

<参考>文献抄録

論文1 : Daniel Fields, Elizabeth Leshen and Kavita Patel, Driving Quality Gains and Cost Savings through Adoption of Medical Homes, *Health Affairs* May 2010, 29,5 PP819-826

- Medical homes は、米国の医療費の伸びを抑制しつつ患者の outcome を改善する最も有望な提供体制改革の1つと考えられている。
- 議会及びオバマ大統領は、最近の医療制度改革法の中でも財政支援を継続することを通じて medical home model に対する支持を表明している。
- medical home は、当初の特別なニーズを有する児童に対する施設から次第に拡大→高齢者施設にも
- medical home については、NCQA 及び Center for Medical Home Improvement による MHI の2つのガイドラインがある。
- 7つの成功事例の比較検討：4つの共通する特徴
  - ①専門の非医師ケアコーディネーターの存在
  - ②医療機関へのアクセスの拡大（24時間対応）
  - ③パフォーマンスを管理するツール（パフォーマンスを管理し、患者を追跡するリアルタイムなデータへのアクセス）
  - ④有効なインセンティブに配慮した診療報酬支払

論文2 : Rachel Werner, Elizabeth Stuart and Daniel Polsky, Public Reporting Drove Quality Gains at Nursing Homes, *Health Affairs* Sep 2010, 29,9 PP1706-1713

- Public reporting（情報開示）は、理論的には、サービスの質を2つの側面から改善すると考えられる。
  - ①医療サービスの消費者（又はそのエージェント）が開示された情報に基づき、質の高いプロバイダーを選択し、質の高いサービスへの需要を増大させる：consumer-driven changes
  - ②プロバイダーサイドも、①の結果、提供するケアの質への投資及び改善を行うインセンティブが与えられる：provider-driven changes
- nursing home 分野においては、Public reporting は2002年11月以降実施  
→CMSによるNursing Home Compare Web site：17,000以上のMedicare-Medicaid 認証 nursing home について質の評価を実施

○先行研究においては、nursing home の質に対する Public reporting の効果については、評価が分かっている

○本研究におけるデータ及び研究方法

- ・ Nursing Home Compare 開始前後の 2 年間を比較対象期間とする
- ・ nursing home における postacute (ショートステイ：少なくとも 2 週間以上入所) の患者を対象とする
- ・ 分析方法 (3 つのステップ)
  - ① nursing home 固有の質の改善をケースミックス及び市場シェアを一定として推計  
(→ 1 対 1 性向・スコアマッチング手法)
  - ② 市場シェアの変化に基づく質の変化を分離
  - ③ ケースミックス制約を緩和

○結果

- ・ 総計 8, 137 の nursing home 及び 184 万件以上の postacute care stays が対象
- ・ 全体として、Public reporting の導入による質の改善は、nursing home 固有の質の改善及び市場シェアの変化に基づく質の改善に基づくことがわかった

○議論

- ・ 本研究では、nursing home の質に対する Public reporting の効果について、そのメカニズムを明らかにしている (ところに新奇性がある)
- ・ 先行研究では、Public reporting による市場シェアの変化については、評価が分かっていたが、本研究では市場シェアが変化することを明らかにしている。
- ・ このことは、Public reporting による nursing home の質の改善の可能性を支持するものであり、政策的な意味合いは大きい
- ・ 一方で、政策的には、Public reporting による nursing home の質の改善がアクセス問題を引き起こす可能性があることには留意すべきである (Medicaid 対象者を多く受け入れている nursing home のケアの質は低く、これらが淘汰される可能性がある)
- ・ 本研究の限界：コントロールグループがない研究なので、観察された nursing home の質の改善が Public reporting の導入によるものなのか、それともそれ以前から続いていたトレンドの反映に過ぎないのかを決定することはできない
- ・ データコーディングの問題もある

論文3 : Charles M. Kilo and John H. Wasson, Practice Redesign and the Patient-Centered Medical Home : History, Promises and Challenges, *Health Affairs* May 2010, 29,5, PP773-778

○診療の再設計に関する3つの発展段階

①第1段階：基礎的調査研究（1970—1997年）

コンピューターの活用、IHI（The Institute of Healthcare Improvement）の設立（1991年）、IHIによるthe Breakthrough Seriesの開始（1995年）

②第2段階：モデル開発（1997年—2000年代初頭）

3つのモデルが出現（the Chronic Care Model, the Idealized Design of Clinical Office Practices Initiative and the Clinical Microsystems）

→2001年のIOMのQuality Chasmレポートに

③第3段階：モデルの普及（2000年代初頭—現在）

過去数年の間に、「medical home」概念は、診療の再設計における中心的位置付けに

当初は、小児医療分野で用いられた概念（1967年、1992年）→Grumbach,

Bodenheimer（2002）がこれを一般化 →2007年に諸学会が共通認識を採用

Medical home 概念への注目の背景には医療費適正化の要請があることも事実

Patient-centered medical homes という新しいラベリングの成功

○教訓及び課題

・プライマリケア医の不足：医師、PA、NPの（プライマリケア以外の）専門家志向

・プライマリケアへの過度の期待

プライマリケア単独では医療のコストや質の問題を解決することはできない。診療報酬支払方式の改革や全般的な医療制度の再設計等が同時に必要。

・患者の役割

Patient-centeredness へのシフト→medical homes についても同様。Patient-centered medical homes は、プライマリケアの将来を確固としたものとするための新たな基盤を提供

論文4 : Mary Jane Koren, Person-Centered Care for Nursing Home Residents : The Culture-Change Movement, *Health Affairs*, Feb 2010, 29,2, PP312-317

○Culture-Change 運動の起源

- ・ 1980年代初頭からの消費者サイドでの運動
- ・ 1986年 IOM 報告書 : nursing home における home の側面を強調
- ・ 1987年ナーシングホーム改革法成立 (person-centered care)
- ・ その後の10年 : 各地で既存の nursing home model からの脱却を目指す運動
- ・ 1997年 the Pioneer Network の結成→nursing home における culture change 運動促進の主体に

○Culture-Change 運動の特徴

- ・ Culture-Change 運動は、いくつかの原理・原則に基づく
- ・ 施設レベルでは、段階的改善の journey として表現されることが多い
- ・ ステークホルダー会合での合意 : 理想的な施設の特徴
  - ① 住人中心
  - ② 施設ではなく住居の雰囲気
  - ③ 親密な人間関係 (consistent assignment : 同じ介護者等)
  - ④ スタッフのエンパワーメント
  - ⑤ 協調的かつ分権的な意思決定
  - ⑥ 質の改善プロセス

○Culture-Change 運動の普及拡大

- ・ 当初は認知度が低かったが、CMS の方針等の影響で、急速に認知されつつある
- ・ 州政府の政策の影響 : 在宅、居住系サービスへの支援 (Assisted living への Medicaid の適用等) が、nursing home に影響 (競争)
- ・ Culture-Change 運動の実践が成果に結びついているとの研究調査結果 (暖かいシャワールーム、個室の効果等)
- ・ 各地での試み : Wellspring model、the Eden Alternative、Beverly Enterprises
- ・ Green Houses による小規模グループホームの試み

○Culture-Change 運動実践の遅れ : 阻害要因

- ・ Culture-Change 運動の実践はまだ全く不十分な段階に留まっている
- ・ 米国の nursing home の質については依然として批判が続いている
- ・ 特に大部分の nursing home は home と言いながら、医療モデルへの傾きが大きく、病院に似た建築となっており、政府の規制や評価も医療モデルに傾いていた

・近年の改革の動き

→州政府の関与、支払い方式の改善、税制、補助金の活用、情報公開

論文 5 : Rachel M. Werner and R. Tamara Konetzka, *Advancing Nursing Home Quality through Quality Improvement Itself*, *Health Affairs*, Jan 2010, 29,1, PP81-86

○米国においては、150万人以上の国民がナーシングホームに入居し、その費用は年間1,200億ドルにも達しているが、その平均的なケアの質は依然として低水準に留まっている

○1986年のIOMの報告書→1987年のNursing Home Reform Act

・ナーシングホームにおけるケアの質確保に向けた諸規制の強化

・clinical quality については、一定の成果を挙げているが十分ではない

→2000年のフォローアップ報告

○近年におけるナーシングホームのケアの質の改善の試みは、市場ベースのインセンティブ付与の方向性が主流

①情報公開 (public reporting)

②Pay-for-performance

○2002年 CMS による Nursing Home Compare の公表等

・情報公開によってターゲットとされた指標については一定の改善効果は見られるが、全体的なケアの質の改善効果はあまり大きくなかった

・P4P に関しては、nursing home についての十分な評価はまだ行われていないが、他の医療分野におけるその評価は必ずしも高いものではない

○Clinical outcomes measures による質の評価の限界

・clinical outcomes measures については、長い間の調査研究の蓄積もあり、ある程度確立されたものとして、ナーシングホームにおけるケアの質の評価にも広く使われてきている

・しかしながら、clinical care の質が高いからといって、必ずしも QOL が高いとは限らない

・他の医療施設以上に、ナーシングホームにおけるケアの質評価においては QOL が重要

○最近の Culture-change movement の動き

・入所者指向のケア、スタッフのエンパワーメント等によるナーシングホームの「脱施設化」及びより居住系サービス化 (more homelike environments)

・明示的な測定はないかもしれないが、QOL の改善は、この運動におけるキーの1つ

・culture-change movement の起源：1997年における Pioneer Network の形成

○これまでの QI についての問題

- ・データ収集・解析により、quality problems を指摘はするが、なぜそのような問題が生じているのか、またそれを解決するための方策は何かを提示しようとはしていなかった
- 新たなアプローチの導入：QI のプロセスを評価する市場ベースの報酬インセンティブ
  - ・体系的アプローチ：一般産業界における QI の手法を活用
  - ・プロセスに対する報酬評価
- 新たなアプローチの実行
  - ・段階的实施
    - ①各ナーシングホームは、それぞれのケアの質に関するデータを収集し、レビュー
    - ②各ナーシングホームは、継続的にこれらのデータをレビューし、改善すべき領域を見つけ出すための多分野の構成員からなるチームを召集
    - ③各ナーシングホームは、すべての従業者に質に関わる問題を見つけ出すとともに、これらに対応するための解決策を見出し、実行する権限を付与
    - ④こうしたプロセスの反復
  - ・改善についての文書化
  - ・インセンティブ
  - ・現行の諸努力の補完

論文 6 : Susan C. Reinhard, Diversion, Transition Programs Target Nursing Homes' Status Quo, *Health Affairs*, Jan 2010, 29,1, PP44-48

- 過去 25 年の間に、長期ケア市場におけるナーシングホームのシェアは低下
  - ・在宅及びコミュニティケアサービスへのシフト
  - ・「上流」アプローチ：ナーシングホームへの望まない入所の回避
  - ・「下流」アプローチ：ナーシングホームの長期入所からコミュニティへの回帰
- 在宅及びコミュニティケアサービスへのシフト
  - ・1980年代においては、いくつかの州においてメディケイド・ウェーバー政策
    - ①nursing home diversion：「上流」アプローチ
    - ②nursing home transition：「下流」アプローチ
  - ・しかしながら多くの州ではこうした政策はとられず、メディケイドは institutional care bias があるのが一般的だった
- 資金のシフトによるナーシングホームからの患者の移動
  - ・Money Follows the Person アプローチ：テキサス州における「下流」アプローチ

- テキサスではすでに13,000人がナーシングホームからコミュニケアへ移転
- ・2005年からの全米プログラム
  - 参加する州は、全体で5年間で36,000人を施設から移動させる目標を設定（対象者の1%に相当）。必要な資金配分（transition assistance）
- ・プログラムの対象期間延長
  - ①2016年までの延長案
  - ②対象者の範囲の緩和（6ヶ月以上入所→3ヶ月以上入所に）
  - ③qualified residence の定義の拡張：assisted living facilities も対象に
- 下流アプローチから上流アプローチ（diversion：転換）の促進
  - ・Project 2020（2009年）
- 下流アプローチ（transition：移動）と上流アプローチ（diversion：転換）の併用

論文7：Vincent Mor, Orna Intrator, Zhanlian Feng and David C. Grabowski, *The Revolving Door of Rehospitalization from Skilled Nursing Facilities*, *Health Affairs* Jan 2010, 29,1 PP57-64

- 2004年時点で、メディケアの患者のうち、19.6%は30日以内に再入院していることが明らかにされている（Jenks 他（2009））
  - そのうち、9割は予期せぬものであり、メディケアに関して174億ドルの追加コストがかかっていた
- 米国におけるサービス提供体制
  - ・退院後のメディケア患者→回復期またはリハビリサービスを skilled nursing facilities (SNF)、医療機関、リハビリ病院等から受けることになる
  - ・メディケア退院患者の約40%はこうした postacute 施設へ、約50%はナーシングホームまたは skilled nursing care やリハビリサービスを提供することに特化したナーシングホームの特定部門に入所している
  - ・こうした再入院を含む退院後の状況には大きな地域差が存在する
- メディケアにおける現行の診療報酬支払方式の下では、不必要な再入院防止や不適切な退院後の施設選択等を防ぐべく病院や他の施設間における調整・連携を促すインセンティブが欠けている
- メディケアとメディケイドの間の問題
  - ・メディケア：短期の病院及び SNF 入院サービスをカバー

・メディケイド：長期のナーシングホームケアをカバー

○1つの解決策は、エピソード単位の包括払いの導入

○メディケア患者の再入院問題については、あまり調査が行われていない

→本調査研究の目的は、2000年～2006年におけるメディケア入院レセプトデータを使用し、

① 退院後30日以内の再入院の頻度と費用

② 州間での再入院の格差

③ SNF 再入院率と他のメディケア支出との相関を明らかにすることにある

○近年におけるナーシングホームの性格の劇的変化

・純粋な居住施設から postacute ケア施設へと変貌

・約110万人のメディケア・メディケイド認証ナーシングホーム入所者のうち、長期入所者（90日以上）は30万7千人に過ぎず、ナーシングホームは長期入所施設というよりは、中間施設（way station）として機能

○SNF の位置づけ（概念図）

○2006年時点で、179万の SNF のエピソードのうち、23.5%が30日以内の再入院に該当：再入院に係るメディケアの総費用は43.4億ドル以上（1再入院当たりの費用は10,352ドル）

論文8：H. Stephen Kaye, Charlene Harrington and Mitchell P. LaPlante, Long-Term Care : Who Provides It, Who Pays, and How Much ?, *Health Affairs* Jan 2010, 29,1 PP11-21

○米国における長期ケアの対象者は1090万人であり、その約半数は65歳未満の者である。また、180万人がナーシングホームに入所しているが、そのほとんどは高齢者である。

○ナーシングホーム入居者の費用は主としてメディケイド及び自己負担によってまかなわれている。一方、メディケアはナーシングホーム居住者の費用の17%をカバーしているに過ぎないが、ナーシングホーム入居の最初の3ヶ月の主たる費用負担の部分を担当している。1人当たりのコストはナーシングホーム入居の場合、在宅に比べ、5倍（公的支出は3倍）かかっている。



論文9 : David Barton Smith and Zhanlian Feng , The Accumulated Challenges of Long-Term Care, *Health Affairs* Jan 2010, 29,1 PP29-34

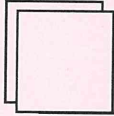
- 米国における長期ケアの発展の歴史は5つの時期に分けて考えることができる。①1910～1930年：貧困者層に対するケアの費用のコントロール期、②1930～1950年：救貧院の廃止・高齢所得保障期、③1950～1970年：入手可能な医療サービスへのアクセスの保障・高齢者医療保険期、④1970～1990年：供給側の乱用のコントロール・州及び連邦政府の規制強化期、⑤1990～2010年：人々が実際に求めている長期ケアの提供・市場改革期、の5期である。
- 第2の時期に、地方政府は財政負担が重い救貧院を廃止し、その代わりに連邦政府の老齢扶助の対象となる民間の賄い付き施設へ高齢者を移した。こうした民間の賄い付き施設がやがて営利のナーシングホームへと発展していく。
- 第3の時期においては、メディケア及びメディケイドが導入されたが、これらの医療保障制度は、長期ケア制度を次の2つの点で歪める結果をもたらした。第1に、民間医療保険モデルを採用することによって、ケアの医療化及び施設化が推し進められた。第2に、メディケイドが長期ケアの最終的な支払者として登場し、長期ケアは医療サービスの主流から分離された福祉システムへと押しやられる結果となった。
- 第4の時期に、ナーシングホームのケアの質が大きな問題となり、IOMによる勧告を踏まえたナーシングホーム改革法が、1987年に成立した。その結果、ナーシングホームのケアに関する基準が設定され、ナーシングホームのケアの質の改善が図られた。また、ナーシングホームケアを代替するサービスの開発が助長された。
- 第5の時期においては、さらに在宅及びコミュニティケアへのシフトが促進された。その結果、メディケイドの長期ケア支出のうち、1988年には10%しか占めていなかった非施設サービスのシェアが、2007年には40%を占めるまでになっている。その中でも、民間の assisted living (AL) は、中高所得者層をターゲットに個別のニーズに沿ったサービス提供を売り物にして発展してきている。
- 1990年から2002年の間に、assisted living facilities (ALF) は定員が2倍以上になり、100万人を超える居住者を有するに至っている。このことはナーシングホームのベッド数が停滞していることと対照的である。

論文10 : Robert Wood Johnson Foundation, Making Assisted Living Affordable, RWJF,  
Jan 2004

- AL は、高齢者に対するスカンディナビア型サービスモデルであり、米国においては1980年代初頭から展開し始めた。AL という用語は、一般的にはアパート形式の住居であって、高齢者に対して個人ケア及び支援サービスを提供するものを指している。
- ナーシングホームとは異なり、AL の住居は連邦政府の基準や査察の対象とはなっていない。ALF に関する州政府の規制（質の基準、許可の要件、モニタリング等）は州ごとに大きく異なっている。
- AL の住人のうち、1/4 は、日常生活動作に関して何の援助も必要としていない（より支援を必要とする高齢者の配偶者である可能性がある）。平均して、AL の住人は日常生活のうち、1.7 動作について援助を必要としている（ナーシングホーム居住者の場合は平均3.67 動作について援助が必要である）。
- 一般的に、AL のサービスの費用はナーシングホームのケアに比べるとかなり低い。たとえば、オレゴン州では、メディケイドによる AL サービスの費用は、1999 年時点で月額601 ドルから1697 ドルの間であった。これに対して、ナーシングホームの費用は平均2736 ドルであった。
- 典型的な AL の住人は、83 歳の女性であり（平均して AL の住人のうち74%が女性）、平均的な AL の住居の規模は43 室である（3～200 室の間）。

<参考文献>

- Robert L. Mollica (2001) State Policy and Regulations, Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed. *Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, Johns Hopkins University Press 所収
- Victor A. Regnier and Anne Copeland Scott (2001) Creating a Therapeutic Environment : Lessons from Northern European Models, Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed. *Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, Johns Hopkins University Press 所収
- The US Administration on Aging (2010) A Profile of Older Americans : 2010



## 8. 「けいじゅヘルスケアシステム」の調査報告書

---

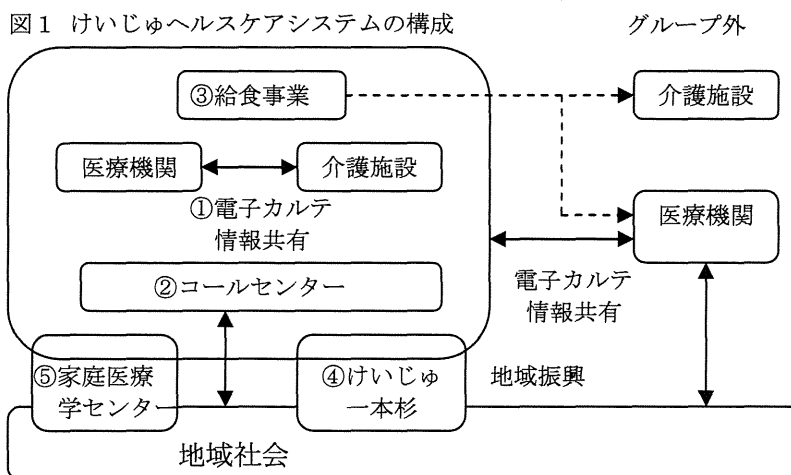
## 8. 「けいじゅヘルスケアシステム」の調査報告書

### 1. 調査研究の目的と全体像

#### (1) 調査研究の目的

少子高齢化とこれに伴う社会保障費用の増大が予測される中、これに対応した社会システムの構築が社会的課題となっている。急性期医療における在院日数の短縮、療養病床の再編などが推進されつつあるが、これらの施設からの退院後の受け皿としての介護施設の整備も急務となっている。医療・介護・福祉サービスは個々で独立に実施されるよりも有機的に結合して提供される方がサービスの質の向上、資源の有効利用の観点から望ましい。このため多くの医療グループが、医療と介護・福祉を結合したサービスを提供しているが、あくまでも自院の立場からのサービス提供に留まっており、地域全体を考えたものは少ない。(一般的には、医療、福祉、介護、保健の一連のサービス提供体制(いわゆる複合体)の問題点である)その中で石川県の恵寿総合病院を中心とするけいじゅヘルスケアシステムは、自院のみならず地域全体の状況を踏まえた事業展開を行っており地域振興に大きく貢献している。その事業モデルの研究とその結果の還元は、少子高齢化と人口減少に悩む地域医療に対する処方箋として意義あるものと考えられる。

#### (2) 研究の構図



けいじゅヘルスケアシステムは、地域の活性化と地域医療の発展は、車の両輪であり、不可分のものと考えている。このために医療・介護・福祉機関間の診療情報の共有と地域社会からの直接的なニーズの吸い上げとそれに沿ったサービスの提供を行っている。本研究においては、その中心となる下記の5つの施策を中心に分析を行う。また、その背景としての能登医療圏の現状についても調査を行い報告する。

- (1) 電子カルテ共有による診療情報の共有
- (2) 医療・介護に関する総合的な相談窓口としてのコールセンターの設置
- (3) 給食事業による安価で良質な食事サービス提供による地域医療・介護への貢献と地域雇用の増加、
- (4) 多機能居宅介護事業所「けいじゅ一本杉」による市中高齢者への介護サービス提供と街の活性化
- (5) 家庭医療学センターの設置

## 2. 能登中部医療圏の概要

### (1) 概要

けいじゅヘルスケアシステムが所在する能登中部医療圏は、能登半島の中央部に位置し2市3町で構成されている。居住人口は県全体の約12%にあたる13万5千人であり、過疎化が進んでいる地域である。高齢化率も高く30.8%と能登北部医療圏（38.6%）に次ぐ高い水準にある。中心となる七尾市には、基幹病院が2施設（恵寿総合病院、公立能登総合病院）存在し、地域医療の軸を担っている。

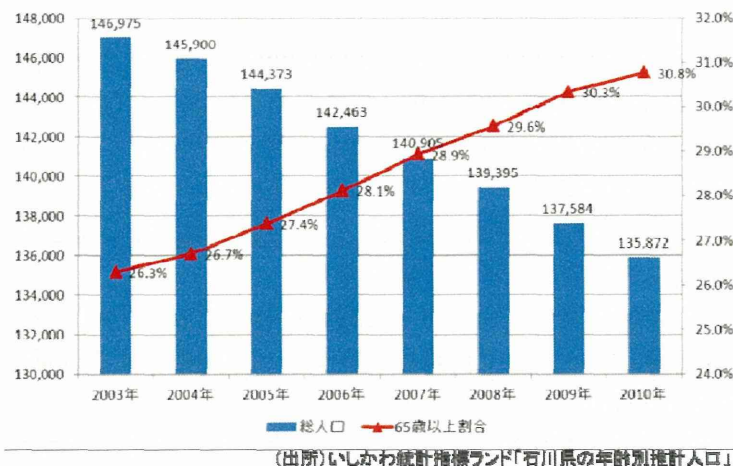
図2 能登中部医療圏の位置



### (2) 人口動態推移

能登中部医療圏の人口は、漸減傾向（対前年比1.0%減）にある。近年、住民の高齢化が進み、65歳以上の人口は、人口の約30%（2010年）を占める。今後も人口減少と高齢化は進み、2035年には2010年と比較し、人口は40%以上減少し、高齢者比率は45%に達すると予測されている。全国でも過疎化と高齢化が著しいとされており、全国の10～20年後の姿を既に現出している地域のひとつである。

図3 能登中部医療圏における高齢化推移



### (3) 医療提供体制

能登中部医療圏内には13の病院が存在し、地域病床数は約1,800である(図4)。基準病床数1,402と比較すると数字的には病床過剰の状況にある。基幹病院である恵寿総合病院と公立能登総合病院の有する病床数は約900床で、地域病床数の半分を占めている。

隣接する能登北部医療圏に居住する患者の13%が能登中央医療圏で入院医療サービスを受療している(表1)。また、救急医療における転院搬送件数は、石川県内最大の医療圏である石川中央への流出48件に対し、能登中部へは118件(2007年)となっていることから、能登中部医療圏は能登半島の中核を担う医療圏であると考えられる。

図4 医療圏別医療提供体制(2006年)

医療圏	人口	病院施設数	病床数		拠点市町村
			基準	既存	
能登北部	61,596	6	726	1,066	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
能登中部	162,463	13	1,402	1,831	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
石川中央	710,982	83	6,401	6,655	金沢市、白山市、かほく市野々市町、津幡町、内灘町
南加賀	237,088	24	2,105	2,537	小松市、加賀市、能美市、川北町
合計	1,171,721	106	12,634	15,012	

表1 医療圏別受療動向(2006年)

病院の一般病床入院患者の受療動向

<患者の住所地からみた構成割合> (単位：%)

施設所在地 患者の住所地	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
総数	100.0	17.5	64.3	12.6	5.6
南加賀	100.0	78.5	21.4	0.1	0.0
石川中央	100.0	1.4	98.3	0.2	0.1
能登中部	100.0	0.2	24.2	75.7	0.0
能登北部	100.0	0.1	29.6	13.4	56.9

病院の療養病床入院患者の受療動向

<患者の住所地からみた構成割合> (単位：%)

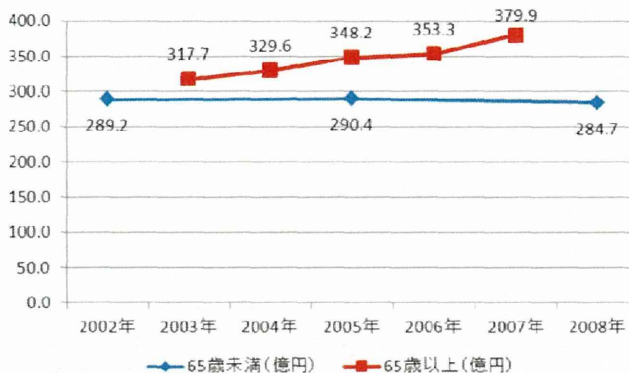
施設所在地 患者の住所地	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
総数	100.0	15.2	67.5	9.6	7.7
南加賀	100.0	92.6	7.3	0.1	0.0
石川中央	100.0	1.2	98.7	0.1	0.0
能登中部	100.0	0.2	23.0	73.2	3.6
能登北部	100.0	0.0	11.1	7.2	81.7

資料：「石川県入院患者1日調査(H18)」(石川県健康福祉部)

#### (4) 医療費の動向

能登中部医療圏における医療費（推計）は増加傾向にあり、石川県における国民医療費の約20%（2005年度）を占めている。図5に示すように65歳以上における医療費の伸びが大きく、2003年から4年間で20%増加している。今後も更なる人口の高齢化に伴い、医療費の増加が予測される。

図5 能登中部医療圏における国民医療費（推計）



(出所)厚生労働省「老人医療事業報告」「国民医療費」、石川県企画開発部統計課資料より推計

#### (5) まとめ

能登地区は南北100kmを超える距離があり、面積的には石川県の40%を占めるが、人口は18%を占めているに過ぎない。高齢化率も高く、人口も漸減傾向にあり、20年後の日本の縮図といわれている。

能登中部医療圏は、恵寿総合病院と公立能登総合病院を有する医療水準の高い医療圏であり、これらの施設は実質的に能登地区全体の基幹病院としての機能を果たしている。能登中部医療圏だけに着目すると、提供病床数は過剰気味である。しかしながら能登地区の過疎化の進行は、すでに危険域にある。医療機関が十分なサービスを提供できなければ、人は地域を離れ、人が地域を離れると、医療サービスの提供が縮小される。この負のスパイラルに陥ると、抜け出すことは困難である。このため、地域振興と医療振興を組み合わせた施策の実施が必要であり、これを実践している医療・介護・福祉グループとしてけいじゅヘルスケアシステムがある。次章以降では、同グループの経営および居住系サービスの特徴に焦点をあてた検討を行う。

### 3. けいじゅヘルスケアシステムの概要

#### (1) けいじゅヘルスケアシステムの歴史

けいじゅヘルスケアシステムは、1934年に設立された神野病院を祖とする医療から身障者支援・療護等の福祉にいたる一貫的なケアサービスを提供している「トータルソリューションプロバイダー」である。2006年にDPCに参加して急性期医療の拠点病院を目指すとともに、リハビリテーション支援センター設置（1996年）、デイケアセンター開設（1997年）、在宅総合サービスセンター設置（2001年）など介護領域においても積極的な事業展開を行っている。

- 1934年 神野病院を創始
- 1967年 恵寿病院と改称し、医療法人財団 薫仙会を設立
- 1982年 総合病院に認定
- 1992年 リハビリテーション総合施設承認
- 1996年 石川県能登地域リハビリテーション支援センター設置
- 1997年 デイケアセンター開設
- 2000年 サービスセンター（コールセンター）運営
- 2001年 在宅総合サービスセンター設置
- 2002年 電子カルテシステム運用開始
- 2003年 回復期リハビリテーション病棟47床認可
- 2005年 日本医療機能評価機構のリハビリテーション付加機能認定

#### (2) けいじゅヘルスケアシステムの基本的プロフィール

けいじゅヘルスケアシステムは、2つの医療・社会福祉法人により構成されている。医療施設・老健施設は、薫仙会（社会医療法人財団）により、介護老人福祉施設・身障者施設は、徳充会（社会福祉法人）により運営されている（表2参照）。

グループの中核である恵寿総合病院は、一般病床数293床、PET・CT、64列MDCT、MRIなど最新の医療設備を有する地域の基幹施設である。スタッフ総数は664名、医師61名、看護師334名、看護体制は7：1看護であり、年間3380件の手術、1115件の心臓カテーテル検査、9200件の内視鏡検査を行っている。介護・福祉の分野では介護老人福祉施設、特別養護老人ホーム、身障者支援施設、訪問介護ステーションを運営しており、医療と一体となった介護・福祉サービスを提供している。

この他に給食サービス事業として「けいじゅ デリカサブライセンター」を、地域支援の家庭医育成のために家庭医療学センターを設置して地域医療の振興と雇用創設に貢献している。このようにけいじゅヘルスケアシステムは、恵寿総合病院を中心として地域密着型の医療・介護・福祉サービスの提供を目指し、実践している。



表2 けいじゅヘルスケアシステムの構成

管理法人	参加施設
社会医療法人財団 薫仙会	恵寿総合病院（451床）、診療所（4施設）、介護老人保健施設（3施設）、在宅複合施設、小規模多機能型居宅介護事業所（2施設）、健康管理センター、心臓血管センター、デイサービスセンター、健康増進センター、デリカサプライセンター
社会福祉法人 徳充会	介護老人福祉施設、特別養護老人ホーム、身障者支援施設、身体障害者療護施設（2施設）、就労継続支援B型、身体障害者福祉ホーム、地域活動支援センター、ケアハウス、通所介護（2施設）、訪問介護、訪問入浴、老人・身体障害・知的障害ヘルパーステーション

### （3）けいじゅヘルスケアシステムの経営理念

けいじゅヘルスケアシステムは、少子高齢化と過疎化の進展、公的基幹病院との競合及び病床過剰地域という外部環境に対して地域住民が必要とする医療・介護・福祉サービスを制度の垣根を越えて提供することを戦略の柱としている。

同グループの神野正博理事長は、人口減および高齢化という外部環境に対応する最も重要なキーワードが「アフターサービス」であり、このためには医療から介護・福祉まですべてのサービスが切れ目なく提供される体制の整備が重要であるとしている。さらに「適切な苦情処理」も重点項目としており、地域医療連携支援窓口である「けいじゅサービスセンター」を設置することで対応を行っている。また、同理事長は「医療崩壊・地域崩壊」を2番目のキーワードとして挙げている。医療は地域密着型の産業であり、患者の9割は居住医療圏ないしは隣接医療圏から通院している。救急・小児・産科などの地域医療に不可欠な医療サービスが削減されると住民は、他の地域に移住してしまう。「医療崩壊」は「地域崩壊」を誘発し、地域に人口減・雇用減の負のスパイラルをもたらす。病院は患者がいなければ病院を存続できず、「医療崩壊」がさらに進行する。同理事長は、「地域崩壊」と「医療崩壊」は表裏一体の関係にあり、これら「崩壊」に相對する「地域再生」と「医療再生」を両者同時に進めてこそ意義があるとしている。以前は地域に不足していた介護・福祉事業を立ち上げ（Needs）、コールセンターによるきめ細かなサービスを提供し（Wants）、グループ内の給食供給システムを地域向けの給食事業として独立させることや24時間オープンの院内コンビニエンスストアの設営（Seeds）など、地域のNeeds、WantsそしてSeedsに基づいた事業を展開している。経済学的には「範囲の経済」を追求する戦略であり、多様な環境変動に対応できる戦略をとっている。

#### 4. 居住系サービスにおける特徴

良質の居住系サービスを提供するためには、医療から介護・福祉に至るあらゆるサービスが切れ目なく提供される体制の整備が必要なことはいうまでもない。そのためには、各部門のリアルタイムでの情報共有と地域社会からの Needs、Wants および Seeds の収集が必須である。けいじゅヘルスケアシステムは下記の施策を実行することで、情報共有・地域社会との連携、雇用創出及び地域振興を図っている。

1. 電子カルテシステム KISS (Keiju Information Spherical System) の導入
2. 地域医療連携支援窓口「けいじゅサービスセンター」(コールセンター)の設置
3. 給食サービス事業の展開
4. 地域振興と同期した居宅介護事業「けいじゅ一本杉」
5. 家庭医療学センターの設置

##### (1) 電子カルテ活用による診療情報の共有化

けいじゅヘルスケアシステムは1病院、4診療所、12 介護施設(老健施設当)及び12の身障者支援施設を有する総合医療・介護・福祉グループである。一般に、入院患者の早期社会復帰と、医療的処置の必要な患者の速やかな医療機関への紹介のために、各施設間での診療情報の共有は有用と考えられるが、実際には、ほとんど実施されていないのが実情である。

その中で薫仙会と徳充会の電子カルテを用いた情報共有は先進的である。2004年から稼動している KISS (Keiju Information Spherical System) と呼ばれる電子カルテを用いることによりグループ内の施設でサービスを受けている患者、入所者およびサービス利用者の受診歴を時系列で閲覧することができる。「1患者(利用者) = 1カルテ」であり、1人の患者(利用者)に関わるすべてのスタッフが迅速に情報を把握できる。また受診(サービス利用)した日時、受診科、診療内容を各施設間で共有できるため、患者等の背景を十分に把握したうえで対応を進めることができる。このシステムの導入により、待ち時間の短縮、効率的な診療予約、治療スケジュールのリアルタイムでの確認などサービスの質が大きく改善したとされている。一例を挙げると、老人保健施設の入所者が発熱して恵寿総合病院に入院した場合、医師・看護師は、老人保健施設に照会することなくバイタルサインや食事の摂取量を把握することができる。また、以前の診療記録も確認ができるため、過去の薬歴、治療歴を踏まえた治療計画を速やかに作成することが可能となる。KISS は、グループ外の医療機関にも公開されており、能登地方の約100の医療機関のうち15が参加している。自グループのみならず地域全体の医療・福祉サービスの向上に貢献している。

## (2) 地域医療連携支援窓口「けいじゅサービスセンター」の設置

けいじゅサービスセンターは、地域の病院、診療所や介護・福祉施設から患者を紹介してもらう地域医療連携機能、恵寿総合病院を退院した患者をかかりつけ医や介護・福祉施設に逆紹介する逆紹介機能および介護保険事業所からの問い合わせの窓口としての機能をもつ。受診や入院の予約、相談、福祉サービスの相談、介護サービスの調整、紹介患者の調整に関するサービスを提供しており、介護・福祉施設や医療機関と連携する上での司令塔として位置づけられている。スタッフ数は約10名程であり、主に電話とFAXで情報交換を行っている。

このセンターから在宅医療・介護サービスを受けているユーザーは、気軽に電話1本で様々な依頼や相談を行い、きめ細かなサービスを受けることができる。センター側も対話の中でユーザーの状況を把握でき、病状の変化に備えたサービスを提供することができる。このコールセンターと電子カルテシステムの組み合わせにより、シームレスな医療・介護・福祉サービスを提供することを可能となっている。また、医療事務補助も同センターの業務である。診療・介護情報の電子カルテへの入力と管理、地域医療機関への専門医紹介を行っている。将来的には同グループのシンクタンク的な役割を担うものと予測されている。こうした顧客情報の一元管理は、経営効率化のための有力な手法であるが、医療・介護・福祉分野においてはあまり例をみない。このグループではうまく機能しており、情報共有のモデルケースとして注目される。

## (3) 給食サービス事業の展開

けいじゅヘルスケアシステムは、給食サービス事業として「けいじゅ デリカサプライセンター」を運営している。2003年に設立され、現在では1日5000食を生産し、グループ内外に病院食、介護食を供給している。一度、調理したものを無菌的に真空パックするため、食事の温度管理が容易であり、介護者の負担を軽減することができる。経済的な価格で品質が高いため、グループ外の医療・介護施設においても採用されている。地域社会のNeedsに合致したサービス提供の好例である。このセンターの設立は地域の雇用創設も目的としており、地域経済の振興に貢献していると考えられる。

## (4) 多機能居宅介護事業所「けいじゅ一本杉」による市中高齢者への介護サービス提供と街の活性化

「けいじゅ一本杉」は商店街の空き店舗を改装して開設した多機能居宅介護事業所である。徒歩で通所できる高齢者を対象としている。

これまで居宅介護事業所は、ベットやテーブルを装備した洋式のレイアウトが標準であったが、「けいじゅ一本杉」は元の建屋の特性を生かし、たたみ、ちゃぶ台、布団といった和式のレイアウトを採用している。利用者には好評であり、今後の参考となる事象であると考えられる。地域商店街の活性化に貢献するために敢えてメインストリートに設置されている。和を生かした洗練された外観は集客効果をもち、入居者とその家族による消費活動も期待できる。医療・福祉振興＝地域振興という経営理念を実践している。

(5) 家庭医療学センターの設置

最近、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科など総合的な診療にあたる「家庭医」ないしは「総合医」が、患者や急性期病院の負担軽減や医療費適正化につながるとして注目を浴びている。専門医も家庭医がうまく機能することで、その業務を緩和することができ、より専門性の高い治療に集中することができる。このように家庭医は地域のプライマリーケアの要となる機能とされているが、日本では育成するプログラムがなく、医療における位置づけも明確でない。けいじゅヘルスケアシステムは、2008年に米国で家庭医療を専門的に学んだ吉岡医師をセンター長に招き「家庭医療学センター」を開設した。ここでは診療と共に研修医の指導を行っており、学生にも人気があるプログラムとなっている。同グループは、今後、家庭医を能登地域の医療機関に派遣する医療体制の構築を考えており、地域社会と高次医療の架け橋となる家庭医の存在感が高まっていくと予測される。

図6 けいじゅヘルスケアシステムの構成 (再掲)

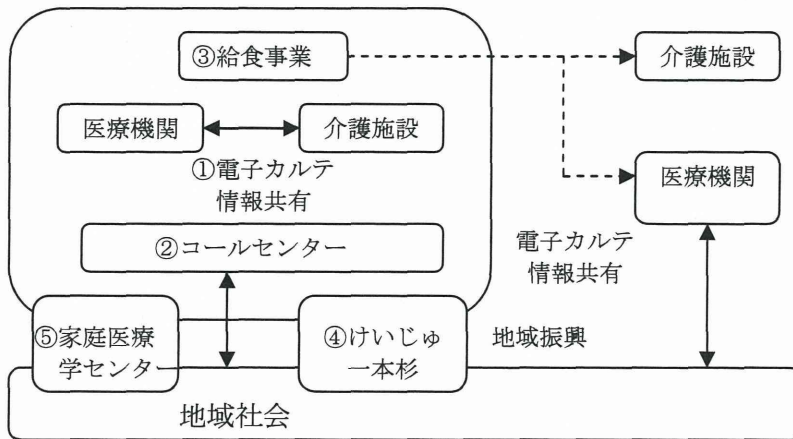
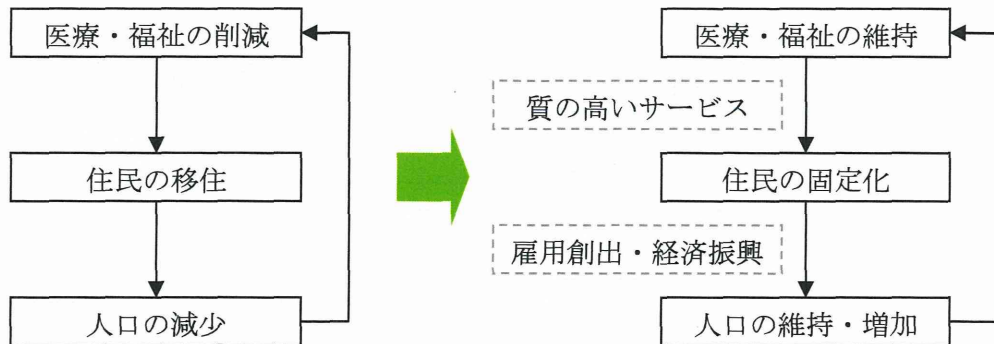


図7 地域振興



負のスパイラルの正のスパイラルへの転換