtained data were analyzed as follows. 1) It was analyzed whether there was a correlation between the score of PC and an occupation stress according to the correlation coefficient of Pearson. 2) As the subjects were classified into two groups of high or low PC according to the score of which cut off point is 12, the values of the job stress score were compared between two groups by a paired t-test. 3) It was analyzed whether there was a correlation between the score of PC and the state of the ego according to the correlation coefficient of Pearson.

Results: 1) One month after the employment, the PC score had a negative correlation with job stress items including job responsibility ($p<0.01$) and control ($p<0.01$) and psychological stress response ($p<0.05$). Six months after the employment, the PC score had a negative correlation with psychological stress response ($p<0.01$). Sixteen months after the employment, there were no significant correlation. 2) One month after the employment, there was significant differences in job responsibility ($p<0.01$) and in psychological stress response ($p<0.05$) between high or low PC score groups. Six months after the employment, there was significant differences in psychological stress responses ($p<0.01$) and in body stress response ($p<0.05$) between them. Sixteen months after the employment, there was no significant differences between them. 3) The PC score had a positive correlation with FC ($p<0.01$) in every investigation.

Conclusion: As for the PC score of novice nurses, the relation to an occupation stress showed the tendency to weaken with the passage of time after the employment. The score of PC of nurses with nursing experiences is suggested to become unrelated to an occupational stress, although one of those without them has a substantial relationship with it.　As subjects those who have a high sore of PC were likely to have a high score of FC, they could appropriately switch the state of the FC ego according to the situation. The results suggest that the intervention enforcing the PC for novice nurses can be a way of an effective stress management just after they are employed.

Key words: new nurse, permeability control power, ego state, job stress, time after entering a company

1)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学専攻　　〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1
Department of Health Care Administration and Management,　　TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University,　　3-1-1　Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka city, Fukuoka, 812-8582, Japan

【はじめに】

ストレスが身体的健康を左右する生理現象に大きな影響を及ぼし、様々な病気の原因となり、さらに病気の経過にも強い影響を与えることは、医学のみならず、一般的常識になってきている[1)]。看護業務は生命と密接に関わり、病床にある人々の身体面だけでなく精神面も支援するという使命を担っており、日々、緊張感を余儀なくされている。また看護の職場は，オーバーワーク気味であることに加え，「生体リズム」が乱れやすい変則勤務のストレスにさらされており、看護師を取り巻く状況は厳しいものがある。その結果，心身の痛みや不調を抱える傾向にあり，「自分をいたわること」「自分に休息を許すこと」が苦手な者や、性格上、頑張りすぎて我身を顧みない者が見られる[2)]。

20 世紀に入り精神分析、ストレス学説、心身医学が成立し、心理的質問表による調査と統計的手法なども発達し、各方面から心と体の健康との関係を明らかにしようとする実証的研究が活発に行われるようになった。1960 年代、米国の精神医学者エリック・バーンによってパーソナリティの構造を「親の心」「大人の心」「子どもの心」という親しみやすい形で心（自我状態という）を捉えて、コミュニケーションのあり方を分析する交流分析が確立された。そこで全ての観察可能な行動を 5 つの自我状態（批判的な親：CP、保護的な親：NP、大人：A、自由な子ども：FC、順応した子ども：AC）に分類し、それらの発生頻度を棒グラフに示すことで人の心を客観的にみることのできる情報収集・分析の道具としてエゴグラムが開発された[3)]。そして近年では、人のパーソナリティの特徴を「心の切り替えが上手いかどうか」を透過性調整力（Permeability Control Power;以下 PC と略す）でみることと、「人との交流が上手いかどうか」を本来の 5 つの自我状態によって見るという 2 つの側面から捉えた PC エゴグラムが 1996 年に桂らより開発された[4)]。これにより、PC エゴグラムの質問項目と結果を使って個人のライフスタイルや行動パターンを把握することができ、現在の自我状態を変容させライフスタイルを変えるためには具体的に何をしたらよいのか誰でも役立てることができる分析ツールとして、一般的に用いられるようになった[4)]。

PC に関する研究においては、透過性調整力の強い人には次のような傾向があることが分かっている。それは①自分を肯定的に感じており、自尊感情が強い、②自分の内部からくる欲求と外部の刺激との関係を現実的に検討して、自分を統制して行動する力である自己統制力が大きい、③自己を確実に認知し、他者による認知とも一致し、自己を適切に把握しており、職業をも含んだ役割についても統一が取れている、④自分とは何かということに関する自分なりの答えをもち、未来に向かって生きるための人生の意味をもっている、⑤仕事などに対して強いコミットメントをもっていることである[4)]。

PC エゴグラムでは自我状態の強い場合と弱い場合のそれぞれについて、プラス面とマイナス面があるという立場で作成されており、どの自我状態が強いから良い悪いではなく、自我状態のプラスの面が多く現れるようにすることが大切であり、このとき影響を与えるのが PC であると考えられている[4)]。山本らによれば、PC の強い人は状況に応じて自我状態を適切に切り替えてプラス面を使えるため、対人関係を上手く持つことができ、ストレスに陥りにくいと考えられると述べている[5)]。

看護師を対象とした先行研究では、自我状態とストレスとの関連について、芳田らは、ストレス適応型は自由に振舞う「ありのままの心」FC、相手を受け入れる「優しい心」NP を現す自我状態の得点が高く、ストレス不適応型では自由な感情を抑える「順応した心」AC をあらわす自我状態の得点が高い値を示し、葛藤状態にあると指摘している[6)]。また、石松らは CP と AC が高い人はストレッサーが多く、ストレス度が高いことを明らかにし、規則を守り、従順であることがストレスを増大しており、この研究結果からエゴグラムはストレス状態を予測する手がかりとなると指摘している[7)]。さらに、PC とメンタルヘルスの状態との関連について、太湯らは看護職者のメンタルヘルスが良好なことと PC が高いことの関係を明らかにした[8)]。

看護業務においては自我状態とストレスの関連を取り上げ、自分の置かれている状態を把握することが日々の業務を円滑に遂行していく上で重要であり，看護師の卒後研修においてストレスマネージメントを積極的に取り入れ、ストレスを緩和するサポート体制を確立することが大切である。ストレスが健康と深い関係のあることが認められる中で、どの時期にどのような要因がストレスを発生させるかを理解することは、それを避けるような対処をすることすなわちストレス対策につながり、職場における社員の健康を支える役割を果たすと考えられている[9)]。このことは、PC の強さが職業性ス

トレス低下の１要因として関わっていることが明らかになれば、そのストレス対策としてPCを強めるためにセルフコントロール能力にアプローチする介入プログラムを導入するなど、今後、職場におけるストレスマネージメントを提唱できる可能性がある。以上のことから、看護領域においてPCを含めた自我状態と職業性ストレスとの関連をストレス要因別にとらえることが重要であると考える。また、これらの調査を経時的に行い報告した研究もあまりないことから、時間的経過によってPCが職業ストレスに与える影響に変化が起こる可能性がある。
そこで本研究では、交流分析の概念に基づき、新人看護師を対象とし、自我状態が新人看護師のストレスにどのような影響を及ぼすのか、透過性調整力を含めた自我状態と７つの職業ストレス要因との関連性を検討した。具体的には先ず、職業性ストレスは自我状態の時間的経過により、どのように変化するのかを検討した。次にPCに着目し、PCの強い人は職業性ストレスにおいて低い状態を示すのか、またその時、PC の強い人は対人交流において５つの自我状態のどこで相手と関わっているのかを経時的に検討することとした。

【対象と方法】

平成16年度に某大学病院に入職した新人看護師98名に対して書面で同意を得た上で、入職後１ヶ月、6ヶ月、16ヶ月の計3回にわたって、質問紙PCエゴグラムと職場性ストレス簡易調査票を用いた調査を行った。有効回答は入職後１ヶ月92名、入職後6ヶ月85名、入職後16ヶ月51名であった。分析に用いる対象者は入職後3回にわたって回答を得られた同一人物48名を選択した。尚、今回の新人看護師は新卒者、既卒者の両方を含んでおり、平成16年度新人社員として入職したものを対象としている。

１．分析方法

① 入職後１ヶ月、6ヶ月、16ヶ月の職業性ストレス、自我状態、透過性調整力の得点が調査ごとに変化が見られるかどうかを比較検討した。
② 新人看護師の透過性調整力と職業性ストレスとの関連を明らかにするために、調査ごとにこの二つの得点に相関が見られるかどうかを検討した。
③ 透過性調整力のcut off pointを12とし、12より大きい群を透過性調整力が高い群、12以下を透過性調整力が低い群に分類し、入職後3回にわたって、職業性ストレスの程度において高低群に差が見られるか、調査ごとに差が見られるかを比較検討した。
④ 新人看護師の透過性調整力と自我状態との関連を明らかにするために、調査ごとにこの二つの得点に相関が見られるかどうかを検討した。
⑤ 透過性調整力のcut off pointを12とし、12より大きい群を透過性調整力が高い群、12以下を透過性調整力が低い群に分類し、入職後3回にわたって、自我状態において高低群に差が見られるか、調査ごとに差が見られるかを比較検討した。
⑥ 調査ごとのエゴグラム（透過性調整力を除く5つの自我状態）をその人の固有のエゴグラムと仮定し、そのエゴグラムの得点と職業性ストレスとの関連が、調査ごとに相関が見られるかどうかを検討した。

２．統計学的解析

統計解析のためのプログラム・パッケージはSPSS12.0の統計解析ソフトを使用した。統計的手法はpaired t-testおよびPearsonの相関係数を用い、有意水準を5%に設定し解析を行った。

【評価に用いた尺度】

１．PCエゴグラム

交流分析理論に基づいて、桂ら（1996）により開発された70項目からなる質問紙法による心理検査である「PCエゴグラム」を用いた。採点法は「PCエゴグラム」の採点法をそのまま採用し3段階（0,1,2点）で評価し、5つの自我状態【批判的な親（Critical Parent、以下CPと略す)、保護的な親（Nurturing Parent、以下NPと略す)、大人（Adult、以下Aと略す)、自由な子ども（Free Child、以下FCと略す)、順応した子ども（Adapted Child、以下ACと略す)、さらに透過性調整力（Permeability Control Power、以下PCと略す）の得点をそれぞれ算出した。

２．職場性ストレス簡易調査票

労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」班である下光、中村ら（1998）により開発された57項目からなる質問紙法によるストレス検査である「職場性ストレス簡易調査票」を用いた[9)]。採点法は採点方法を指示した透明シートが準備されており、これを調査票にあてて、指定ゾーンにおける解答の該当数を得点化した。質問項目はさらにストレス要因別に７つにグループ化されており、仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応、職場内支援について調査した。

【結果】

１．対象者の属性

対象者48名中、男性1名、女性47名であった。年齢は21才から41才までの幅があり、平均年齢は24.0才であった。

２．PCエゴグラムの時系列的変化（表1）

入職後1ヶ月と6ヶ月の比較ではCP値が9.9から8.4へと低下（p<.01)、A値が9.6から8.4へと低下（p<.01)、FC値が14.6から13.6へと低下（p<.05）した。入職後6ヶ月と16ヶ月の比較ではどの自我状態においても特に有意差は認められなかった。入職後1ヶ月と16ヶ月の比較ではNP値が15.1から14.0へと低下（p<. 05)、FC値が14.6から13.2へと低下（p<. 05）した。

３．職業性ストレスの時系列的変化（表2）

入職後1ヶ月と6ヶ月の比較ではどの項目においても特に有意差は認められなかった。入職後6ヶ月と16ヶ月の比較ではコントロール感の平均値が2.1から1.6へと低下していた（p<.01)。入職後1ヶ月と16ヶ月の比較ではコントロール感の平均値が2.2から1.6へと低下（ｐ<.01)、仕事適合度の平均値が0.4から0.6へと高くなり（ｐ<. 05)、身体的ストレス反応の平均値が2.2から3.0へと高くなった（ｐ<. 05)。

４．透過性調整力と職業性ストレスとの相関（表3）

全体的に透過性調整力と職業性ストレスにおいて負の相関を示した。つまり、透過性調整力が強いほど、

職業性ストレスは低い関係にあった。その中でも特に有意な相関がみられたのは、入職後1ヶ月では仕事負担度(－.473、ｐ<.01)、コントロール感(－.382、ｐ<.01)、心理的ストレス反応(－.360、ｐ<.05)の3項目において透過性調整力と負の相関が高く、入職後6ヶ月では心理的ストレス反応(－.453、ｐ<.01)の1項目において透過性調整力との負の相関が高い結果を示した。しかし、入職後16ヶ月ではどの項目においても有意な相関は認められなかった。

５．透過性調整力の高低群と職業性ストレスとの比較（表 4）

入職後 1 ヶ月では PC 高群の方が低群に比べ、仕事負担度は平均値 5.9 と 6.8 で有意に低く（ｐ＜.01)、心理的ストレス反応は平均値 6.5 と 9.5 で有意に低く（ｐ＜.05)、職業性ストレスの 2 項目において有意差が認められた。入職後 6 ヶ月では PC 高群の方が低群に比べ、心理的ストレス反応は平均値 4.4 と 7.6 で有意に低く（ｐ＜.01)、身体的ストレス反応は平均値 1.5 と 3.1 で有意に低く（ｐ＜.05)、職業性ストレスの 2 項目において有意差が認められた。入職後 16 ヶ月では職業性ストレスのどの項目においても有意差は認められなかった。また、PC 高低群の職業性ストレスの時系列的変化をみると、PC 高群では入職後のどの時期を比較しても有意差は認められず、職業性ストレスの著名な変化はなかった。一方、PC 低群では入職後 1 ヶ月と 6 ヶ月、1 ヶ月と 16 ヶ月の比較において仕事負担度の平均値 6.8 から 6.3 へ（ｐ＜.028)、6.8 から 6.4 へ(p＜.028)と有意に低下していた。また入職後 6 ヶ月と 16 ヶ月、1 ヶ月と 16 ヶ月の比較においてコントロール感の平均値 2.2 から 1.7 へ（ｐ＜.024)、2.5 から 1.7 へ（ｐ＜.002）と有意に低下していた。

６．透過性調整力と自我状態との相関（表 5）

入職後 1 ヶ月では NP において正の相関（0.395、ｐ＜.01）が、FC において正の相関（0.450、ｐ＜.01）がみられた。入職後 6 ヶ月では FC において正の相関 (0.501、ｐ＜.01) がみられた。入職後 16 ヶ月では FC において正の相関 (0.447、ｐ＜.01）がみられた。入職後 3 回のいずれにおいても透過性調整力と自我状態の FC には正の相関が認められ、これは透過性調整力が強いほど、FC が高い状態であった。

７．PC 高低群と自我状態との比較（表 6）

入職後１、６、16 ヶ月のどの時期においても PC 高群が低群に比べて自我状態の FC においてのみ有意に高い状態を示した。PC 高群と低群それぞれの平均値は入職後 1 ヶ月 16.0 と 13.1、入職後 6 ヶ月 14.9 と 12.7、入職後 16 ヶ月 16.1 と 11.9（ｐ＜.01）であった。また、PC 高低群でのエゴグラムの時系列的変化についてはどの項目においても有意差は認められなかった。

８．自我状態と職場性ストレスとの相関（表 7）

入職後 1 ヶ月では FC と心理的ストレス反応において負の相関（－0.289、ｐ＜.05）がみられ、AC と対人関係において正の相関（0.302、ｐ＜.01)、心理的ストレス反応において正の相関（0.439、ｐ＜.01）が認められた。入職後 6 ヶ月では CP とコントロール感において負の相関 (-0.329、ｐ＜.05) が、FC と心理的ストレス反応において負の相関（－0.292、ｐ＜.05）が、AC とコントロール感において正の相関（0.335、ｐ＜.05）が認められた。入職後 16 ヶ月では CP と職場内支援度において負の相関（－0.351、ｐ＜.05）が、AC と心理的ストレス反応において正の相関（0.320、ｐ＜.05）が認められた。3 回の調査では、CP と FC はストレスを低める関係に、AC はストレスを高める関係にあった。

表 1　PC エゴグラムの時系列的変化（n=48）

		入職後 1 ヶ月			入職後 6 ヶ月			入職後 16 ヶ月		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p 1-6	平均値	標準偏差	p 6-16	p 1-16
自我状態	CP	9.9	3.4	8.4	3.3	0.002	8.9	3.6	0.096	0.052
	NP	15.1	3.3	14.7	3.5	0.247	14.0	3.9	0.118	0.014
	A	9.6	3.4	8.4	3.1	0.003	9.4	3.5	0.063	0.518
	FC	14.6	3.3	13.6	2.7	0.041	13.2	4.3	0.466	0.037
	AC	13.3	4.5	13.4	4.0	0.828	13.7	3.9	0.478	0.459
	PC	11.8	4.4	10.8	4.5	0.054	10.8	4.5	1.000	0.078

注）CP：批判的な親の自我、NP：保護的な親の自我、A:大人の自我、FC：自由な子どもの自我、
AC：順応した子どもの自我、PC：透過性調整力

表 2　職業性ストレスの時系列的変化（n=48）

		入職後 1 ヶ月			入職後 6 ヶ月			入職後 16 ヶ月		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	p 1-6	平均値	標準偏差	p 6-16	p 1-16
職業性ストレス	仕事負担度	6.4	1.1	6.3	1.2	0.564	6.3	1.1	0.889	0.633
	コントロール感	2.2	0.9	2.1	1.0	0.324	1.6	1.0	<0.01	<0.01
	対人関係	1.0	1.0	1.0	1.0	0.864	1.0	1.0	0.719	0.875
	仕事適合度	0.4	0.7	0.5	0.7	0.256	0.6	0.7	0.351	0.048
	心理的ストレス反応	8.0	5.0	6.7	4.3	0.053	7.3	4.4	0.386	0.357
	身体的ストレス反応	2.2	2.2	2.3	2.1	0.750	3.0	3.0	0.058	0.026
	職場支援度	2.8	1.6	2.6	2.0	0.395	2.8	1.8	0.412	0.868

表 3　PC と職業性ストレスとの相関

		入職後 1 ヶ月	入職後 6 ヶ月	入職後 16 ヶ月
職業性ストレス	仕事負担度	-0.473**	-0.146	-0.170
	コントロール感	-0.382**	-0.128	-0.011
	対人関係	-0.104	-0.078	-0.157
	仕事適合度	-0.109	-0.154	-0.277
	心理的ストレス反応	-0.360*	-0.453**	-0.219
	身体的ストレス反応	-0.251	-0.246	-0.117
	職場内支援度	-0.191	-0.070	-0.142

注）n=48 ，**：1%水準で両側有意、*：5%水準で両側有意

表 4　PC 高低群と職業性ストレスとの比較（n=48）

		入職後 1 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
職業性ストレス	仕事負担度	24	5.9	1.4	24	6.8	0.4	0.008
	コントロール感	24	2.0	1.1	24	2.5	0.7	0.088
	対人関係	24	1.0	1.1	24	1.0	1.0	0.891
	仕事適合度	24	0.4	0.6	24	0.5	0.7	0.675
	心理的ストレス反応	24	6.5	5.1	24	9.5	4.5	0.030
	身体的ストレス反応	24	1.7	2.2	24	2.7	2.1	0.109
	職場支援度	24	2.5	1.5	24	3.1	1.6	0.143

		入職後 6 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
職業性ストレス	仕事負担度	19	6.2	1.3	29	6.3	1.0	0.660
	コントロール感	19	1.9	1.1	29	2.2	0.8	0.277
	対人関係	19	0.8	0.9	29	1.1	1.0	0.343
	仕事適合度	19	0.4	0.7	29	0.6	0.7	0.419
	心理的ストレス反応	19	4.4	3.1	29	7.6	4.3	0.008
	身体的ストレス反応	19	1.5	1.8	29	3.1	2.1	0.039
	職場支援度	19	2.2	1.7	29	3.0	2.1	0.139

		入職後 16 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
職業性ストレス	仕事負担度	14	6.1	1.4	34	6.4	1.0	0.437
	コントロール感	14	1.4	1.1	34	1.7	1.0	0.443
	対人関係	14	1.1	1.2	34	1.0	0.9	0.725
	仕事適合度	14	1.1	0.8	34	0.7	0.7	0.157
	心理的ストレス反応	14	5.6	3.8	34	8.0	4.5	0.096
	身体的ストレス反応	14	2.3	2.9	34	3.3	3.0	0.291
	職場支援度	14	2.8	1.9	34	2.9	1.7	0.905

		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）		
		p 1-6	p 6-16	p 1-16	p 1-6	p 6-16	p 1-16
職業性ストレス	仕事負担度	0.578	0.858	0.748	0.028	0.870	0.028
	コントロール感	0.757	0.248	0.122	0.246	0.024	0.002
	対人関係	0.599	0.451	0.772	0.805	0.688	0.907
	仕事適合度	0.823	0.977	0.818	0.511	0.603	0.247
	心理的ストレス反応	0.105	0.302	0.606	0.273	0.832	0.193
	身体的ストレス反応	0.758	0.374	0.462	0.829	0.441	0.349
	職場支援度	0.614	0.364	0.559	0.612	0.985	0.542

表 5　透過性調整力と自我状態との相関

		入職後 1 ヶ月	入職後 6 ヶ月	入職後 16 ヶ月
自我状態	CP	-0.113	0.161	0.116
	NP	0.395**	0.274	0.265
	A	-0.013	0.269	0.097
	FC	0.450**	0.501**	0.447**
	AC	-0.236	-0.067	-0.153

注）n=48 ，**：1%水準で両側有意、*：5%水準で両側有意

表 6　PC 高低群と自我状態との比較（n=48）

		入職後 1 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
自我状態	CP	24	10.0	3.7	24	9.9	3.1	0.933
	NP	24	15.8	3.0	24	14.4	3.4	0.124
	A	24	9.9	3.0	24	9.4	3.8	0.584
	FC	24	16.0	2.4	24	13.1	3.5	0.002
	AC	24	12.6	4.5	24	13.9	4.5	0.340

		入職後 6 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
自我状態	CP	19	8.5	2.9	29	8.3	3.5	0.839
	NP	19	15.3	3.3	29	14.3	3.7	0.348
	A	19	8.7	3.3	29	8.3	3.1	0.664
	FC	19	14.9	2.4	29	12.7	2.6	0.005
	AC	19	12.4	4.6	29	14.0	3.5	0.169

		入職後 16 ヶ月						
		PC 高群（PC＞12）			PC 低群（PC12 以下）			
		n	平均値	SD	n	平均値	SD	p 値
自我状態	CP	14	9.3	3.4	34	8.8	3.7	0.651
	NP	14	15.0	4.0	34	13.6	3.8	0.273
	A	14	9.6	3.5	34	9.2	3.6	0.720
	FC	14	16.1	2.1	34	11.9	4.4	<0.001
	AC	14	12.5	4.1	34	14.1	3.8	0.190

		PC 高群（PC>12）			PC 低群（PC12 以下）		
		p 1-6	p 6-16	p 1-16	p 1-6	p 6-16	p 1-16
自我状態	CP	0.161	0.462	0.583	0.088	0.594	0.232
	NP	0.555	0.839	0.469	0.920	0.508	0.457
	A	0.208	0.431	0.801	0.247	0.260	0.886
	FC	0.136	0.128	0.854	0.574	0.405	0.258
	AC	0.855	0.932	0.932	0.910	0.875	0.805

表 7　自我状態と職業性ストレスとの相関

入職後 1 ヶ月		自我状態				
		CP	NP	A	FC	AC
職業性ストレス	仕事負担度	0.063	-0.244	-0.066	-0.193	0.261
	コントロール感	-0.041	-0.267	0.013	0.011	0.155
	対人関係	0.108	0.082	0.149	-0.121	0.302**
	仕事適合度	-0.133	-0.125	0.001	-0.188	0.210
	心理的ストレス反応	0.077	-0.008	0.158	-0.289*	0.439**
	身体的ストレス反応	0.118	-0.018	0.172	-0.083	-0.004
	職場支援度	0.181	-0.199	0.158	-0.269	0.174

入職後 6 ヶ月		自我状態				
		CP	NP	A	FC	AC
職業性ストレス	仕事負担度	0.196	-0.125	-0.089	-0.032	0.031
	コントロール感	-0.329*	-0.023	-0.111	-0.091	0.335*
	対人関係	0.031	0.045	-0.063	-0.031	0.117
	仕事適合度	-0.037	0.126	0.130	-0.012	-0.116
	心理的ストレス反応	0.228	-0.003	0.050	-0.292*	0.145
	身体的ストレス反応	-0.126	-0.123	-0.102	-0.027	0.153
	職場支援度	-0.072	-0.036	0.103	-0.134	0.093

入職後 16 ヶ月		自我状態				
		CP	NP	A	FC	AC
職業性ストレス	仕事負担度	0.000	0.007	0.126	-0.018	0.117
	コントロール感	-0.199	0.114	0.149	-0.093	0.257
	対人関係	0.108	-0.045	-0.018	0.065	0.022
	仕事適合度	-0.114	-0.244	-0.113	-0.168	-0.010
	心理的ストレス反応	0.008	0.081	0.143	-0.169	0.320*
	身体的ストレス反応	0.030	0.056	0.175	-0.122	0.222
	職場支援度	-0.351*	-0.211	-0.136	0.024	0.085

注）n=48 ，**：1%水準で両側有意、*：5%水準で両側有意

【考察】

PC エゴグラムにおける基準値は CP10.0、NP14.0、A11.0、FC14.0、AC12.0～13.0、PC12.0 である。これをもとに新人看護師のエゴグラムから、対人交流において、「親」「大人」「子ども」という自我状態のどこで相手と関わっているのかをみると、基準値より高い NP や AC と大きく関連があることが明かとなった。NP の高さは人の面倒を見たり、世話をしたり、保護したりする行動パターンであり、AC の高さは社会ルールを守り、人当たりが良く、強調的で多くの人と接する機会の多い看護職者の自我状態の特徴を示している。また、A 値と PC 値は標準よりやや低いという結果であった。A や PC は看護師全体をまとめていく責任のある役割の違いから病棟婦長の立場では必要な要素と考えられている [8)]。冷静に物事を判断し、行動化するといわれている A は職務を状況に合わせ、能率よくやっていくために重要な自我であるのだが、入職後 16 ヶ月という時間的経過の中ではその自我状態を示さなかった。

職業性ストレスの時系列的変化においては特にコントロール感に関して有意な低下を示しており、入職後半年を過ぎた頃から、自分のペースで仕事ができ、自分で仕事の順番・やり方を決めることができる、職場の仕事の方針に自分の意見を反映できるようになってきたことを示唆していると推測され、職場適応が徐々に進んでいることが考えられる。しかし、その他の項目において有意な低下は認められず、むしろ仕事適合度や身体的ストレス反応においては有意に高くなっていることから、看護の仕事内容が自分にあっているか、働き甲斐のある仕事かという自分の仕事事態の将来性や不安などを抱える人も増加してくると考えられ、日々の看護の仕事負担が高いことからその積み重ねが身体への影響を及ぼし身体反応を出現させる結果となった事例も少なくないと考えられる。

次に研究の中心となる透過性調整力に着目した結果について考察したい。透過性調整力の項目は表 8 に示すように 10 項目からなっており、1996 年に桂らにより、自我境界の透過性を調整する力まで分かるようにした質問紙法エゴグラム「PC エゴグラム」が開発され、水野ら [10)] により信頼性・妥当性とも既に証明されている。交流分析の理論では、自我状

態を状況に応じて適切に切り替えていくのが健康な自我のあり方と考えている。五つの自我状態の強弱によって心のエネルギーのあり方を捉えるだけでは、そのエネルギーをうまく使うために自我状態を適切に切り替えられるかどうかの理解はできない。つまり自我状態の「機能分析」ということで「エゴグラム」を用いて五つの自我状態の働きを見ても、それがうまく機能しているかどうかは分からないのである。またM. ジェイムスは「自立しているサインの1つは、半浸透性の境界を通じて一つの自我状態から他の自我状態へと自分の精神エネルギーを自由意志で移行できることだ」と述べている。このような状態が、心のエネルギーがうまく使えている状態なのである。「自我状態間にある半浸透性の境界を通じて心のエネルギーが自由に移行できる程度」が透過性（Permeability）であり、桂らはその透過性を調整する力を透過性調整力と名づけた。それは内外の刺激に応じて自我状態を適切に切り替える力であり、自我状態の切り替えのよさの程度を示している[3,4]。

表8　透過性調整力の項目

1.　気持ちの切り替えがうまい。
2.　何かするとき自分で決めて行動する。
3.　その場にふさわしい行動をとることが多い。
4.　いつまでもクヨクヨしない。
5.　思ったことはすぐ行動に移す。
6.　その場の状況にあわせた行動が自然にできる。
7.　仕事はテキパキと片付ける。
8.　過ぎたことにはいつまでもこだわらない。
9.　セルフコントロールがうまいほうである。
10.　その場の雰囲気に苦労なくとけこめる。

透過性調整力と職業性ストレスとの相関においては、3回の調査結果から全て負の相関を示しており、透過性調整力が強いほど職業性ストレスは低い関係にあることが示された。ただし、有意な相関が認められたのは入職後 1 ヶ月では 3 項目と6ヶ月1項目のため、時間が経過することにより透過性調整力と職業性ストレスとの関係性は弱くなる傾向にあり、入職後間もない時期は透過性調整力が強い人の方がストレスに上手く対処している可能性が示唆される。また、透過性調整力の cut off point を 12 として PC 高群と PC 低群に分類し、職業性ストレスを比較した場合は3回の調査においてどの項目においても PC 高群のストレスの平均値の方が低かったことは、相関分析の結果と一致していた。いずれの時期においても透過性調整力が強い、すなわちセルフコントロールが調整できている人は、状況に応じて自我状態の切り替えを適切にできるために、職業性ストレスが低くなる傾向になるものと考えられる。この結果は、交流分析という観点から、新人看護師の自我状態と職業性ストレスとの関連を明らかにすることにより得られたと考えられる。このことによって、新しい職場環境に置かれている新人看護師の働いている心を、感情および思考、さらには一連の行動様式を捉えることができたといえる。透過性調整力の強弱で職業性ストレス関連をみることは、新人看護師のストレス要因を考える上でもう1つの視点を与えることができたといえる。

次に、透過性調整力と自我状態との関連に注目した。透過性調整力が強い場合、自我状態のマイナス面をカバーでき、現在の自我状態がまずい結果をもたらすと予想される場合は、他の自我状態に切り替えられるため、多くの場合、対人関係をうまく持つことができる。一方で、透過性調整力が弱い場合は、現在の自我状態がそのまま表に現れる傾向があり、またいつまでも1つの自我状態にこだわるため、問題がこじれやすいといわれている[4]。このことから、透過性調整力の強い人の方が自我状態のプラス面をうまく使う可能性が高くなるとされており、透過性調整力が強い状態の時には自我状態のどの自我との関連性が強く、どのような自我状態のプラス面が作用しているかをみることにした。その結果、透過性調整力と自我状態との相関では、3回の調査においていずれも自我状態の FC（自由な私）と有意な正の相関が認められ、透過性調整力が強いほど FC が高い状態を示すことから、FC のプラス面をうまく使っている可能性が高いと思われる。また透過性調整力の高群と低群での分類と自我状態との比較においても、高群の FC においてのみ有意に高い状態を示していた。FC のプラス面には自然の感情を表現でき、明るく生き生きしており、何物にも縛られず自由でのびのびし自分の欲求を表現し生きることを楽しむという特徴がある。このことは、対人交流の多い看護職場において患者、同僚、上司に

対して自己表現がうまくできることや感情の発散ができることで仕事の不満や悩みを回避でき、ストレスの低い状態を作り出すことができていると考えられる。これが透過性調整力の強い人ほど、職業性ストレスを低い状態を示しているもう1つの要因であると推測できる。

透過性調整力以外の自我状態と職業性ストレスとの相関では、3回の調査において6ヶ月以降、CPにおいてコントロール感や職場支援度と負の相関があり、これはCPが強いほど職業性ストレスは低くなることを示している。CPは「～しなさい」と命令したり、支配し非難したりする行動パターンであり、自分の価値観や考え方をもち、信念に従って行動しようとする私であることから、半年を経過した頃より仕事に対して理想や責任感を持って行動するようになり、自分の考えをはっきり主張できるようになったことから結果として職業性ストレスを低下させたと考えられる。また、FC、AC と職業性ストレスの間には全体的に負と正の相関という正反対の結果が得られたFCでは心理的ストレス反応において、ACでは対人関係、コントロール感、心理的ストレス反応に対して有意な相関があり、FC が強いほどストレスは低い状態を示し、ACが強いほどストレスは高い状態を示した。FCは子ども時代に自分の思いのままに行動していたときのように行動するパターンであり、欲求のままにふるまい、感情をそのままに表す、何物にもしばられない自由な私であることから、ストレスを緩和できると考えられる。一方で、AC は子ども時代に両親や親的役割の人たちの要求や期待に沿おうとして順応的な行動をしたときのように行動するパターンであり、人に合わせることで受け入れてもらおうとする、よい子の私であることから、自分の本当の気持ちを抑えて、相手の期待に沿おうと努め社会的規範に従って行動する傾向にあり、この心が強く現れると嫌な事とも嫌と言えず、ストレスを溜め込むことになりやすいことから、結果的にストレスを高めたと考えられる。

今回の研究の結果から、1つのストレス対策を提唱したい。ストレスを発生させる要因が個人の自我状態である透過性調整力にあることが明らかになった。特に、入職後間もない時期はストレスとの関連が強いことから、入職後直ぐにでもストレス対策を始めた方がよいといえる。透過性調整力は自我状態に使われる心のエネルギー量を変えるほかに、自我状態の発揮の仕方を適切なものにするといわれており、心の健康が促進され、対人交流もうまくいくようになるとされる。エゴグラムの低い自我状態を高めなくても、適切な時にその自我状態が発揮できればよい。すなわち、透過性調整力が強い人は自我状態を適切に切り替えることができやすいため、各自我状態のプラス面が生かせる可能性が大きいといえる。逆に、透過性調整力の弱い人は自我状態の切り替えが上手くいきにくいため、自我状態のプラス面を活かしにくいのである。そこで心の健康や対人交流を改善するために透過性調整力を強めることが有効になる。

透過性調整力を強める方法として、桂らはセルフコントロールが上手いことが必須条件であると述べている[4)]。そのためには、CPの自我状態のあり方が問題になる。CPはルールを守るという機能をもっており、感情・欲求レベルの問題がないよう納得した上でルールを守るという基本が満たされていることが必要である。また、CP による批判が生じたときには必ずAによる判断を行うようにすると、セルフコントロールの力を強めることができ、透過性調整力も強くなっていく。これは、CP のマイナス面の特徴である、はっきりした理想がなく、自分の価値観があいまいで自分の意見を主張できないことや、尊大で命令的になり、人を支配し非難したり、自分の思うとおりに動かそうとするなどの行動が表面化して、対人交流に問題が生じた場合、Aの特徴である目の前の事実に基づいてどうしたら上手くいくかを、理性的冷静に考えて判断し行動し問題解決に努めることを個々人が意識し、日々の仕事場面において活用することである[4)]。さらに、透過性調整力を強めるポイントは、コミットメントとされており、自分を取り巻く物事や自分自身に関心を持つことが重要である[4)]。これは自分が何者で、自分の欲求は何であるかをよく理解することなので、そのためには、まず、自分の欲求を大事にすることから始める。例えば、仕事中に身体からくる信号を無視しないで、疲れたときには机から離れて一息入れることが役立つ[4)]。以上のようなストレス対策を挙げたが、個人がストレスに対して日頃の心構えとして、職業性ストレスやエゴグラムなどの質問表などを用いるなどして、早期に自分のストレスや自我状態を認識し、日常業務の中でストレスに上手く対応できるよう実践していくことで、ストレスへの抵抗力を高めることができるのではないかと思われる。

最後に研究の限界についてであるが、新人看護師を新卒者のみに限定していないこと、経験者と分類して分析を行っていないことで経験の差から職業性ストレスとの関連性に異なる結果を生じていた可能性が示唆される。また、一施設の限られた期間であったため今後は次年度の新人看護師においても同様の結果が得られるかどうか、継続的に研究を続けていく必要があると考えている。

【まとめ】

入職後の時間的経過は自我状態の変化に影響を与えた。入職後 6 ヶ月では CP 低下、A 低下、FC 低下し、入職後 16 ヶ月では NP 低下、FC 低下を示した。透過性調整力に関しては 3 回の調査において差は認められなかった。

入職後の時間的経過は職業性ストレスの変化に影響を与えた。入職後 6 ヶ月ではコントロール感の低下、入職後 16 ヶ月ではコントロール感の低下、仕事適合度の向上、身体的ストレス反応の向上を示した。

透過性調整力と職業性ストレスとの関連については、透過性調整力が強いほど職業性ストレスが低い状態を示した。特に、入職後 1 ヶ月では仕事負担度、コントロール感、心理的ストレス反応、入職後 6 ヶ月では心理的ストレス反応に対して有意な負の相関がみられ、入職後 16 ヶ月では有意な相関はみられなかった。さらに透過性調整力を高低群に分類して職業性ストレスの差を比較した場合においては、入職後 1 ヶ月では仕事負担度、心理的ストレスに、入職後 6 ヶ月では心理的ストレス反応、身体的ストレス反応に有意差がみられ、入職後 16 ヶ月においてはどの項目においても有意差は見られなかった。このことから、時間的経過とともに、透過性調整力と職業性ストレスとの関連は弱くなっていく傾向にあるといえる。

透過性調整力と自我状態との関連については、３回の調査においていずれも FC と正の相関を示した。さらに透過性調整力を高低群に分類して自我状態の差を比較した場合においても、FC のみに有意差がみられた。このことから、透過性調整力は対人交流において自我状態の FC を適切に切り替え、FC のプラス面を生かせている可能性が大きいといえる。

５つの自我状態と職業性ストレスとの関連については、３回の調査から CP と FC は職業性ストレスを低下させ、AC は職業性ストレスを向上させる関係にあった。

【謝辞】

本研究にご協力下さいました皆様に心から感謝申し上げます。

【引用文献】

1)　高野良英：実践職場のメンタルヘルス．岩崎学術出版社、2001
2)　隔月刊こころケア．日経研通信、2004
3)　桂戴作、新里里春、水野正憲、杉田峰康：交流分析とエゴグラム．チーム医療、1993
4)　桂戴作、新里里春、水野正憲：PC エゴグラム．適性科学研究センター、1997
5)　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
6)　芳田章子、前山直：看護学生の自我状態とストレス反応との関連．藍野学院紀要 13、45 - 53、2000
7)　石松直子、大塚邦子、山口典子他：看護職のメンタルヘルスに関する研究．日本看護研究学会雑誌 25、232、2002
8)　太湯好子、兼光陽子、岡野一伸子他：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 26、152 - 157、2001
9)　働く人の心の健康づくり．中央労働災害防止協会、2001
10)　水野正憲、新里里春、岡野一央博他：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 20、45 - 51、1995

【参考文献】

・金城江利子、新里里春、岡野一伸子：自我状態の透過性尺度に関する研究．交流分析研究 26、86 - 93、2001
・卯津羅祥子：職場および家庭におけるストレス要因が自覚的健康度、心理的健康度に及ぼす影響．
日本公衛誌 49、18-27、2002
・藤原千恵子、本田育美、星和美他：新人看護婦の職務ストレス認知に関する縦断研究．日本看護研究学会雑誌 24、383、2001
・太湯好子：看護職者の仕事に対する意識と燃え尽き症候群との関連．川崎医学会誌 23(3)
・石松直子、大塚邦子、坂本洋子：看護婦のメンタルヘルスに関する研究．日本看護研究学会雑誌 24 、11-19、 2001
・山本英子：プリセプターのストレスとサポートシステム．看護展望　28、102-110、2003

（平成 18 年 12 月 15 日受付, 平成 19 年 1 月 13 日受稿）

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　27 - 39,　2007

ケーススタディ

次世代ヘルスケアシステムの研究：
リハビリテーションを核とした急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、切れ目のない医療・介護サービス体制の構築を目指して

服部直和[1)]　服部文忠[1)]　眞﨑弘太[1)]
窪田昌行[4)]　山﨑哲男[2,3)]　馬場園明[5)]

【はじめに】

我が国は今後もさらに高齢化が進行し、疾病、障害のリスクが高い要介護になりやすい 75 歳以上の後期高齢者は、2025 年には現在の 2 倍の 2026 万人に急増するものと推定されている。これは、団塊の世代が後期高齢者となるからである。長尾病院の主な診療圏は、福岡市の城南区、南区である。この地域の現在の高齢化率は 15.5%と全国平均に比べ低いが、今後急速に高齢化が進み後期高齢者の数が増加すると予想される。高齢化率の低い地域ほどインフラの整備が遅れているため、今後の高齢者医療、介護に対するニーズが増えることが予想されている。日本全体としても世界のどの国も経験したことない“超高齢社会”、すなわち、65 歳以上の高齢化率が 40%を超える時代を 2050 年に迎えることが予測されている。

一方、これらの医療・福祉サービスを維持していく財源は限られている。いま、日本は国・地方の長期債務残高が 775 兆円で、国家予算の一般会計における歳入の 49 兆円の 16 倍、国民総生産 514 兆円の 1.5 倍である。 このことを考えれば、今までと同様の公的な施設財源だけでは、高齢者への医療・福祉ニーズを満足することは困難な状況になってきた。

今までの病院経営は診療報酬が大きな収入源であり、診療報酬の改訂ごとに、その趣旨に沿う形で、対応し、診療と管理を強化することが重要であり、それだけで対応できた。しかし、これからは事業戦略を立て、病院のビジョン、中長期的な計画を立てる必要がある。このような環境を考慮すれば、国全体としてはこれからも医療保険制度を維持していくことが最優先課題であり、そのためには、限られた医療資源を、効果的・効率的に活用していく必要がある。

福岡市の特定医療法人順和、長尾病院は、2005 年に開設 40 周年を迎えた。長尾病院は、一般病棟（33 床）と回復期リハビリテーション病棟（60 床）、療養型病棟（医療保険）（30 床）を併せ持つケアミックスの内科病院で、リハビリテーションと透析医療を特色としている[1)]。

とりわけ、脳卒中を含む循環器疾患、パーキンソン病などの神経疾患、腎臓病、消化器疾患、糖尿病、高血圧、リウマチには専門性を持ち、リハビリテーションでは脳卒中の急性期リハビリから回復期リハビリ、維持期の通所リハビリまで対応可能で、高次脳機能障害、嚥下障害、リハビリ装具の領域では地域のリーダーを目指している[2,3)]。

さらに、医療と福祉の連携が求められてきた中で介護老人保健施設と在宅ケアセンターを併設し、介護老人保健施設では医療から継続した維持期リハビリを行い、在宅医療に結びつけるよう努力し成果を上げている。また、リハビリ後の次の住まいとして、家庭に復帰できない方のために、個室専用の新型特別養護老人ホームをオープンし医療と福祉のトータルケアを追及している[4)]。

1)　特定医療法人 順和 長尾病院
〒814-0153　福岡市城南区樋井川 3-47-1
TEL:092-541-2036　　FAX:092-511-6039
2)　福岡大学大学院法学研究科
福岡市城南区七隈八丁目 19 番 1 号
TEL:092-871-6631 (代) 内 2913　　FAX:092-862-4431
3)　医療福祉経営マーケティング研究会
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1 ｺﾗﾎﾞｽﾃｰｼｮﾝⅡ 512
TEL:092-642-6298　　FAX:092-642-6298
4)　ホームベースマーケティング株式会社
〒812-0054　福岡市東区馬出 2-2-35-2F
TEL:092-201-0808　　FAX:092-631-5432
5)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961

このように、長尾病院は医療技術の専門性の向上に研鑽していると共に、地域に根ざした医療と福祉の総合的なサービスを提供してきた。今後は、主要な対象診療圏である福岡市城南区・南区の加速していく高齢化に対応して、新たな効果的、効率的な医療・福祉サービスを提供することも検討していく必要がある[5)]。

【医療法人 順和 長尾病院が目指すもの】

長尾病院が開設されたのは1965年、高度成長の真只中で東京オリンピックが開催され、東海道新幹線が通った翌年であった。そして、日本経済と医療が右肩上がりを続けた時期、1991 年バブル経済が崩壊した時期を経て、なかなか景気が上昇せず、医療には厳しい情勢の今日まで、ケアミック型の地域の中核病院として、創意工夫を重ねてきた。

現院長服部文忠氏の父である前院長の服部一郎氏は、リハビリテーション医療に取り組んだ先駆けの一人で1971年に西日本の民間病院として初めて本格的にリハビリテーションを行い、リハビリを専門とする病院として今に至っている。まだ、言語療法が医療保険の上で認められなかった1981年には、早くも言語療法室を開設した。その伝統は続き、現在、言語聴覚士7名の部門となり、言語障害だけでなく、いま多くの方が困っておられる嚥下障害（飲み込みの障害）にも取り組んで、成果をあげている。

1990 年に院長を服部文忠に交代し、新院長の専門を活かして透析室を開設し、慢性腎不全の治療も行うようになり、さらに内科一般の充実にも努めていった。1990 年後半になって、胃内視鏡やエコー検査などを倍増し、糖尿病などの生活習慣病の治療についても、2006年（平成18年）度の医療制度改革で生活習慣病の対策が言われるかなり以前から、その治療・対策に力をいれてきた。

1999 年 4 月には、新病院をリニューアルオープンし老人保健施設を併設し、さらに在宅医療部門も独立し介護保険制度にも幅広く対応する医療法人として地域の信頼を得てきた。2002 年には、医療機評価機構の認証も取得し、リハビリテーション医学会の研修指定病院にも認定されてきた。

2005 年 4 月、医療法人順和は特定医療法人となり、大学病院や地域医療を担っている先生方にも理事・評議員として経営に参画をお願いし、より公共性の高い、オープンな運営を心がけてきた。また、同年、社会福祉法人を設立し、2005年10月に完全個室型、ユニットケア方式の特別養護老人ホームを開設、地域の福祉の一端を担ってきた。

【専門性レベルの向上】

（1）伝統と信頼のリハビリテーション

1）総合的なリハビリテーション体制

今回（2006 年）の診療報酬改正でリハビリテーションの国の方針が大きく変更された[6)]。リハビリテーションの再編は、長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーションが行われていると指摘されていたことや、疾患の特性に応じた効果的なリハビリテーションの提供や、リハビリテーション医療の必要度の高い患者さんに重点的にリハビリテーションを配分すること、施設の面積とは関係なく、質の良いリハビリテーションの提供が可能なこと等の理由から、今回の改訂が実施されたとしている。

リハビリテーションの役割がこのように変化していく中で、長尾病院のリハビリテーション部では、病気による「後遺症」（障害）を治療するために外来診察や入院治療を総合的に行ってきた。治療は運動療法、物理療法、薬物療法を行っている。また各専門科を持つ病院と連携して障害を最小限にくいとめる努力をしている。さらに、患者さんの失われた機能障害にアプローチするだけでなく、残された機能を最大限発揮できるように専門性を追及し、効率重視でリハビリ専門医による医学的根拠に基づいたリハビリテーションを提供している。

そして、患者さんの生活の質の向上のために総合的なチーム医療を実践することを基本方針としている。チーム医療の

構成メンバーは、医師、看護師、ＰＴ，ＯＴ，ＳＴ、メディカルソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士等である。リハビリテーションと自立生活について発症から退院、自立した生活ができるまで、医療保険、介護保険、社会福祉制度を総合的に活用している。

長尾病院は発症からリハビリテーション、退院、そして在宅での自立した生活までを一貫してフォローするサービス体制をとっている。（図表―1 参照）

なお、特に長尾病院のリハビリの特色として、次の 7 点があげられる。

① 脳血管障害の診療体制が整っているので、急性期から積極的にリハビリを行っている。

② 脳血管障害やパーキンソン病などの運動機能障害のみでなく嚥下障害、失語症など高次脳障害、痛み（腰痛症、五十肩）などに対して最適なアプローチを行っている。

③ 専門外来（脳卒中外来、パーキンソン外来など）があり、十分な連携がとれている。

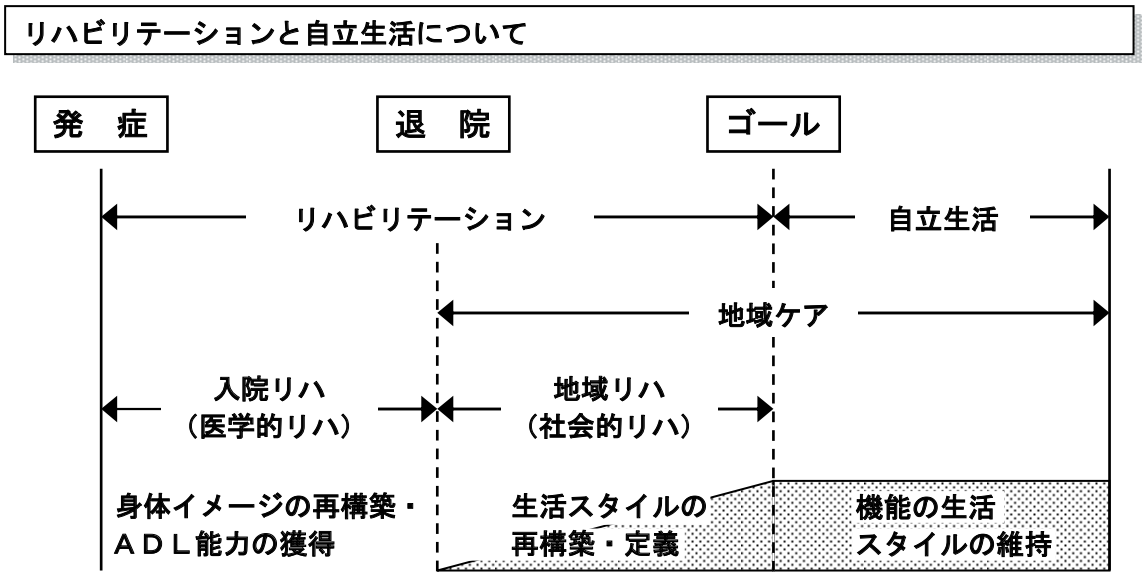
④ 介護保険の在宅サービスである訪問リハビリ、通所リハビリを併設施設で行うことができる。

⑤ 日本リハビリテーション医学会の臨床研修施設に認定されている。

⑥ リハビリテーション医学会専門医が 3 名常勤である。

⑦ 学会、研修会、講習会などへ積極的に参加し、専門技術の向上に努めている。職員研修も充実し、新しい知識、技術の向上に日々努め、機会をとらえて学会発表も行っている。
また、研究会を主催し、臨床研究を行っている [6,7]。脳卒中患者の会（たんぽぽの会）も設立されて、病院として障がい者の生きがいをサポートしている。天神トイレマップの作成など医療・福祉とは別に障がい者と共に歩む姿勢を拡げていくことが必要であると考えている。

図表―1　発症から自宅復帰までのリハビリテーションの流れ



２）言語療法のさきがけ

言語聴覚療法は、リハビリテーション訓練のうち、主に言語能力や聴覚能力の向上を目的としたもので、嚥下障害防止の指導も担当する。06 年診療報酬改訂のリハビリテーションの中で評価されたものに摂食機能療法があり、主に言語聴覚士（ＳＴ）が関与するリハビリテーションである。今まではどんな状態でも月に 4 回までしかこの摂食機能療法は算定できなかったが、治療開始日から 3 ヶ月は毎日算定できるようになった。このことは栄養摂取を最近の経管栄養への方向から口腔摂取への方向へしようとする試みではないかと思われる。

長尾病院では 1981 年に言語療法室を開設したが、現在、言語聴覚士 7 名の部門となり、言語障害だけでなく多くの方が困っておられる嚥下障害(飲み込みの障害)にも取り組んで成果をあげている。その結果は様々な学会で発表している。特に、症例を基にした嚥下障害、失語症者に対する効果的なリハビリについての研究、例えば仮名なぞり読み訓練等による研究は、実際的な研究として高く評価されている [8,9]。

（2）安心の入院療養

1）一般病床からリハビリテーション病床へ

長尾病院は一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療型療養病棟を有する病院であり、リハビリテーションを核として、一日も早い在宅復帰を目指す入院療養体制をとっている。一般病棟は急性期・亜急性期の治療及び早期リハビリテーションを対象とする病棟である。その後、継続してリハビリテーションが必要な方は回復期リハビリテーションに移っていただき、退院後の家庭生活の自立を目指し、充実したリハビリテーションを積極的に行っている。

回復期リハビリテーション病棟は脳血管疾患または大腿骨頚部骨折等の患者に対して、ＡＤＬ能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的と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、言語聴覚療法士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時 8 割以上入院している病棟をいう。長尾病院では、回復期リハビリテーション病棟を 2003 年 1 月に開設以来、在宅復帰率 75%となっており、退院後も安心した家庭生活が送れるように病院が持つ在宅部門と連携し、障害を持って生活していくための支援を行っている。また、在宅復帰が困難な患者さんに対しては他の医療機関・施設等と連携を図り、病状や障害の程度により最適な療養環境を提供している。

リハビリテーションを核とした家庭生活復帰や社会復帰促進を行う中で、長尾病院の特色として、次の 5 つがあげられる。

① 回復期カンファレンス
リハビリ専門医、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、看護師、薬剤師、管理栄養士、メディカルソーシャルワーカー（ＭＳＷ）等、毎朝、情報交換やゴールの設定を行い、スタッフ間の認識の統一を図り、チームアプローチの充実を行っている。

② リハビリテーション回診
リハビリ専門医師、リハビリスタッフ、看護師等で、週 1 回のリハビリテーション回診では、機能回復の程度の確認や今後のリハビリテーションの方針を検討している。

③ リハビリテーション・カンファレンス
リハビリ専門医、主治医、リハビリスタッフ、看護師、ＭＳＷ等で、月 1 回、患者さんや家族を含めてカンファレンスを実施し、インフォームドコンセントの充実をめざしている。

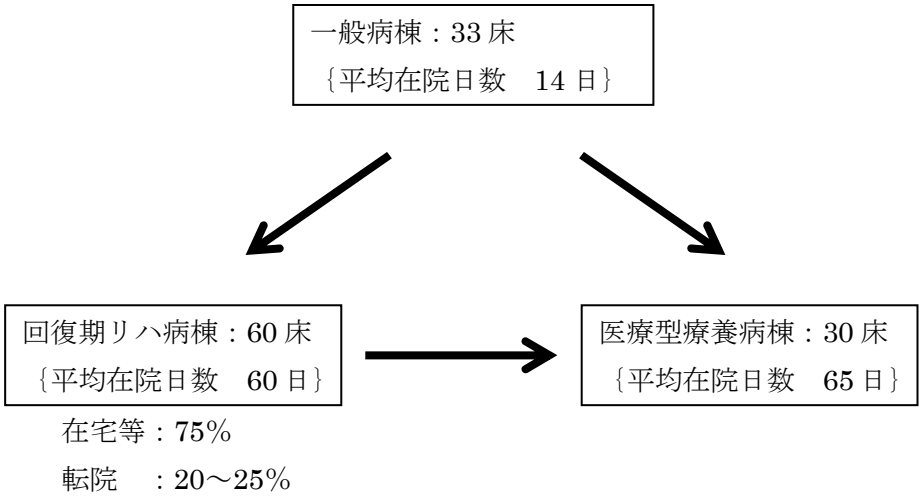
④ 病棟内リハビリテーション
毎日、患者さん 1 人ひとりのケアプランにそって、日常生活の自立に向けて、実生活に即したリハビリテーション訓練を実施している。

⑤ 嚥下訓練食
食事は人が生きていく中でとても大切なことで、嚥下障害のある患者さんに対しては障害の状況に応じて摂食訓練や食事の工夫（トロミ食やゼリー、ミニサー食等）を実施している。

リハビリテーションの効果は医師一人だけの力ではなく、多くの専門家のチームワークによって実現される。
チーム医療のコンセプトを図表-2 に示す。また長尾病院の病棟間の連携、平均在院日数も図表―3 に示した。

図表―2　家庭生活復帰へのチーム医療

図表―3　長尾病院の病棟間の連携と平均在院日数



一般病床の入院患者の上位 5 疾患は、脳梗塞、脳出血、大腿骨頚部骨折、肺炎、廃用症候群の順である。男女比率は、男性 53%、女性 47%でほぼ同数である。年齢別入院患者は図表―4 に示すとおりで高齢者が多く、特に 71 歳以上の高齢者は 75%である。（平成 19 年 1 月時）

図表―4　一般病床の患者の年齢分布

年代	比率
51-60	6.2%
61-70	18.8%
71-80	21.9%
81-90	43.8%
91以上	9.3%

回復期リハビリテーション病棟の入院患者の多い疾患は上位から、脳血管障害、整形外科、廃用症候群の順である。男女比率は、男性 44%、女性 56%で女性がやや多い。年齢別入院患者は図表―5 のとおりで、20 代から 90 以上の高齢者まで利用者の幅はあるが、71 歳以上の高齢者は 65.3%である。（平成 19 年 1 月時）

図表―5　回復期リハ病床の患者の年齢分布

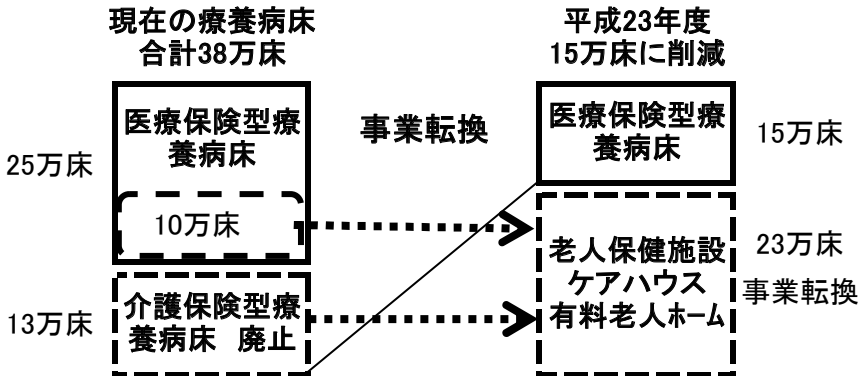
年代	比率
21-30	1.7%
31-40	3.4%
41-50	3.4%
51-60	11.5%
61-70	14.7%
71-80	27.8%
81-90	31.1%
91以上	6.4%

２）ケアミックスにおける医療型療養病床の位置づけ

国は、平成 17 年 12 月、療養病床を再編することを突然発表した [10]。その理由として、療養病床の現状が、①療養病床の入院患者のうち、医師の対応がほとんどない人が概ね５割いるということ、②日本の平均在院日数は国際的に見て極めて長く、特に療養病床がその重要な要因のひとつであるということをあげている。高齢者医療、ケアミックスの経営に苦心していた療養病床を持つ医療機関にとっては、まさに青天の霹靂の出来事であった。

この方針は医療の必要性が高い人のみを療養病床で受け入れ、療養病床は医療保険型のものに限定する。また、医療度の低い人は療養病床ではなく、老人保健施設、または居住系サービスであるケアハウス、有料老人ホームで受け入れることで対応するという方針である。この結果、図表-6 に示すように、現在ある医療保険適用型療養病床 25 万床は、40%削減し、15 万床に削減し、介護保険適用型 13 万床は、将来的に廃止することになった。しかも、削減、廃止目標の期限を平成 23 年度末と明確にした [11]。

図表―6　療養病床の削減計画



今回の 06 年診療報酬改訂以前も長尾病院は、医療型療養病床のみをもつ、ケアミックス型の病院であった。改訂以前は一般病床 31 床、回復期リハビリテーション病床 30 床、医療型療養病床 62 床のケアミックス型の入院体制をとっていた。今回の改訂後は、一般病床 33 床、回復期リハビリテーション病床 60 床、医療型療養病床 30 床のケアミックスへ転換した。

長尾病院は、高齢者医療、療養について高い医療、看護力をもっており、医療に特化した療養病床戦略で十分対応できると考えている。現在の医療区分、ＡＤＬ区分による患者は図表―7 に示すとおり（平成 19 年 1 月時）であり、医師会が調査した全国の平均値と比較して医療区分 2 以上の患者が 78%あり、医療度の高い患者へ対応している [12,13]。

また、長尾病院はリハビリテーションを早期、効果的に行い、早期に在宅復帰させる方針をとっている。他の療養病床の入院患者が、平均在院日数が 1 年を超えるのに比べ、長尾病院の医学療養病床の平均在院日数は 65 日と、在院日数が短い実績をもっている。

図表―7　患者の医療区分の割合

長尾病院

<table>
<tr><th></th><th>医療区分1</th><th>医療区分2</th><th>医療区分3</th></tr>
<tr><td>ADL3</td><td>0.0%</td><td rowspan="2">41.0%</td><td rowspan="3">4.0%</td></tr>
<tr><td>ADL2</td><td rowspan="2">22.0%</td></tr>
<tr><td>ADL1</td><td>33.0%</td></tr>
<tr><td>計</td><td>22.0%</td><td>74.0%</td><td>4.0%</td></tr>
</table>

病院（医師会調査結果）

<table>
<tr><th></th><th>医療区分1</th><th>医療区分2</th><th>医療区分3</th></tr>
<tr><td>ADL3</td><td>11.1%</td><td rowspan="2">37.0%</td><td rowspan="3">13.3%</td></tr>
<tr><td>ADL2</td><td rowspan="2">29.9%</td></tr>
<tr><td>ADL1</td><td>8.7%</td></tr>
<tr><td>計</td><td>41.0%</td><td>45.8%</td><td>13.3%</td></tr>
</table>

なお、入院患者の入院原因の疾患は慢性腎不全、パーキンソン病、脳梗塞、脳出血、大腿骨頚部骨折が 5 大疾患である。

長尾病院における療養病床の入院患者の特性を分析してみると、平成 19 年 1 月時における男女の比率は、男性 38%、女性 62%であり、年齢分布は図表―8 のように、70 歳以上が 88.4%であった。

図表―8　医療型療養病床の患者の年齢分布

年代	比率
51-60	3.9%
61-70	7.7%
71-80	42.3%
81-90	26.9%
91以上	19.2%

【地域に根差した医療福祉の創造】

特定医療法人 順和 長尾病院は旧病院を新しい時代のニーズに合致した機能に再構築する目的で、隣接地に立替計画を行い 1998 年に老人保健施設“老健センターながお”をオープンし、翌 1999 年に病院をリニューアルオープンした。その際、老人保健施設における医療の継続性を重視し、効果的かつ効率的に医療ケアが提供できるように、病院と老人保健施設の合築型とした。老人保健施設は病院施設の 5 階、6 階にあり、入所施設としては一般棟 40 床、認知症専門棟 30 床とし、「一つの屋根の下に老健と病院、だから安心。あなたの笑顔は地域の笑顔」をキャッチフレーズに医療ケア施設としての役割と地域に根ざした施設として、福岡市、城南区、南区の住民に親しまれ、貢献できる医療ケアを提供してきた。

また、ここでは高齢者が家庭等で生活が継続できるように、老健を一定期間利用できる短期入所（ショートスティ）としてのサービスも提供している。さらにデイケアでは、病状が安定期にあり、医学的管理下でのリハビリの必要な方、またご利用者の心身の状況やご家族の病気、冠婚葬祭、出張等のためのご利用、さらにご家族の身体的、精神的負担の軽減を図るためのサービスとして利用されている。デイケアの定員は一般デイケアが 50 名、認知症専門デイケアが 20 名である。

現在の老健センターながおの家庭復帰率は 27.7%となっている。これは病院と一体となって行っている、利用者ごとの状態に応じた個別リハビリテーション訓練の成果であると思われる。また、老健センターながおは、平成 15 年福岡市で最初に第三者サービス評価認証を取得した施設である。この認証を受けることは、福岡市が定めた「福岡市介護サービス評価基準」に基づき評価が行われ、利用者にとって質の高い信頼できるサービス提供者であることを証明するものである。平成 19 年 1 月現在、福岡市の 26 の老人保健施設中 9 施設（35%）が取得している。

特定医療法人順和は、一人ひとりのライフステージに応じた最良の医療・福祉を提供し、地域に貢献できる医療ケア事業者を目指している。地域の住民に総合的な医療・保健・福祉サービスを提供する目的で、2005 年 10 月、完全個室、ユニットケア式の新型特別養護老人ホーム「鹿助荘」を開設した。入所定員は、60 名で、短期入所生活介護 10 名である。基本理念、運営方針は以下のとおりである。

〇基本理念

・地域社会や家庭で、生活を組み立てることが困難になっている方々への身体的・精神的援助を行い、施設での日常生活を通して自立を促し、生き生きとした生涯を送っていただくことを目指します。

〇運営方針

・個人の尊厳を大事にし、入居者の意思及び人格を尊重します。
・家庭における生活への復帰を念頭に置き、自立した日常社会生活に適合できるよう残存機能に応じた支援を行います。
・明るい家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。
・地域の皆様との交流を通じて、地域における福祉の拠点としての施設作りを推進します。

【リハビリテーションを核とした切れ目のない医療・介護サービス体制の構築 ～ 日本版ＣＣＲＣの研究】

これからの医療保険制度を維持していくためには、限られた医療資源を、効率的・効果的に活用していく必要がある。その一つの方法として、保健・医療・福祉サービスを統合して提供することにより、重複がなく、モレのないサービス体制を地域の中で構築していくことが考えられる [14)]。

米国には、CCRC（コンティニューイング・ケア・リタイアメント・コミュニティ）というシステムがある。直訳すると、「継続した保健・医療・介護を提供する高齢者の共同生活体」となるが、日本語訳を“高齢者健康コミュニティ”とする。CCRC は、米国で保健・医療・介護福祉を統合したシステムとして地域に根付いており、しかも医療費、介護費の抑制にも効果をあげている。これからの日本の地域統合を考えていく場合、ＣＣＲＣを参考にして新しい地域統合ヘルスケアシステムを構築していく価値は大きい [15)]。

（1）高齢者健康コミュニティ・日本版 CCRC のイメージ

米国の CCRC では、3 種類の住まいである健康型住まい、支援型住まいというシニア共同住宅と介護型住まいが同じ敷地内に開発されることが普通である。図表―9 に CCRC の３つの住まいの規模について、2004 年のデータを示す。これらのデータから CCRC の建築開発規模は、インディペンデントで約 200 室、アシステッドで約 50 室、ナーシングホームで約 80 室が平均で、全体で 330 室程度の規模となる。米国では、これが平均であるが、日本で 300 室を超える有料老人ホームの開発は大規模な開発になり、この規模のものを開発できる土地は限られている。一方、日本でも住宅型有料老人ホームの先駆けとして、昭和 48 年に初めてオープンした浜名湖エデンの園は 356 室であるが、６期に渡って少しずつ開発し

てきた。このように一挙に 300 室以上の規模を開発するのではなく、段階的に開発していく方法も検討していく必要がある。この規模であれば、入居者のために専任の医師を配置でき、効果的、効率的な予防医療が提供できると思われる。

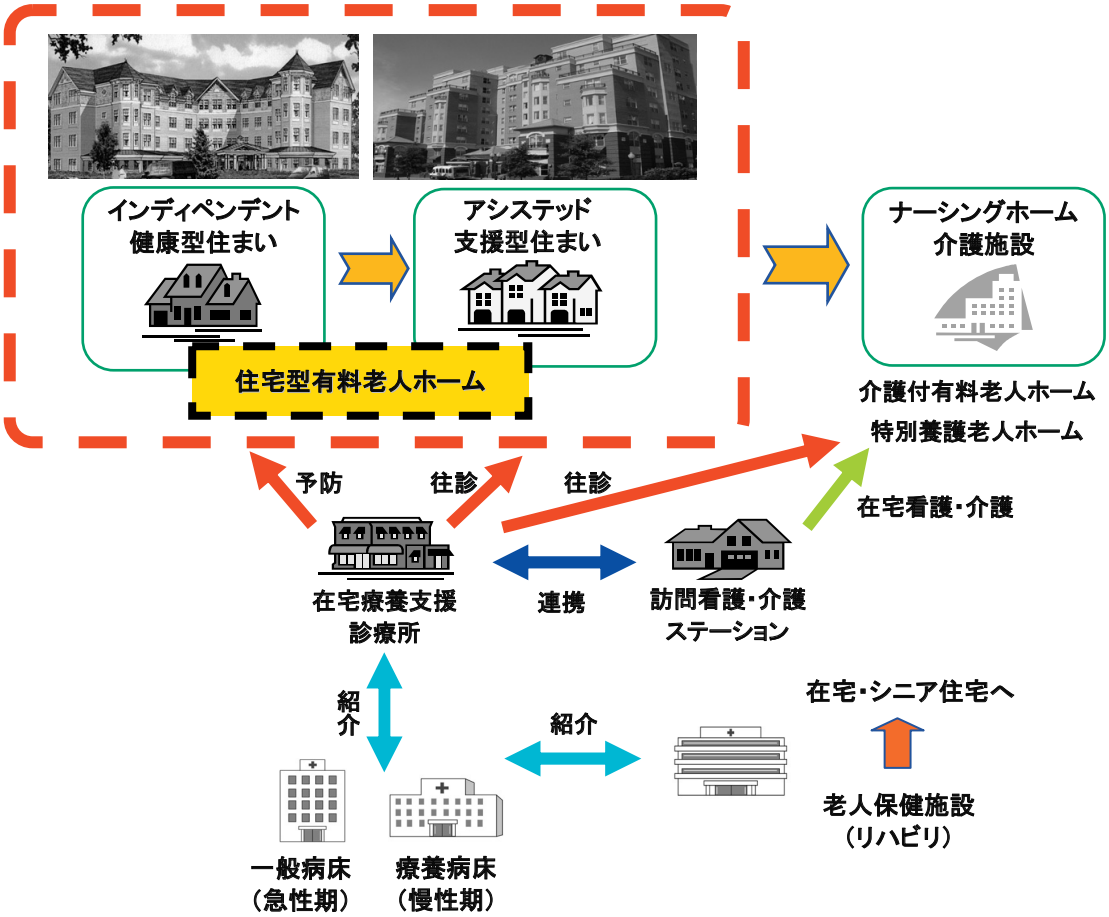
図表―9　米国ＣＣＲＣの居室数

種　類	部屋数	比率
健康型住まい	215 室	63%
支援型住まい	47 室	14%
介護型住まい	77 室	23%
合　計	339 室	100%

しかし、300 室以上の規模の有料老人ホームを開発していくにはそれだけの広さの土地が必要であり、米国のように広大な土地を持たない日本においては、地域の中で、他の施設と連携しながら、日本の地域特性にあった継続したヘルスケアサービスを提供していく“日本版ＣＣＲＣ”を検討・開発していく必要がある。図表－10 に日本版ＣＣＲＣのイメージを示すので、参考にしていただきたい。

このイメージの中で、米国では健康型住まいと支援型住まいを分けて計画されるが、日本では、住宅型有料老人ホームとして造り、自立している高齢者のゾーンと、生活サービスの必要な高齢者のゾーンと区分して住み分けていくことを考え、対応していくことが必要である。

図表―10　高齢者健康コミュニティ・日本版ＣＣＲＣのイメージ



（2）医療機関が高齢者健康コミュニティを開発する意義とメリット

高齢者健康コミュニティにおける住宅型有料老人ホーム入居対象者はほとんどが 75 歳以上の後期高齢者であり、高齢者の多くがもつ疾患である高血圧症、心疾患等の医療上の何らかの問題等を持ち、それぞれのニーズに応じた支援を必要としている。しかし、入居者は一見健康で自立しており、これからも健康を悪化させず、現状を維持し自立し続けたいと願っている。そこで、高齢者の健康を維持するためには保健指導、予防医療の細やかなサービスが必要であり、いざという時の緊急医療へも対応する必要がある。このように医療ニーズ、予防医療、保健指導サービスの需要が高いという点から、CCRC の開発に医療機関がかかわっていくことの意義は大きい。さらに、住宅型有料老人ホームへの在宅医療のニーズは高い。また、医療機関は地域での公益性、信頼性は高いものであり、信頼できる運営事業者という評価が地域の中で高いという点からも医療機関が開発していくメリットは大きい[16)]。

医療機関が高齢者健康コミュニティの構築に取り組みメリットについて整理してみると以下のようになる。

○病床再編による多角化として有効である。
○地域での他の施設との連携を強め、地域で強い特色を持つ。
○病床再編に伴う、余剰スタッフの受け皿となる。
○有料老人ホームを改修で行う場合、既存医療機関の再利用につながる。
○高齢者に新しい安心・安全なライフスタイル（生活様式）を提供できる。
○高齢者の予防に細やかなサービスが全体として提供でき、結果として、医療費・介護費の低減につながり、高齢者の自己負担費用が低減できる。
○医療機関としては、国の診療報酬、介護報酬に依存しない新たな収益源を作ることができる。

【今後の課題】

長尾病院は民間病院としては西日本では先駆けてリハビリテーション医療に取り組み、とりわけ福岡市城南区・南区の地域の方々の医療および福祉のニーズに対応してきた。その中で専門性の向上、医療と福祉の綿密な連携を目指して、21 世紀の医療と福祉とは何かを常に探求し、時代に求められたサービスを提供してきた。このような地域への貢献、努力は地域住民に認められ信頼性の高い医療機関として評判を高めてきた。診療圏の中心である地域住民の高齢者化は、今後、さらに進行し、1 人暮らしの高齢者も増加してきた。一方、国、地方自治体の財政は逼迫してきており、今までのように箱物に補助金を出すことはできない状況になってきた。

このような背景の中、厚生労働省は第五次医療法改正を行い、抜本的な医療制度改革に待ったなしで推進しようとしている。その施策の大方針は、病院から在宅へ、公的な財源だけでなく個人の私的財源の活用へ、医療から予防へ、収容・管理から自由・選択へといったように、大きく変わろうとしている。その具体的な例として、療養病床を 60%削減することを明確にしている。医療型療養病床を持つ長尾病院は、療養病床の事業展開、または事業転換をどうするかという問題も直前にある。

さらに今後高齢化率が 40%を超える、福岡市とりわけ城南区、南区の地域住民に求められる 21 世紀を先取りした医療・福祉とは何か、今まで取り組んできたことに、さらに、プラスアルファーした専門性の向上、地域に根差した医療・福祉のサービス体制の検討、急増する高齢者への高齢者医療の枠組み、老人住宅や認知症対応施設等、地域を支える新たな多角化事業への取り組みや、新たな次世代ヘルスケアシステムを構築していくことを考えている。

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　27 - 39,　2007

【付属資料】長尾病院の概要

特定医療法人　順和
理事長　服部文忠

○　長尾病院

- ◆　院　長　　服部文忠
- ◆　所在地　　福岡市城南区樋井川 3－47－1
- ◆　許可病床数　　123 床
- ◆　敷地面積　　6,046.7 ㎡
- ◆　建築延床面積　　6,747.5 ㎡
- ◆　主な設備　　ヘリカル CT、透析モニター（36 台）人工透析室、CR（一般撮影のデジタル映像処理）
- ◆　各種指定
  - ● 医療機能評価　平成 14 年 5 月 20 日認定証取得（複合病院種別 A）
  - ●（社）日本リハビリテーション医学会研修施設
  - ●（財）日本透析医学会認定教育関連施設
  - ● 総合リハビリテーション施設
  - ● 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
  - ● 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
  - ● 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
- ◆　開院年月日　　昭和 40 年 4 月 1 日（病床数 105 床）
- ◆　増改築　　昭和 48 年 5 月 1 日（病床数 110 床）
  昭和 54 年 3 月 1 日（病床数 130 床）
  平成 10 年 11 月 1 日（病床数 123 床）

○　老人保健施設　老健センターながお

- ◆　施設長　　服部文忠
- ◆　所在地　　福岡市城南区樋井川 3－47－1
- ◆　開設年月日　　平成 10 年 12 月 1 日
- ◆　提供サービス　　入所：70 床（内ショート 5 床）
  通所リハ：70 名

○　ながお在宅ケアセンター

- ◆　所　長　　服部直和
- ◆　所在地　　福岡市城南区樋井川 3－47－1
- ◆　開設年月日　　平成 12 年 4 月 1 日
- ◆　提供サービス　　居宅介護支援事業
  訪問看護ステーション
  訪問リハビリテーション

○　特別養護老人ホーム　鹿助荘

- ◆　施設長　　平田明光
- ◆　所在地　　福岡市南区長住二丁目 1－57
- ◆　開設年月日　　平成 16 年 8 月 6 日
- ◆　提供サービス　　入所 60 床、ショートステイ 10 床、
  ユニットケア完全個室　10 室／7 ユニット

【引用文献】

1)　「長尾よかだより第 41 号」、特定医療法人　順和、2006 年
2)　「長尾よかだより第 43 号」、特定医療法人　順和、2006 年
3)　「長尾よかだより第 44 号」、特定医療法人　順和、2007 年
4)　「長尾よかだより第 42 号」、特定医療法人　順和、2006 年
5)　「特定医療法人　順和長尾病院　活動報告　2004 年度」、2005 年
6)　浅山滉、「特集/介護保険と地域リハビリテーション、前置主義:そのための主治医意見書の書き方は？」、MB Med Reha No34: 17-22,2003
7)　浅山滉、「回復期リハ病棟におけるリハの展開」、JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, Vol12 No3、2003.3
8)　福永真哉、服部文忠他、「超皮質性感覚失語例における復唱の構造」、神経心理学、第 12 巻第 2 号、1996
9)　福永真哉、服部文忠他、「失語症者における仮名なぞり読みの効果」、総合リハ･26 巻 4 号･371～376、1998 年 4 月
10)　政府・与党医療改革協議会、「医療制度改革大綱」、2005 年
11)　厚生労働省、療養病床に関する説明会資料、2006 年 4 月 13 日
12)　福岡県医師会他、「療養病床に関する緊急調査報告」、2006 年
13)　社団法人日本医師会、「療養病床の再編に関する緊急調査」、2006 年
14)　馬場園明、高齢社会での医療機関の多角化戦略、新医療、34、5、26-29、2007.
15)　窪田昌行、「健康支援学入門」、日本健康支援学会編、北大路書房、2001 年
16)　窪田昌行、病医院の事業多角化戦略、病医院の事業多角化戦略モデルプラン集、綜合ユニコム、2007 年

（平成 19 年 7 月 9 日受付、平成 19 年 7 月 30 日受理）

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　41 - 56,　2007

資　料

病医院の事業多角化戦略・モデルプラン考

窪田昌行[1)]　坂口暢史[1)]　馬場園明[2)]

【はじめに】

企業経営と同じように、病医院経営にも事業戦略が必要になってきた。経営学の祖と云われているピーター・ドラッカー氏は、「事業の目的は、顧客の創造である。企業は明日のために、新しい事業を開拓していかなければならない。」と述べている[1)]。企業と同様、医療機関であっても、人が集団で事業を行っているところには、組織が生まれるに至った経緯によって、さまざまな使命、目標があり、その最大の目標は、事業を安定的に存続することである。安定した経営を継続することにより、そこで働く人々の生活の基盤を維持し、地域に貢献していくことになる。

組織が成長していくためには、新しい事業を開拓し新しい顧客を創造していく多角化戦略が不可欠である[2)]。多角化戦略の例として、たとえばホンダ（本田技研工業㈱）は、「わたしたちは、地球的な視野に立ち、世界中の顧客の満足のために、質の高い商品を適正な価格で供給することに全力を尽くす」という経営方針を持っており、二輪産業から自動車産業へ多角化し、最近ではロボットを開発し、ジェット機の市場へ参入し、直近では太陽エネルギー事業を第二の創業として事業展開し、ユニークな経営を行いながら確実に成長している。医療機関を例にとれば、聖隷福祉事業団が経営する聖隷三方原病院は、健康な高齢者を対象とした有料老人ホーム事業をパイオニアとして行うなど、経営の多角化に 35 年以上前から取り組んできている。この病院は「この地域にしっかりと根差し、住民に信頼される病院づくり」という運営方針を持ち、地域の住民の医療ニーズ、介護ニーズ等、さまざまな要望に応えた事業の多角化を行い地域に貢献している[3)]。

今までの病医院経営は国の診療報酬が大きな収入源で、診療と管理を強化することが重要であった。その収益構造を図表―1 に示す。医療機関の収益改善のためには外来、入院患者を増やすか、1 人あたりの収入を増やしていくか、または人件費、材料費というコストを削減していくかになる。しかし、医療機関の収入構造の特徴は、原則的に 2 年おきに変わる診療報酬にゆだねられていることである。このため、いままでは診療報酬の変化を予測し、対応する医療機関が収益を向上してきた。しかし、公的な医療費財源に限界があることを前提とした今回の医療制度改革でその構造が大きく変わりつつある。

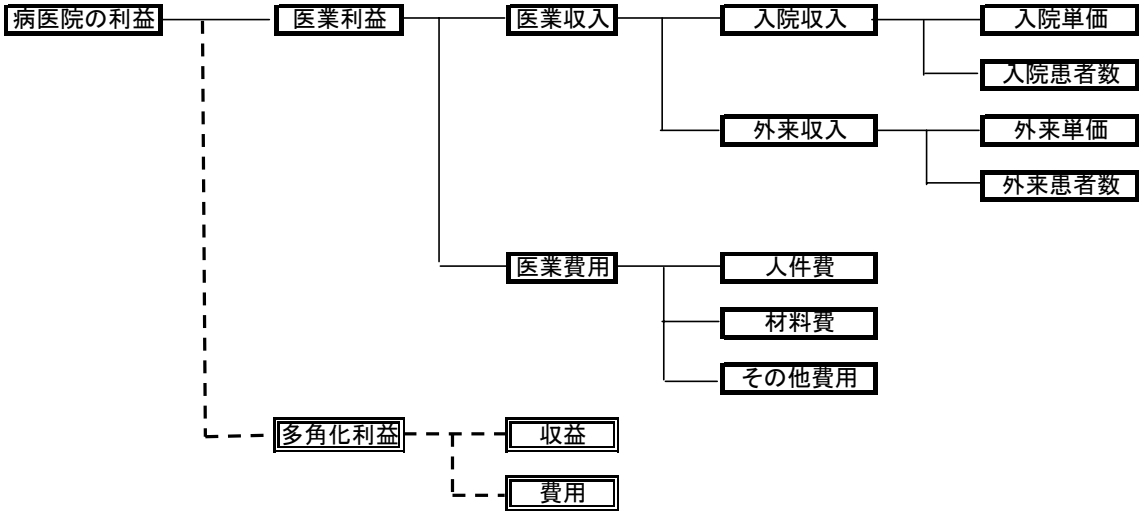
たとえば、政府は平成 17 年 12 月、療養病床を再編することを突然発表したが、今後、医療機関はこのような変化に対応していかなければならない。その理由は、療養病床の現状が、①療養病床の入院患者のうち、医師の対応がほとんどない人が概ね５割いるということ、②日本の平均在院日数は国際的に見て極めて長く、特に療養病床がその重要な要因のひとつであるということをあげている[4)]。高齢者医療、ケアミックスの経営に苦心していた療養病床を持つ医療機関にとっては厳しい方針転換ではあるが、今後の高齢化の進行を考えれば、現在の療養病床の診療報酬を維持することは財政上極めて困難なことであり、試練として受け入れざるをえない。

診療報酬の変化に対応していくだけでは医療機関も成長できなくなり、新たな“多角化戦略”が必要になってきたのである。すなわち医業利益を補完する新たな多角化事業利益を創造していかなければならない。

1)　ホームベースマーケティング株式会社
〒812-0054　福岡市東区馬出 2-2-35-2F
TEL:092-201-0808　　FAX:092-631-5432

2)　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
〒812-8582　福岡市東区馬出 3-1-1
TEL:092-642-6956　　FAX:092-642-6961

図表―1　医療機関の収益構造と多角化利益の関係



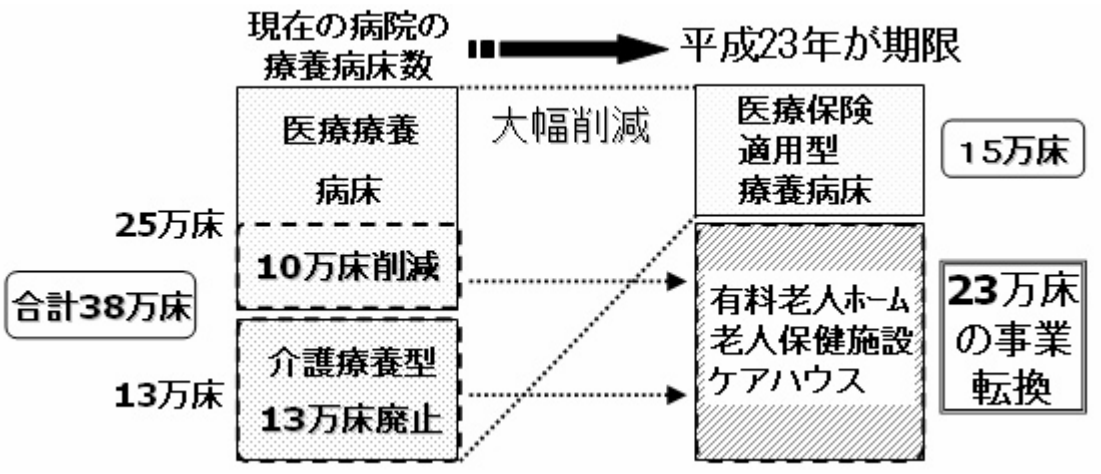
【療養病床再編成に伴う事業多角化】

１．療養病床のリストラクション

（１）療養病床の削減方針

療養病床の削減方針は、医療の必要性が高い人のみを療養病床で受け入れ、療養病床は医療保険型のものに限定していこうとするものである。また、医療度の低い人は療養病床ではなく老人保健施設、または居住系サービスであるケアハウス、有料老人ホームで受け入れることで対応していこうとしている。この結果、図表―2 に示すように、現在ある医療保険適用型療養病床 25 万床は、15 万床に削減し、介護保険適用型 13 万床は将来的に廃止することになった。しかも、削減、廃止目標の期限を平成 23 年度末と明確にした。診療報酬の改訂では、医療区分と ADL によって診療報酬を決定し、医療区分１の診療報酬は極めて低く抑えられ、医療の必要性が高い患者に対応する療養病床のみを残す方針であることが明らかになった[4)]。

図表―2　療養病床の削減計画



（２）退院を迫られる介護難民と呼ばれる高齢者たち

日本医師会は平成 18 年 7 月に「療養病床の再編に関する緊急調査」を行い、調査報告をまとめた。その結果を図表―3 に示す。病院では「医療区分 1」と呼ばれる医療度の低い患者が全体の 41.0%あり、診療所では 59.9%であった。医療機関全体では、医療区分 1 に入る患者は全体の 42.1%であった。さらに、医療区分 1 の患者のうち「病状が安定しており、退院が可能な患者」は、医療機関全体の 63.4%いると報告した[5)]。

これらを整理すると、医療療養病床 25 万床のうち医療区分 1 で医療度が低く、退院可能な患者が、26.7%の 6.7 万人いることになる。このうち、「在宅での受け入れ困難のため、現実には退院不可能」という患者が約 7 割（70.1%）ある。この結果、退院可能な 6.7 万人のうちの 7 割の約 4.7 万人の患者が退院する場所がなく、“介護難民”という言葉で受け皿等の問題をどうするかが大きな課題になっている。

図表―3　療養病床の患者の医療区分・ADL 区分調査結果

全体

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL3	10.9%	36.3%	12.7%
ADL2	31.2%		
ADL1		8.9%	
計	42.1%	45.2%	12.7%

病院

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL3	11.1%	37.0%	13.3%
ADL2	29.9%		
ADL1		8.7%	
計	41.0%	45.8%	13.3%

有床診療所

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL3	8.9%	24.4%	4.2%
ADL2	50.9%		
ADL1		11.5%	
計	59.9%	35.9%	4.2%

（３）療養病床における短期対策と中長期対策の必要性

療養病床を持つ病院には主に次の 3 タイプがある。

A. 医療療養病床のみを持つ病院

B. 医療型と介護型の両方を持つ病院

C. 介護保険型病症のみを持つ病院

短期的対策については、3 つのタイプそれぞれにおいて対応が異なる。A の医療療養型のみの病院は医療、看護スタッフが充実しているケースが多く、入院患者も比較的医療区分 2，3 の患者が多い。このため、今回の改訂で逆に収入が増えている病院もある。A タイプは、高齢者医療に特化し、回復期リハビリテーション病床に転換等を図り対応していくことが戦略となる。

B タイプについては、ケアミックスを考えていくことになる。今回の改訂をみると、図表―4 に入院基本料を示すが、医療区分 1 の中で、ADL 区分 1，2 は 764 点、ADL 区分 3 で、885 点と低い点数に設定された。一番高い医療区分 3 は 1740 点と高く設定されており、医療区分 1 と比較すると 1000 点近くの格差がある。さらに、764 点という医療区分 1、ADL1，2 の患者は介護保険の療養病床の要介護 1 の場合よりも低く設定されている。このように医療区分 1 の収入設定は、介護保険型療養施設や老人保健施設の入院基本料よりも低く設定されており、医療療養病床の介護保険型療養病床への転換を

意図する、いわば経済誘導ともいえるものである。(図表―5 参照)。従って、医療区分 1 の患者をこのままで対応していくことは大幅な収入減となり経営が厳しくなるので、B タイプの病院は、医療区分 2．3 の患者を増やすか、介護保険型病床に患者をシフトすることになる。まず介護保険型医療施設にいる患者を医療区分で再チェックし、医療の必要性の高い患者は、医療病床にシフトし、入院患者を医療区分で再配置するのが第一ステップの短期的な戦略になる。医療療養病床で、医療区分 2．3 の患者を増やすことができない病院は、医療型を介護保険移行準備病棟へシフトせざるをえない状況が考えられる。しかし、移行しても、平成 23 年度には廃止されるので中長期戦略としての多角化戦略が必要である。

C タイプは、最終的には平成 23 年に廃止されるので、国としては早めの事業転換を促す意味からも介護報酬を段階的に減らせてくる可能性も高い、このため、C タイプの医療機関は、病床の廃止も含め中長期的な多角化戦略を検討する必要である。

図表―4　医療型療養病床の診療報酬

<table>
<tr><td></td><td>医療区分1</td><td>医療区分2</td><td>医療区分3</td></tr>
<tr><td>ADL区分3</td><td>885</td><td rowspan="2">1344</td><td rowspan="3">1740</td></tr>
<tr><td>ADL区分2</td><td rowspan="2">764</td></tr>
<tr><td>ADL区分1</td><td>1220</td></tr>
</table>

図表―5　介護保険３施設の介護報酬

	介護療養	老健	特養
要介護5	1322	990	921
要介護4	1231	937	851
要介護3	1130	883	780
要介護2	892	830	710
要介護1	782	781	639

２．療養病床の多角化戦略

療養病床をもつ医療機関の多角化の選択肢を検討する際、次の 3 つの段階、①長期治療期、②回復期、②慢性期から在宅療養期について、それぞれ次の 3 つの多角化戦略が考えられる[6)]。

（１）高齢者の重度医療への特化戦略（長期治療期）

医療保険型療養病床を中心とする病医院は、医療区分 2,3 の医療度の高い患者が多く、その背景としては、充実した看護スタッフ、高い看護技術を活かして地域高齢者から信頼される高齢者医療技術に特化する戦略が有効である。また、今後 20 年間で医療リスクの高い 75 歳以上の後期高齢者は、地域によって事情は異なるが 1.5～2 倍に急増していくので、特に看護技術の高い療養型医療機関はこの戦略が有利である。

（２）老人保健施設への転換とリハビリ特化戦略（回復期）

国は療養病床の転換先として老人保健施設を考えている。しかし、多くの老人保健施設は、特別養護老人ホーム入所の待機場所となっているのが現状であり、リハビリ機能を活用して患者を自宅に帰すという中間施設としての本来の家庭復帰機能を果たしていない。

今回の医療構造改革における療養病床の老人保健施設への転換においては、本来のリハビリテーション機能を発揮させ、一般病院からの中間施設としての機能を充実していくことが必要となる。平成 18 年度の診療報酬改訂では、医療機関のリハビリテーションの期間を限定し、長期的なリハビリテーションは介護保険でカバーされる老人保健施設、デイケア、在宅サービスへシフトしている。これらの区別を踏まえた上でも、急性期病院の次のステップである回復期リハビリテーション、老人保健施設、デイケア等のリハビリテーションに特化した戦略は有効である。

（３）居住系在宅サービス施設、在宅療養への特化戦略（在宅療養期）

医療機関から居住系在宅サービス施設を含む在宅療養への患者の誘導は、国の政策であり、特にターミナルケア期、看

取りを病院から在宅へシフトしようとしている。この流れは、今後の主流であるので、在宅医療への展開は急性期病院以外の重要な戦略である。

国は、療養病床の転換先として、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等の居住系在宅サービス施設をあげているが、それぞれの機能、特色、制約等について検討する必要がある。ケアハウスは、平成元年のゴールドプランで創設された高齢者の共同住宅で、利用者は、「原則 60 歳以上で、自炊ができない程度の身体的機能の低下、または高齢などのため、独立して生活するには不安が認められ、家族による援助を受けることが困難な者」と定義されている。食事サービス、生活サービスにより、高齢者の自立支援、自己実現、尊厳の確保を実現しようとしてきた。建設費および運営費については、今まで国、県、市町村から補助を受けて建設、運営されてきた。しかし、財政問題で、もう国、自治体が建設費に多くの補助金を拠出することができない状況である。このため、ケアハウスの建設は規制受けているのが現状である。

民間の有料老人ホームについて、介護付有料老人ホームは、介護保険の特定施設入居者生活介護という認可をとらなければならず、現在、むこう 3 年間は総量規制を受け、建設できない状況である。また、認知症を対象としたグループホームも総量規制を受け、これも建設できない状況である。従って、療養病床の転換先としての有料老人ホームとしては、住宅型有料老人ホームの検討をすることが戦略的に有利である。欧米では、高齢者を支援する住まいとして“シニア住宅”は重要な役割を果たしており、このシニア住宅に当たる代表的なものが、“住宅型有料老人ホーム”である。従って医療機関は、居宅系在宅サービスとして、シニア住宅について検討していく必要がある。詳細については、次項の「医療機関多角化のコア事業となるシニア住宅」の中で説明する。また、在宅医療についての戦略は、第Ⅳ章で詳しく説明することにする。

【経営資源の活用・再編としての事業多角化】

１．多角化成功の鍵は事業選択にある

いままでの病医院経営者は経営環境が変化していく中で、短期的な視点で速やかにその変化に対処していけばよかった。すなわち、国が改訂する診療報酬の内容を分析し、対応すれば良かった。しかし、今回の医療制度改革、それを受けての平成 18 年度診療報酬改訂は、今までとは全く異なった“構造改革”であり、長期的な経営戦略が必要である。また、今までの医療機関経営収入以外に、新たな収益源を検討しなければならないことも示唆されている。これは、医療機関経営の歴史的なターニングポイントであるといえる。[6)]

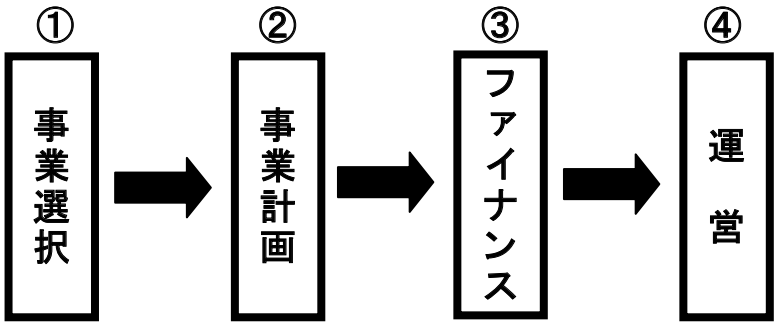
今回の医療制度改革は、平成 17 年 12 月に発表された医療制度改革大綱が基礎になっており、この中では、３つの大きな改革の方針が示されている。すなわち、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現である。この背景には日本の高齢化の進行はさらに加速し、歯止めがきかない状況であるということである。厚生労働省が平成 18 年 12 月に発表した新たな「日本の将来推計人口」によれば、2055 年人口は現在から約 3800 万人減少し 8993 万人になると予測した。その時、65 歳以上の高齢化率は 41％と現状のおよそ 2 倍になる。さらに問題は深刻で、老年人口 3646 万人を支える生産年齢人口（15－64 歳）は 4595 万人となり、１人の高齢者を働き手 1.3 人で支える推計になる [7)]。このような人口構成では、社会保障制度を現行のままの公的財源では到底支えきれないのは当然である。

医療制度改革の最大の目的は、国民皆保険制度を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくために、限られた資源を効率的、効果的に活用していくための新しい枠組み、仕組みを再構築していこうとするものである。このような背景の中で、この度の医療制度改革の最大の課題は医療費適正化の推進であり、その方針として「急性期・回復期・慢性期・在宅療養という医療の流れで疾病管理し、医療と介護を峻別し、医療、介護の前段階の予防を重視する」と国は明確に提言している。

今後、医療機関の診療報酬の大きな伸びは期待できず、逆に削減されていくことも予想できる中、安定した医療機関経営を維持し成長していく為には、新たな収益源をさがす必要がある。例えば、国は療養病床再編を受けて、平成 19 年度から、医療法人における有料老人ホーム経営を付帯業務として許可することになった。有料老人ホーム事業の許可は、療

養病床の再編も相まって、国が医療機関に新たなサービス事業、多角化を推奨しているとも考えられる。しかしながら、公的な診療報酬に依存してきた医療機関にとっては、民間の多角化事業は容易なことではない。そこで、事業多角化を成功させていく手順を考えていく必要があり、図表－6に事業多角化の４つのステップを示す。この中で一番大事なことは、その事業選択にあるといって過言ではない。

図表―6　事業多角化の４つのステップ



２．事業選択の５つの方向性

医療機関の新たな収益源を確保する多角化事業をどういう基準で選択するかが大きな課題である。現在、医療機関では医療とほとんど関係のないホテル事業等の他産業に進出しているケースもある。しかし、医療機関は地域住民の健康、生命にかかわる公共性の高いサービスを提供し、地域社会の中で重要な役割を果たしてきたことを考えると、医療サービスの関連分野、特にこれからの超高齢社会への対応を考えた事業へ進出することが、リスクの少ない多角化の方向と思われる[8)]。

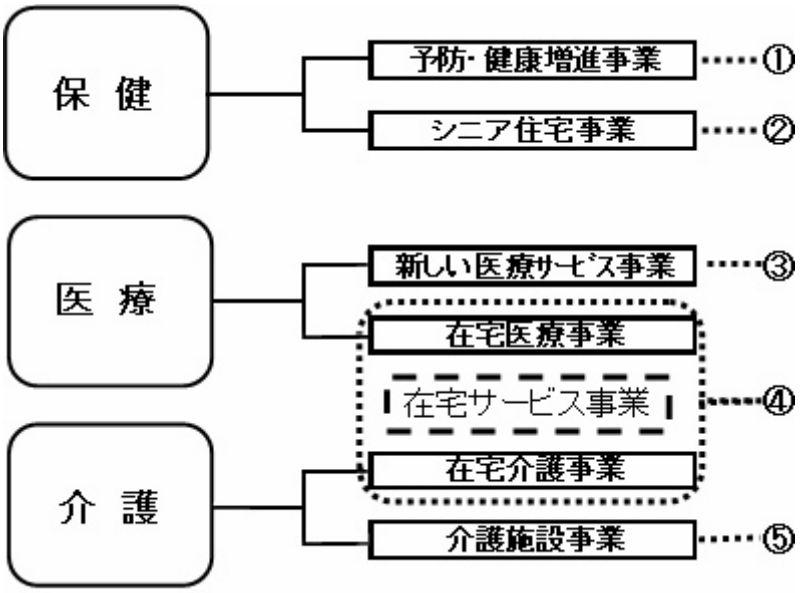
国はいま、医療費適正化推進の中長期方針としては生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮を掲げている。この方針と急速な高齢化、多様化している高齢者のニーズ、国の財政問題等を踏まえ、事業選択あたり、次の４つのトレンドを考えていく必要がある。

①　施設から在宅重視へ
②　医療から予防重視へ
③　収容・管理から自由選択・自立支援へ
④　公的財源のみから私的財源の活用へ

これらに、高齢者サービスの多角化が先行している欧米福祉先進国の事例等を踏まえ、医療機関の多角化すべき方向性を次の５つに分類した。（図表―7 参照）

①　予防・健康増進事業
②　シニア住宅事業
③　新しい医療サービス事業
④　在宅サービス事業
⑤　介護施設事業

図表―7　医療機関が目指す多角化の５つの方向性



在宅サービス事業について、例えば訪問看護、訪問介護は一体として提供されていくことにより質の高いサービスを効果的に、効率的に提供できるという観点から、多角化の一つの方向性にまとめた。また、欧米福祉先進国では、“ホームケア”として一つの事業としてとらえられている。

次にシニア住宅事業は馴染みがうすいかもしれないが､欧米ではシニア住宅はナーシングホームと呼ばれる日本の介護施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床）の数よりも多く整備されている。このため、この事業は、医療機関の今後の多角化の柱ともいうべき事業であると考えられる。詳細については後述する。

これらの５つの多角化の方向の具体的な事業内容例については図表―8 に整理した。なお、この表の有料老人ホームについて、住宅型有料老人ホームはシニア住宅に、介護付有料老人ホームは介護施設に分類した。有料老人ホームは、図表―9 に示すように有料老人ホームの類型を、介護が必要となった場合にどういう対応になるのかによって、介護付、住宅型、健康型の３種類に分類されている。なお、高齢者に継続したサービスを提供していくことが期待されている中で、健康型有料老人ホームは介護が必要になった場合退去しなければならず、現在のニーズに合致しにくいと考えるので、シニア住宅の分類に入れていない。

図表―8　5つの多角化の具体例

多角化の方向性	具体例
①予防・健康増進事業	○ﾒﾃﾞｨｶﾙﾌｨﾄﾈｽｾﾝﾀｰ ○人間ドック ○保健指導 ○ウェルネスセンター　他
②シニア住宅事業	○ケアハウス ○住宅型有料老人ホーム ○国土交通省シニア住宅 ○シルバーハウジング ○高齢者専用賃貸住宅 ○日本版CCRC　他
③新しい医療ｻｰﾋﾞｽ事業	○専門外来 ○在宅療養支援診療所 ○ホスピス　他 ○サテライト診療所　他
④在宅サービス事業	○訪問看護 ○訪問介護 ○デイｻｰﾋﾞｽ ○デイケア　他
⑤介護施設事業 （ナーシングホーム）	○老人保健施設 ○特別養護老人ホーム ○医療型療養病床 ○特定施設 ○グループホーム　他

図表―9　有料老人ホームの類型

類型	サービス内容	介護が必要になった時
介護付	介護、食事等のサービスの付いた高齢者向けの居住施設	特定施設の認可を受け、特定施設入所者介護を利用しながら、居室で介護サービスを受けることができる。
住宅型	食事等のサービスの付いた高齢者向けの居住施設	訪問介護等の在宅サービスを利用しながら、居室での生活を継続することができる。
健康型	食事等のサービスの付いた高齢者向けの居住施設	契約を解除し、退去しなければならない。

３．医療機関多角化のコア事業となるシニア住宅

高齢者福祉政策が先行する欧米では、高齢者を支援する施設、住宅について、介護施設とシニア住宅の２種類に分類されている。日本では高齢者のための施設として、いままで30種類以上の呼び名の施設、住宅が生まれてきており、医療機関の経営者にとってはどれがどういった機能を持つのかわかりにくい。そこで、欧米のように介護施設と、シニア住宅の２種類に明確に分類することにより、今後必要なものが何か、事業戦略が立案しやすくなる。

欧米福祉先進国におけるこれらの整備数について図表―10に示した。介護施設が、高齢者人口の3～5%程度あり、シニア住宅は介護施設の数と同数、またはそれ以上に整備されている。英国、スウェーデン、デンマークでは、シニア住宅のほうが介護施設より多くなっていることに注目していただきたい[9,10]。一方、わが国の2004年現在の介護施設は、特養、

老健、療養型をあわせておよそ 78 万人分であるが、日本のシニア住宅の代表であるケアハウス、有料老人ホームは約 7 万人分しか整備されておらず、それぞれ高齢者人口の 3.1%、0.4%整備されている程度である。欧米と比較して、施設整備の絶対量が不足していると共に、シニア住宅の整備がたいへん遅れていることがわかる[11)]。

では、欧米ではシニア住宅はなぜ生まれたか、またどのような経緯を経て発展整備されてきたのかを高齢者福祉先進国であるスウェーデンの歴史を踏まえて考えてみる。当初、スウェーデンの高齢者福祉の歴史も、日本と同じように、貧しき高齢者を救済する救済施設としての老人ホームから発展した。1940 年代、4 人部屋の狭い老人ホームが建設されていった。しかし、1970 年代の反施設主義運動の影響を受け、狭い、汚い、プライバシーが守れないと批判され、老人ホームはすべて個室化していった。一方、この頃から、病気や骨折をし、寝たきりになる前の予防に政策の重点が置かれ、“サービスハウス”と呼ばれる、医療・介護サービスを受けられるシニア住宅が、急速に整備されていった。さらに、高齢者と若い世代が同居するコレクティブハウジングという住まい方も生まれた。この結果、スウェーデンでは、日本の特養・老健・療養型に相当する介護施設より、高齢者の自立と自由な選択を支援するシニア住宅であるサービスハウスの方が多くなっている[9)]。同様に高齢者福祉が進んだ国といわれているデンマークもスウェーデンと同じような歴史を歩んできている。このように、高齢者を支えるサービスは、介護施設と在宅サービスのほかに、シニア住宅が重要な役割を担ってきている。

わが国においても、団塊の世代が高齢者になりきる 2015 年までに実現すべき高齢者対策のビジョンについてまとめた、「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」の中で、今後の高齢者を支援する仕組みとして、新しい「住まい」、“住み替え”の重要性を強調している。この住み替えのコンセプトこそが、欧米先進国がたどり着いたシニア住宅の概念である。このビジョンの中で、高齢者が安心・安定した自立した住まい方について考えるとき、①心身の変化に応じて住み替えていく共同住宅のあり方、②要介護状態になる前に将来介護が必要になった時にサービスを受けられる“住まい”に早めに住み替える共同住宅が提唱されている[11)]。

このように、シニア住宅の必要性について、例えばスウェーデンから 35 年以上遅れて、その重要性が明確になってきた。しかも、療養病床 23 万床の再編、特定施設（介護付き有料老人ホーム）の総量規制をうけていく中で、自立を支援するシニア住宅としての住宅型有料老人ホームへのニーズが急速に高まっていると考える。

図表－10　欧米福祉先進国のシニア住宅の整備状況

（表中の%は高齢者人口の何%整備されているかを示している）

国名	年度	介護施設	シニア共同住宅	介護施設・シニア住宅合計
英国	1984	3.0%	5.0%	8.0%
スウェーデン	1990	3.0%	5.6%	8.6%
デンマーク	2000	3.0%	6.0%	9.0%
米国	2003	5.8%	5.5%	11.3%
日本	2004	3.1%	0.4%	3.5%

【在宅医療との連携、地域統合医療】

１．これからの医療機関と在宅医療

医療構造改革では、在宅医療を重要視していく方針であり、医療機関の機能を、①在宅医療に取り組む医療機関と、②それを支える医療機関 に大きく分けることが明確になった。なお、在宅医療が注目されてきたのは、昭和 63 年「在宅患者訪問診察料」が創設されてからである。以前の在宅医療の中心であった「往診」が、突発的な発生に対しての対処方法であったのと異なり、現在の在宅医療は、通院が困難な患者に対して計画的な医学管理を行い、定期的に訪問して診療を行うものである。医師の往診の合間には、訪問看護サービスが実施される。このように、在宅医療は応急医療から特に高齢者を中心とする計画的な医療に転換しており、在宅医療の重要性は年々高まってきている[12)]。

在宅医療の重要性は、2 つの視点から考えられ、まず患者の利便性から重要度が増してきており、通院が困難な高齢者にとって、在宅医療制度によって、適切な医療を受けることができるようになったことである。さらに、介護保険制度上の訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導などの医療サービスと居宅介護サービスにより、高齢な患者が在宅で、十分なサービスを受けられるようになり、自立した生活ができるようになったことである。

第二番目に、医療制度改革の大きな目標である「平均在院日数短縮の実現」の視点から、在宅医療の推進は重要である。急性期病院をはじめ、多くの病院で「在院日数をどうすれば短縮できるか」は大きな経営問題である。例えば、高い入院基本料が算定できるのは、一般病院で 19 日以内、専門病院で 30 日以内である。また一般病院の場合、入院基本料が設定されているのは 60 日以内で、それ以後は、低い算定の「特別入院基本料」にならざるをえない。このため、入院からの転出先は在宅である。

国は、在宅医療で医療費を抑制できると考え、在宅医療を推進していくために、平成 18 年度診療報酬改訂で、新たな在宅医療制度「在宅療養支援診療所」を新設した。在宅療養支援診療所の意義、あり方については、中医協によって次のように説明されている。

■ 在宅療養支援診療所の意義：①高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で、療養しながら生活を送ることを可能にする。②身近な人に囲まれて、在宅での最期を迎えることが選択できる。

■ 在宅療養支援診療所の役割：①患家に対する 24 時間の窓口 ②必要に応じた他施設との連携

今回の診療報酬改訂では図表―11 のように、在宅療養支援診療所の経済的インセンティブを大きくした。これもいわば国の経済誘導であり、国の方針である。医療機関経営収入のほとんどを診療報酬に依存するルールの下では、国の方針を柔軟に取り入れ医療サービスを提供していく必要があるので、急性期以外の医療機関は、在宅療養支援診療所の導入について早急に検討していく必要があると思われる。

図表―11　在宅療養支援診療所と以外の在宅診療報酬の相違

項　目	区　分	在宅療養支援診療所	左記以外
往診料	診療中の緊急加算	650点	325点
	夜間加算	1300点	650点
	深夜加算	2300点	1300点
在宅患者訪問診療料	在宅ﾀｰﾐﾅﾙ加算	10000点	1200点
在宅時医学総合管理料	処方箋交付の場合	4200点	2200点
	上記以外の場合	4500点	2500点
在宅末期医療総合診療料	処方箋交付の場合	1495点	算定不可
	上記以外の場合	1685点	算定不可

２．保健・医療・福祉の地域統合の必要性

これからの医療保険制度を維持していくためには、限られた医療資源を、効率的・効果的に活用していく必要がある。その一つの方法として、保健・医療・福祉サービスを統合して提供することにより重複がなく、モレのないサービス体制を地域の中で構築していくことが考えられる。特に、日本は世界のどの国も経験したことない“超高齢社会”、すなわち、65 歳以上の高齢化率が 40%を超える時代を 2050 年に迎えることが予測されている。このとき高齢者の健康をいかに維持していくか、特に高齢者でも重度医療になるリスク、寝たきりになるリスクの高い 75 歳以上の高齢者について、切れ目のないサービスを提供していくことが重要な課題となってくる。従って、地域ごとに特色を活かして保健・医療・介護福祉を統合したシステムを構築していく必要がある。

米国には、CCRC（Continuing Care Retirement Community）というシステムがある。直訳すると、「継続した保健・医療・介護を提供する高齢者の共同生活体」となるが、日本語訳を“高齢者健康コミュニティ”とする。CCRC は、米国で保健・医療・介護福祉を統合したシステムとして地域に根付いており、しかも医療費、介護費の抑制にも効果をあげている [13)]。これからの日本の地域統合を考えていく場合、ＣＣＲＣを参考にして新しい地域統合ヘルスケアシステムを構築していく価値は大きい。

３．地域統合システムとしての日本版 CCRC への取り組み

（１）米国 CCRC を検証する

① CCRC とは何か

米国には高齢者が自立して生活できる様々のタイプの施設があり、介護、看護、医療サービス提供の有無によって,これらの施設は大きく 2 つのブループに分けられる。

第 1 のグループは、レジャーコミュニティと呼ばれるもので、コミュニティ内での介護、看護、医療サービスは提供されていない。対象となる人は、比較的若い高齢者である。主に、アメニティ、娯楽を中心としたコミュニティで、活動的な高齢者が老後を例えば、ゴルフ、釣りなどで楽しむためのものといえる。

第 2 のグループは、コミュニティ内での介護、看護、医療サービスが提供されているもので、高齢者健康コミュニティ(CCRC)と呼ばれている。入居者は第 1 のグループと比較して年齢が高い。ここで行われている医療サービスは予防的医療サービス、外来医療サービス、慢性期の医療サービスであり、急性期の医療サービスや専門医療サービスはコミュニティ外の病院に委託している。高齢者健康コミュニティは、「継続したケア」(Continuum of Care)の提供という理念に基づいて、住民が老化するにつれて変わっていく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住宅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。

すべての高齢者健康コミュニティは、入居者との間で契約を結び、住民に対して一生の間、住居,介護,看護,医療サービスなどを受ける権利を保障している。この代わりに,入居者は,入居一時金と月額利用料を払うことに同意する。また,CCRC は住人が契約を解除でき,死んだ場合の入居金の返還に関する条項を持っている。この際,入居金は払い戻し不可,部分的に払い戻し可,全額払い戻しなど様々な契約形式がある。

② CCRC が提案する 3 種類の住まいと 2 つの医療サービス

継続した予防医療、医療、看護、および介護サービスを必要性に応じて段階的に提供するために,高齢者終身ケアコミュニティは次の 3 種類の住まいと２つの施設を有している。

■健康型住まい：インディペンデントリビング（IL）

インディペンデントはアパート形式が主流あり、サイズもワンルーム、1 部屋ルーム、2 部屋ルームなどがある.住民が可能な限り自由と尊厳を保ちながら,自立して生活することができるように,高齢者のための設計が細部にわたり行われている。緊急時のために,非常応答システムも設備されている。

■支援型住まい：アシステッドリビング（AL）

アシステッドでは、他人の手助けが必要となった居住者に、入浴・衣服の着替え・投薬のサービス・その他日常の生活

に必要なサービスが提供される。ここは、自立を最大限支援し、生活サービスの他に、予防医療、および一部介護サービスが受けられる住居で,インディペンデントと異なった場所に設置されている。

■介護施設：ナーシングホーム（NH）

ナーシングホームとは24時間体制を必要とする短期、および長期の看護・医療サービスを提供する施設で、インディペンデント、アシステッドと異なった場所に設置されている。なお、アシステッドからナーシングホームに移る場合には医師、スタッフ、家族などが慎重に検討する。

■メディカルセンター（医療施設）

CCRC の中で、高齢者医療専門医師（Geriatrician）を雇用する傾向がある。高齢者医療は、伝統的な急性期医療とその医療哲学、ゴールにおいて著しく異なる。ある医師の定義によれば、「高齢者医療学は、高齢者患者の自立と加齢と疾病の関係が許す限りのベストなQOL（Quality of Life：生活の質）を支援することである」と述べている。

CCRCの入居対象者は、元気であるが平均年齢は約80歳であり、そのほとんどが、何らかの医療的な問題をかかえており、自立した生活を維持するためには、医療、特に予防医療のバックアップが不可欠である。米国東部のあるCCRCでは、医療を中心としたヘルスケアの提供がそのコミュニティの特色となっており、米国の急性期病院の平均入院日数は 6.5日であるのに対して、そのコミュニティでは2.5日と平均より4日少ない。このように、CCRCでは、高齢者の自立を支援するためには、医療のバックアップ体制が重要な要因である。

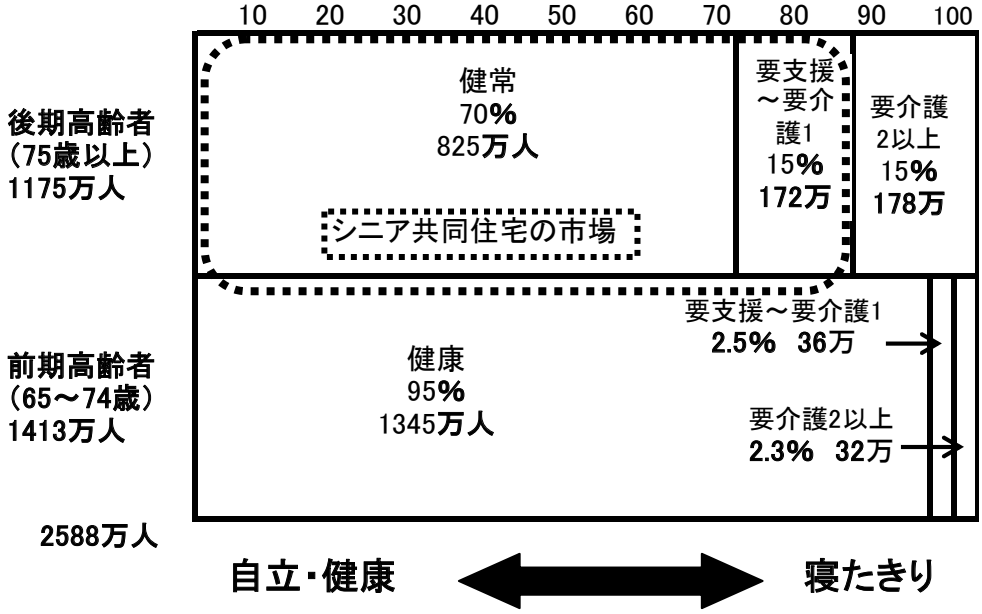
■リハビリテーション施設

リハビリテーションは、高齢者医療サービスの一部であり重要なサービスである。CCRC 内では脳梗塞、心筋梗塞等で外部の急性期病院に入院しても､できるだけ短い日数で自宅のある住み慣れたコミュニティの居室に帰ってくる｡その際、病気からの回復、QOLを高めるためには、早期の継続的なリハビリテーションが必要である。顔なじみのスタッフ、住み慣れたコミュニティでリハビリ活動に取り組むことはその効果が高い。

（２）高齢者の自立度、介護度のニーズに応じた住まい

日本における要介護認定を受けた高齢者について、前期、後期高齢者、ADLレベルに応じて、要支援～要介護１までの自立できる高齢者と、要介護２以上の介護度の高い高齢者を整理したものを図表―12 に示す。この図から要介護、要支援になる比率は、後期高齢者が高く、前期高齢者の6倍以上の要介護リスクがあることがわかる。身近な例を見ればわかると思うが、高齢者といっても、70 歳前半までの高齢者は元気に自立している。介護、医療が問題となるのは、およそ75歳以上の後期高齢者である。

図表―12　前期、後期高齢者の中で要支援、要介護になる割合

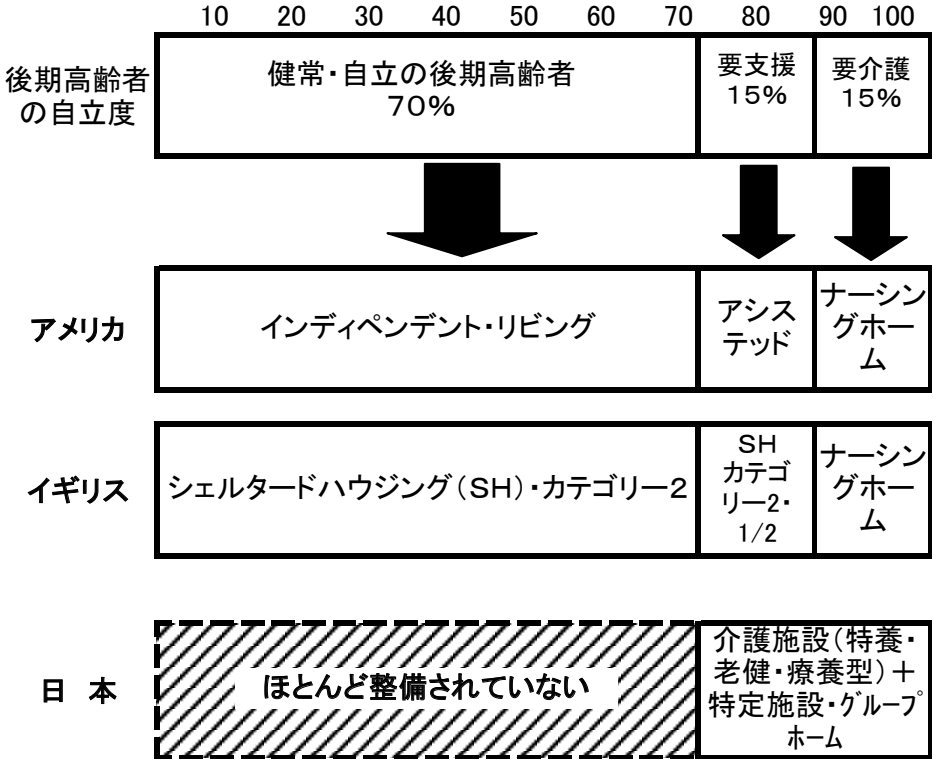


健常な高齢者と完全に 24 時間寝たきりになった人の求めるサービスの内容は全く異なる。いままで日本では、高齢者の住まいとして介護問題のみが強調され整備されてきたが、介護施設に入所する高齢者の自立への要望、介護への要望はかなり幅があるはずである。例えば、介護施設の代表である特別養護老人ホームは、「老人福祉法」で、「65 歳以上のものであって、著しい障害があるため、常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護すること」を目的とした施設とされている。しかし、実際入所されている高齢者は自立できる方もいる。自立できるはずの高齢者が特養に入所して、逆に ADL が悪くなるということを聞くこともある。これは、米国 CCRC のように、可能な限り自立を支援する住まいであるシニア住宅というコンセプトが欠けているのが原因であると思われる。

この考え方はアメリカだけではなく、イギリスでも同じように自立度に応じて 3 段階の住まいが提供されている。図表―13 に示すように、イギリスでは、米国のインディペンデントにあたるシェルタードハウジング・カテゴリー2 が、アシステッドにあたるシェルタードハウジング・カテゴリー2・１/2、そして 24 時間の介護・看護サービスを行うナーシングホームがあり、高齢者の自立と尊厳を守ることを最大の目的としている。

日本の介護施設の問題点として、要支援から要介護 5 までの範囲の高齢者を介護施設というひとくくりの住まいでサービスを提供していることである。このことは、入居する高齢者は、求めるサービスが受けられていないという問題と、サービス提供者の視点からは、高齢者の要望に応じたサービスが効果的、効率的に提供できないという双方の問題を生み出している。このように、日本では高齢者へのシニア住宅がほとんど整備されていないということは大きな問題であり、早急にシニア住宅を整備していく必要がある。

図表―13　後期高齢者の自立・介護度に応じた住まいの国際比較



（３）日本版 CCRC のイメージ

米国の CCRC では 3 種類の住まいである健康型住まい、支援型住まいというシニア住宅と介護施設が同じ敷地内に開発される。図表―14 に CCRC の３つの住まいの規模について 2004 年のデータを示す。これらのデータから CCRC の建築開発規模は、健康型住まいで約 200 室、支援型住まいで約 50 室、介護施設で約 80 室が平均で、全体で 330 室程度の規模となる [14)]。米国ではこれが平均であるが、日本で 300 室を超える有料老人ホームの開発は大規模な開発になり、この規模のものを開発できる土地は限られている。しかし、例えば先に紹介した聖隷福祉事業団が経営し、日本初の有料老人ホーム浜名湖エデンの園は 356 室あるが、６期に渡って少しずつ開発してきた。このように一挙に 300 室以上の規模を開発するのではなく、段階的に開発していく方法も検討していく必要がある。

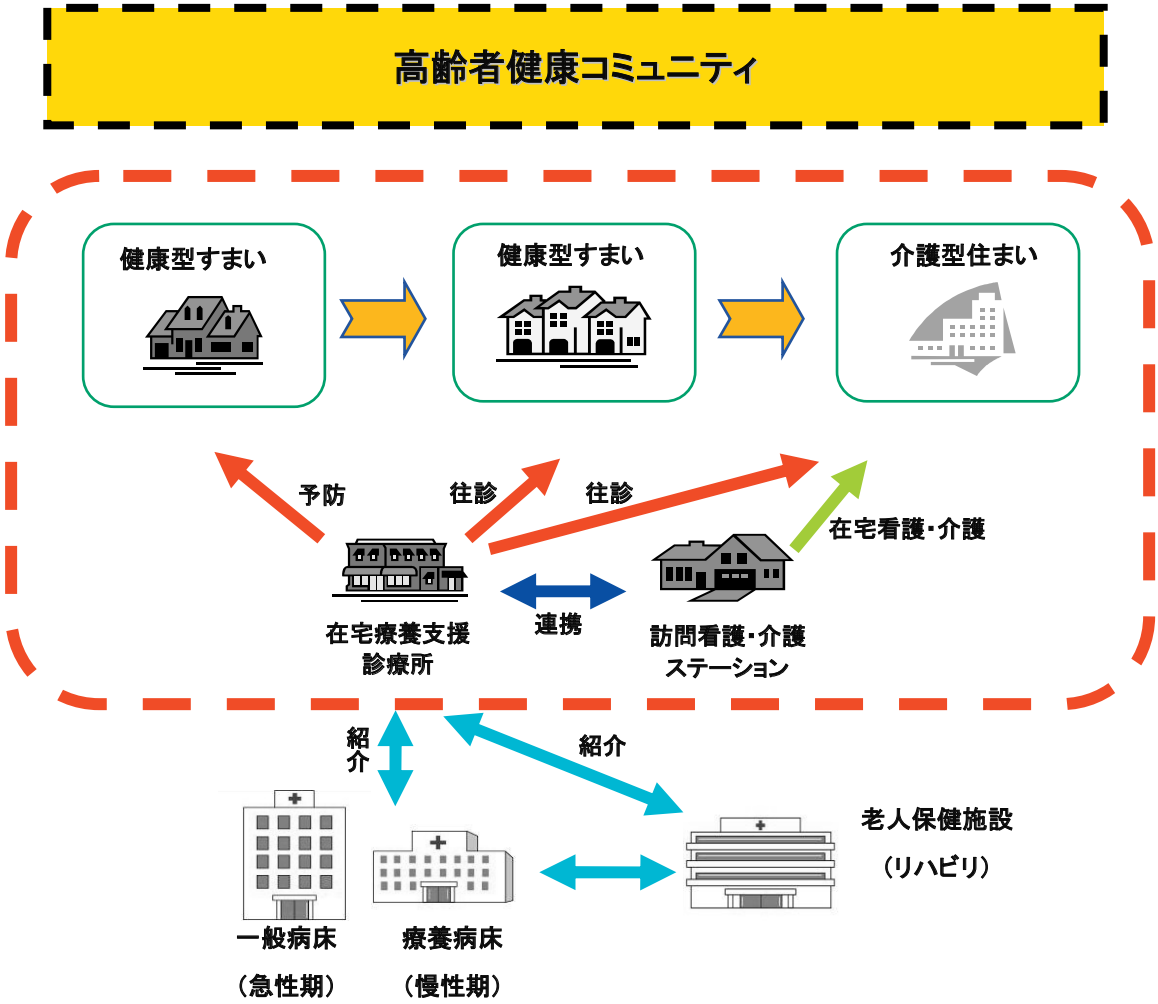
しかし、300 室以上の規模の有料老人ホームを開発していくにはそれだけの広さの土地が必要であり米国のように広大な土地を持たない日本においては、地域の中で、他の施設と連携しながら日本の地域特性にあった継続したヘルスケアサービスを提供していく“日本版ＣＣＲＣ”を検討・開発していく必要がある。図表－15 に日本版ＣＣＲＣのイメージを示すので、参考にしていただきたい。

図表―14　米国ＣＣＲＣの開発規模

	2004平均	
健康型住まい	215室	63%
支援型住まい	47室	14%
介護施設	77ﾕﾆｯﾄ	23%
合計	339室	100%

このイメージの中で、米国では健康型住まいと支援型住まいを分けて計画されるが、日本では、住宅型有料老人ホームとして造り、自立している高齢者のゾーンと、生活サービスの必要な高齢者のゾーンと区分して住み分けていくことを考え、対応していくことも必要である。

図表―15　日本版ＣＣＲＣのイメージ



（４）医療機関が CCRC を開発する意義とメリット

CCRC の住宅型有料老人ホーム入居対象者は、ほとんどが 75 歳以上の後期高齢者であり、高齢からくる高血圧、心疾患等の医療上の何らかの問題等を持ち、何らかの支援を必要としている。しかし、入居者は一見、健康で自立しており、これからも健康を悪化させず、現状を維持し自立し続けたいと願っている。そこで、高齢者の健康を維持するためには、保健指導、予防医療等の細やかなサービスが必要であり、いざという時の緊急医療へも対応する必要がある。このように、医療ニーズ、予防医療、保健指導サービスに対応することによって、結果として、医療費・介護費の低減、高齢者の自己負担費用が低減できる可能性もあり、CCRC の開発に医療機関がかかわっていくことの意義は大きい。さらに、住宅型有料老人ホームへの在宅医療のニーズは高く、国の診療報酬、介護報酬に依存しない新たな収益源を作ることができる。また、医療機関は地域での公益性、信頼性は高いものであり、信頼できる運営事業者という評価が地域の中で高いという点からも医療機関が開発していくメリットは大きい [15)]。

【引用文献】

1)　P・F・ドラッカー、「創造する経営者」、ダイヤモンド社、1995
2)　M・E・ポーター、「競争優位の戦略」、ダイヤモンド社、1985
3)　社団法人全国有料老人ホーム協会、「会員ホームガイド」No.18－20,22
4)　厚生労働省、療養病床に関する説明会資料、平成 18 年 4 月 13 日
5)　社団法人日本医師会、「療養病床の再編に関する緊急調査報告」、2006 年 10 月
6)　馬場園明、高齢社会の医療機関の多角化戦略、新医療、34,5,26-29,2007
7)　国立社会保障・人口問題研究所、「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計)」、2006
8)　川渕孝一、「第五次医療法改正のポイントと対応戦略 60」、日本医療企画、2006
9)　園田真理子「世界の高齢者住宅」、園田真理子、1993
10) American Seniors Housing Association, Senior Housing Statistical Handbook, Edition IV, 2004
11) 「高齢者介護研究報告書：2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について」、法研、2003 年
12) 秋元　聡、「在宅療養支援診療所運営ハンドブック」、日本医療企画、2006
13) 窪田昌行「健康支援学入門」、日本健康支援学界編、北大路書房、2001
14) AAHSA: Continuing Care Retirement Communities 2005 Profile, 2005
15) 窪田昌行、病医院の事業多角化戦略、病医院の事業多角化戦略モデルプラン集、綜合ユニコム、東京、2007

（平成 19 年 7 月 6 日受付、平成 19 年 7 月 30 日受理）

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　57 - 58,　2007

事務局便り

医療福祉経営マーケティング研究会
事務局長　山﨑哲男

本研究会は、医療機関、医療に関する今日的な問題を解決するために開発された大学の研究成果である知的財産を、具体的な事例研究を通して、医療の現場に還元していくことを目的として、昨年4月に発足しました。私は本年4月から研究会の事務局長の任をさせていただいています。

私は福岡県内の医師団体事務局の仕事をした後、病院管理の専門的な知識を習得するために、国立医療・病院管理研究所の病院管理学研究科コースに就学しました。このコースは由緒あるもので、日本における病院管理学の歴史は戦後始まっていますが、昭和23年7月に医療法が施行され、翌24年6月、厚生省病院管理研修所が設立されたことに由来します。病院管理学とは、医療サービスを提供する施設の経営・管理に関するあらゆる領域の総合された学際的な学問であり、そこには、経営学、会計学、経済学、法律学、社会学といった既存の社会科学系の学問や統計学、医学、建築学、保健学、老年学といったいわゆる自然科学系の学問を基礎として、医療施設の内外のさまざまな問題を多角的に研究する学問であるといえます。

このような病院管理学の一端を学び、その後は病院の経営計画部門で病院事業に従事してきました。当時は日本の急速な高齢化、寝たきり老人の増加等が社会的問題となってきた時代でした。また、医療倫理が大きな問題となり大学病院、国立病院、そして中小病院にいたるまで「病院憲章」が考案され、「ヒポクラテスの誓い」がいたるところで施設内にはりだされました。その後に出てきた新しい医療倫理の概念が、「インフォームド・コンセント」でした。

そして、1973年アメリカ病院協会の「患者の権利宣言」、1978年「アルマ・アタ宣言（プライマリー・ヘルス・ケアに関する宣言）」、1981年「患者の権利に関するリスボン宣言（第34回世界医師会総会採択）」などが1980年代後半頃から、大いに話題になったことを覚えています。これらが我が国の医学・医療の倫理規範を向上させ、病院管理学にも影響を与えました。この背景には、国民総医療費の増大とも絡まって、病院医療に対する国民の信頼感が問われ、医療提供サイドに重心が置かれた医療を国民サイドに移さなければならないという作用が医療界で働きだしたことにあります。医療界の動きは1952年米国JCAHの科学的医療の質の評価研究等の影響も受けて1997年日本医療機能評価機構発足による「病院評価事業」として現れました。昨今の「市場原理」の導入による、利益優先主義とはその旨を異にする一つの時代でした。

その頃、時期を同じくして老人保健法が改正され、老人保健施設が創設されました。1989 年、私は国立医療・病院管理研究所で老人保健施設の運営に関する設計を9人の同志と共同制作しました。それぞれが、「一人が一老人保健施設をつくろう」と燃えており、やがて全国に散らばりました。この時のリーダーが病院管理学研究所の小山秀夫先生でした。つまり、民間医療機関の中長期計画の策定――中小病院のヨコ展開――が全国で始まったのです。

当時は経済の状況は良く、今日の「縮小合理化」とは全く反対の「それいけドンドン」という状況でしたが、老人保健施設は「中間施設」と位置づけられ、病床削減であることは今日の療養病床再編問題とは本質的には同じものといえるでしょう。7つのモデル施設から始まった老人保健施設が20年して3,480施設数（2007年6月現在）になったことは、わが国の医療提供体制を大きく変貌させたものと云えるでしょう。

研究会では、このような医療環境の変化、構造改革を受け、現場とのコラボレーションによる研究部会を設置し、実際的なケーススタディ研究を行っていくつもりです。

第一番目に、第五次医療構造改革が進行し、療養病床の再編、DPCの導入、在宅医療へのシフト等医療環境が大きく変化する中で、研究会では医療政策を踏まえ今後の医療機関のあり方、方向性を研究していく目的で新しい視点に立った病院管理の専門家が必要になってきたことを受け、「病院管理学研究部会」を設立しこの分野の研究を進めていく予定です。

第二番目に、「高齢者健康コミュニティCCRC研究部会」を発足し研究を進めています。これからの医療保険制度、介護保険制度を維持していくためには、限られた医療・福祉財源を有効に活用していく必要があります。その一つの方法として、保健・医療・福祉サービスを統合して提供するシステムを構築することが考えられます。米国には保健・医療・福祉

を統合したシステムとして、CCRC（Continuing Care Retirement Community）というシニア住宅システムがあります。直訳すると、「継続した保健・医療・福祉を提供する高齢者の生活共同体」となりますが、私たちは「高齢者健康コミュニティ」と名付けました。高齢者は、収容管理されることから自由・選択の時代へニーズは変化している中、本研究部会では、具体的なケーススタディを通して、日本に適したCCRCを研究していくつもりです。

第三番目に「医療経営ファイナンス研究部会」を発足させる予定です。これは、診療報酬改訂や医療構造改革の中、病院の収益力の低下、資産価値の下落、過去の過剰な設備投資等により、過剰債務を抱えた病院も多く、公的金融機関や民間の金融機関の従来の資金調達は限界に達した部分があり、一般企業で先行している証券化等の新しい金融技術を活用したファイナンスの研究が、医療機関でも不可欠になってきたからです。高齢化の医療・福祉資源のインフラの再構築をするために、社会に医療資源への投資のリスクをシェアしてもらうことが必要です。これによって、社会に利益をもたらすことができると考えています。

また、医療制度における法的な問題として、医療法人のあり方が大きな議論になり、本年、公益法人の根拠法となる民法が大きく改正され社会経済システムとしての「法人の将来像」が示され、その下での「医療法人制度改革」になりました。

私は本年４月から、「医療提供体制における今後の医療法人のあり方と課題」について民法学の立場で研究を始めました。この事例は社会保障法とも関連し医療経営・管理学の事例研究として絶好の素材となるでしょう。つまり、マーケティング研究は病院等の経営体・組織体にまでマネージメントする必要まで接近していくでしょう。本研究会の共同研究にも採択できるほどのテーマといえる理由もそこにあります。

本研究会が九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授の研究指導、知的財産と結合してさらに発展することを願って事務局の挨拶といたします。

医療福祉経営マーケティング研究
第2巻　第1号　　59 - 61,　2007

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　512
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 10 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 11 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 12 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 13 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 14 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 15 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 16 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 15 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 16 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 17 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：　松浦　源宣

医療福祉経営マーケティング研究会・投稿規約

１、投稿論文は医療・福祉の経営、マーケティングに関するもので、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、症例報告などとする。
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。
５、査読終了後、最終原稿提出時にはフロッピーデイスクまたは、ＣＤ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原稿」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　九州大学医学部コラボ・ステーションⅡ５１２
医療福祉経営マーケティング研究会

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。
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、症例報告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

高齢化を迎えて医療従事者がますます必要とされる社会になってきています。しかし産科や小児科の医師不足、7対1看護導入による看護師獲得問題などに見られるように、現場での労働力は必ずしも十分ではありません。また医療を取り巻く環境の急激な変化に対応できる専門的職業能力にたいする要求が高くなっていく状況で、医療従事者の量と質を確保する問題は大きいと思われます。

ところで医療現場での労働は過重であるという認識が最近クローズアップされてきています。以前は、医療は聖職というイメージが先行して医療従事者の奉仕は当然のこととする風潮がありました。しかし医療現場での過重な労働による心身のストレスは生身である医療従事者に大きなダメージを与えており、バーンアウトや病休や離職にとどまらず自殺という深刻な問題も引き起こしています。

医療が患者さんに安心や健康を持続して提供するためには、まず医療従事者自身が心身ともに健康で安心して働ける環境を整えることが必要だと考えられます。その意味で医療従事者のストレス状況の実態の分析とそれに基づいたストレスマネージメントは急務であると考えられます。

さて本号は、患者さんにとって身近な存在として大きな力を発揮する看護師のストレス状況に関する研究を二つお届けします。ひとつは「新人看護職員が抱える主観的ストレスおよび早期離職行動に与える職業性ストレスの影響」で、新人看護職員が抱える主観的ストレスの特徴が就職後1ヶ月と6ヶ月では異なる可能性を示唆するものです。もうひとつは「新人看護師の透過性調整力と職業性ストレスとの関連について」で、新人看護師のストレス要因と交流分析における自我状態および透過性調整力との関連性を検討したものです。

これら個別研究の地道な積み重ねが、医療従事者のストレスマネージメントを考える上で大いに役立つと思われます。今後、会員の皆様にとって有益な論文や報告を数多く掲載できるように心がけたいと思います。ご理解と、ご支援を宜しくお願いいたします。

荒木　登茂子

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

編集委員会

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2巻　第1号

2007年9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　512
　　九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座　教授　馬場園明　研究室内
　　TEL:092-642-6298　　FAX:092-642-6298
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. 2 No.1 1st, September 2007

Preface

Chief Director Akira BABAZONO

Original

The relationship between job stressors and subjective stress or maladjustment among novice nurses ・・・ 1
Takako SHIGETA, Tomoko ARAKI, Akira BABAZONO

Association between the permeability control power and job stress among novice nurses ・・・13
Rie NISHIMUTA

Case Study

The research of health care system for the next generation: The driving for creating the system of the continuing medical and nursing care from acute to recovery phases focused on rehabilitation ・・・27
Naokazu HATTORI,Fumitada HATTORI,Kouta MASAKI, Masayuki KUBOTA,Tetsuo YAMAZAKI,Akira BABAZONO

Information

The model planning of the diversified strategy for hospitals and clinics ・・・41
Masayuki KUBOTA,Masashi SAKAGUCHI, Akira BABAZONO

News

Secretary-general Tetsuo YAMAZAKI ・・・57

The regulations of the Society

The regulations of the Society of Health Care Management and Marketing ・・・59

Instructions for authors

Instructions for authors（Japanese・English） ・・・63

Editor's note

Editor Tomoko ARAKI ・・・64

Japanese Journal of Health Care Management and Marketing

The Society of Health Care Management and Marketing